

令和3年3月30日

公表用

2020年度  
滋賀県 CDR 体制整備モデル事業  
報告書

滋賀県 CDR 関係機関連絡調整会議  
滋賀県 CDR 多機関検証委員会

本報告書は 2020 年度滋賀県 CDR 体制整備モデル事業として滋賀県で実施し、2021 年 3 月末に報告書として取りまとめたものである。  
この度、公表用として編集した。また内容の一部は滋賀県の HP で公表されている。

## まえがき

わが国では少子化が社会問題となっており、2019年の合計特殊出生率は1.36と4年連続で減少している。また、出生数は86.5万人で統計開始以降最低となったが、子どもの数も39年連続で減少し、2020年には15歳未満の子どもの数は1512万人と最低の数字となった。特に滋賀県は、15歳未満の子どもの割合が人口の13.8%と高く、沖縄県に次いで全国2位である。したがって、少子化時代において、子どもの生命を守り、安全を確保していくことは滋賀県での大きな目標の一つと言える。

厚生労働省は2020年度に「予防のための子どもの死亡検証(CDR：チャイルド・デス・レビュー)体制整備モデル事業」を行うこととなった。予防のための子どもの死亡検証(CDR)とは、子どもが死亡した際に、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様々な情報を複数の機関から収集し、専門家により死因の検証を行うことである。そして、効果的な予防対策を導き出し予防可能な死亡(preventable death)を減らすことを目的としている。

CDRについては、アメリカ、イギリス等の諸外国ですでに実施されており、わが国でもCDRの方策等について検討されてきた。平成30年12月8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（平成30年第104号）」が成立し、同法第15条第2項において「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。また、令和元年6月6日に成立した死因究明等推進基本法（令和元年法律第33号）においても、同法附則第2条で「国は、この法律の施行後三年を目途として、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」と記載されている。そこで、本モデル事業によって、わが国におけるCDR実施が本格化すると期待している。

滋賀県では、モデル事業の実施が決定されてから、関係機関・団体が一体となって実施体制を整えた。そして、綿密な情報収集や分析、関係者間での議論を踏まえて、子どもの防ぎ得る死を減らすための提言を取りまとめるに

至った。本提言に基づいて県民の力が結集することで、より子どもの安全・安心が確保され、子どもの防ぎ得る死がゼロになることを期待している。また、滋賀県での取り組みが、厚生労働省を始めとした関係機関に報告されることで、今後のCDRの具体的実施に向けた参考資料となれば幸いである。

最後に、本事業に協力下さった関係各位の皆様に改めて御礼申し上げるとともに、滋賀県でCDRに関する取り組みが継続的に実施され、すべての子どもが幸せに成長できる日が来ることを願ってやまない。

令和3年3月30日

滋賀県CDR関係機関連絡調整会議会長

滋賀県CDR多機関検証委員会委員長

一杉正仁

## 目次

1. 滋賀県でのこれまでの取り組み.....	4
2. 活動の実態 .....	6
3. 実施方法 .....	7
4. 検討結果 .....	11
4-1 概略.....	11
4-2 死亡場所について.....	12
4-3 死因について.....	12
4-4 提言のとりまとめ.....	15
5. 提言 .....	16
5-1 CDR について .....	16
5-2 死因究明体制について.....	17
5-3 搬送体制/対応施設について.....	18
5-4 予期せぬ心肺停止例の届け出について.....	19
5-5 予防対策の提言.....	20

## 1. 滋賀県でのこれまでの取り組み

滋賀県は日本のほぼ中央に位置し、面積の約 1/6 を日本最大の湖である琵琶湖が占めている。2020 年における人口は 1,412,415 人、年間の死者数は 13,024 人である。人口動態を始めとした様々な統計において、その値が全国の約 1/100 を示すことから、日本の縮図（1/100 県）とも言われている。過去 5 年間に於ける県内の全死者数及び 18 歳未満の死者数の推移を図 1 に示す。死者数は 1 万 3 千人前後であり、同時期における全国の死者数である 131 万人～137 万人のほぼ 1/100 である。18 歳未満の子どもの死者数は 33～52 人と、県内におけるすべての死者数の 0.3%前後である。

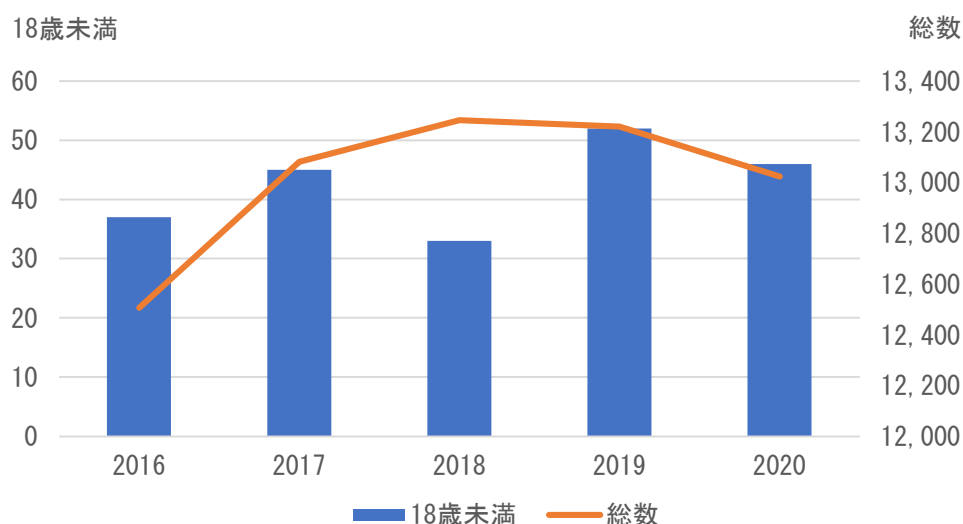


図 1 滋賀県における死者数の推移

滋賀県では滋賀医科大学や県医師会、県警など 9 機関・団体でつくる「県死因究明等推進協議会」が 2015 年に発足し、死因究明等に関する諸問題を話し合い、質の向上に取り組んできた。同協議会の発足は全国で 4 番目であり、また近畿圏では初となった。発足 1 年後には、滋賀県で取り組むべき重要課題を取りまとめた「第一次提言」を知事に提出し、以降、この提言に沿って年間 2 回以上の協議会開催と、関係機関・団体の自主的な活動が定期的に行われている。

さて、同協議会では関連法の記載に基づき、子どもの死亡に関する実態調査を行った。すなわち、日本小児科学会滋賀地方会、滋賀小児科医会、滋賀県医師会小児救急医療対策委員会等の協力のもとに、平成 30 年から 31 年にかけて、死亡小票をもとにした、小児死亡の実態調査を実施した。実施にあ

たっては、滋賀県健康医療福祉部医療政策課が窓口となり、厚生労働省に死亡小票閲覧の申請を行った。そして、許諾を得た後、滋賀医科大学が中心となり、平成 27 年～29 年における滋賀県における 18 歳未満の死亡 131 例について分析を行った。その結果、死亡小票に不適切な記載が多く認められること、剖検で明らかにされた死因が死亡小票に反映されていないこと、死亡小票の分析のみでは、死に至る経過を十分把握できず、予防対策の検討を行うには不十分であること、などの問題点が明らかにされた。これらの実績を踏まえて、さらに質が高い調査と分析が行えるよう、関係者間で具体策を検討したうえで、本モデル事業を速やかに開始することになった。

## 2. 活動の実態

滋賀県 CDR 体制整備モデル事業では、厚生労働省の手引きにしたがって、図 2 に準じた組織構築を行った。事務局を滋賀医科大学におき、県健康医療福祉部と連携をとりつつ、医療機関を含めた関係機関の方々に死因に関する調査への協力をお願いした。本モデル事業において、関係機関から個人情報を取得し、収集することは、個人情報保護法に規定する「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合」の例外事由に該当するため、同法上における、家族(遺族)等の同意が不要との解釈で進めてきた。また、本事業の実施に関しては、滋賀医科大学研究倫理委員会の承認 (RRB20-006) を得た。実施にあたっては、事務局、打ち合わせ会、関係機関連絡調整会議、多機関検証委員会が設置され、外部委員を含めた有識者、県内中核病院、地域小児科センターの代表者など多くの方々に委員として活動頂いた。モデル事業実施の決定が下された後、2020 年 8 月 18 日に健康医療福祉部から厚生労働省に調査票情報の提供の申し出を行い、同年 9 月 3 日付で統計法第 33 条第 1 項の規定に基づき承諾された。2020 年 7 月 21 日に、滋賀県 CDR 体制整備モデル事業キックオフミーティングを開催してから、2021 年 3 月 17 日までに、計 2 回の関係機関連絡調整会議、3 回の多機関検証委員会が実施され、同 3 月 30 日に滋賀県知事に、子どもの防ぎ得る死を減らすための提言が提出された。

