

大阪府死因調査等協議会（第2回）

日 時：2017年12月14日(木)

場 所：大阪府警察本部 1階 ガイダンスコーナー

司会 : それでは定刻になりましたので、ただ今から「第2回大阪府死因調査等協議会」を開催させていただきます。

今日は、委員の皆様におかれましては、お忙しい中、ご出席を頂きまして誠にありがとうございます。

私は、保健医療企画課の松元でございます。本日の司会を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

また、大阪府情報公開条例第33条によりまして、この協議会は公開となっております。

今日は第1回目の協議会の際、ご欠席でした山口委員にご出席頂いております。

山口委員 : 山口でございます。よろしくお願いいたします。

司会 : 他の委員の皆様のご紹介につきましては、お手元の配席図をご参照頂きますようお願いいたします。なお、今日は内閣府より八木補佐、藤井主査においでいただいております。

また、事務局職員につきましては配席図のとおりでございますので、紹介については省略させていただきます。

次に、本日の出席状況でございますが、委員10名のうち、現在8名のご出席を賜っており、定足数を上回っておりますので、大阪府死因調査等協議会規則第四条第2項の規定によりまして本協議会が有効に成立しておりますことをご報告させていただきます。

次に、本日配付しております資料の確認をさせていただきます。

まず、第2回大阪府死因調査等協議会次第、配席図、続きまして資料1「第1回協議会にて出された意見」、資料2、ホッチキス止めでございます。「協議会意見取りまとめ(案)」、参考資料といたしまして「第1回協議会議事録」、資料は以上でございます。過不足等ございませんでしょうか。

それでは、議事に移らせて頂きます。以後の進行は会長をお願いいたします。

高杉会長、よろしくお願いいたします。

高杉会長 : はい、それでは、これから会議を進めさせて頂きたいと思っております。協力の程よろしくお願いいたします。

まず、第1の議題でございますが、前回、行われた当協議会で出された意見の確認ということをごまづやっておきたいというふうに思います。山口委員はご欠席でしたが、その時に一応、書面を出して頂いたご意見は、ご披露させて頂きましたので、それも取り組んでおると思っていますので、よろしくお願いいたします。

事務局 : 事務局の永井でございます。着座にて失礼いたします。

それでは資料1をご覧ください。第1回協議会にて出された意見ということ

で、箇条書きにてまとめております。

まず表面ですけれども、課題1と課題2について委員の皆様からご意見を頂きました。一番上の「死亡の把握」というところでは、死亡して発見までの時間を短くすることが重要であり、各職種や事業所との連携が必要。また、ウェアラブルセンサー等の活用によるモニター方法。

また、「死亡診断書作成」におきましては、医師法20条の正しい理解が必要である。また現場の医師、救急隊、警察などの実態、状況把握が必要。死亡診断書作成が困難と考える理由。現場の医師の意見などを聴取すべきという意見。勤務医を含めた医師への死亡診断書作成のための研修・教育が必要。かかりつけ医や搬送先病院でできるだけ作成できる取組が必要。

次に「在宅医療との連携」のところでございますが、医師以外にもケアマネ、ヘルパー、府民への啓発が必要。病院や在宅医等関係者間での前向きな役割分担、連携。在宅医や看護師から家族への心構えの助言。最期に近い場合の覚悟とか対応などについて。

次に、「大阪市内と市外の体制」のところでは、警察医の委嘱について。また、警察医が死因確定をする際の必要な医療情報の提供体制。死亡時画像診断技術の導入はぜひ必要。市外の警察医が判断に迷う時のサポート体制や専門の医師からアドバイスをもらえるためのホットラインなどの設置。監察医事務所が非常勤のみの体制であることの限界。監察医事務所の中身を充実させることで、なり手を増やし、市外検案への協力や派遣など。

引き続きまして裏面でございます。「医師不足」という項目の所では、法医、病理医が少ない中、今後さらに新専門医制度の影響を受け、増加が厳しい中、法医以外の育成が必要。臨床医であっても解剖もできる医師の育成。阪大に設置しております死因究明コースの修了者の活動や、他大学でのコースの設置。死亡時画像診断の技術の導入は脳血管系や大動脈解離、肺炎の診断に使えるが、そのためにも読影の教育必要。

また「情報の活用」のところでは、死因調査から得られた貴重な情報の活用方法。

次に課題3の「府民の意識」というところでございますが、看取り期に向けて、本人の医療情報をわかりやすい場所に用意しておく等の準備の必要性を普及。災害時対応を考えても情報の準備は必要である。本人、家族以外の親類や、関わりのあるケアマネ等を含めた全体的な啓発が重要である。

課題4の「犯罪の見逃し防止」のところでは、検視調査体制の充実や臨場する警察官への教育を引き続き実施。また、死亡時画像診断の導入は事件性の判断にも有効。監察医制度の府内統一が望ましいが、監察医や法医が不足している中、府内全域の検案レベルを上げることで見逃し防止へ。府内全域への拡充

は困難なため、大学や能力のある病院の協力が望ましい。こういった意見が出されたと思います。以上でございます。

高杉会長： はい、以上、前回のご意見頂いた部分を端的にまとめて、今、説明を受けた訳ですが、少しご発言、少し趣旨が違うよというようなところとか、あるいは、こういうことも言ったんだがというようなところがもしありましたら、ご発言頂きたいと思います。ま、これは確認事項ということでお願いをしております。

特にはありませんか。大体意見を網羅していると私も思っておりますが、特にはありませんね。じゃあ、次に進めさせて頂きたいというふうに思います。

それじゃあ議題の2ですが、「協議会意見の取りまとめに向けて」という部分でございます。まあ、最終的には協議会意見として取りまとめて大阪府に提出をするというのは、できれば次回の時に全体をまとめたいというふうに思っておりますが、この方向性、第1回の議論を皆さんの意見を踏まえて一応事務局が方向性を出しておりますので、それについて説明を求めてご議論を頂くということにしたいと思います。

議事進行上ですね、一番問題点は「現状・課題」というよりも、むしろ3番目のですね「今後具体的にどう取り組んでいくのか」という、問題解決の方法というのが一番重要だろうと思いますので、まあ1、2を併せてまず説明を受けて、これで少し議論をし、そして重点的には3番目の部分で説明を受けた後の議論というふうさせて頂きたいと思います。それじゃあ、1番「現状・課題」、そして「検討課題」というところで事務局から説明をして頂きたいと思います。

事務局： それでは資料2をご覧ください。

まず表紙の部分ですけれども、「協議会意見取りまとめ（案）」ということで書いております。構成といたしましては、1が「現状・課題」、2が「検討課題」、3が「死因調査体制の整備に向けて方向性と具体的な取組み」、で「おわりに」ということで、あと資料をその後に付けようと考えております。

それでは、今、会長の方からありました1と2のところまで説明をさせて頂きます。ページをおめくり頂きまして、下にページ数を書いてございますが、1ページのところでございます。まだちょっと「はじめに」、「おわりに」のところの文章は入れておりませんので、ご容赦願いたいと思います。

1番「現状・課題」のところでございますが、ここは第1回の時に皆様方に各データ等ご説明申し上げましたが、その辺りを書き換えていきたいと思っております。また、併せて当日、委員の皆様から現状ですとか、出た意見の事実に近いところを書いております。

まず1番の「現状・課題」のところですが、今後の死因調査体制のあり方を検討するため、まず、大阪府域の死因調査に関する現状・課題について確認・検討を行った、ということで、(1)のところ、「死亡者数の見込みと死因

診断の状況」です。こちらには、第1回の時に死亡者が何年にはどれ位になるということでグラフ等でお示ししておりましたので、それについても最終的にはここに挿入して参りたいと思っております。そこが①番のところでございます。

「②死亡の把握」のところですけども、死後時間の経過が長くなればその分、死因診断が困難となるということで、2016年の監察医事務所取扱い事例で、発見までに何時間かかっているか、何日かかっているか、というようなデータを取っております。その値を入れております。

③のところでは、「死因診断（死亡診断書の作成）の状況」というところです。ここには、医師法また歯科医師法のそれぞれ19条の第2項で、診断書の発行というものが義務ということで書かれておりますけれども、その根拠法令を入れております。また、第1回の時に、医師法20条のただし書きの誤った解釈があるとかいうご意見ございましたので、その医師法の20条、また並びに医師法20条のただし書きというところを載せております。

それから2ページの④番のところでございます。「検案を行う法医等の不足」というところでは、現在、全国の法医が約150名程度であるということや、新専門医制度の基礎19領域には法医学は含まれていないということに記載しております。

2つ目の○のところには、現在の監察医事務所における監察医の雇用の仕方ということで、43名を非常勤として委嘱しているということ、1日2名体制で365日稼働しているの、のべ730人日の確保をしているということに記載しております。また、併せて平均年齢も記載しております。

3つ目のところには、大阪大学に設置がされております死因究明コースの内容ですとか、対象者等についても記載をしました。

次に3ページ目をおめぐりください。（2）番で「大阪市内と大阪市の体制比較」というところがございます。1番が「検案体制の比較」、2番が「解剖数の比較」、3番が「検案書発行手数料の比較」ということで、①②③と区切っております。

まず1番の「検案体制」のところでは、市内では監察医、市外では警察医の先生が主にやっただいておりますので、それぞれの現状について記載をしております。それから、監察医事務所の実態というところでは、下から3つ目の○のところから書いておりますように、非常勤の監察医の委嘱ですとか、その他の職種の配置、運営の仕方を書いております。また、現在、監察医事務所が行っております記録の仕方についても記載をしました。あと、築56年であるということの事実も記載しております。

