

事故の発生したときの詳しいデータがない。また、同じ事故が何件も起こっていますけれども、そのメカニズムを解明する研究者もいなければ、組織的な取り組みもない。こういうことがすでにわかっているけれども、行政はそういう実情を知らないから、何をしたらいいのかわからない。いろんなところにバリアがあるんですね。子どもの事故、高齢者の事故に関しては、同じ事故が同じように起こっているんですね。これは虐待でも同じことで、同じように起こっている。

「これではダメだ」と認識して、とにかく情報をきちんと整備するとか、メカニズムを解明するとか、メカニズムを現場に周知する、こういうシステムが必要だと思います。現在のところ、データがいろんな所に分散していて集まらない、何をしたいかわからない状態ですね。情報が目の前にあるにもかかわらず、伝わらないなどいろんな問題があります。

同じような技術を使って、虐待に関してもいくつか取り組んでいますので、ご紹介したいと思います。今、虐待に関してはいろんなデータ、Aiのデータとか、剖検のデータとか、保護者の証言とかありますけれども、密室でおこなわれている事象なので、保護者が「階段から落ちた」と言うのと、それ以上否定する方法がなかったんです。われわれは、保護者の証言によるような状況を人為的に作り出して、その計測値で分析しています。

これは、警察からの依頼で、9か月の男の子が急性硬膜下血腫によって死亡した、頭の後ろのほう、ラムダ縫合が離開して骨折していたし、網膜出血もあったという、誰が見ても普通の事故じゃないとわかる事例です。わかるはずなんだけれども、「食事中、目を離れたときに椅子から落ちた。そのままうつ伏せ

に倒れていた」というのが保護者の証言です。ということで、保護者の証言でこういう事故が起きるかどうかが、実際に9か月のダミーの人形を使って、あとは先ほどのコンピュータモデルによって、事故が起きるかどうかが検証を行いました。身長をあわせたダミーの人形、ハイスピードカメラを準備し、実際に現場の状況を作り出し、畳とかカーテンを設置して、保護者が言うように子どもを椅子に座らせて前方に転落させます。他に、立たせて転落させたりします。ラムダ縫合が骨折していますので、壁に叩きつけるなど、いろいろ実験を行います。これは放り投げている映像ですね。これは強く揺さぶる、これは背もたれに叩きつける、こういう実験を行って、頭の中にセンサーが入っていますので、その計測値を取ります。椅子の上に座っていて前方に倒れたときの値がこのあたりですね。そして、脳内に変化が起こる基準値がここだとしますと、普通に倒れただけでは骨折するようなことはない。もちろん立って転落してもそういうことは起きない。このようなことが起こるのは放り投げるか、強い揺さぶりしかありえない、ということ解析結果から得ることが出来ます。

ということで「このような死亡が発生するには何らかの加害行為があった」と推測したデータを警察に渡しました。これは実際に脳に圧力がかかるときの映像です。そしてラムダ縫合の骨折は、後ろから叩きつけられたときの骨折ですけれども、前方に倒れてもそんなことは起きない。このデータを示して、ラムダ縫合付近に直接的な打撃があったのではないかと、後方に叩きつけたのではないかとというのが、我々が得た結論です。

ということで、何らかの加害行為があって、

シミュレーション上では、後頭部に直接的な衝撃力が作用したというふうに考えます。警察にそのデータを提供して、一部のデータについては裁判に提出されたようです。現在までに、我々の技術や方法を用いて、13 事例に関して実際にいろいろな検証を行いました。一部は裁判所で証拠採用されたようです。現在、虐待の事例ではなかなかはっきりした証拠が示せないのですが、CDR が稼働するようになれば、どういうことが起きたかを推測する場合、こういった工学的な分析も必要になってくると思っています。

先ほど東京消防庁という話がでましたが、1 年くらい前に東京消防庁からコンタクトがあって、最近では毎月、我々の研究所と東京消防庁とでミーティングを行っております。東京消防庁は、証拠となる現場の写真を撮れます。医療機関では、現場の写真を撮るのは非常に難しい。たとえばよくあることですが、2 歳の男の子が、お母さんが玄関を掃除しているときに内鍵をかけてしまう。その間に、自宅のマンションの 4 階のベランダの植木鉢伝いにフェンスを乗り越えて、2 階の陸屋根、コンクリート部分に転落してしまった。ベランダには隙間なく植木が置かれていて、フェンスに掛けられた植木鉢には子どものものと思われるミニカーが置かれていたという、こういう現場の写真を、いまは消防庁から入手することが可能になりました。実際の現場の状況がわかって、現場の高さを計測することができるようになりました。医療機関では医療情報は詳細に得られるのですが、現場の情報はまったく入りません。東京消防庁からこういうデータが入るようになったので、活用したいと思っています。一方、東京消防庁は、運んだ患者が重症だとか、軽症だとかそこま

でしかわからない、そのあと死んだか生きたか、何の治療をしたのかわからない。やはり、医療機関と消防隊の連携が非常に重要だと思います。

この写真も、自宅のベランダで、椅子を踏み台にしてフェンスをよじ登って落っこったのですが、写真をもろうと、非常にわかりやすい。あと、警察も現場検証を行って詳細なデータを持っています。警察庁からは、犯罪性がないデータは是非提供してもらい、予防に結び付けたいと考えていますが、今のところ全く相手にしてくれません。いずれは警察からもこういうデータを提供していただきたいと思っています。

事故の問題では、いろんな人がいろんなことを言うんですが、サイエンスになっていないんですね。自分の経験談が主になっています。データは国、国民の財産なんですけれども、そして次の予防につなげるための貴重な財産なんですけれども、ほとんど予防のことは考えられてなくて、親が見ていない「親の不注意」と指摘され、「子どもの事故は親の責任」という一言で済まされている、そういう状況をなんとか改善しなければいけないと思っています。

ここで文句を言うことではないんですが、こんにやく入りゼリーの問題なんかですね、行政に対応を求めても、厚労省の管轄ではないし、農水省でもないし、どこも対応しない。隙間事案といわれて放置されていましたが、それに対応するために消費者庁ができたわけです。しかし、現在の消費者庁は、事故の情報を入手した後、すぐに注意喚起するだけです。「こういう事故があります。注意しましょう」と。そして自分のところのサイトに載せて、自分の役目は終わったと思っていますが、

注意喚起した3か月後には、同じ事故がまた起きる。私は消費者庁は「注意喚起庁」と言っているのですが、3年も経つとやっと気がついて、最近では注意喚起だけではダメらしいと感じたらしく「周知強化」といっていますね。あの組織は変えなきゃいけない。

現在いろんなところに情報が散逸しています。消防庁、医療機関、警察、日本スポーツ振興センターなどは、それぞれのデータをきちんと統合して、子どもの死亡、あるいは重要度が高い健康被害のデータベースを作っていくことが必要だと思いますし、CDRはその基本となるものです。CDRが確立したあとは、工学的な技術を使うことで実際に役立つ予防策が明確になるのだろうと思います。どうもご静聴ありがとうございました。

Childhood Injury Prevention Engineering Council

AIIST

CIPEC

[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  
第3回 公開シンポジウム 2012.12.24]

**予防できる死亡と死因究明の動向**

山中龍宏<sup>1,3</sup>, 西田佳史<sup>1</sup>, 本村陽一<sup>1</sup>,  
北村光司<sup>1</sup>, 宮崎祐介<sup>2</sup>, 榎辻逸美<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 産業技術総合研究所  
デジタルヒューマニクス研究センター  
<sup>2</sup> 金沢大学 東工科大学  
<sup>3</sup> 緑園こどもクリニック

Childhood Injury Prevention Engineering Council

AIIST

**1事例へのアプローチ**

データを対策開発に結びつける  
社会システムと工学

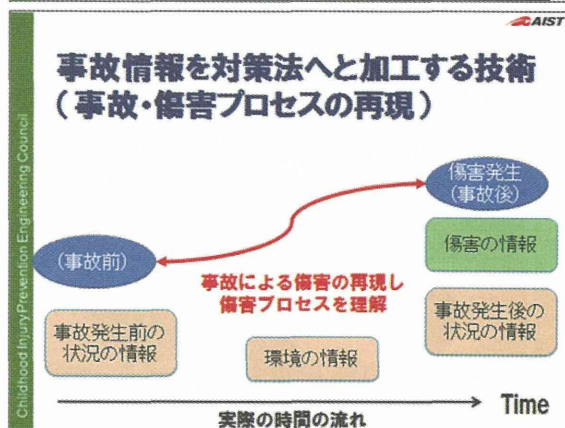
Childhood Injury Prevention Engineering Council

