

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6年度報告

小児死亡の発生予防・死亡時対応・
死亡後対応改善のための提言

令和7(2025)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6年度事業対象期間（令和5年4月1日～令和5年12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死亡を減らすための取り組みに関する、県への提言
 - （1） 周産期/新生児期死亡に関する提言
 - （2） 内因死に関する提言
 - （3） 事故死に関する提言
 - （4） 自殺に関する提言
 - （5） 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
 - （6） 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

令和2年度にチャイルド・デス・レビュー（CDR）体制整備モデル事業が群馬県で開始されてから、5年が経過する。CDR事業は、『予防可能な』子どもの死亡を減らすことを目的に、県内の18歳未満で亡くなった子どもの事例を、周産期/新生児死亡、内因死、事故死、自殺、養育不全の関与した死亡・虐待/ネグレクト、不詳死の6つのパネルに分け、多機関の当事者たちで検証し、未来の予防策を提言する取り組みである。群馬県では、この提言を知事に直接届けている。

CDRには以下のようなメリットがある。

- ・予防の向上：CDRは死亡事例の背景にある要因を特定し、それをもとに予防策を講じる。このため同様の事例を未然に防ぐことが可能になる。
 - ・政策策定の支援：CDRの結果は効果的な公共政策の作成に役立つ。具体的なデータに基づいた政策を打ち出すことで、子どもの安全を守るための制度が強化される。
- 関係機関の連携強化：CDRには医療機関、警察、社会福祉機関など複数の関係機関が関与する。この協力体制の構築により情報共有だけではない真の連携が生まれ得る。
- 家族へのサポート：子どもを失った家族に対して、グリーフサポートの機会になる。
- 社会認識の向上：CDRは子どもの死亡原因に対する社会の認識を高め、予防活動への関心を喚起する。

実際の事例に直接対応した専門職による個別検証では、当事者の思いをそれぞれに聞く機会にもなり、その死の予防可能性はどのくらいあったか、今後同じような事例に対してはどのように対処すべきか、県をあげての施策として出せるものはあるかなど、ひとりひとりの子どもの死に真摯に向き合う話し合いが行われた。そして出された各年の提言は、既に県の施策に採用されたものもあれば、まだ着手困難なままのものもある。令和6年には、今までにCDR事業で出された提言が、実際にどの程度実現されているか、県による振り返りを行う検討もなされた。提言をどのように形にするか行政とともに考えていくのも今後のCDRの役割になっていくだろう。

CDRは、単なるデータの収集や分析に留まらない。これは、各関係機関や専門家が連携して取り組むことで、子どもたちの命を救うための実践的な対策を講じるための基盤となるものである。我々は、本報告書が今後の活動に対する貴重なガイダンスとなり、さらなる改善と予防策の開発に寄与することを願っている。

II. 2 令和6年度事業期間（令和5年4月1日～令和5年12月31日）における群馬県の小児死亡事例の概観検証結果

ア CDR 事業における小児死亡事例登録に際して、厚生労働省の「CDR における多機関検証委員会検証マニュアル」が推奨する10分類（「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」）の代わりに、「周産期/新生児死亡」「内因死」「事故死」「自殺」「虐待/養育不全」「不詳死」からなる6分類を用いることを推奨する

令和5年度事業では、令和4年度全体（令和4年4月1日～令和5年3月31日）の小児死亡事例を対象とした。それに対して令和6年度事業では、令和5年4月1日～令和5年12月31日の9か月間を対象とした。これは主に、国の人口動態統計が「年度」単位でなく「年」単位で行われている点を受けたことによる。令和7年度以降の事業では、前年（令和7年度事業であれば令和6年）の1月1日～12月31日の小児死亡事例を対象として行う予定である。

令和6年度事業の、群馬県が把握する小児死亡事例数は40例と確定した。この40例のうち、1例は国外での死亡が確認されたため、CDR 検証対象外となった。以上より、**令和6年度事業期間において CDR 検証対象となる群馬県内の小児死亡事例数は合計 39 例**となった。

なお、令和5年度事業期間までは、各事例における養育不全可能性・予防可能性・並びに不詳死における不詳の程度のカテゴリー分けについても、CDR 事務局による二次スクリーニングを行っていた。しかしながら群馬県では全死亡事例が各ワーキンググループ（WG）で検証されているため、上記の二次スクリーニングの存在意義が乏しい。従って、令和6年度事業期間以降の二次スクリーニングは、あくまでも各事例の死因分類に関してのみ行う方針とした。

