

群馬県チャイルド・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

令和 5 年度報告

小児死亡の発生予防・死亡時対応・
死亡後対応改善のための提言

令和 6(2024)年 2 月
群馬県小児死亡多機関検証委員会
(座長：中野実)

目 次

- 1 はじめに
- 2 令和5年度事業対象期間（令和4年4月1日～令和5年3月31日）における群馬県の小児死亡事例の概観検証結果
- 3 死亡態様別の子どもの死亡を減らすための取り組みに関する、県への提言
 - A. 周産期/新生児期死亡に関する提言
 - B. 内因死に関する提言
 - C. 事故死に関する提言
 - D. 自殺に関する提言
 - E. 養育不全の関与した死亡、虐待/ネグレクト死に関する提言
 - F. 不詳死に関する提言
- 4 CDRモデル事業にかかる実施過程
- 5 群馬県小児死亡多機関検証委員会名簿

1 はじめに

CDR 体制整備モデル事業を実施し、丸 4 年が経とうとしている。この取り組みはゆっくりとであるが関係者に広がり、当初の「得体のしれないものへの抵抗」を感じる場面は感覚としては非常に減り、関係職種一丸となって子どもの安全に対しての取り組みを進めていくという雰囲気は、少なくとも本事業に関与していただいている関係職種の方々の中で醸成されてきているように感じる場面が増えている。

1 例 1 例の死亡に向き合う：統計学的には $n=1$ に過ぎない“サンプル”は、一人一人がかけがえのない存在として、確かに当県で生まれ育まれていた存在である。過去 3 年間の取り組みを通じて死亡事例検証のノウハウは積み上がり、当県においてはこの CDR において極めて重要な軸となるコンセプトは達成しつつある。しかし、一方で対象期間のズレを解消し、初めてワーキンググループ (WG) 体制で 1 か年の単位で詳細検証を行ったことで、新たな問題も見えてきた。

その問題は単純に「仕事量が膨大」という点に尽きる。当県の CDR は検証の数と質において、全国でもトップランナーとあって全く差支えない取り組みをし得ていると認識しているが、それはひとえに関係者の献身的な努力に支えられたものであり、今後 10 年 20 年先を見据えるならば、持続可能な普遍的なシステムに落とし込むことが出来る見通しが立ったと言える状況にはない。また分野によっては、依然として情報共有が困難で、客観事実を基にした検証が困難で、堂々巡りのシステム論的議論に終始せざるを得ない状況も解消されてはいない。また、令和 4 年度の検証報告書では「令和 5 年度には前方視的検証（当該年度中の死亡を当該年度中に実施）に取り組みを進めたい」と記載したが、実際には、後方視的検証（前年度の死亡事例の検証を行う）に追われ、前者はごく少数の医療機関が臨床実務の範疇を超えないレベルの“振り返り”を数例行うにとどまった。

また WG 形式での検証の方法論は確立し、各死亡事例検証に際して得られる知見は深まったものの、現状の体制では、継続して参加するメンバーは WG のファシリテーターを担う立場の担当者と CDR 事務局担当者のみで、その他は Ad-Hoc として事例ごとに関係した職種が集まるという集合離散形式である。前者は知見は深まるが負担が大きく、後者は「複数事例の検証を通じて臨床知としての共通項を見出す」という状況に至ることは困難である。CDR を普遍的な取り組みに発展させていくためにも、本来より適任となりうる「当該分野の生者を扱っている関連職種」が CDR においてファシリテート機能を担うことが出来るように働きかけ、CDR に関与する人員を増やしていく取り組みを進めていくべきと考えている（このような考えの基、本年度の報告書からは各 WG の自主性を尊重すべく、昨年度まで事務局側が行っていた提言の体裁や文言の調整などを極力行わず、そのまま掲示する形をとることとした）。

一方、いくら人員が増えた所で、多くの関係職種が CDR を「死亡という例外的な事象を扱う事業」との認識に留まる場合、CDR が真に目指すべき到達点には達しえない。死者から学び紡ぎ出した提言は、生者のために活用すべきものであるが、その提言を活かし現場の実践を変えルールを変える権限を CDR は持たない。それゆえに、行った提言が実際にどの程度関連機関に把握され履行されているかのモニタリング機能を CDR は持つ必要がある。県は提言の実施状況の公開について、具体的検討を始めていると聞き及んでいる。その点に深謝するとともに、提言の公開方法や履行状況評価法を含め、関係機関に不作為があるかのような誤解が生じないように配慮し、行政側の一助となるような「提言以降の CDR の在り方の方法論」を構築する必要がある。本邦の CDR はいまだ「情報を収集する手段」「提言を出す」ところまでしか到達しえていないのが実情である。CDR のトップランナーを自負する当県において、提言を発出した以降に CDR が果たしていくべき課題について、来年度以降に可能な限り整理を進めていきたい。

2. 令和5年度事業期間（令和4年度）における群馬県の小児死亡事例の概観検証結果

小児死亡事例が発生した際の検証方法には、“immediate response (IR)”（死亡発生を受け次第できるだけ速やかに行う、死後調査の意味合いを包含した検証）と“retrospective review (RR)”（死後一定時間を経たのちに行う、振り返り検証）の2パターンがあり、後者はさらに、当該年度の死亡を当該年度中に行う rapid review と、翌年度以降に実施する normal review に便宜的に分けることが出来る。当県における CDR は、normal review の形式でおこなっており、令和5年度からは可能な限り rapid review の形式で検証を行い、実施する意義の高いケースに関しては immediate response の形で当座の検討を実施することを目標としたが、実際には、normal review（前年度の死亡事例の検証を行う）に追われ、ごく少数の医療機関が臨床実務の範疇を超えないレベルでの医療機関のみでの immediate review を数例行うにとどまった。可及的早期の検証の実施体制の整備は、引き続き令和6年度事業以降の課題としたい。

事業4年目にあたる令和5年度は“令和4年度”の1年間に生じた死亡事例を対象とした。本章では、この期間内に県内で発生した小児死亡事例のうち、当事業で概観検証を実施できた事例について、以下の項目につき報告する。なお令和4年度までの報告書では、内因死・外因死・不詳死別の概観検証を記載していたが、統一フォーマットでの一次スクリーニング登録をしない状態でワーキンググループによる検証を行う事例が増えたため（本年度は、統一フォーマットの利用率は25/37例に留まった）、死因カテゴリー別の概観検証を行った場合、選択バイアスが大きくなると考え、本年度においてはこれを省略する。

