

○厚生労働省事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第2回「死因究明等推進計画検証等推進会議」を開催させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、お時間をいただき、ありがとうございます。

死因究明等推進本部事務局の新野でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

今回も、前回と同様に対面及びオンラインによる開催とさせていただきます。

オンラインでの参加に係る留意事項につきましては、事前に送付しています「オンライン参加の留意事項について」を御覧ください。

続いて、配付資料の確認をさせていただきます。

卓上資料、また、オンライン用の資料として、議事次第、席次表のほか、資料1から6を配付させていただきました。

資料1は、構成員名簿。

資料2は、「死因究明拠点整備モデル事業の実施結果について」。

資料3から5については、本日御発表いただく資料となりますが、全部で5つの資料がございます。

資料6については、「地域における死因究明等に関する拠点(仮)の在り方」であります。

以上となりますが、お手元におそろいでしょうか。

なお、本日は議事次第にもありますとおり、「死因究明拠点整備モデル事業」に関して京都府及び京都府立医科大学、金沢大学から、「死因究明等の情報の利活用」に関して兵庫県監察医務室、林委員から、「厚生労働科学研究」に関して近藤委員から、それぞれ御発表いただく予定となっております。

それでは、早速ですが、議事に移らせていただきます。

報道関係者の皆様におかれましては、これ以降のカメラ撮りは御遠慮いただきますようよろしくお願いいたします。

なお、これ以降の進行につきましては、佐伯議長に司会をお願いしたいと存じます。

佐伯議長、よろしくお願いいたします。

○佐伯議長 本日は、御多用のところ会議に御参加いただきまして誠にありがとうございます。議長の佐伯でございます。

まず、議事に入ります前に、前回御欠席でした小林委員、野口委員、そして新たに本会議の構成員となられました加藤委員に、一言、自己紹介などいただければと思います。

小林委員、野口委員、加藤委員の順に案内させていただきます。

それでは、小林委員、よろしくお願いいたします。

○小林委員 金沢大学放射線科の小林聡と申します。

今回の会議から参加させていただきます。放射線科の画像診断が専門でございまして、

画像診断がどのようにこの取組に関与できるかということを中心に考えていきたいと思っております。どうかよろしくお願いいたします。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

続いて、野口委員、よろしくお願いいたします。

○野口委員 一橋大学の野口と申します。御発言の機会をありがとうございます。

前は欠席、今日はオンラインでの参加となりましたこと、申し訳ございません。どうかお許してください。

死因究明の問題につきましては、基本法の制定から様々な機会をいただいて議論に参加をさせていただいておりましたが、今回、設置されました計画検証等推進会議にも参加の機会をお許しいただきましたことに心から感謝申し上げます。

私の専門は、行政法という法律学になります。この会議では、日本における死因究明の施策推進計画の着実な実施、そのための検証や議題の検討と課題の検討といった保護制度の実効性の確保について、議長の佐伯先生、会議の先生方にお教をいただきながら、行政法の研究者として微力ながら議論に参加をさせていただきましたらと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○佐伯議長 どうぞよろしくお願いいたします。

続いて、加藤委員、よろしくお願いいたします。

○加藤委員 このたび、細川常任理事に替わって新しく死因究明の担当常任理事となりました、日本医師会の加藤と申します。

もともと腎臓内科の専門でありまして、基礎医学で10年ほど研究していたこともあります。

このたび、新しくこういった会議に出させていただいて、非常に新鮮な思いで取り組んでおりますので、何卒よろしくお願いいたします。

○佐伯議長 ありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、今日は御都合により、伊藤委員、米村委員が御欠席です。

それでは、議事次第に沿って進めてまいりたいと思います。

最初に、議事1「死因究明拠点整備モデル事業の概要」について、事務局から御説明をお願いいたします。

○死因究明等推進本部企画官 事務局でございます。

お手元の資料の2番、横置き「死因究明拠点整備モデル事業の実施結果」というものをお開きいただければと存じます。こちらは、令和4年から実施しているものでございます。

1 ページ目をお開きください。

政府の計画におきまして、厚労省において各地域において必要な死因究明が円滑に実施され、その結果が公衆衛生の向上や増進に活用される体制が構築されるということが大事だということがうたわれております。また、その体制が継続的に維持されるように必要な