1. 前年度事業までの死因再分類方法と今年度事業の死因再分類方法の相違点

保健所から事務局へ届いた小児死亡症例台帳に記載された死因分類は以下の通りであった。病死・自然死25例、中毒1例、自殺3例、他殺1例、交通2例、不詳の死7例、合計39例。これら39例を、個別検証を行う各WGに振り分けるため、死因カテゴリー別に再分類した。この再分類の方法に際して、以下に述べる通り、今年度事業で変更点が生じたので報告する。

令和5年度事業までは、厚生労働省の「CDR における多機関検証委員会検証マニュアル」における死因10カテゴリーに再分類していた。この10カテゴリーとはそれぞれ、「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」である。

しかしながら、この死因カテゴリー10分類のうち、カテゴリー4, 5, 6, 9は全て内因死に包含され、カテゴリー7, 8は周産期死亡に包含される。群馬県においては、各WGでの個別検証をほぼ全ての事例において行うことができている、各事例を各WGに振り分ける上で、例えばある内因死事例の死因カテゴリーが4, 5, 6, 9のいずれであっても支障はない。実際、死亡小表から得られる死因の記載に基づき、令和5年度からは各事例を「周産期/新生児死亡」「内因死」「事故死」「自殺」「虐待/養育不全」「不詳死」の6つのWGに分類している。従って、令和5年度事業において、各事例の死因カテゴリーを上記の6グループに分ける方が厚労省推奨の10分類よりも簡便で実用的である、という結論のもと、「一次スクリーニング時点での小児死因カテゴリーの簡略化と、検証後の分類ルールの明示」という提言を行い、令和6年度事業で簡略化した小児死因カテゴリーの運用を開始したという経緯である。その一方で、厚労省のマニュアルでは上記の死因カテゴリー10分類を推奨しているため、令和6年度事業では、事例登録（各医療機関担当者による一次スクリーニング）の際には死因10分類の入力を必須要件として残しつつ、一次スクリーニングで登録された事例の死因カテゴリーを厚労省推奨10分類から群馬県CDR事業推奨6分類に再分類し直した（表1）。

表1：令和7年度群馬県CDR事業（本事業）が推奨する死因カテゴリー6分類と、それに対応する厚労省推奨の死因カテゴリー10分類

本事業6分類	対応する厚労省推奨10分類
周産期/新生児死亡	7, 8
内因死	4, 5, 6, 9
事故死	3
自殺	2
虐待/養育不全	1
不詳死	10

注：厚労省推奨の死因カテゴリー10分類内訳は以下の通りである：「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」

2. 群馬県CDR事業内で提唱された死因6分類（「周産期/新生児死亡」「内因死」「事故死」「自殺」「虐待/養育不全」「不詳死」）に基づく死因再分類

前項のような分類を行ったところ、一次スクリーニングおよび二次スクリーニング（事務局担当者による再分類）の結果は以下の通りとなった。

➤ 一次スクリーニング（各医療施設担当者による登録）

「周産期/新生児死亡」11例、「内因死」12例、「事故死」4例、「自殺」4例、「虐待/養育不全」2例、「不詳死」6例

➤ 二次スクリーニング（事務局担当者による再分類）

「周産期/新生児死亡」7例、「内因死」19例、「事故死」2例、「自殺」4例、「虐待/養育不全」2例、「不詳死」5例

一次→二次で死因グループが変更された事例は4例あり、「周産期/新生児死亡」から「内因死」への変更が4例、「事故死」から「内因死」への変更が2例、「不詳死」から「内因死」への変更が1例あった。（表2）

表2：一次スクリーニングと二次スクリーニングにおける、死因カテゴリー6分類別の事例数の比較

死因6分類	一次スクリーニング		二次スクリーニング
周産期/新生児死亡	11	4	7
内因死	12	2	19
事故死	4	1	2
自殺	4		4
虐待/養育不全	2		2
不詳死	6		5

従って、厚労省のマニュアルに記載されている死因10分類よりも、実務者レベルにおいては、死因を「周産期/新生児死亡」「内因死」「事故死」「自殺」「虐待/養育不全」「不詳死」の6カテゴリーに分類する方が、複雑性が緩和されるのみならず、そのまま各WGへ事例を振り分けやすいため、より実用的であると考えられる。

