

令和元年度第 1 回大阪府死因調査等協議会

日 時：令和元年 9 月 19 日（木） 14：00～15：50

場 所：大阪府庁新別館北館 1 階 災害対策本部会議室

司 会： 定刻になりましたので、只今から「令和元年度第1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、委員の皆さまにおかれましては、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、健康医療部保健医療室 保健医療企画課 菅沼でございます。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、協議会の開会に先立ちまして、健康医療部長の藤井より一言あいさつを申し上げます。

藤井部長： こんにちは。大変お忙しい中、この協議会にお集まりいただきましてありがとうございます。

この協議会におきましては、本格的な超高齢社会に向けた死因調査体制を大阪府域全体で整えていくことを目的にご議論をいただいております。

府といたしましても、本日ご出席の委員のご協力を得ながら、医師向けの研修であったり、モデル事業であったり様々な事業を進めております。

とりわけ、監察医事務所におけるCTの導入につきましては、本協議会でのご議論が後押しとなりまして整備が実現したところでございます。

私も監察医事務所を見て参りましたが、CTの運用・活用について、監察医の先生方、あるいは現場の職員が意欲を持って進めておりまして、今後の新しい死因診断の手法として大変期待をしておるところでございます。

本日は、本年度の取り組みについて、状況を報告させていただきますが、とりわけ、先ほどのCTにつきましては、吉田監察医務監から現状の運用状況でありますとか、その有用性についてお話いただこうと思っております。

それに加えて、内閣府からも本日ご出席をいただいております、死因究明の推進法に関する情報でありますとか、今後の取り組みについてご説明をいただくことになっております。内容、ボリューム大変多うございますが、忌憚なくご意見をいただきたいということをお願いいたしまして、私からのご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

司 会： 委員の皆様のご紹介につきましては、お手元の配席図・委員名簿をご参照いただきますようお願いいたします。

なお、8月1日付けで委員の変更がございます。

大阪府警察本部刑事部参事官の阿江委員でございます。阿江委員からご就任について一言お願いいたします。

阿江委員： こんにちは。8月1日付けで、大阪府警察本部の刑事部参事官を命ぜられました阿江と申します。このたびはよろしくお願い申し上げます。

私自身も、平成13年、14年と検視官をさせていただいておりました、すごく興味がありまして、私が検視官の時は吉田先生に東京で学ばさせていただいておりました、懐かしいなと思いますし、また、ここに来る前は、浪速警察署長をさせていただいていたんですけども、その時は竹中先生にお世話になって、懐かしさ半分、楽しみにして参りました。死因究明については、昔からいろいろとされているところがたくさんありまして、興味津々であります。私も一生懸命関わらせていただきます。どうかよろしく願いいたします。

司 会： 次に本日の出席状況ですが、委員7名のご出席を賜っておりますので、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、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。

続きまして、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。

「令和元年度第1回大阪府死因調査等協議会次第」、「委員名簿」、「配席表」に続きまして、資料1：大阪府死因調査体制整備の取組みについて、資料2-①：救急医向け研修、裏面になりますが、資料2-②：主治医向け研修、資料3：府域の検案体制等の均てん化（モデル事業）、資料4：死亡時画像診断(CT車)の導入、資料5につきましては、本日はスライドとさせていただきます。資料6：国における死因究明等の取組みについて、参考資料1：大阪市内における孤独死の現状、参考資料2：検案・剖検記録のデータベース化の構築、参考資料3：庁内事業推進体制図、参考資料4：府民啓発、参考資料5：大阪府死因調査等協議会規則、参考資料6：大阪府死因調査等協議会平成30年度第2回議事録、以上でございます。揃っておりますでしょうか。

それでは議事に移らせていただきます。以後の進行は会長をお願いいたします。それでは高杉会長、よろしく願いいたします。

高杉会長： はい、それでは私が議事の進行をさせていただきます。どうぞよろしく願いしたいと思います。それでは議題に沿って早速始めたいと思います。

第1の議題が、死因調査体制の整備に向けた取組み、進捗状況についてということでございます。事務局からまず、説明を受けたいというふうに思います。よろしく願いします。

事務局： 事務局の石田でございます。よろしく願いいたします。それでは本年度の死因調査体制に関しまして進捗状況をご説明いたします。

まずは、資料1をご覧ください。今年度の取組みについて、項目ごとに進捗状況を記載しております。左の取組み項目・概要欄は、目的や取組内容を記載しております。右の欄は、計画どおり進んでいるかどうかの自己評価と、現時点までの実施内容を記載しております。

このあと、項目別に順次、説明してまいります。議題の②、医師向け研修、③の府域の検案体制等のモデル事業、また、④死亡時画像診断の導入につきます。

ては、別資料でご説明させていただきますので、よろしくお願いいたします。

では、死因診断体制の整備に関して、救急医向け研修、主治医向け研修に関して一括して説明させていただきます。

まず、両研修とも計画どおりでございます。7月12日に、研修ワーキングを開催いたしまして、昨年度の実施状況を踏まえまして、今年度の実施計画を決定したところです。具体的には、救急医向け研修ですけれども、今年度も2回開催することとしておりまして、先日の9月12日に1回目を開催したところでございます。2回目の日程は現在調整しているところです。それと、救急医に一堂に集まっていただくことの難しさもございまして、今回、藤見先生、宮川先生のご協力をいただきまして、7月に開催されました近畿救急医学研究会におきまして、研修のPRや内容の周知を行ったところでございます。

次に、主治医向け研修ですけれども、今年度も、医師会の主催で、府内全ブロックを対象に5回、記載の日程・場所で実施していただくことになっております。

次に、昨年度の研修のまとめとして、受講者アンケートの一部をまとめましたので、資料2をご覧くださいと思います。まずは、資料2-①は救急医向け研修分でございます。ここでは、ご報告したいことを中心に抜粋してございます。中ほどに、Q4-1ですけれども、「死亡診断書・死体検案書」を書くことが困難で断ったことがありますか、に対しまして、約半数の方が「はい」との回答でございました。そして、右上のQ5の「死亡診断書・死体検案書」を書くことが困難な理由を選択肢から選んでいただきました。その結果、回答の4の「医師法20条」により24時間以内に診ていないことを理由に断った方が約1割おられました。また、下のQ7「死亡診断書」あるいは「死体検案書」を書く上での課題を聞きましたところ、主なものですが、「受診歴が得られるシステムがあればよい」あるいは「病院の持出しとならない死後検査ができる体制があれば」などのご意見がございました。

こうしたことを踏まえて、今後の対応を下段の四角囲みで記載をさせていただいております。

ひとつに、約10%の方が医師法20条の理解不足ということで、こうした研修を継続実施して、医師法20条の正しい理解を図っていく必要があるものと考えております。また、死後検査の報酬がOKとなれば、死因特定、死亡診断書等の作成率が向上するのではないかと、という意見ですが、現状で、どのような対応がとれるか難しい問題がありまして、国や医療機関にも相談していきながら具体的な対応を考えていきたいと思っております。それと、救急医が死因診断の相談ができる窓口があれば有難い、という意見がございまして、これについては、国の事業の死体検案相談事業に、今は警察医が対象となっているのですが、これに救急医も対象にしていただくとか、あるいは監察医事務所の方で相談受付を

行うなどを考えていきたいと思っております。それと、参加者確保については、近畿救急医学研究会でご協力いただいたように、救急医が参加される学会等で周知するなどの工夫を考えていきたいと思っております。

裏面をご覧ください。こちらの方は主治医向け研修分ということで、同様に作成をしております。右上の Q5 の死体検案書を書くことが困難であった理由については、約 14%の方が 24 時間以内に診ていないことを理由に断っておられたとの回答でした。また、Q6 の死亡診断書等を書く上での問題点については、救急医とも同様のことになるのですが、「受診歴が得られるシステムがあればよい」あるいは、「容態変化の際、直ぐに駆けつけられなくても、かかりつけ医はきちんと診て対応してくれることを知ってほしい」などのご意見がございました。

こうしたこと踏まえまして、今後の対応として、医師法 20 条の理解不足については、研修を継続実施しまして、正しい理解を図っていく。それと、病歴情報の取扱いについても、これは提供いただく医療機関の状況や課題をしっかりと踏まえて対応していく必要がありますので、今後、関係機関の意見を聞きながら、実効性のある対応を検討したいと思っております。あと、「かかりつけ医はきちんと診て対応してくれることを、府民に知ってほしい」、ということですが、様々な媒体で在宅医療であるとかあるいは ACP、こういった情報に関する情報を広報をしていきたいと考えております。

次に、府域の検案体制等の均てん化のモデル事業ですが、資料 3 をご覧願います。府域の異状死数の増加への対応、あるいは死因診断レベルの向上に向けまして、モデル地域におけます監察医事務所の CT 活用、あるいは警察医のサポートなどを通じまして、府域全域の検案体制を整えていくための取組みでございます。

