

平成28年度第1回岡山県死因究明等推進協議会 議事概要

日時：平成28年12月26日（月）

18：00～19：30

場所：ピュアリティまきび「ルビー」

- 【議題】
- (1) 全国の死因究明に関する取組について
 - (2) 岡山県の死因究明に関する課題等について
 - (3) 意見交換
 - (4) その他

〈発言要旨〉

- 1 開会
- 2 挨拶
- 3 死体取り扱い等の現状

○会 長 死体取り扱いの現状の人口動態統計について事務局から説明をお願いします。

○事務局 資料3ページには人口動態統計の死亡の動向を掲載している。平成27年の岡山県の死亡数は2万1,525人、死亡率は11.3で、全国と比較するとやや高い状況となっている。岡山県の粗死亡率は全国平均よりも高い状態を示しているが、年齢調整死亡率で見ると、男女ともに全国と比較して常に低い状態で推移している。資料4ページの年次別の死因の概要は、昭和57年以降平成27年まで悪性新生物が死因の第1位となっている。平成27年の全年齢の死亡順位は、悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患の順になっている。近年、同様の傾向が続いている。死因分類別死亡数・構成割合・死亡率（人口10万対）については、全死因を、「病死、自然死」、「外因死」に大きく分類して、さらに「外因死」を、「不慮の事故」、「その他及び不詳の外因死」に分類し、死因究明に関連すると思われる死因の動向をあらわしている。岡山県では平成27年の「病死、自然死」が2万394人で、死亡総数に占める割合が94.7%になっている。「不慮の事故」、「その他不詳の外因死」を合わせた「外因死」による死亡は1,131人で、死亡総数に占める割合は5.3%となっている。「病死、自然死」、「外因死」も、人口10万対の死亡率は全国と同じ傾向となっている。資料5ページは平成25年の岡山県の5歳階級ご

との年代別死亡順位をあらわしている。10歳から19歳までの若い年代では、不慮の事故と自殺が同数で、死因の1位となっている。自殺については、10歳から39歳までの若い年代の死因の1位となっており、不慮の事故も、1歳から29歳までで2位以内の上位を占めている。一方で、55歳以降の高齢者では悪性新生物が第1位であるが、不慮の事故も4位から5位に入っている現状である。

○会 長 岡山県警の現状についてお願いします。

○県 警 岡山県内で亡くなられる方の約1割程度を警察が取り扱っている。警察が取り扱ううちの約10%弱が司法解剖（死因・身元調査法に基づく解剖）という実態。簡単に警察が扱っている業務について説明させていただく。警察の場合、各警察署では刑事課、警察本部では捜査一課が担当であり、捜査一課で検視業務を専門にやっているのが11名いる。このうち検視官と呼ばれる者が5名、そのうちの4名が交代制勤務をしている。24時間、休日・夜間も対応できる体制で、可能な限り検視官を現場へ行かせて対応し、これが統計上の検死官臨場数に反映している。変死または変死疑いのものについては、刑事訴訟法に基づいて検死として取り扱っており、全取扱数の約7%余りである。残りの93%は平成25年に制定された死因・身元調査法に基づいた死体調査で、犯罪に関係しないことが前提で取り扱っているものである。また、簡易検査も行っており、主なものは後頭下穿刺による髄液検査、心臓血によるトロポニン検査、インスタントビューやトライエージを使った簡易薬物検査などがある。また、シアン、青酸カリの関係などは血中とか口腔内粘膜を用いて行っており、アルコール検査も場合により血中もしくは口腔内粘膜での検査を行っている。事案によっては、一酸化炭素、血中の一酸化炭素濃度検査等もやっている。この他、今後力を入れていきたいのが死後のCTである。そのCTの平成27年の取扱件数の総数は884件であった。これには警察の取り扱い後、救急車で病院へ運ばれ、治療中にCTを撮っていたものと、死亡後に死因を明らかにするためにCTを撮影したものの両方が含まれている。公費CTとしているものは死後に公費でCTを撮影したものであり、今後増えることを期待している。解剖関係については、裁判官の鑑定処分許可状に基づく司法解剖、死因・身元調査法に基づく死因究明のための解剖、死体解剖保存法に基づく承諾解剖、病