「②解剖数の比較」のところですが、市内の方では検案要請4,400のうち解

剖数が 1,134 で、解剖率 25.5%で、大阪市外では検案が 7,238 件のうち解剖数が 37 件で、解剖率 0.5%という比較をしております。

また、「検案手数料の比較」でございますが、4 ページのところ、市内では 1 件あたり 11,700 円であり、市外では 3 万から 5 万円程度の設定になっているところ、この辺りの市内、市外の比較については、最終的には第 1 回の協議会でお示しいたしました比較の表を挿入したいと考えております。

次に 5 ページをおめくりください。(3)の「看取りに関する府民意識」というところ、これも、平成 24 年の内閣府調査ではありますが、最後を自宅で迎えたいと願う方が 54.6%と過半数を占めているということ、また実際の人口動態から大阪府の状況を入れておりますが、医療施設で亡くなる方が 75%を超えて、自宅では 15%程度となっているということ。これにつきましても、資料のグラフを入れたいと思っております。

その下には 24 時間で医師や訪問看護師により体制を組んで頂いておられるけれども、その他の職種や同居家族以外の者が最後の場面で病院への搬送等を要請する場面があるといったご意見も当日ご発表ありましたので、それも入れております。もうひとつの〇ですけれども、多くの府民は監察医制度でありますとか、市内と市外で異なる体制のこと、また異状死となった場合の取扱いなど、なかなかこういった情報を十分に知らない状況があるということも記載しております。

下段の(4)番、「犯罪の見逃し防止」のところでございます。異状死として通報及び届出があったご遺体については、警察が検視・実況見分を行い犯罪死か否かを判断している。また、大阪府警におきましては、28 年に刑事部に検視調査課を新設し、異状死の臨場を行っておられますが、その臨場率が直近で 75%、平成 28 年が 75%ということでしたので、10 年前と比較をいたしまして、平成 18 年では 11%だったということです。かなり上昇してきているということも記載しております。

6 ページのところ、「2 検討課題」というところに移りたいと思います。大阪府域の死因調査に関する現状を踏まえ、今後の死因調査体制の構築に向けた課題として、「多死高齢社会への対応」「府域全体の死因調査体制の再構築」「穏やかな看取りへの対応」「犯罪の見逃し防止への対応」、すいません、ここ防止という言葉が抜けておりますが、「犯罪の見逃し防止への対応」、この 4 点から検討を行って頂きました。この 4 点については下の通りでございます。以上が 1 番の「現状・課題」と 2 番の「検討課題」のところでございます。

高杉会長： ありがとうございます。

それでは、この 1、2、「現状・課題」及び「検討課題」というところの部分で何かご意見あれば。はい、山口委員。あの、申し訳ないですが、初めお名

前を言って頂いて発言をよろしくお願ひしたいと思います。

山口委員： はい。COMLの山口でございます。この取りまとめは、府民の方にも公開されるというふうに伺っておりますが、それは間違いないですか。

事務局： はい、そうなります。

山口委員： それを踏まえた時に、5ページの(4)の「犯罪の見逃し防止」の2つ目の○です。平成28年4月に検視調査課を新設し異状死の臨場を行っている。臨場というドラマか映画があったような記憶もございますけれども、一般的に臨場と言った時に何をすることなのか理解できないのではないかと思います。できれば注でもいいと思うんですが、まず新設してどういう刑事さんを養成したのか、でその人が同席なのか同行なのか分かりませんが、しているということと、この11%から75%に上昇したということが何を意味するのかというところが、多分、一般の府民には理解できないところだと思いますので、そこをちょっと注書きで入れて頂くと、読んだ時に理解が進むと思われましたので、そこだけ意見でございます。

高杉委員： はい、いいですか。はい、どうぞ、事務局。

事務局： はい、ありがとうございます。臨場という言葉の説明、並びにこのパーセントがどういう意味か、あるいは、どういった警察官の方がされている行為なのか、という辺りを分かり易く下段注意書きなどでさせて頂きたいと思ひます。ありがとうございます。

高杉会長： はい、ありがとうございます。他に何かご意見ありますか。はいどうぞ。

峰松委員： 峰松です。1ページ目から2ページ目にかけて、医師法20条のことが書いてあります。「診察してから24時間以内に死亡すれば診断書を出せるが、それを過ぎたら…」という内容のものです。それにはただし書きが書かれていて、「24時間経って亡くなった後にもう1回診察すれば診断書を書ける」ということですが、単に条文を横に並べてあるだけで、何のことを意味しているのかというのは、本文を読んでも私、理解できません。専門家でも理解が困難ではないかと思う。医者に理解して貰わないと進まないのに、進んでないのは多分、多くの医者が理解できていない。こういったただし書きが正しく運用されていないということが、診断書をあまり書いていただけないこと背景にあると思ひます。非常に大事なことなので、理解できるように少し説明を加えて頂ければと思ひます。

高杉会長： ありがとうございます。まさにそれはその通り、私もそれは少し思ひましてね。24時間を超えても診察をきちっとして診断をつければ検案書が書けると言うことだろうと思ひますので、そういうただし書きをきちっと。

事務局： はい。

高杉会長： そうして頂きたいと思ひます。

事務局 : はい。採用いたします。

高杉会長 : はい、どうぞ、竹中委員。

竹中委員 : 警察医会の竹中でございます。ただ今の大切なことをお願いしたいんですが、これは医者でなしに、実際に現場に行かれた警察官の方もこれをご存知なしで、24 時間経っているから直ぐに検案というふうな事態が割と多いと思いますので、現場の方々、消防の方々にもこれは十分に広報して頂きたいと思います。

それから4 ページ目の検案書発行手数料の比較なんですけれども、これを見ますと市内では 11,700 円、市外では3 万円から5 万円ということで、府下の警察医が3 倍も取っているというような誤解を与えかねませんので、大阪だけでなしに他の都市、例えば東京も同じような検案制度をやっておりますので、そこでは多分同じような3 万円から5 万円程度のあれを取っていると思いますので、その辺もちょっと比較として出して頂きたい。でないと、府下だけ警察医がべらぼうに取っているというふうに誤解を生みかねませんのでよろしく願いいたします。

高杉会長 : はい。どうですか？いいですか。

事務局 : はい、他府県の状況とかも調べて入れられるものは入れたいと思います。ありがとうございます。

高杉会長 : はい。はい、どうぞ。

山田委員 : 府警本部の山田でございます。一般の方に見て頂くというところで言いますと、本当によく分からない言葉っていうのは一杯あると思ひまして、まずそもそも警察医という先生方がどんな仕事をしておられるかということ自体が多分分からないと思うんですね。そこには、ここには、通常は留置場の留置人の健康管理を行って頂いているというのが3 ページの(2)の○の4 つ目ですか。ここで初めて出てくるわけですけども、それよりも前にもやっぱり2 ページにも警察医というのが出てきますし、警察医、誤解をしていらっしゃる方も居るかも分からないですけども、そもそも検案行為というのは、警察医の本来業務じゃないというふうにしっかりと明記されておりました、所謂署長の要請によって立会、所謂検視の立会ということではやっていただきますけれども、その後の検案という業務はですね、警察医の先生の任務の中には入ってない訳でして、それは通常慣例的に今までから現場に臨場、臨場といたらあれなんですけども、現場に行った警察官から立会をしていただいた警察医の先生に引き続きご遺族の方にも早くご遺体をお返すために、警察医の先生に検案書を書いて頂いているというずっとそういう流れで来ている訳でして、警察医の先生がどういう職務で任務をされているのかということも含めてですね、折角の機会でありましたから、そこで明記して頂いてもいいのかなとそういうふうに思うんですけども。それと、警察医の先生の確保が困難というようなこ

とも出てるんですけども、これも多分、なぜ困難なんですかという一般の方ではそう思ったりするんでしょうし、まあ、そこには背景的には予算があったりですね、そういったことがあるんでしょうけども、できるだけ各先生方から出ていますように分かり易い、本当に一般の方が読んで頂いて理解できるような内容であればと思います。

高杉会長： はい、ありがとうございます。簡潔に分かり易いような書き方、一般が理解できないような言葉を使うと余計に混乱しますんで、そこら辺りは今度書く時は少し考慮して貰いたいというふうに思います。

事務局： はい、一般的じゃない言葉を用いる場合には下に注釈等々を付けるような形も考えてやっていきたいと思います。

高杉会長： まあ、読む上においても少し平易な書き方で、尚且つ書きにくいような部分も含めて括弧書きで下に注釈を付けるというような形をできればやって頂きたいと思います。

はいどうぞ、竹中委員。

竹中委員： 竹中でございます。ただ今のちょっと付け加えさせて頂きたいんですが、ただ今山田委員が言われた通りの警察医の職務でございます。法規的には警察医は死体検案をしなければならないということはございません。医師であれば誰でもできるんですけども、だけど、今、それを強調していただくとちょっと混乱が起こる可能性がありますんで。と言いますのは、今の警察医は殆ど全員、死体検案というのは警察医の職務の一環であるという自覚をもっております。それによって、警察医は日曜祭日、夜中であろうと呼出しを受ければ自分の職務として出動している訳でございます。しかし、それを強調されて、死体検案は必ずしも警察医の職務でないというふうに広報されますと、それじゃあ警察医は別にしなくてもいいんじゃないか、近くの先生とかかかりつけ医の先生にしていだければいいことだからお断りすると、そういうことも出てこないとは限りませんので、その辺の言い回しをちょっとお願いしたいと。

高杉委員： はい。まあ、表現の仕方という部分で誤解が、お互いに誤解をしないように警察医の先生方も府民の皆さんも誤解のないようにという。まあ、表現の仕方ですから、これは工夫して貰いましょう。はい。ほか、いかがでしょうか。はい、どうぞ、峰松先生。

