

「令和 4 年度予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業」

参加自治体による事業実績報告書および事後評価のまとめ

令和 5 年度予防のためのこどもの死亡検証に関する体制整備等に係る業務一式
業務報告書

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. 令和 4 年度モデル事業の概要
2. 令和 4 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 モデル自治体の人口およびこどもの人口
 - 2.1.2 モデル自治体の令和 4 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 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 スクリーニング事例の年齢別件数
 - 2.3.2 令和 4 年度 CDR 体制整備モデル事業における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 死亡調査票の記載事項について
 - 2.6 予防策の提言等について
 - 2.6.1 取りまとめた死亡予防策カテゴリーごとの集約
 - 2.7 令和 3 年度までの CDR 体制整備モデル事業による予防策の実施状況について
3. 令和 4 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 関係機関からの情報提供について
 - 3.4 CDR 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 4 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. 令和 4 年度モデル事業の概要

令和 2 年度から始まった「予防のための子どもの死亡検証（Child Death Review）体制整備モデル事業（以下、モデル事業）」も 3 年目を迎えた。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。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、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 4 年度は、8 道府県（北海道、福島県、群馬県、山梨県、三重県、滋賀県、京都府、香川県）にてモデル事業が実施された。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、その他の 6 府県は令和 2 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 4 年度のモデル事業を終え、各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。また、令和 4 年度には、各自治体における同意の取得状況の把握が注視された。厚生労働省母子保健課より各自治体に対して、関連する情報の整理と提出が依頼されており、本報告書では、それらの状況についても整理をおこなった。

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 4 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 モデル自治体の全年齢およびこどもの人口（令和 3 年）

令和 4 年度にモデル事業を実施した 8 道府県における、令和 3 年時点の全年齢人口および 0-19 歳人口をまとめた（表 1、数値はすべて自治体報告書原文のままであり、出典元が異なる）。全年齢人口、0-19 歳人口ともに山梨県が最少であり、北海道が最多であった。

表 1 モデル自治体の全年齢およびこどもの人口（令和 3 年）

	北海道	福島県	群馬県	山梨県	三重県	滋賀県	京都府	香川県
全年齢人口（人）	5183687	1833152	1926267	821094	1755415	1409157	2561000	942035
0-19 歳人口（人）	763755	287332	309035	133870	287428	259999	408000	154691

2.1.2 モデル自治体の令和 4 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 の通りである。スクリーニング開始時期は令和 4 年 5 月から令和 5 年 2 月にかけてと幅があった。また推進会議の開催時期も、年度前半および後半に行う自治体があった。前年度からの事業の継続のため、前年度の検証事例を扱った会議が年度前半に開催されたためと考えられる。

図1 令和4年度実施スケジュール

凡 例	推進会議：★
	多機関検証（スクリーニング）：●
	多機関検証（個別検証）：○
	多機関検証（概観検証）：◎
	政策会議：◆
	その他：▲

	令和4年									令和5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	①①①②②①② ★●○●○◎★											
B	①①①②② ○◎★○○★											
C	① ★	②①②③④⑤⑥⑦①① ★○○○○○○◎◆										
D	①①①②①②③④③④⑤①⑤⑥⑦⑧⑥②⑨③ ▲●▲★●○○●●○○○○●○○○○●○○○○											
E	①①①②②③③④①④⑤⑤②② ●★○●○●○●◆○○●○◆★											
F	①②③④ ▲▲▲▲											
G	① ●★											
H	①①②②① ●○○◎●○○▲											

2.2 モデル自治体の情報収集方法

死亡発生後、CDR の同意取得・情報収集がどのように開始されるかは、各モデル自治体により異なるが大きく 2 つに分けられる。

【①死亡した子どもの遺族からの同意取得・情報収集で開始される場合】

死亡確認は医療機関で行われることが多いが、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、同意取得まで至らなくとも、説明後に説明・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 事務局に郵送する。

【②保健所死亡小票の確認から、同意取得・情報収集を開始する場合】

CDR 事務局が保健所に赴き、死亡小票を確認し、所管内の事例について把握する。この場合、死亡発生から事務局の死亡把握には 2 か月以上たっていることが多いが、それは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。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事務局から同意取得を依頼する、または事務局が遺族に連絡をし、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>

- ・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。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、はがきを用いて 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、事務局が連絡し、同意取得を試みる。

- ・ CDR 事務局が死亡小票や自治体内の別の情報収集システムにより死亡把握をし、それらにより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。

2.2.1 死亡把握の対象期間と把握した件数等

令和 4 年度の CDR モデル事業で把握された死亡件数は合計で 200 件であった。件数は自治体によって 1 件から 54 件と幅がみられた。CDR では死亡発生から、死亡把握や検証実施まで時間を必要とする。そのため、令和 4 年度に CDR を実施した症例の、死亡を把握した期間（対象期間）は自治体によって異なっている。死亡把握の対象期間として、令和 4 年度（令和 4 年 4 月 1 日～令和 5 年 3 月 31 日）としているところが 3 自治体、令和 4 年（令和 4 年 1 月 1 日～令和 4 年 12 月 31 日）としているところが 3 自治体、令和 4 年 4 月 1 日～令和 4 年 12 月 31 日としているところが 1 自治体であった。また令和 4 年度上期から早めに検証をおこない、提言をとりまとめるための時間を確保するために、あえて前年度分（令和 3 年 10 月 1 日～令和 4 年 3 月 31 日）を対象としているところが 1 自治体あった。また、死亡調査票の提供以外での死亡事例の把握方法として、死亡小票、医療機関からの連絡があった。具体的な流れには、以下のようなものがある。