まず、1つ目の監察医事務所の CT 活用ですけれども、この 4 月から運用開始しまして、市内だけでなく、市外のモデル地域でも活用することとしたものです。市内実績は後ほどご報告いたしますが、ここでは、市外の CT 撮影件数とモデル地域分を示しております。監察医事務所での受入は、この資料では 9 月 9 日現在 5 件となっておりますが、本日、受入があったと聞いていますので、今日現在では 6 件となっております。

2つ目の法医学教室等との連携として、モデル地域における検案医の確保あるいは検査・解剖の受入確保等に努めるというものですけれども、一部、はびきの医療センターの協力を得ていますが、引き続き、府内 5 大学や医療機関にヒアリングを行うなどして、どのような協力体制が図れるかを検討していきたいと考えております。

3つ目の警察医のサポートについて、警察医の先生方に、監察医の検案に同行

して検案技術の向上を支援できれば、ということで、今年2月に制度化したものです。ただ、警察医の先生方皆さんお忙しいこともございまして、今のところ利用実績はございませんが、今後、状況を見ながら、活用に向けて、周知あるいは検討を行っていきたいと考えております。

次に、死体検案相談事業ですが、これは厚労省が日本医師会に委託をして、検案の際、法医に電話相談する事業でございます。現在は、中部・九州地区の警察医を対象にモデル的に実施されているので、我々としては、早期に府内の警察医が活用できるように、要請しているところでございます。

そして、最後の情報等の共通化ですけれども、市外の検案の際、対象者の死亡時の状況、あるいは病歴について警察医へ提供していただいておりますけれども、これまで各警察署によって異なっていたということがございました。このたび府警の協力を得まして、8月から共通の様式で情報提供いただくことになりました。

それでは、資料1にお戻りください。④の人材の育成・確保について、全国的に不足する検案医の養成や育成を、昨年に引き続き、国に対して要望したところでございます。また、府内の状況ですけれども、大阪大学大学院におきまして、死因究明コースを開講されておきまして、今年は5名受講中で、累計では19名の方が修了されているとのことでございます。

それと、府内5大学や府立等の病院の医師に検案医を経験する仕組みについては、やはり皆さんお忙しいので、なかなか難しく、実現可能性を含め、どのような方法があるのか、検討が必要と考えております。

それでは、資料1の裏面をご覧ください。地域におけるセーフティネットについて、単身高齢者等の見守り、あるいは早期発見につながる情報について、関係機関に情報提供することで、いわゆる孤独死となる方が一人でも少なくなるように、また正確な死因診断につなげていく、というものですけれども、そのひとつとして、監察医事務所が「大阪市内の孤独死の現状」として、今年の近畿公衆衛生学会に発表されました。参考資料として、その発表資料を添付させていただきますので、またご覧いただければと思っております。

それと、地区医師会や訪問看護ステーション協会などの医療機関、また社会福祉協議会や市町村などで構成します在宅医療懇話会におきまして、こうした単身高齢者に関するデータを提供しまして、在宅医療、介護などの取組みの参考にさせていただけるように努めているところでございます。

次に、死亡時画像診断の導入について、これは資料4をご覧くださいと思います。昨年度に整備しました監察医事務所のCT車につきまして、この4月から運用を開始したところです。原則、検案では死因が特定できなかった全例を対象にしておきまして、実施体制は、撮影を放射線技師、読影は監察医で行って

おります。また、現在は平日のみで運用しているところがございます。取扱い状況ですけれども、右の表に4月から8月の月別の状況を表に記載してございます。検案件数、解剖件数の欄の()については、昨年の同月比を記載しております。CTの撮影件数ですけれども、4月から8月までで合計283件でございました。平日のみ運用でございますので、1日あたりでは約3件程度となります。月別には、4月が77件、5月が60件、6月が37件と、立ち上げ時ということもございまして、少し幅がありましたけれども、7月は57件、8月は52件と少し安定してきたのではないかと捉えております。また、下段の解剖件数の対前年比較ですけれども、4月は5件の減少でしたけれども、5月以降ですが、21件、25件、28件、23件の減少で推移しておりますので、CTで判断できるケースというのも安定してきているのではないかと捉えているところでございます。

それでは、CTがどのように活用されているかについて、具体の事例により、説明させていただきたいと思っております。説明は、このCTと監察医事務所での取り組みを推進していくために、この4月に新しく監察医務監として招聘しました吉田先生の方から、説明させていただきます。

それでは、先生、よろしくお願ひします。

吉田監察医務監： よろしくお願ひいたします。手元の資料よりちょっと細かい情報は削除しておりますので、その点は言葉で補いたいと思っております。

私どもの事務所ではいわゆる予期しない死亡というものをたくさん扱っております、いくつか例を挙げたいと思っております。

ホテルでチェックインした高齢者が、翌朝ベッドの下に落ちて亡くなっていたという事例です。右下ですけれども、矢印をつけた部位に出血が認められる、くも膜下出血、動脈瘤が破裂するよくあるパターンでした。ベッドから落ちてはいますけれども、外傷の可能性は除外したので、これはCT検案で終了しております。

次の事例は、意外と突然死の中で多いのが心臓死なんですけど、バスの中で終点で起きてこなかった乗客さんを救急搬送して、その時にCTで脳出血が除外されて冠動脈石灰化であるとか心肥大であるとか、あるいは右の方に肺に少し水が溜まっているような所見がありまして、こういうことで、いわゆる虚血性心疾患による急死と考えられました。このタイプの死体検案書はたぶん一番たくさん書かれていると思われまます。

次の事例は、同じような事例であっても、これは防犯ビデオでフラフラ走っている自転車が写っていたんですけれども、その視野から消えた後、路上に転倒していた人です。左下のCTみたいに非常に心臓が大きくて、肺水腫も認められ、ただ、その原因がよく分からなかったので、このときは余裕があったので解剖したところ、心臓の輪切りでちょっと出血っぽいものがあったので組織検査をし

たんです。特に心筋梗塞を認める訳ではなく、肺水腫は確認できたんですけれども。

次の事例は、これはもっと若くて30代の男性が東京から出張してきて新大阪の駅で降りて、ホテルにチェックインして奥さんに「今からラーメン食べて寝るわ」とLINEした後、翌朝ホテルの従業員が発見し、「椅子が倒れてカップヌードルごとこぼれていた、そういう状態で死んでいた」、という事例です。肺水腫、あるいは、心肥大などがあるんですが、特に冠動脈の硬化であるとか心筋症の病気などは認めませんでした。こういう事例というのは、組織検査はもちろんして、心臓突然死っぽいと確認したのですが、実は、てんかんという病気があって、奥さんからまず電話がかかってきて「てんかんと関係があるんじゃないか」とか「苦しまなかったか」とか「予防できなかったか」とか「子供に遺伝しないか」など、多分20分くらい話をしていたと思うのですけれども、それで終わらず、その後お母様からも同じような電話がかかってきたことがあったりしました。若い人の突然死というのは、ご説明というのが必要であるなということをよく感じます。

次も同じような事例なんですが、これは先ほど紹介されていた大阪市外からの、最近引き受けたCT検案事例なんですが、これも心肥大があり、実は左と右と2つに並べているのですが、左は救急搬送先の病院で撮影されたCTです。私どもはその右下のCTを撮影してこれを見て判断したのですが、あとから救急搬送先で撮影されているということを知ったものですから、それを取り寄せて比較したところ、これだけの違いがあるということが分かりました。これは、いろいろな考えなのですが、かなり強い鬱血があって、その辺縁から水が滲み出したのではないかと考えましたが、ただ残念ながらこういう事例というのは非常に解剖したいのですが、現状では、制度上、解剖ができない状態です。

次の事例は、右下にいわゆる心嚢血腫、心タンポナーデが見て取れ、こういう事例というのは、比較的死体検案書をかける事例ではあるのですが、ただ左下に示しますように、大動脈に白い石灰化が2つちょっと離れて見えていて、血管の壁に少し出血っぽい白っぽい陰影が認められる。ですので、こういう事例が出た時には、解剖助手さんとか放射線技師さんとかが集まって、あるいは、余裕がある時にはもう一人の監察医が集まっていると議論するのですが、この日はちょっと余裕があったので本当に乖離かどうか確認しようということで解剖しました。そうしますと、真ん中の写真、実は、左心室の前壁の心筋梗塞で、右下に示しますように冠動脈に立派な血栓が詰まっていたということです。教科書的には心筋梗塞はCTでは診断できないということが書いてあったので、乖離と心筋梗塞の判別そのものをどうでもいいじゃないかと言われるかもしれませんが、余裕がある時には、こういうものを解剖して実際CTの所見と比べ

ながら検討し、職員との間で検討というのをしております。死因で心血管疾患が一番多いのですけれども、この急死でのまとめということで、病歴のない人、あるいは診療拒否の人というのをうちの事務所ではたくさん引き受けているのですが、家族に説明できる、CTをもとに説明できる、あるいは時々あるのですが、保険会社から問い合わせがあったときに、しっかりとケースを示して回答ができるということがあります。脳出血、くも膜下出血なんですけれども、屋外で倒れていた場合には外傷性出血であるとか、第三者関与ということを考えて、それが除外できない場合には解剖ということも考えるのですが、いずれにしてもいろんな状況を考えながらこのCT検案だけで診断できる事例も多いです。

