

平成 30 年度第 2 回大阪府死因調査等協議会

日 時：平成 31 年 2 月 6 日（木）14：00～

場 所：大阪府庁新別館北館 1 階 災害対策本部会議室

司 会：只今から「平成 30 年度第 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。本日は、委員の皆様におかれましてはお忙しい中、御出席いただき誠に有り難うございます。私は、健康医療部保健医療室保健医療企画課の谷口でございます。本日は司会を務めさせていただきますのでよろしくお願い申し上げます。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ご挨拶申し上げます。

藤井部長：健康医療部長の藤井でございます。大変お忙しい中、お集まりいただきまして有り難うございます。本協議会では 29 年度に死因調査体制の方向性、大阪市内・市外併せた府域全体のあり方についてご意見をいただきまして、この平成 30 年度はその方向性に基づいた取組みを進めて参りました。主治医向けでありますとか、救急医向けの研修でありますとか、CT の整備に着手を致しました。いよいよ来年度から CT を活用した死因調査がスタートいたします。まもなく開会いたします 2 月議会には CT 導入に伴いまして、死体検案書交付の手数料について、2 万円に改定をするという内容の条例提案を予定しております。本日は、これまで決めて参りました方向性に基づきます現段階での取組状況、あるいは来年度の取組方法についてご説明をさせていただきたいと思っております。また、国の内閣府のご担当の方から現在の国の死因究明の取組状況についても情報提供をいただこうと考えております。これらを総合いたしまして、是非、一歩ずつ、大阪府全体、大阪市内・市外含めた死因調査の体制が充実いたしますように忌憚の無いご意見をいただきます事をお願い申し上げます。簡単ではございますが私からの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、お手元の配席表、委員名簿をご参照いただきますようお願いいたします。次に本日の出席状況ですが、委員 7 名の御出席をいただいておりますので、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は有効に成立していただきますことをご報告させていただきます。続きまして、本日配布しております資料の確認をさせていただきます。まず、平成 30 年度第 2 回大阪府死因調査等協議会次第、委員名簿、配席表と続きまして、資料 1・大阪府死因調査体制の取組み、資料 2・死亡時画像診断（CT 車の導入）、資料 3・府域の検案体制等の取組み（モデル事業）、資料 4・国における死因究明等の取組みについて、この資料の後ろにはリーフレットと厚生労働省の通知がついております。資料 5・監察医事務所の取扱い事例における独居高齢者の特徴等、参考資料といたしまして前回の平成 30 年度第 1 回大阪府死因調査等協議会の議事録があります。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。以後の進行は高杉会長にお願いしたいと思います。それでは会長よりよろしくお願い申し上げます。

高杉会長：それでは、私が進行させていただきます。どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。前回9月、中間報告という格好でご意見いただきました。また、行政からの大変前向きな色々な施策の、実際の実行についてのお話を伺っておるところですが、今日は年度、1年を通じて今年どういう形の活動が行われて、これから積み重ねながら、良い方向に持って行くという中で、1年目の感想を含めて、先生方の意見をお聞かせいただければ、非常に幸いだと思ひます。それでは式次第に則って順次進めていきますが、まず最初、6ページ以降にあります、国における死因究明等の取組みについてという事をまずお聞きして、それから我々の部分に入っていきたいと思ひますので、その点、どうぞ江崎参事官補佐にお願ひをしたいと思います。よろしくお願ひします。

江崎補佐：ありがとうございます。内閣府死因究明等施策推進室参事官補佐、そして本務の方は厚生労働省医政局医事課で死因究明を担当しています技官の江崎と申します。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。皆様、お手元にございます資料4・国における死因究明等の取組みをご覧いただければと思ひます。着座において失礼します。

1枚をおめくり頂きますと死因究明等推進計画の策定についてという資料がございます。第1回でも少しご説明していますので、繰り返しになりますが、極めて重要なところですので私から重ねてご説明します。死因究明等の推進に関する法律が平成24年に成立しました。この死因究明の取組みの背景ですが、我が国は、多死社会を迎え、年間死亡者数既に130万を越えています。過去には、パロマの瞬間湯沸器の事故、それから時津風部屋の力士暴行事件、こういった事故や事件の見逃し事例もございました。時津風部屋の力士暴行事件では、本来変死体、犯罪死体として司法解剖なされなければいけなかったものが、病死とされてしまったという経緯がございます。また、東日本大震災では、歯科診療録が歯科診療所も津波で流されてしまったことがありまして、身元確認が難航きわめたという経験がございます。こういった事を踏まえ、死因究明等にかかる課題をしっかりと進めることとなりました。具体的には、公衆衛生の観点から厚生労働省、人材を育成の観点から文部科学省、捜査の観点から法務省と警察庁、そしてそれらを取りまとめる内閣府が一丸となって政府全体で進めるということです。しかし、死因究明等推進法は、2年間の時限立法であった為、いまは失効しているのですが、この法律に基づいて死因究明等推進会議が官邸におかれ、ここで議論された内容が、平成26年6月に「死因究明等推進計画」として閣議決定されました。こちらの閣議決定はいまも有効であり、関係省庁はこの閣議決定に基づいて死因究明等の施策を進めています。

資料を1枚おめくりいただきまして、死因究明等推進計画の概要をご覧ください。ここにございますように、第2死因究明等を行うための当面の重点施策とい

う事で8つの柱を作っております。お解りになるかと思いますが、ここでは、単に死因究明が犯罪死見逃しだけではなくて、公衆衛生の向上、ここにも光が当たっているところは是非注目していただきたいと思います。すなわち死因究明等の取組みというのは、犯罪死見逃し防止はもちろんのことですが、公衆衛生の向上も重要なのであり、この2つの車輪がしっかりと両方とも上手く機能するというので、はじめて国の死因究明等の施策は成功するのです。

さらに、1枚をおめくりいただきまして、都道府県の死因究明等推進協議会の資料です。先にご紹介した閣議決定の中には、国レベルでは関係省庁が連携しておりますが、地方自治、すなわち都道府県のレベルにおいても、警察、都道府県の知事部局、医政部局、そして医師会、歯科医師会、それから病院、大学、これは主に法医学教室等が想定されておりますが、こういったところがしっかりと連携することが示されています。現在のところ47都道府県のうち、33の都道府県で既に開催されているところでございます。

1枚をおめくり頂きますと、こちらは平成31年度死因究明等体制の充実に向けた支援という事で、厚生労働省所掌の予算が列記されております。国全体としては、この他に、当然ながら警察の司法解剖であるとか文部科学省のそういった人材育成にかかる予算が計上されております。ここでは公衆衛生の観点という事から厚生労働省の事業について中心にご説明します。総額約2億円のうち大きな柱が異状死死因究明支援事業という予算でございます。これはいわゆる解剖や死亡時画像診断、後者はA iとしても知られますが、こうしたものを充実させようという予算です。おおまかな死因究明の流れをご説明すると、まず捜査機関による検視が行われ、捜査の観点から解剖や死亡時画像診断が行う必要があるかどうか判断されるわけですが、そこで解剖や死亡時画像診断の必要がないと考えられたご遺体であったとしても、公衆衛生の観点から死因を究明する必要があるとこういう場合も一定数あると思われまます。こういったものに対して解剖、それから死亡時画像診断の費用を国が補助する、都道府県が行う物に関して半額を国が補助するという制度が、この異状死死因究明支援事業でございます。2つめの柱は、その検証事業です。これは異状死死因究明支援事業で補助の対象となった事例等について、死因の構成がどのようになっている、どのくらいの年齢の方、また性別の方が補助対象になっているのかを検証するとともに、そこから公衆衛生的に問題となるような事例があったかどうかということを検証します。この検証事業については、今までは対象となった事業をレビューすることに専念してきましたが、今年からは死体検案書、死亡診断書、これは年間130万の死に1通ずつございますが、その130万件を地理情報システムを用いて分析することを併せて行っています。そのほか、3つめが死体検案講習会、そして4つ目が死亡時画像診断読影技術向上研修事業ですが、これは日本医師会