(1) 小児死亡の発生件数、主たる死因の分類

(1)-i 小児死亡事例の発生件数

令和4年4月1日から令和5年3月31日までの12か月間で、当県の死亡小票をもとに登録された18歳未満の小児死亡事例は合計46例であった。このうち県内に死亡届が提出されたものの死亡場所が県外であった事例が2例あったが、CDR事業の実施有無が都道府県により異なる現状においては、これら2例の事例検証は実施困難と判断し、概観検証対象事例から除外した。また早期新生児（日齢0～7）の死亡事例については、令和4年度より「群馬県周産期医療対策協議会（以下、周産期協議会）」における検証結果をCDR事業と共有することになった（ただし周産期協議会の検証対象期間は年度別でなく年別である）ため、今回のCDR検証対象事例のうち早期新生児に該当する7例はその検証を周産期協議会に委ねた。したがって、概観検証対象事例数は $(46-2-7=)$ 37例となった。

令和5年度については、死亡診断書の死因記載を元に各事例を各パネルに分けた上で検証を行うことはできたが、一次スクリーニングとしての基礎情報のWeb登録がなされない事例が増えてしまった。概観検証対象事例のうち12例（最終的に、内因死パネル8例、周産期パネル3例；後期新生児死亡、不詳死パネル1例に振り分けられた）が一次スクリーニング情報登録のない事例であったため、一次スクリーニングと二次スクリーニングの比較が行えた事例は合計25例にとどまった。一次スクリーニング情報の登録状況を改善するためには、各施設におけるCDR事例登録窓口となる医師を選定するなどの対応を考慮する必要がある（**提言1. 各医療施設におけるCDR事例登録窓口となる医師を選定するよう要請**）。

ただ実際には、概観検証が実施されなくともすべての死亡事例を各 WG による検証パネル（内因死、自殺、不詳死、虐待/養育不全、事故）および周産期協議会で検証する体制が整いつつあるため、概観検証自体の必要性は低くなっている。当県において概観検証を行う意義は乏しいとはいえ、国としての症例登録の仕組みが整い、ビッグデータとして登録情報の活用を模索することが出来るようになっていくことを見越すならば、体制としての症例登録がルーチンに行われるようになることもまた、CDR 事業の責務である。概観検証の在り方については、改めて令和 6 年度以降に議論していきたい。

当該事例 25 例に関する概観検証結果を以下の通り報告する。検証は、以下の 3 段階で行われた。

- スクリーニング前評価：死亡診断書/死体検案書の記載内容による死因のカテゴリー分類。
- 一次スクリーニング：死亡診断書の記載（スクリーニング前）と各医療施設の診療録を元に、各医療施設単位で行う検証、サマリーシート（その死亡事例に関する基礎情報をまとめたシートのこと。CDR 事務局から各医療施設へ当該事例の ID を送り、Web 形式で各確認項目に記載する）の作成。特に「死因カテゴリー」「予防可能性」「養育不全の寄与の可能性」の評価。
- 二次スクリーニング：CDR 事務局の複数の医師による、一次スクリーニングの妥当性の再評価。

(1)- ii 小児死亡の死因の分類

厚生労働省の「CDR における多機関検証委員会検証マニュアル」に準じ、対象事例の主たる死因を、「1.虐待/ネグレクト、他殺」「2.自殺」「3.事故死」「4.悪性疾患」「5.急性内因疾患」「6.慢性内因疾患増悪」「7.遺伝子異常、先天異常」「8.周産期イベント」「9.感染症」「10.不詳死」の死因グループのいずれに該当するのか再分類を行った（図 1）。

	死因	カテゴリーの内容	スクリーニング前	一次スクリーニング	二次スクリーニング
外因	1	虐待、ネグレクト、他殺	1	1	2
	2	自殺または故意の自傷	6	6	7
	3	外傷その他の外因死	2	2	2
内因	4	悪性腫瘍	1	1	1
	5	急性内科/外科疾患	4	3	1
	6	慢性疾患の増悪	3	3	7
	7	遺伝子異常、先天異常	3	3	1
	8	周産期イベント	0	0	0
不詳	9	感染症	3	3	1
	10	不詳死	2	3	3

※「スクリーニング前」は死亡診断書/死体検案書の記載通りに分類した事例数、「一次スクリーニング」は各医療施設単位で検証した後に再分類した事例数、「二次スクリーニング」は CDR 事務局の検証後に再分類した事例数を表す。

図 1：令和 5 年度事業で概観検証の対象とした小児死亡事例全 25 例の死因カテゴリー内訳

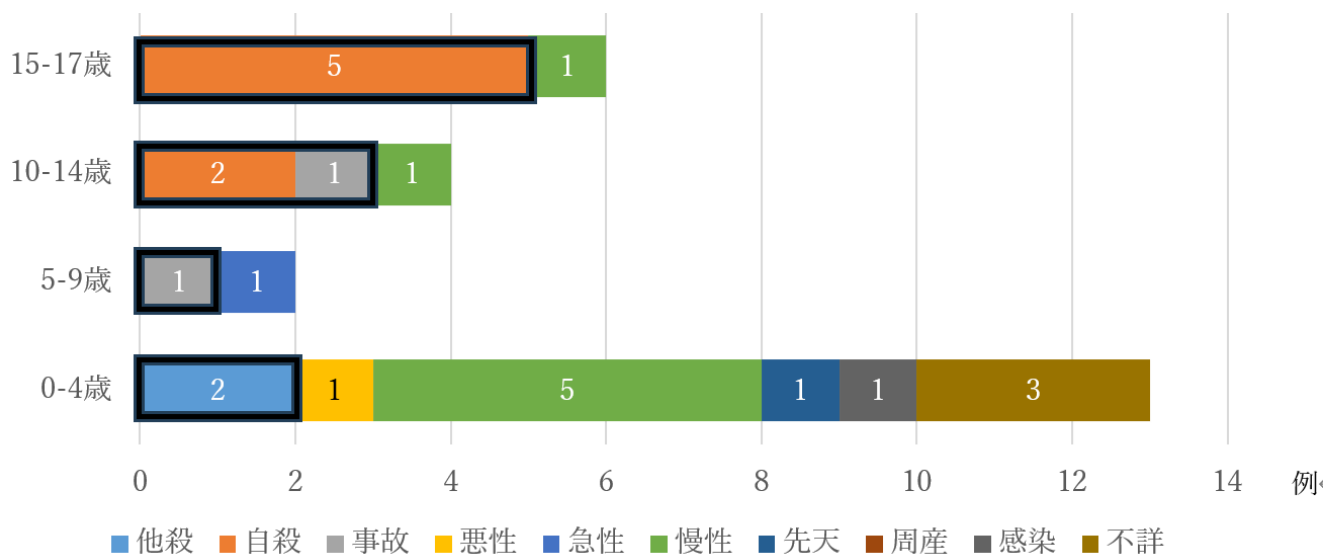
図 1 の通り、スクリーニング前から二次スクリーニングにかけて、複数例で死因カテゴリーが変更されていた。具体的には、死亡診断書/死体検案書の直接死因の記載内容が適切とは言い難いと判断された事例は、全 25 事例中 7 例（うち、WG で変更が妥当であると判断された事例は 5 例）存在していた。この

