

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8（2026）年3月
三重県CDR（Child Death Review）
政策提言委員会

目次

1	はじめに.....	3
2	三重県の人口動態統計について（令和6年まで）.....	5
3	令和7年度小児死亡事例の登録・検証状況等について.....	7
4	予防可能な子どもの死亡を減らす取組に関する提言.....	9
	＜提言1＞乳児の安全な睡眠環境の確保に向けた支援.....	9
	＜提言2＞てんかんを有する児童生徒への配慮.....	12
	＜提言3＞思春期の自殺予防に向けたACEs対策と包括的性教育の推進.....	14
5	CDRから得られた知見に基づく提言.....	16
	＜提言4＞不慮の事故死や、病気による突然死によって「喪失経験」をした 子どもへのグリーフケア.....	16
6	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.....	18
7	検討過程.....	20
8	三重県CDR政策提言委員会名簿.....	21

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、CDR体制整備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、乳児では不慮の窒息、思春期では自殺や交通事故が多く、また死亡診断書において不慮のものか否かの判別がつかない不詳の外因死とされるものもあり、予防可能な死亡は少なくないとされている。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9府県、令和4年度8府県、令和5年度、令和6年度には10都府県で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。

本提言においては、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、特に介入による予防が可能かどうかという観点から、次項のとおり提言項目としてとりまとめた。

提言1：乳児の安全な睡眠環境の確保に向けた支援

提言2：てんかんを有する児童生徒への配慮

提言3：思春期の自殺予防に向けたACEs対策と包括的性教育の推進

このほか、今年度の死亡事例検証から得られた知見をもとに、子どもの死亡を予防するための施策以外に必要な施策として以下の項目に係る提言を行う。

提言4：不慮の事故死や、病気による突然死によって「喪失経験」をした子どもへのグリーフケア

予防可能な死亡を繰り返さないため、今回の提言を踏まえた取組が知事のリーダーシップのもと一層推進されることを強く期待する。

2 三重県の人口動態統計について（令和6年まで）

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（令和2年から令和6年まで）に関する主な統計は以下のとおりである。

- 令和6年10月1日現在の三重県における総人口は1,711,370人で、うち19歳以下の人口は269,153人（15.7%）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】19歳以下の年次別人口（三重県）

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
19歳以下の人口（人）	291,911	287,428	282,249	276,269	269,153
総人口に占める割合	16.5%	16.4%	16.2%	16.0%	15.7%

- 令和6年中の19歳以下の死亡数は60人であった。年齢階級別では「15～19歳」が23人（38.3%）と最も多く、次いで「10～14歳」が12人（20.0%）であった。前年と比較して「0歳」「1～4歳」の死亡数は減少したものの、「10～14歳」「15～19歳」の死亡数は増加した。特に「10～14歳」の死亡数は前年の2倍となっている。

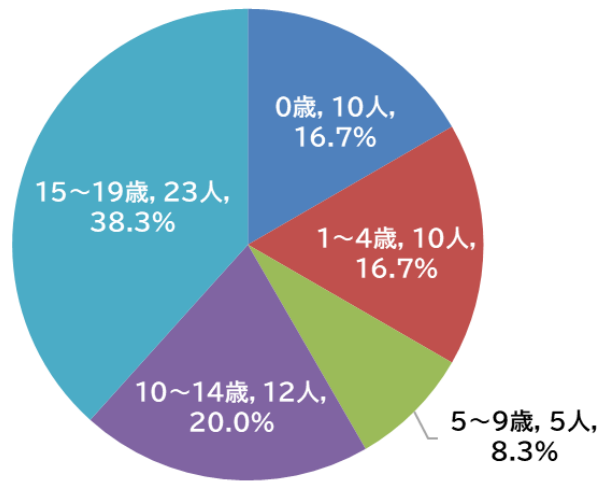
【表2】19歳以下の年齢別・年次別死亡数（三重県）

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
0歳	27	18	9	12	10
うち新生児（生後4週未満）	(14)	(10)	(4)	(4)	(3)
1～4歳	5	2	5	11	10
5～9歳	7	2	1	5	5
10～14歳	2	7	8	6	12
15～19歳	17	11	21	22	23
0～19歳	58	40	44	56	60