院側が行う病理解剖等あるが、警察では主に司法解剖と死因・身元調査法解剖を実施している。実施状況は、平成27年の総数が181体、今年の11月末現在で154体の解剖を行い、死因を明らかにするための取組を行っている。

○会長 続いて第六管区海上保安本部の現状をお願いします。

○委員 六管内、県で言うと岡山、広島、山口、香川、愛媛、5県の瀬戸内海一円で取り扱った死体の処理状況は、昨年度は11月末までの8カ月で約150、年間で約200体であった。平成28年度は現在92であるが、このままでいくと130から140体になる見込みである。その中で、検視か死体調査かという、大体検視と死体調査が半分ずつという実態である。取り扱い機関は、海でご遺体が見つかり、海上保安庁と警察のどちらが先に通報を受けるかで決まるが、お互いに通報し合い、犯罪死を見逃さない、ご遺体をご遺族に返すという共通の目的のもと、協力し合っている。必ず合同でやるが、どちらが主体かという、警察機関が約7割で、海上保安庁で約3割となっている。解剖の実施状況については、死体取り扱い総数の約3割から4割、平成28年度は約4割となっている。岡山県に限った死体処理状況を見ると、岡山県内の水島海上保安部と玉野海上保安部の2つの保安部で取り扱った死体取り扱い総数は11件であった。検視と死体調査の別では、岡山県は六管全体よりもかなり検視の割合が多くなっており、平成26年度、平成27年度で8割から7割、28年度は36%であった。取扱機関としては、海上保安庁が3割で、警察機関が主体となって扱う件数が多い。解剖の状況は、岡山県では死体取り扱い総数に対して解剖率が相当高い。平成26年度で78.6%、平成27年度で72.2%。平成28年度は45.5%である。

○会長 ご質問は最後にまとめて行い、議題に入らせていただく。議題1の「全国の死因究明に関する取組について」、内閣府究明等施策推進室からご説明をお願いしたい。

○オブザーバー 死因究明は、国を挙げてしっかり取り組み、地域ごとにどのような取組が進められているか把握した上で、国がきちんとフォローしていく必要があると考え、平成24年以降、内閣府に死因究明等施策推進室が置かれている。資料11ページには、平成26年に国で策定された死因究明等推進計画の基本理念を載せている。まず、死因究明の推進は、死者が生存していた最後の時点に

おける状況を明らかにするものであり、死者と遺族の権利利益を踏まえて適切に行うことが、生命の尊重と個人の尊厳の保持につながることを著している。我が国の施策は他国に誇れる体制や取組であるか問い続け、推進することを目指している。二つ目に、死因究明を推進する上で犯罪や事故の見逃しはあってはならず、近年の高齢化を踏まえると、高齢者の孤独死の場合、なぜどのように亡くなったのか、あるいは子供の死亡に何か隠れていることがないか、住民の健康保持や突然死の予防の観点など、公衆衛生の観点からも今後の施策を充実していかなければいけない。三つ目に、東日本大震災の例など、災害などによって死亡された方について、身元を確認し、遺族に死亡の事実、死因をきちんと伝えていくことが、公共の秩序あるいは国民生活の安定に不可欠であるという基本理念に基づいて、国も施策を進めている状況である。このような協議会は全国21の県で始まっている。まだ始まったばかりの県、あるいは活発に議論が始まりつつある県、双方ある。岡山県の取組は、県庁や県警、大学、医師会、歯科医師会など、各々が非常に積極的かつ協力体制のしっかりした県として、厚生労働省や内閣府でも注目している。12ページ、13ページ目には、全国における議論の例や取組事例を挙げている。14ページには、平成28年9月末現在の推進計画の全国の進捗状況を載せているので、簡単に説明させていただく。9月末においては19都道府県で協議会が設置されていたが、現在は21になっており、このような協議会において、平成27年4月から厚生労働省の財政支援を開始している。本来は厚生労働省の役人がこの場に臨席すべきであるが、医事課長からもくれぐれもよろしくお伝えいただきたいと託かっている。27年7月には、大規模災害発生時における医師派遣等における協力ということで、警察庁と日本医師会の間で協定が締結されている。

