

予防可能な子ども(18歳未満)の死亡を  
減らすための取組に関する提言

令和5(2023)年3月

三重県 CDR (Child Death Review)

政策提言委員会

## 目 次

1	はじめに	1
2	三重県の人口動態統計について	3
3	令和4年度小児死亡事例の登録・検証状況等について	5
4	予防可能な子どもの死亡を減らす取組に関する提言	7
	提言1 「医療的ケアを必要とする子どもが、安全・安心な環境で教育を受けるための支援の拡充」	
	提言2 「子どもの登下校における交通事故防止の徹底」	
	提言3 「性感染症を予防するための施策と正しい知識の普及啓発」	
	提言4 「子どもが様々なライフイベントを経験しても、つまずきや生きづらさを抱え込まず生活するための支援の拡充」	
5	三重県予防のための子どもの死亡検証（CDR）体制整備モデル事業の現状・課題と国への問題提起について	16
6	検討経過	18
	三重県 CDR 政策提言委員会名簿	19

三重県においては、令和2年度から予防可能な子どもの死亡を減らすために、国のモデル事業に取り組んでいます。

この度は、亡くなられたお子さまのご冥福をお祈りいたしますとともに、本事業に係る調査等にご理解、ご協力いただきましたご遺族や関係者の方々に御礼申し上げます。

今後も三重県では子どもの死を無駄にしない取組を進めてまいります。

## 1 はじめに

全国的に小児死亡事例は減少傾向にあるが、病死以外の死因に着目すると、乳児では不慮の事故、思春期では自殺や交通事故が多く、また不詳死に分類されるものもあり、予防可能な死亡は少なくない。これまで様々な関係省庁で事例を検証しているが、一部の、個別の事例検証に過ぎないということが指摘されていた。

このような中、平成 30 年 12 月に成立した「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」第 15 条第 2 項において、国及び地方公共団体は、子どもの死亡の原因に関する情報収集、管理、活用等に関する体制やデータベースの整備等に取り組むことと規定された。近年では、予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的とした「予防のための子どもの死亡検証（CDR：Child Death Review）」の調査研究が行われているが、制度の有効性を高めるためには、医療分野のほかに保健・福祉・行政関係者など多機関・多職種の協働により、全ての事例を検証し、予防策を導き出すことが必要である。これらのことや死因究明等推進基本法の成立などをふまえ、今後の全国的な CDR の制度化に向けての検討材料とするため、厚生労働省において令和 2 年度から「予防のための子どもの死亡検証（CDR）体制整備モデル事業（以下、CDR 体制整備モデル事業）」が創設され、7 府県で実施されたところである。なお、令和 3 年度には 9 府県、令和 4 年度には 8 府県で CDR 体制整備モデル事業が実施されている。

三重県では、平成 24、25 年と乳幼児死亡率が全国と比べて高く、とくに乳児死亡率については全国ワースト 2、4 位となり、平成 26 年度に乳幼児事故予防推進事業（乳幼児の事故予防の検討及び啓発）が行われた。この取組などを通じて、小児死亡や死亡検証への関心が高まり、平成 27 年からは有志の CDR の勉強会が開催されてきた。こうした経緯や CDR の必要性などをふまえ、三重県においても令和 2 年度より厚生労働省の CDR 体制整備モデル事業を実施している。

本書においては、今年度の小児死亡事例の登録・検証状況、並びに今後県が取り組むべき事柄などについて、特に以下の項目に着目してとりまとめた。類似の死亡事例の発生が相次いでおり、早急に対処していくことが望まれる。

提言 1 「医療的ケアを必要とする子どもが、安全・安心な環境で教育を受けるための支援の拡充」

提言 2 「子どもの登下校における交通事故防止の徹底」

提言 3 「性感染症を予防するための施策と正しい知識の普及啓発」

提言 4 「子どもが様々なライフイベントを経験しても、つまずきや生きづらさを抱え込まず生活するための支援の拡充」

子どもは未来を支える「社会の宝」である。今回の提言などを踏まえ、二度と同じような予防可能な死亡を引き起こさないという取組が、知事のリーダーシップのもとに一層進展されることを強く期待する。

## 2 三重県の人口動態等に関する統計について

三重県による月別人口調査及び厚生労働省による人口動態調査（平成29年から令和3年まで）に関する主な統計は以下のとおりである。

- 令和3年10月1日現在の三重県における総人口は1,755,415人で、うち、19歳以下の人口は287,428人（16.4%）であり、総人口に占める19歳以下の人口の割合は、年々減少傾向にある（表1）。

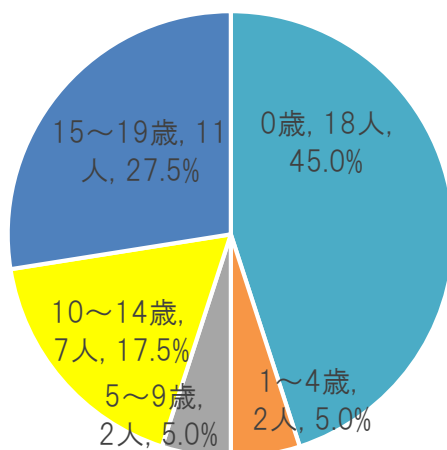
【表1】19歳以下の年次別人口（三重県）

	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
19歳以下の人口(人)	314,546	309,146	303,631	291,911	287,428
総人口に占める割合	17.5%	17.3%	17.1%	16.5%	16.4%

