

## 総 説

# 未来の子どもを救う方法を今日亡くなった子どもに聞く —山梨 Child Death Review—

小 鹿 学

山梨大学医学部附属病院 新生児集中治療部

**要 旨**：Child Death Review (CDR) は、予防可能な子どもの死を減らすことを目的として、多職種で子どもの死亡例を検証し、その予防法を構築するシステムである。山梨県では、全国に先駆けて令和2年から CDR が事業化された。山梨大学小児科学教室と法医学教室のメンバーを中心とする山梨 CDR 研究会は、山梨県および厚生労働省研究班とともに制度構築に取り組んできた。山梨県の CDR では、子どもに関わるあらゆる職種の人たちが検証会議に参加することで死因を多面的に検証し、具体的な予防策を立案・実行して安全な社会の構築を目指す。

**キーワード** Child Death Review, 予防のための子どもの死亡検証

### はじめに

山梨県では令和2年7月17日から、全国に先駆けて公的な Child Death Review (CDR) 事業として「山梨県予防のための子どもの死亡検証体制事業」(以下、山梨 CDR 事業)が開始された。同年9月25日には第1回目の個別検証会議が開催され、現在も継続的に検証作業が続けられている。CDR には18才未満の子どもにかかわるあらゆる職種が参加する可能性があるため、本稿では CDR の概要に加えて、山梨 CDR 事業での実際の検証の流れについても解説する。

### CDR とは何か

そもそも CDR とは何か。厚生労働省によると、「子どもが死亡した時に、複数の機関や専門家(医療機関、警察、消防、その他の行政関

係者等)が、子どもの既往歴や家族背景、死に至る直接の経緯等に関する様々な情報を基に、検証を行うことにより、効果的な予防策を導き出し予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的とするものである」と定義されている<sup>1)</sup>。しかしこれでは一般人にはなかなかイメージがわきにくい。山梨 CDR 事業では「未来の子どもを救う方法を、今日亡くなった子どもに聞く」ことと表現している。今日亡くなった子どもが、本当は死ななくて済んだのではないか、もしまた同じような子どもがいたら、どうやったらその死を予防できるのかを皆で考える制度が CDR である。

CDR はわが国ではまだ浸透していない制度であるため、子どもの死因究明制度であると誤解されることがある。しかし CDR 自体は予防を目的とするものであり、既存の死因究明制度や事故調査委員会の代替となるものではない。さらに当事者の責任の追求はもとより、刑事訴追や民事訴訟に使用されるものでもない。また検証会議に出席したメンバーが、裁判の証人として召喚されることも CDR の主旨にそぐわな

---

〒409-3898 山梨県中央市下河東1110番地  
受付：2020年11月11日  
受理：2020年11月19日

い。あくまでも県や国などに、避けうる死（予防可能死, Preventable Death）を防ぐための施策を提言・構築するための制度である。

なぜ CDR が必要なのか。子どもは死ぬべき存在ではないからである。しかし不幸にしてその死が訪れた時には、すべての子どもたちは死なねばならなかった原因と背景を、完全に検証される権利を有するべきである。そして我々大人は子どもの死に真摯に向き合い、学び、将来の子どもの死を防ぐためのあらゆる施策を提言かつ実行する責務を負う。亡くなった子どもは、未来の子どもの命を救うことによって、自らの生きた証を刻むことが可能となる。それを実現するための方策が CDR である。

CDR を行う理由は感情論からばかり来ているのではない。わが国で行われた先行研究では、予防可能死と判定された事例は子どもの全死亡の 25.0-27.4%であったと報告されている<sup>2,3)</sup>。これは欧米からの報告である 26-29%とほぼ同等である<sup>4)</sup>。つまりわが国だけでなく世界全体で、予防可能死が子どもの全死亡の 1/4 から 1/3 程度存在することになる。2018 年のわが国の 18 歳未満の死亡数は 4,362 人であることから、予防可能死を仮に全体の 1/4 とすると、実に 1,091 人の子どもの死が予防可能であったと考えられる。山梨県に当てはめてみると、18 才未満の子どもの死亡数は年間約 30 人であり、予防可能死は年間約 8 人と見積もられる。山梨県は小学校で少人数クラスを推進しているので、3 年間で小学校 1 クラス分に相当する子どもが山梨県からいなくなることになる。これは決して無視できる数字ではない。子どもの死が適切に検証され予防されなければ、彼らの存在は忘れ去られ、年余にわたって同じことが繰り返されてしまうことになりかねない。

