

平成30年度第1回大阪府死因調査等協議会

日 時：平成30年9月18日（火）14：00～15：30

場 所：大阪府庁新別館北館1階 災害対策本部会議室

司 会：それでは、定刻になりましたので、只今から「平成30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、委員の皆様におかれましては、お忙しい中、ご出席をいただき、ありがとうございます。私は、本日の司会を務めさせていただきます保健医療企画課の谷口と申します。よろしくお願いいたします。なお、本日の協議会ですが、大阪府情報公開条例第33条によりまして、公開となっております。それでは協議会の開催に先立ちまして健康医療部長の藤井より一言ご挨拶を申し上げます。

藤井部長：健康医療部長の藤井でございます。本日は大変お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。この本協議会では昨年度、多死社会を控えて大阪府域の死因調査体制をどう整備するのかという事につきましてたいへん活発なご意見をいただきました。その中で大阪府がこれまで持っております監察医制度を活用しつつ、大阪市を含めた府域全体の死因調査体制を整えるということで、方向性をたくさんいただきました。大阪府の方ではそれに基づきまして、今年度の予算、並びに本庁を含めました推進体制を整備いたしまして、方向性に基づく事業を進めているところでございます。本日はその中で、それぞれの事業の進捗状況についてご報告をさせていただきます。改めて様々なご意見をいただきまして、今年度の事業進捗はもとより、来年度以降の進む方向につきましても色々ご意見いただきまして、来たるべき超高齢社会に向けて整えるべき基盤をきちんと整えていけるようにつとめて参りたいと考えております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

司 会：続きまして事務局からお手元の委員名簿に従いまして委員の皆様方をご紹介させていただきます。まず、本協議会会長の高杉委員でございます。

高杉会長：よろしくお願いいたします。

司 会：大畑委員でございます。

大畑委員：よろしくお願いいたします。

司 会：金田委員でございます。

金田委員：よろしくお願いいたします。

司 会：竹中委員でございます。

竹中委員：よろしくお願いいたします。

司 会：立石委員でございます。

立石委員：よろしくお願いいたします。

司 会：立石委員は今年度から委員にご就任いただいております。
野田委員でございます。

野田委員：よろしくお願いいたします。

司 会：野田委員は今年度から委員にご就任いただいております。

藤見委員でございます。

藤見委員：よろしくお願ひいたします。

司 会：峰松委員でございます。

峰松委員：よろしくお願ひいたします。

司 会：宮川委員におきましては、少し遅れて参ります。

先に山口委員でございます。

山口委員：よろしくお願ひいたします。

司 会：本日の出席状況でございますが、1名遅れて参りますが、委員10人全員のご出席を予定しておりまして、定足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四条第2項の規定によりまして、本協議会は有効に成立してあ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。まず、資料の一番最初にあります平成30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、あと資料になりますが、資料1の「大阪府死因調査体制の取組み状況（概要）」です。資料2の取組事項が載っている個票という形で7ページぐらいある資料になります。それから参考資料としまして参考資料1で大阪府死因調査等協議会規則。資料2につきましては3種類ございまして資料2の1、2、3と3種類が第3回の大阪府死因調査等協議会の関係資料となっております。それから資料3につきましては大阪府の死亡診断書をもとにしたCPA患者の死亡診断書作成の取組という資料となっております。不足等はございませんでしょうか。無いようでしたらそれでは議事の方に移らせていただきます。これからの進行につきましては高杉会長にお願いしたいと思います。なお、金田委員のご事情によりまして15時頃にご退出予定とお聞きしておりますので、先にご報告させていただきます。それでは高杉会長よろしくお願ひいたします。

高杉会長：はい、それでは会議を進めさせていきたいと思ひます。委員の皆様方大変お忙し中にご出席をいただきました。特にこの間の台風では被害を被られた方もいらっしゃると思ひますが、こうして出席をいただき、ありがとうございます。今日は、先程藤井部長からのご案内のように、今年度の中間的な進捗状況を皆さん方にご披露を申し上げ、ご意見を聞きながら、来年度特にこういうところにも力を入れて欲しい、というところがございましたら、ご意見伺いたいという事でございますので、よろしくお願ひします。

前回、2月に開いた時、各委員の皆さん方から積極的に自身の関与する団体、組織を挙げて取組むということで始まっております。そういう意味では、各委員の皆さん方、本当にお力添えをいただいて、今日の中間的なまとめにも入っていったという事でございますので、よろしくお願ひします。

それでは、まず第一番最初、資料1の整備取組状況、これについて説明をお願い

します。

事務局： 失礼します。事務局の石田でございます。よろしくお願いたします。座って失礼いたします。資料1をご覧ください。これは、協議会で示されました基本的な方向性、具体的な取組起案を踏まえました取組につきまして、柱別の項目別で進捗状況や今後の予定等を一覧にしております。進捗の整理ですが、着手したかどうかと着手した中でも実施しているものと調整・検討しているものに分類しております。それと取組項目欄に、星印を6項目程付けておりますが、この項目は後ほど資料2として、詳しく内容を説明させていただいておりますので、よろしくお願いたします。

それでは項目別に、ご説明させていただきます。まずは、一つ目の柱の死因診断体制の整備の①救急医向け研修ですが、進捗といたしまして、着手済の実施中でございます。5月に研修ワーキングを開催いたしまして実施内容を決定いたしました。今年度は2回実施する事としまして先週の9月13日に1回目を実施したところでございます。

次に②の主治医向け研修ですが、これも着手済みの実施中でございます。同じく5月に研修ワーキングを開催いたしまして実施内容を決定いたしました。今年度は4回実施することとしまして、8月23日に第1回目を実施いたしました。救急医の研修と合わせて、後ほど詳細を説明させていただきます。

次に③の検案サポート医体制の検討です。これは大阪市外の検案レベルの向上等に向けまして死因の確定に悩む警察医等をサポートする仕組み作り、ということで、当初府内5大学の法医学教室の先生方に警察医の先生方から検案で困った際、電話相談や検案に同行いただきましてアドバイスをいただく、そういう仕組みを想定していたものでございます。4月に、府内5大学にヒアリングをいたしましたところ、各大学の法医学教室の体制ですが、いずれも数名程度ということで、少ない大学では1名というところもございました。皆さん、協力はしたいけれどもどうしても人的なこと、また時間的な負担が伴うため現状では難しい、という意見でございました。このため、この代替案を検討しておりまして、内容につきましては後ほど説明させていただきたいと思っております。

次に④の人材の育成・確保でございます。検案医の不足への対応というのは全国的な問題でもございまして、府として7月に検案医の養成・確保について国に要望したところでございます。府内5大学の状況ですが、先程も申し上げましたとおり、体制的な事情等もありまして、なかなかすぐには難しいというところもございますが、今後、引き続きまして、医療機関等も含めて、ヒアリングをしまして人材育成の方策であったり、検案医を経験する仕組み等を検討していきたいと考えてございます。

