

群馬県チャイルド・デス・レビュー（CDR:予防のための子どもの
死亡検証）体制整備モデル事業

令和4年度報告

小児死亡の発生予防ならびに
小児死亡時対応改善のための提言

令和5(2023)年3月
群馬県小児死亡多機関検証委員会
(座長：中野実)

目 次

- 1 はじめに
- 2 令和4年度事業対象期間（令和3年10月1日～令和4年3月31日）における群馬県の小児死亡事例の概観検証結果
- 3 死亡態様別の子どもの死亡を減らすための取り組みに関する、県への提言
 - A. 周産期/新生児期死亡に関する提言
 - B. 内因死に関する提言
 - C. 事故死に関する提言
 - D. 自殺に関する提言
 - E. 養育不全の関与した死亡、虐待/ネグレクト死に関する提言
 - F. 不詳死に関する提言
- 4 CDRモデル事業にかかる実施過程
- 5 群馬県小児死亡多機関検証委員会名簿

1 はじめに

3か年目になる本年度のチャイルド・デス・レビュー（CDR：予防のための子どもの死亡検証）は、対象事例を令和3年10月1日～令和4年3月31日の半年を対象とした。CDRという概念は少しずつ関係機関においては浸透しつつある。また、とりわけ実際の検証会議に参加した人はその意義を実感することが多い。そのような人が少しずつ増えたこと、そして事務局サイドの対応ノウハウが蓄積したことで、初年度に比べて、事業実施に対しての障壁は少しずつではあるが改善しつつあることを実感している。

ただし、CDRは検証を行うことがゴールでは決していない。あくまでも検証した結果が社会に還元され、実際に子どもの安全性が高まっていくことが重要である。

当県は「群馬県虐待から子どもの生命と権利を県民全体で守る条例」の25条・26条において「成育過程にある子どもが死亡した場合において、その死亡の原因に関する情報を検証し、効果的な予防対策を導き出し、及び必要な施策を行うことにより、子どもの安心して生きる権利の擁護に努める」ことを明記している。

CDRが有用であることを示すためには、提言された内容が社会実装されていくこと、そして統計学的にCDR未実施地域に比べ実施地域において小児死亡が減っていくことを示す必要がある。県において当報告書が解決すべき課題の共有と議論の促進につながり、具体的な予算の付いた事業として解決を目指すことに、一つでも繋がる事を祈念している。

2. 令和4年度事業対象期間（令和3年10月1日～令和4年3月31日）における群馬県の小児死亡事例の概観検証結果

当県では CDR モデル事業の実施に際し、前年度の10月1日から当該年度の9月30日に死亡した事例を対象としていたが、事業3年目である令和4年度は、今後の事業継続性を見越して令和3年10月1日～令和4年3月31日を対象とした（そうすることで、来年度以降の事業実施の際には、年度単位で検証を行う形となる。来年度以降は、前年度の死亡事例を後方視的検証の対象とし、合わせて重大事例に対しては、発生年度中に前方視的検証を行う方向で調整中である）。

令和4年度の対象期間における当県の18歳未満の子どもの死亡事例は計28例であったが、このうち死亡場所が県外であった事例を除外し、残る25例のうち、関係機関から協力の得られた15例について、概観検証を行い、そのうち11例についてはワーキンググループで検討した。

検証は、以下の3段階で行った。

- ・ スクリーニング前評価：死亡診断書/死体検案書の記載内容による死因のカテゴリー分類
- ・ 一次スクリーニング；各医療機関で行われた「死因カテゴリー」「予防可能性」「養育不全の寄与の可能性」の評価
- ・ 二次スクリーニング：CDR事務局の複数の医師による、一次スクリーニングの妥当性を再評価

*死亡カテゴリー分類結果

対象事例の主たる死因を、「1.虐待/ネグレクト、他殺」「2.自殺」「3.事故死」「4.悪性疾患」「5.急性内因疾患」「6.慢性内因疾患増悪」「7.遺伝子異常、先天異常」「8.周産期イベント」「9.感染症」「10.不詳死」に分類したところスクリーニング前の死亡診断病名のみからのカテゴリー分類と一次スクリーニングを経た分類との間には、依然として死因カテゴリーの変更を要する事例が47%（7/15例）も存在していた。方で、一次スクリーニングから二次スクリーニングの段階で死因カテゴリー変更となったケースも40%（6/15例）と少なからず存在した。

年齢別に見ると、年長児（特にハイティーン）の外因死が多い傾向は例年と変わらなかった。スクリーニング前の不詳死3例は全て0歳児であった。例年不詳死は0歳児がほとんどであり、この傾向は他の都道府県と同様である。

また本年度は、死体検案書の記載では不詳死となっている事例が3例あったものの、二次スクリーニングの結果ではその他の死因カテゴリーに再分類された。あくまで公的な診断病名は不詳ではあるが、司法解剖対象となったケースにおける死因究明的診断は、疑いの余地なく明確な診断根拠が存在していることを重視して行われるものであり、一方でCDRにおける診断は、臨床現場では得られた情報から最も想定される診断に基づき予後改善のために治療を行うことを重視するのと同様、最も蓋然性の高い状況を判断し、同様のケースを防ぎうる可能性を検討するためのものである。そのためこの両者は必ずしも合致せず、合致しないからと言ってどちらかの判断に問題があることを意味するわけではない点を改めて強調しておきたい。

* 内因死の概観検証結果

i 養育不全の寄与に関する概観検証結果

各死亡事例において養育不全が影響した可能性について、内因死（死因カテゴリー4～9）に分類された事例を対象に概観検証を行い、以下の5段階として分類した。

- I：養育不全は疑われない
- II：養育不全の寄与した可能性は低い
- IIIa：養育不全の寄与も考慮される
- IIIb：養育不全が寄与した疑いが強い
- IV：明らかに虐待/ネグレクトが原因で死亡したと判断される

死亡事例対応した当該医療機関による分類を「一次スクリーニング」、CDR 事務局内会議により再評価を行った結果について「二次スクリーニング」として、図1に結果を提示する。

