令和 6 年度（2024 年度）
北海道 CDR モデル事業
報告書

令和 7 年 10 月

北海道 CDR 推進会議

目次

Ⅰ　はじめに.....1

Ⅱ　CDR モデル体制整備事業実施に係る経緯.....4

Ⅲ　令和６年度北海道 CDR モデル事業の概要.....5

Ⅳ　予防可能な子どもの死亡を減らすための取組に関する報告.....8

Ⅴ　CDR に取り組むに当たって今後の課題.....11

参考資料

北海道 CDR 推進会議委員等名簿

北海道 CDR 多機関検証ワーキンググループ委員等名簿

Ⅰ　はじめに

1　予防のための子どもの死亡検証（チャイルド・デス・レビュー　CDR）とは

令和元年１２月１日に「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（成育医療等基本法)」が成立し、法第１５条第２項に「国及び地方公共団体は、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、データーベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする。」と明記された。

さらに、令和２年４月１日に施行された「死因究明等推進基本法」附則第２条において「国は、この法律の施行後３年を目途として、死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制、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。」とされたところである。

上記の法を踏まえ、子どもが死亡したときに、複数の機関や専門家（医療機関、警察、消防、行政関係者等）が、子どもの既往歴や家族背景など様々な情報を元に死因調査を行うことにより、効果的な予防対応策を導き出し、予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的としたCDRを制度化していく方向性が打ち出され、道では、令和３年12月からモデル事業として実施を開始した。

2　北海道の子どもの死亡の現状

北海道内における平成３０年から令和４年までの過去５年間の子どもの死亡数及び死因は次の表のとおりとなっている。

＜表１　子どもの死亡数＞

	平成30年	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年	計
０歳	62	64	59	61	57	303
うち新生児	25	27	27	27	33	106
1-4歳	24	37	17	21	17	116
5-9歳	11	13	12	11	11	58
10-14歳	19	15	14	11	17	76
15-19歳	48	37	65	48	53	251
0-19歳	164	166	167	152	155	804

※北海道保健統計年報第２２表及び第２６表による

＜表２　死因別子どもの死亡数＞

死因分類	平成３０年	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年	計
感染症及び寄生虫症	8	8	2	5	4	27
新生物	15	20	11	16	16	78
血液及び造血器の疾患	2	3	1	1	1	8
内分泌、栄養及び代謝疾患	2	3	4	3	0	12
精神及び行動の障害	0	0	0	0	1	1
神経系の疾患	8	7	8	6	8	37
目及び付属器の疾患	0	0	0	0	0	0
耳及び乳様突起の疾患	0	0	0	0	0	0
循環器系の疾患	15	14	8	7	7	51
呼吸器系の疾患	4	6	4	4	6	24
消化器系の疾患	6	4	1	2	3	16
皮膚及び皮下組織の疾患	0	0	0	0	0	0
筋骨格系・結合組織の疾患	1	1	1	1	1	5
腎尿路生殖器系の疾患	0	1	1	0	0	2
妊娠、分娩及び産じょく	0	0	0	0	0	0
周産期に発生した病態	19	14	9	12	17	71
先天奇形及び染色体異常	34	35	24	26	30	149
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	8	11	17	14	4	54

死因分類	平成３０年	令和元年	令和２年	令和３年	令和４年	計
傷病及び死亡の外因	42	39	76	55	55	267
計	164	166	167	152	155	804

※0 歳から 19 歳までの死亡数（北海道保健統計年報第４２表による）

０ 歳から１９歳までの死亡数は、平成３０年から令和４年までに若干の減少傾向にある。年齢別の死亡数では、０歳が最も多く、そのうち、約半数が新生児である。CDR では１８歳未満の子どもが対象となるため、表１及び２の値とは異なるが、令和４年は、道内では約１５０件の対象事例があったものと想定される。

死因別の死亡数では「傷病及び外因死」が最も多く、以下、「先天性奇形及び染色体異常」、「周産期に発生した病態」となっている。また、表には記載していないが、「傷病及び外因死」の半数以上は「自殺」または「不慮の事故」である。

Ⅱ　CDR モデル体制整備事業実施に係る経緯

１　コアメンバー会議による検討

道内で CDR に関心の高い医師の方々からの働きかけがあり、令和２年２月に会議（北海道 CDR コアメンバー会議）が開催され、道内３医育大学を中心とする医師の方々と北海道による CDR の実施に向けた検討が行われた。

