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

令和四年度～六年度　総合研究報告書

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. 研究成果の刊行に関する一覧表 ―――― 16

III. 巻末資料

1. わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）
CDR 運営ガイダンス 2025 ―――― 19

2. 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 ―――― 354

3. 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 ―――― 390

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
（主任研究者　沼口　敦）

総合研究報告書

主任研究者　沼口　敦　　国立大学法人東海国立大学機構名古屋大学 医学部附属病院

研究要旨

【研究の目的】

子どもの死亡の原因に関する情報の収集・管理等に関する体制の整備を実現するため，チャイルド・デス・レビュー（CDR，予防のためのこどもの死亡検証）が探索される。この実現に向けた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）の提案も目指した。

【研究結果の概要】

以下の 5 課題を設定し，CDR の各段階（準備–調査–検証–提言）における課題解決を探索した。

（課題 1）こどもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定：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 CDR モデル事業が地域においてこ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した。CDR モデル事業の実務を支援し，知見を集積した。実データの集約は法規上困難であったが，実務者の経験の蓄積により地方自治体の体制と課題について探索した。CDR の全国展開には個人情報保護法，刑事訴訟法などとの法的基盤の整理が必須であり，検討をすすめた。事業への理解のため，各方面への啓発・啓発を展開し体系化をはかった。小児死亡に関する疫学解析を実施した。これらを基盤として，地域でこどもの死に包括的に対応する体制の整備に資する「わが国の CDR / 運営のためのガイダンス（第 2 版）」を編纂した。

（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した。乳児突然死に対する死因究明の現状と課題を調査し，司法の関与が大きい現行制度における死因究明が CDR に寄与しにくいことを確認した。課題 3 と連携して死因究明の精度検証をしながら睡眠中の乳児突然死に関する医療情報を収集し，併せて疫学的探索，一般国民の意識調査，保育中の睡眠中突然死の検証を実施した。各学術団体と連携して SUID 診断基準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。また予防策の啓発にかかる動画資材を開発した。

（課題 3）こ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活用について探索した。加えて，予期せぬ傷害の発生につき疫学を解析するとともに，電子媒体による情報収集様式を策定した。希少事例の詳細な工学的検証を行い，国レベルで検証を行う体制整備の必要性を示した。これら知見をもとに「わが国の CDR / こどもの傷害予防ガイダンス」編纂に着手した。

（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

されるグリーフケアの現状を調査し，CDR との関係を整理して各地域での実践体制を探索した。複数の医療施設で個別的に提供されるグリーフケアの現状，遺族の求める情報，社会制度として期待される内容について探索し，非医療機関におけるグリーフケアの提供ツールを開発した。公益のための CDR と個人のためのグリーフケアの関係の整理，社会制度として応用するためのありかた等の整理に基づき，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）こ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と，子どもの死の検証を有効に社会・医療者に還元するための包括的なデータベースの探索を行った。CDR への情報入力のありかたを探索し，初期調査およびスクリーニングに用いうる「死亡調査票（簡易版）」を提案し有効性を検証した。また CDR からの情報出力のための共通データベースにつき探索し，テキストマイニングの手法により量的データへの変換がどのように可能であるかの予備的な質的研究を開始した。

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対処する社会基盤として確立する方策を探索した。

【結論と課題】

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法的枠組みの整理，全国的な支援の確立が望まれる。

研究分担者一覧

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

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

この実現に向けたこれまでの探索によって，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。情報共有段階において，有効な情報収集がいかに行われるべきかが課題とされた。特に，乳児の主要死因である乳幼児突然死(SUID)を中心として死因究明の均霑化について,幼児等の主要死因である不慮の事故を中心として情報収集のあり方と精度について,探索課題として抽出された。検証段階においては,研究レベルでの試行錯誤が続けられるが,質を担保しうる実務者の選定と啓発,検証結果を全国展開する方法論が望まれる。また提言段階において,検証で得られた学びを社会に還元する方法,一般市民への広報と啓発のありかた等の課題も指摘される。さらに遺族等に対する悲嘆ケアのありかたの探索も重要な課題である。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。

そこで本研究は，3 年間で以下の複数の目的を達成することを設定した。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)の方法も提案する。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。

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

子どもの死亡にかかる複数の課題に対する 3 年間の探索により，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（**図 1**）。主な対象領域を乳幼児突然死症候群と意図されない外傷とし,こども家庭庁による CDR モデル事業を各地域において実施支援し,その知見の集積を通して提案内容

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ものとした。

主要課題 1：子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

モデル事業は医療，母子保健，児童福祉，警察，消防など多職種で運営されることから，地域において子どもの死を包括的に扱う母体として最適である。そこで主要課題 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した。

主要課題 2：乳幼児突然死(SUID)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，ガイドライン改訂ほか社会啓発を目標として，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した。SUID 診断の手引きの改訂の道程を整えた。

主要課題 3：子どもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索

軽症例から死亡例まで幅広いスペクトラムの予期せぬ傷害について，情報収集の方法論および蓄積データの活用について探索した。外因の検証に関して CDR の質の担保に資するガイダンスを提案した。

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

公益のための CDR と個人のためのグリーフケアの関係を整理し，社会制度として応用するための地域での実践体制を探索した。

主要課題 5：子どもの死亡に関するデータベースの探索

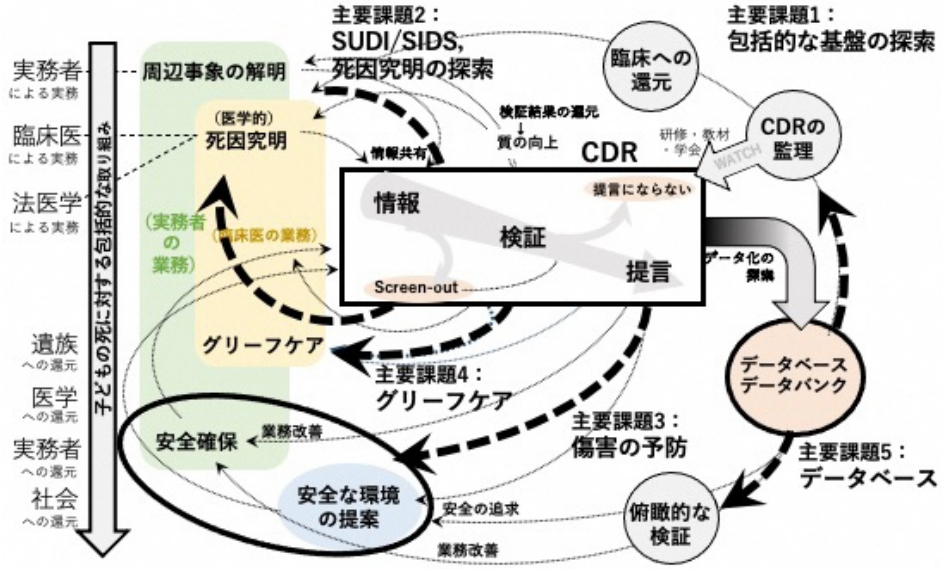
CDR においてより有効な検証を導くための情報の集積と，子どもの死の検証を有効に社会・医療者に還元するための包括的なデータベースの探索を行った。

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

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。

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まとめ，ガイダンスとして提案した。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（ただし別冊），遺族への悲嘆ケアの提供（ただし別冊），一般市民への広報と啓発，等の項目を含めた。



【図 1. 研究全体の俯瞰図】

C. 研究結果

以下の 5 課題によって，CDR の各段階（準備–調査–検証–提言）における課題を具体的に抽出し，それぞれに対する解決を探索した。3 年間の探索を経て，本研究の最終的な成果を複数のガイダンスとして提案した。すなわち，CDR の運営全般にわたる実践的指針としての「わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）運営ガイダンス 2025」，こどもの死亡における主要な外因である傷害の予防に関する「こどもの傷害予防のガイダンス 2025」，およびこどもを亡くした遺族への支援体制を示す「グリーフケア・ガイダンス 2025」の 3 点である（いずれも別添）。これらはそれぞれ独立したガイダンスでありながら，CDR を軸として相互に補完する関係にあり，地域において CDR を実践しようとする行政担当者・医療者・福祉関係者等が参照することを想定して編纂された。なお，乳幼児突然死（SUID）の診断基準に関する手引きの改訂についても着手し概要を策定したが，手引き本文の完成は次年度以降に持ち越しとなった。以下，各課題の結果を述べる。

主要課題 1：子どもの死亡に対応する包括的な仕組みの基盤策定

CDR は，医学的な死因究明のみを探究する事業ではない。本課題では，関連する他分野有識者との意見交換をとおして，そもそも CDR をどう定義づけるべきかについて探索した。（1）わが国ではどの職域が中心となって行うか，(2) 何を議論する事業か，（3）誰を対象として行う事業か，（4）いつ（どのようなタイミングで）実施する事業か，（5）どこで実施する事業か，（6）何を目的に実施する事業か，（7）どのように実施するか，の要領でまとめ，別添「わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）運営ガイダンス 2025」（以下「運営ガイダンス」と略）の第 1-1 項「CDR とは」に記した。

CDR には，医療，母子保健，児童福祉，警察，消防など多職種が関わるが，地域にこのような多職種が集合する事業体が既存しない。本課題では CDR モデル事業の立ち上げを支援し，その様子を客観的に観測することによって，このような事業体を新たに形成する手順を探索した。その結果，（1）中心となるべき担当部署を決め，（2）コアメンバーを巻き込んでコアメンバー会議を設置し，（3）まずはコアメンバー間で共通認識を構築し，（4）そのうえで具体的な CDR の実施枠組みを決め，（5）具体的な

実施方法や体制・業務分担を決め，（6）関係機関に周知して巻き込み，（7）住民に周知をはかる，という手順にまとめられた。これらの詳細については，運営ガイダンス第 1-2 項「CDR を開始するための準備」に記した。

CDR の体制を構築するには，こどもの死を取り扱いうる関連職域の間で，事業運営について事前に，あるいは事業に並行して共通認識を形成する必要がある。また，事業に関わる人員を集めること，事業の成果について広く周知広報することも求められる。本課題において，モデル事業自治体をはじめ複数の自治体・団体等を対象とした研修・啓発の知見を蓄積した。まず CDR についての啓発を行う対象は，（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・専門職の層，（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）CDR に理解と共感を示し，CDR の利点を享受する一般国民の層，の 4 つの群に大別されると整理された。いずれに対しても「検証実務」を模擬的に体験することが極めて有効であることが確認され，その具体的な手順をとりまとめた。これらの詳細について，運営ガイダンス第 1-3 項「研修と啓発」に記した。

CDR の最初の段階は「情報収集」である。本課題では，CDR における情報収集を「死亡事実の把握」から「医療情報の収集」「追加情報の要否の確認」「関係機関への情報依頼」「情報の統合と利用可否の確認」「個別検証のための事例概要の作成」に至る一連の手順として細分化し，それぞれの具体的な方法を整理した。また，現行のモデル事業において，CDR の実施に先立って遺族からの同意取得が求められているが，その実態を把握するために医療従事者を対象とした横断調査を実施した。その結果，同意取得の業務負担は大きくないものの心理的負担は大きいこと，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が公表するモデル事業実績報告書と酷似しており，遺族への「同意取得」よりも「丁寧な説明」を重視するよう，関係者への啓発の必要性が示唆された。さらに，都道府県を実施主体とする現行 CDR には，他都道府県との情報共有の困難さ，稀少・特異事例における検証結果の活用の限界，結果公開における配慮の必要性等，構造的な限界があることを整理した。これらを克服するためには国も CDR の実施主体として位置づけられ，地域横断的事例への対応・全国規模での概観検証・高度に専門的な事例への専門検証を担うとともに，各都道府県から国への情報集約の手順が整備される必要があることを提示した。これらの詳細について，運営ガイダンス第 1-4 項「情報収集」に記した。

収集された情報をもとに行う「検証」は，CDR の中核をなす過程である。本課題では，モデル事業の検証実務を担う医師を研究協力者として，3 年間にわたりオンライン意見交換会を計 16 回開催し，有効な検証の実現に向けた実務者間の知見を蓄積した。この過程を通じて，CDR の検証を牽引する CDR ファシリテーター（仮称）の要件を抽出した。さらに検証の種類については「選定（スクリーニング）」「個別検証」「概観検証」「専門検証」の 4 類型を整理したが，とりわけ本研究において以下の重要な概念的進展が得られた。すなわち「選定（スクリーニング）」については，従来の「事務的な振り分け作業」という位置づけを根本から見直し，すべての死亡事例を統一した基準で評価した上で特に焦点を当てるべき事例を選出する，CDR の理念を体現する不可欠な手順として新たに定義した。また「概観検証」については本研究で初めて詳細な定義と内容を整理し，選定結果の質的評価・個別検証結果の統合・地域の取り組みの包括的評価・CDR システムの有効性維持という 4 つの機能を担う地域レベルの検証プロセスとして体系化した。さらに検証会議における心理的安全性の保障が有効な議論の前提であることを示し，参加者に生じる安心感・知的充足感・自己効力感の 3 要素が相互強

化的な正のスパイラルを形成することを確認した。これらの詳細について，運営ガイダンス第 1-5 項「検証」に記した。

CDR の検証で得られた学びを社会に還元する段階が「提言」である。提言のあり方については，R3 年度以前の研究では着手されておらず，本研究において初めて本格的に探索した課題である。本課題では，モデル事業自治体における提言策定・公開・トラッキングの実践事例を観測・蓄積し，提言を誰に向けてどのように策定し，その実施状況をどう追跡するかについて探索した。また，個々の検証事例から得られる提言と，概観検証の集積データから導かれる提言とでは，その性格と作成プロセスが異なることを整理した。これらの詳細について，運営ガイダンス第 1-6 項「提言」に記した。

CDR の取り組みが有効に機能しているかを継続的に把握する「評価」についても，本課題において探索した。質問紙法による CDR 参加者の内的準備状況の評価尺度を複数自治体に適用し，同一地域において CDR モデル事業の実施前後を比較すると，①参加者の自己評価の上昇，②参加機関間の相互関係の良好化，③死亡事例に対する理解度の向上，④会議の雰囲気の改善，という経年的な内的変化が継続して確認された。一方で，一定の経験を蓄積した自治体ではスコアが上限に達し，当該尺度による成長実感が得られにくくなるという新たな課題も検出された。これらの詳細について，運営ガイダンス第 1-7 項「評価」に記した。

以上，主要課題 1 における 3 年間の探索によって，CDR の定義・準備・研修・情報収集・検証・提言・評価という一連の過程のそれぞれについて，実証的な知見が積み重ねられた。これらの成果を体系的に集約し，各地域で CDR を実践しようとする際の実践的な指針として，先行研究班による初版（2022 年）を大幅に改訂した「運営ガイダンス 2025」を編纂した（**添付参照**）。

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

本課題では 3 年間の探索を経て，2 つの成果を策定した。

第一は「乳幼児突然死症候群（SIDS）診断の手引き改訂第 3 版」の概要である。本課題は当初 SIDS 診断基準の改訂を主眼として開始されたが，研究を進める過程で，SIDS は睡眠中に発生する乳児の突然死の一部に過ぎず，原因を問わない「予期せぬ乳児の突然死（SUID）」の鑑別診断と取り扱いのありかたを包括的に捉え直す必要があるとの認識に至り，課題の枠組みを SUID へと更新した。この概念的転換は本研究における重要な知見といえる。全国の法医学講座への複数回の質問紙調査（R4・R5 年度）を通じて，標準プロトコルの欠如・臨床情報共有の不十分さ・死因究明体制の地域格差という 3 課題を確認し，診断環境の施設間格差を定量的に示した。これらを踏まえ，日本小児突然死予防医学会と協働して改訂第 3 版の編纂に着手し，R6 年度末までに基本方針と診断フローチャートを策定した。ただし具体的な手引き本文の完成は R7 年度以降に持ち越しとなった。

第二は「わが国の乳児の安全な睡眠環境に対する意識調査」である。人口動態統計の死亡個票解析により，1 歳未満の睡眠中突然死における寝具関連の死亡態様が特定の月齢帯に集中することが明らかとなり，この知見はこども家庭庁による SIDS 予防キャンペーンに直接活用された。この政策反映を受けて，子育て中・妊娠中・それ以外の一般国民を対象としたインターネット調査を実施した。掛け布団不使用の推奨に過半数が応じる意向を示した一方，子育て中でない年齢層の高い群では推奨に応じない回答が多数を占めること，安全情報の入手経路としてインターネットに次いで「身近な経験者からの話」が重視されることが示された。本研究はわが国初の当該領域における学術調査であり，今後はより広範な対象への展開と実態把握に踏み込んだ調査手法の開発が次年度以降

の課題として残されている。

主要課題 3：子どもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索

本課題では 2 点の重要な持ち越し課題が残った。第一に，計画していた複数医療機関における傷害事例の多施設共同登録調査は，プロトコル策定・倫理申請まで進めたものの，研究期間内にデータ収集を開始するには至らなかった。第二に，最終成果物として編纂を開始した「こどもの傷害予防のガイダンス 2025」は目次・執筆方針の策定と一部章の執筆を完了したが，全体の完成は次年度以降への持ち越しとなった。同ガイダンスは傷害予防総論・各論 10 項目・索引から構成されるものとして企画されており，早期の完成が強く望まれる。

一方，以下の取り組みにおいては次年度以降の展開に向けた基盤が築かれた。疫学情報の整備については，人口動態統計の死亡票・死亡小票の解析を継続し，ガイダンスの構想・記載に直接活用した。啓発の探索については，外因死に関する既存指針・予防策を収集・整理し，医療従事者を対象とした傷害予防研修を開催して多職種検証手法の有効性を実証した。工学的検証については，河川溺死における流速・深さ・姿勢の影響を定量的に示すなど知見を積み重ね，CDR として傷害事例に取り組む上での 7 項目の提言を体系化した。また，救急領域の小児死亡登録調査は別途 3 年間継続し，参加施設・蓄積事例数を着実に拡大した。選択バイアスは認められるものの，医療機関からの質的情報の蓄積，スクリーニング手順の考察，有識者の育成において重要な意義が確認された。

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

本課題では，グリーフケアの概念的整理から実践的ツールの開発・地域展開の探索へと段階的に取り組みを深め，「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」の編纂に至った。

R4 年度には，遺族団体・グリーフケア実践者への聴取調査を通じて，死亡の態様や時間経過によって求められるケアの内容が大きく異なること，またわが国のこどもの死亡の 1 割近くが一定規模以上の医療機関以外で死亡診断に至ることを把握し，医療機関内に限定した体制探索では不十分であるとの認識に至った。R5 年度には犯罪被害者等支援を先行モデルとして調査し，こどもの死に関連しうる多機関がすべての遺族に情報提供できるコンテンツの必要性を結論づけた。一般啓発シンポジウムを開催するとともに，遺族への情報提供ツールとして「グリーフカード」を開発した。R6 年度には医療従事者・非医療者を対象とした意識調査を実施し，医療者は実践的支援が多い一方，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く，制度的体制整備の遅れが浮き彫りとなった。グリーフケアには知識・方法・体制の 3 要素が重視され，生前からの支援の必要性も示された。一般市民向けシンポジウム，および保健師等を対象とした研修会を開催し，地域展開の具体的方策を探索した。

これら 3 年間の成果を集約した「グリーフケアガイダンス 2025」は，グリーフの概念整理から遺族・きょうだい児・医療機関・学校各視点でのケア，グリーフカードの配布方法，地域における保健師の役割，市民課窓口との連携体制構築の実践報告に至るまでを体系的に収載している。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，支援者自身のケアをも包含した仕組みの必要性が示された。

主要課題 5：子どもの死亡に関するデータベースの探索

本課題の最大の制約は，CDR モデル事業で収集・蓄積された検証経過や調査票のデータが，個人情報保護法等の現行法規のもとで研究目的への提供・目的外利用が認められず，解析対象として入手することが全くできなかったこ

とである。これにより，当初掲げた「モデル事業の実データを用いたデータベースの構築と利活用の提案」は 3 カ年を通じて実現できなかった。データの収集・管理・利活用に関する法的根拠の整備なくして，CDR の科学的基盤の確立は困難であることが改めて浮き彫りとなった。

このような制約のもとで，以下の探索を進めた。テキストデータの量的変換については，生成 AI やテキストマイニングを用いた解析手法の研究準備を進めたが，実際の検証経過テキストの入手困難により，3 年間を通じて実現には至らなかった。一方，簡易版死亡調査票の探索については一定の成果を得た。現行調査票の情報過多・個人情報包含の懸念を踏まえ，選定に必要な最低限の情報のみを収集する「簡易版調査票」を設計・試作し，実事例を対象とした試用を行った。その結果，予防可能性のある事例の既報告値を上回る抽出率が示され，選定ツールとしての有効性が確認された。ただし最適な利用法と注意点については引き続き検討を要する。また CDR 参加者の積極的な意見交換を規定する 3 要素（他職種への安心感・知的充足感・自己効力感）を質的分析により同定し，検証会議の質を支える組織文化の形成に向けた示唆を得た。

D. 考察

1. 地域における「こどもの死を包括的に扱う」制度の基盤

CDR は，多機関多職種の連携を不可欠とする事業であり，その実施体制を地域に構築することで，こどもの死に包括的に対応する仕組みが初めて得られる。本研究では 3 年間にわたり CDR モデル事業を観察・支援し，この体制の構築と運営のあり方について知見を積み重ねた。

ここでいう「こどもの死を包括的に扱う仕組み」とは，単に検証会議を開催する体制を指すのではない。CDR への入口として，死亡事象の実態を正確に把握するための死因究明・調査の仕組み，関係機関が必要な情報を適切に共有するための仕組み，多機関が対等な立場で検証と考察を重ねるための仕組み，そして CDR の出口として，検証で得られた学びを政策提言として実行に移すための仕組み，さらには社会全体への還元と並行して，子どもを亡くした遺族一人ひとりへの個別のフィードバックとしてのグリーフケアの仕組み，これらが有機的かつ相補的に組み立てられてこそ，真に機能する包括的な仕組みといえる。本研究の 5 つの主要課題は，まさにこの包括的な仕組みを構成する各要素に対応しており，3 年間の探索を経て著された複数のガイダンスは，その設計図として位置づけられる。

この包括的な仕組みの中心的な基盤を担うのが，CDR の実施体制である。死因究明・情報共有・検証・提言・グリーフケアという各要素を束ね，多機関が有機的に連携して機能するためには，それらを統括・調整する組織的な核が必要である。現行モデル事業では，自治体内に事務局を，自治体外に推進会議を設置する二層構造が採られているが，この構造は理念的にも機能的にも合理的であると考察される。「首長への提言」や「参加者の発言の自由の担保」という観点からは実施主体が行政府の外部に位置することが望ましく，一方で「予算確保と施

策実現」の観点からは行政との密接な連携が不可欠である。この二つの要請を同時に満たす二層構造は，今後の全国展開においても参照されるべきモデルである。

CDR の実施体制，とりわけその中核をなす推進会議において，医療関係者，とりわけ小児医療者の果たす役割は大きい。しかし CDR の本質は，医療情報を起点としつつも，複数機関の視点を統合して予防につなげる点にある。本研究では，CDR の検証会議で積極的な意見交換を育む要素として，参加者の安心感・知的充足感・自己効力感の 3 要素を同定し，これらが相互強化的な「正のスパイラル」を形成することを確認した。CDR への参加がそれ自体として地域の多機関連携を強化するという副次的効果は，この包括的な仕組みの普及を図る上で積極的に周知されるべき重要なメリットである。

包括的な仕組みの入口を担う死因究明については，CDR は死因究明を目的とする事業ではないものの，死因が不正確または不確実であれば，それを前提とする検証の精度と予防策の有効性は損なわれる。本研究では，乳幼児突然死（SUID）および予期せぬ傷害のそれぞれについて死因究明の現状と課題を明らかにし，CDR が捜査・調査当局に代わって自ら調査主体となることは現実的ではなく，CDR を通じて現行の死因究明の精度向上を間接的に促すという方向性が妥当と考察した。

包括的な仕組みの出口には，政策提言の発出とその実行，および遺族個人へのフィードバックとしてのグリーフケアという 2 つの機能が含まれる。前者は，こどもの死から社会全体が学び，次の死を防ぐという公衆衛生の理念を体現するものである。検証で得られた学びが提言として明文化され，その実施状況が継続的に追跡される仕組みがあってこそ，CDR は PDCA サイクルとして機能する。この提言機能が十全に発揮されるためには，CDR の実施主体が行政府との適切な距離を保ちながらも，施策の実現に対して実効的な影響力を持ちうる体制が不可欠である。後者のグリーフケアは，これとは異なる次元，すなわち感情と倫理に重きを置いた営みである。一人のこどもの死は，統計上の一事例である前に，かけがえのない命の喪失であり，遺された家族の深い悲嘆に社会として誠実に向き合うことは，CDR が公益事業である以前に人道的な責務といえる。こどもの死亡の 1 割近くが一定規模以上の医療機関以外で診断に至ることを踏まえると，医療機関内に限定したグリーフケアでは全遺族をカバーできない。本研究ではすべての遺族に情報提供を行いうる体制の必要性を確認し，そのためのツールと手順の開発を進めた。こどもの死を扱う地域の包括的な仕組みは，公衆衛生の論理と人間的な倫理の両方を内包するものとして設計される必要がある。

2. 人材育成・体制整備と社会への啓発

CDR の有効な実施には，検証を牽引するファシリテーター等の専門人材の育成が不可欠である。本研究では，啓発資材の整備，実務者間の定期的な意見交換，ファシリテーター講習会の開発，地域支援企画の実施を段階的に進めた。これらをとおして，「資格取得のための関門」ではなく「CDR とともにある文化を形成する自己啓発の場」という理念のもとで人材育成を位置づけることの重要性が確認された。

CDR の「草創期」である現段階では，人材育成事業を集中的に実施する必要があるが，育成された人材の継続的な支援と，全国レベルでの知見の均てん化も同時に求められる。地域ごとの個別対応には限界があり，国レベルで一律に機能する育成・支援システムの整備が早急に望まれる。CDR は国および地方自治体が実施主体となる公的事業であるが，その性質上，医学・法学・公衆衛生学・社会福祉学等にわたる幅広い専門知識を要する。こうした知識基盤の整備と人材育成の持続的な発展のためには，行政が主導しながらも，関連する学術団体・専門職能団体との緊密な連携が不可欠である。本研究においても，日本小児科学会・日本小児救急医学

会・日本小児突然死予防医学会等との協働により，実務者の育成・啓発・疫学解析等の多面的な成果が得られており，このような産官学の連携モデルが今後の CDR の全国展開においても積極的に活用されるべきと考察される。

啓発の対象については，CDR を推進する層・専門職・一般国民の各層に加え，本研究では若年世代を対象とした試みを新たに行った。「こどもの死」というタブー視されがちな話題に対しても，適切な導入と枠組みを用意することで，若年世代が社会の安全維持への参画を深く考察する契機となりうることが確認された。「こども（の意見）を CDR（での討論のため）に用いる」ことには相応の準備と工夫を要するが，「CDR（で得られた知見）をこども（の安全教育等のため）に用いる」ことは比較的容易で効果も大きい。この両者は難易度や性質において異なるが，いずれも若年者教育において可能であり，かつ不可欠なアプローチではないかと考える。こどもは，CDR にとって最大の当事者であり受益者であると同時に，安全な社会を次世代に引き継ぐ担い手でもある。CDR の理念と意義を若年世代と共有し，安全を自ら意識して学ぶ国民の姿勢を育てることは，死亡予防という直接的な目的とは異なる次元で，社会の安定と安全を長期的・間接的に支える基盤となりうる。CDR が単なる行政的検証制度にとどまらず，安全文化の醸成という社会的役割をも担いうることは，制度の意義を広く国民に訴えていく上で積極的に強調されるべき点である。

3. 情報収集・データ管理に関する課題

本研究を通じて，CDR における情報収集の構造的な課題が繰り返し指摘された。第一に，関係機関がそもそも十分な情報を収集できていない問題，第二に，収集された情報が CDR に適切な形で提供・共有されない問題である。前者については，各機関がそれぞれの職務の範囲内で適切に情報収集を行ったとしても，死亡の背景を包括的に理解するために必要な情報が，制度的にいずれの機関にも収集されないまま散逸してしまうという構造的空白にも起因することが示唆された。CDR は第一次調査機関ではないと位置づけられているため，この空白を CDR 自身が埋めることには制度上の矛盾が生じる。この問題の解決には，既存の各機関の任務の再整理と，機関間の連携による情報の補完という視点からの制度設計が求められる。

後者の情報共有の問題については，個人情報保護法や刑事訴訟法との整合性が主たる障壁として指摘され，法学者との考証を重ねた結果，遺族への「同意取得」よりも「丁寧な説明」を重視するという方向性と，警察保有情報の利用に関する法的枠組みの整備の必要性が明らかになった。ただし，ここで強調されなければならないのは，法的整備はあくまでも必要条件であって十分条件ではないという点である。法的な課題への対応にあたって，既存の法解釈を最大限に活用することや新たな法的根拠を整備することは重要であるが，法的に許容されるからといって，すべての情報収集や利用が倫理的に正当化されるわけではない。CDR が依って立つべき倫理的基盤を常に念頭に置いた制度設計が求められる。CDR が真に機能する制度として社会に根付くためには，法的根拠の整備と並行して，「この制度は国民全体のためになる」という理解と納得が広く共有されることが不可欠である。遺族をはじめとする当事者，関係専門職，そして一般国民が，CDR の意義と目的を自らのこととして受け止め，自発的な協力の姿勢を持てるような社会的合意の形成こそが，情報共有の問題を根本から解決する鍵となると考察される。そのためには，国民への啓発をさらに推進することはもとより，医学・法学・倫理学・社会学等の多様な視点から CDR にまつわる倫理的課題を継続的に洗い出し，丁寧に議論を積み重ねていくことが，今後の重要な探索課題として残されている。

CDR モデル事業で蓄積された検証経過や調査票データが，現行法規のもとで研究目的への提供を全く受けられなかったことは，本研究に

おける最大の制約であった。これは単に法的根拠が不十分であるという問題にとどまらず，CDR における情報の収集・管理・利活用について，法的・倫理的・社会的な合意形成がいまだ途上にあることの表れとして捉えるべきである。前段で述べたとおり，法的整備と社会的納得の両輪が揃ってこそ，はじめてこの制約は克服される。CDR の科学的基盤の確立は，このような多層的な課題の解決と不可分であり，引き続き粘り強い探索が求められる。

4. 国（中央）が担うべき役割

本研究の探索をとおして，CDR の全国展開に向けて国レベルで取り組まれるべき課題が複数明確になった。これらは地域ごとの裁量に委ねることなく，国が主体的に担うべき事項として，以下の 3 点に整理される。

第一は，法的・制度的基盤の整備と省庁間協調の推進である。これは監督省庁（こども家庭庁）が中心となって取り組むべき課題であり，CDR を実施するための根拠法の明確化，情報共有に関する規定の整備，守秘義務の法的保護，同意取得のあり方の統一的な整理等が含まれる。CDR は，捜査・司法・教育・福祉・医療・個人情報保護等にまたがる本質的に省庁横断的な事業であり，情報共有の枠組みの整備においても，啓発の推進においても，関係省庁が対等な立場で協調する体制の構築が不可欠である。あわせて，都道府県 CDR と国レベル CDR の役割分担を明確化し，地域から中央への情報集約（求心性の構造）と，分析結果の各地域への還元（遠心性の構造）を制度として組み込むことが求められる。

第二は，データセンターの確立である。各地域の CDR で収集された情報を全国規模で集約・管理する統計局的な機能と，蓄積されたデータを学術的・疫学的に解析し政策立案や地域への情報還元に活用するシンクタンク的な機能の，両者を備えた組織的基盤が必要である。わが国においてこのような機能をこども家庭庁内に設置するか，独立した組織として整備するかは今後の検討に委ねられる。いずれにせよ，学術的・統計的な専門性を担保した体制のもとで，疫学解析，概観検証，専門検証等の機能を集約することで，個々の地域では対応困難な希少・複雑事例への対応も可能となり，CDR の科学的基盤が初めて確立される。

第三は，人材育成システムの全国展開である。検証実務者の質の均てん化，情報のアップデート，相互交流を目的とした研修体制を，国レベルで継続的に運営する仕組みが必要である。その際，行政が主導しながらも，関連する学術団体・専門職能団体との緊密な連携のもとで実施されることが，専門性と持続性の両面から望ましい。

CDR は，短期間で目に見える成果をもたらす事業ではなく，社会のインフラストラクチャーとして長期的な投資を要する取り組みである。こどもの死を「社会全体が学ぶ機会」と位置づけ，PDCA サイクルを継続的に稼働させることではじめて，その真価が発揮される。本研究は，わが国においてそのような制度の礎を築くための 3 年間の探索であったと総括される。

E. 結論

本研究では，5つの主要課題をとおして，こどもの死亡を「包括的に取り扱う」地域の仕組みの構築に向けた3年間の探索を行い，その成果を複数のガイダンスにまとめた。

この包括的な仕組みは，死因究明・情報共有・検証・提言という一連の流れと，遺族個人へのフィードバックとしてのグリーフケアとが有機的に組み合わさって初めて機能する。それを支える制度的基盤の構築，人材の育成，データの集約と活用，そして法的・倫理的・社会的な合意形成は，いずれも道半ばであり，地域レベルの取り組みと国レベルの支援体制の両輪で，引き続き粘り強く探索されなければならない。

CDRは，短期間で成果が可視化される事業ではない。しかし，ひとりのこどもの死を起点として社会全体が学び，次の死を防ぐための行動につなげるというサイクルを地道に積み重ねることが，安全で安心なこどもの育つ社会の実現への，最も確かな道筋である。本研究がその礎の一つとなることを願う。

F. 健康危機情報

特になし

G. 研究発表

（論文発表）

1. Yatake H, Aoki A, Numaguchi A, Takehara K. Barriers, facilitators, and implementation strategies for the initiation of Child Death Review system in Japan: a modified Delphi method study. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1482.
2. Natsume J, Numaguchi A, Noda M, et.al. Death review of children receiving medical care at home. Pediatr Res. 2022;91(5):1286.
3. Numaguchi A, Ishii A, Takahashi Y, et.al. Medical records as screening tools for child death review in Japan. Pediatr Int. 2023 Jan-Dec;65(1):e15692. doi: 10.1111/ped.15692. PMID: 37991171.
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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

8. 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
9. 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
10. 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
11. 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

（学会発表等）

1. 「わが国の予防のための子どもの死亡検証（CDR）：日本小児科学会 CDR 委員会，厚生労働科学研究班，都道府県 CDR 体制整備モデル事業による探索」第 125 回日本小児科学会学術集会シンポジウム（2022.4.15 郡山）
2. 「わが国の子どもの死亡とチャイルド・デス・レビュー」第 69 回日本小児保健協会学術集会ランチョンセミナー（2022.6.26 津）
3. 「Child Death Review システム確立に向けた研究から」第 58 回日本小児循環器学会学術集会シンポジウム（2022.7.21 札幌，オンライン）
4. 「多職種で安全な社会を～CDR で目指すこと～」第 70 回小児保健協会学術集会 教育講演（2023.6.18）
5. 「子どもの死因究明を力強くすすめていくには」第 36 回日本小児救急医学会学術集会 パネルディスカッション（2023.7.23）
6. 「チャイルド・デス・レビュー　安全な社会につなぐ多職種連携」日本学術会議公開シンポジウム「動き出す，こどもまんなか安全社会」（2023.9.16）
7. 「CDR でめざす多機関連携と小児科医の役割」第 57 回 佐賀大学こどもセンター多科合同セミナー 教育講演（2023.9.26）
8. 「子どもの死亡から地域が学ぶ：チャイルド・デス・レビューの展望と課題」令和 5 年度第 1 回東京都こども救命センター小児地域連携研修会 教育講演（2023.11.14）
9. 「CDR の取り組み」大阪大学大学院博士課程「死因究明学に根ざした法医学者・法歯学者養成プログラム『虐待予防医学』」教育講演（2023.11.22）
10. 「CDR の現状と課題」日本子ども虐待防止学会第 29 回学術集会滋賀大会シンポジウム「1000 人の子を救う！！CDR の可能性～すべての子らを世の光に～」

(2023.11.25)

11. 「SIDS と診断されること ～CDR の立場から～」第 29 回日本 SIDS・乳児突然死予防学会学術集会シンポジウム I「乳幼児突然死診断手引き改訂に期待すること」(2024.2.10)
12. 「医療的ケア児の死因究明」第 29 回日本 SIDS・乳児突然死予防学会学術集会シンポジウム III (2024.2.11)
13. 「愛知県の小児死亡」第 17 回愛知県小児臨床研究会 (2024.3.27)
14. 「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)
15. 「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)
16. 「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)
17. 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)
18. 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)
19. 「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)
20. 「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)
21. 「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)
22. 「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)
23. 「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)
24. 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)
25. 「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

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
沼口 敦	予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review)の目的	五十嵐 隆, 中林 正雄, 竹田 省	母子保健マニュアル(第8版)	南山堂	東京都	2023年	
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
Yatake H, Aoki A, Numaguchi A, Takehara K.	Barriers, facilitators, and implementation strategies for the initiation of Child Death Review system in Japan: a modified Delphi metho	BMC Health Services Research	22巻	1482	2022年
J. Natsume, A. Numaguchi, et.al.	Death review of children receiving medical care at home.	Pediatr Reasearch	91巻5号	1286-89	2022年
沼口 敦	【小児医療の最先端】心理社会医学編 わが国のチャイルド・デス・レビュー 予防のための子どもの死亡検証	医学のあゆみ	282巻5号	561-566	2022年
沼口 敦	“人が受ける最期の医療”と公衆衛生～一人の「死」を万人の「生」につなぐ ～ 5. チャイルド・デス・レビュー	公衆衛生	86巻11号	942-949	2022年
沼口 敦	わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度の確立	小児保健かごしま	34号	2-4	2022年
A. Numaguchi, A. Ishii, Y. Takahashi, et.al.	Medical records as screening tools for child death review in Japan	Pediatrics International	65	e15692	2023
Chihiro Kawai, Hirokazu Kotani, Akira Yamamoto, et.al.	Fatal cardiac dysfunction in a child with Williams syndrome.	Legal Medicine		102387-102387	2024

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

わが国の
Child Death Review
（予防のためのこどもの死亡検証）
CDR運営ガイダンス2025

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」研究班（研究代表者　沼口　敦）編

本ガイダンスを、故・仙田昌義先生に捧ぐ

第二版（2025 年版）の序

「わが国の Child Death Review 運営のためのガイダンス」初版から 3 年が経過した。

令和 2 年度、7 つの自治体から歩み始めた Child Death Review モデル事業（以下「CDR モデル事業」）は、令和 6 年度には 10 都道府県へと着実に広がりを見せている。地域特性を活かした多様なアプローチを通じて、わが国における CDR の最適な実施体制が模索され、その過程で得られた知見は確実に蓄積されてきた。

この歩みと時を同じくして、すべてのこどもたちが将来にわたって幸福な人生を歩むことのできる社会の実現を掲げた「こども基本法」が成立し、その理念を具現化するためにこども家庭庁が開庁された。CDR モデル事業が 5 年の節目を迎える今、当初は理念先行で探索・提案された数々の構想が、一つひとつ確かな実践へと結実している。

しかし、この道のりは決して平坦ではなかった。開始当初から変わることなく、CDR を実施するための明確な根拠法制の整備が追いつかない中での手探りの歩みが続いている。各方面との折衝、個人情報保護法や刑事訴訟法との複雑な整合性の確保、関係者間での期待や理解の相違を埋める調整作業 ― こうした困難が山積する中にあって、こどもたちの尊い命を守るという崇高な使命のもと、CDR の実現に向けて不断の努力を重ねてこられた全国の関係者の皆様に、深い敬意と感謝の念を捧げたい。

本ガイダンスは、先行する「わが国の Child Death Review 運営のためのガイダンス 2022（厚生労働科学研究費補助金事業「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究」研究班（研究代表者：沼口 敦）編）」を、都道府県 CDR モデル事業で積み重ねられた知見や、近縁の研究成果を基に、大幅に改訂したものである。

本書は、「現行のモデル事業への適応方法」や「モデル事業の改変に関する提案」といった既存制度への対処という視点を越えて、私たちが CDR をいかに理解し、どのように実践していくべきかという本質的な課題の探究を試みたものである。微力ではあるが、これから CDR に取り組まれる方々にとって、現時点における実践的な指針となることを願っている。そして、このガイドが固定的な規範として存続するのではなく、ここから生まれる新たな知見と実践を基盤として、将来より発展したガイドが創出され、継続的な改善の中で未来へと受け継がれていくことを切に望んでいる。

2025 年 3 月
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」
研究班（研究代表者：沼口 敦）

初版（2022 年度版）の序

どの子どもも、健康な個人として愛情や喜びや達成感に包まれて成長し生きる権利がある。子どもは大きな可能性と創造性を秘めた存在であり、社会に貢献をするばかりではなく、家族やその他の者に幸福をもたらす存在でもある。

子どもを失うことは、社会全体にとって非常に大きな損失であり、また家族にも大きな悲しみ、痛み、悲嘆をもたらす。死亡の検証にあたった私たちは、このことを忘れることなく、子どもを失ったご家族に心から追悼の意を表したい。そして、この取り組みに携わった全ての者が、自身の働く環境において、子どもたちがよりよい、安全で健康な人生を送れるように役割を果たすと信じ、その後押しをしたい。

2018 年に成立した成育基本法には、子どもが万が一死亡した場合には、その登録と検証を行い、その情報を活用することの重要性が強調された。そのためのチャイルド・デス・レビュー（CDR）制度の最終目的は、防げる死から子どもを守ることにある。わが国でどのように実現可能かを探索する取り組みが医学者を中心に行われ、厚生労働省は 2020 年から CDR 体制整備モデル事業を開始した。

研究レベルでしか存在しない CDR を具現化し、その体制を模索して整備するという難題に、令和 2 年度には 7 自治体が、令和 3 年度には 9 自治体が臨んだ。CDR を実施するための根拠法等が揃わない中で各方面と折衝し、既存法令等の解釈をすり合わせる等の大きな課題もあった。個人情報保護、刑事訴訟法等との整合性、事業に対する期待の不一致など、いろいろな軋轢や制限の多い中で、果敢に CDR を実現した関係者の尽力には、心から賞賛を送りたい。

厚生労働科学研究費補助金事業「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究」研究班（研究代表者：沼口 敦）は、わが国でどんな形式の CDR が望まれるかを探索し、同時にモデル事業が円滑に開始されるための支援を行う、3 カ年の研究を実施してきた。研究班のメンバーは、いくつかの地域で実際にモデル事業に関わり、あるいはその実現される様を間近で観察し、事業によって得られた成果や、また実現に伴うさまざまな困難を共に体験してきた。

本ガイダンスは、その一連の経験を共有するために編纂された。「現行のモデル事業にどう適応しなければならないか」あるいは「モデル事業の何が改変されるべきか」という観点ではなく、これから私たちは CDR に対してどのように取り組むのがよいかをつとめて探索したものである。微力ではあるが、これから CDR に取り組もうと決心した人たちにとって、現段階での実践的なガイドとなることを願っている。そして願わくば、このガイドが将来にわたって普遍的な道標として存在し続けるのではなく、ここから生まれた知見から更に新たなガイドが生まれ、次の時代へとつながっていくことを望んでいる。

2022 年 3 月
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」研究班（研究代表者：沼口 敦）

目　次

第二版（2025 年度版）の序 …… 2

初版の序 …… 3

目次 …… 4

【寄稿】表紙デザインについて …… 8

第 1 章：総論

1-1　CDR とは …… 10
1-1-1　誰が行うか …… 10
1-1-2　何を議論するか …… 11
1-1-3　誰を（何を）対象とするか …… 11
1-1-4　いつ行うか …… 12
1-1-5　どこで行うか …… 13
1-1-6　どうして（何を目的に／何をめざして）行うか …… 14
1-1-7　どのように行うか …… 15
1-1-8　まとめ …… 15
1-2　CDR を開始するための準備 …… 16
1-2-1　CDR の実施主体 …… 16
1-2-2　担当部署（都道府県庁内）を決める …… 16
1-2-3　コアメンバーの巻き込みとコアメンバー会議の設置 …… 17
1-2-4　コアメンバーの共通認識の構築 …… 18
1-2-5　具体的な実施枠組みを決める …… 19
1-2-6　具体的な実施方法と体制を決める · 業務の分担 …… 20
1-2-7　関係機関への周知 · 巻き込み …… 21
1-2-8　住民への周知 …… 22
1-2-9　まとめ …… 22
1-3　研修と啓発 …… 23
1-3-1　研修と啓発の 4 つの対象 …… 23
1-3-2　第一の対象：地域等で CDR を推進する層 …… 23
1-3-2-1　CDR ファシリテーターの養成 …… 24
1-3-3　第二の対象：死因究明を担当し、
CDR への積極的な情報提供を担う医師 · 医療専門職の層 …… 25
1-3-4　第三の対象：情報や考察を提供し、CDR の検証を支える関係職種の層 …… 26
1-3-5　第四の対象：CDR に理解と共感を示し、CDR の利点を享受する一般国民の層 … 27
1-3-6　模擬検証の種類と実際 …… 28
1-3-6-1　模擬検証の動画を見せる …… 28
1-3-6-2　壇上で模擬検証を実演する ①（既存の台本使用）…… 29
1-3-6-3　壇上で模擬検証を実演する ②（既存の台本に地域毎の特徴を追加）…… 30
1-3-6-4　前半は壇上で実演を見せ、後半は参加者を交えた検証を行う …… 31
1-3-6-5　演技等なしで参加者が模擬事例を検証する …… 33

1-3-7　これまでの研修の構成（例）…… 35
1-3-8　まとめ …… 36
1-4　情報収集 …… 37
1-4-1　情報収集のための体制づくり …… 37
1-4-2　死亡調査票の内容と利用の流れ …… 39
1-4-3　死亡調査票の記載のしかた①（医療職：A パート） …… 40
1-4-4　死亡調査票の記載のしかた②（医療職以外の専門職：B パート） …… 43
1-4-5　中央への情報集約 …… 46
1-4-6　まとめ …… 47
1-5　検証 …… 48
1-5-1　検証の準備 …… 48
1-5-2　検証会議にあたって心がけること …… 48
1-5-3　医療者を中心とした検証会議の利点と課題 …… 50
1-5-4　検証会議のすすめかた …… 51
1-5-5　三つの検証の観点 …… 52
1-5-6　検証の種類と手順 …… 54
1-5-6-1　選定（スクリーニング） …… 54
1-5-6-2　個別検証 …… 56
1-5-6-3　概観検証 …… 59
1-5-6-4　専門検証 …… 61
1-5-7 オンラインによる遠隔会議 …… 61
1-5-8　中央への検証結果の集約 …… 64
1-5-9　検証の効能効果 …… 65
1-5-10　まとめ …… 67
1-6　提言 …… 68
1-6-1　だれに提言をするか …… 68
1-6-2　提言の評価と選択 …… 68
1-6-3　提言をまとめる …… 70
1-6-4　提言の公開と発信 …… 72
1-6-5　トラッキング …… 73
1-6-6　提言にならなかった項目をどうするか …… 73
1-6-7　CDR は、どう有効か …… 74
1-6-8　まとめ …… 75
1-7　評価 …… 76
1-7-1　体制整備状況の評価 …… 76
1-7-1-1　CDR 担当部署（実務組織）· 業務委託先の決定や予算確保 …… 76
1-7-1-2　情報収集 …… 76
1-7-1-3　検証会議 …… 77
1-7-1-4　予防策提言への取り組み …… 77
1-7-2　参加者の準備実装状況と内的準備性の評価 …… 78
1-7-2-1 アンケート調査について …… 78
1-7-2-2　調査項目 …… 79
1-7-2-3　調査結果の解釈 …… 80
1-7-3　まとめ …… 82

第 2 章：検証各論

2-1　検証の対象 …… 84
2-1-1　管轄する地域のこども死亡数 …… 84
2-1-2　対象とする年齢 …… 84
2-1-3　死亡状況と死因 …… 85
2-1-4　情報の得やすさ …… 86
2-1-5　死亡した場所 …… 86
2-1-6　訴訟中か否か …… 87
2-1-7　検証チームの構成メンバー …… 88
2-1-8　検証会議の開催頻度 …… 88
2-1-9　まとめ …… 88
2-2　内因死 -1　急性の内因死 …… 90
2-3　内因死 -2　慢性疾患による内因死 …… 92
2-4　外因死 -1　養育不全 …… 95
2-5　外因死 -2　自死・自傷 …… 99
2-6　外因死 -3　交通事故 …… 104
2-7　外因死 -4　窒息 …… 107
2-8　外因死 -5　溺水、溺死 …… 109
2-9　外因死 -6　転倒・転落 …… 112
2-10　不詳の死 -1　新生児・乳児の睡眠関連突然死 …… 115
2-11　不詳の死 -2　その他の不詳の死 …… 119

第 3 章：資料集

3-1　地域で CDR の準備をするための各種資料 …… 122
3-1-1　CDR 啓発資材　part 1. 入門編 …… 122
3-1-2　CDR 啓発資材　part 2. 準備編（医療機関・医療職対象） …… 134
3-1-3　CDR 啓発資材　part 3. 情報共有編（非医療職の多職種対象） …… 146
3-1-4　CDR 啓発資材　part 4. 運営編（ファシリテーター対象） …… 159
3-1-5　模擬検証台本①（個別検証編） …… 181
3-1-6　模擬検証台本②（個別検証グループワーク用） …… 189
3-1-7　模擬検証台本③（概観検証編） …… 193
3-1-8　新しく CDR チームを立ち上げる際の確認事項 …… 203
3-1-9　市民広報用ポスターの作例 …… 212
3-2　地域で CDR の調査をするための各種資料 …… 213
3-2-1　死亡調査票（R2-R6 の CDR モデル事業で使用したもの） …… 213
3-2-2　死亡調査票の記入例 …… 230
3-2-3　死亡調査票（簡易版） …… 235
3-3　地域で CDR の検証をするための各種資料 …… 237
3-3-1　多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル …… 237
3-3-2　検証を行う際のチェック項目 …… 257
3-3-3　検証会議のすすめかたの例
（三重県提供による資料（2022）から一部抜粋） …… 269
3-4　地域で CDR から提言をするための各種資料 …… 270
3-4-1　提言の例①（三重県 web ページより許可を得て該当部分を転載） …… 270
3-4-2　提言の例②（山梨県 web ページより許可を得て該当部分を転載） …… 278
3-5　地域で CDR のトラッキングをするための各種資料 …… 282

3-5-1　トラッキングの例①（三重県 CDR モデル事業資料より許可を得て転載）……282
3-5-2　トラッキングの例②（山梨県 CDR モデル事業資料より許可を得て転載）……286
3-6　地域で CDR の自己評価をするための各種資料……289
3-6-1　体制の整備と実施状況の自己評価チェックリスト……289
3-6-2　チャイルド・デス・レビューの検証会議に関する実態調査……291
（質問用紙）……292
（回答用紙）……297
3-6-3　実態調査結果のフィードバックの例……299
3-7　地域で CDR の成果をもとに周知啓発をするための各種資料……310
3-7-1　CDR について関連機関等に向けた周知資料の一例……310
3-7-2　CDR について都道府県民等に向けた周知資料の例①
（山梨県提供による資料から許可を得て転載）……322
3-7-3　CDR について都道府県民等に向けた周知資料の例②
（香川県提供による資料から許可を得て転載）……323
3-7-4　CDR の成果をもとに都道府県民等に向けた啓発の一例
（三重県提供による資料から許可を得て転載）……330
3-7-5　グリーフケアに焦点をあてた啓発の一例……331

執筆者・執筆協力者 一覧（五十音順）

安　　炳文	京都第一赤十字病院救急科
石倉亜矢子	函館中央病院小児科
石原　正行	高知大学医学部小児思春期医学講座
内田　佳子	国立成育医療研究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
小保内俊雅	東京都立多摩北部医療センター小児科
木下あゆみ	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
栗原八千代	聖マリアンナ医科大学小児科
小鹿　　学	山梨大学小児科
小谷　泰一	三重大学大学院医学系研究科法医法科学分野
小西　央郎	中国労災病院小児科
佐々木　理	天使病院小児科
仙田　昌義	国保旭中央病院小児科
竹原　健二	国立成育医療センター政策科学研究部
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
溝口　史剛	国立病院機構高崎総合医療センター小児科
矢竹　暖子	国立成育医療センター政策科学研究部
山岡　祐衣	東京科学大学公衆衛生学分野
山中　龍宏	緑園こどもクリニック
横田　恵子	山梨県中央市こども健康部子育て支援課（元山梨県子育て支援局子育て政策課）
香川県 健康福祉部 子ども政策推進局 子ども家庭課	
福島県 こども未来局 子育て支援課	
三重県 子ども・福祉部 子どもの育ち支援課	
山梨県 総合県民支援局子育て・次世代サポート課（旧山梨県子育て支援局子育て政策課）	

企画デザイン
　NPO アーツプロジェクト

【寄稿】表紙デザインについて

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

　表紙は、CDR 研究チームと大切な人を失ったことのある当事者が、アートのワークショップを通じて描いたものです。それぞれが好きな色の絵具を混ぜた石鹸液を作り、祈りを込めて息を吹き込みました。画用紙の上でシャボン玉は、重なり、溶け合ってすぐに消えてしまいます。が、その痕跡は、確かに存在した証として作意を超えた美しい模様となって現れます。CDR もこどもの死、つまり「こどもの生の痕跡」から目を逸らさず、検証することで、声なき声を聴き、この痛みがいつか「未来のこどもの幸せ（希望）」へと変わると信じて研究されているものです。全てのこどもたちにとって未来がより優しく、より美しいものでありますように。

第 1 章：総論

1-1　CDR とは

CDR が備えるべき 3 つの特徴
部門横断的
網羅的・継続的
成果志向的

死亡したこどもは、生命・生存・発達に対する権利を享受できなかった者であり、その背後には現在もなお同じような要因で安全や生命を潜在的に脅かされている多くのこどもが存在する。一人の死亡したこどもを尊重することは、その背後に控えるたくさんのこどもたちの生命・生存・発達に対する権利を擁護することに通じる。ひとりひとりの死亡事例に真摯に耳を傾け、その生命から学んだことを広く社会に還元し、予防可能な死を減少させるとともに、すべてのこどもたちが豊かに発達できる安全で安心な社会を形作る仕組みの確立が求められる。CDR（Child Death Review；予防のためのこどもの死亡検証）はそのための公益事業であり、公衆衛生の向上に直結する事業である。

これまでに、こどもの死亡事象を解明し社会の改善に活かすための数多くの検証制度が定められ、さまざまな有識者が携わって多くの成果をあげてきた。その背景のなか、新たに提案される CDR は、冒頭に挙げた 3 つの特徴を追求している。これまでの制度探索の過程で、さまざまな成果が報告され、その目指すところについても考察が重ねられてきた。

厚生労働省・こども家庭庁は、令和 2 年度から CDR モデル事業（後述）を実施するにあたり、CDR を「こどもが死亡した時に、こどもの既往歴や家族背景、死に至る直接の経緯等の情報を関係機関から収集し、複数の機関により検証を行うことによって、効果的な予防策を導き出し予防可能なこどもの死亡を減らすことを目的とする」（こども家庭庁等資料より抜粋）取り組みとした。

1-1-1　誰が行うか

Key Concept
・CDR は、地方公共団体（地方自治体）が主導する。
・専門有識者（小児科医、法医学者等）への一部委託を考慮する。

こどもには多くの機関が関わる。こどもの死亡に関係しうる諸機関、すなわち医療、児童福祉、警察、法医学を含む学識経験者などのうち、どの職責が CDR 制度を牽引することが望ましいか、これまで議論が繰り返された。Medical Examiner あるいは Coroner 制度を持つ諸国では、彼らがすべての死亡を監査する立場にあることから、問題提起や検証進行の役割を担うことが多い。わが国は、一部で監察医制度が施行されるものの、諸外国とは様相が異なり、同制度のない地域が多い。仮に CDR の導入を考慮したとしても、一様にその中心的役割を期待することは困難である。

わが国で「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（平成 30 年法律第 104 号、略称「成育基本法」）が定められた。成育とは次世代を育成するサイクルであり、成育基本法は、そのための医療等の提供に関する施策に関して基本理念を定めることを目的としている。その第 15 条に「2. 国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と明記された。この「必要な施策」は、CDR の目指すものに酷似していることから、CDR は成育医療の延長線上に推進する、と定められたとも解釈できる。CDR の実施主体は「国及び地方公共団体」である。

それぞれの地域での実施主体は地方公共団体としても（1-2-1「CDR の実施主体」を参照）、成育医療の

延長線上に設置される CDR においては、医療情報はじめ高度に専門的な情報を扱い解釈することが求められるため、その専門知識を有する職責が一定の部分を担う必要がある。2020 年度から開始された都道府県 CDR モデル事業（以下「CDR モデル事業」）では、当該部分について「一部業務委託」を専門職有識者に対して行うことが考慮された。愛知県での研究によると、15 歳未満の死亡症例の 80% 以上が小児科医の診療を受け死亡診断に至った。そこで、まずは小児科医を関連職責の第一と定めることが提案された。ただし、こどもにかかる医療をすべて小児科医が担当する訳ではないことも確かである。CDR で優先的に検証対象と想定される外因死の診断には、内科や外科など他の診療科目の医師が多く携わり、同じく不詳の死においては、法医学者が死因究明に関わる度合いが大きい。こと法医学者は、日常業務において警察等の関連職種との関係性が既に構築されており、死因究明の過程で多くの周辺情報に接する。そこで、法医学者が関連職責として CDR に携わることも提案された。死因や死に至るまでの経過によっては、その他の職責も、より積極的に携わることが想定される。検証対象によって、どの職種、専門者に何を期待するかは様々といえる（2-1 から 2-11 項を参照）。

1-1-2　何を議論するか

Key Concept
- CDR の目的は、死因究明や真実の追求ではなく、将来の予防策の創出である。
- 事実の厳密な証明よりも、潜在的リスクへの気づきと社会への提案が重視される。

CDR は、過去に何が起きたかを解明することを主目的とする事業ではない。すなわち、医学的な死因を明らかにすること（死因究明）はもとより、死に直接的・間接的に影響した事柄について事実認定をする会議ではない。これらが明らかであれば検証をすすめやすいのは確かだが、もしも死因などに未確定の部分があったとしても、そのことを理由に議題に挙げることを躊躇したり、以後の議論において思考停止するべきではない。検証対象として議論されるべき課題は多く存在する。

また、誰かの発言、行為やふるまいが正しかったか（間違っていたか）を審査する場でもない。事実を明らかにする（何が正しくなかったかを探索する）場には、正確さの保証がない推測や思いつきが発案されにくくなる。正しくなかったことに対して責任が追求される恐れがある場では、発言が防御的になったり躊躇されたりする。これらは、新しい行動を探索する創造的な会議には適さない姿勢といえる。

CDR の最終的な目的は、社会に潜在する危険や不利益に気づき、これに対する社会のアクションを提案することである。その潜在的リスクに気づけたということが重要なのであって、その気づきが完全に事実に基づくかの厳密な証明は重要ではない。

このような「具体性に欠ける」ようにも見える議論は、発言に確実な証拠や根拠が求められる従来の「検証」とは性格が異なるため、どのように結論につながるか想像しにくいとの不安も聞かれる。これまで各種の医学研究やモデル事業の経験をもとに、どのような事例でどのような議論が行われるか実例が積み重ねられてきた（2-1 から 2-11 項を参照）ので、参照されたい。

1-1-3　誰を（何を）対象とするか

Key Concept
- CDR は、すべてのこどもの死亡を対象とする。
- 既存事業の「見落とし」防止と、「新たな課題」の発見が期待される。
- 詳細な個別検証の対象を、一定の基準で選定する方法もある。

CDR には「すべてのこどもの死亡」を網羅することが求められる。

既存の多くの検証事業は、定められた選択基準に合致し定められた手順に従って対象と認定された事例を取り扱う。この利点として、概ね画一的な事例が集約されるので具体的な課題の想起が容易であり、選択された／されなかった理由が明確であることが挙げられる。結果として、事業が予め想定する課題に対して焦点を当てた議論が可能になる。しかし一方で、選択基準から外れる部分がある、あるいは情報が不十分などで基準との照合ができない事例は対象外とされる懸念がある。また、当該事業の目的に沿った議論は実施されるにしても、当初想定を超えた議論は期待しにくい。

そこで、CDR はすべてのこどもの死亡に対して検証の機会を保証することによって、既存事業の想定した課題の「見落とし」の防止にもつながり、かつ、まったく新規な課題の発見にもつながる。

とはいえ、地域によっては対象者の母数が過大であり、特にモデル事業として探索が始まって間もない現状では実務者数が過少、などの背景もある。全例を検証すること、一方で詳細な検証の対象を絞り込むこと、という相反する命題を両立する必要があり、その解決として、対象ごとに何らかの基準で検証の濃淡を定める手順が想定される。まずは全例を同じ基準で検証する手順を「選定（スクリーニング）」として実施し、特に詳細な個別検証を行うべき事例、その他の検証事業に委託する事例等を抽出する。そして、それらの結果も含め改めて地域の全体像を俯瞰する。詳細は 1-5-6「検証の種類と手順」および 2-1「検証の対象」を参照されたい。

1-1-4　いつ行うか

Key Concept
- CDR のプロセスは、事例発生を関知した段階で開始する。
- ただし検証を遅らせることが有効な事例もある。
- 検証の適切なタイミングを判断する仕組みの構築は、今後の課題である。

現在、CDR は単年度ごとのモデル事業として実施されており、地域で任意に設定した対象期間（例えば、当該年の 1 月 1 日から 12 月 31 日まで、4 月 1 日から 12 月 31 日まで等）の死亡事象を検証対象と定めるところが多い。対象となる死亡事象を関知する手段として、死亡診断した医療機関から能動的に CDR 実施主体等の設置する担当窓口（事務局等、以下「CDR 委員会」）に対して報告する（調査票あるいはそれに代わる帳票を提出する）方法と、CDR 委員会から（死亡小票による確認、剖検や各種検証の実施、報道などで）察知した死亡事例について医療機関に問い合わせる方法がある。前者には事象の発生からプロセス開始までの間隔が短いという利点があり、後者には報告者の関心や積極性に影響されずに対象を同定できるという利点がある。モデル事業実施の各地域では、多かれ少なかれこれら二つの方法を組み合わせて CDR を実施している。

一般論として、事例発生から早いタイミングで検証することの利点は、関係者の記憶が風化・変容する前に情報や意見を収集しやすい点にあり、緊急度の高い事例があれば、より早い対応も期待できる。一方で、検証時期を遅らせることにも利点がある。検証までの時間を十分に確保できれば、例えば剖検例の病理組織診断や遺伝子診断などの検査結果、各種の既存制度に基づく検証結果や、公判に関連する記録（2-1-6「訴訟中か否か」を参照）なども踏まえた議論が期待できる。今後、CDR が単年ではなく継続的な事業となれば、発生から 1 年を超えた時期での検証が可能となり、後者の利点が享受できるようになることが期待される。

ただし継続的な制度ができたとして、いつまで待てば「十分な時間」かは、まだ明らかでない。現段階で何の情報を待っているのかの明確化、各種検査結果が揃ったことの確認、他制度における検証結果が確定状況、結審の有無、などの情報を管理し、それらを CDR 委員会に対して適切に通知する仕組みの模索は、これからの重要な課題といえる。

1-1-5　どこで行うか

Key Concept
- CDR は、都道府県を単位として実施する。
- 地域特性に応じて、実務をより小さな単位に分割して行うことも選択肢である。
- 他地域との連携や情報共有の仕組み構築も、重要な課題である。

成育基本法（前掲）からは、この仕組みに取り組むべき主体は、国及び地方公共団体と読み取ることができる。現在のところ CDR モデル事業は、都道府県を基礎単位として行われ、国（こども家庭庁）とその委託する事業者がその結果等を取りまとめる形態を模索している。警察や保健医療計画等が都道府県を単位とする観点からは有効な仕組みであるが、教育、母子保健、児童福祉など、政令指定都市、中核市等との業務の擦り合わせ、分担のありかたなど解決するべき課題もある。また、こどもの死亡事例の 10.8%* が住所地の都道府県ではない場所の医療機関で死亡する（2-1「検証の対象」を参照）ことからは、他地域との連携構築も重要な課題といえる。

小鹿（山梨大学）らの試算によると、米国では 3.2 億の人口に対して 18 歳未満の死亡が年間 3.7 万件発生し、全米の 1,350 の CDR チームでこれを分担する（米国プログラムマニュアルより引用）ため、計算上 1 チームあたり 23.7 万の人口をカバーし、年間 27.4 事例のこども死亡を取り扱うという。わが国にこの数字を当てはめると、1.26 億の人口に対して 532 チームあれば同等の人口カバー率を目指すことができ、年間 3,794 件 * の 18 歳未満の死亡事例に対して 138 チームあればチームあたりの年間取り扱い死亡件数が同等との計算になる。参考までに、米国実績と同等の「1 チームあたり年間 27.4 事例のこども死亡を取り扱う」運用を行うとして都道府県ごとに必要 CDR チーム数を試算すると、東京都（13）、京都府（2）、山梨県（1）などでは大学医学部の数と一致するが、大阪府（9）、千葉県（7）、埼玉県（7）、静岡県（4）、茨城県（4）、広島県（3）などでは大学医学部の数を大きく上回るなど、地域差は大きい。実動組織を整備するのには相応の時間と準備が必要であり、どのように CDR の体制を整えるかは重要な課題である（1-2「CDR を開始するための準備」、2-1「検証の対象」も参照）。

* 注：2017-2020 年の人口動態統計より独自計算

都道府県において複数チームを設置する場合には、どのようにどの程度まで分割するかについて、疫学に基づいた入念な事前検討と準備が必要となる。実務を担う医療機関や法医機関の所在、人口分布や行政上の区分、交通アクセスなどを考慮に入れる必要がある。この場合、チーム間格差が生じにくいような密な連絡、事前擦り合わせ、場合によっては合同開催、経過や結果の相互監視、分割地域の結果を都道府県の中央に集約する仕組みの形成など、考慮されるべき課題は多い。遠隔地で交通困難などの物理的な問題に対しては、オンラインによる会議開催も解決に寄与しうるが、独自の注意点もある（1-5-7「オンラインによる遠隔会議」も参照）。

逆に、本ガイダンス改訂の時点（2025 年）では実現していないものの、将来的な課題として、複数都道府県が合同で単一チームを形成する場合の検討も必要かもしれない。これは、高等裁判所、管区警察局、国税局、地方整備局、地方厚生局などの広域管轄の仕組みを参考とする構想である。このような合同体制は、特定の地域が抱えうる制約の解決策として期待される。すなわち、死亡事例の発生頻度が低いため、検証経験を蓄積しにくかったり検証対象の個人同定につながりやすい等の課題がある地域にとっては、他地域との連携により、より実効性の高い議論が期待できるという利点が想定される。ただし、この構想の実現には相当の課題が予想される。自治体間での適切な情報共有と管理のありかた、施策実施の主体の設定、運営費用の適切な分担など、制度設計上の複雑な問題の解決が前提となる。これらは、現在の CDR モデル事業の枠を超えた、中長期的な課題かもしれない。

1-1-6　どうして（何を目的に／何をめざして）行うか

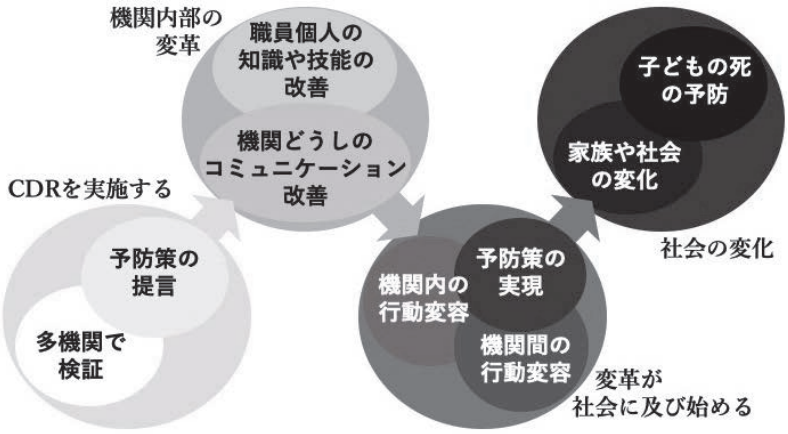
Key Concept
- 効果的な予防策を提言する。
- 個人へのフィードバックは目的としない。

現在の CDR の直接的な目的は、冒頭に述べたとおり「効果的な予防策を導き出し」「予防可能なこどもの死亡を減らすこと」（厚生労働省、こども家庭庁）とされる。ここで予防可能な死亡とは、誰かの具体的な過失のために死亡したもの（当該過失がなければ防ぎ得た死亡）ではなく、米国アリゾナ州の CDR プログラムの表現によると、コミュニティあるいは個人が「死に至る状況を変えるような『なにか』を合理的に行うことが可能」であろう事象を指す。わが国には、まだ「死に至る状況を変える『なにか』が実現し、その成果として予防できた（予防できるであろう）こどもの死」はどれであるのか、明確な基準はない。暫定的に、諸外国で防ぎうる死とされる基準（3-3-1「多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル」参照）を適用して調査した研究では、わが国のこどもの死の約 1 ／ 4 が該当すると報告された。これからは、わが国では何が「防ぎうる死」であるのか、私たち自身の経験を蓄積して確立する必要がある。これは、これから私たちはどのような死亡を防ぐつもりか、という覚悟を示すことにも等しい。

そのためにも効果的な介入策を提言として導出することが、成果志向的な CDR の目指すところである。CDR モデル事業では、発出された提言などの成果（7 自治体 *）、CDR を実施した事実などの部分的な情報（1 自治体 *）など、いくつかの自治体が成果を公開している（各自治体 web ページ等を参照）。また別途、こども家庭庁に対する事業報告のまとめも公開された（こども家庭庁 web ページ等を参照）。今後、それらの提言がどのように実現したか、どの程度実効したかの追跡調査が望ましい（1-6-5「トラッキング」を参照）。CDR は継続的な事業であるべきである。（* 注：2025 年 5 月現在）

個別事例の検証結果やその後の提言に関して、死亡したこどもの遺族など個人への直接的なフィードバックは想定されていない。CDR は死因究明を目的としないことから、検証によって「より正しい」医学的死因や「より納得のいく」責任の所在が明らかになることが想定されないことにある。そのほか、検証の客観性や発言の多様性を可及的に担保したいという理由、個人同定が可能な段階では政策提言に到達しておらず、逆に具体的な提言の段階では既に発端者たりうる個人を同定し得ないという手続き上の理由、などが挙げられる。

結果を直接フィードバックしないとは、対象遺族等にとってこの事業の直接的な利益は実感され難いことを意味する。事業への理解のため、例えば対象者に悲嘆に対するケア等を提供することも重要な要素になり、



【図 1-1-6.　CDR の実施からこどもの死の予防に至るまでのカスケード】

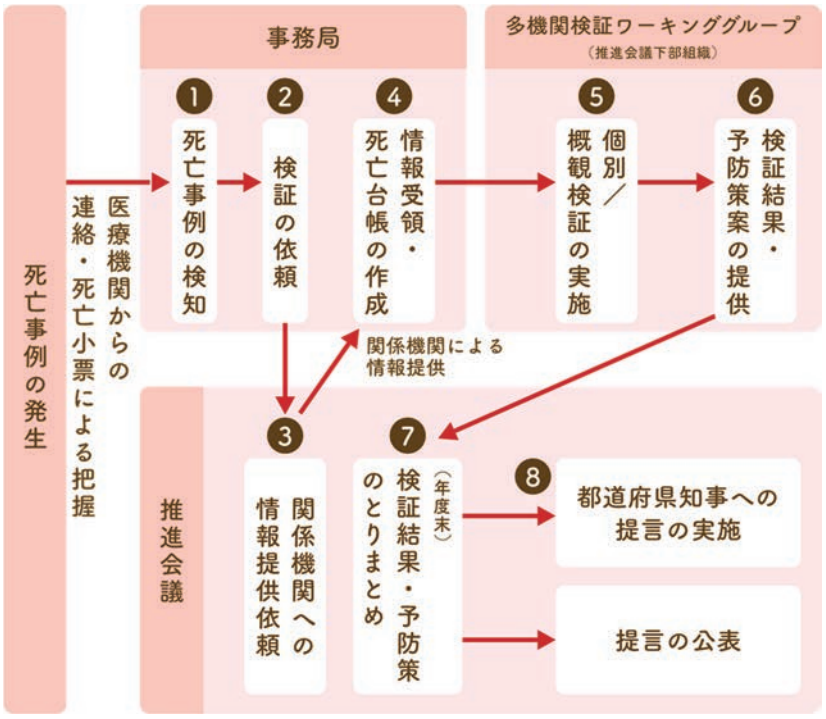
また事業の成果を広く公開するなどして公益に資する取り組みであることへの理解を促し続けることも必要である。あるいは具体的な成果（提言）に直接は結びつかない事例であっても、そのひとりの死を通して関係者が対話を重ねており、そのことによって関連業務や社会全体の改善に寄与していることが、一般市民によく伝達されることが望まれる。CDR モデル事業を実施した一部の自治体では、検証結果はじめ事業成果を広く一般市民に報告し、CDR への理解を深めるための市民公開講座等を開催する試みがみられた。「CDR の重要性がよく分かった」「目を背けてしまいがちな『死』をきちんと検証して今後のいのちに活かしていくことが大切と分かった」などの意見とともに、「とても有意義な取り組みを○○県が毎年されていることに、安心と嬉しさを感じました」との感想も寄せられた（1-3-5「第四の対象：CDR に理解と共感を示し、CDR の利点を享受する一般国民の層」、3-7-4「CDR の成果をもとに都道府県民等に向けた啓発の一例」も参照）。

1-1-7　どのように行うか

Key Concept
- 情報収集→検証→提言の 3 つのステップを行う。
- CDR モデル事業で、これを行うための体制が模索された。

上記を実現するため、CDR は「情報収集」「検証」「提言」の 3 つのステップで構築される。それぞれの手順や考え方等は、1-4「情報収集」、1-5「検証」、1-6「提言」を参照のこと。

これを実施するため、CDR モデル事業では図 1-1-7 のような体制整備を目指された。



【図 1-1-7.　都道府県 CDR モデル事業の模式図（こども家庭庁 web ページより引用）】

1-1-8　まとめ

いま模索中のわが国の CDR（予防のためのこどもの死亡検証）の概略について、誰が／何を／誰を／いつ／どこで／どうして／どのように、実施するものであるかを示した。

1-2　CDR を開始するための準備

1-2-1　CDR の実施主体

Key Concept
- CDR は、国と地方公共団体が実施する。
- 各地方における CDR の実施主体として、都道府県が最適である。
- 政令指定都市、中核市との連携体制の構築が重要である。

CDR は、国と地方公共団体が実施する。成育基本法には「国および地方公共団体は成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用などに関する体制の整備、データベースの整備、その他の必要な施策を講ずるものとする（第 15 条の 2)」と定められる。そして各地域において、CDR の主要な目的であるこどもの死亡に関する情報収集、検証、提言を適切に実施するためには、その実施主体は都道府県が最適と思われる。令和 2 年度から厚生労働省（R5 からはこども家庭庁）の実施する「都道府県 Child Death Review モデル事業（以下「モデル事業」)」においても、実施主体は都道府県とされている。

都道府県が実施主体となる場合、政令指定都市や中核市との連携体制の構築が重要となる。各保健所単位で管理される死亡小票からの情報収集や予防策の実施など、CDR の主要な活動の中には、政令指定都市や中核市に事務権限が委譲されている事項も少なくないためである。

1-2-2　担当部署（都道府県庁内）を決める

Key Concept
- 都道府県庁内に、CDR の事務局を設置する。
- 母子保健、医療政策、虐待対策の部局等が事務局を担当することが考えられる。

CDR の実施主体が都道府県となる場合、都道府県の庁内に担当部署を設置する必要がある。この部署が実質上の CDR の事務局となる。これまで CDR モデル事業に参画している都道府県では、主に母子保健、医療政策、虐待対策に関連する部局が CDR の担当部局を担っている。当該地域において CDR の実施に向けた機運が高まった背景や経緯も、担当部署の決定に影響している (*)。これから CDR を開始する都道府県においては、CDR モデル事業の実施都道府県から全体的な業務量などを聞き取るなどして把握することで、担当部署の選定に関する具体的な判断材料が得られるかもしれない。

担当部署を検討する際に、並行して専任担当者の配置や事務局業務の外部委託の要否の検討も必要である。CDR の実施において基盤となる死亡症例の把握やその医療情報の収集には、都道府県内の中核的な医療機関や組織を巻き込むことが欠かせない。多くの医療機関や関係者の協力を得る必要があり、そのためにも大学病院や公立の総合病院との連携や、事務局業務の一部の業務委託なども検討が望ましい。業務委託 (**) をする際には、CDR に関連する事業・業務のうちのどの部分を委託するのかを決めなければならないため、先にコアメンバー会議（1-2-3「コアメンバーの巻き込みとコアメンバー会議の設置」を参照）の開催や実施枠組みの検討を進めることと並行して考えると整理しやすい。

担当部署の決定からその後の体制整備について、1-7-1「体制整備状況の評価」および 3-6-1「体制の整備と実施状況の自己評価チェックリスト」も併せて参照されたい。

(*) 担当部署

担当部署は、県内外との連携のとりやすさ、実現する（しようとする）政策の種類、などにより決められるのもよい。CDR モデル事業は厚生労働省／こども家庭庁の母子保健課が所管することから、都道府県においても母子保健課を担当部署とすると、国との連携がとりやすいことが期待される。医療政策課等であれば、都道府県内の死因究明事業や医療機関との連携がとりやすく、児童福祉課等であれば、地域の中で虐待対応の一環として培われた多機関連携等と協働しやすいことが期待される。

(**) 業務の外部委託

CDR モデル事業では、大学医学部（小児科学講座、法医学講座）、都道府県医師会、都道府県内の総合病院、都道府県小児科医会、日本小児科学会都道府県地方会、などへの外部委託がなされた。

コラム（CDR のスタートアップ①：山梨県の取り組み）

○知事が CDR を「県の重要施策」として、県の総合計画に位置付けた。さらに、知事が自らモデル事業開始前年の CDR 検討会（準備会）に出席し、委員に CDR の必要性を投げかけたことが、関係者への動機づけになった。

○CDR の体制構築に向け、県庁内外の関係各課、組織に CDR の必要性を説明し理解してもらうことが重要であるため、CDR を担当している課長と担当者が各課 * や関係組織 ** を直接訪問し、CDR の重要性について説明したことで理解を得ることに繋がった。

*** 県庁内各課**：福祉保健部各課、教育委員会、産業政策課、道路管理課、治水課など

**** 各関係組織**：警察本部、医師会、司法関係、市長会・町村会、病院協会など

○CDR について理解を得るために用意した資料は、国の事業説明図、県内のこどもの死亡に関する統計指標、県における関係機関や実施の流れ図、参加組織、団体の一覧表、県民等に向けた周知啓発資料などである。

○また死亡調査票を提出いただく病院の団体である公立・民間病院協会への説明、依頼については、こどもの保護者の CDR への同意の取得や、死亡調査票の記載について具体的な依頼内容も用意した。

○個人情報を提供してもらう組織については、県個人情報審議会（ただし法改正のため 2022 年度で終了）で承認を得ていること、こどもの保護者の同意を得ていること、情報の取り扱い方法などを詳細に説明し理解を得た。

1-2-3　コアメンバーの巻き込みとコアメンバー会議の設置

Key Concept

- 準備の中核となる多職種のキーパーソンを巻き込むことが望ましい。
- キーパーソンを中心にコアメンバー会議を設置する方法も有用である。

CDR の実施に向けて、必要な体制や具体的な方法を決めていく必要がある。こうした CDR のあり方や方向性を決める段階から、自治体内のコアメンバーを巻き込んでいくことが望ましい。その一つの方法として、「コアメンバー会議」の設置と開催が挙げられる。CDR は多機関・多職種連携によって運営されるものであるため、その準備のためのコアメンバーとして、CDR の担当部局の担当官に加え、小児科医、救急医、法医学者、弁護士、児童福祉関係者など、多機関・多職種連携をするためのキーパーソン 5-10 名程度を選定する。コアメンバーを中心に、CDR のビジョンやそれを実現するための運営体制と、情報収集、検証、予防策の提言の方法について決めていくとよい。

コラム（CDR のスタートアップ②：山梨県の取り組み）

○コアメンバー会議を CDR 運営会議と称し、推進状況の共有や、CDR を進めていく上での課題等を協議する場として 1-2 か月に 1 回実施した。参加職種の課題の捉え方、考え方の違いを相互に認め、共有する上で有効な機会である。

1-2-4　コアメンバーの共通認識の構築

Key Concept

・CDR の実施に先立って、関係者間の共通認識が望ましい。
・共通認識の醸成のため、さまざまな研修が有効である。

こどもの死に関わる小児科医や法医学者のような専門職であっても、CDR に関する知識や認知度が十分とは限らない。こどもの死亡の「検証」と聞いて、虐待や保育事故などの既存の検証事業をイメージされる場合もあるかもしれないが、実際には CDR は「より包括的な取り組み」であるなど、既存の他事業とは趣が異なる。その他の医療職や、医療関係以外の職種においては、CDR への理解はさらに低くなりやすい。こうした認識のずれ、誤解は、CDR の実施の妨げになりうる。

CDR を円滑に立ち上げ実施するためには、コアメンバーはじめ関係者間であらかじめ、地域の実情や CDR に関して共通認識を構築しておく必要がある。

CDR の実施に向けた準備を進めるためのツール（3-1-8「新しく CDR チームを立ち上げる際の確認事項」を参照）を用いて、事前に地域の現況を把握するのも良い。これは米国で開発された表をわが国の実情に合わせて一部修正した資料であり、調べるまでもなく自明あるいは回答困難な項目もあるものの、回答のために関連各方面にアプローチし、自地域の現状について改めて共通認識を持つことに大きな意義がある。あるいは、CDR の具体的な手順に沿った研修により、CDR の理念等に関する共通認識を構築することも有用で、このために用いうる研修項目や啓発資材の例をいくつか例示する（1-3「研修と啓発」および、3-1-1「CDR 啓発資材 part 1．入門編」～ 3-1-3「CDR 啓発資材 part 3．情報共有編（非医療職の多職種対象）」も参照）。

CDR への理解を促すための研修内容の例

① 当該地域で実際に起こった実例をモチーフとして、模擬検証を実施する。
② 人口動態統計などの統計資料を活用して地域の実情と課題を明確化する。
③ その具体的な課題を解決するための方法・予防策を仮に検討・立案してみる。
④ ①～③を通じて、その個々の作業や進め方について分からない点などを明らかにし、解決する手立てを考える。

こうした実際に即した経験や業務の可視化は、情報を共有しないことによる損失や、全体を概観して政策立案する利益を実感してもらうためにも効果的である。

1-2-5　具体的な実施枠組みを決める

Key Concept
- 当該地域での CDR の対象を決める。
- 死亡の把握方法や情報収集方法を決める。
- 必要な会議体「推進会議」「多職種ワーキンググループ」を組織する。
- それぞれの会議体が担当する様々な会議がある。

コアメンバーでの共通認識が得られたら、次は具体的な実施枠組みを決めていく段階に入る。コアメンバー会議を定期的に開催し、下記のような事項について話し合うとよいだろう。

当該地域での CDR の対象を決める

CDR では、管轄地域のこどもの全死亡を対象とするのが理想的である。しかしながら、都道府県の規模やマンパワーによっては「まずは当該地域で CDR の仕組みを作る」ことを目標にして、対象年齢を区切る、対象死因を限定するなど事例を限定して開始することも検討される（1-5-6-1「選定（スクリーニング）」、2-1「検証の対象」も参照）。そのために、あらかじめ当該地域のこどもの死亡疫学についての基礎資料を作成し、地域の課題を確認しておくことが役立つ（1-2-4「コアメンバーの共通認識の構築」参照）。

死亡の把握方法や情報収集方法を決める

こどもの死亡を把握することが CDR の端緒となるが、その方法はいくつか考えられる。保健所死亡小票を使うことは全数把握には適しているが、国の人口動態統計であり、入手までに 2 ～ 3 か月かかるという欠点がある。郵便（はがき等）や電話で医療機関や警察から死亡発生の一報をもらうという体制を構築したモデル自治体もあるが、把握漏れが生じやすい、医療機関や警察の協力が欠かせないといった課題がある。当該地域の状況に則して、どの把握方法の整備が現実的かつ有効かを検討し、決定する必要がある。その後、誰がどのような方法で、またどのタイミングで、医療機関ほか関係機関の情報を収集するかを検討していく必要がある。

必要な会議体および会議を決める

設置を検討すべき会議体として、推進会議、多機関検証ワーキンググループなどが挙げられる。CDR モデル事業では、その会議体により下記のような複数の会議が開催される。特に各種の多機関検証の内容については、本ガイダンスの別の部分で詳細を解説する（1-5「検証」、第 2 章「検証各論」を参照）。

（会議体名）推進会議

都道府県の方針を決める、承認を得る、関係諸機関等の調整を図るなどの機能を持つ、主に関係機関の代表者・専門家が参加する会議体。CDR モデル事業においては、その委員は固定メンバーで構成されることが多い。

（開催される会議の例）

推進会議

都道府県の方針を決める、承認を得る、関係諸機関等の調整を図る
検証結果を報告する、情報提供の依頼を行う、提言の作成等を行う

予防策検討会

政策提言委員会

一定期間に出された予防策を取りまとめる、優先度や実行可能性について検討する、提言書に書き起こすなど、CDR の取り組みの中で得られた予防策を発信するための準備を行う。

コアメンバー会議

その他

CDR 担当課以外の都道府県庁内のこどもに関係する課や、予防策に関係する課等と意見交換をする会議や、キックオフミーティングなど、必要に応じて様々な会議が検討される。

（会議体名）多機関検証ワーキンググループ

推進会議の下に設置され、関係機関・専門家が参加して下記の各種検証をはじめとする実務会議を行う会議体。会議の種類によって、あるいは会議ごとに、構成員を流動的に運用することも多くみられる。既存の検証とは異なる考え方で進められる会議であるため、効果的な CDR とは何かを理解して会議を主導する者（CDR ファシリテーター。1-3-2-1「CDR ファシリテーターの養成」を参照）の確保が必須である。

（開催される会議の例）

選定（スクリーニング）会議

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」を提案する（1-5-6-1「選定（スクリーニング）」、第 2 章「検証各論」も参照）。

個別検証（会議）

選定された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。モデル自治体では委員が固定メンバーのところもあるが、事例に直接関係した担当者に依頼している場合もあり、それぞれに注意点がある。（1-5-6-2「個別検証」、第 2 章「検証各論」も参照）。

概観検証（会議）

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。モデル自治体では委員は固定メンバーであることが多い。（1-5-6-3「概観検証」、第 2 章「検証各論」も参照）。

1-2-6　具体的な実施方法・体制を決める・業務の分担

Key Concept

- 年間予定表を作成する。
- CDR 全体の業務を、都道府県および業務委託先（外部委託する場合）に振り分ける。

具体的な実施枠組みが決まったら、年間予定表などに反映させ、都道府県がやることと業務委託先（委託が決まっている場合）がやることの分担、契約に進むことが考えられる。

各種会議の開催方法や、それぞれの会議の開催頻度、開催場所、関係機関への連絡方法などを決めていく必要がある。CDR モデル事業では、CDR 全体の業務のほとんどを業務委託先に依頼している自治体、情報収集のみを業務委託先が担う自治体などがみられ、さらに業務委託せずに自治体のみですべての業務を実施する場合もあり、様々な方法が検討される。

実際に多機関検証会議が実施されてからは、いずれ予防策の提言やその実装方法について検討し、例えば都道府県知事に提言書を手交する、CDR 担当課以外の庁内のこどもに関係する課や予防策に関係する課と意見交換をする、など得られた予防策の発信に向けた準備が必要になる。また、CDR は都道府県内で完結するものではなく、国との連携も重要になる。特に国で取りまとめ実装した方が良い予防策などを報告する、個々の事例や予防策を国のデータベースに登録するなど、国への情報提供を見据えた体制整備も検討すると良いだろう。

1-2-7　関係機関への周知・巻き込み

Key Concept
・CDR の実施に先立って、関係者間の共通認識が望ましい。
・CDR とは何か、どのように実施を支援できるかを学ぶ講習が有効である。

こどもに関係する機関への CDR の周知や巻き込みに関しては、地道な活動が必要である。当該地域でこどもに関係する機関は、要請に応じて情報を提供する、会議に参加して意見を陳述する、発出された提言を見て日常業務に反映するなど、「何らかの形で」CDR に関わることになる。実施される CDR に理解と共感を持つことは、その円滑な運営を下支えする。CDR とは何か、何を目指す事業であるか、聴講者はこどもに関係する職種として、どのようにその実施を支援できるかを学ぶための講習等は有効と考えられるが、当該地域の CDR を牽引するコアメンバー間で基本理念の共有をはかる研修（1-2-4「コアメンバーの共通認識の構築」を参照）とは異なる。

まずは、要保護児童対策協議会、周産期協議会、死因究明等推進協議会など、既存のこどもあるいは死亡事象に関係する自治体内の会議において、CDR に関する勉強会の時間を設けることが考えられる。既にこどもに関係する実務を担っている専門職等に対して、既存事業に加えて CDR を実施する必要性が理解され、複数の事業間に生じうる混乱の予防、これまでの経験を CDR の実施に活かす工夫等の創出が期待できる。

また、保健所長会や学校長会など特定の専門家の長が集まる場で CDR を周知することなどが考えられる。先に述べた推進会議のような、都道府県内での CDR の取り組みの大枠に承認を得るような場に、各関係機関の長や代表者を広く招聘することも検討されるであろう。そのような場で首長からの挨拶などがあると、都道府県が一丸となって取り組むべきものとして認識されやすい。

しかし、関係機関の代表者を推進会議に招聘するとしても、招聘状一枚を発行すれば解決するわけではなく、モデル事業をすでに実施している自治体では、担当者が一か所一か所 CDR の資料を持って地道に丁寧な説明回りを行ったという例もある。

コラム（関係機関の理解の促進：山梨県の取り組み）

各関係機関に CDR モデル事業開始前の説明を繰り返し行ったことにより、さらに、個別検証に参加いただいた場合にはより一層、CDR の重要性への理解が深まり事業推進がスムーズになったと感じる。

コラム（横浜市児童虐待防止医療ネットワーク（YMN）チャイルド・デス・レビュー部会のあゆみ）

横浜市は人口約 376 万（2023 年 1 月現在）、18 の行政区に分かれ、児童相談所は 4 箇所（2025 度には 5 箇所目の解説予定）という大都市です。このような大規模な自治体において、横浜市児童虐待防止医療ネットワーク（YMN）が 2013 年 11 月に発足しました。これは厚生労働省が児童虐待防止医療ネットワークを始めた翌年のことで、事務局を横浜市こども青少年局が担い、市内の中核医療機関の小児科医から世話人を選出し、その中から当番世話人を 1 ～ 2 年交代で選出する体制を構築しました。

YMN にチャイルド・デス・レビュー部会（CDR 部会）を設置したのは、発足から 5 年目の 2017 年のことです。設置のきっかけは、区が支援していた特定妊婦の乳児が市内の病院で出産後に不詳死した事案でした。行政主催の検証は開催されましたが、医療機関は詳細を知ることができず、また警察や司法の情報も得られませんでした。この経験から、多機関が連携して検証する仕組みの必要性が痛感されたのです。時期的にも、日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会（現：予防のための子どもの死亡検証委員会）の活動が活発化していたことから、横浜市でも YMN のネットワークを活用して CDR 部会を立ち上げることになりました。

CDR 部会の開催には、医療、行政、法医学、検察、警察、教育機関など多岐にわたる職種の参加が不可欠です。部署の垣根を超えて連絡を取ることは、一小児科医師には困難な作業であり、事務局が自治体職員である運営母体の大きな強みがここにあります。

初回の勉強会は医師、神奈川県警、検察、法医学、行政の関係者で集まり、顔の見える関係づくりを目指して、架空事例を用いて模擬検証を試みました。しかし今振り返ると、事前の準備が不十分で、雰囲気の悪い進行となってしまいました。当初は CDR を「こどもの死因究明」と捉えていましたが、実際には「検証」を通じて「死亡を減らす」体制づくりが目的であると理解するまでに時間を要しました。

その後の反省を踏まえ、参加者への CDR の主旨説明や重要な部署・人物の参加確認など、下準備こそが CDR 部会の成功の要であることを確信しました。2023 年度の YMN の CDR 部会では再び模擬事例検証を開催しましたが、今度は事務局と十分に時間をかけて下準備を重ね、内容を練り上げることができました。

1-2-8　住民への周知

Key Concept
- CDR の実施には、亡くなったこどもの遺族の理解は欠かせない。
- 国民が「日本には CDR という仕組みがある」ことを知っていることが望まれる。
- 地域住民への平時からの周知啓発が重要である。

CDR を円滑にすすめるためには、亡くなったこどもの遺族の理解は欠かせない。こどもが亡くなったときに初めて「CDR という取り組みを知る」のではなく、理想的には、国民が一般的に「日本には CDR という仕組みがある」ということを知っていることが望ましい。そのために都道府県は、平時より CDR について都道府県民に周知する必要がある。例えば、下記のような取り組みが考えられる。

都道府県による地域住民への CDR の周知啓発の取り組み（例）
- CDR について、都道府県の公式 Web ページなどに載せる
- 地域の新聞や広報誌で、CDR の取り組みを紹介する
- 地域の新聞や広報誌で、検証会議の開催などを広報する
- CDR についてのポスター掲示やパンフレット配布を行う
- CDR に関する市民参加型のシンポジウムや講演会などを開催する

パンフレットやポスターなどは、CDR モデル事業にすでに取り組んでいる自治体や、国の研究班などで作成したものがあるため、そういったものを活用することができる（3-1-9「市民広報用ポスターの作例」を参照）。また、各種新聞地方版や地域の広報誌などへのコラムの掲載、会議開催のプレスリリースなど、地域住民に伝わりやすい広報・啓発活動を検討してもよいかもしれない。

これまで、わが国では「死について話題にすることを忌み嫌う文化」であると指摘されてきた。死亡事例に対して取り組む CDR について、一般国民に意義を説き、そのありかたに共感を得ることがどのように可能か、これからも探索が継続されなければならない。

1-2-9　まとめ

行政が実施主体となる新事業の開始にあたって、関係者間で理念を共有し、順を追って準備することについて概説した。

1-3　研修と啓発

1-3-1　研修と啓発の 4 つの対象

Key Concept
· 実務者はじめ関係者に対して、定期的に研修を実施することが好ましい。
· その他の地域住民等に対しても、CDR の成果を発信することが好ましい。

CDR が有効に実施されるためには、実務者はじめ関係者が共通認識を持つ必要がある。地域で新たに事業を開始する前には、関係しうる職種によく理念等が周知されることが好ましい（1-2-4「コアメンバーの共通認識の構築」および 1-2-7「関係機関への周知 · 巻き込み」を参照）。実務者（医療職など）に比べて、行政職員は定期的に異動することが多いため、なおのこと研修を定期的に繰り返すことが好ましい。

また CDR が全国展開されるためには、CDR が「一部の特殊な者による」「限定された人のための」「特別な取り組み」等ではなく、国民全体にとって必要な普遍的な取り組みであることが広く理解され、共感される必要がある。それには、CDR の意義や理念、具体的な成果を示すことに加え、自分たちの社会が亡くなったこどもを「大切にしている」というメッセージを発し続けることも有意義である。

このように教育啓発の対象は、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 · 医療専門職の層、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（地域住民）の層、と層別化される。それぞれに適切な研修等の目的と方法等を以下のように提案する。

