第５回大阪府死因調査等あり方検討会資料３に関するご意見（委員名簿順）

|  |
| --- |
| 【宮川委員】  ・大阪府は死亡診断書と死体検案書でその精度を区別する必要がないとしているが、厚労省もそのような見解を示しておられるのか？  このように断じることはいかがなものか。  ・在宅医療を何とか進めようとしているのが現状で、そのような中で記載してあるような死因調査体制をも病院からかかりつけ医へ、施設から在宅へ、という話は論理が飛躍している。  ・大阪府の死体検案書の発行は警察医の専管事項ではないとの表現は、現在、地域で貢献している警察医に対して失礼ではないか。  ・大阪府の２つの死因調査という考え方は、厚労省も内閣府も同じ考え方とは思えない。  死因は一つ、真実は一つであり、それが行政上担当部署によりの必要なものが、同じではない、ということである。  　・大阪府監察医事務所については、健康医療行政として関与できていない、との記載があるが、そのことがまさに健康医療部の怠慢であり、死因を特定することの重要性を、まったく考えてこなかった事実に他ならないことを自ら告白しているものである。  ・大阪府監察医事務所の監察医について、自治体の範囲で確保することが望ましいことは当然である。しかしながら我が国における法医学に関する医師不足の現状をどのように認識しておられるのか。府内５大学においても、きわめて医師不足の厳しい状況があり、府内で確保することが望ましいとする健康医療部は今までに、医師確保のためにどのような努力をされてこられたのか、お伺いしたい。  　・（遺体及び遺族への配慮）　ご遺体、ご遺族に対して尊厳を保持することは当然のことである。まさにこのことについても、過去、健康医療部がどのように対策してきたのかお伺いしたい。  （施設）現在の監察医制度を堅持し、監察医制度を土台としての対策が必要である。  ・警察医であれば、法医学的な検案が求められるということは論理の飛躍である、医師であるならば心臓手術、脳外科手術、出産などすべてやれて当然ということと同義である。  下段に書かれているように法医学的な検案能力を有する臨床医を確保することは困難である。  医療のどの分野においてもその研鑽の道は厳しく、上段のような記述の考え方が、健康医療部内の医師の考えであるならば、医師の発言としては到底思えない発言である。  　・健康医療行政上必要な死体検案、などという定義は存在しない。死因を究明する検案の真理は一つである。医療行政上、司法上、などという死因の区別はない。  “協力医”などというまやかしの表現がご遺体、ご遺族に対して、もとより許されるべきものではない。  　・死因究明において、ご遺体、ご遺族に対してその尊厳を保持するということからも現在の検案能力の低下をきたしうる制度であっては決してならない。現監察医制度が根底にあり、土台とし、そのうえでの拡充が中心となることでしか、市民、府民に求められる検案体制構築にはならない。  　・大阪における死亡診断、死体検案のためには、大阪府監察医制度の堅持が根本であり、廃止などという話がどの委員からもまったく発言されていない。にもかかわらず、監察医制度が廃止などと報道されたこと自体、大阪府健康医療部の責任は大である。今回の検討会を通じて、一年で4,800名を超える死体検案を監察医が行っており、現状、置き換わる制度など存在しえないことが確認できた。また現代では死因も多様化しているなかで、さらに、犯罪見逃し防止にも寄与している。監察医制度が様々な死に対応するために役立っている。大阪府監察医制度の拡充こそが、市民、府民に答える術である。 |

|  |
| --- |
| 【出水委員】  ・重要な基礎であるべきだが、死亡小票に診断書か検案書かの属性がないのは大きな欠点。これがあれば、地域での対策を考えるうえで大切なデータが、人口動態統計として簡単に手に入れられる。  府レベルで改革できなければ、法務省と厚労省が連携して解決すべきである。  　・「かかりつけ医」が「生活の場＝終のすみ家」で看取るべきだが、当然おきてくるそうした場所での突然死（予期しない死）または、孤独死に対する検案体制を府全体で医師会と協力して構築する必要がある。  　・基本的なトレーニング＋２４時間対応体制の構築という２つのステップが必要。  　・混乱の原因は、この２つをはっきり分けて行う施策、予算措置を取らずにきた結果だと思われる。しかし、この原則論をきっちり行うには、警察と健康医療行政官が協働するセクションが必要なのではないか。  　・監察医事務所が他府県でできない包囲解剖トレーニングの場となっているために起きているのだと思われる。  医療の最終ステップと司法警察とがはっきりした方針、予算の裏付けなしにずるずると歴史を引きずってきた結果ではないか。  　・当然司法警察、法医の予算措置のもと、現在の人権感覚で許されるべき基準を満たす施設を造るべきだと思われる。  　・①基本的な検案の知識・技術の習得  ②社会的な問題の理解　　　　　　　　が検案協力医（？）に必要  ・しかし、通報→救急→死亡不搬送→検案協力医という流れは考えにくく、  　　　　　　　　　　　　　　警察通報→検死　　　という流れになるのは明らか  ・そうであるなら、２つの死因調査との原則論はあっても、実際に動かすなら  ・警察と健康医療行政官が机を並べて事にあたるような部署がひつようではない　　か  ・そうした部署を都道府県としてつくれないなら、現在の警察頼みからは逃れられない  ・可能なら「死因調査センター」的な部署をつくり、そこへの協力を医師会あるいは保険医には強く働きかけて２４時間対応体制を作ることが望ましいのではないか |

