

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7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8(2026)年2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7年度事業対象期間（令和6年1月1日～令和6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

チャイルド・デス・レビュー（Child Death Review：CDR）は、県内の18歳未満で亡くなった子どもの事例を多機関・多職種で検証し、『予防可能な』子どもの死亡を減らすこと、死亡時および死亡後対応の質の向上を図ることを目的とした取り組みである。近年、子ども家庭庁においても、子どもの死亡や重篤事案を個別の問題としてではなく社会全体で捉え、発生予防から死亡後の遺族支援に至るまで切れ目のない支援体制を構築する重要性が強調されている。群馬県では、こうした国の方向性に先行する形で、CDR体制整備モデル事業を継続的に実施し、関係機関の連携のもと小児死亡の背景要因や構造的課題の検証を進めてきた。

令和7年度事業では、令和6年1月1日から12月31日までに発生した18歳未満の小児死亡事例のうち、県内で把握された45例を検証対象とした。死亡事例は、「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分類に基づき、それぞれに対応するワーキンググループにおいて多角的な検証を行った。本年度の検証では、正期産児を含む新生児死亡の検証体制の在り方、複数診療科にまたがる小児医療提供体制の課題、小児在宅緩和ケアと教育機関との連携、外因死後の遺族及びきょうだい児への支援、自殺再企図を防ぐための情報収集と共有の仕組み、不詳死における死因究明および死亡時対応の標準化など、従来から指摘されてきた課題に加え、制度的対応を要する具体的な論点が改めて明らかとなった。

CDRは単なる事例検証を目的とするものではなく、得られた知見をもとに実効性のある提言を行い、関係機関の行動変容や制度整備へと結びつけていくための基盤である。本報告書では、令和7年度群馬県CDRモデル事業における検証結果の概要と、死亡態様別に整理した提言を示すことで、子どもの命を守る体制のさらなる充実と、予防可能な子どもの死亡の減少に資することを目的とする。

2. 令和7年度事業期間（令和6年1月1日～令和6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

令和5年度事業までは、前年度の18歳未満の小児死亡事例を対象としていた。しかし「年」単位で行われる国の人口動態統計に合わせる形で、令和6年度事業は令和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。そして今回の令和7年度事業より、前年（今回は令和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運びとなった。

令和7年度事業期間の開始当初、群馬県が把握する18歳未満の小児死亡事例数は54例と報告された。このうち9例が県外死亡事例のためCDR検証対象外となった。従って、令和7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45例となった。これらの45例につき、例年と同様に、各医療施設担当者が各事例の情報をまとめ、サマリーシートを作成する形をとった。なお、令和7年度より、サマリーシートの登録ウェブページの管理委託業者が変更になった（令和6年度事業まで；タビィコム株式会社、令和7年度事業以降；SORA Design Office）ため、それに伴いサマリーシートの様式をエクセルファイル形式に変更した。

令和6年度事業までは、各医療施設担当者による一次スクリーニングと、CDR事務局担当者が行う二次スクリーニングとの間で、各死亡事例の死因分類等の整合性を調査していた。ただし、この整合性調査の結果は、その後の各ワーキンググループ（WG）での個別検証に何ら影響を与えないほか、仮に一次スクリーニングと二次スクリーニングの結果が異なった場合にその該当施設担当者への直接フィードバックがないことから、この調査が各医療施設担当者へもたらす教育的効果もまた限定的と考えられる。また、令和7年度事業では、全検証対象事例を各WGに振り分けるために開かれた2025年9月9日のWGリーダー会議の時点で、3例の事例登録が完了していなかった。そのため、一次スクリーニングの集計を待たずして、WGリーダー会議で直接全検証対象事例を各WGに振り分けた。令和8年度以降の事業では、令和7年度事業と同様に、一次スクリーニングを敢えて行わず、WGリーダー会議での事例振り分けのみ行う流れを踏襲する。

