

大阪府死因調査等協議会（第1回）

日 時：2017年11月15日(水)

場 所：大阪府公館 大サロン

司会 : それでは、定刻になりましたのでただいまから、第一回大阪府死因調査等協議会を開催させていただきます。本日は委員の皆様におかれましては、お忙しい中、ご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

私は、健康医療部健康医療室保健医療企画課松元でございます。本日の司会を務めさせていただきますので、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。

それでは、検討会の開催にさしかかりまして健康医療部長の藤井より一言挨拶を申し上げます。

藤井部長 : 大阪府健康医療部長の藤井でございます。本日は大変お忙しい中、本協議会の委員就任を御快諾いただきまして、また本日このようにご参集いただきまして誠にありがとうございます。2025年という医療福祉の世界では、様々な計画の目標とされている年次でございますが、ここ大阪におきましては75歳以上の人口100万人が25年には150万人という1.5倍になると。また75歳以上の単独世帯、一人暮らしの世帯が後程説明させていただきますが、これも1.5倍になると。このような状況の中で、在宅死でありますとか孤独死が増加することが見込まれております。これらを踏まえまして、全ての人の死因を適切に特定していく体制づくり、社会の備えというものを見極めるといものが大変重要になってまいります。昨年度、死因調査等あり方検討会を開催いたしまして、方向性について集約するまでには至りませんでした。様々な貴重なご意見をいただきました。今年度は条例に基づく協議会として本死因調査等協議会を立ち上げることにいたしました。新たに訪問看護、あるいは府民の立場を代表される委員にも参加いただきました。また、大阪府警本部刑事部と健康医療部の共管として本協議会を開催させていただいております。この協議会を通じまして、目指すべき調査体制がいかなるものなのか、また、人生の最終段階の看取りに直面するにあたってご本人や家族の意識にどう対応していくのか、あるいは犯罪の見逃し防止にどう対応していくのか、こういった点につきまして各委員の皆様方から忌憚なくそれぞれの立場からご意見いただきまして来たるべき多死高齢社会に対してどのように取り組むのかという方向性を見定めてまいりたいと考えております。どうぞ本日はよろしくお願い申し上げます。

司会 : 続きまして、本日出席いただいております委員の方々を配席順に基づきまして、ご紹介させていただきます。配席図をお手元にご準備ください。会長席より時計回りで紹介させていただきます。榮木委員でございます。大畑委員でございますが、遅れる旨のご連絡をいただいております。続きまして、金田委員でございます。高杉委員でございます。竹中委員でございます。藤見委員でございます。峰松委員でございます。宮川委員でございます。山田委

員でございます。

続きまして、委員名簿をご準備ください。山口委員におかれましては、本日、所要の為、ご欠席でございます。

次に、本日の出席8名でございます。委員10名の内、現在8名の出席を賜っており、定数を満たしておりますので、大阪府死因調査等協議会規則第4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いることをご報告させていただきます。

また、本日は内閣府より死因究明等施策推進室の須田参事官、並びに江崎主査が傍聴に来られております。併せてご紹介させていただきます。

続きまして、事務局職員でございますが、ご用意させていただきました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。

次に本日配布しております資料の確認をさせていただきます。

まず、大阪府死因調査等協議会次第、配席図、委員名簿に続きまして、資料1大阪府における死因調査体制の検討について。参考資料といたしまして資料1大阪府死因調査等協議会規則、同大阪府監察医事務所の概要、同内閣府作成の死因究明等推進計画の概要、以上でございます。過不足等はありませんでしょうか。

それでは、議事に入ります前に大阪府死因調査等協議会規則第3条第1項によりまして、会長の選出をさせていただきます。委員の皆様、どなたかご推薦いただけませんか。

宮川委員：はい。

司会：宮川委員よろしくお願いいたします。

宮川委員：宮川でございます。公衆衛生の経験が豊富で、広い見識をお持ちの高杉委員を推薦します。

司会：ありがとうございます。それでは、高杉委員に会長をお願いしたいと思います。

よろしくお願いいたします。それでは、高杉委員におかれましては本協議会の会長をお願いいたしますと共に、会長は本協議会の議長を務めさせていただきますことになっております。併せてお願いいたします。

それでは高杉委員、会長席の方へ移動の方お願いいたします。

それでは、会長より一言挨拶をお願いいたします。

高杉会長：高杉でございます。ただいま、皆様のご推挙により、この会の会長という形で進めさせていただきたいと思っております。忌憚のないご意見をいただきながら、死因、自然死というか色々な形で問題のあることにつきまして皆様の忌憚のないご意見を伺いながらまとめていきたいと思っておりますので、御協力のほどよろしくお願いいたします。

司会 ありがとうございます。また、本協議会の会長代理を大阪府死因調査等協議会規則第3条第3項により、会長に御指名をいただきます。会長よろしくお願いいたします。

高杉会長：それでは私から指名をさせていただきますが、私は医師会で色々今後協力をずいぶんとしていただくという形も出てこようかと思しますので、ぜひ宮川委員にお願いしたいなと思えます。いかがでございますか。(拍手)ありがとうございます。それでは、宮川委員、よろしくお願いいたします。

司会：会長に事故のあった場合には、宮川委員が会長代理となります。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、議事に移らせていただきます。以後の進行は会長にお願いいたします。高杉会長、よろしくお願いいたします。

高杉会長：それでは、本協議会の進行を務めさせていただきたいと思えます。では、さっそく議題に入りたいと思えます。

議題の1、大阪府における死因調査体制の現状と課題について、これについて資料1でございますが事務局より説明をお願いしたいと思います。

事務局：それでは、事務局を担当しております永井と申します。よろしくお願いいたします。お手元の資料1と前のスライドは同じものを印刷しております。前の方がカラーですので、ご覧になるにはこちらの方がいいかと思えますので併せてよろしくお願いいたします。

それではまず最初に大阪府における現状をご紹介させていただきたいと思えます。資料を1枚めくっていただきまして1の1というところでございます。これは大阪府の人口ビジョンで発表しております今後の大阪府の人口の潮流ということでございますけれども、こちらに示しておりますように出生の方がどんどん今減ってきている状態で、死亡数の方が上がってきているというような状況です。現在、ここ2017年でございますので8万のところ少しクロスを超えたところでございます。2040年には死亡者数が12万になるのではないかとということで、当時大阪府としても発表をしているところでございます。なお、出生数の方はだんだん減ってきておりまして2040年には5万人ということが推定されております。こちらは次のページ1の2でございますけれども人口ピラミッドの推定です。左側、2015年です。右側が2040年を示しております。ブルーの方が男性で、オレンジの方が女性ですけれども、現在こういう人口ピラミッドを描いておりますが、2040年大阪府におきまして、若い世代が非常にスリムになっておりまして、注目すべきはやはり、ここの90歳以上が一番上ですけれども、女性のところでは25万人を超える方が2040年はいらっしゃるというような推定になっております。人口のピークにつきましていずれの男女ともこの65から69あたりのところにピークがきているというような状況です。こちらは大

阪府内の死亡者数と今後の異状死数の推計を表しております。この矢印から左の方はいままでの実績値になっておりまして、右の点線を含めたところは推計値ということになります。

今現在、死亡者数がこのように紫の棒グラフのように徐々に上がってきておりまして、異状死ということで検案事例になっている異状死数というのもこの赤い折れ線グラフの方でございます。ここからは少し推計値の方がスケールが5年ごとになっておりますのでかなり立ち上がり大きく見えますけれども、ここはちょっとご了承ください。左の方、実績の方は毎年度なんですけれども、推計の方5年飛ばしで2040年までを書いております。先程申し上げましたように死亡者数は12万になるのではないかとということで今現在と同じ割合で異状死数があったとしても、この点線のように異状死の数も増えるということで1万9千を超える数が推定されております。

これらのことを一覧表にまとめたものでございます。現在死亡の方が2015年で8万3千人を超えておりまして、2025年には10万を超えるだろうということでこの間10年間で1.2倍ということが推定されております。現在は警察による検視数が1万2千人で、大阪市内が4700市外が7600という数になっております。それから、その府民の方の年齢ですけれども75歳の方がいま現在103万人いらっしゃるわけですけれども、平成37年2025年の頃には150万を超えるということで、約1.5倍になるということが推定されております。

また75歳の人数だけではなくその暮らしという意味では、世帯なんですけれども、単独で75歳以上の方がお住まいの世帯、単身の世帯は、現在28万世帯あるわけですけれども、これが40万世帯の方が75歳以上かつ単身でお住みになるというような推定もされております。現在孤独死を含めた在宅死が1万7千人くらいにということですので、単純にここの死亡者数の1.2倍をかけたとしても2025年には2万人くらいにはなるのではないかと、また、施設で亡くなっておられる方が今現在1053人ですけれども、これも施設のキャパの問題ではありますけれども増えていくことが推定されております。

現在死亡されている場所についてでございますけれども、一番多いのは医療機関ということでこの青い線のところでございます。若干頭打ちになっている状況ではございますが、現在77.2%の方が病院で亡くなられてる、医療機関で亡くなられておられる。自宅で亡くなられているのが15%ということで、この緑の点線のところになります。比較的横ばい傾向かなという感じですか。あと老人ホームというところが赤い線ですけれども少し増えてきつつあるかなと思います。1の6ですけれども、平成27年の大阪府における現