AIIST

**頭部傷害: 傷害サーベイランスからの事故事例**

症例 1歳11ヵ月 女児

- 状況 2007年10月19日(金)午前12時15分ごろ、公園の滑り台の階段の下から3段目から転落して右側頭上部を打った。下はコンクリートであった。頭が痛いことを主訴に、12時45分に緑園こどもクリニックを受診した。嘔吐はない。
- 診断 右側頭骨の骨折 硬膜外血腫
- 経過 脳外科に4日間入院。最初の2日間 は集中治療室。現在、後遺症は認められない。

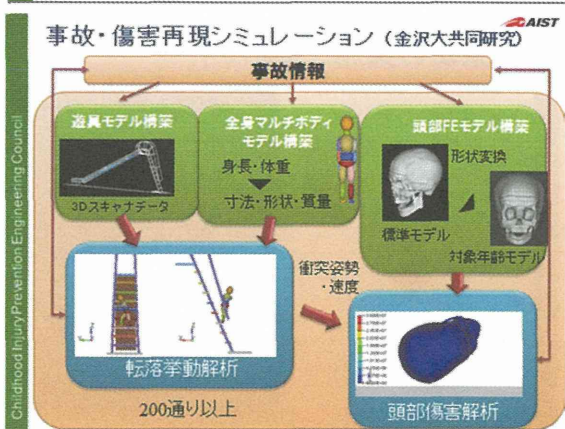


Childhood Injury Prevention Engineering Council

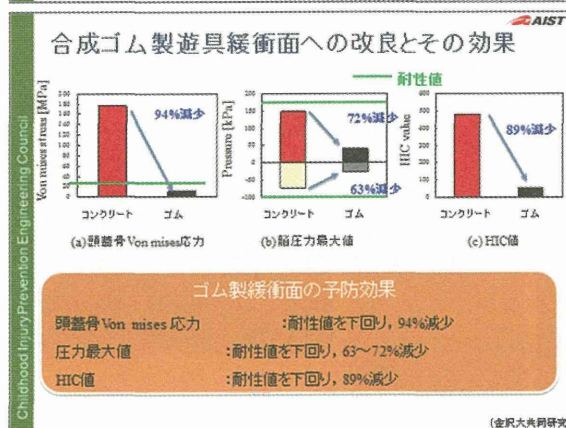
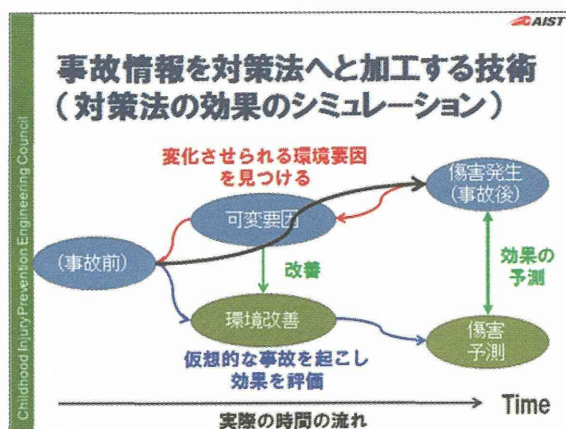
AIIST

**現場検証**  
事故発生時状況の聞き取り・環境情報の計測

(被災者、横浜市 協力)







### 安全指針・基準への貢献

■国交省：都市公園における遊具の安全確保に関する指針  
(08/8/26) [http://www.mlit.go.jp/report/press/city10\\_hh\\_000008.html](http://www.mlit.go.jp/report/press/city10_hh_000008.html)

■日本公園施設業協会：遊具の安全に関する基準 JPFA-S：2008

■参考資料 (代表的な事故事例)

○複合遊具 (らせん階段部分) の例  
・らせん階段の中心にある柱に寄りかかっていたところ、後ろ向きに転倒し、踏み板の角で背中を損傷し、腎臓を損傷した。らせん階段は、内側の手すりをつけていなかった。〔5歳〕

2) 設置面への配慮

①設置面の衝撃緩和  
・遊具は、落下・転倒の際に受ける衝撃が大きいコンクリートやアスファルトなどの硬い設置面に設置してはならない。  
・安全領域内の設置面は、遊具の高さ下高さに応じた衝撃吸収性能を有する素材を選定し、敷設することが望ましい。

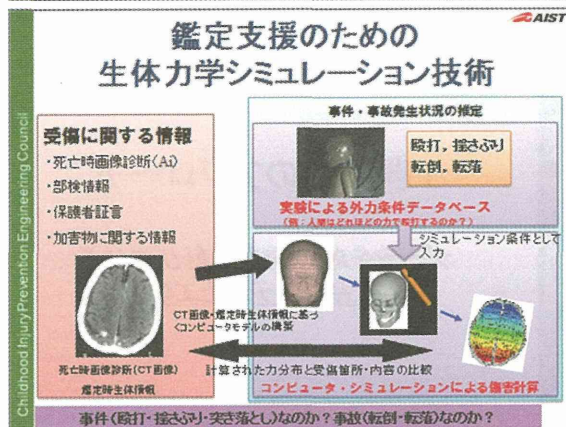
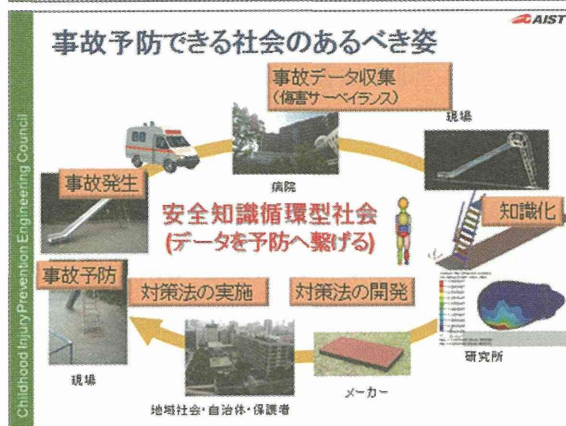
②設置面への配慮  
・安全領域内の設置面の衝撃吸収性能を評価する場合は、参考値として落下時の最大加速度 (Peak) および瞬間速度 (NIC) を計算することが望ましい。

JPFA-S：2008

・遊具は、コンクリートやアスファルトなどの硬い設置面に設置してはならない。  
・安全領域内の設置面は、遊具の高さ下高さに応じた衝撃吸収性能を有する素材を選定し、敷設することが望ましい。  
・安全領域内の設置面の衝撃吸収性能を評価する場合は、参考値として落下時の最大加速度 (Peak) および瞬間速度 (NIC) を計算することが望ましい。

p28  
落下対策の必要性  
に関する事故事例

P23-24  
固い接地面の禁止





Childhood Injury Prevention Engineering Council


**捜査協力 虐待が疑われる事例に対する試み**

- 9ヶ月の男児が急性硬膜下血腫により亡くなった。ラムダ縫合の離開骨折と網膜出血を伴っていた。
- 「食事中に目を離したときに椅子から落下したようだ。その後うつぶせに倒れていた」との保護者証言。
- 証言のケースにおいて硬膜下血腫および縫合離開骨折が起こりうるのか？を分析
  - 9ヶ月ダミーによる実験
  - コンピュータ・モデルによるシミュレーションで検証

Childhood Injury Prevention Engineering Council


**ダミーを用いた実験**

- ・ 月齢9ヶ月の乳児の体格を模擬したダミー(身長)
- ・ ハイスピードカメラにより頭部の回転挙動を計測
  - 硬膜下血腫の受傷メカニズム
- ・ 受傷環境を実験室に再現
  - 畳+カーペット