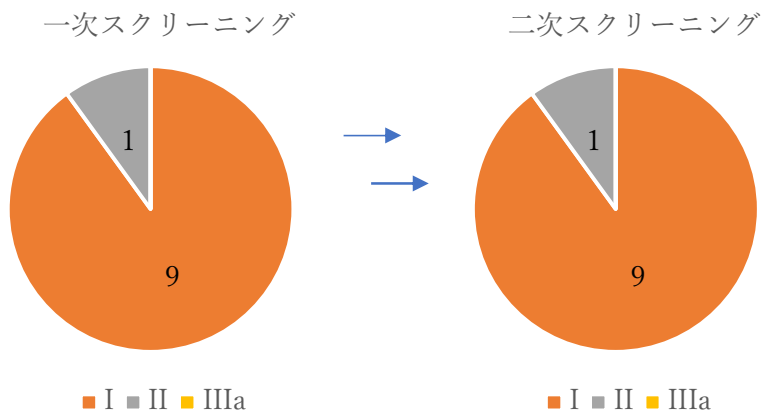


図1：内因死例の、養育不全の寄与した可能性の分類

注) 死亡原因分類については、法律上の制約から意見を述べ難い司法・警察部門委員以外の委員による検討結果である。

図示されている通り、一次スクリーニングと二次スクリーニングと間で差異のあるケースはなく、養育不全寄与の可能性が比較的高まる「IIIa 以上」に分類された事例は確認されなかった。

ii 予防しえた可能性のある死亡の概観検証結果について

各死亡事例において、予防しえた可能性につき以下の4つに分類評価を行った。

- A：予防可能性は十分にあった
- B：予防可能性につき検討の余地あり（中等度の予防可能性あり）
- C：予防可能であった可能性は低い
- D：予防可能性について判断困難

死亡事例対応した当該医療機関による分類を「一次スクリーニング」、CDR 事務局内会議により再評価を行った結果について「二次スクリーニング」として、図2に結果を提示する

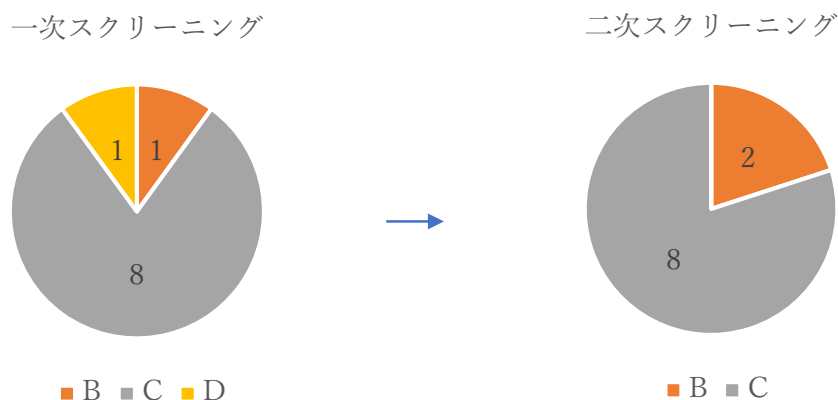


図2：概観検証対象とした内因死事例のうち、予防可能性分類ごとの死亡事例数

図示されているとおり、一次スクリーニングと二次スクリーニングと間で差異のあるケースは、一次スクリーニングではDとされたケースを、Bに変更した1例のみであった。

* 外因死/不詳死の概観検証

外因死/不詳死に関しても同様の方法での外観検証を実施した。

i：養育不全の寄与に関する検討結果を図3に示す。

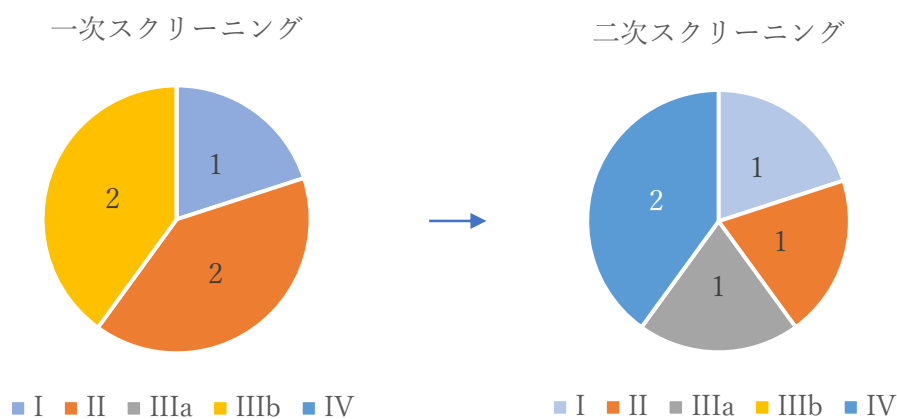


図3：概観検証対象とした外因死事例のうち、養育不全寄与可能性分類ごとの死亡事例数

例年と同様に、外因死例では、内因死に比べて一次スクリーニングと二次スクリーニングの合致性が低く、二次スクリーニング後に養育不全の可能性がより高く判断されている傾向が認められた。

ii 予防しえた可能性のある死亡の概観検証結果を図4に示す。

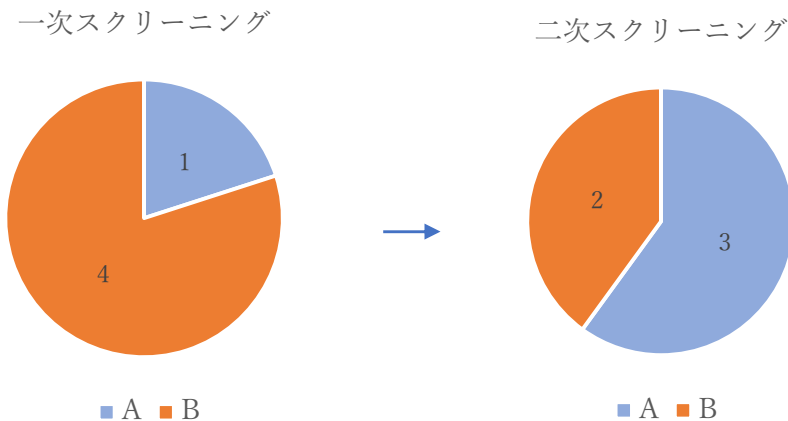


図4：概観検証対象とした外因死事例のうち、予防可能性分類ごとの死亡事例数

養育不全寄与可能性の概観検証と同様、外因死は内因死に比べて、予防可能性の検討余地のある事例が多く、かつ例年同様、二次スクリーニング後に予防可能性がより高く判断されている傾向が認められた。外因死はその性質上、生来健康な（あるいは死亡に直結するような慢性身体状態にない）小児に起きうる事象であり、医療情報を主体とした検証のみではその全容はおよそ見えてこない。