令和7年度以降のCDR事業においては、一次スクリーニングの際に上記死因6分類を用いた事例登録ができるよう、事例登録用ウェブページ上のフォーマットを改訂したい。

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

(1) 周産期/新生児死亡

- ア 群馬県周産期医療対策協議会と CDR 事業が横断的に連携し、新生児死亡の検証をする仕組みをつくること
- イ レニンーアンジオテンシン (RA) 系阻害薬は、処方に関わる医師や薬剤師に、妊婦に投与しないよう周知すること

ア 群馬県周産期医療対策協議会と CDR 事業が横断的に連携し、新生児死亡の検証をする仕組みをつくること

周産期/新生児死亡は、従前から「群馬県周産期医療対策協議会」で早期新生児死亡の検証がなされていたため、CDR 事業ではその結果をもとに提言を行ってきた。群馬県周産期医療対策協議会での検証は早期新生児死亡（日齢 0 から日齢 6）に限られるため、CDR 事業の周産期/新生児死亡パネルでは日齢 28 未満の新生児死亡に未検討事例があることを指摘した。自宅退院後の新生児死亡は、養育不全死や不詳死等のパネルで検証すべき事例となるため、新生児死亡の中で、日齢 7 から日齢 27 の死亡でありかつ出生後に一度も自宅退院していないものについては、群馬県周産期医療対策協議会と CDR 事業が横断的に連携し、新生児死亡の検証を行う上での問題点を協議することが望ましい。

イ レニンーアンジオテンシン (RA) 系阻害薬は、処方に関わる医師や薬剤師に、妊婦に投与しないよう周知すること

妊婦に対するレニンーアンジオテンシン (RA) 系阻害薬の投与は禁忌である。慢性腎不全の女性が、RA 系阻害薬の投与を受けていながら妊娠を申告せず、主治医も薬剤師も妊娠を把握していなかったため、妊娠後期までその投与を続けた。その結果、胎児には内蔵奇形等の重篤な合併症が生じ、出生後間もなく早期新生児死亡に至った。

慢性疾患では長期処方となる薬剤投与が多く、処方後に妊娠することはあらかじめ考えておかなければならない。妊娠はデリケートな事象であり、妊婦自身も妊娠の確証を得ることが難しい場合もあるため、妊娠を自己申告や口頭での確認とすることは危険であろう。RA 系阻害薬は、処方されるすべての女性に妊娠の可能性がある場合には中止しなければならない薬剤であることの説明や、処方に関わる医師や薬剤師に妊娠可能な女性には代替薬がない場合以外に投与しないことなどの周知を行う必要がある。高齢妊娠、基礎疾患合併妊娠が増える中で、患者からの申告のみに頼るのではなく、胎児を守る仕組みを構築することが望ましい。

(2) 内因死

- ア 小児緩和ケアの診療体制の整備
- イ 子どもを失った遺族に対するグリーフサポート体制の構築・整備
- ウ 重篤な遺伝性疾患をもつ家族のサポートと診療連携体制の構築
- エ てんかん患者の発作時死亡事故予防対策

ア 小児緩和ケアの診療体制の整備

(ア) 小児緩和ケア病棟と病院に隣接する患者家族と患児の宿泊施設の設定

群馬県内には子どものための緩和ケア病棟がない。不治の病で自宅に帰れず、病院で終末期を迎える子どもたちが家族とともに安心して過ごせる、病院に隣接した宿泊施設も皆無である。終末期を家族・友人と過ごすことは患児の QOL 向上に大きく寄与するため、早急に整備していただきたい。県立小児医療センターの移転に伴い、緩和ケアに適した環境の整備が進むことを期待する。

(イ) 包括的な小児緩和ケアの診療体制の確立

治癒困難な病気と診断された時点から終末期に至るまで、子ども達とその家族は心身の包括的ケアや社会的サポートを要する。小児緩和ケア診療は専門性の高い分野である一方で、医師・看護師のみでなく保育士やチャイルドライフスペシャリスト等多職種連携も極めて重要であり、診療体制の確立には専門的人材の安定した確保が必須である。患児家族の精神的サポートも必須であり、希望に応じて臨床心理士・公認心理師によるカウンセリング等の専門的な支援を提供する体制を確立していただきたい。

