令和六年度　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

令和六年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　沼口　敦

令和 7（2025）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（第 2 報） ———— 23

竹原　健二，矢竹　暖子

2. わが国の CDR に対する法的観点からの考察 ———— 39

沼口　敦，小佐井 良太，松原 英世，河村 有教，木下 あゆみ，仙田 昌義，
内田 佳子，藤田 香織，根ケ山 裕子

3. 若年者を対象とする CDR の啓発の試み ———— 48

沼口　敦，木下 あゆみ，仙田 昌義，家入 香代

（添付資料）こども（中学生および高校生）によるチャイルド・デス・レビューは可能か

沼口　敦

4. 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 3 報） ---------- 64

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

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

5. 乳幼児突然死診断基準に関する検討 ----------- 84

小保内 俊雅，小谷 泰一，山本 琢磨，沼口　敦，菊地 洋介，
松岡 健太郎，槇野 陽介，窪田　満

7. 保育施設における就寝中の乳幼児の死亡事案に関する検証 ———— 90

小保内 俊雅，斎藤 雄弥，猪熊 弘子，窪田　満

8. わが国の乳児の安全な睡眠環境に対する意識の調査 ―――― 99
沼口　敦，小谷 泰一，小保内 俊雅，松永 綾子，内田 佳子，
坂本 昌彦，菊地 洋介，長村 敏生，青木 康博

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. 傷害予防の検証のための啓発資材の開発 ―――― 127
植松 悟子，沼口 敦，小谷 泰一，小鹿 学，佐々木 理，
内田 佳子，梅本 正和，大平 智子，富田 慶一，森脇 太郎

9. 事故による死亡例の検証　～ CDR として，どのような取り組みができるのか？
―――― 130
山中 龍宏，北村 光司，西田 佳史，宮崎 祐介

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. グリーフを抱えるすべての方へのグリーフケアの提供 ―――― 145
木下　あゆみ，仙田 昌義，沼口　敦，青野 美保，秋山美智子，
阿部 春季，家入 香代，尾角 光美，片山 文，菊地 祐子，種市 尋宙，
野澤 正寛，森 合音，森重 裕二，吉川 優子
（添付資料 1）シンポジウム広報
（添付資料 2）香川県妊娠出産包括支援推進事業資料（2025.3.21）
（添付資料 3）グループワーク「市町の窓口でグリーフカードを使うには」資料
（添付資料 4）CDR におけるグリーフケアに関するアンケート報告書

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ―――― 172

IV. 巻末資料

1. わが国の乳児の睡眠関連死と寝具の関係について ～人口動態統計の解析より～
―――― 174

2. 「我が国のこどもの予期せぬ事故の実態と予防」(2025/3/9 資料) ―――― 177

3. グリーフケアの啓発資材（動画資材） ―――― 209

Ⅴ. 倫理審査等報告書 ―――― 210

令和 6 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制度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

【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。この過程で明らかになった諸課題に対処するため，CDR を主軸とした多機関による継続的かつ包括的制度の提案を目的とする。各地域における実務者の選定と啓発，死亡事象に関しての情報収集と検証，特に乳幼児の不詳死を中心とした死因究明の均霑化，予期せぬ傷害に関する情報収集および予防，遺族への悲嘆ケアの提供，一般市民への広報と啓発，等を行う包括的制度を提案し，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。

【方法】

CDR の各段階（(準備-) 情報収集-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，以下の 5 課題を設定した。

（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，その効果的な運用を探索する課題である。最終年度には，同事業の実務支援と実地調査の知見を基に中央支援事業との連携を保ちながら主要課題全体を統合し，わが国の CDR のありかた，地域における子どもの死亡に対応する仕組みの基盤を探索した。

（課題 2）乳幼児突然死(SUID) の死因究明と予防対応策の探索：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すすめながら SIDS 診断ガイドラインおよび運用案の改訂に着手した。

（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。各種の工学的検証のデータ蓄積を進め，環境整備と注意喚起の普及の具体的な方策を探索した。

（課題 4）こ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：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を整理して各地域での実践体制を探索する課題である。遺族に提供されるケアの現状調査，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継続し，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，収集するべき死亡関連情報を探索し，簡略版のデータ収集様式を提案した。

これら 5 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。

【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同事業の運用は臨床実務者の負担が過大であり，CDR の全国展開には法的基盤の整理が必須である。検証実務者の養成，地域における研修，一般国民層への啓発を試験実施し有効性を確認した。併せて疫学解析を継続した。これらを基盤として，地域でこどもの死を包括的に対応する体制の整備に関するガイダンスを提案した。

（課題 2）課題 3 と連携して睡眠中の乳児突然死に関する医療情報の収集，疫学的探索，および保育中の睡眠中突然死の既存報告の検証を行い，各種学術団体と連携して SUID 診断基準の改訂の基本方針を定め，概ね 1 年以内に完了見込みまで到達した。国民調査を基に予防啓発の基礎資料を制作した。

（課題 3）205 医療施設 2165 死亡事例情報を収集，29 事例の工学的検証をとりまとめて今後の情報の集約と専門検証のあり方を考察し，CDR で用いる「わが国の CDR / こどもの傷害予防ガイダンス」を編纂した。

（課題 4）各地域でのグリーフケアの内容と提供体制を提案する「わが国の CDR / グリーフケアガイダンス」を編纂した。

（課題 5）CDR における初期調査とスクリーニングに用いうる「死亡調査票（簡易版）」を提案した。

【結論】

CDR を運営する多機関多職種からなる協議体は，地域でこどもの死を検証して予防に活かすための包括的な制度となる。ガイダンスを参照して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が図られることが望まれる。また，各地域でこの制度を有効稼働するための全国的な支援の確立が望まれる。

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法科学分野・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
小佐井　良太	福岡大学・法学部・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,情報収集，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。続いて第二(2023)年度には，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した。各方面への調査によって明確になった課題について解決の糸口を探索した。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，遺族支援を探索した。

最終（2024）年度には，各主要課題に対する探索を継続し，各地域での CDR の稼働を目指した「子どもの死にかかる包括的な制度」の構築と稼働のための方策を提案する。ここには，実務者の選定と啓発，死亡事象に関しての情報収集と検証，特に乳幼児の不詳死を中心とした死因究明の均霑化，予期せぬ傷害に関する情報収集および予防，遺族への悲嘆ケアの提供，一般市民への広報と啓発，等の項目が含まれる。

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。

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。

最終年度には,CDR モデル事業の実務支援と実地調査を継続した。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ありかた,啓発のありかた,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 への人的支援のありかたを多方面にわたって探索した。中央支援事業との連携を保ちながら主要課題全体を統合し,わが国の CDR のありかた,地域における子どもの死亡に対応する仕組みの基盤をガイダンスとして多面的に提案する。

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。これまでに,

最終年度には,乳幼児の突然死について環境疫学的な検討をすすめるとともに,均霑化された死因究明,グリーフケア等についても包含する SIDS 診断ガイドラインおよび運用案の改訂に着手する。

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。

最終年度には,工学的検証にかかるデータの蓄積を進める。家庭,養育環境,公共の場などに応じた環境整備,注意喚起の普及のためのガイダンスを提案する。

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。これまでに，医療機関内にではなく，医療機関外にグリーフケアを提供する体制が構築されることが望まれることを明らかにし，これに用いうるグリーフカードを提案してきた。

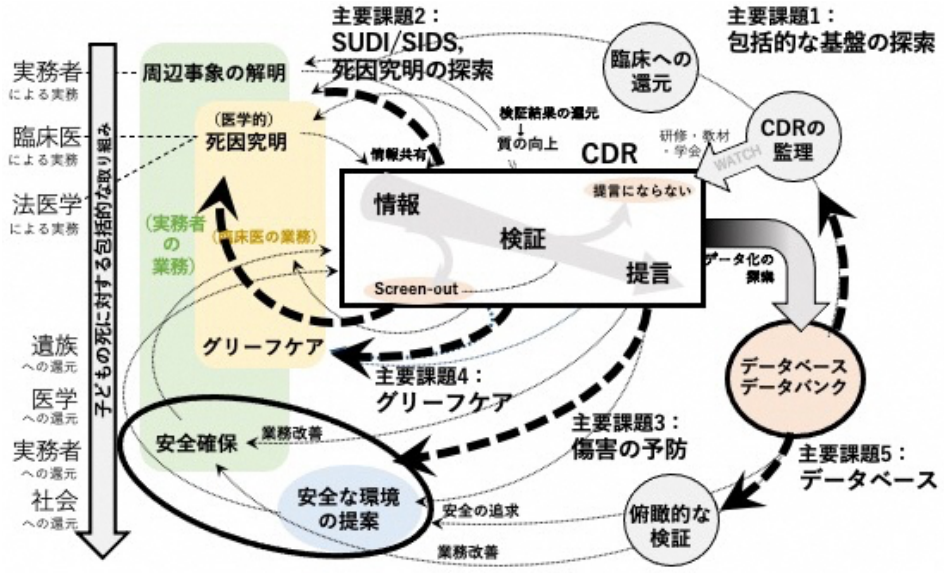
最終年度には，子どもの死亡に際して遺族に提供されるケア，特に医療機関外でのグリーフケアの実態調査，およびニーズアセスメントを継続する。その結果に基づいて，社会制度としての遺族ケア提供のありかたを探索し，ガイダンスとして提案する。

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。これまで，CDR で収集する死亡関連情報の集積様式を探索し，簡略版のデータ収集様式を提案した

最終年度には，主要課題 1 と連携して CDR モデル事業の観測と支援を継続し，その知見をもとに，テキストファイル分析等の実用的な死亡事例データベースの探索を目指す。また，簡略版データ収集様式の運用の可能性につき探索する。

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

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，第一に，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に着目し，この事業体のありかたおよび支援を探索することで，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。

また第二に，将来の全国展開を考慮した場合に，地域によらず共通する課題がありうると想定されるため，その探索を行うことを企図した。

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，沼口，溝口，木下は，矢竹（研究協力者）とともに，複数自治体のモデル事業における各種会議（6 自治体で計 15 回の多機関検証(概観検証)会議，推進会議，政策提言会議）に出席し，議事進行等実務の観察および支援を行った。

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 での検証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継続実施した。合計 34 件の回答を解析した結果，同意取得の業務負担は大きくないが心理的負担は大きいこと，心理的な負担を感じながらも CDR の重要性を鑑みて同意取得を試みても現在の方法では同意は半数に満たない可能性が示された。この結果は、こども家庭庁 HP で公表されている『「令和 4 年度予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業」参加自治体による事業実績報告書および事後評価のまとめ』に記載された，「同意取得のために説明ができた事例のうち，同意の得られたものは 48.8%にとどまった」との報告と酷似した。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，その手続きの実態に関して評価と検討が求められると考察された。

（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（第 2 報）」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，モデル事業における検証会議体の自己評価を支援した。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を確認し，「わが国の CDR 運営ガイダンス「**1-7-2. 参加者の準備実装状況と内的準備性の評価**」」の改訂につなげた。

1-2. 検証実務者の支援と，ファシリテーター講習会の開発運営

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。2024.5.15 から 2025.1.16 までの 6 回（120-140 分/回，14-20 名），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。また，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参加者からの意見を受けて，対面会議による「第 3 回チャイルド・デス・レビュー模擬検証」の開催に至った（課題 1-3 を参照）。

日付	参加者	主な議題
2024/5/15	15	（模擬）事例検証 傷害予防に関する情報提供のありかた
2024/6/17	17	（模擬）事例検証

		こども家庭庁による CDR モデル事業のデータ収集につき情報共有
2024/10/28	17	（模擬）事例検証 地域支援企画のありかた
2024/11/18	20	（模擬）事例検証 乳児の睡眠中突然死と，その対処について
2024/12/16	19	（模擬）事例検証 「傷害予防ガイダンス」について 情報開示請求への対処
2025/1/16	14	予防接種後の突然死 保護者への「同意」について

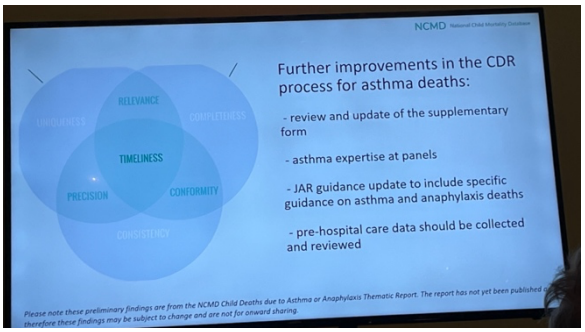
【表 1. 検証実務者によるオンライン意見交換会】

沼口，仙田，小谷，木下，内田（研究協力者），佐々木（研究協力者）は，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）を育成することを目的とした「ファシリテーター講習会」の開発を継続した。前年度までに試作した資材を利用して，第 3 回ファシリテーター講習会を開催（2024.6.29 岡山）した。既にモデル事業で検証実務を担当している医師に加え，事業開始時には当該業務に携わりたいと考える医師を含めた 10 名で，複数の事例検証を用いて実践的に，CDR におけるファシリテートの留意点，TIPS について討議した。

事業開始時までに当該業務を担う専門職がそれぞれの地域で育成される必要があり，このような研修の広範展開は急務である。しかし，ひとたび事業が稼働した後は，該当地域では当面の間，さらなる育成を必要としない。また，一つの地域につき同時に数名の育成を要する事態も想定されない。そのため，地域差の少ない一律の教育システムが全国レベルで稼働することが望ましい。

【図 2. 第 3 回ファシリテーター講習会（2024.6.29）】

また沼口は，前年に引き続き英国で開催された「Association of Child Death Review Professionals Annual Conference」に参加し，CDR 実務者を対象とした啓発事業の実例を詳細に観察した。保健職（わが国において，保健師，ソーシャルワーカー，児童福祉士等が該当する）を中心とした全英 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およびワークショップが展開された。法令の改正等に関する伝達講習，定められたテーマに関する講義や実務報告，課題に関する参加者間の討論などが熱心に行われていた。今後わが国でも，検証実務者等の質の均霑化や情報のアップデート，相互交流を目的とした同様の研修会が有益であると想定される。このような事業の構築が強く望まれる。



【図 3. Association of Child Death Review Professionals Annual Conference の風景（2024.11.14-15）】

1-3. CDR スタートアップの支援の探索

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「地域支援企画」を構築し，複数の自治体関係者や実務者等を対象に，模擬検証を含む研修を実施した。

前年度までの探索により，実際の CDR を模した模擬検証は医師等に対して CDR 実務に関する周知に寄与し，既存他制度との共存あるいは棲み分けについての理解を促すことが確認されている。しかし，CDR 実務には医師以外の複数職種も関わるし，そもそも地域における制度設計段階では行政職を含む多職種の協働が必須である。そこで，模擬検証を含む研修が，医師以外の複数職域にとっても有効たりうるかを実証的に検証した。

開催希望の申し出があった 4 地域（佐賀県，石川県，愛知県，東京都（世田谷区））において，表 2 のとおり研修を開催した。分担研究者および研究協力者を中心スタッフとし，さらに各地域で複数職域の現地協力者を推薦してもらい，合計 7 名程度によって運営した。

事前講習を，オンライン 1-2 回＋直前に対面 1 回とし，

① **CDR に関する講義**（簡略版）
② **模擬検証動画**（理想的な CDR の場面。厚労科研（沼口班，2020）による啓発資材）の視聴
③ **実演予定の模擬検証の台本の検討と練習**（1-2 回）

を行った。事前講習に参加した現地協力者は，当日の聴講者に比べて明らかに CDR に対する深い理解を獲得し，医師ではないものの，将来的に当該地域で CDR ファシリテーター（課題 1-2 参照）としても活躍しうることが期待された。

当日の研修は 120 分前後の構成とし，

① **CDR に関する講演**
② **模擬検証動画**（進行に難があり有効ではない CDR の場面。厚労科研（沼口班，2020）による啓発資材）の視聴，討論，および解説
③ **模擬検証の実演**（予め策定した第 1 事例の台本を用い，分担研究者，研究協力者，現地協力者が実演）
④ **模擬検証の一部実演**（予め策定した台本を用いて第 2 事例の導入のみ）**の後，参加者による模擬検証**（分担研究者等によるファシリテートによるグループワーク）
⑤ **参加者による発表，意見交換，および講評**

と構成した。模擬検証（グループワーク）において，参加者は事例から潜在的な課題を複数抽出し，職種に応じた具体的な政策提言を提案することが観測され，また高い満足度が表出された。

このような研修は各地のスタートアップを加速し，CDR の全国展開が有効に実現する鍵となりうる。ただし，開催のための人員と人件費等（交通費等を含む）の確保は課題である。

日付	地域	主な参加職域（職種）
第 1 回 2024/10/5	佐賀	医療（医師），母子保健（保健師），児童福祉（児童福祉司，警察官），教育（養護教諭）
第 2 回 2024/12/7	石川	医療（医師，初期研修医，看護師，MSW），母子保健（保健師）
第 3 回 2025/1/8	愛知	医療（医師，看護師，MSW，病棟保育士），母子保健（保健師），児童福祉（児童福祉司，弁護士），教育（SSW）
第 4 回 2025/3/20	東京	医療（医師，MSW），母子保健（保健師），児童福祉（児童福祉司，児童心理司，弁護士），その他

【表 2. 地域支援企画】

【図 4. 第 4 回地域支援企画（2025.3.20）】

なお，本課題については「わが国の CDR 運営のためのガイダンス「**1-2-4. コアメンバーの共通認識の構築**」「**1-3. 研修と啓発**」に詳細を紹介した。

1-4. CDR に関する教育啓発の探索

CDR を全国展開する上で，CDR の取り組みが「一部の特殊な集団による」「特別な取り組み」ではなく，国民全体にとって必要な普遍的な取り組みと理解される必要がある。そのための教育啓発の対象を，①地域等で CDR を推進する層，②死因究明を担当し CDR への積極的な情報提供を担う医師の層，③情報や考察を提供し CDR の検証を支える関係職種の層，④一般国民の層，⑤そのうち当事者たるこどもの層に層別化することを想定し，それぞれに適切な啓発の探索を継続した。これらのうち，①推進層については課題 1-2 が重複する。

沼口，仙田，木下，内田（研究協力者），佐々木（研究協力者）は，日本小児科学会との共催により，「小児死亡時対応講習会（第 6 回，第 7 回）」を継続開催した。これは，上記②の層に相当する臨床医（主として小児科医）を対象とする。小児死亡に対する臨床現場でのふるまいから医学的死因究明のありかた，CDR の準備など，特に臨床医に必要な業務の要点を事前学習する e-learning 資材を開発し，さらに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。合計 70 人超（これまでの合計のべ 300 人超）が参加し，高い満足度が表出された。

【図 5. 小児死亡時対応講習会（第 6 回於岡山 2024/6/30（上）および第 7 回於金沢 2025/3/8（下））】

また沼口，仙田，木下は，日本小児科学会予防のための子どもの死亡検証委員会に所属する複数の研究協力者（内田，佐々木，小鹿ほか）らとともに，日本小児科学会の後援のもと第 3 回模擬検証を開催した。課題 1-3 に報告した「観覧を前提とした模擬検証」を拡張し，複数の専門職の参加するより現実の CDR に近い検証を経験することで，CDR に対する理解を深めることを目的とした。参加者は，各方面の有識者の意見によって幅広い検証が可能になることを実体験し，高い満足度を得た。さらに，この模擬検証は，課題 1-2 で養成された CDR ファシリテーターが，現実に近い検証を経験する重要な機会を提供する機能を併せ持つことも確認された。このような事業は，②医師および③関係職種に対する啓発であると同時に，①推進層に対しても CDR の経験と実感を提供する機会である。

【図 6. 第 3 回模擬検証（2025.3.9）】

沼口，家入（研究協力者）は，上記⑤の層を対象とする若年者への教育啓発について探索した。これまで CDR には，いちばんの当事者で

ある「こども」への理解の視点が欠落していたことに着目し，特に若年者において「死に関する話題を聞くこと」「これを基に討論を試みること」が可能かを探索することを目的として，講習を策定した。対象を，①一般の中学生および高校生，②一般の（医療関係以外の）大学生，③看護学部の大学生，④医学部の大学生とした。対象ごとの問題の捉え方の違いが観測されたが，いずれにも格段の問題なく講習を展開できた。①に関して，「こども（の意見）を CDR のために用いる」ことは，準備や誘導に大きな工夫が必要だが上手くいけば潜在的な期待は大きいこと，一方で「CDR をこども（の教育）のために用いる」ことは比較的容易に可能で効果が大きいことが観測された。②〜④に関して，当該年代層は押し並べて CDR の意義や必要性には賛同すること，自身が社会の安全維持に寄与するありかたについて深く考察する契機となることが観測された。ただし，導入（動機づけ）や要時のケアの体制の担保が課題であると確認された。

（分担研究報告「若年者を対象とする CDR の啓発」参照）

1-5. CDR に関する法的検討等

沼口，木下，仙田，小佐井，河村，松原は，研究協力者（内田，藤田（弁護士），根ケ山（弁護士）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主として法の観点から考察を重ねた。

CDR を実現するための法に関して，既存法の改定か新規特別法の制定かの方法がありうると考察された。いずれにせよ法には，

① CDR が公衆衛生の向上を目的とした公益のための事業であるとの目的と理念が明示されるべきこと，

② 実施主体として都道府県および国が明示されるべきこと，これに加えて，その他の機関等との関係の整理が図られるべきこと。

③ 実施主体について，行政の内部もしくは外部の別について規定して明示すること，

④ 事業内容を明示すること，

⑤ 事業遂行のためのルールを明示すること，特に CDR 実施主体の情報収集権限，および情報提供側の義務あるいは努力義務について規定すること，

⑥ CDR における情報等の利用と広報についての定めを明示すること，

⑦ 守秘義務等についても明示されるべきことが望まれると考察された。

CDR への同意取得に関して，「何についての同意を得ようとしているか」について解釈のばらつきが観測されることを報告し，事業を全国展開して情報や結果の集約を図るために，その解消が必要と考察した。そもそも同意を必要とする理由について，法的手続きに求められることに加えて，遺族等への配慮の一環として必要とする指摘を取り上げ，遺族に提供するべきは「同意の取得」というより「丁寧な説明」であると考察した。このための啓発は，一般国民のみならず関係者に向けても進められる必要がある。

CDR における情報収集に関して，現行の調査（捜査）機関からもたらされる既存情報が十分でなかった場合においても，CDR が調査主体として新規情報を収集する機能の実装は，下記の理由から現実的ではないことが指摘された。

① 捜査権を有する新たな組織の設立や，調査する仕組みの整備には多大な社会資源と時間を要すること，

② 単一事象に関して，複数の機関から繰り返し捜査（調査）される個人の心理的負担等を勘案するべきであること，

③ 繰り返し捜査（調査）される経過において「記憶の汚染」が発生しうる懸念があること，このため捜査（調査）の順序を定める目的で情報の正確性を重視する度合いに関して各機関等の順位づけを評価する事態になること，

④ 機関間で情報の差異が認められた場合に，

どちらがより正確か等の争いが生じる懸念が生じうること,
⑤ 現行当局と情報の「取り合い」あるいは「双方とも手を出さない」状態に陥るリスクが生じうること,
⑥ 新たに捜査（調査）する場合に結果に関する説明責任が発生しうるが,その対応には困難が想定されること,その対応を可能とするため,かなり綿密な職員教育を要すること。

そこで,特に警察の保有する情報については,情報の種類を区分し,CDR のため必要な情報の共有依頼の手続きについて探索が望まれると考察された。

CDR の全国展開に向けて必要な法的手当がなされ,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 に対する法的観点からの考察」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，仙田は，小西（研究協力者）ほか日本小児科学会 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目的外閲覧申請を行い,こどもの死亡の疫学解析を行った（課題 3-2 と連携)。

これまでの統計資料にない各種統計表を作成し，さらに，乳幼児の睡眠中の突然死（課題 2-2 と連携)，熱中症による死亡（課題 3-1 と連携）等のサブ解析も追加し，CDR における検証で用いうる基礎資料とした。

（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 3 報)」参照）

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. 乳幼児突然死の診断基準改訂の取り組み

小保内，小谷，山本，沼口は，日本小児突然死予防医学会との協働により,「乳幼児突然死症候群（SIDS）診断の手引き 改訂第 2 版（2006，日本小児突然死予防医学会（旧日本 SIDS 学会，旧日本 SIDS・乳幼児突然死予防学会))」の改訂を開始した。

2005 年の SIDS の定義改定以降，原因不明の乳幼児突然死（SUDI）の割合が増加した。その理由や対策等について全国の法医学講座等への調査を行い,①遺伝子検査など最新の検査にかかる環境整備,②臨床情報や死亡状況調査結果が診断医に伝達されるシステムの構築，さらに③「診断の手引き」を現在の医学や医療体制等に対応するよう改訂すること,が今後必要な要望として挙げられた。これに対応した改訂作業である。

診断基準検討委員会を法病理医，病理医，小児科医を中心に構成して討議を重ね,改訂の基本方針として

・手引きは，医学的分類，医学研究，グリーフケア，チャイルド・デス・レビューへの貢献を目的とする。
・個々の医師による診断の支援となる分類手順・検査を提示する。
・SIDS 以外の死因診断（推定）は客観的所見を基盤とする。
・SIDS の定義に記されている剖検・死亡状況調査（DSI; Death Scene Investigation)・病歴調査 （以下「必須検査」）を実施したうえで死を説明しうる所見が認められない場合に，診断医の判断によって SIDS と診断する。
・必須検査を実施したうえで死因を説明しうる所見が認められない症例でも,他の要因による死亡の可能性が完全に否定できないとの疑いが残る場合は，死亡診断書（死体検案書）の記載を「乳幼児突然死」とし，必要に応じて「その他特に付言すべきことがら」の欄にその理由などを付記する。
・「乳幼児突然死」とした症例の死亡診断書（死体検案書）における死因の種類について,「病死及び自然死」であると判断（推定）される場合は死因の種類の(1)を，外因死も否

定できない場合は（12）を選択する。
・本手引きで補充検査を紹介するが，それを追加実施するか否かの判断は診断医の裁量に委ねる。なお，補充検査を実施しても死因を説明しうる所見が確認されなかった場合も，必須検査を基にした場合と同様に取り扱う。
等を定めた。複数の担当小委員会を構成し，詳細の内容についての検討を継続することとなった。

（分担研究報告「乳幼児突然死診断基準に関する検討」参照）

2-2. 乳児の睡眠環境と安全確保に関する調査

沼口，小谷，井濱，松永，山本は，乳児の睡眠中突然死の疫学について探索した（課題 1-6 と連携）。2007 年，2012 年，2017-2022 年の 8 年間を対象とすると，1 歳未満の睡眠中突然死 681 件(同年齢の死亡全体の 4.5%)のうち，死亡個票の「手段および状況」に寝具に関する記載がみられた例が 75 件であった。「寝具類が顔面に巻きついていた」「寝具類が顔を覆っていた」等の寝具に関連する死亡態様は，月齢 1～2 から発生し，月齢 15 以降は発生を認めなかった。

この調査結果は，こども家庭庁による SIDS 予防のキャンペーンで「乳児に掛け布団の使用にはリスクがある」ことを新たに啓発する契機として利用され，また日本小児科学会による「乳児の安全な睡眠環境の確保について　/ 2024 年改訂「寝ている赤ちゃんのいのちを守るために」(こども家庭庁)に関する見解」(2025 年 1 月 28 日)の参考資料としても引用された。

（巻末資料 1「わが国の乳児の睡眠関連死と寝具の関係について ～人口動態統計の解析より～」参照）

また沼口，小谷，小保内，松永は，日本小児突然死予防医学会の複数の研究協力者（内田，坂本，菊地，長村，青木）らとともに，乳児の睡眠環境の啓発を進める上で基礎資料となる，現在の一般国民の意識調査を行なった。乳児の子育て中，妊娠中，それ以外の各群 600 人を対象とした。乳児を寝かせる環境に対する意識と実態，子育ての安全情報の入手経路について調査した。もしも「掛け布団を使わないで寝かせる」よう勧められたらどう行動するかとの設問に対して，過半数が「推奨されるなら掛け布団を使用しない」と回答したが，年齢層が高く男性の多い「それ以外」の群においてのみ，「推奨されるとしても掛け布団は使用する」回答が「使用しない」回答を上回った。乳児の安全環境について啓発する際に，現在子育て中の親のみならず，周囲の経験者等も含めて広く対象にすることが有効と推測された。引き続き，当該啓発の推進のため本調査結果が基礎資料として活用されることが望まれる。

（分担研究報告「わが国の乳児の安全な睡眠環境に対する意識の調査」参照）

2-3. 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。

2-4. 保育施設における睡眠中突然死の調査

小保内は，斎藤（研究協力者），猪熊（研究協力者），窪田（研究協力者）とともに，乳幼児で見られる睡眠中突然死のうち，保育施設で発生する事例に着目した。

こども家庭庁の収集する 2015-2022 年に発生した就寝中の死亡事案に関わる報告書につき詳細検証を行った。死亡事案の発生は 2015 年（14 件）から 2019 年（5 件）にかけ減少し，自治体向けに発出したガイドライン（2016，こども家庭庁）の効果と推察された。ただし 2019 年以降は横ばいであった。これらの 63%に相当する 41 件は睡眠中に発生した。危険因子として，入園初期，うつぶせ寝，独り寝，不適切な睡眠時呼吸チェック，体調不良が抽出された。最も影響を及ぼす因子は入園初期で，登園開始から 2 週間は 0 歳児および 1･2 歳児に同程度

の危険性があり，登園初日と 2 日目に発生した事案の 66.7%は一時預かりの児であった。

現行の CDR は，地域を基盤に検証する都道府県 CDR モデル事業として実現しているが，希少事案は全国で事例を集約しないと対策の立案は困難である。その集約・検証システムの確立，また死を免れた重大事案も併せて検証するありかたの探索が重要と考察された。

（分担研究報告「保育施設における就寝中の乳幼児の死亡事案に関する検証」参照）

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. 傷害予防の啓発および啓発資材の開発

植松，小谷，沼口は，CDR モデル事業の実践および観測を繰り返し，主として外因死に関して有効な検証がいかに達成されるかを探索した。こどもの外因死は，類似事例が繰り返し発生しており，すでに他の既存制度等により発生要因や対策等についての検討がなされていることも多い。ただし，検討が繰り返されても社会への訴求が一過性だったり，結果の公表が限定的だったり等の理由で，十分に活用されていない場合が散見される。現状を分析し，社会に対して有効な対応を促すためには，すでに各分野において提唱された指針，予防策，啓発等を熟知したうえで，あるいは確認しながら検証に臨む必要があると考察した。そこで，そのための啓発資材の策定を試みた。

木下，仙田とともに，医療従事者（医師および看護師）を主な対象として，こどもの傷害予防に関する研修を開催し（2025.3.9，金沢。第 3 回模擬検証（**研究結果 1-4** 参照）との併催）し，CDR モデル事業で一部実現している多職種検証の手法が，死に至らない傷害事例の検証においても有用であること，部分的に開発中の啓発資材が検証者の支援に有効であることを実証的に確認した。

この結果を受けて，多数の研究協力者とともに，現在の国内外の各種指針を収集し，主として検証実務者あるいは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「**わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）こどもの傷害予防のガイダンス 2025**」を制作した。

（巻末資料 2「我が国のこどもの予期せぬ事故の実態と予防」参照）

【図 7. こどもの傷害予防に関する研修会（2025.3.9）】

3-2. 傷害死の疫学的探索

沼口，植松，木下，仙田は，小西（共同研究者）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 と連携）。2023 年死亡例についてのデータを統合して各種統計表をアップデートし，今後の検証の基礎資料を提供した。この内容の一部は、「**こどもの傷害予防ガイダンス**」の構想および記載に用いられた。

（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 3 報）」参照）

3-3. 予期されない傷害に対する工学的検証

山中は，複数の研究協力者（北村，西田，宮崎）とともに，予期されない傷害を中心に工学的検証を積み重ねてきた。既存報告等ではカバーしきれない新規課題に際しては，このような形式の検証が有効であると考察し，これが「専門検証」の意義であると提案した。

そのうえで，CDR に関して

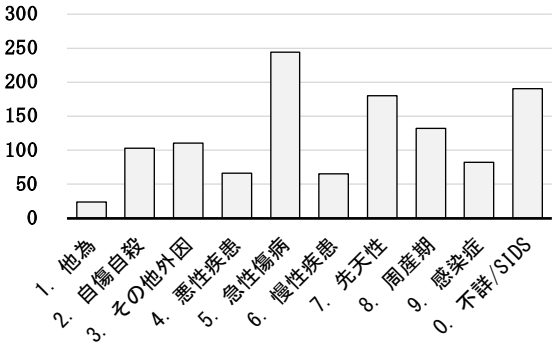
① 遺族の同意を要するとした場合に，検証の機会を逸する懸念が存在する

② 警察情報は非常に重要である
③ 新規課題の解決には課題の集約，専門家の関与が不可欠である
④ 死亡例に限定せず重傷例等も取り扱うことが有用である
⑤ 社会のＣＤＲの認知度を上げる必要がある
⑥ リスクのありうる場面等では平時より現場記録を考慮するべき
⑦ 継続的な検証がなされるべき
などの提案もなされた。
（**分担研究報告「事故による死亡例の検証～ＣＤＲとして，どのような取り組みができるのか？」参照**）

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319 施設のうち 205 施設において 2,160 例の死亡例が確認された。うち 1,314 例（図 8）について，フリーテキストによる死亡時診療情報を蓄積した。症例の構成は，来院時呼吸停止が 720 例（55.6%），受診当日の死亡が 573 例（43.6%），基礎疾患のある症例が 804 例（62.2%），医療的ケアを受けていた症例がのべ 486 例（経管栄養 158，在宅酸素 110，在宅人工呼吸 100 等），原疾患の増悪による死亡が 654 例（51.3%），不慮の事故による死亡が 167 例（13.1%），異状死届出の対象が 426 例（34.5%），剖検あり 309 例（24.6%）うち司法解剖 191 例，医療機関で虐待関与の可能性が疑われたもの 88 例（7.7%），予防可能性が高い 102 例（11.5%），予防可能性あり 218 例（24.6%）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。

調査の積み重ねによって症例数が増加したが，すべての項目に関して前年までの集積情報と傾向が変わらず，医療機関の偏りや回答者の関心などに起因す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 8. 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）

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，わが国のグリーフケアに関する医療従事者等の意識調査を実施した。CDR とグリーフケアに関する意識や実践状況，制度への期待についての回答を解析し，①医療者は死別事例への関与が深く，グリーフケアにおいても実践的支援が多く報告された一方で，②非医療者は知識はあるものの実施に至っていない層が多いことが示され，制度的な役割や体制整備の遅れが浮き彫りとなった。グリーフケアに関して，知識・方法・体制という３つの要素が

共通して重視され，「死後対応」に限らず生前からの支援が必要とする臨床的視点も示された。CDR とグリーフケアは互いに補完する制度・文化として捉えられ，遺族支援のみならず支援者自身のケアも含めた仕組みが求められることが明らかになった。制度運用の困難や支援への葛藤、実体験に基づく意義が多数寄せられ，今後の制度設計や人材育成にはこうした現場の声を反映した丁寧な取り組みが必要である。

また**課題 1-6** と連携して，こどもの死亡の 1 割近くが「グリーフケアの体制が構築可能と想定される（一定以上の規模の）医療機関」以外で死亡診断に至ることを確認した。さらに，遺族に対する聞き取り調査等により，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を確認した。これらの点に着目し，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を継続した。

一般市民を対象としたグリーフケアシンポジウム「子どもの死を想う グリーフケアの現状と課題～地域におけるグリーフケアの可能性を探る～」を開催（2024.9.6 香川）し，参加者によるグループディスカッションを実現した。

また，この成果に基づいて地域で実践するグリーフケアの提供について検討を進め，香川県において保健師等を対象とした研修会を開催（2025.3.21 香川）した。「市町の窓口でグリーフカードを使うには」をテーマとしたグループディスカッションを実施し，グリーフケアの展開の具体的な方策について実務者による意見交換を行った。

これら一連の成果をもとに，主として行政における実務者等が参照するための「**わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）グリーフケア・ガイダンス 2025**」を制作した。

（**分担研究報告「グリーフを抱えるすべての方へのグリーフケアの提供」参照**）

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テキスト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，この活用の方法についての探索を試みた。しかしながら，現状では検証経過の公開や目的外利用の規定がないことから，テキストマイニング等の手法を適用すべきテキスト情報が入手困難であったため，実現には至らなかった。今後，継続的な探索が望まれる。

5-2. 簡易版死亡調査票の検証

前研究班で提案され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）個人情報が包含されうることへの懸念も指摘される。また一部地域において，特に CDR の進行上「選定（スクリーニング）」のプロセスが設置される場合など，既存の情報（死亡診断書等に記載される情報）では情報量が過少であるが，現行の死亡調査票では求められる情報量が過多で担当者の負担が大きすぎる，という意見が聴かれた。これを踏まえ，選定（スクリーニング）のために必要最低限の情報は何かを明確に提示してはどうか等の指摘もあった。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が設計可能であれば，全死亡例を検証対象とするという CDR の理念が実現しやすくなる。

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）の探索を継続した。前年

度に提案した簡易版調査票は,用途として「CDRにおける選定（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」を想定して試作された。CDR モデル事業以外のこどもの死亡情報に対して試用し，実用可能性を探索した。

愛知県において,2021 年に死亡した 18 歳未満の事例について医療機関を対象とする調査研究を行い,171 件(公統計 191 件のうち 89.5%)について,CDR で使用する死亡調査票の形式に準じた医療情報(抄)を収集した。死亡調査票の内容を基に簡易版調査票への転記を試みたところ,62 件(収集された 171 件の 36.3%に相当)に「懸念される点」が確認され,その内訳(重複あり)は,表 3 のとおりであった。CDR モデル事業で簡易版調査票を利用したと仮定すると,先述のとおり,この項目は選定(スクリーニング)において個別検証の対象として抽出する根拠となる。「予防可能性のある事例」を個別検証の対象とする場合,既報告を参照すると,こどもの死亡例のうち 25-30%程度が該当する。簡易版調査票はこの方法に比べて高い抽出率が得られ,有効な調査方法とされうることが確認された。

懸念される点	数
診断書上の死因に『不詳の要素』がある	29
死亡経過に『外因の関与』が読み取れる	21
死因再分類が「0.不詳/SIDS」	20
死因再分類が外因のいずれか	11
社会的背景に懸念点	9
死亡に関与する人あるいは物の存在	7
医学的背景に懸念点	5
死因再分類が「2.自殺」	5
（検査はされたが）検査所見未記載*	3*
既存検証結果の問い合わせが望ましい	1

【表 3. 簡易版調査票で「懸念される点」の一覧，愛知県 2021 年死亡例の独自調査研究による】

*: ただし愛知県において，法医解剖がなされた場合にも，死亡診断書（死体検案書）に「解剖あり」と記載されない場合が多いため，過小評価の可能性がある。法医解剖「あり」と記載される他自治体では，特に司法解剖結果が知らされない等のため，「(解剖）検査結果未記載」の例が増加すると推察される。

D. 考察

1. こどもの死に対する地域の包括的制度に関する考察

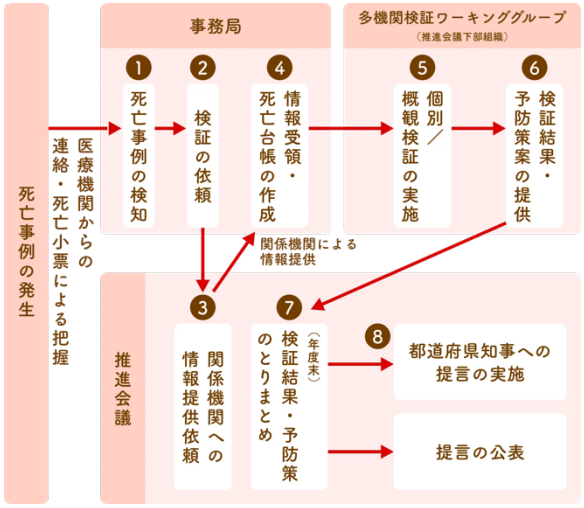
CDR の実現において多機関多職種の連携は必須であり,その体制を地域に策定することにより「こどもの死」に包括的に対応する仕組みが得られる。本研究課題では，複数の観点からその「仕組み」に望まれる機能を探索した。

まず地域で CDR を実施する体制は,こども家庭庁 web ページでは，図 9 のように提案される。母子保健や児童福祉等の行政情報を円滑に取り扱うため，また「予防策実施のための予算を獲得し，施策を実現する」ため，自治体内に実施主体が設置される必要がある。一方で「首長に対して予防策を提言する」ことを事業の目的とするならば,自治体外の組織でなければ難しい。また検証において自由な意見を担保するため CDR の参加者に供述拒否権を与えたり，CDR が所有する文書に対する文書提出命令を拒否する権限を与えるようなありかたを探索する場合に,行政府の一部であると組織の独立性が担保されず,適切にこれらの権利を行使することが想定されにくい。この背景からは,「行政府の外部」に CDR の実施主体が設置されることが理にかなっているかもしれない。これまで複数の都道府県が CDR モデル事業を実現するため，都道府県（庁）内に事務局を，外部に推進会議を設置したが,この構造は上記の理由から有効であり,今後もこの方向での整備が好ましいと考察された。

当該会議体において医師等の医療関係者の役割は大きい。現行の CDR（モデル事業）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,当該情報を理解し咀嚼して他職種に解説する技能は必須である。このような技術を持つ者（小児医療者等）の適切な目的意識,配慮と技術に基づいた関与が望まれる。

同時に，CDR が「部門（専門）横断的」な検

証を理念とすることから，この（後者の）会議体には，こどもに関連しうる多職種を包含することが求められる。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。



【図 9. 都道府県 CDR モデル事業実施体制イメージ（こども家庭庁 web ページより引用）】

本研究課題では昨年度までの検討により，検証会議で積極的な意見交換を育む要素として，参加者の①安心感，②知的充足感，③自己効力感を挙げ，これらは相互に密接に関連することを明らかにしてきた。参加者同士の理解に基づく安心感は，会議における発言への戸惑いを軽減し有効な討議を促すが，逆に有効な討論は知的充足感や自己効力感を生み，結果として安心感に基づく参加者同士の理解を強固にする。このように，CDR は検証参加者間の関係性をより良好にする「正のスパイラル」を形成することを確認した。CDR への参加者は，地域においてこどもの死亡に対応する基幹的な役割を担う者であるので，CDR の実施により地域全体のこどもに対応する機能の向上も見込まれる。今後，CDR の全国展開に際して，このようなメリットがよく周知されることが望まれる。

CDR は死因を究明することを目的とした事業ではないが，適切な死因究明は効果的な CDR の重要な前提である。本研究課題では死因究明のありかたが話題となる死亡態様として，特に睡眠中に発生する乳幼児突然死（SUID）を取り上げ，医学的な死因究明を担う法医学と臨床医学の役割分担，および情報共有のありかたについて探索を継続した。現在の医学や医療体制等に対応するよう診断基準と診断のフローを改訂する必要性を確認し，この作業を開始した（**研究結果 2-1**）。また環境要因等の解析について既存制度を検証した（**研究結果 2-4**）。これらを基盤に，地域における死因究明のありかたについて，引き続き探索が望まれる。

こどもの死を扱う上で，遺族に対する心理的ケア，特に悲嘆に対するケア（グリーフケア）は重要な課題である。これまで医療の一環としてこれを求める者への対応が探索されてきた。しかし本課題では，アプローチできる医療機関のない遺族，潜在的ニーズを有する遺族に対して，情報提供，必要性の一次的評価，必要な場合に提供者につなげる手順等について探索した（**研究結果 4-1**）。いわゆるゲートキーパーとしての機能が，「こどもの死を扱う」地域の包括的制度に含まれる必要がある。

2. CDR のための体制整備に関する考察

これまで本研究課題では，CDR 実現に向けた体制整備のため検証に携わる実務者，特に司会進行を担うファシリテーターの育成が重要と報告し，そのための意見交換，啓発資材および講習の開発を行ってきた。今回，同講習を継続して内容の充実と講習の安定稼働を図った。現在のような「CDR の草創期」には，人材育成事業を集中的に実施する必要があるが，ひとたび人員が充足したら，地域の中で人員補充の必要性は限定される。それでも経験の蓄積は継続されなければならないため，このような育成事業は地域ごとにではなく，全国レベルで一律に実現することが望ましいと考察された（**研究結果 1-2**）。

CDR は，他のどの事業に比しても多種多様な専門職が関わる必要があり，その開始のために

は,当該関係者が事業目的等についての共通認識を持つ必要がある。今回,CDR(モデル事業)への新規参入を検討する自治体に対して,自治体担当者等を対象とした立ち上げ支援事業を新規開発し,その有効性を確認した(**研究結果 1-3**)。

その他の体制整備にかかる事項について,複数自治体での CDR モデル事業の立ち上げを観測し,その知見をもとに「**わが国の Child Death Review(予防のためのこどもの死亡検証)運営のためのガイダンス 2025**」の該当部分に記載した。

3. CDR における情報収集に関する考察

これまで本研究課題では,CDR における情報収集に関して,既報告に基づき 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問題,B)関係機関が収集した情報を CDR に十分な形で提供・共有できていない問題,の 2 点に関して考察を深めてきた。

A)すなわち,関係機関による既存情報が CDR にとって十分ではない場合等に,CDR が調査主体として新規情報の収集を行うべきかについて議論を重ね,このような機能の探索は現実的ではないと考えられた。CDR の間接的な成果として「検証を通して新たな気づき等を得られ,その結果,より充実した実務が可能になる」ことも期待されることから,CDR の目指すべきは,現在の捜査・調査当局に代わって自ら詳細な調査主体となることではなく,より精度の高い捜査・調査を直接的/間接的に提案するなどして,将来十分な情報が得られるように方向修正を促すことであると結論された。

B)すなわち,関係機関による情報提供が十分でない問題に関して,これまで本研究では,現行法で課題となる個人情報保護法および刑事訴訟法との整理について探索してきた。そして,遺族の要配慮個人情報を扱うことに対して遺族による同意取得を要するとする現行法の解釈上の課題があり,また CDR にとって極めて重要である警察の保有する情報を扱うことに対して刑事訴訟法に抵触しないかという課題が存在することを明らかにしてきた。

法学者および法務実務家との考証を重ね,同意取得に関しては「何についての同意を必要としているか」について解釈の混乱があることが指摘され,本来的には,遺族に提供するべきは「同意の取得」ではなく「丁寧な説明」であると考察された。また警察の保有する情報の利用に関しては,訴訟に関する書類とその他の情報に大別した上で,その利用手続きを定める法的枠組みが必要と考察された(**研究結果 1-1 および 1-5**)。ただし,警察の保有する情報が CDR における検証に有用であることは現段階では推測の域を超えない。以後,何らかの方法でその内容,精度,粒度等の確認と,その CDR への導入が試みられることが望まれる。

CDR モデル事業において,外因死,乳幼児突然死を含む不詳の死が検証対象として抽出されやすい。いずれにおいても,事象の理解と対策の考察のため,関係機関の持つ背景情報が重要であるが,それにしても CDR の発端となる医療情報は適切に収集される必要がある。本研究課題では継続的に,そのための医療従事者の教育啓発を試行し提案してきた(**研究結果 1-4**)。これと並行して,担当した医療従事者の技量によらず,一律の(捜査・調査・)検査が担保されるよう,乳幼児突然死の診断基準の改訂への着手(**研究結果 2-1**),および予期せぬ傷害に関する情報取得に向けた啓発(**研究結果 3-1**)を進めた。これらの課題の継続的な探索,またその他の死亡態様においても適切な医療情報確保に向けた仕組みの探索が望まれる。

4. CDR における検証に関する考察

これまで本研究課題では,CDR を構成する要素のうち「検証」のありかたについて探索し,選定(スクリーニング),個別検証,概観検証について探索し,以下のように提案してきた。

- **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。

今回，従来ばらばらに実現してきた工学的検証の結果を集積して考察した結果，上記に加えて CDR のもう一つの要素である「専門検証」について，以下のように提言された（**研究結果 3-3**）。事例の希少性や専門性から，これは都道府県レベルではなく，国レベルで実現を探索するべき機能である。

・**専門検証**：既存報告等でカバーしきれない新規課題への対応のため，発生地域，発生時期を限定しない複数事例について情報の集約を行い，これらに対して当該領域の専門家の支援のもと「探索的な検証」等を行う作業。

また，CDR モデル事業の実践および観測において，主として外因死に関して有効な検証のありかたを探索した。繰り返し発生する類似事例に対して他の既存制度等で検討された結果を活用する必要性を確認し，この目的で用いうる啓発資材の策定を試みた（**研究結果 3-1**）。

5. CDR に関する啓発

本研究課題では，CDR の有効な実施のため，①地域等で CDR を推進する層，②死因究明を担当し CDR への積極的な情報提供を担う医師，③情報や考察を提供し CDR の検証を支える関係職種，④一般国民，⑤そのうち当事者たるこども，の各層に対する適切な啓発が重要と考察した。これまでに継続して，講義ないし講演による啓発，模擬事例等を用いたグループワーク等も含めた研修を各種試行し，いずれも有効であることが確認されている。

今回研究では特に上記⑤を主な対象とした啓発の試みを行い，押し並べて CDR の意義や必要性には賛同され，聴講者自身が社会の安全維持に寄与するありかたについて深く考察する契機となることが観測され，「こども（の意見）を CDR のために用いる」ことは，準備や誘導に大きな工夫が必要だが上手くいけば潜在的な期待は大きいこと，一方で「CDR をこども（の教育）のために用いる」ことは比較的容易に可能で効果が大きいことが確認された。今後の展開のためには，導入（動機づけ）や要時のケアの体制の担保が課題であることを確認した（**研究結果 1-4**）。

CDR は，多職種の協働により有効性が担保される全国的な事業であるべきであり，「地域をまたぐ層別（業種ごと）の啓発事業」と「一定の地域内で，業種をまたぐ啓発事業」とが並立する，相補的な教育啓発を構成する必要がある。

6. 国（中央）に求められること

現在，CDR モデル事業は都道府県の中で完結する事業として探索されているが，今後の CDR の全国展開にあたって，都道府県に加えて国も実施主体と認識されるべきである（**研究結果 1-5**）。本研究課題による提案のうち，国（中央）によって実施される必要があると考察された内容につき，以下に再掲する。

まずは全国展開に向けて，CDR の定義づけと法的課題等について整理する必要がある。特に「同意」の要否，関連機関との情報共有の可否，その手続きについて綿密な検討と調整が必要である。地域ごとに解決を模索されることは，実務者の裁量に左右され地域差を生むことにつながるため，国レベルで探索されることが望ましい（**研究結果 1-1, 1-5**）。

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, 3-2, 3-4**）を継続したが，このような機能には学術的背景が必要であり，各地域の CDR に関する実務者が片手間に行うこ

とには限界がある。地域の CDR を支援する機能の一環として,国レベルで体制を整備することが望ましい。

上記のような支援があるにしても,地域で実際に CDR に携わるのは，地域の実務者である。この任に耐えうる実務者を育成する仕組みを確立し運営すること，CDR の実務に付随する有形無形の経験を蓄積して再分配すること,検証実務者等の質の均霑化や情報のアップデート,相互交流を目的とした同様の研修会を企画運営すること,等を含む人的資源の担保のためのシステムは，国レベルでの整備が望ましい（**研究結果 1-2,1-3**)。

今後，CDR そのものが軌道に乗るためには,関係者はもちろん一般国民にも遍く受け入れられる必要がある。これまで本研究ではこの課題に継続的に取り組んできたが,「こどもの死」というタブーとも捉えられかねない話題に一般国民が理解を示すかは,明らかではなかった。今年度は特に若年世代を対象とした啓発研修を試行し，CDR の意義や必要性を理解する契機となり,さらに聴講者自身が社会の安全維持に寄与するありかたについて深く考察する契機となることが確認された。また導入や要時のケアの体制確保が課題であることも併せて確認された（**研究結果 1-4**)。国民に対する啓発を,住所地等によらず一律に正しく実施することは，国レベルで取り組まれるべき課題である。

地方自治体ごとに実現する CDR モデル事業それぞれで探索されるこども死亡への取り組みにつき，情報，課題，および経験の集約が必要である（**研究結果 2-4,3-3**)。本研究課題では,事業で取り扱われるさまざまな質的データ（テキスト情報）の活用方法についての探索を試みたが,現状のモデル事業の枠組みでは検証経過の公開がなく情報の確保ができないことから，次年度以降の課題として遺残した。一方で，CDR の初段階で収集する量的データを扱うための簡易版調査票（案）を提案した（**研究結果 5-2**)。国レベルで実現するべき CDR の構造を具体的に明示し，地域レベルで実現する CDR の成果（個別検証等で抽出された具体的な課題等）を中央に提出する「求心性の構造部分」と，国レベルで解析された結果，考察，提案等を各地域に分配する「遠心性の構造部分」が並行して模索されるべきであり,このことにつき国レベルでのさらなる検討が望まれる。

現在の CDR モデル事業および本研究課題で探索された，地方自治体における「こどもの死を包括的に取り扱う」基盤は，国レベルでも探索される必要がある。

E. 結論

本研究では，5 つの主要課題をとお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,解決する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。

こどもの死亡事象の周辺には,本研究で解決された課題のほか,さらなる探索が求められる課題が山積する。それぞれについて，ひきつづき，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が模索されたい。

F. 健康危機情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

(1) 木下 あゆみ，石倉 亜矢子，沼口 敦ら. 委員会・WG 企画シンポジウム 1 CDR ワーキンググループ「1000 人の子を救う!! CDR の可能性 ～すべての子らを世の光に～」. 子ども

の虐待とネグレクト 26(2)；202-203:2024

(2) 佐々木 理，石倉 亜矢子，沼口 敦ら．小児保健領域における CDR の取り組み方．小児保健研究 83；99：2024

(3) 長村 敏生，伊藤 陽里，沼口 敦ら．日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第 14 報　わが国における小児死亡症例の現状と課題～第 2 期 JRSC（Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～(1)第 2 期小児救急重篤疾患登録調査（JRSC）の概要．日本小児救急医学会雑誌 23(3);380-385:2024

(4) 伊藤 陽里，長村 敏生，沼口 敦ら．日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第 15 報　わが国における小児死亡症例の現状と課題～第 2 期 JRSC（Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～ (2) 新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザウイルス感染症関連死亡例のまとめ．日本小児救急医学会雑誌 23(3);386-389:2024

(5) 種市 尋宙，長村 敏生，沼口 敦ら．日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第 16 報　わが国における小児死亡症例の現状と課題～第 2 期 JRSC（Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～(3) 小児自殺症例のまとめ．日本小児救急医学会雑誌 23(3);390-391:2024

(6) 内田 佳子，伊藤 陽里，沼口 敦ら．日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第 17 報　わが国における小児死亡症例の現状と課題～第 2 期 JRSC（Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～(4) 死亡症例の検証作業の現状―検証体制の仕組みと検証結果の実情―．日本小児救急医学会雑誌 23(3);392-394:2024

(7) 古野 憲司，長村 敏生，清澤 伸幸，沼口 敦ら．日本小児救急医学会 調査研究委員会委員会報告 第 18 報　わが国における小児死亡症例の現状と課題～第 2 期 JRSC（Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～(5) 登録施設にフィードバックされた検証結果の活用方法．日本小児救急医学会雑誌 23(3);395-396:2024

(8) 河村 有教．死因究明とチャイルド・デス・レビュー（CDR）についての一考察．只木 誠＝佐伯 仁志＝北川 佳世子編『甲斐克則先生古稀祝賀論文集【下巻】医事法学の新たな挑戦』（2024.10.20 発行）595-613

2. 学会発表等

(1)「Child Death Review / システム構築から見えてきたもの」第 127 回日本小児科学会学術集会 総合シンポジウム 7「Child Death Review and Prevention ～乳児期から思春期まで～」（2024.4.20 福岡）

(2)「わが国の Child Death Review の現状」第 71 回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム 7「小児保健領域における CDR の取り組み方」（2024.6.22 北海道）

(3)「わが国で探索される Child Death Review の全体像」第 60 回日本小児循環器学会学術集会 パネルディスカッション 2「Child Death Review：死因究明から予防へ」（2024.7.11 福岡）

(4) 第 37 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 4「わが国における小児死亡症例の現状と課題～第 2 期 JRSC 登録結果を踏まえて～」（2024.7.28 東京）

