

## 平成27年度岡山県死因究明等推進協議会 議事概要

日 時：平成27年11月19日（木）

18:00～19:30

場 所：ピュアリティまきび

- 【議題】
- (1) 岡山県死因究明等推進協議会の公開について
  - (2) 死因究明等推進協議会の趣旨等について
  - (3) 死体取扱等の現状について
  - (4) 実施事業等について
  - (5) 意見交換

### （発言要旨）

#### 1 開会

#### 2 挨拶

荒木保健福祉部長

野上刑事部長

#### 3 会長、副会長の選出

会長に松山委員、副会長に宮石委員を選出

### 議題1 岡山県死因究明推進協議会の公開について

それでは、議題の1の岡山県死因究明推進協議会の公開について事務局から説明をしてください。

○事務局 県では、開かれた県政を推進するため、審議会等の会議は原則公開することとしている。会議を公開とすると報道機関への広報や一般の方の傍聴が認められることとなる。また、会議終了後には議事概要や会議資料を県のホームページに掲載することとなる。非公開だとこれらがなくなる。非公開とする場合には要件があり、1つ目が、法令等により非公開とされている場合、2つ目が岡山県行政情報公開条例に掲げる情報に該当する事項を審議する場合、3つ目が公開することで公正かつ円滑な議事運営に支障が生じると認められる場合のいずれかに該当する場合としている。

この協議会については、事例として個人情報に触れる場合は岡山県行政情報公開条例に基づき非公開の要件に該当するが、その他に非公開とする理由は見当たらない。このため、原則公開し、個人情報に触れる場合は非公開とするのが適当と思われるが、審議会等の独立性を尊重する観点から、それぞれの審議会等がみずからの責任において公開、非公

開を決定することとしているため、その判断をお願いしたい。

○松山会長 事務局から協議会の公開についての説明があった。原則として公開、個人情報に触れる場合は非公開とするという説明だが、委員の先生方いかがでしょうか。原則公開でよろしいか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松山会長 原則公開に決定する。

○事務局 今後、会議については原則公開し、会議資料、議事概要を県のホームページに掲載する。

## 議題2 死因究明等推進協議会の趣旨

○松山会長 死因究明推進協議会の趣旨等ですが、これについてはまず事務局から説明してください。

○事務局 死因を究明することは亡くなった理由を正確に知りたいという遺族の思いに応えるだけでなく、医学の発展や公衆衛生の向上、さらには犯罪の見逃し防止、災害時の身元確認等の観点から重要と考えている。

平成26年6月13日に閣議決定された死因究明等推進計画において各省庁の取り組みのほか地方公共団体に対し、関係機関、団体等が協議するための死因究明等推進協議会の設置、活用が求められており、本県でも本協議会を設置した。

○松山会長 それでは、続きまして内閣府死因究明推進室中澤参事官から説明をしてください。

○中澤参事官 なぜ協議会か、協議会で一体何を議論すればいいのかとご質問いただくことがある。死因究明等推進協議会の基になった推進計画の概要だが、突き詰めていくと、死因究明といっても最後はある遺体に向き合った1人の医師が、その故人の姿をしっかり受けとめて、検案という形で最後の医療行為を完結する、立派な死体検案書を書き上げてそれを行政が応援することではないかと思う。最終的には目標として国民、県民の安心・安全に貢献していくことが、一番大事だと思う。

パロマの湯沸かし器の事件など、同じような事件あるいは同じような過ちが繰り返されて無念の死を遂げる方が少しでも出ないようにするために死因究明はあると考えている。ただ、そういった活動は地域によって抱えてる事情がかなり違う。

課題になっていることを、幾つか例示させていただいた。

例えば検案医の高齢化が進み、若手の後継者の確保が難しい。あるいは深夜に呼び出さ

れて出ていくが、そこで何かあっても誰も保障してくれない。

犯罪性がないと一旦判断された死体の取扱について、県内の扱いがはっきりしておらず、そのCTを撮るのか、新法解剖を行うのかははっきりしない。しかも、その時の経費を病院が負担する所もある。また、搬送を誰がするのが課題になっているところもある。あるいは一人暮らしのお年寄りが路上で倒れた。その時に、身元ははっきりしないが、かかっている病院は分かり、そこに病歴を尋ねてもなかなか分からないが、その状態で検案書を書かざるを得ないところもある。

