

ういった他の病名になっているお子さんは、このグリーンの部分になります。やはりこれも、呼吸器疾患が圧倒的に多いんですね。肺炎、気管支炎とか、そのたぐいで亡くなっているお子さんが多いです。

先天奇形や周産期異常を基礎疾患に持っている死亡では、他の病名が死因となっていることが多い、特に呼吸器疾患が多いと思います。先天奇形や周産期異常疾患を持つ死亡は、加療により乳児死亡を乗り越えた、いわゆるキャリアオーバー。キャリアオーバーという言葉自体がちよっとよくないと思いますが、それでもつい使ってしまったけれども、要するにイメージ的には、周産期医療が非常に成績がよくなっているの、ほかの国だったら生まれて1年以内に亡くなっているお子さんのある一部の層が、一歳を越えて長く生きています、これは事実としてあるわけです。そのなかで、1-4歳で亡くなっているお子さんが多少いるというのは、これは事実なんだと思いますが、最大限に見積もって、この先天奇形、周産期異常を伴う1-4歳児死亡というのは、最大でおよそ年間300人近く。楠田先生が、2年合わせて600人ぐらいと積算されておりましたけど、それとほとんど同等の数字です。ですので、これ全部は入らないはずですが、仮に全部入れたとして、1-4歳児の死亡率を換算をすると、最大で7近くの数字になります。それは1-4歳児死亡率25.4のなかでは大きな部分を占めるものだと思います。

先ほどの楠田先生のお話と、同じようで、ちょっと違うんですけど、楠田先生はNICUを退院できずに亡くなった方で出されておりました。私の場合はもっと広く、先天奇形と周産期の病名を持っているお子さんの死亡を全部、乳児死亡率に含めて計算して、だいたい0.8です。乳児死亡率と1-4歳児死亡率は、けたが違うんですね。乳児死亡率は出生1,000対で、1-4歳児死亡率は人口10万対なので、そこで2けた違って、数字自体は大ざっぱには1けた違って乳幼児死亡率のほうが数字が大きいわけです。ですから、少々この1-4歳児死亡が乳児死亡に戻されても、影響を受けないんです。全部比べたわけじゃないんですけど、イメージ的には、要するに新生児医療で長期滞在するお子さんが増えているわけですけど、そのなかのどのくらいかわからないですけど、ごく少数の、生き延びられなかった人たちが1-4歳で亡くなっていて、ほかの人はもっと、その1-4歳を越えずと生存しているという構図なんじゃないかと、私はこれを見ながら考えます。

あと、もう一つの問題点として、これを調べているあいだに気づいたのですが、だいたい2005年で75、2006年で96、この死亡票のA、イ、ウ、エ、2のところですが、ほとんど空欄。ひとことあるいは「不明」と書いてあるのと、「不詳」と書いてあるのと、「病死」と書いてあるのがあります。これが結局、一つのネックといいますか、病態を検討するのに問題だと考えています。これもだから、日本の高い1-4歳児死亡率の原因で、何かあるのではないかと。このなかには、病死だけではなくて、おそらく事故、事件とか、そういうものも含まれている可能性があるかと。

次に、いまのは病死なんですけど、もう一方の死因の外因死です。外因死に関してはアメリカがやっぱり断トツで、日本というのは他の先進国と比べて、トップではないにしても悪くはないというところで、中くらいのレベルにあります。

交通事故としてみても同じレベルで、交通事故で日本の特徴は、歩行者の事故が多いということです。アメリカだと、歩行者の事故と乗車中の事故、両方なんですけれども、日

本の死亡小票の調査で見ますと、やはり歩行中で亡くなっているお子さんが7割近くいます。約3分の2になります。歩行中の、例えば横断歩道でとか、そういう路上の事故のほか、自宅の庭とか駐車場とか、そういった場所での死亡が、かなりの数あるということがわかります。こういう事故は、だいたいお母さんとかお父さんとか、身内が起こしているのがおそらくほとんどなんですね。ということで、けっこう悲惨な状況があるということと、今の死亡小票情報だけでは、そのへんの状況がぜんぜんつかめないのが、このあたりの情報を収集することで、事故を減らす対策の立て方も変わってくると思います。このへんの情報は大事です。

