

Ⅳ 公開シンポジウム

～第2回 公開シンポジウム～ ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには

—「予防できる子どもの死亡」をなくすことは、その背景を知ることから始まる—

わが国の乳児死亡率は世界一低い水準です。しかし1～4歳の死亡率は、先進国内では高い水準が続いています。これは、医学医療の進歩に比して、事故・虐待・心中などの「予防できる子どもの死亡」を減らす対策が遅れていることを示唆しています。少子化が進みひとりの子どもの命が以前に増して大事になっているわが国にとっては、「予防できる子どもの死亡」をなくすことは、重要な課題です。欧米諸国では「子どもの死亡検証制度チャイルド・デス・レビュー」をつくり、ひとりひとりの子どもの死の状況や背景を分析して予防に成果を上げています。わが国もこの制度が必要になってきています。

本版主催の昨年の公開シンポジウムでは、わが国でも「子どもの死亡検証制度」が必要であることを各領域から論じ合いました。今年度はわが国の諸領域で始まっている死因究明に関する動きを知り、子どもの死亡検証制度の実現について考えていきたいと思います。

予防できる子どもの死亡をなくすことを願っている医療・保健・福祉・教育・司法関係者の参加を期待しています。

～プログラム～

テーマ 各領域で始まっている「死因究明制度」から「子どもの死亡検証制度」を考える

司会 奥山 眞紀子（国立成育医療研究センター こころの診療部 部長）
山中 龍宏（緑園こどもクリニック 院長）

ご挨拶：五十嵐 隆（東京大学大学院医学系研究科 生殖・発達・加齢医学専攻 小児医学講座 教授
社団法人 日本小児科学会 会長）

基調報告：日本小児科学会「子どもの死に関するわが国の情報収集システムの確立に向けた提言書」
同ワーキンググループ 山中 龍宏委員長、菊口 史剛副委員長

1. わが国で始まっている児童虐待死亡検証の現状と課題
川崎 二三彦（子どもの虹情報研修センター
社会保障審議会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員）
2. 死因究明制度の現状と課題
岩瀬 博太郎（千葉大学大学院 警察庁・犯罪死の見逃し防止に資する
死因究明制度の在り方に関する研究会）
3. 死因究明に資する死亡時画像診断の活用
相田 典子（神奈川県立こども医療センター 放射線科
厚生労働省同検討会）
4. 児童生徒に自殺が起きた時の調査の在り方
坪井 節子（坪井法律事務所
文部科学省児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議）

日 時：平成23年12月23日（金・祝）午後1時～4時半

場 所：東京大学医学部 鉄門記念講堂

東京都文京区本郷7-3-1 東京大学大学院医学系研究科 教育研究棟14階

参加費：無料

※お申し込み方法 別紙登録票をメールにて事務局までお申し込みください。（12/9 締切 先着順）

主 催：平成23年度厚生労働科学研究 我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究班 研究代表者 小林美智子

共 催：東京大学大学院医学系研究科 生殖・発達・加齢医学専攻 小児医学講座（予定）

社団法人 日本小児科学会（予定）

事務局：地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 総務・人事グループ 松本智香子

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840 MAIL:chikako@mch.pref.osaka.jp

厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業)
我が国におけるチャイルド・デス・レビューに関する研究

～第 2 回 公開シンポジウム～

ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには

－「予防できる子どもの死亡」をなくすことは、その背景を知ることから始まる－

日時：平成 23 年 12 月 23 日 (木・祝) / 午後 1:00～4:30

場所：東京大学医学部 鉄門記念講堂

プログラム

テーマ 各領域で始まっている「死因究明制度」から「子どもの死亡検証制度」を考える

司会 奥山 眞紀子 (国立成育医療研究センター こころの診療部 部長)
山中 龍宏 (緑園こどもクリニック・院長)

ご挨拶：五十嵐 隆 (東京大学大学院医学系研究科生殖・発達・加齢医学専攻小児医学講座・教授)

基調報告：日本小児科学会

「子どもの死に関するわが国の情報収集システムの確立に向けた提言書」

同ワーキンググループ 山中 龍宏委員長 (緑園こどもクリニック・院長)
溝口 史剛副委員長 (群馬県済生会前橋病院小児科)

1. わが国で始まっている児童虐待死亡検証の現状と課題
川崎 二三彦 (子どもの虹情報研修センター
厚生労働省・社会保障審議会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員)
2. 死因究明制度の現状と課題
岩瀬 博太郎 (千葉大学大学院
警視庁・犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度の在り方に関する研究会)
3. 死因究明に資する死亡時画像診断の活用
相田 典子 (神奈川県立子ども医療センター放射線科
厚生労働省・死亡時画像診断の検討会)
4. 児童生徒に自殺がおきた時の調査の在り方
坪井 節子 (坪井法律事務所
文部科学省・児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議)

小林 我が国における CDR の研究班代表の小林です。よろしくお願いたします。今回、公開シンポジウム「ひとりの死から学び、多くの子どもを守るには」の 2 回目、昨年 1 回目を行いました。その 2 回目としまして、「各領

域で始まっている『死因究明制度』から『子どもの死亡検証制度』を考える」を開催いたします。皆さんにおかれては、年の瀬のお忙しい中をお集まりいただき、ありがとうございます。

今回の参加頂いている方たちは、小

児医療の方、児童福祉の方など虐待関係の方、そして母子保健関係者がたくさん集まって下さっていますが、それ以外も、立法関係の方、行政関係の方、司法関係の方、マスコミ関係の方と、非常に広くの領域からお集まりいただいています。地域的にも、青森から九州まで、広くから来られています。

我が国でも、子どもの死因究明への関心が、やっ和高まってきたと思います。今までの日本では、子どもの病気による死亡は医学医療での究明として進められて来ましたが、病気以外の死亡、それは、事故死であったり虐待であったり自殺であったり心中であったりするのですが、それらについての死因の究明は、なかなか出来ないことがあり、もっとその実態を知らないと子どもの命を救えないと、新たな動きが始まっています。

我が国は、皆さんもご存知の通り、乳児死亡率が世界一。ですが、1~4歳の死亡は、先進国の中でも決して低いほうではない。その理由は、今いいましたような死亡、それは「予防できる死亡」という言い方をされますが、その取り組みがあまりできていないと考えられています。そのような死亡を減らすため、貴重な子どもの命の1つ1つをきっちり守っていく日本の制度を作る、そのためにはまず CDR の制度を作るということでこの研究を行っています。去年は、研究班メンバーの取り組みについてのシンポジウムでしたが、今年はそれ以外の領域でも始まっている死因究明の新しい動きを学ばせていただいて、そのいろんな領域の動きを集めて、子どもの死因究明制度を日本で考えたいという企画しました。

この会は、この研究班の主催ですが、

今回、日本小児科学会が共催して下さり、そして東京大学医学部小児科学講座も共催して下さっています。今回のシンポジウムは、テープを取らせていただき、研究報告書に載せる予定になっています。アンケート用紙が皆さんの資料の中に入っています。これは今日お集まりいただきました皆さんの CDR についてのお考えを是非書いていただきたくて入れさせていただいています。このアンケートの結果も報告書の中に載せたいと思っています。このシンポジウムの報告書は年度を越えての作業となると思いますので、お手元にお送りするのは5月、6月ぐらいになると思います。ご了承ください。今日のシンポジウムは4時半までの3時間半を予定しています。

