

令和三年度厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 (健やか次世代育成総合研究事業))
わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究
分担研究報告書

課題 1. 地域における厚労省 CDR モデル事業の実施体制と支援体制の開発
「三重県予防のための子どもの死亡検証制度体制整備モデル事業」

研究分担者 梅本 正和 うめもとこどもクリニック 院長

研究概要

三重県では、平成 27 年より有志による CDR 勉強会が行われており、これを基盤として令和 2 年度より CDR 体制整備モデル事業を開始した。令和 3 年度 (2 年目) の同事業の経過と結果をふりかえり、わが国の CDR に何が求められるかを考察した。

県内で死亡した対象者の全例について情報収集が行われ、これに基づいて、県内関係機関と事業目的と成果を共有するための 2 回の推進会議、個別検証と概観検証を併立する 4 回の多職種検証ワーキンググループ、意見を具体的な提言に落とし込むための 2 回の政策提言委員会を開催した。不適切な養育への対策、自殺対策、事故予防対策、不詳の死に対する対策の 4 項からなる政策提言に加え、モデル事業によって明らかになった 8 項目の国への問題提起がなされた。

モデル事業実施によって、情報収集から検証までの仕組みが構築され、各医療機関に CDR 担当者を配置するなど、関係機関において CDR 事業への理解と協力体制が醸成されてきた。各検証委員の交流によって CDR への共通理解が進み、予防策に寄与する意見が出されやすくなった。これらの相乗作用で、件担当部局が子どもの死亡予防に向けた事業を展開することにつながった。

A. 背景

三重県では平成 24 年、25 年と乳児死亡率が高く、全国ワースト 2 位、4 位であった。そこで平成 27 年度に県で乳幼児の事故予防推進事業を実施した。また、三重県健やか親子支援事業出産・育児まるっとサポートみえ推進事業として、各市町における事故予防の取組、そして事故予防に関する支援者向け研修を実施してきた。こうしたなか、平成 27 年から県内小児科医師を中心とした有志による CDR 勉強会が開催されてきた。

このような県内の動きの中で、令和 2 年度厚生労働省により「予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業」が予算化され、三重県がそのモデル事業として採択されることとなった。

一方、平成 30 年 12 月に成育基本法が成立し、第 15 条 2 項に、「国及び地方公共団体は、子どもの死亡の原因に関する情報収集、管理、活用等に関する体制やデータベースの整備等に取り組むこと」と規定された。また、令和元年 6 月 6 日に死因究明等推進基本法が成立し、令和 2 年 4 月 1 日から施行されることとなった。さらに厚生労働省研究班により、都道府県が CD 事業を実施するための手順やマニュアル、死亡調査票、小児死亡台帳等が作成されてきた。

以上、三重県内の医師等有志による CDR 勉強会

が行われ CDR 事業を進めていく土台があったこと、国で関連法が整備されたこと、研究班による様々な準備が進められたこと等を勘案し、令和 2 年度から三重県において CDR モデル事業を開始することとなった。その目指す姿として、次のとおり策定した。

- 死亡した子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、専門職が検証することで、効果的な予防策を導き出すことができる。
- 予防策を提言書としてまとめて県知事に提出することにより、予防可能な施策が実践され将来の予防可能な子どもの死亡を減らすことができる。
- 三重県における CDR 事業の実施体制を構築することができる。
- 国のモデル事業として実施する中で、CDR 事業実施上の課題等を明らかにし、国に問題提起することができる。

B. 方法

(1) 事業の実施体制

CDR モデル事業の実施主体は三重県で、事業の一部を三重大学に委託して実施した。事務局を三重大学小児科内に設置し、事務局員は、

三重大学小児科医師2人と事務補佐員1人、開業小児科医師1人、県子育て支援課3人の計7人とした。事業の具体的進め方等は全て事務局メンバーで打合せ会議を開催し決定することとした。

それぞれの役割として、県は県内各機関への事業周知、関係機関との連携体制構築、国との連絡調整等の大枠を担当し、受託機関である三重大学は、各会議の準備から実施、結果報告等の一連の事務業務、死亡情報の収集と管理を行った。また、開業小児科医師は、三重県がモデル事業として実施する以前から、有志によるCDR勉強会を実施されていた経験から、より専門的な立場で事務局に入っていた。

(2) 事業の進め方

令和2年度から令和3年度にかけて、会議名称以外には大きく変更することなく、継続して事業を進めた。令和3年度の進め方は下記フロー図(図1)のとおりである。

年度初めに「推進会議」を開催し、県内関係機関に事業の周知と協力を依頼した。その後、死亡情報を収集し、検証ワーキンググループで検証、そこから政策提言へと繋げていった。政策提言委員会開催後は知事に提言書を手交、年度末に2回目の推進会議を開催し、1年間の事業結果報告を行った。

(3) 推進会議

三重県においてCDRモデル事業を実施するにあたり、県内関係機関の支援・協力を得るために、事業の目的等を周知し、理解を得ること、またその結果を報告する場として開催した。

○推進会議委員は、医療機関医師(小児科、救急科、産科婦人科、法医学)、弁護士、警察、消防、関係団体(医師会、小児科医会、病院協会、精神科病院会、産婦人科医会)、行政(市長会、町村会、市町保健師協議会、保健所長会)の代表とした。また、県庁からは子ども・福祉部、教育委員会、防災対策部、医療保健部の代表が参加した。

○令和2年度、3年度ともに、それぞれ年度当初および年度末の計2回の開催とした。

(4) 年間スケジュール

令和3年度の年間スケジュールは図2のとおりとした。上記の2回の推進会議のほか、事務局打ち合わせ会議を計11回、多機関検証ワーキンググループ(WG)によるスクリーニングを計6回および検証会議を計4回、政策提言委員会を計2回の開催であった。

(5) 情報収集

1. 対象と方法

各年度事業の対象を、次のとおり定め、以下の方法で対象事例を同定した。

(対象)

・令和2年度:令和2年4月~12月に死亡した18歳未満の小児

・令和3年度:令和3年1月~12月に死亡した18歳未満の小児

(事例の同定方法)