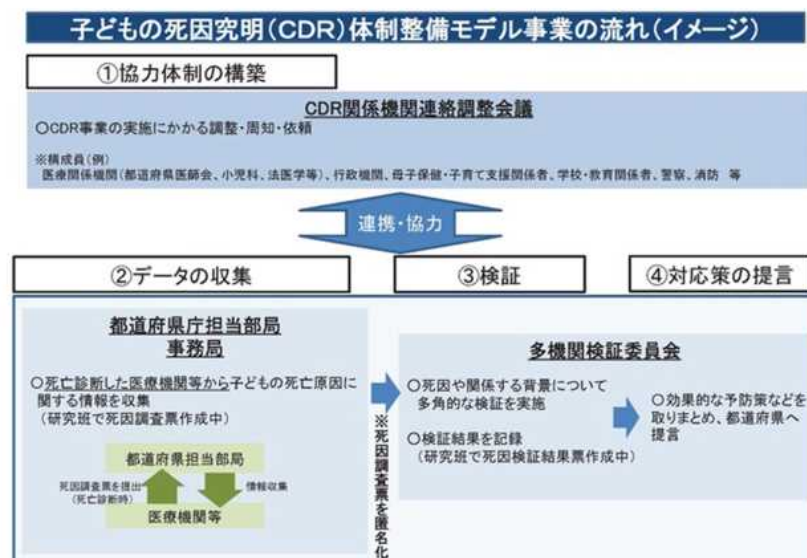


図 2 子どもの死因究明 (CDR) 体制整備モデル事業の流れ  
(Child Death Review (CDR) 国の取組 厚生労働省子ども家庭局母子保健課 令和 2 年 1 月 17 日 子どもの死因究明 (Child Death Review) に関する説明会 資料 1 より)



### 3. 実施方法

- ① 基本方針として以下の事項を決定した。
- 1) 事例の収集は死亡小票で行う。  
(滋賀県で死亡しても、他都道府県に死亡届を出した事例は対象にならない。)
  - 2) 死亡小票を閲覧して、死亡調査票(保健所)に転記し、台帳を作成する。
  - 3) 台帳をもとに、死亡確認を行った医師・医療機関から情報を収集することを第一次調査と定義付け、第一次調査を全例で行う。また、必要に応じて第二次調査を行う。
  - 4) 全事例を俯瞰するとともに、必要と判断された事例を多機関検証委員会で詳細に検討する。
  - 5) 滋賀県における特徴を見出し、その解決策としての提言を発する。
- ② CDR の年間進行予定を以下のように策定した(図 3)。そして、3月に提言を知事に提出することとした。

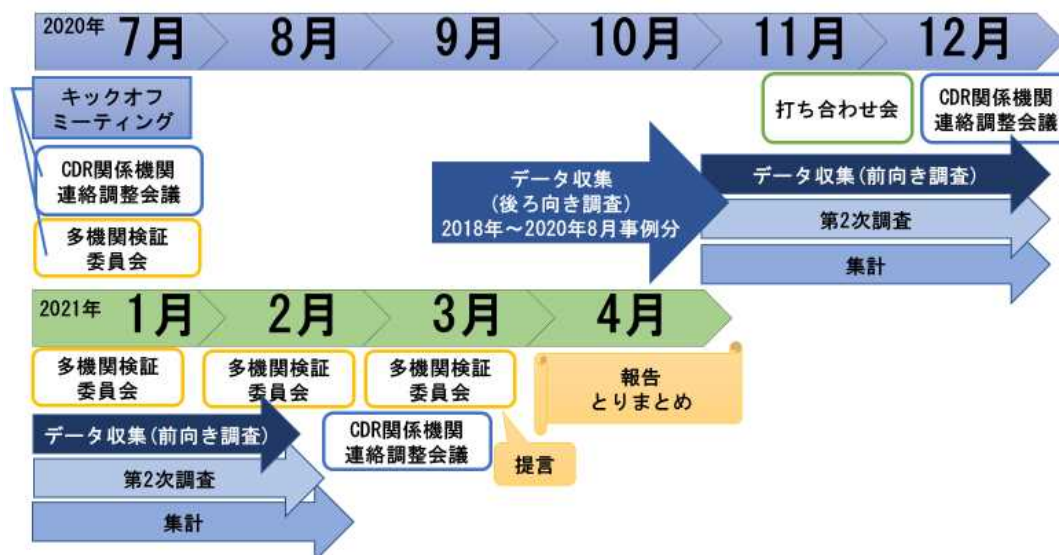


図 3 CDR 年間進行表

### ③ CDR 事業の流れ

#### 1) 対象事例の選定と第一次調査(図 4)

まず、調査員が県内の各保健所を訪問し、18歳未満の死亡小票を閲覧し、死亡調査票(保健所)を作成した。次に、死亡調査票(保健所)をもとに、事務局内で台帳を作成した。第一次調査を行うべく、死亡診断・死体検案を行った医師、医療機関、警察、法医学部門に調査用紙を送付して記入を依頼した。

#### 1. 対象事例の選定と第一次調査

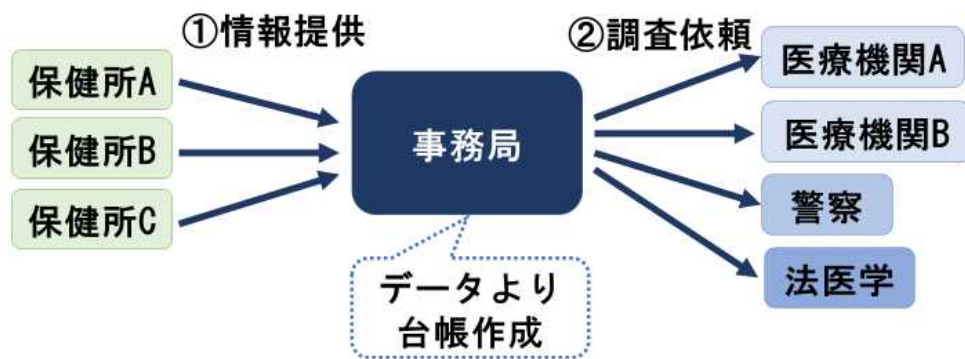


図 4 第一次調査

#### 2) 調査用紙の回収(図 5)

調査用紙を回収し、内容をデータベースに入力した。そして、それぞれの事例について打ち合わせ会で検討し、第二次調査の適否を判断した。

#### 2. 調査結果の収集

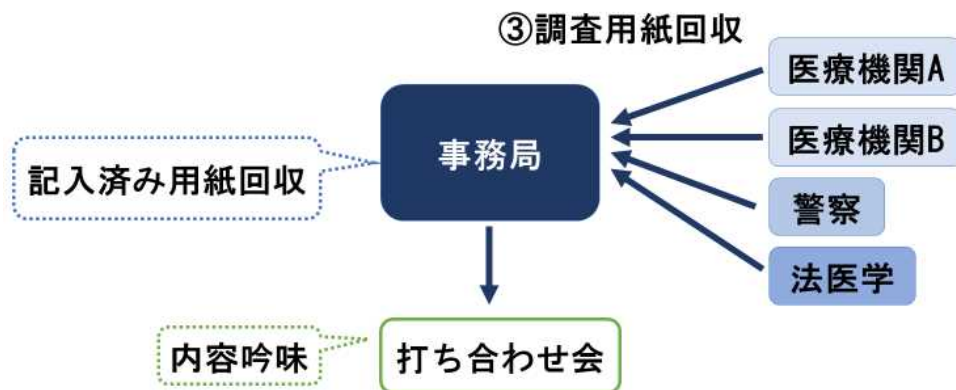


図 5 調査用紙の回収

3) 第二次調査の実施(図6)

第一次調査では、当該事例の検討を行うのに十分な情報が得られない場合や、さらなる関係者からの情報提供が必要と判断された場合には、具体的な質問事項を記入した第二次調査票を送付した。特に新生児死亡では、周産期の経過を明らかにする必要があったため、ほとんどの例で、産科施設へ第二次調査を依頼した。