このあとは司会のお二人にバトンタッチしたいと思います。司会のお二人は、この研究班の分担研究者で、奥山眞紀子先生は国立成育医療センターこころの診察部の部長をされています。子どもの心の診療を広く行っておられます。虐待のことで多くの活動をされていますので、皆さんご存知だと思います。もう一方は山中龍宏先生で、緑園こどもクリニックの院長をされています。子どもの事故予防につきましては長年誠実な研究をされていますので、ご存知の方も多いと思います。このお二人に司会をお願いしています。では、よろしく願います。

奥山 小林研究代表者からお話がありましたように、今回このシンポジウムを共催して頂いております東京大学小児科学教室教授で、日本小児科学会会長の五十嵐隆先生からごあいさついただきたいと思います。五十嵐先生よろ

しくお願いします。

五十嵐 今日寒いところをお集まりいただきありがとうございます。日本小児科学会は、関連する医学協会、あるいは行政、厚生労働省も含めてですが、協力して子どもの医療に頑張っているところです。特に子どもの心と体の健全な育成を目指している団体ですが、その中で、例えば小児科学の学問の振興とか、救急医療の体制を整備するとか、日本では非常に弱いといわれる ICU ですね、これを整備するとか、いろんな課題があるわけですが、国民から信頼される小児医療体制をいかに構築するか、ということを一生涯やってきています。

しかしながら、不幸にして亡くなったお子さんたちの検証体制が、日本ではたいへん弱い。これは大人も決して強いとは言えないのですが、亡くなった人たちに対する検証体制が、大人も子どもも含めて、日本ではたいへん弱いということが事実ではないかと思えます。亡くなった方たちをちゃんと検証することによって、それを通して見えてくるものがたくさんあると思えます。医学的な問題もさることながら、社会的な問題、非常に深刻な問題も含めてですが、おそらく入っていると思えます。その両方を検証することによって初めて子どもたちが救われるし、次の子どもたちに同じようなことが起きないようにするための手筈、あるいは対応策が見えてくるのだと思えます。

ですから、優れた小児医療体制を作ることと、亡くなった子どもたちの検証をするというのは、車輪で言えば、右のワッカと左のワッカでありまして、片方がなくなると十分な体制ではない

と思います。そういうわけで、この研究班が行っていることは大変貴重なことであり、是非これがさらに発展して、我が国の子どもたちの心と体の健全な育成に向けて大きな貢献をしていただくことが出来るのではないかと期待しております。今日は 4 時半まで活発な議論をしていただきたいと思います。

奥山 五十嵐先生ありがとうございました。続きまして、基調報告としまして、日本小児科学会のほうでまとめました「子どもの死に関するわが国の情報収集システムの確立に向けた提言書」がお手元に配布されていると思えますが、こちらを作成しましたワーキンググループの委員長であります山中龍宏先生、それから副委員長の溝口史剛先生のほうからご報告をいただこうと思えます。

山中 それでは小児科医の立場からお話ししたいと思います。「子どもの死亡には原因がある」、まあ当たり前演題ですけど、我々小児科医は、小児の死亡例にも立ち合うわけです。私はこれまでに 100 例くらいの子どもの看取ったのですが、これは 25 年くらい前の事例です。2 歳の幼児が裏の畑で遊んでいて、ミニトマトが気管に詰まって死亡した例です。これが取り出したミニトマト、元は青いミニトマトです。21 日間くらい治療しましたが結局亡くなりました。簡単に言うと窒息です。

子どもの事故というのは、決して 1 件だけということはありません。必ず複数件起こっています。7 年前、1 歳代の子どもの保育所で歩いていて突然倒れ、心肺蘇生の処置でも回復しないので、ヘリコプターで緊急搬送したと

ころ、喉頭からミニトマトが見つかり、この例も亡くなっています。私など、食事でミニトマトがお皿にのっているといつもこの例を思い出して、ギョッとします。これは1か月くらい前、電車に乗っていて、たまたま目の前にこういう広告があったのでギョッとしました。ちょうど1か月前ですね。

これは私自身が経験したわけではありませんが、丁度クリスマスごろ、1歳ちょっと過ぎの男の子の死亡事例です。クリスマスプレゼントの箱の外のヒモについていたオマケのオモチャのマラカスです。2センチくらいの直径ですが、これがノドに詰まって亡くなっています。これも私に相談があった事例ですが、ミルクケースです。これにミルクの粉を入れておき、外出先でお湯を入れてミルクを作るものです。このフタがノドに詰まって、1歳3か月の男の子ですが、3年後に死亡しております。その情報をテレビで流したところ、企業がこのように改善しています。

誤飲チェッカーといって子どもの口に入るもののサイズをチェックする器具がありますが、ミルクケースのフタはちょうどこの中に入ります。改善されたフタは、この誤飲チェッカーの中に入らない。ということは、このように改良すれば二度と同じ事故は起こらないわけです。ミニトマトのような自然食品の構造を変えることは出来ませんが、人間が作っているものは構造を変えることで事故を防ぐことが出来ます。簡単に言えば、100年の人生があったはずの子どもが、こういうものによって失われているわけです。

日本小児科学会雑誌に投稿があった事例で、スーパーボールによる窒息で

す。よく夜店などですくってきますね。この子は3歳9か月で、2つ口の中に入れて遊んでいたところ、母親が気づいて注意しました。そのとき、びっくりしてスーパーボールの1つがのどに詰まって、6か月後に死亡しています。こういう事例が山ほど起こっているわけですね。

こういう事例の死亡診断書を見ますと、一番目は直接の死因を記入するところですから、多臓器不全とか気管支肺炎と書いてあります。原因の3番目に、真の原因である誤嚥、窒息が記入されています。死亡小票では一番最初の病名が選択され、事故死ではなく病死として扱われているのが現状です。これでは正しい原因を同定できません。今の統計には、いろいろな問題があるということがおわかりになると思います。

今年(2011年)の話題ですが、3月に新しいワクチンであるHibワクチン、肺炎球菌ワクチンの同時接種をはじめたところ、問題が起きました。メディアは、「予防接種後に4人の子どもが死亡した」と、いかにも接種したために死亡したように書いているのです。しかし、正確に述べるならば、「4人の死んだ事例を調べてみたら、その前に予防接種をしていた」という表現が正しいと思います。結局、詳しい状況が分からないまま、すぐに同時接種、Hibワクチンと肺炎球菌ワクチンの接種の見合せが決められ、約1か月間のブランクが出来たのです。このように、死亡した事例の問題だけでなく、日常の診療行為にも、きちんとした死亡統計がないためにいろいろな問題が起こっているわけですね。

日々、医療現場で行われていること

を紹介しましょう。1歳8か月の女の子の死亡例です。死亡して1か月後に事例検討会が行われました。これは溝口先生から提供いただいた事例です。家族歴には何もない。夕食を食べた後、子どもは遊んでいて、お母さんは片付けものをしていました。オエツという声が聞こえた。子どもを見ると、呼吸が苦しそうだった。お兄ちゃんの話によると、お昼に薬局でもらったボールを誤飲したらしい。お母さんはすぐに救急車を呼んで、こういうふう処置をなさいと言われ、背中を叩いたけど何も出て来ない。口の中に手を入れたら鼻血が出てしまった。自宅では呼吸は止まっていなくて、病院に運んで蘇生をして、ICUに入室した。ノドの奥にもものがつまっていた。レントゲン写真でもボールがのどに詰まっていた。これが取り出したボールです。直径2cmほどで、先ほどのスーパーボールと全く同じです。こういうものが巷にあるということは、窒息の危険が溢れているということです。これは分かっていることですね。入院後、いろいろな治療を行ったけれど、だんだん自発呼吸が出なくなって、脳波も平坦になり、4日目に死亡したということです。1か月後くらいに関係者が集まって事例検討会が行われたそうです。小児科医も救急医も、救急隊も看護師も集まって検討され、「もっと早く病院に担ぎ込めばよかったのではないか、もっと適切な処置を教えるべきではなかったか、あるいは背中を押す方法がよかったのか、薬による治療はよかったのか、脳の保護をもっとすればよかったのでは、・・・」などなど検討が行われたわけです。具体的にどういう結論になっ