また、南海トラフのような災害が想定される県では、大規模な災害に備えた身元確認の取組が十分に取れていない。

あるいは大学の法医が増えず、これ以上解剖数を増やすことができないのに死体数は増えていくという状況にある。

県内で検案、解剖等種々実施するが、県内で集約がされていないため、そこで得られた知見を県民にも還元できない。また再発防止につなげるための通報も行えない等の課題がある。

これらの課題は、地域によって実は相当違っている。地域の特色を踏まえないと話が進まないと判断している。

死因究明等推進計画は8つの柱からなっており、それぞれの地域の事情に応じた体制から歯科情報の話、検視官の問題、行政機関への通報の問題等々、県内の状況はどうかということを是非この場で改めて確認をしながら検討いただければありがたい。

岡山県は、地道によく取り組んでいる県で、取り組まれていることはもっとPRしても良いのではないかと。救命救急医との連携や、歯科情報など、大変色々な取組がされている。

### 議題3 死体取扱等の現状について

○松山会長 それでは、議題3、死体取扱等の状況と現状についてに移ります。

まず、人口動態統計について事務局から説明してください。

○事務局 平成26年の岡山県の死亡数は2万1,051人、人口千対死亡率は11.0で、全国と比較するとやや高くなっている。

年齢調整死亡率で見ると男女とも全国と比較して常に低い状態にある。

年次別に見た死因の概要は、昭和57年から平成26年まで悪性新生物が死因の1位となっている。平成26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。

次に死因究明に関連すると思われる死因の動向を見た。岡山県は、病死、自然死が1万9,919人で、死亡総数に占める割合が94.6%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1,132人で、死亡総数に占める割合は5.4%となっている。

5歳階級ごとの死亡順位だが、15歳から49歳までの若い年代では、自殺が死因の1位か2位、また、不慮の事故も1歳から29歳までで2位となっている。65歳以降の高齢者は、悪性新生物が1位だが、不慮の事故も4位か5位に入っている。

○松山会長 岡山県警の死体の取扱状況等について説明してください。

○西馬委員 警察の行う検視、死体調査等については全国的にも高い水準で推移しているのが現状。個々の検視事案についても独居世帯が増加しており、死体の発見が遅れたり、死者の生前の行動や実態がわからないため、死因や事件性の判断が難しくなるケースが増加しており、検視を取り巻く状況についてはかなり厳しい状況になっている。

過去10年の全国の死体取扱総数は平成19年に15万体を超えて平成20年以降は毎年16万体を超えている。また、検視官の臨場の状況は、昨年は全国平均では72%強となっている。

過去10年間の岡山県下の状況は、全国と同様の傾向を示している。平成19年に年間の警察取扱死体数が2,000体を超えて以降、大体約2,200体前後で推移している。昨年の死体取扱数は2,286体、そのうち1,881体について検視官が臨場している。検視官臨場率は82%ということで、全国平均より約10ポイントほど高くなっている。

なお、本年の10月までの検視官臨場率は92%程であり、より一層現在は増やしている状況。参考に検視官臨場率は、今月、先月と先々月で100%実施している。

県警察においてもいわゆる死因究明に向けた取組が強化されており、そういった観点で平成22年の春から検視官を5人体制に強化している。それを機に臨場率も一気に高くなっているのが現状。

現在は、検視官5人で24時間体制の検視業務へ対応している。また、Ai（死亡時画像診断）の活用、簡易薬物検査キットの導入等で積極活動している。そういった流れの中で犯罪死の見逃し防止等について格段の配慮をしている。

県下の死亡者総数は、2万人を超える高い水準で推移している。概ね警察の取扱数はそ

の約10%強である。昨年は10.9%位で、今後、高齢化がより一層進展するのは目に見えている状況であり、警察で取扱う遺体の数も増加傾向は免れない。

また、昨年県警が取扱った2,286体のうち、いわゆる独居者の死亡は概ね約30%である。高齢者については大体70%ぐらいが独居者になっている。

次に、死体の解剖状況は、7年連続で200体を超えた数で推移している。昨年は総数205体で、ほとんど岡大で解剖を行った。そういった状況で、いわゆる死因の究明を行い、事件性があるかないかということも、また事件死体について死因は一体何だったのかについてもしっかりと見ていただき、捜査に役立てているのが現状である。

最後に、新法ということではいわゆる、警察等が取り扱う死体の死因または身元の調査に関する法律が平成25年に施行された。それまでは、司法解剖、承諾解剖、交通解剖を含めて警察が取り扱う死体の約10%を解剖しているが、それにいわゆる新法解剖が入り、警察署長の判断で解剖を行う制度も始まっている。解剖、遺体の状況についても年々変化をしているのが現状で、それに合う形で県警も体制の整備、また警察署の刑事課長等に対する教育等も含め、努力を重ねている。