わが国では CDR を規定した法律は現時点ではまだ存在しない。しかし CDR を実施する根拠となる考えは下記の 2 つの法律で規定されている。一つは令和元年に施行された「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための

施策の総合的な推進に関する法律」（いわゆる成育基本法）である。成育基本法の第 15 条第 2 項には、「成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と記載されている。二つめは令和 2 年に施行された「死因究明等推進基本法」である。この法律の附則第 2 条には、「施行後三年を目途として（中略）子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の収集、管理、活用等の仕組み、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織、法制度等の在り方その他のあるべき死因究明等に係る制度について検討を加えるものとする」と記載されている。これら 2 つの法律からも、わが国が CDR の全国展開に真摯に向き合おうとしていることがわかる。

CDR は日本小児科学会、厚生労働省研究班や日本子ども虐待防止学会等によって独自に、あるいは協働して提唱されてきた<sup>5,6)</sup>。日本ではこれまでも有志の小児科医らによって医療者主導型の CDR は行われてきたが、個人情報保護の制約から院外死亡例の把握は難しく、すべての小児死亡を把握できるわけではなかった。愛知県の医療者主導型 CDR のスタディでは、13.7%の子どもの死亡例が把握できなかったと報告されている<sup>2)</sup>。事故や虐待、自殺など予防可能性の高い小児死亡をすべて把握・検証するためには、医療者と行政との密接な協働関係が不可欠である。

これまでに CDR の公的な実例がないために、CDR がどのようなものであるかわからないという不安の声が現在でも各機関から聞かれる。CDR を直接規定する法律がない現状ではその不安も当然である。中には自分の診療の落ち度を追求されるのではないかと、検証会議への出席を躊躇する医師もいる。繰り返しになるが CDR は個人の責任を追求するものではない。CDR が目指すものがどのようなものであるかは、さいたま市が作り上げた「ASUKA

モデル<sup>7)</sup>」がわかりやすい例として挙げられる。このモデルはさいたま市の小学6年生だった桐田明日香さんが、学校で心臓突然死で亡くなった痛ましい例から生まれた。当時ほとんどの学校にAEDは整備されていたが、現場に居合わせた人たちが心停止を認識できずにAEDが使用されなかった。さいたま市とご遺族は当事者の責任を問うのではなく、心停止かどうかの判断に迷ったら、ただちに心肺蘇生とAEDを使用することを啓蒙する「ASUKAモデル」を誕生させた。未来の「明日香ちゃん」を救うためにどうすればいいのかを皆で考え、教員への心肺蘇生の教育という形となって予防策を実現した。今では山梨県を含む全国の学校で、教員に対する心肺蘇生法の指導が継続的に行われている。さらにその活動は、児童への心肺蘇生法の教育という草の根の活動へとつながり、有志らがPUSHプロジェクトなどの活動で全国に展開している<sup>8)</sup>。CDRによる検証には遺族は直接参加しないことが原則であるため、さいたま市で行われた検証は厳密にはCDRとは呼べないが、さいたま市のHPにある「事故から学ばせていただく」「二度とこのような事故を繰り返さない」の言葉はまさにCDRの理念そのものである。

「ASUKAモデル」は非常に成功した例であるが、遺族の多大な努力と有志の力によって支えられている。しかしすべての遺族が同じような活動をできるわけではない。また虐待によって亡くなった子どもの場合、加害親が子どもの死亡の検証を望むとは思われない。したがってわれわれ医療者と行政とが手を取りあって、子どもの代弁者（アドヴォケイト）となり公的なCDRシステムを構築する必要がある。公的なCDRによって、亡くなった子ども一人一人に焦点をあててその死を検証し、未来の子どもの死を防ぐことにつなげなければならない。そうすることによって、亡くなった子どもは生きた証を刻むことができる。