に委託し、警察協力医の先生方のスキルアップを図るという事を目的とした事業でございます。そして上から5つ目の死体検案相談事業、これは死体検案医を対象とした事業で、これも今年から新規に始めるものです。これも後ほど詳しく説明いたします。その下にございますのが、死亡時画像診断システム等整備事業で、これは解剖台であるとかCTを購入する時の補助をする事業です。それから監察医制度の在り方に関する検討会経費ですが、現時点では、日本医師会副会長の今村聡先生を班長とする研究班の中で、監察医制度の在り方に関する検討しています。

2枚おめくりいただきまして、異状死死因究明支援事業等に関する検証事業の取組みでございますが、ここを少し詳しく説明したいと思います。この1つめの○ところに書いてございますが、死因究明の趣旨を考えた時に、当然、時津風部屋の事件であるとか犯罪死体を見逃さないという事は大事ですが、同時に公衆衛生の観点から死因を究明するという事が、果たしてどういうことなのかということが示してあります。そこに書いてございますように、厚労省の研究班の考え方によれば、公衆衛生の観点から死因究明というのは、死因の情報、集団を対象として死因を究明する、そしてその傾向を迅速に把握して、さらには介入を個人にするのではなく、公衆衛生学的に集団に対して介入する。こういったのが公衆衛生の観点からの死因究明との点では重要なのではないかとされています。下にある絵が主な事業の内容ですが、これは今システム開発をしているのが①番です。解剖や死亡時画像診断の結果について、オールジャパンで登録出来るようなシステム開発に着手しているところです。例えば非常に希少な疾患や事故については、1例だけでは症例報告にしかありませんが、そういった物を日本全国レベルで集めて、そして地域ごとや性別、年齢で分析して、そして研究成果に繋げていくとこのことを想定しています。そして②が、全ての死を網羅的に把握分析するというものです。こちらの方は、今日急速に発達した地理情報システムの技術を使って、死亡診断書、死体検案書に書かれた住所地で、これはあくまで個人が特定出来ないような形にしますが、どの地域でどういう死因が多いか可視的に分析して、それを行政に使えるデータにしていくという事を目指しています。ただこうした公衆衛生の観点からの死因究明を推進していくため、2つの取り組みを行ってきました。

一つは、本年度から開始予定の「死体検案相談事業」です。警察協力医の先生方の多くは臨床医学を専門とした開業医の先生です。こういった先生方が適切に死因を判断するというのが必要になってきます。最後のスライドを見ていただきたいのですが、これは今年から始める死体検案相談事業という物で、平成30年度は日本医師会に窓口を設置することとなっています。これは、全国の警察協力医の先生が死因の判断に迷った時にオンラインで、リアルタイムで法医学を

専門とする先生に相談できる体制を構築します。こうした取り組みにより、正確な死因を警察協力医の先生が書けるようになりになり、死因統計が向上することが期待されます。

そしてもう一つが、別の冊子になっております厚生労働省からの通知の方でございます。これは昨年の12月5日に医政局長通知としてお出しした「医師による死因等確定変更報告の取扱いについて」という通知でございます。少し簡単に日本の死亡統計の作り方をご説明しますと、医師が交付する死亡診断書、死体検案書、ここに死因が書いてございますが、そこにご遺族が死亡届とともにそれを添付して市役所に出しています。そして、その市役所に出された死亡診断書、死体検案書と死亡届の情報は、人口動態調査票に転記されまして、都道府県を通じて厚生労働省に集計されて、そして死亡統計が作られます。しかし、解剖などの検査がなされる事例については、死亡診断書や死体検案書が交付された時点では死因不詳であることがよくございます。解剖数ヶ月後に例えば薬毒物検査の結果がわかって、死因が例えば覚せい剤中毒だったという事がわかったとしても、これをしっかり書き換えないことには正確な死亡統計が作られない。不詳のままの死因統計になってしまうという事になります。従来は新たに死因が判明した時は、死亡届を出された市役所に変更手続きをするという運用があったのですが、医師の立場からは、ご遺族がどこの市町村に書類を提出したかを知ることが事実上困難で、なかなか死因等の変更がなされてなかったという課題がありました。これを解決するために出したのがこの通知でございます。死因等が確定、変更された場合は、医師から、厚生労働省の本省の方に直接、統計部局に出していただいて、我々の方で人口動態調査票を全部書き換えて、最終確定をするという作業を行います。このように死亡統計をしっかり取ることによって、先程お示したマッピングなどおりにも、例えばある地域には脳出血が多くて救急搬送体制が十分に機能していないのではないかとか、ある地域では特殊な感染症が蔓延しているが果たしてどういう理由なのであるかとか、こういった事はいち早くディテクションして介入できるようになるわけです。こうした仕組みがあるからこそ、死因究明をしっかり行い、公衆衛生の向上につながるものであり、この点、皆様にご理解をいただきたいと思っております。私からの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す。国の動きというか、こういった方向で検討され、また継続してやっていこうという事でございますが、これに関して何かご意見あれば、はい、どうぞ竹中先生。

竹中委員：大阪府警察医会の竹中でございます。よろしく願いいたします。2、3質問させていただきますのですが、1つは法律に関する事で、ただいま説明ありましたように平成24年度の法律、これは2年の時限立法という事で現在失効していると聞

いております。今、現在、法律的なバックボーン無しにやっていると感じるんですが、次の法律の整備はどうなっているのか、成立の見込みはどうか、それが1点。第2点目は一番最後の検案医に関する事ですが、電話相談には私ども非常に期待しております、私ども警察医会に対してもいろんな質問、例えばこの事例は死亡診断書でいいのか、それとも死体検案書でいいのか、という質問が一般会員からも問われていました。こういう電話相談というものがいつから実行されるのか。またその対象が検案医等とか警察医だけなのか、それとも一般の医師も対象として電話相談にのっていただけるのか、これが2点目。もう1点お願いしたいのが、今後この死体検案医というのが大きな数になってくると思うのですが、これをどう位置づけておられるのか、例えば警察医と検案医は違うと思うのですが、警察医は、大阪府の府警本部長が委嘱をしまして、私どもはその委嘱に基づいて身分的には大阪府警の非常勤職員という立場をもらっております。従いまして、それなりの身分保障等があって、事故が起こった時にもそれなりの保障があります。ところがこの死体検案医というのは全く医師のボランティアとして捉えておられるのかどうか。身分保障の事ばかり申し上げて申し訳ありませんが、実際警察医が検案に出動中にパトカーの事故に遭いまして、大きな怪我をして入院したという事がありましたので、死体検案医の身分についてどう考えておられるのか、というその3点についてよろしくお願いします。

高杉会長：はい、どうぞ。

江崎補佐：はい、お答えいたします。ご質問ありがとうございます。まず、1点目でございますが、ご指摘のように平成24年に出来た死因究明推進法は失効しています。今、死因究明推進基本法という恒久法を議員立法で成立させることに向け、関係議員の先生方が尽力されている承知しております。新たな法律では、公衆衛生の観点からの死因究明、これが非常に重視されていると聞いておまして、厚生労働省といたしましても、そういった法律が成立するという事を前提にして、先ほどご紹介したように、新しい施策を着々と始めています。新たな法律が成立したあかつきには、第二次死因究明推進計画を策定することになるかと思いますが、そうしたことも視野に、いろいろなことが円滑に進むよう準備をしています。それから2点目の相談事業でございますが、これは年度内に始める事が決定しております。したがって今、2月ですが、3月中には始めるという事を意味しております。日本医師会に委託して準備を進めていますが、タブレット端末を貸し出したり、後は電話端末を組み合わせて使ったりという事を想定しています。まだ、開始していないところですが、できるだけ速やかに開始したいと考えております。また、その対象がどうなるのかという事でございますが、我々は当初2つの可能性を考えておりました。1つはすべからくの医師から異常死体の届出をすべきかとかも含め相談を出来るような窓口にするのか、それとも警察で検視