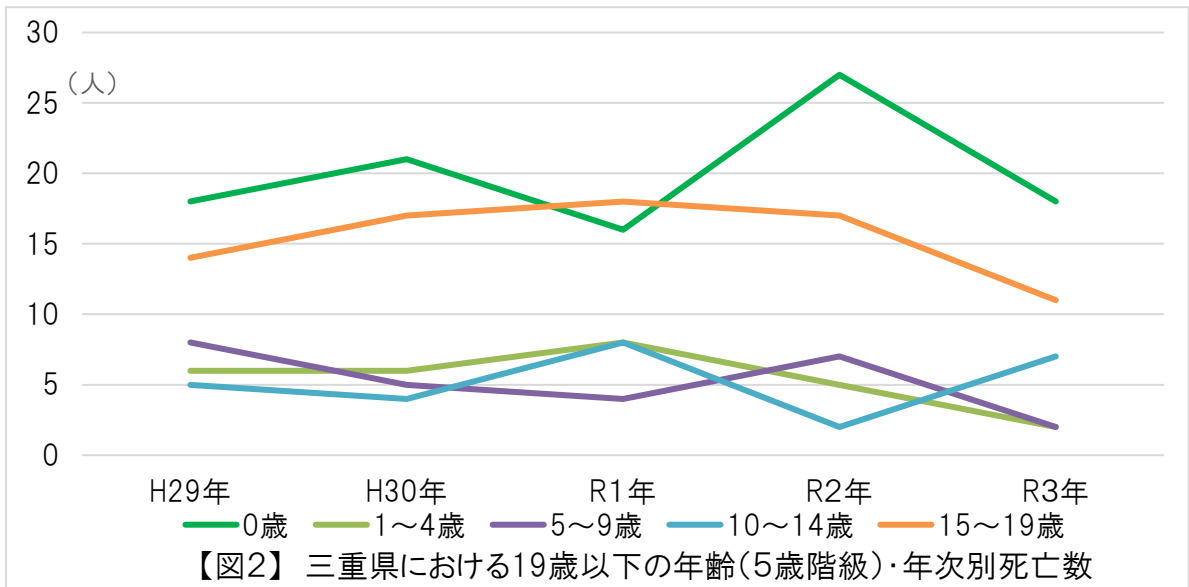
- 令和3年中の19歳以下の死亡数は40人であった（表2）。年齢階級別では「0歳」が18人（45.0%）で、次に「15～19歳」が11人（27.5%）であった（図1）。前年と比較して死亡数は減少したものの、「10～14歳」の死亡数は増加している（図2）。

【表2】19歳以下の年齢別・年次別死亡数（三重県）

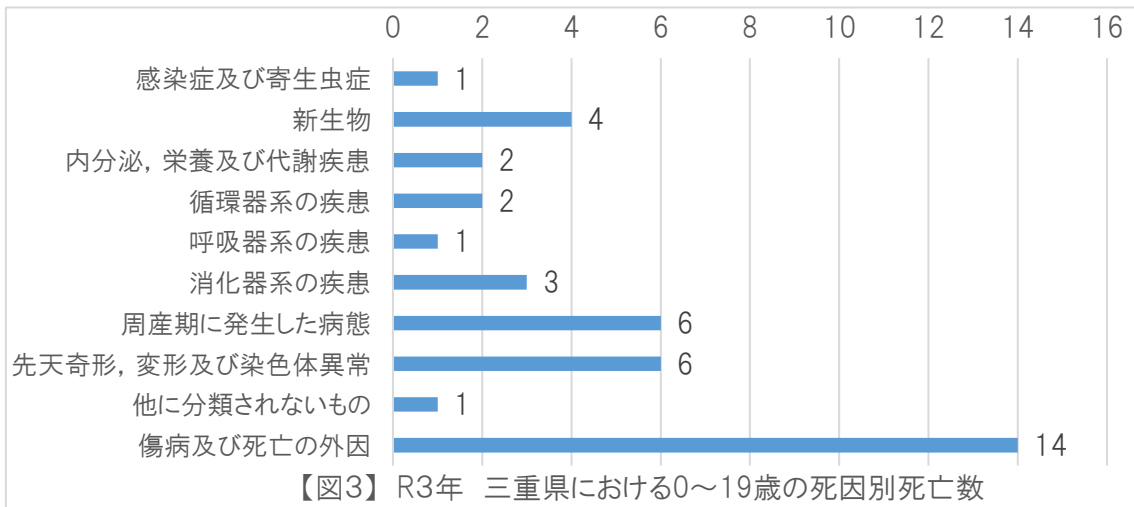
	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
0歳	18	21	16	27	18
うち新生児 (生後4週未満)	10	9	3	14	10
1～4歳	6	6	8	5	2
5～9歳	8	5	4	7	2
10～14歳	5	4	8	2	7
15～19歳	14	17	18	17	11
0～19歳 (新生児の重複分は除く)	51	53	54	58	40



