

令和五年度 こども家庭科学研究費補助金
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

子どもの死を検証し予防に活かす 包括的制度を確立するための研究

令和五年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 沼口 敦

令和六（2024）年3月

目 次

I. 総合研究報告

子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究	1
沼口 敦	

II. 分担研究報告

主要課題 1. 子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

1. CDR モデル事業の課題抽出とその解決策に関する研究	19
竹原 健二, 矢竹 暖子	
2. わが国の CDR の実装における法学的課題と検証に及ぼす影響の考察	30
沼口 敦, 松原 英世, 河村 有教, 木下 あゆみ, 仙田 昌義, 竹原 健二, 小佐井 良太, 矢竹 暖子	
3. わが国の子どもの死亡する場所と死因についての検討 (第 2 報)	48
沼口 敦, 木下 あゆみ, 仙田 昌義, 植松 悟子, 小西 央郎, 石倉 亜矢子, 内田 佳子, 塚原 紘平, 小原 隆史	
4. 模擬検証を用いたチャイルド・デス・レビュー実施支援のための研究	67
仙田 昌義, 木下 あゆみ, 内田 佳子, 佐々木 理	
5. 大規模自治体で実施する Child Death Review 東京都での経験	70
小保内 俊雅, 窪田 満, 内田 佳子	

主要課題 2. 乳幼児突然死の死因究明と予防対応策の探索

6. 予期せぬ乳幼児の突然死 (SUDI) の診断環境改善に関する検討	74
小保内 俊雅, 小谷 泰一, 山本 琢磨, 松永 綾子, 沼口 敦	
7. 産後ケア事業における乳児突然死予防のための啓発についての検討	79
小保内 俊雅, 内田 佳子	

主要課題 3. 子どもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索

8. 傷害予防	82
植松 悟子	

主要課題 4. 子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索

9. 医療機関外におけるグリーフケアの提供	87
木下 あゆみ, 仙田, 沼口 敦, 森 合音	
(添付資料 1) 複数の自治体で準備される「おくやみハンドブック」の例	
(添付資料 2) シンポジウム広報	
(添付資料 3) グリーフカード	
(添付資料 4) グリーフカードの使用方法	

主要課題 5. 子どもの死亡に関するデータベースの探索

10. テキストデータからの CDR 情報抽出	96
川口 敦, 小林 泰之, 宮下 徳久	
11. なぜ, 三重県 CDR では, 参加者が活発な意見交換を行うのか	98
小谷 泰一, 梅本 正和	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	104
---------------------	-----

IV. 巻末資料

1. CDR モデル事業自治体の経年的自己評価結果	105
2. CDR (予防のための子どもの死亡検証) モデル事業に関する啓発資材	108
2-1. part 1 : 入門編	109
2-2. part 2 : 準備編	120
2-3. part 3 : 情報共有編	131
2-4. part 4 : 運営編	144

3. ファシリテーションとは	160
4. 動画資料一覧	174
4-1. 模擬検証（令和3年度報告より引用）	
4-2. CDR ファシリテーターの TIPS	
4-3. 産後ケア，赤ちゃんの睡眠時の事故予防（基礎知識編）	
4-4. 産後ケア，赤ちゃんの睡眠時の事故予防（実践編）	
5. CDR と死因究明	179
6. 簡易版死亡調査票	189
V. 倫理審査等報告書	190

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死を検証し予防に活かす包括的体制を確立するための研究
総括研究報告書

代表研究者 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

研究要旨

【研究の目的】

子どもの死亡の原因に関する情報の収集・管理等に関する体制の整備を実現するため、チャイルド・デス・レビュー(CDR, 予防のためのこどもの死亡検証)が探索されるが、子どもの死の予防にどう寄与し、安全・安心な社会の実現にどう役割を果たすか、十分に明らかではない。この探索の経過で明らかになった子どもの死亡をめぐる諸課題に対処するため、CDRを主軸とした多機関で継続的に整理し解決する包括的な制度を提案することを目的とする。併せて、実務者および国民への普及啓発戦略と遺族支援(グリーフケア)の提案も目指す。第二年度には、第一年度から開始した探索の継続を通して、子どもの死にかかる課題を取り扱う仕組みを各地域および中央の両面から模索し、最終年度の具体的な制度提案につなげることを目的とした。

【研究方法】

CDRの各段階(準備-調査-検証-提言)にかかる幅広い課題を解決するため、予期せぬ傷害と乳幼児突然死を主要な対象として取り上げながら、5つの主要課題を設定して探索を行なった。

(課題1)子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定:多職種で運営されるCDRモデル事業が地域において子どもの死を包括的に扱うことに着目し、この多職種協議体に求められる機能と、それを効果的に獲得するための方策を探索する課題である。第二年度には、CDRモデル事業の実務支援と実地調査を継続し、この知見を基に同事業実施における制約、支援策、制度を探索した。

(課題2)乳幼児突然死の死因究明と予防対応策の探索:乳児の主要な死因のひとつであるSIDSについて、診断ガイドライン改訂ほか社会啓発を継続し、予防対応策の提言を纏めるとともに、課題解決のための包括的な組織のありかたを探索する課題である。乳幼児突然死の環境疫学的な検討を行うための基盤を模索した。均霑化された死因究明、グリーフケア等を含むSUIDセンターを探索し、バイオバンクの実現可能性の検討を開始した。

(課題3)子どもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索:軽症例から死亡例まで幅広いスペクトラムの予期せぬ傷害について、情報収集の方法論および蓄積データの解析と活用について探索する課題である。また各種の重症傷害例の工学的検証を継続し、家庭、養育環境、公共の場などに応じた予防策の創出と、その普及の方法論を探索する。

子どもの予期せぬ傷害、特に入院を要する重症度の高い小児外傷例について、多施設医療機関から情報を集約し、受傷原因、受傷時の状況を解析する準備を行った。また統計情報の解析により、死亡に至った傷害事例の疫学調査を行った。これまでの工学的検証について情報を集約した。

(課題4)子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索:子どもの死亡に際して遺族に提供されるケアの現状を調査し、CDRとグリーフケアの関係構築、求められる対応の内容と各地域での実践体制を探索する課題である。子どもの死亡に際して遺族に提供される

ケアの現状調査を継続した。医療機関外でのグリーフケアの実態調査、ニーズアセスメントを踏まえた具体的提案を行い、社会制度としての遺族ケア提供を探索した。

（課題 5）子どもの死亡に関するデータベースの探索：CDR においてより有効な検証を導くための情報の集積様式を提案してデータベース化を探索する課題である。CDR モデル事業の観測と支援で得られた知見から、実用的な死亡事例データベース策定を目指す CDR で収集する死亡関連情報の集積様式を探索した。また検証結果データベースの探索のため、検証結果の質的評価を試行した。

これら 5 主要課題をとおして、CDR が安全で安心な社会を構築するための制度として国民に受け入れられ、子どもの死亡事象に真摯に対処する社会基盤として確立する方策を探索した。

【研究結果と考察】

（課題 1）CDR モデル事業の実務支援を継続し知見を集積した。遺族の同意を必須とする課題のインパクトを解明するため実地調査を実施し、臨床実務者にとって当該業務は心理的な負担が大きく、かつ同意を得られる割合は小さかったことが判明した。わが国で有効な CDR が稼働するための法的基盤につき検討し、個人情報保護法と刑事訴訟法の関係整理につき提案した。検証の有効性を担保するための実務者の要件を考察し、これを確保するための研修資材の改訂と実務者研修の構築を行なった。CDR モデル事業にかかる各方面への啓発事業について実践的に考察した。

（課題 2）乳児の死因究明の現状と課題を調査探索し、SUID センターの構成を立案した。現状で解明されている予防策の啓発にかかる動画資材を開発した。SIDS 診断ガイドラインの改訂を見据えて、各学会と連携して診断基準の探索および疫学調査を開始した。

（課題 3）入院を要した予期せぬ傷害症例を集積する多施設共同研究を構築し、研究実施のための倫理審査を開始した。また傷害に起因する死亡の疫学を調査するための統計情報を探索した。個別例に対する工学的検証結果を蓄積するとともに、その社会還元のありかたの探索を開始した。

（課題 4）複数の医療施設で個別的に提供されるグリーフケアの現状調査を継続した。遺族団体等とも連携して、遺族の求める情報、社会制度として期待される内容について探索を継続し、非医療機関におけるグリーフケアの提供ツールを開発した。

（課題 5）子どもの死亡にかかる情報収集のありかたについて、収集して入力する情報、結果として出力する情報の 2 面から探索を継続した。前者について新規データベースの策定を試み、また後者について質的情報の解析のあり方の探索を開始した。

【結論】

CDR は多機関多職種からなる協議体で運営される。当該協議体を形成し、その職務範囲を規定し、効果的に運営し、有用な結果を発出して国民にフィードバックするために、解決すべき課題が山積する。これらの探索を引きつづき継続し、子どもの死を検証して予防に活かすための包括的な制度を探索する必要がある。

また、各地域においてこの制度を有効たらしめるための全国的な支援制度についても、引き続き探索が望まれる。

研究分担者

竹原 健二	国立成育医療研究センター・政策科学研究部・部長
清水 直樹	聖マリアンナ医科大学・医学部・教授
植松 悟子	国立成育医療研究センター・救急診療科・診療部長
木下 あゆみ	(独) 国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター・小児アレルギー科・医長, 育児支援対策室長
川口 敦	聖マリアンナ医科大学・医学部・特任教授
井濱 容子	横浜市立大学・医学研究科・教授
松永 綾子	聖マリアンナ医科大学・医学部・講師
山本 琢磨	兵庫医科大学・法医学講座・准教授
小谷 泰一	三重大学・大学院医学系研究科法医科学分野・教授
山中 龍宏	緑園こどもクリニック・院長
小保内 俊雅	公益財団法人東京都保健医療公社多摩北部医療センター・小児科・部長
仙田 昌義	独立行政法人総合病院国保旭中央病院・小児科・部長
溝口 史剛	前橋赤十字病院・小児科・副部長
宮原 弘明	愛知医科大学 加齢医科学研究所・神経病理研究部門・准教授
松原 英世	甲南大学・法学部・教授
河村 有教	国立大学法人長崎大学・多文化社会学部・准教授

A. 研究目的

子どもの死亡に際して、その死亡の原因に関する情報の収集・管理等に関する体制の整備を行う必要性が成育基本法に謳われた。この実現のため、英米等で法に基づいて実施されるチャイルド・デス・レビュー（CDR, 予防のためのこどもの死亡検証）が、わが国においても探索される。研究代表者らは、過去の厚労科研により CDR の社会実装に向けた道程を提示し、情報共有、検証、提言の 3 ステップからなる都道府県 CDR 体制整備モデル事業（以下、CDR モデル事業）の実現を支援した。

この流れの中、こどもの死亡をめぐるいくつかの課題が明らかになった。情報共有段階における課題については、乳幼児の主要死因である乳幼児突然死(SUID)と不慮の事故をテーマに清水と植松（いずれも分担研究者）が探索の方向性を定めたが、有効な情報収集について更なる探索が求められる。検証段階における課題については、研究レベルでの試行錯誤が続けられるが、その結果を均質に全国展開する方法論が

必要である。また提言段階について、検証で得られた学びを社会に還元する方法論も未成熟で、地域差が発生しやすく情報一元化が未確立などの課題も指摘される。これら課題のため、CDR が実現した場合に、こどもの死の予防にどう寄与し、安全・安心な社会の実現にどう役割を果たすか、十分に明らかではない。

本研究は 3 年間で、予期せぬ傷害と SUID を主要な対象として取り上げながら、具体的な CDR の各段階の課題解決を探索する。原因分析・疫学情報に基づいた予防策を提言し、併せて当該予防策の実効性ある普及啓発戦略と遺族支援（グリーフケア）方法も政策提言とすることを目的とする。CDR を主軸として多機関で子どもの死にかかる課題を継続的に整理し解決する包括的な制度を提案する。初（2022）年度には、モデル事業において実務を担う専門職間の情報共有を積み重ね、実務上の課題を見出し、情報の蓄積と経験の横展開の方法を模索してきた。子どもの死について検証上のポイントを整理するために、特に SUID と予期せぬ傷害

について背景状況を探索した。また遺族ケアの提供について、現状を調査した。

第二年度においては実務上の知見を継続的に蓄積し、当該情報と経験の展開と活用を探索する。各方面への調査によって実務上の課題をさらに明確にし、課題解決の糸口を探索する。SUID 等に対する死因究明支援、疫学情報の提供、データベースの試験的構築と運用、遺族支援を試験的に開始する。これらを通して子どもの死にかかる課題を取り扱う仕組みを各地域および中央の両面から模索し、最終年度の具体的な制度提案につなげる。

本研究によって、わが国の子どもの死亡事例に対する包括的な取り組みが構築される。

国民および医療者間で子どもの死への取り組みの重要性の認知が進み、十分な情報収集に基づく質の高い死亡検証が実現する。また蓄積された情報と経験を基盤とする教育啓発が拡充される。これにより、CDR を軸とした分析にもとづく予防策提言 (Plan)、その実効性ある普及啓発・家族支援 (Do)、結果検証としてのデータベース・疫学情報 (Check)、これに基づく予防策・普及方法・支援方法の改訂 (Action) の PDCA サイクルを社会実装することが可能となり、社会のセーフティーネットが強化される。

全ての過程において多職種が協力して実施する事業であるため、これによって子どもを取りまく複数機関職種の有機的な連携促進が期待される。この結果、切れ目のない濃密な子ども及び家庭への支援が実現することが期待される。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。

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。これらにより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。このように、少子化時代における、安全で安心な子育て環境構築の基礎となることが期待される。

B. 研究方法

主要 5 課題を通して、子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの提案を最終アウトカムとする研究である。対象領域を乳幼児突然死症候群と外傷を中心として子どもの死亡事象全般と設定し、CDR モデル事業の実施支援を通して、提案内容の有効性を実証的に探索する。モデル事業を稼働させる人材育成の方法の確立により、CDR の安定稼働を支援する。死因究明と死亡の周辺事象の解明のための情報収集、子どもの死に対する多機関検証、有効な結果の還元、介入が及ぼす影響の評価について探索し、それらを集約する包括的データベースを模索して、CDR に対する学術的支援のありかたを提案する。

主要課題 1：子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

モデル事業は医療、母子保健、児童福祉、警察、消防など多職種で運営されることから、地域において子どもの死を包括的に扱う母体として最適である。そこで本主要課題 1 では、この多職種協議体に求められる機能と、それを効果的に獲得するための方策を探索する。

第二年度には各地域でモデル事業の実務支援と実地調査を実施した。これにより、モデル事業実施における制約、支援策および制度の探索、有効な会議運営に寄与するファシリテーター養成など CDR への人的支援、他主要課題と共同で情報収集と集約、検証成果の発信を探索した。

主要課題 2：乳幼児突然死の死因究明と予防対応策の探索

乳児の突然死の原因のひとつである乳幼児突然死症候群 (SIDS) について、診断ガイドライン改訂をすすめる予防対応策の提言を纏めるとともに、子どもの死因究明の現状を探索し、

課題解決のための包括的な組織のありかたを探索する主要課題である。

第二年度には、SUID の環境疫学的な検討のための調査研究を推進した。均霑化された死因究明、グリーフケア等を含む SUID センターを提案し、バイオバンクの実現可能性の検討を開始した。

主要課題 3：子どもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索

軽症例から死亡例まで幅広いスペクトラムの予期せぬ傷害について事例情報を収集し、情報収集の方法論および蓄積データの解析と活用について探索するとともに、家庭、養育環境、公共の場などに応じた予防策の創出と、その普及の方法論を探索する主要課題である。

第二年度には、特に入院を要する程度の重度な傷害事例について多施設共同研究を推進した。また主要課題 1、5 と共同で傷害の背景疫学を探索した。

主要課題 4：子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索

子どもの死亡に際して遺族に提供されるケアの現状を複数の観点から調査し、CDR とグリーフケアの関係構築、求められる対応の内容と

各地域での実践体制を探索する主要課題である。

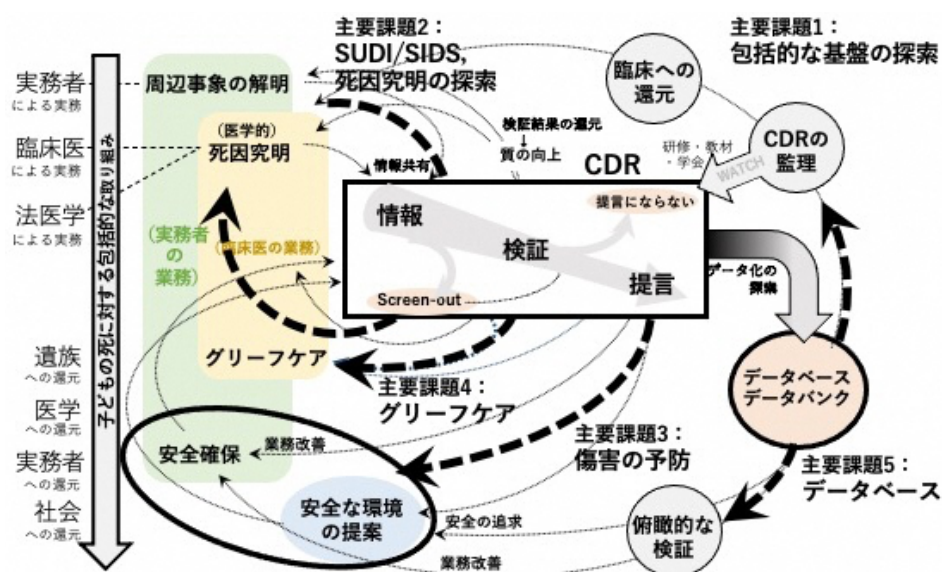
第二年度には、医療機関外で提供される遺族ケアの現状を探索し、遺族および医療者との共同で、求められるグリーフケアの内容と医療機関外での提供方法について探索を行った。

主要課題 5：子どもの死亡に関するデータベースの探索

各種の既存データを俯瞰し、より有効な死亡検証を導くための疫学情報を構築するとともに、CDR のため収集する情報、CDR の結果として出力される情報それぞれの集積様式を提案してデータベース化を探索する主要課題である。

第二年度には、CDR のために収集する情報の集積様式を選定してデータベースを提案した。また、主要課題 1 と連携して、テキストベースの質的情報の解析を試み、統計解析の容易なる量的情報に変換する方法の探索を開始した。

これら 5 主要課題をもとに、検証や結果還元の質の担保のための教育啓発、実務者間の意見交換を継続し、全経過をとおして国民および実務者への理念の普及を図る。



【図 1. 研究全体の俯瞰図】

C. 研究結果

主要課題 1: 子どもの死亡に対応する包括的な 仕組みの基盤策定

本主要課題は、都道府県において CDR を実施する事業体が多機関多職種で構成されることが想定されることに着目し、この事業体の支援を行うことで、当該地域において「子どもの死を包括的に扱う母体」を醸成することを企図した。

1-1. 都道府県 CDR モデル事業の支援と実務者 に対する調査研究

竹原、矢竹（研究協力者）、沼口は、溝口、木下とともに、複数自治体のモデル事業における各種会議に出席し、議事進行等実務の支援を行った。この過程において、竹原、矢竹は、モデル事業において遺族からの同意取得が、(ア)同意取得に係る医療者の負担が大きい、(イ)虐待事例など CDR で検証することへの期待が大きい事例が同意を得られず対象外となる可能性がある、との理由から、CDR の有効な実施を妨げる要因たりうることを見出した。そこで、その現状把握のため、CDR の同意取得について医療従事者等に対する横断調査を実施した。

19 名の医師からの回答を解析した中間報告では、心理的な負担を感じながら同意取得を試みても、現在の方法では約半数でしか同意を得られない可能性が示された。今後も引き続き検討を要する。

（分担研究報告「CDR モデル事業の課題抽出とその解決策に関する研究」参照）

沼口、木下は、山岡（研究協力者）、小鹿（研究協力者）とともに、質問紙法による CDR 参加者の内的準備状況の評価尺度を使用し、2 自治体のモデル事業において検証会議体の自己評価を継続的に支援した。地域における CDR の実施方法・メンバー等にバリエーションが豊かであることから、自治体同士で結果を一概に比較することはできなかった。ただし同一地域で CDR モデル事業の実施前後を比較すると、①参加者の自己評価が上昇し、②参加機関間の相互

関係が良好になり、③死亡事例に対する理解度は上がり、④会議の雰囲気はより良くなる傾向が継続して認められる、という CDR チームの経年的な内的変化を確認するのに有用であることが示された。当該結果を基に、内的準備についての自己評価の手法およびその評価・解釈について、次年度以降の提案を目指している。

（巻末資料 1「CDR 実施状況アンケート」参照）

1-2. CDR に関する啓発事業および啓発資材の整備

沼口、内田（研究協力者）、山岡（研究協力者）は、CDR に関する啓発資材の改訂作業を行った。一般市民等を中心として CDR の基礎的事項を解説する「part1 導入編」、医療職（主に医師）を中心として CDR への医療情報提供を解説する「part2 準備編」、医療職以外の多機関に対して CDR への協力と情報提供を解説する「part3 情報共有編」は、それぞれ上記の各種研修等の経験を踏まえて微細な改訂を行なった。さらに、主にファシリテーターとして地域の CDR の運営を担う専門職を対象とした「part4 運営編」を、下記 1-3 項の講習会開発と併走して改訂した。

（巻末資料 2-1 から 2-4「啓発資材」参照）

また沼口は、英国で開催された「Association of Child Death Review Professionals Annual Conference」に参加し、CDR 実務者に対する啓発事業の実例を観察した。保健職を中心とした全英からの 300 名超の参加者に対して、臨床医療、公衆衛生、警察、児童福祉を含む複数の職域から互いに向けた専門的な講習（本年度のテーマは『乳幼児突然死』であった）およびワークショップが展開された。職種にかかわらず熱心に聴講しており、各地域で直面する CDR 遂行の上での課題を共有し、その解決に向けた議論が行われる様子を見学した。わが国でも同様に、専門的内容を含む伝達講習と、有効な業務を相互探索するためのワークショップの開催が有益である可能性が示唆された。同様の事業の構築が、今後の課題である。



【図 2. Association of Child Death Review Professionals Annual Conference の風景（2023.11.16-17）】

1-3. 検証実務者の支援と、ファシリテーター講習会の開発

沼口は竹原とともに、モデル事業の検証実務を担う医師（石倉、佐々木、前田、溝口、小鹿、梅本、伊藤、安、石原）を研究協力者として、CDR での検証に関するオンライン意見交換を定期開催した。2023. 12. 6 から 2024. 3. 18 までの 5 回（100-120 分/回、11-18 名）が参加し、有効な検証の実現のための実務者間の意見と情報交換が行われた（表 1）。有識の限定参加者によるアットホームな意見交換が可能であり、学問的な探究など参加者のニーズに沿った運営が可能であった。その一方で参加者からは、今後の CDR の全国展開を見据えると、この機能が科研事業に依らず継続的に機能すること、また「よりオープンに」提供されることが期待され、そのための仕組みを検討すべきとの意見が出た。

日付	参加者	主な議題
2023/12/6	18	（模擬）事例検証 簡易版調査票のありかた
2023/12/20	16	（模擬）事例検証 医療機関外のグリーフケア
2024/1/18	17	オンライン検証の留意点

		事例選定のありかた データセンターへの期待
2024/2/28	15	必要な啓発動画は何か ガイダンス改訂について
2024/3/18	11	（模擬）事例検証 検証会議の進行の TIPS

【表 1. 検証実務者によるオンライン意見交換会】

沼口、仙田、木下、内田（研究協力者）、佐々木（研究協力者）は、日本小児科学会予防のための子どもの死亡検証委員会と共催により、CDR の実務を担う臨床医（主として小児科医）を対象とした「小児死亡時対応講習会（第 5 回）」を継続開催した。CDR の要点を事前学習する e-learning 資材を新たに開発し、死亡患者に直面した際のグリーフケアの提供、CDR を模した模擬検証等をワークショップ形式で学習する等の新規試みを加えた。



【図 3. 小児死亡時対応講習会（於山梨 2023/9/17）】

沼口、仙田、小谷、木下、内田（研究協力者）、佐々木（研究協力者）は、本研究の初（2022）年度に引き続き、前述のオンライン意見交換会と有機的に連携しながら、各地の CDR を牽引する CDR ファシリテーター（仮称）育成に欠かせない実務経験を提供する「ファシリテーター講習会」の開発を継続した。

有識者間で意見交換を繰り返し、基本的な考え方として、①厳密な「手順」を構築することよりも、CDR 普及をとおした「文化」を形作ることを最優先課題とする。講習会は資格を得る

ための手段・関門というよりは、管理職研修・幹部研修のような自己啓発に資する機会と考えるのが良いと考察された。また②本講習の最終的な目的は、一過性の事業としてのモデル事業の遂行ではなく、その先の CDR とともにある文化を下支えすることであると考察された。そこで③対象として、将来的には医療者以外の職種にも広げることが必須と考察された。ただし当面は堅実な運営のため（基礎知識を有する）医療従事者、特に小児医療者を対象と想定して構築することとした。

内容として、

(1) わが国のこどもの死亡の疫学

わが国のこどもの死亡と、これに対する取り組みについて現状を確認する時間を設定し、受講者の動機づけを行う。こどもの死亡として、死亡時点に限定された内容ではなく、生存中から死に至るまで時間的連続性を念頭に置いた内容を考慮すべきとされた。また、こどもの周囲の複数職種が、それぞれどのような情報や考えを持つかを具体例を示す必要があると提案された。既存の各種検証事業との棲み分けについて、具体的な出口戦略を目指す点では、どの事業とも概ね一致していることに着目し、既存検証との違いを強調し対立構造を指摘するのではなく、相補的なありかたを提案することが重要とされた。

(2) わが国の CDR の理念

ファシリテーターとして携わる CDR が何を実施するものであるかを再確認する時間を設定し、「選定（スクリーニング）」「個別検証」「概観検証」「専門検証」の各段階について理解を図る。

選定（スクリーニング）とは、「全例の検証を実現できないので、やむなく、取り扱う症例を厳選する」作業ではなく、「全例を統一した基準で検証し、その結果をもとに特に焦点を当てる事例を提案する」作業と定義する。すなわち、一部の症例をふるい落とすのではなく、高関心症例を拾い上げる、という意識を徹底する

必要があると意見された。

個別検証は、これまで主に探索されてきた手順であり、上記の選択症例に対して、(1) 可能な範囲で情報を共有する→(2) 文脈を理解する→(3) 予防策を思いつく限り上梓する、という3つの段階に整理できると意見された。

概観検証は、地域を対象とする検証であり、個々の個別検証の集合体ではない。抽出の妥当性の検証、抽出対象外事例の扱い、地域の疫学、地域における安全にかかる知識の蓄積、地域としての意思決定について考察するべきと意見された。事例の扱いにおいても、考え方や目指すところについて個別検証と概観検証を比較すると、表2のようにまとめられた。

	個別検証	概観検証
検証の立場	より主観的	より客観的
検証の性格	質的検証	量的検証
	アナログ	デジタル
主な目的	文脈を明らかにする	数値を明らかにする
主な資料	死亡調査票	個別検証の結果
	その他の情報	統計資料 既存の検証結果
主な成果物	事例概要の共通認識	地域の疫学
	課題の抽出	個別検証結果の評価
	施策提言の案	具体的な提言案

【表2. 個別検証と概観検証の性格の違い】

（巻末資料2-4「啓発資料」、巻末資料3「ファシリテーションとは（改訂2版）」参照）

1-4. CDR 模擬検証の公開、開催および整理

沼口、仙田、木下は、内田ほか複数の研究協力者の協力のもと、学術団体主催のシンポジウムにおいて模擬検証会議を実施した（図2）。

このような企画は、CDR について関係者に周知を促し、事業の展開に極めて有用に働く。これまで同様の企画は複数回実施され、参加者からのフィードバック等によって効用や有効性につき評価されてきた。評価を元に、模擬検証は以下の3種類に大別できると考察された。

1) 録画編集済の模擬検証の動画を投影する

(方法) 研究者、実務経験者など有識者によって制作された模擬検証の様子を供覧する。

(対象) CDR について知識のない者

(期待される効果) CDR で実施される検証とはどのようなものか、雰囲気や概略を簡単に広報周知できる。

(実績) 前研究班(厚労科研「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」(代表研究者:沼口 敦))および本研究班が制作した模擬検証会議の動画資料(巻末資料 4-1, 4-2)を、各種学術団体における公開シンポジウム(日本小児科学会学術集会, 日本子ども虐待防止学会, 日本小児保健協会等)等で繰り返し供覧した。

(利点) 全く CDR について事前知識のない聴講者にとって、CDR は何を行う事業かについて理解し誤解等を解消できるよう吟味された議事を追体験できる。提供者にとって準備等の負担なく実現できる。常に同一内容で供覧するため安定している。

(欠点) 聴講者にとって、ライブ感に乏しい。提供者にとって、内容が常に一定で、アレンジの余地がないため、学ぶ内容が少ない。

2) 予め発言内容が定められた模擬検証を実演する

(方法) 検証者を模した出演者が台本に従って、検証会議を実演し再現する。

(対象) CDR について知識のない者

(期待される効果) 聴講者にとって、CDR で実施される検証とはどのようなものか、よりリアルに雰囲気を実感することができる。出演者にとって、予め台本上の発言の意図等を詳しく考察し、本番では不安やとまどいなく「模範的な発言」が可能である。

(実績) 日本虐待防止学会第 20 回学術集会シンポジウムで供覧した(図 4)。過去にも、代表研究者、分担研究者らは、同様の機会を何度か提供した。またこのための台本は過去に研究報告等で公開されており、それを基に CDR モデル

事業開始時等に実際に模擬検証を実施してみた地域が複数ある。

(利点) 聴講者にとって、実演者が身近な存在であるほど、CDR を身近に感じられる効果を期待できる。出演者にとって、当該調整作業をとおして CDR に関する考察を深める副次的な効果も観測された。提供者にとって、安定した内容を供覧することが可能であり、かつ見せる対象に合わせて発言内容等を予め調整することができる。

(欠点) 提供者にとって、台本を作ることの負担が大きい。出演者にとって、台本が定まっていることから自由度に限度があり、実際に考察をめぐらす CDR の体験とはなりにくい。

3) 予め準備した模擬事例に対する実際の検証を行う

(方法) 研究者、CDR 経験者、その他の学識経験者、有識者等によって、提供された模擬事例に対して多機関検証を行う。

(対象) CDR についてある程度知識があるが、実務経験の少ない者。

(期待される効果) 聴講者にとって、よりリアルに(発言への躊躇や議論の方向性なども含めて) CDR の様子を見ることができる。検証者にとって、CDR に参加する経験を持つことができる。司会実務者にとって、司会の経験を積むことができる。

(実績) 前研究班および本研究班で、模擬検証を 2 回実現している。また開発中のファシリテーター講習会で複数回実現している(課題 1-3 参照)。

(利点) 検証者にとって、実際に近い検証を追体験することができる。ライブ感がある。予め打ち合わせにない視点が得られることがある。また司会進行について訓練の機会となる。提供者にとって、事例に関する新たな視点が得られる。

(欠点) ファシリテーターの力量に依存する。検証者に予め知識や検証に対する心構えがなければ、有効性が限定的になる。この場合、聴

講者にとって、必ずしも有益でなく、また CDR に対する負の感想を持つきっかけとなりうる。



【図 4. 模擬検証会議の風景（写真提供：日本子ども虐待防止学会）】

モデル事業を進める地域では、検証の成功体験に伴い CDR 実施への心理的障壁が軽減する一方で、それ以外の地域では、CDR は困難な事業という印象が維持あるいは増幅される。すなわち、モデル事業の経験が蓄積されるほど地域間格差が広がる。この地域差の解消のため、上記の利点や欠点を踏まえた上で、段階的に複数種類の模擬検証等を展開し、地域における CDR への取り組みの均等化をすすめる役割を担うことが期待された。

（分担研究報告「模擬検証を用いたチャイルド・デス・レビュー実施支援のための研究」参照）

1-5. CDR に関する法学的検討等

沼口は、厚生労働省の開催による死因究明等推進計画検証等推進会議（全 5 回）に参加し、死因究明制度にかかる有識者や関係官公庁に対して CDR に関する現在の探求の概要について報告し（巻末資料 5）、関係各方面の有識者との意見交換を行った。

沼口、竹原、河村、松原は、小佐井（研究協力者、福岡大学法学部）らと意見交換を繰り返し、CDR モデル事業の観測により蓄積された知見を基に、わが国の CDR のありかたについて法学的な観点から考察を重ねた。

CDR モデル事業の調査段階における個人情報保護法との関連では、CDR の公益性を鑑みて公衆衛生例外に該当すると解釈すべきとの意

見と、情報提供の義務を課すための法整備を求める意見があり、いずれにおいても情報開示に際してプライバシーへの配慮を規定する必要があると考察された。また刑事訴訟法との関連では、特に司法解剖は子どもの死亡事象の解明に大きな役割を果たしており、CDR の推進には欠かせない。また CDR で司法解剖結果等を扱うことによって、わが国の司法解剖に関する懸念の解決が期待できる。そこで、結果の公表等の取扱いのありかた、情報を取り扱う者の要件を十分に吟味した上で、公益上の必要その他の事由で相当と認められるよう検討が望まれると考察された。

また、想定事例を用いた考察により、現状でも知見の蓄積など CDR の有効性が確認される一方で、十分な情報が担保されれば潜在する危険因子がより気づかれやすく、より具体的な予防策が期待できることが示された。

以上より、CDR のために必要な法的手当がなされ、これによって CDR の全国展開に弾みがつき、全国いかなる地域でも等しく安全で安心な社会が探求されるための基盤が策定されることが望ましいと結論された。

（分担研究報告「わが国の CDR の実装における法学的課題と検証に及ぼす影響の考察」参照）

1-6. こどもの死亡の疫学的背景の解析

沼口、植松、木下、仙田、小西（研究協力者）は日本小児科学会 CDR 委員会との共同研究によって、人口動態統計のうち死亡票および死亡個票の閲覧申請を行い、こどもの死亡の疫学解析を行った（課題 3-2 と共通）。

これまでの統計資料にない各種統計表を作成し、今後の課題遂行のための基礎資料とした。本研究終了までに解析を行い、地域で検証母体を策定する等の CDR の制度展開の上での重点項目、統計資料を用いた概観検証の方法に関する提案等を検討する。

（分担研究報告「わが国のこどもの死亡する場所と死因についての検討（第 2 報）」参照）

主要課題 2：乳幼児突然死（SUID/SIDS）の死因究明と予防対応策の探索

2-1. 乳幼児突然死診断の現状評価と診断基準

小保内、小谷、山本、松永、沼口は、全国の法医学講座に対して質問紙調査を実施し、遺伝子検査や代謝異常検査など SIDS 診断環境に関する課題を探索した。回答率 52.9%の調査結果から、検査設備の設置状況やマンパワー、負担可能な経費などに相応の施設間格差が確認された。診断精度を改善し突然死の原因や発症機序を解明し予防法確立に寄与する、また診断の地域間格差を是正するためにも、国が主体となって検査システムを構築する必要があると示唆された。

（分担研究報告「予期せぬ乳幼児の突然死（SUDI）の診断環境改善に関する検討」参照）

2-2. 乳幼児突然死予防のための啓発資料の開発

小保内、内田（研究協力者）は、産後ケアセンターに対して、産後ケア事業における乳児の安全確保の方策についてヒアリングを実施した。この知見に基づき、日本小児突然死予防医学会（旧：日本 SIDS・乳幼児突然死予防学会）の協力のもと、産後ケア事業における乳児死亡の予防のための啓発動画を制作した（巻末資料 4-3、4-4 参照）。今後、関連学会等を通じた情報提供を模索する。

（分担研究報告「産後ケア事業における乳児突然死予防のための啓発についての検討」参照）

2-3. 乳幼児突然死にかかる疫学調査の検証および立案

小保内、沼口、小谷は、SIDS の発生数が減少傾向にある一方で、乳児の不詳の死や窒息などの睡眠関連死が必ずしも減じていないことに着目し、乳幼児突然死の発生状況について改めて疫学調査を実施する必要があると考察した。日本小児突然死予防医学会との共同研究として乳幼児突然死事例に関する実態調査を計画し、限定地域における医療機関を対象とした調査紙調査を計画した。同調査研究は、次年度に実施を予定されている。

2-4. 乳幼児突然死に対する臨床体制の構築

清水、井濱、松永、山本は、来院時心肺停止の乳幼児の診療体制、死因究明にかかる臨床医学と法医学との連携について探索を継続した。本研究課題の終了時までには、臨床における死因究明の均霑化を目指した SIDS センターの稼働を目指している。

主要課題 3：子どもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索

3-1. 傷害事例登録事業の探索

植松は、医療機関を受診した子どもの外傷と発生原因について現況を調査すること、および本邦における外傷の発生と現実的な予防策を見いだすことを目的として、多施設医療機関から情報を収集する調査研究を計画した。基幹的な 10 医療施設を対象とし、前研究方法を踏襲して保護者からの情報および医療者からの情報を収集する研究計画を作成し、倫理申請等の手続きを開始した。実際のデータ収集は次年度に開始予定である。

（分担研究報告「傷害予防」参照）

3-2. 傷害死の疫学的探索

沼口、植松、木下、仙田は、小西を中心とする日本小児科学会 CDR 委員会との共同研究によって、人口動態統計のうち死亡票・死亡小票の目的外閲覧を申請し、こどもの死亡について疫学解析を行った（課題 1-6 と共通）。各種統計表を作成し、今後の検証の基礎資料とした。

（分担研究報告「わが国の子どもの死亡する場所と死因についての検討（第 2 報）」参照）

3-3. 傷害予防について啓発資料の開発

植松、山中は、こどもの安全環境の整備について啓発する上で、わが国の既存の情報等を整理することが必要と考察した。これに基づき、現在の国内外の各種指針を収集し、主として医療サービスの担い手（医師、看護師、保健師等）が参照するためのガイドンスの制作を企画した。次年度中の完成を見込んでいる。



事故予防に関する情報の集約による 環境整備に関するガイドンス

目的：国内で事故予防・安全環境に関して、何が存在しているのかを明確にする

事故防止の指針として、遵守すべき内容として提示されているものを明確にし、実行・実践の可否の判断などについても検討する

方法：1. 省庁、アカデミア（学会）、WHOや欧米から発出されているガイドライン、マニュアルの一覧
・タイトル・発出年月日・URL

2. 体制・環境整備により予防してゆく手順書のようなものができることと良いエビデンスを元に作成できるとより良い

対象

1. 医師・看護師
2. 保健師・助産師（保護者への指導あり）
3. 保育園・幼稚園・学校の先生
4. スポーツクラブの先生
5. 保護者

想定

家庭、園・学校、レクリエーション、スポーツ

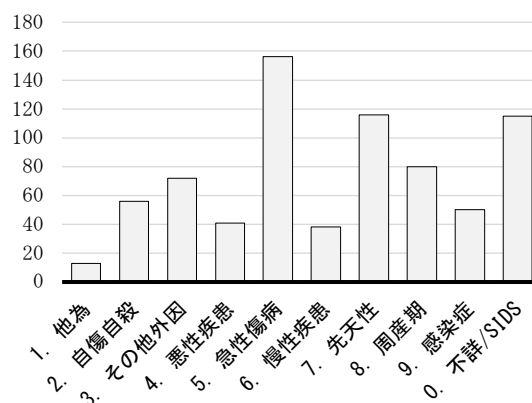
【図 5. 安全な環境整備に関するガイドンス（仮）】

3-4 救急領域における小児死亡の継続調査

沼口は、複数の研究協力者（内田（日本小児科学会）、長村（日本小児救急医学会）ほか）とともに、小児救急領域を中心とした医療機関における死亡例の登録調査を継続実施した。CDR モデル事業に概ね準じた死亡調査票を用いて複数医療機関における小児死亡事例について情報収集を継続し、同調査研究に参加する274施設のうち177施設において1,357例の死亡例が確認された。うち814例（図6）について、フリーテキストによる情報を蓄積した。症例の構成は、来院時呼吸停止が437例（54.0%）、受診当日の死亡が375例（46.1%）、基礎疾患のある症例が500例（62.2%）、医療的ケアを受けていた症例がのべ287例（経管栄養97、在宅酸素70等）、原疾患の増悪による死亡が423例（53.5%）、不慮の事故による死亡が101例

（12.8%）、異状死届出の対象が254例（33.5%）、剖検あり192例（24.6%）うち司法解剖118例、医療機関で虐待関与の可能性が疑われたもの48例（6.8%）、予防可能性が高い58例（7.4%）、予防可能性あり164例（20.9%）などであった。各事例を12名の検証者が一律の基準で評価し、さらに2名の有識者が評価結果をオーバービューする手順によって、医療情報のみに基づくCDRのためのスクリーニングの可否と精度等について検討した。

症例の収集に関して、医療機関の偏りや回答者の関心などに起因すると思われる選択バイアスが存在する（沼口らによる人口動態統計の独自解析結果（課題1-6）と死因の分布を比較、 $p < 0.01$, カイ二乗検定）ものの、医療機関からの質的情報の蓄積、これに基づく医療者によるスクリーニング手順の考察、CDRに関与する有識者の育成、などにおいて重要な意義を果たすと考察された。以後も同調査研究を継続実施する。



【図 6. 小児救急医療機関における小児死亡例登録調査結果】

（日本小児科学会および日本小児救急医学会、長村らによる報告より一部抜粋）

主要課題4：子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索

4-1. 医療機関外におけるグリーフケアの探索

木下、仙田は、わが国のこどもの死亡の1割近くが「グリーフケアの提供が可能と想定され

る（一定以上の規模の）医療機関」以外で死亡診断に至ること、医療機関における急性期対応の完了後にも遠隔期対応を要する場合がみられることに着目し、医療機関以外でのグリーフケアのありかたについて探索が必要と考察した。

医療機関以外で遺族のグリーフケアを実施する既存の取り組みの一例として、犯罪被害者等支援について聞き取り調査を行なった。死亡したこどもの診療を担当した医療機関でのみ、かつ自ら希望した遺族に対してのみ、急性期のグリーフケアを提供する体制の探索では不十分であることが明らかになった。その上で有識者、遺族団体等との意見交換を行い、①こどもの死に関連しうる多機関が、②すべての遺族に対して、③グリーフケアに関する情報を提供できるコンテンツを制作することが必要と結論された。これらの知見を基盤として一般啓発のシンポジウムを実現し、グリーフケアに利用するためのツール（グリーフカード）、および医療機関外で当該ツールを使用するにあたっての留意事項を整理した。

今後、当該ツールの試用をすすめ、具体的な使用方法、既存資料との使い分け、遺族の長期フォローアップのありかた、等の探索を継続する必要がある。

（分担研究報告「医療機関外におけるグリーフケアの提供」参照）

主要課題 5：子どもの死亡に関するデータベースの探索

5-1. 子どもの死亡に関するデータベースの探索

川口は研究協力者（小林、宮下）とともに、現在の CDR モデル事業で扱われる情報が主として質的データ（テキスト情報）であることに着目し、この活用する方法についての探索をすすめた。モデル事業で実際に取り扱われる情報の入手が不可であるため、モデル事業等に参画する有識者間の意見交換（課題 1-3）を参照しながら想定事例データを制作し、これに対して生

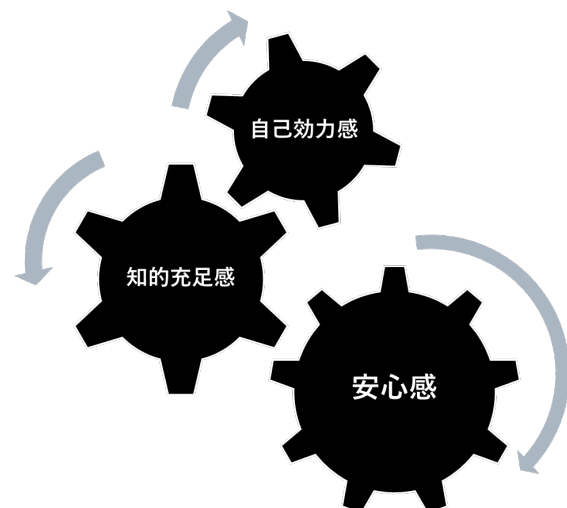
成人工知能やテキストマイニングツールを用いた量的データへの変換を試みるための準備を開始した。実際の解析作業は、次年度以降の課題とされた。

（分担研究報告「テキストデータからの CDR 情報抽出」参照）

5-2. 死亡検証に関するデータベースの探索

小谷は、モデル事業実施前の試験的な CDR の取り組みで記録された検証経過の加工情報テキストファイルに対して、質的データ分析支援ソフトウェアによる解析を試行した。この結果、CDR における積極的な意見交換を規定する下記の 3 つの要素が同定された。

1. 他の参加者も自分の職種の内部事情を理解していて、要望さえも言ってもらえるという 安心感
2. 自分の専門外の知識を専門家から教えてもらえるという 知的充足感
3. これからの日本に必要な CDR という制度の発展に自分たちも貢献しているという 自己効力感



【図 7. 三重県 CDR における積極的意見交換を育んだ 3 要素。分担研究報告の該当部分より引用】

（分担研究報告「なぜ、三重県 CDR では、参加者が活発な意見交換を行うのか」参照）

5-3. 簡易版死亡調査票の提案

前研究班で提案し現在モデル事業で利用される死亡調査票は、自由記載により文字情報を収集する方式である。これにより、記載者の疑

問等をよく汲み上げる機能を期待できる一方で、特に意図しないまま必要を超える情報や遺族に関する（要配慮）個人情報が含まれることへの懸念も指摘される。CDR モデル事業の展開にあたって、各種法令との整合性の確認が課題として挙げられる中、上記の懸念をもたらさない調査票の設計が可能かの探索が求められた。これが可能であれば、（法解釈上求められる）遺族の同意を得られた事例のみならず、全死亡例について検証対象とする CDR の理念が実現可能となる。

沼口は、竹原、川口はじめモデル事業等に関係する分担研究者および研究協力者とともに、このような条件を満たす死亡調査票（以下“簡易版調査票”とする）を探索した。研究者間の事前協議において、このような調査票の用途と目的、意義などについて以下の合意を得られた。これらの事項は、事例選定（スクリーニング）を中心とした CDR のあり方にも言及する内容であった。

（簡易版調査票の用途）

- ・CDR における事例選定（スクリーニング）のための最低限度の資料を提供すること。

（同票の目的）

- ・事例選定（スクリーニング）は、CDR の悉皆性を担保する根幹であって、事例について情報集約と事実の確認等を担うスタート地点であり、将来の再検証や中央集約を目的とした情報を成果物としてとりまとめること、有用な個別検証がなされる事例を選定して地域の改善を目指すことが目標である。

- ・そこで、以下の事例選定（スクリーニング）を、可及的に少ない作業と情報で達成することが、簡易版調査票の目的である。

- ・内因死は、基本的に CDR における多機関検証（個別検証）のよい適応と認識されにくい死亡態様である。この中で、その経過に外因や不詳な点が介在したり、医療提供や社会制度などに検証すべき議題を含む事例（先行研究では内因死のうち 6.5-8%が相当）の抽出が求められ

る。

- ・外因死および不詳死は、CDR に自動的に組み込まれるべきと考えられやすい。ただし例外的に、別に多機関検証を担いうる既存検証等が想定される事例を当該制度に振り分け、あるいは既に実施された他制度での検証結果を組み込む機能が求められる。

- ・ただし後者について、他制度により検証された事例であっても CDR で検証することは「同じ議論・同じ結論になるので無駄」なのではなく、「予防と社会の安全性の観点からの結論は CDR でこそ得られるので有効」であることは十分認識されるべきである。すなわち、情報の収集や事実認定については他制度に移譲する場合にも、抽出された課題に対する介入策を考察する部分は CDR の根幹である。

（使用方法からみた同票の要件）

- ・自由記載を求めた場合、機関や部門によって情報の精度に差が大きく、公正な判断が困難な場合が懸念される。このように単一機関が情報提供後の検証の質についても責を負うことのない情報収集様式が望まれる。

- ・前述の選定作業は、複数人の客観的な視点により行われる必要があり、これを支援する様式が望まれる。

- ・なお、CDR の全経過を通して非選定事例にかかる唯一の資料となることから、時期において改めて見直すプロセスを可能にし、実施主体（都道府県）の単位を超えた広域の提言や情報管理の基礎資料となる様式であることも望ましい。

（開発上の留意事項）

- ・開発、提案しようとする簡易版調査票は、検証の前提情報を収集するツールであるのか、検証（スクリーニングを含む）結果を記録蓄積する成果物であるのか、以後も熟慮が必要である。

上記の議論を根底に、簡易版死亡調査票の案を制作し（巻末資料 6-1）、併せて記載のための注意事項をまとめた（巻末資料 6-2）。複数の研究者によって想定事例をモチーフに簡易版調

当様式の有効な利用法, また利用する場合の
 注意点等には, さらなる検討を要する。

1. こどもの死に対する地域の包括的制度

厚生労働省資料（図 8）によると、CDR モデル事業の実施地域において、都道府県庁外に推進会議の設置が想定されている。CDR が「部門横断的」な検証を理念とすることから、同会議体は子どもに関連しうる多職種から構成される。本研究課題は「子どもの死亡を包括的に扱う機能を担いうる地域の基盤」の探索を最終的な目的としており、当該会議体が適切に構築され運営されることがこの目的に合致する。

当該会議体において医師等の医療関係者は重要な役割を持つ。現行の CDR が主として医療機関から提出される情報を検証の起点とすることから、難解な医療情報を理解し解釈できる技能を要するためである。同会議体の円滑な運営を担保するために、このような技術を持つ者（主には小児医療者）の適切な目的意識、配慮と技術に基づいた関与が望まれ、本研究でその育成および支援のあり方を探索している。CDR

令和3年度 都道府県CDRモデル事業 実施体制イメージ

※このイメージは、一般的なイメージです。

都道府県知事

事務局

【構成員】

県幹部保健医の者を1名以上含む府県職員

【役割】

- 進捗・スケジュールの管理・全事業の運営
- 情報の取扱いに関する指針の作成
- 情報管理の体制構築（状況把握、モニタリングの作成）
- 意見の交換 等

地域

【構成】

市保健課、教育保健、警察 等

【役割】

- 統計・情報収集への協力
- 医療機関向けの統計調査票・基本票の作成 等

情報提供員

調査

【構成員】

小児専門・統計学を担う医師、栄養保健、検査、保健等の分野に専門的知識を有する者

【役割】

- 統計対象の選定
- 統計の実施（調査票提出及び情報提供）
- 統計結果の集計
- 調査票の作成

推進会議

本研究課題では、CDR の実現以外にもこのような地域会議体に求める内容も探索している。

また CDR モデル事業において、遺族に対する心理的ケアの提供が課題であることが繰り返し指摘されてきた。特に悲嘆に対するケア（グ

リーフケア)は、これまで主として医療の一環と捉えられ、それを自ら求める者に対して医療機関がどう対応するか探索が行われてきた。本課題ではこれに加え、医療に対して積極的にアプローチしない/できない遺族等に対して、グリーフケアに関する情報提供、その必要性についての一次的評価、必要な場合に提供者につなげる手順、等についての探索を開始した(研究結果 4-1)。CDR が、あるいは CDR を実現する会議体が、地域の中でいわゆるゲートキーパーとして機能するためにどうあるべきか、更なる整理が望まれる。

2. こどもの死に対する国全体の取り扱い

地域ごと個々に探索するのではなく、わが国全体で解決を図られたい課題も指摘された。

現在の CDR モデル事業は、地方自治体を主体とし限定地域でのみ実現される取組であるため、その構造を応用する「子どもの死を包括的に取り扱う」基盤の模索も、当該地域に限定される。今後、このような基盤が各地に展開されるためには、CDR そのものが関係者および一般国民に遍く理解される必要がある。前述のとおり、医療従事者を対象とした啓発活動は適宜実現してきたが、医療従事者以外の関係者、一般国民等への具体的な啓発のありかたについて探索される必要がある。本研究の一環として、研修資材の開発と改訂(研究結果 1-2)に継続的に取り組んでいるが、その効果を適宜確認しながら時宜に応じて内容の改訂を続ける必要がある。

地方自治体ごとに実現する CDR モデル事業、またそれぞれで探索される子ども死亡への取り組みに関して、情報、課題、および経験の集約が必要である。本研究課題では、この具体的な方法について複数のアプローチで検討を行った。現行の調査がテキスト情報を主とすることを踏まえ、質的データとしてのテキストファイルを量的データに変換する方法の探索を継続した(研究結果 5-1, 5-2)。同時に、そもそも

CDR の初段階で量的データを収集するありかたについて識者での協議のうえ、これを目的とした簡易版調査票(案)を制作した(研究結果 5-3)。これらの情報等につき、地域から中央に抛出するありかた、中央で一括して解析するありかた、地域に対して解析結果を含む情報等を再分配するありかたについて、今後さらなる検討を要する。

有効な CDR 制度を提案する上で、対象の分布やその背景の解析は必須である。本研究課題では、こどもの死亡の発生状況について疫学的探索(研究結果 1-6, 2-3, 3-1, 3-2, 3-4)および法学的背景の検討(研究結果 1-5)を継続している。

3. CDR における多段階の検証に関する考察

CDR モデル事業の実現にあたって、過去の研究において多機関検証の方法が探索され、「多機関検証ワーキンググループ検証マニュアル」にまとめられた。ここでは検証の手順を、**選定(スクリーニング)**「原因と結果の因果関係が明らかなもの等を除くことで、検証の効率性を上げ、提言の有効性を確保する」手順、**個別検証**「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」手順、**概観検証**「選定及び検証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」手順、**専門検証**「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」手順と多段階で構成することが想定された。現在の CDR モデル事業の多くは、このマニュアルに沿って行われる。また、過去研究で制作された「わが国の CDR 運営のためのガイダンス 2022」においても、これに沿った解説がなされた。

これに対して、本研究課題で複数回の検討が行われ(研究結果 1-3, 5-3)、以下のような整理

が望ましいと結論された。このことを正確に周知する新たな啓発資材の開発が必要である。

- ・**選定(スクリーニング)**：CDR における検証過程の最初段階であり、すべてのこどもの死亡例を統一した基準で検証し、その結果をもとに「特に焦点を当てるべき事例」を提案(選出)する作業。
- ・**個別検証**：上記の高関心事例について、死に至るまでの経過(文脈)をナラティブに分析する「質的検証」により、潜在する課題を抽出し対策を新たに創出する作業。
- ・**概観検証**：CDR における検証過程の最終段階であり、選定(スクリーニング)の結果、個別検証の結果、その他こどもの死に関係する各種情報や統計資料等を用いて、地域を対象として「量的検証」等を行う作業。
- ・**専門検証**：昨年度の本研究課題で必要性につき提案されたが、地方自治体内で完結する事業としてのCDRモデル事業のみ稼働する現段階としては、具体的な方法等について検討に至らない。

E. 結論

本研究では、5つの主要課題をととして子どもの死亡を「包括的に取り扱う」ための方法および内容についての探索をすすめた。

各地域において、CDRを運営する多機関多職種からなる協議体を形成し、その職務範囲を規定し、効果的に運営し、有用な結果を発出して国民にフィードバックするために、解決すべき課題が山積する。また各地域の当該制度を有効たらしめるために、全国的な支援制度も併せて探索されることが望まれる。

本研究の最終年度において、ひきつづき提起された複数の課題の解決をはかり、CDRを軸とした分析に基づく社会のセーフティーネットの実装までの道程を模索する。

F. 健康危機情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

Numaguchi A, Ishii A, Takahashi Y, et.al. Medical records as screening tools for child death review in Japan. *Pediatr Int.* 2023 Jan-Dec;65(1):e15692. doi: 10.1111/ped.15692. PMID: 37991171.

