

「令和 5 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

令和 6 年度予防のためのこどもの死亡検証に関する体制整備等に係る業務一式
業務報告書

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 研究所 政策科学研究部

目次

1. 事業の概要
2. 令和 5 年度モデル事業の実施結果の集約
 - 2.1 モデル自治体の基礎的情報
 - 2.1.1 モデル自治体のこどもの死亡数
 - 2.1.2 モデル自治体の令和 5 年度活動スケジュール
 - 2.2 モデル自治体の情報収集方法
 - 2.2.1 死亡把握の対象期間と把握した件数等
 - 2.2.2 各年の CDR モデル事業の実施数（フローチャート）
 - 2.2.3 CDR 体制整備モデル事業における、死亡調査票や個人情報の利用や管理などの情報管理について、実施方法及び工夫
 - 2.3 検証の実施結果
 - 2.3.1 選定（スクリーニング）事例の年齢別件数
 - 2.3.2 選定（スクリーニング）事例の死因別件数
 - 2.4 同意取得について
 - 2.4.1 同意取得方法のまとめ
 - 2.5 関係機関からの情報提供について
 - 2.6 予防策の提言等について
 - 2.6.1 取りまとめた予防策のカテゴリーごとの集約
 - 2.7 令和 4 年度までの CDR 体制整備モデル事業の予防策について
3. 令和 5 年度モデル事業の事後評価の集約
 - 3.1 事務局の実施体制および協力体制について
 - 3.2 会議の実施体制及び実施活動について
 - 3.3 検証の実施方法：スクリーニングにおける検証要否の判断基準について
 - 3.4 CDR モデル事業における課題及び解決案について カテゴリーごとのまとめ
 - 3.5 令和 5 年度の CDR 体制整備モデル事業の実施を通じて感じていること

1. 事業の概要

令和 2 年度から始まった「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（以下、モデル事業）」も 5 年目を迎えた。事業開始前の令和 2 年 1 月に全国の自治体を対象にした説明会がおこなわれ、同年 3 月にモデル事業の実施に向けた手引きの初版が公開された。そして 4 月から 7 府県にてモデル事業が始まった。令和 3 年 3 月には、事業の実施方法などを記した手引きの第 2 版が示され、現在に至るまで、各自治体においてモデル事業の体制整備および実施が進められている。

令和 5 年度は、10 都道府県（北海道、福島県、群馬県、東京都、山梨県、三重県、滋賀県、京都府、鳥取県、香川県）にてモデル事業が実施された。群馬県、山梨県、三重県、滋賀県、京都府、香川県の 6 府県は令和 2 年度から、北海道と福島県は令和 3 年度からモデル事業に参加しており、東京都、鳥取県は令和 5 年度からの参加となっている。本報告書（モデル自治体からの事業実績報告書及び事後評価のまとめ）では、令和 5 年度のモデル事業を終え、各都道府県から提出された事業実績報告書および事後評価をもとに、モデル事業全体の実施状況およびその課題などをまとめることを目的とした。

CDR の体制整備が進む中で、初期よりモデル事業に参加している自治体では、こどもに関わる機関との関係構築や検証会議の進め方など、体制整備初期に出てくる課題は、工夫を重ねながら少しずつ解決している。一方で、CDR の始まりとなる、亡くなったこどもの遺族からの同意取得という課題については、まだ十分な解決策を見出せたとはいえない。また検証を通じて予防策が導き出せる段階にある自治体においては、効果的な予防策の選定、実施など次の課題も見えてきている。

なお本報告書の公表にあたっては、各自治体から提出された資料の記載に忠実にまとめつつ、個人が特定されることのないように、部分的に数値の統合や、表を改編する等の修正を加えた。また、意味が変わらないように配慮しながら、一部わかりやすい文言に修正した。

2. 令和 5 年度モデル事業の実施結果の集約

2.1 モデル自治体の基礎情報

2.1.1 モデル自治体のこどもの死亡数（人口動態統計より）

人口動態統計をもとに、令和 5 年度にモデル事業を実施した 10 自治体における、平成 30 年から令和 4 年までのこども（0～17 歳）の死亡数をまとめた（表 1）。各年ではばらつきは見られるものの、死亡数の増減に関する顕著な傾向は認められていない。

表 1 モデル自治体のこども（0～17 歳）の死亡数（人）

	北海道	福島県	群馬県	東京都	山梨県	三重県	滋賀県	京都府	鳥取県 ¹⁾	香川県
平成 30	139	69	66	375	12	44	33	71	13	36
令和 1	148	65	46	343	26	44	47	61	20	14
令和 2	126	50	44	315	21	52	45	43	10	31
令和 3	120	63	50	353	11	34	37	60	19	22
令和 4	126	52	45	318	21	35	40	70	9	19
令和 5 ²⁾	119	49	51	348	23	47	40	77	21	16

1) 報告書の数値（1～19 歳）から修正

2) 令和 5 年人口動態統計（確定数）の概況より追記

2.1.2 モデル自治体の令和 5 年度活動スケジュール

モデル自治体における各会議の実施スケジュールは図 1 の通りであった。スクリーニング（選定）は令和 5 年 4 月から令和 6 年 3 月にかけて一年を通じて実施されていた。スクリーニングだけではなく、個別検証や概観検証なども、事例数に応じて開催されることもあると考えられるが、単年度事業とはいえ、同事業に毎年参画している自治体は、とくに年度初めの事業開始にこだわらずに、継続した事業ととらえ CDR に臨んでいることがうかがわれる。

推進会議などの大きな方向性を決める会議は、事業開始時、6 月～9 月頃に毎年開催している自治体がある一方で、単年事業のため年度初めから関係各所に調整を開始するため、年度後半に開催する自治体もある。検証会議などと連続して、開催している自治体もある。また、初期より年度末にモデル事業のまとめの会議と位置付けている自治体もある。

図1 令和5年度実施スケジュール

	令和5年									令和6年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
A									① ● ○	① ◎	① ★	
B							① ●	① ○ ◎				② ○ ◎ ① ◆
C												① ★ ▲
D										① ★		① ● ○
E	① ★	① ○ ★	① ●	②③④⑤ ○○○○ ★★★★	⑥ ○ ★	⑦⑧⑨⑩ ○○○○ ★★★★	⑪⑫⑬⑭⑮⑯ ○○○○○○○ ★★★★★	⑰⑱⑲ ▲▲▲ ◎			① ◆	
F					① ★	① ●				② ●	①②③④ ○○○○	① ◎ ② ★
G					① ▲							① ★ ◎
H	① ●	① ★	① ○ ◎	② ●	② ○ ◎	③ ●	③ ○ ◎	④ ●	④ ○ ◎	⑤ ●		① ◆
I	①①②③ ▲○○○	④⑤② ○○▲	① ★	①⑥ ●○	① ◎		⑦ ○	⑧ ○	② ●	⑨ ○	⑩ ○	② ◎
J		① ★ ▲			②★ ①○			③★ ②○			④★ ③○	② ▲ ⑤★⑥★ ④○⑤○

凡
例

推進会議：★
 スクリーニング：●
 個別検証：○
 概観検証：◎
 政策提言会議：◆
 その他：▲（年度始めに開催する運営方針検討・専門家招聘による情報収集・意見交換等。）

2.2 モデル自治体の情報収集方法

死亡発生後の CDR の同意取得・情報収集の開始とその方法は、各モデル自治体により大きく 2 つに分けられる。

【①死亡確認が行われたところから同意取得・情報収集が開始される場合】

主に医療機関などで死亡診断書を記載した医師がその時点で遺族に CDR の説明を行い、同意または不同意の確認を行う場合である。医師がモデル事業を認知していることが必要となる。この場合、説明直後に同意取得まで至らなくとも、説明・同意書類一式をお渡しし、後日郵送で同意書（または不同意書）の提出を依頼するという体制をとることもできる。同意書（または不同意書）のあて先は、担当医療機関または CDR 事務局（都道府県庁または委託先）となる。医療機関で同意が取得できた場合、医療機関では自主的に CDR 死亡調査票を記載し、同意書とともに CDR 事務局に提出する。

【②保健所死亡小票の確認から、同意取得・情報収集が開始される場合】

CDR 事務局の担当者が死亡小票を確認することで死亡事例を把握し、そこから遺族に連絡をおこなう場合もある。この場合、死亡小票が作成されるまでの日数と事務局が保健所に行く頻度によって、左右されるが、死亡発生から事務局の死亡把握に 2 か月以上が経過してしまうことが多い。そこから、事務局は該当する事例について、死亡診断書に記載された医療機関に対して同意取得を依頼するか、事務局から遺族に連絡して同意取得を試みる。その後同意が得られた事例に関し、CDR 死亡調査票の収集が始まる。なお、保健所死亡小票の収集に関しては、保健所の協力の元、定期的に事務局（都道府県庁内の担当部署）に提供される流れが確立している自治体もある。

<各自治体による具体的方法・工夫等>

同意取得・情報収集を開始する場合、上記の 2 つの手順を基本としながら、各自治体では以下のような様々な工夫をおこなっている。

- 死亡診断した医師から CDR 事務局へ死亡発生の一報が入り事務局は事例を把握する。後日、医療機関から、得られた同意書・死亡調査票を事務局へ郵送する。
- 死亡診断した医師が同意を取得し、同時に死亡調査票を記載する。定期的に同意書と死亡調査票を CDR 事務局へ郵送することで事務局は事例を把握する。事務局では、同時に死亡小票でも事例を把握し、把握された事例の中で同意書・死亡調査票が届いていない事例に関しては、医療機関に問い合わせを行う。
- 死亡診断した医師や警察はハガキを用いて CDR 事務局へ遺族への CDR の説明の有無及び事例の報告を行う。CDR 事務局はそれによって事例を把握し、1 か月以上不同意書の受理が無かった場合に情報収集を開始する。また、CDR 事務局では同時に死亡小票でも事例を把握し、遺族へ説明のなかった事例（医療機関や警察から連絡のなか

ったもの)を把握する。

- 死亡診断した医師が説明を行い、同意を取得し、事務局へ連絡をすることで事務局は事例を把握する。事務局では同時に死亡小票を確認し、医師から報告のなかった事例に関し、事務局が遺族に連絡し、同意取得を試みる。
- **CDR** 事務局が死亡小票により死亡把握をし、それにより亡くなったこども以外の個人情報を含めない簡易的なスクリーニングを行う。個別検証が必要と判断された事例に関し、死亡診断した医師に同意取得を依頼する。**CDR** 事務局が代わりに遺族に連絡することもある。
- 死亡診断した医師が死亡調査票を記載し、自発的に **CDR** 事務局へ情報提供する。他の生きた個人に係る個人情報等は利用せず、死亡したこどもの情報のみで **CDR** を実施している。
- 死亡の傾向把握のために死亡小票を用いている。

2.2.1 死亡把握の対象期間と把握した件数等

・モデル事業報告書における死亡把握数の報告の変更について

本モデル事業は年度単位で実施されているため、令和 4 年度までのモデル事業報告書では、自治体ごとに定義された当該年度事業における対象期間と、当該年度においての把握数が報告されていた。同様に、事務局による死亡把握以降の検証過程（スクリーニングや個別検証）についても、当該年度事業内で扱った件数が報告されていた。このような報告形式によって、当該年度事業における各検証過程での対象数や、同自治体における事業の年度による推移を把握することができた。

一方令和 4 年度までの報告形式では、死亡を把握しようとする期間が自治体ごとに異なること、また各検証過程には、当該年度事業以前に把握した死亡が含まれることなどから、**CDR** 事務局によって把握した死亡のうち、何割が各検証過程の対象となっているかなどの数値を算出・比較することが難しかった。

令和 5 年度のモデル事業報告においては、各年（1 月 1 日～12 月 31 日）で統計が公表されている人口動態統計の死亡数を基準とし、当該年に発生した死亡について **CDR** 事務局が把握した数、および当該死亡に関して各検証過程の対象となった件数について、フローチャートの形式で報告されている。これにより、把握した死亡事例が、本モデル事業における各検証過程の対象として扱われた割合の算出を可能にしている。一方で、このような報告を自治体に求めることは、年度単位で業務を遂行している自治体にとっては負担を強いるものであり、今後、自治体内での事例管理をする死亡台帳などを簡便な方法で中央に集約するようなスキーム（データセンターなど）の確立が必要と考えられた。