【図1】 R3年 三重県における年齢(5歳階級)別死亡数



- 令和3年の0～19歳の死亡数は40人で、その死因は、「傷病及び死亡の外因」が14人(35.0%)と一番多くを占めていた(図3)。その内訳は、「自殺」が10人と最も多かった。



- 出生数及び出生率(人口千人あたり)は年々減少傾向にある。令和3年の三重県における出生率は6.4と、全国平均を下回る状況が続いている(表3)。

【表3】出生状況(三重県・全国)

	H29年	H30年	R1年	R2年	R3年
三重県の出生数(人)	12,663	12,582	11,690	11,141	10,980
三重県の出生率	7.2	7.2	6.7	6.5	6.4
全国の出生率	7.6	7.4	7.0	6.8	6.6

### 3 令和4年度小児死亡事例の登録・検証状況等について

#### (1) 小児死亡事例の把握方法について

三重県において、令和4年度にCDR体制整備モデル事業で取り扱う対象は、令和4年1月から12月までに死亡した18歳未満の子どもである。対象者を把握するために、県内の小児救急取扱医療機関及び法医学解剖医療機関（計16か所）に死亡調査票の提出を依頼した。また、死亡情報を可能な限り漏れなく収集するため、統計法に基づく人口動態調査票（死亡小票）の閲覧を申請したうえで、保健所の協力のもと死亡小票により把握した。そして、対象者や家族背景などの追加情報は、必要に応じて関係機関（小児科・救急科・法医学分野等の医療機関、福祉機関、市町等）に照会し収集した。

#### (2) 個人情報を収集するにあたっての遺族への意向確認について

令和3年3月に「都道府県Child Death Reviewモデル事業の手引き」（厚生労働省）が改定されたことを受け、令和3年8月以降に死亡した18歳未満の方の遺族等に対して、個人情報を提供することに関する意向を確認するための体制を整えた。

#### (3) 小児死亡事例の登録状況及び分類について

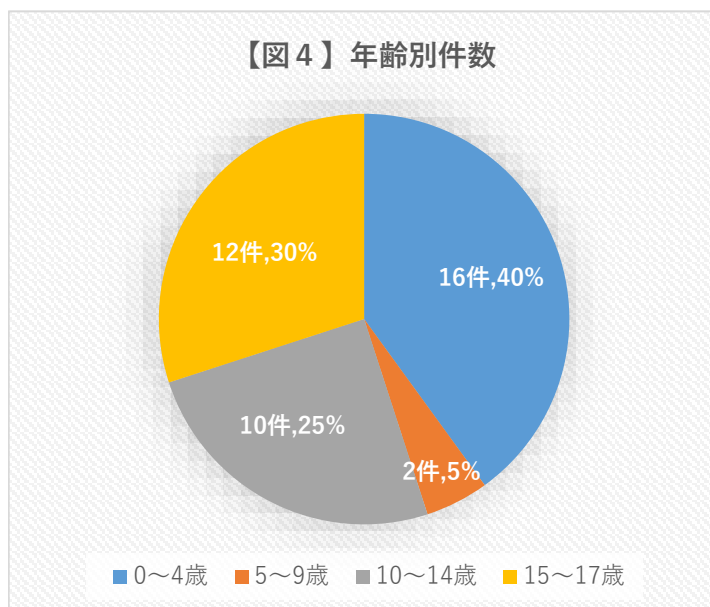
令和4年1月から12月までに死亡した18歳未満の子どもの把握・登録件数は40件であった。年齢別では「0～4歳」が16件（40%）で、次に「15～17歳」が12件（30%）であった。（表4、図4）。また、「多機関検証ワーキンググループ検証マニュアル」を参照に死因再分類を行ったところ、多い順に「自傷・自殺」が23%、「先天性」が17%、「外因傷病」、「悪性疾患」が同率で15%であった（表5、図5）。

【表4】年齢別 (件)

年齢別	全数
0～4歳	16
5～9歳	2
10～14歳	10
15～17歳	12
0～17歳	40

\*医療機関県外4件、スクリーニング未実施2件を含む

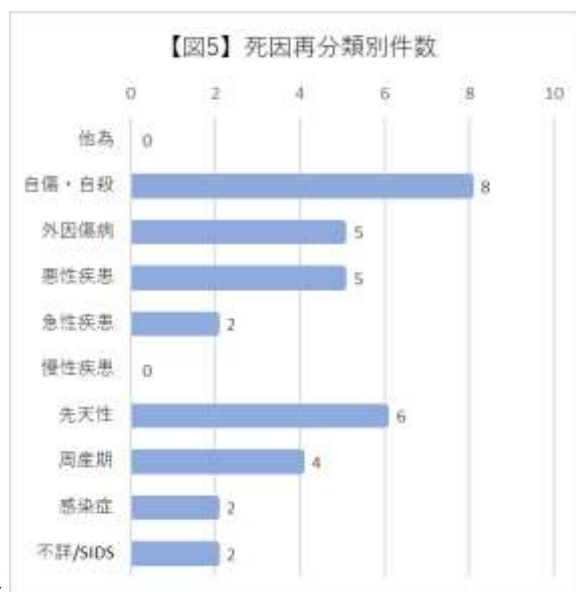
【図4】年齢別件数



【表5】死因再分類別 (件数 率)