・県内の小児救急取扱医療機関および法医解剖医療機関(計16か所)を調査対象機関とし、県から死亡調査票(基本票及び追加票:剖検結果)の提出を文書で依頼した。なお第二(令和3)年度からは、関係機関への協力依頼等の調整は県子育て支援課が担当し、**小児救急取扱医療機関内にCDR事業の窓口(担当者)設置を依頼し**、円滑に連絡が行われた。

・死亡事例を漏れなく把握するために、厚生労働省が実施する人口動態調査票(死亡小票)閲覧の使用許可を受け、保健所の協力のもと死亡小票の写しを収集し、死亡事例を把握した。

2. 死亡調査票の収集

事例調査には、「都道府県Child Death Reviewモデル事業の手引き(厚生労働省子ども家庭局母子保健課)」(以下「手引き」と略)に記載の「死亡調査票(基本票・追加票)」を用いた。

初(令和2)年度には、①県から調査対象機関に対して死亡調査票記入依頼の文書を発送し、各機関より記入済の死亡調査票(基本票)を事務局が受領して収集した。②一部、調査票受領前に死亡小票から事例が把握された場合に、事務局から担当医療機関に改めて死亡調査票の記入を依頼し、返送してもらった。この後、③事務局担当者(医師)が死亡調査票(基本票)を見て追加情報の要否を判断し、同必要な事例について、事務局から関係機関に追加情報の提供を依頼した。

第二(令和3)年度には、手引きの改定に従い、調査方法を変更した(図3)。大きな改定点は、民間機関から情報を取得する場合、遺族等の**特定の個人を識別できる情報は、遺族の同意が必要**とされたことである。併せて、**警察から情報提供を受ける場合も、遺族から文書同意**を取得しておく必要があるとされた。これに対して、県子育て支援課職員が各関係団体・関係機関を訪問し、何回かの議論を経て、個人情報を取扱うことに対する遺族の意向(不同意)を確認する体制を整えた。死亡診断の現場で遺族から同意書を取得することは困難と考え、当事業の説明文書等(図4)を入れた封筒を民間小児救急医療機関および県警本部検視官が遺族に配付し、遺族が同意しない場合には「不

同意書」を事務局に返送してもらうこととした。なお公的機関については、成育基本法及び死因究明等推進法をもとに、個人情報保護条例の「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成推進のために取扱うこと」等から、収集の制限、利用の提供の制限の例外事由に該当し、遺族の同意なく取扱うことが可能であると判断した。この内容については、ポスター、リーフレット及びホームページで公表し、関係機関のみならず広く県民にも周知し、令和3年8月死亡事例から適用した。

C. 結果

(1) 遺族への説明と同意

第二(令和3)年度には、民間医療機関で死亡診断された事例に対しては、CDRの説明書および不同意書等を入れた封筒を手渡す手順(上述)とし、事例ごとにCDR事務局に対して状況報告を求めた。同手順を適応した令和3年8月以降に民間医療機関で死亡診断された12件のうち、遺族に封筒を配付することができたものは7件(58.3%)と判明した。配付できなかった5件の理由は、「遺族不在、忘れていた、小児科以外の診療科で死亡診断された(事前に他科と未調整)」であった。また、遺族がCDRに同意しない場合、1か月以内に不同意書を事務局に返送することで当該意思を示すとしたが、実際に不同意書が事務局に返送された事例は0件であった。

(2) 登録状況

令和3年度は、1～12月の1年間で29件の把握であり、令和2年度が4～12月の9か月間で39件の把握であったのに比して少数であった。死亡した機関は、小児救急医療機関(公的)12件(41%)、小児救急医療機関(民間)8件(28%)、県内剖検医4件(14%)、県内小児救急以外(診療所含む)5件(18%)であった。年齢区分別には、0歳が15件(52%)と最多で、次いで10～14歳6件(21%)が多かった。0歳死亡のうち、生後7日未満の周産期死亡は4件(乳児死亡の27%)であった(図5を参照)。

また本調査の有効性を検証する一環として、本調査によって把握(登録)された子ども死亡の割合について、初(令和2)年度把握分を人口動態統計と比較して計算した。0～4歳、5～9歳、10～14歳の各年齢群で、CDRモデル事業で全ての死亡を把握できていた。なお人口動態統計は5歳階級ごとに集計されているため、モデル事業の対象者のうち15～17歳のものは検証できなかった。

(3) 子どもの死因

把握した事例について、「多機関検証ワーキンググループ 検証マニュアル(厚生労働省)」の示す

死因再分類を行った(図6)。前述のとおり0歳死亡が最多で、周産期及び先天性疾患による死亡が多くを占めた。10～14歳では自傷・自殺が4件と最多であり、前年度には当該年齢群に自殺事例がみられなかった(図7)のと対照的であった。

(4) 事例の選定(スクリーニング)

以後の検証は、図8に示すとおり実施した。

最初に、予防可能性等に留意して、個別検証の対象となるべき事例をスクリーニングした。

7名の事務局担当者(小児科医3、県子育て支援課3、大学事務局員1)が、「多機関検証ワーキンググループ検証マニュアル」に基づいて、施設名と個人情報等がマスキングされ個人が特定されないように配慮した調査票情報をもとに、①死因再分類、②養育要因、③環境要因、④予防可能性について議論し、⑤個別検証の必要性を判断し、マニュアル判定票に従って分類した。この際、養育要因と環境要因が「あり」の事例についてはその理由、また個別検証「不要」と判断した事例についてはその理由を明らかにした。また、追加情報依頼の要否と追加情報依頼先を明らかにした。

スクリーニングの趣旨について、

- ① スクリーニングは検証を行う場ではない
- ② 検証のための優先度の高い事例を抽出する
- ③ 不足する情報の入手のために議論する、と定め、

- ・もしこうできたら…という改善余地のある事例
- ・多機関で共有する教訓的な事例
- ・有効となる提言を发出しうる事例

を抽出した。結果は「検証票C1」に記録した。

計6回のスクリーニング会議を開催し、把握した29件すべてをスクリーニングした(表1)。その判定結果は、個別検証必要9件(32%)、不要16件(55%)、CDR対象外1件(3%)、専門検証2件(7%)、判断保留が1件(3%)であった。なお、捜査中の事例を(当面は)CDRの対象外とし、県の周産期症例検討会で専門的な議論が必要と判断された周産期事例を専門検証とした。また、そこまでに収集した情報では判断ができず、周辺情報が必要と判断された事例を判断保留とした。