たか私は知りませんが、「保護者が気をつけるべきだ」とか、「もっと窒息しやすいものを保護者に教えるべきだ」という話も出たのではないかと思います。これが医療現場で行われている予防策、対応策なのです。これでは、予防はできないですね。みんな何となく、どうしたらいいのか分からないまま終わるのが現状です。

私が一番気になったのはここです。「昼に薬局でもらったボール」という部分です。何で薬局がこんなボールを配っているのか。少なくとも、健康問題に関係している場所で、窒息しやすいものを子どもに配るのはけしからんと思って、すぐに薬剤師にメールを書いて対応してくれるようお願いしました。「スーパーボールのようなものは窒息するのは分かっているのに、そういうものを配らないでほしい」と頼みました。日薬ニュースでも、乳幼児の誤飲防止のため販促資材で好ましくないものを提供しないように啓発してもらいました。

その後、溝口先生と連絡を取りあって、どのような予防策を取ったらいいかを話し合いました。しばらく経って、溝口先生から「このボールの正体分かりました」というメールをもらって、私は愕然としました。(スライド)これだったんです。30cm くらいの高さの人形で、販促のために薬局に置かれていました。詳しい事情はよくわかりませんが、上部のフタが取れたか、割れたかで、中のボールが転げ出て、それを子どもが「欲しい」と言い、もらって帰って来てノドに詰めて死亡したのです。

やっと原因が分かりました。スーパーボールと思っていたのですが、こう

ということが世の中で起きているのです。企業に言ったら「この人形は今後はもう作らない。各ドラッグストアにある人形は提供したものであるので所有権はないが、注意文書を持って回らせる」ということでした。今後このようなものを作る時は、誤飲しうるような部品を含むものは作らないとのこと、しかし、この会社だけがいくらそういうことに注意しても、また他でも同じようなものを作るかもしれません。

きちんと死亡の原因を詰めれば、やれることはあるはずで。最近の日本小児科学会の動きを紹介しますと、五十嵐先生が会長に立候補される時に、子どもの死因登録のシステムが必要だとおっしゃっていました。今年 6 月にお会いした時、子どもの死亡登録システムについて是非考えてくださいとお願いし、その時、口で言うだけでは何をしたらいいのか分からないのではないかと、この CDR 研究班の研究報告書を送りました。すぐに動いてくださいまして、7 月 24 日の理事会で、どういことが出来るのか、ワーキンググループを作って検討してくださいということになり、6 名の委員が選ばれ、担当理事 2 名も加わって合計 8 名で、8 月 20 日と 10 月 1 日の 2 回、検討会を行いました。今まで、幼児死亡の研究班とか CDR の研究班、虐待のグループなど、いろいろなところの活動があり、下準備は出来ていましたので、すぐに提言をまとめて理事会に提出しました。その提言が今日、お手元に配られているものです。10 月 9 日の理事会で提言が了承され、日本小児科学会に「小児死亡登録・検証委員会」を設置することが決まりました。11 月に委員名簿が了承され、委員が委嘱さ

れて、12 月 25 日に第 1 回の委員会が開催されます。ということで、日本小児科学会では具体的な動きが始まります。この後、溝口先生に何をしていくのかをお話しいただこうと思っています。

今日の演題である「一人の子どもの死から学び、多くの子どもの命を守る」、そのためには、徹底して死亡原因を究明していかなければならない。そしてその情報を記録する。それらを知識化し、その知識を社会全体に広める。今回は究明する部分と記録する部分、これに関して小児科学会は取り組もうと考えています。実際にどのような体制でやるのかに関しては、溝口先生の方からお話しがあると思います。



Injury Prevention Engineering Research Team

子どもの傷害は必ず複数件起こる

事例 1歳 女児
 日時 2006年7月25日午前10時半ころ
 場所 静岡県東伊豆町の私立1保育園
 発生状況

園庭で遊んでいた子どもが急に苦しみだした。ドクターヘリコプターで順天堂大学病院に搬送したが死亡した。のどから直径約2cmのミニトマトが見つかり、ミニトマトによる窒息死と判明した。園庭ではミニトマトを栽培しており、この子どもはトマトが大好きな子どもであった。

園庭では保育士7人と実習生3人の10人が、この女児を含む3歳以下の園児約30人を遊ばせていた。

(新聞記事より転載)

Injury Prevention Engineering Research Team



1歳3ヵ月男児 3年後に死亡

Injury Prevention Engineering Research Team

電車の中の広告にぎょっとする!



2011年11月 電車の中で

Injury Prevention Engineering Research Team



3歳9ヵ月 男児
6ヵ月後に死亡
日見詩 傷害注意速報 No. 3

Injury Prevention Engineering Research Team

マラカス様おもちゃ



Injury Prevention Engineering Research Team

人口動態統計などの統計の問題点

死因の種類と死亡原因の乖離

例: 死因は「病死及び自然死」に分類

死亡の原因(ア): 多臓器不全
 死亡の原因(イ): 蘇生後脳症
 死亡の原因(ウ): 誤嚥

Injury Prevention Engineering Research Team



1歳3ヵ月男児 3年後に死亡

Injury Prevention Engineering Research Team

asahi.com
報道内容: asahi.com - スポーツ・社会・その他 健康 記事

ヒブ・肺炎球菌ワクチンを一時中止 接種後に4児死亡

厚生労働省は4日、小児用肺炎球菌ワクチンとインフルエンザ菌6価型化肺炎球菌ワクチンの予防接種後に乳幼児4人が相次いで亡くなったことを明らかにし、いずれのワクチンも接種を一時見合わせることを求め、自治体や販売業者に通知した。通知時にワクチンの因果関係を調べる専門委員会による検討会を開き、接種の再開を判断する。

関係によると、2日お盆死亡が報告されたのは、兵庫県宝塚市 同県西宮市 兵庫県市 京都府で生後5カ月～2歳代の4人。このうち2人は心臓に特徴があった。接種の翌日～3日後に死亡していた。接種した医師らの報告では、接種と死亡との因果関係は「好適不確」とは判断しない。小児用肺炎球菌ワクチンは、乳幼児の細菌性髄膜炎を防ぐワクチンで今年度の補正予算で公費助成がなされた。

4人から小児用肺炎球菌ワクチンのプレベナー(販売名)を打っていた。このうち2人のヒブワクチンのアクシブ(同社)の同時接種。もう2人はプレバナー/自己接種/肺炎球菌ワクチン(6価)との同時接種だった。プレベナーを製造・販売するファイザーのスペアリアンティア事業広報部長は「詳細な検討の作業を進めている」と話している。