注：小児死亡事例の死因の分類について

令和6年度事業期間以降、CDR検証対象事例の死因の分類については、厚生労働省研究班の「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カテゴリーではなく、群馬県CDRモデル事業内で推奨された死因6分類、すなわち、「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分類を採用している。（表1）なお、この6分類に振り分けられた検証対象小児死亡事例はそのまま、対応する合計6つのWGがそれぞれ検証する運びとなっている。

表1：令和6年度以降の群馬県CDR事業で採用している死因6分類と、それに対応する厚労省推奨の死因10カテゴリー

群馬県CDR事業での6分類	対応する厚労省研究班推奨10カテゴリー
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10カテゴリーの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」

上記6分類への振り分けを行った結果、令和7年度事業における検証対象小児死亡事例数はそれぞれ、「周産期/新生児死亡」13例、「内因死」17例、「事故死」4例、「自殺」6例、「虐待/養育不全」0例、「不詳死」5例であった。なお、「周産期/新生児死亡」13例のうち11例については群馬県周産期医療対策協議会で話し合われた内容をもとに検証を行い、2例についてはCDR事業が主体となって検証を行った。また、「自殺」6例のうち2例は、事例情報入力の協力が得られなかったために個別検証を行うことができなかった。(4. CDRモデル事業にかかる実施過程を参照のこと)

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/新生児死亡に関する提言

- ア. 群馬県周産期医療対策協議会で検証する早期新生児死亡のうち、正期産児の検証は CDR 事業でも行うこと
- イ. 器械分娩で出生した児については、頭部を経時的に経過観察すること

ア. 群馬県周産期医療対策協議会で検証する早期新生児死亡のうち、正期産児の検証は CDR 事業でも行うこと

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なった。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、令和6年度事業では、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と提言した。これを受け令和7年度事業では、日齢7 から日齢27 の死亡事例に関して CDR 事業で個別検証を行った。個別検証の意義は大きく、早期新生児死亡の中でも、正期産児に関しては CDR 事業でも検証を行うことを提言する。

イ. 器械分娩で出生した児については、頭部を経時的に経過観察すること

器械分娩で出生した児は帽状腱膜下血腫のリスクもあり、出生後、より慎重な頭部の経時的観察が望まれる。出血性ショックに陥った新生児の蘇生は困難である。

(2) 内因死に関する提言

ア. 小児患者を総合的に診療・支援できる体制の構築

イ. 遺伝性疾患患児の包括的サポート

ウ. 小児の在宅緩和ケアの充実

エ. 子どもを失った遺族に対するグリーフケア体制の構築、整備、評価制度の確立

ア. 小児患者を総合的に診療・支援できる体制の構築

(ア) 多領域にわたる疾患を有する児を包括的に診療できる体制の構築

先天性疾患などの基礎疾患により、複数の合併症を有する子どもがいる。近年は胎児診断技術が進み、多領域にわたる疾患を有する可能性を早期に発見できるが、県内には単一施設で全ての診療科を揃える施設がないため、出生前は母体の県外搬送、出生後は新生児期の転院搬送が必要になる。また、長期的に複数の医療機関を受診する必要がある場合、患児や母体、家族の負担が大きい。多領域にわたる治療を要する児を包括的に診療できる県内の小児医療体制の構築が必要である。

(イ) 小児科と成人科、各診療科との診療連携や情報共有体制の構築

思春期・若年成人（AYA）世代の患者では、疾患の領域によって成人診療科が主科となるが、生命予後不良の患者への告知等、通常の成人の診療とは異なる、AYA 世代特有の対応が必要なことも多い。また、人生の最終段階における医療を成人の緩和ケアや在宅医療チームに依頼するケースもあり、小児科と成人科の連携は極めて重要である。診断においても、小児科では稀少疾患が多いことから、全国規模の診断・治療のコンサルテーション体制が整備されている。小児や若年成人に発症した稀少疾患を成人科で診療する際も、こうしたコンサルテーションシステムを活用できる事例は多く、診療科間の情報共有や横断的な連携が不可欠であり、患者にとって最適な医療提供につながる。