峰松委員： 峰松です。5ページの最後のところの言い回しが非常に気になります。（４）の「犯罪の見逃し防止」というところで、最後の2行ですが、「事件性の調査のために臨場する警察官においてもご遺体に対する畏敬の念を持った対応が望まれる」と書いてありますが、前回、こういった議論がされたんでしょうか。書いてある内容は正しいのですが、警察官に限らない一般論として、ご遺体に対する畏敬の念というのは必要でしょう。しかし、敢えてここに書かなきゃい

けない状況があるのかどうか？確かにこの前も、「司法解剖の後に子供さんが、非常に残念な扱いを受けた、頭にポリ袋をかぶせた状態で遺族に遺体が戻された」という記事が報道されました。ただ、これは警察ではなくて間に入った葬儀会社の対応が原因でした。多分、そういったことを念頭に置いた文章かなと思うんですけど、この一文は検討が必要かなと思います。どうでしょうか。

榮木委員： 第1回の協議会での発言は、まさに自死後の対応のことで、調査のお仕事をされる場面で、そういうことがありましたのでお伝えしました。この場面で警察官においてという特定をしないで、どんな形で亡くなられたにしても、いろんな関わる皆様が、単に孤独死でされていてもなど、人生を経てご遺体となった方に、畏敬の念を持って調査をのぞみます。先日警察の方ということでお伝えしたのがここに入ってしまったのかな、と思いますので、どこに入れて頂くかはご意見を頂きまして、お願いします。

山田委員： はい。

高杉会長： どうぞ、山田委員。

山田委員： すいません。御先生方から色々ご意見を頂きましてありがとうございます。当然のこととしまして、警察としましては現場に行く警察官、こういったご遺体に対する畏敬の念というのは日頃から重々教育を徹底しているところをございまして、この犯罪の見逃し防止というところでの最後2行については直接的には関係のない話かなというふうにも思います。それはもう削除でもいいのかなというふうに私の方では思います。

高杉会長： はい、それでは当然ながら皆さんのご意見、一致しているところなんで、事務局に是非ここではなくて別のところで、畏敬の念を持ってという気持ちのどっかの文章でそういう表現が入ればいいということですので、よろしく願いしたいと思います。はい、ほかに。はい。

榮木委員： 削除ということではなく、例えば教育、前回も先生方、監察医や死因調査に関わる先生方を教育が必要だということで、訪問看護師や府民の皆さんにもというところがあったので、どこか教育というところでそのことを入れて頂くことを望みます。

高杉会長： はい。まあ、全体の流れの中で、教育の中で入れるという意見も頂きましたが、どこに入れるのが一番ふさわしいのかということは少し検討して貰って考えて頂きたいというふうに思います。ほかに何かありますかね。

ないようでしたら次に進んで、全体の中でまたご意見を伺いたいと思いますが。それじゃあ、1、2については済ませまして、いよいよ今日の議題ということで3番目の「今後の具体的な方向性」という部分で説明を受けて、それから議論をお願いしたいというふうに思います。それでは3番の「死因調査体制の整備に向けた方向性と具体的な取組み」という部分で説明をお願いしたいと

いうふうに思います。

事務局： それでは資料7ページをご覧ください。「3 死因調査体制の整備に向けた方向性と具体的な取組み」のところです。

ここでは、冒頭に前述の課題に対応するためには、正確かつ適切な死因を特定する体制整備に早期に着手する必要がある、そのためには「現行の監察医制度を活用しつつ、府域全体の死因調査体制を整備する」ことが重要である。この基本方針のもと、今後の死因調査体制の整備に向けた方向性として「死因診断体制の整備」、「適切な解剖体制の構築」、「施設の連携・強化」の3点について取りまとめた。加えて、これらを推進するにあたって「留意すべき事項」について取りまとめた。これらの体制整備にあたっては、様々な差異のある大阪市内と市外の対応について、府域全体を視野に入れた体制の均てん化を目指すものとするということで冒頭に書かせて頂きました。

それでは「(1) 死因診断体制の整備」のところです。四角囲みの中が基本的な方向性ということで記載しております。かかりつけ医や救急医等における医療の最終行為としての死因診断に対する意識やレベルの向上。2点目ですが、法医の不足といった現状への対応策を検討。3点目、大阪市内の検案を実施している警察医の高齢化、人材不足への対応策やサポート体制の検討。

こういった方向性に向けて具体的な取組の提案ということで、前回、委員の皆様から頂いたのが以下の部分です。

1つ目ですが、医療機関、介護施設、在宅等で従事する医師、救急隊、警察などに対し、医師法第20条ただし書きへの理解や死亡診断書作成にあたっての問題点等について、調査、ヒアリングを行い、死亡(死因)診断に関する現場の実態把握を行うことが必要である。

死因診断の実態把握を行うとともに、医師を始めとする医療従事者に対して、医師法第20条ただし書きについて、正しい理解が促進されるよう、周知、啓発が必要である。

さらに、かかりつけ医や搬送先病院の勤務医等の臨床医が、出来る限り死亡診断書を作成できるよう、講習会・研修会の開催など、検案技術の向上に資する施策を展開することが求められる。

大阪市内の検案レベルの向上や警察医の負担の軽減、検案を行う医師の不足への対応を行うに当たり、法医学教室等、法医学の専門知識を有する医師が、大阪市内の異状死体の検案を行う警察医をサポートできる体制が必要である。これについては、予め登録した法医(仮称:検案登録医)が、警察医等からの要請により、電話相談に対応することや、必要に応じ検案現場に出向きアドバイスを行うこと等が考えられる。

法医や病理医が少なく、その増加も厳しいことが予想されるため、今後は臨

床医でありながら解剖のできる法医以外の医師の育成、確保が望まれる。

8 ページに移りますが、大阪大学における死因究明コースの修了者の活動を促すとともに、他大学においても同様のコースを設置するなど、死因診断の実務に取り組む人材をより多く確保できるよう検討する必要がある。

併せて、大阪府内の5大学や大阪府立病院などから人材を推薦し、期間を定めて検案医を経験する仕組みを検討するなど検案経験者を育てる工夫が必要である。

正確な死因診断のためには死後時間の経過が影響することから、死亡から発見までの時間を短くするため、主治医・訪問看護師等の医療関係者やケアマネジャー等の介護関係者および地域における見守りを含めた他職種や各機関の連携をさらに推進する必要がある。

将来的には、単身高齢者に対してウェアラブルセンサー等の活用によるモニター方法を取り入れ、在宅単身高齢者の状況を把握する取組みなども望まれる。

取組みの推進にあたっては、現場の実態をより詳細に把握するため、例えば、実際にどの程度の患者さんを在宅で看取っているか、また死亡診断書や死体検案書を発行する際の課題等について、かかりつけ医をはじめとする医療関係者等から意見を聴取しながら推進する必要がある。

以上が1番の「死因調査体制の整備」のところでございます。切りましょうか。どうでしょうか。

高杉会長： それでは、少し切りながらご議論をお願いしたいということで、1番の「死因調査体制の整備」というところでございますが、この中で何かご意見あれば。はい、山口委員。

山口委員： はい、山口でございます。先程医師法20条のただし書きのことについて医師も正しく理解していない人がいるんだ、というお話がございましたし、警察官も実は知らないんだというお話もございました。こここのところで2つ目の○のところに、医師をはじめとする医療従事者に対して正しい理解が促進されるよう、周知、啓発が必要であるというふうに書いてありますけれども、これもう少し広げて頂いて、さっき竹中委員からも警察官も知る必要があるとおっしゃったんですが、関係する専門家の方たちもさることながら、それを理解したドクターが例えば患者家族に看取りの話をする時に、実は死亡診断書っていうのは24時間以内に診察をしていれば診察しなくても書けるし、もし24時間以上経っていても診に来て貰ったら書けるんだっていうことを患者家族に伝えれば理解がより広がると思います。もう少しこのところ拡大していただいた方が全体的な理解が高まるんじゃないかなと思いました。

高杉会長： はい、ただ今の意見で何かありますか。特にはありませんか。はい、どうぞ。

事務局： 事務局に入っております監察医事務所長の松本でございます。私、大阪大学

の教授の方が本務でございまして、今回死因診断の専門家がいらっしやらないということで、少し補足させていただきます。

この死因診断のところの今の山口委員のご指摘のところですが、これ注意しないといけないのは、飽くまでも死後も診察をすると、死後診察という形でそして生前、その主治医の方、かかりつけ医の方、看取り医の方が診ていた疾患でお亡くなりになったということを死後診察で可能になった場合に、死亡診断書を発行できるということでございます。ですから、そうでないケースの場合には死体検案をしないとイケないということになっているということは十分承知して頂きたいというところなんです。それから、死因診断のところはどういうフェーズなのかということ、恐らく皆さん方のご理解、頭の中に入れて頂きたいことは、例えば私たちが普通に体の中に何か病気が起こった時に、外から見て分かるかということです。それが分かる、それは症状を言ったり色んなことをするから分かる訳でありまして、亡くなった方の場合はそれが無いので、そここのところでどういうふうに死因診断をしていくのかということが非常に重要だということなんです。そういったところで、現在は府下の場合には警察医の先生方に色々と御診断頂いている現状だということをご理解していただいた上で、この死因診断のところのお話を、考えていただきたいというところなんです。

それから大阪大学の先程、死因究明コースの修了者の活動のところですが、実際は今まで20名の方が終了されて15名の方が医師です。そのうち13名の方は実際に死因究明に携わっています。ですから所謂検案医というところで8名の方は携わっていますし、そういう意味ではこのコースの修了者の活動というのはしっかりと行われているということは補足させていただきます。死因診断は従ってそれぞれどういう形でどういうふうなツールを持って、どれ位の正確性を持って診断をするかというフェーズがあるということをご理解していただいた上で議論していただければと思います。