に立ち会っているシチュエーションのみから問い合わせを受けるのかとい点です。将来的には前者も含めてというお話もあろうかと思いますが、まずスタートの段階では警察協力医の先生に限定するという方向性で考えています。それから3点目の検案医の身分保障に件でございますが、我々は死体検案に協力していただける先生方への身分保障が必ずしも十分でない中で協力していて、非常に不安だという話しは承っています。これは、非常に重要な問題だと考えております。今、今村聡先生の研究班の中で身分保障の事も併せ、死体検案の料金などについても、全国的なデータを収集しているところです。検案料金のこともあわせ、その中で、身分保障という物を考えていこうかと思っております。我が国の法律では、医師であれば誰でも検案ができます。これは、例えばですが、救急センターに搬送されて来て、殺人であるとか亡くなる様なケースがありますが、こうした場合は、救急医の先生が検案することがあります。したがって、一定の基準を満たした警察協力医でないと検案できないと検案できませんという仕組みをつくと、非常に硬直化してしまうというふうに思っておりますので、医師誰もが検案できるようにしておく必要があると思っております。いずれにせよ、警察の検視立ち会いで呼ばれて検案するケースではどのような料金で、しかも身分保障としてはどういう事が必要なのかという事については、別途研究班の中でしっかりと議論をして、一定の成果をお示しいただけるのではないかと思っております。以上です。

竹中委員：ありがとうございます。よろしくお願ひいたします。法律に関していつ頃成立するという見込み的なものは立っているのでしょうか。

江崎補佐：はい、最速で本通常国会に提出されるという可能性はあると聞いておりますが、流動的なこともございまして、現時点で、私から正確なことは申し上げることができないところです。

竹中委員：ありがとうございます。

高杉会長：はい、他に何か。この国の動きに対しての何かご質問ございますか。はい、どうぞ。

藤見委員：大阪急性期総合医療センター救急の藤見と申します。今ご説明いただいた異常死死因究明支援事業等に関する、GISのところですが、この基本的に今回のデータを公衆衛生の観点から死因究明しようとおっしゃられているのは、いわゆる異常死だけなのか、あるいはこの②のところでは全ての死を網羅的にと書いてあるので、そうではなくて全死、全部、いわゆる異常死で無くて普通の病院で亡くなられた方も、こうしようと思われているのかどちらなのでしょう。

江崎補佐：ありがとうございます。異状死死因究明支援事業が、対象としているご遺体は、主に警察取扱死体をイメージしていただくのがよいと思っております。こうした死体のうち、補助対象となったものついて、これまで分析をしてきました。しかし、



それはあくまでも抽出データとなるわけでした、日本全体の死因の構成と比べどうなのかということもあわせて考察できればなお望ましいということで、130万全ての死の分析も併せて行うこととしました。

高杉会長：今おっしゃられた部分に関連するのですが今までの異状死の死体検案、あるいは異状死の部分と、今は例えば病死だとか、病院でお亡くなりになった方の統計、保健所が中心になって集めて、その部分を国の厚労省で、全国の部分でどういう疾病がどうなっているのかを、将来的には全部の死亡という部分をきちっと統計の取り方をやっていこうという事をおっしゃったわけですか。

江崎補佐：少々説明が不足していたかもしれないので補足致します。異状死死因究明支援事業検証事業で、全ての死を分析する際は、統計法第32条に基づいて、その死因統計を作る時の統計情報を二次的に利用する枠組みでデータを収集しています。指摘のように、現在の国の死亡統計は、死因の第一位は悪性新生物ですとかそういった形で荒くお示ししておりますが、それですと公衆衛生的に使う時に、より精緻なデータがあった方が良いという観点もあるかと思えます。そういった時に、例えば何丁目レベルで解析できると、熱中症であれば非常にうつ熱しやすい地形が関係しているのではないかといったこともわかるのであり、一歩進んだ分析も可能かもしれません。こうした観点から、実験的、試行的に取り組んでいきたいというのが、われわれの考えです。

高杉会長：少しまだ落ちづらい部分があるのですが。というのは、ここで言われているのが異状死を中心にやっていこうという部分が、今後全ての疾患を含めて今後、伸ばしていこうという方向で、まずはここから出発しようと思っておられるのかどうかというその部分が聞きたかったんです。そうしないと、異状死よりも圧倒的に病死とかが多いわけですから。確かにおっしゃられた熱射病だとか、その地域性がどうのこうのという部分で言えば、異常死よりもむしろ大多数を占める死亡の統計がきちりとしたものであれば、その分析の方がより絶対を把握するにはあるのでは無かろうかというふうな気持ちがあるものですから。今後これが全般の死亡統計を含めた形での分析にもっていかれるのかどうかというのを。これは前の委員のおっしゃった部分と重なる部分を聞きたかったという事です。

江崎補佐：ありがとうございます。これはまだ、将来どうしていくのかというところは決まっていないので、なかなか申し上げる事は難しいですが、おそらく公衆衛生の観点からといった場合、通常の病死を分析することも非常に大事になると思ってきております。病死と外因死のどちらが大切かということに帰結するのかなと思いますが、私はいずれも重要なデータだと思います。ただ、異状死体のなかには、非常に外因死のものもたくさん含まれていて、そのなかには「防ぎうる死亡」が特に多く含まれているはずですので、介入の仕方も事故を未然に防いだり、

自殺対策をしたりとか薬物対策をしたりというような、少し程度の違った対策がありうるのではないのでしょうか。こうした視点ももちつつも、病死と外因死はいずれも重要だと思っていますので、両方をしっかり分析していくこととなると思います。

高杉会長：はい、ありがとうございます。どちらが大切とかではなくて、我々、死亡統計というのがきちっとした形で分析され、将来活用されるような形でありたいと思うので、お話をさせていただいたものでございます。他に何かございますか。はい、どうぞ。

藤見委員：最後に12月5日に厚労省から出された取扱いに関してですが、実際、我々の病院とかで未だかつて死亡診断書を書いた後に死因が違う事が具体的にあったかどうか明確な記憶もない事と、それと仮に病理解剖でいくつもの死因が最終的に出てきた時にも、こういうを使うという事がこの1月から行われているという事でしょうか。

江崎補佐：はい、ありがとうございます。これは法理解剖を主眼としております。どうしてかという病理解剖の場合は通常死因がわかっていて、そして例えば癌であればそれがどの程度進行していたのか、またいかなる病理組織型であったとか、こういった病態を明らかにするのが病理解剖の主な役割です。一方で、法医解剖の場合、行政解剖も含めてですが、死因が外因死なのか内因死なのかわからないとかこういったケースが多く含まれます。このため、死因等を変更や確定する必要があるのは法理解剖になると思います。

藤見委員：すると臨床的に、細かい話を質問して申し訳ないですが、肝不全で亡くなった方を解剖したら肝不全としかわからない、だけど最終的に一週間経ったらそこからアスペルギルスが出てきたという事になった場合に、真菌の肝不全に言い換えなければならないという事ですか。