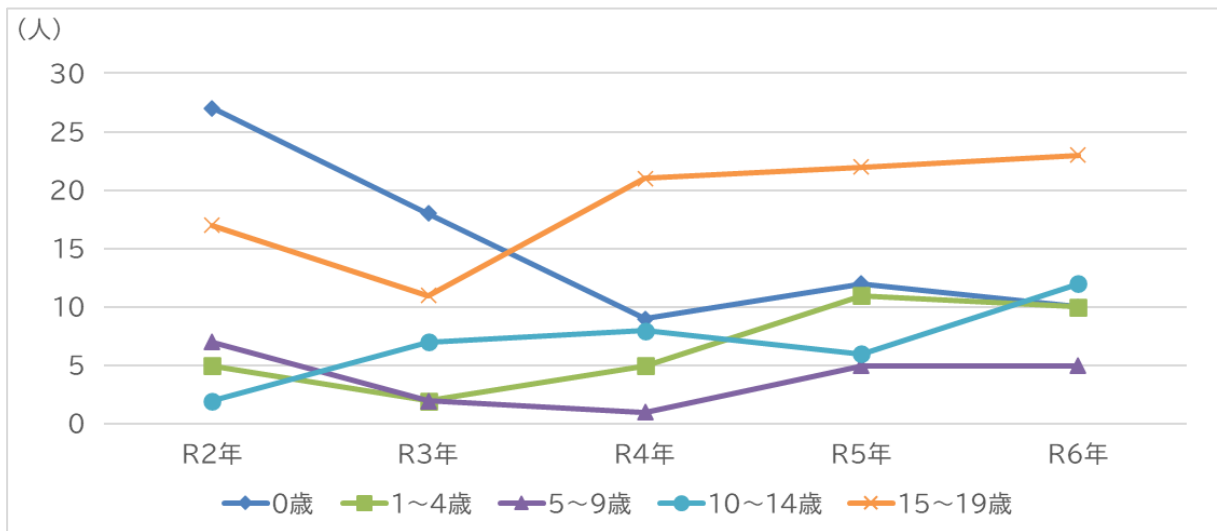
【表3】（参考）三重県CDR体制整備モデル事業における小児死亡事例の登録状況（18歳未満）

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
0～4歳	21	16	16	26	19
5～9歳	4	2	2	4	5
10～14歳	3	6	10	8	11
15～17歳	9	5	12	13	9
0～17歳	37	29	40	51	44

※県外在住、県外医療機関、スクリーニング未実施を含む。



【図1】令和6年 三重県における年齢（5歳階級）別死亡数



【図2】三重県における19歳以下の年齢（5歳階級）・年次別死亡数

○ 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6年の三重県における出生率は5.4と、全国平均を下回る状況が続いている。

【表4】出生状況（三重県・全国）

	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
三重県の出生数（人）	11,141	10,980	10,489	9,524	8,896
三重県の出生率	6.5	6.4	6.2	5.7	5.4
全国の出生率	6.8	6.6	6.3	6	5.7

3 令和7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7年度にCDR体制整備モデル事業で取り扱う対象は、令和7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）の閲覧を申請した上で、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・法医科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) 個人情報等を収集するにあたっての遺族への意向確認について

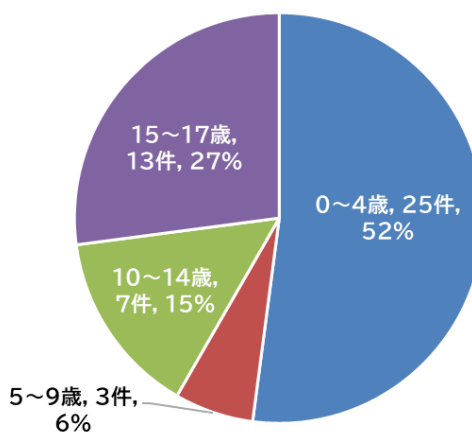
令和3年3月に「都道府県 Child Death Review モデル事業の手引き」（厚生労働省）が改定されたことを受け、令和3年8月以降に死亡した18歳未満の方の遺族等に対して、個人情報等を提供することに関する意向を確認するための体制を整えた。