CDR に関する研修 · 啓発の 4 つの対象
（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 · 医療専門職の層
（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）CDR に理解と共感を示し、CDR の利点を享受する一般国民の層

1-3-2　第一の対象：地域等で CDR を推進する層

Key Concept
· 地域の多職種コアメンバーは、当該地域で CDR を推進する層である。
· 地域で最初に CDR の理念を理解し、地域内でそれを伝達する役割がある。

この層は、地域における CDR 新規導入の際の先導者として、また継続的な取り組みの維持発展を牽引する「旗振り役」として、地域 CDR の中核を担う極めて重要な存在である。CDR の担当部局の担当官に加え、小児科医、救急医、法医学者、弁護士、児童福祉関係者などのキーパーソン 5-10 名程度が該当する。CDR の新規立ち上げにおいては、これらコアメンバーを中心に、CDR のビジョンやそれを実現するための運営体制、情報収集、検証、予防策の提言の方法など、地域の実情に即した最適解を見出すという重大な責務を負う（1-2-3「コアメンバーの巻き込みとコアメンバー会議の設置」を参照）。その後、地域の各層に対して戦略的かつ継続的な情報発信を展開し、異なる関連機関の間に立って調整役を果たしながら、強固で持続可能な CDR 体制の構築を推進していく役割を担う。

また事業開始後には、事務局の中心メンバーまたは推進会議の核となる存在として、地域の CDR が安定して続けられるよう運営を支える。ここには、時宜に応じた改善と改訂、地域内での次世代人材の戦略的育

成と効果的な啓発企画の立案・実行、質の高い事業内容（情報収集、検証、提言）の確保、そして国全体のCDR 発展への積極的貢献と、多岐にわたる業務が包含される。

地域で CDR が立ち上がるまで、当該地域において最も CDR に精通し、その深い理解に基づいて他者を導くことが期待される指導的存在となる層であり、その理解には、CDR の基本的な考え方、具体的業務の全体像、明確な目的設定と期待される成果物の詳細などが含まれる。国、科研班、関連する全国学術団体の担当委員会等（日本小児科学会予防のための子どもの死亡検証委員会、日本子ども虐待防止学会 CDR ワーキンググループなど）がこの理解を支援する必要があり、本ガイダンス制作時までに、検証実務研究者有志（科研班）によるオンライン会議や模擬検証企画、ファシリテーター講習会（1-3-2-1「CDR ファシリテーターの養成」を参照）等、また国（こども家庭庁）による「都道府県情報共有会議」等が行われてきた。また、次項以降に説明する第二の層（医師・医療専門職）や第三の層（その他の関連職種）を対象とした講習会への参加も有用である。

1-3-2-1　CDR ファシリテーターの養成

Key Concept
- コアメンバーのうち医師職は、CDR の技術的側面に責任を持つ。
- 有効な検証会議のため「CDR ファシリテーター」の確保が望まれる。

コアメンバーのうち医師職は、地域の課題を整理する、事例の課題を医学的観点から整理する、有効な検証会議を運営する、地域にとって有効な提言を考察するなど、CDR の技術的な側面に責任を持つ立場にあることが多い。このうち有効な検証には会議を進行する司会者の技量が大きく寄与し、このような司会を可能とする「CDR ファシリテーター」の確保が地域にとって重要である。

CDR ファシリテーターは、有効な検証会議を運営するためにさまざまな研修や情報交換等によって常に知見をアップデートしていることが望まれる。新規にこの役を担う者に対してどのような研修が望ましいかが検討され、「CDR」の頭文字で表される以下の 3 つの要件を満たすことが提案された。

新規 CDR ファシリテーターに望まれる 3 要件「CDR」
C: Course あるいは Contents（座学による基礎的な知識）
D: Data-handling（実データの取り扱い経験）
R: Roleplay（ロールプレイ等を用いた実際の司会進行の経験）

「C」の表す Course あるいは Contents とは、座学による基礎的な情報や、それを伝達する研修を意味する。日本小児科学会が定期開催する「小児死亡時対応講習会」などが既存の取り組みとして挙げられるが、科研班の制作した研修資材（下記参照）も有用である。また科研班では、研修のための動画資材が複数制作された。ここには、（1）CDR の理想像を提示した「良い検証」、（2）これまでにモデル事業等で一部経験された課題を誇張した「悪い検証」、（3）課題解決のため実地でモデル事業関係者（実務者）による工夫の例「TIPS」、（4）TIPS を駆使して検証会議の改善を図った「平均的な検証」、（5）こどもの死亡時の「家族への対応」が含まれる。「D」の表す Data-handling とは、実データの取り扱い経験を意味し、実データを取り扱うことで既存の統計等に潜在する課題への気づきが望まれる。これまで、科研班による「人口動態調査研究」、日本小児科学会パイロットスタディにおける事例登録と検証、日本小児救急医学会および日本小児科学会の実施する登録調査への取り組み等の例がある。「R」の表す Roleplay とは、ロールプレイ等を用いた実際の司会進行の経験を表し、科研班による模擬検証会議、ファシリテーター講習会、有志による定期オンライン会議「夜のふりかえり」などで取り組まれてきた。今後、全国的な組織によっ

て安定した開催が実現することが望まれる。

これまで開催されたファシリテーター講習会は、一方向的な伝達講習ではなく、CDR を進める上で重要な以下の内容について、議論する研修様式で開催された。

(1) こども死亡の疫学
(2) 多職種の専門性を知る
(3) CDR とは何か
(4) CDR ファシリテーターとは何か
(5) ファシリテーションの技術
(6) 選定（スクリーニング）における留意事項
(7) 個別検証における留意事項

巻末に紹介した啓発資材は、この講習会の議事をもとにアップデートを繰り返したものである（3-1-4「CDR 啓発資材 part 4. 運営編（ファシリテーター対象）」を参照）。

1-3-3 第二の対象：死因究明を担当し、CDR への積極的な情報提供を担う医師・医療専門職の層

Key Concept
- 医療者の提供する医学的情報の質が、CDR 全体の成否を決定づける。
- 医療者は、社会政策としての CDR と個別事例の当事者とをつなぐ架け橋である。

わが国の CDR は、医療の延長線上に設計され医療情報を起点としていることから、十分で正確な医療情報が提供されるかどうかが事業全体の成功を左右する重要なポイントとなる。この層は、地域における CDR 実現の礎石として、なくてはならない基盤的役割を担っている。その死に至った医学的な背景や経過、原因を丁寧に考察し明らかにすることは、医療職に託された重要な使命である。この科学的検証のプロセスを支援するため、医療職には検証に必要な医療情報を CDR に対して体系的に提供することが要請される。また特に臨床現場の医師は、死亡したこどもおよびその家族等に最初に接する立場にあり、検証のために必要な情報の丁寧な聞き取りはもとより、社会政策としての CDR と個別事例の当事者との重要な架け橋として、CDR についての情報提供や説明責任を果たすことが期待される。

これらの役割を適切に果たすため、CDR の理念や目的、その CDR に対して当該者に期待される役割（医学的な死因や死に至る過程の科学的な考察など）、特に CDR のため必要な情報は何か、CDR の成果とは何か、遺族にとってのメリットは何か（何と説明するのが良いか）、等について深い理解を促すことが重要である。当該地域で CDR が順調に始動した後、どのような成果が得られているのか、CDR に対してどのような貢献がなされたかについて、定期的な情報共有の場を設けることで、長期にわたる安定した事業運営の支えとなるであろう。これらは後述の第三の対象（関連職種の層）と類似するが、医療職が CDR を駆動する上で代替不可能な中核的存在であること、その提供する情報が選定（スクリーニング）の方向性を決定づけること、そして悲嘆の淵にある遺族とリアルタイムで向き合う唯一無二の職責を担うことは、改めて深く認識されるべきといえよう。

これまで、科研班と日本小児科学会との共催による「小児死亡時対応講習会」が定期的に開催されており、そのほかにも各種の関連学術団体等において、会員に向けた啓発のための講演、シンポジウム企画、模擬検証等が実施されてきた。

小児死亡時対応講習会では、

(1) こども死亡の疫学
(2) CDR とは何か
(3) 死亡時の身体診察と検査について
(4) 死亡時の家族対応について
(5) 死亡診断書（死体検案書）の記載について

(6) グリーフケアについて
(7) CDR への情報提供と検証
などの内容が扱われた。

1-3-4　第三の対象：情報や考察を提供し、CDR の検証を支える関係職種の層

Key Concept
· CDR に対して複数職種の積極的な支持と参加が望まれる。
· 複数機関よりもたらされる背景情報の質が、検証の幅と深さを左右する。
· それぞれの機関は、CDR の成果を社会に還元する窓口となる。

CDR は多機関 · 多職種が連携して取り組む横断的な事業であり、医療関係者だけでなく、様々な分野の関係機関の積極的な参画が欠かせない。ここには、日常的にこどもに関連する業務を担当する機関（教育、保育、母子保健、児童福祉等）や、こどもとの接点は限定的だが緊急対応 · 重大事案処理を担当する機関（警察、消防等）、さらには直接的な関わりは少ないものの社会基盤を支える各種機関なども含まれる。現在、CDR のための情報提供を法的に義務づける制度がないため、各機関からの情報提供は理解と協力に基づく任意のものとなっている。そのため、CDR への理解や支持の程度によって、必要な情報が得られるかどうかが左右される状況にある。また、検証プロセスにおいても、司会進行者の調整努力はもちろん重要だが、参加する各機関の担当者が積極的に考え、それぞれの専門的な視点から意見を述べることが期待される。検証で得られた知見を自機関の業務改善に活かすこと、提言の該当部分を具体的な行動に移すことなど、CDR の成果を実際の現場に反映させる取り組みについても、各機関の CDR への理解と協力姿勢が決定的な要因となっている。

これらの役割を適切に果たすため、CDR とは何か、なぜ必要なのか、各機関にはどのような役割が期待されているのか、特に CDR にとって必要な情報とは何か、CDR の成果とはどのようなものか、その成果を社会に還元することの意味などについて、分かりやすく継続的に伝えていく必要がある。また、地域で CDR が順調に動き始めた後は、どのような成果が上がっているのか、各機関が CDR にどのように貢献できているのかについて、定期的に情報を共有する機会を設けることで、安定した運営を維持する助けになると考えられる。これらは第二の対象（医師 · 医療専門職の層）への啓発と類似する部分もあるが、各機関が提供する背景情報の質が検証の視野の広さを決めること、検証結果を社会に還元する大切な窓口の役割を果たすことについては強調されてもよい。

これまで一部地域において、「地域支援企画」という名称で、職種横断的な研修企画を試験的に実施してきた（1-3-7「これまでの研修の構成（例）」を参照）。この研修では
(1) こども死亡の疫学
(2) こどもの死から学ぶことの社会的意義
(3) CDR の基本概念と仕組み
(4) CDR での検証や提言はどう行うのか（具体例を使った演習）
(5) 多機関連携の重要性について
といった内容を盛り込んできた。これらのプログラム内容は、主要対象を医療職に限定した地域横断的な研修（小児死亡時対応講習会、模擬検証企画など、いずれも上述）と本質的には同じである。しかし、医師以外の特定職種のニーズと特性に特化した地域横断的な研修プログラムは、現在まで体系的に開発されていない。それぞれの職種が持つ専門性や現場での役割を活かした CDR への参画を実現するためには、各職種の特性に合わせた研修プログラムの開発が不可欠であり、今後の重要な課題として積極的に取り組んでいく必要がある。

1-3-5　第四の対象：CDR に理解と共感を示し、CDR の利点を享受する一般国民の層

Key Concept
- 国民の理解と共感を得るため、CDR について継続的な情報発信が好ましい。
- CDR による学びは、社会全体でこどもの安全を守る共通の知識基盤となる。
- **こどもに CDR を、こどもを CDR に。**

CDR は公益のための公衆衛生事業と位置付けられ、当事者への直接的なフィードバックは想定されていない。このため、こどもを亡くした者にとって、この事業の具体的な恩恵を実感することが困難であり、時として事業への疑問や不満を抱かれる場合もある。その他の国民にとっても、「こどもの死を予防するための効果的な対策を見つけ出す」という CDR の取り組みの成果を、実生活レベルで体感する機会は限定的である。事業の存在意義の理解と共感を得るために、事業の意義（なぜ必要で、何を目指しているのか）と実績（どのように社会の役に立っているのか）について、定期的で分かりやすい広報活動を行うことが重要である。あわせて、普段はあまり意識されない「こどもの死」という現実があることを知り、その背景に潜在する問題について考えるきっかけを提供することも、啓発活動の大切な役割である。CDR はこどもの死と生命から学ぶことを旨とするが、その「学び」は検証に携わる専門家や関係機関だけのものではなく、社会を構成する一人ひとりに還元され、こどもたちの安全で健やかな成長を支える共通の知識基盤となるべきものである。

CDR について一般国民に向けた広報する目的で、国（厚生労働省、こども家庭庁）はオンラインシンポジウムを定期開催し、CDR の理念と実践報告を行なった。また、地域住民を対象として、より具体的な情報発信の企画を実践したモデル自治体もある（1-1-6「どうして（何を目的に／何をめざして）行うか」、3-7-4「CDR の成果をもとに都道府県民等に向けた啓発の一例」も参照）。さらには、悲嘆に対するケア等に焦点を当てたシンポジウムを実践した地域もあった（3-7-5「グリーフケアに焦点をあてた啓発の一例」も参照）。いずれも、CDR について理解を促し共感を醸成する役割を果たしている。

一方で、特に若い世代に対して「こどもの死から学ぶ」ことに重点を置いた啓発も試みられている。一連の CDR モデル事業を通じて得られた知見により、「地域が潜在的なリスクに自ら気づくこと」が、当該地域の安全確保に向けた具体的な行動の重要な内発的動機となることが確認されてきた。しかし、最も重要な当事者である「こども」自身が「リスクに気づく力」を育むための教育的アプローチは、これまで十分に検討されてこなかった。

中高生、医療系以外の大学生、医療系（看護学部および医学部）の大学生を対象として、慎重に配慮された講義やグループワークが試験的に実施された。その結果、対象となる年齢層や専門分野によって問題の捉え方に違いはあるものの、いずれの群に対しても大きな困難なく、（こどもの）死を話題として取り上げ、そこから学びを得ることが十分に可能であることが確認された。参加者たちは一様に CDR の意義や必要性に深く賛同し、自分自身が社会の安全維持にどのように貢献できるかについて真剣に考察する貴重な機会となった。参加者からは「こうした授業をもっと早く受けたかった」「義務教育の一環として授業に組み入れるべきだと思う」といった前向きな感想が多く聞かれた。

このように、「**こども**（の教育のため）**に CDR**（による学び）**を**」というアプローチは、発達段階に応じた適切な内容調整と、死というデリケートなテーマへの慎重な配慮を要するものの、実現可能性の高い取り組みである。こども自身が最重要の当事者であることを考慮すれば、当事者自らが気づきを得ることの教育的価値は極めて大きい。

また、「**こども**（の意見）**を CDR**（の有効な実施のため）**に**」、すなわちこどもの視点や意見を CDR の検証プロセスに組み込むことは、より高度な準備と工夫を要する挑戦的な取り組みである。しかし成功した場合、従来の成人中心の検証では得られなかった新たな視点と洞察をもたらし、こども目線での実効性ある予防策の開発につながる大きな潜在力を有している。

こどもが「知る」→「参加する」→「担う」というプロセスを経て、体系的に CDR に関わることができるような仕組みも、教育機関と協働してさらなる探索が望まれる。

1-3-6　模擬検証の種類と実際

Key Concept
- 模擬検証の経験は、CDR の具体的なイメージにつながる。
- 様々な「模擬検証」の試みがある。

CDR の効果的な周知を図る上で重要なのは、死亡などの重大事象を検証する既存の各種制度と CDR との違いを明確に理解してもらうことである。特に、こどもに関わる専門職の場合、これまで既存制度に携わってきた経験が豊富であるがゆえに、かえって CDR（特に個別検証）の独自性を理解することが困難になりやすい。CDR は独自の目的と手法を持つ制度として運営される必要があり、そのため「CDR に求められるものは何か」という具体的なイメージを分かりやすく伝える目的で、一方向性の講義に加えて、複数種類の「模擬検証」が実施されてきた。この模擬検証は、前述したすべての対象層に対して有効な啓発手法である。

模擬検証を聴講する場合も参加する場合も、その経験は CDR の具体的なイメージを獲得する上で極めて有効である。CDR 事業の推進に携わる者にとっては、この経験を基に事業推進の具体的方策や検証会議における自身の役割について、より明確なイメージを形成することが可能となる。また、地域の関係者が同一の模擬検証を共有することにより、CDR に対する共通の理解と認識を構築することができる。一般の地域住民にとっては、様々な立場の専門職がこどもの死について真摯に議論する模擬検証を目の当たりにすることで、社会全体がこどもの死から学ぼうとする姿勢を実感し、自らの立場や生き方について深く考察する貴重な機会となる。

参加者や準備の程度などから、下記のような様々な方法を選択することができる。以下、それぞれの方法や特徴を説明する。参加者のレベル、利用可能なリソース、期待する効果に応じて段階的で体系的な研修プログラムが設計できるよう、次項以降で、各手法の実施条件、メリット・デメリット、必要な準備を詳説した。

模擬検証の種類
① 模擬検証の動画を見せる
② 壇上で模擬検証を実演する（既存の台本を使用）
③ 壇上で模擬検証を実演する（既存の台本に地域毎の特徴を追加）
④ 前半は壇上で実演するのを見せ、後半は参加者を交えた検証を行う
⑤ 演技等なしで、参加者が模擬事例を検証する

1-3-6-1　模擬検証の動画を見せる

（方法）

「有効な予防策が導かれた検証会議」の動画資材（厚労科研「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究」班（代表研究者：沼口 敦）の制作による）を供覧する。CDR とは何かの詳細な解説は含まれないため、講義等と一緒に提供したほうが理解につながりやすい。

（準備）

○ 設備・環境の準備
- 大型スクリーンとスピーカーの設置（推奨）。
- 少人数の場合：コンピューター画面での視聴も可能。

・オンラインの場合：画面共有機能も活用できる（音声出力に注意）。
○ 事前調整
・特別な事前打ち合わせや準備は不要。
・動画の再生確認（特に音声出力に注意）のみ実施が望ましい。

（メリット）

○ 主催者にとって
・最小限の準備負担（特に人的リソースの調整が不要）で、手軽に実施可能。
・常に同一の内容を安定して提供できる。
○ 参加者にとって
・事前知識がなくても、「CDR における検証とは何か」を理解し誤解を解消できる。
○ 内容面での優位性
・標準化されたメッセージを伝達できる。
・繰り返し視聴することで、理解の深化や新たな気づきを得られる可能性がある。

（デメリットと留意点）

○ 実施上の制約
・内容が固定されており、地域や参加者の特性に応じたアレンジが困難。
・参加者の質問や関心に応じた柔軟な対応ができない。
○ 体験面での限界
・他の企画様式と比較して、「ライブ感に乏しい」との印象を与えやすい。
・双方向性やインタラクティブな要素が限定的で、参加者の能動的な参画を得にくい。
○ 学習効果の限界
・提供者（主催者）にとって新たな学びや発見が少ない。
・同じ動画を複数回使用する場合、飽き（マンネリ化）のリスクがある。
・実際の検証プロセスの「生きた体験」とは質的に異なる。

1-3-6-2　壇上で模擬検証を実演する①（既存の台本使用）

（方法）

地域の関係職種に出演者として参加してもらい、事前に用意された台本に沿って個別検証会議の模様を実演・再現する。

（準備）

○ 出演者の確保と準備
・あらかじめ当該地域の関係職種（医師、ソーシャルワーカー、母子保健担当者、児童福祉担当者、学校教員、警察官等）から数名を推薦してもらい、出演を依頼する。
・既存の台本（3-1-5「模擬検証台本①（個別検証編）」参照）をメール等で事前配布する。
・出演未経験者の場合は、事前の台本読み合わせ時間を設定する（円滑な進行のため）。
○ 会場・設備の準備
・会場設営：広い会場の場合はマイク、名札、聴講者が見やすい座席配置等。
・可能であれば投影設備（プロジェクター、スクリーン）を準備する。投影設備があれば、模擬検証中に説明資料を表示でき、理解促進に効果的である。

（メリット）

○ 聴講者にとって
・身近な実演者による実演ほど、リアルで臨場感のある「CDR の雰囲気」を体験可能。
・具体的な検証プロセスのイメージを獲得しやすい。
○ 出演者にとって
・事前に台本を読むことで、発言の意図や背景を理解して準備できる。
・決められた台詞を読むだけなので、緊張や戸惑いなく「模範的な発言」が実現。

・CDR の流れと要点を体系的に学習できる。
◯ 主催者にとって
・内容が安定しており、一定の質を保った研修を提供可能。
・準備と運営の標準化により、効率的な実施が可能。
（デメリットと留意点）
◯ 準備面の課題
・出演者の選定・調整に時間を要する。
・台本読み合わせ等の事前準備が必要。
◯ 実施上の制約
・台本が固定されているため、自由度や柔軟性に制約。
・経験豊富な出演者にとっては物足りなさを感じる場合がある。
・実際の CDR で求められる「能動的思考・考察」の体験としては限定的。

1-3-6-3　壇上で模擬検証を実演する②（既存の台本に地域毎の特徴を追加）

（方法）
　地域の特徴や参加者のニーズに合わせて既存の台本を改変し、地域の関係職種の方々に出演者として参加していただき、カスタマイズされた台本に沿って個別検証会議の模様を実演・再現する。
（準備）
◯ 出演者の確保と準備（1-3-6-2「壇上で模擬検証を実演する①（既存の台本使用）」と同じ）
◯ 台本を改変するプロセス
第 1 段階＝対面またはオンライン会議での台本検討
・既存台本の内容確認と、関連する地域特性の整理。
・具体的な改変箇所の特定と論点整理。
・参加者のニーズに応じた事例（シナリオ）の調整。
第 2 段階＝台本作成・完成
・担当者が、討議内容を反映した台本を作成する。
・完成版台本の共有（実施直前でも可能だが、1 週間程度の余裕があるとなお良い）。
第 3 段階＝最終調整・読み合わせ
・実施当日の開始前（1 時間程度）に、当日の配役によって読み合わせを実施。
・必要に応じて、直前にセリフ等の微調整を行う。
◯ 実施スケジュール例
2 週間前：出演者の顔合わせ、必要に応じて CDR についての概説、模擬検証の動画視聴。既存の台本を読み合わせて、改変部分に関して自由な意見交換など。オンライン会議で実施可能。
1 週間前：改変版の台本を決定し、メール添付などで出演者に配布する。
当日（開始 1 時間前など）：出演者の顔合わせ、台本の読み合わせと最終調整。
◯ 会場・設備の準備（1-3-6-2「壇上で模擬検証を実演する①（既存の台本使用）」と同じ）
（メリット）
◯ 聴講者にとって
・身近な出演者による実演で、よりリアルな臨場感を体験。
・地域特性を反映した事例により、自分たちの地域課題として実感しやすい。
・具体的で関連性の高い内容による理解促進効果。
◯ 出演者にとって
・台本改変のプロセスに参画することで、CDR に関する理解と考察が深化する。
・地域の CDR コアメンバーとしての能力向上とチーム形成。
・自らの専門性を活かした建設的な議論への参加経験。

○ 主催者にとって
・対象に合わせて内容を事前調整でき、より興味をひく効果的な研修を提供可能。
・出演者の発言を一旦台本に落とし込んで吟味することによって、対応に苦慮するような突発的な発言を予防できるなど、安定した質の研修内容を保証できる。

（デメリットと留意点）

○ 準備段階での負担
・台本改変作業に相応の時間と労力が必要。
・出演者との複数回の打ち合わせ（台本改変の討議、読み合わせ等）が必須。
・企画から実施までの準備期間が長期化。
○ 調整面の課題
・オンライン会議であっても、出演者のスケジュール調整の手間がかかる。
・台本内容についての合意形成プロセスの必要性。

（効果的な実施のポイント）

○ 台本改変時の留意事項
・CDR の基本理念から逸脱しない範囲での改変にとどめるよう、配慮が好ましい。
・事例を選択する際に、地域の実情に即した具体的で現実的な設定が好ましい。
・参加者の専門性や関心に配慮した内容調整が好ましい。そのためにも、参加者の多数を占める職種が台本改変プロセスに関わることが望ましい。
○ 出演者支援の充実
・初回の顔合わせ時等に、十分な説明と理解促進の機会を保障することが望ましい。
・改変プロセスでの積極的な意見交換が促されると良い。
・当日の心理的負担を軽減する配慮が望ましい。
○ 継続的な改善
・他地域との経験共有と相互学習の促進が望ましい。

1-3-6-4　前半は壇上で実演を見せ、後半は参加者を交えた検証を行う

（方法）

個別検証の基本プロセス（①情報・解釈の共有 → ②原因・経過の考察 → ③予防策の検討）のうち、前半部分を台本による実演で示し、後半部分を参加者によるグループワークで体験する、二部構成の研修方式。

［前半］情報共有の実演
・台本をもとに、「情報とその解釈を検証者間で共有する部分」までを壇上で実演する。
・後半部分の議題となりうる事項の呈示（オプション）。

［後半］参加者を交えたグループワーク
・会場の参加者による「予防提言策定」の体験。
・アイスブレイク → グループ内の役割分担 → 討議 → 発表（→講評）。

（準備）

○ 前半部分（情報共有の実演）の準備
・あらかじめ当該地域の関係職種（医師、ソーシャルワーカー、母子保健担当者、児童福祉担当者、学校教員、警察官等）から数名を推薦してもらい、出演を依頼する。
・既存の台本（3-1-6「模擬検証台本②（個別検証グループワーク用）」参照）をメール等で事前配布する。
・可能であれば事前の読み合わせを実施し、出演者間での事前検証と「提言例」を作成しておくと良い。
○ 後半部分（参加者を交えたグループワーク）の準備
・可能なら、参加者の構成（職種、職歴等のプロファイル）を事前に確認しておく。
・グループ分けの方針を決めておく。
　・少人数か、多人数か：隣り合った 2 ～ 3 人での意見交換であれば、階段教室やスクール形式の会場でも実施可能で、準備の手間はかからず移動による時間のロスも少ない。10 人程度までの多人数で

の意見交換は、グループ分けのための準備を要し、司会進行役が必須であるが、本格的で深い議論が可能である。10 人を超える構成になると、討議中に発言できない参加者が出るなど、弊害もみられる。

・（多人数の場合）多職種混合か、職種別のグループか：多職種を混合してグループを構成し、グループ間の差の少ない状態で討議を行った場合に、グループ内での討議中に多職種連携のメリットが実感されやすい。一方、可及的に職種ごとにグループを構成し、それぞれで討議を行った場合に、最後の結果発表時にグループ同士を比較することによって、職種による視点の違いが実感されやすい。

・ファシリテーターと司会補助者の準備

・当日はじめて CDR に接する参加者に、検証の司会進行を任せることはたいてい困難である。予め CDR に精通した者をグループの数だけ確保しておき、各グループにファシリテーターとして割り当てる必要がある。

・さらに、検証対象となる事例について理解している者（前半部分に出演した者など）も、各グループに司会補助者として派遣することが望ましい。ここで「司会補助者」の役割として、下記が挙げられる。

・参加者が顔を見合わせて話し始めない場合などに、議論の口火を切る。

・特定機関等に対する責任追及など、CDR にとって好ましくない方向に話が逸れる場合に、ファシリテーターとともに軌道修正をはかる。

・各参加者が均等に発言の機会を得られるよう、ファシリテーターとともに配慮する。

・その他、終了時までに（リアルタイムに）討議の結論をまとめなければならないファシリテーターを全般的にサポートする。

○ 会場・設備の準備

・1-3-6-2 等と同等の基本設営を行う。

・グループワークのため、模造紙、ホワイトボード、筆記用具等を準備するのも良い。

・アイスブレイク（1-5-4「検証会議のすすめかた」参照）の準備をするのも良い。

・ゲーム要素（良い提言を発表したグループを表彰するなど）を取り入れるのも有効。

（メリット）

○ 参加者（出演者・聴講者共通）にとって

・模擬事例に対して、自身の意見形成と他者との意見交換を実地的に体験できる。

・予防策提言までの一連の検証プロセスを実際に経験できる。

・実際の CDR に即した経験であり、本番の会議参加に対する準備となりうる。

・地域の多職種専門家との交流の機会となり、相互理解が促進される。

○ 司会者・司会補助者にとって

・会議全体を俯瞰した司会技術を実践的に習得する経験となる。

・多様な参加者を調整、誘導する技能が向上する。

・CDR ファシリテーターとしての希少な実務経験が蓄積できる。

○ 研修効果として

・理論的な学習と実践体験の統合により、CDR に対してより深い理解が期待できる。

・実際の CDR と同様、地域特性を活かした実用的な予防策が創出できる可能性がある。

（デメリットと留意点）

○ 参加者の前提知識に関する制約

・CDR について基礎知識が十分でない参加者にとって、能動的な参加に躊躇いが生じたり、「CDR を模した」意見を出すことは困難だったりする可能性が高い。

・そのため、他の研修様式（講義、動画や実演の視聴等）との組み合わせが必須。

○ 実施上の高いハードル

・参加者満足度は、グループワークの質に大きく依存する。

・多様な背景を持つ参加者全員に学習効果をもたらすためには、高度なファシリテーション技術が必要であり、経験豊富なファシリテーターの確保が実施の前提条件となる。

◯ 準備・運営が複雑
・前半部分（実演）と後半部分（グループワーク）両方の準備が必要で負荷が大きい。
・参加者数と構成に応じた柔軟な運営設計が必要で、特に事前に参加者層を把握していない場合は、当日の臨機応変さが要求される。

1-3-6-5　演技等なしで参加者が模擬事例を検証する

（方法）

台本や実演を用いず、参加者が実際の検証委員として模擬事例の検証の全プロセスを参加者自身で実践する完全参加型の研修方式。この方法は最も高度かつ実践的であり、成功すれば最大の学習効果が期待できる。CDR 研修の「上級編」として、十分な基礎学習を経た参加者に対して実施するのがよい。

[情報共有]

個別検証前半にあたる「情報や解釈を共有する部分」の情報を、簡単に書面やスライドを用いて参加者間で共有する。あるいは、ジグソーパズル方式（オプション）として、各参加者に異なる情報を配布しておき、発表し合うことで互いに補完する「情報共有プロセス」を体験することもできる。

[検証]

共有された情報をもとに参加者による事例検証を行い、予防策を提言する。複数グループに分かれて行う場合には、最後に各グループの成果を発表する機会があると良い。全体を 1 グループとして行う場合には、最後に「提言としてまとまった成果」を確認する時間を忘れずに取るようにする。

（準備）

◯ 事例資料の準備
・基本情報：事例概要を簡潔にまとめ、配布資料あるいは投影資料を準備しておく。
・詳細情報：参加者から事例について詳細を尋ねられた場合に対応できるよう、背景情報も整理（創造）しておくとよい。ただし配布の必要はなく、問われればファシリテーターや事例提示者からコメントできる程度になっていれば良い。CDR は事実認定の場ではなく、想定された内容に応じて意見すれば良いとは言っても、参加者によっては診断内容や事実確認など「細かな点」への執着が見られる場合も経験される。

◯ ジグソーパズル方式を実施する場合の追加準備
・各参加者に配布する個別資料（資料 A：臨床医からの情報、資料 B：法医学者からの情報、資料 C：警察からの情報、資料 D：担当保健師からの情報等）を作成しておく。
・グループ分け：個別資料の種類が、グループあたりの人数となる。
・時間配分の詳細設定（情報共有に時間を要するため、予め時間を区切っておく）。

◯ ファシリテーションの準備
・ファシリテーターは、実際の個別検証と同等レベルの準備が必要（3-3-2「検証を行う際のチェック項目」参照）。
・議論の方向性とゴール設定の明確化

◯ 会場・進行の準備
・グループワークの準備：模造紙、ホワイトボード、筆記用具、情報共有用の表示設備等。
・「ロの字型」の机の配置や、輪になって座れるような会場設営が好ましい。

（メリット）

◯ 参加者にとって
・実際の CDR 検証委員と同等の完全な体験が可能。
・台本に依存しない自発的な思考と議論を実践できる。
・多様な視点からの自由な意見交換により、深い学びを得られる。
・実際の検証会議への参加準備として最も効果的。

◯ ファシリテーターにとって
・実際の検証会議運営に最も近い経験を獲得できる。

・高度なファシリテーション技術を実践的に習得できる機会となる。
・参加者の多様な反応への対応スキルの向上が期待できる。
○ 研修効果として
・最も現実に近い検証プロセスが体験できる。
・参加者の主体性と創造性を、最大限に発揮できる機会である。
・実際の CDR での検証と同様に、地域特性に応じた実用的な提言が創出できる可能性がある。

（デメリットと留意点）

○ 実施条件の厳格性
・各参加者が、CDR に関する基礎知識を有することが必須といえる。
・経験豊富で高度なスキルを持つファシリテーターが不可欠。
・参加者の積極性と協調性に研修効果が大きく依存する（まったく発言しない、他を遮って話し続けるなどの参加者への個別対処が必要となる）。
・参加者の多様性が確保されなければ、最終的に得られる意見が偏る懸念がある。
○ 進行管理の複雑性
・台本がないため、議論の方向性が予測困難。
・時間管理とゴール達成の両立が困難。
・建設的でない議論が発生した場合など、軌道修正が頻繁に必要となる。
○ 準備・運営面の高い負荷
・詳細な事例設定と想定問答の準備が必要。
・リアルタイムでの柔軟な対応と判断が求められる。
・レベルに差がある参加者間の個別対応が必要。
○「ジグソーパズル方式（オプション）」特有の課題
・前半の情報共有プロセスに時間や集中力が取られ、後半の検証時間が不足しがち。
・結果として、参加者の関心が情報収集と事実確認に偏り、提言検討が浅くなるリスクがある。
・より多くの事前準備と時間配分の精密な設計が必要。

コラム（模擬検証のすすめ）

日本では「死」について語ることは一般的とは言えず、まして知らない人たちと共にこどもの死について話をしなければならないとなれば、なおさらである。個別検証・概観検証にいきなり参加するのは参加者にとって抵抗が大きく、倫理的なことはさておき、検証の参加者が検証参加をためらう理由は、CDR は何をするのかがわからない、なにか発言したら責任を取らされるのではないか、そもそも CDR が何かわからない、など様々あるように感じられた。

模擬検証では、模擬事例を基に多職種が実際の検証のように意見を言い合いながら予防策を導き出すシナリオを作成し、各職種の担当者を決めて検証の寸劇を行う。実際の症例の検証を行う前に模擬検証を行うことにより、CDR とは何であるかを理解し、何を検証するかを学び、検証会議の現場での会話のやり取りを自分で再現することで、「CDR の検証」をより深く理解できると考えられる。CDR とその目的の理解に加えて、特に、自分でやり取りを再現することで、CDR における自分の職種の役割を認識することができた様子が観察された。これは模擬検証の大きな利点である。

私は、日本小児保健協会第 71 回学術集会（2024 年 6 月開催）のシンポジウムで多職種を交えた模擬検証を行った。シンポジストとして児童相談所職員、消防署職員が参加したが、模擬検証のシナリオを作成するための事前ミーティングでは、回数を重ねる毎に彼らから自発的に様々な意見が出てきた。たとえば児相職員からは「現場では、この症例であれば同胞の係属歴だけでなく健診歴を必ず確認します」、消防職員からは「この症例であれば、通常なら不搬送となり警察へ連れていきますが、家族の強い希望があれば心肺蘇生をしながら病院に搬送することになります」など、検証のため有用な意見を得ることができた。

模擬検証で理解を深めた上で、実際の検証の中でこどもに関わった職種が自発的に参加することで、より活発な議論がなされ、より効果的な予防策が導き出されることが期待される。そのためにも、これから CDR を始めようと考えている地域では多職種を交えて模擬検証を行うことが推奨される。

1-3-7　これまでの研修の構成（例）

Key Concept
- 研修の目的は、参加者が CDR の意義を理解し、共感と参画意欲を得ることである。
- 時間に応じて複数の模擬検証を組み合わせた様々な研修が試みられた。

CDR および CDR モデル事業の効果的な推進を目的として、これまで多様な形態の研修プログラムが実施されてきた。これらの研修において、参加者が CDR の意義や重要性について深く理解し、事業への共感と積極的な参画意欲を獲得することができれば、研修の目的は十分に達成されたといえる。複数段階の模擬検証（1-3-6「模擬検証の種類と実際」を参照）を適宜組み合わせることで、受講者は段階的に CDR の検証を体得できる。そのための時間配分を、以下に例示する。なお例 2 ～ 5 において、CDR に関連する講演を別に設けられれば、最初の「CDR についての講義」を割愛し討論の時間に充当できる。この例を参考に、企画の規模や受講生の習熟度に応じて適宜時間調整を図ると良い。また事前準備のため必要な時間等については、1-3-6 内の各項目の詳細を参照のこと。

例 1）20 分間で CDR の概要を知る
20 分間：CDR についての講義（3-1-1「CDR 啓発資材 part 1. 入門編」等を参照）
※ 講義内に「架空事例にかかる検証と提言の紹介」を織り込み、具体的な CDR の様子を想像できるよう補完することも効果的であった。

例 2）30 分間で CDR 個別検証を知る
20 分間：CDR についての講義
10 分間：① 動画視聴（1-3-6-1「模擬検証の動画を見せる」を参照）

例 3）45 分間で CDR 個別検証を知る
20 分間：CDR についての講義
10 分間：動画視聴（「有効な予防策が導かれなかった（雰囲気の悪い）検証会議の例」（厚労科研「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究」班（代表研究者：沼口 敦）の制作による）を供覧し、考察を促す。
15 分間：②または③ 聴講者の前で模擬検証を実演（1-3-6-2「壇上で模擬検証を実演する①（既存の台本使用）」あるいは 1-3-6-3「壇上で模擬検証を実演する②（既存の台本に地域毎の特徴を追加）」を参照）

例 4）90 分間で CDR 個別検証を知る
45 分間：CDR についての講習（例 3 に示した 45 分間の講習に準ずる）
10 分間：④ 聴講者の前で模擬検証（第 2 事例の前半）を実演（1-3-6-4「前半は壇上で実演を見せ、後半は参加者を交えた検証を行う」を参照）
20 分間：④ 聴講者を交えたグループディスカッションで、具体的な提言を作成する。
15 分間：④ グループディスカッションのまとめ、発表および講評

例 5）100 分間で CDR 個別検証および概観検証を知る

30 分間：CDR についての講習（例 1 に示した 30 分間の講習に準ずる）
10 分間：④ 聴講者の前で模擬検証（前半）を実演（1-3-6-4「前半は壇上で実演を見せ、後半は参加者を交えた検証を行う」を参照）
20 分間：④ 聴講者を交えたグループディスカッションで、具体的な提言を作成する。
5 分間：④ グループディスカッションのまとめ、発表および講評
30 分間：聴講者の前で模擬検証（概観検証）を実演（3-1-7「模擬検証台本③（概観検証編）」参照）

コラム（シナリオの作成）

模擬検証のシナリオを作成する際には、参加者の職種などの背景から発言するであろう意見をイメージして、それらの意見を言いたくなるようなきっかけ（素材）を散りばめた事例概要を逆算して作っている。全ての情報が予防策に生き、無駄な議論の時間はないことが表現できる。現実的には、シナリオのない会議で参加者はどのような意見を言うべきか悩むだろうし、司会者もどのようにまとめればよいか戸惑うこともあるだろう。シナリオのようにうまくいく会議は「ない」ということをお伝えしたい。

一方、模擬検証のグループワークに事例提供者（プレゼンテーター）として参加すると、いつも新しい発見がある。ある時、グループワークに参加した研修医は自分の幼少期に思いを馳せ、予防のための取り組みを発案した。ある参加者は、自分の同胞が乳児期に死亡した経験から遺族へのグリーフケアに関して意見を述べた。まず専門職である前に、こども時代を過ごし大人になった一人の人間として、検証に参加しているのだった。こどもに関わる業務に就く人は、こども時代にした印象的な経験がきっかけになって志した人も多いだろう。

模擬検証のグループワークは自由に意見を言え、柔軟な発想が展開される場となっている。この経験は、CDR が事業化され実際の検証会議に携わることになった場合にも大きく活かされる、各地域で本事業の会議が円滑に行えるよう、模擬検証やグループワークの役割や効能について、探索が必要と考えた。

1-3-8　まとめ

CDR の実施のため、関係者が共通認識を持つ必要がある。また CDR の全国展開のためには、CDR が国民全体にとって必要な普遍的な取り組みであることが広く理解され共感される必要がある。そのための研修や啓発について、対象ごとに例示した。

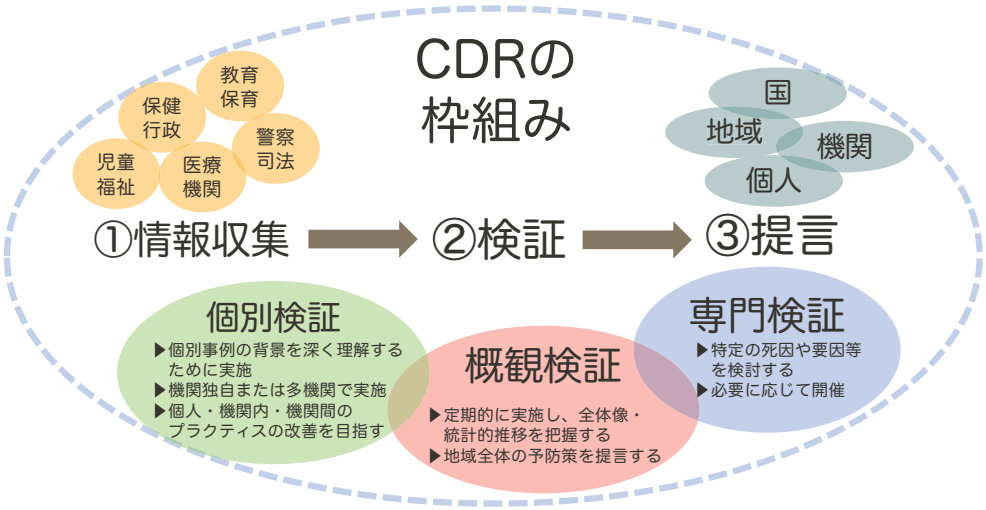
1-4　情報収集

1-4-1　情報収集のための体制づくり

Key Concept
・情報収集は、CDR の最初のステップである。
・情報収集の手順につき、あらかじめ関係機関と協議して定めておく必要がある。

CDR では、こどもが死亡した後に多職種の機関や専門家（医療、警察、行政、福祉関係者等）が以下の 3 つのステップを実施する。こどもにとってより安全で、より健康な地域やサービスをつくり、将来のこどもの死亡を減らし、安心で安全な社会を実現することを目指している。CDR の枠組みの全体像を**図 1-4-1** に示す。

CDR における主要なステップ
① こどもの死に至る直接的・間接的な情報の収集
② 介入可能な要因の抽出と検証
③ 効果的な介入策の提言



【図 1-4-1. CDR の枠組み】啓発資材「Child Death Review（CDR）Part 1：入門編」より抜粋（3-1-1「CDR 啓発資材（入門編）」を参照）

CDR で実施する情報収集とは、関連する各機関・部署から関連する既存情報を収集することであり、これを実施するための体制づくりが最初に必要である（1-2-5「具体的な実施枠組みを決める」を参照）。事業開始に先立って該当しうる機関・部署に対して、CDR についての周知と協力要請、情報共有の依頼等を行っておくことが、円滑な運営につながる。こどもの死亡事例の発生から検証までの手順は、時系列に沿って概ね以下のとおりであるが、地域の実情に応じて手順の統廃合などを定めておく必要がある。

情報収集の手順（例）

- こどもの死亡が発生した事実を把握する
- 医療機関から、死亡事例に関する医療情報を収集する
- さらに追加情報を収集するべき事例であるかを確認する
- どの機関・部署に何に関する情報を依頼するべきかを決める
- 当該機関・部署に、追加情報の共有を依頼する
- 当該機関・部署から追加情報を収集し、情報の統合をはかる
- 情報の利用可否について確認する
- 個別検証のため必要な情報を抽出し、事例概要を作成する

こどもの死亡が発生した事実を CDR 事務局等（都道府県庁内の事務局、もしくは業務委託先の事業体）が把握する方法は、（1）死亡診断等した医療機関から通知される、（2）死亡事例を取り扱ったその他の機関（警察、法医学、消防等）から通知される、（3）人口動態統計を取り扱う部署から通知されるか能動的に確認する、等が挙げられる。（1）の手順により医療機関から事務局に向けて情報発信を行う方式は、モデル自治体の殆どが採用し、その際に死亡調査票（1-4-2「死亡調査票の内容と利用の流れ」～ 1-4-4「死亡調査票の記載のしかた②（医療職以外の専門職：B パート）」を参照）が利用されることが多い。また（2）の手順のうち、法医解剖を実施した法医学講座等から CDR 事務局等に向けて情報発信を行う方式もみられ、一部に警察等から CDR 事務局等に向けて情報発信を行う自治体もみられる。（3）の手順のように、保健所等から CDR 事務局等に対して死亡事実を知らせる場合に、リアルタイムで通知するよりは一定期間ごとにまとめて通知する場合がある。CDR 事務局等の側から保健所等に照会する際には、一定期間ごとの集計結果を尋ねることになる。死亡届を受理する部署から CDR 事務局等宛に能動的に通知する方式も考えられるが、この手順を実現したモデル自治体は、R6 年度までのところ存在しない。

最初に収集される詳細な情報は、死亡調査票（A パート）等に記載された、死亡事例に関する医療情報であることが多い。この情報をもとに、それぞれの事例に対して他機関等から追加情報を収集すべきか否かが判断されるが、把握したすべての死亡事例に対して追加情報の収集を試みる自治体もあれば、追加情報なしで選定（スクリーニング）の手順を先行し、その結果抽出された対象（1-5-6-1「選定（スクリーニング）」を参照）のみに対して情報収集を行う自治体もある。この際、当該情報の利用や公開の可否について確認（たとえば、警察や法医学による情報等の利用可否や公開範囲等について検察に確認するなど）することも考えられる。追加情報を収集した場合は最初の医療情報と統合し、該当する事例に関して、個別検証のため事例概要を作成することになる。

コラム（情報収集の留意点：福島県の取り組み）

追加情報の収集にあたって、以下の点に留意して行った。

- 事例に関する情報収集先が適切かどうか、追加情報を依頼する先（関係機関）に不足がないかという視点で準備する。また各機関に対して、「提供いただきたい情報」として事務局の想定している項目を、具体的に伝えるようにしている。
- 最初の段階で提出された情報から、さらに追加で詳細な情報を求めるなど、段階を踏むこともある。
- 具体的に収集すべき情報内容について、専門的知識が必要な場合には、小児科医、法医学者から助言を得るようにしている。
- 初めて本事業への情報提供を依頼する関係機関については、その機関の代表者となっている CDR 推進会議委員から予め機関内担当者に協力依頼の連絡をしてもらうことで、円滑に情報提供を得られている。

1-4-2　死亡調査票の内容と利用の流れ

Key Concept
・CDR モデル事業で利用する死亡調査票は、複数の部分（パート）からなる。
・多機関からの情報収集が重要である。

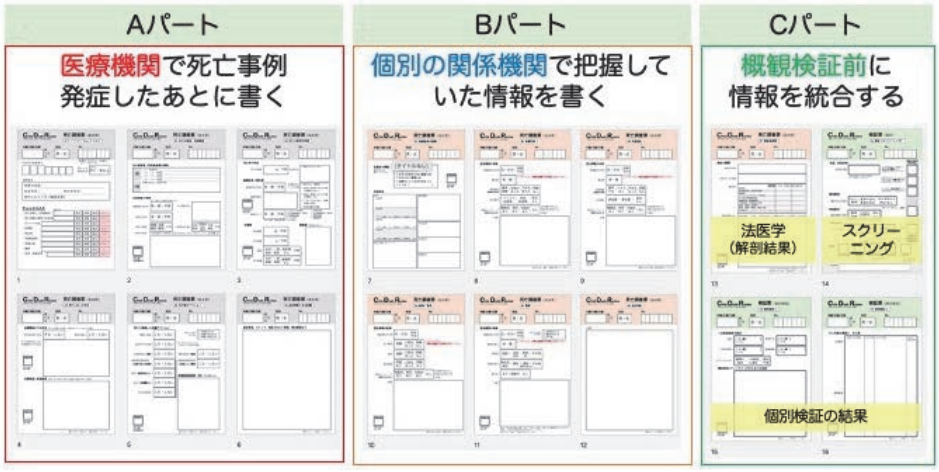
死に至る過程を包括的に理解し、介入策を総合的に検証するには、こどもを取り巻く様々な要因を検討する必要がある。そのために多機関の持つ情報が有用である。『**死亡調査票**』（3-2-1「死亡調査票（R2-R6 の CDR モデル事業で使用したもの）」、こども家庭庁 Web ページにて公開）を、情報収集のひな型として活用されたい。また別途、選定（スクリーニング）に必要最低限の情報のみを収集する簡便な調査票（3-2-3「死亡調査票（簡易版）」を参照）の開発も試みられたが、R6 現在、利用された報告はない。

多機関・部署の情報を集約することには、以下のように多くのメリットがある。

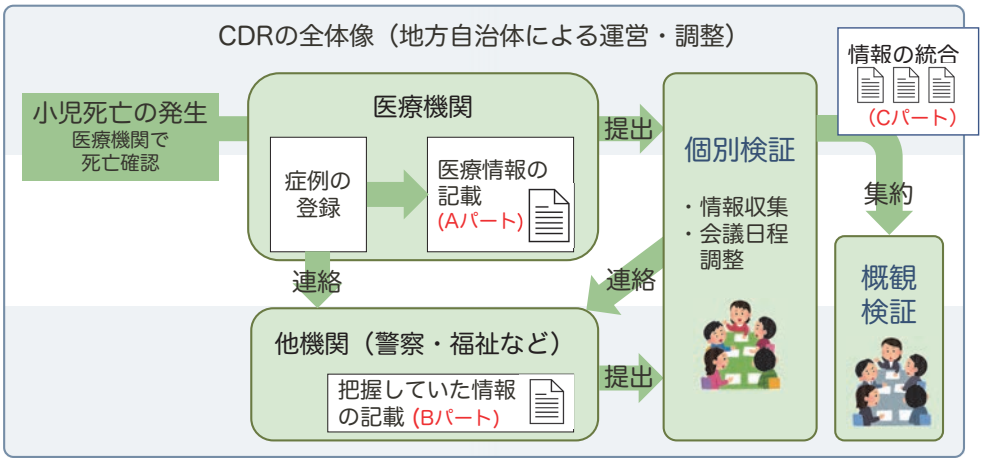
多機関・部署から情報を集約する意義
① 当該事例の社会背景・家庭環境をより深く理解できる
② 時系列での経過を把握することができる
③ それぞれの職種がどのような情報を持っているのかがわかる
④ どのような状況でその時判断したのかが理解できる
⑤ どのような情報があれば、別の判断ができたかが検討できる
⑥ 複数の事例を持ち寄ることで、傾向を知ることができる

CDR 担当者は関係機関に死亡調査票を送り、情報提供を依頼する。CDR モデル事業で使用される死亡調査票は 3 つの部分からなり、A パートは医療機関が、B パートは関係機関が記載し、C パートは情報を統合して検証会議で活用する。

死亡調査票の構成
A パート：基本情報、死因、医学的背景、死亡に至った経緯、死後の対応、その他
B パート：法医学、保健行政、児童福祉、保育・教育、警察、その他
C パート：検証の概要、スクリーニングの結果、一次検証の結果、介入策



【図 1-4-2-1. 死亡調査票の全体像】(3-1-2「CDR 啓発資材 part 2. 準備編（医療機関・医療職対象)」より引用)



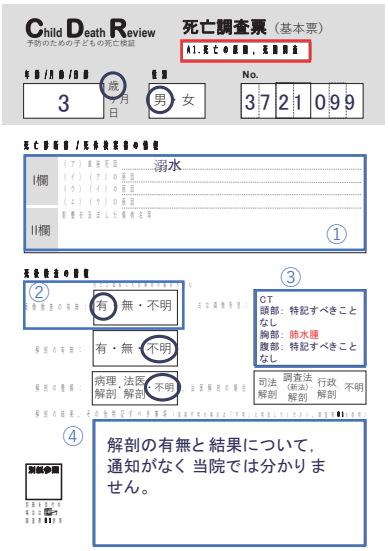
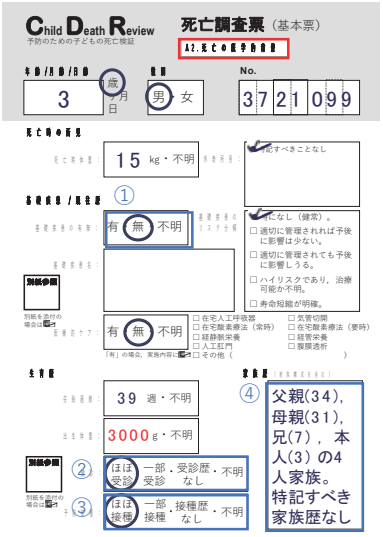
【図 1-4-2-2. 死亡調査票の収集の流れ】(3-1-2「CDR 啓発資材 part 2. 準備編（医療機関・医療職対象)」より引用)

1-4-3 死亡調査票の記載のしかた①（医療職：A パート）

Key Concept
・医療機関が、調査票 A パートを記入する。

医療機関はこどもの死亡事象に最初に接し、医学的所見・症状の説明、怪我や外傷の起こりうるメカニズム、こどもの一般的な成長や発達段階とのずれ、医学的な予防可能性などに関する見解を持つ立場にある。調査票の A パートを、個人が特定されないよう関係機関名も含めて匿名化した形で記載する（「A 医院」「B 保育園」など)。最初のページだけに個人情報等（名前・生年月日・死亡年月日・死亡場所）を記載する箇所があるが、これは以後の検証等に向けて他情報と突合する必要がある場合にのみ活用し、基本的には検証会議では共有しないものである (3-1-2「CDR 啓発資材 part 2. 準備編（医療機関・医療職対象)」を参照)。

A パートの記入時の注意事項を、ページごとに以下に示す。

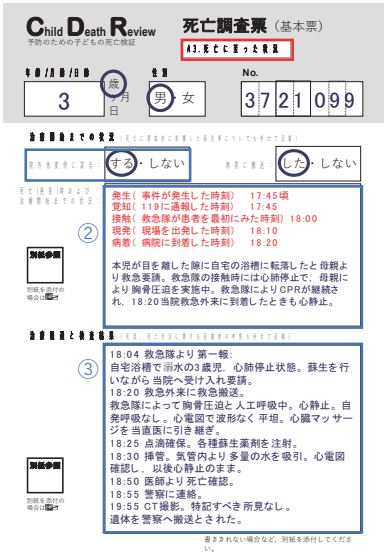
記載時の注意事項	死亡調査票のページ
【カバーページ／チェックリスト】 ①事例 No. は、7 桁の数字 都道府県番号＋西暦年 XX（下 2 桁） ＋事例番号 YYY（3 桁） （＊事務局で記載する場合もある） ②個別検証や専門家検証などで照合する必要が出てくる可能性があるので記載するが、検証会議では共有しない ③情報収集の状況把握 **照合**：情報の有無を問い合わせた **依頼**：調査票（B パート）の記入を依頼した **提出**：調査票（B パート）を受け取った **非該当**：関係していないことが確認された	
【A1．死亡の原因、死因調査】 ①死亡診断書・死体検案書に記載されたとおりに記入する ②画像検査には、レントゲン検査、超音波検査、CT 検査、MRI 検査などを含む ③特記すべき所見を記入する （特に所見がない場合は「特記すべきことなし」と記入） ④解剖によって特定された死因、その他の所見を記入する ＊解剖をした方がよいと思われたが実施できなかった場合、その理由を記入する	
【A2．死亡の医学的背景】 ①現在の治療・投薬の有無にかかわらず、何らかの基礎疾患を有していた場合、「**基礎疾患あり**」と記載する ②法定健診である 3・4 ヶ月健診、1 歳半健診、3 歳健診について、判断して記載する ＊母子手帳の情報があれば参考にする ③定期接種の予防接種について判断し記載する ④同居家族・同胞の人数・年齢・既往歴・離婚歴などを記載する	

【A3. 死亡に至った状況】

①院外急変とは、医療機関外で以下の状況が生じた場合を指す
- 予定外受診
- 緊急通報をした（110 ／ 119）
- その他予期しない変化（意識の混濁、痙攣など）があった

②個人情報は含めずに、簡潔に記載する
（病名以外の固有名詞（医療機関名など）は含めない）

③医療機関に着いてからのことを、個人情報は含めずに、簡潔に記載する



【A4. 死亡後の対応】

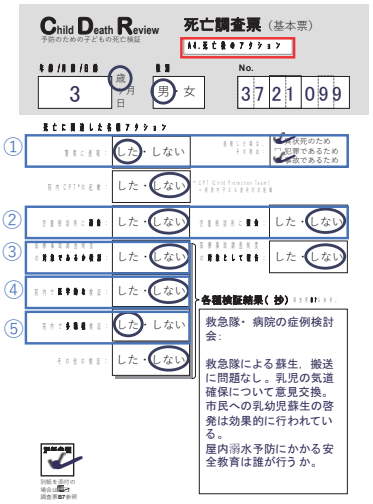
①警察に通報した理由が複数ある場合は、当てはまるもの全てに○をつける

② CPT での検討の有無にかかわらず、児童相談所に通告した場合は、通告「**した**」を選ぶ
通告の前後で、または通告の有無にかかわらず、児に関して問い合わせた場合、照会「**した**」を選ぶ

③医療事故の可能性を検討したかどうかを記載する

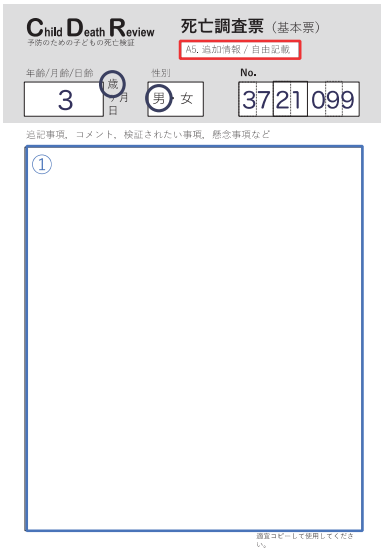
④医療職のみで行った事例検討会、症例報告会、臨床病理検討会などを指す

⑤医師以外の職種（看護・MSW・心理士など）を含む検証、院外の多職種（児童福祉・警察・消防など）を含む検証のいずれも該当する



【A5. 追加情報】

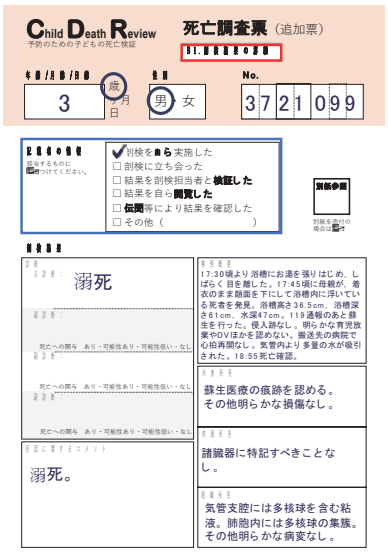
①その他、記載しておきたいことはこちらに記載する



【B1. 解剖結果】
※ 注：B パートに含まれている
※ 記入者：医療関係者・法医学・病理医

①剖検結果を記載する記載者の情報を記載する。法医学や病理医のレポートを見て書く場合は、「閲覧した」を選択する

※法医学や病理医の担当医に送付して記載を依頼する際には、「個人情報は含めずに」事件の概要や解剖結果を記載するように依頼する。

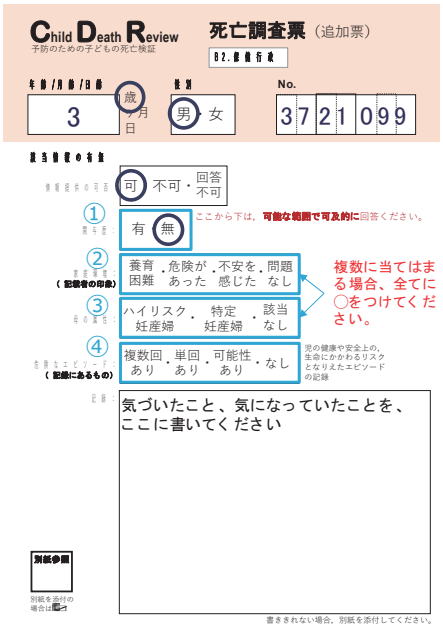
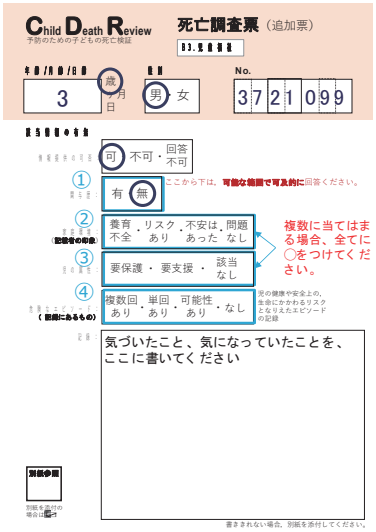


1-4-4　死亡調査票の記載のしかた②（医療職以外の専門職：B パート）

Key Concept
- 医療関係以外の多機関専門職が、死亡調査票 B パートを記入する。
- 文書の記載が難しいが口頭での伝達は可能、である場合もある。

多職種の専門職・関係機関は、普段の保育園や学校での様子、保健・福祉サービスを利用したときの様子、死亡現場や事故現場の状況、保護者や周りの家族の人の言動など、死亡に至るまでの経過や背景事象について事情を知る立場にある。関係機関が把握していた情報を、死亡調査票の B パートに記載して収集することが重要である。記載する際には、情報は個人が特定されないように、関係機関名も含めて匿名化した形で記載する（「A 医院」「B 保育園」など）。3-1-3「CDR 啓発資材 part 3. 情報共有編（非医療職の多職種対象）」も参照できる。

B パートの記入時の注意事項を、ページごとに以下に示す。

記載時の注意事項	死亡調査票のページ
【B2. 保健行政】 ①面談、乳幼児健診や家庭訪問などの情報から、何らかの支援が必要であると考えられ、面談や電話相談、家庭訪問などをしたことがある場合は、関与歴「**あり**」とする ②以下の場合、〇をつける **養育困難**：衣食住が不適切であったり、虐待のおそれや社会経済的な問題を抱え、支援が必要と考えられた家庭であった場合 **危険があった**：過去に入院を必要とする・複数回治療を必要とするような事故によるけが、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などがあった **不安を感じた**：育児ストレス、産後うつ、子育てへの強い不安や孤立感などを抱え、養育状況に懸念事項があった場合 ③ここでは、以下の定義で〇をつける **特定妊婦**：要体協として要支援・把握していた **ハイリスク妊婦**：特定妊婦ではないが、身体的・精神的リスクがあった **該当なし**：リスクなし **判断不可**：妊娠期の情報がない ④危険なエピソードとは、過去に入院を必要とするような事故によるけが、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などを指す	
【B3. 児童福祉】 ①通告相談を受けて、調査、支援、家庭訪問、一時保護、措置分離などを行ったことがある場合は、関与歴「**あり**」とする ＊通告ありの場合、対応を自由記載に記入する 調査、支援、家庭訪問、一時保護、措置分離 ②以下の場合、〇をつける **養育不全**：衣食住が不適切であったり、虐待のおそれや社会的な問題を抱え、支援が必要な状況があった **リスクあり**：入院につながるような事故や必要な医療を受けさせないで生じる疾患のリスクがあった **不安を感じた**：育児ストレス、産後うつ、子育てへの強い不安や孤立感などを抱え、養育状況に懸念事項があった ③ここでは、以下の定義で〇をつける **要保護**：一時保護、措置あり **要支援**：一時保護はしていないが、面談・家庭訪問・心理療法などを行ったことがある **該当なし**：関与歴なしの場合 ④危険なエピソードとは、過去に入院を必要とするような事故によるけが、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などを指す	

【B4. 教育・養育】

①（対人関係）以下の場合、〇をつける

困難：発達障害や問題行動などで教員や友人との人間関係のトラブルがあった

心配はあった：発達障害や問題行動などで教員や友人との人間関係を築くことに懸念があった

②（学習）以下の場合、〇をつける

困難：発達障害や問題行動などで授業理解や学習態度に問題があった

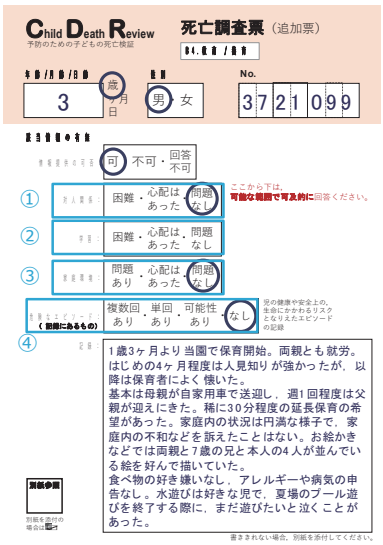
心配はあった：発達障害や問題行動などで授業理解や学習態度に懸念があった

③（家庭環境）以下の定義で〇をつける

問題あり：虐待のおそれがあったり、社会的問題を抱えていたり困難な養育状況であった

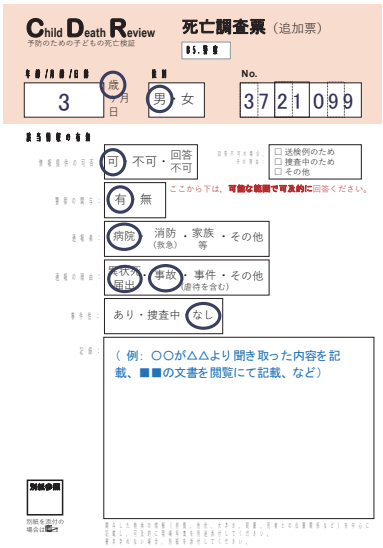
心配はあった：養育状況に懸念事項があった

④危険なエピソードとは、特に死亡につながるような事故（疾患も含む）に関連するリスクが認められたことがあった（例：入院を必要とするような事故、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害の既往など）



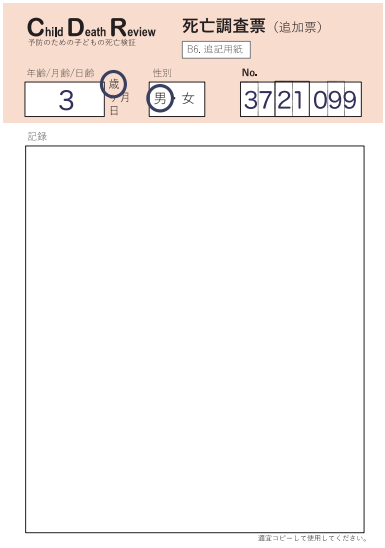
【B5. 警察】

①書類に記載するのが難しい場合、検証会議にて口頭で共有する方法もありうる

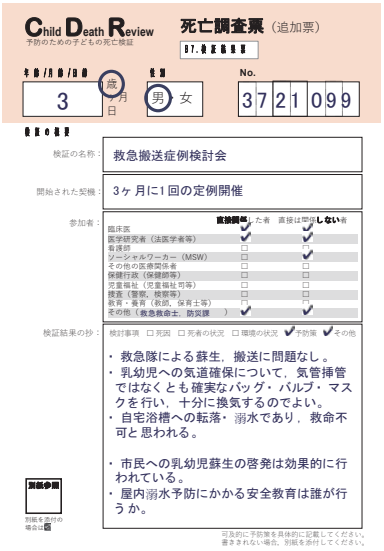


【B6. その他】

①その他、記載しておきたいことはこちらに記載する



【B7. 検証結果票】
①何らかの会議（CDR の個別検証以外）が行われた場合、記載する


Child Death Review 死亡調査票（追加票）
予防のための子どもの死亡検証
B7. 検証結果票
年齢/月齢/日齢 3 歳 月 日
性別 男 女
No. 37210 99
記載者
検証の名称： 救急搬送症例検討会
開始された契機： 3ヶ月に1回の定例開催
参加者：

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

検証結果の抄： 検討事項 □ 死因 □ 死者の状況 □ 環境の状況 ✓ 予防策 ✓ その他
・救急隊による蘇生，搬送に問題なし。
・乳幼児への気道確保について，気管挿管ではなくとも確実なバッグ・バルブ・マスクを行い，十分に換気するのでよい。
・自宅浴槽への転落・溺水であり，救命不可と思われる。
・市民への乳幼児蘇生の啓発は効果的に行われている。
・屋内溺水予防にかかる安全教育は誰が行うか。
別紙参照
別紙を添付の場合は□
可及的に予防策を具体的に記載してください。書ききれない場合，別紙を添付してください。

1-4-5　中央への情報集約

Key Concept
- 国も CDR の実施主体として各種検証を行う。
- 国における検証のため、各地域から国に対する情報集約の手順が必要である。

各都道府県において、こどもに関連しうる多機関の情報が CDR のため収集される。この情報をもとに、基本的にはすべての死亡事例に対して、検証のうち少なくとも最初の選定（スクリーニング）の手順が適用される（1-5-6-1「選定（スクリーニング）」を参照）が、都道府県を実施主体とする事業には、以下のような限界があることが分かってきた。

都道府県における CDR の限界

情報収集の限界
- 他都道府県等からの情報共有を受けることが困難。
- 自地域の住民が他地域で死亡した場合、死亡状況について医療情報等の確認が困難。
- 他地域の住民が自地域で死亡した場合、死亡前の背景について確認が困難。

検証の限界
- 選定（スクリーニング）以降の検証の詳細度は、事例の内容や地域の事情により異なる。
- 個別検証が行われても、発生が稀、特異的で他事例への応用が困難などの理由から、検証結果が実際の提言として活用されない場合がある。

活用・公開の限界
- 個別検証結果が提言として活かされても、当該地域の他の課題との兼ね合いにより、直ちに具体的なアクションが開始されるとは限らない。
- 当該地域での発生が稀な事象のため事例の同定が懸念される場合など、結果公開において配慮を要する場合がある。

国も CDR の実施主体であり、上記の限界に以下のように対応できると想定される。すなわち、

1. **地域横断的事例への対応**：地域をまたぐ事例について、検証が困難な各地域に代わって個別検証を実施する。
2. **全国規模での概観検証**：国全体を対象とした傾向分析や課題の抽出。
3. **高度に専門的事例への対応**：各地域では検証が困難な高度に専門的な事例について、中央で専門検証を実施する。

これらの国レベルでの CDR を効果的に実施するためには、各都道府県で収集された多機関情報を過不足なく中央に集約する手順の策定が不可欠である。本ガイダンスの改訂時点（2025 年）では、このような手順は未だ検討段階にあるが、CDR の効果を最大化し、全国のこどもの安全を確保するためには、将来的には必須の仕組みと考えられる。

1-4-6　まとめ

有効な介入策の立案のためには、こどもを取り巻く様々な要因を検討する必要がある。多職種からの情報収集はそのために重要な手順であり、各々が情報提供にあたって留意するべきポイントを概説した。

1-5　検証

1-5-1　検証の準備

Key Concept
- 検証を実施するための体制づくりが必要である。
- 検証委員となる専門職は様々で、知見の提供、社会資源の紹介、支援の検討が望まれる。

CDR の検証には、選定（スクリーニング）・個別検証・概観検証・専門検証が含まれ、これを効果的に実施するための体制づくりが最初に必要である（1-2-5「具体的な実施枠組みを決める」を参照）。地域によって、すべての事前準備を自治体の担当者が実施するとは限らず、コアメンバーや委託先による柔軟な役割分担が必要になることもある。また、当初意図した専門職・関係機関の全員が最初から参加できるとは限らない。まずは、実際に参集できるメンバーで CDR を開始し、その後の検証プロセスに習熟していく過程で、必要な専門職に段階的に参加を呼びかけていくアプローチも有効である。

検証委員の候補者は、下欄のとおりである。各専門職には、検証対象事例に関する情報を会議に提供するだけでなく、次のような多面的な貢献が期待される。① 専門的知見の提供：関連する背景知識や解釈プロセスの共有により、より多角的な事象理解を促進する。② 社会資源の紹介：各機関が管轄する既存の社会資源を紹介し、より適切な活用の可能性を検討する。③ 具体的支援の検討：自組織で実現可能な支援策を考察し、その実現方策を積極的に探索する。

検証委員の候補となる専門職
- 医療関係者：小児科医、精神科医、看護師、助産師、心理士、MSW、救急隊員など
- 死因究明の専門家：法医、病理医など
- 公衆衛生専門家：母子保健、疫学、感染症、事故予防などの担当者を含む
- 司法関係者：警察、検察、弁護士など
- 行政機関：保健所・保健 センターの保健師、自治体の政策決定者など
- 児童福祉：児童相談所の職員、ソーシャルワーカー、児相勤務弁護士など
- 教育・保育関係：保育士、幼稚園・学校の教員、養護教員、教育委員会など
- 地域の関係機関：子育てサークル、DV シェルター、自助団体や支援団体など

1-5-2　検証会議にあたって心がけること

Key Concept
- CDR の検証で守るべきグラウンド・ルールがある。
- 自由な意見を発言することの心理的安全性が保証される必要がある。
- 司会進行役と参加者の双方に、持つべき心掛けがある。

わが国の CDR の目的は真実（死因等）の究明や事実認定ではなく、当該死亡事象から学ぶことであることが強調されている。検証は言うまでもなく CDR の中核となる部分であって、この目的を常に念頭に置いて運営されなければならない。検証をすすめる上で、下記の 4 点の「グラウンド・ルール」が明示され、ここから逸脱しないように常に気が配られる必要がある。このルールは、各回の検証会議に先立って全参加者の間で共有されることが望ましい。

CDR における検証のグラウンド・ルール

1. 潜在的リスクを見つけ、安全な社会の実現を目指すことが目的である。
2. 特定の個人や関係機関の責任追及ではなく、学びの場である。
3. 互いの専門性と立場を尊重し、前向きな検討を行う。
4. 安心・安全な社会に向けた具体的な介入を提言する。

検証のなかで提言を策定する上で、既存の取り組みを精査してその改善を提案することもあれば、まったく新たな取り組みを提案することも考えられる。前者には、主として批評的な観点で現状の分析等が必要となるが、グラウンド・ルール（第 2 項）に示されるように「特定の個人や関係機関の責任追求」にならないよう特に留意される必要がある。

一方、後者の達成のため、参加者に自由な発想を促し、より創造的な議論を誘導することが望まれる。その実現には、参加者が安心して発言できる環境の整備が不可欠である。このために「心理的安全性」の保障が重要な前提条件となる。心理的安全性が保障された状態とは、対人関係を悪くさせるような心配はしなくてもよいという信念が共有されている状態を意味する。この状態のもとで、参加者は安心して発言や行動ができ、その結果組織や個人の成長の土台となる。逆に、心理的安全性を阻害する要因として、無知だと思われる不安（質問をしにくくなる）、無能だと思われる不安（失敗やミスを報告できなくなる）、ネガティブだと思われる不安（現状改善のための指摘ができなくなる）、邪魔をする人だと思われる不安（自発的な発言や新たなアイディアの提案ができなくなる）が指摘される。

CDR の検証において、グラウンド・ルールが遵守されるのであれば、むしろ「議論を促すことを目的とした極論（Devil's Advocate）」も許容されるし、その発言のために発言者（あるいはその所属機関）が糾弾されてはならない。この観点から、下記のような参加者の安全のためのルールを追加するのも有効である。

CDR における参加者の心理的安全性のためのルール

5. グラウンド・ルールを遵守した自由な意見によって発言者の立場は損われない。
6. 発言内容を根拠に他者を蔑視・攻撃しないよう努める義務がある。

背景の異なる複数機関が議論を行うためには、同一用語を違う意味合いで使っている場合が少なくないことに留意する必要がある。この認識の違いは、建設的な議論を阻害する重要な要因となりうる。たとえば、『虐待』の可能性について討論する際に、医療や福祉が「こどもに健康上の不利益や苦痛をもたらす行いとは何か」と考える基準と、警察や司法が「犯罪として立件すべき行いとは何か」と考える基準とには、明らかな隔たりがある。この齟齬に気づかずに『虐待』の可能性について討論しても、互いに誤解を生じ、実りある議論につながり難い。この意味でも、他者の発言に対して「どういう意味合いでその表現に至ったのか」を考える習慣が形成されることが好ましい。

以上のように、より創造的で実効性の高い検証のためには、司会進行を行う者（CDR ファシリテーター；1-3-2-1「CDR ファシリテーターの養成」を参照）と、会議に参加する者の双方に、持つべき心構えがある。

司会進行役（CDR ファシリテーター）の心構え

1. 参加者の心理的安全性を維持するよう心がける。
- 建設的でない意見や過度に批判的な発言に対して、適切に介入する。
- 多様な意見を積極的に奨励する。

2. 参加者の相互理解を促進するよう心がける。
- 専門用語を意味を確認し、説明を促す。
- 機関間の認識の違いを明確に言語化する。

参加者の心構え

- 心理的安全性を互いに保障する。
- 建設的な提案を積極的に行う。
- 異なる専門分野の視点に敬意を持ち、用語や概念の違いに注意を払う。

1-5-3　医療者を中心とした検証会議の利点と課題

Key Concept

- 現状では、CDR で医療者の発言が得られやすい。
- 他の参加者の発言の機会も保証されるべきである。

わが国の CDR は、医療職、特に医師を中心とした体制で発展してきた経緯がある。当初、小児科医による医学研究においてこどもの死亡疫学が探索され、その後、この研究手法が CDR における医療情報収集に応用されることとなった。さらに、成育基本法（成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律）の中に、すなわち医療の延長線上に CDR が位置づけられたことも相まって、わが国の CDR モデル事業では、臨床医から提供される医療情報の共有が検証プロセスの起点となっている。こうした背景から、検証を新たに導入する地域では、検証実務（ワーキンググループ）のメンバーを、小児科医や法医病理医などの医師を中心として選出する傾向が強くみられる。

小児科医はこどもに対する医療を提供する中心的な存在と自負しており、こどもの発達段階、日常行動の特徴や、標準からの逸脱（病的状態）の把握を専門とする。また、日常業務の一環として医学的検証に慣れており、「こどもを守る」事業への主体的な取り組みを職責として自負していることが多い。そのため、臨床医療情報とその解釈をめぐる話題では、他職種よりも知識的に有利な位置にあり、発言の中心となりやすい特徴がある。

法医病理医は、死に至る過程を医学的に説明することを得意とする一方で、日常業務において警察、児童相談所職員など多機関・多職種の関係者と連携する機会が多い。各職種の特徴を理解しているため、CDR において職種間での認識のずれ等を調整する仲介役を担うことができる。例えば、発言をためらう警察官や児童相談所職員に対して適切な質問を投げかけることで、発言のきっかけを提供できる等の調整機能を発揮できる。

会議が建設的に進行し、具体的な提案に結実することを成功とするならば、積極的な発言は不可欠である。一般的に医療者は積極的に発言する傾向を示すため、前向きな討論の推進に大きく寄与する。しかし一方で、医学的死因を同定するための詳細な議論や、病院業務の反省と改善など、医療に特化した検証に終始する懸念も存在する。このような議論には、非医療者が参加しにくい状況となり、多職種検証による広い観点を確保という本来の利点が活かされなくなる危険性がある。

法医病理医が医療者と非医療者の仲介役を果たす例に見られるように、特に非医療者の発言機会の確実な保障が必要不可欠である。これは司会進行役（CDR ファシリテーター）の最も重要な責務の一つといえる。多職種の専門性を最大限に活かすためには、意図的で計画的なファシリテーションが求められる。

1-5-4　検証会議のすすめかた

Key Concept
- 傾聴の姿勢を示すことが、良好な雰囲気作りに役立つ。
- 有効な検証を実現するための「チェックリスト」がある。

わが国の CDR は、複数段階の検証プロセス（1-5-6「検証の種類と手順」を参照）を想定しており、これらを同一日程・同一参加者で一括して実施する場合もあれば、別々の日程や参加者により分割実施する場合もある。どの場合にも共通して、効果的な検証の実現のために注意すべき重要なポイントが存在する。これまで CDR モデル事業等で蓄積された実践経験をもとに、有効な検証のための要点を抽出してチェックリストとして整理している（3-3-2「検証を行う際のチェック項目」を参照）。特に検証会議を進行する CDR ファシリテーターは、当該リストを参考にするとよい。また、会議全体の流れと到達目標を参加者に分かりやすく提示することも、円滑な進行のために効果的である（3-3-3「検証のすすめかたの例」を参照）。

初回の検証会議では全ての参加者が、また開催を重ねている場合でも初めて出席する参加者は、緊張して臨むことが予想される。具体的には、以下のような懸念を抱くことが多い（1-5-2「検証会議にあたって心がけること」を参照）。

検証参加者の不安の例
- 発言により自身の知識不足が露呈するのではないか
- 自分の発言が所属組織への誤解や批判を招くのではないか
- 過去の判断や対応について糾弾されるのではないか

特に検証対象事例に直接関わった当事者が参加する場合には、この傾向は顕著である。その結果、自己防衛のため必要最小限の発言に留めたり、逆に他者に発言機会を与えないほど一方的に話し続けたりする等の極端な行動が観察されることがある。これらは、個人の性格の問題ではなく、誰にでも発生しうる自然な反応であると理解しておくことが重要である。CDR ファシリテーターは、参加者それぞれが異なる分野の専門職であることを常に意識できるよう振る舞い、各専門職の持つ文化と価値観を互いに尊重する姿勢の手本を示すことが重要である。他者の意見を丁寧に傾聴し、緩やかにでも会議の雰囲気が良い方向に向かえば、非常に好ましい結果が期待できる。たとえ１回の会議で必ずしも満足のいく結果が得られなかったとしても、回数を重ねることによってチームが形成され、その後の会議は有益な方向に発展していくものである。

過度の緊張を緩和して良い雰囲気を形成するために、一般的に用いられるアイスブレイキングという手法も有効である。「チームワーク」「チームビルディング」などのキーワードで、各種成書を参考にしてみるのも良い。

「傾聴」の３つの構成要素（ロジャースの三原則）
- **共感的理解**：相手の話を、相手の立場に立って、相手の気持ちに共感しながら理解しようとする姿勢
- **無条件の肯定的関心**：相手の話に対して、善悪や好き嫌いといった評価をすることなく、何故そう考えるようになったか等、背景に肯定的な関心を持ちながら聞く姿勢
- **自己一致**：分かりにくい点は聞き直して真意を確認するなど、真摯な態度で聞く

*：こども家庭科学研究班では、検証会議の一例を示し「よい会議」の進め方について考察を促すための、一連の動画資材を作成した。

1-5-5　三つの検証の観点

Key Concept
・事例を解析する際にも、提案を考察する際にも、3 つの観点を念頭におく。
・3 つの観点とは、医学的観点、社会的観点、精神心理的観点を指す。

平成 22-24 年厚生労働科学研究（小林班）による「わが国の CDR 創設のためのガイドライン」（2013 年公開）の第 2 章「CDR に重要なポイント」には、死亡検証における 3 つの重要な視点として、医学的な観点・社会的な観点・心理的な観点が提示されている。この枠組みは、一般に BPS（Bio-psycho-social）モデルとして知られ、健康問題を包括的に理解・分析する際の基本的な考え方として広く採用されている理論的アプローチである。多機関が連携して実施する公共事業としての CDR においては、死亡事象を分析する段階でも、また介入策を提案する段階でも、これらの視点を念頭に置く必要がある。ただし、すべての事例においてこれら 3 つの観点に等しく注力するのではなく、個々の事例の特性に応じて強調すべき点は異なることに留意が必要である（2-2 項～ 2-11 項を参照）。効果的な検証と実用的な提言のためには、事例ごとの特徴を慎重に評価し、最も重要な要因に適切な重点を置いた分析と提案を行うことが求められる。

医学的な観点には、例えば、死因および死因究明の検証、提供された医療内容とその妥当性の検証等が含まれるが、医療体制や医療提供システムの評価などは社会的な観点にも共通する。わが国の CDR が医療情報を起点とし、医師の関与が大きい制度設計となっていることから、これら参加者にとって最も取り組まれやすい検証領域といえる。その反面、検証全体がこの観点のみに偏重しないよう、注意を払う必要がある。医療施設で実施される CPC（Clinico-Pathological Conference、臨床病理カンファレンス）等とは本質的に異なり、医師間での医学論争、詳細な死因にのみに焦点を当てた議論、診断技術や治療法の学術的検討といった内容は、多職種検証としての CDR には適さない。また医学的側面のみに焦点を当てた結果、「診断困難な疾病で予知・予防は困難」「治療方針が未確立、あるいは確立した治療にもかかわらず効果が不十分のため、転機不良を免れず予防は困難」のような結論で議論を終了することになるのは残念である。

CDR では、死亡診断（死体検案）時よりも豊富な情報にアクセスできるため、解剖結果や現場情報などに触れる機会の少ない臨床医等からは「より開かれた死因究明の場」としての期待が寄せられる。また一般市民や他職種からも、診断に至る経緯と結果を透明性を持って検証する役割への期待がある。たしかに適切な死因究明は CDR の重要な前提条件であり、より詳細で正確な死因の解明は、より具体的な介入策の立案を促進し、透明性のある検証プロセスは、社会からの信頼構築に寄与する。ただし、CDR は臨床における考察の「答え合わせ」や、診断の正しさの「検証」などの、より正確な死因究明それ自体を目的とした場ではない。

そのほか、提供された医療についての検証では、医療機関内の業務内容、地域の小児および周産期医療の構築や提供状況、救急医療体制の対応能力と課題などが検討対象となる。これらの検証においては、医師以外の医療職の参画が重要である。看護師、ソーシャルワーカー、保健師、救急救命士等にも積極的な発言の機会が生じ、これらの多職種による検証を通じて、医療体制全体の改善に向けた実効性のある提言につながることが期待される。ただし、医療施設等で実施されるいわゆる M&M（Mortality & Morbidity）カンファレンスや、医療事故調査制度に基づく調査とは異なる。事実を探索し認定することを目的としない仕組みであり、医療の不備等を証明することへの期待に応える制度ではない。事実を探索したいという CDR への期待に対しては、これらの既存制度への誘導を図ることが好ましい。

社会的な観点には、前述の医療提供体制に加えて、こどもを取り巻く多層的な社会環境が広く包含される。こどもが身をおく家族関係や住環境、こどもが所属した集団（幼保・学校など）、こどもと家庭が生活する地域社会の特徴や社会資源の充足状況などが含まれる。これらの要素は相互に関連し合い、こどもの生活と安全に複合的な影響を与えるため、包括的な理解が望ましい。こどもに関わる様々な機関がそれぞれの専門

的視点から、医学的死因「以外の」要因、死亡の直接の原因ではないがその過程に介在した周辺事象を解明し分析することが、CDR が多機関によって運営されることの最大の強みともいえる。この多角的な検証により、単一の機関では見落とされがちな社会的要因や関連事象を浮き彫りにすることが可能となる。

こどもにとって家庭は最重要の社会環境であり、その影響を理解するため、家族関係の構造と機能、経済的状況や生活の安定性、家族が抱えるストレス要因とその対処状況などを総合的に評価し、家族の動態とこどもへの影響を理解することが重要である。その上で、こどもと家族が地域社会においてどのような位置にあり、どの程度の社会的つながりを持っているかを評価することが望まれる。当該家族の、社会資源へのアクセスおよび利用状況、近隣との関係性、地域活動への参加状況なども、こどもの安全と発達に影響する重要な因子となる。さらに、既存の社会制度の充足状況、必要な支援が適切に提供されたか、制度の狭間に陥っていなかったか等、当該地域の課題についても検証の対象となる。このような社会的要因の分析から得られた知見から、既存制度の内容あるいは提供方法の見直し、新たな支援策等の創設、機関間連携の強化など、社会システムのあり方に対する具体的な提案につながる。

学校や幼保等の教育機関は、こどもにとって第二の重要な社会環境であり、家族の影響の小さい状況でこどもを観測する立場にある。日常的なこどもの行動パターン、同年代との関係性、こどもが示していた変化の兆候など重要な情報を有することも多い。また第三者視点から「日常の」こども及び家庭の状況を把握しうる。その他、児童相談所等の児童福祉機関は、家庭の経済的状況、家族関係の動態、支援の必要性とその提供状況について詳細な情報を有し、家族が抱える複合的な課題や、既存の支援制度の活用状況とその効果について貴重な視点を提供する。保健所や市町の保健師など母子保健機関は、地域の健康課題、母子保健サービスの提供状況、予防接種や健診の受診状況など、地域レベルでの健康管理体制について包括的な情報を持っており、地域の社会資源の分布と活用状況についても重要な知見を提供できる。

検証において、問題の指摘にとどまらず、建設的な改善策の提案に重点を置くことが求められる。各機関が今後の援助や介入を行う際の留意点を明確にし、実践的な指針が提案されれば、類似の事例の予防に向けた取り組みの強化にもつながる。このように、社会的要因は地域の特性に大きく影響されるため、その地域固有の状況や文化的背景を十分に理解した上で検証することが重要である。言い換えれば、他地域での成功事例をそのまま適用するのではなく、地域の実情に即した対策を検討する必要がある。

精神心理的な観点は、3 つの意味で CDR にとって重要であることが示されてきた。

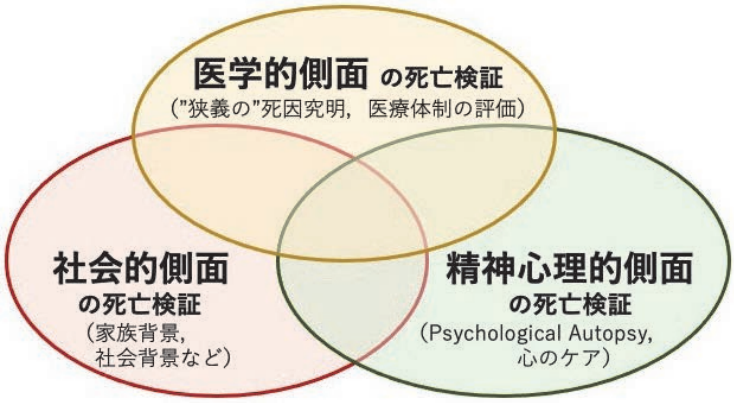
一つは、死亡したこども本人の精神心理状態が死亡事象にどのように寄与したかを読み解くことである。これは特に、自死・自傷あるいは予期せぬ事故等に対する「心理学的剖検」として背景を解析する場合等に重要な役割を果たす。心理学的剖検とは、死亡したこどもの生前の心理状態、行動パターン、環境との相互作用を詳細に分析して死亡に至る心理的プロセスを理解することで、最終的な行動に至るまでのプロセスを理解する手法である。児童精神医学、発達心理学、児童心理学、教育学等に関する知見が不可欠である。

二つめは、死亡したこどもの周囲にいた者の精神心理状態が、死亡事象にどのような影響を及ぼしたかを読み解くことである。これは特に、虐待やその他の養育不全の関与を分析し、今後の支援の方向性を考察する場合などに重要となる。養育者や家族の精神的健康状態、ストレス対処能力、子育てに対する認識や態度、家族内の関係性などがこどもの安全にどのような影響を与えていたかを分析する。社会的孤立、経済的困窮、家族の病気や障害などの環境的ストレス要因が家族の心理状態に与える影響も考慮する必要がある。また、当該のこどもに関わっていた専門職や支援者の心理的状況、対応における困難やジレンマ、組織的な制約が判断や行動に与えた影響なども検証課題となりうる。これにより、支援体制の改善や専門職への支援の必要性を明確にすることができる。このような検証は、より効果的で持続可能な支援策の提案につながる。

三つめは、死亡事象が残された周囲の人々に及ぼした心理的影響について検討することである。これは主に、遺族に対する精神的なサポート（グリーフケア等）の提供について検討する場合などに重要となる。遺族が経験する悲嘆のプロセス、罪悪感や怒りなどの複雑な感情、日常生活への影響、家族関係の変化などを詳細に理解することが必要である。また死亡事象は遺族のみならず、友人、同級生、教師、近隣住民、支援に関わった専門職など、広範囲の人々に心理的影響を与える。これらの二次的な影響を理解し、適切な支援のありかたを検討することが重要である。遺族や関係者に対する心理的支援の方法、グリーフケアの提供体

制、長期的なフォローアップや専門的治療への橋渡しなどについて、具体的な提案を行う。支援を提供する側のメンタルヘルスも重要な課題である。

これらの精神心理学的な議論には、臨床心理士、精神科医、教育関係者、ソーシャルワーカーなどの専門職の参加が欠かせない。単一の専門職による判断には限界があることを認識し、複数の専門的視点、必要に応じて外部専門家の助言を求めることが適切である。各専門職固有の知見と経験を統合することで、より包括的で実用的な分析と提案が可能となる。なお、特に精神心理学的な分析では、極めて個人的で敏感な情報や考察を扱うことから、プライバシーの保護と倫理的配慮が特に重要となる。当事者の尊厳に意識を払い、分析や議論の範囲を適切に設定する必要がある。さらに、心理的要因の分析では推論に頼る部分が多くなりがちであることを理解して許容し、事実と推測の明確な区別を意識して結論を導くことが重要である。分析の目的は責任追及ではなく、今後の予防と支援の改善にあることを常に念頭に置き、建設的で支援的な視点を維持することが特に求められる。



【図 1-5-5. CDR の 3 つの観点】

1-5-6　検証の種類と手順

Key Concept
- CDR では、検証は多段階で構成される。
- 選定（スクリーニング）、個別検証、概観検証が各地域で実施される。
- 主として国レベルで専門検証を要する事例もある。

先述のとおり、わが国の CDR において、検証は「選定（スクリーニング）」「個別検証」「概観検証」「専門検証」と複数段階で構成される。それぞれ指向と役割が以下のように異なる。検証の実施の手順や考え方など詳細は、3-3-1「多職種検証ワーキンググループ 検証マニュアル」も参照のこと。

1-5-6-1　選定（スクリーニング）

Key Concept
- 選定（スクリーニング）とは、CDR における検証の最初段階である。
- すべての事例を統一基準で評価し、特に焦点を当てる事例を抽出する。
- CDR の「すべての事例から学ぶ」理念を維持するための仕組みである。

選定（スクリーニング）とは、CDR における検証過程の最初段階であり、把握されたすべてのこども

の死亡事例を統一した基準で評価し、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）する作業である。全事例を対象としながら、限られた資源を効果的に活用するための重要な振り分け機能を担う。

現行の CDR モデル事業では、選定（スクリーニング）の目的を「こどもの死亡事例のうち、原因と結果の因果関係が明らかなもの等を除くことで、個別検証・概観検証の効率性を上げ、提言の有効性を確保すること」（都道府県 CDR モデル事業の手引き、第二版）と表現する。把握例が検証可能数を上回らなかったためこの手順を要しなかった自治体もみられた。しかしながら、検証効率を追求するため「検証前に」「ふるいわけをする」単純な事務的作業と捉えるのではなく、CDR における検証プロセスの重要な一部として、CDR の基本理念を体現する不可欠な手順のひとつとして位置づけることが重要である。

冒頭に述べられたとおり、CDR はすべての死亡例を対象とする事業であり（1-1-3「誰を（何を）対象とするか」を参照）、これは CDR の根幹をなす重要な理念の一つである。厳格な組み入れ基準を定めた既存の各種制度では、基準を満たさない事例は検証対象から除外される。しかし、基準を満たさないのは死者に起因する問題ではなく、基準を定めた検証側の都合による制約といえる。このような限定的なアプローチでは、あらかじめ想定された課題の検証は可能であっても、当初想定されなかった新たな課題の発見には結びつかない。社会は、基準から外れる事例も含めてすべての事例を大切にし、そこから謙虚に学ぶべきである。予想外の事例や複雑な事例にこそ、重要な学びの機会が潜んでいる可能性がある。