(ウ) 医療機関同士や行政機関など地域との情報共有のためのシステム構築

患者の過去の医療情報を把握することは重要である。しかし、多領域にわたる疾患を有し、複数の診療科や医療施設を受診している児や、養育者から離れて生活している児、養育者が外国籍でコミュニケーションをとることが難しい児では、過去の医療情報を患者や養育者から得られない場合もある。また、重篤な合併症を持つ子どもや医療的ケアを要する子どもが退院する際には、家庭での生活環境の調整を行うが、退院後の家庭での状態や環境についての情報共有のための確立したシステムはなく、個別の対応となっている。情報が十分に共有されない場合、診療に支障をきたす。各医療機関では包括的に診療を行うとともに、医療機関同士で常に最新の情報を共有する必要がある。また、医療機関同士や行政機関などの地域とのスムーズな情報共有のためのシステム構築が望まれる。

イ. 遺伝性疾患患児の包括的サポート

(ア) 胎児診断技術の向上

胎児期に診断がなされていると出生後の速やかな治療介入や家族の病状理解の向上につながる。また、出生前から患者や家族との関係性が確立できているメリットは大きく、胎児診断技術の一定の水準への充実が望まれる。しかし、現行の診療報酬制度においては、胎児診断に積極的に取り組む体制を十分に評価・支援する仕組みが整っておらず、その重要性を理解し、高度な専門性を有する医療機関の個々の努力に依存しているのが現状である。今後は、胎児診断の均てん化を図る観点から、医療現場の取り組みを適切に評価し、後押しする制度的措置を講じることで、胎児診断体制のさらなる充実を目指す施策が期待される。

(イ) 遺伝に関する適切な病歴聴取と情報共有の重要性の啓発

遺伝性疾患の認知が不十分であったことにより、診断治療が遅れるケースがあった。特に父系の遺伝性疾患については、家族歴聴取が不十分になる可能性がある。父系・母系双方の遺伝性疾患を念頭においた病歴聴取が早期の診断・治療に寄与し、子どもの死を予防しうることを啓発する必要がある。また、病歴聴取時にはプライバシーに配慮した環境調整が必要である。

(ウ) 遺伝性疾患を有する児や家族への適切な疾患教育

遺伝性疾患を有する患児・家族には、適切な情報提供を行った上で、患児の将来に関わる疾患の継続的な教育が重要である。また、患者家族には、医療者に正しい情報を伝えることで患児に大きな利益があることを知らせる必要がある。

ウ. 小児の在宅緩和ケアの充実

(ア) 小児の在宅緩和ケア提供体制の均てん化

小児においてもより良い最期を迎えるための在宅緩和ケアの重要性は高まっている。自宅で子どもを看取った遺族からは肯定的な感想が多い。一方で、県内における小児の在宅緩和ケアが可能な施設は限られており、小児人口が多い地域に集中している。在宅緩和ケア提供体制の均てん化、地域格差の解消を進めていただきたい。小児診療経験のある在宅医による講演等も有用であり、協力を要請したい。

(イ) 在宅医との情報通信技術（ICT）を用いたサポート体制の構築

在宅緩和ケア提供体制の地域格差解消の一つとして、小児の在宅緩和ケアを担う在宅診療医の支援体制の整備が重要である。小児緩和ケアには特有の難しさがあるため、在宅移行後も治療を担当した病院主治医の継続的な関与が不可欠である。在宅医の不安や負担を軽減するためにも、ICTを活用した診療情報の共有やサポート体制は必須であり、システムの構築が望まれる。

(ウ) 学校（原籍校・院内学級）との適切な連携による患者支援

重篤な疾患の治療を行う患児の社会的支援の一つとして、学校との連携は重要である。

学習や退院後の健康管理だけでなく、学校生活全般の支援、友人からの様々な支援、治療途中や治療終了後の復学に向けた環境作りが求められる。学校との連携により、患児の悲嘆や孤独感を和らげることができ、周りから置き去りにされない環境を構築できる。