宝塚市は4日、当該 肺炎球菌ワクチンの同時接種を中止することを求め、同市の25箇所で打っていたプレバナーとプレベナー(製造・販売)両方の製品の使用中止も求めた。

野・山重慶の労働大臣が閣内閣でヒブワクチン(4000年前) 肺炎球菌ワクチン(10年前)が打って、同時接種としていて問題に起きている。今回 死亡した子どもの死因について林田議員は「不衛生なワクチンを接種して、やっと日本に輸入されたワクチンが打たれたらいいよ」としておっしゃる。

日々、医療現場で行われていること

症例検討会

1歳8カ月 女児

患者背景(母からの聴取内容)

- ・父・母・兄(6歳)・患児の4人暮らし
- ・既往歴:特記すべきこと無し
- ・家族歴:父は2年前に心筋梗塞、
後遺症あり、高次機能障害のため認知障害
失見当識障害
- ・祖父母は遠方在住

発症時の状況について (来院後に母の話)

- ・夕食を食べたあと、床の上で遊んでいた。
- ・母は夕食の片付けをしていて、患者の様子を見ていなかった。
- ・「オエッ」という声が聞こえて患者を見たところ
努力様呼吸を認めた。
- ・兄の発言にて、屋に薬局でもらったボールを
誤飲した事が判明した。

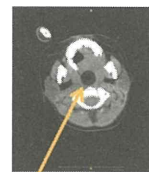
誤嚥後の母の対応(入院後の 母からの病歴聴取)

- ・救急車を呼び、対応方法を指示された。
- ・背部叩打を行ったが異物は出てこなかった。
- ・口の中に指を入れて異物摘出を試みたが、
摘出できず、鼻出血を認めた。
- ・自宅では呼吸は止まっていなかった。

到着後→異物摘出まで

- ・救急外来での蘇生処置
→気管内挿管の上、CTを撮影してICUへ
- ・異物は鼻咽腔後方にあり、はまり込んでいた
- ・異物摘出はICU入室後、耳鼻科Drに依頼して摘出

CT供覧



上咽頭に異物(ボール)が
はまり込んでいる様子



両側に誤嚥性肺炎

上咽頭異物



直径20mmのボール(薬局でもらったもの)

入院時所見

- ・ JCS 200~300
- ・ 対光反射 遅延 瞳孔散大
- ・ HR 200/分、BP 70-100mmHg(蘇生薬剤投与後)
- ・ 理学所見:両肺air entry不良 下肢は伸展位硬直
体幹~四肢に網状チアノーゼ
- ・ 血液検査:WBC 22600/ul Hb 10.9g/dl Plt 28.8万/ul
Fib 147mg/dl FDP 21.1mg/dl
pH 6.877 pCO₂ 67.6
BE -20.8 HCO₃ -12.3

Injury Prevention Engineering Research Team

入院後治療

- 【肺炎】
 - 人工呼吸管理
 - 抗菌薬投与
- 【低酸素性脳症対策】
 - 軽度低体温管理
 - グリセオール投与
 - 痙攣あり→ドルミカム持続静注
- 【循環不全対策】
 - DOA投与

Injury Prevention Engineering Research Team

私が気になったのは・・・

- ・ 夕食を食べたあと、床の上で遊んでいた。
- ・ 母は夕食の片付けをしていて、患者の様子を見ていなかった。
- ・ 「オエッ」という声が聞こえて患者を見たところ努力様呼吸を認めた。
- ・ 兄の発言にて、昼に**薬局でもらったボール**を誤飲した事が判明した。

Injury Prevention Engineering Research Team

入院後経過

- ・ 入院翌日
DIC進行→トロンボモジュリン開始
夕方より自発呼吸が出現
- ・ 入院翌々日
頻呼吸→無呼吸に
対光反射消失
平坦脳波

Injury Prevention Engineering Research Team



薬局においても乳幼児の誤飲防止にご注意を

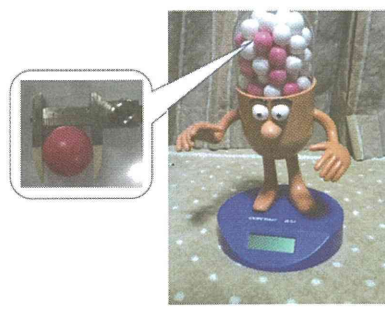
……… 薬局においても、小さな子供の手の届く範囲に要注意商品を陳列したり、待合室に要注意の展示物があつたり、販促資材で好ましくないものを提供している等の可能性がある………

Injury Prevention Engineering Research Team

入院後経過

- ・ 入院3日目～
積極的な治療を控える方針
血圧低下あり、徐々に尿量減少
- ・ 入院4日目 永眠

Injury Prevention Engineering Research Team



Injury Prevention Engineering Research Team

本事例への対策は？

- ・ もっと早く医療機関に ―― 救急搬送体制の問題
- ・ 適切な処置を早く ―― 応急手当の啓発・普及
- ・ ハイムリック法は有効か？
- ・ 救命処置は有効であったか？
- ・ 薬の投与は適切であったか？
- ・ 脳の保護をもっと積極的に行うべきだったか？
- ・ ……
- ・ ……
- ・ 保護者は気をつけるべきであった
- ・ 保護者に窒息しやすいものを教えるべき
- ・ ……

Injury Prevention Engineering Research Team

企業の対応(2011年9月)

正式文書で返答を得たわけではないが、

- ① 今後は、この人形は作らない。
- ② 現在の各ドラッグストアにある人形は提供したもので、所有権は移って回収はできないが、各営業に注意文書を持って回らせる。
- ③ 今後、販促物を作る際には、誤嚥しうる部品を含むものは作らない。

日本小児科学会の動き

- 2011年 6月末 五十嵐会長に依頼
7月24日 「子どもの死に関する我が国の情報収集システムの確立を目指すワーキンググループ」を設置
8月20日 第1回WGの開催
10月 1日 第2回WGの開催
提言をまとめ、理事会に提出
10月 9日 理事会で提言が了承され、死亡登録・検証委員会を設置
11月20日 理事会で委員名簿の了承、委員を委嘱
12月25日 第1回小児の死亡登録・検証委員会の開催

ひとりの死から学び、 多くの子どもを守るには

死亡の原因を徹底的に究明すること

その情報を記録し、知識化すること

知識を社会全体に広めること

溝口 まず最初にメリークリスマス。思い起こせば去年もクリスマスの時期にどこかで講演をしていた覚えがあります。自分の子どもにはまだクリスマスプレゼントも買っていませんが、CDRを進めるようにモチベーションを高めて、いろいろな話を聞いて地域でどうやっていこうかと考えることがおそらく地域の子どもたちのクリスマスプレゼントになるかと考えます。

さて小児死亡登録・検証委員会を設立することが、小児科学会のほうで承認され12月3日に公表されました。2チャンネルという掲示板のサイトで、「本当は虐待とかの死因でなくて原発の死因の情報を得るために取り入れた制度ではないか」と書かれていたのですが、原発の子供たちに及ぼす影響を調査していくことは極めて重要な新たな我が国の課題ですが、この委員会は

こういうことで作ったものではないのでご注意ください。

死因を究明する意義というのはたくさんあると思います。大まかにまとめると、犯罪死の見逃し防止、そして医学の発展・公衆衛生への寄与、遺族の真実への希求に応える、ということになると思います。前提にあるのは、人はいつか死ぬという概念であり、そこに疑義がなかったのかを明白にするという意味合いです。