次に⑤の地域におけるセーフティネットですが、異状死を少なくしていくた

めには単身高齢者等の見守りや死亡時の早期発見が重要でございます。このために死亡から発見までの時間が短くなるように、地域による見守りやウェアラブルセンサー等の活用を検討することとなっておりますが、進捗といたしまして、着手予定で、今後、年度後半からこれを着手したいと考えております。具体的には、在宅医療で単身高齢者と直接接しておられます訪問看護ステーション協会等、あるいはウェアラブルセンサーの機器を扱っている機関と意見交換を行いながら具体策を検討していきたいと考えてございます。

次に2つめの柱の適切な解剖体制の構築ですが、①としまして死亡時画像診断、CTの導入、それと2つめのデータの利活用ですが、これはいずれも、着手済み、調整中でございます。次年度、平成31年度当初からの運用に向けまして必要な契約を完了しておりまして、現在は実施方向の内容等について調整を行っているところでございます。これも後ほど詳細を説明したいというところでございます。

次に3つめの柱の施設の連携・強化としてですが、①の法医学教室等との連携を検討ですが、死亡者数の増加に対応していくためには、監察医事務所の他、大学法医学教室等と連携した、解剖体制の構築を目指すという事でございます。着手済みで調整中としておりますが、これも4月に府内の5大学の方にヒアリングをさせていただきました。結論といたしまして、どの大学も司法解剖であったり、身元調査法解剖であったり、死因究明としての要請に応じていっておられますが、どうしても今以上の負担を伴う連携については、繰り返しになりますが、人的な体制面とか設備面等、こういったところの課題もございまして、すぐには難しい状況でございました。従って事務局としましては、引き続き大学、医療機関にヒアリングなりをさせていただきまして連携方策を検討していけたらと考えてございます。

次に②の監察医事務所の設備等の対策ですが、これは着手済みの実施中でございます。具体的には、監察医事務所の設備機器等の老朽化、それと感染症等の予防対策としまして、解剖台、保存用の冷蔵庫の機器更新を行っているところでございます。8月に契約をいたしまして、この10月に納品をされる状況でございます。

最後に、関連する取組みといたしまして、一つめに府民啓発ですが、これもまた別シートで詳しく説明させていただきます。これは着手済の実施中ということでございます。

それと最後に、手数料の見直しでございます。今般の、監察医事務所におけますCTの導入、あるいは機器更新等、監察医事務所におけます死因調査の機能強化・充実、加えてこれを安定的に運用していくということで、今後、かかる経費を精査しまして、平成31年度当初からの手数料の改定に向けまして現在関係

機関と調整をしているところでございます。以上が概要の説明になります。続きまして資料2により、個別の取組の実施状況について説明をさせていただきます。

事務局の岡本と言います。資料の説明させていただきます。着座にて失礼します。まず資料2の1ページ目、これは救急医向けの研修になります。救急医向けの研修の【目的】としましては心肺停止で救急搬送され、死亡した症例に一番接する機会の多い救急医の先生に対して死亡診断書、死体検案書の作成の研修を行う事で作成率を上げ、それによって異状死として扱われる遺体を減らすことを目標としております。【目標】は大きく2つで、1つ目が研修参加者の診断書の作成率の向上とし、2つ目に医療機関経由の異状死数を減少させることを考えています。対象として、大阪府内救急告示医療機関が約250施設ありますので、各施設2名、計500名を3年間で研修を行うという形です。今年度につきましては第1回が先週9月13日に開き、129名の方に参加していただいております。そして第2回を来年の2月に行う予定です。

次の項目は主治医向けの研修になります。内閣府の調査によりますと自宅で最期を迎えたいという方が約半数以上おられるのに対して、大阪府の調査で自宅死は約15%しかいないという結果から、自宅死の割合を上げるために主治医の先生に対して研修を行う事で診断書の作成率を向上させることを目的としています。【目標】として一つ目が1年あたり500名に参加してもらうこと、二つ目が研修参加者の死亡診断書の作成率を向上させることです。今年度の取組としてまず8月23日、大阪府全体を対象にして参加人数を124名でした。そしてその後来年の2月までに各ブロックに分けて3回、参加人数を500名という形でさせてもらいたいと思っております。続きまして資料の3ページ目以降の説明をさせていただきます。事務局の山崎と申します。着席して説明いたします。

3ページ目をご覧ください。検案サポート医体制の検討について説明いたします。【目的】は、大阪市外で検案を行う警察医の検案レベルの向上及び負担を軽減することで、【目標】は検案サポートを活用された警察医の先生方の、検案レベルの向上と負担の軽減です。今年度の取組み内容といたしましては、警察医の先生方に希望を募り、監察医が日々行っている大阪市内の検案に同行いただく仕組みを現在検討しております。様々なケースの事案につきまして監察医がどのように死因を特定しているのか、検案同行を通じて、検案レベルの向上につなげ、大阪市外の検案業務に活かしていただきたいと考えております。事業の開始時期につきましては、調整ができ次第、今年度内にもスタートしたいと考えております。なお、参考ですが、厚生労働省におかれましても、今年度検案医を対象としました相談事業を実施予定と聞いております。事業内容ですが、警察医の先

生方が死因の判断に悩んだ際に、法医学の専門医に相談できるよう窓口を設置して、サポートする体制を構築することです。年度内には事業を開始する予定という事で、実施内容や実施時期が決まり次第、関係者の皆様に情報提供いたします。以上が検案サポート医体制の検討となります。

続きまして、4ページ目をご覧ください。死亡時画像診断の導入について説明いたします。【目的】ですが、増加する解剖への対応や遺族感情に配慮した死因診断手法の一つとして、死亡時画像診断・CTの導入を行います。大阪市内と大阪市外で対応が異なる検案体制の均てん化を目指しまして、CT導入による大阪市内の解剖件数を抑制させた上で市外の死因調査にも活用するとともに、災害時にも活用する予定としております。【目標】ですが、検案・CT・解剖により得られた情報を死因診断に活用して、解剖数の抑制につなげることを目標としております。続きまして今年度の取組み内容について説明いたします。来年度からの、CT・死亡時画像診断のスタートに向けまして、今年度、CTを搭載した車両を監察医事務所に配置いたします。CT搭載車両の仕様につきましては、次のページをご覧ください。上の図面が、現時点のCT搭載車両の図面になります。全長約11mの25tトラックにCTの診断装置を設置いたします。CTの診断装置は、日立製の64列検出器で、車体の中央部分に設置予定としております。下がCT車両の駐車整備地の図面になります。監察医事務所の敷地内にCT搭載車両を配置する予定で、駐車場予定地のほうも年度内に整備工事を実施する予定です。