高杉会長： はい、どうぞ。

山口委員： はい、今のお話を伺いましてやはり、先程、峰松委員がおっしゃったんですけれども、もう少し具体的に詳しく書かないと正しい理解というのが広まらないかなと思われましたので、先程おっしゃっていたところ、これ一般の方にも分かるような表現で、条文だけで書いてあった1ページと2ページのところですけれども、より分かり易く解説していただくことが大事かなと改めてお願いをしたいと思います。

高杉会長： じゃあ、事務局、甲斐さん、どうぞ。

事務局： 警察本部の検視調査課長の甲斐です。よろしくお願いたします。

山口委員、おっしゃるように死亡診断、24時間云々のところなんです。我々ですね、独り暮らしの高齢の方、沢山お亡くなりになったりします。ホームドクタ

一が 24 時間以内に診たとおっしゃってもですね、24 時間以内にひょっとして、もしも、もしも何かあったんじゃないかと我々そう考えますので、ですから 24 時間以内に診断はできて、死因はあくまでこれつくよ、と言われても、これちょっと待ってください、独り暮らしということで、例えばマンションとかであればですね、防犯カメラの捜査とか色々ありますので、ですからそういう意味でご遺族の方、ひょっとすれば死亡診断、24 時間云々だけでも警察が余り理解していないんじゃないかというような誤解をされているかもしれません。これはしっかりと説明していきたいと思います。

高杉会長： まあ、今は 20 条の解釈と現実という中で、我々も少し理解が、今、議論の中でも必ずしも 100%理解していない部分もあると思いますので、この辺り、しっかりと我々も含めて分かり易く書いて頂くと。必ずしも 100%色んな意味で死後診断だけきっちりとすれば書けるんだと、いうだけでもなさそうな感じもいたしますので、よろしくお願ひしたいというふうに思います。はい、どうぞ。

峰松委員： 峰松です。8 ページ目の一番最初の先程松本教授も説明して頂きましたけれども、大阪大学における死因究明コースについてです。この中身をもうちょっと教えて頂きたい。このコースの修了者は現実には何をされているのかなと思っていたんですが、少し今説明して頂いて、検案業務に関わってらっしゃる方が結構いらっしゃるといことがわかりました。今後、このコースをどうするつもりなのかというのが非常に気になります。今日は金田委員がおられないので、宿題という形になると思うんですが…今言った今後の展望と、大阪大学だけではなくて他の大学の法医学教室の活動ですね、何か予定や計画があるのか知りたいですね。きちんとした教育をやるのが、問題解決のキーポイントになりそうですが、その場合に、大学のこういった教育活動がどれだけ役割を果たすのか？他の大学がどうなのか？こういったコースを受けた方々を死因究明の中でどのように活用するのか？医師会等と連携して何かオープンセミナーのようなことをやって医師教育に利用するのか？そういう話があるのかどうか？当然これは予算措置もいることだと思いますが、具体的に何するかということは非常に大きなポイントだと思うので、ここは少し内容を膨らませて書いて頂ければ非常に有り難いと思います。以上です。

高杉会長： はい。具体的な取組を含めてですが、長く書く訳にはいかないと思うので、端的に何をどういうふうにおやりになって、どういう効果があるのか、そして他大学がどういうふうな取組を進めて頂きたいと思うのかというご要請も含めて何か記述ができればと思いますが、その辺りでいいですね、先生。はい、はい、ありがとうございます。他に何かございますか。はい、竹中委員。

竹中委員： 竹中でございます。7 ページの具体的な取組みの○の4つめでございますけれども、警察医をサポートする体制が必要である、非常にありがたいことでご

ざいます。その次の予め登録した法医、仮称の検案登録医という言葉が出てきますが、ちょっとこの辺で言葉の整理をしておいて頂いた方がいいのではないかと私は思っております。私がこの前お願いしたのは、警察医は非常に検案数が多いところなんかは困っているんで、警察医の増員ということもお願いしたんですけれども、これは法律上といいますか法規上できない、2名と決められているということで、検案を手伝って頂ける先生方を応募する。で、登録しておく。それを私どもは検案登録医というふうに名付けてはどうかというふうに思っております。従いまして、ここの予め登録した法医というのは、そういった警察医を始め登録している検案医を指導して頂ける先生方ということで、法医登録医というんですか、また別の名称にしておいた方がいいのではないかとこのように思っております。私がお願したいのは、検案が余りにも多すぎて今の状況では警察医の手が回らない、それをお助けして頂きたい、そのためには方法としては他の先生方をお願いしてそういう検案を手伝って頂く、そういう制度を作っていただいてはどうかと。それを各医師会から応募していただいて検案の登録医として各医師会、若しくは警察署に登録しておく。そういう先生方を検案登録医というふうにしておいてはいかがかと思う訳です。

高杉会長： まあ、おっしゃってることはよく分かるんですが、検案登録医という部分の内容を少し付言して書いておくとちょっとこれだけでは分かりにくいですね。それから、もう一つは、これは山田委員に議論に加わって貰いたいと思うんですが、そういうお手伝いのドクター、こういう人たちのお手伝いするという形での要請で済むのか。前回は事故が起こった時の云々とかね色んなことがあってという話もちらっと聞きましたんで、ちょっとそこら辺をまとめてちょっとそういう形がとった方がいいのかどうかという、はい。

山田委員： ちょっと前回、ご説明させていただきましたけれども、現在警察医の先生 132 名です。大阪府下ですね。基本的に 65 署、65 警察署に 2 名ずつなんですけれども、豊能と柏原については 1 名ずつということで 132 名。これを増やしていくということは予算の関係もありますし、なかなか難しくって、これ 2 名っていう限定はですね竹中先生、ないんです根拠は、はい。だから、増やせるんですけれども予算が伴わないっていうのが事実上かなっていうところでして。高槻警察署の取組としてですね、高槻も警察医は 2 名の先生がおられまして、検案の数が多いということで、協力医という形で 4 名の先生が各医師会のご協力を頂いてお手伝いをしていただいているというような実情がございまして、まさしくそういった本当に検案の多い署についてはですね、警察医の先生プラスアルファその協力医というような形でご協力いただくと。ただし、身分保障という面でまた検討の余地はある訳ですけれども、そういう形でやっていくということは一つあると思うんですよ。それと新たな提案なんですけれども、東京都

でいいますと新たな登録検案医を募集してお金を手立てしてやっておるという制度があるようでして、これはですね是非とも大阪でも検案医の公募をかけてですね、検案の多いところで先生を公募するというようなことはどうなんでしょうかとこの新たな提案でして、前回の時に言わせて頂いたらよかったですけれども、それから色々研究しますと東京都がそういう取組があるということなので、そこは本当に警察医の先生の負担の軽減でありますとか、サポート体制というようなところも含まれてくると思いますので、新たな検案医の公募というようにところもちょっと一考して頂いたらと思います。以上です。

高杉会長： はい。色んな問題点もあると思いますが、警察医の先生方の仕事の軽減という意味で色んな工夫の中で一つは協力医であったり登録医であったりと、名称は別にして、そういうシステムを作って導入して先生方のサポートをするということはどうだという。はい、どうぞ。

事務局： 事務局永井です。8ページのところに2つ目の○で前回の時に金田委員の方からご提案がありました例えばですけれども、これは5大学であったり府立病院等で人材を決めて、まさに検案経験者を育てておくにご提案があったかと思えます。今先生方の、委員の皆様のご意見でも公募あるいは協力医という辺りでは、こういったところで経験をさせておいた医師にそのような公募に応じていただく、あるいは協力医として登録をしておくという辺りも繋がってくるのかなと思いますので、ここは5大学と府立病院だけを書いておりますけれども、それ以外の大きな病院であったりとか医師数が沢山あるところ、そういったところの先生方にも是非死因をつけるということを学んで頂いて各地域での協力をして頂くというシステムを将来的には考えたらどうかと今、先生方の意見を併せて感じたところです。

高杉会長： はい。それでは7ページの下から2番目の○ですが、1つは予め登録した法医と書いてあるけど、法医である名称はどうかという気、正式にそういう資格を持ったドクターでないといかんというような何となくニュアンスが出てしまうので、少し書き方を変えてね、協力医とかある程度研修を受けた先生方を登録医とするとかね、ちょっと具体的に書いてそういった人たちを登録して協力していただくというふうな部分に書いて頂いたらどうかと思います。それじゃあ、他に何かご意見あれば。はい。

藤見委員： 大阪急性期藤見ですけれど、恐らく確認なんですけれども、恐らく医者たるもの死亡診断書も死体検案書も書けるというふうに学校で習ったんですが、ここ混乱している理由は、恐らく最初のフェーズで書くのが死亡診断書で、後のフェーズで書くのが死体検案書で、最初のフェーズの死亡診断書を書くのがかかりつけ医や救急医といわれている人で、その前半の最初のフェーズの死亡診断書をできるだけ書くようにしようというためにかかりつけ医のために

先程の20条のただし書きというのがあるのかなというふうに思っています。で、20条のただし書きのところにその医師が死亡の確認をしないで、医師が死亡の際に立ち会っておらず即ち開業医の先生が死亡の際に立ち会ってなくても病院で運ばれて病院で死亡を診断をしてしまった場合にたとえ24時間診ていなくてもそこでもう1回診れば書けるというふうなことで、それと救急医、我々が書けるのを増やすためには先程から問題になっている検案の技術を教えて貰えば、その最初のフェーズで我々が病院で診たときに検案の技術があれば死亡診断書を書けるというふうに思っています。2つ目のフェーズで所謂先程からいわれている警察医、監察医の先生が死体検案書を書くというのは、人を増やすであるとか色々な議論があったんだと思うんですけど、私の立場からいくと、救急医の立場では検案の技術を教えて頂いて最初のフェーズで死亡診断書を書くようなことができればかなりこの死因診断体制の整備ができるのかなというふうに思いました。以上です。

