

次に、第 7 次報告を申し上げる前に、もうひとつ追加しますと、虐待防止の第 2 次改正で、さらに「国および地方公共団体は、児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行う・・・」が追加されました。これがいわゆる国だけでなく地方自治体における検証を義務化して、重大事例については検証をなさいと。こういう形で改正が行われているということになります。それで、ここに書いておりますけど、たくさんの検証報告が自治体から出されていません。これは一部ですが、センターのホームページで閲覧できるということで、各自治体の具体的な事例について知りたいという場合は、センターのホームページをご利用いただきたいと思います。

それから、先ほど言いました第 1 次から第 7 次までの報告、これらは厚生労働省のホームページにもありますが、さきほどの平成 16 年に出された、厚生労働省が直接検証を行った、まあ 0 次といってもいいんですが、それらすべてはセンターのホームページで見られますので、今日申し上げることを含めて知りたいことがある場合は、厚生労働省のホームページあるいは「子どもの虹」のホームページを見れば、そこにある程度のこと書いていると思います。

第 7 次報告、これが一番新しいわけですが、第 7 次の期限というのは、平成 21 年度の一年間ということになっています。この一年間に起こった事件ではなく、発覚した事件、たとえば乳児死体が発見された、どうも死体は 1,2 年前のようだけれど、というような、これが明らかになった、こういう

のも入っています。

逆に、いまこの年に事件が起こっているけれど、発覚していなければ、当然この検証には入っていないということになります。ざっと見ていきますと、これは子どもの人数ですので、事例数とはちがいますが、第 7 次がやや減っているかなと思います。減少傾向にあるかどうかは、まだ何とも言えないのではないかと、思っています。

これは、虐待による死亡と、親子心中といわれているもの、2 つに分けています。0 からなっていますので、この辺りは、心中で子どもが亡くなるというのはあまり意識されていなかった。このあたりで少し出てきたので取り上げていこうと。取り上げてみると、虐待による死亡と、親子心中、まあ未遂も含めてですが、それで亡くなる子どもの数がほぼ同数に近い。こういうことになっています。さっきの虐待死によって死亡した事例というのは、第 7 次、49 事例になりましたので、これも簡単に報告します。これも年齢なんです。先ほどの 16 年の厚生労働省、これ 38 パーセント、ほぼ変わらないということです。ですから、虐待による死亡する子どもというのは、乳幼児、0 歳が特に多いということが、現在の特徴として言えるのではないかと思います。

それから虐待の種類は、身体的虐待とネグレクトということになります。ネグレクトが 4 割近いということになるので、どうなんだろうかと思うんですが、このネグレクトにはいろいろ入っているのです。車中放置、留守中に火災によって子どもが亡くなる、出産したけど子どもを放置している、それから衰弱死とあります。これらは親の養

育放棄で餓死しているということになると思います。だいたい 3~4 割となっていますが、こういったものが含まれているということを読んだときには見ていただければいいと思います。

次に加害の動機というのを見てみますと、これは、3 歳以上と 3 未満に分けてみています。これを見ますと、3 歳未満で一番多いのは子どもの存在の拒否、生まれてすぐ亡くなる場合は、この子を望まないというのが多いです。それから 3 歳以上になりますとしつけのつもりというのが多くなる…まあ人数としてはそんな多くはないですが、傾向としてはそんな傾向ではないかと思っています。

それで第 7 次報告の特徴は、この 0 日 0 か月児の死亡事例についての検証を行っている。それはなぜかという、グラフを見ていただきますと、このように、第 6 次報告は、0 歳の子が 6 割近かったということで、やはり 0 日、0 か月の死亡事例について、少し検討しておく必要があるのではないかとということで調べました。実際調べてみますと、全体を通してこの 0 歳児における 0 か月の割合は 45.1 パーセント、さらにその 0 か月児のなかにおける 0 日児、本当に嬰兒殺ですね、これは 87 パーセントということで、実は死亡事例の多くは 0 日児、新生児の殺害が非常に多くの比率を占めるということは、第 1 次から第 7 次を通してでも、そういうふうに見えるのではないかとということです。

それで、その生後 0 日死亡の父母の年齢というのをグラフで見ますと、父親はぜんぜんわからない。母親は 19 歳、未成年のところが多くて、ちょっ

と下がって、30 代でちょっと増えるという傾向があります。実はこの 0 日児については、1980 年に作田先生の論文があり、嬰兒殺、0 日児殺は 2 つのグループに分けられるとありまして、これは今も当てはまるかと思っています。作田先生はアノミー型と間引き型の 2 つに分けています。

作田先生の研究の後、類似というかその研究をふまえた、嫡出と非嫡出に分けた研究があります。これは昨年度、私たちが CDR の文献研究のなかで見つけた論文なのですが、これで嫡出と非嫡出、年齢を分けると、当然ながら、30~34 歳、嫡出のほうが多いわけです。で、10 年若い人たちが非嫡出が多くなっている。この 2 つは、ちょっと違いがあるということ、子どもの数もこのように、当然非嫡出であれば子どもがいないわけですが、この嫡出の方はすでに 3 人の子どもがいる。ここがトップになり、嬰兒殺には 2 つのタイプがあるということが言えるのではないかと。ちょっと嫡出というか、年齢の高い方の事件として論文をみると、こういう事件がたくさんあります。連続して殺害、複数殺害というのがけっこうあるのです。9 人産んで 9 人殺害した、お風呂場で分娩して、その後子どもの集会に行き、別のお母さんから「あなた出血しているわよ」と言われて発覚した例、もう逮捕されて執行猶予中にまた同じ事件を起こしているとか、実父殺害によって新生児殺が発覚し、4 人養育、3 回中絶、6 人殺害していた、こういう事例が出てくる。

実はこれはすべて、法医学関係の論文に出ているのです。他にはこういうのは見当たらないんです。たぶん法医学の先生方は、死体が新旧まじって

るので、それをどういうふうに見分けるかということでご苦労されていると思いますが、死亡事例をなくすためには、こういった事例がどうなっているのか、先ほどの溝口先生のお話でも、医学的問題だけでなく、周辺の問題も含めて考えていかないと、こういった新生児の殺害は防げないと思います。

次に 10 代、未婚母を含む 10 代、これも研究はないですが、10 代の方が逮捕された入所する少年鑑別所、入所者で出産した初日に子どもを亡くした 18 例というのを見てみます。これの妊娠を相談した人というのを出してみたのですが、嬰兒の父、友人。親に相談する人はいない。先ほどの嫡出児殺で、高齢の人は妊娠を秘匿するということで、相談する人はいないのですが、10 代の方は、相談するのはだいたいパートナーですね。残り 6 人というの、誰かわからない、行きずりの関係とか、複数の男性と関係して、誰が父かわからない、ということで、一生懸命誰かに相談するのですが、ほとんど役に立たないということが分かってきています。親に相談するのはとてもできない、親にすごく叱られるというので、本当は相談したいが相談できないということで、一人苦労して、出産して、どうしようもなく殺害する、こういう事例が結構あるんじゃないかということです。

まあそういうことがありまして、今回第 7 次報告では、10 代を中心とする未婚初産婦に関する取り組みということと、既婚経産婦についてはどうするのかということ、2 つに分けて対策を立てる必要があるということで、第 7 次報告では、第 1 次から第 7 次報告まで通して、こういう取り組み、数字

を出しています。

あと、心中事例ですが、39 人をみますと、先ほどと年齢構成が明らかに違っている、ということが分かるかと思います。(子どもの年齢が) 10 歳以上でも、かなりの心中事例が起こっています。この心中の加害者別の人数を出してみますと、こういうことになります。やはり実母が非常に多くて事例数 17 で 22 人、実父は事例数 10 で 14 人ということで、心中の場合は複数の子どもが被害にあうというのが特徴かと思います。で、実母の場合、平均年齢 33 歳で、ご自身に精神疾患がある。そして子どもに障害があるという複合リスクが重なる場合が多い。実父の場合、平均年齢 42 歳、少し年齢高いですが、一家心中をしてしまう、失業者、そして離婚問題、こういうことが引き金になっていると考えられるのです。非血縁関係の方はほとんどいないということです。


あとこれは虐待の通告の有無を調べているのですが、実際に死亡している例で、事前に通告があった例はほとんどないということです。確かに新生児の殺害といった場合は通告する間もないと思いますが、それにしても、通告のない事例がこのようにあります。

次のグラフと重ね合わせて考えてみたいのですが、これは、関係機関に接点はないけれど、支援をしようと認識していた、というのがかなり多い。あといろいろ問題はあるんですが、先程のグラフと考えても、虐待による事例は、援助しているあるいは機関にも、こういう形で虐待と認識されにくいという問題があります。そもそも通告もされていない。虐待そのものが、我々の社会の中では、これだけ通告は増え

ているが、隠されているということになるのではないかと思います。

今後の課題ということになりますが、一つは事例の把握ということですが、これは必ずしも全数が把握できているわけではない。先ほども言いましたように、厚労省がいろいろ努力して掴んでいる、各自治体が掴んでいるとはいうのですが、やはり、今上げた件数が全てであるとは言い難いところがある。

