大阪府死因調査等あり方検討会（第３回）

（大阪府医師会提供）

日　時：2016年10月17日(月)

場　所：大阪府庁本館５階　共用会議室

○司会　定刻になりましたので、ただいまから第３回大阪府死因調査等あり方検討を始めさせていただきます。

　本日は、峰松委員はご欠席と伺っております。また、藤見委員は別の会議と重なっておられますので、先にご退席される予定と伺っております。

　それでは、会議に先立ちまして、事務局から一言ご挨拶させていただきます。

開会挨拶

○モリワキ健康医療部副理事　健康医療部副理事のモリワキでございます。

　本日は、先生方、大変お忙しい中、第３回大阪府死因調査等あり方検討会にご出席いただき、ありがとうございます。

　開会の前に、金曜日に監察医制度に関する報道がありましたことにつきまして、ご説明をさせていただきます。

　金曜日に、大阪府は監察医制度を廃止するという報道がございました。しかし、当然ではございますが、監察医制度につきましては、当あり方検討会の中で一つの課題として議論をお願いしている途中であり、まだ廃止という結論を出したわけではございません。

　ただ、一方で、オール大阪で死因調査を行っていくという考え方のもとで、大阪府の新しい死因調査の体制について検討する場合は、監察医制度の発展的な枠組みの変更も一つの案として考えておりまして、さらなる議論が必要と考えております。

　本日は、今後報告書をまとめていくに当たりまして、さらに委員の先生方からご意見、ご指示等をいただければと考えております。

　先生方にはご理解、ご協力をどうぞよろしくお願いいたします。どうもありがとうございます。

［資料確認］

○司会　それでは、今後の会議の進行は高鳥毛会長、よろしくお願いいたします。

１　議案

⑴これまでにいただいた委員からの意見

○高鳥毛会長　高鳥毛です。よろしくお願いします。

　それでは、第３回大阪府死因調査等あり方検討会を始めさせていただきます。

　マスコミのほうで監察医制度の廃止ということが出ていますが、この検討会は、大阪府における死因調査ないし現在の死因究明体制についてのあり方を検討するということで、先ほどの大阪府の事務局の説明でも、この検討会で議論をもう少し続けていく必要があるとおっしゃっていますし、この大阪府死因調査等あり方検討会として、現在の府民の死因調査等のあり方についてさらに議論をしないと、結論をまとめるにはまだ早いと感じています。そこで、今まで出していただいた意見だけでなくて、現在の死因調査等の現状について、この会で検討するのに必要な資料や材料等を準備して、もう少し慎重に検討する必要があると思っています。

　そういうことで、これまで各委員からいただいた意見についてまず確認をしたいと思います。資料１について事務局のほうで説明していただきたいと思いますが、その前に、大阪府警本部検視調査課の辻課長さん。

○辻委員　検討会の冒頭でぶしつけなんですけれども、この数日間のテレビ、新聞等の報道を受けまして、正直な話、非常に驚愕しております。どうしてもお伝えしておきたい意見がありますので、最初に５分ほど時間をいただきたいと思います。きょうはマスコミの方が非常にたくさん来られていまして、私も興奮して失言があってはいけないので、メモに基づいてしゃべらせていただきます。

　これまでの２回の検討会におきまして全く案件に上っていない監察医制度の廃止が大阪府で決定したという新聞報道がありました。これまで検討会では、監察医制度の廃止についてなどは全く議論していないと思います。監察医制度の廃止ありきの検討会であったとすれば、そのような進め方は委員の一人として納得できません。

　私は第１回検討会でも申し上げましたように、医師ではなく専門家でもない一市民、一府民でもある警察官として、市民、府民の目線で意見を申し述べてきました。目の前で健康だった家族が倒れた、救命救急に運ばれた、いろいろな検査と処置がされたけれども、先生のご努力の甲斐亡くなった、先生は死因はわからないとおっしゃる、それでいいのかと思います。原因がわかってこそとるべき手立てがわかるのではないか。救急医療の難しさもそこにあると思うのですけれども、死因がわかってこそ、また同じように運び込まれた人を助けることができるのではないかと思います。

　監察医制度のある地域では、日々検案や各種検査、解剖等、監察医の先生方にご尽力いただきまして、この制度が死因究明等推進のために非常に重要な役割を果たしていると実感しています。だからこそ、監察医制度がある地域とない地域、監察医制度が充実、向上している地域とそうでない地域の差があること自体が、府民として腹立たしいと申し上げました。

　そういう意味で、死因の究明が健康で安心な府民生活の維持に必要なのだと、そういう共通認識のもとでこの検討会を進めてきたと思います。医療情報の共有を目指すべきだとか、活発な本音の意見交換がなされてきたのではないでしょうか。府民の健康と安心安全のために有意義で非常に前向きな検討会であるなという印象を持ち参加してきましたが、実行可能な代替方策の検討など何ら議論のないままで監察医制度の廃止ありきでは、死因の究明とは真逆の話ではないかと思います。大阪府が監察医の廃止に向けて進めているというのなら再考いただきたい、私は反対ですと申し上げるほかありません。

　あと、死亡時画像診断は非常に有効な方策であると思います。だからこそ、移動式Ａｉ車両導入などの検討をお願いしました。しかし、Ａｉは万能ではありません。機械が判断してくれるのではありません。判断するのは、死亡時の画像を読み解く人間であります。生きている体とご遺体を見る違いもありますし、機械の精度の違いもある、読み間違うこともありましょう。事実、Ａｉでは発見できなかった線状骨折が解剖でわかるといったこともあります。つまり、Ａｉの導入は、監察医の先生方のように画像を読み解く実力のある者が十分にいてこそ効果があると言えると思います。ＭＲＩやＣＴが、「この方の死因は心筋梗塞ですよ」としゃべってくれるわけではありません。監察医制度を維持しながらＡｉを導入する、それでこそＡｉの効果が生かせるものと思います。

　確かに、福岡、京都、神奈川では、監察医制度はなくなったようです。しかし、福岡、京都は30年以上前の話で、その経過がわかりません。神奈川も、２年ほど前に、関係者には何の事前相談もないまま突然なくなったと聞いております。神奈川の場合は、個人で非常に多くの解剖を引き受けておられる先生が活躍されているという事情があって、今のところは事なきを得ていると聞いております。戦後間なしのころとは事情が違います。独居高齢者もふえ、孤独死もふえ、私はＣ型肝炎ですが、当時はわからなかった新たな伝染病とかウイルスなどもあるでしょう。監察医制度の必要性は増大していると考えるのが普通だと思います。

　いずれにしても、判断を誤った府県に追随するのではなく、東京に追いつけ追い越せ、そこを目指すことが、大阪府民に健康で安心な暮らしを提供するためにある我々行政公務員と医療に携わる先生方の職責なのではないかと思います。

　実は、報道を受けまして、きょうの検討会に欠席しようかと思ったんですけれども、それでは逃げることになりますので、１つだけ確認したいなと思って来ました。それは、監察医制度の廃止あるいは縮小、そうすることの必要性が一体どこにあるのか、その１点について納得のいく説明をお聞きしたいなということで参加しました。

　よろしくお願いいたします。以上です。

○高鳥毛会長　ありがとうございました。

　先日、監察医事務所の廃止という報道が出たことについて、府警の検視調査課の立場からするとそういうことはあり得ないし、この検討会で議論したこともないということで、あらかじめ整理してまとめてきていただいて報告いただきました。

　ただいまの辻委員の意見も含めて、今までの議論をまず整理、総括してみるということをしておきたいと思います。

○宮川委員　私も冒頭お話しさせてもらおうと思っていたんですけれども、事務局のほうからご説明ありましたけれども、まず確認なんですけれども、我々第１回、第２回の議論を通じまして、今まで少なくとも監察医制度廃止ということをおっしゃった委員は誰もいらっしゃらなかったと思います。事務局のほうからもそのような資料等は提示されておりません。そのことをまず確認しておきたいと思います。それが大事なことやと思います。我々としては、この問題に対してしっかりとみんなで前向きに頑張っていこうという話であったかと思うんですが、全く議論にのってない、前へ進もうとしているのに突然後ろに行くというお話でびっくりしている、これが一番大きな前提だと思います。この会は公開でございますし、第１回、第２回のテープもとってあるだろうと思いますので、ぜひしっかりと公開して、我々はそういう発言はしていないということをご確認いただきたいなと思います。

　以上です。

○高鳥毛会長　それでは、事務局のほう、今までの委員からの意見について、簡潔に報告をお願いいたします。

○事務局　ありがとうございます。

　それでは、今まで各委員の先生方からいただいた意見をご説明させていただきまして、さらに先生方から追加のご意見、あるいは、こういったことをきちっと調べろ、その上で議論して続けていくべきだということをお伺いできればと考えております。

　それでは、資料１をごらんください。

　各委員ごとにいただいた意見をまとめさせていただいています。私ども、テープ起こし等をしてまとめたつもりでございますが、ニュアンスが違うというようなことがありましたら、後でまた事務局のほうへご指示をお願いできればと考えております。

　まず、松本委員からのご意見でございますが、

　監察医事務所が取り扱っている非犯罪死体の死因は、心疾患が４割から５割を占めている。

　非犯罪死の死因は大阪府に必要なデータと考えるが、現在監察医事務所で扱っているのは大阪市内に限っているので、府下の死因の究明はできていない。大阪府全域で調べる体制をどうするかを考えるべきである。

　大阪府下における１万2,500体のご遺体の中で、解剖を実施してないご遺体が１万体以上ある。人員的に解剖数をふやすのは困難であり、どのような方法で死因調査をするのかを検討すべきである。

　その１つの方法が、大きく技術進歩した画像診断等を活用することであり、解剖しなくてもより適切に死因を明らかにすることはできる。

　ふえてきている孤独死あるいは家庭内事故死においても死因を明らかにすることで、警察の不要な捜査を実施することなく、ご遺体を早くご遺族に返しことができる。

　孤独死は、郊外のニュータウン等でふえていくであろう。北部、南部、東部に分けて死因調査ができるセンターを設置し、警察医との連携で対応するのはどうか。また、法医学分野を志す若い人たちの研修の場となり、人材育成を兼ねることができる。正確な死因を判断する、またその結果をフィードバックしたいという若い医師や学生は結構たくさんいる。ただ、その活躍の場がない。