(5) パネルディスカッション「次の命を守る」人材育成教育研究拠点事業キックオフシンポジウム（2024.7.30 大阪）

(6)「わが国の Child Death Review モデル事業とこれから」第 163 回日本小児科学会山梨地方会 令和 6 年秋季例会 教育講演（2024.9.29 山梨）

(7)「チャイルド・デス・レビューと多職種連

携の実現に向けて」第 26 回佐賀県小児保健大会 教育講演（2024.10.5 佐賀）
(8)「CDR モデル事業における多職種連携の実際」第 83 回日本公衆衛生学会総会 シンポジウム 45「母子保健の視点から考える「こどもまんなか社会」の実現」(2024.10.31 北海道)
(9)「CDR と虐待」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（2024.11.21 大阪）
(10)「CDR の歴史とこれから」日本子ども虐待防止学会第 30 回学術集会かがわ大会シンポジウム「チャイルドデスレビュー実現まであと少し！我々がすべきことは？ ～あの CDR 劇場ふたたび！今回は概観検証やります！～」(2024.11.30 香川)
(11)シンポジウム「死因究明から CDR へ」第 39 回日本小児突然死予防医学会学術集会シンポジウムⅠ（2025.2.8 東京）
(12)「乳児の睡眠関連突然死の診断の現状」第 30 回日本 SIDS・乳児突然死予防学会学術集会 一般口演（2025.2.8 東京）

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

令和 6 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
子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

CDR モデル事業の課題抽出とその解決策に関する研究（第 2 報）

研究分担者　竹原 健二　　国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部・部長
研究協力者　矢竹 暖子　　国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部・研究員

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の検討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、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 5～6 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：令和 5～6 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。2 年間で 34 件（令和 6 年度は 15 件）の調査票を回収した。回答者は全例医師であり、うち小児科医が 76.5%であった。死因は病死が多く 5 割を占めた。CDR の同意取得に関する説明は最終的に 34 件中 20 件で実施されたが、様々な要因により 14 件では実施されなかった。そしてさらに説明ができた場合にも 10 件で同意が得られない、または保留のまま経過していた。心理的な負担について、説明実施に負担を感じたとする回答が 33.3%であった一方で、業務量としての負担については、あまり負担ではなかったとの回答が 77.8%であった。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 5 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。

モデル事業を実施してきている中で、同意の取得が課題の一つとなり、様々な検討が重ねられてきた。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、CDR の法制化を望むなど、制度化して同意取得が不要な事業にしてほしいと考える者もいる。その主なる理由として、以下のような懸念が指摘されてきた。

（ア）同意の取得に多大な労力が必要となる[1]こと

（イ）虐待や不適切な養護に起因した死が疑われる場合に、保護者の同意を求めることに合理性がない[2]が、このような類型の事例は検証の必要性が高いと考えられる[3]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、個人情報を削除した状態で研究者に提供する。
・分析方法
令和5〜6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。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

今年度5自治体より協力が得られたが、実際に調査票の回収に至ったのは昨年度同様 4 自治体にとどまり、今年度は15件、昨年度と合わせて計34件の調査票を回収した。表中の数字は、2年分を合計した数であり、括弧内は今年度回収した調査票および回答数である。割合は2年間の合計で示す。

都道府県	回収した調査票の数
A	7（5）
B	7（1）
C	5（3）
D	15（6）
E	0

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ある)、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	n=34（15）	%
医師	救急科	4（2）	11.8
	小児科	26（10）	76.5
	内科	0	0
	その他	0	0
	不明	4（3）	11.8
その他		0	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。今年度も昨年度と同様に多くが小児科医師により実施されていた。

医師の経験年数	n=34（15）	%
5 年未満	3（2）	8.8
5 年～10 年未満	6（1）	17.6
10 年～15 年未満	9（5）	26.5
15 年～20 年未満	2（0）	5.9
20 年以上	14（7）	41.2

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索する予定である。

CDR モデル事業への理解	n=34（15）	%
とてもよく理解していた	6（4）	17.6
理解していた	20（6）	58.8
あまり理解していなかった	6（3）	17.6
全く理解していなかった	2（2）	5.9

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=33（15）	%
0 歳	14（5）	42.4
1 歳～4 歳	6（2）	18.2
5 歳～9 歳	0	0.0
10 歳～14 歳	7（4）	21.2
15 歳～18 歳	6（4）	18.2

本研究の対象となった小児死亡の年齢区分は、0 歳が約半分を占めたが、今年度においては 15～18 歳の割合が増加した。未記入が 1 件あった。

死亡場所	n=34（15）	%
自宅	11（8）	32.4
病院	19（3）	55.9
自宅・病院以外の屋内	3（3）	8.8
屋外	1（1）	2.9

死亡場所は自宅が 11 件、病院が 19 件であった。自宅・病院以外の屋内としては、学校、宿泊所などが挙げられた。屋外は、交通事故の事例であった。

死因	n=34（15）	%
病死	18（5）	52.9
自殺	4（3）	11.8
他殺	0	0.0
事故	7（3）	20.6
不詳の死	5（4）	14.8

事故の内訳は、交通事故 3 件、吐物や気切部の閉塞による窒息が 2 件、転落が 1 件、睡眠中の事故が 1 件であった。

ネグレクトを疑うか	n=33（14）	%
はい	1（1）	3.1
いいえ	26（10）	81.3
わからない	5（3）	15.6

未記入が昨年度 1 件、今年度 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=34（15）	%
試みた	17（8）	50.0
試みなかった	17（7）	50.0

半数で、CDR モデル事業の趣旨や同意取得のための説明が実施された。また、説明を試みた事例の中には後日場を改めて設け、実施したという回答もあった。

・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

	n=17（7）	%
忘れていた	5（2）	29.4
説明できる雰囲気ではなかった	4（1）	23.5

その場で話すのは適当ではないと考えた	2（1）	11.8
司法解剖対象事例だった	1（1）	5.9
CDR モデル事業の体制上、後日説明予定	3（1）	17.6
その他	2（2）	11.8

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。その他の理由としては、（年度初めであり）同意取得文書などが手元になかった（1件）、CDR モデル事業を知らなかった（1件）が挙げられた。

当日もしくは後日説明が実施できた 20 件（今年度 10 件）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。1件は父母・祖父母に実施されており、1件は祖父母のみに実施されていた。未記入が2件であった。

説明相手	n=18（8）	%
父母	17（8）	90.0
祖父母	2（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=18（8）	%
充分に理解してもらえた	4（3）	22.2
理解してもらえた	6（3）	33.3
どちらともいえない	4	22.2
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（0）	5.6
理解が得られたかどうか	3（2）	16.7
わからない		

未記入が2件あった。

・同意が得られたかどうか

	n=18（8）	%
得られた	8（5）	44.4
得られなかった	6（2）	33.3
保留	4（1）	22.2

同意を得られなかった理由としては、昨年度と同様に「自殺として公表してほしくなかった」という理由が挙げられていた。同意を得るために必要なことや工夫に関しては、「事故や虐待の可能性のある事案ではそもそも同意書の取得は困難だと思われます。」との意見が得られた。

・説明に要した時間

	n=18（8）	%
15 分未満	12（7）	66.7
15～29 分	2（0）	11.1
30 分～1 時間未満	4（1）	22.2
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=18（8）	%
なし	8（5）	44.4
15 分未満	4（1）	22.2
15～29 分	1（0）	5.6
30 分～1 時間未満	2（1）	11.1
1 時間～2 時間未満	3（1）	16.7
2 時間以上	0	0.0

・説明の際に伴う心理的な負担

	n=18（8）	%
まったくない	1（1）	5.6
ほとんどない	3（1）	16.7
どちらともいえない	8（4）	44.4

負担だった	4 (2)	22.2
とても負担だった	2 (0)	11.1

その理由への複数回答としては、昨年度からの合算になるが、

・死亡時の説明だから（11 件）
・ご家族が取り乱しているから（7 件）
・説明の仕方で同意の有無が変わるかもしれないので、責任を感じる（6 件）
・死亡時対応の経験が少ないから（4 件）
・同意が得られるかどうか不安だから（2 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（2 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（2 件）

となり、その他自由記載として、今年度得られた意見には、

・虐待ケースの場合同意は得られないことが多い

といったものがあった。

・説明の際に伴う業務量としての負担

	n=17 (8)	%
ほとんど負担ではなかった	1 (1)	6.7
あまり負担ではなかった	11 (4)	73.3
どちらともいえない	4 (2)	26.7
負担だった	1 (1)	6.7
とても負担だった	0	0.0

未記入が 3 件あった。

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、今年度は、

・(今回は同意書一式が年度初めで手元に届いていなかったが) 手元に同意書があったとしても、説明して同意を得るのはケースによっては困難極まりないと思います。
・同意取得がなしで情報を収集する仕組にしないとほぼ全例調査することは無理だと思います。
・亡くなった当日に CDR に関する説明を御家族に行うのは非常に難しいと感じています。長く入院で闘病していた方が亡くなった場合はおそらくその説明も容易ですが、その死の報告は CDR で知りたい主たる情報ではないと思うし。難しいです。
・説明の際に話をする内容がもっとわかりやすくなってほしい。例えば例文とかがあるとうれしい。
・同意なしにしてほしい
・死亡時しかご家族に確実に会えるタイミングがないが、切り出し方が難しい。

などといった意見をいただいた。

昨年度は、同意取得の方法に関しては、

・医師以外の事務スタッフやコメディカルでも説明できるような体制を取ること
・説明は書類一式をお渡しし簡単に実施し、後日郵送で同意の可否をお知らせいただくようにすること

などが挙げられていた。

また、周知に関する意見も多く、

・国を挙げての雰囲気づくり
・自治体内で CDR という事業を実施していることを周知してほしい
・誰も知らないと思われる

等といった意見もあった。

制度そのもののあり方として、

・検証結果からどのように小児医療の発展につながったかを遺族にお伝えすることも検討するべき、といった意見もみられた。

CDR についての説明を実施したか否か，（実施した場合に）同意取得の有無と担当者の負担感について，A: 説明を担当した医師の経験年数，B: 同医師の担当科，C: 説明に要した時間，D: 死因（内因/外因/不詳の死の別），E: 外因の内訳（自殺と事故の別），F: 虐待の疑いの有無との関連を，表 A～表 F にまとめた。例数が少ないことから，いずれも統計学的な有意差は指摘できない。

			CDRの説明		同意取得			説明実施した人の負担感				
			実施	未実施	あり	なし	未回答	まったくない	ほとんどない	どちらともいえない	負担だった	とても負担だった
医師の経験年数	5年未満	度数	2	1	2	0	0	0	0	2	0	0
		%	66.70%	33.30%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%
	5年～10年未満	度数	2	4	1	1	0	1	0	0	0	1
		%	33.30%	66.70%	50.00%	50.00%	0.00%	50.00%	0.00%	0.00%	0.00%	50.00%
	10年～15年未満	度数	3	6	2	0	1	0	0	2	0	1
		%	33.30%	66.70%	66.70%	0.00%	33.30%	0.00%	0.00%	66.70%	0.00%	33.30%
	15年～20年未満	度数	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
		%	50.00%	50.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
	20年以上	度数	9	5	2	5	2	0	3	3	3	0
		%	64.30%	35.70%	22.20%	55.60%	22.20%	0.00%	33.30%	33.30%	33.30%	0.00%
合計		度数	17	17	8	6	3	1	3	7	4	2
		%	50.00%	50.00%	47.10%	35.30%	17.60%	5.90%	17.60%	41.20%	23.50%	11.80%

表A. 医師の経験年数による，CDRの説明と同意の状況

			CDRの説明		同意取得			説明実施した人の負担感				
			実施	未実施	あり	なし	未回答	まったくない	ほとんどない	どちらともいえない	負担だった	とても負担だった
担当科	未記入	度数	0	4	説明実施がゼロ			説明実施がゼロ				
		%	0.00%	100.00%								
	救急科	度数	3	1	0	3	0	0	2	1	0	0
		%	75.00%	25.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	66.70%	33.30%	0.00%	0.00%
	小児科	度数	14	12	8	3	3	1	1	6	4	2
		%	53.80%	46.20%	57.10%	21.40%	21.40%	7.10%	7.10%	42.90%	28.60%	14.30%
合計		度数	17	17	8	6	3	1	3	7	4	2
		%	50.00%	50.00%	47.10%	35.30%	17.60%	5.90%	17.60%	41.20%	23.50%	11.80%

表B. 医師の担当科による，CDRの説明と同意の状況

			CDRの説明		同意取得			説明実施した人の負担感				
			実施	未実施	あり	なし	未回答	まったくない	ほとんどない	どちらともいえない	負担だった	とても負担だった
説明時間	該当なし	度数	0	14	説明実施がゼロ			説明実施がゼロ				
		%	0.00%	100.00%								
	未記入	度数	0	2	説明実施がゼロ			説明実施がゼロ				
		%	0.00%	100.00%								
	15分未満	度数	11	1	6	3	2	1	1	5	4	0
		%	91.70%	8.30%	54.50%	27.30%	18.20%	9.10%	9.10%	45.50%	36.40%	0.00%
	15分～29分	度数	2	0	1	0	1	0	0	2	0	0
		%	100.00%	0.00%	50.00%	0.00%	50.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%
	30分～1時間未満	度数	4	0	1	3	0	0	2	0	0	2
		%	100.00%	0.00%	25.00%	75.00%	0.00%	0.00%	50.00%	0.00%	0.00%	50.00%
合計		度数	17	17	8	6	3	1	3	7	4	2
		%	50.00%	50.00%	47.10%	35.30%	17.60%	5.90%	17.60%	41.20%	23.50%	11.80%

表C. 説明に要した時間による，CDRの説明と同意の状況

			CDRの説明		同意取得			説明実施した人の負担感				
			実施	未実施	あり	なし	未回答	まったくない	ほとんどない	どちらともいえない	負担だった	とても負担だった
死因	外因死	度数	5	6	0	4	1	0	2	2	0	1
		%	45.50%	54.50%	0.00%	80.00%	20.00%	0.00%	40.00%	40.00%	0.00%	20.00%
	内因死	度数	10	8	7	1	2	1	1	5	2	1
		%	55.60%	44.40%	70.00%	10.00%	20.00%	10.00%	10.00%	50.00%	20.00%	10.00%
	不詳の死	度数	2	3	1	1	0	0	0	0	2	0
		%	40.00%	60.00%	50.00%	50.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
合計		度数	17	17	8	6	3	1	3	7	4	2
		%	50.00%	50.00%	47.10%	35.30%	17.60%	5.90%	17.60%	41.20%	23.50%	11.80%

表D. 死因別の，CDRの説明と同意の状況

			CDRの説明		同意取得			説明実施した人の負担感				
			実施	未実施	あり	なし	未回答	まったくない	ほとんどない	どちらともいえない	負担だった	とても負担だった
外因死の内訳	自殺	度数	2	2		2	0		2	0		0
		%	50.00%	50.00%		100.00%	0.00%		100.00%	0.00%		0.00%
	事故	度数	3	4		2	1		0	2		1
		%	42.90%	57.10%		66.70%	33.30%		0.00%	66.70%		33.30%
合計		度数	5	6		4	1		2	2		1
		%	45.50%	54.50%		80.00%	20.00%		40.00%	40.00%		20.00%

※他殺は該当なし

※外因死でCDRの説明実施した事例での同意取得ありはゼロ

表E. 外因死の内訳（自殺と事故の別）による，CDRの説明と同意の状況

			CDRの説明		同意取得			説明実施した人の負担感				
			実施	未実施	あり	なし	未回答	まったくない	ほとんどない	どちらともいえない	負担だった	とても負担だった
虐待の疑い	未回答	度数	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0
		%	100.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	50.00%	50.00%	0.00%
	はい	度数	0	1								
		%	0.00%	100.00%								
	いいえ	度数	11	15	6	2	3	1	1	5	2	2
		%	42.30%	57.70%	54.50%	18.20%	27.30%	9.10%	9.10%	45.50%	18.20%	18.20%
	わからない	度数	4	1	0	4	0	0	2	1	1	0
		%	80.00%	20.00%	0.00%	100.00%	0.00%	0.00%	50.00%	25.00%	25.00%	0.00%
合計		度数	17	17	8	6	3	1	3	7	4	2
		%	50.00%	50.00%	47.10%	35.30%	17.60%	5.90%	17.60%	41.20%	23.50%	11.80%

表F. 虐待の疑いの有無による，CDRの説明と同意の状況

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。この調査結果は 34 例という、モデル自治体における一部の死亡事例についてのものではあるが、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半数に満たないという可能性が示された。これは、こども家庭庁の HP で公表されているモデル事業の成果としての『「令和 4 年度予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業」参加自治体による事業実績報告書および事後評価のまとめ』の中の、同意取得のために説明ができた事例の中で、同意の得られたものが 48.8%にとどまっていたという報告と酷似する。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を実施した。今年度新たに 15 件が収集され、合計 34 件となった。回答数そのものは多くないが、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から、同意取得のための手続きの実態や、要した時間、負担感などに関する意見を集められたことは一つの成果と言えよう。

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。

参考文献

1. 山梨県 CDR 多機関検証委員会. 令和５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 6 年 3 月
2. 滋賀県 CDR 推進会議. 2023 年滋賀県 CDR 体制整備モデル事業報告書（公表用）. 2024 年 5 月
3. 三重県 CDR(Child Death Review)政策提言委員会. 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５(2023)年３月

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. とてもよく理解していた　　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. 充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 6 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
子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

わが国の CDR に対する法的観点からの考察

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
小佐井 良太　福岡大学 法学部
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
研究協力者　内田 佳子　　国立成育医療研究センター 救急科
藤田 香織　　藤田・戸田法律事務所（弁護士）
根ケ山 裕子　名古屋市西部児童相談所（弁護士）

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について現状分析，課題抽出，これに対する意見交換を継続し，法的観点からの整理を試みた。

CDR を実現するための法に関して，同法には，CDR が公衆衛生の向上を目的とした公益のための事業であるとの目的/理念が明示され，また実施主体として都道府県および国の明示とおよび行政の内外の別の規定，その他の機関等との関係の整理，事業内容，そのためのルールとして CDR 実施主体の情報収集権限とその他の情報提供側の義務あるいは努力義務，情報等の利用と広報についての定めと守秘義務なども明示が求められると考察された。

CDR への同意取得に関して，何についての同意を得ようとしているか解釈のばらつきを解消する必要があるが，遺族等への配慮の上で必要な手続は「同意の取得」というより「丁寧な説明」であり，このため一般国民および関係者に向けたさらなる啓発が望まれると考察された。

CDR における情報収集に関して，CDR が直接の調査主体として新規情報を収集する機能の実装は現実的ではなく，CDR の間接的な成果として現行の各種調査（捜査を含む）機関に対して精度の高い実務を提案するなどにより，調査機関がより効果的な情報収集を行える状況を目指すべきと考察された。また重要な情報を保有する警察において，情報の種類を区分し，CDR のため必要な情報の共有依頼の手続について探索が望まれると考察された。

CDR の全国展開のため必要な法的手当がなされ，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。

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）のプロセスを観測した。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”[3]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）”[3]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”[3]ことが指摘された。

今回，研究分担者らは探索中の CDR について自由な意見交換を実現し，各方面の識者による現状分析，課題抽出，これに対する意見交換を積み重ねた。この結果をもとに本報告を行う。

C. 研究結果および D. 考察

下記の5回の会議を開催した（表1）。一連の会議をとおして，法および制度に関連した以下の3議題について意見交換を積み重ねて，課題の抽出および整理に努めた。

回	日程，開催地	構成
1	2024.6.7 東京	医師(4)，弁護士(1)
2	2024.8.23 東京	医師(4)，弁護士(1)
3	2024.11.2 名古屋	医師(4)，弁護士(2)
4	2024.12.8 大阪	医師(4)，弁護士(2)， 法学者(2)
5	2025.2.11 名古屋	医師(4)，弁護士(2)， 法学者(1)

表1. 意見交換会議の一覧

1. CDR を実現するための法に関する考察

先述のとおり，“CDR モデル事業の直面する諸課題の根幹は，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（によるもの）である”[3]との指摘がある。法に基づいて実施される事業としての CDR を目指すのであれば，その法はどうあるべきかについて，有識者間で意見交換を重ねた。

いまだ詳細について検討の余地の大きい CDR を法令で規定するために，当該法の記載は「今後の理想の実現を妨げないよう配慮しながら」抽象的な内容にとどめ，具体については省令等において定められるのが適当であるとの意見が出された。その上で，下記の項目について考察がされた。

① 法のたてつけ

CDR を法に定める場合に，CDR に関する特別法を

立法することによるのか，既存の関連する法律の改正によるか，それぞれの考え方について考察された。後者の例として児童虐待の防止等に関する法律（平成十二年法律第八十二号，以下「児童虐待防止法」という）と児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）の改正について討議された。

児童虐待防止法においてCDRを定めることについては，同法の目的が「この法律は，児童虐待が児童の人権を著しく侵害し，その心身の成長及び人格の形成に重大な影響を与えるとともに，我が国における将来の世代の育成にも懸念を及ぼすことにかんがみ，児童に対する虐待の禁止，児童虐待の予防及び早期発見その他の児童虐待の防止に関する国及び地方公共団体の責務，児童虐待を受けた児童の保護及び自立の支援のための措置等を定めることにより，児童虐待の防止等に関する施策を促進し，もって児童の権利利益の擁護に資することを目的とする。」（第１条）と規定されていることから，CDRが虐待のみを対象にする事業ではないため，ふさわしいとは言えないという指摘があった。

同法と比較すると，児童福祉法は「全て国民は，児童が良好な環境において生まれ，かつ，社会のあらゆる分野において，児童の年齢及び発達の程度に応じて，その意見が尊重され，その最善の利益が優先して考慮され，心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない。」（第２条第１項）と規定していることから，CDRの目的からすると，より適切であるとも考えられる。一方で，CDRの理念は児童福祉に限定されるのか，（成人も含む）社会全体に対する貢献か，との論点も存在し，もし後者を目指すのであれば，対象をこどもに限定しうる児童福祉法は適切とはいえないという指摘もあった。

② 理念の明示

法律的な観点から見たCDRの理念（定義）が，簡潔に叙述される必要がある。特に，個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十七号，以下「個人情報保護法」という。）第２０条第２項第３号等によってCDRの情報収集を行うという建付けにする場合，CDRは公衆衛生の向上を目的とした公益のための事業であることが，明確に規定される必要がある。

③ 国と都道府県の責務，役割分担の明確化

CDRは国によって実施される，公衆衛生の向上を目的とした事業である。その実施主体の明示に関して，現行のモデル事業を踏襲して，都道府県が該当することが明示される必要があるが，事業実施のうえで国にも役割（例：当該自治体の管轄外（都道府県外）で死亡した事例（こどもの死亡の9.8%が該当しうる）の検証主体として，また都道府県ごとの「取り組みをまとめる」業務の実施主体として等）があることも併せて書き込まれる必要がある。国の責務と自治体の責務のそれぞれを明確に規定し，役割分担を明らかにすることが重要と考察された。そのほか，基礎自治体の役割（情報の提供主体として，また予防策の実施主体として等），その他の民間団体等の役割（情報の提供主体あるいは検証への専門的助言を行う主体として，患者会など自助団体，何かしらの情報を持つ一般団体，民間医療機関等）等についても，何らかの規定が望ましい。

④ 事業目的の明示

先述のとおり，CDRは公衆衛生の向上を目的とすることが明示される必要がある。そこで，CDRで収集された情報，またCDRによって得られた検証結果は，CDRの目的外，たとえば犯罪捜査等のために提供することはしないことの明文化が望ましい。

諸外国には死因究明事業に対する情報提供において，「当該情報に関する事実について，情報を提供したからといって情報提供者ほか関係者に一律免責を与えるものではないが，提供された当該情報を死因究明事業から捜査機関等に開示する扱いは行わない」ことを規定し，司法による証拠書類の差し押さえ等の対象にしないとする例が見受けられる。わが国でも各種機関等に広く逡巡なく情

報提供を促すことは，有効な CDR の実現に直結する。そのためのありかたを探索する必要がある。

⑤ 事業内容の明示

現行のモデル事業の枠組みを踏襲して，CDR において「調査」「検証」「提言」が行われることが最低限明示される必要がある。これに加えて，都道府県における予防策の実現，結果の集約と解析，人材育成も含む準備と支援，その他の啓発事業など，関連しうる事業内容をどこまで法に規定するかは検討課題であると考察された。

ただし，CDR の実施主体が行う「調査」の範囲について，既に他の公的機関が他制度に基づいて調査した結果として保有する情報（資料）の提供を受けることは理にかなっていると考察されるが，その他の民間団体等の保有する情報（資料）の収集をどこまで規定するかは検討課題とされた。さらには，（自殺事例等で話題になるような）遺族のもとに出向いて聞き取り調査を行うこと，（法医学分野等で討議されうるような）剖検を自ら実施すること，（臨床医等の間で話題になるような）死因究明のための各種検査を整備すること等の「直接的な一次資料の収集」を CDR の事業内容に組み込むのかについても，慎重に検討すべきとされた。たとえば米国 CDR においては，CDR の実施主体がこのように直接的に新規情報を収集する権限は規定されない。

⑥ 事業実施におけるルールの明示（1）

CDR には情報収集（調査）の権限があることが明示される必要がある。一方で，情報提供側においては情報提供の義務あるいは努力義務が示されることが望ましい。

⑦ 事業実施におけるルールの明示（2）

収集した情報等の利用と広報について厳格に定めを設け，その取り扱いには守秘義務があり、守秘義務違反には罰則規定があるよう定められるべきと考察された。また，諸外国には CDR での発言に対して免責規定が明示される例もみられるが，わが国では，守秘義務の明記によって，開示請求や裁判所からの提出命令への対応について整理されうると意見された。

2. CDRへの同意取得に関する考察

現在の CDR モデル事業において，対象となる死者本人の情報は改正個人情報保護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 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”ことから“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）”[6] と示された。この指針に従って，CDR モデル事業では死亡事例を CDR の対象として組み込む際に，遺族に説明のうえ書面同意を取得することを求めている。

令和 4 年度 CDR モデル事業では，遺族に説明を行った 127 件のうち，同意を得られた事例は 62 件（48.8%）にとどまった[7]。実務者は “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。”[8] と報告した。このように，“この同意取得については，CDR の法制化を望むなど，制度化して同意取得が不要な事業にしてほしいと考える者もいる”[9] ことから，“同意の取得のあり方については CDR の根幹に関する事柄”[9] のひとつといえる。

この課題について，本研究では法学者との対談により，“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。”と考察した[10]。

この「説明して同意を取得する」手順について，CDR モデル事業の観測を継続したところ，下記の課題が指摘された。

① 何についての同意を得ようとしているか

こども家庭庁の web ページに紹介される同意説明書の標準例では，「個人情報の利用について」同意の有無を尋ねる書式が紹介されており，その「個人情報」として“こどもの死亡に係る様々な情報について、以下のような情報が想定されます。□医療機関からの情報（こどもの病歴，治療歴，処方状況，主治医からの意見，こどもと類似の症状等を持つ家族の有無（家族歴），死因　等），□ 教育機関からの情報（こどもの指導内容，学業成績，交友記録等。また，きょうだいが学校に通っていた場合，同様の情報を確認することがあります。）□自治体各部局からの情報（家族全員の住民票，戸籍謄本，生活保護の有無，障害部局・保健センター等とのかかわりの有無，相談歴），□ 警察からの情報（御遺体及び発見場所の状況並びに死因を明らかにするために実施した検査や解剖の結果等の死因に関する情報），□　消防からの情報（こどもを搬送した際の状況，搬送に要した時間，救急車内で実施した処置　等)”[11]と列挙された。このすべてが個人情報保護法に規定される「要配慮個人情報」であるかについては，解釈に関して疑義を呈する意見が散見される。すなわち，個人情報保護法に抵触する範囲を超える規制を求められるとも解釈され，そのため CDR モデル事業において遺族から同意を得るのに際して，「何についての同意を得る」とするのかが曖昧であり，解釈の幅が大きい。

各地域のモデル事業において使用される同意説明書を直接確認できなかったが，同意を得られない事例に対して「CDR で取り扱うことに同意が得られないため，そもそも検証の対象から完全に削除する」「CDR で取り扱った事例として公表することに同意が得られないため，可能な範囲で検証はするものの，提言はじめ結果には一切含めない」「CDR で（遺族の）要配慮個人情報を扱うことに同意が得られないため，情報収集に制限をかけた上で，利用可能な情報のみを基に検証し，この範囲で提言や公表の対象とする」「そもそも同意が必要な事業とは位置付けていない」等の扱いの差異が観測された。今後，広く全国展開を探索する上で，このような根幹的な課題に対する解釈のばらつきは，相互比較や情報・結果等の集約に制限が発生することにもつながりかねず，好ましいこととは言えない。

② 何のために同意を得るか

「個人情報保護法」に規定される手続のため，CDRモデル事業では現行の同意取得の手順が要求されると考える意見がみられる。このような手続上の問題（手続が煩雑にすぎる等）に起因して有効なCDRの実現に困難が生じているのであれば，この手続を簡略化することが解決となる。たとえば先述のように，CDRの実施が法によって規定され，立法時点で国民の包括的同意を得たと見做されたならば，個別事例に対する毎に同意取得の手続を要する事態は解決すると期待される。

一方で，このような包括的同意の有無にかかわらず，CDR には個別同意が要求されると考える意見もある。CDR では機微の情報を扱うことから，個人情報保護法上の例外事由に該当しうるかどうかはさておき“現時点におきましては遺族等への配慮の観点から慎重な情報の収集と管理が必要”との発言[12]等に代表される意見である。法手続上の問題ではなく倫理上の問題に直面しているのであれば，「CDR で情報を取り扱い検証することは『遺族等への配慮』に欠く行いではない」ことを国民に対して啓発等すすめることが，課題解決に向けた最優先の課題といえる。

もっとも，同意にあたる関係者からも「こどもが死亡した直後でひどく落胆・混乱している両親

に対して，とても CDR について話を切り出せない」との発言が聞かれることもある。CDR に精通しているべき関係者においても「CDR の対象に組み入れることは『遺族等への配慮』に欠く行いかもしれない」と潜在的に感じる現状に対して，一般国民だけではなく関係しうる専門職等に対しても十分な対話と啓発を積み重ねる必要がある。

③ 同意を得ようとする行為の問題点

現行法のもとで CDR モデル事業を実施するにあたって，遺族に対して CDR の説明と同意を求める場合が発生するが，その行為そのものにも問題が潜在するとの指摘がある。もし「死亡したこどもについて，より良い社会の実現のために議題にする」ことに対する同意を求めるのであれば，(1) ここで言う「よりよい社会の実現」は，遺族の判断を待つ余地がある程度の優先事項に過ぎないと遺族に暗示しているのではないか，また (2) こどもを亡くして混乱の極みにある遺族に「(本来ならば判断を求めるまでもなく適切な行為を実施することにつき) 不確かで迷う余地があるような提示を行い，無為に迷わせる判断を強いる」行為は，無為に負荷をかけるものではないか，というような意見が聴取された。

また遺族が，こどもの死に対して何某かの責任感を感じているとの指摘もある。この心的状況にある遺族が，もし「死亡したこどもについて，死亡の原因（に対する遺族の責任割合等）を明らかにする」ことに対する同意を求められたと感じたとしたら，遺族の落胆に「追い討ちをかける」行為とも捉えられかねない。

一方で「自分の知らないうちに不要な情報が流出し，自分の不利な何らかの事象が進行する」ような事態に陥るのではないかという国民の不安や不信があるのであれば，これを解消することは重要な課題である。すなわち，CDRの円滑な実現のために必要なのは，CDRの是非を問うて賛同を得ることではなく，必要で重要な取り組みについて説明をすることに他ならない。そして，こどもの死亡した直後の最混乱期にこのような説明を行い理解を得ることが困難であるのであれば，予め国民に広く広報啓発を行い予め理解を得ておくことが望ましいと考察された。

3. CDR における情報収集（調査）に関する考察

① CDR が収集する情報とは何か

現行の CDR モデル事業においては，“CDR においては，主に①情報収集，②検証，③提言に取り組む”[6] とされる。このうち情報収集とは，医療機関，教育機関，警察等の「地域」[6] 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”[10] するものが想定されてきた。そして本研究ではこれまで，情報収集の段階において A)関係機関が（CDR が必要とする）情報を十分に収集していない問題，B)関係機関が CDR に対して情報を十分に提供していない問題の 2 つの課題を提起してきた。

② CDR は，新規情報を調査するべきか

これらの問題のうち A)，すなわち提供された既存情報が十分ではない場合に，CDR が調査主体として「新規情報」を独自に収集するべきかについて，複数の意見がきかれた。ここで新規情報とは，これまでに他機関等によって取り扱われたことのない情報であって，CDR で利用する目的で新たに現場等に赴き調査，あるいは遺族個人や周辺の民間団体等に対する聞き取り等によって得られる情報が想定される。

CDR の実施主体ではない機関（医療機関，教育機関，警察等）にとって，CDR にとって重要でも当該機関は必要としない情報を収集することは，現状においてその職務とはいえない。その内容が不十分と感じる立場から，CDR に対して，必要な新規情報を独自に調査する機能を持つことへの「期待」が寄せられる意見も聞かれた。

一方で，現状このような機能の実装は現実的ではないとの意見も多く聞かれた。その理由として複数の指摘があり，(1) 捜査権限を有する新たな

組織の設立や，調査する仕組みの整備には多大な社会資源と時間を要すること，(2) 単一事象に関して，複数の機関から繰り返し調査（警察による捜査）される個人の心理的負担等は勘案するべきであること，また (3) 繰り返し調査（警察による捜査）される経過において「記憶の汚染」が発生しうる懸念があること，このため調査の順序を定める目的で情報の正確性を重視する度合いに関して各機関等の順位づけを評価する事態になること等が挙げられた。さらに (4) 機関間で情報の差異が認められた場合に，どちらがより正確か等の争いが生じる懸念が生じ，(5) 現行当局と「取り合い」あるいは「双方とも手を出さない」状態に陥るリスクも指摘された。また追加として，(6) 新たに調査する場合に結果に関する説明責任が発生しうるが，その対応には困難が想定される。CDR は個別事象について真実を追求するための事業ではなく，また遺族の希望を叶えるための事業でもないことから，遺族の求める「結果」を提供できる立場とはいえない。このことを含め遺族に正しく理解を促す必要があり，同時に調査者本人のメンタルケアも維持されなければならず，かなり綿密な職員教育を要するとも指摘された。

米国 CDR の聞き取り調査によると，米国では CDR が調査主体として新規情報を収集する機能を設定しておらず，専ら他の機関から提供される既存情報に依る。万がいち不足等がある場合には，CDR において（本来の）調査担当機関にその収集を　の間接的な成果として「検証を通して新たな気づき等を得られ，その結果，以後より充実した実務が可能になる」ことも期待される。前述のように既存情報が不十分な場合に CDR の目指すべきは，現在の捜査（調査）当局に代わって自ら詳細な調査主体となることではなく，より精度の高い捜査（調査）を直接的/間接的に提案するなどして，将来十分な情報が得られるように方向修正を促すことである。

③ 捜査情報とは何か：刑事訴訟法との関連

このように，自ら新規情報を収集しない場合に，どこからどのように既存情報を収集するかが重大な課題であり，先述の B)関係機関が CDR に対して情報を十分に提供していない問題への対処が論点となる。医学的死因などに関して医療機関は重要な情報源であり，わが国の CDR は医療情報を基点として設計される。この点について“検証の「源」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”[13]と指摘される。しかし，その他の機関の保有する情報も生活歴や社会背景を検証する上で極めて大切である。特に警察は高度に系統だった捜査によって，事故発生現場の情報など膨大な情報を保有することから，“司法解剖結果を含む警察等の捜査機関による捜査情報の有無で，死亡に至った背景・原因の検証の制度にも大きな影響を与える”[13]と指摘されている（下線は報告者による）。ところが現行の CDR モデル事業においては，モデル事業の手引きで“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”“取り扱うことは難しい”ため，“本事業では，捜査情報は対象とはしていないことに留意する必要がある”（下線は報告者による）と注釈され[6]，この中に含まれる司法解剖結果も CDR では取り扱うことができないとされた。もし警察の保有する情報を扱うことが可能となれば，CDR にとって大きな前進ではあるが，それには個人情報の第三者開示，捜査に関する情報の開示，という二つの整理されるべき課題がある。

そもそも，刑事訴訟法には「捜査情報」の定めはない。警察が保有する情報をより厳密に類型化すると，同法第 47 条が規定する「訴訟に関する書類」と，警察法および警察官職務執行法等に基づく「行政警察活動において収集された情報」に大別される。現行法制下においても，刑事訴訟法に規定する「訴訟に関する書類」以外の情報については，捜査への支障を来さない範囲において，一律的な秘匿を要するものではないとの解釈も成り立ち得る。さらに，「訴訟に関する書類」に該当する情報の中

にも，司法解剖結果等、CDR の目的達成にとって不可欠な情報が含まれるが，CDR の公益性に鑑み，CDR に対するこれらの情報の提供が，刑事訴訟法第 47 条但書に規定する『公益上の必要その他の事由があって，相当と認められる場合』に該当し得るかについては，十分な法的検討を要するところとされる。

しかしながら，警察が保有するこれらの情報をいかなる範囲で，いかなる手続により CDR において活用し得るかについて，個別事案における判断基準，開示範囲，手続的保障，守秘義務等は現行法では不明確であり，調査関係者や検証関係者等の裁量に委ねられる部分が大きい。実務上の混乱や法的リスクを回避するためにも，CDR 固有の法的枠組みの整備が急務であると指摘された。(**図 1** に，考察の整理のため研究者らにより模式図を示した)。

今後，複数の死亡態様に関して「CDR のために必要な情報」をリストアップし，それが「訴訟に関する書類か，その他の個人情報に抵触する情報か，訴訟に関しない個人情報以外の情報か」等のいずれに該当するかを区分したうえで，それぞれの利用に関する手続について探索することが望ましいと考察された。

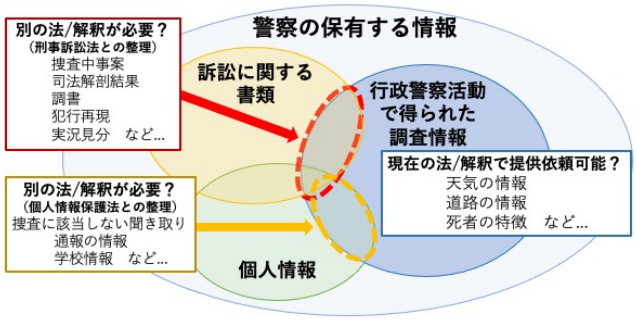


図 1. 警察の保有する情報の区分案（研究者らによる考察）

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，CDR を実現するための法に関する考察，同意取得に関する考察，CDR における情報収集に関する考察を行なった。

法に基づいて実施される事業としての CDR を目指す場合，その法には CDR が「公衆衛生の向上を目的とした公益のための事業」であるとの目的/理念，実施主体として都道府県および国の明示，その他の機関等との関係の整理，行政の内外の別，事業内容，そのためのルールとして CDR 実施主体の情報収集権限とその他の情報提供側の義務あるいは努力義務，情報等の利用と広報についての定めと守秘義務などを明示することが求められる。

CDR への同意取得に関して，何についての同意を得ようとしているか解釈のばらつきを解消する必要がある。遺族等への配慮の上で必要な手続は，同意を取得することではなく丁寧に説明をすることであり，一般国民および関係者に向けた啓発が望まれる。

CDR における情報収集に関して，関係機関による既存情報が CDR にとって不十分であった場合においても，CDR が調査主体となって新規情報を収集する機能は，現状では実装が現実的ではない。CDR の間接的な成果として現行の各種調査（捜査）機関に対して精度の高い実務を提案するなどして，将来的な情報収集を目指すべきと考察された。また重要な情報を保有する警察において，情報の種類を区分して，CDR のため必要な情報の共有依頼の手続について探索が望まれる。

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 2025.5.10)
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
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. 沼口　敦, 小西 央郎ら.「令和 6 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 3 報)」.
6. 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/assets/pdf/guidance.pdf. 最終閲覧 2025.5.10)
7. 令和 5 年度予防のためのこどもの死亡検証に関する体制整備等に係る業務一式 業務報告書「令和 4 年度予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業」参加自治体による事業実績報告書および事後評価のまとめ. 国立家級開発法人 国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部.
8. 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）
9. 竹原 健二, 矢竹 暖子.「令和 6 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（第 2 報)」
10. 沼口 敦, 松原 英世, 河村 有教, 小佐井 良太ら.「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」.
11. 予防のためのこどもの死亡検証（Child Death Review）について. 別紙 1 説明同意書.（こども家庭庁 web ページ).
（https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0d3f57c1-87bb-4e79-bc45-f77366952855/e9c2c6ec/20240507_policies_boshihoken_child-death-review_31.docx. 最終閲覧 2025.5.10)
12. 大臣政務官の答弁（第 211 回国会 参議院決算委員会 第 8 号 令和 5 年 5 月 15 日）
（https://kokkai.ndl.go.jp/txt/121114103X00820230515/13. 最終閲覧 2025.5.10)
13. 河村有教. 死因究明とチャイルド・デス・レビュー（CDR）についての一考察. 只木誠＝佐伯仁志＝北川佳世子編『甲斐克則先生古稀祝賀論文集【下巻】医事法学の新たな挑戦』(2024.10.20 発行) pp.595-613

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）

令和 6 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

子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

若年者を対象とする CDR の啓発の試み

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 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
研究協力者　家入 香代　　国際医療福祉大学 保健医療学部

研究要旨

チャイルド・デス・レビュー（CDR）は国民全体にとって必要な普遍的な取り組みと理解される必要があり，これを目指した一般啓発は重要な課題である。これまで CDR の理解を促す啓発が複数行われたが，当事者である「こども」を対象とする取り組みはなかった。こどもの安全を確保する上で「おとながこどもに対して一方的に提供する」よう探索することに加えて「こどもが自分自身の課題と認識し自ら探索する」ことが望ましいが，これが実現可能かは明らかではない。そこで 18 歳未満のこどもを含む若年者に CDR に関する講習を行い，結果を観測した。

①中学生および高校生，②非医療関係の大学生，③看護系の大学生，④医学部学生を対象にした講習を試行したところ，いずれにおいても「死」に関連する話題を取り扱うことは可能で，CDR に肯定的な捉え方が多く，年齢や集団の特性によって安全対策についての考察の傾向が異なる様子が観測された。

「こども（の意見）をCDRのために用いる」ことは，準備や誘導に大きな工夫がなされれば可能で，上手くいけば潜在的な期待は大きいこと，一方で「CDRをこども（の教育）のために用いる」ことは同様に導入や要時のケアの体制に留意すれば比較的容易に可能で効果が大きい。安全教育の一環として，あるいは「いのちの教育」の一環として，CDRを題材とした講習は有用と考えられる。

A. 研究目的 および B. 研究方法

わが国で，チャイルド・デス・レビュー（以下 CDR）制度が探索される。

その全国展開にあたって，CDR の取り組みが「一部の特殊な集団による」「特別な」取り組みではなく，国民全体にとって必要な普遍的な取り組みと理解される必要がある。そのため，これを目指した一般市民への啓発は重要な課題である。わが国において一般的に「死について議論する」ことが歓迎されない・忌避されるべきとする風潮が指摘される中，どのように CDR の重要性や有益性を訴えるか，その方法論の開発が望まれる。

また CDR は，こどもの安全を確保することにより万人に安全な社会を構築することを目的とする。これまでの CDR モデル事業において，リスクを自ら見出した地域では具体的なアクションにつながりやすいことが観測されてきた。このことを当てはめると，こどもの安全を「おとながこどもに対

して一方的に提供する」よう探索することに加えて,「こどもが自分自身の課題と認識し自ら探索する」ことが，よりこどもの安全確保にとって望ましいと想定される。これは，こども家庭庁の推進する「こどもまんなか社会」の理念にも沿う。ただし，このことが実際に可能であるかについては明らかではない。こどもが CDR に参加可能であるか，こどもに対する安全教育に CDR は何らかの役割を果たしうるか，そもそもこどもに対して死に触れる話題を安全かつ有意義に提供できるかについて，探索が望まれる。

そこで，研究分担者らは探索中の CDR について 18 歳未満のこどもを含む若年者に講習（基礎知識を伝達する講義に加え，事例に対する考察あるいは討議）を行い，その結果を観測した。対象は，①中学生および高校生，②非医療関係の大学生，③看護系の大学生，④医学部学生とした。それぞれ導入となる話題の後，CDR について一般啓発で説明する内容から噛み砕いて簡潔に説明し，想定事例を用いて CDR の検証例を紹介し，別の想定事例を提示して考察を促し，あるいはグループワークによって討議を行った。考察した内容について発表させ意見の共有を図った。②〜④については，事後に「安全・安心な社会をつくるために，現在および将来，自分自身はどのような貢献ができるか」というテーマで意見を収集した。

C. 研究結果および D. 考察

1. 中学生および高校生に対する啓発の試み（文末添付資料を参照）

2024.7.6 に中学生と高校生を対象として，医学医療に関する紹介の一環として CDR に関する講義およびこれに基づく模擬検証を試行した。その実施において，ファシリテーションのあり方など方法論について工夫が望まれるものの，問題なく実施された。

参加者の発言内容や雰囲気からは，死についての話題に対して明確な拒否感は感じられず，講義中および事後に心的トラウマが惹起された事例も見受けられなかった。なお事前に，管轄する学校教諭に依頼して，参加者のうちに近しい者の死の経験により心的外傷を惹起しうる者が含まれていないことを確認して講義に臨んだ。参加者に意見を募ると「このような（CDR の）仕組みは必要」との感想が複数得られたことから，十分な事前配慮と導入の工夫があれば，児童生徒に安全に啓発することは可能で，こども自身にとって CDR は肯定的に捉えられうることが確認された。

想定事例の種類（当事者性の違い）によって，参加者の考察内容は変化した。すなわち，参加者自身にも関連しそうな事例（e.g. 遊んでいる最中の屋外溺水）に対しては，「自分はどのように自身の安全を確保するか」についての意見がよく観測された。現実の CDR において，おとながこどもの安全を確保する方策を考察する場合に，こどもが同事象をどう捉えるのか，どこに危険が潜在すると考える（どのような危険が見逃される）かという「こどもの視点を確認する」手法として有効である可能性がある。一方で，参加者には関連が薄そうな事例（e.g. 車内放置による熱中症）に対しては，「誰が何をするか」についての意見は出るものの，具体的なアイディアは出にくい印象であった。このような分野でこどもによる議論をどのように有効に活用するか，こどもに何を学び取ってもらうのがよいか，議論の組み立てや誘導の方法論を中心に，更なる検討が望まれる。おしなべて，若年者ほど現状に囚われない安全施策上のイノベーションにつながる貴重な意見をもつ潜在的な可能性が観測され，こどもの安全にかかる施策に若年世代が関与することは有効であることが示唆された。さらに後日，こどもが死亡事例から学ぶことは可能で，学んだことはこども自身の日常生活に大きな影響を及ぼすとの副次的効果も観測されたことが，担当教諭から報告された。

この群は，自分たちが「守られる側」の立場にあ

ることを自覚しており，自分たちが守られるために社会（おとな等）に何を求めるか，社会にその観点が不十分な場合に自分たちはどう自衛できるか，という観点にたつ意見が期待できる。このような研修は，こどもに自助としての安全確保について考える機会をよく提供すると考察された。

写真 1．講義後の質疑応答の様子（添付資料より引用．本報告での利用につき掲載許可を得ている）

写真 2．講義中のグループディスカッションの様子（添付資料より引用．本報告での利用につき掲載許可を得ている）

2．大学生（主として医学系以外の専攻）に対する啓発の試み

2021.7.20 および 2024.11.22 に，名古屋大学において，医学系以外（文学部，法学部，教育学部，農学部，情報学部）を専攻とする大学生を主な対象として，現代医学概論の一環として CDR に関する講義およびこれに基づく模擬検証を試行した。前者は新型コロナウィルス感染拡大により対面講義の制限が大きい時期だったためオンラインで，後者は対面形式で実施された。

いずれも，死に関連する講義であり気分不調等あれば自由に退出するよう予め注意喚起をした上で講義を行ったが，結果的に途中退席者や気分不調を訴える聴講者はなかった。一般的な大学講義の特徴として，出席を強要されることのない（自由に欠席あるいは退席が可能な）時間であったため，そもそも聴講に対するリスクのない者だけが出席していた可能性は否定できない。

講義後の自由な感想では，CDR の必要性について「非常にこの取り組みに賛成したい」「自分に子供ができた時に子供の命に関する身の回りのリスクを考えると必要な制度である」「その取り組みは続けていくことでさらに，少しでも多くの人が少しでも多く安全に意識を向けられるようになり，誰の死を経ることなく危険に気付くことが増えるのではないか」「積極的に進めるべき素晴らしい構想だ」「子どもの死から何か学びを得るということは一見残酷なものではあるが，課題の解決に向かい安全で安心な社会の実現に近づくのであれば，積極的に取り入れていくべきだと思った」（いずれも原文からそのまま抜粋）など肯定的に捉える意見が非常に多く見られた。

また，自らの安全への取り組みについて「私は将来学芸員になることを夢見ているのですが，子どもたちを対象にしたイベントをより興味深いものとして開催することにより，すくなくともおとなの目がある場で命の危険がない形の「遊び」を提供することができ，間接的に子どもの安全を守ることができると思います（文学部学生）」「私は今のところ，地元の金融職を志望しています。何をするにもお金は必要です。地域経済が回ることで，町の環境が整い，市民の皆さんの懐が潤い，治安が良くなり，何十年先も皆が安心・安全に住み続けられる町が生まれると思います（法学部学生）」「小さい子供が死亡するようなことが起きるのは社会のあり方に問題があり，子供が安全に生きられる環境ならおとなも安全に生きられるというのは大事な視点だと思いました（法学部学生）」「情

報学部に所属しているということもあるので世間に拡散されにくいマイノリティに立たされている人...中略...の声をメディアを通して世の中に届けられるコミュニティや仕組みを作りたい（情報学部学生)」「私は情報学を学んでいるので，情報技術を活かしてこのような取り組みをサポートすることで安全で安心な社会を構築するのに貢献したい（情報学部学生)」「医工連携も安全な社会作りに大きな貢献をすると思います...中略...子供の死にいたる情報収集をして医療で携わる人が知識を共有したりして商品開発が行われれば必ず事故による死亡が防げる（工学部学生)」など，自らの専門性を社会の安全のために活かすという考え方を獲得する機会になることが確認された。

この群では，自らが「(おとな等に）守られる立場から，守る側の立場に移行しつつある」ことについて，講義をとおして新たに気づくか，もしくは再確認する特徴が確認された。中高生の群でみられた「社会（おとな）に何を求めるか」に加えて，この（再）発見に基づいて，「自分は社会に何を提供するか（したいか)」の視点が新たに発生した。将来死亡事象に直接携わることを想定せず，かつ何らかの具体的な専門分野に携わる可能性を意識する立場にあることから，自身の想定する専門分野に関連しながら，CDR の追求する「安心，安全な社会」とは何か，その実現にどう寄与するか，こどもの安全確保について共助のありかたを改めて考える機会となったように観測された。

3. 大学生（看護学専攻）に対する啓発の試み

2024.10.17 に，国際医療福祉大学において，看護学を専攻とする大学 2 年生を対象として，公衆衛生看護学の一環として CDR に関する講義およびこれに基づく模擬検証を試行した。死を取り扱う講義であり気分不調等あれば自由に退出するように講義冒頭で注意喚起を行ったが，結果的に途中退席者や気分不調を訴える聴講者はなかった。医療従事者になることを具体的に目指している聴講者であることも一助となっている可能性が考察された。

CDR に対する感想として「早く日本にも取り入れられてほしい」「これからのこどもたちを助ける上で大切な組織（注：原文のまま）だと感じました」と，前向きな意見が観測された。安心・安全な社会の実現にどのように取り組むかについて，「変にその話題について避けたり...中略...変な認識があったように...中略...感じました。そこでそのような意識が早いうちに解消されるよう小中高で今より触れる機会を多く...中略...早くから知ることでその後変わる印象もある」「小学生・中学生など小さいころからの教育が大切だと感じたので、アンケートなどを定期的に行い、何が不足しているのかを見つけ出すことが必要」「子供の死亡事例の背景や問題点について社会全体がもっと関心を持ち，周知されるべきだと考える。...中略...地域の理解を得られるように問題が認知されるように活動していけば良い」「どんな環境でどんな人を頼り，どのような学びを得ながら生きているのかを知る必要がある」など，具体的なアクションというよりは，社会がどうあるべきという抽象的な意見が多い特徴が観測された。その一方で，自分自身の行動に関しては「将来看護師や保健師になったら...中略...こどもの健康に貢献してみたい」「将来看護師や保健師として臨床に出た時に...中略...相談しやすい環境作りなどが子供にとって安全で安心な社会を構築するために大切」「将来は，保健師として母子保健に携わろうと思っているので，様々な職種の方と連携して...中略...対策していこうと思いました」のような，自らの専門性を意識した考察もみられた。

この群も「自分は社会に何を提供するか（したいか)」の視点を持つ群であるが，自らが医療福祉関係者として社会に携わることを想定し，医療や福祉の専門性について具体的に考察し，社会に対して何を提供するか，自分（等）の提供する公助のありようを考える契機となったように観測された。

4. 大学生（医学専攻）に対する啓発の試み

2023.4.26, 2023.7.18, 2024.7.23 に，名古屋大学において，医学部医学科の学生（2 年および 4 年生）を対象として，公衆衛生学の一環として CDR に関する講義およびこれに基づく模擬検証を試行した。他と同様に，死を取り扱う講義であり気分不調等あれば自由に退出するように講義冒頭で注意喚起を行ったが，途中退席者や気分不調を訴える聴講者はなかった。

CDR に対する感想として「日本においてこれから発展させていくべき制度」「自分の子供が原因も分からないのに死んでしまったら，遺族はとてもやるせない...中略...遺族のためにも死因を探るチャイルド・デス・レビューの運動（注：原文のまま）は意義のあるものだ」「『死』だけではなく『怪我』や『心の傷』においても同じ取り組みができるとより多くの子どもが救われるのではないか」「このような仕組みが今までなかった理由が不思議」と，前向きな意見が非常に多く観測された。

また今後の方策として「医療は，治療だけでなく，再発防止にも努める必要がある」「子どもが病気にかかりにくいような環境を整えることと，病気になった際，すぐに医者に診てもらえるようにすることが必要」「病院内だけにとどまらず，地域づくりにも積極的に取り組める医師になりたい」「子供の死と向き合う時は，将来この子がもたらす可能性のあった利益とご家族の気持ちをよく考えていきたい」「現在学んでいる医学の知識や技術を用いて，いち医療従事者として小児，そしてそれを支える周りの方々の健康を支えることで，安全に寄与できる」「現在できることは医学の勉強，将来は小児科医として一生懸命働くことがこどもにとって安全で安心な社会に貢献する方法」など，自身の担うであろう医療に関連する考察が多く挙げられ，逆にその他の一般的な施策等に関する考察は限定的であった。

この群は他群と異なり，いち一般国民としてというより，実施者側としての意見を持つ傾向が観測される。CDR に関して「運営あるいは協力を求められる側」となることを自覚し，あるいは期待されると認識しているように推察された。

E. 結論

CDRの社会実装がすすみにくい要因の一つとして，一般国民における理解が不十分である可能性が挙げられる。学術領域での「理論的客観的な証拠」とは異なり，政策決定のエビデンスとして，当該政策の実現を望む国民の強い要望が求められる。しかし，こどもの死は多くの国民にとっては身近な問題とは捉えられ難く，情宣の方策について慎重な検討が望まれる。

こども家庭庁は「こどもまんなか社会」を提唱して様々な事業を実施しており，その中に，こども自身による会議の実現がみられる。これまでCDRに関して，模擬検証はじめ様々な手段で一般国民や関係者への理解が促されてきたが，こども自身への理解醸成の視点は欠落していた。

今回の一連の講習をとおして，中高生を含む若年者に対して「死」を扱うテーマを取り上げることは可能であること，死から学び安全な社会を醸成するというCDRの趣旨に対して賛同を示す意見が主流であること，年齢や集団の特性によって安全対策についての考察の傾向が異なることが分かった。若年者に対するこのような企画は，CDRへの参加や理解を促すことに加えて，CDRを通して「安全とは」「命とは」などの考察を促し，安全な社会のための原動力を形成するポテンシャルがある。