高杉会長： はい、ありがとうございます。まあ、いずれにせよドクター、一般のドクターも含めて検案の技術という部分ね、検案書の書き方を含めて少し研修もしていただきながら、そしてその中から協力して頂く人をできるだけ多く出して頂くということ、体制としてはそういうことだろうと思います。そこら辺、書き方も含めてね、少し工夫して貰ったらいいかと思います。はい、他に何か。宮川先生、何かありますか。

宮川委員： 大阪府医師会の宮川でございます。基本的にはこの大きな流れでこの部分において問題はないと思っています。ただ、7ページの下の方の法医や病理医が少なく、その増加も厳しいことが予想されるため、今後は臨床医でありながら解剖のできる法医以外の医師の育成、確保が望まれるということで、かなりハードルの高いお話が入っているの、ただ望まれるということでございますので、そういう方向性が少しでもあればとは思っていますので、書いて頂いていいのかなと思いました。以上です。

高杉委員： ありがとうございます。それじゃあ、この(1)はということで、今度は(2)の「適切な解剖体制の構築」について説明してください。

事務局： はい、では8ページの下段の「(2) 適切な解剖体制の構築」のところからです。基本的な方向性として「解剖によらない死因診断(死亡時画像診断等)の手法の検討」、また「解剖に際してのご遺族への配慮」、「解剖が必要と判断した理由の明確化やより精度の高い記録の作成・保存の検討」、「蓄積した貴重なデータの利活用方法の検討」ということで方向性、こういった方向性のもとご意見を頂いたところです。

具体的な取組みの提案ということで、異状死数の増加に伴い増加が見込まれる解剖への人的負担の軽減や、解剖を望まないご遺族の心情にも配慮するため、

死亡時画像診断（CT撮影）による死因診断を早期に導入すべきである。脳血管系の出血や動脈瘤、肺炎等が疑われる場合では、死亡時画像診断により解剖することなく死因の特定が可能となり、また、外表観察や状況調査のみでは死因の特定に至らない場合でも、画像診断により死因が判明するケースがある。

9ページですが、死亡時画像診断の導入にあたっては、生体と違った特徴を有するご遺体におけるCT所見の読影技術をもった医師を育成する必要がある。

警察医が死因を特定する際、必要な医療情報が個人情報保護にも留意されつつ、医療機関等から円滑に提供されるような仕組みの整備が必要である。

解剖に至った経過、考え方をご遺族等の心情にも配慮しつつ、明確に説明できるように、より精度の高い検案・剖検記録の作成が望まれる。

検案・解剖により得られた情報は、疾病の予防や治療など、公衆衛生の向上や増進に活用されることが期待され、この貴重なデータを電子媒体で統計管理できる仕組みが必要である。これにより、類似の作業を複数回行うなど、煩雑になっている現行の記録業務の負担軽減、蓄積したデータの利活用が促進される。以上でございます。

高杉会長： はい、（2）、今説明をいただきましたが、この部分での何かご議論よろしくお願ひしたいと思います。はい、山口委員。

山口委員： 山口でございます。体制といえるかどうか分からないんですけど、この解剖ということについては、やはり日本人の心情として突然解剖と言われた時にとっても拒否感を示す方が多くいらっしゃいます。死んでまで切り刻まれたくないというような言い方をよくされるんですけども、ここで一旦断って2、3か月すると、私たち電話相談を受けてるんですけど、やっぱり死因究明したいんですけど言ってくる方がおられるんですね。解剖ということの死因究明に果たす役割の大きさということが、ずっと大人になるまでどこでも教育されていない、情報としても入っていないという現状があるように思っています、この解剖ということを考える時に後から府民への周知ということも出て参りますけれども、どんな手段を使うかっていうのが非常に問題だと思うんですが、解剖するっていうのがどういうことなのかっていうことを伝えていくことが大事ではないかと思っています。死亡時画像診断のAiですけども、これは割と小説がドラマ化し映画化したことで広まりはしましたけれど、これも万能感を持って広まっていますので、ここに3つ例示していただいていますけど、こういった時に有効なんだということを、解剖の重要性と共に伝えていく必要があるということを、できれば体制の中にも一つ入れて頂きたいなというふうに思っております。

高杉会長： はい、解剖の意義という部分がね、ちょっとそういう意味では不足している

というね、書き方としては書かれてないという部分がありますんで、我々の中では死因究明をきちっとするためには解剖というのは大切だよという認識はありますが、一般の人たちにどこまでの認識があろうかと思えますんで、ちょっと少しそういう意義というのもお書き頂いたらいいというふうに思います。それから、CT、今ねCTの導入という部分でかなり力を入れて書かれているということではあります、ここら辺どうですか。CTに関して何か。はい、どうぞ。

藤見委員： 恐らく前回の時にCT車と言いますか、車というかいわゆるモバイル型のCTを入れるというお話を伺ったと思うんですが、詳しい話としてどれ位の機能を持ったCTなのか、あるいは時間がどれ位かかるのかとかですね、その辺りを教えて頂ければというのが1点ありました。実は我々、救急とか災害とかをやっているとですね、モバイル型の医療機器というのは非常に有り難くって、例えばこれを災害時に、今例えば南海トラフが起これると大阪が被災地になりますと当然、患者さんを大阪から外へ出すというミッションがあるんですが、その時に患者さんを集める場所が空港にありまして、関西国際空港であるとか八尾空港であると伊丹にあるんですけど、そういう場所にこの車を持ってってその患者さんのCTを撮ったりできたりすれば非常にありがたい、あるいは実際、災害時に検案という問題が非常に前回宮川先生がおっしゃっていたんですが、すごく死体の検案数が増えるということもあって、移動型のCTというのはそういう意味ではメリットがあると思うんですが、その機能、CT車の機能がどれ位なのかをちょっとお聞きしたい。

高杉会長： え、そこまだ言えますか。どうです？

事務局： はい、事務局永井です。現在、もし大阪府に導入だということでありましたら、色々検討しているなかで、かかる時間とかクーリングの時間とかを考えたら64列位の程度の規模を欲しいなと考えているところがございます。ただCT車になりますと、かなり大きいのと、一般の検診用のように一部分だけを撮るのではなく、ご遺体なので体位変換も自分でできないということもありますので、それは上から下まで長く流せれないといけないということから車の想定としてはかなりのメートルにはなりますけれども、はい、そういう感じです。撮影の分数というのは非常に短いと考えております。

藤見委員： 64列ということであれば多分15秒から30秒で全身撮れる。

高杉委員： はい、ありがとう。一応検討ということで、予算そのものが議論をされている状況なので、まあついたということではないということの前提で、今考えているのはその程度の部分は考えているということですね。はい、どうぞ、竹中委員。

竹中委員： すいません、昨日の読売新聞の夕刊に、CT車の導入を大阪府が決めたとい

う報道があったんですけれども、これは既定の事実と考えてよいのでしょうか。

高杉会長： はい、どうぞ。

事務局： 健康医療部長の藤井でございます。今、昨日の読売新聞の夕刊につきまして、協議会で頂いたご意見について、協議会の意見を踏まえて大阪府で検討しているということと、大阪府の方で、実は予算要求の方は既にさせて頂いて今、議論をしているところでございます。従いまして、大阪府として最終的に導入が決まったというものではございません。今後、協議会で頂いたご意見を含めてしっかりと議論していきたいと思っております。

高杉会長： はい、どうぞ。

竹中委員： よく分かりました。ただ私どもがAi と言えば死亡時画像診断とパツと思うんですけれども、一般の方にAi と言いますと人工知能を先に思われるというようなことがありますので、言葉のニュアンスといたしますか、その辺も広報の時に十分考えて頂いたらと思います。よろしく申し上げます。

高杉委員： はい。他に何か。はい、どうぞ、山田委員。

山田委員： CT車の導入につきましては、犯罪死見逃し防止という観点からいたしましても是非とも導入をお願いしたい訳です。もう一つのお願いは、大阪市内所謂監察医事務所に配置されると思うんですけれども、大阪市内だけじゃなくしてですね、これもまた警察医の先生のサポートという面も含めまして、是非とも大阪市外にもCT車を活用するということをお願いしときたいと思います。

高杉会長： はい、どうぞ、山口委員。

山口委員： CT車というのは、もし導入するとしても恐らく1台？

高杉会長： まずわね。

山口委員： ですよ。例えば、今、CT車が府内で活用されるとすると1日に何人位といたしますか、必要になる数になるのでしょうか。

事務局： 検案数で申しますと、今、市内の検案数が年間 **4,400** ですので、1日当たり **13~14** 件かと思われれます。解剖が年間 **1,100** 件位ですので、1日当たり **3~4** 件でございます。ですので、今、検案は市内の警察署でしておりまして、これはさらに詳しい検査だということで解剖の時に監察医事務所に来ておりますので、監察医事務所の方で撮影するとなるとその位の数かなというふうに思います。

山口委員： 全件必要という訳ではないんですか。

事務局： はい、ではないです。

山口委員： 山口ですけれども、ということは今、山田委員がおっしゃったように市内だけでなく **10** 数例の中の何%か分からないですけれども、それ位であれば1日に稼働することも可能かなと思いますので、やっぱりちょっと大阪市内と市外の不公平感を少し是正していくためにもそういったCT車が導入されれば、私