　医療事故調査制度における死因調査は、どういう事例が調査対象になるかはまだ曖昧である。

　こういったご意見を頂戴しております。

　辻委員からは、

　警察は、犯罪死を見逃さないということを目的に死因究明のための諸施策を推進している。しかし、犯罪死でなかったとしても、亡くなった人の死因を明らかにしてご遺族にお返しするということは、平穏で安心な社会づくりに欠かせないことと考えている。

　大阪府では、検視官における検視――臨場率が、10年前は11.3％と全国平均と比べて著しく低かったが、本年度は今のところ63.9％まで上昇している。

　大阪府警は、検視官の臨場率を上げて犯罪死を見逃さないことを目的として、本年４月１日に刑事総務課の検視部門を格上げし検視調査課を新設して、検視業務の職員を増員し65人体制となった。

　昨年より、シアン化合物による死因を確認するためシアンチェック紙を導入し、薬毒物の検査を積極的にやっていくこととした。

　法医学の先生方のご指導により、警察署の検視官や検視担当者の能力の向上に努めている。

　警察署長の判断により調査法解剖が活用できるようになったので、大阪府下においては積極的に進めていきたいと考えている。

　警察医は、留置時の健康診断や職員の健康診断を行っている。検案は無理を承知でお願いしている。

　警察医からは、携帯型のエコーや移動型ＣＴ（Ａｉ車）などがあれば死因を明らかにしやすくなるとの意見がある。

　異状死については、大阪府警だけが身元不明遺体を一定期間保管することを行っており、予算的に厳しい状況にある。

　東京都は、監察医務院と警視庁の各署がオンラインで結ばれ、警察行政的にも検視、死因調査を効率的に行っている。

　医療事故調査制度への対応に関しては、警察では情報不足である。医療サービスに乗せるべき案件ではないかと検視要請が入っても、通常の異状死の認知として対応している。

　ということでございます。

　島田委員からは、

　検察庁は、刑事裁判における証拠あるいはその真相解明という視点で死因を解明することに重きを置いている。

　変死体あるいは変死の疑いがある死体に対して法律上の検視を行うのは検察官のみとされている。検察官の検視を司法警察員に代行させることができることになっている。しかし、検察官の人数は限られており、警察の検視官あるいは検視担当者が検察官の指揮を受けて検視を実際に行っている状況になっている。このことから、検視調査を正確に行うためには、警察における検視体制を充実してもらう必要がある。

　検視官が司法警察官に代行させられない例外は、矯正施設、刑務所や拘置所、あるいは警察における留置施設、俗に言う留置場のような場所の被収容者、刑事収容施設における被収容者の死亡事案である。検察官みずからが臨場して検視を行い、解剖の要ありと認めた場合には、司法解剖の令状をとり、みずから解剖に立ち会っている。

　検察のほう近年組織体制を強化しているのは医療事故関係である。検察の医事係に専門検察官を配置している。事故調の結論を必ずしも検察として了とするものではないという形で、別途独立とした捜査対象とすることもあり得る。

　宮川委員からはこういう意見をいただいております。

　日本医師会、大阪府医師会は、大規模災害における検案について対応策を準備することが急務と考えている。

　増加する犯罪の検案に対するため、日本医師会に警察活動に協力する部会（仮称）を設置した。

　各都道府県の一部で組織された日本警察医会があったが、発展的に解散した。それを受け大阪府医師会では、大阪警察医会と従来よりも強固な連携のもとに検案に取り組んでいく。

　大阪府医師会においては、他機関と協力して検案の研修会を開催している。警察医になると日ごろの診療に影響が出るためなり手がおらず、また警察医の高齢化が進んでいる。警察医や検案できる医師をふやすために研修開催を府にお願いする。

　死因調査の体制については、警察医会の意見を聞くべきである。

　医師は、これまでの治療内容から死因を明らかにしてきたが、孤独死や治療経過のわからない方が救急搬送された場合では、どう死因をつけるべきか悩むことがある。

　解剖や生化学検査を行ったとしても、全ての方の死因を明らかにすることはできないと考える。

　合理的な医療経過が確認できれば、医師は死因を推測することができると考えるが、性善説で対応しているのが医師であり、犯罪を想定しているわけではなく、結果として犯罪を見逃す可能性がある。

　解剖はできなくても、Ａｉを実施し、ご遺族の疑問を解消し納得いただいて、社会的にも認められる死因を明らかにするシステムをつくっていくことに努力しなければならいと考える。

　東京都監察医務院は、総工費数百億で建てかえを行った。解剖医や臨床検査技師など常勤53名、非常勤の監察医や放射線技師を含めると100名を超える体制であり、年間51億の予算規模の事業である。大阪府でも監察医事務所の建てかえを検討してはどうか。しかし、検察医や法医も少ない現状を考えると、孤独死の検案を誰が見るのかなどの体制を考えるべきである。例えば、吹田市に医療情報の共有システムを導入してはどうか。警察医や検案医を育成するため研修なり講習を徹底的にやらないといけない。府民の方にも、看取りとはどういうことかを理解してもらうことも大切である。

　在宅医療推進コーディネーター事業で、在宅の医療を診てもらえる医師をふやす事業を始めている。救急医療のバックアップ体制が必要である。

　医療受療情報の提供については、一般開業医では本当にその人かどうかわからないので、書面で依頼するようにお願いしていると思う。所属や部署名を聞いて折り返し連絡する方法を行っている医療機関もある。情報を取り扱う規模が大きくなると、個人情報を守るセキュリティが維持できないし、費用もかかる。

　医師の判断した死因にご遺族が納得されなければ、医療事故調査の判断になる。死因が正しいかどうかという観点ではなく、ご遺族が納得されるかされないかが医療事故調査を始める要件であり、死因を究明することが目的とするならば、ご遺族の意思と大きくかかわる医療事故調査は本検討会の趣旨とは明らかに異なる。

　というご意見をいただいております。

　次に、出水委員からのご意見でございます。

　岸和田市においては、2014年は、在宅医療を受けている患者が2005年の倍になった。訪問がん患者数は1.4倍、看取りの患者数も1.4倍ぐらいにふえているが、看取りにかかわる医療機関の数は変化していない。

　訪問診療している患者は、施設入所の患者が既に４割を超えている。

　岸和田保健所の協力で行った平成24年の全死亡小票調査では、死亡場所が自宅とされたうち、検案事例が56％であった。

　死因を心疾患とした事例は、自宅の場合が半数、病院では14％であった。

　独居、孤独死が多く、検案事例がふえてきている。

　都会ほど変死体の数は多く、全死亡の14％から19％は変死として扱われていた。

　死亡小票には診断書か検案書かを区分できる項目がないため、死亡診断書あるいは検案書を確認しなければ検案死数が把握できず、基礎データとして活用できない。岸和田市医師会では、多職種が連携し支援する暮らしの安心プロジェクトとして、穏やかな在宅看取りの推進や暮らしの安心の支援に向けて取り組みを始めた。

　看取りを行う医師に対し、介護者に看取りの過程を説明したりするスキルの獲得のための研修を行い、その際に事件性のあるものへの注意喚起や死因判断など法医学的な研修が必要である。

　検案死についてのデータをもっと住民や地域に役立てるため、インターネット上で公開し、啓発や存在意識についての認識を深め、費用対効果に関する理解を得ていくことは必要である。

　ということでございます。

○出水委員　「存在意義」です。

○事務局　「意義」ですね。失礼しました。ありがとうございます。

　次に、藤見委員からのご意見でございます。

　医療受療経緯がわからない救急搬送患者においては、死因がつけられなくて検案に回さざるを得ないケースもある。

　病理解剖でも、それが死因だったかなかなか断言できないところもある。

　虐待あるいは事件性のあるものに関しては、死因を明確にする必要がある。

　Ａｉを駆使して大学や救急病院でも死因が明確にできるようにできないか。

　解剖をできるだけ減らす目的でＡｉを実施するのであれば、コンセンサスや費用の補助が必要である。

　救急隊が現場に行って、亡くなっている場合は不搬送にするという動きがある。ただ、一方で、死因を誰が決めるのかという問題が残る。

　患者カルテを開業医と病院で閲覧できるシステムがある。診察券にスマホで医療情報を書き込み、暗証番号を入力して閲覧できる。この権限を監察医が持てるようにするということはどうであろうか。

　当院では、警察から問い合わせがあった場合は、丁寧に正確な情報を提供するようにしている。情報が少なければ、病死の雰囲気を持っている人が、事故であったり事件で亡くなったか区別が全くつかなくなる。正しい方向性になるようなシステムを大阪の中でつくっていただければと思う。

　ということでございます。

　次に、本日はお休みでございますが、峰松委員からのご意見でございます。

　大阪府全体で死因調査を実施することは非効率であるから、ピンポイントに絞ってどこかの地域で行うことができないか。医療機関の受療情報が共有できるシステムを構築するよう、大阪府に提案することも一つの方法である。

　生前の医療情報が簡単に入手できると、死因診断も容易となる。独居のご遺体の死因判断では特に苦労する。諸外国では、患者の個人番号がわかれば医療機関の受療履歴がわかるシステムがある。

　国立循環器病センターでは、院内で必要な方にはＡｉを実施している。院外からの受け入れについては、検査手数料などの補償が必要。大きなプロジェクトとして役割を明確にできれば検討する。

　警察医の問題と在宅医の問題は同じものと考える。行政のサポートがあり、病院の医師と診療所の医師がネットワークを構築し協力し合わなければならない。

　医療機関の質を評価するものとして、医療安全と院内感染対策がの本柱となっている。院内の医療事故の調査制度も非常に高いレベルになっており、医療を取り巻く環境は非常に厳しくなっているが、患者側からの要求水準はどんどん上がっている。

　というご意見でございます。

　最後に、高鳥毛会長からのご意見を読み上げさせていただきます。

　公衆衛生の目的は、全ての人の死を対象に正確な死亡統計を整えることと、理不尽な死や予防可能な死亡を防止することである。

　監察医制度ができた戦後の結核の流行や行路者が多かった時代と現在では社会的背景が異なり、公衆衛生対策における死因調査の位置づけが大きく変わっている。死因究明の制度と公衆衛生については、監察医事務所と大阪府警の許可を得て調査した行路者の死因については、結核死亡者が多かったという事実が浮かび上がり、ホームレス者の結核診断を始める契機となった。