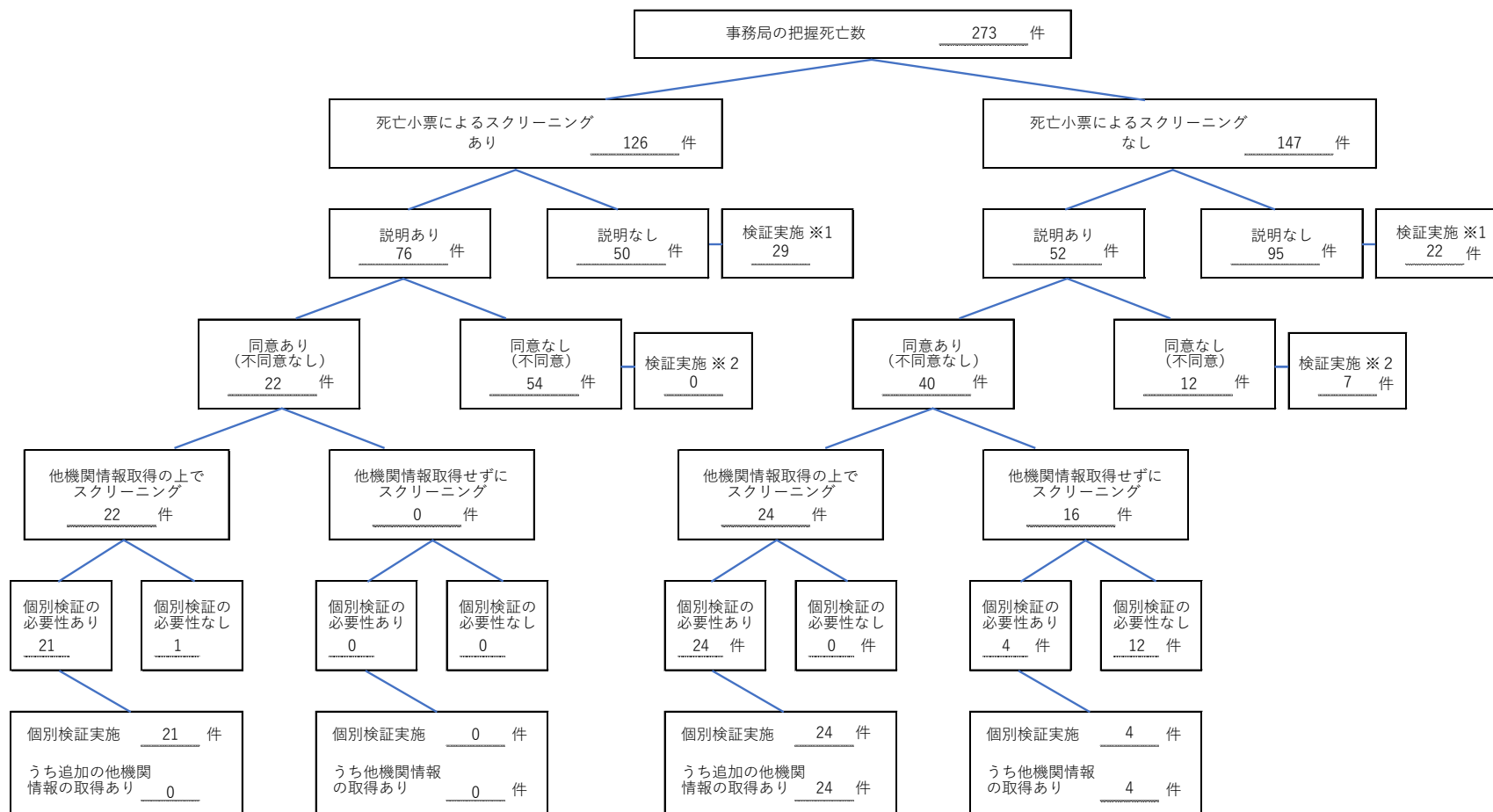
令和 4 年から令和 6 年のモデル自治体で取り扱った事例のフローチャートを掲載する(図 2～4)。令和 4 年と令和 5 年の 1～12 月、令和 6 年の 1～3 月に死亡した事例のうち 10 自

自治体でそれぞれ把握された件数の合計はそれぞれ 273 件、290 件、14 件であった。令和 4 年の死亡把握数の合計は、上述した報告形式の変更により、令和 4 年度報告書における令和 4 年度死亡把握数とは異なることに留意されたい。なお、モデル事業の対象を 4 月 1 日から 12 月 31 日の間で発生した死亡のみと決めている自治体もある。

死亡事例の把握方法としては、前述のように、死亡小票の閲覧、医療機関からの死亡調査票の提供や連絡（電話・ハガキ）がある。その後、選定（スクリーニング）は死亡小票のみでおこなう場合と、ほかの情報を収集した後でおこなう場合がある。「死亡小票によるスクリーニングあり」、の自治体では死亡小票のみの情報でさらなる検討の必要性を判断する。検証が必要と判断された事例は、遡って同意取得を試みるか、亡くなったこどもの情報のみで検証を行うかどうかなどの判断をする。そこから同意取得に進む場合は、同意が得られた事例に関しては死亡調査票や他機関情報を収集し検証に進むことになる。同意が得られなかった事例に関しては、亡くなったこどもの情報のみで検証に進むかどうかを再度判断することになる。「死亡小票によるスクリーニングなし」の自治体では死亡調査票や他機関情報がある程度揃ってから選定（スクリーニング）に進むことになる。また、同意が得られなかった場合でも、亡くなったこどもの情報のみでスクリーニングを実施したり、死亡小票をもとに死亡診断書の記載内容について検討したり、と CDR モデル事業の中の可能な範囲で今後の事業の進行に必要な議論がなされていた。そのような場合は、検証実施の中の、利用できる範囲の情報をを用いて検証、とした。その他にも、それぞれのフローの分岐で、数が合わないのは、説明したかしていないのか、同意が得られたのか得られなかったのかななどを事務局が把握しきれていない場合が考えられる。例えば、同意取得の判断を遺族が保留している場合、その後意向を確認する体制がなく、いつまで同意不同意を待つのか、といった問題などがあげられる。今後、期限を決めて同意不同意を判断する、各自治体の情報を一元的に管理する体制を整える、などによって解消できると考えられる。

2.2.2 各年の CDR モデル事業の実施数

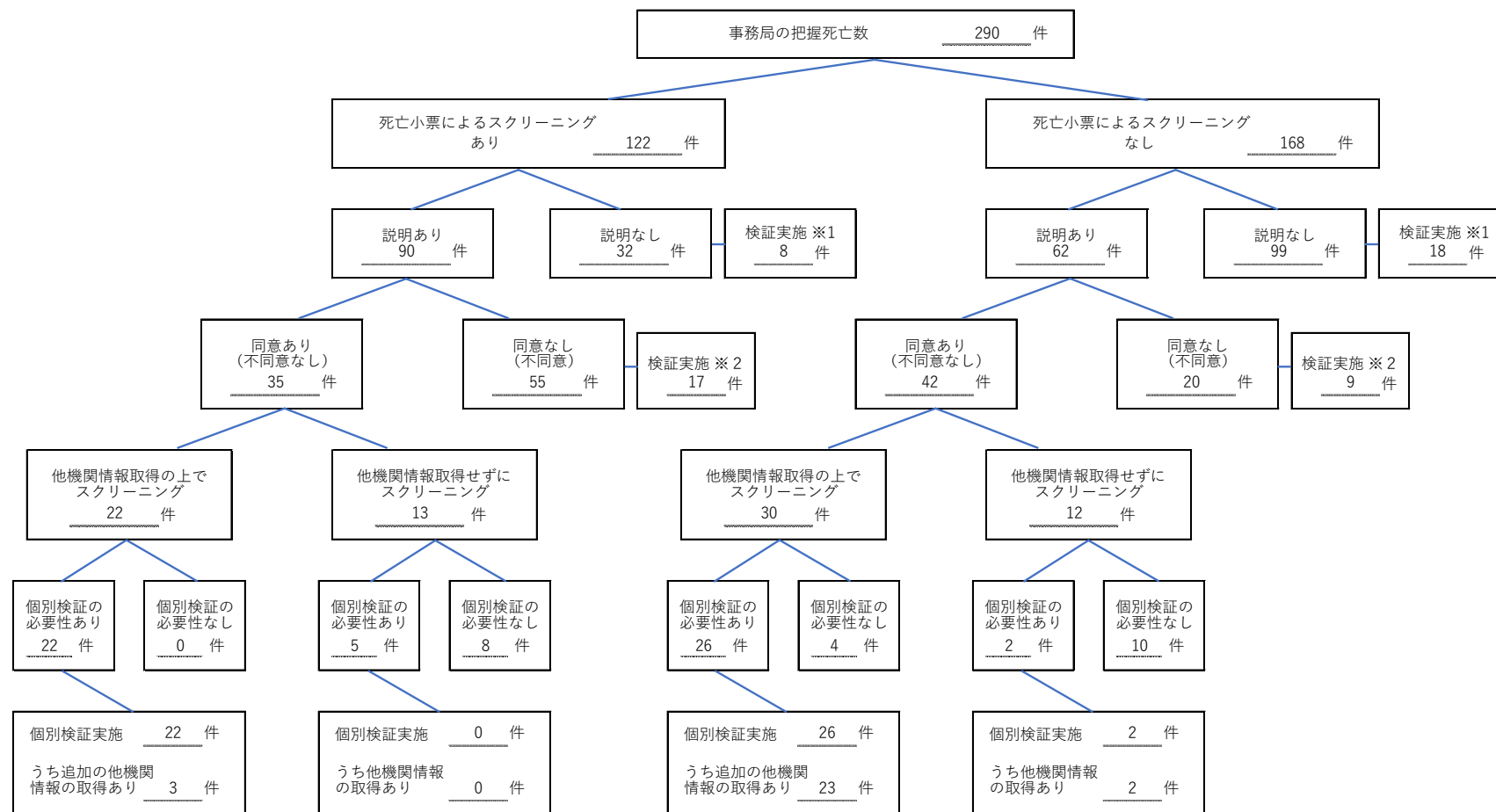
図 2 令和 4 年（モデル事業自治体 8 件） 死亡数 408 件（死亡日 令和 4 年 1 月 1 日～令和 4 年 12 月 31 日）



※ 1 説明を実施せずに利用できる範囲の情報による検証

※ 2 同意を取得せずに利用できる範囲の情報による検証

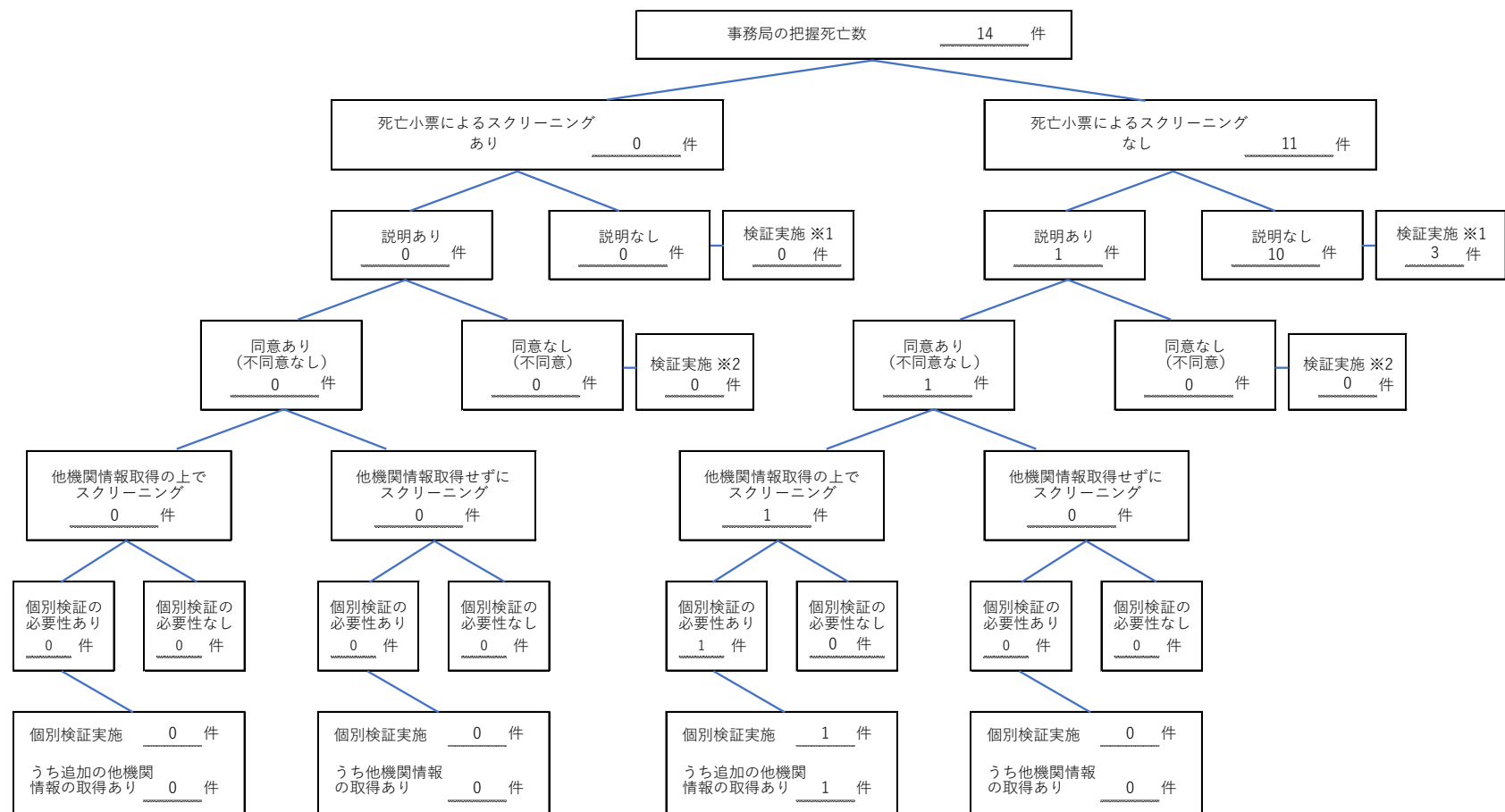
図3 令和5年（モデル事業自治体10件） 死亡数791件（死亡日 令和5年1月1日～令和5年12月31日）