* 不詳死と分類された小児死亡の、臨床現場における不詳の程度に対する認識

臨床現場で不詳死と判断された事例に関して、その不詳性の程度につき CDR 事務局で例年、以下の4段階での評価を行ってきた。

- I a：包括的な情報を基に、真に不詳と思われる
- I b：真に不詳と思われるが、包括的情報の一部を欠く
- II a：1群に類する経過であるが、何らかの疑義があり真に不詳とは言い難い事例
- II b：不詳死とは言えないが、正確な診断名をつけることが困難な事例
(解剖をしなかった事例はII bに含む)

本年度に関しては、不詳死事例は全てその後の検証の結果、その他の死因カテゴリーに再分類されたため、この検討を行うべき該当事例はなかった。

3. 死亡態様別の子どもの死亡を減らすための取り組みに関する、県への提言

A. 周産期/新生児死亡

周産期/新生児死亡に関しては、従前より設置されている「群馬県周産期医療対策協議会」においても、新生児死亡の検証が行われていることから、そこで提起された課題を CDR 事業と共有する方向で調整しており、令和 4 年 3 月 10 日に実施された協議会で、その承認が得られた。一方、令和 4 年度の協議会は、本報告書作成時点で開催されておらず、個別事例検討の結果に基づく提言を発出しえない状況にあるため、本年度の提言は以下のシステム上の提言を行う形とした。

令和 4 年度提言

- ①CDR と周産期医療対策協議会で調査した情報の共有化、及び両者の情報を共有したうえでの専門家による検証会議の実施
- ②日齢 7 以降の新生児死亡の検証
- ③前年度の CDR 提言の周産期医療対策協議会への報告及びそれを受けての検討

①CDR と周産期医療対策協議会で調査した情報の共有化、及び両者の情報を共有したうえでの専門家による検証会議の実施

令和 4 年度の CDR モデル事業は、令和 3 年 10 月から令和 4 年 3 月までの小児死亡症例を検証対象としており、令和 5 年度以降は、各年度の前年度の小児死亡事例の後方視的検証を行う一方で、当該年度の死亡事例の前方視的な検討も行う体制の確立の検討を行う予定である。一方で、周産期医療対策協議会は各年（1 月-12 月）までの新生児死亡例を対象としており、両者の間では検証対象とする期間に“年度”と“年”というズレが存在する。両者の情報を共有したうえでより具体的な検証を行い、実際に事例の対応を行った周産期・新生児の専門家を交えた検証会議が実施しうるように、周産期医療対策協議会との間での調整を行うことが出来るよう、県に支援をお願いしたい。

②日齢 7 以降の新生児死亡の検証

周産期医療対策協議会での検証対象は、日齢 7 未満の早期新生児死亡となっている。一方、CDR の周産期 WG での検証対象は生後 1 か月未満の新生児であるため、日齢 7 から日齢 28 の新生児死亡についての検証ができていないのが実情である。周産期医療対策協議会に依頼し、日齢 28 までの死亡症例まで検証範囲を広げていただくことを求めるか、あるいは別に検証する方法を検討する必要がある。県には、その必要性を説明し、周産期医療対策協議会及び各医療機関から協力が得られるように、引き続き検討を行い、検証単位を広げることができるよう努めていただきたい。

③前年度の CDR 提言の周産期医療対策協議会への報告及びそれを受けての検討

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など、群馬県周産期医療対策協議会で出された内容をもととした前年度の CDR 提言を、群馬県周産期医療対策協議会に報告し、具体的な施策化に向け、県や諸機関を含めた検討を行っていただきたい。

B：内因死

令和4年度の内因死のパネル検討は、引き続き群馬大学に委嘱する形で実施した。令和3年度の提言報告書は、病態パネル別検討の初年度であったため、報告書は文体統一を事務局側が実施した。2年目になる本年度は各パネル検討の自治性を重視し、提供された内因死パネル報告書に大きな編集は加えず、事例の連結不可能匿名化および個人情報のマスキングの編集を行った。

I：検討会実施プロセス

原疾患や家族背景、在宅での医療体制を共有するためには、カルテ情報を供覧する必要があり検討会は、各事例の原疾患の治療を担当していた施設にて行われた。対象事例は令和3年度下半期の5例であった。

以下の手順に従い、A病院では悪性疾患1例、先天異常2例、B病院・C病院では慢性疾患急性増悪例各1例を検討した。

0. 黙祷
1. 基礎疾患の共有
2. 死亡時報告の共有
3. 死亡前の家庭的背景、社会的サポートの有無等の情報共有
4. 内因死の妥当性の検討
 - A. 既知の内因疾病の予測範囲内の増悪による死
 - B. 致命的経過を急激にたどった、予測不能であった内因疾病の新規発症による死
 - C. 基礎疾患を有していたが、死因を基礎疾患で説明困難な死
5. 診断における疑義の評価
6. 終末期医療の妥当性
7. 子どもの死を予防するための（子ども・家族のより良いQOLを実現するための、または、社会的リソースを提供するための）提言
8. 総括

また、今年度は昨年度に続き、自宅での終末期医療をおこない看取った訪問診療医との面談を行い、訪問診療の立場からの意見聴取も実施した。

II 事例検討内容

- いずれの事例においても、原疾患を起因とした、または、原疾患に関連する合併症による死であると判断された。
- いずれの事例においても、訪問看護・社会福祉サポートの介入があったが、訪問診療医の介入があった事例は2件にとどまった。
- 死亡場所は、在宅2件、病院3件であった。

