

令和7年度第2回大阪府死因調査等協議会 議事概要

- 1 開催日時：令和8年2月13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：12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、加藤委員、久米委員、佐藤委員、田中委員、長濱委員、西浦委員、
藤江委員、藤見委員、松本委員、宮川委員、山口委員

4 議 題

(1) 会長の選出について

大阪府死因調査等協議会規則第3条第1項及び第3項により、会長及び会長代理の選任について諮ったところ、会長には八尾市健康福祉部理事の高山委員、会長代理には大阪府医師会副会長の宮川委員を選任。

(2) 大阪府死因究明等推進計画に基づく取り組みについて

(3) 第2期大阪府死因究明等推進計画（案）について

資料1 前回協議会での意見と国の動きについて

資料2-1 国（厚生労働省）改正・死因究明等推進計画での主な変更点

資料2-2 大阪府死因究明等推進計画の改定に係る方針について

事務局より説明。

【意見】

<松本委員>

- ・市内は監察医制度があるが、市外はない。データで見ても大きな差が出ている。今後、人材育成の取組を継続していく中で、市外の均てん化に向けた取組が必要である。
人材育成を担う私共からすると、育成した人材をいかに活用する場を作っていくかということが重要であり、特に市外で取組を進めていく必要があり、今後の検討課題だと認識している。

<宮川委員>

- ・かかりつけ医には少しでもしっかり死亡診断をしていただく、救急医に対しても大変な状況の中でも死因が分かれば死亡診断していただくための研修を実施している。研修の最後にアンケートを実施しているが、やはり回答いただいている先生方は問題意識をしっかり持って記載していただいている。アンケートでは、少ない情報では死亡診断できない。大変困っているという意見。その中でも少ない情報でも死亡診断をしようとする意見。そういった先生方の差を埋めていく役割を、この研修が担っており、なおかつ正しい診断ができるよう引き続き取組んでいく。

<宮川委員>

- ・在宅の現場では、医師や看護師含め携わる者みんなで取組んでいくものだと考え、日頃からやっている。また、そういった方々に死因究明にしっかり考えていただくという松本先生のご意見はもっともだと認識している。今までも看取りという観点で様々な研修を訪問看護ステーションの方に実施していただいている。そういう関わりで今後も研修の内容を充実させていきたい。また、訪問看護の方は今でもかなり関わっておられるため、そういった方々のスキルアップや問題認識をしてもらおうというのが重要ではないかと考える。まずそこからやっていき、次のステップとして特定看護師という、そういう方法もあるんだということを頭の片隅に置いてやっていくのもいいのではないかと考える。

<藤見委員>

- ・救急医療機関としては、まずはファーストステップとして、かかりつけの病院に患者さんがCPAで運ばれてきた場合に、カルテの情報があれば現状を診察して死亡診断書なり死体検案書を作成いただ

く。そういった取組がファーストステップとして進むよう研修で実施している。また、あわせて監察医事務所の監察医と意見交換できる機会もかなりあるので、そういった経験も活かし次のステップを進めていきたい。

<久米委員>

- ・色々努力をしていただき、一部の先生には書いていただけるような体制にはなってきたと思う。警察の立場からすると、検案技術の向上も必要だが、検視官の体制についてはこれ以上の強化はできない。そのため、死体の取扱い件数の増加を考慮すると、かかりつけ医、搬送先の救急医療機関において死亡診断書を書いていただき、死体の取扱い数を抑えていただきたい。

<山口委員>

- ・一般の方には監察医制度は認知されていない。市内と市外のCTの実績が増えてきていることに驚いた。
- ・計画の修正点はないが、計画の効果検証について、救急医やかかりつけ医向けの研修など研修の目標人数が記載されているが、これは何年間か目標を達成してきていると思うので、次の段階として研修の成果をどのような指標で見えていくのかということも考えるべきかと思う。先ほどから発言があったように、まだ死亡診断書を書いてもらうところまで達しない場合、何を指標として見ていくのかということが次の段階で必要か考える。
- ・データの利活用に関して、特に孤独死と熱中症死亡について実際にホームページを確認したところ、例えば孤独死であれば男性がとて多く、60代が突出しており、60代と70代だけで全体の7割を占めるということに驚いた。これについておそらく府民の方はほとんどご存知ないと思う。こういったことを防ぐにはどうすべきかということについて、ホームページ等で周知すると資料に書いてあるが、大阪府のホームページを見に行く人はあまり多くないと思う。これから2040年に向けて高齢者がますます増え、ましてや単身世代が一番多く、この辺りの現状とそれを予防するにはどうすればいいかということ府民の方へホームページ以外の形での周知も考えていただければいいかなと思う。
- ・ACPの普及啓発について、かなり積極的にSNSを使うなどして取り組んでおられ、これからも更に取り組んでいただきたいと考える。