状ということでまとめております。大阪府内で人口動態からとっておりますけれども83,577人の方が一年間で亡くなられております。異状ありと異状なしということで分けてはおりますけれども、異状ありというのは死因が分からない、或いは交通事故以外の外因死をこちらの方で、異状ありということで警察の検視、実況見分にまわるわけでございます。ですので、警察の交通課の方で見ておられるのは、こちらの異状なしという、本来異状なしではないんですけれども、異状なしの方に分類としてはおりますので、交通事故死はこちらに入っているとお考えください。そういう意味での死因が分からない方、或いは交通事故以外の外因死ということで、12,000余りの方が14.9%の方が検視検案ということになっております。その中で犯罪の疑いがあるというものを右のところなんですけれども、これが691件ということで、これは法医学の先生方によって検案されたり、その後の司法解剖ということになっております。犯罪の疑いが非常に低いという異状死体は、大阪市内大阪市外でそれぞれ4400程度と7200程度ということで存在しております。大阪市内におきましては、監査医事務所の監察医の先生方によって検案、死因が確定できない場合は監察医による解剖ということになっております。市外の場合は警察医の先生方によって検案が全てなされておりました、死因が特定できない、或いはもしかしたらもう一度犯罪の疑いをしっかり見極めてということでありましたら、警察署長判断ということで一旦戻りまして、再度こうすることで、調査法の解剖、あるいは承諾解剖ということで合計37件の解剖が行われております。それで最終的に全ての府民の方の死因が判明するという流れでございます。

ここで少し補足というところで出ておりますが、これは監察医事務所で取り扱ったご遺体の分析でございます。年間で先程申し上げたように4,000いくつかなの数があるんですけれども、その中で実に94%が救急隊がまず現場に行っております。救急隊の現着率が94%。94%以外の6%の方につきましては、救急隊が呼ばれているのではなく、おそらく腐敗が進んでいるとかいった場合には最初から警察が呼ばれている案件かなと思われれます。この94%は救急隊が現着しているわけですけれども、その後の救急隊の対応といたしましては病院への搬送が36%、このグリーンのところがございます。薄い方のグリーンのところが不搬送ということで救急隊から医療機関のほうへ運んでいないということになります。運ばないという場合には、どうなるかと申しますと、警察へ引き継いでその警察の方から検視、実況見分へまわるということになります。病院等に搬送された事例につきまして、さらに分析をしておりますけれども、そのような方がいつ亡くなったかということで、死因となるイベント、梗塞とか出血とかそういうことから、一時間以内の死

亡であろうと思われるのを、短時間死とここでは定義しておりますけれども、この短時間死が約半分47%はそういった事案であったということが分かっております。それ以外は1時間以内ではなく、もう少し前のイベント等の死因だったということになろうと思います。これは発生した事案を右に分析していったわけですが、ここのトータルの中で同じように短時間死、1時間以内に亡くなっておられると推定されるのが37%ございます。この37%の内訳を見ますと、内因死が半分以上の50.6%、自殺自死が33%、溺死が4%ということでした。この内因死の臓器別図を見てみますとやはり一番多いのは循環器の内因死ということで、こういった疾患の場合には一時間以内に亡くなっておられるということが見えて取れます。その次に消化器系となっております。

ここからは少し大阪市内と市外の死因調査体制の比較をしてみたいと思いますけれども、大阪市内につきましては、根拠法令が死体解剖保存法、大阪市内につきましては、検案は医師法、解剖につきましては身元調査法、承諾解剖につきましては死体解剖保存法ということの法律がございます。件数は先程から申し上げております通り4,400と7,200、解剖の数でございますが、大阪市内につきましては1,134件の解剖率25.5%。大阪市内につきましては37件の解剖ということで0.5%となっております。実際に検案していただいている医師ですけれども大阪市内は監察医の先生方で平均年齢が51.1歳、市外につきましては各地域の警察医の先生方で64.1歳が平均年齢でございました。

解剖の場所といたしましては、市内は監察医事務所、市外の場合は五大学の法医学の教室などでございます。府民からいただく手数料になっておりますけれども、市内の方は11,700円を監察医事務所の方にお納めいただいております。市外につきましては検案をされた先生方に30,000から50,000円ということで、額の定めは無いんですけれども平均してこれくらいの額がお支払されております。

次に死亡場所別の検案数を見ましたところ左が大阪市内、要するに監察医事務所での事例でございますけれども、自宅で亡くなって検案になったということが76%、次いで病院が10%ということでした。同じように大阪市内で警察医の検案になったというような事例は、自宅で亡くなった方が66%、病院で亡くなった方が23%ということになっております。

2の1のところ、すみませんスライドがとんだようなんですが、手元の資料の方で大阪市内と市外の流れをかいたところでございます、ページ9の2の1のところ。先程の比較表と同じことを書いておりますので、すみませんが、ここは省略をさせていただきます。

次に検案、監察医事務所におきます検案と解剖数の10年間のトレンド推移を見ております。検案はこの10年間で2006年の時が4,000ちょうどくらいだったのですが、一番ピークの時やはり4,800位がここ数年間続いておりました。2015年少し減った状況でありますけれども、冒頭申し上げましたとおり今後の死亡者数が増えることを考えると、これはこのまま下がるのではなく、おそらく一定増えていくことが考えられるかと思えます。解剖数はこの赤いところですが、解剖率ということで25%くらいを推移しているということです。監察医事務所へ運ばれたご遺体の居住の状況等をまとめております。まず男女比率なんですけれども男性の方の年齢のピークが65～74歳のところにありました。女性の方はこの赤い方で示しておりますが、10歳年齢が上になっておましてピークが75～84歳の方、これらの方々が検案になったということでございます。その方たちの居住状況なのですが一人暮らし、独居というのがこの青いところです。5年間を取っておりますけれども、この中で、5年間でやはり6%くらい独居の方で検案になったという方が増えているというような状況でございます。家族がいらっしゃる同居というのはほとんど変わりなく4割程度です。施設でなくなったという方もほとんど横ばいで3.5、3.7、3.9というところです。それまで、居住の状況が分からなかったというのが一定ありましたが、これはかなり警察のほうでも詳しく調べられたりしておまして、随分減ってきてはおります。これが、監察医事務所でのご遺体の中で死亡から発見までにどれくらいの時間がかかったのかという分析でございます。集計が途中ですみません。3月から12月のものしかないんですけれども、左側が独居の方です。お一人暮らしの方で自宅の中で亡くなったという場合だけです。右はご家族なり同居の方がいらっしゃるということです。これを見ますと発見までどれくらい時間がかかったかということなのですが、独居の場合はこの緑の48時間以上、すなわち亡くなってから2日以上たって発見されたという方が半分を超えているという状況です。ただ、その一方で死亡から死亡前にどなたかと一緒にいた、あるいは死亡から1時間という事例のいくつかパーセントがございます。6時間以内の発見で、1、2割近くあるかなと思っております。それに比較しまして、同居、家族がいらっしゃる場合には、亡くなる前から一緒にいた或いは、最後は看取ったという場合かと思えますけれども、死亡前から一緒にいらっしやっただなたかが、これで2割を超えておまして、死亡から1時間までっていうところを見ましても約50%を超えているような状況でございます。1～2時間といたしますと本当に6割を超えてくるということで、やはり同居の方は死亡から発見までの時間が早いということがうかがえました。こちらはその亡くなられた方が最終の医療

機関の受診からどれくらいの期間が経っているかというものでございます。左独居で右が同居のいらっしゃる方ですけれども、3日以内の受診というところはこの紫のところでございますが、独居の場合も同居の方も一定いらっしゃいます。3日以内にどこかの医療機関を受診されてその三日後に亡くなられたということです。で、一週間以内の受診歴があるというのが独居の方で2割程度、同居ありの方だと3割程度いらっしゃるということが分かりました。同じように1～2週間以内に受診があったのが緑の部分ですし、例えば半月に1回、あるいは1か月に1回というペースで受診をされていたとしたら、こういうこの縦じまのところですけども、この間の方々が1週間から1か月以内に医療機関にかかったことがあるということが分かりました。それから最後府民の意識というところでございますが、こちらは先程お示した、どこで亡くなっているかという場所の実態でございます。大阪府では単独調査ができていないですけども、内閣府の方で調査されておりまして、最期を迎えたい場所はどこですかということで、国民に問われております。自宅とお答えになった方が54.6%ということですので、おそらく大阪府で同じようなアンケートをしてもよく似た傾向があるのではないかと思います。以上、いくつか走って説明をさせていただきましたけれども、このような背景がある中、我々大阪府といたしましては、この死因調査体制の課題4点を、この4つを考えてみました。1点目といたしましては2025年以降の超高齢社会に向けた死因調査体制ということで、高齢化に伴い、孤独死等の死者数が増加するということが推定されている中で正確かつ的確な死因を特定する体制を整える必要があるということです。2番目に大阪市内と市外の検案体制の違いが当然でございます。それはあるんですけども、その体制全体を再構築して少しでも差の少ないような体制が取れないかという点。3つ目は府民の意識というところで、在宅での看取りですとか、穏やかな看取りを希望する府民の方、あるいはその御家族の心情に配慮した検案の仕組みというものが検討できないかという点。最終的にはやはり犯罪の見逃し防止ということが大きな点がございますけれども、こういった社会要請にどう応えていくのかということで、この4点を大阪府としては現在課題として考えたところでございますので、今後、先生方のご協議を是非よろしくお願ひしたいと思ひます。説明は以上でございます。