それから検証をしていくわけですが、なかなか、関係機関から得られた情報が限られている、肝心なところが分からなかったり、不明な場合が非常に多い。これは現在も検証委員会の課題であり、限界です。したがって死亡した子どもの全数を把握する、この中でCDRを行うことにより、隠された、隠れた虐待や死亡を発見する、そのことにより、本当の意味で虐待による死亡を防いでいくという道につながっていくのではないかと思います。私のお話を終わらせていただきます。



2011/12/23

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

わが国で始まっている  
児童虐待死亡検証の現状と課題

子どもの虹情報研修センター  
川崎 二彦彦

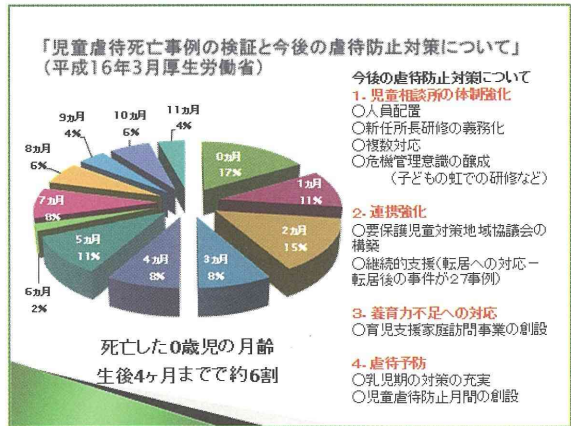
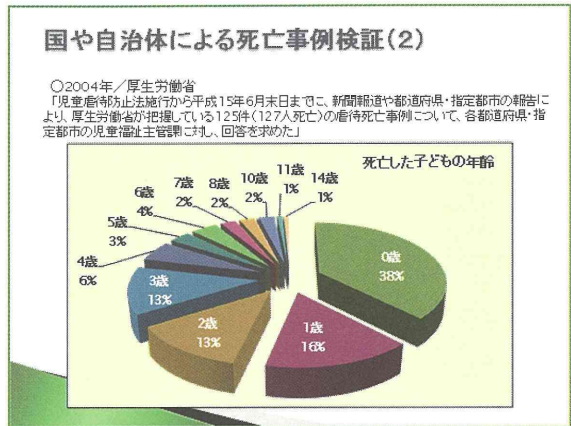
### 国や自治体による死亡事例検証(1)

○1974年/厚生省による全国調査

「児童の虐待、遺棄、殺害事件に関する調査結果」(1973年度において児童相談所が受理した3歳未満児に対する虐待、遺棄のケース)「各児童相談所管内で発生した3歳未満児の殺害事件」などを対象として、各児童相談所が調査票に記し、厚生省児童家庭局が集計。

	総数		出産直後(1日以内)		0ヶ月		1~6ヶ月		7~12ヶ月		1~2歳未満		2歳以上		不明	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
虐待	24	100%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%	3	12.5%	6	25.0%	14	58.3%	0	0.0%
遺棄	126	100%	22	17.5%	34	27.0%	28	22.2%	12	9.5%	17	13.5%	12	9.5%	1	0.8%
殺害遺棄	135	100%	11	8.1%	7	5.2%	6	4.4%	5	3.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
殺害事件	51	100%	14	27.5%	5	9.8%	9	17.6%	4	7.8%	11	21.6%	8	15.7%	0	0.0%
心中	65	100%	0	0.0%	0	0.0%	9	13.8%	16	24.6%	20	30.8%	20	30.8%	0	0.0%
合計	401	100%	153	38.2%	46	11.5%	53	13.2%	40	10.0%	54	13.5%	54	13.5%	1	0.2%

昭和49年度(1974年度)中に児童相談所が把握、受理した3歳未満児の調査



### 児童虐待防止法第1次改正

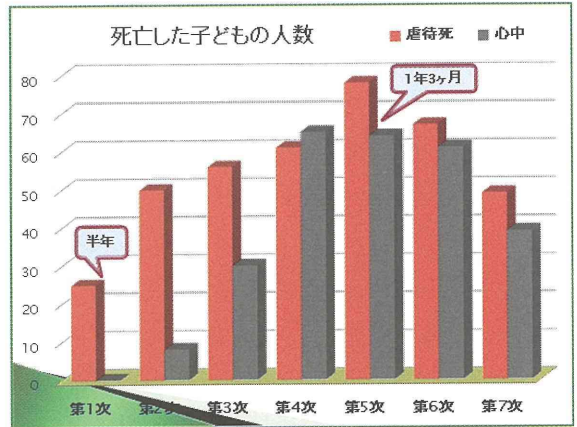
平成16年10月施行

- ▶(国及び地方公共団体の責務等)
- ▶第4条第5項(本項全体を新設)
- ▶国及び地方公共団体は、児童虐待の予防及び早期発見のための方策、児童虐待を受けた児童のケア並びに児童虐待を行った保護者の指導及び支援のあり方、学校の教職員及び児童福祉施設の職員が児童虐待の防止に果たすべき役割その他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ものとする。

### 国や自治体による死亡事例検証(3) 「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」の設置

○設置趣旨(第1次報告から)

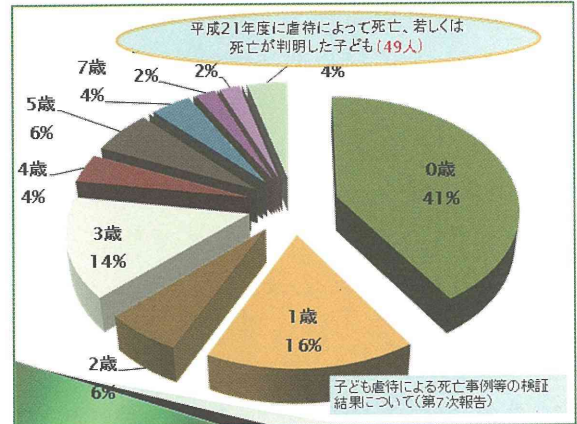
- 児童虐待による死亡事例が依然として後をたない。子ども一人ひとりの死を我々が重く受け止め、こうした子どもの死を決して無駄にすることなく、今後の事件の再発を防止することは、社会全体の責務である。そのためには、これらの事例について子どもの死亡という最悪の結果に至る前にこれを防ぐ手立てがなかったのか、どのような対応をとるべきであったのか、さらに今後どのような対策を強化・推進する必要があるのかを検証することが不可欠である。
- また、平成16年4月に改正され、同年10月に施行された児童虐待の防止等に関する法律の一部を改正する法律において、新たに第4条第5項が設けられ、「調査研究及び検証を行う」ことが明確にされたところである。
- こうした状況を踏まえ、社会保障審議会児童部会の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が設置された。



### 児童虐待防止法第2次改正 (平成20年4月1日施行)

▶(第4条第5項に赤字部分追加)

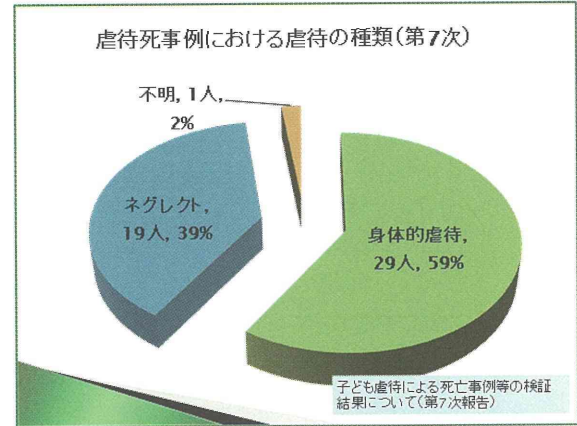
▶5 国及び地方公共団体は、児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行うとともに、児童虐待の予防及び早期発見のための方策、児童虐待を受けた児童のケア並びに児童虐待を行った保護者の指導及び支援のあり方、学校の教職員及び児童福祉施設の職員が児童虐待の防止に果たすべき役割その他児童虐待の防止等のために必要な事項についての調査研究及び検証を行うものとする。



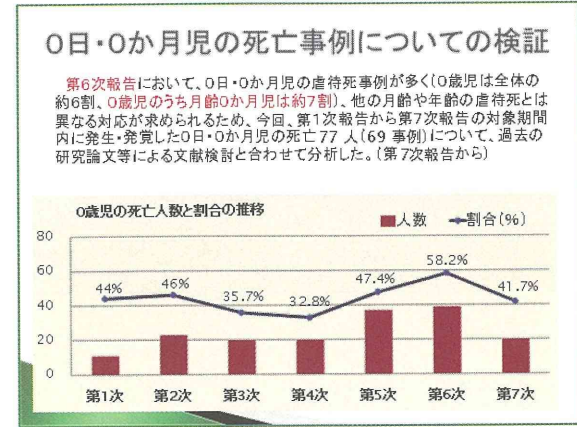
### 国や自治体による死亡事例検証(3) 地方自治体でも義務化された死亡事例の検証