- ・ CDR 事務局は医療機関から事例発生の一報（電話連絡）を受け、その後同意書と死亡調査票が CDR 事務局へ郵送される。

- ・ 医療機関及び警察から遺族に CDR 説明書等の入った封筒を配布するが（説明を同時に実施）、配布した場合に CDR 事務局へ連絡（はがきを用いて）をしている。

- ・ 死亡小票を確認し、死亡調査票の提出がない場合は CDR 事務局から医療機関に問い合わせをしている。

また、死亡小票は死亡の傾向把握のためにのみ用いており、個々の事例の確認には用いない自治体もあった。

2.2.2 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、事前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、さらに自治体における個人情報保護に関連する委員会や審査会に諮問した自治体も複数あった。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が 4 つあった。CDR モデル事業独自の個人情報取扱要領の策定をおこなったり、規程の策定はしていないものの、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自治体が多くあった。

個人情報の保管に関しては、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などの工夫がなされていた。収集した個人情報の利用目的の周知・公表については、自治体ホームページへの事業要綱（事業内容）・提言書への掲載の他、死亡調査票依頼通知や同意書への事業内容の記載を行っている自治体があった。またポスターやリーフレットを自治体で作成し、関係機関で掲示したり配布したりする取り組みもみられた。

個人情報は、検証会議（推進会議、概観検証など）の資料とするタイミングで匿名化している自治体がほとんどであった。一方、死亡調査票・死亡台帳記載の際やスクリーニングをおこなう際に匿名化している自治体もあった。

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

令和4年度のCDRモデル事業において、175件の選定が実施された。前述の死亡把握件数は全自治体で200件であったが、選定に関しては、令和3年度の死亡把握症例が含まれていたり、令和4年度の死亡把握症例の選定や検証が次年度に持ち越しとなったりすることもある。そのため、令和4年度のCDRモデル事業において把握された死亡件数と選定された件数は比較できず、割合を算出することができない。

選定事例の年齢別件数では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、15-17歳、10-14歳であった（表2）。

表2 令和4年度CDR体制整備モデル事業における選定事例の年齢別件数

	0歳（うち新生児）	1-4歳	5-9歳	10-14歳	15-17歳	0-17歳
8自治体	76（35）	32	13	24	30	175

※ 選定の実施対象の定義は、自治体によって異なる。

2.3.2 令和4年度CDR体制整備モデル事業におけるスクリーニング事例の死因別件数

選定（スクリーニング）がおこなわれた8自治体計175例のうち、①病死・自然死が120例（68.6%）を占めた。不慮の外因死が15例（8.6%）、その他及び不詳の外因死が26例（14.9%）であった。自殺が22例（12.6%）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33.3%を占め、15-17歳では46.7%と最も多かった（表3）。

表 3 令和 4 年度 CDR 体制整備モデル事業における選定事例の死因別件数（8 自治体合計）

（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）

	① 病死・自然死	不慮の外因死							その他及び不詳 の外因死			⑫ 不詳の死	⑬ 分類不能	全死因
		② 交通	③ 転倒	④ 溺水	⑤ 火災	⑥ 窒息	⑦ 中毒	⑧ その他	⑨ 自殺	⑩ 他殺	⑪ 不詳			
0 歳	62	0	0	0	0	2	0	1	0	1	3	8	0	77
うち新生児	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35
1-4 歳	25	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0	31
5-9 歳	12	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
10-14 歳	12	1	1	2	0	0	0	0	8	0	0	0	0	24
15-17 歳	9	1	0	1	0	1	0	1	14	0	0	3	0	30
0-17 歳	120	3	1	5	0	3	0	3	22	1	3	14	0	175

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

○ 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4年度の自治体報告書では、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。自治体ごとに CDR 同意取得のために説明をする主体とそのタイミング、説明実施対象件数、こどもの保護者（遺族）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、CDR の説明ができなかった事例はその件数を表 4、5 にまとめた。また、同意取得における課題や、工夫などを表 6 にまとめた。

2.4.1 同意取得方法のまとめ

令和4年度のモデル事業の期間に同意取得のための説明が実施できた件数は127例であり、そのうち同意が得られたのは62例であり、48.8%にとどまっていた（表5）。令和4年度の CDR モデル事業で把握した事例数は8自治体200件であるが、説明できた事例には前年度から持ち越した事例も含まれるため、割合を算出することはできない（2.2.1 および 2.3.1 参照）。

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るが、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件数が特に多かった。警察による死亡確認がされた場合は、警察から CDR の説明がされていた（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た。後日死亡小票により CDR 事務局が死亡を把握し、CDR 事務局により説明・同意取得を実施された事例は34例あり、うち同意を得られた件数は2例（5.9%）と少なかった。

同意を得られた事例の死因には、特に傾向はみられなかった。医療機関での説明後、同意・不同意が保留となり、後日同意を得られたケースが3件あった。いずれの死因も病死・自然死（内因死）であり、以下表6の課題と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。

同意を得られなかった事例において、その理由としては、「医療に対する不信感」「家庭環境が複雑」といったものが挙げられていたが、多くは不明であった。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。

その他の事例の中で医療機関において CDR の説明ができなかった事例について、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、「死亡直後であり説明をすることが憚られた」「面談の機会を逸した」「家庭環境に配慮して説明をしなかった」等が挙げられていた。一方で、医療機関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みられた。また県外在住者の死亡事例、CDR 事務局と連携している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。CDR の説明ができなかった事例の死因に関しては、病死・自然死、交通事故、溺水、転倒・転落、自殺、不詳の死と多岐にわたっており、こちらも特別な傾向はみられなかった。