※1 説明を実施せずに利用できる範囲の情報による検証

※2 同意を取得せずに利用できる範囲の情報による検証

図4 令和6年（モデル事業自治体10件）（死亡日 令和6年1月1日～令和6年3月31日）



※1 説明を実施せずに利用できる範囲の情報による検証

※2 同意を取得せずに利用できる範囲の情報による検証

2.2.3 CDR 体制整備モデル事業における、死亡調査票や個人情報の利用や管理などの情報管理について、実施方法及び工夫

CDR の実施において、個人情報の保護や管理は重要な課題とされている。各自治体ともに、事業開始前さらには年度ごとに法務担当課や弁護士等への相談を実施したうえで体制を構築しているが、さらに令和 5 年度より本モデル事業を始めた自治体の中には、個人情報保護に関連する委員会や審査会に諮問しているところもあった。また、各自治体における個人情報保護や管理の規程に加えて、CDR モデル事業における独自の対策を講じている自治体も見受けられた。CDR モデル事業独自の個人情報取扱要領や規程の策定はしていない場合も、事務局や検証会議に出席した委員が秘密保持誓約書を提出したり、個人情報の管理方法について事務局内でのルールを設けたりして管理している場合があった。

それぞれの項目に関する工夫や実態について、各自治体より挙げられた内容を下記にまとめる。

【個人情報の保護】

- ・ 初めから個人名をイニシャル化する
- ・ 情報は他のネットワークと接続のない独立したパソコンで管理する
- ・ 台帳に個人 ID を付与したうえで個人情報を削除し、台帳と調査票を突合表(照合表)によって紐づけする

【利用目的の周知・公表】

- ・ 自治体ホームページへ事業要綱（事業内容）・提言書を掲載する
- ・ 死亡調査票の依頼通知を行う
- ・ 同意書へ事業内容を記載する
- ・ ポスターやリーフレットの作成と関係機関での配布・掲示を行う

【オンラインシステムを利用した管理】

- ・ 死亡台帳(氏名なし)のみオンライン管理し、・収集した個人情報や死亡調査票は紙媒体で保存する
- ・ 自治体及び委託事業者において適切なセキュリティ対策が施された仮想化端末において管理する
- ・ 情報のやり取りはCD-Rを手渡しで行うなどインターネット上を介さない方法で実施する

【個人情報を匿名化するタイミングとその方法】

- ・ ワーキンググループ開催資料作成時に削除もしくはマスキングする

- ・ スクリーニング及び個別検証時、マスキングか番号を付与する
- ・ 死亡小票取得時、個人を特定できる情報を除き台帳化する
- ・ 死亡調査票取得、マスキングする
- ・ 死亡小票、死亡調査票取得時、台帳番号を付与する
- ・ スクリーニング実施時、マスキングする
- ・ 推進会議開催時、個人名等は記載しない資料とする
- ・ 検証資料化する時、番号を付与する

2.3 検証の実施結果

2.3.1 選定（スクリーニング）事例の年齢別件数

先述のフローにおいて、令和 4 年分の死亡把握数は 273 件（8 自治体）であった。令和 5 年分は、290 件（10 自治体）、令和 6 年（1－3 月のみ）分は 14 件（10 自治体）である。

（フローにおける数値の報告方法についての詳細は、「モデル事業報告書における死亡把握数の報告の変更について（p.8）」を参照されたい）事例把握から、選定（スクリーニング）に進んだ割合は令和 4 年（確定値）、5 年（速報値）、6 年（速報値）とそれぞれ 65.2%（178/273 件）、60.7%（179/290 件）、57.1%（8/14 件）となった。令和 6 年に関しては、期間が短いため事例把握から選定に進んでいない可能性もあり、今後割合は変化すると考えられる。

選定事例の年齢別件数では例年通り 0 歳が最も多く、このうち新生児に絞っても他の年齢層より件数が多かった。件数の多さは続いて 1-4 歳であり、続く年齢層は 15 - 17 歳と、令和 4 年と 5 年の間で同様の傾向だった（表 2）。

表 2 CDR 体制整備モデル事業における選定事例の性・年齢別件数 [件 (%)]

	令和 4 年死亡 選定数			令和 5 年死亡 選定数			令和 6 年死亡 選定数		
	男	女	全性別	男	②女	全性別	①男	②女	全性別
0 歳	41(42)	36(45)	77(43)	42(39)	30(43)	72(40)	0(0)	3(43)	3(38)
うち新生児	18(18)	16(20)	34(19)	23(21)	15(21)	38(21)	0(0)	1(14)	1(13)
1-4 歳	15(15)	18(22)	33(19)	16(15)	19(27)	35(20)	0(0)	2(29)	2(25)
5-9 歳	9(9)	3(3)	12(7)	12(11)	7(10)	19(11)	0(0)	0(0)	0(0)
10-14 歳	13(13)	12(15)	25(14)	17(16)	2(3)	19(11)	1(100)	1(14)	2(25)
15-17 歳	20(20)	11(14)	31(17)	22(20)	12(17)	34(19)	0(0)	1(14)	1(13)
全年齢	98	80	178	109	70	179	1	7	8

※令和 4 年は確定値、令和 5 年、6 年は速報値。

2.3.2 選定（スクリーニング）事例の死因別件数

表 2 のように選定（スクリーニング）がおこなわれた事例は、令和 4 年に 178 件、令和 5 年に 179 件、令和 6 年に 8 件となる。しかし、選定事例の死因別件数は下記表 3 のように、それぞれ 219 件、244 件、14 件と増えている。とくに令和 6 年の数値から、把握した事例すべての死因を記載した自治体の一部あったためと考えられる。

表 3 から、令和 4 年は自治体計 219 件のうち、①病死・自然死が 157 例（71.6%）を占めた。不慮の外因死が 17 例（7.8%）、その他及び不詳の外因死が 29 例（13.3%）であった。自殺が 28 例（12.8%）を占め、内因死以外の死因ではもっとも多く、10－14 歳では選定された症例の 34.3%を占め、15－17 歳では 46.0%ともっとも多かった。令和 5 年は自治

体計 244 件のうち、①病死・自然死が 155 例（64.0％）を占めた。不慮の外因死が 26 例（10.7％）、その他及び不詳の外因死が 41 例（16.8％）であった。自殺が 31 例（12.7％）を占め、内因死以外の死因ではもっとも多く、10－14 歳では選定された症例の 13.8％を占め、15－17 歳では 59.0％ともっとも多かった。令和 6 年分は 1－3 月分のみであり、割合の算出は省略する（表 3）。

表3 CDR体制整備モデル事業における選定事例の死因別件数※1〔R4年度は8自治体、R5年度は10自治体の合計件数(%)〕
(死亡調査票(基本票「A1.死亡の原因、死因調査」)の上段のⅠ欄(ア)～(エ)・Ⅱ欄の死因より最も当てはまる一つを報告)

			不慮の外因死							その他及び 不詳の外因死				
		①病死・自然死	②交通事故	③転倒・転落	④溺水	⑤火災	⑥窒息	⑦中毒	⑧その他の不慮の外因死	⑨自殺	⑩他殺	⑪不詳	⑫不詳の死	全死因
令和4年死亡	0歳	83(90)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(2)	0(0)	1(1)	0(0)	0(0)	0(0)	6(7)	92
	うち新生児	44(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	44
	1-4歳	32(76)	1(2)	1(2)	0(0)	0(0)	1(2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	7(17)	42
	5-9歳	15(94)	1(6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	16
	10-14歳	14(44)	2(6)	3(9)	2(6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	11(34)	0(0)	0(0)	0(0)	32
	15-17歳	13(35)	0(0)	0(0)	1(3)	0(0)	1(3)	0(0)	1(3)	17(46)	0(0)	1(3)	3(8)	37
	0-17歳	157(72)	4(2)	4(2)	3(1)	0(0)	4(2)	0(0)	2(1)	28(13)	0(0)	1(0)	16(7)	219※2
令和5年死亡	0歳	82(82)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(2)	0(0)	0(0)	0(0)	2(2)	1(1)	13(13)	100
	うち新生児	43(96)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2)	0(0)	1(2)	45
	1-4歳	34(76)	1(2)	1(2)	1(2)	0(0)	1(2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2)	6(13)	45
	5-9歳	16(67)	2(8)	0(0)	3(13)	0(0)	0(0)	0(0)	2(8)	0(0)	0(0)	0(0)	1(4)	24
	10-14歳	14(48)	1(3)	0(0)	5(17)	0(0)	0(0)	0(0)	2(7)	4(14)	0(0)	3(10)	0(0)	29

	15-17 歳	9(20)	3(7)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2)	1(2)	0(0)	27(59)	0(0)	3(7)	2(4)	46
	0-17 歳	155(64)	7(3)	1(0)	9(4)	0(0)	4(2)	1(0)	4(2)	31(13)	2(1)	8(3)	22(9)	244※2
令和6年死亡	0 歳	2(33)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(33)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(33)	6
	うち新生児	2(67)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(33)	3
	1-4 歳	3(75)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(25)	4
	5-9 歳	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0
	10-14 歳	1(50)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50)	2
	15-17 歳	2(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2
	0-17 歳	8(57)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(14)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	4(29)	14※2

※1 死亡調査票をもとに、死因の種類を検討した結果

※2 表2の選定（スクリーニング）の対象となった事例の死因の種類が表3となるはずであるが、数値が合わない。一部の自治体が、把握したすべての事例の死因の種類を記載している可能性がある。

2.4 同意取得について

令和3年3月に改訂された都道府県 Child Death Review モデル事業の手引き(第2版)には、個人情報の取り扱いについて、

ア 個人情報保護法との関係（民間機関について）

○ 「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）等をいう（個人情報保護法に関する法律（平成15（2003）年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）第2条）。

○ そして、CDRで収集する情報については、死亡したこどもに関する既往歴・家族背景・死に至る直接の経緯等に関するものであるところ、これらの情報により、あるいは他の情報と照合することによって、遺族等の特定の個人を識別することが可能なものは、遺族等の生存する個人の「個人情報」として、個人情報保護法により保護されることとなる。

○ 医療機関等の民間機関は、本事業において個人情報を利用する場合においても、その取得に当たって本人（遺族等）に通知し又は公表した利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うこと（個人情報の取得、加工、利用、提供、保存、廃棄等の一切の行為を含む。）はできない（個人情報保護法第16条第1項及び第18条第1項）。このため、本事業に参加する民間機関は、個人情報を取得する場合は、あらかじめその利用目的を公表していることが望ましく、仮に公表していない場合は、取得後速やかに、その利用目的を、本人に通知し、又は公表しなければならない。

○ また、CDRに係る委託を受けた民間機関が他の機関から要配慮個人情報（個人情報保護法第2条第3項）を取得する場合は、原則としてあらかじめ本人の同意を得る必要がある（個人情報保護法第17条第2項）

イ 個人情報保護条例との関係（公的機関について）

○ 医療機関等の民間機関から個人情報を含む情報の提供を受けた事務局等の公的機関は、各都道府県の定める個人情報の保護に関する条例等の関連する法令に基づき、当該情報を取り扱う必要がある。

と記載されている。この場合の同意取得の担い手として、死亡診断（死体検案）をする医師や自治体（委託先含む）・警察などの職員が想定されている。各モデル自治体において、その同意取得方法はさまざまであるが、①CDR及びモデル事業の説明をする、②同意を取得する、③自治体のCDR事務局に報告する、ということが考えられる。いずれにしても、遺族にCDRモデル事業の説明をする機会が与えられなければ、同意取得というプロセスには進まない。

令和 5 年の自治体報告書にも、CDR 同意取得のための説明の有無、同意の可否などを記載する欄が設けられている。CDR 同意取得のために実施している遺族への説明や工夫に関しては、表 5 にまとめた。遺族（こどもの保護者）に CDR の説明をした事例に関しては同意取得の件数と事例の死因を、表 6 および表 7 にまとめた。CDR の説明をしたが同意を取得できなかった事例（および不同意書の提出のあった事例）での不同意理由とその対応策については、表 8 にまとめた。

2.4.1 同意取得のまとめ

令和 5 年の 1 年間（1～3 月の間を対象外とする自治体もあり）に CDR モデル事業で把握した事例数は 10 自治体 290 件であり、そのうち同意取得のための説明が実施できた件数は 152 例であり、52.4%となった。同意が得られたのは 77 例であり、説明できたもののうちの 50.7%であったが、把握できた事例のうちの 26.6%にとどまっていた。なお、同意取得のための説明を実施したのち、同意または不同意の表明がなかった事例に関しては、一定期間を経ていずれかに分類されるが、その決定までにどのくらいの期間を設けるかなど、自治体により基準が違い、現時点でどちらにも分類されていない事例が存在する（表 6）。