それと、もう一つは、急死を疑う事例で、脳に出血がないということになると、解剖で頭を開頭しなくてもいい、これもかなり大きなことだと思います。あと、虚血性心疾患、心臓突然死なんです。心臓死というのは、実際、いわゆる、警察医検案の多くは、最終的に虚血性心疾患と診断されているというケースが多いので、特にそういうケースで、私自身も何件か経験があるのですが、一酸化炭素中毒なども間違いやすいのですけれども、そのような外因死の可能性も除外して診断するということが重要になってきます。

CTは、先ほどお見せしたような、脳内の石灰化や心肥大とか、肺水腫の所見などを参考に診断をするのですが、ガンは病歴が分かっている人はいいんですけれども、事務所ですと、病歴がない人、あるいは診療拒否の人の中にガンというのを比較的よく見つけています。

ガンと分かっている急死の場合には、少し考慮する必要があると思います。この方は、病歴のない、奥さんの介護に追われて病院にかかることができなかった、倒れて救急搬送された、血液所見から急性腎不全とか冠不全など、あるいは炎症所見が認められたんですが、CTを撮影すると、意外に先ほどからご覧いただいているような心臓急死などが認められるのですが、右下に示しますように、膀胱にガンがあって尿路を閉塞して急性腎不全を起こしている、かなりひどかったのですが、そのことを説明しました。こういう事例も少なくありません。

次は、これも病歴のない中年女性が入浴後脱衣所で倒れているのを発見され、救急搬送された事例です。これは、病院のCTを示しているのですが、乳房に陰影があり、そもそも乳がんの皮膚転移があったので、ガン患者さんというのは分かるのですが、病院では急死ということでおそらく警察に届け出たと思われるのですが、私どもの方ですけれども、ガンが本当の死因ではないのではないかとって解剖しました。そうしますと、真ん中が一番わかりやすいのですけれども、矢印をつけた部分に大きな血栓、いわゆる、肺塞栓症で、左下の部分に見える肺の白い部分では、これはガンでなくて肺梗塞であった。ミリ単位で組織を見るとかなり古い血栓、器質化した血栓だろうということが分かりました。さらに

見ていくと、いわゆる心筋梗塞の傷跡みたいなのがあったのですが、その原因がガンの冠動脈転移というのを見つけたりしたら、こんなこともあるんだなということでした。病院に、こんなことでしたよという情報提供をしました。

ひとつ考えなければいけないのが、病歴のある患者さんが救急で運ばれたときに、死亡診断書を書けるかという問題で、その場合には書いてもいいと思うのです。この事例は病歴がない急死、予期しない死亡であるということで監察医扱いとなるのは仕方がないことだと思います。病院でいろいろと検査をして、その血液検査などを見直してみると、たしかに肺塞栓を予想できるような所見があったなということでした。こういう事例は、できましたら救急医と交流の場を持って情報交換をしていきたいと考えています。

次の事例は、肺病変なんです。肺病変は、役に立つもの、難しいものといろいろです。これは簡単に分かった事例です。自宅で亡くなった、いわゆる独居で亡くなっていた男性です。黒い部分というのが空気なんです。肺がつぶされている、特に上のCTを見ますと、いわゆる、暗く肺気腫で風船みたいなのがふくれている、これが破れて気胸を起こしたということが分かります。これらの気胸とか、空気というのはCTで非常に役に立つ気がします。

次は、比較的最近の事例です。アパートで倒れていた人が救急搬送され、それで結局死亡を確認されて監察医事務所で検案になったという事例です。肺を見ると、かなりひどい病変があり、聞くと肺結核の病歴があるということが分かりましたので、このあとも事務所、あるいは福祉関係者もかなり接触していると思われましたので、保健所を通じて情報提供というものを行いました。また、この夏は熱中症がかなり多かったのですが、熱中症と予測してCT検案を実施しようと思いました。この方はいろいろと病歴はあったのですが、CTを撮ってびっくりしました。黒いところ、これは空気なんです。肺はともかくとして、左の心臓に空気が入っている、いわゆる血液が無くなっていることが分かりました。脳にも、何というか、空気が皮質内にもありますし、前の2野に空気ありましたし、頸部の筋肉内にもガスがたくさん認められました。右の胸腔内の大血管あるいは心臓にもほとんど血液が無いことが分かります。いわゆるガス壊疽が考えられました。そこまで認識していなかったのですが、解剖しなくて良かった、とても危険な感染症であるということが分かりました。

肺病変のまとめになります。肺炎、肺ガン、肺気腫など、これはCTが非常に効果があるのですが、ただちょっと疑問を持って解剖すると死因が別だったということも少なくありません。死体がもつ肺結核やガス壊疽など、解剖による二次感染を避け、現場に注意喚起できる事例です。あと、気胸とか空気塞栓はまだ経験していないのですが、気胸は時々ありますが、CTが解剖に明らかに勝ります。あと、急死時の肺水腫や肺鬱血というのはなかなか区別が難しい、原因が、

この後またお見せしますが、死後変化がたまに言われている以上に顕著であるということも分かってきています。気になって解剖してみると、肺病変とは関係のない死因であるということもあります。実際、監察医にも呼吸器内科医の方がいますので、私もいろいろとコンサルトしたりとか、あるいはもうちょっと広げて事例検討会というようなことを、来月予定しています。肺塞栓も、解剖してみると結構あるということが分かります。

次の事例ですが、硬膜下血腫が写っているのですが、あと、小脳側の左側の部分が真っ黒になっている、あと、大きな骨欠損があるということが分かりました。なぜこんなことになったのか分からず、とりあえず、くも膜下嚢胞というのが骨を溶かすというようなことを文献で調べて解剖に関わったのですが、ただ硬膜下血腫の原因が分からなかったということです。この画像もちょっとわかりにくいかもしれませんが、左の図の頭蓋骨の下の右側に、白い静脈洞、太い静脈があるのですが、その中に白いものがたくさん詰まっているのが見えます。いわゆる静脈洞血栓だと思うのですが、ひょっとしたら硬膜下血腫の原因はこれではないかと考えました。ただですね、これは頸部にひどい出血があったのですが、出血点を検索する中で、右の図ですけれども、この小脳、後頭部に穴が空いているところでは、硬膜外を出血が下の方に流れていっている。テントの上では硬膜下、テントの下では硬膜外という非常におかしなことが起こっていて、ちょっと今考えているところなんです、大きなくも膜に出血があって、小脳を圧迫して、静脈の循環不全を起こして、テント上でくも膜下血腫を起こして、静脈の還流不全、小脳の虚血などからして、おそらく、直接、静脈洞から漏れ出た、あるいは傷つけてそこから出血したものがあるのではないかと思います。

次の画像は、CTを左、真ん中に実際の解剖の頭蓋底を見ているのですが、このように再合成をして簡単に見ることができます。画像をご覧のとおり、頸部に激しい出血をしているのですが、これをCGに直すと、右みたいに出血をしてるだろうと検討できるといったことで、出血原因が分からなかったので、CTを技師さんと一緒にもう一回見直して、どうして出血したんだろうといろいろと考えて、これは症例報告をしようと考えています。

一番最後のシリーズですが、実際、事務所で取り扱う大きなカテゴリーの中に入浴時の予期しない死亡というものがあります。

この事例ですが、高血圧しか病歴がない元気な高齢者です。肺には、いわゆるすりガラス影はあるんですけども、気管の中に水も大して入っていないし、結局よく分からなくて解剖したのですが、水の飲み方も一部にとどまっているということだったので。これは組織検査も併せて、いわゆる高血圧性心疾患という急死であって、水はほとんど飲んでいないと考えました。

溺死の事例の場合は、お風呂での事例が多いのですが、僕の事例は、多発骨髄

腫という病気で、治験を行っていた高齢者です。それで、亡くなった後、娘さんに弁護士さんがいるらしく、どうもこれは病院に過失があるのではないかということ警察さんに話しているというようなことだったので、少しいろいろと考えました。検視の時の所見ですが、口から泡が出ている、救急医は気道内に水が入っていたと言いますので、もうこれだけで溺死と考えていいような所見ではあります。左が救急搬送されたときのCT写真です。気管の中に水が入っています。右は遺族の感情や説明を考えると解剖しないといけないということだったのですが、気になって解剖前にCTを撮ってみました。そうしたところ、気管内の水がなくなっていて、その分というか、肺に陰影が広がっている、あたかも気道内の水が肺に染みこんでいっているように見えました。これはいわゆる死後変化と考えたのですが、これはちょっと気になったので解剖したところ、実際は、肺水腫というのは、肺胞にはたくさんのタンパク質が備わっているのですが、そういうのが一切見えないような肺水腫であって、予想していなかった肺炎が見つかったというようなことでした。

というようなことで、溺死に限らず肺病変というのは、今後いろいろと検討していかないといけない。その中で、救急で撮られたCT画像と私たちが撮ったCT画像を比較しながら、場合によっては救急医さんといろいろなことを情報交換しないといけないと考えました。