表 4 CDR に関する同意取得のための説明主体と説明実施のタイミング

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)	・ 死亡直後 ・ 死亡診断後 ・ 死亡時遺族へ経過説明を行った後 ・ 死亡診断後、解剖等の説明・同意を得るとき ・ 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 ・ 遺族が後日来院する際に（同意事例） ・ 死亡小票により死亡がわかった時点で、（事務局から）死亡を確認した医師に遺族への同意取得を依頼する
警察	・ 検視後
CDR 事務局 (委託先)	・ 事務局が死亡症例を確認したタイミング（死亡小票で把握）で、CDR 説明書と同意書をご遺族に送付 ・ 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。その結果、担当医ではなく事務局から説明を依頼された場合に行う

表 5 説明実施主体ごとの説明実施の有無と同意件数（8 自治体合計）

説明主体	事例数 ※1	説明できた事例※2					その他の事例※3
		説明 件数	同意あり		同意なし		把握件数
			件数	死因	件数	死因	
医師 (死亡確認した医師)	200	84	52	病死・自然死、交通事故 溺水、自殺、他殺 不詳の死	32	病死・自然死 自殺	57
警察		9	8	溺水、窒息、自殺 不詳の死	1	自殺	0
CDR 事務局 (委託先)		34	2	病死・自然死 溺水、窒息、自殺	32	病死・自然死、転倒・転落 中毒、自殺	17
合計		127	62	病死・自然死、交通事故 溺水、窒息、自殺、他殺 不詳の死	65	病死・自然死、転倒・転落 中毒、自殺	74

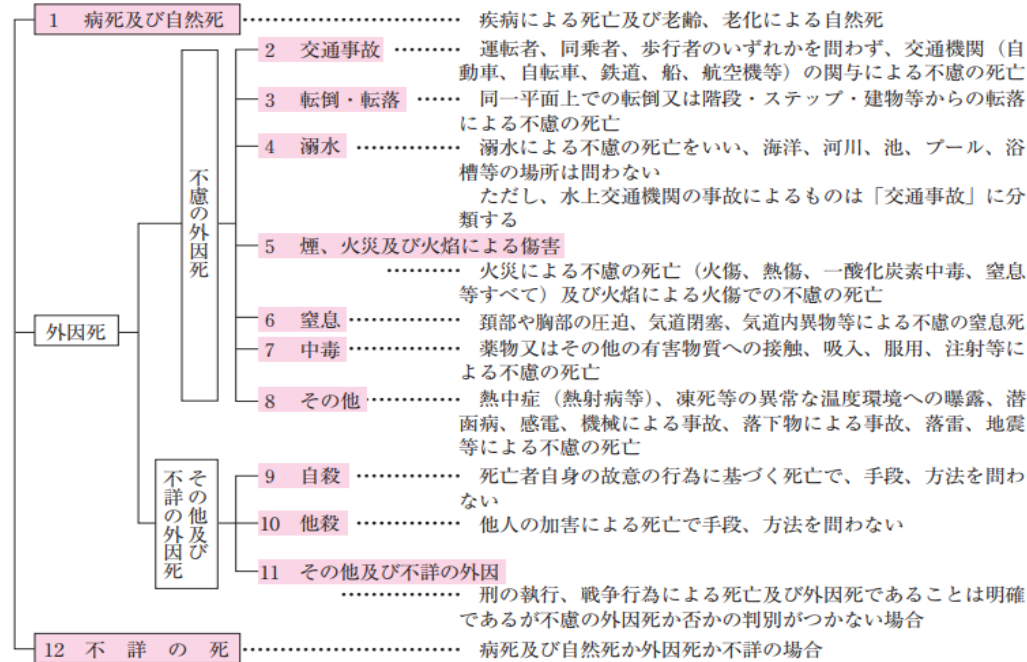
※1 今年度 CDR 対象として把握した全死亡数（2.2.1 参照）

※2 CDR の説明をできた事例として CDR 事務局が把握した件数

※3 CDR の説明をできなかった事例や説明の必要がないと判断された（説明・同意取得を実施しなかった）事例あるいは死亡小票で把握はしたが詳細は不明等の CDR 事務局が把握した件数