CDR の説明・同意に関して、その説明方法は自治体によって様々であり、医療機関において死亡診断した医師によって説明がなされることが多い。警察による死亡確認がされた場合は、警察から CDR の説明がなされる（警察にも説明を依頼している一部の自治体のみ）。CDR 事務局が CDR の説明をする場合は、死亡の把握は死亡小票によってなされる場合が多く、事例発生から数か月経過したのちに、電話連絡や郵送などで説明がなされている。そして医療機関等で説明ができなかった場合に CDR 事務局において後日説明をするという二重の体制を整えている自治体もある。なお、CDR の説明・同意に関しては、前年度とその方法を大きく変更する自治体はみられなかった（表 4）。

CDR の説明をし、同意を取得できた事例（および不同意書を得なかった事例）の死因には、特に傾向はみられなかった。病死・自然死、交通事故、転倒・転落、溺水、窒息、自殺、不詳の死であり、表 5 の工夫にも記載があるが、遺族と医療機関の間に信頼関係が構築されていた可能性が示唆された。

CDR の説明をしたが同意を取得できなかった事例（および不同意書の提出のあった事例）においては、同意をしない理由までは確認していない自治体がほとんどであるが、把握できた理由としては、「医師との十分な関係性が築けていない段階での説明になった」（新生児死亡、突然死や院外心肺停止などの救急など）、「CDR を知らない（周知不足）」といったものが挙げられていた。中には同意書の未返送などで意思が確認できなかった事例もみられ、同意書の返送についてリマインドする必要性も考えられた。いずれにしても、CDR が法制化されることや、広く世間に知られることになれば、解決する部分もあり、今後の広報活動等にも期待される。詳細は表 8 にまとめた。

CDR の説明をしなかった事例については、死亡小票を事例把握のために使用しておら

ず、CDR 事務局が、説明をしなかった事例を把握する手段がないという自治体がいくつかある。また「CDR を、要配慮個人情報扱わない形で実施しているため、遺族への説明は実施していない（同意取得の取扱いについて検討中）」といった自治体も認めた。説明をしなかった理由としては、「説明することを忘れてしまった」という以外に、「家庭環境が複雑であったため」「刑事事件につながる可能性を考えた」等が挙げられていた。また

「県外在住者の死亡事例」、「協力医療機関以外での死亡事例」といった、モデル事業の段階では取り扱い困難な事例もあり、これらの事例についてどのように検証していくかは今後の課題と考えられた。そして、「不搬送事例」（司法解剖事例でないとすると、多くが自殺と考えられるが）においては、医療機関の医師が説明・同意取得を実施することが困難であり、警察等から説明・同意取得を実施されることも考えられ得るが、警察に CDR の説明・同意の協力を依頼している自治体とそうではない自治体があるという事情も見受けられた。死体検案時に非小児科医による検案がなされた場合も、CDR についての知識がなく説明忘れにつながったようである。また、令和 5 年に説明をしなかったとして把握した事例数は 85 件であり、把握した事例数は 10 自治体 290 件に対する割合は 29.3%となる。前述したように同意取得のための説明が実施できた割合は 52.4%となるため、計算上は 47.6%となるはずなので、すべては把握しきれなかったということになる。なお CDR の説明をしなかった事例に関してはその死因の詳細は収集していない自治体もあるため、把握件数と事例の死因の件数に大きく乖離がある。

表 4 同意取得のために実施している遺族への説明の実施主体とタイミング

説明主体	説明のタイミング（異なる自治体から同一の内容と考えられる記載があった場合のものも記載）
医師 (死亡確認した医師)	・ 児が死亡したとき ・ 死亡経過等の説明の際に対面で説明。その場での説明が難しい場合は、説明文書一式を手渡し、落ち着いた時点で読んでいただきたい旨を伝える ・ 遺族同意取得に協力いただける医療機関の医師が対面で遺族に説明 ・ 死亡診断後、診療経過や考えらえる死因等について説明を行った後、解剖の話と一緒にしている ・ 死亡診断後、退院前に・説明書・同意書、返信用封筒等を渡すのみ ・ 退院時 ・ 死亡時遺族へ経過説明を行った後に CDR の説明を実施した ・ 死亡小票により死亡がわかった時点で、死亡を確認した医師に遺族への同意書の取得を依頼する
警察	・ 検視後
CDR 事務局 (委託先)	・ 医療機関で十分説明を受けられず、書類一式を手渡された遺族から、事務局に電話連絡等があった場合に説明することを想定しているが、実績はない ・ 事務局が死亡症例を確認したタイミングで、CDR 説明書と同意書をご遺族に送付した ・ 死亡小票により死亡がわかった時点で、死亡を確認した医師に遺族への同意取得を依頼するが、困難な場合に事務局が対応

表 5 同意取得のために実施している遺族への説明の実施主体とその際の工夫

説明主体	説明のタイミング（異なる自治体から同一の内容と考えられる記載があった場合のものも記載）
医師 (死亡確認した医師)	・説明書類一式の中にグリーフケアリーフレットを同封している ・説明同意書に情報収集の対象者・範囲や、遺族への結果報告を行わない旨などを明記する ・遺族への説明時に、医師から必要に応じて自治体の「赤ちゃんを亡くされたご家族のための電話相談」を案内 ・自治体で作成している CDR 同意書と説明文を用いて説明する ・都道府県で行っている事業であり、公共性のある事業であることを追加説明している ・あくまでご両親の意向で決めていただくが、これまでに参加してくださった方が多いこともお伝えしている ・『都道府県が行っているものなら（信頼できる）』や『解剖をすることには抵抗があるが、CDR なら協力したい』といった形で同意をいただけるケースが多い（裏を返せば、県（国）への信頼が低い方や、虐待や自殺などの負い目を感じている背景がある場合には困難となる可能性があると考えている） ・事業の目的等の説明と共に不同意書の封筒を配布 ・遺族に同意書を郵送する場合には、事前にご遺族に電話連絡を実施するなどした ・遺族との信頼関係をもとに説得することができた
警察	・事業の目的等の説明と共に不同意書の封筒を配布
CDR 事務局 (委託先)	・遺族に同意書を郵送する場合には、事前にご遺族に電話連絡を実施するなどした ・遺族との信頼関係が構築できていないので、遺族の見識（CDR への理解）に頼らざるを得ない

表 6 CDR の説明をして同意を取得できた事例（および不同意書の提出がなかった事例）

	説明件数	同意取得件数	事例の死因
令和 4 年	128	62	病死・自然死（47）、交通事故（1）、転倒・転落（2）、溺水（1）、窒息（2）、自殺（9）
令和 5 年	152	77	病死・自然死（53）、交通事故（2）、転倒・転落（3）、溺水（2）、窒息（1）、自殺（7）、その他及び不詳の外因（2）、不詳の死（6）
令和 6 年	1	1	不詳の死（1）

・括弧内は報告事例数になるが、合計が同意取得件数と一致していない。今後修正される可能性がある。

表 7 CDR の説明をしたが同意を取得できなかった事例（および不同意書の提出があった事例）

	説明件数	不同意件数	事例の死因
令和 4 年	128	50	病死・自然死（39）、転倒・転落（2）、自殺（4）、不詳の死（2）
令和 5 年	152	75	病死・自然死（39）、交通事故（3）、窒息（1）、中毒（1）、その他不慮の外因死（4）、自殺（9）、不詳の死（2）、※その他（1）
令和 6 年	1	0	-

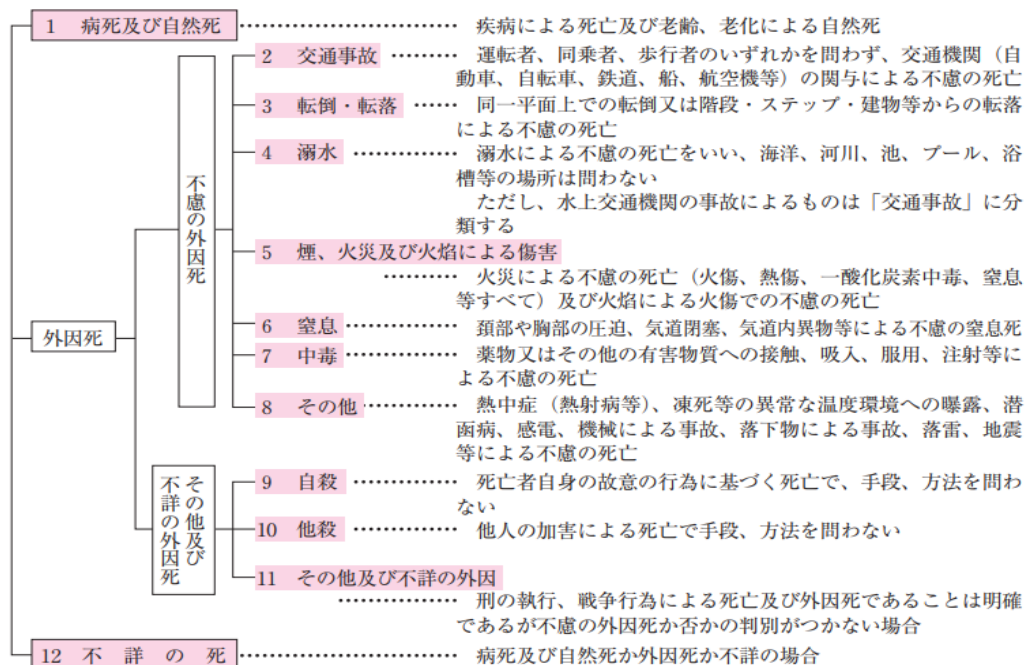
※その他：県外居住者であったため、対象外とした

・括弧内は報告事例数になるが、合計が同意取得件数と一致していない。今後修正される可能性がある。

表 8 CDR の説明をしたが同意を取得できなかった事例（および不同意書の提出があった事例）での不同意理由とその対応策

不同意理由（把握できたもの）	対応策
・ CDR についての周知不足	・ CDR モデル事業をホームページ等に公表し、広く周知する
・（同意取得のスキーム上）病院で死亡した事例では、死亡から同意取得までに時間が空いてしまうため	・ 病院で死亡した事例では、なるべく早い段階で説明するようにした（ところ、同意取得率が上がった）
・ 突然死や来院時心肺停止で運ばれた事例では主治医との信頼関係が出来ていないため	対応する記載なし
・ 出生後間もない新生児事例で、医師との十分な関係性がなかった	・ 同意取得なく CDR 検証が可能となる法を整備する
・ 遺族の意向	・ 遺族の意向確認を得る必要なく情報収集できるように、国へ法整備を求めている

○ 死因の種類の決め方



厚生労働省 医政局：令和 6 年度版死亡診断書（死体検案書）記載マニュアルより抜粋

2.5 令和 5 年度事業における関係機関からの情報提供について

事務局業務のうち、情報収集・データ収集を外部組織に委託しているのは 10 自治体中 8 自治体であった。委託先は大学の小児科学教室や法医学教室、地域の中核病院、小児科学会地方会、小児科医会、研究所等などが含まれた。

死亡調査票 A 票及び死亡小票以外の情報を必要とした場合の、関係機関からの情報提供の状況（文書、電子データ、口頭など形式は問わない）は、以下の表 9～14 にまとめる。モデル事業参画の初年度であった 2 自治体を除き、全ての自治体が医療機関からの情報提供を依頼し、依頼した全事例もしくは一部の事例で情報提供を受けていた。一方、警察・検察からの情報提供については、依頼した全事例・一部事例で情報提供を受けた 4 自治体がある一方で、2 自治体では依頼した全事例で提供がなかった。

表 9 保健行政からの情報提供

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
① 情報提供を必要とする事例がなく、依頼しなかった		○	○	○			○	○		
②情報提供を必要としたが、依頼しなかった										
③情報提供を依頼した全事例で、提供があった	○				○				○	○
④情報提供を依頼した一部の事例で提供があった						○				
⑤情報提供を依頼した全事例で、提供がなかった										
上記④・⑤の提供がなかった場合の理由：										
☐ 遺族の同意がなかったため						○				
☐ 機関に情報がなかったため						○				
☐ 機関内の規則等があるため										
☐ 不明										
☐ その他										

表 10 消防・救急からの情報提供

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
① 情報提供を必要とする事例がなく、依頼しなかった		○	○	○	○		○	○		○
②情報提供を必要としたが、依頼しなかった										
③情報提供を依頼した全事例で、提供があった	○								○	
④情報提供を依頼した一部の事例で提供があった						○				
⑤情報提供を依頼した全事例で、提供がなかった										
上記④・⑤の提供がなかった場合の理由：										
□遺族の同意がなかったため						○				
□機関に情報がなかったため										
□機関内の規則等があるため										
□不明										
□その他										

表 11 警察・検察からの情報提供

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
①情報提供を必要とする事例がなく、依頼しなかった		○	○	○			○			
②情報提供を必要としたが、依頼しなかった										
③情報提供を依頼した全事例で、提供があった									○	○
④情報提供を依頼した一部の事例で提供があった					○			○		
⑤情報提供を依頼した全事例で、提供がなかった	○					○				
上記④・⑤の提供がなかった場合の理由：										
□遺族の同意がなかったため							○			
□機関に情報がなかったため										
□機関内の規則等があるため						○	○			
□不明										
□その他	○						○			