もやっぱり府域に拡大していくことが大事かなと思っております。

高杉委員： 甲斐さん。事務局どうぞ。

事務局： 甲斐です。全体です、1年間に異状死が12,000体あります。市内が4,400、残りが市外になります。市外の検視で警察医の先生方に検索していただく訳ですけど、中にはですね、検索困難なご遺体もあります。そういった場合には法医学教室の方です、調べていただくんですけど、ここでご負担になるのはご遺族です。ご遺族にとりましてですね、ご遺体が早く返して頂けないとなるとお通夜、お葬式挙げられません。ですから我々、市内は充実してますけども、市外がなかなか難しいとなるとご遺族に、市外のご遺族にもの凄く大きな負担を掛けているということを改めてお知りおきください。よろしくをお願いします。

高杉会長： はい、どうぞ。

榮木委員： 在宅の場面で動いている看護師としては、沢山の方の異状かどうかとは分からない、週に1回、要支援1、2位の方、要介護1位の方で、週に1回、先生は月に2回位、訪問しておられる。2日後位に新聞が入ったままで、その時はまずケアマネジャーが行って発見される場合が多い。本当に今日の具体策ということでも入ってきているこの死因調査というその一点でそこから正確なできるだけ精度の高い診断をとということになります、私たちが関わった後はご遺族のグリーンケアに。そこへできるだけCTが入ることは大賛成で、ここにありますように3つ目の項で、解剖が必要と判断するという明確化のところ、訪問看護師が疑われたり出入りされていた方がないとか、これはご遺体だけの問題じゃなくなります。周辺的生活実態とか病歴とかそういうのを把握している先生と訪問看護師と皆さんで、その把握しているその状況から解剖が必要か、どこまでのことが必要かと考えます。この専門的なところは看護師は勉強不足ですけども、できるだけ切り刻むようなことのないメスを入れないような形での診断が、CTが1台しかないとなればこれは大変困難な話です。やはり先程お話していたように教育・基準づくりに繋がると思うんですけども、地域の先生方にも余り疲弊するような無理のない体制の構築を望みます。そうすることで、早くにご遺族にご遺体も戻って穏やかな看取りと弔いができるんじゃないかと思えます。どちらかというと家族側の意見ですけど。

高杉委員： はい、ありがとうございます。家族の心情にも十分配慮しながら、スピードを十分考えながら、余り皆さんに負担のかからないような形で死体検案ができればというご意見でございました。その中で皆さんの意見を聞くと、CT車の導入というのは非常に強い武器になるというべきか、助けになるものだというふうに強調されたというふうに思います。この部分で他に何かありますか。ないようでしたら次の3番の「施設の連携・強化」という部分に行きたいというふうに思いますが。

事務局 : はい。

高杉委員 : これについて説明をお願いしたいと思います。

事務局 : はい。9ページの「(3) 施設の連携・強化」の部分です。

基本的な方向性としましては、今後の死亡者数の増加に併せて解剖の増加も見込まれる中、解剖可能な協力施設との連携を検討、監察医事務所の老朽化対策を検討という方向性を頂いております。

それに対する具体的な取組みのご提案として、今後の多死高齢社会に備えた死因調査体制の整備を行ううえで、監察医事務所においては、監察医の確保や施設の老朽化対策など、ソフト・ハード面での取組みが望まれる。

将来的には、監察医事務所のほか、大阪市内外の大学法医学教室等が連携、役割分担のもと、検案、解剖を行う体制も視野に入れる必要がある、というご意見を頂きました。

高杉会長 : この部分、非常に重要な点ではありますが、2つ〇でまとめられているところではございます。何かご意見。はい、峰松委員。

峰松委員 : 峰松です。私自身は具体的な取組みの中でここが一番大事、肝になるところではないかなというふうに感じてます。〇2のところ、「将来的には」と書いてありますが、私としては「将来的には」なんて悠長なこと言ってられません。今年度は意見のとりまとめで議論が終わると思うんですが、その後具体的にどうするかです。監察医事務所、大学の法医単独でやることには限界があるからこそういった検討の会があるので、具体的な作業をすぐにでも始めないといけないと思います。監察医事務所あるいは各大学が動き出すのを待ってても多分動き出せない。行政、この場合は府になると思うんですが、何らかの形での調整役、仲介役を買って出てくださいね、具体的な連携の取組み、本当に具体的に何をやれるかっていうのを作業として始めていかなきゃいけないと私は強く思います。

高杉会長 : はい、ありがとうございます。はい、どうぞ。じゃ、阪大の法医学の教授の松本先生。

事務局 : いや、今、事務局にいますので、監察医事務所の所長として発言させていただきます。先程、前回の時も監察医のところでは非常勤の監察医というお話ができました。このことにつきましては結局常勤での採用がないがために非常勤で現在お勤め頂いているという状況です。ということはどういうことかと言いますと、本務があつてその中で非常勤で来られる。これは本務のところの色んな規定がございますので、どうしても非常勤は月1回であったり、多い人で週1回行くか行かないかという体制でございます。ですから、常勤化するというふうなことをちょっとご提案等々頂ければ、こういった監察医の確保というのは比較的簡単になるだろうということでございます。そういった点も含めて先生方

に建設的なご意見を頂ければと思います。

高杉会長： はい。現在の監察医事務所長としては非常勤の先生としておいでになっている訳で、常勤化ということでのご議論。はい、山口委員。

山口委員： 山口でございます。今のお話、あの、是非常勤化していただきたいというのは府民としても勿論思いますし、例えば監察医事務所自体、監察医事務所として建てられたものではなく、途中から監察医事務所として使っていて、更に 56 年も経っているということを考えると、これはやはり新しくして頂いてハード面も充実をして頂きたいと思います。ハード面はかなり厳しいとしても、常勤化するための予算上のことは、どれ位私たちがそれは必要だと言った時に実現できるものなんでしょうか。これ、どなたにお聞きするのが一番分かりませんが。

高杉会長： まあ、非常にそれは事務局も答えにくいという気がいたしますが。ただ、我々この協議会として、どれだけ強い決意で持って行政に対して意見書を出すかという部分にも関わると。我々の仕事としては、そのレベルでしかちょっと言いようがないであろうと思いますが。

山口委員： この話で色々と実態が見えてくる中で、私も大阪府の取組みにもかかわらず大阪市内だけに適用されているというのは知らなかったんですね。監察医制度が大阪市内のみということは以前から知っていましたが、府の事業だということを知った時に府の事業で何で大阪市内だけと、まずそこも疑問だったんですけども、非常勤で 365 日 2 人体制を回していくっていうのはこれは並大抵のことじゃないと思います。来て頂く方もそうですし、そういうスケジュールを調整する方もきっとご苦労されていることだと思います。ですので、非常勤をゼロにすることは出来ないにしても常勤化を進めていくことは本当にこの先多死社会になってくる中で、とても大事なことはないかと思ったり、それが大阪市内だけではなくて府の事業として市以外のところにも監察医制度ということを活用していくとしたらそこはまず常勤というところが避けては通れないところではないかと私自身は思っております。

高杉会長： はい、ありがとうございます。前回の第 1 回の時も常勤化という部分でかなり意見が出ました。と同時に、今、プラスして少し足し算して申し上げるとしてですね、今、現状が非常勤であるが故に例えばデータの積み重ねとか、そういう部分でそれを活用して今後に活かせるとか、色んな形のものが全く出ていないという状況もある訳ですね。だから非常勤であるが故になかなかそこまで手が回らないというべきか、仕事としては剖検一本、解剖一本というふうな形になってしまいがちなので、それ以外の非常に大事な色んなそこから得たデータそのものを色んな形で活用していくというこういう部分も是非必要ということもあって、我々としては常勤化という部分を強く推すというこの姿勢は大

事だと思えます。強くもう少し強く書いて頂くのは重要だというふうに私は思えます。他に何かご意見ありますか。はい、どうぞ。

宮川委員： 大阪府医師会宮川でございます。今、(2)、(3) 関連するんですけど、今のお話にもなるんですけども、やはり大阪だけで考えますとなかなか今ようやく少し情報が分かってきたところでして、やはり先行事例として東京が同じ大都市として動いておられます。先程の(2) でデータのなものを電子媒体に残す、あるいは統計管理していかなければならない、それはその通りだと思いますが、ただ監察医事務所にも私も一回行かせて頂きましたけれども、本当に皆さん頑張っておられて、少しでも早く死因を究明してご家族の元に返すって仕事に本当に一所懸命頑張っておられて、あの設備とあのシステムの中で電子化して資料を残せというのは相当酷な話だと非常に個人的な印象を受けております。それは、東京に私、行ったことございませんが、ホームページでも簡単に見れます。講演も聞いたことございます。やはり今回、幾つかデータを冒頭のところで幾つかのデータを示されるということでございました。是非、私、東京と一度比較したデータも広く市民に訴える場合は是非載せて頂きたいなというふうに思えます。その中で、事務的な方々も多くサポートして頂いておりますので、そういう方々も常勤の勿論監察していただく先生も増やさなければならぬし、非常勤も頑張ってお増やさなければならぬし、それをサポートしていただける事務の方々も増やしていかない訳にはいかないというふうに思えますので、是非その方向性でやって頂きたいというふうに思えます。

高杉会長： はい、ありがとうございます。今、議論は監察医事務所のことについて相当議論が出ておりますが、それ以外に関してこういった監察あるいは検案を書くということの均てん化、市内と市以外の大阪市以外のとことの差をどう縮めるかという中では色んなとこととの連携という部分が非常に必要で、これは峰松委員がおっしゃったように、やはり行政が主体的になってそれを取りまとめながら要請をしていくというね、このシステムは是非作っていただいて今後と言わず、将来的にはと言わず、来年度からもですね、そういうアプローチの仕方を是非していただきたいもんだというふうに思えます。はい、どうぞ。