※4 ※2 や※3 の事例の中には、前年度から持ち越された事例も含まれているため、合計が※1 とは一致しない（2.3.1 参照）

○ 死因の種類の決め方



厚生労働省 医政局：令和 5 年度版死亡診断書（死体検案書）記載マニュアルより抜粋

表 6 CDR における説明・同意取得の課題と工夫

課題	工夫
・子ども亡くした直後の遺族は精神状態が不安定のため、CDR について説明しても遺族の同意を得ることが難しい場合がある	・死亡確認から数時間経過後に祖父母も交えて説明を行った場合に、同意が取れた
・死亡直後は説明困難であった ・遺族との関係性が構築できていない中での説明が困難 ・こどもの死を受け入れることも困難な状況下において、CDR の同意を取ることが難しい現状があった ・同意取得するには信頼関係につきる。しかし、CDR の必要な症例の多くは、信頼関係を築くための時間がないのが現状である	・遺族から同意書を後日郵送してもらう場合、事務局（自治体）ではなく遺族が信頼する医療機関へ郵送してもらうように手配した ・保護者の心理状況に配慮する ・遺族と信頼関係が構築されていた場合、それをもとに説得することができた ・担当医に対して CDR の意義を周知する
・死亡直後の説明の場では遺族は CDR への理解が十分ではなくても同意している可能性がある ・遺族との信頼関係が構築できていないので、遺族の見識に頼らざるを得なかった ・遺族との信頼関係が乏しいので、遺族に CDR の意義を理解していただくことが重要である	・CDR モデル事業用に作成した、CDR 説明文を活用している ・CDR の意義をあらゆる機会を通して広報していくべきであるが、死に関することなのでなかなか難しいので、まずは担当医に周知をするようにしている
・同意書の返送がない事例に関して、同意が確認できない ・転倒転落、自殺などの事故死は遺族の同意が得られにくい現状がある	・CDR 事務局から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 ・次年度における同意書等の記載方法を検討する
・とくに小児科以外の診療科の医師の CDR に関する理解不足 ・小児科医以外の医師や末端の警察官が同意取得について理解していない	・CDR を理解している小児科医師が、他科医師向けに CDR に関する説明文を用意し理解を促す

2.5 死亡調査票の記載事項について

CDR において検証を実施する際、関係機関より提出された死亡調査票の未記入箇所があったため、検証を十分に行うことができない点が課題として挙げられていた。そのため死亡調査票の未記入箇所についての詳細を、自治体報告書にて把握した（表 7）。モデル事業実施の 8 自治体のうち、3 自治体で死亡調査票の未記入箇所が「あり」、5 自治体で「なし」という回答が得られた。死亡調査票が未記入である理由に関しては、

- ・前段階として一部の関係機関を CDR に招集できていないこと。
- ・死亡小票では死亡したことが把握できたが、遺族から同意が得られていない（CDR が始まっていない）ので、情報収集ができないこと。
- ・自治体における個人情報保護に関連する委員会や審査会に諮問した結果、民間医療機関からは要配慮個人情報は収集しないという取り決めをしているため、未記入のまま提出されること。
- ・「CDR モデル事業の手引き第 2 版」に、一部の関係機関等は口頭での情報収集が推奨されており、死亡調査票には記載要求できないこと。

などが挙げられている。未記入箇所が「なし」と回答した自治体においては、今後は情報の粒度について検討する必要があると考えられた。

CDR の体制構築を目的としたモデル事業においては、各自治体での体制整備は徐々に進んできている。しかし、まだ関係機関との連携不足や、CDR の検証における情報収集において課題が散見される。今後、どのように関係機関との連携を図っていくか、そのうえで情報収集をスムーズに実施する方法について検討する必要がある。

表 7 収集した死亡調査票の未記入箇所

未記入である理由として考えられること	検証への影響
・同意が得られなかったことにより、こどもの情報以外は利用できないため ・自治体で策定した取り決めにおいて、民間医療機関からは家族に関する情報は未記入としているため ・教育機関からの情報提供が不可であったため ・警察からの情報提供は口頭のみに限られていたため ・個別検証後は死亡調査票を使わず、独自に作成したサマリーシートに概要をまとめて使用しているため	・情報が不十分なため、検証が困難 ・教育機関からの情報提供は検証において必要であった（今後組織横断的な検証が行えるよう提言を行った） ・PC 上に情報を残さないために全て手書きにしている。そのため取扱いが困難なことも多く、電子データを使えないため、一から作成し間違いが発生する可能性あり、労力もかかる。

2.6 予防策の提言等について

2.6.1 取りまとめた死亡予防策カテゴリーごとの集約

各予防策のカテゴリー（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）に対し、複数の予防策が取りまとめられており、挙げられた予防策が特に多いカテゴリーは、⑦自殺防止（15 件）、⑤周産期（12 件）であった。

一方、予防策の実行状況については記載がないカテゴリーも多く、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 4 件であった（表 8）。予防策を取りまとめ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。

表 8 令和 4 年度事業において取りまとめた死亡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
① 睡眠時の事故対応・防止	7	0	0
② 交通事故対応・防止	7	0	0
③ 水の事故対応・防止	4	0	0
④ その他の事故対応・防止	3	0	1
⑤ 周産期	12	8	0
⑥ マルトリートメント対応・防止	4	1	1
⑦ 自殺防止	15	0	0
⑧ その他	16	3	2

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たものを含む。

予防策の各カテゴリーで報告された具体的な内容は以下に示す。

① 睡眠時の事故対応・防止
予防策の内容 ● 乳児の睡眠環境の改善教育 ● SIDS のリスクファクターの啓発を出生前後に強化 ● 児の睡眠環境に起因した死を防ぐべく、主として助産師による適切な指導 ● 様々な機会や場所で保護者への注意喚起 ● 異常妊娠・異常分娩の早期発見、新生児蘇生法の普及 ● 市町村からベビーベッド貸し出しの啓発 ● 乳児を亡くした保護者について、個別に次子以降の予防策を講じる方法を検討
予防策の実行状況(あり) 記載なし
予防策の実行状況(令和 5 年度に対応) 記載なし

② 交通事故対応・防止
予防策の内容 ● 交通事故の多い学年や時期などをとらえた効果的な交通安全教育の推進 ● 子ども本人による「聞き書きマップ」の作成による防犯・事故防止学習 ● 学校と警察との連携による通学路における交通事故マップの作成 ● 発達に特性のある子どもに対する丁寧な指導 ● 自動車による歩行者・自転車の巻き込み事故防止の環境整備 ● ヘルメット・シートベルトなどの着用率が上がる取り組みの促進 ● 交通安全教室の効果の検証及びより細かい交通事故分析結果の提供
予防策の実行状況(あり) 記載なし
予防策の実行状況(令和 5 年度に対応) 記載なし