　普通の小学生が結核を発症したケースは非常にまれであるが、小学生、母親と発病し、調査した結果、３年前に救急搬送され死亡した祖父が肺炎として死亡していることがわかった。祖父のＸ線写真を再読影したところ、肺炎ではなく重症な結核で死亡していると推測されたことがある。正確な死因が究明され届け出が出されていれば、小学生の結核発症は食いとめられた可能性があった。

　超高齢社会になり、独居老人がふえ、さらに認知症の方もふえてくると、早期に受診して病気の経過がわかって亡くなる方は少なくなり、異状死の方がふえてくる。

　生活困窮で医療機関を受診できない人もふえている。過去の病歴がわからず、救急搬送された先で病状が把握できなくて死亡する人もふえていく可能性がある。

　公衆衛生の目標として、防げる死亡をできるだけ減少させることにある。そのためには、死に至った原因を明らかにしないと適切な対策に結びつけられないことになる。

　公衆衛生対策にとっては、死因調査とあわせて、なぜ死に至ったかの生活背景なども調査することをあわせて考えていく必要がある。

　解剖は遠慮するが、Ａｉであれば了承という遺族もいる。

　在宅医療がふえてくると、救急搬送がふえて救急医療にも負担がかかるのではないか。

　通院歴や治療歴がわかることは重要で、監察医が正確な死因を診断することにつながる。一方で、警察が医療機関からその情報を得るのは結構難しいとのこと。

　以上、これらのご意見を今までの検討会で頂戴しております。

　今までいただいたご意見にさらに追加すべきもの、あるいはもう少し突っ込んで調べていくべきもの、そういったものがありましたら、ぜひご意見を頂戴できればと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○高鳥毛会長　事務局から、今までのこのあり方検討会で各委員の皆さんから出された意見について、テープ起こししてまとめていただいたものを報告していただきました。警察であったり監察医事務所、警察医、救急、日常診療の状況について出していただきましたが、大阪府の死因調査等のあり方をどうしていくかというところを見据えた議論をするにはまだまだ不足している点、また議論できていないことも多々あると思います。

　そういうことで、本日は、委員の皆さんから、今までの発言、議論について補うべき点を中心に、各委員の皆さんに順にご発言いただきたいと思います。

　最初に……

○松本委員　データの件でお願いさせていただきたいんですが。

○高鳥毛会長　そしたら、きょう資料を準備していただいています。その資料について松本委員から説明をしていただくことにします。

○松本委員　違います。先ほどご説明いただいた資料１です。

○高鳥毛会長　資料１の発言内容ですか。

○松本委員　そうです。

　これまでいただいた委員からの意見ですけれども、１行目で、「監察医事務所が、取り扱っている非犯罪死体の死因は、心疾患が４割から５割を占めている。」というのは違います。心疾患自体は７割を占めていて、これは大阪市の死因統計の心疾患の死亡数のうち、４割から５割を監察医事務所が取り扱っているということです。ですから、大阪市内で心疾患で亡くなった方、死亡診断書にそう書かれている方の４割から５割の方は、監察医事務所で取り扱いさせていただいているということです。ここだけ訂正させてください。

○宮川委員　私も訂正させていただきます。

　３ページの東京都監察医務院ですけれども、年間51億ではなくて5.1億円の予算規模でございます。

　それから、「吹田市に医療情報の共有システムを導入したらどうか」というところですけれども、これは、峰松先生の、医療情報の集約をうまくできれば円滑にいきますよというお話を受けて、そういう生前の医療情報はなかなか難しいので、基本的には吹田市、つまり大阪大学に、亡くなった方々の情報をきっちり集約する必要があるのではないかと発言させてもらったかと思います。

　以上です。

○高鳥毛会長　事務局のほうで整理していただいた意見についての修正のご発言をしていただきました。よろしいでしょうか。

　それでは、本日、新たに各委員から意見ないし提案、不足している議論について発言していただきたいと思います。

　最後までいることが難しいということなので、藤見委員から発言をお願いします。

○藤見委員　余り大きな意見というわけではないんですけれども、僕も新聞報道等を見て、この委員会は何やったかなと思いましたが、題にあるように、大阪府の死因の調査等のあり方の検討会であって、正確な死因を調査するためにはどういうことが必要かということを議論する場所なのだと再確認しました。

　僕は臨床の医師なので患者は生きていますが、生きている患者さんを診断するのはまだ簡単なんです。それはなぜかというと、治療経過でよくなれば、そういう診断だったんだなということがわかるからです。それでも難しいんですが、ただ、亡くなられている方を診断するのは非常に難しくて、解剖学的な変化があればともかく、解剖でもＡｉでもそうですが、そうではない場合に診断するのはなかなか難しい。

　では、どういうことがあればいいかというと、生きている方を診断するのと同じように、その人の医療情報、既往歴や内服薬、どのような病気を持っておられたか、どういう治療をしてきたかということがわからないといけない。そうなると、大阪府の死因調査等のあり方としては、そういう情報を一括できることが必要かなと思います。孤独で亡くなられた方も、その人がどういう医療経過を持っていたかということが――最近は病院に電話がかかってきても、「個人情報で答えられない」という言葉をしょっちゅう言う時代になってしまったので、開業医の先生に聞いても、それは教えられないという場合もあるし、僕らの病院に電話で何かを尋ねてこられても答えられないということがあります。ですので、情報を一括することによって、死因を明らかに、より正確なものにできるんじゃないかなと思いました。

　最初でこんな話でいいのかどうかあれですけれども、以上です。

○高鳥毛会長　前回出していただいた意見に追加すべき点はないでしょうか。特に救急で不搬送の事案がふえているという点について。

○藤見委員　これは別の学会等で委員をやっている立場から意見を出したんだと思うんですけれども、原則、今の時代、家で看取るということが昔ほど――昔は、病院が近くにないとか救急体制がしっかりしていないということで自宅で看取ることもあったし、あるいは現在でも地方ではそういうことがあるというふうには聞いています。

　ただ、こういう都会で自分の身内が倒れて、それもある程度予測はしていたけれども、どうしていいかわからないので、ついつい救急車を呼んでしまうということは結構あります。ここでは「不搬送」と書いてありますが、これは本当はちょっと間違っていて、救急隊は基本的に119番を受けた時点で、この人を助けてほしいというアラームを鳴らされているということなので、行ってそのまま不搬送ということは相当なことがない限りしないんですが、臨床救急医学会では今、もともとしっかりとした書面があって、その人の同意を確認するような意思のサインがあったときは、搬送せずにそこで看取ることができればいいなということを考えているみたいです。ただ、意見がまとまらないので、これを記録されるとちょっと困るんですが、不搬送にするというか、搬送しなくて、つまり救急病院に運ばなくて死亡診断ができるような社会にしようという動きはあります。

　以上です。

○高鳥毛会長　ありがとうございました。

　それでは、資料を用意していただいていますので、松本委員、お願いいたします。

○松本委員　お手持ちの資料は、今、藤見委員がお話になった救命救急活動と、せっかく大阪市内に監察医事務所がございまして見ていますので、そのデータをお示ししようということでつくってまいりました。

　全部で６枚のスライドを提示させていただいています。

　１枚目の概要は、報道でかなり間違ったデータが出ていたので、それはこういうことですよということを改めて確認するために、ここに挙げてあります。

　前回もお話はしているんですが、大阪府監察医事務所が取り扱っているご遺体は、医療機関外死亡がほぼ全例になります。これはどういうことかというと、搬送されている、されていないという意味ではなくて、亡くなった場所が医療機関外であったと最終的に判断されたという意味です。これは大阪市内の死亡者の６人に１人に相当します。これは後で出てくる、事務局が用意している死因調査の現状とも一致しています。

　非犯罪死体の死因診断をしていて、その約４割が病院搬送例です。

　病院での死因診断率は３％で、残りの97％には、ある程度診断はできているんだけれども明確な診断をつけずにというケースも含まれています。

　大事な点は突然死が40％というあるという点です。この突然死については後で定義しますが、死因となるイベントが起こってから１時間以内に亡くなっているケースが、その40％に上ります。

　自殺例は全例取り扱っています。これは大阪府の行政施策としての自殺対策ということで、未遂例は藤見委員を中心とした救急医療のところで検討されているんですが、いわゆる既遂例、自殺を完遂した方のデータから自殺対策を考えていくということを今しております。

　それから、大阪市内の心臓死の40～50％を取り扱うというのは、先ほど訂正させていただいた資料１の１行目と同じことを繰り返しています。

　運営費が報道されていましたので、改めてここに出しておきますが、平成28年は実質の運営費は8,300万、非常勤の私と監察医の人件費、監察医が28署を回りますので、そのときの交通費、各署と監察医事務所間のご遺体の搬送費が含まれています。収入は、ご遺族から死体検案書料ということで１ご遺体につき１万1,730円いただいておりまして、5,600万を得ていて、府の実質的な2,700万円という状態にあります。

　あとは、大規模災害に対応できる態勢を整えているということをここに改めてお示しさせていただきました。

　次に、資料の右側の一番上ですけれども、監察医事務所が取り扱っている中で、救急隊が現場に到着しているのが94％です。そのうち、救急隊が現場に到着したときに心肺停止となっているケースがその94％ということで、いわゆる心肺停止状態のところに救急隊が呼ばれているという状態です。

　このうち、搬送されたケースは36％、現場でそのままという不搬送が64％、搬送されているのが1,500例です。

　搬送されたケースのうち、病院に到着したときに心肺停止であったものが85％、ですから、救急隊が到着したときに心肺停止で、搬送したんだけれども、やはり心肺停止であったというのが９割いらっしゃるということです。それから、最終的にはお亡くなりになっているんですが、ちょっとでも再開した例が16％です。腐敗的なのが出ていても救急隊を呼んだというケースも含まれていますので、必ずしも言えないんですが、少なくとも大阪市内の救命救急活動については、亡くなった方がいらっしゃるときに救急隊が呼ばれて、94％は現場に行っている現実があるということです。それから、搬送されている方は36％いらっしゃって、最終的にはお亡くなりになっているんですが、その方々が1,500例いらっしゃるというのが今の大阪市内の状態です。