宮川委員： この取組みの中で5大学のところのことなんですけれども、会長のお話も関連するんですが、5大学が少なくとも大阪市の監察医事務所が年間1,100例の。解剖していただいていると。それから5大学は37です。勿論大学として独自にやらなければならない司法解剖ございますのでやっていただいている訳ですが、昨年度からもずっと問題になりましたけれども5大学に勿論ご協力いただかなければなりません。このように書いていると5大学が協力できるかのパワーがあるかの如きに誤解を招く部分、誤解と言っているかどうかわかれば、やっぱり現状、5大学がどの程度のことのできるのかと、教授さんがおられて、

准教授が3人も4人もおられて、講師さんが4人も5人もおられて、助教という方が10人おられて、そこにスタッフが10人以上いるなんていう医局は恐らくただの一つもない訳で、教授がおられて後スタッフ数名でやっておられるところもあると聞いております。ですから、少なくとも本年度から来年度の早い時期においてこの5大学が一体どれ位までご協力頂けるのかと、勿論教授の先生にお願いしたら協力してあげるよとおっしゃって頂けるとは思いますが、この37が仮に37が70になったとしても倍活躍して頂いてそれだということからいけば、とてもじゃないけれども、対応しきれものではないということなので、先程の話で様々なやっぱり先行事例も学んでいかなければならない、ということから言えばスタッフも増やしていかなければならないと思いますし、やはりここの調査といいですか実情をやはり我々知らなければならぬというふうに思います。是非この調査は早い段階でやって頂きたいなと思います。以上です。

高杉会長： 分かりました。他に何か意見ありますか。

それじゃあ次に移らせて頂きたいと思います。4番目の「留意すべき事項」について少し説明をしてください。

事務局： はい。9ページの下段のところです。「(4) 留意すべき事項」。

①のところ「穏やかな看取りを希望する本人や家族の心情に配慮した死因診断の仕組みの検討」。かかりつけ医をもつことや見える形での医療情報の共有をさらに推奨する。特に独居者や高齢者のみの世帯に対しては、かかりつけ医の氏名、連絡先や服薬状況、既往歴棟の医療情報を明記したものを、急変時に救急隊等がを見つけやすいような分かり易い場所に保管、掲示するよう、普及啓発を行う。

最期の場面の対応の仕方について、ケアマネジャー、ヘルパーおよび府民への啓発を行う必要がある。そのためには、在宅医や訪問看護師等、普段関わりのある職種から家族への助言も必要である。

10 ページです。人生の最期、終末期の看取りについて家族、親族等と考える機会の提供にもつながるよう、幅広く府民に対して、監察医制度や検案、解剖の仕組み等、死因調査体制について理解促進が図られるようなわかりやすい、効果的な啓発、周知を行う。

②です。犯罪の見逃し防止という社会的要請にどう応えていくかの検討。

犯罪死かどうかの判断をする臨場する警察官への教育については、法医などの専門家からの研修や専科での教育などを、引き続き実施することが求められる。臨場率のさらなる向上も目指す必要がある。

監察医制度の府内統一化は制度上、また、法医の不足等により困難であるため、日常の医療として死因診断に携わる医師への研修や、大阪市外で検案業務

に携わる警察医のサポート等を行い、府域全体の死因診断レベルの向上に取り組む必要がある。

死因を確定するために必要な死亡時画像診断や解剖が可能な大学や病院の協力を求めることで府内全域の死因診断レベルの向上を図ることが、犯罪の見逃し防止にもつながるため、そのような施設の確保を検討する必要がある。以上でございます。

高杉会長： はい。今、説明があった留意事項ですが、この辺について何かご意見。はい、山口委員。

山口委員： はい、3つ目の○のところ、効果的な啓発、周知を行うということで書いて頂いてありがとうございます。実は私は色々と一般の方に情報提供などもしているんですけども、最近、とてもジレンマを感じるのが、今は関係ないと思っても知っておいて貰わないといけない情報を伝える手段が本当になくなってきているということです。何故かという、新聞を読む人が減って、テレビも見なくなっていて、必要な情報が書いてあったとしてもそこに届いていない。じゃあ皆さんどうやって情報を手にするかっていうと、多くはネットで、自分の関心のあるところに入って行って深掘りしますので、今は関係ないと思っても必要な情報っていうのがなかなか届かないというような時代になってきています。ですので、かかりつけ医あるいは訪問看護師さん、ケアマネジャーなど、前回書面でお示したんですけども、やっぱり見える関係の中で直接的なアプローチをしていくことが、逆に情報化の時代になってきたことで必要になっているんじゃないかということを改めて強調したいと思います。

それからもう一点、どこで申し上げたらいいのかなと思って留意すべき事項のところにもし入れて頂ければと思ったんですが、先程、4ページのところに検案書発行手数料のことが書いてございます。先程、警察医だけがこんなに倍もってというようなお話があって、他の都道府県の例も載せてくださいっておっしゃったんですが、そういったちょっと他のところの調査をした上でですね、もし3万円から5万円ということが全国的に妥当な金額なのであれば、私はこの大阪市内の発行手数料っていうのが11,700円っていうのが果たして妥当なのか、市内の人は11,700円で市外の人は3万から5万っていうのもこれもやっぱり不公平感があることですので、是正するという意味からも市内をもう少し値段を上げていいのではないかなと思います。値段を上げることで例えばこういう監察医制度の制度の充実にしていくっていうのも一つ必要なことかなと思いますので、全体的に府内同額位に出来る位の金額に理想としてはなればいいかなと思いますけれども、留意すべき事項の中にそういったことで制度の充実を図るっていうようなことも入れて頂いてはどうかと思いますので、皆さんのご意見もお聞きしたいと思っております。

高杉会長： はい。今、提案、手数料も含めてですが、何かこれについてご意見ありますか。

事務局： はい。

高杉会長： 委員の中からちょっと。何か不足していて足し算したいですか。

事務局： 大丈夫です。

高杉委員： ちょっと委員の中からご意見の方を。はい、どうぞ、竹中委員。

竹中委員： 私も山口委員の私見、ご意見に大変賛成させていただきます。ちょっと市内が安すぎると思うんです。これを1万円を2万円にすれば、それで今言いましたCTの問題ですとか、監察医の待遇改善、それから今、問題になっております検案医を募るにしても何らかの補助が出来て相当な余裕ができるんじゃないかと思しますので、これは是非お願いしたいところがございます。

高杉委員： はい、どうぞ。榮木委員。

榮木委員： 訪問看護ステーション協会榮木です。山口委員が先程の前に、一番目にお話し頂いた、我々訪問看護師やケアマネジャーや在宅で働く者の役割というものを、強調して頂きましたけれども、このバラバラで府民の皆さんに、お家の皆さんに教育するのではなく、例えばこの最後の1番の3つ目の監察医制度、あ、こういうのがあるよ。これについては既に独りぼっちで亡くなると解剖になるよみたいなことは凄くインプットされているけれども、ちゃんと週に1回程度、先生に関わってかかりつけ医を病院ばかり頼らずに近所の先生にというふうなことを、そして死亡診断書を書いて頂けるよと、やっぱり最期まで家がいいよと思っていながら伝え切れてないところがあるので、総合的にお伝えの仕方がきちんとできるような教育というのが、医師会の在宅の先生方や我々の任務と思います。バラバラで伝えると反対にまた不安を煽るようなことにもならないかなと思いますので、その辺頑張りたいと思います。

高杉会長： はい、どうぞ、竹中委員。

竹中委員： 今の予算の問題に関しましてですね、この監察医制度に関しては大阪市内が非常なメリットを受けているということで、今後、CTなんかも導入されますと、大阪府下にもそのメリットが及んでくる。でその費用は今のところ大阪府だけが出している訳ですよ。だからちょっとそれは不公平じゃないかと。大阪市にもですね、ある程度負担をして貰うとか、府下に及ぼしていくのであれば、府下の都市にもある程度の負担をお願いすると、そういうふうな行政努力というのはできないものかどうか、それを是非して頂きたいというふうに思いますので是非よろしく。

高杉会長： はい。行政間の問題で、この我々が出す意見書が、知事の方へ出す。市長に出さないものですから、ちょっとそこら辺、どういうふうに扱ったら良いのかちょっと行政に考えて貰わざるを得ないと思うんですが。ちょっとそれは答え

として行政も非常にへごもごするんだらうというような気がいたしますが、ご意見としてそういう気持ちは容易に分かります。はい、どうぞ。

宮川委員： 榮木委員の関連になるんですけれど、看取り、人生の終末における府民の皆様へどのようなご理解を頂くかと、どのような制度やどのような仕組みがあるのかということをご理解頂くと、これはもう当然進めなければならないと思いますので、ただその時にやっぱり一番大事になるのは府民の方々が普段どう思っておられるか、その目線で我々が関わられるかということだと思しますので、できればワーキングみたいな、前回もお話しさせていただきましたけれども、どのような研修内容、あるいはどのような啓発活動をするのかっていうのはご専門のメンバー何人か集まって頂いてこういう形でやって貰うのがいいんじゃないかと、やはりきっちり大阪府さんのもとでやはり作った上でやっていくということが大事かと思しますので、そこで我々在宅をやっている者として協力していきたいというふうに思っております。

高杉会長： はい、ありがとうございます。少しそれが書かれていないという部分があるので、ちょっとどこかの部分に大変重要なことだろうと思うんで、ワーキングでブレークダウンしてきちんとやっていくという部分を書いて貰いたいというふうに思いますね。さあ、他に何かご意見ございますか。はい、どうぞ、竹中委員。

竹中委員： 何遍も申し訳ございませんが、10 ページの下から2つ目の○でございますが、監察医制度の府内統一化は制度上、また、法医の不足等により困難であるため、という文章があるんですが、これはまあ現状認識ということでございますので、将来的にはやはりこの監察医制度というのは大阪市内だけじゃなしに大阪府下全域に広げるべきものというふうに考えております。そういう意味で将来的には、この監察医制度の府内統一化が望ましいということをややはりこの委員会としても明記して頂いたら有り難いと思しますので、皆様方のご意見を頂きたいと思します。