次は、最後の事例になります。これは、中年の男性医師で、自殺目的でホテルにチェックインをして自分で鎮痛剤ミタゾラムというらしいですけれども、5本静脈注射して浴槽に入りシャワーを流しっぱなしにした。見つかったときには水没して、左を下に沈んでいて、それで気道内に水が入ったといったことで、警察的には溺死か、あるいは薬物中毒死かということをはっきりと明らかにしてほしい、当然これを解剖してほしいという要望がありました。CTを撮ってみたところ、肺に、気管には完全ではないけれども少なくとも、右が反対で、この場合は左になるのですが、左には水が入っているけれども、右には奥まで入っていないということがあり、左が下でしたので。あと肺胞にはあまり水が入っていないので、これで死後に入った水、気道に水が入ったけれども、肺まで浸潤していないというようなことを考えました。血液を採取すれば、いわゆる薬物検査をすれば解剖しなくても死因究明できるのではないかと考えました。

最後、入浴中の予期しない死亡のまとめになります。水を飲んでいないと外因性で溺死、飲んでいないと内因性と判断され、実際は、これは裁判とか保険などでいわゆる災害発生が問題となるケースで、もめることが多いですし、監察医に対する保険会社からの問い合わせというのも結構あるのですけれども、監察医は虚血性心疾患で意識を失って水を飲んだというような検案書を書くような場合が多いのですけれども、救急医の一部に熱中症であるという人がおり、あと、循環

器内科医におられるのですが神経の調節性心疾患という説も広く信じられていて、ちょっと次のところは難しいのですけれども、加齢とか既往症がある人が、日本人が好むような入浴スタイルで失神を起こしやすいというようなことが、実験を含めてそういう風になっています。ですので、ただ医学的にはそうであるにしても、いろんな保険とかの取扱いではそれではすまない部分もあると。ただ、この種の症例は非常に多いのですけれども、少なくとも水を飲んでいるかどうか、疾病の確認では多くの場合には十分情報を得ることができる。ただ、先ほど、例外的な事例を挙げましたように、脳を検討する必要な事例もあるというような、この場合も実際に検案等をしながらCT検案を進めて、どんどん進めていくべきものではないかと思います。

最後まとめになります。

オートプシーイメージング (Ai) というのは解剖より気軽に実施できます。解剖所見より全体像をつかみやすいです。解剖を要する事例、あるいは解剖時、見るべきポイントというものを絞り込めます。臓器の大きさとか、出血とか、肺など胸腔内の水分、気体、あるいは動脈硬化などは一目瞭然です。脳出血、くも膜下出血は、先ほども言いましたように、事故、外因死が否定されていれば、解剖無しに文句なしに診断できますし。あと、急死事例で脳出血を除外できれば開頭しないでもいいということもあります。

一番役に立つのは、肺結核、あるいは、先ほど症例をお見せしましたが感染症事例で解剖室での二次感染を避け、防止のための通告、行政機関に通報というのできる。それと、これは身内のことになりますけれども、監察医は2人でやっているのですが、あるいは解剖助手、検査技師などでCT画像を前にして議論するということが日常化しています。そういうことを通して、モチベーションとかコミュニケーションとか、あるいは技能の向上、あるいは解剖の質の向上に貢献していると思います。あと、先ほども言いましたように特に難しい肺病変については、事例検討会というようなことを実施し、これを深めていきたいと思いません。あとAiとか解剖とか組織所見を比較していくと、予想外のことも見つかっていて、こういうものを通して、学校教育や医療の向上、あるいは画期的な症例報告ということにもなるかもしれません。加えて、今年の夏、熱中症は極力CT、血液検査、解剖、あるいは組織検査などをある程度体系的に行って、ぽつぽつとデータをまとめ始めているところです。あと、転倒・転落事例は、今日はちょっといい事例を紹介できなかったのですが、ある程度、外傷の除外ができますので、今まであまりやったことがないのですが、たとえば病院内で転倒・転落事例があったときに、そういうのも引き受けて、第三者的にCT検案をするというような使い方も考えられるのではないかと感じています。以上です。

事務局：先生どうもありがとうございました。

それでは引き続きご報告させていただきます。

資料 1 の真ん中の方、適切な解剖体制の構築の②のデータの利活用についてです。これは、監察医事務所で取り扱います検案あるいは剖検記録等の情報などをデータベース化して、公衆衛生の向上に活用、また、検案業務の効率化につなげていくというものでございます。これまで、タブレットによる検案を平日で運用していましたが、8月から全ての日で行うこととしまして、検案情報の電子化をしているというところであります。今後、データベース化やデータ活用に向けまして、システム開発を行うこととしております。

なお、参考資料 2 として、監察医事務所でのデータ活用のイメージ図を添付しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

次に、一つ飛ばして、施設の連携・強化、②の「監察医事務所の設備等の対策」についてです。

1 点目は事業推進体制ですけれども、今ご説明いただきました吉田先生を、この 4 月に監察医務監として招聘をしまして、監察医事務所と連携した推進体制を強化したところでございます。

2 点目は事務所の設備等の老朽化についてですけれども、これは大阪府のファシリティマネジメントの基本方針に基づきまして、今後、劣化度調査であったり長寿命化に向けた中長期保全計画を作成していくこととしております。

最後の項目の府民啓発についてですけれども、これは終末期の看取りについて府民が考える機会の提供、あるいはその死因調査体制の理解促進を図っていくものですが、ひとつに、在宅医療懇話会で、その死因調査体制整備の取組みを周知しているところで、また、府民に終末期の看取りを考える機会を提供するというので、府政だよりの 11 月号で、人生会議や在宅医療に関する内容を広報するというようにしてございます。

加えまして、監察医事務所の CT 導入、あるいは大阪府警さんとの連携などの取組みを、報道機関に提供するなどしまして、理解促進に努めているところでございます。

これも、参考資料 4 としてこの記事の内容を添付しておりますので、ご覧いただければと思います。

議題に関する説明は、以上でございます。

高杉会長： はい、ありがとうございました。事務局から、相当詳しい説明をいただきました。

それでは皆さまからご意見をいろいろといただきたいと思うのですが、まず、一番最初の資料 1 の順番で少しずつご意見を伺いたいなど、こう思いますのでよろしくお願ひしたいと思ひます。

まず、最初から、救急医向け及び主治医向けの研修ということで、特にこれは

医師会の宮川先生、特に大変なお力添えいただき、随分とたくさんお集めいただき、あるいは今年の予定がまだ残っております。積極的にやっていたいので、そこあたりを、感想を含めて何かご意見をいただければと思います。

宮川委員： 大阪府医師会の宮川と申します。

今、ご質問をいただきました救急医向け研修ですけれども、やはり先ほどから救急の先生方は大変お忙しい。一堂に会するのは現実的にそのときの救急医療がおろそかになると思われまので難しいということで、9月に大阪府医師会救急医の集いというものがございまして昨年同様、この場ではかなり多くの救急医の先生が来てくださいます。藤見先生にもご協力をいただき、監察医事務所先生にもご協力をいただき、講演会をさせていただきました。その際にアンケートを実施しております。60名以上の医師の先生方がおられまして、4割くらいですけれども回答をいただいております。

さらに、それだけではなかなか周知できないということで、近畿の救急医学会がございまして、先ほどもご案内ありましたように、この場をなんとか活用できないかと考えました。この会は藤見先生が会長をされておられるということを知っておりましたので、ご相談をいたしまして、その場でアンケートを実施いたしました。昨年度からの大阪府医でのアンケート結果等につきましてまとめたものを我々用意いたしました。

また、アンケートにつきましてもなるべく回答していただけるように、簡潔なものを作り、救急の先生方が、普段困っていることとかいろいろ問題と思っておられることとか、あるいは初めて気づかれることに対して、アンケート調査等を実施いたしました。50名くらいの先生方からアンケートの回答をいただいております。これは今年度、我々がしっかりとまとめていきたいと考えております。それが、救急医に関する現状報告です。

高杉会長： はい、ありがとうございます。大変熱心にいろいろなことを考えながら、実のある研修を考えていただいている、ありがたいと思います。

これについて、何かお気づきの点、あるいは何かご意見あればお聞きしたい。

はい、藤見先生。

藤見委員： 大阪急性期・総合医療センターの藤見です。今回9月と、去年もこの研修の中で河野先生と一緒にお話をさせていただいたのですが、やはり今、事務局が言ってくださっている、医師法20条により24時間以内に診ていなかった方は書けないというような意見がやっぱり多くて、死後診察をすれば書けるようになるんだということを、随分言っても、このこと自体の周知はもうちょっとかなと思う。実際の自分の勤務地のセンターでも、若い人に聞くと知らなかったということが実際にありますので、そのあたりの周知をして救命センターの中で死後