2. 学会発表等

- (1)「多職種で安全な社会を～CDRで目指すこと～」第70回小児保健協会学術集会 教育講演(2023.6.18)
- (2)第36回日本小児救急医学会学術集会 パネルディスカッション「子どもの死因究明を力強くすすめていくには」(2023.7.23)
- (3)「チャイルド・デス・レビュー 安全な社会につなぐ多職種連携」日本学術会議公開シンポジウム「動き出す、こどもまんなか安全社会」(2023.9.16)
- (4)「CDRでめざす多機関連携と小児科医の役割」第57回 佐賀大学こどもセンター多科合同セミナー 教育講演(2023.9.26)
- (5)「子どもの死亡から地域が学ぶ：チャイルド・デス・レビューの展望と課題」令和5年度第1回東京都こども救命センター小児地域連携研修会 教育講演(2023.11.14)
- (6)「CDRの取り組み」大阪大学大学院博士課程「死因究明学に根ざした法医学者・法歯学者養成プログラム『虐待予防医学』」教育講演(2023.11.22)
- (7)「CDRの現状と課題」日本子ども虐待防止学会第29回学術集会滋賀大会シンポジウム「1000人の子を救う！！CDRの可能性～すべての子らを世の光に～」(2023.11.25)
- (8)「SIDSと診断されること～CDRの立場から～」第29回日本SIDS・乳児突然死予防学会学術集会シンポジウムⅠ「乳幼児突然死診断手引き改訂に期待すること」(2024.2.10)
- (9)第29回日本SIDS・乳児突然死予防学会学

術集会シンポジウム III「医療的ケア児の死
因究明」(2024. 2. 11)

(10)「愛知県の小児死亡」第 17 回愛知県小児
臨床研究会 (2024. 3. 27)

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

CDR モデル事業の課題抽出とその解決策に関する研究

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

研究要旨

背景：令和2年度から厚生労働省により都道府県を対象とする行政主導の Child Death Review (CDR) 体制整備モデル事業(以下モデル事業)が始まった。このモデル事業では、CDR の課題抽出とその解決策を検討することも目的の一つと位置付けられている。本研究班では自治体におけるモデル事業の支援をしつつ、課題として挙げられた点について、調査を実施し、今後の CDR のあり方を検討する資料を作成していくことを目的としている。

方法：CDR モデル事業自治体で CDR の同意取得を行った医療従事者などに対して、死亡した子どもの背景、遺族への同意取得の実施状況や、医療者に係る負担、同意取得における課題と考えられる事項などに関し自記式質問票(調査票)を用いた調査を実施した。まずは研究者より CDR モデル自治体の担当者に協力を依頼し、自治体担当者は子どもの死亡診断に関わる協力医療機関に研究計画書や調査票を配布、医療機関においては子どもの死亡診断を行った後に、担当者がその調査票に回答するという方法をとった。令和5年度に回収できた調査票を集計し、各項目について記述統計を行った。

結果：昨年度は主に調査の実施準備を行ったが、今年度は CDR の実施において、多くの自治体で課題として位置づけられている同意取得のあり方やその実態の把握に向けた調査を実施した。本報告書ではその途中経過を報告する。今年度は19件の調査票を回収した。回答者は全例医師であり、小児科医の割合が多かった。死因は病死が多く7割を占めた。CDR の同意取得に関する説明は約半数で実施されたが、様々な要因により半数では実施されなかった。そしてさらに半数で同意が得られなかった。説明実施に心理的な負担を感じた者が多い一方で業務量としての負担はあまり感じていなかった。同意取得における課題と考えられる事項などに関しては、多くの意見が寄せられた。

考察：令和2年度に始まったモデル事業も丸4年が経過した。自治体によってはかなり精緻な体制が構築され、検証結果に基づいた予防策の提言やその実装の段階に入りつつある。体制構築に加え、そうした実施に関する部分においても、様々な課題が明らかにされてきており、その対処方法などを検討していくことが求められている。その中でも、同意の取得のあり方については CDR の根幹に関する事柄であり、その一部ではあるものの、モデル事業の中で実際に同意取得に携わる者の意見を集められたことは一つの成果と言えよう。

A. 研究目的

チャイルド・デス・レビュー (Child Death

Review : CDR) は、「予防可能な死から子どもを守るため、死から得られた情報を解析し予防策

や社会体制の改善策を抽出し、安全で安心な社会の構築すること」を目的としている。平成 30 年 12 月に成育基本法（略称）が成立、翌年施行され、CDR の体制整備や情報収集を実施することが自治体の役割と明文化され、CDR を行うための法的根拠が与えられた。また、法医学の分野では死因究明制度が進められているところである。このように、死亡の原因を検証し、具体的な予防策の提言と実行をするための枠組み作りが進んでいる。

上記の背景等を踏まえ、令和 2 年度から厚生労働省により都道府県を対象とする行政主導の CDR 体制整備モデル事業（以下モデル事業）が始まった。モデル事業の参加自治体も徐々に拡大し、いずれは制度化・全国展開することが検討されている。このモデル事業は、一部の都道府県において CDR に関する実施体制の整備を試行的に実施し、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を目的に実施されている。

成育基本法の基本方針（令和 3 年 2 月）には、CDR やモデル事業についても具体的に記されている。我々は、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（研究代表者：沼口敦、課題番号：19DA1002）において、日本における CDR のあり方について検討を重ねた。そして引き続き、本研究班において、モデル事業における課題の分析を行っている。

令和 3 年度以降のモデル事業では、18 歳未満の小児死亡事例に対し CDR を行うために、遺族など生存する個人の情報を収集・利用する可能性が高いことから、「手引き」において、あらかじめ個人情報の利用を公表し、要配慮個人情報を取得する場合は、原則として事前に本人の同意を得る必要がある、という内容が記されている。そのため具体的には、全例、死亡した子どもの保護者から同意を得るための手順を踏む必要がある。そして、その同意取得の担い手として、死亡診断（死体検案）をする医師や遺族へ説明をする医療機関の職員が想定され

ている。しかし、この同意取得については、以下のような懸念が生じている。

（ア）同意取得に係る医療者の負担が大きいこと

（イ）虐待事例など CDR で検証することへの期待が大きい事例で保護者からの同意を得られない可能性があること

そのため本研究においては、死亡した子どもの保護者への同意取得の実施状況や、医療者に係る負担などを明らかにすることを目的とする。得られた結果から、モデル事業における現状を把握し、同意取得の実施可能性や今後のよりよい同意取得のあり方を検討するための基礎的な資料を作成する。それは、予防可能な子どもの死を減らす目的の CDR を理想的な形で実現させるためにも、有効な検討材料となり得る。

B. 研究方法

本研究は CDR モデル事業自治体で CDR の同意取得を行った医療従事者などに対する自記式質問票を用いた横断調査である。

・調査項目

収集する主な項目は以下のとおりである。詳細は添付の調査票を参照のこと。

- ・同意取得を試みたタイミング
- ・CDR に関する説明・同意取得に要した時間、その負担感
- ・CDR に関する説明・同意取得に対する遺族の反応（医療者の主観的評価）
- ・同意取得の可否（⇒同意取得できなかった場合、その原因・理由など）
- ・子どもの死因として考えられるもの（内因死・外因死・不詳の死⇒外因死であった場合にはさらに具体的に、自殺・他殺・事故・虐待（疑いも含む）など）
- ・同意取得における課題と考えられる事項（自由記載）

・調査方法

自記式質問票およびウェブアンケート

・データ収集方法

(ア)研究者から各自治体の担当者などに研究の趣旨を説明し、参加協力を依頼する。参加していただける自治体においては、各医療機関などへの協力依頼・説明をお願いする。

(イ)モデル事業を行っている各自治体の担当者などが、各医療機関にモデル事業の同意取得に関する説明をする際などに説明文を用いて、本研究の趣旨を、同意取得に携わる各医療機関のなどの医療従事者に説明する。

(ウ)モデル事業において、医療従事者が死亡した子どもの保護者に、死亡に至る経過やCDRの趣旨説明などを試みた後で、その結果について事前に配布してある質問票（用紙・ウェブアンケートのいずれか好きなほうを選択）に回答する。

(エ)モデル自治体は、送付された結果に自治体で得た情報を追記し、個人情報削除した状態で研究者に提供する。

・分析方法

令和5年度に回収できた調査票を集計し、各項目について記述統計を行った。同意取得ができた割合と死因カテゴリ（内因、外因、虐待疑いなど）などの二変量解析を行い、同意取得の成否に影響しえる要因の探索を行う予定である。また、自由記述による回答は回答の内容に基づいて集計を行う予定である。

・倫理面への配慮

本研究では、対象者から書面による研究参加への同意を得た。研究計画は、国立成育医療研究センター倫理審査委員会より承認を受けている（承認 No. 2022-228）。

C. 研究結果

令和5年度は4自治体より協力が得られ、19件の調査票を回収した。

都道府県	回収した調査票の数
A	2
B	6
C	2
D	9

CDR モデル事業は自治体内のすべての医療機関を対象としているわけではないため（医療機関を限定し試験的に実施している自治体も多い）、回収数は当該自治体内の死亡数には関わらないが、回収できた数は多くない。

1) 回答者の属性や担当した事例について

回答者の属性	診療科	数
医師	救急科	2
	小児科	16
	内科	0
	その他	0
	不明	1
その他		0

同意取得を実施する場合、多くは死亡診断した医師となるが、自治体によっては後日CDR事務局（自治体や事業委託先等）が実施することも想定されている。今回の調査では該当する自治体の協力は得られなかったため、回答者は全て医師となった。

医師の経験年数	n=19	%
5年未満	1	5.3
5年～10年未満	5	26.3
10年～15年未満	4	21.1
15年～20年未満	2	10.5
20年以上	7	36.8

医師の経験年数は上記の通りで、今後心理的な負担感などとの関係を探る予定である。

CDRモデル事業への理解	n=19	%
とてもよく理解していた	2	10.5
理解していた	14	73.7
あまり理解していなかった	3	15.8

た		
全く理解していなかった	0	0

調査にご協力くださっていることもあり、CDR モデル事業へはある程度理解していることがうかがえるが、まだまだ周知の必要性がある。

亡くなった子どもの年齢	n=19	%
0 歳	9	50.0
1 歳～4 歳	4	22.2
5 歳～9 歳	0	0.0
10 歳～14 歳	3	16.7
15 歳～18 歳	2	11.1

本研究の対象となった小児死亡の年齢区分は、0 歳が半分を占めた。

死亡場所	n=19	%
自宅	3	15.8
病院	16	84.2
自宅・病院以外の屋内	0	0.0
屋外	0	0.0

死亡場所は自宅が 3 件、病院が 16 件であった。

死因	n=19	%
病死	13	68.4
自殺	1	5.3
他殺	0	0.0
事故	4	21.0
不詳の死	1	5.3

事故の内訳は、交通事故 2 件、吐物や気切部の閉塞による窒息が 2 件であった。

ネグレクトを疑うかどうか	n=18	%
はい	0	0.0
いいえ	16	88.9
わからない	2	11.1

未記入が 1 件あった。

2) CDR モデル事業の趣旨説明や同意取得の状

況について

・死亡確認後の経過説明の場合などで CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明を試みたかどうか

	n=19	%
試みた	9	47.5
試みなかった	10	52.6

CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明を試みなかった理由としては、忘れていた、説明できる雰囲気ではなかった、その場で話すのが適当ではないと考えた、といった理由の他に、CDR モデル事業の体制上、後日説明予定といったものも挙げられた。後日説明予定の回答 3 件に関しては、(次の質問において) CDR 資料を郵送という選択肢が選ばれた。

当日もしくは後日説明が実施できた 10 名のうち、CDR に関する説明の多くは、児の父母に対して実施されていた。

説明相手	n=10	%
父母	9	90.0
祖父母	1	10.0
その他	0	0.0

・説明の際に遺族から CDR で事例検証を行うことに対する理解を得られたかどうか

	n=10	%
十分に理解してもらえた	1	10.0
理解してもらえた	3	30.0
どちらともいえない	4	40.0
あまり理解が得られなかった	0	0.0
理解が得られなかった	1	10.0
理解が得られたかどうか わからない	1	10.0

・同意が得られたかどうか

	n=10	%
得られた	3	30.0
得られなかった	4	40.0

保留	3	30.0
----	---	------

同意を得られなかった理由としては、

- ・自殺として公表してほしくなかった
- ・両親の精神的混乱が強いため
- ・検証結果を家族には伝えることができず、実質的に遺族にとって辛い状況をむしかえす結果になってしまうから

などが挙げられており、同意を得るために必要なことや工夫に関しては、「日本が死生観で欧米と差があり（欧米は問題解決思考、日本は死を忌み嫌う風潮）、おそらく日本特有のアプローチ法が必要」との意見が得られた。

・説明に要した時間

	n=10	%
15分未満	5	50.0
15～29分	2	20.0
30分～1時間未満	3	30.0
1時間～2時間未満	0	0.0
2時間以上	0	0.0

・説明のための移動時間など、説明に伴って生じた拘束時間（説明に要した時間は除く）

	n=10	%
なし	3	30.0
15分未満	3	30.0
15～29分	1	10.0
30分～1時間未満	1	10.0
1時間～2時間未満	2	20.0
2時間以上	0	0.0

・説明の際に伴う心理的な負担

	n=10	%
まったくない	0	50.0
ほとんどない	2	20.0
どちらともいえない	4	40.0
負担だった	2	20.0
とても負担だった	2	20.0

その理由への複数回答としては、

- ・同意が得られるかどうか不安だから（1件）
 - ・説明の仕方での同意の有無が変わるかもしれないので、責任を感じる（3件）
 - ・CDRに関する説明と同意の大変さを共有する場がないから（1件）
 - ・死亡時の説明だから（8件）
 - ・ご家族が取り乱しているから（5件）
 - ・死亡時対応の経験が少ないから（3件）
 - ・患者との信頼関係ができる前に話をしなくてはならないから（0件）
- となり、その他自由記載として、
- ・マンパワーとして負担（1件）
 - ・死の受容ができていない段階での依頼になるから（1件）
- といった意見が挙げられた。

・説明の際に伴う業務量としての負担

	n=9	%
ほとんど負担ではなかった	0	0.0
あまり負担ではなかった	7	77.8
どちらともいえない	2	22.2
負担だった	0	0.0
とても負担だった	0	0.0

その他同意取得に関する課題の把握のための自由記載には、

- ・同意一式を渡して後で郵送することを説明するのは負担が少ない。その場で同意をとるのは負担が大きい。
- ・誰も知らないと思われる
- ・事務スタッフ・コメディカルによる説明ができるとよい
- ・コメディカルによる説明・同意ができるようになるようになればよいです
- ・死亡直後にご両親へ CDR についての説明をするのは、ご両親はもちろんだが、説明する医療者側も負担があると感じた。今回はご両親が病理解剖に同意していただいたため、その結果を説明する際に、CDR についてお話するのは自

然な流れでやりやすかった。事前に少しでも自治体内で CDR といった事業をしているということを周知されれば話はしやすいのかなと思った。

・責任追及になってしまうため、検証結果を伝えられないことは理解できるが、せめて検証結果を話して、どのように小児医療の発展につながったかは、遺族の方にも知らせてほしいと思う。現状では辛い記憶を蒸しかえされるだけになってしまっており、協力を積極的になりにくいと思う。

・厳しい経過での死亡例でした。小児がん領域ですので対応が難しく負担になります。説明は落ち着いたところで封筒を見てくださいとのみ話しました。

・国をあげての雰囲気づくり、事前に一度でも聞いたことのある言葉があると受け入れやすいと考えます。

などといった、現場の生の声を多くいただいた。

D. 考察

CDR モデル事業に参加している一部の自治体においては、その自治体内での体制構築は確立されつつある。しかしいずれは制度化・全国展開することが検討されている中で、死亡発生の場に居合わせる可能性の高い現場の医師がどういったことが同意取得の課題と考え、それを解決するために何ができるか検討するということは、非常に重要である。一部の調査ではあるが、心理的な負担を感じながらも CDR の重要性を理解し同意取得を試みても現在の方法では同意は約半数でしか得られないという可能性が示された。同意取得の在り方やその限界

とともに、同意取得のための説明を含む一連の手続きによって生じる時間や労力、業務負担について、さらに検討を重ねる必要がある。

E. 結論

CDR における大きな課題である同意取得の実態調査が進み始めた。まだ数は多くないが、来年度も継続して実施予定である。

謝辞

調査にご協力くださった医療機関の皆様、本研究班の活動にご協力くださった自治体や関係者の皆様に御礼申し上げます。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

CDR モデル事業における同意取得に関するアンケート

都道府県チャイルド・デス・レビュー体制整備モデル事業における同意取得に関する実態調査を実施しております。この用紙に直接ご記入ください。そして別添のレターパックを用いて、自治体に送付してください。1 事例 1 回答となりますことをご理解ください。自治体は調査項目の Q13-4 などの欄を必要に応じて補完し、定期的に研究者に送付します。詳しくは、同封のチラシ等をご参照ください。日本におけるより良い CDR の仕組みづくりのために、ご協力いただければ幸いです。

※網掛け部分の設問（Q2、Q3、Q11、Q12）は、対象者が回答し自治体に届きますが、削除された後に研究者に提供されます。回答欄は最終ページにありますので、ご注意ください。

※この調査に同意されますか？

1. 同意します 2. 同意しません

※CDR モデル事業実施道府県において死亡時対応し、本調査にご協力いただく方についてご質問します。

Q1. あなたの医療機関のある都道府県名をお答えください。

1. 北海道 2. 福島県 3. 群馬県 4. 山梨県 5. 三重県 6. 滋賀県
7. 京都府 8. 香川県

Q2. 医療機関名をお答えください。（回答欄は最終ページにあります。ここには記載しないでください。）

Q3. あなたのお名前をお答えください。（回答欄は最終ページにあります。ここには記載しないでください。）

Q4. あなたのご職業をお答え下さい。

1. 医師（救急科・小児科・内科・その他☞_____）
2. その他（具体的に☞_____）

Q5. Q4 でお答えになったご職業の、経験年数をお答えください。

1. 5 年未満 2. 5 年～10 年未満 3. 10 年～15 年未満
4. 15 年～20 年未満 5. 20 年以上

Q6. あなたは CDR モデル事業の趣旨をどのくらい理解していましたか。

1. とてよく理解していた 2. 理解していた 3. あまり理解していなかった
4. 全く理解していなかった

※今回亡くなったお子さんについてご質問します。

Q7. 亡くなったお子さんの年齢区分をお答えください。

1. 0 歳 2. 1 歳～4 歳 3. 5 歳～9 歳 4. 10 歳～14 歳
5. 15 歳～18 歳 6. 不明

Q8. そのお子さんの死亡場所はどこですか。

※外因死の場合、院内で死亡確認であっても、死亡に至る事象の発生場所をお答え下さい。

1. 自 宅 2. 病 院 3. 自 宅 ・ 病 院 以 外 の 屋 内 （☞ 具 体 的
に _____）
4. 屋外（☞具体的に _____） 5. 不明

Q9. そのお子さんの主な死因は何ですか。

1. 外因死（事故、殺人など） →Q9-1 へ
2. 内因死（病死） →Q10 へ
3. 不詳の死 →Q10 へ

Q9-1. 外因死であった場合、その詳細（疑われるもの）は何ですか。

1. 自殺 2. 他殺 3. 事故（交通事故、溺水、転落など）（☞ 具 体 的
に _____）

Q10. その症例では虐待やネグレクトを疑いますか。

1. はい 2. いいえ 3. わからない

Q11. そのお子さんの亡くなった月をお答えください。（回答欄は最終ページにあります。ここには記載しないでください。）

Q12. 亡くなったお子さんの性別をお答えください。（回答欄は最終ページにあります。ここには記載しないでください。）

※CDR モデル事業の趣旨説明や同意取得の状況についてご質問します。

Q13. 死亡確認後の経過説明の場などで CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明を試みましたか。

1. 試みた →Q13-1 へ
2. 試みなかった （☞理由①忘れていた ②説明できる雰囲気ではなかった ③その場で話すのは適当ではないと考えた ④司法解剖対象事例だった ⑤CDR モデル事業の体制上、後日説明予定 ⑥その他 _____） →⑤のみ
Q13-1 へ、他は Q18 へ

Q13-1. どういう場・タイミングで CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明をしましたか。

1. 死亡当日や翌日の、死亡に至る経過説明などの場
2. 1.以外で、改めて場を設けて説明を実施（実施予定）
（☑具体的に①CDR 資料を郵送 ②CDR 資料を郵送し、電話で説明 ③後日来院いただき、
外 来 な ど 院 内 で ④ 自 宅 に 訪 問 ⑤ そ の
他_____）

Q13-2. CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明をした相手は、亡くなったお子さんからみて、どのような関係ですか（複数回答可）。

1. 父母
2. 祖父母
3. その他の遺族・養育者

Q13-3 CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明の際に遺族から CDR で事例検証を行うことに対する理解を得られましたか。

1. 十分に理解してもらえた
2. 理解してもらえた
3. どちらともいえない
4. あまり理解が得られなかった
5. 理解が得られなかった
6. 理解が得られたかどうかわからない

Q13-4. その場で CDR に関する同意を取得できましたか。

1. 同意を得られた →Q14 へ
2. 同意を得られなかった →Q13-4-1 へ
3. 保留（後日自治体や医療機関に郵送など）→Q14 へ

Q13-4-1. 同意が得られなかった理由と、同意が得られるようになるために必要なことや工夫について

て何かお考えがあれば、ご記入ください。

※CDR モデル事業での同意取得に関する負担についてご質問します。

Q14. CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明に要した時間の合計はどのくらいですか？

※ほかの説明と同時に行った場合などは、CDR の説明に使ったと考えられるおおよその時間をお答えください。自宅訪問のための移動時間などは含めず、次の質問でお答えください。

1. 15 分未満
2. 15～29 分
3. 30 分～1 時間未満
4. 1 時間～2 時間未満
5. 2 時間以上

Q15. Q14において自宅訪問のための移動時間など、CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明に伴って生じた拘束時間をお答えください。

1. なし 2. 15 分未満 3. 15～30 分未満 4. 30 分～1 時間未満
5. 1 時間～2 時間未満 6. 2 時間以上

Q16. CDR の説明や同意取得におけるあなたの心理的な負担はどのくらいですか？

1. まったくない →Q17 へ
2. ほとんどない →Q16-1 へ
3. どちらともいえない →Q16-1 へ
4. 負担だった →Q16-1 へ
5. とても負担だった →Q16-1 へ

Q16-1. Q16 で心理的に CDR の説明や同意取得に負担を感じた方にご質問です。どのような理由・背景で負担を感じましたか？（複数回答可）

1. 同意が得られるかどうか不安だから
2. 説明の仕方での同意の有無が変わるかもしれないので、責任を感じる
3. 説明者自身が CDR に否定的な感情を持っているから
4. CDR に関する説明と同意の大変さを共有する場がないから
5. 死亡時の説明だから
6. ご家族が取り乱しているから
7. 死亡時対応の経験が少ないから
8. 患者との信頼関係ができる前に話をしなくてはならないから
9. そ の 他 (具 体 的 に
☞ _____)

Q17. CDR の説明や同意取得におけるあなたの業務量としての負担はどのくらいですか？

1. ほとんど負担ではなかった 2. あまり負担ではなかった 3. どちらともいえない
4. 負担だった 5. とても負担だった

Q18. CDR での同意取得に関する更なる課題の把握のため、何かご意見があればご記入ください。

質問は続きます。次が最後のページです。

※このページの情報は、自治体において事例を突合する目的のみで使用されます。
そのため、この最終ページは、自治体で破棄した後に研究者へ提供されます。

Q2 医療機関名をお答えください。(自治体で削除します。)

()

Q3 あなたのお名前をお答えください。(自治体で削除します。)

()

Q11 そのお子さんの亡くなった月をお答えください。(自治体で削除します。)

1. 1月
2. 2月
3. 3月
4. 4月
5. 5月
6. 6月
7. 7月
8. 8月
9. 9月
10. 10月
11. 11月
12. 12月

Q12 亡くなったお子さんの性別をお答えください。(自治体で削除します。)

1. 男
2. 女

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

わが国の CDR の実装における法学的課題と検証に及ぼす影響の考察

研究分担者	沼口 敦	名古屋大学 医学部附属病院 救急・内科系集中治療部
	松原 英世	甲南大学 法学部
	河村 有教	長崎大学 多文化社会学部
	木下 あゆみ	四国こどもとおとなの医療センター 育児支援室
	仙田 昌義	国保旭中央病院 小児科, 千葉大学大学院 法医学
	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	小佐井 良太	福岡大学 法学部
	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

研究要旨

現在模索されるチャイルド・デス・レビュー(CDR)は調査-検証-提言の3段階から構成されるが、その中で主に調査段階でみられる課題を法的観点から整理した。また、その課題が検証に及ぼす影響を具体的に考察するため、CDRモデル事業の観測から着想を得た想定事例を例示し、上記課題の及ぼす影響について具体的に論じた。

個人情報保護法との関連において、CDRモデル事業では「生存する遺族等の情報」の共有に本人の同意が必要とされる場合もあり得ることが複数指摘され、本来検証しなければならない事例について検証ができない状況が発生しているという指摘もある。CDRの公益性を鑑みて公衆衛生例外に該当するとの意見もある一方で、情報提供の義務を課すための法整備を求める意見もある。いずれの手続を探索する場合でも、情報開示の際にはプライバシーに十分配慮するなどの規定が必要である。

刑事訴訟法との関連において、CDRモデル事業では「司法解剖結果を含む捜査情報」の利用ができないとされた。しかしながら司法解剖は子どもの死亡事象の解明に大きな役割を果たしており、CDRの推進には欠かせない。またCDRで司法解剖結果等を扱うことによって、わが国の司法解剖に関する懸念の解決が期待できる。そこで、結果の公表等の取扱いのありかた、情報を取り扱う者の要件を十分に吟味した上で、公益上の必要その他の事由で相当と認められるよう検討が望まれる。

4例の想定事例を用いて、現在のCDRモデル事業で扱えない上記情報の有無で検証内容がどのように変わりうるかを例示した。現状でも可及的に検証が試みられCDRの有効性が認識される上、限定的な検証結果であっても知見の蓄積は重要である。その一方で、十分な情報が担保されれば、潜在する危険因子がより気づかれやすく、より具体的な予防策が期待できると考察された。

CDRに対して、子どもの死を予防する直接的効果のみならず、より良い医療と支援体制の構築も期待される。そのために必要な法的手当がなされ、これによってCDRの全国展開に弾みがつき、全国いかなる地域でも等しく安全で安心な社会が探求されるための基盤が策定されることが期待される。

A. 研究目的 および B. 研究方法

現在わが国で、チャイルド・デス・レビュー（以下 CDR）のありかたが探索されている。こども家庭庁は、CDR を“医療機関や行政をはじめとする複数の機関・専門家が連携して、亡くなったこどもの事例を検証し、予防策を提言する取り組み”¹とし、“実施体制の整備をモデル事業として試行的に実施し、その結果を国へフィードバックすることで、体制整備に向けた検討材料とする”² 目的で、令和 2 年度より都道府県を実施主体とした「予防のための子どもの死亡検証体備モデル事業（以下、CDR モデル事業）」を実施している。7 府県で開始され 10 都道府県まで拡大して CDR モデル事業が実施されたことになり、厚生労働省およびこども家庭庁にフィードバックされた実施報告書の分析が待たれる。

これまで研究分担者らは、各地域の分担研究者、研究協力者と共に複数のモデル事業の視察を重ね、CDR の 3 つの構造（調査-検証-提言）が探索される様子を観測した。その結果から、“今後全国の自治体に CDR を導入するに向けて浮かび上がってきた課題は、手続を内々の「ガイドライン」によって進めていくことの限界である”³ ことが指摘される。その課題として、まず調査の段階において必要な情報が当初意図したとおりに収集されない事象が複数の地域に共通して存在することが挙げられた。この事象の詳細な分析から、その根本的な要因は A) 関係機関（捜査機関等）が必要な情報をそもそも十分に収集できていない問題、B) 関係機関が十分に収集した情報を CDR に十分な形で提供・共有できていない問題⁴の 2 点に集約された。前者は、CDR の前提となる死因究明の精度を問う課題、後者は CDR の根拠と有効性を問う課題と言い換えられる。また検証の段階での課題として、“検証の材料は価値のある情報によってなされるべき”⁵であるにもかかわらず、“その（検証の）根拠となるものは、医療関係者から提出された情報に限られる場合がほとんど（括弧内は筆者の追記による）”⁶で

あることが挙げられた。最後に提言においての課題として、“検証の結果を通した予防策等の提言については、現在のモデル事業においては何らの縛りもない”⁷ことが指摘された。

研究代表者は、令和 5 年 5 月から令和 6 年 2 月にかけて全 5 回にわたって開催された「死因究明等推進計画検証等推進会議（厚生労働省）」において、探索中の CDR について報告を行い、これに対する各識者との意見交換の機会を得た。そこで、同会議の議事録から CDR の仕組みに関連しうる内容を抽出検証し、現状の整理にあたった。併せて、各地の CDR モデル事業において公開された提言を精査し、その他の文献調査を行った。

また、いくつかの想定事例を用いて検証を具体的に例示し、CDR についての考察の一助とした。

C. 研究結果および D. 考察

CDR の社会実装を目指すにあたって、“死因身元調査法に基づく調査結果の通報と個人情報保護法の考え方に整理”、“司法解剖結果を公益に生かすための条件”、“地域差を解消するための方策”の 3 つの課題があると提起された⁸。これらはいずれも、死因究明等の推進において直面する課題と共通する。

I. 法的観点からの考察

個人情報保護法との関連

かつて、個人情報保護条例が各地域に定められ「個人情報保護法制 2000 個問題」等として問題視された⁹。ここで列挙された問題点のいくつかは、CDR モデル事業においても直面された。たとえば、死者本人の情報を保護対象と扱うか（「個人情報」の定義の違い）、A 県で可能な取扱が同県内であっても B 市では不可とされること（「解稟権の分立」⁹による自治体毎の判断基準のばらつき）、県境をまたいだ情報収集の困難さ（「自治体の第三者提供の萎縮」⁹あるいは「越境データ問題」⁹）等が挙げられる。令和 3 年の個人情報

保護法改正を受けて、この事態の收拾がはかられる方向にあり¹⁰、今後CDRにおける諸問題にも解決がもたらされることを期待したい。

改正個人情報保護法のもとで、現状の CDR モデル事業が直面する課題は、以下のとおりである。対象となる死者本人の情報は法の対象とされないものの、遺族等の生存する個人の「個人情報」の取扱いについて、CDR モデル事業においては“CDR で収集する情報については、死亡した子どもに関する既往歴・家族背景・死に至る直接の経緯等に関するものであるところ、これらの情報により、あるいは他の情報と照合することによって、遺族等の特定の個人を識別することが可能なものは、遺族等の生存する個人の「個人情報」として、個人情報保護法により保護される”¹¹と注釈された。ここで CDR で収集する情報とは、そもそも医療、保健、福祉、教育、捜査機関等がそれぞれ固有の（CDR 以外の）目的のために収集した既存情報のうち、当初の目的を超えて CDR のために提供されるものが想定されることから、“モデル事業には情報収集の権限を定めた法律がなく、同法第 69 条第 1 項等が規定する「法令に基づく場合」との例外規定に当たらないため、本人の同意がある時等、他の例外規定に該当しなければ、個人情報をモデル事業で利用することができない”¹²状況が指摘された。これに加えて“CDR に係る委託を受けた民間機関が他の機関から要配慮個人情報（個人情報保護法第 2 条第 3 項）を取得する場合は、原則としてあらかじめ本人の同意を得る必要がある（個人情報保護法第 17 条第 2 項）”¹³とも示された。

この状況下で実施されたモデル事業において、“小児死亡 23 事例のうち、6 事例（約 26%）で同意書が取得できず”“本来優先的に検証が必要な事例が、検証できない事態が生じている”¹⁴と報告されたり、“自殺や事故による死亡事例など 8 件で不同意”であったうえ“遺族の感情への配慮等により意向確認が困難であった事例もみられた”¹⁵との報告、あるいは“41%で同意書が返信されず、

同意の有無が確認できなかった”¹⁶といった事態が観測された。そして“CDR における同意書の取得には下記の重大な問題が生じている。(1)CDR の悉皆性が維持できない。(2)本来検証しなければならない事例について検証ができない。(3)有効な予防策を導き出すことの障害になっている。”¹⁷と報告され、“国には、情報提供依頼を受けた機関が、遺族の意向確認を経ることなく、情報提供の義務を課すという法整備を行なっていただきたい。”¹⁸との問題提起もなされた。

このようなことが実現可能かにつき、専門家からは“基本的に公共的な政策形成のための調査・分析目的で個人情報を提供する行為は、本人からの同意取得が困難であって公衆衛生の向上のために必要な個人情報の提供というものに当たり、個人情報保護法27条1項3号の公衆衛生例外に該当すると考えられますので、適法に個人情報を提供できると私は理解しております”とし“法律が理由でこういった調査・分析が進まないというのは大変遺憾に思います”¹⁹という考え方も出された。法整備に関連して、死因究明のため“個人情報保護委員会と密に連絡を取っていただいて、場合によっては何らかのガイドラインを個人情報保護委員会と共同で出していただくというようなことも御検討いただいて”²⁰、“「こういうことはできるのですよ」といったようなホワイトリストでの基準づくりを目標として”²¹制度構築を進めることの提案もある。もっとも、同法における公衆衛生例外の適用については、“個人情報保護法の公衆衛生の規定をそのまま運用されているというふうには感じていない状況”²²が感じられる場面があるなど、運用が相当厳格であることも同時に指摘された。類似の例として、たとえば東日本大震災時に個人情報保護条例によって一部で情報提供困難が生じ救援活動の遅れ等が指摘されたが、この際には「公衆衛生例外」ではなく災害対策基本法の改正による「法令に基づく場合」の整備によって対応された²³。

一方で、CDRにおいて個人情報を利用することは必要であるものの、研究分担者の河村は

“「情報」の内容しだいでは…（中略）…憲法35条の「住居、書類及び所持品に限らずこれらに準ずる私的領域に『侵入』されることのない権利」、すなわち個人の私的領域におけるプライバシーの期待という利益の制約、侵害も想定され得る”²⁴との懸念を示した。この解決のため、“バランスをいかに取っていくのかというのが大事”²⁸であり“法律にするかどうかはともかく、一つの基準というのを設けていく必要がある”²⁵という意見もあれば、“手続における個人の権利侵害のおそれを念頭において、権利侵害がなるべく生じないようにするための関係諸機関に対するチェック機能を保障したうえで、適正な法定手続の運用が重要であり、今後の手続の法制化は必須であろう”²⁶との意見もある。

刑事訴訟法との関連

前述のとおり、CDRにおいて司法解剖結果を含む捜査情報が共有されない根拠として、刑事訴訟法の規定が挙げられる。CDRモデル事業の手引き（第2版）では“捜査に関する情報は、関係者の名誉・プライバシー等を保護し、捜査・裁判に対する不当な影響を防止する観点から、刑事訴訟法（昭和23（1948）年法律第131号）第47条及び第196条の趣旨に鑑みても、本事業で取り扱うことは難しい”と解説され、このことから“司法解剖の結果は本事業の対象としない”とされた²⁷。

令和4年（2022年）統計によると、同年の全死亡数156万8,961²⁸に対して、司法解剖数は9,016件²⁹である。すなわち司法解剖が実施された事例は、全死亡の0.6%にとどまることから、司法解剖結果を公表しないことによっても死因究明全体には大きな影響を及ぼされないとみなす捉え方もあり得る。

一方で、18歳未満の死亡を母数とした司法解剖

の割合は、2014～2020年の18歳未満の法医学解剖のうち75.7%³⁰、2017～2019年の18歳未満のすべての解剖のうち37.2-47.8%³¹、2017～2019年の18歳未満の異状死の解剖のうち“半分から8割”³²に該当する。このことから“子どもの死因究明で重要な部分は司法解剖に担っていただいている”と指摘³³され、死因究明の結果を基盤とするCDR^{34,35}においても、“司法解剖例の情報が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”³⁶との意見もある。

なお令和4年（2022年）の警察の取扱死体数は196,103であり²⁹、これを母数とすると上述の司法解剖（9,016件）の割合は4.6%と計算される。なお、都道府県ごとの警察取扱の剖検のうち司法解剖例は、令和2年には4.6-98.8%[中央値86.3%]^{37,38}、令和5年には4.7-100%[中央値87.8%]³⁹であり、年によらず都道府県による地域差が大きい⁴⁰。

このように、司法解剖は、子どもの死亡事象の解明に大きな役割を果たしていることは明らかであり、死因究明およびCDRに対して重要な部分を担うと考えられる。

川端は、わが国の司法解剖において“③再発防止のための利用ができないため、および④第三者専門家による評価ができないため、鑑定書の質を担保できない事態”が生じていると指摘し、“これらの弊害は重大であり、その除去策が探求されなければならない”と指摘する⁴¹。死因究明等推進計画では、“警察等において、死因・身元調査法に基づき、明らかになった死因がその後同種の被害を発生させるおそれのあるものであって、必要があると認めるときは、その旨を関係行政機関に通報する”⁴²ことが示され、その件数は年々増加⁴³しているが、（死因・身元調査法に基づくものではない）司法解剖に関しても同じ探索がなされる必要がある。CDRは“医療機関や行政をはじめとする複数の機関・専門家が連携して、亡くな

ったこどもの事例を検証し、予防策を提言する取り組み（下線は研究代表者による）”¹であることから、ここに司法解剖結果が有効に活用されれば、上記のように指摘された二つの弊害の両方を解決に導くことが可能になる。

川端はまた、刑事訴訟法47条の法意について“訴訟に関する書類の公開によって、①訴訟関係人の名誉が毀損されるばあいがあること、②公序良俗が害されるばあいがあること、③裁判に対する不当な影響が及されるばあいがあることを摘示して、これを防止するために書類の開示を禁止していると解している”と解説し、鑑定書を遺族に開示することについて“これらの弊害が生じないばあいには、開示をみとめてもよい”と論じた⁴⁴。

CDRに対して訴訟に関する書類、ここでは司法解剖結果を含む捜査情報を共有することの是非について、川端論文⁴⁴の論調になぞらえて考察すると、①訴訟関係人の名誉毀損が生ずるか、②公序良俗侵害が生ずるか、の2点とも、たとえば共有された情報や導かれた検証結果等を個別事例が同定される形で公表し、その結果として遺族等の秘匿しておきたかった事実が世間に明らかになる等して、その名誉を毀損したり公序良俗を侵害したりする可能性は完全には否定できない。しかしこれらの可能性は、あくまで配慮に欠く公表によって生ずるものであって、“開示それ自体によって生ずるわけではない”⁴⁴。またCDRで情報を取り扱う関係者のうちに裁判に影響しうる者が含まれることは想定しにくく、③裁判に対する不当な影響についても考えにくい。これらのことから、共有された情報やそれに基づく検証結果等の「公表等の取扱いのありかたを予め十分に吟味すること」⁴⁵、「CDRで情報を取り扱う者（CDRの“構成メンバー”⁴⁵）の要件を予め十分に吟味すること」の2点が条件としてあれば、CDRに対する司法解剖結果を含む捜査情報の共有は問題を生じるとは考

え難い。CDRへの情報共有が刑事訴訟法第47条但し書きにあたると解されるかについては、“「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」というふうに解除条項になっておりますので、大きな枠組みとしては、例えばCDRとか死因究明等推進地方協議会との関係での情報提供というのは、公益上の必要その他の事由で相当と認められるというこの枠組みに収まるだろう（法務省）”⁴⁶との解釈が紹介された。

II. 実務経験を基盤にした考察

これまで考察したように、CDR に対して各種情報を提供可能にするためには、法的手当が必要である。では情報が提供されたとして、そのことがCDRの質を改善するか（情報が提供されないことがCDRをどのように阻害するか）について、これまで具体的な検討がなされてこなかった。

CDRモデル事業において、各地域で限定的な情報をもとにした検証が試みられている。その結果等をもとに、厚生労働省あるいはこども家庭庁への報告書の提出、県民への提言書の公開^{47, 48, 49, 50}等が行われる。しかし、前者結果についての情報公開は現状で実施されておらず、後者においてどのような情報に基づいた結果であるかは記述されず、具体例を例示することは不可能である。そこで本稿では、CDRモデル事業の観測の中で着想を得て創作した想定事例をいくつか例示し、多機関からの情報、特に遺族の個人情報とも見做される情報や捜査資料の有無によって、検証がどのように変わりうるかを叙述的に考察する。

（想定事例 1） 自宅で睡眠中に予期されなかった心停止をした乳児。

当該事例は、特記すべき基礎疾患を指摘されたことのない乳児が、家庭で睡眠中に心肺停止に陥っていたところを家人に発見され、直近の医療機関に搬送されたものである。一度は自己心拍の再

開が得られたものの、間もなく死の転機を辿った。臨床的には乳幼児突然死症候群を疑うが詳細は不詳として所轄警察に異状死届出がなされたが、その後解剖を含めどのように死因究明が行われたかは不明であった。診療録には、病院到着までの救急隊の対応内容と病院到着後の診療内容および検査結果について詳細に記載されたが、発見までの自宅での状況についての記載はほとんど見られなかった。この医療情報のみで予防のための死亡検証を行う場合、乳幼児突然死症候群の予防策として一般的に挙げられる「家庭での安全な睡眠環境の確保」等についての抽象的な意見交換、保護者等に対する乳幼児心肺蘇生法の啓発について、場合によって地域の救急搬送システムのありかた等についての議題が想定される。

わが国で法医学解剖に附された事例について、たとえば 2014 年に愛知県内で法医学解剖が実施された小児死亡例のうち診療録上に法医学解剖に関する記載がみられた事例は、解剖が行われた事実のみ記載されたものも含めて 37.8%と報告される⁵¹など、法医-臨床医間の結果共有が不十分と指摘される。この背景のなか、2017-2020 年に剖検された 18 歳未満例のうち、死亡診断書（死体検案書）の記載が法医学者による割合は、都道府県によって 0-94.4%[平均 34.7%]であった⁵²。この中には病理解剖例も含むため過小評価の可能性はあるが、法医学者が死亡診断書（死体検案書）に関与する割合は小さく、かつ地域による差異が大きいことが窺える。すなわち、診療録に加えて死亡診断書（死体検案書）も情報源とするにしても、得られる情報の質と量とも十分とはいえないことが懸念される。

もし検証において、司法解剖結果が共有され「死因は不詳であるものの、気管内にビニール片が発見され、気道を閉塞していた可能性が疑われた」ことが判明したら、同じ「家庭での安全な睡眠環境の確保」について意見交換するのにおいても、異物誤嚥の予防にも重点をおいた、より具体的な

内容を期待できるだろう。さらに現場検証情報から「同家庭は住居内に大量の物が堆積される不良な環境（いわゆる『ごみ屋敷』とされる状態）であった」こと、行政情報から遺族について「家族は家庭環境に対する介入を拒否していた」ことが共有されたら、保健師訪問時の生活環境評価に関して具体的な手順や項目の模索、不良な環境そのものや同環境に乳児を放置する養育態度に対する具体的な支援策への誘導なども期待できる。CDR において、これらの情報は関係者の有責性の判断のためではなく、将来同様の死亡事象を発生させる潜在的な危険因子に気づく端緒となり、その具体的な予防策を検討するための契機となる。逆に、もしこれらの情報がもたらされなければ、このような危険因子に気づくことが遅れ、具体的な施策までにさらなる犠牲を要するだろう。

（想定事例 2）自室内で自殺をした生徒。

当該事例について、医学的死因については遺体の状況等から「縊頸による窒息死」に矛盾せず、かつ搬送時には死体現象が明らかで蘇生医療を施す対象ではなかったため、搬送先医療機関において、特段の検査等をなされることなく死亡確認、異状死届出、所轄警察への移管が行われた。救急隊からの聞き取りによって「鍵のかかった自室内で縊頸の状態で見られ、家人によって救急要請が行われた」、また家族からの聞き取りによって「特記すべき既往歴なく、また最近の医療機関への受診歴もない」等の、医学的死因を考察するため最小限必要な問診情報が診療録に記載された。CDR の入口となる医療情報では、過去の病歴等について不明だが明らかな現病を有しない者の「縊頸による窒息死」事例であること、異状死として警察に届け出られたこと、が分かる程度である。この医療情報のみで予防のための死亡検証を行うとした場合、特に当該事例に特徴的な事項が見当たらないことから、自殺対策として既に提案されている一般的事項についての意見交換の域を出ない。

学校に通う児童生徒の場合、自殺または自殺が疑われる全例に対して、子供の自殺が起きたときの背景調査の指針(改訂版)⁵³に沿って、事案発生後に速やかに基本調査(“当該事案の公表・非公表にかかわらず、学校がその時点で持っている情報及び基本調査の期間中に得られた情報を迅速に整理するもの”⁵⁴)が行われる。ただし自殺例に関して学校等から“遺族から「子どもが亡くなった」としか聞いていない、「自殺ではなく事故死」と聞いている(括弧は研究代表者による追記)”⁵⁵等の報告も聞かれることから、学校等による基本調査の対象とならない事例も一定程度存在することが窺われる。また事例によって、詳細調査(“基本調査等を踏まえ必要な場合に、心理の専門家など外部専門家を加えた調査組織において”“事実関係の確認のみならず、自殺に至る過程を丁寧に探り、自殺に追い込まれた心理を解明し、それによって再発防止策を打ち立てることを目指す”⁵⁴)が追加されるが、その実施数は令和4年には411件の自殺例のうち19件であった⁵⁶。その理由は明らかにされないが、基本調査によって背景情報が“迅速に整理”されたにもかかわらず、その情報が再発防止に活かされる詳細調査の実現が困難な事例が多いと推察される。

いずれにせよ、整理された背景調査結果が共有され、たとえば「前年まで成績上位だったが、進級のあと成績が極端に低下していた」という情報をもたらされれば、生徒の心理的問題をより早期に気づく契機について、またこれに気づいた際の対応について、具体的な意見交換を行いうる。あるいは遺族に関わる情報として「当該生徒は両親から成績不振について強く叱責され、また学校が課外活動の是非につき両親から強く申し入れを受けていた」等の情報をもたらされれば、学校と家庭の関係性構築について、あるいはいわゆる「教育虐待」について、等のより具体的な意見交換を行いうる。ただし、この際の情報共有の困難について、“個人情報保護法第69条1項の「目的外利

用」にあたる”⁵⁷可能性があり一律の扱いが困難であること、また“公表方法によっては、遺族や関係者への影響が懸念される”⁵⁷との指摘のように、情報開示請求への対処など情報公開のありかたの検討も望まれる。これらを踏まえた今後の情報の利用手続の整備が必須と考えられる。これに加えて“「他の子どもたちには何も言ってほしくない」と言われているという声が聞かれた”⁵⁵、“遺族の心情を考えると、情報を提供することができない”⁵⁵等の心情的な観点にも着目される。特にいじめの関連を中心に“被害者である児童生徒やその家庭に問題があったと発言するなど、被害児童生徒・保護者の心情を害することは厳に慎むこと”⁵⁸と通達される中で、CDRなど他事業と調査結果の共有を求める際には、その必要性、有効性や根拠を明示することに加え、情報開示請求への対処や情報公開に際しての取り扱い上の規則等を確立し、具体的に担当者等の心理的安全性を担保する方策も必須である。

子どもの自殺によって甚大な衝撃に晒される遺族にとって、“不名誉・屈辱「〇〇が自殺したなんて知られたくない・言えない」”などの感情も“遺族の悲嘆反応としてしばしばみられる”⁵⁹ものであり、その最中に遺族自身に対して“遺族であることを探ろうとしたり、詳細を無理に聞き出そうとしたりすること”は“二次被害になる恐れがあるので慎むべきである”^{60,61}とされる。遺族に対して既に調査された内容を不用意に繰り返し尋ねることは、二次被害を助長する懸念のため避けるべきと考えられる。“亡くなったこどもの事例を検証し、予防策を提言する取り組み”¹であるCDRで、ここに例示されたような自殺事例を扱うことの意義は大きいことは明らかであるから、遺族にさらなる負担を課すことなく既に収集された既存情報の取り扱いを可能とするよう、各方面の整理が図られるべきである。

(想定事例3) 高所転落による自殺をした若年者。

当該事例は医療機関には不搬送で死体検案に至ったものであり、このような場合には CDR において重要な情報源とみなされる診療情報は作成されない。なお、2017-2020 年の人口動態統計に対する調査の結果、18 歳未満の自殺事例 1,569 例のうち、小児科を標榜する病院で死亡診断（死体検案）されたものは 786 例（50.1%）であり⁶²、これらについては当該医療施設で行われた診療行為の経緯が記録されたと推察される。一方、全体の約半分に相当するその他の事例は発見現場等で死体検案されたものと考えられ、死亡事象に関連する診療情報はなく、医療情報として用いる内容は死体検案書上の「外因死の追加事項（手段および状況）」欄に限定される。また医療機関以外の情報について、たとえば中退等により学校に在籍しない若年者は、文部科学省による背景調査⁵³の対象ではない。これらの背景から、そもそも共有して検証の基礎とする情報そのものが希薄であり、既に提案されている一般的事項についての意見交換しかできない。

このような事例に対して、警察が捜査あるいは調査を実施していると推察される。捜査上の支障にならない範囲で当該情報の一部が共有され、例えば「死者は、転落現場付近を日常生活圏としていなかったが、数日前に転落現場近くで目撃されていた」ことが分かれば、突発的衝動的な事象ではなく、ある程度の計画性に基づいた事象であることが推察され、対応策の検討について一般市民等による自殺企図者の早期発見に焦点をあてることにつながる可能性がある。また「死者は、生前に医療機関に通院していた」ことが分かれば、当該機関に診療情報等の提供を依頼する等で背景の詳細な理解につながる可能性が生じるし、あるいは当該医療機関等において自殺リスクの早期発見と対応等のより良い医療提供のあり方等について検討が進む可能性がある。さらに「死者と同時に自殺をはかると見られる同性同年齢の者があった」というような情報がもたらされれば、当該事例に

関する詳細の検討に加えて、複数人で同時に自殺を企図する等の社会的病理についての考察の契機となる可能性がある。

CDR モデル事業の報告において、“情報の不足により正確な検証や予防策の検討をする上で支障をきたすことがある”¹⁴と問題提起がなされた。想定事例 2 および 3 で考察したように、特に“自殺の検証にあたっては秘匿性の高い情報を多くの関係機関から収集する必要がある”¹⁵。これがなされれば、“CDR では、様々な情報から自殺の背景や自殺に至った過程を明らかにできるため、予防策や支援体制を推進する際の重要な既存情報となりうる”⁶³ことも改めて強調したい。