## 山梨県におけるCDRのあゆみ

山梨県では以前からCDRの重要性を認識している小児科医らが個別に活動をしていたが、本格的な取り組みは2018年に有志の小児科医らと法医学教室の安達教授ら数人のメンバーで、山梨CDR研究会を発足させたことから始まる。その後厚生労働省研究班の「突然の説明困難な小児死亡事例に関する登録・検証システムの確立に向けた実現可能性の検証に関する研究（溝口班）」への参加を経て、「わが国の至適なチャイルドデスレビュー制度を確立するための研究（沼口班）」に正式に参加するに至った。2019年1月には山梨県小児医療セミナーでCDRに関する講演を開催し、県内の小児科医らにむけて制度の紹介を行った。同年2月に長崎幸太郎知事が就任すると、CDRを山梨県の事業として行うという公約を掲げ、県の子育て部門を子育て支援局に格上げした。以降われわれ山梨CDR研究会は、山梨県と補正予算の組み立てに協働し、同年6月からは県と厚生労働省研究班と定期会合を持ち続け、同年8月21日に「第1回 やまなし子どもの死亡事例検証制度検討会」が開催されるに至った。その後も精力的に月1回の定期会合で制度設計について議論を重ね、また他地域での勉強会への参加も行ってきた。2020年1月には厚生労働省が、2023年のCDRの全国展開を目指してモデル事業を行うことを表明し、山梨県は京都府、群馬県、三重県、滋賀県、香川県、高知県と共にモデル事業実施自治体としても採択された。この時点から厚生労働省はCDRの日本語訳を「予防のための子どもの死亡検証」と統一した<sup>1)</sup>。

さらにわれわれ山梨CDR研究会と山梨県は、他職種への啓蒙活動のための講演会を企画してきた。残念ながら新型コロナの影響で延期になってしまったが、2020年2月に山梨県小児救急医療研修会、6月に山梨県小児保健協会での講演活動を予定していた。9月28日には、延期になっていた山梨県小児保健協会母子保健研修会でのシンポジウムをようやく行うことが

		死亡場所	
		山梨県	県外
居住地	山梨県	A 院内死亡:小票、調査票 院外死亡:小票、警察から	B 院内死亡:小票 院外死亡:小票
	県外 (外国を含む)	C 院内死亡:調査票 院外死亡:警察から	対象外

図1. 山梨 CDR の居住地、死亡場所別対象者と死亡の把握方法  
18 才未満の死亡者が対象となる。居住地を問わず山梨県で死亡した者全員、さらに山梨県居住者は死亡場所を問わず対象となる。院内死亡は、山梨県居住者は死亡小票で、また県内医療機関の場合は医療機関からの死亡調査票でも把握可能。県外居住者は死亡調査票で把握可能。院外死亡は、山梨県居住者は死亡小票で、県内で死亡した場合は警察・検死官からの報告で把握。県外居住者は警察・検死官からの報告で把握可能。  
小票：死亡小票，調査票：死亡調査票

でき、保健師、教育関係者、保育士らにむけての啓蒙活動を行った。新型コロナの影響で対面での会議ができなくなったが、山梨 CDR 研究会と山梨県、厚生労働省研究班とのオンラインでの会議を現在でも継続して行っている。

山梨県では死者にも個人情報保護条例が適用されるため、亡くなった子どもの個人情報の取得には制約が生じる。このため県の個人情報保護審査会に、1) 要配慮個人情報の取得制限の例外事項、2) 本人からの取得原則の例外事項、3) 個人情報の目的外的利用・提供の制限の例外事項、についての許可申請を行い、2020年6月12日にいずれも許可された。これは山梨 CDR 事業を実施する際に、遺族の同意を得る必要がないという点で全国的にも画期的な審査結果である。他県では申請しても許可されない例もあり、山梨県の先進的な取り組みに敬意を表したい。また行政が CDR 事業として子どもの死亡を把握するためには、保健所から死亡小票の提出を受ける必要があるが、死亡小票は

人口動態統計以外への使用はこれまで許可されていなかった。このため山梨県は厚生労働省に、死亡小票の人口動態統計以外の目的外使用について許可申請を行い、8月25日に許可を得た。これによって山梨 CDR 事業の本格稼働が可能になった。

### 山梨 CDR 事業における死亡検証の詳細

#### (1) 対象

山梨 CDR 事業の対象となるのは、山梨県内で死亡した18才未満の死亡例全例である(図1)。これには山梨県以外に居住する者および外国人も含まれる(図1A, C)。外国人や県外居住者を含む理由は、山や湖などの観光地があり、「自殺の名所」として知られる青木ヶ原樹海を抱え、また公共交通機関が少なく車社会であるなどの、当県ならではの事情が子どもの死亡に関連している可能性を探るためである。さらに山梨県内に居住する子どもは、県外で亡くなっ