警察も遺体の種別によって検視、死体調査等名目は分かれているが、目的は犯罪死の見逃し防止と、死因究明であり、そういった部分について日々努力をしている。警察としても検視業務の高度化を図り、犯罪死の見逃し防止、また確実な身元確認を徹底していきたい。

○松山会長 続きまして、第六管区海上保安本部の現状等について第六管区海上保安本部の伊達委員から説明をしてください。

○伊達委員 海上保安庁は全国の海を11に分割しており、私たちが所属しているのは第六管区で、岡山、広島、山口、香川、愛媛の5県を管轄している。

海上保安庁の職員数は全国1万3,000人で、第六管区は1,046人。船艇60隻、それから航空機が3機あり、管内の海難救助、警報警戒、各種取締、犯罪捜査、災害対応、海上交通安全の確保など、様々な業務をしており、その中に検視業務が入っている。

次に、第六管区における死体取扱総数は、25年度で185、26年度は128、今年度は10月末までが101となっている。大体毎年150から200体ぐらい5県で遺体が発見される。海上、海中で発見される場合が多いが、船内、海上施設で発見される場合もある。

取扱機関は、海上、海中で遺体が発見されると、当庁と、警察の2機関が現場に臨場し、海で遺体が発見されると必ず相互に通報して合同で検視等を実施している。海中にある遺体でも陸上犯罪の可能性もある。家出人届とか指紋照会、DNA鑑定は警察に依頼しないといけないので、必ず警察と現場で協力しながら対応している。

死体認知後の措置状況は、やはり海上、海中ということで検視が多くなっている。身元不明であったり、経緯や足取りが不明な場合が多いので、そういった取扱になる。

解剖の状況は、第六管区全体では取扱数の大体3割から4割である。

次に、岡山県下の部署というのは水島と玉野の海上保安部だが、その死体取扱数は平成25年度は20、平成26年度は14、平成27年度は10月末までが14となっている。第六管区全体の約1割で、割合としては少ない数だが、これは岡山県の海域が狭いのと、企業岸壁が多いことが影響しているのではないか。

死体認知後の、取扱機関も第六管区全体と一緒に警察主体の方が多くなっている。死体認知後の措置状況も第六管区全体と同じく検視の割合が多くなっている。

解剖状況は、死体総取扱数の6割から8割となっており、第六管区全体が大体3割から4割ですので、岡山県下の部署における解剖率は非常に高くなっている。

最後に、引き続き犯罪を見逃さないよう死因究明等に万全を期していくこととしている

#### 議題4 実施事業等について

○松山会長 それでは、議題の4で実施事業等についてに移ります。

まず、小児死亡事例に対する死亡時画像診断について、事務局から説明をしてください。

○事務局 死亡時画像読影技術等向上研修について、厚生労働省が日本医師会に委託を行い実施している。

小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業は、死因究明等推進計画を踏まえ、死亡時画像診断の有用性や有効に行うための条件を検証し、あわせて小児医療の向上に資することを目的として実施している。

具体的には、日本医師会に登録を行った医療機関で実施した原則として15歳未満の全ての小児死亡事例を対象に、保護者の同意を得た上でCT、MRI等の画像を撮影する。その後、医療機関からAi情報センターへ画像等を送付し、Ai情報センターは読影及び全国のデータの集積を行い、その分析結果等を踏まえて死亡時画像診断全体のあり方を含めた検案する医師の参考となるマニュアル作成までを目指している

このモデル事業に対して、県では小児死亡事例に対する死亡時画像診断の情報収集に協力することとしている。事業内容は、国のモデル事業において登録をした医療機関が小児死亡事例に対してCT、MRI等の画像を撮影するが、その際の撮影費用を定額で支払うもので、県内では4カ所の医療機関が登録し、実績は9月末までで2件ある。

○松山会長 続きまして、在宅死への適切な対処能力の習得事業につきまして、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科法医学分野宮石副会長から説明してください。

○宮石副会長 本日は、大勢の職種の方がお集まりいただけるということで医学、分けても法医学の立場から死因究明の意義というものについて触れた後、事業そのものについてお話す。

先ほど、中澤参事官を初め大勢の方々からのお話を聞きながら、非常に感銘を受けた。その一方で、やはり少し私あるいは法医学とちょっとずれているのかもしれない、そういうところが今日の話の中にも出てきたので、法医学の立場、あるいは特に私の立場かもしれませんが、お耳を貸していただきたい。