一方で、米国では CDR（ただし引用論文内では“Child Fatality Review”という用語を用いている）のデータベースの解析から、若年者の自殺予防にかかる施策について考察が報告された⁶⁴。また国内でも、梅本は三重県においてモデル事業開始前より CDR に取り組み、“県内の 18 歳未満の死亡検証を継続している。そこから抽出したデータを用いて、三重県内の 13 歳の自殺者数を調査した”“類を見ないパンデミックの発生によって、児童・生徒のメンタルヘルスは大きな影響を受けたと思われるが、縦断的なデータはなかった。今回データを示せたのは、コロナ前からのデータの蓄積があったからである”⁶⁵と、継続的な取り組みの重要性を報告した。このように、たとえ共有される情報が少なく“正確な検証や予防策の検討をする上で支障”¹⁴が感じられたとしても、そのような検証を有効性が低いとして断念するのではなく、可及的に検証を試み、その繰り返しによって経験と知見を蓄積する意義は大きい。

（想定事例 4）屋外で溺水した幼児。

当該事例は発見後に医療機関に搬送され蘇生医療を施されたが、心拍再開を得ることなく外来で死亡確認に至り、異状死として警察に届け出られ

たものである。臨床的には肺内への水の吸引による窒息が医学的死因であることは明らかであり、医療記録に発見時の状況等の聞き取り結果の記載が限定的であった。このような背景のため、検証に用いる医療情報が少なかった。

これだけの情報を基に CDR 多機関検証を行う場合、安全確保のための対策として、水難事故の一般的な予防策としてライフジャケット等の安全器具の利用促進について議題に挙がりうる。あるいは、年少児にひとりで外遊びをさせないように啓発を進めることが重要との考えに基づいて、幼稚園あるいは保育所における幼保教諭による保護者等への教育啓発、3 歳児あるいは 5 歳児健診等における保健師による保護者等への注意喚起について具体的な提案が得られるかもしれない。

もし検証の際に、「同時に親も溺死した」との捜査情報がもたらされた場合、年少児をひとりで外に出さないための対策よりは、保護者と同時に溺水する環境要因を検討し、その対策を考察するよう議題が変化するかもしれない。さらに遺族に関する情報として「当該児のきょうだいに発達の問題が指摘されており、親はその対応に手一杯であることが多かった」との情報があれば、発達障害を持つ児を持つ家庭への支援策、教育啓発、当該家庭における他の子どもの安全確保など、さらに的を絞った具体的な支援についての話し合いも可能になる。

CDR において、直接死因そのものに的を絞って検証をすることも重要であるが、死に至るまでの経過をさまざまな面から見つめて、間接的に死に関与した要因を洗い出すことも同様に重要である。このように社会における潜在的な危険因子を明らかにすること、それらに対する具体的な安全策を策定することにより、社会の安全性が増す。CDR モデル事業に携わった自治体からは、CDR の目的や意義は、子どもの死亡を減らすことだけではなく

“子どもをめぐるより良い医療と支援体制の構築”⁶⁶にもあると報告された。

CDR モデル事業の観測を重ねると、複数の異なる地域や年度で非常に類似する事象が発生し、異なる検証者によって類似の議論が行われ、そこには同じ課題が附随することを経験する。この経験をもとに 4 つの想定事例と、これらに対して想定される検証内容を例示した。

これらはあくまでも想定上の事例であり、実際に同様の事例の検証が各職域の専門家によって行われれば、たとえ情報が限定的であっても、上に例示したよりも幅の広い検証が行われ、より具体的に有効性の高い提言が導出されるかもしれない。実際、現行の CDR モデル事業では、個人情報や捜査情報が極めて限定的、あるいは全く含まれない等の環境下でも、可能な限りの検証を試み、具体的な提言が多く発出された^{47, 48, 49, 50}。本科研班では、有効な提言を導出するための会議を支援するためのファシリテーター講習等を開発している。

しかし上に例示したように、“収集される情報が限られていることは、後のプロセスの検証に大きな制約をきたす”³ことは明らかであり、すなわち、情報共有がより潤沢になされるほど、検証会議にとって事例からの学びがより豊かになり、ひいては国民に対してより現実に即した有効なフィードバックが可能になる。表 1 に、現在制限されているものの CDR にとって重要と思われる「生存する遺族等の個人情報等」の例を一覧にし、それが検証にどのような効果をもたらしうるかを例示した。これらの情報が得られない仕組みのままでは、このような効果を断念することにも等しい。今後、“情報の取扱いについて何らかの手だてをし、間違った形で使われないようにすることによって、今、控え目になっている情報の流通とか共有というものが進んでいく可能性が生まれてくる”⁶⁷ことを強く期待したい。

E. 結論

本稿では、わが国で進めようとしている CDR に

ついて、まず主に情報収集にあたって直面する法的な課題を整理した。

個人情報保護法との関連において、現在CDRで有効な検証を行うのに有効たりうる情報を特段の手続きなくすべて提供することは、その提供に同法の規律が適用され、かつ同法の要件を満たさない情報も含まれる場合には困難であり、そのためCDRモデル事業の実施には問題が生じると報告されている。識者はその解決のため、プライバシーに十分配慮する形で開示するため、手続きの法制化が必要と論じる。この中には、開示して良い内容を例示するホワイトリストの制定が有効との意見も含まれる。また情報公開のありかたも予め規定する必要がある。

刑事訴訟法との関連において、CDRに司法解剖結果を含む捜査情報が開示され、これを扱うことによって、現在わが国の司法解剖に関して懸念される“鑑定書の質を担保できない事態”⁴¹が解決されることも期待できる。識者はその解決のため、結果等の公表等の取扱のありかた、情報を取り扱うものの要件を予め十分に吟味することで、第47条但し書きに該当すると解しうると論じる。

(

また、上記のように情報収集が可能になることがCDRの質に影響しうるかを考察するために、CDRモデル事業の観測から着想を得た4つの想定事例を例示した。実際のCDRモデル事業では、個人情報や捜査情報が極めて限定的、あるいは全く含まれない等の環境下でも、可能な限りの検証によって具体的な提言を発出するよう模索されてきた。しかし、より潤沢な情報がより豊かな学びに直結し、より有効なフィードバックが可能になることは明らかである。

“本邦のCDRはいまだ「情報を収集する手段」「提言を出す」ところまでしか到達しえていない”⁶⁸と指摘された。しかしその到達点においてすら

“CDRの制度化に当たっては、情報収集の困難さや解剖率の向上等、複数の課題が存在することが明らか”⁶⁹である。

今後、CDRに必要な法的手当がなされ、これによってCDRの全国展開に弾みがつき、全国いかなる地域でも等しく安全で安心な社会が探求されるための基盤が策定されることを期待したい。我々には、残念ながら死亡せざるを得なかった子どもに真摯に耳を傾ける覚悟が求められる。

(参考文献)

1. 予防のためのこどもの死亡検証 Child Death Review . こども家庭庁 web ページ.
(<https://cdr.cfa.go.jp/>. 最終閲覧 2024. 5. 10)
2. 予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業. こども家庭庁.
(<https://cdr.cfa.go.jp/pdf/overall-picture.pdf>)
3. 河村有教. こどもの死亡を検証するためのチャイルド・デス・レビュー(CDR)の法制化に向けての初歩的考察 — 9つの自治体のCDRモデル事業の現状と課題から—. 多文化社会研究 vol.9. 2023: 163-174 (p. 165)
4. 小佐井良太, 松原英世, 河村有教, 沼口 敦, 吉川優子. 子どもの死因検証制度に関する意見「CDRを実現する上での問題: 2つの大きな問題と対処の方向性について」(令和4年5月19日, 自由民主党政務調査会厚生労働部会死因究明推進に関するPT会議資料).
5. 前掲の文献 (3) (p. 170)
6. 前掲の文献 (3) (pp. 166-167)
7. 前掲の文献 (3) (pp. 172)
8. 第1回死因究明等推進計画検証等推進会議議事録. 令和5年5月19日. 厚生労働省.
(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/dailkai_giziroku.pdf; 最終閲覧 2024/5/3) (p. 14)
9. 個人情報保護法制 2000 個問題について. 平成 28 年 11 月. 一般財団法人情報法制研究所.
(<https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/meeting/wg/toushi/20161115/161115>)

- [toushi01.pdf](#))
10. 個人情報保護条例の見直し等について。総務省
(https://www.soumu.go.jp/main_content/000496787.pdf)
11. 都道府県 Child Death Review モデル事業の手引き
(第2版)。令和3年3月。厚生労働省。(p.3)
12. 牧野 千春。国立国会図書館 調査と情報 -ISSUE BRIEF- No.1025(2024.4.18) チャイルド・デス・レビュー導入の課題。p.6。
(<https://dl.ndl.go.jp/view/prepareDownload?itemIid=info:ndl.jp/pid/13561254>。最終閲覧 2024.5.7)
(p.6)
13. 前掲の文献 (11) (p.4)
14. 令和4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状況報告。令和5年3月。山梨県 CDR 多機関検証委員会。
(<https://www.pref.yamanashi.jp/documents/100285/r4cdrhoukokusho.pdf>) (p.14)
15. 予防可能な子ども(18歳未満)の死亡を減らすための取組に関する提言。令和6(2024)年3月。三重県 CDR (Child Death Review) 政策提言委員会。
(<https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/001130343.pdf>) (p.14)
16. 滋賀県 CDR 体制整備モデル事業報告書。令和5年3月。滋賀県 CDR 推進会議。
(<https://www.pref.shiga.lg.jp/file/attachment/5402285.pdf>) (p.32)
17. 前掲の文献 (14) (p.14)
18. 前掲の文献 (15) (p.14)
19. 第2回死因究明等推進計画検証等推進会議議事録。
令和5年7月27日。厚生労働省。(p.17)
20. 前掲の文献 (8) (p.23)
21. 前掲の文献 (8) (p.18)
22. 前掲の文献 (19) (p.25)
23. 前掲の文献 (9) (p.11)
24. 前掲の文献 (3) (p.167)
25. 前掲の文献 (8) (p.18)
26. 前掲の文献 (3) (p.174)
27. 前掲の文献 (11) (p.5)
28. 令和4年(2022)人口動態統計月報年計(概数)の概況。
厚生労働省。
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/dl/gaikyouR4.pdf>)
29. 死体取扱数等の推移 (H26～R5)。警察庁。
(https://www.npa.go.jp/publications/statistics/suitai/suii/20240216_kenshil.pdf)
30. 青木康博。令和3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(主任研究者 沼口 敦)」分担研究報告書:課題2.有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索「CDR における法医解剖の課題と役割」(p.104)
31. 第1回死因究明等推進計画検証等推進会議 資料 8-3 委員提出資料[沼口専門委員]。令和5年5月19日。厚生労働省。
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/08-3shiryu8-3-3.pdf>) (p.5)
32. 前掲の文献 (8) (p.14)
33. 前掲の文献 (8) (p.14)
34. 前掲の文献 (8) (p.14)
35. 前掲の文献 (31) (pp.5-6)
36. 前掲の文献 (30) (p.109)
37. 沼口 敦ら。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)「予測不能な乳児突然死(SUID)原因検索プロトコルと制度整備に基づく診断精度向上と実態把握、ならびに睡眠環境因子を含めた SUID/SIDS 予防策提言と CDR 連携のための研究(主任研究者 清水 直樹)」分担研究報告書:分担研究 チャイルド・デス・レビュー (CDR) 研究班ならびに CDR 事業との連携「死因究明と CDR 事業の連携」。
38. 第6回死因究明等推進計画検討会 配布資料4「死因究明等の推進に関する参考資料(案)」。厚生労働省 HP
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/6thshiryu>)

- ou4.pdf) (p. 5)
39. 都道府県別の死体取扱状況 (令和 5 年中). 警察庁.
(https://www.npa.go.jp/publications/statistics/s-hitai/suii/20240216_kenshi1.pdf)
40. 前掲の文献 (8) (p. 14)
41. 川端 博. 刑事法研究第 23 巻. 死因究明の制度設計. 第二章「医療行為関連死問題-「異状死」の取扱いをめぐって」第二節「情報公開と親族の知る権利」成文堂. 令和 5 年 7 月. pp. 85-96 (p. 92)
42. 死因究明等推進計画検証等推進会議報告書. 2024 年 4 月.
(<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001239659.pdf>) (p. 18)
43. 令和 5 年版死因究明等推進白書. 2024 年 1 月. 厚生労働省. (p. 68)
44. 前掲の文献 (41) (pp. 90-91)
45. 前掲の文献 (19) (p. 22)
46. 前掲の文献 (19) (p. 21-22)
47. 前掲の文献 (14)
48. 前掲の文献 (15)
49. 前掲の文献 (16)
50. 群馬県チャイルド・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 令和 5 年度報告 小児死亡の発生予防・死亡時対応・死亡後対応改善のための提言. 令和 6 年 2 月. 群馬県小児死亡多機関検証委員会.
(<https://www.pref.gunma.jp/uploaded/attachment/624839.pdf>)
51. 沼口 敦ら. 平成 29 年度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)「小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性に関する研究 (主任研究者 溝口史剛)」分担研究: 地域の小児死亡登録検証体制の構築支援に関する研究「地域で求められる小児死亡登録・検証の具体的な内容についての研究」 pp. 83-95 (p. 88)
52. 前掲の文献 (31) (p. 8)
53. 子供の自殺が起きたときの背景調査の指針(改訂版). 平成 26 年 7 月. 文部科学省.
(https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieddfile/2014/09/10/135186302.pdf)
54. 前掲の文献 (53) (p. 8-9)
55. 梅本 正和. 令和三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 (主任研究者 沼口敦)」分担研究報告書: 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「三重県予防のための子どもの死亡検証制度体制整備モデル事業」 pp. 48-62 (p. 52)
56. 令和 4 年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要. 文部科学省. 令和 5 年 10 月
(https://www.mext.go.jp/content/20231004-mxt_jidou01-100002753_2.pdf) (p. 43)
57. 令和 5 年度こども家庭庁委託事業 こどもの自殺の多角的な要因分析に関する調査研究報告書. 一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター. 令和 5 年.
(https://jscp.or.jp/assets/cfa/R5_cfa_suicidereport.pdf) (p. 29)
58. いじめの重大事態の調査に関するガイドライン. 平成 29 年 3 月. 文部科学省.
(https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/_icsFiles/afieddfile/2018/01/04/1400142_003.pdf) (p. 2)
59. 自死遺族を支えるために: 相談担当者のための指針. 厚生労働科学研究データベース. 2009 年. pp. 8-9.
(<https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2008/083131/200833008A/200833008A0003.pdf>) (p. 42)
60. 前掲の文献 (59) (p. 44)
61. 自死遺族等を支えるために～総合的支援の手引. 2018 年 11 月
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000510925.pdf>) (p. 16)
62. 沼口 敦ら. 令和 3 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(主任研究者 沼口 敦)」分担研究報告書：課題 2. 有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索「わが国の子どもの死亡する場所と死因についての検討」 (p. 80)

63. 前掲の文献 (57) (p. 9)

64. Azrael D, Hemenway D, Miller M, Barber CW, Schackner R. Youth suicide: insights from 5 years of Arizona Child Fatality Review Team data. Suicide Life Threat Behav. 2004 Spring;34(1):36-43. doi: 10.1521/suli.34.1.36.27771. PMID: 15106886.

65. 梅本 正和. コロナ禍における中高生のメンタルヘルスへの影響. そだちの科学(42) : 2024 ; pp. 54-59. 日本評論社

66. 前掲の文献 (16) (p. 2)

67. 前掲の文献 (19) (p. 23)

68. 前掲の文献 (50) (p. 3)

69. 前掲の文献 (12) (p. 13)

F. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

(特記すべきことなし)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

(特記すべきことなし)

表 1. CDR で利用しうる生存する遺族等の個人情報と見做されうる情報等の一覧

ここに列挙された情報がすべて、常に遺族等の個人情報に該当するわけではなく、当該情報によって「生存する特定の個人を識別することができる」等の要件を満たす場合に限って個人情報となる。なお、情報の種類および詳細（例）として、死者本人の情報（例：死因傷病名）、生存する遺族等の個人情報等とはみなされないその他の情報（例：受傷現場にあった物品などの状態）を挙げていないことにも注意を要する。このような情報が CDR に不要であることを意味しない。

情報の種類	情報の詳細（例）	当該情報の利用目的・必要性
1. 医療機関の情報		
家族の病歴	・死者と類似の症状等を持つ家族の有無 ・類似の死因/死亡状況を呈した家族・血縁者の有無 ・家族のその他の病歴等	・死者の持つ医学的環境を明らかにすることにより、直接死因および間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者に対する養育困難性が家庭環境（日常的な他家族への医学的ケアの必要性など）に起因するかを明らかにする。 ・当該家族あるいは類似病歴を持つ別の生者に対する具体的な医学的予防策を提言する。 ・家庭環境の改善にかかる具体的な予防策を提言する。
家族構成	・家族構成 ・両親の年齢 ・ハイリスク妊産婦/特定妊産婦であったか ・両親以外の成人の同居の有無および状況 ・同胞の有無と年齢	・当該死亡に関連する環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者に対する養育困難性が家庭環境（家族構成等）に求められるかを明らかにする。 ・死者の死因から、当該家族あるいは類似環境を持つ別の家族・家系に現存しうる危険因子を同定し、これらに対する具体的な予防策を提言する。
社会資源にかかる情報	・社会保険の状況 ・両親に関して母子保健行政の関与の有無と程度 ・ハイリスク妊産婦/特定妊産婦であったか（再掲） ・同胞に関して児童福祉行政の関与の有無と程度	・死者の享受し得た社会資源を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者が十分な社会資源を享受したかを明らかにすることにより、死者に対する養育不全の有無と程度を明らかにする。 ・死者の享受し得た社会資源にかかる制度上の課題を明らかにすることにより、死者に対する養育困難の有無を同定し、また具体的な予防策を提言する。
家族の供述（発言）内容	・事象に対する家族による説明（供述）内容 ・事象に対する家族の認識内容 ・家族の態度などに関する医療者の意見・判定	・当該死亡の経過を明らかにすることにより、直接・間接死因を明らかにする。 ・当該死亡に対する家族の認知状況を明らかにすることにより、医学的ネグレクトを含む死者に対する養育不全の有無を明らかにする。またこのことにかかる当該家族に現存する危険を察知されれば、具体的な予防策を提言する。 ・当該死亡に対する家族による説明同士あるいは事実の間に齟齬がある場合、虐待を含む死者に対する不適切な扱いの有無を推定する。このことにかかる医療機関における危機管理に関する具体的な改善策を提言する。

2. 幼稚園, 保育所等の情報		
家庭環境に関する情報	・ 家族構成 ・ 両親の年齢 ・ 両親以外の成人の有無と状況 ・ 同胞の有無と年齢 ・ 同胞に対する教育機関等の係属の有無	・ 当該死亡に関連する環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・ 死者に対する養育困難性が家庭環境（家族構成等）に求められるかを明らかにする。 ・ 死者の死因から、当該家族あるいは類似環境を持つ別の家庭に現存しうる危険因子を同定し、これらに対する具体的な予防策を提言する。
家族に関する記録	・ 死者に対する家族の日常的な取り扱いや態度	・ 死者のおかれた家庭環境を明らかにすることにより、養育困難の有無と程度を明らかにする。 ・ 虐待やネグレクト等の養育不全の有無と程度を明らかにする。
家族の供述（発言）内容	・ 死亡事象に対する家族の認知状況	・ 死亡事象に関する家族の認知状況を明らかにすることにより、当該家族あるいは類似状況にある別家庭の持つ問題点が同定される。このことに対する具体的な取り組みの改善を提言する。
3. 学校等の教育機関の情報		
家庭環境にかかる情報	・ 家族構成 ・ 両親の年齢 ・ 両親以外の成人の有無と状況 ・ 同胞の有無と年齢 ・ 同胞に対する教育機関等の係属の有無	・ 当該死亡に関連する家庭環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・ 死者に対する養育困難性が家庭環境（家族構成等）に求められるかを明らかにする。 ・ 死者の死因から、当該家族あるいは類似環境を持つ別の児童生徒に現存しうる危険因子を同定し、これらに対する具体的な予防策を提言する。
家族に関する記録	・ 死者に対する家族の日常的な取り扱いや態度 ・ 死者の同胞の学術や交友の記録（該当する場合）	・ 死者に同定された事象が、死者に特有の問題であるか、当該家庭の問題であるかを明らかにし、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・ 死者のおかれた家庭環境を明らかにすることにより、養育困難の有無と程度を明らかにする。・ 死者の家庭における、虐待やネグレクト等の養育不全の有無と程度を明らかにする。
交友に関する記録	・ 死者に対する他の生徒児童の発言や態度	・ 死者の交友記録より、死者に人間関係構築にかかる性格特性等があったかを明らかにし、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・ 死者のおかれた学校での社会環境要因を明らかにすることにより、いじめ等の背景事象等の間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・ 死者の死因より、類似環境を持つ別の児童生徒への指導内容の改善など具体的な取り組みを提言する。
教育・指導に関する記録	・ 死者に対する指導内容等	・ 死者に対する教育指導の内容から、死者に存在した学習困難や性格特性などの養育困難性を明らかにする。

		・教育指導の適切さを推察し、このことに関する具体的な取り組みの改善を提言する。
家族の供述（発言） 内容	・死亡事象に対する家族の認知状況	・死亡事象に関する家族の認知状況を明らかにすることにより、当該家族あるいは類似状況にある別家庭の持つ問題点が同定される。このことに対する具体的な取り組みの改善を提言する。
4. 児童福祉、母子保健部門		
家庭環境にかかる 情報	・家族構成 ・両親の年齢 ・両親以外の成人の有無と状況 ・同胞の有無と年齢 ・同胞に対する係属の有無 ・その他の社会資源の活用状況	・当該死亡に関連する家庭環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者に対する養育困難性が家庭環境（家族構成等）に求められるかを明らかにする。 ・死者の死因から、当該家族あるいは類似環境を持つ別の家庭に現存しうる危険因子を同定し、これらに対する具体的な予防策を提言する。
家族に関する記録	・死者に対する家族の日常的な取り扱いや態度 ・死者の同胞・家族に対する係属記録 ・死亡事象に対する家族の認知状況など	・当該死亡に関連する家庭環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者のおかれた家庭環境を明らかにすることにより、養育困難の有無と程度を明らかにする。 ・虐待やネグレクト等の養育不全の有無と程度を明らかにする。
家族に対する指導 に関する記録	・家族に対する指導内容等 ・家族の認知状況等	・家族に対する指導内容およびそれに対する家族の認知状況の記録から、当該家庭内に存在した養育困難（両親の理解力不足など）の有無と程度を明らかにする。 ・指導の適切さを推察し、このことに関する具体的な取り組みの改善を提言する。
5. 家庭支援にかかる各種団体等		
家庭環境にかかる 情報	・家族構成 ・両親の年齢 ・両親以外の成人の有無と状況 ・同胞の有無と年齢	・当該死亡に関連する家庭環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者に対する養育困難性が家庭環境（家族構成等）に求められるかを明らかにする。 ・死者の死因から、当該家族あるいは類似環境を持つ別の家庭に現存しうる危険因子を同定し、これらに対する具体的な予防策を提言する。
家族に関する記録	・死者に対する家族の日常的な取り扱いや態度	・当該死亡に関連する家庭環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者のおかれた家庭環境を明らかにすることにより、養育困難の有無と程度を明らかにする。
家族に対する支援 に関する記録	・家族に対する支援内容等	・家族に対する支援内容から、当該家庭内に存在した養育困難（両親の理解力不足など）の有無と程度を明らかにする。

		指導の適切さを推察し、このことに関する具体的な取り組みの改善を提言する。
6. 警察・海上保安庁などの捜査機関		
家庭環境にかかる情報	- 家族構成 - 両親の年齢 - 両親以外の成人の有無と状況 - 同胞の有無と年齢	- 当該死亡に関連する家庭環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 - 死者に対する養育困難性が家庭環境（家族構成等）に求められるかを明らかにする。 - 死者の死因から、当該家族に現存しうる危険因子を同定し、これらに対する具体的な予防策を提言する。
現場調査・捜査に関する記録	現場調査・捜査にかかる記録のうち、関係者の個人情報を含む内容（該当する場合）	- 死亡の周辺環境を明らかにすることにより、直接および間接死因の同定および分類を正確に行う。 - 死亡の周辺環境を明らかにすることにより、養育困難の有無と程度を明らかにする。 - 死者に対する、虐待やネグレクト等の養育不全の有無と程度を明らかにする。
死因究明に関する記録	- 法医学解剖記録や検査結果等のうち、死者以外の者の個人情報を含む内容（該当する場合） - 遺伝性疾患の有無など	死者の医学的環境を明らかにすることにより、直接死因および間接死因の同定および分類を正確に行う。
家族の供述内容	- 事象に対する家族による説明（供述）内容 - 事象に対する家族の認識内容 - 家族の態度などに関する捜査関係者の感想および考察	- 当該死亡の経過を明らかにすることにより、直接・間接死因を明らかにする。 - 当該事象に対する家族の認知状況から、当該家庭内に存在した養育困難（両親の理解力不足など）の有無と程度を明らかにする。 - 一般的な啓発活動に関する具体的な改善策を提言する。
その他の関係者の供述内容	- 事象に関与した者による説明（供述）内容 - 事象に対する関係者の認識内容 - 捜査関係者による感想および考察	- 当該死亡の経過を明らかにすることにより、直接・間接死因を明らかにする。 - 当該死亡に対する関係者の認知状況を明らかにすることにより、安全意識に関する問題点の有無を明らかにする。 - 一般的な安全管理・啓発活動に関する具体的な改善策を提言する。
7. 消防・救急		
家庭環境にかかる情報	- 家族構成 - 両親の年齢 - 両親以外の成人の有無と状況 - 同胞の有無と年齢 - 同胞に対する教育機関等	- 当該死亡に関連する家庭環境要因を明らかにすることにより、間接死因の同定および分類を正確に行う。 - 死者に対する養育困難性が家庭環境（家族構成等）に求められるかを明らかにする。 - 死者の死因から、当該家族あるいは類似環境を持つ別の児童生徒に現存しうる危険因子を同定し、これらに対する具体的な

	の係属の有無	な予防策を提言する。
現場に関する記録	・現場を描写する記録のうち、関係者の個人情報を含む内容	・死者に同定された事象が、死者に特有の問題であるか、当該家庭の問題であることを明らかにし、間接死因の同定および分類を正確に行う。 ・死者のおかれた家庭環境を明らかにすることにより、養育困難の有無と程度を明らかにする。 ・死者の家庭における、虐待やネグレクト等の養育不全の有無と程度を明らかにする。
家族による供述 (発言) 内容	・事象に対する家族による説明(供述) 内容 ・事象に対する家族の認識内容 ・家族の態度などに関する救護者の感想および考察	・当該死亡の経過を明らかにすることにより、直接・間接死因を明らかにする。 ・当該死亡に対する家族による説明同士あるいは事実の間に齟齬がある場合、虐待を含む死者に対する不適切な扱いの有無を推定する。 ・一般的な安全管理・啓発活動に関する具体的な改善策を提言する。
その他の関係者による供述内容	・事象に関係した者による説明(供述) 内容	・当該死亡の経過を明らかにすることにより、直接・間接死因を明らかにする。

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

わが国の子どもの死亡する場所と死因についての検討(第2報)

研究分担者 沼口 敦 名古屋大学 医学部附属病院 救急・内科系集中治療部
木下 あゆみ 四国こどもとおとなの医療センター
仙田 昌義 国保旭中央病院 小児科, 千葉大学大学院 法医学
植松 悟子 国立成育医療センター 救急診療部 統括部長
研究協力者 小西 央郎 中国労災病院 小児科
石倉 亜矢子 函館中央病院 小児科
内田 佳子 国立成育医療研究所 救急科
塚原 紘平 岡山大学病院 救命救急センター
小原 隆史 岡山大学 救急科

わが国の予防のためのこどもの死亡検証(Child Death Review, 以下CDR)は, 2020年度より複数の自治体で都道府県CDR体制整備モデル事業として導入され, 4年間が経過した。CDRは「18歳未満の死亡を全例対象とする」ことを目標とするが, わが国で年間4000件弱発生する18歳未満の死亡すべてを同じ密度で検証するためには, 社会資源が未整備である。そこで, CDRの有効な運営のため, 検証の最初段階で, より詳細な個別検証を追加すべき対象を効果的に事例選定(ケースセレクション)する作業が必要である。ただし, わが国でどのような基準でこれを実現することが可能か, 知見は少ない。また, 地域全体の疫学を俯瞰して地域固有の課題を考察することも望まれるが, このための基礎資料は何か, どのように解析可能かについて, 明らかではない。

本研究は, わが国のこどもの死にかかる悉皆資料である人口動態統計に対して, CDRの基礎資料を得る目的で独自解析を加えて統計資料を作成することを目的とした。

2007年, 2012年, 2017-2022年の8年間で, 18歳未満の死亡32,712件が確認された。このうち, 国外の死亡は0.6%, 住所地と異なる都道府県での死亡は9.3%であり, CDRにおける検証対象を「実施都道府県内で死亡した者のみとする」運用を継続すると, これらの合計9.9%(都道府県により1.7-31.8%)は対象外となると計算された。小児科診療の規模の小さい施設ほど外因死, 特に自殺例を死亡診断(死体検案)する割合が高く, 小児科専門医以外の医師による死亡診断(死体検案)の割合が高かった。CDRモデル事業では, 情報収集を行う対象施設の規模等によって選択バイアスが発生する可能性があることに考慮が必要である。

既存統計で内因死かその他かの区別は概ね正確に可能だが, CDRで検証すべき事例であるか否かを正確に判断するには制限があり, 不十分である。今後, 必要な統計表をさらに追加し解析をすすめる必要がある。

A. 背景

予防のための子どもの死亡検証 (Child Death Review ; 以下 CDR) の制度が模索される。2020 年度より厚生労働省 (2023 年度よりこども家庭庁) は、都道府県予防のためのこどもの死亡検証モデル事業 (以下、CDR モデル事業) を導入し、その実現可能性を探索してきた。

わが国では年間 4,000 弱の 18 歳未満死亡が発生し、都道府県によって多少の差異はあれ、人口 100 万あたり 20.5-40.4 [中央値 30.2] 件に相当する [1]。CDR モデル事業において、個々の事例を詳細に検証する「個別検証」のあり方が探索されるが、わが国では CDR の草創期で検証体制が未だ十分とはいえない。そのため、1 チームあたり年間 27 件程度の検証を担当する米国と比較すると、同等の負荷で全例の個別検証を実施することは不可能である。この事象に対して、検証の最初段階で事例選定 (ケースセクション) を実現し、限られた資源を有効に活用することが求められる。

米国の CDR のためのプログラムマニュアル [2] によると、「全ての死亡事例を検討できるだけの資料や時間がない」地域では「検証する死亡事例に優先順位をつける必要が生じる」。上記ケースセクションはこの作業に相当するが、わが国でどのように優先順位をつけることが可能かを検討する上で、基盤となる小児死亡にかかる情報は少ない。

また、同じく CDR モデル事業において、地域全体の課題を明らかにし検証する「概観検証」も探索される。そのため準備が望ましい資料として「『当該地域の子どもの死にかかる疫学』に関する資料」が挙げられ、「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」を実施することが例示される [3] が、その具体的な内容は明らかではない。

そこで本研究は、前回報告者らが実施した 2017-2020 年の 4 年間の人口動態統計の再解析 [4] を拡張し、2007 年、2012 年、2017-2022 年の合計 8 年間の資料を用いて、わが国の子どもの死亡を CDR の側面から見た際の疫学とその経年的変化を明らかにすることを目的とする。これによって、CDR における検証、特に事例選定 (セクション) と概観検証を有効に実施するための基礎資料を得ることが期待される。

B. 方法

統計法に従って、人口動態統計の目的外閲覧を申請した。対象期間を、2007 年、2012 年、2017-2022

年の合計 8 年間と設定し、この対象期間の下記データを原資料とした。前回研究 [4] と同じ手法を用いて、各種の一般公開情報との照合および再分類を行い、この結果をもとに統計資料を作成した。

○ 死亡票: 対象期間内に死亡した 18 歳未満の者について、以下の項目を抽出した。

- ・死亡時年齢 (あるいは日月齢)、死亡年月日時分、性別

- ・住所地の県・保健所および市区町村コード

- ・死亡場所の分類コード、死亡場所の住所

- ・原死因、外因死の場合の再分類コード、死因簡単分類コードあるいは乳児死因簡単分類コード、選択死因分類コード

- ・1 歳未満の場合の出生体重および妊娠週数

- ・解剖の有無および手術の有無

○ 死亡個票: 対象期間内に死亡した、生年月日が平成元年 1 月 1 日以降の者について、以下の項目を抽出した。

- ・死亡場所の施設名及び住所

- ・死因傷病名等

- ・剖検所見

- ・死亡診断した医師名

この二種類のデータを、死亡年、届出保健所番号、事件簿番号等をキーにして突合し、さらに下記の変換を行なって、中間生成物を作成した。

(1) 死亡した施設の変換: 複数が該当しうる場合に、下記の優先順位で最上位の医療機関を“死亡した施設”と決めた。逆に、対応する死亡個票が得られなかった、あるいは死亡個票上に記載がなかった場合には、該当なしとした。

- ・診療した旨の自由記載のある医療機関

- ・「死亡施設の名称」欄に記載された医療機関

- ・「施設の所在地」欄の住所で登録される医療機関

- ・「医師の氏名」欄に記載された医師が開設者として登録される医療機関。

(例) 「死亡施設の名称」B 病院、「施設の所在地」C 大学 (の住所)、「医師の氏名」D 医師とされ、「手段および状況」に「A 病院で急変し搬送された」などの記載がある事例は、「A 病院を受診し、B 病院に転送され死亡確認されたのち、C 大学の法医学講座の D 医師によって死体検案書が記載された」経過であると推察される。この場合は、上記の優先順位によって A 病院を選択した。

選択した施設名を、一般公開情報 (地方厚生局の公開する各県の医療機関一覧) と照合し、基本情報 (所在都道府県、小児科標榜の有無、病医院の別、病床数) を取得した。またその他の情報と照合し、各種病院機能の有無 (小児総合医療施設の該当と種類、救命センターの該当と種類、小児救命センターの該当、小児 ICU の有無) を取得し、コード変換した。

(2) 死亡診断した医師名の変換: 一般公開情報(地方厚生局の医療機関一覧内の開設者氏名, 日本小児科学会の学会員名簿および専門医名簿, 日本法医学会の認定医名簿, 日本救急医学会の専門医名簿)と照合し, 各該当の有無にコード変換した。

(3) 死因を, 先行研究に準じて再分類した(表 1)。まず, 政府統計のために付与された「死因簡単分類」および「乳児死因簡単分類」のコード番号から表 1 の再分類に振り分けるための自動変換表を, 複数の小児科医の合議によって作成し, 各例に適用した。次いで, 死亡票および死亡個票上の死因傷病名, 剖検所見, 出生体重その他の記載内容をもとに, 分担研究者および研究協力者が手動的に再分類した。この作

業は, 本研究のために研究協力者(小西)が開発し適時アップデートした閲覧ソフトウェア“Kohyo Browser 2”(図 1)上で行った。

(4) 年(月) 齢を, 月齢 1 未満, 月齢 1~1 歳未満, 1~5 歳未満, 5~10 歳未満, 10~15 歳未満, 15 歳以上の 6 群に分類した。

これらの変換作業で得られたデータを該当事例の元データに添付して, 中間生成物とした。この中間生成ファイルに対して, 解析を行った。

本研究は, 名古屋大学生命倫理委員会にて倫理審査のうえ, 実施承認(承認番号 2021-0341-2)を受けて実施した。

コード	再分類の詳細
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	その他外因 (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 (悪性腫瘍) 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) クローン病や肝疾患, 神経変性疾患, 免疫不全, 嚢胞性線維症など。周産期以降に発生した原因の明らかな脳性麻痺も含む。たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても, 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	先天性疾患 (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	周産期の問題 (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いあらゆる初感染。菌血症, 肺炎, 髄膜炎, HIV 感染症など。

0 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5に分類。

（表1）予防介入に着目した死因再分類（文献3, 4, 5より和訳および一部改変して引用）

The screenshot shows a web application interface for reviewing death certificates. The top navigation bar includes options for '0歳102日' and '700床以上'. The sidebar on the left contains filters for '死亡票・死亡届票', '医療機関検索', '簡易統計', '再分類', and '研究者名簿'. The main area displays a detailed record for a child, including birth information, death details, and a list of causes of death with checkboxes for selection. The top navigation bar includes options for '0歳102日' and '700床以上'.

（図1）本研究のために開発した閲覧ソフトウェア。ただし文献[2]で使ったものからアップデートしている。

C. 結果と考察

対象期間にわが国で死亡届が提出された18歳未満のものは32,712件であり、これら全てが死亡票に含まれた。年齢は中央値1.46〔四分位数0.13-11.18〕歳、性別は男性18,310件（56.0%）であった。年齢区分別の件数および性別を別添表2、住所地都道府県別の性別および年齢区分別の人数を別添表3に示した。住所地による、性別および年齢区分の差は認めなかった。死亡票は悉皆資料である一方、死亡個票はオンライン提出がなされた事案のみのデータである。死亡した年ごとに、死亡数と性別、対応する死亡個票が確認された数と割合を別添表4に示した。オンライン提出システムが2007-2017年にかけて徐々に普及したことが推察された。なお死亡個票と対照できたと、年齢構成、男女比、死因分布のいずれも差を認めなかった（データ非表示）。

死亡個票の調査が可能であった事例について、前述の手順に従って死亡診断した施設を同定した（別添表5）。全体の10.4%に相当する3,412例では照合可能な死亡個票が得られなかったため、また1.4%にあたる469例では死亡個票の該当欄が空欄のため、死亡した施設の同定ができなかった。死亡した施設が同定された28,866例を母数

とすると、179例（0.6%）は国外での死亡、2,693例（9.3%）は住所地のある都道府県とは異なる都道府県での死亡であった。現在のCDRモデル事業でみられるように死亡事例調査を当該都道府県内での発生のみを対象とした場合、いずれの年齢群においても10%弱（都道府県によって1.7%～31.8%、データ非表示）が対象外となることが示された。同定された施設について、病医院の別、小児科標榜の有無、一般病床数、小児専門施設（小児医療施設あるいは小児救命救急センター）の該当の有無と種類を示した（別添表6）。また同様に、救命救急センターの該当の有無と種類（別添表7）に分類して示した。

死因再分類（研究者が用手的に再分類した結果）を、別添表8に示した。ここで、便宜的に再分類1（他為）～3（その他の外因）を「外因」、再分類4（悪性疾患）～9（感染症）を「内因」、再分類0（不詳 / SIDS）を「不詳」としたが、死亡診断書に記載する「死因の種類（内因死/外因死/不詳の死の別）」とは異なる分類方法であるため、当該項目の統計値とは異なる。さらに死亡診断した施設の種類別に、死因再分類を示した（別添表9および表10）。小児科診療の規模が大きい施設ほど内因死の割合が高く、逆に

小児科診療の規模が小さい施設ほど、外因死、特に自殺例の割合が高いことが示された。

死亡診断医の分類を、死亡診断した施設の類別に、別添表 11 に示した。小児科専門医による死亡診断は全国で 12,424 例 (38.0%) であり、小児科診療の規模が大きいほどその割合が高い傾向にあった。また全死亡および剖検例 (死亡票に解剖「有」とされたもの) について、死因再分類の別に、死亡診断医の分類を別添表 12 および 13 に示した。異状死 (外因および不詳の死) は警察に届出られ、剖検に附される場合には病理解剖より法医学解剖 (司法解剖、調査法解剖等) が選択される場合が多いと推察されるが、これら剖検例においても法医学認定医による死亡診断 (死亡届の記載) 割合は 44.9% であった。

死亡事例を CDR の対象に組み入れる際に、施設の規模や種類によって、医療情報収集のしやすさや粒度が異なり、検証の質に影響することが想定される。CDR を実現する地域によって、特に参加が任意であるモデル事業において対象施設が偏り、その結果として事例の選択バイアスが生じ、また収集情報や検証内容に偏りを生じる可能性がある。地域の子ども死亡疫学を概観する場合には、このことに留意する必要がある。

統計の目的で付与された死因簡単分類および乳児死因簡単分類を、CDR の目的で利用する場合の留意点について検討した。死因簡単分類コードから死因再分類への自動変換 (変換表は非表示) の精度について、研究者による用手的判定結果を基準として、分類が一致したか否かと一致率を表 14 に示した。用手的判定が自動変換と一致した割合は、外因 (死因再分類 1 (他為) ~3 (その他の外因)) のうち 91.5%、内因 (死因再分類 4 (悪性疾患) ~9 (感染症)) のうち 81.4%、不詳 (死因再分類 0 (不詳/SIDS)) のうち 57.0% であった。ただし最終的に内因死と再分類された例のうち、自動変換でも内因死のいずれかであった例は 99.1% であり、非内因死 (異状死; 外因あるいは不詳) と再分類された例のうち、自動変換でも外因あるいは不詳のいずれかであった例は 85.8% であった (データ非表示)。すなわち異状死の 14.2% は、死因簡単分類では内因死のいずれかに分類されていたことになる。なお死亡個票が閲覧可能であった 29,300 例のみ抽出して同じ計算をしたところ、判定の一致率は、外因死 91.1%、内因死 80.4%、不詳死 56.3% と特に差異を認めなかった (データ非表示)。最終的に死因再分類 1 (他為) と判断された例は、その約 1/3 が自動診断では再分類 3 (その他の外因) とされており (データ未提示)、一致率が 56.5% と低かった。

なお死亡票には別途、外因の場合に詳細を分類する「外因符号」項があり、他殺を示す分類記号 (X85-Y09) が付与された例が 297 例、他殺との鑑別が困難である旨の分類記号 (Y10-Y34) が付与された例が 612 例存在した (データ未提示)。これらのうち死因再分類 1 (他為) とされたものは、前者のうち 291 例 (98.0%) と後者のうち 87 例 (14.2%) であった。本研究では、研究者が CDR を主眼として死因の再分類を実施したが、統計上の分類と判定基準や情報源などが異なることが示唆された。

また 1 歳未満の例を抽出して、乳児死因簡単分類から自動変換した結果が一致していたかと一致率を別添表 15 に示した。用手的判定結果が自動変換結果と一致したものは、外因のうち 67.2%、内因のうち 82.2%、不詳 (死因再分類「0. 不詳/SIDS」) のうち 79.8% であった。用手的判定が内因死のいずれかであった例のうち 93.1% は自動判定でもいずれかの内因死に分類され、用手的判定が異状死であった例のうち 87.7% は、自動判定で外因あるいは不詳のいずれかに分類された。すなわち異状死の 12.3% は、乳児死因簡単分類では内因死のいずれかに分類されていたことになる。

外因死例を抽出し、外因の種別ごとに、発生数、死亡診断した施設の類別、死亡診断医の分類を、それぞれ別添表 16~18 に示した。

現在、わが国の CDR では、検証の最初段階で詳細検証の対象事例を選出 (ケース・セレクション) する手順が想定されている。選出のための変数として、死因再分類、養育不全の有無、予防可能性の有無、その他の懸念が参照される。養育不全のうち虐待と認定された例は、統計上「他殺」とされれば抽出可能ではあるが、それ以外は困難である。死因に関しては、死亡票等の統計情報から、少なくとも外因か内因かの類推はおおむね可能である。自動変換の計算式のため多項目を盛り込んだ計算式を開発すれば、ある程度正確な抽出が、これ以上の医療情報等を加味しなくとも可能かもしれない。

今後、必要な統計表を追加し、さらなる解析を進める必要がある。

D. まとめ

死亡票および死亡個票を目的外閲覧し、18 歳未満の死亡の現状を分析するための基礎資料として、人口動態統計を再解析した統計表を作成した。都道府県による差異、年次による差異などについて、さらに解析をすすめる、CDR を実施する上での留意事項を確認することが望まれる。

E. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

(論文報告準備中)

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

H. 参考文献

(1) 沼口 敦ら. わが国の Child Death Review(予防のための子どもの死亡検証)運営のためのガイドンス 2022. 令和3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(主任研究者 沼口 敦)」総合研究報告書別冊

(2) A Program Manual for Child Death Review. Ed. Theresa Covington, Valodi Foster, Sara Rich. The National Center for Child Death Review, 2005.
(<https://ncfrp.org/wp-content/uploads/NCRPCD-Docs/ProgramManual.pdf> 最終閲覧 31 March 2024)

(3) 多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル(別紙10). 都道府県 Child Death Review モデル事業の手引き(第2版) 令和3年3月. 厚生労働省.
(<https://cdr.cfa.go.jp/pdf/guidance.pdf>)

(4) 沼口 敦ら. 令和3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(主任研究者 沼口 敦)」分担研究報告書: 課題2. 有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索「わが国の子どもの死亡する場所と死因についての検討」

(5) Pearson GA, Ward-Platt M, Kelly D. How children die: classifying child deaths. Arch Dis Child. 2011 Oct;96(10):922-926.