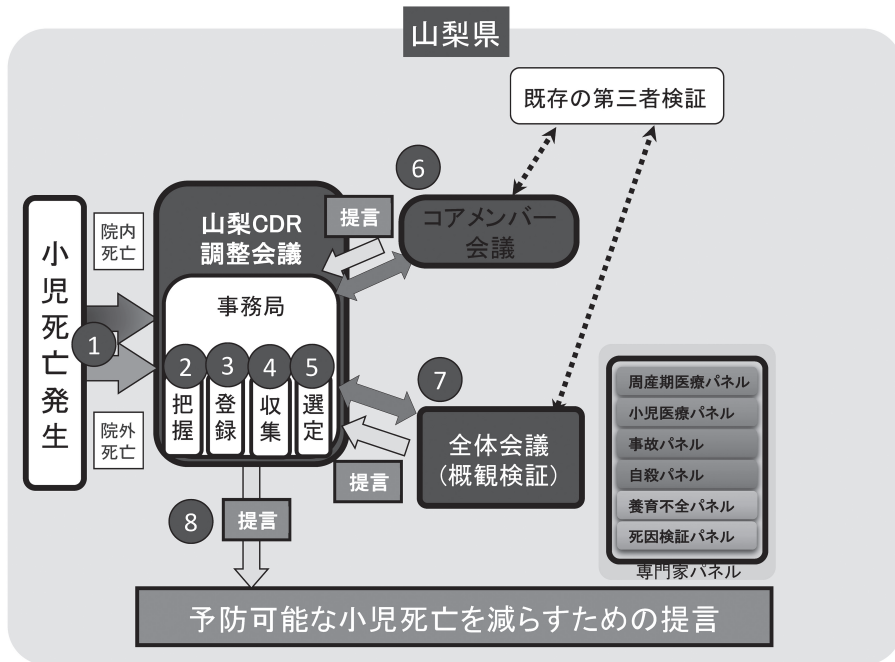


図2. 山梨 CDR における死亡発生からの実際の流れ（日本小児科学会，厚生労働省研究班のモデル図を山梨版に改変）

ても CDR による検証の対象とする（図1B）。対象を18才未満までとした理由は，児童虐待の対象が18才未満の児童であることに加え，中学生以上の死因には自殺が多いためである。

## (2) 死亡事例の検証の流れ

山梨 CDR 事業における死亡検証の概要を図2に示し，死亡事例発生からの具体的な流れを解説する。

### ①②死亡発生から死亡の把握まで

死亡事例の把握は，院内死亡と院外死亡の場合と大きく分けられる。院内死亡の場合，山梨県内の居住者（図1A，B）においては，死亡した病院から事務局に提出される死亡調査票か，あるいは市町村から保健所を経て県の事務局に提出される死亡小票で把握することができる。県外居住者（図1C）は保健所の管轄外であるため死亡小票での把握は不可能であるが，死亡した病院から死亡調査票を県の事務局に提

出してもらうことで把握できる。事故や自殺などの院外死亡例は，県内居住者は保健所からの死亡小票か，あるいは警察や検死官から県の事務局へ報告してもらうことで把握する。県外居住者も同様に，警察や検死官から県の事務局への報告で把握することが可能となる。このようにして山梨 CDR 事業は子どもの死亡の全数把握を目指す。

### ③死亡情報の登録

県の事務局は，把握した子どもの全死亡例について台帳に登録し，医療情報，社会的背景の情報について各関係機関に情報提供を依頼する。

### ④医療・社会的情報の収集

死亡事例の医療情報は，県から事業を委託された山梨大学小児科学教室が一元的に収集する。個人情報保護のため，アクセスできる人間を限定し，インターネットに接続されない PC を用いて情報を電子化し，施錠された場所に厳重に保管する。電子化された情報は，県の事務



局に電子媒体で送付される。市町村、警察、児童相談所、消防、学校等からの社会的背景情報は、各機関から県の事務局に調査票等を用いて直接送付される。事務局では山梨大学から収集した医療情報と、関係機関から収集した社会的情報を突合し、これらを個人情報に配慮し厳重に保管・管理する。