(3) 小児死亡事例の登録状況及び分類について

令和7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48件であった。年齢別では「0～4歳」が25件（52%）と最も多く、次いで「15～17歳」が13件（27%）であった。

【表5】把握・登録件数

年齢	件数
0～4歳	25
5～9歳	3
10～14歳	7
15～17歳	13
合計	48

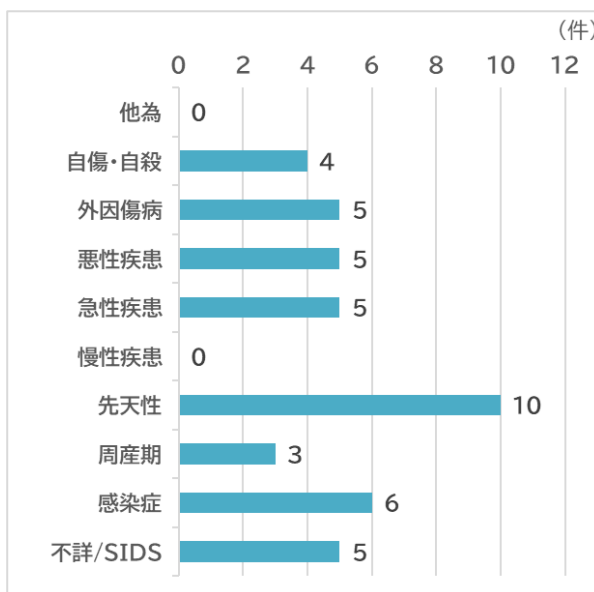


【図3】把握・登録件数

また、「多機関検証ワーキンググループ検証マニュアル」を参考に死因再分類を行ったところ、多い順に「先天性」が27%、「感染症」が16%、「外因傷病」「悪性疾患」「急性疾患」「不詳/SIDS」がそれぞれ14%であった。¹

【表6】死因再分類別件数

死因再分類	件数	率
他為	0	0%
自傷・自殺	4	11%
外因傷病	5	14%
悪性疾患	5	14%
急性疾患	5	14%
慢性疾患	0	0%
先天性	10	27%
周産期	3	8%
感染症	6	16%
不詳/SIDS	5	14%
合計	43	116%



【図4】死因再分類別件数

※県外在住2件、県外医療機関8件、スクリーニング未実施1件を除く37件の死因再分類。複数選択が含まれるため合計は100%にならない。

(4) 事例の選定（スクリーニング）について

令和7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困難であるため、個別検証の要否を判定するスクリーニングを5回実施した。スクリーニングでは、把握・登録した37件²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き判定を行った。スクリーニングの結果、個別検証が必要とされたのは19件であった。

(5) 多機関検証ワーキンググループ・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のうち15件について、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7年5月29日、7月31日、10月23日、12月11日、令和8年2月5日の計5回開催した。

政策提言委員会では、多機関検証委員会で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。

¹ 把握・登録した48件中、県外在住2件、県外医療機関8件、スクリーニング未実施1件を除く37件の死因再分類。複数選択が含まれるため合計は100%にならない。

² 把握・登録した48件中、県外在住2件、県外医療機関8件、スクリーニング未実施1件を除く。

4 予防可能な子どもの死亡を減らす取組に関する提言

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> 乳児の安全な睡眠環境の確保に向けた支援

〔背景〕

乳児が睡眠中に亡くなる事例があった。

〔提言事項〕

市町が実施する保健指導において、保護者から乳児の具体的な睡眠環境を丁寧に聞き取り、各家庭の状況に応じたリスクの評価と、適切かつ具体的な助言・指導を実施いただきたい。

〔解説〕

(1) 乳幼児突然死症候群（SIDS）対策

乳幼児突然死症候群（SIDS）は、何の予兆や既往歴もないまま、乳幼児が睡眠中に死に至る原因不明の病気で、窒息などの事故とは異なる。特に、1歳未満の乳児は注意が必要である。

SIDSのリスクを減らすためには、①1歳になるまでは「あおむけ」で寝かせる、②無理のない範囲で「母乳育児」をする、③「たばこ」をやめることが重要である。かつて米国で行われた「仰向け寝運動（Back to Sleep campaign）」により、うつ伏せ寝が減少したことでSIDS発症率は劇的に低下した。