(5) 検証

小児死亡事例をスクリーニングした結果、予防可能な提言案を導き出すために、多機関検証ワーキンググループによる検証会議を年4回開催した。メンバーは医療、司法、教育、警察、保健、福祉機関の専門職で構成し、毎回、固定したメンバーとした。また個人情報を取り扱うことから、オンラインではなく全て現地での開催とした。

1 回の検証会議の中で個別検証と概観検証を同時に行った。事前に、事例の死因分類・年齢区分とともに、検証の進め方を事前に文書で知らせ、出された意見に対して批判しない等のグラウンドルールを決め、検証委員に周知した(図9)。検証に必要な判定票は、「多機関検証ワーキンググループ検証マニュアル」の一部をラミネート加工して参加者に配付した。個別検証資料として死亡調査票基本票、追加票を準備し、うち基本票は個人及び施設名等が特定されないように全てマスキングした。また追加票は情報提供元が判明しないように、そのまま複写等せず追加情報として事務局で作成した。概観検証資料として、スクリーニング結果一覧表、検証結果一覧表等を作成した。また小児死亡数などの統計資料を参考資料として配付した。参加者には毎回、検証で知りえた情報は他に漏らさないことを誓約する書面(守秘義務誓約書)に署名してもらい、各種配付資料(死亡調査票、スクリーニング結果表等)は終了後回収した。

令和3年度には、スクリーニングの判定結果で「検証必要」となった計9件の個別検証を行った。それらの死因再分類は「1他為」、「2自傷・自殺」、「3外因傷病」、「10不詳/SIDS」であった。また、全て予防可能性が「高い」と「あり」と判定された事例であり、政策提言を行う該当事例とした。検証結果について議事録は作成せず、「多機関検証ワーキンググループマニュアル」上の検証票C2、C3を作成し、次回の検証ワーキンググループで記録内容を報告した。

(6) 政策提言

県内の小児死亡事例の原因や傾向、特徴等を踏まえ、子どもの死亡を予防するための対策などを検討し、県に対して提言を行うことを目的として、政策提言委員会を年2回開催した。医療、児童福祉、教育、司法、母子保健、公衆衛生の専門職(6人)を委員とし、オブザーバー(研究班:3人)、協力者(CDR事務局:3人)が参加した。多機関検証ワーキンググループで出た意見(表2)を示し、ここから導出された政策提言案を提言委員に諮り、政策提言書にまとめた。政策提言書は、1年間の成果物として年度末に県知事に提出した。

また、CDRモデル事業実施上の課題が何点か具体的に抽出されたため、次のとおり国に対して問題提起がなされた。

1. CDR事業に係る個人情報の取扱いに関する法整備を行うこと。

国は、死亡事例の情報を提供する各機関が、遺族の同意等の意向確認を経ることなく、情報提供する義務を課すという法整備を行っていただきたい。

2. CDR事業を全国展開していくこと。

県外医療機関で死亡した事例は県外の各機関へ情報提供依頼することが困難であることから、国は、CDRモデル事業の全国展開に努めていただきたい。

3. CDR事業を行うにあたって、関係する中央省庁間での合意形成を図ること。

情報収集するにあたり、機関によっては、情報提供を控えるとの回答が見られた。国は、関係する中央省庁間での合意形成を図り、各自治体が円滑に情報収集できるようにしていただきたい。

4. 死亡小票の目的外使用申請の事務手続きなどのあり方を改善すること。

県内の死亡事例をもれなく把握するためには、死亡小票から得られる情報が非常に重要となる。国は、その事務手続き等を簡素化し、承認までの期間が短縮されるように、事務手続きのあり方を改善していただきたい。

5. 情報を収集・管理するためのオンラインシステム等を導入すること。

情報収集する際は、紙媒体で収集しているが、事例数が増えるに従い処理が煩雑となってくる。今後、情報を管理し、分析するためにもオンラインシステムを導入していただきたい。

6. CDR事業に係る予算措置を行うこと。

国は、CDRモデル事業を運営するために要する予算、及び検証から導き出された政策提言が各自治体で実践するための予算措置を行っていただきたい。

7. 希少疾患による死亡事例から得られた知見に関する施策を講じること。

都道府県単位では、個人が特定されるような希少疾患による死亡事例については、国で取りまとめた上で、必要な対策を講じていただきたい。

8. グリーフケアが実施されるように体制を整備すること。

大切なお子さんを亡くされた保護者及び兄弟姉妹等へのグリーフケアが継続的に提供される体制を構築していただきたい。

D. 考察

1 三重県小児死亡統計からみた課題について

三重県では、数年に一度、乳児死亡率が高くなり、全国ワースト2位、3位となることがある。その死因をみると、周産期、先天性疾患による死亡数が多い傾向にある。周産期医療と小児医療については、専門医師が医療推進のため日々尽力されているところである。また、周産期については、医療と保健が連携し、妊娠届出を行ってから母体管理を確実にしている自治体も見られる。そうした事業が全ての市町で展開されることが望まし

いと考える。

厚生労働省人口動態統計によると、在留外国人の19歳以下の小児死亡が毎年数人みられる。グローバル化が進展する中で、総人口に占める外国人の割合が増加している。当然、死亡数も増えていることから、外国人に対する予防策の啓発及び支援が重要になってくる。

厚生労働省人口動態調査による19歳以下の年齢区分別死亡数を見ると、乳児死亡数は年々減少しているのに対し、14歳～19歳の死亡数の減少は見られない。その死因は外因傷病が多く、その中でも自殺による死亡が多い。近年のコロナ禍により、死にたいと思っている若者が増えているとの調査結果も報告されている。CDR事業の中で自殺予防に対する政策提言を行ったところであるが、10代の自殺対策の強化が重要である。

2 CDR事業の啓発について

県内関係機関の代表者を委員に選任し推進会議を年2回開催した。その場でCDR事業の周知及び協力依頼を呼びかけた結果、各委員が所属する機関には、CDR事業の周知が進み、情報収集等が行いやすくなってきた。