昨年度の診療報酬改定で入院基本料の通則において、適切な意思決定支援や入院・退院のプロセス管理（指針の策定）が、入院料算定の前提条件として求められており、このようなことが書かれたことである種義務化になったと思うが、大事なことを義務化すると、形骸化するのではないかと非常に懸念している。

先日、大阪府看護協会の研修に講師で伺ったときに、大きな病院のナースの方から相談を受けた。病院から患者ががんと診断されると、患者さんにこういうアンケートを取りなさいと言われ、それがACPとなっている状況。アンケートを取って、一度もなかったことない人にアンケート結果を元に面談しているということで、すごくナースの方が悩んでおられた。義務化をすると、こういうことになるということを改めて感じたが、それがACPではないということを医療者向けの研修、府民向け啓発など色々活動をされる中で、双方の認識が同じレベルになるような働きかけのようなことが必要かと思う。そして、医療現場から患者さんにアンケートを取るように言われた場合に、私が学んだACPはこうじゃないですと言えるぐらいにさせていただけるといいのかなと思いましたが、さらに積極的に取り組んでいただきたいと思う。

<佐藤委員>

- ・昨年8月、大阪医科薬科大学が解剖棟を建替えるにあたって、解剖を止めざるを得ない期間があった際、本来その任に当たる立場にない監察医事務所にて調査法解剖を実施していただき、感謝している。
- ・大阪医科薬科大学でも人材育成について取り組んでいるところではあるが、その中で人材の受け皿がないと感じる。医師だけでなく、臨床検査技師も修士課程に進み、法医学を勉強してくれているが、その後の就職先がなかなかない。これだけご遺体数が増えてくると、医師の数もだが、医師のサポー

トをしてくれる検査技師等の人材も大切。受け皿がない現状の中で、本人たちもキャリアのことを考えると安定した身分を求めて府外に出てしまうこともある。大阪府内で育てた人材を大阪府内で活用できればと考える。

<藤江委員>

・

警察医をしていて、病院から検案が回ってきた案件がありました。

気管支肺炎で入院され、一旦は順調に回復していたと考えていましたが、発熱も治まり4,5日してから急に再び発熱して亡くなったという案件でした。

主治医は、予期できない不審死ということで警察に連絡し、検案となり警察医に判断が任された形となりました。

警察医の私からすると病気の一連の流れで最終的に亡くなったと考えたらと思いましたが、主治医は治療内容において死に至らせるようなことがなかった場合に別のところに死因があるのではということで警察に連絡されたと思います。

警察医としては事件性の有無が重要で、臨床の先生方と私たち警察医とがコミュニケーションを取ってお話しできれば、解決できる場所もあると思います。

実際のケースを踏まえて、臨床の先生方と私たち警察医とお話しできるような機会を設けていただければと思います。

<長濱委員>

- ・訪問看護が関わるケースであれば、人生会議をした上で最終的に自宅で過ごすということになった場合は多職種で、主治医、家族も含んで穏やかに看取れるように進めていくため、そんなに課題というものはない。しかし、急変した場合にどうするのかというのが問題。よくあるのが最後まで口からものを食べたいと希望した場合に、まれに窒息につながる可能性がある。その場合においても主治医と相談してどうするのか、突然の場合で救命できる場合は救命できる方向にしていきたいと思う。このあたりの部分が難しいところ。
- ・私共の実施する「人生会議」は生き方会議をしようということで進めている。その認識で医療や介護の方で認識を合わせて進めている。病院看護師の方も参加されているが、病院では最期の時に挿管するのか、呼吸器をつけるのか、なかなか初めての方には難しいが、どんな風に生きたいか、そのためにどんな風にしたいかは聞くことができるのではないかと思ひ、このやり方で進めている。やはり最期の時にどうするかはみんなが同じ認識で進めていく必要があると感じており、難しい部分でもある。

<西浦委員>

- ・大災害時の身元確認訓練に関しては歯牙のデータベース化が以前から言われているが、法制約があり進捗していない。その進捗を確認しながら進めていきたい。
- ・1月20日に実施された訓練には歯科医師会も参加した。このような訓練は歯科医師会だけでは実施することができないため、参加でき大変参考になった。今後も年に1回実施されるということで、歯科医師会としても安心している。
- ・60代、70代の孤独死についてだが、歯科医師会のデータを確認すると身元不明遺体の7割が男性で70代が多い。しかし、独居は7割が女性で3割が男性、そういったデータを歯科医師会として持っていたが、今まで公表していなかった。今後、そういったデータも公表していきたいと思う。

<宮川委員>

- ・介護と医療のメンバーと一緒に人生の最期を考える、それは人生会議ではあるが、診療報酬や消防への負担を軽減するために、病院に対し一定の圧力がかかるとすれば、それはACPではなくDNARをしていることになる。最後に医療を受けるか受けないかを定めること。似ているが全く別のものである。私も家族が入院した際にACPのアンケートを書くよう言われたことを思い出した。書かなくていいと言ったが、診療報酬改定で病院が開始したものと山口委員のご意見を聞き納得した。目的