の診察後、死亡診断書を書くべきかな、繰り返し言うべきかなということは必要かなと思っています。

高杉会長： はい、ありがとうございました。

たしかに、主治医以外で診ていないので書けないという、これは時間の制限もありますが、書けないと頭から思ってしまった部分もあるんだろうと思います。徐々にそういう部分が払拭できるように、あるいは、病歴等が、手に入れば、そういう先生方も書きやすいというところもあるだろうと思います。これからも研修等よろしくお願ひしたいと思います。

他には何かこれに関してはお意見ありますか。

竹中先生、なにか。

竹中委員： 今の24時間の問題なのですけれども、講習を受けられた先生方は、24時間過ぎても死亡診断書を書けるということは分かっていたのですけれども、もう一つ言っておられるのは、24時間過ぎた場合、医師が死亡診断書を書くのか死体検案書を書くのかという問題です。24時間過ぎたら死体検案書でなければならぬと思っておられる先生方が相当おられると思っております。そのような点も十分説明していただければいいと思います。

高杉会長： はい、ありがとうございます。

そういうことも含めて、きめ細かにドクターの研修というのをやっていたかかないといけないだろうと思います。どうぞよろしくお願ひします。

それでは次の項目に入りたいと思います。

2つめが、府域の検案体制の均てん化（モデル事業）ということでご説明をいただきたいところでございますが、何かご意見あれば。

特に、これは中河内を中心としたモデル事業、少し北河内もかかっているようですが、北河内及び北摂の一部もかかっているようですが、このことに関して、何か、モデル事業についても何かご意見ありますか。

藤見委員： ここに書かれている資料3の5件、今日もう1件やって6件ということをおっしゃっていましたが、これはCTで診断がついたのですか。そうではなくて、CTに追加して、もう1回解剖されたとか、解剖なしで死体検案書を書かれたのか、その点についてどうですかね。

吉田監察医務監： そのうちの1件が、先ほど意見がありましたように、非常に若い人で急死して、本当は解剖したかったのですが、制度上それができなくて。それ以外は、CTでなんとか検案書を書けたんですが、そこはちょっと考えていただくと幸いかと思います。

藤見委員： 分かりました。CT以外にすることがないので解剖することがない。結局はない。

吉田監察医務監： ないです。

藤見委員： CTだけで診断をする。

吉田監察医務監： ですから、最初から監察医事務所で引き受けなくて大学に送ればいいんじゃないかという言われ方をされそうですが、とはいえ、検案をして、そこから解剖の方が経験的にはですね、いきなり解剖するよりはやはりCTでいろいろと考えて済むのであれば、死因を特定してしっかり問題意識を持って解剖するというのが通常になってくると思います。そういう体制ができたらいんじゃないかと思います。

高杉会長： CTの活用が非常に有効であるという言い方ですね、あらかじめそういう知識が入ってたら、どういう形で、場合によっては解剖ということはあるけど、よりターゲットを絞ってやれるということでございますね。

他に何か、この点につきまして、今、CTの活用ということで、大阪大学も含めて何件か、事務所からは6件目だと、今日入って、という意見でございました。

それでは、均てん化ということになると前々から少し議論があったんですが、懸案で残っておる、大学との連携というね、特に5大学との連携、大阪市域外も含めて、このあたりの取り組みで現状はなかなか難しいであろうことかと思いますが、何かご意見ございますか。

今、近大との連携という部分では少し進みつつあるでしょうか。事務局。

事務局： 近大との連携ですけれども、法医学教室の教授とどういう仕組みで連携できるのかということは今相談をしているところでございまして、まだちょっと具体的に実施するところまでは至っていないという状況です。

ただ、近大の方も前向きには考えてはいただいている状況でございます。

高杉会長： はい、ありがとうございます。

阿江委員、何か、均てん化をするにあたって、警察としての何か思いがあればどうぞ。

阿江委員： モデル地域における監察医事務所での死亡時画像診断は、本日までに6件と聞いています。今後も積極的にCTを活用していくとともに、CTを実施しても死因が判明しない場合については、先ほど吉田先生がおっしゃっていましたが、ご遺族の負担軽減と正確な死因究明のためにも、引き続き監察医事務所では調査法解剖を行うための仕組みづくりを、大阪府と相談していきたいと思っている次第です。

また、モデル地域における調査法解剖の一部は、現在、大阪府羽曳野市の医療センターにおいて、森田医師に依頼しているのですけれども、この大学法医学教室以外の医療機関での調査法解剖は全国初の取り組みということでもあります。多忙な大学の補完となって、死因究明に大きな役割を示しているのも事実であります。今後、こうした医療機関が府内に1つでも多く増えるよう、大阪府と連携して取り組んでいきたいと思っております。

さらには、大阪府警察といたしましては、警察医会をはじめ、関係機関と連携して、情報の共有化、生前の病歴情報の提供依頼等に取り組んでいるところであり、引き続き府内全体の死因調査体制の強化に向けて、取り組むべき課題に対応していきたいと考えておる次第です。以上です。

高杉会長： はい、ありがとうございます。

それでは、次の部分で、先ほどスライドで随分と具体的に詳しく説明をいただいてCTの効用というか、これを活用すれば解剖という件数も減ってくる、遺族の方々に対してもかなり説得力のある説明をできるといったようなご説明もございました。CTの活用ということは、先ほどから有用だという意見が出ておりますが、これに関して何かご意見、あるいは感想、といったものございましたら。

どうぞ、大畑委員。

大畑委員： 本当に素晴らしいデータで、本当に勉強させていただきました。

CTについて、私は脳神経外科医なので、先ほどの硬膜下とか、くも膜下出血など本当によく分かります。ただ、胸部の写真とか心筋の状態を見るのに、CTのクオリティを上げた方がよく分かるのではないかという印象があるのですけれども、そこら辺はいかがなんでしょうか。64列のタイプとか、クオリティの高いものがいろいろと出ておりますけれども。

吉田監察医務監： たぶん、監察医事務所に入っているCTは64列で、クオリティはかなりいいと思います。

私自身は、本当にビギナーですので、半年足らずしか経験がないので、これから勉強していかないといけないとは思いますが、ただ、やっぱり分からないものは分からない、画像と解剖と組織所見とそれぞれ疑問を持ってやっていると、必ずしも一致はしない、あるいは教科書に書いてあるとおりでないということがありますので、それは反対に、やって職員の間で、みんなで新しいことを見つけているので、喜びも一杯あり、それをしっかり記録しながら安心して具体的な診断をしていきたいと思っております。

大畑委員： ちょっと細かくなりますけれども、くも膜の方ですね、あれもちょっと何が起こったんだろうと私もいろいろと考えたのですけれども、場合によって難しいのは、どこかの脳神経外科の専門医に相談するとか、そういう制度があればいろいろとまた死因を診る時にいいのではないかと思っております。例えば、脳底動脈の閉塞とかになりますと、くも膜下出血はないですし、突然死も起こしますし、そこは脳底動脈をちょっと詳しく見るとか、解像度を変えたりとかいうような、いろいろとやり方が変わってくるのではないかなと思いました。

吉田監察医務監： どうもありがとうございます。専門家に意見を聞くというのは、私自身日常でよくやっているのですが、先ほどの事例でいうと静脈洞血栓ということをやっと想定していなかったんですね。出血源を、硬膜下出血の出血源というの

を、なんとなく安易に考えてしまって、あとからそこをちょっと見ていなければいけないところに気がついて、職員さんに、今度から重要だから見ておかないといけないよねという話をしております。

高杉会長： ありがとうございます。CTを導入したところですので、こういった所見が積み重なって、症例を積み重ねることによって、いろいろなことを考えていくということを今後そういう症例等、あるいは、事例等を重ねることによって、より精度の高い診断というのができてくるのではないかと考えております。

他に何か、この件に関して。はい、どうぞ。

吉田監察医務監： 先ほどちょっとだけ申し上げたのですが、救急でもCTを撮っていて、もう一度監察医事務所でCTを撮る。それを比較すると、すごい変化があることを何件か経験してますので、できたら救急医さんと事例検討するような、あるいは、血液の検査所見は意外と役に立つのですが。私たちがCTを読む上でも。そういうこともありますので、ちょっと提案させていただいたんですが、できたら、病院のカルテからのCPCみたいなものを、救急医さんと私たちで定期的に情報交換みたいなことができれば。死亡診断書の問題にもつながっていくかなと思います。

高杉会長： はい、こういった部分を、例えば、救急医内に、あるいは一般ドクターの研修という部分に反映ができるような取り組み方、こういう今後の研修のやり方の中にそういう部分を入れ込んだらどうかの提案でございます。

藤見委員： 先ほど話をさせてもらいました藤見です。非常にありがたいお話で、吉田先生が来られる前と来てからのマッチングというか、我々の救急救命センターで心拍再開せずに亡くなって、検視していただいて、検案と症例の結果、どういう死体検案書の病名がついているのかということと、我々のデータとマッチングする機会もあって、ぜひそれは我々の研究にとってもすごく勉強になるのでやろうと思っております。

ちょっとだけ質問があるのは、具体的に、CPCなどの機会で作るのは全然かまわないと思うのですけれども、その1例に関して正確な死因を書くためにどれくらいのスパンで僕らと話し合いたいのですか。