③ 水の事故対応・防止
予防策の内容 ● 死亡事例だけではなく重度障害を負った溺水例を把握する体制の整備 ● 家庭内溺水防止の啓発実施 ● てんかん患者及びその家族に対する日常生活指導(特に入浴) ● 10～30 歳代向けの心肺蘇生法を学習する機会の増加
予防策の実行状況(あり) 記載なし
予防策の実行状況(令和 5 年度に対応) 記載なし

④ その他の事故対応・防止
予防策の内容 (医療的ケア児) ● スクールバスを利用する際のガイドライン策定 ● 近隣の学校で受け入れる体制整備 ● 訪問教育や家庭での学習支援の充実
予防策の実行状況(あり) (医療的ケア児) 記載なし
予防策の実行状況(令和 5 年度に対応) (医療的ケア児) ● 福祉車両により医療ケア児が通学できる環境の整備

⑤ 周産期
予防策の内容 ● 未受診妊婦の早期発見と介入 ● 妊娠 SOS 等を通じた未受診妊婦の支援 ● 都道府県境を超えた特定妊婦等の情報共有の仕組みづくり ● 医療情報を提供する共通なツールの作成 ● 授業における性感染症予防の学習を含めた包括的性教育の推進 ● 教育を受ける機会が少ない若年層に対する行政による教育啓発・相談支援 ● パートナーサービスプログラムの推進 ● 心理職配置による心理的ケアの充実 ● 新生児周産期医療の充足に向け、拡充（マンパワー、人材交流、医療機器等） ● 出生前診断に関する専門的な相談支援の充実 ● 最新の胎児心疾患スクリーニングの普及 ● 乳児早期の死亡事例発生時の出生医療機関との情報共有や意見交換
予防策の実行状況（あり） ● 妊娠 SOS を通じた医療機関受診 ● 妊娠 SOS を通じた未受診妊婦の医療機関同行支援を実施 ● リスクの高い妊娠への高度医療を行う医療機関に人件費を補助 ● 授業や医師による講義等により性知識の普及啓発を実施 ● 新生児周産期医療に必要な、産科医の維持、確保に補助金対応 ● NICU に対応する医師に手当を支給する医療機関に補助金対応 ● 蘇生ガイドライン 2020 の勉強、身体損傷の診察のポイントの研修 ● 助産師職能による NCPR B コースの実施により年 10 人の育成を継続
予防策の実行状況（令和 5 年度に対応） 記載なし

⑥ マルトリートメント対応・防止
予防策の内容 ● こどもの状況に応じた、早期からの結婚、妊娠・出産、子育てに関する正しい知識の普及 ● 妊娠期から継続的に支援ができる相談体制の整備 ● 特定妊婦対応における評価体制の質向上/均霑化と、出産後の継続支援体制の強化 ● トラウマの観点を持ち、親のリスクの客観評価を行う体制の整備と、支援的な関わりを持つことが出来る援助技術講習の実施
予防策の実行状況(あり) ● 「出産・子育て応援交付金事業」において、市町が妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、必要な支援につなぐ伴走型相談支援のための研修開催
予防策の実行状況(令和5年度に対応) ● 若者世代に対する専門家による出前講座を実施し、妊娠・出産に関する正しい知識の普及啓発、妊娠・出産についての将来のライフデザインを考える機会を提供

⑦ 自殺防止
予防策の内容 ● 家庭基盤の弱い家族に対する、胎児期・乳幼児期から思春期の家庭支援体制の充実 ● 困難を抱えた子どもとその家族の早期把握、相談体制整備、アウトリーチ支援 ● 子どもを指導する際の留意点に係る周知啓発 ● ゲートキーパーに関する周知啓発 ● SNSによる匿名支援の積極活用と対面支援の支援体制の構築 ● 自殺ハイリスク者への支援・相談体制の整備 ● 大学における「子どものこころ診療センター」の設置 ● CDR やその他で得られた情報を集約し、有識者による振り返り会議の開催 ● 連携体制の構築 ● 地域社会と連携した安全な居場所づくり ● 一般小児科医・救急科医が精神医療に繋がるまでの高リスク児のフォロー体制構築 ● 自殺未遂児を要支援児童とし、要保護児童地域対策協議会を活用 ● 救急外来を受診した自殺未遂者のフォロー体制の構築 ● トラウマインフォームドケアの啓発 ● 自殺ホットスポットへのアクセスの制限
予防策の実行状況(あり) 記載なし

⑧ 自殺防止
予防策の内容 ● 家庭基盤の弱い家族に対する、胎児期・乳幼児期から思春期の家庭支援体制の充実 ● 困難を抱えた子どもとその家族の早期把握、相談体制整備、アウトリーチ支援 ● 子どもを指導する際の留意点に係る周知啓発 ● ゲートキーパーに関する周知啓発 ● SNSによる匿名支援の積極活用と対面支援の支援体制の構築 ● 自殺ハイリスク者への支援・相談体制の整備 ● 大学における「子どものこころ診療センター」の設置 ● CDR やその他で得られた情報を集約し、有識者による振り返り会議の開催 ● 連携体制の構築 ● 地域社会と連携した安全な居場所づくり ● 一般小児科医・救急科医が精神医療に繋がるまでの高リスク児のフォロー体制構築 ● 自殺未遂児を要支援児童とし、要保護児童地域対策協議会を活用 ● 救急外来を受診した自殺未遂者のフォロー体制の構築 ● トラウマインフォームドケアの啓発 ● 自殺ホットスポットへのアクセスの制限
予防策の実行状況(あり) 記載なし
予防策の実行状況(令和 5 年度に対応) 記載なし