(2) 訪問支援における睡眠環境の確認と具体的助言

SIDSや窒息などの乳児の睡眠時における死亡事故を防ぐためには、実際の睡眠環境を確認した上での指導が極めて重要である。

米国では「何も置かないベビーベッドで一人で寝かせること」が推奨されているが、日本では母乳育児に伴う「添い寝」が広く行われており、これが窒息や突然死のリスクを高める一因とも指摘されている。また、きょうだいがいる家庭では、上の子が保護者に愛着行動を示し、隣で寝ている乳児の安全を脅かす恐れもある。

こうした個別具体的な睡眠環境のリスクを把握する上で重要な機会となるのが、市町が実施する乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）³である。各家庭の状況に即した適切な助言を行うためにも、訪問支援の質を高め、実際に乳児の寝ている場所や環境を室内で確認させてもらうなど、確実な状況把握が求

³ すべての乳児のいる家庭を訪問することにより、子育てに関する情報の提供並びに乳児及びその保護者の心身の状況及び養育環境の把握を行うほか、養育についての相談に応じ、助言その他の援助を行うことを目的とする事業。

められる。支援者は研修等を通じて、家庭内に潜むリスクを的確に察知する感度を高め、限られた機会の中で睡眠環境に関する具体的な指導を行うことが、死亡事故を防ぐ上で極めて重要である。

乳児家庭全戸訪問事業は、すべての家庭を対象とした支援（ポピュレーションアプローチ）であるとともに、リスクの高い家庭を継続的な支援へつなげる役割も担っている。訪問時のアセスメントにより養育環境への不安が認められるなど、支援が必要と判断される家庭に対しては、行政が積極的にアウトリーチを行い、養育支援訪問事業や子育て世帯訪問支援事業等につなげていくことが望まれる。

（3）チェックリストの活用と情報提供

「仰向け寝運動（Back to Sleep campaign）」の普及により、世界中で多くの乳児の命が救われてきた。次頁のチェックリストなどを活用し、保護者と支援者が共に安全な環境を整える取組を推進することが望まれる。こども家庭庁のCDRポータルサイト⁴では、SIDSや睡眠中の窒息事故についてイラストや動画で分かりやすく解説されており、これらの情報も活用されたい。

⁴ こども家庭庁CDR | 赤ちゃんが突然亡くなる「SIDS」 発症リスクをおさえるためにできることは
<https://cdr.cfa.go.jp/contents/2024/03/>

【赤ちゃんの安全な睡眠環境チェックリスト】

保護者の方へ「今の寝かせ方は、赤ちゃんにとって一番安全な形かな？」と一緒に確認してみましょう。

1歳になるまでは「あおむけ」に寝かせていますか

SIDS は睡眠中に起こります。これまであおむけ寝、うつぶせ寝のどちらの体勢でも起きていますが、あおむけに寝かせたほうが発症率が低いことが、研究でわかっています。

寝具は硬めで平坦なものを使用していますか

柔らかいクッションは、うつ伏せになったときに顔が埋もれてしまい危険です。また、傾斜のある寝床は、首が曲がって気道（空気の通り道）が狭くなりやすく、窒息のリスクが高まります。赤ちゃんの寝床には、身体が沈み込まない硬めで平坦な布団やマットレスを使いましょう。

温度の調節は着るものなどで行っていますか

掛け布団や毛布などは、赤ちゃんの顔にかかるとう息のリスクがあります。1歳までは掛け布団などは使わずに、スリーパーなどの着るものや空調で寒さを調整すると安心です。大人が快適に感じる服装に「プラス1枚」を目安にしましょう。

寝床には何も置かずにすっきりと整えていますか

赤ちゃんは寝ている間にもよく動きます。枕やタオル、ぬいぐるみ、よだれ掛け、コード類などは、顔を覆ったり首に巻きついたりする危険があります。赤ちゃんの寝床には何も置かず、シンプルに整えましょう。

赤ちゃん専用の寝床がありますか

添い寝は、大人の身体が赤ちゃんに覆い被さったり、口や鼻を塞いでしまったりする危険があるため注意しましょう。

※特に、以下の場合の添い寝は危険です

- ・添い寝している人が、眠気を引き起こしたり、注意力を低下させる薬を服用したりしている場合
- ・添い寝している人が飲酒をした場合
- ・赤ちゃんが早産や低出生体重で生まれた場合