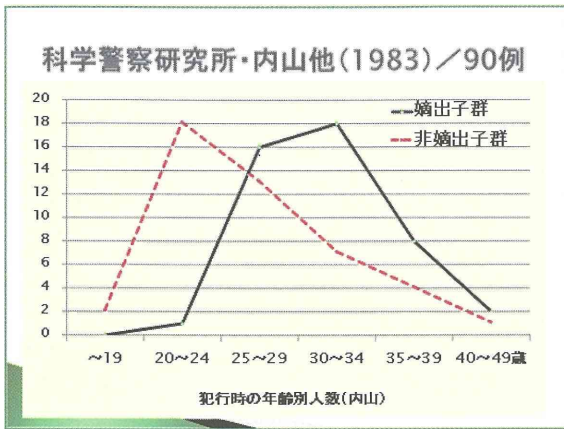
<ul style="list-style-type: none"> <li>平成23年06月 奈良県検証報告書</li> <li>平成23年05月 東京都検証報告書</li> <li>平成23年03月 新潟市検証報告書</li> <li>平成23年03月 静岡県検証報告書</li> <li>平成23年03月 広島市検証報告書(概要版)</li> <li>平成23年02月 横浜市検証報告書</li> <li>平成22年12月 福岡県検証報告書</li> <li>平成22年12月 広島県検証報告書</li> <li>平成22年12月 大阪府検証報告書</li> <li>平成22年11月 沖縄県検証報告書</li> <li>平成22年10月 大分県検証報告書</li> <li>平成22年10月 大分県検証報告書(概要版)</li> <li>平成22年09月 福岡市検証報告書</li> <li>平成22年09月 埼玉県検証報告書(概要版)</li> <li>平成22年09月 熊本県検証報告書</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成22年09月 兵庫県検証報告書</li> <li>平成22年08月 堺市検証報告書</li> <li>平成22年05月 さいたま市検証報告書(概要版)</li> <li>平成22年03月 山形県検証報告書(公表版)</li> <li>平成22年03月 宮城県検証報告書</li> <li>平成22年03月 仙台市検証報告書</li> <li>平成22年02月 宮城県検証報告書</li> <li>平成21年12月 青森県検証報告書</li> <li>平成21年12月 川崎市検証報告書</li> <li>平成21年07月 宮城県検証報告書</li> <li>平成21年05月 鹿児島県検証報告書</li> <li>平成21年04月 東京都検証報告書</li> <li>平成21年03月 さいたま市検証報告書</li> <li>平成21年03月 横須賀市検証報告書(概要版)</li> <li>平成21年02月 兵庫県検証報告書</li> <li>平成21年01月 京都市検証報告書</li> </ul>
--	--

子どもの虹情報研修センターホームページで閲覧できます



### 児童虐待死亡事例検証について 厚生労働省専門委員会第7次報告の概要

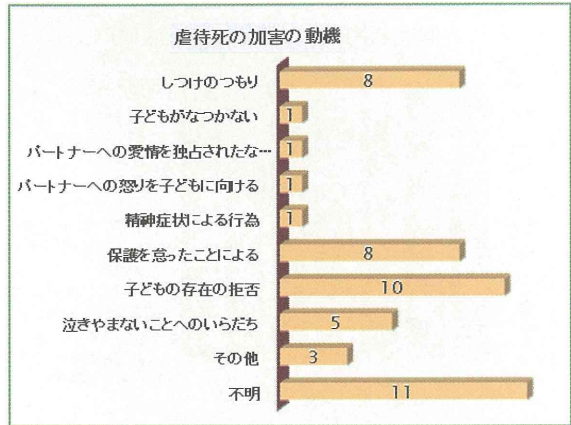
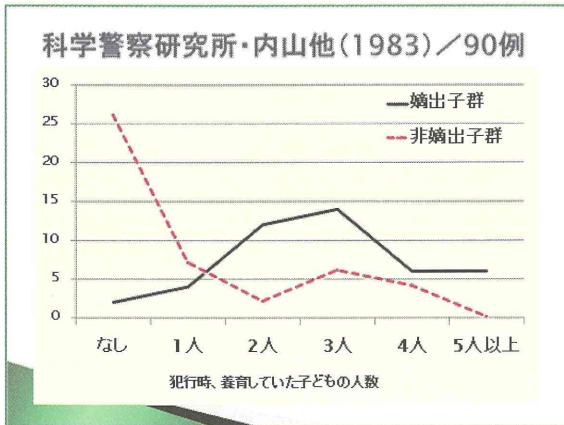




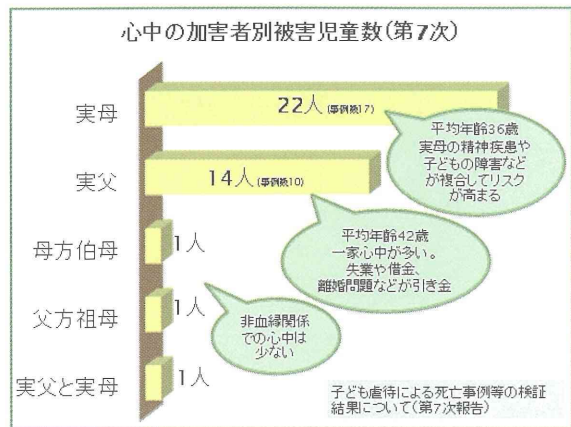
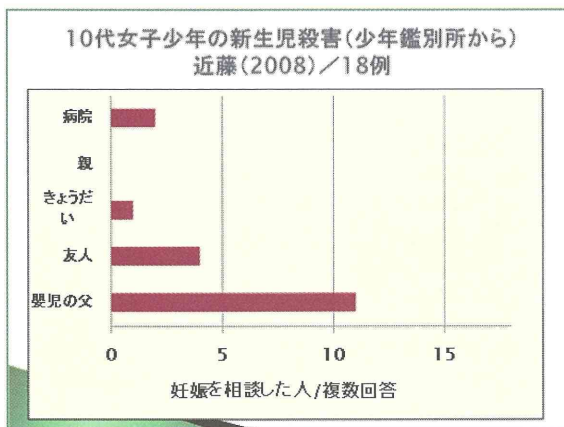
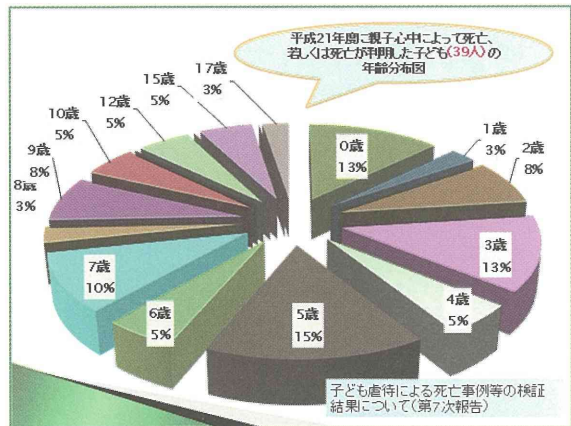
### 児童虐待防止対策の推進について (平成23年7月20日)

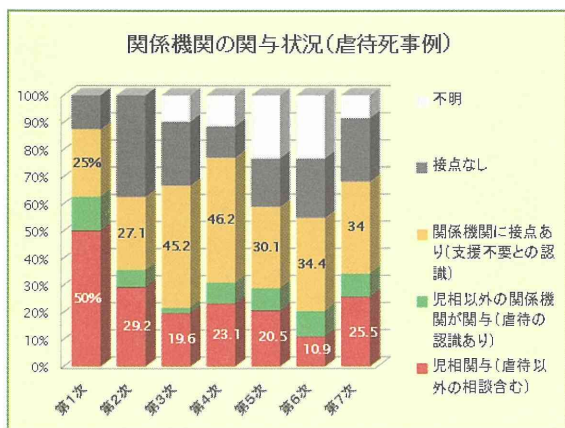
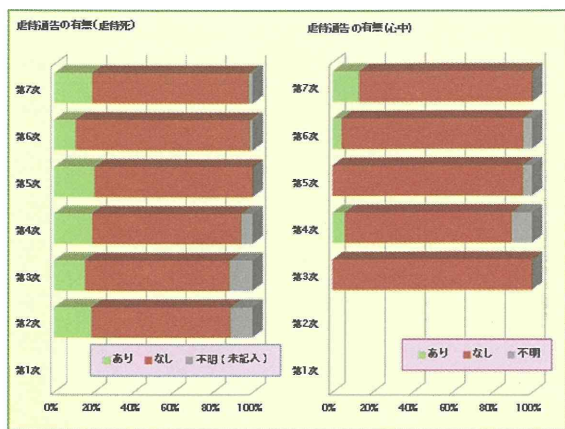
**10代を中心とする未婚初産婦については**、妊娠や出産に関する知識に乏しい上、相談相手がいないという特徴を持つことから、望まない妊娠について相談できる機関の周知や体制の充実、知識を得る機会の促進に努めること。

**既婚経産婦については**、経済的事情を抱えている、養育しているぎょうだいに関係機関の関与があるなどの特徴がみられたことから、望まない妊娠に関するもののほか、経済的な問題に対する制度や相談機関を周知するとともに、ぎょうだいへの関わりを通じて母親の心身の状態等にも目を向け、相談を受けた機関が継続的な相談・支援につなぐための関係機関の連携を図ること。