2番の、文部科学省の国立大学運営機構に大学改革推進等補助金を通じた支援は引き続き行われている。

3番の、警察、医師、歯科医師の人材育成、資質向上などについては、日本医師会とも、我々内閣府、厚生労働省とで密接に連絡をとり合って、さまざまな事業を展開している。このうち、死体検案研修会、基礎あるいは上級研修を日本医師会において実施していただいている。日本医師会としても、医師にはこのような研修会を積極的に受けていただき、検案をやっていただくよう力を入れ

ておられ、eラーニングの教材なども整備していただき、画像診断、死亡時画像診断研修会を行い、岡山県でも御協力いただいている小児のA iのモデル事業についても実施していただいている。

4番の、警察における実施体制の充実であるが、岡山県は臨場率90%を超える非常に高い状況であるが、全国的にはまだ76%である。これも平成25年、26年の計画が始まったときに比べるとかなり上昇してきてはいるが、岡山県はトップクラスである。また、死因・身元調査法ができて、これに基づく解剖、調査等も全国で進められており、全国の解剖は2,395体である。

5番は、厚生労働省において行っている異状死死因究明支援事業である。都道府県と協力し、承諾解剖についても国の補助がある。厚生労働省からは、まだ国で確保している予算枠に余裕があるので、是非、各地域において、この事業の活用、承諾解剖の積極的な推進を図っていただきたいと聞いている。ちなみにこの補助金はA iについても活用いただける。岡山県もA iも含めた本事業を活用いただいていると承知している。

6番は画像診断の話、7番は身元の確認、それからDNA検査の話である。身元確認に関しては、厚生労働省においても歯科情報の標準データセットを歯科医師会と連携して進めている状況である。岡山県の取組については、画期的なものとして全国的にも注目されている。

最後の8番目は情報の活用である。遺族に対する説明についても、このような取組が進んでいる。12ページ、13ページは、後程ご覧いただきたい。全国の協議会における議論の一部を紹介したものである。ご質問等あれば議論の中で対応させていただきたい。

○会 長 続いて、議題の(2)、岡山県の死因究明に関する課題等について、まず事務局から願います。

○事務局 岡山県の死因究明に関する課題等について、昨年度の本協議会では、協議会設置後の経緯や意義等について確認をした上で、死体取り扱いの現状の報告、死因究明に関する事業の紹介等をさせていただき、各委員から現状について情報交換、意見交換をしていただいた。その議論を通して出た幾つかの課題としてまず、今後、独居高齢者が増えていくという現状の中で、病歴や生活実態がわからないために死因の究明が難しい現状があることや、孤独死による死体発見

の遅れも懸念されることから、病歴照会の連携体制の必要性などについてご意見をいただいたところである。また、今年度の協議会に先立ち、改めて各委員の所属される団体での取組や課題等について事前調査を行わせていただいた。時間の都合上、主なものをご紹介させていただくと、1つは、各団体の主な取組は、研修等によるスキルアップ、また医学部における教育など、さまざまな場面を通しての人材育成である。また、実際に解剖、A i、身元確認につながる事業など死因究明を行う活動も各立場で担っていただいているのはもちろんのこと、実務が円滑に行われるよう、マニュアル等の作成もしていただいているところである。取組における課題については、検視や解剖の増加といった現状を初め、予算、人材確保、他部門との連携、病歴照会、かかりつけ医と救急要請のあり方、情報のフィードバックのあり方など多くの課題をご指摘いただいた。その中で、本日の限られた時間の中で是非議論いただきたいこととして、事務局から2点、議題提案をさせていただきたい。1点目は病歴照会の徹底について、2点目は地域包括ケアにおける在宅看取りの推進について、以上2点である。