ポスターを作成し、関係機関に配付、掲示を依頼した。

県ホームページにCDR事業を掲載、提言内容等を公表した。

県内全域を網羅してCDR事業を周知するには、上記内容を継続して実施することが重要と考える。

3 死亡情報の収集について

死亡情報を収集するために、県と事務局から文書を発送し、死亡調査票を事務局で受領し、受領通知を発送した。こうした情報収集するための一連の事務作業は仕組みとして整えることができた。

県内小児救急医療機関から死亡調査票(基本票)を収集することについては、三重大学小児科医師とのネットワークが形成されていることから、非常にスムーズに行うことができた。

令和3年度当初、県子育て支援課職員が県内小児救急医療機関を訪問し、各医療機関内にCDR事業担当者の配置を依頼されたことから、情報収集の際には、各担当者がCDR事業を理解されており、スムーズに行うことができた。このことは、小児科医師だけがCDR事業を動かしていくのではなく、診療科を越えて、病院として対応していく体制を整えることに繋がった。

小児科を標ぼうする医療機関でも、小児死亡に関わる医療機関は限られていて、1年間全く関わっていない医療機関も何か所か見られた。死亡事例が無くとも、CDR担当者の配置を求め、事業への

理解を求めていくことが重要ではないかと考える。

県内小児救急取扱医療機関で死亡事例を取り扱う数は全体の約7割を占めていたが、小児科以外の救急科、内科等、また診療所医師が関わる事例も見られた。県内医療機関に勤務する多くの医師に、広く周知していくことが重要である。

自傷・自殺事例は、診療所を含む民間医療機関も多くの事例に関わっている。警察医から情報を得る時は、事務局小児科医師が電話で依頼し協力を求めた後、文書で依頼することとした。ある一人の警察医から、「自分は年間何十件も検視をしているが、今後はCDR事業のことを考えて10代の子どもたちの検視をします。」との言葉をいただいた。CDR事業を県内に広く啓発・周知していくとともに、1事例をとおして、事務局と情報提供機関との良い関係づくりが重要である。

教育機関において、遺族から「子どもが亡くなったとしか聞いていない、自殺ではなく事故死と聞いている、他の子どもたちには何も言ってほしくない」と言われているという声が聞かれた。そうしたことを視野に入れたうえで、情報収集の際には丁寧に説明するとともに慎重に行わねばならない。

追加情報を収集する時、ある機関から、「遺族の心情を考えると、情報を提供することができない。」との回答があった。しかし、心情を優先させることで、情報が得られないと、検証まで持つて行くことができず、このことは、CDR事業が法制化された後にも、課題として残されるのではないかと考える。死亡した子どもに関連する「事実の情報」を得ることの難しさを感じた。

教育機関、保健・福祉機関など、県関係機関に対して追加情報を収集するにあたり、県子育て支援課から関係部署に随時説明を行い、その後事務局から再度連絡し、文書で依頼する方法をとった。そうすることで、事務作業がスムーズに行うことができた。

令和3年度から、民間小児救急取扱医療機関で死亡診断した医師と県警察検視官に依頼し、遺族にCDR説明文等の封筒配付を依頼した。大切なお子さんを亡くされたご遺族に、その現場で封筒を配付することは大変な作業であると想像する。そのような状況のなか、7人の遺族に配付して頂くことができ、関係する方々に感謝したい。ご遺族の同意を求めなくとも情報収集が可能となるように、CDR事業の法制化を進めていただきたい。

4 死亡情報の管理について

情報提供の依頼と収集は、紙媒体で行い、メール等でのやり取りはしないこととした。そのため、情報提供依頼をする際には事前に提供元に電話で

依頼し、その後、文書で依頼した。そして情報が届いたら、受領通知または電話で受領したことを伝えることとした。こうした作業では、氏名等一字一句間違わないようにチェックする必要があった。

死亡事例のデータ登録する時は CDR 専用のパソコンを使用し、ファイルにパスワードを付けて保管管理した。

死亡調査票等個人情報の簿冊は施錠できるロッカーに保管し、限られた職員だけが取扱うことを徹底した。

個人情報を保護する観点から、情報管理は確実に行わなければならない。

5 スクリーニングについて

死亡調査票（基本票・追加票）が揃い、スクリーニングを行うのは、次回検証日の3週間前までには行っておくことが望ましい。スクリーニング結果で追加情報が必要となった場合、関係機関に連絡し追加情報を得るのに、2～3週間程を要するためである。

スクリーニングを行う際には、死因の詳細、養育要因と環境要因の詳細、検証不要とした理由について意見交換し、記録することとした。

スクリーニングの日は事務局員全員が集まることから、スクリーニングと同時に、次回会議の進め方等について、話し合う場とした。特に、令和3年度は、同意書をどのように取得するかが大きな課題となり検討する内容が多くなった。そのため、今年度は昨年度より開催回数が増え、夜間の開催時間ではあったが、全員参加のもと実施することができた。

6 検証について

三重県では、毎年50件前後の10代の死亡数がある。全ての死亡事例を検証することが望ましいとされるが、事務局事務量、検証委員の負担等を勘案すると全ての事例検証は難しい。そこで、予防可能性の高い外因死を中心に検証した。

令和2年度第1回目の検証委員会では、開催日までに情報収集できていた内因死の検証を行った。そこでは、関係機関との連携体制の構築等の必要性が出され、検討すべき事柄が明らかになった。検証から得られる予防策も出され、内因死を検証することの重要性を感じた。

令和3年度は小児死亡数が少なく、死亡事例数29件のうち9件（31%）の検証数であった。令和2年度より検証事例数が少なかったが、今後は検証対象事例が増加することも考えられ、検証の進め方等の検討が必要となる。

令和3年度には遺族の同意が必要とされたことから、収集できた情報が少なく、検証委員からも

情報が不足しているとの意見が出された。事例の背景は様々であり、どのような情報があれば、より深く検証できるのか、収集する情報項目を明らかにしていく必要を感じた。

限られた情報の中で、提言に向けて多くの予防策が出された。各委員が、CDRという同じ目標に向かって、検証し予防策を議論する場として徐々に整ってきたと考える。

個人情報を扱うことから、個別検証はオンラインではなく、現地で開催することとした。また、毎回同じ委員で構成したことから、会を重ねるにつれ、終了後にも続けて意見交換する場が増えてきた。