現在も特別支援学校が中心となり医療機関と学校との連携は行われているが、原籍校や特別支援学校との一層の情報共有を図り、入院時から退院後まで切れ目のない社会的支援を実現していただきたい。

(エ) 患児・家族への精神的・身体的サポートを行う施設の整備と人員配置

繰り返しの提言である。県内には小児患者を対象とした緩和ケア病棟（ホスピス）が存在しない。患児や家族の精神的、身体的サポートを行う機能を持つ病棟または施設、病室が必要である。脳死下臓器提供関連や一時退院に向けた様々な状況で必要とされ、群馬県立小児医療センターの移転の際には、家族と一緒に過ごせる個室、院内外泊も可能な設備・施設の新設が望まれる。また、家族を対象とした医療ソーシャルワーカーや心理士など、家族への関わりを充実させるための人員の補充や、職員間でタスクシフトできる体制を整備していただきたい。

エ. 遺族に対するグリーフサポート体制の構築、整備、評価制度の確立

本提言は繰り返し提言してきた。現行の保険診療の枠組みでは、患者死亡後の遺族へのグリーフサポートは診療対象外であり、社会として新たな枠組みが必要である。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。具体的には、グリーフサポートについての社会的認知、グリーフサポートを行う体制の整備、グリーフサポートの対象と方法の確立、が必要である。県内にはグリーフサポートを包括的に担う専門施設はない。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と、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が必要である。また、亡くなった患児のきょうだい児へのグリーフサポートも重要であり、きょうだい児が通う学校と連携した支援を可能にする体制の構築も望まれる。

(3) 事故死に関する提言

- ア. 外因死発生後、遺族（遺児のきょうだいを含む）の多機関のサポートを包括的に把握する体制の整備
- イ. 外因死発生後に時間が経過した後であっても、遺族が病状説明を受けられる体制の構築
- ウ. 病院不搬送となった事例の遺族に対する社会的支援の実態の把握
- エ. 食品による窒息事故予防を啓蒙するパンフレットや、情報へのアクセスを促す二次元バーコードの活用
- オ. 災害時・救急要請時に活用できる、医療的ケア児の情報が記載された手帳の作成および周知

ア. 外因死発生後、遺族（遺児のきょうだいを含む）の多機関のサポートを包括的に把握する体制の整備

過去の取り組みの中から、行政・警察・医療が多岐にわたる支援体制を構築している。しかし、すべての支援が縦割りであり、各々の機関の連携がなされていない。遺族においては、複数の支援窓口への対応が必要となり、同一内容を複数回説明・確認する等、負担を強いられている可能性がある。行政・警察・医療・教育が横のつながりを持ち、『遺族（遺児のきょうだいを含む）が必要とする支援』を包括的に認識・管理・情報共有する機関の設立が望まれる。また、死因が犯罪被害によるものについては、今年度より、群馬県犯罪被害者等支援多機関ワンストップサービス¹が運用開始となった。多機関に周知され、運用されていくことを望む。死因が犯罪被害によらないものについても、行政が主体となり統括するシステムの構築を求める。

¹ 県、県警及び民間被害者支援団体の三者を中心に、市町村、その他関係機関・団体等による連携のもと、犯罪被害者等が直面している諸問題に対応する適切な支援を途切れることなく実施するため、アセスメント・支援計画案の作成・計画に基づく具体的な支援サービスの提供に向けた関係機関との調整等を行う事業。

イ. 外因死発生後に時間が経過した後であっても、遺族が病状説明を受けられる体制の構築

病院での死亡宣告時、遺族は死因（病名や病状）を理解する余裕はない。グリーフサポートの観点から、正確な病状把握をし、疑問点を解消することは重要である。遺族が死因説明を受けたいという心境になった時に、病院に繋がるシステムを構築されたい。令和6年度の提言において「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」を挙げた。継続的なサポートの必要性からも、令和6年度の提言の達成が望ましく、どの医療機関に搬送されても連携が取れるような制度の構築が望まれる。