○会 長 事務局から2点、病歴照会の徹底と地域包括ケアにおける在宅看取りについて提案があった。これから在宅医療が進んでくる中で、我々がどう対処していくかという問題が2つ提示されている。その前に、今まで報告いただいた件について、何かご質問などはあるか。特になければ議論の中で出していただければ。それでは、病歴照会の徹底について。県医師会でも、地域包括ケアの中のかかりつけ医の養成があり、県の補助事業で実施している。その中で、則安課長からの要望もあり、検案について30分ほど話をした。そのときも、死者の情報は一応個人情報からは離れた話なので、是非積極的に提供していただきたいという話をするが、それは絶対大丈夫かという質問がやはり出た。我々のアナウンス不足、力不足のところもあるが、その辺をいかに先生方に理解していただくかという問題がある。特に開業の先生は、医師会の中でかなりアナウンスしているのでわかっていただいていると思うが、病院の若い先生方になかなか理解していただけないところもある。救急で、例えば救急搬送された患者の状況を消防の方が聞いても、なかなか教えてもらえないということと似通ったことがあるのではないかと思う。アナウンスの方法など何か示唆をいた

できれば、今後少しスムーズに進んでいくのではないかと考えている。

○副会長 解剖をやっている立場からいうと、情報を得られない状況で、結局助からない方に蘇生を中心とした医療を行った結果、どのようにご遺体に反映されているのかということをしりかたに物事を判断するというのは非常に難しいところがあると思う。捜査関連事項照会書を求める先生もおられ、苦しいところもあるが、むしろ、情報提供は本当に大丈夫かとおっしゃる方はおそらく提供に前向きな方で、いたずらに恐れているほうがかなり多いというのが私の直感である。なので、開業の先生や病院を統括する組織から、「なるべく情報を出してあげてください。これは死因を明らかにする目的であり、他に使うわけではない」という啓発をお願いしたい。これによりいたずらに恐れている人が減り、必要な解剖が行えるのではないと思う。本当に心配している人は、その次の段階かと考えている。今日は病院協会からは欠席だが、医師会を通じてでも、またお力添えをいただければと希望している。

○会 長 多分、病院協会というよりも、病院の管理者がいかに勤務している先生方に伝えるかではないと思う。病院協会はその上で、管理者に説明をしていただくことになるのではないかと。

○委 員 むしろ、この協議会長名で出したらどうか。

○会 長 それもありかと思う。どういう方法で出すかというのも、則安課長と相談したりしているが、日本医師会の名前を出すのも一つの考えであると思う。開業医が主な対象になると思うので。しかし、これだけでは弱いところもある。