### 3. 第二次調査の実施

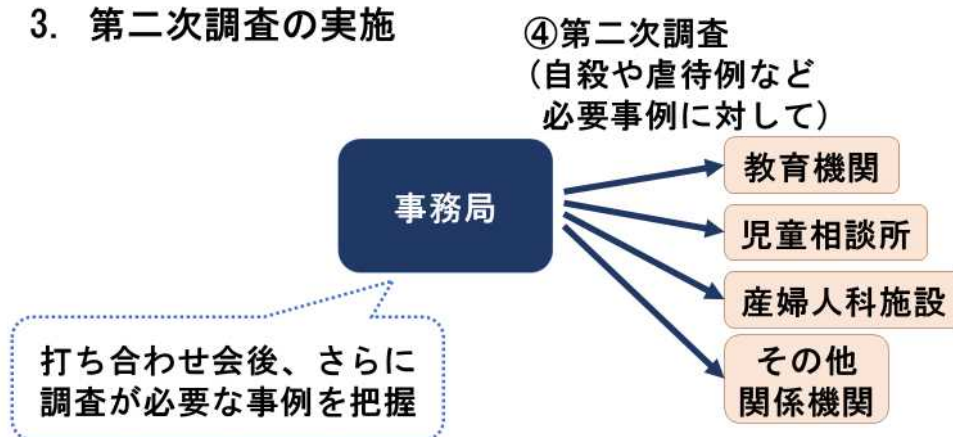


図6 第二次調査

4) 対象事例のまとめと検討(図7)

収集したすべての情報を集約し、打ち合わせ会において死亡に至った経緯を明らかにした。そして、全小児死亡例の傾向と特徴を明らかにするとともに、死因別ごとに事例が俯瞰できる一覧表を作成した。

### 4. 対象事例のまとめと検討



図7 対象事例のまとめと検討

- 5) 検証事例や提言内容の整理  
前項の成果物をもとに、関係機関連絡調整会議で、問題点の抽出を行った。さらに、多機関検証委員会で深く検証すべき事例の抽出を行った。
  
- 6) 提言の取りまとめ  
死因別一覧表の把握、個別検証に基づく議論を経て、予防に向けた具体策を検討した。そして、予防に向けた提言として取りまとめた。

## 4. 検討結果

### 4-1 概略

調査票は非常に高い回収率を得ることができた。未回収であった施設は主に県外の医療機関であった(図1)。

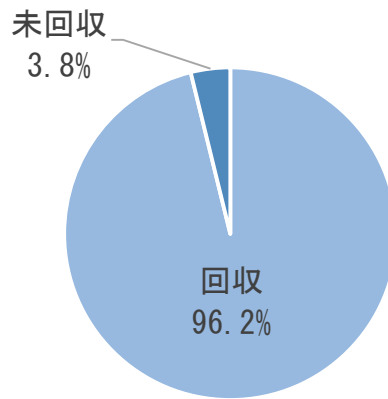


図1 調査票の回収率

死亡調査票をもとに把握した2018年～2020年における滋賀県の18歳未満の子どもの死者数は131人であり、性別では男63人、女68人であった。

年齢分布では生後1ヶ月未満の新生児死亡が32人(24.4%)と最も多く、1ヶ月～1歳未満の死亡が26人(19.8%)であった。これら乳児死亡が全体の44.3%であった(図2)。

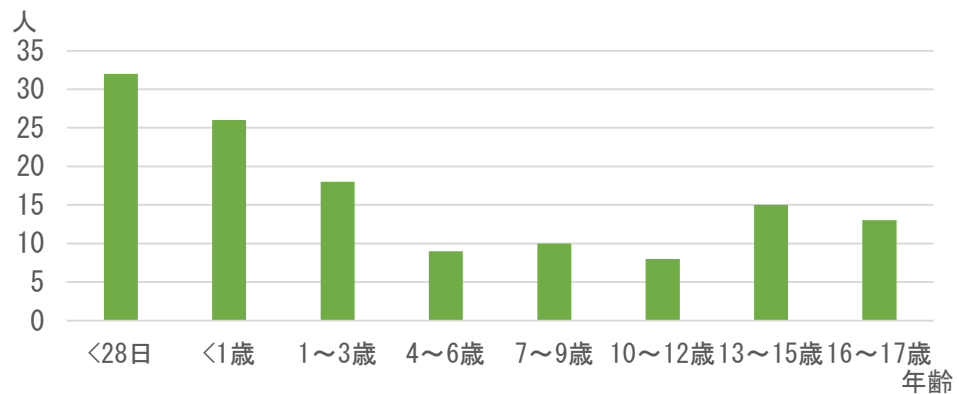


図2 年齢分布

#### 4-2 死亡場所について

死亡場所では、病院 77.1%、診療所 1.5%、自宅 10.7%、その他 10.7%で死亡していた(図 3)。

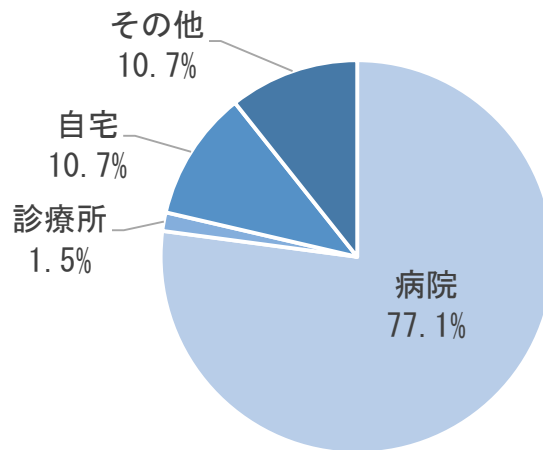


図 3 死亡場所の分布

#### 4-3 死因について

まず、死亡小票に記載された「死因の種類」に従って分類を行った。その結果、病死と外因死がおよそ 2 : 1 の割合であった(図 4)。

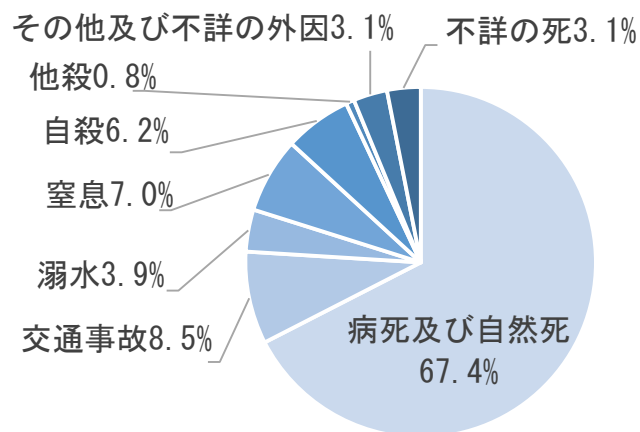


図 4 死因の種類

しかし、死亡の原因欄に記載されている原死因の傷病名と、死因の種類が一致しない例があった。そこで、原死因の傷病名に従って再分類を行った。その結果を図5に示す。

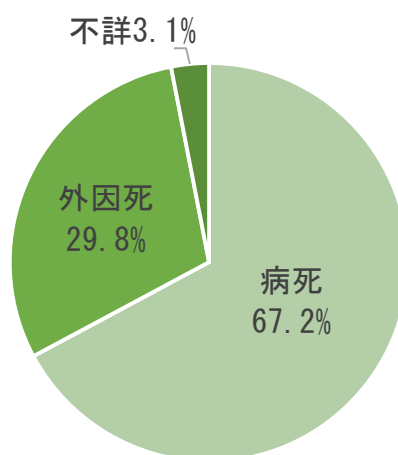


図5 原死因の再分類

次に、病死及び外因死それぞれにおいて、さらに詳細な原因別分類を行った。まず病死であるが、「先天異常(周産期異常を伴わない)」、「周産期・新生児期のイベント(先天異常)」、「周産期・新生児期のイベント(その他の要因)」、「悪性新生物」、「急性疾患(感染症)」、「急性疾患(心臓突然死)」、「急性疾患(SIDS\*)」、「急性疾患(その他)」、「その他の慢性疾患」に分類した。再分類した病死のうち約半数が周産期・新生児期のイベントによる死亡であった(図6)。