|  |
| --- |
| 【峰松委員】  ・2点目の「死因統計に必要な･･･原死因。」の項で、「司法上の死因」と「･･･行政上必要な原死因」とが区別されています。しかし、この区別は、司法関係者、行政関係者以外には理解困難です（分かったようで分からない）。明確な定義、あるいは具体的な例示がないと、話がかみ合わないでしょう。  ・3点目の「事件、事故等、･･･協力すべき。」は、主語が書かれていないので、誰が協力すべきなのかが分かりません。「医師」あるいは「死体検案書を発行する医師」という意味でしょうか？また「協力すべき」と「べき体」で書かれていますが、強制力があるのですか？  ・死因統計調査の項の質問の繰り返しになりますが、2つの死因の区別が分かりません。言いたいのは「２つの死因」ではなく、「2つの死因調査」なのではありませんか？また、ここで医師法21条の解釈が書かれているのは、唐突な気がします。医師法21条は、医療、司法（警察、検察）の間で議論の多いものであり、ここに書き込むのは適切ではない気がします。  ・最後の結論に、「健康医療行政として関与する現状となっていない」と書かれてますが、本当にそうですか？だとすると、これまでの「大阪府健康医療部」の監督責任が問われるのではないでしょうか？  　・監察医の2／3が府外の法医学教室等の医師というのは、看破できない事実だと思います。各大学の法医学教室の医師の本務と監察医としての職務（兼業？）との関係を明確にすべきだと思います。また、なぜこのような事態になったのか、原因、経緯を明らかにして欲しい。「監察医も府内で確保する」ことは、現実問題として不可能なのではありませんか？ここに、大阪府監察医制度の根本問題があるように思えます。  　・遺族への事前同意・説明等はその通りだと思います。現代の人権意識にあわせた対応に努めるべきだと思います。  ・2点目の「事件性に･･･配慮が十分ではない」の記載は、警察に対するものですか？監察医に対するものですか？この文言は、現場の相当な反発が想像されます。客観的事実を述べるに止めるべきではないでしょうか？  　・大阪市内と、それ以外の大阪府下とでは、かなり状況が異なると思います。その点を記載する必要があると思います。監察医制度が廃止になれば、大阪市ではこの問題が深刻になるのは目に見えています。  　・内容は分かりますが、「ではどうするのだ？」という具体策が書かれていません。本検討会で議論するにしても、幾つかのプランを提示して欲しい。  　・課題①を受けての提案でしょうか？やはり、抽象的だと思います。本検討会の最初の方の回で、具体的検討事項として上げて欲しかったです。  　・委員に指名された時には、このような堂々巡りの議論になるとは思いませんでした。やはり、府としての問題意識や提案を明示し、また委員についても、検討内容をもっと明らかにしてから就任要請をして欲しかったです。新年度からの新委員会（検討会）組織時には、慎重にご検討下さい。 |

|  |
| --- |
| 【松本委員】  ・「司法上の死因」「医療・健康行政上必要な原死因」という言葉に驚きを隠せない。死因には直接死因、原死因等があり、基本的には死因というと原死因を指す。司法や医療・健康行政上と分けることの意味はない。  大阪府と他府県の保健所で確認業務の違いはあるか否か。そして、その医療・健康行政上の利用はその段階でできるはずだがそれはしているのか否か不明。  厚労省の死因統計について述べているが、都道府県はどのように利用しているか具体例を示す必要があろう。  ・検案体制は医療体制の一貫と考えた場合に、死体で発見された方に対しての調査体制として、医師が最初に検案を行うことを府は責任を持って考えていると意図していると受け取った。おそらくは在宅での終末期医療、つまり看取りを考慮してとのことだが、このことについては現在も家族等により看取られている方の多くが異状死体として取り扱われてはいないことを認識されたい。むしろ、通常のかかりつけ医、あるいは風邪等を引いた際に診療をしている開業医に基本的な検案技能を身につけてもらう必要性を強調されたい。  ・死亡診断書の発行で歯科医師ができるのは歯科医師法で歯科口腔疾患による死亡においてである。