あと、転倒・転落ですけど、高いところ、ビルの5階とか7階とかから落ちて死亡するのが、やっぱりそれなりに多いようです。無理はないといえば無理はないのですが、そういう点では、子育て中の家族がそのようなところに住むということ自体が、ちょっと問題があるのかもしれませんが。あと日本で目立つのは、逆に低い場所から転落して亡くなるという奇妙な現象があると思います。低いところ、例えばベッドから落ちたとか、いすから落ちたとか、こういうところで亡くなるのは、先進国のなかでは、ほとんど日本だけです。絶対数として多くはないのですが。死亡小票で見てもみますと、2005年ではいすから転落して3人亡くなっていて、ベッドから落ちて2人亡くなっていて、自家用車の後部座席からも落ちて亡くなっていますね。これも何か、奇妙といえば奇妙で、中には虐待なんかも混じっているのではないかと疑いこんなどころから落ちて死ぬのかなと思います。

溺死に関しては、よく言われるとおりで、やはりお風呂の溺死がけっこう顕著です。

窒息ですけど、窒息はこのような感じで、日本で目立つのはベッド内での不慮の窒息、胃内容物の誤えん、あと食物の誤えんなどです。

○藤村 ありがとうございます。

ずいぶん詳細に、資料も配布されていますので、ここにありますので、読み返していただければ、何かご質問等がありますでしょうか。

○小林 よろしいですか。まず、呼吸器の疾患での死亡というのが、3分の2は、いわゆる周産期関係、何らかの基礎疾患があるというので。

○渡辺 それから先天異常ですね。

○小林 先天異常があつて、何も無い分が3分の1ぐらいですよ。

○渡辺 はい。

○小林 いわゆる死亡診断書の直接死因が、それは呼吸器と書いてあつて、その原因として、周産期疾患ですとか基礎疾患が書いてあるケースだと思うんですけども。諸外国も同じようなスキームで、要するに何らかの基礎疾患があつた場合で、直接死因が呼吸器の場合は呼吸器と書いてあるのか、むしろ日本でいうところの、もともとの原疾患をトップに書いてあるようなケースなのか、そのあたりの、海外と日本のデータの統計上の違いは、何か。

○渡辺 それはちょっと、比べようがないというか、外国でどうやっているかというデータがないのですが、分け方としては近いのじゃないかなと思っはいるんですが。

○小林 日本と同じような。

○渡辺 じゃないかなとは思っています。でも記述としては、国ごとの事情というか、た

たとえば、どのくらいの先天異常のお子さんが生活しているかというバックグラウンドの反映もあると思うので、同じかはどうかは不明です。同じような基準で、その国のデータソースを見ないと。

○小林 インフルエンザの死亡も、けっこう他国と比べて高いんですけども、これは昔から同じような傾向があるのか、それとも、例えば最近、迅速診断キットの普及に伴って、乳幼児でもそういう診断がつくようなケースが日本で増えているので、他国に比べて高いのか。そのあたりは。

○渡辺 そうですね、日本でも、以前のデータと比べてはいないので、正確なお答えはできないと思います。でも日本は、迅速診断キットが出る前から、インフルエンザとかインフルエンザ脳症とか、の病名は、それなりには言われていましたし、外国では、現段階でもほとんど出ていないので、疑いとしては、やはり日本に多いんじゃないのかなと考えています。

○小林 インフルエンザの、その。

○渡辺 死亡。インフルエンザ脳症を含めてですね。インフルエンザ脳症というのが、どうも、いろいろ聞いても外国ではほとんどないということになっているようなので。

○照井 よろしいですか。それに関連して、NSAIDsの使用状況なんですけど、日本と諸外国で違いがあって、それが影響している可能性については、先生はどういうお考えでしょうか。

○渡辺 いまの日本の小児科医が、インフルエンザを含めてすべての患者にアスピリンを出すとはとても思えません。日本でも、ほぼみんな、出すとすればアセトアミノフェンだけになっていると思います。

○照井 何年ぐらいから。数年前に、10年前に。

○渡辺 少なくとも10年は、いつていると思いますね。

○照井 ありがとうございます。

○渡辺 ライ症候群がこれだけ多いというのは、神経を専門にしている先生に聞いてみたのですが、不思議というよりは、これは誤診じゃないかと。ほかの急性脳症をライ症候群と言っているだけなんじゃないかと。