(ウ) 小児患者の在宅訪問診療と在宅緩和ケア診療体制の整備

在宅療養中の慢性疾患や終末期を自宅で過ごすことが可能な小児患者において、群馬県内では小児専門の在宅診療医や小児緩和ケアの専任医師・看護師はいない。薬剤投与量の決定など、病院主治医と在宅診療医・訪問看護師との密な連携が必要であり、患児家族に最良の医療を提供するためには原疾患の主治医と地域医療機関の主治医、あるいは、成人科の在宅訪問診療医との、電子カルテの共有や 24 時間相談体制などの連携システムの構築が必要である。さらに、小児訪問診療については地域格差があり、居住地によって在宅訪問診療を受けられない児がいることは問題である。これまで小児の診療や緩和ケアに携わったことのない在宅訪問診療医への啓発も重要である。

(エ) 終末期にある子どもの原籍校復学のための体制の確立

病気治療中の子どもも教育を受ける権利があり、特別支援学校等で学業を継続できる。一方で、原籍校への復学については、重篤な合併症や後遺症を有する場合や看護師によるケアが必要な場合、受け入れ不可能か、受け入れまでに多大な時間や労力を要する。また、長期生存が望めない状態や終末期にあっても、子どもの希望があれば可能な限り原籍校への復学を叶えたいが、これには教育現場の迅速かつ柔軟な対応が必要不可欠である。医療・教育・行政の連携が不可欠であり、三者の協力体制の確立が急務で

ある。

イ 子どもを失った遺族に対するグリーフサポート体制の構築・整備

大切な家族を失った人に対するグリーフサポートの社会的認知、グリーフサポートを行う主体と対象、方法など体制の整備が必要である。グリーフサポートの認知と方法についてセミナー・講習会などによる啓発活動と、すでに訪問看護ステーションや行政、医療機関などで行われている既存のグリーフサポート活動の評価と支援が必要である。市町村には子どもの死亡が直ちに把握できない場合もあり、病院からの連絡体制など、患者家族の心情に配慮した一定の取り決めや支援策が必要である。また、現行の保険診療の枠組みでは、患者死亡後の遺族へのケア提供は診療対象外であり、新たな枠組みが必要となる。社会的支援の一環として制度化する方法を探っていただきたい。

ウ 重篤な遺伝性疾患をもつ家族のサポートと診療連携体制の構築

遺伝性疾患の中でも、親子・兄弟などで同一の疾患を家族内発症するもの、若年死亡や突然死のリスクが高い疾患、生涯を通じて重症な経過をたどる疾患では、社会的、経済的、心理的、医療的サポートが必要となる。同一疾患をもつ兄弟の死亡に直面した児の心理的サポートや、次子が同一の疾患に罹患する可能性がある両親の遺伝相談のための診療体制構築（費用・診療報酬や医療機関・部門整備）、家族歴から次子の早期診断や早期治療介入を可能にして、子どもの死亡を防ぐ医療機関連携を可能にする県内病院の多診療科ネットワークを構築していただきたい。内因死による子どもの死を予防するために直接的に効果があるのは医師の診断・診療技術の向上であり、このための研究会、講演会、講習会、情報交換会などによる継続的体制の構築やそのサポートは重要である。

エ てんかん患者の発作時死亡事故予防対策

てんかん患者の中には発作で突然意識消失する人がいる。高所での活動や水辺の活動（プールやお風呂）は命の危険があるため特に注意を要する。てんかん発作時の死亡事故防止のため、生活指導や注意喚起のパンフレット作成など対策を講じていただきたい。

(3) 事故死

- ア 稀な態様の事故については、類似する事故ケースの検索を可能な限り行ったうえで検証を行い、また可能なかぎり症例報告を行う体制を整備する。
- イ 養育者の監督の欠如、ならびに不適切な監督状況の中で生じた死亡事故における、グリーフの在り方に対する検討と実践を進める。
- ウ 外因死の発生時、救急医療者と小児医療者とが連携する体制の整備
- エ ATEC 外傷初期診療ガイドラインの普及・啓発
- オ 二輪車用エアバッグの普及啓発