表 12 医療機関からの情報提供

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
①情報提供を必要とする事例がなく、依頼しなかった			○				○			
②情報提供を必要としたが、依頼しなかった										
③情報提供を依頼した全事例で、提供があった	○	○			○	○		○	○	
④情報提供を依頼した一部の事例で提供があった				○						○
⑤情報提供を依頼した全事例で、提供がなかった										
上記④・⑤の提供がなかった場合の理由：										
□遺族の同意がなかったため										○
□機関に情報がなかったため										
□機関内の規則等があるため										
□不明										○
□その他										

表 13 児童福祉からの情報提供

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
①情報提供を必要とする事例がなく、依頼しなかった	○	○	○	○			○	○		○
②情報提供を必要としたが、依頼しなかった										
③情報提供を依頼した全事例で、提供があった					○	○			○	
④情報提供を依頼した一部の事例で提供があった										
⑤情報提供を依頼した全事例で、提供がなかった										
上記④・⑤の提供がなかった場合の理由：										
□遺族の同意がなかったため										
□機関に情報がなかったため										
□機関内の規則等があるため										
□不明										
□その他										

表 14 保育・教育からの情報提供

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
①情報提供を必要とする事例がなく、依頼しなかった		○	○	○			○			
②情報提供を必要としたが、依頼しなかった										
③情報提供を依頼した全事例で、提供があった	○								○	
④情報提供を依頼した一部の事例で提供があった					○	○		○		○
⑤情報提供を依頼した全事例で、提供がなかった										
上記④・⑤の提供がなかった場合の理由：										
□遺族の同意がなかったため						○				
□機関に情報がなかったため										○
□機関内の規則等があるため										
□不明								○		
□その他										

2.6 予防策の提言等について

2.6.1 取りまとめた予防策のカテゴリーごとの集約

それぞれの自治体で取りまとめられた複数の予防策は 8 個のカテゴリー（①睡眠時の事故対応・防止、②交通事故対応・防止、③水の事故対応・防止、④その他の事故対応・防止、⑤周産期、⑥マルトリートメント対応・防止、⑦自殺防止、⑧その他）に分けて、報告されている。「⑧その他」のカテゴリーには、グリーンケアや医療的ケア児などの在宅医療連携に関する事など、①～⑦のカテゴリーにあてはめにくい予防策が含まれた。取りまとめた予防策数とその実行状況について、令和 4、5 年度事業それぞれの数を表 15 にまとめた。

挙げられた予防策が特に多いカテゴリーは、④その他の事故対応・防止（9 件）、⑦自殺防止（11 件）であった。④その他の事故対応・防止に関しては、窒息に関連する事例が多く、またひとつの事例から多くの予防策が検討される一方で具体的な施策へ結びつくまでには至らなかったようである。予防策については、CDR 事業を通じて新規に提案されたものだけではなく、これまでの事業を継続・拡大することに貢献しようと提案されたものも多数含んでいる。令和 4 年度に予防策数が 12 件と多かった⑤周産期については、令和 5 年度は 4 件と減ってはいるものの、昨年度同様、以前から実行中の施策に絡めたものが多くなっている。⑦自殺防止も同様であり、とくに令和 5 年度に重点的に対応するテーマとして取り上げ、既存の施策につなげている。関連する事業を継続・拡大するのに CDR が後押しできる体制となっていることがうかがわれる。

予防策の次年度以降の対応、つまり提案された予防策に対し次年度以降に施策に結びつけるなど何らかのアクションを起こすかどうかについては、方針未定のものがほとんどであった。年度末に報告書を取りまとめる時点ではすでに次年度予算等が決定しているという問題もあると考えられる。他にも、予防策を取りまとめたから実行に至るまでの、関係部署への働きかけに期間を要することが伺われる。次年度の対応予定が決まっている施策数は、全カテゴリーを合わせて 2 件であった。また事例の偏りによるためか予防策記載がないカテゴリーも多い。

次に予防策のカテゴリーごとに、提案された具体的な予防策を表 16～23 に示す。昨年度からの変更点として令和 5 年度の予防策は、それぞれの予防策の根拠となった事例からキーワードを抽出し、事例の詳細はわからないように配慮しつつ、より事例に基づいた予防策としてわかるように記載を工夫した。実行中の予防策については、具体的な対策の報告があるものに対し、※印をつけ表の最後にまとめて記載した。今後、このようなキーワードをもとに予防策の検索ができるようなデータベースの構築も検討されるべきであろう。

表 15 令和 4、5 年度事業において取りまとめた予防策の数とその実行状況

予防策のカテゴリー	予防策数		実行数		次年度 対応予定数	
	R4	R5	R4	R5	R4	R5
① 睡眠時の事故対応・防止	7	6	0	5	0	1
② 交通事故対応・防止	7	2	0	0	0	0
③ 水の事故対応・防止	4	5	0	1	0	0
④ その他の事故対応・防止	3	9	0	0	1	0
⑤ 周産期	12	4	8	2	0	0
⑥ マルトリートメント対応・防止	4	5	1	0	1	0
⑦ 自殺防止	15	11	0	4	0	1
⑧ その他	16	22	3	5	2	0

表 16 予防策カテゴリー①睡眠時の事故対応・防止

予防策の根拠となる事例から抽出されたキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
死因の詳細 乳幼児突然死症候群 SIDS	CDR 事務局は、厚生労働省 SIDS 研究班が作成した「SIDS 診断のための問診・チェックリスト」を医療機関等に配布する。	次年度実行予定
0 歳児 睡眠中の突然死 不詳死 SIDS	都道府県市町村のこども政策担当課は、乳幼児の保護者に対し、乳幼児突然死症候群（SIDS）の予防啓発（あおむけ寝、母乳育児、たばこ吸わない）にあわせて、赤ちゃんの安全な睡眠環境、赤ちゃんはまとめてぐっすり寝るものではないということ等について、出産・子育て応援ギフトサイト上で啓発を行う。 市町では新生児の全数訪問を行っているが、夜間の睡眠環境（寝室や寝具、添い寝など）を確認するチェックシートの活用について、市町母子保健担当者会で検討する。	実行中（左記）
睡眠中の突然死 不適切な睡眠環境	都道府県のこども政策担当課は、ベビーベッド使用の啓発につながるリーフレットを作成し、市町村、妊産婦、乳幼児の保護者、医療機関に対し SIDS の啓発を行う。	実行中※1
睡眠中の突然死 感染症合併 睡眠環境	都道府県のこども政策担当課は、市町村などの母子保健担当部署に SIDS に関する啓発を実施する。	実行中※2

睡眠中の突然死 感染症合併 睡眠環境	都道府県のこども政策担当課は認可外保育施設に立入調査の際に、睡眠中の事故防止策として定期的にこどもの睡眠状態の点検の実施を確認する。	実行中（左記）
--------------------------	--	---------

※1 就寝時の窒息事故予防策として、ベビーベッド使用やベビーベッドが置けない場合には、ベッドインベッドの使用を促す啓発チラシの作成

※2 睡眠環境を整えることの重要性について、母子保健支援者向け研修にて発信

表 17 予防策カテゴリー②交通事故対応・防止

予防策の根拠となる事例から抽出されたキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
二輪車での事故 保護者の認識 危険運転	交通事故死の特徴や危険性などに関する情報をこどもの保護者に対し積極的に発信し、家庭内での交通安全指導の啓発を図る。	対応方針未定
二輪車での事故 致死的な二輪車事故	二輪車を使用するこどもに対し安全意識に向上に関する指導や取り締まりの強化などの検討を行う。	対応方針未定

表 18 予防策カテゴリー③水の事故対応・防止

予防策の根拠となる事例から抽出されたキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
てんかん 入浴中	都道府県や医療機関は、 ・ てんかん患者に対し入浴時の指導や見守りセンサーの紹介をする。 ・ 小児神経医や関係者に対し生体センサーや見守りセンサーを、学会などを通して周知する。 ・ 医療機関や都道府県民に対し、てんかん患者の事故、突然死の可能性を周知する。	対応方針未定
危険な遊泳環境 分かりにくい水深	都道府県民に対し、環境に応じた水難事故の危険性の啓発を行う。	対応方針未定
こどもの泳力の把握 予防体制の不備	都道府県のこども政策担当課は水難事故予防に向けて保護者や監督者の役割を明確化するとともに、保育事業者等に水難事故予防に向けた広報・啓発活動を行う。	実行中※1

※1 水難事故予防に関するポスター、リーフレットの作成と配布。

表 19 予防策カテゴリー④その他の事故対応・防止

予防策の根拠となる事例から抽出されたキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
医療的ケア児 介護負担 養育者の就労 経済的な負担 精神的な負担 社会的ハイリスク家庭	地域の保健センターは、医療的ケア児の家族が自己流で介護しているところに定期的に専門家の視点を入れ、サポートを強化することを検討する。	対応方針未定
窒息 食形態	地域の保健センターは、食べ物による窒息を防ぐために乳幼児の保護者に対しパンフレットの配布だけではなく、ハイムリック法の指導や実物の提示など、確実に伝わる方法を検討する。	対応方針未定
不適切な睡眠環境 不適切な養育環境 多世代同居家族 高齢者 乳幼児 ネグレクト	都道府県市町村の母子保健担当課や医療機関小児科、保育機関などは、 ・高齢者と同居するなど多世代家族の中で育つ乳幼児にとって事故につながる可能性の有る要因を、特に乳幼児の保護者に対して具体的に周知・啓発し、安全な養育環境を整えられるようにサポートする。 ・明確に虐待が疑われるわけではないが、児の健診時に、医師が養育環境や保護者の態度から気にかかることがあった場合、その情報が適切に市町村に伝わる仕組みを構築し、その後の母子保健活動に生かせるようにする。	対応方針未定

稀な事故 類似する事例の検索 症例報告 体制整備	都道府県は、効果的な検証につなげるために、類似するケースの検索や建設部門等、情報を保有している団体からできる限り事例を収集することを試みる。	対応方針未定
監督不行き届き 不適切な養育環境 グリーフケア グリーフサポート	親やこどもに一定程度の有責性があると判断され 得る状況で死亡事故が発生してしまった場合、残された遺族のグリーフはとりわけ複雑化しやすい。公的にグリーフサポートを提供する体制は整備されておらず、引き続き、担当部局を明確化したグリーフサポート提供体制の構築を都道府県や医療機関、保健センターなどが協力して検討する。	対応方針未定
幼小児の窒息 窒息の原因となる非食品 窒息の原因となる食品 啓発資材	医療機関や保健センターは、医療者・保健師などがこどもの保護者に対し、日本小児科学会等が提示している啓発資材を健診などの現場で積極的に活用するように求める。	対応方針未定
子どもの事故防止検討委員会 小児・救急医療者 事故予防対応	小児医療者・救急医療者を中心とした「子どもの事故防止検討委員会」などを立ち上げ、本県の小児医療者・救急医療者が主体的に対策を講じていくことが出来るような体制の整備を検討する。	対応方針未定
死亡発生時の情報共有	保健センターが、亡くなったこどもの同胞の健診の際に配慮し、グリーフサポートに繋げる目的で、医療機関や市町村と死亡情報を把握できるような体制を整えることを検討する。	対応方針未定

表 20 予防策カテゴリー⑤周産期

予防策の根拠となる事例から抽出されたキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
既存の検証制度 周産期医療対策協議会 検証対象の違い	新生児パネルでの検証は都道府県周産期医療対策協議会で行っている早期新生児死亡（日齢 6 までの死亡）に加えて、日齢 7 から日齢 28 の死亡でありかつ NICU/GCU 等への入院が継続中の新生児を対象とする。	対応方針未定
グリーフケア 知識不足	関係するスタッフにグリーフケアの知識や経験が乏しいといった声があったため、都道府県や医療機関、保健センターが協力して講習会等の学習する機会を設ける。保健センター等では死亡の情報を把握していないことも多いため連絡方法について検討する。医療者と地域の保健センターで家族のグリーフサポートができるよう都道府県は体制作りを検討する。	対応方針未定
胎児診断 先天性疾患 重篤な疾患 延命困難 グリーフケア	こどもを亡くした家族を支援するため、現場スタッフや市町村の保健師を対象にグリーフケア研修を実施し人材育成を図る。	実行中※1
胎児診断 診断技術 先天性疾患 重症新生児仮死	都道府県の医療政策に関する担当課や医師会、大学病院、産科医療従事者等は協力して、胎児診断など産科的診断や、安全な分娩に向けた専門的技術の啓発、新生児蘇生法の技術習得の徹底等、産科医療の質向上に向けた取り組みを行う。	実行中※2

- ※1 グリーフケア従事者研修会ー流産、死産を経験した女性等の相談を受ける相談員の対応力向上のため医療従事者、市町村保健師等のグリーフケア従事者を対象に開催、グリーフケア勉強会ー病院内のグリーフケアチームと月1回勉強会を実施、グリーフケアマニュアルのリーフレット作成
- ※2 助産師キャリアアップ応援事業等による助産師の人材育成、周産期医療等協議会や周産期死亡症例事例検討等での検討とそのフィードバックの実施。