しかしながら、法的には死亡診断書の発行に当たって死亡後について検案をして確かめる必要があり医師との連携は欠かせない。もちろん、死因が心筋梗塞の場合や、食物誤嚥による窒息等については発行できない。  死体検案書の発行については「医師の専管事項である」という表現に訂正すべき。  異状死体の届け出義務は所轄警察署に行い、保健所ではない。そのため、事件や事故でないケースも警察署が取り扱わざるを得ないことを理解すべきであり、意味不明である。ましてや、この赤字の表記は主語が誰かわからない。一般的には、「一般府民」という言葉になろう。  ・死因調査に二つの考え方はない。基本的には死因調査を誰がやるのかというと医師である。刑事訴訟法上で大学教授に鑑定される鑑定嘱託書において、医師　●●となっていることをご存知か？　２０世紀末の厚生労働省の考え方を反映しているに過ぎない。閣議決定された「死因究明等推進計画」を改めてご覧いただきたい。  このような考え方は死者の５〜６人に１人が警察が取り扱う時代において警察が取り扱っているのも普通のことと理解すべきであり、もし、この調査の考え方を施行するのであれば、大阪府内において医師が検案をして死因を付けてから警察に届け出をするというシステムの整備を早急にすべきである。つまり、救急隊が不搬送の判断をした後、現在は警察に連絡をしているが、これを死因調査センター（仮称）あるいは保健所に連絡し、検案医が派遣されるというシステムの構築である。このことを積極的に推し進めるという表現に変えるべきであろう。  括弧内については、異状死体の届け出義務についての記載であって、死因調査の考え方を述べているものではないため、初歩的なミスと考える。  ・最後の文書は遺憾である。毎日平均１３体のご遺体があり、監察医業務は法律の下、医療行政を行っているに他ならない。まずこのことを認識すべきである。大阪府は監察医事務所を健康医療部においていることは、健康医療行政と認識したからこそであり、この認識がないことに驚きを感じ得ない。当然のことながら、大規模災害時における検案についても何ら監察医事務所側に連絡がないという事実もある。そもそも、健康医療部が理解していないことに起因している。  医療行政と理解していないのであれば所属の移管を大阪府として考えるべきであろう。  ・常勤監察医がいないことが問題である。４４名の監察医とは知事より任命されている監察医数である。基本的には毎日２名の監察医が必要である。実際に従事している監察医のほとんどが大阪府内在住である。事実誤認が甚だしい。  大規模災害発生時の大阪市内の検案能力は充分に確保される事実がわかっていない。大規模災害時に従事できる検案医は、５大学法医学教室の医師、阪大５名、大阪市大２名、大阪医大３名、関西医大１名、近畿大１名の計１２名がいるため問題ない。当然、被害者となる場合もあり、近隣の検案医の確保という意味では現状は監察医事務所長からの指示でできる体制となっている。また、監察医事務所長は阪神・淡路大震災での検案活動、東日本大震災での検案活動の実績があり、そのシステム化を含め意見等を考慮すべきである。  　・監察医が所轄警察署を回る現状において、監察医自らが遺族に説明する時間的余裕はない。したがって、現状は大阪府警から行っている事実をご存知ないことは遺憾である。  監察医業務はすでに警察において非犯罪死体と判断されたご遺体について行っている。実際の現場をご覧いただきたい。  施設については、感染対策等もなく、ＣＴ等の画像検査機器もない。早急な対応が必要である。  ご遺体の身元表示についてのスライドのプレゼンテーションは誤りである。７月に発生した委託業者による遺体取り違え事案については、遺族が確認をしたため、リストバンドでの確認を怠ったことにより発生をした。委託業者が間違えないように、解剖室から委託業者に渡す場合において明確な身元表示を行っている。遺体取り違えを防ぐためである。リストバンドは臨床の現場において入院した際に普通に行っていることと同様で各警察署で装着される。ご遺体は腐敗や死体硬直等、様々な場合があり、委託業者が取り違えのないように行っている。  　・医師の検案に法医学的という言葉はない。まして死体検案書の発行は医師の義務である。医学卒前教育で必ず教育を受けており、例として大阪大学では臨床実習で全医学生が行っている。ただ、死後、つまり死体の検案については、すべての内因性疾患や外因死を診断する必要があるため、その専門性が高いことを明記すべき。  　・医療・健康医療行政上という言葉は削除すべき。医療・健康医療行政上必要な死体検案書とはどういうものなのか？  保健医療科学院、日本医師会ではすでに検案講習会をしており、かなりの警察医が受講済みの状況であるが、今回の提示はどういうことか？　これらは保健医療科学院、日本医師会の検案講習会が不十分であることを示していると解釈される。つまり、実地演習の不足や、短時間での検案と診断能の養成には不足していると考えられる。