Childhood Injury Prevention Engineering Council

**実験条件 (事故ケース)**



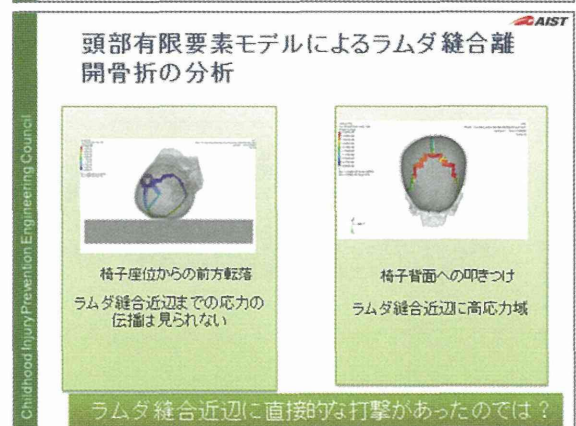
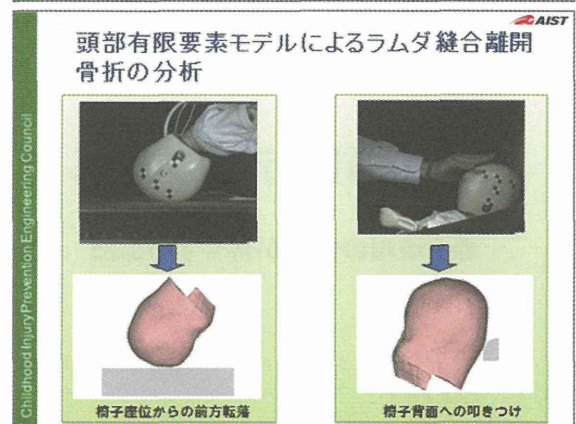
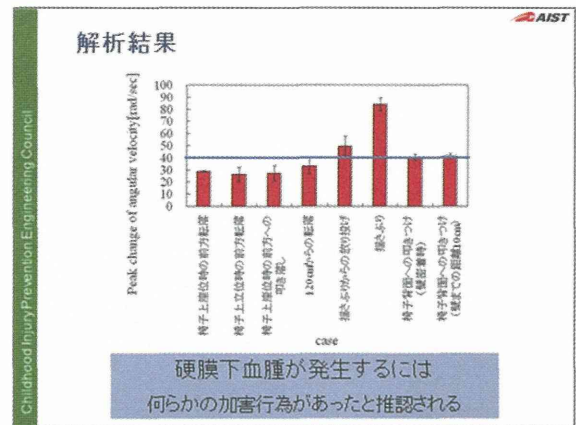
椅子座位時の前方転落      椅子立位時の前方転落

Childhood Injury Prevention Engineering Council

**実験条件 (虐待ケース)**



放り投げ      揺さぶり      背もたれへの叩きつけ



Childhood Injury Prevention Engineering Council

**警察の捜査協力のまとめ**

- ダミー実験より硬膜下血腫の発生には何らかの加害行為があったと推認される
- コンピュータ・シミュレーションよりラムダ縫合の離開骨折には後頭部への直接的な衝撃力が作用したと推認される

↓

警察・検察による捜査を進める上で、強いニーズがあることが分かった。事例検討が、警察・検察・児童相談所・病院との連携体制の構築につながった。



**物理学的虐待診断技術の応用例**

■ 鑑定協力事例の蓄積(2008～2012) 13件

年齢	性別	けがの箇所(診断)
8か月	男児	右側頭部皮下血腫、ラムダ縫合骨折、顔面出血
2歳1か月	男児	頭頂骨骨折、左側頭部脳挫傷・急性硬膜下血腫、後頭部皮下血腫、両目顔面出血
1歳10か月	女児	片側頭部皮下血腫、下顎骨骨折
3か月	男児	右側頭部骨折、左側頭部前頭部に脳挫傷(対側脳挫傷)
3歳7か月	女児	脳挫傷、(骨折なし)、左側頭部下部に脳挫傷のうもれ皮下出血
10か月	男児	左右側頭部、左後頭部の多発骨折
2か月	女児	急性硬膜下血腫、びまん性脳挫傷
2才	男児	急性硬膜下血腫
2か月	男児	びまん性脳挫傷、硬膜下血腫、頭頂出血
2才	男児	びまん性脳挫傷、急性硬膜下血腫
2歳1か月	男児	右側頭部骨折、左側頭部脳挫傷
3か月	男児	骨折なし(緊急可搬性あり)
2か月	女児	硬膜下血腫、頭頂出血、びまん性脳挫傷

■ 警察・検察・法医学領域において、グループの活動が知られてきた。要望が来るようになった。鑑定事例のデータベース化が重要。子どもと保護者の保護。  
 ■ 立件までには、時間がかかる場合あり、地道に協力事例を蓄積する努力を継続。  
 ■ 1件は裁判所に証拠採用

## 東京消防庁との連携

最も現場の情報が得やすい機関

### 詳細

- 2歳男児が、母親が玄関から出て掃除をしているうちに、内鍵をかけた。その間に、自宅であるマンションの4階のベランダから植木鉢に転落した。ベランダは、隙間なく植木や物入れが置かれた状態であり、フェンスに掛けられた植木鉢には、子どもの物と思われるミニカーが置かれており、別の植木鉢には土の踏んだ形跡が認められた。



### 詳細

- 3歳男児が自宅ベランダにおいて、椅子を踏み台にしてフェンス(約119センチ)をよじ登り、地上部分へ転落した。



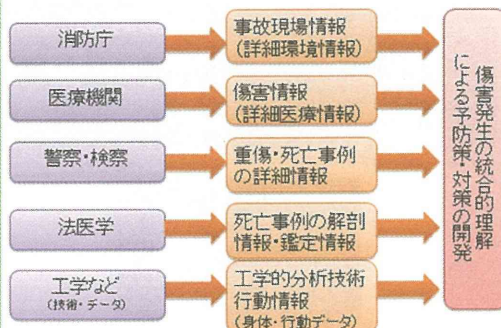
### William Haddon Jr. (1926-1985) 初代NHTSA会長

- Haddon insisted that the injury field be based less on opinion and more on science. (意見ではなくサイエンスを)
  - At traffic meetings, when supposed experts made assertions, Haddon was known to ask, "Where are the studies?" Usually there were no scientific studies, and often the assertion was wrong. (意見はしばしば間違う)
  - shifting injury prevention "away from an early, naive preoccupation with distributing educational pamphlets and posters and toward modifying the environments in which injuries occurs" (環境(人的・物的)改善へ)
- ・意見ではなくサイエンスに基づくアプローチ  
 ・子どもの傷害データは財産  
 (次の予防・対策へつなげる)

David Hemerick, *While We Were Sleeping—Success Stories in Injury and Violence Prevention*, University of California Press, 2010

### 傷害予防のためのデータ統合的理解

事故情報 = 環境情報 + 傷害情報(軽傷・重症・死亡) + 行動情報



森 山中先生ありがとうございました。では最後に、東京都監察医務院の福永先生から、「子どもの異状死の死因究明の立場から」というお話を頂こうと思います。福永先生、よろしく願いいたします。

福永 ご紹介にあずかりました東京都監察医務院の福永です。私がいちばん畑違いのところからお話を申し上げるのですが、私は平成16年にこの東京にやってまいりまして、それまでは大学の法医学教室で、主に児童虐待の胸腺の退縮の機序とか、子どもをいじめますと非リンパ球があります胸腺がどんどん縮んでいく、あるいは乳幼児の突然死症候群といわれているものの原因は何かというような研究を細々と大学でやってきました。

今、東京というメトロポリタンにやってまいりまして、年間1万4000件の異状死を取り扱う、そこの管理者をしております。そうしますと、子どもの事例が毎年必ず50例以上やってまいります。死因をひとつひとつ解明していくわけですが、これをいかに社会に還元していくか、虐待をひとりひとりの死を万人の生に還元するためには、どうすればいいのか、ということを日々考えながら仕事をしているところでございます。

今日はまず、皆さま方よくご存知かもしれませんが、今の監察医務院の現状についてお話しまして、医務院で取り扱いました子どもの事例について、そして死因を究明すること、それからCDRがいかに貢献するかというお話していきたいと思います。最後にこういうデスレビューをするためには、死因究明制度というものが東京という限られた土地だけではなく全国であるべきです。そのために死因究明制度というのが全国でどうあるべきか