高杉会長：ありがとうございました。これから皆様方にご意見を頂戴したいと思ひているのですが、一番最後に課題4点というのを4つ説明されましたが、それ以前の部分で何か資料でご質問等あれば、どうぞ。

峰松委員：資料の4、それから5のところ、最近の死亡数とか異状死数のトレンドをお示しいただいています。死亡数は少しずつ右肩上がりになっているんです

が、異状死数、或いは警察における検視数がここ5年間は減っているようになっています。これだけ大きなマスのデータで下がっているというのは、それなりの理由があると思うんですが、それは特に分からないですか。実際のデータしか分からないですか。

高杉会長：4ページと5ページの？

峰松委員：異状死数と検視数は水平ないしは右肩下がりになっています。死亡数は増えてるんで、例えば検視にまわるのが少なくなる理由がどこにあるのかなと思うのですが。特に分からないですか。

甲斐課長：すみません。少しよろしいですか。警察本部の検視調査課長の甲斐といいます。異状死の数的には過去平成25年から見ましても大差はありません。12,000台ですときてますので、何百となると数は少々ちょっと減ってきたかなという気もしますけれども、そのように12,000は12,000台で推移してますので、現場的にも実感するようなところはありません。

峰松委員：この変化は多分現場では分からないと思いますよ。まとめてみて分かる変化なので、これだけまとめたデータを扱っていて、この変化というのは何かあるんだろうと思うのが普通だと思うんですけど。それ以上の説明はできないと思うのですが、死亡場所の検案数平成27年ということで、これは11ページですかね、円グラフで示してあって、大阪市内と市外で病院のパーセンテージが10%と23%、これはものすごい差だと思うのですが、これは何か理由はあるのですか。分からないですか。

事務局：理由については分かりませんが、死亡の確認の場所の取り方とかももしかしたら少し影響しているかもしれません。

峰松委員：大阪市内と市外の検案の仕方に違いがあり、今後どうなるのかというところを考えると、このデータは非常に大事なもので、やっぱり理屈があるかどうかは、もし分かれば教えていただきたいなと思って質問したわけです。

事務局：詳細が分からない、と言いますのも、どこで亡くなっていたかということで、検案の指示書というものが警察で出されるんですけども、その場所などを書いておきますので、その死亡の場所がどこであったかを、どう捉えられたか、ということが少し、もしかしたらバイアスがかかっているかもしれません。

高杉会長：検案の場所そのものに関して言うならば、病院の市内と市外で、この差があるということではあるんですか。

事務局：検案にまわった方が亡くなった場所について差があるということ。

高杉会長：亡くなった場所。

峰松委員：医師会でも分からないですか。

宮川委員：宮川でございます。我々データは無いんですけども、ただ、東京と比較し

ますと私どもは 先生方もご存知と思いますが、東京のデータは先生のおっしゃるとおり右肩上がりであると思います。実際そういうデータが出ておりますので、それと比べて何故大阪がこれまでとどまっているのかということは今後或いは色々な面でデータを集めて検討していかないと分からないだろう。例えば何らかの形で抑制をかけざるを得ない状況、実際監察医事務所のキャパシティー等様々なものからいくと、相当限界に達している部分があるのか、その推察は確かにできるかもしれない。ただこれは今後もう少し様々な、我々知らないことが多すぎますので、情報を是非集めていきたいなと思いますし、それから大阪市内ご存知の通り、高齢化率はやはり府下よりも少し進んでおりますので、先程から我々の言うております孤独死ということがございますので、それとは言い切れませんが、それも一つの要因ではないかと思えます。これはやはり何らかの調査なり、調べていかないことには、明確なことはお答えできないかなとは思っております。

高杉会長：はい、竹中委員。

竹中委員：市外でございますので、警察医が検案している事例だと思うんですけども、警察医が病院へ出向いて行って検案をしているということでございます。従いましてこれは、病院へ運ばれても病院の先生が死亡診断書もしくは死体検案書を書いていただけない、そういうことが割りと多くございまして、その時に亡くなられて、警察医が呼ばれて、そしてまた新たに死体を検案して、書いているという例も含まれていると思いますので、我々としては、病院へ運ばれば、病院の方で例えばCTとかエックス線色々取っておられて、病院の先生方は大体診断をつけておられると思うんですけども、何等かの理由によって死体検案書、死亡診断書を書いていただけない例があると、それも含まれているのではないかと考えております。

高杉会長：ですから、この数字は、病院で一応お亡くなりになっているふうに見て、警察医が先生のところに呼ばれて、死体検案をなされた数字かと。

竹中委員：警察医の希望としましては病院で亡くなられた場合は、できるだけ病院の先生方をお願いできないかと。

峰松委員：今の話は、極めて大事です。実は病院に担ぎこまれた時に既に心停止してる、すなわち、**death on arrival (DOA, 到着時死亡)**の時には、例えばAiを使って何かないと調べたりします。しかし、病院で少し検査したぐらいでは死因がわからないことは多い。中途半端に死亡診断書や死体検案書は書けません。さらに事件性の有無については、病院の方でなかなか分からないので、結局警察にお任せするというビヘイビアになっています。以前福島県大野病院事件で24時間以内に警察に通報しなかったからということで、後で主治医が逮捕されたことがありました。あれがものすごく影響があって、病

院のドクターは心停止で担ぎ込まれたりした時の診断書をそう簡単には書けないというビヘイビアになってしまいました。多分ここらへんを解決しないと、今後の問題解決は上手く行かないんじゃないかなと、私は認識してます。

竹中委員：交通事故に関しましては、色々な後のトラブル、保険の問題、そういうことが絡んでまいりますので複雑だと思います。

高杉会長：一応、これは今説明のあった資料についての質問でございました。それでは、その次に、今行政の方から提案がありました今まで申し上げたことの中を大きく4つのテーマに分けて課題というか、ここで示されておりますが、この課題についていかがですか。このような形で議論を進めさせていいでしょうか。どうでしょうか。もっとも途中からプラスアルファの何か論点が出てくれば、当然ながらそれは、皆さんに議論をしていただくということですが、一応この4点を順次やる中で、皆さん方の色々な意見を集約していきたいと思うのですが、それでよろしいですか。はいどうぞ。

宮川委員：今の会長のおっしゃった通りでよろしいと思うのですが、ただ一つだけ確認させていただきたいんですけども、昨年私ども大阪府死因調査等あり方検討会で、本日のメンバーも何人か出ささせていただきました。冒頭藤井部長の方から最終的に結論には至らなかったけれども、貴重な意見をいただいたという言葉をしていただいております。6回行ったわけですけども、現在大阪府のホームページにも、その議事録が出ておりますが、その時の最後に、我々が3つ提案させていただきました。1つは、大阪監察医制度を廃止してはならないということ、2つ目は監察医制度を土台として施策を進めていくべきであると、3つ目が死因調査等推進協議会を設置していただきたいということで、この3つ目は本日の会になるかと思っております。その際、前部長から具体的に監察医事務所についての見解を委員の方々からまとめていただいたということではありますが、今回のまとめを基に協議会にまた、協議を高めたいと思っておりますということをお言葉をいただいておりますので、現状いま、いくつかの資料に対する御意見、質問が出た中で、監察医事務所が相当数を担っているということが一つ確認できたかと思っておりますのでその精神を規範にして進めていくと。さらに、素晴らしいものがあればそれはどんどんやるべきだと思いますが、そういうことを含めこの4つのテーマで考えていきたいなと思っております。以上です。

高杉会長：ありがとうございました。他に何かこの4点についてこのような進め方ということで何かご意見ありますか。無いようでしたら、この順番で一応進めさせていただきます。その中で当然ながら宮川委員が監察医事務所そのものの、前回、色々ご議論があった中で、これをどう持ちこたえていくかと言ったらあれですが、みんなで支えていく形が、どういう形でできるのかという議論

をしていただければと思っております。それでは、17ページの死因調査体制の課題4点という案の形で示されておりますが、これで議論をしていきたいと思っております。1と2というのは、どちらかという体制の話ですので、1番の25年度以降今現在も問題は色々あるんですが、高齢化社会に向けての死因調査体制をどういうふうに構築してくのかということ、それから大阪市内と大阪市の検案体制に随分と差があるという中で、これをどのように見ていったらいいのか、やり方を含めて何か工夫がないかというようなことも含めてご議論をいただければありがたいなと思っております。申し訳ございませんが、初め、ご意見の前に、挙手というかお名前を言って、そうすると議事録がやりやすいと思っております。実は今日委員として山口委員が、実は欠席なんですけど、あらかじめ少し意見をいただいております。皆さん方のご意見の前に、これもどうかという気もするんですが、ただ議論沸騰で一番最後に、もっと意見のと思っておりますので最初に悪いですが、山口委員のご意見というのを事務局から説明をしていただきたいと思います。