4ページ目に戻っていただけますでしょうか。ページ中ほど(2)のスケジュールについて説明いたします。CT車は、5月に製作会社と契約しており、現在、設計内容を調整中で、3月に納車予定です。また駐車場整備工事ですが、現在、駐車場予定地の調査・設計を行っており、12月より整備工事に入る予定です。以上が、CT車両の導入概要になります。続きまして、運用案につきまして説明いたします。左側が現行の大阪市内における、異状死体の検視・実況見分から死因特定までの流れになります。まず大阪市内で異状死があった場合、警察が検視・実況見分を行い、犯罪性が無いと判断した場合、監察医が検案を実施し、ご遺体の死因の特定を行っております。なお、検案では、死因を特定できない場合は、監察医事務所においてご遺体の解剖を行い、死因の特定を行っております。31年度からのCT導入による大阪市内の運用案といたしましては、検案では死因が特定できない場合、直ちに解剖を行うのではなくて、右側の図の中のCT、死亡時画像診断を実施しまして、死因を特定することにより、解剖数の抑制を図ろうと考えております。なお、CTでも死因を特定できない場合は、解剖を行うという形を考えております。CTの対象といたしましては、平日は、検案で死因が不明だったご遺体に対して全例を対象といたしまして、土日は監察医の

判断としております。続きまして、CTの大阪市外の死因調査における活用方法につきましては、死亡時画像診断用のCTを設置していない大学のエリアにおいて、地理的にも監察医事務所のほうが、搬送時間が短いと考えられる警察署管内における事案については、監察医事務所でのCT活用の対象といたします。なお、大阪市外の案件につきましては、CTは行いますが、監察医事務所での解剖は予定しておりません。以上がCTの運用案になります。なお、実施体制や運用マニュアルにつきましては、現在調整中です。以上が、死亡時画像診断の進捗状況の説明とさせていただきます。

続きまして、6ページ目をお願いします。データの利活用につきまして説明いたします。【目的】は、監察医事務所ですら扱う各情報をデータベース化しまして、検案や解剖等により得られた情報を分析し、疾病の予防や治療など公衆衛生の向上や増進に活用することです。【目標】ですが、監察医事務所ですら扱う各データを統計管理できる仕組みの構築と蓄積したデータを活用し、公衆衛生の向上・増進に関する施策展開につなげることを目標としております。【内容】につきましては、現在、監察医事務所において、検案や解剖などの各情報につきましては主に紙媒体で作成・管理しておりますので、これをデータベース化いたします。データベース化のイメージについては、ページ中ほどに【イメージ図】を記載しております。監察医が日々、各警察署を回りまして検案業務を行う際に、タブレット端末に検案情報を入力しまして、検案データの登録を行います。この登録された検案データから必要な情報が検案書に自動転記されるような仕組みを作ることによりまして、監察医事務所職員が検案書の発行をスムーズに行うことができ、ご遺族の方に速やかに検案書をお渡しすることができるようになります。また、検案だけではなく、解剖や検査、来年度より実施予定のCTの情報などについて、データベース化による一元管理を行い、公衆衛生に活用できるような仕組みを構築できればと考えております。今年度の取組みですが、仕組みづくりとしましては、今年度、監察医事務所にてタブレットを導入しまして、検案時の試験活用や、データベース化にも試験的に実施しているところでございます。また、公衆衛生の向上に関する取組みとしましては、今年、6月に近畿公衆衛生学会におきまして、「保健福祉サービス受給者自宅死亡例の解析」というテーマで研究の成果を発表しております。なお、昨年度もこの近畿公衆衛生学会で「大阪府監察医事務所における熱中症死亡者の過去5年間の特徴と示唆される対策」について発表しており、近畿保健所長会において優秀作品として表彰されました。今後、情報をデータ化して蓄積することで、より一層公衆衛生の向上のために活用できればと考えております。以上が、データの利活用の説明とさせていただきます。

それでは、最後になりますが、7ページ目をご覧ください。府民啓発について説

明いたします。【目的】ですが、人生の最期、終末期の看取りについて府民が考える機会の提供や死因調査体制の理解促進です。【目標】ですが、府民に対して監察医制度や検案、解剖の仕組みなど死因調査体制の啓発周知の実施です。今年度の取り組みについて説明いたします。まずは府民向けの周知啓発とですが、民間公告媒体の活用といたしまして、雪印メグミルクさんの電光掲示板で放映いただきました。道頓堀のえびす橋近くにある雪印メグミルクさんの電光掲示板において、8月16日から31日までの期間、終末期の看取り啓発に関する文字を放映いただきました。また、監察医事務所の業務内容について、大阪府職員ブログへの掲載により、府民にPRをいたしました。今後の予定といたしましては、大阪府が新聞折り込みなどで発行しております広報誌の「府政だより」に掲載できるよう現在エントリーしております。また、大阪府が策定いたしました「第7次大阪府医療計画」の府民向けパンフレットを現在作成中ですので、このパンフレットにも終末期の看取りについて掲載する予定としております。また、日々、直接、府民や市民と身近に関わっておられる市町村が発行する広報誌の活用や市民向けセミナーなどで市町村が啓発を実施していただけるよう、市町村に対して働きかけを実施していく予定としております。続きまして、関係職員向けの周知啓発といたしましては、在宅医療懇話会における啓発周知といたしまして、今年度実施済みの各検疫における医療懇話会におきまして、「死因調査体制の整備に向けた取組み」について周知いたしました。また、今後の実施予定といたしましては、今年度開催予定の懇話会とか大阪府内の市町村向け会議等で周知していく予定としております。府民啓発によりまして、人生の最期、終末期の看取りについて家族と考える機会の提供に繋がるよう、また、監察医制度や検案、解剖の仕組み等、死因調査体制についての理解が図られるよう、わかりやすく効果的な、周知や啓発ができるよう、引き続き取組の方を進めてまいりたいと考えております。以上が、府民啓発の説明とさせていただきます。以上で事務局からの説明を終わらせていただきます。

高杉会長：はい、ありがとうございました。今、事務局から着手済みという格好でお話があって既に実施が始まっているのもありますし、まだ後半からやっっていこうという状況、あるいは本格的には来年度からやっっていこうという、色々なレベルのお話を伺いました。聞いてみるとたいへん意欲的に各皆さん方が取組みをいただいていることをひしひしと今感じているところでございます。それでは、金田委員が途中でご退席ということなので、全般的でも結構ですが、何かご意見がないか、あるいは、お感じになったことがあれば、先にお伺いしたいと思います。

