

福島県予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業実施要綱

(令和5年5月改正)

1 事業目的

18歳未満の子どもの死亡事例について、関係する複数の機関や専門家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情報を基に検証を行い、効果的な予防策を導き出すことで予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的とする事業(CDR)を試行的に実施し、本県における子どもの死亡の状況を把握するとともに体制整備を進めることを目的とする。

2 実施主体

福島県

3 事務局

福島県こども未来局児童家庭課

4 事業内容

(1) 福島県予防のための子どもの死亡検証推進会議(CDR推進会議)の開催

子どもの死亡に関わる医療機関、行政機関、警察等の関係機関による会議を開催し、本事業を円滑に行うための協力体制を整えるとともに、検証結果を踏まえた効果的な予防策を協議する。

(2) 情報の収集と管理

子どもの死亡に関する情報(医学的死因、社会的背景等)について、関係機関等から情報を収集し、当該事例の死亡小票情報と統合した上で死亡者台帳を作成する。

(3) 多機関検証の実施

医療機関、行政機関等、死亡事例に関わる様々な専門職や有識者などにより当該事例の死因を多角的に検証し、予防の可能性等を検討する。また、個別に検証した事例の結果を踏まえ、本県における課題を整理し効果的な予防策を検討する。

5 事業の対象

県内に住民票のある18歳未満の死亡事例

6 実施方法

(1) 事務局は、福島県予防のための子どもの死亡検証推進会議を開催し、事業の周知や情報提供への協力を依頼する。

(2) 医療機関において、対象事例が発生した場合、担当医は遺族に本事業内容を説明し(別紙1)、同意(別紙2)を得る。なお、死亡時に保護者が判断できない場合等には、別紙1、2に加え事務局あての返信用封筒を保護者に手渡すこととする。

- (3) 医療機関は、同意が得られた事例について「死亡調査票（基本票）」（別紙3）を作成し同意書とあわせて事務局に送付するとともに、事務局に電話により概要（死亡月日、年齢、住所地）を連絡する。
- (4) 保護者から事務局あてに同意書が届いた場合は、事務局から当該医療機関あてに「死亡調査票（基本票）」（別紙3）の作成と提出を依頼する。
- (5) 事務局は、医療機関から提出された「死亡調査票（基本票）」の内容を確認し、他の関係機関に対して「死亡調査票（追加票）」（別紙4）への記入を個別に依頼する。
- (6) 事務局は、対象事例の住所地を所管する保健所に連絡の上、死亡小票が提出された後に当該保健所を訪問し、死亡小票の写しを入手する。
- (7) 事務局は、「死亡調査票（基本票）・（追加票）」と死亡小票の情報を突合し、死亡者台帳を整備する。
- (8) 事務局は、事例が数例まとまった段階で多機関検証ワーキンググループ（以下「WG」）を招集し、検証を実施する対象事例のスクリーニングを行う（別紙5「検証票（選定）」の作成）。

<WGメンバー>

死亡事例に関わった関係者（医師、関係機関担当者）、オブザーバー等

- (9) 事務局は、個別検証が必要と判断された事例について、個別検証のためのWGを招集し個別検証を行う（別紙6「検証票（個別検証）」の作成）。

<WGメンバー>

死亡事例に関わった関係者（医師、関係機関担当者）、オブザーバー等

- (10) 事務局は、個別検証が数例程度行われた段階で概観検証を行うためのWGを招集し、概観検証を行うとともに、報告書案を作成する

<WGメンバー>

推進会議構成員から選出する。（スクリーニング・個別検証を実施した担当者以外）

- (11) 事務局はCDR推進会議を開催し、概観検証WGから提出された報告書案を協議する。

7 専門的助言

死亡調査票の内容確認や個別検証等を行う際の専門的助言については、福島県立医科大学医学部小児科学講座等関係する講座の協力を得るものとする。

8 その他留意事項

本事業の実施にあたっては、福島県個人情報保護条例や各地方公共団体の定める条例等の規定を踏まえ、個人情報の取扱に留意するとともに、事業の参加者に対しては事業終了後にも守秘義務の徹底を求めるものとする。

9 事業の開始

令和3年10月1日より実施する。

子どもが亡くなることを、一人でも防いでいくために



ご家族へのお願い

福島県こども未来局児童家庭課

このたびは、お子様のご逝去の報に接し、謹んでお悔やみを申し上げますとともに、心からご冥福をお祈りいたします。このような時にお願いすることは心苦しいですが、亡くなられたお子様に関する情報を医療機関などから県に提供することに、同意いただきたくお願い申し上げます。

県では、提供された情報をもとに、これから先に同じような状況になった子どもが亡くなることを防ぐことができないか、そのためにはどのような取組が必要かを検討しています。

福島県では、毎年60～80人の19歳以下の方が病気や事故により亡くなっていますが、亡くなられたお子様に関する情報を、今後、他の子どもの死亡を防ぐことにつなげていきたいと考えています。