が違うもの（ACPとDNAR）についてここで書けと言われたら、病院も大変だと感じる。やはりACPを実施するのであれば、患者さんと密に協力して関係する者でやっていかないといけない。

ACPはそんなすぐ書けるものでない。ACPとDNARとの違いを国に訴えていく必要がある。

- ・先ほどもお話しした委託研修のアンケートだが、結果を見る中では、かかりつけ医や救急医が少しずつ死亡診断書を書いてくれているのではないかと感じている。書いてなければ、もっと右肩上がりに死体の取扱い数は増えていたはず。
- ・アンケートの結果も公表しつつ、関係機関と連携して死亡診断の実際の状況について把握していきたい。

<藤見委員>

- ・救急の現場では、高齢者が急変された際にご家族は慌てて救急要請をすることになる。その判断は間違っていないで、ご家族が判断できないのであれば呼ぶべきだと感じている。病院に搬送された後にご家族が落ち着いた時点できちんと話をし、スクイズドロー（点滴を減らすなど医療行為を減らしていく。）により最期を安らかに迎えてもらえるようにしていく。やはりACPをしていたとしても、救急要請をするケースは仕方ないと感じている。

<宮川委員>

- ・大阪市の保健医療協議会において、救急要請されたとしてもご本人がACPをしており、その内容を家族も理解し、ACPに参加していたかかりつけ医が12時間以内に死亡診断するのであれば救急隊は撤退可能となる取組の説明が消防からあった。おそらく総務省が出したものだと思うが、全国的な取組になりつつある。この取組に対し懸念されるのは、ACPに参加していたかかりつけ医が死亡診断するというのであれば問題ないが、総務省の通知では恐らくACPに参加していたかかりつけ医でなくても、ACPを理解している医師であれば死亡診断するのでも構わないというもの。

問題なのは、病院でDNARを書いていた場合に、人生会議をしていたと解釈されることになる。

その先生がずっと見ていた先生ならいいが、その日たまたま当直で入った先生がDNARだから何もしなくていいと判断される可能性がある。人生会議をしていないそういう病院でも構わないという通知が総務省から出ているようだ。当直の先生があまり理解せずに死亡診断書を書きますよとなった場合に、その先生が12時間以内に自宅に行って、死亡診断をするということになる。恐らく連絡した消防も受けた先生もあまり理解せずにお願ひし受けることにはないか。地方は一定顔の見える関係性があるから、一定成り立つのかもかもしれないが、大都会となるとそうもいかない。ここ最近では全ての患者のカルテにDNARについては記載があるようだ。勘違いがあってはダメなので、認識をしっかりしないといけないと消防にも伝えている。ACPとDNARは全く違うもの。

そこをきちんとみんなが理解しないと大変なことになる。

ここで話すことではないかもしれないが、大阪府としても意識して欲しい。

<松本委員>

- ・DNARとACPについてだが、DNARが慢性疾患や疾病の悪化により実施するものなのだろうか、窒息や自殺など外因によりしている場合は状況が全く異なる。大阪大学の病院でもあったのだが、家族はACPに基づくものと言ったが、結局司法扱いとなった。この場合はACPがあるというので治療をしなかったようだ。外因の場合でDNARをすることは避けるべき。

DNARするものをきちんと区別すべき。内因性ならいいが、外因性はよくない。救急が知っておかないと行けない。この協議会から発信してもいいように思う。

→<岡田課長>

- ・ACPを踏まえた心肺停止の方への救急搬送についてだが、総務省の通知を踏まえ府においても救対審の高度化部会において、昨年度大阪府版の活動要領を作った。今年度はその内容を地域での運用をめざし各地域のメディカルコントロール協議会において検討をされている。先ほど委員のご指摘のあった外因性の死亡については、ACPを実施した際の疾患とは別の要因になるかと認識しており、そういった原因による心肺停止患者については当該取組の対象外としている。ACPを既に

形成されている成人の方で、人生の最終段階であること、当初想定していた疾患によるもの、かつ、かかりつけ医が死亡診断をすると意思表示をされていたものを対象としている。かかりつけ医の範囲についても、日頃から患者さんの健康管理に参加されているかかりつけ医や施設の医師を対象としている。そういった内容について、各圏域について検討がされている。

<宮川委員>

- ・府医で実施している研修についても、新たな視点のもと来年度は実施していきたい。アンケートもきちんと実施していきたい。

<山口委員>

- ・データの利活用についてはもう少し膨らませてほしい。
→<岡田課長>
- ・孤独死については福祉部でも取り組まれているので、連携して取り組んでいきたい。熱中症についても関係する機関と一緒に活用について取り組んでいきたい。
- ・人材の活用育成については、監察医事務所での実習の受け入れだけでなく。専門の大学院を修了された方の働き場所の確保に向け監察医、警察医等の検案の充実をめざし取り組んでいくこととしている。

以上