金田委員：前にも提案させて頂いたものを取り上げていただいております、ありがたいと思います。それは、一つは地域におけるセーフティネットのウェアラブルセンサーの活用、それからもう一つはCTの導入。あの時はそう思い、今もそう思って

いますけれども、なかなかこれ実現化していくのが大変かなと思います。特にウェアラブルセンサーに関しては、各個人で着けてモニターするっていうのを、本当にどれくらい遠隔的に操作ができるものかというところは、今、どれくらい機器関連企業の方で最先端の物を使われているのかわかりませんので、そのあたりを少し調査するといえますか、しかもそれをどういうふうにモニターをして、孤独死の抑制に、あるいは死を予防できるのか、といったことに活用できれば素晴らしいと思いますが、実際のそのあたりのモニタリングシステムに関してより深い調査が必要なのではないかと思います。もう一つはC Tの導入でありまして、ようやく予算において具体的にになったということで、大変喜ばしいと思うんですが、ここに運用案として書いていただいているのは理想の図だと思っております、本当にこのC Tを使ってどれくらい死因を特定出来るのか、それを読める人がどれ位いるのかという事を含めての事だと思っておりますので、そのあたりの教育システムとか、それも人材育成、それも一緒に考えていかなければ駄目だと思うのと、やはりまだまだC Tの画像を使って死因を特定していくということに関しては、データ不足であるということ間違いございませんので、それを蓄積しながら検討していくという姿勢が必要であろうと考えます。

高杉会長：はい、ありがとうございます。まさに先生がおっしゃるとおり、これから調査をしながらあるいは人材育成をしながら。ただ半年間でここまで来るという部分に関しては、評価を頂いたというふうには思います。ありがとうございます。それでは、それぞれが研修なりいろんな事をやっただいただいているので、その部分から、今やっている、あるいはやろうとしている事に関して、問題点、あるいはこんなことで非常に評価できたといった事のご意見をそれぞれ担当されている委員からお話をいただければありがたいと思います。まず、救急の部分で藤見委員お願い出来ますか。

藤見委員：はい、参考資料3というカラーに印刷していただいております。これは私が所属する大阪救総（大阪急性期・総合医療センター）で今年の6月に臨床研究医学会というのがありまして、そこで発表させて頂いた内容なのですが、題名が「大阪府の死因調査を基にした当センターにおけるC P A患者すなわち心肺停止患者の死亡診断書作成の取組み」ということで、ちょっとお時間をいただいで説明をさしていただきたいと思います。【背景】の3つ目のところに書かしていただいているように、大阪市内は皆様もご存じのように監察医制度があって、救命センターに搬送された心肺停止患者というのは、死亡確認後に警察へ移送されることが多くて、救急医そのものに死亡診断書を作成する習慣が非常に少ないということがありまして、今もそうだったんですが、我々のところで調べて見てもやっぱり2割を越えないです。死亡診断書、C P Aの患者さんにそういうのを書くのが2割越えないということで、今回この【方法】というところを

見ていただきますと、去年の8月から外傷を除くC P A患者の死亡確認後に死亡診断書を交付する為の死因究明を臨床的に行って死亡診断書を作成する取り組みというのを行いました。実際にはカンファレンスで私がちゃんと一生懸命書こうぜと言っただけなんですけど、そういう事を行いました。その結果どうなったかということがここに書かれています。結果としてここに書いてある左側の表なんですけど、C P A患者数1月から7月は今までどおりで8月以降12月までの5ヶ月、ちょっと中途半端な期間なんですけど、書くように取り組んだ結果、増えたのが作成率が12%だったのが、46%、4倍ぐらいに上がりました。書けと言って書くだけではなくて、実際どういうことで、スタッフが今までと違って書こうとしたのか、内容がこの右側に書かれています。8月から12月までは69例中の32例に書いたんですけど、その32例の死亡の原因内訳とその作成の参考因子数を見ていただきますと、まず、死亡の原因として32症例中、何が死亡診断書によく書かれていたかということ、やはり窒息です。窒息の原因もよくあるお年寄りが食事中に物を詰めるとか、元々嚥下障害だとか、パーキンソンの方が窒息するというのが結構多く32症例中10例あって、その右側に見ただくと目撃というのが書いてあります。やはりその診断書を書けるためには目撃されている方がいらっしゃるとというのが10例中9例あります。そういうのがあると比較的書きやすいのかなと思いました。その下から4つぐらい循環器系の疾患が続くんなんですけど、32例中、急性心不全とか、心筋梗塞、血性心不全、解離があるんですけど、これは特徴として例えば急性心不全でいくと7例書いてあるんですけど、やはり受診歴とか、あと心拍再開しているのが3例ぐらいあって、そういうふうな受診歴、いわゆる自分のところに受診をしていると既往歴がすぐわかりますので、そういう意味では書きやすい。あるいはその2つ下のうっ血性心不全も2例あるんですけど、いずれも深刻な患者で、その下の解離は目撃があつて、これは受診歴もなく、C Tも撮られてないけれども、急性大動脈解離という事を書いていました。ただ結果的にはやはり循環器系の疾患を書くというのが増える事と、あと、やはり受診歴、目撃があると書きやすいという事がわかりました。その下の棒グラフ4つあるんですけど、これは何かというと実際、例えば一番左端、目撃と書いてありますが、69例C P Aの患者さんが来て、その内目撃があつたのが36例あって、その36例のうち、死亡診断書を書いたのが22例で61%、一方目撃がない33例では死亡診断書作成と書いてあるのが、右の横に30%と書いてありますが、すなわちこれはどういう意味かということ、やはり目撃がある症例は6割ぐらい死亡診断書を書けてるし、無ければ書いてない。同じようにその右に受診歴がありますけれども、これも69症例のうち16例に我々の病院に受診歴があつて、受診歴があると16例中に12例、75%が死亡診断書を作成している。一方、やはりない53例であると作成したのは3

8%で下がると。これも同じように次、心拍再開も心拍再開したのが20症例あったんですが、その内14症例の70%で死亡診断書を作成した。ないものにあってはやはり4割くらいしか書けていないということになります。ですので、この3つは明らかに差があって、この3つは、やはり臨床医が推論をして死亡診断書を書く可能性が非常に高くなるんじゃないかという認識だと思います。一方CTなんです、CT撮影したのは、ありが69例中25例、なしが44例で、有りの25例中死亡診断書を書けているのが14例の56%、一方無くても死亡診断書を書けたのが41%になりますので、これは必ずしもCT撮影をしたからといって増えたというわけではないのかなと思います。ですので、まとめますと、一番下に書かれてあるように、目撃者や受診歴、そして心拍再開、心拍再開すると原因の精査ができますので、そういうところから臨床的に有用な情報を得ることでCPA患者の死亡診断書の作成率が上がって、検案症例を減らす事ができるのかなという発表の内容です。