現在、国では、病気や事故などによる子どもの死亡をできるだけ防げるよう、予防策を検討するために医療機関などの関係機関や専門家が様々な情報を収集し、検証を行う事業を行っており、県でも令和3年度から実施しています。

(福島県ホームページ「福島県予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業」参照
URL : <https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21035a/cdr.html>)

本事業の趣旨をご理解いただきましてご協力くださいますようお願いいたします。

具体的には・・・

- お子様が亡くなられた時やそれ以前に関わりのあった医療機関、市町村などの行政機関、保育施設、学校、消防、警察などの関係機関に対して、必要に応じて、予防策の検討に必要な情報の提供を県から依頼します。
- 県が収集した情報は、氏名を削除するなど匿名化し、福島県における予防策の検討に用います。また、個人が特定されない形にした上で公表することがあります。
- 提供いただいた個人情報は、個人情報保護に関する関係法令を遵守し適正に管理するとともに、本事業の目的以外に利用することはありません。
- 保護者及び親権者から利用停止を求められた場合には、適切に対応します。

◎同意いただける場合は、別紙「同意書」に記載の上、医療機関に提出くださるか、または同封の返信用封筒にて事務局あてに郵送くださるようお願いいたします。

<問い合わせ先>

福島県こども未来局児童家庭課

(福島県予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業事務局)

電話番号：024-521-8665

E-mail: jidoukatei@pref.fukushima.lg.jp

同意書（県控え）

福島県知事あて

個人情報の提供に関する同意

私は、福島県予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業に関する趣旨、目的及び個人情報の管理等について説明を受けましたので、下記のとおり判断しました。

（以下の□にチェックしてください。）

個人情報の利用について、

- 同意します。
- 同意しません。

署名された日 令和 年 月 日

お子様のお名前 _____

保護者氏名（ご署名） _____ 続柄（ _____ ）

説明者署名 _____

説明者所属機関 _____

同意書（保護者控え）

福島県知事あて

個人情報の提供に関する同意

私は、福島県予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業に関する趣旨、目的及び個人情報の管理等について説明を受けましたので、下記のとおり判断しました。

（以下の□にチェックしてください。）

個人情報の利用について、

- 同意します。
- 同意しません。

署名された日 令和 年 月 日

お子様のお名前 _____

保護者氏名（ご署名） _____ 続柄（ _____ ）

説明者署名 _____

説明者所属機関 _____

カバーページ / チェックリスト

年齢/月齢/日齢 歳 月 日

性別

No.

住所地の郵便番号

死亡した都道府県 住所地で同じ・異なる

事件番号:

死者の氏名:

生年月日: 死亡年月日:

死亡したところ (施設名等)

チェックリスト

死亡診断した医療施設	<input type="text"/>	連絡先等	<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
死亡事象に関係する前医	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
かかりつけ医	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
剖検医	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
救急隊	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
児童相談所	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
保健行政	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
警察	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
学校・保育所等	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当
その他	<input type="text"/>		<input type="text"/>	照合	依頼	提出	非該当

A1. 死亡の原因, 死因調査

年齢/月齢/日齢 歳 月 日

性別

No.

死因診断書 / 死体検案書の情報

I欄 (ア) 直接死因
 (イ) (ア) の原因
 (ウ) (イ) の原因
 (エ) (ウ) の原因
 影響を及ぼした傷病名等

II欄

死後検査の情報

死亡に直結した診療時の撮影も含む

画像検査の有無: 主な画像所見:

解剖の有無:

解剖の種類: , , ,

解剖の結果, その他特記すべき事項 (結果不明の場合は「不明」と明記してください。調査票B1も参照)

別紙参照

別紙を添付の場合は 調査票B1参照

A4. 死亡後のアクション

年齢/月齢/日齢 歳 月 日

性別 男・女

No.

死亡に関連した各種アクション

警察に通報:	した・しない	通報した場合、その理由: <input type="checkbox"/> 異状死のため <input type="checkbox"/> 犯罪であるため <input type="checkbox"/> 事故であるため <input type="checkbox"/> その他
院内CPT*の起動:	した・しない	
児童相談所に通告:	した・しない	* CPT (Child Protection Team) = 病院内子ども虐待対応組織
医療事故調査制度の対象であるか検討:	した・しない	
院内で医学的な検証:	した・しない	児童相談所に照会:
院内で多職種検証:	した・しない	医療事故調査制度の対象として報告:
その他の検証:	した・しない	

各種検証結果 (抄) 調査票B7も参照。

別紙参照

別紙を添付の場合には
 調査票B7参照

書ききれない場合など、別紙を添付してください。

A5. 追加情報 / 自由記載

年齢/月齢/日齢 歳 月 日

性別 男・女

No.

追記事項, コメント, 検証されたい事項, 懸念事項など

適直コピーして使用してください。

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票 (追加票)

B1. 剖検結果の詳細

年齢/月齢/日齢

歳 月 日

性別

男・女

No.