○小林 急性脳症での地域格差はあるんですか。発症の状況、例えば九州とかあちらのほうに多いとか、そういう地域格差は、あまり。

○渡辺 今回、地域で分けては、見ていません。すみません。

○小林 また、その基礎疾患なしの肺炎死亡の自宅が多いというところの、何らかの要因というのは、いわゆるダイレクトに言うと、マルトリートメントとか、そういった要因が疑われるんじゃないかということですか。

○渡辺 そうですね、ひとことで言えば他殺ですか、そういうようなことが、肺炎で亡くなっていることになっているのではないかという邪推をしているんですけど。結局は自宅で亡くなっている患者さんというのは、だいたいもとは原因不明の死亡ということになっていると思います。その中で、少なくとも一例か二例は、解剖した上で肺に肺炎の所見があったということを反映して、肺炎という名前がついたのもあったようです。これは推測なんですけど。死亡小票のなかに剖検所見という欄がありますので、それを見ていると、肺に炎症所見というのがあって、それとどうも対応しているように見えるケースがありま

す。今回、数字は出していませんけど、剖検率は、先ほどの話と同じで、ぜんぜん低くて、こういう不明の、まったく何もわからない死亡であっても、50%にいていませんでした。病死とか、内因死と、わざわざ死因欄に書いているのは、剖検不要と宣言しているような書き方なんですよね。診断名なしで病死なんて言えるわけがないのに、そういう死亡小票が実際存在します。このように剖検を避けようとしているようにみえるのは、いまの剖検制度自体がぜんぜん機能していないので、おそらくその反映だと思うんですけども。

○藤村 いろいろと疑問が出てくるので、このへんを、今後どういうふうに取り組んでいくかということになるんですけど、そのチャイルド・デスというものを、日本全体としてどういうふうに、この。いまのところ、死亡診断書をひねくりまわしても、こういうわかる範囲というのは依然、壁がありますので、チャイルド・デス・レビューという死亡登録ですね、こういうのが、わが国で選択的にも必要なんじゃないかということに、予防しなければ、それはここでの話になってくるのか。

それ以外に、渡辺先生のお話で、脳症とか呼吸器とかですね、呼吸器の一因は、先ほどのご質問との関係でわかってきたけれども、脳症のこととかは、次にどういうふうにも明らかにしていったらいいのか。要するにこれ以上は調べようがないという壁なのか。

○渡辺 そうですね。インフルエンザ脳症なんていうのは、そうでなくても、いまやはり、それだけで大きな問題になっています。研究班などでも、たしかいま、取り組まれていると思います。

急性脳症はまず大人にはない病気だし、あと、どうも子どもでも、日本以外の国では、あまりなさそうなんです。日本の小児でやるしかない状態なので、日本でもっと深く調べていく必要、解決していく必要があるのではないかと思います。

○藤村 イギリスのほうなんかは、学会で、サーベーターランスクリニックとって、例えば脳症というのを学会でテーマに上げると、3年間ぐらい、全部の小児科医、学会員が、それを用紙に書かないといけないんです。そうすると、これに対しての。

○渡辺 そういうのを含めてだったと思いますが、それをトータルに、例えば仮に、小児1-4歳のデス・レビューというかたちでも、年間1,000例ですか、国でやるのは難しいような話は先ほどありましたが、たとえば、小児科学会が中心になってでもやると、ずいぶん話は違ってくるんじゃないかと思います。

いま藤村先生がおっしゃったように、いまの死亡小票のデータだけで追求するのは、やはり限界があります。たしかに、話を聞くと、もともとは人口動態把握の目的から来ているものらしいので、やっぱりこれは医療というか、医療に反映させるという目的の、デス・レビューのようなものをつくっていくことが必要なのではないのでしょうか。

○藤村 そういう研究班を組織するというようなお考えはありますね。

○小林 ですからこれが、この研究班の、まさしく死因の分析と、その改善に対する医療の体系という位置づけなんですけれども。先ほどの話で、行政の事業としてできないかという話があったんですけども、やはり、ちょっと考えたのが、現行の人口動態統計のデータから、主な死因があって、第1死因、第2死因とか書いているなかで、そこはたぶん、われわれ行政官がこれを評価していくというのは、実際問題できないだろうと。そうすると、やはりこの専門家の先生方の協力をいただきながらやっていくしかないとなると、や

はり行政本体がやるというよりは、研究者にご協力をいただくかたちでやっていくしかないのかなというようなことを、直感的に思いました。そうすると、いまの人口動態統計の公的な全年齢層のデータとは別に、例えば小児の乳幼児期だけを切り離した仕組みを、何かプログラムをつくっていくべきではないかという、そういう趣旨でございますでしょうか。