2.7 令和3年度までのCDR体制整備モデル事業について

令和3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、5自治体から報告された件数を表9にまとめた。記載のあった予防策は、自治体によって1～15件と幅があった。例えば15件と報告した自治体では、約半数を当該年度中に実行、数件を次年度に対応を検討するなど、CDRをきっかけに多くの検討がなされていた。ほかの自治体でも、積極的に検討がなされているという結果であった。記載のない3自治体について、その理由は以下のとおりであった（ヒアリングより）。今後の検討課題と考えられる。

- ・多岐にわたる提言なので、施策への反映や管理については課題が多い。そのため今までは思いつく提言がすべて挙げられていたが、今後は実行可能性を配慮しながら提言を作る必要があるとの認識がある。
- ・関係部署と連携して強化・継続や周知の取り組みをしているが、特筆するほどではないと判断したため。
- ・予防策の検討まで事業が進んでいないため。

表9 令和4年度事業において取りまとめた死亡予防策の実行状況（5自治体合計件数）

	予防策の内容	予防策の実行状況			
		あり	令和5年度 に対応	対応しない	対応方針 未定
5自治体	33	14	5	0	14

3. 令和4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実施体制と各会議体の構成委員人数を表10に示す。全自治体において行政内の事務局が設置され、6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十数名～二十数名程の大人数で開催され、スクリーニングや個別検証は数名規模の開催であった。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 10 各自治体の事務局の実施体制と各会議体の構成委員人数

構成機能		主な役割	自治体の構成委員の人数(下限－上限)							
			A	B	C	D	E	F	G	H
事務局(行政)		会議開催、関係機関調整、報道対応等	6	3	3	5	4	3	3	3
事務局(委託先)		情報収集・管理、死亡調査票等の作成、会議開催等	0※1	0※1	4	4	4	3	3	5
推進会議 (旧CDR関係機関連絡調整会議)		CDR 事業の円滑な推進のための連携、調整、予防策の検討等	19	21	5-6	45	26-31	11-18 ※3	17	10
多機関検証 WG	スクリーニング	個別検証対象の選定	6	-※2	-	2-3	6-8		3	3-4
	個別検証	個別事例の検証、予防策の検討	6-11	4-5	5-25	6-13	17-23		-	23-25
	概観検証	個別検証結果の総合的な考察、予防策の提言案の検討	6	3	11	15-24			-	
政策提言		予防策や今後の CDR 事業の在り方について意見交換し、提言		-	26	8	11-12		-	-※4
その他		各自治体のその他の会議体の名称 ・キックオフミーティング ・子どもの事故予防対策会議 ・予防策検討会 ・CDR 運営会議 等								

※1 業務委託はせず自治体内で事務局業務を完結

※2 対象事例が少ないため、スクリーニングは実施していない

※3 推進会議、個別検証、概観検証、政策提言等を同会議内で実施

※4 政策提言は推進会議内で実施

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 11～表 18 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、推進会議や政策提言会議の構成委員に含まれている自治体も多かった。

表 11～表 18 モデル 8 自治体の各会議体構成委員の所属機関分布

表 11

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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		2	10	2	2	3	0	1	1	0	0	0
多機関検証WG	スクリーニング	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	個別検証	2	6-7	0-1	0	0	3	0	0	0	0	0
	概観検証	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
政策提言		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

表 12

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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		2	8	3	1	6	1	2	0	0	0	0
多機関検証WG	スクリーニング	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	個別検証	2	1	1	0	1	0-1	0-1	0	0	0-1	0
	概観検証	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
政策提言		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

表 13

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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		2	2-3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
多機関検証WG	スクリーニング	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	個別検証	7	8-12	1-11	0-2	0	0	0	0	0	0	0
	概観検証	1	8	3	0	0	0	0	0	0	0	0
政策提言		1	11	5	1	2	1	2	1	0	0	0
その他		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

※令和4年度は委託先院内にてスクリーニングを実施

表 14

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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		1	13	6	2	4	0	2	1	11	6	0
多機関検証WG	スクリーニング	9	1-2	1-2	0	0	0	0	0	0	0	0
	個別検証	6	4-10	1-3	0-1	0-1	0-2	0-1	0	0	0	0
	概観検証	3	9-10	1-9	1	1	0	2	1	0	0	0
政策提言		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他		2	3-6	3	0	0	0	0	0	0	0	0

表 15

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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		2	7	2	1	1	1	2	0-1	7-8	6	0-3
多機関検証WG	スクリーニング	5	3	1	0	0	0	0	0	2	2	0
	個別検証	5	5-8	2-3	1	1-2	0	2	0-1	2-3	2	0-1
	概観検証											
政策提言		2	4	1	1	1	0	0	0	3	1	0
その他		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

・個別検証と概観検証を同会議で行っている

表 16

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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	8-10	1-3	1	0	0	1-2	0	0	0	0-2
多機関検証WG	個別検証											
	概観検証											
スクリーニング		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
政策提言		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

・報告書では、会議はすべて「その他」に分類されている。会議では推進会議・個別検証・概観検証を行っている。

表 17

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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		1	9	1	4	1	1	1	0	0	0	0
多機関検証WG	スクリーニング	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	個別検証	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	概観検証	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
政策提言		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