別添表

年齢区分	合計	性別	
		男	女
1ヶ月未満	7,344	3,912	3,432
1ヶ月～1歳未満	7,754	4,186	3,568
1歳～5歳未満	5,563	2,986	2,577
5歳～10歳未満	3,224	1,820	1,404
10～15歳未満	3,780	2,204	1,576
15～18歳未満	5,047	3,202	1,845
不詳	0		
(合計)	32,712	18,310	14,402

(別添表2：対象の年齢群別の件数および性別)

住所地 都道府県	合計	性別		年齢群別					
		男	女	1ヶ月 未満	1ヶ月～ 1歳未満	1～5歳 未満	5～10歳 未満	10～15 歳未満	15～18 歳未満
北海道	1,236	701	535	283	289	214	116	145	189
青森県	335	195	140	96	51	54	31	51	52
岩手県	340	192	148	66	77	61	36	43	57
宮城県	587	318	269	139	121	100	61	65	101
秋田県	206	107	99	52	33	27	18	30	46
山形県	301	169	132	78	49	54	31	38	51
福島県	525	299	226	104	128	103	47	71	72
茨城県	859	464	395	208	215	134	75	96	131
栃木県	566	341	225	115	135	94	56	58	108
群馬県	507	265	242	119	117	89	43	53	86
埼玉県	1,749	976	773	334	427	296	183	213	296
千葉県	1,674	961	713	379	401	273	146	200	275
東京都	3,094	1,732	1,362	736	783	527	289	341	418
神奈川県	2,336	1,273	1,063	583	548	378	214	240	373
新潟県	495	270	225	116	92	87	56	60	84
富山県	217	140	77	58	47	34	25	23	30
石川県	286	159	127	65	71	31	38	36	45

福井県	238	124	114	58	50	37	21	41	31
山梨県	180	102	78	37	44	36	10	21	32
長野県	474	255	219	101	84	81	58	54	96
岐阜県	497	292	205	113	118	85	43	52	86
静岡県	956	530	426	239	218	146	92	121	140
愛知県	2,100	1,180	920	469	505	354	212	240	320
三重県	455	257	198	93	126	71	40	49	76
滋賀県	389	211	178	105	95	58	40	41	50
京都府	574	308	266	115	145	118	59	69	68
大阪府	2,236	1,226	1,010	464	584	363	211	245	369
兵庫県	1,306	769	537	232	300	236	138	168	232
奈良県	355	190	165	67	85	71	32	37	63
和歌山県	231	125	106	50	54	39	30	28	30
鳥取県	143	87	56	43	23	25	17	11	24
島根県	169	94	75	36	37	24	19	17	36
岡山県	480	286	194	101	118	79	46	57	79
広島県	711	388	323	139	170	116	97	86	103
山口県	355	202	153	69	82	75	33	42	54
徳島県	184	103	81	51	54	25	4	22	28
香川県	243	142	101	49	47	56	28	27	36
愛媛県	311	170	141	61	59	62	40	37	52
高知県	212	131	81	54	38	43	22	27	28
福岡県	1450	815	635	343	345	256	140	163	203
佐賀県	207	114	93	38	52	32	26	32	27
長崎県	367	208	159	113	81	64	37	27	45
熊本県	498	270	228	117	133	82	49	54	63
大分県	256	129	127	60	69	44	23	33	27
宮崎県	327	189	138	64	83	59	30	45	46
鹿児島県	518	284	234	96	141	79	66	63	73
沖縄県	533	304	229	127	151	94	48	45	68
国外	363	215	148	86	64	72	40	58	43
不詳	81	48	33	23	15	25	8	5	5
(合計)	32,712	18,310	14,402	7,344	7,754	5,563	3,224	3,780	5,047

(別添表 3：都道府県別の件数，性別および年齢群別)

死亡した年	死亡票			対応する死亡個票					
	合計	男	女	合計(対応の割合)		男(〃)		女(〃)	
2007 年	5,810	3,298	2,512	3,361	(57.8%)	1,897	(57.5%)	1,464	(58.3%)
2012 年	4,980	2,796	2,184	4,473	(89.8%)	2,505	(89.6%)	1,968	(90.1%)
2017 年	3,944	2,241	1,703	3,797	(96.3%)	2,164	(96.6%)	1,633	(95.9%)
2018 年	3,939	2,182	1,757	3,864	(98.1%)	2,137	(97.9%)	1,727	(98.3%)
2019 年	3,848	2,126	1,722	3,778	(98.2%)	2,083	(98.0%)	1,695	(98.4%)
2020 年	3,448	1,925	1,523	3,402	(98.7%)	1,902	(98.8%)	1,500	(98.5%)
2021 年	3,394	1,898	1,496	3,325	(98.0%)	1,859	(97.9%)	1,466	(98.0%)
2022 年	3,349	1,844	1,505	3,300	(98.5%)	1,822	(98.8%)	1,478	(98.2%)
(合計)	32,712	18,310	14,402	29,300	(89.6%)	16,369	(89.4%)	12,931	(89.8%)

(別添表 4：対応する死亡個票が確認された割合，死亡した年別)

日月齢区分	死亡した施設不明		死亡した施設の同定可			都道府県内施設で死亡した割合
	個票なし	個票に記載なし	国外	都道府県外	都道府県内	
1 ヶ月未満	843	29	49	754	5,685	(87.8%)
1 ヶ月～1 歳未満	802	94	29	626	6,212	(90.6%)
1 歳～5 歳未満	660	68	37	420	4,381	(90.6%)
5 歳～10 歳未満	330	53	17	268	2,557	(90.0%)
10～15 歳未満	343	63	23	282	3,072	(91.0%)
15～18 歳未満	434	162	24	343	4,087	(91.8%)
(合計)	3,412	469	179	2,693	25,994	(90.2%)

(別添表 5：死亡した施設の同定された数と県内死亡の割合，年齢群別)

日月齢区分	医院	小児科を標榜しない病院	小児科を標榜するその他の病院				小児専門施設	
			病床数 200 未満	200 以上 500 未満	500 以上 700 未満	700 以上	小児医療施設	小児救命救急センター
1 ヶ月未満	110	145	275	822	1,640	1,780	761	922
1 ヶ月～1 歳未満	284	52	213	888	1,706	1,882	791	1,040
1 歳～5 歳未満	281	45	219	759	1,160	1,099	475	773
5 歳～10 歳未満	347	53	148	416	637	587	243	408
10～15 歳未満	560	117	187	538	741	606	227	396
15～18 歳未満	1,096	309	254	775	909	691	174	248
(合計)	2,678	721	1,296	4,198	6,793	6,645	2,668	3,787

(別添表 6：死亡診断した施設の小児医療にかかる分類，施設が同定された例のみ抽出)

日月齢区分	医院 (再掲)	その他の病院				救命救急センター		
		病床数 200 未満	200 以上 500 未満	500 以上 700 未満	700 以上	他の救命 救急セン ター	高度救命 救急セン ター	小児救命 救急セン ター
1 ヶ月未満	110	401	929	506	329	2,369	889	922
1 ヶ月～1 歳未満	284	270	850	558	336	2,639	879	1,040
1 歳～5 歳未満	281	240	658	359	165	1,733	602	773
5 歳～10 歳未満	347	198	349	207	86	903	341	408
10～15 歳未満	560	258	429	215	87	1,046	381	396
15～18 歳未満	1,096	461	527	218	84	1,404	418	248
(合計)	2,678	1,828	3,742	2,063	1,087	10,094	3,510	3,787

(別添表 7：死亡診断した施設の救急医療にかかる分類，施設が同定された例のみ抽出)

年齢 区分	死因再分類(※ ただしここで死因再分類として、用手による分類結果を採用する)									
	外因		内因							不詳
	他為	自殺	その他の 外因	悪性疾 患	急性疾 患	慢性疾 患	先天性 疾患	周産期 の問題	感染症	不詳 /SIDS
1ヶ月未満	79	0	18	66	53	22	3,055	3,618	42	391
1ヶ月～1 歳未満	102	0	265	167	239	222	2,844	780	204	2,931
1～5歳未 満	136	0	691	699	529	426	1,428	183	399	1072
5～10歳 未満	102	6	638	873	317	299	423	93	154	319
10～15歳 未満	49	870	558	923	298	294	311	76	103	298
15～18歳 未満	47	2,222	961	671	277	267	213	52	44	293
(合計)	515	3,098	3,131	3,399	1,713	1,530	8,274	4,802	946	5,304

(別添表 8：年齢群別の用手分類による死因再分類結果)

死亡診断した施設の種類	死因再分類(※ ただしここで死因再分類として、用手による分類結果を採用する)									
	外因			内因						不詳
	他為	自殺	その他の外因	悪性疾患	急性疾患	慢性疾患	先天性疾患	周産期の問題	感染症	不詳/SIDS
小児救命救急センター	42	59	191	603	244	232	1,397	534	105	380
小児医療施設	25	67	106	294	139	140	1,160	411	60	269
小児科標榜病院 (700床～)	102	304	536	686	342	304	1,919	1,125	163	1,164
小児科標榜病院 (500-700床)	128	502	706	586	378	284	1,650	1,176	195	1,188
小児科標榜病院 (200-500床)	42	452	534	206	288	232	926	656	152	710
小児科標榜病院 (～200床)	23	147	174	124	68	100	249	193	45	173
小児科非標榜病院	17	207	132	74	24	20	44	103	4	96
医院	66	1,067	278	507	59	57	150	73	23	398
国外	1	11	30	20	12	6	26	56	15	130
(不明)	69	282	444	299	159	155	753	475	184	796
(合計)	515	3,098	3,131	3,399	1,713	1,530	8,274	4,802	946	5,304

(別添表9：死亡診断した施設の種類別の用手分類による死因再分類結果(1))

死亡診断した施設 の種類	死因再分類(※ ただしここで死因再分類として、用手による分類結果を採用する)									
	外因		内因							不詳
	他為	自殺	その他 の外因	悪性疾 患	急性疾 患	慢性疾 患	先天性 疾患	周産期 の問題	感染 症	不詳 /SIDS
小児救命救急セン ター	42	59	191	603	244	232	1,397	534	105	380
高度救命救急セン ター	83	198	410	404	155	168	863	580	86	563
救命救急センター (地域を含む)	128	833	1,110	656	587	443	2,506	1670	278	1,883
病院 >700 床	14	24	34	186	54	53	400	161	32	129
病院 500-700 床	54	80	125	252	122	96	569	356	56	353
病院 200-500 床	33	240	295	290	240	217	1,295	595	125	412
病院 0-200 床	25	304	214	182	81	103	315	302	42	260
医院	66	1,067	278	507	59	57	150	73	23	398
国外	1	11	30	20	12	6	26	56	15	130
(不明)	69	282	444	299	159	155	753	475	184	796
(合計)	515	3,098	3,131	3,399	1,713	1,530	8,274	4,802	946	5,304

(別添表 10：死亡診断した施設の種類の別用手分類による死因再分類結果 (2))

死亡診断した施設 の種類	(死亡数)	死亡診断した医師				
		小児科 専門医*	その他の 小児科医**	救急科 専門医†	法医 認定医††	その他‡
小児救命救急セ ンター	3,787	2,208	350	171	209	1,009
小児医療施設	2,671	1,515	251	27	163	737
小児科標榜 (700床～)	6,645	3,086	498	50	914	2,127
小児科標榜 (500～700床)	6,793	3,122	541	92	769	2,324
小児科標榜 (200～500床)	4,198	1,701	412	45	212	1,856
小児科標榜 (～200床)	1,296	491	63	4	63	677
小児科非標榜病 院	721	29	7	12	13	661
医院	2,678	253	107	16	227	2,079
国外	307	0	0	0	3	304
(不明)	3,616	19	2	0	76	3,519
合計	32,712	12,424	2,231	417	2,649	15,293

(別添表 11：死亡診断した施設の種類別の、死亡診断した医師)

ただし専門医資格を重複して有する者があるため、各項の合計は死亡数に一致しない

*： 日本小児科学会認定専門医を指す

**： 日本小児科学会の正会員であり、日本小児科学会認定専門医以外の者を指す

†： 日本救急医学会認定専門医を指す

††： 日本法医学会の定める法医指導医、法医認定医、および死体検案認定医のいずれかである者を指す

‡： 上に挙げた各専門医等のいずれにも該当しない者を指す

用手判定による 死因再分類結果	合計	死亡診断した医師				
		小児科 専門医*	その他の 小児科医**	救急科 専門医†	法医 認定医††	その他‡
他為	515	37	11	3	191	275
自殺	3,098	108	43	43	271	2,652
その他の外因	3,131	399	82	84	393	2,221
悪性疾患	3,399	1,619	258	23	9	1,508
急性疾患	1,713	737	136	53	89	745
慢性疾患	1,530	772	133	25	38	583
先天性疾患	8,274	4,594	748	68	58	2,864
周産期の問題	4,802	2,792	505	28	21	1,482
感染症	946	394	87	14	81	383
不詳 / SIDS	5,304	972	228	76	1,498	2,580
(合計)	32,712	12,424	2,231	417	2,649	15,293

(別添表 12：死亡再分類別の死亡診断した医師)

ただし専門医資格を重複して有する者があるため、各項の合計は死亡数に一致しない

*： 日本小児科学会認定専門医を指す

**： 日本小児科学会の正会員であり、日本小児科学会認定専門医以外の者を指す

†： 日本救急医学会認定専門医を指す

††： 日本法医学会の定める法医指導医，法医認定医，および死体検案認定医のいずれかである者を指す

‡： 上に挙げた各専門医等のいずれにも該当しない者を指す

用手判定による 死因再分類結果	剖検数 (剖検率)	死亡診断した医師				
		小児科 専門医*	その他の 小児科医**	救急科 専門医†	法医 認定医††	その他‡
他為	419 (81.4%)	21	6	1	183	208
自殺	192 (6.2%)	5	1	1	84	101
その他の外因	741 (23.7%)	46	11	6	330	350
悪性疾患	274 (8.1%)	153	17	0	8	96
急性疾患	375 (21.9%)	124	12	8	75	164
慢性疾患	216 (14.1%)	93	9	6	27	87
先天性疾患	1,135 (13.7%)	578	96	11	46	414
周産期の問題	599 (12.5%)	335	57	5	20	186
感染症	197 (20.8%)	34	11	3	76	76
不詳 / SIDS	3,164 (59.7%)	330	85	41	1,429	1,299
(合計)	7,312 (22.4%)	1,719	305	82	2,278	2,981

(別添表 13：死亡再分類別の死亡診断した医師，剖検事例のみ抽出)

ただし専門医資格を重複して有する者があるため，各項の合計は死亡数に一致しない

*： 日本小児科学会認定専門医を指す

**： 日本小児科学会の正会員であり，日本小児科学会認定専門医以外の者を指す

†： 日本救急医学会認定専門医を指す

††： 日本法医学会の定める法医指導医，法医認定医，および死体検案認定医のいずれかである者を指す

‡： 上に挙げた各専門医等のいずれにも該当しない者を指す

用手判定による 死因再分類結果	合計	死因簡単分類に基づいて自動変換した死因再分類結果		
		一致	不一致	一致率 (%)
他為	515	291	224	56. 5%
自殺	3, 098	2, 874	224	92. 8%
その他の外因	3, 131	3, 007	124	96. 0%
悪性疾患	3, 399	3, 213	186	94. 5%
急性疾患	1, 713	831	882	48. 5%
慢性疾患	1, 530	1, 150	380	75. 2%
先天性疾患	8, 274	7, 022	1, 252	84. 9%
周産期の問題	4, 802	3, 750	1, 052	78. 1%
感染症	946	855	91	90. 4%
不詳 / SIDS	5, 304	3, 023	2, 281	57. 0%
(合計)	32, 712	26, 016	6, 696	79. 5%

(別添表 14：研究者の用手判定による死因再分類と，死因簡単分類に基づいて自動変換した死因再分類結果との一致/不一致と一致率)

用手判定による 死因再分類結果	合計	乳児死因簡単分類に基づいて自動変換した死因再分 類結果			死因簡単分類 による自動変換 の一致率(%)
		一致	不一致	一致率 (%)	
他為	181	83	98	45. 9%	44. 8%
自殺	0				
その他の外因	283	229	54	80. 9%	95. 8%
悪性疾患	233	184	49	79. 0%	79. 4%
急性疾患	292	48	244	16. 4%	42. 1%
慢性疾患	244	14	230	5. 7%	77. 9%
先天性疾患	5, 899	5, 217	682	88. 4%	87. 9%
周産期の問題	4, 398	3, 637	761	82. 7%	82. 6%
感染症	246	202	44	82. 1%	91. 5%
不詳 / SIDS	3, 322	2, 651	671	79. 8%	63. 5%
(合計)	15, 098	12, 265	2, 833	81. 2%	79. 5%

(別添表 15：研究者の用手判定による 1 歳未満の死因再分類と，乳児死因簡単分類に基づいて自動変換した死因再分類結果との一致/不一致と一致率)

外因分類	合計	性別		年齢群別					
		男	女	1ヶ月未満	1ヶ月～1歳未満	1～5歳未満	5～10歳未満	10～15歳未満	15～18歳未満
交通事故	1,308	880	427	1	39	245	243	196	583
転倒・転落	319	210	109	0	17	69	28	92	113
溺死	711	509	202	0	41	151	184	155	180
火災	207	117	90	0	8	51	65	53	30
窒息	952	579	373	47	547	192	62	59	45
中毒	76	29	47	0	1	8	15	14	38
その他の事故	513	339	173	13	109	110	67	84	129
自殺	2,870	1,721	1,147	0	0	0	3	790	2075
他為	297	160	137	39	43	75	78	40	22
その他	67	40	27	0	0	21	22	11	13
医療関連死	98	59	39	1	25	29	21	11	11
(合計)	7,418	4,643	2,771	101	830	951	788	1,505	3,239

(別添表 16：外因の種類別の発生数)

外因分類	(不明)	国外	医院	その他の病院				救命救急センター		
				病床数200未満	200以上500未満	500以上700未満	700以上	他の救命救急センター	高度救命救急センター	小児救命救急センター
交通事故	173	12	121	81	115	39	6	534	160	67
転倒・転落	36	8	28	12	30	15	5	133	37	15
溺死	98	6	61	65	74	37	11	246	80	33
火災	52	0	44	16	4	9	3	41	35	3
窒息	106	4	43	54	68	73	27	352	149	76
中毒	8	1	11	7	5	10	0	25	5	4
その他の事故	73	7	48	33	37	41	10	151	77	36
自殺	265	7	1,032	289	220	66	19	739	181	52
他為	54	0	53	10	16	36	6	51	46	25
その他	7	0	2	7	10	4	4	16	5	12
医療関連死	16	0	1	4	10	7	7	22	13	18
(合計)	888	45	1,444	578	589	337	98	2,310	788	341

(別添表 17：外因の種類別の死亡診断した施設の救急医療にかかる類別)

外因分類	小児科医		救急科専門医	法医学認定医	その他の医師
	小児科専門医	その他の小児科医			
交通事故	79	23	44	73	1,113
転倒・転落	23	5	8	51	235
溺死	112	23	22	103	463
火災	5	1	0	62	139
窒息	201	42	13	282	426
中毒	4	0	0	29	43
その他事故	38	11	4	154	308
自殺	102	42	39	233	2,471
他為	9	4	1	107	176
その他	24	5	0	4	34
医療関連死	41	10	1	2	45
(合計)	638	166	132	1,100	5,453

(別添表 18：外因の種類別の死亡診断医の分類)

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的体制を確立するための研究
分担研究報告書

模擬検証を用いたチャイルド・デス・レビュー実施支援のための研究

研究分担者 仙田 昌義 旭中央病院 小児科
木下 あゆみ 四国こどもとおとなの医療センター 小児科
研究協力者 内田 佳子 国立成育医療研究センター 救急診療部
佐々木 理 母恋天使病院 小児科

研究要旨

CDR に対する理解促進や研修のために模擬シナリオ案を作成し、これを多職種で修正し模擬検証を行った。模擬シナリオ案を多職種で読み合わせ、修正する作業は、専門職としての意見を考える機会となり、また他職種への理解を深めることができた。さらに子どもの死を予防するという共通の目的を持ち対等な立場で検証を行う経験は、多職種のチーム力の向上に繋がった。個別検証の機会がない地域でも、有効な会議を行う準備をする上で有意義な可能性がある。

A. 研究目的

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、検証を行う事により、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している。本邦では令和2年度から都道府県 CDR 体制整備モデル事業が実施され CDR の制度化が進められている。この中で、CDR をより効果的に社会に広めていくための戦略を明らかにするために行われた研究では、CDR の体制整備をする際の自治体レベルの阻害因子として「医学教育や研修の機会がない」こと、促進因子としては「関係者の CDR に対する理解」などが挙げられた(令和3年度厚生労働科学研究費補助金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)。本研究では、関係者の CDR に対する理解促進や研修のために模

擬シナリオを用いた個別検証を行い、これを検証した。

B. 研究方法

模擬シナリオ案を作成し、多職種(弁護士、小児科医、法医学者、児童相談所職員、保健師)が集まってシナリオの修正を行った。日本子ども虐待防止学会第20回学術集会のシンポジウムにて、このシナリオを用いた模擬検証を行い、この結果を検証した。

C. 研究結果

1. 模擬シナリオの作成

シナリオの冒頭では検証のグラウンドルールの確認を行い、検証メンバーが共通の目的を再確認し意識して会議に臨めるようにした。個別検証の対象症例は、特別な家庭ではなく、どこにでもありそうな家庭での生後6か月の乳児の突然死とした。同居人は両親と2歳の兄と父方祖母とした。母は育児不安が強く定期的に保

健師の家庭訪問を受けていた。かかりつけの小児科受診時に母は育児困難感を表出していた。父は仕事が忙しく母に子育てを任せていた。兄は家庭内の事故で救急病院へ搬送されたことがあった。母が職場復帰し、祖母は二人の子どもの世話を中心に行っている中、体調を崩した。その矢先に、祖母の見守り下で不適切な睡眠環境下で睡眠中の乳児が死亡したという設定にした。様々な職種がシナリオを自分事として捉えられるよう日常の中で対応しているような事例背景の設定を考えた。検証会議のシナリオでは、慣れた参加者ばかりで自主的に意見が盛り上がる設定ではなく、司会が適宜促すことにより全ての参加者から発言が得られるように作成した。また、各職種が日常の経験の中から予防策を積極的に述べ、全体として実現可能な予防策が出て有効な会議であったと実感されるように作成した。

2. 多職種でのシナリオの修正

弁護士、小児科医、法医学者、児童相談所職員、保健師が集ってシナリオの読み合わせを行い修正した。弁護士は専門職の使う文言が皆に伝わりやすいよう修正した。小児科医は日常診療で起こりえる場面設定の助言を行った。法医学者は死因やその死を予防するための医学的な専門知識に関する助言を行った。児童相談所職員は子どもの死後、家庭において危惧される親子関係や夫婦関係に関して助言した。さらに聴衆が想像しやすいよう家族の状況をジェノグラムに示す方法を提案し作成した。保健師はシナリオの全体的な流れを提案した。さらに日常の保健指導に基づき産後うつ病スクリーニングのフォローアップ方法などに関して助言した。

3. シナリオを用いた模擬検証

模擬シナリオの修正に携わった専門職が、学術集会のシンポジウムの壇上で模擬検証を行った。

4. 模擬検証の登壇者からの反応

CDR 事業が行われていない地域でも模擬検証

に携わることで、検証会議の中で専門職としての役割を考える機会となったこと、多職種のチーム力を付けることに繋がったとの意見があった。また、責任追及の場といった先入観があったが、会議を通して多職種で対等にやり取りができることを経験できたといった意見もあった。医療者からは、福祉の分野において知る機会となったこと、死因に関する医学的な情報はなるべく簡潔にまとめる必要があることを再確認したといった意見があった。いずれも話し合うプロセスの中から見出されたものだった。

D. 考察

多職種によるシナリオの修正作業では、実際の個別検証の経験がある者もない者も、模擬事例だからこそ自由に質問や意見をしやすい雰囲気であった。各専門職がそれぞれどのような発言ができるかという点に時間をかけて考える機会となった。また、この話し合いの中で様々な専門職が日常の業務の中でどのように子どもや保護者と関わっているかを垣間見ることができ、共通の目的を持ち対等な立場で話し合いをできることを経験することができた。いずれも、話し合いのプロセスの中から得られた。

現在、モデル事業が行われていない自治体、モデル事業が行われているが同意書取得等の問題により個別検証の機会が得られない自治体がある。今回、模擬事例を用いて症例を検証する作業は検証を行う多くの職種また個々の理解を深めることができた。このような機会を持つことにより、個別検証を行う準備が整った際には有効な会議を行うことに繋がるだろう。

E. 結論

CDR の個別検証の模擬シナリオ案を作成し、このシナリオ案を多職種で修正し完成させた。この作業では個別検証で専門職として発言する内容を時間をかけて考えることができた。ま

た、お互いに他職種への理解を深める機会となった。 なし

F. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
こどもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

大規模自治体で実施する Child Death Review
東京都での経験

研究分担者	小保内 俊雅	都立多摩北部医療センター
研究協力者	窪田 満	国立研究開発法人成育医療研究センター
	内田 佳子	国立研究開発法人成育医療研究センター

研究要旨

Child Death Review(CDR)は地方自治体を主体として実施される前例のない事業である。地域で発生した18歳以下の死亡症例を検証し、背景にある危険因子を抽出する、そして予防法を探索し社会へ提言することを目的とした事業である。

東京都は行政組織が複雑であること、また、18歳以下の死亡症例数が年間400件程度と莫大であるなど、実施には幾多の困難が想定された。これらの課題を克服しつつ、2023年度は公開統計を用いた概観検証の実施まで達成した。

内容の詳細は提示しないが、個人情報を含まない公開データを使用した検証でもあり、参加各機関から多様な意見が出され、活発な議論が交わされた。

2024年度は個別検証の実施と、提言の取り扱いを決める必要がある。

A. 緒言

Child Death Review(CDR)は地方自治体を主体として実施される前例のない事業である。地域で発生した18歳以下の死亡症例を検証し、背景にある危険因子を抽出する、そして予防法を探索し社会へ提言する事業である。予防法抽出を目的にしている点が、個別の事例に焦点を当て責任の所在やその程度を検証する既存の検証とは異なる。未来へ向け、予防可能な死から子どもたちを守るために、社会変革を促すことがCDRの目的である。従って、検証は多様な視点から実施される必要があり、多職種の参加が必須である。そして、一部のセンセーショナルな事案を検証するのではなく、押し並べて社会に潜む危険因子を抽出するため悉皆検証が求められる。しかし、東京都は行政組織が複雑であること、また、18歳以下の死亡症例数が年間400件程度と莫大であるなど、実施には幾多

の困難が想定された。

最大の課題は、CDR実施を担当する部署の選定である。前例のない事業であり法的根拠があるわけではないため、理念には賛成でも行政としては実施に踏み込むには抵抗が強かった。

これらの課題を克服して実施にこぎ着けた経過を報告する。

B. 方法および結果

東京都におけるCDR事業化への流れ

日本ではCDRの概念は限られた小児科医にしか浸透していないのが現状である。実施要望を提言しても、理解はおろか関心さえ得られないのが現状であった。さらに、CDRは虐待検証との間違ったイメージが浸透しており、既存の検証と同じことを実施するのは無駄との反論も聞かれた。そこで、様々な機会を捉えて勉強会などを実施し、CDRへの理

解を広める努力を行ってきた。しかし、コロナの蔓延で大規模な対面での勉強会が実施できなくなり、この機運に水を差されてしまった。法的根拠のない事業が自治体によって実施されるには、国からの要請がある場合、もしくは都道府県議会で採択された場合である。そこで、東京都議会へ陳情し、議論の俎上に載せてもらった。その上でさらに東京都知事へ直接実施要望書を提出した。この一連の流れによって、行政の担当部署が決定され、予算が計上される等事業化へ動き始めた。このように、法的根拠のない事業を自治体で実施するには、議会への働きかけが最も効果的で直接的な手段である。しかし、議員が必ずしも CDR に関する見識を持ち合わせているわけではない。まずは、議員を対象に情報提供を行うことが第一歩である。陳情を前に東京都議会を構成する各会派を対象に、個別に CDR の勉強会を実施した。

東京都における CDR 実施準備

東京都には特別区と市町村が併存している。このため、他の道府県に比較して独立した行政組織の数が比較にならないほど多数存在しており、その独自性も他地域とは異なる側面がある。そして、この特別区での行政管理と多摩地域との行政格差が著しいため、必ずしも画一的に制度を実施できるわけではない。このような事情を抱えた上で 2022 年度には実施に向けて予算が確保され、東京都福祉保健局少子社会対策部が担当部署に指定された。また、こども家庭庁モデル事業にも参加をした。

CDR 実装へ向けての制度や組織の構築は、こども家庭庁からの指導や先行実施している他地域の実情を参考に進められた。東京都の制度構築作業における特徴は、医師の関与がほとんどなかったことである。制度構築に医師が関与する割合が高くなると、多職種の視点が制限されてしまう危険がある。結果と

して、死因究明に偏った制度になることがある。東京都の担当部署は、CDR に関与する度合いが高いと考えられ諸機関から個別に意見を聴取し制度設計に反映させたため、開始時点でそれぞれの機関が違和感なく事業に参加できたと思われる。しかし、まだ、検証が実施されていないため、個々の症例に関わる情報の収集や検証が円滑に実施できるかは未知数である。

検証の実施

個別検証を実施するためには、遺族の同意が必要である。遺族同意取得方法に関しては、未だに確立していない。当面は、東京都小児救命センターに指定されている 4 病院で試行的に実施することにした。

CDR 事業は、まず個別検証を実施する。個別検証結果を集積し概観検証を実施し、そこから見えてくる問題点や危険因子を社会全体の視点で捉え、予防法を策定し提言をする。この作業を、順を追って段階的に進める。しかし、東京都では個別検証に至っていない。とはいえ、制度を動かし問題点や課題を抽出する必要がある。また、検証を実施しないと各機関の関心も薄れてしまう危険があり、これらを回避するために公開データを用いて多機関検証ワーキンググループ会議がハイブリッド方式で実施された。会議開催の目的は、CDR の検証を開始するにあたって、子供の死亡に係る都内の傾向把握、及び、関係機関の理解促進のためとされた。東京都の多機関検証ワーキンググループは、関係機関による自由闊達な議論を阻害しないよう非公開と整理されていることから、議論の詳細は省くが、個人情報を含まない個別のデータを用いた検証であるためか、議論は活発に行われた。

D. 来年度以降の課題

来年度以降の課題としては、第一に個別検証

実施に向けた同意の取得である。死に直面した直後のご遺族からの同意取得は容易ではない。CDR では、ご遺族や関係者のグリーフケアが大きな課題として挙げられている。CDR がご遺族の死の受容を促す役割を果たすためには、医療者のみならず多職種支援の一環として CDR を活用する方法を考えることも重要である。現在、東京都では小児救命センターに指定されている4病院でパイロット実施されているが、後発地域のみならず先行他地域へのモデル提案を視野に、東京都独自の方法を開発することも考慮すべきである。

仮に同意が取れたとしても救命センターは広域から患者を受け入れており、実際に個別検証に参加する機関が遠方である場合も想定される。各機関からの情報を誰がどのように収集し管理するか、また、個別検証はどこで誰が主体となり実施するかなど、大都市ならではの課題として想定されている点には着手されていない。まずは限定的に同意取得が得られた症例で実施を試み、そこから見えてくる課題に対応していくのが現実的な方法ではないかと考えている。

情報を提供する機関にとっては、情報提供の範囲など今までにない問題が課題となると思われる。既存の検証制度には、法的根拠があり提供範囲や内容に関してコンセンサスが得られているが、CDR ではそれが存在していない。最終的に収集された情報は個人情報を破棄して完全匿名化されるとはいえ、匿名化までの期間は個人情報を含んで提供することになる。これに関しては、各機関には個別の規定が存在するため、統一的な情報収集が可能かといった心配である。既にモデル実施されている他地域の実情に関して情報を収集し、東京都 CDR 情報提供ガイドライン的なものを作成することが必要と考える

各機関における個別の協議で課題になるのが、その多様性である。例えば保健所を例にとっても、特別区ごとに保健所を所管している。

一方、多摩地域の保健所は東京都庁の管轄である。このように同一の機能を有する機関であっても、管轄が異なるため組織内のルールにも相違が存在する。これらの障壁を乗り越え、統一的な情報提供や検証会議への参加を可能にするために、CDR 実施事務局から統一的なガイドラインの提示が必要ではないかと考えられる。今後そのようなガイドラインを策定する会議体の設置を事務局に要望したい。

もう一つの課題が、概観検証でまとめられた提言の取り扱いが現段階では決定されていない点である。提言は、多機関横断的な作業を有するものが少なくないと考えられる。このように多機関横断的な業務を実行へ移すには、それらの機関を纏められるタスクフォース的な役割を担う部署が必要となる。また、提言はすべて実装されるとは限らず、必要度や緊急度が高いものから実施へ移される必要がある。それを判断する機関も必要である。この点からすると、他地域のように知事への答申とするのが望ましい。しかし、現段階では、知事の諮問会議体ではないため、不可能である。東京都議会議長への提言も一つの選択肢である。提言の実行可能性を担保するためにも最終答申のありかたは早急に固める必要がある。

E. 結語

東京都議会での実施決定から公開データを用いた概観検証の実施に至るまで、約1年間で進捗したことは特筆に値すると思われる。大所帯である東京都庁内の関連部署や諸機関からの意見を集約し、実施可能な制度を構築した事務局へは感謝と敬意の念で一杯である。しかし、これから大都市ゆえの課題が露見してくると思われる。他地域の経験を参考に、我が国の模範となる制度を構築していくには、全ての機関の努力と協力が不可欠である。東京の子どもたちの、健やかな未来と笑顔のために、歩を緩めるわけにはいかない。

F. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

予期せぬ乳幼児の突然死(SUDI)の診断環境改善に関する検討

研究分担者 小保内 俊雅 東京都立多摩北部医療センター小児科
研究協力者 小谷 泰一 三重大学大学院医学系研究科法医学科学分野
山本 琢磨 兵庫医科大学基礎医学系講座法医学
松永 綾子 聖マリアンナ医科大学小児科
沼口 敦 名古屋大学医学部附属病院救急・内科系集中治療部

研究要旨

SUDIの診断確定率向上のために診断環境の改善が必要との調査結果を踏まえ、主として診断に関わる全国85か所の法病理医を中心に、遺伝子検査や代謝異常検査など先進的検査実施環境に関するアンケートを実施した。回答は45名(52.9%)から回答を得た。遺伝子検査や代謝異常検査などを実施していますかの問いに、66.7%が実施していると回答した。一方、これら「特殊検査を集約して実施するシステムが必要だと思いますか」の問いには、42名(93.3%)が必要と答えた。各検査項目の利用希望やシステム利用に負担できる経費に関する質問結果から、検査設備の設置状況やマンパワー、さらに、負担可能な経費などに施設間格差が認められた。診断精度を改善し突然死の原因や発症機序を解明し予防法確立に寄与する、また診断の地域間格差を是正するためにも、国が主体となって検査システムを構築する必要が示唆された。

A. 研究目的

予期せぬ乳幼児の突然死(Sudden Unexpected Death in Infant:SUDI)は、1歳未満乳幼児の主要死亡原因の一つである。SUDIは診断ではなく、これにはSudden Infant Death Syndrome(SIDS:ICDコードR96)、窒息(ICDコードW75)および原因不明(ICDコードR96, R98, R99)が含まれる。これらの診断件数の推移を厚生労働省が公開している人口動態統計でみると、2005年にSIDSの定義が変更され診断には剖検が必須とされてから、原因不明の診断が増加し、SUDIの中で最多となっている¹。解剖率が低かった当初は、非剖検症例が原因不明と診断されていると考えられていたが、解剖率が改善しても原因不明が首位であることに変わりは

ない。原因不明が増加すると公衆衛生が不安定になる、病因の解明や予防法確立の妨げになる、そして、Child Death Review(CDR)の実施にも支障をきたす。そこで、主としてSUDIの診断に携わる法病理医を対象に、原因不明の診断が多くなる要因を明らかにするために2022年度

にアンケートを実施した。

アンケートの結果では、診断手引きのアップデートと診断環境の改善が指摘された。診断手引きは、日本小児突然死予防医学会が編纂しており、最新版は2006年に発刊された改訂第Ⅱ版である²。この調査結果を受けて、学会では改訂第三版の編纂作業に着手した。一方、診断環境で課題になるのが、近年明らかになっている遺伝子異常や代謝異常など、組織病理検査では診断が難しい疾患に関する検査体制である。このような最新の検査を実施するシステムやマンパワーなどが、診断に関わる全ての施設で整備されているわけではない。また、推定される検査実施件数からして各施設に検査体制を備えることは非合理的と考えられ、集約して検査を実施する体制の構築などを望む声が認められた。

今回の調査は、集約的検査システムを構築する意義と、もし検査システムが構築された場合の利用見込みを各施設が負担可能な経費面などを含んで調査を実施した。

なお本調査は、「こども家庭科学研究費補助金(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))子どもの死亡を

検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究」によって研究費を支援されている。

B. 研究方法

全国の医科系大学法医学教室 82 施設に、東京、大阪、神戸の監察医施設を加えた計 85 施設を対象に、書面をもって協力を依頼した。アンケート実施に際し、こども家庭科学研究健やか次世代育成事業の一環で実施すること、回答には個人を特定する設問は設けないこと、さらに、結果は研究報告書に公開する旨を明示した。また、設問の前に調査に参加することへの承諾と、回答後に参加意思撤回を表明されても回答用紙を特定できないため排除が不可能であることを確認した。

今回の調査では遺伝子検査など高度な個人情報扱うことを想定しているが、検査体制を構築するに際して、これらの課題は解決されていると仮定したうえでの調査であることを断って設問に回答してもらった。設問は全 19 問で、2 問を除き選択式とした。回答は依頼状に同封した回答用紙を用いる方法と、依頼状に記した QR コードからアンケートサイトにアクセスして回答する方法を併用した。アンケートサイトは 3 月 11 日より 22 日まで回答を受け付けが、回答率が低かったため葉書を用いて、締め切りを 4 月 6 日まで延期した。なお、郵送による回答は 4 月 6 日消印有効とした。

本調査は東京都立多摩北部医療センター倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 4-22)。

C. 研究結果

45 件 (52.9%) の回答を得た。全例、調査への参加に同意され、また、参加後の回答撤回が不可能なことを了承した。

回答者のプロフィールは、法医病理医が 41 名 (91.1%) であった。その他は、小児科医 3 名 (6.7%)、病理医が 1 名 (2.2%) であった。其々の専門に従事した期間は、20 年以上としたものが 30 名 (66.7%) で、15 年以上 20 年未満 5 名 (11.1%) 10 年以上 15 年未満 8 名 (17.8%) 5 年以上 10 年未満 1 名

(2.2%)、5 年未満 1 名 (2.2%) であった。SUDI の取り扱い経験数に関しては、50 件以上 14 名 (31.1%)、30 件以上 50 件未満 10 名

(22.2%)、20 件以上 30 件未満 8 (17.8%)、10 件以上 20 件未満 7 名 (15.6%)、10 件未満 6 名 (13.3%) であった。

「診断確定のために遺伝子検査や代謝検査、死亡時画像検査を実施していますか」の

問いには (図 1)、30 名 (66.7%) が実施していると答え、そのうちの 4 名 (16.7%) 常に実施しており、21 名 (70.0%) は症例を選んで実施していると答えた。また、4 名

(13.3%) が死亡時画像検査のみ実施しているとした。実施していないのは 16 名

(35.6%) で、そのうち 10 名 (66.7%) は実施したいができないと答えている。1 名

(6.7%) は実施するつもりはないとしている。

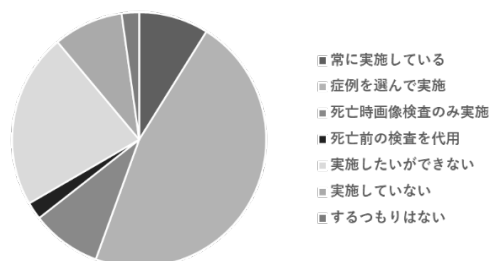


図 1. 診断確定のために遺伝子検査や代謝検査、死亡時画像検査を実施していますか

実施していないと回答された方に、複数回答を許可してその理由をきいたところ、「実施するシステムの不備」を 13 名 (86.7%) が挙げていた、それ以外には 8 名 (53.3%) が「検体提出先が不明」を、6 名 (40.0%) が「検査結果の評価が困難」を、「人手不足」と「費用が高額」を 5 名 (33.3%) が、「検体提出方法が煩雑」を 4 名 (26.7%) が、「結果が出るまでに時間がかかる」を 3 名 (20.0%) が選んでいた。

「診断確定精度向上のために、各種検査を実施するシステムの確立が必要だと思いますか」の問いには、42 名 (93.3%) が必要と答えた。必要ないと回答した 3 名 (6.7%) のうち 2 名は自施設で症例を選んで実施しており、1 名は結果の判断が困難であるため検査自体を実施していないと回答していた。

検査システムの設立が必要と答えた 42 名に、異なる 4 種類の検査項目を提示し利用希望に関して調査した (図 2)。「もし遺伝子検査システムが構築されたら利用したいですか」の問いには、38 名 (90.5%) が利用したい、3 名 (7.1%) がわからない、1 名

(2.4%) は回答がなかった。わからないとした 3 名のうち 2 名は症例を選んで検査を実施している。「先天代謝異常の検査システムが構築されたら利用したいですか」の質問に、39 名 (92.9%) が利用したいとし、1 名 (2.4%) がわからないと回答した。なお、2 名

(4.7%) は回答をしなかった。「病理検査のシステムが確立した場合利用しますか」の問いに、34 名 (81.0%) が利用したい、5 名

(11.9%) が利用しない、2 名 (4.7%) がわからないとし、1 名 (2.4%) が回答しなかった。病理検査に依頼したい項目を複数回答可能にして質問した。特殊検査を選んだのは 19 名 (55.9%)、免疫染色を選んだのは 26 名 (76.5%)、所見判読と評価を 28 名

(82.4%) が選択した。「死亡時画像検査読影システムを利用したいですか」の質問に、24 名 (57.1%) が利用したいとし、12 名 (28.6%) が利用しない、5 名 (11.9%) がわからないと回答した。また、「現在実施している死亡時画像検査を選択してください」の質問に、複数選択を許可した。19 名 (45.2%) が CT を、5 名 (11.9%) がレントゲンを、1 名 (2.9%) が MRI を、17 名 (40.4%) がいずれも実施していないとした。

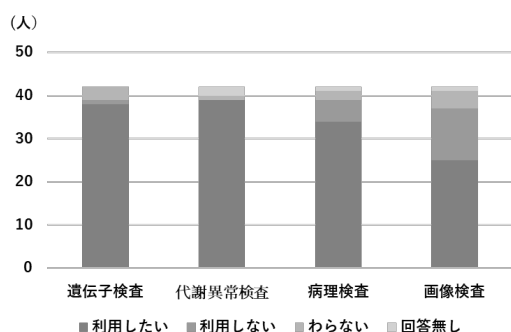


図 2. 各検査項目に対する利用希望

次いで、利用したいとした回答者に、負担可能な検査費用に関して質問をした。遺伝子検査と代謝異常検査に関しては、予め料金設定を提示して利用可能性を質問した (図 3)。

「遺伝子検査システムの利用料金を 10 万円と設定された場合に利用しますか」の問いに、16 名 (42.1%) が自施設の予算で利用するとしたが、11 名 (28.9%) は予算がないため利用できない、4 名 (10.5%) は予算があっても高額のため利用できないとした。残りの 7 名 (18.4%) の回答者は、警察との折衝によるとした。次いで代謝異常検査システムの利用料金を、「一検体あたり 25,000 円であった場合利用しますか」の問いには、21 名 (53.8%) が自施設の予算で利用するとした、7 名

(17.9%) は予算がないため利用できない、3 名 (7.7%) は高額なため利用できないとした。6 名 (15.4%) は警察との折衝によるとした。1 名 (2.6%) が必要時に検討するとしている。

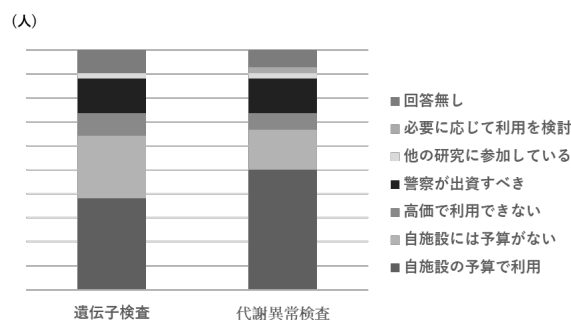


図 3. 遺伝子検査と代謝異常検査の利用可能性

病理検査システムと画像検査読影システムに関しては、妥当と思う利用料金を選択してもらった。病理検査システムに関しては、2 名 (5.9%) が 10 万円以上とし、5 名

(14.7%) が 5 から 10 万円とし、7 名 (20.6%) が 3 から 5 万円を、1 名 (2.9%) が 2 万円とし、8 名 (23.5%) が 1 から 3 万円とし、5 名 (14.7%) が 1 万円未満とした、なお、4 名 (11.8%) が払うことができない、2 名 (5.9%) が依頼内容によるとした。1 名 (2.9%) が警察との折衝とした。

次いで、読影に支出できる費用を聞いたところ、2 名 (8.3%) が 10 万円以上とし、3 万円以上 5 万円未満としたのは 2 名 (8.3%)

で、1 万円以上 3 万円未満としたのが 7 名 (58.3%)、1 万円未満としたのが 7 名 (58.3%)、3 名 (25.0%) が警察との折衝とし、3 名 (25.0%) が支出できないと回答した。1 名 (8.3%) がむかいとうであった。

「集約的診断システムの確立の必要性を認めない」とした回答した 3 名に、理由を自由記載で回答してもらった。「遺伝子や代謝検査は補助診断でしかないため、全例行うのは現実的ではない」、「現状では検査システムを運用し結果判読できる人材が不足していると思われる」「必要性を感じない」との記載が見られた。

また、システム構築に対する自由意見を記載の意見を以下にまとめる。複数の回答があったのは、持続可能なシステムにするため、経費負担の地域格差を是正するためなどから、国がこのようなシステムを構築することが重要との意見が複数みられた。また、司法解剖が警察の予算によって実施されており、検査内容など警察の意向が強く反映される。この点も改善する必要がある。また、検査結果をだれがどのように遺族に告知するかが課題であるとの指摘も見られた。

D. 考察

予期せぬ乳幼児の突然死 (SUDI) の診断確定率上昇を実現するために、診断環境の改善

が必要との意見が診断に関わる法病理医から提示された。SUDI の診断は、剖検、死亡状況調査そして家族歴を含む病歴調査を総合して判断される。しかし、これらの死後検査を実施しても、合理的に死亡原因を説明できる所見が認められない場合は SIDS と診断すると定義されている³。しかし、不整脈や代謝異常症など病理組織学的に顕著な異常所見が確認困難な疾患が SUDI の原因となることが知られている⁴。これら内因性疾患を鑑別するためには、遺伝子検査や代謝異常検査の実施が不可欠である^{5, 6}。しかし、これらの検査を容易に診断施設内で実施することが困難な状況があると思われる。それらの実情を知るために、今回の調査を実施した。回答は全国の 85 の、SUDI 診断に関わる施設のうち、半数以上の 45 施設から回答を得た。回答者のプロフィールは、15 年以上死因究明に関わっている医師が 77% で、また、20 例以上の取り扱い経験を持つ医師が 70% であった。以上から、回答は十分な経験に基づいてなされ、信頼度は高いと考えている。

遺伝子検査や代謝異常検査、死亡時画像検査などを行っていますかの質問に、70.0% で何らかの検査を実施していると答えた。特に死亡時画像検査のみを実施していると回答した者を除いた場合でも、回答者全体の 55.6% が遺伝子検査などを実施しており、回答者の半数以上で先進的な検査を実施していることが分かった。一方、実施していない理由を聞いたところ、86.7% が実施するシステムが備わっていないとした。この結果から、近年開発された技術を用いて実施する検査システムの整備状況は施設間格差が歴然としていることが分かった。

次に「これらの検査を実施する施設の設立が必要だと思いますか」の問いに、必要がないと答えた 3 名のうち、1 名が検査自体の必要性を認めていない、残りの 2 名は症例を選んで実施していると回答しており、既に検査できるためシステムの利用は必要ないと回答したと思われる。一方、死亡時画像検査以外の検査を実施していると答えた施設の 92.3% がシステムの確立を希望しており、実施可能施設においても十分に検査が実施できる状況ではないことが示唆された。

「各種検査システムが確立した場合に利用したいですか」の問いに、「わからない」もしくは「利用しない」としたのが代謝異常検査で最も少なく 1 名で、次いで遺伝子検査の 3 名、病理検査は 7 名、画像検査は 16 名と最も多かった。回答者のほとんどが大学の法医学教室であることから、病理検査や画像検査は

すでに十分な設備が整っていること、さらに、コンサルトが可能な専門家も存在しているためと思われた。一方、代謝検査や遺伝子検査では利用希望が高率に認められており、先進的検査体制の整備が大学といえども十分ではない、もしくは結果を判定ができる専門家が十分にいないことが示唆された。

次いで、利用に掛かる金銭的負担に関する質問をしたところ、回答は遺伝子検査と代謝検査では多少の変動は認めたが、回答は大きく 3 群に分類された。第一は、自施設が持っている予算で経費を負担するというもの。第二は予算を持っていないため、もしくは高額なため利用はできないとするもの。第三は、司法解剖は警察との契約で予算が決まっており、これらの経費に関して警察が負担すべきとの回答であった。経費に関しても明らかに施設間格差が認められた。また、日本の司法解剖の実施件数が都道府県により大きな差が認められていた。地域ごとの死後検査に関する意識の相違が主たる要因と考えられたが、警察費の格差も少なからず影響していることが報告されている⁷。SUDI 診断精度に地域格差が生じることを是正するためには、国が主体となって死因究明体制を構築する必要性が示唆された。

突然死に遭遇した場合、まず外因死の除外が第一に行われる。その為には、死亡状況調査と剖検が必須である。そしてこれにより合理的に死因を説明可能な所見が確認された場合は、必ずしも遺伝子検査などを実施する必要はない。従って、これらの検査は必ずしも全例に実施するものではないが、これら基本的な方法で死因が究明されえなかった場合は、病態の解明や予防法の確立に資するためにも更なる検査が必要である。しかしながら、警察が主体となって実施する司法解剖では、事件や事故など外因の関与を確認することに主眼が置かれ、内因性疾患に関しては十分な対応がなされていないと考えられる。診断は必ずしも医学的及び社会的利益のために存在するわけではない。亡くなられた個人及びそのご遺族にとっても、死因を明らかにすることは不可欠である。原因不詳と診断された場合、死を取り巻く様々な疑問や後悔、さらに自責の念から遺族は解放されず死の受容が進まない現実がある⁸。また、遺伝性疾患が明確になれば、遺族の健康維持にも重要な情報となりえる。さらに、原因不明を減らす努力が突然死の原因や発症機序を解明し、予防法確立に寄与する結果となる。これら有形無形の効果を失わないためにも、死因究明シス

テムの構築が望まれる。

E. 結論

SUDI の診断確定率を改善するために、遺伝子検査・代謝異常検査・病理検査や画像検査を実施する必要性を、診断に携わる医師が認識している。そして、それら検査を実施するための診断システムや実施のための負担可能な経費などにおいて、診断施設間の格差が歴然としていることが明らかになった。SUDI の発生数やそれらのうち検査が必要となる症例数を考えると、集約的に検体を集めて検査を実施するシステムの設立が有効で効率的と考えられる。診断の地域格差を是正するためにも、国が主導してシステムを設置し運用することが望ましいことが示唆された。

F. 参考文献

1. 小保内俊雅, 五島弘樹, 仁志田博司. 我が国における乳幼児突然死症候群発生率の変遷. 日児誌 2017 ; 121 : 1344-1348
2. 山中雅弘, 中川聡, 小保内俊雅, 他. 乳幼児突然死症候群 (SIDS) 診断の手引き 改訂第 2 班. J. Jap. SIDS Res. Suc 2006 ; 2 : 73-97
3. SIDS ガイドライン . 厚生労働省 Hp . <https://www.mhlw.go.jp/index.html>
4. 松永(藤浪)綾子, 倉信奈緒美, 山本琢磨, 他. 乳幼児突然死における原因検索ネットワークの構築～遺伝性疾患を見逃さないために～ J. Jap. SIDS Res. Suc 2018; 18: 34-38

5. Jacqueline N, Maria R, Giancarlo R, et al. Post-mortem whole-exome analysis in a large sudden infant death syndrome cohort with a focus on cardiovascular and metabolic genetic diseases. Eur J Hum Genet. 2017;25:404-409
6. Yamamoto T, Tanaka H, Kobayashi H, et al. Retrospective review of Japanese sudden unexpected death in infancy : the importance of metabolic autopsy and expanded newborn screening. Mol Genetic Metab. 2011;102: 399-406
7. 小保内俊雅, 伊藤雅之, 市川光太郎, 仁志田博司. 乳幼児突然死の死後検査をめぐる課題. 日児誌 2019 ; 123(6) : 1041-1047
8. 小保内俊雅, 仁志田博司. 予期せぬ突然死 (SUDI) 診断における剖検に対する遺族の意識. JJ Soci Emer Ped 2022; 21(1): 22-28

G. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

H. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

J. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

産後ケア事業における乳児突然死予防のための啓発についての検討

研究分担者 小保内 俊雅 東京都立多摩北部医療センター小児科

研究協力者 内田 佳子 国立成育医療研究センター 救急診療部

研究要旨

産後ケア事業は各地域で急速に拡充している。産後ケア事業ガイドラインでは安全管理に関する留意が記載されているが、具体的な方法は呈示されていない。産後ケア事業利用中の児の死亡事例を受け、これらの死亡を予防するための具体的な啓発が必要だと考えた。宿泊型では母児が短期間の入所をするが、保育施設とは異なる施設の特徴がある。産後ケア事業に合った安全管理の方法を探索するため、世田谷区立産後ケアセンターにおける乳児の安全管理のための取り組みをヒアリングした。これらの取り組みは、限られた人員の中で母のニーズに応えながら、乳児の安全性を担保するために工夫されたものだった。これらの取り組みを広く啓発し、より安全性の高い産後ケア事業が実践されるよう動画を作成した。

A. 研究目的

産後ケア事業は、分娩施設退院後から一定の期間、病院・診療所・助産所・自治体が設置する場所または対象者の居宅において、助産師などの看護職が主体となって、母親の身体的回復と心理的な安定を促進するとともに、母親自身がセルフケア能力を育み、母子とその家族が健やかな育児ができるように支援することを目的とした事業である(1)。産後ケア事業の実施方法は宿泊型、デイサービス型、アウトリーチ型がある(2)。宿泊型では、病院や助産所等の空きベッドの活用により、宿泊による休養の機会を提供する。実施利用者は産後に家族のサポートを十分に受け入れられない状況にある者や、授乳が困難な状態のまま分娩施設を退院した者、育児不安に対し専門職のサポートが必要である者など、分娩施設の退院後間もない母児が想定され、母と新生児双方への細かなケアが必要である。安全管理に関しては、緊急時の受け入れ医療機関の選定、急変時のマニュアル整備や定期的な研修が推奨されているが、その

具体的な方法は呈示されていない(1)。産後ケア事業の対象となる乳児は、睡眠中の窒息や乳幼児突然死症候群などの予期せぬ突然死が起こり得る月齢である。産後ケア事業が推進されている中、利用中の児の死亡例の報告もあり、これらの死亡や重大な事故を予防するための具体的な啓発が必要と考えた。

B. 研究方法

世田谷区立産後ケアセンター(2008年に開設された本邦初の産後ケアに特化した施設で、日本助産師会が業務委託を受け、現在までに9000組以上の母子が利用している。)における乳児の安全管理に関するヒアリングを行った。また、現場の助産師と共に産後ケア事業で乳児死亡を予防するための方策を検討した。

C. 研究結果

世田谷区立産後ケアセンターでは乳児の事故予防のための取り組みとして、入所時に対面で書面を用いて保護者への説明が行われていた。

特に、母児同室中の注意点として、新生児の睡眠環境の整え方（柔らかい場所には寝かせない、口や鼻を覆いそうなものや紐類は近くに置かない、仰向けで寝かせる、体を温めすぎない）や原則添い寝は行わないことなどの注意点を保護者と共有し確認していた。母児同室中も夜間は安全確認のため助産師が定期的に訪室し睡眠環境の確認を行っていた。また、乳児の預かり時には、同室内に助産師か保健師が常駐し、定期的に乳児に直接触れて観察が行われていた。さらに、定期的な観察を怠らないためにタイマーを用いて注意喚起を行う工夫がされていた。これらは、限られた人員の中で安全に管理を行うために、試行錯誤された結果得られた方法であった。これらの取り組みを広く啓発するために動画を作成した。動画では、世田谷区立産後ケアセンターセンター長と緊急時受け入れ機関となっている国立成育医療研究センター総合診療部統括部長に依頼し、実際の取り組みが伝わりやすいように産後ケアが行われている現場で撮影した（巻末資料 3-3、3-4 を参照）。

D. 考察

産後ケア事業で適切な安全管理を行う事は、母児が安全な環境で安心して過ごすことができるだけでなく、自宅へ帰った後に安全な環境を整える力を養うことに繋がる。このために産後ケア事業の中で、母と共に児の環境を確認し自宅へ帰った後のことを想起しながら整備することは重要である。特に、睡眠中の窒息や乳幼児突然死症候群は致命的となり得るため予防に重点を置く必要がある。

教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドラインでは、0 歳児のチェックリスト案として午睡時のチェックや環境整備などについて具体的に記載されている(3)。乳児の預かりをするという面では、保育施設と産後ケア事業では類似している。一方、保育施設は家庭で保育できない場合に主に

通年で子どもを保育する場であり、乳児 3 人あたり保育士 1 人の配置が定められている。産後ケア事業は母児の 1 週間以内の短期の入所であり、どのようなケアが求められるのかを事前に見極めることは難しい。配置基準に関しては 1 名以上の助産師等の看護職とされている。限られた人員の中で様々な母児のニーズに臨機応変に対応をしながら、定期的に児の呼吸・体位、睡眠状態を点検し異常が発生した場合の早期発見や重大事故の予防をすることが求められている。産後ケア事業が急速に拡充されていく中で、赤ちゃん、お母さんそして支援する側にとっても産後ケアが安心できる場であるために、安全管理に関し具体的な方法を提案し浸透させる必要がある。

E. 結論

産後ケア事業において乳児の突然死を予防するための啓発資材を開発した。

参考文献

- (1) 厚生労働省：産前産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン. 2017
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/sanzensangogaidorain.pdf> [2024. 5. 22 アクセス]
- (2) 厚生労働省：産後ケア事業の実施状況及び今後の対応について. 2023.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/001076325.pdf> [2024. 5. 22 アクセス]
- (3) こども家庭庁：教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン.
<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/guideline> [2024. 5. 22 アクセス]

F. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第 60 回日本周産期・新生児医学会学術集会に

て発表予定

日本助産師会の研修会にて発表予定

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

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

傷害予防

分担研究者 植松悟子 国立成育医療研究センター救急診療部 統括部長

研究要旨

子どもの外傷と発生原因について多施設医療機関から情報を集約し、外傷の発生と現実的で実行性の高い予防策を見いだすことを目的とする。とくに入院を要する重症度の高い小児外傷について、受傷原因、受傷時の状況を解析し、本邦の小児外傷の現状に沿った予防策を考慮して予防プログラムを作成すること。令和5年度は、研究参加施設リクルートを行い多施設共同研究の倫理審査準備を進めた。

A. 研究目的

小児の死亡原因の上位を占める不慮の事故による死亡の予防、および、外傷の発生を予防することを目指す。本研究の目的は、医療機関を受診した子どもの外傷と発生原因について多施設医療機関から情報を収集して現況を調査すること、および、本邦における外傷の発生と現実的な予防策を見いだすこと。

B. 研究方法

多施設観察研究

1. 子どもの傷害情報の解析に基づいた外傷と傷害予防のための研究(20DA1003)における、医療機関を受診した子どもの外傷情報収集(以降、前研究とする)により得られた情報を参考にする。本研究で予定している重症度の高い小児外傷例の研究に向けて情報収集項目を最適にし、研究参加施設をリクルートした。参加施設は、小児専門病院4施設、総合病院3施設、大学病院3施設の合計10施設である。施設名は、国立成育医療研究センター、都立小児総合医療センター、兵庫県立こども病院、あいち小児保健医療総合センター、九州大学病院、富山大学病院、順天堂大学浦安病院、仙台市立病院、八千代総合医療センター、松戸市立病院。