人の致死率は100%ですから、いつかは死ぬわけですが、大前提として子どもは死ぬべき存在ではないわけですが。子どもの死因究明は、予防という観点を第一義に置いたものである必要があります。子どもが死ぬ可能性を最小限にする社会を構築するのがCDRの目的であり、死亡登録・検証制度は、その際に、最も中心の核になるだろうと思われ、動き始めたわけですが。

難しい話ではなくて、単純に、臨床の現場で感じる、虐待死であれ事故死であれ、「助けてあげられなくてごめんね」という気持ちと「君の死を無駄にしないよ」ということ、その思いをちゃんとシステムにしていくのが主旨だと思います。

こういった、「死を無駄にしないということ」を社会として取り組んでいくという姿勢が極めて重要なわけですが。

私の住む群馬県にマンナンライフという、こんにやくゼリーの会社があるのですが、こんにやくゼリーで窒息が起こった場合に、親御さんが、自分たちの子どもの死を無駄にしないためにどうしたらいいのか考えた場合に、現在は他に社会を変えるための手段がないので、会社を訴えるわけですが。そして訴えることによって、「自分たちのせ

いで子どもが死んだのに企業のせいにするのか」といって、二重三重にまた責められてしまう、こういったことというのは、やはり望ましいわけではないですね。このような場合には、個々の当事者の問題に矮小化せずに、社会として、二度とこういうことが起きない体制を構築すべく行動していかねばならないと思います。

もうひとつの問題点として、同意の問題があると思います。同意が得られた場合や、疑わしいとこちらが判断した場合に限りやるのではなく、制度として全部やる。同意を得るといえるのは個人情報の問題をクリアしたりする場合に、こちら側としては楽になるわけですが、同意をしなかった場合に、なぜ遺族は同意しなかったのだ、という形で遺族に責任を負わせる行為ともいえます。ですからこれはやはり制度として、死亡登録制度というのは普遍的にシステムとしてやるべきだと思います。

提言書は、まず年齢をどうするかに関して提言しております。どこまででラインを引くのかは実は難しい問題で、様々な慣習、法があり様々な考え方があるわけですね。一般的に小児科がカバーしている中学校卒業までと分けるのか、児童福祉法や虐待防止法で決められている 18 歳未満で区切るのか、公職選挙法や少年法等で定められた 20 歳未満で区切るのか？逆にどこから、という問題もいろいろ難しい問題があるわけで、新生児を含めると非常に数が多くなるので、現場での負担は大きくなってしまいます。これらの問題は正解があるわけではなく、実際に地域でどのような形で行っていくべきなのかを各々検討して、やれる範囲内で開

始していくのがいいと思います。小児科学会としては、子どもの権利擁護という点を鑑み、児童虐待防止法と児童福祉法にあわせ、生産児として生まれてから 18 歳未満まで、このラインがいいのではないかと、という提言にしています。ただあくまで地域の実情にあわせて、地域でやれる範囲から始める、というのが今のところ正解なんだと思います。

次に提言では、海外の取り組みにつき触れています。虐待対応、Child Protection、の世界的な歴史からお話しします。アメリカでは 1874 年に児童虐待防止協会が立ち上がっている。イギリスでは 1884 年に立ち上がっています。小児科医ケンプが、1962 年に JAMA にバタード・チャイルド・シンドロームという論文を報告して、それがきっかけとなり、虐待に医療が積極的に関わるようになるという時代が訪れました。そして、その後、特に性虐待に関して、社会的に過剰診断を行いモラルパニックが起きるといふ事件が立て続いて、アメリカでは 1980 年代に、イギリスでは 1990 年代に司法と医療と福祉が、三者連携した真の協調体制が整備されていった。そのことによって 10 年後くらいから虐待は減少することとなりました。身体的虐待・性虐待は、アメリカでは 90 年代後半から明らかに減っていますし、イギリスでも 2000 年にはいってから減ってきています。

日本はどうだろうと考えますと、全国初の虐待防止協会ができたのが 1990 年で、歴史は本当に浅いんですね。MDT（多機関連携チーム）という概念がない状態で CDR を生み出さねばならない、これは相当ハードなタスクだ

と思います。日本が遅れているとネガティブにとらえずに、日本ではこの状態でも事柄を進めようと熱意ある人たちがここに集まっているのだと、ポジティブに僕は思っています。

他機関連携チーム、MDT の概念についてお話ししたいと思います。アメリカや諸外国では、重篤な身体的虐待例、ネグレクト例、性的虐待例などひとつの機関では対応困難な事例というのは、警察にも児相にも同時に連絡がいて、調査のあとで会議をして、合同で方針を決め、それぞれの領域の強みをいかして調査をして、それで合同で意思決定を下していくわけです。

日本ではどうか。日本の連携というのは、自分たちが情報がほしい、もしくは、自分たちが他の機関が持っている職権を使いたいというときだけ、連携という名前を使って、点で接触し、そしてそれぞれ勝手に動くという状況になっています。これでは、どうしても大事な場面で、齟齬が生じてしまいます。そうではなくて、子どもを守るためには、合同での意思決定、情報共有の仕組みが必要なんだ、これがスタンダードなんだ、ということ、CDR の概念とともに、皆さん持ち帰って、記憶にとどめてほしいと思っています。

CDR というのは、あくまで多機関での調査が必要なわけです。一人の死亡児がいたとき、どのような医学的機序で亡くなったのか、これは、内面を深くみていく作業です。スライドには、ロシアのマトリョーシカという人形でイメージを見せていますが、亡くなった子どもの中をパカパカあけていく、このようなかたちで子どもがなぜ亡くなったのかを究明していくことは、医療機関が得意としているところありま

すし、従前いわゆる病院内の CPC とか医療検討とか言われている方法で行われていますが、それは厳密な意味では CDR ではない。CDR というのは、周辺状況、家とか、その周辺、地域全体も含めて、どういう状態に子どもがおかれていたのか、広げて死亡するに至った考察をしていく作業であり、医療機関だけ完結させていくのは難しいのですが、真の予防につながるためには、ここの調査をしないと分からないのです。

医療機関として、小児死亡事例登録検証制度を構築することで、医療機関側からできることを深めて、周辺状況も医療機関で可能な範囲内で収集できるようにしていきたいと思っています。ただしこれは最終的な答えではない。児相や司法、警察が少しずつでも関わって、医療機関のみでは埋められない部分を、埋める連携が進んでいくことによって、初めて見えてくる子どもの死亡の状況というのがあるわけです。

次に、CDR の歴史についてお話しします。CDR はアメリカで 1978 年に Durfee というカリフォルニアの小児科医が始めた。それが草の根運動で広まり、1990 年代になり国策となり、2000 年までに 1 州を除いて CDR が整備されたわけです。それから 10 年たってどこまで来たかということ、予防可能死が有意に減少するという段階にはまだなっていないですが、虐待死は 1.7 倍に増えているのです。90 年後半から虐待は減ったとお話ししましたが、虐待が潜在化して死亡した状態で気付かれる子どもが増えたのではなく、CDR により虐待死というものをしっかり同定(detect)することができるようになったものと思われま