事務局：はい。今先生方のお手元にも、山口委員の了解を得たうえで印刷したものをお配りしております。山口委員の方から本日の協議会に向けて、このようなご意見をいただいております。少しかいつまんでご紹介をさせていただきます。失礼いたします。大阪府の75歳以上の高齢者人口が1.48倍、単身世帯が1.43倍になることを考えると、死因調査の必要な異状死も当然ながら増加すると思われまます。高齢者の増加率が高い大阪府において今後深刻な社会問題になりえることは確かです。ということの冒頭から始まりまして課題1、2のところのご紹介をさせていただきます。課題1についての山口委員のご意見です。特に高齢者に向けて、かかりつけ医を持つことをさらに奨励し、独居者や高齢者のみの世帯が特にかかりつけ医の氏名、連絡先を分かりやすい場所に明記することを普及させる。死亡が発見された時点でかかりつけ医に連絡し、死亡診断書の作成、発行を進める。その為に日本医師会で実施されているかかりつけ医の研修などで死亡後に連絡のあった患者の死亡確認と死亡診断書の作成、発行についても取り入れてもらうように働きかけてはどうか。課題2のところに対しましては、できるだけ不平等感を無くす方向で検討していただきたいと思います。監察医制度も非常勤の監察医に頼っている現状を考えると予算的な問題はあると思うが、本来は大阪府として常勤の監察医を配置できるような体制作りが理想ではないかと思う。課題1と2についてのご意見は以上でございます。

高杉会長：課題3はまた、のちほどということで、御披露申し上げますが、これが山口委員のご意見としてあります。それでは、委員の皆様方から忌憚のないご意見をお伺いしたいと思います。どうぞ、よろしく申し上げます。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。これを議論する時に、死体を実際検案する以前の問題と、その後の問題と分けて考えたほうが考えやすいのではないかと思います。と言いますのは、この本日の資料の14ページを見ますと48時間以上経過しての発見が半数を超えているというのもございます。死体検案は時間が経てば経つほど難しくなってくるのは当たり前でございますので、できるだけ早い時期に発見をして調査をするということが必要なんですけど、2日以上たって発見される人が半数以上いる、やはりこれは問題ではないかと思っております。従いまして、このへんをどういうふうにするか、これは単身所帯の問題だけ色々と議論されておりますけれども、2人所帯、老々介護をしておられる所帯、そして認知症の問題、そういう所帯もどんどん増えてきますと、ますます発見が遅れてくるのではないかと思いますし、その辺介護の問題とかケアマネージャー、介護者、訪問看護の皆さん達と、連絡を取り合いながら、少し悪いなという時には回数を増やしていくとか何らかの対策をたてるべきではないか。それからもう一つ医療側の問題としまして、医師法の20条、医者は実際に診察をしないで死亡診断書を書いてはいけない、ただし24時間以内であれば、診なくても書けるという問題が誤って解釈され、24時間以上経てば死亡診断書は書けないんだと考えているかかりつけ医、医者が多いわけでございます。それをもう一度ちゃんと、公報や医師会の方で教育ですか、講義しなおして、正確な知識を得ていただく、以前もそれに関しまして大阪府からも通知がでて24時間というのは、必ずしもそれが過ぎれば書けないのではないと、それを過ぎても、もう一度診察した上で異常がないということであれば、死亡診断書を発行してもらっていいという通知が出たんですが、実際の現場では、それじゃ一体どれ位までだったらいけるんだと48時間以上、それでもいけるのかというふうな、そういう色々な議論が出てきておりますので、その辺の整理もしていただきたいというふうに考えております。それが私の考えました、死体検案以前の問題でございます。

高杉会長：確かに大きな問題を含んでおるとは思いますが、他にご意見ぜひいただきたいのですが。はい

金田委員：竹中先生のご指摘に我々として考えられるとすれば、例えば最近、ウェアラブルセンサーというのがあって、色々なモニターをすることができると少なくとも心拍数だけでも、その独居の人のモニターをして、それを開業医でも把握できるようにする。そういうことで、いくつかのそれぞれの地域を管理していくという、どれくらいそのプライバシーに踏み込むんだという方もいらっしやると思っておりますけれども、少なくとも独居ということが分かった

時点で、そんな一つ一つ人が歩いて訪問できればいいですけども、そんなモニタリングというのも今後考えないとダメなんじゃないかなと思っております。

高杉会長：それはまああの直接的な死因をつける前にももちろんその前に心停止とかいろんなことがあるので、それをどう把握していくか、ここでその部分を行政が何かうんぬん言うのは少し今難しい問題を含んでいると思うが、在宅の患者さんの状況をどう把握して行くのかについて別途考えていくご意見と理解します。

金田委員：要するに今、できることと、それから中長期的にやっぱりやらないとだめだということを分けて対応していただくというのが必要なんじゃないかなというふうに思います。

高杉会長：ありがとうございます。

榮木委員：訪問看護ステーション協会で大阪の訪問看護師の活動をとりまとめております榮木です。どうぞよろしくお願ひします。医療保険で訪問看護が始まりましてもう24年です。大阪府医師会の先生方、病院の先生方と一緒に在宅での看取りを、データにもありましたように、家での平穏死を求められる府民レベルでの意識も随分広がって、治療を諦めて家で最期を、最期だけでもと、随分ここ2、3年ですごい勢いで広がっています。先生方が死亡診断に夜中行っていただくとか、訪問看護師も行って、24時間体制で頑張っているところです。今日のようなデータにもあるように、病院に送らなくていいと申し合わせをしてACPを整えていたにも関わらず、ケアマネージャーや、たまにやってこられた家族が送ってしまったというようなケースとか、がんの方も最期にそんな状況になられたりします。それから循環器の末期的な一応歩いてなんとかあまり助けを借りないで生活しておられる様な方が、急に亡くなられる場合、精神疾患の方、どうしても警察のお世話になるということが逃れられないこともあります。かかりつけ医推進を一緒に進めるなかで、検案になるケースを減らせているとは思いますが。そういうところについてのケアマネージャーや府民やヘルパーさんたちへの啓発をすることで、今日の課題の3番と4番の見逃しや、早くに発見するという先程竹中委員がおっしゃられた、そういうことも解決できるんじゃないかと感じております。ICTを活用した死亡診断に関するガイドラインが出まして、東京でもこの研修を訪問看護師にしていこうという動きがあります。大阪においても意見を求められますが、まだまだ、かかりつけ医体制、在宅死できちんと死亡診断をしていただける先生を上手くきちんとマッチングしていく、病院との連携をきちんとしていくという事が、できると感じております。以上です。

高杉会長：ありがとうございます。はいどうぞ山田委員。

山田委員：府警本部の山田でございます。警察の立場から言わせていただきますと、まずはこの（４）にあります犯罪の見逃しの防止、これが１番の大きな目的でございます。その為に府警内部の検視調査課の体制も増員をかけて充実させているところであります。それで孤独死等々（１）なんですけども、こういった現場に必ず警察官が臨場します。まずは警察官が臨場し、そして市域外でありましたら、本当に警察医の先生に御苦労をおかけいたしまして検案書等を書いていただいております。その為に警察としましては身辺調査と言いますか、いわゆる通院歴があったのかであるとか、或いは周りの方から話を聞いたり、いわゆる警察医の先生方に、そういった情報を提供した上で検案をしていただいているというところであります。従いまして、このかかりつけの先生でありますとか、或いは搬送されました病院の先生がそういった死亡診断書等を書いていただけるよう推奨していただくことは本当に警察の立場から言いましても業務の遂行、色んな警察医の先生の御苦労等々、勘案しましてかかりつけの先生等に、できる限りそういった死亡診断書等書いていただけるように何か良い施策があればというふうに感じております。以上です。

高杉会長：ありがとうございます。今しっかりとかかりつけ医を持って、日頃きちっと診ている先生方にしっかりと警察医の代わりとは言わないけれども、診断書が書けるような形でというふうな、特に在宅医を含めてそういうふうなご意見というのを聞いたんですが、宮川委員、何かこのあたり。

宮川委員：宮川でございます。（１）に関連して、今のご質問だと思うんですけど我々かかりつけ医が実際どの程度の患者さんを在宅で看取っているか、ということですが、これは大阪府さんの御協力を得まして在宅医療推進コーディネーター事業というのがございます。これで各地区医師会が様々な調査をしました。全てではございませんが、やはりどの程度の在宅の方を看取っているかということで、少しずつ分かってきている部分がございます。まだまだ本当に一部しか分かっておりません。またこのようなデータを見させていただきまして、特にこの、亡くなられてどの位で発見されているかという話がございます。我々感じておりますのは、現場の状況さらに我々医療現場の状況、かかりつけ医がどのような状況で携わっているかということ、もっと調べないとならないですし、それと消防隊の方々が来られてどのような状況なのか、警察の方が呼ばれてどういう状況なのか、そういうことをもう少し、かなり調べていかないことには、次の体制を組むためにあまりに情報が少なすぎるというのを昨年度からですけど、特に感じております。ですから、ぜひ様々な分野で先程も病院の先生からお話があつてなぜ書けないのかと、そのへんのこと現場の先生方に。全然そのお声を聞いた資料というのが多分無いですし、その辺が次へのステップの大きいきっかけになると思いますし、そ

こは乗り越えられるものだろうと思いますので、まずは多くの情報をしっかり見ながら、こういうところは必要じゃないかというところを出して、それをしっかりと調べた上で、早急にですけれども前に進んでいくというのが普通だと思っております。もちろんかかりつけ医は全て努力していきたいと思っておりますが、どの部分をクリアにしていくべきか、まだまだわかっていないところがございます。以上です。