実はこれを利用して先週、研修会を、これだけではなく、これに加えて、大阪市の監察医事務所から実際にデータをもらいまして、我々のところで死亡診断書を書けなかった症例に実際にどういう死亡診断書になっているのかという情報をいただいて、それをマッチングすることで、こういう診断書を書かれているというのを臨床医の方にフィードバックをしたんですが、そういうマッチングも結構有意義で、特に50歳の人で我々のところではどうしようもなく、結局解剖になって、くも膜下出血がわかって。臨床的には全く既往も無くて目撃はあったんですが、心拍再開もしていないのでわかりようがなかったんですが、解剖の結果それがわかったという事例がありました。具体的にそうなると、例えばCTを撮ったりすると出血に関してはわかるかなというふうに思いました。我々のところではCTを撮ってなかったのでもということがありましたので。自分の施設のCPA患者と結果的にどういう死体検案書が書かれているのかというマッチングを今後進めるような体制ができればいいのかなというふうに思いました。以上です。

高杉会長：はい、ありがとうございます。いろんな研修をやりながら独自の施設での死亡診断書の書き方、相当向上しているというふうには思いました。ただ、たいへん苦勞なさっている部分もあるということでございますが、何かこの部分に関してご質問、山口委員。

山口委員：はい、ありがとうございます。研修することでこうやって作成率が上がる事を証明していただいたんじゃないかと思いました。一つちょっとお聞きしたいのが目撃ってというのがどの時点での目撃なんでしょうか。窒息したところを目撃するということはあるのかなと思ったんですが、解離性大動脈瘤とかそういうのは、倒れているところを目撃者がいたということなんでしょうか。

藤見委員：ありがとうございます。この業界で目撃というとその場に居たという事になりますので、胸が痛いと言って倒れて119番するという時に、胸が痛いと言った瞬間に人が見てるといことになります。しばらくしてから人が倒れているからというのは目撃では無いです。

山口委員：既に倒れたところを発見したんじゃないくて、症状を発症したときに、その状況を見ていたという事ですか。

藤見委員：はい、おっしゃるとおりです。

山口委員：はい、わかりました。

高杉会長：他に何かご質問ございますか。はい、どうぞ、峰松委員。

峰松委員：峰松です。このデータを見せられて、特に死亡診断書の作成率が非常に向上しているんで、CPA患者をたくさん扱う施設が同じような役目をしてくれるだけでも相当な効果があるんじゃないかと思つづく思いました。研修制度が今始まったところなので良いと思うんですが、やはり全員が行けるわけではないんで、こういった成果をとりまとめてガイドラインとか手引きとかという形で、研修に行くチャンスが無くても引用できるような形で、この後まとめていただければ。もしいろんなところで診断書の作成率がこれだけ上がればいろんな負担がかなり軽減されるきっかけになるんじゃないかと非常に驚きました。どうもありがとうございます。

高杉会長：ありがとうございました。これは積み重ねと同時に、いろんな方達への参考の為にも是非症例を重ねて蓄積していくというのが非常に大事。これは行政の方にも是非お願いしたいなと思います。他に何かご意見は、これに関して。はい、竹中委員。

竹中委員：先生、非常に熱心に取り組んでいただきましてありがとうございました。私、先生の先日の講演を聞かしていただいたのですが、その時心肺停止状態で来られてその後に行った医療行為、それに対して全然医療保険で支払われないということを目にして、大変残念な事だと思ったんですが、死亡と判断されてしまえばあとの医療行為に関しては全く審査で削られてしまったというわけですか。

藤見委員：全てではなくて、あそこで出させていただいた症例は生活保護受給者の方が、うちの病院に運ばれているんな処置をした結果、死亡診断書を我々のところで書けなくて、監察医の先生に書いていただいたのが、我々の病院よりも到着前の時刻が推定時刻だったので、そこで亡くなられているんだったらそこで受給は中止だ、ということになって、その医療行為の診療報酬は取れなかった。市町村にもよりますし、大阪市だと区によりますが、うちにも7例くらいあるんですが、その内1例くらいは、やはり取れないという、いろんな差があるんじゃないかと。

竹中委員：心肺停止状態で運ばれてきた方のデータというのも非常に大切な事で、死因究明

の大切な資料になると思うんです。それを全部審査委員会の方で削られてしまうというのは大変残念なことで、以前からも問題になっていて審査委員会で取り上げた事があり、全部査定してしまうようなことがないように思うんですが、そういうことがあるんですしたら、次回の審査委員会で話し合いがあると思いますので、そのへんちょっとなんとかしていただければと思います。

高杉会長：はい、ありがとうございます。これを議論し始めたら色々と問題点がいっぱいあると思います。この件で、いいですか宮川先生、じゃあ、宮川委員。

宮川委員：遅れて申し訳ございません。大阪府医師会の宮川でございます。今のことを少しだけ。竹中委員がおっしゃるとおり、私も前回藤見先生のお話を聞かせていただきまして、少しびっくりしたんですけども。わかりやすくいえば心肺停止で意識なくなってという方がおられれば、当然救急病院は最善を尽くして何とか命を取り戻そうとするわけですけれども、結果として、監察医事務所にお願ひし死因を特定していただくという形にならざるをえない方であれば、保険条項、亡くなっている人に対して保険行為を行ったということでおそらく保険を切られてしまったんだろうと思うんですけども、そんなことが当然という事になってしまったら、心肺停止で来た人に対してこれからどうするのかという事になってしまいます。私も初めて聞いた事ですので、少し保険制度がどうなっているのか含めて、またこれが特に大阪の財政事情にも絡む事になってくるのであれば、大阪府の方にもお尋ねしたいというふうには思っております。

高杉会長：はい、これ制度からいえば、おっしゃるとおり既にお亡くなりになっている人に医療行為を一生懸命やったという事では報酬は出ないという事になると思いますが、これも実際に主治医がいて、死亡診断書をもしお書きになると仮定すれば、運ばれたところのドクターとよく相談をしながら、現実問題としての解決策としては、いつお亡くなりになったのかという事を協議しながら決めていかないと。それは医者との協議で死亡の時間が決まったという事ではなくて、やはりお互いにきちとした形で、納得のいく形での死亡診断書を書いていただく必要があるだろうと思います。それぞれがそれぞれの立場で主張しちゃうと今言ったようなことが決して解決出来ないなという気もいたします。はい、問題点としてはそういうところがあるだろうと思います。他に何かこれに関してご意見ございますか。はい、どうぞ。

大畑委員：藤見先生、貴重なデータありがとうございます。CT撮影されている件数がどれだけ有効であったかとおっしゃっていましたが、例えばくも膜下出血とかは撮った時にわかるということなんですけれども、全体でいけば有効率というかそのへんちょっと教えていただきたいのですが。