ウ. 病院不搬送となった事例の遺族に対する社会的支援の実態の把握

病院への不搬送症例の場合、ご家族に対しての医療関係者の介入・接触はない。グリーフサポートの観点からも、その後の社会的支援の実態を把握することを求める。

エ. 食品による窒息事故予防を啓蒙するパンフレットや、情報へのアクセスを促す二次元バーコードの活用

窒息の原因となるものは複数あるが、おもちゃ・餅・球形の食材を想定する人が多いだろう。母子手帳に誤飲・窒息防止用スケールが導入され、世間への認知も進んでいる。しかし、ドーナツやパンなどの柔らかい食材が原因となることを想定する人は少ない。母子手帳や副読本への追記を求める。群馬県健康福祉部 食品・生活衛生課 食品安全推進室からも「ぐんま食の安全情報」vol. 112 および vol. 199 が発布されており、幼少期の窒息がすでに分かりやすくまとめられている。また、日本小児科学会は「injury alert (傷害速報)」や「こどもの予防可能な傷害と対策」を HP に掲載している。パンフレットにこれらの情報へのアクセスを促す二次元バーコードを掲載し、サイトの認知度をあげる取り組みの推進も提唱する。

オ. 災害時・救急要請時で活用できる、医療的ケア児の情報が記載された手帳の作成および周知

災害時・救急搬送時は、医療従事者（消防・医療機関）は、即座に正確な情報にアクセスする必要がある。災害時・救急要請時で活用できる、医療的ケア児の情報が記載された手帳を消防・小児医療・救急医療・地域医療が連携して作成し、周知されることにより、有効活用されていくことを求める。また、多機関の連携を強化するためには、社会福祉士の介入が必要不可欠となる。県内の病院の社会福祉士のニーズを調査し、必要十分な人員の配置を望む。

(4) 自殺に関する提言

- ア. 救急外来での自殺企図者の家族への情報提供の依頼
- イ. 私立通信制高校の生徒の生活状況を把握できる制度の構築
- ウ. 自殺者の情報を包括的に収集し検討できる体制作り

ア. 救急外来での自殺企図者の家族への情報提供の依頼

自殺企図歴があることは最も明確で強力な自殺の危険因子であり、自殺未遂で受診した子どもの再企図を防ぐことは自殺予防策として重要である。しかし、救急外来を受診した際には救急科の医師や職員は救命に専念していて家族と接触する時間がない場合も多く、子どもが自殺企図に至った背景や状況に関する情報の取得が不足している場合がある。

群馬大学医学部附属病院では、自殺企図者が救急外来を受診した際に家族が簡便に記入でき、自殺再企図のリスクを評価できるような問診票を作成し今後運用する予定である。この目的は主に、①再企図の可能性の尺度に基づいて自殺再企図のリスクを評価する②帰宅後に精神科等に通院しているか経過を確認できるようにする③自殺が起きた場合に情報に基づいて再発防止の検討をできるようにすることである。こうした統一された問診票を県内の病院で使用し情報を収集することを提言する。

イ. 私立通信制高校の生徒の生活状況を把握できる制度の構築

昨年度に引き続いて再度の提言である。今年度の検討症例では、県教委が情報を持っていない高校生年齢の症例が複数あった。私立・広域通信制高等学校等に進学する生徒が増えており、これらの学校の特性上、県として生徒の生活状況を把握できておらず、情報が乏しいため検討が困難であった。

通信制高校の生徒は登校する日が少ないため、心身の不調や普段と違う様子があっても気づかれにくい可能性がある。広域通信制高校を所轄する生活子ども部を中心として、これらの高校に在籍する生徒の生活や学習の状況について県として把握できる体制作りを提言する。