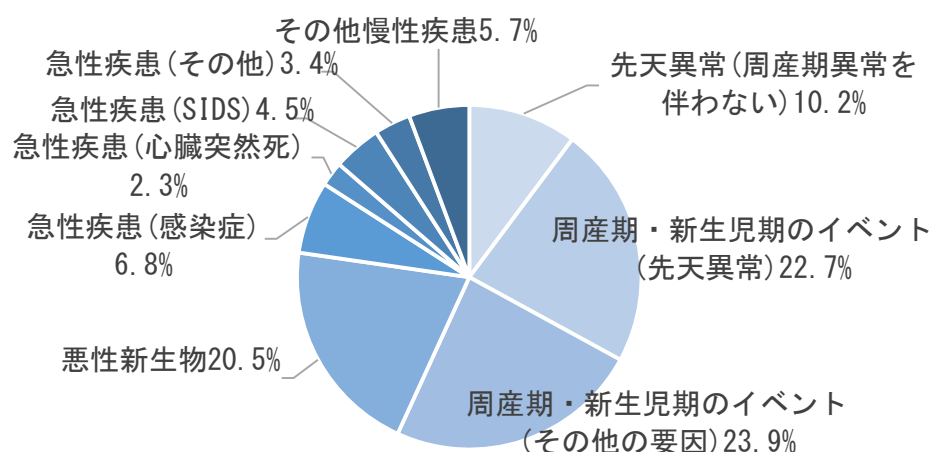


図6 病死の再分類(計88例)

※ SIDS : sudden infant death syndrome (乳幼児突然死症候群)



次に外因死であるが、「交通事故」、「不慮の転倒・転落」、「不慮の窒息」、「自殺」、「他殺」に分類した。

その結果、交通事故と不慮の窒息が同数で最も多く、自殺がこれに続いた(図7)。

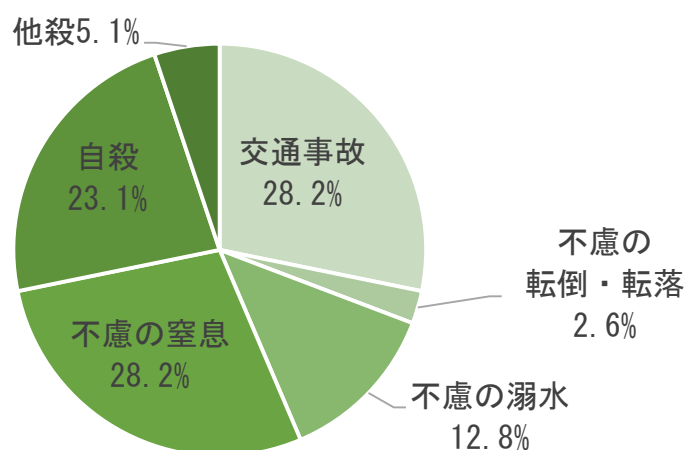


図7 外因死の再分類(計39例)

なお、それぞれの事例が虐待に依るか否かについても、併せて検討を行った。

#### 4-4 提言のとりまとめ

個々の例について個別に検証を行い、検討結果に基づいて、次ページ以下の提言を取りまとめた。

## 5. 提言

### 5-1 CDR について

#### ■ 喫緊の課題

- 1) 子どもの防ぎ得る死をゼロにするために、滋賀県において CDR を継続的に実施する。

#### ■ 推奨点

- 1) 死亡小票の閲覧で死亡事例を把握し、死亡調査票を整理した台帳をもとに関連医療機関や団体の情報を集約することは、CDR の具体的実施方法として有用である。今後は、他の手法に基づく調査分析についても検討をすすめていく。

#### ■ 解説

CDR は死亡した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様々な情報を複数の機関から収集し、専門家により死因の検証を行うことである。滋賀県では「県死因究明等推進協議会」が中心となり、平成 30 年度及び 31 年度に小児死亡の実態調査を行った。すなわち、厚生労働省から許可を得て、過去 3 年間における死亡小票を閲覧して分析を行った。その結果、死亡小票の閲覧だけでは情報量が不十分であり、効果的予防対策を立案するには至らないことが明らかになった。そして、治療や管理にかかわった主たる医療施設及び法医学実務等で得られた情報を集約する必要があると結論付けられた。このような先行調査で得られた知見を活用することで、今回は円滑な調査が実施できた。今回の調査では、死亡小票を閲覧して、死亡調査票（保健所）に転記し、台帳を作成した。整理した台帳をもとに死亡確認を行った医師・医療機関等へ調査を行って情報を集約した。その結果、防ぎ得る死の予防に向けた提言を取りまとめることが可能になった。したがって、死亡小票の閲覧で死亡事例を把握し、死亡調査票を整理した台帳をもとに関連医療機関や団体の情報を集約することは、CDR の具体的実施方法として有用である。

今回対象とした死亡小票は、滋賀県内に提出された死亡届に基づく。したがって、滋賀県内の医療機関で死亡した児でも、居住地が県外である例は含まれない。一方、他府県で死亡しても、居住地が滋賀県内である児の情報は含まれる。したがって、県内の医療機関や司法当局等から死亡例の報告を受けて実施する方法とは、一部の対象例が

異なる。本活動の開始にあたって、県内の医療機関や司法当局から自主的報告を受ける方法についても検討した。滋賀県の規模を鑑みると、手法が煩雑になり、報告逸脱例が生じることが危惧されたため、今回は死亡小票に基づく調査とした。しかし、今後は、他府県の事例等を参考に、他の手法に基づく調査分析について検討をすすめることが望まれる。

法にも記載されているとおり、CDR は今後も継続して実施されるべきである。すなわち、継続的な調査分析活動によって、その都度、課題が明らかになり、有効な解決策が導き出せる。継続的な実施によって、より子どもの安全・安心が確保され、子どもの防ぎ得る死がゼロに近くなると考える。したがって、滋賀県においては CDR を継続的に実施すべきである。

## 5-2 死因究明体制について

### ■ 喫緊の課題

- 1) 死亡時の正確な診断、異状死届け出、正確な死亡診断書/死体検案書記載に対する質向上の取り組みを行う。

### ■ 推奨点

- 1) 小児科医、産科医を中心とした医師に、質向上に向けた教育機会を設ける。
- 2) 将来、保健所による立入検査などを通して、死亡診断書/死体検案書の記載内容を確認し、当該施設にフィードバックを行う。
- 3) 死亡診断書/死体検案書の記載に関するコンサルテーションシステムを検討する。

### ■ 解説

死因についての検討では、死亡小票の内容を調査し、さらに医療関係者等から得られた情報を総合することで原死因を再考し、分類し直した。その結果でも、死因を決定できない、すなわち「不詳」とせざるを得ない事例もみられた。中には心肺停止の原因を追究していなかった例、臨床現場における判断のみで SIDS と診断していた例があった。

これらについては、異状死の届け出が徹底されていなかったこと、また、原死因が不明な場合には、法医解剖を行って死因を確定させるということが徹底されていないことが原因であった。

一方、死亡診断書/死体検案書の記載内容が適切でない例が多くみられた。

死亡診断書/死体検案書は厚生労働省において人口動態統計の基礎資料となる。さらに死因統計の国際比較にも利用されるため、適切な記載が必須である。特に小児の死亡診断書/死体検案書を作成する機会がある一般の小児科医、産科医に対する死因究明への取り組みのさらなる徹底、すなわち異状死届け出の徹底、正確な診断、死亡時の正しい死亡診断書/死体検案書の記載に向けた質向上の取り組みが必要である。

### 5-3 搬送体制/対応施設について

#### ■ 喫緊の課題

1) 特に喫緊の課題は見当たらない。

#### ■ 推奨点

1) 今後も、救命率向上に向けてドクターカー、ドクターヘリを適切に要請し、現場への救急医派遣を積極的に検討する。

2) 今後も、周産期医療・重症小児医療に関する適切な集約化について検討を進める。

#### ■ 解説

今回の検討では7~8割が中核病院、あるいは地域小児科センターで死亡していた。これらについては重症例を集約するという小児医療体制の構築による。

一方で、それ以外の県内の病院で死亡する例もあった。これらについて、死因、基礎疾患と当該病院規模を検討した。その結果、主治医が長期的に管理していた、心肺停止状態で一刻の猶予もなかった等、いずれも合理的な理由があった。

したがって、現状では、県内小児医療体制が有効に機能していると考えられる。今後も、周産期医療や重症小児医療に関する適切な集約化について検討を進める必要がある。

重症外傷例については個々の受傷機転、発生状況、搬送時間、搬送先施設などを併せて検討を行った。その結果、ドクターカー、ドクターヘリなどが有効に利用され、多くは三次救命施設に速やかに搬送されていた。