2. 情報収集

情報収集項目は、保護者からの情報、及び、医療者からの情報の2つから構成され、電子調査票、または、診療録の抽出により収集する。データ収集期間は、2024年7月開始を予定している。対象者は、1)参加施設である小児病院、救命救急センター、救急科を受診して入院加療、または死亡した18歳以下の患者のうち、適格基準をすべて満たし、かつ除外基準のいずれにも該当しないもの。

適格基準は、対象疾患に含まれる、外因性疾患のための診療であること。対象疾患:けが、熱傷、異物(誤飲・誤嚥・挿入)、窒息、溺水、電撃傷、中毒、咬創(虫・動物)とし、除外基準は、同一疾病の治療のための再受診である場合、同意が取得できない場合、他院へ治療期間中に転院し、転帰が不明な場合。尚、転院しても最終転帰、がわかる場合には除外しない。目標登録者数100名。被験者数の設定2021年5月1日から2022年12月31日の20か月で成育医療研究センターと都立小児総合医療センターの救急外来を外傷のため受診した患者のうち、入院加療となりかつ、外傷受傷情報該当する患者数は40例であった。1年間では、1施設あたり10~20例と推測する。よって、小児病院であれ

ば年間 10 例/施設と推定する。救命救急センターでは、年間患者 10～20 例程度と推測する。対象患者の 60%を研究参加、または、情報収集可能と推定すると、年間 5～10 例/施設と推測する。

調査項目は、1)保護者からの情報 患者の個人属性に関する項目・性別・年齢・体重・身長・子どもの発達状況、基礎疾患の有無、受傷の日時、受傷の場所、受傷原因・受傷時の状況、2)医療者からの情報 患者の外因疾病に関する項目として、外傷・外因疾病の部位、外傷・外因疾病の種類、受傷機転の種類として交通外傷、自転車関連事故、スポーツ関連、暴力（他人からの傷害）、虐待、それ以外（上記に該当しない場合）、検査・処置、治療、転帰（合併症の有無を含む）、医療費。

データ計測方法は、診療 ID に紐付けした研究管理 ID を作成して付与する。各施設において管理対応表作成を行う。情報の入力方法は以下の 3 つの方法より選択可能とする。1) 電子調査票に直接入力する、2) 調査用紙に記載し、電子調査票へ代行入力する、3) 診療録に記載した情報を抽出して電子調査票へ代行入力する。電子調査票に直接入力する場合は、保護者用は、Web 入力：医療機関にて入力用端末機より、電子調査票へ保護者に入力して貰い、当該医療機関で初診終了時、または、退院までに担当医師が回収する。入力のタイミングは、診察前、診察中、処置中、診察後、入院中を問わない。調査票用紙に手書きでの記載は、以下の通り web 入力ができない場合である。Wi-Fi・インターネット環境の不具合、モバイル入力端末(ipad 等)の不具合、入力者の都合により web 入力ができない場合。記載および回収のタイミングは、web 入力と同様とする。回収された用紙の内容は、後に担当医師、または、定められた代行入力者が Web 入力をする。医療者は、医療機関にて 1) 入力用端末機より、電子調査票へ医療者が直接入力する、または、2) 診療録に入力し

ておき、後日抽出して、医療者または、代行者が電子調査票へ入力するいずれかの方法とする。入力のタイミングは適宜、その疾病の診察が全て終了（終診となった時）または、初診から 3 か月時（合併症・後遺症、医療費）に全ての項目を入力する。

全てのデータは、電子調査票を通して国内に存在するサーバーへ送信し、蓄積する。

データマネジメント責任者は保護者および医療者が入力したサーバー内のデータを確認し、記載不足・遅れや入力間違いなどがあれば、各研究協力医療機関の施設管理者へ連絡して追記や修正を喚起する。施設管理者は、担当医療者、または、保護者に連絡し、追記記載を依頼する。データマネジメント責任者は、データセンターに保管されたデータ集計を行い、研究責任者に渡す。

解析は、多施設データの年齢別解析により、手術、合併症、後遺症、死亡の転帰となった外因疾病（重症群）についてそれぞれ、性別、種類、部位、ICD10 分類、発生場所・受傷原因・環境、治療期間（入院・通院）、転帰、医療費を調査する。

その受傷原因において、製品改善、環境整備により発生を減少できるものを列挙して、具体的な対策を記述する。

上記で得た受傷原因に対する製品改善策、環境整備改善策（安全基準、法令の改定提案を含める）の提案、製品・環境改善に有効性を見出せない受傷原因に対する、「保護者を含めた小児の養育に関わる人」に対する教育項目の提案、「小児の養育に関わる人」に対する教育プログラムの策定を行う。

倫理面への配慮

本研究実施前及び研究実施期間中を通じて、各研究機関にて開催される倫理審査委員会において、本研究の実施、継続等について倫理的、科学的及び医学的妥当性の観点から承認を得るものとする。研究責任者及び各研究機関の研究責任者は、研究計画書、資料など審査の対象

となる文書を倫理審査委員会に提出する。同意書の取得は、保護者の場合：診察の際に、添付の説明書を用いて口頭同意を取得し、取得について診療録に記載する。同意取得後、所要時間 5～10 分程度と考えられる外傷受傷発生に伴う情報を問診の一環として Web 入力をお願いする。通常の間診の内容を超えるものではない。また、Web 入力作業が負担となる場合には、医師や看護師が問診として聞き取り、一緒に入力を行うことも可能とし、負担を軽減する。Web 入力形式とすることで、保護者の調査票（資料として電子版の一部提示）への入力項目は最小限にすることが可能であり、負担を少なくしている。保護者の調査票入力・記入にあたり、調査票の冒頭に、研究についての概要と「本調査に同意いたします」のチェックボックスを設け、チェックをしている場合は同意いただいたものとみなす。

同意にチェックした後に、研究参加への同意を取り消したい場合には、保護者、本人(中学生以上)から該当研究施設の責任者に申し出ることができる。不利益を受けることなくいつでも申し出が出来るよう対象者および保護者の人権擁護に配慮する。

医師の場合：説明書により、研究への協力を依頼する。医師が提供する診療情報については、病院のホームページへの掲載や、施設内の掲示板に別添のポスターを掲示し、本研究を行っていることや本研究の趣旨、意義を周知するよう努める。本研究への参加を希望しない場合には、研究責任者にその旨を伝える様記載する。

個人情報の管理

研究で使用する調査票を取扱う際は、対応表を用いて匿名化を行なった上で適切に管理し、対象者の秘密保護に十分配慮する。直接手入力記載された保護者の調査票、及び患者対応表は、各医療機関内責任者の部署内で施錠可能なキャビネットに厳重に保管し、施設外には持ち出

さない。本研究で得られた情報等は、データセンター管理者がデータサーバー上で管理する。Web 入力情報は、個人情報を含まない。データサーバーは、国内に設置された一定基準のセキュリティ対策がなされたレンタルサーバーを利用する。サーバーのセキュリティ管理は、次項に注意して実施する。①ユーザーのアカウントとパスワードによるアクセス制限、②サーバー情報セキュリティの規格 JIS Q 27001 相当を取得しているものを使用、③https プロトコルを使用した SSL 暗号化通信を利用、④ファイアウォールの設置、⑤SQL インジェクション対策の実施。

なお、本研究では国内のレンタルサーバーを利用するため、サーバー契約は研究終了までとなる。サーバーに保存されたデータは、研究終了時にパスワードを掛けたデータファイルとして、国立成育医療研究センター救急診療部内に保存する。また、各参加施設の登録症例の情報のみ、各施設へパスワードを掛けたデータファイルとして配布し、規定に従い保存する。

研究責任者および協力研究者は、情報などの正確性、漏洩、混交、盗難、紛失などが起こらない様に厳密な管理を行う。また、データマネジメント責任者よりデータセンターに保管された集計結果は施設の研究責任者が直接受け取り、インターネットに接続していない国立成育医療研究センター救急診療部内、または、参加施設に設置されたパスワード管理されたコンピューター内にパスワード管理ファイルとして保管する。データ保存期間は研究終了日より 5 年間とする。

研究の結果を公表する際は、対象者を特定できる情報を含まないようにする。研究の結果を公表する際は、対象者を特定できる情報を含まないようにする。研究の目的以外に、研究で得られた被験者の試料等を使用しない。試料・情報の保管及び廃棄の方法：保管方法
対応表を用いて匿名化を行なった上で適切に管理し、対象者の秘密保護に十分配慮する。

直接手入力記載された保護者の調査票、など研究に関連する文書及び患者対応表は、国立成育医療研究センター救急診療科内、および各参加施設の研究責任者が所属する部門内の鍵のかかるキャビネットに厳重に保管し、施設外には持ち出さない。

データマネジメント責任者から受け取った電子データは、外部に繋がらない、パスワードで管理されたコンピューターにパスワードをかけたファイルで保管・管理する。保管期間と破棄の方法：収集した情報は、研究の中止または研究終了後5年が経過した日までの間、厳重に保存し、その後は個人情報に十分注意して廃棄する。用紙類はシュレッダーにより裁断してから破棄し、電子データは、コンピューター内に残らないよう完全にデータを破棄、また、ディスクなどに保存されたデータは、ディスクをシュレッダーにかけて破棄する。

情報の利用：本研究で取得された情報について、本研究内容以外に用いる場合には、研究責任者と共同研究者の所属施設、および、倫理審査委員会の審査を再度取得する。

試料・情報の提供：本研究で取得された情報について、本研究内容以外に用いる場合には、研究責任者と共同研究者の所属施設、および、倫理審査委員会の審査を再度取得する。

研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益：本研究は、侵襲と介入を伴わない観察研究であり、患者に適応される医療は研究参加の有無によらず同様である。また、研究に関連して取得する情報は通常の保険診療にともなって行われた診察や治療で得られるものである。そのため、患者が本研究に参加することで得られる直接の利益および不利益はないが、研究成果により将来の医療の進歩に貢献できる可能性がある。負担：診察の際に、所要時間5-10分程度と考えられる外傷受傷発生に伴う情報を保護者に入力して頂く。しかし、これは通常の問診の内容を超えるものではない。また、Web入力作業が負

担となる場合には、医師や看護師が問診として聞き取り、一緒に入力を行うことも可能とし、負担を軽減できる。調査表への記載項目は最小限にし、Web入力にすることで回答内容に従い表示する質問内容を最小限として負担を少なくするようにしている。また、調査票の内容へ記載するにあたり、不安になったり落ち込んだりするような場合があるが、担当医療者より適切な支援を受けられるように留意する。調査票の内容へ記載するにあたり、保護者が不安になったり落ち込んだりするような場合がある。無理をせずに担当医療者へ話しをして、適切な支援を受けられるように留意する。研究参加に際して直接的な利益はない。

研究に関する情報公開の方法：研究で収集した情報は、研究報告書、日本小児科学会など関連する学会での発表、また、専門委員会での発表、および、関連学会へ論文として研究成果を公表する予定。公開する際は、個人を特定できない形にする等個人情報の保護に十分注意を払い、研究に参加した被検者や保護者・家族を特定できる情報は一切公表しない。研究責任者及び研究分担者で委員会を設ける。本研究のデータを用いて学会発表や論文投稿をしたい場合は、その内容について具体的なプロポーザルを作成し、委員会から許可を得て、あらかじめ規定された期限までに解析・論文化を行うこととする。原則としてプロポーザルを提出した者が第一著者になる、もしくは第一著者を指名できる。責任著者は研究責任者もしくはプロポーザルを提出した者になるものとする。共著者には、委員会の全メンバーと、その学会発表や投稿論文の作成に具体的な貢献をしたものとする。本研究は、特別な治療や検査を伴わない観察研究であり、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（文部科学省、厚生労働省、2017年2月28日一部改正）で推奨されているモニタリング、および監査は実施しない。

C. 研究結果

本年は、前研究方法を踏襲して新たに開始する多施設共同研究に向けて準備を行い、前研究の解析結果を元に研究項目の中で記載漏れ不適切な記載により情報が十分取得できなかった部分を検討および、改訂を引き続き行った。10 施設をリクルートし、多施設共同研究計画書を作成、2024 年 10 月の倫理審査での承認を目指している。倫理承認が得られ次第、おおむね 1 ヶ月以内に各施設の倫理審査承認を得て、前向きデータ収集を開始予定である。

D. 考察

E. 結論

F. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的体制を確立するための研究
分担研究報告書
主要課題4. 子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索

医療機関外におけるグリーフケアの提供

研究分担者 木下 あゆみ 四国こどもとおとなの医療センター 小児科
仙田 昌義 国保旭中央病院 小児科
沼口 敦 名古屋大学 医学部附属病院 救急・内科系集中治療部
研究協力者 森 合音 四国こどもとおとなの医療センター

研究要旨

CDR(チャイルド・デス・レビュー、予防のためのこどもの死亡検証)の実現には、広く国民の理解を得ることが重要である。そのためには、こどもの死に際して具体的に遺族を支援する「グリーフケア」の確立も必要である。その提供体制は、CDRの体制整備とともに探索される必要がある。

こどもを亡くした遺族にとって必要な支援の要件について、有識者、遺族、支援団体等と意見交換を重ね、医療機関外におけるグリーフケアの提供に用いる「グリーフカード」を制作した。

今後、この有効な利用方法、既存資料との使い分け、遺族の長期フォローアップのありかた、等の更なる検討を要する。また、遺族にアウトリーチし長期支援を実現する方法についても検討を要する。

A. 研究目的

子どもの死亡は、きわめて衝撃の大きな出来事である。子どもの不幸な死に際して、それぞれの事例について十分に話し合うことは、亡くなった子どもに対する最低限の礼儀であると同時に、遺族に対する最大のグリーフケアの一つでもある^[1]。

わが国でCDR(チャイルド・デス・レビュー、予防のためのこどもの死亡検証)を実現するにあたって、国民の理解を得ることが重要と示された^[2]。CDRに対して寄せられるさまざまな期待の中には、「子どもの死について真実を伝えてほしい」など個々の遺族に対する期待が含まれることもある。しかしCDRを公衆衛生の向上を目的とした公益事業と捉えると、これらの個

人に対する直接的なメリットは強調され難い。

R2 からわが国ではじまった都道府県 CDR 体制整備モデル事業(以下 CDR モデル事業)を実施するなかで、各地域の提言等において、CDRの推進には、遺族に対するグリーフケアの提供が不可欠であると報告された。CDRを地域で実現するための複数機関による会議体の形成にあたって、グリーフケアをどのように位置付けるかは大きな課題である。

分担研究者らは本課題の第一年度において、医療機関におけるグリーフケアの実情について現状評価の必要性があることに加え、医療機関のみでの実現には限界があること、医療機関以外におけるグリーフケア提供に向けて、機能分担のありかたと仕組みの探索が求められる

ことを見出した。

B. 研究方法

下記のとおり本研究を実施した。

1. 医療機関以外で遺族のグリーフケアを実施している取り組みを探索した。このうち犯罪被害者等支援について、担当機関および遺族に対して聞き取り調査を行なった。
2. グリーフケアに関する有識者の意見交換を実施した。併せて複数の遺族団体等との意見交換を行い、遺族ケアとして求める内容について整理をはかった。
3. 一般啓発のためのシンポジウムを実現した。
4. これらの知見に基づいて、グリーフケアに利用するためのツール(グリーフカード)を試作した。既存の類似資料との性格の違いを考察し、医療機関外で当該ツールを使用するにあたっての留意事項を整理した。

C. 研究結果 および D. 考察

1. 犯罪被害者等早期援助団体での聞き取り調査

公益社団法人被害者支援都民センター(東京都千代田区)を遺族とともに訪問し、業務内容について聞き取り調査を行なった(2023. 6. 25)。

(以下、聞き取り調査の概要)

各都道府県に犯罪被害者等早期援助団体が設立され、全国被害者支援ネットワークが形成される。同センターは、同団体として2002年に東京都公安委員会から指定を受け、“犯罪や交通事故の被害者とそのご家族・ご遺族に対して、付添支援やカウンセリング等の精神的支援を行”[3]っている。

最早期に対応する警察の支援室より「支援要」とされた犯罪被害者を引き継ぎ、警察より情報を授受して、公安委員会資格による「犯罪被害相談員」がボランティアベースで個別対応にあたる。被害者の「刑事手続を乗り切る体験を支援する」ことが目的であり、負担軽減、関係機関担当者と

の関係構築の支援、精神的ケアを役割とする。

同センターの運用においては、相談員が遺族に必要とされる様々な行政上の手続きに付き添い支援するなかで遺族の話を聞き出し、トラウマの1次及び2次予防を担当する。その中で3次予防の必要があると判断された事例を心理士につなぎ、必要な場合に外傷性悲嘆治療プログラムを提供する(ただし同様のプログラムが全都道府県に完備される訳ではない)。この場合も超早期の集中的な関与を担当し、さらに長期支援を必要とする事例は地域への移行を支援することを基本とする。

心理士の経験上、外傷性悲嘆から回復することに罪悪感を持っている遺族が多い(同席した遺族も、自身について「当時は悲しみ方が分からなかった」「事実とどう向き合っていけば良いか分からなかった」「悲しみから回復してしまったら自分は薄情なのではないか、と感じていた」と発言した)ように感じられる。このことに関連して、カウンセリングを早期から積極的に希望する遺族は少ない(同席した遺族からも「自分には必要ないと思っていた」旨の発言があった)こと、事件から長い年月(5ないし10年)を経てから初めて相談に訪れる事象、などが経験される。遺族本人の訴えるニーズの「裏にある気持ち」を整理しながら、どうなるのが目標かを探索する。

こどもの死によって地域には大きな衝撃がもたらされ、地域住民の多くが傷つき、コミュニティーが「壊れる」ことに至る。これに対して社会全体でどう向き合うかが探索されなければならず、この意味では、グリーフケアは遺族のみならず社会全体のためのものとして探索される必要がある。専門職ができるのは「専門的な特定の内容」であり、その周辺を補うための各方面の支援者が必須である。

こどもの死亡に遭遇した遺族が、早期から自身に対するグリーフケアの必要性を自覚できない事態が想定される。このことから、死亡したこどもの診療を担当した医療機関でのみ、か

つ自ら希望した遺族に対してのみ、急性期のグリーフケアを提供する体制の探索では不十分であることが明らかになった。

2. 有識者等および遺族による意見交換

上記の着想の是非を裏付けるべく、グリーフケアの開発や実現に携わった経験のある医療者、家族を亡くした経験のある遺族、遺族支援団体の代表、等による意見交換を実施した（2023. 6. 23-24, 2024. 1. 18-19）。本研究でカバーする「グリーフケア」について以下のような意見が得られた。

- ・遺族らが自ら訴えない「潜在的なニーズ」に気づく、いわばゲートキーパーが必要である。
- ・直接的にケアを希望しない遺族らに対してアウトリーチし、ニーズアセスメントおよび対応を担う仕組みが必要である。
- ・犯罪被害者は、長期間にわたる複雑な刑事手続を余儀なくされることから、「実務上の支援をする援助者の必要性」について理解を得られやすい。
- ・家族を亡くした者を対象として各種手続き等をまとめた「おくやみハンドブック」等を準備し（別添資料 1）、死亡届を受理する窓口等で配布する自治体が多い。実務上の手続きのために当該冊子に目をとおす遺族は多いと推察される。この仕組みを活用するか、同時に配布する媒体を準備するかして、広く一般的にグリーフケアについて広報できないか。
- ・行政介入等を要する家庭に対して、保健師等による家庭訪問が行われる。対象とするこどもが死亡した場合に、そこで介入打ち切りになる懸念がある。もし何らかの仕組みによって介入が継続的になされれば、遺族の継続的な観測が可能となり、ゲートキーパー的な役割が期待できるのかもしれない。
- ・悲嘆からは死亡直後から直線的に回復するものではなく、時間経過とともに揺らぎを持って寛解・増強を繰り返す。しかも、遺族自身はこ

のことに気づかないことが想定される。超早期にグリーフケアのニーズがなかったとしても、中長期遠隔期に必要性が生じうる。

これらの意見等をもとに、本研究班において、①こどもの死に関連しうる多機関が、②すべての遺族に対して、③グリーフケアに関する情報を提供できるコンテンツを制作することが必要と結論された。その場合、悲嘆の最中にあり理論的な説得等に拒絶反応を示しがちな遺族等にも響くよう、「間」「場」をとおして感情・感性に訴えかける機能を有すること、他研究等で探索される「医療機関による」「超急性期のグリーフケア」でカバーしきれない部分を念頭に置くことと結論された。

またグリーフケア、遺族支援を謳うさまざまな団体のうち何を紹介するか、について意見交換が行われ、その基準として「複数のコミュニティに自然発生的に属することが人として自然な社会生活であるから、これを目指すことを支援するものが良質な活動であり、逆に他のコミュニティから切り離す傾向を進める活動は良質とはいえない」という結論に至った。

3. 一般啓発のためのシンポジウム開催

前述のとおりグリーフケアを「社会全体のためのもの」と捉える場合、医療従事者や関係者に限定するのではなく、広く一般に向けた啓発が必要である。

そこで、医療関係者およびその他の関係職、一般市民を対象としたシンポジウム（別添資料 2）を開催した（2024. 1. 19）。約 150 名を超える参加者に対し、医療機関によるグリーフケアのありかたを研究した研究者、遺族支援団体の代表者、遺族らにより、上述した意見交換の結果を踏まえた講演が行われ、参加者も交えて意見交換が行われた。

- ・グリーフケアを提供すること、受けることについて「ハードルを高く感じてほしくない（特別

なことを想定してほしくない)」。

- ・こどもの死を経験した遺族に対して、グリーフケアは後回しにされがち。
- ・この会に参加したこと自体が、(遺族である)自分自身にとってグリーフケアになった。
- ・これまでグリーフということについて、情報がなかった。

などの意見が表出された。



図1. グリーフについてのキーコンセプト
(研究分担者による当日投影資料より抜粋)



写真1. シンポジウムの様子
(一社) リヴオン代表尾角様の提供による)

4. グリーフカードの制作

上記の聞き取り調査、意見交換等を踏まえて本研究班として提案するグリーフカードの案を制作した(別添資料3)。また、当カードの草稿を見ながら有識者による意見交換を行い、

・行政担当者等、これまで「こどもの死」に接したり、その遺族に具体的に対応した経験の少ない者にとって、突然カードを遺族に渡すよう言われても困惑するだろう。

・また、遺族にとって有益な情報は、特に連絡先(各種問い合わせ)情報などは、地域によって異なる。したがって、それらは予めカードに印刷しておけないが、一方で、待たせている遺族の目の前で改めて追記することは心情的にも困難だろう。

・さらに、医療機関における超急性期のグリーフカードは、既存研究により非常に有用なものが提案されている。それらとの「棲み分け」の考え方を明確に示すのが良い。

・そこで、当該カードの配布を担当するものが「何を予め準備すべきか」「どういう心構えで手渡すべきか」等を具体的に示す説明書を別途準備する必要がある。

との示唆が得られた。これに従い、本カードを使用する際の説明書(別添資料4)を策定した。

E. 結論

子どもを亡くした遺族は、グリーフケアを必要とする。それは、超急性期から遠隔慢性期まで幅広く対応されるべきである。

医療機関において提供しうるグリーフケアとは別に、医療機関外において提供するグリーフケアの備えるべき要件について、有識者および遺族らと対談を重ねた。その結果を踏まえて、本研究班の提案するグリーフカードを制作した。具体的な使用方法、既存資料との使い分け、遺族の長期フォローアップのありかた、等さらに考えるべき内容は山積する。

今後の更なる研究促進に期待する。

F. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

G. 研究発表

1. 論文発表

(特になし)

2. 学会発表

(特になし)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

(特になし)

2. 実用新案登録

(特になし)

3. その他

(特になし)

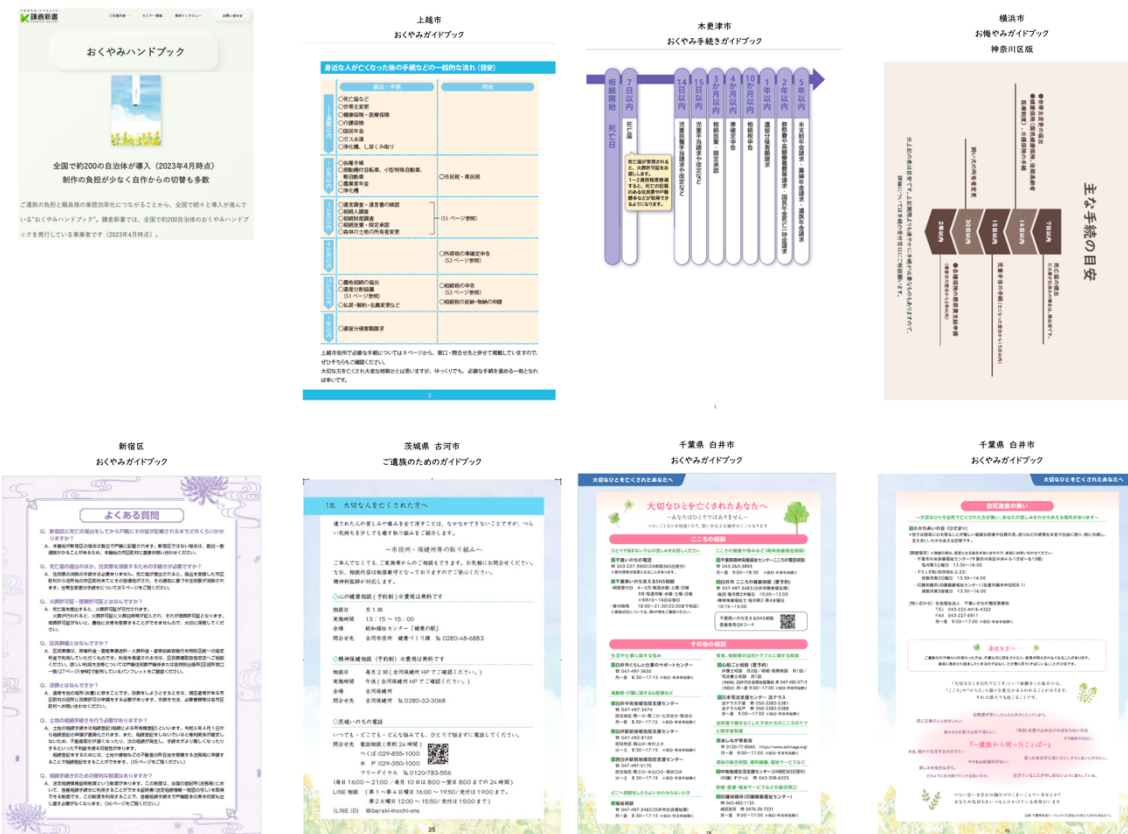
I. 参考文献

- (1) Numaguchi A, Mizoguchi F, Okumura A, et.al. Epidemiology of child mortality and challenges in child death review in Japan: The Committee on Child Death Review: A Committee Report: The Committee on Child Death Review: A Committee Report. *Pediatr Int.* 2021

Nov 22;64(1)

- (2) 竹原健二, 矢竹暖子. 令和3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. 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) 予防のための子どもの死亡検証制度体制整備モデル事業実施7府県における, 体制整備に関する実装研究. 2023 年
- (3) 公益社団法人被害者支援都民センターWebページ
(<https://www.shien.or.jp>. 2024. 5. 28 最終閲覧)
- (4) 沼口 敦, 木下 あゆみ, 仙田 昌義ほか. 令和3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. 課題2(有効な Child Death Review 制度と実施支援体制の探索) わが国の子どもの死亡する場所と死因についての検討. 2023 年

(別添資料 1：複数の自治体で準備される「おくやみハンドブック」の例)



鎌倉新書 Web ページ (<https://www.kamakura-net.co.jp/kanmin/condolence-handbook/>)

上越市 Web ページ (<https://www.city.joetsu.niigata.jp/uploaded/attachment/238837.pdf>)

木更津市 Web ページ

(<https://www.city.kisarazu.lg.jp/material/files/group/19/okuyamibook.pdf>)

横浜市 Web ページ (https://www.city.yokohama.lg.jp/kanagawa/madoguchi-shisetsu/kuyakusho/annai/okuyami.files/0008_20240426.pdf)

新宿区 Web ページ (<https://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000352735.pdf>)

古河市 Web ページ (<https://www.city.ibaraki-koga.lg.jp/material/files/group/16/okuyami6.pdf>)

白井市 Web ページ

(<https://www.city.shiroi.chiba.jp/material/files/group/34/okuyamibook2024.pdf>)

いずれも、最終閲覧は 2024/5/28

(別添資料 2. シンポジウム「子どもの死を想う」)

子どもの 死を想う

～いつか大切な人と別れるすべての人へ～

※ CDR におけるグリーフケア研修

2024年 1月19日 [FRI]

17:30 ~ 19:30

四国こどもとおとなの医療センター 4F こもればいホール

この研修会はお子さんをなくされたご遺族の方や、きょうだい児、グリーフケアについて取り組んでいる方々からご講演いただき、支援者に必要な知識、ご家族が求めていることなどを地域全体で共有するためのものです。是非ご参加ください。
また、ホスピタルアートと連携し、グリーフカードづくりのワークショップなども企画しています。
ご興味のある方はQRコードからお問い合わせください。

★ CDR とは
予防のための子どもの死亡検証 (CDR)
子どもの病気や事故などを予防するために
すべての子どもの死亡情報を分析・検証し、
予防策を提言・実行する仕組みのことです。

□ 演者

富山大学医学部附属病院

種市 尋宙

一般社団法人リヴオン代表理事

尾角 光美

一般社団法人吉川慎之介記念基金

吉川 優子

浄土真宗 慈照寺 坊守

秋山 美智子

四国こどもとおとなの医療センター 研修医

阿部 春季

□ 座長

四国こどもとおとなの医療センター 小児科

木下 あゆみ

アートディレクター

森 合音

主 催 こども家庭科研

「子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究」(沼口班)

協 力 四国こどもとおとなの医療センター
NPO アーツプロジェクト



お申し込みは
こちら

(別添資料4：グリーフカードの使用方法)



グリーフ
カードの
解説

～ シャボン玉のデザインについて ～

童謡「シャボン玉」は、幼くして亡くなった孩子を想う作者によって書かれた詩だとされています。芸術は痛みや生きづらさの中から、切実な表現として生まれます。「シャボン玉」が、人の心に寄り添い、時代を超えて人々の慰めになってきたのは、その歌の背景にある最愛の子を失った哀しみ、子の幸せを願う親の愛、それら行き場の無い思いが入り混ざった、やむに止まれぬ「祈り」だったからではないでしょうか。

表紙は、CDR研究チームと大切な人をつなぐことのある当事者が、アートのワークショップを通じて描いたものです。それぞれ好きな色の絵具を混ぜた石鹸液を作り、祈りを込めて泡を吹き込みました。面用紙の上でシャボン玉は、重なり、溶け合っていくうちに消えてしまいがちですが、その痕跡は、確かに存在した証として、作業を超えた美しい模様となって現れます。CDRも子どもの死、つまり「子どもの生の痕跡」から目を逸らさず、検証することで、声なき声を聴き、この痛みがいつか「未来の子どもの幸せ(希望)」へと変わると信じて研究されているものです。全ての子どもたちにとって未来が優しく、美しいものであるように。

～ 「いのちの大樹」アプリについて ～

このアプリは、森の中の大樹のように、受け取った方が気になってのぞいてくれる「時」を静かに待っています。大樹の葉の向こうには様々な世界が広がっています。何気ない誰かの一言や、ふるまい、一輪の花や一枚の絵画が、人生を大きく変えることがあります。人の心を「ケア」するものは科学的根拠のある医療だけに限りません。自然や土地の文化、芸術、人の出会いがもたらす回復もあります。「ケア」というフィールドで医療と芸術がつながり、支え合うことで生まれる多様なつながり。そこで生まれる相互回復へとつながる創造的な「葉」として作成しました。

グリーフカード使い方ガイド

このグリーフカードは、令和5年度子ども家庭科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究」(沿口組¹⁾)において、CDR(Child Death review: 予防のための子どもの死亡検証)研究のひとつ、「子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索」分担研究班として作成しました。

Child Death Review(予防のための子どもの死亡検証 以下「CDR」)とは、18歳未満の子どもが死亡したあとに、多職種多機関(医療機関、行政機関、児童相談所、警察、消防、教育機関等)で

- 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案する

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。

なお、令和2年度より一部の都道府県で、「予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review) 体制整備モデル事業²⁾」が始まっています。

※参考 厚生労働科学研究費データベース
<https://mh1w-grants.mhlw.go.jp/project/161831>
子ども家庭庁 CDR(Child Death Review: 予防のための子どもの死亡検証)
ホームページ <https://cdr.cfa.go.jp/>

お問合せ

子ども家庭科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究」研究班(代表: 沿口 敦)
「子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索研究分担者」(母)国立病院機構 四国子どもととなの医療センター
小児科 木下 あゆみ
〒765-8507 香川県高松市山田町2丁目1番1号
TEL 0877-62-1000 FAX 0877-62-6311
E-mail cdrgriefcare@gmail.com

子どもが亡くなったとき

01 はじめに

大切な人を失ったときには、だれしも平常では考えられない心身の状態になります。このような反応を「グリーフ(悲嘆)」と呼びます。「大切な人、ものを失うことによって生じる、その人なりの自然な反応、状態、プロセス」と言い換えることもできます。子どもの死の直後には、ご家族は子どもの死を受け入れられないことが多く、また、グリーフの表れかたも一人ひとり異なります。支援を必要とするタイミングや内容も、人によってさまざまです。

そのようなご家族と接するみなさま、子どもの死に関わる関係者のみなさま、子どもを亡くしたご家族を助けるために、「グリーフカード」を制作しました。この取り扱い説明書を参考に、カードに相談窓口や支援先を書き込んだり、一言添えたりしてお渡しすることを試みてください。家族は、情報を得たいときや、誰かに相談したいときの窓口が具体的にわかり、安心して相談することができそうです。

このグリーフカードを手渡すことから、子どもの死を地域全体で受け止め、サポートしあう文化が醸成されることを願っています。

02 使い方

《事前の準備》

- グリーフカードの情報のページ(オレンジ色のページのうち、「～」がつながってください。あなたは一人ぼっちではありません。))とタイトルのあるページ(右ページ)に、地域の自治グループや行政・病院窓口など、必要と思われる情報や役立つような情報を、あらかじめ書き込んでおきましょう。
- 1. なお死因や年齢によって必要な情報は違いますが、注意しましょう。
- 各種手続きなどを紹介する「おくやみハンドブック」等と一緒にお渡ししてもよいでしょう。なお、このグリーフカードには葬儀の手続きや、遺出、行政サービスなどの緊急性のある具体的な情報は記載されていませんのでご注意ください。

《渡すとき》

- 誰に渡すか
2. 子どもの死に接した遺族やきょうだい児、子どもの関係者(お友達や同級生)など
- 誰が渡すか
死に直に接した行政窓口のきょうだい児やご家庭の担当保健師
消防 警察 法医学者 被害者支援の弁護士
学校や園の教員や養護教諭、保護士

関係者さん お寺や教会
医療関係者 など

●いつ渡すか

- 行政窓口で、遺族から子どもの死の届を受け取ったとき
- 消防や警察で、家族に状況を聴くとき
- きょうだい児の健康や家庭訪問などのとき
- 子どもの葬儀の手続きに対応したとき
- お寺や教会などで子どものお墓の相談があったとき
- お友達に亡くなったことになったことと接したとき
- 病院から死亡診断書をとるとき など

●このカードの特徴

3. 形状について ジャバラ折になっています。特に裏表はありません。
4. 色について 黄色は、そっと寄り添ってゆくような静かなサポートをイメージしています。
5. オレンジ色は、理性的に次の行動を促す動的サポートをイメージしています。
6. どちらを表に向けてお渡しするかは、ご遺族の状況に応じて選択してください。

03 参考 (主に医療機関のみなさまへ)

以下の研究等で作成されている、既存のグリーフカードもあります。子どもの死因や遺族の様子などによって、適切なものを選んで使い分けください。また、今回のグリーフカードも色で複数の役割を担うこともできます。どのような場合にどれを渡すか、あらかじめ関係者間で話し合っておくのも良いでしょう。

★ 令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究
<https://cancerscan.jp/news/1115/>

- 死産・死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット



- 人工妊娠中絶した女性と家族への情報提供リーフレット



- 医療機関向けグリーフカード
(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 小児医科学)
<https://okapediatrics.med.okayama-u.ac.jp/download/>



令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

テキストデータからの CDR 情報抽出

研究分担者 川口敦 聖マリアンナ医科大学 小児科学講座 小児集中治療科

研究協力者 小林泰之 聖マリアンナ医科大学 医療情報処理技術応用
宮下徳久 聖マリアンナ医科大学 医療情報処理技術応用

研究要旨

現時点で国内において各自治体等で実施されている CDR 事業は統一された情報収集方法等が用いられず、また諸外国で一般的に使用されているデータ利用、解析を念頭に作成されたフォーマットなども存在しない。また、実際の CDR でも、主に医療機関から提供されたテキスト情報をもとに、参加者が CDR に必要と考えられる情報を抜粋抽出することになり、それらの情報をもとに CDR が実施されている。さらに実際の CDR での議論についても主にテキストデータ(手書き、アナログなど)が記録として用いられているため、記録から客観的な追加考察や必要データ抽出を行うことは容易ではない。本研究では、病院診療情報から、生成人工知能やテキストマイニングツールを用いて、CDR に必要なデータ(米国 CDR データテンプレートなど参照)の抽出が行えるかを検討する。令和5年度は、まず予備的検討を開始するため、利用しうるツールを探索し、小児死亡症例に関する病院診療情報を参照して模擬テキスト情報を準備した。

A. 研究目的

CDR 実施およびそのデータの利活用に必要
な患者情報をテキスト情報から抽出する。

ストマイニングツールおよび生成 AI (以下「解
析ツール」) の利用準備を行なっている。

2024 年 10 月までに予備的検討のための加工
データを準備し、その後、当該データに複数の
解析ツールを適用して分析結果の比較を行う
予定である。

B. 研究方法

聖マリアンナ医科大学病院、兵庫県立こども
病院における院内あるいは院外死亡事案を参
照し、模擬的な診療録テキスト情報の生成を開
始した。また既存の複数の生成人工知能やテキ
ストマイニングツールを横断的に探索し、当該
情報に適用して CDR に必要なデータ(米国
CDR データテンプレートなど参照)の抽出を
行いうるかの予備検討を行った。

D. 考察

(特記すべきことなし)

E. 結論

(特記すべきことなし)

C. 研究結果

2024 年 4 月現在加工データを作成中であり、
また米国 CDR データテンプレートの入手、テキ

F. 健康危機情報

(特記すべきことなし)

G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

H. 知的財産権の出願・登録状況

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
(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))
子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
分担研究報告書

「なぜ、三重県 CDR では、参加者が活発な意見交換を行うのか」

研究分担者 小谷 泰一 三重大学 法医法科学 教授

研究協力者 梅本 正和 うめもとこどもクリニック

研究要旨

チャイルド・デス・レビュー(CDR)では、多機関・多職種を背景にした委員間での意見交換を求められるが、委員にとっては個人的な意見を表出しにくい側面がある。そのような中、三重県 CDR では委員が個人的見解を一般論に展開させ活発に意見交換している。今回、この積極的意見交換がどのように醸成されたかを、モデル事業開始前に三重県で実施されていた独自 CDR において編集された2次加工テキスト資料を利用し質的研究を実施した。その結果、三重県 CDR における積極的な意見交換を育んだと考えられる3つの要素が示された。①安心感、②知的充足感、③自己効力感である。この3要素のなかでも、互いの職種事情を理解しあうことで醸成された参加者の安心感が積極的な意見交換の基盤になると考えられた。

A. 研究目的

チャイルド・デス・レビュー(Child Death Reviews: 以下、CDR)の存在意義の1つとして、多機関・多職種の委員が子どもの死を多面的に捉え、意見交換することが挙げられる。この参加者間での意見交換が活発に行われると、参加者は自己効力感を体験することでCDRの有益性を実感し、CDR参加に対する心理的負担感が軽減される。そして、結果的に持続可能なCDR事業へと繋がる。

一方、CDRでは個人情報・機密情報取り扱いへの慎重さや、委員自身の所属機関・職種への配慮が必要とされることから、委員が個人的な意見を表出することには困難さが付随する。そのため、CDR会議の現場では、司会者が委員同士の意見交換を促すものの、功を奏しないことが少なくない。

そのような中、令和2年度からCDR体制整備モデル事業を継続している三重県では、個別検証において各委員が上記困難さへの節度を保ちながらも、個人的な見解を一般論に

展開させ活発に意見交換するといった特徴がみられる。そのため、他自治体で同モデル事業に携わる関係者が見学に訪れることもある。

しかしながら、なぜそのような特徴が三重県でのCDRモデル事業(以下、三重県CDR)に備わるようになったのかはこれまで明らかにされていない。そこで、本研究では、三重県CDRにおける個別検証での上記のような積極的意見交換がどのようにして醸成されるようになったのかを、モデル事業開始前から三重県独自で実施していたCDR(以下、三重県従前独自CDR)で作成された2次加工テキスト資料を用いた質的研究により解明する。そして、この研究結果が、各自治体におけるCDR開始時の参考になることを目指す。

B. 研究方法

本研究に用いた資料は、三重県従前独自CDRで意見交換された内容を基盤にして、そ

の主旨に大きな変更を加えないように編集した2次加工テキスト文書である。

研究の中心的クエスチョンを「なぜ、三重県 CDR では、参加者が活発な意見交換を行うのか」とし、この観点で三重県従前独自 CDR の上記資料を精査し、本研究の中心的クエスチョンに繋がる語句、文節、文、文章、発言内容、段落をコーディングした。その後、類似するコードをカテゴリー化することで積極的意見交換に繋がる要素を導き出した。そして、各要素間の推定される相互関係を図示した。なお、研究結果は研究分担者、研究協力者でその妥当性について確認した。

この一連の解析プロセスでは質的データ分析支援ソフトとして NVivo® (Lumivero 社製) を使用した。

なお、令和6年10月3日に開催された三重県 CDR モデル事業多機関検証ワーキンググループにおいて本報告書を参加者全員に配布し、記載内容および報告書として提出することについての同意を得た。

C. 研究結果

1) 資料の概要

資料は、研究協力者が15回開催された三重県従前独自 CDR の内容を編集し、Microsoft 社の Word で作成された2次加工テキスト文書であった。総ページ数は54ページ、総文字数は31,626文字(スペースを含まない)であった。第1回から第9回を基盤に作成した文書には、参加職種、テーマ、CDR で得られた知見のみが記されていた。第10回から第15回までの資料には、参加者の発言主旨が口語形式で編集されていた。また、その一部には同研究協力者による解説も追記されていた。

2) 三重県 CDR での活発な意見交換の基盤となる要素

資料文書をコーディング・カテゴリー化することで3つの要素(①安心感、②知的充足

感、③成長の実感)が生成された。以下、それぞれの要素を、その生成基盤となった代表的コードを用いて提示する。

① 安心感：「他機関への要望や抵抗感を意見交換したらどうか」

これは、第7回三重県従前独自 CDR におけるある委員の発言を編集したものである。CDR には多くの職種の専門家が参加するので、職種特有の事情や他職種に関する疑問を率直に話し合う絶好の機会である。三重県では下記のように参加者が自分の職種の事情を説明するとともに、他の参加者に対して前向きな要望が出されていた。これらを通して培われた相互理解・安心感が、積極的な意見交換を可能としていた。

①-1：職種特有の事情を説明

警察：「事件性を判断するのが警察の重要な役割で、それはほぼ刑事課の担当。一方、生活安全課が、学校・保育園などにおける事故・犯罪予防の啓発や非行防止を担当。」

児相：「児相では子どものとりまく環境を調査します。」・「各部門の診断に基づいて会議で処遇を決めます。心理診断は心理司が、行動診断は保育士や児童指導員が行動観察で、医学診断は児童精神科医師等が作ります。これらは直接、子どもと面接したり観察したりして作るものです。それに対し、児童福祉司が作る社会診断は、子どもを取り巻く環境を分析し、背景を探るのです。社会診断が児相の知識経験を生かせる部分、ということになります。」・「通告があった子どものきょうだいに不審死があれば、リスクを高く見積もることになっています。」・「一時保護や母子分離などの判断は正直難しい」・「特別養子縁組は民間団体が斡旋することが一般的で、最終決定は裁判所(家

裁)が行うので、これまで児相はあまり関わってきていなかった。そのため、児相は(養子縁組の状況を)把握しにくい。」

保健師：「特に、1歳半と3歳健診には情報が満載で、裏には保健師の聞き取りがあるのでぜひ入手して欲しい。」・「乳児にとって体重がどれだけ重要かは保健師にはわかりますが、ワーカーさんなどには少し厳しい。」

看護師：「死亡症例に対応し終え、憔悴しきった医師に対して『(CDRのために)これだけはみておいて』は立場上言いづらいものがあります。」

小児科医：「警察への届け出は、どこにすべきかで迷う。」

①-2：他の参加者への前向きな要望

警察：「(死亡する前に)早く届けていただいたらその分早く捜査に入れる。ICUに入っている時点でも良いので、早く届けてほしい。」・「(医学的に)警察として対応すべき見落してはいけない事項、確認事項を教えてください。」

児相：「虐待された子どもが治療の甲斐なく亡くなったとしても、きょうだいがいれば通告して欲しいのです。」・「自閉症の知識があると(聴取内容などが)違ってくると思うので、犯罪以外でも児相には相談してほしい。」・「つまり何かを見て欲しいというより、(児相に)連絡が欲しいということです。」

小児科医：「アメリカでは現場検証で人形を使って再現しているようです。顔と首の位置は特に大事です。(警察も)参考にしてください。」・「法医から(解剖結果の)フィードバックがあると勉強になる。」

法医学者：「臨床的に考えられる死因や機序、必要な検査、また出生時状況・予防接種歴・健診歴・受診状況などで気になった点を解剖前に伝えてほしい。」

保健師：「クリニックで使われている問診票を市町の保健師も使わせてほしい。」

教育関係者：「学校や児相を責めるような検討にならないようにしてほしい。情報を伝えづらくなる。」

弁護士：「死亡と直結しないように見える事柄でも、後から他の要素とつなぎ合わせてみれば、原因解明に繋がるかもしれません。できるだけ多くの記録を残すようにしてください。」

② 知的充足感：「今日も勉強になりました。ありがとうございました。」

このフレーズは、三重県 CDR の終了時の総括で各委員からよく聞かれるコメントである。参加者同士の意見交換によって知的欲求が満たされると、次回参加へのモチベーションにもなる。では、各委員は CDR に参加することで何を学んだのだろうか。今回、その内容を探索するために、専門家が CDR において語った専門的知見・見識をコード化したところ、大きく次の2つに分類された(②-1、②-2)。

②-1：虐待・疾患・制度に関する専門的知見

児相：「子ども大怪我をしたのにその理由を親が知らないこと、子どもが寝て居る間に買い物に行くこと、父親の母親に対する支配的言動などもすべて虐待と判断される可能性があることを啓発していきたい。」・「養子縁組の仲介は第二種福祉事業にあたる。6ヶ月間がお試し期間、それを経て養子縁組となる。」

小児科医：「早産(在胎37週未満)と早期正期産(37週-38週6日まで)の赤ちゃんは脆弱性があり、死亡しやすいかもしれません。」・「小学校1年生は扁桃腺が大きい時期。」

小児神経科医：「けいれん発作は同じ

ようなタイミングで再発しやすいので予測がある程度可能だと思います」

児童精神科医：「ドメスティック・バイオレンス（以下、DV）は支配構造である。家族内の支配・被支配、コントロールがあることは虐待に繋がる。」

警察：「医療・福祉・保健からみたら虐待でも、警察や児童相談所からみたら判断は難しくなる。」

②-2：事故・自殺・虐待の予見・防止に繋がる専門的知見

小児科医：「生前の様子、例えば多動傾向があったなども記録にあるはずです。これが事故や虐待のリスクであることを知ることが、次の死を防ぐ教訓になるわけです。」・「爪が切られていない。虫歯が多いのは注意」・「生じた損傷と発達段階（行動、知的、情緒の発達）の齟齬は見抜くべきである。」・「（事故の防止には）普段から興味の対象を聞く。例えば、水や電車や高いところが好きかどうか。」・

児童精神科医：「DV があり、親が子どもに『お前死んでしまえ』とって自殺した事例もある。心理的虐待である。」・「自殺では、残されたきょうだいの心のケアを学校（校長・養護・校医など）と連携して行うこと。」・「（CDR で自殺を振り返るときは）最近の友達関係、家族関係、学校関係での出来事、最近の当人の様子の变化、これまでの性格行動特性が大事かもしれません。」・

児相・保健師：「ベテランの里親さんでもトラブルはある。」

③ CDR 発展への貢献を通した自己効力感： 「（CDR の会議は）会費制にしても良いのではないかな？」

この提案は実現してはいないが、CDR の将来・在り方、CDR の目的などを話し合う中での発言である。三重県従前独

CDR では、CDR とはどのような制度か、何を目指しているのか、CDR のどの部分が未だ曖昧なのか、どのように改善すればよいかなどを参加者間で積極的に意見交換していた。そこで、CDR 制度について意見交換された箇所をコード化した。その結果、CDR 制度に関する知見（③-1）と情報共有の質向上に貢献するアイデア（③-2）の2つに大別された。

③-1：日本と世界の CDR を知る

「（モデル事業が開始された）2年後に全国で CDR が始まる可能性がある。」・「成育基本法成立が後押し」・「三重県は（モデル事業参加に）前向き」・「委託先は三重大学」・「県としては個人情報の取り扱いが気になる」・「個人が同定できる状況で CDR はしない」・「民間団体情報の共有はハードルが高い」・「調査が先、その後に検証・提言となる」・「アメリカのどの週もデータを出すことに必死だった。」・「むしろ個別ケースからの教訓を活かす方（イギリス方式）が重要かも。」・「全数把握か症例の掘り下げか。コンセプトを明確にした方が良い。」・「A 県（の CDR）は死因究明が目的。三重は症例を深くレビューすることが目的。」・「B 市の CDR を見学してきました。」・「どんな事例も刑事罰の対象になるわけではない。」

③-2：CDR の質向上に貢献するアイデア出し

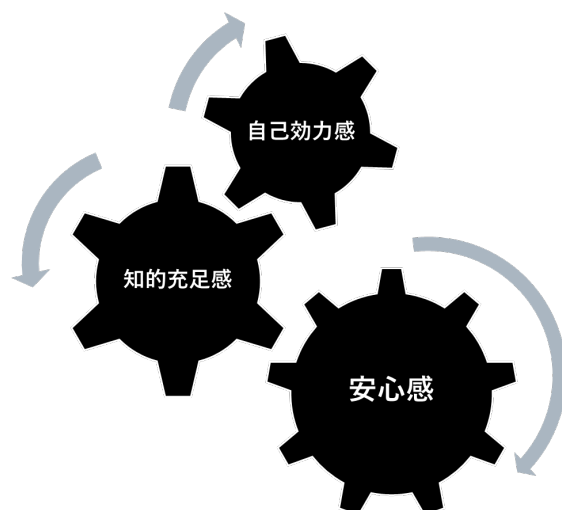
「（情報の質は）個人に依存するので、むしろ母子手帳やお薬手帳のコピーなど（収集すべき資料を）具体的に指示したり、関与機関名や部署を確実に把握できる（記録を残す）ようにしておくの良いのでは。」・「（通告・通報判断の標準化のために）18 歳未満はすべて、などのルールにしまえば。」・「検視官向けに『子どもの検視時の注意点』を作成しましょう。」・「救急室で外因死をみたときの取り

扱いガイダンスが必要。」「臨床から法医学者へのメッセージ様式を作しましょう。」「各県のデータを収集し、共有できる CDR ホームページを作っては。」「会費制にしては？」

D. 考察

本研究により、三重県 CDR において参加者同士の積極的意見交換が育まれた要素は、①他の参加者も自分の職種の内部事情を理解していて、要望さえも言ってもらえるという安心感、②自分の専門外の知識を専門家から教えてもらえるという知的充足感、そして、③これからの日本に必要な CDR という制度の発展に自分たちも貢献しているという自己効力感の3つであることがわかった。

これらの3つの要素は、下図のように互いに影響しあっていると考えられる。中でも、分析過程で大きなインパクトがあったのは、参加者同士の理解に基づく安心感である。この安心感は、多職種が参加する会議でよく経験される、発言への戸惑いを軽減する。その結果、各参加者から多くの情報が発せられるようになり、そのことが参加者の知的充足感に繋がったと考えられる。今回、その知的内容には、他職種の専門的知見に加えて CDR に関するものも含まれていた。その理由として CDR の専門家も参加していたこと、厚生労働



図：三重県CDRにおける積極的意見交換を育んだ3要素

省の CDR 制度モデル事業が開始される直前であり、CDR 制度の社会実装に対する機運が高まっていた時期であったことが挙げられる。その結果、三重県従前独自 CDR への参加者も、CDR 制度に対する意見を積極的に述べるようになったと考えられる。そのような各参加者の発言は、新たな社会制度構築に貢献しうる意見であるので、発言すること自体が参加者の自己効力感の醸成につながったと推察される。

なお、今回解析した資料は編集された2次加工テキスト文書であるため、今後、会議の逐語録などを用いた解析による検証が必要である。

E. 結論

本研究では、三重県 CDR における積極的な意見交換を育んだ3要素が示された。①安心感、②知的充足感、③自己効力感である。この3要素のなかでも、互いの職種事情を理解しあうことで醸成された参加者の安心感が積極的な意見交換の基盤になると考えられた。

F. 健康危機情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Fatal cardiac dysfunction in a child with Williams syndrome . Chihiro Kawai, Hidehito Kondo, Masashi Miyao, Mariko Sunada, Seiichiro Ozawa, Hirokazu Kotani, Hirozo Minami, Hideki Nagai, Hitoshi Abiru, Akira Yamamoto. Legal Medicine 102387-102387 2024 年 3 月

2) 予期せぬ乳幼児の突然死~対策と予防を考える~ SIDS と鑑別すべき疾患 ④窒息. 小谷泰一. チャイルドヘルス 26(10) 33-35 2023 年 10 月

2. 学会発表

1) 診断支援モデルが示す乳幼児突然死症候群診断の限界. 小谷 泰一, 宮尾 昌, 川合 千裕, 濱保 英樹, 関島 秀久, 大島 徹
第 45 回 日本法医学会学術中部地方集会
2023 年 9 月.