ウ. 自殺者の情報を包括的に収集し検討できる体制作り

自殺の検討では、例年子どもの自殺の状況や生活背景についての情報が乏しく、有意義な検討が困難な症例が多い。これは、ア及びイで挙げたようにそもそも得られていない情報が多いことに加え、個人情報保護の観点から関連機関同士で情報共有ができないことが原因である。子どもの自殺に関する情報を包括的に収集し、専門家間で検討できる体制が必要と考えられる。

子どもの自殺の増加を受けて、文科省は令和7年12月に「児童生徒の自殺が起きたとき

の背景調査の指針」を改定し、子どもの自殺が起きた際の調査方法の方針を示した。従来の指針では、基本調査における共通様式が定まっていないため調査内容にばらつきが生じたり長期化していることや、調査について遺族への説明が不十分であることなどが問題視された。この改定では、自殺が起きた場合に行う背景調査の流れを明確化したり、調査内容の遺族への説明を統一した形式で丁寧に行うことなどを求めている。それによると、自殺の全例で再発防止のための詳細調査を行うことが望ましく、詳細調査は学校の設置者が主体となって第三者性が確保された専門家を加えた調査組織で行うとされている。こうした国としての政策に応じて県内でも児童生徒の自殺の基本調査・詳細調査の体制を整えることを提言する。

(5) 養育不全に関与した死亡、虐待/ネグレクト死に関する提言

令和7年度に、養育不全が主に寄与したことが疑われるケースは、対象ケースの中に含まれず、各パネル検討においても養育不全の寄与が強く疑われるケースはなかった(例年不詳死パネルにおいては、養育不全が寄与した可能性のあるケースが複数あるものの、本年度に関しては、不詳死パネルにおいても該当ケースはなかった)。このことが、群馬県における重篤虐待の早期発見支援の取り組みの成果と言えるとの判断は早計であり、トレンドを継続して注視する必要がある。

(6) 不詳死に関する提言

令和7年度は、5例の検討を実施した。対象事例に限られ容易に連結可能な情報となり得るため、討議内容については言及せず、以下に提言のみを提示する。

ア. 小児科学・法医学教室合同主幹の研究会の立ち上げと、専門的対応者の育成（将来的には Immediate Response としての死因の合同検証体制構築）

イ. グリーフサポート事業整理を通じ、児の死亡を関係機関で共有する体制の整備・解剖の際の説明のポイント・検証同意の取得方法・サポート外来の在り方などのマニュアル作成（サポートを通じた遺族の言葉集の作成など）

ウ. 不詳死事例の進捗の CDR 事務局管理体制の具体的整備（「検索中」を外すための対応。死亡診断書Ⅱ欄への睡眠関連情報の追記など）、死亡時対応のパッケージング

不詳死においては、本事業を継続してきた結果、提言の内容はほぼ例年同様のものとなっており、同様の提言の方向を変えて繰り返し発出している状況にある。

ア. 小児科学・法医学教室合同主幹の研究会の立ち上げと、専門的対応者の育成（将来的には Immediate Response としての死因の合同検証体制構築）

改めて小児科学-法医学教室とが共同で不詳死事例に対しての研究会を立ち上げる（個人情報保護法第76条第3項には「大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者」が「学術研究の用に供する目的」で個人情報を用いる場合、法の規制対象にはならない旨が明記されている）ことを再度提言するとともに、新たに、死後対応についてトレーニングを受けた医師による対応を努力義務とする県内対体を整備することを提言する。また、将来的には、不詳死例が発症した時点から最大限の死因究明を図るための体制整備に繋げる必要がある旨についても明記した。

イ. グリーフサポート事業整理を通じ、児の死亡を関係機関で共有する体制の整備・解剖の際の説明のポイント・検証同意の取得方法・サポート外来の在り方などのマニュアル作成（サポートを通じた遺族の言葉集の作成など）

本事業により、新たに小児死亡に際して生じるグリーフに関してのサポート体制の整備が本県独自に行政事業化する見通しが立ったところであるが、それを受けて具体的なグリーフサポートのためのマニュアル作成を行うことを提言とする。