高杉会長：確かに情報がしっかりとその現場そのものの情報が把握できていない中で、全てかかりつけ医にお願いしますというようなことはなかなか難しい部分があるかと思いますが、それぞれの立場で少しでも協力できることに関してお願いをできればと、この時点ではそれしかないと思います。それからやはり少しつっこんで、色々議論をしながらブレイクダウンしてきっちりとした体制を取っていくということになるかと思いますがその点に関してもしよろしくお願ひしたいと、御協力お願ひしたいと思ひます。はい、藤見委員。

藤見委員：大阪急性期総合医療センターの藤見と申します。今まさにおっしゃられた、そのかかりつけ医と、その病院の勤務医のことなんですが、11ページのところで先程も少しあった検案の、場所別の検案数なんですけれども、今宮川先生がおっしゃられた、やはり現場の意見というか、自宅に関してはそのかかりつけ医の先生の意見が必要だと、一方病院でいわゆる検案されている例ですけれども、具体的に言うと我々病院に運ばれたら基本的に病院で書くという文化が無いというのが現状で、それは色々な神話があって、書いたら何か訴えられるか分からないので書いてはいけないということで実際最近、北海道から来た医者がおってですね、北海道では「循環器疾患(疑い)」で書いてます、みたいなことを教えてもらったりですね、色んな、本当にこのあたりって、学校で習ってると思うんですよ、僕もあんまり覚えてないんですけど、そういう教育っていうのが、病院のドクターに必要なのかな、というふうに思っていますね。そうすると病院の先生が先程この11ページの10%であるとか23%の分をなんとか書く文化ができれば、そういう意味である意味正確というか、適切な死因をつけることができるのかなと思っておりますんで、教育かなと思っております。以上です。

高杉会長：ありがとうございます。病院そのものが、勤めているドクターが、どちらかということ、我々の仕事ではないと言わんばかりの、少し今までの経験から見ると、そういうような意識がないとは限らないという状況の中で、要するに病院の先生方にもきちっと検案もでき、しかも死亡診断書も出せるんだということ、そして、それを書くにあたっての色んな知識を、例えば研修していただくなり、研修医にそういうことを、きちっと伝えて教えていくというシ

ステムが、ひとつは病院のサイドでも必要だということの意見を、藤見先生はおっしゃったんだろうというふうには思いますが、その点は多分委員の皆様がたも御同意できると思いますので、この分もよろしくお願ひしたいと思ひます。他にご意見何かありますか。はいどうぞ。峰松先生。

峰松委員：死亡者が1.5倍になると書いてあるのですが、高齢者の病人が1.5倍とか、2倍とか増える結果なんです、そうすると今の医療体制、急性期の医療機関で、対応できなくなる。今、健康医療部でもやってる第7次医療計画で2025年、2035年の段階での医療供給体制をどうするか、厳しい議論を重ねています。結論として、在宅療養の患者さんたちを増やさざるを得ない。病院で診るのでは限界がある。ところが在宅で看るというのは、言うのは簡単だけど誰が看るんだと、多分これは医師会レベルで相当揉めてるんじゃないかというふうには思ひます。問題解決の為には、今までのやり方、病院と診療所、それから診療所と在宅の医者、それから先程言った訪問看護の関係をもう1回見直して、前向きな役割分担を進める。その為にはさっき言った教育等も含めて検討する。一般の医者は検案書の書き方すら習わないんですよ。だから、そこらへんをやっぱり見直して、書けるものはできるだけ書いた上で、どうしても分からない異状死と言わざるを得ないものを、どうするかという議論にしないと、多分もう、全てがダメになると私は思ひています。

高杉会長：ありがとうございます。はい、どうぞ。

宮川委員：宮川でございます。今ご指摘いただきました通り、かかりつけ医を中心に、在宅というものは、当然多くの訪問看護師さんをはじめ他職種の方々と連携して現在進めております。それは先程も申しましたとおり、大阪府さんも、その方向で全く意見を一致して進めております。ですから、当然我々が看取らねばならない数といひますか方々というのが当然増えていこうし増やさなければならぬと、その為に従来の研修、今のご指摘のとおり、いわゆる検案書をどう書くかということ含め進めていかなければなりません。もちろん何もやっていないわけではなくて、2年前から警察医会さんと協力して、そのような研修会を我々やっておりますので、その通りやっておりますが、これはずっとやり続けなければならないというふうにも考えておりますので、必要な研修会はどんどん進めていきたいというふうにも、もちろん考えておるところであります。それから本当に訪問看護師さん達には大変お世話になっておりますのでその辺どう連携をとっていくかということと、まさに先生ご指摘のとおり、病院さんと我々の関係というのも、かなり深くはなってきたので、その辺をもっと密にやっぱり話し合ひできるか場が必要だというふうには思ひしております。

高杉会長：ありがとうございます。お互いの連携をブレイクダウンしてきちんと話し合

いというよりよい方向をお互いに連携してきちんと構築していく為には。そういう会議も場合によったら、持ったらいいというふうに思いますよね。それがどういう形になるのか、場合によっては、この委員会の、協議会のワーキンググループみたいな形でサブの形でそういうワーキングを作ってもらって議論をして、きちんと、それぞれの職種が独立するのではなくて、それぞれが連携して、より良い方向を模索していく、これが大事だろうと思います。それもちょっと考えていただきましょう。はい。他に何かございますか。はいどうぞ。

榮木委員：先程、若い先生方への死亡診断の教育というお話がありましたけれども、訪問看護師においても、もちろんベテランの病院経験をされた方が、どんどん60過ぎてからも活躍なさってまして、そういう方々に家での看取りの教育、それもやっています。もちろん診断はできないんですけども死亡の兆候を確認することはできます。ICT活用での診断は大阪ではあまり必要ではないかと思うのですけども、府民に教育する、ご家族さんに教育すると、覚悟を持っていただくとか、おそらくこうゆう死因で亡くなられていくだろう、というのは、把握して概ね合意に沿ってチームで共有する為の、我々への教育も必要です。まだまだ私たちの自助努力でやっていますが、小さいステーションが数は増えているのですけども、質の方が追いついていないので、これも合わせて教育が必要です。大阪府の自宅での看取りのデータは15.3%、私が活動する中央区というところでは多いときには18~20%、大阪市内は16.8%ということで、わずかなようでございますけれども、市内ですけども、随分そういう努力でやっていっても限界を感じています。それはサービス付き高齢者住宅にいいよご家族が大変で入ってしまわれる。有料老人ホームの住宅型、それからグループホームでの看取りをしてほしいけど、やっぱり（医療的）パワーが無いので病院にということになり、府民のニーズとはなかなか体制も追いついてないということです。犯罪に関して心配なことは、高齢者虐待のことで、小児の呼吸器をつけてる方もお家へ返して下さっているのですけども、家族でできるよということで、訪問看護を中止してしまわれたり、心配なケースもあります。訪問看護師へのそういった教育もお願いできるチャンスがあればなと思います。

高杉会長：はい。今、教育ということについて、医師だけでなし、看護師の教育ということについて、お伺いをしたところでございます。ところで大阪市内と府下との府全体の、随分と体制が違うがゆえに随分と剖検例も含めて色々あるんですが、今協力という意味では、開業医の先生あるいは、病院の先生、こうゆう先生がたの協力を得ながらというお話しは出ましたが、竹中先生、それ以外に何かお考え少しありますか。

竹中委員：はい、竹中でございます。検案体制につきましてちょっとお願い。警察医の現状のお話を申しあげまして、要望等お願いしたいと思っておりますけれども警察医は現在各警察署に2名ずつ配属されております。大阪府下に警察署は大阪市内が28署、府下は37全部で65署あると思うのですが、各警察署に2名の警察医がおります。これはもう法律で決まっておりますが、2名以上はどうすることもできないということでございますが、実際検案を取り扱っている警察医と申しますのは、各警察署管内で相当なばらつきがございます。先程のグラフにもありましたように検案書の61%を警察医が処理しているということで我々非常に大きな責任を感じているわけなんですけれども、各警察署によっては年間300体以上、少ないところでは30体と、非常にばらつきが多いわけでございます。300体以上やっている警察署も警察医は2名しかおりません。そういうことで、そのバランスをなんとかしてくれということ、もうちょっと増やすことはできないかというふうな要望も色々したんですけど、これはもう法律で決まっているのでどうすることもできないということでございまして警察医によっては、もうこれ以上できないと、特に警察医も高齢化しておりますなかなか後継者が手を挙げてくれないというような現状もございます。このままでは警察医が疲弊してしまうというようなことがありまして、できれば最終的にはこういった死体検案とか警察業務に協力していただける、警察協力医というような方を応募するしか仕方が無いのではないかというふうにも考えておりますのでその点考えていただきたいというのが1点。その時間問題になるのが身分保障なんですけど、警察医が出動いたしましてパトカーが迎えに来てくれるんですけども、そのパトカーが事故を起こして入院したということがございます。しかしその保障というの、ほとんどされていなかったような状態で、警察医の身分も持ってない、そういう民間の先生がやった時にどういうふうなことになるのか非常に心配がございまして、まだ積極的にそれを行うことができない状態になっております。それからもう1点は、我々警察医は特別な教育とか講習を受けて警察医の資格をもらったとか、何らかの国家資格を持っているというものではございません。ほとんどの警察医は普通の臨床医でして内科とか外科を標榜しながら、その傍ら警察署長の要請に応じて死体検案をやっているというのが実情です。もちろん中には法医学教室出身の先生もおられますけれども、実に少ない10名以下というふうな状態でございます。そういうことでございまして、そういう臨床をやっている警察医が何のそのツールといいますか道具もなしに全く初めての遺体に対して、それを見て死因を診断しなければならぬわけでありまして、そういうことで一つは情報が一番欲しい、もちろん現場に関しては、いくついただけるんですけども、我々が欲しいの