2) 1000 人の子を救う!! CDR の可能性 ～すべての子らを世の光に～. 木下あゆみ, 石倉 亜矢子, 沼口敦, 伊藤英介, 家入香代, 小谷泰一, 仙田昌義, 星野崇啓, 井上景, 根ヶ山裕子, 藤田香織. 第 29 回 日本子ども虐待防止学会 学術集会 滋賀大会 2023 年 11 月.

3) 乳幼児突然死と子ども虐待 ～こころと命をつなぐために～ . 小谷泰一. 第 29 回 京

都西南部小児科地域連携の会 2023 年 12 月.

4) 子ども虐待を考える ～法医学の現場から～. 小谷泰一. 令和 5 年度 香川県児童虐待防止医療ネットワーク事業 第 4 回研修会
2024 年 1 月.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特記すべきことなし

2. 実用新案登録

特記すべきことなし

3. その他

特記すべきことなし

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
A. Numaguchi, A. Ishii, Y. Taniguchi, et.al.	Medical records as screening tools for child death review in Japan	Pediatrics International	65	e15692	2023
Chihiro Kawai, Hirokazu Kotani, Akira Yamamoto, et.al.	Fatal cardiac dysfunction in a child with Williams syndrome.	Legal Medicine		102387-102387	2024
小谷 泰一	予期せぬ乳幼児の突然死～対策と予防を考える～ SIDS と鑑別すべき疾患 ④窒息	チャイルドヘルス	26(10)	33-35	2023

卷末資料1

CDRモデル事業自治体の経年的自己評価結果
自治体A
自治体B

CDR 実施状況 アンケート

2023年度
【自治体A】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

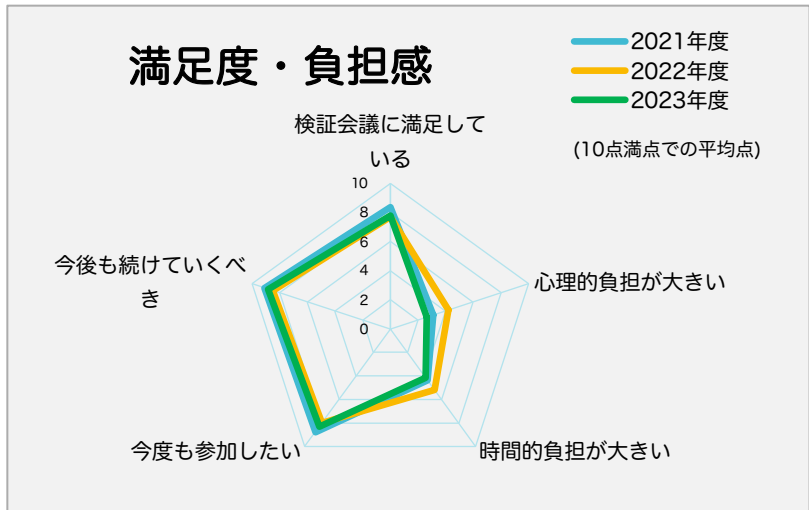
今回の参加者【19名】よりご回答をいただきました

※2021,2022年度のアンケートの回答と比較しています

厚労科研沼口班（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）にて
2024年4月作成

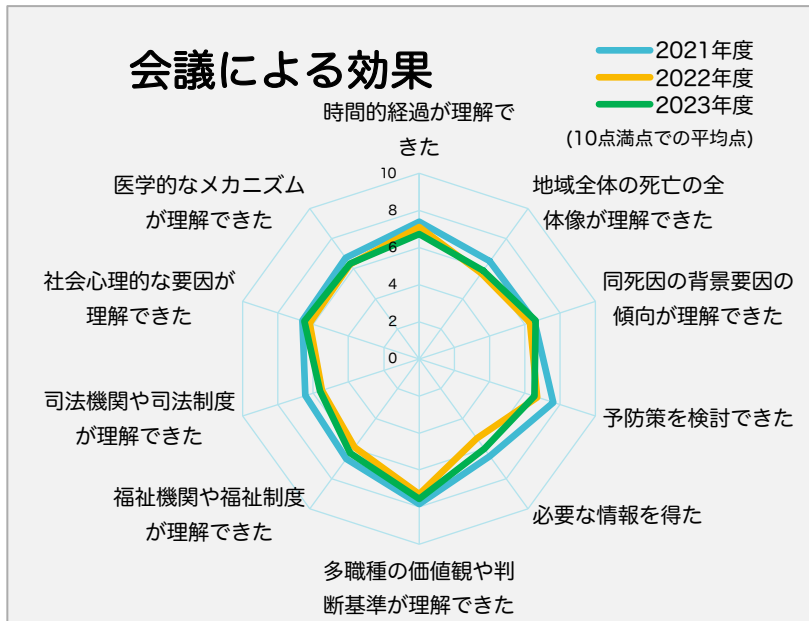
1. CDR会議の満足度や負担感について

- アンケートに回答してくださった皆様の満足度は、前年同様に高かったです（平均 7.8点）
- 心理的負担が大きい^①の点数が下がりました（平均2.6点）



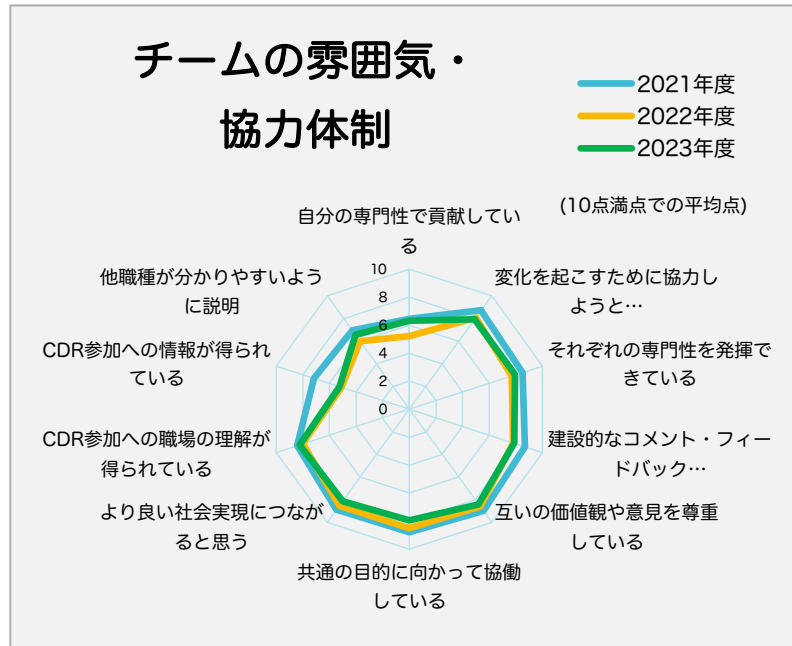
2. CDR会議の効果について

- 今回最も理解度が高かったのは、前年同様に「多職種の価値観や判断基準」でした（平均 7.6点）
- 時間的経過、同死因の背景要因の傾向が理解できたと答えている方も多かったです
- 少し点数が下がっている項目がありますが、統計学的な有意差はありませんでした



3. CDR会議の雰囲気について

- 最も平均点が高かったのは、「互いの価値観や意見を尊重している」でした(平均8.4点)
- CDR参加への職場の理解が得られている、より良い社会実現につながるという点数も高かったです
- CDR参加への情報が得られているの点数が低い人が少数名いました



【良いところ・大変なところ・今後への声】

- 様々な職種の方がきちんと発言されるので、違う視点に気づかされます。保護者への指導に有用なことや、各機関の動き等が聴けたりするので、即活用しています。
- 様々な立場で対策施策があって、その紹介が興味深かった。立場の違う人と話すと異なった視点を学べたり、専門職の仕事を知ることができたり、死因分析も見るところが違うので勉強になる。
- 過去の事例におけるミスを糾弾、批判するのではなく、徹底して今後同様の事案が起きたときにこれを防ぐという観点から議論をしているところが良かった。
- 医療の内容に偏った事例では専門的な医療用語が多く、他職種の方はまったく理解できなかったと思う。説明をする、平易な一般用語を使うなど配慮をするべきと思う。質問しづらい雰囲気なので。
- 産婦人科医や外科医など症例に合わせてゲストを呼ぶのはどうか。今回のように具体的な対策、ライフジャケットやともはぐ、グリーフケアなど実装紹介はイメージしやすく、大変よかった。自殺も多いので、その予防策を医療福祉教育など多方面から考える機会もあるといいと思う。
- 死亡診断書を利用するのではなく、死亡個票からまず拾える仕組みがあるといいと思う。法律の整備をお願いしたい。

今後ご協力のほど、よろしくお願いします！！

CDR 実施状況 アンケート

2023年度
【自治体B】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

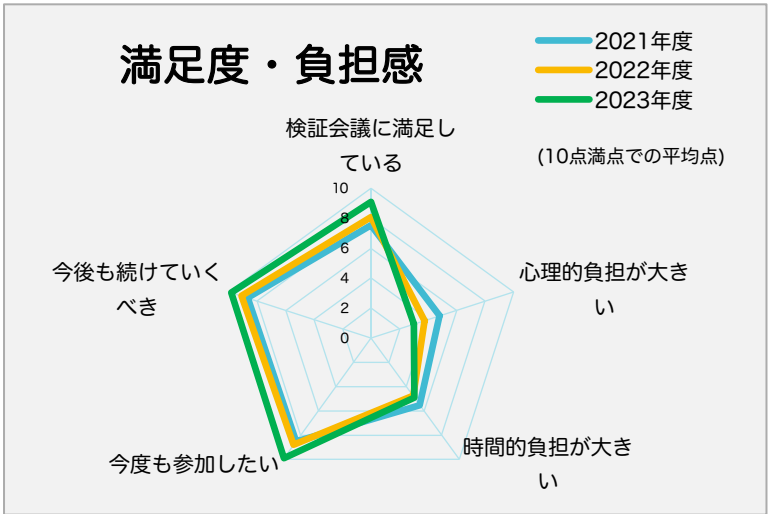
今回の参加者【11名】よりご回答をいただきました

※2021,2022年度のアンケートの回答と比較しています

厚労科研沼口班（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）にて
2024年4月作成

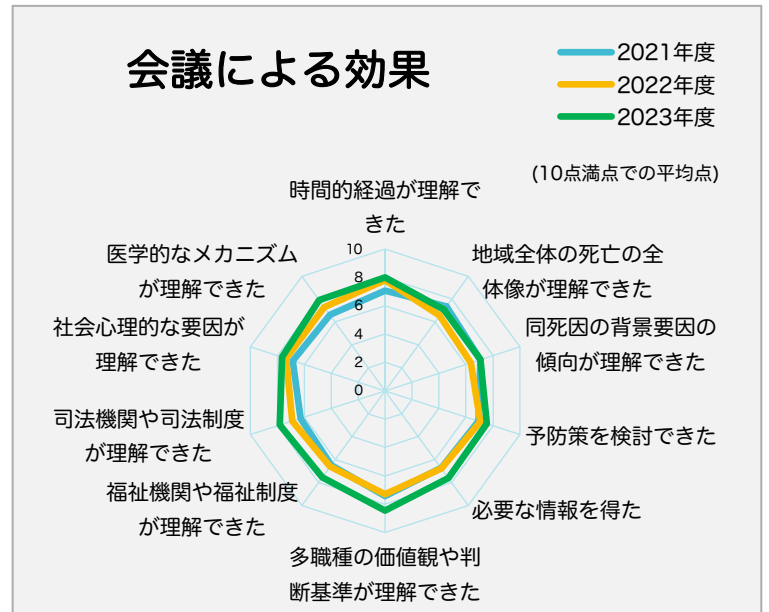
1. CDR会議による事例への理解度について

- 今後も参加したいが最高得点でした（平均9.9点）
- アンケートに回答して下さった皆様の満足度は、去年より少高かったです（平均 9.1点）
- 時間的・心理的負担感の点数が昨年度よりも低くなりました



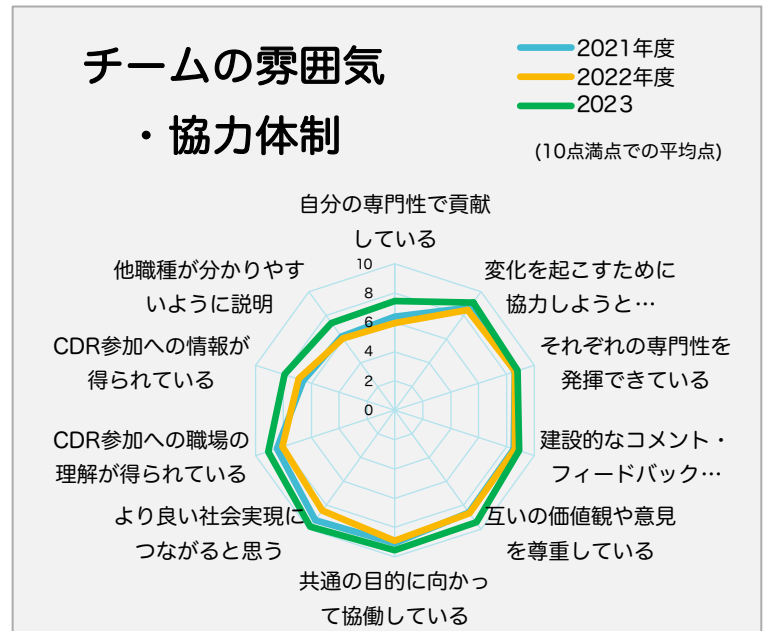
2. CDR会議の効果について

- 今回最も点数が高かったのは、「**多職種の価値観や判断基準が理解できた**」でした(平均8.5点)
- 司法機関や司法制度が理解できた、福祉機関や福祉制度が理解できたの点数が高くなりました
- 全ての点数が7点以上と、全体的に高くなりました



3. CDR会議の雰囲気について

- 最も平均点が高かったのは、「**より良い社会実現につながると思う**」でした(平均9.8点)
- 共通の目的に向かって協働している・互いの価値観や意見を尊重しているという点数も高かったです
- 去年よりも、全ての点数が高くなりました



【良いところ・大変なところ・今後への声】

- 子どもの死に関わった人を責めるのではなく、予防できる死を予防するために、互いに建設的な意見を言いやすい雰囲気がある。
- 様々な事案に対して、それぞれの専門分野からどのような予防策が取れるかについて。ここで議論された予防策をどのように現場に落とし込んでいくかが課題だと思います。
- 専門的な医学用語についていけない部分がある。
- 参加のために時間を作ること（が大変）
- これまでたくさん挙げた予防策を、もう少し積極的に、施策に繋げていけると良い
- 現状では致し方ないが、司法解剖事例、あるいは、解剖していなくとも警察が関与した事例についての情報開示が不足している。この点については、法令を改正する必要があると感じている。
- 自殺予防や救急医療の改善点など、毎年共通して挙がってくる問題点.予防策がある。その地域の死亡の特徴を、年度を越えても検討できると良いと思う。(専門家パネルのイメージでしょうか)
- 新法の制定（が必要）

今後ご協力のほど、よろしくお願いします！！

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年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
改訂日：2023年3月31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



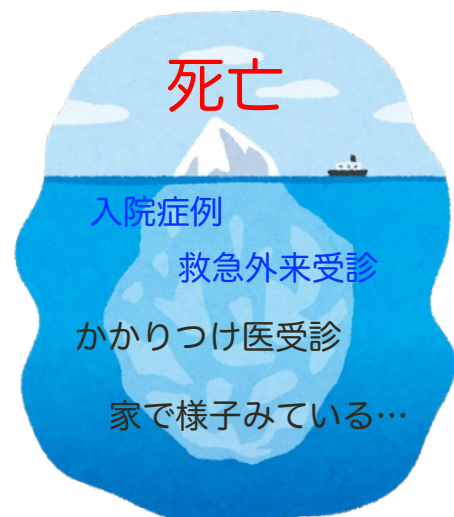
今回はこちらの話になります

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

- 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

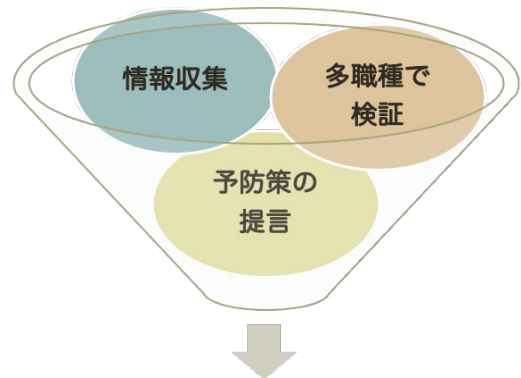
チャイルド・デス・レビュー

(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



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。

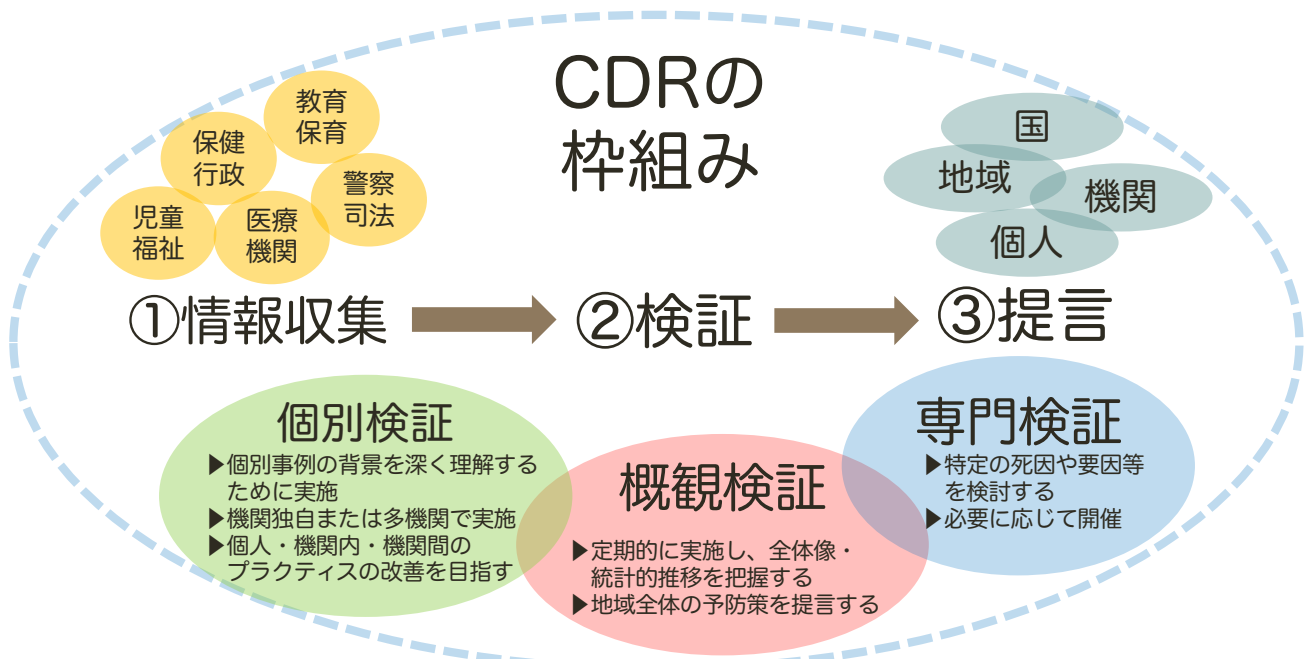


全症例を対象とするのが理想ですが、実際に始める際には集められた事例から開始し、検証のプロセスに慣れていくことも一つの方法です。

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

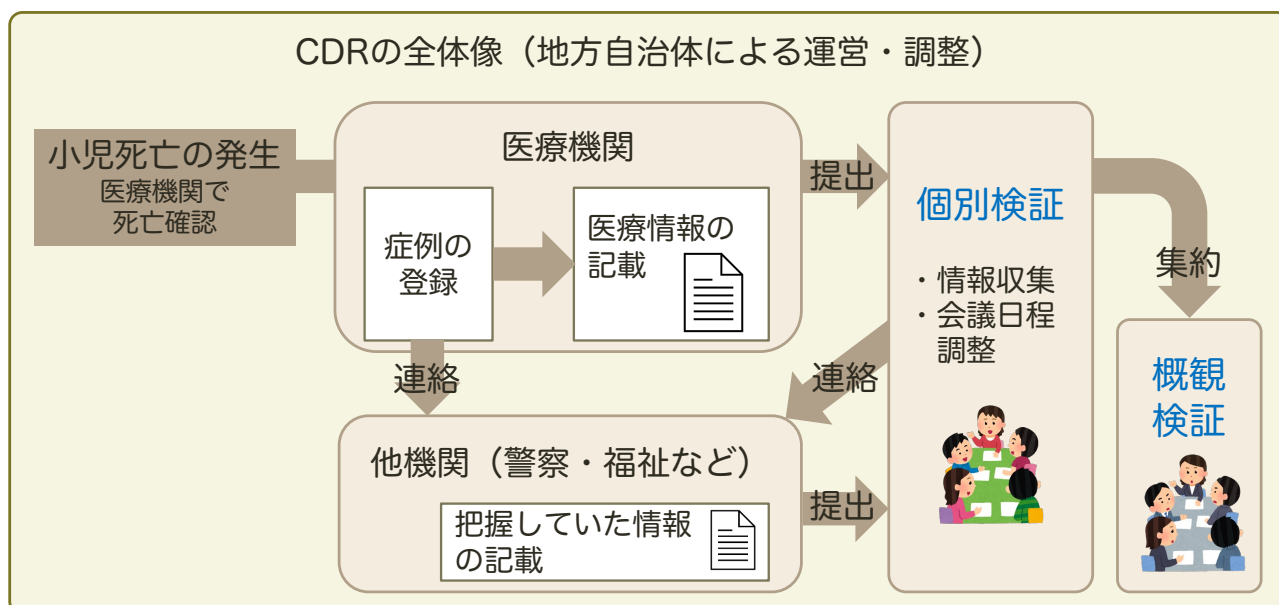
Part 4: 検証・全体の運営について

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)

CDRの全体像（地方自治体による運営・調整）

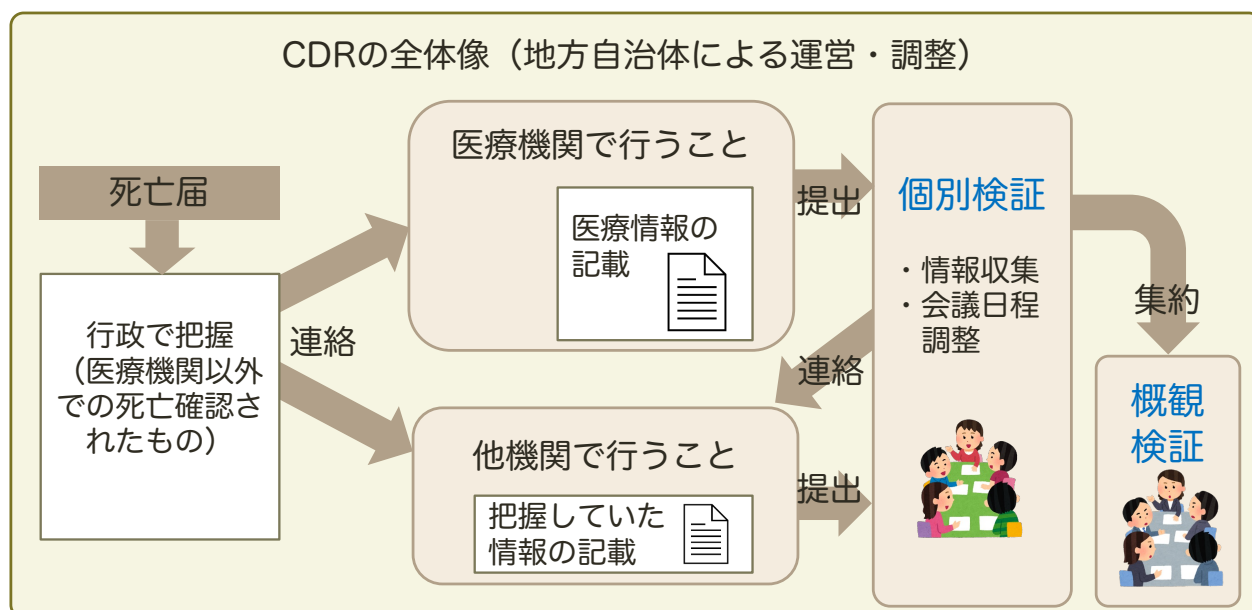


各地域で様々なやり方があり、これは一つの見本です。
死亡数が多い地域では、個別検証を行うかどうかスクリーニングしている地域もあります。

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きながら、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。

まずは何から
すればいいの
かしら？

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

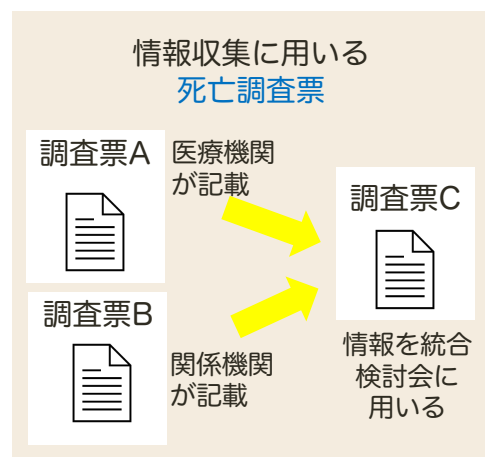


全て最初から地方自治体の担当者だけで行うのが大変な場合は、関係機関で分担できる業務内容もあるかもしれません。まず関係機関との連携・対話から始めてみてください。

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

1 基本情報

2 死因

3 医学的背景

4 死亡に至った状況

5 死後の対応

6 その他

CDRを実施するには 3-4. 多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

7 法医学 (解剖結果)

8 保健行政

9 児童福祉

10 保育・教育

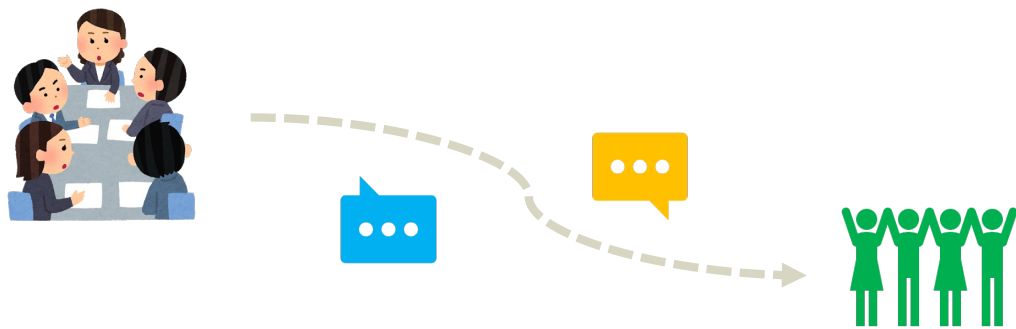
11 警察

12 その他

予防策の提言について

4-1. 実際に予防が起きるには？

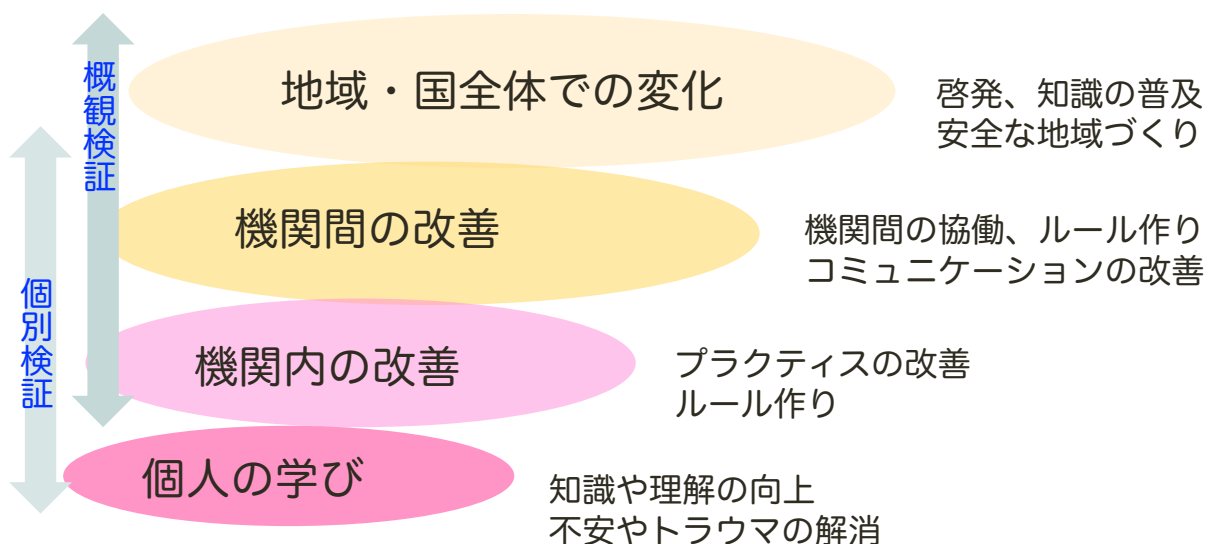
- ・ 検証してから、実際に「予防」が起こるまでには、様々なステップがあります。
- ・ そもそも検証の成果には、どのようなものがあるのでしょうか？



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 ①

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 ②

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、すぐに入れ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

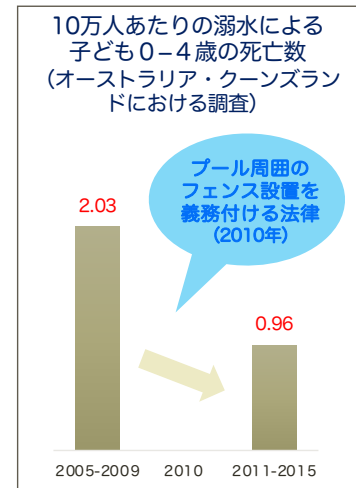
4-5. 検証の成果 ③

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等の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)



上記のような対応は、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、必要な条例等の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。

チャイルド・デス・レビュー

Child Death Review (CDR)

Part2：準備編

(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
- ・ 情報提供のフォーマットについて学びたい方

令和3年度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）

作成日：2022年12月1日

改訂日：2023年3月31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. 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

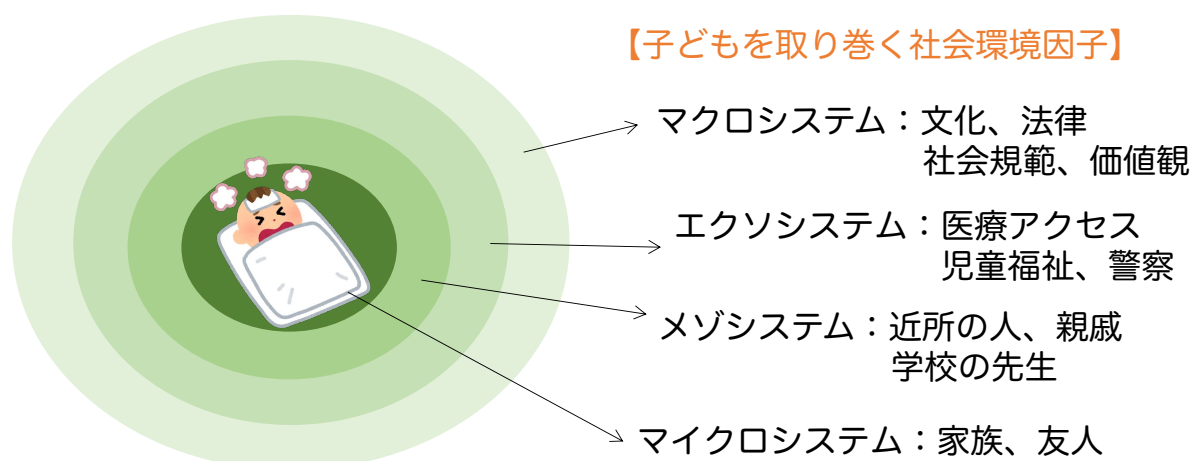
3. 情報の利用のしかた

検証を行うために必要な準備

1-1. 子どもを取り巻く様々な要因

- 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。

【子どもを取り巻く社会環境因子】

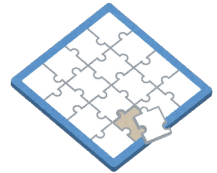


検証を行うために必要な準備

1-2. 情報共有で得られるメリット

多職種の情報を持ち寄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
- どのような状況の判断だっ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



検証を行うために必要な準備

1-3. 情報共有する際の注意事項

個人情報を共有することに、不安や懸念を感じるかもしれません。情報の一部を共有せず（匿名化して）検証する場合があります。

【共有しない情報の例】

- × （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】

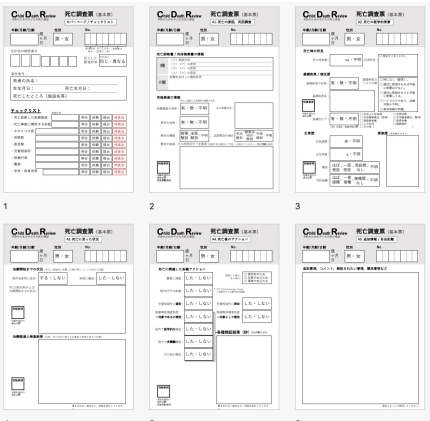
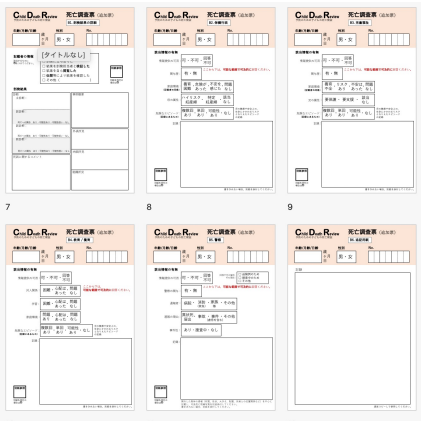
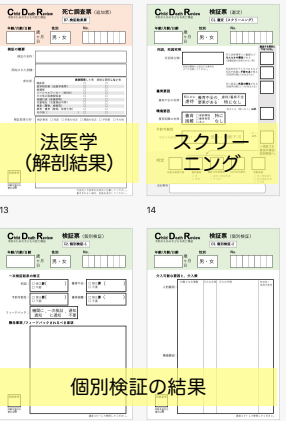
- × 知り得た情報を会議の外では話さない
- × インターネット・SNSには書かない



死亡調査票について

2-1. 死亡調査票の全体像

- 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。

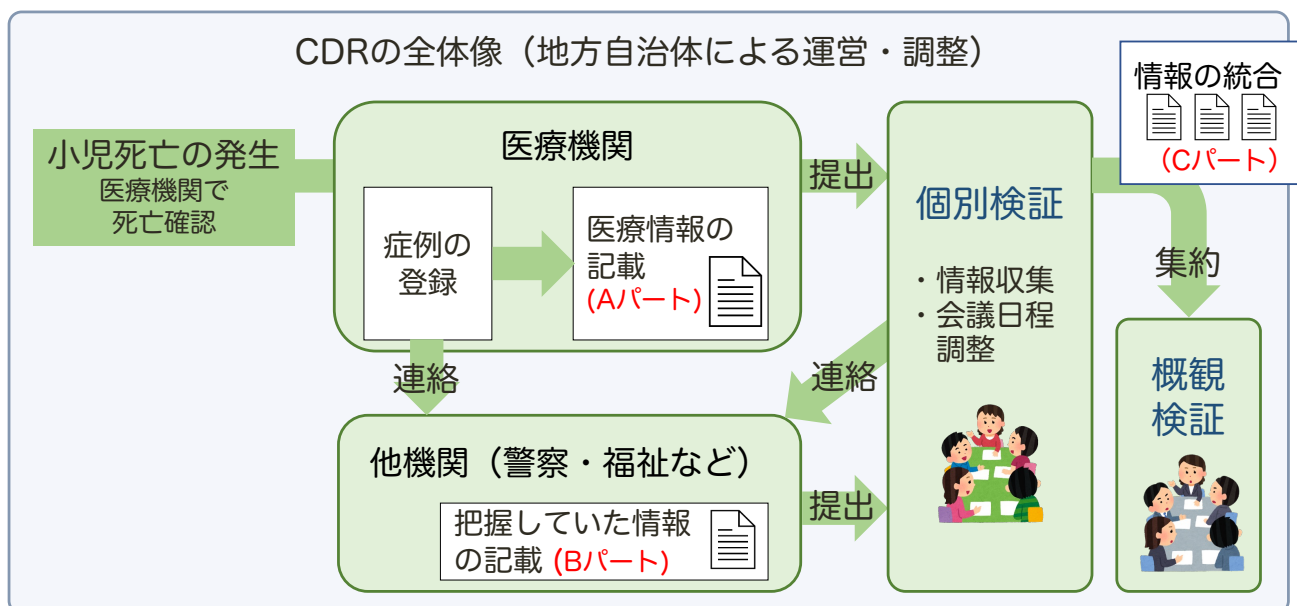
Aパート	Bパート	Cパート
医療機関で死亡事例 発症したあとに書く 	個別の関係機関で把握して いた情報を書く 	概観検証前に 情報を統合する 法医学 (解剖結果) スクリー ニング 個別検証の結果 

死亡調査票について

2-2. 全体像

(医療機関で死亡を確認した場合)

- 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



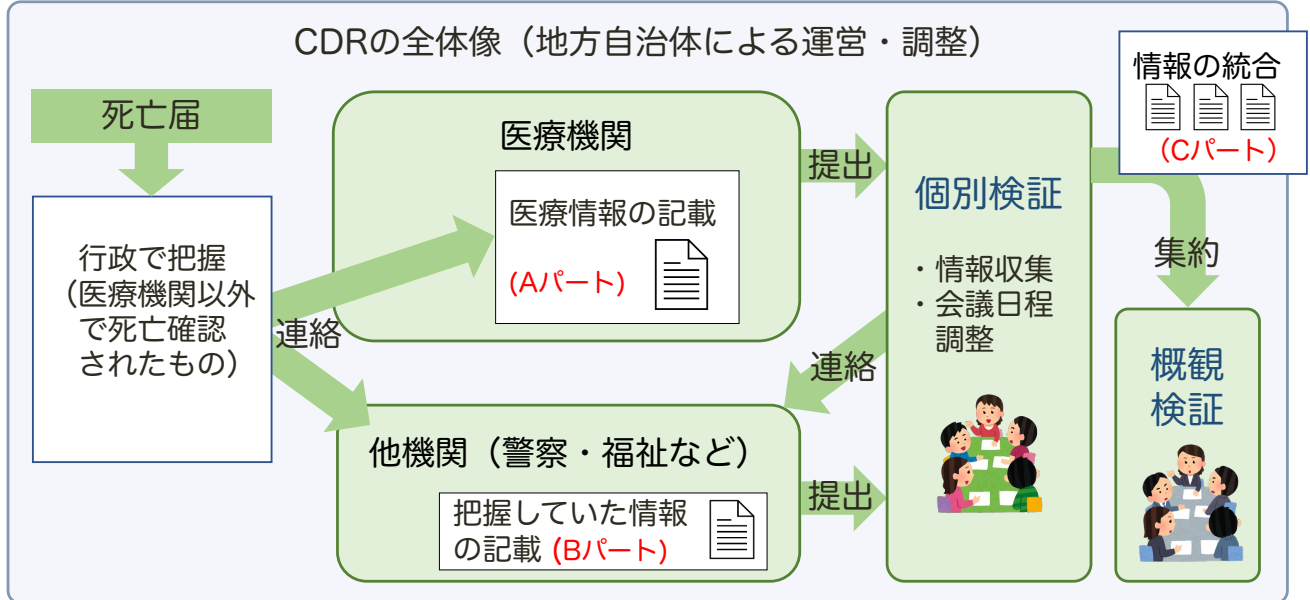
⚙️ 各地域で様々なやり方があり、これは一つの見本です。

死亡調査票について

2-3. 全体像

(医療機関で把握されていない死亡の場合)

- 要請にしたがって、医療機関で **死亡調査票のAパート** を記載します



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。

ここからは、実際に記入する際の注意事項を示します

2-4. Aパート 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）
- 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
(**検証会議では共有しません**)
- 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：死亡調査票（Bパート）を受け取った
非該当：関係していないことが確認された

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 3 歳 性別 男 No. 3721099
 都道府県 死亡した年 番号 都道府県 死亡した年 番号 都道府県 死亡した年 番号
 7 6 5 4 3 2 1 死亡した 都道府県 都道府県 都道府県
 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	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	✓	✓	非該当
死亡事象に関係する前医	なし	照合	依頼	提出
かかりつけ医	なし	照合	依頼	提出
剖検医	まるまる大学法医学講座	照合	依頼	提出
救急隊	第一救急隊	照合	依頼	提出
児童相談所	中央児相	照合	依頼	提出
保健行政	まるまる市 母子保健課	照合	依頼	提出
警察	〇〇県警 捜査一課	照合	依頼	提出
学校・保育所等	まるまる保育所	照合	依頼	提出

2-5. Aパート A1 死因について

- ① 死亡診断書・死体検案書に記載されたとお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 特記すべき所見を書いてください
(特に所見がない場合は、「特記すべきことなし」と記入)
- ④ 解剖によって特定された死因、その他の所見を書いてください
* 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

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: 3 歳 月 日 性別: 男 女 No.: 3721099

死亡診断書・死体検案書の情報

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

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: CT 頭部: 特記すべきことなし 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 解剖 不明 法医解剖の場合

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

2-6. Aパート A2 医学的背景

- ① 現在の治療・投薬の有無にかかわらず、何らかの指摘・診断された疾患（先天性疾患、アレルギー疾患、神経筋疾患、悪性腫瘍、発達障害など）を有していた場合、「基礎疾患あり」としてください
- ② 法定健診である3・4ヶ月健診、1歳半健診、3歳健診について、判断してください
- ③ 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: 3 歳 月 日 性別: 男 女 No.: 3721099

死亡時の所見

死亡時体重: 15 kg 不明 外表面所見: 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 基礎疾患のリスク分類: 特になし (健常)。

基礎疾患名: 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

生育歴

在胎週数: 39 週 不明 出生体重: 3000 g 不明

② 保健: ほぼ一部 受診歴: 不明 ③ 予防接種: ほぼ一部 接種歴: 不明

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

2-7. Aパート A3 死亡に至った状況

- ① 院外急変とは、医療機関外で以下の状況が生じた場合を指します
 - ・ 予定外受診
 - ・ 緊急通報をした（110/119）
 - ・ その他予期しない状況の変化があった
- 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 医療機関についてからのことを、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。

書ききれない場合など、別紙を添付してください。

2-8. Aパート A4 死亡後の対応

- ① CPTの有無にかかわらず、児童相談所に通告した場合は、通告「した」を選んでください
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、照会「した」を選んでください
- ② 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
- ③ 医療職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
- ④ 医師以外の職種（看護・MSW・心理士など）を含む検証、院外のも職種（児童福祉・警察・消防など）を含む検証のいずれも該当します

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

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

① 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

② 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

③ 院内で医学的な検証： ☒ した ☐ しない

④ 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。

2-9. Aパート 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 死亡調査票（基本票）
予防のための子どもの死亡検証

A5. 追加情報 / 自由記載

年齢/月齢/日齢 性別 No.

3 歳 男 女 3721099

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。

2-10. 死亡調査票（Bパート）

【Bパートの概要】

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）

年齢/月齢/日齢 性別 No.

3 歳 男 女 3721099

追記事項の備考

①

適宜コピーして使用してください。

B1 法医学（解剖結果）

B2 保健行政

B3 児童福祉

B4 保育教育

B5 警察

B6 その他

2-11. Bパート B1 解剖結果

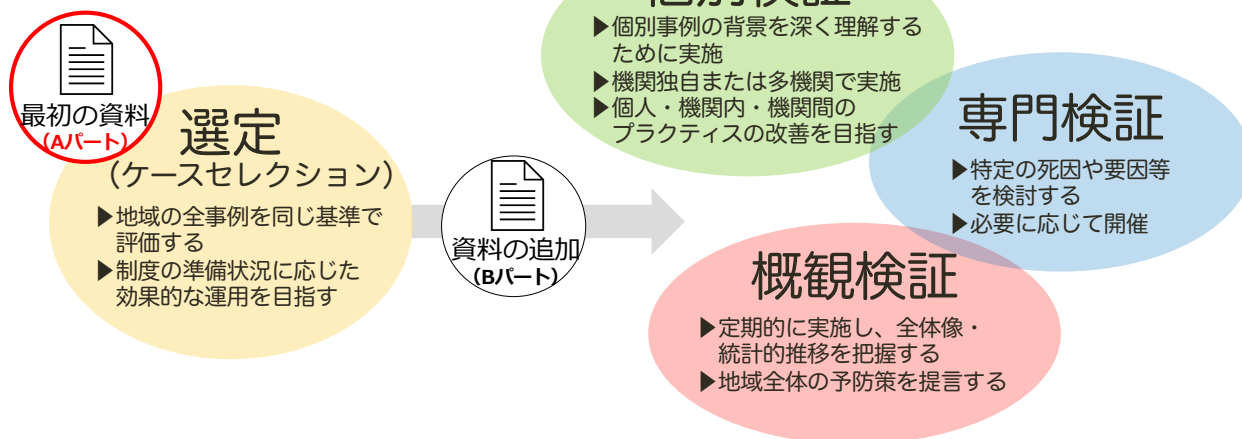
- ① 剖検結果を記載する記載者の情報を書ってください
法医学や病理医のレポートを見て書く場合は、「閲覧した」を選択してください

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 死亡調査票 (追加票)			
B1. 剖検結果の詳細			
年齢/月齢/日齢	性別		
3 歳 9 月 日	男 女		
No.	3721 099		
① 記載者の情報 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 別紙を送付の場合は			
剖検結果 <table border="1"> <tr> <td> 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。 </td> <td> 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。 </td> </tr> </table>		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。
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。		

情報の利用のしかた 3-1. 検証全体の構成

- 最初に収集された資料（主に医療機関の情報；死亡調査票 Aパート）をもとに、個別検証の対象事例を**選定（ケースセレクション）**します。
- 以後の検証等のため情報の追加が必要な場合は、選定の前後で収集します。

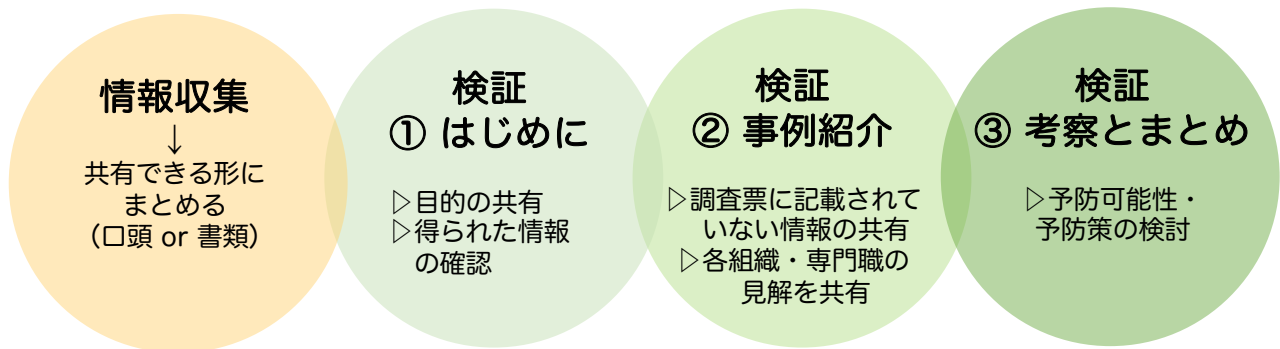


ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた

3-2. 個別検証

- 情報収集後に多職種で集まり、**個別検証**を行います。
- 直接事例に関わった者で検証する方法や、直接は関係しない者で検証する方法があります。
- 個人情報を抜いた形で、口頭で説明する方法や、サマリー資料を配布する方法などがあります。



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。

情報の利用のしかた

3-3. 概観検証

- 地域の全体像について検証することが、**概観検証**の目的です。
- 各部門や組織の全体像を把握する立場の参加が好ましいです。



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。

情報の利用のしかた

3-4. 専門検証

- 解析や予防策の策定に特に高い専門性を要する事例が、**専門検証**の対象です。
- 事例を集めて類似点を探索する、検証の効率を高める、匿名性を担保する等の目的で、**複数地域や複数年度の事例をまとめる**ことも想定されます。
- 専門性の高い有識者の参加や、専門家集団の内部での検証も考えられます。



決まったルールなどはありませんので、それぞれが工夫して実践してください。

Part 2: CDR準備編

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すること**が必要となります。
- 死亡調査票は、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。
- 医療機関からの情報（死亡調査票Aパート）は、**検証対象の選定など以後の判定において、最も重要な基礎情報**となります。
- 多職種で検証する際には、**個人情報**を共有せずに話し合います。また参加者は**機密保持の義務**があります。
- 検証の際には、死亡調査票で集められた以外の情報も**口頭で共有**するなどして、理解を深めることもあります。

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3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

改訂日：2023年3月31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
情報共有編：

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. 検証を行うために必要な準備とは

1. 情報共有で得られるメリット
2. 情報共有する際の注意事項

2. 死亡調査票について

1. 調査票の全体像
2. 各機関の情報の大切さ

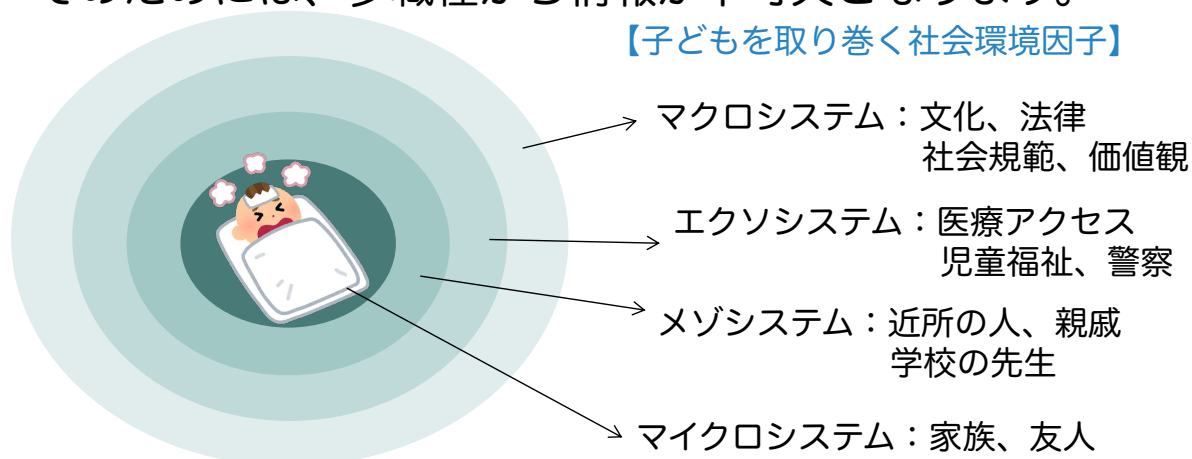
3. 情報の利用のしかた

検証を行うために必要な準備

1-1. 子どもを取り巻く様々な要因

- 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。

【子どもを取り巻く社会環境因子】

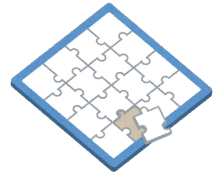


検証を行うために必要な準備

1-2.情報共有で得られるメリット

多職種の情報を持ち寄ることによって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
- どのような状況の判断だっ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