他為	0	0%
自傷・自殺	8	23%
外因傷病	5	15%
悪性疾患	5	15%
急性疾患	2	6%
慢性疾患	0	0%
先天性	6	17%
周産期	4	12%
感染症	2	6%
不詳/SIDS	2	6%
合計	34	100%

\* 医療機関県外4件、スクリーニング未実施2件を除く



#### (4) 事例の選定 (スクリーニング) について

令和4年度に把握・登録した小児死亡事例全てを検証することは時間の制約上難しいため、個別検証の必要があるかどうかについて、スクリーニングを5回実施した。スクリーニングでは、把握・登録した34件について、「多機関検証ワーキンググループ検証マニュアル」の養育要因・環境要因・予防可能性の区分に基づいて判定した。スクリーニングの結果、個別検証が必要とされたのは14件、個別検証が不要とされた事例は17件、その他が3件であった。なお、その他には、専門検証やCDR対象外としたものが含まれる。

#### (5) 多機関検証委員会・政策提言委員会について

多機関検証委員会において、スクリーニングの結果、個別検証が必要とされた事例14件について、不同意書が返送された1件を除き、関係機関や専門家により死亡に至る経緯などを振り返り、多機関検証を行った。多機関検証委員会は、令和4年6月8日、8月10日、10月12日、12月14日、令和5年2月8日の計5回開催した。

政策提言委員会では、多機関検証委員会が出された子どもの死亡に対する予防策や意見等を踏まえ、県への提言内容のとりまとめを行った。



#### 4 予防可能な子どもの死亡を減らすための取組に関する提言

今年度に取り扱った死亡事例の検証から導き出した予防策は以下のとおりである。

##### <提言1> 医療的ケアを必要とする子どもが、安全・安心な環境で教育を受けるための支援の拡充

###### 事例の背景

疾患や障がいなどにより在宅での医療的ケアを必要とする子ども（以下、ケア児）が学校教育を受けるにあたり、医療的ケアを受けられる場所が限られているため、発作や体調急変の際に適切な処置を受けられず死に至る場合がある。

###### 提言事項

- (1) 医療的ケア児の最優先事項は命の保障である。それを前提として、学習の保障がある。この2つのテーマを念頭に、ケア児がいかに安全に通学できるかの議論を進めていただきたい。実現可能なこととして、スクールバスを利用する際のガイドラインを策定していただきたい。
- (2) 学校・保護者においては、合理的配慮を念頭にケア児本人の通学の意思を確認しつつ、専門家の意見を聴取するなど、生命の安全確保に万全を期していただきたい。
- (3) ケア児の通学にあたり、スクールバスへの乗車が長時間とならないよう、近隣の学校で受け入れる体制を整備する、または訪問教育や家庭での学習支援、ICT支援を充実させていただきたい。

###### 解説

###### (1) ケア児のスクールバス利用に係るガイドライン策定

文部科学省の通知（平成31年3月20日付け30文科初第1769号文部科学省初等中等教育局長通知「学校における医療的ケアの今後の対応について」）では、スクールバスなど専用通学車両への乗車については、医療的ケア児の乗車可能性をできる限り追求し、決定は各学校に委ね、個別に判断することとされている。

一方で、スクールバスでの登下校において喀痰吸引が必要となる場合には、看護師または准看護師による対応を基本とすることとされているが、限られた人員の中でスクールバスでの登下校に看護師等を配置するのは困難であることから、登下校中の医療的ケアの実施が難しい状況にある。

スクールバスの利用を個別に判断するにあたっては、乗車中は医療的ケアが実施できないことを前提に利用可とする場合の医学的な基準を設定し、それに

沿った判断ができるような仕組みを構築していただきたい。現時点において、ケア児のスクールバス利用は可能であるが車内での吸引（気管、口鼻腔）、酸素投与、人工呼吸器、持続栄養、導尿等の処置はできないこととされている。

## （２）合理的配慮\*を基盤にした、医療的ケア児本人の意思の尊重

スクールバスなどの移動支援の利用を個別に判断するにあたっては、本人と保護者と学校および事業主体の市町の意向が働くのは周知のことである。たとえ16歳未満であってもケア児本人の意思を尊重することが大切である。

また、進行性の疾患・障がいの場合は、主治医が本人の意思を十分に汲み取り、疾患等の進行状況を考慮のうえ意見を加えられることが望ましい。

とりわけ、本人が希望しないにもかかわらず、学校または保護者の都合により長時間のスクールバス利用を余儀なくされているようなケースがあれば、会議を開くなどして、早急に改善していただきたい。