ような死因カテゴリーの変更は、死亡診断書/死体検案書の死因記載が不適切、あるいは死亡に寄与した可能性のある基礎疾患を死亡診断書の死因 II に記載するために生じるものであり、引き続き卒後教育の充実が求められる。当県においては、定期的な「小児死亡時対応講習会」を開催し、卒後教育機会を設けているが、参加はあくまで任意であり参加率はおよそ高いとは言えない状況であり、研修の義務化などの対策を講じていくことが望まれる（**提言 2. 死亡診断書/死体検案書の作成水準を向上させるための医学部卒後教育プログラムの充実化もしくは義務化を、小児死亡に関わる関連学会に訴求**）。

ただし、実際には臨床上クリアカットに死因カテゴリーを分類しうるわけではないのも実情である。例えば、先天異常・周産期イベント（重症新生児仮死後の脳性麻痺、乳児期以降に心不全が顕在化する先天性心疾患など）がありながらも、病状が安定しその後に感染症を合併し死亡した場合、死因カテゴリーを「6 慢性疾患」とするか「7 先天異常」とするか「9 感染症」とするのか、統一したルールが明確化していないため、評価者により判断が分かれてしまうことは、医学的に誤りとは言えない。急性疾患に関しても、例えば COVID-19 やアデノウイルス感染症等に伴う劇症型ウイルス性心筋炎を「5 急性疾患」と「9 感染症」のいずれに分類するのが良いのかについて明確なルールはない。

当県においては、WG での個別検証が整っており、実務上、入り口部分で 10 のカテゴリーに正確に分類せずとも、6 つの WG のどれに検証を振り分けるのか（「内因死」「周産期/先天異常」「自殺」「事故」「養育不全」「不詳」）を判断すれば事足りる状況にあり、むしろ出口の部分で、WG として 10 のカテゴリーのどれに該当するのかを協議し決定する上で、分類のルール化を明確することが求められる（**提言 3. 一次スクリーニング時点での小児死因カテゴリーの簡略化と、検証後の分類ルールの明示**）。

次に、二次スクリーニングで再分類された死因分類結果を、さらに年齢別に細分化した結果を、図 2 に示す。



※□は外因死を表している。

図 2：令和 5 年度事業で概観検証の対象とした小児死亡 25 事例の、年齢別・死因グループ別の事例数
 年長児（特にハイティーン）の外因死が多い傾向は例年と変わらなかった。また、不詳死 3 例は全て 0 歳児であり、この傾向も例年と変わらず、他の都道府県と同様であった。

なお、令和 4 年度より成人年齢が 18 歳に引き下げられたが、令和 5 年度においても、人口動態調査

は相変わらず5年齢区分での統計結果が出されており、15-17歳という括りでの大規模統計は事実上存在しない。CDR事業を行う上でも、成年・未成年の区別を明確化する上でも、ハイティーンの人口動態統計においては、18歳未満・18歳以上という括りでの集計が望ましく、改めてそのような統計情報の収集と公開を求める（提言4.10代後半の人口動態において18歳未満、18歳以上の区別がつけられるように統計情報を明示）。

*令和6年度以降のCDR概観検証の展望

これまで言及した通り、実質的に概観検証を続ける意義は当県においては薄れている。WG検証を行うことで、当該医療機関から情報の補充は出来、また同意が得られずに情報を入手しえない場合であっても、得られた情報の中から有効な提言を行うノウハウは蓄積しつつある。一方で、統一したフォーマットで広くデータ収集がなし得た場合にはビッグデータとしての意味を持つようになるはずである。また、当該医療者自身が一次スクリーニング概観検証を行う意義としては、

- 自殺、事故、内因といった、直接死因の記載が虐待/養育不全に関連しない死亡事例においても、小児死亡の背景に虐待/養育不全が存在しないかを必ず検討すること（虐待/養育不全は、適切な環境調整ができれば予防できる可能性が極めて高い）
- 不詳死とされた事例が真に「不詳の死」であるといえるための医学的/社会的に十分な検討を行う土壌を育むこと
- 死亡診断書の記載方法を確認し、適切な小児死亡統計が行われるよう医療者へのフィードバック/指導等を行う基礎資料となること

など複数のメリットがあり、また概観検証の結果を公表することは、死後対応の向上の必要性を理解していただくうえでの啓発的な意味合いを持つものである。それゆえに引き続き、web登録への協力依頼を続ける予定である。現在はナラティブな入力項目が多いために、各病院間で登録される情報の濃淡が大きい状況にある。この情報量の濃淡は、ある意味で当該医療機関・医療者における死後対応の姿勢を表すパラメータにもなっており、啓発戦略を考えていくためにも続けていくことには一定の意味があるといえる。ただし、入り口の評価としての概観検証結果の分析については、従前どおりに実施することの意義は薄れているため、来年度以降は出口の評価としての「検証の概観」を行いその結果を報告するなど、総論的な位置づけとしての本セクションにおける報告内容をどうすべきについては、令和6年度以降の課題として整理をしていきたい。

当県では、R4年度に提言した「1例1例を大事に時間をかけて検証する」という対応が確実に行われるようになりつつある。それにより、非常に貴重な学びを各検証のファシリテーターは得られているが、現状の取り組みではごく少数のファシリテーターの他には、各事例の主治医が単発で参加するなど、小児医療者に広く浸透するための枠組みには発展していない。本来的には、小児科専門医になるための30の症例報告の中に、1例は死亡事例対応を含めたり、地域のCDR検討会に参加し要旨をまとめることを必須とするなどの対応が望ましいが、本邦ではその基盤は整っていない（提言5.小児科医へのCDRの意義のさらなる啓発、および実践に関する取り組みを進めるための体制整備）。

また、現状はごく少数のファシリテーターの負担が極めて大きく、持続可能性の観点から枠組みを改善していく必要性を感じている。具体的には、「より適切な立場・枠組みの中に死亡事例検証機能をお返し