- ### 新生児の連続殺害事例(法医学分野からの研究報告から)
- 9人を産んで9人を殺害した事例
  - 風呂場で分娩、殺害、そのまま子ども会の集まりに出席、出血によって発覚した事例
  - 新生児を殺害して逮捕され、執行猶予の後、再び同様の事件を起こした事例
  - 実父殺害によって新生児殺が発覚、4人養育、3回中絶、6人殺害の事例 など





### 今後の課題

- ▶ 児童虐待による死亡事例数の把握について
- ▶ 死亡事例の具体的な情報について

奥山 ちょっとだけ気になったので一言だけ。心中死というのは、赤い糸で結ばれた心中ではなく、無理心中ですので、全員、殺人です。一回でも虐待は虐待ですから、虐待死のなかの心中死、というふうに考えていただきたいと思います。

川崎 第7次報告には、心中も虐待死

である、ということを確認しています。心中と虐待とは、さっきも言いましたように、いろいろと背景が違うということで、2つに区分して分析しているということになります。

奥山 ありがとうございます。続きまして、死因究明制度の現状と課題ということで、千葉大学の法医学教室教授で、警察庁の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の委員をされています岩瀬博太郎先生にお願いいたします。

岩瀬 ありがとうございます、千葉大学の岩瀬と申します。私からは、法医学から見た死因究明の現状と、今、国で検討されている制度改革の紹介をさせていただきます。

まず、死因の判定がどのようにして行われるべきなのかということをお話しさせていただきます。後ほど相田先生のほうから画像検査の話もあると思うので、それに絡んだ事例を選んでみました。

私ども法医学は、基本的には平穏な亡くなり方をしないばかり見ています。一方臨床の先生方は、平穏にベッドの上で亡くなる方を見ていると思います。若干死因の究明という考え方にズレがある気がします。私どもがどう考えるかということで、例をお見せしたいのですが。この例は路上で倒れていたというところを、救急車で搬送されたという事例です。CTを撮ると、典型的なくも膜下出血が写っているということで、当初病院はこれを病死と処理しようになったのです。ところが救急隊が聴きこみをしたところ、実は殴られた直後に倒れたということが分

かります。そこで司法解剖に回ってきました。私どもとしては牛乳を用意し、首の血管から牛乳を流して行って、どこから牛乳が出てくるのか、ということを検索します。そうしますと、このピンポイントみたいなどころから出血していました。動脈瘤がないというところがポイントなんです。病気のくも膜下出血ではないという可能性が高くなります。そこで外傷性のくも膜下出血であると判定でき、殴った人が傷害致死でつかまるということになります。この事例は、死亡までの経緯が分かっていない中で、画像検査だけで病死としたために犯罪の見逃しのリスクを負ったという事例になります。

あと、こういう事件が昔ありました。ある民間療法の研究所が、どんな病気でも治してくれるのだそうで、それを信じた母親が、糖尿病の 12 歳の娘を入院させていたのです。その結果、糖尿病性昏睡で亡くなりました。病院でこういう方が、救急車で運ばれてきますと、糖尿病性昏睡だから病死だと言ってしまふ先生もいると思います。確かに、医学的診断名は病死っぽいですが、経緯が、放置して死んだということになりますと、保護責任者遺棄致死という犯罪になります。医学的に一見病死と診断されても、経緯次第で他殺にも事故にも、どんなものにもなってしまうのです。

死因の究明には、不可欠なことが 2 つあります。一つは、しっかり医学的検査を実施するという。解剖、薬物検査、DNA 検査、そして画像検査。そういうものをしっかり、診断がはっきりするまでやる必要があります。しかし、それだけでは片手落ちです。もう一つ周辺状況を調べてこないと死因

はわかりません。特に自殺か他殺かといった死因の種類というものは、医者だけでは絶対に判断できないというところがあります。ですから捜査機関と医師がしっかり連携しないと、死因は診断はできないということになります。

他の国は、そうした連携がよくできていまして、特に医学的検査の部分というのが充分できるようになっているのです。日本はそれができていません。ですから時津風部屋事件ということも起きるんです。この事件では相撲取りの 17 歳の男性が、あざだらけの状態です。病院に運ばれてきます。そこで CT を撮ったところ、死因になるような外傷がないということで、病死・心不全というふうに診断されました。医師が、病死と言ってくれさえすれば警察は現場の捜査の必要がないと、手を引いてしまったんです。そのせいで犯罪が見逃されそうになったという事例になります。これも、先ほど申し上げたように、死因究明に必要な 2 つの因子が揃っていないために起きたものです。医学的検査を並行して捜査もしっかりやる。そうした連携できていないと、こういう見逃しが起きるわけです。

他の国では、医学的検査のために、法医学研究所という建物があるのです。これはある意味、遺体専門の総合病院みたいなどころです。ここで薬物検査や解剖など、必要な検査がなされているのです。スウェーデンとかオーストラリアの法医学研究所になりますと、死体から学んできたいろんな情報、こういう傷があれば、どれだけひどい外傷を負わされたのかということを経験則として学びますから、それを、生きている人を助けるためにも使おうとしています。たとえば幼児虐待や DV の



被害者、生きている被害者を法医学者が診察するというのもやっています。そのための診察室というのが、スウェーデンやオーストラリアにはあるのです。だいぶ日本とは違います。もちろんこのときには、小児科とも連携しているのです。

これがオーストラリアの法医学研究所ですが、人口 500 万に対して、従業員が 140 名いるという状態です。非常に大きな施設になります。CT も当たり前のように撮っていますし、解剖が年間 3,000 実施されています。千葉は人口が 600 万で、解剖数が 300 ということで、非常に差があります。先進国では解剖や薬物検査が充分できます。ですので、死因が分からないというときは全部、法医学的な検査ができるわけです。

これはスウェーデンの埋葬手続きの概略です。人が死ぬと、犯罪性が疑われれば直接警察に行くと思います。そうでなければお医者さんの方に連絡が行く。これは日本と一緒にです。しかし、その後が違います。警察は、死因が分からなければ、全部医学的な検査に回しています。お医者さんの方は、自分が見ていた患者が明らかな病死、例えば末期ガンで誰がどう見てもガンで死んだというものについては死亡診断書を書きますが、そうでないものについては、基本的に警察に届け出て、こちらも十分医学的検査と周辺調査をやるということになります。ある意味では、隙のない死因究明がなされているというのが他の国の特徴になります。

日本ですが、だいぶ差があります。左側がオーストラリアの法医学研究所です。こちらは同じ縮尺で、地上 2 階から地下 1 階までの法医学研究所で、

一方、私がいる千葉大学は名前からしてチャチいです。研究所ではなく「教室」です。そして法医学教室は 1 階部分のみです。そして掘っ立て小屋のような解剖室があるのです。人口 600 万に対して、昔は 180 体しか解剖をしていなかったんですね。従業員が 7 人、解剖台が 1 台ということですから、医学的な検査を行うリソースが明らかに不足しているということです。解剖ができない、薬物検査も何もできないということなんで、警察が解剖に回す前に、振り分けてしまうのです。犯罪性のある、なしで、まず分けてしまいます。犯罪が疑われれば解剖しますが、そうでない場合はほとんど解剖しません。一部、行政解剖というのがあります。千葉の場合は年間 10 体分の予算があるのですが、非常に解剖できる機会というのは少ないです。警察が認知した事例について解剖率は、スウェーデンでは 90 パーセント、イギリスでは 50 パーセント解剖するわけですが、日本ではたったの 10 パーセント、千葉ではたった 3 パーセントということです。ですので、多くの死体は、死因が明らかでない状況でも、科学的な証拠調査をしないまま終わっていく。そのために、犯罪や事故の見逃しも多発しますし、事故の予防もできないという事態になるわけです。

歴史的経緯は複雑なんですけど、実は、日本は江戸時代には、お役人が、見た目だけで死因が分かるという前提で検死をしていたのです。それは中国のやり方です。その後、明治維新の時ヨーロッパの真似をしたのですが、法医学者がいないので、こういうチャチい制度になっていくのです。戦後、これではまずいだろう、ということで、行政

解剖を作ったのですが、こちらも浮浪者対策のためだけに実施したようなもので、浮浪者が路上で死ななくなった今では要らないと言われ、どんどん規模が縮小されていったということです。しかも司法解剖は警察庁あるいは法務省の管轄、行政解剖は厚生労働省の管轄ということで、死因が明らかでない死体については、一体どちらが死因究明の責任をもつのか曖昧になってしまひまして、法医学の人材や設備を増やす責任者が分からなくなってしまった。そのせいで、あの法医学教室という小さなレベルで発展せずにやってきたのです。