表 18

構成機能		開催回数	構成委員の所属機関（最小-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		1	2	4	1	0	0	1	0	2	0	0
多機関検証WG	スクリーニング	2	2-3	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	個別検証	2	15	1	2	1	0	3	0	0	1	0
	概観検証	-										
政策提言		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
その他		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

3.3 関係機関からの情報の活用実績の有無について

各モデル自治体における、関係機関から取得した（取得可能であった）情報の活用状況についてまとめる（表 19）。表中の「あり」「なし」については、各関係機関から取得した情報の活用の有無を意味し、各関係機関への情報提供を求める必要性や機会の有無については把握されない。医療機関からの情報については全モデル自治体、保健行政からの情報については 7 自治体、児童福祉からの情報については 6 自治体において、情報を活用していた。一方、司法の関係機関からの情報を活用しているモデル自治体は 1 自治体であった。

表 19 医療機関、保健行政等の関係機関から取得した情報の活用の有無

	医療	保健行政	児童福祉	保育・ 教育	消防・ 救急	警察・ 検察	司法
A	あり	あり	あり	なし	あり	なし	なし
B	あり	あり	なし	あり	あり	あり	なし
C	あり	あり	あり	あり	なし	なし	なし
D	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
E	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし
F	あり	あり	あり	なし	なし	あり	あり
G	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし
H	あり	あり	あり	あり	あり	あり	なし

3.4 CDR 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 4 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の下記に示す。「生じた困難・課題」として同様と考えられた内容はまとめて記載している。記載件数がもっとも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）」であり、記載された困難・課題 8 件に対して対応が実施された件数は 3 件であった。次に記載件数が多かったカテゴリーは「3. 遺族の同意取得について」であり、困難・課題 7 件に対して対応が実施された件数は 3 件であった。「5. 提供された情報の管理・取り扱いについて」、生じた困難・課題を報告した記載は 1 件と少なく、この課題に対して対応が実施されていた。

「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」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
【3 自治体】多機関検証委員会の委員の構成として医師以外が少ない。交通事故や学校の課題に関する識者が少ない。	● 事例の特徴を捉え、個別検証の段階で、教育、警察、児童相談所、保健、福祉など該当すると思われる関係機関に対し、委員就任を求める。	● 自治体の警察交通企画課および教育委員会の職員に、多機関検証ワーキンググループに出席いただいた。

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

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
【2 自治体】各会議体への警察(交通部局)、教育委員会、初参加の委員に対して理解を得るのが困難だった。	● 資料で事業の説明を行う。 ● 所属の上司へ、電話で自治体の要綱、要領などを使用し説明する。 ● ホームページ等を活用し CDR の啓発を進める。	● 各会議体への関係者の継続的な参加や、所属長の理解が得られた。
【1 自治体】死因が内因死である場合に「予防策検討のために」という言い方に違和感をもたれた。	● 「予防策」という言い方を「今後同じような状況に陥った子どもにとってより良い支援策を検討したい」として、了解を得るよう努める。	
【1 自治体】事例に直接関与した担当者が個別検証会議に出席するにあたり、所属長からメンタル面への配慮が求められた。		

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
【3 自治体】虐待既往のある子どもや、マルトリートメントに起因した死亡が疑われる子どもの親に対しては同意取得が難しい。	● 関連医療機関からの情報のみならず、教育機関、福祉機関などの情報などを幅広く収集する。 ● 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。 ● 死に至った経緯を明らかにするため、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の過程で得られた情報を収集できるようにする。	● 他自治体の取組状況の聞き取りや、都道府県情報共有会議等での提案などより方法の検討を進めた。
【2 自治体】対象児死亡直後の親の精神状態により同意取得が難しい。	● 同意書が得られない場合関係機関の情報提供が難しくなることから、関係機関が情報提供しやすくなる制度となるよう国へ要望する。	
【1 自治体】時間経過により、同意が得られにくい。	● 死亡時に担当医から同意取得を試みる	● 対象期間外の事例で、死亡直後に遺族から同意取得ができた事例があった
【1 自治体】小児科がない病院における周知不足により同意取得ができなかった。	● 同意取得が始まったばかりのため、現在の方法を継続する。	● 同意取得の方法を継続している。

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
【2 自治体】遺族の同意がない場合など、医療機関以外から情報がほぼ得られない。	● 関係機関が情報提供しやすくなる制度となるよう国へ要望する。	
【2 自治体】初めて依頼する所属から理解を得にくい。	● 所属の上司へ、電話で自治体の要綱、要領などで説明、書留による公文書で情報提供依頼をする。 ● CDR を必要とする事例では、法的根拠によって情報を取得しやすくする。	● 解決策により回答を得ることが出来た。
【1 自治体】警察から、捜査中事例の情報は提供いただけない。	● 捜査中の事例以外の情報については、会議において口頭で可能な内容を提供いただく。	● 解決策を実施した。
【1 自治体】中核市からの死亡小票の情報提供は、氏名がイニシャル、住所が字までである為、死亡小児の特定が難しく、関係機関からの追加情報が取得しにくい。	● 死亡小票で不足な情報は、病院からの死亡調査票を入手し対応が遅れるため、中核市に現状を説明し再検討いただく。	● 解決策を実施した。
【1 自治体】学校、消防、警察等からの調査票に記載された内容が検証を行うにあたって十分でなく、追加で情報提供を依頼する必要があった。	● 必要な情報を明確にした上で、情報提供を依頼する。	
【1 自治体】個人情報の問題という返答により情報を提供いただけない。		