以下に検証で討議された内容につき、事例特定が出来ない範囲での共有を行う

- 終末期医療の可能性がある場合、早期に地域の訪問診療医との連携があると、よりスムーズに移行でき、本人、家族ともに在宅での療養に不安なく QOL の向上が期待できる。
- 必ずしも在宅には戻れないが、終末期に家族だけでリラックスして過ごす時間をとりたい、住居が遠方で病院近くに家族が待機したいなどのケースで、病院の近くにこのような施設がない。
- 在宅ケースにおいて、訪問看護スタッフと両親との関係性が十分に築けていたか、両親が児に対するケアに十分慣れていたか、母の育児不安に対応できていたか、などの疑義が挙げられた。
- 訪問診療医の介入があったケースは限られ、また、在宅診療医からは、小児科医との連携が必要であったとの意見が挙げられた。
- 就学年齢であったものの学校の介入がなく、児と家族は学校活動の点において社会から隔離された状態にある事例もあり、行政からの自発的な介入が必要である。
- グリーフケアは地域に基づいた訪問看護、ソーシャルワーカーを中心に行うのが現実的である。残った家族、関わった医療・行政スタッフのグリーフも含め、広く認知され、制度化される必要がある。
- 内因死パネルにおける事例検討会は、患者家族に関わったスタッフのグリーフケアになる一面があり、なるべく多機関から、多くのスタッフの参加の上、さまざまな情報や心情を共有することに意義がある。

Ⅲ. 訪問診療医からの意見

1. 在宅医療を要する小児患者の全体数の把握が必要
2. 在宅医療の見通しがあるケースでは早期から在宅訪問診療医との連携が必要
3. 小児科主治医との連携方法を検討する必要がある
4. 診療情報の共有方法の確立が求められる。例) カルテ共有システムの確立など。
5. 小児重症心身障がい児の在宅ケア・訪問診療に対する診療報酬の見直しが求められる(指導料など)。
6. グリーフケアの必要性を感じている

Ⅳ. 令和3年度、4年度の総括と課題

1. 内因死パネル検討会の実際と課題

予防のための子どもの死亡検証を目的とした「群馬県チャイルド・デス・レビュー(CDR)体制整備モデル事業」は今年度で3年目となるが、内因死パネルとしての検討会は、2年目になる。原疾患についての医療情報を共有する必要があるため、開催場所は各事例の原疾患治療施設で行うことを原則とした。検討会は小児科の原疾患の分野の専門医、担当医、ソーシャルワーカー、担当看護師、事務局医師、事務局ソーシャルワーカー、事業の委託元である群馬県児童福祉・青少年課、可能な場合は地域の在宅訪問看護師、相談支援事業所が参加しケースに応じては、死亡時診断医や解剖を担当した医師の参加も有効である。

事務的には開催準備として検討対象事例の把握が必要であり、

- 1) 原疾患、治療施設、死亡施設の確認

- 2) 事例毎のパネル検討会参加者と、開催場所の決定
- 3) 開催施設担当医に連絡し、開催日程の調整、決定と開催場所の確保
- 4) 参加者への連絡

を行う。今後、本事業において継続可能な体制を維持するためには各連携機関に連絡可能な事務的補佐を要する。

2. 検討対象事例の原疾患

令和3年度と、令和4年度に検討を行った、2020年10月から2022年3月に発生した事例では、およそ、悪性腫瘍、染色体異常や遺伝子変異による先天的発達・発育障がい、神経疾患後遺症による重症心身障がいに原疾患を分類することができる。予防介入、または、環境改善を行いうる場合は、悪性腫瘍では在宅の終末期医療、重症心身障がいでは日常的な在宅医療に集約できる。

以上の検討結果をもとに、施策の実現性と重要性の観点から令和4年度提言を以下のように集約した。

令和4年度提言

- ① 小児内因死に関する協議体の継続可能な体制の確立
- ② 終末期医療・在宅医療ケアを必要とする小児患者・家族、並びに、病院主治医、在宅診療主治医に対するサポート体制の確立と普及
- ③ 在宅の心身障がい児の教育を受ける権利の確保

① 小児内因子に関する協議体の持続可能な体制の確立

検討会開催までの手順は以下である。

- 1) 事務局よりあがった検討対象事例の把握：原疾患、治療施設、死亡施設の確認
- 2) 事例別のパネル検討会参加者の選定と開催施設の決定
- 3) 開催施設担当医に連絡し、開催日程の調整・決定と開催場所の確保
- 4) 選定された参加者への連絡と日程調整
- 5) 参加者への臨床情報提供準備の依頼

引き続き小児医療に関するあらゆる専門領域を網羅した参加者による内因死パネルの拡充、並びに、病理学的、法医学的情報共有が可能となる体制を構築することを求める。本事業において、持続可能な体制を維持するためには各連携機関、及び、参加者に迅速に連絡・調整可能な事務的補佐を求める。

② 終末期医療・在宅医療ケアを必要とする小児患者・家族、並びに、病院主治医、在宅診療主治医に対するサポート体制の確立と普及

検討対象事例の原疾患は、悪性腫瘍と先天的疾患、または、後天的疾患による重症心身障がいに大別される。両者とも、子どもの死亡につながる原疾患発症に対する予防を講じることは不可能であるが、悪性腫瘍の終末期医療に対しては、患者・家族の「QOL」を向上させ得る体制の確立や、重症心身障がいに対しては、原疾患に起因する、または、在宅医療ケアのなかで発生する合併症の発生予防を系統的に講じる余地がある。

1) 終末期医療

小児であっても、終末期を家族に囲まれて自宅で過ごすことを希望する患者家族は増えている。しかし、終末期という重篤で困難な状況の中、病院から自宅に療養の場を移すという決定は患者・家族、また、病院主治医にとって重大なものである。このサポートの一つとして在宅医療の活用がある。小児においても在宅訪問診療、在宅訪問看護の早期介入の普及、そのための情報提供、サポート体制を、患者家族だけでなく、原疾患診療施設とその担当医に対しても強化、浸透させるべきである。また、群馬県においては小児専門の在宅訪問診療医は極めて少ないため、訪問診療施設、訪問診療医に対しても、小児専門医との連携が図れる体制を構築する必要がある。病院主治医と在宅主治医の双方による連携と診療体制を構築するためには、1) 医師会の協力のもと、在宅診療医と小児科病院診療医との診療連携協議会の設置、2) 電子カルテを基盤とした診療情報の共有を可能にする機密性の高いネットワークの構築を求める。

2) 慢性期在宅医療ケア

同様に、重篤な心身障がいがあっても在宅呼吸器や胃瘻などの在宅医療ケアを受けながら自宅で日常生活を送る子どもは増えている。在宅の医療的ケア児の数は平成17年と比較して令和1年ではほぼ倍の2万人にのぼると推計されている。2021年6月に成立した「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」に定められた支援措置を、「予防しうる子どもの死亡」の観点からも、周知・普及させる必要がある。訪問看護だけでなく、訪問診療医による在宅診療と病院主治医との連携が普及すれば、複雑で重篤な病態を抱えた患児に対しても、家庭における、より専門的な医療と家族の支援体制を、患者家族が家庭での医療ケアに慣れない病院退院後早期から、構築することが可能となり、事故抜管、誤嚥などに地域で迅速に対応することで、子どもの死亡を予防し得る。