一方で、家庭環境によりやむを得ずバス通学を選択していることも想定される。このような家庭に対しては行政・医療・教育等の連携による支援が求められるため、支援が必要な家庭を早期に把握したうえで関係機関による情報共有を図り、適切な対応を取ることのできる体制構築に努めていただきたい。

\*合理的配慮：障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう。

## （３）ケア児の受入先の拡充及び訪問教育・家庭学習支援の充実

ケアが実施できないことを考慮すると、長時間のスクールバス乗車は避けなければならないところであるが、県内の特別支援学校の数は限られており、近隣に受入校がない場合は、遠隔地へ通学せざるを得ない状況にある。

このことから、いずれの特別支援学校でも肢体不自由児の受入ができる体制の整備、あるいは、遠距離の通学が困難な医療的ケア児のための訪問教育や家庭での学習支援などの取組を充実させていただきたい。

## ＜提言2＞子どもの登下校における交通事故防止の徹底

### 事例の背景

児童・生徒の交通事故による死傷者が毎年多く発生しており、痛ましい事故が発生するたびに対策が検討されるものの、抜本的な解決策がないのが現状である。

### 提言事項

- (1) 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をいっそう推進していただきたい。特に、発達に特性のある子どもに対しては丁寧な指導をお願いしたい。
- (2) 学校と警察との連携により、通学路における交通事故マップの作成を推進するとともに、子ども本人による「聞き書きマップ」の作成による防犯・事故防止学習の導入を検討していただきたい。
- (3) 通学路の信号には歩車分離式信号を導入する、交差点における横断歩道を交差点の中心から遠ざけるなど、自動車による歩行者・自転車の巻き込み事故を防止するためのあらゆる環境整備について検討していただきたい。

### 解説

#### (1) 効果的な交通安全教育

生徒の自転車による交通事故は、中学校、高等学校は一年生が最も多く、発生時期は5・6月及び10月に多くなることがわかっている。このことから、子どもの進学後早期に、年齢ごとの移動手段を考慮した交通ルール遵守に関する啓発を行うなど、家庭と学校とが連携して、発生時期を考慮した効果的な交通安全教育に取り組んでいただきたい。

また、子どもの発達特性によっては、情動面でのあせりやパニックを背景に交通ルール等への理解が浸透しにくい場面があり、家庭や学校において事前の丁寧な指導がされるよう配慮していただきたい。

#### (2) 交通事故マップの作成及び「聞き書きマップ」による学習

通学路上の事故多発地点や起こりやすい事故の特性等について、警察をはじめ、自動車メーカー、損害保険会社等の企業との協働により交通事故マップを作成し、子どもへの周知啓発に役立てていただきたい。

また、通学路を含めた学校周辺の危険個所について、子ども本人の気づきによる注意喚起も効果的であると考えられる。地域の自主防災組織等が安全点検のために「まちあるき」を行う際に、気づいたことをメモする代わりに音声で録音しておき、後でそれを再生してデータ化している事例があり、そのためのソフト

ウェア「聞き書きマップ」が公開されている。これらのツールを利用して、授業等の時間で子どもたち自身の手による危険箇所マップを作成することで、一人ひとりの安全意識の向上につながることを期待される。

### **(3) 交通事故防止のための道路交通環境の整備**

徒歩や自転車により登下校中の子どもが自動車と接触する事故、特に左折しようとする大型車両に巻き込まれる事故は、死亡事故に至る可能性が高い。このため、事故が多発している交差点においては歩車分離式信号を導入する、横断歩道を交差点の中心から横断歩道を遠ざけるなど、交通環境の整備の面から左折巻き込み事故の防止に有効なあらゆる手立てを講じていただきたい。

### <提言3> 性感染症を予防するための施策と正しい知識の普及啓発

#### 事例の背景

妊娠しているにもかかわらず、様々な理由から適切に医療や保健につなげることができず、性感染症の発覚が遅れ、感染していても未治療のまま放置されることで、垂直感染により胎児に感染、死産や流産などのリスクを負うだけでなく、出産後に児が死亡することもある。

#### 提言事項

- (1) 梅毒は、妊婦が罹患し、未治療の場合に胎児が死亡する可能性が高い一方で、妊娠中に十分な治療を行うことで胎児の治癒も得られることから、①未受診妊婦の早期発見と介入、②パートナーサービスプログラムを推進していただきたい。
- (2) 望まない妊娠や、妊娠を誰にも言えない妊婦は結果的に未受診となりやすい。性感染症予防は特定妊婦の支援ともなるので、組み合わせて推進していただきたい。
- (3) 子どもが性感染症に関する正しい知識を得られるよう、保健体育等の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をいっそう推進していただきたい。特に、性感染症のリスクが高いにもかかわらず、以降の学校教育の授業等で性教育を受ける機会が少ない若年層に対し、行政による教育啓発・相談支援を積極的に実施していただきたい。

