第２回大阪府死因調査等あり方検討会　議事概要

日　時　平成２８年７月２８日（木）１４：００～１６：１０

場　所　大阪府議会会館　１階談話室

出席者　高鳥毛委員（会長）、宮川委員、峰松委員、藤見委員、松本委員、辻委員

事務局　泰室長、森脇副理事、中原保健医療企画課長、松元課長補佐、迫総括主査、中江副主査

議　題　大阪府における死因調査のあり方について

【議事内容】

（１）大阪府監察医事務所について（説明者：松本委員）

　・大阪府の場合は、６人に１人の方が医療機関外死亡であり、大阪府警が異状死として扱う。

・大阪市内の場合は監察医事務所が、大阪市外においては、各警察署が委託している警察医が検案している。医療機関外死亡であっても病院に搬送された場合は、搬送先病院で死亡診断書を発行している場合もある。

・死因統計によると大阪市内の心疾患の４～５割は、大阪府監察医事務所で取り扱いをしている。

・近年、死後画像診断（Ai）、生化学検査により死因診断ができるようになってきたが、客観的な科学的データが今のところない。

・欧州心臓病学界は、突然死の遺伝子検査を推奨している。

・在宅医療における看取りで死因判断ができるよう阪大に「死因究明学コース」を設置した。

・既遂例の自殺について、大阪府こころの健康総合センターと協力し、自殺対策プログラム等々構築できるのではないかと検討中である。

・大阪府救急搬送支援・情報収集・集計分析システム（ORION）を用いて、院外心停止になった救急搬送患者の死因の評価から救急医療対策を行えないか検討中である。

・死因診断の基準作りができていない。

○質問と意見交換内容

・日本人の死因２０１３の２位の心疾患１５．５％のうち、病院に来る前に死亡して来られたのは６％くらいということであったがその根拠は？（藤見委員）

　⇒監察医事務所のデータでは、心疾患が大阪市内の死因統計の４割から５割占めていることから推計した。

・最近検案数は増えているが、解剖数はあまり増減がない。解剖する基準があるのか？（森脇副理事）

　⇒基準がなくその判断は、監察医に任されている。物理的な問題が大きい。

・解剖しても死因が不詳の場合、組織検査結果が出てから死因を確定することになるが、死亡統計にはどう反映されるのか？（森脇副理事）

⇒解剖をしても死因不詳というケースが約１割ある。死因診断が出た時点で、検案書を修正し府を経由して国に届け出ている。（事務局修正）

・生前の医療情報が簡単に入手できると、死因診断も容易になる。独居のご遺体の死因診断では特に苦労する。諸外国では、患者の個人番号がわかれば医療機関の受療履歴がわかるシステムがある。（峰松委員）

⇒診察券や薬があれば、死因を推定できる。ORIONを使用して何かできないか検討中である。

　・医療情報を活用して、死因ないし死亡診断できる現状ではないという理解でよいか。（会長）

　⇒医療機関の受療情報が共有できるシステムを構築するよう大阪府に提案することも一つの方法と考える。

　・実際に役立つことを検証するためには、パイロット的に実施して次のステージに活かしたらどうか。（峰松委員）

・監察医事務所における１日の検案や解剖は、東京都監察医務院より相当な労力で行っていると思う。東京でさえも医療情報データの活用はおそらく全然進んでいないと思う。なぜなら、個人として知られたくない情報まで共有することを行政が推進していくことには難しい問題があると考えられるからである。（宮川委員）

・監察医として死因を判断するとき必要な医療情報は何か？（藤見委員）

　⇒どの程度の疾病であったのかということが、一番重要な情報と思う。

　・かかりつけ医にその情報提供を希望されたことがあるか？（藤見委員）

　⇒実際、医療機関に問い合わせをしなくても、大阪府警からの検案要請書で情報を得ている。

　⇒診察券があっても文書で依頼しないと答えてもらえないのが実情である。より迅速に捜査して調査の結果を警察医や監察医に伝えたいが、通院先の医師から丁寧な情報をいただける場合が少ない。（辻委員）

　⇒患者カルテを開業医と病院で閲覧できるシステムがある。診察券にスマホで医療情報を書き込み、暗証番号を入力して閲覧できる。この権限を監察医が持てたらいい。（藤見委員）

　⇒通院歴や治療歴がわかることは重要で、監察医が正確な死因を診断することに繋がる。一方で、警察が医療機関からその情報を得るのは結構難しいとのこと。（会長）

　⇒当院では、警察から問い合わせがあったら丁寧に正確な情報を提供するようにしている。情報が少なければ、病死の雰囲気を持っている人が、事故であったり、事件で亡くなったか区別が全くつかなくなる。正しい方向性になるようなシステムを大阪の中で作っていただければと思う。（藤見委員）

　⇒一般開業医では、本当にその人かどうかわからないので書面で依頼するようお願いしていると思う。所属や部署名を聞いて折り返し連絡する方法を行っている医療機関もある。情報を取り扱う規模が大きくなると個人情報を守るセキュリティが維持できないし費用もかかる。また、行政側からも検案に携わる医師を増やすために大阪府医師会、大阪府警察医会とともに研修会を行っていただきたい。（宮川委員）