　一番下の２つは突然死です。今回の定義は、発症後１時間以内、つまり死因となるイベントが起こってから１時間以内というものです。

　取り扱っている中の37％、約４割が突然死に相当します。この方々を、死因別ではなくてトータルで平均をとると大体64歳となります。一方、１時間以上かかってお亡くなりになっている方々は平均72歳ですから、若い方が突然死を来しているということがわかります。もちろんご高齢の方もいらっしゃいます。

　36％ある搬送例のうち、約半分が突然死です。特徴的なのは、先ほど突然死の方の平均年齢が64歳という話をしたんですが、搬送されている方の平均年齢は72歳になっています。これはどういうふうに解釈したらいいかというと、不搬送の中に若い方が含まれていて、病院に到着できていない方がこれだけいらっしゃるということもわかります。

　これは全体の大ざっぱなデータで、もう少し細かく見ないといけないんですが、取り急ぎこのデータをお示しさせていただきます。

　以上です。

○高鳥毛会長　松本委員から、大阪府監察医事務所で取り扱っている異状死の現状について、特に救急搬送、突然死のデータを示していただきました。

○宮川委員　不搬送については、出水先生が第１回のときにまとめた資料を出しておられたので、ぜひまた何かございましたら　　　いただきたいなと思うんですけれども、いかがでしょうか。

○出水委員　岸和田救急の2014年のデータですけれども、119番通報の着信が１万7,852件、そのうち32％は火災と問い合わせで5,723件です。救急出動数が１万2,129、このうち不搬送が1,351、11.1％になります。この不搬送のうち159例、1.3％が死亡不搬送というのが実情です。ざっと割ると、救急車が走り回っている80回に１回は、行ったけど患者さんを乗せずに走っているということになっているのが現況です。

　細かいデータは忘れましたけれども、推定の死亡からのデータというのはいろいろでして、年齢不詳とか性別不詳というのまでありましたので、そういうのは結構時間がたってからのデータだと思います。これが一緒にフォーラムをしたときに出てきた岸和田救急のデータです。

　以上です。

○宮川委員　第１回目に出水先生から、岸和田で死亡不搬送例があるということをお聞きしましたが、私は大阪府医師会で救急も担当しておりますので、前から不搬送というのが少し引っかかっておりまして、これはきっちり調べておかなくてはいけないと考えておりました。

　大阪市消防は年報をきっちり出してくれておりますので、それを見ますと、昨今マスコミ等で問題になりました不搬送ですが、27年のデータでは、大阪市内では不搬送例は４万1,760例ございます。確かに呼んだ方々もさまざまなご都合で、結局病気はないとか、何か不都合があって呼ばれたけれども大丈夫ということで拒否されて、乗らないということもたくさんございます。

　しかし、その中には、死亡しておられて救急車が運べないということもあるんですね。救急隊も、明らかに亡くなっているので運ぶことができない。先ほど松本先生からお話がありましたように、一定の生命反応があるかないか微妙な方で、救急で搬送して救急病院に行ってもらって、そこで頑張ってみてくれということで話をしたとしても、先ほどのお話のとおり、もう到着したときには亡くなっていると直ちに判断されてしまう例が1,500例ございます。ただし、それ以上に、もはや運ぶことはできない、これはどう考えても病院に運べないという方々が3,000人を超えている。ここ３年ぐらい同じデータなんですけれども、10年前は2,000人ぐらいでした。今大阪府さんが出しているデータによりますと、今後2025年問題、2035年問題に向けまして、自宅等で死亡される方が倍になるだろうと言われております。ですから、単純に考えますと、今のシステムのままだと、この6,000人を超える人たちを運ぶことができない、行き場所がない、どこにも行けないということになります。これは大変な社会問題になります。そのご家族はどこに運んでくださいと言うのか。病院はだめということますので、監察医事務所がそのほぼ全てをカバーしていただいているというのが現実だと思うんです。

　これをこの２回の議論で聞かせていただいて、その死因究明の第一義、そもそも監察医制度というのは、死因を究明して、その後に公衆衛生や医学に寄与しようという考えですが、不搬送でどこにも行けないというのをカバーしているのが今の監察医制度なのです。残念ながら、新聞報道には「役割が薄れ、財政負担に」と書いてありますが、私としてはどう考えても役割が薄れたとは到底思えない。

　今、救急も、皆さんご承知のとおり大変苦労しています。さまざまな患者さんを受け入れていただいています。しかし、ここにさらに、明らかにほぼ亡くなったであろう方々を入れて倍にふえたとするならば、救急病院がこれを受け入れることができるのかどうか。到底受け入れられるとは思えません。ですから、少なくともこの死因究明という点においても、役割が薄れたとは考えられないというのが１つです。

　もう一つ、１億6,000万円財政負担ということが出ています。年間の支出はこうなるのかもしれません。先ほど私、東京のデータを出させていただきました。第２回のときもお話しさせていただきましたが、東京は５億1,000万、昨年度は５億6,000万の予算を組んでいるようですけれども、本日の資料の中にもございますが、東京と比較した例がございます。東京は解剖数が2,318、大阪は1,146ということで、ほぼ半分解剖していただいています。ということは、４分の１の予算だけれどもほぼ半分の仕事はしていただいている。監察医事務所のキャパシティーといいますかその能力を考えますと、十分対応していただいている。これが仮に同じ規模で同じ予算でやっていて仕事の数が少ないということであれば、何らかの方策は考えねばならないでしょうが、しかも監察医が、東京は常勤が12名、非常勤が50名おられます。さらにそれをサポートする事務の方もおられるわけですけれども、大阪の場合は非常勤42名で頑張っていただいているんです。このデータを見て、何としても助けていかないことには、今後高齢者がふえていく世の中を支えることはできないというのが第１回、第２回の趣旨であったかと思います。少なくとも「役割薄れ、財政負担に」という文言が出てきたこと自体が、ここに会するメンバーとしてびっくりしたというか、この場での議論は一体何であったのかという思いを禁じることはできません。

○高鳥毛会長　ただいま、松本委員の監察医事務所の概要の中の特に救急搬送の件で、出水委員、宮川委員から追加の発言をいただきました。

　まず、松本委員の報告の確認をさせていただきたいと思います。

　本日の資料では、異状死として監察医事務所が検案する対象のかなりが、救急車の出動を要請しているという理解でよろしいでしょうか。

○松本委員　はい。

○高鳥毛会長　これが異状死だとすると、その後は監察医事務所だけの対応になるんですか。警察の検視とは余り関係ないんですか。

○松本委員　これは、お亡くなりになっているというか心肺停止状態の方のご家族あるいは知り合いの方が呼ばれているという数字です。明らかにお亡くなりになっているとか、あるいは病院に運ばれたけれどもやはり心肺停止であったという場合には、病院の中で治療されていた方ではないので、情報がわからないわけです。そこで、基本的には異状死の届け出がなされて、大阪府警のほうでお取り扱いをする。さらに、犯罪死体、あるいは犯罪死体か非犯罪死体かわからないというご遺体は除いた、完全に非犯罪死体と判断されたものが監察医事務所のほうに来ていて、その数字がこういう形になっているということです。

○高鳥毛会長　わかりました。

　引き続き、事務局のほうで発言をまとめていただいている順に回らせていただきたいと思います。

　辻委員、追加のご意見はいかがでしょうか。

○辻委員　監察医事務所の廃止のことで頭がいっぱいなんですが、１回目、２回目で申し上げました意見に補足するとしましたら、藤見先生がおっしゃったように、医療情報の共有ができたら本当にすばらしいと思います。救急医療の面でもそうですし、死因究明の面でもそうだと思います。

　ただ、提供する側からすれば、求めている側がどうなのかということを危惧されているということを宮川先生が前回おっしゃっていました。そういった意味で、関係するそれぞれのメンバーが一堂に会したようなシステムといいますか、医療情報共有センターみたいなものができれば非常にいいかなと思います。

　話は少し変わりますけれども、先ほど宮川先生がお金のことをお話しされましたので、参考までなんですけれども、平成27年中に監察医に検案していただいた件数は4,464件ほどあります。そのうち3,333件が検案で終わっている分、1,131件が監察医の方が解剖された分ですが、仮に監察医がなくなったとして、今ある制度でそれを振り返ると、検案は恐らく警察署の各署の警察医の先生、行政解剖はいわゆる新法、調査法解剖になると思います。それでざっくりと計算しましたら、お医者さんに払っている謝金が１件当たり3,000円ちょっとですので、それ掛ける3,333で1,026万ほど、調査法解剖のほうは今１件当たり平均30万円かかっていますので、30万円掛ける1,131で３億3,900万、合わせて３億5,000万ほどのお金が必要になります。これはあくまで謝金と解剖経費だけですので、実際問題は、警察医の先生にお願いする検案代以外の報酬なども当然ふえてくると思います。

　お金だけの面でいいますと、今１億何千万とおっしゃっていましたが、実際にこれをやるとなれば検察の予算となるんですけれども、いずれにしましても調査法解剖は府費ですので、府の財政を圧迫という点ではプラス３億5,000万ほどがさらに圧迫されることになります。

　以上です。

○松本委員　数字の訂正ですが、１億6,000万という数字が新聞報道で出ていますけれども、あれは常勤の人件費が入っているんです。事業の運営費は、ここにお示ししていますように、平成27年、平成28年とも8,300万円です。東京都の常勤の人件費は省いているので、彼らの事業費は５億1,000万円、大阪は8,300万円です。

○高鳥毛会長　辻委員のご発言の内容からしますと、監察医事務所がなくなることによって、検案、解剖は調査法解剖で、同じ大阪府でも府警の財政に大きく影響し、トータルとしてはかえってコストがかかるのではないかという概算の報告をいただきました。非常に大きな問題、課題であることがわかりました。