できるだけ赤ちゃん専用のベビーベッドや敷布団を用意すると安心です。

睡眠環境製品は正しく使っていますか

ベビーベッドなどの製品を選ぶときは、国の安全基準に合格した「PSC マーク」がついているかを確認しましょう。使う前には必ず説明書を読み、対象年齢や使い方を守ることも大切です。

例えば…

- ・大人のベッドに取り付ける「ベッドガード（ベッド柵）」は18か月以上が対象です。18か月未満の赤ちゃんは、マットレスと柵のすき間に挟まれて窒息する危険があります。
- ・赤ちゃんがベビーベッドにいるときは、必ず柵を上げましょう。寝返りをしない月齢でも転落事故は起きています。

※こども家庭庁CDR | 赤ちゃんが突然亡くなる「SIDS」発症リスクをおさえるためにできることは (<https://cdr.cfa.go.jp/contents/2024/03/>) を参考に作成

<提言2> てんかんを有する児童生徒への配慮

〔背景〕

てんかん⁵の既往がある子どもの死亡事例があった。てんかんを持つ子どもは、てんかん重積発作による呼吸停止だけではなく、SUDEP (Sudden Unexpected Death in Epilepsy: てんかんにおける予期せぬ突然死) をきたすリスクがある。てんかん発作と神経発達症を合併した事例もあった。

〔提言事項〕

- (1) 子どもに関わる関係者は、てんかん発作を誘発するリスク因子として、睡眠不足、怠薬、感染症などによる発熱、精神的ストレスが挙げられることについて理解することが望まれる。
- (2) 医療・保健従事者は、徹底した服薬指導を行った上で、ストレスを避けるためにも無理なく規則正しい生活リズムを心がけるよう、本人及び保護者へ指導いただきたい。また、神経発達症の合併がある場合、SUDEPのリスクが高まることを再度ご確認ください。
- (3) 県は、子どもに関わる関係者の間で、てんかん発作の誘因や発作予防に関する理解の促進が図られるよう、関係機関と連携した取組を進めていただきたい。

〔解説〕

(1) てんかんにおける予期せぬ突然死 (SUDEP) のリスク

SUDEPとは、てんかんをもつ人が、外傷・溺死・てんかん重積状態等の明らかな原因によらず、突然かつ予期せず死亡し、解剖等でも死因が特定できない(または十分に説明できない)状態を指す。

SUDEPの発生機序については、決定的な単一原因は確立していないものの、発作(特に全般性強直間代発作)に関連した呼吸抑制、不整脈、自律神経反応の異常等の呼吸・循環機能障害(心肺停止が突然に起こるなど)が複合的に関与し、致命的転帰に至る可能性が指摘されている。

既存の研究および国際的ガイドラインにおいて、SUDEPのリスク因子として以下が報告されている。

○全般性強直間代発作の存在および頻度

特に頻回の発作(例:年3回以上)は、SUDEPの最大のリスク因子とされている。

○睡眠中(夜間)の発作

発作の発見や介助が遅れる可能性があり、リスク上昇との関連が示唆され

⁵ 脳の電気的な興奮によって発作(けいれんを含む)が何度も引き起こされる慢性の疾患。

ている。

○治療アドヒアランス⁶不良

抗てんかん発作治療薬の中断や飲み忘れ等は、発作の増加や重症化を介してSUDEPのリスクを高める。

(2) 予防のための理解と啓発

「服薬指導」と「規則正しい生活」は、SUDEP予防の両輪である。薬を飲んでいるから睡眠不足があっても大丈夫と考えるのは非常に危険である。

最も効果的な予防策は「発作（特に全般性強直間代発作）を可能な限りゼロに近づけること」に他ならない。その基本は、主治医と相談し適切な薬剤調整を行うこと、そして睡眠不足や過労を避けることである。

特に睡眠不足は発作の助長因子であり、就寝前にスマートフォンなどの強い光を浴びることは、睡眠を促すホルモンであるメラトニンの分泌を抑制し、入眠を妨げる。また、過度なSNS利用と睡眠の質の低下や睡眠時間の減少との間には一貫した関連性が指摘されており、いずれも注意が必要である。