重症心身障害児を対象とした「群馬県小児等在宅医療連絡協議会」との連携を図り、在宅医療ケアを要する重症心身障害児の全数把握や、在宅医療ケアの質の向上、家族のサポート体制強化を図ることを求める。

在宅診療の普及のためには、在宅診療施設、原疾患診療病院双方に対する小児在宅診療指導料などの付加を付与する、などの支援体制も必要である。

3) グリーフケア

グリーフケアは遺族、医療ケア、教育において児に関わった人々全てにとって必要であるが、生前に関わりのあった遺族に関しては訪問診療所や訪問看護ステーションを中心としたフォローアップ体制が取りやすい。グリーフケア制度の構築に対する支援も引き続き求める。

③ 在宅心身障がい児の教育を受ける権利の確保とサポート

重篤な心身障がいによる医療的ケア児で学齢期であったにも関わらず、義務教育を受けられていない事例があった。学校というコミュニティーは患者、家族にとって社会とつながる重要な場であり、患児の生活の質の向上や、患者家族を社会から孤立させないことによる精神的サポートにつながる。さらには、今回検証した事例には該当しないが、虐待防止や虐待の早期発見にもつながる効果が期待される。本事業の目的以前に、基本的人権の一つである教育を受ける機会が均等であるよう、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」に基づいた支援の均霑化を、自治体の責務を持って遂行するこ

とを強く求める。

C：事故死

令和4年度提言

I：交通外傷

- ① 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
- ② 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
- ③ 高年齢児の死亡に際しての家族へのグリーフケア体制の整備、ならびに同級生の突然の予期せぬ死亡事故発生後の急性期以降のカウンセリング体制の強化

II：溺死

- ① 現場の変更が行われる前に現場検証を実施するための、可及的早期の警察通報の実施の励行
- ② 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

*外因に基づく脳損傷（含、低酸素性虚血性脳損傷）などによって医療ケア児となり、遠隔期に死亡したケースについては、重症心身障がい児のケアの向上のため、今後、内因死パネルと合同で事例検討を実施することも提言する

I：交通外傷

①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

交通外傷の中には、自転車や自動二輪であればヘルメットの着用、乗用車であればシートベルトの着用があれば、致死的事象が防ぎ得た可能性のある事故も少なくない。とりわけ本県においては、令和3年の中高生の通学時の1万人あたりの自転車事故発生件数は、全国ワースト1位であり、近年全国ワースト上位の状況が続いている。令和3年度からは、群馬県交通安全条例の改正により、県民に対して自転車ヘルメット着用努力義務が課され、さらに令和5年度は道交法改正により全ての自転車利用者のヘルメット着用努力義務が課されることになる。当県でも「ストップ！自転車事故（高校生自転車事故防止のための指導資料）」の作成など啓発は行われているものの、その活用状況や認識度について調査や、学区別の着用率調査などの実施が求められる。また多感な年頃の子どもがファッション的観点から、学校近辺以外ではヘルメットの着用を行わないような場合もあるであろう。中高生自らがデザインに関与したヘルメットを開発するなど、着用率向上のための様々な企画の実施を検討されたい。

②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

現在、交通安全教育が各校で実施されているが、それらに加えて令和4年度からは、県警察及び県教育委員会が自転車セーフティプロジェクトにより県内全ての公立高校を対象として、モデル地域を選定した長期的取り組みを実施している。また、統計学的な交通事故死（事故後24時間以内死亡）や30日死亡をその指標とする場合、実数が少なく有意差は確認しがたくなると推察される故、重症事故（1か月

以上の治療)に関するより細かい事故分析結果の提供をしていただきたい。

③高年齢児の死亡に際しての家族へのグリーフケア体制の整備、ならびに同級生の突然の予期せぬ死亡事故発生後の急性期以降のカウンセリング体制の強化

交通外傷の中には、子どもの側に一定程度の有責性があると判断されてしまう状況で死亡事故が発生してしまう場合もあり得る。自殺事例などにも言えることではあるが、子ども側の有責とみなされる状態で事故が発生した場合には、残された遺族のグリーフはとりわけ複雑化しやすいが、そのようなケースに対する遺族支援の提供体制は極めて脆弱であるため、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検討されたい。また、同級生が突然に予期せぬ形で死亡した場合、学校ではスクールカウンセラーによる相談体制を強化するなど急性期対応を行っているが、急性期以降にも継続的なケアを子どもたちに行う公的体制の整備を求める。

II：溺死

①現場の変更が行われる前に現場検証を実施するための、可及的早期の警察通報の実施の励行

医療機関における重大/死亡事故発生の際に、その状況に関係機関が把握し、同種事故発生の予防を含めた検討の材料とすることは CDR 事業の根幹でもある。一方で、医療機関は救命を主体とした職責を発揮する立場にあり、どうしてもその他の対応は時間が経った事後的なものとなってしまうやすい。本モデル事業の実施を受け、県は定期的に医療機関向けに小児死亡時対応講習会を実施しているが、講習会に消防及び警察関係者を受講対象に加えるとともに、可及的早期の警察通報を行うべきケースの判断やその実施の意義等の項目を追加するなど、医療機関向けの啓発強化を図っていただきたい。

②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

海なし県である当県においても、溺水により子どもが死亡/重篤な後遺障害を負うケースは継続的に発生している。ため池や川などの家庭外で生じる溺水事故だけではなく、家庭内においても溺水は生じることを県民に啓発する事故予防教育を行う必要があり、1歳半・3歳児健診や就学前健診などの機会を利用した事故予防教育の際に、この点を強調するとともに、具体的に予防教育に活用する意味でも、小児の重篤な溺水事例の発生につき県として把握し、関係機関が共有できる体制を検討していただきたい。

なお、原死因が外因死であっても、外因に基づく脳損傷(含、低酸素性虚血性脳損傷)などによって医療ケア児となり、遠隔期に死亡したケースについては、重症心身障がい児のケアの向上のため、今後、内因死パネルと合同で事例検討を実施することを提言する