する」ことを徐々に進めていきたい。例えば内因死 WG については群馬大学に協力を願っているが、死亡実数が多いため一人のファシリテーターの負担が大きい状態にあり、それぞれのサブスペシャリストがファシリテーターを担う体制としていく体制に移行していきたい。また同様に周産期/新生児死亡 WG に関しても小児医療センターにファシリテート機能を移行していくことを検討する必要がある。事故死 WG に関しては、前橋赤十字病院の救急部や医療以外の関係部署に、自殺 WG に関しては、行政事業である「子どもの自殺ゼロプロジェクト」にそれぞれファシリテート機能を移行していくことを検討する必要がある（提言 6. CDR の WG 体制の再整備）。

令和 5 年度 概観検証を通じた CDR の在り方に関する総論的提言のまとめ

1. 各医療施設における CDR 事例登録窓口となる医師を選定するよう要請
2. 死亡診断書/死体検案書の作成水準を向上させるための医学部卒後教育プログラムの充実化もしくは義務化を、小児死亡に関わる関連学会に訴求
3. 一次スクリーニング時点での小児死因カテゴリーの簡略化と、検証後の分類ルールの明示
4. 10 代後半の人口動態において 18 歳未満、18 歳以上の区別がつけられるように統計情報を明示
5. 小児科医への CDR の意義のさらなる啓発、および実践に関する取り組みを進めるための体制整備
6. CDR の WG 体制の再整備

CDR のあり方に関する提言；1, 3, 4, 6

CDR 実施に際した小児医療者の知識・技術向上に関する提言；2, 5

3. 死亡態様別の子どもの死亡を減らすための取り組みに関する、県への提言

A：周産期/新生児死亡

1. CDR と周産期医療対策協議会の検証対象の違いを埋める。周産期/新生児パネルでの検証は、早期新生児死亡に加えて、日齢7から日齢28の死亡であり、かつNICU/GCU等への入院が継続中の新生児を対象とする。(自宅退院後の死亡は養育不全パネルや不詳死パネルなど他のパネルで扱う)

これまでの協議で、周産期/新生児死亡については、「群馬県周産期医療対策協議会」における新生児死亡の検証結果をCDR事業と共有することとなった。令和4年1月から12月の早期新生児死亡に関する調査結果は、令和5年6月19日に行われた令和5年度第1回群馬県周産期医療対策協議会で報告された。令和4年度のCDR報告での提言で、群馬県周産期医療対策協議会からの報告とCDR事業との間に検証対象の違いが指摘されており、群馬県周産期医療対策協議会では対象を早期新生児としているため、日齢7から日齢28の新生児死亡についての検証がこれまで行われていなかった。群馬県周産期医療対策協議会からの報告死亡は、出生前から診断されている重症の先天異常と、早産で常位胎盤早期剥離の新生児であったため、死亡を予防できる可能性は極めて低いと結論づけられている。

日齢7から日齢28の新生児死亡について、CDR周産期/新生児死亡パネルで追加の検証を行った。出生前から診断されている重症の先天異常及び病状が急変した早産児の死亡だった。

周産期/新生児パネルでの検証は群馬県周産期医療対策協議会で行っている早期新生児死亡(日齢6までの死亡)に加えて、日齢7から日齢28の死亡でありかつNICU/GCU等への入院が継続中の新生児を対象とすることを提案する。自宅退院後の新生児死亡は養育不全や不詳死等の他のパネルでの検証要因が大きくなる。新生児死亡は日齢28までの全ての死亡が対象となるが、周産期医療の専門家パネルとして行うべき症例を選別したい。

2. 家族へのグリーフサポートを積極的に行う

新生児死亡では医療スタッフと家族の関わりが浅いことが多い。それまでに十分な関係性を築けていない場合にも、家族に対するグリーフサポートの配慮が必要である。関係するスタッフにグリーフケアの知識や経験が乏しいといった声もあったため、講習会等の学習する機会を設けたい。また、死亡届を出すことで市町村への連絡が済んでいると思われがちだが、保健センター等では死亡の情報を把握していないことも多いため連絡方法について考えなければならないが、当面は病院からの連絡を行う。医療者と地域の保健センターで家族のグリーフサポートを行うことが望ましい。

B：内因死

令和5年度提言

検討結果をもとに、施策の実現性と重要性の観点から令和5年度提言を以下のように集約した。

令和5年度提言

- ① 群馬県内の小児緩和ケア病棟、および、ホスピスの設立
- ② 子どもを失った遺族に対するグリーフサポート体制の構築、整備、評価制度の確立
- ③ 病院から家庭への移行期の在宅医療サポート体制の強化・充実

① 群馬県内の小児緩和ケア病棟、および、ホスピスの設立

群馬県内には小児緩和ケア病棟を有する施設がなく、また、ホスピスもない。日本国内の小児医療主要施設では小児緩和ケア病棟があり、専従医が常在する。これまでのCDR事業でも、小児期に死を向かえなければならぬ子どもたちとその家族がより質の高い生活や、より患児・家族の希望にそった最期を迎えるための取り組みについて包括的に提言してきた所であるが、小児緩和ケア病棟及びホスピスの設立について実現化の動きはない。

対象患者は血液・腫瘍領域のみにとどまらず、新生児、循環器、神経、呼吸器領域の疾患など多岐に渡り、疼痛管理等の専門的医療ケアの必要性があるため家庭に戻れず、最後まで病院で治療を受けるより選択肢のない子どもたちであり、急性期疾患を対象とした構造をとる一般病棟では、最後の時を安らかに家族と過ごす環境を整えることは困難である。今や、緩和ケア病棟およびホスピス設立は、群馬県内の小児医療において最優先される事項の一つである。

緩和ケア病棟を有効に活用することで、急性期病棟の病床を有効に利用することが可能になり、結果的に県内の小児患者・家族にとって、個々の患者の病期に即した、適切な医療を提供することが可能になる、という効果もある。

② 子どもを失った遺族に対するグリーフサポート体制の構築、整備、評価制度の確立

グリーフサポート体制の構築も継続して提言してきたものである。具体的には、グリーフサポートに対する社会的認知、グリーフサポートの対象と方法、グリーフサポートを行う体制の整備が必要である。グリーフサポートの認知と方法についてセミナー・講習会などによる一層の啓発活動と、すでに訪問看護ステーションなどを中心に行われているグリーフサポート活動の評価と支援が必要である。現行の保険診療の枠組みでは、患者死亡後の遺族へのケア提供は診療対象外であり、新たな枠組みが必要となる。社会的支援の一環として制度化する方法を探っていただきたい。