法医学にとってのミニマム・リクワイアメント、それはつまり犯罪見逃し防止で、それができなければ、もはやそれは法医学として存在する意味はない。しかし、それだけでいいのか。答えは「いいえ」である。

ある事例として、乳児が体調不良で医療機関を受診したが、風邪で様子を見るように言われた。時間と共に調子が悪くなり、再受診するが、まもなく死亡した。解剖により感染性の心内膜炎と診断した。

もう少し早く診断できていれば助かったのではないか。こういうことがあるということなかなか臨床の先生には気づいていただけない。だからそれを世に問わなければならぬ、それが法医学の仕事ではないかと思う。

もう一事例、交通事故で死亡した若者の死因が不明とのことで解剖を行った。脚が長く、手や足の指も長く、マルファン症候群を疑った。解剖を進めると、左心室腔は異常に広く、大動脈も広く、顕微鏡検査等も行ってマルファン症候群と診断した。

その後県警に依頼し、その方の身内に同様のマルファン症候群の疑いの者を発見し、紹介状を添えた手紙を遺族宛に書き、治療に結びつけるようにした。学会で発表したところ、フロアからそこまでやって法医学だという意見ももらった。

集団例としては、孤独死で見つからないのはどういう人か、その根底にある要因を拾い出す作業を1万件以上のデータから行った。それを論文にして世に問うことをした。もち

るん法医学にはそこまでの能力はない。公衆衛生医師とのコラボレーションによって初めてなし得たことである。

同じように公衆衛生の医師と同じようにコラボレーションし、高齢者が孤独死をしている中で、火事を出すのは仏壇の火から出すのが多いとわかった。ろうそくは止めた方がいいんじゃないか。電池で付くろうそくにするように勧めたらどうかという議論もした。

ヘルスサービスリサーチは、筑波大学にだけある公衆衛生の一分野だが、法医学や、死は公衆衛生にとって最終のアウトカムで、そういう視点から法医学とのコラボは意義があることを公衆衛生学の雑誌にも書かれている。

他にも、自転車事故の例だが、実は岡山大学で解剖した自転車自損事故は、警察統計では自転車事故に入っていないものの方がはるかに多いということが分かった。また、事故と認知されても解剖されていないものの方が多かった。解剖された群とされていない群との死因の構成を比べたら全く違う。解剖群は損傷死が圧倒的になり、非解剖群は病死が多い。では、自転車で亡くなる方をどうやって防ぐか。警察統計をもとに自転車事故の実態を論じたのでは解決策は出ないことが分かった。法医学はそういうことを明らかにしていないといけない。

乳幼児についても調査し、人口動態統計と比較してみた。実は、人口動態統計で外因死になっているもののうち2割以上が警察に届け出がない。そういう実態で虐待を見逃してはいないのか。医者は捜査官ではないのに、事故なのか、自殺はないでしょうか、どこかに故意はないのか、そんなことまで分かるのか、外因死の診断は間違っていないのか。我々が警察の協力を得てデータを調べた結果、そういう問題意識すら持てる現状にないことがわかってきた。

他には徘徊の問題もある。どんな徘徊の研究を調べても、亡くなっている人は法医学の立場から見ないと見逃される例がある。一般の基準には合わないが、徘徊というべき行動から亡くなっている方がいるということも分かってきたし、家の近くで亡くなっている人が多く、徘徊をし始めたら短い時間のうちに見つけないといけないことも分かってきた。

このような高度腐敗状態になっても、解剖すれば60%位は死因もしくは十分に疑わしい死因に行き着くことができる。そして、そういう人の中にはなぜか消化管出血による死亡が多い。人知れず亡くなっていく人は、実は消化性潰瘍のような良性疾患で、おなか痛いのを軽く見ているのではないか。そういう着眼が助ける一つのポイントではないか。こういう活動を行い、各方面へ行き講演しており、それをもう何年も続けている。

もしも医学が人の健康に貢献するものであるならば、2つに分けることができるだろう。生命体として、つまりホモ・サピエンスとしてその個体の命を紡ぐということは大事なことである。しかし、人は社会を構成する生き物ですので、社会の中で健康でなければならない。これはヒューマンとして生きていかなければいけないということ。そのために、我々は心内膜炎の子供を助けたいし、マルファン症候群の青年を助けたいし、その家族に死んでもらっては困ると思っている。