D：自殺

令和3年度、CDRの提言を受けて県は子どものこころ診療ネットワーク事業を開始した。群馬大学小児科が委託先となり「子どもの自殺ゼロプロジェクト」が実施されており、CDRの自殺パネルで提言した対策の多くは、このプロジェクトで実行を検討すべきものとして整理されたい。

令和4年度提言

①自殺ハイリスク者への支援・相談体制の整備

- ・医療福祉-教育連携体制の構築
- ・SNSによる匿名支援の積極活用と、対面支援の切れ目のない支援体制の構築
- ・地域社会と連携した子どもの安全な居場所づくり

②救急外来を受診した自殺未遂者のフォロー体制の構築

③群馬大学における「子どものこころ診療センター」の設置、および一般小児科医・救急科医が精神医療に繋がるまでの期間に高リスク児をフォローしうる体制の構築

④トラウマインフォームドケアの啓発

⑤自殺ホットスポットへのアクセスの制限

①自殺ハイリスク者への支援・相談体制の整備

昨年度に続き、自殺ハイリスク者への支援体制の拡充は急務である。自殺のキーワードは「孤立」であり、潜在的自殺リスクの高い子どもたちを自殺行動から守るためには、自分を支えてくれる他者の存在を実感できる体制を整備することが必須である。小児期の逆境体験（ACE：心理的虐待・身体的虐待・性虐待・DV・親のアルコール/薬物依存・親の精神疾患・親の収監など）の影響を低減する小児期肯定的体験（PCE）では、①自分の感情について家族に話をする事が出来た、②困難なときに家族がそばで支えてくれたと感じることが出来た、③自宅は守られ安全な場所だと感じられた、④地域の行事や伝統行事に参加し楽しむことが出来た、⑤中高時代、自分の学校に帰属意識を持てた、⑥友達に支えられていると感じることが出来た、⑦親以外の少なくとも二人の大人が、自分のことを心から心配してくれた、という要因が重要視されている。日常的な生活で自身が支えられている感覚を持てる環境が提供できることが理想であるが、まずは、「孤立化」した子どもに対し、関わりを持つ大人が⑦のような支援の提供が重要であることを周知させることが重要である。さらに、子ども自身のレジリエンスを回復し、治療的ネットワークの外でも生き抜くことが出来るようになるまで支援を安定的に提供する体制を構築することが求められる。

一方、中高生にとって学校教員は最も身近な大人の一人であり、教育システムの中でメンタルヘルスの脆弱性を有する子どもに気付き支える体制を整備することも極めて重要である。自殺予防対策においては、学校教諭の業務の負担感を増す対策よりも、負担感を低減するような対応策が望まれる。学校だけで自殺ハイリスクの子どもを抱えることがないよう、医療・福祉をはじめとする諸機関が、生活場面の重要な大人としての教育現場の教員を専門の見地から支える連携体制の構築を進める必要がある。例えば、コミュニティ・スクールや地域学校協働活動の取組の一環として、空き教室を利用するなどして、放課後

に地域の安全な大人と児童・生徒とがコミュニケーションが図れる居場所づくりを広げることも一案である。一方で、顔の見える関係の中で相談を行うことが出来ず孤立化した子どもがSOSを出すことのできる体制の構築とその利用促進も重要である。現在SNSを活用した24時間365日子どものSOSの受け止め先となる支援体制は様々に構築されており、そのようなシステムを補助的に利用しつつ、その後の対面支援に繋がる相談窓口の設置を含めた切れ目のない支援体制の構築を進める必要がある。

②救急外来を受診した自殺未遂者のフォロー体制の構築

自殺未遂の既往は、最も明確で強い自殺のリスクである。死に至らない程度の自傷であっても、反復されれば死や痛みへの恐怖を減弱させ自殺リスクを高める原因となる（Joiner et al., The Interpersonal Theory of Suicide, Psychol Rev. 2010）。しかし、県内の病院救急外来を受診した自傷・自殺未遂の若年者が、その後に適切なケアに繋がっているとは言い難い状況であり、このような自殺未遂児を対象とし、その子どもが受診した医療機関・その子どもが通う学校・その子どもの暮らす地区担当の福祉機関が、具体的なケース・マネージメント会議を行う体制を整備する必要がある。

③群馬大学における「子どものこころ診療センター」の設置、および一般小児科医・救急科医が精神医療に繋がるまでの期間に高リスク児をフォローしうる体制の構築

令和5年2月より群馬病院に児童思春期病棟が設置され、4月より県立小児医療センターでも「子どものこころ診療科」による外来・入院治療が開始する。国立大学病院の約半数で「子どものこころ診療科」などが設置され、小児科と精神科が連携して専門的診療を提供する体制を整備しているが、群大病院を始め当県内では、実質的には小児科と精神科が個別に患者に対応しているのが現状である。群馬大学小児科・精神科が連携して診療に当たれる診療センターを設置することのメリットとして、資源を集約化して効率的かつ専門的な治療が可能になる、県内で児童精神医療に関わる医師を育成する体制ができる、小児科・精神科双方の医師のスキルアップが図れるなどが挙げられ、県内の子どものメンタルヘルス対応体制の向上につながっていくことが期待される。群馬県に隣接する長野県をはじめ、他県の国公立大学に設置されている「子どものこころ診療科」には、自治体からの寄付講座や委託事業で運営されているものも多い。群馬県においても、大学病院への「子どもの心診療センター」の設置・運営に関し、群馬県からのサポートなどが検討されるべきであろう。

一方で、メンタルヘルスの問題を有し支援を要する小児患者数は膨大であり、ごく少数の精神医療者のみでは、十分に対応できない。つながるまでの間、身体科の医師も必要な支援を提供出来るような体制の整備も併せて実施しなくてはならない。身体科の医師は、精神科に紹介した患者が実際に精神科外来を受診する率が非常に低く、たとえ受診したとしてもおよそ約3分の1の子どもは、1-2回の受診でドロップアウトし、約4分の1の子どもは3-4回の受診でドロップアウトする現実を認識する必要がある。

④トラウマインフォームドケアの啓発

近年の児童精神領域におけるトピックは、発達障害からトラウマへ移行しつつある。子どもの問題行動の背景にトラウマが存在することは日常的にありふれた事象である。医療者に限らず、教育関係者や保護者もトラウマについて理解し、子どもの行動をトラウマの観点から理解し対応する（トラウマインフ