なぜ、検討会で出た、世界初の阪大の「死因究明学コース」との連携を図らないのか不明。  　・ばらばらで検案をしていれば死亡者数に応じて必要となる。医療機関外死亡が５人に１人である現状を考慮すると、施設を集約させる必要があることの明記は必要ではないか？  実数に応じた体制を考慮されたい。  　・第５回の検討会でこのようなプレゼンテーションをされることの意味がわからない。検討会での議論を踏まえていない。また、事実誤認が甚だしい。死因の意味がわかっていないことに驚きを感じた。大阪府健康医療部が「行政上の死因」というものを使った保健行政の例を提示していただきたい。たとえば、心疾患についてその４０％〜５０％が死体で発見されている人だという事実を知っていたはずであるが、なぜ放置していたのか、お聞きしたい。  また、いわゆる在宅医療での看取りというものを誤解されている。大阪市内のデータにおいて、予期された死亡である人はほとんどいないことは１０月に監察医事務所から持ち出されたデータにおいて明らかであるはずであるが、その分析はどうなっているのか提示すべきである。日曜日の解剖された案件については、事務当直１名、監察医２名、解剖補助２名の体制であり、月曜日から金曜日においては事務３名、解剖補助４名、検査２名、監察医２名、所長（午前のみ）１名の体制であるのだが、府庁は土日の対応についてどのように考えるのか。土日は月金よりも死亡者は多い。 |

|  |
| --- |
| 【島田委員】  　・特段の意見なし。統計については継続性が重要であり、分類基準の大幅な変更や、事象の該当性判断が時々で変動するのは好ましくない。  　・死因特定とは別立てで検討すべきではないか。少なくとも、監察医制度とは拠って立つ基盤が異なるのではないか。  　・診断書はともかく、検案書については、後日の再精査に耐え得る水準のものが作成されるよう、検案医のスキルを平準化する必要があると思われる。  　・１と２は根本的に調査の性質・機能・社会的意義が異なることから、そもそも差別的に議論することに違和感を覚える。  　・基本的機能が維持でき、現状と同等の質的水準が保てるのであれば、存廃・改組は大阪府の行政判断であるので、当方としては、正面からその判断に意見するものではないが、司法解剖実務へのしわ寄せが生ずることは避けていただきたい。  　・行政サービスとして独自実施されている現状のようであり、その建て付けが続くのであれば、コメントする立場にない。  　・臨床医の法医学的知見が必ずしも平準化されていない現状では、その知見の濃淡を均質化するとともに、新たに警察医となる医師の研修・教育等の体制整備が必要となると思われるが、その見通しはあるのか。  　・ |

|  |
| --- |
| 【辻委員】  ・死因を「原死因」と「死因」とに分けて考える？異なる場合もある？異なる２つの死因があっても良い？  →「原死因」こそ必要なものであり、「死因」は二の次、どうでもよいと聞こえる誤解の元となる思考。  ・「施設から在宅へ」は検案にもあてはまる？死者が「検案は在宅でお願いしたい」と言っていた？増加している独居、孤独死⇒在宅しているご遺体を検案終了後、引取り人が来るまで誰が見守るのか？健康医療部の方が見守り、死体の死後変化をおさえる為の保管もしてくれるのか？  ・「司法警察上の便宜のために」←驚愕のセリフ。「異状」があればつまびらかにする努力をして、そうならないように備えようという「公」の為の当然の思考。一般社会人でもそうだと思うが、厚労省は・・・。それに、届出に係る異状死とは、を言っているのであって、２つの死因云々と言っているのではないと思うが・・・。  ・「健康医療行政として関与する現状となっていない」⇒その怠慢を他人のせいに、また2つの死因云々という関係のないテーマにすり替えないで欲しい。  　　現場へ行き、指導、改善指示して関与すれば良いではないですか。  　・他府県を主な活動拠点としている医師が監察医として従事することによって、何故「完結」することとならなくなるのか、ここも理解できない。こじつけている様に思う。むしろ感謝すべきではないか。  「大阪府災害時医療救援活動マニュアル」を策定しているのでは？  　・病理解剖と監察医解剖を比較すること自体がナンセンスだと思う。  １日に多数体を取扱う監察医解剖において、ご遺体取り違い防止の為の策をとるのは当然のこと。その具体的方法に問題ありと考えるのなら改善すれば良いだけのこと。  「配慮が充分でない」⇒現場を見て言っているのか？ご遺族とのやり取りを見聞きして言っているのか？配慮が充分でない「現行の運用」とは、どのような運用のことを言っているのか？  　・「検案」は「検案」でしょう。「法医学的な検案」とは？  検案能力を高める方策を実施して行くべきという部分は大賛成。  　・「監察医事務所が何故必要ないのか」を説明されようとしたのかと思われますが、現実の死因究明現場の実際とは真逆な話なので、無理があります。 |