　次に、島田委員、いかがでしょうか。

○島田委員　大阪地検の島田でございます。

　監察医制度に対して私ども検察が直接的にあれこれと意見を申し上げる立場にないということは重々承知しておりますが、さはさりながら、先ほど来ご指摘があるように、非犯罪死体の死因を見ていただいているということは、裏を返せば、犯罪死体になるか非犯罪死体になるかによって、その死因究明をしていただく機関が変わるということにほかならず、そういう意味では、犯罪死体の死因究明のほうに関心を向けている我々としても、非犯罪死体の死因究明に対して無関心ではいられないという関係性はあろうかと思いますので、その観点から一言述べさせていただきます。

　まず、先ほど来ご列席の委員の皆様方がご発言なさっているように、本会議の性質は、名称の存廃をどうするというのはさておきながら、機能面や体制面での充実をどのようにしていくべきかという認識で議論してきた会議だと受けとめておりました。一言で言えば制度の改良という方向で議論を進めていたはずなので、その対象となるべきものが消失してしまうというのは、一体どうしてそういうことになってしまったんだろうなと、私も共通して驚いておるところでございます。

　２点目として、今しがた辻委員のほうからもご紹介ありましたように、この種の施策においては、常に予算措置というものを同時に考えなければなりません。どんなに立派な施策を打ち出しても、それを実行するお金がないことにはこれはどうしようもないというのは万国共通でございます。

　ただ、財政厳しい折ということは承知しておりますが、この会議は、何も不必要な拡大をしようということで話をしていたわけではなく、拡充するのであれば、当然その内容の精査と決定プロセスの透明化ということは不可避であろう。それがゆえに会議も公開されていたんだろうと思っております。また、法的な観点から申し上げると、死因の究明といった施策は、単なる福祉的、厚生的な施策ではなくて、警察的、治安的な意味も持ち合わせている施策であります。冒頭私が触れました犯罪死体と非犯罪死体の分水嶺をどこに置くか、その判断というものも関連してくるという意味では、確実に警察的、治安的な意味合いを持つ制度として機能していなければならないものでございまして、営利的な観点からの判断をすべきでない事柄であろうと思います。

　まして、先ほど来、孤独死あるいは身寄りのない方の死亡事案がふえてくるということは社会問題だというご指摘がありましたけれども、私どもから見れば治安問題にも当然つながってまいります。犯罪死を見逃さないということは、すなわち、言いかえれば、それが他殺なのか自殺なのかという視点、病死なのか他者の行為による死亡なのか、内因死なのか外因死なのか、いろんな判断軸があろうかと思いますが、いずれにしても、誰も見ていないところで死体というものが突然出てきたときに、その取り扱いをめぐっての準則が明確化されていない、あるいはその制度の整備がなされていないということは、リーガルリスクという観点からも極めてゆゆしい事態になろうかと思います。現実にそういったリーガルリスクを誘発するような要因が、少なくとも相当程度の確率、確度で予期されているという観点からすると、この会議において監察医制度をどのように持っていくかということは、将来における大阪府のリーガルリスクの低減にも寄与するものであって、これは決して単純な因果関係のあるコストパフォーマンスという形だけでははかり切れないという性質になろうかと思います。

　そういった諸事情を勘案いたしますと、人的基盤の整備、物的基盤の整備、そういったことをどのような目的でやっているのかという広報・周知の拡充、この３点を、施策としてそれぞれの専門の方々の知見を集めて進めていくべきではなかろうか。ひいては、そのような体制が整備されてこそ、我々刑事司法に携わる者は、その中からイレギュラーな形で出てきたものを事件という形で適切に処理することができる。そういうインフラというか、我々の職務のバックボーンとして機能していただくという観点からも、ぜひこの会議を通じて、そういった基盤の拡充と体制の整備を行っていただきたいと思う次第でございます。

　以上でございます。

○高鳥毛会長　ありがとうございました。

　島田委員から、コストパフォーマンスということで考えるのではなくて、死因の究明というのは、犯罪、非犯罪の両方にかかわりますけれども、社会の一つの安定性といいますか、警察、治安、諸々考えるとリーガルリスクにも関係する重要な問題という社会的な意味合いも踏まえて、目的とか人的な組織体制もちゃんと考えて、次の大阪府の死因調査等のあり方を考えるべきだという意見だったと思います。ありがとうございます。

　次に、宮川委員、よろしいでしょうか。

○宮川委員　私は、新聞報道を中心にしてお話しさせていただいておりましたので、財政に関しましても、大阪府さんがおっしゃっている１億6,000万を基準にさせていただきましたが、それでも非常に効率的にやっているという話をさせていただきました。さらに、もっと効率的であるし、この制度を廃止すればもっと膨大なお金がかかるというお話を聞かせてもらいました。

　私のほうからは、新聞にのっとるしかないところがありますので、仮に監察医事務所を廃止とした場合、警察医が今後検案をするということですが、警察医の現状についてどのように把握しておられるのかをお聞きしたいと思います。

　まず、大阪警察医会という組織がございますが、事務の方にお尋ねしたいんですけれども、この廃止云々について大阪警察医会に相談されて、大阪警察医会は、大丈夫だ、任せておきなさいとおっしゃったのかどうかをまずお尋ねしたいんですけれども。

○事務局　１度ご相談にお伺いさせていただきたいなと思っておりますが、いかがでしょうか。

○宮川委員　まだ行ってないんですよね？

○事務局　会長先生にはご相談にお伺いさせていただきましたが、医会総会という先生方の集まりには出たことがございませんので、もし可能でございましたら、１度ご意見をお伺いに行きたいなと思っております。

○宮川委員　この新聞報道が出たときに、私の診療所にタケナカ会長から電話がかかってまいりました。これはどういうことか、大阪警察医会にこんな相談は全くなかったと怒っておられました。お怒りでございました。次その会があるときにぜひ私を出させてくれとおっしゃられたので、それは私が先生のご意見を代弁しますということで、私は責任を持ってお名前を申し上げます。全く聞いてない話だと、そのようにおっしゃいました。

　皆さん少し考えてほしいんですけれども、警察医、監察医といろんな言葉が出てくるんですけれども、監察医というのは非常に難しいレベルでございます。例えば我々医学を学ぶ者としては、内科を学ぶ、外科を学ぶ、耳鼻科を学ぶ、それと同じような講座で法医学という講座がございます。例えば我々内科医は、医者だから盲腸の手術をしなさいと言われてもできません。脳外科の手術をしなさいと言われても、それはできません。法医のことをやりなさいと言われても、それはできないんです。それぐらいのレベルを持っておられるのが監察医です。

　大阪市内の場合は監察医制度がございますので、基本的には監察医の専門の先生方が解剖等々、検案していただいております。大阪市内の警察医の先生方にはさまざまにご協力いただいておりますけれども、監察医事務所が今やっているレベルの検案をするということは、私が今申しましたように、内科の医師が何かの手術をするというのと同じことを意味するということで、現実的にはできるようなレベルにはない、仕組み上そうではないということを強く言ってくれと言われました。

　大阪府下は若干違って、監察医のレベルを持っておられる先生を本当に探してお願いしているという事実はございますが、先ほどから不搬送の話を多々させていただいていますが、この3,000人の方々がどこにも行けないということは、社会不安になってしまうということでございます。それはどういうことかというと、最近ご家族、ご親族等々で亡くなられた方がおられたら死亡診断書というのを見られたことがあるかもしれませんが、これは大阪市の死亡診断書の届けですけれども、死亡診断書と死亡検案書という言葉になっています。我々が病院で診ている者あるいは診療所で診ている者が継続して診て、こういう病気でお亡くなりになられたということであれば、死亡診断書という形で書かせていただくことはできます。先ほど藤見先生がおっしゃったとおりに、これも難しいことでございますが、長く診させていただいてくれば、それなりにご家族も納得いただけ、恐らく間違っていないであろう診断にたどり着けるかと思います。

　しかしながら、不搬送例というのは死体検案書になります。これはかなり難しいレベルになります。これは何かといいますと、その人が人生を終えられる最後に書かれる診断書です。これがなければ人生を終えることができません。すなわち、荼毘に付していただくことができないんです。ですから、こういう方々がもしふえてくるということになれば、社会不安になるのは当然のことです。亡くなられて何日もたった方を病院に搬送することはできないし、２年前に先生のところで風邪を診ていたよという方の診断をつけることはできないです。つけてあげたいけれども、それはできません。そういう現実があります。

　こういうことを総合的に考えれば、今の監察医制度をしっかりと育んでいかねばならない、これの社会不安に対応しなくちゃいけないというところが一番大事なところかと思います。

　以上です。

○高鳥毛会長　宮川委員から、もし監察医事務所をなくした場合、現状では警察医がそれに当たるということが考えられますけれども、警察医と現在の監察医では、同じ医師といってもそう単純ではないということと、実際、死というのは人にとっては１回しかないことで、そこの死因がきちっとした対応をされないということは、社会的な不安というか、そういうことにも影響するという意味で、死亡診断をどうしっかり行うかということになると、単純に警察医に置きかえるということもできないのが今の現状ではないかということだったと思います。

　それと、大阪府下も含めてこういう死因調査のあり方を考える必要がありますが、監察医事務所がなくなった後、大阪府内の医師全体で府民に正確な死亡診断ないし検案書を発行できるかというところも考えないといけないんじゃないかと。一番最後のところは拡大的にコメントさせていただいていますが、そういったことであったかと思います。

　引き続きまして、出水委員から。

○出水委員　ちょっと視点が違うんですけれども、2025年とか2000何年ということがあって、宮川先生からも、これからふえていく中でどうなるのかというお話があったわけですけれども、ではどうしたらとめられるのか。さっきも、心疾患死が非常に多いということが松本先生からお話があり、岸和田でのデータを見ても、非犯罪の検案事例の多くが疾患死という判断がなされています。

 では、心疾患死とは何なのかということですけれども、外に出ないような心臓の大血管の出血であるとか不整脈であるとか、恐らくその不整脈の手前に心筋梗塞などを発症している可能性が高いとは思われます。そういうことはある意味わかってきているんだと思います。

　では、それはどのようにしたら防げるのかというと、これがまた難しい話で、１つは、遺伝的な不整脈を持つ人たちを若いときからスクリーニングして適切な対応をしていくということが非常に大きな課題なんでしょうけれども、まだまだわかっていないんですね。一般人的な話としていえば、在宅の話をするときによくする話ですけれども、「突然亡くなられることだってあり得ますね。それは若い元気な方でも聞いたことがあるでしょう？」と言うと、みんな大きくうなずきます。そういう話は割と皆さん身近で聞いておられる。それはなぜなのかということで、はっきりわかっていない部分もあるけれども、最近は、かなりが不整脈死ではないんだろうかと言われていると思います。