２　北海道医師会からの要請と北海道 CDR の開始

令和３年６月に北海道医師会から知事に対し「予防のための子どもの死亡検証（チャイルド・デス・レビュー）への取り組みを求める要請書」の提出もあり、令和３年度第３回北海道議会定例会で補正予算の可決を受け、国の予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業に申請し、CDRの取組を開始した。

＜表３　北海道CDRの取組状況＞

	検証事例		備考
		うち個別検証実施事例	
令和３年度	６事例	６事例	令和３年11月から事業開始
令和４年度	１２事例	７事例	
令和５年度	１８事例	９事例	
令和６年度	１９事例	１０事例	・検証事例には、判断を保留している１件を含む。 ・個別検証には、開催を保留している２件を除く。
計	５５事例	３２事例	

Ⅲ　令和６年度北海道 CDR モデル事業の概要

国から出された都道府県 Child Death Review モデル事業の手引き（以下、「国の手引き」という。）を参考に、「北海道チャイルド・デス・レビュー（CDR）モデル事業実施要綱」と「北海道チャイルド・デス・レビュー（CDR）モデル事業における個人情報取扱要領」を策定し、北海道 CDR モデル事業に取り組んでいる。

１　事業実施体制

（１）北海道 CDR 推進会議

役割：関係機関の情報提供の依頼や報告書の作成など

北海道 CDR 推進会議の構成については、国の手引きや先行県の例を参考として、医療機関、母子保健、教育、警察、検察、消防、弁護士、児童相談所、行政（市町村）とした。なお、北海道においては札幌市の占める割合が大きいことから、札幌市からは母子保健、教育、児童相談所の各代表者を構成員とし、委員１８名、オブザーバー４名の計２２名で構成している。

（２）北海道 CDR 多機関検証ワーキンググループ

役割：個別検証を行う事例の選定、個別検証、概観検証など

北海道 CDR 多機関検証ワーキンググループの構成については、委員７名の医師等で構成し、個別検証の際は死亡調査票（追加票）を作成した機関の実務担当者等及びワーキンググループ座長が必要と認めた専門家などをワーキンググループのオブザーバーとして追加した。

２　死亡調査票の作成について

死亡調査票の作成にあたっては、医療機関から事務局への電話連絡及び資料提出により死亡事例を把握し、死亡調査票を作成している。

協力医療機関は、令和３年度事業において、３次医療圏を基に小児科と救急の両方を有する観点から９つ機関を選定。令和４年度に４機関、令和５年度に９機関、令和６年度に８機関が新たに加わり、現在、計３０の医療機関の協力を得ている。

３　事業期間・事例数

事業期間　令和６年４月１日～令和７年３月３１日

令和６年度 CDR 対象事例数　　１９事例

令和６年度個別検証実施事例数　１０事例

※CDR 対象事例のうち、１事例については、他の制度の検証の必要があるため、選定が年度内に完結しなかった。

※個別検証実施事例のうち、医療機関の事情により、事業期間内に実施できなかった２事例を除く。

４　開催状況

（１）北海道 CDR 推進会議

回数	開催日
第１回	令和６年７月２日
第２回	令和７年３月 28 日

（２）北海道 CDR 多機関検証ワーキンググループ

回数	開催日	区分	事例数	オブザーバー参加者数
第１回	令和６年７月５日	選定	１３	
第２回	令和６年９月３日	個別検証	２	４機関４名
第３回	令和６年 10 月７日	選定	６	
第４回	医療機関の都合により延期（開催未定）	個別検証	２	－
第５回	令和７年２月４日	選定	６	
第６回	令和７年３月３日	個別検証	２	４機関７名
第７回	令和７年３月４日	個別検証	３	２機関３名
第８回	令和７年３月５日	個別検証	３	９機関１３名
第９回	令和７年３月 28 日	概観検証		