個別検証と同時に概観検証を行った。概観検証では、死亡事例の一覧表、死亡統計、検証結果一覧表等の資料を準備したが、検証する十分な時間を確保することが難しく、県全体を俯瞰した予防策を議論することが困難であった。多くの資料を出すのではなく、議論したい内容に合わせて資料を選定する必要があったと考える。

7 政策提言について

事務局で政策提言書としてまとめ、予防可能な子どもの死亡検証から得られた施策実現に向けて提言を行った。

政策提言書は提出することで次の施策に反映されることが重要である。県関係部局では、CDR事業の検証結果を踏まえて、予防策を事業化し実施することに繋がった。しかし、関係部局を越えた仕組みづくりとか、民間事業所等と連携した広域的な事業展開を実践するには、そのための予算措置が必要となり、国に要望していく課題である。

8 CDR事業を円滑に実施するために

事業を円滑に進めるには、事務局関係者の連携体制が重要である。実施主体である県、委託先である三重大学、そして小児科開業医師との連携体制が十分にできていて、お互いに役割分担する中で、事業を進めることができた。

検証ワーキンググループ、推進会議の日程は、年度初めに事務局内で決定し、検証委員に伝えることとした。年間開催日程を年度当初に決定することは、年間の見通しを立てて事業を進めることに繋がり、重要なことと考える。

会議開催等の前には、必ず事務局会議を開催し、会議の進め方や資料等の確認をおこなった。令和2年度は6回、令和3年度は11回開催した。

コロナ感染拡大の関係で、各会議をオンラインに変更したり、会場を変更したりと開催間際まで準備に追われた。そのような状況のなか、事務局メンバーが協力しあい、予定通り各会議を全て終

了することができた。

E. まとめ

三重県で CDR モデル事業を実施し、次の成果が得られた。

- 事務局内で、死亡情報収集から検証するまでの一連の仕組みができた。
- 小児救急取扱医療機関内に CDR 担当者を配置することができた。
- 県内関係機関において、CDR 事業への理解と協力体制ができつつある。
- CDR 事業を実施する上での県と三重大学との役割が明確になった。
- CDR 事業を実施する上での課題が明らかになった。
- 検証ワーキンググループを毎回同じメンバーとし、現地での開催としたことから、委員同志の交流が深まった。
- 検証する会を重ねることにより、検証委員一人

ひとりの CDR に関する共通理解が進み、限られた情報をもとに予防策への意見が増えてきた。
○政策提言をした項目に対して、県担当部局が予防に向けた事業を展開することに繋がった。

F. 健康危機管理情報

なし

F. 研究発表

論文発表

なし

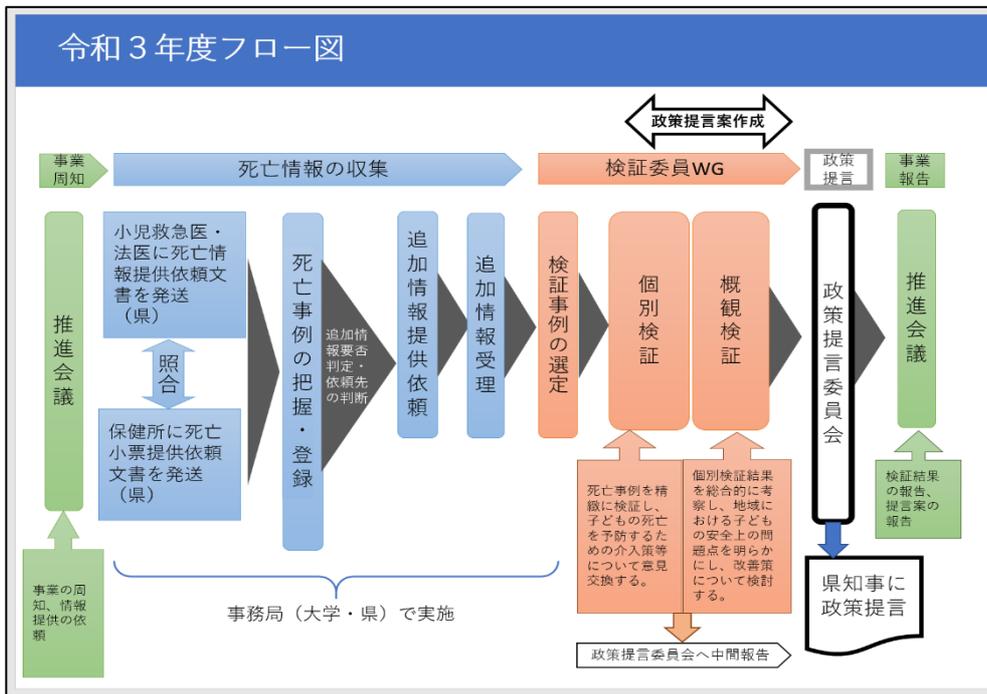
学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

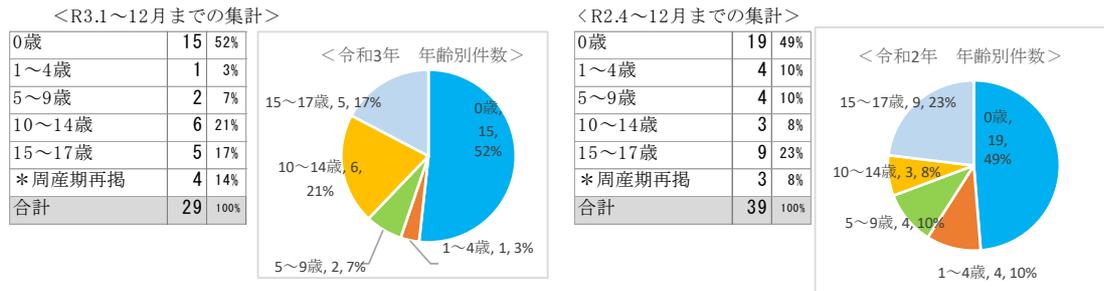
(図表集)