協力を行うということとされております。

こうした政府計画を受けまして、2 ページ目を御覧いただければと思います。

死因究明拠点の整備のモデル事業を令和4年度から実施しております。先ほど申し上げた政府計画の記載に基づきまして、各地域で公衆衛生の向上を目的としました会合や検査が適切に行われるように、体制整備の先導的なモデルをつくるということで、検案や解剖の拠点のモデルの形成ができるように事業を実施してまいりました。事業のスキームといたしましては、自治体や法医学教室に委託する、その中でモデルをつくっていただくというものになります。

下の図は御参照いただければと思いますけれども、例えば左側、検案医のところモデル事業に協力可能な医師をリスト化するであるとか、あるいは真ん中に拠点の絵がございしますが、そのすぐに下に搬送の調整を拠点に置いて実施するであるとか、あるいは右側、御遺族でございしますけれども、解剖の結果について御説明するであるとか、これまで実施していただいているモデル事業におきまして、これら今、申し上げたようなことについても取り組んでいただいているところでございます。

3 ページ以降が、各年度のモデル事業の概要でございます。

では、3 ページ目、令和7年度を御覧いただきますと、実施主体として左側、都道府県に受けてもらっている例として京都府の事例、あるいは大学で受けていただいている事例として東京医科大学、金沢大学、滋賀医科大学の事例、昨年度はこの4か所をお願いしております。

令和6年度は同じく3か所、令和5年度2か所、令和4年度、これは京都が抜けておりますが、令和5年度のほうに合わせて報告しておりますので、令和4年度も3か所となっております。

それで、事業の課題、成果について簡単に御報告いたしますと、例えば3 ページ目、令和7年度の直近の課題、事業成果でございますが、課題について申しますと、京都府の例では遺体の搬送や搬出の調整の難しさがある。あるいは、御遺族の同意取得や遺族に対する支援の内容の不明確さが課題になっている。

金沢大学のところを御覧いただきますと、例えば検案体制の均てん化、あるいは検案医と法医の連携、こういったものが課題であった。

滋賀医科大学を御覧いただきますと、検案医における画像診断の有用性の認識不足、あるいは人材の確保といったことが課題になったというところになっております。

事業成果を御覧いただきますと、例えば京都府は継続してこの事業を続けていただいております。後ほど御発表がございしますが、本事業の継続によって承諾解剖の件数が大幅に増加した。あるいは、継続する中で承諾解剖案件の発生から解剖実施に至るまでの一連の流れが非常にスムーズになった。あるいは、御遺族への説明の促進や情報提供の重要性が認識されたといったような成果がございします。

金沢大学、こちら本日御発表いただきますが、検案医の当番制を構築いただいております。

ます。

滋賀医科大学、例えば地域の医師との間でCTを用いた検案への認識が広がった。あるいは、死因究明に係る人材の確保につながる新たな分野を見出すことができたといったような形で、右側を御覧いただきますと、解剖件数、あるいは死体の検案件数、実績ともに積み上がっているという状況でございます。

こうしたことから、拠点におきまして、例えば検案医との連携を図っていく、あるいは死因究明の対象やフローを明確にする。搬送について、あらかじめ体制を整えておく。あるいは、その拠点において新たな人材を活用するといったようなことが有効でありまして、またそういった実践とか継続が可能ではないかということが見えてきたというところでございます。

この後、それぞれ御発表がございまして、それをお聞きいただきまして、拠点の在り方についてイメージ感を持って少し後半で御議論いただければと思います。

簡単でございますが、モデル事業の結果を御説明させていただきました。

以上でございます。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。

ただいまの事務局からの御説明について、何か質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、ただいまの説明を踏まえまして議事を進めてまいりたいと思います。冒頭、事務局から御説明がありましたとおり、各取組等の御発表をいただきます。