神経発達症の合併がある場合、SUDEPのリスクが高まることから、両者にかかわる専門医（神経専門医と精神専門医）への啓発が必要である。

てんかん発作による、入浴中の溺水での死亡はSUDEPとの鑑別が難しいと思われるが、他県のCDRにおいても、てんかんを有する子どもの突然死が報告されている。予防には医療・福祉・教育・行政の共通理解と心理社会的支援を含めた包括的なケアシステムの構築が必要である。

(3) 移行期における本人への支援

思春期以降の子どもにおいては、小児医療から成人医療への移行期を迎えるにあたり、本人が自らの病気について正しく理解し、服薬や生活習慣を適切に管理できるよう支援することが重要である。

養育者への支援に加え、本人のヘルスリテラシーの向上を図ることは、将来的な発作管理やSUDEPの予防にもつながると考えられる。

そのため、医療・保健従事者は、移行期にある子どもに対し、病気の理解や服薬の重要性について丁寧に伝え、主体的に健康管理を行えるよう支援していくことが望まれる。

⁶ 患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること。

<提言3>

思春期の自殺予防に向けたACEs対策と包括的性教育の推進

〔背景〕

過去に小児期逆境体験（ACEs）を背景に持つ子どもの自殺があった。

〔提言事項〕

思春期の子どもの自殺を予防するため、その背景にある小児期逆境体験（ACEs）への支援と、包括的性教育を基盤とした子どもの権利を守る施策を推進いただきたい。

〔解説〕

（1）小児期逆境体験（ACEs）の連鎖を断つ自殺予防

小児期逆境体験（Adverse Childhood Experiences：ACEs）は、その親世代もACEsのリスク因子を持っていることが多い。

虐待、ネグレクト、家庭内不和といったACEsは、子どもの脳と心に「毒性ストレス」を与え、将来的な身体疾患・精神疾患や自殺リスクを増大させる。

思春期の自殺予防には、個人の問題と片付けず、背景にあるACEsを社会全体が理解し、親子丸ごと早期に介入、支援する視点が不可欠である。大人がACEsの概念を学ぶことで、子どものSOSを適切に捉え、すべての子どもが平等に支援される権利を有するような制度を構築すべきである。

思春期の自殺予防は、その時期だけの対策では不十分であり、①養育者の心身の健康と②子ども自身の心身の健康を支える長期的な視点が不可欠である。

（2）養育者の心身の健康：「子の自殺予防」の土台となるプレコンセプションケアと切れ目ない支援

ACEsのリスクが高い子どもは、その養育者のACEsも高いと想定される。子どもの自殺予防の土台作りには、養育者が心身ともに安定して過ごせる環境が重要であり、そのような環境は生まれてくる子どもの安心にもつながる。そのためには、妊娠前の健康管理やライフプランを考える性別を問わない「プレコンセプションケア」⁷の推進と、妊娠期から養育家庭を支える切れ目のない支援が必要である。

（3）子ども自身の心身の健康：包括的性教育を「自分を守る力」として推進

自殺は個人の問題ではなく、社会制度の歪みの現れである。自殺の予防には、一次予防としての「包括的性教育」を土台とし、その上で自殺リスクが高い層へ

⁷ 性別を問わず、適切な時期に、性や健康に関する正しい知識を持ち、妊娠・出産を含めたライフデザイン（将来設計）や将来の健康を考えて健康管理を行う概念。

の個別的・継続的な支援を強化することが不可欠である。

包括的性教育は単なる性知識の教育ではなく、自分の身体は大切なものであるという「身体的自己決定権」を育む人権教育である。「プライベートゾーン」の尊重や「同意」の概念を学ぶことで、子どもは自らへの侵害に気づき、「NO・GO・TELL（嫌と言い、逃げ、信頼できる大人に話す）」を実践できるようになる。自らの身体と意思が尊重されるべき権利であると学ぶことは、自分もまた個々にすばらしい、尊重されるべき存在なのだという認識を育む。この自己肯定感の醸成こそが愛着の完成であり、逆境下におけるレジリエンス（回復力）の核となるものである。家庭や保育園・幼稚園、学校等、より早期からの包括的性教育の推進が求められる。