例えば夜中の2時に患者さんが来て、亡くなった場合、夜中の4時に警察が検視でご遺体を引き取られて、翌朝、先生方が回って検案をして検案書を書くという中で、この日CTをとって、僕らとどのタイミングで話し合えば、検案書にコメントを追加できるものかなと考えているところです。

吉田監察医務監： 一つは、その別の事例で、CTで死因が決まることもありますし、あるいは解剖、組織検査をすることになると思うのですけれども、それは、とりあえず解剖後にこういうことになったということをお伝えしておいて、死因が検査も含めて、決定した時点で詳しくお知らせするというようなことが一つと、希望

する人たちが定期的に集まれるような場を作って、そこでそういう事例を提供しながらいろいろと議論していくみたいなことができればいいなど。

話は飛ぶかもしれないのですが、以前に大学で司法解剖についてこれをやったことがあります。司法解剖は、状態も非常に厳しいのですが、検察官が参加した状態で証拠管理をしっかりとって、月に大体20件近くやっているのですが、そういうなかで、例えば救急病院で外傷性頸動脈乖離に起因する脳梗塞という診断がついて有罪になっていたのですが、死亡したあと解剖して事例検討会をやって、それが心房細動に起因する脳梗塞ということになって、それで検察官を呼んでその議論を聞いて、結局その判断がひっくり返った、そういう事例も経験していて、私たちがやるのはそこまで、いわゆる行政解剖ですのでそんなことはないのですが、でも、今日お見せしたような事例の中には、救急の先生的には、自分のところで見ただけでも気になっている事例があるに違いないですし、今日私が問題提起したようなことに関しても、ひょっとしたら興味を持っていたかもしれないので、おそらく定期的にそういう場を作って、私どもからある程度興味ある事例を提供して議論をするみたいな形で、そこには関わった病院の救急の先生も一緒に来ていただいて議論するみたいな形とか、それがつくれたらいいんじゃないかなと思います。

高杉会長： はい、今、先生がおっしゃったことに関しては、研修というふうにやりながら精度を高めていくかという議論、お話だったよう思います。藤見先生がおっしゃられていたのは、お亡くなりになって解剖するのか、そこでCTをお撮りになって、例えば検案をお書きになる前段で病院でCTを取っているようなそういう資料がどういう形でそこに反映できるかという、その時間的な、非常に短い間のデータのやりとり、こういう部分でどのくらい時間がかかるか、ということをお聞きになったのではないだろうか、そういうシステムがうまくできて、お互いにどこで亡くなって例えば、先生のところにお運びになって、CTを撮ってとか、そういういろんな部分でデータのやりとりが進むことに、瞬時とは言わなくても比較的短時間に、例えば、CTをCDに焼き込んで持っていただけ、まあ、転送でできればいいのですけれども、そういったのは、そもそもシステムが違うのですぐにはできない状況ですから、例えばそういう部分はそのデータとして、ある程度焼き込んだものを持って行って、それを参考にしながらやるとか、そういう何かこう、連絡がうまくいくようなことができれば、よりスムーズに検案は書きやすいという部分になっていくのかな。

これは、少し懸案事項になるのだらうと思うのですが、ちょっとこれは宿題としておいておきましょう。

他に何か。はい。竹中先生。

竹中委員： 質問させていただきたいのですが、市外の6件のCT事例は、どこから要請が

あったのでしょうか。といいますのは、警察医も、これはCTをお願いしたいというのが一杯あるのですけれども、それをどこへ言って監察医の先生にしていたかどうか、その方法が分からないというのが現状です。

吉田監察医務監： 私が要請を受けたのは、検視官を通して。

竹中委員： 連絡をどこにしたらいいのかという。

事務局： 今、私どもの方には、監察医事務所に警察から要請をいただいて、その体制が整っておれば実施をしているという現状です。

今、竹中先生がおっしゃっていただいた、警察医の中から「撮った方がいいんじゃないか」ということをどこに言えばいいかというところなんですけど、それは、地元の各署の警察官、あるいはその検視官のところへ、そのことをお伝えいただきたいと思っております。これは警察のお話になるかと思うのですけれども、それをもって、各署の中で必要性について判断されると思っております。

竹中委員： わかりました。今、私どもはCTができるのは大阪市内だけと考えていたものですから、そういう要請があった場合、まだ引き受けていただける余裕というのは監察医事務所にあるのでしょうか。

高杉会長： 要するに、お願いしたら来てくれるというような、キャパの問題が知りたいと思って、どのくらいあるのかなというような。

谷本課長： 検視調査課長の谷本です。

今現在、モデル事業で一定の区域の警察署の、枚方方面のみのところのAiを監察医事務所で、当然、現場に行った検視官が判断して、死因が、若いけど分からないと、事件性はないと。でも死因究明の必要があるということで、監察医の吉田先生の方をお願いをして行くような形です。だから、府下全域にというのは、まだまだそういったところまでは進んでいませんし、他の地区については5大学のうち3大学の方で、同じようなAiをお願いしているような、これまで通りの話でありますので、もし、このモデル地域で警察医の先生が、検視の時に死因が分からないということになれば、そこで検視官なりに相談していただければ、検視官と協議して監察医の方に体制があればですが、お願いできることはできると思います。

竹中委員： 分かりました、ありがとうございます。

それで結構かと思えますけれども、やはり警察医は全くそういう手段を持っていないものですから、CTをものすごく大きな助けになると考えておりますので、できるだけ、そのモデル地域を広げていただければありがたいと思っております。この点に関しては地元の警察医は関係していなくて、警察の判断で。

谷本課長： そうです。まだ、警察医の先生にお願いする前段階で実施しています。

竹中委員： 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。特にないようでしたら、次の議題で、最後です

が。

宮川委員： よろしいですか。

高杉会長： いいですよ、どうぞ。

宮川委員： すみません。次の議題に移る前に。先ほどちょっと、ご紹介できなかったところがございまして。医師向けの研修について少し追加させていただきます。

先ほど救急の先生方のご説明をさせていただいたのですけれども、事務局からもありましたように9月25日の堺・南河内泉州ブロックを皮切りに5回、大阪府医師会としては医師向けの研修会を予定しております。昨年は年度途中からでしたので、大変バタバタしまして、多くの先生方にご迷惑をおかけしたのですけれども、今回は各講演会をなるべく3週間から1ヶ月近い間隔を空けて実施したいということで予定を組んでおります。

さらに、在宅ご家族への対応に関しましては、本日までご出席いただいております訪問看護ステーション協会のご協力を得まして、看取りされる段階で、日頃から医療に従事していただいている訪問看護師さんにも、このような形の研修を受けていただきまして、ともに前に進んでいくという考えでおります。当然、内容を少しずつ考えていかなければなりませんので、講師の先生にもそのようなお願いしているところでございます。

また、内容につきましては、先ほどからもお話がございました医師法第20条の問題、それから、検案書、診断書については関係性をどのように書けるかということで、これは過去にもそういうご指摘いただきまして、そのような話が入るように講師の先生方にもお願いしているところですが、さらにその辺詳しく丁寧に説明していただくということでやっ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。

それでは、最後になりますが、データの活用、あるいは府民啓発、その他の事項についてご意見をお伺いしたいと思います。

先ほど、宮川委員からも少し出ましたが、例えば、訪問看護ステーション協会からも自己啓発も含めて、あるいは地域の看護をやっていく関係で、何かご意見あればお伺いしたいと思います。

立石委員： 研修につきましては、ステーションに対して機会を設けていただいておりますので、大変ありがたいと思っております。ありがとうございます。

今回、在宅医療懇話会の中で、地域におけるセーフティネットに、単身高齢者に関するデータなどを情報提供されていると書かれているのですが、これ以外どういった内容を情報提供なされているのかということと、今後の展開・展望をどのように考えておられるのかということ、教えていただければと思っております。といいますのも、参考資料1を拝見させていただいたのですけれども、この

中で、例えば、孤独死の方で高齢の男性の方が非常に多いことが、とても明らかですよね。

こういったことが、しっかりと分析できていると、実はその地域の地域課題に関連していくと思いました。懇話会で、こういった情報までも提供なされているのか、お聞きさせていただきたいと思います。

事務局： まず、在宅医療懇話会の方に、情報提供している資料ですけれども、参考資料1の1枚目の部分を提供させていただいています。

それと併せて、昨年実施をしました監察医事務所の方で独居死の高齢者の特徴を、これは、今年の2月の協議会の方で資料をつけましたけれども、それと併せて情報提供させていただいている状況でございます。

これを今後どうしていくのかですけれども、我々としては、監察医事務所が中心になるとは思いますが、高齢者の見守りケアにつながるような、関連するネットワークに情報提供しまして、あとは、各市町村や、医療系の機関、団体などの方に、昨年以降のいろんな取り組みを提供していければと考えてございます。