江崎補佐：ご指摘のとおりです。新たにわかった場合、それは死因等変更になります。最初、肝不全と書いたものの、後日病理解剖でアスペルギルスが背景にあることがわかった。となると、死亡診断書の最下欄は、アスペルギルス症、そして直接死因が肝不全と変更されるわけです。こうした変更を行うと、おそらく原死因がアスペルギルスなるわけですから、変更報告をしていただかないと、その事実が死亡統計に反映されないということになります。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他に、どうぞ。宮川委員。

宮川委員：大阪医師会の宮川でございます。今のお話なんです、先程の例の全例の死亡に関して今後統計上しっかりと調べていくと。大いなる公衆衛生上のチャレンジだと思いますが、やはりなかなか死亡診断は難しいというところがあって、実際我々が診断書を書くときに本当に悩む事があります。ご承知のとおり例えば心不全と書くと、もっと詳しく書かねばならないという教育を我々受けてきて

いるわけですが、実際どこまで亡くなられたのが心不全であろうが、それが心臓の筋肉がまいってきてそうなったのかなど、非常に難しいです。その事からいって正しい死亡診断書っていうのは、本当におそらくパーフェクトを望みながらもなかなかそこに辿り着けていない現状があります。解剖の統計、数字というのは非常に力を持つし魔力を持ちますので、それが誤った方向へ行かないようにという思いがあります。逆に言えば公衆衛生上しっかりとその点は、専門の方々に入っただけから大丈夫だろうと思いますが、その点十分勘案していただいて、検案していただきたいというお願いと、おそらくこれっていうふうに本当に絞っていかないと。次の話になりますが、変更というのはなかなか出来ないだろうと思いますので、我々開業医レベルではなかなかその死因診断に辿り着けないと思いますので、そのへんもご配慮して進めていただきたいと思います。これは要望と意見でございます。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他に何かございますか。無いようでしたら次に進めさせていただきたいと思います。それでは事務局の方から今年度の取組みを含めて来年度部分の説明について、よろしくお願ひしたいと思います。

事務局：失礼します。事務局の石田でございます。よろしくお願ひいたします。それでは死因調査体制整備の取り組みについてご説明させていただきます。資料1をご覧ください。死因調査体制整備に関しまして、取組み項目、内容別に一覧にさせていただきます。2018年度の実施状況等にあつては、予定も含めまして実施した主なこと、また全体としてどうだったのか、そして今後に向けて見えてきた課題を示しています。また次年度の実施案では今年度の状況を踏まえまして、次年度取り組む内容につきましてスケジュール感と併せて示しております。それでは、項目別にご説明させていただきます。まず、死因診断体制の整備に関してですが、1つ目の救急医向け研修です。今年度研修ワーキングを実施しまして実施内容を決定し、また、府医師会へ委託しまして、9月と2月の2回実施を致しました。この研修は3年間で府内の全救急告示医療機関を対象に実施する計画としておりますので、次年度も同様に実施しまして救急医による死亡診断書の作成率の向上に繋げていきたいと考えております。次に、2つ目の主治医向け研修ですが、これは府医師会が主催で在宅医療における看取り研修として全体研修のほか、府内をブロック別に合計5回実施を頂きました。在宅の看取りを広げる機運の醸成、また主治医による死亡診断書の作成の向上には継続した取組みが必要と考えておりますので、次年度も同様に府医師会で実施をしていただきたきだいと、こう予定にさせていただきます。この救急医向け、主治医向けいずれの研修におきまして、プログラムの内容とか実施効果、また前回、協議会でご意見をいただきました参加できなかった方への周知の仕方、こういった事を今後研修ワーキングにおきまして検討していきたいと考えております。次に、3つ目の検案サポート医

体制の検討ですが、警察医会等へのヒアリングを行いまして、検案サポート事業として、希望の方に監察医が行う検案に同行して、技術習得をしていただく機会の提供を、この2月から実施する事としました。次年度はこのサポート事業とともに後ほど説明させていただきます。モデル事業での取り組みと合わせまして、検案レベルの向上につなげていきたいというふうに思っております。次に人材の育成・確保ですが、現在大阪大学において死因究明コースを設置し、人材養成に取り組んでおられますが、法医や検案医の不足は全国的な課題でもありますので、今年度から国に要望をしたところがございます。また、現時点では取り組みの詳細わからない事もありますが、次年度も要望する必要があるものと考えています。また、検案医の確保について、関係者へのヒアリングから大学や地域の医療機関、それぞれの実情に応じた対応を考えていく必要があるということで、後ほど説明いたしますモデル事業の中で取り組んでいきたいと思っております。一番下の地域におけるセーフティネットでございますが。前回協議会におきまして孤独死に関する調査統計がほとんどないのではないかとご意見をいただきましたので、今回、監察医事務所の取り扱い症例に限ってで、独居高齢者の特徴をまとめました。内容については報告事項として後ほど説明したいと思っております。それでは2ページ目をご覧ください。適切な解剖体制の構築に関して1つ目の死亡時画像診断、CTの導入ですが、これは資料2を使って説明をさせていただきますので、資料2をご覧ください。前回の協議会では運用方法を調整中、中でも読影体制につきましては監察医へのアンケート調査を踏まえて決めていく旨を報告させていただいたところです。この事についてご説明させていただきます。まず、アンケートによりまして監察医の先生方に読影の経験、読影の体制、運用について意見をお聞きしたところです。その結果回答の8割を超える20名以上の先生方が、現在読影をしている又は経験があるという事でございます。また運用にあたっての主な意見として、読影の所見確認の体制、定期的な読影に関する研修が必要というご意見をいただきましたので、これを踏まえまして資料の真ん中、四角囲みの対象、撮影の範囲、それと実施体制として記載しております。具体的には、撮影は放射線技師が行いまして、読影は先程のアンケートを踏まえて監察医が行う。また、当日の状況によりますが、所見確認を別の監察医が行う事で運用を始めたいと思っております。また、一番下の次年度以降の取組みとして3点あげさせていただきます。1つは効果検証等の体制整備という事で、監察医事務所に仮称にしていますが、CT検証会議を設置しまして導入の効果を検証するとともに運用上の課題対応を行っていききたいと思っております。2点目として市外活用の検討ですが、次年度はCTの運用をモデル地域での活用を予定しておりますが、その運用状況とか導入効果を踏まえながら、その対象範囲についても検討していきたいと思っております。