表 21 予防策カテゴリー⑥マルトリートメント対応・防止

予防策の根拠となる事例から抽出されたキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
虐待が疑われる事例 死後画像検査	都道府県は国に対し死後画像検査が適切に行えるように公費負担できるように要請する。	対応方針未定
センチネル・インジュリー（警告損傷） 連携体制の不備 こども虐待対応マニュアル	都道府県や医療機関が協力し、児童虐待防止医療ネットワーク事業でこども虐待について啓発・対応マニュアルを作成するなどの具体的な対応策を行う。	対応方針未定
特定妊婦 虐待ハイリスク家庭 フォローアップ体制 父親支援	特定妊婦から続く高リスク家庭における、リスク別のフォローアップ体制のガイドライン化／均てん化（とりわけ高リスク群における父親評価の必須化）を行う。 米国では、近年 Fathers for Change（F4C） などのプログラムが実施され成果を上げている。これらのプログラムについて、都道府県、市町村、児童相談所、保健センター、医療機関等は学習の機会を設けるなどの対策を検討する。	対応方針未定

虐待ハイリスク家庭 トラウマ 精神疾患 アレキシサイミア ボンディング障害 支援体制の不備	虐待のハイリスク家庭において、現在は Risk の評価に重きが置かれるが、それだけではなく Resilience （強み）と、 Resistance （援助への抵抗）を含めた 3R を基軸に評価と支援を行うという観点で、再度、評価のパッケージング化と都道府県や市町村、児童相談所、保健センター等は支援者のトレーニング体制を整えることを検討する。	対応方針未定
不適切な養育 養育者支援	市町村や医療機関は、養育力の支援として、養育者の知識の向上や啓蒙に努める。	対応方針未定
不適切な養育環境 睡眠中の呼吸停止 明らかな外傷のない事例 画像診断 頭蓋骨骨折 脳挫傷	父親支援	実行中※1

※1 市町村の父親支援について現状把握と課題を明確にするため実態調査を実施。父親の子育て参加の推進を図るため父親支援推進会議を開催。

表 22 予防策カテゴリー⑦自殺防止

予防策の根拠となる事例から抽出されたキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
発達障害児 些細なきっかけ 突発的な自殺企図 致死的な自殺手段	CDR 事務局より、発達障害児に関わる保育・教育関係者、保健師、医療機関、家族に対し、発達障害児は、「些細なきっかけで突発的に自殺を企図することがあり、致死的な企図手段を取りやすいと言われていること」を周知する。	次年度実行予定
高校生年齢児童の社会的孤立	義務教育の年齢であれば、不登校になっても学校や適応指導教室など何らかの社会的資源と繋がりが残っている場合が多いが、高校生の年齢になるとこうした支援は少なくなり、社会から孤立してしまいやすい。このような状況を都道府県や市町村は、高学齢児童及びその保護者に周知するとともに、高校生年齢のこどもの社会的孤立を防ぐ方策を検討する。	対応方針未定
発達障害児 自閉スペクトラム症 注意欠陥・多動性障害 衝動性	自閉スペクトラム症をもつ若年者は自殺関連行動のリスクが高く、特に若年者の自殺では、衝動性の高さが大きなリスクになることが知られており、注意欠陥・多動性障害の特性を持つこどもは明らかなハイリスク群である。都道府県や教育委員会は、このことを改めて学校の教職員や発達障害を持つ児童及びその保護者に啓発し、普段から自殺のサインを見落とさないよう意識して接し、必要に応じて医療機関の受診を促す体制づくりを促す。	対応方針未定

市販薬の大量購入 過量服薬	自殺の手段へのアクセスを制限することは自殺予防策として有効といわれており、市販薬の大量購入を制限する制度ができれば自殺を減らすことができるかもしれない。国や都道府県は若年者が市販薬を購入する場合にマイナンバーの提示を義務付けるなど、何らかの方法で大量に購入することを制限する制度を設けることを検討する。	対応方針未定
自宅外の建物からの転落	自殺手段へのアクセスを制限する観点から、一定以上の高さのマンションには部外者が簡単に入れないような構造にすることを都道府県や市町村が条例で定めるなどのルールの整備を検討する。	対応方針未定
不安定な心理状態 自殺リスクの高い心理状態	周囲に知られていなくてもうつ病など自殺リスクが高い状態であった可能性がある。前兆のない自殺リスクの児の早期発見・支援のために、教育委員会を中心に、全児童生徒を対象とした心理状態の調査・記録を実施する。	対応方針未定
発達障害児	都道府県は SOS の出し方に関する支援として SOS 発信のリーフレットやネット上の情報発信や SOS の出し方教育を市町村、医療機関、教育機関、都道府県民に対し実施する。	実行中※1
自殺リスクの高くないと考えられていた児 社会的孤立	多方面からの情報を集約して関係者で共有するとともに、都道府県下で自殺防止のための複数のセーフティネットを充実させる。	対応方針未定
家庭基盤の脆弱さ 逆境体験を抱えたこども 精神不調、精神疾患 学業の負担、不登校 衝動的な自殺	都道府県の教育や健康対策に関わる担当課は、児童・生徒、保護者、こどもに関わる関係者に対し相談体制の充実を計る。	実行中※2

家庭基盤の脆弱さ 逆境体験を抱えたこども 精神不調、精神疾患 学業の負担、不登校 衝動的な自殺	都道府県のこども政策に関わる担当課はこども食堂をはじめとするこどもの居場所を提供する関係機関への支援を実施する。	実行中※3
家庭基盤の脆弱さ 逆境体験を抱えたこども 精神不調、精神疾患 学業の負担、不登校 衝動的な自殺	都道府県の健康対策に関わる担当課は、児童・生徒、保護者、こどもに関わる関係者に対し、こどものメンタル不調を含む、自殺予防に関する知識の啓発	実行中※4

※1 市町村にて高校生を対象とした「SOS の出し方に関する教育」の開催・「友達の SOS の受け止め方」を学ぶためのデジタルコンテンツを作成し県下全中高に周知している。

※2 アウトリーチを含めた相談体制の充実、不調の際の SOS の表出方法について啓発、アウトリーチ型支援やアドバイザーの派遣を行っている。

※3 こども食堂をはじめとするこどもの居場所を提供する関係機関への支援を実施している。

※4 児童・生徒に対する研修会の実施、教師及び保護者等に対する啓発および研修会を実施している。

表 23 予防策カテゴリー⑧その他

予防策の根拠となる事例から抽出されるキーワード	予防策の内容	予防策の実行状況やその内容
医療的ケア児 医療過疎 搬送時間	搬送が必要になりそうな医療的ケア児を予め把握し搬送経路・搬送方法・搬送先を事前に確認できると搬送時間を短縮できるので、地域の医療機関や救急隊はそのようなシステムを作ることを検討する。	対応方針未定
グリーフケア 死後の行政の関わり	保健師・ピアサポート等（保健センター、民間団体）によるこどもを亡くした後の家族へのグリーフケアを充実させる。	対応方針未定
重症心身障害児 先天異常 経管栄養 栄養管理 専門的な知識	・医療機関は、経管栄養を行う医療的ケア児の栄養管理について、医師等がより専門的な知見を学べる機会を確保する。 ・医療機関は、栄養管理部門も含め、治療にかかわる多職種により事例検討がしやすい環境を整える。	対応方針未定
救急隊 死亡発生現場の状況 情報提供 養育環境	救急隊員が、死亡発生現場の情報を持つことがあるため、都道府県は養育環境の把握など検証に役立つ情報提供を依頼する。	実行中（左記）

司法解剖 都道府県警察 情報提供 CDR の対象外	司法解剖事例であっても、事件性が薄いと判断された段階（解剖の最終的所見が得られた段階）で検証を行えるよう、国は警察からの情報提供が得られるように体制を整える。	対応方針未定
医療的ケア児 感染症 連携体制 グリーフケア	都道府県や市町村の医療・福祉に関係する部署、医療機関、保育機関は医療的ケア児のケアについて、必要な情報連携の在り方を今後も検討していく。 こどもを突然亡くした親やその家族（きょうだいや祖父母など）へのグリーフケアへの取組みについて、検討していく。	実行中（左記）
緩和ケア ホスピス	緩和ケア病棟を有効に活用することで、急性期病棟の病床を有効に利用することが可能になり、結果的に都道府県内の小児患者・家族にとって、個々の患者の病期に即した、適切な医療を提供することが可能になるため、都道府県はその対策を検討する。	対応方針未定
グリーフサポート グリーフケア 評価制度	都道府県や医療機関は、グリーフサポートに対する社会的認知、グリーフサポートの対象と方法、グリーフサポートを行う体制の整備、及びグリーフサポートの認知と方法についてセミナー・講習会などによる一層の啓発活動を検討する。 また、すでに訪問看護ステーションなどを中心に行われているグリーフサポート活動の評価と支援の方法を検討する。	対応方針未定
在宅医療 医療的ケア支援体制の強化・ 充実	家庭における家族による医療的ケアのサポートを厚くすることは、こどもの死を予防する観点で高い効果が期待される。 保健センターや訪問看護ステーション、訪問診療医と原疾患担当医療機関とが、入院中の早期から連携を図り、特にこの期間に重点を置いたケアを提供できる制度の整備を進めることを都道府県は検討する。	対応方針未定

個人情報 守秘義務 情報共有	自殺という死因の特性上、遺族に情報収集への同意を得ることが困難であり、個人情報の保護のために関係機関から情報が集められないことが検討を困難にしていた。遺族の心理には配慮しなければならないが、こどもの自殺に対する予防策を積極的に検討しようとするなら、個人情報の守秘義務が免責されるような枠組みを国は検討する。	対応方針未定
自殺 グリーフサポート グリーフケア 遺族からの情報提供	グリーフサポートの案内をするなど遺族の心に寄り添いつつも、可能な限り遺族から情報を得よう医療機関に依頼したり、必要な情報を得られるようにチェックリストを用意したりするなどの対策を都道府県は検討する。	対応方針未定
検証結果の共有 体制整備	都道府県は、死亡事例検証から学んだ知見をより広く共有するためには、その知見を共有することに特化した報告会・シンポジウムなどの実施を検討する。また、「アウトカム評価の方法論」についてさらに進めて協議を行う機会を構築することを検討する。	対応方針未定
グリーフサポート グリーフケア	都道府県はグリーフサポート を行政事業化することを目的とした検討会を立ち上げ、実施に向けた具体的な検討を多機関横断で実施することを検討する。	対応方針未定
小児死亡時対応プロトコル 小児死亡時対応キット 小児死亡時の臨床検査の均てん化 セカンドオピニオン（検査結果の評価）	医療機関は小児死亡時対応プロトコル、必要な検査項目がパッケージングされた「小児死亡時対応キット」などを作成し、配布するなどのより具体的な対応を検討する。また検査結果の評価のため、迅速なセカンドオピニオン体制を構築することも検討する。	対応方針未定

「不詳（検索中）」の記載、 および死因等確定・変更報告 を徹底するため の、CDR 事務局による管理	不詳死においては、とりわけ提言すべき改善を要する事項が固定化され、各実施 年度で重複する場合が多い。これらの実務上の対応体制・臨床実践は徹底が困難 で、実際には CDR モデル事業開始後も、残念ながら大きな改善が認められてい ない。改善の取り組みを見える化し、事業の意義を共有するという観点から、C DR 事務局が進行管理を行うこと	対応方針未定
感染症 受診のタイミング 養育者支援	都道府県は市町村や医療機関と協力し、＃８０００（こども医療電話相談）の啓 発に努める。	対応方針未定
適切な救急受診	都道府県民に対し、直ちに医療機関を受診すべき状態がわかるよう、広報・啓発 活動をすすめていく。	対応方針未定
グリーフケア 遺族 学校関係者 死亡したこどもに関わる全て の人	都道府県教育委員会や各学校は、在校児童が死亡した場合に、必要に応じ、残さ れた児童・生徒に対して専門職による心のケアを行う	実行中（左記）
グリーフケア 遺族 学校関係者 死亡したこどもに関わる全て の人	都道府県の健康福祉に関する部署は、自死遺族に対する専門相談、自助グループ の案内を行う。	実行中（左記）

グリーフケア 遺族 学校関係者 死亡したこどもに関わる全ての 人	都道府県のこども政策に関わる部署はグリーフケアについて啓発、相談体制の充 実を図る	実行中（左記）
--	--	---------

2.7 令和 4 年度までの CDR 体制整備モデル事業の予防策について

令和 4 年度までのモデル事業においてまとめられた予防策の内容と現在の実行状況について、7 自治体から報告された件数を表 24 にまとめた。記載のあった予防策は、自治体によって 1～13 件と幅があった。令和 5 年度における実行状況については、4 自治体においてほぼすべての予防策を実行中である一方、残る 3 自治体においては、すべての予防策の対応方針が未定であった。

表 24 令和 4 年度までの予防策の実行状況（7 自治体合計件数）

予防策	実行中	令和 6 年度対応予定	対応方針未定
49	23	0	26

3. 令和 5 年度モデル事業の事後評価の集約

3.1 事務局の実施体制および協力体制について

各自治体の事務局の人数と各会議体の構成委員人数を表 25 に示す。全自治体において行政内の事務局が設置され、8 自治体において事務局業務を委託していた。各会議体の人数規模は自治体によってやや異なるが、おおむね推進会議や政策提言会議はある程度の人数で構成され、スクリーニングや個別検証は関係者、関係機関の委員のみによる開催であった。個別検証と概観検証を同会議体で実施しているなど、各会議体での実施内容は自治体によって異なっている。