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
【1 自治体】個人情報に配慮した返送用レターパックを使わず、普通の郵便で送られてきた。	● 送付したレターパックを使うよう相手方への周知を徹底する。	● 死亡調査票の提出はすべてレターパックで送付された。

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
【2 自治体】個別・概観検証を同日に行っていることや、会議体の構成人数が多いことから、意見交換する十分な時間が確保できなかった。	● 事前に委員に対しセキュリティの高い方法で議事の詳細を伝える。	● すべての委員に対し、記録の残らないかたちで伝達することは難しいため、各事例に関係の深い機関に対しては事務局から個別に連絡、情報共有を行った。
【2 自治体】会議回数が少なく、周知、共有が難しい。	● 会議回数を検討し定期開催を目指す。 会議内容を組織内等に周知してもらうよう依頼する。	● 開催回数についてコロナによる影響は落ち着いてきた。

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
【2 自治体】個別・概観検証を同日に行っていることや、個別検証において Web 会議での関係者の入退室調整に時間がかかることなどから、意見交換する十分な時間が確保できなかった。	● 個別検証の日程を分けるなど、余裕を持った時間設定で行う。	● 個別検証を 2 回に分けて実施したため、スムーズに進行できた。
【1 自治体】個別検証と概観検証を分けて実施しているが、役割や出席者が重複するため、効率的な会議進行の検討が必要である。	● 概観検証の委員と役割を再検討する。	
【1 自治体】委員に医療関係者が多く、コロナのため会議が開催できなかった。	● Web 会議を開催する。	● 令和 4 年度は、予定通り 2 回開催することができた。
【1 自治体】個別検証では、参加者の心理面に配慮するとあまり踏み込んだ議論が行われない場面がある。	● 直接担当者による議論の限界がある場合、概観検証によって補う。 ● 何がどうなればもっと早くできたのか、など前向きな言い換えをして議論することで、出席者が自責にとらわれないよう工夫する。	● 概観検証では、より客観的、専門的立場の構成員にて検討が行われた。

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
【2 自治体】周知は不十分である。	● 国のモデル事業のため、制度化されてから、広く周知していきたい。 ● コロナに関心が向いているため、少子化対策の一つとして CDR を位置づける	● 正式に制度化されてから、広く周知していく。 ●
【1 自治体】個人情報の取扱上の課題があり、周知が難しい。	● ホームページへの掲載、マスコミ対応は個人情報が漏れないように慎重に行った上で周知をする。 ● 県民に主旨が伝わりにくい事業に特化したホームページに、CDR が取り上げられた。	● 個人情報に配慮しながら、ホームページ掲載、新聞、テレビ、ラジオを使っての広報を実施している。
【1 自治体】令和3年度は一部地域での実施であったため、広く都道府県民への周知は実施しなかった。	● 令和4年度は地域を拡大するため、ポスター掲示などにより事業の周知に努めていく。	● モデル医療機関におけるポスター掲示及び県ホームページへの事業要綱掲載を実施した。
【1 自治体】そもそも市町村や医療機関に対する周知が不十分なため、住民に対しての周知も不足している。	● 市町村や医療機関など関係機関に出向き、引き続き CDR の説明を行う。ポスター、リーフレットを増刷し引き続き掲示や配架により、住民への周知を依頼する。	●

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
【1 自治体】グリーフケアの推進は多機関検証委員会において、全事例に課題として上がっているが、実際の推進が難しい。	● CDR の中で実施するのは困難な状況である為、国として具体的な体制整備に着手していただきたい。	
【1 自治体】R3 年度は在胎 22 週以降の死産も調査対象としていたが、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。	● 都道府県下の産婦人科施設に CDR モデル事業に関する周知を徹底、協力依頼を行う。	
【1 自治体】CDR のスクリーニング基準があいまいである	● 日本小児救急医学会および日本小児科学会の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。	● 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
【1 自治体】CDR と個別検証の意味において医師の間に混乱がある。	● 医師の多くは小児の死亡例は検証が必要と考えている。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。	● 全例において個別検証をする場合、多機関によるもの、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4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4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。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た。

- 医療的ケア児や小児精神について、専門家からアドバイスを得ることができた。
- 訪問看護ステーションなど新たな機関から情報を得ることができた。
- 自治体担当課と大学小児科ほか関係機関との連携が深まった。
- 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。
- 令和4年度の検証スクリーニングを行うことで、スクリーニング基準を考える機会となった。
- 本自治体の委員が日本小児救急医学会および日本小児科学会で行っている重症登録（死亡例の登録）の代表者および事務局責任者であることから検証委員会で議論することができ、一定の基準を作成することができた。今後、これを用いて検証スクリーニングを行うことになった。学会の委員は全国から選ばれた14名であるが、今後人数を増やして実践していけば、都道府県におけるファシリテータの養成に繋がるものと期待している。
- 新聞等マスコミを通じての広報を行い、CDRを啓発する上で有効であった。
- 他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、今後本自治体における適切な体制づくりを検討していく必要がある。
- 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。
- 個人情報保護の観点から、手書きの調査票、資料づくりを行っているが、会議のたびにそのデータがそのまま使えず、事務量が増加している現状である。事業化に向け、国段階でセキュリティの高いシステム開発が必要と考える。
- 本事業がいつまでモデル事業として継続されるのか、保護者からの同意取得は制度化されたとしても継続されるのか、など今後の国の方向性や見通しが示されない中で、自治体が工夫し改善していくことには限界がある。