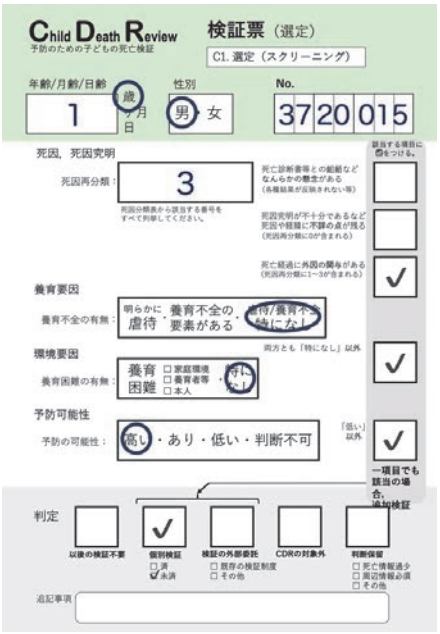
とはいえ、すべての事例に対して同一の粒度で詳細に検証することが現実的に困難な場合があることも確かである。この現実的制約の解決策として、検証の詳細度合には差があるとしても、同一基準ですべての事例を評価することを保障するアプローチが考えられる。この考え方に基づく手順が「選定（スクリーニング）」である。すなわち選定（スクリーニング）は、効率性と包括性のバランスをとりながら、CDR の理念である「すべての事例から学ぶ」という姿勢を維持するための重要な仕組みといえる。

収集した死亡調査票（A パートおよび B パート）をもとに死因の再分類、養育要因（保護者の養育への態度）、環境要因（こどもの特質とおかれた環境）、予防可能性の 4 つのパラメーターを判定する。これらの情報を死亡調査票（C パート）に集約し、いずれかの項目の中に多機関で個別検証等を行うことが有用と思われる点が内包される事例を中心に、個別検証の対象として抽出する（図 1-5-6-1 参照）。

多機関での個別検証が有用な事例

① 情報の統合が必要な事例：多機関が関わり、それぞれ異なる情報を保有する
② 複雑な背景の事例：事例の背景が複雑で、その理解に多様な専門的視点を要する
③ 複合課題に関連する事例：既存の複数の課題に関連し、包括的な分析が求められる
④ 結果の共有が重要な事例：学びを多領域で共有することで、より効果が期待できる
⑤ 介入に連携を要する事例：具体的な介入策が複数の部署・機関にまたがる

選定（スクリーニング）を担当する委員には、比較的限られた資料等から当該死亡事象の医学的死因と背景要因を的確に推測・把握できる能力が求められる。具体的には、小児科医など臨床医学の知識とこどもに対する実務経験を持つ専門職が含まれる必要がある。選定（スクリーニング）のゴールは、自地域の個別検証の実施能力に応じて、目前の検証候補から個別検証の対象とする事例を適切に抽出することである。どのような判断基準によってどの程度まで対象を絞り込むかについては、各地域や実務者の特性に応じたバリエーションが想定される。また同一地域においても、事業体制の整備度合い、地域課題の認識の変化などにより、実施年によって選定方針が変化することもありうる（2-1「検証の対象」を参照）。これまで CDR モデル事業では、① 外因死と不詳死のみを選定した地域、②（死亡の態様にかかわらず）予防可能性に主眼を置いて選定した地域、③ すべての死亡を個別検証の対象とした地域、がみられた。地域の実情に応じた選定方針を策定する際に、これらの多様な実践例を参考にされたい。

内容詳説	死亡調査票のページ
【C1. 選定（スクリーニング）】 下記のいずれかの場合に「検証要」として選定する。ただし、当該事例を検証する既存制度がある場合に委託も可能。 **① 死因、死因究明** 医学的死因につき以下のいずれかに該当する場合。 1. 死亡診断書（死体検案書）の記載内容に何らかの懸念がある場合。 2. 死因や死に至る経緯において、何らかの不詳の点が残る場合。 3. 死亡経過のどこかに外因の関与がある場合。 **② 養育要因** 明らかに虐待であるか、何らかの養育不全の要素が疑われる場合。 **③ 環境要因** 家庭環境、養育者、死者本人のいずれかに養育困難を窺わせる状況がある場合。 **④ 予防可能性** 予防可能性が低い（当該死亡を防ぐ介入策は、今後も見つけられないだろうと想定される）場合。	

【図 1-5-6-1. 選定（スクリーニング）のための死亡調査票 c1 様式】

選定（スクリーニング）の結果は、上述の 4 つのパラメーター（死因、養育要因、環境要因、および予防可能性）について全事例をまとめた一覧表として整理し、概観検証における分析の基礎資料として活用する。個別検証の対象となった事例については、その過程でこれらのパラメーターに修正が必要と判断された場合には、修正後の情報も一覧表に反映させる。概観検証においては、この一覧表をもとに各パラメーターの妥当性、選定（スクリーニング）結果の妥当性を再確認し、必要に応じてさらなる修正を行うことで、当該年・当該地域のこどもの死亡に関する信頼性の高い統計資料として完成させる。

コラム（選定（スクリーニング）：三重県の取り組み）

スクリーニング会議で個別検証の要否を検討するため、死因や予防可能性、それらを検討するために必要な追加情報を議論します。情報が少ない段階だからこそ、さまざま角度からの議論が交わされ、その後の「業務改善のヒント」や「提言のヒント」に繋がることもあります。

1-5-6-2　個別検証

Key Concept

- 個別検証では、高関心事例につきナラティブに質的検証をする。
- 事例に潜在する課題を見つけ、新たな対策を創出する。
- 情報と解釈を共有し、事例の全体像を把握し、具体的な対策を検討する。

個別検証とは、選定された高関心事例について、死に至るまでの文脈（経過）、背景要因、直接的な死因等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、新たな対策を創出する作業である。多機関・多職種の専門家が参画し、事例の文脈を深く理解することで、実効性の高い予防策の立案を目指す。

対象事例について、以下の 3 段階のプロセスを経て検証を行う。

個別検証のプロセス

1. 各機関の保有する情報とその解釈を、参加者間で包括的に共有する。
2. 死亡に至った原因や経過、影響を及ぼした事項などを多角的に考察し、事例の全体像を把握する。
3. 事例の背後に潜在する課題を列挙し、それらに対する具体的な予防策を検討する。

ただし、既存の他の検証事業等と比較して、事例あたりに用いられる時間が相対的に短く、事実認定など詳細な正確性の追求は制約される特徴がある。詳細な事実認定こそが必要と判断される場合には、当該事例を検証するための別の機会や制度の活用を探索することも重要な選択肢となる。CDR は他の検証制度と競合するものではなく、むしろ相互補完的な役割を担う。CDR では特に、詳細な事実認定よりも、事実共有により形成された共通認識をもとに「何を学んだか」を明らかにすることに主眼を置く。介入策に関する新しいアイデア、提言の素材（シーズ）を可能な限り多く創出することが、この検証の最終目標である。既存の枠組みを超えた創造的で実効性の高い予防策の発見こそが、CDR 個別検証の真価といえる。対象とする事例に応じた内容について、別項（2-1 ～ 2-10 項）を参照されたい。

個別検証を担当する委員には、こどもにかかる実務を日常的に担当する者が適している。傷病の成り立ちや治療方針、こどもの発達段階、行動特性、関連する社会制度等について幅広い専門知識と理解が必要であるが、一人ひとりの個人がそのすべてをカバーする必要はなく、検証会議体の全体でこれらの専門領域を網羅できれば良い。

事例に職務上関与した関係者が個別検証に参加する場合、より詳細で正確な情報提供と分析が期待できる利点がある。しかし一方で、当該関係者は「自分が責められている」と感じやすい心理状態にあるため、議論の進行や発言内容に特別な配慮が必要となる。実際に、このような取り組みを行う CDR モデル事業実施自治体では、関係者が心理的負荷を感じて沈黙を続けたり、議論中に感情が昂って涙を流したりする事例が報告されている。このような状況は、当事者の心理的負担の大きさを示すものであり、適切な配慮の重要性を改めて浮き彫りにしている。そのためファシリテーターは、責任追求ではなく学習と介入策の提案を目的とする CDR の理念を明確に示し、心理的安全性の確保に特に努めなければならない。さらに、事象の詳細な再検討による再体験が心的外傷後ストレス障害（PTSD）等の二次的トラウマを引き起こす可能性にも、十分な注意を払う必要がある。

遺族など、直接利害関係を有する者の出席については、現行の CDR モデル事業では認めない方針を採用している。これは、検証の客観性への影響、事象のフラッシュバック誘発など当事者への過大な心理的負担、他の参加者の率直な意見表明への支障等の懸念に基づくものである。CDR を先行して実施している諸外国においても、同様の方針が一般的に採用されており、この配慮は国際的な共通理解といえる。ただし、遺族の声を反映する別の仕組みの模索、検証結果の適切なフィードバック方法の確立については、今後継続的に取り組むべき重要な課題である。

コラム（検証の心構え：福島県の取り組み）

個別検証への参加を依頼するにあたっては、保護者が同意してくれた貴重な事例であることを伝え、保護者の意思を無駄にしないため、検証会議を意義あるものにしていきたいという事務局の意向を伝えるようにしている。

コラム（濃厚な関わりのある参加者への配慮：福島県の取り組み）

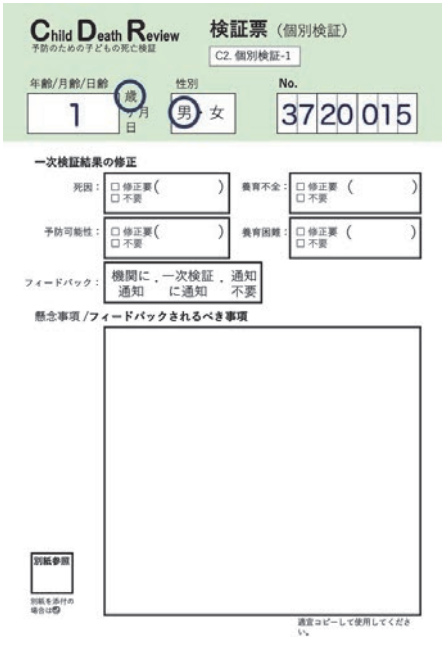
亡くなったこどもと濃厚な関わりをしてきた者が個別検証に参加する際に、予め参加者の所属長から「(参加者が) そのこどもの死を語ることの心理的負担に配慮してほしい」と伝えられたことがある。

会議の場で、語ることが辛そうな参加者がいた場合には、こどもへの思いを抱えながら参加し発言していただいていることに対して、感謝を伝えるようにしている。

CDR モデル事業実施自治体の一部では、多機関検証の会議において「議事録を作成しない」方針が採用されている。これは、検証での発言内容が情報開示請求や提出命令の対象となった場合の法的対応が不明確であり、検証参加者が安心して発言できる環境の確保が困難であることが背景にある。

この課題を踏まえた現実的な対応として、個別検証の結果を以下の手順で整理・記録することが提案されている。まず、検証会議の進行中または終了直後に、議論の要点を整理して記録する。次に、整理した内容をもとに、死亡調査票（検証票）の C2「個別検証 -1」および C3「個別検証 -2」への記入を行う。そして、完成した死亡調査票を適切に保管し、将来の参照に備える。

特に、死亡調査票 C3 は将来の予防策や介入策を具体的に策定する際の重要な基礎資料となるため、記入にあたっては以下の点に留意することが望ましい。実現可能性が低いと思われる提案であっても記載を断念せず、会議で提起されたできる限り多くの意見を記録する。その際には、今後の政策立案に活用できるよう、可能な限り具体性を保った記載とする。

内容詳説	死亡調査票のページ
【C2. 個別検証 -1】 **一次検証結果の修正** 選定（スクリーニング）において個別検証必要と判断される材料となった「死因」「養育不全」「養育困難」「予防可能性」の 4 つの項目について、それぞれ修正の要否をチェックする。 **懸念事項／フィードバックされるべき事項** 関連機関に検証結果を個別にフィードバックする手順は想定されない。事例に関する内容ではなく、業務上の手順や制度の解釈・運用について懸念があるなど、CDR を実施する上での連絡事項がある場合に、この欄を用いても良い。	

【C3. 個別検証 -2】

対象となる事象

右に記入される介入案を提案する契機となった事象を簡潔に記載する。

介入の主体

右に記入される介入案が実現したとする場合に、その実施を担当する主体を記載する。

介入の内容

提案する介入案を、具体的に記載する。

有効性／実現可能性

左に記入される介入案につき、「もしそれが実施された場合に、どの程度有効と考えられるか」「その実施は、どの程度実現可能か」を記載する。

【図 1-5-6-2. 選定（スクリーニング）のための死亡調査票 c2-c3 様式】

1-5-6-3　概観検証

Key Concept

- 概観検証は、CDR における検証の最終段階である。
- 選定、個別検証、その他の事業や取り組みの結果を統合して量的検証を行う。
- 地域全体の安全・安心の探求と確保のため不可欠な手順である。

概観検証とは、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、その他のこどもの死に関係する各種情報や統計資料等を統合し、地域全体を対象とした量的検証を行う作業である。個別事例の知見を地域レベルでの包括的な予防対策へと発展させる橋渡しの役割を担う。

概観検証には 3 つの主要な機能がある。第一に、選定（スクリーニング）結果の質的評価である。ここには、選定基準の妥当性を客観的に再検証し、必要に応じて事例の差し戻し等により質の担保を行うとともに、地域におけるこどもの死亡の疫学的特徴を把握し、地域固有の課題を抽出する作業を含む。先述のとおり、選定（スクリーニング）の結果の一覧が、概観検証の資料となる。第二に、個別検証結果の統合と一般化である。個別検証で得られた提言の素材（シーズ）を横断的に検討し、他事例への適用可能性を評価する等して知見の一般化を図り、重要度・実現可能性を踏まえて、具体的提言に落とし込む。CDR モデル事業実施自治体のなかには、個別検証結果を分かりやすく 1 枚のシートに要約して概観検証用に資料を作成するところもあった。第三に、既存検証等を含む地域の各施策の評価である。CDR や他の検証制度の進捗状況を総合的に評価し、各制度の有効性を客観的に評価するとともに、過去の提言の実現状況に対する継続的な追跡評価を行う。これらに加えて、CDR のシステム自体の運用状況を把握して有効性を担保する機能も求められる。CDR の最終目的である「地域全体の安心・安全の確保」を実現するためには、この概観検証が適切に機能することが不可欠である。

概観検証に期待される内容の例

選定（スクリーニング）結果の質的評価

・選定基準の妥当性について再検証し、見落とし事例の発生を防ぐ
・選定結果を総覧して、選定の質を担保する
・地域におけるこどもの死亡の傾向やパターンを分析する
・地域固有の課題やリスク要因を抽出・特定する

個別検証結果の統合と一般化

・個別検証結果を確認し、提言内容を横断的に検討する
・提言の他事例への適用可能性を評価し、一般化の妥当性を判断する
・提言の重要度、緊急性、実現可能性等を総合的に評価する
・地域レベルでの具体的かつ実効性のある提言をまとめる

地域の取り組み状況の包括的評価

・他の検証制度等との連携状況を確認し、相互の橋渡しを行う
・過去に策定された提言の実現状況について、継続的に追跡調査する
・地域全体の母子保健施策を俯瞰する

CDR システム自体の有効性の維持

・CDR の運用状況を総合的に把握し、その有効性を客観的に評価する
・中央との連携を図るために、当該地域の情報をとりまとめる

概観検証を担当する委員には、個別の技術的な詳細よりも地域全体を俯瞰する視点が求められる。各分野の実務担当者者よりも、各部門・組織を代表し、全体像を把握できる立場にある者が適任といえる。

コラム（概観検証への参加依頼にあたって：福島県の取り組み）

概観検証に参加していただく方には、その方に参加いただきたい理由（どういう視点で発言いただきたいか）を依頼時にできるだけ明確に伝えるようにしている。中には、その趣旨にそって、自分（参加者本人）だけでは分からない情報を事前に収集してきていただける場合もあった。

概観検証の結果は、CDR の成果物として提言を策定する際の基礎資料として用いられる。同時にこれは、当該地域のこどもの死亡について最も詳しく網羅した、一級の統計資料でもある。

コラム（大都市地域における死亡小票を活用した多職種検証の経験）

大都市地域で CDR の方法を探索する過程で、保健所から収集した死亡小票を基に多職種で検証会議（概観検証）を行った経験を報告する。

死亡小票からは、性別・年齢・死亡時期・死亡場所・原死因・直接死因・発病から死亡までの期間・解剖の有無といった基本的な情報を得ることができる。さらに、1 歳未満で病死した場合には、出生時体重や在胎週数の情報も含まれる。

これらのうち死亡場所の情報は、当該地域でこどもの死亡診断や死体検案を行っている医療機関を特定する重要な手がかりとなる。これらの医療機関はこどもの死亡に直接携わっており、CDR の推進や予防策の実施において重要な役割を担うため、CDR への協力を依頼すべき機関として認識できる。また、近年増加している悪性疾患や慢性疾患における在宅での看取りを実施している施設も把握できる。ただし、死亡場所情報の解釈には注意が必要である。たとえば自宅で急変して発見された事

例では死亡場所が「自宅」と記載され、蘇生処置を行った医療機関の記載がない場合がある。

死因情報を活用することで、外因死、内因死、不詳の死に分類することができる。この分類を全国データと比較することで、当該地域の特徴的な傾向を把握することも可能である。しかし、死因分類には地域差が存在するという課題がある。たとえば乳幼児の突然死について、外因死（窒息）と不詳の死（乳幼児突然死症候群）のいずれに分類するかの明確な基準がないため、地域間の比較には慎重な検討が必要である。また、死亡診断書（死体検案書）交付後に死因等を確定または変更された場合の情報は死亡小票に反映されないため、情報の限界を理解しておく必要がある。死亡小票の情報をより正確に解釈し活用するためには、小児死亡事例の対応に慣熟する医療職（法医学者や小児科医）や死因究明を担当する警察などの専門機関からの意見を求めることが不可欠である。

今回の経験のように、大都市地域などで死亡小票をもとに概観検証を行う場合は、上記のようないくつかの注意点があるため、予め多職種で死亡小票の流れや死亡小票の特性について理解を深める機会を設けることが好ましい。このような取り組みは、地域における死因統計の正確性向上や、各職種がこどもの死亡にどのように関わっているかを相互理解する貴重な機会ともなる。

一方、死亡小票をもとに選定（スクリーニング）を行う場合には、別の注意点がある。死亡小票からは、個別検証の対象とするものの選定に必要な養育要因や環境要因の直接的な情報を得ることはできない。発病から死亡までの期間が長い内因死や、先天異常や周産期のイベントによる内因死であれば、死亡診断を行った施設から養育環境も含めた追加情報を収集できる可能性がある。

1-5-6-4　専門検証

Key Concept
- 専門検証は、既存の仕組みで対応できない新規課題に対応するための検証である。
- 発生地域や時期を限定せずに情報を集約し、高度な専門家により国レベルで検証する。

専門検証とは、既存の報告や制度では十分に対応できない新規課題に対応するため、発生地域や時期を限定せずに複数事例の情報を集約し、当該領域の専門家の支援のもと探索的な検証を行う作業である。新たな課題の発見と対応策の開発を目的とした高度な専門的検証である。

対象は、通常の検証枠組みでは適切な対応が期待できない特殊性を有する事例である。具体的には、発生頻度は低いが社会への影響が甚大で重要な教訓を含む事例、複数の都道府県にまたがるため広域的な視点が不可欠な事例（集団食中毒など）、医療制度や福祉制度など高度に専門的な知識を要する分野に関連する事例（新生児医療制度や障害者医療制度など）、当該分野の限られた専門家でなければ適切な検証が困難な事例（特定の疾病に関係する検証や企業製品事故など）が想定される。

専門検証は地域レベルでの実現が困難であるため、国レベルで高度な専門性を有する研究者等によって担われることが想定される。ただし、この種の検証はこれまで個別の研究レベルで実施された程度の経験しかなく、系統的な制度構築については今後探索されるべき重要な課題となっている。

1-5-7　オンラインによる遠隔会議

Key Concept
- オンライン（あるいはハイブリッド）会議には、特有の利点と欠点がある。
- オンライン会議には、事前の注意喚起が必要である。
- オンライン会議に特有の、ファシリテーション上の配慮がある。

2020 年からの新型コロナウィルス感染症の蔓延がひとつの契機となって、インターネット回線を利用したオンライン会議が急速に実用化され、広く普及した。この技術革新は、CDR の実施方法にも新たな選択肢をもたらしている。

会議室等に集合して開催する対面会議と比較して、オンライン会議は、参加者にとって時間的・距離的制限がなくなるため大きな負担軽減となる。また主催側にとっても、日程調整の柔軟性が向上し、交通費や会場設備費（貸会議室やプロジェクター等のレンタル費用）を削減できる経済的利点もある。検証業務の負荷軽減により、CDR を持続可能な制度として確立する上で重要な手段となる可能性があり、今後の積極的な活用が期待される。

一方で、「場の雰囲気」を感じられにくいため活発な議論が生まれにくい、一名の発言をその他の参加者が聴く一方的な情報伝達会議に終始しがち、などの議論の質的制約が懸念されたり、検証前後の挨拶や打ち合わせの機会が失われる、非言語コミュニケーションや雑談のような自発的なコミュニケーションが取りにくい等のコミュニケーション上の制限もある。これらの課題を最小化し、かつ利点を最大化するためには、従来の対面検証とは異なる専門的スキルと工夫が求められる。オンライン環境に適した進行方法の習得と実践が、効果的な CDR 実施の鍵となる。

オンライン会議の特徴

□ 主催者にとって

（長所）

・日程調整が比較的容易（夜間休日等への設定も可能）。
・会場の確保が不要。
・交通費、会場設備費等が不要で、経済的。
・（資料を画面共有することで）直前まで修正可能で、リアルタイムな共有をしやすい。

（短所）

・機密保持の課題（カメラ外に第三者が存在する可能性、許可のない録音・録画、公共インターネット回線の使用や遠隔会議システムそのものの機密性など）。
・参加者の関与度の把握が困難（「形式的な参加」の見分けが困難）。
・一方的な情報伝達会議になりやすい。
・（特にハイブリッド会議の場合）会議システムの構築が大変。特にオンライン参加者にとって会場の音声（発言）が聞き取りづらい、発言の機会を得にくい等の不平等がある。

□ 参加者にとって

（長所）

・出席の利便性（移動時間が不要、「ちょっとしたスキマ時間」に（一時）参加も可能、別業務との同時出席すら可能）。
・拘束時間が最小限。
・チャット機能などを駆使すれば、一部の参加者同士のみで柔軟な意見交換ができる。

（短所）

・時間外勤務が発生しやすい。
・他人の発言中に自分が同時発言することは困難で、対話が成立しにくい制約がある。
・非言語コミュニケーションの欠如。
・会議前後の顔合わせ、雑談など自然な交流機会の喪失。
・機密性への不安により、発言の萎縮につながる場合がある。

CDR モデル事業において、各種配慮を十分に行いながらオンライン（あるいはハイブリッド）での多機関検証会議を実施した地域がある。これらの実践から得られた知見は、今後のオンライン検証の実施におい

て、重要な参考となる。

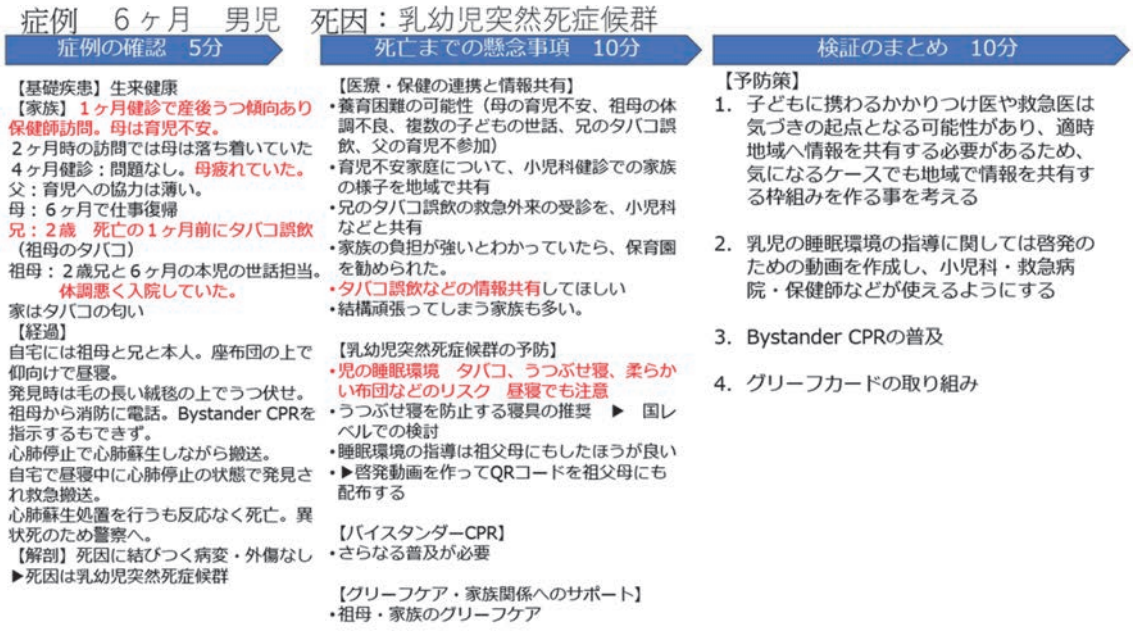
多職種・大人数による検証において、活発な意見交換と参加者全体の合意形成を促進するために、「グラフィック・ファシリテーション」を活用する手法が有効と報告された。参加者の発言内容、議論の流れ、予防策案をスライド等（の画面共有）で可視化・整理しながら検証をすすめることで、建設的な議論が可能になったという（コラム「北海道 CDR モデル事業における検証について」を参照）。また、オンライン会議におけるファシリテーターの基本的役割は対面会議と同様であるが、以下のような特別な配慮がより有効であったとされた。

オンライン会議のファシリテーターが特に配慮すべき項目

- 場の雰囲気を分かりやすくするため、対面以上に大きなリアクションを示す
- 感想や考えは積極的に言語化し表現する
- 参加者全員の発言を確保するため、一人ずつ指名して意見を求める
- 心理的安全性の確保により重点を置いた進行を心がける
- オンライン会議特有のストレス軽減のため、適切な休憩時間を設ける

またオンライン会議では、対面会議にはない特有の個人情報保護上の課題がある。すなわち、事前配布資料の事後回収が困難であり、オンライン会議中の画面表示内容を参加者以外の第三者に見られるリスクがあることである。その対策として、運営側から会議開始に先立って、守秘義務に関する同意書の事前取得、配布資料からの個人識別情報の削除、参加環境の事前確認と指導、画面共有範囲の適切な制限などが実施される必要がある。

なお、CDR の副次的効果として「こどもに関わる多機関の連携強化」も挙げられる（1-5-9「検証の効能効果」を参照）が、オンライン会議は対面会議に比べて参加者間の自然な交流が制限されることから、連携強化の効果が限定的である懸念も報告された。地域の環境、参加者の特性、検証の目的等を総合的に考慮し、画一的な方式にとらわれず、オンライン・ハイブリッド・対面会議等から適切に選択することが望ましい。



【図 1-5-6-3. 個別検証のグラフィックファシリテーションの例. 佐々木の提供による】
なお、事例は例示用に創作された架空のものである。

コラム（北海道 CDR モデル事業における検証について）

北海道は面積が大きく、道東、道北、道南の事例を個別検証する場合にも、担当した保健師など関係者を道庁（札幌）まで呼んで対面会議を行うことが困難である。そのため、ほぼすべての検証をオンラインで行っている。そこで、より良い検証を行うために 2023 年度から「グラフィック・ファシリテーション」の手法を導入した。グラフィック・ファシリテーションとは、議論をグラフィック（画像）で可視化することで円滑に議論を進行する方法を指す。

事前準備として、当日投影するスライドに「グラウンド・ルール」「検証例数と時間配分」「事前に収集した症例の情報」「死因再分類や養育不全分類など当日使う表」などを用意する。オンライン会議中、この準備したスライドを適宜画面共有して、参加者全員が見ることができるようにする（Powerpoint などのプレゼンテーションソフトの他に、Word 等のワープロソフトやテキストエディターも可。またホワイトボードや模造紙に手書きで記載しカメラで撮影して共有するのも可）。検証会議の進行中に、項目ごとに、死亡までの懸念事項や予防策案など参加者からの意見を書き込む。さらに画面上で時間制限を明示し、終了時間になったらまとめとして予防策を確認し終了する。画面を共有しながら書き込んでいくため、論点が見える状態で検証を進めることができ、検証終了時点で検証結果がスライド 1 枚に集約されるので、後で見返すことが容易になるのが、グラフィック・ファシリテーションのメリットであった。

オンライン会議では、発言者の指名順についても注意を要した。医療職、特に医師は積極的に発言する傾向にあり、これによって多職種の発言が妨げられやすいことが経験される。この傾向は当初、対面会議に増してオンライン会議でより顕著に感じられたが、その一方、医療職以外の多職種も場に慣れてこれば発言しやすくなる様子も観測された。このことから、オンライン会議の序盤は、医療職の参加者やオンライン会議経験者を重点的に指名して発言してもらい、医療職以外で初めての参加者は場に慣れてきた後半に指名するなど段取りを工夫し、有効な会議が可能となった。

しかしながら、このような工夫を凝らしても、オンライン会議には多機関の連携強化に繋がりにくい欠点も感じられる。やはり対面会議も重要であり、札幌近郊以外の事例については、主要都市（函館、旭川、釧路、帯広など）で、地域毎にまとめて対面会議を行うことにしている。

1-5-8　中央への検証結果の集約

Key Concept

- 全国で類似事例が発生し検証が行われるが、多様性がみられる。
- 各地域で提言に直接採用されなかった議論内容にも重要な価値がある。
- 検証の経過と結果を体系的に中央に集約する仕組みが望まれる。

CDR で積極的に個別検証の対象とされるような事象は、全国の多くの地域で類似事例が発生している。しかし、各地域の検証には構成メンバーや社会的背景の違いがあるため、同じような事例であっても議論の展開や到達する結果は地域ごとに異なる。この多様性こそが、相互学習の貴重な機会となる。検証を行う際、「他地域では類似事例に対してどのような議論がなされたか」「既存の対策はどの程度効果を上げているのか」といった情報を参照できれば、より深い検証が可能になる。

各地域で検証結果が提言としてまとめられる際、検証会議での議論すべてが反映されるわけではない。多くの場合、最も特徴的で重要と判断された内容に焦点を絞って提言が策定される。しかし、提言に直接採用されなかった議論も重要な価値を持っている。当該地域ではその年度に提言に反映されなかった意見や指摘であっても、後に集約され他事例と照らし合わせることで、新たな予防策や改善点を見出すきっかけとなる可能性がある。

このような貴重な検証過程の知見を活かすため、今後国レベルで全国規模の概観検証が行われるのであれば（1-4-5「中央への情報集約」を参照）、各地域での検証経過を体系的に中央に集約する仕組みが望まれる。ただし、CDR モデル事業では「議事録は作成しない」と決めた地域も複数あった。検証の議論内容は機微な情報を含むため、プライバシー保護と情報活用のバランスを取りながら、検証の経過と結果を安全に集約する方法の確立が、今後の重要な課題といえる。

1-5-9　検証の効能効果

Key Concept
- CDR には様々なレベルで効果がみられる。
- CDR の結果活用、CDR 検証プロセス、CDR 制度の存在が、それぞれ効果をもたらす。
- 検証プロセス自体の効果は、参加者同士の理解に基づく安心感によって最大化される。

CDR の最終的な目的として「こどもの死亡を減らす」「安全、安心な社会を構築する」などが挙げられてきた。前者は統計で客観的に測定できるが、わが国のこどもの死亡率はすでに世界最低水準にあり、さらなる改善には長期間を要する。一方、後者は「安心感」という主観的要素が強く、数値による客観的な評価は困難である。

しかし、CDR モデル事業を実施した地域では、統計に表れない様々な効果が観測された。例えば、検証に参加した関連職域の専門職が「個人として成長できたことを実感した」、ある機関が「内部の安全管理手順の見直しを開始した」、ある地域で「部門横断的な会議が立ち上がった」「地域住民の安全意識の向上がみられた」などである。これらは以下のようにまとめられる（1-6-7「CDR は、どう有効か」を参照）。

CDR で得られる効果
1. 個人の学び：個人の知識や理解の向上、不安やトラウマの軽減
2. 機関内の改善：業務手順の見直し、内部ルールの策定
3. 機関間の改善：関係機関同士の協働体制構築、共通ルール作り、コミュニケーションの改善
4. 地域・社会全体への波及：一般国民への啓発、知識の普及、安全な地域づくり

これらの効果は、次の 3 つの経路を通じて得られる。CDR の制度があることによって（有効な CDR システムが稼働する安心感、死から学ぶことを是とする文化の醸成）、CDR で得られた結果によって（有効な介入策が得られ実効されることによる効果）、あるいは CDR の各プロセス自体の副次的な効果として（情報共有体制の整備、多職種検証が定期的に開催されることによる効果）である。これらのうち、本項では、多職種検証のプロセス自体による効果を中心に解説する。

検証は、言うまでもなく CDR 全体の中で最も根幹をなす部分である。複数の専門機関・職種が同じテーブルにつき、対等な立場で議論を行う貴重な機会となる。これが有効に行われることで、当該地域で CDR による正の効果が最大限期待できる。

小谷らは、三重県の CDR（ただしモデル事業実施前の試験的開催時のもの）における検証会議のテキスト情報を質的分析し、参加者に 3 つの心理的変化が生じたことを報告した（図 1-5-9-1）。

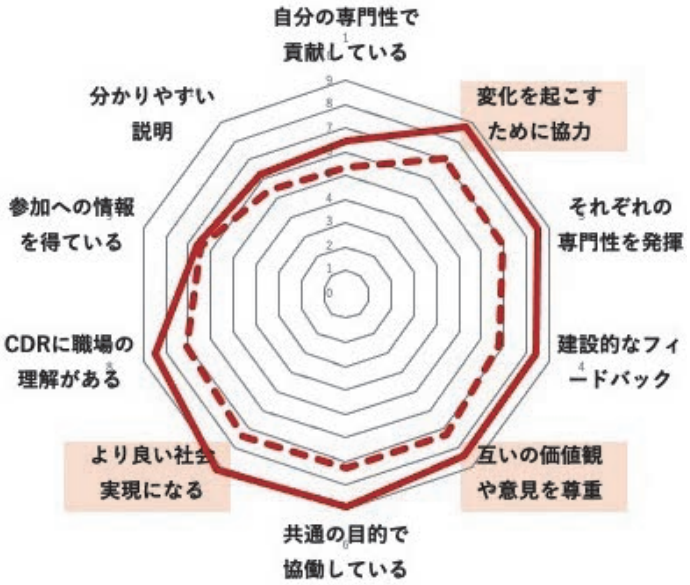
CDR の多機関検証で参加者に観察された心理的変化

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

これらのうち最大のインパクトがあったのは、「参加者同士の理解に基づく安心感」であった。この発見は、検証会議における参加者の心理的安全性の重要性を強調する本ガイダンスの指摘とも一致する（1-5-2「検証会議にあたって心がけること」を参照）。

このような積極的な意見交換が実現すれば、当該地域では関連職種の協調性が向上する。CDR モデル事業実施自治体におけるアンケート調査（1-7-2「参加者の準備実装状況と内的準備性の評価」を参照）では、ある自治体において検証前後で参加者の内的準備性が向上したことが確認された（図 1-5-9-2）。これは検証プロセス自体が持つ、数値で測定可能な効果の証拠といえる。

【図 1-5-9-1. 三重県 CDR における積極的意見交換を育んだ 3 要素．小谷らによる】



【図 1-5-9-2. ある CDR 実施自治体における多機関検証前後の参加者評価】
図中、赤の点線は年度当初の評価結果、赤の実線は当該年度末の再評価結果を示す。

コラム（検証の効果：モデル事業実施自治体の担当者の意見）

CDR の個別検証の結果、県全体に波及する提言にまで至らなくても、多機関からの多様な視点での情報や意見を共有することで、改めて自分の機関の役割や改善すべきこと、取り組むべきことを考える機会になっていると実感された。また会議中に発見された課題が、一部の機関や部署に留まらず地域全体の課題であることが改めて共通認識される場面もみられた（福島県）。

こどもを守るという同一の目的に向かい多職種との検討を行うことで、信頼関係が醸成され、CDR の理念や実践への共感を生み、取り組みやすい環境を形成した。（山梨県）

1-5-10　まとめ

CDR における複数の種類の検証を示し、それぞれに留意する点等を概説した。具体的な進め方については 3-3-1「多職種検証ワーキンググループ 検証マニュアル」および 3-3-2「検証を行う際のチェック項目」を、事例の種類に応じた注意点等は、別項（2-1 ～ 2-11 項）を参照されたい。

1-6　提言

1-6-1　だれに提言をするか

Key Concept
- 提言は、「誰に」「何を」求めるのか具体的に記述する。
- 対象として、国、地域、機関（組織）や団体、個人が想定される。
- 提言対象を明確にすることで、実効性のある成果物となる。

各地域における CDR の具体的な成果物は提言である。「社会がこうなると良い」という抽象的な希望を列挙するのではなく、誰に対してどのようなアクションを求めるかを明確に提示することが求められる。

効果的な提言とするためには、検証の早い段階から「この課題解決のために最も適切な行動主体は誰か」を意識することが重要である。提言の対象は、そのカバーする範囲によって国、地域、機関（組織）や団体、個人、などに分類される。提言対象を明確にすることで、対象機関や個人の権限と能力に応じた現実的な提言が可能となり、誰が何をすべきかが明確となって実行責任が曖昧になることを防げ、以後の提言の実施状況を追跡・評価しやすくなる、という利点が得られる。

CDR の提言の対象
- **国に対して**：法制度の整備や改正、全国的な施策の策定、全国規模での教育啓発活動の推進など
- **地域（都道府県や市町村）に対して**：安全な地域づくりに向けた計画策定、条例等の制定と改正、地域住民に対する教育啓発の実施など
- **機関（組織）や団体に対して**：特定機関の内部規制や業務手順の改善、機関間の連携体制の構築、組織間の協働方法の見直しなど
- **個人に対して**：専門職の知識や技能の向上、市民の行動変容の促進、当事者の理解と認識の深化

1-6-2　提言の評価と選択

Key Concept
- 検証の経過から、提案の素材を抽出する。
- 「実現可能性」と「有効性」の 2 軸で評価し、より優先度の高い項目を選択する。
- 最後に、提言として発出するための体裁を整える。

提言の策定は、以下の 3 段階のプロセスを経て行われる。

（ステップ 1）提案事項の抽出

複数の機会で表出された各種意見を総覧して、何が提案事項となりうるかを見出す。

（ステップ 2）優先項目の選出

抽出された提案事項の中から、当該年度の成果物として優先的に地域に対して発信するべき項目を選出する。

（ステップ 3）提言の完成

選出された項目を、最大の説得力を持って発信できるよう体裁を整える。

主に個別検証において、こどもの死亡事例から「安全で安心な社会に向けての提案事項の素材（シーズ）」が複数うまれる。これらは、死亡調査票（検証票）C3 にまとめられる（1-5-6-2「個別検証」を参照）。

検証から得られる意見には、以下のような多様性がみられる。
（実現可能性の観点から）すぐにでも実現し社会の変革に直結する意見。
　あるいは、およそ実現不可能であったり実現しても効果が極めて限定的な意見。
（適用範囲の観点から）多くの事例や国民全体に広く当てはまる意見。
　あるいは、特定の限定された事象にのみ適用される意見。
（提案の完成度の観点から）具体的な提案として既に体系化された意見。
　あるいは、具体的な提案の体をなしていないが重要な発見の種となる意見。
　また、主に概観検証において、個別検証で得られた素材がさらに洗練される。概観検証では、個別検証で得られた素材が、より客観的な視点から再評価される。複数の個別検証で別々に提案された事項が相互比較され、その共通性や差異が分析される。さらに、類似の提案が統合されたり、不十分な提案が精緻化されたりする。このようなブラッシュアップを経て、最終的な提言として発信されうる内容が確定される。

コラム（提言項目を選ぶ：モデル事業実施自治体の担当者の意見）
　検証会議で議論された内容をまとめた検証票（調査票 c3）を、一覧表にして死因別にまとめ、その中から「予防策を繰り返し議論されたもの」「提言することで広く予防策を検討していけるもの」に加え、「具体策がイメージしやすいもの」「会議の中で特に注目されていたもの」等を拾い上げていきます。検証票を読むだけでもできるかもしれませんが、会議に参加して議論がどういう流れで行われたのかを把握している方が、効果的に行えます。また、過去の提言項目は避ける、同じ項目でも新しい内容にする、実現可能性の低い・具体策を示しにくいものは避けるなど、読者に新たな視点を持ってもらえるよう心がけています（三重県）。
　前向きで自由な発言から得られる視点は多くあり、見え方が変わることで、見せ方や伝え方を変えるヒントになります。自由発言から、コラボやタイアップできそうなところを意識して探すようにしています。保健・医療・福祉に収まらない提言となる意見を期待しています（香川県）。
　検証会議で出される意見は、全く新しい視点での取組の提案の場合もあるが、既存事業が十分に機能していないと思われることへの改善提案の場合もある。これらの介入策・予防策として出された意見を具体的に実行に向けて検討していくためには、その意見に関する県の所管（担当）部署を明確にする必要がある。県の所管課ではその課題を議論できる可能性のある場（会議体）を持っていることも多いので、そのような会議の議題に挙げていくことが重要だと思う。もちろん、県行政だけで実行していけるものばかりではなく、医師会などの関係団体に主体的に取り組んでいただきたいものや、市町村に権限があって主体的に検討いただきたいものもある。CDR 事務局としては、提言を具体化するための主体を明確化し、それぞれの所管課や関係団体に課題として認識してもらえるよう理解を求めていく努力が必要だと思う（福島県）。

　検証で提案されたすべての素材を同様に取り扱うことは現実的ではない。提案の中には、すでに取り組みが別途検討されている課題、対応されているが効果が未測定である課題、施策の展開に難がある課題、これまで対応されたことのない新規の課題、などが混在するためである。それぞれの提案に対して、現在どのような状況にあるかを精査し評価する必要がある（下記コラム「提言項目を評価する：香川県の取り組み」を参照）。
　当該年度に取り上げるべき課題と評価された素材に対して、何らかの基準によって採用の優先度を決定する必要がある。令和 4 年度の CDR モデル事業全体では、175 事例が検証対象となり、最終的に 8 カテゴリー延べ 68 項目の提言が導出された（国立成育医療センター、こども家庭庁「『令和 4 年度予防のためのこ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」より引用）。

コラム（提言項目を評価する：香川県の取り組み）

予防策として「啓発動画やチラシの作成」「出前講座の実施」などの意見が出ますが、担当課に聞けばすでに作成していたり、出前講座も行っているということもあります。関係機関であっても、お互いの取り組みを知らないことが多いのに気づかされます。

この課題に対して、提案事項を「実現可能性：現在の制度や資源の下で実現できる可能性」および「有効性：提案が実現した際に期待される効果の大きさ」の 2 つの軸で評価する方法が考案された。CDR モデル事業では、すべての提案に対してこの評価を行い、優先度の高い順に具体的な提言として取りまとめる手順を構築した地域も見られた（下記コラム「提言の二軸評価：山梨県の取り組み」を参照）。このような評価実務は、専門職による実務会議（概観検証など）での実施、より広く機関代表者等も参加する会議（予防策検討会など）での実施など、地域によってバリエーションがみられる。偏った専門的視点のみに基づく評価を避け、地域政策の実情を客観的に把握することも加味した「理想と現実の妥結点」を探索する必要がある。

ただし、「（現段階で）実現可能性が低い」ことは、「将来的にもその実現の方策を考える必要がない」ことと同義ではないことに注意が必要である。実際、CDR モデル事業自治体の担当者からは、「既存事業の中で取り組んでいけそうなことは、提言としてまとめやすいと思う。一方で、多数の関係部署との連携や調整が必要であったり、長期的な課題だと思われる意見は『理想』のようにも感じる。ただ、このような提言であっても、実現に向けた検討はしていくべきだと感じる（福島県）」との意見も聞かれた。この指摘は、短期的な実現可能性だけでなく、中長期的な政策課題としての価値も考慮した選定の重要性を示している。直ちに政策に反映されない意見であっても記録に残し、社会情勢の変化に応じて再評価を繰り返すことのできる仕組みが必要といえる。

コラム（提言の二軸評価：山梨県の取り組み）

提案された多くの予防策を全て同様に推進することは難しいため、実行の優先順位を決定し関係機関に周知していったことで、取り組みが重点化しやすくなり、今後、こどもの死亡を予防する取り組みにつなげやすくなると考える。本県では、多機関検証ワーキンググループによる概観検証の場で協議されたすべての提言（予防策）について、マニュアル（注：3-3-1「多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル（R2 年度版）」より、判定表 i-1（提言内容の実現可能性）および判定表 i-2（提言内容の有効性）を参照）を参考にして、CDR 運営会議のメンバーに「実現可能性」「有効性」の二軸で点数をつけてもらった。これを資料として、医療、保健、行政のメンバーからなる予防策検討会議で提言（予防策）の優先順位や実施者を決定し、翌年度の CDR 推進会議で周知し、推進について共有した。

1-6-3　提言をまとめる

Key Concept
- 採用された提案事項を、「提言」として体裁を整える。
- 統計資料や専門意見の添付、背景事例の紹介により、提言の訴求力と理解が深まる。

提言は、「誰が」「何を」実現するかを明確に示す文章として簡潔にまとめられる。提言の重要性を理解してもらうため、以下の情報を併記することも有効である。
- **統計資料**：その問題の規模や深刻さを客観的に示すデータ
- **専門意見**（エキスパート・オピニオン）：専門家による見解や推奨事項

・**既存の取り組み**：類似事業や関連する勧告等の紹介

提言の契機となった事例を紹介することで、読者に対して当該提言の真意や必要性・重要性を伝えやすくなる。しかし、紹介が具体的であるほど個別事例の同定につながりやすいという問題もあり、最大限の注意を要する。

単一の素材から、複数の主体に対する複数の提言が派生する場合も想定される。例えば、「ある職責を担う個人が、ある知識を持つべきである」という素材に対して、以下のような展開が考えられる。

（国レベルの提言）「国は」該当する職責が当該知識を確実に得る機会を保証するべく、制度設計と予算配分を行う

（機関や職能団体レベルの提言）「当該団体は」所属する個人が当該知識を学ぶ講習会を定期的に企画する

（個人レベルの提言）「当該職責にある者は」当該知識が職務上必要であることを認識し、知識の獲得と維持に務める

発出する提言のテーマが決まったら、その文章化には以下の作業が必要となる。これらの作業には、相応の時間と手間を要する。

・**キーワードの選定**：効果的な表現や専門用語の選択
・**添付資料の選択**：統計データや参考文献の収集
・**既存の政策・事業の確認**：関連する取り組みや各種通知の調査
・**明確なストーリーの構築**：論理的で説得力のある構成の作成
・**ファクトチェック**：内容の正確性と信頼性の確認
・**エキスパート・オピニオンの聴取**：関連専門職からの意見収集

専門職実務者と行政担当者は、それぞれ重視する項目や得意とする内容が異なることを念頭に置き、作業の適切な分担と密な意見のすり合わせが望まれる。最終的な提言確定まで、専門職実務者と行政担当者の間で 10 回以上のやりとりを要した CDR モデル事業実施自治体もあった。また、当初は直接的に関連するとは見做されなかった別の専門職からも、用語の定義や類縁業務との関係の整理などにつき重要な意見を得られることも経験される。

CDR モデル事業から得られた提言を策定する上での実践的なノウハウは、以下のように整理される。

（言語・概念の効果的な活用）

・**地域キーワードの活用**：地域の他会議でも頻出する重要なキーワードを取り入れる
・**専門用語の紹介**：関連職域に周知したい専門用語を、分かりやすい解説付きで盛り込む
・**職域間の橋渡し**：関連職域で用いられる重要な専門用語を、他の職域にも紹介する
・**先進概念の紹介**：今後重視されると予想される先進的な概念を広く紹介する

（ステークホルダーとの連携）

・**各職域のニーズの反映**：関連する職域で重視される内容を聞き取り、提言に反映する
・**専門性の相互補完**：ある領域の専門家でも、他事項に関して素人でありうることを理解し、各領域の関係者の意見を適切に反映する

（戦略的な視点）

・**政治情勢への配慮**：その時々の政治状況を見据えた提言とすることで効果を高める
・**賛否両論への理解**：意見に対して賛否両論がありうることを前提とした表現を考える
・**継続的な啓発**：繰り返し提言に盛り込むことで、社会に対する周知啓発の効果を期待する

現行の CDR モデル事業は年度ごとの実施であり、毎年度末に「提言」を発出する自治体が多い。以下は、ひとつのモデル事業実施自治体での実践例であり、かなりタイトなスケジュールでの作業となることが例示された。

コラム（提言策定のタイムスケジュールの例：三重県の取り組み）

12 月頃：企画と選定

数回の多機関検証委員会を経て、提言作成作業を開始
事務局（自治体外）と自治体担当者の双方から「提言として考えられる項目」を 3 ～ 4 項目ずつ提案
項目選定と文章作成に着手

1 月：調査と収集

事務局（自治体外）と自治体担当者が共同でキーワードや文献情報などを収集
文章の肉付けを開始

2 月：確認と調整

中間稿をもとに自治体内で確認と意見収集
専門委員への提示と意見聴取

3 月：完成と公開

提言書の素案確定
政策提言委員会における討議
提言書の完成
月末の提言式で知事に手交

1-6-4　提言の公開と発信

Key Concept

· まとめられた提言は、都道府県民に対して公開される。

まとめられた提言は、首長に手交され、その後広報誌や公的 web ページ等を介して一般公開される（3-4-1「提言の例①」、3-4-2「提言の例②」を参照。その他、CDR モデル事業実施自治体の web ページを探すと、複数の自治体が提言書を掲載公開していることを確認できる）。

その後の行政事業への展開は、当該自治体の業務となる。

コラム（提言の発出：CDR モデル事業自治体の取り組み）

まずは国や県の動向にあわせて、既存事業の展開や新規事業の根拠（背景、裏付け）として出すようにしています。今はまだ取り組んでいないけれど、今後必要となるだろう取組みとして、できるだけ意見は「提言」として残すようにしています（香川県）。

提言書の内容をもとに、推進会議にて予防策の共有や県の取組状況を共有し、予防策についてさまざまな機関へ広く周知できるよう努めています。また、庁内への取組として、提言に関連する庁内の各部局に対し、提言に基づき積極的に取組を行っていただくように周知を行うと共に具体的な取組案を照会しています。さらに、こどもに関わる支援者それぞれが、こどもの死亡を予防する取組を知り可能な取組を行えるよう、市町保健師を中心に提言内容の周知 · 啓発を行っています（三重県）。

1-6-5　トラッキング

Key Concept
・CDR のゴールは提言の発出ではなく、提言の実現による社会の変化である。
・提言項目の実現状況と有効性の確認を経年的に行う必要がある。

CDR は継続的に実施される事業であり、防ぎうるこどもの死亡を予防することを大きな目的の一つとしている。当然のことではあるが、提言の発出そのものが目的ではなく、提言に基づいたアクションが実行され社会に良い変化を促すことが目的である。そのため、翌年度以降、提言を発出した後の状況を継続的に確認することが重要である。具体的には、少なくとも直近の提言に対して「提言事項が実現されたか」「どのような形で実現されたか」「期待した効果が得られているか」などを評価していく必要がある。しかし、提言が直ちに効果を示すことは考えにくい。また長期的にも、提言の起点となった死亡を減らすことはできても、完全にゼロにすることは現実的に極めて困難である。

類似した内容の提言が毎年繰り返されれば、毎年その効果判定が行われ、その提言項目が「忘れ去られる」ことを避けられる。しかし実際には、年によってより重要な課題が新たに浮上し、従来とは異なる内容が提言項目を占める場合もある。理想的には、一度発出された提言は年余にわたってトラッキングし続けることが望ましい。ただし、個々の提言についていつまでフォローを続けるべきか、どのような状況になればフォローを完了とするかなど、具体的な基準については検討中の課題である。

現在の CDR モデル事業は単年度での実施ではあるが、一部の自治体では既に前年度や前々年度の提言がどうなったかを確認し、推進会議などで定期的に報告している（3-5-1「トラッキングの例①」、3-5-2「トラッキングの例②」を参照）。CDR が本事業として継続的に実施されるようになれば、実務的な運用ルールを明確にする必要がある。

コラム（トラッキング：三重県の取り組み）
提言内容に対する取組状況については、翌年に取組み状況の確認を行っています。
※例：2024 年度事業で実施した際のスケジュール
2024 年 3 月（2023 年度末）
・2023 年度の提言が策定、発出される
2024 年 4 月（2024 年度）
・2023 年度提言（2024 年 3 月発出）に対する 2024 年度における各課の取組予定の把握
・2022 年度提言（2023 年 3 月発出）に対する 2023 年度における各課の取組状況の把握
2024 年 5 月（2024 年度）
・推進会議にて、2022 年度提言および 2023 年度提言の取組状況について報告

1-6-6　提言にならなかった項目をどうするか

Key Concept
・その年に提言とならなかった提言素材を保管し、定期的に見直すことが望ましい。

多機関検証で得られた提言素材がすべて当該年度の提言に採用されるわけではない（1-6-2「提言の評価と選択」を参照）。先述のとおり、中央に情報を集約して検証を追加する仕組み（1-4-5「中央への情報集約」を参照）や、具体的な施策への転換を中央で行う仕組み（1-5-8「中央への検証結果の集約」を参照）も模

索されているが、地域で発生した問題に対しては地域内での解決も重要である。

その年に提言にならなかった内容も地域内で保管し、概観検証などで定期的に見直すことが望ましい。類似事例の発生時に過去の検証結果を参考とすることで、将来的な提言として活用される可能性がある。

このことによって、以下の効果を期待できる。

- **知見の蓄積**：地域特有の課題や対応策に関する知識が継続的に蓄積される
- **一貫性の確保**：類似事例に対する対応の一貫性と継続性が保たれる
- **効率性の向上**：過去の検討内容を活用することで、検証の効率化が図られる
- **見落としの防止**：重要だが実現困難とされていた課題が忘れ去られることを防ぐ

1-6-7　CDR は、どう有効か

Key Concept

- ひとりのこどもの死亡は、社会の潜在的リスクを反映した事象である。
- 死亡事象への対応は、誰にとっても安全で安心な社会に寄与する公衆衛生活動である。
- CDR は、提言の実現、検証プロセス、制度の存在それぞれに重要な意義がある。

ひとりのこどもの死亡事象は「氷山の一角」と表現される。その背景には、同じ事象で死に至らないまでも入院を要するこどもが 17 人、入院に至らないまでも救急外来で治療を要するこどもが 652 人、そして病院受診に至らないまでも何らかの影響を受けているこどもが数えきれないほど存在するといわれる（2014-2023 年、CDC 統計による）。また、こどものみならず、ほかの社会的弱者、あるいは成人も含むすべての人にとって、何らかのリスクが潜在している。死亡事象への対応は、このように無数の人々にとっての潜在的リスクに対処することと同義であり、誰にとっても安全で安心な社会に寄与する重要な公衆衛生活動である。

検証結果が提言となって具体的な社会のアクションにつながれば、それは CDR の意義の最も分かりやすい成果である。しかし、提言とならなかったとしても検証を実施すること自体に大きな意義があり、そもそも CDR の制度が存在すること自体にも大きな価値がある（1-5-9「検証の効能効果」を参照）。これまで、CDR モデル事業実施自治体の担当者からは、CDR の意義や効果について多様で前向きな評価が寄せられてきた（コラム「CDR をやってよかったこと：モデル事業担当者の思い」を参照）。この効果が広く波及するためにも、CDR の全国展開が急務といえる。

コラム（CDR をやってよかったこと：モデル事業担当者の思い）

私にとって一番良かったのは、多機関多職種で予防策を考える場が得られたことです。保健師は、地域住民の健康寿命の延伸に向けて予防活動を重視している職種ですが、予防活動のムーブメントを起こすには、仲間・チームが必要です。多機関検証委員会では、「こどもの死を無駄にしない」という思いが一つになり、職種や立場を超えて前向きで活発な意見交換ができており、一緒に考え動く仲間・チームができた感覚でした。（香川県）

提言書による各部局の取組・CDR の実施を通じ、県担当課と大学小児科ほか関係機関との連携が深まりました。また、CDR モデル事業は幅広い分野の専門家に関わっていただいていることから、初めて知ることも多く参加委員の大きな学びとなるとともに、他の事業にも活かすことができます。一方で、検証のための情報収集にあたっての同意取得の難しさや、提言内容を政策に反映させることの難しさなど課題も生じています。提案された予防策に基づき、より具体的な予防のための事業に繋がる体制整備が整うことで、CDR モデル事業の更なる推進に繋がると考えています。（三重県）

現在、市町村において、こどもの養育に係る仕事をしている中で、様々な背景により生活に困難を来すこどもたちが多くいることを実感している。さらに昨今、児童虐待の対策が国の重要施策となり、ま

た各市町村ではこども家庭センターの設置などの取り組みが加速されている。「死亡したこどもの背景を分析し死の予防策を検討する」CDR の事業に取り組む中で、母子保健、母子福祉、その両者の連携の重要性を見直す機会となり、CDR が児童虐待防止の重要な位置づけとなることを強く実感した。（山梨県）

CDR 事業を通して、他課や他機関、他職種で知り合う、学びあう関係ができているように思います。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、色々とコラボ企画が生まれていることが魅力だと思います。こうなったらいいなという思いを語り合い、思い切ってお願いしてみる、頼ってみることは大切だと思います。（香川県）

1-6-8　まとめ

CDR の重要な構成要素である「提言」について、CDR モデル事業の取り組みを中心に現状を整理して示した。死亡事象から学びを得ることは一定の進展を見せているが、「社会への学びの還元」という最も重要な段階において、ようやく具体的な手法の模索が始まったところである。モデル事業で蓄積された実践的な知見を広く共有し、各地域の実情に応じたより効果的な提言のあり方を探求することが、これからの重要な課題である。また、提言の実現状況や有効性についても、実務的な観点から継続的に検証し、改善につなげていく仕組みの構築が必要である。

提言機能の発展は CDR が真に社会に貢献するシステムとなるための鍵を握っており、継続的な探索と実践の積み重ねが不可欠といえる。

● 1-7　評価

1-7-1　体制整備状況の評価

Key Concept
· 体制の整備状況について、複数のポイントの自己評価を行う。
· チェックリストを活用することができる。

新しい事業を開始した場合、定期的に体制整備 · 実施状況やその改善すべき点について振り返り、PDCA サイクルを回し始めることが重要である。実際にモデル事業の段階で自治体や委託先など関係者から示された意見を参考に、CDR を始動する際の評価項目案を作成した（3-6-1「体制の整備と実施状況の自己評価チェックリスト」を参照）。これらの評価項目は、実際の評価時だけでなく、CDR を始める前に事業全体のポイントを概観したい時にも活用できる。事前準備については、1-2「CDR を開始するための準備」各項も併せて参照されたい。

1-7-1-1　CDR 担当部署（実務組織）· 業務委託先の決定や予算確保

体制整備の準備初期段階でまず必要になるのは、地域の現状の把握、当該自治体が持っているリソースの確認と、ステークホルダーとしてどのような人材の協力が得られるのかを確認することである。そして自治体内で CDR に関する仕組みやルールが整い、それが明文化されていることが重要になる。

実務体制の策定までの経緯
☐ CDR 事業に対し、知事や都道府県議会などからトップダウンの指示があるか
☐ 適切な担当部署や構成員が選ばれたか（多機関と連携の経験がある部署、事業に意欲的な部署）
☐ 担当部署のメンバーへ CDR の研修を実施し、理解を深めることができたか
☐ 他自治体などの状況も踏まえ、業務量の把握ができたか
☐ 適切な人材配置ができたか
　専任担当者を確保できたか
☐ CDR 事業全体のポンチ絵を作成したか
☐ 事業スケジュールが決定したか
☐ 事業計画書、手順書、事業要綱 · 各種委員会要領などをどの程度具体的に作成したか
　（ポンチ絵をより具体的にしたフローチャート、個人情報の取り扱いや、その流れに注目したフローチャートなど）
☐ 期待される具体的な成果を定めることができたか（財務担当への説明には欠かせない）
☐ 当該地域において CDR の中心になる人材確保ができたか（コアメンバー）
☐ コアメンバー会議を設定 · 開催したか
☐ コアメンバーによる当該自治体内での CDR の方針（ビジョン）の共有の場を設けたか
☐ コアメンバーへ CDR の研修を実施し、理解を深めることができたか
☐ 財務担当部署への CDR の説明をおこなったか（その効果や社会的な影響力など）
☐ 継続した予算確保のための仕組みの検討をおこなっているか

1-7-1-2　情報収集

質の高い CDR を行うためには、多機関からの情報収集が不可欠である。また、悉皆調査のためには、当該地域の 18 歳未満のこどもの全死亡を把握する必要がある。個人情報の収集方法、その取り扱いなど

について関係機関ごとに調整し、適切な方法を検討する必要がある（1-2-5「具体的な実施枠組みを決める」、1-4-1「情報収集のための体制づくり」を参照）。

情報収集に関連する実施状況

① 取り扱う個人情報についての事前協議

☐ 死亡事例の把握方法や情報収集方法を決めたか
☐ 個人情報の収集・取り扱い方法について、弁護士や法令担当など関係者と検討し、当該自治体の基本方針が定まっているか
　各関係者が遵守すべき個人情報保護関連の法律・条例などを確認したか
☐ 個人情報の管理責任者がはっきりしているか

② 関係機関への協力依頼

☐ 関係機関の代表者を推進会議などに招聘することで CDR を周知したか
☐ 既存の周産期・小児関連のつながり（要保護児童対策協議会、死因究明推進協議会など）を利用し、CDR を周知したか
　既存の良好な関係を有効活用しているか
☐ 学校長会、保健所長会など、関係機関の首長が集まる会合等で CDR を周知したか
　関係医療機関へ CDR を周知したか
　大学病院など地域の基幹病院、医師会や小児科医会等、また委託先等の協力を得たか
☐ 自治体担当者による関係者への丁寧な説明回りをおこなったか
☐ 地域の新聞、自治体ホームページ、委託先ホームページ、ポスターやパンフレットなどを活用し、一般市民への CDR 啓発活動を行っているか

③ 人口動態統計保健所死亡小票による全数把握

☐ 人口動態統計保健所死亡小票データの入手方法・輸送方法等について検討したか
☐ 各保健所へモデル事業の周知・協力依頼をおこなったか
☐ 人口動態統計保健所死亡小票の目的外利用申請を行ったか（記載例は国より提示）
☐ 全数把握できたか

1-7-1-3　検証会議

検証会議を効果的に開催するためには、情報収集同様に多機関の協力が不可欠であり、事前に CDR を周知し、参加への意欲を高めておくことが重要になる。事業の評価項目としては下記のようになる。1-2-5「具体的な実施枠組みを決める」、1-5-1「検証の準備」も併せて参照されたい。

検証会議の開催に関連する実施状況

☐ 全症例のスクリーニングをおこなったか
☐ 検証会議（個別・概観）を予定の回数開催することができたか
☐ 検証会議の対象となった症例をすべて検証することができたか
☐ 検証会議に招聘した関係機関の代表者の参加が得られたか

1-7-1-4　予防策提言への取り組み

予防策を取りまとめて、提言・公表することは、CDR の主目的である死亡を減らすためにもっとも重

要な取り組みである。関係機関や市民に対して、CDR の効果を周知することになるだけでなく、関係者間の連携の向上や、その後の協力が得やすくなることにもつながる。また、事業の予算確保にもつながる重要な点になるため、効果的な公表に向けた仕組みづくりが重要になる。1-6「提言」も併せて参照されたい。

予防策提言への取り組みに関連する実施状況

☐ 当該自治体内でのこどもの死亡や重大事故などの傾向を把握できているか
☐ 当該自治体内でのこどもの事故や死亡予防のための既存の取り組みが把握できているか
☐ 予防策を検討するために適切な関係者を招集したか
☐ 予防策実施に関する予算確保のための仕組みを検討しているか
☐ CDR の成果の公表の場があるか（知事に提言書を手交する、自治体の HP に PDF として掲載する、など）

1-7-2　参加者の準備実装状況と内的準備性の評価

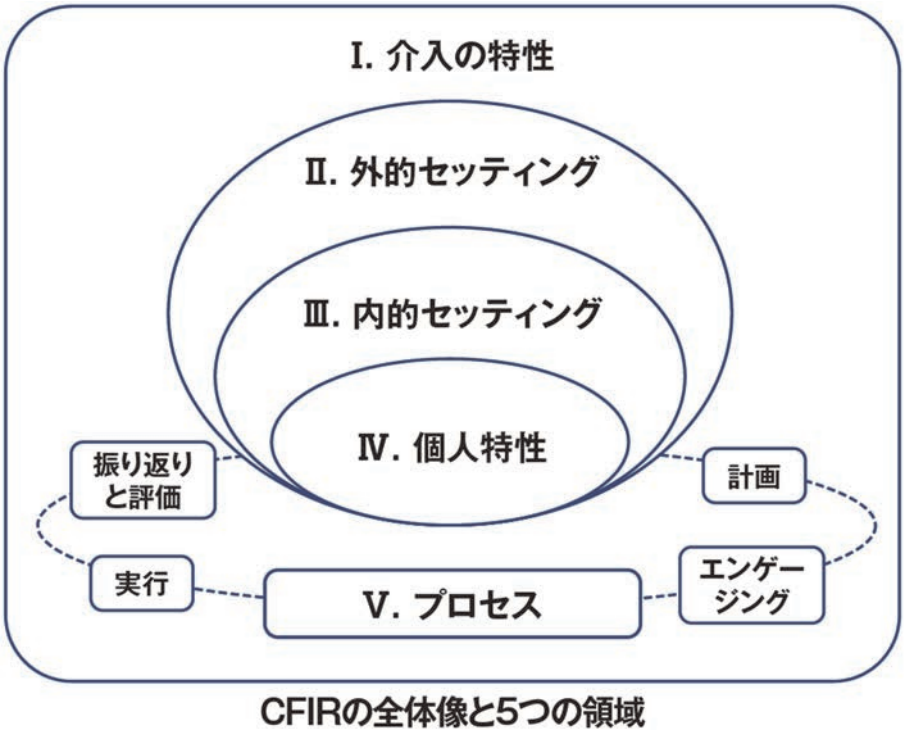
Key Concept

· 参加者の内的準備性に関する質問紙を提案した。
· 参加者の負担感や理解度、チームの雰囲気や協力体制などを評価できる。
· 実現した CDR の効果をはかる尺度として用いうる。

1-7-2-1　アンケート調査について

CDR の成果にはさまざまな段階が含まれる。個人レベルでの成果（知識や理解の向上、不安やトラウマの緩和）、機関内での改善（プラクティスの改善、ルール作り）、機関間の改善（コミュニケーションの改善、協働、ルールや合意形成）、地域・国全体での変化（啓発・知識の普及、安全な地域づくり）などが考えられるが、成果の検証には時間がかかるものも多い（1-5-9「検証の効能効果」を参照）。最終的な成果を検証する前に、CDR の実施年数が短い地域も多い現状では、検証会議が効果的に実施できているかどうかを評価していくことも必要である。

「実装研究のための総合フレームワーク（Consolidated Framework for Implementation Research: CFIR）」（図 1-7-2-1 参照）は、効果的な実装とそれに関連する構成概念を図式化したものである。これをもとに考えると、①「介入の特性」は CDR はこども家庭庁によるモデル事業であり、②「外的セッティング（つまり外的なインセンティブ）」はモデル事業の予算が挙げられる。③「内的セッティング」は、導入する地域の準備性、課題の切迫感、文化・風土などが挙げられ、④「個人特性」としては、個人の知識・経験・態度、自己効力感などが関わってくる。そして最終的に、⑤「プロセス」として、会議の計画や運営、司会、検証結果、予防策の提言などが実施されていく。下図のフレームワークにおいて、実際の会議を効果的に進めていく前段階としての、内的セッティング（導入する地域の準備性、課題の切迫感、雰囲気など）、ならびに個人特性（個人の知識・経験・態度、自己効力感など）に焦点を当て、評価するアンケート調査を行うこととした。



CFIRの全体像と5つの領域

【図 1-7-2-1. 実装研究のための総合フレームワーク（CFIR より引用)】

1-7-2-2　調査項目

アンケートの内容は上記の実装に関する概念に基づき、以下の項目を設定し、基本属性は選択肢から回答、それ以外は 1 ～ 10 点で回答するものとした。実際に使用した調査用紙は、3-6-2「チャイルド・デス・レビューの検証会議に関する実態調査」を参照されたい。

【表 1-7-2-2. 参加者の準備実装状況と内的準備性の評価のための調査項目一覧】

1. 基本属性	1-1. 性別 1-2. 年齢層 1-3. 職種 1-4. （当該職種における）経験年数 1-5. CDR に関する経験
2. 個人としての感想 各項目について、回答者自身の意見を、1（全くそう思わない）～ 10（非常にそう思う）の 10 段階評価で尋ねた。	2-1. 検証会議に満足しているか 2-2. 今後も続けていくべきと考えるか 2-3. 今度も参加したいか 2-4. 時間的負担が大きいと感じるか 2-5. 心理的負担が大きいと感じるか
3. 検証会議による効果 検証会議に関して、各項目について、1（全くそう思わない）～ 10（非常にそう思う）の 10 段階評価で尋ねた。	3-1. （対象事例の）時間的経過が理解できたか 3-2. （対象事例の）医学的なメカニズムが理解できたか 3-3. （対象事例の）社会心理的な要因が理解できたか 3-4. 司法機関や司法制度が理解できたか 3-5. 福祉機関や福祉制度が理解できたか 3-6. 多職種の価値観や判断基準が理解できたか 3-7. （対象事例につき）必要な情報を得られたか 3-8. 予防策の検討ができたか 3-9. 同死因の背景要因の傾向が理解できたか 3-10. 地域全体の死亡の全体像が理解できたか

4. チームの協力体制 （内的セッティング） 各項目に対してどう感じるかを、1（全くそう思わない）～ 10（非常にそう思う）の 10 段階評価を尋ねた。	4-1. 自分の専門性で貢献している 4-2. 他職種が分かりやすいように説明される 4-3. CDR に関する情報が得られている 4-4. CDR 参加への職場の理解が得られている 4-5. より良い社会実現につながると思う 4-6. 共通の目的に向かって協働している 4-7. 互いの価値観や意見を尊重している 4-8. 建設的なコメント・フィードバックをしている 4-9. それぞれの専門性が発揮されている 4-10. 変化を起こすために協力しようとしている
5. 死因別の議論状況 自地域の CDR において、各項目に示す事例がどの程度扱われているか、1（全く十分でない）～ 10（とても十分である）の 10 段階評価を尋ねた。	5-1. 病死（内因死） 5-2. 交通事故死 5-3. 交通事故以外の事故死（転落・溺水など） 5-4. 虐待・ネグレクトが疑われる死 5-5. 保護者以外の加害による死亡（他殺） 5-6. 予期せぬ突然死 5-7. 学校／幼稚園／保育園での死亡 5-8. 自殺 5-9. 死産・出産直後の院外死・嬰児遺棄

1-7-2-3　調査結果の解釈

本調査では、上述のとおり 10 段階のリッカート尺度で回答者の主観を尋ねる。その統計解析によって地域の CDR の特徴等を確認でき、結果の経年変化から CDR チームの内的変化を評価することができる。一方で、地域によって会議の実施方法やメンバー構成等は様々であるため、地域間の比較は困難であるという特徴がある。

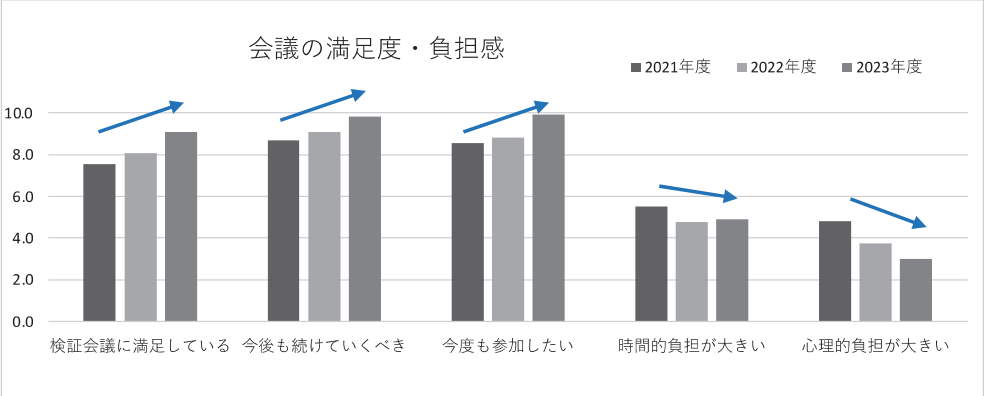
結果から地域の CDR の特徴についてどのように評価できるか、科研班により実施・分析された過去のアンケートデータを用いて、例を挙げて説明する。

例えば、A 県では年々満足度は高くなっており、心理的負担感も減少している。この結果を振り返り、チーム内のどのような取り組みがこの結果に貢献しているのかを検討することで、新規にチームを立ち上げる他県は参考にすることができる（図 1-7-2-3-1）。

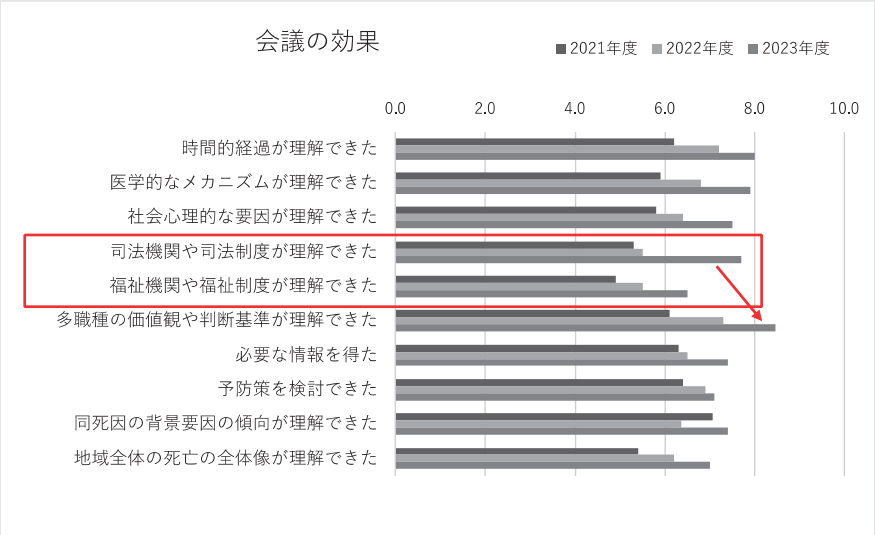
B 県では当初、司法分野・福祉分野の理解度の点数が低めであったが、その点数が伸びると同時に、「多職種の価値観や判断基準が理解できた」の点数も伸びることが確認された。このように、どのような分野の理解度が乏しいかなどを踏まえた上で、その分野の価値観や判断基準を学ぶことで、チーム全体での相互理解が進む場合がある（図 1-7-2-3-2）。

一方 C 県では、「CDR 参加への情報が得られている・CDR 参加への職場の理解が得られている」の項目での点数の低下が認められた。その場合、新規に参加したメンバーや職場内での異動などがあった場合に、CDR の情報や意義が十分に伝わっていない可能性がある。個人を特定されないように配慮しつつ、どのような情報が必要か、より職場の理解を深めるためには何が必要かなどについて、チーム全体または運営主体の中で振り返りを行い、来年度に活かすことができる（図 1-7-2-3-3）。

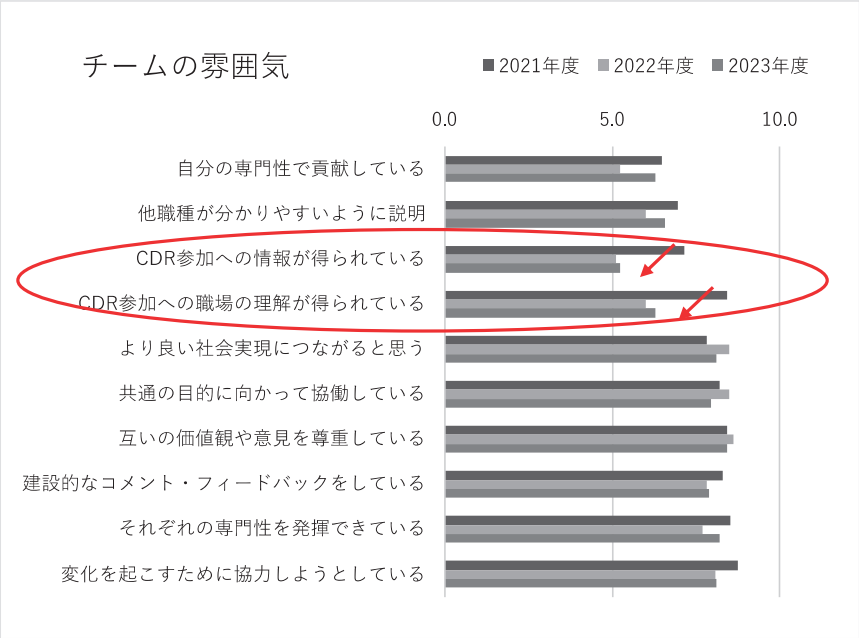
そして D 県での死因別の議論状況を見てみると、病死・自殺の検討が多く、他殺、学校幼稚園学校での死亡、嬰児遺棄などの検討が乏しいことがわかる。今後、各都道府県ごとに死因別の死者数における検討数（検討割合）を確認していくことで、検討しきれていない死因は何か、その理由はどこにあるのか、ひいては、その傾向は他県とも同じか、なども検討していくことが望まれる（図 1-7-2-3-4）。



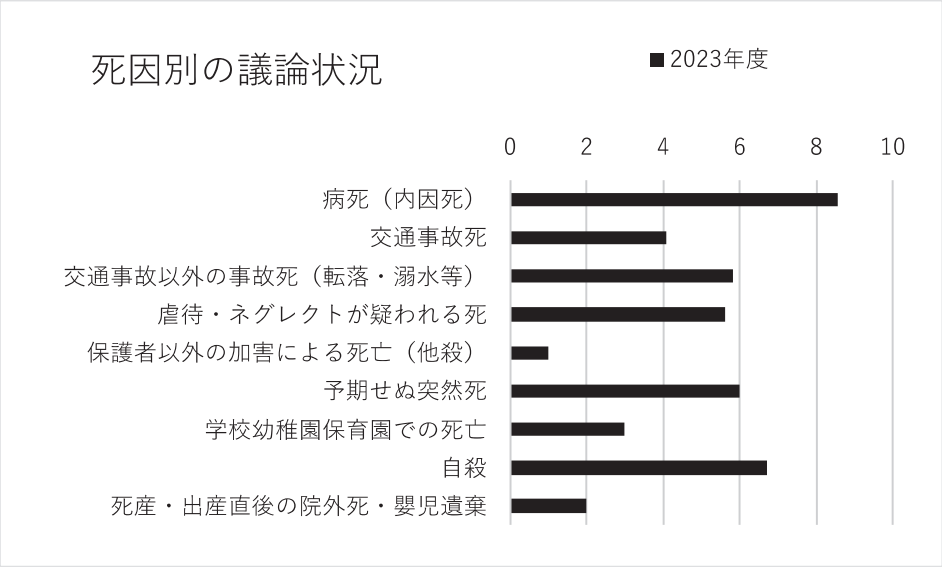
【図 1-7-2-3-1. チームの満足度が年々高まっている（A 県）。】



【図 1-7-2-3-2. 当初、司法・福祉分野の理解度の点数が低かった（B 県）。】



【図 1-7-2-3-3. 経過中に、評価の低下した項目がみられた（C 県）。】



【図 1-7-2-3-4. D 県における死因別の議論状況】

1-7-3　まとめ

CDR のチームビルディングに活用できるような指標をアンケートとして調査した。都道府県ごとに運営状況や参加者、会議内容は異なるが、多職種が互いに尊重しあい共通のゴールに向かって協働するには、このような形式で、チームの内的準備性・検証への満足度やその効果について検討することが有用である可能性がある。

第 2 章：検証各論

● 2-1　検証の対象

CDR として、現在のところ都道府県を単位とする仕組みが探索されている。2024 年の政府統計では都道府県あたりの人口は 53 万～ 1,418 万（中央値 153 万）で、こども（18 歳未満）の死亡数は、2017-2020 年の平均で年間 15 ～ 370 件（中央値 52 件）である。

米国実績では 1 つの CDR チームあたり年間平均 27.4 件の検証を行うとされる。この基準をわが国に当てはめると、都道府県あたり 0.5 ～ 13 チームの整備を要する。ただし現段階ではこのような社会資源は未整備であり、特に人口が多くこども死亡の絶対数が多い地域を中心として、1 チームあたりの対象事例数が過多である。検証可能な事例数に限りがあるため、なんらかの基準に従って予め「特に重要な事例」を抽出する手順が必要である。わが国では、選定（スクリーニング）と概観検証によって CDR の悉皆性を担保し、個別検証（および専門検証）によって学びの質を担保するという多段階の検証制度が提案されている。

英国ではこども死亡の全例が検証される。一方、米国では全例を対象とすることが望ましいとされながらも、「時間や資料の限界があり、すべてのこどもの死亡について検討できない」地域においては「検討する死亡事例に優先順位をつけ」「最低でも予防可能性があると思われる死亡例は検討するよう努めるべきである」と言及された。具体的には、以下の 8 項目を考慮することが示されている。これに準じて、現在のわが国の状況を整理した。

CDR で検証対象とする事例を抽出する際に考慮すべき事項（米国）
① 管轄する地域の死亡数
② 対象とする年齢
③ 死亡状況と死因
④ 情報の得やすさ
⑤ 死亡した場所
⑥ 訴訟中か否か
⑦ 検証チームの構成メンバー
⑧ 検証会議の開催頻度

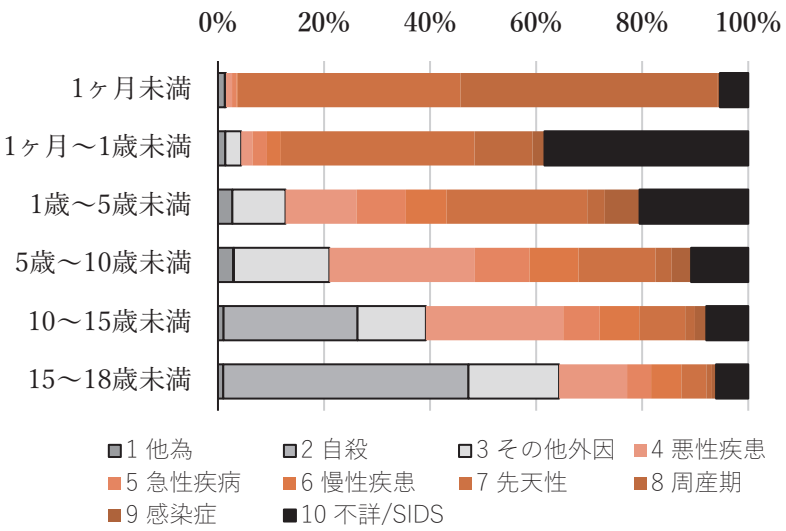
2-1-1　管轄する地域のこども死亡数

先に述べたとおり、わが国のこども死亡は都道府県あたり年間 15 ～ 370［中央値 52］件である。全国平均は人口 100 万あたり 30.1 件／年であり、都道府県によって 20.5-40.4［中央値 30.2］件／年と差がみられた（以下、特にことわりがなければ 2017-2020 年の人口動態統計の独自解析結果による）。米国での実績を参照して CDR で多機関検証を行う会議体 1 チームにつき年間 30 件程度の検証が可能とすると（1-1-5「どこで行うか」を参照）、それ以下の発生数の地域（12 県）では全例を検証可能である。その他の都道府県では、①こどもの死亡数が検証可能数（30 件以下など）となるように地域を細分してそれぞれに CDR のチームを整備するか、② CDR のチーム数から算出される検証可能数まで検証対象を厳選するか、いずれかの手順が必要となる。①に述べた地域の区分方法として、二次あるいは三次医療圏など地理上の区分、特定の地域（政令指定都市など）とその他の区分、複数の大学医学部が存在する都道府県の場合には大学ごとの割り振り、などの探索が行われた。

2-1-2　対象とする年齢

CDR モデル事業の対象は 18 歳未満の死亡例であるが、第 2 版モデル事業の手引きにおいて「少なくとも 5 歳未満（死産除く。）を対象とすればよい」とされた。5 歳未満の死亡は、全こども（18 歳未満）の死亡の 62.7% で、都道府県により 54.7-74.2%［中央値 62.2%］である。一方、人口動態統計が 5 歳階級で公開されることを踏まえて、過去の研究や各種資料では 15 歳未満あるいは 20 歳未満とするものもある。

現段階では、どの年齢を対象とするかは地域ごとの課題に応じて選択の余地があるが、年齢層によって死因構成が大きく異なることには注意を要する（図 2-1-2）。



【図 2-1-2. 年齢群別の死因再分類（人口動態統計の独自解析結果による）】
灰色は外因死、橙褐色は内因死、黒は不詳の死（SIDS を含む）を表す。

2-1-3 死亡状況と死因

特定の死亡状況の観察された事例や、特定の死因による死亡事例を、CDR で詳細な検証を行う対象として抽出する選択肢もある。英米において、もともと虐待死の検証から CDR の歴史が始まったとされ、またその発展の段階で外因死も対象とされた。わが国でもこれらの死因による死亡事象が CDR の重要な対象であることは間違いない。わが国での当該事象の発生数は表 2-1-3 のとおり概算された。同表中に「CDR（検証）にあたっての留意点」として、実際にモデル事業等で行われた当該事象の検証における観察事項を付記した。ただし、真実の追求や故意性・犯罪性の有無の判断などは CDR の目的ではないことに、十分注意を払う必要がある（1-5「検証」を参照）。2-2 項以降の詳細内容も参照いただきたい。

【表 2-1-3. CDR の対象となりうる事例数と検証にあたっての留意点】

死因	人口 100 万あたりの年間発生件数（概算）	CDR（検証）にあたっての留意点
不詳	5.1*	死因究明のための検査（遺伝子検査、剖検等）結果が未着、あるいは共有困難な場合がある。 死因が確定できない場合の検証のありかたと内容。
自殺	2.9	警察捜査、教育委員会や学校等による調査との棲み分け、目的等の整理。 遺族心情・個人の尊厳に対する捉え方の整理と共有。 精神心理的な検討として「心理的剖検」が望まれる。
養育不全 （虐待を含む）	1.5-3.9**	警察、児童福祉、母子保健など関連他部門との協調。 身体虐待以外の虐待（虐待が直接死因ではない場合）の取り扱い。 無理心中（虐待の一亜型とされる）については、むしろ親の自殺対策を論じるなど、状況に即した応用が必要。

内因死のうち 検証対象	1.2-1.5 †	異状死届出の対象と判断されず「内因死」と診断された事例の中にも、外因の関与や不詳の部分が包含される場合が想定されるが、その実数は不明。 医療事故調査制度等との関係の整理。 多機関で検証するべき事例の抽出基準など。
交通事故	1.1	警察等による捜査および検証との棲み分け。 「医学主導である検証」の有用性。
窒息	0.9*	特に乳児で「不詳の死、SIDS」との鑑別（地域差が大きい）。「犯罪の否定ができない」ため選択される司法解剖の結果の取り扱い。 死亡状況調査が必須。
他為（疑い例を含む）	0.7 † †	捜査および司法手続が完了するまで CDR の対象としない選択がありうる。「医学主導である検証」の有用性。
溺水・溺死	0.6	警察捜査との関係。死亡状況調査が必須。
転倒・転落	0.3	警察捜査との関係。死亡状況調査が必須。 自殺／他殺／事故の鑑別。 医学主導である検証の有用性。

*：地域によって、特に乳児の睡眠関連死が「不詳」「窒息」のいずれに分類されやすいかの差がみられる。
**：日本小児科学会による研究で、養育不全の関与について検証するべき事例は、こどもの全死亡の 5.0-12.8%とされた。
†：内因死のうち検証すべき事例は、日本小児科学会による研究で 6.5%、アリゾナ州からの報告で 8% 程度とされた。
† †：死亡診断内容等から他為の可能性を疑われたもの（0.2）および、死亡統計上で不慮か故意か決定されない外因符号を付与されたもの（0.5）の合計。

2-1-4　情報の得やすさ

情報が得られる事例を優先的に検証対象とする（情報が不十分な事例は「とりあえず」対象としない）運用も考えられる。このような運用は、検証の悉皆性の追求には反する考え方ではあるが、事業の草創期等で検証参加者間の経験や共通認識の育成を優先したい場合には有用かもしれない。

不十分な情報に基づく議論は抽象的に過ぎるため誤った結論に導かれる、あるいは机上の空論に終わることを懸念する意見がある。実際に「どんな情報が欲しいか、どんな情報が不足しているので有効な議論ができないか」の討議に終始し、事例そのものに対する議論が展開しにくい様子も一部で観測された。その一方、特にモデル事業の経験者からは、具体的な情報が少なかったとしても有意義な意見交換は可能とする意見も多く聞かれる。ひとたび検証の対象となった事例であっても、議論の追加や修正に有用な情報の追加があった場合に、このことを参加者間で共有し、必要に応じて再検証を試みることも、継続的な仕組みであれば可能な選択である。

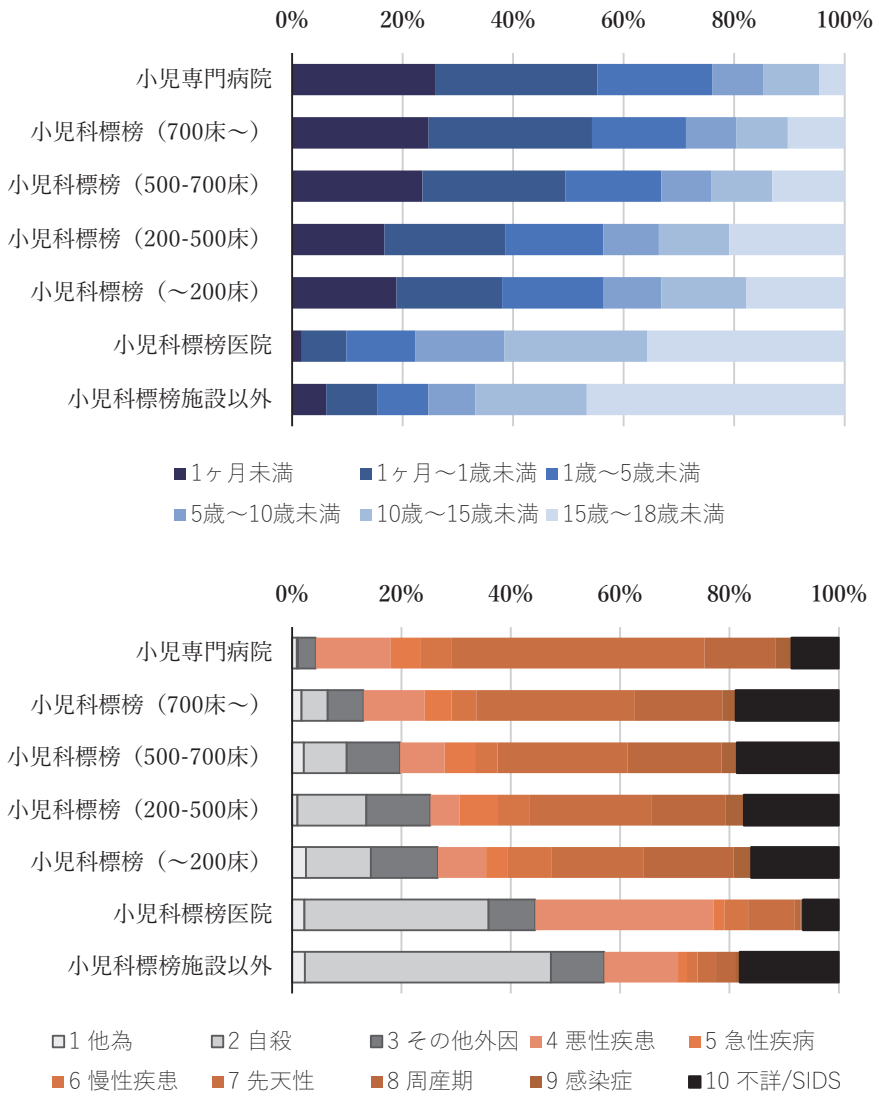
2-1-5　死亡した場所

現在の CDR では、医療機関から提供される医療情報を検証の基礎資料とする仕組みが検討されている。このため、医療情報の提供を受けられない事例の検証は困難である。このため、CDR モデル事業においては、ほとんどの自治体が「（医療情報の入手困難な）当該地域外で死亡した事例は対象外とする」運用を選択し、いくつかの自治体では「当該地域内の特定の医療機関で死亡した事例のみを対象とする」運用を行った。

こどもの死亡事例を分析すると、国外での死亡は 1.3% で、住所地とは異なる都道府県での死亡は 9.2% であった。国外事例の調査はほぼ不可能であり、都道府県外事例についても他自治体との情報共有の手順が確立していなければ、調査は困難である。これら合計 10.5%の事例は、現状では「調査困難事例」と言わざるを得ない。なお、この調査困難事例の割合は、都道府県によって 1.7-32.3%［中央値 9.6%］と大き

な差がある。

また、住所地内で死亡した事例であっても、小児専門病院、その他の高次医療機関、小児科を標榜する病院、その他の病医院など、死亡場所となる医療施設は様々である。医療施設の種類等によって年齢構成死因の分布が異なり、特に小児診療の規模が小さい施設ほど、高年齢の死亡や外因死の割合が高い（図 2-1-5）。地域のこども死亡の全体像を把握する際は、当該地域の CDR でどのような選択バイアスが生じている可能性があるかを、十分考慮する必要がある。



【図 2-1-5. 都道府県内のこども死亡の年齢（上）と死因（下）の分布（死亡した施設別）】

2-1-6 訴訟中か否か

刑事訴訟法に「訴訟に関する書類は、公判の開廷前には、これを公にしてはならない（第 47 条）」と定められることから、捜査中、あるいは訴訟など司法手続が進行中の事例について情報を得るのは困難である。これらに関しては、現在可能な範囲内で検証の対象とする、あるいは公判後に検証に組み込む等の選択がありうる。ただし、現在のところ CDR モデル事業は単年度事業であることから、後者の実現は困難の可能性がある。管轄する検察等に意見や助言を求めることも望ましい。

2-1-7　検証チームの構成メンバー

効果的な検証を行うためには、「誰が」「何を」検証するかの組み合わせを考慮することが重要である。本来的には、事例ごとに最適な専門職チームを編成することが望ましいが、参加者が限られている現実を踏まえると、既存チームの専門性に適した事例を選ぶことも有効な戦略かもしれない。

重要なのは、医学的検討が必要な事例には医療従事者を、福祉・教育面の検討が必要な事例には該当分野の専門職を適切に配置することである。各職種の専門性を最大限活用できる検証体制を目指す必要がある。

2-1-8　検証会議の開催頻度

同様に、検証の対象事例を十分に検証するために必要な時間／頻度の会議を設定することが本来的ではある。ただし、準備可能な社会資源が有限であることから、実現できる会議の開催頻度等に応じて、検証対象を絞り込む必要も想定される。