ア 稀な態様の事故については、類似する事故ケースの検索を可能な限り行ったうえで検証を行い、また可能なかぎり症例報告を行う体制を整備する。

今回検討した事事故例のうち 1 件の死亡事故は、臨床現場であり経験しない態様の事故であった。R5 年次にも全く同じ提言を行っているが、県内の事故においては、CDR モデル事業実施以降、あらゆる事故死例の把握が出来ている。子どもの事故による死亡は相当程度減らすことは出来ており、具体的な状況を背景とした提言は、県単位で行う場合に連結可能性が高い情報となる故、国としてのデータベースの構築と公表の体制を整備されたい。また連結可能性が高くとも、遺族の公表同意が得られた場合にはその意思を尊重した啓発活動に活用可能となる。死後検証を充実させるための同意書などは本モデル事業において整備は進めたものの、個々の医師にはなかなか浸透した状況になく、県としての周知徹底を改めて求める。

イ 養育者の監督の欠如、ならびに不適切な監督状況の中で生じた死亡事故における、グリーフの在り方に対する検討と実践を進める。

既に令和 4 年度・令和 5 年度においても同様の提言を発出したところではあるが、親や子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。グリーフサポート体制の整備について、引き続き、担当部局を明確化した事業化を繰り返し求める。

ウ 外因死の発生時、救急医療者と小児医療者とが連携する体制の整備

R5 提言においては、「小児死亡発生時の情報共有体制の構築」を挙げたが、本年度はより具体的に「救急医療者と小児医療者とが連携する体制の整備」を重点項目として掲げる。小児の死亡に際しては、医学的な救命処置にとどまらず、各種の社会的問題への対応が派生して生じる。それ故にその対応を即時適切に行うためには救急医療者と小児医療者とが連携することが不可欠と言えるが、現状は施設によりその体制はまちまちの状態にある。各施設の医療者の熱意に依拠した問題として捉えるのではなく、対応に関して加算が取れるようにするなど、国としての整備を求めるとともに、「小児死亡対応講習」の内容に包含するな

ど、医療者の意識向上への取り組みを進める必要がある。

エ JATEC 外傷初期診療ガイドラインの普及・啓発

県内において、救急医療を専従とする医師が常勤体制にない病院で、小児の蘇生処置を行う必要が生じるケースも一定程度生じ得る。その際の救命率を上げるためには、JATEC 外傷初期診療ガイドラインの普及・啓発が望まれる。具体的には、受講した医師を県で把握し、受講医師のいない医療機関への受講を求めるなど、県内の医療提供体制整備事業の一環に組み込むなどの対応を求める。

オ 二輪車用エアバッグの普及啓発

今回検討したケースには、二輪車の関与する事故も含まれていた。二輪車用エアバッグの装着があれば致命的とならなかったか否かは断定できないものの、一般的には救命率の向上が望まれるツールであり、購入助成制度などの整備を望みたい。

(4) 自殺

- ア OTC 医薬品の過量内服対策の徹底
- イ 子どもの相談に 24 時間体制で応じるサービスの充実・啓発
- ウ 通信制高校・私立高校での自殺予防策
- エ 自殺のホットスポットにおける予防策
- オ 救急外来での家族への情報提供の依頼

ア OTC 医薬品の過量内服対策の徹底

今回、4 症例のうち 1 例は OTC 医薬品（市販薬）の過量内服による死亡であった。市販の風邪薬等の過量内服は 2010 年代中頃から急増している。この背景には、同時期に登録販売者資格の取得要件の緩和や、セルフメディケーション税制の導入など、医療費の削減のために政府が推進してきた政策の影響があると指摘されている。これに対し、厚労省はこれらの薬品を「濫用等のおそれのある医薬品」に指定し、購入者が子どもの場合は氏名・年齢や使用状況を確認する、他店で既に購入していないか確認する、一人一包装までの販売にするなどの対策を定めている¹⁾。しかし実際には、自殺目的・非自殺目的の過量内服が多発しているのが現状である。政府の定めたこれらの対策がどの程度実施されているか確認し、徹底することを提言する。

イ 子どもの相談に 24 時間体制で応じるサービスの充実・啓発

4 症例のうち少なくとも 2 例は休日または夜間の自殺であった。自殺未遂者の救急搬送のうち 65.0~67.7%が休日または時間外であったという統計もあり²⁾³⁾、この時間に希死念慮をもった子どもの自殺企図を防ぐ対策が必要である。県内では、中央児童相談所や群馬県総合教育センターが 24 時間の相談体制を提供している。かなりの件数の相談が寄せられているが、その多くは保護者からの相談であり、子どもに十分に知られていない、または知っていても相談する気になれない状況である可能性がある。これらのサービスの一層の充実と告知、子どもにとっての相談のハードルが下がるような工夫が期待される。