えん罪があってはいけない。それは、犯罪を行っていない人が罰せられてはいけない。しかし、悪いことをした人が罰せられるのは、当然のことであり、そこに関わるのは我々法医学者にとってのミニマム・リクワイアメントであることは申し上げた。しかし医療の制度として考えれば、例えば介護保険の適用を受けるべき人が受けられない、どうしてそういう漏れる人がいるのか。今の介護保険の制度のどこに欠点があって介護殺人が起こるのか、そういうことについても我々から発信する。法医学の中でミニマム・リクワイアメントと不可分なことだと考えている。「ヒトもヒトも健やかに」それが法医学が最後に目指す活動であると考えている。

そういった中で、ミニマム・リクワイアメントとしての死因究明がおろそかになるとどういうことが起こるかという例を説明する。

事例として、田んぼに転落した方が、通行人に発見され救急搬送されたが亡くなった。多くの外傷があったが、CT撮影の結果肺梗塞の診断であった。その後、加害者が自主してきて交通事故による死亡となったため、死因を特定するため解剖を行った。

人材を育てる、このような誤診をしない医者を育てるということは法医学の教育にとって非常に重要なことだと考えている。

このような誤診の観点から、見れば法務省や警察庁が死因究明は非常に大変なこととして認識するということになるが、病気の予防の観点からみれば厚労省マターだと思われる。ひょっとしたら、道路整備等の視点があれば、これは国交省も関係するマターかも知れない。医師の責任、医療審議会も厚労省管轄である。この誤診した医師は何の責任も求められていないが、これでいいのかということは本来厚労省の人に考えてもらいたいと思う。つまり厚労省マターであり、そして、そういう医師を送り出したのは大学の教員であるから、文科省も関係する。そして、私も文科省の職員として、当時まだ文科省でしたが、必死になって教育を行った。

このように死因を究明することは、単に犯罪かどうか分かれば良いという問題ではない

と思っている。そして、解剖死体の数は、統計をとる基準の時間とか、それから海上保安部の死体を含んでいたり、他府県に頼んだり頼まれたりというのが混在しているので、警察統計等とは数が違うが、ここ数年の統計は年間200体を超えて最高は年間240体。この当時は私だけでしたので、私が全部解剖を行った。

この数で見れば頑張っていると言っても解剖率は地をほうような低い数字が続いていて、これで本当に亡くなった方に満足してもらえそうな、生きている人へのフィードバックができるのか。もう少し解剖率を上げるためにどうしたら良いか、それは非常に重要な問題だと思っている。

実は、承諾解剖と新法解剖は公安機関予算で行っているが、これはまさに死因が分からないから実施しているのであり、そういう中に診断されていなかった病気で亡くなっている方がいる。こういう予算は本来衛生行政から出るべき予算と考えている。

今でも医学は基本的に基礎医学、臨床医学、社会医学に分けられていて、この分類表の文字で見ると臨床医学と同じ規模に見えるが、実はこれを人的規模で分けると、法医学を行っている者は臨床医学を行っている者の約5000分の1しかいない。そういう弱小分野で必死になってやっている。つまりこれは所轄官庁である文科省の下で一生懸命やっているが、文科省だけでは解決できないと思っている。警察庁だけでも、厚労省だけの問題でもないと思う。

しかし、あの乳児が、あの青年がどうして助けられないのか、なぜ見逃しをする医師が救急医を引き受けているのか、そういう体制の問題は厚労省の管轄だと思う。

そして、そのためにどういう人を育てるか、あるいは法医学教室が中心となって現役の先生にどのように法医学を身につけてもらうか、それは大学の仕事だが、要は文科省の管轄下で活動することになる。

しかし、死因究明という括りで考えたら、これらは全部入っている。死因究明をした結果をどういう目的に使うか、あるいはそれぞれの担当の部署がどのように死因究明に期待しているか、そこが違うだけであって、死因究明を一手に引き受けている我々の法医学という分野としては何も変わらない。つまり省庁としてはそれぞれの所掌により区別される一応大まかな境界線を引いているが、我々法医学者にとっては線引きは要らない。

セクショナリズムが悪いと言うつもりは全くない。法医学に内科や外科はできないし、内科や外科の先生には同じように法医学はできないので、セクションは必要だ。そうすると、死因究明のような現状のセクションのいくつかに跨がるものを一手に引き受ける

所をどうするか、それは恐らく政治の課題と思っている。

政治で解決すれば省庁の所掌の問題にはならないと思う。あるいは政治での対応が不適切ならば、省庁という行政機関のさらに上に立つ行政機関がそれを司ればいいのではないか。そのような行政機関は内閣府だろうと思われ、内閣府としての課題解決の中で、各省庁はその内閣府の指揮下にきちんとやってもらう、それが死因究明を進めることではないかと思う。とはいえ、直接の活動主体は私ども法医学で、それが我々の責務だと思う。