藤見委員：我々のセンターでCTを撮るという時は、心拍再開例で撮っています。心拍再開例で撮った中でわかるのは、造影ができるので大動脈解離とかあと頭の出血

とかそういうのは診断できるかなと思います。もちろん心拍再開してCTを撮ったからといって、原因がわかるわけでもないのが結構あります。これくらいというのは。半分はわからない。

高杉会長：はい、それでは次ですが、医療関係者、主治医向けの研修という部分で、特に宮川先生、ずいぶんとお力添えいただいております。ありがとうございます。じゃあ先生からコメント含めて、はい。

宮川委員：今、ご案内いただきまして、先程も紹介いただきまして。今年度2回研修会を開催させていただきました。1回は先程藤見先生がご紹介頂きました救急医の先生方を中心という事で、先週開催しました。その前に先立ちますこと8月23日に一般のかかりつけ医の先生方を対象という事で研修会をさせていただきました。講師に大阪大学の松本教授をお招きしました、法医学の教授です。この際、今回のワーキングもそうなんですけど、参加していただいた方々に一つ目的としてアンケートを実施しております。救急の先生方にもアンケートを実施しているんですけども。これをまとめていって最終的にどういうところを改善していけば今後死亡診断書、あるいは死体検案書を書いていただけるのか。どういうところをやっぱり改善しなくちゃいけないのかということ、そこでおっしゃっていただきたいというふうに考えております。まだその集計できておりませんので、それは後日ご披露したいとは思っております。またそれとは別に実際に当日の講演会ですけども、先程申しましたようにアンケートで自由記載の中でいくつか頂いておまして、大きく3つ、いろんな立場の先生、ポジションの先生おられるというふうに感じました。一つはかかりつけ医のかなりレベルが高いというのもおかしいですけども、非常に死亡診断しつかりと在宅で書かれておられて、かなり熟達した方がおられて、やはりもっとスキルアップしたいというふうに考えておられる先生がおられる。また、一方、2番目としてやはりこの法制度、医師法20条というところかなりひっかかる場所がありまして、実際、自分がこの方を書いていいのかどうかというところでやっぱりかなり立ち止まっておられる方々が予想通り結構おられる。3番目といたしまして基本的には、制度そのものに対してといたしますか、様々なそのレベルまでまだ関心が十分至っていただけていない先生方もおられるかなというふうな印象を受けております。ですから、私どももこの研修会を通じて今後の課題としてそれぞれの先生方が求められる、その先生方の今の立場で実力に応じたやはり研修を今後は更に進めていかななくちゃいけないのかなと考えております。実は法律関係なんですけど、先程の救急医向け研修の時、監察医であつてなおかつ臨床医であつて、大学の法医の客員もされておられるという先生を講師にお招きしました。やはりこの先生に来ていただいたお話からすると、法律論のところかなり難しい話がございます。医師法20条のただし書き、それまでのいわゆるそれに対する

厚労省の通知、それとは別の立場で更に一步進んで死体検案をやれるという、医師であればやれるというところの立ち位置といいますか、これは相当しっかりと整理して研修会をやっていかないといわゆる混乱した状態で話しが進むんじゃないかということをお我々少し考えていかなければ。雑把になりますけれども、基本的には多くの先生方が参加していただいて興味を持っていただいて、また、それぞれの立場というのがわかってきたので、今後あと4回のうち3回ございますので、その3回の時にそれを反映できるような研修会を進めていきたいと考えております。以上です。

高杉会長：ありがとうございました。これに関して何か他の委員でお気づき、あるいはご意見そういうのがございましたら、お伺いしたいと思います。はい、どうぞ、峰松委員。

峰松委員：今の研修会のことについて質問なんです、大阪府医師会が主催されてやっているんですか。内容等も大阪府医師会の中になにかチームを作って検討されているのでしょうか。今後内容を少し変えた方がいいという話もされていたので、どこが主体でやられているのか、この委員会、あるいは、大阪府の環境をどうふうに考えていらっしゃるのかを教えてください。

宮川委員：我々が今回やらさせていただいている研修会ですが、これは大阪府さんからの委託事業でございます。昨年のこの委員会を受けまして、我々大阪府医師会が受託させていただいたものです。当然会議をやる前にワーキングチームを作りまして大阪府さんにも入っていただきまして、様々な意見交換をさせていただいて、大筋のところできっちり決めさせていただいております。ですので、私が申し上げたような形も、ある程度頻回に実施して、年度の一番、いわゆる第一回目と最終的に4回目に関して若干内容が変わったとしても、修正しながら求められるものにしていこうという方針でやっていますし、今回の結果を受けてアンケートをやりましたので、そのデータを受けてまずワーキングを開催させていただいて、次の研修会の方にそれを活かすという方向性でやっていきます。はい。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他には。この問題で一番主治医というかドクターの思いというか、死亡診断書を書くにあたって、前々から問題点としては法の問題で、継続してきちっとある時間内で見なかったとか、このへんがまだ末端まできちっと整理のできた形で頭に入っていないという事で、なかなか取組がいかないという感じもいたしますので、このあたりをきちっと再度わかりやすい言葉で。あの文章を見ると、そうかな、こう言われるとそうかなというなんとなくでなく、これだから、これならばという事をきちっと書いていただかないと、ドクターもちょっと腰が引けるようなところがあるかもわかりませんね。はい、どうぞ。

山口委員：この研修制度ですが、例えば今じゃ無くてもいいんですけども、こういう研修を

しっかり受けたドクター方に何か認定証のようなものがあるのでしょうか。例えば今後、今、課題を感じていらっしゃるという事ですので、例えば何回くらい受けたらしっかりと書けるようになって、それが例えばクリニックの中にそういう物が掲げてあると患者さんへの意識にも繋がっていくと思います。

宮川委員：ありがとうございました。おっしゃるとおりの形がやはり理想的だと思っております。ある程度スキルアップしていったのあたりでどういうレベル、レベルという言い方が正しいか、知識なり経験なりあるいは専門的な法律の知識、法医学の知識というのをどの程度理解していただいたかということ、資格ではなくスキルアップという観点から今後その方向性が必要だと思っております。ただ、残念ながらまだまだなかなかそこまでの状況に達していないといえますか、ということが今あるのかという事を探りながらやっているという状況ですので、今後は是非そういう方向性も考え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。他に何かご意見ございますか。（金田委員退室）
金田先生ありがとうございました。次は、検案サポート医体制の検討という事で、これを竹中先生。