は医療情報でございます。それがなかなか入ってこない。一つは警察から問い合わせいただいても、個人情報保護法がございまして守秘義務という名目のもとで、特に大きな病院ほど、その情報はいただけないというふうな現状がございます、そういう点を何とか正していただいて警察から要望があれば、すぐにいただけるというような、そういう体制を作っていただけないか、とか、それが一つ目の問題です。それから2番目は大阪市内は監察医がございまして、監察医の先生が解剖という大きな手段を持って死因を見ていただけます。しかし府下の警察医は解剖はできませんので全然そういうツールのなものなしで、自分の目で見て触ってそして自分の今までの経験によって診断をつけているわけでございます。そういう点から言えば今あの Ai です、死亡時画像診断、これはもう是非入れていただきたいというのが大きな要望でございます。少なくとも監察医事務所に1台入れていただければ、それを府下の皆様が共同で実施をできるのではないかと、そうするとますます死因究明に関しては大きな力になるというふうに思っております。また、民間の病院でも協力してCTやっただけという病院もあるんですけども、死体を生きた診断の台に乗せるのはダメだということもあって、ちょっとご協力いただけていないところがあるんですけども、そういう協力がもしいただけるようになれば、それも大きな力になるのではないかと思っております。そういう Ai です、我々としても一つの大きな要望でございますのでぜひお願いしたいと、予算の絡むことでございますけれども、これだけは大きくお願いしておきたいというふうに思っております。それから、市内の状態ですけれども、市内はいま監察医制度がございまして、市内の警察医はほとんどが、交通事故に関しては死体検案をやっておりますけれども、それ以外は全て監察医の先生方をお願いしております。従いまして大阪の監察医の先生方の制度は非常に優秀でございまして、非常に高い死因究明の実績を上げておられます。しかしご存知のように、監察医事務所は非常に老朽化しておりまして監察医の先生方も嘱託とか大阪だけでなしに他からも来ていただいているというような現状がございますので、これをなんとか充実して東京並みと言いましても大変でございますけれども、少しでも良い施設と人員の配置をお願いしたい、そういうお願いを持っておりますのでどうぞよろしくお願いいたします。

高杉会長：確かにいま監察医事務所そのものが非常勤ばかりでやっておる中で、限界というのは当然あるだろうと思っております。こちらへも精査しながら、また行政にどのような対応をとっていただけるのか、考えてもらいたいと思っております。それから大阪市内以外の、市外の警察医の先生方に対して、どういう形でサポートが実際にできるのか、各病院あるいは開業医の先生のサポートという

のも当然でできたんですか、色々な形でのサポートというのも少し工夫を凝らして、行政少し考えてもらおうという気はいたします。

竹中委員：ちょっと言い忘れましたけども、今言いましたように私ども本格的に法医の勉強というのは実際にはやったことがないもんですから実際に死体を見た時に迷うことが多いわけです。こういう所見があったとき、どう判断したらいいのか、これをどういうふうに判断したらよいかそういう時に法医専門の先生方にアドバイスしていただけるような、ホットライン的なそういうものを設けていただけたら非常にありがたいかと、これは先程の大学とか大きな病院の先生方が死亡診断書もしくは死体検案書を作成する時に迷われることもあるとおもうのですけれども、そういう時にも大きな力になるんじゃないかと考えておりますので、またよろしく。

高杉委員：ありがとうございました。はい、どうぞ。

山田委員：山田でございます。竹中先生がおっしゃっていただいたことは、本当に我々警察としまして、よく重々承知しているところでございまして、確かに警察医の先生とおっしゃるのは、警察本部長から委嘱を受けた方が1署2名になっておりまして、例外なくということじゃなくって、ある署については協力医という形でプラスアルファで、数名の先生と一緒にやっていたという場所があるわけですけど、おっしゃいましたように、そういった保証がございませんので、委嘱されていない方についてはそういう問題もあるということで非常に先生方の御苦労も多いかと感じております。それ事件性の判断に迷った時に、その相談アドバイスをしますとか先生がおっしゃったAiを導入した時のAiを見れる先生が必要というようなことを、やっぱり考えますと、その監察医の先生と言いますか、その法医の先生ですね、いわゆる臨床もできる法医の先生を増やしていただくというようなことにたどり着いていくのかと感じておりまして、今現状を見ますとやっぱり、私も外からしか分かりませんので、法医の先生の絶対数が足りてないんじゃないかなろうかと、これは短期的な話でもなんでもなくって将来的な中長期的な構想として、いわゆる監察医の先生もフォローしていただくか、あるいはAiを見られる方、あるいは解剖もしていただける法医の先生を増やしていただくということを検討していただけたらいいのかなと感じております。

高杉委員：ありがとうございました。他に何かご意見ございますか。

峰松委員：私は去年の検討会にも参加しました。実はその時初めて、阪市内と大阪市の監察医がいるかないかを知って本当に愕然としました。これが同じ大阪府下で起こっている。他の都道府県の話だったらまだ納得せざるを得ないんですけども、それが大きな問題だと思います。だからちょっとこのテーマ、先程の山口さんの意見書にもありましたけれども、この格差をこのまま放置

していただきたくない、何らかの形で監察医制度をもし続けるとするならばその恩恵を市外の方にも是非及ぼしていただきたい。その中で Ai の問題、もし Ai センターを監察医事務所に置くんだったら、そのサービスは大阪市内だけではなくて、府全域に及ぼしていただきたい。先程の相談窓口も同じです。でないと同じ死因究明と言いつつ、大阪市内と市外とで全然質が違う、各負担の度合いが違うのはちょっと許せないんじゃないかと思います。ただ、問題を解決する為には人が増えればいいというのは確かにそうなんです、多分法医、それから私が知っているのは病理の先生なんか、ものすごく少ない。病理医が東北地方のある県でいなくなってしまったとか、法医もたぶん同じ感じで他の都道府県の応援がなかったらできない、大阪、東京は多分まだましなんでしょうけれども、それでもそんな欲張りは言えない状態、特に新専門医制度が始まるとこれ皆無になるんじゃないかと、そこらへんは大学の先生に展望なんかがあれば教えて頂きたい。法医不足の問題は非常に深刻であるということに基づき、程言った Ai のセンター化とか、相談窓口とか法医以外の人を上手く育成してカバーするということをしないとイケないんじゃないかなと思っています。

高杉委員：どうぞ金田委員。

金田委員：教育というのは非常に大事で私どもも実は、今日も松本先生来られてますけども、死因究明学というコースを、修士、それからドクターもいけるコースですけども3年前から作って、割と今は開業医とか研修医も受けるようになってきておりますので、さまざまな死体検案書の書き方とか、もちろんどういふうに死因を分析するんだということも教育を今やっているところですので、そういうところから出たひとが、例えば1年は警察医になる。それから大阪府の他大学におきましても、やはりそのような教育コースを今後設けていただくというようなことが必要なのではないかなというふうには思っております。それから先程警察医の話ですけども、今、どういふうにしてリクルートされているんですか。また推薦ですか？

竹中委員：ほとんど医師会推薦ということにはなっています。その候補者があとおらないものですから80歳以上の警察医がまだ現役で働いています。

金田委員：府下の5病院とか5大学とか、そういうところから必ず1名は出すとか、というような。一人に負担をさせるというのは私は間違っていると思っていて、例えば2年間経ったら次の人に代わるとか、そういうふうにあまわしていくことで、経験者を増やすことができると思うんですよね。だからそれはちょっと大阪府の方にぜひ考えていただきたいし、大学全部をコントロールするのはなかなか難しいけれども、けどそういうのに賛同するような大学があれば経験者を育てるといふのは、大変大事で死因究明学は今文科省が肝いりで

そういうのを作ったわけですから、国家プロジェクトとも言えるわけですので、そのような短期間でそういう経験を積ませるようなコースを作るということで、経験者を増やして対応するというのは、大阪府の方で考えていただく必要があるかと思います。必要なシステムだと思っています。

高杉会長：警察医の候補者を選定して任命、警察の方がやられるんですがこれに関して短期間に例えば1年がいいのか、半年がいいのかは別にして、一人の人を指定したら後はもう無いからずっとやっていただくという形がもう少し短期間で、例えばしていくような形なら、これも duty だというふうな開業医の先生方の一部もそのように思われて半年ならしょうがないとか、この期間だけならという、そういうことはありうるんですか。短期間というのは、あまりないんですか。