私どもは、このような活動を行ってきた。もちろん解剖数も、解剖率も全国的に見ればかなり上の方をいっている。解剖率は、人口の少ない所は高くなるし、解剖数は人口の多い所は多くなるので、数だけ、率だけ言っても仕方がない。また、当然震災は阪神も東北も全部我々は応援に行った。そして、解剖実習生受け入れや他のことも行っている。そして、臨床の現場で困ることがないように、病院の職員に対する敷居を低くして、あるいは後から述べる針刺し事故では予防薬を薬剤部から無条件に借りられるシステムを作った。そして、今解剖室も良いものができて今まで以上の教育ができるようにした。

ここで、在宅医療における死因究明を考えるための事例だが、心筋梗塞と脳梗塞の病歴があり、ベッドで亡くなっていた。状況だけからは、心筋梗塞か脳梗塞、自殺等が疑われておかしくないが、夫が心中を図ったものだった。夫が自ら言ったためわかったが、そうでなければ、法医学のプロが見ても判別が非常に難しい亡くなり方である。常にこういうことはあると思ってやらないといけない。ミニマム・リクワイアメントを満たしつつ、そして適切な死因診断をしないとけない。

そういうことを前提に今の在宅死の状況をひもとくと、元々在宅死というものは昔からあったはずであり、一部の身内の方は119番を、一部の方は110番をする。もちろんかかりつけの医師を呼ぶ人もいた。かかりつけの医師が119番、110番を指示することもある。身内から110番が架かったらかかりつけの医師を呼ぶこともあるし、法医学へ頼むこともある。あるいは別の医師にいわゆる協力を頼むこともある。

現在は在宅死が増えている。しかし、我々はもうかなり限界になっている。つまり、地域の救急の医師、あるいは在宅医療を行っている医師のマスターになる。救急の先生も死因が分からなくて、時々病理の医師にもお願いする。そうすると、救急医や病理医、在宅医療を担う医師、そういう人たちが地域における死因究明の社会的責任を持つことになると思う。法医学は、若干外にはいるが、それと一緒に、必要によってはスーパーバイザー的な立場でやっていかないとけない。

しかし、救急医や病理医はもう限界に達している。なぜか。限られたポストの中で勤務医がほとんどであり、もうこれ以上在宅死が増えて回ってきててももういっぱいいっぱいである。この状況で更に在宅死が増えた時にどこが対応するか。それはかかりつけ医が対応するしかないという時代が来ている。このため、かかりつけ医に頑張ってもらわないといけないということで本事業に取り組んでいる。

これは平成25年から3年間、今年が最終年度の事業である。在宅死への対応のため、県からの募集に対して提案したところ、実施することになった。大きく分けると研修会、資料の作成、演習や実習を行うという、3本柱からなる。

まず研修は、医師会単独としては現在4つの医師会で行っている。一部の医師会では非常に良かったというお話をいただいております、赤磐医師会からも、お礼状をいただいた。高梁医師会からは2回目の研修を行いたいという申し出をいただいている。

そして、警察協力医が集まる関連集会では何回も行っている。他にも香川県の医師会、岡山県医師会とも調整をしている。研修会の講師を派遣する、といっても自分が出かけることだが、この派遣事業は今まで行ってきて、それなりの実績を積めたと思っている。また、教材については現在作成している。

そして、3番目は実習、演習だが、解剖事業と供覧事業の2つの事業を行っている。

供覧事業は、解剖の案件を見て疑似体験をしていただく。希望のある医師には見学可能な解剖の予定をできるだけ多く配信し、時間があるときに来ていただくことを続けている。

それから、解剖事業は、施設を持っている医師の所で亡くなったが、死因もはっきり分からない時に、この事業で費用を負担して解剖し、死因を究明する事業である。もちろん医師として死因を明らかにしたい場合でも、遺族が明らかにしたい場合でも対応できるようにしている。

そのため、手続きの手順を書いた依頼解剖のフローチャートや、必要な種類の様式、また費用を支払うための手続きの説明書なども入れて、希望する医師に配布している。

そして、異状死体の届け出ということで、どのようにしたら良いか、かなり多くの先生が困っているので、その点についてもサポートする。そして、供覧事業を兼ねる形でよかったら解剖そのものの見学にお越しく下さいという案内もしている。