ということで結びたいと思います。

昨年、年間1万4000件弱、3例ほど不足しましたが、これだけの数の異状死亡を扱っています。異状死というときに、ここは「常」を書かずに状態の「状」を書くのですが、これは abnormal な死というわけではなくて、普通とは異なった状態そのものがある死体、ですから病死であろうと思われましても、死因がわからないような死体ですね、そういう、普通とは少しでも違った状態のある死体を我々は扱っているということです。この1万4千件という数は、都内で亡くなる方の5人に1人になりました。これは今までは異状死に扱われるのは、だいたい地方で10%くらい、東京で15%くらいだと言われていたのですが、一人で住んでおられるお年寄りが増えまして、年々この検案数は増加しております。ちょうど私が法医学を始めました昭和50年代から、東京の取扱件数は年間6千件くらいで、日本で一番多いといわれていたのが、その2倍以上になっているということです。そのうち検案をして死因がわからなかった例を解剖しております。昨年は解剖例が2割を切りましたが、だいたい以前は3割くらい、徐々に減りながら今の2割くらいになってきています。年間11億円の予算を使いまして、現在医師13名、あと検査技師、監察医、事務職員、こういう構成になっております。非常勤の監察医が51名おります。全国で法医学をやる専門の医師が200人くらいといわれておりますが、監察医務院にその半分が集まっているということになります。

今、もうこの建物もうありません。現在、改築中であります。昭和23年にできまして、この建物が昭和44年に一度改築されたのですが、大きな地震がきたらすぐ壊れるだろう、

そのとおり東北の震災のときには入口の窓ガラスが全部割れまして、この建物の西半分が沈みました。従いまして、丁度いいときに改築して、現在仮設で営業しているところです。

この監察医務院の意義は何か。昭和 23 年に置かれたのですが、当時の日本の死因究明制度というものが占領軍から見れば、日本という国は警察と行政だけが死体を処理している、全く医学的な関与もなく死体を処理するというので、全国の 7 つの都市においたわけです。それが死体解剖保存法の施行に先立ちまして、東京だけは大学から独立した監察医務院というものを作って運営しているわけがあります。平成 18 年にこの運営理念というのを立てました。

死者に対し、尊厳礼意をもち、最高水準の死因究明に努める。監察医療の推進、公衆衛生の向上に努める、これはお一人お一人から得られたデータをすべて社会に還元し、社会に生かしていく。そして亡くなった方また家族の尊厳を、そしてまた後継者の育成、あるいは科学の発展にも貢献していくという理念で進めているところであります。

私たちがいわゆる検案解剖という業務の流れですが、まず異状死として全て警察に届けられます。そして司法警察医である検察官による、検視というのが行われまして、彼らの行うことは、犯罪性があるかないか、ということをチェックするわけです。ここで犯罪性があるとなると司法解剖という判断になりますが、23 区内の場合は届け出られた死体は、すべて監察医務院が検案をするということになります。警察が司法解剖してほしいものは大学の方へ送りますし、それ以外で死因のわからないものは解剖する、そして死因を決定するという流れになっております。地方にい

きますと、なかなかここで検案するのに医者が集まらないとか、専門の医者を集めてきても、解剖する受け皿がない、というところで死因の決定がなされないまま終わっているという事例が多いわけです。

今、2006 年のデータを示しますが、当時の解剖率が検案総数 1 万 2000 件のうち 2500 回の解剖、すべての世代を合わせますと 20% の解剖率がありました。それを 20 歳未満、未成年者を見ますと 4 割近い解剖率になります。1 歳未満ですと 92.5% の解剖率、1 歳未満の取扱件数が年間 53 件ですが、そのほとんどが解剖しなければ死因がわからないということです。これを 0 歳から 19 歳まで 5 歳刻みで追ってみていきますと、4 歳以下は 59%、5 歳、10 歳これは検案数が少なくなりますが、ぐつと解剖率が落ちてきます。この内訳を見ていきますと、やはり 0 歳から 4 歳までのところは病死が一番多くなりまして、その次に事件性が疑われて司法解剖になる例が多い。不慮の外因死という順に続きます。それが年齢が上がっていきますと、15 歳以下では不詳の外因死、あるいは不慮の外因死というのが増えてくる、そして司法解剖になる率はずいぶん下がってくるということになっております。

その中で特に 0 歳児の死因について見ていきますと、病死という判断がされるのが約 1/4 強となりまして、呼吸器感染、髄膜炎、脳炎という感染症鑑定が非常に増えてきます。あるいは奇形がある、先天性の心疾患がある、腎疾患がある、腸炎、これも感染の関係になってまいりますが、あるいはサイトメガロの感染、白血病、診断のついた病死と診断のつかない SIDS というふうに判断されるもの、原因不明の突然死というような診断名がついているもの、それから、外傷、窒息というよう



に細かく分かれてくるわけでございます。昨年の1年間の5歳未満の取扱件数を見ますと、全体としまして32例ですから、平成16年に比べると数は少し減少しています。司法解剖例も9件ですから、全体的に出生数が少なくなっている分、取り扱い件数が減っておりますが、やはり0歳児が男11例 女13例という感じで、一番数が多いところになっております。

死亡の場所はどこか、ほとんどが自宅で発見され、自宅で死亡している例が多い。病院が12か所ありますが、このうちの約半分は病院に運ばれたけれども、すでに心肺停止状態であって蘇生術を長時間やっているんで、病院での死亡確認となっております。ですから、救急隊が到着時に心肺停止状態だったのが、32例中28例というところから、ほとんど自宅での死亡発見が多いということがおわかりいただけると思います。死亡の種類は1番から12番まで分かります。そのうちで1番多いのは病死、その次が窒息、そして不詳の死、これは死因がよくわからない、病死なのか変死なのかかわからないというものが3例あります。そして転落が1例あるということです。窒息は6例ございました。

その病死と判断されたうち感染症が関与するものは14例、直接的に関与して感染症で亡くなったものが12例、バックグラウンドに感染症があったものが2例あります。ウィルス1例、細菌2例、混合感染2例、細菌や原因菌が特定できなかったものが9例という内訳になります。やはり基礎疾患が悪化、というのがそのうち8例あるわけですが、この基礎疾患がそのまま死亡したのは5例ありますが、そのうちの2例は基礎疾患が悪化というのが解剖によって初めてわかったものです。

あるいは基礎疾患の影響があったものが2例、関与しているかどうかわからないものが1例ありました。

事故死の内訳をみていきますと、これは転落死と窒息死あわせて7例、鼻腔閉塞が4例、この原因としてうつ伏せ寝のもの、布団のもの、あるいは原因がわからないもの、布団なのか隣で寝ていた親なのか兄弟なのかかわからないというような例もあります。吐乳吸引と判断されたもの、異物誤嚥というふうに内訳を出していくことがあります。要は我々がこういう検案をして死因がわからないから解剖するわけですが、そのために死亡前後の情報収集というのが必須になってまいります。

これは最初に司法警察医が行った検死による情報、どういう体位であったのか、それまでに虐待があったのかなかったのか、これは死体の外表所見をふまえて、検死担当者とのやりとりというのが重要になります。それと小児の死亡の場合は、必ず取寄せるのが母子手帳です。乳児健診をやっていたかどうか、ワクチンを打ったかどうかという病歴を必ず調べて、解剖を行い、これも単に臓腑をだして病理組織学的にみるだけでなく、細菌学的な検査、薬学検査というものも加えながら総合して判断していかなければいけません。そして、行政解剖によってこの原因は何だ、内因子であった、心臓の奇形があった、あるいは肺炎があった、悪性腫瘍があったというように、内因子というふうに判断した上で、あるいは外傷がみつきり、やはり気道閉塞による窒息であったというような、外因死として判断され、こういうものが死因が確定したものになりますが、こうやって死因を一例一例解明していても、どうしても死因がわからない例というものが出てまいります。じゃあそ

ういうものについてもっと現場の状況はどうだったんだ、本当に SIDS として縛っていいのか、ということを検討していくわけです。この医務院の取り扱う例では、こういうふうにもう一度さかのぼって現場の状況、先ほど Death Situation という言葉が出てまいりましたが、現場の状況などを調査する例もあります。でも、これも含めて全ての事例についてもう一度再検証していく。今、森先生が東京都とやっておられるのは、単にこういう監察医務院で扱った異状死例だけでなく、ここには来なかったけれども、その他にもそういう事例はないとか、そういうグレーゾーン、警察にも届け出られずに、適当な死因をつけられているというほど怖いものはありません。