○藤村 なるほどね。その場合、研究班の柱を、ちらっといま言われましたけれども、研究班はあくまで協力関係、市民研究者とか、われわれ分担研究者とか、一個人研究者の立場におかれまして、多くの人に強く協力を求めるようなインパクトが、やっぱり弱いんですよね。任意の研究者をリクルートしている。そういう意味では、国から、例えば学会に委託というかたちで、テーマをつけて、研究費と。いままで、あまりそういう仕組みがないんですよね。

○小林 ないですね。

○藤村 なくもないかなと思ったけど。

○小林 逆に、学会が使っているデータを行政が借りるとか、一緒にタイアップして分析していくとか、そういったことは仕組みとしてはあると思います。例えば、先ほどの話の産婦人科学会のほうで、従前から妊産婦の死亡について、学会で登録というのがありましたよね。

○藤村 はい。

○小林 ああいったところを、これまでも学会でデータベースの蓄積があって、それを小林先生なり、この研究班で2次加工するかたちで使っていくような話がありましたし、ちょっとまた位置づけが違うんですけども、例えば産科・婦人科学会のほうで、不妊症の体外受精ですとか、そういった症例をまた抽出するようなフォローもありまして、そういったデータを使って、行政のほうでも2次的にまた活用して解析していくと、そういうかたちはあるんですけども、なかなか行政のほうからダイレクトに、いわゆる公的な、医学界、医学の特定の領域の学会に対して、お金をつけて何かやっていただくという、そういったのはあまり前例がない。

なかには、病気によってはあるかもしれないんですけども、あまり行政のほうも、なかなか予算的な部分もあって、公的な予算を、社団とかいうかたちではあるんでしょうけれども、学会に対して委託を定例的に流すような仕組みというのは、現実的になかなか難しいものがあるのが現状です。

○池田 学会、こういう一つの行政として、アメリカや欧米なんかで、この被害者といいますか、子どもを亡くした親の会みたいなものが、ファンデーションを立ち上げるんですね。そこにドネーションをして、大きなサポート、研究をしてくださいといっているところがあるようなんです。そこが。僕がさっきお話したのは、アメリカ人の方で、日本で奥さんを、分娩のときに亡くされた方で、ドネーションをして日本の産婦人科学会や、日本の産婦人科の先生にも知っていただきたいというようなことを、厚労省としては、なかなか難しかったものですから、いま日本産婦人科学会のほうにかけて、みずから認めていただいて、そして向こうのほうと、こういう、かなり大きな基盤で。そうなってくると非常に、この患者団体というようなことが、例えばこの場合でしたら、事故やいろんなパターンで子どもさんを亡くされた方が、小児科かどうかわかりませんが、そういうよ

うなものは、小児科ではないんですか。アメリカや欧米では。

○藤村 あまり聞かないけど、ありえるかもしれない。

○池田 非常にニーズといますか、彼らにとっては。

○藤村 HIVでは大きいのがありますけどね。

○渡辺 あと、新生児だと、マーチオブダイムというのが、もともとそういう先天異常のモニタリング。要するに、そういうものを知ろうということで、誰かが企画したファンデーションなんですけれども、いまは新生児医療全般を研究のためにサポート、研究をサポートしようという団体があって、そのマーチオブダイムという名前のおり、歩いたら1マイルごとに何かをあげると。

○池田 お金を。

○渡辺 お金を払うんですね。でも、いまはもうそんなものではなくて、大企業がどんとそこにお金を出していて、いまは、いわゆる母子保健全体のサポートをする。

○池田 かなり大きな基金ですね。日本産婦人科学会だけに関して言いますと、年に2回しか集まらないんです。そして少人数で細々とやっていますので、一見データとしては、1年間で5万のデータが集まるんですけども、アクティビティーや信憑性に関しては、すごく落ちまして、いま一番、やっぱり日本のなかで信憑性として信頼性のあるのは、やはり厚労省の研究じゃないかなと思っています。この、こういうような。学会はちょっと、そのへんが弱い。