今年度で終わりの事業であり、こういう形での死因究明の推進を今後どう継続するかが今私に与えられた課題で、目下のところは再来年度に向けて概算要求をしてみる方向で大

学と折り合いがついている。

最後になりましたが、死因究明というものはどういうものか、最近の話題を医師の役割との関係で考えてみたいと思う。

実は、規制改革会議で議論されていることがある。死因究明に看護師を動員するという内容である。

コ・メディカルと言われる人たちは、ウィキペディアで該当職種の例というのを出すと31職種に登り、これに医師と歯科医師を足せば医療関係者と言うことができるだろう。法医学がこういう医療関係の資格を取る上での必修科目になっているものはどれかと考えてみると、医師以外の方は、歯科医師を含めて看護師を初めとする全てのコ・メディカルで、法医学の単位を取らないと資格が取れないという構造にはなっていない。私も、いまだかつて看護学校で法医学を講義した先生の話は一度も聞いたことがない。

少子・高齢化を背景に、これから在宅死の時代になり、もっと言えば、介護ばかりしないといけない時代が来ることになる。この時に介護殺人とか虐待は誰がしているのか。この少子化・高齢化の時代には段々と採用する職員の質を選べなくなることも考えないといけない。

私がドイツに留学しているので、ドイツ語の事件記事だが、記憶にある方も多いと思うが、看護師が犯人の180人の死亡。本当だったら大変な数である。看護師は、医師と比べると大勢の介護を受ける方あるいは患者と直接接する時間、機会が圧倒的に多い。そこでは医師が、その看護師を採用したわけである。少子化で職員の質を選べない現状の中で、1人の犠牲者が出てしまうというのは避けられないかも知れないが、180人はひどいだろう。それは、医師が「亡くなった」という看護師の報告を受けた時に見破れるかどうかということになる。ミニマム・リクワイアメントという視点からも、医師には是非きちんとやっていただかないといけない。在宅における看取り、在宅死の死因究明は、責任として医師がきちんとやるべきことだと思っている。

## 議題5 意見交換

○松山会長 これから意見交換に移りたいと思うが、その前に今まで発表したものに関して何か質問がありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○松山会長 それでは、県警のほうから死体検案に関する体制の強化について、大規模災害時における身元確認作業部会の設置について説明をしてください。

○山根統括検視官 まず、部会の設置の提案についてである。内閣府から先ほど説明があったとおり、死因究明等推進計画の策定の経緯・背景としまして、高齢化の進展等に伴う死亡数の増加等犯罪の見逃し防止、それから平素から身元確認の体制を整備しておく重要性がある。この3つの大きな眼目があるが、この死因究明等との等がどこから来ているのかと言うと、死因究明、身元確認のこれを2つあわせて等と整理されたと解説されている。非常に重要な身元確認の作業について当協議会の中で部会を設置させていただきたいという提案である。

当協議会の設置要綱第7条の規定に基づき、提案をさせていただく。

設置の趣旨は、南海トラフを震源とするマグニチュード8、9クラスの大地震が、今後30年以内に60から70%の確率で発生すると危惧されているところであり、発生した場合岡山県の被害想定では最大約3,000人の死者が出ると予想されている。現在、県警では県内に59カ所の死体検視、安置場所を確保しているが、被災直後は交通及びライフラインの麻痺が予想され、検視場所への死体の搬入、検案医師の確保、身元確認のための関係機関での協力体制の確保、構築等についてあらかじめ協議等しておく必要があると考えている。

要綱第7条に基づき、まず部会設置の是非について、賛同いただけますか。

○松山会長 いかがでしょうか、この点について何か意見がありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○松山会長 ないようでしたら、いかがでしょうか。設置してよろしいですか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松山会長 設置しますのでよろしくお願ひしたい。

○山根統括検視官 部会の委員の指名については会長から指名して、部会長については部会員の互選ということになっている。初回の会議でもあるので、私どもから事前に関係者の方に了解をいただいております、この場で案として説明させていただく。

まず、部会員の構成については県警の捜査第一課、同じく鑑識課、同じく科学捜査研究所を考えている。県医師会からは松山理事、県歯科医師会の藤井副会長、警察協力医会からは竹内会長、海保関係では水島海保と玉野海保をお願いしたい。部会長については、これは部会員の互選だが、県歯科医師会の藤井副会長をお願いしたい。よろしいでしょうか。

○松山会長 この件に関してもよろしいか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松山会長 異議がないようなので、それでいかせていただく。