ウ. 不詳死事例の進捗の CDR 事務局管理体制の具体的整備（「検索中」を外すための対応。死亡診断書Ⅱ欄への睡眠関連情報の追記など）、死亡時対応のパッケージング

昨年度の提言においても、「『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」を提言させていただいたが、本年度も改め

て行う。本提言は、医療者に向けた提言であり、繰り返し同じ提言を出すことで、改めて本提言を県に提出した後に行う医療者向け報告会で強調し、コンセンサスを得る予定である。

4. CDR モデル事業にかかる実施過程

「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
R7.10.14	15	ワーキングリーダー所属病院、病院、警察、教育委員会、こころの健康センター、委託先病院、県庁事務局	4

(情報入力の協力が得られず2例については検討できず)

「内因死・循環器」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
R7.10.27	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	1

「事故死」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
R7.11.28	14	犯罪被害者支援機関、市役所、県警本部、委託先病院、県庁事務局	3

「内因死・神経」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
R7.11.19	11	病院、ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死・循環器/神経」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
R7.11.26	10	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

「内因死・循環器」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
R7.11.28	10	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

「周産期」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
R7.11.28	7	病院、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死・神経/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
R7.11.28	12	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・腫瘍」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
R7.12.1	10	ワーキングリーダー所属病院、病院、医院、児童相談所、訪問看護ステーション、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死・循環器」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
R7.12.3	9	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・循環器」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
R7.12.5	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

「事故死」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
R7.12.9	11	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	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
R7.12.11	15	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・神経」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
R7.12.12	11	ワーキングリーダー所属病院、病院、町役場、委託先病院、県庁事務局	1

「周産期」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
R7.12.15	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	1

(11例は、R7.3.7に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検討した。)

「内因死・循環器」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
R7.12.15	13	ワーキングリーダー所属病院、病院2ヶ所、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死・腫瘍」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
R7.12.15	15	ワーキングリーダー所属病院、訪問看護ステーション2ヶ所、市役所、委託先病院、県庁事務局	4

「内因死・腫瘍」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
R7.12.17	11	ワーキングリーダー所属病院、病院、町役場、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
R7.12.18	19	ワーキングリーダー所属病院、病院3ヶ所、市役所2ヶ所、児童相談所、県警、委託先病院、県庁事務局	3

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
R7.9.9	12	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
R8.1.15	16	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

関係機関全体会議

日付	参加人数	参加者所属
R7.6.26	34	小児科基幹病院、ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、各児童相談所 県事務局
R8.3.17	41人	小児科基幹病院、ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、各児童相談所 県事務局

多機関検証会議

日付	参加人数	参加者所属
R8.2.24	30	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(代)	山田 靖	救急業務
7	教育	群馬県教育委員会義務教育課	課長(代)	坂口 延弘	義務教育
8		群馬県教育委員会高校教育課	課長(代)	柴山 和宏	高校教育
9	行政	群馬県看護協会保健師職能委員会	委員	森山 貴子	母子保健
10		前橋市こども未来部	部長	望月 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	長橋 佑里香	検察
2		群馬県警察本部捜査第一課検視官室	検視官室長	高橋 稔	警察
3		群馬県警察本部子供・女性安全対策課	課長補佐	黒澤 則正	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	西田 豊
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	群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	医員	荒川 篤康
6	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
7	高崎総合医療センター小児救急部	部長	溝口 史剛
8	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
9	群馬県生活こども部児童福祉課母子保健係	係長	西 優也
10	群馬県生活こども部児童課家庭福祉係	主任	生方 俊行
11	前橋赤十字病院 小児科	副院長兼部長	松井 敦
12	前橋赤十字病院 小児科	部長	清水 真理子
13	前橋赤十字病院 小児科	副部長	緒方 朋実
14	前橋赤十字病院 小児科	副部長	杉立 玲
15	前橋赤十字病院 集中治療科・救急科	副部長	中林 洋介
16	前橋赤十字病院 集中治療科・救急科	医師	大瀧 好美
17	前橋赤十字病院 医療社会事業部	副部長	中井 正江