検証を行うために必要な準備

1-3.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。

検証を通して事例の理解を深め、価値観や判断を共有できます。

- 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？



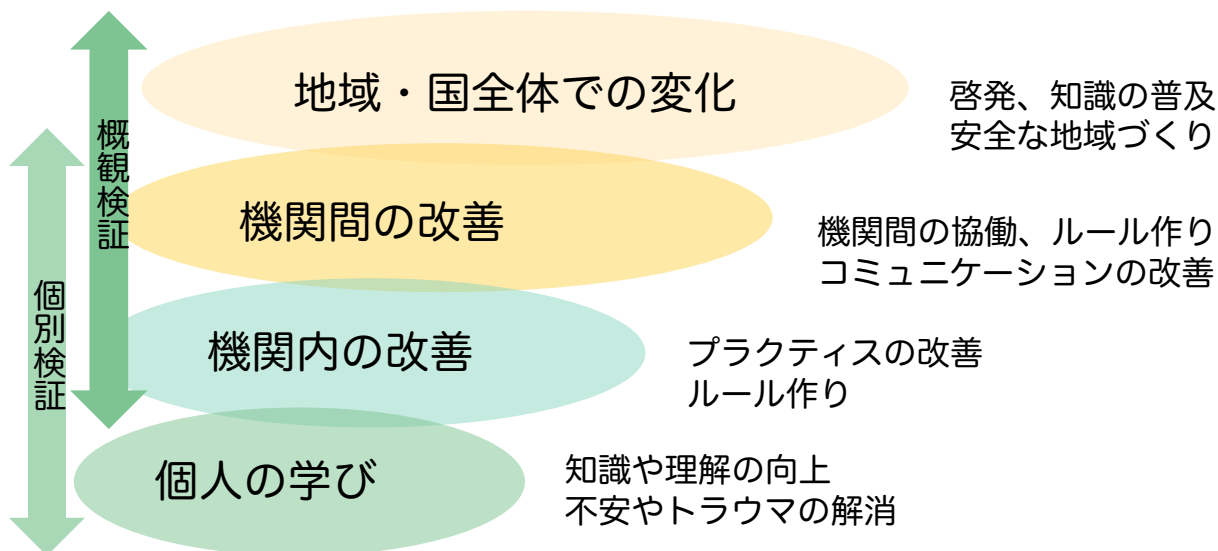
事故現場の様子は
どんな感じでしたか？



検証を行うために必要な準備

1-4. 医療職以外の専門職への期待

基礎知識・価値観・判断など考え方を共有することで、各機関や専門職それぞれにとって“学び”につながります。



検証を行うために必要な準備

1-5. 情報共有する際の注意事項

個人情報を共有することに、不安や懸念を感じるかもしれません。以下の情報は匿名化した上で、検証を行います。

【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】

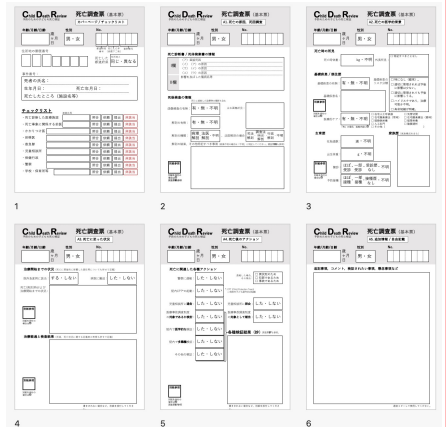
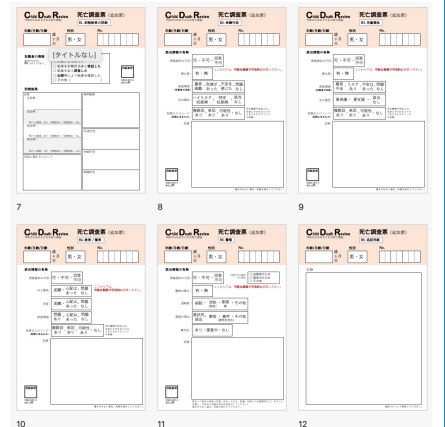
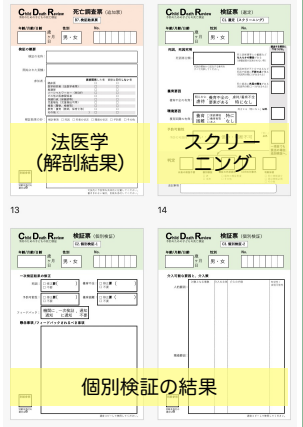
- × 知り得た情報を会議の外では話さない
- × インターネット・SNSには書かない



死亡調査票について

2-1. 調査票の全体像

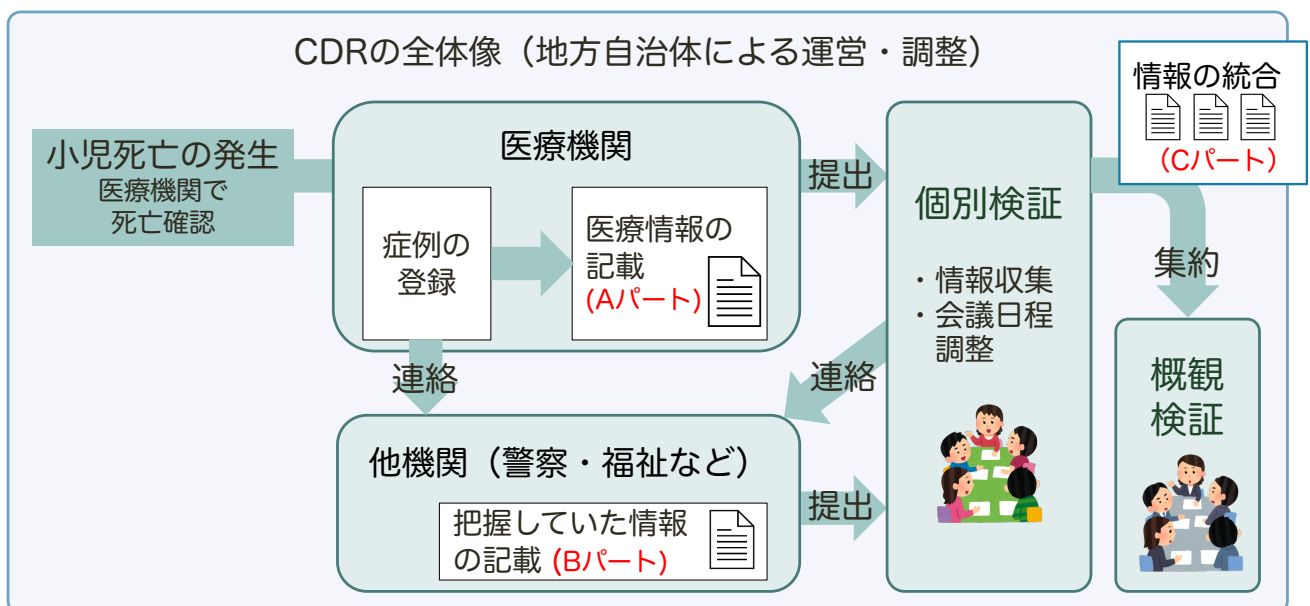
- 全部で16ページあり、構成は以下の3つのパートに分かれています。

Aパート	Bパート	Cパート
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 	概観検証前に情報を統合する 

死亡調査票について

2-2. 情報収集の流れ (医療機関で死亡を確認した場合)

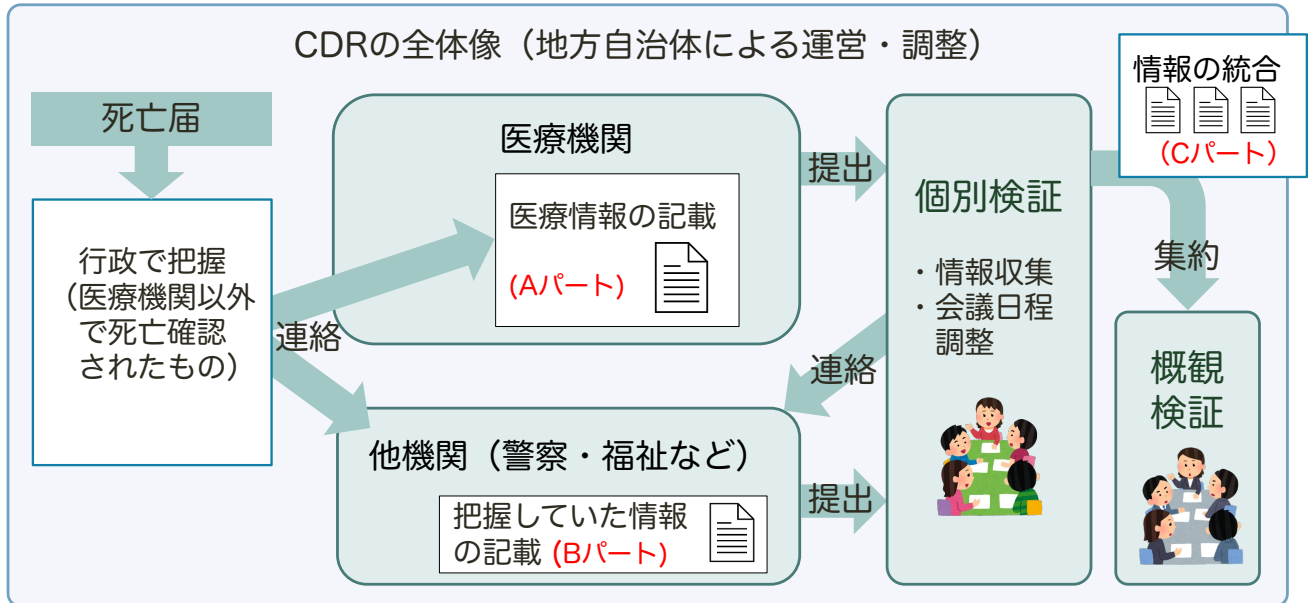
- 要請にしたがって、各機関で **死亡調査票のBパート** を記載します



⚙️ 各地域で様々なやり方があり、これは一つの見本です。

死亡調査票について 2-2. 情報収集の流れ (医療機関で把握されていない死亡の場合)

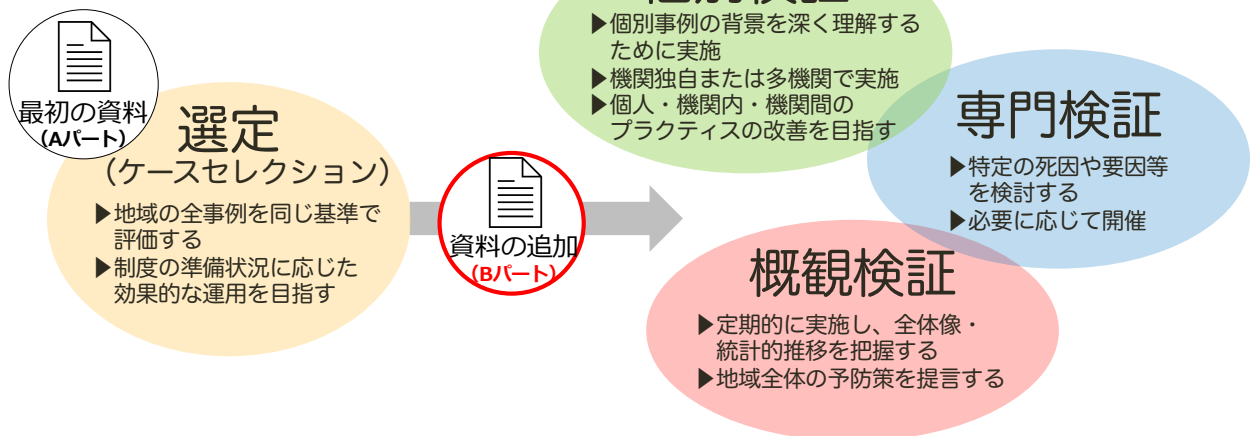
- 要請にしたがって、各機関で **死亡調査票のBパート** を記載します



⚙️ 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。

死亡調査票について 2-3. 検証全体の構成

- 最初に収集された資料（主に医療機関の情報；死亡調査票 **Aパート**）をもとに、個別検証の対象事例を **選定（ケースセクション）** する場合があります。
- 以後の検証等のため必要な情報を、死亡調査票 **Bパート** で収集します。



⚙️ ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

死亡調査票について

2-4. 死亡調査票（Aパート、B1）

【AパートとB1の概要】

1. **Aパート全体とB1は、医療関係者が記載します。**
2. これらの情報をもとに、**個別検証の対象を選定**する場合があります。
3. これらの情報は検証会議で、**個人情報を匿名化した形で共有**されます。

記入時の注意事項

【記入者：保健行政の関係者】

2-5. Bパート B2 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・把握していたが
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

書ききれない場合、別紙を添付してください。

記入時の注意事項 【記入者：児童福祉機関の関係者】

2-5. Bパート B3 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 性別 No.

3 歳 男 女 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

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

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

同胞関与歴も 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。

記入時の注意事項 【記入者：保育所・幼稚園・学校の関係者】

2-5. Bパート B4 教育 / 養育

- 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 死亡調査票（追加票）
予防のための子どもの死亡検証

B4. 教育 / 養育

年齢/月齢/日齢 性別 No.

3 歳 男 女 3721099

該当情報の有無

情報提供の可否 ☒ 可 ☐ 不可 ☐ 回答不可

① 対人関係： 困難・心配は、問題
あり あった なし

② 学習： 困難・心配は、問題
あり あった なし

③ 家庭環境： 問題・心配は、問題
あり あった 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

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

書ききれない場合、別紙を添付してください。

記入者【警察の関係者】

2-5. Bパート
B5 警察

書類に記載するのが難しい場合は、検証会議等で
口頭で共有していただく
方法もあります。

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）

B5. 警察

年齢/月齢/日齢

3 歳 月 日

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

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・その他等

通報の理由：
☒ 発見時・届出 ☒ 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、■■の文書を読覧にて記載、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】

2-5. Bパート
B6 追記用紙

B2～B5で書ききれない情報はここに追記して下さい。

B2～B5に含まれない職種（救急隊など）の情報にも、この用紙を活用して下さい。

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。

2-5. Bパート B7 検証結果票

何らかの会議
(CDRの個別事例検証以外)
が行われた場合、記載してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票 (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)	☐	☐
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。

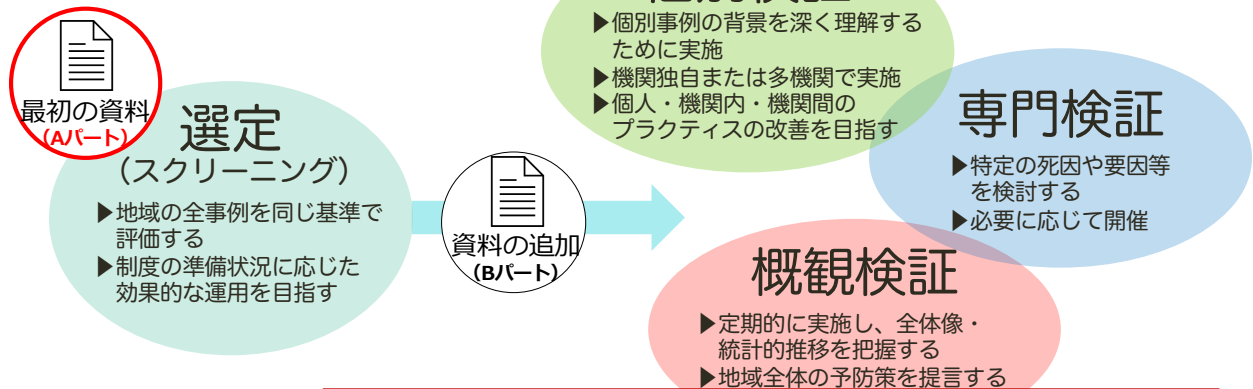
死亡調査票について 2-6. 各機関の情報の大切さ

個人情報共有することに、不安や懸念を感じるかもしれません。以下の情報は匿名化した上で、検証を行います。

情報の利用のしかた

3-1. 検証全体の構成

- 最初に収集された資料（主に医療機関の情報；死亡調査票 **Aパート**）をもとに、個別検証の対象事例を**選定（スクリーニング）**します。
- 以後の検証等のため情報の追加が必要な場合は、選定の前後で収集します。



注：ここで出すか、

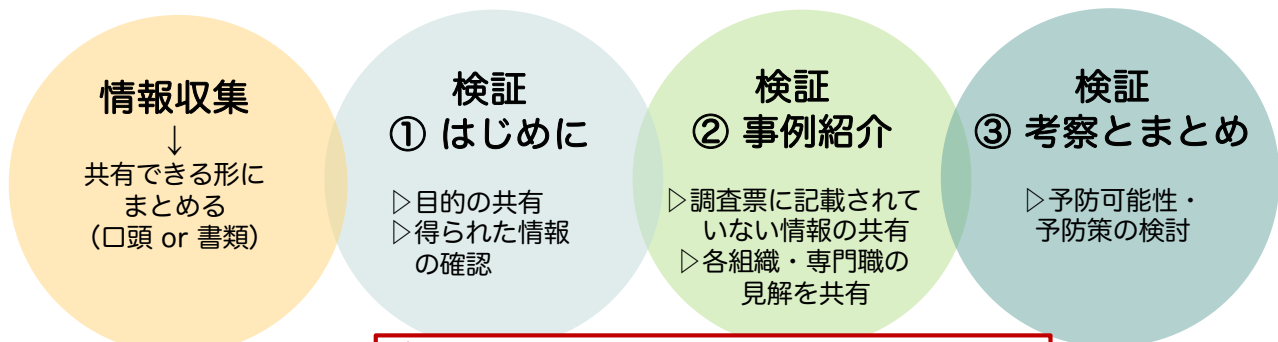


ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた

3-2. 個別検証

- 情報収集後に多職種で集まり、**個別検証**を行います。
- 直接事例に関わった者で検証する方法や、直接は関係しない者で検証する方法があります。
- 個人情報抜いた形で、口頭で説明する方法や、サマリー資料を配布する方法などがあります。



注：このスライドを最初に出すのがよい、との意見もありました。



具体的な検討会の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。

情報の利用のしかた

3-3. 概観検証

- 地域の全体像について検証することが、**概観検証**の目的です。
- 各部門や組織の全体像を把握する立場の参加が好ましいです。

個別検証 の確認

- ▷ 対象外事例の把握
- ▷ 得られた結果を地域に還元する

CDRの実効性 の確認

- ▷ 制度の課題を抽出
- ▷ 提言の実施状況をトラッキング

自地域の 実情評価

- ▷ 既存の各種検証等の実施状況
- ▷ 関係各機関の

他地域との 連携構築

- ▷ 他地域との経験の共有
- ▷ 他地域との比較
- ▷ 中央との連携

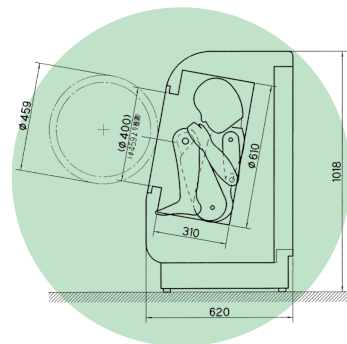


決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた

3-4. 専門検証

- 解析や予防策の策定に特に高い専門性を要する事例が、**専門検証**の対象です。
- 事例を集めて類似点を探索する、検証の効率を高める、匿名性を担保する等の目的で、**複数地域や複数年度の事例をまとめる**ことも想定されます。
- 専門性の高い有識者の参加や、専門家集団の内部での検証も考えられます。



決まったルールなどはありませんので、それぞれが工夫して実践してください。

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。



具体的な検証会議の様子を紹介する「**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。

チャイルド・デス・レビュー

Child Death Review (CDR)

Part4：運営編

対象者

- ・ 地域でこれからCDRの運営に関わる方
- ・ CDRで司会進行に携わる方
- ・ そのほか多職種による会議に携わる方

令和4年度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）

作成日：2023年3月31日

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：

検証の進行・
全体の運営
について



今回はこちらの話になります

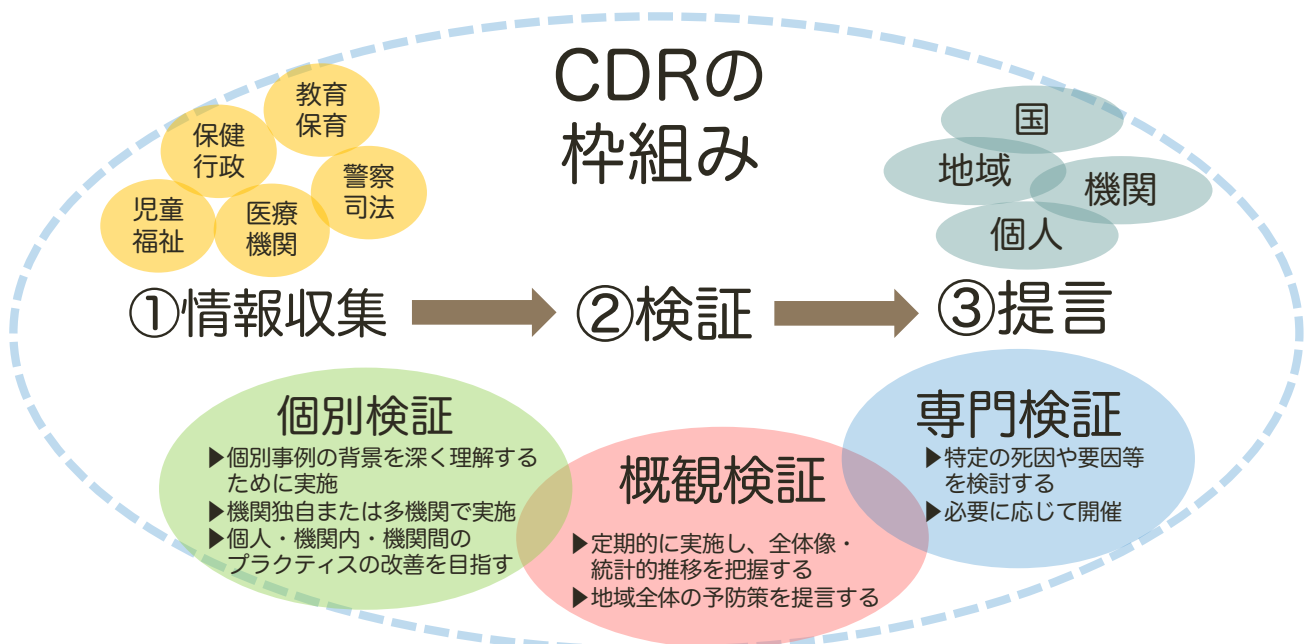
内 容

1. CDRの構成
2. 事前の留意事項
3. 検証会議の準備
4. 検証会議の進行（ファシリテーション）
5. 全体の運営について

CDRの構成

1-1. CDRの枠組み

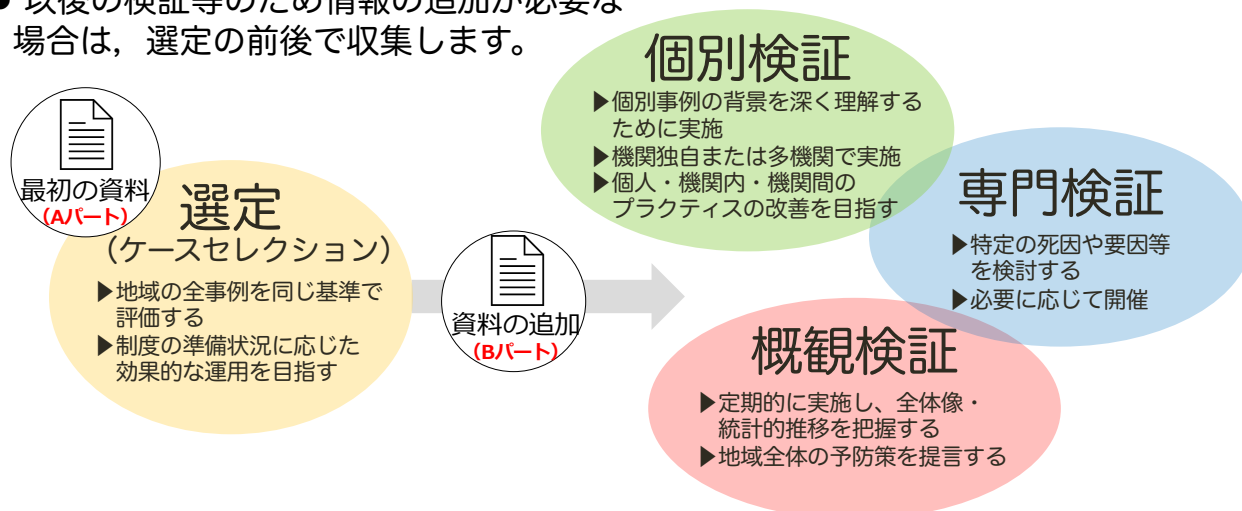
- ・ CDRは、情報収集・検証・予防策の提言で行われます。



CDRの構成

1-2. 検証全体の構成

- 最初に収集された資料（主に医療機関の情報；死亡調査票 **Aパート**）をもとに、個別検証の対象事例を**選定（ケースセクション）**します。
- 以後の検証等のため情報の追加が必要な場合は、選定の前後で収集します。

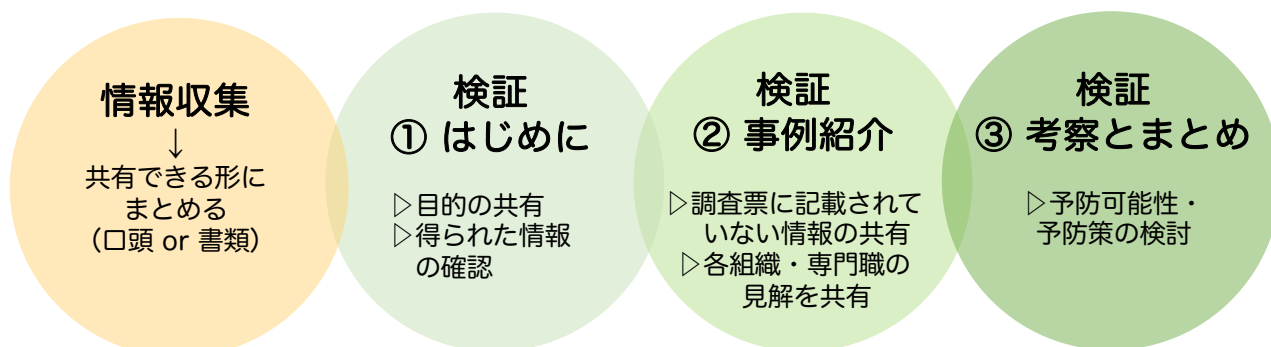


ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

CDRの構成

1-3. 個別検証

- 情報収集後に多職種で集まり、**個別検証**を行います。
- 直接事例に関わった者で検証する方法や、直接は関係しない者で検証する方法があります。
- 個人情報抜いた形で、口頭で説明する方法や、サマリー資料を配布する方法などがあります。



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。

CDRの構成

1-4. 概観検証

- 地域の全体像を把握し検証することが、**概観検証**の目的です。
- 各部門や組織の全体像を把握する立場の参加が好ましいです。

個別検証 の確認

- ▷ 個別検証結果の妥当性を評価
- ▷ 得られた結果を地域に還元する

CDRの実効性 の確認

- ▷ 制度の課題を抽出
- ▷ 提言の実現状況をトラッキング

自地域の 実情評価

- ▷ 個別検証の対象外事例も含め、子ども死亡の疫学
- ▷ 既存の各種検証等の実施状況
- ▷ 関係機関の連携

他地域との 連携構築

- ▷ 他地域との経験の共有
- ▷ 他地域との比較
- ▷ 中央との連携

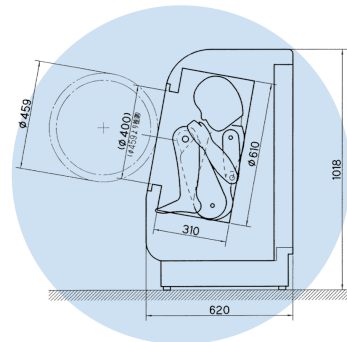
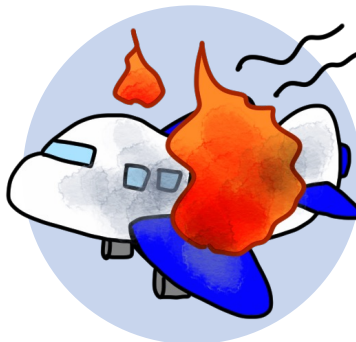


決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

CDRの構成

1-5. 専門検証

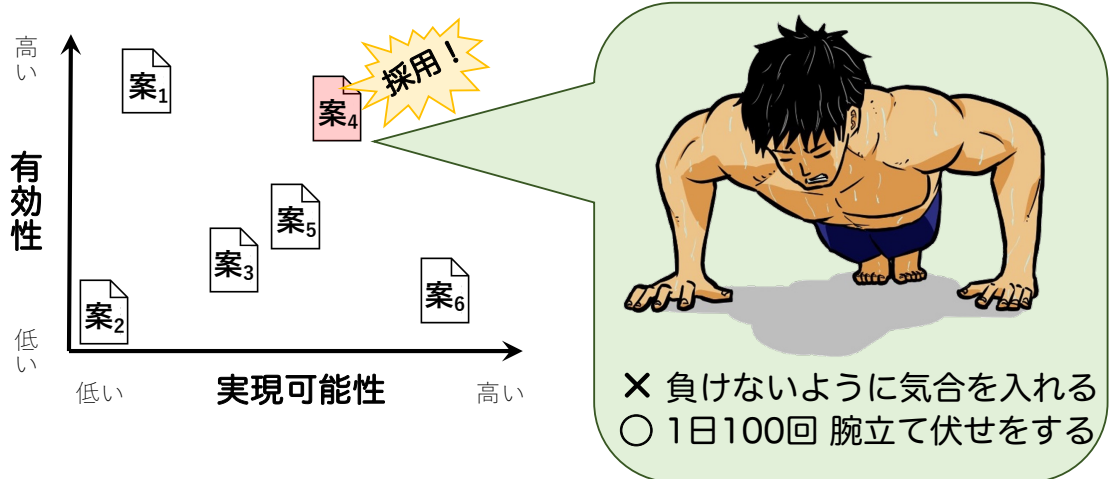
- 解析や予防策の策定に特に高い専門性を要する事例が、**専門検証**の対象です。
- 事例を集めて類似点を探索する、検証の効率を高める、匿名性を担保する等の目的で、**複数地域や複数年度の事例をまとめる**ことも想定されます。
- 専門性の高い有識者の参加や、専門家集団の内部での検証も考えられます。



決まったルールなどはありませんので、それぞれが工夫して実践してください。

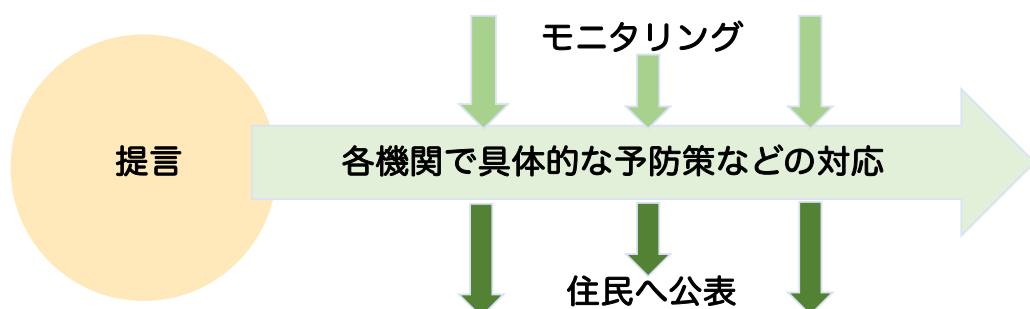
CDRの構成 1-6. 提言

有効性や実現可能性が高い意見から、具体的な提言をまとめます。



CDRの構成 1-7. モニタリング

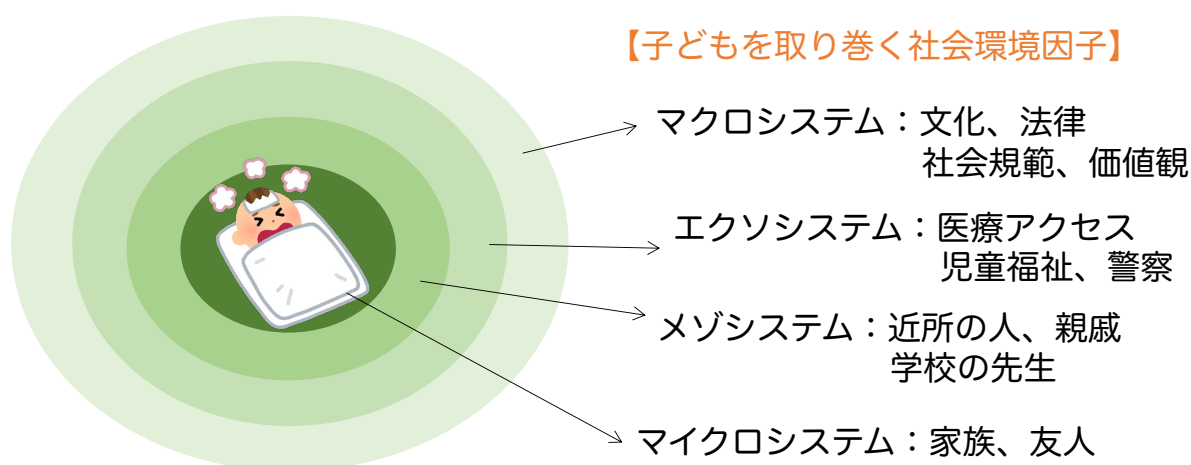
- ・ 提言を踏まえた対応が行われているかのフォローアップやモニタリングを行います。
- ・ 適切な取り組みがなされていない場合は、その理由を確認し実施できるよう調整します。



事前の留意事項

2-1. 単職種の限界を知る

- ・ 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、多職種からの情報が不可欠となります。



事前の留意事項

2-2. 専門性を知る

子どもに関連する専門職の職責は、それぞれです。
各職種には以下の期待が寄せられます。

職種	調査～検証の段階	介入～予防策の段階
医療者(かかりつけ医) (死亡時の対応医) (精神科) (法医学)	基礎疾患、成長発達 死亡状況、死因の考察、家 族の様子、救急医療体制 心理学的な考察	診療向上、気づきの向上
保健センター担当	健診事業や戸別訪問事業で の関わり	死因究明の質向上・均てん化 家庭支援、社会資源
子ども福祉担当者 (各市町村)	要保護児童や要支援児童、 特定妊婦としての関わり	生活支援、女性相談や保育 サービス事業
児童福祉司・心理士 (児童相談所)	養育状況、虐待の関与	児童の環境保全

事前の留意事項 2-3. 専門性を知る

職種	調査～検証の段階	介入～予防策の段階
保育園、幼稚園	子供や家庭の状況	問題の気づき、支援、予防のし周知
教育関係機関	子供の特性や状況、家庭環境	問題の気づき、支援、予防の周知
消防	現場情報、搬送に関する情報、病院前医療	安全な搬送、事故予防
警察（刑事部） （生活安全部） （交通課）	現場検証など捜査情報 子供や家庭の状況	安全確保・増進、死因究明
検察官	法とその解釈	法の適用
弁護士	法とその解釈 「子どもの人権擁護」についての一般的な意見を求める	

事前の留意事項 2-4. 既存の取り組みを知る

既存検証の対象事例でも、CDRの意義はあります。

→ 「子どもの虐待重大事故検証」「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

検証の方法が異なる

検証の方法	教育施設での事故報告検証	CDR
検証をする人	行政の任命する第三者委員	多職種の専門家
何のために	事故の詳細を明らかにする	事例の全体像を通じて予防可能性を検討し社会全体で対策を講じる
検証結果	原則として公表	個別事例に関しては非公表 予防策や提言のみ公開

例

事前の留意事項 2-5. 死因を究明する ①

小児科医, 救急医, 法医学者が共に

- ・ 死因を究明することで
 - 死に至った経過を明確にすることができる
 - グリーフケアの役割を果たす
 - 次子や家族の予防医療に繋がる可能性がある
- ・ 突然死に対する検査は地域や施設によって体制が異なる
 - 保険診療ではできないものがある
- ・ 各種検査結果を行っても異常を指摘できないこともある

死亡に至る経過

各種検査結果

臨床医・法医
による検討

死因を推定

事前の留意事項 2-6. 死因を究明する ②

法医学のCDRにおける役割

- 1) 解剖結果をわかりやすく・簡潔に・短時間で説明する
 - ・ 主な病変や損傷は身体のどこにあったか、なかったか
 - ・ その病変や損傷はどのようにしてできたか
 - ・ 予防につながる機序を探して伝える
 - ・ 病名や所見の医学的厳密性より死の機序を優先する
- 2) 養育環境が死の機序に与えた影響を考察する
- 3) 警察や児相などの関係機関から得た情報を要約する

事前の留意事項

2-7. 自らの“強み”を知る

ファシリテーター自身や検証チームの強み（得意な分野）を知ること、自分たちの検証の特長や課題に気づきやすくなります。

- ・ 専門領域
 - ・ 類似の経験
 - ・ これまでの取り組み
 - ・ 他の検証への参加
- 例：
- ・ 児童虐待に取り組んできた委員は、潜在的な養育不全に気づきやすい。
 - ・ 自死遺族の支援に取り組んできた委員は、自死以外の外因死の遺族への支援に関しても注力すべき点を見出すことができる。
 - ・ 死因究明に取り組んできた委員は、死因究明のために必要な検査や体制整備に関する助言を行うことができる。

検証会議の準備

3-1. 機密保持についての注意

個人情報を共有することに、不安や懸念を感じるかもしれません。情報の一部を共有せず（匿名化して）検証する場合があります。

【共有しない情報の例】

- × （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



結果報告にも、個人の推定がされないよう注意が必要です。

検証会議の準備

3-2. CDRとは何かを理解する

CDRについて、以下のように言われています。

- 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・専門家が検証をすること

厚生労働省（都道府県CDR体制整備モデル事業の手引き第2版）

- 子どもの死から学び成長するための仕組み、それを許容する あるいは推進するための考え方や文化

厚生労働省研究費補助金事業

「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」

- 地域の子供たちは自分たちが守る
現場の実践を積極的に自分たちで変えるための手段

厚生労働省研究事業「小児死亡事例に関する登録・検証システム確立に向けた実現可能性の検証に関する研究」

検証会議の準備

3-3. 検証のグラウンド・ルール

CDRのグラウンド・ルールを前もって参加者間で確認することで、効果的な検証ができます。

1. 子どもの予防可能死を減らすことが目的である
2. 特定の個人や関係機関の責任を問う場ではない
3. 検証委員のお互いの立場を尊重し前向きな検討を行う
4. 子どもの死を予防するための対策の提言を行う
5. 参加者は「安全」であり、自由に発言できる

検証会議の準備

3-4. CDRにおける検証とは

予防のために“変えられること”を探します。

変えられない
こと

現場から病院までの時間
車で出かける必要性
児が暮らす住居
浴槽の危険性
性別、年齢
家族構成
悲しみ
過去

病院での受け入れ準備
シートベルトの装着
薬剤の用量・用法
家庭の睡眠環境
家具の配置
家庭支援
志向性
未来

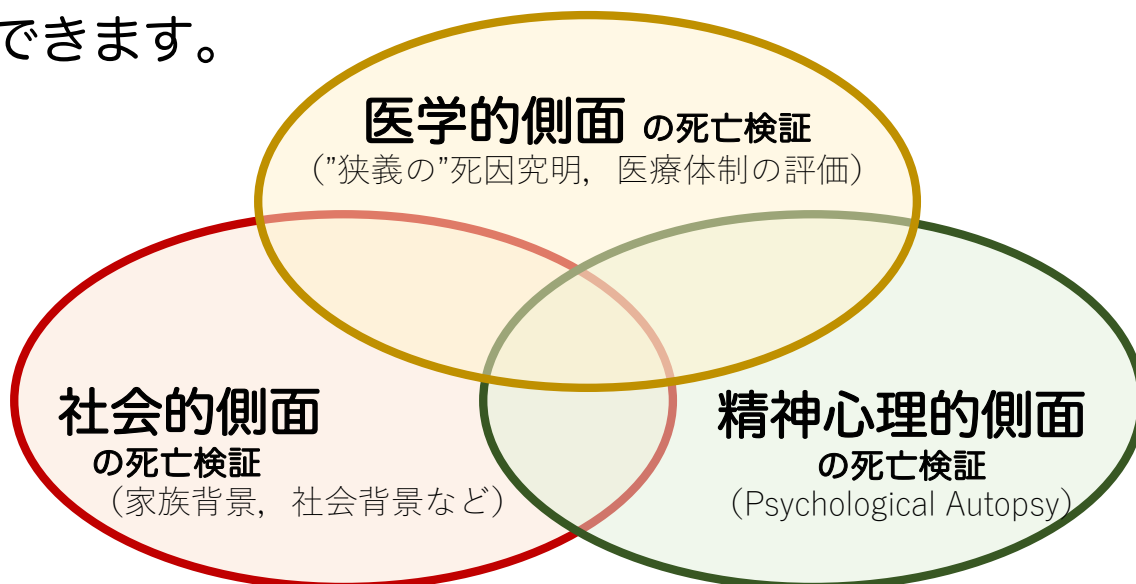
変えられる
こと

それを“誰が”“どのように”変えるかを考えます。

検証会議の準備

3-5. CDRの検証の3つの側面

多様な観点に留意することで、効果的な検証ができます。



検証会議の準備

3-6. スクリーニング

CDRは、死亡した全例を対象とします。

その中でも、特に多職種で検証する意義が大きい事例を選定することが、有効な場合があります。



必要な検証チーム数の見積もり



例) 1チーム：年40例の小児死亡→年16例の検証
(約40%は予防可能性高 次頁grade1に相当)
人口10万対小児死亡数（約3人/年）
人口130万人に対して1チーム必要

検証会議の準備

3-7. スクリーニングのゴール

多職種で検証すると良い事例の優先順位をつけます。

下記を参考（grade1が最も優先度が高い）にしながら、各地域での判断が優先されます。

多機関による個別検証が必須である（grade1）

養育不全, 不詳死(情報が不足している症例), 自傷・自殺, 他為, 外因傷病, 事例担当者が必須と判断

多機関による個別検証のよい適応である（grade2）

不詳死（grade1以外）

多機関による個別検証を考慮しても良い(grade3)

悪性疾患, 急性疾患, 感染症, 慢性疾患, 先天性のうち予防可能性が高い事例

必ずしも多機関による個別検証を要しない(grade4)

その他

検証会議の進行

3-8. 個別検証の流れ

- ☐ グラウンド・ルールの説明
- ☐ 事例概要の確認
 - 各機関から事例に関する情報の共有
 - 死亡の直接的・間接的原因に関する検討
 - 死亡に至る経過に存在したリスク要因
(人的要因・環境要因)を整理
- ☐ リスク因子を軽減するための予防策の検討
- ☐ 検証にあたっての問題点に関して検討

検証会議の進行

3-9. 個別検証での注意点

- ・ どの立場の参加者にも、「専門家としての意見」と「いち一般人としての意見」を促しましょう。
- ・ 死亡事例に直接関与した当事者が個別検証に参加することには、メリットもデメリットもあります。
 - (メリット) 事例の詳細が確認しやすい。本人にとって何よりも「学び」になる等。
 - (デメリット) 瑣末な事象の真偽にこだわりやすい。本人にとって検証への参加が重大なストレスになる可能性がある等。

検証会議の進行

3-10. 個別検証のゴール

個別検証の終了時に、以下であることが望ましい。

- ・ 参加委員の“漠然とした疑問”が解消される。
- ・ 具体的な課題が明らかになればよい
- ・ 事例において“実際は何が起きたか”の真実を追求することは目的ではない
- ・ 具体的な予防策が参加者間で共有できる。
- ・ 「この死は仕方なかった」で終わるのは残念。

検証会議の進行

3-11. 概観検証の流れ（例）

- グラウンド・ルールの説明
- 個別検証のサマリーシート情報の共有
- 個別検証の死因、養育要因、環境要因の検証
- 予防可能性の検証

The image displays two screenshots of a verification summary sheet, likely a form used in a verification meeting. The left screenshot shows the 'Ground Rules' section, which includes checkboxes for various verification goals. The right screenshot shows the 'Verification Summary' section, which includes checkboxes for various verification goals.

Ground Rules (Left Screenshot):

- 目的: 検証会議の目的を明確にする。
- 参加者: 参加者の役割を明確にする。
- 時間: 会議の時間と場所を明確にする。
- 議題: 会議の議題を明確にする。
- 発言: 発言のルールを明確にする。
- 結論: 結論のルールを明確にする。
- 記録: 記録のルールを明確にする。
- 評価: 評価のルールを明確にする。
- 報告: 報告のルールを明確にする。
- フォローアップ: フォローアップのルールを明確にする。

Verification Summary (Right Screenshot):

- 目的: 検証会議の目的を明確にする。
- 参加者: 参加者の役割を明確にする。
- 時間: 会議の時間と場所を明確にする。
- 議題: 会議の議題を明確にする。
- 発言: 発言のルールを明確にする。
- 結論: 結論のルールを明確にする。
- 記録: 記録のルールを明確にする。
- 評価: 評価のルールを明確にする。
- 報告: 報告のルールを明確にする。
- フォローアップ: フォローアップのルールを明確にする。

検証会議の進行

3-12. 概観検証のゴール（例）

- ☐ 提言として優先すべき予防策の策定
- ☐ 個別検証の質の検証
- ☐ 全員が専門家として意見を述べる

この場で提言まで策定する場合、予防策検討会議を別に開催する場合などがある。

検証会議の進行

3-13. 専門検証への引き継ぎ

例

どのような事例を	複数地域での風呂溺水事例
どのような専門家に	事故予防に関する医学系有識者 建築や工学系の有識者など
何の目的で	製品に着目した予防法の検討
どのようにして	個別検証による製品や背景情報 を提供して引き継ぐ。

検証会議の進行

3-14. 検証のTIPS（例）

- 参加者がグラウンド・ルールを意識できるように
→ 会議冒頭で確認, その都度修正
- 全ての参加者が十分に意見を述べている
→ 会議前に進行例や論点を想定しておく
質問内容を検討しておく（参照2-2）
- 時間内に予防策の議論まで到達する
→ 会議冒頭で時間配分を全体で確認

特に初回会議など
参加者が慣れていない場合

個別検証会議 次第（R4年度）

・症例概要（20分）

主治医から 5分
他機関から 3分ずつ

・死因、養育要因、予防の提言（40分）

死因の同定
養育要因（保護者の養育への態度の分類）
環境要因（子どもの置かれた環境の分類）
予防可能性と提言

検証会議の進行

3-15. 検証のTIPS（例）

- ・医師どうしが固まらないように席を配置
- ・長い資料は、あらかじめ簡潔にまとめておく
- ・論点に対するエビデンスを事前に調査しておく
- ・「提言」という言葉は、遂行しなければならない内容を具体的に記述したものとなるので、受け取りやすい表現にする

検証会議の進行

3-16. CDRの効果と目標（例）

- 短期的効果 地域の多職種が顔見知りの関係になる
目標 実現可能な提言を出す
- 中期的効果 提言の実行を見届ける
CDRの効果を地域で実感する
目標 行政主導での継続的なCDR, 財源の確保
- 長期的効果 重篤/死亡小児事例の減少
CDRが地域の文化として根づく
目標 全小児死亡事例の検証, 地域格差是正

司会進行の技術

4-1. ファシリテートとは

ファシリテートとは

様々な価値観を持つ人を一つの目標達成へ導くこと

CDRにおけるファシリテートの目的

背景の異なる多職種の参加者から

積極的な発言を引き出す

意見をまとめ、予防策立案へ導く

CDRを継続的に運営する



司会進行の技術

4-2. ファシリテーションの一例

1. 事前の準備（ブリーフィング）
 - ・ 症例から予想される問題（テーマ）を抽出する
 - ・ 参加者を決める
 - ・ 問題について参加者に事前に相談（コメントを依頼）
2. 会議中の内容
 - ・ 討論の進め方（アイスブレイク→状況確認→問題抽出→予防策立案）
 - ・ 意見を出しやすくする方法（KJ法など）
 - ・ 意見をまとめる方法（グラフィック ファシリテーションなど）
3. 会議後にすること（デブリーフィング～次のブリーフィング）
 - ・ 参加者を承認し感謝を伝えながら、参加者に感想を求める
 - ・ CDRコアメンバーによる検討結果の確認
 - ・ 次回の準備（概観検証、推進会議、次の個別検証）

ファシリテーションには他にも様々な手法があり、
地域・参加者などに合わせて対応が必要です。

司会進行の技術

4-3. 成人教育の考え方

参加者が主体的に取り組めるよう工夫する

- ・ 問題解決の必要に迫られることで意欲が向上する
→事前に参加者に会議の中で期待している役割を伝え考えてきてもらう、全員に発言の機会を作る
- ・ 個々の異なる経験を尊重する
→過去の経験を軽視しないよう配慮する
- ・ 目的を達成した充実感を持つ
→振り返りの時間を持つ、新しい経験を共有できたことを次に繋げる

司会進行の技術

4-4. 心理的安全性の保証

一人一人が恐怖や不安を感じることなく、安心して発言・行動できる状態を維持することが重要です。

心理的安全性を高めるために、以下の取り組みが有用と言われます。

- 表情を意識する、腕組みをしない、ワントーン高めの声
- 発言をよく聞く
- 発言に必ずリアクションする（承認欲求を満たす）
- メンバーの強みに応じた役割を与える
- 自分と異なる意見でも否定はしない（「面白い意見ですね」等）

司会進行の技術

4-5. 検証参加者の心のケア

検証に当事者が参加する場合、話題によって記憶がフラッシュバックする可能性があります。

- 検証前に症例の当事者かどうかを互いに認識できるようにする
- 当事者がいる場合には、このリスクがあることを全員で共有する

当事者でなくても、子どもの死亡を検証することは心の負担になり得ます。

- 個別検証後に「気になる参加者」が生じた場合に備えて、予めフォローできる体制を検討しておくことが重要

司会進行の技術

4-6. 情報リテラシー

情報を収集し、その情報を整理し活用することが求められます。

一般に、情報の精度と情報の出しやすさは相反します。

CDRの司会者には、情報の質（情報の源は何か、正確性は高いか）を把握した上で、限定された情報（量が少ない、不確か）であっても 検証・検討を進める能力が求められます。

巻末資料3

ファシリテーションとは



CDRファシリテーター講習会

CDRにおける ファシリテーション

天使病院 小児科
佐々木 理



まずファシリテーションとは？

ファシリテーション

- さまざまな価値観を持つ人を一つの目標達成へ導くこと
- 集団による課題解決、アイデア創造、教育、学習等、あらゆる**知識創造活動を支援し促進していく働き**
- その役割を担う人がファシリテーター（facilitator）
会議で言えば進行役
- ファシリテーションの中に、アイスブレイキング、成人教育、心理的安全性の保証、参加者の心のケアが含まれている



会議にファシリテーションが必要な理由

会議のブリーフィング

会議中のファシリテーション

クロージングとデブリーフィング

3/27

会議の種類

名前を正しく使われていない会議もある



個別検証が
目指す会議

報告や連絡をする会議（部会・朝礼）

会議参加者同士の**情報共有**が主体

スケジュールを決める会議（営業進捗会議・予算進捗会議）

事業報告や案件の進捗報告が主体、参加者同士の情報共有や組織としての意思決定

アイデア出しの会議（戦略会議・企画会議）

ファシリテーターが必須な会議

問題を特定し、原因を洗い出し、解決策を検討し、活動計画に落とし込む

意思決定をする会議（取締役会・経営審議会）

リーダーが、多くの**意見聴取**を行い、**最終的な意思決定**がおこなわれる

教育をする会議（薬剤説明会、電カル操作説明会）

制度や仕組み等が変更された際に行う。議論ではなく、**説明と質疑応答**。

4/27

こんな会議は嫌だ

- 会議という名の **演説会**
- 解決したい問題があるのに **問題が扱われない** 会議
- “**意思決定を先送りにする**” という意思決定がなされる会議
- **約束が全く尊重されない** 会議
- 開始時間も終了時間も慢性的に **定刻より遅い** 会議
- 相手を詰問する **吊し上げ** の会議



“どうせ何を言っても変わらない”という前提で参加させられている会議
“自分がいてもいなくても変わらない”という解釈が生まれる会議

5/27

会議にファシリテーションが必要な理由

会議のブリーフィング

会議中のファシリテーション

クロージングとデブリーフィング

7/27

CDRのファシリテーションは準備が8割

<症例を分解する>

- 症例を分解してテーマを探す
- MECE＝モレなくダブリなく、分類する
- 時間で分解する（発症前、発症後～死亡、死後、環境、CDRシステム）
- キーワードで分解する（睡眠環境、タバコ、養育不全 etc.）

<検証の参加者を把握する>

- 誰を呼ぶのか。誰が来るのか。

<可能なら参加者に事前相談>

- テーマについてのコメントを依頼する



8/27

会議にファシリテーションが必要な理由

会議のブリーフィング

会議中のファシリテーション

クロージングとデブリーフィング

9/27

“最初の5分”でその日の検証の流れが決まる

1. 開始前に参加者と挨拶、顔合わせしておく

(初めての検証参加で慣れない人もいる)

心理的安全性の保証

2. 参加者の自己紹介(所属、名前、一言)

3. グラウンドルール、検証ルールの確認

4. 検証の目的(検証の最終目標)を確認

議論のポイントを明確にする

5. 「死因分類などは事前にPDFで配布していますが、各自で見に行くのがめんどいので、適宜スライドで表示します。」

6. 「1症例について、一人一つコメントをお願いしますね。」

初めての人を置いてきぼりにさせない

7. 黙祷

演説型の参加者への牽制
消極的な参加者への牽制
立場の弱い参加者への配慮

8. 開始「では、はじめましょう」



10/27

・CDRにおける検証のグラウンド・ルール

- 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
- 参加者は「安全」であり、自由に発言できる
- 参加者には守秘義務が課せられている

アイデア出しの会議のルール

Do!