#### ⑤選定（スクリーニング）

事務局と山梨 CDR 研究会のメンバーで事例の事前検証を行い、追加情報の依頼、個別検証の要否の判断を行う。これを選定（スクリーニング）と呼ぶ。この際、1) 死因分類、2) 養育不全の有無、3) 養育困難の有無、4) 予防可能性の有無について暫定的に判定され、必要事例については個別検証会議開催の依頼を行う。山梨県の子どもの年間死亡者数は約 30 例であるため、山梨 CDR 事業では選定作業は行われるが現時点では全例を個別検証の対象とする。今後死亡者数の増加や、明らかな内因死で個別検証が不要であると判断される根拠や経験が蓄積されれば、個別検証は選定されたものだけに行うこともありうる。山梨 CDR 事業では個別検証会議のことを、「コアメンバー会議」と呼称する。

山梨 CDR 事業で行われるすべての会議は、子どもに関わる多職種で構成され、1) コアメンバー（個別検証）会議、2) 全体会議（概観検証）、3) 調整会議の 3 つからなる。

#### ⑥コアメンバー（個別検証）会議

コアメンバー（個別検証）会議に参加するのは、死亡時の主治医、解剖医、救急隊、警察、児童相談所、地域の保健師、教育関係者ら亡くなった子どもに直接関わった人たちが主体である。これら多職種のメンバーが、亡くなった子どもの代弁者（アドヴォケイト）となり、亡くなった子どもの死が予防可能であったかどうかを検証する。この会議では、選定（スクリーニング）で暫定的に判定された 1) 死因の検証、2) 養育不全の有無、3) 養育困難の有無、4) 予防可能性の有無が再検証され、予防可能死と判断された場合には予防法としての提言がまと

められる。コアメンバー（個別検証）会議は死亡事例の把握ごとに、その都度個別に開催される。山梨 CDR 事業では死亡事例の全例がコアメンバー（個別検証）会議の対象となるため、亡くなったひとりひとりの子どもが自らの死を完全に検証される権利を有することになる。

#### ⑦全体会議（概観検証）

コアメンバー（個別検証）会議の結果を匿名化したのち数例をまとめ、全体会議（概観検証（Child Death Review Overview Panel(CDOP)）とも呼ばれる）が開催される。ここでもコアメンバー（個別検証）会議と同様の多職種が参加するが、全体会議に参加するのは必ずしも現場で直接子どもに関わった人たちではなく、各関係機関の実務者レベルである。全体会議（概観検証）では、コアメンバー（個別検証）会議の検証結果の妥当性が判断され、コアメンバー（個別検証）会議から上がってきた提言を精査し、国や県、各医療者、県民などに対する具体的な提言をまとめる。この際検証のために必要な専門家が山梨県内にいない場合には、県外の適切な専門家らに参加を要請することができる。全体会議（概観検証）は年に数回開催され、ここで予防のための提言をまとめ事務局に報告する。

#### ⑧調整会議

複数の全体会議（概観検証）から集められた提言は、年 1 回開かれる調整会議を経て、最終的な県への提言としてまとめられる。調整会議ではまた年次報告書が作成され、個人が特定されない統計データとして県民にも公開される。さらに調整会議は、多機関の関係者の教育や県民への広報活動を担ったり、県にあげられた提言の施策への反映状況、施策の実行性を検証する役割も担う。調整会議の委員には、1) 医療従事者・医療関係団体として小児科医、法医学者、社会医学者、県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、小児科医会、精神科医らが、2) 警察司法関係者として山梨県警察、弁護士会が、3) 教育保育関係者として幼保関係者、小中学校校長会、高等学校校長会、特別支援学校校長会らが、4) 行政からは市町村会、県民生活部、

リニア交通局，防災局，福祉保健部，保健所長会，子育て支援局，産業労働部，県土整備部，教育長らが，さらに5) 被害者支援センターや6) 自殺予防ネットワークなどの関係団体が名を連ねている。

### CDR の今後の課題

CDR の周知が不十分であると，遺族は CDR 自体を新たな死因究明制度や，新たな責任追求の手段と誤解してしまうかもしれない。CDR は死因究明や責任追及の手段ではなく，あくまで未来の子どもの死を予防する制度であること，死因究明は従来の制度で行われること，刑事訴追や民事訴訟の手段ではないことなどを広く啓蒙し県民からの理解を得なければならない。そのためには県のホームページや広報などで，周知活動を継続的に行なっていく必要がある。遺族は個別の事例の検証結果を聞くことはできないが，将来的には検証委員に遺族の気持ちを伝えることができるようになることが望ましい。さらに親や残された兄弟姉妹のグリーフケアにつなげることができれば，県民の理解もより一層深まると思われる。