　では、どうして不整脈死にいくのかというと、ＩＣＤという埋め込み形除細動器を不整脈を専門にやっている先生はどんどん進めていこうという流れにあることはあります。恐らくそういうデバイスはだんだん小さくなっていって、もう少し使いやすくはなるんでしょうけれども、それが１つの対応なんですね。もっというと、お年寄りとかそういう人まで含めると、iwatchやスマホなどで不整脈を飛ばしてどこかで監視するということも、技術的的には不可能ではないわけです。ただ、そういう総監視社会みたいになったときに、あなたは楽しいですかという問題があるので、よくわからないと思います。

　予算が潤沢にあり人的資源も確保できるのであれば、犯罪も含めて全例チェックすることは決しておかしなことではないと私は思います。ただ、現実に限られた予算の中でどうすればいいのかというと、何から防いでいったらいいのかということをまず頭の先に考えないといけないのではないか、全ての死因を明らかにした上で、それから対策を考えますという時代ではない。そんなことをしていたら2100年ぐらいらにいってしまうと思うんです。今まで何十年という知識が蓄積されてきているわけで、それはそんなに適当なものではなかったわけですから、そこでどういうふうに対応していくか。

　今問題になっているのは、半分は社会問題だと思われます。社会的な弱者の方、孤立者の方、高齢者の独居の方がどんどんふえていくにつれて、いわゆる自宅死亡がふえていっているのが実情です。最初にもお話ししましたけれども、日本で一番自宅死亡が多いのは、長野や秋田県では決してなくて、東京都区部であるとか、神戸市であるとか、大阪市内であるとか、そういう場所なわけで、それは明らかにある意味社会的弱者の方、高齢者の方がふえている、あるいは独居高齢者がふえていっているということを反映しているんだろうと思います。

　この死因調査ということから少しはずれますけれども、でも究極の目標はそこでしょうねというところからすれば、どう介入すればその辺を現実的に少しでも減らしていけるのかということになると思いますが、私は開業医ですし、宮川先生もそうですけれども、保険とか予防も含めてかかりつけ医が介入していけるような体制、お金の出し方を国として整えていかない限り、なかなか難しいんだろうと思います。

　カナダの方とお話をしたことがあるんですけれども、「日本では今こういう孤立死が問題になっているんだけれどもどうか」と聞いたら、首をひねられて、「医者にかかってない人はいないんですけどね」と言われたんです。もちろんホームレスの方とかいないわけではないんですけれども、それはボランティアとか社会的制度として対応していっていて、医療的にかかっていない人なんかいませんよと。あるいは、国によってはそれがエレクトリカルレコードとしてあるということが当たり前になっているわけです。だから、そういう部分をもっと推し進めていく必要があって、この大阪府の死因調査というのは非常に大事なところですけれども、ここだけで解決する問題ではないなというのが実際に思うところです。

　私たちは在宅医として24時間対応で患者さんを診ています。年間数十人は看取るんですけれども、最初にお話しに来られたときに、最期はどうされますか、こういうときはどうされますかという話の中で――もし死亡に気づいたとき、救急車を要請するとまず確実に死亡不搬送になることが多い。あるいは、運んでくれても、恐らく人工呼吸器をつけるかしないとＣＰＲが続けられないということになりますので、救急隊がやってきても、死後硬直が出ているとか体が冷たいという状況では運べないとおっしゃると思います。そして、帰りがけに、警察に連絡しておきますのでという話になって、警察の方が動いてくださるということになっているわけです。

　ただ、この辺は少し拡大解釈ですけれども、我々は継続的に患者さんを診療しているし、病気もわかっていますので、行って診させていただいて、異常な状況がなければ診断書をお書きすることができます。本来は検案書とすべきかもしれませんけれども、診断書をお書きすることができるというふうにちゃんとお話をしています。そういう介入をふやしていかないことには難しいですね。

　もう一つ、外来にしか来ないという方、それも介護保険も使っていないようなある程度元気な方が独居であったりすると、やはり亡くなっていても気づかないという事態が起きますので、そういうことに関して、できるだけ外来からも見守りをしていくようにということで、地域包括支援センターなどと協力して、そういうことを始めています。

　なので、少し視点は違いますけれども、私には予算を云々する力がありませんのでわかりませんので、何十億出したらどうなるかということは何も言えないんですけれども、その辺を同時にしていかないと、納税者からの納得は得られないんじゃないか。すなわち、私たちには何が還元されるんですかということをある程度言わないといけないんだろうなと思います。

　その視点で、私自身、警察医の経験がありませんので詳しいことは知らないんですが、検案したときに謝金が3,000幾らとおっしゃいましたね。3,000幾らにどこまで含まれているのか知らないんですけれども、夜中に動いたり休みに動いても3,000幾らなんですかというのは驚きです。そういうので医者を動かしているのかというのはあり得るのかというのが実感です。

　実はそこには自費部分が別に乗っていまして、検案書を作成することによる検案書料、診断書料を、受益者じゃないですけれども、患者さんやご家族からいただける場合はいただいているんだろうなと推測するわけです。ただ、その辺は自費なので幾らかは私も知りませんけれども、もしこういう制度をしていくのであれば、一生に１回、全員必ず行き着く死亡診断書や死体検案書に関して、公費投入という考え方もできるんじゃないか。その中で謝金や何やというのは、えっという金額では人は動かせないんじゃないですか、長期には無理なんじゃないですかいうふうに印象として思いました。

　本日の厳しいお話とはちょっとまた違う視点ですけれども、そんなことを発言させていただきます。

○高鳥毛会長　出水委員から、今までの委員の意見を踏まえて、いろいろ感じておられることを出していただきました。医師の謝金の点は一番気になっておられる感じもしました。

　この検討会で議論する一番の目標は、府民の死因ないし死因究明について、現状から一歩、二歩、発展・向上させるという課題です。その中に、現在、専門的にというか、戦後の歴史の中で監察医事務所の存在ないし果たしてきた役割が大きいということは事実ですが、大阪府に聞きますと、監察医事務所は建物の老朽化が激しいから現状維持すら難しい、だから根本的なあり方を考えないといけないということで、監察医事務所のあり方もこの検討会の中で出してほしいということが事務局のほうからあったように思います。

　しかし、話を戻しまして、大阪府民の死因について、各委員とも現状のままでいいという認識ではなく、何とかしないといけないということだったと思います。今年度、この検討会として、今後の大阪府の死因調査等のあり方ということで最終的なまとめをつくるということを考えて議論することが必要と思います。

　現状、事務局のほうで用意していただいた資料と、各委員で用意していただいた資料等がありますが、この検討会を進める上で必要な資料が十分にここに出されて検討されているのかどうかという点を確認してみたいと思います。

　そういう点でいいますと、宮川委員も含めて、東京都の監察医務院と現在の大阪府の監察医事務所の比較が何回か出てきていますが、会員の皆さんで用意していただく、ないし事務局で資料を集めて、次回のこの場では、もうちょっと大局的にこの死因調査等のあり方についてまとめていく材料をもとに議論できないかと思っています。

　１つは、松本委員から、監察医事務所のほうで異状死体として検案して、そこから出てくる貴重なデータについて示していただいていますが、監察医事務所そのものの位置づけと、監察医事務所をどうしていくかという中で、ほかの指定都市が次から次とやめて、一番財政豊かな東京都だけがやっているということで、そういう形でいいのかと。今、最後の土俵際に来ているのは大阪府の監察医事務所で、この監察医事務所をどうするかということが、今後ほかの府県にも与える影響がかなり大きいと思います。この監察医事務所をほかの指定都市がなぜやめていっているのか、神奈川県がやめた理由はよくわからないと発言の中にもありましたが、これは松本委員で整理できるんでしょうか。

○松本委員　監察医のことに関しては発言を控えてきましたが、神奈川県は監察医制度をやめているわけではなくて、監察医の指名をやめただけです。横浜市では１人ないしは２人の開業医の方が監察医をされていて、そこに集中していた結果、監察医業務と言われているものが完全に委託されている形で、行政としてはそのデータも知らないということが続いてきたという背景がありました。それから、横浜市外をどうしていくかということで、神奈川県には４大学あるんですけれども、市外には３大学あって、分けて検案活動をしていたという背景がありました。そこで、今の知事が、横浜市も市外も同一のシステムにしたいということで、死因・身元調査法を中心とするシステムに変えたというのが神奈川県の実態です。

　神奈川県は、横浜市内でのさまざまな犯罪に伴う司法解剖について、司法行政の中でのトラブルが発生していたという関係もあります。だから、むしろ大学の法医学教室に委託したと考えていただければと思います。

　今回、この中で大阪の死因調査のあり方を考えないといけないんですけれども、死を看取る、死をつける、亡くなったということをつけるということと、死因とはまた意味が違うのです。先ほど私が監察医事務所のデータを出しましたが、あれは死因の話をしているわけではなくて、死という現場において救急搬送がどうであったかという話をしています。

　大阪監察医事務所で取り扱っている中で、大阪市内の死因の４割から５割が心疾患ということの中身がどういうことかというと、先ほど突然死という話をしましたが、私たちの国が欧米と大きく違うのは突然死なんです。ヨーロッパは７割が心臓の器質的な疾患、３割は不整脈等で亡くなると言われています。アメリカは９割が器質的な疾患、これは虚血性心疾患を含めてです。私たちの国はまだデータがありません。

　これは監察医事務所でも今精査しているところで、これまで昭和21年から18万人見ていて、６万3,000点の解剖をしていますが、そのデータから器質的な心疾患であるか不整脈であるかを調べています。日本では器質的なものは３割、７割が機能性の疾患だと言われています。これが欧米と同じような不整脈であるのか、自律神経不全であるのかというのはまだわからない状態にあります。