○山根統括検視官 検討すべき課題として検案体制の強化がある。死因究明の計画の中で重点施策の5番として死体の検案、解剖の実施体制の充実が示されているが、現在第一線の検視現場では検視医師の確保に大変苦労を強いられている。特に夜間、休日は厳しい状況にある。警察から検案を依頼する順位は、1番が死者の主治医、2番目が最寄りの医師、3番目が警察嘱託医、4番目に警察協力医と定めているが、昨年中の警察の死体取扱数2,286体の内、警察協力医の検案は832体で36.4%に上っており、多くの検案を実施していただいている。また、警察協力医のほとんどは個人病院の医師で、特定の医師に負担が偏っているという状況である。

こうした状況から、もう少し大規模病院の持ち込み検案の受け入れ拡大であるとか、検案医師の負担の標準化、平等化に向けた良い案があれば検討をお願いしたい。

次に、死者の病歴は、死因特定の上で必要不可欠なものである。病歴の照会については平成25年2月に警察本部長名で協力依頼の要請を行っているが、いまだに病院担当者によって対応に温度差が見られるという報告もあり、病歴の照会の対応につき、病院関係者、事務職員も含め周知徹底をお願いしたい。

警察でもA iについては非常に活用を要望しており、その特性を踏まえて必要があると認められる場合には積極的に活用するとしているので、死亡時画像診断の活用の有用性、効果的な活用に向けて広く理解を求めていただきたい。

県警から3点の提案をさせていただきたい。今後の進むべき方向性について内閣府が求めている死因究明の趣旨を咀嚼しつつ、警察協力医の意見等現場のニーズとの調和を図りながら協議会の枠組みとして整備した案である。

重点項目としては孤独死の防止、犯罪死の見逃し防止、正確な死亡統計の3点を掲げ、実施主体としてはボランティアや地域の方々と連携しつつ知事部局の関係部署、警察本部、関係機関のそれぞれが緊密に連携を図りながら情報共有、人材育成、体制整備、施設整備といった推進項目を中味として取り組んでいこうというものである。

総括ということで特に具体的ではないが、現場の県民の声を届けるという観点も含めて提案させていただきたいので、方向性の一つとして検討をお願いしたい。

○松山会長 それでは、これに関連して歯科医師会の藤井委員から説明してください。

○藤井委員 岡山県歯科医師会で、歯科医師の職業的立場から大規模災害発生時に何か貢

献ができないかということで本年の1月からスタートした事業である。県民の歯の記録をとり、データ化するものである。約3分程度で終わるもので、資料にデンタルチャートの様式書と同意書をつけている。このような形でそれぞれ治療痕が同一であるか、八重歯になっているか、下の前歯が出ているか等について歯科医師が書き込み、電子化しておくことで、災害等発生時に不明者が早く発見される。

そして、同意者には、歯の情報登録カードを手帳かどこかに忍ばせていただければと考えている。

また、9月の歯の衛生週間、あるいは11月8日のいい歯の日等々で歯科医師会では地域の方々と一体となってイベントを行っている。その状況の中で集めさせていただく。

また、皆様方のお知り合いの方で希望のある方は、かかりつけの歯科医へ行っていただきたい。

○松山会長 最後に、次回の協議会の進め方についてですが、今回は最初ということで情報共有になった。次回からは先程出された意見を元にテーマを絞って議論をしていきたいと考えている。進め方について何か意見があれば聞かせいただきたい。

○竹内委員 せっかく内閣府から来ていただいているが、今後も出席していただけるのか。

○中澤参事官 要請があれば幾らでも参加する。愛媛県では1回目と2回目、両方出席をした。

○竹内委員 我々検案は一生懸命やっている。今以上に死因究明を正確にということになれば人的なこともそうだが、やはり物も必要になってくる。県下では1日に平均して5人から6人の異状死体があり、それを5人の検視官で正確に検視を行うよう言われても、忙しさをなかなかできない状況にある。人的な問題も含めて国から補助がないことには、これ以上できない。是非予算取りをお願いしたい。

例えばCTの話にしても、今は各病院に無理をお願いしているが、夜中になると医師もいないし、難しい状況になる。異状死体専用のCTもできれば県下に何台かあった方がより正確に物事が進めるので、理解いただき、是非よろしくをお願いしたい。

○中澤参事官 他の県では、1回目に内閣府が行き、2回目は内閣府と厚生労働省、他省庁の方と一緒にいく場合もある。是非よろしければ他の省の予算を持っている所と一緒に伺えればと思う。

○松山会長 そういう要望の話はまたということで、本当に今日はゆっくりと丁寧に説明

していただき良かったと思う。また、来ていただければと思うが、事務局の考えもあると思うので、調整していきたい。