ホームドケア)ことが求められている。子どもの自殺予防のためにも、広く一般にトラウマインフォームドケアの概念を周知するため、e-learning・継続的な講演会の実施など、具体的なターゲットの選定と年次計画に基づく啓発を行う必要がある。

⑤自殺ホットスポットへのアクセスの制限

児童思春期の自殺は成人の自殺に比べて計画性が低く衝動的なケースが多いとされ、予防には自殺手段へのアクセスを制限することが有効である (Wasserman et al., Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. Asia Pac Psychiatry, 2021)。県内でもいくつかの自殺のホットスポットの存在が知られているが、成人例を含めた過去の自殺の発生場所を登録するなど把握し、そのようなホットスポットに対して、容易に自殺行動に移り難い環境整備を実施することが小児の自殺を防ぐことに繋がる故、そのような体制の整備につき検討していただきたい。

E：養育不全の関与した死亡、虐待/ネグレクト死

F：不詳死

令和4年度提言

- ①重度損傷/死亡事例などにおいて、虐待の可能性がある場合には、一定の条件を提示しルーチンのセカンドオピニオン取得の努力義務を求めるなど、虐待医療アドバイザー制度の一層の活用を求める。
- ②司法対応を要する可能性のある虐待疑い事例においては、原則として児相・警察・医療の対面での三者協議を実施する体制を求める。
- ③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を求める。
- ④トラウマインフォームドケアの観点を持ち、各種心理尺度を用いて親のリスクの客観評価を行う体制の整備と、指導的関わりだけではなく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を求める。
- ⑤虐待の可能性のある死亡事例の検証は、1回の検証会議の際に一事例に限定するなど、十分な検討時間を確保するように求める。
- ⑥突然の予期せぬ乳幼児死亡/不詳死事例の学術的検討や対応実務の向上に向け、死因究明推進会議内で検討を行うための体制整備を求める。

①重度損傷/死亡事例などにおいて、虐待の可能性がある場合には、一定の条件を提示しルーチンのセカンドオピニオン取得の努力義務を求めるなど、虐待医療アドバイザー制度の一層の活用を求める。

社会的な高リスクを抱え関係機関がフォローしていたケースを含め、自己転倒などによる損傷を負い、難しい月齢の乳児に生じている、骨幹端損傷・肋骨骨折・脳実質裂傷などの所見が見逃され、関係機関が虐待により死亡した可能性を認識していないケースというのは生じ得る。そのようなケースの発生を防ぐためには、専門の見地から事例の医学的所見を評価するセカンドオピニオン体制は欠かせない。

現在、県では虐待医療アドバイザー制度が設置されているが、医療機関を含めた十分な周知がなされているとは言い難く、また明確な運用基準がないために、その利用を躊躇、あるいは単なる診断助言を受けだけの制度と認識している関係者もいる。またケースワーク上、医療機関と関係機関との認識の相違が生じ、いずれかの機関が強い危機感を感じている場合に、その危機感の共有が図れぬままケースワークが進んでしまっているケースも存在している。そのような際のセカンドオピニオン制度として虐待医療アドバイザー制度を活用可能なことも、多くの医療者が認識していない状況もある。上記問題の解決のためには、重度損傷/死亡事例など、とりわけその後に係争しやすいケース（具体的には、第三者目撃のない身体損傷（生後18か月未満児の顔面複数挫傷、挫傷スコア50を超える多発挫傷、乳幼児の複数骨にわたる骨折、入院を要する熱傷、硬膜下血腫、内臓損傷、咬傷、絞頸/扼頸を疑う頸部損傷）や、身体的虐待以外の心身に重大な影響を及ぼす虐待類型（標準体重の60%未満で18か月以上にわたる成長率低下を伴う第3度発育不全、入院を要するMCA、長時間持続する健康被害をもたらす医療ネグレクト、継続的な監督不全を背景とした重大事故、前思春期の性虐待疑い、挿入被害の疑いのある性虐待など）については、その発生数も県内で年間20例程度と限られており、虐待医療アドバイザー制度の利用を原則としてルーチン化するなどの対応が求められる。

現行の医療アドバイザー制度は、複数名の設置を可能としているものの、実質的に1名で運用されており、そのことも相談閾値を上げる原因となっていると推察される。医療-福祉連携をより一層促進するため県内児童相談所又は基幹病院に虐待医療アドバイザーを設置する体制を整備し、現行のアドバイザーをスーパーバイザーと位置づけ、重層的な評価体制を構築することが望まれる。そのような体制を整備することは、診断の精緻化を進めることとなるとともに、ケースワーク上の困難が生じた際に、積極的にその解決を図る手段ともなり得る。

その実現のためには、アドバイザー養成のための研修制度を用意し、研修終了者を県は登録し、重度損傷/死亡事例の発生時の評価時のリソースとして優先的に活用するように努める必要がある。一方で、現実的には、そのようなトレーニングを積んだ医師以外が、小児死亡事例の対応をすることがほとんどであり、とりわけ突然の予期せぬ乳幼児死亡時の対応の際に実施すべき画像/検査項目をリスト化し、小児・救急医療提供体制に関わる諸機関の共通認識化を進め、現場における検査の実施を促進する必要がある。

②司法対応を要する可能性のある虐待疑い事例においては、原則として児相・警察・医療の対面での三者協議を実施する体制を求める。

①の体制が整備されることで、②の提言内容も社会実装されていくことが期待されるが、速やかな実務上の改善のためには、機関間協定などを策定するなどし、係争化しうる事例の中でもとりわけ司法対応を要する可能性のある事例が発生した際には、その発生初期から見解を共有化したうえで、諸機関の初動に生かす必要がある。

③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を求める。

特定妊婦対応においても、医療機関と福祉機関のリスク認識が一致せず、その後に重篤化してしまう事例が継続的に発生している。評価尺度を複数組み合わせ合わせた検査バッテリーをアルゴリズム化するなどで、より客観的な観点でリスク状態を共有化する体制を構築するだけでなく、現場経験に基づく主観的なリスクを重視し、関与機関の発議があった場合には、ケースアセスメント/フォローアップ会議を原則として実施するなどの体制整備を求める。とりわけリスクが高いと思われるケースにおいては、各二次医療圏のアドバイザー/スーパーバイザーを交えたトリアージ会議を当該病院において実施する体制を整備されたい。