　そういうことを考えたときに、大阪府民になったときにどうなるのか、大阪府民になったときに死因というものをどこまで明らかにするか、どこまですると大阪府に安心して住めるのか。例えば心疾患というのは、心臓がとまったから心疾患だよと言っているのか、遺伝学的に何かあるのか、あるいは生活習慣等で起こっているのかということを何らかの形で示す、安心できる材料、安心できるデータを公開していかないといけないということです。以前も出水先生から、検案データをもっと公開するようにというお話をいただいていますが、これは大阪府のさまざまな条例によってまだ公開できていません。ですから、これを府民に示し、なおかつ医療関係者が使えるようにしていくという議論が以前から出ていて、かつ生前の医療情報のデータとどういうふうにリンクするのかという話も出てきたと思います。

　ですから、大阪府下において、生前のデータ、亡くなったときのデータをどのようにリンクさせて安心して住める環境をつくるかということを、ここの中でも考えていかなければならない。そういう意味では、監察医のところに今まであるデータの精査も必要ですし、今後何を検討していくかというところで、少なくとも大きなマスのデータはあるわけですから、それを活用していく。

　それから、以前、吹田というのが出ていたのは、吹田という小さい規模であれば、データサーバーとか個人情報とかいろんな問題はありますけれども、医療情報とつなげるということができるのではないかということです。

　今、大阪市内では、犯罪死体、非犯罪死体の死因究明が、解剖という昔のツールによってある一定のレベルで行われているけれども、府下はなかなか難しくて、どうしても検案になっている。その中でも、生体の情報、医療情報、亡くなったときの情報をどのように共有して活用していくかということをこの委員会で考えていって、お金がないとおっしゃっている中でどうやって使っていくかということを考えるべきだと思います。

○高鳥毛会長　ありがとうございます。

　松本委員は、監察医制度は、戦後、その当時の指定都市に都道府県が設けなさいという形で発足して、現状では震災があった神戸市は維持して、横浜市は特定の先生が引き受けるということで、ちゃんとした形は東京都しかというのが現状ですが、先生が今所長をされている監察医事務所のあり方を考えていく上で、ほかとの比較は余り意味がないと思われますか。それとも大阪で新しい形を考えないといけないというお考えですか、どちらでしょうか。

○松本委員　監察医制度が発足したとき、それから京都、福岡が廃止になった1985年、1986年までは、解剖というツールが死因診断をする唯一のツールだったわけです。その後も、東京都、大阪、神戸に関しても、解剖というツールだけで死因究明をしてきたという状況にあります。

　ただ、東京は今、ＣＴを導入して、死因究明のツールがふえた状態ですが、大阪と神戸はまだ解剖というツールのみでやっているということで、どこまでお金をかけるかというところはあるんですけれども、画像を加えていくことで、検案だけで終わっているものに関しては、体内情報が得られますから、より正確になっていく。ただ、100％わかるとか90％わかるということはありませんし、それなりに研さんを積んで診断能力を高めないと難しいところがあります。

　僕は、大阪は幸運だと思うんです。何が幸運かというと、廃止したところは、死因究明ができないんです。できるシステムがない。大阪は、大阪市内に監察医事務所がある。それはどういうシステムかというと、非犯罪死体を専門的に取り扱っているということで、データの一元化ができている。そこをどういうふうに活用していくかということなんです。それを小さな単位にしてしまうと意味がなくて、例えば出水先生がされている岸和田に解剖というツールを入れて、岸和田だけそういうふうにするというのと、大阪市という260万のビッグシティで行っているのとでは、ちょっと研究的になるところと、行政、もう少し大きな単位、例えば大阪府、日本、世界の中の日本人を考えることができるという意味合いでは大きいんですね。

　今大阪は、健康・医療イノベーションとかいろんなことを言っています。お金はないですけれども、何とか発信して伸びていこう、日本の中でも伸び、世界に伸びようと言っている中の一つのツールになり得るんではないか。それは大阪府民にとっても、大阪に住んだらこれだけ安心できるよという、完全な安心にはつながりませんが、そういうもののツールの一つにはなるんじゃないかと思います。

○高鳥毛会長　ただいまの松本委員のお話をお伺いして、相当お忙しいと思うんですけれども、現在の監察医事務所の体制と、きょう出していただいている資料で大まかにわかりますけれども、松本委員自身で現在の監察医事務所の長所、欠点と、最後のほうにお話しされた今後の大阪府の死因調査等のあり方ということで、今、先生の大学のある吹田をモデルに、医療情報等をつなげた新しい形も考え得るんじゃないかとおっしゃられたように思うんですが、新しい形の死因究明のあり方等で先生が考えているものをお示しいただくことは可能でしょうか。

○宮川委員　その前に、きょうは３回目でありますけれども、第１回、第２回、冒頭からも申していますけれども、これに参加した委員として、もちろん松本先生は直接監察医事務所を運営されておられますので、さらにまたポジションが違うと思うんですけれども、本日参加した委員の意見として、この監察医制度というのはどうなのかということに関して、皆残すべきであるという主張であったかと思います。それの確認が第一だと思うんです。その上でさらにどうするかという話になると思うんです。

　形がさまざまに進化していくことはあるだろうと思いますけれども、根本的な考え方としては、この監察医制度は国が決めた法律の中にある制度ですから、それを変えるか変えないかというのは大変なことなんです。きょうの３回目は、前に向くために何を改良しようか、改善しようかという話になるかと思っていたのに、新聞にそれを変えてしまうという話が載ったので、全く別の話になってしまったわけですけれども、少なくともこの監察医制度があって、その上でそれをしっかり改良していくということをまず確認したらいかがでしょうか。少なくともそれに反対する人は誰もいないと思うんですけれども。

○高鳥毛会長　宮川委員が、マスコミで報道されている監察医事務所を廃止するという……

○宮川委員　制度です。

○高鳥毛会長　その制度を廃止するということについて異論がある委員の方はいらっしゃいますか。

　監察医制度そのものはいかがでしょうか、辻委員、島田委員。松本委員は事務所長ですからそういうことはないと思いますが、出水委員とか。

○出水委員　今回の新聞報道にあったのかどうかよく覚えてないんですけれども、施設の老朽化ということが出ていて、それに対して、制度と　　　別問題だと思っているんです。制度は、例えば事務所を借りてやったらいいやんかという世界ですが、施設の老朽化は絶対何かの手当てをする必要がある状況だということであれば、それに対する予算とかも提示されてもいいのかなという気がします。その辺は青写真的なものは何か存在しているんでしょうか。

○松本委員　これは健康医療部のほうに聞かないといけないんですが、基本的には存在していません。こちら側としては、成人病センターの移転とか、公衆衛生学研究所の問題とか、いろんなところで建物の話が出てきたりしています。

　ＣＴの話が出ていましたが、移動型のＣＴのお金は、国からの基金という形で、大阪府医師会のご協力も得て、予算的に額面上はある程度獲得しているんですけれども、それでもコスト的には非常に高い。据え置きになると安いんですが、そうすると今の建物ではＣＴを入れるには不足している、しかし新しい建物は建てることができないという話になってしまっていて、そこが前向きなところにはなっていません。

　今先生がおっしゃったように、老朽化というのであれば、老朽化して建てられないから廃止するのか、それとも何とか方策を考えていくのかというところは、やはり事務局のほうにある程度示していただいたほうがいいのかなと思います。

○出水委員　我々はお金を出す立場ではないので、それが10億なのか20億なのか２億なのかわからないんですけれども、そういう資料も出していただいて、制度ということとそれを裏づけるインフラという部分と両方わからないと、宮川先生から、これは賛成ですよねと言われても、賛成したものの、それには30億かかるんですよねといったら、大阪府の議会で通りますかねみたいな話になってくると思いますので、その辺も同時に示していただけたらと思います。

○高鳥毛会長　宮川委員は、この制度をということですね？

○宮川委員　そうです。本日の議論の中心は制度の話だったと思います。建物の話はその後の話です。

　もう一つ言わせていただくと、東京監察医務院は非常に高額をかけてつくった、大阪も建てかえをしたらどうですかと、私の発言にクエスチョンがついていますけれども、このクエスチョンの後に、明確に否定して、そんなことはできるはずがないでしょという文言を私は言っておりますので、それもつけ加えてほしいと思います。それもテープに残っていると思いますけれども、でもそれが混同してしまうとややこしい話になるので、この制度、システムが、社会不安に対して物すごく大事なものだよということを本日は確認しておくべきだと思うんです。

　その後どうするかというのは、それはまた行政に考えていただくことが多々あると思いますけれども、少なくともこの制度そのものを残すという考え方は、きょうは確認できると思うんですけれども、いかがでしょうか。

○出水委員　基本了解ですけれども、システムというのは砂上の楼閣ではないので、全体的なことをある程度了解した上での話にはなると思います。もし可能であれば、イエスかノーかというよりも、資料を提示していただいたほうが、私としてはありがたいかなと思っています。

○高鳥毛会長　その資料は、ハード面のということですか。

○出水委員　そうですね。老朽化して云々ということが書いてあったものですから、それが別のものなのかという。

○高鳥毛会長　次回は、監察医事務所の現状についての資料を準備をお願いします。

○事務局　はい。

○辻委員　事務局を擁護するつもりはないんですけれども、監察医制度廃止云々、老朽化云々ということが耳に入ったときに、担当の方にお電話したところ、モリワキ副理事とマツモト課長さんがすぐ来ていただきました。すると、監察医事務所の建てかえという選択肢も考えているということでした。もう一つ、仮に監察医制度を縮小した場合に、現状を維持するだけの仕組みがありますかという意見を聞きたいということでお越しになったんです。そういった事情もあります。決してはなから否定的なことではなかったと思います。であるのに、あのテレビ、新聞報道があった、それでびっくりしたということです。

○島田委員　せっかく資料の提出をお願いするのであれば、先ほど来から東京と比較される発言が散見されるんですが、私の記憶で申しわけないんですが、私が検察官になり立てのころは、東京の監察医務院はこんなにでかい規模だったなという記憶があるんです。私は検察官人生のうち半分ぐらいは東京で過ごしていましたが、私の20年ぐらい前の感じだと、そんなに東京の監察医務院の存在感はなかったような気がするんです。あるときから急にこの監察医務院の存在がフレームアップされてきて、存在感を持ち始めたという時期があったやに記憶しています。このあたりは調べてみないとわからないんですが、東京都の監察医務院が現在の体制になるに至った経緯等がわかる資料があれば、大阪の監察医制度について今後どのような展望をしていくのかということの比較対象の参考になるんではなかろうかと。素人考えではございますが、そのような視点から、可能かどうかわかりませんが、自治体同士の横の連携でもし手に入るのであれば、東京都の監察医務院のここ30年ぐらいの拡充といいますか、体制整備の経緯といった資料を提示いただけるとありがたいなと考えましたので、開陳させていただきます。