今、警察が死体を取り扱うときに、彼らは自分たちで調査をして、これは犯罪死だ、これは非犯罪死だ、そのどちらかわからない、そういうふうに見分けるために彼らの仕事を見分ける、検分という呼び方をしますが、誰が最初に外表から見ただけで犯罪死か犯罪死でないかわかるのでしょうか。私たちがこうやって死因を分類しているのは、解剖という手段をもって、検査をしてそのあとで初めて、どの疾患であった、内因であったか外因であったかわかるわけです。

私は、少しでもこういう診療の方で、原因がわからなければ死因の調査をしましょうというように、振り分けていくことが本来の役割です。でも、こういう制度のない場所では、それがなかなか完璧にはできませんので、小児の死亡例全例を集めていくことが、非常に大事になってくると思います。

我々が解剖のときに、医学的検査をするために警察に協力するように、警察からも司法官からの情報を得ること、そして保健機関か

らの努力、今までの妊娠中の経過はどうであるとか、周産期の状態はどうであるとか、主治医、保健師などからの情報も大事になってまいります。そして、我々の剖検、解剖から得られた所見も、これに伴い、反映してですね、それぞれの機関が協力してこういうものを作っていかなければいけません。

今、全国で監察医制度というのは、五つの都市に分かれることになっています。東京、大阪、神戸、神奈川、愛知というふうにありますが、神奈川は行政がまったくノータッチの、個人経営の監察医制度です。愛知県はほとんど機能していないのが、監察医です。行政がお金を出しているのは東京、大阪、神戸になりますが、兵庫は医者以外の職員は全部非常勤です。大阪は交通事故は一切みません。非常に変則的なものです。

でも東京だけは一応すべての異状死もみて、検案もでき、検査もできという形ですが、ただそれができるのが東京一か所だけという非常に困った状態でございます。京都、福岡はやっておりましたがこれも廃止、昭和 60 年の法の改正のときに廃止になってしまいました。じゃあ東京は 23 区はやっているけれど、多摩はどうなんだ、多摩は監察医制度はありません。ですから、死んでも多摩格差、なんていわれるのは、この監察医制度がないが故でございませう。じゃあこれからどうすればいいか、全国どこにいても安心、安全な生活がおくれる、同じ死を迎えてもちゃんと死因を突き止めてもらえるというのは、これは生きている人間が病気になったときに、最高レベルの医療を受けるのと同じように、全国どこで亡くなっても、ちゃんと死因がきめれる、そういう世の中をこれから作っていかなければいけない。

平成 22 年から「犯罪死の見逃し防止に資する死因究明制度のあり方に関する研究会」、こんな長ったらしい名前の会の研究会が警察庁の中にできました。もともと日本の死因究明制度を確立するために、内閣府や衆議院の法務委員会、あるいは自民党の勉強会……いろいろやっていたわけですが、3 年前ですね、平成 21 年にそのときの選挙で自民党が全部負けて、これが民主党の政権下でできたことです。なんとか、東北の震災の後、こういう制度を全国に広げましょうということで、この勉強会が立ち上がりまして、そしてこれを法律にしようとしたのですが、なかなかできませんでした。そこで民主、公明、自民の 3 党の議員があつまって議員立法で平成 24 年の 6 月にできたのが、「死因究明等の推進に関する法律」、それから「警察等が取り扱う死因または身元の調査等に関する法律」、下の身元調査法は来年の 4 月から施行されます。

上の死因究明等の推進に関する法律は 2 年間の時限立法で、2 年間の間にどうやって全国にこの制度を作っていくかという基本的なところを作っていく法律でございます。おそらくこの法律のモデルは、監察医務院と警視庁ですから、これをいかに多摩地区のほうに広げていくか、全国に広げていくか、ということが、これからの課題になってくると思います。

こういう死因、すべての死因を究明するところができますと、そこが持っているデータを活用して、社会、医学に関連していくことが出来ていくわけでございます。我々はこのように調べた結果から、監督者がおれば、適切な処理をしておけば、予防できますよというような死、それから解剖によって死因を究明されれば、それを予防するためにはどう

すればよかったのか、死因がわからないものについて、どうやれば死因がわかるようになってくるのかという研究も大事になってきます。今の日本に欠けていること、こういう調査を全国的にやろうというときに、どこもできないということです。

ですから、まず日本の死因究明制度をどんどん広めていって、こういう子どもの問題だけでなく大人の孤独死の問題、高齢者の問題、あるいは自殺の問題、あらゆるものについてですね、公衆衛生、そして社会学的に活用できるデータができる世の中になりますように我々も努力していきたいと思います。

ご静聴ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（平成22年度医科学総合研究事業）  
平成24年度 公開シンポジウムⅠ 平成24年12月24日（月）


「これから始まる医療のCDR  
--- 期待できる成果と実現へのハードル ---」

『子どもの異状死の死因究明の立場から』

東京都監察医務院  
福永 龍繁

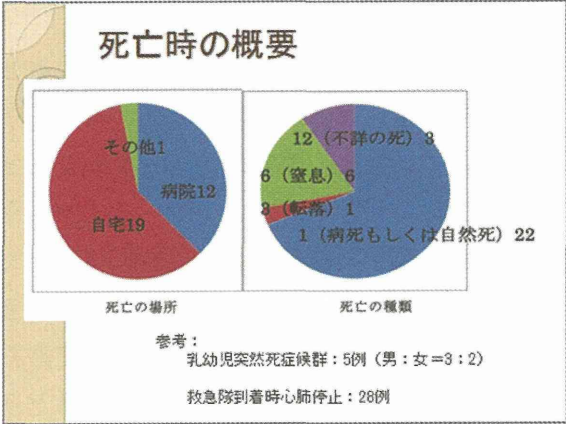
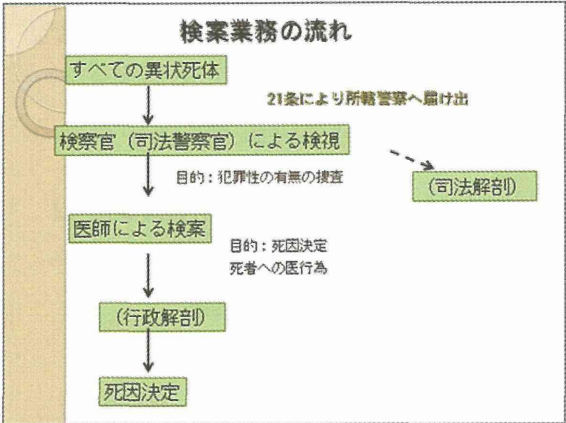
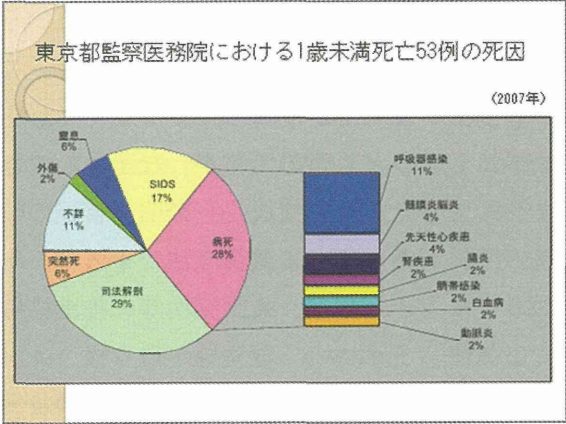
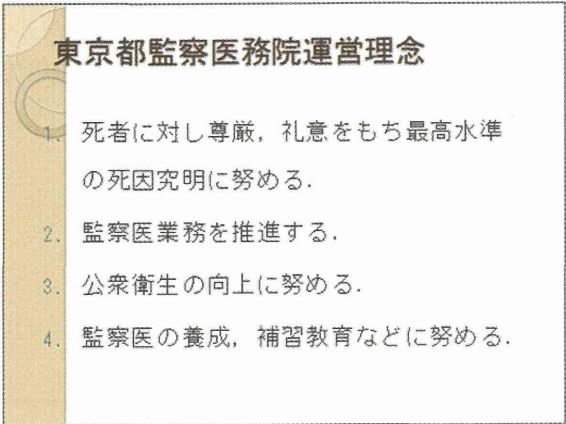
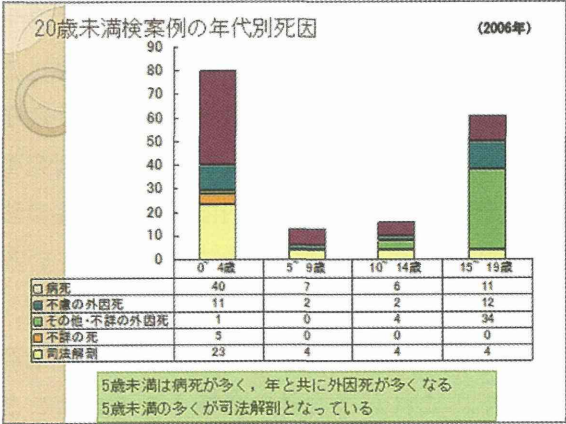
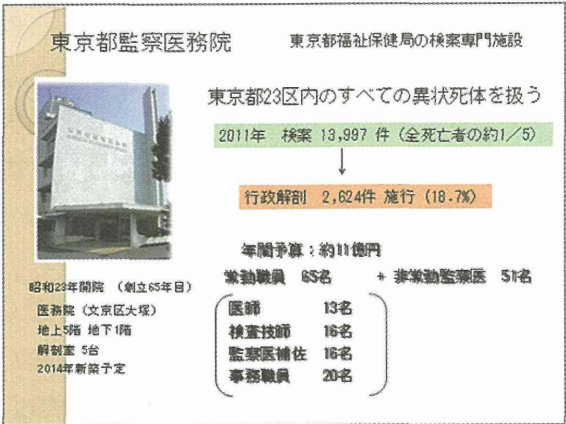
---

