

## 令和6年度第1回大阪府死因調査等協議会 議事概要

- 1 開催日時: 令和7年2月7日(金) 14:00～15:30
- 2 開催場所: 大阪赤十字会館 401 会議室
- 3 出席委員: 10 名(委員定数 12 名、定足数6名であるため有効に成立)  
高山会長、大橋委員、佐藤委員、地福委員、長濱委員、西浦委員、藤江委員  
藤見委員(Web)、松本委員、宮川委員

### 4 議 題

議題(1)大阪府死因究明等推進計画に基づく取組みについて(報告)

資料1 大阪府死因究明等体制整備の取組み

資料2-① 主な事業の概要

資料2-② 身元確認訓練の実施結果について

資料2-③ R6 年度 人生会議(ACP)の啓発に関する取組み

資料2-④ 監察医事務所実績

事務局より説明。

### 【意見】

＜宮川委員＞

- ・臨床医向け研修(アンケート)については、前回とテーマを変え、固定の質問項目と新規項目を含めた内容にブラッシュアップした。特に救急医向けは救急病院に直接送って回収し、多くの意見を頂いている。
- ・地区医師会での研修については、コロナもあり、オンデマンド中心となっていたが、さらに推進していく上でアナログに戻し、集合形式で実施。アンケートにも答えてもらっている。  
研修については少しずつ進捗していっていると認識。また、医師のみならず、介護職にも反映してもらっていると認識している。

＜松本委員＞

- ・臨床医向け研修は、大阪府医師会に委託されているが、年々、状況が変わっている。急変時にかかりつけ医がすぐに自宅に行けず救急車を要請する、または、かかりつけ医が行けるとして、到着までどれくらい待ってもらえるのか。これまで 32 件医師から電話で相談を受けたが、現場に到着したはいいが、既に死後硬直があつて原因がわからないといった相談もあった。生前に見ていた診断から、死後はどのような所見が出るかをお伝えし、そこを確認すれば死亡診断書が書けると助言している。
- ・この研修については、府医師会のサポートがよく、WEB 視聴だけでなく地区医師会でのビデオ学習もあるので、今後、だいぶ変わってくると思う。

<藤見委員>

- ・アンケートでよくあるが、初診の患者だから診断できないと答えられている。CPA で救急搬送されてきた患者について、厚労省が作った令和 6 年度版の改正点の案内(オレンジのパンフ)によると、自分で診ていなくても、既往歴をしっかりと調査すれば、死後の診察により死亡診断書が書けると説明している。
- ・しかし、高齢者の救急搬送が増えるなど、救急業務が増えていく中で、救急医の業務は救命が第一なので、CPA の患者の死亡診断書を書くのは困難になりつつある。

<藤江委員>

- ・地区医師会の会員に案内して、かかりつけ医研修等に参加してもらうようお願いしている。学術研修会等を活用するなど、機会があれば企画を検討していきたい。

<高山会長>

- ・救急医療の懇話会においても、救急の現場が大変な状況を聞く。藤見委員の発言にもあった内容については、みんなで考えていく必要がある。

<佐藤委員>

- ・人材確保については、文科省の基礎研究医人材育成プログラムを 3 大学(滋賀医科大学、京都市立医科大学と連携)で実施。法医を専攻する大学院生、臨床の医師・歯科医師で法医を専攻(学位を取られる)される方を育成する。また、インテンシブコースで、臨床で活躍されている医師や歯科医師の研修をするという内容。この事業は令和3年から令和7年まで実施予定だが、文科省の中間評価で S 評価(最高評価)を取得しており、今後も継続できないか、滋賀医科大学と文科省で調整・検討をしている。

<長濱会長>

- ・当協会では人生会議を後押しする人材の育成研修を行っている。昨年度は看護職を中心とした研修をしたので、看護の現場に近い状況でのロールプレイであったが、今年度は介護職を入れた形で実施。

介護職が入ったことによって、話す内容がケアの内容が中心となってしまった。利用者さんが、最後まで家で過ごしたいと発言されれば、「じゃあ訪問看護、訪問診療へ」との助言で終わることが多く見受けられたため、最後まで在宅で過ごしたいという場合、もう一歩踏み込んで、なぜそう思うのか、そうであればどのように生活をしていくかを話すべき。次年度からは良い人生会議の見本というものを共有し、家で過ごすにはどのようなサポートがいるのか、また、望まない治療(救急搬送を望まないなど。)についてどこに明記しておくのかなど、後押しできる人材の質を上げることが課題。