（４）子どもの権利の具現化とリスクの高い若者への支援

すべての子どもが権利の主体として尊重され、自分らしく生きるために、生きる、守られる、育つ、参加する権利を持っている。人は「助けてもらった経験があって初めて相談する」という特性を持つため、幼少期から「助けられた」という成功体験を積み重ねることが、危機の際の相談行動へと繋がる。

あらゆるリスク行動は、困難な出来事がある場合、頼れる親身な大人がいないときに起こる。自殺は困難やリスクについて話すことができないときに唯一の解決策としてとられるものである。自殺未遂や自傷などの「問題行動」とされているものは、若者が生き延びるためにとる自己治癒的な戦略であるとも言える。

若者を孤立させず、健やかに育むためには、①自分が所属するコミュニティにおいて自分が役に立っていると感じられること、②生きることの意味が見出せていること、③未来に希望があることが重要である。これらを実現するため、子どもからの相談を受け止める機会の充実や、既存の枠組みから漏れてしまう子どもたちが利用しやすい居場所や支援を提供する体制の構築が強く求められる。

5 CDRから得られた知見に基づく提言

今年度の死亡事例検証から得られた知見を基に、子どもの死亡を予防するための施策に加え、以下の施策に取り組んでいただきたい。

<提言4>

不慮の事故死や、病気による突然死によって「喪失経験」をした子どもへのグリーフケア

〔背景〕

周囲に児童生徒がいる状況で、子どもが亡くなる事例が発生した。児童生徒の友人を失った心の傷（トラウマ）は大きい。一人の喪失は、周囲の人間関係へ波及することもある。何年も語ることなく、その後フラッシュバックするケースも考えられる。

〔提言事項〕

喪失経験をした子どものメンタルヘルス支援は、学校卒業後も継続的に行われる必要がある。そのためには、学校現場における対応に加えて、行政が主体となり、支援を行う専門家や団体等に繋げる役割を担っていただきたい。

〔解説〕

(1) 仲間を失った子どもが抱える心の反応

災害や事故、学校活動中の急逝などにより、家族や友人など、子どもにとって身近な存在の死を不幸にも目撃・体験した際、サバイバーズギルト（Survivor's Guilt）⁸が生じることがある。これは、「自分だけが助かってしまった」「周囲が犠牲になったのに、自分は生き残っている」ことに対して抱く、強い罪悪感や自責の念⁹であり、誰にでも起こりうる。

また、死の現場にいなくとも、死者の友人や同級生といった周囲の者にも、深い悲しみや寂しさ、孤独感、罪悪感、感情の麻痺といった喪失体験による悲嘆（グリーフ）が生じる。

こうした感情に苦しむ子どもに対しては、一人で抱え込ませず、医療機関やカウンセリング等の専門的支援、あるいは信頼できる心に寄り添ってくれる大人に相談することが大切であるというメッセージを繰り返し伝え続けることが必要である。

⁸ サバイバーズギルトは、PTSD（心的外傷後ストレス障害）の主要な症状の一つとしても知られている。不眠、悪夢、フラッシュバック、無気力、抑うつ状態、他者との交流を避ける（孤立）などの精神症状が現れる。

⁹ なぜ「罪悪感」や「自責の念」を感じるのか？

本来、助かったことは喜ばしいはずだが、当事者は、自分が生きていることに理由を見いだせなくなったり、「もっと何かできたはずだ」、「自分をもっと早く動いていれば助けられたかもしれない」というような後悔、「亡くなった人に申し訳ない」というような不公平感などの葛藤に苦しむことが多い。

(2) 学校における支援

学校においては、管理者が中心となって「チーム学校」を編成し、トラウマインフォームドケア¹⁰の視点を持って支援にあたる必要がある。担任、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などがチームとなって、児童生徒たちのいつもと違うという様子を敏感に感じ取り（トラウマのメガネ¹¹）、心の傷に対する支援が必要となる。

(3) 途切れないメンタルヘルス支援

在学中は、スクールカウンセラーを含め、比較的丁寧な支援やフォローが可能だが、学校を離れる際にそれらの支援が手薄となる。身近な相談窓口を周知するなど地域社会での支援に繋げることが重要である。