（２）第１回会議の意見集約について（説明者：森脇副理事）

・第１回検討会の意見を次の４点についてまとめた【資料１】。

①「在宅医療における見取りと孤独死の問題について」

②「監察医制度と死因調査について」

③「Ai導入などの新しい死因調査方法について」

④「人材育成について」

（３）大阪府の死因調査体制の方向性について（説明者：森脇副理事）

・頂いた意見から次の３点の課題をまとめた【資料２】。

①「孤独死等への検案について」

②「現行の監察医制度の課題について」

③「その他」として、「在宅医療における看取りについて」、「Ai導入など新しい調査方法について」、「人材育成の必要性について」

○質問と意見交換内容

①「孤独死等への検案について」

⇒孤独死は、郊外のニュータウンで増えていくだろう。北部、南部、東部にわけて、死因調査ができるセンターを設置し、警察医との連携で対応したらどうか。また、法医分野を志す若い人たちの研修の場となり人材育成を兼ねることができる。（松本委員）

⇒東京監察医務院は、総工費数百億で建替えした。解剖医や臨床検査技師など常勤５３名、非常勤の監察医や放射線技師などを含めると１００名を超える体制であり、年間５１億の予算規模の事業である。大阪府も監察医事務所の建て替えを検討したらどうか？しかし、検察医や法医も少ない現状を考えると孤独死の検案を誰が診るのかなどの体制を考えるべき。例えば、吹田市に医療情報の共有システムを導入してみたらどうか。警察医や検案医を育成するため研修なり講習を徹底的にやらないといけない。府民の方にも看取りとはどういうことか理解してもらうことも大切である。（宮川委員）

⇒監察医務院と警視庁の各署がオンラインで結ばれ、警察行政的にも検視、死因調査を効率的に行っている。（辻委員）

③「Ai導入など新しい調査方法について」

⇒解剖をできるだけ減らす目的で、Aiを実施するなら、コンセンサスや費用の補助が必要である。（藤見委員）

⇒循環器病センターでは、院内で必要な方にはAiを実施している。院外からの受け入れについては、検査手数料など補償が必要。大きなプロジェクトとして役割を明確にできれば検討する。（峰松委員）

　⇒解剖は遠慮するがAiであれば了承する遺族がある。（会長）

⇒監察医の負担を減らすには、監察医事務所にAi機器を導入できないか。（宮川委員）

⇒設置場所の確保ができない。（松本委員）

　⇒監察医事務所に設置できないとすれば、既存の医療機関や大学で行うことになる。（会長）

　⇒移動式のAi車があればいいのだが。（辻委員）

⇒監察医事務所で取り扱う異状死体については、必要があれば阪大でAiを実施している。（松本委員）

　⇒大阪府警で取り扱うご遺体については、大阪大学、大阪医科大学、市大にAiをお願いしている。（辻委員）

・「人材育成の必要性について」

　⇒日本医師会は、災害時の検案や看取りにおける犯罪性の有無の確認をテーマにしている。大阪府医師会においては、他機関と協力して検案の研修会を開催している。警察医になると日頃の診療に影響が出るため成り手がおらず、また警察医の高齢化が進んでいる。警察医や検案できる医師を増やすため研修開催を府にお願いする。（宮川委員）

⇒警察医は、留置時の健康診断とか、あるいは署員の健康診断を行っている。検案は、無理を承知でお願いしている。（辻委員）

⇒警察医の選任は、地区医師会へお願いしているはず。（宮川委員）

　⇒警察医の問題と在宅医の問題は同じものと考える。行政のサポートがあり病院の医師と診療所の医師がネットワークを構築し協力して行わなければならない。（峰松委員）

　⇒在宅医療推進コーディネーター事業で、在宅の医療を診てもらえる医師を増やす事業を始めている。救急医療のバックアップ体制が必要である。（宮川委員）

　⇒正確な死因を判断する、また、その結果をフィードバックしたいという若い医師や学生は結構いる。ただ、活躍の場がない。（松本委員）

　⇒医療機関の質を評価するものとして、医療安全と院内感染対策が２本柱になっている。院内の医療事故の調査制度も非常に高いレベルになっている。医療を取り巻く環境は、非常に厳しくなっているが、患者側からの要求水準はどんどん上がっている。（峰松委員）

　⇒在宅医療が増えてくると、救急搬送が増えて救急医療にも負担がかかるのではないか？（会長）

⇒救急隊が現場に行って、亡くなっていたら不搬送にする動きがみられるようになった。ただ一方で死因を誰が決めるのかとの問題がある。（藤見委員）

（４）まとめ（会長）

・大阪府で維持管理しているが、大阪市内の異状死を取り扱う監察医事務所の体制と建物の老朽化の問題がある。

・孤独死等の検案と在宅医療における看取りについて、Aiを導入した死因調査の位置づけ、検案に携わる医師の人材育成および公衆衛生からの観点について意見があった。

・事務局は、次回の検討会で「大阪府における死因究明の体制」案を示すこと。