アウトライン



1. 東京都監察医務院の紹介
2. 5歳未満の取扱例
3. 平成23年の調査結果
4. 死因の究明、CDRとは
5. 監察医制度の現状
6. 今後の死因究明制度





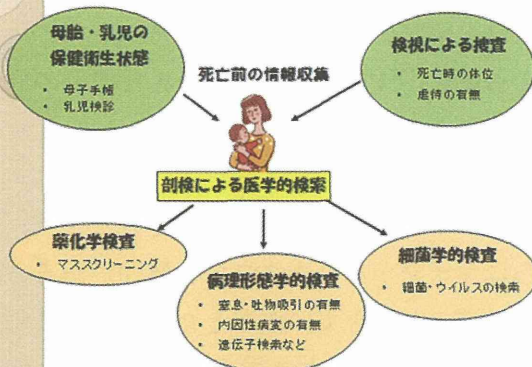
## 0歳児（24例）の死因の特徴

- 感染症の関与14例（直接12，間接2）
  - ウイルス1，細菌2，混合2，不明9
- 基礎疾患あり：8例
  - 基礎疾患で死亡 5例
    - （うち2例，解剖により判明）
    - の影響 2例
  - 関与不詳 1例

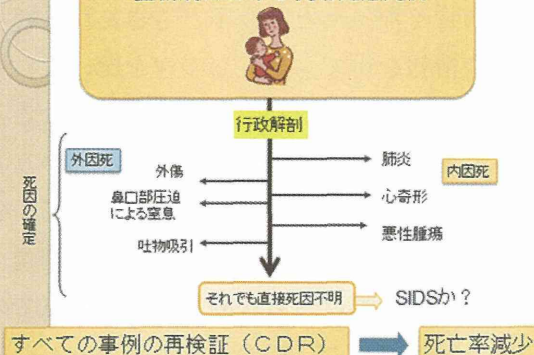
## 事故死 4例の内訳

- 転落死 1例
- 窒息死 6例
  - 鼻口閉塞 4例
    - （うつぶせ，布団，不明）
  - 吐乳吸引 1例
  - 異物誤嚥 1例

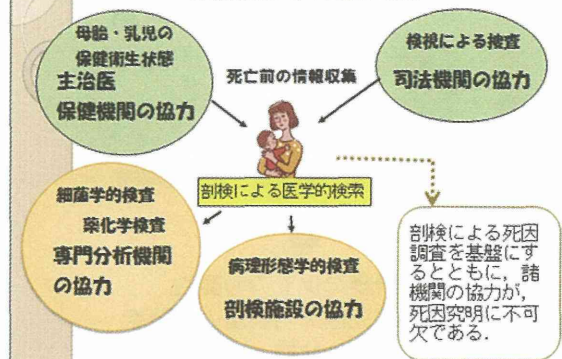
## 乳幼児急死における死因の究明



## 医療院における乳幼児急死例



## 乳幼児急死における死因の究明



## 監察医制度業務地域（東京23区、大阪、神戸）

## 廃止（福岡、京都）

## ▲名古屋、横浜



## 「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」提言

- 法医解剖制度
- 法医学研究所の設置
- 剖検率の向上
- 国費による運営
- 薬毒物検査
- 個人識別の充実
- 法医専門家の育成



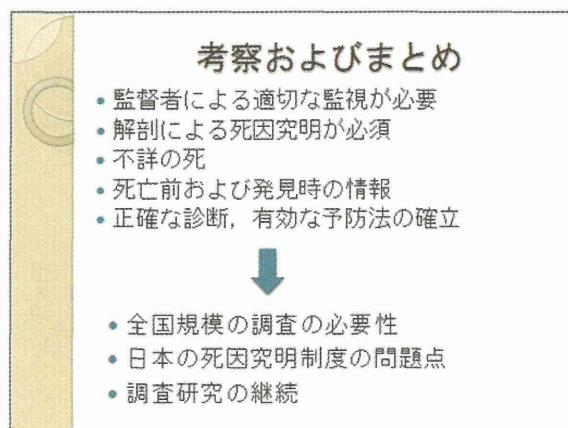
## 死因究明等の推進に関する法律

（平成24年法律第33号）

## 警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律

（平成24年法律第34号）





森 福永先生、ありがとうございました。法制化ということばが何度か出てきましたが、せっかくですから研究班のメンバーの中村先生から、法制化は何故必要か、ということをご紹介いただきながら、その間に質問など、考えていただければと思います。

中村 ただいまご紹介いただきました弁護士の中村と申します。この研究班でドクターのお話など聞かせていただきまして、法制化について考えることがたくさんありまして、お話しさせていただきます。まず死因究明が今後の子どもの虐待防止にとっても必要だご理解いただけたと思うんですが、東京都ですとか群馬の取り組みをみていると、やはりかなりハードルは高い。これを全国的に推し進めていくためには、やはり制度化して法による裏づけが必要だと考えております。また、個人情報保護の話がたくさん出てきましたが、個人情報保護は得た情報の目的外利用の制限があるとか、第3者提供の制限があるとかいわれておりまして、それが他機関連携の障害になっていると思われます。ただそういう現実を加味しても、個人情報保護には、一応除外規則があります。ですから、法制化がされなくても、そのあたりがクリアにされるので

はというお考えもあるかと思います。やはり効果的に情報収集するにあたっては、各機関に情報提供義務を課するとか、今の現行制度では乗り越えられない壁がたくさんあるのではないかと考えております。さらに多機関連携をはかっていく上では、さきほど「全死亡例をどう医療機関に集めるか」というお話もありましたが、コーディネイトを努める機関というのを誰としなければならないだろうとか、情報を系統立てて、たとえば犯罪性があるかないかといった情報はどう扱うのかもありますし、さらにいうと、集めた情報を検証して、社会に還元していくということがCDRのひとつの目標だと思うのですが、情報を公開するにあたっては、非常にセンシティブな情報を含んでいますので、そのあたりをどのような形で公表していくのかを考えなければならないと思います。こうしたさまざまな問題点に対して、きちんと対応するために制度設計を綿密に組んで、それをやっていくための法制化がやはり必要であると法律家の立場から考える次第です。

奥山 中村先生ありがとうございました。後ろにマイクがありますので、質問がある方はマイクの前にきていただきたいと思います。今日のお話しの大きな目的は、Preventable Death、本来なら防げた子どもさんの死、残念ながら亡くなったという子どもさんからいろいろな情報を得て、子どもの声を聴いて、その同じことで繰り返して子どもが亡くなるということを如何にして防いでいくかというのが私たちの大きな目標で、それに対して、少しずつ進んできた、児童虐待に関する問題、それから、それ以外も含めた大きな視点でのCDRということで、初のシンポジウムとなり