高杉会長： はい。要するに、大阪市内とそれ以外の市との格差の問題、そして精度の高い検案がきちっとできる体制の均てん化、こういう部分が一番の根底というかですね、非常に大きな部分が問題提起として出されているというのは事実でございますので、ここら辺り、そのためにどういう形で皆さんに協力を求めるかとか、色んな形で議論をしている訳ですが、究極的には先生のおっしゃるとおり同じような内容が府民に行き渡るような形でサービスができるような形を考えるべきであろうというふうに思っております。まあ、これは一足飛びになかなかいかない部分だとは思いますが、それを将来の目標に掲げながらみんなが協力していくかという、こういうことの絵面を描いていくんだらうと思うんですが。はい。山口委員。

山口委員： はい、私も全く同じでゴールを定めて頂いて、先程から将来的にはではなく、もう来年度から進めて頂きたい。すぐできないことは今、サポート体制をもってやって、段階的に目標に向かって進んでいくんだってということが分かるような書きぶりを是非していただくとメッセージ性としても強くなるのではないかと思います。

高杉会長： ただ申し上げるとですね、書いて欲しいんじゃなくて我々が意見としてここに書けと、書くべき部分でございましてね、我々としては段階的は分かるんだけど、それはそれとして書くにしても、我々がやっぱり意見具申するに関してはこういう形でやって欲しい、あういう形でやって欲しいという形、それを行政がとるにあたって早急にやるべきことと、中期的にやるべきことと、あるいは長期的にというようにね。そういう段階で行政としてやるべき部分を考えていくということで。我々が書くのはちょっとね。そこはちょっと書きにくいという部分があると思います。はい、宮川委員。

宮川委員： 今の件ですけれども、大阪府医師会勿論大賛成でございまして、監察医制度がやはり土台となっていると。今回、ずっと委員会を、まあ、2回目ですけど、各委員皆同じ思いだと思いますけど、大阪府さんが幾つかこうやってきちっとデータを出して頂ければ、どう考えてもこの仕組みがなくてやれる訳がないという現状が非常に分かったと思いますし、ですからこそ、これを前向きに進めていくという、もう会長のおっしゃる方向性で是非書いて頂ければ有り難いなと思います。

高杉会長： はい、どうぞ。

事務局： 少し事務局側から補足をさせていただきます。これは大阪大学の教授としての話なんですけど、私たち医育機関として法医学の育成というのはしております。現在は、全国これは全部共通なんですけど、法医学教室にしかポジションがない、特に大阪の場合もそうです。そのために、結局法医からまた臨床に戻ってしまうという形もございまして。ですから府下の統一のことを考えた時、先程の監察医事務所の常勤というお言葉を頂きましたが、それなりに府下の方にもそういったポジショニングを用意して頂くことによって雇用ですね、雇用ということになれば恐らく教育をしていった時に、若い方々、医師の方々の一つの目標といたしますか、自分たちの進むべき道が示されるのではないかというふうに思いますので、この点を含めてお示しくださいませ有り難いと思っております。

高杉会長： はい、峰松委員。

峰松委員： 今のご意見は非常に重要なポイントをご指摘頂いたと思います。これまで、「監察医制度を拡大・拡充する上で、人がいないから拡充できない」という議論をしてきました。今の話は「逆だ」と、「ポストがないから人材が育たない」という意見なんです。これは非常に微妙な意見ですし、それからそう簡単に即

効性のある解決にはならないというのが問題と思います。これもどこかに書き込んでおいた方がよいでしょう。「法医が全然いないから制度が出来ないんだ」という観点で議論されることが多いと思うんですが、今の話では少し違うんだということなんで、これもまた今後、人材をどう育てていくかということも兼ねてですね、今の議論はどこかに書き入れておいた方がよい。府民の皆さんが報告書を読んだ時に理解出来るというか、問題点を明確に理解できるんじゃないかなという気がしました。

高杉会長： 確かに仰る通り。ポストが全然ない中で、法医を増やそうたってなかなかそうはいかんよというね、これも事実だろうと思います。法医の重要性という部分を含めて養成をどのようにする、あるいはその受け皿をどう作っていくのかと言うようなことも含めて、例えば簡単にいえば留意事項のなにかに一つ丸付けて書くか、あるいは前の方に一番最初に、要するに法医が一番前書きのところにとということですね。法医が非常に少ないということはこういうこともあるんやということをお書きになるということも一つの手かというふうに思います。これ、書いて貰うようにいたしましょう。はい、どうぞ。

山田委員： 警察といたしましても、先程来から出ております監察医の先生の常勤化でありますとかあるいは中長期的には監察医制度を府下全域に拡充、拡げて頂くというのは大賛成で、是非ともそうなるようにと思っております。それと、②の1つ目の○ですけれども、教育等につきましては記載の通り引き続き府警本部の検視調査課を充実させて、所謂臨場率を向上させると。併せまして大学の法医の先生方等々のご指導も頂きながら警察官のレベルアップを図ってですね、研修や専科等々今後も引き続き続けていきたいと思っております。以上です。

高杉会長： はい、ありがとうございます。他に何かご意見。時間も大分参りましたんで、全体的にまだちょっとこういう部分が抜けてるんじゃないかとか、何かご意見仰って頂きたいと思いますが。特にないようですので、今日は一応前回皆さんにご意見頂いた部分を一応事務局がまとめたという部分での報告に対してご意見頂きました。特に記載はあるんですが、CT車の導入という部分は非常に重要な役割を果たすんだということ、勿論、死因調査だけでなく災害時の死体検案も含め色々な活用の仕方があるということで、是非ともこの導入は必要だという部分がございます。それから、解剖というか法医を増やすための議論、これをきちんと常勤化と同時に増やす努力というのも是非とも必要やと仰っておられます。それから、それぞれがそれぞれバラバラで頼まれていることをやるというのではなくて、行政が総合的にやはり色々な形でやっぱり汗をかいて、5大学を含めあるいはそれ以外の先生方の研修等についてもですね、コミットしながらきちっと行政の役割を果たして欲しいということもございました。それから、手数料問題も随分と議論になりました。やはり大阪市内とそ

れ以外のとことの不公平感、それから市内、不公平感というよりむしろ市内の手数料が低すぎて、これを少しでも上げるとことは単に負担を求めるのではなくて、よりよい制度にするための財源としてですね是非お願いしたいというふうなご意見、こういう部分を頂きました。いずれにせよ、この監察医制度そのものの意義という部分が非常に大事な仕事であるという中でやっぱり警察医、特に府、大阪市以外の先生方の警察医に非常に負担が掛かりすぎているという中で、また何とか皆で協力しながら負担軽減も含め、あるいは皆さんが知識を十分得ながらちゃんとした検案が出来るように頑張りたいというのが今日、再度、皆さんからご意見をいただいたというふうに思います。将来的な展望を踏まえつつ段階的に一步一步前に進んでいくと、進んでいくというのが今日の結論だろうというふうに思います。今日の議論を踏まえてですね、少し力点を含め、解釈の仕方、より分かり易い記述を含めてですね、次回にきちっとした形でまとめを出して頂きたいなというふうに思います。大阪府聞きますと、2月の府議会にこれ、報告を含めて出したいと、あるいは予算要求も含めてやりたいということも含めてあるようですので、出来るだけ次回の時にですね、まとめが出来て、そして知事に対して提出できるような形ができればと、時間的にはそう思っております。ご協力、是非よろしくお願いしたいというふうに思います。それじゃあ、どうですか。私の方、協議会としてはこれで終わりたいと思いますが、事務局、何かあったらどうぞ。

事務局 : ありがとうございます。今、会長からも仰って頂きましたけれども、次回開催を2月の中旬、上旬から中旬ということでお願いしたいと考えております。委員の先生方に事前にお聞かせ頂いたり、あるいは今日、テーブルの方でカレンダーの方でお願いしておりますけれども、また日程調整の方をさせて頂いて、その際には最終的な取りまとめということできっちりと出ささせていただくと併せて次年度以降の取組みについても報告をさせて頂ければと思っております。私の方からは以上でございます。

高杉委員 : はい。じゃあ、特にないようでしたら我々協議会としてはこれで終わりたいというふうに思います。ありがとうございました。最期に。

司会 : ありがとうございます。高杉会長、司会進行して頂きまして有り難うございました。最期になりますけれども、健康医療部長藤井より一言ご挨拶いたします。

藤井部長 : 健康医療部長の藤井でございます。まずは1回、2回と多岐に亘る真摯なご議論を頂きまして心より御礼申し上げます。今、また事務局の方からご報告させて頂きましたが、2月には来年度以降の取組みも含めて最終の協議会の意見としてとりまとめていただくということでしたが、本日の議論、基本的な方向、進むべき方向について委員の先生方に概ねのご意見を頂いたという

ことでこの点についても大変有り難うございます。ご意見の中で直ぐに着手すべきことが非常にあると、例えば大学への調整であるとか関係者によるどのような研修を行えばいいかの話し合いであるとか、やはり多死社会の到来に向けて先送り出来ない取組みというのが沢山ございます。大阪府といたしましても本日1回、2回のご議論も踏まえまして着手すべき、直ぐに着手すべき課題につきましては来年度の取組みとして具体化して参りたいと、また年度内に取り組めることについても直ぐに着手して参りたいと考えておりますのでどうぞよろしくお願ひ申し上げます。本日はどうも有り難うございました。

司会 : これをもちまして本日の協議会を終了させていただきます。長時間に亘るご協議頂きまして、どうも有り難うございました。