また、近年、医療と福祉・教育・家庭をつなぐ途切れない支援として「訪問看護」の活用が広がっている。医師の指示書に基づく訪問看護は、医療的なケアと日常生活の支援を組み合わせた包括的なアプローチである¹²。学校や病院に通えない状態でも、専門家（看護師、作業療法士、精神保健福祉士など）が自宅を訪問することで、心身の健康の継続的なサポートが可能となる。こうしたアウトリーチの手法も活用し、継続的な支援体制を構築することが期待される。

¹⁰ ト라우マの特徴を理解しながら関わるアプローチ

¹¹ 野坂祐子. ト라우マインフォームドケア “問題行動”を捉えなおす援助の視点. 日本評論社, 2019, 186p.

¹² 梅本正和. 「訪問看護ステーションを利用した不登校支援」第90回三重県小児保健協会学術集会. 2026-3-8

6 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、本県モデル事業の実施にあたり、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。

当県においては令和3年度以降のモデル事業実施にあたり、遺族等に事業の目的・趣旨を説明のうえ、情報提供に同意いただけない場合は1か月以内に不同意書を提出いただくこととしている。これまでに、自殺や事故による死亡事例などで不同意書が提出されたほか、遺族の感情への配慮等により意向確認が困難であった事例もみられた。

遺族感情に寄り添うことは重要な課題だが、一方でCDRの目的として効果的な予防策を検討するため、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。

（2）CDR事業を行うにあたって、関係省庁間での合意形成及び他の検証制度との連携を図ること

CDRの関係機関は医療、福祉、教育、警察、消防、司法、行政など多機関にわたり、これまで想定していなかった機関からの情報や、検証にあたっての専門的な知見が必要となるケースもあるため、その都度事業の趣旨を丁寧に説明し、情報収集について理解を得る必要がある。CDRの実施にあたっては、効果的な予防策検討のため様々な機関から情報を収集のうえ、多職種に参加を得て様々な視点から検証を行う必要がある。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、警察、教育、医療、福祉など関係機関の理解と協力を得られるよう努めていただきたい。

また、CDRの制度化にあたっては、既存の事故調査・検証制度において収集された情報や検証結果を共有できる仕組みを構築し、省庁間の垣根を越えて、相互に活用・検証できる制度設計を行っていただきたい。

（3）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

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、全国一律に予防に取り組めるよう検証結果や提言内容を全国共通の施策としていただきたい。また、全国で複数の事例を検証すべき希少事例などのケースは、国として必要に応じCDRを実施のうえ、対策を講じていただきたい。

（4）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。例年、提言委員会より示された提言内容をもとに庁内関連

部局が予防策の実現に取り組んでいるものの、当事業から導かれた予防策に対する予算措置がされておらず実現が困難な場合がある。

このことから、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) 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きょうだい、関係者などに対して、グリーフケアがいついかなる場所でも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。

(7) CDRによる知見を社会全体で活用できる体制を整備すること

CDRから導かれる予防策や知見には、広く一般に周知すべきものに加え、医療従事者等の専門職や特定の業界団体等へ働きかけることが効果的なものも含まれる。こうした専門分野への働きかけを実効性のあるものにするには、国が主体となり、情報を安全に管理しつつ有効活用できる制度や仕組みを構築し、各種専門職能団体・業界団体等を通じて子どもを支援する現場へ直接的に知見を共有・還元できる体制を整備いただきたい。

7 検討過程

令和7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
令和8年3月5日	(1) 令和7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) 小児死亡事例の登録状況について (3) 子どもの死亡を予防するための県への提言について (4) CDR体制整備モデル事業の現状・課題等について

8 三重県CDR政策提言委員会名簿

委員

(敬称略)

分野	所属等	委員氏名
医療	三重大学医学系研究科小児科学分野 教授	平山 雅浩
児童福祉	三重県市町児童相談アドバイザー	鈴木 聡
教育	三重大学教育学部特別支援教育講座特別支援(医学)分野 教授	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	東京科学大学公衆衛生学分野 プロジェクト講師	山岡 祐衣

協力者

(敬称略)

所属等	関係者氏名
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
うめもとこどもクリニック 院長	梅本 正和
三重大学医学部附属病院小児・AYA がんトータルケアセンター長	澤田 博文
三重大学	中西 結加