ました。皆さんの中からご意見がありましたら、是非ご質問ご意見を伺いたいと思います、いかがでしょうか。

溝口 岩城先生の方から、名古屋で、検証報告を出したというお話がありましたが、死亡事例検証の具体的なやり方、マニュアルみたいなものはないのでしょうか。

岩城 それは、厚生労働省が出した通知があります。皆さんに配布させていただいておりますが、平成23年7月21日の改正の通知で、「最近の死亡事例の検証について」という通知文です。これを読んでいただくと、具体的なことが分かります。

奥山 川崎先生、何か付け加えることはいかがでしょうか。

川崎 いま、岩城先生がおっしゃったところで、この国の通知ですよ、本当にこれにしっかり基づいてやっているか、という問題があると思うのですが、基本的にはかなり詳しく書いてあります。法制化の問題とかありましたけど、ヒアリングせよ、とか言っていますが、情報を提供してほしいということではできても、情報を提供する義務があるかどうかという、そうではないので、なかなか、やろうとしても限界があります。ただ、この通知は、かなり細かいことが書いてありますので、これに基いて実施していくというなかで、先程お話ししました援助のあり方ですか、虐待死亡の背景ですとか、そういうものを明らかにする方法が出てくると思います。

奥山 ただ、これは抜けがあるんじゃないか

など、ずっと思っていました。たとえば妊娠期の状況というものは、そんなに詳しく把握するようになっていないですよ。県として、医療機関もしくは新生児の場合は母子保健で情報が取れるので、そういうところを、「積極的に取ってこい」というところまで書き込むようなマニュアルが、本来必要なのではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

川崎 おっしゃる通りで、本当に、妊娠をしていたとか、先ほどの事例じゃないですけど、中絶をしているとか、そういうのは家族の歴史にとって非常に重大なんですけど、検証報告をみていると、そのあたりはまだ、十分な背景要因として把握ができていないと思います。これは、全死亡事例については「望ましい」という言い方になっていまして、明確に全例やるということでもよくて、無理なら多少でもやるのが望ましいと言っているレベルですよ。そのあたりの問題というのはあると思います。

奥山 他にどうでしょうか。そろそろ皆さんのほうからご意見、ありませんか？

溝口 「望ましい」という記載は、やっぱり現行法の範囲内の弾力的運用をせよということですが、なかなか実現するようにはならないと感じてしまいます。それを何らかの形で法制化に結びつけることはできないのでしょうか。

岩城 法制化するとき、何々をしなければいけないという義務付けがどこに付託されるかということですね。たとえば、児童福祉法25条の2に、「要保護児童対策地域協議会」、

これが平成 16 年に立法化されたんです。最初は、「この要対協を設けることができる」ということでした。平成 19 年になって、「設けるように努めなければならない」と改正されたのです。今、要対協のような、市町村ネットワークが全国で出来上がっているのは、ほぼ 99% 以上です。じゃあ「設けなければならない」、という義務付けをしなければいけないのに未だに児童福祉法はそうっていない。つまり、法制化するときに義務付けるのは、できないことをやれという風に義務づけることは国としては、まずやらないと思います。だから、やれる状態になってから義務付けるというのが、法制化の流れではないかなと思っています。私は、昔から言っているのですが虐待の場合、裁判所が治療命令をできるようなシステムを作ってほしいと思います。治療命令といったときに、どこが治療するのか、その施設もはっきりわかっていない。東京都にはあるかもしれないけど、愛知県や高知県にはない。そのときに義務付けが出来るのか。やはり法制化するだけの前提事実の底上げであって、初めて法制化できるという現実は無視できないと思いますね。

奥山 ありがとうございます。法制度を作るというのは、なかなか難しいものだという事です。フロアのほうはどうですか。先程私が、特にお子さんが亡くなった時、言いましたように、どうしたら防げるのか、防げたのか、というのは大きな目標なんです、その大前提として広い意味での死因「何で亡くなったのか」というのを知りたい。知らなければ予防につながらない、というのは私たちの大きなコンセンサスなのではないでしょうか。子どもが亡くなったという痛みを感じ

ながら、大切にしながら尊厳を守って、それを生かしていくのだという気持ちだと思うんですが、残念ながら最後がそうっていない。それは岩城先生もおっしゃったとおりだと思います。そして、同時に、折角児童虐待防止法の中に組み入れたにも関わらず、本当の意味の「何で亡くなったのか」というのが、「どこが悪かったのか」という目的になってしまってるんじゃないかと、今日のお話を伺っていて、すごく思いました。「どこが悪かったか」じゃなくて「なぜ死ななきゃならなかったか」、そこに迫ることが本来は必要で、だとしたら、児童相談所で関わった症例だけではそういうのがやはりないんじゃないか。やはり、一人一人のお子さんの死に「なぜ」という疑問を投げかけなければ、次のことも出て来ないのではないかと、思うんですけど、特に心理的などところも踏まえて、西澤先生いかがでしょう。裁判をずっと見て来られて、死亡事例検証にも関わってこられて、本当に「なぜ」というところに辿り着くにはどうしたらいいかということが一番考えておられるのではないかと思います。

西澤 厚労省のデータを分析して、なぜこういうふうになったんだろう、という親の心理とか、家族の力動とか、そういうのをまた分析をしようとしたけれど、まだ、果たし得なくて、その次に、裁判の判決文から少し手がかりがあるんじゃないかと、厚労省のデータを分析しているよりは、若干見えてくる部分もある。でもそれも推測にすぎないんですが、さっきも申しあげましたが、心理鑑定や精神鑑定をした事例の、心理鑑定書や精神鑑定書を一種のデータとして社会が共有するというか、もちろん匿名性を担保しなけれ

ばいけないですが、その中身を分析する機会を確保することとか、そちらのほう为社会の知識を集積していくんだろうと思います。もちろん私自身も虐待死亡事例等の心理鑑定をやっていますが、10 数例、もう 20 年くらいやっているんですが、自分としてはそれをデータとしては使えないんです。そういうものが、もう少し社会的に使えるようになるとすれば、そこから得られるものはかなりあるのではないかと個人的には思っています。さっきの話にも関連しますが、奥山先生が言った、ガイドラインに必要なデータが抜けてるというのも、妊娠期のデータが抜けているとおっしゃったのは、妊娠期の状況と、あるいは婚姻期の状況が、その後の虐待死の、いわば遠因になっているとか、伏線になっているという考えがありません。そこがつながっている可能性があるんだということを考えると、そのデータも取りましようということになるんですが、そういうことが全く発想にないとそういうデータを取りましようということにならないんですね。そういうイマジネーションの乏しさ、そういうのが邪魔しているのだと思います。

質問者 弁護士の寺橋と申します。初めまして。質問でなくて申し訳ないのですが、私は今、奥山先生から「どうして裁判なんだ」と、批判を受けているのかなと思う部分もあり、発言させていただくのですが。私は保育園などで赤ちゃんの急死の事件などを結構担当しているのですが、やはり親御さんが、どうして裁判をするのか、刑事告訴をするのか、というところの、ベースにある気持ちというのを、皆さんに知っていただきたいと思います。「なぜ死んだのか」ということを知りたい、

というのが、親御さんの出発点であり、私が関わってきた親たちの中でいうと、8 割方の欲求が「なぜ死んだかを知りたい」ということなんですね。

ですが日本の制度として、死因を検証する制度はない。本日みなさんが議論されていたのは、そのポイントだと思うんですが、とすると、子どもが死んだけど何故死んだのか分からない状態のまま、声を上げずに黙っていたら、それでウヤムヤになって、つぶされていってしまう。忘れられていってしまう。じゃあ預けていた保育園に「なぜだったのですか」と、保育園にいた人たちに聞いていくと、「うつ伏せに寝ていた」「頭から布団をかぶせていた」「タオルケットをかぶせていた」「30 分で 1 時間、2 時間放置していた」ということをおっしゃる方が出てくる。それで本当に死亡原因が「窒息じゃないんだろうか」とか、あるいは SIDS だとか病死だということとで葬り去られてしまっているんだろうか、というところで、「もっと調べてほしい、調べてほしい」というところから出発して、でも調べてもらうための方法は、いま現在、刑事事件にしてもら以外に方法がない、あるいは刑事事件というのは、立件のハードルがものすごく高いですから、刑事事件で分からなかったら民事事件でやってほしい、そういうなかで、何があったか知りたいという願望を実現する唯一の方法というのが、今現在での制度では裁判しかないというのが現状だと思うのです。