したがって、重症外傷例では、病院前救護体制が適切に機能していたと考える。今後も、救命率向上に向けてドクターカー、ドクターヘリを適切に要請し、現場への救急医派遣を積極的に検討すべきである。

#### 5-4 予期せぬ心肺停止例の届け出について

##### ■ 喫緊の課題

1) 特に喫緊の課題は見当たらない。

##### ■ 推奨点

1) 予期せぬ心肺停止状態の患者が搬送された際には、警察への情報提供を行う。ただし、第三者がいる分娩例は除く。

##### ■ 解説

心肺停止状態で搬送される例には、当初、その原因が明らかでない例や、不慮の事故、自他殺の可能性のある例などが含まれる。

これらに対しては、発生直後に警察による調査が必要である。心肺停止状態に陥っても、蘇生行為によって心拍が再開し、低酸素脳症の状態でも長期間生存後に死亡することがあった。医師法第21条では、異状死の届け出を義務付けているが、長期生存後に届けても、発生時の状況調査が円滑に行えない。

したがって、予期せぬ心肺停止状態で搬送されたことを速やかに警察に伝える必要がある。しかし、これらについて規定した法規はない。児童虐待防止法第6条による児童虐待に係る通告や、刑事訴訟法第239条第2項による公務員の告発義務などの適用でも網羅されない。

そこで、本県では、予期せぬ心肺停止患者の原因究明を円滑に行うべく、医師から警察への情報提供を推奨する。ただし、産科医療施設や、自宅での助産師などの管理下における、予期せぬ心肺停止状態に関してはその限りではない。

## 5-5 予防対策の提言

### ① 先天異常(周産期異常を伴わない)に対して

#### ■ 喫緊の課題

- 1) 特に喫緊の課題は見当たらない。

#### ■ 推奨点

- 1) 児の治療と併せて保護者への心のケアを推進する。
- 2) 保護者による治療の差し控えが極端なことがあるので、医療者は適宜、施設内倫理委員会などの意見を仰ぐ。

#### ■ 解説

当該例の原疾患、管理、治療の状況、死因を併せて検討した。その結果、いずれも重篤な先天異常が認められたが、適切な医療が提供されていた。なかには、現在の医療では死を回避することが不可能と考えられる疾患があった。

これらは周産期に異常を伴っておらず、出生後に異常が判明した例である。したがって、出生後の児への治療と併せて、保護者への心のケアを推進すべきである。

一方で、児への治療に対して、保護者による積極的な治療の差し控えなど、保護者の考えのみで児の治療内容が決定されることは避けなければならない。必要に応じて医療チームが話し合い、適宜、施設内倫理委員会の意見を仰ぐべきである。

## ② 周産期・新生児期のイベント(先天異常)に対して

### ■ 喫緊の課題

- 1) 特に喫緊の課題は見当たらない。

### ■ 推奨点

- 1) 滋賀県では、周産期医療等協議会で周産期死亡例の検証を行ってから周産期死亡率が改善した。周産期医療等協議会と連携しながら現状の取り組みを継続していく。
- 2) 胎児期に先天異常が疑われた際には、適切な施設で管理した上で分娩を行う。今後も継続して早期から産科と小児科が連携していく。

### ■ 解説

当該例の原疾患、管理、治療の状況、死因を併せて検討した。その結果、いずれも重篤な先天異常が認められたが、適切な医療が提供されていた。なかには、現在の医療では死を回避することが不可能と考えられる疾患があった。

いずれも周産期・新生児期に発生した何らかのイベントや検査を契機に、ほとんどが胎児診断されていた。胎児期に先天異常が疑われた際には、適切な施設で管理されるべきである。いずれの事例も産科と小児科が連携し、中核病院または地域小児科センターで出生していた。すなわち、十分な医療体制が提供されていたと考える。

特に滋賀県では、周産期医療等協議会で周産期死亡例の検証を行ってから、周産期死亡率が改善した。今後も周産期医療等協議会と連携しながら現状の取り組みを継続すべきである。

### ③ 周産期・新生児期のイベント(その他の要因)に対して

#### ■ 喫緊の課題

1) 特に喫緊の課題は見当たらない。

#### ■ 推奨点

1) 周産期医療の進歩により、将来は当該死亡例が予防し得ると考える。周産期医療等協議会と連携しながら現状の取り組みを継続していく。

#### ■ 解説

当該例について、周産期・新生児期のイベント、出生前後の状況、直接死因、死亡した医療施設について検討した。

その結果、ほとんどが 2500 g 未満の低出生体重児であり、中には 1000 g 未満の超低出生体重児もみられた。

また、児の出生時体重が 1900 g 以上の例では、背景に母の感染症や、内分泌疾患が認められた。これらについては、中核病院または地域小児科センターで、分娩前より管理が行われており、十分な医療体制であったと考える。

周産期のイベントに起因した死亡例については、周産期医療の進歩により、将来は死が避けられ得ると考える。また、周産期医療等協議会でも、検証が行われている。今後も、周産期医療等協議会と連携しながら、現状の取り組みを継続すべきである。



#### ④ 悪性新生物に対して

##### ■ 喫緊の課題

1) 特に喫緊の課題は見当たらない。

##### ■ 推奨点

1) 小児悪性新生物患者に対する緩和ケア、終末期への対応について関係者間で議論を進める。

2) 小児在宅医療を充実させるべく、訪問看護・訪問介護機関などとの有効な連携体制を構築する。

3) 小児緩和ケア施設、在宅看取りについて議論を進める。

##### ■ 解説

悪性新生物による死亡は、病死の中では周産期・新生児期のイベントに次いで多かった。いずれも、診断後に専門的治療が行われたが、死亡を回避することは困難であった。

多くは病院で死亡が確認されたが、在宅看取りを前提としたケアを受けていた例もあった。また、病院で最期を迎えた子どもでも、可能な限り在宅での治療が行われていることがあった。

したがって今後は、小児悪性新生物患者に対する緩和ケア、終末期への対応について関係者間での議論を進める必要がある。

また、死因が悪性新生物ではなかったものの、慢性腎不全に罹患していた児が在宅看取りをされていた。このように、医療的ケア児や悪性新生物患者に限らず、緩和ケアが必要な児全体を対象として、議論を進める必要がある。

上記の対応では、多職種医療関係者間で密に連携をとった全人的医療が求められる。したがって、訪問看護や訪問介護機関などとの有効な連携体制を構築すべきである。

## ⑤ 交通事故に対して

### ■ 喫緊の課題

- 1) 一般的な交通事故予防対策を推進する。
- 2) さらに予防に向けて、保護者の見守りを徹底し、児への安全教育を推進する。

### ■ 推奨点

- 1) 個々の事故を分析し、救急搬送体制の妥当性や予防可能性について継続的に検証していく。

### ■ 解説

当該例のうち、歩行者事故による死亡が最も多かった。県民に対する一般的な交通安全運動の推進で、一定の予防効果は期待できる。しかし、保護者の見守りが不十分であることや、不注意による事故で予防可能である例、児の道路上でのマナー改善で予防可能である例がみられた。

したがって、保護者による見守りの徹底、児への安全教育を推進することで、歩行者事故の約 2/3 は予防可能と考えられる。

一方、自動二輪車事故による死亡が認められた。主として高校生に対し、自動二輪車事故の危険性について周知し、安全への意識高揚を図る必要がある。

対象例は、いずれも受傷時に受けた外力が大きく、救命可能性は低いと考えられた。一般に、重症外傷患者は速やかに救命救急センターへ搬送されるべきであり、搬送方法や病院の選定が適切であったかを検証していく必要がある。

したがって、今後も交通事故をはじめとした重症外傷例の分析を行い、予防可能性について検討すべきである。

## ⑥ 不慮の溺水に対して

### ■ 喫緊の課題

- 1) 溺水の発生を予防すべく、保護者の見守りを徹底する。
- 2) 危険な箇所や環境下(悪天候、増水時など)での水遊びを避けるように教育を徹底する。

### ■ 推奨点

- 1) 危険な箇所を確認した上で警告表示や環境改善を推進する。

### ■ 解説

屋外での死亡例については、環境が大きく関与していた。すなわち、蓋のない用水路での転落、悪天候による増水時の溺水などであった。したがって、危険な箇所や環境(悪天候)での水遊びを避ける必要がある。また、用水路の蓋の設置、危険な箇所への警告表示を推進すべきである。