□ □ □ □ □ □ □ □

記載者の情報

該当するものに
☑をつけてください。

剖検を自ら実施した
 剖検に立ち会った
 結果を剖検担当者と検証した
 結果を自ら閲覧した
 伝聞等により結果を確認した
 その他 ()

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

剖検結果

診断 主診断： 副診断： 死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし 副診断：	事例概要
死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし 副診断：	外表所見
死亡への関与 あり・可能性あり・可能性低い・なし	肉眼所見
死因に関するコメント	組織所見

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票 (追加票)

B2. 保健行政

年齢/月齢/日齢

歳 月 日

性別

男・女

No.

□ □ □ □ □ □ □ □

該当情報の有無

情報提供の可否

可・不可・回答不可

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

関与歴

有・無

家庭環境
(記載者の印象)

養育・危険が不安を、問題
困難 あった 感じた なし

母の属性

ハイリスク・特定・該当
妊産婦 妊産婦 なし

危険なエピソード
(記録にあるもの)

児の健康や安全上の、
生命にかかわるリスク
となりえたエピソード
の記録

複数回・単回・可能性・なし
あり あり あり

記録

記録

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

書ききれない場合、別紙を添付してください。

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票 (追加票)

B5. 警察

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

該当情報の有無

情報提供の可否

可・不可・回答不可

回答不可の場合、
その理由：
 送検例のため
 捜査中のため
 その他

警察の関与

有・無

ここから下は、可能な範囲で可及的に回答ください。

通報者

病院・消防・家族・その他
(救急) 等

通報の理由

異状死・事故・事件・その他
(虐待を含む)
届出

事件性

あり・捜査中・なし

記録

別紙参照

別紙を添付の場合に☑

関与した物体の情報(材質、性状、大きさ、配置、死者との位置関係など)を中心に記載し、可及的に現場写真を別途添付してください。
書ききれない場合、別紙を添付してください。

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票 (追加票)

B6. 追記用紙

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

記録

適直コピーして使用してください。

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

死亡調査票 (追加票)

B7. 検証結果票

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

No.

Child Death Review

予防のための子どもの死亡検証

検証票 (選定)

C1. 選定 (スクリーニング)

年齢/月齢/日齢

歳
ヶ月
日

性別

No.

検証の概要

検証の名称:

開始された契機:

参加者:

臨床医	<input type="checkbox"/>	直接関係した者	<input type="checkbox"/>	直接は関係しない者	<input type="checkbox"/>
医学研究者 (法医学者等)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
看護師	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
ソーシャルワーカー (MSW)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他の医療関係者	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
保健行政 (保健師等)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
児童福祉 (児童福祉司等)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
捜査 (警察, 検察等)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
教育・養育 (教師, 保育士等)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他 ()	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

検証結果の抄:

別紙参照

別紙を添付の場合は

可及的に予防策を具体的に記載してください。書ききれない場合、別紙を添付してください。

死因, 死因究明

死因再分類:

該当する項目に☑をつける。

死亡診断書等との照合など
なんらかの懸念がある
(各種結果が反映されない等)

死因分類表から該当する番号を
すべて列挙してください。

死因究明が不十分であるなど
死因や経緯に**不詳の点が残る**
(死因再分類に0が含まれる)

死亡経過に**外因の関与がある**
(死因再分類に1〜3が含まれる)

養育要因 (保護者の養育への態度)

養育不全の有無:

 明らかに養育不全の虐待/養育不全
 虐待・要素がある
 特になし

環境要因 (子どもの置かれた環境)

同方とも「特になし」以外

養育困難の有無:

 養育困難
 家庭環境
 養育者等
 本人の特性

予防可能性

予防の可能性:

 高い・あり
 低い・判断不可
 「低い」以外

一項目でも
該当の場合、
検証を考慮。

判定

以後の検証不要

個別検証
 済
 未済

専門検証
 既存の検証制度
 その他 (下記)

CDR対象外

判断保留
 死亡情報過少
 周辺情報必須
 その他

追記事項

C2. 検証結果のまとめ-1

年齢/月齢/日齢

歳	月	日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

医学的死因のまとめ

死因分類表の該当番号をすべて列挙してください。
 検証により分類を変更した場合、赤字・下線などで重要部分を強調してください。

死因再分類:

--

診断の
確からしさ:

<input type="checkbox"/> 確定	<input type="checkbox"/> 除外診断
<input type="checkbox"/> 強く推定	<input type="checkbox"/> 判断保留
<input type="checkbox"/> 推定	<input type="checkbox"/> 不明

診断の根拠:

<input type="checkbox"/> 剖検	<input type="checkbox"/> 討議による
<input type="checkbox"/> 臨床診断	<input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> その他

周辺事象のまとめ

特記すべき
こと:

--

養育不全:

--

養育困難:

--

検証内容のまとめ

予防可能性:

--

特記すべき
こと:

--

キーワード:
3-5単語を記載

--

C3. 検証結果のまとめ-2

年齢/月齢/日齢

歳	月	日

性別

男・女

No.

--	--	--	--	--	--

介入可能な要因と、介入策

対象となる事象	介入の主体	介入の内容	有効性 / 実現可能性

人的要因:

環境要因:

別紙参照

別紙を添付の
場合は☑

適宜コピーして使用してください。