なお、質疑、御意見等につきましては、各発表の後にそれぞれ時間を設けさせていただきます。

それでは、早速ではありますが、議事2の「京都府における死因究明等の取組」について、京都府健康福祉部医療課副主査 山崎誠也様、京都府立医科大学附属図書館長 大学院医学研究科法医学・医学生命倫理学教授 池谷博様から御報告をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○山崎京都府健康福祉部医療課副主査 ありがとうございます。今、御紹介に預かりました京都府健康福祉部医療課の山崎と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、京都府における死因究明の取組について、資料3-1をもとに説明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

スライドの2ページ目を御覧ください。

本日は、主にこの4つの項目について説明をさせていただければと思います。

スライドの3ページ目を御覧ください。

京都府における死因究明の体制についてでございます。

京都府では、令和4年度から死因究明の拠点整備モデル事業、検案解剖拠点モデル事業の採択をいただきまして事業を実施させていただいております。事業の実施方法としましては、厚生労働省様から事業の採択をいただいた後、京都府立医科大学と受託研究契約を

締結させていただきまして事業を実施していただいているところでございます。

京都府立医科大学におかれては、厚生労働省様からモデル事業を創設される前から死因究明事業に取り組まれていたところ、専門性の観点から事業を委託させていただいています。

なお、資料には記載しておりませんが、京都府内では京都大学においても死因究明事業に取り組んでいただいているところ、京都府の死因究明等推進協議会において取組を御報告いただいています。

スライドの４ページ目を御覧ください。

「これまでの取組」についてでございます。

京都府では、平成22年10月に京都府医師会によって「死因究明制度のあり方に関する検討委員会」が設置されまして、死因究明制度に係る検討が開始されました。これが、京都府における死因究明の最初の動きということになってございます。

その後、平成30年11月に死因究明等推進計画に基づきまして「京都府死因究明等推進協議会」を設置させていただいております。モデル事業は先ほども申し上げましたとおり、令和４年度の創設時期から採択いただいております。以後、本年度まで５年間、事業を実施させていただいているところでございます。

スライドの５ページをお願いいたします。

「モデル事業の成果と課題」というところでございます。

まず令和４年度でございますけれども、死因究明の拠点を京都府立医科大学に設置させていただきまして、検案医や事業体制の確保、解剖・検査の実施といった実施体制の確保を行っております。

京都府では死体の取扱数が令和６年度で3,470件ということでございまして、解剖の件数は約１割の313件でございます。死亡時画像診断は約３割に当たる1,074件を実施させていただいています。

死亡時画像診断を行うときには併せて薬毒物検査も行っております。一般的に約３割と言われておりますCTの正診率が補完され、見逃しは少ないと考えているところでございます。

また、御遺族様への寄り添い支援といたしまして、京都府立医科大学に所属している看護師と、事業に御協力いただいている臨床宗教師による遺族会の開催や、アンケート調査を実施させていただいております。

アンケートでは、どういった支援が必要なのか、解剖を行ってよかったか等を聞き取らせていただきまして、御遺族の方からはモデル事業への協力理由として、死因を究明したかったや、解剖医からの説明が分かりやすかったというような御回答をいただいているところでございます。

また、人材育成の観点からでございますけれども、京都府医師会様と連携しまして地域の監察医及び臨床医さんを対象としました検案医セミナーの開催や、事業に参加いただい

た検案医へのアンケートの実施、死因判定等に悩んだ際に相談いただける相談窓口の設置といった支援をさせていただいております。

次年度以降は取組を一部充実、修正しながら事業を実施させていただいております、令和5年度では対象地域を当初、京都市近辺という地域にしておりましたが、それを京都府全域まで拡大させていただいております。

令和6年度では、大学院の講義を兼ねてシンポジウムを開催させていただいております、法医学者、医師の方と看護師、臨床宗教師の三者がそれぞれの立場から承諾解剖における遺族ケアの実際のところや、工夫について発表を行っていただいているところです。