○副会長 単発だと終わってしまう。担当が変わったらわからない。やはり、年頭とか、繰り返し周知することで効果があると思う。

○会 長 かかりつけ医の講習などでは、繰り返し伝えようと考えている。

○委 員 病院の管理者宛てに出しておけば、「通知されているはずですよ」と返せる。恐らく、若い先生までその通知が行くというのはなかなか難しいとは思いますが。

○会 長 現場で担当する先生は、結構若い。

○会 長 歯科医師会はいかがか。

○委 員 うちの身元確認が主なので。歯科の先生は診療記録を仕事柄渋ったという話はない。

○会 長 警察協力医会長はいかがか。

- 委員 ある程度強力に言ったほうがいい。死因究明に際して、病歴がわかるのとわからないのとで全然違う。検視の検体も受けるので。
- 会長 何も病歴わからずに検案をしても、自信を持った死因確定はできない。
- 委員 平成25年2月に警察本部長名で、医師会、それから歯科医師会、病院協会に対して協力依頼の文書でお願いした。個人情報にかからないこと、法律により照会するものなので個人情報保護法にもかからないのでと依頼した。病院によって温度差があるのは現実。
- 会長 県警本部からか連名で出すか、それもまた協議していく必要があると思う。
- 委員 川崎医大の小児科だが、病院で働いていると、やはりなかなか若い人に伝達するのは難しいので、それを徹底するには、医療安全や院内感染対策は既に盛り込まれているように、病院機能評価の項目や医療法25条の立入検査に盛り込むのも策ではないか。
- オブザーバー 厚生労働省に伝えたい。
- 会長 非常に有効な手段になるのではないかと思うので、是非伝えてほしい。
- 委員 病院の特に若い先生方に通知が行くのは、現実的には難しいのかと思う。我々もさまざまな機会を捉えて、まめに指導や啓発をしていくことと、医師会の協力も非常に大切なので、協力しながら考えていきたいが、この場でも何ができるのか検討していただきたいと思う。
- 会長 なかなか現場まで浸透するというのは時間がかかると思う。また、若い先生が次々生まれてくるので、専門医制度の中でも基礎講習に入れるとか。既に盛り込まれている倫理や感染症、医療安全、同様に、公衆衛生的な面として教育も含めてやっていくか必要があると思う。今日、これで何ができるという結論が出る話ではないと思うので、何か追加があれば後で発言をお願いしたい。
- 次に2題目、地域包括ケアにおける在宅看取りについて。これも大きい課題で、我々医療側にとっても今後ますますその数が増えてくる。特に独居世帯がだんだん増えてくる。岡山県で検案する方のうち、500例は独居世帯の検案4分の1くらいで、約2000例中500件くらい。特に男性はお酒を飲むし健康を害しやすい予測も立つ。早目に介入してあげればそういうことも防げるのではないかと思うが、個人情報の壁があってできにくいのも一つの問題点であると思う。これから地域包括ケアシステムができ、このようなこともある程

度解決していけば、独居死もかなり改善されるのではないかと。一方で看取りも簡単なものではなく、医師会の中でもいろいろな問題が論議されている。24時間体制で看取りは行われるべきだが、24時間だけでなく365日が入るので、常にそれを意識していなければならない。1人で診るのが難しいということで、1人が主治医で、もう一人副主治医をつけるという主治医副主治医制という構想もある。これも診療報酬ではまだ認められていない。例えば、主治医が多忙で副主治医が診たときに、そのまま病名を継続できるのか。このような問題もあり、先生方も二の足を踏むことにもなっている。このような問題が整理されると、かなり在宅看取りも進んでくるのではないかと思うが、まだ今のところは余り進んでいない。

○委員 地域包括ケアでは、介護のスタッフやケアマネジャーなどいろいろなスタッフがたくさん入ってくる。主治医の訪問診療の過程で、医師や看護師以外の他職種が死亡を発見した場合、救急車を呼ぶ。救急車を呼ぶと警察では変死扱いになる。私も1件あったが、すぐ近くで亡くなったのに救急車を呼んで、検視になった。検視は、私が行って、また検視ということになったケースもあった。やはり、ケアマネジャーやヘルパーなどの研修やケアカフェなどで、見つけたら必ず主治医、かかりつ医へ連絡するということが、亡くなっても慌てることではないというのを徹底したら、検視になる件数も少なくなると思う。検視に行ったら、正確な病歴がないので頭か心臓か・・・と判断が難しくなる。パラメディカルの教育が一番重要ではないかと感じている。

○会長 主治医がわかれば、パラメディカルも一応主治医に連絡するというのが一番いいのではないかと思う。

○副会長 今の話は現実的な話と受けとめた。私のような専門の立場からいくと、やはり少し怖いと思う。神奈川県では施設から人を突き落とした職員がいた。そういうときに警察に連絡が行かないのは怖い。また逆に、見つけた人は善良でも、そこに隠れているものに不安があることもあり、難しい。100回あったら多分100回は、先生がおっしゃるとおりだと思う。ただ、1万回ぐらいあると、1回ぐらい人殺しが隠れているような怖さをどう捉えるか。2つの側面があると思う。厚労省では、全国で5つぐらい戦略的研究として採択している中の一つに、地域包括ケアについての筑波大学の田宮先生が研究代表者となって