解剖が出来ませんので、日本では非常に複雑な手続きをしながら、ある意味ごまかしごまかし運営しているのです。2つの経路によって死体を検査しないまま、処理しているのですね。ある意味、これが逃げ道となっているわけです。一つはお医者さんがみた場合のものです。日本の場合は、異状死の定義が全く曖昧になっています。おそらく臨床の先生でも、場合によっては、事故死とか自殺の死亡診断をさせられることもあると思います。先進国だと、そのような国は殆んどありません。日本のように、一般臨床医が深く考えずに死因を判断し処理してしますと、警察のほうも捜査をほとんどしないで終わる方向にいきますので、死因がいい加減なまま終わっていて、犯罪が見逃されて、事故が見逃されていくということになります。またもう一つの見逃しの原因となるルートは警察です。警察が見た目で犯罪性がないかどうか最初に判断してしまつて、犯罪性がないとしたものは、医学検査をしないで終わっていますが、こちらもいい加減な

まま終わっていく。解剖が出来ないので、解剖を減らすために、遺体を逃がしていくという2つのルートの中に、相当の見逃し事例が含まれていくんです。これが日本の死因究明制度で非常に問題になっています。

解剖が出来ないので、もし変死体が出てきても、こんな会話がなされています。一応警察の検視には、お医者さんと呼ぶことにはなっていますが、警察官としては、お医者さんに「犯罪性はなさそうなので後はよろしく」と言えば、お医者さんも阿吽の呼吸で、「仕方ないなあ、じゃあ心筋梗塞にでもしておきます」と終わっていくわけです。なので、日本の死因統計も無茶苦茶と言われています。例えばこの1990年代の半ばあたりですね。私が国家試験を受ける前の年くらい、急に死因統計の心疾患と脳血管疾患がひっくり返るということが起きました。もしアメリカなどちゃんとやっている国でこんなことが起きたら、おそらく心筋梗塞の治療薬が出来たために、心臓で死ぬ人が減り、その副作用として、脳出血が増えたのではないかと、という話になると思いますが、そうではないのです。単に厚生労働省が通達で「心不全と書かないでください」と言ったらひっくり返ってしまっただけなのです。

これを基に日本の保健行政が決まっていくというところに、いささか不安があります。法医学的に見れば、心不全が脳出血になるのは病死が病死になるだけなのでまだいいのですが、怖いのはこっちのほうです。同じ時期に、不慮の事故死も増えるのですね。これは例えば、浴槽で亡くなった人が、昔は心不全と書けたのですが、書くなと言われたので、溺死に替えたのですね。

なので不慮の事故死が増えたということです。通達というのは忘れられる運命なので、また戻ってきているようにも見えます。

こんな状態があるので、私が千葉に赴任したころ、一度大騒ぎをしました。現職教授のくせに週刊誌にこんな告発記事を出して、日本の問題点に気づいてもらおうという動きをしたことがあります。法医学会の方も昔から問題意識を持っていて、適正な死因究明をしよう、と前から言ってきました。マスコミも 2007 年くらいから、見逃し事例がある、ということを紹介してくれるようになってきました。そして「時津風部屋事件」が起きまして、政府としても動かざるを得なくなってきたというのが今の状況です。

日本においては、犯罪とか事故の見逃しというのが多発しているだろうという可能性が指摘され、問題となっています。警察庁の発表では、ここ 11 年くらいの間に 43 件の殺人事件の見逃しがあつたとされています。これは氷山の一角にすぎず、実はもっとあるだろう、とも言われています。そうした犯罪見逃しと事故の見逃しの多発、そして死因に関係した情報利用が出来ないということが問題になっています。これはおそらく、乳幼児の死亡事例に関しては重要なことなんだと思います。こういう問題点を解決しないといけないという認識を法医学会としても持っています。

時津風部屋事件のあと、死因究明制度をなんとかしようということで警察庁では研究会を始めました。そして今年の 4 月に提言が出てきました。この中に医学的検査をしっかりとやるだけの人材、そして設備の整備が必要だとい

うことも書かれています。もちろん解剖だけで死因が分かるわけではありませんので、薬物検査ですとか、死後画像検査などもしっかりとやるようにといった提言がされています。ただ、これだけでは情報を得るだけ、採取するだけです。せっかく得た情報は、しっかりと活用すべきですから、情報活用等の提言もされています。遺族に対する説明や、データベースの構築という提言をしています。この情報の活用に関しては、「以下の施策等について着手または検討することが望ましい」と、ちょっと弱いレベルですが、記載があります。また「データベースの構築」として、「死因等に関する情報は、解剖を行うすべての機関が共有することで同じような症例についての解剖の参考となり、犯罪死の見逃し防止に資することになるが、さらに社会的背景も含めて調査分析した情報は、公衆衛生の向上にも活用できる。よって、これらの情報を組織的に幅広く利用するためのデータベースを構築することを、将来の検討課題として指摘しておきたい」と書いてあります。

こういう提言を受けまして、内閣のほうで、犯罪対策閣僚会議というのがあり、その中で、死因究明ワーキングチームがあり、今法案を検討している段階だそうです。情報開示の利用についても検討される予定ですが、油断するとどんどんこじんまりしていく可能性があります。しかしこれは法医学だけの問題ではないと思います。小児科のほうからも、最近虐待、事故の予防という側面で、情報の利用が必要であるという話が出て来ましたので、是非ともこの死因究明制度改革の流れと一緒に乗っていただければと思っています。

す。以上参考になればと思って用意してきましたがまたご意見をいただければと思います。

## 死因究明制度の現状と課題

平成23年12月23日

千葉大学大学院医学研究院法医学  
岩瀬博太郎

### 正確な死因判定に必要なことは？

- 30代男性
- 路上で倒れていたところを救急車で搬送。
- 病院でCTを撮影した。

典型的なクモ膜下出血を認めたことから、医師は病死と判断した。

### 少女死亡で母親を書類送検 次世紀ファーム インスリン持たせず

岐阜県恵那市の自然食品研究施設「次世紀ファーム研究所」(堀洋八郎代表)に宿泊していた神奈川県内の女子中学生(12)＝が糖尿病性昏睡(こんすい)で死亡した事件で、県警捜査一課と恵那署は15日、インスリンを持たせずに施設に少女を預けたとして、**過失致死**の疑いで少女の母親(51)を書類送検した。

調べでは、母親は、少女がインスリン投与が不可欠な小児糖尿病1型であることを知りながら、昨年7月15日にインスリンを持たせずに施設に滞在させて、同月18日朝に死亡させた疑い。

両親は、堀代表が施設で療養すれば糖尿病が治ると信じ込ませて少女を預かったとして、**保護責任者遺棄致死と業務上過失致死の疑い**で堀代表を刑事告発していたが、県警は、堀代表は病状を認識していなかったと判断して、「刑事責任を問うのは難しい」とした。

医学的には、病死と判断されても、死亡までの経緯次第では他殺になる。死亡までの経緯を調べずして、安易に病死と診断してはならない。

### 正しく死因が診断されるためには？

- 以下の二つが重要
- 1. 医学的視点からの正確な死因の特定(医師の仕事)  
解剖、画像診断、薬物検査、DNA検査など様々なツールを駆使すること。
- 2. 死亡までの経緯、周辺状況の調査(警察の仕事)

→捜査機関と医師の連携は必須。

→諸外国では、死因が明らかでない遺体について、一例ずつ丁寧に死因究明を行うための人員・設備が配置されている。

### 序ノ口力士がけいこ中に倒れ急死

時津風部屋 2007年6月28日読売新聞

大相撲時津風部屋の序ノ口力士、斎藤俊(たかし)さん(17)＝時太山(ときたいざん)、新潟市出身＝が26日、愛知県名古屋市でけいこ中に倒れ、急死した。死因は**虚血性心疾患**だった。県警犬山署が時津風親方らから事情を聞いたところ、斎藤さんは26日午後、同市内の部屋宿舎で名古屋場前に向けたけいこ中に「気分が悪い」と訴えた。その後、激しい息づかいになったため、病室に運んだが、午後2時10分ごろ、死亡が確認されたという。

病院によると、斎藤さんの顔や両ひざに衝撃過傷があったが、けいこ中にできたものとみられ、**コンピューター断層撮影法(CT)などの検査の結果、病死を診断した**。斎藤さんは今年、時津風部屋に入門し、6月の見舞所で初土俵を踏んだばかりだった。セクンドだった斎藤さんの父親の正人さん(50)(新潟市北区木崎)は、「息衝に大きなアザや傷があり、あまりにもひどい」と話し、家族の希望で、新潟市の新潟大学病院で28日、解剖が行われた。

警察が面倒な捜査を避ける口実として死後CTを使うと、犯罪見逃しの原因になる。医学的に病死と考えられる場合でも死亡までの経緯についての調査は怠ってはならない。また経緯が不明であれば、解剖や薬物検査を含めた死因の特定が必要になる。

2007年9月26日朝日新聞

時津風部屋 力士急死



### 各国の法医学解剖施設 (＝遺体専用の総合病院)



ドイツ・ベルリンの法医学研究所



オーストラリア・ビクトリア州の法医学研究所



米国・セントルイスの監察医務院



スイス・ローザンヌの法医学研究所

### スウェーデン法医学研究所の生体診察室



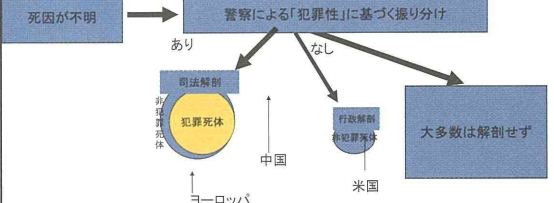
生体用の診察室。幼児虐待などの暴行について法医学者が診察する。生体の診察は法医学者のルーチンワーク。