③ 病院から家庭への移行期の在宅医療サポート体制の強化・充実

令和4年度に、終末期医療・在宅医療ケアを必要とする小児患者・家族、並びに、病院主治医、在宅診療主治医に対するサポート体制の確立と普及、を提言したが、今年度の検討でも、出生後半年間程度の入院治療を要した重篤な基礎疾患を有する児の試験外泊時や退院後数ヶ月から半年程度の間、何ら

かのトラブルにより死に至る事例が散見された。特に、家族が児の状態の把握や医療的ケアの手技に慣れないこの間に、家庭における家族による医療的ケアのサポートを厚くすることは、子どもの死を予防する観点で高い効果が期待される。居住する地区の保健センターや訪問看護ステーション、訪問診療医と原疾患担当病院とが、入院中の早期から連携を測り、特にこの期間に重点を置いたケアを提供できる制度の整備を進めることを提言する。

C：事故死

令和5年度は、交通外傷（自転車乗車中）、建設機械使用中の事故、食品の誤嚥による窒息の計3件の事件事例につき検証を行った。事故死パネルで討議した内容については連結可能情報となり得るため、以下に提言のみを提示する。

令和5年度提言

- ①稀な態様の事故については、類似する事故ケースの検索を可能な限り行っただうえで検証を行い、また可能なかぎり症例報告を行う体制整備
- ②養育者の監督の欠如、あるいは不適切な監督状況の中で生じた死亡事故における、グリーフサポートの在り方に対する検討と実践促進
- ③幼小児に窒息を来たしうる非食品・食品に関する啓発パンフレットを、健診などの現場で活用
- ④「子どもの事故防止検討委員会」を立ち上げるなど、小児・救急医療者やその他の関係職種が、主体的に事故予防対応に取り組むための体制検討
- ⑤死亡発生時の情報共有体制の構築

①稀な態様の事故については、類似する事故ケースの検索を可能な限り行っただうえで検証を行い、また可能なかぎり症例報告を行う体制整備

今回検討した事件事例のうち2件の死亡事故は、臨床現場であり経験しない態様の事故であった。このような事故の再発防止を検討する際には、類似するケースの検索を行うことが重要となる。農機具による事故に関しては農作業安全情報センターが情報を収集しており、建設機械使用中の事故に関しては一般社団法人日本建設機械施工協会が情報を収集している。子どもの家庭内における事故については、日本小児科学会が「Injury Alert（傷害速報）」を行っており、会員からの事故に関する投稿を求めている。しかしながら実際の事件事例の多くは報告がなされていないのが実情であり、CDR事業が関係者の同意取得を含めたその支援を行っていくことが望ましい。

②養育者の監督の欠如、あるいは不適切な監督状況の中で生じた死亡事故における、グリーフサポートの在り方に対する検討と実践促進

既に令和4年度においても同様の提言を発出したところではあるが、親や子どもに一定程度の有責性があると判断され得る状況で死亡事故が発生してしまった場合、残された遺族のグリーフはとりわけ複雑しやすい。本県では、公的にグリーフサポートを提供する体制はおよそ整備されておらず、引き続き、担当部局を明確化したグリーフサポート提供体制の構築を検討するように提言する。

③幼小児に窒息を来たしうる食品に関する啓発パンフレットを、健診などの現場で活用

日本小児科学会の小児救急・集中治療委員会により「子どもの予防可能な傷害と対策」が作成されており、またこどもの生活環境改善委員会により「食品による窒息～子どもを守るためにできること」が作成され、日本小児科学会のHPで提示されている。このような資材を、健診などの現場で、医療者・保健師

などが積極的に活用するように求める

④「子どもの事故防止検討委員会」を立ち上げるなど、小児・救急医療者やその他の関係職種が、主体的に事故予防対応に取り組むための体制検討

残念ながら、現在、小児医療の現場においては、③で示した資材の存在はおよそ認知されておらず、事故予防の啓発の取り組みは臨床現場で浸透している状況とはおおよそ言えない。本県においてその利活用を進めていくためには、小児医療者・救急医療者を中心とした「子どもの事故防止検討委員会」などを立ち上げ、本県の小児医療者・救急医療者が主体的に対策を講じていくことが出来るような体制の整備が求められる。

CDR 事業において、現在、前橋赤十字病院が委託事業として事務局業務を行っており、小児科・医療社会福祉課が対応を行っている。これまでのモデル事業を通じ、検証方法のノウハウは蓄積され、個々のケースに対し時間をかけて検討するという理想的な体制は整いつつあるが、個々の担当者の負担が増している状況にあり、個々の担当者を除けば、関与した当事者が当該事例の検証に参加するのみという状況にある。今後は、事故死事例に対しては「子どもの事故防止検討委員会」が整備された場合、検証のノウハウにつき一定の移行期間を置いた後に、その委員会に委託を行うなど、より持続可能な応体制を整備していくことも併せて提言する。

⑤ 小児死亡発生時の情報共有体制の構築

今回の検証を通じ、行政（保健師）は死亡情報をタイムリーに把握できていない実態が明らかとなった。保健側が、死亡情報を把握していることで、同胞の健診の際に配慮を行うことが出来、グリーフサポートに繋がる。諸外国では、小児死亡の発生を行政が把握したうえで、“Sorry Letter”を定期的を送付するなど、グリーフサポートに繋げる役割を果たしている。②に記載した通り、本邦においてはグリーフの提供体制の整備は進んでいないが、その対象となるケースは年間数十例程度と少なく、具体的な行政施策として行いうるものの整理を行っていくことを求める。

D:自殺

令和5年度提言

1. 高校生年齢の社会的孤立を防ぐ方策の整備
2. 発達障害のある児の自殺リスクに関する啓発
3. 市販薬の購入量の制限
4. マンションへの部外者の進入の制限
5. 端末を利用した児童生徒の心理状態の記録
 - ・個人情報の取り扱いに関する提言
6. 個人情報の守秘義務が免除される情報共有の方法の策定
7. 医療機関から遺族への情報提供の依頼