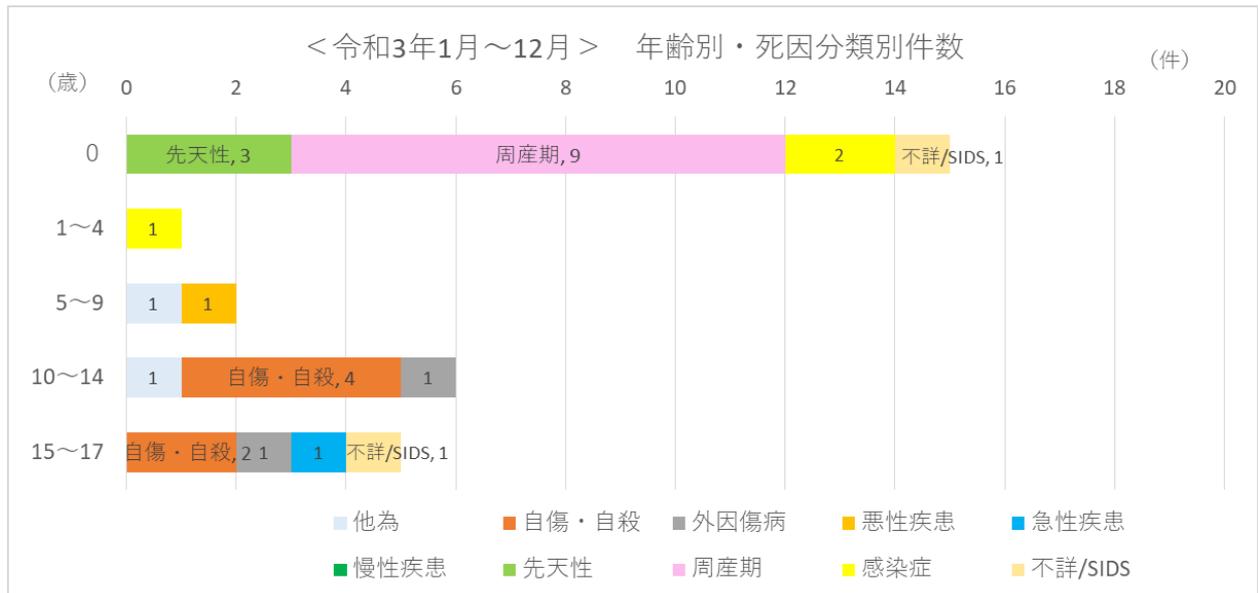
(図1. 三重県 CDR 事業のフロー図)

令和3年度 年間スケジュール												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
推進会議		第1回 (5/27)										第2回 (3/25)
情報収集・管理	死亡小票は1月～5月分はまとめて、6月以降の分は毎月末収集 医療機関(基本)情報や追加情報は随時収集 一部医療機関と警察から不同意書などを遺族へ配付											
多機関検証WG						第1回 (9/15)	第2回 (10/27)		第3回 (12/22)		第4回 (2/16)	
スクリーニング				7/28 スクリーニング①	8/25 スクリーニング②		10/5 スクリーニング③		12/7 スクリーニング④		2/1 スクリーニング⑤	3/14 スクリーニング⑥
政策提言委員会									第1回 (12/20)			第2回 (3/17)
事務局打合せ会	第1回 4/14	第2～4回 5/11 5/21 5/27	第5回 6/23	第6回 7/14	第7回 8/25		第8回 10/5		第9回 12/7		第10回 2/1	第11回 3/14

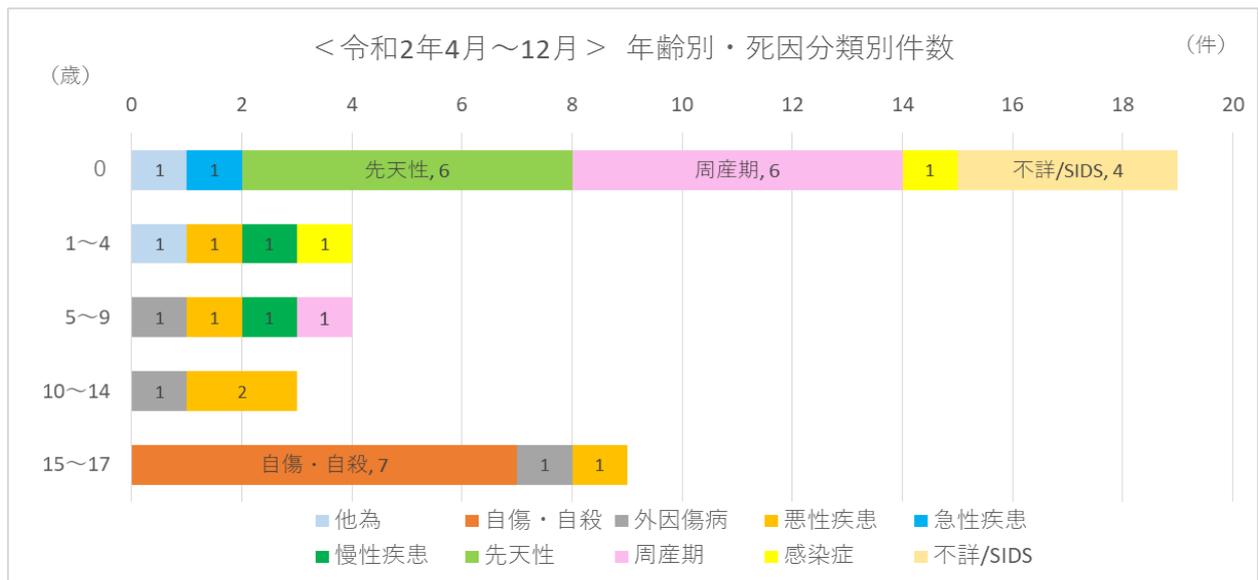
(図2. 令和3年度の三重県 CDR モデル事業の年間スケジュール)