一方、低年齢者が水遊びする際には保護者の十分な見守りが必要である。

## ⑦ 不慮の窒息に対して

### ■ 喫緊の課題

- 1) 乳児に対して、添い寝などの睡眠環境に起因する窒息事故予防策を早急に検討する。
- 2) 添い乳における死亡例が散見されることから、安全確保に向けた対応策を検討する。
- 3) 母子保健関係者は、児の睡眠環境に起因した窒息事故の危険性を把握する。

### ■ 推奨点

- 1) 母子保健関係者間で不慮の窒息事故予防に向けた情報交換を推進する。

### ■ 解説

1歳以下の不慮の窒息例は、すべて睡眠環境に関係した死亡であった。すなわち、添い寝、添い乳、うつぶせ寝、ベッドとの壁の間に挟まるなどである。いずれも鼻口部が閉塞され、十分な呼吸ができずに死亡した。このような睡眠環境に起因した不慮の窒息死が以前から継続して発症していることから、早急な予防対策を講じる必要がある。

また、添い乳については、このように窒息の危険性があることから、安全確保に向けた対応を検討すべきである。

睡眠環境に起因した死の危険性と予防対策について諸外国では周知され、特に乳児に対して添い寝を避けること、ベッド上には柔らかい寝具などを置かないこと、などの予防対策が広報されている。したがって、母子保健関係者は睡眠環境に起因した窒息事故の危険性を把握し、適切な教育を行う必要がある。

なお、12歳以上の不慮の窒息例については背景に何らかの疾患があった。したがって、偶発的な事故とは異なった背景である。

## ⑧ 自殺に対して

### ■ 喫緊の課題

- 1) 子どもの自殺者が増加している背景を鑑み、より充実した自殺予防対策を進める。
- 2) 教育現場や家庭における課題がある子どもが、十分な保健医療福祉支援を受けられるよう配慮する。

### ■ 推奨点

- 1) 既存の取り組みに加えて、CDR で得られた知見をもとに多機関が連携して自殺予防対策を推進する。
- 2) SOS を発しないタイプの子ども(相談をしない、悩んでいる、不適切な行動が出てしまう子ども等)に対して十分な心身状況の把握を行い、必要に応じて適切なケアを行える体制を整える。
- 3) 今後も、様々な角度から情報を収集したうえで、自殺完遂例を後方視的に検証していく。

### ■ 解説

自殺は外因死の中では交通事故、不慮の窒息に次いで多かった。特に2020年の自殺者数は2018年、2019年のそれぞれにおける自殺者数より多かった。全国的に2020年には小中高生の自殺者数が過去最多となり、コロナ禍の影響も指摘されている。

また、滋賀県死因究明等推進協議会で2015年～2017年の死亡小票調査を実施した際には、自殺による死亡数が交通事故死者数の2倍以上であった。このように、子どもの自殺が近年増えていることに対しては、早急な対応が求められる。自殺予防に関する既存の取り組みに加えて、CDR で得られた知見をもとに多機関が連携して予防対策を推進する必要がある。

まず背景として、自殺をほのめかす言動があった、リストカット歴があった、精神神経疾患の既往があった、学業での悩みがあった、家庭における課題があった。したがって、自殺に至る前に、児に認められる諸問題を把握し、関係者で共有した上で適切な対応を行う必要がある。特に、リストカット経験者や精神神経疾患者が十分な心のケアを受けられていないことがあった。今後は、教育現場や家庭における課題のある子どもが十分な保健医療福祉支援を受けられるよう配慮すべきである。

県では自殺未遂者支援対策として、本人や家族の同意のもと医療機関からの情報提供に基づいて、保健所や市町が実施主体となり、本人又は家族にサポートを行っている。さらに、子ども子育て応援センターの「こころんだいやる」および「24時間子ども SOS ダイアル」では、保護者や児本人からの電話相談に応需している。しかし、相談をしないタイプの子どもや、悩んでいるものの行動に出さないタイプの子ども(SOSを発しないタイプの子ども)、不適切な行動が出てしまう子ども等に対しては十分な心身状況の把握を行い、必要に応じて適切なケアを行える体制を整えるべきである。

自殺予防については、様々な対応が行われているものの、関係者間で必要な情報が共有されていないこともあった。

本調査のように、様々な角度からの情報を集積したうえで、自殺完遂例を後方視的に検証することは、今度の予防対策を講じるうえで極めて重要である。

## ⑨ 養育に対して

### ■ 喫緊の課題

- 1) 養育を原因とした死亡を避けるべく、保護者に対する子育て支援を充実させる。
- 2) 今後も、関係機関等で情報を共有し、保護者への支援を推進する。

### ■ 推奨点

- 1) 産後うつの母を早期に発見すべく、関係者の資質向上を図り、多職種が連携して対応していく。

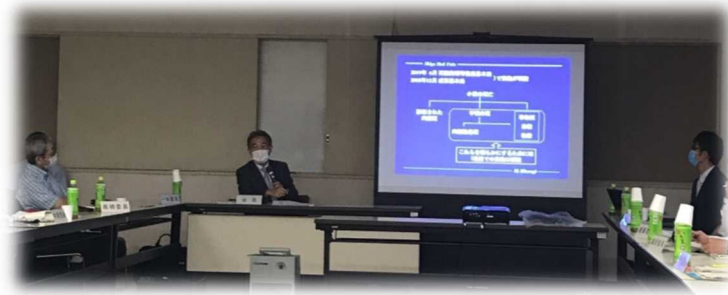
### ■ 解説

死体検案書では不慮の外因死に分類されたものの、保護者による養育に原因があった例がみられた。子育てに関するハイリスク家庭をより正確に見極め、関係機関等で情報を共有したうえで保護者への支援を推進すべきである。さらに、保護者に対する子育て支援を充実させる必要がある。

また現行の産婦健康診査事業に基づく産後うつへの対策では、不十分であることも指摘されている。今後継続して産後うつに対する介入法を検討していく必要がある。特に、産婦に対する診察で得られた情報を行政において共有し、多職種が連携して産婦に対応する必要がある。

滋賀県 CDR 体制整備モデル事業の活動記録

キックオフミーティング 2020年7月21日



会議時の感染対策





第2回 CDR 多機関検証委員会 2021年2月16日



第2回 CDR 関係機関連絡調整会議・第3回 CDR 多機関検証委員会  
2021年3月17日



知事へ提言の提出



# 子の死因「なぜ？」を追う

## チャイルド・デス・レビュー開始



### チャイルド・デス・レビュー (CDR)

事故や虐待、病気、自殺などで亡くなった子どもについて、死亡の経緯だけでなく、家庭環境や病気の治療状況をデータ化し、医師や警察、児童福祉関係者ら専門家が共有し、多方面から原因を検証する制度。どうすれば防げていたか分析し、再発防止策に生かす。モデル事業は、群馬、山梨、三重、滋賀、京都、香川、高知の7府県で始まる。略称は「Child Death Review」の頭文字。

米東部のボルティモア市は、ネットや医療機関で「幼児はベビーベッドで一人で寝かせまじょう」などと訴えるキャンペーンを開始。睡眠中に死亡した幼児数が6年間で半数以下になるなど成果を上げた。

日本でも、2022年度までに全国でCDRを導入しようと、今年度から滋賀など7府県でモデル事業が始まる。滋賀が選ばれたのは、県死因究明等推進協議会がすでに子どもの死因調査をしていたためだ。

同協議会は15、17年に県内で亡くなった18歳未満の131人の死因を、保健所で保管されている死亡票の写しなどで調べた。病気が最多で99人、次いで自殺が10人、交通事故が4人、窒息死が4人、判断がつかない「不詳の死」も9人いた。

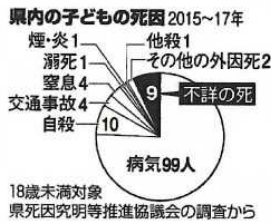
今年度から始まるCDRでも、まず見逃しがないように、18、20年の全事例をリスト化する。その中で、不詳の死など死に至った原因がはっきりしない事例をピックアップ。県や小児科医、法医学者、救急医、警察、検察、児童相談所、教育関係の有識者ら多機関の専門家による「検証委員会」で詳しく調べる。

病死や窒息死についてもなぜそうなったかを検証し、地域や家庭でとるべき対策がないか、考える。

県は、6月の補正予算案に国の補助金約1200万円を計上する予定。滋賀医科大に委託し、7月下旬から本格的に始動させる方針だ。

県医療政策課の担当者は「子どもの死の中でも、表に出にくい部分を把握することが重要です。その上で対策につなげたい」と話す。

(新谷早布美)