1. 高校生年齢の社会的孤立を防ぐ方策の整備

今回の検討に挙げられた7症例のうち5症例は高校生にあたる年齢で、高校をやめている例や登校しているのかわからない例が多かった。義務教育の年齢であれば、不登校になっても学校や適応指導教室など何らかの社会的資源と繋がりが残っている場合が多いが、高校生の年齢になるとこうした支援は少なくなり、医学的には統合失調症などの精神疾患が増えてくる年齢であるにも関わらず、社会から孤立してしまいやすい。2018年の改正社会福祉法では、「教育」や「地域社会からの孤立」が地域生活課題とされており、高校生年齢の社会的孤立もこうした課題の一つであろう。中学校卒業後も途切れない重層的な伴走型支援を展開する試みとして、社会福祉協議会が育成・配置するコミュニティソーシャルワーカー(CSW、地域を基盤として支援活動や行政機関との調整などを行う)を活用した取り組みも行われており¹⁾、これを一つの参考として高校生年齢の子どもの社会的孤立を防ぐ方策を検討することを提言する。

社会的孤立という観点では、健診などの行政のサービスからドロップアウトしている家庭の児が自殺した症例もあり、こうした家庭を行政側が把握しサポートする体制についても検討するべきと思われる。

2. 発達障害のある児の自殺リスクに関する啓発

今回の自殺パネルでは、発達障害が疑われるような言動の情報があったが、何らかの診断や支援を受けていたという情報はなかった。自閉スペクトラム症(ASD)をもつ若年者は自殺関連行動のリスクが高く、初回の自殺企図で自殺既遂となる確率が高いことが知られている。また、特に若年者の自殺では、衝動性の高さが大きなリスクになることが知られており、注意欠陥・多動性障害(ADHD)特性を持つ子どもは明らかなハイリスク群である。令和4年に県教育委員会高校教育課が作成した「自殺の危機が高まった生徒への危機介入マニュアル」の中でも、発達障害の特性をもつ生徒が自殺のハイリスクであることが示されているが、このことを改めて学校関係者に啓発し、普段から自殺のサインを見落とさないよう意識して接し、必要に応じて医療機関の受診を促す体制づくりが重要と思われる。

3. 市販薬の購入量の制限

市販薬の過量内服による自殺症例があった。宮崎県のある研究では、自殺関連行動で救急外来を受診し

た患者のうち、若年者（34歳以下）では過量内服が54.2%と多数であった⁽²⁾。急性薬物中毒による死亡率は2%と高くないと報告されている⁽³⁾が、一方で過量内服をした10-24歳の若年者のうち約13%が1年以内に過量内服を含めた何らかの自傷行為を繰り返すという報告がある⁽⁴⁾。反復される自傷行為は明確な自殺のリスクである。自殺の手段へのアクセスを制限することは自殺予防策として有効といわれており、市販薬の大量購入を制限する制度ができれば自殺を減らすことができるかもしれない。若年者が市販薬を購入する場合にマイナンバーの提示を義務付けるなど、何らかの方法で大量に購入することを制限する制度を設けることを提言する。

4. マンションへの部外者の進入の制限

マンションの高い階からの転落があり、自宅とは異なるマンションに入っていくところが防犯カメラに記録されていた。自殺手段へのアクセスを制限する観点から、一定以上の高さのマンションには部外者が簡単に入れないような構造にすることを条例で定めるなどのルールの整備を提言する。自殺企図者の心は、死にたい気持ちと死ぬことへの恐怖の間で常に揺れ動いているといわれており、建物への進入を完全に防ぐことは難しいとしても、「一手間かかる」ことが自殺を防ぐことに繋がる可能性がある。

5. 端末を利用した児童生徒の心理状態の記録

当日の朝までの様子が普段と全く変わらず、周囲が全く違和感を持たない中で自殺が起きてしまう例があった。ある英国の研究では、10歳から19歳の自殺のうち約1/3は希死念慮の表出や自傷などの前兆がなかったと報告されている⁽⁵⁾。こうした症例では、当時の本人の心理状態について何の情報も残っていないため、自殺に至った経緯を検討しようとしても困難であるが、周囲に知られていなくてもうつ病など自殺リスクが高い状態であった可能性がある。前兆のない自殺リスクの児の早期発見・支援のために、全児童生徒を対象とした心理状態の調査・記録が必要である。検討会の中で、教育委員会の職員から一人一台端末を利用した児童生徒の気持ちを記録するアプリ（心の天気、スクールライフノート）がモデル事業として一部の学校で導入されていることが紹介された。全児童生徒が毎日手軽に記録でき、学校側が早期にSOSを受け止められるような、こうしたシステムの全学校での早期導入が望まれる。同時に、SOSを受け止めた教諭側の対応方法の研修や、それをバックアップする小児精神医療体制の充実が必要である。

6. 個人情報の守秘義務が免除される情報共有の方法の策定

自殺という死因の特性上、遺族に情報収集への同意を得ることが困難であるため、個人情報の保護のために関係機関から情報が集められないことが検討を困難にしていた。「家族の自殺について知られたくない」という遺族の心理には配慮しなければならないが、急増する子どもの自殺に対する予防策を積極的に検討しようとするなら、個人情報の守秘義務が免責され関係機関同士で情報が共有できるような枠組みが必要である。本年4月に発足したこども家庭庁では、令和4年の児童生徒の自殺者数が過去最多となったことから、「こどもの自殺対策に関する関係省庁連絡会議」を開催するなどの対策を打ち出している。こうした国の動きの一環として、国主導でCDRとは別の枠組みを作り、各機関が個人情報の守秘義務に囚われずに自殺症例の検討を行えるよう、県として声を上げることが望まれる。

7. 医療機関から遺族への情報提供の依頼

自殺症例では、医療機関に到着した際には既に救命が不可能な状態である場合が多く、家族から情報を得られる機会が少ないため、死亡するまでの情報が非常に限られているケースが多かった。子どもの自殺症例が受診した場合、グリーフサポートの案内をするなど遺族の心に寄り添いつつも、可能な限り遺族から情報を得よう医療機関に依頼したり、必要な情報を聞き出せるようなチェックリストを用意したりするなどの対策を提言する。

参考文献

- 1) 加藤昭宏. 中学校卒業後も途切れない重層的な伴走型支援の展開可能性ーコミュニティソーシャルワーカーの「のりしろ機能」に着目してー. ソーシャルワーク学会誌. 2023 ; 46 : 1-13.
- 2) 古郷央一郎, 武田龍一郎, 三好良英. 他. 宮崎大学医学部附属病院および宮崎県立宮崎病院における自殺関連行動症例の後方視的検討ー「並列モデル」が可能な医療機関での調査ー. 精神神経学雑誌. 2019 ; 121 : 177-186.
- 3) 柳谷信之, 山川耕司, 古澤武彦. 他. 急性薬物中毒症例の検討. 長野赤十字病院医誌. 2012 ; 25 : 11-15.
- 4) Daly C, Griffin E, McMahon E, et al. Self-Harm Following Hospital-Presenting Intentional Drug Overdose among Young People-A National Registry Study. Int J Environ Res Public Health. 2020 Aug 25;17(17):6159.
- 5) Rodway C, Tham SG, Turnbull P, et al. Suicide in children and young people: Can it happen without warning? J Affect Disord. 2020 Oct 1;275:307-310.