竹中委員：はい、まず2月にとりまとめを行って頂きまして、そして、今日の報告会となったわけですが、その間、非常に熱心に精力的に取り組んでいただいてこのような報告をしていただいた事に対して大変うれしく思っております。感謝申し上げます。その上で我々警察医会の取組でございますが、警察医全員に総会等を通じて、先日の4月にも大阪府からは前の永井副理事に来ていただきまして、また警察からは甲斐課長においていただき、大阪府の取組を発表していただきました。一番我々にとって関心の高いのは、CT車の運用でして、これに関しまして、ただいま金田委員からもご意見がありましたように、今後の一番の問題点が、誰がこの死亡時の画像を見る事ができるのかなど。現在のところCT画像、死亡した後の画像を正確に読める先生が非常に少ないという状況になっています。法医学教室の中でもそんなにいらっしゃるんじゃないかと。ですから事務局の方にもお願いしたいのですが、そのような現状をどのようにとらえて今後の育成、読影の育成というものですか、どのような対応を考えておられるのか、そのへんをお聞かせいただきたいと思っております。それをまた来年の2月早々に新年会を合わせた警察医の総会がございますので、そこでも発表させていただきたいと思っております。そのへんいかがでしょうか。

高杉会長：はい、いいですか、どうぞ事務局。

事務局：失礼します。今、ご指摘にありましたようにCT、死亡時の画像診断の読影体制に関して色々と関係機関に聞き取りしたりとか色々と進めて参りました。結論的には、考えてございますのは、まず最初の立ち上げ時の来年当初は、今来ていただいている監察医の先生方をお願いするところから始めていきたいと思っております。

おりまして、そのためにまず監察医の先生の方が、どのような読影関係の経験をお持ちなのかどうか、そういったところのアンケートをしてございまして、その結果を踏まえて、どのような体制がいいのか、適当なのかということを検討していきたいと考えております。

高杉会長：はい、どうぞ甲斐課長。

事務局：はい、すみません、警察の検視調査課長の甲斐です。竹中先生がおっしゃるように異状死の現場への要請を受けての全件臨場は警察だけです。それと警察医の先生とあわせて現場臨場するわけですが、我々は検視で事件性の判断を行い、これについてはご遺族に我々が責任を持って説明します。検案部分で、なぜ亡くなって、どういう病名なのかというご説明については警察医の先生がご説明されます。とりわけ検案が出来ない場合につきまして考えられるのはご遺族が非常にご心配されると思います。いったいご遺体がどうなっているのかと、例えば大阪市外の場合、監察医事務所でCTで検案されます。聞きますにちょっと問題になっているのが、CTで読影出来ない場合で、市内のご遺体については監察医事務所で解剖されてその日のうちにご遺体をお返しする事ができるんですが、市外のご遺体について、CTで読影出来ない場合、ここで対応することができない。ということは大阪市内のご遺体についてはその日の内にご遺族にお返しする事ができますけども、市外のご遺体については、その日の内にご遺体がお返しする事が出来ない。同じようなご遺体なのにそのようなちょっと弊害がありますので、今後半年かけて市外と市内の均てん化を考えて警察医の先生の皆様にご理解を得るように動いていきたいと思っております。

竹中委員：いずれにしましても我々警察医はこのCTに期待を持って見守っているところです。どれだけCTが有用かはわからないところもありますけども、少なくとも今までの外表検査だけよりも進んだ死因診断が出来ると考えておりますので、4月からの運用という事ですけども、そのへんも含めてどうぞよろしく願いいたします。

高杉会長：はい、どうぞ。

藤井部長：今、竹中委員からのお話に限りまして、CT導入につきまして予算確保いたしまして来年度からの運用を始めます。おっしゃっていただいたように法医の監察医の先生で読影できる先生というのがどのぐらいいらっしゃるのかというのを今、個別に監察医の先生に聞き取りをして、整理をしております。その体制の中で来年度当初からきちんとCTの運用ができるように当初からまず運用していきたいと思っております。ただ、もちろん法医の専門知識をお持ちの先生方ですので、運用する中で読影の技術なりを習得していただければなと考えておりますので、そのあたりの人材育成という意味でも、少し中期的に取り組んでいきたいと思っております。今、甲斐課長の方から市内外の均てん化のお話がありました

が、まずはCTを導入して、市内で増加する孤独死に対する対応を整えないといけないということで、CT導入効果をなんとかしてでも上げていきたいと思っております。その中で市内外の均てん化をステップを踏んで実現していきたいなと思っておりますので、なかなか一足飛びには実現できませんが、きちっとステップを踏んでいきたいと思っております。

高杉会長：はい、他に何かご意見ありますか。この部分の一つにCTの運用、もう一件は果たしてCTの造影が見えるドクターといったらあれですが、実際の我々病気の診断に関して、あるいは読影のドクターが非常に不足しているんなどころで困った困ったという状況が現実にあります。そういう意味ではこれから人材育成という部分がどう考えても。それともう一点は、ちょっと将来的に考えて、今、皆さんやらねばならぬという気持ちでずっといるけれども、実際には例えば読影したら一回なんぼ貰えるんやという読影料が、タダでというわけにはいかない、その部分が必ず将来的には出てくるんだろうというふうに思います。そういう点が強いて言えばあるんだろうというふうには思います。はい、他に何かございますか。はい、それではその次のテーマに行かしていただきたいと思っております。今のサポート医体制とともにCTの導入運用というところで既にご意見いただきました。山口委員、CTに関して、山口委員が初っぱなにCTを是非ともおっしゃっていた部分もあったので、何かご意見あれば一言でも結構ですが。

山口委員：はい、医療介護総合確保基金を使われたというのは、画期的だと思っております、府民に対してこういうお金の使い方を基金の中から出来たという事というのはとても有効かなと思っておりますが、Ai（死亡時画像診断）が出血や骨折の診断につながりやすいということですので、それ以外のところで本当にどうなるのかという事と、それから今、先程から読影の話が出ていますけれども、Aiの力をどれぐらい借りられるのか、人工知能の方です。その方がたぶん読影という事では長けてくるんじゃないかなという様な気もしておりますので、その事も視野に入れながら是非、CT運用の事でも積極的に市外の方達にもプラスになるようにしていただ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。それでは次のテーマのデータの利用活用、蓄積したデータをどのような形で活用していくのという事で、ご意見、これは大畑先生何か、ご意見ございますか。

大畑委員：データベースはいろんなところで議論も盛んに行われておりまして、データを揃え、それを生きている人と同じようにデータをスクリーニングすることは膨大なお金がかかりますので、最初から入れるところを決めてその上でデータを蓄積していくという統一性が必要になってくる。これは大阪府下で共有するのと一緒に全国規模でそういうデータベースを統合するようなセンターがあれば非常に運用しやすいんじゃないかというふうに思います。