先行研究によると、わが国のこどもの死亡のうち CDR の対象となるものを、

① 死因 … 外因死もしくは不詳の死とされた事例は詳細な検証の対象である
② 養育不全 … 虐待が確定的な事例はもちろんのこと、疑い例も対象とするべきである
③ 予防の可能性 … 予防の可能性が低いと断言できない事例は対象とするべきである
④ その他の懸念 … 調査完了までになんらかの懸念が感じられた事例は対象とされうる
⑤ 既存検証の対象 … 既存制度の対象となる事例は、CDR として新たに詳細に検証せず、当該既存検証の結果を共有する方法もある

の 5 つの観点によって抽出した場合、概ね全死亡の 25% ～ 51%程度に絞られる。

合計 10-20 例 ／人口 100 万／年の抽出を想定する。検証会議のため、一事例 30 分を確保したとして、年間 5-10 時間を要する。このように抽出された事例の概算件数、検証にあたっての留意点は、表 2-1-3 のとおりである。

2-1-9　まとめ

海外文献の概略を参照しながら、わが国で CDR を進めるにあたって、特に検証対象を選定する際に考慮すべき点をまとめた。

以下、実際に CDR に取り組んだ有識者が、いくつかの項目に関して下記の要領で記載した。実務から得られた経験であり大いに参考にできる意見であるが、これらを参照しながらも各地域で至適な会議のありかたを模索することが望ましい。

（記載内容の概略）

- **2-X-0［対象］**：対象とする事例をイメージできるような具体的な記載。
- **2-X-1［準備］**：検証のため最低限必要なメンバー（職種）、各職種に期待されること、CDR として検証を行う際の主な目的。
- **2-X-2［調査］**：どの機関に、どんな情報を期待できるか、調査にあたっての注意点など。
- **2-X-3［検証］**
  - **2-X-3-1［検証するべき内容］**：具体的な話題（議題）の例
    - **2-X-3-1-1［医学的な観点の検証］**
    - **2-X-3-1-2［社会的な観点の検証］**
    - **2-X-3-1-3［心理的な観点の検証］**
  - **2-X-3-2［検証の手順］**：下記の各検証で何を行うかを具体的に記載。
    - **2-X-3-2-1［スクリーニング］**：スクリーニングをする際の考えかた等。

2-X-3-2-2［個別検証］：個別検証をする際の注意事項、議論の進行、時間の使い方等。
2-X-3-2-3［概観検証］：概観検証で当該死亡について取り上げる場合の論点等。
2-X-3-2-4［専門検証］：専門検証を行うとした場合の参加者と討議内容の選定等。

● 2-X-4［提言］：下記項目ごとに、具体例および意見。
2-X-4-1［個人に対しての提言］
2-X-4-2［機関に対しての提言］
2-X-4-3［地域に対しての提言］
2-X-4-4［国に対しての提言］

● 2-2　内因死 -1　急性の内因死

2-2-0　[対象]

救急外来で亡くなったり、入院後早期に亡くなった外因以外の患者等が対象となる。医療機関では救命のための治療が主であり、死因究明が十分になされる前に亡くなることが多い。また臨床上の（暫定）診断が必ずしも正確な死因とは限らない場合もある（例：脳炎と診断されてもあくまで「疑い病名」であり、正確な原因は不明など）。

既診断の疾患が存在する場合でも、予期されなかった内因死であれば検証対象とすべきである。

ただし、医療事故調査制度の対象事例において同調査との関係の整理、医療事故として捜査対象とされた事例において捜査との整理など、注意を要する。

2-2-1　[準備]

内因死の検証にあたって、各参加者が疾患に対して最低限の理解を持っていることが必要である。そのため、予めその疾患について簡単に概略が分かる資料を用意するか、口頭で冒頭に簡単な説明をする必要がある。

2-2-2　[調査]

主治医：直接患者を診療しているので、患者や親の状況を一番知っている。院内 CPT（Child Protection Team）検証の結果も。

前医：死亡前に（別の）医療機関にかかっていることも多い。

警察：捜査中の事例（司法解剖例等）について文書での情報は出せないが、口頭での質問には答えてくれることも多い。

法医学者：捜査中の事例（司法解剖例）では当該事例に対しての意見は出せないが、（当該事例に限定しない）一般論としての意見は重要である。

救急：現場の様子などの情報が得られる。

保健師：家族の情報を最も持っている。

保育士・教員：兄弟、親などの家族の情報等背景情報が手に入る。

児童相談所：関与歴がある場合。

2-2-3　[検証]

2-2-3-1 [検証するべき内容]

2-2-3-1-1 [医学的な観点]

診断や治療の妥当性など、医療者による医学的な議論に終始すると、他職種が議論に加われない事態となりうることに注意する。

死因究明に必要な解剖も含めた検査や知識の啓発は、提言にもっていくほうがよい。

2-2-3-1-2 [社会的な観点]

地域の救急医療体制のありかたが話題になることもある。

2-2-3-1-3 [心理的な観点]

親、きょうだいへのグリーフケアの必要性が必ず議論にあがる。

死後に保健師が家族に支援にいくことができずに困っているという意見をよく聞く。

2-2-3-2 [検証の手順]

2-2-3-2-1 [スクリーニング]

内因死と診断されたら自動的に検証対象から除外する姿勢は、必ずしも適切とはいえない。スクリーニングを実施する場合は、疾患について理解している医療者（小児科医など）の参加が必須である。

2-2-3-2-2 [個別検証]

議論となる点や出るであろう意見をあらかじめ予想しておく。

検証のアジェンダを提示して、時間管理を行う。

個別検証を事例に直接関わった者で行われる場合に、初めて参加し顔を合わせるメンバーとなる。身構えて緊張していることも多いので、安心で話しやすい雰囲気と、全員に意見をのべる機会を設けて満足感をあげる必要がある。
参加するメンバーのスケジュール調整と主旨説明は、行政と医療者で分担するほうがよい。
明らかに死亡を避けられない事例でも、その日に亡くならずに済んだ予防策や、搬送に時間がかかった場合にそれを短縮する方策など、検討できる事項はある。

2-2-3-2-3［概観検証］

概観検証の委員は、すでにお互い何度か参加して顔見知りであることが多く、積極的な発言が得られやすいが、時間超過に注意が必要。
死因は個別検証で十分議論されているので、予防策にフォーカスした方がよい。

2-2-3-2-4［専門検証］

2-2-4 ［提言］

2-2-4-1［個人に対して］

こどもが亡くなったら CDR で検証が行われるということを県民が当たり前と思える文化を醸成したい。
解剖が「亡くなったこどもをさらに傷つける」行為であるという負のイメージを払拭したい。
救急医療に対する医師個人個人の知識と技術の標準化が必要。

2-2-4-2［機関に対して］

医療機関には、不詳の死や予期せぬ死亡に対して最低限行われるべき検査、手続きを標準化されることを望む。
警察は CDR に対し、捜査中であっても情報提供を積極的に協力してほしい。
教育委員会、学校によって対応が様々である。文科省からの通知が必要。

2-2-4-3［地域に対して］

単年度事業では、全例を年度内に検証できない。
事例の漏れがないよう、翌年度などにも検証可能なステムにする必要がある。
提言を施策として実行するための手順が煩雑で、予算も少ない。都道府県の事業でも縦割りであり、部署間の温度差も感じられる。結局トップダウンでないと動きにくいのが問題。

2-2-4-4［国に対して］

- 遺族の「同意の有無」にかかわらず、検証の対象にできる方策を考察するべきである。CDR での情報提供に対し、法的に正当化される必要がある。
- また、中央でのデータベースがあれば、類似症例の蓄積ができ、データベースを参考にした検証が可能になる。
- グリーフケアに診療報酬を付ければ、医療機関で普及する可能性がある。

● 2-3　内因死 -2　慢性疾患による内因死

2-3-0　[対象]

診断は明らかであり、十分に検査や治療はなされていたが、予期されず、また家族の心の準備がなされていない状況で発生した内因死を念頭に置く。基礎疾患によって様々であるので、下記の 2 つの例を念頭におき、以下の項目を例示する。

(例 1)

悪性疾患（手術適応がなく化学療法や支持療法にも関わらず病状が進行しているなか、病院で突然亡くなった児など）

(例 2)

在宅で医療的ケアを受けている心身障がい児（養育環境に疑問のある家庭で、長期に在宅酸素または在宅人工呼吸管理を行っていたが、呼吸状態の悪化により、救急要請したが亡くなった児など）

2-3-1　[準備]

内因死について検証するにあたって、各参加者が疾患に対して最低限の理解を持っていることが必要である。そのため、予めその疾患について簡単に概略が分かる資料を用意するか、口頭で冒頭に簡単な説明をする必要がある。

職種および期待できる内容：

(例 1)

- 医師（小児科、その他の主診療科、法医学者）：院内で突然亡くなった原因に関する考察
- 看護師：死に対する家族の受け入れに関する考察
- 保育士、チャイルドライフスペシャリスト、教師：死に至るまでの児の気持ちに関する考察
- 緩和ケアチーム：緩和ケアに関する考察

(例 2)

- 医師（訪問診療医、あればかかりつけ医や基礎疾患治療医、法医学者）：死因についての考察。医療的ケアの妥当性について考察。
- 看護師（訪問看護）：死に対する家族の反応・受け入れに関する考察
- 警察：事件性についての考察
- 消防：救急要請に関する考察
- 児相：養育環境に関する考察
- 教師：（義務）教育環境についての考察（医療的ケアについても含む）
- 行政：医療的ケアへの支援など、行政サービスについての考察

2-3-2　[調査]

(例 1)

情報：各職種の主担当者

注意点：医療過誤等の評価ではない

(例 2)

- 医師・看護師：心身障がい児となった理由。これまでの経過、児の介護者／保護者の介護能力について
- 消防：救急要請からの対応について
- 児相：（介入があれば）養育状況
- 学校：出席状況、学校での児の様子、保護者の様子
- 行政：行政サービスの利用状況

2-3-3 ［検証］

2-3-3-1［検証するべき内容］

2-3-3-1-1［医学的な観点］

（例 1）

・医学的な死因究明などについて議論することを目的としない。

・こどもの思いや不安は汲み取られていたか。終末期に対する意思は確認できていたか。医療者は教育・研修を受けていたか、経験が十分であったか、あるいは指導を受けていたか。

（例 2）

・医学的な死因究明などについて議論することを目的としない。

・在宅医療体制は機能していたか。救急体制は機能していたか。養育状況や介護体制（介護者／保護者の疲弊など）に過大な負担・問題はなかったか。

2-3-3-1-2［社会的な観点］

（例 1）

・急変についての説明や対応についての家族との話はできていたか。家族との認識にずれはなかったか。

（例 2）

・救急要請は適切なタイミングで行われていたか。

2-3-3-1-3［心理的な観点］

（例 1）

・患児の意向は治療方針に反映されていたか。

・グリーフケアの提供

（例 2）

・介護者／保護者の対応が良かったか／正しかったか。普段から養育に困難や悩みはなかったか。

・グリーフケアの提供。

2-3-3-2［検証の手順］

2-3-3-2-1［スクリーニング］

（例 1）

・多くの場合は CDR での検証の対象とはなりにくいが、複数職種が関わる状況がある場合に、対象とすることも考えられる。

（例 2）

・多くの場合は CDR での検証の対象とはなりにくいが、複数職種が関わる状況がある場合に、対象とすることも考えられる。

2-3-3-2-2［個別検証］（症例による）

2-3-3-2-3［概観検証］

2-3-3-2-4［専門検証］

2-3-4 ［提言］

2-3-4-1［個人に対して］

（例 1）

・医療者間の情報共有と、医療者から家族への情報の伝え方、家族の認識の確認等の大切さなど医療者側個人個人の知識の習得や経験の上積みが行われるように。

2-3-4-2［機関に対して］

（例 1）

・死が近づいているこどもに対して、医療者はチームとしても対応できるようになりましょう。そのための研修機会を増やしましょう。

（例 2）

・在宅医療ケア児について、情報共有についてシステムの構築が必要です。

2-3-4-3［地域に対して］

（例 1）

・（自宅で過ごす選択肢があれば、）医療機関と地域との情報共有の必要性が生じます。普段からの多職種との関係構築に努めましょう。

（例 2）

・地域での見守り方について、保護者／介護者が孤立しないような工夫が必要です。

2-3-4-4［国に対して］

（例 1）

・グリーフケアを行うための人員育成

・役割を意識したチーム医療の研修

（例 2）

・グリーフケアを行うための人員育成

・在宅医療および支援体制の充実

● 2-4　外因死 -1　養育不全

2-4-0　[対象]

1. 警察捜査や児童相談所調査によって、虐待が確定的であるもの
2. 確証はないものの医学的視点等から虐待（ネグレクトを含む）が死因である疑いがあるもの
   ＊全身新旧混在する皮下出血を認める事例
   ＊全身骨 Xp にて多発骨折を認め、説明のつく原因（交通外傷等）がない場合
   ＊急性硬膜下血腫　脳実質損傷　眼底出血などを認め虐待による乳幼児頭部外傷が疑われる事例
   ＊餓死・るい痩が著明な場合
   ＊窒息で年齢にそぐわないものが原因になっているケース（ごみ、自分で口に入れられない月齢の異物など）
3. 虐待（ネグレクトを含む）が、死因とは言えないものの死亡の周辺状況として存在した可能性があるもの
   ＊低年齢での車中や自宅内での熱中症死
   ＊ほかに死因はあるが、適切な養育がされていなかった可能性がある（衣服や体の汚れ、におい、体格が小さいなど）ケース
   ＊他に明らかな死因があったとしても、受診の遅れや放置、疾病受容不足、治療拒否などがあったケース
   ＊ほかに死因はあるが、特定妊婦や要保護児童ケースであった場合。飛び込み分娩や自宅分娩があったケース
   ＊明らかな虐待行為の後の二次障害（長期寝たきりや呼吸不全等）で亡くなったケース
   ＊ SIDS の可能性があるが解剖がされてないケース
   ＊原因が不明の突然死
   ＊その他気になるエピソードがあるケース
4. 不注意・思い込みや監督不十分など、改善しうる人為的な要因が存在した可能性があるもの
   ＊来院時死後硬直を認めているケース（数時間以上親が見ていなかったことが想定できるケース）
   ＊低年齢でのお風呂での溺水
5. 家庭環境（経済的不安、孤立、家庭内不和、DV、きょうだいへの虐待歴等）、養育者（特定妊婦、マタニティーブルー、産後うつ、こどもへの愛着障害、精神障害、被虐待歴等）、本人（発達障害、育てにくさ、対人関係トラブル、学習困難、医療的ケアが必要等）のいずれかに養育困難につながる可能性があるもの

2-4-1　[準備]

＜メンバー＞

医師、法医学者、警察・検察、消防、保健、教育、児童相談所・行政担当者（市町村の家庭支援課等）

＜それぞれの職種に期待できること＞

＊医師：医療を専門としない参加者にも分かるような診療内容の説明、医療が把握している情報の収集・提示（死因、既往歴（成長発達歴や基礎疾患等の有無）、体格の評価、ほかの外表所見（あざ等）、死後画像検査（頭蓋内や全身骨）所見、眼底所見など）

＊看護師：搬入時の親の様子　衣服やおむつの状態など

＊法医学：解剖や法医学的見地に基づく具体的な死因（受傷機転）についての提示

＊警察・検察：現場の状況、事情聴取内容（家庭内の様子や親の話等）についての情報収集・提示

＊消防：自宅の様子や、救急隊到着時や搬送時の親の様子の収集・提示

＊児相：虐待（通告）歴・介入歴の有無、支援状況の収集・提示

＊市町保健師：養育環境の確認（母子手帳受け渡し時の様子、特定妊婦要保護児童等、要対協での扱いの有無、予防接種歴、乳幼児健診歴、保育園での様子、家庭の経済状況、父母の就労等）

＊学校・園：これまでの生活状況　学校や園での様子、身体計測・学校医の情報などの提示

2-4-2 ［調査］

＊明らかな虐待死と判断される場合

・刑事事件として扱われた場合、死因その他についても警察情報については捜査に差し支えるため公判が終わるまで CDR で扱えないことがある

・県や市町の重大虐待事例検証などで検証される場合があるため、その内容をもとに改めて CDR を行うことができる

・ニュースやメディアの情報からも、総論的な内容にはなるが CDR を行うことはできる

・できるだけ多くの職種で事件を取り扱えるようになってから改めて CDR を行うのでもよい

＊明らかな虐待死と判断できない、もしくは養育不全が死因に直接関与していない場合

・調査票に登録する時点で登録する医師が養育不全の有無に思いをはせることができないと、調査票に記入されず、スクリーニングにも引っかからない

・死亡個票・死亡診断書から機械的に情報を拾う場合は、養育不全の背景は通常記入されていないため情報が上がらない

・特に外因死や原因不明の突然死については、すべて養育不全の可能性の有無を調査員が多職種の委員に確認する必要がある

・虐待により寝たきりになり長期経過後死亡した場合も、養育不全ケースとしてカウントすることを忘れないようにする

2-4-3 ［検証］

2-4-3-1［検証するべき内容］

2-4-3-1-1［医学的な観点］

＊死因、既往歴（それまでの成長発達や基礎疾患等の有無）、体格の評価、ほかのキズあざ、Ai 所見、眼底所見等の解釈、搬入時の親の様子、衣服やおむつの状態などについて確認。ただし、医学的な内容（何の検査をするべきか、検査結果の解釈、治療内容、治療の正しさ、診断の正確さなど）に限って議論することはしない。

＊直接死因にこだわらず、死に至るまでの経緯を含めて議論する必要がある。

＊こどもの発達状況や体格、栄養状態の評価などは医師にしかできない部分のため、それまでの育ちや養育状況を総合的にに判断する必要がある

2-4-3-1-2［社会的な観点］

＊家庭背景の確認：自宅／家庭内の様子（ゴミ屋敷、犬猫多頭飼い、近所とのトラブル、水道ガス電気等ライフラインの状況など）、家庭の経済状況、父母の就労等、転居歴など。

＊虐待の有無について確認：虐待の通告歴・介入歴の有無や家庭訪問時の様子。

＊養育環境の確認：特定妊婦・要保護児童等、要対協での扱いの有無、両親の養育歴、妊娠中のトラブル、母子手帳発行時の様子、妊娠の受け入れの状態、妊婦健診・出産時の様子、予防接種歴、乳幼児健診歴

＊家庭外の背景の確認：保育園や学校での様子、登園時の様子、不登校傾向、学校での気になること、身体計測・学校医の情報など

＊発見時の状況について確認：救急隊到着時や搬送時の親の様子、家の中の様子、こどもが寝かされていた場所、こどもの身なりなど。また救急隊より、病院到着時の親の言動（なぜこうなったかと思うかについての説明）

＊犯人性や個人の責任を追求する場としない。また、虐待か否かを判定する場ともしない。

＊虐待や故意による養育不全でなかったとしても、結果としての養育不全と思われる状況があれば、そのような状況が生じないためにどのような支援ができるか、社会として何ができるか、といった議論を行う

2-4-3-1-3［心理的な観点］

＊親やそれまで関わった関係機関を責める議論になりがちであり、予防に向けた話し合いが行えるよう

司会が軌道修正をこまめに行う
＊心情的に親を責めた対応になりがちであるが、グリーフケアはどの親にも必要であることを心がけておく
＊後日何かあったときのために窓口等の情報提供を行っておく

2-4-3-2［検証の手順］

2-4-3-2-1［スクリーニング］

＊細かい家庭背景やそれまでの児相などのかかわりの有無は調査票や死亡個票に載っていない情報であり、死因病名からうかがい知ることができないことが多い
＊全例に対して養育不全の有無についてチェックを行い、スクリーニング時に気になるケースは個別で担当者に確認する
＊刑事事件で扱われている可能性がある事例は、警察に確認し、「いま」検証できるかどうか事前に打ち合わせを行う。
＊重大な事例であれば、国や県市町の重大事例検証で取り扱う場合もあるため、その結果を待って地域で検証を行うこともできる
＊ニュース等で公になっている情報のみで、ある程度の予防策を検討することは可能であり、情報が集まらないからと言って検証を行わない理由にしない
＊調査票を記入する際の養育不全のチェック項目の例が分かりにくくチェック漏れにつながる可能性があるので具体例を挙げる必要があるかもしれない。

2-4-3-2-2［個別検証］

＊担当者や親のせいで終わらせないことが大切
＊死に至った直接的な原因だけを論じるのではなく、親の育ち、経済状況や DV、きょうだい児の様子なども含め総合的に議論する
＊参加している職種全てに、それぞれの立場から考えられる予防策に関しての意見を聞く

2-4-3-2-3［概観検証］

＊年少児のお風呂での溺水や車中での熱中症死など、地域を広げるとある程度の数があるはずなので、近隣の地域とケースをまとめて検証することも大事かも
＊外因死については、養育不全のカテゴリにカウントされていなくても、概観検証の部分で確認が必要

2-4-3-2-4［専門検証］

＊日本子ども虐待防止学会などから専門家を地域に派遣してもらい、一緒に議論することもいいかもしれない
＊関連研修施設（こどもの虹研修センター、西日本こども研修センターあかし等）との連携が必要
＊母親の精神障害、被虐待歴、愛着障害などのケースは産婦人科、精神科、児童精神科を交えた議論が必要

2-4-4　［提言］

2-4-4-1［個人に対して］

＊虐待による乳幼児頭部外傷（AHT）予防のための動画を妊娠中や出産後の両親学級で全例に視聴してもらう。※厚労省『赤ちゃんが泣き止まない』も参照
＊母子手帳への虐待予防の記載、赤ちゃんの泣きのピークや産後鬱についてなどの知識を啓発する。
＊困りごとがあれば相談ができること伝える
＊相談窓口の分かりやすい提示

2-4-4-2［機関に対して］

＊支援のためにできることを各機関で考える
＊組織横断的な協力体制を築くためにできることの提案
＊コロナ禍でストップしている立ち合い分娩や育児指導の復活
＊産後 2 週間健診での産後鬱に対する支援の研修

＊院内虐待対応チームの設置を促す

2-4-4-3［地域に対して］

＊地域で子育てを支える体制整備
- 市町での母子手帳発行時の専門職の配置、問診のチェックリスト作成
- 赤ちゃん訪問時のチェックリスト作成、危険個所の確認、事故予防について
- 産後うつ。DV 等養育不全につながりやすいケースの対応を学ぶ研修会

＊既存制度の整備
- 要対協のメンバーに産科医や小児科医を入れる
- 重大事例検証に虐待の専門家を外部から入れるよう義務付ける

＊受け手がキャッチしやすい手段（SNS など）を用いた積極的な情報発信

＊予防施策実施後に事故が減少したかどうかのモニタリング体制の整備

2-4-4-4［国に対して］

＊虐待を予防し、こどもの権利を擁護するために必要な法律の整備
- DV、特定妊婦、産後うつ、児童虐待、包括的性教育、学校教育などこどもに関わる施策においては一つの省庁で管轄できるように整備する

＊教育啓発の整備
- 学校の家庭科などで赤ちゃんについて学べるよう指導要綱に入れる
- 就学前から包括的な性教育を行えるような仕組みを作る

＊こどもを育てやすい、生きやすい社会を実現していくための予算計上

＊予防施策実施後に事故が減少したかどうかのモニタリング体制の整備

● 2-5　外因死 -2　自死・自傷

2-5-0　[対象]

1. 自殺は外因死に分類されているが、実は精神障害で死ぬことを決定して、死亡するのであるから内因死とも言える。
2. 死亡検案書が「縊死」「多発外傷（電車飛込やマンションからの飛び降りのときの直接死因ということ）」などの場合、自殺の可能性がある。
3. 成人の自殺例では「一酸化炭素中毒」も見られるが、この傷病はこどもの例では、親の心中（自殺）に巻き込まれた、もしくは他殺が強く疑われ、自殺で中毒死がみられることは相当に稀。
4. 列車への飛び込みは地域によって頻度の差が大きい（急に列車事故が増えた地域が観察された）。新型コロナウィルス感染症拡大との関係、衝動性との関係などは分かっていない。

2-5-1　[準備]

救急隊について：現場に最初にいくのは救急隊ですが、現着時にすぐ警察に連絡がいく地域では、警察の情報は救急の情報をすべて含んでいます。病院に搬送する場合もありますが、多くはすでに亡くなっている（死体検案になる）ので、事件の捜査のために警察がはいり、検視官が事件性の有無を確認します。

警察医について：自殺は法医解剖することは少なくて、死亡検案書の多くは警察医が書きます。警察医は、病院の医師より開業医が多いです（注：地域による）。ほとんどの開業医は、地区と都道府県医師会に所属しています。都道府県医師会では、警察医担当の理事が地域の警察医を統括しています。なお、もともと警察医は、警察から「事件性のない遺体の検案をする」ために委託されているのであって、「死の予防」を主眼としているわけではないことも念頭に置いてください。「私は CDR には協力しない」と断言する医師もいるし、この事業に理解を示して丁寧に情報提供してくれる医師もいます。

教育委員会について：検証会議では、教育委員会も重要です。生前の情報を最も多く持っている（ことが多い）ですが、どこまで情報をもっているか、出してくれるかは場合によるかもしれません。会議の時、「それが分かっていて、学校は何もしなかったのか」などの批判をせずに（それは虐待のときに児童相談所を責める構図と似ていますが）、自殺予防の観点で淡々と前向きな議論を続けると、徐々に教育委員会も資料を出すことに前向きになるように思われます。「CDR の風土作り」が、情報を得るために大事ということでしょうか。ただし、私立学校は別物で、CDR に情報がでた経験はありません。都道府県行政の中でも、私立学校の担当部署は教育委員会とは別の窓口にあることに注意が必要です。

CDR 担当者が、教育委員会を介して各学校に資料の提供を依頼するとしても、現状では提供できないとする学校が多いです。おそらく遺族との距離が近くて、圧力や遠慮があるものと思います。一方で、CDR 会議の場で口頭であれば、教育委員会から何らかの情報提供が得られる場合があります。ただし委員の裁量によるところが大きく、担当が変わるなどによって、毎年予想がたちません。情報の出元が公開されることには忌避感を感じられることにご留意されるといいかもしれません。

精神科医について：児童精神科医も重要です（成人の精神科医では欲しいコメントを得にくいかもしれません：成人の精神科医は、統合失調症かうつ病を専門にすることが多く、学校のような力動精神医学に携わりにくいからです）。そこで、CDR 委員には、成人の精神科医よりも、ぜひ発達障害とトラウマを専門とする児童精神科医を探してください。ただし、なかなかいません。

産婦人科医について：妊産婦の死亡の原因の一番は自殺で、産後うつが妊産婦の自殺の最も重要な精神障害です。妊娠前からのうつの既往があるとリスクは増えます。成人の自殺の場合、多くが思春期に希死念慮が芽生えますので、思春期の自殺予防はそのまま妊産婦や成人の自殺予防に直結します。思春期のときに、「自分が死にたいと思ったときに、誰かが気づいてくれて話を聞いてくれた」という体験があると、成人の自殺予防につながると言われています。

救急医について：自殺未遂で救急受診する例があります。救急医には、精神病理があるので、こどもが落ち着いて家に帰す場合でも、必ず精神科医につないで頂くようにお願いしたいです。身体的な治療だけでは希死念慮の治療にはなっていないので、また自殺企図につながるからです。往々に救急外来では、命が助かっ

たらそれで仕事はおしまいと考えられる傾向がみられます。成人例ですが、キッチンハイターを飲んで自殺未遂をした事例を経験したことがあります。救急搬送から精神科につなぐこともなく帰宅となった 1 週間後に、同じ自宅の浴室で首をつって自殺を既遂し、その遺体を検案した事例でした。リストカットの痕が印象的でした。また、(死亡事例の検証ではありませんが)、自殺予防という観点で未遂事例を検証することも大切です。自殺に至ったリスク因子を検討し（セーフティ 1 といいます)、自殺予防はその因子を少なくすること（セーフティ 2）で予防につなげようとするからです。未遂例は生きています。なぜ未遂に終わったか、助かったのか、その保護因子（抱えてくれる家族や友人など）を検討し、自殺予防につなげようという考えです。この両面からのアプローチが大事と思うからです。

保健師について：保健師は、実体験で生活に密着しているので、ときにするどい勘を働かせます。ある自殺例で、その子は薬を飲むのを嫌がったという記述がみられました。検証の場で、搬送先の救急医が性同一性障害の可能性に言及したのですが､ある保健師はその発言の前に記述を見ただけで｢薬を嫌がったのできっとその障害があるに違いない」と思っていたと意見を述べました。

児童相談所について：児童相談所も重要なコメントを出してくれます。虐待に関して経験が豊かなので、(たとえ当該事例がいわゆる「被虐待児」ではなくても)「チャイルドファースト＝こどもの権利を守ること」と「逆境的環境の家族病理」については、事例の情報が少なくてもピンとくる能力を持っています。

2-5-2 ［調査］

1. 警察・警察医：警察医は死の予防を担っているわけではないとの発言も聞かれましたが、CDR が定着するとともに、担当者の心持ちが変化することが観察されます。皆が熱意をもって死の予防について議論を交わすうちに､人は変わるということを経験します。ただ現場の警察等までの浸透はまだのようです。
2. 医療機関：医療機関は搬送後、死亡診断（死体検案）に至るまでの医療情報を持っています。ただし蘇生医療や詳細な医学的検査を行うまでもなく死亡宣告となる場合も少なくなく、これらではあまり有益な情報は得られません。むしろ救急医に期待することは、自殺未遂の診療にあたった際に、その後の診療等も見据えて、精神病理・自殺前後の様子、普段の学校や家庭での様子を聞き取ることです。それらの情報は他事例(当該事例が自殺を完遂して再診した場合を含む)の検証に極めて重要な意味を持ちます。
3. 教育：学校や教育委員会から情報を得ることは、現段階では困難に直面することも多いでしょう。もともと自殺の統計は、警察庁による報告に比べて、文科省の報告は 1 ／ 2 - 2 ／ 3 程度とされます。これは、遺族が学校にこどもの死亡を「自殺」ではなく「事故」と報告する場合が散見されることと関連しているかもしれません。例えば、CDR での検証に際して、死体検案で「縊死」とされた事例について、教育委員会は「事故と報告を受けている」といった状況がまま経験されます。同様に、高所からの飛び降りが（転落）事故として処理されている可能性もあります。死亡保険金の給付規定など社会的な背景もありえますが、むしろ純粋に遺族が「世間体に配慮した」など心理的な背景を反映しているように見受けられます。
4. 心理学的剖検：情報が少ない事例に対して、検証者が類推をもとに精神病理を断定的に捉えて、「自分なりの」ストーリーにあてはめてしまう場合がみられます。たとえば基礎疾患（うつ病など）の存在、社会背景（いじめがあり PTSD となった等）の存在など。この傾向に検証者全員が注意を払い、討議に臨むことが望ましいかもしれません。見逃されることが多いこととして、いじめのよくある構造ですが、当初対等な関係にあった同級生で、一方が抑うつ症状をきたし、それまでであれば気にしない一言を、被害感情を持って受け止めてしまうことがある。言ったほうはそういうつもりでもないのに、いじめととられる場合が多いので周囲は注意する必要があります。

2-5-3 ［検証］

2-5-3-1［検証するべき内容］

1. 成人の自殺では、多くは思春期に希死念慮をもち、何度も自殺未遂をして、成人で自殺を遂行するのが多いとされます。これに対して思春期の自殺は、衝動性のためか未遂の既往なく完遂することが多いようです。これまでの CDR の経験に照らすと、以下のタイプが含まれます。① 頻度的には多いも

のとして、知的にやや低く、学業不振があり、切羽詰まった時（親の叱責・学業不振・未来への絶望感）に、他の選択肢なく衝動的に自殺するタイプ。マルトリートメント家族という逆境的環境の中で生活し、自尊感情が低く、精神病理的にはトラウマ系のこどもであり、希死念慮の治療が現在の精神医療のなかで最も難しいタイプともいえます。② 頻度は少ないですが、進学校に通う生徒で勉強はできるが、もともと発達障害があり、親の愛着が少なく、トラウマをかかえ、何らかの心理的なリマインダーでフラッシュバックを起こして自殺するタイプ。これらの情緒系の希死念慮には、介入・治療の効果が期待できるかもしれません。

2. 本来は心理学的剖検（Psychological Autopsy）をするべきですが、現状の CDR では生前情報が極めて限定的のため困難です。実施のためには、詳細な成育歴（縦軸の視点）と発達過程での各年齢での社会的な様子（横軸）が必要です。手慣れた児童精神科医が外来で診療する場合には、事前にこどもと親が書いた詳細な問診票と 1 時間の直接問診によって、だいたい概観をつかむことができます。こどもの両親や祖父母の成育歴と性格（たとえば頑固とか、気分のむらがあるとか、白黒はっきりとか）や、「ご両親の離婚の原因はなんですか？」（答えは夫の浮気ですとか、私の育児を手伝ってくれなかったとか）などの少々立ち入った質問も含まれます。ストレスがかかったときのフラッシュバックによる行動化（自殺）がとても多いと思われるので、特にトラウマの有無が大事です。本人にしかわからない感情です。

   このような生きた人を相手にするときに得られる情報を、死者にできるかという難題をクリアーできてはじめて心理学的剖検（Psychological Autopsy）が成立します。もしその実現を目指すなら、自殺後に精神病理に通じた医師が葬儀に出向いたり、半年～ 1 年後の遺族が落ち着いたころに遺族と会ったりなど、ゆっくり時間を取って死者の生前の成育歴や家族歴を聞き取り、併せて学校での様子、特に 24 時間以内の様子などを聞き取る必要があります。遺族に「同様の思春期の自殺者がでないようにしたい」という希望が芽生えることを期待しますが、これまでのところ、このようなことが出来た経験がありません。

2-5-3-1-1［医学的な観点］

1. カテゴリー診断による精神医学的診断が、成人の精神科領域では多くなされます。「抑うつ的」「不安症状」など目に見える心の状態です。一方、学校に通うこどもたちにとって見逃してはならないことは力動精神医学的側面です。クラスの中での支配・非支配関係とか、自尊感情に揺さぶりをかけられる同級生との葛藤とかです。こどもの方は、心の内を親には知られたくないという思いがあり、唯一心を許せる友人に「死にたい」と表出して、共感してもらうことによって危機を乗り切ることがあります。

   なお、新型コロナウィルス感染症の蔓延でソーシャルディスタンスを要求され、リアルな接近ができないことが、中学生（特に女子生徒によく見られました）のメンタルヘルスを落とし、不安・抑うつのリスクが 2 倍になり、希死念慮の割合を上げたようでした。警視庁自殺統計による日本人（成人を含む）の自殺は、H23 より徐々に減少したものの R2 には女性の増加によって増加に転じました。メンタル事業のデータと関係するかもしれませんし、予防策を考察する上での基礎資料として使えるかもしれません。
2. カウンセラーマインドは、トラウマを抱えたこどもにとっては、思い出したくないことをあえて言語化する苦痛を与えることで病状を悪化させる可能性があることも念頭に置かないといけません。あたらめて「寄り添う」ということが重要となってきています。
3. 児童精神科の最新のトピックはトラウマ処理です。この外科的ともいえる治療方法がもっと進むことが自殺予防に直結します。
4. CDR をしていて、自殺の直前（24 時間以内）に「嘔吐」症状があった事例が複数にみられました。追い詰められたこどもの身体的な切迫した症状として気になったこととして、嘔吐があります。①親に叱責を受け、嘔吐し、数時間後に縊死。②多重人格の状態（幼少期からの虐待による）で、家での居場所がなく、施設入所も繰り返し、「僕は頭の中のもう一人死ねと言えばいつでも死ねる」といった少年が、未遂を繰り返した末に、最後の既遂の前に嘔吐した事例がある。これらを経験す

ると、心身は一体なんだと改めて思わされます。

2-5-3-1-2［社会的な観点］

1. これまでの経験ですが、高校生以上の自殺のハイリスクは「発達障害＋精神疾患」で、多くが精神科治療歴があります。中学生以下は、そういうことが少ないです。すなわち高校生以上は成人のリスクに近いとも言えます。女子の自殺は自宅が多く、男子は半分くらいは自宅外（近所の神社やため池の横、ガレージなど）です。

2-5-3-1-3［心理的な観点］

1. こどもをなくした遺族は、自殺で死んだということを周りの人に知ってほしくありません。CDRでは死体検案書に「縊死」と書かれていたにも関わらず、教育委員会からの報告では「『事故』で亡くなったと遺族が言っています」と念を押されたこともあります。

2-5-3-2［検証の手順］

2-5-3-2-1［スクリーニング］

基本は、自殺は全例 CDR による検証の対象です。情報が非常に限定的で、議論にならないのではないかと感じさせる事例もありますが、たとえ短時間でも CDR で議題とすることが大事です。みなで情報を共有すること、また警察や教育委員会・児童相談所から口頭で思わぬ情報が出てくるかもしれないことが、個別検証に期待されます。むしろ予め紙面情報が少ないほうが、会議の時にでてくるものと思って、チャレンジ精神で事例を出しましょう。

2-5-3-2-2［個別検証］

1. 1 事例につき 30 分を見込みます。もし多くの自殺例を扱うのであれば、複数例をまとめて提示し、それらの特徴を話し、なにかしらの予防策が導き出せるといいでしょう。出る情報によって展開が変わりますので、会議のやりがいがあります。

2-5-3-2-3［概観検証］

1. ウェルテル効果（有名人が自殺したときに社会全体の自殺が増える効果＝自殺は感染症である）や逆境的環境に育ったこどもの自殺が多いこと（逆境的小児期体験（Adverse Childhood Experiences; ACE）などのデータを出すことが、概観検証の目的でもあります。
2. 今後の CDR の目的のひとつとして、法制化に向けての事例の選択や、その実務的な議論もしなければならないと思っております。事故予防策（溺水予防のためのライフジャケットの推進や、乳児の睡眠時の死亡予防のためのベッドインベッドの推進）など、分かりやすい提言を導くことは CDR に対して理解を促し、効果的な法制度設計や運用につながりやすいという意味から効果的かもしれません。これに対して、リスク因子が多い自殺はなかなか一般の理解を得にくいかもしれませんし、苦労が多いですが、粛々とやっていきたいと考えます。

2-5-3-2-4［専門検証］

1. いじめ：CDR をしていますと、報道で言われるほど「いじめ」が直接に自殺に結び付くのではないかもしれない、とも感じさせられます。当該こどものメンタルヘルスが下がり被害的な対人関係になる、という事象がまず発生しているのではないかと思われることもあります。「いじめ」による専門検証も重要ではありますが、この意味でも、他にも目を向けることが望ましいかもしれません。

2-5-4 ［提言］

2-5-4-1［個人に対して］

1. 普段からの学校教育・人権教育と言いましょうか、みんな仲良くしましょう、社交的でなくていいから社会性があればよろしいとかそれを教える。
2. 小学生であれば、心の授業が大事でしょう。
3. 目に見えることより、見えないものを重視することを教えること：身体は症状はみえるけどメンタルは見えない。

2-5-4-2［機関に対して］

1. 自殺は感染症です。当事者のことは、学校では言わずに、命の大切さから入り、授業でも、不安や・

抑うつの医学的なことも教えるべきであると思います。

2-5-4-3［地域に対して］

2-5-4-4［国に対して］

1. 女子は男子より不安が強く出るようで、ベクトルが内向きやすい・外向きやすいという性差はあるのかもしれません。コロナ禍で、不安・恐怖がつのり、女子の不安・抑うつが増悪しています。弱いものを大切にする社会こそが成熟した社会です。

● 2-6　外因死 -3　交通事故

2-6-0　[対象]

事故から死亡までの経過
＊明らかな交通事故死で救急搬送され、治療に全く反応なく死亡確認されたケース
＊交通事故で搬送されたのち、蘇生はしたものの数日で亡くなったケース
＊交通事故の影響で後遺症が残り、長い闘病生活を経て死亡した場合
事故の状況
＊親などの運転で同乗しており交通事故にあった場合
＊駐車場などで親がこどもを引いてしまったりした場合
＊歩行者や自転車のこどもが車などにはねられて死亡したケース
＊無免許運転や友達の運転に同乗し無謀な運転で死亡したケース
＊加害者が飲酒、高齢者、スマホ中だった等

2-6-1　[準備]

＜各職種に期待される内容＞
＊医師：死因に関する意見　医学的な意見　治療の経緯　既往
＊看護師：来院時の状況　親の様子等
＊警察：事故現場の状況
＊消防：事故現場の状況　搬送時の状況
＊学校：普段のこどもの特性など

2-6-2　[調査]

＊医師　診断と治療内容、死因に関する医学的な意見、既往があれば発達遅滞・発達障害の有無等
＊看護師　来院時の状況、親の様子等
＊警察　事故現場の状況（事故が起きやすい場所かどうか、交通標識・信号の有無）、車や自転車の状態（チャイルドシートの有無、ヘルメットの有無を含む）、目撃者の有無、交通事故歴、非行歴
＊消防　事故現場の状況、搬送時の状況
＊学校　普段のこどもの特性など、普段の交通安全の指導内容について、通学路の状況
＊保健師　普段のこどもの様子、チャイルドシートの有無など

2-6-3　[検証]

2-6-3-1 [検証するべき内容]

2-6-3-1-1 [医学的な観点]

＊事故後長期経過し死亡した場合も交通事故を死因に入れ事故予防について検証する
＊細かい死因についての議論に時間を費やしすぎない
＊頭蓋内損傷等死因に直接関係することに関しては医学的な視点が重要
＊シートベルトやヘルメット着用の有無と車外放出や、頭部打撲などの影響を検討する

2-6-3-1-2 [社会的な観点]

＊事故に関する周辺状況の情報をできるだけ詳細に集める
＊警察交通課が詳細な情報を持っているが、刑事事件として扱われている場合出せる情報が限られるため事前に検証できる範囲を打ち合わせておく
＊現場の道路の情報が大事であり、カーブミラー、信号、横断歩道、優先道路がどちらか、歩道の有無、道路の広さなども含め予防できる点はないか検証する
＊交通事故が発生しやすい場所かどうか
＊こどもへの安全教育はどうなっていたか　警察の交通安全教室　園や学校での指導など

＊こどもへの危険個所の注意喚起はどうなっていたか
＊親へのシートベルトやヘルメット着用の啓発はどうなっていたか

2-6-3-1-3［心理的な観点］

＊突然のできことであり家族やきょうだい児の心理的フォローは必須である
＊家族で事故にあっている場合、家族も死亡したり入院していたりすることもあるためグリーフケアがより困難になりがち
＊事故後後遺症を残し、長期寝たきりののち死亡したケースにおいては、グリーフケアがおろそかになりがち
＊親が運転していて事故を起こしたり、引いてしまったりした場合は、自責の念が強く、治療が必要な場合もある

2-6-3-2［検証の手順］

2-6-3-2-1［スクリーニング］

＊交通事故は予防しうる死であり、全例検証すべき
＊業務上過失致死など事件として扱われている場合は詳細な情報が警察から出ないことも多いので、どこまで出せるのか事前に打ち合わせを行う
＊同じような事故、同じ交差点など数年経ってデータがそろってきたら改めてまとめて検証するのもあり

2-6-3-2-2［個別検証］

＊もっと気を付けたらよかった、ヘルメットやシートベルトをつけておけばよかった、など、個人の責任だけに持って行かないようにする
＊治療内容や死因について専門的に掘り下げすぎないようにする
＊あくまでも予防のために何ができるか、の視点で検証する

2-6-3-2-3［概観検証］

＊数年単位でケースがまとめられるようになったら、事故が起きやすい状況、場所などがはっきりし、改めて概観検証をすることもできる
＊警察がまとめている事故に関するデータとすり合わせて、例えばシートベルトの有無と死亡事故との関係などを検証することも可能
＊多動傾向と事故のあいやすさ（起こしやすさ）などの検証も可能かもしれない

2-6-3-2-4［専門検証］

＊警察交通課の事故調査データなど既存のものがあり、それとのすり合わせをしつつ、どのようにこどもたちや親に交通安全について啓発していくかを検討する
＊児童精神科や教育委員会などに入っていただき、こどもの心理状態を踏まえつつ有効な啓発方法を検討する
＊動画作成など若者に向けた啓発方法を、若者に入ってもらい一緒に考える
＊車のメーカーと一緒に、シートベルトを付けないと発車できない車や、アルコール検知、居眠りでふらついたとき等に止まるような安全策を考える検証会議を行う

2-6-4　［提言］

2-6-4-1［個人に対して］

＊シートベルト、ヘルメットをつけましょうキャンペーン
＊交通事故予防の CM　動画配信
＊学校での交通安全教育
＊飲酒運転やめようキャンペーン
＊高齢者免許返納キャンペーン

2-6-4-2［機関に対して］

＊教育機関に関して　安全教育の授業時間の確保　授業内容の検討

＊警察に対して学校や医療とコラボした安全教室の内容の検討
＊警察に対して運転免許更新の際の授業内容の検討
＊高齢者に免許を返納してもらいやすくする仕組みを検討
＊車会社に対して　シートベルトを付けないと動かない車やアルコール検知や居眠り運転をしたら止まる車を作ってもらう

2-6-4-3［地域に対して］

＊ハザードマップ　事故が多い交差点を日々地図上で更新する
＊登下校時に地域の人に見守ってもらう仕組みづくり
＊道路標識をこどもにもわかりやすい物に変更する

2-6-4-4［国に対して］

＊シートベルト非着用に対する厳罰化
＊安全基準を満たした車の減税
＊高齢者の免許返納の年齢を決める

● 2-7　外因死 -4　窒息

2-7-0　[対象]

・食物や異物を誤飲・誤嚥することによる窒息
・頸部が物理的に締められる、あるいは圧迫されることによる窒息（車のシートベルト、カーテン・ブラインドのひも、マフラーやフード付きの衣服等）
・新生児・乳児の睡眠関連突然死（乳幼児突然死症候群；SIDS や睡眠中の他者のかぶさりを含む）は不詳の死の項で取り扱い、本項には含めない

2-7-1　[準備]

＜メンバー＞

医師、法医学者、警察、保健、教育、行政関係者

＜それぞれの職種に期待できること＞

・医師：医療を専門としない参加者にも分かるような診療内容の説明
・法医学者：解剖や法医学的見地に基づく具体的な死因（受傷機転）についての説明
・警察：発見時の現場の状況についての説明
・保健：乳幼児健診等における事故予防啓発策の提案
・教育：地域の幼稚園、保育所等における事故の現状把握、事故予防啓発策の提案
・行政関係者：メーカーからの情報収集、事故情報データベース（消費者庁事故情報データバンク、消費者安全調査委員会事故報告書、教育・保育施設等における事故報告集計データ、Safe Kids Japan、日本小児科学会 Injury Alert 等）へのアクセスおよび情報収集とデータ提示

2-7-2　[調査]

・診療を担当した医師（小児科医、救急医等）：診療情報
・法医学者：解剖の情報、推定される成傷機序
・消防（救急隊）：駆けつけた際の現場の状況、発見者（119 番通報者）の発言・様子
・警察・警察医：関係者への聞き取り情報、発見時の状況、現場写真
・保健・福祉（必要時）：成育歴・成育環境
・心理士・児童精神科医（必要時）：落ち着きのなさなどの情報があった場合に、成育情報をもとにした発達障害の有無

2-7-3　[検証]

2-7-3-1 [検証するべき内容]

2-7-3-1-1 [医学的な観点]

・同様の事故の予防策を議論するために、病院での診療内容、および解剖、法医学的見地を元にして具体的な受傷機転を考察する
・医学的な内容（何の検査をするべきか、検査結果の解釈、治療内容、治療の正しさ、診断の正確さなど）に限って議論することはしない

2-7-3-1-2 [社会的な観点]

・特定の個人や団体の責任を追及することを目的としない
・同様の事故が起こらないために、協力して何ができるかについて議論する

2-7-3-1-3 [心理的な観点]

・親やきょうだいに対するグリーフケアの提供

2-7-3-2 [検証の手順]

2-7-3-2-1 [スクリーニング]

・全例を検証の対象とすべき

2-7-3-2-2［個別検証］

· 参加している職種全てにそれぞれの立場から考えられる予防策に関して意見を聞く

2-7-3-2-3［概観検証］

2-7-3-2-4［専門検証］

· 医師、法医学者、事故予防専門家、研究者（科学、工学）、産業（メーカー、業界）、消費者、行政関係者、メディア関係者による、製造物そのものの安全性（規格、パッケージ等）、法制度の問題点、啓発方法について議論する

2-7-4 ［提言］

2-7-4-1［個人に対して］

注意喚起 · 啓発

2-7-4-2［機関に対して］

メーカーや業界への製造物安全性改善のための働きかけ

2-7-4-3［地域に対して］

注意喚起 · 啓発、事故を拾い上げてデータベース化する仕組みの構築、予防施策実施後に事故が減少したかどうかのモニタリング体制の整備

2-7-4-4［国に対して］

法制度の改善（規制）、予防施策実施後に事故が減少したかどうかのモニタリング体制の整備

● 2-8　外因死 -5　溺水、溺死

2-8-0　[対象]

＊プールでの溺水：親がどこにいたのか　監視員がいるプールか　学校・園のプールか
＊海、川、湖やため池などでの溺水：遊泳禁止かどうか　何をしに行っていたのか（釣り？水遊び？散歩？等）
＊お風呂での溺水：基礎疾患は？てんかんの可能性は？普段一人で入っていたのか？年齢は？どんな状態で亡くなっていたのか？虐待の可能性はないか？ネグレクトの可能性はないか？

2-8-1　[準備]

＊医師：死因　既往歴（それまでの成長発達　基礎疾患等の有無）　体格の評価
＊看護師：搬入時の親の様子　衣服の状態など
＊法医学：死因
＊警察：状況証拠　目撃者の聞き取り　これまでのそのプールや海河川などの事故歴
＊消防：自宅　河川等事故の場所の状況　搬送時の親の様子
＊児相：虐待の通告歴・介入歴の有無
＊保健師：養育環境の確認　保健指導の内容（お風呂での溺水等の指導をしていたか）
＊学校・園：これまでの生活状況

2-8-2　[調査]

＊医師：外表所見　外傷はないか　るい痩などネグレクト傾向はないか
　　Ai の所見はどうか
　　搬送時の状況から溺水でよさそうか　来た時の服装は？
　　受診歴があれば、過去に気になる状況はなかったか
　　意識消失をきたすような基礎疾患は考えられるか等
＊看護師：搬入時の親の様子に不自然な様子はなかったか
　　なぜこうなったか親への問診時の親の発言等
　　例えばお風呂であればどんな状況でこうなったのかなど親の語り
＊法医学：死因についての私見
＊警察：おぼれた場所の検証　周りの人の聞き取り等　海河川であればこれまでの事故歴
　　監視員の有無　ライフジャケット　浮き輪などの有無
　　お風呂であればロックの状態や形状、水深、誰が普段お風呂に入れていたのかなどの聴取
＊児相：虐待の通告歴・介入歴の有無
＊保健師：これまでの養育状況の確認　安全な養育環境を整えている家庭であったか等
　　赤ちゃん全戸訪問などの際の事故予防教育の有無　お風呂の確認等していたか
＊学校：生活圏内での溺水であれば、危険個所の指導はなされていたか
　　着衣泳やおぼれた時の対処等について指導する機会があったか
　　こどもの発達特性、例えば多動傾向やその他こどもが SOS を出しにくい特性はなかったか

2-8-3　[検証]

2-8-3-1 [検証するべき内容]

2-8-3-1-1 [医学的な観点]

＊溺水に矛盾しない所見であるかどうか
＊ほかの外傷など虐待を疑わせる所見がなかったかどうか
＊多動傾向など危険個所へ近付いたりしやすい傾向がなかったかの確認
＊てんかん等意識障害をきたす基礎疾患がなかったかどうかの確認
＊こどもの発達年齢的にその事故があり得るかどうかの検証

ロックを開ける　一人で湯船や海河川に近付ける
自分でフェンスや湯船を乗り越えられる　など

2-8-3-1-2［社会的な観点］

＊お風呂
ロックをかけること　湯船にお湯を残さないこと　など事故予防の啓発
保健師訪問の際の保健指導の必須項目にする
保健師訪問時お風呂場の確認を必須にする　など

＊海　河川など
水辺に行く際のライフジャケット着用の啓発
どうすればライフジャケットが子育て家庭に浸透するか　などの議論
危険個所の見える化をどうするか。こどもにどう知らせるか
ハザードマップの作製　掲示方法の検討など

＊プール
監視員の配置はどうなっているか
監視員のスキルはどうか
事故予防対策はどうとられているか
ほかのプールではどうしているかの調査

2-8-3-1-3［心理的な観点］

＊溺水は突然の死であり、親やきょうだい児へのグリーフケアは必須である
＊管理者への責任追及になりがちなので、予防のための検証ができるよう心掛ける

2-8-3-2［検証の手順］

2-8-3-2-1［スクリーニング］

＊溺水は予防可能性が高いと考えられ、基本的に全例対象とする

2-8-3-2-2［個別検証］

＊個別検証に実際の担当者が出席することはないと思われるが、個別の検証委員の責任追及の場ではないことを心掛ける
＊例えば乳幼児でお風呂の溺水であれば、保健師が多くの情報を持っていることも多い。自分から発言することに慣れていない職種が多いので、出来るだけ多職種に話を振るように心がける
＊事件として扱われていることも多く、警察情報は捜査に差し支える情報は得られない可能性が高いが、差支えのない範囲を司会が事前にお聞きし、把握しておく
＊捜査情報に触れる範囲が大きいようであれば、総論的な内容をもとに予防策を出していくことに時間を多く使うか、捜査が終わってから改めて個別検証を行う

2-8-3-2-3［概観検証］

＊ほかに同じような原因で死亡したケースを数年単位でまとめてみる
＊ため池、河川などの地域特性や、祖父母宅に帰省中のお風呂の事故、などある程度の傾向がまとまってくるようであれば、まとめて改めて検証していく

2-8-3-2-4［専門検証］

＊水難学会などとの連携　専門的な検証を依頼する
＊こどもたちへの啓発について教育委員会等との協力

2-8-4　［提言］

2-7-4-1［個人に対して］

水辺に行く際のライフジャケット着用のキャンペーン
母子手帳などへのお風呂での溺水予防等、安全な家庭環境のページを作成する

2-8-4-2［機関に対して］

保健師による家庭訪問時のチェック項目にお風呂のチェックを入れる

両親学級等での安全教育
母子手帳への記載
学校に対して、着衣泳の授業を義務付ける
学校での安全教育　ハザードマップの作製など
ライフジャケット着用のキャンペーン

2-8-4-3［地域に対して］

地域でハザードマップを作製
地域でライフジャケットを一括購入し、児童に配布する　学校で貸し出しをする等
危ない箇所への看板の設置の提案

2-8-4-4［国に対して］

ライフジャケット着用を義務化する
授業の必須項目に着衣泳や心肺蘇生などの項目を入れる等

● 2-9　外因死 -6　転倒・転落

2-9-0　[対象]

　こどもがベランダ等の高所から転落し、重大な傷害を負うケースが後を絶たない。従来の予防策は、「こどもから目を離さない」、「ベランダに足がかりになるものを置かない」など、保護者への啓発が主なものであったが、その予防効果は低く、ベランダからの転落は起こり続けている。

　転倒・転落による死亡の診断は、死亡した状況と、死亡につながる身体の損傷が認められれば、診断は比較的容易で、対象も特定できる。対象としては、乳幼児と、学童以上の 2 つにわけて考える必要がある。乳幼児に対しては、従来の「見守り」など保護者の努力による予防ではなく、環境改善による予防策を検討することが必要である。一方、学童以上では、環境とともにこども本人の要因についても考察する必要がある。

2-9-1　[準備]

　検討チームの構成員には、以下のようなメンバーが考えられる。

救急隊員：現場に出動し、ベランダであれば、転落したと思われる場所の写真や、踏み台となったと思われる小さな椅子の写真を撮っている。

警察官：職権でいろいろな情報を集めることができる。遺族からも情報をとることができる。現場の写真撮影、計測もできる。警察が作成する調書には、転落死の発生直前から直後までの情報が、ほぼ完ぺきに記載されている。

臨床医：身体の損傷部位を記録し、時には死後 CT 検査などを行って、死亡に結びついた臓器損傷を記録し、直接死因を推定する。病院到着までに、救命できる可能性がある処置の有無についても検討する。

法医学者：解剖によって、損傷臓器を記録し、直接死因を明らかにする。

保育・教育関係者：死亡したこどもの運動能力など、ふだんの様子を述べる。

保健師：健診の受診状況や、健診記録から問題がなかったかをチェックする。

工学系の研究者：こどもの傷害を人間工学的に検討する。

インダストリアルデザイナー：こどもにとって安全な製品の設計、デザインを考案する。

建築士：住宅、特にマンションの構造や関係する法律等について検討する。

ホームインスペクター：中古住宅購入時に住宅の安全性を調査しており、住宅の安全性について検討する。

技術士：多領域の製品や環境への知識、経験を有しており、製品や環境の安全性を検討する。

・建材メーカー：各種の製品の設計や製造をしている立場から安全性を検討する。

・メディア関係者：テレビ局の科学番組担当記者として安全への取り組みを広報する。

など。

　このようなメンバーがオンラインでミーティングを行って検討する。

　最初に、転落・転倒死までの経緯を図式化する。ベランダからの転落であれば、こどもが室内からベランダに出て、柵に近づき、柵をよじ登って、外側に転落するまでのプロセスを整理し、それぞれのプロセスに対する具体的な予防策について検討する。

2-9-2　[調査]

　調査においてもっとも有用なのは、実際にベランダから転落事故が起きた現場の情報、中でも警察の捜査情報である。

　救急隊が現場の写真を撮っていることがある。ベランダに置いてある製品の写真、その製品の計測値、ベランダの高さなどの計測値、柵の表面の材質などを調べる。落下、転倒したところに突起物はないか、衝突した場所の材質も調べる（コンクリート、土、植え込みなど）。

　死亡したこどもの身長の情報は必ず入手する。こどもの運動能力についても、保育者などから入手する。

　高所からの転落による死亡は、個人住宅より高層集合住宅である場合が多い。遺族に現場検証を依頼することはむずかしいので、同じ階の他の家庭に協力してもらってベランダの構造などを調査させてもらう。

2-9-3 ［検証］

2-9-3-1［検証するべき内容］

警察の捜査情報はじめ、建物の施工会社からベランダおよび柵の詳細な仕様等の情報を得ることができれば、転落事故が起きたベランダ柵を復元することができる。この装置を使って、対象年齢児が「柵に登ることが可能か否か」という再現実験を行うことができる。実証実験を行えば、こどもがどうやってこの柵を乗り越えることができるかがわかる。

この場合、警察の捜査情報、現場の情報、当事者の証言、傷害の程度等、多方面から詳細な情報を収集して検討することが必要である。

- 窓からの転落であれば、窓の高さ、踏み台になるものの有無、網戸の設置状況。
- ベランダからの転落であれば、ベランダの柵の高さ、足掛かりになるものの有無。
- 転倒であれば、転倒しやすい状況の有無、転倒して衝突したものの形、材質。
- ベランダに何も置かれていない状況で転落した場合は、同じベランダの柵を再現して、こどもが登ることができるかどうかの実験を行う。

2-9-3-1-1［医学的な観点］

転落死では、頭部や腹部への外力を推定する。転倒では、腹部臓器や頭部の損傷の部位、その部位が損傷を受けたメカニズムについて検討する。また、転落や転倒してから死亡するまでの経緯を詳しく検討する必要がある。救命のために何ができたかについても検討する。

行った処置、治療についての課題も検討する。

転倒や転落で死亡した場合、虐待の可能性も考える必要があるが、それを証明することはむずかしい。

2-9-3-1-2［社会的な観点］

こどもの傷害予防についてはメディアでもしばしば取り上げられるが、そこでは「保護者への注意喚起」がほとんどで、科学的な視点で環境や製品を変える、または基準値を変えるという視点が欠けている。「注意喚起」を繰り返して保護者に負担を強いることは予防効果がないだけでなく、実際に事故が起きた場合に「あれほど注意喚起をしたのに対応しなかった保護者が悪い」という論調につながる可能性もある。「こどもを社会の中心に据える」「社会全体でこどもを育てる」のであれば、傷害予防の分野でも、保護者・保育者の負担を軽減する活動が求められる。

2-9-3-1-3［心理的な観点］

上述したとおり、調査および予防のための検証に際しては警察の捜査情報が重要であるが、当事者の証言も同様に重要である。傷害を負ったこどもの成長過程、日頃の行動や性格などをもっともよく知っているのは保護者・保育者であり、保護者・保育者から得られる情報により真実が見えてくる場合がある。

特に「ベランダからの転落」のように個人の住宅内で起きた事故については、保護者の証言が重要であるが、保護者自身が心身に大きなダメージを負っており、なかなか予防にまで思いが及ばないことが多い。遺族の反応は個別性が強く、専門的な対応が必要となる場合が多い。

今後は保護者をはじめとする家族・親族・親しい友人等へのグリーフケアを基軸に、予防のための情報提供ができる仕組みづくりが求められる。

2-9-3-2［検証の手順］

2-9-3-2-1［スクリーニング］

意図的でない転落や転落による死亡例は、総数としてはさほど多くないので全例を対象とすることが望ましい。特にベランダからの転落を扱う場合、ベランダの構造が多様であることから個別の調査・検討が求められる。

2-9-3-2-2［個別検証］

まずはチームを作ること、そしてそのチームにふさわしいメンバーを集めることが肝要である。専門家であっても実態を知らない人や、予防の考え方を持っていない人はふさわしくない。

予防につながる検証を成功させるためには、日頃から多職種の人達と交流することを心がけ、それぞれのメンバーが持つ知識や経験、技量等が十分に発揮できる「場」づくりが必須である。その場合、リモート会議を活用すると比較的容易に議論の場を設定することができ、検証を円滑に進めることができる。

警察の調書が開示されれば、十分な個別検証をすることが可能となる。警察の情報をどこまで出してもらえるかが個別検証の精度を上げるネックとなる。

2-9-3-2-3［概観検証］

こども側の要因ではなく、製品や環境側の要因を列記すると、多くの場合、要因は類似しているはずである。概観では、製品や環境の問題点を明記する。

2-9-3-2-4［専門検証］

上記 2-8-1［準備］に記載した。専門検証のためには、転倒・転落事故を再現する必要がある。そのためには、人間工学の専門家、こどもの発達の専門家などを中心に検証を行う。

2-9-4 ［提言］

2-9-4-1［個人に対して］

- ベランダ等高所に住む場合は、転落が頻発しているという事実を知る。
- 個人住宅の 2 階からの転落例が最も多いことを知る。
- 見守りだけでなく、転落を予防するための製品の活用や、家具の配置等について知る。
- ベランダの柵の高さを測定する。
- 足掛かりの有無をチェックする。
- ベランダには、足掛かりになるようなものは置かない。
- 窓の下に、登ることができるものを置かない。
- 前もって、ベランダに出られない仕掛けをつける。
- 窓の下には、植え込みを植えておく。
- こどもを叱ってベランダに出さないようにする。

2-9-4-2［機関に対して］

- 警察の捜査情報を予防のために活かす仕組みを構築する。
- 企業や業界団体は、予防に資する製品について積極的に広報する。
- 住宅メーカーは、自分が施工したビルからこどもが転落死した場合は、ベランダの構造、壁の表面素材、足掛かりの有無のチェックなどを行い、そのデータを公表する。

2-9-4-3［地域に対して］

- 地域に高層ビルがある場合は、こどもの転落について啓発する。
- 個人住宅の 2 階からも転落することがあることを啓発する。
- 保育・教育施設に情報提供する。
- 子育てひろば等、乳幼児が集まる施設で情報提供する。
- 予防に資する製品の販売を積極的にすすめる。

2-9-4-4［国に対して］

- 警察の捜査情報を予防のために活かす仕組みを構築する。
- 検察で保管している過去の捜査情報をデジタル化し、その活用を推進する。
- 転落や転倒による死亡に関連した製品や環境の基準値を見直す。

●2-10　不詳の死 -1　新生児・乳児の睡眠関連突然死

2-10-0［対象］

1. 対象のほとんどは、1 歳未満の乳児である。すなわち身体発育の脆弱性が強いこどもと言い換えても良い。
2. 突然死のほとんどは死の時を目撃されていないため、睡眠時に発生した死亡と断定されることは稀である（状況から類推しているに過ぎない）。特に RSV 感染関連突然死は、就寝中ではないと思われることも少なくない。そもそも乳児の平均睡眠時間は、新生児：16 ～ 18 時間から乳児期後期：11 ～ 13 時間と長いので「睡眠関連死」というより「保護者が見ていない間に亡くなっていた事例」であり、あわてて救急車を呼ぶ事例のことを示す。
3. 布団などがかぶさり事故で死亡した場合でも、虐待で親が故意的に上から押さえつけた場合でも、医学的には同じ「窒息」が死因であることを念頭に置く。
4. このように、さまざまな事象が含まれうる分類であるので、これから突然死を幅広く検証して「SIDS」「感染関連突然死」「てんかん関連突然死」「診療関連突然死」など分類の再検討も検討する必要がある。
5. SIDS（乳幼児突然死症候群）は内因疾患名であり、死亡診断書を書く場合、「SIDS」と記載すると親は「病気で亡くなったのか」と思うし、「窒息」と記載すると「自分の不注意で亡くなった」と思うので、その心情には大きな違いがある。
6. CDR をすすめていくと、死亡前に感冒症状があることが多く、小児科医はこの軽微な症状を甘く見てはいけないと思い知らされる。

2-10-1［準備］

1. メンバーの人選は大事で、検証には小児科医、法医病理医をはじめ児を取り巻く状況に関する情報を持ち合わせているものが招集される必要がある。警察や児童相談所などの児童福祉関連、地域保健師、必要とあれば保育園や幼稚園の関係者、などである。また工学関係の専門家がいれば、発見時の環境の検証のため有用な意見が得られやすい。
2. 会議中に、事例から逸脱して一般的な話をし始める方がいるが、これは議論を止めかねない行為である。また、社会的地位が高いなどで周囲が口を出せない状況にも遭遇する。司会者が、いかにうまく采配して議論を再開できるかということが大事といえる。
3. 会を重ねると、誰がどのような発言をするか、手を上げたときに察知できるようになる。この境地に至ると、このチームは無駄なく目的に向かって走れるようになるだろう。
4. 最初に現場に到着するのは救急隊であるが、救急隊は多忙で CDR 会議に参加できない場合があり、特にその事例に当たった救急隊員の参加は稀である。救急関連部門の代表者は一般論は話せるが、具体的な示唆を出しにくい立場かもしれない。
5. 警察は現場写真を撮影している。写真の提示によって現場の様子が一目瞭然で分かるため、皆のイメージが一致し議論が進みやすい。現場で人形を使って状況を再現することも効果的で、そのような風土が定着すればよい。
6. 警察は文書で事前に検視情報を提供できない場合が多い。ただし会議で質問したことに対して、（死因身元保存法による調査など）対象によって口頭で回答できる場合もあり、また当該事例と直接関係しないながらも有益な一般的な情報を教えてくれる場合もある。会議で意見を求めるのがよい。

2-10-2［調査］

1. 警察は多くの貴重な情報をもっている。現場の様子を「室内は雑然としていた」等の警察特有の表現がなされる（ちなみに児童相談所では「ネグレクトの匂い」と表現される）。多人数の家族で生活にゆとりがない場合の部屋の様子のことをあらわす表現で、逆は「整然としていた」。
2. 警察は母子手帳も入手し、市町や児童相談所の情報も聞き取っている。特に虐待などの事件性の可能性がある場合は、手を尽くして情報を集める。警察の生活環境情報のおおむね半分以上は、地域の保健師も知っている情報で、逆に言えば、保健師が予防に寄与することが大きいともいえる。

3. 警察が知りえない情報が他の部門から出ることは、あまり経験がない。
4. 警察の情報（写真を含む）は、法医解剖が行われた事例については法医の先生と共有されている場合がある。
5. CDR が着実に実施されることで、これら警察のもつ貴重な情報が死の予防のために活用されることを目指したい。
6. 地域の臨床医（救急医、小児科医等）を育成する必要がある。現状では、救急に搬送された睡眠中の乳児死亡事例が法医解剖になったとしても、死因など結果がフィードバックされる機会が希少である。また法医が臨床医から最も聞きたいのは、病院に搬送された時のこどもの状況である（家での様子は警察から聞いて知っているので）。そのため、救急と法医をつなぐやりとりを目的とした情報連携ツール（巻末資料 3-2 を参照）などの提案もあったが、事例が少なく活用は限定的である。「SIDS チェックシート（厚生労働省）」も十分に活用されない地域／場合もある。
7. 解剖でわかるのは急性の死亡かどうか（心臓内の血液流動性や内臓表面の出血）であり、窒息か SIDS かの鑑別は解剖によっても難しいことが多い。SIDS では脳の解剖が必須であるが、どこまで探索されているかは情報公開がない。

2-10-3［検証］

2-10-3-1［検証するべき内容］

1. 死因が窒息か SIDS かは重要な点ではあるものの、解剖によって急性死亡と解明されても、窒息か SIDS かを明確に区別するのは難しい。
2. 虐待は刑事事件であり、「虐待でない」と結論が出るまで（捜査が進行している間は）、警察から情報を得ることは期待できない。
3. ただし、一般に警察は犯罪を見逃さないことが最重要課題なので、犯罪性がないと結論がついたら、それ以上の介入がなされにくい。生活安全課は予防を担当するが、医学的見地も加味した市民への啓発や予防活動の実現は難しいかもしれない。

2-10-3-1-1［医学的な観点］

1. 純粋な死因はわからないことが多い。それよりも社会医学的にこの事例から予防につながるヒントをもらえたらよいのではないか。
2. SIDS でも窒息でも、リスクファクターは①親の喫煙、②母乳でなく人工乳形態をとることを望むこと、③うつぶせ寝をさせること、と類似する。母乳だと腹持ちが悪いため夜間保護者が起こされやすく、それを回避するために、人工乳にしてうつぶせ寝で寝させるという方法をとるような傾向がみられ、②と③には関連があるように見える。ぜひ赤ちゃん訪問等で、危険性を親にうまく伝えていただきたい。

2-10-3-1-2［社会的な観点］

1. 乳児の窒息・虐待・SIDS の死亡頻度は、人口密度が高い地域ほど高いことを指摘する意見もある。言い換えれば、慌ただしい地域では乳児死亡率が高いのかもしれない。

2-10-3-1-3［心理的な観点］

1. グリーフケアの取り組みは大事だが、なかなかアプローチしにくい。特に外因死の場合、親との事後のコンタクトがなく、さらに難しい。
2. 添い乳時の母親の乳房が口を塞ぎ、母親が授乳中そのまま眠ってしまい気づいたら死亡した事例がある。ただ普段から父親が注意するように母親に言っていたとのことで、注意点を夫婦の両方に啓発することの重要性がわかる。
3. グリーフケアは CDR の重要な課題である。しかし、CDR は完全匿名化されて実施されるため、特定の遺族に対して個別のグリーフケアを施すことはできない。しかし、突然死の遺族は、死の受容に困難をすることが多く、何がそして何故起こってしまったのかを知りたい、そして、同じようなことが再び起こらないようにしてほしい、との思いを共通して抱いている。さらに、児を亡骸としてではなく、魂を持つ存在として尊厳に配慮した対応を求めている。検証参加者全てが、この遺族

の思いを共通認識とし、その心情に沿った検証を行う必要がある。ファシリテーターは検証開始に先立って、これらの思いを再確認することも一つの方法である。

2-10-3-2［検証の手順］

2-10-3-2-1［スクリーニング］

1. スクリーニングは小児科医さえ確保できれば可能である。慣れた、仲の良い小児科医が 3 名くらい。
2. 事務局 1 名、県の担当者数名。スクリーニングでは日程調整も行なえるので、行政の方はぜひ参加すべき。オンライン会議は却って無駄が多く疲れやすい。
3. 2 時間を最大としてするのが疲労が少なく長続きしそう。
4. 淡々とすすめるというスタンスで、そんなに「深く」事例を追求しようと思わないことも大事。

2-10-3-2-2［個別検証］

1. 異状死体の取り扱いに極端な地域差がみられることから、診断精度の検証はなされるべきである。ただし検査結果を吟味して診断を検討するなど死因究明そのものを行うのではなく、それまでの死因究明の手順、内容、妥当性を検討するのが目的である。医療関係者が主体になって行う部分と、死亡状況調査の調査項目のチェックなど医療関係者以外の専門家が主体となって行う部分がある。診断に明らかに疑義がある、もしくは死因究明が明らかに不十分と感じられる場合は、この旨について現場にフィードバックをし、死因究明のやり直しを要求することも、今後の検討課題かもしれない。
2. 同じような内容の事例を検証する場合には、まとめて提示して共通項に注目して提言を作ることも、時間の無駄を省く一案である。できれば対照群があると検証内容の妥当性が高まる。
3. 症例の背景因子に関して検証を行う。他の同じ項目に分類された症例と共通する因子はあるか。もしあるとしたら、どのような機序が推定されるか。また予防にはどのような方法が考えられるかに関して検討を行う。突然死の背景には、故意もしくは意図しない養育不全が関与することが少なくない。背景因子の検討では、養育不全の検証が重要となる。
4. 死因が明確であるか否かにかかわらず法医から冒頭に事例提示をしてもらう工夫によって、死因究明に関する議論が端的に行われて短縮でき、予防提言も出しやすかったとの意見もある。
5. 各事例に特筆すべきことはある。たとえば「医療的ケア児であった」、「一緒に寝ていた同胞に障がいがあった」、「母は夜の仕事に行っていて、いつも父親が児の世話をしていた」、「おくるみと毛布で暖めすぎていたのではないか」、「生後 1 か月なのにうつ伏せで亡くなっていた（寝返りができないのに）」、「風邪をひいていて鼻が詰まっていた」、「実家に帰ってきた当日のイベントであった」など、事例の特徴をよく表すキーワードを付与して記録（記憶）することが、極めて重要である。あとでキーワードから該当事例を再検索できるような工夫があれば、事例を一層役立てることになる。
6. 小児科医が司会を務める場合が多いが、上記のように死因究明そのものから離れ、常に環境要因や社会的影響はないかを念頭に置いて議事を進行することにより、バランスのとれたチーム作りと結論が得られるかもしれない。
7. 司会者は、委員の顔をみて話しそうであれば積極的に指名すべきである。そのときのコメントはいつも有意義といえる。警察、教育委員会、児童相談所など参加各部門への無理な要求や質問は、その後の CDR チームにとって悪影響を及ぼすので、参加者全員が発言内容等に注意を払う必要がある。司会者の進行の配慮も必要。
8. 司会者は、事前に「落としどころ」を決めておくことが望ましい。そのためには事前に勉強して準備（1 枚程度の提示資料を用意しておく等）が必要である。そうでないと、実際の会議の場が言い放しになり、参加者間に不満足感が残る。
9. あらかじめ積極的な提言の案を用意しておくことは、たとえ別の意見が得られた場合でも役に立つ。それに対抗する別の良い案が出ることが多いものである。

2-10-3-2-3［概観検証］

1. 社会的変化の影響とこどもの死亡調査は、CDR の大きな目標である。たとえば、ある特定の時期（年

度）に生まれたこどもの死亡になんらかの特徴があるなど、社会情勢やそれに対する妊婦の不安がこどもの死に影響を及ぼすか、等も概観検証のテーマの一つかもしれない。

2. 新生児のプロフィールとこどもの死亡についての関連も CDR の大きな概観検証の目的といえる。たとえば 1 歳未満の乳児死亡を前期・中期・後期に分類してみたところ、前期の死亡は早産低体重出生児が多く、身体的な脆弱性の高さがリスク因子となった。中期死亡では、うつぶせ寝・人工乳・親の添い寝など SIDS や窒息のリスクファクターと一致した。後期死亡では、こどもの活動が増し布団を巻き込むような事故的な要因が目立った、などの知見が確認され、時期による予防の視点を変えることが必要と思われる。
3. 今後未熟児の増加が懸念される。その時に CDR の概観検証によって、乳児死亡がどう変遷するかが評価されることが望まれる。
4. 突然死は、1 歳未満の主要死亡原因ではあるが発生数は限られる。しかし、当該地域固有の生活様式や環境要因に関しての検証は必要なので、複数年度にわたり蓄積した症例について概観検証を実施することも重要である。また全国規模で症例を蓄積し、検証することも重要な概観検証となる。このことを念頭に、収集する情報の項目や検証内容を標準化する必要があり、突然死の専門家が提唱する検証指針に沿った検証が行われることになるであろう。

2-10-3-2-4［専門検証］

1. 1 歳未満の死亡が多い中で、「周産期がらみのリスクをもつ検証パネル」が今後必要となるだろう。産婦人科医と小児科医との合同カンファレンスによる予防策が期待される。早期胎盤剥離予防の知見が進みつつあり、最もホットなところである。
2. 感染症の「マルチプレックス PCR」と代謝疾患の「タンデムマススクリーニング」、遺伝性不整脈の「遺伝子解析スクリーニング」の導入が、これからの乳児の死因究明では必要となるでしょう。
3. 虐待事例は脳死臓器提供の対象にならない。この点について、移植学会とのすり合わせ、連携が必要になると予想される。

2-10-4［提言］

2-10-4-1［個人に対して］

適切な育児に関する情報提供。また、危険因子への対応を、具体的かつ明確に伝えることが必要である。

2-10-4-2［機関に対して］

1. 児童相談所に対して、CDR が最も求められる事項は：児童相談所にとっては、どのような情報であっても兄弟姉妹も含めて予防に役立つので、正確かどうかは別として、すべての機関はどんどん児相に報告する文化を醸成したい。
2. とにかく、救急と法医の連携・フィードバックのシステムが形成されたい。
3. 警察への提言は、法制化がないと難しい。

2-10-4-3［地域に対して］

1. 地域への提言に対して、地方議会議員が議会で「提言書は提言で終わる。それを実行し、評価し、実際の予防につなげるまでの行動をするために質問を行政におこない、行政の答弁をもらった」と取り上げた事例がある。このような、提言後の評価・実行までの道筋を追うシステムも必要である。

2-10-4-4［国に対して］

1. CDR で集まった疫学情報を研究可能なデータとして収集保存を行う必要がある。また、疫学情報と突合可能な形で組織や遺伝情報などをバンキングし、突然死発症機序および予防法や治療法開発に向けた研究環境の整備も望ましい。
2. 母子手帳の文言を改訂するための提案にもつながるかもしれません。
3. モデル事業は、チャレンジ精神にみちた提案・提言をする機会でもある。

●2-11　不詳の死 -2　その他の不詳の死

2-11-0［対象］
家庭内での心停止例や、警察により司法解剖となった例などが対象。
基本的に不詳の死は全例検証の対象とするべきと考える。
捜査中の事例では、司法解剖の所見を出せないため死因は不明となるが、仮定の死因による検証はできることもある。

2-11-1［準備］

2-11-2［調査］
主治医：直接患者を診療しているので、患者や親の状況を一番知っている。院内 CPT 検証の結果も。
警察：司法解剖例では文書での情報は出せないが、口頭での質問には答えてくれることも多い。
法医学者：司法解剖例では警察がいる前で事例に対しての意見は出せないが、一般論としての意見は出してくれる。
救急：現場の様子などの情報が得られる。
保健師：家族の情報を最も持っている。
保育士・教員：兄弟、親などの家族の情報等背景情報が手に入る。
関与歴があれば児相

2-11-3［検証］
2-11-3-1［検証するべき内容］
2-11-3-1-1［医学的な観点］
医学的興味から医師同士の議論になりやすいので注意が必要。ここで死因が明らかになることはないことを強調する。
2-11-3-1-2［社会的な観点］
産後うつや家庭内の問題など、その場で思わぬ情報が出てくることもある。
2-11-3-1-3［心理的な観点］
親、きょうだいへのグリーフケアの必要性が必ずあがる。
死後に保健師が家族に支援にいくことができずに困っているという意見をよく聞く。
2-11-3-2［検証の手順］
2-11-3-2-1［スクリーニング］
不詳の死は、基本的に全例対象とすべき。
捜査が終結するには、かなりの時間を要し、終結したことを知らせてくれるわけではないので、死因が明らかでなくても仮の死因で予防策を検討することが可能な例もある。
スクリーニングは、事務局と小児科医の少数で行っている。
2-11-3-2-2［個別検証］
議論となる点や出るであろう意見をあらかじめ予想しておく。
検証のアジェンダを提示して、時間管理を行う。
山梨では、個別検証は事例に直接関わった者で行われるので、はじめて参加し顔を合わせるメンバーとなる。身構えて緊張していることも多いので、安心で話しやすい雰囲気と、全員に意見をのべる機会を設けて満足感をあげる必要がある。
参加するメンバーのスケジュール調整と主旨説明は、行政と医療者で分担するほうがよい。
死因が不詳でも、例えば過去に虐待があった場合にどうすれば保護が可能であったかとか、搬送に時間がかかった場合にそれを短縮する方策など、予防策が検討できる事例がある。

2-11-3-2-3［概観検証］

概観検証の委員は、すでにお互い何度か参加して顔見知りであることが多く、積極的な発言が得られやすいが、時間超過に注意が必要。
死因は個別検証で十分議論されているので、予防策にフォーカスした方がよい。
養育不全に関しては、より客観的な意見が出やすい分、厳しめになる可能性がある。

2-11-3-2-4［専門検証］

自殺や特殊な事故の事例では、専門検証か専門家を招いた概観検証が有効かもしれない。

2-11-4［提言］

2-11-4-1［個人に対して］

こどもが亡くなったら CDR で検証が行われるということを県民が当たり前と思える文化を醸成したい。
解剖が、なくなったこどもをさらに傷つける行為であるという負のイメージを払拭したい。

2-11-4-2［機関に対して］

医療機関には、不詳の死に対して最低限行われるべき検査、手続きを標準化されることを望む。
警察は CDR に対し、捜査中であっても情報提供を積極的に協力してほしい。
教育委員会、学校によって対応が様々である。文科省からの通知が必要。

2-11-4-3［地域に対して］

単年度ベースの事業では、全例を年度内に検証できない。
事例の漏れがないよう、翌年度に検証可能なようなシステムにする必要がある。
提言を施策として実行するための手順が煩雑で、予算も少ない。県の事業でも縦割りであり、部署間の温度差もある。結局トップダウンでないと動きにくいのが問題。

2-11-4-4［国に対して］

- 遺族の「同意の有無」にかかわらず、検証の対象にできる方策を考察するべきである。CDR での情報提供に対し、法的に正当化される必要がある。
- また、中央でのデータベースがあれば、類似症例の蓄積ができ、データベースを参考にした検証が可能になる。
- グリーフケアに診療報酬を付ければ、医療機関で普及する可能性がある。

第 3 章：資料集

● 3-1　地域で CDR の準備をするための各種資料

3-1-1　CDR 啓発資材　part 1．入門編

この啓発資材は、本研究班によって作成された。

2025.3.31 現在、こども家庭庁の CDR に関する Web ページにも「予防のための子どもの死亡検証（Child Death Review）に関する説明会（令和 3 年 1 月 28 日）資料　2-1『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』」として掲載されている。（https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0d3f57c1-87bb-4e79-bc45-f77366952855/3fc00c0d/20230401_policies_boshihoken_child-death-review_20.pdf）

原本はスライド投影用の PC ファイルである。

対象者
・これからCDRを始めたい方
・CDRについて知りたい方
・こどもに関わる全ての職種の方

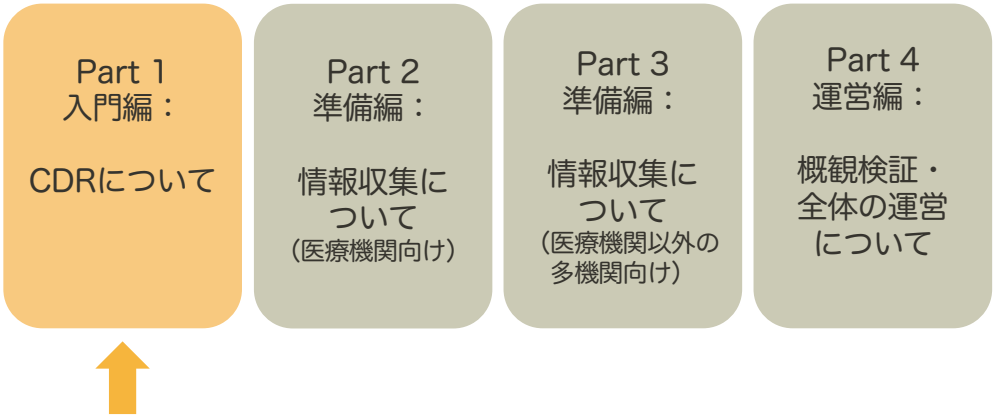
令和２年度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）

作成日：2021年1月19日
改訂日：2024年3月31日

担当：沼口、山岡、内田

CDR研修用資料

全体の構成



今回はこちらの話になります

内　容

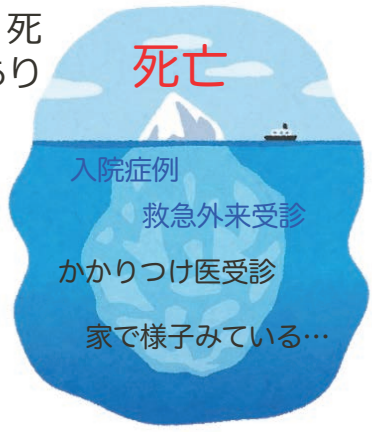
1. チャイルド・デス・レビュー（CDR）とは
2. 検証を行うプロセスについて
3. CDRを実施するには
4. 予防策の提言とは

チャイルド・デス・レビュー とは？

1-1. 社会におけるこどもの死亡

- こどもの死は比較的まれな事象ではありますが、氷山の一角であり、死亡に至らなかった事例は数多くあります。

- 1人の死亡が起きた場合、
25人が入院し、
925人が救急外来で治療を受け、
数えきれない数のこどもたちが
同様の軽度な症状を生じていると言われています。



The national center for fatality review and prevention.
Web-based injury statistics query and reporting system, CDC.