表 25 各自治体の CDR 事務局の人数

構成機能	構成者総人数（人） （うち検証ファシリテータ人数）									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
事務局（行政）	6	3	1	3	3	4	5	5	4	6
事務局（委託先）	0	5	2	3	6	0	3	4	4	3

3.2 会議の実施体制及び実施活動について

各自治体の会議体の構成委員の所属機関分布を表 26～35 に示す。ほぼすべての自治体において、各会議体に医療・保健行政の所属機関の構成委員が含まれていた。推進会議や政策提言会議を開催している自治体においては、個別検証や概観検証では構成委員に含まれていない所属機関の者も構成委員に含まれている場合があった。また、個別検証や概観検証においては構成委員を固定せず、事例に応じてその専門性を考慮し、出席を依頼するという形態をとる自治体も見られた。

表 26 A の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健行政	児童福祉	保育教育	消防救急	警察	検察司法	その他行政	その他関係団体	研究班・学識者
推進会議	9 人	3 人	1 人	6 人	1 人	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人
スクリーニング 個別検証 ¹⁾	1 人	2 人	0 人	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
概観検証	3 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人
政策提言	開催なし									

1) 同会議体にて実施

表 27 B の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健行政	児童福祉	保育教育	消防救急	警察	検察司法	その他行政	その他関係団体	研究班・学識者
推進会議	開催なし									
スクリーニング	3 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人
個別検証 概観検証 ¹⁾	14 人	0 人	2 人	1 人	1 人	2 人	1 人	0 人	1 人	0 人
政策提言	2 人	4 人	1 人	1 人	0 人	1 人	0 人	1 人	0 人	0 人

1) 同会議体にて実施

表 28 C の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	6 人	3 人	1 人	1 人	1 人	2 人	1 人	2 人	4 人	4 人
スクリーニング	準備中									
個別検証	準備中									
概観検証	準備中									
政策提言	準備中									
その他 ¹⁾	6 人	3 人	1 人	1 人	1 人	2 人	1 人	2 人	4 人	4 人

1) キックオフミーティング

表 29 D の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	6 人	6 人	4 人	1 人	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人
スクリーニング	3 人	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
個別検証	5 人	4 人	1 人	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
概観検証	開催なし									
政策提言	開催なし									

表 30 E の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	4 人	4 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
スクリーニング	9 人	2 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
個別検証 ¹⁾	11 人	4 人	7 人	4 人	0 人	4 人	0 人	1 人	0 人	0 人
概観検証	8 人	3 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
政策提言	13 人	5 人	2 人	2 人	1 人	2 人	1 人	0 人	1 人	0 人

1) 個別検証の際に、推進会議の役割を持つ会議を同時開催

表 31 F の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	10 人	2 人	2 人	3 人	0 人	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人
スクリーニング	5 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人
個別検証	5 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人
概観検証	5 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人	1 人	0 人	0 人	0 人
政策提言	開催なし									

表 32 G の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	5 人	2 人	1 人	3 人	2 人	2 人	0 人	4 人	0 人	0 人
スクリーニング	準備中									
個別検証	準備中									
概観検証	4 人	0 人	1 人	1 人	2 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人
政策提言	準備中									
その他 ¹⁾	4 人	0 人	1 人	1 人	2 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人

1) 情報収集及び検証の流れ等の意見交換

表 33 H の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	7 人	1 人	1 人	1 人	1 人	1 人	0 人	9 人	2 人	3 人
スクリーニング	3 人	1 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	4 人	5 人	0 人
個別検証 概観検証 ¹⁾	8 人	3 人	1 人	2 人	0 人	2 人	4 人	2 人	6 人	4 人
政策提言	3 人	4 人	1 人	1 人	0 人	0 人	1 人	2 人	3 人	4 人

1) 同会議体にて実施

表 34 I の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	18 人	6 人	1 人	4 人	0 人	4 人	1 人	10 人	6 人	0 人
スクリーニング	2 人	3 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
個別検証	5 人	5 人	2 人	1 人	2 人	2 人	1 人	0 人	0 人	0 人
概観検証	8 人	10 人	1 人	1 人	0 人	2 人	1 人	0 人	0 人	0 人
政策提言	8 人	10 人	1 人	1 人	0 人	1 人	1 人	0 人	0 人	0 人
その他 ¹⁾	2 人	4 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人
その他 ²⁾	9 人	4 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人	0 人

1) 年度初めの事業打合せ 2) R5 年度の方針確認や現状と課題のすり合わせ

表 35 J の各会議体構成委員の所属機関分布

構成機能	構成者の所属機関(最大参加人数)									
	医療	保健 行政	児童 福祉	保育 教育	消防 救急	警察	検察 司法	その他 行政	その他関 係団体	研究班・ 学識者
推進会議	10 人	3 人	2 人	0 人	0 人	1 人	1 人	0 人	0 人	1 人
スクリーニング	開催なし									
個別検証	10 人	3 人	2 人	0 人	0 人	1 人	1 人	0 人	0 人	1 人
概観検証	開催なし									
政策提言	10 人	3 人	2 人	0 人	0 人	1 人	1 人	0 人	0 人	1 人
その他 ¹⁾	0 人	11 人	0 人	2 人	0 人	0 人	0 人	2 人	0 人	0 人

1) 提言に対する取組の把握と対応策の検討（庁内連携会議）

3.3 検証の実施方法：スクリーニングにおける検証要否の判断基準について

令和 5 年度の事業実績報告書においては、検証の実施方法の中でもとくにスクリーニングにおける検証要否の判断基準についての項を設けた。全事例対象型および検証票 C1 型（注 1）の大きくふたつに分けられた。なお、スクリーニング方法が決まっていなかったため未記載の自治体もあった。全事例対象型は、こどもの死亡数が比較的少ない自治体に該当し、今後大都市圏などで実施される場合などの検討も必要になってくると考えられた。

表 36 検証の実施方法：スクリーニングにおける検証要否の判断基準

分類	都道府県	内容
全事例対象型	3 自治体	各事例の特色に関わらず、全事例を個別検証の対象とする
検証票 C1 型 （注 1）	6 自治体	検証票 C1 に従って、以下のいずれかに当てはまるものを検証の対象とする ・死亡再分類に死亡診断書等との齟齬などなんらかの懸念がある ・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 ・死亡経過に外因の関与がある ・養育要因の判別が「明らかに虐待」または「養育不全の要素がある」である ・環境要因の判別が「養育困難」である ・予防可能性が「高い」または「あり」または「低い」である

※1 自治体は検討中

注 1：検証票 C1 とは、死亡調査票の中の選定（スクリーニング）票のこと。

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0d3f57c1-87bb-4e79-bc45-f77366952855/79980c6a/20230401_policies_boshihoken_child-death-review_04.pptx

3.4 CDR モデル事業における課題及び解決案について カテゴリーごとのまとめ

令和 5 年度 CDR モデル事業における課題及び解決案について、様式のカテゴリー（1. 推進会議や多機関検証 WG 等の委員・オブザーバーの選定について、2. 推進会議や多機関検証 WG 等の委員・オブザーバーの所属元への説明について、3. 遺族の同意取得について、4. 関係機関からの情報提供について（調査票の回収等）、5. 提供された情報の管理・取り扱いについて、6. 推進会議の開催や運営について（会の運営、進行等）、7. 多機関検証 WG の開催や運営について（会の運営、進行等）、8. 都道府県民への周知について、9. その他）ごとに記載された内容を下記に示す。

記載件数がもっとも多かったカテゴリーは「3. 遺族の同意取得について」（9 件）であり、記載された困難・課題に対して対応策を実施している状況でも、引き続き同意取得に苦慮する様子が伺われた。また、他のカテゴリー（4. 関係機関からの情報提供について、7. 多機関検証 WG の開催や運営について）に分類された困難・課題に、同意を得られないことに起因する課題も含まれていた。次に記載件数が多かったカテゴリーは「4. 関係機関からの情報提供について（調査票の回収等）」（8 件）であり、このうち対応が実施されている件数は 4 件であった。

一方、「1. 推進会議や多機関検証 WG 等の委員・オブザーバーの選定について」や「2. 推進会議や多機関検証 WG 等の委員・オブザーバーの所属元への説明について」の困難・課題を報告した記載は 1 件、0 件と少なく、特にモデル事業開始後数年目となる自治体にとって、事業の体制整備に係る困難が減ったと考えられた。

「3. 遺族の同意取得について」、「4. 関係機関からの情報提供」「8. 都道府県民への周知」「9. その他」に関する困難・課題については、解決策として、法的な制度化後の対応を検討する等も含まれており、これらの意見・現状は令和 4 年度事業報告から継続していた。

1. 推進会議や多機関検証 WG 等の委員・オブザーバーの選定について

生じた困難・課題	解決策等	解決策を踏まえて実施した対応
【教育関係者の委員参加 1件】 ■ CDR 関係機関連絡調整会議において、教育関係者にも意見を求めるのが望ましい。	■ 教育委員会の職員に、多機関検証委員会に出席していただいているところであるが、検証結果の報告書案を取りまとめる CDR 関係機関連絡調整会議についても、教育関係者の委員委嘱（任命）を検討する。	■ 令和5年度から、検証結果の報告書案を取りまとめる CDR 関係機関連絡調整会議についても、教育関係者に委員委嘱（任命）し、会議に参加していただくこととした。

2. 推進会議や多機関検証 WG 等の委員・オブザーバーの所属元への説明について

報告自治体なし

3. 遺族の同意取得について

生じた困難・課題	解決策等	解決策を踏まえて実施した対応
【同意取得の全体的な困難 3件】 ■ 同意が得られなかった案件があった。 ■ 全ての症例について遺族の同意を取得することは、困難である。 ■ 現在、7割位の同意が取得できている。今後事例により取得	■ 同意取得方法について検討する。 ■ 令和5年度も、他府県の状況を参考に、引き続き検討をしていく。 ■ 同意取得が始まったばかりであるの	■ 担当医師から遺族に説明を行っている。 ■ 引き続き検討しているが、全ての症例について遺族の同意を取得することは、困難である ■ 同意取得の方法を継続している。

が難しくなると考える。	で、今の方法を継続して、取得方法を再検討する	
【死亡直後の同意取得困難 1 件】 ■死亡直後に保護者に説明と同意を行うことが難しいとの意見が臨床現場から出された。後日、返送してもらえるように説明書一式を手渡すこともはばかれる、との意見が医師から出されている。	■死亡後に時間が経過してから、保護者側から事務局あてに同意書を送付してもらえるようにしたが顕著な増加はみられていない。なお、事業説明書類を手渡す際に、あわせてグリーフケアに関するリーフレットを手渡すことで、医師の心理的負担が緩和されるのではないかと考え、次年度は相談窓口等を記載したリーフレットを作成し、配布することとした。	■令和5年度に相談窓口等を記載したグリーフケアリーフレットを作成し、同意書等一式書類と一緒に医師から手渡ししている。
【時間経過による同意取得困難 1 件】 ■担当医および事務局から同意を得るにしても、時間が経過しており、取得しにくくなっている	■死亡時になるべく、担当医から同意取得を試みる	■対象期間外の事例で、死亡直後に遺族に同意書取得をお願いし、取得できた事例があった
【CDR 検証のために十分な法整備の必要性 4 件】 ■現在、都道府県 CDR モデル事業の手引き(2 版)(厚生労働省)により、死亡したこどもの遺族から CDR への協力について同意書を取得して事業をすすめているが、こどもの死亡に立ち会う医師が必ずしも CDR を十分理解しているとは限らず、同意そのものを取得し忘れたり、また同意を取ることに慣れていない	■マルトリートメント事例や事故の事例などは、親族が検証をさける可能性が高い為、同意が得られない可能性が高い。この為、本来の CDR の目的が達成できない可能性がある。是非同意を	

などの状況がある。また、不適切育児を行っている保護者などは、CDR 検証により自らの養育不全を問い詰められるのではと考える可能性があり、CDR に同意しないことが予測される。 (1)遺族等の範囲が明確でない。 (2)個人情報保護法を考慮しているのならば、誰か一人が同意すれば親族皆の情報を取得できるのかという疑義が生じる。 (3)仮に全員の同意が必要となるならば、全員に同意を取得するのはそもそも不可能。また同意、不同意が混在した場合は十分な情報を取得できないし、乳幼児の場合はどうするのかの課題がある。 (4)当初、治療前のインフォームドコンセントに準じて、同意を取ることだったがインフォームドコンセントは患者一人について患者個人または親権者に対して行うものであるため、CDR の情報取得とはまったく異なるものである。 (5)一時保護中、施設入所中、別居中、親以外の親族が養育している場合の同意取得について考慮されていない。 (6)医療機関を受診せずに死亡確認されたものは同意を取れない。 以上から、CDR の悉皆性が維持できない問題や、本来検証しなければならない事例を検証ができない可能性があることや、同意書の取得の理論構築が不十分であることから、同意書の取得が不要になるよう法整備が必要である。 ■遺族不在などの様々な事情により、遺族から意向を確認する	取得しないで実施する方法を再考頂きたい。 ■情報提供依頼を受けた機関が、遺族	■対応困難だった。
--	--	------------------