※オブザーバー参加者は、北海道 CDR 推進会議の委員に任命されている者を除いた参加者の人数

（３）北海道 CDR 多機関検証ワーキンググループに参加した委員・オブザーバーの感想

- （医療機関）救急のための子どもの情報だけではなく、母親などの情報が、次の子どもの予防に繋がることを初めて知った。
- （医療機関）他の職種の方がどういった情報を知りたいのか、こちらからどういった情報を聞けるのか知る貴重な機会となった。
- （医療機関）最初は参加することに気が重かったが、勉強になった。自分の仕事から少しはみ出して関わることが大事であることを知った。
- （行政）多職種で検証できてよかった。専門的な話を聞くことができてよかった。
- （行政）情報収集やグリーフケアなど他の地域のことを聞けたので、業務の参考にしたい。
- （消防）救命のことを一番に考えるため家の中のことを覚えていないことが多いが、実は重要な情報であることを初めて知った。
- （委員）検証に参加するようになって、乳幼児突然死症候群による死亡数が多いことを知った。
- （委員）このような会議は、子どもの事故予防にもつながると感じた。

５　その他

今年度に協力いただいた医療機関は全道域に拡がり、事例提供件数及び検証事例は増加傾向にある。

多機関検証ワーキンググループの個別検証においては、検証事例に関連するそれぞれの地域から医療、消防、福祉行政等の関係者に出席していただいたが、これらの方々には、検証のプロセスの体験や意見交換等を通じて、CDR の意義や理解を深めていただく機会にもなったことから、制度の正式実施に向けた普及啓発の効果もあったものと思われる。

令和６年度事業においては、CDR 検証対象事例が５事例程度（関係機関からの情報を含む）集まった段階で選定を行い、個別検証対象事例が同じ地域で２事例集まった段階で個別検証を実施したが、WG の実施時期に偏りがあるため、効率的な運営を検証する必要がある。

Ⅳ　予防可能な子どもの死亡を減らすための取組に関する報告

１　地域におけるグリーフケアに関する連携について

検証した事例の概要
・(症例) 児の死亡の数日後に保健センターへ母から死亡した児の同胞の栄養相談の連絡があり、その際に保健センターが死亡したことを把握した。 ・(症例) 児の死亡の 11 日後に姉の健診で保健センターに来た家族がいたが、保健センターで死亡を把握できていれば姉の健診をずらす等の対応ができたかもしれない。 ・(症例) 児の死亡時対応をした病院の虐待対応チームから保健センターに児の死亡に関する連絡が入り、グリーフケアの対応が行えた。児の死後３か月に児の同胞の健診で母と話し、心理士に繋げた。同胞のケアも必要であった。 ・(症例) 児相からの照会で保健センターが児の死亡を把握することができたが、事件性がなければ照会されず把握できなかったかもしれない。
予防策
・グリーフケアのために、地域の関係機関で子どもが死亡したことを共有する。
提言
・子どもの死亡届があった際に、戸籍所管課からグリーフケアに関する情報提供を行う（グリーフカードの配布等)。 ・同胞がいれば、要保護児童対策地域協議会の制度を利用し子どもが死亡したことを情報共有する。 ・医療機関で子どもが亡くなった際に医療機関から保健センターへ連絡する仕組みができると良い。

２　死亡時対応（SIDS チェックシートの活用の推進）について

検証した事例の概要
・(症例) 病院での死亡時対応の際、家族の悲嘆が強く直接 SIDS に関する問診をすることができなかった。家族が帰ってから SIDS チェックシートを埋めたが、情報が不足していた。
予防策
・医療機関に対し、SIDS チェックシートの活用を推進する。 ・チェックシートの問診を適切にできるよう、病院内での役割分担を決めておくことが有効であることを周知する。
提言
・委員から日本小児科学会の地方会を利用し、小児科医にチェックシートの周知と、死亡時に情報収集することの必要性を伝える。

３　乳児の睡眠環境の指導について

検証した事例の概要
・(症例) 6 か月未満の乳児がやわらかいマットレスの上でうつ伏せになって死亡していた。 ・(症例) 6 か月未満の乳児がうつ伏せで死亡していた。 ・(症例) 6 か月未満の乳児。大人用ベッドに母が添い寝していたところ、児が SIDS により亡くなった。 ・(症例) 6 か月未満の乳児が、母と別室で寝ていて死亡した。 ・(症例) 6 か月未満の乳児。排気がうまくできなかったため、側臥位で寝かせていたところ、児がうつ伏せで死亡していた。
予防策
・睡眠環境の指導（寝る部屋の配慮、ベビーモニターの活用、寝具の選択など）をする。 ・側臥位で寝かせることのリスクを伝え、睡眠や排気を含めた育児指導を行う。 ・排気が難しい際に右側臥位で寝かせる適切な方法を伝える。
提言
・事例と予防策を伝えるリーフレットを作成し、配布する。