チャイルド・デス・レビュー とは？

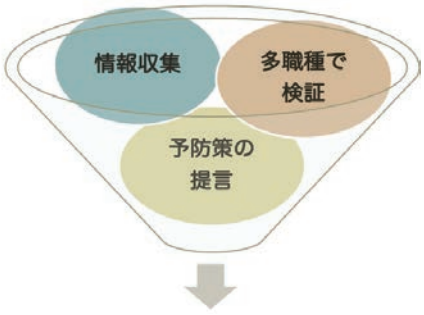
1-2. こどもの死を検証する目的

予防のためのこどもの死亡検証
チャイルド・デス・レビュー
（Child Death Review：CDR）は

こどもが死亡したあとに、
多職種の機関や専門家（医療、警察、行政、福祉関係者等）が

①こどもの死に至る直接・間接的な
情報を収集し
②予防可能な要因について検証し
③効果的な予防対策を提言する

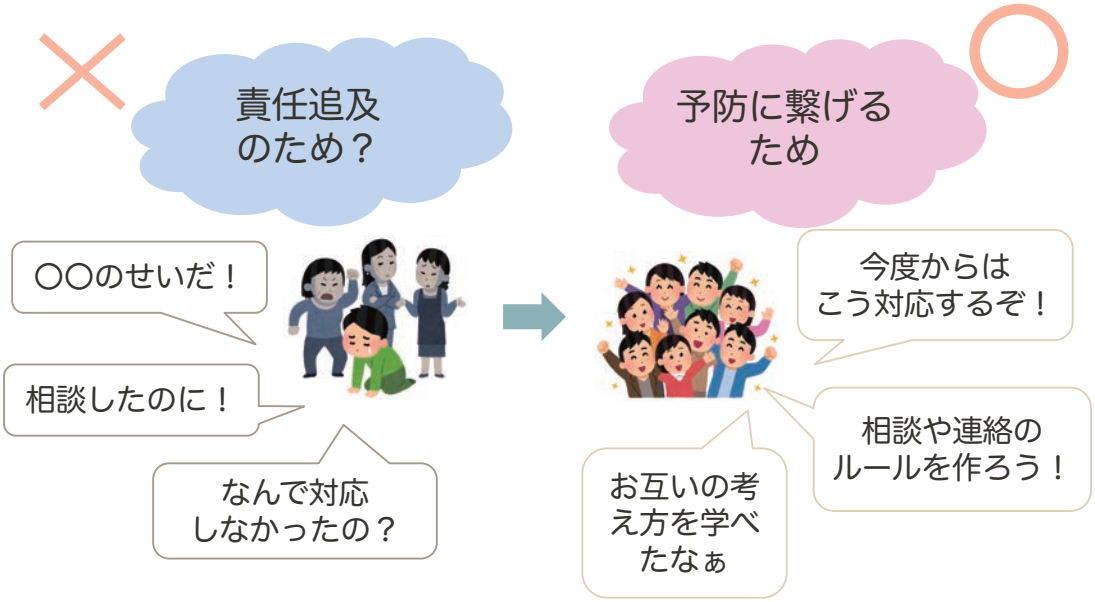
ことで、将来のこどもの死亡を
減らすことを目的に行います。



こどもにとって
より安全でより健康な
地域やサービスをつくり、
将来の子どもの死亡を予防する

チャイルド・デス・レビュー とは？

1-3. あくまでも予防のために



チャイルド・デス・レビューとは？

1-4. CDRが対象とするもの

全てのこどもの死亡を対象とします

- 病気による死亡（内因死）
  - 感染症、白血病、先天性心疾患など
- 病気以外の死亡（外因死）
  - 交通事故、自殺 、虐待など
- 死因が明らかでない死亡

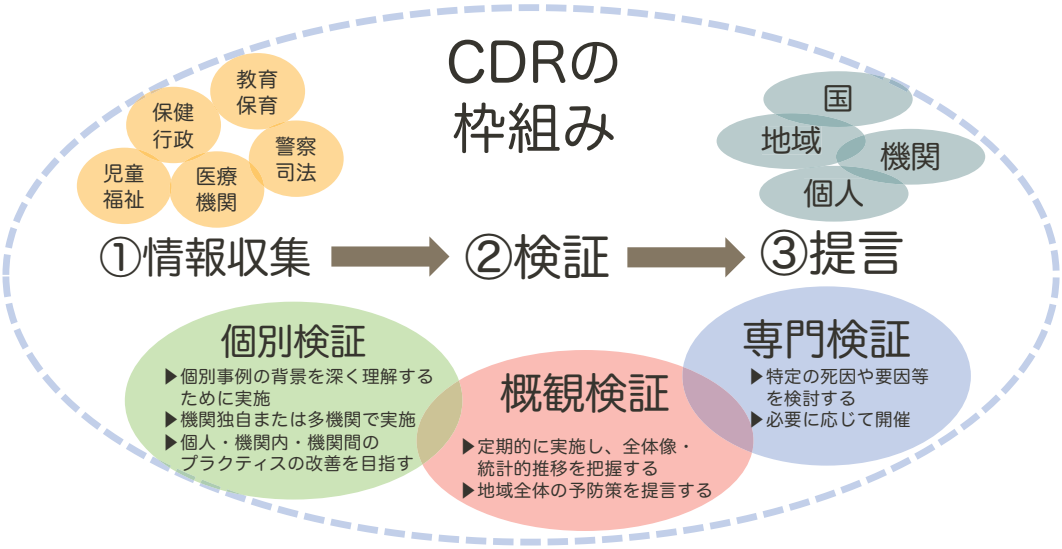
- 既存の検証制度には、「子どもの虐待重大事例検証」、「教育・保育施設等事故報告検証」、「学校事故検証」、「自殺といじめの関連検証」、「消費者生活用製品に係る重大製品事故」、「医療事故調査制度」、などがあります。
- 既存の検証制度との違いは、特定の死因を対象とするのではなく、全死亡事例を対象とします。既存の制度から漏れているような症例も対象に含め、継続的に地域で検証していく点です。

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

チャイルド・デス・レビューとは？

1-5. CDRの枠組み

- CDRの枠組みの中に、情報収集・検証・予防策の提言が含まれています。



検証を行うプロセスについて

2-1. 検証の全体像

- 検証会議の準備方法・検証方法の大まかな流れについて説明します。

小児死亡の発生 → 個別検証会議 → 概観検証会議

情報収集
検討委員の選出
会議の設定

集計・統計
提言のまとめ

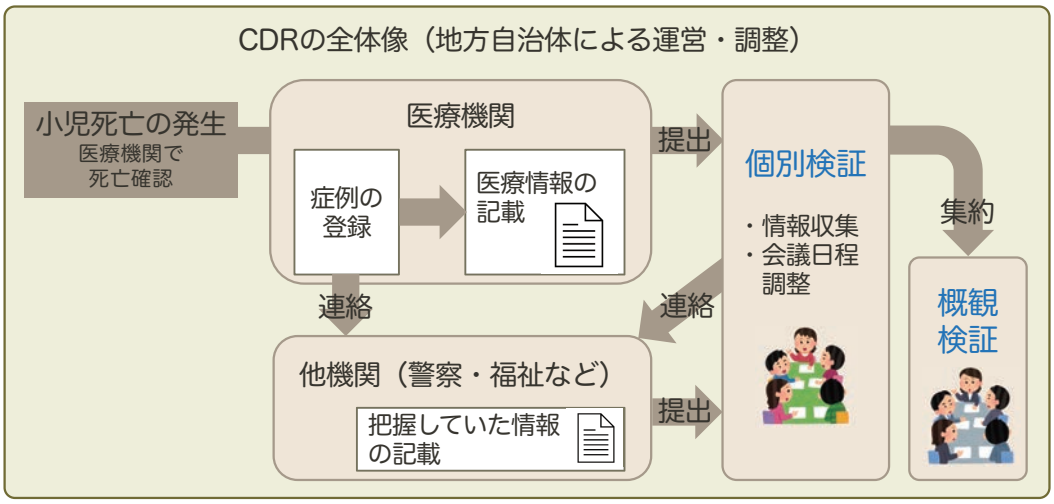
- 各機関・専門職における検証のための情報提供・フォームの記載方法など詳細な説明は、下記を参照してください。

Part 2: 医療機関における検証の準備について

Part 3: 医療機関以外のその他の関係機関における検証の準備について

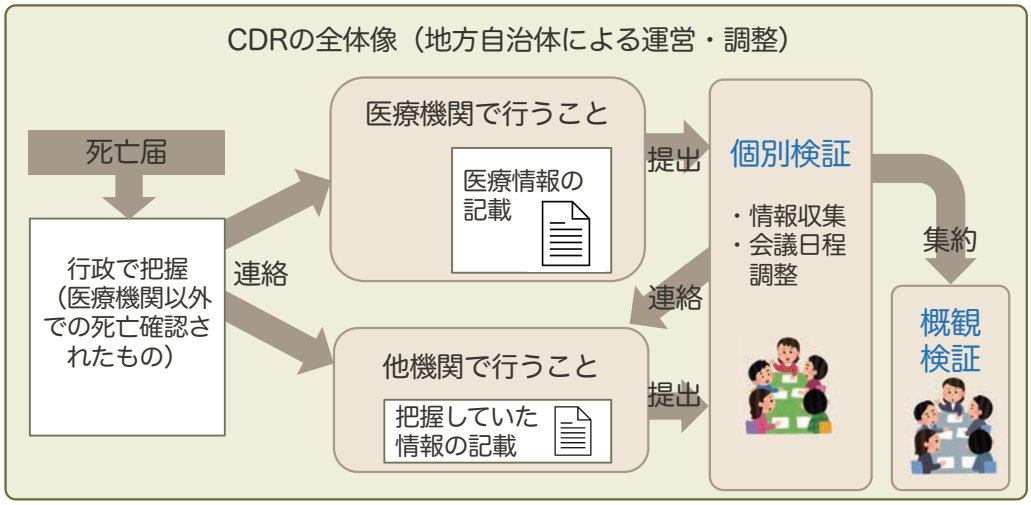
Part 4: 検証・全体の運営について

検証を行うプロセスについて
2-2. 全体像
（医療機関で死亡を確認した場合）



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

検証を行うプロセスについて
2-3. 全体像
（医療機関で把握されていない死亡の場合）



死後時間が経って発見された場合、医療機関に搬送されずに死亡が確認される場合があります。各地域の実情に合わせて、効果的な連絡経路の確立が必要です。

検証を行うプロセスについて

2-4. 検証を行うメンバー

- 多職種・多機関で検証するために、以下のような様々な職種の専門家が意見を交換します。

【検証委員の候補】
- ◘医療関係者：小児科医、救急医、看護師、助産師、救急隊
- ◘公衆衛生専門家：疫学、感染症、事故予防
- ◘死因究明の専門家：法医、病理医
- ◘司法関係者：警察、検察、弁護士
- ◘行政機関：保健所・保健センターの保健師、政策決定者など
- ◘児童福祉：児童相談所の職員、ソーシャルワーカー
- ◘教育・保育関係：保育園・幼稚園・学校の先生、養護教員、教育委員会
- ◘地域の関係機関：子育てサークル、DVシェルター、支援団体など

全ての専門職が必ず集まる必要はありません。実際に始める際には集まれた職種のメンバーで開始し、検証のプロセスに慣れていきながら、必要な職種の参加を呼びかけていくことも一つの方法です。

CDRを実施するには

3-1. 地方自治体が行う準備
（体制整備）

- 検証を行う前に、事前準備として情報収集・検証・提言をまとめるための体制づくりをすることが非常に重要になります。
- 全体の取りまとめ役として、地方自治体のCDR担当者には、以下のような様々な調整が必要となることが考えられます。

地方自治体の運営担当者

【情報収集・検証を始める前の準備内容】
- ✓ 地域における死亡数を把握
- ✓ 関係機関における連絡担当者との連絡
- ✓ 調査票を送るために必要な手続き
- ✓ 検討会議の司会・参加者・日程・場所の検討
- ✓ 各関係機関とのスケジュール調整

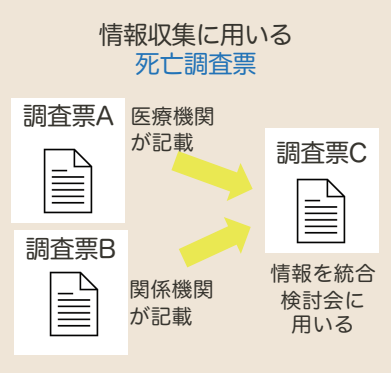
全て最初から地方自治体の担当者だけで行うのが大変な場合は、関係機関で分担できる業務内容もあるかもしれません。まず関係機関との連携・対話から始めてみてください。

CDRを実施するには

3-2. 調査票を用いた情報収集

- 検証を行うために、情報収集をすることが非常に重要になります。
- 死亡調査票という用紙を用いて、必要最低限の情報を収集します。
- 地方自治体のCDR担当者は、関係機関に調査票を送り、情報収集を依頼します。

- 調査票の内容は３つに分かれています。
  A：医療機関が記載する
  B：関係機関が記載する
  C：情報を統合して検討会で用いる



CDRを実施するには

3-3. 医療機関による情報収集

- 医療機関が行う準備としては、
  ✓ 死因
  ✓ 医学的背景について
  ✓ 死亡に至った状況
  ✓ 死亡後の対応
  などを記載します。

- 詳細な調査票の記入法や注意事項については、Part 2 を参照してください。

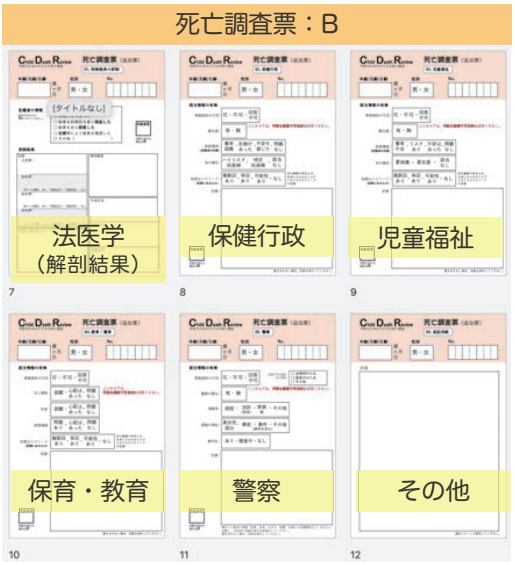
CDRを実施するには

3-4. 多機関による情報収集

- 他機関には、保健行政、児童福祉、警察、保育・教育機関などが含まれます。
- 各機関において、
  - ✓ リスクを把握していたか
  - ✓ 過去の関与歴

  などを、簡潔に記載します。

- 詳細な調査票の使い方や注意事項については、Part 3 を参照してください。

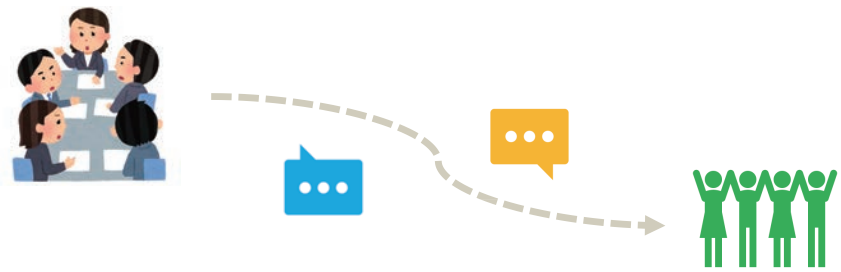


予防策の提言について

4-1. 実際に予防が起きるには？

- 検証してから、実際に「予防」が起こるまでには、様々なステップがあります。

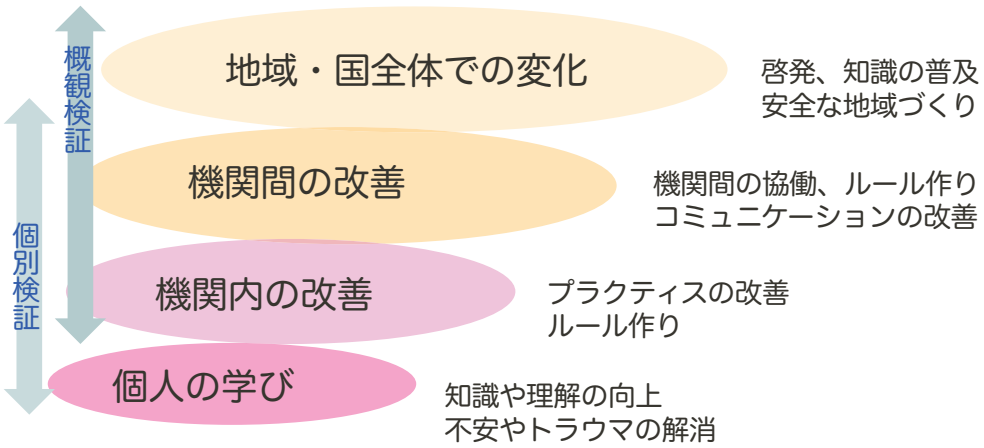
- そもそも検証の成果には、どのようなものがあるでしょうか？



予防策の提言について

4-2. 検証の結果望まれること

- 検証後の成果には、様々な段階のものが含まれます。



予防策の提言について

4-3. 検証の成果 ①

個人の学び・改善

- ささやかな学びや気づきも、予防に繋がっていきます。

CDRは「予防のため」に実施していますが、なかなか予防のプロセスは実感しにくかも知れません。上記のような気づきもまた、予防にむけた大切な一歩となります。

予防策の提言について

4-4. 検証の成果 ②

機関内・機関間での改善

- 以下のような改善も、予防に繋がる一歩となります。

救急車を呼んだ人の家がわかりにくく、玄関のドアも鍵がかかってて、すぐに入れず困った事例があった。

➡ 次からは、救急車を待ってる間は、鍵を開けておいて、玄関の電気をつけておくように、伝えよう！

ホテルや帰省先での乳児のうつ伏せ寝・添い寝による死亡が多かった。

➡ ホテルでベビーベッドの貸し出しをしたり、旅先での睡眠についての注意喚起のポスターを貼ろう！

上記のような小さな工夫や改善もまた、予防にむけた大切な一歩となります。
予防策の提言は地域や個々の実情に合わせて行われていくことが大切です。

予防策の提言について

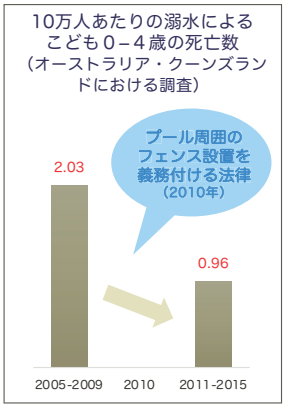
4-5. 検証の成果 ③

地域・国全体での改善

- CDRの結果を使って、こどもの死亡を防ぐための条例等の整備を目指すことも必要です。
- 例えば、

✓ シードベルトやチャイルドシート
✓ 運転速度規制や飲酒運転の取り締まり
✓ 車内置き去りによる熱中症予防
✓ プールや海での監視員の配置
✓ プール周囲のフェンスの設置

オーストラリアでは自宅のプール周囲にフェンスを設置する法律を2010年に制定
→0–4歳の溺死は半減しました（右図）



(Franklin & Peden, 2017)

上記のような対応は、CDRだけで達成することはできません。
多くの関係機関・専門職に結果を還元し、必要な条例等の整備を訴えていくことが重要です。

Part 1: CDR入門編 まとめ

- こどもは社会の財産であり、死亡から教訓を学ぶことで、将来の死亡の予防をすることに繋がります。
- チャイルド・デス・レビューは以下の三要素が重要です。
  ①こどもの死に至る情報収集
  ②多職種での検証
  ③予防策の提言
- 個別検証と概観検証は行う目的が違いますが、どちらも予防にむけたプロセスを明らかにするために行います。
- 予防に実際に起こるためには様々なステップがあり、地域の状況に応じた工夫や改善を提言していくことが大切です。

3-1-2　CDR 啓発資材　part 2. 準備編（医療機関・医療職対象）

この啓発資材は、本研究班によって 3-1-1 項に挙げた「part 1. 入門編」に続いて、医療機関あるいは医療職に対して、CDR（モデル事業）において規定の死亡調査票（3-2-1「死亡調査票（R2-R6 の CDR モデル事業で使用したもの）」参照）を使った情報提供をする際の注意点等を伝達する目的で作成された。

原本はスライド投影用の PC ファイルである。

対象者
- 医療機関の専門職で、これからCDRに関わる方
- 情報提供のフォーマットについて学びたい方

令和3年度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）
作成日：2022年12月1日
改訂日：2025年3月31日
担当：沼口、山岡、内田

CDR研修用資料

全体の構成

Part 1 入門編： CDRについて	Part 2 準備編： 情報収集について （医療機関向け）	Part 3 準備編： 情報収集について （医療機関以外の多機関向け）	Part 4 運営編： 概観検証・全体の運営について

今回はこちらの話になります

内　容

1. 検証を行うために必要な準備とは
   - 情報共有で得られるメリット
   - 情報共有する際の注意事項

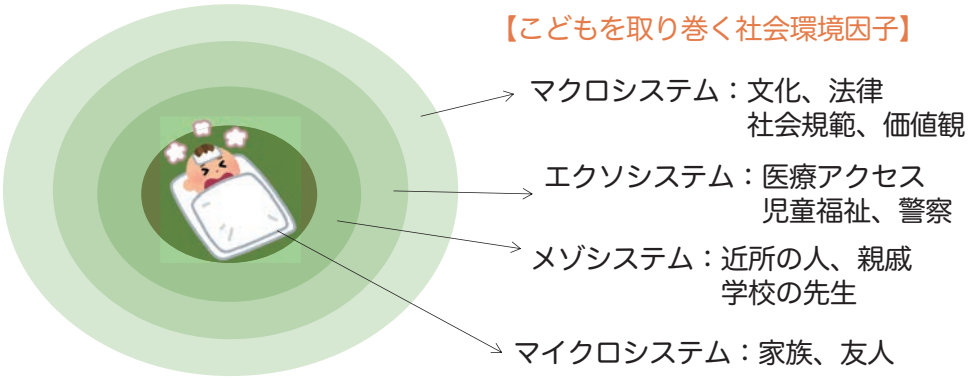
2. 死亡調査票について

3. 情報の利用のしかた

検証を行うために必要な準備

1-1. こどもを取り巻く様々な要因

- 死にいたる過程を包括的に理解し、予防策を総合的に検証するには、こどもを取り巻く様々な要因を検討する必要があります。
- そのためには、多職種からの情報が不可欠です。



検証を行うために必要な準備

1-2.情報共有で得られるメリット

多職種の情報を持ち寄ることで得られるメリットは、沢山あります。

- 家族の社会背景・家庭環境をより深く理解できる
- 時系列での経過を把握することができる
- それぞれの職種がどのような情報を持っているのかがわかる
- どのような状況の判断だったのかが理解できる
- どのような情報があれば、別の判断ができたかが検討できる
- 複数の事例を集めて、傾向を知ることができる

検証を行うために必要な準備

1-3. 情報共有する際の注意事項

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

【共有しない情報の例】
× （こどもの）名前
× 生年月日・死亡年月日

会議に参加する人は、機密保持の義務があります。

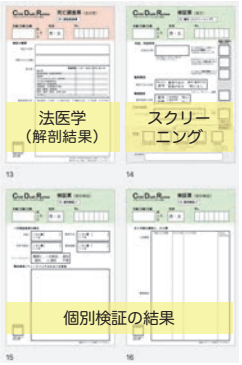
【会議参加の条件】
× 知り得た情報を会議の外では話さない
× インターネット・SNSには書かない

死亡調査票について

2-1. 死亡調査票の全体像

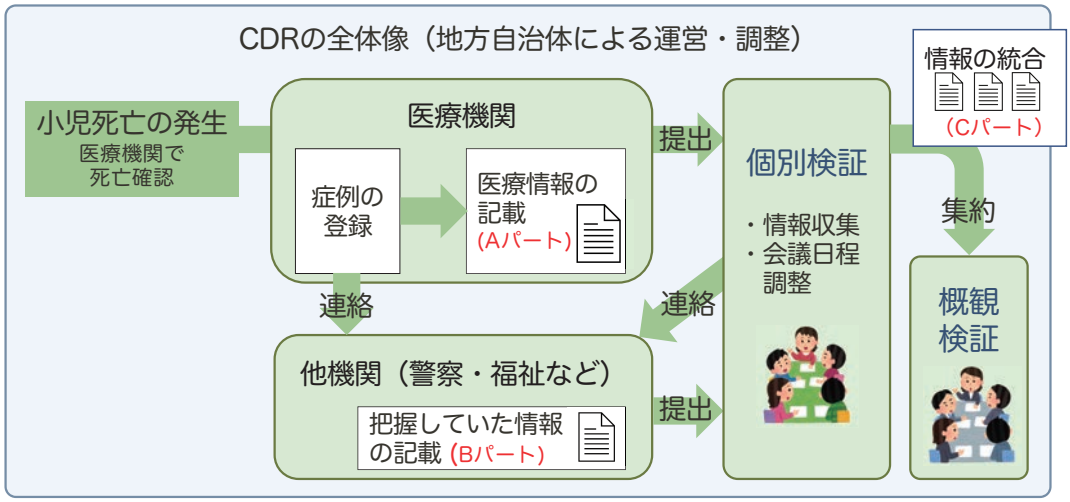
- 全部で16ページあり、構成は以下の３つのパートに分かれています。

Aパート	Bパート	Cパート
医療機関で死亡事例発症したあとに書く	個別の関係機関で把握していた情報を書く	概観検証前に情報を統合する



死亡調査票について
2-2. 全体像
（医療機関で死亡を確認した場合）

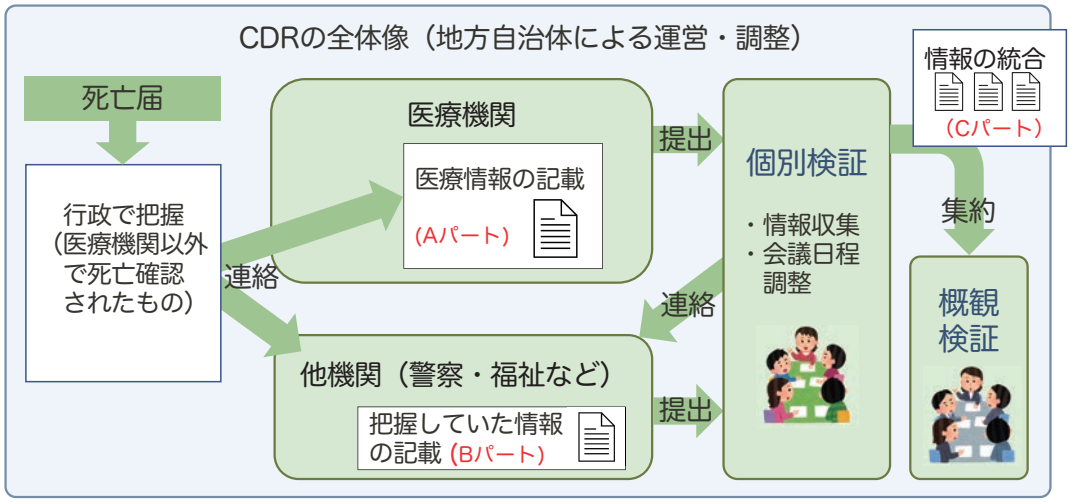
- 死亡確認後、医療機関で **死亡調査票のAパート** をまず記載します



各地域で様々なやり方があり、これは一つの見本です。

死亡調査票について
2-3. 全体像
（医療機関で把握されていない死亡の場合）

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



各地域の実情に合わせて、効果的な連絡経路の確立が必要です。

ここからは、実際に記入する際の注意事項を示します

2-4. Aパート
カバーページ

① 事例No.は、７桁の数字になります
都道府県番号＋XX（西暦下２桁）
＋番号YYY（3桁）

② 個別検証や専門家検証などで照合する必要が出てくる可能性があるので記載してください
（検証会議では共有しません）

③ 情報収集の状況把握のために、チェックリストを使います

照合：情報の有無を問い合わせた
依頼：死亡調査票（Bパート）の記入を依頼した
提出：死亡調査票（Bパート）を受け取った
非該当：関係していないことが確認された

記入時の注意事項　【記入者：医療機関】

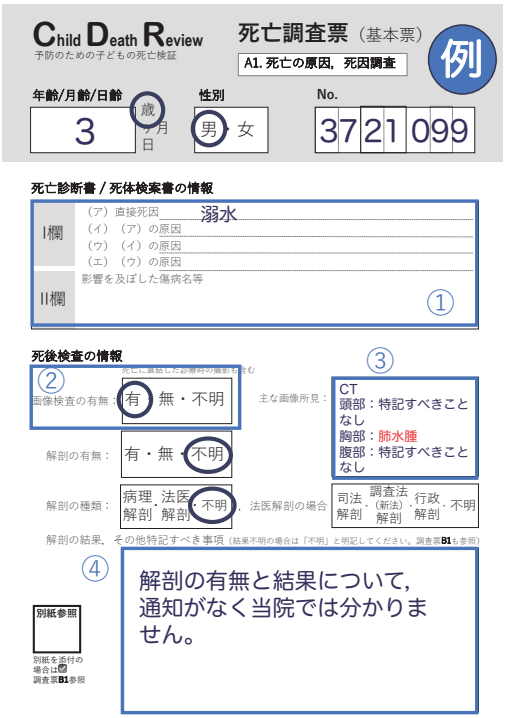
2-5. Aパート
A1 死因について

① 死亡診断書・死体検案書に記載されたとおりに書いてください

② 画像検査には、レントゲン検査、超音波検査、CT検査、MRI検査などが含まれます

③ 特記すべき所見を書いてください
（特に所見がない場合は、「特記すべきことなし」と記入）

④ 解剖によって特定された死因、その他の所見を書いてください
＊解剖をした方がよいと思われたが実施できなかった場合、その理由をこちらに書いてください



記入時の注意事項　【記入者：医療機関】

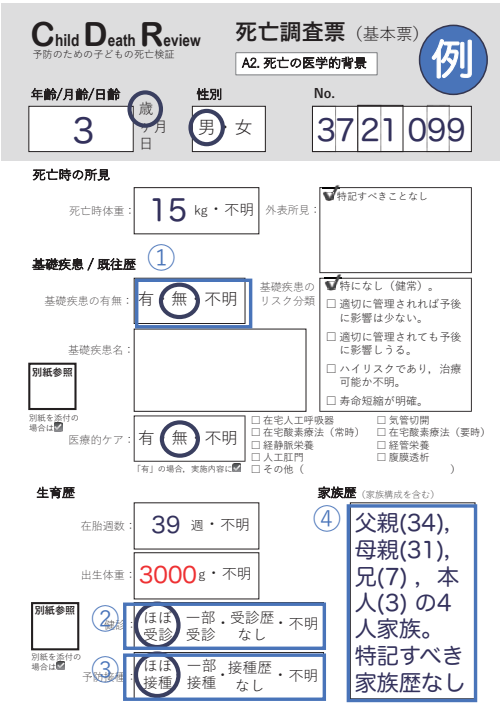
2-6. Aパート
A2 医学的背景

① 現在の治療・投薬の有無にかかわらず、何らかの指摘・診断された疾患（先天性疾患、アレルギー疾患、神経筋疾患、悪性腫瘍、発達障害など）を有していた場合、「基礎疾患あり」としてください

② 法定健診である３・4ヶ月健診、１歳半健診、３歳健診について、判断してください

③ 定期接種の予防接種について判断してください

④ 同居家族・同胞の人数・年齢・既往歴など書いてください



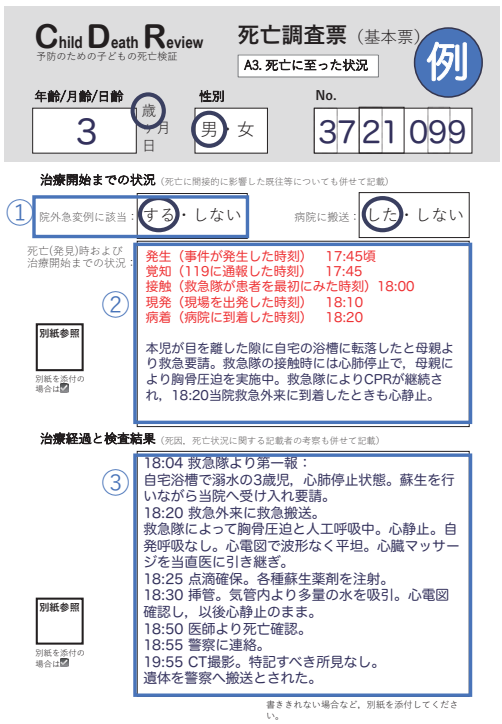
記入時の注意事項　【記入者：医療機関】

2-7. Aパート
A3 死亡に至った状況

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

② 個人情報は含めずに、簡潔に記載してください
病名以外の固有名詞（医療機関名など）は含めないでください

③ 医療機関についてからのことを、個人情報は含めずに、簡潔に記載してください



記入時の注意事項　【記入者：医療機関】

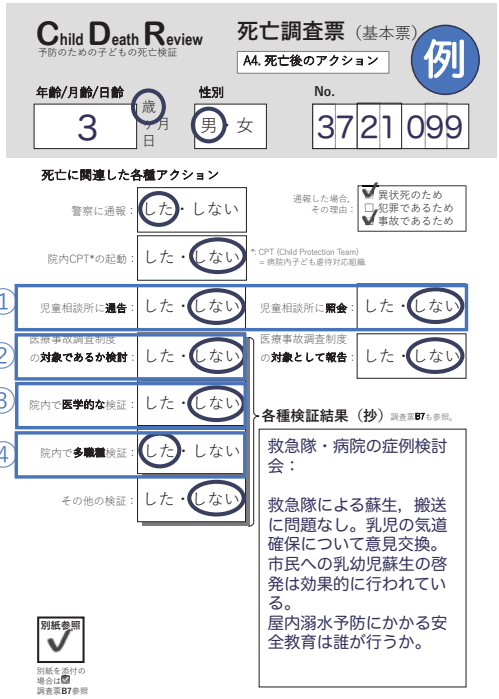
2-8. Aパート
A4 死亡後の対応

① CPTの有無にかかわらず、児童相談所に通告した場合は 、 通告「した」を選んでください
通告の前後で、または通告の有無にかかわらず、児に関して問い合わせを行った場合、 照会「した」を選んでください

② 医療事故の可能性を検討したかどうかを記載してください

③ 医療職のみで行った事例検討会、症例報告会、臨床病理検討会などを含みます

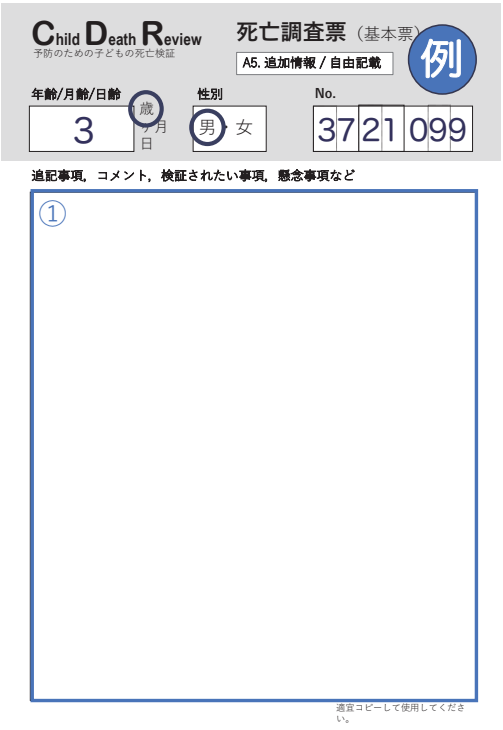
④ 医師以外の職種（看護・MSW・心理士など）を含む検証、院外の多職種（児童福祉・警察・消防など）を含む検証のいずれも該当します



記入時の注意事項　【記入者：医療機関】

2-9. Aパート
A5 追加情報

① その他、記載しておきたいことはこちらに書いてください



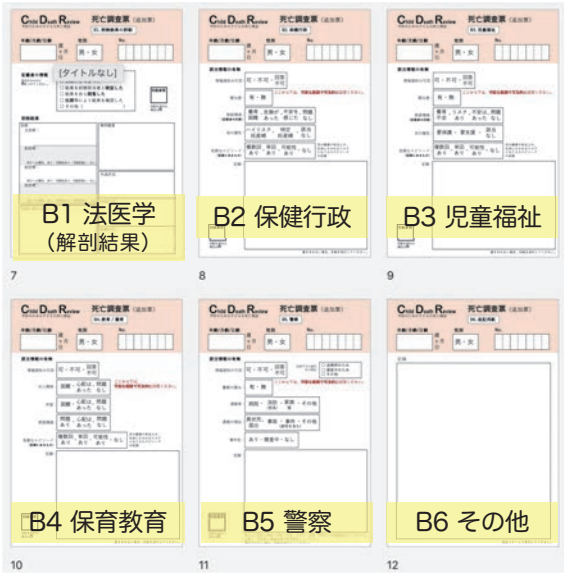
死亡調査票について

2-10. 死亡調査票（Bパート）

【Bパートの概要】

1. B1の解剖結果は、医療関係者が記載しますが、その他の情報は、各関係機関に記載を依頼します。

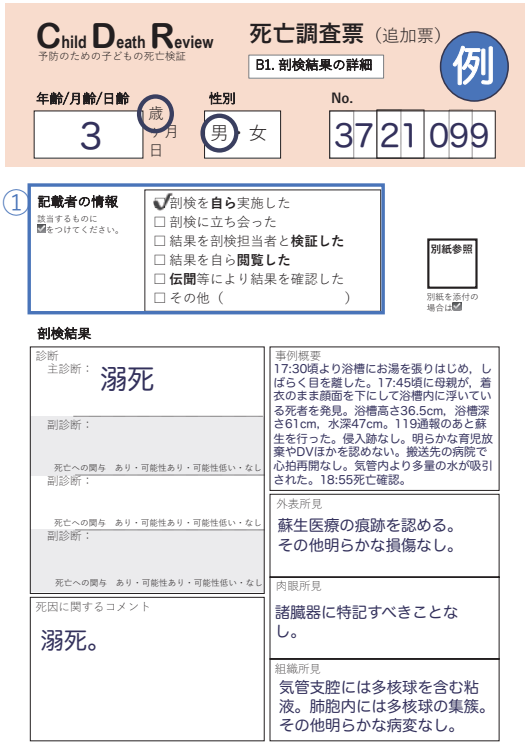
2. 他の関係機関にどのように連絡し、情報収集するかは、地域の実情にあわせて、体制を確認してください。



記入時の注意事項　【記入者：医療機関】

2-11. Bパート
B1 解剖結果

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

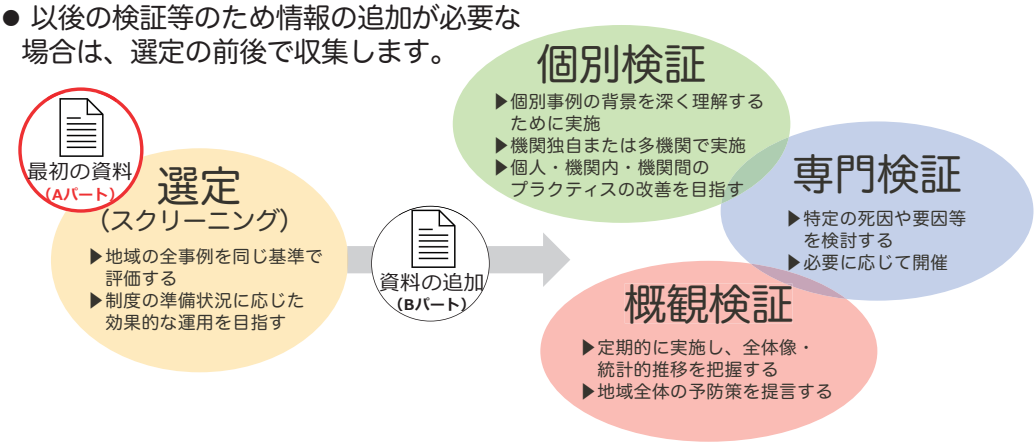


法医学や病理医の担当医に送付して記載を依頼する際には、「個人情報は含めずに」事件の概要や解剖結果を記載するよう、お願いしましょう。

情報の利用のしかた

3-1. 検証全体の構成

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

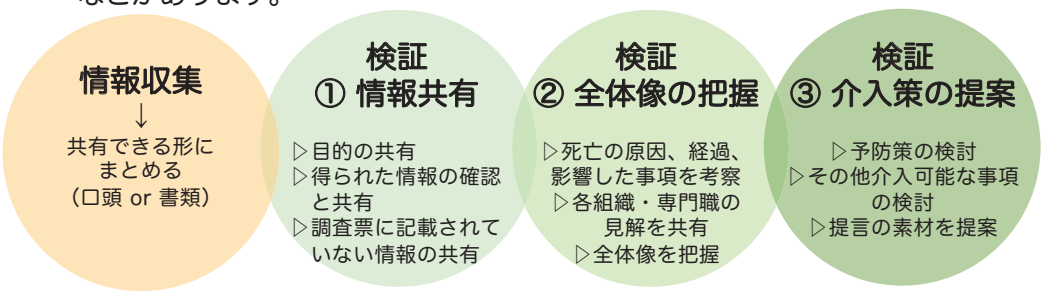


ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた

3-2. 個別検証

- 選定された高関心事例について、死因や背景要因などを分析して、潜在する課題を抽出し、新たな対策を創出することが、個別検証の目的です。
- 直接事例に関わった者で検証する方法や、直接は関係しない者で検証する方法があります。
- 個人情報を抜いた形で、口頭で説明する方法や、サマリー資料を配布する方法などがあります。



具体的な検討会の様子を紹介する「模擬動画」がありますので、そちらをご覧ください。
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた
3-3. 概観検証

- 地域の全体像について検証することが、概観検証の目的です。
- 個別検証の知見を、地域レベルでの包括的な予防対策へ「橋渡し」します。
- 各部門や組織の全体像を把握する立場の参加が好ましいです。

選定（スクリーニング）の結果確認と分析
▷ 選定の妥当性を評価
▷ 地域の課題を分析

個別検証の結果確認と一般化
▷ 個別検証結果の妥当性を評価
▷ 得られた提言素材を横断的評価

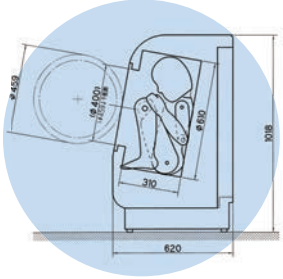
自地域の取り組みの評価
▷ 既存の各種検証等の実施状況や連携を評価
▷施策の実現状況をトラッキング

CDRの実効性の担保
▷ 他地域との比較と経験の共有
▷ 他地域や中央との連携
▷制度の課題を抽出

決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた
3-4. 専門検証

- 既存の報告や制度では十分に対応できない課題に対して、高い専門性をもって事例を分析し新たな対策を開発することが、専門検証の目的です。
- 事例を集めて類似点を探索する、検証の効率を高める、匿名性を担保する等の目的で、複数地域や複数年度の事例をまとめることも想定されます。
- 専門性の高い有識者の参加や、専門家集団の内部での検証も考えられます。



決まったルールなどはありませんので、それぞれが工夫して実践してください。

Part 2: CDR準備編
まとめ

- 予防策を検討するためには、多面的・多角的な情報を収集することが必要となります。
- 死亡調査票は、なるべく同じ基準で記入していくことで、情報の質を担保していく必要があります。
- 医療機関からのの情報（死亡調査票Aパート）は，検証対象の選定など以後の判定において，最も重要な基礎情報となります。
- 多職種で検証する際には、個人情報を共有せずに話し合います。また参加者は機密保持の義務があります。
- 検証の際には、死亡調査票で集められた以外の情報も口頭で共有するなどして、理解を深めることもあります。

3-1-3　CDR 啓発資材　part 3. 情報共有編（非医療職の多職種対象）

この啓発資材は、本研究班によって 3-1-2 項に挙げた「part 2. 準備編」に続いて、非医療職に対して、CDR（モデル事業）において規定の死亡調査票（3-2-1「死亡調査票（R2-R6 の CDR モデル事業で使用したもの)」参照）を使った情報提供をする際の注意点等を伝達する目的で作成された。

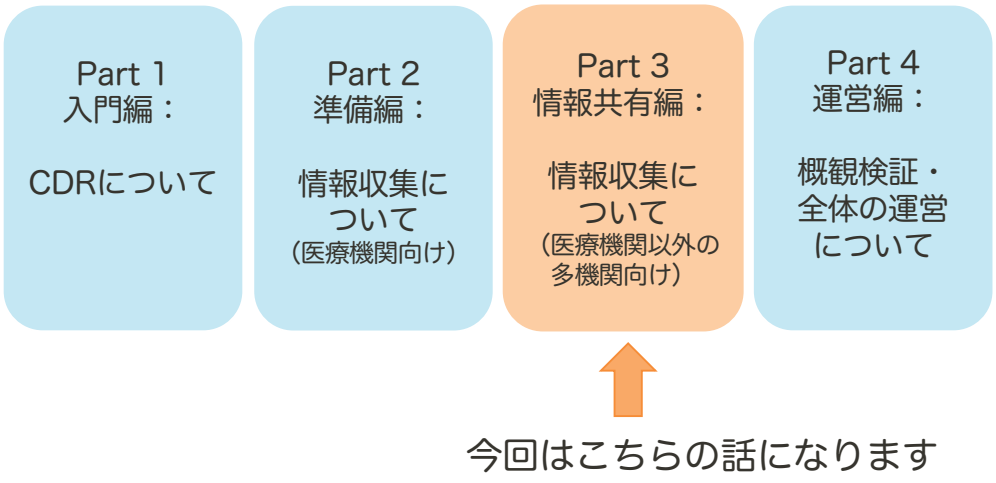
原本はスライド投影用の PC ファイルである。

対象者
・医療職以外の専門職で、これからCDRに関わる方
・情報共有のための調査票について学びたい方

令和3年度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）
作成日：2021年3月1日
改訂日：2025年3月31日
担当：沼口、山岡、内田

CDR研修用資料

全体の構成



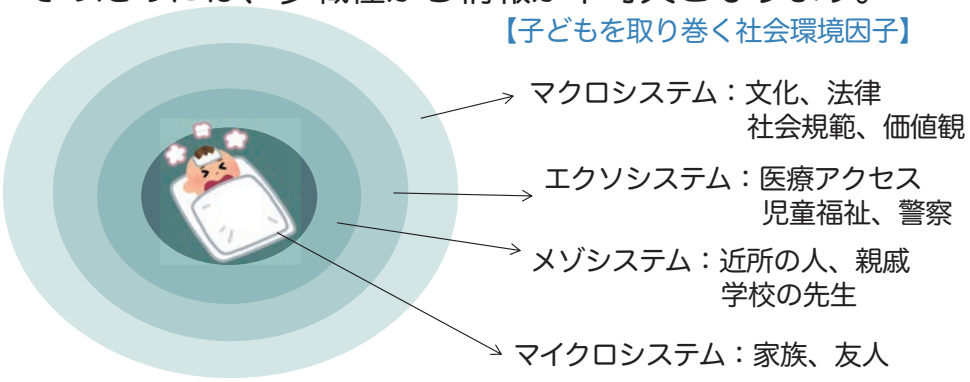
内　容

1. 検証を行うために必要な準備とは
   1. 情報共有で得られるメリット
   2. 情報共有する際の注意事項
2. 死亡調査票について
   1. 調査票の全体像
   2. 各機関の情報の大切さ
3. 情報の利用のしかた

検証を行うために必要な準備

1-1. 子どもを取り巻く様々な要因

- 死にいたる過程を包括的に理解し、予防策を総合的に検証するには、子どもを取り巻く様々な要因を検討する必要があります。
- そのためには、多職種から情報が不可欠となります。



検証を行うために必要な準備

1-2.情報共有で得られるメリット

多職種の情報を持ち寄ることで得られるメリットは、沢山あります。

- 家族の社会背景・家庭環境をより深く理解できる
- 時系列での経過を把握することができる
- それぞれの職種がどのような情報を持っているのかがわかる
- どのような状況の判断だったのかが理解できる
- どのような情報があれば、別の判断ができたかが検討できる
- 複数の事例を集めて、傾向を知ることができる

検証を行うために必要な準備

1-3.医療職以外の専門職への期待

例えば医療職は受診してからの様子しか把握していないため、他職種の方々に普段の状況を聞いてみたいと思っています。

検証を通して事例の理解を深め、価値観や判断を共有できます。

- 普段の保育園や学校での様子
- 保健・福祉サービスを利用したときの様子
- 死亡現場や事故現場の状況
- 保護者や周りの家族の人の言動

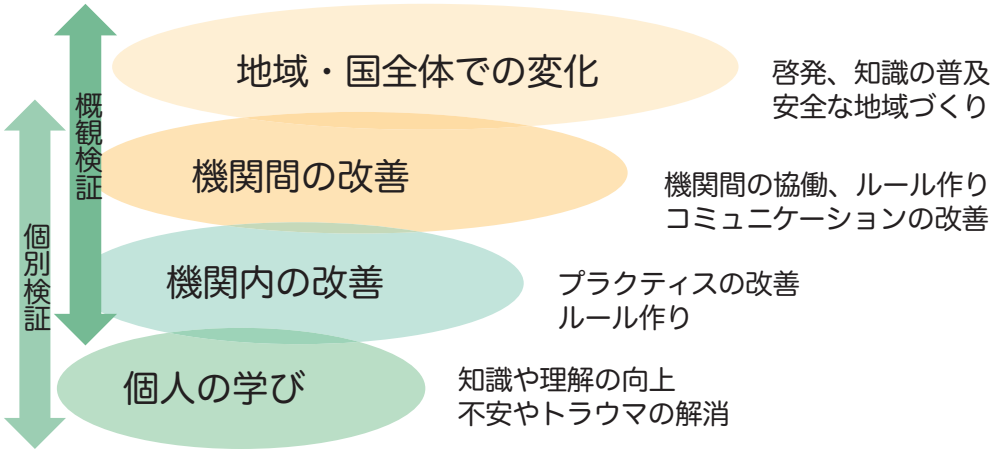
事故現場の様子は
どんな感じでしたか？

家庭訪問での
親子の様子は
どうでしたか？

検証を行うために必要な準備

1-4.医療職以外の専門職への期待

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



検証を行うために必要な準備

1-5. 情報共有する際の注意事項

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

【共有しない情報の例】
× （子どもの）名前
× 生年月日・死亡年月日

会議に参加する人は、機密保持の義務があります。

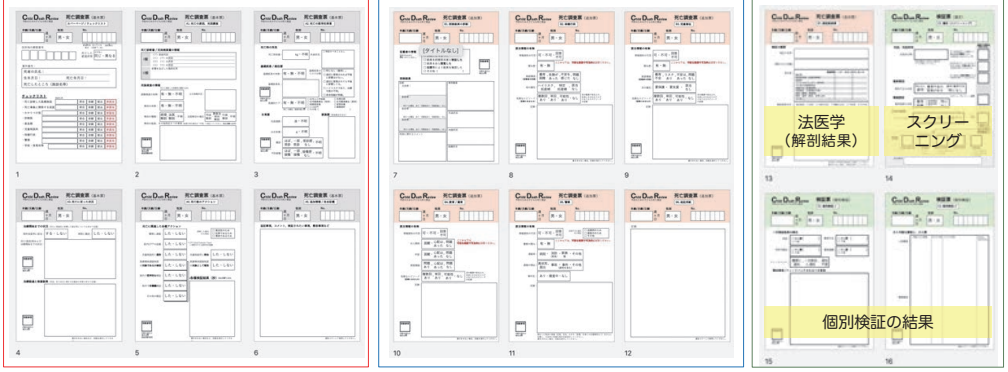
【会議参加の条件】
× 知り得た情報を会議の外では話さない
× インターネット・SNSには書かない

死亡調査票について

2-1. 調査票の全体像

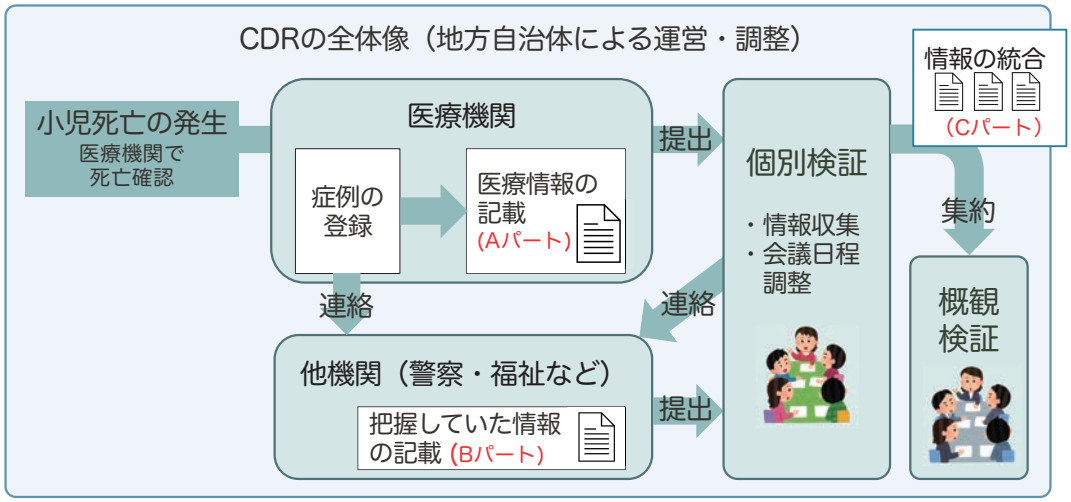
・全部で16ページあり、構成は以下の３つのパートに分かれています。

Aパート	Bパート	Cパート
医療機関で死亡事例発症したあとに書く	個別の関係機関で把握していた情報を書く	概観検証前に情報を統合する



死亡調査票について
2-2. 情報収集の流れ
（医療機関で死亡を確認した場合）

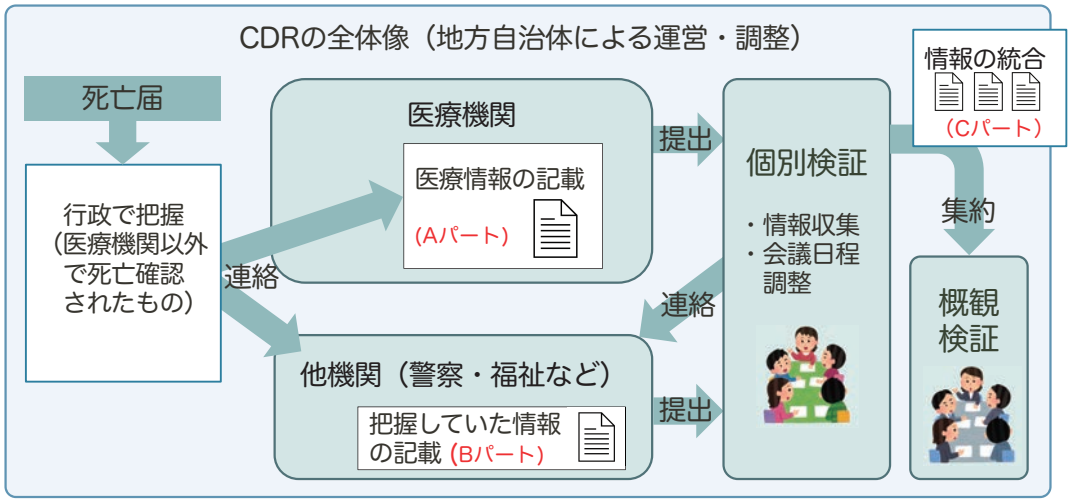
- 要請にしたがって、各機関で **死亡調査票のBパート** を記載します



各地域で様々なやり方があり、これは一つの見本です。

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

- 要請にしたがって，各機関で **死亡調査票のBパート** を記載します

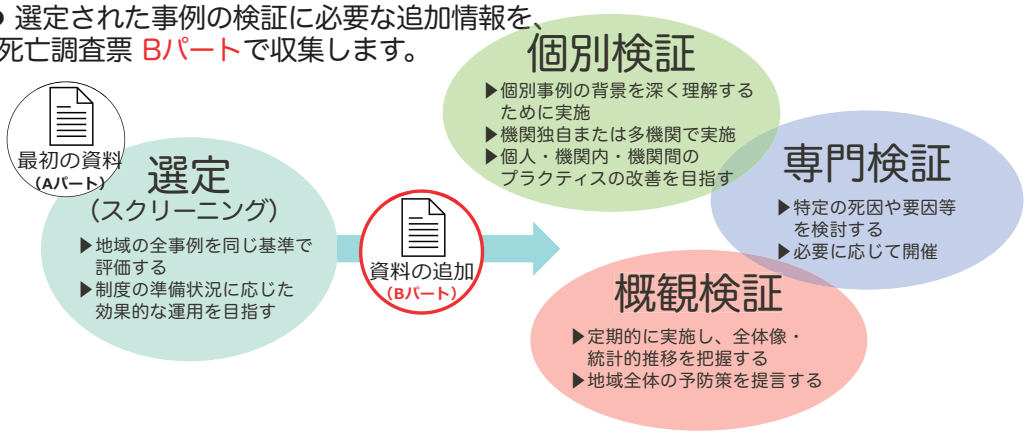


各地域の実情に合わせて、効果的な連絡経路の確立が必要です。

死亡調査票について

2-3. 検証全体の構成

- 最初に収集された資料（主に医療機関の情報；死亡調査票 Aパート）をもとに、個別検証の対象事例を選定（スクリーニング）します。
- 選定された事例の検証に必要な追加情報を、死亡調査票 Bパートで収集します。



ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

死亡調査票について

2-4. 死亡調査票（Aパート、B1）

【AパートとB1の概要】

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

記入時の注意事項　【記入者：保健行政の関係者】

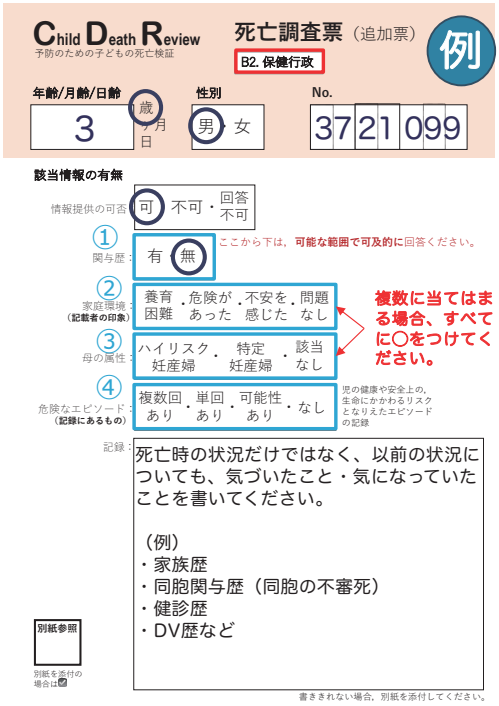
2-5. Bパート
B2 保健行政

① 面談、乳幼児健診や家庭訪問などの情報から、何らかの支援が必要であると考えられ、面談や電話相談、家庭訪問などをしたことがある場合は、**関与歴「有」**としてください。

② 以下の場合、○をつけてください。
養育困難：衣食住が不適切であったり、偏ったこだわりを持った育児など、虐待のおそれや社会経済的な問題を抱え、支援が必要と考えられた家庭であった場合
危険があった：過去に入院を必要とする / 複数回治療を必要とするようなけが、監督不十分な状況で発生したけが，必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などがあった場合
不安を感じた：若年妊娠や望まない妊娠など、育児ストレス、産後うつ、子育てへの強い不安や孤立感などを抱え、養育状況に懸念事項があった場合。未受診妊婦の場合

③ ここでは、以下の定義で○をつけてください。
特定妊産婦：要対協として要支援・把握していた場合
ハイリスク妊産婦：特定妊産婦ではないが、身体的・精神的リスクがあった場合
該当なし：リスクを認めなかった場合
判断不可：妊娠期の情報がない場合

④ 危険なエピソードとは、入院を必要とするようなけが、監督不十分な状況で発生したけが，必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などを指します



記入時の注意事項　【記入者：児童福祉機関の関係者】

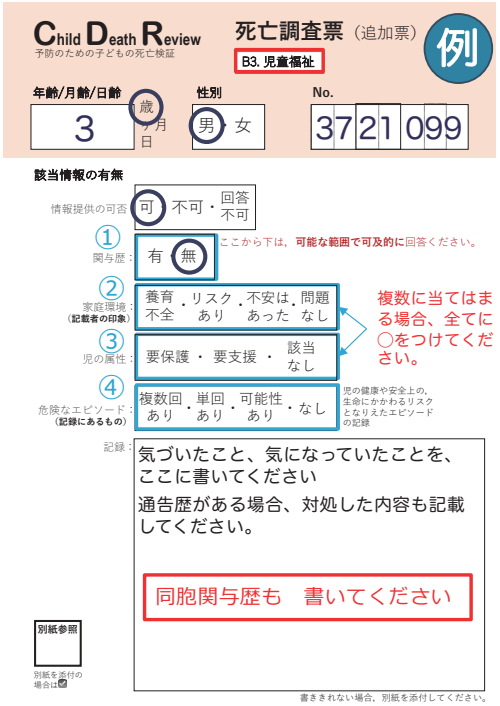
2-5. Bパート
B3 児童福祉

① 通告相談を受けて、死亡した児に対して調査、支援、家庭訪問、一時保護、措置分離などを行ったことがある場合は、**関与歴「有」**としてください。
＊関与歴がある場合、どのように対処したかを記録欄に記入してください。また同胞に関与歴がある場合も、その旨を記入してください。
（調査、支援、家庭訪問、一時保護、措置分離など）

② 以下の場合、○をつけてください。
養育不全 ：衣食住が不適切であったり、虐待のおそれや社会的な問題を抱え、支援が必要な状況があった
リスクあり：入院につながるような事故や必要な医療を受けさせないで生じる疾患のリスクがあった
不安を感じた ： 育児ストレス、産後うつ、子育てへの強い不安や孤立感などを抱え、養育状況に懸念事項があった

③ ここでは、以下の定義で○をつけてください。
要保護：一時保護、措置あり
要支援：一時保護はしていないが、面談・家庭訪問・心理療法などを行ったことがある
該当なし：関与歴なしの場合

④ 危険なエピソードとは、過去に入院を必要とするような事故によるけが、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害などを指す



記入時の注意事項　【記入者：保育所・幼稚園・学校の関係者】

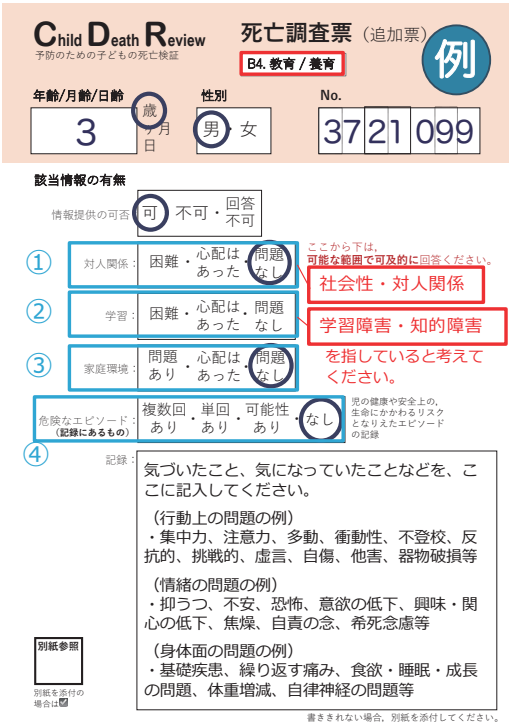
2-5. Bパート
B4 教育 / 養育

① 以下の場合、○をつけてください。
対人関係困難：発達障害や問題行動などで教員や友人との人間関係のトラブルがあった場合
対人関係心配あり：発達障害や問題行動などで教員や友人との人間関係を築くことに懸念があった場合

② 以下の場合、○をつけてください。
学習困難：発達障害や問題行動などで授業理解や学習態度に問題があった場合
学習心配あり：発達障害や問題行動などで授業理解や学習態度に懸念があった場合

③ ここでは、以下の定義で○をつけてください。
家庭環境問題あり： 虐待のおそれがあったり、社会的問題を抱えており困難な養育状況であった場合
家庭環境心配あり： 養育状況に懸念事項があった場合

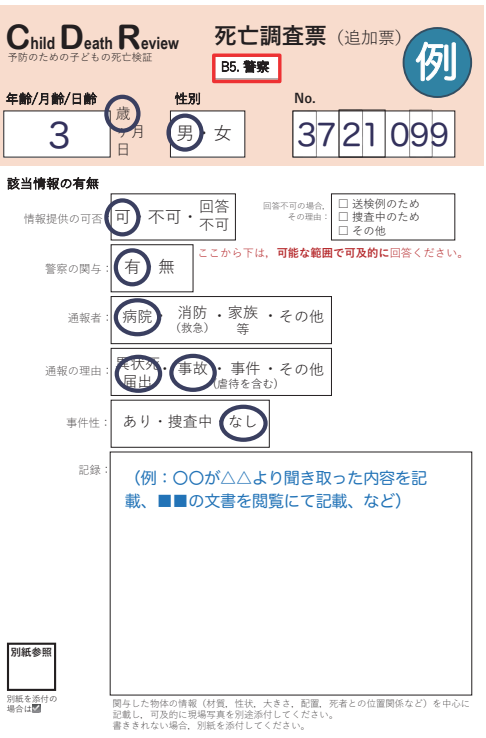
④ 危険なエピソードとは、特に死亡につながるような事故（疾患も含む）に関連するリスクが認められたことがあった（例：入院を必要とするような事故、必要な医療を受けさせないで生じた健康被害の既往など）



記入者【警察の関係者】

2-5. Bパート
B5 警察

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

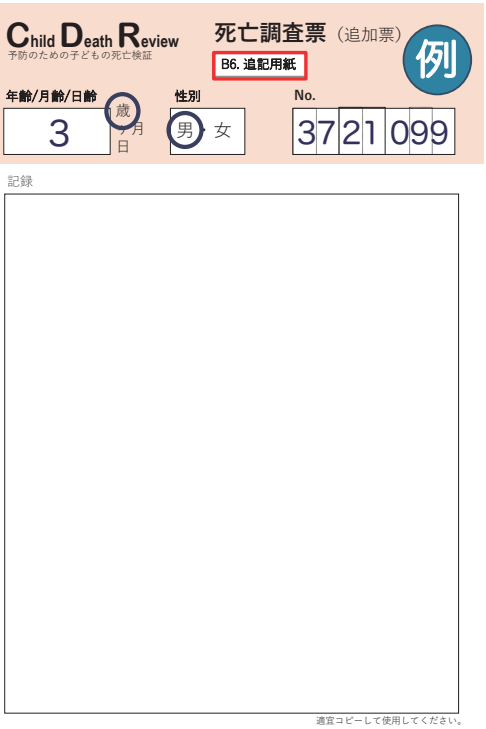


記入者【その他の関係者】

2-5. Bパート
B6 追記用紙

B2～B5で書ききれない情報はここに追記して下さい。

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



Child Death Review 予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B6. 追記用紙

例

年齢/月齢/日齢：3 歳 ヶ月 日

性別：男 女

No.：37 21 099

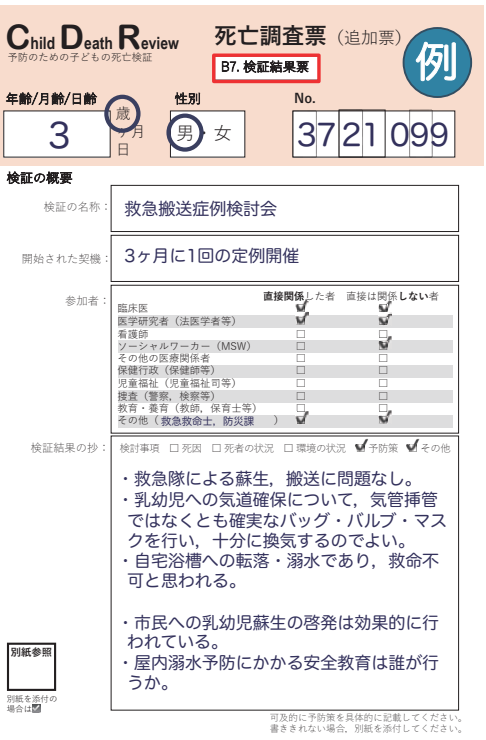
記録

適宜コピーして使用してください。

記入者【その他の関係者】

2-5. Bパート
B7 検証結果票

何らかの会議（CDRの個別事例検証以外）が行われた場合、記載してください。



Child Death Review 予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B7. 検証結果票

例

年齢/月齢/日齢：3 歳 ヶ月 日

性別：男 女

No.：37 21 099

検証の概要

検証の名称：救急搬送症例検討会

開始された契機：3ヶ月に1回の定例開催

参加者：

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

検証結果の抄：検討事項 □ 死因 □ 死者の状況 □ 環境の状況 ✓ 予防策 ✓ その他

・救急隊による蘇生，搬送に問題なし。
・乳幼児への気道確保について，気管挿管ではなくとも確実なバッグ・バルブ・マスクを行い，十分に換気するのでよい。
・自宅浴槽への転落・溺水であり，救命不可と思われる。

・市民への乳幼児蘇生の啓発は効果的に行われている。
・屋内溺水予防にかかる安全教育は誰が行うか。

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

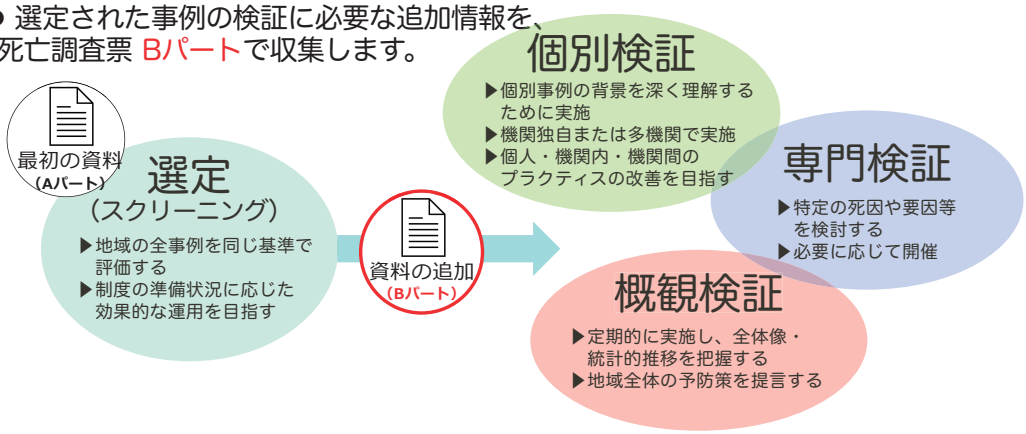
可及的に予防策を具体的に記載してください。書ききれない場合，別紙を添付してください。

情報の利用のしかた
3-1. 検証全体の構成

再掲

● 最初に収集された資料（主に医療機関の情報；死亡調査票 Aパート）をもとに、個別検証の対象事例を選定（スクリーニング）します。

● 選定された事例の検証に必要な追加情報を、死亡調査票 Bパートで収集します。



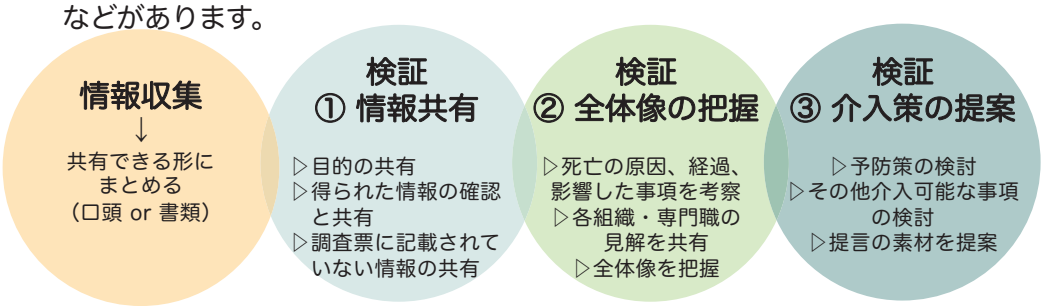
ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた
3-2. 個別検証

● 選定された高関心事例について、死因や背景要因などを分析して、潜在する課題を抽出し、新たな対策を創出することが、個別検証の目的です。

● 直接事例に関わった者で検証する方法や、直接は関係しない者で検証する方法があります。

● 個人情報を抜いた形で、口頭で説明する方法や、サマリー資料を配布する方法などがあります。



具体的な検討会の様子を紹介する「模擬動画」がありますので、そちらをご覧ください。
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた
3-3. 概観検証

●地域の全体像について検証することが、概観検証の目的です。

●個別検証の知見を、地域レベルでの包括的な予防対策へ「橋渡し」します。

●各部門や組織の全体像を把握する立場の参加が好ましいです。

選定（スクリーニング）の結果確認と分析
▷ 選定の妥当性を評価
▷ 地域の課題を分析

個別検証の結果確認と一般化
▷ 個別検証結果の妥当性を評価
▷ 得られた提言素材を横断的評価

自地域の取り組みの評価
▷ 既存の各種検証等の実施状況や連携を評価
▷施策の実現状況をトラッキング

CDRの実効性の担保
▷ 他地域との比較と経験の共有
▷ 他地域や中央との連携
▷制度の課題を抽出

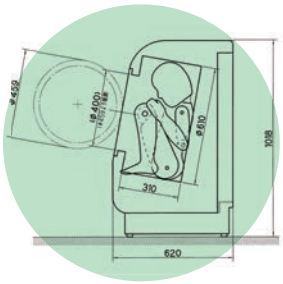
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

情報の利用のしかた
3-4. 専門検証

●既存の報告や制度では十分に対応できない課題に対して、高い専門性をもって事例を分析し新たな対策を開発することが、専門検証の目的です。

● 事例を集めて類似点を探索する、検証の効率を高める、匿名性を担保する等の目的で、複数地域や複数年度の事例をまとめることも想定されます。

● 専門性の高い有識者の参加や、専門家集団の内部での検証も考えられます。



決まったルールなどはありませんので、それぞれが工夫して実践してください。

Part 3: 情報共有編
まとめ

- 予防策を検討するためには、多機関から多面的・多角的な情報を収集して共有することが大切です。

- 調査票で集められた情報は、なるべく同じ基準で記入していくことで、情報の質を担保します。

- 多職種で検討する際には、個人情報を共有せずに話し合い、また参加者は機密保持の義務があります。

- 検討する際には、調査票で集められた以外の情報も口頭で共有し、理解を深めることもあります。

具体的な検証会議の様子を紹介する「模擬動画」がありますので、そちらをご覧ください。
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

3-1-4　CDR 啓発資材　part 4. 運営編（ファシリテーター対象）

この啓発資材は、本研究班によって 3-1-1 ～ 3-1-3 項に挙げた資料に続いて、ファシリテーターを目指す際に「CDR（モデル事業）およびその周辺事象について概略を整理する」目的で作成された。

原本はスライド投影用の PC ファイルである。

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

令和4年度厚生労働科学研究費
補助金事業（沼口班）
作成日：2023年3月31日
改訂日：2025年3月31日
担当：沼口、山岡、内田

CDR研修用資料

全体の構成

Part 1 入門編： CDRについて	Part 2 準備編： 情報収集について （医療機関向け）	Part 3 準備編： 情報収集について （医療機関以外の多機関向け）	Part 4 運営編： 検証の進行・全体の運営について

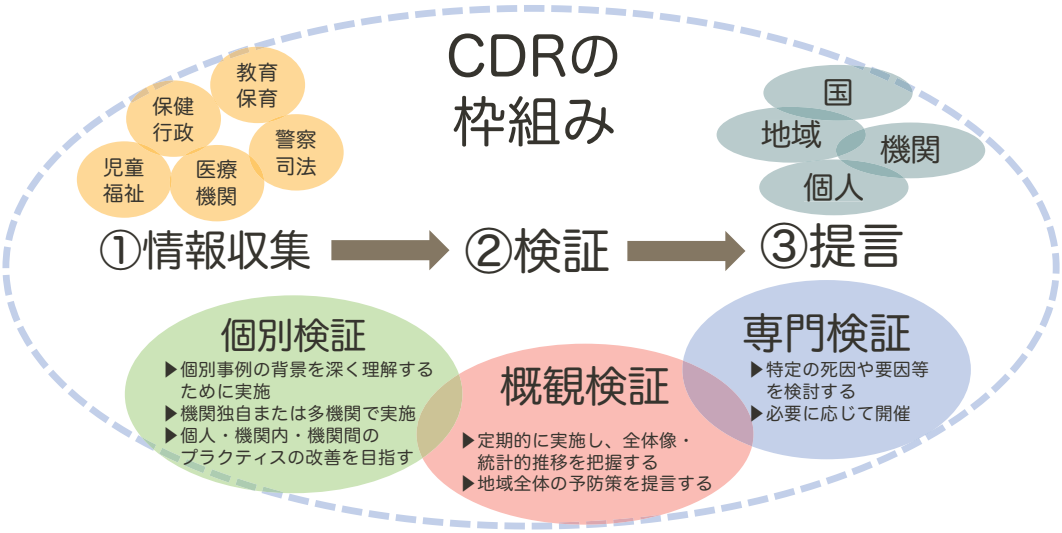
今回はこちらの話になります

内　容

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

CDRの構成
1-1. CDRの枠組み

・ CDRは、情報収集・検証・予防策の提言で行われます。

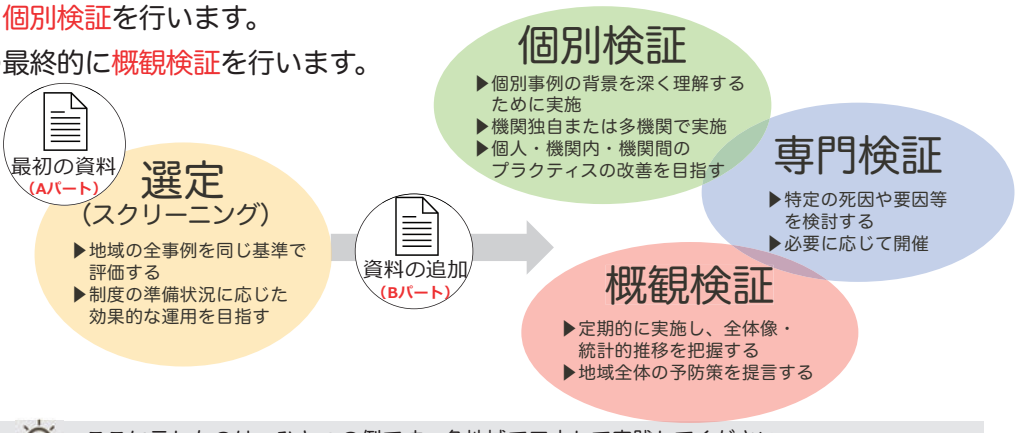


CDRの構成
1-2. 検証全体の構成

● 最初に収集された資料（主に医療機関の情報；死亡調査票 Aパート）をもとに、個別検証の対象事例を選定（スクリーニング）します。

● 追加情報（死亡調査票Bパート）を統合して個別検証を行います。

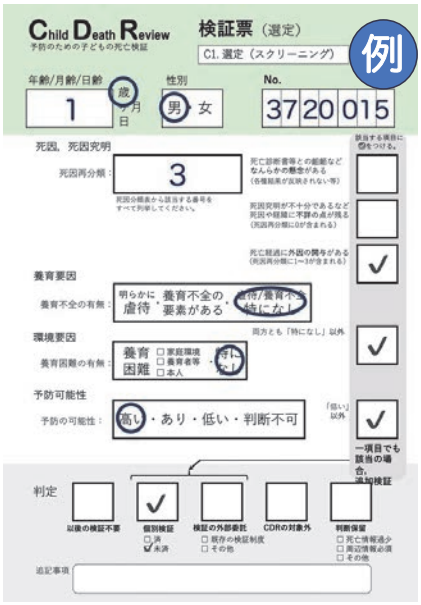
●最終的に概観検証を行います。



ここに示したのは、ひとつの例です。各地域で工夫して実践してください。

CDRの構成
1-3. 選定（スクリーニング）

- すべての事例を統一した基準で評価することで、CDRの悉皆性を担保するのが選定（スクリーニング）の目的です。
- 評価結果をもとに、地域で「特に焦点を当てるべき事例」を提案・選定します。
- 死亡調査票（Aパート、B1）を参照して検証票（C1）を記載し判定する方法があります。
  - 死因 / 死因究明（外因、不詳、その他の懸念）
  - 養育要因（保護者等の養育不全の有無）
  - 環境要因（養育困難となる因子の有無）
  - 予防可能性



地域のCDR体制やその年の課題などに応じて、選定方針を柔軟に変更する運用も想定されます。
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

CDRの構成
1-4. 個別検証

- 選定された高関心事例について、死因や背景要因などを分析して、潜在する課題を抽出し、新たな対策を創出することが、個別検証の目的です。
- 直接事例に関わった者で検証する方法や、直接は関係しない者で検証する方法があります。
- 個人情報を抜いた形で、口頭で説明する方法や、サマリー資料を配布する方法などがあります。

情報収集
↓
共有できる形にまとめる
（口頭 or 書類）

検証 ① 情報共有
▷目的の共有
▷得られた情報の確認と共有
▷調査票に記載されていない情報の共有

検証 ② 全体像の把握
▷死亡の原因、経過、影響した事項を考察
▷各組織・専門職の見解を共有
▷全体像を把握

検証 ③ 介入策の提案
▷予防策の検討
▷その他介入可能な事項の検討
▷提言の素材を提案

具体的な検討会の様子を紹介する「模擬動画」がありますので、そちらをご覧ください。
決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

CDRの構成

1-5. 概観検証

- 地域の全体像を把握し検証することが、概観検証の目的です。
- 個別検証の知見を、地域レベルでの包括的な予防対策へ「橋渡し」します。
- 各部門や組織の全体像を把握する立場の参加が好ましいです。

選定（スクリーニング）の結果確認と分析

▷ 選定の妥当性を評価
▷ 地域の課題を分析

個別検証の結果確認と一般化

▷ 個別検証結果の妥当性を評価
▷ 得られた提言素材を横断的評価

自地域の取り組みの評価

▷ 既存の各種検証等の実施状況や連携を評価
▷施策の実現状況をトラッキング

CDRの実効性の担保

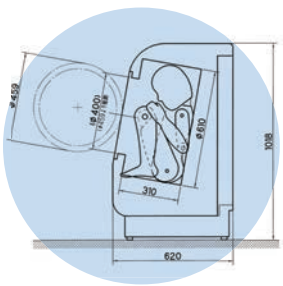
▷ 他地域との比較と経験の共有
▷ 他地域や中央との連携
▷制度の課題を抽出

決まったルールなどはありませんので、各地域で工夫して実践してください。

CDRの構成

1-6. 専門検証

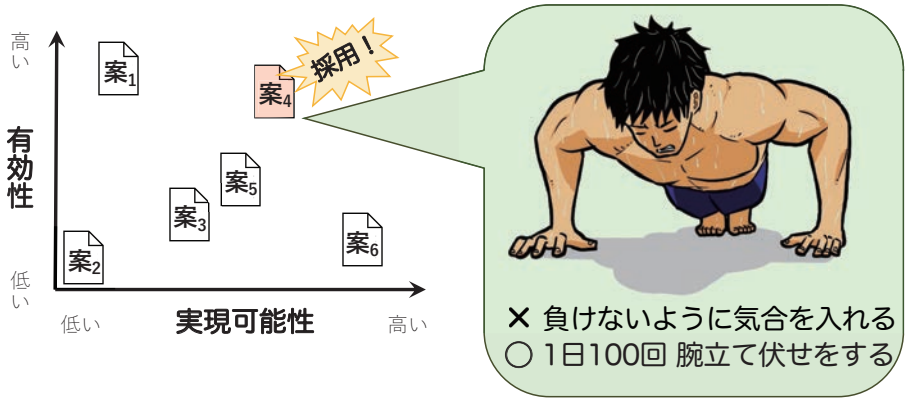
- 既存の報告や制度では十分に対応できない課題に対して、高い専門性をもって事例を分析し新たな対策を開発することが、専門検証の目的です。
- 事例を集めて類似点を探索する、検証の効率を高める、匿名性を担保する等の目的で、複数地域や複数年度の事例をまとめることも想定されます。
- 専門性の高い有識者の参加や、専門家集団の内部での検証も考えられます。



決まったルールなどはありませんので、それぞれが工夫して実践してください。

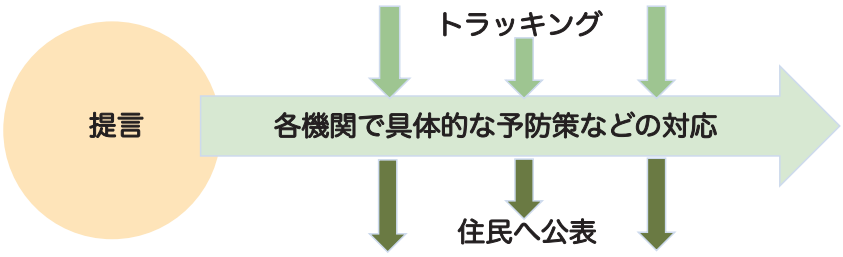
CDRの構成
1-7. 提言

有効性や実現可能性が高い意見から、具体的な提言をまとめます。



CDRの構成
1-8. トラッキング

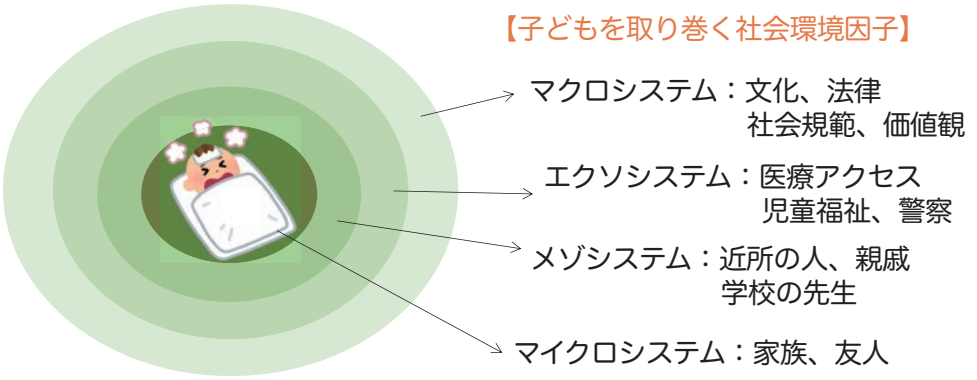
- 提言を踏まえた対応が行われているかのフォローアップ（トラッキング）を行います。
- 適切な取り組みがなされていない場合は、その理由を確認し実施できるよう調整します。



事前の留意事項

2-1. 単職種の限界を知る

- 死にいたる過程を包括的に理解し、予防策を総合的に検証するには、子どもを取り巻く様々な要因を検討する必要があります。
- そのためには、多職種からの情報が不可欠となります。



事前の留意事項

2-2. 専門性を知る ①

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

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

事前の留意事項
2-3. 専門性を知る ②

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

事前の留意事項
2-4. 既存の取り組みを知る

既存検証の対象となった事例でも、CDRの意義はあります。

「子どもの虐待重大事例検証」
「教育・保育施設等事故報告検証」
「自殺といじめの関連検証」
「消費者生活用製品に係る重大製品事故」
「医療事故調査制度」など

例

検証の目的や方法が異なる

検証の種類	事故報告検証	CDR
検証をする人	行政の任命する第三者委員	多職種の専門家
何のために	事故の詳細を明らかにする 当該施設の対応の是非を評価する	潜在的な課題を見つけ出し、社会全体で対策を講じる
検証結果の扱い	原則として公表	個別事例に関しては非公表 予防策や提言のみ公開

事前の留意事項

2-5. 死因を究明する ①

臨床医と法医学者は協働して、地域の**死因究明の体制を検討**します。

・死因を究明することで
  - 死に至った経過を明確にすることができる
  - グリーフケアの役割を果たす
  - 次子や家族の予防医療に繋がる可能性がある

・突然死に対する検査は
  - 地域や施設によって体制が異なる
  - 保険診療ではできないものがある

・各種検査結果を行っても異常を指摘できないこともある

事前の留意事項

2-6. 死因を究明する ②

法医学のCDRにおける役割

1）解剖結果を**わかりやすく**・**簡潔に**・**短時間で**説明する
  - 主な病変や損傷は身体のどこにあったか / なかったか
  - その病変や損傷はどのようにしてできたか
  - 予防につながる機序を探して伝える
  - **病名や所見の医学的厳密性より死の機序を優先する**

2）養育環境が死の機序に与えた影響を考察する

3）警察や児童相談所など関係機関から得た情報を要約する

事前の留意事項

2-7. 自らの“強み”を知る

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

- 専門領域
- 類似の経験
- これまでの取り組み
- 他の検証への参加

など...

例：
- 児童虐待に取り組んできた委員は、潜在する養育不全に気付きやすい。
- 自死遺族の支援に取り組んできた委員は、自死以外の外因死の遺族への支援に関しても注力すべき点を見出すことができる。
- 死因究明に取り組んできた委員は、死因究明のために必要な検査や体制整備に関する助言を行うことができる。

検証会議の準備

3-1. 機密保持についての注意

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

【共有しない情報の例】
× （子どもの）名前
× 生年月日・死亡年月日

会議に参加する人は、機密保持の義務があります。

【会議参加の条件】
× 知り得た情報を会議の外では話さない
× インターネット・SNSには書かない

結果報告にも、個人の推定がされないよう注意が必要です。

検証会議の準備

3-2. CDRとは何かを理解する

CDRについて、以下のように言われています。

- 子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことを目的に、複数の関係機関・専門家が検証をすること
- 子どもの死から学び成長するための仕組み、
それを許容する、あるいは推進するための、考え方や文化
- 地域の子供たちは自分たちが守る
現場の実践を積極的に自分たちで変えるための手段
- 亡くなった子どもの声を聴き、わが国の現在および未来のすべての子どもと国民の生命・生存・発達を保障することで子どもの最善の利益を追求し、より良い社会を築くための公益性の高い公衆衛生事業

検証会議の準備

3-3. 検証のグラウンド・ルール

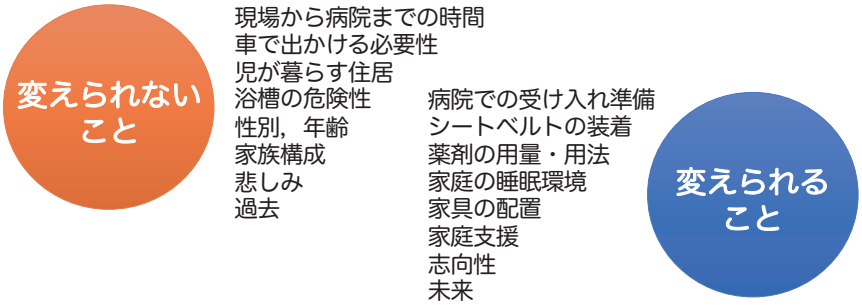
CDRのグラウンド・ルールを前もって参加者間で確認することで、効果的な検証ができます。

1. 潜在的リスクを見つけ、安全な社会の実現を目指すことが目的である。
2. 特定の個人や関係機関の責任追及ではなく、学びの場である。
3. 互いの専門性と立場を尊重し、前向きな検討を行う。
4. 安心・安全な社会に向けた具体的な介入を提言する。

検証会議の準備

3-4. CDRにおける検証とは

予防のために “変えられること” を探します。

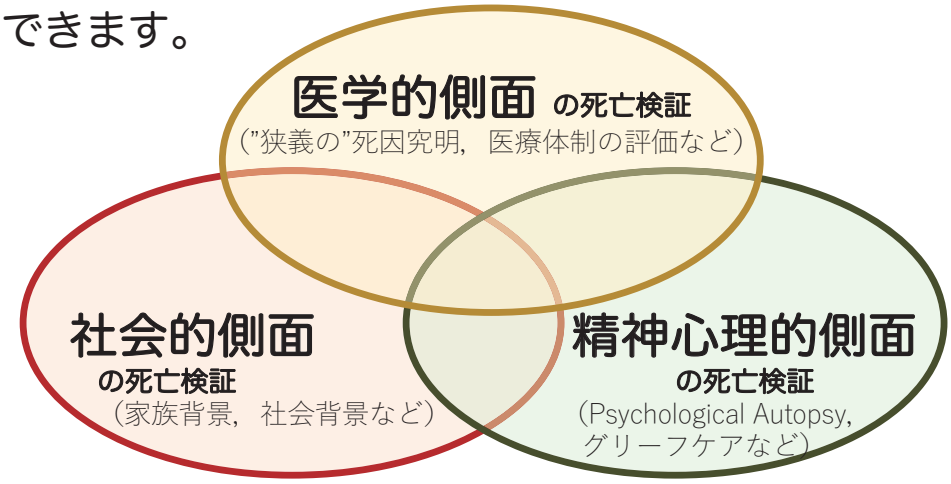


それを “誰が” “どのように” 変えるかを考えます。

検証会議の準備

3-5. CDRの検証の3つの側面

多様な観点に留意することで、効果的な検証ができます。



子どもの死亡予防のためのチャイルド・デス・レビュー創設のためのガイドライン（厚労科研小林班）

検証会議の準備

3-7. 選定（スクリーニング）の考え方

CDRで、全例を同じ基準で検証する大切な手順が、選定（スクリーニング）です。

「多職種で検証する意義が大きい事例」を抽出することで、地域にとってより有効な検証ができます。

有効な個別検証ができる事例数の見積もり

例）1チーム：16例/年の検証 ←40例/年の小児死亡
（約40%は予防可能性「高」；次頁grade1に相当）

※ 人口10万対小児死亡数 = 約 3 人/年

→ 1チームは概ね人口130万人をカバーできる

検証会議の準備

3-7. 選定（スクリーニング）のゴール

「多職種で検証する」事例の優先順位をつけます。

下記を参考に、各地域の判断を優先して選定します。

- 多機関による個別検証が**必須**である（grade 1）
  養育不全、不詳の死（特に情報不足）、自傷・自殺、他為、外因傷病、その他担当者が必須と判断
- 多機関による個別検証の**よい適応**である（grade 2）
  不詳の死（grade1以外）など
- 多機関による個別検証を**考慮しても良い**（grade 3）
  悪性疾患、急性疾患、感染症、慢性疾患、先天性のうち介入点が指摘できる事例など
- 必ずしも多機関による個別検証を**要しない**（grade 4）
  その他

検証会議の進行

3-8. 個別検証の考え方

1-4も参照

個別検証は、選定された高関心事例の検証を通じて、潜在する課題と新たな対策を創出する会議です。

□ グラウンド・ルールの説明

□ 事例に関する情報共有

- 文書で情報共有する場合、会議の場で口頭で共有する場合があります。

□ 事例の全体像の把握

□ リスク因子を軽減するための介入案の提案

検証会議の進行

3-9. 個別検証での注意点

・どの立場の参加者にも、「専門家としての意見」と「いち一般人としての意見」を促しましょう。

・死亡事例に直接関与した当事者が個別検証に参加することには、メリットもデメリットもあります。

（メリット）事例の詳細が確認しやすい。
本人にとって何よりも「学び」になる等。

（デメリット）瑣末な事象の真偽にこだわりやすい。
本人にとって検証への参加が重大なストレスになる可能性がある等。

検証会議の進行

3-10. 個別検証のゴール

個別検証の終了時に、チームが以下の状態であることが望まれます。

- 事例に関する “漠然とした疑問” が解消された。
  - 解決に至らなくても，具体的な課題が明らかになればよい
  - 事例において ”実際は何が起こったか“ の真実を追求することは目的ではない
- 具体的な予防策の案が、参加者間で共有できた。
- 事例の生きた経過から“学び”を得ることができた。

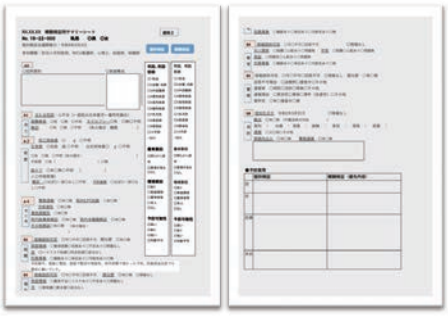
検証会議の進行

3-11. 概観検証の考え方

1-5も参照

概観検証は、地域全体の安心・安全の確保を実現することを目的とした会議です。

- □ 選定（スクリーニング）の結果確認と分析
- □ 個別検証の結果確認と一般化
- □ 自地域の取り組みの評価
- □ CDRの実効性の担保



検証会議の進行

3-12. 概観検証のゴール

- □ 地域で優先すべき課題への介入策の策定
- □ 選定（スクリーニング）や個別検証の質の検証
- □ 全員が専門家として意見を述べる

概観検証の場で提言まで策定する場合や、提言の文章化を別の会議（予防策検討会など）で行う場合などがあります。

検証会議の進行

3-13. 専門検証の考え方

1-6も参照

専門検証は、これまでの報告や制度では十分に対応できない新たな課題に対応するための、高度な専門家による**探索的な会議**です。

- □ 発生頻度は極めて低いが、社会への影響が甚大で重要な教訓を含む事例
- □ 複数の都道府県にまたがるなど広域的な視点が不可欠な事例（集団食中毒など）
- □ 高度に専門的な知識を要する分野に関連する事例（新生児医療制度や障害者医療制度など）
- □ 適切な検証ができる専門家が限られるため、検証困難な事例（特定の疾病に関係する検証や企業製品事故など）

検証会議の進行

3-14. 専門検証への引き継ぎ

専門検証では希少な事例を扱うことから、

- 複数の地域の事例
- 複数年にまたがる事例　の集約が必要です。

このような情報の引き継ぎの手順について、
探索がすすめられています。

今後、適切に情報を授受する必要が生じますので、
その心構えや準備が望まれます。

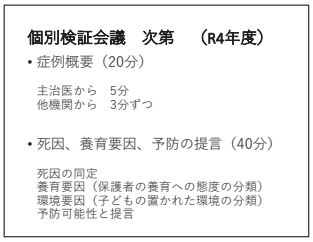
検証会議の進行

3-15. 検証のTIPS ①

□ 参加者がグラウンド・ルールを意識できるように
→　会議冒頭、問題発生のたびに確認する。

□ すべての参加者が十分に意見を述べられるように
→　会議前に進行例や論点を想定し整理しておく。
　　質問内容を検討しておく。

□ 時間内に予防策の議論まで到達するように
→　会議冒頭で時間配分を確認する。
　　特に初回会議など、参加者が慣れていない場合


個別検証会議　次第　（R4年度）
・症例概要（20分）
主治医から　5分
他機関から　3分ずつ
・死因、養育要因、予防の提言（40分）
死因の同定
養育要因（保護者の養育への態度の分類）
環境要因（子どもの置かれた環境の分類）
予防可能性と提言

検証会議の進行

3-16. 検証のTIPS ②

□ 議論についていけない参加者が生じないように
→　医師同士が固まらないように席を配置。
→　長い資料は、あらかじめ簡潔にまとめておく
→　論点に対するエビデンスを事前に調査しておく。

□ 不確実な内容でも躊躇なく発言できるように
→　発言の真否を強調しないよう心がける。
→　遂行しなければならない「提言」にこだわらず、
「アイディアを出す」程度の気軽さを演出する。

検証会議の進行

3-17. CDRの効果と目標

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

司会進行の技術

4-1. ファシリテーションとは

ファシリテーションとは

・様々な価値観を持つ人を**一つの目標達成へ導く**こと

CDRにおけるファシリテーションの目的

・背景の異なる多職種の参加者から

- 積極的な発言を引き出す
- 意見をまとめ、予防策立案へ導く
- CDRを継続的に運営する

司会進行の技術

4-2. ファシリテーションの一例

1．会議前の準備（ブリーフィング）
- 症例から予想される問題（テーマ）を抽出する
- 参加者を決める
- 課題について参加者に事前に相談（会議中のコメントを依頼する等）

2．会議中
- 討論の進め方（アイスブレイク→状況確認→問題抽出→予防策立案）
- 意見を出しやすくする方法（KJ法など）
- 意見をまとめる方法（グラフィック・ファシリテーションなど）

3．会議後（デブリーフィング～次のブリーフィング）
- 参加者を承認し感謝を伝えながら、参加者に感想を求める
- CDRコアメンバーによる検討結果の確認
- 次回の準備（概観検証、推進会議、次の個別検証）

司会進行の技術

4-3. 成人教育の考え方

- 参加者が「主体的に」取り組めるよう工夫することが重要です。
  - **「課題解決の必要」に迫られる**ことで、意欲が向上します。
    → 事前に参加者に「会議の中で期待している役割」を伝え、考えてきてもらう、全員に発言の機会を作る
  - **個々の経験を尊重する**ことも有効です。
    → 参加者の「過去の経験」を軽視しないよう、配慮する
  - **目的を達成した充実感**を持てると、意欲が向上します。
    → 振り返りの時間を持つ、新しい経験を共有できたことを次に繋げる

司会進行の技術

4-4. 心理的安全性の保証

- 一人一人が恐怖や不安を感じることなく、安心して発言・行動できる状態を維持することが重要です。
- **心理的安全性**を高めるために、以下のような取り組みが有用と言われます。

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

司会進行の技術

4-5. 検証参加者の心のケア

- 検証に当事者が参加する場合、**記憶がフラッシュバックする**可能性があります。
  - 当事者が参加するかを、予め認識できるようにする
  - 当事者がいる場合には、このリスクを全員で共有する
- 当事者でなくても、こどもの死亡を検証することは**心の負担**になり得ます。
  - 検証後に「気になる参加者」が生じた場合に備えて、予めフォローできる体制を検討しておくことが重要

司会進行の技術

4-6. 情報リテラシー

CDRでは、提供された情報を整理し、活用することが求められます。

一般に、**情報の質（精度）**と**情報の提供しやすさ**は相反します。

CDRの司会者には、

① 情報の質（情報の源は何か、正確性は高いか）を把握した上で、

② 限定された情報（量が少ない、不確か）であっても検証・検討を進める能力が求められます。

Part 4: 運営編
まとめ

- CDRのファシリテーターが、以下の内容を熟知していると、より効果の大きな検証が期待できます。
  - CDRはどんな事業か
  - 各職種の専門性と、CDRで期待される役割
    - 医療職による死因究明がCDRで果たす意義
  - CDRにおける各段階の検証の考え方とゴール
    - 有効な検証会議のための前準備とTIPS
  - 司会進行に関する一般的知識
    - 成人教育、心理的安全性、情報リテラシー

3-1-5　模擬検証台本①（個別検証編）

この台本は、模擬検証を実施する際に用いるため、内田によって制作され本研究班によって改訂された。使用方法等について、本文第 1 章の以下の項を参照。

1-3-6-2　壇上で模擬検証を実演する ①（既存の台本使用）

1-3-6-3　壇上で模擬検証を実演する ②（既存の台本に地域毎の特徴を追加）

原本は、Excel ファイルである。

また模擬検証実施時に、背景に投射する資料も添付した。

症例 1	**6 か月 乳幼児突然死症候群**
メンバー	司会(県職員) 救急担当医 児童相談所職員 警察 かかりつけ小児科医 保健師 スクールカウンセラー 救急隊
内容	どこにでもありそうな家庭での乳児突然死 皆リラックスした雰囲気、自発的に建設的な意見がたくさん出てくる、症例の情報を持っていなくても背景の専門知識を出す 司会は初めに注意する点を説明し、意見に対する相槌をして場を盛り上げる （テロップ） 本動画で取り扱っている事例は、実際の事例ではなく、個別検証会議の流れを把握して頂くための模擬事例です。

	台詞
司会	皆様、本日はチャイルドデスレビューにご参加ありがとうございます。 検証前に皆様の守秘義務に関して同意をいただいております。 あの時にこうしていたら・・といった振り返りもあるかもしれません。 ここでは特定の個人や関係機関の責任を追及することは目的ではありません。 今日集まって頂いた皆様は、この地域の子どもを守るためのチームです。 このチームで子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出す事が目的です。 本日も1症例30分を予定をしております。では黙祷をお願いします。 黙とう（５秒）　おなおりください ではまず事例の経過に関して、救急の先生からお願い致します
救急医	はい。救急医です。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されました。心肺蘇生処置を行いましたが、自己心拍は再開せず死亡確認し、異状死として警察へ届出を行いました。
司会	ありがとうございます。 まず死因について、今回、法医学の先生の出席がかなわなかったため，警察の方から法医解剖の結果を共有お願い致します
警察	はい、解剖では死に結びつく病変や外傷はなく、発見状況や病院の情報もふまえて死因は、乳幼児突然死症候群と鑑定されました。
司会	ありがとうございます。 死因に関してご質問や追加のご意見はありますでしょうか？
皆	（特にない様子）
司会	では、死亡当日の状況に関して，もういちど警察の方からお願いできますでしょうか？
警察	病院から異状死ということで連絡がありました。 当日、自宅には祖母と 2歳の兄 と本児が在宅していました。両親は仕事中でした。 本児は昼寝をしていて、祖母は別室で兄の対応をしていたため、しばらく目を離していたそうです。ミルクをあげようと側へ行ったところ、うつ伏せの状態で、ぐったりしていて、反応がなかったため、救急要請したそうです。