ことが難しい事例がみられた。 ■死因が虐待によるものと判断された場合は同意を得ずに情報収集・検証を行うことが可能とされているが、虐待と判断でき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場合等も、同意が得られる可能性が低いうえ、ある程度の資料がなければそもそも虐待かどうかの判断を行うことができない。 ■虐待や不適切な養護に起因した死が疑われる場合には、保護者の同意を求めることに合理性はないと考える。 異状死においては、司法機関の検視や死体見分、死体検案や法医解剖などの手続きを経て死因が明らかにされる。したがって、この過程で得られた情報を収集することは、死に至った経緯を明らかにするうえで必須である。これらの手続きの一部は刑事訴訟法に拠るものが含まれるが、同法が関与する情報を除外することは CDR の目的達成を阻害することになる。	の意向確認を経ることなく、情報提供の義務を課すという法整備を行っていただきたい。 ■個々の遺族（保護者）の同意なしに情報収集が可能となるような制度化の検討が望まれる。情報の収集においては、関連医療機関からの情報のみならず、教育機関、福祉機関などからの情報などを幅広く収集する。	■同意が取得できるよう、取り組みの検討を行ったが、個人情報保護法という国の法律であることから、県で検討・実施することには限界がある。
---	--	---

4. 関係機関からの情報提供について(調査票の回収等)

● 生じた困難・課題	● 解決策等	● 解決策を踏まえて実施した対応
【同意がないことによる情報提供困難 3 件】 ■ 同意が得られなかった案件については、情報が得られなかった。 ■ 医療機関以外の情報提供を得るための同意書を取得できていない。また、病院長時心肺停止例では、担当医との信頼関係も薄く取得しにくい。 ■ 全ての症例について遺族の同意を取得することは、困難である。	■ 同意取得の方法について検討する。 ■ 法的根拠が必要である。特に、CDR を必要とする事例では、法的根拠なしでは取得は不可能に近い。 ■ 引き続き、予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業における個人情報取扱規程に基づき、提供された情報の管理・取扱いを行う。	■ 担当医師から遺族に説明を行っている。 ■ 予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業における個人情報取扱規程に基づき、関係機関から情報提供を受けた。
【一部機関の情報提供の差し控え 3 件】 ■ 情報収集するにあたり、機関によっては、一部又は全部の情報の提供を控えるとの回答があった。 ■ 一部の機関において、調査票の返送が滞ることがあった。	■ 情報提供いただけるよう、CDR の意義について周知に努める。また、関係する中央省庁間での合意形成を図り、情報提供することの理解を得るよう努めていただきたい。 ■ 直接依頼を行う。 ■ 学校に関しては、要綱、要領の説明、個人情報の取扱等の説明で理解を促す。警察庁など国の各省庁の連携により、CDR	■ 対応が困難だった。 ■ 当該機関の医師に直接電話で提供を依頼することで解決した。

	の情報提供をスムーズにして欲しい。	
【死亡小票申請・提供上の困難 2 件】 ■死亡小票を取り扱うには、統計法に基づく調査票情報の閲覧などに関する申請が必要であるが、手続きが煩雑で、また厚生労働省の事前審査から承認までに期間を要する。 ■保健所からの死亡小票の連絡が遅い。コロナ等で保健所は多忙を極めており、仕方がないと思うが。なお、病院で死亡した症例が上って来ないことがある。	■死亡小票の目的外使用申請に係る事務手続き等の在り方を改善していただきたい。 ■なるべく早く、連絡をお願いする。	■コロナに対する業務が減少しているので、速度と正確性の向上が見込まれる。

5. 提供された情報の管理・取り扱いについて

生じた困難・課題	解決策等	解決策を踏まえて実施した対応
【取り扱いの難しさによるエラーの可能性 2 件】 ■ヒューマンエラーが生じる可能性がある。 ■個人情報保護の観点から、多岐にわたる機関より紙媒体で情報を収集しているが、処理が煩雑である。	■複数の職員で書類等の確認、鍵の確認等 ■安全かつ迅速に情報を収集するとともに、それらの情報を管理・分析することができる、オンラインシステム等の導入を検討していただきたい。	■同左 ■対応が困難だった。

6. 推進会議の開催や運営について(会の運営、進行等)

生じた困難・課題	解決策等	解決策を踏まえて実施した対応
【運営上のトラブル 2 件】		

■Web 参加者の声が聞こえない場面があった。 ■コロナ禍で感染対策に十分配慮した上で、すべての会議を対面で開催した。結果として、広い会議室が必要となり確保が困難となった。 【開催回数の不足 1 件】 ■十分な回数の開催が出来なかった。	■参加者が使い慣れているシステムを使用する。 ■ホテル等幅広く貸会議室を検索する。 ■開催回数を増やす。	■参加者が使い慣れているシステムを使用した。 ■ホテル等幅広く貸会議室を検索したことで、十分なスペースの会議室を確保できた ■定期的開催を目指す
--	---	---

7. 多機関検証 WG の開催や運営について(会の運営、進行等)

生じた困難・課題	解決策等	解決策を踏まえて実施した対応
【運営上のトラブル 2 件】 ■Web 参加者の声が聞こえない場面があった。 ■個別検証は、遠方の委員の場合参加が負担になることもある。 【同意がないことによる検証の困難 1 件】 ■同意書の必要性があり、多機関検証を行うべき症例の同意書の取得が困難となっている。 【多機関検証 WG の充実 1 件】 ■これまで3年間の検証は、個別検証、概観検証	■参加者が使い慣れているシステムを使用する。 ■個人情報の扱いに留意しながら、オンラインで情報のやり取りが可能になるシステムを国として開発していただきたい。 ■法的根拠が必要である。特に、CDR を必要とする事例では、法的根拠なしでは同意書の取得は不可能に近い。 ■これまで検証した事例について、次年度以降、	■参加者が使い慣れているシステムを使用した。 ■立法府に CDR の重要性を認識していただき、一刻も早い法案化が望まれる。 ■引き続き検討を進めていく。

にとどまっているが、より多面的に検討していくのが望ましい。	必要に応じて専門家の意見を伺う専門検証の実施を検討していく。周産期医療協議会等、県が行う他の会議や研修との連携を検討していく。	
-------------------------------	---	--

8. 都道府県民への周知について

生じた困難・課題	解決策等	解決策を踏まえて実施した対応
【周知の未実施・不足 3 件】 ■まだ十分な理解が得られているとは言えない。 ■不十分と言わざるをえない。 ■引き続きモデル事業のため、都道府県民への積極的な周知は行っていない。	■個人情報に配慮して、マスコミ、ホームページ、各種会議の場を利用して啓発する。 ■コロナに関心が向いており、少子化対策の一つとして CDR を位置づける ■引き続きモデル事業のため、都道府県民への積極的な周知は行っていない。	■同左 ■あらゆる機会を通して CDR の重要性を広報する ■正式に制度化されてから、広く周知していく。

9. その他

生じた困難・課題	解決策等	解決策を踏まえて実施した対応
■PC 上に情報を残さないために全て手書きにしている。このため、取扱いが難しいし、概観検証用には、データを使わず作成しなおさなければならないため、間違いが発生する可能性あり、労力もかかる。	■個人情報の扱いに留意しながら、オンラインで情報のやり取りが可能になるシステムを国として開発していただきたい。	

■ 予防可能なこどもの死亡をなくすためには、検証結果や提言内容を施策に反映していく必要がある。 ■ 希少な死亡事例について都道府県単位で検証し予防策を検討する場合、個人が特定されることが懸念される。いっぽうで、分析事例は多いほど正確な判断につながる。 ■ CDR の実施に際して、遺族心情への配慮との両立が難しい。 ■ 成育基本法は令和元年 12 月 1 日に施行され、CDR は法施行後 3 年をめどに検討を加えることとされているが、今後の見通しが不明瞭である。 ■ R3 年度は在胎 22 週以降の死産も調査対象としていたが、前向き調査では医療機関からの報告があったのは 1 件のみであった。死亡小票では死産の対象者の抽出が不可能であるため、後向き調査を行うことができなかった。 ■ CDR のスクリーニング基準があいまいである ■ CDR と個別検証の意味において医師の間で混	■ 国においては、各自治体で予防策を講じるために要する予算措置を行っていただきたい。 ■ とくに希少事例から導き出された予防策や全国共通の施策などについては、必要に応じて国でとりまとめたうえで対策を講じていただきたい。 ■ CDR の体制を整備するだけでなく、死亡直後から保護者や兄弟姉妹などに対して、グリーフケアが継続的に提供されるような体制構築を図る必要がある。 ■ 今後の事業展開に向けて当面の課題と見通しを示していただきたい。 ■ 産婦人科施設に CDR モデル事業に関する周知を徹底、協力依頼を行う。 ■ 日本小児救急医学会および日本小児科学会で重症登録委員会で作成された検証を行うための基準を利用する。 ■ 医師の多くは小児の死亡例は検証が必要と考	■ 既存の予算の範囲で可能な部分に対応した。 ■ 対応が困難だった。 ■ 医師会、病院協会を通じて、本事業の周知と協力依頼を行った。 ■ この基準を用いれば全国に統一した基準で、検証スクリーニングを実施できる ■ 全例において個別検証をする場合、多
--	---	---

乱がある。 ■こどもの自殺事例については、学校においても調査が行われることとなっていることから、CDRにおいて個別検証を行う場合には、教育分野で行う調査との関連を踏まえた手引きのようなものがあるとよい、との意見がCDR推進会議において出されている。	えている。CDRは小児の死亡を減らすこと、予防対策を立てることにある。一方、医師は死亡原因を明らかにすることで発見や治療法の改善を願っている。	機関によるもの、医師によるものに分けて、多機関によるものがCDRの対象となる。
--	--	--

3.5 令和 5 年度の CDR 体制整備モデル事業の実施を通じて感じていること

令和 5 年度の CDR 体制整備モデル事業の実施を通じて感じた効果や、CDR を実施してよかったことなど、事業を実施して感じていることに関し、記載された内容を下記にまとめた。

各自治体が現時点で特に感じていることを自由記載で収集したため、記載内容は多岐にわたっていたが、体制整備初期段階にある自治体と何年か経験した自治体では視点も違う。またこうした記載内容は、体制整備の進行状況により徐々に変化すると考えられ、これから事業に着手する自治体にとっても大いに参考となるであろう。

【体制整備全体】

- 初年度は具体的な事業スキームの構築や個人情報の考え方の整理を実施し、年度末までに情報収集の取組を開始することができた。また、年度末に各会議を開催し、情報収集・検証の進め方や自治体内のこどもの全死亡に関する傾向等について、各分野の専門家から様々な意見や見解をいただき、CDR に関する関係機関の理解と協力を得ながら事業を進められたと考えている。
- 他の自治体の状況や国における本事業の取りまとめを踏まえて、今後本県における適切な体制づくりを検討していく必要がある。
- 同意書がない事例こそ児童虐待の疑い事例などの行政が介入すべき案件である場合が多いのではないかと。
- 通常、亡くなった事例について他機関からの詳細情報を把握する機会はないため、死亡事例に直接関与していた担当者は、かかわりの経過の中で気にかかっていたことがあったとしても、多機関による議論の場は得られない。CDR 事業による個別検証会議では、多角的な情報を共有することで自機関の対応を冷静に振り返り、自ら改善点に気づいていることが有益だと感じた。県全体の改善策にまで至らなくとも、各機関において、それぞれの対応や取組を改善しようとするきっかけとなっていることが感じられた。また、個別検証の参加者は当該地域の現場担当者であり、死亡事例以外の事例の経験も含めて、日頃感じている地域の課題や現施策（事業）では不十分なことなどが具体的に話し合われ、他の機関の役割や現状を知ること、連携しやすくなるのではないかとと思われる。

【情報収集】

- 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、課題も明確になっている。

【検証】

- それぞれの立場から意見交換を行う機会をスムーズに設けることができ、また「こどもの死」という同じテーマで意見交換を行うことで、お互いの立場も含めて理解を深める

ことができたと感じている。

- 検証票 C1（注 1：再掲）では、個別検証もしくは専門検証への整理を推奨しているが、専門検証についてマニュアルではほとんど触れられておらず、専門検証とした場合、今後どのような対応をすれば良いか分からない。
- ・検証票 C1 では、「チェックがひとつでもあれば、検証を検討する」とあるが、予防策が医療技術の進歩のみである場合、何を検証するのか。

【予防策・提言】

- 検証で出された提言を実行するにあたり、都道府県担当課だけでは対応しきれないことが多くある。
- 提言書による各部局の取組・CDR の実施を通じ、都道府県担当課と委託先医療機関ほか関係機関との連携が深まっている。制度化にあたってはほぼ現行体制のまま臨むことができるものと考えている。

【周知・啓発】

- 推進会議において、CDR の理解が進んでいないため積極的に広報すべきとの意見が出され、少なくとも医師会会員には小児科医以外も含めて周知すべきとのことから、都道府県医師会が主体となり令和 6 年度に都道府県医師会会報にて CDR のチラシを会員向けに配付されることとなった。

注 1（再掲）：検証票 C1 とは、死亡調査票の中の選定（スクリーニング）票のこと。

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0d3f57c1-87bb-4e79-bc45-f77366952855/79980c6a/20230401_policies_boshihoken_child-death-review_04.pptx