４　SIDS 予防としての禁煙指導について

検証した事例の概要
・検証した SIDS 症例 4 例（疑いも含む）のうち、母が喫煙していなかったのは 2 例、喫煙していたが妊娠後に禁煙したのは 2 例であった。一方、父は 4 例中 4 例で喫煙していた。
予防策
・家庭内の喫煙をなくすために家族全員に禁煙の指導をする。
提言
・健診・ワクチン接種などの際に周知するポスターやリーフレットを作成し、配付する。

５　心肺蘇生について

検証した事例の概要
・救急要請の連絡があった際の心肺蘇生の実施率は、５０％を超えている。 ・救急隊が電話越しに家族へ指導をしてもバイスタンダーCPR が実施できない症例がいた。
予防策
・バイスタンダーCPR を普及させる。
提言
・地域での簡易的な心肺蘇生講習を推進する。 ・学生の簡易的な心肺蘇生講習を推進する。 ・医師会で学校や市民向けに指導する取組を行っていることを周知する。

６　子どもたちだけで外で遊ぶときの注意について

検証した事例の概要
・（症例）幼児と学童児のみで道路で遊んでいたところ、交通事故により、幼児が死亡した。
予防策
・幼児の面倒を学童児に見させることの危険性を周知する。 ・保護者に多人数の面倒を見るのに目配せのできる環境を指導する。 ・子どもたちに交通安全教室などで、道路だけでなく車が通る所で遊ばないことを指導する。

７　自宅周辺での交通事故対策について

検証した事例の概要
・（症例）子どもたちだけで遊んでいたところ、飛び出したため、交通事故により死亡した。
予防策
・子どもに飛び出しを注意する。 ・住宅の近くでは車を減速させることを周知する。 ・住宅を建築する際に自宅や自宅の庭などから道路に飛び出さないような設計にさせる。

８　機関間の連携強化について

検証した事例の概要
・（症例）他県からの転入症例で、保健師の関わりが薄かった。 ・（症例）死後にグリーフケアとして保健師が電話連絡するも、市外に転出しており連絡ができなかった。 ・（概観検証）支援している家庭の転入症例・転出症例については、確実に引き継ぎしている。
予防策
・段階的に家庭状況が変化し支援が必要になることがあるため、転入事例については乳幼児健診の際に丁寧に見るようにする。 ・連絡のつきにくい妊婦への家庭訪問について、現在実施している取組を強化する。

９　家族全体のグリーフケアについて

検証した事例の概要
・（症例）児の死後３か月に児の同胞の健診で母と話し、心理士に繋げた。同胞のケアも必要であった。 ・（症例）同胞が子どもの死亡する現場を目撃しており、同胞の心のケアが必要と考えられた。 ・（症例）死亡時に一緒にいた家族が他の家族から責められ、家庭内の関係が悪くなり適切なグリーフケアがされていない可能性がある。
予防策
・親だけでなく、子どもや家族全体へのグリーフケアを行う。 ・グリーフケアについては、多職種で検討する。 ・死について語ることのできる社会をつくる。

１０　医療資源が多くない地域の子どもの救急体制の整備について

検証した事例の概要
・（症例）救急要請から病院到着まで、１時間近くかかった。
予防策
・小児重症例に迅速に治療が行われるように、受け入れ病院の調整、スムーズな搬送手段の確保、および小児症例を成人の集中治療施設を利用して診療する体制整備等が望まれる。
提言
・医療資源の状況が地域により異なるため、地域ごとで検討する。

１１　困りごとの多い家庭への対策について

検証した事例の概要
・行政による保健指導などを受け入れない家庭で、児が死亡した。 ・若い母親は連絡がつきづらく、保健指導が行き届かなかった。
予防策
・人に頼ることができる人になってもらえるよう、多機関が連携して、相談して協力しやすい環境をつくる。