立石委員： ぜひ、在宅医療には地域の偏りが非常にあると思いますので、こういった細かい情報を提供していただけると、地域の発展に役立つのではないかなと思いました。

高杉会長： はい、ありがとうございました。

少し時間が押してきましたが、何かご意見は。はい、どうぞ。

宮川委員： 今のお話ですけれども、やはり我々地域で考えますと、いわゆる医療包括ケアということで、その中でも終末期と言いますか、人生の最後を地域で過ごされたいという思いの方は地域で。しかし、医療等が十分に必要な状況の方々は総合的に対応していこうということでの取り組みをずっとスタートしているわけです。終末期の包括ケアシステムではどう過ごすかということの話が中心になってくるだろう。

これは、今回のその先と言いますか、その最終的に人は、いずれ人生最後を迎えなければならないことを、それをどういうふうに死を迎えるかという話になっていますので、ですからこの情報をどう開示していくか、というか、どう府民に知らせていくかというのは本当に難しい話です。元気に過ごしていきましょう、というのは、いろいろと情報を渡しやすいのですが、その先にある、実は皆さんが避けたい問題とかもいろいろとありますので、私はこれをしっかりとこの会を含めて、そういう地域包括のケアを含めて、これは行政とはちょっと担当が違ってくる。まずその辺のニュアンスも違ってくるのですが、その辺も一つ連携していただきながら、この会の話と一緒に進めていくという形で、慎重にまたしっかりとやっていきたいと思っております。

高杉会長： はい、ありがとうございました。

他に何かご意見ありましたら。ないようでしたら、次の議題に移らせてもらいたいと思います。よろしいですか。

次の議題は、内閣府の方から死因究明等の施策推進室の重永企画官がおいでになっておられます。国の法律上の推進体制というようなことで、お話をさせていただければありがたいと思います。では、よろしく願いいたします。

重永企画官： 内閣府死因究明等施策推進室の重永です。よろしく願いいたします。

本日は、説明をさせていただき時間をいただきましてありがとうございます。私からは、今年の6月に死因究明等推進基本法が成立しましたので、その情報を中心にご説明したいと思っております。

資料6をご覧くださいと思います。1枚目をめくっていただきますと、死因究明施策の主な経緯という横書きの紙があると思います。

これまでの件については、この協議会でこれまでも事務局からご説明をしたところもありますので、26年9月のあたりから聞いていただきたいと思いますけれども、以前、この推進法が、古い法律ができた時でありますけれども、それは2年間の時限立法でありまして、それは26年の9月に失効をしております。二つ目の黒丸のところです。

この失効に先立ちまして、法律が失効したあとも内閣府が役割を果たしながら施策は推進するというので、この前法律の時にできあがった死因究明の計画に基づく仕組みを続けていくということで閣議決定もされまして、法律は失効しているのですけれども、死因究明の施策を続けてきたというのが、ここ数年の状況であります。

それにつきまして、その後、関係する議員の方々も活動されまして、今年の6月に、死因究明の基本法が成立をしております。こちらにつきましては、主に2月くらいから、超党派の死因究明に関する会議が開催されまして、一部修正もありましたけれども、全会派で法案が可決されて成立したという状況でございます。

次の資料をご覧ください。こちらについては、現行の推進計画の進捗状況でございます。8つの柱ごとに進捗状況書いておりますけれども、時間の関係もありまして、説明は省略させていただきます。

基本法の内容ですが、次の概要という資料で、これまでとの法律との違いなどに着目しながら、ポイントとなるところをお話ししたいと思います。

まずは、目的でありますけれども、2つ分野がございまして、死因究明と身元確認の2つということで、これは従前の法律と同じくということになります。次の基本理念のところですが、ちょっと読みづらいのですが、(1)から(4)まで、基本的な認識が書かれております。

この理念は、これまでの延長なんですけど、1つ特に注意していただきたいの

が、4行目から、「地域にかかわらず等しく適切に行われるよう」、ということ
で、地域差についてしっかり対応するようということが書かれているという
ことと、その次に続きまして、「到達すべき水準を目指し、達成すべき目標を定
めて行うものとする」ということで、水準、目標を比べるところが新しい
形になっております。

また、次の②のところの(1)でありますけれども、この「死因究明により得
られた知見が公衆衛生の向上及び増進に資する情報として」、ということで、公
衆衛生としての役割がこの法律では前の法律に比べて充実しているというこ
とになります。

それから、次の「国等の責務」ということで、国・地方公共団体については、
古い法律の方にも規定はされておりましたけれども、今回、大学における努力義
務規定が追加されまして、人材の育成、研究を進めるという形になっておりま
す。

それから、次の「連携協力」や、その下にあります「法制上の措置等」を講ず
るところについては、前の法律と同じでありまして、新しいのは、年次報
告を年1回作るというのは加わっております。

それから、次の「基本的な施策」ということで、9つ記載されております。
古い法律の方には、8つの柱が法律が成立した時にありまして、ちょっと順番が
入れ替わっているというのはあるのですが、基本的にその8つの柱と対
応するものは、この基本法でも引き続き残っておりまして、追加されたのは、9
つ目の「情報の適切な管理」というところが追加になっております。

推進計画を作成する時に、いろんな大きな議論になりました、専門的な機関の
全国的な整備というところについては、③という項目として入っている状況で
ございます。

それから次に、19条の推進計画であります。

こちらは、今は目的にも書かれていますが、新しい計画を策定するというこ
とで、到達すべき水準、それから、個別的な施策の、到達の目標等を定めまして閣
議決定をするということになります。

実施状況について検証していくということと、それから、これは、新しく規定
されたことですが、3年に1度の見直しということで、前回の法律では2
年間の時限立法としていました。

これが恒久法になっておりまして、3年に1度の計画も見直しという形にな
ります。

それから、次が死因究明の推進本部であります。

これまでの体制ですと、内閣府が各省庁の総合調整を行うという形で施策を
進めてきたのですが、この法律が施行される来年の4月以降は、これまで内閣府

が担ってきた総合調整の役割を厚生労働省が行うということになります。

この推進本部については、厚労省に設置されるということになっておりまして、その()の下の方に【組織】とカッコで囲っているところがあると思いますが、この推進本部については、本部長が厚生労働大臣で、本部員が10名で、これは、国務大臣、有識者で構成するという形になっております。

どういうことをするかということは、新しい計画の案の作成をするということと、関係省庁との調整というようなことになります。

この新しい計画の作成については、今の計画の時もそうだったのですけれども、閣僚も入ったものと、なかなか会議を開くことが難しいということがありますので、これからすぐに新しい計画についても前回と同じような形で計画を作る検討会というようなものを設置をしてより集中的な議論をしながら、新しい計画を作っていくということになるのではないかなと考えております。

それから、次の「地方協議会」であります。

まさに、今日開催していただいている地方協議会でございますけれども、こちらについては、従前は法律上の規定はなくて、推進計画に基づく、つまり、閣議決定に基づく協力設置のお願いということをしてきたわけでありましてけれども、法律が施行されればこういう形で、協議会の設置の努力義務規定も法律で規定されておりまして、いくつかまだ設置されていないところもありまして、そういったところにも、より強く働きかけをしていきたいと思っております。

それから、最後、「検討」というところでありましてけれども、字がたくさんあって見づらいのですが、検討項目については3つ書いてございます。

1つは、情報の一元的な集約及び管理を行う体制、2つめが、子供が死亡した場合におけるその情報の収集、管理、活用、それから、3つめが、死因究明に関する施策の行政組織、法制度等のあり方などについて、施行後3年をメドとして検討を加えるという形になっております。こちらについては、来年4月から施行されるという内容になっております。

次の資料は、目的と対象範囲ですが、こちらは説明を省略させていただきまして、次の資料が、解剖制度の概要です。

こちらについては、たくさん箱があるんですけども、解剖の種類がありまして、死体解剖保存法の分類に基づいてこれだけあるということで整理しているものであります。死因究明の関係であります。大きく4つが特に関係しているところかなと思います。

権力の関与が強いところから順番にいくと、真ん中にあります刑事訴訟法に基づく司法解剖がございます。それぞれ、どこが解剖の判断をするかというところを見ていくとわかりやすいかと思っておりますけれども、こちらは犯罪性によることが明らかな死体について、裁判所の判断を経て実施するものということにな

ります。

次に権力の関与が強いのが、一番下にあります、死因・身元調査法に基づく解剖でありまして、こちらは警察的な観点から解剖が必要だと判断したものについて警察署長が解剖を判断して実施するということになります。

それから、次が上から3つめにあります、監察医による解剖でございまして、府内も一部政令で規定されておりますけれども、監察医が解剖できます。

ここまでの、遺族の承諾が必要なくできる解剖ということになっておりまして、4つめのグループが、上2つの箱にありますけれども、解剖する医師が解剖を判断して解剖というのがあるということでもあります。こちらについては、遺族の承諾が必要というような形になっております。