力で毎年出ている詳細な虐待に関する報告書 (NCANDS) でも、2009 年版に、CDR の成果により、虐待死がしっかりと把握できる状態となったと明記されるにいたりました。また CDR のない州では、SUID ケース、予期せぬ乳児死亡をこのように呼びますが、SUID ケースで窒息が原因であると判明する率は 7.1 パーセント、州で CDR をやっているところは 9.2 パーセント、そして地域でやっているところでは 12.2 パーセントまで上昇しています。地域でもやり、州でもやる 2 層の構造をとっているところでは 15.3 パーセントと、CDR の無いところと比べ 2 倍も窒息というのを見抜く力がついてきている。殺害に関してもそうですね、2 層構造で CDR をやっているところは、CDR をやっていないところと比べ、かなり見抜く力がついてきている。そういう段階まで来ている。

では実際の CDR はどのような体制なのか、実際はどのようなのかという話ですが、登録時の情報入力フォームについてお話をさせていただくと、アメリカの 3/4 の州で採用されている NCCDR というナショナルセンターのレポート様式は、スライドで示す通りこんなに細かいんです。数えてませんが全部で約 1700 項目あるそうです。日本では死因統計に使われているのは死亡小票しかありません。死亡小票は死亡診断書の転記であり、項目は 32 項目しかないんです。これはもう情報量として太刀打ちできないわけです。ただ、突然このフォームを一斉に配って、日本でやっていきましようと言って「よろしくね」といっても「わかった」といってやってくれるわけがない。やはり情報の質を大きく損なうことな

く、何とかやってもらえる仕組みを考えなければいけない。ということで何とか記入しやすくすべく、NCCDR の報告様式を再構成している最中です。

ひとつは、当日主治医が入力しない情報のロスをカバーするのが困難なものというものを明確にして、当日主治医が入力する項目、そしてそのあとの時間をかけて情報を入力する詳しい層、という 2 本立てにして考えています。そしてその集めた情報を、検証して推奨事項というのを打ち出すための様式、この三層に分けて考えています。

死亡の究明をちゃんとしていくためには、情報の漏れを防がなくてはならず、結構細かくなってしまいます。これは実際に地域で推奨事項を打ち出すことを目的とした、レビューをしっかりやることで気付くようになっていきます。ただ最初からこれだと協力率が下がってしまうので、本当に基本のところの、蘇生がどうだったのかという情報、死亡診断書を正確に書く、ここを簡易版として主治医が行うシステムから初めて、これは医療機関として入力しないといけないな、という周辺項目や医療機関として集約すべき情報を、詳細版として収集し、医療機関が事例検討する。そのための入力フォームを、紙版やコンピュータ版で、年度中に作り終われたら、と思っています。その先のビジョンとしては、児童相談所、そして警察、検察などが、情報収集とレビューに協力できる仕組みを作っていく、最終的には地域で多機関連携で CDR を行っていく形を作っていくかなければいけないと思っています。

これが今開発を進めているコンピュータ画面です。できれば iPad などの

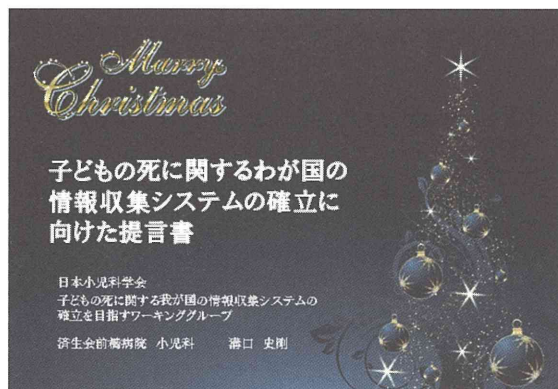
アトラクティブティーの高い媒体で進めていければ、取っ付きがいいし、やりたいな、と思ってくれるところが増えるのではないかと思います。こういった形で入力していくわけです。時間があれば最後にデモンストレーション画面でお見せしたいと思います。

この登録情報をどう吸い上げて、どう検証してどうバックしていくのか、ということに関しての提言の内容をお話しします。今考えているのは、地方会単位での登録検証と、地方会単位での登録検証を吸い上げ、小児科学会の委員会で、さらにそれを検証する、という 2 層構造です。死亡を経験した病院の主治医が入力し、そのナラティブな情報や地域特有の情夫尾も含めて地域でレビューを行い、地域にその情報を還元する。それと共に、そこで得た情報を小児科学会のほうに上げる、そして学会としての大局的な指針を地域に提示したり、個々の会員へ年次報告を示したり、啓発の機会を提供したりする、という流れにしていきたいと考えています。

小児の死亡にかかわる関係機関・関係者はそれこそ目いっぱい存在します。そのなかで、どのように情報を集約し、関係機関の細かな利害関係などを調整していくか？僕個人としては、コーディネーターが核になるだろうと考えています。これ、懐かしいですが「チクタクバンバン」という野村トイから出ていた、ジジジジ・・・と動いていくおもちゃなのですが、このような形で医療の範囲内だけでなく、場合によっては教育関係機関など死亡に関わったあらゆる機関を渡り歩ける存在として、連携し情報を集めていくということが出来るしくみもまたあわせて考え

なければならない。そしてそれに対して小児科学会などがオーソライズをしていく。整理してクリアにしていかなければいけないことはそれこそ山ほどあります。個人情報保護の問題をどうしていくのか、といったすぐに直面するであろうこともまだ議論を尽くして指針が決まっているわけでもない。小児科学会の指針としては、こういうふうに考えているということをはずは発表したところ、スタートラインです。

子どもの死亡を究明し予防に生かす方法論を確立していく行為は、五十嵐先生もおっしゃっていましたが、小児医療を発展させるための、車の両輪の一方の側なんです。疾病治療のための医学と、死因の究明のための医学、その両方があるのはじめて小児医療が適切に進んでいく。それに対して実現に向けた努力を 1 つでもしていかなければならないと思っています。



キーワード【 新聞 子ども死 反響 小児学会 登録 】

とちおんねる 検索履歴を見る 全部1: 最新20 (All+Old ウィンクモード)

子どもの死因 登録して検証 小児学会、子防衛に反映へ [12/03]

1: 小児学会に 2011/12/03(土) 18:49:19 ~ 10:22:00
 子どもの死因 登録して検証 小児学会、子防衛に反映へ
 2011年12月3日15時2分

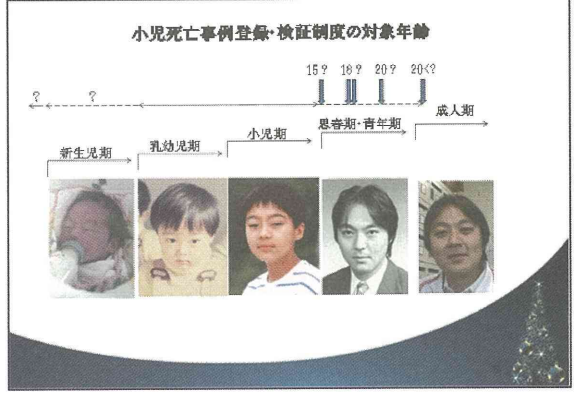
虐待や虐待による死など「助けられる命を救おう」と、日本小児科学会が、子どもの死亡状況を把握し、その原因を特定する仕組みを作ることを決めた。子どもの死に立ち会った医師が、なぜ、どのように亡くなったのか情報を提供し、現在の国の統計調査では子どもの詳しい死因がわからず、死につながらたリスクを探ることで、予防策はやす。

自治体は虐待も含め、18歳未満で亡くなった子どもが対象。未育から救済所地域で母子生活支援施設、24時間体制の本格活動を目指す。データ集積には司法機関や児童福祉所などの協力も必要との。連携できる制度も検討していく。