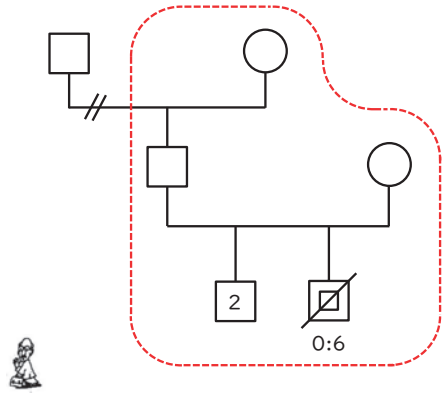
司会	ありがとうございます。 死亡当日の状況に関して質問はありますでしょうか？
小児科医	どこで寝ていたのですか？ ベビーベッド？
警察	祖母によると，リビングで座布団の上で仰向けで寝かせたとのことですが、発見時はうつ伏せでじゅうたんの上で発見されています。 絨毯は毛の長いものでした。
救急医	室内の様子はどうでしたか？
警察	室内を実況見分したところ、特に大きな問題はありませんでした。強いて言えば、タバコの匂いが気になりました。
司会	発見時はうつ伏せの状態で発見されたということですが、座布団の上から落ちてうつ伏せになったという形だったのでしょうか、重要な情報をありがとうございます。 では養育状況に関してお願いします。保健師さんからお願いできますでしょうか？
保健師	産院で生後1か月の健診の際に行われた、産後うつ病のスクリーニングのためのエジンバラという質問票、これは9点以上は連絡を受けるのですが、このケースは10点でしたので訪問に伺いました。
司会	産後うつの可能性を疑って訪問にいかれたんですね。お母さんと面談はどうでしたか。
保健師	はい，面談ではうつの可能性は感じられず育児不安の要因が主と考え、母と連絡を取りつつ継続的に関わっていくこととなりました。
司会	その後の赤ちゃん訪問はいかがでしたか.
保健師	生後2か月時に、赤ちゃん訪問で伺いましたが体重増加は良好で母も落ち着いた様子でした。特にタバコの匂いはしませんでしたし、お母さんも喫煙歴はないと聞いていました。
法医学	ご家庭の状況で気になったことはありましたか
保健師	家庭の状況としては、父は仕事で忙しく育児への協力は得られていませんでした。父方祖母と同居されていて、母は赤ちゃんの首がすわる頃に仕事復帰される予定とのことでした。
児相	ごきょうだいの様子はいかがでしたか
保健師	上のお子さんは保育園へは通っておらず、祖母が0歳児と2歳児の世話することになりそうとのことでした。
司会	そうですか．それは大変そうですね.
保健師	死亡後に分かったのですが、祖母は最近体調を崩して入院され退院したばかりだったそうです。 （・・・すこし沈黙） 家庭訪問の時におばあちゃんからも話を聞くなど会っていれば、祖母が体調が悪くて養育が大変だったとわかっていたかもしれません。そうすれば、なにか別の支援に結びつけらたかもしれないと思っています。
司会	ありがとうございました。小児科の先生、このお子さんは4か月健診は受診されていたのでしょうか？

小児科医	特に問題はありませんでした。ワクチン開始を確認し、ワクチンを継続するようにすすめました。 もともと2歳の兄は当院のかかりつけでした。看護師の記録では『母が疲れている様子（待合で母が2歳の兄に強く叱っている）』とありましたが、祖母が育児を手伝ってくれているということだったので、何か困ったことがあったら来て頂くように伝えていました
司会	ありがとうございます。死亡時の現場検証で自宅はタバコの匂いがしていたとのことですが、何か情報のある方はいらっしゃいますか。
救急医	・・死亡する1か月前に兄がタバコ誤飲で救急受診していました。祖母のタバコを口に入れていたということでしたが、外来経過観察のみで大事には至りませんでした。
司会	皆様、ありがとうございます。では、出生後から死亡に至るまでの経過をまとめます。 母子は、出産後、お母さんの育児不安があり地域からフォローされていましたが、生後2か月の赤ちゃん訪問では母児共に落ち着いてきていた。その後、赤ちゃんが生後4か月の健診でも特に赤ちゃんの問題はなかったが、お母さんは疲れている様子だった。 赤ちゃんが生後5か月時にお兄ちゃんにタバコ誤飲歴あり、生後6か月時はお母さんが仕事復帰し、養育の中心はおばあちゃんになった。このときおばあちゃんは体調が悪かった。ということでした。 どこにでもありそうな家庭のように思いますが、、、様々な養育困難事例を対応されている児童相談所の方、なにかご意見はありますでしょうか。
児童相談所	はい。体調を崩して退院したばかりだった祖母が、日中一人で0歳と2歳の二人の子供を見ているので、かなりの負担だったと思います。また祖母はタバコも吸っていて、兄が誤飲していますので、元々の養育環境にも不安を感じます。父が育児参加できない状況も気になります。
司会	ありがとうございます。子供や保護者の様々な悩みに対応されているスクールカウンセラーの先生から、このご家庭について、ご意見はありますでしょうか。
スクールカウンセ	はい。普段相談に当たっているのは児童生徒ですので、今回の事例は大分小さい方なのですが・・どのご家庭でも、養育の状況というのは時間と共に変化すると考えています。例えば、ごく一般的なご家庭であっても、保護者の離婚や病気ということが起きると、子どもの状況は大きく変化します。これは中高生だけでなく，小さな子どもでも同様です。子どもは離婚や病気という状況に不安を抱えるとともに、それまで通りの生活をするためには保護者が担っていた家事を行う必要もでてきます。 このご家庭では、赤ちゃんが順調に育ち母の不安も落ち着いてきた中、母の仕事復帰のタイミングで祖母が体調を崩され母はまた不安になったりと変化しているように思いました。
司会	なるほど、今回死亡時には母は居合わせなませんでしたが、祖母の体調不良は母親を含めて家庭内全体への影響があった可能性が考えられるということだと思いました。 では、この家庭に対して、何か具体的にできることはあったのでしょうか。
小児科医	健診の際の、母の様子を地域の保健師さんと共有できていたら、家庭環境の変化に気付き支援に繋がったかもしれないと思っています。 もともと育児不安などで地域と繋がっているご家庭であることを私たちも知っていれば、より共有しやすかったのではないかと思います。今後は地域で情報共有をスムーズにするために、気になったら早めに連絡するようにします。
救急医	兄がタバコ誤飲で受診した際に、社会面でのフォローを小児科やMSWに相談していたら地域に繋がっていたのかもしれないと思いました
保健師	もう少しお母さんやおばあちゃんとお話ができていれば、母の疲労や祖母の体調面を考慮して保育園入園等の調整で負担軽減はできたかもしれないと思っています。

	大変な状況でも何とか頑張ろうとされるご家庭は多く、支援に繋げることは難しいことも多く経験します。小児科や救急の先生方から情報共有を頂けるとお母様とお話する際の糸口ともなり大変ありがたいです。
司会	なるほど、実際に起きたことを共有することで支援に繋げやすくなるということもあるのですね。 では、本児の死因は「乳幼児突然死症候群（SIDS）」ということでしたが「乳幼児突然死症候群」予防という側面では何かできることはあったのでしょうか
救急医	発見時の睡眠環境には問題があったように思います。タバコやうつぶせ寝、柔らかい布団などはSIDSのリスクとして知られています。昼寝の時だから大丈夫ということもありません。
保健師	働く女性が増えている中、日中は祖母が乳児の世話を行っている家庭も増えています。祖父母への啓発も検討していく必要があると思いました。
児童相談所	おじいちゃんおばあちゃん世代にもスマホが浸透していると思うので、啓発動画をバーコードで読み取ってもらって祖父母にも送信してもらう・・とかどうですかね。
司会	ありがとうございます、それは名案ですね。おばあちゃん世代とは育児の常識が変化している面もありますが、なかなかお母さんから伝えづらいこともあるでしょうし。動画はインパクトがありますよね。その他、皆さんからご意見はありますでしょうか？
救急隊	救急隊としてのでなく、個人としての意見なのですが・・
司会	どうぞ遠慮なくおっしゃってください
救急隊	死亡時に祖母が非常に気落ちされていたことが気になっています
救急医	我々も気になっていました。 お子さんの死亡を経験した家族の悲しみに寄り添うグリーフケアとかも気になる所です。
（みなでうなづく） **児童相談所**	父方のおばあちゃんなんで、お母さんとの関係も心配ですよね。家族全体のフォローが必要ですよね
保健師	家族がぎくしゃくしてしまうこともあるので、兄の支援を継続していき、3歳児健診などの様々な機会に、母親は祖母と、必要に応じて父親ともお話をしていきたいです。おばあちゃんの体調も考慮しながら保育所も勧めていきたいです。
小児科	小児科にお兄ちゃんが受診して、気になった事があれば、保健師さんに繋げるようにします。
司会	皆様、ご意見をありがとうございます。 そろそろまとめにうつらせて頂こうと思います。よろしいですか。
皆	（大丈夫そう）
司会	今回の事例をまとめます，死因は「乳幼児突然死症候群」 死に至るまでのリスク要因として、 ・母は産後うつスクリ-ニングテストで高得点であったため、産後うつの可能性があることがわかっていた。また。母の育児不安が目立っていた。 ・２歳の年少児の兄がいた ・体調の万全でない祖母が本児の世話を診ている最中の出来事であった

	課題として， ・このケースは育児不安があり新生時期から地域が関わっていた事例でしたが、かかりつけ医受診時のお母さんの育児困難感の表出や自宅での事故（タバコ誤飲）の情報が地域に伝わっていなかった点がある。 ・２つめは、おばあちゃんの体調不良でさらにリスクが増している状況に地域として気づけなかった点があります。 ・３つめに養育の中心となっているおばあちゃんに乳児の睡眠環境に関する指導を行っていなかった点があげられます。 では、みなさんから、今回の症例から学んだ予防策としてそれぞれ具体的な取り組みを挙げて頂けますでしょうか。
小児科医	かかりつけ医として母の疲労感から自宅の状況などを詳しく聞いたり、地域と連携を持ったりもう少しお節介になってみようと思いました 祖母が育児の中心になっていると分かったら、睡眠環境に関するお話もできたように思います。啓発動画のバーコードがあればうちからもお話ししやすいです。
保健師	睡眠環境に関する指導に関しては、赤ちゃん訪問でも指導はしていますが、お昼寝時や祖母への啓発など、充分ではなかったかもしれません。保健師の背景も様々ですので、動画などがありましたら同じような説明をできるのではないかと思いました。
小児科医	動画作成ですが、取り組んでみようと思います。救急の先生、手伝ってもらえますか？
救急	もちろんです。法医学の先生にも協力してもらって実際の乳幼児突然死症候群事例の状況を動画で再現して，ごく普通の家庭のごく普通の状況で起きていることをお示しすると、より自分事として捉えてもらえるかもしれません。 あと、私からの具体的な取り組みに関してですが、小児が怪我や事故で受診した際には、背景の要因も検討できるよう小児科やMSWへ繋ぐような流れを考えようと思います また、救急外来でグリーフの経過などが書かれたグリーフカードを配布できるように準備しようと思います
児童相談所	気になるケースで地域と関係機関と情報共有をする事は、予防に繋がる可能性があると思いました。
スクールカウンセ	感想になってしまいますが、チャイルドデスレビューはいろんな職種の方の意見や考え方を知る機会になり学びになりますね。
司会	皆様活発なご意見を頂きありがとうございます。 事例から学んだ予防策をまとめます。 ①養育困難のリスクは新生児期から増大していくこともあります。子どもに携わるかかりつけ医や救急医は気づきの起点となる可能性があり、適時地域へ情報を共有する必要があります。気になるケースでも地域で情報を共有する枠組みを作る事を考えてみてはいかがでしょうか？ ②乳児の睡眠環境の指導に関しては啓発のための動画を作成し、小児科・救急病院・保健師などが使えるようにする、といったところでしょうか。 ③予防策とは異なりますが、グリーフカードの取り組みなども重要な学びと思います。子どもの死に関わる多職種で共有できるような物があるとよいのででしょうか 本日提案のあった予防策に関しての進捗状況を次回また確認させてください。 では本日のチャイルドデスレビューはこれで終了とします。 ありがとうございました。

家族図



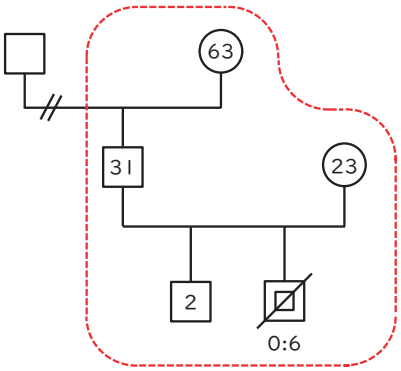
事例の経過等

もともと健康な生後6か月の男の子
自宅で昼寝中に心肺停止の状態で発見
心肺蘇生処置が行われたが、死亡
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い
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
本児が昼寝中、祖母が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

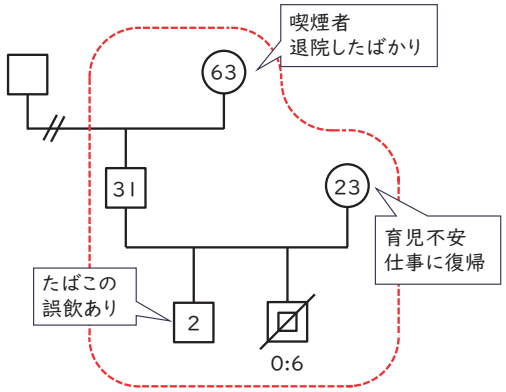


情報のまとめ

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

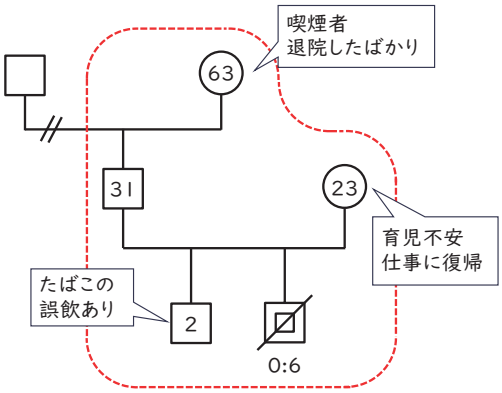
5

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

家族図	情報	リスク要因	提言



- 気になるケースを早めに情報共有
- 動画を用いて乳児の睡眠環境の指導をし、祖母世代まで広く浸透させる
- グリーフケアに取り組む

3-1-6　模擬検証台本②（個別検証グループワーク用）

この台本は、模擬検証を実施する際に用いるため、内田によって制作され本研究班によって改訂された。使用方法等について、本文第 1 章の以下の項を参照。

1-3-6-4　前半は壇上で実演を見せ、後半は参加者を交えた検証を行う

原本は、Excel ファイルである。

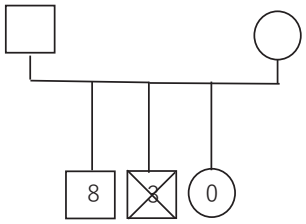
また模擬検証実施時に、背景に投射する資料も添付した。

症例 2	**3歳男児 溺水**
メンバー	司会(県職員) 救急担当医 児童相談所職員 警察 かかりつけ小児科医 保健師 スクールカウンセラー 救急隊
会議の雰囲気	皆リラックスした雰囲気、自発的に建設的な意見がたくさん出てくる、症例の情報を持っていなくても背景の専門知識を出す 司会は初めに注意する点を説明し、意見に対する相槌をして場を盛り上げる
司会	では2症例目にうつらせていただきます。本事例も、実際の事例ではなく、模擬事例です。

担当	台詞
司会	よろしくお願いします。 この事例は，警察の方から提示をお願いします。
警察	はい、警察です。公園で8歳兄と本児で遊んでいました。近所の子も一緒に遊んでいたそうです。お昼時になって、弟がいないことに気づき、母を呼び皆で探していました。警察へも要請があり捜索に加わり、夕方になり用水路でうつ伏せの状態で発見しました。救急要請しましたが、死後硬直もあり病院へは搬送されず検死となりました。事件性は低いと考えましたが、目撃はなかったため解剖へまわっています。 法医解剖を依頼し、頭蓋内損傷はなく、肺胞内に多量の泡沫があり、最終的には溺死と鑑定されました。
司会	ありがとうございます。 死因や死亡当日の状況に関してご質問や追加のご意見はありますでしょうか？
保健師	用水路には、柵とかはあったのでしょうか？
警察	現場の写真です。このように柵はありませんでしたが、以前に高齢者の事故がありましたので注意喚起の貼り紙はありました
小児科医	大人の見守りはなかったのでしょうか？
警察	大人はいなかったようです。自宅から見えるほど近い公園で、普段からお兄ちゃんのお友達と一緒に遊んでいたとのことでした。最近、用水路で釣りをしたことがあって楽しかったので、もしかしたら一人で行ったのかもしれないとのことでした。
司会	ありがとうございます。養育状況に関してお願いできますでしょうか？　保健師さんからお願いします
保健師	お父様は不規則の工場勤務で日中は不在とのことでした。8歳のお兄さんと2か月の弟さんがいらっしゃいます。お母様は産休中でしたが、両親就労のため、本児は保育園に通っていました。赤ちゃん訪問をした際に、お母様は3歳の本児が赤ちゃん返りをしていることや、日中に連れ出せないといった困難感はあったようですが、表情も明るくベテランのお母様だったので何とか乗り切れるだろうということで、困ったときには連絡するようお伝えしました

司会	保育園でどんな様子だったか，聞いておられますか？
保健師	入園当初は人見知りが強くて心配していましたが、慣れれば活発な子で大丈夫でした。言葉はまだ2語文が出なかったのですが、お母様はお兄さんもそうだったからとあまり気にされてはいらっしゃりませんでした。
司会	かかりつけの先生から何か追加でありますでしょうか
小児科医	私は、この地域で小児科医をしております。上のお兄さんも本児も私がみてきました。2語文が話せないことに関してお母様とも話していました。聴力の問題はなさそうでしたので、簡単な絵本の読み聞かせをして促してみようというような話をしてましたが、絵本を見てくれないとか、すこーし多動の傾向も出てきているようで、赤ちゃんが落ち着いてきた頃に療育とかを紹介してみようかと思っている矢先でした。
司会	そうだったんですね
かかりつけ医	お母さんは子どもたちのことをよく考えている方でした。本当にこんなこと・・今でも信じられない気持ちでおります
司会	ありがとうございました。先生、お兄さんはどのようなお子さんなのでしょうか
かかりつけ医	特に成長や発達の問題はありません。本児が亡くなった後、第3子の予防接種で受診されたついでに、お母さんから相談をされました。学校の先生との面談があり、事故後、授業中に落ち着かない様子となっていると言われたとのことでした。私からは、なるべく、いつも通り接するように伝えたところでしたが、お兄さんには、心のケアが必要な状態かもしれないと考えておりました。
司会	ありがとうございました。事故に至った経過と養育の状況に関して皆さまで共有できたように思います。他に追加はありますでしょうか？
児相	**（何かお願いします）**
スクールカウンセ	**（何かお願いします）**
司会	重要なご意見を，ありがとうございました。 ではこの子の死をどうすれば予防できたか、という点について考えてみましょう

家族図



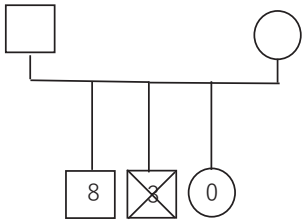
情報のまとめ

（発見までの状況）
兄と公園で遊んでいたが行方不明となり，警察に通報。
その後，用水路で発見された。
用水路は，以前も事故があった，柵はなかった

（死因）
溺死

（家庭の状況）
生後2か月のきょうだいあり
本児は言葉の遅れがあり
兄は事故後，学校での様子変化あり

家族図



情報のまとめ

（発見までの状況）
兄と公園で遊んでいたが行方不明となり，警察に通報。
その後，用水路で発見された。
用水路は，以前も事故があった，柵はなかった

（家庭の状況）
生後2か月のきょうだいあり
本児は言葉の遅れがあり
兄は事故後，学校での様子変化あり

課題の例

（課題の例）
3歳児を外で安全に遊ばせられるか？
8歳のきょうだいをあてにできるか？
転落溺水は予防できるか？
発達特性の疑いのある児に，特別な対応をするか？
兄への対応はあるか？

3-1-7　模擬検証台本③（概観検証編）

この台本は、模擬検証を実施する際に用いるため、内田によって制作され本研究班によって改訂された。使用方法等について 3-1-5「模擬検証台本①（個別検証編）」と同様であるが、使用目的について本文第 1 章の以下の項も参照。

1-3-7　これまでの研修の構成（例）

原本は、Excel ファイルである。

概観検証

メンバー

司会（県職員）
小児科
法医学
救急
警察
弁護士
保健師
児童福祉司
教育
※ そのほか模擬検証全体の座長に相当する「総合司会」役が望ましい

※発言時に職種を名乗る

担当	スライド	台詞
司会	2	はい、ではこれから概観検証を開始します。司会をつとめさせて頂きます，〇〇県庁の職員の〇〇と申します。 では、早速皆さま、自己紹介をお願い致します。
小児科		〇〇大学小児科の〇〇です。 今回、死亡事例の中から、特に個別検証を行う優先度を検討する「スクリーニング」の責任者を担当させて頂きました、よろしくお願い致します
法医学		私は〇〇大学法医学教室の〇〇と申します。
救急		〇〇消防局の〇〇です
警察		はい、〇〇県警察捜査一課の〇〇です。
弁護士		〇〇県弁護士会の弁護士の〇〇です
保健		はい、〇〇県保健センターの保健師の〇〇と申します。
児童福祉		はい、〇〇県児童相談所の児童福祉司をしております、〇〇です。よろしくお願い致します。
教育		はい、〇〇県教育委員会の〇〇です。よろしくお願いします。
司会		ありがとうございます。
司会	3	本日参加の皆さまからは守秘義務に関して同意をいただいております。 では、チャイルドデスレビューの原則を確認させて頂きます。 子どもがどうしたら亡くならずにすんだか、ということに焦点をあてた議論をお願いします 特定の個人や関係機関の責任を追及することは目的ではありません 具体的な施策をこの場で決めるのではなく，具体的な提言を作ってもらうための，アイディアを出しあう会議です 検証委員のお互いの立場を尊重し、実現できるできないにかかわらず前向きなご意見をお願いします 皆さま黙祷をお願い致します 黙祷（5秒）　おなおりください
司会	4	では本日の予定ですが、本地域における今年度前半の状況をみていきます

		１番目に、小児死亡数の推移について，２番目にスクリーニングの経過報告，３番目に個別検証結果の報告，最後に今期の重点的な検討項目ついての検討 の順に進めていきます
司会	5	では私から，まず１番目の当地域での小児死亡の推移に関して報告いたします 資料をご覧下さい 本県では毎年30人程度の18歳未満の死亡があります。全国の統計と比べて死亡数に大きな違いはありません。 死亡の原因を大きく3つに分けています、青色の棒グラフの外因系とは、ケガや自殺や中毒による死亡。オレンジの棒グラフの内因系とは病気や自然死。不詳とは死亡の原因が分からないものになります。ここからは、イメージしやすいよう、外因系をケガなど、内因系を病気など、と呼ばせて頂きます 病気などは年間15人程度、ケガなどは10人未満、原因不詳も10人未満で推移しています ここまでの部分でご質問やご意見はありますでしょうか
法医学		これでみると、ケガや不詳はかなり抑えられていますよね もう予防は十分できているのかなーとも思えますね、大人なんてもっと多いですからねー
児童福祉		確かにそうですね このまま抑え続けられるとよいですが・・
司会		警察の方から、ケガや不詳の死亡の場合には、捜査をされていると思いますが、ご意見お願いできますでしょうか
警察		そうですね、私もいまこのグラフをみて，たしかにこどもの外因死はかなり少なくなっているのだと思いました ただ実際、本県では交通事故の死者は大人も含めると年間約30人、ケガ人は3000人という状況です 1人の死亡事故の背景には100倍以上のケガ人がいる言われているということを考えると、外因系の死亡が5人いたら500人のケガ人がいる可能性があるとも考えられます こう考えると死亡者は少なくても外因死の予防を考える必要はあるように思いました
法医学		なるほど。よく分かりました
司会		予防策を考えることは、死亡だけでなくケガの予防にも繋がりますね 他にご意見ありますでしょうか （全体を見回して、なし） では次の議題に進めていきます
司会	6	２番目は、今年度前半の11例の事例の概要とスクリーニングの結果のご紹介です。 司会を，小児科の○○委員よろしくお願いします
小児科		はい、資料をご覧下さい
	7	まず上から，外因による死亡は2例で、4歳の墜落事故と16歳の自殺がありました。どちらの事例も個別検証が必要と判断しました 次の2例は死亡原因は不詳で、0歳の乳幼児突然死症候群と16歳の突然死でした。16歳の突然死事例は解剖では死亡と関与する所見が認められず、致死的な不整脈の疑いとなっているケースです。どちらの事例とも、個別検証が必要と考えました

8	残りの7例は内因による死亡事例です。そのうち2例は出生後1週間以内の死亡で，どちらも十分に管理された出産でしたが周産期医療協議会で検証中と聞いております。その結果次第ではありますが，検討の結果，現段階でさらに多機関で追加の検証をするべき対象とは言えないので，個別検証の対象ではないとしております。2例は重症な先天疾患、2例は悪性腫瘍で、どちらも濃厚な医療が行われた後の死亡で，予防可能性の低い内因死と考えられました。担当した医療者にも聞き取りをしておりますが，医療内容にも養育環境にも特段の問題はなさそうでしたので、やはり今回は個別検証の対象とはしませんでした。
9	最後の10歳女児は医療的ケア児で，在宅で人工呼吸器管理をされていた中での誤嚥性肺炎による死亡でした。特に子どもに基礎疾患などはなかったのですが、3歳の時に墜落事故で大怪我をして、その後遺症で医療的ケアが必要な状態となっていたという経歴があります。そのため今回，個別検証が必要と判断しました。 以上が今回のスクリーニングの結果です なにかご質問やご意見ありますか
児童福祉	最後の事例なのですが、肺炎による死亡とのことでしたが、小さい頃に事故が起きていなければ、医療的ケアを要することもなく肺炎で亡くなることもなかったので，このケースは予防できたかもしれない、ということなのですね スクリーニングまでにこういった情報が得られていなければ、予防可能性の低い病気による死亡なので個別検証は必要ない、と判断されるかもしれないのですね
小児科	その通りです。スクリーニングの際の情報の質には今後も注意を払っていきたいと思います 特に、今回個別検証の対象とされなかった内因死症例に関して、この事例は個別検証するべきではないか？など、ご意見ありますでしょうか
教育	15歳と9歳のお子さんが癌で亡くなられていますね 学校に通われている年齢ですよね 亡くなったこの子は、学びの機会があっただろうかとか、同級生はお別れをできただろうかとか、考えてしまいますね… 失礼、子どもの死を予防することとは繋がりませんね
小児科	いえ、先生ありがとうございます CDR は子どもの死から社会で学びを得ることが目的なのです 今後の概観検証で、癌で亡くなったお子さんを取り上げてみると気づきが得られそうですね、どうですか？（司会の顔を見て）
司会	そうですね 亡くなった二人のお子さんとも、在宅医療をうけられてご自宅で亡くなっているので，在宅医療の先生もお声がけしても良いかもしれませんね 次回の概観検証のテーマは，在宅医療にしましょうか。
小児科	はい、よろしくお願いします。その他、ご意見ありますでしょうか
救急隊	墜落ですが、前回の概観検証でも2例くらいありましたよねー 今回も2例ありますし、 大きな問題だと思います。どうにか防げないだろうか・・と思いますが
児童福祉	同感です
警察	私もそう思っていました

小児科		私も墜落事故の予防の可能性に関して検討が必要と思いましたので，今回の概観検証のテーマとして墜落を取り上げていただくことにさせて頂いております。過去の事例も含めてふりかえり、地域全体での予防策を検討できればと考えますが、よろしいでしょうか （皆頷く） その他ご意見ありますでしょうか？（皆の顔を見回して） ありがとうございます。では，司会をお返しします。
司会		はい，〇〇委員，ありがとうございました。 スクリーニングに関して、必要な症例はすべて個別検証に回して頂いたことが確認できました。重要な事例の取りこぼしを防ぐために非常に重要な作業だと思いますので，引き続きよろしくお願いします では③番目の議題に移らせて頂きます
司会	10	今回の期間中に個別検証が5例行われています まず1例目ですが、法医学の〇〇委員からご報告おねがいします
法医学		はい。概要ですが、生後6か月、今までに大きな病気をしたことはない男児です 柔らかい座布団の上で昼寝をしていたところ、うつ伏せで亡くなっていました 両親が仕事中だったため祖母と留守番中でした 死因としては、解剖の結果も踏まえ、乳幼児突然死症候群 予防策としては、親御さんだけでなく、祖父母向けにも乳幼児突然死症候群の予防啓発動画を作成する、などが挙がりました
司会		ありがとうございました。この検証結果に関して、ご意見ありますでしょうか？
小児科		度々すみません ワーキングマザーが増えていますし、祖父母が養育を担っているご家庭も珍しくはないと思いますので、祖父母への啓発は必要でしょうね ただ，両親はともかく，祖父母に啓発する機会はちょっと思いつかないのですが，啓発資材を作ったとして広める方法は何かありますか？
保健師		両親学級のような感じで、祖父母教室をやってみても良いかもしれません 出産後の祖父母の役割とか、昔と今の育児の違いとか ここにはいらっしゃいませんが産婦人科の先生にお願いして、妊婦健診に付き添いしている祖父母向けに、待合などで、動画を待ち時間とかに流してもよさそうですよね
救急隊		確かにそれは、いいですね
司会		作成して頂いた動画の使い方は、また次回までに検討しておきます その他この事例の検証結果に案してご意見ありますでしょうか？（顔を見回して、大丈夫そう）
	11	では、次の事例にうつります
総合司会	**12**	**（時間の都合で，個別検証の事例2以降は割愛します）**
司会	13	はい、では本日最後の議題にうつります 今回の期間も2例の墜落事例があり、墜落事故に関して予防の検討が必要であると提案いただいておりましたので，今回は墜落をテーマに取り上げます。
弁護士		あのーちょっと言葉の質問なのですが、墜落と転落って何か違いはあるのでしょうか？

救急隊		救急隊です。墜落というのは体が完全に宙に浮いた状態で落下することです。階段や坂道などに接しながら落ちることを転落と呼びます。
弁護士		なるほど、ありがとうございます。
司会	14	では、今回も含め，これまで5例の墜落を検証してきました。上の2例が今回の事例、下の3例が以前の事例になります それぞれ概要を説明します
	15	まず、1例目は4歳男児のケースです。本児が小学生の兄とベランダで遊んでいたところ、柵の隙間から墜落しました 背景情報として、本児の母は境界知能のため、数の処理が苦手だったり、物事の理解が表面的でコミュニケーションが苦手というところがありました。近くに住む祖母が手伝っていたようです。本児が3歳までは保健師も定期的に家庭訪問などの支援が入っていました。きょうだいの情報についてですが、本児の死亡事故後、兄が不登校の状態となっています このケースの予防策としては、建物の柵の安全管理、特に支援が必要なご家庭への事故予防のための指導、重大事故が起こった際のきょうだいへの心のケアが挙げられていました
	16	2例目ですが、10歳女児のケースです。本児は医療的にケアが必要なお子さんで、直接的な死亡の原因は肺炎です。ただ、そもそもの医療的ケアが必要になった事情としては、本児が3歳のときに自宅のベッドの横にある網戸に寄りかかっていたところ網戸が外れて墜落したことによるものです。この事故の後遺症のため医療的ケア児となっていました 母はこの墜落事故の後うつ状態となり、養育はできず、本児は医療的ケアの対応ができる施設に入所していました。その後肺炎によって死亡したというものです。 このケースについての予防策としては、網戸点検などの事故予防、重大事故時の保護者の心のケアが挙げられていました
	17	3例目ですが、3歳女児のケースで、自宅の出窓からの墜落で死亡しました。事故時には、引っ越し直後で、部屋に段ボール箱があり、換気のために窓も開いていた様です。本児は段ボール箱を踏み台にして、出窓から転落しました。両親も在宅中でしたが隣の部屋で作業中だったとのことです。このケースの予防策としては転出転入届が出された時に安全確保のリーフレットを配布するなど事故予防が挙げられていました
	18	4例目ですが、4歳男児のケースで、マンションの外階段の壁の隙間からの墜落でした。本児は、もともと発達特性を指摘され療育に通っているお子さんでした。 このケースの予防策としては建物の安全管理、子どもの発達特性を加味した事故予防が挙げられていました
	19	5例目ですが、4歳男児のケースで、本児の昼寝中に母が短時間外出していたところ、本児がベランダのプランターによじ登り、墜落しました。両親共に外国の方でした。母は近くのスーパーに買い物に出かけていたのですが、これまでも時々子どもの昼寝中に出かけていた際は大丈夫だったそうです。昼寝から起きた時に母がいなかったので、母を探そうと、ベランダから身を乗り出したのかもしれないということです このケースの予防策としては事故予防、特に外国人保護者に対する啓発が挙げられていました
司会	20	以上が墜落事例の検証結果です。皆様から、予防策について自由にご発言をお願いします
弁護士		予防策の部分に注目してみると、3種類ですね、事故予防、建物の安全管理、家族への心のケアだと思いました

司会		そうですね。ではまず、事故予防について話し合っていきたいと思います。 まず保健師が保健指導をされると思いますが、家入委員から、現在の事故予防の取り組みに関して教えて頂けますでしょうか。
保健師	21	乳幼児健診では、子どもの家庭内での事故予防に関する保健指導を行っています。 3～4か月健診の時期は、赤ちゃんの成長に伴い行動範囲が広がるため、家庭内での事故防止策について指導を行います。 9～10か月健診では、ハイハイやつかまり立ちが始まる時期であり、転倒や誤飲などの事故防止についての指導を強化しています。 1歳6か月健診の頃は、歩行が安定し、自ら行動する範囲が広がるため、家庭内での安全対策や事故防止についての指導を行います。 墜落事故の予防に関してですが、転倒・転落について既存の予防策がありますので，資料をご参照下さい
	22	墜落事故の傾向ですが、初夏と秋に多く、3-4歳に多い、子どもだけで遊んでいて発生している 事故予防のポイントとしては、まず環境を整えること，たとえば窓やベランダに足場となるものを置かない、網戸の劣化がないか点検をする、子どもがベランダに出られないよう鍵をつける また見守りとして、子どもだけで留守番させない、ベランダで遊ばせない、出窓や網戸に寄りかからせない このように書いてあります 今回の5症例をみて、この傾向のとおりに事故が起き、この予防策がされていれば確かに防ぎ得ていたと思いました。 ただ，予防策が提案されていても実際に事故が予防できていないということからは，今のやり方では不十分なのかもしれません
小児科	23	墜落は事故の起こる年齢が特徴的ですよね 3歳の時の事故が2人、4歳が3人 普通、家庭内の事故の好発年齢って1歳ころなので、保健指導もこの時期に行われているとのことですよね。一方で墜落事故は主に幼稚園児に起きています。3歳って歩行も安定していますし、目を離す時間が増えてくる時期だと思うんですよね 0歳の乳児健診のときに、3歳になったら墜落事故が起きやすいから気を付けてねと言っても，3歳になるまで覚えていたり、リーフレットを保管していたりってなかなか難しいように思います 墜落とか溺水は、他の事故と比べて致死率が高い非常に重篤なことが起きます、3歳児の保護者にターゲットを絞って、一緒に危険な場所がないだろうか、どのような予防策をするべきかを確認する機会があるとよいですよね
保健師		そうですね。3歳児健診などの保健指導に組み込んでみると良いかもしれません
救急隊		データはないのですが、引っ越し直前直後の怪我って多いように思うので、転出時もターゲットにすると予防につながりそうです
保健師		そうですね
児童福祉		指導の仕方に工夫が必要なケースもありそうですね。保護者が境界知能である事例では、大勢の保護者を対象に説明する中では理解しづらいかもしれないので、個別に、できれば祖母も同席していただき説明を行うと理解して予防策をとりやすいのだと思います。あとは、お子さんに発達特性がある場合には、特性に合わせてより注意が払えるような予防をする必要がありますね。
保健師		最後の症例は、保護者が外国人で、普段から短時間の留守番をしている中だったようですよね ファミリーサポートセンターとか短時間の預かりをしてくれる制度があると思うのですが、ご存知だったのかなーと

		事故予防の話をする時に、ただ、幼児の留守番は危険ですよ、ではなくて、一緒にこういった制度の紹介もできるとよいですよね 特に外国人で日本語に慣れていない場合には自分から情報を取りに行くことは難しいと思いますし
救急隊		そうですね、私たちも事故予防の啓発というのはしているのですが、ただ危ない危ない、ではなく危ないから防ぐためにどういう手立てが必要なのか、日々の生活の中で実践できるよう、一歩踏み込んだ指導が必要なのだと思っています
教育委員会		すみません１ついいですか。教育委員会です。先程の事故の予防のポイントに、ベランダで遊ばないとか、網戸に寄りかからないとかあったと思います。幼稚園では、自分で自分の安全を守る力も少しずつ身につけていく時期と思っています 墜落事故が起こらないように、親御さんのチェックリストと同様のことを子ども達にも伝えるのはどうでしょう 家で保護者に言われてもふざけて聞けないようなお子さんも、幼稚園で皆で聞くことによって、ベランダで遊ぶことは危ないことなんだと心に届くこともあります あと幼稚園の保護者会の際に、実際に隙間に入れちゃうことやよじ登れてしまうところなどみてもらってもよいかもしれません、お家でのヒヤリハットを保護者同士で話してもらってもよいかもしれません 保護者の皆さまに、自分事として捉えてもらうことが大事だと思いますので、そういった下地作りみたいなことが幼稚園でできたら、良いように思いました
司会		ありがとうございます 既存の事故予防策はあるけれども、この伝え方に関して工夫していく必要であるということですね 事故の起きやすい年齢にターゲットを絞り、保護者と具体的に確認する、タイミングは3歳健診や転出転入時など、英語版の事故予防ツールも必要ですね 子どもにも同じように墜落事故から自分を守る方法を集団指導するというご意見もいただきました。 幼稚園だけではなく，保育所や，場合によっては学校などでも取り組むと良いかもしれませんね。 啓発資材を作って、どこの施設でも指導しやすいようにできると良いと思いました 保健師の方や教育委員会のご協力を、お願いできますか？
保健師		はい。あと、英語版の話がでていましたが、英語だけでなく他の言語についても必要だと思います
教育委員会		子ども向けだったら、紙芝居か寸劇がいいでしょうね。得意そうな人を探してみましょうか
救急隊		いいですね、「墜落事故0」を目指したいですね
司会	24	ありがとうございます。次に建物の安全管理という点でご意見をお願いします
法医		ベランダの柵とか、外壁の隙間とか、建物自体の安全管理はできないものなのでしょうか？　何か決まりとかはないのでしょうか？
弁護士		建築基準法という法律があって，細かい基準がありますが、大まかに3階以上の建物では、1.1m以上の手すりが必要とされています。手すりの隙間には規定はありません。 ちょっと調べてみないとこれ以上の詳細は分かりませんが、事故の起こった建物が大きく基準に違反しているとは思えません 規制する法律は重要ですが，それだけで事故を防ぐのは難しいように思います、やはり運用と言いますか、誰がどのように危険な場所の最終確認を行い、具体的な安全策を取るかという視点が欠かせないように思います
警察		保護者からみて危険な場所に対策をする際の補助などがあると良いのでしょうか 例えば、高い位置に鍵を付けるとか、隙間を埋めるためのものとか・・

司会		そういった補助制度のある地域もあるようです。すみません，詳しくは即答できませんが，建物の安全管理に関しまして、本県でも何か取り組みが出来ているのか，他部署にも確認してみたいので持ち帰らせて下さい
司会	25	皆さま、活発にご意見頂きありがとうございます、最後に重大事故の際の家族ケアについて考えていきたいと思います 小児科の◯◯委員は，これまでにいろいろ取り組んでおられると思いますが。。。
小児科医		はい，もともと病気があって闘病の末亡くなった場合は、病院でご家族との関係性も確立しているので死亡後もご家族との繋がりが残っていて、ご家族と亡くなったお子さんの思い出話をしたり、悲しみの経過を伺ったりしています。 一方で事故や自殺など，病院では非常に限られた時間の対応しか出来なかった患者さんの場合は、その後に病院を頼っていらっしゃるご家族は経験したことがないです 病院からお見送りをする際に、病院以外の相談窓口の紹介でもできたら良いと思うのですが、、、
児童福祉		そういえば、先日香川県でグリーフケアのシンポジウムがありました 医師、保健師、お寺さん、被害者支援センターの方々がご遺族とどのように関わっていらっしゃるかをお話されていました それぞれの場所でご遺族に寄り添った支援をされていて、聞いている自分もホッとしたような気持ちになりました こういった場所を紹介できれば、ご遺族が自分自身に必要な場所に辿り着きやすくなるのかもしれないですよね
法医学		あーいいですね そういった相談窓口の候補が書いてあるカードのようなものがあれば、警察を介して遺族にお伝えできます
保健師		死亡届の提出のときにお渡しできるように役場の中で調整してみてもよいかもしれません
児童福祉	26	グリーフケアのシンポジウムでは，ご遺族に渡すグリーフカードを作成されていて，お子さんを亡くされた時に体や心にどのような反応がおこるか，また遺族会などの相談窓口が書かれていました
司会		貴重な情報をありがとうございます。 本県で伝えられると良い相談窓口をどのように探していくか、そしてカードをどのようにご遺族にお渡しするかといった点は，ひきつづき検討課題としましょうか。
救急隊	27	少しいいですか。よくみると、今回の予防策には 死亡事故でなくても、重大事故があった際の子どもや家族へ心のケアを提供する、という点が指摘されていると思いました
児童福祉		そうですね。一番上のケースの個別検証に自分も出席していたのですが、兄弟で遊んでいたら弟が墜落死したというケースですが、事故後早い内にお兄ちゃんとの関わり方も含めたトラウマケアができたらよいという議論があったように記憶しています。 このお兄ちゃんは，きっと自分が弟を守れなかった、両親を悲しませてしまった、と相当の衝撃を受けていると思います。 そのお兄ちゃんのケアの担い手として，息子さんを亡くされてご自身も悲しみの真っ只中にあるご両親に完全にお任せしなければならないのってすごく難しい局面だと思います。さらにこのご家庭は母親が境界知能ということなので、ご自分からSOSを出すのが苦手な可能性もあります。 お兄ちゃんが不登校になったとか、お母さんがうつ状態になったとか，何か目に見える問題が生じてからでなく、重大事故があったらケアの必要性があると認識して早期からサポートできると良いですよね。

小児科		重大事故で病院に入院して治療している最中でしたら、付き添いの親御さんに対して病院の心理士や精神科、あとは小児科の中でもトラウマケアができるような体制を考えていきたいと思います。ただ実際には心理面にアプローチする面談は通常の診療よりはるかに長い時間がかかります。体制整備の必要性に関して、今回の検証結果から問題提起ができるとよいように思いました。
司会	28	ご意見ありがとうございました。それでは今回、墜落死をテーマとして，これまで本県の経験した5例を取り上げて、みなさんからご意見をいただきました。 予防策に関してまとめますと、おおまかに3点あります。 まず、事故予防の観点からは、3歳頃という好発年齢に照準を絞り保護者へ事故予防の啓発を行い、多言語でも理解頂けるようにする、子ども自身への集団指導も行い、様々な施設で行えるよう啓発資材作りを進めるというご意見をいただきました。 重大事故時の家族ケアの観点からは、グリーフカードの取り組みについて情報を収集して当地域で使えるよう検討することと，並行してトラウマケアのできる体制を整備するというご意見をいただきました。 建物の安全管理については、県のほうで他部署に現状の取り組みを確認し，その結果も含めて引き続き検討をすすめる、といったところでした 何か追加のご意見などありましたら適宜お願いいたします
弁護士	29	追加の意見というわけではないのですが。いま、様々な自治体で情報発信をする際に「サーロインの法則」という法則が使われているそうです。これは、例えば事故予防の啓発を行う際に資料作りに3割、情報を届けたい人に届けることに6割、そして必要な人に届いているかの分析に1割という比率で予算の配分をすると効果的に伝えることができるそうです。何となく資料作りをすると満足してしまうようなところがありますが、実は、届けるということが重要だということです。今回はまさにその通りだと思いました。
警察		なるほど、墜落事故に関しては、今回詳細な背景情報を含めた検証をしたからこそ、届けるべき相手やタイミングや方法を具体的にすることができたということですね。
司会	30	そうですね、ありがとうございます。では、全体のまとめに移らせていただきます。まず①番目に小児死亡数の推移に関して、けがや原因不詳の死亡は年間10人未満で推移しているが、この背景にある傷害ケースの予防も考慮し検証し続ける必要があるということを共有しました。 ②番目にスクリーニングの経過を共有し、必要な症例に検証が行われていることを皆さんで確認いただきました、また、有効なスクリーニングには資料の質が重要であることを共有しました。この点は，引き続き各機関にお願いしていきましょう。 ③番め，個別検証で提案された予防策のアイディアのうち、祖父母への乳幼児突然死症候群予防啓発のための取り組みについて，引き続き具体的な手順を整えていきます。 ④番目に，これまでの墜落事例を5例を検証して、3つの予防策をすすめることについて検討しました 今回頂いたご意見は事務局で取りまとめまして，今年度の提言としてまとめてまいります。それと同時に，すぐに実行できることは実際の取り組みに繋げられるよう県庁内でも調整して、また次回報告させて頂きます。ご参加の各機関の皆様におかれましても，本日の議論を参考に，なにか取り組めることがありましたらぜひ進めていただき，その経過を次回以降にご報告ください。 皆さま、活発にご討議頂き，ありがとうございました
総合司会		**以上が模擬検証になります。模擬検証では、墜落事故の事例を中心に検討しました**

新しく CDR チームを立ち上げる際の確認事項

Planning for a New Child Death Review Team or Application for a New Team より翻訳，一部変更

パート 1：あなたのチームの準備状況を把握する

1. あなたのチームが対象とする地域はどこですか？ （都道府県・市町村・医療圏など）	
2. a) あなたの対象地域の人口は？ b) 18 歳未満の人口は？ c) 10 歳未満の人口は？ d) 5 歳未満の人口は？	a)　　（人） b) c) d)
3. 対象地域の外国籍の人口割合は？	人：人口の　　%
4. 対象地域の昨年の小児人口の死亡数 a) ＜ 1 歳 b) 1 ― 4 歳 c) 5 ― 9 歳 d) 1 0 ― 1 4 歳 e) 1 5 ― 1 7 歳	（人） a) b) c) d) e)
5. 上記死亡の死因分類 manner of death a) 病死 (natural) b) 事故 (accident/unintentional) c) 他殺 (homicide) d) 自殺 (suicide) e) 特定不能 (undetermined)	（人） a) b) c) d) e)
6. 上記死亡の死因（cause of death） a) 分娩時・新生児期の原因 b) 乳幼児突然死 c) その他の医学的原因（病死） d) 交通事故 e) 火事 f) 溺水 g) 窒息 h) 中毒 i) その他の原因 j) 特定不能	（人） a) b) c) d) e) f) g) h) i) j)
7. 子どもの死亡原因に関するその他の情報はありますか？	
8. 関係機関はどのような死亡に関する情報を持っていますか？ a) 法医学 b) 保健所・保健センター c) 児童福祉 d) 検察 e) 警察	情報の種類 （例：死亡診断書、調査記録など） a) b) c) d) e)

f) 裁判所 g) 学校・幼稚園・保育園 h) その他	f) g) h)
9. 対象地域で、解剖（司法解剖・行政（調査法）解剖・病理解剖）を担当する人は誰ですか？	
10. 対象地域で、子どもの解剖を行う際に必要な手続きはどのようなものがありますか？	
11. 対象地域で、死後の現場捜査を行うのは誰ですか？（警察，海上保安庁，自衛隊警務隊など）	
12. 対象地域で、死後の現場捜査を行う際に必要な手続きはどのようなものがありますか？	
13. 対象地域で、子どもの死後に対応する児童福祉機関はどの機関ですか？	
14. 対象地域で、児童福祉期間が子どもの死後に対応するのに必要な手続きはどのようなものがありますか？	
15. その他の機関で、子どもの死後に対応する機関はありますか？またどのような手続きが必要ですか？	
16. 対象地域で、現在行われている死亡の検証はありますか？それはどの機関が主体で実施されていますか？	検証の名称・実施機関
17. あなたの地域では、多機関連携はどのくらい良く連携していると思いますか？ （数字に〇をつけてください）	非常に良い　　非常に悪い 1　2　3　4　5　6　7　8　9　10
18. 現在、どのような多機関連携が実施されていますか？	

19. 法医学（解剖をする機関）と児童福祉期間の間で、連絡を取り合う（情報を交換し合う）手続きはありますか？ ある場合、簡単にその手続き方法を記載してください。	
20. 警察と児童福祉期間の間で、連絡を取り合う（情報を交換し合う）手続きはありますか？ ある場合、簡単にその手続き方法を記載してください。	
21. 以下の事項について、チーム内で合意をとるのが難しそうだと感じるものはありますか？その理由はなんですか？ a) 中心となる検討メンバーを集める b) 多機関で個人情報保護について合意を作る c) 多機関で情報を共有する d) 研修（詳細は要検討）に参加する e) 検討会（頻度は要検討）に毎回参加する f) その他の困難事項	難しい・難しくない：難しい理由 （〇を付けてください） a) 難しい・難しくない 理由： b) 難しい・難しくない 理由： c) 難しい・難しくない 理由： d) 難しい・難しくない 理由： e) 難しい・難しくない 理由： f) その他：

パート２：チームを立ち上げ、検討会を準備する

1. CDR チームの主体となる人物・機関の情報	代表者： 所属機関： 連絡先：
2. 参加する機関の連絡先	
a) 法医学（解剖担当の機関）	a) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
b) 母子保健機関	b) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
c) 児童福祉機関	c) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
d) 警察	d) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
e) 検察	e) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
f) 救急隊・消防	f) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
g) 中心となる医療機関	g) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
h) その他 1	h) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
i) その他 2	i) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
j) その他 3	j) 担当者名： 所属機関： 連絡先：
k) その他 4	k) 担当者名： 所属機関： 連絡先：

3. 検討会議に参加してもらうためには、どのような工夫が必要ですか？ 誰が参加するか？いつ会議をするべきか？関係機関内の人はどのように選出するべきか？ ※CDR の準備会議には 2 つの種類があります。一つ目は検証について教育的な研修のための会議、二つ目はどのように検証会議を運営していくかを話し合う会議です。実際に検証を始める前に，複数回の準備会議が必要な場合があります。	
4. 初回の準備会議はいつ・どこで行いますか？	日時・場所
5. 初回の準備会議は誰がファシリテーターを行いますか？	
6. 準備会議における事務手続き・運営のサポートは誰が行いますか？	
7. 2 回目の準備会議はいつ・どこで行いますか？	日時・場所
8. 準備会議で検討する内容 a) CDR チームの目的を確認する b) CDR の概要について確認する c) 小児死亡データについて確認する d) 現時点での、小児死亡発生後の対応について確認する e) CDR チームのゴールを話し合う f) CDR チームのメンバーを話し合う g) 対象とする死亡の種類を検討する h) 検証のプロセスを確認する i) 個人情報を含む記録へのアクセス方法を検討する j) 検証結果の報告方法を話し合う k) 検証結果の予防策の実施方法について話し合う l) その他	プレゼンター・準備する資料など a) b) c) d) e) f) g) h) i) j) k) l)
9. チームの目的は何ですか？ 当てはまるもの全てに〇を付けて下さい a) 死亡事例を振り返り検証する	

b) 死亡データの収集と分析
c) 小児死亡のシステムを検証する
d) 将来の死亡を予防するための方策を明らかにし、導入する
e) その他：記載して下さい

10. CDR チームで実施する活動は以下のどれにあてはまりますか？ あてはまるもの全てに○を付けて下さい

a) 死後速やかに検証し、死後の捜査に役立てる
b) 死後の捜査に役立つような連携や協力体制を構築する
c) 個々の死亡について検証する
d) 小児死亡の対応についてプロトコールを作成する
e) 死亡データの収集と分析
f) 予防策の提言とその後の実施をフォローする
g) 法律や条例の改正・整備について提言する
h) 死亡の原因について理解を深める
i) その他：記載して下さい

編注：わが国においては，CDR の目的として犯罪捜査の一環を担うことを想定していないため，実際には a)と b)はあてはまりません。

11. 対象地域は以下のどれに当てはまりますか？ ひとつだけ○を付けて下さい

a) 特定の医療施設のみ：詳細を記載して下さい
b) 単一の市町村
c) 複数の市町村
d) 医療圏：詳細を記載して下さい
e) 都道府県
f) その他：記載して下さい

12. CDR チームの目的を達成するために必要な職種はどれですか？ あてはまるもの全てに○を付けて下さい

a) 警察
b) 児童福祉
c) 司法・検察
d) 公衆衛生（保健所・保健センター）
e) 小児科医・小児看護
f) 弁護士
g) 保育園・幼稚園
h) 学校
i) ＤＶ支援団体
j) 救命救急隊・消防
k) 母子保健専門家
l) メンタルヘルス専門家
m) 児童虐待・ネグレクト予防支援団体
n) 障害福祉の専門家
o) 薬物依存の専門家
p) SIDS 支援団体
q) その他：記載して下さい

13. どのような死亡を検証の対象としますか？

※訳注：全死亡の検証ができれば最善ですが、チームの目的やキャパシティーに応じて、対象を決めて実施することも可能です。

a) 何歳の死亡を対象とするか？：
b) 死因は何か？：
c) 解剖された事例のみか？：
d) 特定の関係機関（例：児童相談所など）の関与がある子どものみを対象とするか？：
e) その他：

14. どの関係機関が主体となって検証を実施しますか？

a) 公衆衛生
b) 警察
c) 児童福祉
d) 解剖をした機関
e) 非営利団体
f) その他

15. どのように死亡事例を把握しますか？

a) 解剖した機関から連絡を受ける
b) 死亡届を集める
c) 医療機関から情報提供を受ける
d) その他

16. チームメンバーは、どのように死亡事例について連絡を受けますか？

（検討会議の前に事前に連絡をどのようにするか？）

17. チームメンバーは個々の死亡事例をどのように検証しますか？

a) すべてのメンバーが、すべての対象事例をレビューする
b) 死亡事例の要約を作り、それをもとに検証する
c) 死亡要因別に分けてグループを作って検証する
d) その他

18. 個人情報を含む情報を共有する・制限することに関わる法律・条例・手続きなどはありますか？

19. 多機関で情報を共有するための合意形成に必要な手続き（協定書など）はありますか？

20. チーム内で情報にアクセスすることを定める / 制限する文書を作成する必要がありますか？

21. 下記の情報について、どのように情報にアクセスすることができますか？

情報	情報源（文書など）	必要な手続き
虐待・ネグレクトの既往		
児童福祉関与歴		
現場調査		
解剖記録		
医療記録		
保健機関の関与歴		
メンタルヘルスの既往		
薬物歴		
教育機関		
その他		

22. チーム内で共有する情報はどのようなものがありますか？ あてはまるもの全てに〇を付けて下さい

a) そのままの記録・文書（個人情報含む）
b) サマリー（個人情報含む）
c) サマリー（個人情報を抜く）
d) 話し合った後の議事録のみ共有する
e) 集計した数字のみ共有する
f) CDR の報告書
g) その他

23. 上記の情報をチーム外の人に共有するために、必要な法的手続き・制限するような手続きなどはありますか？

24. チーム内で情報にアクセスするために必要な手続きはありますか？ あてはまるもの全てに〇を付けて下さい

a) 法・条例の改正
b) 機密情報保持の同意書
c) 裁判所命令
d) その他

25. 検証のために集めた情報や検証結果は、誰が・どこに保存しますか？

26. 検証のために集めた情報や検証結果は、鍵をかけて（パスワードなど付けて）保管しますか？
27. チームの議長とコーディネーターは誰がつとめますか？（任期も要検討） 検討会議の議長： コーディネーター：

3-1-9　市民広報用ポスターの作例

市民広報のためにデザインされたポスターの一例である。このほかにも、独自にポスター等を制作した自治体もみられる。

● 3-2　地域で CDR の調査をするための各種資料

3-2-1　死亡調査票（R2-R6 の CDR モデル事業で使用したもの）

本票を印刷した紙媒体を利用する自治体、あるいは Excel や Filemaker などの PC ソフトウェアを使用してタブレット端末等で電磁的に利用する自治体などがみられた。

使用方法等の詳細は、1-4「情報収集」、1-5-6-1「選定（スクリーニング）」、1-5-6-2「個別検証」を参照。

Child **D**eath **R**eview
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

カバーページ / チェックリスト

年齢/月齢/日齢　　歳 ヶ月 日

性別　男・女

No.　都道府県番号　死亡した年（西暦下二桁）　事例番号

住所地の郵便番号

死亡した都道府県　住所地と 同じ・異なる

事件番号：

死者の氏名：

生年月日：　　死亡年月日：

死亡したところ（施設名等）

チェックリスト

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

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A1. 死亡の原因，死因調査

年齢/月齢/日齢	性別	No.
歳 ヶ月 日	男・女	

死亡診断書 / 死体検案書の情報

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

死後検査の情報

死亡に直結した診療時の撮影も含む

画像検査の有無：有・無・不明　　主な画像所見：

解剖の有無：有・無・不明

解剖の種類：病理解剖・法医解剖・不明，法医解剖の場合 司法解剖・調査法（新法）解剖・行政解剖・不明

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

別紙参照
別紙を添付の場合は☑
調査票B1参照

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A2. 死亡の医学的背景

年齢/月齢/日齢　　性別　　No.

歳 ヶ月 日　　男・女

死亡時の所見

死亡時体重：　kg・不明

外表所見：　☐ 特記すべきことなし

基礎疾患 / 既往歴

基礎疾患の有無：　有・無・不明

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

基礎疾患名：

別紙参照
別紙を添付の場合は☑

座位の可/不可など発達状況についても記述。

医療的ケア：　有・無・不明

「有」の場合，実施内容に☑
- ☐ 在宅人工呼吸器
- ☐ 在宅酸素療法（常時）
- ☐ 経静脈栄養
- ☐ 人工肛門
- ☐ その他（　　）
- ☐ 気管切開
- ☐ 在宅酸素療法（要時）
- ☐ 経管栄養
- ☐ 腹膜透析

生育歴

在胎週数：　週・不明

出生体重：　g・不明

別紙参照
別紙を添付の場合は☑

健診：　ほぼ受診・一部受診・受診歴なし・不明

予防接種：　ほぼ接種・一部接種・接種歴なし・不明

家族歴（家族構成を含む）

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A3. 死亡に至った状況

年齢/月齢/日齢　　歳　ヶ月　日

性別　男・女

No.

治療開始までの状況（死亡に間接的に影響した既往等についても併せて記載）

院外急変例に該当：する・しない

病院に搬送：した・しない

死亡(発見)時および治療開始までの状況：

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

治療経過と検査結果（死因，死亡状況に関する記載者の考察も併せて記載）

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

書ききれない場合など，別紙を添付してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A4. 死亡後のアクション

年齢/月齢/日齢　　歳 ヶ月 日

性別　男・女

No.

死亡に関連した各種アクション

警察に通報：した・しない

通報した場合，その理由：
☐ 異状死のため
☐ 犯罪であるため
☐ 事故であるため
☐ その他

院内CPT*の起動：した・しない

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

児童相談所に**通告**：した・しない

児童相談所に**照会**：した・しない

医療事故調査制度の**対象であるか検討**：した・しない

医療事故調査制度の**対象として報告**：した・しない

院内で**医学的な**検証：した・しない

院内で**多職種**検証：した・しない

その他の検証：した・しない

各種検証結果（抄） 調査票B7も参照。

別紙参照

別紙を添付の場合は☑
調査票**B7**参照

書ききれない場合など，別紙を添付してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A5. 追加情報 / 自由記載

年齢/月齢/日齢　　歳　ヶ月　日

性別　男・女

No.

追記事項，コメント，検証されたい事項，懸念事項など

適宜コピーして使用してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B1. 剖検結果の詳細

年齢/月齢/日齢　　歳　ヶ月　日

性別　男・女

No.

記載者の情報

該当するものに☑をつけてください。

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

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

剖検結果

診断
主診断：

副診断：
死亡への関与　あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：
死亡への関与　あり・可能性あり・可能性低い・なし

副診断：
死亡への関与　あり・可能性あり・可能性低い・なし

死因に関するコメント

事例概要

外表所見

肉眼所見

組織所見

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B2. 保健行政

年齢/月齢/日齢　　歳 ヶ月 日

性別　男・女

No.

該当情報の有無

情報提供の可否：可・不可・回答不可

ここから下は，**可能な範囲で可及的に**回答ください。

関与歴：有・無

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

母の属性：ハイリスク妊産婦・特定妊産婦・該当なし

危険なエピソード：（**記録にあるもの**）複数回あり・単回あり・可能性あり・なし

児の健康や安全上の，生命にかかわるリスクとなりえたエピソードの記録

記録：

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

書ききれない場合，別紙を添付してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B3. 児童福祉

年齢/月齢/日齢　　性別　　No.

	歳 ヶ月 日	男・女			

該当情報の有無

情報提供の可否：可・不可・回答不可

ここから下は，**可能な範囲で可及的に**回答ください。

関与歴：有・無

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

児の属性：要保護・要支援・該当なし

危険なエピソード：（**記録にあるもの**）複数回あり・単回あり・可能性あり・なし

児の健康や安全上の，生命にかかわるリスクとなりえたエピソードの記録

記録：

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

書ききれない場合，別紙を添付してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B4. 教育 / 養育

年齢/月齢/日齢　　歳 ヶ月 日

性別　男・女

No.

該当情報の有無

情報提供の可否：可・不可・回答不可

対人関係：困難・心配はあった・問題なし

ここから下は，
可能な範囲で可及的に回答ください。

学習：困難・心配はあった・問題なし

家庭環境：問題あり・心配はあった・問題なし

危険なエピソード：**（記録にあるもの）**
複数回あり・単回あり・可能性あり・なし

児の健康や安全上の，生命にかかわるリスクとなりえたエピソードの記録

記録：

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

書ききれない場合，別紙を添付してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B5. 警察

年齢/月齢/日齢　　性別　　No.

歳
ヶ月
日

男・女

該当情報の有無

情報提供の可否：可・不可・回答不可

回答不可の場合，その理由：☐ 送検例のため ☐ 捜査中のため ☐ その他

ここから下は，**可能な範囲で可及的に**回答ください。

警察の関与：有・無

通報者：病院・消防（救急）・家族等・その他

通報の理由：異状死届出・事故・事件（虐待を含む）・その他

事件性：あり・捜査中・なし

記録：

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

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

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B6. 追記用紙

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

記録

適宜コピーして使用してください。

Child **D**eath **R**eview
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（追加票）

B7. 検証結果票

年齢/月齢/日齢　　歳　ヶ月　日

性別　男・女

No.

検証の概要

検証の名称：

開始された契機：

参加者：

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

検証結果の抄：　検討事項　☐ 死因　☐ 死者の状況　☐ 環境の状況　☐ 予防策　☐ その他

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

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

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

検証票（選定）

C1. 選定（スクリーニング）

年齢/月齢/日齢　　歳 ヶ月 日

性別　男・女

No.

死因，死因究明

死因再分類：

死因分類表から該当する番号をすべて列挙してください。

該当する項目に☑をつける。

死亡診断書等との齟齬など**なんらかの懸念**がある（各種結果が反映されない等）　☐

死因究明が不十分であるなど死因や経緯に**不詳の点**が残る（死因再分類に0が含まれる）　☐

死亡経過に**外因の関与**がある（死因再分類に1～3が含まれる）　☐

保護者の養育への態度

養育不全の有無：明らかに虐待 ・ 養育不全の要素がある ・ 虐待/養育不全特になし

両方とも「特になし」以外　☐

子どもの置かれた環境

養育困難の有無：養育困難 ☐家庭環境 ☐養育者等 ☐本人の特性 ・ 特になし

予防可能性

予防の可能性：低くはない・低い・判断不可

「低い」以外　☐

一項目でも該当の場合，追加検証

判定

- ☐ **以後の検証不要**
- ☐ **個別検証**
  - ☐ 済
  - ☐ 未済
- ☐ **検証の外部委託**
  - ☐ 既存の検証制度
  - ☐ その他
- ☐ **CDRの対象外**
- ☐ **判断保留**
  - ☐ 死亡情報過少
  - ☐ 周辺情報必須
  - ☐ その他

追記事項

Child **D**eath **R**eview
予防のための子どもの死亡検証

検証票（個別検証）

C2. 個別検証-1

年齢/月齢/日齢　　歳　ヶ月　日

性別　男・女

No.

一次検証結果の修正

死因：☐ 修正要（　　）☐ 不要

養育不全：☐ 修正要（　　）☐ 不要

予防可能性：☐ 修正要（　　）☐ 不要

養育困難：☐ 修正要（　　）☐ 不要

フィードバック：機関に通知 ・ 一次検証に通知 ・ 通知不要

懸念事項 /フィードバックされるべき事項

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

適宜コピーして使用してください。

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

検証票（個別検証）

C3. 個別検証-2

年齢/月齢/日齢　　歳　ヶ月　日

性別　男・女

No.

介入可能な要因と，介入策

	対象となる事象	介入の主体	介入の内容	有効性 / 実現可能性
人的要因：				
環境要因：				

別紙参照

別紙を添付の場合は☑

適宜コピーして使用してください。

3-2-2　死亡調査票の記入例

前項で示した死亡調査票の記入例を示した。

調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

- **基本情報**
  - 氏名，年齢，性別，
  - 生年月日，死亡年月日
  - 住所地（の郵便番号）
  - 死亡した施設名
- **関係した機関等**

（分かる範囲で可及的に名前を書き込んで下さい）

このページは，データ収集後に切り離され，個人との突合ができない状態になります。

調査の内容

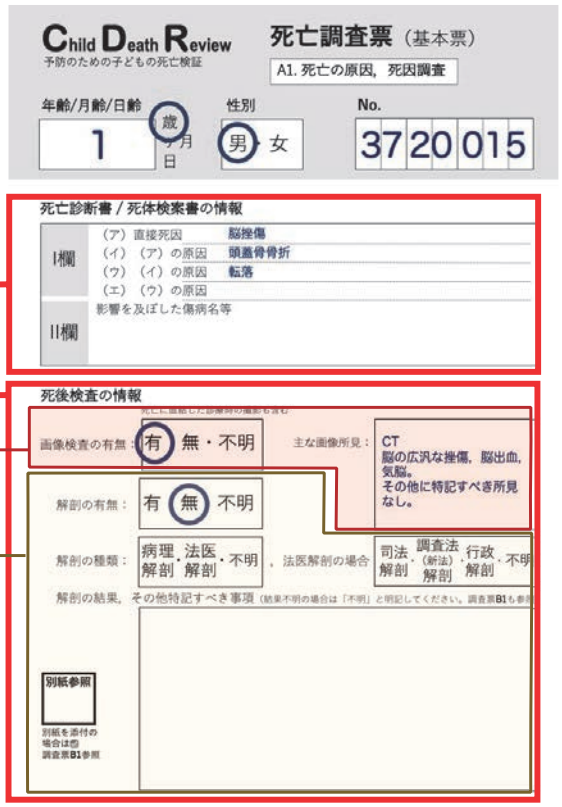
調査票例(厚生労働省HP)

- **死亡診断書の内容**
- **死因調査の内容**
- 画像検査

（CT，MRI，全身骨Xp等）

- 剖検

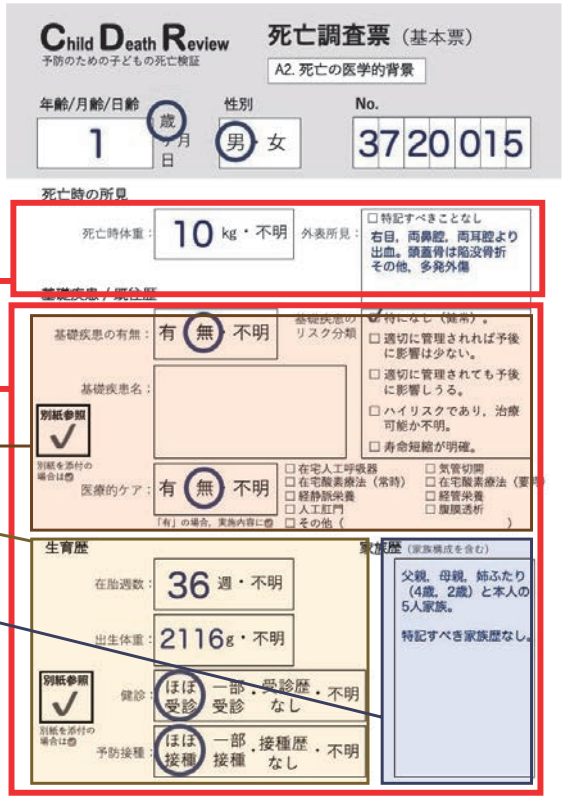
（後の書式B1でも可）



調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

- **身体所見**
- **医学的な背景**
- 基礎疾患と医療的ケア
- 成育歴（周産歴）
- 家族歴



Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A2. 死亡の医学的背景

年齢/月齢/日齢：1 歳 ヶ月 日　性別：男・女　No.：37 20 015

死亡時の所見

死亡時体重：10 kg・不明

外表所見：□特記すべきことなし　右目，両鼻腔，両耳腔より出血。頭蓋骨は陥没骨折その他，多発外傷

基礎疾患/既往歴

基礎疾患の有無：有・無・不明

基礎疾患名：

別紙参照 ✓ 別紙を添付の場合は○

基礎疾患のリスク分類：□特になし（健常）。□適切に管理されれば予後に影響は少ない。□適切に管理されても予後に影響しうる。□ハイリスクであり，治療可能か不明。□寿命短縮が明確。

医療的ケア：有・無・不明

□在宅人工呼吸器　□在宅酸素療法（常時）　□経静脈栄養　□人工肛門　□その他（　）

□気管切開　□在宅酸素療法（要時）　□経管栄養　□腹膜透析

「有」の場合，実施内容に○

生育歴

在胎週数：36 週・不明

出生体重：2116 g・不明

別紙参照 ✓ 別紙を添付の場合は○

健診：ほぼ受診・一部受診・受診歴なし・不明

予防接種：ほぼ接種・一部接種・接種歴なし・不明

家族歴（家族構成を含む）

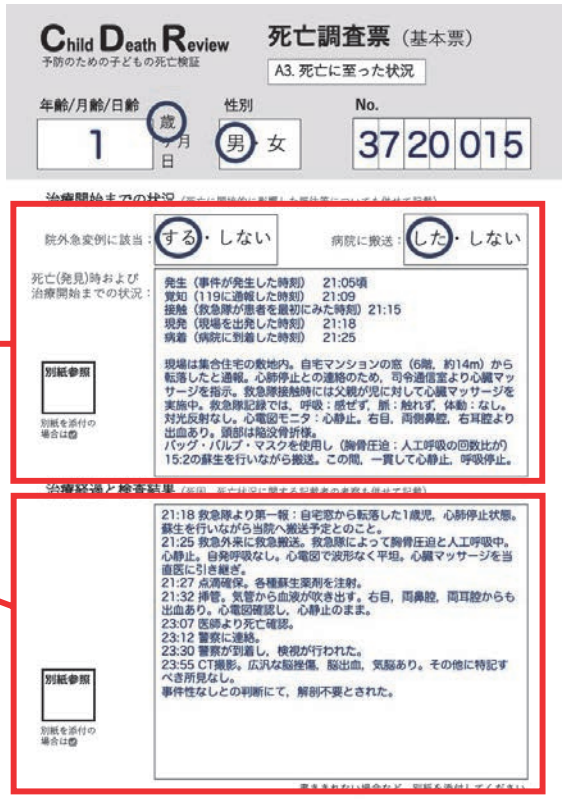
父親，母親，姉ふたり（4歳，2歳）と本人の5人家族。

特記すべき家族歴なし。

調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

- **発見された時の状況，病院到着まで**
- **病院到着後の経過，検査結果**



Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A3. 死亡に至った状況

年齢/月齢/日齢：1 歳 ヶ月 日　性別：男・女　No.：37 20 015

治療開始までの状況

院外急変例に該当：する・しない

病院に搬送：した・しない

死亡(発見)時および治療開始までの状況：

発生（事件が発生した時刻）　21:05頃
覚知（119に通報した時刻）　21:09
接触（救急隊が患者を最初にみた時刻）21:15
現発（現場を出発した時刻）　21:18
病着（病院に到着した時刻）　21:25

現場は集合住宅の敷地内。自宅マンションの窓（6階，約14m）から転落したと通報。心肺停止との連絡のため，司令通信室より心臓マッサージを指示。救急隊接触時には父親が児に対して心臓マッサージを実施中。救急隊記録では，呼吸：感ぜず，脈：触れず，体動：なし。対光反射なし。心電図モニタ：心静止。右目，両側鼻腔，右耳腔より出血あり。頭部は陥没骨折様。
バッグ・バルブ・マスクを使用し（胸骨圧迫：人工呼吸の回数比が）15:2の蘇生を行いながら搬送。この間，一貫して心静止，呼吸停止。

別紙参照 別紙を添付の場合は○

治療経過と検査結果

21:18 救急隊より第一報：自宅窓から転落した1歳児，心肺停止状態。蘇生を行いながら当院へ搬送予定とのこと。
21:25 救急外来に救急搬送。救急隊によって胸骨圧迫と人工呼吸中。心静止。自発呼吸なし。心電図で波形なく平坦。心臓マッサージを当直医に引き継ぎ。
21:27 点滴確保。各種蘇生薬剤を注射。
21:32 挿管。気管から血液が吹き出す。右目，両鼻腔，両耳腔からも出血あり。心電図確認し，心静止のまま。
23:07 医師より死亡確認。
23:12 警察に連絡。
23:30 警察が到着し，検視が行われた。
23:55 CT撮影。広汎な脳挫傷，脳出血，気腫あり。その他に特記すべき所見なし。
事件性なしとの判断にて，解剖不要とされた。

別紙参照 別紙を添付の場合は○

調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

- **行ったことの確認**
- 各種の通報・通告・報告
- 検証（院内・院外）
  （入手可能なら）その結果

Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A4. 死亡後のアクション

年齢/月齢/日齢 1 歳 ヶ月 日　性別 男・女　No. 37 20 015

死亡に関連した各種アクション

警察に通報：した・しない　通報した場合，その理由：☑異状死のため ☐犯罪であるため ☑事故であるため

院内CPT*の起動：した・しない　*CPT (Child Protection Team) = 病院内子ども虐待対応組織

児童相談所に通告：した・しない　児童相談所に照会：した・しない

医療事故調査制度の対象であるか検討：した・しない　医療事故調査制度の対象として報告：した・しない

院内で医学的な検証：した・しない

院内で多職種検証：した・しない

その他の検証：した・しない

各種検証結果（抄）調査票B7も参照。

救急隊・病院の症例検討会：
救急隊による蘇生，搬送に問題なし。
乳児の搬送に際して全脊椎固定方法について意見交換。
高所からの転落による多発外傷であり，救命不可と思われる。
市民への乳幼児蘇生の啓発は効果的に行われている。
転落予防にかかる安全教育は誰が行うか。

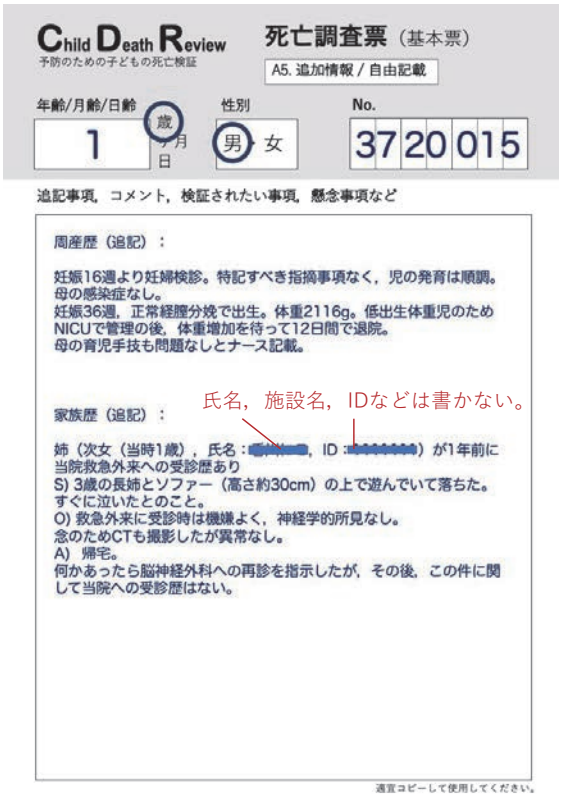
別紙参照 ☑ 別紙を添付の場合は◎ 調査票B7参照

書ききれない場合など，別紙を添付してください。

調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

- **追記事項**
  - これまでの調査用紙に書ききれなかった，検証に役立ちそうな情報
- **コメント**
  - 記入者の意見
- **懸念事項**
  - 検証されるべき内容の提案など



Child Death Review
予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票（基本票）

A5. 追加情報 / 自由記載

年齢/月齢/日齢 1 歳 ヶ月 日　性別 男・女　No. 37 20 015

追記事項，コメント，検証されたい事項，懸念事項など

周産歴（追記）：

妊娠16週より妊婦検診。特記すべき指摘事項なく，児の発育は順調。
母の感染症なし。
妊娠36週，正常経腟分娩で出生。体重2116g。低出生体重児のためNICUで管理の後，体重増加を待って12日間で退院。
母の育児手技も問題なしとナース記載。

家族歴（追記）：

氏名，施設名，IDなどは書かない。

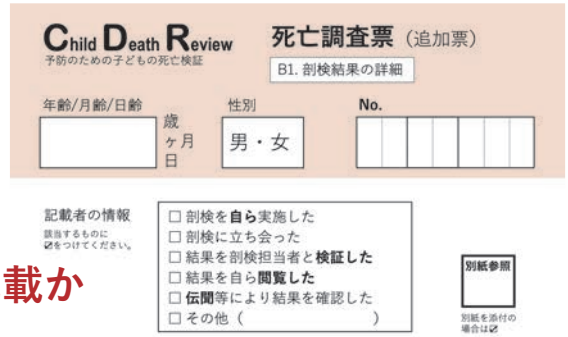
姉（次女（当時1歳），氏名：[redacted]，ID：[redacted]）が1年前に当院救急外来への受診歴あり
S) 3歳の長姉とソファー（高さ約30cm）の上で遊んでいて落ちた。すぐに泣いたとのこと。
O) 救急外来に受診時は機嫌よく，神経学的所見なし。念のためCTも撮影したが異常なし。
A) 帰宅。
何かあったら脳神経外科への再診を指示したが，その後，この件に関して当院への受診歴はない。

適宜コピーして使用してください。

調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

- **どういう立場による記載か**



- **剖検結果**
- 診断名
- 意見・コメント
- 概要

（背景など）

- 剖検の所見

調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

各施設からの情報

（様式B5を例示した）

- **それぞれの施設（機関）が回答できる範囲内で記載**

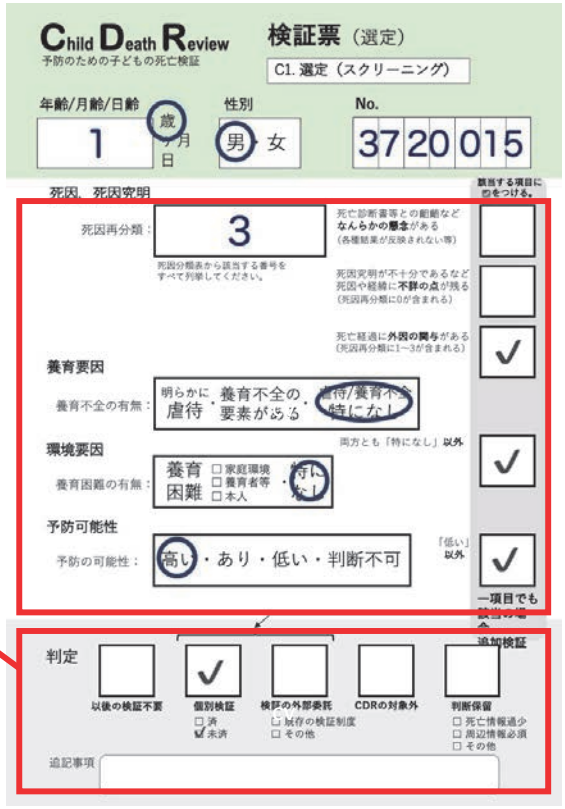
調査の内容

調査票例(厚生労働省HP)

スクリーニング

データ収集後に（各病院ではなく）自治体の担当部署 or 委託先で実施される。

- **以後の検証の要否の判定**



3-2-3　死亡調査票（簡易版）

選定（スクリーニング）のために必要最低限の情報のみを収集する簡便な調査票として開発された（1-4-2「死亡調査票の内容と利用の流れ」を参照）。

Child Death Review　死亡調査票
予防のためのこどもの死亡検証　**（簡易版）**

都道府県	死亡年	事例番号

1. 調査者について　職種：医師・看護師・保健師／MSW・その他医療職／その他行政職・その他　事例との関わり：生前に主担当・生前に長期の関与／生前に一時的な関与・死亡時のみ関与／死亡後のみ関与・特に関与なし

2. 事例の基本情報　**死亡時**　年月日齢：　□ 不明の場合チェック　性別：男・女

出生時　出生体重：　g　□ 不明の場合チェック　在胎週数：　週　□ 不明の場合チェック　周産期の問題：有・無

3. 死亡の状況　：検証すべき事項あり

死亡診断書（死体検案書）から転記する　／　調査者の評価

死因

直接死因（ア）	
アの原因（イ）	
イの原因（ウ）	
ウの原因（エ）	
間接死因等	
外因死の状況	

調査者の評価：外因の関与があるか　／　不詳の要素があるか

	1.他為	2.自殺	3.外因	4.悪性	5.急性	6.慢性	7.先天	8.周産	9.感染	0.不詳
	自傷		疾患	傷病	疾患	異常			SIDS	
原死因：○										
死因とは無関係：×										

身体所見
- 体格：年齢相応 ・ 相当小さい(<-2SD) ・ 小さい ・ 大きい
- 外表所見：死亡に関係するもの／死亡に直接関係しないもの

検査所見
- 画像：○ 単純Xp　○ 全身骨Xp　○ CT　○ MRI　○ 超音波　○ 眼底検査
- 解剖：○ 病理解剖　（3腔・頭部を除く・一部・ニードルネクロプシー）　○ **不明**
- ○ 法医解剖　（司法解剖・調査法解剖・承諾解剖・詳細不明）　○ 監察医解剖
- 所見：死因に**直結する**所見あり ・ 死因に**間接的に関係する**所見あり／死因には**関係しない**所見あり ・ **もともと存在**する所見を確認した／特記すべき**所見なし**　所見不明の場合

死亡の状況　*死亡診断（死体検案）した場所ではなく，死亡につながる急変事象が発生した場所について記載

- 死亡場所*：病医院（入院中・外来）・自宅・日常生活場所・長期滞在場所・短期外出先　急変に該当：する・しない
- 事前から死が予期：された・されない　救急搬送：された・されない

関連する人物や物体

死亡の**直接的な原因**となる人物/物体がある
死亡に**関連する**人物/物体がある
死亡に**影響しうる**人物/物体がある
特に影響を及ぼしうる人物/物体は**見あたらない**

急変の目撃者 ○ 第三者 ○ 家族 ○ なし

4. 医学的背景

：検証すべき事項あり

基礎疾患 無・有

基礎疾患「有」の場合は，下記にも記載

診断名

生まれつきの問題か はい・いいえ 過去の外因に起因 する・しない 原死因に該当 する・しない

生命リスク 確実に**短寿命・ハイリスク・予後に影響**しうる・影響**少ない**・特に**なし**

投薬の有無 **生命に直結**する投薬・**生活の質に影響**する投薬・**影響少ない**投薬・特に**なし**

医療的ケアの有無
○ 在宅人工呼吸器 ○ 在宅酸素療法（常時） ○ 在宅酸素療法（要時）
○ 気管切開 ○ 経静脈栄養 ○ その他（ ）

無・有 →「有」の場合 在宅医療に関連する死亡か はい・いいえ 終末期であったか はい・いいえ

成育状況

運動発達* 年月齢相当・遅れ・不明 → 歩行可・立位まで可・座位まで可・寝たきり

発達特性* 特になし・あり・不明 → ○精神発達遅滞 ○自閉スペクトラム ○注意欠陥多動スペクトラム ○学習障害

* 該当する場合，右欄にチェック

身体管理

健診歴 **すべて**受診・**半分以上**受診・**半分以下**の受診・受診歴**なし**・不明

指摘*の有無 有・無・？ *→ 指摘事項に対して 対応**した**・対応**していない**・不明

予防接種歴 **任意も含め**概ね接種・**定期接種のみ**すべて接種・**半分以上**・**半分以下**・不明

5. 社会的背景

：検証すべき事項あり

家庭の環境 同居家族
○ 実父 ○ 実母 ○ 祖父母 ○ その他親族
○ 養父 ○ 養母 ○ 未婚のパートナー
○ きょうだい（本人含め 人）
○ その他の同居者 ○ 集団生活 ○ 不明

養育困難の背景 有・無・？
行政による個別支援 有・無・？
転居歴 有・無・？
こどもに対する懸念 有・無・？

社会的支援

生前 要対協の対象 該当・非該当 児相通告/相談歴 有・無・？ 児相介入歴 有・無・？

死亡後 心理的ケア* の提供 有・無・？

* グリーフ・ケア等を想定する

6. 死後の対応

：検証すべき事項あり

警察通報 有・無・？
児相通告 有・無・？
CPT起動 有・無・？
医療事故調 有・無・？

院内の 医学的検証 有・無・？ 多職種検証 有・無・？
院外の 医学的検証 有・無・？ 多職種検証 有・無・？

実施された既存検証等

● 3-3　地域で CDR の検証をするための各種資料

3-3-1　多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル

R2 ～ R6 の CDR モデル事業で実際に利用された検証マニュアルである。一部、事業開始時から本票を印刷した紙媒体を利用する自治体、あるいは Excel や Filemaker などの PC ソフトウェアを使用してタブレット端末等で電磁的に利用する自治体などがみられた。

使用方法等の詳細は、1-4「情報収集」、1-5-6-1「選定（スクリーニング）」、1-5-6-2「個別検証」を参照。

多機関検証ワーキンググループ　検証マニュアル

１．総則

○　「都道府県 Child Death Review モデル事業」（以下「本事業」という。）では、主に①情報収集、②検証、③提言に取り組むこととしている。そして、多機関検証ワーキンググループ（以下「WG」という。）では、この②検証の過程を担い、この検証過程では、①選定（スクリーニング）、②個別検証、③概観検証の３つを行う。

○　なお、本検証では、特定の個人や関係機関の責任を追及することが目的でなく、子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことが目的であることに留意する必要がある。

２．選定（スクリーニング）

（１）選定とは

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

（２）目的

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

（３）実施担当者

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

（４）対象

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

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

（参考：人口 100 万あたり 15 歳未満死亡は年間 30 件程度）

（５）選定資料

○必須資料：　①死亡個票、及び②医療機関より提出された死亡調査票（基本票 A1～A5）

※　必須資料が不足する場合は、事務局等に対し、可及的速やかに当該資料の提出を依頼することとする。

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

（6）判定

○　（5）の選定資料を踏まえ、各死亡事例について、判定表の各項目に関する判定を行い、検証票（C1. 選定（スクリーニング））を作成する。

○　下記Ａ～Ｅの各項目について、判定表ａ～ｅに基づき、評価・記入する。

Ａ．死因の再分類（判定表ａ）

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

（参考）判定表ａ「死因の再分類」

番号	項目名	内容
1	他為	○　故意に加わった外傷、虐待、ネグレクト。 ○　窒息、揺さぶり、刺傷、銃創、中毒、その他の手段による他殺（戦争やテロ、その他の集団暴力による死亡も含む）。ネグレクト（育児放棄）による死亡。
2	自傷・自殺	○　自殺または故意の自傷。 ○　縊死、銃器損傷、アセトアミノフェン中毒、自絞、溶剤吸入、アルコールまたは薬物中毒、その他の自損、による死亡。通常は乳幼児でなく思春期の児にみられる。
3	外因傷病	○　外傷およびその他の外因死。 ○　単独頭部外傷、頭部以外の外傷または多発外傷、熱傷、溺水、就学前児の意図しない中毒物質誤飲、アナフィラキシー、その他の外因。故意に加えられた外傷はカテゴリー１に分類。
4	悪性疾患	○　固形腫瘍、白血病、リンパ腫、組織球症のような悪性の増殖性疾患。たとえ死亡直前の最終イベントが感染症や出血などであっても、基礎疾患として有していればこのカテゴリーに分類。
5	急性疾患	○　急性の内科的または外科的疾患。 ○　川崎病、急性腎炎、腸捻転、糖尿病性ケトアシドーシス、喘息発作、腸重積、虫垂炎など。 ○　てんかんに伴う予期せぬ突然死はここに含む。
6	慢性疾患	○　慢性疾患あるいは慢性的な病状。 ○　クローン病や肝疾患、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	○　染色体異常、遺伝子異常、先天異常。 ○　トリソミーおよびその他の染色体異常、単一遺伝子病、心奇形を含むその他の先天異常。
8	周産期	○　周産期／新生児期に発生したイベント。 ○　年齢に関わらず、死因が周産期のイベント（例：早産児）に合併する続発症に由来する死亡。分娩前または分娩時に生じた酸素欠乏、気管支肺異形成症、新生児出血後水頭症による死亡。 ○　原因不明の脳性麻痺、先天性または新生児早期（生後１週間未満）の感染症はここに分類。

9	感染症	○　生後１週間以降のまたは修正在胎週数が正期に達した以降の、他のカテゴリーに分類される疾患の合併症ではないあらゆる初感染。菌血症、肺炎、髄膜炎、HIV 感染症など。
10	不詳/SIDS	○　突然の予期しない、説明できない死亡。 ○　SIDS（乳幼児突然死症候群）と診断されたもの、または年齢に関係なく死因が確認できないもの。てんかんに伴う突然の予期しない死亡は、カテゴリー5 に分類。

※厚労科研（溝口班）報告書より抜粋・改

B．養育要因（保護者の養育への態度）の分類（判定表ｂ）

・　医療情報及び関係機関の情報をもとに、各事例の周辺事象として、養育不全の疑いがあったかを考察する。

・　虐待が死因であったと判断したもの（従来評価（※）では分類４に該当するもの。）、及び、死因への関与の度合いにかかわらず児童相談所の調査等によって虐待（ネグレクトを含む）の存在が確定的であると判断したものは、「明らかに虐待」に該当するものとする。

（※）「従来評価」とは、養育不全の関与の度合いを半定量的に評価し、「１：養育不全は確実に否定される」「２：養育不全の関与（虐待死）の可能性は確実には否定できない」「3A：虐待死の（養育不全の関与した）可能性も疑われるが、その他（事故死/内因死）に比し明らかに可能性が高いとは判断しがたい」「3B：虐待死の（養育不全の関与した）可能性が高く、その他（事故死/内因死）の可能性を凌駕する（否定はできない）」「４：虐待／ネグレクトによる死亡と判断される」の５群に分類する方法をいう。厚労科研（溝口班）で用いられた評価方法である（判定表ｂを参照）。

・　また、故意性や死亡への関与の度合いの濃淡を問わず、人為的な側面が影響し得たものは「養育不全の要素がある」に該当するものとし、この中には、確証はないものの医学的視点等から虐待（ネグレクトを含む。）が死因である疑いがあるもの、虐待（ネグレクトを含む。）が死因とは言えないものの死亡の周辺状況として存在した可能性があるもの、及び、死亡までの経過に不注意や思い込み、監督不十分等の改善し得る人為的な要因（養育不全）があるもの（従来評価では分類２、3A、3B に該当するもの。）等が含まれる。

・　その他のもの、すなわち上記の「明らかに虐待」又は「養育不全の要素がある」に該当する要素が見当たらないものを「虐待／養育不全はなし」とする（従来評価では分類１に該当するもの。）。

（参考）判定表ｂ「養育要因（保護者の養育への態度）の分類」

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

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

※厚労科研（溝口班）報告書より抜粋・改

C．環境要因（子どもの置かれた環境）の分類（判定表ｃ）

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

（参考）判定表ｃ「環境要因（子どもの置かれた環境）の分類」

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

※厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」第２章より抜粋・改

D．予防可能性の分類（判定表ｄ）

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

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

（参考）判定表ｄ「予防可能性の分類」

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

※厚労科研（溝口班）報告書より一部抜粋・改

Ｅ．検証の必要性の判定（判定表ｅ）

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

り、個別検証が完了している事例については「済」とし個別検証の対象とはしないが、これが未了の場合は「未済」とし個別検証の対象とする。

・　WG による「個別検証」以外の検証によることが可能で、これによることが死因の考察の観点から適していると判断する場合には、当該検証を行う具体的な母体を指定した上で、「専門検証」の対象とすることができるものとする。この「専門検証」には、各既存制度による検証や、本事業を実施する都道府県による独自の専門検証制度が含まれる（本マニュアルの「参考．専門検証」を参照。）。いずれにせよ、どのような検証方法によるかを選択した後、当該検証の進捗を都度トラッキングし、当該検証の完了後に、その結果を概観検証へフィードバックさせることとする。

（参考）判定表ｅ「検証の必要性の判定」

分類	内容
以後の検証不要	○　これまでの情報収集および選定で最低限必要な検証がなされたと見做され、個別検証に付さなくてよい場合。 ○　以下の⑴～⑶のすべてを満たす場合。 ⑴　純粋に医学的事由による内因死（病死）であり、 ⑵　死に至るまでの経過に不詳の点等なく、 ⑶　その死から学ぶことは当該医療機関の内部に限定される、あるいは既に何らかの既存制度による検証が完了しており、その結果に特記すべき疑義がない。 ○　選定担当者２名による選定結果がいずれも「検証不要」であった場合には、当該死亡事例はスクリーンアウトされる。
個別検証	○　個別検証事例として登録する。 ○　以下の⑴～⑷のいずれかに該当する場合 ⑴　過少ではないものの検証のため追加を要する機関情報があり、当該機関の意見等を聴取する必要がある場合 ⑵　死亡までの経緯に直接/間接的に複数機関の関与がある場合 ⑶　複数機関にまたがる業務改善に寄与する検証結果が予期される場合 ⑷　既存制度による検証の対象となりうるが、実施されなかったか不十分など結果に疑義があり、別の検証が追加されるべき場合
専門検証	○　以後の検証が必要であるが、本事業による個別検証でなく、その他の専門的な検証が必要である場合。 ○　以下の⑴～⑵のいずれかに該当する場合 ⑴　既存の各種検証の対象に合致するか、すでに既存制度による検証が開始されている場合 ⑵　特に専門性の高い有識者によって検証されることが望ましい場合。この場合、どのような専門性が必要であるかを別記することとする。
（今回の）CDR の対象外	○　現段階で、本事業の検証の対象とすることに何らかの懸念が想定される場合。 ○　すでに社会的に大きな関心事になっており、調査や検証にあたって特別な配慮を必要とする場合等がこれに該当する。ただし、将来、当該配慮事項が解消された際、改めて検証の要否を判定することとする。 ○　なお、本項目は、特殊の事情等によってやむを得ず選択されるものであるため、その判断に至った理由などコメントを追記することとする。
判断保留	○　選定時の情報では判断困難のため、以下の対策を適切に実施したあとに、選定を再実施する場合。 ・　「死亡情報過少のため」医療機関に情報の追加・訂正を依頼

	・　「周辺情報必須のため」死亡調査票（基本票）以外の周辺情報の有無や提供の可否を該当機関に依頼 ・　「その他」検証者の直接の関係者である等、客観的な判断が困難な理由があり選定（スクリーニング）が困難な場合、別の検証者に実施を依頼