将来的に CDR による検証結果を，法的にどのように扱うのかを明確に規定する必要がある。CDR による検証の過程で，他殺や事故，虐待の可能性が新たに浮かび上がる可能性もある。従って検証委員の通告・通報義務の問題，また裁判などにおける証人や議事録の提出などの問題について今後解決していく必要がある。そのためには CDR 事業を全国に展開する時には，あらたに CDR 新法が制定されることが望ましいと考える。

### 結 語

国はモデル事業の結果を参考に，2023 年頃には日本における至適な CDR 制度の構築を目指している。山梨県はその先駆者としてこの事業を着実に実行し，全国展開時に解決すべ

き問題点を明らかにして国に示す必要がある。CDR 事業を年余にわたり継続していくためには，子どもに関わるあらゆる職種の協力が不可欠であり，県民を含めた多くの人たちの理解が必須である。CDR 制度の確立が遅れば遅れるほど，わが国で本来死ぬべきではない子どもの命が，毎年 1,000 人以上失われる結果となることをわれわれは常に意識していなければならない。CDR を始めたからといってすぐにその効果が現れるとは限らないかもしれないが，この制度を確立し次世代に残すことは，今を生きているわれわれ大人の責務である。CDR による検証が亡くなった子どもの生きた証となるように，CDR 制度を確立することは，未来の子どもたちのことを真剣に考えたわれわれ大人の生きた証ともなる。

### 謝 辞

この場を借りて，山梨 CDR 事業の実現に共にご協力いただいている山梨大学小児科学教室の犬飼岳史教授，法医学教室の安達登教授，山梨県立中央病院小児科の星合美奈子先生，反頭智子先生，同小児外科の小泉敬一先生，山梨大学小児科学教室の河野洋介先生ら山梨 CDR 研究会メンバー，社会医学教室の山縣然太郎教授，厚生労働省研究班の沼口敦先生，小保内俊雅先生，竹原健二先生，矢竹暖子先生，共に制度構築に汗を流してくれている山梨県庁子育て支援局子育て政策課の土屋嘉仁氏，松井理香氏，横田恵子氏，また前任の下條勝氏，渡辺千奈美氏に謝辞を述べたい。

本論文に関して，開示すべき利益相反関連事項はない。

### 引用文献

- 1) 厚生労働省 都道府県チャイルド・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の手引き (第一版). <https://www.mhlw.go.jp/content/000605740.pdf> (最終閲覧日 2020-10-30)
- 2) 沼口 敦，溝口史剛，青木康博，安 炳文，石

- 倉亜矢子, ほか: わが国における小児死亡の疫学とチャイルド・デス・レビュー制度での検証における課題. 日本小児科学会雑誌, 123: 1736-1750, 2019.
- 3) 溝口史剛, 滝沢琢己, 森臨太郎, 森崎菜穂, 木崎善郎, ほか: パイロット4地域における, 2011年の小児死亡登録検証報告 検証から見てきた, 本邦における小児死亡の死因究明における課題. 日本小児科学会雑誌, 120: 662-672, 2016.
  - 4) Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W: Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. Pediatrics. 110: e11, 2002.
  - 5) 日本小児科学会 子どもの死亡登録・検証委員会. [http://www.jpeds.or.jp/modules/about/index.php?content\\_id=125](http://www.jpeds.or.jp/modules/about/index.php?content_id=125) (最終閲覧日 2020-10-30)
  - 6) 山田不二子, 一般社団法人日本子ども虐待防止学会CDR制度構築ワーキンググループ: 子どもの死亡事例検証制度 (チャイルド・デス・レビュー) 運営ガイドライン骨子JaSPCAN案. 日本SIDS・乳幼児突然死予防学会雑誌, 16: 43-43, 2016.
  - 7) さいたま市 ASUKAモデル. <https://www.city.saitama.jp/003/002/013/index.html> (最終閲覧日 2020-10-30)
  - 8) PUSH project. <https://osakalifesupport.or.jp/push/> (最終閲覧日 2020-10-30)