→会長:介護も含め人材確保が課題の中、質の向上はさらに高い目標と思う。

- ・関わっている人の意識の問題もある。病院から家に戻ると患者の意識が変わり、医療職には言えない本音が介護職には言えるということもある。介護職はそれをどう共有して主治医に伝えるのかも含めて育成していきたい。

#### <松本委員>

- ・研究拠点は全国拠点に位置付けられている。大阪だけでなく日本全国の法医学の教授が1人しかいないところなどに教育上の支援を行っている。また、カリキュラムも1年間である程度学べる内容としている。データの管理については、サーバーを立ててニーズに応じた分析を行って、公共施策に活かせる内容のものを作っている。
- ・人生会議については、延命措置は不要という意味があった場合、助かるのに家族が治療を拒否する、また、救急医も対処をしないという場合があるが、これは違うように思う。
- ・介護職は、利用者の自宅を訪問した際に亡くなっているケースがあると思うが、その場合は、まず会社に連絡する。すると会社が救急車を呼ぶ。訪問看護等とは連携はしないのが現状。よって、府が指導等していなかつまうまいかない。高齢化が進み、膨大な死亡者となっている。今までの対応ではだめであり、こういったことも次の計画に盛り込むべき。
- ・ご家族側で、人生会議をやって救命措置等をしないと決めているから、元気な方が急変した際に措置をしないというのは人の命をおろそかにしていることだと考える。

#### <藤見委員>

- ・救急でも DNAR と人生会議を混同している。DNAR は心肺が停止した時に蘇生をするかどうかであつて、治療を縮小することではない。救急の現場からすると施設で ACP をして欲しいと思うが、施設は病院で ACP をやって欲しいという。今後、高齢者が増えていく中で解決策がなかなかない。救急搬送されれば現状、救命するのがスタンス。

#### <長濱会長>

- ・急変時は論外。事例として、人生会議をして延命治療は望まない患者が急変し、本来の終末期ではないと判断し、救急要請したものの、救急搬送された時、病院からは「延命治療望まないのになんで病院に連れてくるんだ」と叱責されたことがあった。看取りなのか救命なのか見極めることが必要。DNAR と人生会議を混同しているので、助けられる命についてもしっかり議論すべき。亡くなられる方を、死亡診断目的で救急搬送するのは間違っていると感じている。研修の中でもそういったケースを知ってもらいたい。

#### <宮川委員>

- ・大阪府医師会として、こういった事例を把握していない状況。ご自身やご家族が在宅でと言われている、発熱などで病院に搬送されるケースがほとんどだと実感している。
- ・皆さんの今の観点からのアプローチについて、しっかり事例を研究していくべき。自宅での在宅と、

施設での在宅では対応も変わると感じている。

介護職だけだとどういふアプローチをしていくべきかなど、事例を蓄積して検討する必要がある。

#### <藤江委員>

- ・警察医の高齢化については、致し方無い状況で、やり手がいないのが現状。でも、誰かがしないといけ無い。高齢化が進む中ではあるが、若手の医師は忙しく、警察医の確保に対して無理は言えない。難しい問題。

#### <地福委員>

- ・警察医は 1 つの署に 2 名依頼している状況。警察が取り扱うご遺体数はかなり増えてきており、昨年と比較して概ね 900 体増えている。件数が増えている分、警察医の先生に負担をかけている状況。

#### <佐藤委員>

- ・資料1の法医学教室との連携(各、法医学教室の現状) 資料 3-2 各大学の業務の偏りについて、現状を少し知っていただきたいと思う。

府下の大学における解剖数には現状として偏りがある。過去 5 年間の解剖数の推移を大学調べで情報共有させていただく。大阪大学及び大阪医科薬科大学で令和6年度暫定値ではあるが、全体の8割程度の解剖を実施している現状。府内法医学教室のそれぞれの状況もあると思うが、警察のお話もあったとおり、ご遺体の取扱い数は年々増加している。また、今後も増加する。

ここ数年、大阪大学、大阪医科薬科大学への偏りが見られるが、そのことによる懸念は2つ。1 つ目は、解剖の質の低下。(必要な検査を実施するなどが出来なくなってくる。)それによる犯罪の見逃しや、事件性が疑われるご遺体に関して検察などに提供する資料の質の低下、丁寧な対応ができない。また、ご遺族の強い希望によって依頼される解剖もある。そういったケースへの丁寧な対応ができない。(長年の病歴の確認など時間を要することから。)場合によっては何年もご遺族に正確な死因の回答ができないような状況になりつつある。