○　選定結果は、結果票 C1 に記載することとする。
○　また、各選定結果により、以下の通り対応することとする。
・　「以後の検証不要」に該当する場合、結果票 C1 は単独で概観検証の資料とする（その他の調査票等は、必要時に閲覧できる資料とされる。）。
・　「個別検証」のうち「済」に該当する場合、結果票 C1 は、個別検証結果票 C2～C3 とともに、概観検証の資料とする（その他の調査票等は、必要時に閲覧できる資料とする。）。
・　「個別検証」のうち「未済」に該当する場合、その他の調査票（基本票 A1～A5、追加票 B1～B6、該当の場合 B7）とともに、個別検証の資料とする。
・　「専門検証」に該当する場合、専門検証の完了後に結果を調査票（追加票 B6～B7 等）に記入し、結果票 C1 とともに概観検証の資料とする。
・　「（今回の）CDR の対象外」に該当する場合、対象外とした事由に応じ、結果票 C1 の扱いを定める。
・　「判断保留」に該当する場合、保留の事由となった原因に対処したのち、再度、選定の対象とする。

3．個別検証　※概観検証に先立って実施

（1）個別検証とは
○　WG では、医療機関より提出された医療情報（死亡調査票）や、他機関より提出された周辺情報、個人の感想・意見等を踏まえ、複数の関係者が討議・検証し、個別検証の対象とした事例に類似した死亡を予防するための提言案を作成する。

（2）目的
○　個別検証は、概観検証の前提として、各死亡事例を精緻に検証し、同類の子どもの死亡を予防するための具体的な施策の提言案を作成することを目的とする。
○　また、個別検証会議への多機関の参加を通じ、各機関内の実務の運用及び各機関間の連携が改善されることで、子どもを取り巻く社会環境がより良くなることを間接的な目的とする。

（3）実施担当者
○　個別検証には、複数機関・複数職種の参加を必要とする。
○　参加メンバーには小児科医、法医学者、保健行政の関係者、児童福祉の関係者、警察官（例えば、検視に関係する者および生活安全に関係する者等。）、その他の専門職等が想定される。特に、死亡時の診療や検査に従事した医療関係者等、当該死亡例に直接関与（生前を含む。）した関係者が含まれることが望ましい。
○　各職種に期待される CDR への貢献内容は、下表「専門職ごとの CDR に対して期待される内容」の通りである。ただし、死亡者の親族等は検証に参加しないこととする。

＜専門職ごとの CDR に対して期待される内容＞

職種	調査～検証の段階	提言～予防策実現の段階
臨床医 ・医学者	基礎疾患・死亡状況 死因の考察	生者への診療向上
その他医療者	死亡状況、家族の様子	生者への診療・気づきの向上
法医学者 ・病理学者	解剖の結果 死因の考察	死因究明の質向上と均てん化
児童相談所	養育状況、虐待の関与	児童の環境保全
保健師	社会資源の紹介 利用状況の確認	家庭支援、健診事業等
教育関係者	学校・養育施設での様子	問題の気づき、家庭外の支援
消防官	現場情報	安全な搬送
警察官	現場検証情報	安全確保と増進 死因究明の質向上
検察官	法とその解釈	
弁護士	法とその解釈	
その他行政官	調査・検証の質と量の担保 各種社会制度の確認	制度の適切運用

（４）対象

○　選定により、個別検証に付すべきとされた事例が対象となる。特に、以下のものについて個別検証が有効であると想定される。

・　書面上の情報だけではなく、直接論述される担当機関（担当者）の意見が重要と予期されるもの

・　多機関で討議するための重要な話題を提供すると予期されるもの

・　検証によって得られる意見が複数機関の実務を改善することが予見されるもの

○　なお、選定過程を経ていないものであっても、情報を提供した医療機関等から、個別検証の対象とすべきとの意見が付されたものについても、個別検証の対象とする。

（参考）これまでの研究によると、全ての子ども死亡の概ね半数程度が該当しうる。人口 100 万あたり、年間 15～20 件程度の発生

（５）個別検証資料

○必須資料：　死亡調査票（基本票 A1～A5）、他機関調査票（追加票 B1～B6）、既存検証結果（該当の場合、追加票 B7）、選定結果票（結果票 C1）

○望ましい資料：　直接関係する担当者の意見陳述

（６）個別検証会議の準備

○　個別検証会議の開催に先立ち、あらかじめ、個別検証の対象とする事例を明確にしておくこととする。

○　個別検証会議に出席する参加者を決定し、開催案内を通知する。また、WG の構成員以外についても、個別検証の対象とする事例の関係者であれば、出席の可否を確認し、出席可能であれば当該者にも開催案内を通知する。

○　個別検証会議を開催するに当たり、選定に用いた資料（死亡調査票 A1～A5、B1～B7、C1）のほかに必要な資料が想定される場合、WG 構成員においてこれを会議までに作成するか、又は当該会議の参加者に作成を依頼することとする。

○　追加資料（選定に用いた資料以外の資料）については、会議終了後、全て、当該資料の持参者又は会議主催者において回収し、廃棄等をすることが望ましい。

（７）個別検証会議の運営

○　個別検証会議においては、参加者による各資料の閲覧や、意見交換等を行う。

○　意見交換の際、自由闊達な質疑応答を可能とするため、以下のことに留意することとする。

・　本事業が真実を追求することを目的としていないことから、証拠がない又は検証対象事例への関連が薄いという理由で、意見を取り入れないようなことは避けること

・　本事業が責任の所在の追求を目的としていないため、特定の対象の弾劾に徹して具体的な改善策を提示しないような論述を避けること

・　検証対象事例に直接的に関係した参加者が検証会議に出席している場合等においては、当該参加者が強い自責の念に駆られる、又は当該死亡によって惹起された強い情念がフラッシュバックすること等により、客観的な会議の進行が困難になる場合が容易に想定し得るため、このような事態が生じ得ることを参加者全員が予め認識した上で、参加者の精神的な平穏を維持するための努力を要すること

○　個別検証会議の開催手順の一例としては、以下のものが想定される。

①　各機関から順次、死亡に関する調査結果を説明する。

②　調査票に記載されなかった結果について質疑応答を行う。

③　死亡の直接的、あるいは間接的な原因について討議する。

④　死亡にいたるまでの経過（生活歴を含む）について、担当していた者がいれば情報共有する。

⑤　死因、および死亡に至るまでの経過に関して、存在したリスク要因を列挙する。この際、人的要因と環境要因に分けて整理することが望ましい。

⑥　列挙されたリスク要因を軽減するための介入について、意見交換を行う。

⑦　当該症例の検証にあたって問題を感じた点（調査内容、検証内容、人選など）について、意見交換を行う。

（８）判定（個別検証報告書の作成）

○　判定表の各項目に沿って、選定結果に関する評価を行い、論述的な報告を作成し、検証票 C2～C3 にまとめ、推進会議に提出する。

○　特に、検証票 C3 等に記載される予防策の基礎資料となる情報（判定項目Ｈ（環境要因）及びＪ（介入対象となりうる環境要因の特定・列挙及びその介入手段）等）が提言案を作成する際に重要であり、当該情報については、予防策の実現可能性に関わらず可及的に列挙することが望ましい。

○　本報告内容は、概観検証において確認され、最終的に各自治体への提言となることが想定される。

○　（５）の個別検証資料、（７）の個別検証会議の運営の結果等を踏まえ、各死亡事例について、判定表の各項目に関する判定を行い、検証票 C1（選定）を作成する。

○　下記Ｆ～Ｌの各項目について、判定表（f-1～ｌ）に従って評価・作成する。

Ｆ．医学的死因の確認と評価

・　子どもの医学的な死亡原因を検証することを目的に、医療情報等から読み取れる死因を考察する。死亡診断書、死体検案書又は鑑定書等に記載されている公的

記録の「死因」に加え、実際に診療や検査に従事した医療者の考察や意見等を十分に考慮し、直接死因、原死因、死亡に間接的に影響を及ぼした原因等をすべて抽出する。また、選定で用いられる死因分類表を用いてコーディングし、選定結果に修正が必要かを判定する。

・　死因究明に係る現状の評価を実施するため、診断結果の確定性について、判定表 f-1「診断結果の確定性の評価」を参照し、分類する。この際、死因そのものを推定することすら困難である事例については「不明」を選択することとする。

・　また、当該診断結果に至った根拠について、判定表 f-2「診断根拠の評価」を参照し、分類する。

（参考）判定表 f-1「診断結果の確定性の評価」

分類	内容
確定	○　当該診断と断定することに疑いの余地がない。また他の傷病を完全に否定できるか、より積極的に疑う根拠がない。
強く推定	○　当該診断とすることに、どの観点からも矛盾はない。ただし他の傷病を完全に否定するまでの根拠には至らない。
推定	○　当該診断と考えることが合理的である。ただし他の傷病も疑いうるにせよ、当該診断を上回るほどの根拠には乏しい。
除外診断	○　当該診断を積極的に示唆する根拠には乏しいものの、鑑別されるべき他の傷病は概ね確実に否定できる。
判断保留	○　当該診断を積極的に示唆する根拠も、また他の傷病を否定する根拠も、いずれも十分ではない。
不明	○　そもそも具体的な傷病名の特定に至っていない、あるいはその確からしさを判断するだけの情報が全く得られない。 ○　ただし、十分な検索や臨床的な考察の上で死因不明等と結論された症例に関しては、その「死因不明という判断の確からしさ」を上記の項目いずれかで評価する。

（参考）判定表 f-2「診断根拠の評価」

分類	内容
剖検	○　いずれかの剖検がなされ、その結果に基づいて診断（「不詳」等を含む）が確定した場合。剖検のみでは傷病の特定に至らず、最終的に臨床経過等も参照して診断した場合でも、剖検結果の加味された診断であればここに分類する。また、ネクロプシー（死後針組織病理診断）による診断も、ここに分類する。 ○　一方、剖検されたが結果不明で診断への寄与の度合いも推定できない場合や、死後画像診断のみによる場合は、この分類に含めない。
臨床診断	○　剖検がなされなかったか、剖検されても結果が参照されなかった場合において、臨床経過および死亡診断までに得られる検査結果等から当該診断に至った場合。 ○　死亡診断までに得られる検査結果等のみを参照した場合でも、死後時間を経た検討などにより相応の時間を経て
検査結果	○　臨床経過等では診断確定に至らない、あるいは明らかに別の傷病等が考察されていたが、主に死後に特定の検査結果によって積極的に当該診断に至った場合。

討議による	○　CDR などの死後検証の一連のプロセスによって、それまで考えられていた死因（「不明」「不詳」等を含む）ではない傷病が明らかになるか強く疑われるに至った場合。 ○　CDR などの死後検証によって、同じ診断であっても確定度合いのみが変わった（それまで推定しかできなかった診断が、確定に至った）などの場合は、この分類に含めない。
不明	○　何らかの具体的な診断に至っているが、診断に至った根拠や経緯が示されないため判断ができない場合。
その他	○　その他、診断に至る過程や根拠に特記すべきことがある場合。

G．養育要因（保護者の養育への態度）の確認

・　医療情報及び関係機関の情報をもとに、各事例の周辺事象として、虐待又は養育不全の疑いがあったかを考察する。

・　本事業の目的は、子どもの死亡に対して誰が責任を負うかを明らかにすることではなく、子どもの安全を脅かしうる養育の在り方とは何かを探索することにあることから、資料から読み取れる関係者の故意性、死亡への関与の度合いの濃淡、当該関係者の取った行為の社会通念への適合性に関わらず、様々な事情を可及的に広く（オーバートリアージを許容して）考慮することとする。

　すなわち、本検証において「虐待／養育不全の関与がある（ありうる）」と結論することが、「虐待死として統計される」こと、「虐待として公判／捜査／調査の対象とされる」こと、「虐待として糾弾される」こと等として捉えられてはならないことに留意する必要がある。

・　虐待が死因であったと判断したもの（従来評価では分類４に該当するもの。）、及び、死因への関与の度合いにかかわらず児童相談所の調査等によって虐待（ネグレクトを含む。）の存在が確定的であると判断されたものを「明らかに虐待」に該当するものとする。

・　また、故意性や死亡への関与の度合いの濃淡を問わず人為的な側面が影響し得えたものは「養育不全の要素がある」に該当するものとし、この中には、確証はないものの医学的視点等から虐待（ネグレクトを含む。）が死因である疑いがあるもの、虐待（ネグレクトを含む。）が死因とは言えないものの死亡の周辺状況として存在した可能性があるもの、及び、死亡までの経過に不注意や思い込み、監督不十分等の改善し得る人為的な要因（養育不全）があり得るもの（従来評価では分類２、3A、3B に該当するもの。）等が含まれる。

・　その他のもの、すなわち明らかに虐待（ネグレクトを含む）の要素も人為的な要因も見当たらないもの（従来評価では分類１に該当するもの。）を「虐待／養育不全特になし」に該当するものとする。一次評価で用いられる養育不全の分類表を用いてコーディングし、一次評価の結果に修正が必要かを判定する。

H．環境要因（子どもの置かれた環境）の確認

・　子どもが死亡に至った背景を確認するため、医療情報及び関係機関の情報をもとに、各事例の周辺事象として、養育困難の要因があったかを検証する。なお、当該検証においては、当該子どもの死亡の背景状況について詳細な事実確認をすることが目的ではなく、子どもの安全を脅かしうる／介入の対象とするべき背景事象を考察することが目的であることから、資料から読み取れる関係者の故意性、死亡への関与の度合いの濃淡、当該関係者の取った行為の社会通念への適合

性に関わらず、様々な事情を可及的に広く（オーバートリアージを許容して）考慮することとする。

・　死亡に直接的に及ぼした影響や結果にかかわらず、判定表ｃに例示した要因（家庭環境、養育者等、本人の特性、その他）が確認又は推察されたものを「養育困難」に該当するものとする。これらの要因がいずれも想定されないものは「特になし」に該当するものとする。

Ⅰ．介入対象となりうる人的要因の特定・列挙及びその介入手段

・　人的要因とは、その事例に直接的又は間接的に関わるいずれかの人の認知又は行動に認められる何らかの要因をいう。上記のように、検証の結果、養育不全の可能性が否定されない事例や、養育者等にかかる養育困難の要因が指摘し得る事例では、人的要因が存在するといえる。

・　この要因を特定し、その認知又は行動の変容を図るために「誰（どの立場の者）が」「何をする」ことができるかについて具体的に提案することが、本検証の主目的である。このような介入は、教育・啓発活動においても想定され得る。

・　これらの要因を列挙するとともに、それぞれの提案の「実現可能性（判定表 i-1）」および「実施した場合の有効性（判定表 i-2）」を考察し、判定表に沿って評価する。

（参考）判定表 i-1「提言内容の実現可能性（Ⅰ．人的要因、Ｊ．環境要因）」

分類	内容
実現可能性が高い	○　下記のすべてを満たす： ・　現行制度そのまま、あるいは軽微な修正で実施可能。 ・　予算上の措置が軽微にとどまる。 ・　一定範囲（各都道府県など）毎に実施者を準備できる。 ・　実施者は現状あるいは軽度の準備で対応可能。 ・　実施者が比較的容易に見つけられる。 ・　対象者に要求する負荷が軽微にとどまる。 ・　解決策（変更点）が具体的かつ容易に発見できる。 ・　解決策（変更点）が他に及ぼす影響は軽微にとどまる。 ・　実施につき、世論の合意が得られやすい。
実現可能性は低い	○　下記のいずれかに合致する： ・　制度の整備が一定以上必要と見込まれる。 ・　相当程度の予算上の措置を要する。 ・　一定範囲（各都道府県など）毎に実施者の準備が困難。 ・　実施者に一定以上の資格、技能、知識を要求する。 ・　新たに実施者の養成を要する。 ・　対象者に一定以上の負荷を要求する。 ・　解決策（変更点）が具体的に見出しづらい。 ・　解決策（変更点）は他に一定以上の影響を及ぼす。 ・　実施者、対象者、利用者など多方面の合意形成を要する。
実現不可能	○　下記のいずれかに合致する： ・　実施のための法規（案）が現行法と相容れない。 ・　実現のための具体的な手順が見つからない。 ・　解決策（変更点）の影響は過大か、本末転倒である。 ・　合意形成が極めて困難。 ・　世論に受け入れられない。

（参考）判定表 i-2「提言内容の有効性（Ⅰ．人的要因、Ｊ．環境要因）」

分類	内容
有効性が高い	○　下記のすべてを満たす： ・　実施できれば、予防効果は大きい。 ・　対象は幅広い。 ・　有効であるための条件がないか、軽微にとどまる。 ・　効果は長期間持続するか、再生産される。 ・　実施に伴う他の犠牲が想定されないか、軽微にとどまる。
有効性が低い	○　下記のいずれかに合致する： ・　実施したとしても、予防効果は限定的である。 ・　非常に限定した対象のみに有効と見込まれる。 ・　一定の条件下でのみ有効と見込まれる。 ・　実施したとしても、効果は一過性・短期的にとどまる。 ・　実施に伴う他の犠牲が一定以上と想定される。
効果がない	○　下記のいずれかに合致する： ・　実施したとしても予防効果はおおよそ見込まれない。 ・　実施で得られる効果より実施に伴う犠牲が大きい。

Ｊ．介入対象となりうる環境要因の特定・列挙及びその介入手段

・　環境要因とは、死亡事例に直接的又は間接的に影響した、又は、周辺状況若しくは制度により認められた何らかの要因をいう。
・　ヒト以外の何らかの物体が介在した死亡（事故等）、又は、家庭環境にかかる養育困難の要因が指摘しうる事例では、環境要因が存在するものといえる。
・　この要因を特定し、子どもを取り巻く環境の安全性の増進を図るため、「誰（どの立場の者）が」「何を変える」ことができるかについて具体的に提案することが、本検証の主目的である。
・　これらの要因を列挙するとともに、各要因に係る提案の「実現可能性（判定表 i-1）」及び「実施した場合の有効性（判定表 i-2）」を考察し、判定表に沿って評価する。

Ｋ．予防可能性の確認

・　上記Ｆ～Ｊのすべての過程を踏まえ、死亡事例に関する予防可能性を検証し、判定表ｄも参照しながら検証を実施する。
・　予防可能性が「高い」「あり」に該当する場合とは、将来、同じ背景を持つ事例に遭遇した場合に、その事例において同様の死亡に至る過程を回避できるような「より有効で実現可能性の高い予防策が想定される」又は「現段階で考慮しうる介入策は、有効性もしくは実現可能性が高くない」場合をいう。また、予防可能性が「高い」に該当するものとして取り扱う場合は、同種の死亡を「より積極的に予防する模索をする」という決意の表明とも考え得る。
・　一方で、予防可能性が「低い」に該当する場合とは、「現段階で予防策は見当たらないか、介入するとしても有効性が低く実現も困難である」ことをいう。
・　このように、予防可能性に関する評価は、個別検証で発案された予防介入策に左右され、検証者の主観的な意見にも左右され得る。
　特に、本事業が開始されて日が浅く、経験が蓄積されないうちは、主観性が高くなることが懸念されるため、客観的に判断する一助として判定表ｄを参照する必要がある。また、本検証は、詳細な事実関係の認定を行うことを目的としてお

らず、予防可能性の高低と、当該死亡に関する関係者の責任の有無とは、全く関係がないことに留意する必要がある。

L．通知

・　なお、各項目に関する選定結果に修正が必要な場合、その原因が情報提供の不足・不備によるのであれば、以後の CDR に係る事業での情報提供の仕組みについて改善を促すため、当該調査を実施した機関に通知することとする。また、適切な情報提供であったにもかかわらず、選定の実施担当者に判断の揺らぎ等があった場合は、以後の判定について改善を促すため、同実施担当者に通知することとする（表 1 ）。

（参考）判定表 1 「選定（スクリーニング）結果の確認（F．死因、G．養育不全、H．養育困難、K．予防可能性）

分類		内容
変更あり	選定（スクリーニング）による判定に変更が望ましい。	
	機関に通知	選定（スクリーニング）結果に変更が必要な原因は、そもそもの実務内容（診療等の対処した内容）あるいは調査結果（提出した情報）に求められ、このことにつき該当機関にフィードバックが望ましい場合。
	選定（スクリーニング）に通知	選定（スクリーニング）結果に変更が必要な原因は、適切な情報であったにもかかわらず選定（スクリーニング）者の判定の不備によるものであり、このことにつき選定（スクリーニング）者にフィードバックが望ましい場合。
	通知不要	軽微な変更に留まる、あるいは変更対象となった選定（スクリーニング）結果も理解を示せるものであるため、特段のフィードバックは不要の場合。
変更なし	選定（スクリーニング）による判定は適切。	
	機関に通知	選定（スクリーニング）は適切になされたが、そもそも実務内容（診療等の対処した内容）あるいは調査結果（提出した情報）に関してフィードバックすべき点が認められる場合。
	通知不要	当初情報および選定（スクリーニング）のいずれも適切であるため、特段のフィードバックの対象ではない場合。

○　個別検証結果は、結果票 C2～C3 に記載される。

○　その上で、結果票 C1 とともに、概観検証の資料とされる（その他の調査票等は、概観検証における必要時に閲覧できる資料とされる）。

参考．専門検証

（１）専門検証とは

○　個別の検証を要する事例のうち、解釈あるいは予防提言のために特に専門性の高い複数の有識者あるいは専門者集団の意見が望ましいものについては、２、３の検証に加え、以下のように、専門的の高い検証を行い、より高度、詳細、あるいは具体的な提言に帰着させることが考えられる。

※　令和３年度に実施する本事業では、必須ではない。

（２）目的

○　特定の特徴を持つ子どもの死亡事例を基にして、特定の子どもの安全上の問題点を明らかにするとともに、これに関する具体的な提言を策定すること。また、それが一般集団にどのように還元されるかを考察すること。

（３）実施担当者

○　都道府県において該当する専門性を有する複数の有識者あるいは専門者集団、あるいは都道府県を超えるレベルの専門機関や官公庁あるいはその一部門等を実施担当者として想定される。例えば、ここには学術団体など専門者集団、医師会等の下位組織（部門）、都道府県庁から委託される専門協議会等、などが想定される。より効率の良い検証のため、類似事例を複数同時に検証して相互比較を試みる等の工夫も考えられる。

○　本事業の実施主体（都道府県）ごとに、どのような資源を自ら有している、あるいは他地域と共有している、などの地域分析が予め行われる必要がある。

（４）対象

○　選定により専門検証の対象とされた事例のうち、既存制度では最適な検証を期待し難いものを対象とする。

○　例えば、発生頻度はきわめて低いが社会に対して重大な警鐘を鳴らしうる事例、広域にまたがる問題で実施主体ごとの検証で効果が限定的な事例（集団食中毒など）、検証や提言の内容あるいは対象が高度に専門的のため一般的な検証者では対応困難な事例（新生児医療制度や障害者医療制度など）、該当しうる有識者がきわめて限定的である事例（特定の疾病に関係する検証や企業製品事故など）が想定される。

（５）専門検証資料

○必須資料：　調査票（基本票）および他機関調査票、個別検証結果票、既存検証結果（該当の場合）等

（６）判定

○　該当する死亡事例について、調査票（基本票）および最終検証結果（選定（スクリーニング）において「以後の検証不要」とされたものにおいては選定（スクリーニング）結果、個別検証およびその他の専門検証を行われたものにおいては該当する検証結果）を閲覧して参加者の意見交換を行い、論述的な報告を作成する。

○　論述項目は以下の通りとする。

・　当該事例（群）にかかる検証全般

・　予防提言全般

※　可及的に、該当する特定の集団以外にも応用されるような一般的な予防提言にも言及できるよう工夫する。

・　コメント

○　判定結果の扱いは、以下の通りとする。

・　専門検証結果は、当該専門職の業務改善等のための原資料として活用される。

・　また、結果は調査票（B7、必要に応じて B6 追加）に記載のうえ、結果票 C1 および該当する場合に C2～C3 とともに、概観検証の資料とされる（その他の調査票等は、概観検証における必要時に閲覧できる資料とされる）。

４．概観検証

（１）概観検証とは

○　選定及び検証（CDR 制度に規定された個別検証、既存制度による検証、その他の専門検証等を含む）の結果を総合的に考察し、地域における子どもの安全上の問題点及びこれに対する予防のための提言をする。

（２）目的

○　地域において発生した子どもの死亡事例を基に、地域における子どもの安全上の問題点を明らかにするとともに、地域で取り組むべき改善策を具体的に策定することを目的とする。

○　また、提言のための必要な検証がなされたか、及び、当該検証が十分なクオリティをもって実施されたかについて管理し、適切な提言案の策定を遂行する。

（３）実施担当者

○　複数機関の参加が必須であり、いずれも該当機関の行動指針等について機関を代表して意見し、あるいは機関に対して確実に情報伝達をする職責を有する立場の者が望ましい。

○　ここには医療機関、死因究明機関、保健機関、福祉機関、警察、検察、その他の機関が含まれることが想定される。

○　より客観的な検証のため、事例に直接関与しない者によって実施されることが望ましい。

（４）対象

○　概観検証の対象は、選定で終了したもの（全体の約 40%）、個別検証がなされたもの（全体の約半数）、その他の専門検証等がなされたもの（全体の約 10%）等である。

（５）概観検証資料

○必須資料：　選定結果（結果票 C1）、個別検証結果（結果票 C2～C3）、既存検証結果（該当の場合、追加票 B7）

○非必須資料（必要時のみ閲覧できればよい）：　死亡調査票（基本票 A1～A5）および他機関調査票（追加票 B1～B6）

○望ましい資料：　「当該地域の子どもの死にかかる疫学」に関する資料

（6）概観検証会議の準備

○　該当地域で対象期間に発生したすべての死亡事例について、調査票（基本票）および最終検証結果（選定において「以後の検証不要」とされたものにおいては選定結果、個別検証およびその他の専門検証を行われたものにおいては該当する検証結果）を一覧にする。

○　また、会議の議題のため必要な資料（下記判定／論述項目１「当該地域の子どもの死にかかる疫学」に求められる内容）を作成する。検証会議に出席する人員を決定し、開催を通知する。

（7）概観検証会議の運営

○　資料を閲覧して参加者の意見交換を行う。個別検証と同様に、互いに自由に質疑応答できる雰囲気を維持することが重要であり、

・　真実を追求することが目的ではないため、証拠がないから、あるいは事例に直接的な関与が薄いからという理由で意見を取り入れないことを避けること、

・　責任の所在を追求することが目的ではないため、一定の対象を弾劾し具体的な改善策を提示しない論述を避けること、

等の一般的な注意点を常に念頭に置くよう留意しなければならない。

○　下記判定／論述項目に沿って会議を進行する。各事例について検証の妥当性を検証する（判定／論述項目 2）部分が含まれるが、個別検証の精度を評価すること、また個別事例における経験を一般化して地域全体への応用を考察するのが目的であるため、個別背景や信憑性の確認等に過度に拘泥しないような配慮が望ましい。

（8）判定（概観検証報告書の作成）

○　個別の事例について意見交換がなされた場合、該当事例について結果票 C2 に適宜、追記修正する。この場合、概観検証で追記された部分が判別できるよう、朱字あるいは下線などで強調する。

○　会議内容をもとに、論述的な報告を作成する。この報告は、当該年度において最終的に各自治体における提言等あるいは当該モデル事業の最終成果物の基礎資料として用いられることが想定される。

○　検証会議の例を、別途参考資料としてまとめる。また報告書の要件等につき、別途参考資料にまとめる。

○　報告書の論述項目は、以下のM～Qとする。

M．当該地域の子どもの死にかかる疫学

（項目の例）

・　一次評価項目を疫学指標とした地域の状況分析

・　既存制度に基づく各種検証の開催状況（開催事例数、のべ開催数、同類の死亡数に対して開催された割合、結論までに要した開催回数や期間など）

・　子どもの死にかかる独自課題

N．各事例について検証の妥当性

（項目の例：半定量的な評価については判定表ｎ「妥当性の評価」を参照）

・　最終評価結果の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）

・　検証の振り分け先の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）

・　予防提言の内容の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）

・　予防提言の評価の妥当性（事例ごとに半定量的な評価を行う）
・　類似事例との比較

（参考）判定表ｎ「妥当性の評価」

分類	内容
きわめて妥当	○　どの部分についても問題は指摘されない。
おおむね妥当	○　一部に問題は指摘しうるが、検者間の誤差範囲として想定される程度にとどまり、判断に影響を与えるものではない。
妥当でない部分もある	○　一部に問題が指摘され、判断に一定程度の影響を与えたが、根本的な誤りに導かれるほどではない。
まったく妥当でない	○　判断を根本的に誤った方向に導きうるような重大な問題が指摘される。

Ｏ．予防提言の整理と評価
（項目の例）
・予防提言の優先度の評価
・採用すべき予防提言の抽出と具現化のための分担決定

Ｐ．当該地域における CDR の取組の現状と課題
（項目の例）
・　情報収集（提出）の精度の評価
・　選定（スクリーニング）の精度と一律性の検討
・　個別検証の精度と一律性の検討
・　既存制度に基づく各種検証の開催状況の検討
・　専門検証の実施状況
・　上記をすべて踏まえた、当該地域の CDR の取組全体の課題

Ｑ．コメント

○　概観検証の判定結果の取扱は、以下のとおりとする。
・　概観検証の結果は、報告書のための原資料として活用する。
・　各種調査票類は、原本の写し、あるいはデジタル化したファイルを、本事業を実施する都道府県に提出する。
・　各種調査資料等の原本は、都道府県の定めるところにより、保存等を行う。

検証を行う際のチェック項目

（□項目は「必須」，○項目は「オプション」）

（事前準備の評価）

主催者（事業の実施主体）による準備項目

□ 誰が出席するべきかをリストアップする
□ 日程と場所を確定する
　□ 対面会議にするか，オンライン（またはハイブリッド）会議にするかを選択する
　□ オンライン（またはハイブリッド）会議の場合に，守秘を担保できるか検討する
□ 開催通知を出す
□ 事前に参加者を確認する
□ 出席規定（感染対策等）を確認する
　□ 出席不可となる参加者に通知する
　□ 出席不可人数が多い場合に，規定の人数の参加が確保できるか確認する
　□ 規定人数が得られない場合，日程あるいは開催方法の変更を考慮する

検証実務者による準備項目

1. （初回検証会議の場合）CDR とは何かの講演を準備する
　○ こども家庭科研班や中央委託事業体等に相談することも可能
　○ （小児科学会 CDR 委員会に相談することも可能）
　○ 行政に相談する（相談先を決めてもらう）ことも可能
　○ 模擬検証の動画を視聴する，あるいは実施することも円滑な検証につながりやすい

2. （初回検証会議の場合）CDR への参加に不利益が想定されない旨の理解を得る
　□ 情報を提供して良い根拠についての説明を用意する
　□ 自由な意見を論述して良い（心配が不要な）根拠についての説明を用意する
　　○ 議事録を作成する場合は，その方法と内容について確認する

3. 当日の資料を準備する
　□ 全体を把握する（地域全体を評価する目的ではなく，個別症例が全体の中に占める位置を把握する）ための資料を作成する
　　□ 選定（スクリーニング）結果を確認する
　　　□ 選定（スクリーニング）結果が出ていることを確認する
　　　□ 選定（スクリーニング）結果が妥当であることを確認する

□ 選定（スクリーニング）基準が，症例ごとに大きく変わらない
□ 選定（スクリーニング）基準が，示されたものから大きく逸脱しない
○ 選定（スクリーニング）基準が，他自治体と違いがあるかを確認するとよい
○ 選定（スクリーニング）結果によらず個別検証を行う場合，その理由が説明できるとよい
○ スクリーンアウトされた症例について，個別検証の対象としない理由を確認する
□ 当該日程に検証するのが適切な症例であることを確認する
□ 事件性があり公判を待っている症例では，警察が十分な情報を出せない懸念がある
□ その他の係争中の症例では，関係機関が意見を述べにくい場合がある
□ 必須の検査結果が出揃っていない場合，結果を待つことで死因が明確になりうる
□ 対象とする個別症例について資料を作成する
□ 課題を整理し，論点をピックアップする
□ 配布資料を作成する
□ 個人情報が含有されない（記載が残っていた場合は消去した）
□ 個人の同定につながらない
□ 一般論のみが記載される
□ 回収資料を準備する
□ 個人の同定につながりうる情報を含有する
□ その他なんらかの「配布に相応しくない内容」を含有する
□ 毎回同じ内容で参照する資料（分類表など）である
□ 回収のためのナンバリング等，資料の持ち出し防止の対処を行う
□ 検証を行うために不足する情報がないかを確認する
□ 当日必要な情報について，関係諸機関に追加提供あるいは論述を依頼しておく
○ 当該症例について予め考えを整理しておくと，円滑な司会進行につながりやすい
○ 議論の「落としどころ」を想定しておくと，円滑な司会進行につながりやすい
○ 必要に応じて議論の進め方等についてこども家庭科研班等に問い合わせ・相談を行う
○ 必要に応じて議論の進め方等について司会担当者と予め話し合いを行う

4. 検証を円滑に進行するための参加者を確認する

□ 検証を司会進行する委員を同定する
○ 会議全体の司会者と，検証部分の司会者が異なることも考えうる
○ こども家庭科研班「司会進行の勉強会」に参加すると円滑な進行につながりやすい
□ CDR に精通した医師（小児科学・法医学・その他）の参加を確認する
□ 症例についてではなく，CDR 制度についての疑問が出た場合に対応できる
○ 日本小児科学会の認定医師がいると円滑な進行につながりやすい
○ こども家庭科研班に支援者の派遣について相談することも考えうる
○ 自治体規定に違反しない場合，CDR 経験者をオブザーバーに迎えると円滑な進行につながりやすい
○ 医師会に参加協力を依頼する

○ 開業医ほか非参加医療施設への伝達が円滑になされやすい
○ 小児科学会（地方会）に参加協力につき相談する
○ 大学小児科学講座に相談する
□ 法務関係者の参加を確認する
○ CDR の制度に関して法律上の疑問が出た場合に相談できる
○ 検証において現行法を確認したい場合などに相談できる
○ 予め個人情報保護や議事録の関連等を討議しておくと，円滑に回答を得られやすい
○ 医療訴訟等に積極的に関与する法務関係者の場合，参加者の警戒感が生まれやすい
○ 都道府県庁と契約関係のある法務関係者，児童相談所の顧問弁護士等も考えられる

5. 担当諸機関（特に警察および検察）に，実際に取り上げる事例について確認する

□ 捜査中等の理由で警察情報の提供不可の場合，当該検証の取り扱いを考慮する
○ 警察捜査の参考になるよう，積極的に検証を実施する
○ 警察情報がなくても，現存する情報のみで検証を実施する
○ 警察情報がないため，症例の存在は確認するが検証対象としない
○ 捜査の妨げになるので，当該症例について確認もしない
□ 検証の場に必要な警察情報を提示（論述）できるよう準備を依頼する
□ 当該事例そのものの情報ではなくても，類似の事象について経験や知識があれば提供するよう依頼する

（検証会議全体の評価）

総論

1. 参加者

□ 参加すべき者が揃っていたか
  □ 参加すべき関係者に声がかけられていたか
    □ 検証のため必須の情報を持っている関係者
    □ 想定される提言の主体となる機関・部署の関係者
  □ 明らかに参加すべきではない者が出席していたか
    □ CDR の推進に対して悪影響を及ぼしうる者
    □ 当事者（遺族など）
    □ 当事者と直接的な利害関係がある者
  □ 声をかけたが欠席した者があったか
  □ 定数が揃ったか
  □ 席次表は適切に作成されていたか
  □ 第三者としてのオブザーバーがいたか
□ 議論を進行する役割が明確に割り振られたか
□ 記録係（手書き，ボイスレコーダーなど）は準備されたか
  □ 記録に個人情報を残さない等の規定を確認したか
  □ 概観検証に提出する個別検証結果記録用紙（以下「提出フォーム」：巻末参照）を作成する責任者を決める

2. 準備

□ 日程・場所などの周知は事前に明確に行われたか
  □ 周知のリマインドがなされたか
□ 必要な事前資料が準備されたか（配布資料，回収資料など）
□ 必要な機材が準備されたか（プロジェクター，マイク，座席，テーブルなど）
□ オンライン（またはハイブリッド）会議の場合，適切に事前案内がなされたか

3. 進行

□ CDR についてグラウンド・ルールの説明が十分になされたか
  □ 守秘義務について事前に説明されたか（誓約書，口頭説明など）
  □ 提示された情報が非公開であることが事前に説明されたか
    □ 特に議事録に残せない発言をする際には，その旨を明確に申し出るよう説明したか
  □ CDR の目的について理解を得られたか
  □ 今回の検証会議の目標について説明したか
    □ 第一の目標：CDR について前向きの雰囲気を醸成する
    □ 第二の目標：有効な話し合いをする

□ 第三の目標：よい提言を発出する
□ 参加者に対して，出席したことについて感謝を述べたか
□ 次回会議の日程，議題（あるいは，その決め方）は明示されたか
□ あとから思いついたこと等を連絡する連絡先を周知したか
□ 会議時間は適切だったか（1 回あたりの会議時間は 2 時間以内程度が適切たりうる）
□ 会議時間の設定は短すぎたか（積み残しや不十分な検証が多発したか）
□ 会議時間の設定は長すぎたか（疲労が委員の間に蔓延したか）
□ 議題は多すぎたか（明らかに消化不良の議題が発生したか）

4. 後処理
□ 回収資料は用意した分すべてを回収したか
□ 配布資料が一般用のゴミ箱等に廃棄されていないか
□ 議事録を作成する担当者を確認する
□ 事後のふりかえり検討会議を開催するか検討する
□ 参加者個人のメモ等が公的議事録として保管されないように留意する
□ 参加者個人のメモ等が守秘義務に抵触する扱いをされないように留意する

各論

1. 材料
□ 検証のための材料は十分だったか
□ 必要な情報が十分提示されたか（口頭での供述を含む）
□ 明らかに必須の情報が提示されない事象があったか
□ CDR について理解が不十分（CDR に対する不信感）のため提示されなかったか
□ 個人情報保護について解釈の不一致があり提示されなかったか
□ 公判等のため開示できない情報があったか
□ その他の情報開示を阻む規制等のため提示されなかったか
□ 明らかに必須の職種が不参加であったか
□ 司会進行に不慣れであったか
○ 予定された検証時間で完了するための準備がなされていたか
○ あらかじめ検討すべき課題は抽出してあると，円滑な進行を得やすい？
○ 発言を促すための「closed question」が準備してあると，円滑な進行を得やすい？
○ あらかじめ議論の「落としどころ」を想定してあると，円滑な進行を得やすい？

2. 時間
□ 検証のため十分な時間があったか
□ 割り振られた検証時間が予め示されたか
□ 検証時間は十分であった

□ 検証時間は不十分であった
  □ 予定より長い時間を利用した（時間を延長した）
  □ 予定より短い時間しか利用できなかった（他議事に圧迫された）
  □ 予定されたが，検証できなかった
  □ 検証を始めたが，提言発出に至るには時間が不足していた
  □ 検証し，提言がまとまったが，明らかに発言し足りない様子の委員がいた
  □ 検証時間に不満の表明があった（明らかに発言し足りない様子の委員がいた）
□ 検証時間が不十分の場合：検証の続き（再検証）の機会が具体的に示されたか
□ 検証時間が不十分の場合：明らかに too busy な予定であったか
□ 検証時間が不十分の場合：事前から議論が沸騰することが予測されたか
□ 検証時間が不十分の場合：次以降も同内容であれば長時間を要すると予測されるか（検証に慣熟しても時間短縮は想定されないか）

3. 環境整備

□ 会議に向いた環境であったか
  □ 他人の発言が聞き取りにくい等の事象はなかったか
  □ 画像提示のある場合，見にくい等の事象はなかったか
  □ 参加者全員に，配布資料を広げるためのスペースが確保されたか
  □ 環境温の問題（寒すぎる / 暑すぎる）はなかったか
  □ 室内の明るさの問題（眩しすぎる / 暗すぎる）はなかったか
  □ 意見交換のしやすい座席配置（コの字型 / ロの字型など）であったか
  □ 必要な場合，マイクが少なすぎて発言の機会を奪わなかったか
□ 検証に向いた環境であったか
  □ 発言しにくい雰囲気がなかったか
  □ 発言を控える雰囲気がなかったか（明らかに関係する部門であるにもかかわらず）
  □ 他人（他機関）を責める（否定する）姿勢がなかったか
  □ 明らかに一方的な意見が強要されなかったか
  □ 明らかに議論を遮る参加者がいたか
  □ 議論が白熱するあまり険悪な雰囲気にならなかったか
  □ 明らかに興味を示さない委員がいなかったか
  □ 明らかに業務上関連し得ない委員がいなかったか
  □ 検証会議を通して全く発言のない委員がいなかったか
  □ 全く誰の発言もない時間が長く続かなかったか
□ （該当する場合）適切なオンライン環境であったか
  □ 声が聞き取りづらくなかったか
  □ 一部参加者の環境音等が会議を邪魔しなかったか
  □ ネット環境は適切だったか（頻繁にフリーズしない等）

4. 司会進行

□ 司会者（ファシリテーター）の機能は十分だったか
- □ 司会者はちゃんと司会をしたか
- □ 司会者は参加者に CDR についての理解を促したか
  - □ 参加者に CDR のあり方（理想）を示したか
- □ 司会者は委員に発言をするよう明確に指名したか
- □ 司会者を補佐できるメンバーがいたか
  - □ 場が静まった時に，とりあえず発言してくれる人
  - □ 議論が横道に外れているときに指摘してくれる人
  - □ 司会が止まってしまった時に会話を進行してくれる人
  - □ 司会者と他委員との激論になった時に，事態の収集をしてくれる人
- □ 司会者は発言者をコントロールできたか
- □ 司会者は一人でしゃべりまくらなかったか
- □ 司会者は右往左往しなかったか
- □ 利害関係を持つ委員（医療過誤訴訟の可能性，遺族等の直接関係者，等）がいたか

5. 結論

□ 結論が導かれるような良好な運営がなされたか
- □ 議論が頻繁に横道に逸れなかったか
- □ 枝葉末節（用語の定義や，細かな事実確認等）にこだわる様子はなかったか
- □ 繰り返し同じ内容に固執しなかったか
- □ 釈然としない雰囲気がなかったか
- □ 一部の委員・職責を責める意見に終始しなかったか
- □ 非参加あるいは非発言の職域に対する批判に終始しなかったか
- □ 結論を次回（以降）に持ち越されたか

□ 結論は出たか
- □ 解決を望んだが未解決で残された課題はあったか
- □ その死は仕方がなかった，学ぶべき点はなかったという無力感に囚われなかったか
- □ 議論は不可であるという意見に終始しなかったか
- □ 議論は無駄であるという意見に終始しなかったか
- □ 何らかの「言い訳」に終始しなかったか
- □ 釈然としない雰囲気で終わらなかったか
- □ 参加者は議論に満足を表明したか
- □ 司会者は議論に満足したか
- □ 具体的な提言が出たか
  - □ 提言に，実施主体「誰が」は明示されたか
  - □ 提言の主体が一部の機関（病院，児相，...）に集中しなかったか

□ 提言につなげられない事例はあったか

□ 検証時間が短すぎるためか（議論の時間を長く確保できれば提言が出そうか）
□ 難易度の高い症例であるためか（専門家，あるいは別の委員を招聘すれば提言が出そうか）
□ あるべき情報が不足するためか（既存の情報が追加されれば提言が出そうか）
□ そもそも情報が存在しないためか（将来なんらかの情報収集が確立できれば提言が出そうか）
□ 具体的な提言が思いつかないためか（具体的ではない提言（一般論）なら出そうか）
□ どの立場からも新たに得るところのない（個別検証の対象とすべきではなかった）事例か

□ 検証は有効であったか
□ 予め想定されなかったイベントが新たに抽出されたか
□ 予め想定されなかった方向の議論になったか
□ 予め決められた結論を伝達するのみの会議でなかったか

6. 記録

□ 記録が検証の議論に即しているかを確認（監査）したか
□ 確認（監査）者を選出したか
□ 議事録の案を複数人で確認したか
□ 必要な加筆修正がなされたか
□ 提出フォームを最終確認したか

（事後の評価）

□ 検証された事例それぞれにつき，提出フォームを埋める
□ 提出フォームの内容について，個別検証に出席した委員のうち誰のチェックが必要かリストアップする
□ リストアップされた委員のチェックを受けて修正点等の確認を行う
□ 提出フォームを，CDR 事務局に送付する

（事業全体の評価）

□ 当初見込みの予算は十分であったか（予算を理由に実施できない事項があったか）。
□ 準備や知識に対して正当に評価されたと感じたか。
□ 行政が当該事業を理解していると感じたか。
□ 参加した諸機関が，CDR について十分に理解していると感じたか。
□ 全期間を通して参加を得られなかった機関・部署はあったか。
□ CDR への参加に向けた動機づけは十分になされていたか。
□ CDR の実施によって，参加者の動機づけは維持あるいは補強されたか。

（症例番号：＿＿＿＿＿＿＿＿）
Profile：（年齢/月齢/日齢），性別（男・女）

症 例 概 要

症例概要：（テキスト）

（医学的な観点からみた概要）
診断：（テキスト）
診断の確度：（不明 / 判断保留 / 除外診断 / 推定 / 強い推定 / 確定）
診断の根拠：（臨床診断 / 検査結果 / 剖検 / CDR で討議 / その他），剖検（あり/なし）
考察の概要：（テキスト）
残された課題：（テキスト）

（周辺事象の概要）
関連した/しえた機関(#1)：（特になし）
関与の概要(#1)：（空欄）
提供した情報の種類・概要(#1)：（空欄）
考察の概要(#1)：（空欄）

各種評価/分類結果：
死亡の種類（内因死 / 外因死 / 不詳の死），（再分類コード「　　」，「　　」，「　　」，　　）
養育不全（特になし / 養育不全の要素あり / 虐待確実），コメント：
環境要因（あり（本人 / 家族 / その他） / なし），コメント：
予防可能性（高い / あり / 低い / 判断保留）
検証の必要性（必要なし / 個別検証「要」 / 専門に委託（　　） / 対象外 / その他）
フィードバック（不要 / 機関に通知 / 一次検証に通知 / その他）

キーワード：

さらなる検証が必要か，その場合に誰（どのパネル）に委託するか

検 証 結 果

（経過から抽出されたイベント）

抽出されたイベント：＿＿件

イベント(#1)

イベントの概要：（テキスト）

イベントから死亡までの期間：（1 時間以内 / 1 日以内 / 1 週間以内 / 1 ヶ月以内 / 1 年以内 / それ以上）

イベントが死亡に及ぼした影響：（直接死因 / 原死因 / 間接死因 / 死亡に影響しうる / 無関係）

イベントの考察：（テキスト）

イベント(#2)

イベントの概要：（テキスト）

イベントから死亡までの期間：（1 時間以内 / 1 日以内 / 1 週間以内 / 1 ヶ月以内 / 1 年以内 / それ以上）

イベントが死亡に及ぼした影響：（直接死因 / 原死因 / 間接死因 / 死亡に影響しうる / 無関係）

イベントの考察：（テキスト）

#3　以下，必要に応じて増欄

（提案された提言）

#1（テキスト：誰が，（誰に対して），何を行う）

（提言の理由）

1-1.（テキスト）

1-2.（テキスト）

以後，必要に応じて増欄。

（提言の評価）

実現可能性：（高い / あり / 低い）

有効性：（高い / あり / 低い），コメント（テキスト：対象が限定される，等　　）

実現したかを評価する方法：

①（テキスト）

②（テキスト）

以下，必要に応じて増欄

キーワード：

#2（テキスト）

（提言の理由）

2-1.（テキスト）

2-2.（テキスト）

以下，必要に応じて増欄

（提言の評価）

実現可能性：（高い / あり / 低い）

有効性：（高い / あり / 低い），コメント（テキスト：対象が限定される，等　　）

実現したかを評価する方法：

①（テキスト）

②（テキスト）

以下，必要に応じて増欄

キーワード：

#3　以下，必要に応じて増欄

3-3-3　検証会議のすすめかたの例（三重県提供による資料（2022）から一部抜粋）

多機関検証ワーキンググループの進め方について

令和４年６月８日（水）19:00～

1　第１回多機関検証 WG（個別検証）は次の順番で行います。

(1)スクリーニング実施結果を報告します。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・**資料４**

事前に事務局でスクリーニングを行いました。その結果、個別検証「不要」「専門検証」と判断した事例について、「死因、養育要因、環境要因、予防可能性」を報告します。

＊予防可能性の有無、検証不要との判断でよろしいか？
＊お気づきの点など、ご自由に、ご意見をください。

(2)個別検証「要」となった事例の検証を行います。・・・・・・・・**資料 5-1、5-2、5-3**

＊1 事例ごとに検証していきます。

①死亡調査結果について、死亡調査票（基本票）（追加票）等を用いて説明します。質疑応答を行います。

②スクリーニングの結果、個別検証「要」としたことについて、「死因、養育要因、環境要因、予防可能性」を報告します。資料は、検証票 C1.選定（スクリーニング）を用います。

③死亡の直接的・間接的な原因、死に至るまでの経過、存在したリスク要因、リスク要因を軽減するための介入等について、意見交換を行います。

④子どもの死亡を予防するための具体的な施策の提言案を作成していきます。

検証票 C2.検証結果のまとめ-1、検証票 C3.検証結果のまとめ-2 を用います。

＊事例に関する質問、意見等、自由に意見交換してください。
＊予防可能な子どもの死を減らすための具体策は・・・
　「誰（どの立場の者）が」、「何をする」ことができるのか
＊具体的な対応策の「実現可能性」、「有効性」について、ご意見をください。

2　今回の多機関検証ワーキンググループで議論された内容を基に、予防可能な死を減らすための方策をまとめ、県に政策提言していきます。

<多機関検証ワーキンググループにおけるグラウンドルール>
○ 本会において知り得た情報は他に漏らさない。職を退いた後も同様とする。
○ 誰かを責める会にしない
○ 事例の内容を否定／批難しない

● 3-4　地域で CDR から提言をするための各種資料

3-4-1　提言の例①（三重県 web ページより許可を得て該当部分を転載）

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 6（2024）年 3 月）より抜粋引用。
（https://www.pref.mie.lg.jp/common/content/001130343.pdf）

４　予防可能な子どもの死亡を減らすための取組に関する提言

今年度に取り扱った死亡事例の検証から導き出した予防策は以下のとおりである。

＜提言１＞乳幼児の突然死（ＳＵＩＤ）の原因分析及び予防策の普及啓発

背景

子どもが睡眠中に突然死に至る事例が発生し、解剖の結果、原因の特定に至ったケースもあった。

提言事項

（１）乳幼児の突然死（ＳＵＩＤ）の予防へ向けて、原因究明を行うための予算的な体制整備に取り組んでいただきたい。

（２）医療・保健などの関係機関や保護者に対し、ウイルス感染による突然死のリスクと予防のための周知啓発に努めていただきたい。

解　説

（１）乳幼児の突然死（ＳＵＩＤ※）の原因究明のための体制整備

死因特定のための解剖は、司法解剖の対象とならない場合、医師の判断により遺族の承諾のもと実施する解剖（承諾解剖）、または「警察等が取り扱う死体の死因または身元の調査等に関する法律（死因・身元調査法）」に基づき警察署長の権限で実施する解剖（調査法解剖）のいずれかの要件に該当すれば解剖が実施されることになる。

いずれも解剖にかかる経費は公費から一定金額が支払われることになるが、組織検査や薬毒物検査などの特別な検査が必要な症例では、十分な金額が支弁されていないケースがある。本県では、原因究明のために、解剖を担当するスタッフが時間と費用を負担したケースも発生している。

このことから、次の死亡を予防するための死因究明が、費用の面から断念せざるを得ないといったことのないよう、解剖及び必要な検査に係る体制の整備、特に予算措置の拡充を図っていただきたい。

※　ＳＵＩＤ：Sudden Unexpected Infant Death

乳幼児突然死症候群（ＳＩＤＳ）及び原因が説明できる突然死を包括した乳幼児期の予測不能な突然死のこと。

（２）ウイルス感染によるＳＵＩＤのリスク及びその予防に関する周知啓発

ＲＳウイルスは乳児期に感染すると生命に危険をきたす可能性のあるウイルスで、ＳＵＩＤの原因の一つとも考えられている。

ＲＳウイルスの母子免疫ワクチン※が薬事承認されたところであるが、現時点では、重症化リスクの高い基礎疾患をもつ小児に対して特異的な抗体の予防注射により重症化を防ぐといった対策が取られている。

県としても医療・保健などの関係機関や保護者に対して、ＲＳウイルス感染によるＳＵＩＤのリスク及びその予防に関する啓発をお願いしたい。

※　母子免疫ワクチン

妊婦に接種することにより母体の抗体価を高め、母体から胎児へ抗体が移行することで乳児における疾患を予防するもの。

＜提言２＞すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる環境の整備

背景

逆境的体験のためメンタルヘルス上の問題を抱えていた子どもが、①学業が負担となり自殺に至った事例、②不登校が基盤にあり、周囲の者に気づかれずに衝動的に自殺に至った事例が発生した。また、家庭基盤の弱い子どもが危険箇所で遊んでいる最中に事故に遭う事例が発生した。

提言事項

（１）逆境的小児期体験（ＡＣＥｓ）への対策として、すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる体験（ＰＡＣＥｓ）を緩和策として提供し、子どもの居場所の整備にいっそう取り組んでいただきたい。

（２）自殺の危険性が比較的低い場合であっても、不登校や学校を休学・退学するなど学校や社会とつながりのない子どもたちは孤立しやすい状況にあると考えられる。アウトリーチによる支援体制の充実や、プラットフォームの構築など自殺予防対策を検討いただきたい。

（３）自殺の可能性が極めて高い生徒の発見と緊急的な介入の方策について、医療・教育・行政などの関係機関が連携して体制づくりに努めていただきたい。

解　説

（１）すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる環境の整備

令和４年における全国の児童生徒の自殺者のうち、高校生が全体の 68.9%を占めている。教育課程の分類別では全日制高等学校が 73.2%、定時制・通信制高等学校が 25.1%、特別支援学校が 0.2%であるが、一方で学生 10 万人あたりの自殺死亡率は全日制 8.8、定時制・通信制が 28.9、特別支援学校が 9.2 となっている。

また、自殺の原因・動機別で最も多いのは、全日制で「学校問題」（53.0%）、定時制・通信制で「健康問題」（53.5%）となっている。前者の内訳をみると「学業不振」が最も多く、後者では「うつ病の悩み・影響」や「その他の精神疾患の悩み・影響」が大半を占めている[1)]。

幼少期における身体的虐待や心理的虐待、ネグレクトなどの被虐待体験と、家族の精神疾患や家族間の暴力などの家族機能不全を総称して、逆境的小児期体

験（Adverse Childhood Experiences；ＡＣＥｓ）と呼ぶ。

近年ＡＣＥｓによる悪影響の緩和策として、小児期の保護的・補償的体験（Protective And Compensatory Experiences；ＰＡＣＥｓ）の有効性が論じられている。ＡＣＥｓの影響を受けた子どものたちの心身の健康を改善する解毒剤としてのＰＡＣＥｓは、良質な生活・教育環境や養育者からの信頼・愛情といった項目のほかに、友人や養育者以外の頼れる大人の存在、趣味やスポーツ、ボランティアなどの集団活動といった体験が有効であることが示唆されている。

こども家庭庁は、「こどもの居場所づくり」の理念として、「全ての子どもが安全で安心して過ごせる多くの居場所を持ちながら、様々な学びや、社会で生き抜く力を得るための糧となる多様な体験活動や外遊びの機会に接することができ、自己肯定感や自己有用感を高め、身体的・精神的・社会的に将来にわたって幸せな状態（ウェルビーイング）で成長し、こどもが本来持っている主体性や創造力を十分に発揮して社会で活躍していけるよう、『こどもまんなか』の居場所づくりを実現する」としている[2)]。この理念は、ＰＡＣＥｓを通じて子どもの肯定的な感情を育み、ＡＣＥｓの影響を緩和することと通じるものがある。

以上のことから、ＡＣＥｓによる子どものメンタルヘルスへの悪影響を緩和し、自殺に至ることを予防するという観点、あるいは子どもが安全に安心して過ごすことのできる環境を提供することで不慮の事故を予防するという観点から、家庭や学校以外の子どもの居場所の整備にいっそう取り組んでいただきたい。

（２）社会とつながらない子どもへのアウトリーチ支援【自殺予防の１階部分】

新型コロナウイルス感染症流行の影響により、子どもの自殺が増加しており、その背後には膨大な死にたい子の存在がある[3)]。

不登校や休学、あるいは退学のため、学校による状況把握が難しい子どもに関しては、支援の必要があってもつながりにくい状況にあると考えられる。本県のＣＤＲにおいてもそういった子どもの死亡事例が報告されているが[4)]、具体的な予防策は見いだせていない。

学校とつながりのない子どもたちに対しては、福祉・行政による相談支援のほか、前述の子どもの居場所など、地域における見守りが支援の方法として考えられる。個人情報の取扱いや本人の意志といった問題はあるが、外部からのアウトリーチによる状況把握及び支援の取組みについて検討いただきたい。

また、受診にあたって数ヶ月～1 年の待機期間があるという児童精神医療の問題も改善を図っていただきたい。

（３）緊急性の高い児童生徒への対応【自殺予防の２階部分】

切迫した自殺念慮を訴えるなど、緊急性の高い児童生徒については、タイムリ

ーに精神科医療機関の受診につなげる必要がある。

子どもに限らず、緊急性が高い精神疾患の治療を担う高規格の施設として「精神科スーパー救急病棟」を備える精神科病院もあるが、三重県で精神科スーパー救急病棟を設置している病院は４か所である。

現在、三重県教育委員会と三重県医師会との協働により児童、思春期患者の受入れが可能な精神科病院等が把握されるようになっているが、緊急性の高いケースを適切に精神科医療へつなぐ体制整備に取り組んでいただきたい。

１）いのち支える自殺対策推進センター「自殺総合対策の推進に関する有識者会議」資料

２）こども家庭庁「こどもの居場所づくりに関する指針」

３）梅本正和　「中高生のコロナ禍におけるメンタルヘルスへの影響」　そだちの科学、日本評論社　42 号,　2024　（in press）

４）梅本正和、大橋浩、駒田幹彦、二井栄　「中学時代の不登校経験は、高校での自殺念慮のリスクを 2 倍にする」　第 64 回日本児童青年精神医学会総会、弘前．2023.

５　ＣＤＲから得られた知見に基づく提言

今年度の死亡事例検証から得られた知見をもとに、子どもの死亡を予防するための施策以外に以下の施策に取り組んでいただきたい。

＜提言＞遺族など関係者に対するグリーフケア・こころのケアの提供

背景

子どもの死亡に直面した保護者やきょうだいなどの遺族のほか、子どもの保育や教育に携わっていた職員の精神的動揺が懸念される事例が発生した。

提言事項

（１）子どもを亡くされた保護者の方や、そのきょうだいに対するグリーフケアの体制整備に取り組んでいただきたい。

（２）亡くなった子どもに関わりのあった他の子どもや、保育・教育従事者のこころのケアの充実に取り組んでいただきたい。

解　説

（１）遺族へのグリーフケア提供体制の整備

ＣＤＲの実施に際して、遺族の心情に配慮することは重要な課題であることから、ＣＤＲの体制整備とあわせて亡くなった子どもの保護者やきょうだいなどに対するグリーフケア（グリーフサポート）が継続的に提供されるような体制整備が図られるよう、これまでも国に対して提言を行っているところである。

不同意書提出の背景として、不同意書を手渡す際に、遺族から「そっとしておいてほしい」というような意図を感じる場合があった。

子どもを失った遺族は悲嘆にくれ、場合によっては罪悪感を抱いてしまう可能性がある。また、そこから引き起こされるメンタルヘルスの悪化は、本人の健康上の危機につながるだけでなく、養育する子どもの発達に影響することがわかってきている。「みちのくこどもコホート」の研究成果によると、東日本大震災で被災した保護者のメンタルヘルスの悪化と、その子どもの行動上の問題や語彙発達の遅れなどの発生には有意な関連が認められている[5)]。

また、亡くなったきょうだいのとらえ方や理解は大人とは違っている。子どもが大人に導いてくれることを求めているとき、死を理解できるように助ける必要がある[6)]。年長の子どもや、中高生はその死を防ぐために自分が何かできたのでは、と考えてしまうこともあり、早い段階で問題の発生を未然に防ぐための手立てをとる必要がある。

深い悲嘆による二次的な被害を防ぐだけでなく、子どもの健全な発達を促すという観点からも、悲嘆についての理解を含め、県内のグリーフケア提供体制の整備に取り組んでいただきたい。

（２）友人や保育・教育従事者のこころのケアの充実

事故において、児童生徒や保育士が子どもの死亡現場に居合わせたケースもあった。事故の検証等にあたって、居合わせた方へ死亡前後の様子を詳細に尋ねることは当事者の心理的な二次被害を助長することがあり、慎重に行わなければならない。また、当事者が亡くなった子どもより年長あるいは成人の場合、「自分がなんとかできなかったのか」という後悔や自責の念を掻き立てることのないような心づかいも必要である。

こうしたことを含め、残された者への心理的二次被害を予防するため、学校や保育所に対してグリーフケアの知識を持つカウンセラーやソーシャルワーカー等の専門職種を派遣し、子どもや教職員のこころのケアを行う取組みについて、いっそう充実を図っていただきたい。

５）みちのくこどもコホート調査；動画
http://www.miccageje.org/img/R5PPTm.mp4

６）「大切な人を失ったあとに」～子どもの悲嘆とケア　子どもを支える親と大人のためのガイドブック（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）
https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/contents/pdf/mental_info_childs_guide.pdf

3-4-2　提言の例②（山梨県 web ページより許可を得て該当部分を転載）

山梨県 CDR 多機関検証委員会「令和 6 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」より抜粋引用。
（https://www.pref.yamanashi.jp/documents/100285/cdr6.pdf）

4. 令和6年度子どもの死亡検証（CDR）で検討された予防策

※個別検証で検証した事例を概観検証でさらに客観的に検討し、予防策を導き出した。それらの予防策について、山梨 CDR を推進する医師で成る CDR 運営会議メンバー、警察、司法、教育、行政、県の事務局である子育て・次世代サポート課で優先度（有効性、実現可能性）について点数付けを行い、優先すべき予防策を決定するとともに今後の推進方法について検討した。

【予防策１】交通事故による子どもの死亡をなくす為の取り組み

（事例の背景）

子どもが交通事故で亡くなることを防ぐには、養育者が交通事故防止に関する適切な知識を養い、子どもの安全を守ることが重要である。また、周囲の運転者も車間距離の厳守や自らの車両の安全性の強化に努め、交通事故防止に努める必要もある。令和 6 年度は、ひとり親世帯で、遠方医療機関への受診のために高速道路走行中に交通事故で亡くなった事例の検証を行い、以下の予防策が挙がった。

●特に優先度が高い予防策と具体策案

①交通事故防止に向けた普及啓発　・・・警察、市町村、県庁関係各課

・養育者の交通事故防止に関する知識の向上（チャイルドシートの正しい装着方法の啓発等）

・高速道路上での車両トラブル時の適切な対応のための知識の啓発（発煙筒の使用、緊急連絡先、停止場所など）

（その他の予防策）

・車両や車道の安全性の強化

・高速道路で故障車を知らせるシステムの迅速化
・トンネル内の路肩の幅の見直し（緊急時に退避できる十分な幅の設定）
・軽自動車の安全基準の改善（後ろからの追突を想定した安全基準への改定）
・トラックの自動ブレーキの義務化

・ひとり親世帯に対する遠方の病院受診の支援（タクシーなど公共交通機関利用の交通費や宿泊費の補助）

・妊婦健診等の問診項目に「運転の有無」「運転歴」等を追加し、運転に慣れているかどうかを確認する。

【予防策２】周産期の医療体制の整備

（事例の背景）

県内の過去 5 年間の人口動態統計の乳児の死亡原因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」と「周産期に発生した病態」が約6割を占めている。予防の可能性が低い事例が多いが、新生児と親を支援するための病院の環境整備やグリーフケアの体制整備が必要である。令和6年度は、先天奇形事例のほか、入院を勧められたが、経済面や同胞の預け先等の社会的問題から入院管理ができずに早産となり、感染症に罹患し死亡した事例もあった。

●特に優先度が高い予防策と具体策案

①妊婦がいる家族への支援のための普及啓発　・・・市町村、県庁関係各課

・安全な出産には妊婦がいる家族の協力が不可欠であることや早期産の危険性について家族等に啓発が必要

・出産前に夫は休みをとりづらい状況がある。妊婦が重症化した場合に、兄弟姉妹などの養育に夫の支援が重要であることを事業所等に周知し、夫が休みやすい環境を整備する必要がある。

・併せて、両親学級等で父親の役割や夫婦間での役割分担の方法等について教育し、何のために、育休を取得する必要があるのかを周知していく必要がある。

②周産期死亡における家族へのグリーフケア・・・医療者、市町村、県庁関係各課

③院内感染症対策の強化・・・医療者

④早産予防の観点から、プレコンセプションケア（妊娠前からの健康づくり）を推進する

（その他の予防策）

・妊娠中に適切な治療が受けられるようなサポート資源の周知と体制の整備（入院を要する場合の経済的補助、託児所の整備等）

【予防策３】小児救急医療体制の整備

（事例の背景）

急性疾患など早急な対応が求められる場合に、迅速な医療を受けられるように小児救急体制の整備を行っていく必要がある。令和6年度は、新型コロナウイルスやインフルエンザ等の感染症が重篤化し、死亡した事例があり、小児救急医療体制整備に関することや家庭でのホームケア、感染予防に関する予防策が挙げられた。

●特に優先度が高い予防策と具体策案

①＃8000の拡充（新たに平日日中にも稼働することを検討）　・・・県庁関係各課、医師会

②小児の救急車の適正な利用の啓発　・・・県庁関係各課

→こども救急ガイドブックの配布

③小児救急当番二次輪番ルールの遵守　・・・県庁関係各課、医療者

④県外から転入した家族に対する山梨県の救急システムの周知強化　・・・県庁関係各課、市町村

（その他の予防策）

・感染予防に関する普及啓発（感染症情報の県民への発信、ワクチン接種の啓発）

・家庭でのホームケアの方法の周知（家庭でのこどもの体調変化についての観察方法等）

【予防策４】. 乳幼児の安全な睡眠環境を整える

（事例の背景）

昨日まで元気であった乳児が、睡眠中に心肺停止状態で発見され死亡することが時々発生する。日常生活の中で、乳幼児突然死症候群（SIDS）のリスク因子を出来るだけ取り除いて睡眠中の子どもの死亡を防ぐことが重要である。令和6年度は、僻地にて乳児が睡眠中に心肺停止となったが積雪による道路状況悪化のため救急車での搬送に時間を要した事例があり、災害対策や救急医療体制についての予防策が挙がった。

●特に優先度が高い予防策と具体策案

①　SIDS 予防の強化　　・・・市町村、県庁関係各課、医療機関

・引き続き、乳児健診、家庭訪問、医療機関への受診時などで、パンフレットを用いながら睡眠環境のチェックや川の字就寝等の危険性の啓発、禁煙指導の徹底。

・ベビーベッド使用の推奨

・ベッドインベッドの啓発（ただし、安全基準はなく、こども家庭庁の推奨はない。）

②　災害対策の強化（備蓄や防災用品の備え）　　・・・県民、市町村、県庁関係各課

・こどものいる家庭における、食料備蓄や防災用品、燃料備蓄などの災害に対する備えの強化

・災害時の孤立対策

③　救急医療体制整備　　・・・県庁関係各課

・県内での都市部と僻地での救急の格差の改善（インフラの整備）

（その他の予防策）

・現状では、県「子育てネット」に窒息事故の予防として寝具の環境を整える注意書きの掲載。市町村においても乳幼児健診等にパンフレット、ポスターによる啓発をしている。

※ベッドインベッドとは、大人が児と添い寝をする時に使う周囲が囲まれた寝具で、児の転落や大人や兄弟の寝返りで児を圧迫するのを防ぎ、児が安全に過ごせる。
ベビーベッドを置くのが難しい場合も便利である。（ただし、安全基準はなく、こども家庭庁の推奨はない。）

【予防策５】司法解剖・病理解剖における体制整備

（事例の背景）

こどもの死を防ぐための予防策を検討する上で、司法解剖や病理解剖等による死因究明は重要である。令和6年度に検証した事例においても、両解剖のための体制整備やそれに伴う法整備の必要性が挙げられた。

●特に優先度が高い予防策と具体策案

①　司法解剖・病理解剖における体制整備　　・・・国、県庁関係各課、医療機関、警察

・18 歳未満の検視・検案を地域小児科医師がいる病院へ依頼する

→各小児科医療機関で受け入れ体制を整えていく。

・県民への病理解剖の必要性と正しい知識の啓発

・医師の人材育成（医学生に対して遺族への対応方法等について講義）

・こどもの病理解剖費用の助成・司法解剖謝金の増額

②　法整備　　・・・国、県庁関係各課

・こどもの病理解剖費用の助成・司法解剖費用の増額

一般に法医学者に支払われる司法解剖謝金は極めて低額である。また大学に病理解剖を依頼するには、検案した地域の病院が病理解剖費用を負担しなければならず、病理解剖が進まない原因になりうる。

● 3-5　地域で CDR のトラッキングをするための各種資料

3-5-1　トラッキングの例①（三重県 CDR モデル事業資料より許可を得て転載）

三重県 CDR モデル事業推進会議資料より一部引用

令和５年度提言に関する令和６年度取組

16

令和５年度提言に関する令和６年度取組

Ｒ５提言内容

■ 予防可能な子どもの死亡を減らすための取組に関する提言

1　乳幼児の突然死（ＳＵＩＤ）の原因分析及び普及啓発

【背景】子どもが睡眠中に突然死に至る事例が発生し、解剖の結果、原因の特定に至ったケースもあった

- 突然死の原因究明のための体制整備
- ウイルス感染による突然死のリスク及びその予防に関する周知啓発

2　すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる環境の整備

【背景】メンタルヘルス上の問題を抱えていた子どもが、学業の負担や不登校によりに自殺に至った事例や、家庭基盤の弱い子どもが危険箇所で遊んでいる最中に事故に遭う事例が発生した

- すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる環境の整備
- 学校や社会とつながらない子どもへのアウトリーチ支援
- 緊急性の高い児童生徒への対応

■ CDRから得られた知見に基づく提言

3　遺族など関係者に対するグリーフケア・こころのケアの提供

【背景】子どもの死亡に直面した保護者やきょうだいなどの遺族のほか、子どもに携わっていた職員の精神的動揺が懸念される事例が発生した

- 遺族へのグリーフケア提供体制の整備
- 友人や保育・教育従事者のこころのケアの充実

17

令和５年度提言に関する令和６年度取組

Ｒ６取組内容

1　乳幼児の突然死（ＳＵＩＤ）の原因分析及び普及啓発

令和６年度県関係部局の取組	担当部局
・ＳＩＤＳと安全な睡眠環境について母子保健支援者向け研修で発信 ・認可外保育施設への県の立入調査において、睡眠中の事故防止対策の実施状況を確認（定期的に子供の呼吸・体位・睡眠状態を点検しているか） ・子どもの事故予防啓発チラシに、窒息事故防止のための睡眠環境に関する情報を掲載、市町を通じて配布	子ども・福祉部 子どもの育ち支援課

18

令和５年度提言に関する令和６年度取組

Ｒ６取組内容

2　すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる環境の整備

令和６年度県関係部局の取組	担当部局
・第４次三重県自殺対策行動計画において、子ども・若者の自殺対策の取組に関する指標を掲げ進捗を管理 ・新型コロナウイルス感染症に関するこころのケア相談や拡充した自殺予防電話相談を引き続き実施 ・子ども・若者が悩みを抱えたときに気軽に相談できるよう、身近なツールであるSNSを活用した相談対応を実施 ・中高生を対象とした、メンタル不調についての知識、SOSの出し方などに関する出前教育を実施 ・保護者や教員を対象とした自殺予防に関する研修会を開催 ・必要時、精神保健福祉士等の専門職を学校へ派遣し教職員に対し助言指導を実施 ・児童・生徒の自殺予防のため、精神医療の視点を持った専門的なアドバイザーを学校等に派遣	医療保健部 健康推進課

19

令和５年度提言に関する令和６年度取組

Ｒ６取組内容

2　すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる環境の整備

令和６年度県関係部局の取組	担当部局
・子どもの居場所づくりに関する勉強会やアドバイザー派遣、インターンシップによる人材育成支援を実施 ・子どもの居場所ニーズ・シーズマッチング支援事業を実施 ・三重県子ども食堂等支援事業補助金、三重県学習支援・体験活動等支援事業補助金、三重県朝ごはん食堂等支援事業補助金による子どもの居場所への支援を実施	子ども・福祉部 少子化対策課

20

令和５年度提言に関する令和６年度取組

Ｒ６取組内容

2　すべての子どもがポジティブな対人関係の中で育つことのできる環境の整備

令和６年度県関係部局の取組	担当部局
・不安や悩みを抱える児童生徒からの相談や心のケアに十分対応するため、スクールカウンセラーとスクールソーシャルワーカーの配置時間を拡充するとともに、引き続き教育相談員を一定規模以上の公立中学校と希望のある県立学校に配置 ・潜在的に支援が必要な児童生徒を早期に把握するスクリーニングの取組を２中学校区および１小学校並びに１県立高校で行うとともに、レジリエンス教育の発展的なプログラムを作成 ・不登校支援アドバイザーの助言・援助のもと、教育支援センターの指導員や臨床心理士、精神保健福祉士等の専門家による訪問型支援を実施するなど、引き続きアウトリーチ型支援を推進 ・高校等を中退した生徒の孤立を解消し、必要な支援ができるよう、生活の困りごと等を把握する生活調査を実施	教育委員会事務局 生徒指導課

21

令和５年度提言に関する令和６年度取組

Ｒ６取組内容

３　遺族など関係者に対するグリーフケア・こころのケアの提供

令和６年度県関係部局の取組	担当部局
・自殺対策推進センター（こころの健康センター）にて、 自殺予防・自死遺族相談を実施するとともに、自死遺族の集い 「わかちあいの会」を開催	医療保健部 健康推進課
・周産期に子どもを亡くした家族へのグリーフケアについて母子保健 支援者向け研修を実施	子ども・福祉部 子どもの育ち支援課
・児童・生徒が亡くなった場合、必要に応じスクールカウンセラー等 を派遣し、残された遺族、児童・生徒らの心のケアを実施	教育委員会事務局 生徒指導課

3-5-2　トラッキングの例②（山梨県 CDR モデル事業資料より許可を得て転載）

山梨県 CDR モデル事業推進会議資料より一部引用

令和５年度検証結果に基づき実施した予防策

報告書7ページ

③父親支援従事者研修会

〇日　時：令和6年5月23日（木）14:00～16:00

〇場 所:オンライン

〇内 容：講義「父親をとりまく子育ての現状と父親支援について」

講師　国立成育医療研究センター研究所

政策科学研究部　部長　竹原　健二　氏

〇参加者：県、市町村関係者等 53名

11

令和５年度検証結果に基づき実施した予防策

報告書8ページ

④父親教育セミナー

〇日　時：令和6年12月8日（日）9:30～12:00

〇場　所：ぴゅあ総合　中研修室

〇内　容：

（1）講義「あかちゃんが生まれるまでにできること 生まれてからできること」

講師　NPO法人　おっとふぁーざー

代表理事　館　直宏　氏

（2）演習　ミルクの作り方、沐浴方法

〇参加者：県内在住である8組の夫婦（これから出産を迎える方、妊娠出産前の方含む）

12

令和５年度検証結果に基づき実施した予防策

報告書8ページ

⑤子どもの事故防止

CDR子どもの心肺蘇生法の動画を
やまなしチャンネル（YouTube）、県ホームページで公開

これまで挙げられた予防策に対する令和6年度の取り組み
⇒資料3参照

13

令和6年度の検証で導き出された予防策

報告書10～12ページ

①交通事故によるこどもの死亡をなくす為の取り組み

②周産期の医療体制の整備

③小児救急医療体制の整備

④乳幼児の安全な睡眠環境を整える取り組み

⑤司法解剖・病理解剖における体制整備

14

資料3

表：CDR事業予防策に対する取り組みと今後の方向性について

大項目	検証結果	予防策	実施者		令和6年度の取り組み（自組織、自身の活動を記入）	今後の方向性（自組織、自身の活動を記入）
（記入例）	・乳児期の事故防止の知識が不足	事故予防のDVDの配布や新たな作成配布により啓発を強化		課	・子育てハンドブック（毎年作成し、市町村から子育てする母に配布）の中に、子どもの事故予防の注意内容がイラスト入りで掲載している。	・具体的な事故事例などを追加する。
1．睡眠	・子どもの寝かせ方などについて、家族がより学習する必要性あり。	○妊娠中に父母にSIDS（乳幼児突然死症候群）の啓発の強化	医療者	大学医学部	産科からの啓発と乳児健診時の啓発	・引き続き継続
				病院	・母親学級における指導（現時点ではあまり触れていません）	
				（ センター）	・乳児健診時、あおむけ寝を指導。	・引き続き体位の指導。
			県	（ 課）	・子育てネットに掲載。各市町村で健診等の場で指導	・会議、研修会にて再度啓発を行う。
			市町村	市長会（ 市）	・母子健康手帳交付時と、こんにちは赤ちゃん訪問事業時にパンフレットにて普及啓発	・継続
		○ベビーベッド、ベッドイン ベッドの無料貸出、配布	－	－	－	－
2．交通事故対応・防止	・乗車していた年少児が、家族を追って道路に飛び出し走行中の車にはねられ死亡することを防ぐ必要性あり。	○安全な交通ルールの検討（高齢ドライバーの免許返納 など）	県	（ 課）	・子ども向け交通安全教育資料等の配布 ・チャイルドシート講習会の実施	・継続
		○子どもの交通事故予防の教育指導の強化	県	（ 課）	・子育てネットに交通事故防止（チャイルドシートの利用、チャイルドロックの使用）を掲載	－
			市町村	市町村会（ 市）	・10か月児健診時に、4名の交通指導員が保護者に対して、交通事故防止（主にシートベルト・チャイルドシートの目的、使い方等）の個別指導を実施している。パネルや事故防止リーフレット「みんなを守るシートベルト」を使用してわかりやすく説明すると共に、事故防止啓発されたウエットティッシュや花の種、うちわ等を配布している。	・継続
				町村会（ ）	・保育所及び小学校において、交通安全教室を実施。保育所でも駐車場事故等の予防のためのお便りや連絡帳アプリでの注意喚起を配信。	・継続
3．水の事故対応・防止	・増水、急流の河川で、子どもが危険を認識し水の事故を防ぐ動機づけが重要。	○溺死防止の保健指導の強化	県	（ 課）	・防災教育の支援として専門知識を持つ職員が小学校に出向く、「水害・土砂災害移動教室」を実施	・同左
				（ 課）	・スポーツ庁からの「水泳等の事故防止について」（通知）を県立学校、市町村（組合）教育委員会へ発出し、周知 ・水難事故防止に係る農林水産省及び国土交通省の資料を県立学校、市町村（組合）教育委員会へ発出し、周知	・同左
				（ 課、 課）	・「夏季休業中の生徒指導について」の通知において、川や海等での事故防止に関する内容を記載。	・継続
				（ 課）	・スポーツ庁からの「水泳等の事故防止について」（通知）を私立学校へ発出し、周知	・同左
				特別支援学校	・県教育委員会から発出される通知の周知　各校の障害に即した安全・防災教育の実施　教職員の心肺蘇生法訓練・緊急時シミュレーション訓練等の実施 水泳・水遊び・入浴時（寄宿舎）等における安全な指導・監視体制の確保　幼児児童生徒の健康状態の把握	－
				（ 課）	・家庭科の保育分野で子どもの安全について取り扱い、指導を行った。	・継続
			市町村	市長会（ 市）	・10か月健診時に、「わが家の安心ガイドブック」の冊子を用いて転倒、転落、誤飲等について説明し、事故防止の環境整備について指導している。	・継続
		○自治体で巡回して注意喚起する	市町村	－	－	－

● 3-6　地域で CDR の自己評価をするための各種資料

3-6-1　体制の整備と実施状況の自己評価チェックリスト

体制整備と実施状況の自己評価チェックリスト

1. 実務体制の策定までの経緯

□　CDR 事業に対し，知事や都道府県議会などからトップダウンの指示があるか
□　適切な担当部署や構成員が選ばれたか（多機関と連携の経験がある部署，事業に意欲的な部署）
□　担当部署のメンバーへ CDR の研修を実施し，理解を深めることができたか
□　他自治体などの状況も踏まえ，業務量の把握ができたか
□　適切な人材配置ができたか
　◯　専任担当者を確保できたか
□　CDR 事業全体のポンチ絵を作成したか
□　事業スケジュールが決定したか
□　事業計画書，手順書，事業要綱・各種委員会要領などをどの程度具体的に作成したか（ポンチ絵をより具体的にしたフローチャート，個人情報の取り扱いや，その流れに注目したフローチャートなど）
□　期待される具体的な成果を示すことができたか（財務担当への説明には欠かせない）
□　当該地域において CDR の中心になる人材確保ができたか（コアメンバー）
□　コアメンバーによる当該自治体内での CDR の方針（ビジョン）の共有の場を設けたか
□　コアメンバーへ CDR の研修を実施し，理解を深めることができたか
□　財務担当部署への CDR の説明をおこなったか（その効果や社会的な影響力など）
□　継続した予算確保のための仕組みの検討をおこなっているか

2. 情報収集に関連する実施状況

①　取り扱う個人情報についての事前協議
□　個人情報の収集・取り扱い方法について，弁護士や法令担当など関係者と検討し，当該自治体の基本方針が定まっているか
　◯　各関係者が遵守すべき個人情報保護関連の法律・条例などを確認しているか）
□　個人情報の管理責任者がはっきりしているか

②　関係機関への協力依頼
□　関係機関の代表者を推進会議に招聘することで CDR を周知したか

□　既存の周産期・小児関連のつながり（要保護児童対策協議会，死因究明推進協議会など）を利用し，CDR を周知したか
　◯ 既存の良好な関係を有効活用しているか
□　学校長会，保健所長会など，関係機関の首長が集まる会合等で CDR を周知したか
□　関係医療機関へ CDR を周知したか
　◯ 大学病院など地域の基幹病院，医師会や小児科医会等，委託先等の協力を得たか
□　自治体担当者による関係者への丁寧な説明回りをおこなったか
□　地域の新聞，自治体ホームページ，委託先ホームページ，ポスターやパンフレットなどを活用し，一般市民への CDR 啓発活動を行っているか

③　人口動態統計保健所死亡小票による全数把握

□　人口動態統計保健所死亡小票の目的外利用申請を行ったか（記載例は国より提示）
□　各保健所へモデル事業の周知・協力依頼をおこなったか
□　死亡小票データの入手方法・輸送方法等について検討したか
□　全数把握できたか

3. 検証会議の開催に関連する実施状況

□　検証会議（個別・概観）を予定の回数開催することができたか
□　全症例のスクリーニングをおこなったか
□　検証会議の対象となった症例をすべて検証することができたか
□　検証会議に招聘した関係機関の代表者の参加が得られたか

4. 予防策提言への取り組みに関連する実施状況

□　当該自治体内での子どもの死亡や重大事故などの傾向を把握できているか
□　当該自治体内での子どもの事故や死亡予防のための既存の取り組みが把握できているか
□　予防策を検討するために適切な関係者を招集したか
□　予防策実施に関する予算確保のための仕組みを検討しているか
□　CDR の成果の公表の場があるか（年度末に知事提言など公式の場で公表できることなど）

1

チャイルド・デス・レビューの検証会議に関する実態調査

ご協力いただく皆様へ

近年、子どもの死亡を検証する制度、チャイルド・デス・レビュー（以下、CDR）の整備が進んできており、CDR の体制構築・実装の必要性が広く認識されています。CDR を導入し運営していく際には、多職種で情報を収集し検討するための効果的な多職種連携体制の構築が重要となります。

効果的な CDR の運営には、チームとして新しい事業を取り組む準備ができているか、変化を受け入れる雰囲気は整っているか、関わっている人はやりがいを感じているかなどの側面が関係しており、それらを評価した研究はあまりありません。そのため、CDR の運営・準備などに携わっている皆様に、CDR に関わってみて感じることなどを調査させていただきたいと思っております。この調査に全て回答するのに、およそ 5-10 分程度かかります。この調査への参加は自由であり、答えたくない部分はスキップしていただいても構いません。結果は個人が特定されない形で集計されます。

本調査は厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）の一環として実施しており、いただきましたご意見をもとに、今後のCDR の導入・運営・普及などの支援体制を充実させていための知見を報告・提言させていただく予定です。

お忙しい中恐縮ですが、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【注意事項】

- 回答用紙に記入し、回答用紙のみ提出してください。
- オンラインで回答していただける場合は、こちらのQRコードにアクセスして回答してください。（その場合は紙の提出は不要です。）

⬇

もしくは https://forms.gl[redacted] にアクセスください。

調査に関するお問い合わせ先：
[redacted]
〒[redacted]
電話: [redacted]
Fax: [redacted]
E-mail: [redacted]

（質問用紙）

質問用紙	※こちらに回答を記載せず、回答用紙にご記載ください

2

問１　携帯電話の下４桁を教えてください

※ ２回目以降のアンケートの突合のために使用します。個人は特定しません。

問２　性別を教えてください

問３　年齢を教えてください

※ 以下、当てはまるものに番号を回答用紙に記載してください

問４　職種あるいは勤務先を教えてください

1. 医師（小児科）
2. 医師（救急科）
3. 医師（法医学）
4. 医師（その他：記載してください　　）
5. 看護師
6. 保健師
7. 心理士
8. 児童福祉機関：上記に当てはまらない人
9. 警察
10. 検察
11. 救急救命・消防
12. 保育園・幼稚園
13. 小学校・中学校・高等学校
14. 行政職員（都道府県）：上記に当てはまらない人
15. 行政職員（市区町村）：上記に当てはまらない人
16. その他（記載してください：　　）

問５　上記の職種における勤務年数はどの程度ですか？

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

問 6　CDR の個別検証に検証委員として参加したことがありますか？
（当てはまるもの１つ）
1. 一度もない
2. はい、１回だけある
3. ２～４回ある
4. ５回以上ある
5. わからない
6. オブザーバーとして参加したことがある

問 7　CDR の概観検証に検証委員として参加したことがありますか？
（当てはまるもの１つ）
1. 一度もない
2. はい、１回だけある
3. ２～４回ある
4. ５回以上ある
5. わからない
6. オブザーバーとして参加したことがある

問 8　勤務している都道府県はどちらですか？
1. 北海道
2. 福島県
3. 山梨県
4. 群馬県
5. 三重県
6. 滋賀県
7. 京都府
8. 香川県
9. 高知県
10. その他（記載してください：　　）

問 9　あなたの都道府県での CDR の運営状況をわかる範囲で教えてください。
（当てはまるもの１つ選んでください）
1. 個別検証も概観検証も実施している
2. 概観検証のみ実施している
3. 個別検証のみ実施している
4. 現在どちらも実施していないが、準備中である
5. その他（記載してください：　　）
6. わからない

問 10　CDR に関する会議（個別検証または概観検証、準備会議も含む）に参加して、どのように感じていますか？

以下の項目について、それぞれの点数を　回答用紙に記載してください

1 (全くそう思わない) ・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10 (非常にそう思う)点

1. 会議に満足している
2. 会議は今後も続けていくべきである
3. 会議に今後も参加したいと思う
4. 会議に参加するのは時間的に負担が大きい
5. 会議に参加するのは心理的に負担が大きい

問 11　死亡事例の検証会議（個別・概観検証含む）について、回答してください。
検証会議に参加してみて、どのように感じていますか？

1 (全くそう思わない) ・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10 (非常にそう思う)点

※検証会議に参加したことがない方は、0　と記入してください

以下の項目について、それぞれの点数を　回答用紙に記載してください

1. 死亡に至る時間的経過が理解できた
2. 医学的なメカニズム・原因が理解できた
3. 家族を取り巻く社会的・心理的な要因が理解できた
4. 司法機関や司法制度について理解ができた
5. 福祉機関や福祉制度について理解ができた
6. 多職種の価値観や判断基準が理解できた
7. 原因を検証するために必要な情報を得ることができた
8. 具体的な予防策を検討することができた
9. 同死因を複数検討することで、傾向を理解することができた
10. 地域全体における死亡事例の全体像を理解することができた

問 12　あなた自身やあなたの都道府県の CDR に関わっている人たち（道府県や事務局・検討委員・関係者など、以下、CDR チームと呼びます）について、CDR の導入・実施においてどのように感じますか。

1 (全くそう思わない) ・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10 (非常にそう思う)点

※ 実施前のチームの方は、準備会議等の雰囲気について答えてください

※一度も参加したことがない方は、0 点　と記入してください

1. 私は、自分の専門性を用いて、チームでの議論に貢献できている
2. 私は、他の職種の人がわかりやすい言葉で説明できている
3. CDRの準備・検証会議への参加について、事前に必要な情報が得られている
4. CDR の準備・検証会議への参加に関して、職場の理解が得られている
5. CDR の活動は、より良い社会の実現につながると思う
6. CDR チームのメンバーは、共通の目的に向かって協働している
7. CDR チームのメンバーは、互いの価値観や意見を尊重している
8. CDR チームのメンバーは、建設的なコメントやフィードバックを提供している
9. CDR チームでは、各メンバーがそれぞれの職種の専門性を発揮できている
10. CDR チームは、変化を起こすためにお互いに協力しようとしている

問 13　あなたの都道府県の CDR（個別検証または概観検証）では、下記の死亡事例について、どの程度、議論が十分になされていると思いますか。

1 (全く十分ではない) ・ 2・ 3・ 4・ 5・ 6・ 7・ 8・ 9・ 10 (とても十分である)点

※一度も参加したことがない方は、0 点　と記入してください

※ 実施前チームの方は、検証のための準備がどの程度できていそうかを答えてください

1. 病死（内因死）
2. 交通事故による死亡
3. 交通事故以外の事故による死亡（溺水、転落など）
4. 児童虐待・ネグレクトが疑われる死亡
5. 保護者以外の加害による死亡（他殺）
6. 予期せぬ突然死
7. 学校・幼稚園・保育園などでの死亡
8. 自殺
9. 死産・出生直後の院外死亡 ・ 嬰児遺棄
10. その他の死因

以下の点について、回答用紙に　自由にご意見を記載してください

問 14　CDR（準備会議・個別検証・概観検証）の議論の中で**良かった点**について、教えてください。特に、参加する前に想像していたことと違った部分があったら、教えてください。準備中の場合は検証の準備を進めていて感じた良かった点について教えてください。

問 15　CDR（準備会議・個別検証・概観検証）の議論の中で**大変だった点**について、教えてください。特に、参加する前に想像していたことと違った部分があったら、教えてください。準備中の場合は検証の準備を進めていて感じた大変だと感じた点について教えてください。

問 16　CDR をすすめる上で、これからどうしていきたい、どうあってほしいなど、考えている・感じていることがありましたら、何でも結構ですのでご自由に意見を聞かせてください。

以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。
普段より CDR の活動にご尽力いただき、感謝申し上げます。
今後とも子どもの死亡の予防のために、どうぞよろしくお願いいたします。

（回答用紙）

修正版

回答用紙

※ こちらのみ提出してください

回答日	年　　月　　日
問１．携帯電話(下４桁)	
問２．性別	１．男　　２．女　　(○をつけてください)
問３．年齢	才
問４．職種	
問５．勤務年数	
問６．個別検証の参加経験	
問７．概観検証の参加経験	
問８．都道府県	
問９．都道府県のCDR運営状況	

問10．会議の満足度（準備会議・検証会議も含む）　１(全くそう思わない)~10(非常にそう思う)点

1.　満足している	
2.　今後も続けていくべき	
3.　今後も参加したい	
4.　時間的に負担が大きい	
5.　心理的に負担が大きい	

問11．検証会議の理解度　　0(検証会議経験なし)、１(全くそう思わない)~10(非常にそう思う)点

1.　死亡に至る時間的経過が理解できた	
2.　医学的なメカニズム・原因が理解できた	
3.　家族を取り巻く社会的・心理的な要因が理解できた	
4.　司法機関や司法制度について理解ができた	
5.　福祉機関や福祉制度について理解ができた	
6.　多職種の価値観や判断基準が理解できた	
7.　原因を検証するために必要な情報を得ることができた	
8.　具体的な予防策を検討することができた	
9.　同死因を複数検討することで、傾向を理解することができた	
10. 地域における死亡事例の全体像を理解することができた	

問12. チームの雰囲気　　0(会議経験なし)、1(全くそう思わない)~10(非常にそう思う)点

1. 私は、自分の専門性を用いて、チームでの議論に貢献できている	
2. 私は、他の職種の人がわかりやすい言葉で説明できている	
3. CDRの準備・検証会議への参加について、事前に必要な情報が得られている	
4. CDRの準備・検証会議への参加に関して、職場の理解が得られている	
5. CDRの活動は、より良い社会の実現につながると思う	
6. CDRチームのメンバーは、共通の目的に向かって協働している	
7. CDRチームのメンバーは、互いの価値観や意見を尊重している	
8. CDRチームのメンバーは、建設的なコメントやフィードバックを提供している	
9. CDRチームでは、各メンバーがそれぞれの職種の専門性を発揮できている	
10. CDRチームは、変化を起こすためにお互いに協力しようとしている	

問13. 死因別の議論状況　　0(会議経験なし)、1(全く十分ではない)~10(とても十分である)点

1. 病死（内因死）	
2. 交通事故による死亡	
3. 交通事故以外の事故による死亡（溺水、転落など）	
4. 児童虐待・ネグレクトが疑われる死亡	
5. 保護者以外の加害による死亡（他殺）	
6. 予期せぬ突然死	
7. 学校・幼稚園・保育園などでの死亡	
8. 自殺	
9. 死産・出生直後の院外死亡　・　嬰児遺棄	
10. その他の死因（記載：　　）	

問14. 良かった点
問15. 大変な点
問16. その他ご意見

ご協力ありがとうございました。普段より CDR の活動にご尽力いただき、感謝申し上げます。

今後とも子どもの死亡の予防のために、どうぞよろしくお願いいたします。

CDR 実施状況アンケート

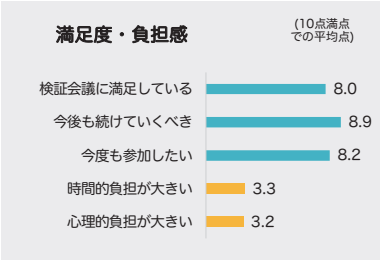
〇年 〇月 〇日
【自治体A】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【27名】よりご回答をいただきました。

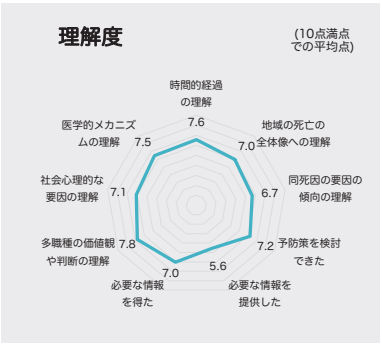
1. CDR会議の満足度や負担感について

- アンケートに回答してくださった皆様の満足度はとても高かったです（平均8.0点）
- 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



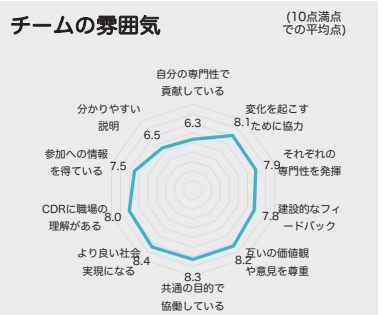
2. CDR会議による事例への理解度について

- 理解度が高かったのは、「多職種の価値観や判断の理解」でした
- 検討によって、医学的メカニズム、時間的経過、社会心理的要因の理解が進んだと、答えている方も多かったです（平均7点以上）
- 今後も議論を積み重ねていきながら、理解をさらに深めていきましょう



3. CDR会議の雰囲気について

- 雰囲気で平均点が高かったのは、「より良い社会実現になる、共通目的で協働している」でした
- チーム全体で共通目的を持ち、協働したいという雰囲気が感じられます
- 今後も議論を継続していく中で、お互いに分かりやすい説明を行なっていきましょう