「こども（の意見）をCDRのために用いる」ことは，準備や誘導に大きな工夫がなされれば可能で，上手くいけば潜在的な期待は大きいこと，一方で「CDRをこども（の教育）のために用いる」ことは同様に導入や要時のケアの体制に留意すれば比較的容易に可能で効果が大きい。安全教育の一環として，あるいは「いのちの教育」の一環と

して，CDRを題材とした講習は有用と考えられる。

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

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）

こども（中学生および高校生）によるチャイルド・デス・レビューは可能か

こども家庭科研「子どもの死を検証し予防に活かすための
包括的制度を確立するための研究」班代表
名古屋大学医学部附属病院　救急・内科系集中治療部
沼口　敦

【背景】

わが国で，チャイルド・デス・レビュー（以下 CDR）制度が探索される。

この全国展開にあたって，CDR の取り組みが一部の特殊な集団による特別な取り組みではなく，国民全体にとって必要な普遍的な取り組みと理解されることが必要である。そのため，これを目指した一般市民への啓発は重要な課題と考えられる。わが国において一般的に「死について議論する」ことが歓迎されない・忌避されるべきとする風潮が指摘される中，どのように CDR の重要性や有益性を訴えるか，その方法論の開発が望まれる。

また CDR は，こどもの安全を確保することにより万人に安全な社会を構築することを目的とする。これまでのモデル事業の観測の中で，リスクを自ら見出した地域では具体的なアクションにつながりやすいとの指摘を鑑みると，こどもの安全を「大人がこどもに対して一方的に提供する」よう探索することに加えて，「こどもが自分自身の課題と認識し自ら探索する」ことが望ましいとも言える。ただし，このことが実際に可能であるかについては明らかではない。

こどもが CDR に参加可能であるか，こどもに対する安全教育に CDR は何らかの役割を果たしうるかについて，探索が望まれる。

【方法と結果】

学校法人滝学園滝中学校，滝高等学校の生徒のうち希望者を対象に，「医師という職務」についての任意参加の講義（1 回 60 分，対象を替えて計 2 回）を実施する機会を得た。この講義に際して，CDR で探索される多機関検証を模した考察および議論を参加者に促し，これが可能また有効であるか，実施にあたって注意点は何かを探索的に検証した。

参加者の募集にあたって，生徒には職業紹介の一環としての「**医師等の職務内容について具体的な内容を聴く機会**」のひとつであり，自由参加であると紹介された。併せて，講義の中で「こどもの死亡を予防すること」について触れる旨も，予め周知してあった。同校教諭への事前の聞き取り調査によって，対象者が中 1 生および高 2-3 生であること，日常の教育現場においてグループワークを実施しており本講義でも実施可能と推察されること，直近の学校関係者の死亡事象などはなかったこと，を確認した。

予定された時間は 1 講義あたり 60 分であり，約半分を医師という職業についての紹介，

約半分を CDR とこどもの死亡を予防する方策について，に割り振った。その概要は以下のとおりであった。

講義 1：10:00-11:00（2 時間目）

概要：

中学 1 年生の希望者 64 名（事前登録人数）に対して講義を行い，

1）医師になるための要件，医師に求められるプロフェッショナリズムとは何か

2）集中治療医学とは何か

3）チャイルド・デス・レビュー（CDR）概論

4）死亡を防ぐための取り組み

について，合計 50 分で講義および意見交換を行った。

死亡を予防するための取り組みについて考察を促すため，

1）小学生の水難事故

2）幼児の車内熱中症

を架空事例として課題提起し，それぞれについて① 誰が何をすることができるか，② いまの自分には何ができるか，③ 将来，自分は何をしたいか，という 3 点について 2-3 分程度の短い時間で考察を促し，何人かを指名して発言を求めた。

＜事例 1（水難事故）について＞

・（自分が）どの場所で水難事故が発生したかを調べて，危険地図を作り発表する。

・（自分が）下調べをして，危ない場所には行かないようにする。

・（自分が）危険な場所で水遊びしている人を止める。

・（自分が）英語はじめ外国語をマスターして，友達の少なそうな外国人に積極的に話しかけるようにする。

＜事例 2（車内熱中症）について＞

・スーパー等で駐車場のカートを回収する担当者が，駐車中の車の中を確認する。

・（メーカーが）通りがかりの人が車の外からでもエアコンのスイッチを入れられる仕組みを作る。

・（自分が）熱中症について調べて，世の中に情報発信をする。

＜いずれにも当てはまる内容＞

・（自分が）どういう状況でこどもが死亡したか，具体的な事例を情報発信（して，一般市民に啓発）する。

・自分は，将来ゲームクリエーターになりたいと考えている。ゲームを進めるうちに自然と「何が危険か」が分かるようなゲームを作ることで，安全についていつの間にか学べるような仕掛けを作りたい。

・（自分が）YouTube などの媒体を使って，広く情報発信をする。

・(自分は) 医師になって，医師として子どもを直接救う仕事をしたい。等。

また，講義終了後に活発な質問があり，以下の質疑応答が行われた。
Q: いつ・どうして医師になろうと考えたか，小児科を選択しようと考えたか，救急や集中治療をしようと考えたか。
（A: それぞれ自験をもとに回答した）
Q: そのために何を学んだら良いか。
（A: 「認知能力」のため，いわゆる受験勉強は大切。中一の今であれば，それと同時に「非認知能力」のため，日々の各種活動や興味を持ったことに，ぜひ取り組んでほしい）
Q: 医師のプロフェッショナリズムとして求められる「善意」「誠実さ」は，どのように客観的に評価されるのか。
（A: 日々の業務や生活で出会う他者の主観的な感覚でなんとなく評価され，客観的・定量的な評価は困難である。主観的な評価が頼りになるので，スコアを上げるために何の対策をするか，ではなく，日々の生活の中で自分自身を信じて自分自身で獲得に努めてほしい）
Q: 一人前の医師になるのに何年かかるか。
（A: 資格を取るという意味では，6 年＋初期研修 2 年である。ただし，どこまで学んでもさらに先があるので，そういう意味では，どこに到達したらゴールという明確な目標はない。自分自身が一人前になったと実感できた時が，その時だろう）
Q: 手術などの治療にどのように取り組むか。
（A: しっかり準備をすることが大切。そのために頭の中で何度もシミュレーションを繰り返す，トラブルシューティングの準備をする等）
Q: 治療をした患者が亡くなった時に，どのように自分の心の中で折り合いをつけるのか。
（A: その死からきちんと「学びとる」，そしてそれを他の児のために「活かす」ことを心がけることで，その死を無駄にしていないという自負を積み重ねるようにしている）

工夫した点：

中学 1 年は社会経験が少なく，職業について具体的なイメージを持ちづらいと想像されたため，可及的に写真や動画を用いるように心がけた。後半でこどもの死について話題とすることにつき，忌避感を持ったり，何らかの心的トラウマが惹起されたりするのを予防するべく，「死ぬ」ではなく「助からない」という用語を積極的に選択する等の配慮を行った。また死の予防についてひととおり考え意見交換をした後，講義の最後はこどもの死や CDR についてではなく，医師を志す上での推奨や提案について話をまとめるよう心掛けた。その結果，質疑応答のほとんどがこの点に関するものであった。

感想および反省点：

参加した生徒個人がそれぞれ課題について考えるよう促し，何人かをランダムに指名し

て発言を求めた。発言を促した生徒は「わかりません」「意見はありません」等で回避することなく，皆なんらかの発言をした。上記発表した生徒も，もともと特に発表したい様子を醸し出していなかったにもかかわらず良い意見を発言したことを鑑みると，今回発言を求めなかった他の生徒も，挙手等による発言希望の有無にかかわらず同様に良い意見を持てた可能性が示唆される。書記提出なり口頭発表なり，なんらかの方法で全員に考えたことを表出する機会を保証するべきであった。ただし，この場合「言いたいことを言語化する」能力が十分であるか，そのための時間を十分に確保できるかに注意が必要と推測される。今後，同年代による議論を実現する場合に，「意見を持てないので発言しない」のか「意見を言語化できないので発言しない」のか（たぶん後者？）を正確に読み取るスキルが要求される。成人ではなくこどもによる議論の実現に際して，教育学の視点からの助言が望まれる。

写真 1．講義 1 の様子

写真 2．講義 1 後の質疑応答の様子

講義 2：11:10-12:10（3 時間目）

概要：

高校 1〜2 年生の希望者 9 名に対して講義を行い，

1）医師になるための要件，医師に求められるプロフェッショナリズムとは何か

2）集中治療医学とは何か

3) CDR 概論

4）死亡を防ぐための取り組み

について，合計 55 分で講義およびグループディスカッションを行った（スライドは 2 時間目の中 1 生と共通とし，話す内容や言葉の選び方，時間配分を若干変更した)。

第 2 時間目と同様に，死亡を予防するための取り組みについて考察を促すため，
1）小学生の水難事故
2）幼児の車内熱中症
を架空事例として課題提起し，それぞれについて① 誰が何をすることができるか，② いまの自分には何ができるか，③ 将来，自分は何をしたいか，という 3 点について，各事例につきそれぞれ 4 分程度，4-5 人の小グループで意見交換してもらい，その後に全員から順に発言を求めた。
＜事例 1 について＞
・自分は水泳部なので，川遊びのスポットに積極的に出かけて，ボランティアとして遊んでいる団体に目を配る。
・（自分が）水難事故について講習への参加を（一般市民に）広く勧める。
・監視ロボット等による（危険な場所の）見張りを，全国的にシステム化して強化する。
＜事例 2 について＞
・（自分が）自家用車内に，水のペットボトルを常備する。
・（メーカーは）エンジン停止中にも車内温度を一定にできる装置（エアコン）を自家用車に搭載する。
・（自分が）親に，停車中にもエンジンを切らないよう声をかけるようにする。
＜いずれにも当てはまる内容＞
（特になし）

また，講義終了後の質疑応答の時間には，
Q: いつ・どうして小児科，救急や集中治療を選択しようと考えたか。
（A: それぞれ自験をもとに回答した）
Q: こどもの代弁をする時に，具体的に意見を言えないこどもの意見をどう汲み取るのか。
（A: こどもの考えていることを想像できるように経験を重ねる。オープン・クエスチョンでは意見を言えないこどもでも Yes/No のクローズド・クエスチョンには答えられることも経験するので，自分の尋ねたい内容を具体的なクローズド・クエスチョンに置き換えて意見を求められるよう考察をめぐらせる）

工夫した点：

子どもの死について話題とすることにつき，忌避感を持ったり何らかの心的トラウマが惹起されたりしないように心掛けた。

この時間では特にグループワークを行う時間を十分に確保するよう心がけ，この時間内

は互いに会話できるよう，発言のない聴講者に声をかけるなどしてグループ内での発言を促した。当該時間内には，互いに積極的に話をしている様子が窺われた。グループワーク後の発表の時間は全員に考えたことを尋ね，発言したがらない生徒に対して「何でもいいから口にだす」よう促し意見を引き出した。

写真 3. 講義 2 中の発表の様子

感想および反省点：

グループワークの時間は合計 8 分設けたが，まずは個人で考え始める生徒が多く，同級生同士とはいえ会話を始めるまでに時間がかかる様子であった。冒頭になんらかの**アイスブレイクを置くのも効果的**と考えられた。

また考えをまとめるツールとして，事例の要点や考えるポイント等を予め印刷したメモ用紙を配布した。あとから回収したところ，いくつかの記載は見られるものの，発言内容はメモ内にほとんど含まれなかった。おそらく，まずメモ用紙上で自分の考えをまとめ，これをもとにグループで議論を行い，議論を進めながら，あるいは他者の発表を聞きながら自分の考えが深化した結果，口頭発表ではより優れた意見につながったものと推察される。このことから，考察を促す手順として，個人で考えたあとグループで議論し，最後にその結果を踏まえて再び考えをまとめる時間を確保することが望ましいと考えられた。この場合の**至適な時間配分**について，教育に関する識者等の意見も踏まえて探索が望ましい。

今回のグループワークの最終成果物は個人としての意見（の口頭発表）としたが，グループとしてまとめられたアイディアを最終成果物とする方法も考えられる。いずれが参加者の考察を促すことができるか，さらなる観測が好ましい。

事後に観測された内容

中学生に対する講義（第 2 時間目）に同席した教員から，後日以下の連絡を受け取った。（以下，メール本文より抜粋。ただし文中「」は報告者による追記）

月曜日以降の授業の中で，講演の内容を踏まえて生徒が考える言動が見受けられました。特に「忘れ物をしたことがない人はいない」そのために「予防が大事」というくだりには反

応があるように感じております。(註：講義内で，車内熱中症の事例提示に際して「赤ちゃん忘れ症候群」というキーワードを出し，「注意する」と口で言うだけでは予防になりにくいことを示した)

ちょうど登下校におけるマナーについて注意喚起をする機会があったのですが，「普段から忘れないように繰り返し考えることだ」とか「予防や準備が大事だ」「宿題を忘れないようにメモ（学校から渡してある備忘録みたいなメモノートがあります）するんだ」などのやりとりを耳にし，その影響力の大きさや，心の反応の豊かさに触れ，とても嬉しく思っております。講演を受講希望した生徒の多くは，医療関係の分野への興味が強いと思っておりましたが，受け止めたことは，将来社会で活躍するための心構えであり，私の想像以上に深く感じ入ってくれたという手応えを感じました（ひいき目があることはご容赦ください)。（註：本講義は，そもそも「医学科への進学希望者が，医師という仕事について具体的な話を聞くことのできる機会」と紹介され参加者が募集されたが，医療職についてというよりは，生活する上での心構えについての洞察が観測されたとの連絡と解釈された)

【考察】

<u>若年者に対して死に関する話題を提起することの是非について</u>

今回のトライアルをとおして，参加者の発言内容や雰囲気から「死について話題にする」ことに対する**明確な拒否感はなかった**ように感じられた。また観察可能だった範囲では，講義中および事後に心的トラウマが惹起された生徒は見受けられなかった。**十分な事前配慮**があれば，このような（死に関する）話題を安全に児童生徒に提供することは可能と考察された。このような事前配慮の一例として，テレビのキャラクターやドラマの画面（ただし，今回は使用許諾なし）をスライドに取り入れるなどにより，過度な感情移入をしないよう，かつ具体的にイメージしやすいよう資料制作において心掛けた。今後このような方法を展開するためには，死について浅く触れるような**一般媒体（テレビ番組や書籍，インターネット上の各種コンテンツ）とのタイアップ**も効果的かもしれない。

ただし，この方法に潜在する課題として，話題が**「身近な話ではなくドラマの中の出来事」のように捉えられた可能性**も否定できないことが挙げられる。一般論として，CDR の社会実装において，子どもの死が「遠い世界の他人の話」ではなく身近な課題と捉えられた場合に，具体的な予防のためのアクションにつながりやすいことが指摘されている。どの程度の親近感を持って議論に臨んでもらうのが好ましいか，対象に応じた設定が考慮されることが望ましく，今後の探索が必須である。また，何らかの心的トラウマを感じる参加者の発生に備えて，アフターケアのあり方も同時に探索される必要がある。

なお，いわゆる**悲嘆ケア（グリーフケア）について着眼**した中学生がいたことには注目すべきである。自身あるいは近親に類似の悲嘆経験があった可能性もあり注意は要するが，死に関する話題を扱う上で**グリーフケアの体制整備が必須**と指摘されるが，このことは専門

者のみならず一般市民も気づく課題であることを裏付ける。

CDR の話題を導入する方法に関して

今回，集まった生徒が「医学系への進学を希望する者」であり，会の趣旨がそもそも「医師について職業紹介をする」ことにあったことから，上記の講義構成とした。すなわち，講義全体の目的である「医師とは何か，医師になるための心構えを知る」ことに関心がある生徒が募集され，講義の成果物として上記に関する一般的な知識を獲得することを設定した。同時に，「こども」自身が CDR を肯定的に捉えられるか，予防について「具体的な考察」が可能であるか，を観測することを副次的な成果物と設定した。この二者を両立するため，医師（小児科医/集中治療医）の職務の一環として死についての考察があり，それがどう行われるかを実体験してもらう，という建て付けで CDR の話題を導入した。当日の会場の雰囲気からは，このような導入には無理がなく，こどもに受け入れられやすいと推察された。

一方で，医療職とはこどもの死を特別に話題にする専門職であり，医療職に興味を示した自分だから，そのような話題を特別に聴いている，と受け取られた可能性も否定できない。こどもの死という事象を「医療に携わる者だけが取り組むべき特有の課題」としてではなく，**どの立場の者の身辺にも潜在する課題**として捉え考察を促す機会が確立されることが望ましい。そのため，医療系への特段の希望を持たない生徒に対して，どのように事前に関心を抱かせ，どのような流れで CDR について紹介・啓発し話題を展開するか，**導入のありかたには工夫を要する**かもしれない。

現在，CDR の社会実装を進める上で，一般市民等に対する普及啓発により理解を得ることが鍵であることが指摘されている。これを展開する上で，どのように関心を惹起しどのように話題を取り扱うか，さらなる工夫が要求される。

事例の選択について

今回のトライアルにおいて，2 事例による話題提起を行った。これらは，いずれもこどもの死を扱ってはいるものの，議論の主体であるこどもにとって「当事者性」が異なる話題である。

事例 1「小学生の水難事故」に関して，**「自分は○○する」という対策**を述べる意見が多く，自分自身の身を守る方法を自分で考える傾向が窺えた。生徒たちにとっても水難事故は自分にも起こりうる問題と捉えられやすい様子が窺えた。現実の CDR において，おとながこどもの安全を確保する方策を考察する場合に，こどもが同事象をどう捉えるのか，どこに危険が潜在すると考える（どのような危険が見逃される）かという「こどもの視点を確認する」手法として有効である可能性がある。年長児に多い傾向にある「水難事故」「交通事故（車内事故を除く）」「自殺」などを題材として扱った場合に，同様の傾向が生じると推察された。

事例 2「幼児の車内熱中症」に関して，「**○○（自分でない誰か）が△△する**」「**○○（自分でない誰か）に△△させる」という対策**を述べる意見が多かった。このような事象は，生徒本人に発生するとは想像しづらく，自分より幼少の児を守るという視点が要求され，そこ

には自身が主体的に関与することまで想像が至りにくかったと推察された。これらの事象についてこどもによる議論をどのように有効に活用するか，こどもに何を学び取ってもらうのがよいか，話題の展開や議論の進行援助等について更なる検討が望まれる。年少児に多い傾向にある「睡眠環境の問題」「転倒・転落」「交通事故（主に車内事故や歩行中の事故）」などを題材として扱った場合に，同様の傾向が生じるかもしれない。

こどもによる議論

こども家庭庁は，「こどもまんなか社会」の実現の具体的な方策の一つとして，こどもによる議論を促す試みを進めている。一方，同庁のすすめる CDR の社会実装においては，おとながこどもの安全を確保する方策について議論する仕組みが先行し，こども自身がこどもの安全について考察する手順はまったく模索されてこなかった。

参加者の募集方法について，また話題の展開等について限定的ではあるにせよ，今回の経験から，CDR を題材として**こども自身によりこどもの安全性について議論することは可能である**ことが示された。今後，より幅広い対象においてその可能性を探索することが望ましい。

年代による比較

発言の幅広さを比較すると，中学生と比較して高校生のほうが「より現実的な（より無難な）」意見にまとめる傾向を感じた。若年者ほど安全施策上のイノベーションにつながる貴重な意見をもつ潜在的な可能性があるとも言い換えられる。さらに言えば，こどもの安全にかかる施策に，こども自身を含む若年世代が関与することは有効であることが示唆された。年代が進むにつれて社会経験が増え，より社会に受け入れられやすい意見を持ちやすくなった可能性がある。若年者からは自由な発想を求め，同時に年代の進んだ者からはより社会に適合するような応用の考察を求める等，**年代を考慮した役割分担**も探索されてもよいのかもしれない。今後，もしも異なる年代の者を混成した会議体を形成するならば，年代による**意見の質の違いを活かせるような議論の展開**が要求されるだろう。

ただし今回のトライアルにおいて，意見を収集する方法論の違いがあったことには注意を要する。すなわち年代にかかわらず，個による考察のみ求める（考える内容に外的制限がない）か，複数での議論を求める（突拍子のない意見を同年代に対して言いづらい）かに起因するのかもしれない。中学生から幅広い意見を得られた点に関しても，発言がすすむにつれて興味深い発言が増える様子も窺えたことから，他者の発言を聴いて「そういう発言をしてもいいのだ」と実感した結果，思いついた内容を忌憚なく発言できるようになった可能性も示唆される。どんな発言やアイディアも歓迎されること（**心理性安全性の担保**）について，事前導入を十分に行うべきと考察された。

議論の構成に関して，他者からの影響を受けないで**自分の着想を温める**時間，自由意見を**活発に発出**できる時間，ここから**選択された意見を具体に落とし込む**時間，など段階を追って考察の深化を促す工夫などが考えられる。これは，現実の CDR が「個別検証などで施策の案などを自由に創出する」「概観検証などで施策案を具体的な提言に落とし込む」ことに

相当している。

こどもによる議論の効果

こども自身により（おとなが想定できないような）斬新な予防策を創出する，という成果を得るためには，より長い時間をかけてより具体的な結論を誘導する必要があると考えられた。一方で，教諭による観測結果で見られるように，こどもにとって**死亡事例から学ぶことは可能であり，学んだことはこども自身の日常生活に大きな影響を及ぼす**可能性が推察される。すなわち，今回のトライアルにより，こどもが CDR に積極的に関与し好影響を及ぼす可能性について検証はできなかったが，**CDR を通してこどもが学び好影響を受ける可能性**については確認された。

まとめ

こども（の発想等）**を CDR に利用するのではなく，こどもが**（何かを学びとるために）**CDR を利用する**ことは，現状で十分に可能かつ有効である。

より有効性を担保するため，議題と方法について更なる検討が望まれる。

【掲載許可】

本報告書への写真掲載について，事前に使途を説明のうえ許可を得ています。

【謝辞】

今回の企画において，機会提供と実施許可をいただいた学校法人滝学園，同校の神野佳洋教諭，および参加してくださった同校生徒の皆様に深謝いたします。

令和 6 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

子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

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る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，2017-2023 年の 9 年間で，18 歳未満の死亡 36,175 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 9.2%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 9.8%（都道府県により 1.6-30.7%）は対象とできないと計算された。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 で検証するべき事例であるか否かを正確に判断するのには制限があり，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

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；以下 CDR）制度が模索される。2020 年度より厚生労働省は，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。全米に 1,320 の CDR チームが稼働するとされる米国では，1 チームあたり年間 27 件程度の検証を担当すると報告される[2]が，わが国では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。わが国では，検証の冒頭で事例選定（ケースセレクション）を行い，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」。上記ケースセレ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，前回までに報告者らが実施した 2017-2020 年の 4 年間[4]，2007 年，2012 年，2017-2022 年の合計 8 年間[5]の解析に加え，2023 年の解析資料を用いて，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（セレクション）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，2017-2023 年の合計 9 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。従来の研究[4][5]と同じ手法により，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。

◯ 対象：対象期間内に死亡した 18 歳未満の者

◯ 死亡票：

・死亡時年齢（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：

・死亡場所の施設名及び住所
・死因傷病名等
・手段および状況，その他付言すべきことがら等
・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用手的に再分類した。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，カテゴリー5 に分類。

表 1. 予防介入に着目した死因再分類（文献 3,4,5,6 より和訳および一部改変して引用）.

図 1. 本研究のために開発した閲覧ソフトウェア.

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 36,175 件であり，これら全てが死亡票に含まれた。年齢は中央値 1.54［四分位数 0.14-11.51］歳，性別は男性 20,188 件（55.8%）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例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。死亡個票と対照できた 32,711 例とできなかった 3,464 例を比較すると，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 9.6%に相当する 3,464 例では照合可能な死亡個票が得られなかったため，また 1.1%にあたる 388 例では死亡個票の該当欄に適切な医療機関名等の記載がなかったため，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 32,358 例を母数とすると，208 例（0.6%）は国外での死亡，2,988 例（9.2%）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の対象を当該都道府県内での発生のみに限定した場合，都道府県によって 1.6-30.7%が対象外となることが示された（図 2）。

図 2. 都道府県内調査で把握できない 18 歳未満の死亡の割合（都道府県別）.

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（図 4）。

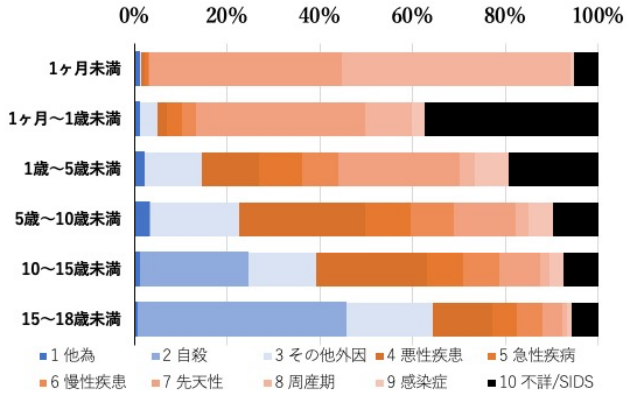


図 3. 年齢群別の死因再分類結果の割合.

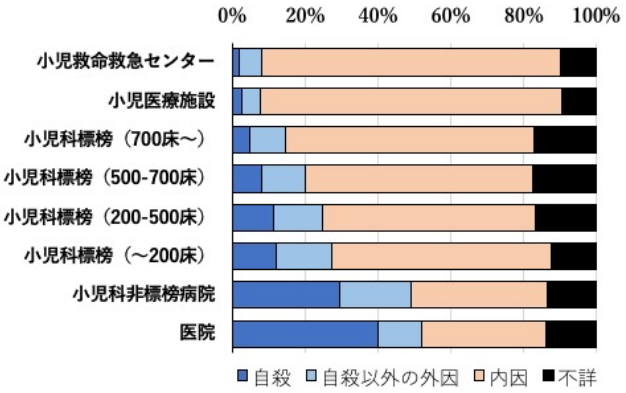


図 4. 死亡の種類の割合（施設の類別）.

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 13,566 例（36.9%）であり，小児科診療の規模が大きい施設ほど割合が高い傾向にあった（図 5）。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。法医認定医による死亡診断（死亡届の記載）割合は，剖検された例の 32.2%と計算された。異状死（外因および不詳の死）のみ抽出して計算しても，法医認定医による死亡診断は 46.1%（5,036 例中の 2,323 例）にとどまった。なお，解剖の種類（病理解剖か，司法解剖や調査法解剖を含む法医解剖か）は本調査では不明である。

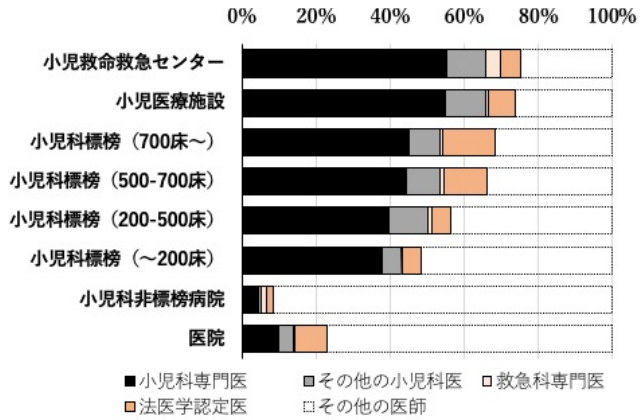


図 5. 死亡診断した医師の分類（施設の類別）.

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。地域のこどもの死亡疫学を概観する場合には，この点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 91.6%，内因（死因再分類 4（悪性疾患）～9（感染症））のうち 81.5%，不詳（死因再分類 0（不詳/SIDS））のうち 57.5%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 86.1%であった（データ非表示）。すなわち異状死の 13.9%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 91.3%，内因死 80.6%，不詳死 56.8%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 552 例のうち，その約 1/3 がに相当する 184 例が自動診断で再分類 3（その他の外因）とされており（データ未提示），一致率が 55.6%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 313 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 700 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 307 例(98.1%）と後者のうち 98 例(14.0%)であった。一方で，これらの他殺の可能性を示唆する外因符号が付与されないものの死因再分類で 1（他為）とされたものは 147 例，本研究では死因再分類 0（不詳/SIDS）とされたが 1（他為）の可能性も考慮されたものは 150 例であった。これらは，他殺(虐待に関連する死亡を含む）の可能性も検証されるべきであるが，統計結果のみを情報源とするとその旨が把握されない例である。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。用手判定結果が自動変換結果と一致したものは，外因のうち 64.9%，内因のうち 82.0%，不詳（死因再分類 0（不詳/SIDS））のうち 79.9%であった。用手判定が内因死のいずれかであった例のうち 92.7%は自動判定でもいずれかの内因死に分類され，用手判定が異状死であった例のうち 87.9%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 12.1%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(図 6），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。

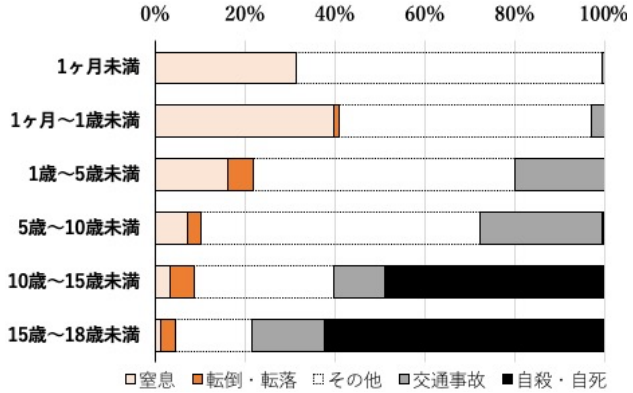


図 6. 外因死の種別の割合（年齢群別）.

さらに，特定の死亡態様に関する事例を抽出し，当該死亡に関する疫学背景を明らかにしうるかについて検討した。

乳児および 1 歳児の睡眠中の死亡を抽出し，死亡個票の「手段および状況」に寝具に関する記載がみられた 75 例について詳細を検討できた（巻末資料 1「わが国の乳児の睡眠関連死と寝具の関係について ～人口動態統計の解析より～」を参照）。

熱中症による死亡を抽出し，年齢群別の死亡数の推移を検討した（別添表 19）。死亡個票の「手段および状況」の記載より，乳幼児の熱中症死 21 件のうち，13 件(62%)は自動車内で発見されており，次いで自宅室内 4 件(19%)などであったことが確認できた。

18 トリソミー1,819 例を抽出したところ，1 年生存率は 24.5%で，死亡日齢の中央値は 123［四分位数 8-354]日と計算された。諸外国の既報では，1 年生存率 5.6-13.4%，死亡日齢の中央値は 8-14.5 日とされるのに比して，長寿命であることが確認できた。

このように，死亡統計は内容が限定的と指摘されるものの，疫学的背景から CDR で詳細に検証するべき課題を抽出することが可能である。

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，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)運営のためのガイダンス 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) 沼口　敦ら. 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（主任研究者 沼口 敦）」分担研究報告書：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「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）」

(6) 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	7,992	4,263	3,729
1ヶ月～1歳未満	8,497	4,566	3,931
1歳～5歳未満	6,134	3,292	2,842
5歳～10歳未満	3,572	2,013	1,559
10～15歳未満	4,268	2,474	1,794
15～18歳未満	5,712	3,580	2,132
不詳	0		
（合計）	36,175	20,188	15,987

（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	1,357	752	605	303	308	238	129	164	215
青森県	365	215	150	100	59	57	35	57	57
岩手県	375	218	157	70	86	66	39	50	64
宮城県	637	344	293	154	131	104	63	72	113
秋田県	228	118	110	61	34	30	19	32	52
山形県	328	186	142	89	51	61	35	40	52
福島県	574	312	262	115	138	113	48	80	80
茨城県	944	508	436	224	229	147	91	108	145
栃木県	618	367	251	118	145	106	62	65	122
群馬県	561	293	268	131	127	103	49	58	93
埼玉県	1,927	1,080	847	371	463	322	199	243	329
千葉県	1,871	1,080	791	416	442	307	171	224	311
東京都	3,449	1,916	1,533	797	859	592	326	382	493
神奈川県	2,594	1,421	1,173	644	602	414	242	274	418
新潟県	549	307	242	123	105	94	62	69	96
富山県	246	153	93	65	53	38	32	27	31
石川県	310	166	144	71	76	36	39	37	51

福井県	256	132	124	63	56	37	23	44	33
山梨県	203	116	87	42	48	38	12	25	38
長野県	518	277	241	108	94	86	65	59	106
岐阜県	563	322	241	128	134	97	47	63	94
静岡県	1,039	577	462	258	232	158	100	133	158
愛知県	2,338	1,311	1,027	514	557	395	226	274	372
三重県	505	287	218	97	134	83	45	57	89
滋賀県	431	237	194	116	102	62	42	49	60
京都府	656	355	301	129	159	138	68	78	84
大阪府	2,501	1,382	1,119	524	645	409	233	282	408
兵庫県	1,439	835	604	245	330	255	156	189	264
奈良県	389	210	179	72	94	74	34	43	72
和歌山県	257	139	118	53	58	45	34	33	34
鳥取県	164	97	67	46	30	27	20	13	28
島根県	190	106	84	41	41	28	25	19	36
岡山県	530	306	224	107	124	91	51	67	90
広島県	788	430	358	147	186	127	105	101	122
山口県	381	216	165	74	90	79	36	44	58
徳島県	199	114	85	53	58	28	6	25	29
香川県	259	148	111	54	53	57	28	29	38
愛媛県	336	185	151	64	69	66	43	38	56
高知県	225	137	88	55	41	43	25	29	32
福岡県	1,596	888	708	368	382	272	150	188	236
佐賀県	231	128	103	42	60	34	28	34	33
長崎県	411	238	173	123	91	73	40	36	48
熊本県	536	291	245	124	144	87	53	60	68
大分県	285	147	138	63	76	49	27	37	33
宮崎県	366	213	153	68	94	68	33	49	54
鹿児島県	564	305	259	103	156	91	71	66	77
沖縄県	593	333	260	137	164	106	55	52	79
国外	408	240	168	97	71	77	42	65	56
不詳	85	50	35	25	16	26	8	5	5
（合計）	36,175	20,188	15,987	7,992	8,497	6,134	3,572	4,268	5,712

（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%)
2023 年	3,463	1,878	1,585	3,411	(98.5%)	1,854	(98.7%)	1,557	(98.2%)
(合計)	36,175	20,188	15,987	32,711	(90.4%)	18,223	(90.3%)	14,488	(90.6%)

(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	855	16	56	813	6,268	(88.0%)
1ヶ月～1 歳未満	817	85	32	701	6,871	(90.5%)
1 歳～5 歳未満	667	60	40	471	4,899	(90.6%)
5 歳～10 歳未満	334	42	18	295	2,884	(90.2%)
10～15 歳未満	350	44	27	313	3,537	(91.3%)
15～18 歳未満	441	141	35	395	4,703	(91.7%)
(合計)	3,464	388	208	2,988	29,162	(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	117	166	299	888	1,790	1,941	857	1,025
1ヶ月～1歳未満	312	58	229	966	1,880	2,082	887	1,151
1歳～5歳未満	312	60	235	832	1,283	1,218	547	879
5歳～10歳未満	402	59	160	457	711	655	271	465
10～15歳未満	656	130	204	618	839	686	253	458
15～18歳未満	1,271	343	283	884	1,032	797	196	284
（合計）	3,070	816	1,410	4,645	7,535	7,379	3,011	4,262

（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	117	445	1,008	541	359	2,600	988	1,025
1ヶ月～1歳未満	312	290	917	607	375	2,917	996	1,151
1歳～5歳未満	312	268	727	394	186	1,917	683	879
5歳～10歳未満	402	215	390	223	102	1,009	374	465
10～15歳未満	656	285	480	238	101	1,183	443	458
15～18歳未満	1,271	508	587	235	93	1,615	497	284
（合計）	3,070	2,011	4,109	2,238	1,216	11,241	3,981	4,262

（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	91	0	19	70	56	25	3,321	3,944	46	420
1ヶ月～1歳未満	109	0	322	172	267	252	3,098	876	229	3,172
1～5歳未満	141	0	745	764	574	477	1,601	200	457	1,175
5～10歳未満	114	6	689	972	345	332	477	101	192	344
10～15歳未満	50	1,003	625	1,020	333	330	371	87	130	319
15～18歳未満	47	2,567	1,059	737	307	310	241	67	56	321
（合計）	552	3,576	3,459	3,735	1,882	1,726	9,109	5,275	1,110	5,751

（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	46	72	217	656	265	269	1,577	593	144	423
小児医療施設	28	76	131	327	162	155	1,300	467	72	293
小児科標榜病院（700 床～）	112	362	609	743	376	344	2,123	1,237	193	1,280
小児科標榜病院（500-700 床）	133	598	788	629	414	316	1,808	1,302	231	1,316
小児科標榜病院（200-500 床）	44	523	587	220	323	273	1,005	720	176	774
小児科標榜病院（～200 床）	26	168	193	130	72	115	264	218	49	176
小児科非標榜病院	23	241	137	83	25	23	48	116	9	111
医院	68	1,223	304	619	64	65	190	83	29	426
国外	2	20	34	23	17	7	28	61	18	142
（不明）	70	293	459	305	164	159	766	478	189	810
（合計）	552	3,576	3,459	3,735	1,882	1,726	9,109	5,275	1,110	5,751

（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	46	72	217	656	265	269	1,577	593	144	423
高度救命救急センター	89	247	487	443	180	196	957	653	103	626
救命救急センター（地域を含む）	135	983	1,237	705	657	501	2,747	1,856	337	2,083
病院 >700 床	17	28	43	202	55	63	460	176	34	138
病院 500–700 床	56	88	134	266	130	102	631	380	65	386
病院 200–500 床	35	277	313	320	263	248	1,417	653	143	440
病院 0–200 床	34	345	231	196	87	116	336	342	48	277
医院	68	1,223	304	619	64	65	190	83	29	426
国外	2	20	34	23	17	7	28	61	18	142
（不明）	70	293	459	305	164	159	766	478	189	810
（合計）	552	3,576	3,459	3,735	1,882	1,726	9,109	5,275	1,110	5,751

（別添表 10：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（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	4,262	2,447 (57.4%)	466	171	240	1,098
小児医療施設	3,011	1,661 (55.2%)	329	27	215	801
小児科標榜（700 床～）	7,379	3,348 (45.4%)	619	50	1,044	2,348
小児科標榜（500–700 床）	7,535	3,364 (44.6%)	676	92	885	2,573
小児科標榜（200–500 床）	4,645	1,853 (39.9%)	496	45	238	2,041
小児科標榜（～200 床）	1,410	532 (37.7%)	73	4	72	731
小児科非標榜病院	816	35 (4.3%)	7	12	15	748
医院	3,070	304 (9.9%)	121	16	262	2,371
国外	353	0	0	0	3	350
（不明）	3,694	22	4	0	79	3,589
合計	36,175	13,566	2,791	417	3,053	16,650

（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）

小児科専門医の欄のみ，当該施設（群）における小児科専門医による死亡診断の割合を%で併記した。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	552	38	11	3	209	293
自殺	3,576	131	57	43	317	3,047
その他の外因	3,459	432	100	84	487	2,404
悪性疾患	3,735	1,753	321	23	9	1,647
急性疾患	1,882	789	170	53	108	809
慢性疾患	1,726	857	168	25	48	649
先天性疾患	9,109	5,035	946	68	68	3,050
周産期の問題	5,275	3,017	640	28	24	1,592
感染症	1,110	472	111	14	93	433
不詳 / SIDS	5,751	1,042	267	76	1,690	2,726
(合計)	36,175	13,566	2,791	417	3,053	16,650

(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	452 (81.9%)	21	6	1	200	224
自殺	220 (6.2%)	6	1	1	98	114
その他の外因	880 (25.4%)	50	12	6	413	401
悪性疾患	292 (7.4%)	164	21	0	8	99
急性疾患	419 (22.3%)	128	21	8	92	178
慢性疾患	247 (14.3%)	106	13	6	34	94
先天性疾患	1,243 (13.6%)	631	119	11	54	438
周産期の問題	659 (12.5%)	363	70	5	23	202
感染症	234 (21.1%)	41	13	3	86	94
不詳 / SIDS	3,484 (60.6%)	355	101	41	1,612	1,395
（合計）	8,130 (22.5%)	1,865	377	82	2,620	3,239

（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	552	307	245	*55.6%*
自殺	3,576	3,331	245	*93.1%*
その他の外因	3,459	3,315	144	*95.8%*
悪性疾患	3,735	3,545	190	*94.9%*
急性疾患	1,882	926	956	*49.2%*
慢性疾患	1,726	1,297	429	*75.1%*
先天性疾患	9,109	7,745	1,364	*85.0%*
周産期の問題	5,275	4,095	1,180	*77.6%*
感染症	1,110	1,008	102	*90.8%*
不詳 / SIDS	5,751	3,304	2,447	*57.5%*
（合計）	36,175	28,873	7,302	*79.8%*

（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	200	89	111	*44.5%*	*43.5%*
自殺	0				
その他の外因	341	262	79	*76.8%*	*96.5%*
悪性疾患	242	193	49	*79.8%*	*80.2%*
急性疾患	323	52	271	*16.1%*	*44.6%*
慢性疾患	277	14	263	*5.1%*	*78.3%*
先天性疾患	6,419	5,684	735	*88.5%*	*88.1%*
周産期の問題	4,820	3,975	845	*82.5%*	*82.4%*
感染症	275	218	57	*79.3%*	*91.3%*
不詳 / SIDS	3,592	2,870	722	*79.9%*	*63.9%*
（合計）	16,489	13,357	3,132	*81.0%*	*79.7%*

（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	1,397	944	452	1	44	259	258	213	621
転倒・転落	352	229	123	0	19	73	29	101	130
溺死	784	562	222	0	41	161	206	179	197
火災	216	123	93	0	8	52	69	55	32
窒息	1,067	644	423	52	626	212	67	63	47
中毒	90	34	56	0	1	10	16	17	46
その他の事故	562	368	193	17	116	118	71	93	146
自殺	3,327	1,950	1,375	0	0	0	4	915	2,406
他為	313	169	144	43	45	78	85	40	22
その他	75	46	29	0	0	23	23	14	15
医療関連死	111	66	45	1	28	32	21	16	13
（合計）	8,294	5,135	3,155	114	928	1,018	849	1,706	3,675

（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	1,397	174	13	133	87	118	40	6	581	170
転倒・転落	352	39	11	30	14	30	17	6	146	42
溺死	784	99	6	64	69	81	41	14	271	100
火災	216	55	0	45	20	4	9	3	41	36
窒息	1,067	114	4	47	58	74	75	31	393	184
中毒	90	8	1	14	7	6	12	0	32	6
その他の事故	562	74	8	54	36	38	42	12	165	91
自殺	3,327	277	16	1,184	329	257	74	23	877	227
他為	313	54	1	55	15	17	36	6	52	50
その他	75	7	0	2	7	10	6	4	20	7
医療関連死	111	16	0	2	4	11	7	7	28	16
（合計）	8,294	917	60	1,630	646	646	359	112	2,606	929

（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	84	28	44	83	1,182
転倒・転落	23	5	8	56	263
溺死	122	29	22	122	501
火災	5	1	0	62	148
窒息	218	49	13	343	456
中毒	4	0	0	33	53
その他事故	44	11	4	176	329
自殺	124	56	39	277	2,848
他為	9	4	1	113	186
その他	27	6	0	7	35
医療関連死	43	13	1	5	50
（合計）	703	202	132	1,277	6,051

（別添表 18：外因の種類別の死亡診断医の分類）

死亡した年	熱中症	死亡時の年齢				
	合計（人）	0 歳	1-4 歳	5-9 歳	10-14 歳	15-17 歳
2007 年	7	0	3	1	0	3
2012 年	5	1	0	0	0	4
2017 年	7	1	4	1	0	1
2018 年	3	1	1	1	0	0
2019 年	3	1	2	0	0	0
2020 年	3	1	1	1	0	0
2021 年	4	0	1	1	1	1
2022 年	7	0	6	0	0	1
2023 年	4	1	1	0	2	0
	43	6	19	5	3	10

（別添表 19：熱中症による死亡数と，死亡時年齢）

令和6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
乳幼児突然死（SUID/SIDS）の死因究明と予防対応策の探索

乳幼児突然死診断基準に関する検討

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
小谷　泰一　三重大学医学部 法医法科学教室
山本　琢磨　兵庫医科大学 法医学
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　菊地　洋介　東京都監察医務院
松岡　健太郎　東京都立病院機構小児総合医療センター 病理診断科
槇野　陽介　東京大学大学院医学系研究科 法医学
窪田　満　国立成育医療研究センター 総合診療部

要旨

Child Death Review（CDR）はこどもの死を予防する方法を、死亡例の検証によって抽出し、これを社会実現していくための検証制度である。これを有効に社会実装するためには、正確な死因究明が土台となる。特に1歳未満の乳幼児の主要死亡原因である予期せぬ乳幼児の突然死（SUDI）診断に混乱が存在していることは明らかである。既に実施した調査で様々な要因が指摘されたが、診断手引きの改訂が着手可能な課題と認識された。日本小児突然死予防医学会が2006年に公開した診断手引き改訂第2版を基に、学会と協力して改訂第3版の編集を進めることとなった。この過程で課題となったこと、課題に対するアプローチを纏めることでSUDI診断に対する共通概念の確立を目的として研究を進めた。

A. 緒言

予期せぬ乳幼児の突然死（SUDI: Sudden Unexpected Death in Infant）は1歳未満乳幼児の主要死亡原因の一つである。SUDIの定義は定められていないが、「それまでの病歴から死亡が予測できなかった乳幼児に発生した突然の死亡」として受け入れられている。SUDIには、乳幼児突然死症候群（SIDS: Sudden infant Death Syndrome）を始め外因死や突発的な内因性の死亡など全てを網羅している概念である。SIDSは疾患として受け入れられてはいるが、診断を決定付ける所見がないため診断には不確実要素を含んだものになりかねない。それらを包含した概念としてSUDIが提唱された。

我が国のSUDI診断の内訳をみると、2005年のSIDSの定義改定以降、原因不明が首位を占めている。原因不明が増えることは、公衆衛生の安定や突然死予防に関する研究には不利益となる。また、Child Death Review(CDR)を実装するうえでも困難な要因となりえてしまう。そこで、本研究事業においても原因不明が首位を占めている背景を調査し、対策や改善点を模索してきた[1,2]。その結果、診断に当たる法医病理医の要望として、遺伝子検査など最新の検査を実施可能な環境の整備をはじめ、臨床情報や死亡状況調査結果が診断医に伝達されるシステムの構築などいくつかの課題が指摘された。これらは国の取り組みとして検討する必要があるが、直ちに実施可能な要望として、診断の手引きの改訂が挙げられた。診断の手引きは日本小児突然死予防医学会（旧SIDS学会）が2006年に改訂第2版として公開していることから[3]、同学会理事会に提案し研究事業と協力して、改訂第3版の編纂に着手した。改訂を推進するために、診断基準検討委員会を法病理医、病理医、小児科医を中心に構成して、2023年から改訂に着手した。

B. 方法，および C. 結果

上記を踏まえて，以下のとおり改訂をすすめた。

1. 改訂にあたって

日本小児突然死予防医学会（旧日本SIDS学会、旧日本SIDS・乳幼児突然死予防学会）は、2006年に「乳幼児突然死症候群（SIDS）診断の手引き改訂第2版」を公表し、現在も国内で広く利用されている[3]。2005年にSIDSの定義が改訂され、診断には剖検が必須とし、年齢も1歳未満とするなど国際的定義に沿った定義になった[4]。しかし、診断を決定付ける所見がないため、SIDS診断には取扱者の間に混乱が存在していた。第2版の編集では、医師や研究者の専門分野が臨床・病理・法医と異なっていても、同じ予期せぬ乳幼児突然死（Sudden Unexpected Death in Infant: SUDI）症例ならば、共通の認識に基づいてSIDS診断が標準化されることを目指した。しかし、わが国では剖検率が低かったこともあり、それまでSIDSおよびSIDSの疑いと診断されていた症例が「不詳」や「不明」に移行する状況が出現した。一方、日本を含め世界的にSUDI研究が広く実施され、死後画像検査・遺伝子検査・生化学検査などの新たな診断手法も発展した。その結果、多くの情報が得られるようになったが、それによってさらに診断への道筋が複雑化し「不詳」や「不明」へと診断移行が加速し、診断が不確定になることの懸念が世界的に広がっている。

そこで、本学会診断基準検討委員会は新たな検査に関する記載も加えた改訂第3版を作成することにした。まず、死亡状況調査や新たな検査に詳しいSUDIの専門家からなる委員会を設置し、下記の基本方針および具体的検討内容を議論により策定した。次に、各検査の専門家からなる小グループを編成することで各検査の指針案を作成した。そして、最後に、各グループの代表が会合し、総合的に検討することで新たな手引きを作成した。なお、編集にあたっては日本における診断体制の標準化も念頭に置き、SUDIを取り扱うときの手引きとしても利用できることを目指した。

改訂の基本方針

- 予期せぬ乳幼児の突然死（Sudden Unexpected Death in Infant）とは、それまでの病歴や家族歴から死亡が予測できなかった乳幼児が突然に死亡したものを指す
- 診断手引きは医学的分類、医学研究、グリーフケア、チャイルド・デス・レビューへの貢献を目的とする
- 個々の医師による診断の支援となる分類手順・検査を提示する
- SIDS以外の死因診断（推定）は客観的所見を基盤とする
- SIDSの定義に記されている剖検・死亡状況調査（DSI：Death Scene Investigation）・病歴調査（以下、必須検査）を実施したうえで死を説明しうる所見が認められない場合に、診断医の判断によってSIDSと診断する
- 必須検査を実施したうえで死因を説明しうる所見が認められない症例でも、他の要因による死亡の可能性が完全に否定できないとの疑いが残る場合は、死亡診断書（死体検案書）に「乳幼児突然死」と記載する。その際、必要に応じて可能ならば「その他特に付言すべきことがら」の欄にその理由などを付記する
- 「乳幼児突然死」とした症例の死亡診断書（死体検案書）における死因の種類については、「病死及び自然死」であると判断（推定）される場合は死因の種類の(1)を、外因死も否定できない場合は（12）を選択する
- 必須検査を実施したうえで、本手引きにおいて紹介する補充検査を追加実施するか否かの判断は診断医の裁量に委ねる。なお、補充検査を実施しても死因を説明しうる所見が確認されなかった場合も、必須検査を基にした場合と同様に取り扱う

本手引き作成過程における具体的検討内容

- 手引きの構成は、事案発生から死亡確認、死後検査と時間的経過に沿って編集する
- 手引きは実際の診断場面で活用される実用編と、それに関する解説を記した解説編に分別して編集する。
- 死亡状況調査のプロトコル(DSIチェックリスト）の作成
- 臨床問診事項や家族歴を含む病例調査シート（SIDSチェックリスト）の改訂
- 救命措置実施時にでも必要に応じて実施が推奨される検査（補充検査）
- 必須検査及び補充検査の検体採取（実施）方法・保管方法・解釈・実施困難施設を対象にした検査依頼方法
- 必須検査を利活用した際のSUDI分類フローチャート
- 必須検査に追加し補充検査を実施した場合のSUDI分類フローチャート

２．背景

乳幼児が突然に命を落とすことは家族、社会にとって大きな悲しみであり、その悲しみに寄り添い、繰り返さないためには、死に至る過程を検証し予防策を講じる必要がある。

1990 年代には疫学調査によってうつ伏せ寝が乳児突然死の危険因子と認識され、あおむけ寝キャンペーン（Back to sleep campaign：BSC）が世界各地で実施された。その結果、SUDI の発症は顕著に抑制された。わが国でも 1996 年に BSC が開始されると 2005 年には BSC 開始時の約半数まで SUDI が減少した（図 1）。しかし、その後は件数および率ともに横這いであり、BSC に留まらない予防策の発見・周知が求められている[5]。

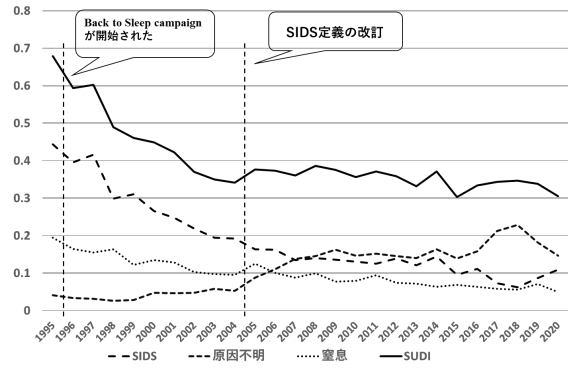


図 1. SUDI 発生率および死因内訳の年次推移. SUDI に含まれる主要死因である SIDS, 窒息, 原因不明を示した。

また、SUDI 自体は横這いである一方、その死因分類の内訳に注目すると、「SIDS」の割合が減少し「不詳」が増加している（図 1）。そして、この「不詳」を可能な限り減少させることが国際的に推奨されている。その理由としては、1）公衆衛生の安定を推進する、2）医学の進歩発展に寄与する、3）社会正義の実現、4）遺族を含む関係者の悲嘆の癒しに資する、の 4 点が挙げられる。

公衆衛生学的には、死因分類は疾病・事故・犯罪の予防に資する必要があるが、原因がわからない「不詳」を手掛かりに予防法などを検討することは難しい。また、原因が「不詳」のままでは市民に安心を届けられない。医学研究においては研究対象を絞り込む必要があり、抽出や追跡が可能な「不詳」に代わる分類名/診断名が求められる。また、社会秩序を維持するために、同様の事故や犯罪を抑制する必要がある。この、社会正義を実現する場面では、死に至る経緯や責任の所在を明確にすることが求められ、分類名/診断名が重要な役割を担う。一方、犯罪の可能性がないと判断されれば、遺族、関係する全ての人の悲嘆の癒やし（グリーフケア）を優先する必要がある。しかしながら、「死因は『不詳』でした」という遺族への説明は、癒しの第一歩に大切とされる死の受容を妨げる。また、自責の念を抱いたり、他者に疑念を持たせたりすることもある。何がどのように起こったかを家族が知る一助となる分類名/診断名が求められる。

このような「不詳」が多くなる原因の１つに SIDS 診断の難しさがある。そして、その難しさの要因としては、１）病理所見や死亡状況調査の解釈や定量化は困難であり、除外診断である SIDS の根拠としてこれらをどこまで利用できるかが不確かであること、２）明瞭な説明が求められる裁判では、上記のような不確かな根拠に基づいた SIDS という診断名を提示しづらいこと、３）診断医の意図とは異なる死因分類を人口動態統計への登録で付されてしまうことなどが挙げられてきた。

なお、日本においては、2005 年に厚生労働省研究班によって SIDS の定義が「それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず、しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない、原則として 1 歳未満の児に突然の死をもたらした症候群」と改訂された。また、剖検を実施しなくても「SIDS の疑い」とできるとされていたそれまでの方針が変更され、剖検が必須とされた。これにより、それまでは剖検を実施せずに SIDS とされていた症例が「不詳」とされるようになったために、日本における「不詳」が増加したと推測された。実際、改訂された 2005 年以降、SIDS は減少し「不詳」が最多となっている（図 1）。しかし、剖検率を調査してみると 2005 年以前の我が国にお

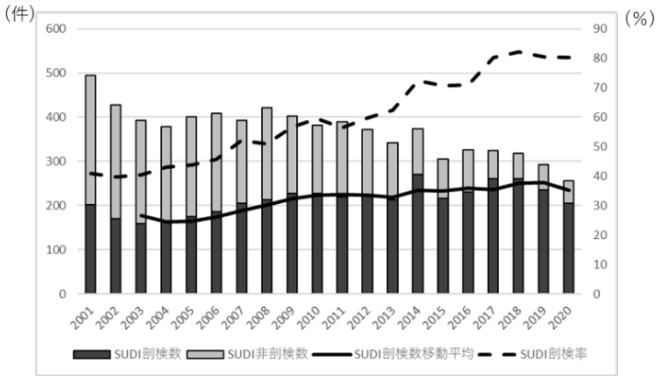


図 2 SUDI 発生件数と剖検実施件数/率の年次推移

ける SUDI 症例の剖検実施率は 50%に満たなかったが、2020 年には 80%に達している(図 2)[6]。

このことは、剖検を実施しても診断が確定できないのが現状であることを示しており、剖検を実施した際に利用すれば、標準化された診断/分類に導かれる新たな手引き（改訂第 3 版）が必要である。