宮川委員：宮川でございます。今竹中先生からもお話しございましたけれども、基本的には地区医師会が最終的には推薦するにしてもおそらく、我々聞き及んでいくところだと、警察署長さんが、これはという方に直接お願いに行かれて、ある程度外科的な素養もないと、ということもございますので、お願いしているのが現状というふうに思います。なかなか候補者がいらっしやらないですし、お話のとおり高齢化になっていると、その通りだと思いますし、じゃあ誰が引き受けるかと言いますと、なかなかこれ難しい。我々が本来の医療以外に、準公的に引き受けるところはあるかと申し上げますと、実際問題なかなかおそらく他の職種の方もそうだろうと思いますけれども、なかなかございません。もちろん在宅を見ていくということは、いわゆるかかりつけ医として地域に貢献しなければならない分もございますので、それでどの程度の者を割りさけるかということもございますので、義務化するということとはなかなか難しい話やと思います。ただし、最初からお話しさせていただいてる調査云々に関しましては、やはりこういうこと必要かと、まず現状が大変な状況になってきてると、この認識をしていただくことが大事ですし、その認識をしていただいた中で協力していただける先生方が出てくるものだというふうに信じておりますし、実際今一定の数で、在宅での死亡診断書が増えてきているけど、我々は実態の数は把握しているわけではございませんが、正式なグラフになるようなものはないですけれども、おそらくやっていたという話は聞いておりますので、その方向性が更に進んでいく中で警察医の協力はどうすればいいのかということはいままで正直こういう議題はなかなか出てこなかったもので、ここ2年我々こういう研修会やりますと、それなりに集まっていただけしておりますので、それは絶対に進めていこうというふうには思っております。それはいまご質問に対する現時点でのお答えだと思います。次に私の意見よろしいでしょうか。大阪市と大阪府というこ

とですけれども先程お話しにもございましたけれども、私救急の方も担当しております、大阪市消防は年次報告書をきっちり出しておられます。その中で、ここ数年前から見ますと、死亡の不搬送、救急隊が駆け付けても、これは明らかに亡くなっておられるので、病院に運ぶことはできないという例が既に3,000を超えております。大阪市内だと約20,000の方が1年間に亡くなりますから17%位が把握できない状況です。どうなるかと言えば現在は監察医事務所の方でお願いしてお世話になって結果的に死体検案書ということで、人生終えられているということですね。この数に私はもちろん愕然としております。当然ですから今のこのシステムが無ければ大阪市内はこれは大変な社会問題になってしまうだろうという認識がございます。ただし先程山口委員の、本日ご欠席の書いておられますように常勤の監察医が現在いらっしやらない、システム上なかなか厳しいという状況があると。で、確かになり手も少ないと、それはもちろん我々認識しております。ただしなり手は増やさねばならないだろうし、もしなっていたらの方々がおられるのであれば、やはりその方々が少なくとも建物ではなくて中身の中でしっかりと働いていただけるような環境作りは少なくともできるだろうと、それはやっぱり努力していただきたい。その方々が増えれば当然そこから大阪府下へ当然派遣するなり、やることはできるだろうと思うんですね。実際先例として東京は立派なものを建てられて、システムを大きくされてサテライトを実際おくという方向性で進んでおります。やはり同じ大都市である東京を見ますと、やはりその方向性でいくと、本体をしっかりと、それを派遣できるシステムを作っていくという形だろうと思いますが、ただしそれまでには5大学はじめ色んなところに御協力していただかなければならないだろうと、現状としてそこに至るまでには、というふうには思っておりますので、そのような仕組みなり、情報を取らねばならないのではないかとこのように思っております。

高杉会長：ありがとうございました。他に何かございますか。はいどうぞ。

金田委員：Aiのことですけれども、3年前に多分補助金でAi診断車というのをつけてあげようと阪大からの要請で大阪府の方に出してございましてそれが実現されていないです。こないだ大阪府の担当の方に聞いたらずっと要求をだしていますということでしたけれども既に補助金の中でそういうのを認めるということが一旦は決まっているはずなので、ぜひそれは実現していただきたい。もしそれが遅れているのであれば、どうしてそういうことになっているのかを含めてこの機会に解決していただければと思っております。

高杉委員：それは、CT車のことですか？これは私もよく知らないことなので、行政に対して要望として意見としていうことをお伝えしようと思っております。他にいか

がでしょう。はいどうぞ。

藤見委員：大阪急性期の藤見ですけどもAiに関してなんですけども、前回の会でもお話しさせていただいた時にAiの診断能力がどの程度あるのかっていうのがやはりよく分からないと思いますので、やはり造影剤を使うわけにはいかないし、というか造影剤を使ったコントラストが付いたCTではないですし、単純に分かるとするとやはり脳出血とかいわゆるそういう出血系と、あとは大動脈の乖離系と、あとは肺炎、この3つ位かなというふうには思ってます。僕らも救命センターでたまたま蘇生した人にCTを撮るとびっくりするような写真が色々出たりすることがあります。例えば、肝臓の中に空気がいっぱい入ってるんですね。これは一体なぜかという、心臓マッサージをすると胸を圧迫するので圧が上がって胃から十二指腸に空気が行ってそれがファーター乳頭を通過して肝臓の中に入って総胆管の中に入っていくというような画像が結構見られます。ですので、やはりこれも先程話し合い、教育というかAiに長けている人をやはり教育しないと。結構きつかなと、思いました。

高杉会長：監察医事務所にもきちとしたマネジメントできるドクターをぜひ確保してほしいというご要望も結構強く出てきました。それも、今までの議論は、中心的にはどのようにしてお亡くなりになった人をどのように診断していくかという部分に中心的に議論お願いしてたんですが、もう一つ今まで収集した情報をお亡くなりになった人々のいろんなことを含めた情報の集約及びもったいない情報をどのような形で活用するかという部分が、少しそういう部分の検討も必要ではないか。検案書を書くだけではもったいない。そういうこと形上考えていただければと、少し思っています。

他に何かご意見ございませんでしょうか？それではないようでしたら、後でお気づきになったらご発言いただければいいと思いますが、時間もあれですので、課題（3）の府民の意識という部分で何かご意見ございましたら。はい、どうぞ。

事務局：そしたら同じく課題3につきましても山口委員の意見のご紹介をさせていただきます。あの先生方のお手元にありますので、本当にかいつまんでですが、課題3のところで3行目4行目のことです。孤独死が増える可能性があるということで①から⑤までご提案がございます。まず①番、大阪府内における異状死の状況を府民に知らせ今後どのような問題が起こる可能性が高いかを啓発する。②番としましては課題①で述べたように、かかりつけ医を持つことを奨励し、亡くなられた場合などの連絡等を分かる場所に明記することを普及しておくこと。③といたしましては、家族の対応についても同時に分かりやすく啓発をする。④としましては②と③についてはより確実かつ適切に

情報提供できるようにかかりつけ医が情報提供の担い手になることが理想と考えるということ。⑤のところといたしまして、府民に対して解剖の持つ役割の大きさ、また死亡時画像診断の可能性と限界などの情報提供をする必要がある、こういった異状死とかは突然家族にふりかかることであり、その状態になって冷静に判断することは難しい為、何も無いときからの情報提供が不可欠であるということで、ご意見をご紹介します。

高杉会長：ありがとうございました。ではこの件について何か他にご意見ございますか。はいどうぞ。

榮木委員：山口委員がご提案のように、がんの末期であるとか、もう老衰でお家でとか言われていても、やっぱり病院に行かれたり施設に行かれたりと思決定は固定するものではありません。そんな中で情報提供については、地域でどちらかという福祉系の方々が医療情報をお家にもものすごく見やすいところに貼っておくとかいうことを普及させておられます。また多数の医療機関にかかっておられますので、そこを取りまとめるため、地域、福祉系の人や地域包括支援センターのケアマネージャーやヘルパーさんが関わり、訪問看護師がその医療情報を取りまとめている努力をしているんです。何分訪問看護師数は少ないですから、どうしたらよいかというと、かかりつけの先生・病院の先生がそういうものをきちんと用意しておくようにというふうな普及はしても、やはり主治医の先生からの（意思決定支援の）推進が一番大きな力になるというふうに感じています。

災害時の対応もしかりですけども冷蔵庫に貼っとくとか中に入れておくとか、そういったことが最終的に死因調査のところに繋がって活かされたいいなと、今日はお話を聞きながら、ご意見を聞きながら思ってたところです。これは府民への啓発ということでは、死因調査の為に成るという啓発はできないでしょうけれども、もちろんそこは穏やかに病院を希望されるのか、どうなのかといったところも含めて意向を把握する、そういう経過の中で、こういう状況で亡くなられたということに、大変助けになるんじゃないかと感じましたので。

高杉会長：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：府民への啓発は大切なものだと思います。我々、かかりつけ医として訪問診療やっております、家族との間での対話では十分にそれは周知されているというふうに我々は理解しております、いざとなりますと、家族以外の方、親類縁者がたくさんやってこられて、そしてこんなん放っておいていかんやないかということで、その時はご家族の方もおろおろしておられますので、つい救急車を呼んでしまうとか、病院へ運んでしまう、そういうことが非常に多いように思っております。こういう場合はこういうふうにするんだ

と、家族だけでなしに親類の方も含めたそういう理解が必要ではないかと思
いますので、全体への啓発は非常に大事な問題やと思っております。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他には何かございますか。これは、かかりつ
け医をしっかり持ちながら、日頃家族としっかり情報交換をしながら、しか
も場合によったらケアマネあたりが複数以上の病院を受診してるとすれば、
そこらへんも情報を持ちながら、こういうところに対応するという、いざと
いう時にみなさんがきちんと情報共有するということになるんだろうと思
いますが。はい、他に何かございますか。ないようでしたら、お時間もあれで
すので課題4の犯罪の見逃し防止という、これも我々のところで、それをど
うこうということは非常に難しいところはありますが、我々としてですね、
警察医の先生方、あるいは、そういう携わるドクターも含めて、そういった
ものを見逃さないように、どう研修をしていただくかということも大事だろ
うと思いますが何か山田委員、何かございますか。