【まとめ：今後のCDR会議に向けて】

- 参加している皆さんが、高い満足度・会議の意義・目的意識を持っていることがわかりました
- 多職種での議論をよりよく進めるために、共通目的を持ち、お互いの専門性を発揮しながら、今後も議論を継続していくことが大切です
- 今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて作成

CDR 実施状況アンケート

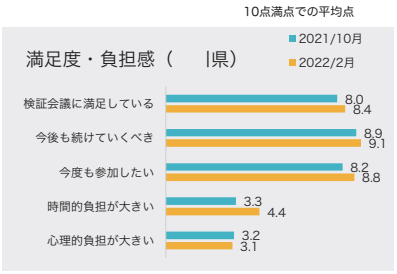
〇年 〇月 〇日
【自治体A】
2回目

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【19名】よりご回答をいただきました。

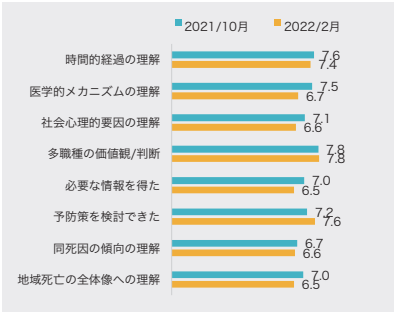
1. CDR会議の満足度や負担感について

- アンケートに回答してくださった皆様の満足度はとても高かったです（平均8.4点）
- 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



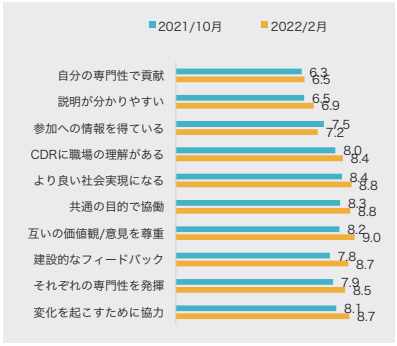
2. CDR会議による事例への理解度について

- 1・2回目ともに理解度が高かったのは、「多職種の価値観や判断の理解」でした
- 検討によって、医学メカニズムの理解の点数が少し増加しました。
- 今後も議論を積み重ねていきながら、理解をさらに深めたいですね



3. CDR会議の雰囲気について

- 1回目より大きく点数が上がったのは、「互いの価値観や意見を尊重している、建設的なフィードバック」でした
- チーム全体で共通目的を持ち、協働したいという雰囲気が感じられます



【良いところ・大変なところの声】

- 様々な専門家からの意見が聞けてよかった。特に消防や警察とは接点がないので
- 各事件、事故を詳しく調べているが、個人情報、捜査中のため、会で説明できない点が大変である。
- 意見を出すことへの緊張感は高いが、会議の雰囲気としてはどんな意見も受け入れられる雰囲気はある。

【今後のCDR会議に向けての声】

- 個人情報保護法の枠をこえてもらいたい
- 全てがオープンに出来るよう立法又は法改正が必要である
- 回数を重ねていくことが重要であると思う

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2022年3月作成

CDR 実施状況アンケート

〇年 〇月 〇日
【自治体A】
3回目

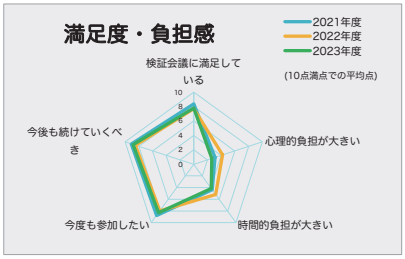
いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【 19名】よりご回答をいただきました

※2021,2022年度のアンケートの回答と比較しています

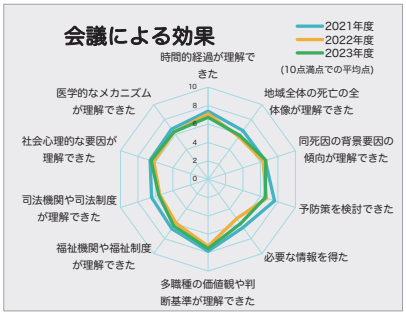
1. CDR会議の満足度や負担感について

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



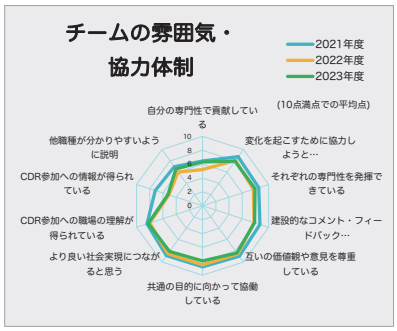
2. CDR会議の効果について

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



3. CDR会議の雰囲気について

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



【良いところ・大変なところ・今後への声】

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

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2024年4月作成

CDR 実施状況アンケート

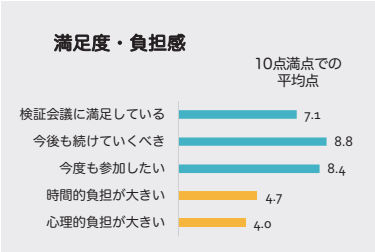
〇年 〇月 〇日
【自治体B】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【22名】よりご回答をいただきました。

1. CDR会議の満足度や負担感について

- ■ アンケートに回答してくださった皆様の満足度はとても高かったです（平均7.1点）
- ■ 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- □ 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね

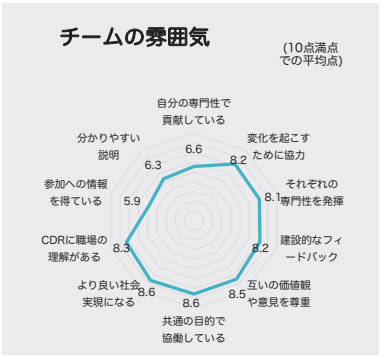


2. CDR会議による事例への理解度について

- ■ 理解度が高かったのは、「多職種の価値観や判断の理解」でした
- ■ 検討によって、医学的メカニズム、同死因の傾向の理解、社会心理的要因の理解が進んだと、答えている方も多かったです。
- □ 今後も議論を積み重ねていきながら、理解をさらに深めていきましょう

3. CDR会議の雰囲気について

- ■ 雰囲気で平均点が高かったのは、「より良い社会実現になる、共通目的で協働している」でした
- ■ チーム全体で共通目的を持ち、協働したいという雰囲気が感じられます
- □ 今後も議論を継続していく中で、お互いに分かりやすい説明を行なっていきましょう



【まとめ：今後のCDR会議に向けて】

- ■ 参加している皆さんが、高い満足度・会議の意義・目的意識を持っていることがわかりました
- ■ 多職種での議論をよりよく進めるために、共通目的を持ち、お互いの専門性を発揮しながら、今後も議論を継続していくことが大切です
- ■ 今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて作成

CDR 実施状況アンケート

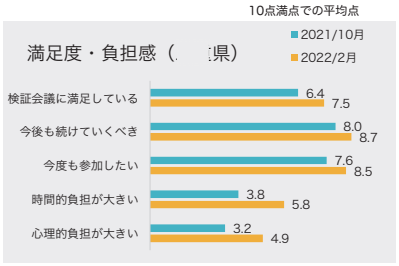
〇年 〇月 〇日
【自治体B】
2回目

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【22名】よりご回答をいただきました。

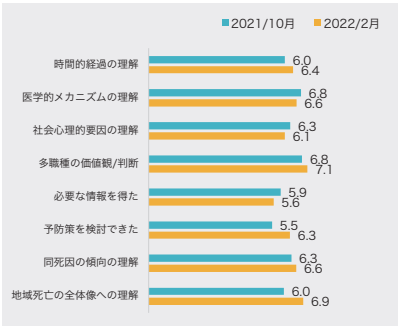
1. CDR会議の満足度や負担感について

- アンケートに回答してくださった皆様の満足度はとても高かったです（平均7.5点）
- 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



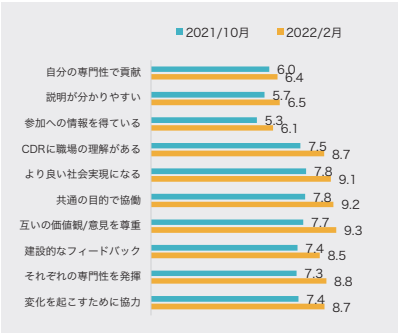
2. CDR会議による事例への理解度について

- 1・2回目ともに理解度が高かったのは、「多職種の価値観や判断の理解」でした
- 検討によって、地域死亡全体像への理解の点数が少し増加しました。
- 今後も議論を積み重ねていきながら、理解をさらに深めたいですね



3. CDR会議の雰囲気について

- 1回目より大きく点数が上がったのは、「互いの価値観や意見を尊重している、共通目的で協働している、それぞれの専門性を発揮している」でした
- チーム全体で共通目的を持ち、協働したいという雰囲気が感じられます



【良いところ・大変なところの声】

- 児童精神、愛着障害など大切なことを学べた
- 子の死亡の傾向、特に地域における事故の傾向がわかってよかった
- 自殺の場合は生前の人間関係、事故の場合は現場の状況など、医療以外の情報が必要になるので、議論が困難

【今後のCDR会議に向けての声】

- 予防する方法について実現できる方法を考え出すのが難しい
- 参加されている方がどのような思いをもって参加されているのか、知りたい
- できれば経年的に参加させていただければ、より深い意見を出すことができるかと思いました

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2022年3月作成

CDR 実施状況アンケート

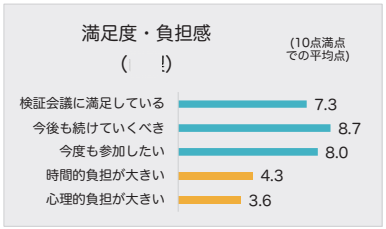
〇年 〇月 〇日
【自治体C】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【20名】よりご回答をいただきました。

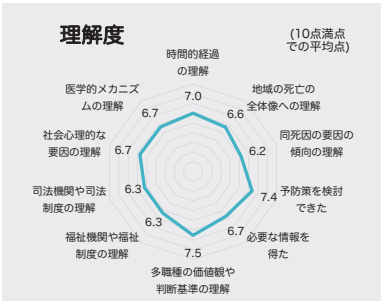
1. CDR会議の満足度や負担感について

- ■ アンケートに回答してくださった皆様の満足度はとても高かったです（平均 7.3点）
- ■ 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- □ 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



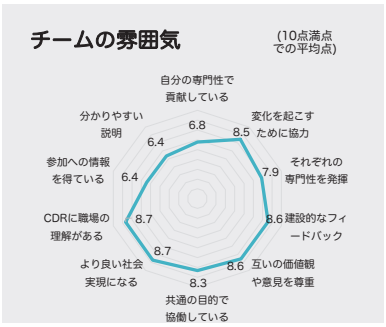
2. CDR会議による事例への理解度について

- ■ 理解度が高かったのは、「多職種の価値観や判断の理解」でした
- ■ 検討によって、時間的経過の理解ができた、予防策を検討できた、答えている方も多かったです（平均７点以上）
- □ 今後も議論を積み重ねていきながら、理解をさらに深めたいですね



3. CDR会議の雰囲気について

- ■ 雰囲気で平均点が高かったのは、「より良い社会実現になる、CDRに職場の理解がある」でした
- ■ チーム全体で建設的なフィードバックをしたり、協働したいという雰囲気が感じられます
- □ 議論では、お互いに分かりやすい説明を行なっていきましょう



【良いところ・大変なところの声】

- ■ 多様の専門家の視点からの意見を聞くことができた
- ■ 前向きに予防策について意見交換ができた
- ■ 準備運営に結果として費やした時間は多大だった
- ■ 痛ましいケースもあり、議論途中に精神的に落ち込むこともありました

【まとめ：今後のCDR会議に向けて】

- □ 情報提供するにあたっての法制化が必要
- □ に関わる人以外への説明や理解を得るための活動が大切だと思う
- □ 予防策に対するフィードバックが必要と思います

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2022年1月作成

CDR 実施状況アンケート

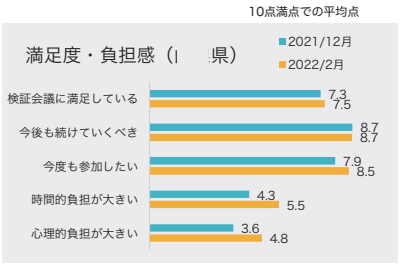
〇年 〇月 〇日
【自治体C】
2回目

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【15名】よりご回答をいただきました。

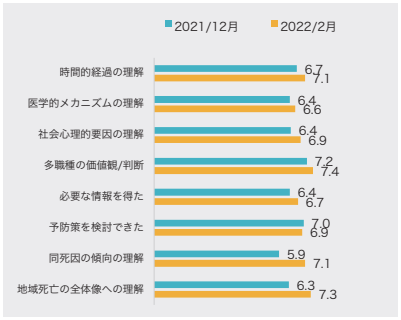
1. CDR会議の満足度や負担感について

- ■ アンケートに回答してくださった皆様の満足度はとても高かったです（平均7.5点）
- ■ 今後も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- □ 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



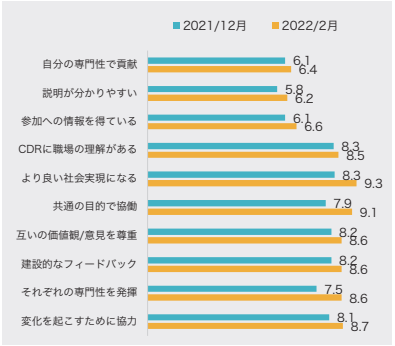
2. CDR会議による事例への理解度について

- ■ 1・2回目ともに理解度が高かったのは、「多職種の価値観や判断の理解」でした
- ■ 検討によって、同死因の傾向の理解の点数が少し増加しました。
- ■ 今後も議論を積み重ねていきながら、理解をさらに深めたいですね



3. CDR会議の雰囲気について

- ■ 1回目より大きく点数が上がったのは、「共同の目的で協働、より良い社会実現になる、それぞれ専門性を発揮している」でした
- ■ チーム全体で共通目的を持ち、協働したいという雰囲気が感じられます



【良いところ・大変なところの声】

- ■ 予防策が、いつも具体的かつ様々な視点から提案されていると感じます
- ■ 医師が中心になることにより、ともすると他の職種の負担感が増してしまう
- ■ 個別検証での議論の全容がわからないため、概観検証で異なる意見や新たな提案をするのがやや難しい

【今後のCDR会議に向けての声】

- □ ジェノグラムの充実を図ることを希望します。また、当該児童の祖父母との関わりまで、情報として提供してほしい
- □ どうしても医療現場のアセスメントと改善点が強くなっているように感じます。司法、教育、保健、福祉の視点からのアセスメントと改善点考えていかなければならないのではないかと考えました。

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2022年3月作成

CDR 実施状況アンケート

〇年 〇月 〇日
【自治体C】
3回目

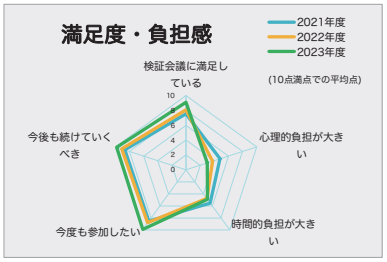
いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【11名】よりご回答をいただきました

※2021,2022年度のアンケートの回答と比較しています

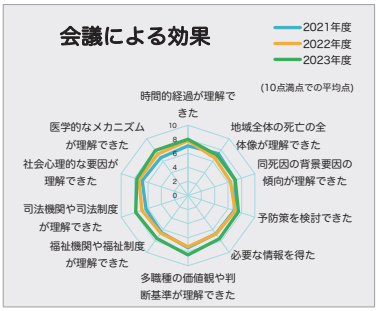
1. CDR会議による事例への理解度について

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



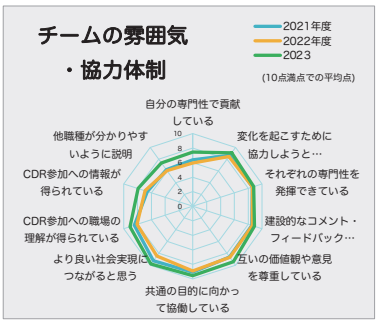
2. CDR会議の効果について

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



3. CDR会議の雰囲気について

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



【良いところ・大変なところ・今後への声】

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

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2024年4月作成

CDR 実施状況アンケート

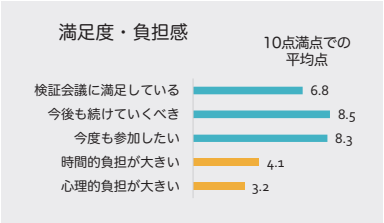
〇年 〇月 〇日
【自治体D】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【12名】よりご回答をいただきました。

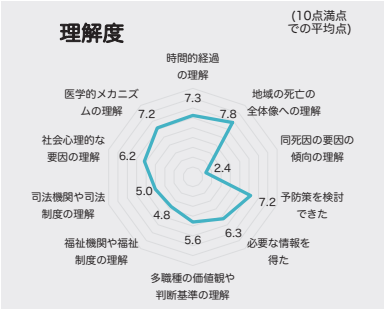
1. CDR会議の満足度や負担感について

- ■ アンケートに回答してくださった皆様の満足度は6.8点でした
- ■ 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- □ 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



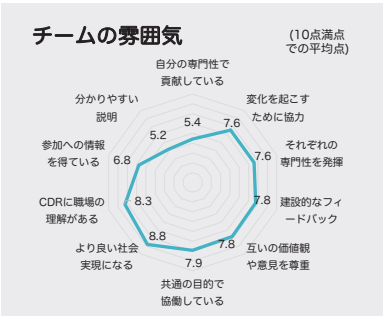
2. CDR会議による事例への理解度について

- ■ 理解度が高かったのは、「地域の全体像の理解・時間経過の理解」でした
- ■ 医学的メカニズムの理解や予防策が検討できたと答えている方も多かったです
- □ 同死因の傾向の理解について、これからさらに深めたいですね



3. CDR会議の雰囲気について

- ■ 雰囲気で平均点が高かったのは、「よりよい社会実現・CDRへの職場の理解がある」でした
- ■ 建設的なフィードバック・互いの意見を尊重・共通目的で協働したいという雰囲気が感じられます
- □ 議論では、お互いに分かりやすい説明を行なっていきましょう



【良いところ・大変なところの声】

- ■ 様々な前向きな意見がでてよかったと思う
- ■ 家族への調査を行ったCDR調査員から、家族の状況や心情などについても有益な情報が得られた
- ■ 会の前にどこまで情報を集めるか、どこに情報の提供を依頼するかに苦慮した
- ■ 手引きだけでは不十分

【まとめ：今後のCDR会議に向けて】

- □ 同意取得が大変なので法制度化してほしい
- □ 多機関・多職種で意見を出し合い、議論できる土壌を作りたい

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2022年1月作成

CDR 実施状況アンケート

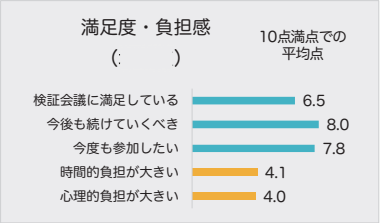
〇年 〇月 〇日
【自治体E】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【9名】よりご回答をいただきました。

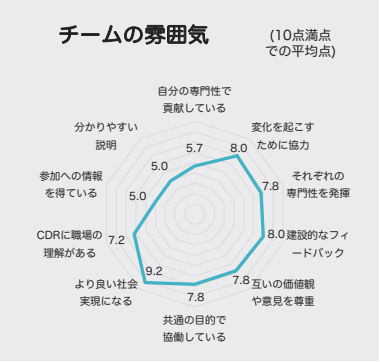
1. CDR会議の満足度や負担感について

- ■ アンケートに回答してくださった皆様の満足度は平均6.5点でした。
- ■ 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方が、非常に多いです
- □ 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



2. CDR会議の雰囲気について

- ■ 最も平均点が高かったのは、「よりよい社会実現になる」という意見でした（9.2点）
- ■ 変化を起こすために協力する・建設的なフィードバックをする・それぞれの専門性を発揮する・互いの価値観や意見を尊重する、という雰囲気が感じられます
- □ 議論では、お互いに分かりやすい説明を行なっていきましょう



【良いところ・大変なところの声】

- ■ 将来起こりえる小児死亡を防止できるのであれば、大変に喜ばしい
- ■ 立ち上げの会議に参加した段階であり今後の議論に期待している
- ■ メンバーにCDRを理解していただくことが大変そうだと思った
- ■ 実施している他の地域との横のつながりを持ち、定期的に意見交換が必要
- ■ 関係機関の役割がもう少し説明があるとよかった

【まとめ：今後のCDR会議に向けて】

- □ 難しいテーマの事業と思います。事務局の皆様お疲れ様です

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2022年1月作成

CDR 実施状況アンケート

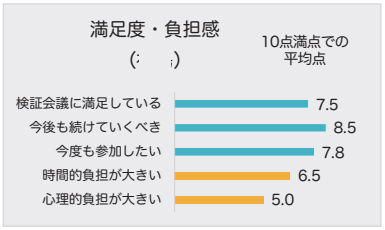
〇年 〇月 〇日
【自治体F】

いつもCDR活動にご協力いただき、ありがとうございます。

今回の参加者【7名】よりご回答をいただきました。

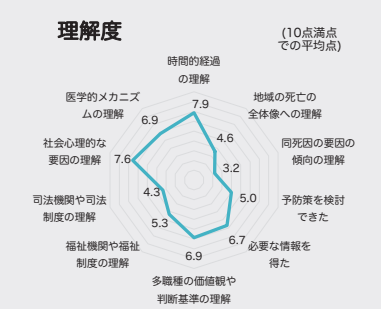
1. CDR会議の満足度や負担感について

- ■ アンケートに回答してくださった皆様の満足度はとても高かったです（平均 7.5点）
- ■ 今度も続けていく意義や参加意欲を感じている方も、非常に多いです
- □ 負担感が高くなりすぎずに、継続していけるようにしたいですね



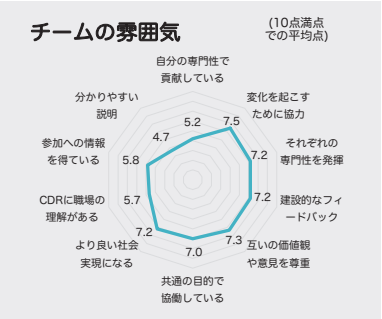
2. CDR会議による事例への理解度について

- ■ 理解度が高かったのは、「時間経過・社会心理的な要因の理解」でした
- ■ 医学的メカニズム、多職種への理解が進んだと答えている方も多かったです。
- □ 福祉・司法制度などの理解も、これからさらに深めたいですね



3. CDR会議の雰囲気について

- ■ 雰囲気で平均点が高かったのは、「変化を起こすために協力、互いの価値観や理解の尊重」でした
- ■ 建設的なフィードバック・専門性の発揮・より良い社会実現をしたいという雰囲気が感じられます
- □ 議論では、お互いに分かりやすい説明を行なっていきましょう



【良いところ・大変なところの声】

- ■ 振り返りを行ったことで、関わりについても再度見直す機会になった
- ■ 家族の病気に対する考え方や思いを知ることができた
- ■ 同意書の準備（説明やタイミング）、個人情報の取扱い

【まとめ：今後のCDR会議に向けて】

- □ 保護者の同意が必要かは検討が必要

今後もご協力のほど、よろしくお願いします！！

厚労科研沼口班（わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究）にて
2022年1月作成

● 3-7　地域で CDR の成果をもとに周知啓発をするための各種資料

3-7-1　CDR について関連機関等に向けた周知資料の一例

初期対応医療機関スタッフへのお願い

チャイルド・デス・レビュー（CDR：子どもの死亡検証）とは

私達は、命の大事さを、何時も考えています。それが子どもであれば、なおのことです。

もし、何らかの事情や原因で、亡くなったとしても、その原因を、明確にするために、死後調査を丁寧に進めています。しかし、この作業を進めるためには、死亡時やその直前にかかわった専門家の記録や検査や所見がとても大事になります。死んでしまったからもう何を調べても、どうにもならないとは思わないでください。同じことを繰り返さないためには、死後調査がとても大事になります。

こういった作業をすることを、CDR(child death review)と言います。三重県では、虐待、事故、自殺など予防可能と思われる外因死、また、予期しない乳幼児の内因死、及び死因の特定が困難な不詳死などについて、予防可能な子どもの死亡を防止するために、小児科医、救急医、精神科医、法医学医、児童相談所、警察、救急隊、法律家、看護師などの各専門分野が集まり、３年前からクローズでの勉強会を行っています。

乳幼児・学童に関して、原因不明の死亡・事故死・自殺など、救急現場で遭遇した際の留意点を、以下のように考えております。ご参考にしていただければと存じます。

情報が多いほど判断の正確性が増します。記録をする場合、養育者がどのような言葉で、どのように言っていたか、その通りの言葉で記載するようにする。たとえば、通常から外れた態度（冷たい親の態度、親の連れて帰ろうと一点張りの態度など）では、客観的な状況を書く。養育者への医師の態度は大事です。

■乳児死亡について

急変前のストーリーの聞き取り時と、遺体の状態をみてからの注意点。

- 急変する72時間以内の出来事、たとえば風邪症状、疲れ（無理な外出など）、機嫌、夜泣きの変化とワクチン歴、服薬歴などは聞いておく。
- 除外されていない疾患の抽出をする。
- 生前歴と遺体現症との齟齬の確認をする。特に子どもの発達（行動、知的、情緒）の聞き取りから、起こった状態に妥当性があるかどうかを考える（たとえば、生後2か月の赤ちゃんを仰向けで寝かせつけ、うつぶせ寝で発見された場合、自分で寝返りをしたとは考えられないこと。あるいは、親が2か月の赤ちゃんに、「高い高いをして喜んでいた」という証言をした場合、本当に子どもが喜んでいたかどうかは疑わしいこと）
- 検体採取を行い、専門家へつなげる努力をすること（追って、CDRチームから医療スタッフに手順をお示しします）。

■幼児・学童の事故

普段から子どもが事故原因(たとえば池・河川・風呂や電車)に強い関心・興味があったかどうかを聞く。普段からの発達特性・多動性・衝動性の有無を聞く。

■虐待の疑いがある場合

＊まず、養育者の安全配慮があったかどうかの確認。虐待に当たらないかどうか考える(たとえば、きちんと子どもをみていなくて大怪我をした、子どもが寝て居る間にちょっと買い物に行ってしまって火事を起こした、シートベルトをさせていなかった、などはネグレクトにあたる可能性がある)。

＊夫婦間の家庭内暴力DVは、子どもへの心理的虐待であると認識する。

＊外表観察にて虐待を疑う(たとえば、爪が切られていない、虫歯が多い、偶発的とは思えないあざや外傷、痩せ：成長曲線は有用)。

＊残りの兄弟の外表観察をしておく。

＊関連機関への正確な情報の伝達(社会全体で子どもの安全を守る)

- 虐待では、残された兄弟のリスクを考えて、児童相談所への報告を考慮する。残りの兄弟の「子どもの安全」が保障されない場合はネグレクトも考える。先の子が死亡の場合の死因は聞く。
- 難しいことであるが、残された兄弟の心のケアーを園・学校(先生・園医・校医など)・行政・精神保健部門と連携して行うこと。
- 警察に繋げることは、躊躇しないようにする。

■自　殺

自殺は、突然、実行したように見えますが、以下の点に御注意ください。

1．日頃、および最近の友達関係、家族関係、学校関係での出来事が大事。

2．最近の、当人の様子の変化が大事。特に気分の浮き沈みについて。

3．これまでの、性格行動特性が、大事。例えば、白黒はっきりタイプか、優柔不断か。

4．事故と紛らわしい場合も多いが、以下のことは自殺を考える要点になる。(あるときから学校の欠席率が増えたこと、成績が落ちてきたこと、気分障害（とくに気分のムラ)に気付かれていたかどうかを念頭に置く。学校での通知表(成績・欠席率)を利用してもよい)

■剖検に関して

15歳未満の子どもで、明らかな病死以外の場合、死因を明らかにする必要があると判断すれば、解剖するべきである。

Mie child death review Team

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
研究代表者：沼口　敦　　三重県のCDRチーム代表：梅本正和

MIE CDR TEAM

三重県CDRチームから
検視官への
お願い

検視官へのお願い

チャイルド・デス・レビュー（CDR：子どもの死亡検証）とは

私達は、命の大事さを、何時も考えています。それが子どもであれば、なおのことです。

もし、何らかの事情や原因で、亡くなったとしても、その原因を、明確にするために、死後調査を丁寧に進めています。しかし、この作業を進めるためには、死亡時やその直前にかかわった専門家の記録や検査や所見がとても大事になります。死んでしまったからもう何を調べても、どうにもならないとは思わないでください。同じことを繰り返さないためには、死後調査がとても大事になります。

こういった作業をすることを、CDR(child death review)と言います。三重県では、虐待、事故、自殺など予防可能と思われる外因死、また、予期しない乳幼児の内因死、及び死因の特定が困難な不詳死などについて、予防可能な子どもの死亡を防止するために、小児科医、救急医、精神科医、法医学医、児童相談所、警察、救急隊、法律家、看護師などの各専門分野が集まり、３年前からクローズでの勉強会を行っています。

検視現場で小児の外因死に遭遇した際の留意点を、以下のように考えております。ご参考にしていただければと存じます。

情報が多いほど判断の正確性が増します。記録をする場合、養育者がどのような言葉で、どのように言っていたか、逐次記録にて記載する。養育をサポートする人がいたか、いなかったかの情報は大事です。

■乳児死亡について

- 乳幼児の生前記録として、１歳半・３歳健診(保健センターでの集団健診)での結果は、本人や家族背景を知る貴重な手掛かりとなります。
- 睡眠中の死亡では、普段の睡眠時の顔と首の位置と、急変前後の顔と首の位置の確認は重要。現場検証で人形を使って再現し、写真をとる。
- 添い寝の場合では、添い寝者(養育者・兄弟)の身長と体重、飲酒歴・疲れの程度・寝相の程度の記載をする。
- 生前、赤ちゃんが泣いた時の母の対応(あやし方や哺乳)と、今回の生前直前の対応の違いを聞く。

■幼児・学童の事故

普段から事故原因(たとえば池・河川・風呂や電車)に強い関心・興味があったかどうかを聞く。普段からの多動性・衝動性の有無を聞く。

■自　殺

自殺は、突然、実行したように見えますが、以下の点に御注意ください。

1　日頃、および最近の友達関係、家族関係、学校関係での出来事が大事。

2. 最近の、当人の様子の変化が大事。特に気分の浮き沈みについて。

3. これまでの、性格行動特性が、大事。例えば、白黒はっきりタイプか、優柔不断か。

4. 事故と紛らわしい場合も多いが、以下のことは自殺を考える要点になる。
(あるときから学校の欠席率が増えたこと、成績が落ちてきたこと、気分障害(とくに気分のムラ)に気付かれていたかどうかを念頭に置く。
学校での通知表(成績・欠席率)を利用してもよい)

■剖検に関して

15歳未満の子どもで、明らかな病死以外の場合、死因を明らかにする必要があると判断すれば、解剖するべきである。

■CDRチームからのお願い

子どもの事故死の予防にもつながるので、生活安全課におかれましては啓発活動にも、ご活用をお願い申し上げます。

Mie child death review Team

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
研究代表者：沼口　敦　　三重県のCDRチーム代表：梅本正和

医療スタッフと法医間の

情報交換報告書

「突然の説明困難な乳児死亡」に遭遇した場合

SUID

Sudden Unexplained Infant Death

医療スタッフの先生方へ このページを記載後お切りいただき、病院の分として保存して下さい。残りの台紙を、法医の先生に届けて頂くよう、警察の方にお渡し下さい。

医療スタッフから法医への伝達事項（剖検前）

事例の姓名		記載年月日	20　年　月　日
記載者氏名		所属機関	
全身状態をみての第一印象	この印象はとても大事ですので、ぜひ、お聞かせください		

病院搬入時

呼吸停止	なし ・ あり	心停止	なし ・ あり
鼻出血の有無	なし ・ あり		
挿管時気管内ミルク	なし ・ あり ⇒ 多量 ・ 微量 ・ 泡沫状		
気管内の血液	なし ・ あり ⇒ 多量 ・ 微量		
胃内チューブ吸引物	なし ・ あり ⇒ （　　）		
主な治療	①蘇生術（　　時間）	②気管内挿管	③レスピレーター管理

主な臨床検査データ

①血液・尿・髄液などの検査を（施行・施行しない）	異常：なし ・ あり （　　）
②単純X線検査を（施行・施行しない）	検査部位（頭部・胸部・腹部・四肢・その他：　　） 異常：なし ・ あり （　　）
③眼底検査を（施行・施行しない）	異常：なし ・ あり （　　）
④CT（Ai）を（施行・施行しない）	部位：頭部・胸部・腹部・その他（　　） 異常：なし ・ あり （　　）
⑤心電図・心エコーを（施行・施行しない）	異常：なし ・ あり （　　）
⑥代謝系検査（タンデムマスなど）を（施行・施行しない）	異常：なし ・ あり （　　）
⑦迅速診断キット： RS、Rota、インフルエンザ、hMPV、その他（　　）	異常：なし ・ あり （　　）
⑧死亡後組織検査を（施行・施行しない）	採取部位（　　）
⑨保存検体を（施行・施行しない）	（血液ろ紙、血清、尿、髄液、その他：　　）

臨床医の見解

☐ 虐待が疑わしい状況（ あり ・ なし ）

☐ 法医へ伝えておきたい事項及び解剖での希望があれば

（　　）

◆最も考えられる臨床診断は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿です。

◆鑑別診断は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿です。

◆予防のためのアセスメント：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法医の先生へ このページを記載後お切りいただき、切り取った用紙は、警察を通じて、医療スタッフの先生にお届け下さい。残った台紙は法医の分として保存して下さい。

法医から医療スタッフへの伝達事項（剖検後）

事例の姓名		記載年月日	20　年　月　日

法医のメッセージ

記載者氏名		所属機関	

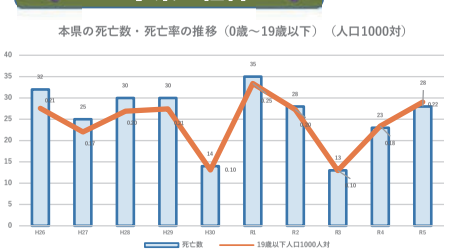
Sudden Unexplained Infant Death

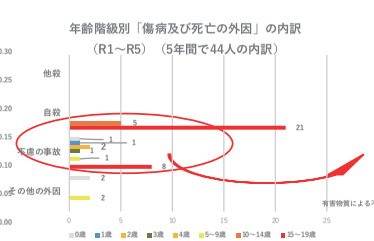
厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業））
わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究
研究代表者：沼口　敦　　三重県のCDRチーム代表：梅本正和

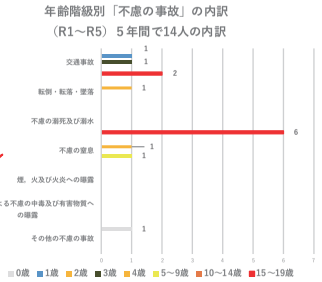
山梨県予防のための子どもの死亡検証体制整備事業（CDR）

CDR事業の紹介

●「成育基本法」「死因究明等推進法」の成立により、R2年度から子どもの死亡検証を行い、尊い子どもの死亡を防ぐ国の「予防のための子どもの死亡検証体制整備事業」チャイルド・デスレビュー（CDR）が開始し、山梨県も参加し事業を推進しています。







・全国では、子どもの死亡は漸減していますが、山梨県では、10年間の平均で26名の子どもが死亡しており経年で見ても横ばいです。
・このうち予防可能な死亡（交通事故、溺死、転落、自殺等）で平均10名が死亡しています。
・つまり、3年間で学校の1クラスの子どもが予防可能な死亡をしていることになります。
・予防策を検討して施策につなげ、子どもの尊い命を守りましょう。

CDR事業の流れ

データ収集
対象：死亡した18歳未満の子ども
（国のてびきの改正により、R3年9月以降の死亡事例から遺族の同意を取得しています）
・死亡調査票　・死亡小票
・追加情報（学校、市町村、保育園、消防署、警察、児童相談所　等）

→

検証委員会
・個別検証
↓
・概観検証

→

予防策の検討
・予防策の有効性や実現可能性を検討
・報告書を作成し知事に報告

→

予防策の施策へ反映等
・R6年度CDR推進会議へ予防策を報告し施策への反映方法を検討
・検討された予防策を実施

予　防　策（令和6年度検証結果）

●交通事故による子どもの死亡をなくす取組
・交通事故防止に向けた普及啓発、ひとり親世帯に対する遠方の病院受診の支援等

●乳幼児の安全な睡眠環境を整える
・SIDS予防の強化等

●周産期の医療体制の整備
・妊婦がいる家族への支援のための普及啓発、遺族へのグリーフケア、妊婦へのサポート体制構築（入院費の経済的補助や託児所の整備）

●司法解剖・病理解剖における体制整備
・18歳未満の検視・検案を各小児科医療機関で受け入れる体制を構築、県民への病理解剖の必要性や正しい知識の啓発等

●小児救急医療体制の整備
・#8000を平日日中稼働することの検討、小児の救急車の適正利用の啓発、小児救急二次輪番ルールの遵守等

3-7-3　CDR について都道府県民等に向けた周知資料の例②（香川県提供による資料から許可を得て転載）

香川県CDR体制整備モデル事業からの

日本一面積が小さい県
市区町村数：８市９町

取組み報告

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

【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

香川県用水路等転落事故防止対策ガイドライン

具体的な取組み事例（ソフト・ハード対策）　（香川県）土地改良課

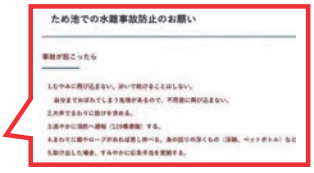
① ソフト対策

・小学校等への転落事故防止の啓発用ポスターの配布や『ため池出前授業』等の機会に児童への意識啓発を実施。
・ため池へ看板を設置する際、二次元コードを掲示して、県ホームページに「ため池での水難事故防止のお願い」とリンクさせ、普及啓発を実施。

出前授業

看板

県ホームページ

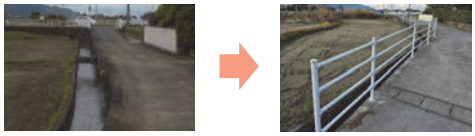


② ハード対策

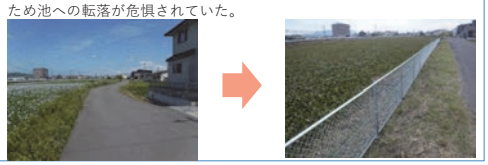
・令和3年度に農業水利施設の管理者とともに作成した実施計画に基づき、施設管理者による取り組みを促進。
・単独県費補助土地改良事業において、農業水利施設の管理者等が行う効果的な安全施設整備について補助を実施。

安全施設整備の取組状況

水路管理道路（観音寺市栗井町）
　地元児童の通学路として利用されており、過去に転落事故が発生しているため、用水路への転落が危惧されていた。



ため池（高松市林町）
　ため池の周辺に団地が密集し、幼い子どもが多く見受けられており、ため池への転落が危惧されていた。



【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	髙島　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！

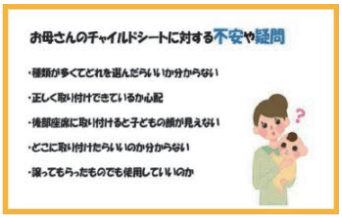
「かっぱのふうちゃん」は、水辺のリスクやライフジャケットについて子ども用に書き下ろしたもの。
著者の森重氏は、「ライジャケサンタ」として子どもの水辺の事故を防ぐ活動に取り組まれている。

【令和２年度・令和３年度 死亡症例】 交通事故死・車中放置による熱中症死

子育て支援のための動画配信
安心･安全に　赤ちゃんと一緒にお出かけしましょう♪

新型コロナウイルス感染症の流行によって、外出の機会が少なくならないよう、感染対策やお出かけの準備物、健診や予防接種、地域子育て支援拠点を紹介するとともに、車で外出する際にシートベルトを正しく着用し、安全にお出かけしてもらえるよう周知するため、県立保健医療大学助産学専攻科の協力を得て、動画を作成し、県ホームページ内の「子育て県かがわ」情報発信サイト Colorful 等で配信を行います。

タイトル	視聴用 URL	視聴用 QR コード
安心・安全に 赤ちゃんと一緒に お出かけしましょう♪	https://kagawa-colorful.com/%3Fp%3D5898	



【令和５年度 死亡症例①】乳幼児突然死症候群疑い

～ 個別検証での意見を受けた取組み（案）～

1. 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

子どもの安全や
子育ての安心につながる
知識を届ける！

2. 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　技量を上げる必要がある
- 出産･子育て応援交付金事業のギフト支給サイトに啓発動画のリンクはる
  カタログギフトの商品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

母子保健に携わる者
の予防的視点を磨く
ための観察力・想像
力を鍛える！

8

【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

高松市の市民課では、死亡届出に来られた方に、相談窓口のチラシをお渡ししています。

丸亀市では、母子保健推進員を対象に、グリーフケアについての研修会を実施しています。

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日に開催！）

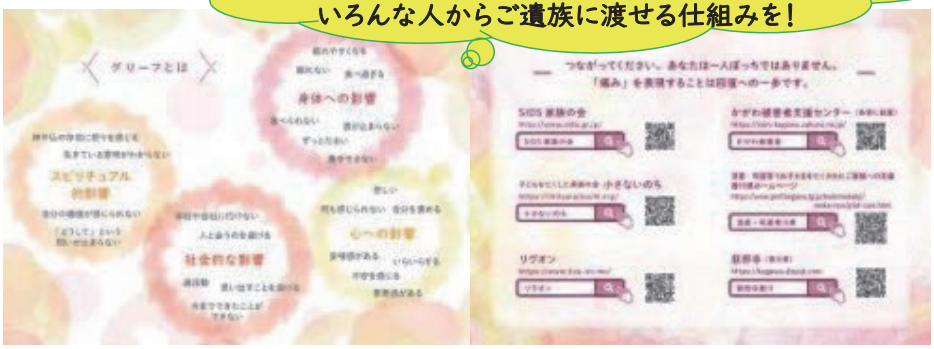
対象者：市町及び保健所等の保健師・助産師、産婦人科医療機関等の医療従事者等

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

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！

グリーフカード



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。

12

【性　　格】本県の進むべき基本的方向とそれを実現するための方策を明らかにした県政運営の基本指針

【計画期間】令和３（2021）年度～令和７（2025）年度

安全・安心で住みたくなる香川をつくる「県民100万人計画」

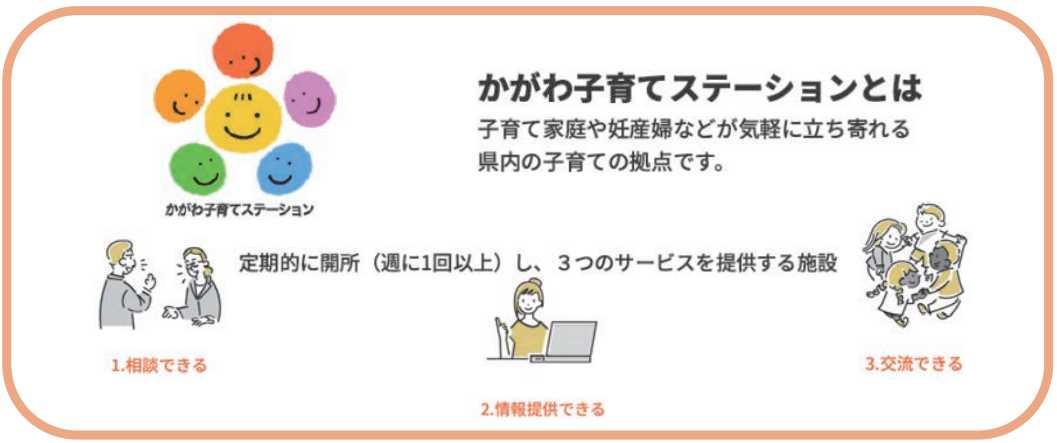
子育て環境や教育環境、医療・介護・福祉サービス、防災・減災や防犯、交通事故対策などによって、生活環境を充実させ、本県への人の流れを創出し、年齢や性別、障害の有無、国籍などに関わらず、誰もが安全・安心に暮らせる、住みたくなる香川をつくります。

重点政策1「子育て県かがわ」をつくる

若い世代が定住し、結婚の希望をかなえ、誰もが夢と仲間を持って、次代を担う子どもたちを安心して生み、健やかに育てることができる「子育て県かがわ」を、社会全体が一体となってつくります。

取組みの方向	主な施策
1 経済的負担の軽減	1 子ども医療費や保育料などの負担軽減、不妊・不育症治療への助成等
2 子育て拠点の充実	2 保育士等の人材確保、子育て支援ネットワークづくり、児童虐待防止対策等
3 みんなで子育て	3 結婚希望者のサポート、男性の家事・育児参画の促進、女性の就労支援等

ご清聴ありがとうございました



3-7-4　CDR の成果をもとに都道府県民等に向けた啓発の一例（三重県提供による資料から許可を得て転載）

推進会議の一部を「一般公開セミナー」として開催し、広く県民に対して周知を行った（1-1-6「どうして（何を目的に／何をめざして）行うか」を参照）。

子どもの「いのち」を守る
Child Death Review（チャイルド デス レビュー） 公開セミナー

CDR：予防のための子どもの死亡検証

参加無料

子どもの未来のため
いま私たちにできること

令和７年 7月13日（日）
14:00 ～ 16:30

会 場　三重県総合文化センター 小ホール
（津市一身田上津部田 1234）※オンライン参加も可能

対 象　どなたでもご参加いただけます
参加希望の方は7月10日までにお申込みください（先着 300 名）

申込はこちら

プログラム　総合司会：臼杵 恵梨 氏（三重大学バイオバンクセンター）

開会の辞：平山 雅浩 氏（三重大学小児科）
主催者あいさつ：服部 浩（三重県副知事）

基調講演　14:10-14:50　座長：平山 雅浩 氏

「CDR（チャイルド・デス・レビュー）でめざす社会」
沼口 敦 氏（こども家庭科学研究班代表，名古屋大学救急・内科系集中治療部，小児科）

ビデオメッセージ　テーマ：水の事故予防 14:50-15:20

「水とわたし」鈴木 美保 氏（元女子シンクロナイズドスイミング日本代表 オリンピックメダリスト）

実践報告　15:30-16:10　座長：澤田 博文 氏（三重大学小児科）

- 「法医学者と考える“赤ちゃんの安全な睡眠環境”」
  小谷 泰一 氏（三重大学法医法科学）
- 「発達に特性をもつ児童生徒の安全 ー事故予防と自殺予防ー」
  梅本 正和 氏（うめもとこどもクリニック）

お問い合わせ：三重 CDR モデル事業事務局（三重大学医学部小児科内）
TEL 059-231-5024 / FAX 059-231-5213 / E-Mail syounicdr@med.mie-u.ac.jp

主催：三重県

3-7-5　グリーフケアに焦点をあてた啓発の一例

主に関連職域を対象とし、一般市民にも参加も呼びかけた啓発事業が試みられた（1-3-5 第四の対象：CDR に理解と共感を示し、CDR の利点を享受する一般国民の層）。

（別添資料 1）

わが国の Child Death Review（予防のためのこどもの死亡検証）
CDR 運営ガイダンス 2025

発行　2025. 3. 31
編集　こども家庭科学研究費補助金事業
（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」
研究班（研究代表者：沼口 敦）

連絡先　名古屋大学大学院医学系研究科　救急・集中治療医学講座
〒 466-8550　名古屋市昭和区鶴舞町 65
nummer@med.nagoya-u.ac.jp

印刷：株式会社コームラ

本ガイダンスは、令和 6 年度こども家庭科学研究費補助金事業（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」および、令和 7 年度こども家庭科学研究費補助金事業（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））「チャイルド・デス・レビュー制度をわが国に定着実装するための研究」の補助によって作成されました。無断転載・引用はご遠慮ください。

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

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」研究班（研究代表者　沼口　敦）編

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

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」
研究班（研究代表者：沼口 敦）
分担研究「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」班
（代表：木下 あゆみ）編

はじめに

大切な人や物を失うことは，だれにとっても悲しくつらい出来事です。その中でも，「こどもの死」は，ご家族はもちろん，地域や社会にとっても，非常に受け入れがたい大きな悲しみとなります。

もともと医療機関では，治療が及ばず残念ながら亡くなってしまったお子さんをどうお見送りするか，ご家族にどうお声掛けするかなど，グリーフケアの必要性を感じ，個々の医療機関や個人で対応したり，「ガイドライン」や「グリーフカード」が作成されたりしてきました。また，ご遺族の方々も，医療機関で紹介された親の会や，当事者が立ち上げられている自助グループに相談したり，地域のグリーフケア団体などにつながれたりした方もおられると思います。

ただ，一方で，急性疾患や事件や事故など突然の死で医療機関でのかかわれる時間が十分になかったり，予期された死であっても，あとからふとしたきっかけで苦しくなってしまったり，死後の手続きなどで混乱する中，十分なサポートが得られないまま，気持ちに蓋をしたり，実際に心身に不調をきたしたりしながら生活を送っておられるご遺族も多いはずです。

「こどもの死」は，すぐに受け入れられないことが多く，また，悲嘆（グリーフ）の表れ方もその時期も一人ひとり異なります。サポートを必要とするタイミングや内容も，人によってさまざまです。また，ご両親だけでなく，祖父母やきょうだい児，その子どもの園や学校のお友達や担任の先生，地域の方々もみな，グリーフを抱えていることが多いのです。

このグリーフケアガイダンスは，子どもを亡くしたご家族はもちろん，亡くなった子どもに関わる全ての方を，地域全体でサポートしあうことを目的に制作しました。お子さんを亡くされたすべての方やその関係者に，必要な情報が伝わり，適切な時期に十分なケアやサポートが受けられる公的な仕組みができたらいいなと期待しています。

本研究班では，ご遺族の方やきょうだい児の方，実際にグリーフケアをされている団体や医療者，行政の方々などからご意見をお聴きし，一緒にグリーフカード（第 2 章，2- 1 参照）を作成いたしました。医療機関はもちろん，死亡届が提出される行政窓口や，警察や消防，学校や園，お葬式の関係者などから，そっとお渡ししやすい言葉や色合い，形にこだわりました。ぜひ一度お手に取っていただきお目通しいただけますと幸いです。「グリーフカード使い方ガイド」（第 2 章，2-2 参照）を参考にしていただき，カードに相談窓口や支援先を書き込んだり，一言添えたりしてお渡しすることを試みてください。このグリーフカードを手渡すことから，子どもの死を地域全体で受け止める和がひろがり，サポートしあう文化が醸成されることを願っています。

最後に，この研究班で一緒に取り組んできた国保旭中央病院小児科　仙田昌義先生が，このガイダンス完成直前に急逝されました。ご冥福をお祈りするとともに，仲間を亡くし悲しみに暮れている私たち自身のグリーフケアのためにも，またなにより「グリーフケアをすべての人に届けること」を望み，心を込めて研究してくださっていた仙田先生のためにも，グリーフケアが全国で当たり前に受けられる世の中になりますように祈っています。

2025 年 3 月

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））「わが国の至適なチャイルド・デス・レビ

ュー制度を確立するための研究」研究班
分担研究「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」班
（代表：木下 あゆみ）

目次

はじめに

第 1 章：グリーフケアとは

1-1. グリーフとは

1-2. いろいろな立場からみたグリーフケア

1-2-1. 遺族からみたグリーフケア

1-2-2. きょうだい児からみたグリーフケア

1-3. 医療機関におけるグリーフケア

1-3-1. 医療機関（救急現場）におけるグリーフケアの現状と課題

1-3-2. 医療機関と地域が連携するグリーフケアを目指して

1-4. 学校現場でのグリーフケア

第 2 章：グリーフケアの実際

2-1. グリーフカードの紹介

2-2. グリーフカードの渡しかた

2-2-1. お渡しする対象者

2-2-2. お渡しするタイミング

2-2-3. このカードを配布して欲しい人

2-2-4. カードの具体的な使用法

2-2-5. 注意点

2-3. 自助グループとのつながり

2-3-1. 当事者だからこそできる居場所づくり

2-3-2. 犯罪被害者支援センターを知っていますか？

2-4. 環境整備とグリーフケア

2-4-1. 医療現場における「祈り」としてのアート　―死を包む物語―

2-5. 専門家につなぐとき

2-6. 地域でのグリーフケアを進めるために

2-6-1. 保健師の役割

2-6-2. 法制度の限界と現場の工夫

2-6-3. 市民課との連携による体制づくり

2-6-4. 乳幼児以外の子どもと家族への支援

<実践報告＞ 市民課の窓口からグリーフケアに繋げる取り組みの実践

巻末資料

(1) グリーフカード

(2) グリーフカード使い方ガイド

執筆者一覧（五十音順）

青野美保　　元 香川県子ども政策推進局子ども家庭課（現 香川県中讃保健福祉事務所）
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　　一般社団法人リヴオン代表理事・バース大学 死と社会センター博士候補生
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・公認心理師
菊地祐子　　社会福祉法人子どもの虐待防止センター 子どもと家族のメンタルクリニック やまねこ
木下あゆみ　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
仙田昌義　　総合病院国保旭中央病院　小児科
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
吉川優子
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 ・元小学校教諭

企画デザイン

NPO アーツプロジェクト

第１章：グリーフケアとは

1-1. グリーフとは

一般社団法人リヴオン代表　尾角光美

グリーフとは，最も端的に言えば「喪失への反応」のことを指します。原語である “grief” は「大きな悲しみ」を意味し，一般的には「悲嘆」と訳されることが多い言葉です。しかし，グリーフケアやグリーフサポートの文脈においては，「大切な人やものを喪失することで生じる多様な反応の総体」（山崎, 2024）という意味で用いられます。ちなみに，一般社団法人リヴオンでは，グリーフを「人やものなどを失うことにより生じる，その人なりの自然な反応，状態，プロセス」と定義しています。この定義には，たとえ喪失の対象を「大切」とは思っていなくてもグリーフの反応は生じうること，また喪失が起こった一時点だけでなく，喪失を予期した段階からすでにグリーフが始まり（予期悲嘆），時間とともに変化し続けることがある，という要素が「プロセス」という言葉に込められています。

グリーフは狭義には「死別による悲嘆」と捉えられることがありますが，実際には死別に限らず，離婚や別離，所有物や環境，役割，機会，さらには身体や健康の喪失など，さまざまな喪失によって生じるものです。また，その影響は単なる「悲しみ」といった感情や心理的反応にとどまりません（表 1 参照）。例えば，子どもを亡くした親が「自分のせいで亡くなった」と感じるような自責の念を抱くこともありますし，重い病気や障がいを抱えていた子どもが亡くなった場合には，「ほっとした」と安堵の感情を持つこともあります。また，加害者のいる事件や事故で命を失った場合には，「怒り」がその加害者に向けられることもあります。これらの反応はすべて「自然で正常なもの」であり，決しておかしなものではありません。さらに，心理的な反応だけでなく，身体的な影響として睡眠や食欲の変化，体の痛みといった形で表れることもあります。脳への認知的影響としては，忘れっぽくなったり，物事に集中しづらくなったりすることが挙げられます。また，人間関係や社会的な行動にも影響が現れることがあり，喪失体験やその過程を周囲に理解されないことによって，孤立感を抱く場合もあります。

さらに，スピリチュアルな側面，すなわち「実存」や「生きる意味」といった根源的な問いに関わる影響もあります。たとえば，きょうだいを亡くした子どもが「自分の方が亡くなればよかったのに」と思ったり，子どもを亡くした親が「なぜ自分がこんな想いをしなければならないのか」と深い苦しみを抱くようなことが該当します。

重要なことは，これらのグリーフの反応の多くが自然なものであり，極めて個別性が高いということです。それを当事者自身が認識し，また周囲の人々も理解しておくことが大切です。一定の時間が経過すれば「解決」する，「乗り越える」といった見方ではなく，喪失とともにあるグリーフを大切に抱えながら生きていくための視点や支援（グリーフサポ

ート），そして，それを支える社会のあり方が求められます。

※ ただし，半年から 1 年以上にわたって日常生活が困難になるほどの喪失の影響が続く場合は，「遷延性悲嘆症」の可能性があり，専門的な医療的支援が必要となることがあります。こうした状態に直面する人は，全体の約 1 割程度とされます（Aoun et al., 2015）。
（2-5 項「専門家につなぐとき」参照）

① 心理的影響	悲しみ，怒り，安堵，後悔，自責，無感動，無感覚，絶望感，希死念慮，思慕
② 身体的影響	睡眠，食欲への影響，胃痛，腰痛，頭痛，吐き気，めまい，疲労，倦怠感
③ 社会的影響	不登校，会社に行けない，人間関係の悪化，過活動，不信感，孤独感，孤立
④ 認知的影響	記憶力や注意力の低下，非現実感，失ったことへの否認，幻覚，幻聴
⑤ スピリチュアル的影響	生きている意味の喪失や模索，神や仏など信仰への疑問や不信，「なぜ」という問い

表 1．グリーフについて「失うことによる 5 種類の影響」（リヴオンホームページより引用）
https://www.live-on.me/grief/

1-2. いろいろな立場から見たグリーフケア

グリーフは，表れ方もその時期も一人ひとり異なります。サポートを必要とするタイミングやその内容も，人によってさまざまです。また，グリーフケアを必要としているのは，ご両親はもちろんですが，祖父母やきょうだい児，亡くなった子どもの園・学校のお友達や先生方，地域の方々も必要としています。そして，力及ばず子どもが亡くなったことで医療者もまた，グリーフを抱えていることが多いのです。いろいろな立場の方から見たグリーフ，グリーフケアについて学び，一方通行で一時的なかかわりではなく，地域で温かく，長くかかわりあえるグリーフケアが実現することを期待しています。

1-2-1. 遺族から見たグリーフケア

吉川優子

2012 年 7 月 20 日，私の息子の慎之介（当時 5 歳）は，幼稚園のお泊り保育中に川で行われた水遊び中に，増水した川に流され溺水によって亡くなりました。

事故当時，「何もお話しできません。」という幼稚園の対応と，事実を知る機会がない状況の中で，深刻な問題や課題に翻弄されながら，我が子の死を悲しむ間もなく，保護者の方と一緒に事故現場で検証を行い，慎之介がどのような状態で発見され救助されたのかを知りました。

その後，被害者参加制度を利用したことによって，刑事裁判の中で，事故の詳細が明らかになり，慎之介の死亡状況を確認することができたとき，誰よりも辛い思いをしたのは慎之介と子どもたちであること，私たち大人や社会が，その事実と向き合えていないことを痛感しました。

事実と向き合うことは苦しいこともありますが，被害者支援センターのサポートに助けていただきながら，グリーフケアにも繋がることを経験しました。

誠実な対応と説明がされること，共に向き合う人がいること，いつでも相談できる公的機関があるということは，深い悲しみと喪失の中にいる遺族にとって救いだと思います。

10 年以上経過した今，多くの方の支えによって，心の奥においたままになっていた悲しみと，静かに向き合えるようになってきた自分を感じています。

グリーフケアガイダンスが，遺族をはじめ当事者の今を生きる一歩に繋がることを心から願います。

1-2-2. きょうだい児から見たグリーフケア

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　阿部 春季

亡くなった子どものきょうだい児に対するグリーフケアの重要性は，多くの研究や実践現場から示されています。子どもが抱えるグリーフは深く複雑で，きょうだいの死に関する説明が不十分だったために死別時に混乱する，自分のせいではないかと罪悪感を持つ，周囲の期待に応えようとして負担を感じるなど，さまざまな感情を経験します。年齢や発達段階によって，死別の受け止め方や表現方法も異なります。しかし，こうした子どもたちのグリーフは外から見えにくく，気づかれずに見過ごされたり，軽視されたりすることがあります。子どもたちは，周囲に迷惑をかけまいと気持ちを抑え，表面的には元気にふるまうことがあります。悲しみを言葉にできず，普段と違う行動で示すこともあるでしょう。死について友だちと話す機会が少なく，感情の行き場を失うこともあります。だからこそ，学校や医療機関など立場を問わず，その子に関わる地域社会の誰もが「あなたのことを気にかけている」というメッセージを伝え続けることが大切です。大人たちが，悲しみや不安を言葉にできる環境を整え，寄り添うことが，きょうだいを亡くした子どもたちを支える力になります。

1-3. 医療機関におけるグリーフケア

1-3-1. 医療機関（救急現場）におけるグリーフケアの現状と課題

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　野澤正寛

救急外来におけるこどもの死は突然であり，入院中に悲嘆過程をたどる猶予がありません。そのため，救急現場で死と向き合った家族は複雑性悲嘆に陥るリスクが高く，30%以上が長期間強い悲しみを抱えることが示されています。

このような状況下で，医療者がどのような対応を行うかは家族の回復に大きく影響します。しかし，救急外来でのこどもの死亡は稀であり，医療者は蘇生と家族対応の両面において十分な経験を積むことが難しいです。加えて，救命処置に集中しながら，家族との信頼関係もないまま対応せざるを得ない現実があります。こうした中で「適切なケア」を求められる医療者の心理的・実務的負担は非常に大きいと考えます。

さらに制度的な課題も存在します。現行の診療報酬制度では，救急外来で死亡確認をした後の医療行為が制限され，家族に対する継続的なケアの場を設けることが困難です。グリーフケアに関する報酬制度もなく，診療として家族ケアを行う仕組みが存在しません。そのため，病院として継続的な支援を行おうとする場合，制度上の壁に直面するのです。

また，地域との連携も十分に構築されていないのが現状です。死亡後には検視や警察対応，エンゼルケア（清拭や口腔ケア，整容，医療器具の除去，着替えなどの死後の処置）など多くの業務が生じることになり，地域との情報共有や連携まで手が回らないのが実情です。限られた時間の中で多くの役割を求められる医療者にとって，地域との円滑な連携体制の整備は不可欠です。

このような状況下で医療者が混乱をできるだけ少なくし，家族のケアに真摯に向きあうためには，事前に状況を想定した準備をしておく必要があります。救急外来で使用できるより実践的な家族ケアガイダンスがあれば，医療者の迷いを減らすこともできるでしょう。また，病院と地域が平時からグリーフケアの連携方法について話し合い，事前にその方針を策定しておくことは，地域で家族を支えるための重要な方策となります。

1-3-2. 医療機関と地域が連携するグリーフケアを目指して

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　種市尋宙

わが子を喪失し，悲嘆にくれる家族と出会う中で多くの医療者もまた打ちひしがれてきました。救命できなかった自分自身を責め，そのような気持ちの中で家族へ声がけすることに対する戸惑い，どのような顔をして声をかければ良いのか，考えても答えが出てこないという状況が長く続いていました。一方で，医療界の動きと反比例するように遺族同士のつながりでピアサポート活動は活発化していきました。医療界においても，このままではいけない，という思いの中で，周産期分野では比較的早い段階からグリーフケアを実践する施設が一部にはありましたが，死を忌み嫌う国民性からか，なかなか医療界全体，社会全体へと認知される状況までには至りませんでした。

令和に入ってようやく国家として対応すべきこと，と認識され，厚労省調査研究事業が始まり，そこでは多くの議論と検討がなされました。子どもを喪失した家族の悲嘆に対して，学術的側面，臨床的側面など様々な視点から検討され，令和３年３月に「小児医療機関スタッフのための子どもを亡くした家族への支援の手引き」が作成されました[1)]。

当初は一つの手引きを作成する予定でしたが，研究班における議論の中で，子どもの喪失については，様々な立場，背景があることから，さらに「自治体担当者のため」と「産科医療機関スタッフのため」の三つの手引き（図１）が作成されました。流産・死産，人工妊娠中絶など社会には気づかれづらい悲嘆が存在し，それらに対する調査結果や情報提供リーフレット（図２）も合わせて，手引きには紹介されています。行政担当者にとってはすでに多岐にわたる業務を抱えた中で，どのようにグリーフケアに関わり，進めていくと良いのか，実践例も合わせて紹介されています。

私自身，グリーフケアについて分かったふりをしてこの手引き作成に尽力していたわけではありません。家族の悲嘆は結局当事者でない限り分からないものなのかもしれず，定型的な対応や言葉がけがあるわけではありません。しかし，医療者や行政担当者，一般社会の人たちの何気ない言葉や態度が家族の悲嘆回復における障壁になっている可能性があることを知った以上，社会の一員として，その課題を知る努力をし，理解した上で対応することの重要性を伝えたかったという思いからでした。

まだまだわれわれは多くのことを学ぶ必要があり，苦しんでいる家族と向き合う必要があると思います。もしかするとその過程の中で失敗をすることもあるかもしれませんが，問題の存在を知りながら，背を向ける行為こそ避けるべきことだと思います。

社会全体で思いを共有し，理解するようになれば，家族にとっての障壁のいくつかはきっと下がってくれるように思います。

図１．小児医療機関スタッフのための子どもを亡くした家族への支援の手引き　ほか

図２．情報提供リーフレット
「死産や流産を体験されたかたへ　医療機関からお伝えしたいこと」

文献

１）令和３年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」．支援の手引き．https://www.cancerscan.jp/news/1115/（最終閲覧：2025/4/7）

1-4. 学校現場でのグリーフケア

「子どもたちにライジャケを！」代表 ・元小学校教諭　森重裕二

「グリーフケア」という考え方に出会ったのは，地元で開催された講演会でした。（図３，４）その時に登壇されたのは，さまざまな立場で大切な方を亡くされた方，「グリーフケア」に関わっておられる方でした。そのみなさんの話を聞きながら，涙がボロボロとこぼれ落ちて止めることができなかったのを今でも覚えています。

それは，登壇された方の話に感動した…というのではなく，自分自身が心の中にいくつも「グリーフ」を抱えていたことに気づいたからでした。自分が抱えていた「グリーフ」の１つは，直接自分自身が関係していたものではなく，学校の教師をしていた時に，近くの地域の子どもさんが亡くなってしまったことでした。自分がそこまで関わっていないことだから…と思っていましたが，自分の中にあった「グリーフ」は，その場で抑えられないほどの深い悲しみだった…ということが分かりました。

そのことに気がついたきっかけになったのが，講演の中で教えていただいた「Grief is normal.」という言葉。誰かが亡くなってしまった時に起こる反応は，どんな形でも全ておかしなことではなく，自然のことだということ。深い悲しみは当事者だけのもの…というイメージがありましたが，私のように少し距離があっても「グリーフ」を抱えることはあるということ。そしてそれは自然なことだということです。私は「グリーフケア」という考え方に出会って，本当に救われたと思っています。

教師をしていた時のこの経験から，私は学校での「グリーフケア」についてよく考えています。もしかしたら，学校の中でも「グリーフ」を抱えている子どもさんや先生がいるかも知れません。「グリーフケア」という視点をもっておくことで，おそらく私のように救われる子どもさんや先生がいるかもしれないな…と思っています。「グリーフケア」という考え方が広く浸透して，みんなで心を支え合える社会になっていくことを心から願っています。

図 3. 講演会（1）

図 4. 講演会（2）

第２章：グリーフケアの実際

2-1. グリーフカードの紹介（巻末資料１）

このグリーフカードは，子どもを亡くした家族と，子どもの死に関わった関係者を繋ぐために作成しました。子どもの死を地域全体で受け止め，サポートしあう文化が醸成されることを願っています。

子どもの死の直後には，家族が子どもの死を受け入れられないことが多く，また，グリーフの表れ方や時期も一人ひとり異なるため，支援を必要とするタイミングや内容も人によってさまざまです。

グリーフカードに，相談窓口や支援先を書き込んだり，一言添えたりしてお渡しすることで，家族は，情報を得たいときや，誰かに相談したいときの窓口が具体的にわかり，安心して相談することができます。

このグリーフカードをはじめ，「グリーフカード使い方ガイド」「グリーフケアガイダンス」などのデザインは，この研究班のメンバーや大切な人を失ったことのある当事者が，アートのワークショップを通じて描いたものです。それぞれが好きな色の絵具を混ぜた石鹸液を作り，祈りを込めて息を吹き込みました。画用紙の上でシャボン玉は，重なり，溶け合ってすぐに消えてしまいますが，その痕跡は，確かに存在した証として，作意を超えた美しい模様となって現れます。CDR も子どもの死，つまり「子どもの生の痕跡」から目を逸らさず，検証することで，声なき声を聴き，この痛みがいつか「未来の子どもの幸せ（希望)」へと変わると信じて研究されているものです。全ての子どもたちにとって未来が優しく，美しいものでありますように。

2-2. グリーフカードの渡しかた

グリーフカードをお渡しする前に,「グリーフカード使い方ガイド」（巻末資料２）をよくお読みください。一部抜粋して以下に記載いたします。

2-2-1. お渡しする対象者

子どもの死に接した遺族やきょうだい児，子どもの関係者（お友達や同級生）など

2-2-2. お渡しするタイミング

遺族が行政窓口で子どもの死亡届を提出したとき
消防や警察で，家族に状況を聴くとき
きょうだい児の健診や家庭訪問などのとき
子どもの葬儀の手続きのとき
寺や教会等で子どものお墓の相談があったとき
お友達が亡くなってしまったとき
病院で死亡退院をするとき　　など

2-2-3. このカードを配布してほしい人

死亡届を受け取る行政窓口の方　きょうだい児等の担当保健師
消防　警察　法医学者　被害者支援の弁護士
学校や園の教員や養護教諭，保育士
葬祭業者　お寺や教会
医療関係者　　など

2-2-4. カードの具体的な使用法

●形状について

ジャバラ折になっています。裏表はありません。
どちらかを表にしてお渡しください。

●色について

ブルーはそっと寄り添ってゆくような静的サポートを目指しています。
オレンジは理性的に次の行動を促す動的サポートとなっています。
裏表どちらを向けてお渡しするかは，ご遺族の状況に応じて選択してください。

2-2-5. 注意点

●葬儀の手配や，届出，行政サービスなどの緊急性のある具体的な情報は記載されていません。

各自治体等で用意されているハンドブック等と合わせてお渡しください。

●情報のページには余白を作っています。

のちにご遺族が何か聞きたくなった時などのために，地域にあるグリーフケア団体や自助グループの連絡先，行政の担当部署，医療機関であればカルテ番号や問い合わせ窓口，など，必要と思われる情報を書き込めるようにしています。それぞれの地域や各機関の情報をあらかじめ調べておき，記入しておくか，すぐ記入できるよう準備しておきましょう。

(項目 2-3「自助グループとのつながり」参照)。

2-3.自助グループ・グリーフケア団体とのつながり

同じような体験や思いをしている当事者同士で，お互いに支えあったり思いを語り合ったりするグループを自助グループと言います。

地域には様々な自助グループやグリーフケア団体など繋がれる場所がきっとあるはずです。ご自身の地域の情報を事前に調べておき，グリーフカードにそっと書き込んでお渡しください。

2-3-1. 連携から広がるグリーフサポートの可能性

慈照寺　坊守／グリーフサポートてらすば　代表理事　秋山美智子

喪失から生まれる課題は多岐に渡ります。心身の調子のみならず，事務手続き，葬送や埋葬，家族関係，就労，きょうだい児の子育てなど，日常生活に深く関わってきます。私が息子を死産した時は，友人に話すことはできず，職場復帰への不安や生きづらさをひとりで抱えていました。頼れる場所を探しても見つけられなかった経験から，子どもを亡くした当事者の分かち合いの会の開催と情報発信を続けてきました。集う人たちが，比較やジャッジ，解釈されることなく，ありのままに痛みやグリーフを表現し，そこから希望が育まれるように願いを込めて地域で開いています。

行政や医療機関，地域の死に関わる仕事に就く人たちが情報を届けることが重要です。なぜなら，グリーフの情報や分かち合いの会につながるきっかけとして多いのは，行政や医療機関等からの情報提供だからです。私自身の経験から情報提供の必要性は実感していたため，活動当初に取り組んだのは行政との協働でした。母子保健担当保健師と助産師も交えた意見交換会で「死産届を出す時に支援情報を届けることができるのでは」と話し，市民課窓口で官民の相談先や制度が掲載された案内を手渡す取組が始まりました（<実践報告＞市民課の窓口からグリーフケアに繋げる取り組みの実践を参照)。　これにより，母親だけではなく死産届を提出する父親からの問い合わせも増加しました。また，火葬場の待合室や分娩施設でも配布を始め，医療機関や家族以外の目にも触れる機会が増えています。

このような情報提供が，社会全体で支えるグリーフサポートの基盤になると考えます。今後は警察や労務・雇用などを担う他機関とも手を取り，グリーフカードの配布や地域の団体との連携，支援情報の共有など，情報提供の在り方を探求しながら共に歩めることを期待しています。

2-3-2. 犯罪被害者支援センターを知っていますか？

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・公認心理師　片山　文

・活動紹介

犯罪被害者支援センター（以下，センターという）は，全国各都道府県に設置されており[1)]，ご遺族が心情を吐露し，体験を共有する場となる「自助グループ」を提供しています。

事件・事故で大切な家族の命が理不尽に奪われるという被害体験は共通ですが，被害による影響とお気持ちは一人ひとり異なるため，参加者が傷つけ合わないように配慮し，また，リラックスして気持ちを語り合えるよう，センター相談員がファシリテーターとして参加しています。

開催頻度は 1 か月に 1 回程度で，場の提供のほか，犯罪被害者支援に関する最新情報の提供や手記集発行などのサポートもしています。

・どのようにつながることが多いのか

刑事手続きが終結したのち自助グループにつながる方がほとんどです。被害から数年を経て，つながる方もおられます。

・他機関に期待すること

被害から時が経ち，生活面では一見落ち着きを取り戻したようでも，悲しみや怒り，気持ちの落ち込み，なぜ助けることができなかったのかという自責感が強くなる時もあります。そんな時，同じような被害体験をもつ人との交流は，「自分だけではない」と孤立感を緩和し，どのように回復し，どのように工夫して生きているのかなど，今後の生き方の参考になります。

犯罪被害者ご遺族の複雑な心情，センターの自助グループの効果をご理解いただき，私たちとともにご遺族を支えてほしいと思います。

文献

1）公益社団法人　全国被害者支援ネットワーク．https://www.nnvs.org/（最終閲覧：2025.5.19）

2-4. 環境整備とグリーフケア

環境を整えることもグリーフケアの一環です。

ご家族がゆっくりと，亡くなったお子さんやご家族で過ごせる部屋や空間を準備し，ご家族とお話しする時は，途中で中断しないよう資料等は事前に準備し，静かで整頓された環境で対応できるようにしましょう。

2-4-1. 医療現場における「祈り」としてのアート　―死を包む物語―

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　合音

2014 年に当院で実施した霊安室から地下通路の壁画制作「青い花に」というアートプロジェクトがあります[1)]（図 5)。「お見送りの通路があまりに殺風景で胸が痛い。」という看護部からの切実な要望から始まったこのプロジェクトは，それまでコンクリート打ちっぱなしの壁だった地下通路に医療スタッフ 177 名と画家島田玲子氏が共に青い花を描きました。青い花はこの通路を通る患者と患者家族を悼む気持ち（祈り）をかたちにしたものです。驚いたのは壁画制作中，何人もスタッフが涙を流していたことです。共に壁画を描きながらそれぞれの内側にある個別の死と向かい合い，同時に言葉にならない想いを互いに受け止め合っている。その風景はまるで神聖な儀式のようでした。

壁画完成後，副看護部長から電話がありました。亡くなったお子さんを抱いて歩いていた母親が通路の壁画に気づき，スタッフが描いたことを知ると『この子，天国へいけます。ありがとう』って言ってくれたというのです。副看護部長は電話口で泣いていました。また，このプロジェクトに参加したある医師は「僕たち医者は患者に『死』が訪れると，もう何一つできる事がない。でも，こうして壁画を描くことで死の向こうにまで想いを届ける事ができて嬉しい。」と話してくれました。

これまで医療現場で「死」を語ることは敬遠され，多くの場合，医療スタッフは暗黙のうちに，それぞれが患者の「死」に対して個別に対処することを求められてきました。しかし，今回ご紹介したプロジェクトでは，アートという誰にでも開かれたフラットな「場」において共に「死」を受け止め，壁画制作を通じて「死」を「終わり」としてではなく「そこから続く物語」で包むという体験をもたらす事ができたのではないでしょうか。

医療現場にはまだまだケアされていないたくさんの痛みが存在します。そこには患者さんやそのご家族だけでなく医療者の痛みも含まれます。医療現場だけでは受け止めきれな

い「死」をどのように捉え，すべての人へのケアへと繋いでいくのか。医療と芸術や哲学，さまざまな視点が境界を超えてつながり，「死」を捉え直すことで，そこに，まだ見たことのない新しいケアのかたちが生まれてくるのではないかと思います。

図 5. アートプロジェクト「青い花に」四国こどもとおとなの医療センター

文献

1）心の“痛み”を，アートの力で“希望”に変える．https://www.nippon.com/ja/japan-topics/b10805/（最終閲覧：2025.5.19）

2-5. 専門家につなぐとき

社会福祉法人子どもの虐待防止センター　子どもと家族のメンタルクリニック
やまねこ　児童精神科医師　菊地祐子

子どもの死はその家族にとって強い心の痛みや苦しみを伴う体験です。常に亡くなった子どものことが心の大半を占めていて何も手につかなくなってしまったり，自分を責める気持ちに苛まれたり，怒りの感情が急にわいてきたり，食事や睡眠がうまく取れなくなったり，身体の不調を感じたり，といったことは，「あまりにも辛い状況に対する正常な反応」であり，誰にでも起こり得るものです。これらを悲嘆反応といいます。

多くの場合，人とのつながりや周囲の支えによって，遺族はそういった状況から少しずつ回復していきます。しかし時折，強い悲嘆反応が長期間にわたって続き，日常生活に支障をきたすことがあります。これは複雑性悲嘆といわれ，DSM-5 という精神疾患の診断基準では「遷延性悲嘆症」にコードされます[1)]。様々な見解がありますが，強い悲嘆反応が６か月以上続く場合は注意が必要だと言われています[2)]。複雑性悲嘆のリスクファクターには，強い愛着形成，予期しない死，死因がはっきりしない，社会的孤立，経済的困窮などが挙げられており，子どもを亡くした家族の悲嘆は複雑化しやすい要素を多く含んでいることが分かります[2)]。悲嘆反応の複雑化を予防するためには，社会的な仕組みが整備されること，すなわち子どもの死の原因がクリアになるためのシステム（チャイルド・デス・レビュー）や，ご遺族の孤立を防ぐ地域のケアネットワーク（アクセスしやすいピアカウンセリングや自助グループ）が大変重要であるといえます。

死別に際しての悲嘆反応は正常なものであり，あわてて精神科や心療内科を受診する必要はありません。しかし，心身の苦痛があまりにも強く食事や睡眠もままならない，という状態であれば，対症療法としての薬物療法で一定の効果が得られることがあります。また，長期間にわたって悲嘆反応が持続する時や，もともと精神疾患の既往がある場合は精神科や心療内科を受診し，精神療法やカウンセリング，薬物療法を受けることも必要でしょう。遷延性悲嘆症の治療には認知行動療法が有効だとされていますが，すべての医療機関で実施が可能なわけではなく，一般的な精神療法や補助的な薬物療法が用いられていることがほとんどです。

文献

1) 髙橋三郎　他　監訳．DSM-5-TR 精神疾患の分類と診断の手引．2023 医学書院
2) 多田羅竜平．子どもたちの笑顔を支える小児緩和ケア．2016 金芳堂

2-6. 地域でのグリーフケアを進めるために

国際医療福祉大学保健医療学部看護学科教授　家入香代

2-6-1. 保健師の役割

地域でグリーフケアを進めるうえで，保健師の役割は非常に重要です。保健師は住民の健康や生活に関わる支援を担い，日常的に住民と接する立場にあることから，喪失体験を抱えた人への早期の気づきや支援につなげることができます。特に子どもを亡くした遺族にとって，死後の行政手続きや生活の再構築は大きな負担となります。保健師が適切なタイミングで声をかけ，必要な情報や支援先を案内することが，グリーフケアの出発点になります。厚生労働省は 2021 年，「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」という通知を発出し，こうした女性も母子保健施策の対象であることを明示しました。包括支援センターや産後ケア，産婦健康診査の活用を通じて，心理的な支援体制を構築するよう求めています[1)]。

タイミング	担当部門	主な対応
死亡届提出	市民課	遺族への声かけ，「グリーフカード」配布
情報共有	市民課→保健師	保健師が遺族の情報を把握
アプローチ	保健師	電話や訪問での支援提案，関係機関へのつなぎ
継続支援	保健師＋地域資源	自助グループ，医療機関等への橋渡し

表 2.　地域における保健師のグリーフケア対応の流れ（例）

2-6-2. 法制度の限界と現場の工夫

しかし現行制度では，子どもの死亡すべてに保健師が関与できる仕組みにはなっていません。母子保健法は妊娠期や乳幼児期に焦点を当てた法律であり，学童期以降の死亡は対象外となるのが実情です。現場では，制度の枠外でも支援の必要性に直面することが多く，柔軟な対応と多職種連携が不可欠です。

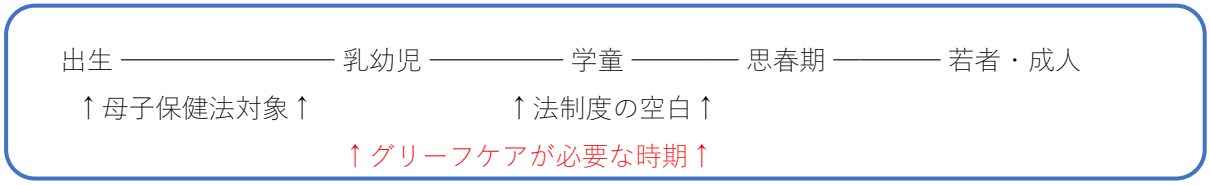


図 6.　グリーフケアの支援対象と法制度のカバー範囲（概念図）

2-6-3. 市民課との連携による体制づくり

死亡届を扱う市民課との連携は，死亡を早期に把握できる点で有効です。保健師と情報を共有し，遺族の希望に応じてグリーフケアの情報を届ける体制は，支援の「はじまり」を地域に作る取り組みです。現時点でこうした体制が整っている自治体は限られますが，市民課職員が「グリーフカード」等を渡し，保健師が連絡を取る仕組みの構築は，支援の空白を埋める一歩となります。

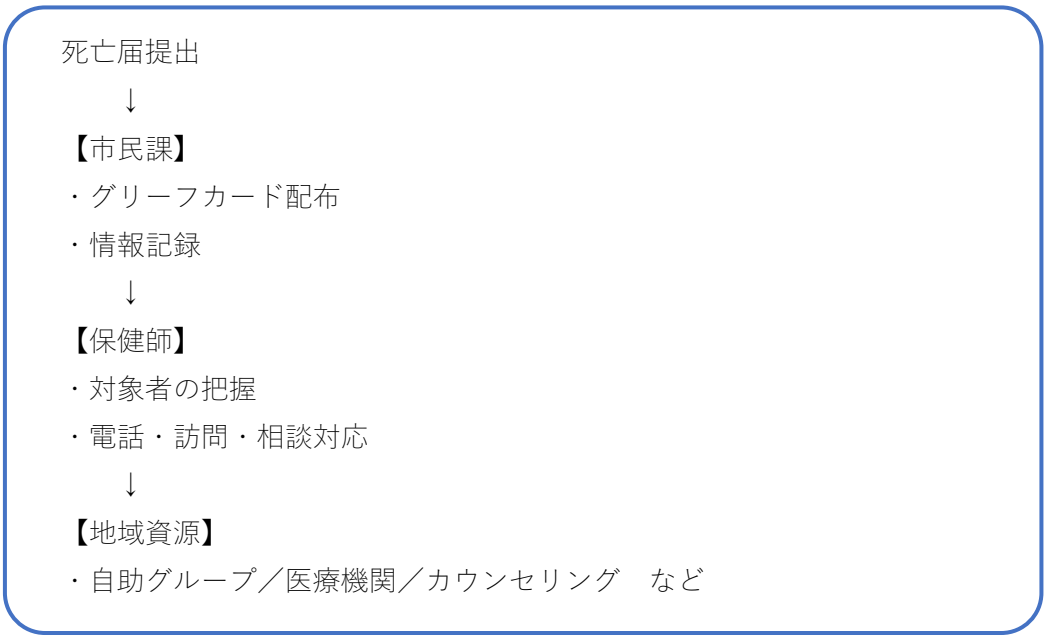


図 7. 市民課と保健師による情報連携のモデル

2-6-4. 乳幼児以外の子どもと家族への支援

また，乳幼児期以外の子どもの死でも，保健師の関与は重要です。遺族にはきょうだい児や祖父母も含まれます。こうした支援は学校・福祉・医療との連携の中で行われ，保健師が地域の支援のハブとして機能します。厚労省の通知ではピアサポートや心理相談，保健指導など多様な支援の組み合わせにより，包括的支援が可能であることが示されています。今後は特定の担当者に依存せず，持続可能な地域の仕組みとして整えていく必要があります。

文献

1）厚生労働省．流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について（2021 年 5 月 31 日）

＜実践報告＞　市民課の窓口からグリーフケアに繋げる取り組みの実践

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　青野美保

令和３年５月 31 日付厚生労働省子ども家庭局母子保健課長通知「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」を受けて，市民課と母子保健担当課が死産届に関する情報共有を図り，死産後に子どもが出生したことを前提とした母子保健サービスの連絡が市町から届かないようにしています。

本県では，令和５年度，分かち合いの会を開催している当事者から，グリーフの情報や分かち合いの会につながるきっかけとして，行政から情報提供をしてほしいとの意見を受け，県のホームページに情報を掲載するとともに，県内保健師等を対象とした，グリーフケアに関する研修を実施しました。一部の市町では，流産や死産等でお子さまを亡くされたご家族への支援として，死産届出時に市民課窓口で相談先の案内を手渡す取組みが始まりました。

一方，香川県ＣＤＲモデル事業の取組みとして，行政や医療機関等を対象としたグリーフについての研修会が開催されました。子どもを亡くしたすべての遺族にグリーフについての情報や相談先を案内したいと，今回作成されたグリーフカードの紹介があり，市民課窓口で渡してもらうのが一番よいとの意見があがりました。

そこで，県主催の妊娠・出産包括支援推進事業における産後ケア事業の推進に向けた保健師等への研修内容の一つとして，グリーフケア・グリーフカードの活用についての研修を実施しました。実際にグリーフカードを手に取り読んでもらった後，渡す場所や渡し方について考えるグループワークを行いました。参加者からは，このグリーフカード自体が，当事者に寄り添ったものであり，読むと心が癒される。市民課窓口に置いておくこともできるが，職員から『お渡しさせていただきますね』とそっと優しく手渡してもらえたらいいのではないか。また，いつどこで当事者のお話を伺う機会が訪れるかはわからないので，訪問かばんに入れて普段から所持しておくとよいのではないか等の意見がありました。研修後，全市町にグリーフカードを配布しており，市町の窓口等での配付が始まっています。

グリーフケア・グリーフカードが広く認知され，地域の中で誰もが手に取れる環境が整うことを期待します。まずは皆さんに，グリーフカードを手に取って読んでほしいと思います。

巻末資料

(1) グリーフカード

(2) グリーフカード使い方ガイド

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、状態、プロセスのことです。
どんな感情も反応もおかしなものではありません。

こんなことが
あるかもしれません

死因について

医学的・社会的視点から

お話を聞かせて

いただくことがあります。

見えづらい痛みも
あります

大切な人を失くして

きょうだい児さんも

複雑な感情を抱えています。

つながってください。あなたは一人ぼっちではありません。
「痛み」を表現することは回復への一歩です。

SIDS 家族の会
http://www.sids.gr.jp/
SIDS（乳幼児突然死症候群）やその他の病気、または死産や流産で赤ちゃんを亡くした両親を精神的な面から援助するためのボランティアグループです。

子どもを亡くした家族の会
小さないのち
https://chiisanainochi.org/
子どもを亡くした父母と家族の会で、当事者だけで構成するセルフヘルプ・グループです。

全国被害者支援ネットワーク
https://www.nnvs.org/
犯罪や事故などの被害にあわれた方への相談・支援を行っています。全国各県48か所にある被害者支援センターのリンク先が確認できます。

リヴオン
https://www.live-on.me/
「いつ、どこで、どのような形で大切な人をなくしても、その人が必要とするサポートを確実に得られる社会の実現」を目指しています。

メモ

扉を開けば風が通ります。

何気ない一言や偶然の出会い。

一輪の花や一枚の絵が、

人生を大きく変えることがあります。

医療 ＋ 人・自然とのつながり ＋ 芸術

アプリを
ダウンロードすると
「いのちの大樹」が
出現します

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：沼田 鉄）

あなたのことが

気になります

悲しんでもいい
落ち込んでもいい

「がんばらないと」「心配かけてはいけない」と気丈にふるまっているかもしれません。でも時に自分の心の奥にある声に耳を傾けてみてください。悲しいときは悲しみ、落ちこむことがあっても自然なことです。

自分を
許してもいい

「わたしが悪かったんだ」と自分を責めてどうしようもないとき「どうにもできないことがあったんだ」ということを認めてもよいのです。自分を責めるのは、あなたにとって、その人の存在がそれほどまでに大事だった証です。

考えない
思い出さないときもいい

死や失ったことを直視しないのもまた自由です。辛いから考えたくない、思い出したくない。そんな時は、いま自分が打ち込めることに力をそそげばよいのです。考えられるとき、思い出したいときに、そうすればよいのです。亡くなった人はそんなあなたを責めないでしょうから。

自分を大切に

「みんな大変だから」と思い、我慢をすることも尊いことです。でも自分がつぶれてしまうほどの我慢はどうでしょうか。大切なのはあなたが、あなたらしく生きてゆけること。自分を大切にすることに許しを与えてもよいのです。

助けてもらうこと

「お互いさま」だれもがいつかは大切な人をなくし、苦しいときがあります。だからいま、辛いのなら、支えてもらってもよいのです。そして今度は、誰かにその恩を返したり、恩送りすればよいのです。「助けて」は悪いことではありません。

みんなちがって
それぞれにいい

同じことを前にしても、感じ方はちがいます。人それぞれであるということ。どちらが重たくて、どちらが軽いということは本当はありません。ただ「そう感じている」ということが真実なのです。感じるままに。ちがいをちがいのままに。

自分の人生を
歩んでいい

自分の人生を生きること。たのしい時間をもつこと。時になくした人を忘れていること。それはなくした人を置いていくことではありません。失った相手の存在とともにあなたの人生を歩んでいくことはきっとできます。

© 一般社団法人リヴオン2018出典

不安なこと
聞きたいことは
ありませんか？

グリーフカード使い方ガイド

このグリーフカードは、令和5年度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」（沼口班）[1)] において、CDR（Child Death review：予防のための子どもの死亡検証）研究のひとつ、「子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索」分担研究班として作成しました。

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

① こどもの死に至る直接・間接的な情報を収集し
② 予防可能な要因について検証し
③ 効果的な予防対策を提言する

ことで、将来のこどもの死亡を減らすことを目的に行います。

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

※参考

厚生労働科学研究成果データベース
https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/161831
こども家庭庁CDR（Child Death Review:予防のためのこどもの死亡検証）
ホームページ https://cdr.cfa.go.jp/

お問合せ

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）
「子どもを亡くした遺族へのケアのあり方とそれを提供する仕組みの探索研究分担者」
（独）国立病院機構　四国こどもとおとなの医療センター
小児科　木下 あゆみ
〒765−8507　香川県善通寺市仙遊町2丁目1番1号
TEL 0877−62−1000　FAX 0877−62−6311
E-mail　cdr.griefcare@gmail.com

こどもが亡くなったとき

01 はじめに

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

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

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

02 使い方

《 事前の準備 》

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

《 渡すとき 》

- 誰に渡すか
  こどもの死に接した遺族やきょうだい児、こどもの関係者（お友達や同級生）など
- 誰が渡すか
  死亡届を受け取る行政窓口の方　きょうだい児やご家庭の担当保健師
  消防　警察　法医学者　被害者支援の弁護士
  学校や園の教員や養護教諭、保育士

葬儀屋さん　お寺や教会
医療関係者　　など

●いつ渡すか

行政窓口で、遺族からこどもの死亡届を受け取ったとき
消防や警察で、家族に状況を聴くとき
きょうだい児の健診や家庭訪問などのとき
こどもの葬儀の手続きに対応したとき
お寺や教会等でこどものお墓の相談があったとき
お友達が亡くなってしまったこどもと接したとき
病院から死亡退院をするとき　　など

●このカードの特徴

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

03　参考（主に医療機関のみなさまへ）

以下の研究等で作成されている、既存のグリーフカードもあります。こどもの死因やご遺族の様子などによって、適切なものを選んで使い分けてください。また、今回のグリーフカードも含めて複数を渡すこともできます。どういう場合にどれを渡すのか、あらかじめ関係者間で話し合っておくのも良いでしょう。

★ 令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業

子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究
https://cancerscan.jp/news/1115/

● 流産・死産を経験した女性と家族への情報提供リーフレット

● 人工妊娠中絶した女性と家族への情報提供リーフレット

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

グリーフカードの解説

～ シャボン玉のデザインについて ～

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

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

～「いのちの大樹」アプリについて ～

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

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

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」研究班（研究代表者　沼口　敦）編

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

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」
研究班（研究代表者：沼口 敦）
分担研究「こどもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索」班
（代表：植松 悟子）編

はじめに

どの子どもも，健康な個人として愛情や喜びや達成感に包まれて成長し生きる権利がある。子どもは大きな可能性と創造性を秘めた存在であり，社会に貢献をするばかりではなく，家族やその他の者に幸福をもたらす存在でもある。

子どもを失うことは，社会全体にとって非常に大きな損失であり，また家族にも大きな悲しみ，痛み，悲嘆をもたらす。死亡の検証にあたった私たちは，このことを忘れることなく，子どもを失ったご家族に心から追悼の意を表したい。そして，この取り組みに携わった全ての者が，自身の働く環境において，子どもたちがよりよい，安全で健康な人生を送れるように役割を果たすと信じ，その後押しをしたい。

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」研究班（研究代表者：沼口 敦）は，わが国でどんな形式のチャイルド・デス・レビュー（CDR；予防のためのこどもの死亡検証）が望まれるかを探索し，同モデル事業が円滑に開始されるための支援を行う，3 カ年の研究を実施してきた。その一環として，子どもの傷害事象を予防するための既存制度やガイダンス等を整理し，予防策を提言する上での基本的な背景事象をまとめる必要があることに気づかれた。

本ガイダンスは，この目的で編纂されたものである。微力ではあるが，これから CDR に取り組もうと決心した人たちにとって，現段階での実践的なガイドとなることを願っている。そして願わくば，このガイドが将来にわたって普遍的な道標として存在し続けるのではなく，ここから生まれた知見から更に新たなガイドが生まれ，次の時代へとつながっていくことを望んでいる。

2025 年 3 月
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））「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究」研究班
分担研究「こどもの傷害予防にかかる情報収集と予防策の探索」班
（代表：植松 悟子）

目次

はじめに

第 1 章：傷害予防総論

1-1. こどもの傷害の背景

1-2. こどもの傷害に対する医療提供の状況

1-3. 地域差

1-4. 検索のしかた

第 2 章：傷害予防各論

2-1 窒息

2-2 誤嚥

2-3 誤飲

2-4 中毒

2-5 墜落

2-6 溺水

2-7 熱傷

2-8 環境傷害

2-9 交通外傷

2-10 睡眠関連死

第 3 章：さくいん

執筆者一覧（五十音順）

植松　悟子　　国立成育医療センター救急診療部
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
小鹿　学　　山梨大学小児科
小谷　泰一　　三重大学法医学講座
佐々木　理　　母恋天使病院小児科
仙田　昌義　　国保旭中央病院小児科
富田　慶一　　国立成育医療センター救急診療部
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
森脇　太郎　　国立成育医療センター救急診療部

企画デザイン

NPO アーツプロジェクト