3つ目として読影に関する研修ということで、監察医事務所において実施するという事と、先程国の方からもご説明がありましたように、国主催の研修を活用いたしまして、画像診断技術の向上を図っていきたいと思っております。次に、資料1の2ページ目をご覧ください。2つめのデータの利活用で、昨年6月から監察医事務所にタブレットを導入しまして、それと死亡診断書作成ソフトをインストールして、現在それをもって検案書の作成を試験的に実施しているところでございます。次年度はこれを本格的に運用することと、これで得た検案データ、新たに運用しますCTのデータ、その他既存の検査、また解剖データを加えまして、データベース化を行いまして必要な調査分析が実施出来るような体制を整備していきたいと考えてございます。続いて施設の連携強化に関してですが、1つ目の法医学教室との連携を検討という事ですが、大学へのヒアリングを実施しましたが、やはり、大学法医学教室での実情を踏まえた対応が必要という事で、次年度は後ほど説明しますモデル事業の中で取り組んでいきたいと考えております。2つ目の監察医事務所の設備等の対策です。解剖台が2台ございますが、この2台とも感染予防対策を施した物に更新しまして、また保存用冷蔵庫も更新したところです。次年度以降も計画的な老朽化の対応に努めていきたいと考えております。最後の関連する取組みに関して、1つ目の府民啓発ですが、在宅医療懇話会で府の取組みを説明するとか、また、電子広告媒体に掲載を行ったところですが、ただ、府民への直接的な発信が少なかったことが反省点でございまして、この為次年度は府政だよりへの掲載等、直接的な周知・啓発をやっていきたい。その時に例えば終末期の看取りや人生会議等、在宅医療と関連づける等して、ターゲットの方々にきちんと訴求出来るように内容を工夫していきたいと思っております。最後に手数料の見直しということで、協議会での意見を踏まえて調査検討を行うとともに、庁内の関係部局と調整を行ったところです。改定にあたりましては、次年度に実施しますCT、死亡時画像診断、それと検案記録のデータベース化等、こうした検案体制とか設備の充実強化に伴う経費負担の増。近傍の水準等、こういった事の総合的な判断のもと、現行の11,700円を本年4月から20,000円に改定する案として府議会に上程する事としております。続きまして、資料3をご覧ください。これは、府域の検案体制の取組み、モデル事業という事で、府域全体の検案体制の均てん化に向けまして、モデル的な取組みを通じて、今後に繋げていきたいと思っております。具体的な取組みとして3点、まず1点目ですが、監察医事務所に配備いたしますCTの大阪市外の活用で、現状の5大学法医学教室のCTの配備状況、調査法解剖の受け入れ地域の実情であったり、また監察医事務所の地理的な状況を踏まえて、北河内や中河内の一部地域をモデル地域としましてCTによる診断が必要なケースについて、監察医事務所での監察医事務所でのCTを活用するというものでござい

ます。また2点目の法医学教室との連携ですが、同じくモデル地域におきまして、関係の5大学や医療機関の専門医に検案協力医の協力を働きかけて、また大学や医療機関の病理の協力のもと、必要な検査・解剖の受け入れが出来ないかということを検討するもので、そのため、まず、関係者にヒアリングを行いまして課題の整理を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よる大阪市外の検案技術の向上への取組みという事ですが黒丸が2つございます。これは検案サポート事業という事と、先程ご紹介のありました国の死体検案相談事業ですが、これは府域全体を対象としているものでございます。事業の内容は先程説明のとおりですのでここでは割愛をさせていただきます。一番最後の情報等の共通化ですが、右の表をご覧くださいだと思います。現在の大阪市内、つまり監察医事務所の方では、日々警察の方から検案要請書によりまして事前に病歴や死亡時の状況等の情報提供を受けて、監察医が検案を行っているところです。一方、大阪市外では警察への情報提供は事案に応じて、また署によりまちまちなどところがあると聞いておりますので、これを例えば書式を統一する等して、情報の共通化あるいは事前提供について、検討していくもので、こうしたモデル事業の取組みに関しては、警察医会をはじめ大学法医学教室、医療機関等多くの協力を得ながら取り組むとともに、府警とも連携して対応していきたいと考えております。以上が議題の説明となりますが、続けて報告事項2の監察医事務所の取り扱い事例における独居高齢者の特徴についてご説明させていただきますので、資料の5をご覧ください。先程、地域におけるセーフティネットの項目で触れましたが、前回協議会におきまして孤独死に関する調査統計が無いとのご意見がございましたので、監察医事務所の取り扱い症例について、そのうち、独居高齢者の現状分析を行いまして、その特徴をまとめたものでございます。データですが2016年の1年間、65歳以上の合計3,162症例を調査したものでございます。ここでは特徴として、居住状況ではどうか、また居住別に死因、あるいは発見までの時間、その発見者、それと内科受診歴を特徴として得たところです。まず、居住別ですが、グラフのとおり独居の方が1,735名、55パーセントと最も多かったという事でございます。大阪市内の独居率が41パーセント、平成28年の国勢調査の比率と比べてみても、高かったという状況でございました。それと2つ目の死因別に見ますと独居・同居に限らず、病死、いわゆる内因死の方がそれぞれで80パーセントを越えているという事で、ほぼ同様でございました。ここから見えるのは、独居だからといって転倒なり溺水といった外因死の割合が高いわけではないという事がわかったわけでございます。また、死体発見までの時間、それと発見者の状況ですが、独居の場合には発見者は家族ではなくて、友人知人が多かったという状況でございます。特に発見までの時間ですが同居及び施設は死後死後1時間以内までの発見が過半数を占めておりま

して、独居の場合は2日を越えるというものが最も多かったというところです。それと最後に内科受診歴の有無、これは独居の方は医療機関に受診されていない方が多いのではないかという推測がありましたが、調べたところ、結果としては独居、同居問わず割合が高いという事がわかったところです。今後、こうしたデータを高齢者支援に取り組む機関に提供するとか府民啓発の内容に盛り込む等して、孤独死の方が少しでも無くなるよう参考になるよう発信をしていきたいと考えております。議題に関する説明と報告は以上でございます。後、本日は所用で欠席されてます山口委員から次のコメントをいただいておりますので、ご報告させていただきます。「今回、単身者の特徴をまとめていただき感謝している。このような分析は貴重なデータを取り扱っている監察医事務所でないとならないことであり、これからもデータのとりまとめや結果の公表を検討して欲しい。」とのことです。以上でございます。

高杉会長：はい、ありがとうございます。それでは今の報告を含めて議論を進めたいと思います。たくさんありましたけど、項目別に1つ1つお伺いしたいと思います。まず、資料1の部分ですが、救急医向け、あるいは主治医向けの研修についての報告があったわけですが、これに関してまだこれからという部分もあるので、100パーセントどうか言いませんが、まず感想なり、どういう皆様方からのご意見が出てきたかと。わかっている範囲内で教えていただけたらありがたいと思います。宮川委員。

宮川委員：大阪医師会の宮川でございます。先程ご説明ございましたように大阪府医師会で、実施しているものでございます。まず救急医の先生方に向けての研修という事でございますが、すでに9月13日に1回開催させていただきました。ご承知のとおり救急の先生方は大変お忙しいので、なかなか多くの先生方に一同に100人、200人集まっていたなく、これは現実的には相当難しいお話でございますが、幸い大阪府医師会が実施する9月の救急の日が催しがございまして、それが9月13日にあるとわかっておりましたので、何とかその日を上手く利用するという事で、研修会をさせていただきました。本日ご出席の藤見先生にもご協力いただいて講師としてお話させていただきました。その際30名程の救急の先生方に集まって頂きまして、その方々からの様々なアンケート調査でご意見を頂いております。前回にもお話させていただきましたが、研修と同時に来ていただいた方々にアンケートを実施いたしまして、どういう事を考えておられるか、どういう点が問題点であるかのご意見をいただくというのは、この1年間我々が進めております大事な柱でございます。研修内容につきましては実際、藤見先生に救急病院等で対応されている内容等々についてお話いただいて、その中で大変努力いただいているお話、それから監察医事務所との連携等々のお話をいただきました。これは大変好評を受けた内容かと思っております。我々アンケートをその