#### 解説

##### (1) 梅毒による母子感染予防の推進

性感染症は、性行為により伝播する疾患である。また、母子感染が起こりうるものである。妊婦健診などを受診しない場合、感染源となり蔓延化する可能性が高くなります。近年、全国的に梅毒の患者が急増している。全国の患者数は、平成22年ごろまでは年間500-800例程度の発生にとどまっていたが、以降増加に転じ、令和3年には7,983人と10年前の約9.6倍となっている。妊婦が梅毒に感染すると、病原細菌が胎盤を通じて胎児に感染し先天梅毒を引き起こす可能性があり、母親が治療を受けていない場合、胎児の約40%が死産または出生後に死亡するとされている。

一方で、梅毒の症例のうち99%では妊娠中に十分な治療を行うことで母親と胎児ともに治癒が得られるため、妊婦健診において早期に発見し、治療を行うことが大切である。三重県においては、妊婦健診は自治体による負担で受診できるものの、さまざまな社会的背景から、困難を抱えている妊婦が未受診のまま分娩に至るケースが少なくない。このような困難を抱えている妊婦を把握した機関

等はそれを見逃さず適切に医療につなげる取組を推進していただきたい。

たとえば、①現在、保健所で行っている、コンドーム使用を含めたエイズ予防教育を性感染全般の予防教育に拡大すること。②日本では行われていない、性感染症を管理するためのパートナーサービスプログラム\*の実施などを提案する。

\*パートナーサービスプログラム：性感染者の、パートナーを含めた感染の背景情報を知り、予防するプログラム。

## （２）妊婦健診未受診を防止するための体制整備

望まない（予期しない）妊娠等を背景にした生後0日目の死亡や、性感染症による周産期死亡等を防止するためには、親になる世代への正しい知識の普及が不可欠であり、15歳から20代にかけての若年世代に対して、性知識及びプレコンセプションケア\*\*の必要性に関する普及啓発を行うとともに、予期しない妊娠に悩み葛藤を抱える人に対する相談支援窓口『妊娠SOS』や、チャイルドヘルプラインなど、官民協働の取り組みをさらに充実させていただきたい。さらにその窓口情報を必要とする人に周知するため SNS などを駆使した発信も推進していただきたい。

また、妊婦健診の受診にあたり、初診費用が通常全額自己負担となることから受診をためらうケースがあるため、初診費用に対する補助などの経済的支援を行うことで未受診の防止へつなげていただきたい。

\*\*プレコンセプションケア：将来の妊娠に備え、女性やカップルが自分たちの生活・健康管理について考えること。

## （３）包括的性教育の推進

学校における性に関する指導は、保健体育の授業のほか、養護教諭や産婦人科医等の外部講師による講義など、さまざまな形式で実施されている。教育の内容は教育機関や講師によって様々なのが現状であり、その中に性感染症を予防すること、罹患しても早期に適切な治療を受ければ予後は良好であること等について、一律に学習することができるよう、今後いっそうの推進をお願いしたい。特に、若年層に対する行政による教育啓発については、SNS 等を利用した啓発を考えていただきたい。

また、中学卒業後に就職等のため進学しなかった人や、中学・高校中途退学者は性感染症等の性に関するトラブルのリスクが高いにもかかわらず、行政によるアプローチが手薄な傾向があるため、支援につながるような施策を検討していただきたい。

## ＜提言４＞子どもが様々なライフイベントを経験しても、つまずきや生きづらさを抱え込まず生活するための支援の拡充

### 事例の背景

思春期の自殺の多くは多様かつ複合的な背景を有し、小児期逆境体験の累積が大きなリスク要因と考えられている。

脆弱な家庭基盤のために、成育歴から見てリスク要因が高い事例だけでなく、順調に生活しているように見えても生活面や学習面での悩みを抱えていた事例、トラブルを起こしたことで居場所をなくし将来を悲観したと思われる事例が発生しており、どの人にも潜在的な自死のリスクがある。

### 提言事項

- (1) 家庭基盤の弱い家族に対する、愛着形成に重要な胎児期・乳幼児期から思春期の支援体制を充実していただきたい。
- (2) 学校に限らず、家庭・地域、さらに医療・福祉・司法部門における役割分担を明確にしたうえで、困難を抱えた子どもとその家族を早期に把握し、相談を受けられる体制を整備するとともに、アウトリーチで支援できる仕組みを構築していただきたい。
- (3) 子どもを指導する際に留意しておくべき点を整理し、周知啓発を行っていただきたい。
- (4) 悩みを抱えた子どもに対して声掛けをしたり、相談を受けたりする際に留意しておくべき点について、学校教育に組み込む等によりさらなる啓発を図っていただきたい。

### 解説

#### (1) 胎児期・乳幼児期から思春期の支援体制の充実

対人関係に最も重要な愛着形成は、妊娠期から始まる。親が安心して子育てできるような社会づくりは、自殺予防にもなる。自殺は、思春期の子どもが未来に対する希望を見いだせない状態とも言える。

令和５年４月１日に施行されるこども基本法にのっとり、未来に対する希望が得られるよう、支援体制を三重県が率先して構築していただきたい。

#### (2) 悩みを抱えた子どもの相談支援窓口の整備

学校における児童・生徒の心のケアについては、学級担任のほか養護教諭、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー等の職員が、教育・心理検査を用いながら、面談、電話などで各種相談に対応しているほか、定期的にメール配信システムなどで保護者に学校内外の相談窓口を周知している。スクールカ