いる研究があり、私もそのチームに入れていただいている。高齢者介護が中心の地域包括ケアの中で看取り問題が何%ぐらいを占めているかということはよくわからない。現実には地域包括ケアの中での看取りはこういう現実だと書いても、厚労省は予算をつけた研究の成果を論文で出すように求める。論文は出してから載るまでに1～2年はすぐかかる。看取りの問題を地域包括ケアの中でどう位置づけて、どう対応していくのかは、論文だけが国民に対する説明ではない。論文だけが成果ではないということを、内閣府から厚労省へ是非言ってほしい。先生によっては在宅について尻込みする方も多いようなので、そういう先生を少しでも減らそうと、今、岡山県として事業をやっているが、少し停滞し始めており、今後の活性化が重要な課題だと思っている。それから、もう一つの非常に重要な問題が規制緩和の問題がある。看護師が見たものを画像で送り、医者が診断書を書くということを現実的に厚労省がやろうとしている。この背景には、閣議決定による規制緩和があるということであるが、法医学会としては無茶だという意見である。ただ、厚労省も、閣議決定を受けて何もしないわけにはいかないところもあるだろう。現実には、画像を送ってそれを見て判断し、書類を書くことがいかに恐ろしいことか、ここにおられる先生方は重々ご承知かと思う。このことが正道にならないようにすることは大事ではないか。確かに、医者はいない、独居老人が多く住んでいる島で人が死んだらどうするかというときに、看護師が画像を送って・・・という話だが、診る先生も半月前しか診てない・・・という状況などあるので、少なくとも岡山県ではこの議論は切り離して考えていただきたい。なお、法医学会では、そのために膨大な予算を使うより、年間に滅多に発生しない状況では、医者をヘリコプターで連れていったほうが低額だと考えている。地域包括ケアの中での看取りと、規制緩和が連動しつつあるので、そこは注意していくべきだと思っている。

○会 長 厚労省では特定看護師を養成しようと進めているが、既にある特定行為に加え、39番目に死因の確認を入れようか検討している。常に危険があることは承知しているが、実際に、副会長の発言のような心配が全部クリアできるなら、在宅をやる上で我々にとって非常に楽になるところはある。

○委 員 これはトレードオフのようなところがあると思う。在宅療養している中で、こ

れまで人が亡くなるときには、必ず病院の医療の監視下で人が亡くなっており、その前提で医師の養成また臨床研修も進められてきた。在宅医療となると、24時間365日それができるか、現実的に極めて難しいところもある。その折り合いをどうつけるか。人が亡くなる不可避なことを前提で、そのプロセスとして、このままいけば医師がいない、連絡がとれないことも出てくると思う。どのあたりでどうコンセンサスをつくっていくのか。すぐに答えが出ることではない。時間をかけて、地域包括ケアシステムを構築する中で住民を含めた議論が行われると思う。

○委員 在宅医療の推進にあたり今後皆さんにお願いしたいのは、ケースカンファレンスをしっかりやっていただきたいということ。今の状態や余命なども含めて支援者で共有するケースカンファレンスが必要。独居で亡くなっている場合と、家族と同居していて亡くなる場合と、少し違うのではないかと思う。

○委員 在宅で検視に行ったら、かかりつけ医もないし、何も介入がないことがある。ここにどういう方が住んでいる、受診が必要な状況である等地域ぐるみで見守る機能がなくなっていると思う。今なら民生委員さんが一番近いとは思いますが、そういう事情がわかっていて、必要に応じて行政へ連絡してもらうなどできれば、亡くならずに済んだという事例もあるのではないかと思う。いつも検視をしていて、誰か見ていたら助かっていたのではという事例がたくさんある。何か方策が考えられれば。

○会長 その件については、例えば災害時の要支援者の把握と同じ。そのブラックボックスがいつ開くかわからない。個人情報なかなか教えてもらえずに介入できないというのが一番問題と思う。ご本人がそれを望まない場合もあるので、なかなか難しいが。