○藤村 そうしたら、ちょっと時間の関係で、山中先生から、いまのお話のご提案があると思います。それも含めてお願いします。

傷害による幼児死亡を予防するために
- 死因究明システムについての検討 -

緑園こどもクリニック
山中 龍宏

傷害による幼児死亡を 予防するために

— 死因究明システムに ついての検討 —

緑園こどもクリニック
産業技術総合研究所デジタルヒューマン研究センター
子どもの傷害予防工学カウンスル
Childhood Injury Prevention Engineering Council
(CIPEC)

山中 龍宏

幼児死亡の検討

Preventable

Less-Preventable

子どもの事故による傷害のとらえ方

「事故」に対する考え方の推移



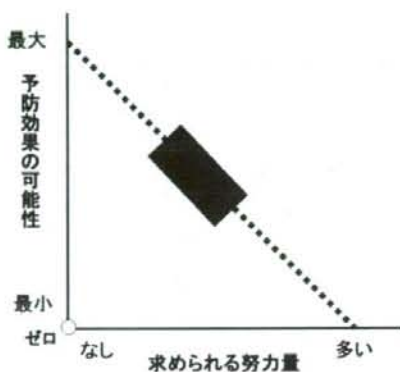
小児の救命の連鎖



● 傷害予防の基本的な考え方

傷害予防のために求められる努力量と、
実際にそれによって予防が可能となる量との関係

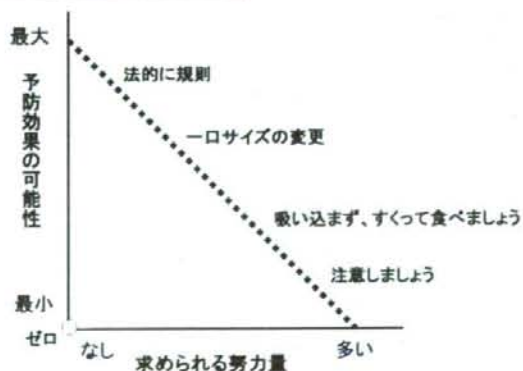
一般論



● 傷害予防の基本的な考え方

傷害予防のために求められる努力量と、
実際にそれによって予防が可能となる量との関係

コンニャクゼリーによる窒息にあてはめると



- 子どもの事故による傷害を確実に減らすには

予防を実践した結果は、**データの収集と評価**

1. 発生数・発生率の減少

2. 重症度の軽減

(通院日数、入院日数、医療費など)



予防活動の評価は必ず数字で検証

安全知識循環社会
(現状の問題点)

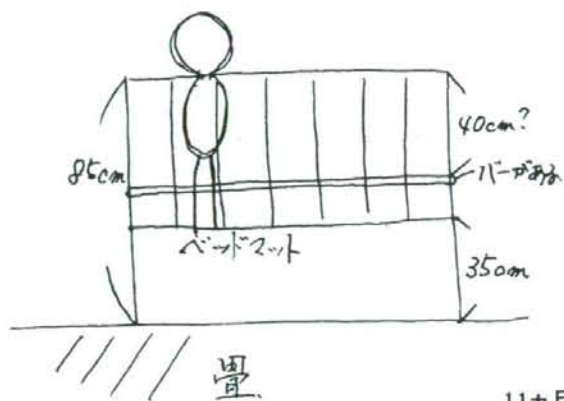


【症例】 11ヵ月 男児 ID 11750

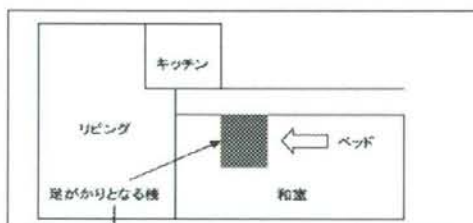
- 平成20年6月9日午前9時15分ころ、自宅の寝室から子どもの泣き声がした。母親が寝室に行ってみると、子どもが乳児用ベッドから転落していた。午前12時に当クリニックを受診した。どこを打ったか不明。嘔吐はみられなかった。
- 意識は清明で、手足の動きも良好であった。理学所見では、左前額部に軽度の発赤を認めたが、腫脹はなかった。手や足、体幹部に圧痛はなく、口腔内、耳内にも異常は認められなかった。
- なぜ、ベッドから転落したのか？

もう少し詳しい状況を聞くと

- 身長 73cm、体重 9kg
- 発達段階は、伝い歩きができる。
- ベッドは子ども用柵付ベッド。
- 転落した地点は畳。
- 母親は見えていなかった。
- 発見時、ベッド柵は外れていなかった。
- ベッドの中に毛布以外、足がかりとなる物はない。