ウンセラー等の専門職員の配置人数や時間数をより一層充実していただき、悩みを抱える子ども一人ひとりに寄り添い、きめ細かな対応をしていただきたい。

子どもや保護者からの相談電話や窓口はあるものの、電話をためらってしまう人、相談することが苦手な人、あるいは悩みを抱えているものの行動に出ないタイプの子どものおりに、最も支援の必要な子どもこそが、声を上げない・上げられない現状がある。また、トラブル発生後に間を置かず自死・自傷に至るような衝動性の高い子どもと思われる事例も見受けられ、SOSを発しない、または発するタイミングを失った子どもに対しては、相談を待つプル型の支援だけでなく、訴求力を高めるような支援者から働きかけるプッシュ型の支援を行っていく必要がある。

これらのことから、学校をプラットフォームとして困難を抱える子どもを早期に把握したうえで、必要に応じて医療・福祉・司法・地域と連携し支援につなげることをめざし、以下の実現に向けて検討していただきたい。

- 心理的リスクを客観的に評価する学校メンタルヘルス事業<sup>1)</sup>の充実
- 子どもの日常の些細な様子の変化について早期に気づくための方策の策定
- 相談を受け付けるだけでなく、子どもの心の異変を認知した場合に学校・家庭・行政等が協働してアウトリーチで介入する体制の整備
- 思春期の自殺は衝動性が高いため、待ったなしのケースが散見された。学校からプライマリメンタルヘルスカケアを担う医療機関をタイムリーに紹介でき、教育・医療間の連携がスムーズにいくようなシステムの構築及び強化

<sup>1)</sup> 三重県学校保健総合支援事業（三重県教育委員会と三重県医師会協働）  
「学校メンタルヘルス事業」

### （３）子どもを指導する際の留意点の整理及び周知啓発

対人関係や行動・認知特性に発達凸凹がある子どもにとって、叱責は予想以上のストレスとなる場合がある。また、新型コロナウイルス感染症に伴う学校の長期休業や対面のコミュニケーションの制限により、子どもの不安・抑うつが悪化していることが指摘されている<sup>2)</sup>。

子どもへの指導、特に叱り方や注意の仕方などについては、社会情動性を育み自尊感情を損なわないよう適切な方法で行う必要がある。これは保護者や教職員だけでなく、地域住民や保健・福祉従事者など子どもに関わるすべての大人にとっての課題である。



大人が実践すべき適切な指導について調査・研究を行い、要点を整理したうえで、社会全体へ周知・啓発を行っていくことができないか、検討いただきたい。特に、対人関係に最も重要な親子の愛着形成からの視点と、平時からのトラウマ予防の観点について取り扱っていただきたい。

2) 「コロナによる中学生メンタルヘルスへの影響と予防のための提言」三重県医師会 梅本正和、第53回全国学校保健学校医大会 in 岩手 (2022. 11. 12)

#### (4) 相談支援を行う際の留意点に関する教育・啓発

子どもが悩みを抱えたときに、悩みを打ち明けたり、「いつもと違う」様子が最も早く気がついてくれたりするのには、家族または友人であるケースが多いと思われるが、悩みを抱えた人に対してとるべき行動に関する知識が一般的に普及しているわけではない。例えば、身近な人の変化に気がついたら、声をかけてみるのがゲートキーパー\*の重要な役割とされている<sup>3)</sup>。

こうしたゲートキーパーの役割について、専門職だけでなく家族や友人など様々な立場の人が担うことを想定し、学校の日常での教育活動に組み込むなど、幅広い対象への周知啓発を図っていただきたい。

また、地域住民など大人への周知啓発を行う場についても整備する必要がある。自治会役員や民生・児童委員の研修会の題材に組み入れる、子ども食堂などの「子どもの居場所」において勉強会を開くなど、地域ぐるみで子どもを見守る意識の醸成を図っていただきたい。

\*ゲートキーパー：自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることができる人のこと。特別な資格は必要ない。

<sup>3)</sup> 政府広報「あなたもゲートキーパーに！大切な人の悩みに気づく、支える」

## 5 三重県予防のための子どもの死亡検証（CDR）体制整備モデル事業の現状・課題と国への問題提起について

### （１）CDR 事業に係る個人情報の取扱いに関する法整備を行うこと

令和３年３月に「都道府県 Child Death Review モデル事業の手引き」（厚生労働省）が改定されたことを受け、令和３年８月以降に死亡した１８歳未満の方の遺族等に対して、個人情報を提供することに関する意向を確認するための体制を整えた。

しかし、様々な事情により、遺族の意向を確認することが難しい事例がみられた。

また、死因が虐待によるものと判断された場合は同意を得ずに情報収集・検証を行うことが可能とされているが、虐待と判断できないものの死亡の周辺状況として存在した可能性がある場合等も、同意が得られる可能性が低いというえ、ある程度の資料がなければそもそも虐待かどうかの判断を行うことができないと考えられる<sup>1)</sup>。