３．診断へのアプローチと改訂第 3 版の観点

改訂第 3 版では、医学的な死因診断/分類および臨床・基礎・社会医学研究、そして、「予防のためのこどもの死亡検証制度（Child Death Review：CDR)」、グリーフケアへの貢献を目的に編纂した。

死亡診断書（死体検案書）は、「死亡の原因」として傷病名を記載する欄と病死や不慮の外因死・自他殺といった「死因の種類」を記載する欄で構成されているが、この改訂第 3 版は「死亡の原因」の診断（推定）を支援することに焦点を当てた。

この SUDI における「死亡の原因」の診断（推定）は、通常、出生歴・生活歴・病歴調査と死亡状況調査（Death Scene Investigation; DSI)、さらに剖検を含む各種検査の結果を総合して行う。SUDI では、死の前兆が全く認められなかった児が、死の瞬間を目撃されることなく死亡するのが一般である。従って、諸検査で死を説明し得る所見が認められないときは、家族歴を含めた病歴と DSI から得られた客観的事実に基づいて医科学的理論を援用して考察によって診断されるのである。

そこで、改訂第 3 版では SIDS の診断は除外診断であるとの立場に立ち、除外するための調査・剖検・検査方法を提示することで、診断へのアプローチの標準化を目指した。しかしながら、それでもなお、病理学的所見や検査結果、また、死亡状況調査による外的ストレスに関するそれぞれの相互関係や死に至る機序への重みなどの解釈は解決しない。そのため、診断者はこの手引きを利用しても、担当した症例の最終的な診断は個々の裁量で行わなければならない。つまり、このフローのみでは最終的な診断に行き着くわけではないこと、言い換えれば、個々の医師の診断や鑑定を拘束するものではないことを明記しておく。改訂第 3 版は最終判断（推定）を行う直前の段階までは導いてくれる図 3 のようなフローチャートの提示を目指している。

そこで第一に、DSI および病歴調査に必要な問診・チェックリストを提示した。ここで収集される情報は、剖検や各種検査の結果を解釈する際にも利活用できる。また、死亡発見現場に立ち会う可能性のある警察官や保育士、福祉関係者も利用できることを目指した。さらに、診断医と蘇生にあたった救急医の間で共有すべき情報や、死亡確認を行った医師とかかりつけ医における情報共有についても言及した。

次に、各種検査の項では、専門機関や研究機関以外の施設でも実施が推奨される検査（推奨検査）を提示した。また、その推奨検査の検体採取（実施）方法・保管方法・解釈・依頼方法（実施が困難な施設の場合）を提示した。さらに、最終診断医が、推奨検査以外にも追加（補充）検査が必要と考えた場合に、その追加（補充）検査を依頼できる専門機関や研究機関を紹介した。

今回の改訂ではグリーフケアにも焦点を当て、蘇生に当たる臨床医の対応や DSI を実施する警察官の心得なども記載した。また、現在、全国での社会実装が目前に迫る CDR に資する手引きとなることも念頭に改訂した。

なお、改訂第 3 版によって導かれた SIDS 診断には不確定な要素が少なからず含まれる。そのため、この改訂第 3 版を刑事/民事法廷における議論で活用されることは念頭に置いていない。

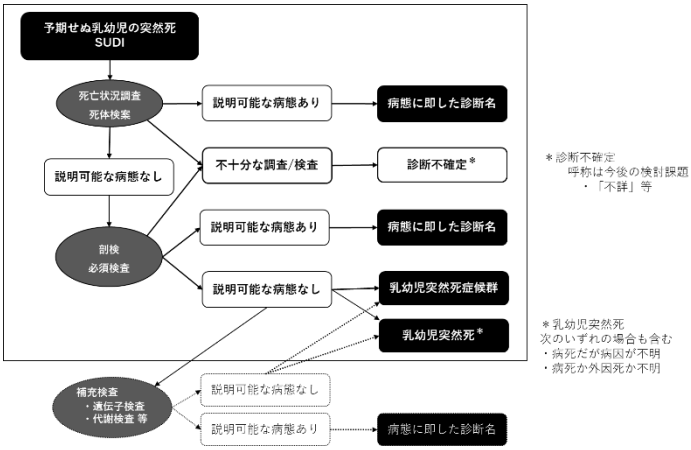


図３．診断フローチャート

D. 考察

CDR は予防を目的にしたこどもの死亡検証制度である。現在我が国には多様な死亡検証制度が存在しているが、CDR が他の検証制度と異なる点は、①地域を基盤に実施される、②個別の事案を対象にするのではなく、18 歳以下全てのこどもの死亡を対象としている、③死因究明や、

事案にかかわる責任の所在や程度などを明らかにすることは目的にしていない、④死因究明の事実を基に、仮定や仮説をまじえて予防の可能性を検証する、⑤こどもの安全環境を創出するために、多職種により継続的に検証を行う、などが挙げられる。このため、CDR は「予防のためのこどもの死亡検証」と命名されている。

予防を追及するときには、死因が事実に基づき適切に究明されている必要がある。これが不正確であったり不確実である場合、それを基にした検証では予防策の適切さや有効性は不十分である。従って、死因究明は CDR の生命線でもあると言って過言ではない。そして、CDR の主要課題である予期せぬ乳幼児の突然死（SUDI）はまさに診断に課題を抱えた事案である。そのため、有効な CDR を社会実装するためには SUDI 診断を標準化し適正化することは必須の課題と言える。今回の診断基準検討委員会の検討は、現在急速に発展している遺伝子検査や感染症検査の最新の知見を踏まえて、より確実で正確な診断に導く順路を明確にすることを目的に手引きの改訂を試みた。しかし、死の機序を合理的に説明する所見が存在しない死亡の取り扱いは、科学の進歩によっても困難であることが判った。

CDR の目的の一つにグリーフケアが挙げられている。グリーフケアとは、悲嘆の事実を受け入れ、未来へ向かう心の指向性を支援することとされている。こどもを亡くした遺族が抱く思いは多様であるが、「何が起こったのかを知りたい。そして、このような悲しみが再び起こらない社会にしてほしい。」との思いは概ね共通した心情である。何が起こったのか、なぜ起こったのかという疑問に対しては、死因究明がそれに答えを出す役割を担っている[7]。それに納得がいかない場合などは、各種の検証委員会が集中的に原因や背景を明らかにすることで、死そのものを受け入れる支援となる。一方、同じことが繰り返されない世の中にしてほしい、この思いに寄り添うのが CDR の役割である。SIDS の病態生理を明らかにし予防法や治療法を解明することは、現状は不可能にみられる。しかし、あおむけキャンペーン(BSC)が社会実装されたことで、SIDS の発生率は半減以下まで抑制された。このように、社会が同じ苦しみの再発予防に取り組み、たゆまぬ努力を続けることが遺族の願いを現実化し、未来志向の心の支援となるであろう。これが、CDR が実現するグリーフケアである。

E. 結論

今回の乳幼児突然死診断の手引きの改訂は医学的な効果のみならず、有効な CDR を社会実装させるために必要な事業と位置付けることができる。

参考文献

1. 小保内俊雅，沼口敦，小谷泰一，青木康博．予期せぬ乳幼児の突然死（SUDI）の診断に関する検討．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
2. 小保内俊雅，小谷泰一，山本琢磨，松永綾子，沼口敦．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．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
3. 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 版． J.Jap. SIDS Res. Suc 2006；2：73－97
4. 厚生労働省研究班：乳幼児突然死症候群（SIDS）に関するガイドライン、こども家庭総合研究事業「乳幼児突然死症候群（SIDS）のためのガイドライン作成および予防と発生率軽減に関する研究」平成 14～16 年総合研究報告書 2005：23－26
5. 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
6. 小保内俊雅，伊藤雅之，市川光太郎 他．乳幼児突然死の死後検査をめぐる課題．日児誌 2019；123：1041-1047
7. Vennemann MM, Rentsch C, Bajanowski T, et al . Are autopsies of help to the parents of SIDS victims? A follow-up on SIDS families, Int J Legal Med 2006；120：352-354

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）

令和６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
乳幼児突然死（SUID/SIDS）の死因究明と予防対応策の探索

保育施設における就寝中の乳幼児の死亡事案に関する検証

分担研究者　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　斎藤　雄弥　東京都立多摩北部医療センター小児科
猪熊　弘子　駒沢女子短期大学
窪田　満　国立成育医療研究センター総合診療部

要旨

こども家庭庁が収集している保育園で発生した重大事案報告書のうち、睡眠中の死亡事案に関する報告書を2015年から2022年までの8年分を開示してもらい検証した。こども家庭庁が公表している死亡事故統計から、睡眠中の死亡事案の発生状況を調べた。特にこども家庭庁が2016年に自治体向けに発出したガイドラインの効果を検討した。死亡事案は2015年が14件で、2019年には5件まで減少したがその後は横ばいである。睡眠中の死亡事案は、調査期間内の全死亡の63%で最も多かった。いずれも3歳未満で認められた。抽出された危険因子は、入園初期、うつぶせ寝、独り寝、不適切な睡眠時呼吸チェック、体調不良であった。最も影響を及ぼす因子と考えられたのが、入園初期であった。登園開始から2週間は0歳児も1･2歳児も同様の危険性が認められた。登園初日と2日目に発生した事案の66.7%は一時預かりの児であった。体調不良を除き、危険度は成長発達に伴い解消すると考えられた。しかし、体調不良は年齢による差は認めず、体調不良時の受け入れには細心の注意が必要だと考えられた。

CDRは地域を基盤に検証を行うが、このような希な事案は全国で事例を集約し検証を行わないと対策の立案は困難である。症例を集約して検証を実施するシステムの確立も検討する必要がある。また、安全対策の立案には、報告書の書式や記載内容の改善が必須と思われた。CDRは死亡事案のみを検証するが、幸いにして死を免れた重大事案も併せて検証することで、より効果的な安全策立案に繋がると思われた。

A. 研究の背景と目的

家族形態の変容や女性の社会進出拡大に伴い、保育需要は急速に拡大した。90年代以降、「エンゼルプラン」「新エンゼルプラン」など少子化対策としての保育の拡大政策が推進された。2001年には「待機児童ゼロ作戦」が発表され、「待機児童」という言葉が一般化し[1]、以降、待機児童数の増加が社会問題化した[2]。国は「待機児童ゼロ作戦」の後も次々と対策を打ち出し、2013年の「待機児童解消加速化プラン」まで緊急プロジェクトとして実施してきた[3]。2015年からは「こども・子育て支援新制度」が導入されたが、財源として予定していた消費税率が8%から10%にアップできなかったことを理由に、目標とされていた保育の「量の拡充」と「質の向上」 のうち、待機児童解消のための「量の拡充」のみを目指すこととなった。そのため、配置基準の改善などは先送りされることとなった。

一方で、2006年から毎年、保育・教育施設での死亡事故を含む重大事故の件数についてのデータが公表されるようになり、保育施設におけるこどもの死亡事案が明らかになってきた。以降、年に一度、詳細な事故報告が公表されるようになり、特に発生数の多い睡眠中の突然死の危険因子として「不慣れな環境」、「睡眠時の体位」や「軽微な感染症」などがあることが明らかにされた[4]。これを受けて国は2016年3月に、重大事故が発生しやすい場面ごとにおける注意事項や事故発生時の対応に関して、各施設、保育事業者、自治体へ向けて「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」（以下、ガイドライン）を発出した[5]。その中で「仰向けに寝かせる」「安全な睡眠環境の整備」「一人寝を避ける」「窒息の原因となる口腔内食物等の除去」さらには「睡眠中の状態チェック」を教育・保育施設内での事故予防のために保育者が取り組むべき項目として提示した。

その後、保育施設における重大事案の発生状況に関しては、年に1度内閣府（現在はこども家庭庁）のサイトで公表される以外の詳細報告は認められていない。そこで本稿では、「ガイドライン」の効果および今後の課題を明らかにすることを目的に、「ガイドライン」発行前後の睡眠中の死亡を中心とした重大事案発生状況について調査を行った。

B. 研究方法

こども家庭庁がホームページ上で公開している「教育・保育施設等における事故報告集計」[6]から、2015年から2022年までの年ごとの事案別死亡者数と内容を集計した。また、総務省統計局「e-Stat」より、「社会福祉施設等調査」[7]のうち「第5表　（基本票）保育所等数・地域型保育事業所数，都道府県、経営主体別」より、2015年から2022年までの保育者等の在所者数及を年齢毎に抽出した。これらを用いて、事故発生件数と園児1000名に対する発生率の年次推移を調べた。

さらに、こども家庭庁が収集している事故報告書のうち、2015年から2022年までに発生した就寝中の死亡事案に関わる報告書の開示を受け、詳細検証を行った。こども事故報告開示時には個人を特定可能な情報は削除されており、完全匿名化された状態で検証を行った。

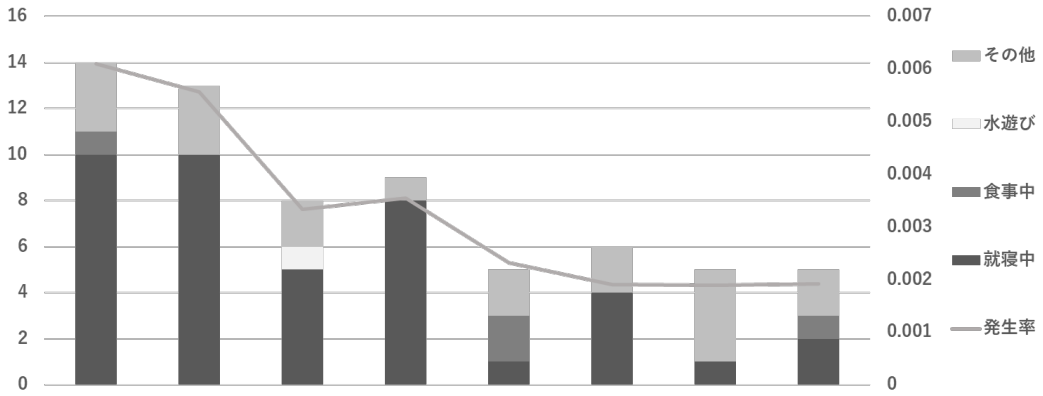
検証項目は「月齢と性別」「発見時の体位」「入園から発生までの期間」「就寝環境」「睡眠チェックの状況」であり、さらに記載の内容から新たな背景要因と考えられるものを抽出した。在園期間と事案発生リスクの関係は、0歳児と1・2歳児のグループに分けNelson-Aalen cumulative hazard estimationを用いて検討した。

検証の実施にあたり、都立多摩北部医療センター倫理委員会の承諾を得た(6-19)

C. 研究の結果

（1）死亡事案の概況

まず、調査期間（2015～2022 年）内の死亡発生名数と園児 1000 名に対する発生率の推移及び事案内容、さらに年次ごとの年齢別名数を**図 1** に示す。 2015 年の発生名数は 14 名であり、発生率は 0.0059 と調査期間内の最高値であった。その後は減少傾向を示し 2019 年には発生名数が 5 名で発生率 0.0023 まで低下したが、それ以降は横ばいとなっている。



0歳児(人)	7	7	2	4	1	1	1	2	25
1歳児	5	4	2	4	2	3	2	1	23
2歳児	1	0	1	0	0	2	1	0	5
3歳児	1	0	0	0	0	0	0	1	2
4歳児	0	0	2	0	2	0	0	0	4
5歳児	0	0	0	0	0	0	1	1	2
6歳児	0	2	1	1	0	0	0	0	4
年次	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	計

【図1】発生状況の年次推移：案件毎の件数・園児1000に対する発生率・年齢別発生数

次に年齢別発生状況であるが、0 歳児および 1 歳児は毎年発生しており、死亡総数は 48 名（死亡数全体の 73.8%、以下同）であった。2 歳以上は散発的に発生し、2 歳児が 5 名（7.7%）、3 歳児は 2 名（3.1%）、4 歳児は 4 名(6.2%)、5 歳児は 2 名(3.1%)、6 歳児は 4 名(6.2%)であった。

死亡発生場面では、睡眠中の死亡が最も多く 41 名で、全事案の 63.0%を占めていた。睡眠中の死亡者数の年次推移では、2015 年が 10 名で 2017 年に 5 名と半減し、その後は変動しながらも減少している。保育施設において重大事故が起こりやすいとされるのは「睡眠中」以外の「食事中」「プール・水遊び中」であるが、食事中の窒息が 4 名（6.2%）、水難事故は 1 名（1.5%）であった。

（２）開示された事故報告書の検証

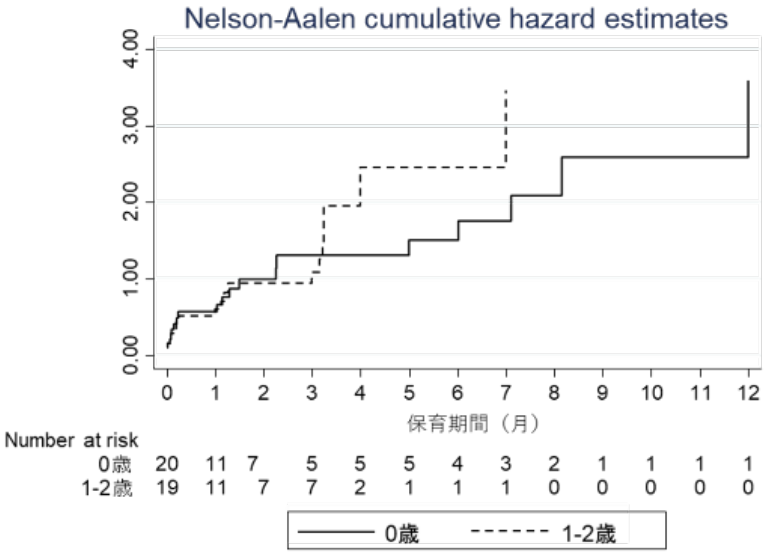
こども家庭庁より開示された報告書41名のうち、硬膜下血腫、痙攣重積、敗血症、発熱後に抱っこして対応している間に発生した死亡の4名は睡眠関連突然死ではないと考えられることから検証から除外し、37名を対象とした。

37 名の概要は、男子が 22 名(59.5%)、女子 13 名（35.1%）であり、2 名（5.4%）は性別について未記載であった。年齢別では 0 歳児が最も多く 19 名(51.4%)、1 歳児は 15 名(40.5%)、2 歳児は 1 名(2.7%）であった。3 歳以上は認めなかった。2 名(5.4%)は年齢不記載だった。

① 在園期間

37名の事案発生までの在園期間に関する検証結果は以下の通りであった。発生までの在園期間が1か月未満であったのは16名（43.2%）で、0歳児と1歳児がともに7名おり、2歳児が1名、年齢不明が1名であった。在園１か月以上2か月未満に発生したのは全部で７名（18.9%）おり、内訳は0歳児が3名、1歳児が4名であった。在園2か月以上3か月未満に発生したのは2名(5.4%)で、年齢はすべて1歳児であった。在園3か月以上4か月未満に発生したのはすべて0歳児で5名(13.5%)であった。在園4か月から7か月までは毎月1名であり、在園8か月以降の発生は認めなかった。

逆に、在園期間が短い死亡案件について詳細に調べたところ、在園1か月以内の発生状況として、登園初日に死亡した事案が5名(31.3%)あり、内訳は0歳児・1歳児がともに2名、年齢不詳が1名であった。在園2日目に死亡した事案は1名(6.3%)であり、0歳児であった。さらに、在園7日目、在園9日目にはそれぞれ0歳児、1歳児が1名ずつ死亡しており、在園5日～10日以内は4名(25.0%)であった、それ以降は散発的に1名の発生を認めた。登園初日と2日目に死亡した6名のうち4名(66.7%)は、定期的な保育を受けている児ではなく、一時預かりの児であった。



【0歳児対1-2歳児の死亡割合】

	0歳	1-2歳	Total	exposed
Cases	21	17	38	0.5526
Controls	561679	2680464	3242143	0.1732
Total	561700	2680481	3242181	0.1732

	Point estimate	[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	5.895113	2.962262	11.89714 (exact)

P< 0.00001

【0歳児対1-2歳児の登園開始2週以内の死亡割合】

	0歳	1-2歳	Total	exposed
Cases	8	12	20	0.4000
Controls	561679	2680464	3242143	0.1732
Total	561687	2680476	3242163	0.1732

	Point estimate	[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	3.18149	1.128094	8.462698 (exact)

P = 0.0074

【0歳児対1-2歳児の登園開始3ヶ月の死亡割合】

	0歳	1-2歳	Total	exposed
Cases	13	12	25	0.5200
Controls	561679	2680464	3242143	0.1732
Total	561692	2680476	3242168	0.1732

	Point estimate	[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	5.169921	2.175113	12.39599 (exact)

P < 0.00001

【図2】Nelson－Aalen cumulative hazard estimationによる0歳児及び1.2歳児の在園期間と発生リスクの推定

次に、37名を0歳児と1・2歳児のグループに分け、Nelson-Aalen cumulative hazard estimationを用いて、在園期間と発生リスクの推移を求めた（**図2**）。1・2歳児に対する0歳児の死亡割合のオッズ比は5.89（95%信頼区間: 2.96-11.8; P<0.001）であった。1・2歳児に対する0歳児の登園開始2週以内の死亡割合のオッズ比は3.18（95%信頼区間: 1.12-8.46; P=0.007）で、登園開始3か月以内の死亡割合のオッズ比は5.16（95%信頼区間: 2.17-12.3; P<0.001）であった。その結果、0歳児、1・2歳児ともに入園から14日までは死亡発生リスクが同等であることが確認された。3か月以降は0歳児の危険度が1・2歳児を上回っていた。

② 発見時の体位

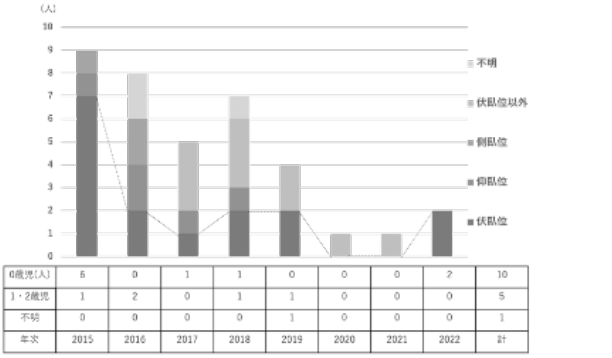
次に、対象者37名の死亡発見時の体位に関する検証では、腹臥位で発見されたのは16名（43.3%）と最も多かった。年齢別では、0歳児は10名(55.6%)、1歳児は5名(31.3%)であった。1名は年齢不詳であった。腹臥位で発見された症例数の年次推移は（**図3-1**）、2015年は7名(77.8%)で、2016年には2名(25・0%)と顕著に減少した。その後も2名以下で推移している。在園期間との関連を見ると（**図4-1**）、0歳児は在園1か月未満が4名(40.0%)、在園1か月が3名(30.0%)おり、その後は在園4か月と7か月に１名(10.0%)ずつ認められた。1名は不明であった。1・2歳児では在園１か月未満が4名(80.0%)、在園1か月が1名(20.0%)であり、その後は認めなかった。

③ 不適切な呼吸チェック

現在、保育施設では睡眠中に触知を含めて呼吸を含め児の状態を定期的に観察する睡眠中の呼吸チェックの実施が求められている。自治体ごとに規定は異なるが、0歳児では5分に1回、1・2歳児以上は10分に1回のチェックを行うのが一般的である。呼吸チェックは記録保存が決められており、自治体による指導監査では、これらの書類も必ずチェックされている。

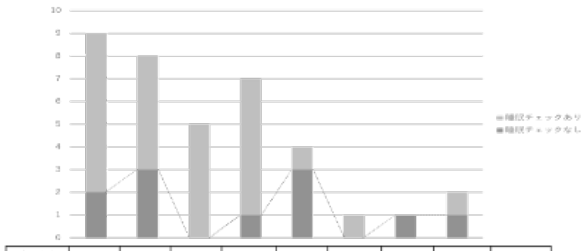
そこで、開示されたデータから、呼吸チェックの実施状況を検討した。適切に実施されていなかったと判定したのは11名（29.7%）おり、0歳児が6名（31.6%）、1・2歳児は4名(25.0%)、年齢不明が1名であった。年次別の発生状況には明らかな傾向は認めなかった(**図3-2**)。また、在園期間との関連（**図4-2**）は、在園１か月未満は5名（45.5%）おり、0歳児2名(33.3%)、1・2歳児2名(50.0%)、1名は年齢不詳であった。在園1か月では0歳児と1歳児ともに2名だった。1名は在園期間が不明であったが、在園4か月以降に不適切な呼吸チェックが要因と思われる事案は認めなかった。

④ 一人寝



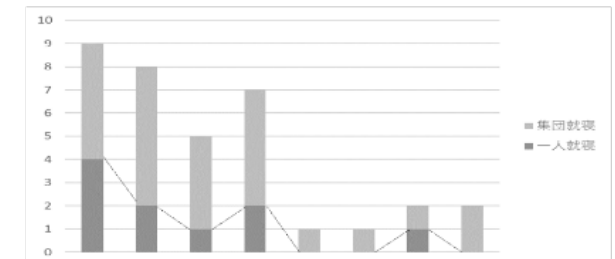
0歳児(人)	5	0	1	1	0	0	0	2	10
1・2歳児	1	2	0	1	1	0	0	0	5
不明	0	0	0	0	1	0	0	0	1
年次	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	計

【図3-1】うつぶせ寝発症件数年次推移と年齢別件数。



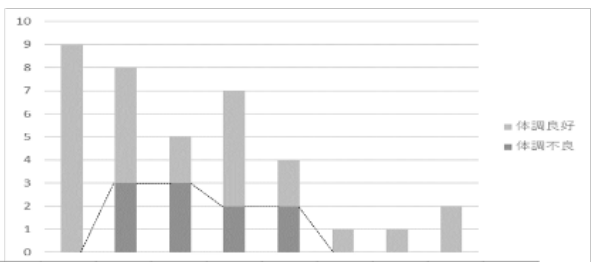
0歳児(人)	2	2	0	1	0	0	0	1	6
1・2歳児	0	1	0	0	2	0	1	0	4
不明	0	0	0	0	1	0	0	0	1
年次	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	計

【図3-2】不適切な睡眠チェックによる発症件数年次推移と年齢別件数。



0歳児(人)	3	0	0	2	0	0	1	0	6
1・2歳児	1	2	1	0	0	0	0	0	4
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0
年次	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	計

【図3-3】一人寝による発症件数年次推移と年齢別件数。



0歳児(人)	0	2	0	1	0	0	0	0	3
1・2歳児	0	1	3	1	2	0	0	0	7
不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0
年次	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	計

【図3-4】体調不良による発症件数年次推移と年齢別件数。

保育者はこどもの睡眠の様子を十分に注意して観察する必要があるが、他の児と離して別室などに一人で寝かせ、保育者が見ていない間に死亡する事例がある。37名のうち一人での就寝中に死亡したのが12名(32.4%)で、0歳児、1歳児ともに6名ずつであった。年次別の発生状況（**図3-3**）では、2015年には4名(33.3%)であったが､2016年には2名（16.7%）と半減し、2019年以降は1名を認めただけであった。在園期間との関連を見ると（**図4-3**)、在園1か月未満で発生しているのは0歳児が1名(16.7%)で、1・2歳児は5名(83.3%)であった。0歳児は在園1か月で2名(33.3%)、在園3か月および在園4か月以降でそれぞれ1名(16.7%)を認めた。なお1名は在園期間が不明であった。一方、1歳児では在園1か月以降に1名（16.7%）が認められたのみであった。一人寝をさせられていた上に、呼吸チェックが不適切だったと判定したのは7名（58.3%）であった。

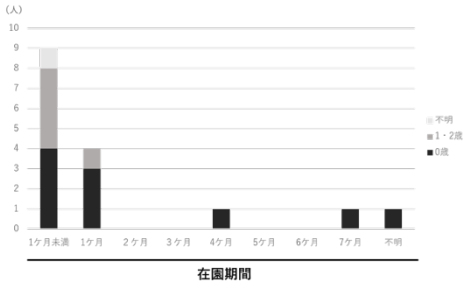
⑤ 体調不良

対象37名のうち、感冒症状など体調不良が疑われたのは、0歳児3名(18.8%)で1歳・2歳児合わせて7名(43.8%)、年齢不詳1名の計11名(29.7%)であった（**図3-4**)。体調不良のある児には腹臥位で発見された者はいなかった。年次別の発生状況には明らかな傾向は認めなかった。在園期間については**図4-4**にまとめたが、在園1か月未満が3名（27.2%)、在園1か月が2名（18.2%)、在園2か月が2名（18.2%)、その後は在園3か月、在園6か月、在園8か月時に、それぞれ1名(9.1%)ずつ認められた。

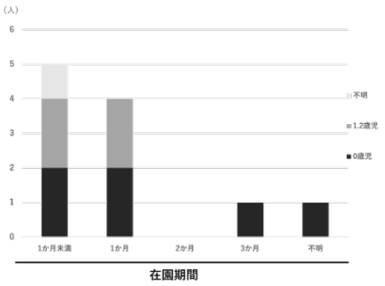
⑥ その他の要因

特記したいのは、検証対象とした37名のうち、夜間保育施設において0歳児４名(21.1%)、1歳児1名(6.3%)の計5名（14.3%）の死亡が確認されたことである。開示された報告書の詳細な内容から、保育士が不在であった施設や、0歳から4歳児まで計29名を3名の保育士が見ていた施設など、不十分な体制の施設が見られた。また、夜間保育施設5施設のうち3施設で睡眠中の呼吸チェックが実施されていなかった。

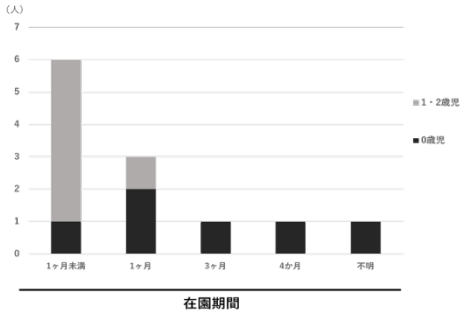
さらに、保育施設の安全対策に関する項目として、「安全マニュアル」の設置と「安全に関する研修」の実施の有無について調査した。マニュアルの設置に関しては37施設中の12施設(32.4%)が設置していたが、14施設(37.8%)が無回答であった。一方、安全研修に関しては7施設(18.9%)で実施しているのみであり、17施設(45.9%)が回答していなかった。マニュアルの設置と安全研修の両方があると回答したのは5施設（13.5%）に過ぎなかった。



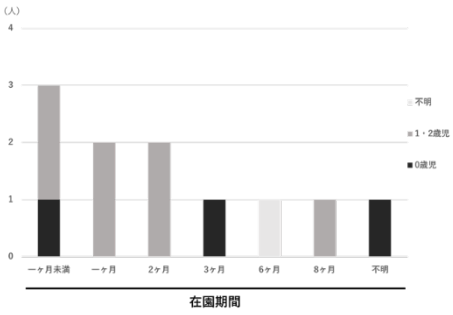
【図4-1】発見時体位が腹臥位だった例：年齢別及び在園期間との関連を示す



【図4-2】不適切な睡眠チェックによる発生状況：年齢別及び在園期間との関連を示す



【図4-3】一人寝での発生状況：年齢別及び在園期間との関連を示す



【図4-4】体調不良に伴う発生状況：年齢別及び在園期間との関連を示す

D. 考察

こども家庭庁が保管している保育事故報告書のうち、2015年から2022年までの間に発生した睡眠中の死亡事案に関す報告書の開示を受け、それらを用いて死亡に関する詳細な検証を行った。

保育施設における重大事故発生時の対応に関しては「昭和46年7月31日児発第418号厚生省児童家庭局長通知」により、1971年の段階で、保育施設において事故が発生した場合には詳細を速やかに報告することが求められていた。しかし、厚生労働省が保管している事故報告書のうち、統一書式に記載された2008年から2012年までの報告書を用いた前回の調査では、報告書が未提出であったり、内容に欠落があったりするものが多く、統計的解析までに至らなかった[4]。今回、調査のために開示された報告書は41名分で、こども家庭庁が公開している保育施設における睡眠中の死亡名数と同数であり、報告漏れはないことがわかった。

しかし、基本情報が欠落しているものや、また、事故経過が詳細に記載されていないなど、再発防止を目的とした検証を行うためには不充分な報告書も認められた。こども家庭庁の規定では、事故報告は、事案発生当日もしくは翌日までに第一報を施設から自治体に送り、自治体を通してこども家庭庁に送った後、さらに1か月以内にさらに詳細報告を行うこととされている。第一報は、現場の混乱を反映して不十分な内容になりかねないが、その後の報告では正確かつ詳細な記載が求められる。受け付ける自治体は報告書の内容を精査し、修正を求めるなどの対応が必要である。また、最終診断の記載があったのは8名（21.6%）にとどまった。剖検実施後に最終診断が下されため、保育施設が個別に警察等に問い合わせても開示は困難である。そのため、当該自治体が責任を持って記載する必要がある。

今回調査期間内の死亡事案発生状況の年次推移を見ると、2017年に顕著に抑制されており、2018年以降は多少の増減を認めるものの概ね減少傾向を認めた。2016年に発出したガイドラインの効果と考えられるが、2019年以降は横ばいであり、さらなる対策の充実が求められる。

年齢別の発生状況を見ると、0歳児が25人であり1歳児の23人とはほぼ同数であった。0歳児の発生は2017年以降顕著に減少しているが、1歳児は減少傾向ではあるものの横ばいであると言える。1歳児に対する保育の安全対策を強化することの重要性が示唆された。「ガイドライン」のほか、2018年から改訂『保育所保育指針』『幼保連携型認定こども園教育保育要領』にも示された「睡眠中」「食事中」「プール・水遊び中」の三大危険場面のうち、睡眠関連死は41名（63.1%）と圧倒的に高率であり、睡眠中の安全確保が最重要課題であると考えられた。

前回の検証ですでに、預けはじめて間もない時期の死亡事故発生率が非常に高いことが明らかになっている[3]。労働環境は以前にも増して厳しく、育児休業明けに職場復帰を急ぐ保護者が増えたことから、慣れ保育を中止したり期間を縮小したりする傾向にあったが、この検証結果を基に、預けはじめの時期の危険が周知[10]され、慣れ保育を徹底する流れが出来た。今回の調査でも、預け始めから14日間は、0歳児、1・2歳児ともに同様に高い発生率を認めている。このことからも、最低でも14日間は慣れ保育を行うことが必要不可欠な安全対策であると言える。

さらに注視したいのは、今回の調査で明らかになった預け始めから1週間以内に発生した事案のうち約半数が一時保育であったことである。一時保育とは、自治体あるいは保育施設と契約して定期的にこどもを預ける保育ではなく、保護者が自宅で保育をすることができないときなどに、一時的にこどもを預けられるサービスのことである。認可保育施設だけでなく認可外保育施設でも行われているほか、自治体が一時的にこどもを預かってくれる人を紹介して契約を結ぶファミリーサポートや、地域の社会福祉協議会や子育て支援施設、「ひろば」などの子育て支援を行っている団体が行っているもの、ホテルの託児室などで行われているもの含むと、現在、相当数の一時保育が行われている。待機児童が多い地域では一時保育も保護者の就労のために使われていることが多いのが現状である。認可保育施設では通常の保育と同様に慣れ保育を行う施設も多いが、保護者の事情によっては急にこどもを預なくてはならない場合の一時保育では、慣れ保育は行われないのが一般的である。

2025年度からは保護者の就労等の有無にかかわらず、保育所、幼稚園、認定こども園等を利用していない未就園児を定期的に預かり、理由を問わずに保育を利用することが可能な「こども誰でも通園制度」が開始される。東京都の

「多様な他者との関わりの機会の創出事業」のように、「こども誰でも通園制度」と同様の制度をすでに自治体が行っているところもある。「こども・子育て支援新制度」の給付を受けることができなかった0〜2歳の、家庭で育てているこどもに給付を付け、いずれかの保育施設と紐付けて一次的な保育を行うという点では意義があるが、安全面では不安もある。たとえば、園児数の減少が続いている幼稚園等、これまで0〜2歳の乳児を預かったことがない保育施設で低年齢児を預かることが増えることが予想されている点である。慣れ保育等の徹底や、睡眠中の呼吸チェックの方法など安全のマニュアルの作成や職員の研修を実施することが必要である。さらに、保護者へのリスクの周知なども含め、危機管理の徹底が求められる。

睡眠中の低年齢児の突然死に関しては、「ガイドライン」には、うつぶせ寝を避ける、独りにしない、安全な寝具の利用を含む環境整備、口腔内の異物や吐物の確認、睡眠中の安全チェックに関して記されている。しかし､睡眠中の部屋の明るさや周囲の設備などの睡眠環境や寝具の状態については具体的な記載がないため、本研究では検証が出来なかった。報告書に現場写真を載せるなど、再発予防のための事故後の検証可能な書式にすることも検討する必要がある。

また、既に示した危険因子に関する検証では、体調不良以外の3因子はいずれも発達に伴い解消するものであると考えられた。在園期間が8か月を過ぎれば0歳児の死亡もなくなるのは、こども自身が発達したことと、保育施設の環境に慣れたためと考えられる。1・2歳児ではこれらの因子による死亡が入園初期に限定して確認されており、不慣れな環境での母子分離が各因子の増幅因子と考えられた。一方、体調不良がある場合は、在園期間や年齢に関わらず危険であることが示された。従って、入園から時間が経過したこどもに対して、睡眠時の呼吸チェックを簡略化してよい理由にはならないと言える。

腹臥位が就寝中の乳幼児の突然死の危険因子と報告されたことにより、わが国でも1995年からBack to Sleep Champaignが開始された。この結果、顕著に予期せぬ乳幼児の突然死（Sudden Unexpected Death in Infant: SUDI）の発生が抑制された[9]。このことは現在では保育士など乳幼児に関わる仕事に就く人たちにとっては常識となっている。一般的には1歳を過ぎ寝返りが可能になったこどもは腹臥位になっても問題ないとされているが、前回の調査[4]においては1・2歳児であっても保育施設という家庭とは異なる環境の下では危険がある可能性を指摘したが、これが浸透したものと思われる。実際、前回の調査[4]では保育施設で死亡した1・2歳児のうち伏臥位で発見された児は76.5%であったが、今回は31.5%と半減している。一方、0歳児は前回の調査時が53.0%であり今回調査（52.6%）と大きな差はなかった。腹臥位で発生した件数の年次推移は、2016年に顕著に低下した後は増加しておらず、「ガイドライン」の効果が認められるものと考えられる。

ただし、「ガイドライン」にはこどもの異変の早期発見を目的に睡眠中の状態チェックの励行が記載されているものの、具体的な実施方法は詳細には記されていない。今回の検証では、在園1か月未満、在園1か月の0歳児および1・2歳児共に2名ずつ、不適切な睡眠時の呼吸チェックが死亡の要因として確認されている。その後の時期において1・2歳児は確認されていないが、0歳児は在園3か月でも確認されている。就寝中の突然死は3歳未満であれば発生するものであり、家庭とは異なるこどもに不慣れな環境下では1歳を越えても呼吸チェックが必要であることがあらためて明らかになったといえる。なお、こどもが保育施設の環境に慣れたと思われる在園2か月以降にも死亡事案が発生していることから、死亡の危険度は低下するが完全に解消しているわけではないことを認識する必要がある。

危険因子の1つである一人寝の危険については、保育施設内の環境について再考する必要がある。午睡の時間中に他の児の睡眠を妨げることを危惧し、別の部屋に一人で寝かせるなどの対応をしている間に、こどもが死亡した事案がある。こういった場合、一般的には、保育者が泣いている児を背負ったり抱っこしたりして別の部屋やスペースに行き、落ち着かせる必要があるが、対応可能な人員配置やこどもが落ち着ける別の部屋やスペースが必要になる。そういった対応が不可能な環境下では、こどもを一人で寝かせて睡眠中の呼吸チェックが不十分になるなど危険が増幅する可能性が推定される。

感染症がSUDIの原因となることはよく知られた事実である[9]。今回も記載されている内容を

手掛かりに感染症の疑いを抽出したところ、1・2歳児が7名認められたが、0歳児は3名と半数以下であった。統計解析でも唯一年齢による有意差を認めなかった。また、発生についても在園期間に偏りが見られず、まんべんなく散見されていた。このことより、体調不良は他の危険要因とは異なる性質のものであると考えられる。

最後に、前回の検証ではみられなかった要因として、夜間保育が挙げられる。今回の報告では死亡事案37名中5名に夜間保育を利用していたという報告が認められた。夜間保育に関しては、2000年3月30日に厚生労働省から夜間保育所の設置許可等[11]について、経営主体、定員、職員配置などに関する基準が定められている。しかし、今回の検証では0歳から4歳までの9人のこどもを保育資格のない職員1人が対応していた中での死亡事案が報告されている。基準を満たしていない不適格な保育施設で質の低い保育が行われていることが明らかになった。監査や立入調査の実施など、行政の管理の厳格化などの徹底が望まれる。しかし、全国的にも認可外保育施設への立入調査は十分に行われておらず、実施率は東京都においても27.6%にとどまる[12]。監査を十分に行い、保育環境の整備や保育内容のチェックを行うほか、安全マニュアルの整備や安全研修さえ実施されていない施設も多数認められていることから、学会などが中心となって安全マニュアルを作成して提供し、e-learningなどで容易に研修が受講できる環境を整備することが必要であることが示唆された。

E. 結論

CDRは地域を基盤に検証を行うが、このような希な事案は全国で事例を集約し検証を行わないと対策の立案は困難である。症例を集約して検証を実施するシステムの確立も検討する必要がある。また、安全対策の立案には、報告書の書式や記載内容の改善が必須と思われた。さらに、CDRは死亡事案のみを検証するが、幸いにして死を免れた重大事案も併せて検証することで、より効果的な安全策の立案に繋がると思われた。

引用文献

1. 猪熊弘子（2018）こども子育て支援新制度がもたらす保育の社会化と市場化 ： 保育は誰のものなのか? 『大原社会問題研究所雑誌』722巻,pp.33-57, 法政大学大原社会問題研究所
2. 大畑 陽平(2012) 『現代社会における保育所入所待機児童問題』 http://archive.kyotogakuen.ac.jp/~o_human/pdf/association/2012/m2012_01.pdf (2023 年5 月 15 日アクセス)
3. 厚生労働省（2013)「待機児童解消加速化プラン」 https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/taikijidokaish o_01.pdf (2023 年 5 月 15 日アクセス)
4. 小保内俊雅,五島弘樹, 遠藤郁夫, 帆足英一. 仁志田博司(2014)「保育施設で発生した死亡事案」日児誌. 2014；118：1628-1635
5. こども家庭庁（2016)「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 (2023 年 12 月 8 日アクセス)
6. こども家庭庁（2023)「教育・保育施設等における事故報告集計」 https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/shukei
7. 総務省統計局（2025）e-Stat 政府統計の窓口 社会福祉施設等調査 H10 児童福祉施設等の在所者数, 年齢各歳、施設の種類・経営主体の公営－私営別 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei
8. 小保内 俊雅, 市川 光太郎, 山中 龍宏, 仁志田 博司.「安全で安心な保育環境構築に向けて」日児誌. 2017; 12：1224－1229
9. 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(8)：1344-1348
10. 東京新聞(2018) 「保育園選びの基本の

キ！これだけは押さえたい 14 のチェックポイント」https://sukusuku.tokyo-np.co.jp/hoiku/3610/ （2025/05/24 最終アクセス）
11. 厚生労働省（2000）夜間保育の設置許可等について https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta9201&dataType=1&pageNo=1
12. 東京都（2024）認可外保育施設の立入調査について https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/fukushi/R6ninkagaigaiyou

令和 6 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
乳幼児突然死（SUID/SIDS）の死因究明と予防対応策の探索

わが国の乳児の安全な睡眠環境に対する意識の調査

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
小谷 泰一　　三重大学 法医法科学講座
小保内 俊雅　多摩北部医療センター 小児科
松永 綾子　　聖マリアンナ医科大学 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
坂本 昌彦　　佐久医療センター 小児科
菊地 洋介　　東京都監察医務院
長村 敏生　　京都第二赤十字病院 小児科
青木 康博　　名古屋市立大学大学院医学研究科

研究要旨

乳児の主要な死亡原因である睡眠中の窒息事故および乳幼児突然死症候群の予防のため，自宅で 0 歳児を寝かせる環境に関する意識調査を行った。

乳児の子育て中，妊娠中，それ以外の群に属する各 600 件の回答を収集した。乳児を寝かせる環境に関して「冬に寒すぎないこと」「風邪をひかせない」ことを重視する回答が最も多かった。もしも「掛けぶとんを使わないで寝かせる」よう勧められたら，過半数が「推奨されるなら掛けぶとんを使用しない」と回答したが，年齢層が高く男性の多い「それ以外」の群においてのみ，「(推奨されるとしても）掛けぶとんは使用する」回答が「使用しない」回答を上回った。子育ての安全情報の入手経路について，インターネット検索に次いで「身近な経験者の話」を挙げる回答が多かった。

子育てに関する安全情報を発信する場合に，現在子育て中の親のみならず，周囲の経験者等も含めて広く対象にすることが有効と推測される。わが国で乳児の安全な睡眠環境の確保についての啓発を推進する上で，本研究結果が基礎資料として活用されることが望まれる。

A. 研究目的

わが国において 0 歳児の死亡は年間 1,500 ないし 2,000 件発生し，その原因として先天奇形等，呼吸障害等，不慮の事故，乳幼児突然死症候群等が上位に挙げられる[1]。0 歳児の「不慮の事故」は大半が睡眠中に発生する窒息である。また「乳幼児突然死症候群（SIDS)」は「それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず，しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない，原則として 1 歳未満の児に突然の死をもたらした症候群」と定義され，主として睡眠中に発症する[2]。しかしながら，SIDS と睡眠中に発生する窒息等とを，剖検で鑑別することは困難[3]とされる。

人口動態統計は，わが国で唯一の公的な死亡に関する資料である。研究代表者らは人口動態統計に対する調査研究によって，0 歳児死亡のうち年間 300-400 件は，死因となる明らかな傷病のない状況で睡眠中に発生していることを同定した。悉皆情報であるため選択バイアスが想定されない資料である一方で，死因等の詳細な検討には情報が不十分である [4] ことから，実態の解明と予防策の立案のためには，今後より詳細な情報収集と解析が課題である。

さて，SIDS の発症要因としてトリプルリスクモデル（図 1）が広く提唱され [5]，外因性ストレス要因（Exogenous Stressor）として睡眠中の体位や寝具の状況等に言及される。SIDS であれ睡眠中の窒息であれ，乳児の死亡の多くを占める睡眠中の死亡を予防するために，「乳児にとって安全な睡眠環境」の構築が最重要といえる。アメリカ小児科学会（AAP）は乳児の睡眠環境に関する推奨を 2022 年にアップデートし，この中に「掛布団（comforter）は乳児の睡眠環境に近づけないこと」を推奨した [6]。わが国でも当該項目の適用が探索されるが，これまでわが国においては，乳児の就眠時に掛布団の利用は極めて一般的である [7]。

そこで本研究では，乳児の安全な睡眠環境をわが国で提案・推進するための背景情報として，実際に育児を行う一般国民が，児の安全な睡眠環境についてどのような意識をもちどのような実践をしているか，また AAP の推奨する「掛けぶとんの使用禁止」に対してどのような捉え方をするかを調査した。本研究により，当該推奨項目をわが国で実践するにあたっての阻害因子が明らかになることが期待された。

乳児の睡眠環境について，一部の限定的な実態調査 [7,8,9] があるのみで，わが国の一般国民の意識に関しての学術調査は，他に存在しない。これを明らかにすることで，今後の啓発のあり方を検討する際の基礎資料とすることが可能となり，将来の乳児の安全性確保のため極めて重要である。

本研究では，乳児を養育中および妊娠中で具体的に乳児の養育を待機している一般国民が，子育ての環境，特に家庭における睡眠環境の整備についてどのような意識を持っているか，実際にどのような睡眠環境を実践しているか，その元となった情報源は何かを調査することを目的とする。併せて，他の世代（過去に子育ての経験がある等）との違いがあるかを比較する。

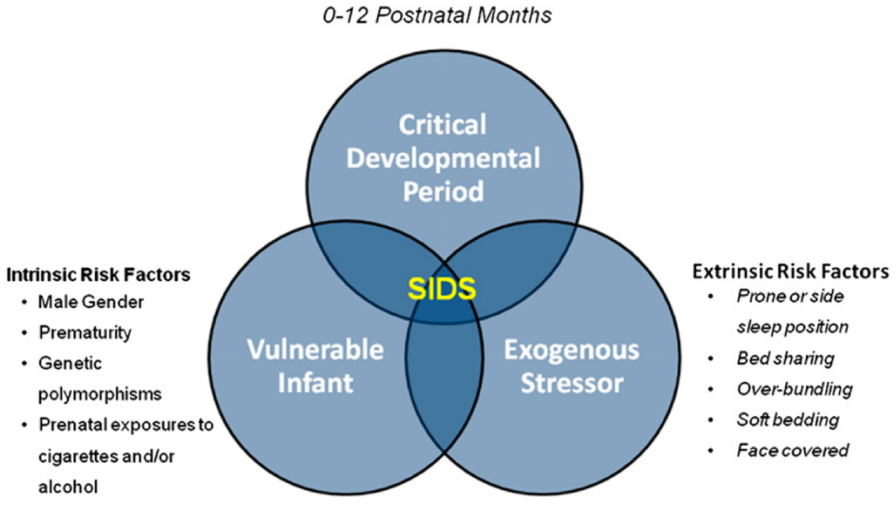


FIGURE 1
The triple-risk model for SIDS. Factors contributing to the vulnerability (bottom left circle) may include intrinsic risk factors. The exogenous stressors (bottom right circle) are the extrinsic risk factors for SIDS.