E：養育不全の関与した死亡、虐待/ネグレクト死

令和5年度は、既に公判で有罪判決が確定し県による虐待死亡事例検証が行われたケース1例と、心中事例1例の計2例を対象とした。対象事例が限られ容易に連結可能な情報となり得るため、討議内容については言及せず以下に提言のみを提示する。

令和5年度提言

- ①センチネル・インジュリー（警告損傷）が確認された際の具体的な連携ワークフローの構築および、潜在損傷評価のための具体的検査項目を明記したマニュアルの作成・頒布
- ②特定妊婦から続く高リスク家庭における、リスク別のフォローアップ体制のガイドライン化/均霑化（とりわけ高リスク群における父親評価の必須化）
- ③トラウマ/メンタルヘルス上の問題を抱えていたりアレキシサイミア傾向があるなど、SOSを出しにくい状態にある親や、ボンディング障害の親の評価・支援体制の整備
- ④死亡事例検証実施後の関係機関への周知、情報共有機会の担保

①センチネル・インジュリー（警告損傷）が確認された際の具体的な連携ワークフローの構築および、潜在損傷評価のための具体的検査項目を明記したマニュアルの作成・頒布

センチネル・インジュリー（警告損傷）に対する啓発については、既に令和3年度のモデル事業において提言済であるが、実質的な対応はほとんど進んでいない。今後児童虐待防止医療ネットワーク事業で啓発・対応マニュアルを作成するなどの具体的な対応策を行うことを、改めて提言する。

②特定妊婦から続く高リスク家庭における、リスク別のフォローアップ体制のガイドライン化/均霑化（とりわけ高リスク群における父親評価の必須化）

特定妊婦に対しては、本モデル事業においてもそのリスク評価や対応の均霑化について繰り返し提言を行っており、関係機関で取組を進めているところではあるが、とりわけ父親のリスク評価と介入については、虐待死をなくしていくための施策優先度が高く、この点を強調したうえで再度提言を行う。父親の評価支援を行っていくうえで特化したプログラムは、本邦においてはほとんど実践されていないが、米国では、近年 Fathers for Change (F4C)などのプログラムが実施され成果を上げている。これらのプログラムについての学習の機会を設けるなどの対策が求められる。

③トラウマ/メンタルヘルス上の問題を抱えていたりアレキシサイミア傾向があるなど、SOSを出しにくい状態にある親や、ボンディング障害の親の評価・支援体制の整備

トラウマインフォームドケアに立脚した援助技術講習を進める必要がある旨の提言は既に実施し、関係機関において研修等の体制整備が行われているところである。SOSを出しがたく支援者と繋がり難い親に対して「SOSを出せる援助関係」を構築する上では、トラウマやその他のメンタルヘルス上の問題に対して専門性を高めることよりも、支援関係構築の原則である「共感的理解」「無条件の肯定的受容」「自己一致」という支援者の基本的スキルのボトムアップを行い、支援者と非支援者とが情緒的絆

を形成するという普遍的なスキルこそが重要である。とりわけ重篤な虐待への発展を防ぐうえで、現在は Risk の評価に重きが置かれるが、それだけではなく Resilience（強み）の評価と、Resistance（援助への抵抗）の 3R の評価は欠かすことが出来ない。既に「養育者および子どもの精神状態を正確に把握する体制の整備」については提言をしているところであるが、この 3R 評価を基軸に評価を行うという観点で、再度、評価のパッケージング化と支援者のトレーニング体制を行うことを提言する。

④死亡事例検証実施後の関係機関への周知、情報共有機会の担保

本提言についても既に「第 16 次報告まで発出されている厚生労働省による虐待死亡事例検証報告書の内容を把握するための講習を用意し、地方公共団体への提言の各項目に関する当県における履行状況を確認・整理する」という提言を行っているところであり、その提言を受けた成果として、「県内医療者と関係職種を対象に、群馬県小児死亡時対応講習会の定期的な実施」を実現したところであるが、死亡事例検証から学んだ知見をより広く共有するためには、その知見を共有することに特化した報告会・シンポジウムなどの実施が不可欠である。

また「当県における履行状況を確認・整理する」という重要な取り組みについては、CDR の提言の実施状況について、本年度より県の HP で公表を行うという、全国的にも先んじた取り組みを行うこととなった。そのことについて、行政側の尽力に感謝するとともに、「アウトカム評価の方法論」についてさらに進めて協議を行う機会を構築することを提言したい。

F. 不詳死

令和5年度は、3例の検討を実施した。対象事例に限られ容易に連結可能な情報となり得るため、討議内容については言及せず、以下に提言のみを提示する。

令和5年度提言

- ① 行政事業としてのグリーフサポート実施のための検討会の立ち上げ
- ② 小児死亡時対応プロトコルの作成と、「小児死亡時対応キット」の配布など、小児死亡時の臨床検査の均霑化、および実施検査の評価におけるセカンドオピニオン体制の確立
- ③ 「不詳（検索中）」の記載、および死因等確定・変更報告を徹底するための、CDR事務局による管理

①行政事業としてのグリーフサポート実施のための検討会の立ち上げ

グリーフサポートの問題に関しては、その他の態様の死亡事例においても、その他の年度の死亡事例においても、常に提言されている。CDR事業においても、リーフレットを作成し、配布を行っているが、具体的な取り組みとしては、およそ十分とは言えない。これは当県の対応が遅れているわけではなく、国としての対応・本邦の医療/メンタルヘルス/母子保健など各分野の対応が遅れているに他ならないのであるが、他の都道府県に先んじてモデル事業を実施してきた当県において、グリーフサポートを行政事業化することを目的とした検討会を立ち上げ、実施に向けた具体的な検討を多機関横断で実施していただきたい。