高杉会長：はい、ありがとうございました。今後のかなり長期的に考えていかざるを得ない問題かとは思いますが、大変重要な事だというふうに思います。近々の話としては、やはり検案あるいは死亡診断書をお書きになったのが、どういう形できちっと診断ができたかという経過をきちっとまとめて、それが蓄積される事によって、次の先生方の、場合によったら検視官にも十分役立ちますし、他の先生方にもこのデータで、この形のものであれば、こういう診断書が書けるんだという、きちっとした教育にもなってくるだろうという事で、データの積み重ね、積み上げというのは是非欲しいなというご意見が出てきたものでございます。そういう意味では大変貴重な、これは書いたから終わりという単に何々でお亡くなりになったというという数だけを上げていくという事ではなくて、大変貴重なデータを積み重ねることで多くのドクターが死体検案あるいは死亡診断、こういうことをやってもいいよという気になるのはありがたいというふうに思います。それではその次の、はい、いいですか、どうぞ。

山口委員：データの利活用という事なんです、ドクターだけではなくて、何が出てくるかわからないんですが、結果次第では府民にもこういう事がわかるようになってきましたということをして是非反映させていただきたい。それから監察医制度持っているところは非常に限られていて、先程から少し出てきている孤独死がありますが、孤独死の調査統計がほとんどないという話を聞いています。だとしたらせつかく監察医制度がある、監察医制度の中で孤独死というのがどれぐらいあるのかという事を統計になるような年代とかそういったこともデータとしては是非この中に入れていただいて統計化していただきたいとお願いしたいと思います。

高杉会長：はい、ありがとうございました。それは是非積み重ねの中でよろしくお願ひしたいというふうに思います。それでは次の部分で府民への啓発という部分が出て参りますが、これに関して何かご意見ございますか。前にも少し啓発が出てたと思いますが、はい、山口委員。

山口委員：これは府民を代表しているのです、ここは絶対に言わなきゃいけないところだと思っています。今後の予定とか市政だよりはある程度高齢の方がご覧になるという事なので大事な事かなと思うんですが。一定の高齢の方でこういったことを考える方というのは、一部のいつも同じ層の方なんです。もっと多くの方に考えていただきたいと思ってもなかなかそこに届かないという問題があるかなと思っています。そういう事からしますとやっぱり支える世代、親を看取る世代、そういった世代を視野に入れた様な取組が必要なんじゃないかなと思っています。せつかく大阪なので、ちょっと小耳に挟んだのが大阪国際がんセンターで、落語で笑いがどれだけ効果が上がるかを検証されていると小耳に挟んだ事がございまして。そういうところに協力しているお笑いの方であれば、こういう問題

に対しても関心を持っていただけたら、何か今までと違う広報の切り口が出てくるのではないかと思います。大阪で今どんな取組をやっているのか、監察医制度を大阪市内だけが適用というのは府民の方はほとんどご存じないと思いますので、ちょっとアピールできるような取組、固いところだけじゃなくて考えていただけたらなと思いました。

高杉会長：はい、ありがとうございます。確かに見栄のあるアピールという言い方は変ですけども、きちっと皆さんがどういうふうになっていくのかという事を含めて認識していただくという事は非常に大事だと思います。はい、どうぞ立石委員。

立石委員：啓発の点についてですが、医療機関にかかっていない方がいらっしゃる現状も踏まえて考える必要があると思います。医療機関にかかっていない方が死亡した場合、異常死という扱いになると思います。実際の在宅医療の現場で地域包括支援センターなどから医療機関にかかっていない高齢者の相談がよくあります。地域のマンションや賃貸住宅においても、単独で高齢者が生活されていることも多く、賃貸運営を行うかたから孤独死をなくすためにどうすればよいかという相談を受ける場合もあり、先ほど山口委員がおっしゃったように、孤独死のデータを確認し現状を把握することは重要です。そのためにも、従来行っていたような、かかりつけ医の推進への啓発は必要です。私たち訪問看護ステーション協会でも、大阪府内 20 箇所に教育ステーションを設け、ACP や在宅医療・看護の推進などの府民向けの啓発を行っていますが、その中での課題として、各市町村の意識の格差です。市町村ごとに啓発活動の推進が不十分となっている地域もありますので、そのあたりは是非、大阪府から各市町村に調整していただきまして、府内全体で足並みを揃えていくことができればよいと思います。もう一点ですが、在宅で高齢者がなくなられる場合にかかわる専門職種、訪問看護師やケアマネジャーがこれに当たると思われますが、これら専門職種への啓発活動も必要だと感じます。死亡時の流れが理解できるよう、是非私たちもご協力をいただき、研修の機会を設けたいと思う次第です。

高杉会長：はい、ありがとうございます。他にになにか。啓発に関していろんなところに対する啓発を含んでお話が出てるわけですが。確かに今おっしゃられるとおりの孤独死であったり、あるいは在宅で家族が見ておられてもなかなか主治医が在宅ケアをしていただける主治医が見つからないという中で、言い方は非常に失礼ですが、死ぬ時だけ救急車呼んで連れて行きよったというような、また病院としては診てもいないのに連れてこられたら困るという言い方になったり、なかなかそこらあたりエアポケット的な部分があるように、私もいろんなところから聞いたりしています。このへんも死因調査だけではなくてシステムとして、きちっと、その患者さん、あるいは患者じゃなくても診ていけるようなシステムというのが出来て、最期はきちっと早く遺族にお返しするという形で、正確な診断書

を作成していける、最終的にはそういう形になるべしと。そういう事はまだ段階的に少し弱いなというふうに、私も感じています。立石委員や山口委員も同じような意識だと思います。はい、これはいろんなところに対する啓発、あるいは特にここでは府民にも十分理解していただいているという部分があります。他にここで強調していきたくという事、ご意見ありますか。特に無いようでしたら今日は一応テーマとして挙げた部分の中間報告という事で、今日ご意見を皆さんからお聞きして、後半に向かって、これから取組が始まる部分もございますし、今、ご意見をいただいた部分を少し入れながら修正できるものもあろうかと思えます。そういう意味で非常に貴重なご意見を皆さんからいただきました、ありがとうございます。それでは今日はこれで終わらせていただきます、次回、第二回がもう一回あるんですね、今年度中に。それも含めて事務局どうぞ。

事務局 : 失礼します。皆様、長時間どうもありがとうございました。今後、今のご意見を参考にさせていただきながら、できることをしっかりと進めていきたいと考えてございます。次回は2月に開催させていただき、その際には今年度の進捗状況を報告させていただくことと合わせて次年度の取組についても報告させていただきながら、ご協力賜りたいと考えてございますので、どうぞよろしく願いをいたします。以上でございます。

高杉会長 : はい、ありがとうございます。次回は2月を予定。またご連絡を申し上げて予定を聞かしていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。それでは今日の会議は終わらせていただきます。

司 会 : 高杉会長、会議のご進行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。どうもありがとうございました。