18歳未満対象 県死因究明等推進協議会の調査から

防げる子どもの死を見落としていないか——。子どもの死亡事例を全て集めて検証し、再発防止につなげる制度が今年度から県内で始まる。「チャイルド・デス・レビュー」＝CDR（CDR、予防のための子どもの死亡検証）という制度だ。暮らしの中に思わぬリスクが潜むこともあり、制度の先進地・米国では死亡例を減らす成果が報告されている。

## 事例集め▼多角的に検証▼再発防ぐ

おもちゃをのみ込んで亡くなった子どもがいるとする。死因は窒息死では、なぜそうなったのか。これまでは、親のネグレクト（育児放棄）など虐待があれば警察や児童相談所が、幼稚園や保育園で起きた誤飲であれば行政の担当部署が、それぞれ個別に原因を調べてきた。しかし、どちらでもないケースには

光が当たらず、全体の傾向もつかみにくかった。「家庭でのおもちゃの保管場所が悪い可能性も考えられる。CDRがあれば、そうした教訓を広く社会に伝えられます」

県内の医療機関や捜査機関でつくる県死因究明等推進協議会の一杉正仁会長は「滋賀医科大教授（社会医学）は期待を寄せる。

すでにCDRが導入されている米国では、幼児に親やきょうだいが添い寝することのリスクがわかった。

窒息死した幼児の死の状況を詳しく調べると、同じベッドで家族が添い寝し、寝ている間に幼児を抱きしめすぎていたり、寝返りをうって腕や足で幼児の口をふさいでいたりした事例が多数あった。

# 子の死亡防止へ県本腰

子どもの死因検証の進め方を協議する委員ら  
(大津市松本1丁目・県大津合同庁舎)



## 検証組織が初会合開催

子どもの死因を検証して不慮の事故などの予防につなげる滋賀県の「チャイルド・デス・レビュー(CDR)」検証組織が21日に設置され、有識者を含む委員の初会合が大津市内で開かれた。2018年から3年間の18歳未満の死亡症例を本年度中にすべて検証し、効果的な対策を県に提言する。

設置されたのは、医療機関や県警、保健所、児童相談所などをつくる「関係機関連絡調整会議」と、同会議のメンバーに有識者や検察官を加えた「多機関検証委員会」。事務局は滋賀医科大学に置き、双方の会長に同医科大学の一杉正仁教授が選任された。

初会合では、今後の作業の流れを確認。保健所に保管されている「死亡小票」のほか、新たに医療機関や警察が記入する調査用紙を基に、自殺や虐待が疑われる症例を抽出し、教育機関や児童相談所に2次調査する。連絡調整会議で整理した症例を多機関検証委員会が多角的に検証し、滋賀の傾向や予防策を取りまとめる。

また、モデル事業に先駆けて県医師会などが実施した15、17年分の死因調査が報告された。18歳未満の131人の症例のうち、死因は先天異常や事故などの外

(岡本卓苗)

2020年7月22日(水) 京都新聞

# 子どもの死 検証始動

## 県内機関連携対策を提言

本来救えるはずの子どもの命を守るため、県内の医療機関や警察、児童相談所など各機関が連携して、虐待や不慮の事故など子どもの死亡事例を検証する「チャイルド・デス・レビュー(CDR)」を、県内で本格的に始めた。「子どもの死をゼロにする」という目標を掲げ、将来的には再発防止策を県に提言し、広く周知する方針だ。

(松山春香)



県内における18歳未満の子どもの死因別人数 (2015～17年)

CDRは、18歳未満の子どもの死亡事例を収集し、検証することで再発防止につなげることを目的とした厚生労働省の事業。今年度から県や京都、香川など7府県でモデル試行され、2022年度には全国に広げる方針だ。

県内でも中心となってCDRを進める滋賀医科大学の1杉正仁教授(社会医学)は、「再発防止策を講じれば、

通事故死がそれぞれ4人のほか、死因が分からない「不詳の死」が9人上った。一杉教授は、海外に比べ日本では死因究明が進んでいない現状を問題視。「同じことの繰り返しで子どもが死んでいる。本当に正しい行為だったのか、何が起ったのかを科学的に明らかにする必要がある」と訴える。

CDRの対象は、18年7月20日に死亡した県内の18歳未満の子どものすべて。これまででは虐待死なら児童相談所や警察、生まれて間もない乳児の死については早というように、各機関が個別に死因を調べていたが、CDRではそれぞれの機関が連携して検証。全ての事例を比較することで、子どもの死因を深く追究するが狙いだ。

年内には、県から委託を受けた滋賀医科大が保健所から提供を受けた情報を基に、医療機関や警察に対し

病歴や死亡時の状況、検査結果などの調査を依頼。児童相談所や警察からも家庭環境や対人関係に関する情報を集め、自殺や虐待、不慮の事故が疑われる事例については検証を重ね、傾向や特徴を解明し、来年3月に予防策を県に提言する。

7月21日に県大津合同庁舎(大津市)で1回目の会議が行われ、関係機関の担当者14人や県職員が今後の調査方法や検証結果の公表などについて意見を交わした。滋賀医科大にも同日付

で、CDRの調査に関する意見交換と検証を行う組織がそれぞれ発足した。県医療政策課の担当者は、「子ども一人一人の死に向き合うことで得た教訓を今後、県の施策につなげ、一人でも多くの子どもの死を防ぎたい」と話している。

# 幼い命 連携し救おう

厚生労働省が七府県で行う、子どもの死因を検証して予防につなげる「チャイルド・デス・レビュー（CDR）」のモデル事業が、県内でも始まった。医療機関や警察、行政など関係者間の連携を強化し、幼い命を救うための最善策を追究していく。

## 子どもの死因究明「CDR」 滋賀でモデル事業



一杉正仁教授

県内では二〇一五年から、各機関の関係者が参加する「県死因究明等推進協議会」が組織されている。先進的に死因究明体制を整えていたことが、モデル事業選出の一因となった。七月に開かれた第一回会合では、死亡事例調査を担当する「関係機関連絡調整会議」と、予防策などを検討する「多機関検証委員会」が設置され、双方の会長に滋賀医科大学の一杉正仁教授が選出された。

7月に開かれた第1回会合は、津市松本の県大津高庁舎で



今後は、各保健所で保管されている「死亡小票」を一八年からの三年分を集め、検証を進める。さらに、医療機関や警察などに調査票を記入してもらい、虐待や自殺が疑われる場合は、教育機関や児童相談所などに二次調査を求めていく。従来は、死亡小票や解剖結果中心に判断していたが、モデル事業というお墨付きを得たことで、より踏み込んだ調査が可能になったという。

推進協議会で死因調査した一五、一七年の十八歳未満の百三十一人の症例では、自殺で亡くなったのは、交通事故死者の約二・五倍に人数上り、いずれも中高生だったことが判明。さらに、〇一歳児が睡眠時に窒息して死亡する例が多いことも、確認された。

本年度は国からの支援を受けながら事業を進めるが、事業継続に向けて来年三月に県に報告書を提出し、さらなる協力を求めていく予定だ。

一杉教授は「子どもにとっ

再発防止にも注力  
ドラマや映画などで描かれる死因究明の世界は、事件や事故の全容解明を目的としていることが多い。



柳昂介

しかし、法医学など死因究明の根幹を担う分野も、内科や外科といった他の医療現場と同様に、命を救うための重要な医療なのだと思っ

「日ごろの取材でも、事件や事故の発生直後だけでなく、再発防止策などにもしっかりと注力していく必要がある」と、改めて感じた。

2020年8月30日(日) 中日新聞



# CDRって何？

なるほど 2020年度から県内でCDRという制度が始まると聞いたよ。どんな制度なのかな。

記者 「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)」という、県内の子どもの死亡事例を検証し、再発防止を目指す制度です。大学▽県医師会▽病院▽地検▽県警▽保健所▽児童相談所▽自治体―などの機関が協力して、子どもの死因を分析する取り組みです。県は6月に予算化、7

## 子どもの死亡事例を検証

関係機関が連携・協力し死因を分析



事業への期待を語る滋賀医科大社会医学講座の一杉正仁教授―大津市瀬田月輪町の滋賀医科大で

力関係ができていないところなどが評価されたようです。Q どのような効果が期待されるの。A 予防可能な子どもの死亡を減らすことを目的としています。モデル事業となったこ