図 1：SIDS のトリプルリスクモデル（文献 5. Fig. 1 を引用）

B. 研究方法

一般国民に対して「乳児の安全な睡眠環境」に関する意識調査を行なった。一般調査会社（楽天インサイト株式会社）に委託し，同社の保有する調査システムに登録する会員（公称 220 万人超）のうち本研究に自発的に参加を申し出た 1,800 名（うち 600 名は 0 歳児の子育て中（A 群），600 名は 1 年以内に出産を見込む妊娠中（B 群），のこり 600 名は，それらのいずれでもないもの（C 群））に対してインターネット調査を実施した。質問項目は，末尾の補足資料 A のとおりとした。

調査委託企業（情報の提供のみを行う機関）の運営するリサーチ専門パネルに登録する約 220 万人（同社の公称による）のうち，下記に合致し本調査への参加に同意した者を調査対象とする。

調査項目は，以下のように定めた（詳細は，巻末資料を参照）。

1. 回答者の適格性確認項目（同意の有無，対象者に該当の有無）
2. 回答者のプロファイル（年齢層*，最終学歴*，住宅状況*，世帯の暮らし向き，嗜好品の摂取状況，子育て経験）
3. 家庭環境（温度環境，空調（暖房）器具の有無と使用状況，寝具の使用状況，子どもの寝かせ方の実践）
4. 回答者の意識（乳児の子育てにおける重視項目）
5. 主な安全情報の入手経路

なお，年齢層*，最終学歴*，住宅状況*については，今回研究で新たに聴取せず，調査システム上で紐づけられた既存の回答者プロファイルから該当項目が自動収集された。回答はネット回線を通して同社のサーバーに一時保管され，調査完了後に研究代表者に納品された。当該データは，氏名等個人を直接特定できる情報を削除したものであり，納品に際して対応表等も作成しなかった。

倫理的事項：

本研究は，名古屋大学生命倫理委員会により審査され研究実施の承認を受けた（承認番号：2024-0391）。

C. 研究結果 および D. 考察

各群600例ずつ，合計1,800例の回答を得た。結果の詳細は，巻末の「結果一覧」に示す。

1. 回答者のProfile

回答者の性別は男性50.5%，年齢の平均39.9[19-69]歳であり，男女とも30-40代の回答が全体の70%を占めた。子育ての経験について，「毎日子育てに関わっている（問2）」92.4%，「こどもを寝かせつける日が多い～毎日（問3）」75.6%であった。回答者の最終学歴は，高校・専門学校まで30.5%（58.2%），短大・高専7.5%（16.2%），大卒52.6%（23.1%），院卒7.7%（2.4%）であり，括弧内に示す2020年の一般人口の統計値[10]に比して有意に高学歴であった。喫煙（問16）および飲酒（問17）の割合は，結果一覧に示すとおりであった。世帯の暮らし向き（問15）は「普通」「やや余裕がある」「余裕がある」の合計が69.0%であった。

2. 乳児を育てる家庭の環境

住宅は戸建て44.7%（55.3%），集合住宅52.3%（41.7%）と，括弧内に示す2020年の統計値[11]に比して集合住宅の割合が高かった。冷暖房器具の利用について（問4），昼夜を問わず一定の温度を維持31.1%，昼夜を問わずある程度の温度調整33.1%，日中のみある程度の温度調整12.7%，夜間のみある程度の温度調整8.3%，できるだけ使わない6.3%，設置していない8.5%であった。使用する寝具（問5）について，下記を既に使用中もしくは使用予定の割合（使用しない予定の割合）は，ベビー用ベッド・敷布団68.0%(14.7%)，ベビー用掛けぶとん61.2%(21.1%)，ベビー用毛布53.7%(25.7%)，ベッド・イン・ベッド24.1%(40.6%)，スリーパー47.5%(20.1%)，ウェアラブルブランケット21.9%(26.0%)等であった。一方で，成人用のベッドもしくは敷布団の共用

27.0%(39.3%)，成人用掛けぶとんの共用36.3%(43.5%)，成人用毛布の共用35.2%(44.3%)と回答された。

3. 子育てに対する回答者の意識

0歳児を寝かせる環境に対して重視する点（問6）は，「冬に寒すぎないこと」「夏に暑すぎないこと」「静かさ（遮音性)」を選択する回答がこの順に多く，逆に「ペット等が入らない」「気密性」「台所に近い」などを選択する回答は，この順に少なかった。また0歳児を寝かせるにあたって大事にしたいこと（問7）は，「風邪をひかせない」「寝具から落ちない」「暗くて静かな環境」を選択する回答がこの順に多く，逆に「眠るときにおしゃぶりを吸わせる」「添い乳をする」「泣いても他の家族の邪魔にならない」がこの順に少なかった。もしも「掛ぶとんを使わないで寝かせる」よう勧められたらどうするか（問8）という問いかけに対して，「もともと使用していない」「そう勧められるなら使用しない」の回答は合計34.1%であり，「そう勧められるなら出来るだけ使用しない」17.3%を合わせると，過半数が「推奨されるなら掛ぶとんを使用しない」と回答した。不使用の推奨に対して「安全ではないから」と賛成・理解を示す割合（問9）が31.7%と最多であり，「用意していないから」使用しないという消極的な賛成は10.1%に留まった。これに対して，掛ぶとんの使用につき「そう勧められても必要時には使用する」21.9%，「使用する」7.7%で，約30%は掛ぶとん不使用の推奨には直ちには応じられない旨を回答した。当該推奨に賛成できない，あるいは心配な理由（問10）は，「特にない・なんとなく」は33.4%と最多であり，次いで「これまで使用してきたが特に問題が発生していないから」23.6%，「掛ぶとんに寝かせないと暖かく保てないから」21.8%とする回答が多かった。

4. 主な安全情報の入手経路

本調査への回答者自身は，家庭環境についてどの程度自分で決めるか（問11）という設問に対して，「たいてい自分で決めている」33.4%，「家族に相談して決めることが多い」38.6%との回答の割合が高かったが，「同居家族以外の誰か（祖父母，親戚，知人等）に相談して決めることが多い」7.8%，「たいてい他の家族に任せる」7.1%，「たいてい同居家族以外の誰かに任せる」2.9%との回答もみられた。普段の買い物等において参照する情報源（問12）として，「非常によく参考にする」「よく参考にする」とする回答の割合が高い情報源は，インターネット情報（Webニュース，検索サイト，口コミサイト等）64.7%，身近な経験者（知人，祖父母，親戚）からの話62.3%，SNS情報（LINE，X（旧ツイッター），インスタグラム等）51.3%の順であった。一方，新聞（記事や広告）18.4%，一般書23.0%，雑誌（記事や広告）27.4%を参考にする割合は低かった。特に育児のしかたや安全情報などについて参考にする情報について（問12）同様に，インターネット情報（Webニュース，検索サイト，口コミサイト等)，身近な経験者（知人，祖父母，親戚）からの話，SNS情報（LINE，X（旧ツイッター），インスタグラム等）の順に参考にする割合が高く，新聞（記事や広告)，専門店（ふとん店，赤ちゃん用品店など）の店員の話やポスター，公共の場所（市・区役所，保健所，学校，保育園等）に貼ってある広報やポスター等の順に参考にする割合が低かった。

5. 群間比較

現在0歳児の子育て中の群（A群)，現在自身あるいはパートナーが妊娠中の群（B群)，そのどちらでもない群（C群）を比較すると，A群およびB群で女性が多く（それぞれ53%，56%)，C群で男性が61%と多かった。また回答者の年齢層は，A群とB群で30代が最多（それぞれ56%，62%）であったのに対して，C群で50代が28%で最多であった。

もしも「掛ぶとんを使わないで寝かせる」よう勧められたらどうするか（問8）という問いかけ

に対して，「もともと使用していない」「そう勧められるなら使用しない」の回答の合計は，A群48.3%，B群36.5%，C群17.5%であった。「そう勧められるなら出来るだけ使用しない」を合わせると，A群66.3%，B群54.0%，C群34.0%が「推奨されるなら掛ぶとんを使用しない」と回答した。不使用の推奨に対して「安全ではないから」と賛成・理解を示す割合（問9）がどの群でも最多であったが，A群42.5%，B群35.7%に対してC群では15.0%にとどまった。「安全ではないから」の割合が30代以下の女性で49.1%であるのに対し，30代以下の男性は23.3%，50代以上の男女では12.5%にすぎなかった。すでに子育てを終えた年代においては，（自分の子育てにおいて）事故が起きなかったことによる成功体験があるため，安心感を持っていることが推察される。

これに対して，掛ぶとんの使用につき「そう勧められても必要時には使用する」「使用する」の合計は，A群26.3%，B群27.8%に対して，C群34.7%であった。すなわち，C群のみで「使用しない」回答より「使用する」回答が上回った。回答者の年齢別にみると，性別を問わず40代までは「使用しない」回答が多いものの，50代以降は「使用する」回答が上回っているため，回答者の年齢の違いが群間の差の理由であると推察された。当該推奨に賛成できない，あるいは心配な理由（問10）は，「特にない・なんとなく」はA群17.5%に対して，B群39.3%，C群41.0%と多かった。A群，C群では「これまで使用してきたが特に問題が発生していないから」29.2%および24.9%，「掛ぶとんに寝かせないと暖かく保てないから」26.3%および20.0%が多かった一方で，B群では「掛ぶとんに寝かせないと暖かく保てないから」が19.6%で最多であった。A群では「もうベビー用の掛けぶとんを用意したから」との回答も17.8%と３番目に多かった。

E. 結論

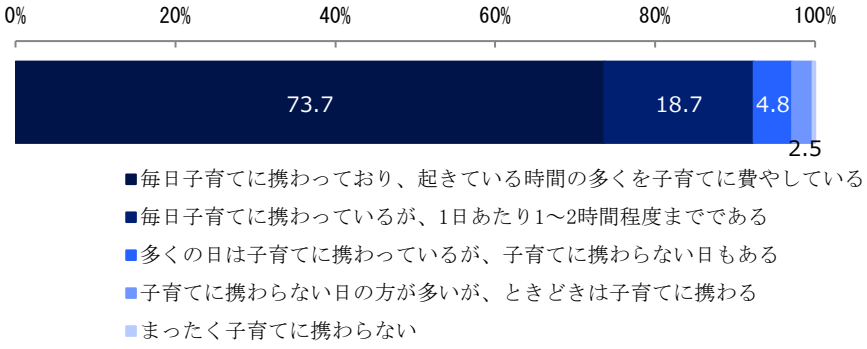
2024年11月のSIDS対策強化月間に，こども家庭庁から新たな啓発[12]が国民向けに発出された。これまで，乳児の睡眠環境の安全確保について「こども用の寝具を使う」ことが推奨されていたが，新たに「描けぶとんは使わない」ことへの推奨と変わった。

現在子育て中，あるいは妊娠中（1年以内に子育てに携わる）の国民は，過半数が推奨に応じて「掛けぶとんを使わない」選択を取る可能性がある。一方で，現在子育て中ではない国民においては，逆に推奨には応じられないとの回答が多い。すでに子育てを終えた年代においては，（自分の子育てにおいて）事故が起きなかったことによる成功体験も，安心感を抱く理由のひとつと推察される。子育てに関する安全情報の入手経路として，インターネット情報に次いで「身近な経験者からの話」が挙げられることから，子育て中の親のみならず，周囲の者も含めて広く具体的に啓発をすすめることが有効と推測される。

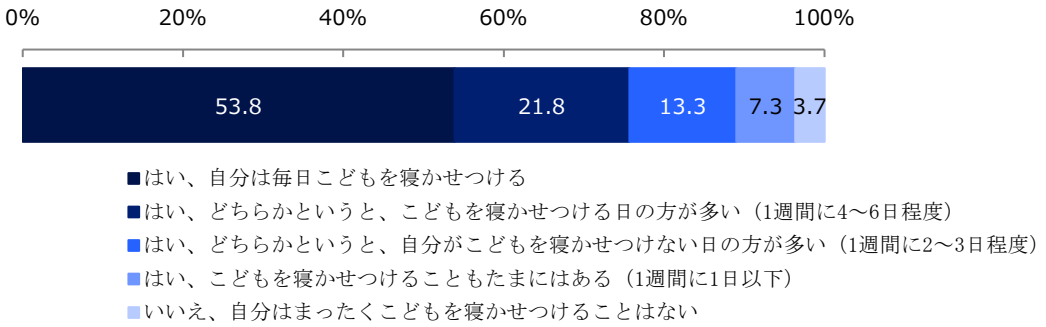
わが国で乳児の安全な睡眠環境の確保についての啓発を推進する上で，本研究結果が基礎資料として活用されることが望まれる。

（結果一覧）

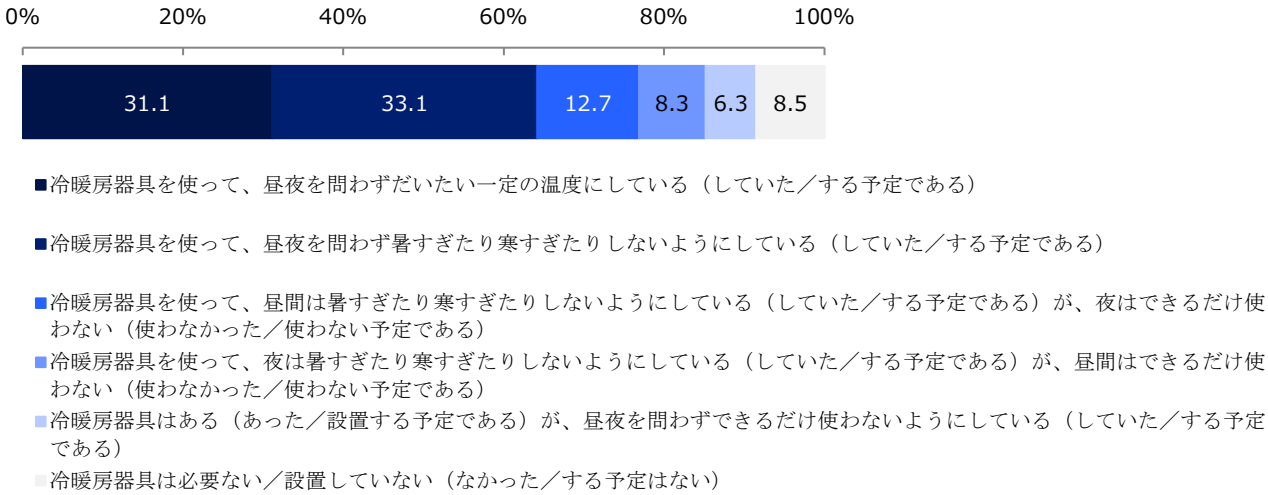
問 2. あなたは今，ご家庭の中でどの程度子育てに携わっていますか。



問 3. あなたは，ふだん 0 歳のお子様を寝かせつけますか。

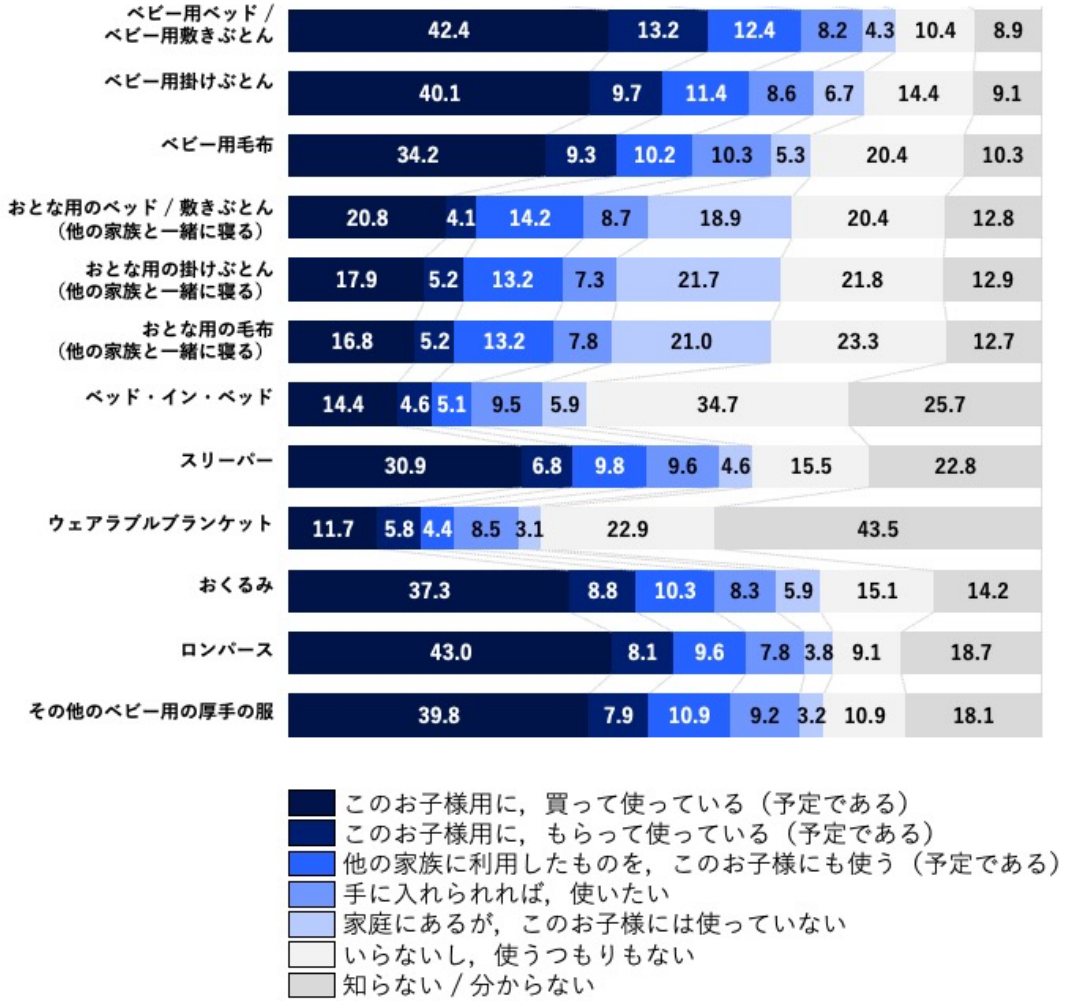


問 4. 0 歳のこどもを寝かせる環境について，今どのようにしているか（以前どのようにしていたか、あるいはどう予定しているか）を教えてください。

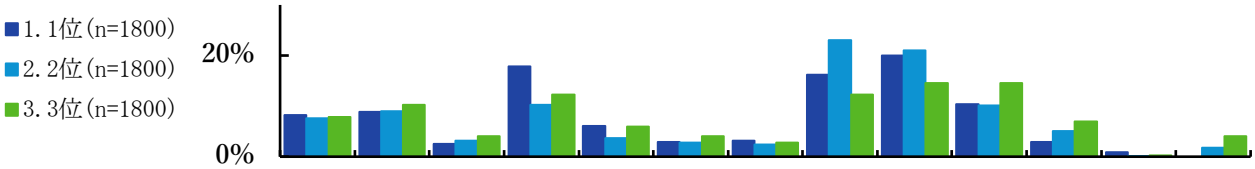


問 5. あなたは、0 歳のお子様を寝かせるためにどのような寝具を使っていますか（使いましたか、あるいは使う予定ですか)。

	n	このお子様用に買って使っている	このお子様用にもらって使っている	他の家族に利用したものを，このお子様にも使う	手に入れられれば使いたい	家庭にあるが，このお子様には使っていない	いらないし、使うつもりもない	知らない・分からない
1. ベビー用ベッド　または　ベビー用敷きぶとん	1800	764	238	224	148	78	188	160
	100.0	42.4	13.2	12.4	8.2	4.3	10.4	8.9
2. ベビー用掛けぶとん	1800	721	174	206	155	121	259	164
	100.0	40.1	9.7	11.4	8.6	6.7	14.4	9.1
3. ベビー用毛布	1800	615	168	183	186	95	368	185
	100.0	34.2	9.3	10.2	10.3	5.3	20.4	10.3
4. おとな用のベッド　または　敷きぶとん（他の家族と一緒に寝る）	1800	375	74	255	157	341	367	231
	100.0	20.8	4.1	14.2	8.7	18.9	20.4	12.8
5. おとな用の掛けぶとん（他の家族と一緒に寝る）	1800	323	93	238	131	390	392	233
	100.0	17.9	5.2	13.2	7.3	21.7	21.8	12.9
6. おとな用の毛布（他の家族と一緒に寝る）	1800	302	94	237	141	378	419	229
	100.0	16.8	5.2	13.2	7.8	21.0	23.3	12.7
7. ベッド・イン・ベッド	1800	260	83	92	171	107	624	463
	100.0	14.4	4.6	5.1	9.5	5.9	34.7	25.7
8. スリーパー	1800	556	122	177	173	82	279	411
	100.0	30.9	6.8	9.8	9.6	4.6	15.5	22.8
9. ウェアラブルブランケット	1800	211	104	80	153	56	413	783
	100.0	11.7	5.8	4.4	8.5	3.1	22.9	43.5
10. おくるみ	1800	671	159	186	149	107	272	256
	100.0	37.3	8.8	10.3	8.3	5.9	15.1	14.2
11. ロンパース	1800	774	145	173	141	68	163	336
	100.0	43.0	8.1	9.6	7.8	3.8	9.1	18.7
12. その他のベビー用の厚手の服	1800	717	143	196	165	58	196	325
	100.0	39.8	7.9	10.9	9.2	3.2	10.9	18.1

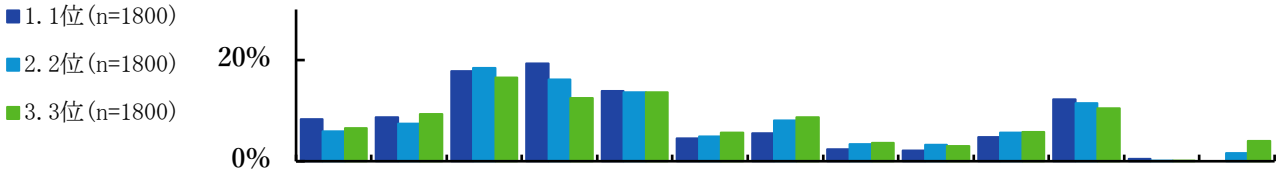

ベビー用ベッド / ベビー用敷きぶとん
42.4 13.2 12.4 8.2 4.3 10.4 8.9
ベビー用掛けぶとん
40.1 9.7 11.4 8.6 6.7 14.4 9.1
ベビー用毛布
34.2 9.3 10.2 10.3 5.3 20.4 10.3
おとな用のベッド / 敷きぶとん（他の家族と一緒に寝る）
20.8 4.1 14.2 8.7 18.9 20.4 12.8
おとな用の掛けぶとん（他の家族と一緒に寝る）
17.9 5.2 13.2 7.3 21.7 21.8 12.9
おとな用の毛布（他の家族と一緒に寝る）
16.8 5.2 13.2 7.8 21.0 23.3 12.7
ベッド・イン・ベッド
14.4 4.6 5.1 9.5 5.9 34.7 25.7
スリーパー
30.9 6.8 9.8 9.6 4.6 15.5 22.8
ウェアラブルブランケット
11.7 5.8 4.4 8.5 3.1 22.9 43.5
おくるみ
37.3 8.8 10.3 8.3 5.9 15.1 14.2
ロンパース
43.0 8.1 9.6 7.8 3.8 9.1 18.7
その他のベビー用の厚手の服
39.8 7.9 10.9 9.2 3.2 10.9 18.1
このお子様用に，買って使っている（予定である）
このお子様用に，もらって使っている（予定である）
他の家族に利用したものを，このお子様にも使う（予定である）
手に入れられれば，使いたい
家庭にあるが，このお子様には使っていない
いらないし，使うつもりもない
知らない / 分からない

問 6．0 歳のこどもを寝かせる環境に重視する点について，今のあなたの考えに最も近いものを回答してください。



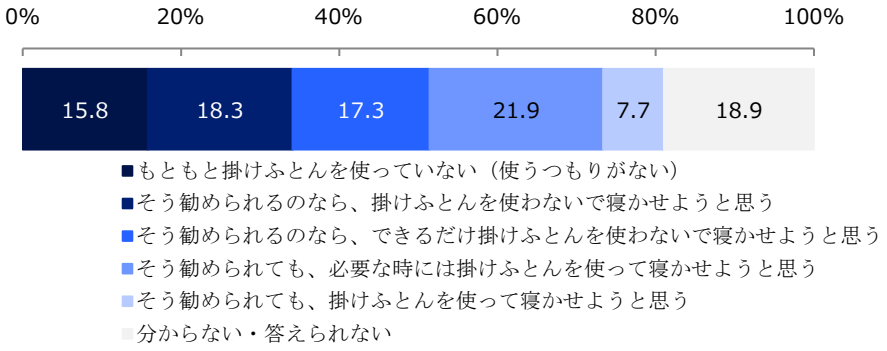
	n	日当たり	風とおし（通気性）	気密性	静かさ（遮音性）	室内の気配が分かる	台所に近い	ペット等が入らない	夏に暑すぎない	冬に寒すぎない	乾燥していない	湿度が高くない	その他‥	あてはまるものはない
1. 1 位	1800	149	159	45	322	109	53	57	291	359	186	53	17	0
	100. 0	8. 3	8. 8	2. 5	17. 9	6. 1	2. 9	3. 2	16. 2	19. 9	10. 3	2. 9	0. 9	0. 0
2. 2 位	1800	137	161	57	185	67	49	44	414	378	183	91	3	31
	100. 0	7. 6	8. 9	3. 2	10. 3	3. 7	2. 7	2. 4	23. 0	21. 0	10. 2	5. 1	0. 2	1. 7
3. 3 位	1800	142	185	74	222	107	73	50	221	262	263	125	4	72
	100. 0	7. 9	10. 3	4. 1	12. 3	5. 9	4. 1	2. 8	12. 3	14. 6	14. 6	6. 9	0. 2	4. 0
ポイント		8. 0	9. 1	3. 0	14. 4	5. 3	3. 1	2. 9	17. 8	19. 4	11. 0	4. 3	0. 6	1. 2

問 7．あなたは，0 歳のお子様を寝かせるにあたって，どのようなことを大事にしたいですか。



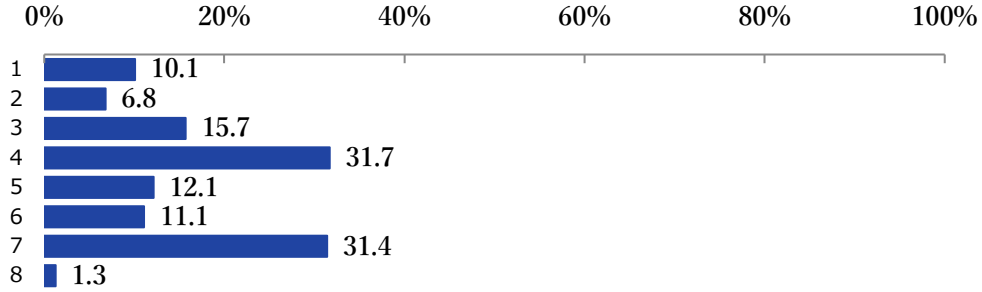
	n	ひとりで静かに寝かせる	家族と一緒に寝かせる	風邪をひかせない	寝具から落ちない	ぐっすり寝かせる	泣いても邪魔にならない	すぐ哺乳できる	添い乳をする	眠る時におしゃぶり	明るい環境で寝かせる	暗くて静かな環境	その他‥	あてはまるものはない
1. 1 位	1800	149	156	320	348	251	82	99	43	37	86	220	9	0
	100. 0	8. 3	8. 7	17. 8	19. 3	13. 9	4. 6	5. 5	2. 4	2. 1	4. 8	12. 2	0. 5	0. 0
2. 2 位	1800	107	133	332	292	245	89	146	60	59	101	207	1	28
	100. 0	5. 9	7. 4	18. 4	16. 2	13. 6	4. 9	8. 1	3. 3	3. 3	5. 6	11. 5	0. 1	1. 6
3. 3 位	1800	118	167	299	225	245	103	157	65	53	105	188	2	73
	100. 0	6. 6	9. 3	16. 6	12. 5	13. 6	5. 7	8. 7	3. 6	2. 9	5. 8	10. 4	0. 1	4. 1
ポイント		7. 2	8. 3	17. 8	17. 2	13. 8	4. 9	6. 9	2. 9	2. 6	5. 2	11. 7	0. 3	1. 2

問 8. あなたは，0 歳のお子様をご自宅で「掛けぶとんを使わないで寝かせる」よう勧められたら，お子様をどのように寝かせようと思いますか。



問 9.「掛けぶとんを使わないで寝かせる」ことに賛成する理由や、評価できる点は何ですか。

1 子ども用の掛けぶとんを用意していないから
2 掛けぶとんを使うと 0 歳のお子さまがぐっすり眠れないから
3 0 歳のお子さまには必要ではないから
4 0 歳のお子さまにとって安全ではないから
5 他に良い寝具があるから
6 そう勧められるからには、それなりの理由があるだろうから
7 特にない・なんとなく
8 その他：



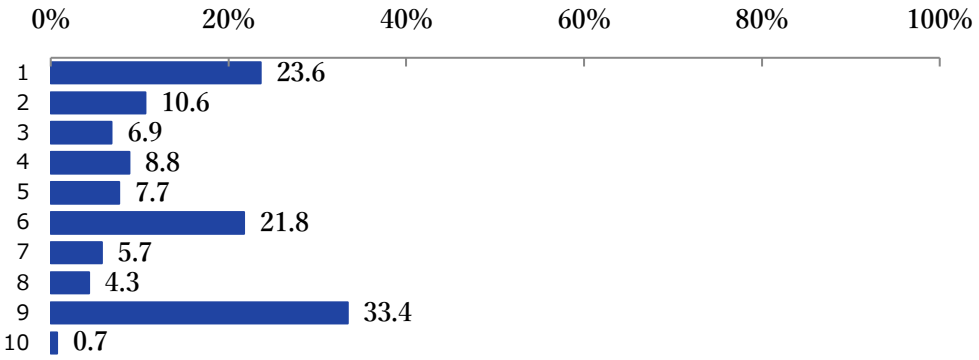
問 10.「掛けぶとんを使わないで寝かせる」ことに賛成できない理由や、心配なことは何ですか。

1 これまで 0 歳のお子様に掛けぶとんを使ってきて、特に問題はなかったから
2 もうベビー用の掛けぶとんを準備したから
3 掛けぶとん（に寝かせること）を勧められたことがあるから
4 まわりは 0 歳のお子様に掛けぶとんを使っているから
5 掛けぶとんに寝かせないとぐっすり眠ってくれないから
6 掛けぶとんに寝かせないと暖かく保てないから
7 掛けぶとんに寝かせないと、光熱費や寝具代がかかるから

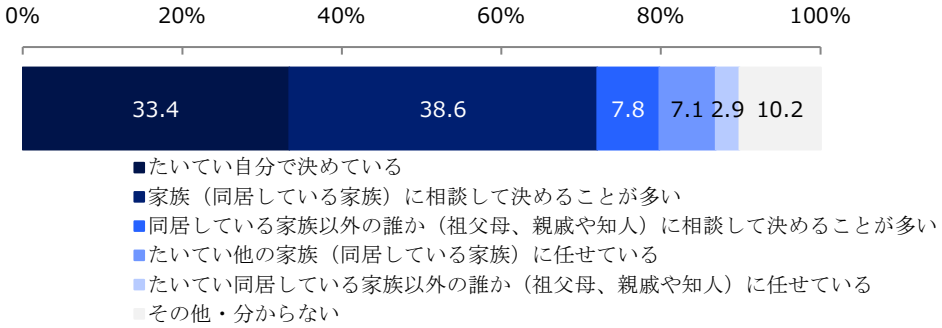
8　　掛けぶとんに寝かせないと、暖房器具の使用が環境に良くないから

9　　特にない・なんとなく

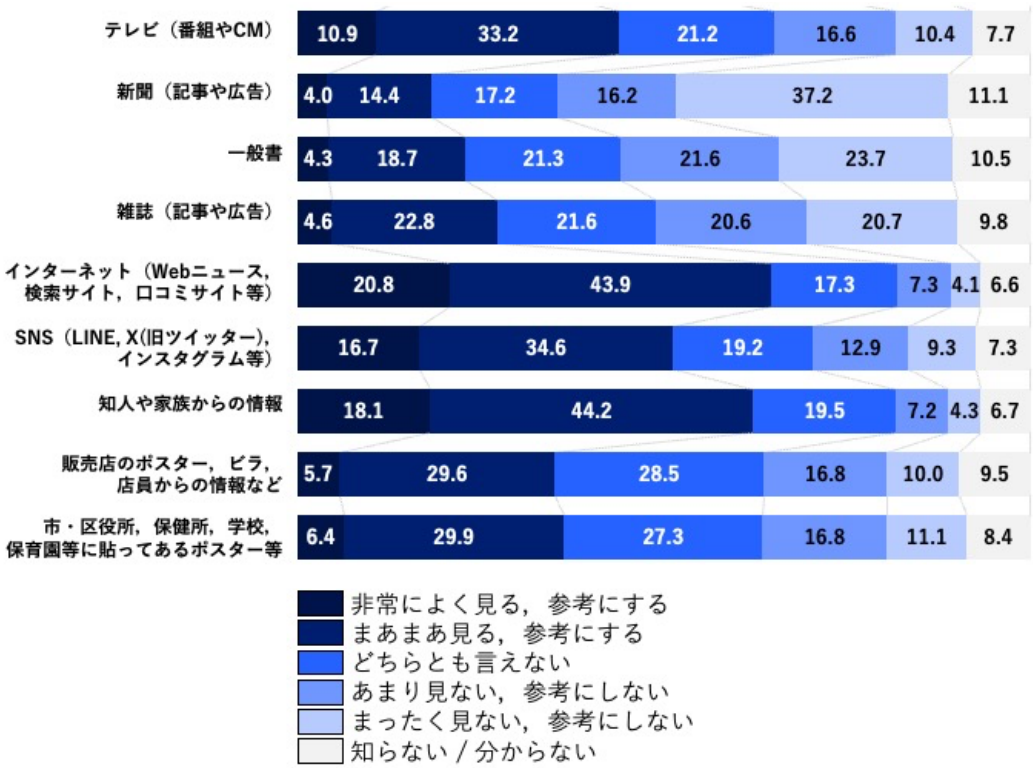
10　　その他：



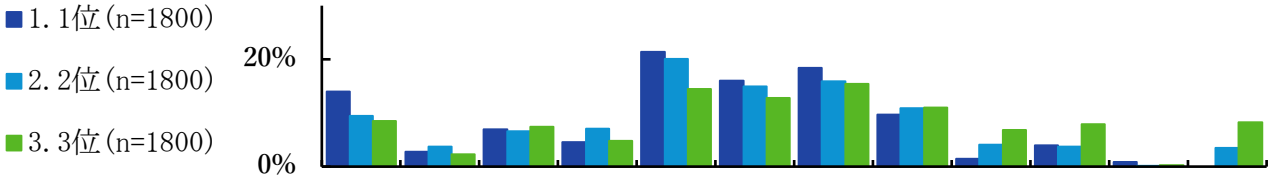
問 11．あなたは，ご家庭の環境（自分やこどもの衣服や寝具，冷暖房器具など）について，どの程度ご自身で決定していますか。



問 12．あなたは，ふだん何か（衣服，家具，趣味のもの等）の購入を決める際など，以下の情報を参考にしますか。

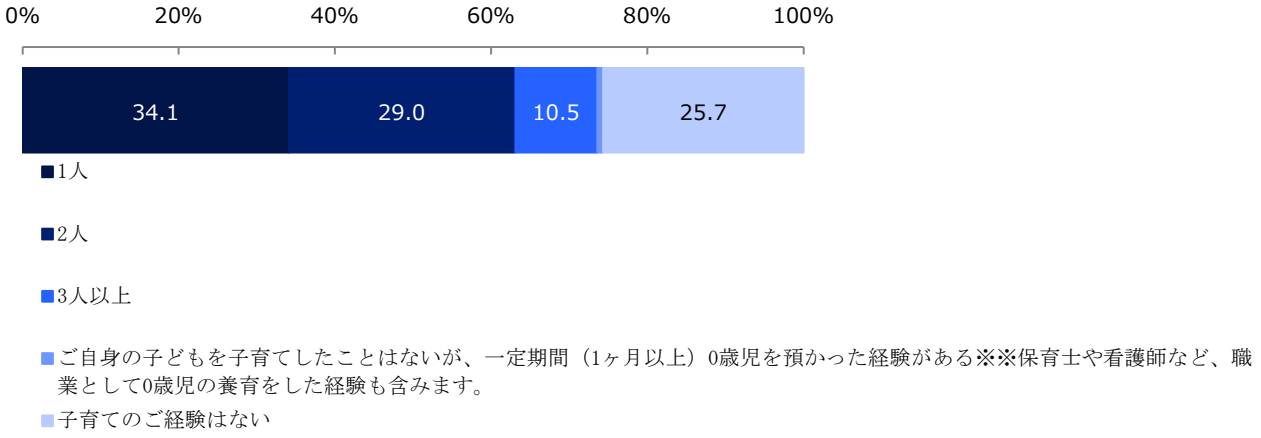


問 13. あなたは，育児のしかたや安全情報などについて，どのような情報を参考にしますか。

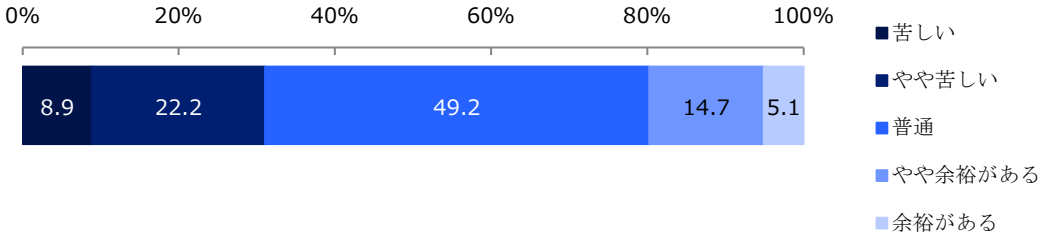


	n	テレビ（番組や CM）	新聞（記事や広告）	一般書	雑誌（記事や広告）	インターネット（Web ニュース、検索サイト、口コミサイト等）	SNS（LINE、X、インスタ等）	身近な経験者（知人、祖父母，親戚）の話	専門者（医師、看護師、保健師など）の話や、病院のポスターなど	専門店（ふとん店、赤ちゃん用品店など）の店員の話やポスター	市・区役所、保健所、学校、保育園等に貼ってあるポスターなど	その他：：	あてはまるものはない
1. 1 位	1800	252	49	124	81	386	288	332	174	27	72	15	0
	100. 0	14. 0	2. 7	6. 9	4. 5	21. 4	16. 0	18. 4	9. 7	1. 5	4. 0	0. 8	0. 0
2. 2 位	1800	170	68	119	127	361	268	287	195	73	66	3	63
	100. 0	9. 4	3. 8	6. 6	7. 1	20. 1	14. 9	15. 9	10. 8	4. 1	3. 7	0. 2	3. 5
3. 3 位	1800	152	42	134	87	261	230	277	199	122	143	4	149
	100. 0	8. 4	2. 3	7. 4	4. 8	14. 5	12. 8	15. 4	11. 1	6. 8	7. 9	0. 2	8. 3
ポイント		11. 6	3. 0	6. 9	5. 4	19. 8	15. 1	17. 1	10. 3	3. 2	4. 5	0. 5	2. 5

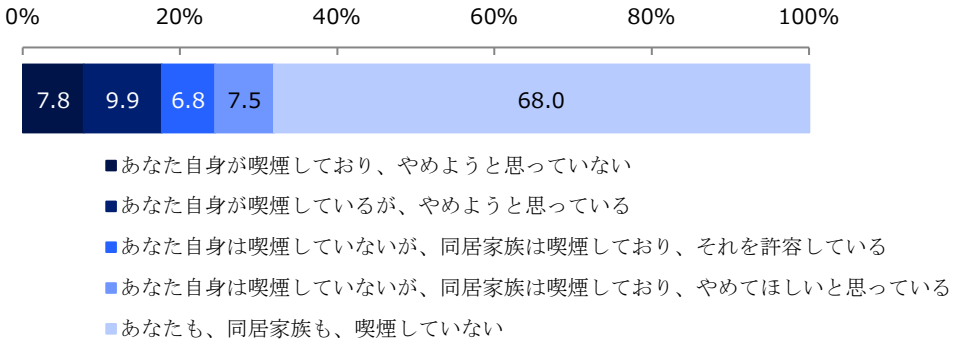
問 14. あなた自身は、これまでに何人のお子様を育てた経験がありますか。



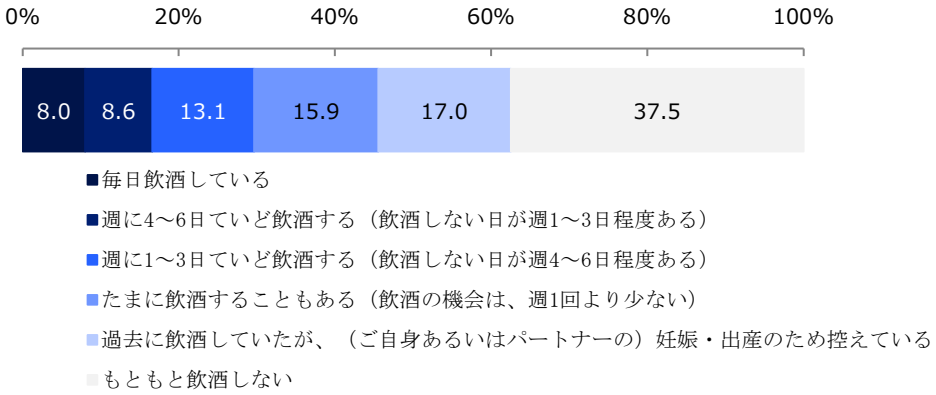
問 15. あなたは，あなたのご家庭の暮らし向きについて，普段どのように感じておられますか。



問 16. あなた，あるいは同居しているご家族は，喫煙しますか。

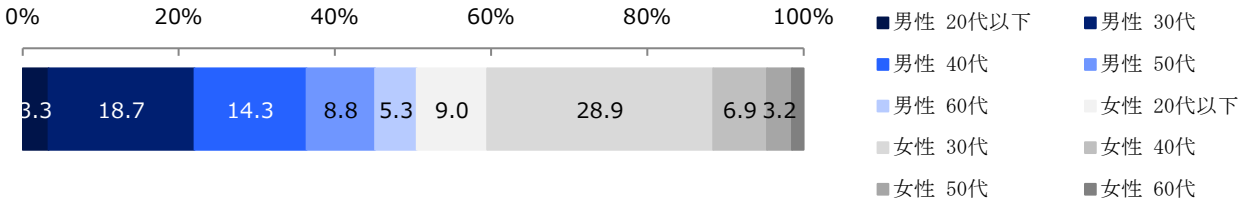


問 17. あなたは，飲酒しますか。

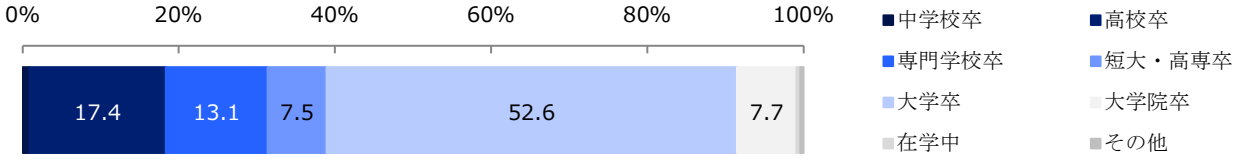


回答者 Profile からの統計結果

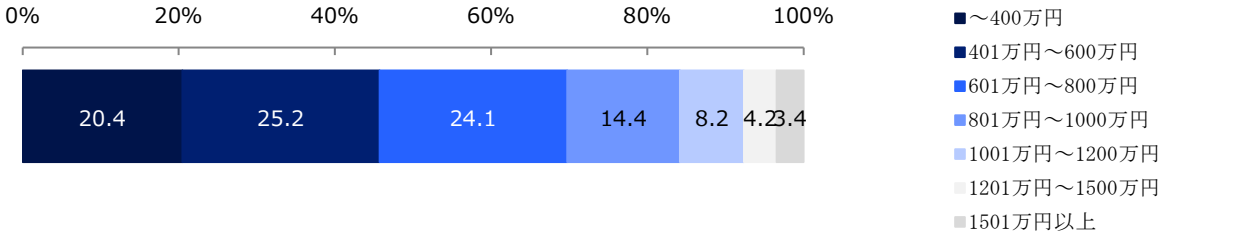
（性別・年齢）



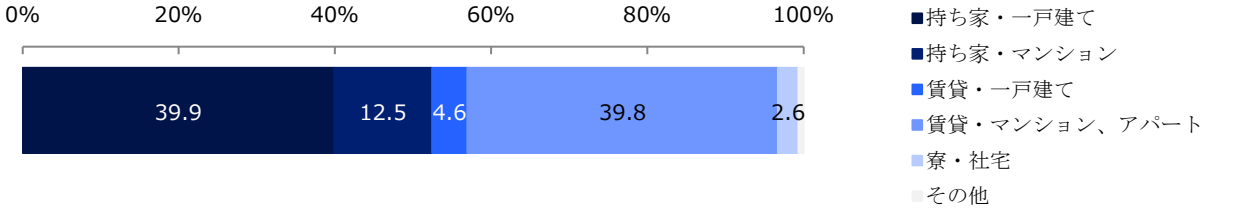
（最終学歴）



（世帯収入）



（住居形態）



（参考文献）

1. 厚生労働省. 令和５年（2023）人口動態統計月報年計（概数）の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/dl/gaikyouR5.pdf（最終閲覧 2025.4.1）

2. 厚生労働省 SIDS 研究班. 乳幼児突然死症候群（SIDS）診断ガイドライン（第 2 版）. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/20c213ff-143f-404e-a922-f8db45e701ee/60d70c89/20230401_policies_boshihoken_kenkou_sids_guideline_03.pdf.（最終閲覧 2025.4.1）

3. Rachel Y Moon; TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Evidence Base for 2016 Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Pediatrics 2016 Nov;138(5):e20162940.

4. Montgomery M, Conrey E, Okoroh E, Kroelinger C. Estimating the burden of prematurity on infant mortality: a comparison of death certificates and child fatality review in Ohio, 2009-- 2013. Matern Child Health J. 2020;24:135-43.

5. Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk factor changes for sudden infant death syndrome after initiation of Back-to-Sleep campaign. Pediatrics. 2012;129(4):630-8.

6. Moon RY, Carlin RF, Hand I; TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME AND THE COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. Pediatrics. 2022 Jul 1;150(1):e2022057990.

7. 加藤 稲子ら. 健康乳児の家庭内での睡眠環境の検討. 日本 SIDS・乳幼児突然死予防学会雑誌 2023. 23(1): 2-11

8. 加藤 稲子ら. 乳幼児突然死法医解剖症例における睡眠環境についての検討. 日本 SIDS・乳幼児突然死予防学会雑誌 2023. 23(1): 48-50

9. 市川 光太郎ら. 一般家庭における健康乳幼児睡眠環境調査による解析. 日本 SIDS・乳幼児突然死予防学会雑誌 2018. 18(1): 3-11

10. 総務省統計局. 国勢調査 2020 / ライフステージでみる日本の人口・世帯. https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2020/kekka/pdf/lifestage.pdf（最終閲覧 2025.4.1）

11. 総務省統計局. 2-1 住宅の種類, 建て方及び構造. https://www.stat.go.jp/data/jyutaku/2008/nihon/2_1.html（最終閲覧 2025.4.1）

12. こども家庭庁. 乳幼児突然死症候群（SIDS）について / 睡眠中の赤ちゃんの死亡を減らしましょう。～特に、1 歳未満の赤ちゃんをお持ちのご家庭にご留意いただきたいこと～. https://www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/kenkou/sids（最終閲覧 2025.4.1）

F. 健康危機情報

（特記すべきことなし）

G. 研究発表

（特記すべきことなし）

H. 知的財産権の出願・登録状況

（特記すべきことなし）

補足資料 A

質問紙調査の質問項目

調査に使用する質問紙（実際には，委託先企業のフォーマットに従った書式によりインターネット上で電磁的に質問・回答が行われる）

（調査委託先企業における定型同意文）

＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋＋

モニターの皆様へのお願い

本アンケートには、一般に公開していない情報が含まれる場合があります。

アンケート内で知り得た情報について、決して第三者に口外しないよう、お願いします。

「第三者への口外」に含まれる例

口頭、電話、メール等で友人・知人に話す

SNS やブログ、掲示板等に書き込む

その他、手段を問わず、情報を第三者に伝達する行為

注意事項

複数のアンケート画面を同時に開くと、正常に回答できません。

アンケートはひとつずつ、回答ください。

アンケートへの回答は、「動作環境」に記載の環境からお願いします。

本アンケートは、回答を中断してから 1 時間以内は中断した質問から再開可能です。

（システム緊急対応等により再開できない場合もありますので、予めご了承ください。）

回答結果は、当社の「個人情報保護方針」に基づいて取り扱います。

上記の内容をご確認いただき、同意してご協力いただける場合のみ、「同意し、アンケート開始」を押してアンケートを開始してください。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

（アンケート独自の最初の説明文）

このアンケート調査は，乳児（0 歳のお子さん）を安全に寝かせる環境を探索することを目的として，乳児の子育てをされている保護者の方，現在妊娠中の保護者の方，その他の成人の方に対して「家で乳児を寝かせる時の寝具などの環境」について，実態と皆さまの意識や考え方を調査するものです。アンケート調査への参加は任意ですので，もし回答途中で参加を取りやめたいと思った際には，回答を最後まで終了するまででしたら，参加を取りやめることができます。一方，ひとたび回答を提出した後は，回答を取り消すことができなくなりますので，ご了承ください。

この調査への参加のために必要な通信費は，皆様のご負担になります。参加することによって，調査を実施する楽天インサイトの規定のポイントを得られますが，それ以外の直接的な利益はありません。一方，この調査に不参加の場合にはアンケートへの参加による規定のポイントが得られない以外に，特段の不利益はありません。また途中で参加を取りやめていただいて構いませんが，この場合はアンケートに途中までお答えいただいたことに対するポイントは受け取ることは

できません。

**　いただいた回答を分析することで，現在の乳児を家で寝かせる時の環境の実態，およびこれに関する皆様の意識や考え方が分かり，今後より良い育児環境を作ることにつながります。ご協力よろしくお願いいたします。**

**　なお調査結果等はすべてまとめて解析のうえ，研究成果として公開します。個別にお問い合わせいただいても，ひとりひとりの回答者に対して個別の結果説明等はできないことをご了承ください。**

**　質問項目は最大 18 問あり，最も質問項目が多い方で，すべて完了するまでに 7 分程度を要します。**

研究機関

**　名古屋大学医学部附属病院　救急・集中治療医学講座**

**　日本小児突然死予防医学会　疫学調査委員会**

研究代表者

**　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　沼口　敦**

連絡先

**　楽天インサイトの問い合わせフォームよりお問い合わせください。**

（1 ページめ：全ての回答者に尋ねる質問（群分けのための質問））

あなた（あるいはあなたのパートナー）は，0 歳（1 歳の誕生日を迎えていない）のお子様の子育てをしていらっしゃいますか。

問 1：あなたは今，0 歳のお子様の子育てをしていらっしゃいますか。

a. はい，**今** 0 歳の子育てをしています。

b. いいえ，今は 0 歳のこどもはいません。しかし現在**あなた（あるいはあなたのパートナー）が妊娠中**で，0 歳の子育てを予定しています。

c. いいえ，今 0 歳のこどもはおらず，妊娠中でもありません。

（2 ページめ：問 1 で「a. はい，今 0 歳の子育てをしています。」を選択した人のみに尋ねる質問）

あなた（いま回答をしている方）の子育てや家事への関わり方について，教えて下さい。各質問の選択肢の中から，今のあなたの状況に最も近いものを，直感でひとつ選択して下さい。

問 2：あなたは，ご家庭の中でどの程度子育てに携わっていますか。

a. 毎日子育てに携わっており，起きている時間の**多くを子育て**に費やしている。
b. 毎日子育てに携わっているが，1 日あたり **1-2 時間程度まで**である。
c. 多くの日は子育てに携わっているが，子育てに**携わらない日もある**。
d. 子育てに携わらない日の方が多いが，**ときどきは子育てに携わる**。
e. **全く**子育てに**携わらない**。

問 3：あなたは，0 歳のお子様を寝かせつけますか。

a. はい，自分は**毎日**こどもを寝かせつける。
b. はい，どちらかというと，こどもを**寝かせつける日の方が多い**（1 週間に 4-6 日程度）。
c. はい，どちらかというと，自分がこどもを**寝かせつけない日の方が多い**（1 週間に 2-3 日程度）。
d. はい，こどもを寝かせつけることも**たまにはある**（1 週間に 1 日以下）。
e. いいえ，自分は**全く**こどもを寝かせつけることは**ない**。

問 4：あなたは，**0 歳のお子様を寝かせる部屋**の温度調節を，どうしていますか。

a. 冷暖房器具を使って，昼夜を問わず**だいたい一定の温度**にしている。
b. 冷暖房器具を使って，昼夜を問わず**暑すぎたり寒すぎたりしない**ようにしている。
c. 冷暖房器具を使って，昼間は暑すぎたり寒すぎたりしないようにしているが，**夜はできるだけ使わない**。
d. 冷暖房器具を使って，夜は暑すぎたり寒すぎたりしないようにしているが，**昼間はできるだけ使わない**。
e. 冷暖房器具はあるが，**昼夜を問わずできるだけ使わない**ようにしている。
f. 冷暖房器具は必要ない / **設置していない**。

（3 ページめ：問 1 で「a. はい，今 0 歳の子育てをしています。」または「b. いいえ，今は 0 歳のこどもはいません。しかし現在あなた（あるいはあなたのパートナー）が妊娠中で，0 歳の子育てを予定しています。」を選択した人のみに尋ねる質問）

0 歳のこどもを寝かせる環境について，今どのようにしているか（あるいは，予定しているか）を教えて下さい。あなたが現在もっともよく過ごしている（あるいは，過ごすであろう）ご家庭*の状況に最も近いものを回答して下さい。
***: 複数のご家庭（例：ご自宅と，里帰り先のご実家など）で過ごされる方は，より長い時間を過ごすほうを想定してお答えください。**

問 5：あなたは，**0 歳のお子様を寝かせるために**どのような寝具を使っていますか（あるいは，使う予定ですか）。下の寝具それぞれに対して，「この**お子様用に買って使っている**（買う予定である）」，「この**お子様用にもらって使っている**（もらう予定である）」，「**他の家族に利用したものを**，このお子様にも使う（使う予定である）」，「**手に入れられれば使いたい**」，「ご家庭に**あるけれど，使っていない**（使うつもりはない）」，「**いらない**し，使うつもりもない」「**知らない・**分からない」の選択肢から，あなたの今の考えに最も近いものをひとつ選んでください。

a. ベビー用ベッド
b. ベビー用敷きぶとん
c. ベビー用掛けぶとん
d. ベビー用毛布
e. おとな用のベッド（他の家族と一緒に寝る）
f. おとな用の敷きぶとん（他の家族と一緒に寝る）
g. おとな用の掛けぶとん（他の家族と一緒に寝る）
h. おとな用の毛布（他の家族と一緒に寝る）
i. ベッド・イン・ベッド
j. スリーパー
k. おくるみ
l. 厚手の服

（各項目について選択肢）
1.「この**お子様用に買って**使っている（買う予定である）」
2.「この**お子様用にもらって**使っている（もらう予定である）」
3.「**他の家族に利用**したものを，このお子様にも使う（使う予定である）」
4.「**手に入れられれば使いたい**」
5.「ご家庭に**あるけれど，使っていない**（使うつもりはない）」
6.「**いらない**し，使うつもりもない」
7.「**知らない・**分からない」

（4 ページめ：全ての回答者に尋ねる質問）

0 歳のこどもを寝かせる環境について，あなた自身の考えを教えて下さい。あなたが現在もっともよく過ごしているご家庭*の状況に最も近いものを回答して下さい。
***: 複数のご家庭（例：ご自宅と，里帰り先のご実家など）で過ごされる場合，より長い時間を過ごすほうを想定してお答えください。**

問 6：あなたは，**どのような部屋（環境）で** 0 歳の**お子様を寝かせたい**ですか。下の 12 の選択肢から，あなたが **0 歳のお子様を寝かせる部屋にとって大事だと思う順に 3 つまで**選んでください。

a. 日当たり
b. 風とおし（通気性）
c. 気密性
d. 静かさ（遮音性）
e. 外からでも室内の気配が分かる
f. 台所に近い
g. ペット等が入らない
h. 夏に暑すぎない
i. 冬に寒すぎない
j. 乾燥していない
k. 湿度が高くない
l. その他

答 6：（1 位）＿＿＿＿＿，（2 位）＿＿＿＿＿，（3 位）＿＿＿＿＿

問 7：あなたは，0 歳のお子様を寝かせるにあたって，**どのようなことを大事にしたい**ですか。下の 12 の選択肢から，あなたが**大事だと思う順に 3 つまで**選んでください。

a. **ひとりで**静かに寝かせる
b. 保護者や他の家族と**ふれ合い**ながら一緒に寝かせる
c. **風邪をひかせない**ようにする
d. **寝具から落ちない**ようにする
e. **途中で起きない**でぐっすりと寝かせる
f. **元気に泣いても**他の家族の邪魔にならない
g. 飲みたい（あるいは，飲ませたい）時に**すぐに哺乳**できる
h. **添い乳**をする
i. 眠る時に**おしゃぶり**を吸わせる
j. 明るく**顔色のよく分かる**環境で寝かせる
k. **暗くて静かな**環境で寝かせる
l. その他

答 7：(1 位) _____，(2 位) _____，(3 位) _____

問 8：あなたは，0 歳のお子様をご自宅で**「掛けぶとんを使わないで寝かせる」よう勧められたら**，ご自宅でお子様をどのように寝かせようと思いますか。次の選択肢から，今のあなたの考えに一番近いものをひとつ選んでください。
※ いま 0 歳のお子様を子育て中でない方は，「もし今 0 歳のお子様を子育て中だったとしたらどうしたいか」を想像してお答えください。

a. もともと**掛けぶとんを使っていない**（使うつもりがない）。
b. そう勧められるのなら，**掛けぶとんを使わない**で寝かせたいと思う。
c. そう勧められるのなら，**必要な時だけ，掛けぶとんを使って**寝かせたいと思う。
d. **掛けぶとんを使って寝かせたい**と思う。
e. 分からない・答えられない。

問 9（問 8 で「a. もともと掛けぶとんを使っていない（使うつもりがない）。」あるいは「b. そう勧められるのなら，掛けぶとんを使わないで寝かせようと思う。」と回答した人への質問）：「掛けぶとんを使わないで寝かせる」ことに**賛成する理由**は何ですか。以下の選択肢から，**あなたの考えにあてはまるもの**を選んでください（**複数選択可**）。

a. 子ども用の掛けぶとんを**用意していない**から。
b. 掛けぶとんを使うと**ぐっすり眠れない**から。
c. **必要ない**から。
d. **安全ではない**から。
e. そう勧められるからには，それなりの**理由があるだろう**から。
f. 特に理由はない・なんとなく。
g. その他

問 10（問 8 で「c. そう勧められるのなら，必要な時だけ，掛けぶとんを使って寝かせたいと思う。」，「d. 基本的には掛けぶとんを使って寝かせたいと思う。」あるいは「e. 分からない・答えられない。」と回答した人への質問）：「掛けぶとんを使わないで寝かせる」ことに**賛成できない理由**は何ですか。以下の選択肢から，**あなたの考えにあてはまるもの**を選んでください（**複数選択可**）。

a. **これまで** 0 歳のお子様に掛けぶとんを**使ってきた**から。
b. もう**ベビー用の掛けぶとんを準備した**から。
c. 掛けぶとん（に寝かせること）を**勧められたことがある**から。
d. **まわりは** 0 歳のお子様に掛けぶとんを**使っている**から。
e. 掛けぶとんに寝かせると**ぐっすり眠ってくれる**から。
f. 掛けぶとんに寝かせると**暖かく保てる**から。
g. 掛けぶとんを使わないと，**光熱費や寝具代がかかる**から。
h. 掛けぶとんを使わないと，暖房器具が**環境に良くない**から。

i. 特に理由はない・なんとなく

j. その他

（5 ページめ：全ての回答者に尋ねる質問）

あなたが，よく参考にする情報源について教えて下さい。

問 11：あなたは，ご家庭の環境（自分やこどもの衣服や寝具，冷暖房器具など）について，どの程度**ご自身で**決定していますか。

a. **たいてい自分で**決めている。
b. **家族**（同居している家族）**に相談**して決めることが多い。
c. 同居している**家族以外の誰か**（祖父母，親戚や知人）**に相談**して決めることが多い。
d. たいてい他の**家族**（同居している家族）**に任せて**いる。
e. たいてい同居している**家族以外の誰か**（祖父母，親戚や知人）**に任せて**いる。
f. その他・分からない

問 12：あなたは，**ふだん**何か（衣服，家具，趣味のもの等）の購入を決める際など，以下の情報を参考にしますか。以下の選択肢それぞれについて，「1. 非常によく見る，参考にする」から「5. まったく見ない，参考にしない」あるいは「0. 知らない，分からない」のいずれか最もよく当てはまるものを選んでください。

a. テレビ（番組や CM）
b. 新聞（記事や広告）
c. 一般書
d. 雑誌（記事や広告）
e. インターネット（Web ニュース，検索サイト，口コミサイト等）
f. SNS（LINE，X（旧ツイッター），インスタ等）
g. 知人や家族からの情報
h. 販売店のポスターやビラ，店員からの情報など
i. 市・区役所，保健所，学校，保育園等に貼ってあるポスターなど

（各項目に対して選択肢）
1.「非常によく見る，参考にする」
2.「まあまあ見る，参考にする」
3.「どちらとも言えない」
4.「あまり見ない，参考にしない」
5.「まったく見ない，参考にしない」
0.「知らない・分からない」