ウ 私立広域通信制高等学校等での自殺予防策

県内高等学校等では県教委の指導の下、自殺予防教育に力を入れて取り組んでいるところであるが、近年広域通信制高等学校等への進学も多くなっており、これらの学校の特性上、県として生徒の情報に乏しく検討が困難な事例があった。

通信制高校の生徒は登校する日が少ないため、不調があっても気づかれにくい可能性があり、学校に在籍していない子と同様に地域社会で自殺予防に講じる必要がある。また、このような学校に在籍する生徒の状況について、県として把握できる体制を作ることが必要かもしれない。

私立広域通信制高等学校等に在籍している生徒を対象とした自殺予防策の検討、その生

徒の生活状況を把握する県としての体制づくりを提言する。

エ 自殺のホットスポットにおける予防策

2 症例は橋からの飛び降りであり、うち 1 例は過去にも繰り返し自殺が起きている橋での飛び降りであった。この場所は自治体の議会でも自殺対策が検討され、注意喚起の看板と監視カメラが設置されたが、有効な対策とはなっておらず、追加的な対策が必要と思われる。一か所の自殺スポットに対策をしても他の場所に移るだけという意見もあったが、「名所」となっている場所は一つ一つ対策を講じるべきであろう。海外の自殺で有名な橋では、落下防止ネットの設置や、監視カメラの映像を AI が分析して飛び降りの兆候を検知するシステムなどが一定の効果を上げている例があり、これらも参考に対策を講じることを提言する。

オ 救急外来での家族への情報提供の依頼

自殺企図で救急搬送された子どもの再企図を防ぐことは重要である。しかし、救急外来を受診した際に本人や家族から得られる情報は限られているし、帰宅後に精神科を受診しているかなど経過を追うことは困難である。自殺企図者が救急外来受診時に再企図のリスクを評価するためのツールとして、SAD PERSONS スケールが知られている。これらを参考に救急外来で簡便に記載できる問診票を作成し、再企図のリスクを評価し、ハイリスクの子どもについてはその後の経過を慎重にフォローする体制づくりを提言する。

(5) 養育不全関連死（虐待/ネグレクトの寄与した可能性のある死亡）

- ア センチネル・インジュリー（警告損傷）を含めた先行損傷が存在した事例をハイリスクと捉えた潜在損傷評価のための具体的検査項目を明記したマニュアルの作成・頒布
- イ AHT（虐待による頭部外傷）を含めた重度の身体的虐待ケースにおける、一時保護後の処遇検討時に、多機関で意思決定をする体制の構築
- ウ トラウマ/メンタルヘルス上の問題を抱えていたりアレキシサイミア傾向があるなど、SOSを出しにくい状態にある親や、ボンディング障害の親の評価・支援体制の整備
- エ 心中事例における遺族支援サービスの構築

ア センチネル・インジュリー（警告損傷）¹⁾を含めた先行損傷が存在した事例をハイリスクと捉えた潜在損傷評価のための具体的検査項目を明記したマニュアルの作成・頒布
R4・5年の提言において、センチネル・インジュリー（警告損傷）に対する啓発の提言を繰り返し実施しているところであるが、早期乳児の頭部外傷に対しても、そもそもの発生率の少なさからも、それをセンチネルインジュリーと捉えてハイリスクケースに位置付け、包括的潜在損傷評価と養育支援対象とすることの啓発・対応マニュアル作成などの具体的な対応策を行うことを、改めて提言する。

イ AHT（虐待による頭部外傷）を含めた重度の身体的虐待ケースにおける、一時保護後の処遇検討時に、多機関で意思決定をする体制の構築

常時ケアを要するいわゆる寝たきりの状態となったケースにおいては、家族にかかる負担が大きく、かつその原因に養育不全が潜在する可能性のある家庭においては、在宅ケアの方針を取る上では、慎重な評価を要する。当事者の医療者と児童相談所のほかに、多機関での評価を行うことが、適切な判断に繋がり得る。その際に、虐待医療アドバイザーなどの中立的な第三者を含めた検討を行う体制を構築されたい。