18歳未満の死で毎年約5千人により、交通事故などの「不慮の事故」は年代によって原因が1.2倍を占める。厚生労働省研究費の助成で、日本の新生児の死亡率は先進国27カ国中最後位の約1.1~4歳の幼児では17倍と突出して高い。虐待で亡くなる子どもも年間約50人になる。しかし、現在の国の統計調査では、死因の詳しい状況はわからない。

<http://www.asahi.com/science/update/1203/12031112031203.html>

3: 2011/12/03(土) 22:14:23 ID:1eaMfBgD
 本当は虐待とかの死因じゃなくて原因の死因の情報を得るために入れた制度なんじゃないかと思う。



死因を究明する意義とは

1. 犯罪死の見逃し防止
2. 医学の発展・公衆衛生への寄与
3. 遺族の真実への希求に応える

疑義がないか、真実を明白にすることが目的

* 大前提
 人はいつかは「死ぬ存在」である

※ 2. 海外の取り組みについて (レセキュー)

読者国(アメリカ)の「Maltreatment Team」は、多機関が連携して行われる。虐待に対し、多機関連携 (MDT: Multi-agency Team) で被害者や加害者に対する支援が働いていない点に注目を集め、法律に読者国の制度を参考する点は困難である。しかしながら、先行して制度が確立している読者国(フランス)を参考に、学際として関係機関 (司法・検察・警察・児童・福祉・保健・教育・警察・消防) と協働的にネットワークを構築していく必要性がある。

参考: 小児虐待 (National Center on Child Abuse and Neglect) (NCCAN) The Inter Agency Child Abuse and Neglect National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN) The Inter Agency Child Abuse and Neglect National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN)

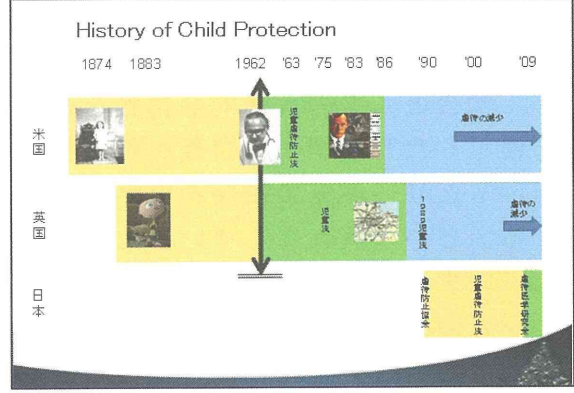
“小児の”死因を究明する意義とは

大前提: 子どもは死ぬべき存在ではない
 子どもが死ぬ可能性を最小限せしめる社会を構築することが目的

“助けてあげられなくてごめんね”
 “君の死を無駄にはしないよ”

4. 予防施策推進のため
5. 遺族へのグリーフケア

遺族に同意を得ることは、遺族に責任を負わせる行為でもある！
 制度としての死亡登録・検証制度を。



※ 1. 対象年齢ならびに対象となる事例の選定について

【検討】
 本邦で死亡を記録すべき小児死亡事例登録・検証システムの対象とする年齢は18歳未満の子どもの死に事例とすることが最も望ましい。(注: 犯罪の関与が予測された場合、個別に判断を要するが、最終目的は検閲を容易にするように努めることが望ましい)

MDT(多機関連携チーム)

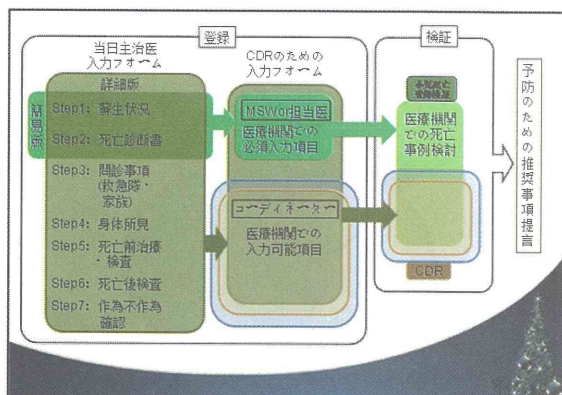
■ 実施中 ■ 将来的に可能

System: Keyword 検索 1/20/2011 10:00:00
 クレクレ君
 高気圧 低気圧 気象予報
 「情報と求むと求め求めてお礼も書かずに送っていきな」

CDRは、あくまで多機関での調査が必要である

周辺状況をレビュー 身体症状をレビュー

死亡児



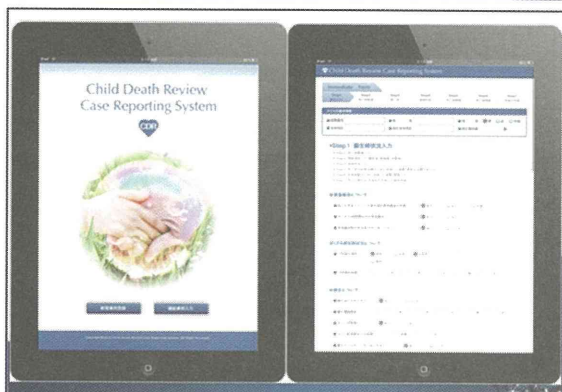
History of Child Death Review

Achievements of CDR

PD(予防可能死)の有意な減少までには至っていない。ただし！

1990年代後半から、虐待死と認定されるケースは約1.7倍に増加
→NCANDS2008でCDRの成果と言及される。

Type of Review	Accidental Suffocation	Homicide
No CDR	7.1%	7.1%
State only	9.2%	7.5%
Local only	12.4%	8.0%
State and local	15.3%	9.0%



3. 子どもの死因に關し、現状で得られる情報の問題点について

【現状】
現在の死亡手帳を用いた死亡統計には多くの問題がある。死亡診断書死体検察書の取扱いには限界があり、死因の自然性を導入することができない。上記の問題点を改善するためには新たな小児死亡登録フォームが必要である。

4. 望ましい小児死亡登録フォームについて

【現状】
諸外国のフォームで定められる入力項目は概大である。現場での受け回し態勢を考慮すると、種々の形態(紙・web・iPad2・PC)で運用を奨励し、検討する必要がある。また内容も簡易版・詳細版の2版を同時運用し、検討を加える必要がある。

5. 小児死亡事例の登録システムの構築について

【現状】
医療機関から発生する小児死亡事例の登録に際しては、小児死亡診断書(死亡診断書)の取扱いには限界があり、死因の自然性を導入することができない。上記の問題点を改善するためには新たな小児死亡登録フォームが必要である。

6. 小児死亡事例の登録システムの構築 検証結果の報告について

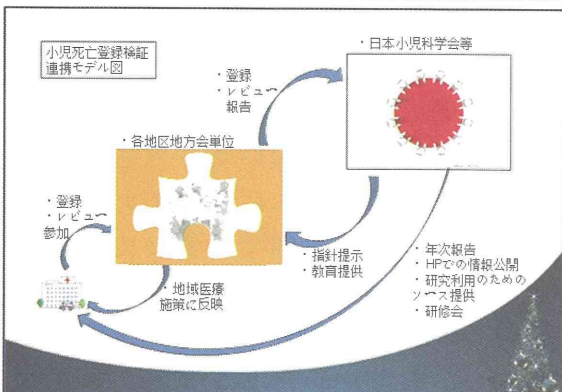
【現状】
小児死亡登録システムを構築し、小児死亡事例の登録を促進し、小児死亡診断書の取扱いには限界があり、死因の自然性を導入することができない。上記の問題点を改善するためには新たな小児死亡登録フォームが必要である。