皆さん、お子さんに養われていた人ではないので、お金をもらったからといって、それで満足するわけでもなく、結局、何で死んだのかの一番の核心のところは分からなかった、で、「過失は認められたけど、子どもがお金に



なっちゃって虚しい」というのが実態だと思います。ですので、裁判をする親というのが、あるいは我々裁判を担当する弁護士というのが、悪い存在だということではなくて、むしろ裁判しなくても、死亡原因がひとりひとり明らかにされていくという、そういうシステムをぜひ作っていただきたいという期待を込めて、今日参加させて頂きました。

奥山 ありがとうございました。裁判が悪いというのではなく裁判でないと真実が明らかにならないことが多いなと思います。逆にご質問ですが、裁判で真実が明らかになることって多いものなのか、ということと、もう1つは、そういうことをすることで親御さんは、最終的に満足されることが多いのでしょうか。

質問者 そうですね、裁判で明らかになるかということ、警察であれば、網羅的にいろんな関係者から事実を聞いてもらえる、あるいは証拠を集めてもらえるということで、立件されるのと立件されなかったものとを比べると、ものすごくたくさんの情報量が得られる。「あつ、そういうことだったのか」という、何となくおぼろげには理解できるようになってくるという、そういう効果でしかないと思います。

それからもう1つ、満足されるかということなんですが、逆に何もしないで、「どうして子どもは死んだんだろう」と、毎日毎日天井を見て、ぐるぐるぐるぐるうつ状態みたいなかたちになって、そこから脱出できないでいる人にとっては、裁判する以外に自分の子どもの死に向き合う場がないということだと思います。満足はないと思います。亡くなっているのです。

奥山 ありがとうございます。私もコメントしようかな、というところにつながったので。海外のCDRなどを見ていると、やはりグリーンケアというのが、必ず一緒にくっついて回っています。先ほど岩城先生のお話にありました「ご家族にお話をうかがった」というのがありましたが、そういうことも、多分CDRの中で必要になってくるのではないかと思います。それで、岩城先生と上野先生にグリーンケアについてお話を伺います。

岩城 弁護士としては、なによりも証拠が大事です。真実は何か。真実を求めて裁判で訴えていく。裁判は真実発見のためのひとつの手段なんです。ところが裁判官は神様ではありません。そこで法律家たちは何と言うかという、絶対的真実に対して、「相対的真実」という言葉を使って、証拠上現れてきたものだけから真実はこれだと認定して、裁かざるをえない。今の刑事司法も全てそうです。民事もそうです。要するに、相対的な真実をモノサシで測って結論を出す。実はこれが日本の司法のレベルを下げているんです。それを下げていると気が付かないでいる法律家が、圧倒的に多いのです。私たちが司法にかかわって、裁判をやっているのは何のためでしょうか。そこにはナマの人間たちが登場しているわけです。そのことに司法関係者は向き合わなければならないのです。裁判は「説得」と「納得」の相互作用であり、法的な当てはめだけではいけないのです。

ですから何が大切かというと、虐待死の事件だって、あるいはそんな関係機関にも問題があって、やっぱり当事者（被告人）が、この裁判の過程の中で、説得され、そして納得していく、という作業があつて初めて、司法

の社会的な機能が果たされるのです。真実というのは神様しか知らないのですから、その真実追求の過程に協力しているのが裁判所であり、検察官であり、弁護士なんです。簡単に言うと法律家の仕事は、つまるところ対人援助なんです。この手法をしないまま法的三段論法だけで司法実務をやっていくと、裁判をやったって虚しさだけが残る結果になってしまうでしょう。そういう観点で、僕は、この対人援助の関係が一番遅れているのは司法だと思っていますから、裁判官にその感覚を持ってもらわないといけない。

例えば、名古屋市死亡事例の検証、あれは裁判員裁判となりました。私はその弁護人と連絡をとりました。その刑事裁判情報も得ながら、これは守秘義務がありますから公表はできないけど、そういうことも知っとかないといけないと思って連携をとってきたのです。弁護人が、裁判員裁判の手続きの中で、「いま名古屋市は死亡事例検証をすすめています、中間報告が3月下旬には出るようなことを言っています。この中間報告を待って、そしてそれを踏まえて、裁判員裁判を開始していただけないでしょうか」と言ったとき、裁判長が何と言ったかという、「検証報告？ それは行政のものだよ。刑事の問題には関係がない」というのです。「あくまで刑事裁判で出てきた資料だけで話を進めればいいだけで、名古屋市の検証報告が出ようと、そんなもの刑事司法とは関係ないから進めます」と言って、3月上旬で裁判は終わってしまったんです。

こういう無感覚な裁判官、それでも著名な、名古屋地裁では優秀といわれる裁判官なのです。そういう感覚の裁判官が日本ではたくさんいて、なかなか私のような、対話的、対人援助的司法の意見言ったってなかなか聞いて

もらえない。私たち法律家は、その背景におかれている事情というものを加味して、被告人を含めた当事者への対人援助ということを司法盛り込んで進めていかねばならないなというふうに思います。

上野 過去の死亡調査では、グリーフケアはされていたと思うのですが、今の市町村の取り組みの中では、グリーフケアまで至っていないと、必要性はすごくあるのですが出来ない、というのが現状だと思います。

森 簡単に私なりにまとめさせていただくと、最初のセッションで、児童虐待死亡検証というところの現状とこれから発展していくべきというお話が出たのですが、特に岩城先生のお話にありました運用の問題で改善の余地があるだろうと思います。そのなかでも、西澤先生が言われました子どもだけでなく、そのまわりの家族に関しての情報、子どもと家族との関係、その深みに対して、検証でもう少し深く掘下げていくべきだというお話がありました。さらに一番最初にお話がありました川崎先生の、「実際に検証されている率はとても低いんですよ」というお話がありましたが、検証においても広がりが必要だろうと。さらにそこからシンポジウムの2にお話は広がっていくのですが、子どもの死全体の死亡検証が必要だというのは、おそらくここにお集まりいただいている皆さんはご賛同いただけるんじゃないかなあと。その中で課題が3つあったと思います。

個人情報というところを含めて考えると、法律的な環境の整備が不可欠だろうと。それでひとつのメッセージがあると同時に、2つ目は、出来るだけすべての死を把握する、と

いう意味では、さまざまな機関、特に行政です。消防庁、監察、医務院というお話が出ましたが、行政の関与も当然あるべきだなあ、というのが2つ目のメッセージです。

最後はやはり目的は責任追求ではなくて、予防可能な死、グリーフケアというのは当然入ってくるのですが、そういった本当の目的を、見失わないような制度が必要なんだろうなというのが私なりの感想とまとめになります。小林先生なにかございますか。

小林 会場の皆さん、今日半日ありがとうございました。そして座長の先生、シンポジストの先生、ありがとうございました。この研究班も3年間してきました、はじめはみんな、これが必要ということで集まりました。しかし実現に向けて検討していくと、かなり難しい大きな課題であると気づいた中で3年間の到達点というのは、ガイドラインに表しますが、制度ができて法制化されていくためにはもう1段階必要な気がします。ただ、法制化されるのを待っていても法制化されるものではないと思います。それぞれ現場で、亡くなった子どもをきっちり分析して、そこから、今の制度の中でどこまでができるか、どこができないのかということを明らかにしていくことは、すごく大事だという気がします。そして私もこの3年間、すごく勉強させていただいて、先ほどの、上野保健師さんと一緒に、亡くなった子どもの保健の中でのカンファレンスをさせていただくようになったんですね。それは、今の検証報告だけでは、保健で何ができるのかという保健師さん達の戸惑いが多い、むしろ保健の中できっちり分析することによって保健が何ができるのか、どうしたらよかったのか見えるだろうというところで

始めたところなんです、いっぱい見えてくるんですよね。現場が専門性を高めていくということにも、この死亡検証はすごく大事になってきますので、それを積み重ねながら、一方で法制化をみんなで力を合わせていけるようになればいいなあと思っています。

きょうは本当にありがとうございます。これからみんなの力で、日本でCDRを作っていくことが出来たらと思っています。ありがとうございました。