ウ トラウマ/メンタルヘルス上の問題を抱えていたりアレキシサイミア²⁾傾向があるなど、SOSを出しにくい状態にある親や、ボンディング障害の親の評価・支援体制の整備

死に至る養育不全ケースには、必然的に孤立化の問題が潜在しており、さらにその背景には抑うつ状態などのメンタルヘルス上の問題が内包されている。物理的に「支援する家族がいる」という状況を持って、そのケースの安全は保たれているとは言えない。行政サービスは、ニーズに基づき支援を提供するというのが原則となっているが、養育支援においては、とりわけ援助希求が出来ない状態はハイリスクと捉えなくてはならない。現在はRiskの評価に重きが置かれるが、Resilience（強み）の評価と、Resistance（援助への抵抗）の3Rを包括的に評価することが欠かせない。既に「養育者および子どもの精神状態を正確に把握する体制の整備」については提言をしているところであるが、この3R評価

を基軸に評価を行うという観点で、再度、評価のパッケージ化と支援者のトレーニング体制の強化を行うことを提言する。

エ 心中事例における遺族支援サービスの構築

CDR モデル事業においては、遺族のグリーフケアに対しての提言を繰り返し複数回行っているが、実際の施策展開には依然として繋がっていない。とりわけ心中事例においては、加害者遺族の側面と被害者遺族としての側面の両面を抱えた複雑な状況に置かれるが、前者の側面があるため、交通事故死遺族に対しても支援対象とされている被害者支援サービスの適応ではあるものの実際には提供されておらず、実質的に何らのケアサービスも公的に出来ていない。グリーフサービスの体制構築を改めて求めるとともに、その専門的支援サービスの一環として心中ケースにおける高度のサービス提供を行う体制を検討されたい。

注1) Sentinel Injury (警告損傷) 警告損傷(Sentinel injury)：重度の虐待や死亡に至った事例の約4人に1人で、アザをはじめとする事前の警告的な損傷が第三者に確認されていた、との医学報告が存在している。

Torso：体幹部、Ear：耳介部、Neck：首、4：生後4か月未満 and/or 4か所以上のアザが確認された場合に、警告損傷と認識し対応することを推奨するもの

注2) 1970年代、精神科医のピーター・E・シフネオスらによって提唱された概念で、ギリシャ語をラテン語風に表記した「a, lexis, thymos」を英語風に発音した言葉を更にカタカナで表記して作られた造語である。自らの感情を自覚、認知したり表現することが不得意で、想像力、空想力に欠ける傾向のことを指す。

(6) 不詳死

ア 小児死亡時対応プロトコルの作成と、「小児死亡時対応キット」の配布など、小児死亡時の臨床検査の均霑化、および実施検査の評価におけるセカンドオピニオン体制の確立

イ 「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に、CDR 事務局による管理を行う。

ウ 乳児の睡眠環境に関する啓発の実施

ア 小児死亡時対応プロトコルの作成と、「小児死亡時対応キット」の配布など、小児死亡時の臨床検査の均霑化、および実施検査の評価におけるセカンドオピニオン体制の確立

今回の不詳死事例のうち、複数例に虐待が強く疑われる損傷が確認されており、1例はネグレクト環境が疑われた。不詳死ケースにおいては、全例で虐待/ネグレクトの潜在を念頭に置いた包括的評価は必須である。毎年、繰り返し提言を行っているところであるが、対応する医療機関が必要な検査項目を確実に実施するためのプロトコルの遵守を求めるとともに、微細な所見を見逃さないようにするためには迅速なセカンドオピニオン体制を構築し、原則としてコンサルテーションを必須とする体制の整備をさらに進められたい。

イ 「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に、CDR 事務局による管理を行う

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（睡眠環境、臨床医－法医連携、日本語を母国語としない家庭への対応、など）。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。とりわけ臨床医－法医連携改善は急務であり、体制の整備を行う機会を県としてもサポートしていただきたい（R2 年度に提言した「臨床医-法医学者が共に学ぶ群馬大学を中心とした学術研究会の設立」や、R4 年度に提言した「死因究明推進会議内に小児死亡対応検討部会を置く」などの提言実現に向けた活動を支援していただきたい）。