11カ月 男児





ベビーベッド:カトージ製

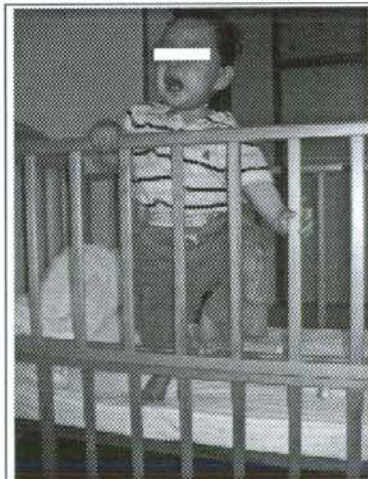
<http://www.katoji.co.jp/index.html>

- ◆床から横上部までの高さ=85cm
- ◆布団から足がかりとなる横棧までの高さ=11.5cm
- ◆横上部から足がかりまでの高さ=35cm
- ◆横と横のすきま=7.8cm

<実際に悠太くんがベッド内で立ってもらおう>



<このようにすぐ足がかりに足をかける>



外因死のデータのまとめ

- 1) 多くの場合、「死亡の原因」(ア)～(エ)は、「死因の種類」を反復して述べるにとどまっている。死亡の原因が記載されている場合でも、不慮の事象による死亡、または暴力・遺棄等による死亡を予防する上で役立つ内容ではない。
- 2) 叙述欄「外因死手段及び状況」の記載内容は死因として無視されているか、活用されていない。不詳の死亡の中には、「外因死手段及び状況」から「死因の種類」を特定できる場合が少なからず見受けられる。
- 3) 「外因死手段及び状況」の内容が確認された事実なのか、伝聞なのか不明確でない。
- 4) 「病死及び自然死」の中には、不慮の事象による傷害が死亡に至るそもそもの原因であったと推測される例がある。

A県の外因による幼児死亡11例

(単年度)

- 交通事故死 4例
- 海で溺死 1例
- 火災によるもの 2例(1例)
- 転落 1例
- 公園での外傷 1例
- 窒息 1例
- 不詳 1例(虐待)

斜体:新聞記事による把握

太字:法医学教室による把握

「不詳の外因死」とされた死亡例

- ・死亡者の年齢と性別
- ・死亡年月日
- ・死亡が起こった都道府県・市区町村
- ・外因死手段及び状況

31例を任意抽出して検索すると

新聞記事 : 5件把握

インターネット検索記事 : 1件把握

記事は、状況の記述にとどまっており、死亡診断書に記載された以上の詳しい情報はほとんど記載されていない。

傷害による死亡データの問題点

現状: 国民の健康問題を考える場合、死亡データは最も基本的なデータであるが、不備が多い。

1. 情報の質の問題

死亡診断書の記載の問題は、医師の教育によるのではなく、正確に記載できる様式の作成が必要

交通事故、火災はそれぞれの担当部署のデータで
その他は、Child Death Reviewシステムで

2. 情報の利用の問題

- a. 法医、病理のデータとの整合性
- b. 警察、消防のデータの利用法
- c. 人口動態統計の利用法

傷害死の原因究明のために

1. 死亡診断書の記入項目に追加が不可欠
記入項目書式を作成してpilot study
2. 発生状況の調査
医療機関のデータ
メディアのデータ(新聞記事、インターネット)
法医学のデータ
警察庁のデータ(交通事故、その他)
消防庁のデータ
調査委員会の設置
3. Child Death Review システムを法制化
cf. 感染症予防法と感染症サーベイランス
4. 死因判定委員会の設置
working groupの設置、年度報告

「傷害による幼児死亡を予防するために—死因究明システムについての検討—」

緑園こどもクリニック

山中 龍宏

私のほうからは、幼児死亡の死因の究明システムについて、いままでと毛色が違った話をさせていただきます。私は、20年以上前から事故予防をやっております。まずはじめに、事故とは、予防できると認識する必要があります。10数年前までは、英語で「アクシデント」と言っていましたが、10年ぐらい前からはインジャリーという言葉になっています。アクシデントという英語には、「予測できない、避けられない」という意味があるようで2001年の、『ブリティッシュ・メディカル・ジャーナル』では、アクシデントという言葉は、この医学雑誌では使わない、使用を禁止するとしています。インジャリーという言葉、すなわち「予測ができて、予防可能である」という考えに変える必要があるわけですね。