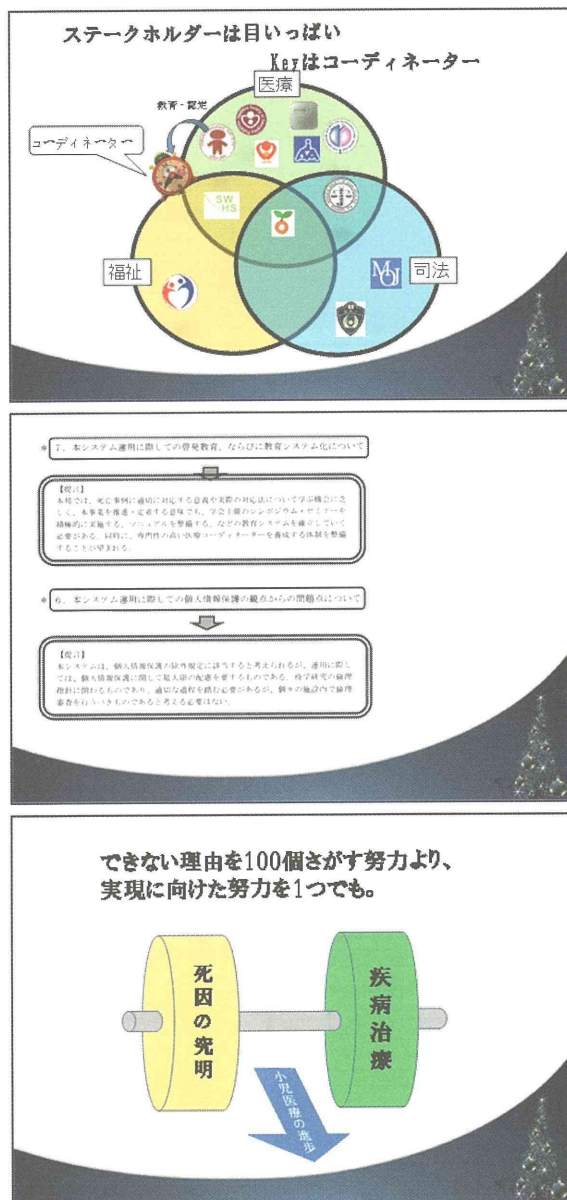
7. 小児死亡登録・検証結果の報告の必要性について

【現状】
小児死亡登録システムを構築し、小児死亡事例の登録を促進し、小児死亡診断書の取扱いには限界があり、死因の自然性を導入することができない。上記の問題点を改善するためには新たな小児死亡登録フォームが必要である。

米国NCCDR-RF “よろしくおね”

日本の死亡診断書





川崎 私のほうは、わが国で始まっている児童虐待死亡検証の現状と課題ということでお話させていただきます。私は今、厚生労働省の検証委員会の委員をしていますので、その内容の報告をさせていただこうかと思っています。で、このテーマというのは、昨年度の第一回のシンポジウムするとき、奥山先生から報告をされています。主に第1次から第5次までの検証報告、奥山先生も委員をされておりましたので、その報告をされています。私のほうは、その後、第6次、第7次と報告が出されているので、その概要をご報告いたします。昨年度とかぶるところがあるかもしれませんが、ご了承くださいければと思います。

現在行っている検証委員会の前に、少し、この日本の中でも死亡事例について検討が行われていることがあります。それを先にお話ししたいと思います。まず、ちょっと古いですが1974年に実は厚生省が全国調査をしています。これはたぶん初めて行われたものと思います。この特徴は、1973年度に児相が受理した虐待・遺棄事例、そして児相の管内で発生した3歳未満児の殺害事件ということになります。ご承知かと思いますが、70年代の初めというのは、コインロッカー・ベビーの事件などが報道され、かなり報道量が多くなりました。その中で、その対策を立てなければならぬ、ということで、そういう背景があると思いますが、ちょっと数字を出してみました。ちょっと細かいですが、当時殺害事件、3歳未満で殺害児が135人です。あわせて250人くらいですので、今の時代よりかなり多いかなと思います。ただ、こ

奥山 溝口先生ありがとうございます。質問のある方は後で受け付けますので、書き留めておいてください。

ではシンポジウムに移っていきたいと思います。わが国で始まっている児童虐待の検証と課題ということで、子どもの虹情報研修センターの川崎二三彦先生にお願いいたします。川崎先生は、厚生労働省が行っている社会保障審議会の児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会の委員をされています。

のあとこの件数がどのように推移していったのか、これに対してどう対応するのか、ということに関しては、この統計がこの 1 年度限りで終わったので、この後は、こういった統計は行われていません。

次に実際に行われたのは 2004 年ということになります。児童虐待防止法施行から平成 15 年 6 月末までで、2 年 7 か月ですが、新聞報道や都道府県指定都市の報告により、厚生労働省が把握している 125 件、170 人の死亡事例ということになります。この、「新聞報道や都道府県指定都市の報告により、厚生労働省が把握している」という、これは現在の検証委員会も基本的にこういうかたちになっています。このときの数字をザッと見ますと、これ、年齢別に出したんですけど、0 歳が 38 パーセント、4 割近くということで、それで 1 歳、2 歳、3 歳、このあたりでほぼ占めているということで、これは現在に至るまで、そんなに大きく変わっていないと思います。

平成 12 年に虐待防止法ができています。この時期というのは、大阪の岸和田で中学 3 年生の男児がネグレクトで意識不明の重体になるという事件で、大変世の中の関心が高まって、この事件が 1 月に発覚しているのですが、それと、この時期が、虐待防止法の第一次改正のための議論が、国会で行われているという、そういう時期と重なっています。その関連はよくわからないのですが、それで、この死亡事例の検証と合わせて、タイトルが「児童虐待死亡事例の検証と今後の虐待防止対策について」となっていて、その対策というのがかなりいろいろと出されています。児童相談所の体制強化、所

長の研修を義務化するとか、センターの研修の危機管理でやれとか、連携強化、養育力不足への対応、乳児期の対策の充実ですとか、児童虐待防止の推進月間、いま 11 月が月間になっていますが、このときに提案されています。ですから死亡事例と合わせて、虐待対策を進めていかねばならないと、そういう動きが、この時期に行われていたということです。

こうして虐待防止法第一次改正が行われたのですが、ここで、新しく条文ができて、ここに「児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行う」、検証を行うべきであるということが提案をされています。そこで国の児童虐待等要保護事例に関する検証委員会が設置されることになりました。先に報告したものは、厚生労働省が直接対応していたのですが、今後は、この検証委員会に基づいて実施していくということになりました。なぜこれを設置したのかということですが、第 1 次報告にこういうことが書いてあります。

「子どもの死亡という最悪の結果に至る前に、これを防ぐ手立てはなかったのか、どのような対応をとるべきだったのか。さらに今後、どのような対策を強化・推進する必要があるか検証することが不可欠であるということでこの委員会を設置するものである」ということが書いてあります。で、第 1 次報告が行われていまして、今、第 7 次が出されているんですけども、第 1 次は半年、第 5 次は 1 年 3 か月になっていますので、統計を見ていくときに、やや注意する必要があります。今は、第 8 次報告の作成のための作業が行われています。