後実施したところ、少しお話をさせていただきます。今回、独居というテーマの切り口で、その中で死亡診断書、死体検案書を、その中で救急医がどのような位置づけでという事で、今度どうしていけば良いかとか、どのような問題点を持っておられますかという事に関しましてお尋ねいたしました。先ほどからのお話でございますように、やはり最終的に救急医の先生方が普通に死亡診断書を書く際に、やはり受診歴というのが非常に大切である。出来れば詳しい病歴が欲しいがそれが無くても一定の受診歴なり、あるいは薬の内容等々がわかれば、それなりの方向性を考えられるので、その情報が欲しいという事がございました。また、警察の方々の協力も有り難いというお話もございました。それから実際困られる例として、犯罪が関わっているかどうかの判断が極めて難しい、救急搬送されてきた人間というのはというお話がございましたし、それから基本的に裁判係争ということを考えると、どのような状況で来られて時間的なもの、あるいは医師法20条との絡みがどうしても頭にかかるというお話もいただきました。今後、このような形で多くのかかりつけ医にも協力を求めるということであれば、やはりかかりつけ医への研修会の実施は必要であるし、かかりつけ医のみならず、他職種の方々の協力が無ければ出来ない。さらに住民の方々にも終末期に対してどのように考えていくかきちっと考えていただかないことには、なかなか前に進むことは難しいというご意見等々をいただきました。特に終末期に関しては救急医の先生方に今後どのような研修会を望みますかとお尋ねに対しましては、ACPの話が結構出てきています。ACPという言葉が出て参りますし、それから終末期医療という言葉も出て参ります。具体的には95歳以上の方が終末期を迎えるという事を想定した時に、果たしてこの方々に対してどのように対応するのかという事は、これはご家族含めて一定の方向性を示していただかないことには、我々救急医としては大変であるという事を訴えておられる先生もおられました。そのような状況でございますし、ここでもまたさらに法律のこと、もっと基本的に診断書の書き方1つにとっても相当難しい問題があると。やはりこれは改めてしっかりと研修をしていかない事にはなかなか前に進めないというご意見もいただいております。これが第1回目のおおよそのところかと思えます。それから第2回目が当月20日の日に予定しております。我々としては少しでも救急医の先生方に集まっていただかなければなりませんので、本年度、設えとしては救急の特に3次救急の機関病院の先生方に集まっていただける会がございますので、これもその会を利用させていただきまして、約20名の機関の先生方に来て頂きました。部長先生クラスでございます。まず救急病院として部長クラスの先生方、いわゆる救急のシステムの要となっている方にしっかりと現状を認識していただいて、このような状況でどうしていただくかという事をご理解いただくという事が大事かと考えておりますので、その先生



方にお集まりいただいて、藤見先生にもお話していただく予定をしております。またその際、我々かかりつけ医として、それぞれブロックの救急の専門の担当理事がおります。これは地域での警察医の先生方、あるいは警察署、救急の関わりを持っておられるので、その先生方にお集まりいただきまして、同様の認識をもっていただけるという形の研修会の出題をしているところでございます。それから次に主治医向けの研修会ですが、8月23日、12月18日に開催いたしまして、また1月29日にも第3回目開催しております。150名を越える先生方に合計集まっていたところでございます。お話の内容はやはりかかりつけ医としての死亡診断書の書き方、その為のいわゆる法医的な病理的な知識のお話。それから法律のお話等々について、大阪大学の松本先生を中心にご講演いただいているところでございます。この際にも同じようにアンケート調査をさせていただきまして、やはり受ける側としてもすべて集約しているわけではございませんが、やはり死亡診断書の書き方の難しさ、それから法律的な話、それとやはり見ていなかったといいますか、20条で近々に見ている方は書けるけれども、一定の期間を離れている方を突然往診云々と言われてもなかなか難しいというお話、それからご家族の協力云々というお話もございました。これもすべて集約して最終的にまとめて次年度へどのような形で研修していくかという事で進めていきたいと考えております。ここに書いておりますように今回お話しいただきましてスタートしたのが8月の終わりからスタートという事で、年度かなり3分の1過ぎてからでございますので、ここで急ピッチでやらせていただいているような状況でございますが、それなりに最終的な一定の数の先生方、あるいは他職種の方々にも聞いていただけるかなという形で今進めているところでございます。以上です。

高杉会長：はい、ありがとうございます。限られた時間の中で大変精力的に実施・集約をしていただき、また、今後のお話をいただきました。ありがとうございます。何かこの点で先生方、はい、どうぞ。

峰松委員：峰松です。救急医向けが一回で50名、主治医向けが3回で150名ということですが、目標が救急医向けは3年間で250施設、それから主治医向けは年間500名という話なので、ちょっと少ないのかなと思います。これはやはり今年度は年度途中からだったということでしょうか。来年度以降はもう少しいけそうですか。物理的な困難も予想されますが、そこらへんの見込みはどうなんですか。

宮川委員：ありがとうございます。救急医向けの研修会、実は150名ほど来て頂いております。ドクターとかコメディカルな方々含めまして。ですからドクターも7,80名来ておられますので、実質こちらのブロックのところにも含めさせていただきたいなと思っております。それと、次の堺市が今のところ150名、それから

中河内で2月23日に50名、最終の3月も150名の先生方を予定しておりますので、これがもし全員上手くいくとすれば、最初のところの100を足せば450くらい、何とか8割くらいから9割くらいと思っております。それと上の救急の先生方、施設という書き方をしております。このような状況であるという形で初年度はご理解いただいて、具体的に次に多くの先生方にご集まっていたかどうかという事になるわけですが、冒頭に申しましたけれども、人数書いていないところは現実的には一堂に会するという事はまず不可能な話でしょうから、一定の数の先生方に全員にも研修会をしたら、どれほどの数をやらねばならないかという事もありますので、初年度はこういう形で基幹となるところを要のところを抑えさせていただいて、そこから多くのところへ情報を発信させていただいて、具体的な人、それぞれに対しては次年度しっかりと協議した上で進めさせていただきたいというふうに考えております。

高杉会長：はい、ありがとうございます。確かにドクターあるいは実際に仕事しながらの人達に研修をしていく事に関しては、大変困難な大がかりな事だと思っておりますが、今後ともよろしくお願ひしたいと思っております。それではどうですか、これに関して何か、特にはございませんか。はい、どうぞ、野田委員。

野田委員：府警本部の野田と言います。1点だけなんです。先程の救命の研修の中のアンケートの中で犯罪に関わっているかどうか判断しにくいと仰ってまさしくその通りです。ただ、第一先着が地域のお巡りさんがすぐに着いておれば良いのですが、結構、救命の方が第一先着であるという事が多いので、警察としてはそのときの状況とか、既に亡くなっているかわからないですが、ご遺体になっているかどうかかわからない。その状況だけ詳しく話をさせていただければ、それだけでこちらもすごい判断材料になると思っております。犯罪に関わっているかどうかまで判断してくださいということはまず言わないと思っておりますので、ありのままを言っていただくと。ただ、その後で時間を取らしてですね、後から聞き込みに入ったり、事情聴取という部分で時間を割いていただくこともあろうかと思っておりますが、そのへんのご協力をさせていただければ有り難いという事です。よろしくお願ひします。

高杉会長：はい、どうぞ。

宮川委員：ありがとうございます。私も監察医制度等々に関わらせていただいております。警察の方々のご協力なくして府民の安心安全は無いという事を再度認識させていただいたところでございます。先程アンケートのところのご意見であまり詳しく言えなかったのですが、警察の良心的な関与協力を要するという文言もございまして、その為に府医師会がしっかり頑張りなさいと書いておりますので、今仰っていただいたとおりにかと思っておりますので、そのへんも救急の先生方に広めていくという事が大事かなと思っております。それ以外にもうちのかかりつけ医

に対してでもですが、またご協力、一緒にやっていきたいなと思っております。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他に、はい、どうぞ、竹中委員。

竹中委員：現在までの感想という事なのですが、主治医向けの研修、並びに救急医向けの研修をやっていただきまして、救急医並びに一般会員の死因究明に関する関心は確かに変わってきているというふうに感じております。地区医師会におきましても、死亡診断書の問題、死体検案の問題に関して話題が出てきておりました。やっぱり成果が少しずつではあるが出てきているというふうに思っておりますし、ますます進めていきたいと思っております。それから警察医に関しましても先程の事業に関しまして、つい先日の2月2日に警察医の会合がございましたが、約3分の1の50名の警察医が出席したんですが、そこで大阪府の岡本主査から現在の大阪府の取組み、そして検案サポート医体制、こういう事を詳しくお話いただきました。そして2月から監察医についていって一緒に検案の指導が出来るというお話を聞いておりますので、今後もこれがどんどん進展するという事を期待しているという感想でございます。