私は幼児死亡のなかで、傷害のことを考えています。いろいろなマニュアルの本を見ると、欧米ですと必ず1次救命(BLS)、2次救命(PALS)と書いてある左側に、ここに予防・啓発という丸はあるのですが、わが国で予防に取り組んでいる小児科医はいないと、思います。

傷害予防に関しても、やはり科学的な取り組みが必要で、そのためには、予防のために求められる努力量とその予防効果の座標で考えると、活動する方法としては、ほとんど努力しなくても予防効果がある方向に向かって活動を展開するのが、科学的な取り組みです。

つい最近も、1歳9カ月の幼児が、こんにやくゼリーで窒息死しました。相変わらず企業は、「高齢者や幼児は食べないこと」と言い、国民生活センターも、もう10数年、「注意しましょう」と言っていますが、そんなものはまったく役に立っていない。「吸い込まずに、すくって食べましょう」と言っても、吸い込まざるをえない格好をしています。やはり、これは一口サイズそのものが問題なわけで、最終的には法的に規制するしかありません。いま製造を一時中止と言っていますが、また同じ事故が100%起こると私は思っております。

予防活動をおこなった場合は、発生数や重症度の軽減などを数値で評価しなければいけない。わが国では発生数を把握できていませんので、評価できません。わが国では傷害予防に関しては、何もされていない状態であります。

わが国の現状は、事故は、ありとあらゆるところで毎日たくさん発生していて、病院に運ばれていますけれども、治療して、良かったですね、はい、さようなら、良かったですねでおしまいです。現場検証もおこなわれていないので、どういう事故が起こったかわからない。

そこで、北九州の、事故の発生状況の記録もなく事例について検討してみました。らせん階段から落ち、腎臓破裂で9日間入院したケースを取り上げ、実際にダミーを使って、どういう格好で落ちたか検証し、さらに子どもがどのように、この遊具を使っているかを検討して、最終的にどのように改善にすれば予防できるか結論を出し、その結果を自治体に持って行って遊具を改良する。このループが、日本ではまったくいままでおこなわれていないんですね。病院では、毎日事故の子どもを診ていますが、その情報がどこにも伝えられていない。遊具の事故であればそれを撤去するだけで、まったく検討がおこなわれな

い。プールの吸排水口のように、ふたをはずれないようにすれば良い事がわかっている、それが伝わらないために、また同じ事故が起きて子どもたちが死んでいるわけですね。「情報が集まらない」、「どうやっていいかわからない」、「伝わらない」、わが国では傷害予防がおこなわれていないのです。

私は日常的に診療をしていますから、毎日のようにいろいろなケースを診るわけです。今年の6月9日の9時15分ごろ、自宅の寝室から子どもの泣き声をしたので行ってみたら、寝ていたはずの11カ月の子どもがベッドから落ちていた。お昼ごろ、どこを打ったかわからないが心配になってやってきたんですが、診察上何も異常ありません。べつに何も所見はないから様子を見ればいいですよと、「はい、さようなら」が、毎日のことです。でもこれでは、なぜベッドから転落したのかわからない。最近では、私は、身長、体重、子どもの発達段階を聞きます。この子はまだ歩けません。11カ月ですので伝い歩きです。ベッドは子ども用の柵付きで、お母さんは落ちたところは見えていない。ベッドの柵は外れていなかったし、ベッドのなかに足がかりとなるものはない。最近では、お母さんに絵を描いてもらうのですが、この絵ではよくわからない。ということで、最近では現場検証を行うようにしまして、この写真はその家に行き行って撮ったものです。このベッドから落ちているんですね。これだけ見てもよくわからないんですけども、このようにご本人に立ってもらくと、この横の板に足がかかります。そうすると柵上部まで40cmぐらいになって、当然、頭が重いので転落する。これが重症例であれば、高所から落ちて死亡する例になるわけです。このように地道に事故の症例を集めて、現場検証をおこなって、それを知識化しないと、事故の予防はできないと思っているわけです。

今回、私も死亡データを見せていただきました。貴重なデータだと思うんですけども、インジャリー関係でいきますと、死亡の原因のところを見ても、その内容は、傷害を予防するうえではほとんど役に立たない。