次の資料をご覧ください。今の地方協議会の状況でありまして、38都道府県で開催をされております。

その次の年表形式のものも、38都道府県の設置の状況でございまして。

それから、8枚目、地方協議会の構成員の関係です。こちらについては、資料の上の方に括弧書きで、【知事部局等々以外の構成員】ということを書いておりますけれども、大阪の協議会につきましては、歯科医師会が入っていなかったり、地検が入っていなかったり、海保が入っていなかったりということで、ちょっと説明資料の表形式では出ていないところで、多くのところで構成員として入っているものが大阪府では入っていないというところがありますので、必要に応じて体制の検討などもお願いできればと思っております。

それから、次の資料は、8月末に、来年度の予算の概算要求を政府の方でしております。それについての一覧ということになっております。

その次の資料が、死因究明体制の推進に向けた支援ということで、厚労省関係の事業について、数枚資料を入れておりますけれども、こちらについては、以前、こちらの協議会で厚労省から説明していると思っておりますので、説明は省略させていただきます。

私の方からの資料説明は以上です。よろしくお願いたします。

高杉会長： はい、ありがとうございました。

これについて、何かご意見、あるいは要望。はい。どうぞ、大畑委員。

大畑委員： 大阪市立大学の医学部長の大畑でございます。

いろいろとご説明いただきましてありがとうございました。3ページの死因究明推進基本法の概要というところで、上から3番目の「国等の責務【第4条～第6条】」の③で、大学について記載がございまして、「死因究明等に関する人材の育成及び研究を自主的かつ積極的に行うように努める。」という、この自主的というところに質問させていただきます。

私たちは、今、法医学教室に3人の本務教員がいますが、働き方改革の問題が

あり、超勤がちょっと増えているために、大学と交渉して2名の特任教授枠を確保しました。すなわち、一昨年から1人、来年からもう1人の予定です。ちょうど団塊の世代が後期高齢者になっていくわけですから、対応件数が増えるために、暫定的でもいいので、政府にこのような人的支援をいただければと思います。たとえば10年間限定だけでも、そういう人的補助をしていただければ、この自主的に少しプラスアルファができ、さらにいろいろなことをすることができるのでないかと思っておりますので、そこらへんをちょっとまたご検討いただきたいなと思っております。

重永企画官： はい、ご意見ありがとうございます。

職員体制の確保というところは、いろんなところからとても難しいという話を伺っていて、解剖する医師、プラス、一緒に作業をするスタッフの確保ということで、どう確保する方がいいのかというところは、我々の方としても課題だと思っております。

今、その解剖する件数ごとに、費用が支払われたりというような形になっていると思いますけど、どのような形でうまくいくのかということについて、他の自治体の取り組みとかを勉強したいなと思っておりますのでございます。

大畑委員： ありがとうございます。

高杉会長： たしかに、確保及び従業員の待遇を含めて、特に、独立法人に頼りっきりとなると非常に苦しくあろうかと思えます。

何らかの支援があれば、ということをご要望としてお願いしておきたいということです。

他はいかがですか。竹中委員、何かございますか。

竹中委員： 人材育成につきまして、大阪の警察医のサポート、検案サポート事業に関連してお願いしたいことがございますけれども、資料3にありますように、大阪には、検案サポート事業として、警察医のために監察医と一緒に検視をするというシステムを作ってもらったのですが、これは9月9日現在で「申し込みなし」ということで、私も残念に思っているのですが、これにつきましては、ちょっと理由もありまして、警察医会として全面的に警察医に推薦できないという事情がございます。と申しますのは、この検案サポート事業の実施要領の中に、経費負担並びに損害賠償という項目がありまして、とにかく簡単に言いますと、すべて参加の費用も、それから内容についても全部自己責任でしろということございまして、参加中に起こった事故等について、監察医事務所は一切責任を負わないという項目がございます。

検案事業といいますのは、いろいろなことから、今日、吉田先生の例にもありますように非常な危険を伴う時もございます。たとえば、検案現場に行く交通機関において交通事故を起こすこともありましたし、また、解剖現場におきまし

て、立ち会っている人が感染症や結核に集団感染したというようなそういうこともございました。それを全部自己責任でするようにとるのであれば、警察医会として先生方に、行ってこいということを全面的に推奨することがちょっと難しいという事情もございます。

そういうことで、これは大阪だけの問題ではなしに、全国の警察医に関することだと思いますので、今、国の方では、検案は、警察医だけでなしに検案サポート医、もしくは警察協力医、これを出来るだけ多くしてサポート体制を敷いて、警察医が出動できないときには、このような先生方に代わりにいってもらおうという計画を持っていらっしゃると思いますけれども、その費用に関しましては、特に検案に関する費用は、遺族からもらうという仕組みになっております。ですから、大阪でも警察医によっては、一つの検案をすることによって5万円とか、また別の先生は1検体当たり1万円ですよとか、そういうふうな非常な格差ができております。

そういうことがありますので、警察医もしくは検案医の身分をしっかりといただいて、そういう協力医の検案費用につきましても一様の、統一したものを作っていたらありがたいなと思っております。

そういうことで、国といたしましても、日本医師会と十分にご協力をいただいて、そういう身分保障の面も十分に考えていただければと思っております。以上です。

高杉会長： たしかに、協力するドクターが中々確保が難しいという中で、特に、保障問題を含めて、事故等の対応、こういう部分できちっと、ある程度保障体制が、個人の問題ではなくて組織としてきちっとそういった部分が認められれば、よりスムーズに、少しでも今よりは良くなるのではないかという意見でございますが、このあたりを一つの問題提起としてお受け取りいただきたいと思っております。

他には特にどうでございましょうか。はいどうぞ。

宮川委員： 先ほど大畑先生からのお話で、大学への支援ということですが、すでに会長がお話しをされたのですが、大阪府医師会におきましては、年に1回、日本医師会で死因等に関する会議がございました。

これは竹中先生と一緒に私も行くのですが、その際は内閣府さんが主催で中心になってやっておられましたので、こういった内閣府の、その中に警察関係の方もおられて、その中で話を聞かせていただくと。全国から集まっておられた担当者との意見交換をする機会がございました。

この法律が、なかなか時限立法で前に進まない中でも、内閣府さんが「とにかく前に進める」と常にその点をおっしゃっていただいているので、今年度成立したということで大変ありがたいなと思って。ただ、これだけ頑張っていた内閣府が厚労省に移るとということで、非常に危惧する点がございましてけれども、これは個人

的な意見ということで。厚労省からも来ておられますけれども、特に、前の前の内閣府の担当者の方が非常に熱意のある方で、大阪に来られたときも、私は2時にお会いするお約束をさせていただきまして、5時前までずっとお話させていただいて、私は5時から診療なので、事務方が「診療所を開けなくちゃいけない。」ということを行わなければ、まだまだ帰りの新幹線までお話ししていただけることになったくらい情熱を持ってやっておられて、非常に心強く感じました。

何が言いたいかと言いますと、先ほどの支援の話ですけれども、大阪府医師会もそういう関係で上級者向けの検案に関して日本医師会が主催しているものに協力させていただいています。講師の名古屋大学の先生は2人しか法医学教室には実際いらっしゃらない。1人が講演に出れば、もう1人だけが現場で対応していて大変な状況だとお聞きしました。このような中で働き方改革といったら大変なことになる。

まして、なり手も非常に少ない分野であるということですので、ぜひ、内閣府さんは手が離れるということですが、次年度へつながる、厚労省も来ていただいておられますから、聞いていただいていると思いますけれども、ぜひ、支援していただかないと中々前に進まない、法律でここまでこられたわけですから、その分しっかりと次の厚労省さんに引き継いでいただきたいとお願いしたいと思います。以上です。

高杉会長： はい、ありがとうございます。

地方自治体に、すべてもう法律ができたから丸投げやということではなくて、これからもどうぞ支援をぜひ考えていただきたいとこのように思います。ありがとうございます。

かなり時間が押しておりましたが、特にないようでしたら、今日のところはこのあたりで終わらせていただきたいと思います。長い時間、ご討論ありがとうございます。

それでは最後に、事務局。

事務局： 本日は、先生方お忙しいところどうもありがとうございました。

今後の予定としまして、今回は今年度の進捗状況ということで中間報告でしたけれども、次回は、2月頃を予定しておりますけれども、進捗の評価であったり、次年度の取り組みであったりと、これを議題として開催したいと考えております。

また、日程調整等させて頂きたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

高杉会長： はい、どうぞ。

司 会： 最後に医療監の福島から一言ご挨拶を申し上げます。

福島医療監： 監察医事務所の所長を兼務いたしております、医療監の福島と申します。

本日は、熱心なご議論、また、貴重なご意見を賜りまして、どうもありがとうございました。

本日賜りましたご意見を踏まえまして、まずは、本年度についての監察医事務所の運営に生かしていきますとともに、今後の死因究明の取り組みでありますとか、吉田監察医務監もおられますので、そういったものを軸としてしっかりと進めさせていただきまして、また、2月に、第2回の協議会をいたしますので、その上で報告させていただくことになっております。どうぞよろしく願いいたします。

委員の皆様におかれましては、引き続きご指導のほどよろしくお願い申し上げます。本日はどうもありがとうございました。

高杉会長： それではこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。