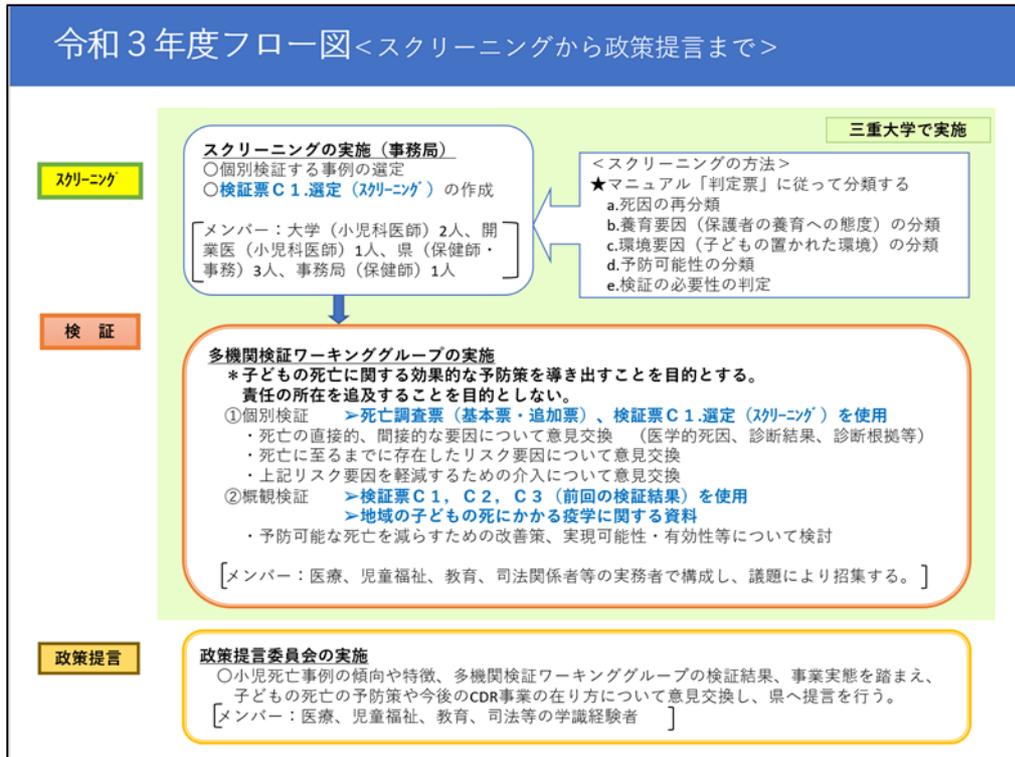
（図5. 年齢群別の把握された死亡者数，左が今年度（令和3年度）調査。比較のため令和2年度調査結果を右に並べて示す）



（図6. 令和3年度 年齢区分別・死因再分類別登録数）



（図7. 令和2年度 年齢区分別・死因再分類別登録数（参考））



（図 8. 令和3年度 多機関検証ワーキンググループ実施方法）

	総数	養育要因			環境要因			予防可能性				個別検証要否の判定				
		虐待	養育不全あり	なし	養育困難あり	なし	不明	高い	あり	低い	判断不可	個別検証必要	個別検証不要	CDR対象外	専門検証	判断保留
1他為	2	2			2			2				1		1		
2自傷・自殺	6		3	3	4	2		2	4			6				
3外因傷病	2			2		2		1		1		1	1			
4悪性疾患	1			1		1				1			1			
5急性疾患	1			1		1				1			1			
6慢性疾患	0															
7先天性	3			3		3				3			3			
8周産期	9	1	1	7	1	8		1		7	1		7		1	1
9感染症	3			3		3				2	1		2		1	
10不詳/SIDS	2		1	1	2				1	1		1	1			
合計	29	3	5	21	9	20	0	6	5	16	2	9	16	1	2	1

（表 1. 令和3年度 死因再分類別のスクリーニング判定結果一覧）

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2月16日（水）19:00～

1 第4回多機関検証WGは次の順番で行います。

(1)個別検証「要」となった事例の検証を行います。……資料1

*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)概観検証を行います。……資料2-1～2-3

スクリーニング実施結果、小児死亡事例登録状況、検証結果等を基に、地域における子どもの安全上の問題点を明らかにし、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します。第3回検証結果を、**検証票C2.検証結果まとめ-1**、**検証票C3.検証結果まとめ-2** にまとめましたので、追加修正、優先度、具体的な改善策等について意見交換します。

- * 提言のために必要な検証はされたでしょうか。
- * 三重県の子どもの安全上の問題は？
- * 地域で取り組むべき改善策は？ 自由にご意見をください。

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

(図9. 多機関検証ワーキンググループの進め方)

死因分類	出された意見・予防策等
1 他為	<ul style="list-style-type: none"> ・子ども虐待事例に関わる職員は、児を一時保護する機会を逃してはならない。そのために、リスクアセスメントを確実に行うこと。 ・支援の仕組みづくりと既存制度の周知を行う。 ⇒虐待を受けている児童の兄弟へのサポート