### オーストラリア・ビクトリア州の法医学研究所



ビクトリア州人口500万  
 法医学解剖施設数:約3000  
 解剖台12台、CT室完備(全例撮影)  
 生体の診察室2部屋  
 執刀医8名(増員予定)  
 解剖補助18名  
 中毒学者15名  
 追族カウンセラー5名  
 従業員140名

### 日本における法医学解剖

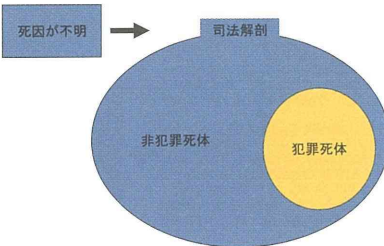


死因が不明 → 警察による「犯罪性」に基づく振り分け

- あり → 司法解剖 (犯罪死体) → ヨーロッパ
- なし → 行政解剖 (非犯罪死体) → 中国, 米国

警察による死体の外表観察で犯罪性がなければ、司法解剖しない(江戸時代に取り入れた中国の運営が残存)。戦後、司法解剖を補うべく、行政解剖(または承諾解剖)を導入したが、制度が複雑になり、死因が明らかでない死体はどの省庁が責任を持つのかさらに不明確になった。そのため予算化が不十分で、解剖率が諸外国に比べ極めて低くなった。(スウェーデン:約90%、イギリス:約50%、日本:約10%)  
 →日本では、科学的、客観的な証拠保全ができず、犯罪、事故の見逃しが多発する。事故死については、情報の採取も困難。

### 先進国における法医学解剖



死因が不明 → 司法解剖

非犯罪死体 (大円) / 犯罪死体 (小円)

死因不明であれば、犯罪性の判断の前に、全例について解剖や薬物検査等による死因究明を行う。  
 犯罪性の有無は、解剖や薬物検査など医学的検査の結果と、捜査の結果を総合して判断される。  
 →犯罪性の有無を、客観的、科学的に判断するシステム

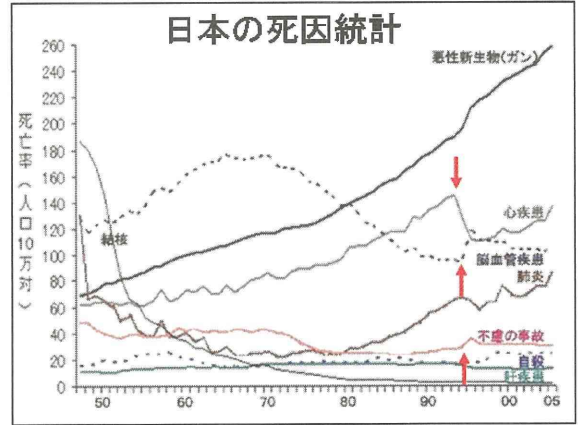
### 日本での変死体の取り扱われかた

- 警察官：変死体の検案をお願いします。周囲の状況からは、犯罪性はなさそうなので、あとはよろしくをお願いします。
- 医師：検査なしじゃ死因はわからないなあ。腹を蹴られたり頭をぶつけて死んでも外表に異常がないことも多いですよ。行政解剖がなんかできないんですか？
- 警察官：当県には東京と違って予算がないもので。いつも他の先生にはこれで書いてもらってるんですよ。病死ですよ？
- 医師：仕方ないなあ。胸も痛がってたようだし、心筋梗塞にしておきます。

### ビクトリア州法医学研究所 VS 千葉大法医学教室



地下1F~地上3F (ビクトリア州)  
 1F部分の一部のみ (千葉大学)



### 千葉大法医学教室(平成15年当時)

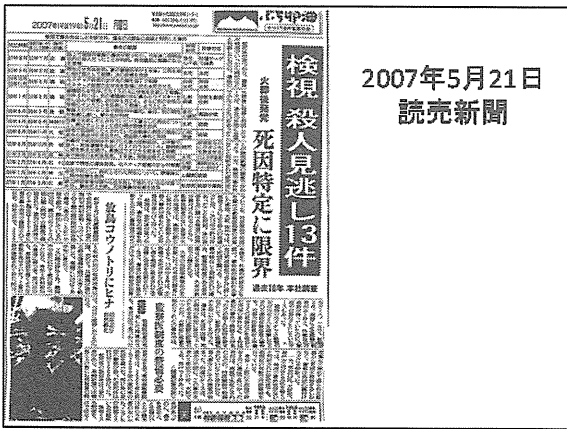


千葉県  
 人口 600万人  
 年間の変死・異状死数: 7000体  
 司法解剖年間 180体  
 解剖台: 1台  
 遗体冷蔵庫: 2台  
 医師: 2名  
 DNA、アルコール検査: 2名  
 解剖補助: 2名  
 事務担当: 1名(非常勤)

法医は大学の一角(奥の扉の向こう側のみ)  
 たった1台の解剖台  
 貧相な臓器保管庫  
 従業員7名(うち非常勤1名)



週刊文春 6月17日号 (2004年6月10日発売)  
 「殺人天国 変死体の96%が解剖されていない」  
 千葉大法医学教室が 解剖台1台で 180体



**第3 死因等に関する情報の活用等**

遺族等にとって、死者の正確な死因、死亡に至る状況、発見時の状況等を知ることは最も重要である。また、保険会社にとっても、正確な死因等の把握が必要である。

また、死因等に関する情報は、犯罪死の見逃し防止のみならず、同種事故や事件の防止に資する貴重な情報であるにもかかわらず、データベースが存在しないため、これらを体系的に活用できないといった問題がある。

したがって、遺族等の要望に応えるとともに、死因等に関する情報を社会に還元できる制度を構築するため、以下の施策等について着手又は検討することが望ましい。

**2 データベースの構築**

死因等に関する情報は、解剖を行う全ての機関が共有することで同じような症例についての解剖の参考となり、犯罪死の見逃し防止に資することとなるが、さらに、社会的背景も含めて調査分析した情報は、公衆衛生の向上にも活用できる。よって、これらの情報を組織的に幅広く利用するためのデータベースを構築することを、将来の検討課題として指摘しておきたい。

**日本の死因究明制度の問題点**

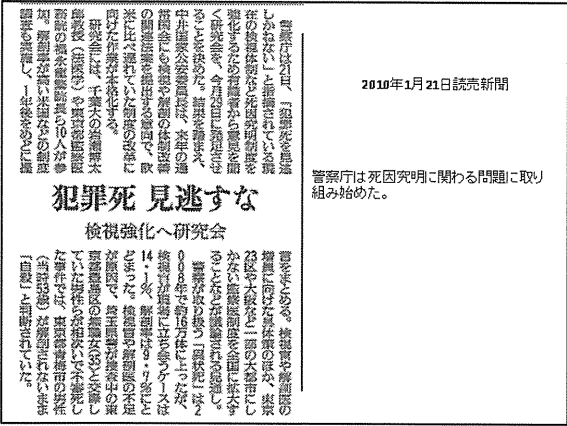
- 犯罪・事故の見逃しが多発している可能性 (時津風部屋事件、パロマ事件)
- 事故死についての情報の採取と利用ができず、予防ができない。

2011年7月26日 読売新聞

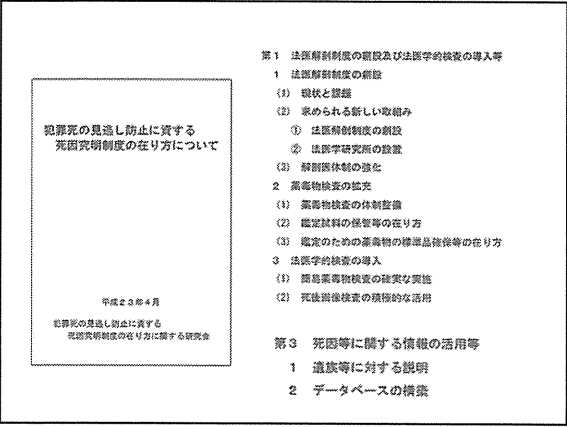
**死因究明新制度協議へ**

政府の犯罪対策関係会議は26日、警察庁や厚生労働省などの関係省庁からなる「死因究明ワーキングチーム」(議長・仙谷由人官房副長官)の設置を決めた。2013年3月までに、犯罪死を事故死や病死と見誤ることを防ぐ新制度の構築を画する。

現在は、日本政府として正式に動き始めたところ



奥山 では続きまして、「死因究明に関する死亡時画像診断の活用」としまして、相田典子先生にお話を戴きます。相田先生は神奈川県立こども医療センターの放射線科の部長で、「死亡時画像診断の検討会」、厚生労働省の委員会ですが、そちらの委員もされています。相田先生よろしくお願ひします。