とで、情報利用の幅が広がり、死亡診断した医師への聞き取りや児童相談所などが持つている家族背景や生育状況に関する情報、死に至る経緯などの情報を素早く得ることが可能となり、それらを基にした綿密な死因調査ができます。調査を通

じて、虐待死の発見や周辺の状況解明などをしています。それを踏まえて、生活環境や医療、行政で実践できる予防策を県に提言します。Q 提言って例えばどのようなものになるの。A 厚労省の「制度の研究」という資料の中で、約40年前からCDRに取り組んでいる米国の例が紹介されています。児童相談所職員増加(1998年、オクラホマ州)▽煙探知機の設置と点検(99年、オレゴン州)▽添い寝リスクの啓発キャンペーンの実施(2001年、イリノイ州)―などの提言が実行されました。この他にも虐待対策や機関連携に関する提言などをしていきます。Q 今後はどのような

回答・菅健吾 (大津支局)



# 子の死亡3割「防げた可能性」

## 滋賀医大教授ら 県内130事例を検証

医療機関や警察、児童相談所などが連携し、子どもの死亡事例を検証するチャイルド・デス・レビュー(CDR)で、県内で調査を進めてきた滋賀医科大の一杉正仁教授らが30日、三日月知事に検証結果を報告した。「CDRを継続して課題を明らかにすることで、子どもの死を減らすための解決策が導き出せる」などとする提言も盛り込み、三日月知事も継続の意向を示した。

(松山春香)



三日月知事(右)に提言書を渡す一杉教授(大津市で)

### 知事「調査継続を支援」

調査は、県の委託を受け、滋賀医科大が中心となり、2018年1月から20年12月までに死亡した18歳未満の県内の子どものうち約130例を対象に実施。死亡診断や死体検案を行った医療機関、警察と協力し、自殺や虐待の疑いがあるケースについては児相や産婦人科から情報を集めて、死亡に至る経緯を検証した。その結果、不慮の事故など防げた可能性のある「外因死」が全体の3分の1を占めた。最多は交通事故と不慮の窒息で、次が自殺だった。他に▽高さのあるラックから転落▽蓋のない用水路に落ちる―などもあった。

報告書では、1歳以下の

窒息死は、うつぶせで寝たり、添い寝した親の体で鼻や口が塞がれたり、睡眠環境が問題だったことから、親に危険性を周知するなど

チャイルド・デス・レビュー(CDR)の死亡原因など防げる可能性のある事例を抽出し、予防可能な死を減らすことを目的とする取り組み。厚生労働省が2020年度から滋賀、京都、香川など7府県でモデル事業を始め、今後は全国へ広げようとしている。

の予防策の検討を課題として挙げた。

また、自殺について、家庭や学校、医療機関などがそれぞれ把握した情報を共有していないケースがあったといい、一杉教授は「リストカットなどSOSを共有すれば解決の選択肢が広がった」とした。

された事案について情報がなく、検証できなかった▽死因を詳しく追究していないケースがあった―などとして、一杉教授は「検証の精度を上げ、届け出制の導入などで全ての死亡例を収集できる方法を模索する必要がある」と指摘した。

滋賀は県人口に占める15歳未満の割合(2019年10月現在)が全国で2番目に高く、一杉教授は「子どもの安全、安心を確保するのはこの県の使命。提言に基づいて力を結集し、防げる子どもの死がゼロになることを期待する」と話した。

一杉教授らは来年度もCDRのモデル事業に参加する意向で、三日月知事は調査を継続できるよう支援したい」と話した。



# 子どもの死 3分の1防げた

## 検証委、予防策を知事に提言

十八歳未満の子どもの死因を分析し、予防につなげる「チャイルド・デス・レビュー（CDR）」の検証委員会が三月三十日、検証結果と予防策の提言を、三日月大造知事に報告した。報告では不慮の窒息や交通事故など、防げる可能性があった死が、全体の三分の一を占めていると指摘した。報告書を今後、県の各部署など関係機関で共有し、具体的な予防策を講じる。

（北村大樹）

## 委員長「ゼロまで検証継続を」

報告書によると、二〇一八～二〇二〇年に死亡した県内の十八歳未満の子どもの約百三十人を分析した結果、防げる可能性があった「外因死」が全体の三分の一を占めた。うち、不慮の窒息と交通事故がそれぞれ約三割で最も多く、自殺が二割強を占めた。

一歳以下の不慮の窒息死には、睡眠環境が影響していた。うつぶせで寝てしまったり、添い寝をした親が乳児に覆いかぶさったりして、鼻と口をふさがれて亡

くなった事例が続いて起きていた。検証委は「早急に予防策を講じる必要がある」と指摘した。

交通事故での子どもの死を防ぐため、保護者の見守りの徹底や子どもへの安全教育の必要性を挙げた。

小中高生の自殺は二〇二〇年、全国的に急増し、新型コロナウイルス禍の影響が指摘される。報告書では「予防に必要な子どもらの情報が、関係者間で共有されていないことがあった」と指摘。子どもらの言動や行動、学業や家庭での悩みなどを関係者で共有する、支援態勢の整備を求めた。

検証は国のモデル事業で、県や県警、地検、県医師会などで構成する委員会が、昨年七月から続けてきた。委員長の一杉正仁・滋賀医科大学教授は「死因の分析で、傾向と課題が見えてきた。防げる死がゼロになるまで、検証を続けなければならぬ」と話した。三日月知事は「報告書から発せられる社会的メッセージは大きい。継続的な調査ができるよう、対応していく」と語った。



魚谷ら  
佐々木

三日月知事に報告書を  
手渡した検討委員長の  
一杉教授（左）と県公館で

2021年4月1日(水) 中日新聞

# 防げる子供の死、ゼロに

## CDR検証委、県に提言

子供の死因を検証し、予防可能な死を防ぐ「チャイルド・デス・レビュー(CDR)」について、医療機関や県警、児童相談所、有識者などで行く検証委員会は、三日月大造知事に提言を盛り込んだ報告書を提出した。外因で死亡した子供のうち、交通事故や不慮の窒息がそれぞれ3割に上る点などを指摘し、関係機関が連携して予防策を講じることを求めている。



三日月大造知事に(右)に報告書を提出した検証委員会の一杉正仁委員長＝3月30日、県庁

CDRは厚生労働省が滋賀など7府県で進めてきたモデル事業で、不慮の事故などによる子供の死を減らすのが狙い。子供の死因や背景に関する情報を幅広い機関から収集、専門家の知見を交えて死亡事例を検証し、効果的な予防策を講じる。

県内では昨年7月に検証委の初会合が開かれ、平成30年から3年間の18歳未満の死亡例約130例を検証。死亡診断書を基に作成する「死亡小票」の閲覧を出発点に医療機関や警察などに新たに調査を依頼する

などし、自殺や事故など事例の抽出を実施した。報告書は、外因死のうち交通事故では歩行者事故による死亡が最も多く、保護者の見守りが不十分だったり、不注意に起因するものだったりとした点を挙げ、「子供への安全教育を推進することで、歩行者死亡事故を防ぐことができる」とした。

乳児が睡眠中に鼻や口が閉塞され、窒息死する事例では、保護者らに窒息事故の危険性を周知し、適切な教育を施す必要があると指摘。また、自殺が2割強に

及んでおり、新型コロナウイルスの影響からか、昨年の自殺者が前の2年間に比べて大幅に増えていることを挙げて対策を促している。

検証委の委員長を務める滋賀医科大の一杉正仁教授から報告書を受け取った三日月知事は「しっかりと受け止め、共有し、防げる死に対する取り組みを急ぎたい」と述べた。一杉教授は「ここからがスタート。外因死の予防は喫緊の課題で、どのように予防するかといった具体策を考え、実行してほしい」と話した。

2021年4月1日(木) 産経新聞

---

## 2020年度滋賀県 CDR 体制整備モデル事業報告書

---

発行日 2021年11月

監修 滋賀医科大学社会医学講座法医学部門  
一杉 正仁

(滋賀県 CDR 関係機関連絡調整会議会長)

(滋賀県 CDR 多機関検証委員会委員長)

編集発行 滋賀県 CDR 体制整備モデル事業事務局

滋賀医科大学社会医学講座法医学部門

〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町

Tel/Fax. 077-548-2200

滋賀県健康医療福祉部医療政策課医療整備係

〒520-0044 滋賀県大津市京町四丁目 1-1

Tel. 077-528-3625 Fax. 077-528-4859

e-mail ef0003@pref.shiga.lg.jp

---