また現状では、家庭に重大な関係性の変化が生じた際の再リスク評価が実施されずに死亡するケースが多いことが報告されている。そのような際には必ずリスクの再評価を実施するとともに、母親のみならず父親を含めた家庭の包括的評価を実施し、母親以外の人物が高リスクと判断される場合の援助提供体制を検討しなくてはならない。とりわけ家庭内暴力（DV）の発生リスクは、妊娠中にむしろ上昇することも知られているため、ほぼすべての出生は医療機関で行われるという強みを生かし、特定妊婦におけるDV評価をルーチン化し、父親に関するリスク評価を積極的に実施する体制の構築を求める。

④トラウマインフォームドケアの観点を持ち、親のリスク評価を各種心理尺度を用いた客観評価を行う体制の整備と、指導的関わりだけではなく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を求める。

実臨床の場では、重篤な虐待事例の発生には親側の小児期の被害虐待体験がほぼ確認されるのは、周知の事実である。トラウマの背景にあるコアシェイムと呼ばれる強固な恥の概念、対人交流障害、ゼロサム思考についての理解に乏しい指導的関わりは、被援助者の孤立化をかえって進めてしまうリスクとなることを全ての支援者が理解したうえで、支援的な関わりを中心にケアプランを立案することが出来るよう、トラウマインフォームドケアに立脚した援助技術講習を進める必要がある。

⑤虐待の可能性のある死亡事例の検証は、1回の検証会議の際に一事例に限定するなど、十分な検討時間を確保するように求める。

虐待の可能性のある死亡事例の検証には、多角的視点が必要であり、かつ支援者側のグリーフに配慮したデブリーフィングが求められるため、十分な検討時間が必要である。検討に際しては、一回の会合は原則一事例に限定して実施を行うことを求める。

⑥突然の予期せぬ乳幼児死亡/不詳死事例の学術的検討や対応実務の向上に向け、死因究明推進会議内で検討を行うための体制整備を求める。

本モデル事業の令和2年度提言において、「法医学者と臨床医とが小児の突然の予期せぬ死亡の発生に際し協議を行いうる体制を整備し、学術的な検討を共に行いうる体制を整備する」との提言を行ったが、現時点でその提言は未達の状況である。CDR事業としての実施はさておき、死因究明の精緻化は極めて重要な課題であり、医療のみならず社会として求められる死因究明体制を、関係機関で協議するためのプラットフォームとして既存の死因究明推進会議を活用することは、より実現可能性の高い現実的かつ医療者だけにとどまらない検討を行いうる手段となりうる。

4. CDRモデル事業にかかる実施過程

「不詳死」「養育不全」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R4.11.25	31	病院2か所、児童相談所2か所、市役所3か所、地方検察庁、警察、委託先病院、県庁事務局、大学	3

「自殺」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R4.12.19	19	ワーキングリーダー所属病院、病院、相談支援事業所、市役所、群馬県健康福祉部障害政策課・こころの健康センター、警察、大学、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R4.12.28	10	ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、県庁事務局	3

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R5.1.10	11	ワーキングリーダー所属病院、病院、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R5.1.18	11	ワーキングリーダー所属病院、病院、訪問看護ステーション2か所、相談支援事業所、委託先病院、県庁事務局	1

「交通事故」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.1.25	7	病院、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「溺水」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.1.26	16	病院、医院、訪問看護ステーション、基幹相談支援センター、保健センター、児童相談所、警察、委託先病院、県庁事務局	1

ワーキンググループ代表者会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.2.16	11	ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、県庁事務局	検証内容まとめ

多機関検証会議

日付	参加人数	参加者所属
R5.3.7	31	市町村児童福祉主管課・母子保健主管課、教育委員会、警察本部、警察医会、弁護士会、地方検察庁、消防長会、看護協会、委託先病院各科医師・MSW、県庁事務局

*教育及び司法関係者（警察、検察）はオブザーバー

5. 群馬県小児死亡多機関検証委員会名簿

	部門	所属機関名	役職名	氏名	備考
1	医療	前橋赤十字病院	院長	中野 実	*座長
2		群馬大学医学部医学系研究科小児科学分野	教授	滝沢 琢己	小児医療
3		群馬県医師会	理事	今泉 友一	小児医療
4		群馬県精神神経科診療所協会	会長	黒崎 成男	精神医療
5		群馬県警察医会	理事	吉川 守也	警察医
6		消防長会（前橋市消防局救急課）	（副主幹）	福田 貴紀	救急業務
7	司法*	前橋地方検察庁	検事正	清野 憲一	検察
8		前橋地方検察庁	検事	谷 史好	検察
9		群馬県警察本部	本部長	小笠原 和美	警察
10		群馬県警察本部捜査第一課検視官室	検視官室長	黒澤 泉	警察
11		群馬県警察本部子供・女性安全対策課	課長補佐	村椿 正美	警察
12		群馬弁護士会(子どもの権利委員会)	副会長	館山 史明	弁護士
13	教育	群馬県教育委員会義務教育課	課長	春田 晋	義務教育
14		群馬県教育委員会高校教育課	課長	天野 正明	高校教育
15	行政	群馬県看護協会保健師職能委員会	委員長	小飯塚 昌代	母子保健
16		前橋市福祉部	部長	小坂 和成	子育て支援
17		中央児童相談所	所長	富田 昌志	子育て支援

*司法関係者（検察、警察）はオブザーバー

事務局

	所属機関名	役職	氏名
1	生活こども部児童福祉・青少年課	課長	中村 祐一
2	生活こども部児童福祉・青少年課	次長	野中 博幸
3	生活こども部児童福祉・青少年課家庭福祉係	補佐	滝澤 邦行
4	生活こども部児童福祉・青少年課母子保健係	補佐	中林 千晶
5	前橋赤十字病院 小児科	部長	松井 敦
6	前橋赤十字病院 小児科	副部長	溝口 史剛
7	前橋赤十字病院 小児科	副部長	清水 真理子
8	前橋赤十字病院 小児科	副部長	杉立 玲
9	前橋赤十字病院 医療社会福祉課	課長	中井 正江
10	前橋赤十字病院 医療社会福祉課	社会福祉士	望月 裕子