○副会長 そういう方の死因を明らかにすることが、本来、死因究明の一つの重要な部分であるが、それを解剖する法医学の人材も足りない。もう一つ、非常に重要なことは、その死因究明が公安機関の手に委ねられている制度だと思う。実は、統計ではほとんど病死なのに、今の制度では、公安機関の業務の中で死因の最後まで面倒を見ることになっている。病死は犯罪ではないのに。承諾解剖が岡山県では非常に減っている。先日、内閣府の死因究明等施策推進室を訪ねたときに、減った理由を聞かれた。恐らくその背景には、承諾解剖の性格が、元

来、知事部局の公衆衛生の業務であり、捜査機関の業務ではないという性格があるのではないかと考えられる。うちは年間200体弱を医者2人で対応している。実際には2,000体のうちの1,500体～1,600体は病死。そう考えるとやはり死因究明は厚労省のmatterではないか。まず岡山県で他府県とも連携して、厚労省へ働きかけることもいずれ必要になってくるのではないか。

○会長 他にどなたか、在宅、在宅医療についてご意見があれば。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会長 では、岡山県の事務局のほうから提案があった2件については、大体このような意見で。今日結論が出る話ではないので、今後もまた検討して続けていきたいと思う。それでは、他に全体を通して何かあれば。人材育成等大きな課題になると思うが、何しろ予算がない。県の医師会でも基金で少し予算いただいたのでできているが、機会は少ない。警察協力医会の総会の際には、副会長にご講演していただいた。内閣府のほうはいかがか。予算がいただければ講演会もたくさんできる。是非、人材育成の予算も確保していただければと思う。日本医師会にはかなりの予算もついて、研修も進んでいる。

○オブザーバー 残念ながら内閣府自体の予算というわけにはいかない現状なので、このような声を拾って、どのように予算を使ったら良いか関係省庁に伝えていきたいと思う。是非、事後的にでも予算の有効活用について意見交換させていただければ。

○会長 人材育成に取り組んでいる歯科医師会はいかがか。この冊子の説明もお願いしたい。

○委員 先立っての熊本の地震等大規模災害のときに、これに沿って動いた。何かの参考に使ってほしい。人材育成としては、警察と身元確認の歯牙鑑定が主なので、警察や警察学校へ講義に行っている。また、今は実施していないが、各ブロック単位で、身元確認のための歯牙鑑定をする上で記述ができるように、講習会も行っていた。警察署員の方々も異動されるので、次年度ぐらいから少し復活して、警察の署員の方と、その管轄の歯科医師との顔合わせなど連携が必要ではないかと思っている。

○会長 最後に、Aiの話について、かなり頑張っておられるようだが、実際に

はどのような結果になっているのか。例えば、A iで死因が確定できた症例はどのくらいあるのか、どういう確定の病名だったのかなどフィードバックしてもらえたら。何%くらいが有用なのか、細かい数字でなくてよいのでお聞きしてみたい。

○委員 取りまとめたものがないので、帰って勉強してみる。

○副会長 その件については、まだ公表はしていないが、私どもが全然違う視点で調査して整理中のものがある。解剖に来た事例でCTを撮ったもので、見た先生が死因について言及しているのはほとんどない。多くは不明となっている。それはもちろん解剖するから不明でいいというのが背景にあると思うが、死んだ人は生きている人と画像が違うので、怖いというのがあるのかと思う。それで、亡くなった後CTを撮ったが解剖しなかった例で、検案の先生が何を言われているかデータをとった。まだデータ整理中であるが、必ずしもCTの所見だけではなく、病歴等が優先になって死因をつけている。つまり、画像で見てもわからない心筋梗塞等について、本当に梗塞が起こっているかどうかわからないものは、画像を見て脳出血がないから脳出血ではないということを担保して、実は死因はCTの結果を使っていないという事例も相当数あるのではないかと感じている。できるだけ早く整理して、公に出せるようにしたい。否定する機能の意義を認められるのではないか。これではないと言えたらすごいこと。