問 13：あなたは，**育児のしかたや安全情報などについて，**どのような情報を参考にしますか。下の選択肢から**よく参考にする順に 3 つまで**選んでください。

a. テレビ（番組や CM）

b. 新聞（記事や広告）

c. 一般書

d. 雑誌（記事や広告）

e. インターネット（Web ニュース，検索サイト，口コミサイト等）

f. SNS（LINE，X（旧ツイッター），インスタ等）

g. 身近な経験者（知人や，祖父母や親戚など）の話

h. 専門者（医師，看護師，保健師など）の話や，病院のポスターなど

i. 専門店（ふとん店，赤ちゃん用品店など）の店員からの話やポスター

j. 市・区役所，保健所，学校，保育園等に貼ってあるポスターなど

答 13：（1 位）＿＿＿＿＿，（2 位）＿＿＿＿＿，（3 位）＿＿＿＿＿

（6 ページめ：全ての回答者に尋ねる質問）

最後に，あなた自身についてお答えください。

問 14：あなた自身は，これまでに何人のお子様を育てた経験がありますか（現在子育て中の場合，そのお子さんも人数に含めてください）。下の選択肢から当てはまるものを選択してください。

a. 1 人

b. 2 人

c. 3 人以上

d. ご自身の子どもを子育てしたことはないが，一定期間（1 ヶ月以上）**0 歳児を預かった**経験がある*。

*: 保育士や看護師など，職業として 0 歳児の養育をした経験も含みます。

e. 子育てのご経験は**ない**。

問 15：あなたは，あなたのご家庭の暮らし向きについて，普段どのように感じておられますか。あなたの感覚に最も近い選択肢を選んでください。

a. 苦しい

b. やや苦しい

c. 普通

d. やや余裕がある

e. 余裕がある

（7 ページ目：嗜好品について質問する追加項目）

問 16：あなたは，現在 20 歳以上ですか。

a. はい，20 歳以上です。

b. いいえ，19 歳以下です。

問 17（問 16 で「a. はい，20 歳以上です。」と回答した人に尋ねる質問）：あなた，および同居のご家族は，喫煙しますか。

a. あなた自身が喫煙しており，やめようと思っていない。

b. あなた自身が喫煙しているが，**やめようと思っている**。

c. あなた自身は喫煙していないが，**同居家族は喫煙**しており，それを許容している。

d. あなた自身は喫煙していないが，**同居家族は喫煙**しており，**やめてほしいと思っている**。

e. あなたも，同居家族も**喫煙していない**。

問 18（問 16 で「a. はい，20 歳以上です。」と回答した人に尋ねる質問）：あなたは，飲酒しますか。

a. 毎日飲酒している。

b. 週に 4-6 日ていど飲酒する（飲酒しない日が週 1-3 日程度ある）。

c. 週に 1-3 日ていど飲酒する（飲酒しない日が週 4-6 日程度ある）。

d. たまに飲酒することもある（飲酒の機会は，週 1 回より少ない）。

e. 過去に飲酒していたが，（ご自身あるいはパートナーの）妊娠・出産のため控えている。

f. もともと飲酒しない。

これまでの回答をありがとうございました。これからの赤ちゃんの安全な睡眠環境を探索する上で，とても貴重なご意見になります。

最後に，「回答を提出する」ボタンを押して，回答を提出して下さい。もし，調査への協力についての同意を撤回したい場合は，ブラウザを閉じてください。これまでの回答はすべて提出されずに破棄されます。なお，アンケート調査期間が終了した後は，研究機関に対して，どれがあなたの回答かが全く分からない状態で納品されますので，後から回答を撤回したいと思った場合にも研究対象から削除することができません。あしからずご了承ください。

令和６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

こどもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索

傷害予防の検証のための啓発資材の開発

研究分担者　植松 悟子　国立成育医療研究所 救急診療部 統括部長
沼口 敦　名古屋大学医学部附属病院 救急・内科系集中治療部
小谷 泰一　三重大学大学院医学系研究科 法医法科学
研究協力者　小鹿 学　山梨大学大学院 小児科学
佐々木 理　母恋天使病院 小児科
内田 佳子　国立成育医療センター 救急診療部
梅本 正和　うめもとこどもクリニック
大平 智子　宮崎大学 小児科
富田 慶一　国立成育医療センター 救急診療部
森脇 太郎　国立成育医療センター 救急診療部

研究要旨

都道府県を実施主体とするチャイルド・デス・レビュー（CDR）モデル事業が，令和2年度から始まった。これまでCDRに限らず，さまざまな制度のもと死亡事象等に対する検証が行われ，発生要因や対策等についての検討がなされてきた。しかし一部に，社会への訴求が一過性だったり，結果の公表が限定的だったり等の理由で，十分に活用されていない場合が散見され，結果として類似事案が繰り返し発生する。現状を分析し，社会に対して有効な対応を促すためには，すでに各分野において提唱された指針，予防策，啓発等を熟知したうえで，あるいは確認しながら検証に臨む必要がある。

本分担研究では，CDR（モデル事業）で検証対象として取り上げられやすいと想定される対象項目を抽出し，それぞれにつき既出報告，文献，その他情報を収集して，統一的なフォーマットで要約して「わが国のChild Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）こどもの傷害予防ガイダンス2025」を編纂した。当ガイダンスが，各地で実現されるCDRモデル事業等において検証のための基礎資料として活用され，検証内容の底上げに一役買うことを期待する。また，検証過程で得られる知見を集積し，本ガイダンスの次の改訂に役立てることで，いわゆるPDCAサイクルが潤滑に行われることを期待する。このような取り組みは，地方自治体を実施主体として実施されるCDR（モデル事業）に対して，地域性を超えて学術的観点から実務支援を行うものである。有効なCDRの実現のため，今後も複数の学術的支援が探索されることが期待される。

A. 研究目的

わが国で，都道府県を実施主体としたチャイルド・デス・レビュー（以下 CDR）モデル制度が実現している。CDR の理念として，死亡の態様や原因にかかわらず，すべてのこどもの死亡について検証対象とすることが望ましいが，現実的にはリソー

スの限度のため，検証事例をある程度厳選しなければならない場合が多い。その際に,「予防可能性」が比較的高いと考えられる外因死，不詳の死が優先的に選択されることが想定される。

これまでCDRに限らず,さまざまな制度のもと,死亡事象や死亡に至らないまでも重大な事象に対する検証が行われてきた。その結果として発生要因や対策等についての検討がなされていることも多い。ただし，検討が繰り返されても社会への訴求が一過性だったり，結果の公表が限定的だったり等の理由で，十分に活用されていない場合が散見され,結果として類似事案が繰り返し発生する。現状を分析し，社会に対して有効な対応を促すためには，すでに各分野において提唱された指針,予防策，啓発等を熟知したうえで，あるいは確認しながら検証に臨む必要がある。

B. 研究方法

本研究では，CDR（モデル事業）で検証対象として取り上げられやすいと想定する，下記10の対象項目について,過去の報告,文献,その他情報を収集して，CDR における多機関検証の参考資料として用いうる資料の制作を試みた。

（調査対象項目）

1. 窒息
   - 食品
   - 食品以外
   - 首が締まる(睡眠環境は除く)
2. 誤嚥
   - 食品
   - 食品以外
3. 誤飲
   - ボタン電池・コイン型電池
   - 強力マグネット
   - 吸水性樹脂ボール
4. 中毒
   - 家庭用品
   - 薬物
   - 植物
5. 墜落
6. 溺水
   - 屋内溺水①（入浴）
   - 屋内溺水②（プール）
   - 屋外溺水①（海・川など）
   - 屋外溺水②（ため池）
7. 熱傷
8. 環境傷害
   - 熱中症① 乳（幼）児の養育環境の問題
   - 熱中症② 主に学童・生徒のスポーツなど
   - 寒冷傷害
9. 交通外傷
   - 歩行者
   - 自転車①（衝突，自損事故）
   - 自転車②（同乗）
   - 乗用車同乗
10. 睡眠関連死
    - SIDS
    - 睡眠中の窒息

C. 研究結果 および D. 考察

各地のCDRモデル事業において検証実務を担当する複数の研究者により，各項目についてCDRで検証を行うとした場合に必要と思われる情報をリストアップした。これらを相互比較し，以下のような統一的なフォーマットで要約することで，検証の参考資料として活用するべく編集できると考察された。

（要約フォーマット）

【要旨】
【疫学・報告】
【国内で発出されているリーフレット】
【関連する法令等】
【海外の対策】
【国内の対策・要望】
【まとめ】
【コラム】(ただし必須としない)

この書式で記述を統一し，「**わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）こどもの傷害予防ガイダンス 2025**」を編纂した。

E. 結論

本分担研究では，外因死のうち主な死亡態様を抽出し，国内外の推奨事項等を収集して掲載した「わが国のChild Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）こどもの傷害予防ガイダンス2025」を編纂した。当ガイダンスが，各地で実現されるCDRモデル事業等において検証のための基礎資料として活用され，当該項目に関する検証参加者間の共通認識を形成し，検証内容の底上げに一役買うことを期待する。今後，検証過程で得られる知見を集積し，本ガイダンスの次の改訂に役立てることで，いわゆるPDCAサイクルが潤滑に行われることを期待する。

このような取り組みは，地方自治体を実施主体として実施されるCDR（モデル事業）に対して，地域性を超えて学術的観点から実務支援を行うものである。有効なCDRの実現のため，今後も複数の学術的支援が探索されることを期待する。

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
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）

令和６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

こどもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索

事故による死亡例の検証

～ ＣＤＲとして、どのような取り組みができるのか？

分担研究者　山中龍宏　緑園こどもクリニック

研究協力者　北村光司　産業技術総合研究所人工知能研究センター

西田佳史　東京科学大学工学院機械系エンジニアリングデザインコース

宮崎祐介　東京科学大学工学院システム制御系

研究要旨

われわれは、これまで傷害の予防について取り組んできた。予防策を考えるためには、傷害の発生機序を明らかにする必要がある。外因による健康被害は、unintentional injury（予期せぬ傷害）と intentional injury(意図的な傷害行為)の２つに分けられる。われわれは、主に予期せぬ傷害の予防に取り組んでいるが、中には、どちらに分類したらよいか判断に苦しむ場合もある。今回、これまでに取り組んできた検証について、その経緯と結果について述べた。また、警察から虐待との鑑別を依頼されたケースについても列記した。傷害の発生機序を解明するためには専門家の関与が不可欠であり、運輸安全委員会のように国レベルで専門家を登録して、検証と予防策を提示するシステムが必要であると考えた。

A. 研究目的

事故による子どもの傷害は多発している。人口動態統計を見ると、2023 年の「不慮の事故」による死亡は、0 歳では死因の第 3 位、1－19 歳では死因の第 2 位か 3 位となっている。死亡を減らすためには、その死亡が起こった状況を把握する必要がある。これまでに、われわれが検証を行った子どもの事故死を取り上げ、検証を行った経緯、検証内容、その結果を列記し、今後、予防のための子どもの死亡検証（Child Death Review: 以下 CDR）を具体的に行う場合の参考としてもらうこととした。

B. 研究方法

子どもの死亡例で、死因の究明を依頼されたもの、あるいはニュースなどから入手した情報をもとに自発的に検証を行ったもので、われわれのうちの誰かが関わったものについて取り上げた。

日時や発生場所については、ニュースになっており、個人を特定されうるため今回は省いた。警察からの依頼は、すべて虐待との鑑別を依頼された事例であり、これについても日時や発生場所は省いた。

倫理面の配慮に関しては、すべての事例において検証委員会や遺族、警察からの依頼で検証を行ったものであったため、倫理委員会に諮った事例はなかった。

C. 研究結果

1. 溺死に関連した検証

i) プールでの溺死

① A 市のプールで排水口に吸い込まれた事例

【事例の概要】

プールの壁面にある吸水配管口部に取り付けられた防護蓋が外れた状態になっていた際に、水中を泳いでいた子どもが吸水配管口に吸い込まれ死亡した。

【情報の入手先】

メディアのニュースによる。

【調査、検証の内容】

実験装置を用いて事故時の条件を再現した実験を行い、吸引力の大きさを計測するとともに、吸水管を 2 つに分岐した場合や吸水管が塞がれる割合を変えて、各条件での吸引力を計測した。さらに、プールが解体される直前に、現地で集水桝と防護蓋の計測を行った。

【得られた結果】

事故時の条件では、吸水管が完全に塞がれた状態になると約 200 kgf*という大きな力で吸引され、成人でも脱出が困難であることが明らかとなった。吸水管を 2 つに分岐すると、同じ条件でも約 27 kgf と吸引力が低下することが確認できた。また、吸水管が塞がれる割合を変えた場合の吸引力については、75%では約 61 kgf、50%では約 20 kgf と、100%塞がれた状態の約 200kgf から著しく低減できることが分かった[1,2]。

*:1kgf（重量キログラム）= 9.80665N（ニュートン）

また現場の検証結果から、防護蓋の貫通ネジ穴の位置と棚板ネジ穴の位置にずれがあって、ねじ山の損傷が進み、固定に針金が使用される状態となっていたために起こった設計ミスによる事故と

判断した。

【社会へのフィードバック】

このような吸水管に吸い込まれる事故を予防するには、以下の対策が考えられる。

- 吸水管を必要とせず、常に給水することで水を溢れさせ、その溢れた水をプールサイドの隙間などから取り込む仕組みにする。
- 吸水管付近の防護蓋を、2 重固定するように、1 つの固定が外れても問題がないようにし、定期的に固定が適切にされているかをチェックするようにする。
- 吸水管は 2 つ以上に分岐するなどして、必要以上の吸引力が生じない設計とする。
- 吸水管自体にも蓋を設置するとともに、蓋自体を湾曲させるなど形状を工夫することで、吸引力を低減することができる。

【現在の状況】

このプールは閉鎖され、解体された。この排水口の部分は切り出し、遺族の了解を得て、産業技術総合研究所に展示している。

② B 遊園地の水上エア遊具の下に潜り込んで死亡した事例

【事例の概要】

プールに浮かべられた水上エア遊具で遊べるエリアにおいては、ライフジャケットを着用するようになっていた。落水した際に、水上エア遊具の下に潜り込んだ状態になってしまい、溺死した。

【情報の入手先】

消費者庁消費者安全調査委員会の委員として検証に関わった。

【調査、検証の内容】

水上エア遊具から落水した際に、意図せずに、エア遊具の下に入り込むことがあり得るかについて、プールに同じ遊具を設置して検証した。ライフジャケットを着用した状態でエア遊具の下に入り込んだ場合に抜け出すことの難しさについて調査した。ロープで引っ張り出すために必要な力について実際の状況を再現して観察・計測した[3)]。

【得られた結果】

以下の状況で、水上エア遊具の下に入り込むことが起きることが確認された。

- 立った状態から身体をひねるような体勢で頭から落ちる場合
- ひざまずいた状態から水中を覗き込むような体勢で頭から落ちる場合
- 直立体勢で足先から落ち、水中で腕を 1 回かいた場合

ライフジャケットを着用した状態で、エア遊具の下に入り込み、背面が遊具底面に接した状態で、ロープで引き出すのに必要な力を測定したところ、約 200 N（約 20.4 kgf）であった。一方で、遊具と底面と身体が接しない状況では、約 10 N（約 1.0 kgf）であった。

【社会へのフィードバック】

底面が広い範囲に及んでいる水上設置遊具では、遊具の下に潜り込むことができないような仕掛け（遊具の下に入り込んでも呼吸できる空間を設ける、底面を凸型にする、など）が必要であることがわかった。

【現在の状況】

この遊園地は廃園になった。

③ C 小学校のプールでの溺死例

【事例の概要】

夏季休業期間中の小学校での水泳指導中、小学1年生の女児がプールで溺れて死亡した。

【情報の入手先】

C市教育委員会の検証委員会の委員として検証に関わった。

【調査、検証の内容】

溺死事故の1年後に、同小学校において、同じ状況を再現して検証した。水深を同じにして、浮島も同じ数を浮かべ、同じ年齢の子ども69名、教職員も同じメンバーが参加した。溺死した子どものプール内での行動を厳密に再現し、水中の様子も動画で記録した[4)]。

【得られた結果】

溺れる要因について多角的に検討したが、はっきりした原因はわからなかった。

【社会へのフィードバック】

原因が不明であったため、明確な予防策を述べることはできなかった。

【現在の状況】

一般的な安全対策が行われている。

ii)川での溺死

【事例の概要】

保育園でのお泊り保育で訪れた川で遊んでいる際に、川の増水による急な水の流れよって5歳男児が流され、溺れて死亡に至った。

【情報の入手先】

遺族からの検証依頼があった。

【調査、検証の内容】

流速を変えることができるプールで、6歳児を模したダミー人形を用いて、水深と流速を変化させた場合に、流水によって身体が受ける力（流される力）を計測した（5）。

【得られた結果】

〈1〉川の流れる速さが同じでも、条件によっては、深さが10cm深くなるだけで、身体が受ける力が約2倍になること、〈2〉同じ深さでも、流れが速くなると、身体が受ける力が大きくなること、〈3〉立っている状態から尻もちをついた状態になると、身体が受ける力が大きくなることがわかった。

【社会へのフィードバック】

ライフジャケット着用の法制化、河川での安全な遊び方の指導法を開発する必要がある。

【現在の状況】

この実験で得られたデータをもとに、水遊びの時はライフジャケットの着用を推進する活動を行っている。

iii)プールの監視についての検討

① プール内の標識の発見時間の測定

【事例の概要】

学校管理下のプール活動では、多くの場合、監視員が配置されているが、実際には監視員がいても溺水が発生している。溺水事故の課題の1つとして、監視を対象として、監視の限界を明らかにするために実験を行った。

【情報の入手先】

メディアのニュースから。

【調査、検証の内容】

実際のプールを使用して、監視範囲を変更した場合に、プール底にあるマークを発見するまでにかかる時間がどのように変化するかについて実験した。

【得られた結果】

プールサイドから、プール底にあるマークが表れてから発見するまでにかかる時間を、監視範囲が狭い場合（3×3 m）と、広い場合（9×9 m）で計測したところ、最大で、広い場合は狭い場合の約3倍の時間がかかることが分かった。見つける対象のマークが現れることが分かっており、集中した監視ができる状態であっても約3倍となった。実際のプール活動では、いつ溺水が起きるか分からず、複数人が同時にプールに入っている状態のため、発見がさらに困難になり、より大きな差が出るものと考えられる[6)]。

【社会へのフィードバック】

人の目で監視する範囲には限界があることを知った上で、監視体制や、センサなどの技術を活用した監視方法を検討する必要がある。

【現在の状況】

相変わらず、監視の不備による溺水が発生しており、今後は、機器を使った監視体制を導入する必要があることを訴えている。

②　保育の場でのプール活動中の監視状況調査

【事例の概要】

幼稚園のプール活動において、3歳男児がうつぶせに浮いているのが発見され、死亡に至った。

【情報の入手先】

消費者庁消費者安全調査委員会の検証委員会の委員として関わった。

【調査、検証の内容】

保育施設でのプールや水遊び中の活動の実態や監視の空白ができる状況を把握するために、保育所や認定こども園にカメラを設置して、プール活動や水遊び活動を撮影し、映像を分析した。

【得られた結果】

260時間の映像を分析し、危険性のある子どもの行動や状況として、プールの外から中を覗き込む、子どもだけでプール領域やプールの中にいる、転倒するなどがあることが分かった。また、監視が十分できていない状況として、保育士が別作業をする（準備、着替えの手伝い、片付け等)、子どもと関わる、プール全体を見渡せない場所に立つなどの状況があることが分かった[7)]。

【社会へのフィードバック】

危険性がある状況や監視が不十分になる具体的な状況が確認されたので、それらを踏まえて、消費者庁から、保育管理下のプール活動・水遊びの安全に関する動画が作成され公開されている[7)]。

【現在の状況】

消費者庁からは、保育管理下のプール活動・水遊びに関しては、「指導する人と監視に専念する人をそれぞれ確保すること、それが確保できない場合はプール活動を中止すること」と指摘されている。

２．頭部打撲による死亡に関連した検証

サッカーゴールによる頭部打撲での死亡例

【事例の概要】

小学生の男児がゴールキーパーをしていた際に、サッカーゴールの上部のネットにぶら下がったところ、サッカーゴールが固定されておらず、ゴールが倒れ、下敷きになって死亡した。

【情報の入手先】

メディアのニュースによる。

【調査、検証の内容】

サッカーゴールが倒れるのに必要な力、子どもがサッカーゴールにぶら下がって揺れた場合に掛かる力、サッカーゴールが倒れた際の衝撃力を計測した。

【得られた結果】

サッカーゴールが倒れるのに必要な力は、最小で 24.7 kgf であった。子どもがサッカーゴールにぶら下がって揺れた場合に掛かる力の最大値は 41.4 kgf であった。これらのことから、サッカーゴールを固定していないと、一人がぶら下がって揺らしただけで倒れることが分かった。サッカーゴールが倒れた場合の衝撃力は最大で 29,293 N であり、頭蓋骨が骨折するとされている荷重（3,500～5,000 N）を遥かに超える大きさであることが分かった。

【社会へのフィードバック】

サッカーゴールを固定していないと、簡単に倒れ、重傷を負う可能性が高いことを教師や児童・生徒が知っておく必要がある。また、サッカーゴールは杭や重りで固定する必要がある。

【現在の状況】

サッカーゴールなどの運動具は長年にわたって使用されるので、いまだに同じ事故が起こる可能性がある。学校安全の重要課題として教員や生徒の認識を高める必要がある。

３．転倒・転落による死亡に関連した検証

①　保護者におんぶされていて、自転車が転倒して死亡した事例

【事例の概要】

抱っこひもで子ども（7 か月児）をおんぶした状態で自転車に乗っている際に道路を横断していたところ、自動車と接触して転倒し、子どもが頭を強打して死亡した。

【情報の入手先】

搬送先の医療機関の小児科医から検証の依頼があった。

【調査、検証の内容】

大人と 6 か月児のダミー人形を使用して再現実験を行い、子どもの頭部にかかる荷重を計測した。

【得られた結果】

6 か月児が、頭蓋骨骨折などの重傷を負う可能性があるとされる基準値の約 7～17 倍という結果が得られた。おんぶでも、前抱っこでも、頭部外傷の危険性は同等であった[8)]。

【社会へのフィードバック】

実験により、危険性についてのデータを示すことができた。現状では、代替の移動手段や安全を確保するための手段がないため、製品開発による解決策の検討や、タクシーチケットを配布するなどの社会的な仕組みで解決する手段を検討する必要がある。

【現在の状況】

乳児を抱っこして自転車に乗ることは法律で禁止されている。おんぶについては、各都道府県の道路交通規則等で扱いが異なっている。育児雑誌などで危険性について啓発が行われているが、実際には、おんぶや抱っこをして自転車に乗っている保護者を見かける。

② Dマンションからの転落での死亡例

【事例の概要】

マンションの6階のベランダから4歳女児が転落し、死亡した。

【情報の入手先】

ニュースと警察からの問い合わせによる。

【調査、検証の内容】

警察からの問い合わせにより、現場の詳しい情報を得ることができた。マンションの施工業者にも問い合わせ、事故のあったベランダの柵を再現して製作した。3歳から5歳の子ども20人を対象に、この柵へのよじ登りが可能かを検証した。

【得られた結果】

3人の5歳児が乗り越えることができた。柵自体の高さは125 cmであったが、柵には縦にスリット状の隙間があり、スリット部の底面は床面より高いため、そこが足がかりとなることが分かった。

【社会へのフィードバック】

ベランダの柵のデザインによって、柵自体が足がかりとなるものがあり、そのような柵が作られないような法規制やガイドラインが必要であると考えた。

【現在の状況】

危険性について確認することができたが、実際に柵のすき間を埋めるなどの改善には至っていない。建物の施工会社にアプローチして具体的な改善策を検討する必要がある。さらに、法規制も検討する必要がある。

4．挟み込みによる死亡の検証

① Eビルディングの自動回転ドアによる死亡例

【事例の概要】

6歳男児が、建物の正面入り口に設置された自動回転ドアのドアとドア枠のあいだに頭を挟まれて死亡した。

【情報の入手先】

畑村洋太郎先生が組織した「ドア・プロジェクト」の一員として検証に参加した。

【調査、検証の内容】

実際に事故が起こった自動回転ドアを使用して、ダミー人形を使って事故を再現し、計測を行った。

【得られた結果】

自動回転ドア自身の重量が大きいため、回転が始まるとすぐには止まらず、慣性力によって子どもの頭が挟み込まれたことがわかった。

【社会へのフィードバック】

回転ドア自身の重量が軽量化され、危険性が低下した。

【現在の状況】

製品の改善により、重傷事故は発生しなくなった。

②　ベッドガードによる死亡例

【事例の概要】

自宅の成人用ベッドにベッドガードを設置して寝かせられていた 9 か月男児が、90 分後に家族が子どもの様子を見に行ったときには、ベッドガードとベッドのあいだに転落して挟み込まれ呼吸停止していた。すぐに家族が救急を要請し、医療機関に搬送されたが死亡が確認された。

【情報の入手先】

遺族からの依頼による。

【調査、検証の内容】

自宅を訪問し、実際に事故が起こったベッド、ベッドガードを使用して、イギリスの安全規格で規定された試験治具を用いて検証を行った。

【得られた結果】

ベッドガードの柵部分は、外側に広がる方向にやや遊びがあるため、ベッドガードに外向きに荷重が掛かると、マットレスとベッドガードの隙間が容易に広がることが分かった。ベッドガードの柵部分はメッシュになっており、荷重がかかるとたわむため、隙間ができやすい構造であることが分かった。ベッドガードは、中央に設置されたベルトでベッドに固定する構造であったため、ベッドガードの端に荷重がかかると、てこの原理でマットレスとベッドガードの隙間が容易に押し広げられて、隙間に落ち込みやすい状況であることが分かった。今回のベッドのマットレスは低反発性のものであったため、時間経過とともに沈み込み、マットレスとベッドガードの間に落ち込みやすい状況であったことが分かった。

【社会へのフィードバック】

ベッドガードは、ベッドから子どもが転落することを防ぐためのものであるが、ベッドガードとマットレスの間に子どもが落ち込みやすい状況になる場合があり、隙間ができない構造の製品の開発が必要であると考えられる。

【現在の状況】

対象の製品は、現在は廃番となり、販売されていない。製品安全基準（SG 基準）で生後 18 か月未満の子どもにはベッドガードを使用しないように規定されているが、18 か月以上でも安全ではない可能性がある。

③　知育玩具による窒息

【事例の概要】

3 歳児が、保育施設の園庭に設置された木製のうんていに上っていたところ、水平のはしご部分と筋交いのあいだに首を挟まれ、医療機関で治療がなされたが、9 か月後に死亡した。

【情報の入手先】

メディアのニュースによる。

【調査、検証の内容】

この知育玩具は、アメリカのドーマン博士が設計したもので、わが国では 2 台しかない。この事故が起こったものとは別の、もう 1 台の玩具が設置してある幼稚園を訪問して計測を行った。

【得られた結果】

園庭に設置されたビデオの記録から、子どもがこの玩具に近づいて上り、首を挟んで体動がなくなるまでの映像記録をメディアの協力によって入手した。首を挟んでから、体動がなくなるまでの時間は 1 分 29 秒であった。

【社会へのフィードバック】

この知育玩具は市販されていないが、同じような構造の遊具が製作される可能性がある。

【現在の状況】

現在、国土交通省の「都市公園における遊具の安全確保に関する指針」改訂第2版では、頭部または首の挟み込みに関しては、開口角度が55°未満の上向きのＶ字型開口部を設けてはならないとなっているので、それを遵守する。

④　墓石による圧死

【事例の概要】

保育園の園外活動において、参加していた4歳児が墓石の下敷きになり死亡した。

【情報の入手先】

F町保育所事故検証委員会の委員として関わった。

【調査、検証の内容】

現場は墓地で、3メートルの高さの広葉樹で囲まれていて見通しが悪く、転倒した墓石は縦78㎝、横38㎝、厚み20㎝、重量は139㎏で、土台とは固定されていなかった。また、保育士による現場の下見が不十分であった。

【得られた結果】

この墓石の計測値から、幼児が倒すことができる理論値は17.7 kgfと推定され、幼児でも容易に転倒可能な状態であった[9)]。

【社会へのフィードバック】

幼児がアクセス可能な環境下で、圧死の可能性がある物体の転倒の危険を避けるためには、20 kgfまでの力に耐えうる構造を必要とするなどの安全基準の策定を検討する必要がある。また、園外保育の場の下見は、複数の保育士によって行う必要がある。

【現在の状況】

同様の事故の危険性は変わっていない。

５．食品等による窒息に関連した検証

①　G市の幼稚園の豆まきでの窒息死

【事例の概要】

幼稚園の豆まき行事で、4歳児が豆を喉に詰まらせ死亡した。

【情報の入手先】

遺族、警察、検証委員会からの問い合わせがあった。

【調査、検証の内容】

発生状況を聞くと、豆まきの豆が気道に入って窒息となったとしか考えられなかった。

【得られた結果】

50年以上前から、豆まき時に、豆による子どもの誤嚥・窒息が起こっている。これまでの対応では死亡を予防することができないので、乳幼児には乾燥した豆を食べさせない必要があると考えた。

【社会へのフィードバック】

豆まきの豆を製造・販売しているメーカーを調べ、それらの業界団体である日本ピーナッツ協会に対して、豆の販売袋に「4歳までの子どもには食べさせないでください」と赤字で記載してほしいという要望書を送った。

【現在の状況】

要望書を送った9か月後から、一部のメーカーでは袋への記載を行い始めた。また、消費者庁も「硬い豆やナッツ類は5歳以下の子どもには食べさせないで！」と広報している。

②　キャンディチーズによる窒息死

【事例の概要】

1歳7か月男児が、実家でキャンディチーズを喉に詰まらせ、医療機関で治療を行われたが、10日後に死亡した。

【情報の入手先】

遺族からの情報提供。

【調査、検証の内容】

これまでに、保育管理下の食事のガイドラインでもキャンディチーズの危険性が指摘されている。今回は、キャンディチーズの物性値を測定した。

【得られた結果】

嚥下困難者用の食品の基準値では、キャンディチーズの危険性は低いという結果が得られた。また、販売されているキャンディチーズを4−5種類測定してみると、測定値に違いがあり、食品の危険性を考える場合には一般名ではなく、個別の製品について検討する必要があることが分かった。

【社会へのフィードバック】

今回の窒息死を起こしたキャンディチーズのメーカーと話し合いの機会を持つことができた。メーカーは製品の袋の表示を変更し、「子どもや高齢者には食べさせないで」という表記に変更した。

【現在の状況】

メーカーと食品の安全について検討する機会を設けることになった。

③　プラスチックの玉による窒息

【事例の概要】

1歳8か月児が、薬局でもらった直径20㎜のボールを口に入れて窒息し、3日後に死亡した。

【情報の入手先】

死亡症例検討会に参加した医師からの依頼。

【調査、検証の内容】

ボールを提供した薬局に行き、なぜ提供したかの調査を依頼した。

【得られた結果】

そのボールは、形状がカプセルとなっている薬の販促用の大型模型の中に入っていたボールであった。その模型は、実際のカプセルを模して、カプセルの中に直径20 ㎜のボールが十数個入っている模型であった。何らかの理由で模型のカプセルが壊れて中のボールが出てしまい、それを子どもが持ち帰ったものであることがわかった。

【社会へのフィードバック】

日本薬剤師会に情報を伝え、薬局での販促品の供与に注意するよう依頼した。また、事故が起こった販促品を製造した企業に対して事例の情報を提供し、「今後はこのような販促品を作らない」という回答を得た。

【現在の状況】

子どもの身の回りには、次々に新しい製品が出回っており、同様の事故が起きる可能性がある。デザインの安全性にも注目する必要がある。

６．虐待との鑑別を依頼された事例の検証（表1）

【事例の概要】

事例の概要は**表１**に示した。

【情報の入手先】

警察からの情報。

【調査、検証の内容】

警察からの情報をもとに、ダミー人形を使った実験、力学シミュレーションによる検証を行った。

【得られた結果】

虐待が疑われた事例の依頼が多く、被疑者の証言内容を否定する検証結果がほとんどであった[10]。

【社会へのフィードバック】

裁判の場で、検察側から実験結果が証拠として使用されたことがある。一方、弁護側はダミー人形の実験は証拠とはならないと主張する場合がある。

D. 考察

これまで、われわれが検証した事例を列記した。われわれはCDR（モデル事業）の一環として検証したわけではないが、今後、わが国全体でCDRを行う場合、その作業の一部には今回示したような検証が「専門検証」として行われるのではないかと考え、紹介した。今回示す一連の検証を総覧したうえで、現時点でCDRについての検討課題、検証の問題点としては以下のようなものがあると考察された。

1. 遺族の同意

病死については、突然死をのぞけば治療経過中に医師から説明があり、ある程度の予測が可能なので、遺族からの同意は得やすいと考えられる。保育・学校管理下の予期せぬ傷害死についても、保護者は詳細を知りたいと望んでいることが多く、同意は得やすいと考えられる。一方、保護者の管理下で発生した予期せぬ傷害死については、遺族は自分の責任を問われるのではないかと恐れ、検証されることを拒否する可能性がある。また自死と虐待死についても、遺族から同意を得られない可能性が高い。しかし、いずれの場合であっても、その子どもの死を次の死の予防に結び付けるという社会システムを構築するためには、遺族の同意を要件としないことについて、法的に位置づけることも検討されるべきである。

2. 警察情報の開示

虐待死の事例については、表に示したとおり、警察から複数件の相談があった。その場合、警察は、事案の発生状況、これまでの生活歴、生活環境、医療情報、解剖所見など、詳細な情報を持参して相談に来る。その調書の厚さは7−8 cmもある。虐待死の例では、その情報をもとにダミー人形や力学シミュレーションを使って再現実験をした。また、高所からの転落例では、建物を同定でき、ベランダの構造を警察から詳細に聞くことができたため、同じ構造のベランダ柵を製作し、子どもが登れることを証明できた。このように、警察はCDRにおいて検証を進める上で非常に重要な情報を多く保有している。今後CDRの検証の場に警察の情報が提供されるよう、制度の整理が望まれる。

警察は捜査権を持ち、遺族の同意の必要なく、状況の聴取や現場の詳細な調査を行うことができ

る。刑事訴訟法 47 条には「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない」とされるが、この条文の後半には「但し、公益上の必要その他の事由があって、相当と認められる場合は、この限りでない」と書かれている。この後半部分の解釈を整理し、CDR の検証の場に警察情報を提供できるよう、制度的整備の検討が求められる。

3. 専門家の関与が不可欠

CDR は、現時点では都道府県単位で実施されるように設計されているが、都道府県がすべての事例に対応可能とは限らない。たとえば今回示したような事例には、国レベルの専門家にしか対応できない内容が包含される。事故死の検証を行う場合は、国レベルでの検証、あるいは国に相談することができる体制の整備が望まれる。

参考になるシステムとして、法的に位置づけられている運輸安全委員会のシステムがある。航空機や鉄道などで事故が起こると、国から専門家が現地に派遣されて検証を行い、再発予防策を検討している。子どもの事故死に関しても、同じようなシステムを作る必要がある。

4. CDR に関連した対象を拡大する必要性

最近、医療的ケア児が注目されている。その一部は、溺れ、窒息、頭部打撲などが原因と考えられる。これらの子どもの一部が遠隔期に肺炎等で死亡することがあるが、その場合、人口動態統計の死因統計では、死亡診断書上で原死因とされた「肺炎」等による死亡として処理され、統計上は傷害については取り上げられない。本来は、医療的ケア児となった原因である傷害についても検討が行われるべきであり、医療的ケア児に関して定期的に情報を収集し、その原因を検討する仕組みが望まれる。

5. CDR の情報を活かすシステムの構築

CDR に関する情報を広く収集して分析を行い、年度ごとに報告、評価する情報登録・分析センターの設置が必要である。国レベルのセンターを置き、委員は各種の専門家で構成する必要がある。

6. 社会の CDR の認知度を上げる

CDR の有用性、必要性を広く国民に訴えるとともに、メディアに働きかけて、その有用性、必要性を訴えてもらう。具体的には、同じ事故が起こり続けていることを指摘し、予防策が行われていたかどうかを広報してもらう。例えば、交通事故であれば、チャイルドシートをしていたか否か、自転車事故ならヘルメットを着用していたか否か、溺水であれば、ライフジャケットを着用していたか否かを必ず報道内容に入れてもらうようにすることがあげられる。メディアの傷害予防リテラシーを上げる必要がある。

7. 現場記録の重要性

事故が起こったという事実は一つしかない。最近では、車に取り付けたドライブレコーダーが事故の分析に不可欠となったのと同じように、映像があれば不毛な責任論を避けることが可能になる。

保育や学校管理下で事故死が起こった場合はニュースで大きく取り上げられ、責任が厳しく追及されることになる。乳幼児の事故死の危険性が高い「食う」、「寝る」、「水遊び」の時間帯は、保育、学校管理下ではカメラで映像を記録する必要がある。スポーツ時の事故も、映像を記録しておけば科学的に検討することができる。

8. 継続的な検証報告の評価

2016年4月から、保育管理下での死亡例は、各市町村で検証委員会を設置して、検証報告書を国に提出することが義務付けられているが、この検証報告書を評価する必要がある。

9. 裁判の判決の問題点

A市のプール事故では、市の担当職員2名の有罪が確定し、この職員は失職した。裁判では科学的な検証は行われず、責任のみが問われた。裁判は人の責任を、その時代の法律に則って裁くシステムであり、次の事故の予防を考える場ではなく、判決も次の事故の予防にはつながらない。

10. 遺族との見解の相違

死亡した状況とほぼ同じ状況を設定して検証を行って詳細な報告書を出しても、遺族が想定していた理由と異なっていると納得しない場合がある。

11. 学術論文化しにくい

事故による傷害の予防は、単純に科学的な検証だけではなく、社会的なことも含めてさまざまな要因を考えねばならない。そのため、学術論文にしにくく、学問分野として成立しにくい。

E. 結論

CDRは、子どもの安全を推進する社会システムの1つである。このシステムが有効に機能するためには、さまざまな組織や人の関与が不可欠である。今回、予期せぬ傷害死の検証に取り組んできたこれまでの経験例を紹介し、今後、わが国においてCDRを展開する時の課題について考察した。

F. 健康危機情報

特記すべきことなし

G. 文献・資料

1) 森山　哲. プールの事故. 子ども計測ハンドブック　持丸正明ら編. 朝倉書店. 東京. 2013年6月. p379-382.

2) (https://www.airc.aist.go.jp/lam/kd-wa-meti/h23/H23-Gijutsushikai-report.pdf)

3) 消費者庁消費者安全調査委員会「水上設置遊具による溺水事故」

(https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/report/report_018)

4) 京都市立養徳小学校プール事故調査報告書. 2014年7月.

(https://www.city.kyoto.lg.jp/kyoiku/cmsfiles/contents/0000292/292076/chousahoukokusho.pdf)

5) 北村光司, 西田佳史. 河川の流水による子どもの流され状況の再現実験とライフジャケット着用の必要性に関する研究. 日本子ども安全学会第四回大会.

(https://shinnosuke0907.net/wp-content/uploads/2017/pdf/20170909_7_kitamura.pdf)

6) 徳田暁, 飯島俊, 松原範之, 阿部新治郎. シンポジウム「これで防げる学校体育・スポーツ事故」報告ー繰り返されるプール事故から子ども達を守るー. 神奈川県弁護士会 専門実務研究13号.

(https://www.kanaben.or.jp/profile/gaiyou/t

orikumi/study/pdf/13/professional_practice_research13_7.pdf)

7) 消費者庁消費者安全調査委員会「幼稚園等のプール活動・水遊びでの溺れ事故を防ぐために」

(https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/teaching_material/movie_001/)

8) 野村　理, 宮崎祐介, 竹井寛和ら. 保護者の自転車に子守帯を用いて同乗した乳児の外傷. 日本小児科学会雑誌. 2019; 123:839－848.

9) 高森町保育所事故検証委員会. 高森町立保育園において発生した死亡事故の検証等に関する報告書. 2019 年 8 月.

(https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/70508b4b-d335-4300-9f77-8e831f7c031f/b730c19f/20230620_policies_child-safety_effort_kensho_33.pdf)

10) 山中龍宏. 戦略的創造研究推進事業（社会技術研究開発） 研究開発領域「犯罪からの子どもの安全」 研究開発プログラム「犯罪からの子どもの安全」 研究開発プロジェクト 「虐待などの意図的傷害予防のための情報収集技術及び 活用技術」 研究開発実施終了報告書

(https://www.jst.go.jp/ristex/examin/criminal/pdf2/10.yamanaka_houkokusho.pdf)

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

表 1. 警察・検察・法医学から鑑定を依頼された事例

年齢	性別	けがの種類（頭部）
8 か月	男児	右側硬膜下血腫、ラムダ縫合骨折、網膜出血
2 歳	男児	後頭骨線状骨折、左側頭葉脳挫傷・急性硬膜下血腫、後頭部皮下血腫、両眼網膜出血
1 歳 10 か月	女児	片側硬膜下血腫、下顎骨骨折
3 か月	男児	右頭頂骨骨折、左前頭葉前端部に脳挫傷（対側脳損傷）
3 歳	女児	脳浮腫、左側頭葉下部に極軽度のくも膜下出血。（骨折はなし）
10 か月	男児	左右頭頂骨、左後頭骨の多発骨折
2 歳	男児	急性硬膜下血腫
2 か月	男児	びまん性軸索損傷、硬膜下血腫、眼底出血
2 歳	男児	びまん性軸索損傷、急性硬膜下血腫
2 歳	男児	右後頭骨骨折、左前頭部脳挫傷
3 か月	男児	外傷なし（窒息の可能性）
2 か月	女児	硬膜下血腫、眼底出血、びまん性軸索損傷

令和6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

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

グリーフを抱えるすべての方への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　青野 美保　元香川県子ども政策推進局子ども家庭課母子保健グループ
秋山美智子 慈照寺　坊守／グリーフサポートてらすば代表理事
阿部 春季　国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター 小児科
家入 香代　国際医療福祉大学保健医療学部看護学科 教授
尾角 光美　リヴオン代表
片山 文　公益社団法人被害者サポートセンターおかやま 犯罪被害相談員
菊地 祐子　やまねこ 児童精神科
種市 尋宙　富山大学附属病院 高岡・地域小児保健医療学講座 客員教授
野澤 正寛　滋賀県立総合病院 こども医療センター 救急科・小児救急科
森 合音　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代表
森重 裕二　「子どもたちにライジャケを！」代表
吉川 優子　吉川慎之介財団代表

研究要旨

CDR（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）の実現には，広く国民の理解を得ることが重要である。子どもの死亡において遺族へのグリーフケアの提供体制は，CDRの体制整備とともに探索される必要がある。

人口動態統計の解析によって，18歳未満の自殺事例の37.5%，自殺以外の外因死の10.8%，内因の5.1%，不詳の死/SIDSの8.9%は医院における死亡診断（死体検案）であることが確認された。病院にグリーフケアの制度を構築しても，これらは対象外となりうるため，病院以外にグリーフケアの仕組み，少なくともその要否を見極めるゲートキーパー機能が整備される必要がある。

医療機関外におけるグリーフケアについて，一般市民等を対象にニーズアセスメントと意見収集を行い，また保健師等を対象に体制構築にかかる研修及び意見交換を実施した。これらの知見を基に，地域全体がこの機能を担うための基礎資料として，「わが国のChild Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）グリーフケア・ガイダンス2025」を編纂した。

A. 背景

CDR（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）の実現には，広く国民の理解を得ることが重要である。子どもの死亡において遺族へのグリーフケアの提供体制は，CDRの体制整備とともに探索される必要がある。

これまで、本分担研究では、グリーフケアの在り方を探索してきた。これまでの研究結果をまとめ、また、グリーフケアについてのアンケートをもとに得た知見を報告する。

令和４年度は「医療機関におけるグリーフケアの提供」1）について研究した。そこから見えてきた課題として、医療機関では、グリーフケアの必要性が認識されており、実際にグリーフケアを行っている医療機関や医療者も多く存在しているが、急性疾患や事件や事故など突然の死の場合、医療機関でかかわれる時間が十分でなかったり、外因死の一部は医療機関を通らず直接警察や解剖に回るケースもあったりし、すべてのケースに必要な情報やグリーフケアが行き届いていない可能性が示唆された。

また、一方で、令和５年度には「医療機関外におけるグリーフケアの提供」２）について探索したところ、主に当事者の方々を中心に、自助グループが作られ、また、事故や事件などの場合のグリーフケアについては各都道府県に被害者支援センターが設置されているが、医療機関や行政窓口が地域にある情報を十分把握できていない可能性が示唆された。また、ご遺族だけでなく、周りの関係者にもグリーフケアが必要な場合が多いことが分かった。

B. 研究の方法，C. 結果およびD.考察

①本科研の主要課題 1「子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定」と連携し、人口動態統計資料を解析した。

対象期間（2007、2012、2017-2023年の計９年間）における18歳未満死亡例36,175例のうち，29,059例(80.3%)が病院で死亡診断(死体検案)された。医療機関の情報が不明の 3,693 例、国外における死亡 352 例を除く 32,130 例を母数とすると，3,071 例（9.6%）は医院における死亡診断（死体検案）であった（**表 1**）。死因の種類によって「自殺」「自殺以外の外因」「内因」「不詳/SIDS」の４群に分けると，自殺事例の 37.5%，自殺以外の外因の 10.8%，内因の 5.1%，不詳の死/SIDS の 8.9%は医院における死亡診断（死体検案）であった。なお，小児科を標榜しない病院を加えた割合はそれぞれ，44.9%，15.4%，6.6%，11.2%と計算された（**図１**）。

もしも「病院にグリーフケアの体制を整備し，死亡（診断）した病院でグリーフケアの提供を受ける」仕組み（のみ）が探求された場合，そもそもその対象となれない事例の割合が，上記に示す値である。少なく見積もっても全体の 1 割近くがカバーされない制度は，適切とは言い難い。この点からも，病院に依存しないグリーフケアの仕組みが，少なくとも医療としてのグリーフ対応が必要かを見極める「ゲートキーパー」としての役割が，病院以外の場所に構築される必要があるといえる。医療機関外に，その役割を担う部門を探索する必要がある。

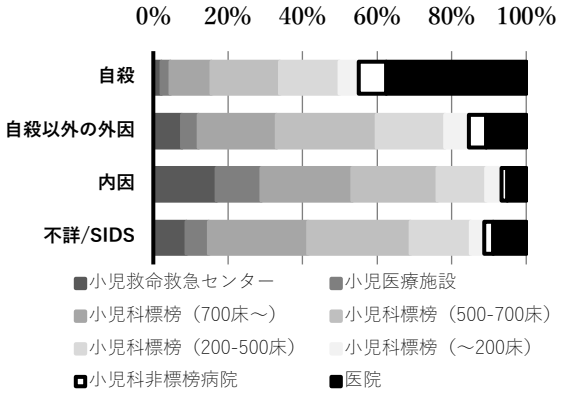


図 1. 死亡の種類による死亡診断施設の割合．黒柱は医院，白柱（黒枠）は小児科を標榜しない病院における死亡診断（死体検案）の割合を示す．

②一般市民向けのグリーフケアの研修会(第2回)を、昨年度に引き続き善通寺市で 2024.9.6 に開催した（**別添資料 1**)。

100 名を超える参加者があり、グリーフケアは、特別な事柄ではなく、「いつか大切な人と別れるすべての人へ」というテーマの通り、すべての人に普遍的に必要とされている概念であることが分かった。「グリーフを抱えるすべての方へのグリーフケアの提供」をテーマとし、様々な立場（ご遺族、きょうだい児、医療者、学校）から見たグリーフケアに求めることや実際について意見をいただいた。さらに「地域でグリーフケアを行うために」と題したグループディスカッションでは、これを実現するための具体的なアイディアが多く発表され、日常からの課題意識の高さが窺われた。これら意見をもとに、どういったグリーフケア、サポートが必要なのか、場づくり、環境整備、制度などについて「**わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）グリーフケア・ガイダンス 2025**」にまとめた。なお本研修会については、Web 上で期間限定で一般公開され、関連職域の研修資材として活用可能とした（**巻末資料 3**)。

図 2. グループディスカッションでは，参加した一般市民等から多種多様な意見が表出された。

この成果をもとに、令和 5 年度に作成したグリーフカードの活用方法、行政窓口や保健師を活用し、地域全体でサポートを行いあう仕組みづくりを探索した。この目的で地域の保健師等を対象とした研修会を，香川県妊娠出産包括支援推進事業として 2025.3.21 に高松市で開催した。CDR についての講演とグループディスカッション、地域におけるグリーフケアの提供について講演の後、「市町の窓口でグリーフカードを使うには」と題したグループディスカッションを行った（**別添資料 2 および 3** を参照)。

そもそもこのような企画が「職員に対するグリーフケア」そのものであり、またこのような仕組みを本格的に模索・整備していることが「国（地域）がこどもを大切にしている」という非言語的なメッセージとして伝わるという意見が確認された。同時に課題として、「こどもが死亡した」事実が伝達されないためカードを遺族に手渡す契機を把握できないこと、既存事業で手一杯であり現実的にどのように現実に落とし込むのか工夫を要すること、母子保健業務の一環として捉えうるが窓口業務への「正しい依頼」のありかたが提示されるべきこと、一般啓発のため学校教育との連携が望ましいこと、等、今後の実装を見据えた具体的な意見が得られた。

心身の苦痛が強く、専門家につなぐべきタイミングについて、関連する専門職（児童精神科医ほか）との討議を踏まえて、「わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）グリーフケア・ガイダンス 2025」に掲載した。

③チャイルド・デス・レビュー（CDR）に関わるグリーフケアについての意識調査を行なった（**別添資料 4**)。

令和 4 年度から継続的に実施した、チャイルド・デス・レビュー（CDR）に関わるグリーフケアに関する意識調査の結果をとりまとめた。これは、CDR 制度とグリーフケアの関係性、現場での実践状況、研修ニーズ、制度への期待と課題を明らかにし、今後の制度構築や啓発活動に資

することを目的として実施したものである。

本アンケートでは、チャイルド・デス・レビュー（CDR）とグリーフケアに関する意識や実践状況、制度への期待について多職種の回答を得た。医療者は死別事例への関与が深く、グリーフケアにおいても実践的支援が多く報告されたが、非医療者では知識はあるものの実施に至っていない層が多く、制度的な役割や体制整備の遅れが浮き彫りとなった。CDR においては「責任追及」ではなく「支援と予防」に重きを置く意識が定着しつつあり、特に地域のファシリテーターの存在が重要と認識されていた。

グリーフケアに関しては、知識・方法・体制という３つの要素が共通して重視されており、「死後対応」に限らず生前からの支援が必要とする臨床的視点も示された。CDR とグリーフケアは互いに補完する制度・文化として捉えられており、遺族支援のみならず支援者自身のケアも含めた仕組みが求められる。

講習会ニーズでは実践的な学びに高い関心があり、アンケート実施自体が啓発的効果を持ったことが示された。自由記述には制度運用の困難や支援への葛藤、実体験に基づく意義が多数寄せられ、今後の制度設計や人材育成にはこうした現場の声を反映した丁寧な取り組みが必要である。

E. 結論

本研究を通じて明らかとなったのは、医療機関内で完結するグリーフケア体制には限界があるという事実である。人口動態統計の分析では、一定数の子どもの死亡事例が病院を経由せずに死亡診断されており、仮に病院にのみケア提供を委ねる制度設計であれば、対象から漏れるケースが生じる。このことは、CDR 制度におけるグリーフケアが、医療機関以外でも機能する必要があるという重要な示唆である。

そのため、今後の制度構築においては、「病院外のゲートキーパー機能」を地域社会に整備することが求められる。この機能は、子どもの死に直面した遺族が、医療機関に限らず適切なケアへつながる経路を確保するための窓口として機能すべきである。同時に、遺族本人に加え、関係職員や周囲の人々も含めた“広義の支援対象”が存在するという現場の声は、制度の多層的支援構造を構築するための根拠となる。

地域で実施された一般市民や行政職員への研修・意見交換からは、グリーフケアの必要性は特定職種に限定されたものではなく、すべての人に開かれた普遍的ケアとして認識されるべきという意見が強く示された。また、制度の整備そのものが「こどもを大切にしている」という社会からのメッセージになるという観点も得られた。

以上を踏まえ、本研究では「わが国の Child Death Review グリーフケア・ガイダンス 2025」を編纂し、医療・行政・地域がそれぞれの立場から支援に関与できる基盤を提示した。今後、各自治体がこの指針を活用し、地域に根ざしたグリーフケアの体制整備へと発展させていくことが望まれる。

参考文献

１）令和 4 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））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「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」医療機関におけるグリーフケアの提供

２）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「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

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）

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	46	72	217	656	265	269	1,577	593	144	423
小児医療施設	28	76	131	327	162	155	1,300	467	72	293
小児科標榜病院（700 床～）	112	362	609	743	376	344	2,123	1,237	193	1,280
小児科標榜病院（500–700 床）	133	598	788	629	414	316	1,808	1,302	231	1,316
小児科標榜病院（200–500 床）	44	523	587	220	323	273	1,005	720	176	774
小児科標榜病院（～200 床）	26	168	193	130	72	115	264	218	49	176
小児科非標榜病院	23	241	137	83	25	23	48	116	9	111
医院	68	1,223	304	619	64	65	190	83	29	426
国外	2	20	34	23	17	7	28	61	18	142
（不明）	70	293	459	305	164	159	766	478	189	810
（合計）	552	3,576	3,459	3,735	1,882	1,726	9,109	5,275	1,110	5,751

表 1. 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.

分担報告書「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 3 報）」の別添表 9 を再掲した.