2 つ目が、スタッフの疲弊による病気や離職。このような状況が続けばご遺体の受入が難しくなっていくと考える。府内の法医学教室の状況は危機的な状況。この状況はひいては、警察や警察医へのさらなる負担にもなっていくと思っている。

#### <宮川委員>

- ・府下の大学における解剖数に偏りについて現時点で具体的な対応案はないが、今後どのように対応していくかは、大学の先生方と相談しながら、特に大学は教授等先生方が少ない状況であるため、先生がダウンしてしまうと、対応が本当にできなくなってしまう。そういったことも踏まえ、対応等考えていきたい。

議題(2)次期「大阪府死因究明等推進計画」の策定に向けた検討について

資料3-① 国死因究明等推進計画の概要

資料3-② 国(厚生労働省)改正・死因究明等推進計画での主な変更点

【意見】

＜松本委員＞

・CDRは検討しないのか。所管はどこか。こちらはいつでもゴーできる状態なので、議論できる体制を早く取って欲しい。子ども家庭庁もそのように言っているはず。大阪府が進める気がないのでできていないのだと感じている。

→(事務局)現段階では府においてCDRの所管はなく、各所属がそれぞれで取り組んでいる。

・死亡を取扱うところがやるべきではないか。大阪は虐待が多いので死因究明上、必要。

また、大阪が全国の13～18%件数を占めている。数が多いので国も期待している。他の都道府県とは比べものにならない。いつまでも「検討する」では先に進まない。

→(事務局)大阪府において子どもの死亡等の検証は、子ども家庭審議会の児童虐待の専門部会で検証する仕組みがある。不慮の死亡事故を防止するための啓発施策については、健康医療部の母子グループで行っている。社会福祉施設における死亡事故は、福祉部が、学校関係は教育庁が対応しており、それぞれがしっかり検討している。よって、現時点で別途CDRでの会議体を設ける事は考えておらず、国の動きを注視していく。

・子ども家庭審議会で検証をしているのであれば、死因調査等協議会でもその内容を説明してほしい。死因究明として全ての大阪府民の死亡例が対象となる。議論の中から抜け落ちる部分があるといけない。

→(事務局)意見を踏まえ、今後、議論された内容の説明について検討する

・次期計画策定にあたり、死因調査等協議会の下にワーキングは作るのか。

→(事務局)来年度は2回協議会を開催し、部会は立ち上げない予定。

・国は検討会を開催しているが、なぜ、府では審議しないのか。

→(事務局)重要な計画と認識しており、協議会において委員の意見をお伺いするとともに、各委員の意見を日頃から会議の場以外でも伺う予定にしている。

・ご遺体数が増えており、今の状況だとこの計画だけでは死因究明がまわらなくなる。大学の事情等も踏まえ、今後対応ができるのかの検討も必要。

監察医事務所の建替えによって大阪市内の非犯罪死体の取扱いに充実感が出るが、大阪市内でも調査法の扱いが増えており、大学に負担が出ている。監察医制度のある大阪市内は本来であれば調査法の対象とはしないのではないかな。そのあたりも含めて考える必要がある。

大阪府の健康医療部だけで考えるのには予算のこともあるが、無理がある。

・CDRについては福祉部等にもまたがっている。協議会2回のうちどちらかで、子ども家庭審議会の委員等をお呼びして、審議会の計画をヒアリングする必要があると考える。

→(事務局)各関係部局が必要な説明をさせていただきたいと考えている。

<宮川委員>

・この計画を立てるときも、部会を設置し議論をした。大阪府としても本日の話に合ったような現状の危機感を認識し、来年度協議会を2回開催ということで検討いただいているとのことだが、今はそれ以上に厳しい状況。よって、協議会で密に情報交換してなおかつ関係部署がいるならワーキングを作ることを視野にいれておき、会長と相談いただいて、フレキシブルに対応していくのでどうか。

→(事務局)検討していく。

議題(3)死因究明等施策の推進について(厚生労働省報告)

資料4 死因究明等に関する施策の推進状況について(厚生労働省説明)

**【意見】**

<松本委員>

・異状死死因究明支援事業の研修とはどのような内容か。

→(厚生労働省)各地域の実情に応じて実施した研修への補助。

・協議会で必要な研修について議論し、府から国へ申請する形か。

→(厚生労働省)そういうイメージ。具体的な内容は要綱等で示したいと思う。

<会長>

・CDRの記載が国の資料にもあるが、厚労省からコメントは。

→(厚生労働省)所管が別なので、特になし。

以上