相田 神奈川県立こども医療センターの相田です。資料を用意しませんでした。厚生労働省の死亡時画像診断の検討会の資料を、ホームページでご覧いただけます。私は今日、こういう題名でここに立っておりますが、死亡時画像診断という言葉を使っております。亡くなってから画像をとりますので死後の画像診断ということになります。

日本では Ai という言葉が広く普及しておりますので、途中からはその言葉でお話していきます。

私は小児病院で、普通の小児医療、生きているお子さんの画像診断を専門としているので、死亡時画像診断の専門家ではありません。専門家というのは、自分の専門のものは非常に世の中には役に立つと思っていますので、私が死亡時画像診断の専門家であると、いいことばかり言う傾向にもなってしまいかもしれないので、こういうところで客観的に話すのがいいのかもしれないと思います。

厚生労働省の死因究明に資する死亡時画像診断に関する検討会委員として当検討会での報告書をまとめるのに関わりましたので、その両方の立場から、死亡時画像診断の現状と、その小児への応用、応用に関しましては、状況ごとの各論、虐待事例ではどうかという点と問題点、今後の進め方という順番でお話させていただきます。

死後画像診断施行の現状というのは、これは医師会アンケートからなんですが、この調査個所は 6,150 施設で、非常に多くのところから回答いただきました。何らかの死後画像診断を撮影したことがある医療機関は、結構多くて 35.5 パーセント、医師会がやっているので費用負担が大きな問題です。有効回答数のうち半数を超える施設が、死後というのは当然保険も使えませんので、そうしたら、自分のところの機械を使い、持ち出しということになります。またはご遺族の負担、警察の依頼により実施した場合にも、警察が払ってくれるのは半分以下。それで遺族が払ったり、警察から頼まれているのによそから運ばれてきた遺体であったり

すると、それも持ち出しです。ですから、行われるのはいいが、非常に問題ですね、コストがかかるということです。

Ai の死因究明に対する有効性というのを先行研究でみますと、外因子、当然ですが脳の挫滅や心臓破裂、頸椎骨折などの外因のものであれば解剖所見との一致率が非常に高い。内因としては脳出血、大動脈解離などは、画像診断ですから形態的なもので、これは死因として検出します。これは誰が考えても明らかですが、たとえば中毒であれば、形態異常が出ないので全くわからない。異物でしたら検出できる可能性は高いが、検出できないものが多数あるであろうことは、医師でなくても普通の方が考えても明らかです。

では有用性に関してはなんと考えるかですが、遺族が解剖を望まない場合の死因究明、これは犯罪死だけでなく、病院で普通に死亡した方でも、本当に何が死因だったのか究明することは必要ですので、特にお子さんですと、もうこれ以上傷はつけたくないとおっしゃる方が多いので、そういう場合死因究明は、しないよりは絶対に役に立つ。小児の身体的虐待事例では、加害者が保護者であることも多いので、その場合解剖に同意するとは考えにくいわけです。外傷の原因について、医療従事者に言うとは考えられないので、こういう場合、死亡時画像診断をすると有用であろうと想像されます。虐待事例の頭蓋内出血で、骨折というのは形態異常ですから、これの多くは検出可能です。もし今後小児が亡くなると、ほとんど画像診断があるということになれば、骨折とかばれちゃうわけですから、見逃し防止という点でも有用性が

高いのではないかというディスカッションになり、その社会的有用性はあると私も思います。

次に各論について述べますが、どういふときに子どもに Ai をするかといいますと、こういう状況が考えられると思います。まず院内死亡、普通に病院で亡くなった場合です。病気、その他原因はわからないがしばらく治療して亡くなられた場合、こういう院内死亡の場合、ご病気で亡くなられても心情的には剖検はやりにくいというのが大人と違う特徴だと思います。CT は撮ります。MRI というのもありますがほとんど CT です。今やられている Ai は、受け入れられやすいのは確かですし、Ai の結果で何か得られた場合、さらに詳しく見ましょと説明をするのにも分かりやすいと思います。これは病理解剖との連携が必須と考えられます。

剖検というのは、私はしたことないですが、すごく大変な作業だと思いますので、どこに異常があるのか、スクリーニングをかけておくと、そこをさらに見ることも出来ますし、長く呼吸器につながっていて脳が溶けてしまっているような状況の場合、開頭すると何もわからなくなることがあるので、先に形態を撮ってくださいと病理の先生から頼まれるということもあります。こういうものを画像で形態診断することも重要です。

運ばれてきてしばらく治療して死んだけれどよく分からない原因の場合に、虐待ではないかというルールアウトにも役に立つと思います。こういう場合、同意を前提としていると同意が得られるのかどうかという問題は常にあります。ですから、小児死亡時の画像検査

の施行に、何らかの指針が必要なのは明らかです。

次に、来たときにもう亡くなっていた、心肺停止で運ばれてきた患者さんの場合ですが、これは当然虐待が疑われますし、事件性も疑われるのですが、もし異状死の届けをしたら、司法解剖との関連が難しくなります。当然、虐待事例は親の同意が得られるのは難しいと思いますし、警察に異状死の届けをすると、一応法律では現場保存や警察の検死が優先されるので、病院側の判断で勝手に画像診断をすることができなくなります。で、司法解剖と一体となって Ai が施行されますと、司法解剖は原則非公開ということで、遺族と蘇生に尽力した医療者側の病院ではなく、他の施設で Ai をやられると、結局死因究明という意味が減少するので、この辺の連携も考えていかなければならない問題点だと思います。

次に診療関連死ですが、これも Ai の適応になると思います。基本的には成人と同様で、ご遺族から「死因が納得できないからやってくれ」と言われる場合、これも異状死の届けをすると、先程と同じふうになります。まあ客観性がありますので、解剖というのはご遺族と一緒に、見せながらやるわけにはいかないでしょうし、結果は報告書になりますが、画像データというのは遺族に渡すこともできますので、それを他の人に読んでもらうこともできるわけですから、それは客観性があります。それに病院側の死因究明の姿勢を見せることにもなります。ただ当然ながら、いま小児の Ai のことを言っていますので、読影には、子どもの特有の病気や、解剖学的特徴、発達途上ですから、そういう知識が必要になりま



す。ここも診療関連死で異状死の届けをすると、先ほどと同じような問題が出てきます。

子どもの場合、これは避けて通れないと思うのですが、臓器移植法が改正となり、脳死移植が子どもでもできるようになりました。この中では、虐待児を臓器提供をしてはいけないと書かれていますので、それをルールアウトしないといけないんです。脳死判定の前か後かに。ふつうは前にするのだと思いますが、果たして虐待は Ai で診断できるかということになると、身体的虐待に関しては、やはり骨折というのはすごく大きなポイントですし、脳の出血も検出できますので、これは検証されているわけではありませんが、亡くなる前の虐待事件の画像診断をみているものとしては有効である可能性はあると考えています。

虐待の特徴的な画像というのは、頭部では硬膜下血腫、脳挫傷、あるいは頭蓋骨骨折、四肢骨の骨折では、虐待の特徴的骨折の微細変化、骨まで剖検で見るというのは大変なことだと思いますので、これはやはり有用ではないかと思います。ただ、同じ骨折でも小児の骨折は成人と異なりますので、そのへんの知識は必要となってきます。

これはシェイキングベビーシンドロームの頭部の CT です。これが半球間裂という、脳の間に来た硬膜下血腫。ここに出血を伴う挫傷があり、わかりにくいかもしれませんが、このへんで脳実質の皮質を白質のコントラストが保たれているのですが、この辺は脳浮腫像を呈しています。死後変化があると、こういう CT の実質像はわからないかもしれませんが、それなりの量の脳出血、あるいは挫傷創は、死後すぐ

であれば描出は絶対できると思います。この方は、こんなふうに大きな骨折を起こしていますが、これは死後でも、CT でも単純撮影でも描出できます。ただしこの症例のように、緑で矢印したところですが、少量のくも膜下血腫で、シェイキングベビーだと思っていますが、こういうのも、死後はどうしても脳が黒くなってきますので、非常に判断が難しくなる可能性があると思います。ですからどのくらいのところまで検出できるのかは検証しなければいけない。

次に骨折ですが、シェイキングベビー場合、胸郭を把持して、加害者はキレた状態ですので、すごく強く持つことで、こういう部位が骨折することが知られています。これが実際の写真ですが、たくさん骨折しているのがわかります。これは単純写真でもわかりますし、かなり小さくて単純写真ではわからなくても、CT をとれば骨折はかなり分かります。シェイキングベビーシンドロームによる骨幹端骨折というのは、かなり虐待に特徴的だと言われていますが、これが模式図で、こっちが実際の写真ですが、このように長管骨の角がとれたような、こういう **corner fracture** とか **bucket handle fracture** といわれる骨折像を示します。

これに関しては死後の単純レントゲン写真では、体が硬くなってくるので、きちっと同じ写真を撮ることは難しいですので、CT でこれを再構成でつくったことはないのですが、現在 CT は性能がいいので、多分全身 CT を撮って、これを長軸方向にあわせて MPR というのですが、再構成をコンピュータ上ですれば、検出可能ではないかと考えています。ただ、これもエビデン