（別添資料 1）

子どもの死を想う

グリーフケアの現状と課題

～地域におけるグリーフケアの可能性を探る～

2024年 9月6日［FRI］

12：30 ～ 16：00

場　　所　四国こどもとおとなの医療センター（香川県善通寺市）

参加方法　現地参加 or web 参加

参加対象者　グリーフケアに興味がある医療者　行政職（死亡届の窓口の方など）　保健師　助産師
お寺や教会など宗教関係者　葬儀屋さん　警察消防　学校　ご遺族　など

■シンポジウム

グリーフケアの現状と課題

～地域におけるグリーフケアの可能性を探る～

□演者

医療機関におけるグリーフケア（新生児）
四国こどもとおとなの医療センター 新生児科医
久保井 徹

被害者支援センターでのグリーフケア
被害者サポートセンターおかやま 犯罪被害相談員
NNVS認定コーディネーター
片山 文

地域におけるグリーフケアの必要性と場づくり
浄土真宗 慈照寺 坊守
秋山 美智子

保健師によるグリーフケアの可能性
国際医療福祉大学　保健医療学部
家入 香代

■グループディスカッション

テーマ
地域でグリーフケアを行うために

16:30
～
18:00

ホスピタルアートワークショップ

虹の戦士の「ばんこっき」づくり

―「子どものいのちを想うこと」は「みんなで世界を想うこと」―

アートで虐待防止学会と早産児デーを応援しましょう！

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）

共催：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

後援：香川県　香川県CDR

「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」

沼口班研究分担者 木下あゆみ（四国こどもとおとなの医療センター）　kinorin0318@gmail.com

▲お申し込み

2025.3.21香川県妊娠出産包括支援推進事業

子どもの死を予防するために
～CDR（チャイルドデスレビュー）を知ろう～

四国こどもとおとなの医療センター
育児支援対策室長
小児科　木下あゆみ
kinorin0318@gmail.com

我が国でのCDRの動きは？

日本小児科学会のCDRの取り組み

- 2011年 小児死亡登録検証WG 設置
- 2012年 **子どもの死亡登録・検証委員会** 設置
- 2016年 2011年4地域（群馬・東京・京都・北九州）
  対象に**CDRのパイロットスタディー施行**
  日本小児科学会雑誌 120巻 3号 662～672
- 2017年 **小児死亡時対応講習会** 開始
  （現在までに東京・大阪・福岡・札幌で開催）
- 2020年 **予防のための子どもの死亡検証委員会** に名称変更

【要約】
・**原因究明できていない子どもの死亡が1割以上存在**
・**子どもの死亡の1/4は、予防できたかもしれない**
・**死亡に対して予防可能な対策を講じれば、**
子どもの死亡の1割は防げたかもしれない
・全国で**虐待死**の可能性がある死亡者が**毎年350名程度発生**
していると推測（※実際の3～4倍と推測）

2

チャイルド・デス・レビュー

現在、以下の自治体で
2020年度からCDRモデル事業開始！

群馬　山梨　三重　滋賀
京都　香川
＋北海道　福島＋鳥取　東京

・ 事業用自動車・航空・鉄道事故調査（国土交通省）

名古屋大学救急・内科系集中治療部
沼口 敦先生スライド改変

CDRの目標は・・

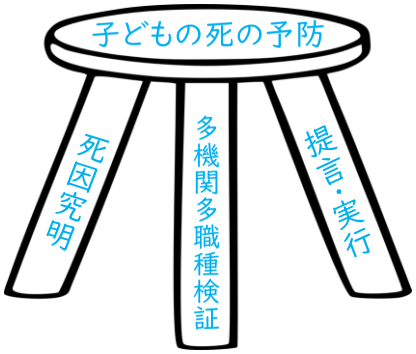
予防可能な小児死亡を減らすための提言　を出すこと

“変えられること”を探す作業　をすること

変えられないこと		変えられること
現場から病院までの時間		病院での受け入れ準備
車で出かける必要性		シートベルトの装着
児が暮らす住居		薬剤の用量・用法
浴槽の危険性		家庭の睡眠環境
性別，年齢		家具の配置
家族構成		家庭支援
悲しみ		志向性
過去		未来

名古屋大学救急・内科系集中治療部
沼口 敦先生スライド改変

つまり・・・CDRとは



どの足がぐらついても
子どもの死を予防することは難しくなる

事例 7ヶ月 男児

- 深夜1時頃 ミルクを飲ませて寝かせた
- 朝7時頃、心肺停止状態であるところを発見
- 7:20救急要請
- 7:25救急隊現着
- 7:35当院救命救急センター搬入。CPR施行
- 7:50死亡確認
- 死後硬直認め、全身死斑あり
- Ai（全身CT、MRI、全身骨撮影）眼底検査にて特に所見なし
- 9:50警察通報 検視ののち司法解剖へ

原因不明の心肺停止。初診でほかの情報なし
→医療機関の情報だけで分かるのはここまで

事例 7ヶ月

医療機関だけで
分かり得なかったことが
多機関検証で明らかになる！

多機関で個別CDRを開催

- 半年前に他県から転入。
- 前住県児童相談所から現児童相談所にケース移管あり（ネグレクト及びハイリスク家庭）
- 転入時から市および児童相談所が月1回ペースで自宅訪問していた
- 死亡当日、訪問予定だったとのこと。
- 母子家庭 子ども3人 上の子たちも所属なし
- 母方実家は県外
- 23時にミルクを飲ませ布団で寝かせていた。
- 朝7時頃布団から出た状態で動かなくなっている児を発見。
- 本児も妊婦健診不定期受診で飛び込みで出産していた
- 自宅も物が散乱している。ごみ屋敷状態
- 死因はビニール片が喉頭部に張り付いたことによる窒息死

2024.11.30～12.1 日本子ども虐待防止学会
かがわ大会 CDR-WGシンポジウム

香川県CDR体制整備モデル事業を

日本一面積が小さい県
市区町村数：8市9町

実施する中で感じたこと

香川県健康福祉部子ども政策推進局子ども家庭課
母子保健グループ 青野美保

香川県の基礎的な情報

（1）香川県の人口　　：約93．0万人（令和5年10月1日現在）

（2）香川県の子どもの人口：約13．1万人（令和5年10月1日現在）

（3）香川県の年間の子ども（0歳～17歳）の死亡者数（人口動態統計）　（人）

年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年
死亡者数	36	14	31	22	19	16

（4）近年の子どもの死亡者の特徴

子どもの死亡者の約5～6割が病死、次いで不慮の事故が約2割を占めている。不慮の事故については、交通事故、転倒・転落・墜落、不慮の溺死及び溺水、不慮の窒息がある。病死については、約5～6割が0～4歳で、死因は先天奇形、変形及び染色体異常、周産期に発生した病態などとなっている。

香川県CDRモデル事業の特徴

「多機関検証委員会」の議論が活発！

多機関検証委員会　参加機関		
委員長　（日本小児科学会　香川地方会　会長　日下隆）		
副委員長　（四国こどもとおとなの医療センター　院長　横田一郎）		
事務局長　（四国こどもとおとなの医療センター　小児科医　木下あゆみ）		
副事務局長　（香川大学医学部附属病院　小児科医　岩瀬孝志）		
医療 香川県医師会	香川県小児科医会	各病院小児科医（11名）
県看護協会　看護	県助産師会	県医療ソーシャルワーカー協会
消防 高松市消防防災課	高松地方検察庁　検察	県危機管理課　社会福祉
県警察本部（人身安全・少年課）、（捜査第一課）、（交通企画課）　警察		
県教育委員会（保健体育課）　教育		市町保健師　保健行政
県子ども女性相談センター・西部子どもセンター		県子ども家庭課
児童福祉		

計33名

令和3年度　小学生（低学年）

＊死因

ため池での溺死

＊死亡時までの状況

親子でため池に出かけ、連絡が取れず心配した家族が捜したところ、親子で溺死していた

予防策をそれぞれ考えてみましょう

1分

問題点と提言（案）：

#1ため池の事故予防教育　どう子どもに訴えるか

・大人と一緒でも事故が起きており、『子どもだけで行かない』というメッセージでは事故を予防できない

・ため池や沼ははまると抜け出せないことを子どもに具体的に伝える必要性がある

①子どもの授業で既存のYouTube動画視聴を取り入れる

https://news.yahoo.co.jp/byline/saitohidetoshi/20210510-00237132

提供：一般社団法人水難学会・斎藤秀俊会長

②既存の香川県のキャンペーンの子どもへの具体的な啓発

https://www.pref.kagawa.lg.jp/tochikai/anzen/tameikejikoboushi.html

③水泳の授業で着衣泳の指導を全県で行う

＃2<u>ライフジャケット着用促進のための取り組み</u>

・水辺に行く際は、ライフジャケットを着用することが必要
・ライフジャケットは値段が高く、体のサイズに合わせて
　買い替えが必要なため、保護者が購入しづらい
・寄付金などを元に、ライフジャケットを購入している市もある

①ふるさと納税を利用したライフジャケットの購入

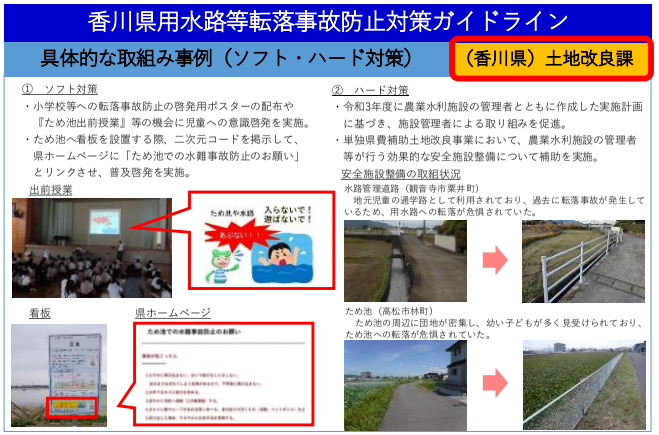
②学校で保管し、気軽に貸し出しできる仕組みを作る

③ペットボトルを利用した簡易ライフジャケットづくり

https://www.police.pref.hyogo.lg.jp/ps/37aioi/data/mimi01.pdf
兵庫県警資料参照

水泳の授業などで子どもたちが作成する
香川県広報誌に作り方を掲載する
学校行事・親子広場などでのワークショップなどを企画する

【令和３年度 死亡症例】 釣りをしていた父子がため池に転落、溺死



【参考】ライフジャケット推進事業研究推進委員

No.	所　属	役　職	氏　名
1	香川大学教育学部	教授	石川　雄一
2	香川県防災センター	センター長	高島　眞治
3	香川県消防長会	会長	福山　和男（高松市消防局長）
4	高松海上保安部	部長	藤吉　克博
5	香川県警察本部生活安全部地域課	課長	山奥　寿志
6	高松市国分寺B&G海洋センター	所長	髙橋　正光（香川県B&G連絡協議会）
7	独立行政法人 国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター 小児アレルギー内科	医長	木下　あゆみ（香川県CDR事務局長）
8	香川ライフセービングクラブ	委員	菊池　　賢
9	子どもたちにライジャケを！	代表	森重　裕二
10	香川県立総合水泳プール	所長	植村　佳員
11	東部教育事務所	指導主事	山内　雄司
12	西部教育事務所	主任指導主事	片岡　亜貴子
13	香川県教育委員会事務局保健体育課	課長	渡邉　浩司

高松キワニスクラブ様から香川県に

子どもの水難事故防止へ絵本の寄贈

（令和５年５月２４日）

寄贈された180冊の絵本は県内の小児科の待合室や市町の窓口に設置！

「かっぱのふうちゃん」は、水辺のリスクやライフジャケットについて子ども用に書き下ろしたもの。
著者の森重氏は、「ライジャケサンタ」として子どもの水辺の事故を防ぐ活動に取り組まれている。

【令和５年度 死亡症例②】

基礎疾患のある医療的ケア児

死因：感染性胃腸炎

個別検証

～予防できるポイントを中心に～

① 疾患・死因について
② 治療・蘇生処置等について
③ 受診のタイミングについて
④ 感染予防について
⑤ 医療的ケア児のきょうだい児のケア、障害児の生活について
⑥ 基礎疾患の共有について
⑦ グリーフケアについて

令和６年度 妊娠・出産包括支援者スキルアップ研修会

（令和７年２月～３月に開催予定）

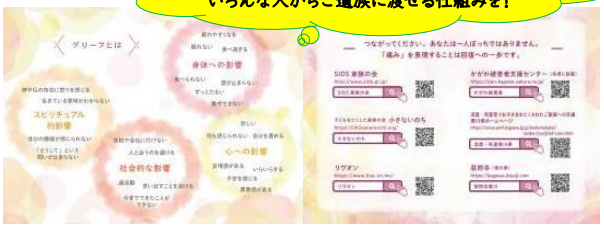
対象者：市町及び保健所等の保健師・助産師、産婦人科医療機関等の医療従事者等

テーマ：① 睡眠時における乳児の事故予防

② 子どもを亡くした家族へのグリーフケア

グリーフカード

すべての遺族にグリーフについての情報を！
グリーフケアは地域全体で担う
いろんな人からご遺族に渡せる仕組みを！



CDRモデル事業を実施してみて

① 「多機関検証委員会」では、すべての委員が子どもの死を無駄にしないという思いから前向きで活発な議論ができている。多機関多職種が集まることで、色々な切り口の意見が聞ける。

ポイント！ 委員の依頼時にCDRの意義を説明し、共感を得る

② 予防策として、啓発動画やチラシの作成、出前講座の実施という意見は出るが、担当課に聞けば既に作成済、または、実施中ということもあり、関係機関であっても知らないことが多いことに気づかされる。

ポイント！ 多機関他職種がお互いの立場を尊重し、知り合う

③ 啓発の難しさや課題を共有し、効果的な方策について話し合う中で、様々なコラボ企画が生まれている。

ポイント！ 思いを語り、頼っていく

ポイント！ これまでの活動で得たつながり（ネットワーク）を活かす

④ CDRの認知度を高めて、予防に取り組む仲間を増やしたい。

模擬事例を使って
実際のCDR会議を体験してみよう
6か月男児 SIDS

配役

6か月 男児 昼寝中に突然死

司会(県職員)	木下 あゆみ
救急担当医	沼口敦
児童相談所職員	青野美保
警察	葛西真樹子
かかりつけ小児科医	仙田 昌義
保健師	鈴木佳奈子

⚠ 本模擬検証は、実際の事例ではなく模擬事例です。

＊目的

子どもの予防可能死（PD:preventable death）を減らすこと

＊検証の原則

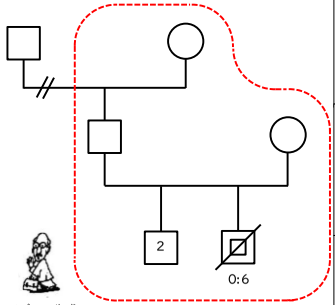
①『子どもがどうしたら死ななくて済んだか』に焦点を当てる

②個別の医療行為や捜査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何らかの提言・予防策を講じる

家族図



ジェノグラム作成
CDR-WG担当理事
川崎二三彦先生

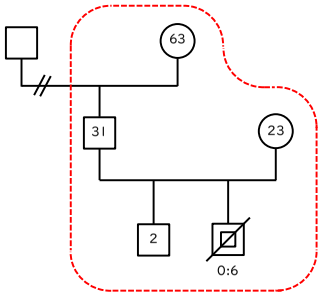
事例の経過等

もともと健康な生後6か月の男の子で、自宅で昼寝中に心肺停止の状態で発見され救急搬送。搬送後、心肺蘇生処置が行われたが、自己心拍は再開せず死亡確認。異状死として警察へ届出された。

（解剖の結果）
死に結びつく病変や外傷はなく、また警察や病院の情報もふまえて死因は、乳幼児突然死症候群と診断。

（死亡当日）
自宅で祖母と2歳の兄と本児が在宅。本児が昼寝をしていたときに、祖母がしばらく目を離していたところ、本児がうつ伏せの状態でぐったりしていた。

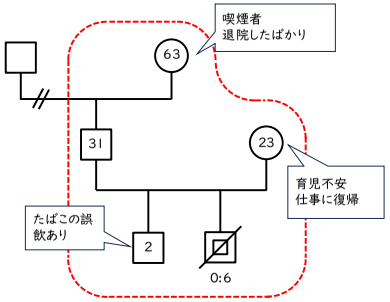
家族図



情報のまとめ

1か月健診	産後うつ傾向
2か月	赤ちゃん訪問
	祖母の支援あり
4か月	かかりつけ小児科
	母育児困難感あり
5か月	兄タバコ誤飲
6か月	母職場復帰
	祖母体調不良

家族図



情報のまとめ

リスク要因

- 母は産後うつ傾向
  育児不安が目立った
- 2歳の兄がいた
- 体調が万全でない祖母が児の世話をしている最中の事象だった

グループワーク①
～具体的に提言を出してみよう～

＊このケースの問題点
＊何ができていたら死を予防できたか
＊それを実践するためにどうすればよいか
＊それを誰にどう伝えたらよいか
＊具体的にどんな仕組みができたらいいか
＊予防可能性・実現可能性を考えてみよう

20分
突拍子もない意見
大歓迎!

①睡眠環境について　令和5年度香川県CDR会議より

※県民向け「子どもの正しい睡眠環境」のキャンペーン

よい布団 ベッドの選び方
睡眠環境の整え方
SIDS 睡眠中の窒息についての正しい知識
赤ちゃんが起きやすいことは悪いことじゃない
赤ちゃんが寝てくれないことのストレスをどう考えるか
添い寝をしたいパパママのための工夫
着られるおくるみ、ベビースリング等くるむことのリスク

※支援者向け「子どもの睡眠環境チェック」スキルアップ

赤ちゃん訪問の際に、睡眠環境を確認する
周知方法 技量を上げないとと思っている
妊娠出産前後の面談に伴うプレゼントに
睡眠環境整備に役立つ何かを選べないか
5～10分程度の動画を作るのはどうか 親向け支援者向け

グループワーク②
～睡眠環境について話し合ってみよう～

＊睡眠環境の保健指導について
＊寝室の確認ってできそうですか
＊寝具の相談にどうこたえてますか
＊県内統一のチェック項目に入れるとしたら
＊病院や施設の睡眠環境ってどうですか

20分
あわよくば何か
成果物を！

グリーフケア

できることがありそうでしょうか
一緒に考えてみましょう！

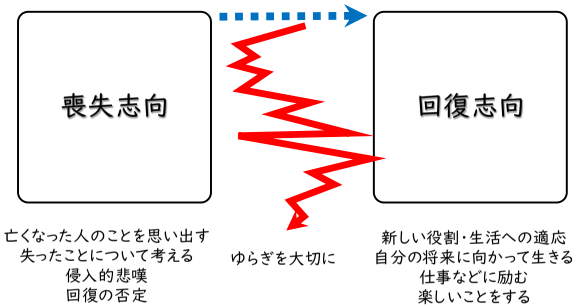
四国こどもとおとなの医療センター
育児支援対策室室長 小児科
木下あゆみ

kinorin0318@gmail.com

グリーフとは

大切な人、ものなどを失うことによって生じる
その人なりの自然な反応、感情、プロセス

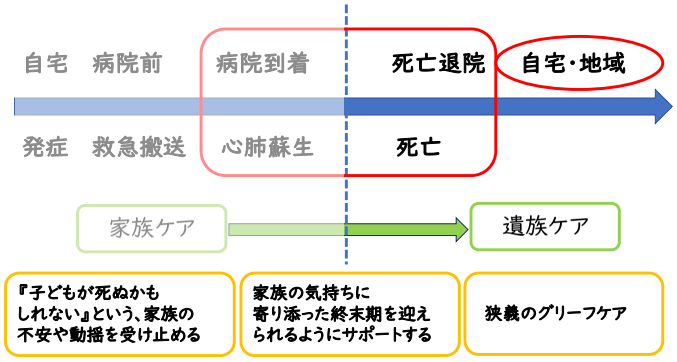
喪失と回復の二重過程モデル　（Schut & Strobe, 1999）



一般社団法人リヴオン 代表理事　尾角 光美
『CDRの意義を共有し、社会実装に移行するために』より

Copyright 2018 ©Live on All Rights Reserved.

時間経過とグリーフケア



『インフルエンザ脳症ガイドライン』より 一部改変

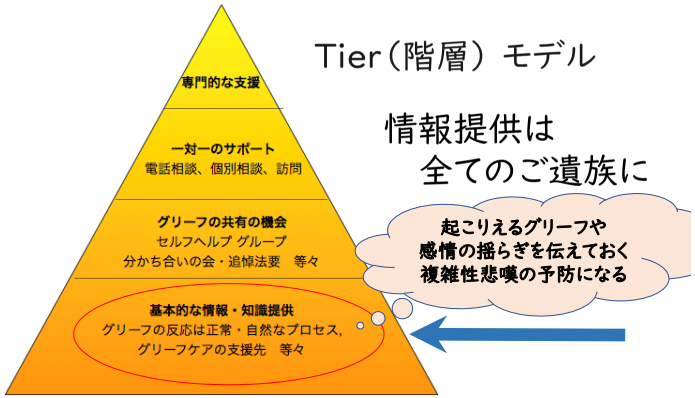
大切なこと ①傾聴

**遺族の言葉を真摯に聴き
ありのままを受けとめること**

＊変な言葉がけよりも、『共感』を!!
×もう一人子どもさんがいてよかったですね
×早く元気になってくださいね
×もっと前向きにならないと
×〇〇ちゃんは苦しみから逃れられてよかった
×悲しんでいるのはあなただけじゃない
×わたしもね・・・

求められてないのに自分の意見を言わない!!

大切なこと ②情報提供



Tier（階層）モデル

情報提供は
全てのご遺族に

起こりえるグリーフや
感情の揺らぎを伝えておく
複雑性悲嘆の予防になる

"Shaping Bereavement Care" (NHS Scotland, 2010) より

きょうだい児のグリーフケア

知って
おきたい

「死」に関する子どもの疑問
- 死んだのは、自分のせい？
- ぼく/わたしも死ぬの？
- お母さん（お父さん）も死ぬの？
- どうして死んだの？
- 死んだ人はどこに行くの？
- 死んだらどうなるの？

子どもたちも『知りたい』
耳を傾けてくれる大人を
必要としています

情緒面　悲しみ・怒り・泣く・恐れ・不安・気分のむら・抑うつ・興奮・罪悪感
行動面　乱暴・落ち着かない・はしゃぐ・上の空になる・
　　何事もなかったように振る舞う・活気がない
身体面　頭痛・腹痛・倦怠感・めまい・食欲不振・不眠
社会面　退行・親から離れない・攻撃的な行動・ひきこもる・学習に集中できない

NPO法人　子どもグリーフサポートステーションHPより一部改編

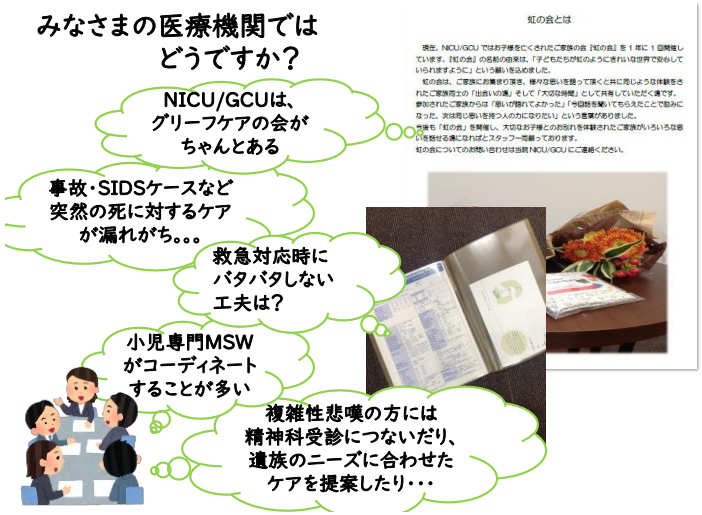
CDRにおいてグリーフケアを行う意義

『次の』予防しうる死を予防すること（CDR）も大事だが
こどもの死が社会・地域全体に与える悲しみ損失は大きい

＊子どもはなぜなくなったのか
＊自分が悪かったのか（自責の念）
＊子ども・親に申し訳ない
＊対応がよかったら亡くならなかったのでは

私たち支援者側、地域全体のグリーフケアのためにも
「国がこどもの命を守る」という文化醸成のためにも

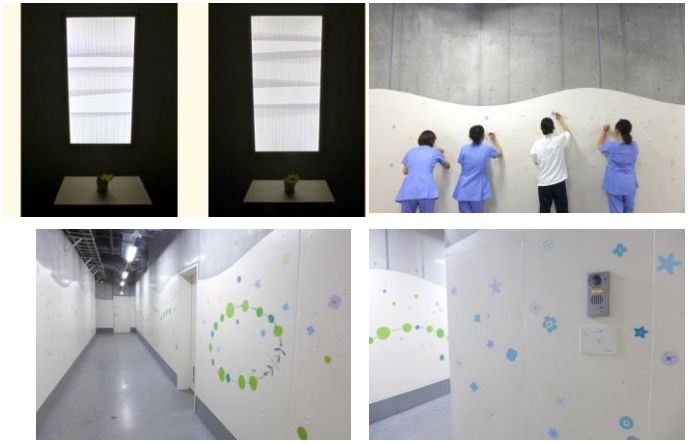
みなさまの医療機関では どうですか？



ホスピタルアート ～病院でできる場作り～

- 病院と社会の移行部分としての場
- 病院の中の病院じゃない場所
- パワーがない時は休んでいい場所
  パワーがある時は誰かのために
  何かをしてもいい場所
- 長期入院中の保護者や、
  看取った後の遺族の居場所

ホスピタルアート ～「死は終わり」ではない～



グリーフカードづくり

- **すべての遺族にグリーフについての情報を**
- **グリーフケアは地域全体で担う**
- **いろんな人からご遺族に渡せる仕組みを**

令和6年度 妊娠・出産包括支援者スキルアップ研修会

（令和7年3月21日）

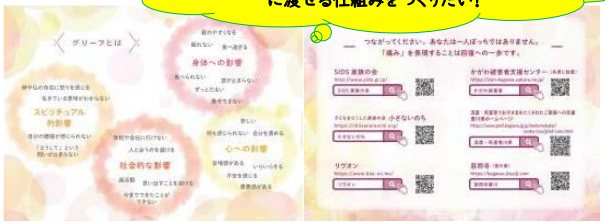
対象者：市町及び保健所等の保健師・助産師、産婦人科医療機関等の医療従事者等

テーマ：① 睡眠時における乳児の事故予防

② 子どもを亡くした家族へのグリーフケア

グリーフケアは地域全体で担う！
行政窓口や警察などいろんな方からご遺族
に渡せる仕組みをつくりたい！

グリーフカード



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）
「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：沼口敦）

グループワーク③

地域でグリーフケアできそうですか？
～市町の窓口でグリーフカードを使うには～

＊グリーフカードを渡すとしたら何がハードルになるか
渡すことのためらいのポイント

＊地域の取り組みがあれば教えてください

＊取り組んでみたいことありますか？

＊地域で何かできそうなことはありますか？

（別添資料 4）

チャイルド・デス・レビュー（CDR）におけるグリーフケアに関する

アンケート報告書

【はじめに】

本報告書は、厚生労働（こども家庭）科学研究費補助金事業「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」（研究代表者：沼口 敦）において実施した、チャイルド・デス・レビュー（以下「CDR」）に関わるグリーフケアに関する意識調査の結果をとりまとめたものである。CDR とグリーフケアの関係性、現場での実践状況、研修ニーズ、制度への期待と課題を明らかにし、今後の制度構築や啓発活動に資することを目的とする。

【方法】

アンケートは、回答フォームをインターネット上に用意し、回答者に対して同フォームの URL を示したうえ、調査への協力に同意した場合にのみフォーム上で回答する方式で実施した。

【結果】

１．回答者の属性と業務特性

回答者は医療者 90 名、非医療者 60 名の計 150 名であり、医療者が 6 割を占めた。

医療者は主に小児科、新生児医療、救急、看護、助産、循環器、腎臓、消化器、血液・がんなどの臨床領域のほか、臨床心理や在宅支援に関わる専門職も含まれていた。

非医療者については、行政職（保健師、母子保健、保健業務）、教育・福祉関係、心理・相談支援（臨床心理、発達支援、カウンセラー）、児童虐待防止、医療ソーシャルワーカー、歯科衛生士、さらには議会関係者や民間啓発活動従事者（例：ライフジャケット普及、石材業など）も含まれており、多様な背景を持つ回答者が集まった。

医療者の大半は病院勤務であり、月に 1 例以上の頻度で子どもの死に関与する「日常的対応」が約 4 分の 1、年に数例の「時々対応」層と合わせると 7 割以上が何らかの形で死別事例に関与すると回答された。

一方、非医療者は行政職（保健・教育・福祉）を中心とした構成で、子どもの死への「対応経験なし」または「数年に 1 例程度」が多く、制度設計や相談支援といった間接的関与が多い傾向にあった。

２．CDR に関する認識と経験

CDR に対する理解度は、医療者・非医療者ともに「よく知っていた」「ある程度知っていた」が約 7 割を占め、基礎認知は比較的広がっていることが示された。

行動面では、医療者の約 7 割が施設内または多職種での死後カンファレンスの経験を有していたが、非医療者は 2 割以下にとどまった。

都道府県 CDR モデル事業の導入意向については、回答者の帰属地域で「すでに導入済みまたは検討中」

「導入してほしい」とする回答が医療者 76%、非医療者 78%と高く、職種を問わず制度導入への期待が認められた。

３．グリーフケアの認識と実施状況

グリーフケアについて「よく知っている」と回答した割合は医療者 53%、非医療者 55%であり、認知において職種差は見られなかった。

一方、実施行動には大きな差があり、医療者では「経過説明」「グリーフカードの提供」「精神科紹介」など複数の実践が報告されたのに対し、非医療者では「知っているが具体的には動いていない」との回答が多数を占めた。

これは職務上の関わりの濃淡や、制度的な支援枠組みの整備状況を反映していると考えられる。

４．CDR・グリーフケアにおいて重要視される項目

複数回答可の設問から、以下の傾向が明らかになった

① CDR で重要と考えられている要素

回答者は、CDR において「子どもの死を予防するための具体的な提言」「遺族に対するグリーフケア」「地域のファシリテーターの存在」を特に重要と捉えている傾向にあった。これに対し、「何が悪かったか責任を明らかにする」「捜査情報の共有」などは選択が極めて少数であり、CDR に対する意識が責任追及型ではなく、支援と予防に基づく運用を志向していることが伺える。

とりわけ「地域のファシリテーターの存在」の選択率が高かったことは、CDR を単なる制度ではなく、地域の実践を担う人的資源によって動かされるものと捉えている証左であり、人材育成と役割の制度的明確化が急務であることを示唆している。

② グリーフケアに関する具体的な活動

医療者は「死亡時の家族への説明」「グリーフカードの配布」「希望に応じた精神科紹介」など、具体的なケア行動を複数実施している。一方、非医療者は「グリーフケアを知ってはいるが具体的に動いていない」という回答が圧倒的に多く、制度的支援枠や職務上の位置づけが曖昧であることがうかがえる。

また、死亡退院後の経過説明、外来での継続的支援など、死後の「継続ケア」に関する活動は両属性とも少数にとどまっており、グリーフケアを事例発生に際して単発対応に留めず、継続支援として制度化する必要があることが窺われた。

③ グリーフケア提供にあたり重要な要素

回答者は「子どもを亡くした人の一般的な反応に関する知識」「具体的なケア方法」「医療施設・地域における体制や予算の整備」が重要であると認識している。医療者は施設内体制、非医療者は地域支援の仕組みに関心を寄せており、各職種の役割特性が反映されている。

加えて、医療者の一部は「亡くなる前からグリーフケアが必要である」と回答しており、これは予期的グリーフや周辺家族へのケアを意識した臨床的視点に基づくものである。今後、グリーフケアの定義を「死後対応」に限定せず、“人生の終わりに向けた包括的支援”として位置づける必要があると考察された。

④ CDR とグリーフケアの関係性に対する認識

「CDR の制度化が遺族支援につながる」「多職種による振り返りが地域全体のグリーフケアにつながる」

「CDR の文化醸成にはグリーフケアの仕組みも必要」といった項目に多数の選択が集まった。医療者からは「CDR は支援者自身のグリーフケアにもつながる」という視点が示されており、ケアを提供する側の感情的負荷にも配慮すべきであることが明らかとなった。

これらの傾向から、CDR とグリーフケアは相互に支え合う制度・文化として捉えられており、「遺族支援」だけでなく「関係者支援」「地域支援」を含む包括的なケア体制として組み立てていくことが望まれる。

５．講習会ニーズと啓発効果

講習会への参加希望では「心理的アプローチの講義」「基本知識の講義」「遺族の話を聴く機会」への関心が高く、実践スキルと理解深化の両側面へのニーズが確認された。

また、アンケート実施後の意識変化においては、回答者の約 9 割が「理解が深まった」「考えるきっかけになった」と回答しており、アンケート自体が啓発的な役割を果たしていることが示された。

６．自由記述のまとめと現場の声

自由記述には、制度化への期待と課題、支援への思い、現場の葛藤が多く含まれていた。主な意見は以下のとおりであった。

- 「予算措置がなければ制度が動かない」「縦割り行政では連携が難しい」
- 「声がけの方法もわからずそっとするしかできない」「支援したくても関われない現実」
- 「自身の喪失経験からグリーフケアの重要性を痛感」「今度は自分が支える側に回りたい」
- 「医療・行政・民間の連携による包括的支援が必要」
- 「啓発活動を自分でも始めてみたい」

【考察】

今回のアンケート結果から、CDR におけるグリーフケアの重要性は職種を問わず広く認識されていること、また、制度としての整備と実務者の支援体制が求められていることが明らかになった。医療者は死別事例への対応経験と実践的知識を有している一方で、特に非医療者は制度設計や政策に関わる立場として、支援枠組みの理解と実施が課題である。

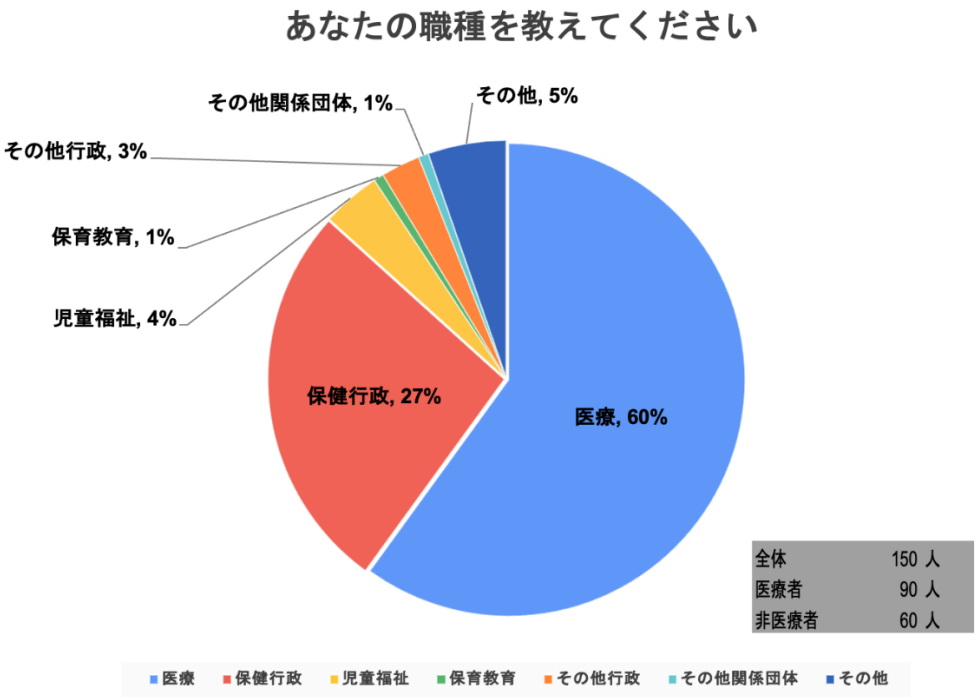
グリーフケアの実施にあたっては、**知識・技術・体制の三本柱**が欠かせず、職種を問わず共通して学びのニーズが確認された。また、CDR とグリーフケアが相互に関係し合う制度的・文化的基盤として捉えられていることから、**制度構築と支援文化の醸成を並行して進めることが不可欠**である。

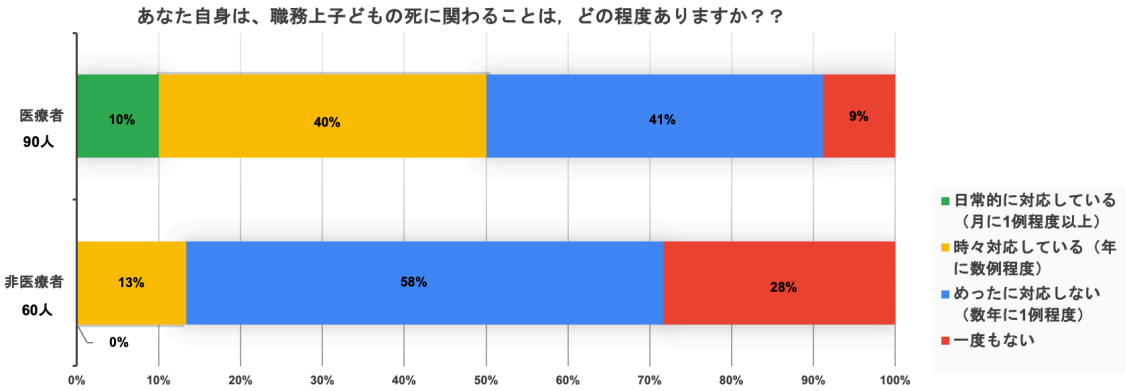
自由記述に示された現場の声は、制度化によって生まれる期待と、制度が未整備なことで生じるもどかしさの両面を象徴しており、今後の研究・施策にはその温度感を汲み取る姿勢が求められる。

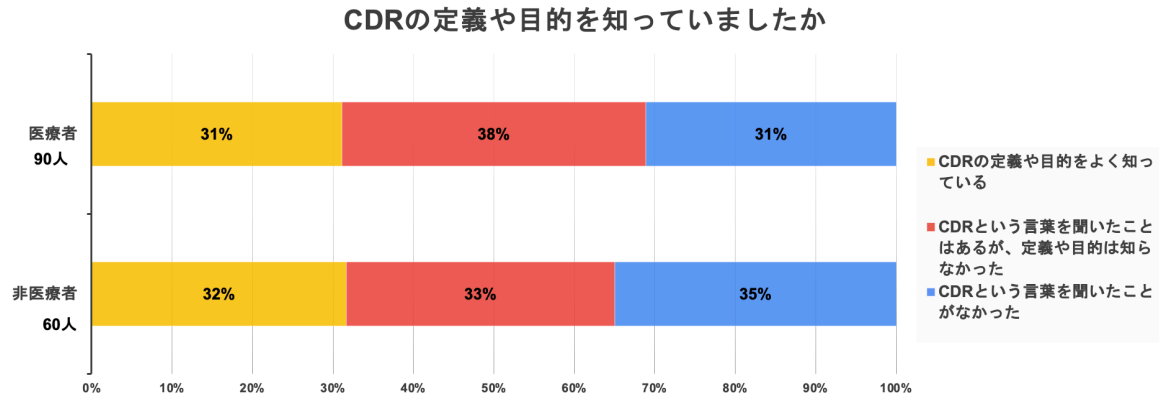
【おわりに】

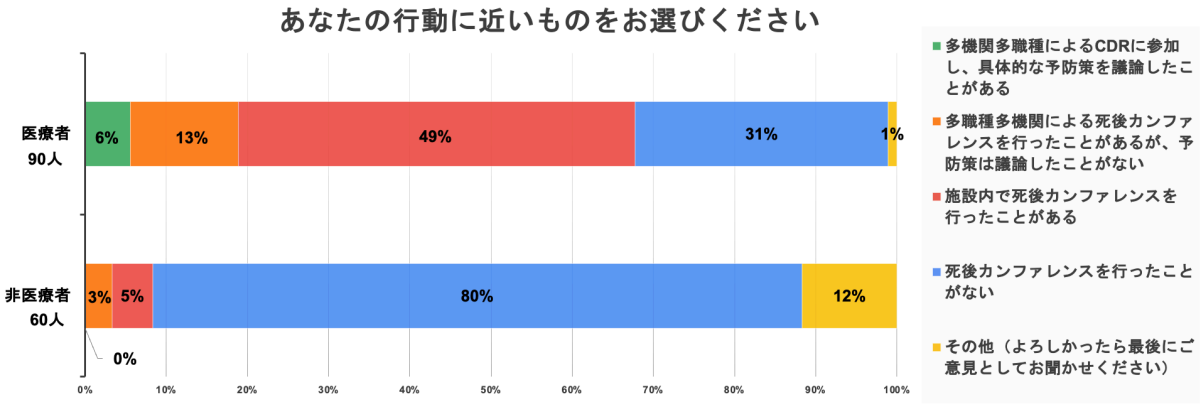
本アンケートは、多職種の関係者が CDR とグリーフケアの接点を見つめ直す契機となった。今後、制度整備・人材育成・啓発活動が連携して進むことで、子どもを亡くされたご家族への支援と、関係者自身の心の支えにもつながる包括的な枠組みが形成されることを願っている。

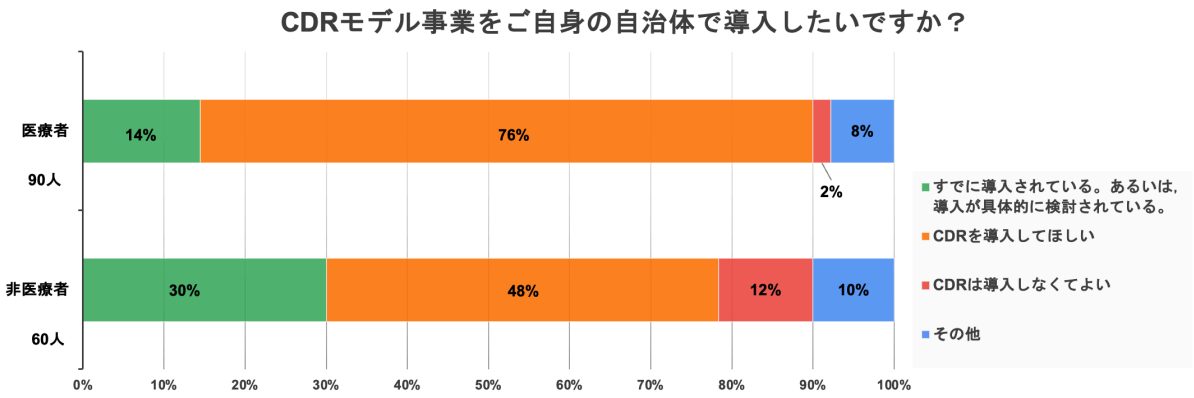
【質問項目と回答一覧】

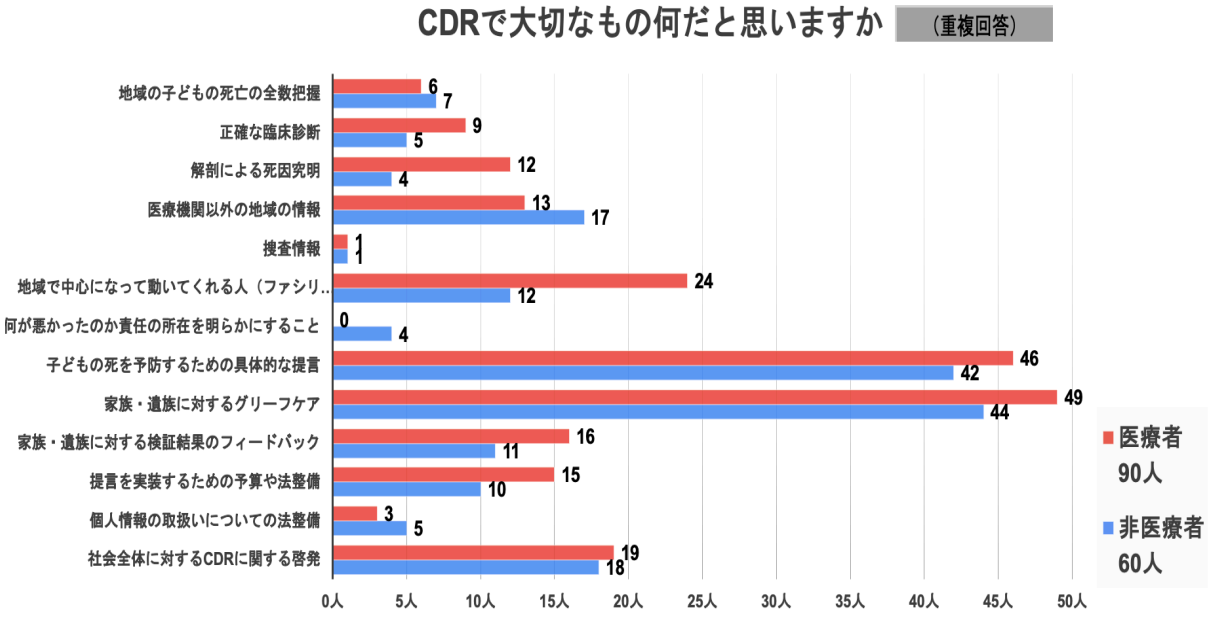

あなたの職種を教えてください
その他関係団体, 1%
その他, 5%
その他行政, 3%
保育教育, 1%
児童福祉, 4%
保健行政, 27%
医療, 60%
全体 150 人
医療者 90 人
非医療者 60 人
医療
保健行政
児童福祉
保育教育
その他行政
その他関係団体
その他

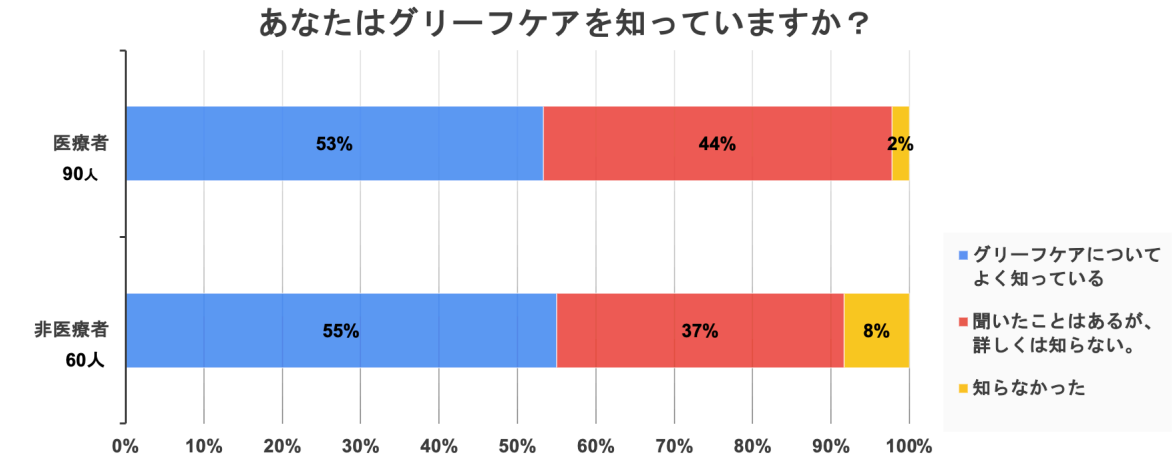

あなた自身は、職務上子どもの死に関わることは，どの程度ありますか？？
医療者
90人
10%
40%
41%
9%
非医療者
60人
13%
58%
28%
0%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
日常的に対応している（月に1例程度以上）
時々対応している（年に数例程度）
めったに対応しない（数年に1例程度）
一度もない

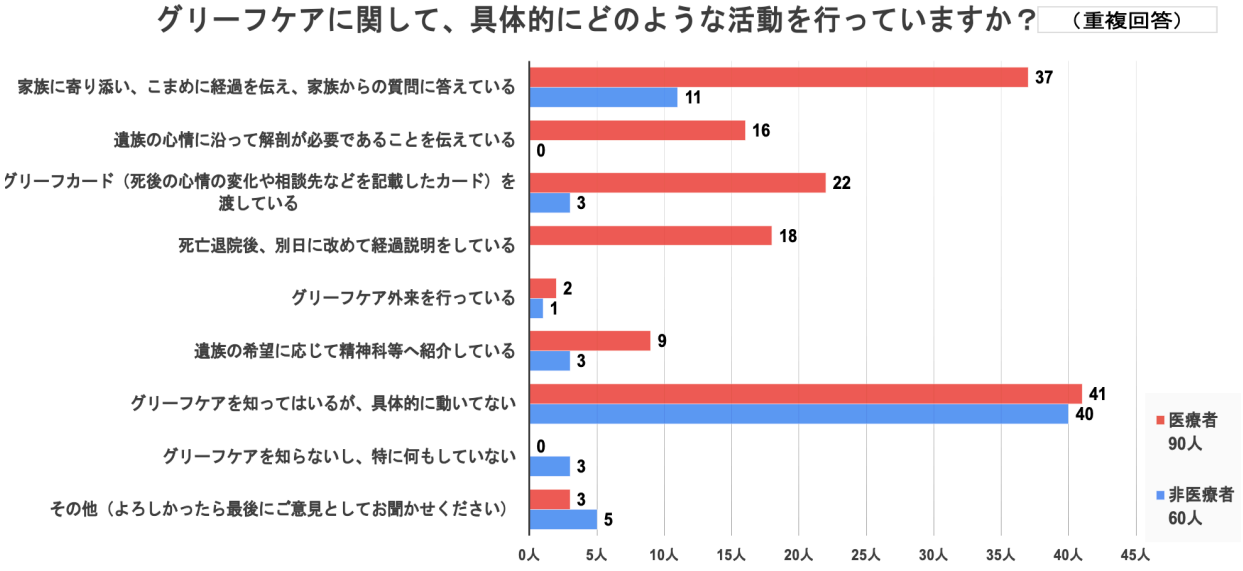

CDRの定義や目的を知っていましたか
医療者
90人
31%
38%
31%
非医療者
60人
32%
33%
35%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
CDRの定義や目的をよく知っている
CDRという言葉を聞いたことはあるが、定義や目的は知らなかった
CDRという言葉を聞いたことがなかった


あなたの行動に近いものをお選びください
医療者
90人
非医療者
60人
6%
13%
49%
31%
1%
3%
5%
80%
12%
0%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
多機関多職種によるCDRに参加し、具体的な予防策を議論したことがある
多職種多機関による死後カンファレンスを行ったことがあるが、予防策は議論したことがない
施設内で死後カンファレンスを行ったことがある
死後カンファレンスを行ったことがない
その他（よろしかったら最後にご意見としてお聞かせください）

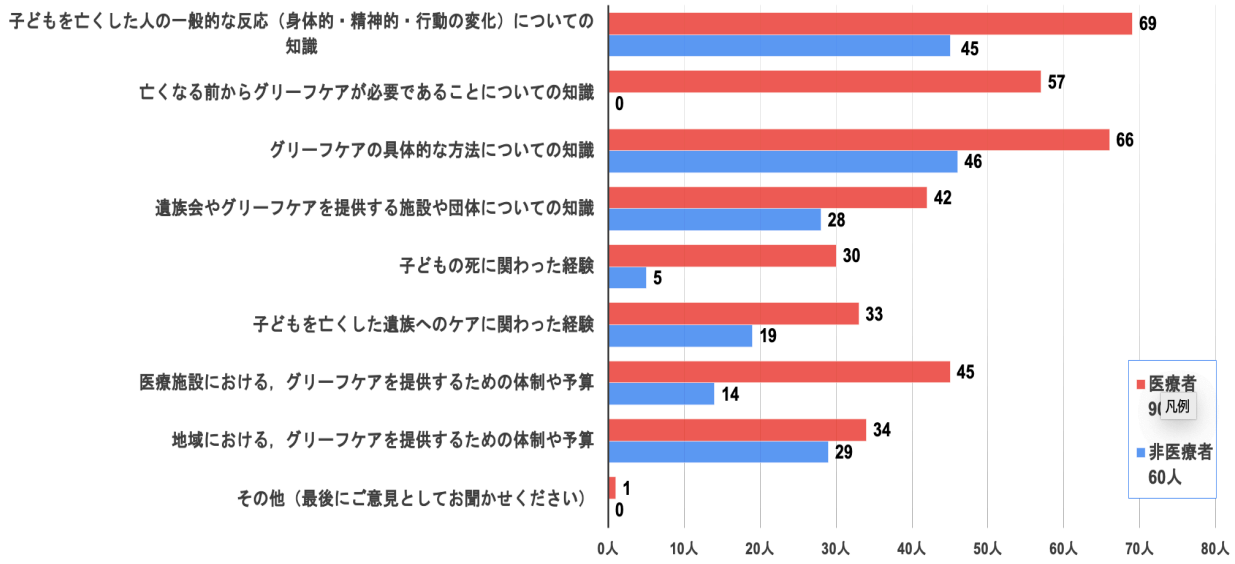

CDRモデル事業をご自身の自治体で導入したいですか？
医療者
90人
非医療者
60人
14%
76%
2%
8%
30%
48%
12%
10%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
すでに導入されている。あるいは，導入が具体的に検討されている。
CDRを導入してほしい
CDRは導入しなくてよい
その他


CDRで大切なもの何だと思いますか
（重複回答）
地域の子どもの死亡の全数把握
6
7
正確な臨床診断
9
5
解剖による死因究明
12
4
医療機関以外の地域の情報
13
17
捜査情報
1
1
地域で中心になって動いてくれる人（ファシリ..
24
12
何が悪かったのか責任の所在を明らかにすること
0
4
子どもの死を予防するための具体的な提言
46
42
家族・遺族に対するグリーフケア
49
44
家族・遺族に対する検証結果のフィードバック
16
11
提言を実装するための予算や法整備
15
10
個人情報の取扱いについての法整備
3
5
社会全体に対するCDRに関する啓発
19
18
0人
5人
10人
15人
20人
25人
30人
35人
40人
45人
50人
医療者
90人
非医療者
60人

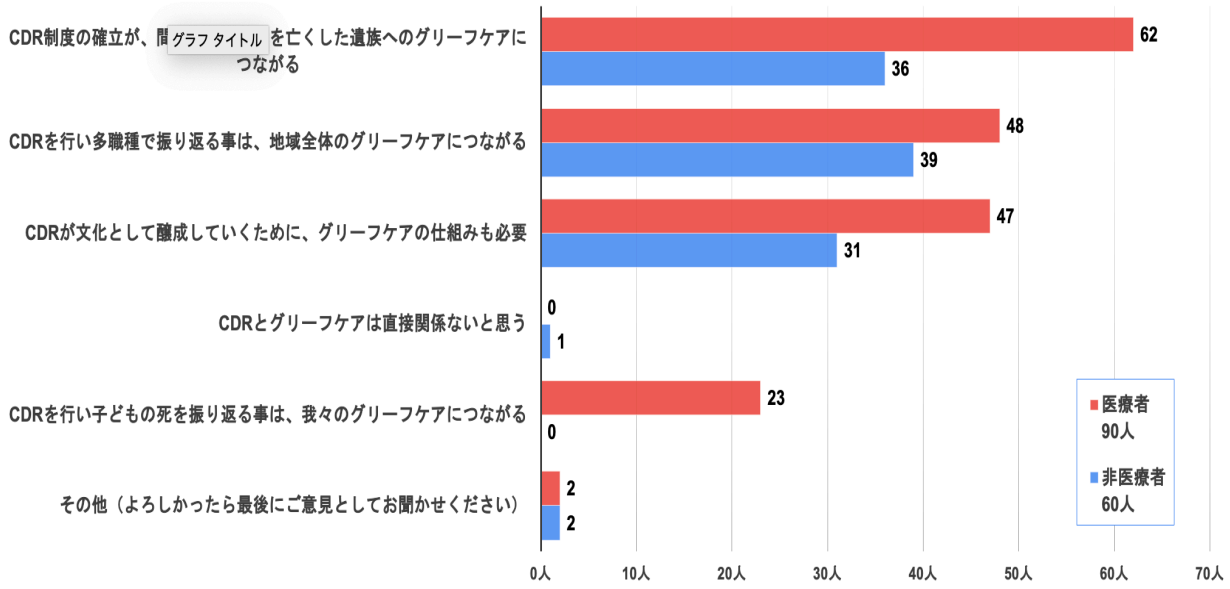

あなたはグリーフケアを知っていますか？
医療者
90人
53%
44%
2%
非医療者
60人
55%
37%
8%
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%
100%
グリーフケアについて
よく知っている
聞いたことはあるが、
詳しくは知らない。
知らなかった


グリーフケアに関して、具体的にどのような活動を行っていますか？（重複回答）
家族に寄り添い、こまめに経過を伝え、家族からの質問に答えている
37
11
遺族の心情に沿って解剖が必要であることを伝えている
16
0
グリーフカード（死後の心情の変化や相談先などを記載したカード）を渡している
22
3
死亡退院後、別日に改めて経過説明をしている
18
グリーフケア外来を行っている
2
1
遺族の希望に応じて精神科等へ紹介している
9
3
グリーフケアを知ってはいるが、具体的に動いてない
41
40
グリーフケアを知らないし、特に何もしていない
0
3
その他（よろしかったら最後にご意見としてお聞かせください）
3
5
0人
5人
10人
15人
20人
25人
30人
35人
40人
45人
医療者
90人
非医療者
60人