②小児死亡時対応プロトコルの作成と、「小児死亡時対応キット」の配布など、小児死亡時の臨床検査の均霑化、および実施検査の評価におけるセカンドオピニオン体制の確立

小児の不詳死の対応実務の向上・均霑化のため、CDR事業において「小児死亡時対応講習会」を定期開催しているところであるが、実際の実務が改善したとはおおよそ言えない状況がある。具体的な小児死亡時対応プロトコルを作成するとともに、必要な検査項目がパッケージングされた「小児死亡時対応キット」などを作成し配布するなどのより具体的な対応が求められる。また、たとえ検査が適切に行われたとしても、微細な所見を見逃さないようにするためには迅速なセカンドオピニオン体制を構築し、コンサルテーションを行うことを当たり前にしていく必要がある。

③「不詳（検索中）」の記載、および死因等確定・変更報告を徹底するための、CDR事務局による管理

不詳死においては、とりわけ提言すべき改善を要する事項が固定化され、各実施年度で重複する機会が多い（睡眠環境、臨床医－法医連携、日本語を母国語としない家庭への対応、など）。これらの実務上の対応体制・臨床実践は徹底が困難で、実際にはCDRモデル事業開始後も、残念ながら大きな改善が認められていない。改善の取り組みを見える化し、事業の意義を共有するという観点から、改善しやすい取り組みとして、平成30年12月5日に発出された「医師による死因等確定・変更報告の取扱いについて」につき、適切な進行管理を行い、実施履行がなされるように、当座はCDR事務局が管理を行うことを提言する。

なお、CDR 事務局が管理を行うことはあくまで暫定的対応であり、本来的には、R2 年度に提言した「臨床医-法医学者が共に学ぶ群馬大学を中心とした学術研究会の設立」や、R 4 年度に提言した「死因究明推進会議内に小児死亡対応検討部会を置く」ことが出来た場合には、そこに機能を委譲していくべきと考える。

4. CDRモデル事業にかかる実施過程

「養育不全」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R5.6.13	20	病院3か所、児童相談所、市役所、地方検察庁、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「事故」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R5.8.22	8	病院、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R5.8.30	11	ワーキングリーダー所属病院、病院2か所、委託先病院、県庁事務局	1

「事故」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R5.9.4	9	病院、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例数
R5.9.11	12	ワーキングリーダー所属病院、病院、保健センター、基幹相談支援センター、委託先病院、県庁事務局	2

「養育不全」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.9.21	15	病院、警察、市役所、保健センター、委託先病院、県庁事務局	1

「不詳死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.10.2	11	病院、保健センター、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「不詳死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.10.5	12	病院、保健センター、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.10.11	12	ワーキングリーダー所属病院、保健センター、市役所、委託先病院、 県庁事務局	1

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.10.31	18	ワーキングリーダー所属病院、病院、保健センター2か所、委託先 病院、県庁事務局	2

「不詳死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.6	12	病院、保健センター、児童相談所、警察、委託先病院	1

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.8	10	ワーキングリーダー所属病院、病院、保健センター、委託先病院、 県庁事務局	1

「自殺」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.9	9	ワーキングリーダー所属病院、教育委員会、警察、委託先病院、県 庁事務局	1

「周産期」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.14	7	病院、委託先病院、県庁事務局	1

「不詳死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.15	12	病院2か所、保健センター、警察、委託先病院、県庁事務局	1

「自殺」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.16	18	ワーキングリーダー所属病院、病院、教育委員会、警察、委託先病 院、県庁事務局	2

「自殺」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.16	10	ワーキングリーダー所属病院、病院、教育委員会、警察、委託先病院、県庁事務局	4

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.22	12	ワーキングリーダー所属病院、保健センター、行政、相談支援事業所、委託先病院、県庁事務局	2

「内因死」ワーキンググループ会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.11.29	10	ワーキングリーダー所属病院、病院2か所、保健センター、相談支援事業所、委託先病院、県庁事務局	1

ワーキンググループ代表者会議

日付	参加人数	参加者所属	取扱い事例
R5.12.4	11	ワーキングリーダー所属病院、委託先病院、県庁事務局	検証内容まとめ

多機関検証会議

日付	参加人数	参加者所属
R5.2.29	38	市町村児童福祉主管課・母子保健主管課、教育委員会、警察本部、警察医会、弁護士会、地方検察庁、消防長会、看護協会、委託先事務局、県庁事務局、他関係者

*教育及び司法関係者（警察、検察）はオブザーバー

5. 群馬県小児死亡多機関検証委員会名簿

委員：

	部門	所属機関名	役職名	氏名	備考
1	医療	前橋赤十字病院	院長	中野 実	*座長
2		群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	教授	滝沢 琢己	小児医療
3		群馬県医師会	理事	今泉 友一	小児医療
4		群馬県精神神経科診療所協会	会長	黒崎 成男	精神医療
5		群馬県警察医会	会長	吉川 守也	警察医
6		消防長会（前橋市消防局救急課）	会長	清水 征己	救急業務
7	教育	群馬県教育委員会義務教育課	課長	春田 晋	義務教育
8		群馬県教育委員会高校教育課	課長	天野 正明	高校教育
9	行政	群馬県看護協会保健師職能委員会	委員	樋口 真弓	母子保健
10		前橋市こども未来部	部長	猪俣 理恵	子育て支援
11		中央児童相談所	所長	入澤 康行	子育て支援

オブザーバー：

	部門	所属機関名	役職名	氏名	備考
1	司法	前橋地方検察庁	検事正	清野 憲一	検察
2		前橋地方検察庁	検事	橋爪 香苗	検察
3		群馬県警察本部捜査第一課検視官室	検視官室長	黒澤 泉	警察
4		群馬県警察本部子供・女性安全対策課	課長補佐	村椿 正美	警察
5		群馬弁護士会(子どもの権利委員会)	弁護士	舘山 史明	弁護士

事務局

	所属機関名	役職	氏名
1	群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	講師	小林 靖子
2	群馬大学大学院医学系研究科小児科学分野	助教	堀越 隆伸
3	生活こども部児童福祉・青少年課	課長	都丸 要
4	生活こども部児童福祉・青少年課	次長	野中 博幸
5	生活こども部児童福祉・青少年課母子保健係	補佐	武藤 洋介
6	生活こども部児童福祉・青少年課家庭福祉係	主事	飯野 永莉香
7	前橋赤十字病院 小児科	部長	松井 敦
8	前橋赤十字病院 小児科	副部長	溝口 史剛
9	前橋赤十字病院 小児科	副部長	清水 真理子
10	前橋赤十字病院 小児科	副部長	杉立 玲
11	前橋赤十字病院 医療社会福祉課	課長	中井 正江
12	前橋赤十字病院 医療社会福祉課	社会福祉士	望月 裕子