スがまだない状況です。

脳死移植と Ai の問題は難しいのですが、脳死判定前なら通常の画像検査の判断ということになるわけです。脳死判定すると Ai になるのですが、通常の施設では、こちら（脳死判定前）になると思いますから、通常の画像検査ということですが、結局死因究明しているわけですので同じことです。名前は変わっても画像検査の目的は同じで、脳死状態で挿管集中治療下の管理で撮影するというのはものすごく大変で、ご遺体になってしまったほうが簡単です。脳死移植の場合はそうはいきませんので、そういう場合には CT 室まで連れて行きます。連れて行くのは大変ですけど、非常に高速で全身をとっても（CT の質にもよりますが）1 分はかからないですね。ある程度の CT であればそのくらいでできます。ですからやはり全身 CT で、すごい薄いスライスで撮ったもので、後でどのよう方向でも再構成できるようにデータをもっておけば、後の情報がいいだろうと思います。

脳に関しては CT だけでは限界があるので、頭部 MRI も考えるべきなのでしょうが、これはコストの面とかキャパシティの問題で、そう簡単にはいかないかもしれません。CT を使用した Ai で具体例をお見せしますが、CT は輪切り状態で螺旋状に撮っていくのですが、これも元の絵は輪切りなんです。それで、このように 3D で再構成することもできますし、データをきちんと持っていれば、どこの施設でもそのデータを使っていろいろな検証をすることができます。この例では多発の肋骨骨折ですが描出できています。これは一目瞭然で、2,3,4,5 番が骨折していま

す。でも撮るのは簡単です。CT はあっという間に撮れます。お金も問題ですが、撮ったものを誰が評価するのか。これはすごく重要な問題なのです。

医学部では必ず「小児は小さな大人ではない」と習うんですが、大人の知識だけで小児の画像を見ることはできません。読影に小児解剖・疾患・虐待診断の知識は必須で、これを持っている人は小児の放射線診断医だと思いますが、小児画像診断の専門家の現実を申し上げます。

これは Ai 検討会で「こんななんですよ」とプレゼンしたもののなのですが、日本小児総合医療施設協議会というのがあります。29 施設で、大きな小児病院から小さな小児病院まで入っています。ここで、常勤、ほぼフルタイムで小児画像診断を行う放射線専門医がいるのは 29 のうちたった 14 施設で、日本で 25 人だけです。定年になって、まだ知識はアクティブにもっていらっしゃる方も含めて、また、たとえ若いときに修業していたとしても小児の画像にふれていないと知識は風化しますので、小児画像診断全般に精通しているのは、50 名、多く見ても 100 名、それが日本の現実なのです。

この 14 施設、フルタイムで小児放射線診断医がいるところのうち、日本医学放射線学会に専門医修練機関として認定されたところは、半分の 7 施設だけです。ということは、専門医の資格をとるのに、小児を研修する場もほとんどない。大学には必ず小児科があります。でも、小児科はあるけど、放射線科に小児の専門医はいるかということ、ほぼいない、と言っていいくらいです。医学放射線学会でも専門医教育の中で、小児画像診断をどう学ぶのか

の指針は全くありません。私も医学放射線学会に所属していますが、これしかないのです。日本の場合、大学院と小児病院はくっついていません。ご存知のように欧米では、アダルト・ホスピタルとチルドレン・ホスピタルは連携していて、お互いに行き来できるんですけど。現場でバタバタやっていると、政治的にというか、いないから作ることも考えて、本当は学会に言わないといけないのですが、それもうまくできていないという現状で、これしかないのに、たくさん Ai を撮って誰が読むのかという問題はすごく大きいわけです。画像データは出ます。しかし読めない人が見ても意味がないわけです。

次に問題点としては、子どもを亡くした親御さんへの配慮は絶対必要だということです。私は、放射線科医ですが、小児病院で働いていますので、もし虐待を疑う子に Ai をするという雰囲気になると Ai を施行しただけでうちの子は虐待を疑われたということになって、これはただでさえ子どもを亡くして落ち込んでいる親御さんに、ひどい仕打ちですよ。じゃあどうするのか。小児死亡は原則として全例 Ai を行うのか、そういう指針が出れば、小児科医のムンテラが楽になりますし、いいと思うのですが、お金の問題とか、誰が見るのかとか、いろいろあります。家庭内事故や来院時心肺停止の死亡では全例にやる。これは必要だと思うのですが、それについても同意がどうの、同意をしないと疑われるような気がするし、同意を取ろうとしても取れない場合もあるとなると、ポロポロ洩れてしまうわけです。

小児画像診断の専門医が圧倒的に不

足していますし、私もこの検討会に所属して発言しながらも、死亡画像診断の知識は、きちんと無いというか、勉強する時間もあまりないけれども、やらなければいけないかもしれません。厚労省検討会の報告では、私が強く言ったので書いてもらえたのですが、「小児放射線科医は、日常診療でも不足しており、死後画像の読影を行うことのできる医師の養成は急務である」。これは、医学放射線学会にも要請のために言いたかったし、小児科の先生も、小児の画像が読める人がもっと居ないと困るんだ、ということ、私も中から言っていきますが、学会同士で要請していただかないと世の中の小児科の先生は小児がわからない放射線科医師がいっぱい居て、それであきらめていらっしゃる方が多いわけで、それはおかしいわけで、言っていただきたい。

「医療機関において死亡した患者に対し、Ai を行うに当たっては、原則として、遺族に対して Ai の有用性や限界について十分な説明を行い、同意を得た上で実施すべきである」。この辺もさんざんディスカッションしましたが、原則はこれだということになりました。それはその通りなのですが、先程と同じ問題です。それで但し書きで、「外因子の場合や小児の家庭内事故も含めた不慮の死亡の場合には担当医師又は当該医療機関において、諸般の事情を勘案した総合的な判断により、遺族の同意を得ずに Ai が行われる場合もありうる」。この「家庭内事故も含めた」というのを一生懸命説明して入れてもらったのですが、「担当医師または医療機関において、諸般の事情を勘案した総合的な判断により遺族の同意を得ずに行う場合も・・・」、と言っているの

すが、きちんとはどこにも書いていない状況で、まあ取り上げてないよりはマシというような報告になっていますが、いろんな事情があります。

「このような場合には、犯罪の可能性もあることから、遺族が同意しなくても、適切に Ai が実施できるような体制の整備を検討すべきである」。やはりある程度の大きな指針とか、法律まで行かなくても、そういうものが無いと、子どもの死亡には画像診断するのは当たり前だよ、という雰囲気にならない限り、ただでさえ忙しい小児医療の現場は、この説明で大変なことになる。それをすごく言ったのですが、死んだとはいえ、X線をあてて中を見るわけですから、親が同意するかどうか分からないというお考えの方もいらっしゃるし、亡くなられたんだったら被曝が多くなってもと私はかまわないと思いますが、心情的なものというはありますから、そうすると、出来る人と出来ない人が出てきてと、いろんな問題があります。これはさらに追加した内容ですが、「特に小児については、全例について Ai を実施することを視野に入れ、体制を整備することが望ましい」、先ほどとおなじ「望ましい」表現ですが、これは日本医師会が、小児は全例にやれという提言をまとめておりまして、当然検討会には医師会からの代表も参加されていますので、小児に関しては、死亡例数が少ないことから予算化して体制を整備することを要望することになりました。

逆に、小児科の医師は、現場からしてみると全例をやるのだったら大変でたまらないという意見もでると思いますね。ですから、このへんのことは、もう少し考えて、いかに、有効で、や

れうる可能性は十分にあるので、それをどうやってやるか、という問題ですね。

さらに検討会の報告書に書いていますが「特に小児の不慮の事故による死亡事例の真の究明は、社会的期待や緊急性も大きいと考えられることから、今後、予防的措置も含めた必要な措置について検討することが望ましい」。お金をつけてくれなければ動けないのだということを検討会はずごく言ったのですが、結局最終報告は「今後予算措置も含めた必要な措置について検討する」。こういうことになってるんですが、これは検討会の報告からのものですが、一生懸命言って、お金はつかないけれど、雰囲気だけは出せたのかなと思っています。

今後、小児の Ai を軌道に乗せるため、あるいは有用性をきわめるため、どういうふうにしていくかという死後特有の画像変化に関し、エビデンスを蓄積する。これは当然のこととして、画像診断をやり、原則その後病理解剖、法医解剖をして、連携して Ai の所見と対比していくのは当然だと思います。Ai が読める人がいなければ話にならないので、原則、放射線診断専門医、というふうになりましたが、放射線診断専門医、不足しております。日本はものすごく。CT の数よりも少ないです。そんな国は世界にどこもないのですが、日本は世界一 CT を持っているのですが、それを制御できる放射線診断専門医は少ないです。小児放射線診断医はミゼラブルですね。私は絶滅危惧種だと思ってるのですが。そうです、この人口で、日本ほど子どもに医療のお金をかけない国はないと思います。やはり小児科の先生だけが頑張っても小児医療というのはできないわけで、