効果的な予防策を検討するにあたり、多機関から情報を集めて検証につなげる必要があることから、国には、情報提供依頼を受けた機関が、遺族の意向確認を経ることなく、情報提供の義務を課すという法整備を行っていただきたい<sup>2)</sup>。

（付記）

- 1) このような類型の事例は同意を得ることが難しい一方で、検証の必要性が高いと考えられる。
- 2) 捜査情報については刑事訴訟法第４７条の規定により情報提供を受けられないことに対しても、法的な対応が必要になると思われる。

### （２）CDR事業を行うにあたって、関係省庁間での合意形成を図ること

情報収集するにあたり、機関によっては、一部又は全部の情報の提供を控えるとの回答があった。事例を検証するには、様々な機関から情報を収集する必要があり、情報が得られないと、具体的な予防策等を検討することが難しい。CDR事業を実施するにあたり、国において、関係する中央省庁間での合意形成を図り、情報提供することの理解を得るよう努めていただきたい。

### （３）死亡小票の目的外使用申請に係る事務手続き等の在り方を改善すること

死亡小票を取り扱うには、統計法第３３条第１項の規定に基づく調査票情報の閲覧等に関する申請が必要であるが、手続きが煩雑で、また厚生労働省の事前審査から承認までに期間を要する。事業を円滑に行うために死亡小票の取扱いを見直し願いたい。

#### (4) CDR事業の結果から得られた予防策を講じるための予算措置を行うこと

予防可能な子どもの死亡をなくすためには、検証結果や提言内容を施策に反映していく必要がある。国においては、各自治体で予防策を講じるために要する予算措置を行っていただきたい。

#### (5) 情報収集・管理にオンラインシステムなどを活用すること

個人情報保護の観点から、多岐にわたる機関より紙媒体で情報を収集しているが、処理が煩雑である。多機関から安全かつ迅速に情報を収集するとともに、それらの情報を管理・分析することができる、オンラインシステム等の導入を検討していただきたい。

#### (6) CDR事業の結果から得られた知見をもとに必要な施策を講じること

希少な死亡事例について都道府県単位で検証し予防策を検討する場合、個人が特定されることが懸念される。いっぽうで、分析事例は多いほど正確な判断につながる。とくに希少事例から導き出された予防策や全国共通の施策などについては、必要に応じて国でとりまとめたうえで対策を講じていただきたい。

#### (7) 小児の死亡に対してグリーフケアが提供される体制を整備すること

CDRの実施に際して、遺族の心情に配慮することは重要な課題である。国においては、CDRの体制を整備するだけでなく、死亡直後から保護者や兄弟姉妹などに対して、グリーフケア\*が継続的に提供されるような体制を構築していただきたい。

\* グリーフケアとは、遺族の複雑で深刻な心の状態を理解して寄り添うことで、回復のサポートをする取組のこと。

#### (8) 今後のCDR法整備に向けての課題と見通しを示すこと

成育基本法は令和元年12月1日に施行され、CDRは法施行後3年をめどに検討を加えることとされている。CDR体制整備に向けてモデル事業を実施している自治体としては、今後の事業展開に向けて当面の課題と見通しを示していただきたい。

## 6 検討経過

### 令和4年度三重県CDR政策提言委員会の開催状況

	開催年月日	内 容
第1回	令和4年11月17日	(1) 令和4年度三重県予防のための子どもの死亡検証(CDR)体制整備モデル事業について (2) 令和3年度予防可能な子どもの死亡を減らすための取組に関する提言に係る取組状況について (3) 小児死亡登録状況について (4) 子どもの死亡を予防するための対策について (5) CDR体制整備モデル事業の現状と課題等について
第2回	令和5年3月16日	(1) 令和3年度予防可能な子どもの死亡を減らすための取組に関する提言に係る取組状況について (2) 各種会議の開催状況について (3) 小児死亡登録状況について (4) 子どもの死亡を予防するための対策について (5) CDR体制整備モデル事業の現状と課題等について

## 三重県 CDR 政策提言委員会名簿

### 委員名簿（敬称略）

分野	所属等	委員氏名
医療	三重大学大学院医学系研究科 教授	平山 雅浩
児童福祉	三重県児童相談センター市町アドバイザー	鈴木 聡
教育	三重大学教育学部附属小学校 校長	松浦 直己
司法	藤田・戸田法律事務所	藤田 香織
母子保健	MC サポートセンターみっくみえ 理事長	松岡 典子
公衆衛生	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 医歯学系専攻 教授	藤原 武男

### 協力者名簿（敬称略）

分野	所属等	関係者氏名
オブザーバー	研究班（名古屋大学）	沼口 敦
	研究班（国立成育医療研究センター）	竹原 健二
	研究班（国立成育医療研究センター）	矢竹 暖子
協力者	三重大学大学院医学系研究科 講師	澤田 博文
	三重大学医学部小児科	近藤 晴奈
	うめもとこどもクリニック 院長	梅本 正和