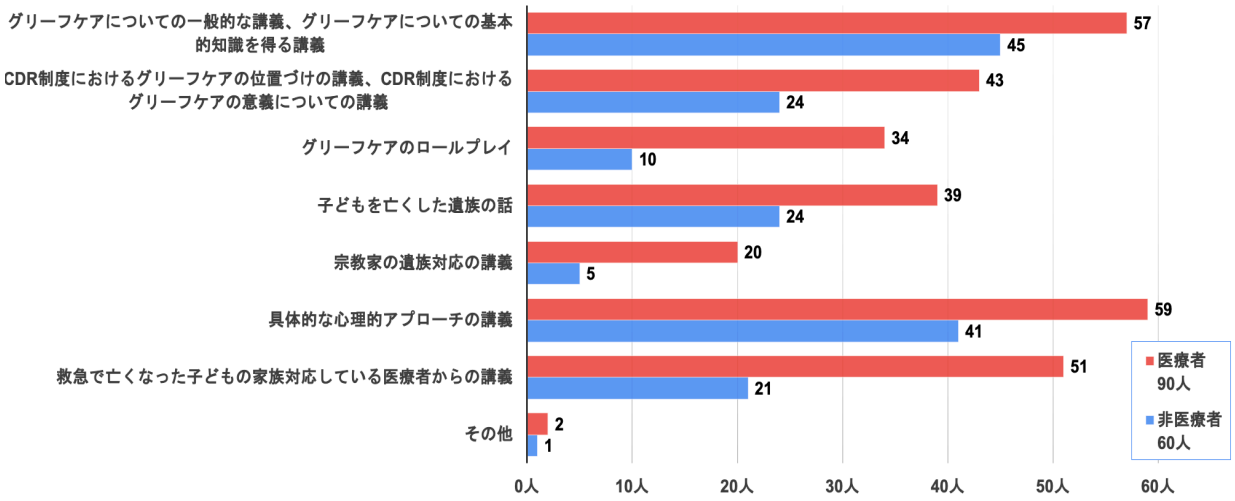
グリーフケアを提供するために，大切なことはどれだと思いますか？（重複回答）



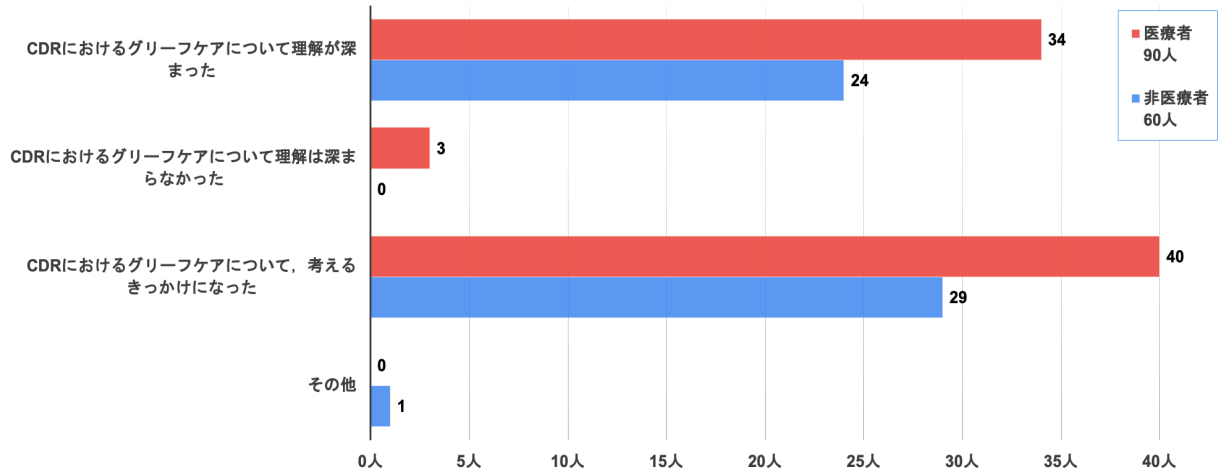
CDRとグリーフケアの関係についてどう思いますか？（重複回答）



CDRに伴うグリーフケアについて、どんな講習会があれば参加したいですか？ （重複回答）



このアンケートを通じてあなたの意識は変わりましたか？



別紙4

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
河村 有教	死因究明とチャイルド・デス・レビュー（CDR）についての一考察	只木 誠，佐伯 仁志，北川 佳世子	甲斐克則先生古稀祝賀論文集【下巻】医事法学の新たな挑戦	成文堂	日本	2024	595-613

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
木下 あゆみ，石倉 亜矢子，沼口 敦ら	1000人の子を救う!! CDRの可能性 ～すべての子らを世の光に～	子どもの虐待とネグレクト	26(2)	202-203	2024
長村 敏生，伊藤 陽里，沼口 敦ら	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第14報 わが国における小児死亡症例の現状と課題～第2期JRSC（Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～(1)第2期小児救急重篤疾患登録調査（JRSC）の概要	日本小児救急医学会雑誌	23(3)	380-385	2024
伊藤 陽里，長村 敏生，沼口 敦ら	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第15 報 わが国における小児死亡症例の現状と課題～第 2 期 JRSC （ Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～ (2) 新型コロナウイルス感染症およびインフルエンザウイルス感染症関連死亡例のまとめ	日本小児救急医学会雑誌	23(3)	386-389	2024
種市 尋宙，長村 敏生，沼口 敦ら	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第16報 わが国における小児死亡症例の現状と課題～第2期JRSC（Japan Registry System for Children with critical disease）登録結果をふまえて～(3) 小児自殺症例のまとめ	日本小児救急医学会雑誌	23(3)	390-391	2024

内田 佳子, 伊藤 陽里, 沼口 敦ら	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第17報　わが国における小児死亡症例の現状と課題～第2期JRSC (Japan Registry System for Children with critical disease) 登録結果をふまえて～(4) 死亡症例の検証作業の現状―検証体制の仕組みと検証結果の実情―	日本小児救急医学会雑誌	23(3)	392-394	2024
古野 憲司, 長村 敏生, 清澤 伸幸, 沼口 敦ら	日本小児救急医学会 調査研究委員会 委員会報告 第18報　わが国における小児死亡症例の現状と課題～第2期JRSC (Japan Registry System for Children with critical disease) 登録結果をふまえて～(5) 登録施設にフィードバックされた検証結果の活用方法	日本小児救急医学会雑誌	23(3)	395-396	2024

【参考資料】

わが国の乳児の睡眠関連死と寝具の関係について ～人口動態統計の解析より～

沼口　敦[1,2,3]
小西　央郎[3,4]
石倉亜矢子[3,5]
仙田　昌義[3,6]
木下あゆみ[3,7]
塚原　紘平[3,8]
小原　隆史[9]

1. 名古屋大学医学部附属病院救急・内科系集中治療部
2. 名古屋大学大学院医学系研究科　小児科学講座
3. 日本小児科学会予防のための子どもの死亡検証委員会
4. 中国労災病院小児科
5. 函館中央病院小児科
6. 国保旭中央病院小児科
7. 四国こどもとおとなの医療センター小児科
8. 岡山大学病院救命救急センター
9. 岡山大学救急科

はじめに

わが国で0歳児の死亡は年間1,500ないし2,000件が発生する．その原因として先天奇形等，呼吸障害等，不慮の事故，乳幼児突然死症候群等が上位に挙げられ，「不慮の事故」の大半は睡眠中に発生する窒息である．また乳幼児突然死症候群（SIDS）は「それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず，しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない，原則として1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群」であり，主として睡眠中に発症するが，その発生に関与する外部要因のひとつに，安全でない睡眠環境が挙げられる．

米国のレジストリ研究では，乳児突然死の72%は「安全でない睡眠環境」で発生しており，窒息（確定および疑い）例の74%は柔らかな寝具（soft-bedding）が関与すると報告された．わが国には，このような解析を可能とするレジストリ研究は存在しない．

方法と対象

2007年，2012年，2017～2022年に死亡した18歳未満の者について，統計法に定める手続によって人口動態統計の目的外閲覧を申請し，死亡票および死亡個票の払い出しを受けた．本研究では，そのうち死亡時年齢が1歳未満であったものを対象として抽出した．なお死産は対象外とした．また，比較のため死亡時年齢が1歳のものも同様に抽出した．

死亡票，死亡個票およびその他の公開統計資料等を独自開発によるビューワーソフトウェア（図1）で突合し，記載内容のテキスト情報を検討した．確定された原死因コードおよび死因傷病名をもとに死因を分類した．死因がSIDS（疑いを含む）であるもの，窒息（疑いを含む）であるもの，その他の死因傷病名が明示されないものを抽出した．また死亡個票の「手段および状況」として記載されるテキスト情報を参照し，この欄に睡眠中に発生した旨が記載されるもの，それらのうち寝具に関係しうる旨が明記されるもの（ただし「布団上で発見された」ことのみ記載の例は除外した）を抽出した．寝具との位置関係について「全身が寝具類に埋もれていた」「顔を寝具類が覆っていた」「顔面に寝具類が巻き付いていた」ものに該当する例を計数した．また寝具との位置関係の明記の有無にかかわらず，記載された寝具の種類を「掛けふとん」「枕・クッション」

図1　独自開発によるビューワーソフトウェア画面．各事例につき，事件簿番号等を用いて突合した死亡票（画面左），死亡個票（画面右）の記載内容が並び表示される．

「毛布」「タオルケット」の別に分類して計数し，掛けふとんが記載されたものについては「成人用（掛けふとん）」と明記されたものを抽出して内数を併記した．

倫理的事項

本研究は，名古屋大学における倫理審査により承認を受け実施中の「わが国の子どもが死亡する場所についての研究」［承認番号 2021-0341-2］のサブ解析である．

結果

対象期間の 1 歳未満の死亡例は 15,098 例であった．このうち 2,084 例（13.8%）は「睡眠中に発生した突然死」である可能性があり，このうち 681 例（4.5%）は「睡眠中に発生した突然死」であることが明示された．

睡眠中に発生した突然死と明示された 681 例のうち，寝具類の関連について記載があったものは 75 例（11%）であり，内訳は「全身が寝具類に埋もれていた」16 例，「顔を寝具類が覆っていた」15 例，「顔面に寝具類が巻き付いていた」7 例等であった．記載のあった寝具は，掛けふとん 30 例（うち 5 例のみ「成人用」の明記），枕・クッション 10 例，毛布 6 例，タオルケット 2 例等であった．年によって発生数が変動し，発生の増加や減少など一定の傾向を認めなかった（表 1）．

死亡時の月齢により「月齢 0」「月齢 1～2」「月齢 3～5」「月齢 6～8」「月齢 9～11」の 5 群に分類し集計した．参考のため，1 歳死亡例についても同様に集計し「月齢 12～14」「月齢 15～17」「月齢 18～20」「月齢 21～23」の 4 群に分けて並記した（表 2）．全身が寝具類に覆われていた，寝具類が顔面に巻きついていた，寝具類が顔を覆っていた等の寝具に関連する死亡態様は，月齢 1～2 から発生し月齢 3 以降に増加した．また 1 歳以降には減少し，月齢 15 以降は発生を認めなかった．

Limitation

本研究は，研究対象を死亡票及び死亡個票としており，これは死亡診断書（死体検案書）に記載された文字情報の一部をデジタルデータ化したものである．わが国の死亡例を悉皆的に確認できる資料である反面，死亡診断（死体検案）に際して調査されなかった，調査されたが記載され

表1　1歳未満の睡眠中突然死の年別推移

		合計	（発生年）							
			2007	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1歳未満の死亡数		15,098	2,910	2,364	1,832	1,822	1,720	1,566	1,460	1,424
睡眠中が否定できない例		2,084	217	341	295	303	266	242	232	188
睡眠中と明記		681	74	104	94	91	86	72	73	87
寝具類の記載あり		75	9	18	7	14	6	9	3	9
寝具との位置関係	全身が寝具類に埋もれていた	16	0	4	2	4	3	0	1	2
	顔を寝具類が覆っていた	15	1	3	3	4	0	2	1	1
	顔面に寝具類が巻き付いていた	7	2	2	0	1	1	0	0	1
寝具の種類	掛けふとん	30	1	8	3	8	6	2	1	1
	（うち成人用と明記）	5	0	0	0	2	2	1	0	0
	枕・クッション	10	0	3	0	0	0	2	2	3
	毛布	6	0	1	0	2	0	0	0	3
	タオルケット	2	1	0	1	0	0	0	0	0

表2　1歳未満の睡眠中突然死の月齢群別発生数，1歳死亡も参考のため並記した．

		合計	（1歳未満例の月齢）					（参考：1歳死亡例の月齢）			
			0	1～2	3～5	6～8	9～11	12～14	15～17	18～20	21～23
1歳未満の死亡数		15,098	7,224	2,719	2,462	1,194	1,499	758	604	376	617
睡眠中が否定できない例		2,084	128	647	674	313	322	125	97	71	95
睡眠中と明記		681	45	171	247	128	90	27	19	10	17
寝具類の記載あり		75	3	10	25	19	18	3	0	0	0
寝具との位置関係	全身が寝具類に埋もれていた	16	0	2	5	3	6	1	0	0	0
	顔を寝具類が覆っていた	15	0	3	8	3	1	1	0	0	0
	顔面に寝具類が巻き付いていた	7	0	0	3	3	1	0	0	0	0
寝具の種類	掛けふとん	30	0	4	8	8	10	1	0	0	0
	（うち成人用と明記）	5	0	0	2	1	2	0	0	0	0
	枕・クッション	10	0	5	2	2	1	0	0	0	0
	毛布	6	0	0	5	1	0	0	0	0	0
	タオルケット	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0

なかった，調査者と記載者が異なり情報共有が限定的だった等の何らかの理由で死亡診断書（死体検案書）に記載されなかった情報は一切反映されない．このため，本研究では実際に発生した事例の一部しか抽出することができず，本報告が過小評価である可能性が強く示唆される．

第３回チャイルドデスレビュー模擬検証
金沢 TKP新幹線口会議室
2025-3-9

我が国の
こどもの予期せぬ事故の実態と予防

国立成育医療研究センター
植松悟子

本日の講義内容

1. 我が国の子どもの予期せぬ事故の実態
2. 事故予防
3. グループワーク　やってみよう！事故予防

1. 我が国の こどもの予期せぬ事故の実態

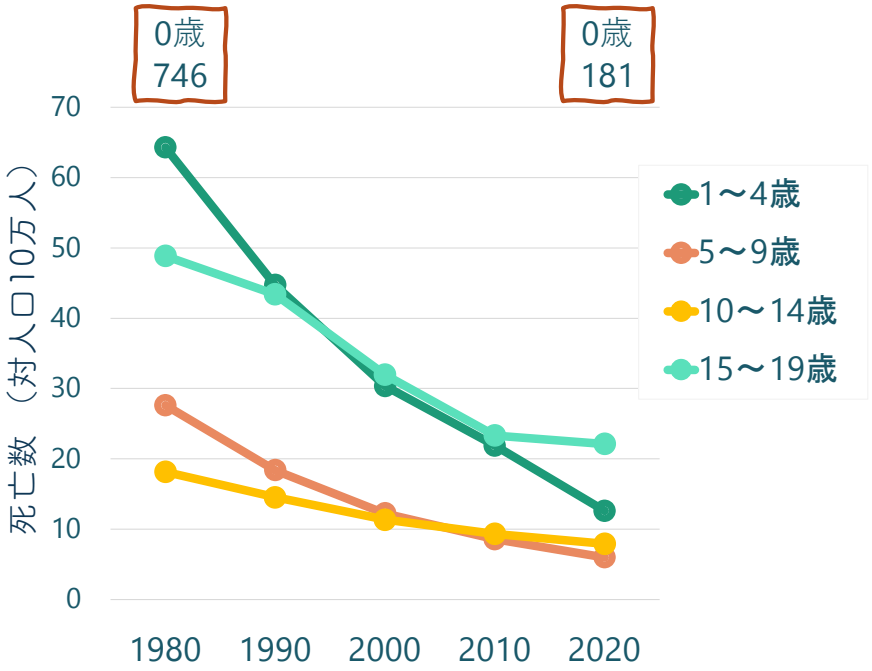
本日の内容

こどもの死亡原因 2023

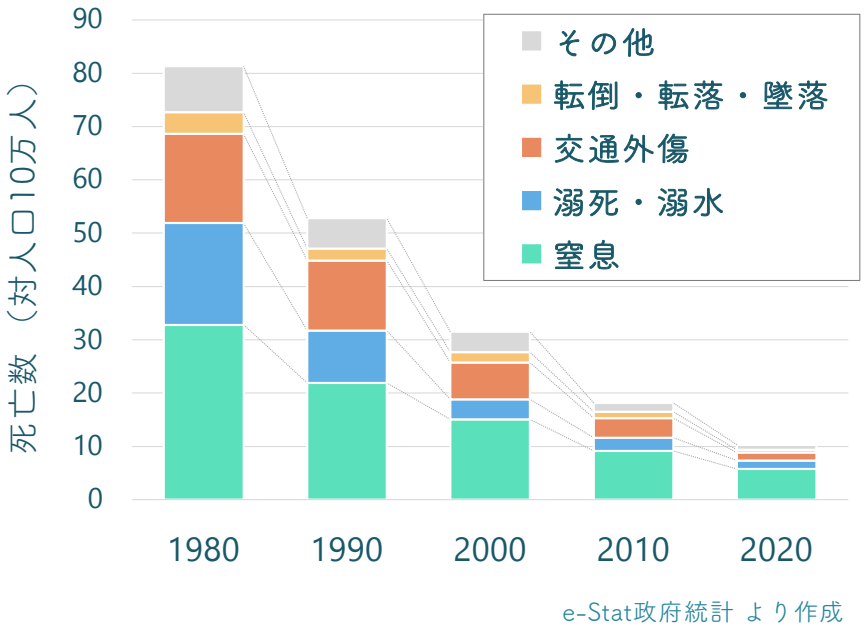
	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
0歳 (1,325名)	奇形等 464	周産期呼吸障害等 188	不慮の事故 72	出血性障害等 50	SIDS 44
1～4歳 (556名)	奇形等 143	悪性新生物 57	不慮の事故 45	心疾患 13	COVID-19 20
5～9歳 (340名)	悪性新生物 83	不慮の事故 45	奇形等 39	インフルエンザ 21	新生物 心疾患 14
10～14歳 (470名)	自殺 120	悪性新生物 81	不慮の事故 51	奇形等 39	心疾患 20

e-Stat 政府統計の総合窓口 2023年調査より作成

小児死亡数の年次推移



e-Stat政府統計 より作成

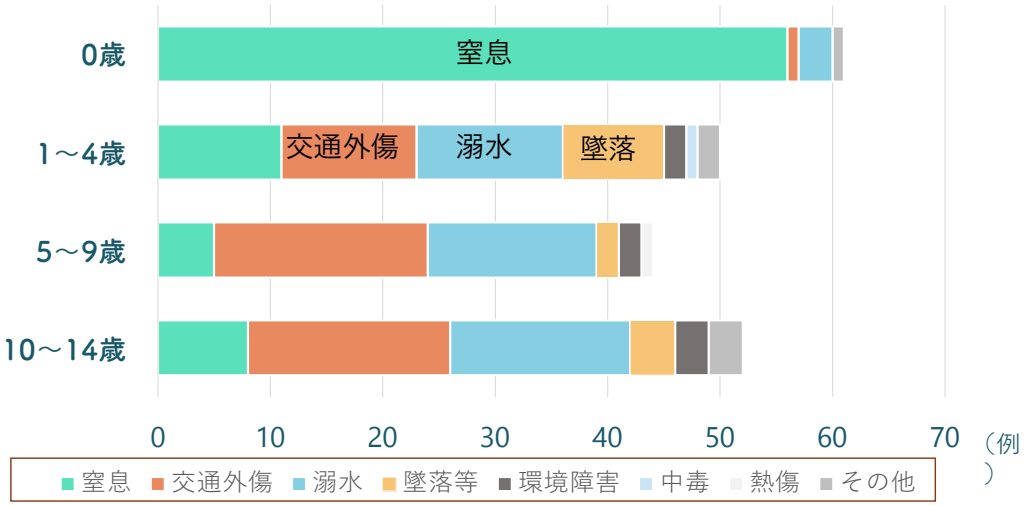


e-Stat政府統計 より作成

不慮の事故死亡数年次推移

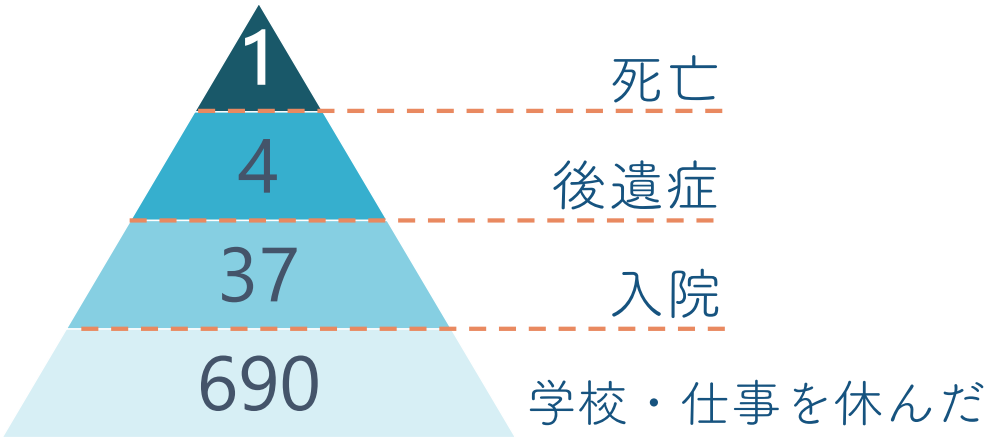
（15歳未満）

不慮の事故 死亡の内訳（年齢別）



厚生労働省 人口動態調査　2021年

墜落による外傷の転帰（中国）　（0-17歳）



Jiangxi injury survey: child injury report. Jiangxi, Jiangxi Center for Disease Control, The Alliance for Safe Children, UNICEF-China, Jiangxi Provincial Health Bureau, Chinese Field Epidemiology Training Program, 2006

2. 事故予防

本日の内容

2-1.事故予防クイズ

作成 富田慶一

本日の内容

問題

この部屋には，こどもにとって，

“どんな危険がある”でしょうか？

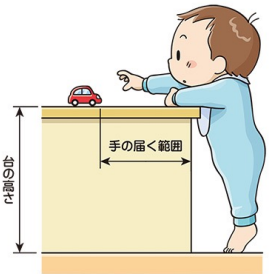
また，**“どんな予防策が考えられる”**でしょうか？

解答

≪予防策≫ 窓やベランダ

- そばに足場になるようなものを置かない
- 定期的に劣化がないかを点検
- 子どもの手の届かない位置に**補助錠**を付ける
- こどもをひとりにしない

消費者庁HP Vol.608 転落に注意! - 窓やベランダ周りを今一度確認を!



子供の手の届く範囲は
「台の高さ＋手の届く範囲」

1歳児：約 90cm
2歳児：約110cm
3歳児：約120cm

≪予防策≫ 熱いもの

・こどもの手が届かない場所（テーブル中央）に置く

・テーブルクロスやランチョンマットは使わない

・電気ケトルやポットの電源コードにも注意！

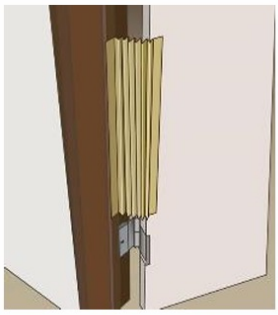
消費者庁HP Vol.618 熱い食べ物や飲み物などによるやけどに御注意ください!

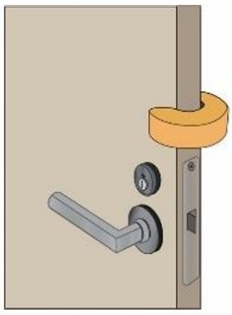
独立行政法人 製品評価技術基盤機構提供（NITE）

≪予防策≫
誤飲/誤嚥して危険な物質は，**こどもの手の届かない場所**に置く

消費者庁HP Vol.649 加熱式たばこの誤飲に注意!

小児科学会HP Injury Alert No.90 類似事例1





市販の指はさみ防止グッズ

東京くらしWEB ドアによるはさみ込みに注意しましょう！

世の中にはできるないこともある…

変えられるもの	変えられないもの

こどもの特徴

からだ　小さい

気道細い、頭部大きい、重心高い

身体能力 発達段階

運動機能
視界
歯で物を噛み砕く力・飲み込む力

認知機能 発達段階

危険予知能力
自己抑制能力
興味の対象にだけ関心が集中しやすい

2-2.事故予防 の概要

本日の内容

事故予防の原則 3つのE

Peden M, editor, et al. Geneva: World Health Organization; 2008

事故予防の原則 3つのE

Peden M, editor, et al. Geneva: World Health Organization; 2008

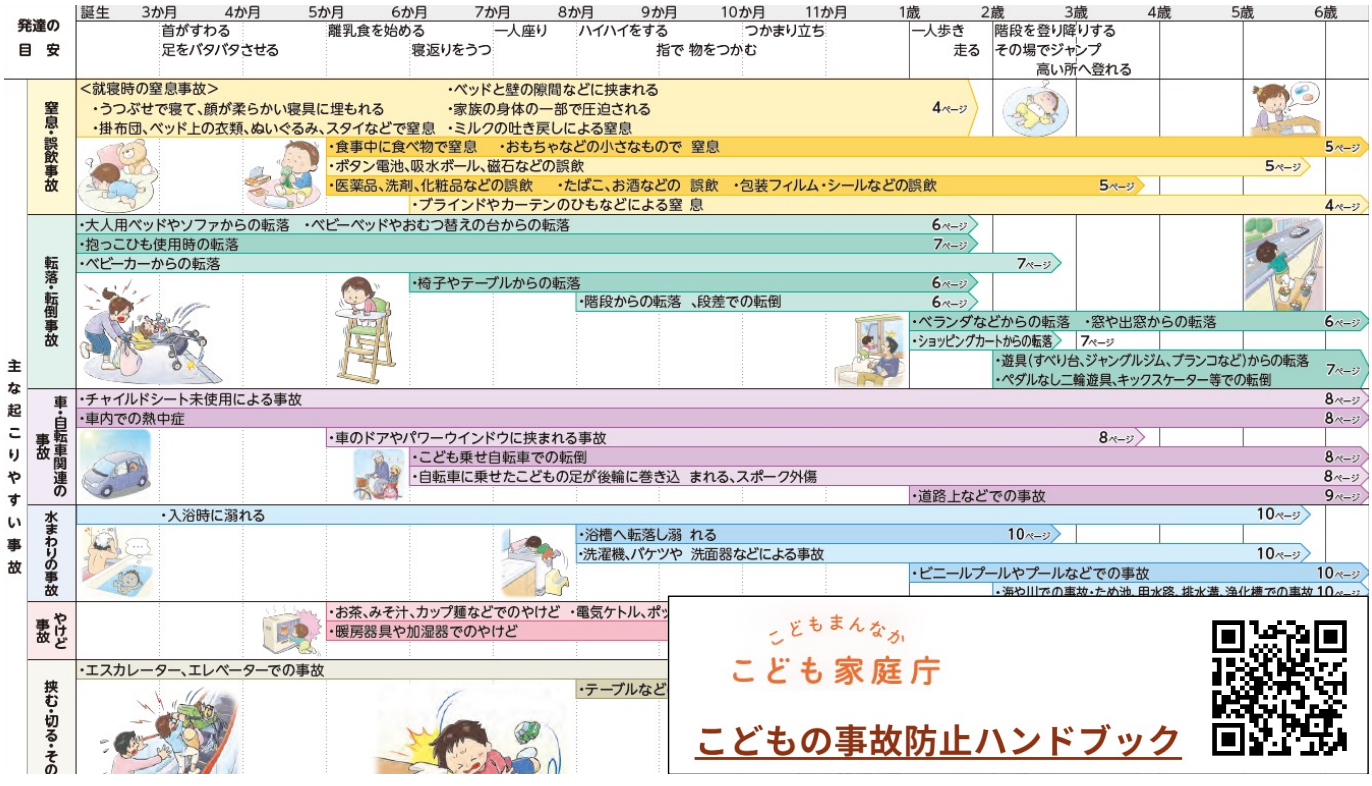
Education 教育

医療者から保護者への啓発

- 個人単位での事故予防

- 施設単位での事故予防

各団体から保護者への啓発



事故予防の原則 3つのE

Peden M, editor, et al. Geneva: World Health Organization; 2008

Engineering 技術

例) 熱傷の予防

KIDS DESIGN AWARD 2009

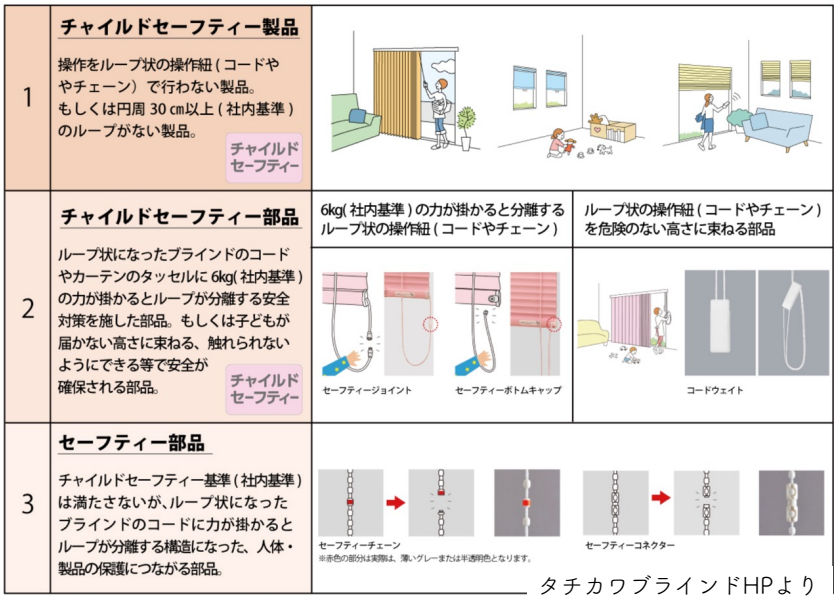
蒸気レス

KIDS DESIGN AWARD 2019

転倒止水機能付き電気ケトル

Engineering 技術

例）窒息の予防



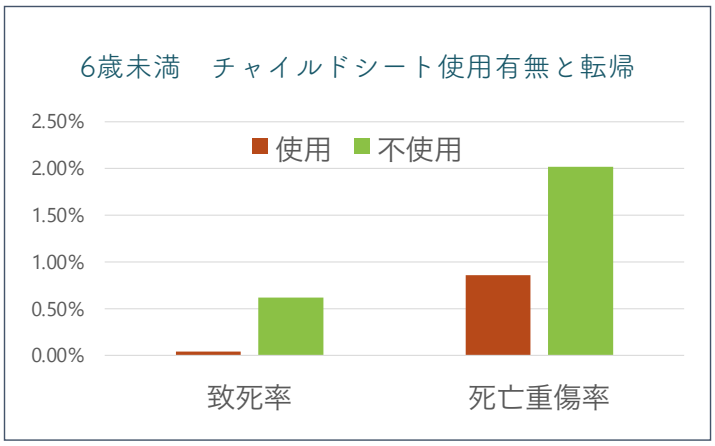
タチカワブラインドHPより

事故予防の原則 3つのE

Peden M, editor, et al. Geneva: World Health Organization; 2008

Enforcement 法制化

例）チャイルドシート



道路交通法第71条の3第3項

自動車の運転者は，幼児用補助装置を使用しない幼児（6歳未満）を乗車させて自動車を運転してはならない

令和４年度 警視庁資料より作成

Enforcement 法制化

子供の安全のため玩具への新たな規制が導入されます

消費生活用製品安全法施行令の一部を改正する政令が閣議決定されました

経済産業省 Ministry of Economy, Trade and Industry

2023年5月16日　同時発表：独立行政法人製品評価技術基盤機構（NITE）

▶ 安全・安心

本日、「消費生活用製品安全法施行令の一部を改正する政令」が閣議決定されました。本政令は、消費生活用製品安全法の特定製品に新たに磁石製娯楽用品と吸水性合成樹脂製玩具を指定し、技術基準に適合しない製品の販売を規制するものです。
これにより、強力な磁力を有する複数個の磁石を組み合わせて使用するいわゆるマグネットセット（写真）や水を吸収することで大きく膨らむ吸水性の玩具（写真）は、販売できなくなります。

既にマグネットセットや水で膨らむボールを購入された方におかれては、同製品を乳幼児に触らせないように十分注意をお願いします。
また、仮に同製品が販売されていたとしても、購入しないようにお願いします。

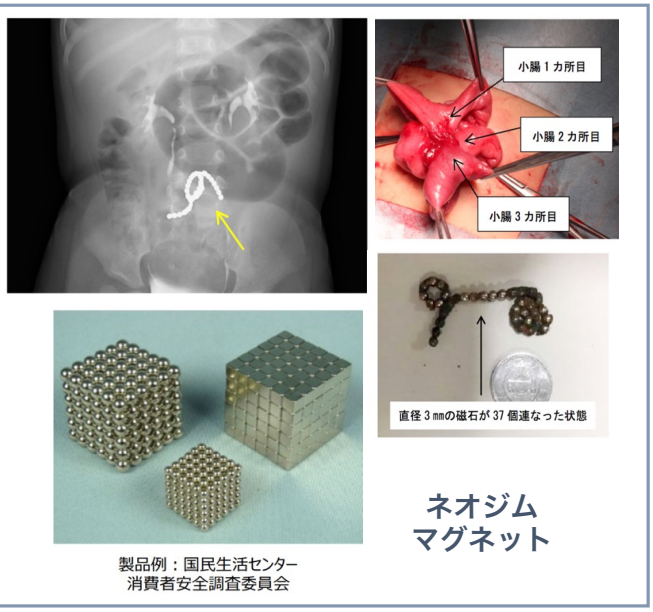
消費者庁・国民生活センター→経産省

1. 改正の背景

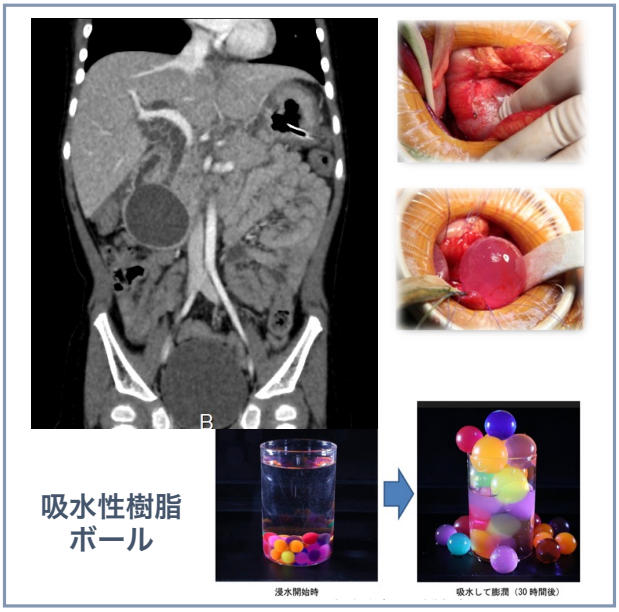
磁石製娯楽用品（マグネットセット）については、平成29年から令和4年に、子供が複数個の磁石を誤飲し腸壁を挟んで強力な磁石が引き合うことにより開腹手術による摘出が必要となった事故が11件発生したほか、吸水性合成樹脂製玩具（水で膨らむボール）については、令和3年に、乳幼児がこれらの製品を誤飲したため腸内で大きく膨らみ開腹手術による摘出が必要となった事故が4件発生しています。当該2製品は、仮に事故が発生した場合の事故の危険性が大きく、被害も重大であることから、特定製品へ指定して規制対象とし、技術基準に適合しない製品の販売を規制することとしました。

消費生活用製品安全法では、「消費生活用製品のうち、構造、材質、使用状況等からみて一般消費者の生命又は身体に対して特に危害を及

Enforcement 法制化



国民生活センターHP 強力な磁石のマグネットボールで誤飲
事故が発生－幼児の消化管に穴があき、開腹手術により摘出－



日本小児外科学会雑誌 2017;53:100-104

2-3.
“こどもに携わる職種”の方が働く施設での事故予防

本日の内容

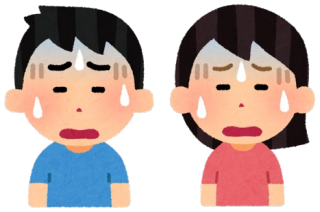
こどもに外傷を負わせたら…

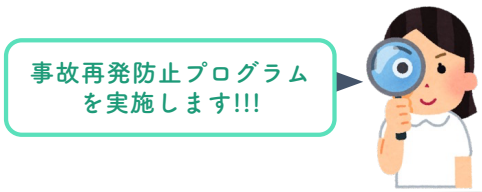
自分の不注意

自分の責任

家族に叱られる・責められる

病院で診療を受ければ、医師や
看護師から注意される・叱られる？





病院等で実施する事故再発防止

1. こどもの事故（けが）が起きた背景まで**情報収集**して、**事故発生の原因の分析**を行う

2. 再発防止のための環境整備など**「しくみづくり」**の**知識や方法**を保護者に新たに認知し行動してもらう

事故発生時の情報収集 <事故再発防止プログラム>

発生の状況
①発生時刻と場所
②目撃の有無
③事故の原因
④家庭での現在の対策

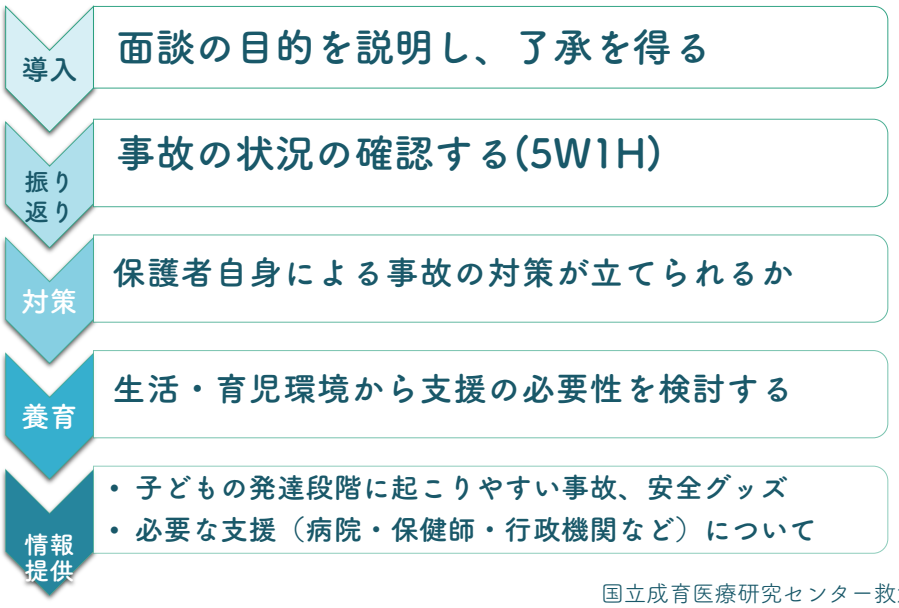
養育環境
①世帯や家族の構成
②育児の協力体制
③保護者の勤務情報
④子どもに対するイメージ

生活環境
①子どもが使う部屋の様子
②自宅内での過ごし方
③危険と感じる場所の有無
④自宅の間取り図

子どもの発達状況
①子どもができる行動
②保護者の認識

国立成育医療研究センター救急センター

病院等で実施する事故予防の流れ



国立成育医療研究センター救急センター

3.グループワーク

本日の内容

グループワーク1

3歳女児

16:30

マンション７階　ベランダから墜落

１階の家の人がボートを裏返して干していて、
その上に落下した。

診断：背部打撲傷、２日間入院

発生時の情報収集
5W1H
養育環境
生活環境
お子さんの発達

グループワーク1：3歳女児 墜落

事故発生時の情報収集 <事故再発防止プログラム>

発生の状況
①発生時刻と場所
②目撃の有無
③事故の原因
④家庭での現在の対策

養育環境
①世帯や家族の構成
②育児の協力体制
③保護者の勤務情報
④子どもに対するイメージ

生活環境
①子どもが使う部屋の様子
②自宅内での過ごし方
③危険と感じる場所の有無
④自宅の間取り図

子どもの発達状況
①子どもができる行動
②保護者の認識

国立成育医療研究センター救急センター

病院等で実施する事故予防の流れ

導入	面談の目的を説明し、了承を得る
振り返り	事故の状況の確認する(5W1H)
対策	保護者自身による事故の対策が立てられるか
養育	生活・育児環境から支援の必要性を検討する
情報提供	・子どもの発達段階に起こりやすい事故、安全グッズ ・必要な支援（病院・保健師・行政機関など）について

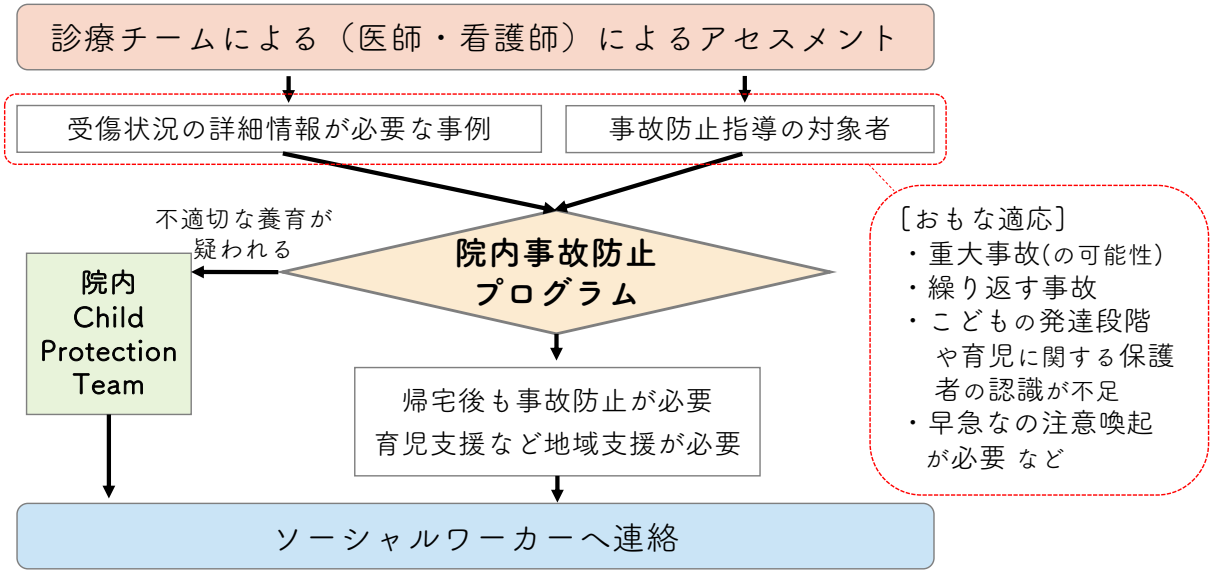
国立成育医療研究センター救急センター

グループワーク1：3女児 墜落

・本人が一人でいる際に発生した
・ベランダに出るドアは本人が開閉できる（施錠は?）
・ベランダの柵の足元 小さな棚が置いてあった（植木などを置いている）
（警察の鑑識により本人が自分で柵を登り、墜落したと証明された）

・なぜ一人だったのか？
・本児の発達で特別な状態はあったか？
・家族構成、両親の養育の状況は？

事故予防プログラムとCPTの連携フロー



植松 悟子, 小児科診療 2022；85(2), 159-163

グループワーク2

7歳女児

19:00

胸部・腹部・右腕・右大腿部の熱傷（浅達性II度熱傷）

自宅の台所で本人がパスタを茹でていて
鍋をひっくりかえし湯が溢れて受傷

診断：胸腹部、右上下肢熱傷
転帰：熱傷処置のため1週間の入院

発生時の情報収集
5W1H
養育環境
生活環境
お子さんの発達

グループワーク2：7歳女児 熱傷

事故発生時の情報収集 <事故再発防止プログラム>

発生の状況
①発生時刻と場所
②目撃の有無
③事故の原因
④家庭での現在の対策

養育環境
①世帯や家族の構成
②育児の協力体制
③保護者の勤務情報
④子どもに対するイメージ

生活環境
①子どもが使う部屋の様子
②自宅内での過ごし方
③危険と感じる場所の有無
④自宅の間取り図

子どもの発達状況
①子どもができる行動
②保護者の認識

国立成育医療研究センター救急センター

病院等で実施する事故予防の流れ

導入	面談の目的を説明し、了承を得る
振り返り	事故の状況の確認する(5W1H)
対策	保護者自身による事故の対策が立てられるか
養育	生活・育児環境から支援の必要性を検討する
情報提供	・子どもの発達段階に起こりやすい事故、安全グッズ ・必要な支援（病院・保健師・行政機関など）について

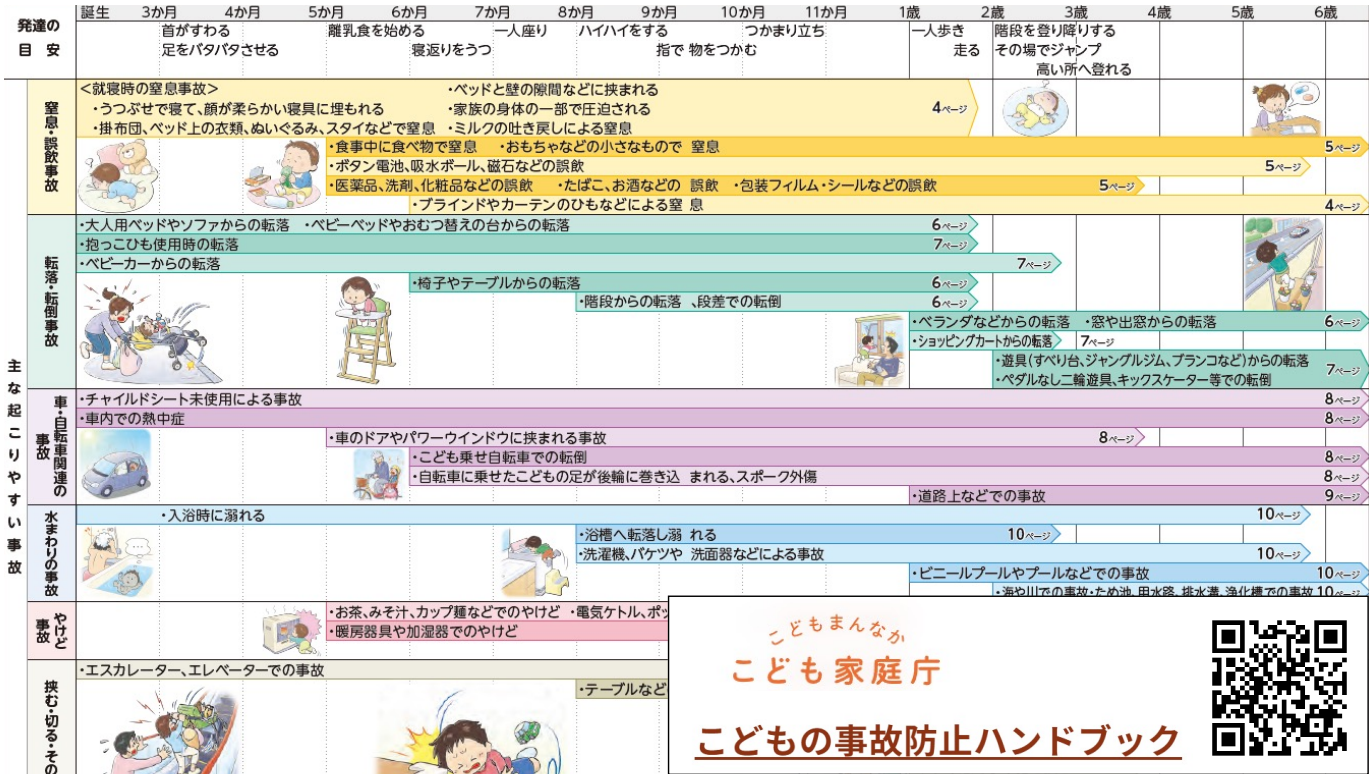
国立成育医療研究センター救急センター

詳細な情報収集から可能となった支援

7歳女児

熱傷　自宅の台所でパスタを茹でていて受傷

ひとり親、1歳の弟と３人家族
父親が仕事も家事もやっている中で、本児が手伝っていた
際に発生した。
→
SWを通して地域へ連携し、
子ども家庭支援センターより家事のためのヘルパーが派遣された

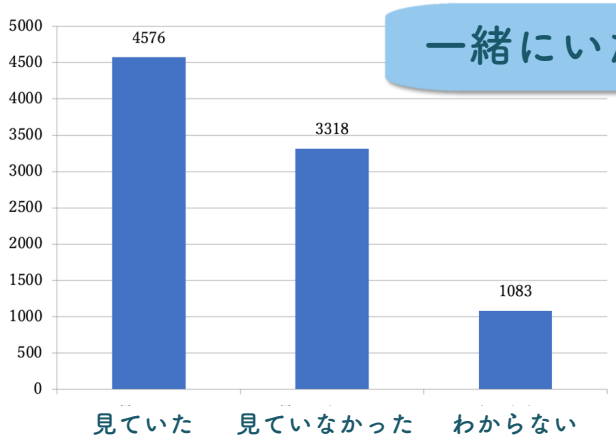


親がちゃんとみてないから…

目を離したから…

本当にそうなの？？？

大人が目を離さなければ事故は起きない？



一緒にいた → 瞬間を見ていたか?

瞬間を見ていた　51%

・一緒にいても事故は起こる

・見ていても事故は起こる

令和2～3年度 厚生労働省科学研究費
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

病院等で実施する事故再発防止

1. こどもの事故（けが）が起きた背景まで情報収集して、
   事故原因の分析を行う

2. 再発防止のための環境整備など「しくみづくり」の
   知識や方法を保護者に新たに認知し行動してもらう

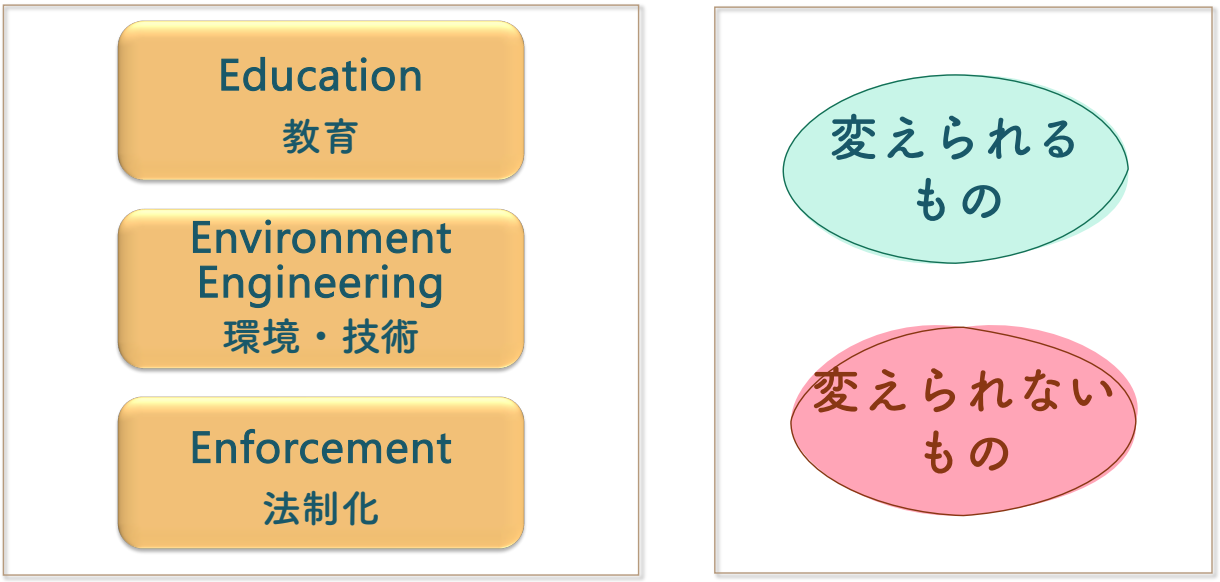
多少，目を離しても重大な事故が発生しない環境づくり

3. 保護者の育児に対する不安を拾い、
   必要に応じて育児支援(サポート）を検討すること

さいごに

本日の内容

事故予防の原則 3つのEと…



Peden M, editor, et al. Geneva: World Health Organization; 2008

正確な情報に基づいて
その家族とこどもに適切な予防策を講じる

教育、製品や環境改善、法制化、そして育児支援に繋がる重要な情報源となる

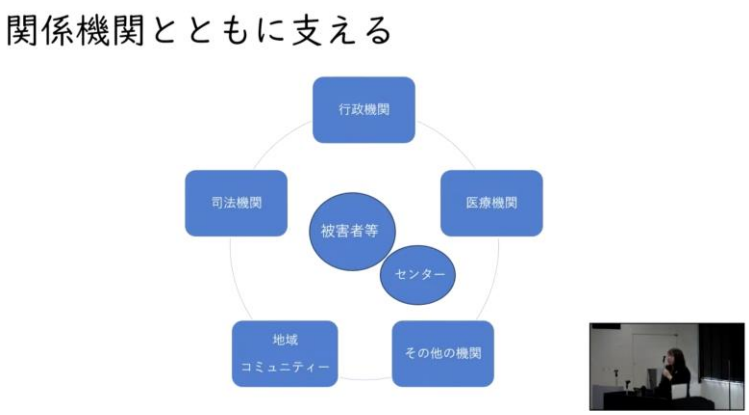
事故予防（事故再発防止）

誰かに責任を負わせることなく、社会で連携して有効な予防体制を整備することを目標とする

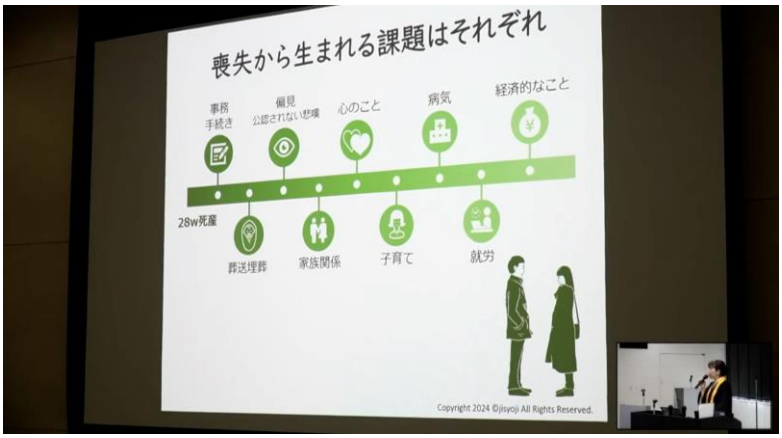
多数存在する死亡に至らない事故における予防策は、CDRの検証においても重要な資料となりうる

事故予防（事故再発防止）とChild Death Review

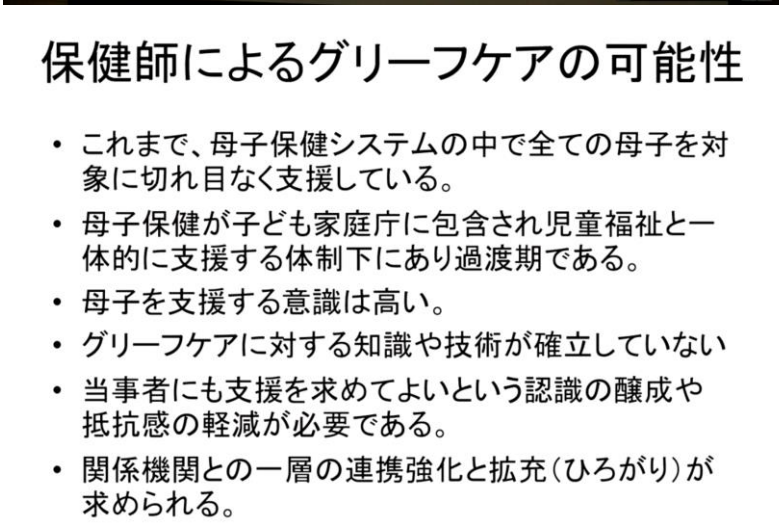
巻末資料3. グリーフケアの啓発資材



グリーフケアを実施する複数の機関による講演が含まれた。



併せて，自助団体による報告や提案も含まれた。



行政の仕組みのなかでグリーフケアを実現する方策について，母子保健業務の一環として当該事業を捉える考え方の紹介があった。

シンポジウム（2024.9.6）で実現した関係者等による対談の様子も収録され，　　。

令和 7 年 3 月 31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）　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	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）	■　□	■	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。

2025年　4月　1日

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）　政策科学研究部・部長

（氏名・フリガナ）　竹原　健二・タケハラ　ケンジ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
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。

2025年3月26日

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 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）医学部・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	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。

令和 7 年 3 月 31 日

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）　救急診療部・副院長、救急診療部統括部長

（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	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。

2025 年 3 月 28 日

こども家庭庁長官　殿

機関名　独立行政法人国立病院機構
四国こどもとおとなの医療センター
所属研究機関長　職　名　院長
氏　名　前田　和寿

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	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。

2025年3月26日

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 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）医学部・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	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。

令和７年３月３１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）　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	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。

2025年3月26日

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 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）医学部・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	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。

令和7年　4月　1日

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）　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	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。

2025年3月28日

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）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	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。

2025 年 3 月 27 日

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（ヤマナカタツヒロ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
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。

年　　月　　日

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 髙西　喜重郎

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）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	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。

令和 7 年 4 月17日

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　糸　林　　詠

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　小児科・部長

仙田 昌義（ｾﾝﾀﾞ 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。

2025年4月30日

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）　前橋赤十字病院　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）	□　■	□		□
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。

2025年３月28日

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）　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	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）	■　□	□	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 7 年 3 月 28 日

こども家庭庁長官　殿

機関名　福岡大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　永田　潔文

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）　法学部・教授

（氏名・フリガナ）　小佐井　良太（コサイ　リョウタ）

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。

2025年３月27日

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）　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	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。

２０２５年４月２５日

こども家庭庁長官　殿

機関名　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）　大学院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	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。