ウ 乳児の睡眠環境に関する啓発の実施

本提言も複数年度で繰り返し行っているものである。とりわけ本年度は、こども家庭庁からも睡眠環境における啓発の刷新が行われたところであり、その内容について日本小児科学会などでも検討を行っているところである。本県においても睡眠関連死と思われるケースは毎年後を絶たず、具体的な状況を挙げた上で、改めて関係機関・養育者向けの啓発を実施することを提言する。

4. CDR モデル事業にかかる実施過程

「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
R6.11.20	8	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	2

「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
R6.11.21	9	ワーキングリーダー所属病院、警察、教育委員会、委託先病院、県庁事務局	4

「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
R6.11.25	8	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	3

「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
R6.11.25	14	病院、警察、児童相談所、市役所、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
R6.12.2	25	ワーキングリーダー所属病院、病院、市役所、警察、訪問看護ステーション、相談支援事業所、児童発達支援事業所、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
R6.12.4	10	ワーキングリーダー所属病院、病院、市役所、委託先病院、県庁事務局	2

「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
R 6 12.10	15	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、町役場、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
R6.12.11	15	ワーキングリーダー所属病院、病院、市役所、児童相談所、委託先病院、県庁事務局	1

「不詳死」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
R6.12.16	19	病院、市役所、町役場、児童相談所、委託先病院、県庁事務局	2

「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
R6.12.16	11	ワーキングリーダー所属病院、病院、診療所、市役所2箇所、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
R6.12.17	8	ワーキングリーダー所属病院、学校、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
R6.12.18	10	ワーキングリーダー所属病院、病院、診療所、町役場、訪問看護ステーション、委託先病院、県庁事務局	3

「不詳死」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
R6.12.23	15	病院、警察、市役所、産院、委託先病院、県庁事務局	1

「不詳死」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
R6.12.23	12	病院2箇所、警察、市役所、委託先病院、県庁事務局	1

「不詳死」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
R6.12.26	12	病院、市役所、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「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
R7.1.9	11	病院2箇所、警察、委託先病院、県庁事務局	2

「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
R7.1.16	11	市役所、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「周産期/新生児死亡」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
R7.1.21	3	ワーキングリーダー所属病院、委託先病院	7

注) R6.3.18 に群馬県立小児医療センターで行われた群馬県周産期医療対策協議会での検証結果をもとに会議を行った。

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
R6.9.10	10	ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、県庁事務局	本年度の進め方
R7.1.22	14	ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、県庁事務局	検証内容素案

多機関検証会議

日付	参加人数	参加者所属
R5.2.18		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、委託先事務局、県庁事務局、他関係者

*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

委員：

	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		群馬大学大学院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	会長	吉川 守也	警察医
6		消防長会	会長	手島 一樹	救急業務
7	教育	群馬県教育委員会義務教育課	課長	酒井 暁彦	義務教育
8		群馬県教育委員会高校教育課	課長	高橋 章	高校教育
9	行政	群馬県看護協会保健師職能委員会	委員	須賀 悦子	母子保健
10		前橋市こども未来部	部長	猪俣 理恵	子育て支援
11		中央児童相談所	所長	入澤 康行	子育て支援

オブザーバー：

	部門	所属機関名	役職名	氏名	備考
1	司法	前橋地方検察庁	検事	太田 恭介	検察
2		群馬県警察本部捜査第一課検視官室	検視官室長	杉浦 恒人	警察
3		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
4		群馬弁護士会(子どもの権利委員会)	弁護士	舘山 史明	弁護士

事務局

	所属機関名	役職	氏名
1	群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	准教授	小林 靖子
2	群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	助教	堀越 隆伸
3	群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	助教	緒方 朋実
4	群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	助教	原 勇介
5	群馬県立小児医療センター小児集中治療部	部長	下山 伸哉
6	群馬県生活こども部児童福祉課 <small>母子保健・障害児支援室</small>	室長	鳥塚 里香
7	群馬県生活こども部児童福祉課母子保健係	補佐	武藤 洋介
8	群馬県生活こども部児童課家庭福祉係	主任	中島 悠太
9	前橋赤十字病院 小児科	副院長兼部長	松井 敦
10	前橋赤十字病院 小児科	部長	清水 真理子
11	前橋赤十字病院 小児科	副部長	溝口 史剛
12	前橋赤十字病院 小児科	副部長	杉立 玲
13	前橋赤十字病院 医療社会事業部	副部長	中井 正江