高杉会長：はい、ありがとうございます。今年度から、こういった研修、特に死体検案の研修を組織的にやったというのは今年が初めてですよ。しかし、始めたにしては非常に幅広く、随分と頑張って、医師会中心にやっていただいている事は大変ありがたい事で、継続してどんどんやっていただければ、レベルがどんどん上がっていくと思います。警察と十分連携をとりながらやっていただければ、システムになっていくものと思います。それでは、次のCTの導入という部分、これはまだ実際は導入されていないわけですが、既に大学等でご協力をいただいているところ、あるいは救急病院でもあるかと思いますが、これに関して何かご意見あれば伺いたいと思っております。はい、どうぞ。

藤見委員：大阪急性期、藤見ですけれども。この資料2 CTの導入に関しまして、次年度以降は効果検証等の体制整備も始まります。検証会議については、次年度CTによる死因診断を始めた時から検証をスタートされたら良いと思います。

高杉会長：はい、これから計画しながらですが、1つは実際に監察医の撮ったのを含めて全体入ってきますが。考えてみると読影そのものに関して8割方の先生方が我々も十分やれるよと。より研修をやりながら正確な事が出来るだろうと。少なくとも、全くそれは出来ませんという先生がいるわけではないということで、かなり導入に関しては、将来が明るいというか、導入すれば早速動いていけるのではないかと思いました。

藤見委員：ぜひ我々臨床の方へフィードバックしてもらえると有り難いです。

高杉会長：はい、最後のところでも出て参りますが、情報の活用というかお互いに共有していくというのが無ければという事ですね。実際に死体検案を含めて、あるいはCTを監察医事務所でやられたデータがフィードバックされることは非常に大事

なことですね。よろしくお願ひしたいと思います。他に何かございませんか。無かったら次の府域の検案体制等の取組みのモデル事業について何かご意見あればお願ひしたいと思います。はい、どうぞ野田委員。

野田委員：府警本部の野田でございます。異状死の現場には警察官全て臨場しておりますが、年々やはり数があがっております。昨年でも 1 万 3 千を超えましてかなり臨場しているのですが、C T の導入は前のあり方委員会を含めて検討し、監察医の事務所の機能の向上という事を強く要望していたのが実って、本当に良かったなというふうに思っています。この犯罪死の見逃しの防止だけでなく、より一層正確な診断にも繋がっていくと思いますし、普段警察医の先生方は本当にご苦労していただいているのですが、そのご負担もだいぶ軽減されるのでは無いかと思います。警察医の先生だけでなく、ご遺族も C T の運用という事で解剖がちょっとでも少なくなれば、精神的な気持ちの部分もより和らげるのではないかと思います。今後より一層連携していきたいと思います。そして、警察の方も今年の 4 月から監察医事務所で連携を更に図るという事で、警察官を配置して、さらに連携していきたいと思っております。監察医の方々も今後ご協力をよろしくお願ひしたいと思います。

高杉会長：ありがとうございます。他何か竹中先生ご意見ありますか。

竹中委員：先程も申しましたように、非常にこれに対して期待を持っているところでございまして、今後これを進めていって、また検証していただきたいと感じます。

高杉会長：はい、ありがとうございます。是非導入が、しかもモデル事業としてきちっと出来れば。モデル事業がどんどん拡大していくことになろうかと思っておりますので、是非とも頑張ってくださいと思います。それでは、特に他はこれに関してございませんか。無いようでしたら、最後のところでデータの活用と府民啓発、その他の事項でございますが、この部分で何かご意見ありましたら。何か立石委員ございますか。

立石委員：府民啓発のところにおいてですが、先程データで、身寄りのある同居や施設の入居者のほうが発見は早く、また、逆に独居の方の異状死が 46 パーセントとありました。早期発見出来るというのは最も望ましいことであり、介護や福祉サービスの介入が大切で、さらには地域の人々との繋がり、コミュニティが重要だと思います。看護師や保健師、ボランティア活動等で、人が集まる場所で血圧を利用したり、健康体操したり、あるいは高齢者のサロンを募ったり、そんな活動を推進するのも今後促進していく必要があると思います。

あと、近年では A I や I C T の開発（モニターやカメラ等）が進んでいて、それらは素晴らしいところですが、これらを活用するという事自体に予備的な課題もあり、今後、在宅での死亡の早期発見を推進していく上ではこちらの整備も必要であると思っています。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他何かありますか。1つ事務局にお伺いしたいのですが、来年度に向けて料金改定をおやりになるということですが、国の情報を取ってある程度決めたというのはあるのでしょうか。また国の方針が出てきたらそれにまた料金改定が起こるのかどうか気になったので。

事務局：失礼します。料金改定の関係ですが、国の調査結果では、標準的な報酬額の状況として、1通につき2万から3万が全国的な標準の報酬額でございました。今回、改定にあたっての検討の中にこのことを加えているという事でございます。

高杉会長：ある程度情報を得て決めたということですね、はい、わかりました。ありがとうございます。他に何かご意見ございますか。はい、どうぞ、宮川委員。

宮川委員：府民啓発ですが、府民の方に情報提供をきちんと行い啓発していく作業が私は一番大事だと思うのですが、多くのものが計画どおりに進んでいると書きながら、府民啓発のところは企画中と。具体的には死因究明だけでなく先程書いてありましたが終末期の問題とか在宅医療との問題とか一緒にやらないとなかなか難しいと話をされましたが、とはいえ、やはり少しづつでも具体的な作業を始めないと、せっかくこういった積極的な取組みをされている。その事自体を府民の方にわかりやすくかみ砕いて提供するという作業は必要だと私は思うのですが。ここがと書いているのが非常に私としては不本意なんですけどどうでしょうか。

高杉会長：はい、どうぞ、何かありますか。

事務局：ありがとうございます。ご指摘のように取組みについて、今年度まだ2ヶ月ございますので、その中でどういうことを提供発信できるのかということを整理をしまして考えていきたいと思っております。

高杉会長：確かに異状死だけを取り上げてというのは非常に難しい部分があると思います。だから、今、委員が仰った部分も非常に大事なんですが、例えばそれ以外の部分でかかりつけをどうもっていくのかとか。いろんな部分の中で、実は現在独居でこういう形での死亡が多いので、ちゃんとかかりつけ医を持とうという部分もかみ合わせて情報提供をおやりになれば、比較的受け入れが、府民にとってわかりやすい。ただ、異状死が多いからとそれだけを取り上げてやると、なかなか皆さん府政だよりに載せても、ちょっとぎよつとするような気持ちになられても困るので、そこらへんを上手く広報やってもらったらいいかと僕自身は思いますが。はい、どうぞ。

立石委員：大阪府医師会がこの度実施していただいております、この主治医向け研修の中でも、今回、訪問看護師や介護向けにも広報を進めて下さっていたので、とても有り難いなと思っております。府民に伝えていく為には、介護関係、そして看護、関わる者がしっかりと把握するという事が、浸透への近道とですので、私達もこういう研修の機会を頂き学べたらと思っております。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他に全般的な、はい、どうぞ。