	<p>⇒精神疾患をもつ親と子どもを支援する仕組みづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健・福祉・教育従事者は、虐待死の該当の有無にかかわらず、死亡事例の情報を共有し、業務を見直すこと。 ・学校、児童相談所等関係者は、離婚等からくる家族関係の歪み、友人に訴える希死念慮などを把握するために、ICTを活用するなどして、子ども自らが自身や友人のこころの変化とか困りごとを話すことができるしくみづくりを整える。
2自傷・自殺	<ul style="list-style-type: none"> ・県は、保護者・教育関係者が、子どもの自殺前のサイン（いつもと違う、自殺準備行動などの変化）を見逃すことがないように、またその時の対応方法を啓発する。 ・県は、保護者と教育関係者が、気になる子どもに関して、日頃から自殺の危険がないか注意を払うように、意識啓発を図る。 ・県及び教育機関は、子どもに自殺前兆サインが見られた時、本人と保護者が相談しやすい体制づくりを行う。 ➢教育現場とそれ以外の専門相談窓口の情報を広く周知する。 ➢日頃から、子どもと教員、また保護者とは、十分にコミュニケーションを図る。 ・県及び教育機関は、子どもに「死ぬサイン」を言わせる、子どもたちが、言いやすい仕組みを作る。 ・保護者及び教育機関は、希死念慮を持つ子どもたちの異変に、いち早く気づくような手立てを講じる。また、気づいたときの対応方法を啓発する。 ・教育機関は、ボーダーラインの子どもやコミュニケーションに課題を持つ子どもへの接し方について、適切な対応ができるように保護者と十分な話し合いを持つ。 ・県教育委員会、児童相談所等の専門機関は、子どもの危機状態を見逃さないようにするため、自殺リスクアセスメント、客観的に見れるチェックシート、自殺リスクを発見するためのツール等の活用を進める。 ・学校、児童相談所等関係者は、離婚等からくる家族関係の歪み、友人に訴える希死念慮などを把握するために、ICTを活用するなどして、子ども自らが自身や友人のこころの変化とか困りごとを話すことができるしくみづくりを整える。 ・県、教育機関、福祉機関は、逆境的体験をした子どもの自殺等リスクについて、全ての職員に周知し、理解を深めるために研修の機会を設ける。 ・教育機関、福祉機関は、職員が子どもの異変や家庭環境の変化を見過ごすことが無いように、日常の健康観察を十分に行うように周知する。 ・県、教育機関、福祉機関は、子どもが危険な行為を繰り返せば死に繋がるという強い危機意識を持って対応することを、職員に徹底する。 ・県、教育機関、福祉機関は、職員が、子どもの命に関わるリスクアセスメントを行い、確実に実践できるように、教育研修の場を設ける。 ・国及び県は、教育機関、福祉機関等の子どもの死亡事例に関わった実務者が、事例の情報を共有し、検証する場を設定すること。また、その結果を関係者が共有できるように、制度設計を行う。 ・県、教育機関、福祉機関は、同胞や友人の死が、残された子どものトラウマとならないようにするため、長期にわたる支援プログラムを構築する。 ・教育機関は、体力的、心理的に追い詰められた心理状態の子どもたちを、また、ADHD等が疑われて、生きづらさを抱える子どもたちを、早期にキャッチし、支援介入していく手立てを整える。 ・死にたいと訴える子どもとその親への対応は、専門機関等と連携し、慎重かつ適切に行わなければならない。 ・教育機関は、過度な教育の押し付けが教育虐待に繋がるということを認識し、保護者との対話等を通じて適切に対応していくことが求められる。 ・県行政及び教育機関は、医療職、心理職等と連携し、保護者に対して、子どもの心のケア、叱り方、親子関係のあり方等に関する指導の取組を強化する。

	<ul style="list-style-type: none"> ・県行政機関及び教育機関は、医師会等専門機関と連携し、タブレット等の ICT を効果的に活用し、子どもたちの心の危機を早い段階で発見し支援につないでいく。 ・県行政機関は、子どもたちの自殺、あるいは自殺未遂の現場に遭遇する関係者（例えば、救急医療担当科、救急隊、警察、教育機関等）に対して、保護者から聴取する背景の内容、保護者に対応する時の留意事項、また同じことを繰り返さないために利用できる専門相談機関等に関する情報を提供し、再発防止に向けた取組を行う。
3 外因傷病	<ul style="list-style-type: none"> ・教育機関は、小学生が川に行く時は、必ず保護者が付き添うことを啓発する。また、ライフジャケット着用が有効であることを啓発していく。 ・教育機関は、地域と連携し、水難事故防止のために、川での一人遊び防止の声掛けや、危険な場所での遊泳禁止の啓発を行う。 ・教育機関及び地域住民は、外国籍の子どもたちが、孤立することなく、安心して地域で生活できるように見守り支援していく。 ・タモ販売業者は、新しくタモを購入する保護者に、子どもだけの川遊びはしないこと、水難事故のリスクがあることを注意喚起する。国・県は以上のことを広く周知していく。 ・教育機関は、交通安全・防犯マップと同様に、水難事故の危険な場所を点検し、マップに落とし込んで子どもたちに指導する。また保護者に対しても、川の危険性を周知し、一人で川遊びにいかせないように呼び掛ける。 ・県及び市町は、民生委員や地域ボランティアの方に水難事故の実態を周知し、地域での見守りと川で一人遊びをする子どもたちに声掛けをするように働きかけていく。 ・警察、消防、教育、行政等は、死亡の有無に関わらず、その後の同種の被害を発生させる恐れがあると認めるときは、事故等で把握した情報を互いに共有する仕組みづくりを行い、次の事故を予防するための対策を講じていく場を設ける。 ・教育機関は、子どもたちが授業で学ぶ水圧、浮力、運動エネルギー等と関連付けて、川の流れ、橋脚の危険性、ライフジャケット着用の必要性等について教育する。 ・行政は、学校及びスイミングスクール等の各種関係団体等が、子どもたちの水泳指導とともに、川の危険性、水の怖さ、危険を回避する方法等を含めて指導されるように働きかけていく。 ・住民は、危険な場所で遊ぶ子どもたちを見かけたら、中止を呼びかけていく。
4 不詳/SIDS	<ul style="list-style-type: none"> ・低緊張、粗大運動の遅れのある子どもの睡眠環境を整えることの家族支援・指導を行う。 ・難病等を診断・治療する医師等は地域で在宅支援する関係者に医学的な注意事項などを伝える。そのため、医師と保健師等との連携会議の機会を設ける。 ・添い寝による窒息リスクを回避するため、愛着形成と関連づけて添い寝を勧奨する主体に対して、リスク併催を依頼していく。また、ネット等の有効な手段を用いて、広く啓発していく。 ・乳児は安全な睡眠環境が整わないと、睡眠関連死のリスクが高まることを母子手帳への記載を含め広く啓発するとともに、乳児の睡眠中の事故を防ぐための、安全な睡眠環境に関する啓発・教育のツール開発が必要であることを、国、関連部門に上申すること。 ・県は、医療機関、市町行政が健診、相談、訪問など様々な機会を通して、添い寝及び SIDS のリスクと予防方法を保護者に指導することを啓発する。 ・県は、母子健康手帳に添い寝の項目を追記することを国及び市町に提言する。 ・県、医療、市町行政機関は、社会的リスクの高い妊産婦が妊娠から出産後まで継続して支援できる体制づくりを行う。 ・県は、添い寝のリスク、SIDS 予防策について、保護者を含めて、広く地域住民に啓発していく。また、それを国に提言していく。 ・医療機関及び保健機関は、乳児の睡眠中の SIDS と窒息事故を予防するための

	<p>具体的方法を，保護者を含めて，広く啓発していくこと。例えば，添い寝を避ける，ベッドインベッドの活用，寝具の選び方など。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町保健機関は，特に脆弱な発達を来し，支援を必要とする子どもの場合，1歳を超えて養育支援訪問事業が継続的に受けられるように配慮すること。
--	--

(表 2. 令和 2-3 年度に得られた主な意見と予防策等)