山田委員：山田でございます。冒頭で私ちょっとご紹介させていただきましたけども府
警組織内に検視調査課という所属を新設いたしております、去年の4月でご
ざいます。現在課長以下67人の体制で、そういった異状死等々の現場に臨
場しているということで、過去の数字を拾いますと、なかなかそういった一
時的には警察署の刑事さんが現場へかけつけて検視をするというようなこと
なんですけども、そこにより専門性の高い専門知識を持った本部の検視調査
課から現場に派遣させて二人一組ですね、これはいわゆる我々臨場率って
言ってますけども、この臨場率が今年の9月末現在で80%を超えておりま
す。いわゆる10件の現場のうち8件以上行っておるというようなことでし
て、まずそういった体制をしっかりと警察組織内で構築しようということで、
今なおさらに増員の要望を出しまして更に充実していこうというふうに考え
ております。それと今言いました警察署の刑事に対する色んな教養も実施し
ておりまして、なかなかやっぱり10件のうち、1件2件は本部から行けな
いというような現場もございますので、そこは現場の刑事が対応すること
になるんですけども、そういった刑事に対しては、その大学の法医の先生をお
招きしての研修でありますとか、あるいは専科教養という形で1週間ぐらい
の学校へ入校させての教養でありますとか、あるいは警察署の人間を本部に
一時的に研修で引き揚げてきまして本部の検視官と一緒に現場に臨場する
というようなこともやっております、そういうようなことで色々な現場の先
生方、警察医の先生あるいは監察医の先生と協力をしながら警察としても、
その犯罪の見逃し防止、犯罪死の見逃し防止ということに非常に大きな目標
として取り組んでおるところであります。以上です。

高杉会長：ありがとうございます。他に何かお気づきのところ含めてあれば、どうぞ。

峰松委員。

峰松委員：我々も DOA 症例、心停止した状態で運びこまれた患者さんに関しては必ず警察に相談するようにしています。しかし、警察署ごとに対応のばらつきが非常に大きいのではないかと感じています。先程も、少ないところだと30体、多いところ300体とかいう話が出ていましたが、普通はこれほどの差が出るとまずいんじゃないでしょうか。ここらへんの対応に関するバリエーションですね、たぶん大阪市内は監察医事務所が対応しているので、そこらへんはかなりクリアされてると思うんですが、大阪市外だと「これどうかな」と思ったケースは、そのまま検案をしてしまうか、司法解剖に回すしかないということになっている。最近では別の仕組みの解剖もありますけれども、ということで、最初に問題提起した最期を迎えた場所に差があるという話にも関係するのかもしれませんが。大阪府警察としては特に問題意識はないのか、どうなんでしょうか。

山田委員：資料に出ております数字につきましては、ちょっと私も手持ちの数字と若干違っているところもありますので、ここはさらに検証しておきたいと思えます。それと市外と市内のやっぱり、違いは、やっぱりその監察医制度がある市内とそれのない警察医の先生にお願いしている市外というところがやっぱり根本的に大きな違いがそこにあるのかなというふうに思っております、これが府下全体にこの監察医制度が拡大拡充することでそういった問題も解決されるのではなかろうかなというふうに思っております。警察としましてはその現場が市内であれ市外であれ、それに差をつけるようなことは、一切それはございません。同じような当然とした取扱いをしておるところであります。市外にも監察医制度の将来的な拡充ということは警察としては望んでおるところであります。

高杉委員：監察医そのものが非常に少ない中で、どのような工夫で市外を含めて拡充をしていくかっていうのは大いなる課題ですが、できれば協力できる協力していただけるような病院とか、こういうそれだけの能力をもったところが協力をしていたら、よりレベルの上がったかたちでの対応ができるというふうにも思えますので、そこらあたりもまとめの中に少し入れさしてもらいたいなというふうに思います。はいどうぞ。

宮川委員：今のご意見のとおりだと思います。本来であれば大阪市内の監察医制度を担っていただけるような先生と、もちろん府下で警察医本当に頑張ってくれている先生方とご協力いただいて、一定のレベルをどんどん上げていただけて、犯罪防止にもやっぱりやっていきたいというのが一番望みかと思えます。なかなかすぐには難しいかと思えますので何ができるのか、少しでも前に進むのは何なのか、どうせやったら考えてやらねばならないなというふ

うに思います。ただやはり、本当にあの監察医の制度というのはありがたいもので1つだけ例を出ささせていただきますと、2011年東日本大震災の時私、検案をする為に仙台に参りました。そして私、一般の内科医でございますので検案の経験はございません。いわゆる大学時代に勉強したことしかございません。ただまあ医師であれば当然検案書書けるということで、非常に緊急事態ですから日本全国から医師が呼ばれました。ただ我々は幸いかな、堺市の監察医の先生が二人おられまして、その先生と一緒にいただいて、そのご指導のもとに実際現場では仕事ができたとということでございます。非常にしっかり見ていただいてとゆうこともございますので、やはりその先生方との協力は非常に大事かと思っておりますので、特に大阪府さんは阪神淡路でも職員の方々非常に、おそらく出られて様々なご協力されたと思えますし、やっぱりそれを見てきておられると思っておりますので、その必要性というのは非常に認識していただいておりますので、犯罪の観点からもしっかりそういう制度を充実させていただきたいなと思っております。以上です。

高杉会長：はい、ありがとうございました。他に何か言い忘れと言ったらあれですがご意見。はい、どうぞ。

榮木委員：ケアの甲斐なく自死されたケースに立ち会ったことがあるんですけども、警察の皆様をお願いなんですけども、これから多死時代どんどん、いくら努力しても一定のこういう今日の課題にまつわる色々なことが発生して警察に色々とお世話になるというその時に、ご家族の皆様の思いっていうのは大変なものでしてね、そこでどうしても犯罪とか事件性で色々調査をされるのでとてもちょっと色々大変な思いを一緒にしたこともありますので、もちろん一所懸命てきぱきと早く対処しようと頑張っておられるんですけども、そういうことでご家族、ケアマネージャーさんも初めて出会うと一緒に泣いておられたり大変な状況になりますので、そういうことでご遺体に対する愛敬念とか、そういったことを含めて警察の皆様にも一緒にずっとこうケアをしてきた者にしましたら、もう皆周辺のチームは家族同様ですので、どうぞよろしく願いいたします。

高杉会長：はい、ありがとうございました。どうぞ宮川委員。

宮川委員：この4つのテーマと違うんですけど、1つだけ先程申しましたけども、大規模災害なんですけども、おそらく今回そこまでたどり着けないんですけども、やはり大規模災害時に当然助けねばならない命があるわけですが悲しいかな失われてしまった命に対してどうするかということもございますので、今後先々のテーマ、いつ来るか分かりませんが、先々のテーマとして心に留めていただきたいというのが1点でございます。それからずっと話を聞かせていただきまして先程会長の方からもお話しございましたけれどもやはり

り我々として認識としては1は、まだまだ情報が足りない、もっと知らねばならない情報はたくさんあると、そういうことを進まねばならない、それとまた、今とは言え、今すぐにやっぱりやれることは何かと、かかりつけ医という言葉がさきほどからいくつもいただきました。それからもちろん他職種連携で訪問看護師さん含めてですね、やっぱりそれと研修、勉強会というお話しができました。やっぱりその方向に関しまして進めねばならないと、これはやっぱりできれば、先程の会長のお言葉のとおりワーキングを作って、そこで現場の声、現場のメンバーに集まっていたらこの中から中心に現場の方々、消防にも聞かねばならないでしょうワーキングをテーマを絞って作っていただくという方向性で進んでいただければありがたいなと思います。以上です。

高杉会長：はい。要綱にも必要に応じてワーキングというのもちろんと認められておりますので私もやっぱりワーキング、現場のきちんとした、皆さん方のご苦勞も含めて解決すべく、そういうワーキングを是非作りたいというふうに思います。この点も行政の方よろしくお願ひしたいと思ひます。はい。大体時間も来たようなんです、特に無いようでございましたら、ここでお返しをしたいというふうには思ひます。はい。

事務局：今後のスケジュールについて、ご説明をさせていただければと思ひております。本日第1回目を開催させていただいたわけですけれども、第2回を日が短くて大変申し訳ございませんが、12月半ばごろを目途に開催をさせていただければと思ひております。また日程調整の方を進めて、先生方と調整をしましてまいります。で、その時に本日いただいたご意見を反映した形で今後の方向性の案というふうなものをお示しできればと思ひております。年度内第3回ということで2月の下旬から3月の中旬かと思ひれますが、その時期にもう一度協議会として、ご意見の集約という形でいただきとうございますので、今年度あと2回程度、開催をお願いできればと思ひております。どうぞよろしくお願ひいたします。

高杉会長：はい、まあでは、次回は12月中旬、今日いただいた意見を集約した形で、たたき台みたいな形でお見せいただければ、これで議論をさせていただくということにいたしましょうか。はい。ありがとうございます。特に他無いようでしたら、事務局にもうこれお返ししますんで、どうぞ。

司会：高杉先生。ご進行していただきまして、ありがとうございます。また、委員の先生方におかれましては、活発なご意見をいただきまして、ありがとうございます。これをもとに次回、集約した形で提案をさせていただく作業を進めたいというふうにご考慮しておりますので、よろしくお願ひいたします。そ

れでは、これをもちまして協議会を終了させていただきます。長時間に渡るご協議をどうもありがとうございました。