○委員 検視をする場合、我々は適当に小冊子やメモ用紙を持参して、死亡時間、死後推定時間、調べたりしている。近頃は大体、検視官が言ってくれるが、こちらもそれは確認したい。ただ書類だけ書きに行くのではないので。そのためには、根拠となる推定時間等について、警察と我々と同じものを見て、確認できるものがほしい。他県でそういうものを作成した話を聞いたことがある。今警察が使われているようなものを検案医にもいただけないか。同じものを見て共通認識の上で判断や説明ができれば助かる。これを提案したい。

○会長 我々が研修に行くと、死因が不明だったら、すぐ解剖へということだが、マンパワーからいっても、先生のところへお願いしてもよろしいか。

○副会長 厳しいご質問で。そういうことを言うのは恐らく監察医制度のあるところの先生だと思う。監察医制度は歴代日本で、実質機能しているのは東京だけ。大阪府も一応は監察医事務所があるが、閉鎖する案もある。私どもは仕事なので死

んでもやるというところはある。やはり、死因がわからなければ積極的に解剖というのがよいが、最後の死因は公安機関がつけている。公安機関にとっては、肺がんか胃がんかはあまり問題ではない。「がん」と大別されるぐらいで重要なのは自殺か他殺か等。そこへ、がんか心筋梗塞か死因をはっきりさせたいと持って行っても、公安機関として解剖する法的根拠を問われる。それには衛生行政が入ればよい。現在法医学分野の人件費は文科省ばかりである。例えば県と政令指定都市に監察医制度を置くことができるので、岡山県が岡山市に監察医制度を置き、医者を1人つけば、その人は研究とか教育をせずに死因究明だけやればよいので、1体30分から1時間とすると、計算上1日8時間勤務で6体解剖できることになる。やはり衛生行政、厚労省にどうやって働きかけるかということが大事で、地域の先生方のご配慮が余り要らなくなることと深く連動している。現実にはすぐはできないが、死因がわからないので解剖を頼むというシステムが必要だと思う。もう一つは、県警としては終わりですということで、地域の検案医から依頼をいただく。ただ、そのときは死体解剖保存法に基づく必要な書類の整備が必要。おそらく法制度上は可能だと思う。それが今、県からの委託事業の中で、在宅死で死因のわからない人について、私が何とか解剖して死因をつけるとこまでやるというもので、法令上の根拠もあり、警察の手を離れてもやるものなので、考え方としては不可能ではない。マンパワーは何とかするとしか申し上げられない。

- 委員 小児のA i、承諾解剖の予算はあったのか。
- 事務局 解剖の経費は、以前は県警が使っていた。平成26年頃に厚労省から通知が出され、補助金の趣旨に反するというので、今、警察では厚労省の補助金は使われていない。今、厚労省の補助金で実施しているのは、小児のA iを数件、日本医師会に報告している。
- 委員 そのあたりはどこの自治体もかなり厳しいところではないか。
- オブザーバー 大阪の監察医制度については、監察医廃止ありきにはなっておらず議論中だと思う。承諾解剖の件は、警察が承諾解剖経費を取っているところや、実態は県庁が取っているが、実務的なプロセスは警察が担っているところ等幾つか形態がある。予算については警察と公衆衛生行政の間で過渡期の状態。
- 事務局 本県では、以前は県庁の保健福祉部が厚労省の補助金を申請して予算をとり、

分任して警察で執行していた。その後厚生労働省から通知が出て、本来の補助金の趣旨に反するという事で、その翌年から当該補助金での申請をやめた経緯がある。

○オブザーバー 厚労省の医事課の担当者に、必要に応じて執行に関する相談をしていたければ。

○会長 2つの課題、病歴照会の徹底と地域包括ケアにおける在宅看取りについて皆さん方の意見がいろいろ出たと思う。それらをたたき台にして、また新しい方向へ進んでいければと思う。今日は皆さん方、熱心なご議論をいただき感謝申し上げます。