○高鳥毛会長　貴重な意見だと思います。確かに東京の監察医務院も、先ほどの松本委員の話にあったように、従来の解剖の時代からＣＴとかＡｉとかいろんな検査技術とか、大阪府の検視調査で毒物の犯罪で今やっているような検査とか、そういうのがいろんな事例で求められるようになったこともあるのかなと聞いていて思いました。いきなり最近の状況になったとも思えないので、監察医務院がつくられてから今日に至る状況を資料として出していただければと。そこにどういう節目があったのかとか、位置づけもわかると思います。事務局で、東京の監察医務院の現状ではなくて、設立されてからどういうふうに今日に至っているかを。

　もう一点、私のほうで調べてほしいのは、東京23区は監察医務院が対応していますけれども、埼玉地区というか、特別区以外はいろいろ課題を抱えているとも聞いていますので、東京都は特別区以外の死亡にはどう対応しているのかというところも、情報収集していただければと思います。

　ほか、いかがでしょうか。

○事務局　早速できる限り調べてまいりたいと思います。

　あわせまして、神戸、横浜も参考になるのかなと思われますので、可能かどうかわかりませんけれども、できる限り資料を提出して、議論のたたき台にできるように努力してまいりたいと思います。

○高鳥毛会長　神戸市は常勤の監察医がいらっしゃいますね。

○事務局　大学に委託という形でやっておられます。

○高鳥毛会長　お会いしたことがあるように思います。そしたら、他市の状況も事務局のほうで調べていただきます。

　あと一点、宮川委員から、本来、事務局のほうで、大阪府の警察医会に対して、状況というか現状をお聞きしておくべきではなかったかという議論がありましたが、もし監察医の体制、制度が弱体化しますと、警察医に依存することになりますので、現状の警察医はどういう状況なのか。宮川委員の報告でも、結構高齢化してきたり、もともと警察職員ないしそこに収監されている人の健康管理が目的で、必ずしも検案とか死亡診断に精通しているわけではないということなので、今の警察医会が、こういうことを勝手に決められても、実際ちゃんと受けて立てるのかどうか、そちらのご意見ないし現状もここでお示しいただいて検討しないといけないと思いました。

○宮川委員　もし可能でしたら、参考人として、この会がそういうのが可能かどうかわかりませんが、直接来ていただいてお話を聞くのが一番わかりやすいと思いますので、大阪警察医会の会長先生にご依頼されたらいかがでしょうか。

○高鳥毛会長　それは私自身はいいですが、事務局のほうはいかがなんでしょうか。

○事務局　早急に検討させていただきます。

○高鳥毛会長　それと、今日帰られた藤見委員、松本委員のお話で、病気が軽くて不搬送という例はいいと思いますが、死亡というか、異状死体の大半が救急依頼をしていると。私はきょうの資料で初めて知ったんですが、異状死体が今どんどんふえてきている現状にありますが、救急の現場においてどういう問題認識をされているのかとか、消防の関係になりますが、資料がありましたら出していただければと思いますが、よろしいですか。

　あともう一つ、辻委員も発言されたように、もし監察医制度がなくなると、解剖は調査法解剖になって、府警は大変だということでしたが、調査法解剖はどういう現状にあるのか。そんなに件数は多くないんでしょうか。どういう場合にされているのかという、直近の１～２年間の現状を出していただくことは可能でしょうか。

○――　資料が一番最後に。

○高鳥毛会長　そうですね。

　現在、これがどういう理由でされているのかというのを知りたいんです。例えば平成26年は警察署長判断で37件というのは、大阪府下等で監察医制度がないけれども、異状死体でどうも犯罪性はないんだけれども……

○辻委員　いわゆる死因・身元調査法で、事件性はないんですが、持病はなかったとか、常に若い方で通院もしていなかった方が突然亡くなった、体調不良も訴えてなかったのに、なぜかということでご遺族が死因が知りたいと。あるいは場所的に、例えば自宅というよりは、たくさん人がおられるような公共の場所で亡なくなった場合、死因をきっちりしておかないと不安が広まるおそれがあるケースは、基本的に調査法解剖をお願いしています。

○高鳥毛会長　例年この程度の件数ですか。

○辻委員　そんなに多くはないです。

○島田委員　他地域との比較みたいな話で、私、今手元に資料がございませんが、大阪は比較的司法解剖に回すケースが多いという印象を持っています。

　私の１回目の発言でもあったように、代行司法検視の指揮を我々やっている関係上、警察のほうから変死体発見の報告は毎日のように上がってきますが、私の感覚では、そのうちの８割近くは府警のほうで司法解剖希望という形でされていると思います。事件性がほとんどないんじゃないかと思われても、そこは捜査機関としての責務を果たすという観点から、司法解剖の実施という方向に行っていることが多いように感じられます。

　東京警視庁との関係、東京地検との関係で申し上げると、割合的に半分ぐらいで、残り半分ぐらいがいわゆる新法解剖と言われる新身元調査法に基づく解剖という感じだったような気がします。これは私の体験的な実感からの印象論でしかないので、正確なデータではないですけれども、大阪府の場合は、他の都道府県に比べると、司法解剖の割合がやや多いのかなという感じがしています。

　ここらあたりは、現場の捜査担当部門の警察官と、それから第一発見状況、当初の検案、検視をやられた医師の方々の意見の流れの中で決まっているのかなという感じがあるので、どういったケースで調査法に回るのかという議論をしても、実益に乏しいのかなという感じはいたします。

○松本委員　大阪の場合は、大阪市内と大阪市外で分かれるんです。大阪市内は、東京都と同じように監察医制度があるので司法解剖が少ないのですが、市外になると、私たちは豊中、吹田、摂津、豊能、東大阪を管轄にしていますけれども、そちらになると司法解剖がふえます。本来、大阪市内であれば監察医に回っていただろうと推定できるものが司法解剖になっていて、それも調査法解剖だというやりとりはするんですけれども、やはり否定できないということで司法解剖になっているというところはあります。

　東京都は、人口比が23区外と明らかに違っていて、向こうは８割の方が23区内に住まれているんです。大阪の場合は３割しか大阪市内に住まれていないので、その点がこういうデータの違いに出てきているだろうと思います。

○高鳥毛会長　内訳までは見る必要がないということが島田委員、松本委員のお話からわかりました。あと、監察医制度との兼ね合いというのもあって決まっているというのが現状ということです。

　ほか、次回検討に当たって必要な資料等がありましたら出していただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

（発言者なし）

○高鳥毛会長　よろしいでしょうか。

　きょうは相当長時間になりましたが、私個人というか、委員長という立場ではなくて公衆衛生の観点で言いますと、最近は、生から死になったのかどうかという死の判定と死因の判定という点が大きいという話が松本委員からもありましたが、長寿社会における健康とか疾病の予防を考えますと、医療機関の中の医療事故死についても新たな制度がつくられ、がんについても、昔は単にがんという診断がつくだけで済んでいたんですが、病理組織系とかどういう治療をしたのかということから治療成績を出して、後のがんの患者に対する緩和ケアなど、いわゆる医療サービスの質なども問われる時代になっています。感染症についても、どんな感染症が出てくるかわからない時代であります。監察医制度は、日本が敗戦して医療機関や経済事情も悪いときに、ＧＨＱが駐留していた東京等で特に不明死体がたくさんあったということが発端だと思いますが、今の日本ではそういう状況はかなり改善されていますけれども、感染症等を考えますと、１つの死が、犯罪かどうかじゃなくて、人に広がる感染症の患者かどうかということも昔よりも注意を払わないといけないということもあります。ですから、死の捉え方についても、社会的ないろんなニーズがあって、昔の監察医事務所に期待されていた死因の究明だけではなく、かなりさまざまなものが出てきている感じもします。

　今回の検討会は死因調査等のあり方ということになっていますが、死因ないし死というものの扱いも含めて、委員の皆さんのご協力でこの検討会をまとめていけたらと思っています。次回、事務局等にご足労をかけますが、そういった資料も踏まえて検討し、さらに追加的なものがあれば出していただいて、この会が意味ある形で終えたいと思います。よろしくお願いいたします。

　きょうは、まとめる方向をこの会で考える予定でしたが、もう少し議論を深める必要があるということで、皆さんからもいろいろ意見を出していただいて、会を進めてきました。

　議案のほうはここまでですが、この後、事務局のほう、今後の予定も含めてお願いいたします。

○松本委員　この検討会の進め方ですが、今回のように報道機関に一方的に出されてしまう、ここの委員が何も知らないというやり方は、今後はやめていただきたいということは事務局に会長のほうから確認していただきたいと思います。

　それから、先ほどお金の話が出たんですが。１億6,000万というのは、監察医事務所の大阪府の常勤の職員の人件費も入っています。そのために常勤の職員が物すごく不安になっています。特にある報道機関では、2017年度をもって廃止になると書いていて、私たちも退職になるのではないかということを危惧していますので、その点も注意していただきたいと思います。

○高鳥毛会長　わかりました。

　この検討会で議論して、それに基づいて大阪府のほうで今後のあり方をつくっていただくという予定だったのに、議論の前に結論とか報道があると、この会の意味がないということになりますから、今後そういうことはないように、事務局のほう、よろしくお願いします。委員長からもお願いします。

　最後、事務局のほうから連絡事項、コメント等ありましたらお願いいたします。

２　閉会

○事務局　本日は、時間も超過いたしましたが、貴重なご意見を賜りまして、まことにありがとうございました。きょういただいた意見を重く受けとめさせていただきまして、次回までに、先ほど委員長からもご指示ございましたが、資料を準備いたしまして、また改めて日程調整させていただきますが、ご議論いただければと考えておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

　本日はどうもありがとうございました。

［了］