- 意見は簡潔に述べる
- 人の話は最後まで聞く
- 積極的に発言する
- 時間厳守
- うなずく、反応する
- 集中する
- お互いを尊重する

Don't!

- 人の意見を否定する
- 長々としゃべる
- 個人攻撃
- 内職
- 無反応
- 発言しない
- 話を脱線させる

12/27

“問題”＝“あるべき姿”－“現状”

“予防策”＝問題を解決するもの

“問題”を知るためには、
“現状”と“目標とすべき姿”を 具体的に描出する

“問題”を理解してから“予防策”を考える

13/27



注意！

混ぜるな危険！

- 事実確認→問題点の抽出→予防策の検討
- ステップごとに絞った議論をするべき
- ステップを混ぜて議論すると、話がぶれてしまう



14/27

参加者から意見を引き出す方法

心理的安全性を担保

- ✓ 参加者は、自由な主張が許される場なのかどうか不安

“魅力的なクイズ”に変換

- ✓ 「意見を出させる」よりも「意見を言いたくなる」や「答えたくなる」へ

今何を話し合っているのかを参加者全員が把握

- ✓ わからないと話に入れない

15/27

心理的安全性を担保する方法

- 意識的に笑顔で居続ける (ファシリは嘘でも笑顔)
- 腕組みをしない (腕組み＝ガードの現れ)
- ワントーン高めの声 (ドスを利かせない)
- 自分と異なる意見でも否定しない

「そういう意見もありますよね」「面白い意見ですね」

- 発言に必ずリアクションする

相手の発言をまとめつつ、承認欲求を満たす側に回る

- グラウンド・ルール徹底



16/27

今、何を話し合っているのか？

あの人の言っていることがわからない

➡ 専門的な内容には注釈をいれる

今の議論の中心が見えない

➡ “これまでの議論”と“今の議論”を、見える化する

おすすめは、ファシリテーショングラフィック！



10/27

会議にファシリテーションが必要な理由

会議のブリーフィング

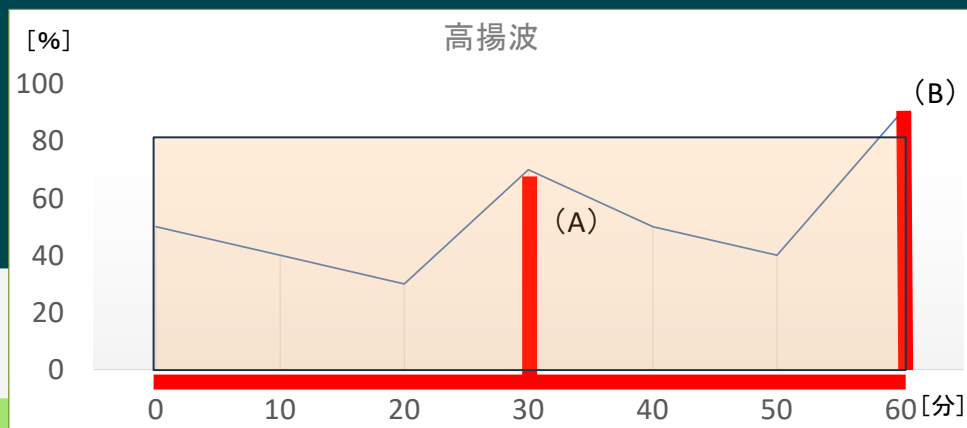
会議中のファシリテーション

クロージングとデブリーフィング

22/27

体感値としての会議の満足度面積 =

「最頂点と最後の高揚波の平均{(A) + (B)} ÷ 2」 × 「会議時間」



23/27

クロージングでデブリーフィング ～ドアノブコメントを引き出す～

- ・参加者全員への質問
 - 検証の感想
 - 検証結果の感想
 - 自分自身の成長につながる発見
(気づいたこと、わかったこと)
 - 次までにやってみたいこと



24/27

自分のクロージングスピーチ

<ポイントは感謝と祝福と承認>

- ・このメンバーで検討ができることが誇りに思える検証だった

<メッセージの伝え方>

- Youメッセージ (皆さんは素晴らしい、皆さんは頑張っている)
- Weメッセージ (わたしたちは、あなたを誇りに思う)
- **Iメッセージ** (状況とセットで使う (SBI) と尚良し)

✓ 私は、皆さんの この時の あのふるまいをすごいと感じた

✓ 発言の内容より **関わり方、会議に臨む姿勢そのものを褒める**

25/27

地域CDRモデル事業の長とデブリーフィング

長＝ 行政の主幹？ 教授？ 医師会理事？

<デブリーフィング内容>

- 検証結果のおおまかな確認
- CDR事業の運営に関する内容の確認
- 参加者の適性の確認
- 次回の予定の確認



26/27

Take home message

CDRのファシリテーションとは、
様々な価値観を持つ多職種をまとめ上げて、
予防策立案へ導くこと（自分で作るわけではない）

CDRのファシリテーションでは
ブリーフィング、会議の進行、デブリーフィングを通じて

- ✓ 立場の異なる参加者から積極的な発言を引き出すこと
- ✓ 意見をまとめ、予防策立案へ導くこと
- ✓ CDRを継続的に運営すること

が求められている

27/27

参考資料



かんき出版 2020/10/7発売 1760円



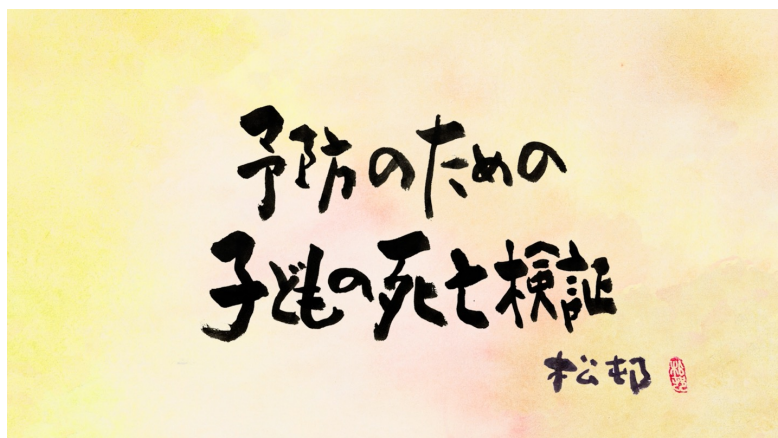
日本実業出版社 2022/7/1発売 2200円

巻末資料4

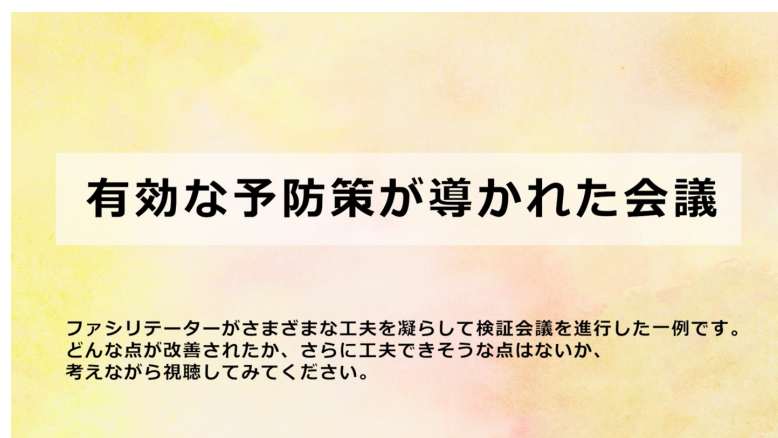
動画資料一覧

- 4-1 動画資料(1) 模擬検証
- 4-2 動画資料(2) CDRファシリテーターのTIPS
- 4-3 動画資料(3) 産後ケア, 赤ちゃんの睡眠時の事故予防(基礎知識編)
- 4-4 動画資料(4) 産後ケア, 赤ちゃんの睡眠時の事故予防(実践編)

巻末資料4-1. 動画資料（1）模擬検証



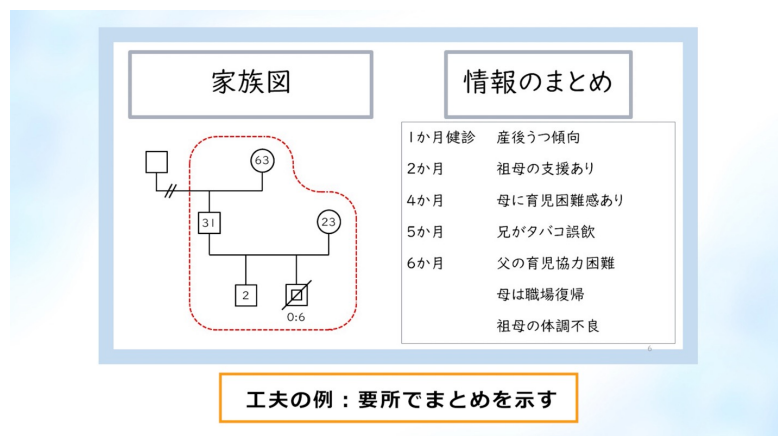
題字を前研究班による既存動画と統一して、CDRにかかる一連のシリーズとしての共通性を探求した。



前研究班にて「理想的な検証の様子」「改善を要する検証」の動画を制作していた。本研究班では、それらを補完するべく「ファシリテーターのふるまい」に焦点を当てた動画を制作した。



現状では「CDRと既存の各種検証の相違点が理解しにくい」との意見が多く聞かれることから、検証の様子を写實的に撮影した動画を用意した。また、ファシリテーターとして留意すべき点に焦点を当てて解説を適宜加えた。



巻末資料4-2. 動画資料（2）CDRファシリテーターのTIPS

CDRにおける司会者の役割

♀ CDRの中で司会者は

さまざまな価値観を持つ多職種から積極的な発言を引き出し
これをまとめて上げて予防策立案へ導く「ファシリテーター」

♀ ブリーフィング



♀ 会議の進行：事実の確認

→ 問題点の抽出
→ 予防策の検討



♀ デブリーフィング

この動画で紹介するTips

建設的な意見が出ないとき・・・
解決例 1-1 事前に発言を依頼
1-2 クローズド・クエスション
1-3 類似の経験を引き出す
1-4 個人としての意見を尋ねる
1-5 考えをまとめる時間を取る
1-6 緊張をほぐす（アイスブレイク）

話が止まらないとき・・・
解決例 2-1 発言の制限時間を明示する
2-2 事前に要点を擦り合わせる
2-3 投影資料を活用する

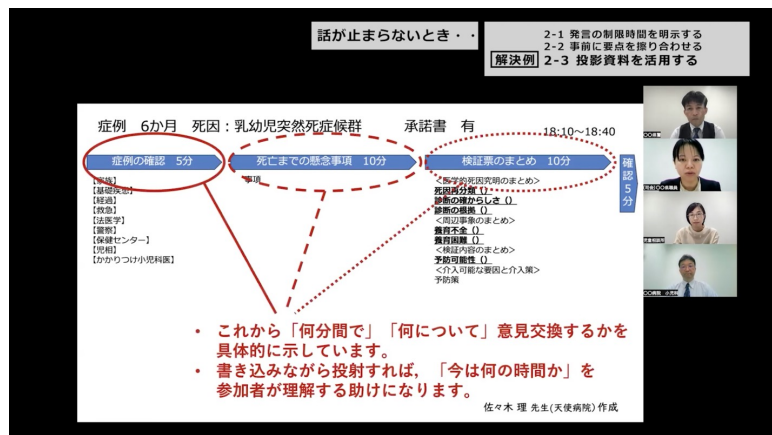
ファシリテーターとしてCDRの運営に携わる際の留意点に焦点を当てて動画を制作した。



司会進行を行う上でのトラブルシューティングについて、実際のモデル事業に携わった有識者の経験を聞き取り体系化した。



体験しうる2つのトラブルに対して、合計8種類の対処を具体的に例示した。



今後、オンライン/ハイブリッド会議が広く行われる場合に備えて、その注意点や工夫点などについても併せて解説した。

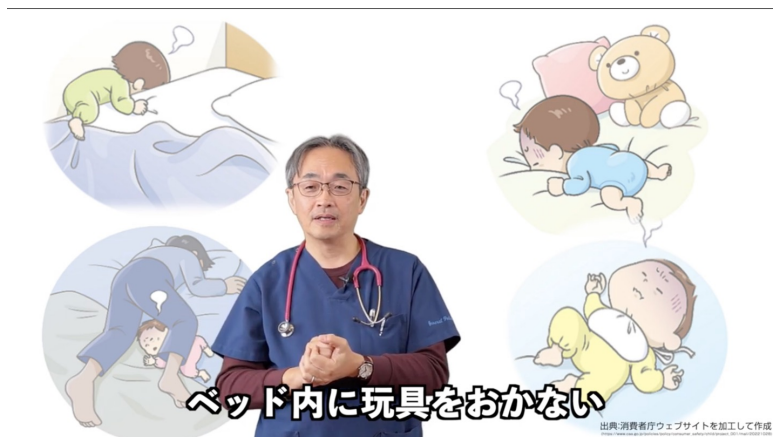
巻末資料4-3. 動画資料（3）産後ケア、赤ちゃんの睡眠時の事故予防（基礎知識編）



産後ケアに焦点を当てて、乳児の安全な睡眠環境の確保についての啓発のための動画資料を制作した。



基礎知識編は、乳幼児突然死症候群の既知の危険因子について解説する、



危険因子を回避し安全な睡眠環境を確保するための具体的な方策について解説した。



今後、この動画は共同開発した日本小児突然死予防学会等とともに、普及啓発に用いることを想定している。

巻末資料4-4. 動画資料（4）産後ケア、赤ちゃんの睡眠時の事故予防（実践編）



安全な睡眠環境の確保に向けて、主に産後ケア施設を対象とした実践的な注意点を動画で示した。



【本動画の内容】

- ① 入所時
- ② 赤ちゃん部屋では
- ③ まとめ

本動画では世田谷区立産後ケアセンターでの取り組みを紹介しています。各施設での実情に合わせて安全管理の体制整備の参考にしてください。



主に産後ケア施設の運用上の注意点をまとめた。



実際に産後ケアが行われている場所で動画を撮影し、より具体的に雰囲気や注意点が実感できるよう配慮した。



（母児同室中のおお願い）

産後ケア事業を行っている当センターは、無事な産後ケアを推進する所です。そのため、母子室を整えています。以下のことに注意して過ごしてください。

- ① 赤ちゃんが安全に過ごすための環境を整えましょう
 - ・赤ちゃんの口や鼻を塞いだり、顔に敷き付くものや何かなどは置かない。
 - ・赤ちゃんの寝る場所、顔に敷き付くものや何かなどは置かない。
 - ・赤ちゃんの寝る場所、顔に敷き付くものや何かなどは置かない。
 - ・赤ちゃんの寝る場所、顔に敷き付くものや何かなどは置かない。
 - ・赤ちゃんの寝る場所、顔に敷き付くものや何かなどは置かない。
- ② 安全のためにお母さんと赤ちゃんは別々の布団で寝ましょう
 - ・赤ちゃんを寝かせるときはコートを脱ぎましょう。
 - ・赤ちゃんが寝かせる際は、部屋に利用ベッドを用意しますのでスタッフにお申し付けください。
- ③ もしもお母さんと一緒に寝る場合は、必ず以下のこともお守りください
 - ・お母さんと赤ちゃんは別々の布団で寝ましょう。
 - ・赤ちゃんの寝る場所、顔に敷き付くものや何かなどは置かない。
- ④ 赤ちゃんの安全を確認するために、夜間は助産師が様子を伺います
 - ・21時・0時・3時・6時・9時・12時・15時・18時・21時・24時
 - ・お母さんが寝た場合、いつでもお母さんのそばにいます。



書面を用いて注意事項を確認する

今後、産後ケア施設等で本動画が利用されることを想定している。

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) と 死因究明

名古屋大学医学部附属病院 救急・内科系集中治療部 病院講師

R5子ども家庭科研「子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立する
ための研究」班代表

沼口 敦

おことわり

- 本報告は、チャイルド・デス・レビュー（CDR）にかかる研究に携わる一研究者としての、個人的な意見を述べたものです。

チャイルド・デス・レビュー (CDR)

- 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、死亡した子どもの既往歴、家族背景、当該死亡に至った直接の原因等に関する情報を基に行う、当該死亡に関する検証。

省庁／専門家横断的

継続的／網羅的

成果志向的

UNDER-CONSTRUCTION

種々の既存の死亡調査制度

- 子どもの虐待重大事例検証(厚生労働省) 58 (H29)
- 保育事故検証(厚生労働省ほか) 9 (H30)
- 学校事故検証(文部科学省) 21 (H29)
- 自殺といじめとの関連検証(文部科学省) 54 (H28)
- 消費生活用製品に係る重大事故検証(消費者庁ほか) 845 (H29)
- 消費者事故等の原因調査(消費者庁) 45 (H29)
- 医療事故調査制度(厚生労働省) 370 (H29)
- 交通事故調査(交通事故調査分析センター)
- 事業用自動車・航空・鉄道事故調査(国土交通省)

死因究明制度

- 学術団体での検証・検討
- 各施設の各種検証・カンファレンス等

報告者作成

チャイルド・デス・レビュー (CDR)

目的

○ 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、行政関係者等)が、死に至る直接の経緯等に関する様々な情報を基に死亡原因に関する調査を行うことにより、効果的な予防策を導き出す予防のための子どもの死亡検証(CDR)の実施体制の整備を一部の都道府県で試行的に実施し、その結果を国へフィードバックすることで、体制整備に向けた検討材料とする。

都道府県CDRモデル事業
(厚生労働省、2020～)

内容

<事業イメージ>



【事業の流れ】

- ① 推進会議により、関係機関からのデータ収集の環境を整える。
- ② 関係機関より収集したデータの整理等を行う。
- ③ 整理されたデータに基づき様々な機関を招集し、他機関検証WGを開催。
- ④ その後、まとめられた検証結果をもとに、検証WGから都道府県に対し、今後の対応策などをまとめた提言を行う。

実施主体・補助率等

- ◆ 実施主体 : 都道府県
- ◆ 補助率 : 国10/10

事業実績

- ◆ 実施自治体数: 9自治体(群馬県、山梨県、三重県、滋賀県、京都府、香川県、高知県、福島県、北海道)

「令和3年度 政府が講じた死因究明等に関する施策」
(厚生労働省) より抜粋

課題1：情報収集の精度

A) 関係機関が必要な情報をそもそも十分に収集できていない可能性

≡ **死因究明が不十分である可能性**

B) 関係機関が持つ情報をCDRに十分な形で提供・共有できていない可能性

≡ **死因究明とCDRの連携が不十分である可能性**

→関係機関・担当者の「裁量権」を廃する手続化・ルール化，CDRの理念の明確化，権限や義務の法的根拠などを提案する意見がある。

「子どもの死因検証制度に関する意見：CDR を実現する上での問題：2つの大きな問題と対処の方向性について」
(福岡大学 小佐井 良太氏資料) より抜粋

課題2：個人情報の扱い

• 個人情報保護法の適応除外：

「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であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」

「国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき」

- 公衆衛生の向上，児童の健全な育成の推進のため特に必要か
- （遺族）本人の同意*を得ることが困難か
- （遺族）本人の同意*により遂行に支障を及ぼすおそれがあるか

*: 同意取得にかかる現状調査を予定中

課題3：司法解剖結果の扱い

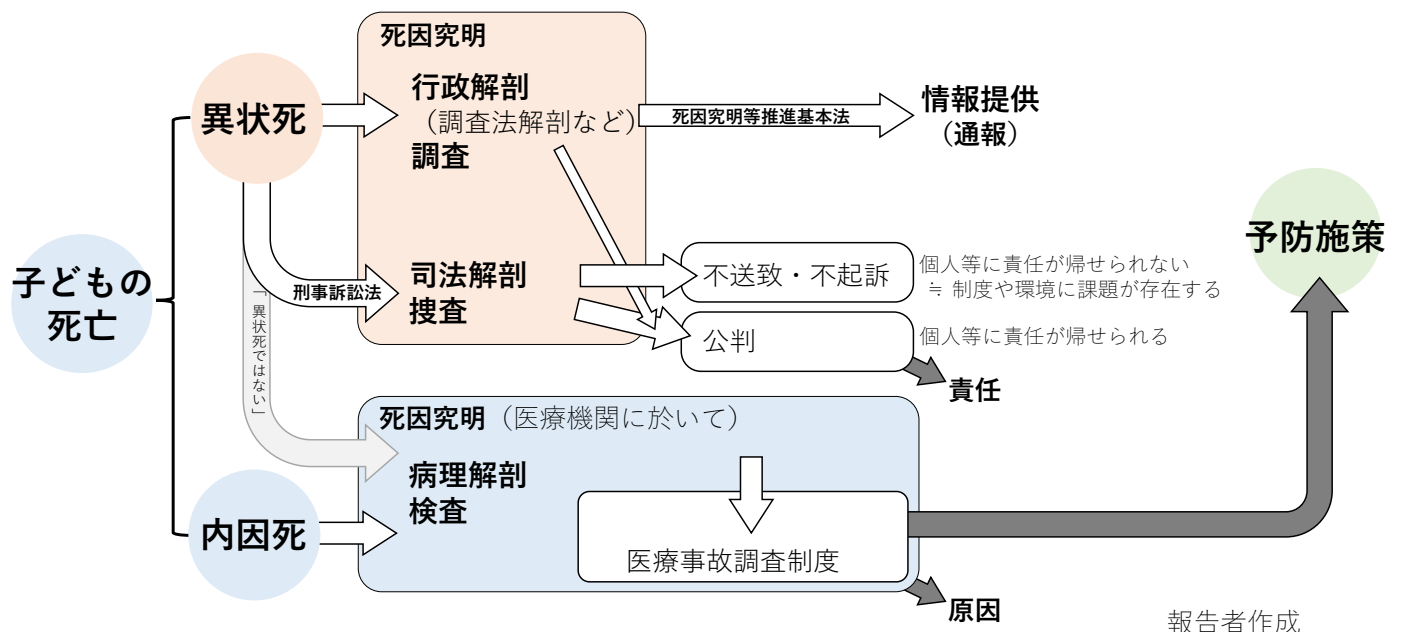
- 現状では「司法解剖はCDRモデル事業の対象外」

対象外				対象内			
犯罪死体		変死体		その他の死体			
対象外		対象内					
司法解剖		行政解剖					
調査法解剖		監察医解剖		承諾解剖			
				その他承諾解剖	系統解剖	病理解剖	食品衛生法解剖
						※一部承諾不要	※一部承諾不要

※検視が行われたもの及び解剖後に捜査が行われたものを除く。

「都道府県Child Death Reviewモデル事業の手引き（第2版）」（厚生労働省）より抜粋

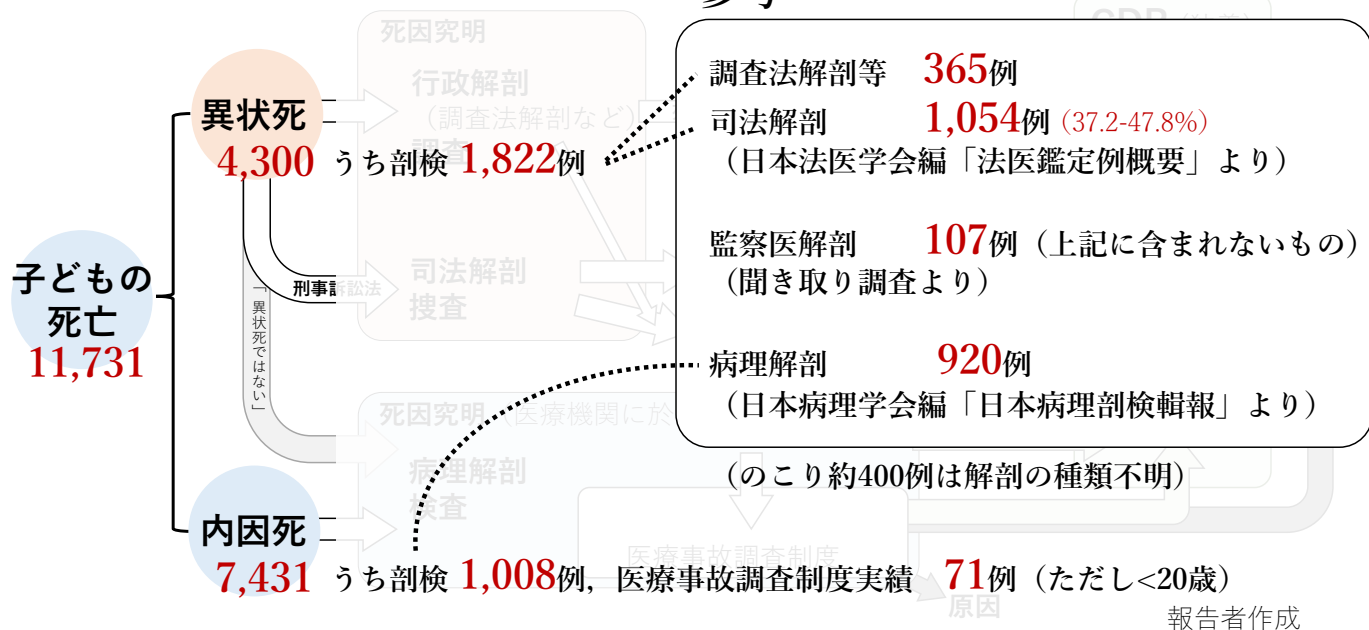
CDRと死因究明



CDRと死因究明

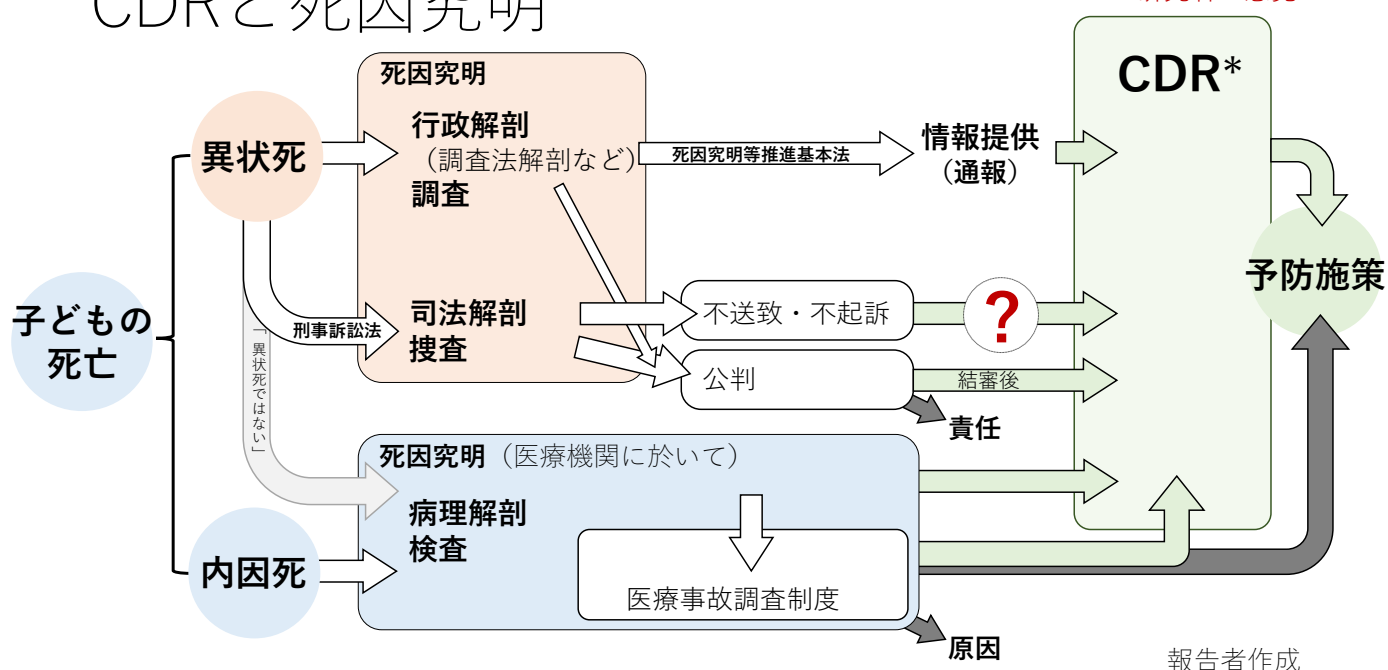
* 赤字は2017-2019年の実数

参考



CDRと死因究明

*: 研究者の意見



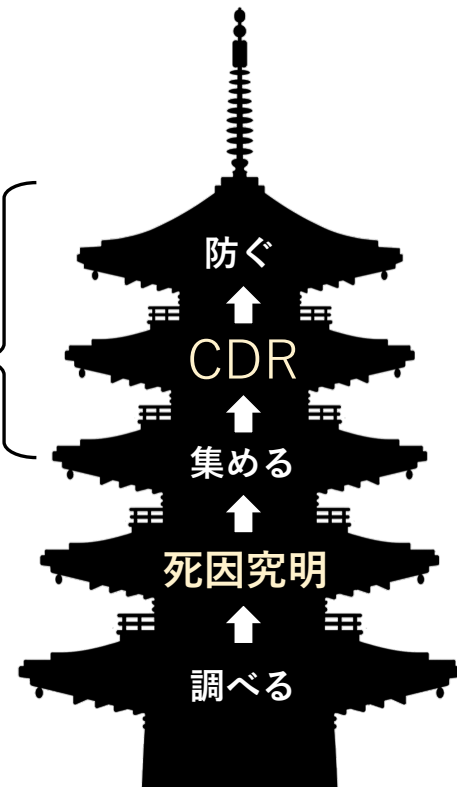
CDRと死因究明

- これから何をするのかを決める

CDR

- 何が起こったのかを明らかにする

死因究明

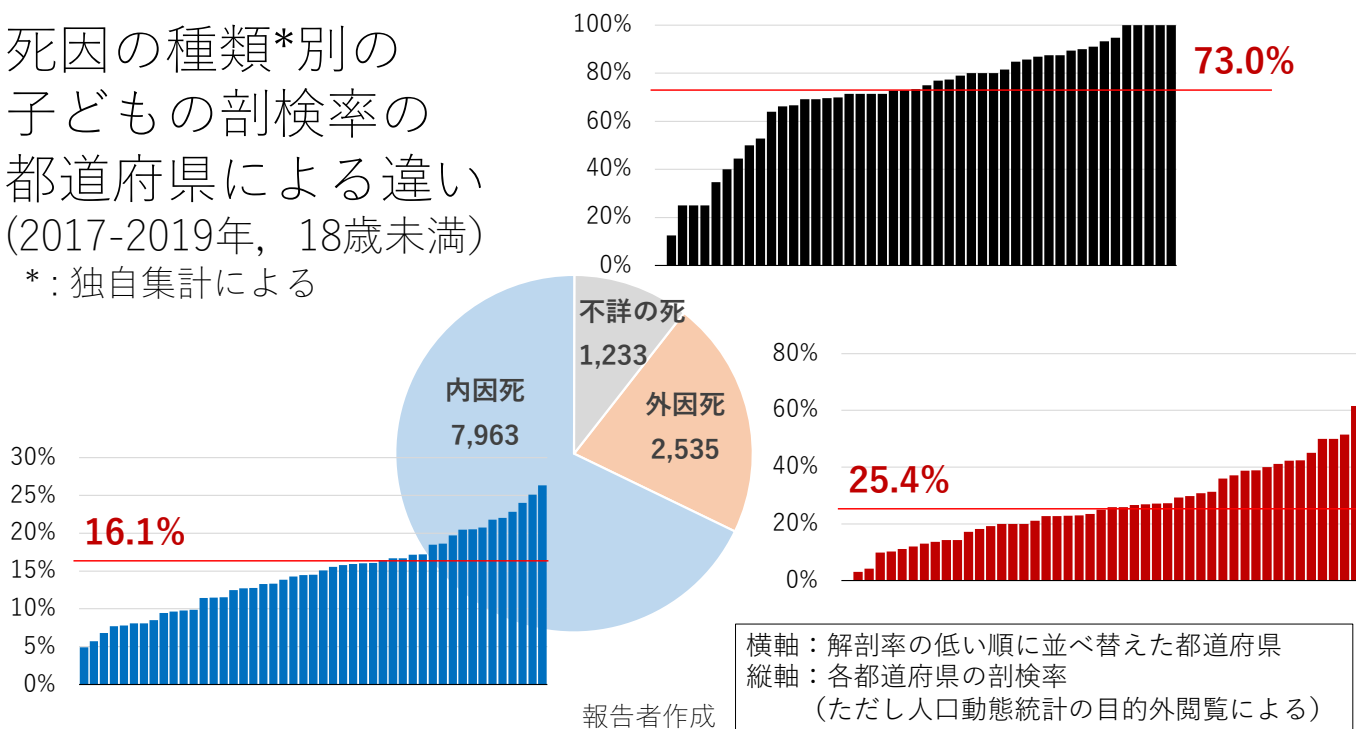


課題4：地域差の解消

- 子どもの死因究明に関して地域差がみられた。
 - 剖検の実施状況（剖検率）の差
 - 剖検の種類の違い
 - 剖検結果を取り扱う医師が異なる＝剖検結果の取り扱い？
 - 司法解剖の割合が異なる＝現状で「扱えない」死亡の割合が異なる
 - 剖検結果の解釈が異なる＝剖検結果の取り扱い？
- 「全国事業としてのCDR」は，地域間の比較によって上記の地域差の解消に貢献できるか。

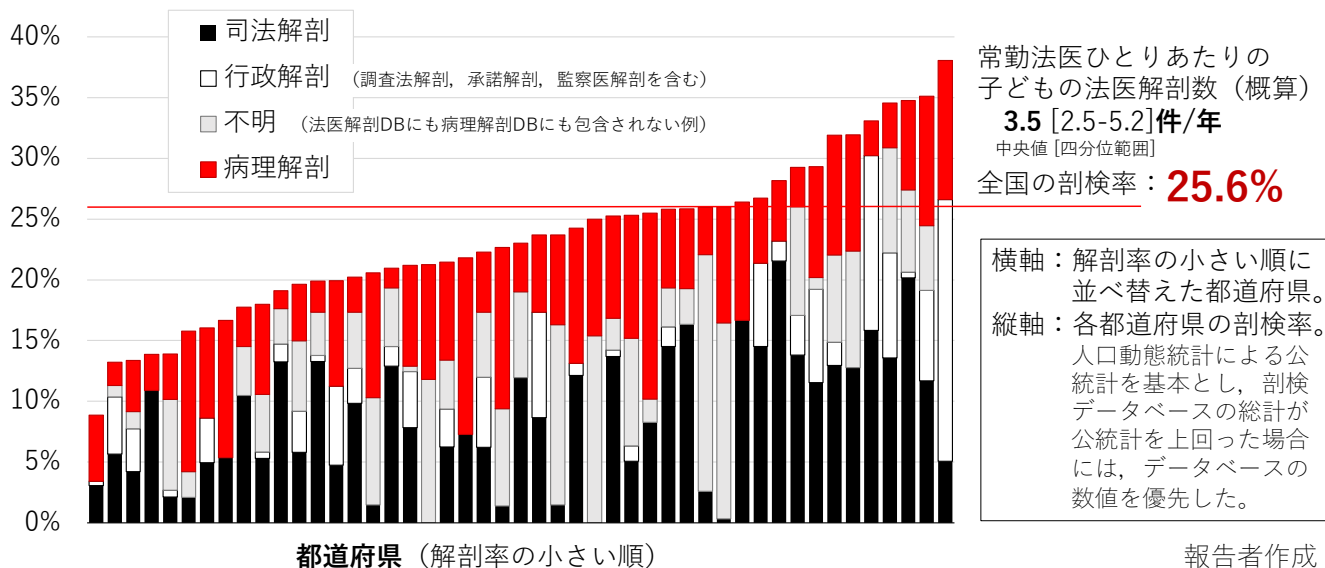
死因の種類*別の 子どもの剖検率の 都道府県による違い (2017-2019年, 18歳未満)

*: 独自集計による



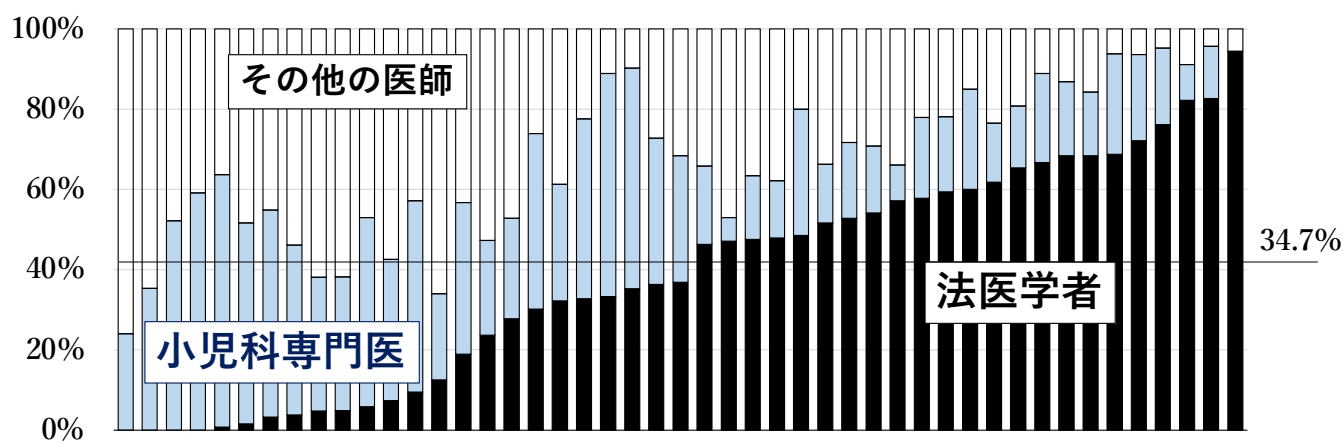
子どもの死因究明に関する地域差

(2017-2019年の18歳未満の剖検率と種類, 都道府県別)



子どもの死因究明に関する地域差

18歳未満の剖検例の死亡診断書（死体検案書）を記載した医師の種別

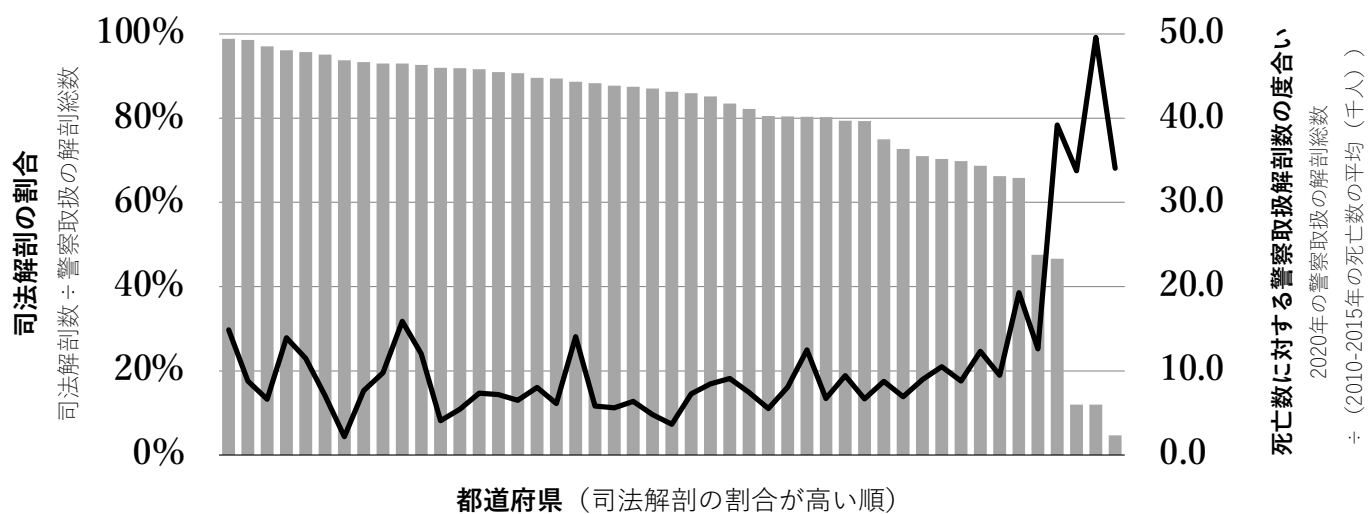


都道府県（法医学者による死亡診断書（死体検案書）記載の割合が小さい順）

（18歳未満の剖検例のみ抽出，n=3,599。2017-2020の人口動態統計より独自解析） 報告者作成

子どもの死因究明に関する地域差

警察取扱解剖のうち司法解剖（全年齢）の割合（2020年）

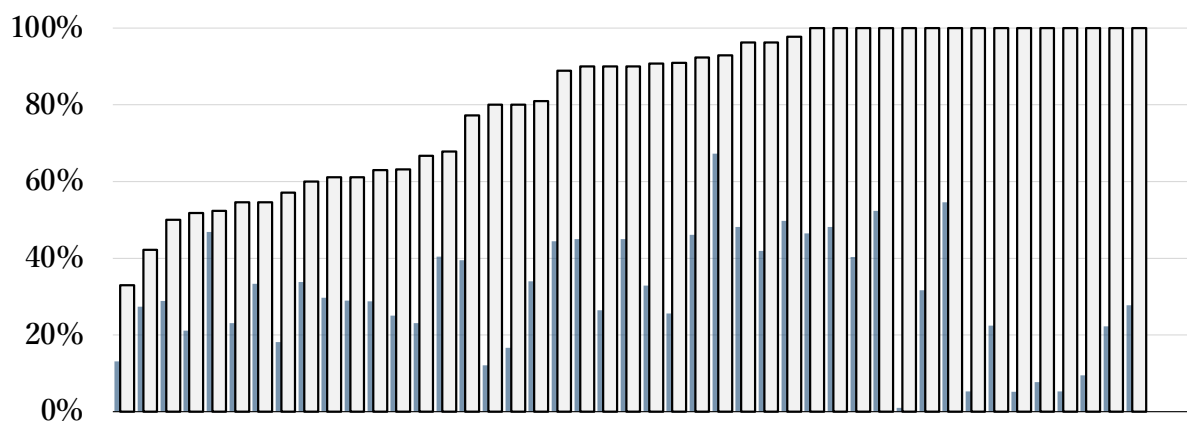


都道府県（司法解剖の割合が高い順）

（警察庁資料を参照に作図） 報告者作成

子どもの死因究明に関する地域差

18歳未満の法医学解剖のうち司法解剖の割合(2017-2019年)



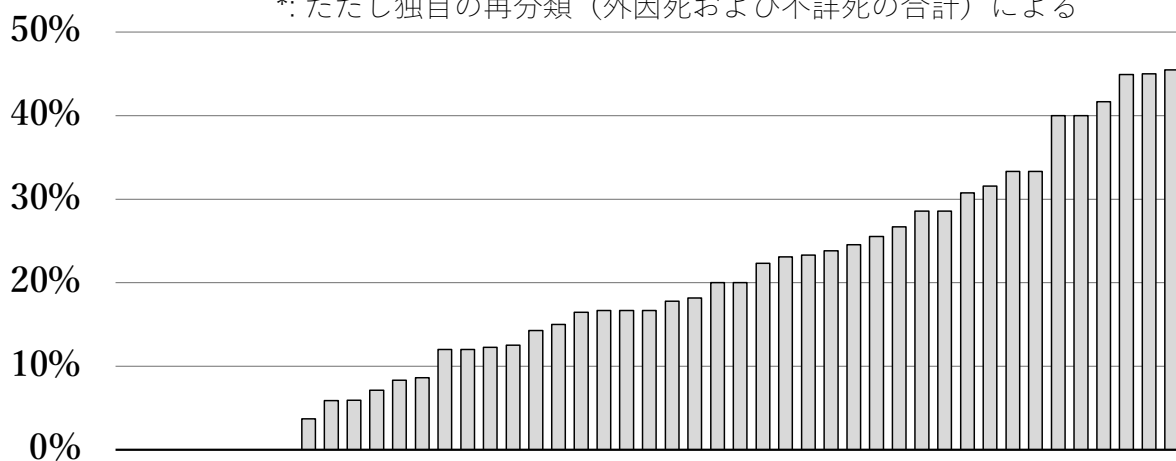
都道府県（司法解剖の割合が小さい順）

（2017-2019の法医学鑑定例概要より独自解析，n=1,419） 報告者作成

子どもの死因究明に関する地域差

0歳の異状死*のうちSIDSと診断された割合(2017-2020年)

*: ただし独自の再分類（外因死および不詳死の合計）による



都道府県（SIDSと診断された割合が小さい順）

（2017-2020の人口動態統計より独自解析，n=1,807） 報告者作成

Child Death Review

予防のためのこどもの死亡検証

死亡調査票

都道府県	死亡年	事例番号

1. 調査者について

職種	医師・看護師・保健師 MSW・その他医療職 その他行政職・その他	事例との関わり	生前に主担当・生前に長期の関与 生前に一時的な関与・死亡時のみ関与 死亡後のみ関与・特に関与なし
----	--	---------	--

2. 事例の基本情報

死亡時	年月日	年齢	性別	男・女
☐ 不明の場合チェック				
出生時	出生体重	g	在胎週数	週
☐ 不明の場合チェック				
			周産期の問題	有・無
☐ 不明の場合チェック				

3. 死亡の状況



：検証すべき事項あり

死亡診断書（死体検案書）から転記する

調査者の評価

死因

直接死因（ア）

アの原因（イ）

イの原因（ウ）

ウの原因（エ）

間接死因等

外因死の状況

外因の関与があるか



不詳の要素があるか



2.自殺 4.悪性 5.急性 6.慢性 7.先天 0.不詳

1.他為 自傷 3.外因 疾患 傷病 疾患 異常 8.周産 9.感染 SIDS

原死因：○

死因とは無関係：×

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

身体所見

体格

年齢相応・相当小さい(<-2SD)・小さい・大きい

外表所見

死亡に関係するもの

死亡に直接関係しないもの

検査所見

画像

☐ 単純Xp ☐ 全身骨Xp ☐ CT ☐ MRI ☐ 超音波 ☐ 眼底検査

解剖

☐ 病理解剖（3腔・頭部を除く・一部・ニードルネクロプシー） ☐ 不明

☐ 法医学解剖（司法解剖・調査法解剖・承諾解剖・詳細不明） ☐ 監察医解剖

所見

死因に直結する所見あり・死因に間接的に関係する所見あり

死因には関係しない所見あり・もともと存在する所見を確認した

特記すべき所見なし

所見不明の場合



*死亡診断（死体検案）した場所ではなく、死亡につながる急変事象が発生した場所について記載

死亡の状況

死亡場所*

病医院（入院中・外来）・自宅・日常生活場所・
長期滞在場所・短期外出先

急変に該当

する・しない

事前から死が予期

された・されない

救急搬送

された・されない

関連する人物や物体

死亡の**直接的な原因**となる人物/物体がある

死亡に**関連する**人物/物体がある

死亡に**影響しう**る人物/物体がある

特に影響を及ぼしうる人物/物体は**見あたらない**

急変の ☐ 第三者

目撃者 ☐ 家族 ☐ なし

4. 医学的背景

：検証すべき事項あり

基礎疾患

☐ 無・有

基礎疾患「有」の場合は、下記にも記載

診断名					
生まれつきの問題か	はい・いいえ	過去の外因に起因	する・しない	原死因に該当	する・しない
生命リスク	確実に 短寿命・ハイリスク・予後に影響しうる ・影響少ない・特になし				
投薬の有無	生命に直結する投薬・生活の質に影響する投薬・影響少ない投薬・特になし				
医療的ケアの有無	☐ 在宅人工呼吸器 ☐ 在宅酸素療法（常時） ☐ 在宅酸素療法（要時） ☐ 気管切開 ☐ 経静脈栄養 ☐ その他（ ）				
☐ 無・有 →	在宅医療に関連する死亡か				
	はい・いいえ	終末期であったか			はい・いいえ

成育状況

運動発達*	年月齢相当・遅れ・不明	→	歩行可・立位まで可・座位まで可・寝たきり
発達特性*	特になし・あり・不明	→	☐ 精神発達遅滞 ☐ 自閉スペクトラム ☐ 注意欠陥多動スペクトラム ☐ 学習障害
* 該当する場合、右欄にチェック			

身体管理

健診歴	すべて受診・半分以上受診・半分以上の受診・受診歴なし・不明		
指摘*の有無	有・無・？	*→ 指摘事項に対して	対応した・対応していない・不明
予防接種歴	任意も含め概ね接種・定期接種のみすべて接種・半分以上・半分以上・不明		

5. 社会的背景

：検証すべき事項あり

家庭の環境

同居家族	☐ 実父 ☐ 実母 ☐ 祖父母 ☐ その他親族 ☐ 養父 ☐ 養母 ☐ 未婚のパートナー ☐ きょうだい（本人含め 人） ☐ その他の同居者 ☐ 集団生活 ☐ 不明	養育困難の背景 ☐ 有・無・？ 行政による個別支援 ☐ 有・無・？ 転居歴 ☐ 有・無・？ こどもに対する懸念 ☐ 有・無・？
------	--	--

社会的支援

生前	要対協の対象	☐ 該当・非該当	児相通告/相談歴	☐ 有・無・？	児相介入歴	☐ 有・無・？
死亡後	心理的ケア*の提供	☐ 有・無・？				
* グリーフ・ケア等を想定する						

6. 死後の対応

：検証すべき事項あり

警察通報	☐ 有・無・？	院内の 医学的検証	☐ 有・無・？	多職種検証	☐ 有・無・？
児相通告	☐ 有・無・？	院外の 医学的検証	☐ 有・無・？	多職種検証	☐ 有・無・？
CPT起動	☐ 有・無・？	実施された既存検証等			
医療事故調	☐ 有・無・？				

令和 6 年 4 月 4 日

こども家庭庁長官 殿

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 丸 山 彰 一

次の職員の令和 5 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	名古屋大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

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5年度こども家庭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

2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 研究所 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 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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 独立行政法人国立病院機構
所属研究機関長 職 名 四国こどもとおとなの医療センター
氏 名 院長
氏 名 横田 一郎

次の職員の令和5年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 小児アレルギー科医長
(氏名・フリガナ) 木下 あゆみ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 兵庫医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 鈴木 敬一郎

次の職員の令和 5 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 法医学講座 准教授
- (氏名・フリガナ) 山本 琢磨 (ヤマモト タクマ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 都立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（元号） 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）都立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（オボナイ トシマサ）

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）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 国立大学法人三重大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 伊藤 正明

次の職員の令和5年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学系研究科・教授
(氏名・フリガナ) 小谷 泰一・コタニ ヒロカズ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

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（元号） 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 救急診療部 副院長・統括部長
(氏名・フリガナ) 植松 悟子 (ウエマツ サトコ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 前橋赤十字病院

所属研究機関長 職 名 院 長

氏 名 中野 実

次の職員の令和 6 年度こども家庭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

2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究

3. 研究者名 (所属部署・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 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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

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

次の職員の令和6年度こども家庭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

2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 緑園こどもクリニック 院長

(氏名・フリガナ) 山中 龍 宏

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 愛知医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 祖父江 元

次の職員の（元号） 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 加齢医科学研究所・准教授
(氏名・フリガナ) 宮原弘明 (ミヤハラ ヒロアキ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	愛知医科大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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6年4月3日

こども家庭庁長官 殿

機関名 横浜市立大学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 石 川 義 弘

次の職員の令和5年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学研究科 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 井濱 容子 ・ イハマ ヨウコ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 聖マリアンナ医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 北川 博昭

次の職員の令和 5 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 小児科学・講師

(氏名・フリガナ) 松永 綾子・マツナガ アヤコ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 聖マリアンナ医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 北川 博昭

次の職員の令和 5 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 小児科学・特任教授
(氏名・フリガナ) 川口 敦・カワグチ 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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 聖マリアンナ医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 北川 博昭

次の職員の令和 5 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死亡を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 小児科学・主任教授

(氏名・フリガナ) 清水 直樹・シミズ ナオキ

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 総合病院国保旭中央病院
所属研究機関長 職 名 病院長
氏 名 野 村 幸 博

次の職員の令和5年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 小児科・部長
仙田 昌義 (センダ マサヨシ)

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)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 甲南大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 中井伊都子

次の職員の（元号） 年度こども家庭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
2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 甲南大学法学部・教授
（氏名・フリガナ） 松原英世・マツバラヒデヨ

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）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。

こども家庭庁長官 殿

機関名 国立大学法人長崎大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 永安 武

次の職員の（元号）令和6年度こども家庭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

2. 研究課題名 子どもの死を検証し予防に活かす包括的制度を確立するための研究

3. 研究者名 （所属部署・職名） 多文化社会学研究科・多文化社会学部・准教授

（氏名・フリガナ） 河村 有教 ・ カワムラ アリノリ

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）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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. こども家庭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。