下のほうには、外因死の手段及び状況を記載する欄があるんですけども、そこと、死亡の原因のところとの整合性がない。下の方を見るとはっきり外因死とわかるのに、上の方にはまったく違うことが書いてあったり、下に書いてあることも、本当に確認されているかどうかかわからない。病死と書いてあっても、実はもともとはお風呂でおぼれて、最終的には肺炎で死んだとか、そういうことで不備な点が非常に多い。

これは、ある県の、ある年度の、例えば幼児（1-4歳）の死亡11例を取り出したものです。交通事故、溺死、火災、転落、誤えん、窒息などが外因死となっています。その県では一つの法医学教室しかありませんから、法医学教室で何例剖検したか聞いてみますと、この火災の1例と不詳の1例だけです。これ、不詳となっていますけど、法医学教室では虐待とされているんですね。法医学教室のデータが、死亡診断書に反映されていない。それから、その県の死亡者日時から、新聞記事の検索をかけても、3例ぐらいしか得られません。

今回のデータで、不詳の外因死とされた例、31例を任意抽出して、人に行ってもらって、国会図書館で、地方の新聞記事から把握しようと思っても5件程度、インターネットでも調べて5件程度しか把握できません。新聞記事を見ても、死亡者の年齢、性別、死亡年月日と場所がだいたいわかるようになっているのですが、あまり情報は得られませんでした。

ということで、いま得られるデータでは情報があまり取れない。死亡データは、国民の

健康問題を考えるうえで基本中の基本であるけれども、非常に不備が多い。

一つは、情報の質の問題であります。死亡診断書の書き方をいくら医師に教育したところで、それではうまくいかないと思います。私のいまの考えとしては、交通事故と火災は、警察庁と消防庁がそれぞれ詳細なデータを持っているので、そこで、予防に役立つデータを取るシステムを確立する。

もう一つは、アメリカなどの一部で行われているような、18歳未満の子どもの死亡例を、全例登録するシステムです。チャイルド・デス・レビューと言われていますが、このシステムを作った一番の理由は、虐待を発見するためです。わが国でもこれを開始すべきではないかと思っています。

それから、先ほどから問題になっているように情報を利用しようとしても、個人情報を得られない。警察も、責任追及はするけれど、原因究明のための転落事故の現場検証のデータは外に出さない、こういう問題があります。病理や法医学のデータも整合性ができていないとか、いろんな問題点がある。そういう意味で、今回調べた、死亡診断書だけでは予防につながるデータは集まらないので、チャイルド・デス・レビューのようなもの、これをいま作成しているんですが、詳細な記入項目を入力しやすいかたちにしたソフトを作成して、できれば何カ所かの救急指定病院で記入してもらって、調査費を払うようなパイロット・スタディーをおこなってはどうかと思っています。

また、医療機関、メディア、法医学、警察、消防、これらのデータを統合できるような、何か良いシステムを考えていくべきなのではないか。「感染症法」の中で、感染症サーベイランスが、規定されると個人情報とは関係上、法律のほうが上位にありますので、個人情報を入手できますが、これを同じように、チャイルド・デス・レビューというシステムを、いずれ何らかのかたちで法制化すべきではないかと思っています。

死亡診断書の判定や転記も、専門家が入っていないのでバラバラな書き方ですが、各地域に、死因をきちんと判定するワーキンググループをつくって、そこできちんとした報告をするシステムもつくとだめではないか。死亡は基本的なデータですので、そういうところまでシステムができればと思っています。

そういうことで、私のほうはソフトプログラムをつくって、パイロット的にやってみようと思っています。以上です。

○藤村 それでは、討議をお願いします。

○池田 妊産婦の場合は、たかだか年に100未満なものです。事故調に届ける範囲のなかに、「予測されていない症例」という項目がありますが、妊産婦の場合は、ほんとうなら、ほとんどの妊婦が予測されていないということで、全例届けてはどうかという意見が、私はそう思っているんですけども。その1-4歳、先生のいまの、事故の場合は、当然予測されていませんし、診療関連ではないんですけども、当然、そういった事故調のなかにはあがってくると思うんですけども、全例、いまのままでいけばあがってくるんじゃないでしょうか。そこはどうでしょう。

○山中 それは、たいへんありがたいと思います。

○藤村 事故調の実際は、いまはパイロットですね。

○池田 いまはモデル事業なんですけど。これは医政局のほうなんですけど、今度の国会