Ⅴ　CDR に取り組むに当たって今後の課題

【遺族の承諾について】

承諾書が提出されていても、各機関の判断により情報提供が得られない症例があった。また、医療機関で死亡診断が行われた場合に承諾書の取得が困難であった症例や、医療機関外で死亡診断が行われ、承諾書の取得ができなかった症例も確認されている。さらに、親族の一人から承諾を得た場合でも、親族全体の承諾が得られたとは限らない

ことを踏まえると、承諾に関する運用の見直しと適切な法整備の実施が求められる。

【死亡小票の活用について】
死亡小票は数的分析を通じて子どもの死亡傾向を把握することが期待されるため、令和６年度からの活用を計画し、こども家庭庁の助言を受けながら収集のための事務を進めていた。しかし、令和６年度中に準備が整わなかったため、令和７年度からの活用を目指し、引き続き準備を進める。

【これまでの検証の振り返りについて】
これまでに実施された概観検証および予防策を振り返ることで、より効果的な検証の実施が可能になると考えられる。

【専門検証の実施について】
これまでの検証では、新生児症例の多くが多機関での検証が困難であり、選定検証において「専門検証で実施する」方針が取られてきた。症例の蓄積が進んでいることを踏まえ、令和７年度には新生児医療の専門家や保健行政の関係者を交えた専門検証の実施を検討する。

【運営について】
令和６年度の事業においては、CDR 検証対象事例が５事例前後（関係機関からの情報を含む）集まった段階で選定を行い、個別検証対象事例が同一地域で２事例集まった段階で個別検証を実施した。しかし、再度選定を行うケースや、都度日程調整が必要になることにより、時間を要する状況が発生している。これらを踏まえ、より効率的な運用方法の検討が求められる。

【地域特性について】
北海道においては、地域ごとに課題が異なることがあるため、地域の特色を考慮した検証を進める必要がある。

【個別検証の対象】
個別検証の対象となった事例については、他の検証制度の進捗や医療機関の都合を優先する必要がある。この点について、こども家庭庁と情報を共有し、適切に対応することが求められる。

参考資料

北海道 CDR 推進会議委員等名簿

北海道 CDR 推進会議委員名簿

	所属	職名	氏名
1	一般社団法人　北海道医師会	常任理事	三戸　和昭
2	北海道小児科医会	会長	土田　晃
3	社会医療法人母恋　天使病院	小児科科長	佐々木　理
4	社会福祉法人函館厚生院　函館中央病院	小児科科長兼こども子育て支援室長	石倉　亜矢子
5	北海道大学	小児科講師	武田　充人
6	北海道大学	教授	的場　光太郎
7	札幌医科大学	講師	福村　忍
8	旭川医科大学	助教	中右　弘一
9	旭川医科大学	教授	清水　惠子
10	北海道弁護士会連合会	札幌弁護士会子どもの権利委員会委員長	大崎　康二
11	北海道警察本部	検視官	福田　一洋
12	札幌市保健所	母子保健担当部長	安田　一恵
13	札幌市教育委員会	児童生徒担当部長	喜多山 篤
14	札幌市児童相談所	医事担当部長	舘　睦子
15	北海道教育庁	教育政策課長	出分　日向子
16	北海道教育庁	生徒指導・学校安全課長	大槻　直広
17	北海道中央児童相談所	次長	敷地　理恵
18	北海道保健所長会	副会長	廣島　孝

北海道 CDR 推進会議オブザーバー名簿

	所属	職名	氏名
1	北海道市長会	参事	京野　尚
2	北海道町村会	政務部　主事	月山　裕介
3	札幌地方検察庁	総務部長	吉田　稔
4	全国消防長会北海道支部	参与	石原　忍

参考資料

北海道 CDR 多機関検証ワーキンググループ委員等名簿

北海道 CDR 推進会議委員名簿

	所属	職名	氏名
1	社会医療法人母恋　天使病院	小児科科長	佐々木　理
2	社会福祉法人函館厚生院　函館中央病院	小児科科長兼こども子育て支援室長	石倉　亜矢子
3	一般社団法人　北海道医師会	常任理事	三戸　和昭
4	旭川医科大学	助教	中右　弘一
5	札幌医科大学	講師	福村　忍
6	札幌市児童相談所	医事担当部長	舘　睦子
7	北海道弁護士会連合会	札幌弁護士会子どもの権利委員会委員長	大崎　康二

※検証する案件に応じてオブザーバーを追加する