竹中委員：この資料の5を見ますと、独居率は55パーセントと非常に多いのですが、この中でほとんど内科を受診されているようで、86パーセントの方が内科受診歴があるわけです。したがって、一般医、かかりつけ医がこの方を診られて、何らかの障害を持ってこられてるわけですから、その方々に対して介護保険の申請をされたり、包括支援センターの方に連絡をして、こういった方の介護保険を出してくれとか、ケアマネージャーをつけてあげてくれとか、そういう働きをすればまずケアマネージャーでも連絡ができますし、そうするとデイケアも受けられる、ヘルパーさんが入る、訪問看護師さんが入る。そういう繋がりがどんどん出来ていってそれが孤独死とかの減少につながっていくのでは無いかと思えますので、やはりこういう点でもかかりつけ医の役目というのは大切な部分ではないかと思えます。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他に何かご意見。全般にわたって何かお気づきの事があれば。ご意見を伺いたいと思います。はい、どうぞ。

宮川委員：今の竹中委員のお話と関連しますが、私も内科の受診歴が86パーセントというかなり大きい数字にびっくりしました。やはり先程の救急の先生方は病歴がわかれば、詳細でなくても少しでもわかれば良いという事でございますので、そういう事からいけば、主治医の意見書という事で、介護に関わっている方は一定の病名が出ているわけで、ただし、どちらかと言えば介護中心になっております。ただ訪問看護師さんへの指示書においては、かなり詳しい疾患名と処方内容を出しておりますので。そういう物を上手く活用する。今後はそういう方向性でいって、患者のご自宅に一定の病名と詳細まではいかないが、ポイントをしっかりと押さえた物を残しておく。毎週毎週は無理ですが、少なくとも数ヶ月前の物であったとしてもかなり有効じゃないかと思えますので、このデータは今後様々に検討していく大切な資料になるのではないかと思います。

高杉会長：はい、そのとおりです。病歴等、何も知らないままで、突然、検案や死亡診断書を書くのは本当に大変な事だろうと思います。そういった情報が少しでも入るようなシステムにしていただければ、皆さん助かるのではないかと思います。はい、どうぞ。

竹中委員：もう一件、今の情報提供についてお尋ねしたいのですが。たいがいの病院は死亡原因の調査のためと言えれば協力していただけるんですが、病院によっては時として頑と応じてもらえない、つまり個人情報保護法を盾にして、警察から要請しても警察の協力は任意である。だから令状が無ければと言われるところがあるのですが、そのへんの優位性というか、個人情報が一番重要視されるのか警察捜査が、捜査で協力してくれと言われればしなければならぬのか。そのへんの優位性というのはどうなんでしょうか。

高杉会長：さあ、どなたがお答ええられるのか。はい、どうぞ。

峰松委員：診療情報の取り扱いには本当に難しいところがあります。個人情報保護法が出来て以来、それを盾に情報提供を拒否される方も少なくない。死因究明だけでなく、疾病研究の時も同じです。以前は簡単に集まった情報がそう簡単には集まらない。結局それを克服するには、いわゆる個人情報保護法のカウンターパートになるような法整備が出来ているかどうかで大違いです。国の方で死因究明の法律をもう一回作ろうという話が出ていますが、それが実現すれば、この問題はクリアになると期待しています。もちろん具体的にどうするかというのは法律が出来た後に議論されて決まると思います。いずれにせよ、こういった矛盾点を克服するのはやはり国のレベルできちんとルールを作っていただいて、それを根拠にやっていくというのが一番良いのではないかと思います。今は現場では本当に色々混乱しています。私も専門分野である脳卒中の患者さんの情報を集めています。なかなか上手くいっていないのが現状です。死因究明とか警察が関与するということも同じ状態だと思います。そういう意味でも、死因究明の法律がもう一度復活して、この議論がやりやすくなることを祈っています。

高杉会長：この問題、非常に大きなポケットみたいな、抜けた部分があるかと思っています。以前、話しは別ですが、癌登録そのものが議論にあがって、個人情報を提供できないという形で、法律を無理矢理、公衆衛生の方が色々言って、癌登録だけは別にしてもらったという事がありました。個人情報保護法から除いて登録できるように全国的にやってきたという経緯があって、個人情報の保護法律が出来て、何もかもが非常に、医学的な意味で研究をしようとストップしてしまった部分も無い事は無いです。この部分も含めて、少し個人情報とこういった公衆衛生的に個々の人達の個人名ではなくて、全く関係の無いところで、きちっと学問的におさえて、要するに受益者は逆に言えば住民になるわけですから、そこらあたりをきちっと説明しながら、克服していただくべく、府としても国にそういった状況があるという事で、やはり理解してもらおうべく努力をしていただきたいなと思います。はい、他に何かありますか。はい、どうぞ。

江崎補佐：厚生労働省の江崎でございます。先程、個人情報の話が出てきたので、誤解があってはいけないと思い少しだけ補足いたします。個人情報保護法で、個人情報は生存している人に関する情報ですので、基本的にこういった死者の情報をお渡しするという事の場合において、法律が障壁になるということは、一般的にはないと考えていただいて良いかなと思うのと、後は、一点刑法134条の秘密漏示罪にあたるのではないかとといった懸念もたまに聞くのですが、正当な理由があれば、医師は情報提供して差し支えないものです。ですから、たとえば死因等にかかる情報については、かかりつけ医の先生から、警察などを通じるなどして、救急医の先生へ情報を提供していただければと思います。この点は是非とも徹底していただきたいと思っており、そうすることによって、より精緻な死亡統計

もつくられることにもつながるわけです。

高杉会長：はい、ありがとうございます。

峰松委員：行政に質問すると必ず同じような答えが返ってきますが、現場はそういう判断しないところがあって、本当に困っているところがあるので、正しく対応出来るように国がやっていただければ良いと思います。厳密に言うとは確かに仰るとおりなのですが、現場がそう理解をしていないというところにこの矛盾があります。はっきり言って癌の場合は、法律できちっと「がん登録」を定めたので、誰も文句を言わなくなりました。正しい対応が出来るようにルールを作っていければ良いです。今回話している議論に戻ると、実は途中で診療情報がストップしてしまい、現場の状況だけで死因診断をつけている。それが正しくない場合、よくわからない場合も多いので、その結果として監察医に回ったり、警察医に回ったりしている。死亡された方の生前の受診歴、診療情報が、一定の条件を満たせばすぐに入手できることになれば、その後のプロセスも相当違ってくると思います。

高杉会長：浸透させるには、出来れば通達なり国の方からある程度やっても良いという、そういう何かが出れば末端までそれをもってきちっと指導していく事が出来ると思いますが、今の状況は、何かやってそれはちょっとおかしいのではないかと何となくわかったようなわからない。提供してくれる先生はしてくれるし、拒否する人はそんな形で仰ると。はい、どうぞ。

藤井部長：仰るように通達を出していただくというのはなかなか国の方もハードルが高いかと思いますが。今、内閣府の方が仰っていただいた考え方、例えば大阪府から問い合わせをして、こういう考え方であるという事をまとめて研修会でも使っていただくとか、警察医会の方にも提供させていただくとか少し方法を考えてみます。

高杉会長：はい、ありがとうございます。何せ行政が音頭をとってもらわないとなかなか難しい部分があります。そこらあたりをよろしくお願ひしたいと思います。他に何かご意見無いようでしたら、今年度の研修を含めて、残っている部分もありますので、しっかり取り組んでいただければ有り難いと思います。それでは次回の部分も含めて事務局説明お願ひできますか。

事務局：はい、どうもありがとうございました。次回は9月頃に本日ご承認いただいた実施案に関しまして進捗状況を報告したいと考えております。どうぞよろしくお願ひします。

高杉会長：はい、それでは今日の会議は終わらせていただきたいと思います。ありがとうございます。

司 会：高杉会長ありがとうございました。これで本日の協議会を終了させていただきます。皆様ありがとうございました。