続いて、令和7年度、昨年度ですけれども、府民への死因究明制度や法医学解剖に対する意識や認知度の向上を図るため、府民公開講座を開催させていただいております、厚生労働省様にも御講演をいただいたところです。

この講座には、一般府民を中心に医療・介護・行政関係者等計51名に御参加いただき、参加者からは、死因究明制度について初めて知ったや、承諾解剖の意義が理解できたというようなアンケート結果をいただいているところでございます。

今年度についてですが、オンラインでの遺族支援を検討させていただいております、また、人材育成はこれまで文部科学省様の事業を活用させていただいておりますが、その内容を一部変更しながら継続して行わせていただこうということで考えております。

スライドの6ページをお願いいたします。

今、御説明をさせていただきましたモデル事業のスキーム図となっております。

モデル事業では、京都府立医科大学に所属している看護師の方をコーディネーターと位置づけさせていただいております、御遺族の方や警察、葬儀業者などと連携、調整を行っていただいております。直接的に御遺族の方とやり取りを行うため、看護師という職種に行っていただくことが重要と考えているところでございます。

スライドの7ページをお願いいたします。

これまでの解剖件数と年齢構成についてまとめたものでございます。

これまでに解剖した件数は、通算で73件となっております。年齢構成につきましては、男性が47名、女性が26名ということで、ボリュームゾーンは男女ともに40代から50代にかけてというところでございます。

生活背景としましては、独居の事例や、いわゆる8050問題の関連事例、精神疾患の既往歴がある事例が多くございまして、社会的な孤立や未受診、経済的困窮などが背景にあるかと考えているところでございます。

次のスライドをお願いいたします。

「解剖・検査の実施状況と解剖等結果」についてまとめたものでございます。

承諾解剖が通算73件のほかに死亡時画像診断は必ず実施をさせていただいているところでございます。また薬毒物検査や血液生化学検査、組織学的検査、PCR検査などを実施しているところでございます。

解剖検査前の死因としましては、不詳が69件、不詳の病死が1件、心機能不全が1件、致死性不整脈の疑いが1件、心肥大が1件の計73件でございましたけれども、解剖検査を実施させていただいた後は、急性心疾患や感染症、薬物中毒、溺死などの死因が確定した御遺体が70件というところでございます。

その中には、一部、外因死であることが分かった御遺体もありまして、検視制度を補完するような機能も確認されたところでございます。

次のスライドをお願いいたします。

これまでの事業を踏まえて、事業の継続実施に係る課題や対応方針についてまとめたものでございます。

御遺族の方は、大切な方がお亡くなりになってから、短時間で承諾解剖を実施するかどうかという決断をしなければならないところがございまして、御遺族の決断に必要な情報を十分に提供できるように、御遺族と最初に対応する警察医の方と連携させていただきまして、必要な説明や情報提供が可能となるような仕組みづくりを強化するとともに、御遺族への支援ニーズの把握に努めまして、効果的な支援の在り方を検討する必要があると考えているところでございます。

また、御遺体の搬送については、通常、葬儀会社は葬儀とセットで御遺体の搬送をされるものですから、搬送のみを請け負ってくださる事業者の方というのが少なくございます。そういったところから、業者の方を確保するのが困難になってきているということに加えて、葬儀と搬送をセットで料金設定されているというようなところもございまして、搬送のみの適正価格といいますか、標準的な価格というものがないようなところがございます。そういったことから、搬送業者、事業者を確保させていただいても、料金が高額になってくるというようなことが今、起きているところでございます。

このため、短時間でも御遺族が決断できるように分かりやすい説明資料の作成や、京都府警察、検案医などと引き続き連携を行わせていただきまして、御遺族に対してはこれまでもから原則、解剖当日に解剖医からの解剖結果の説明や質疑応答などを行ってございましたけれども、こうした取組や遺族会等を通じて引き続き事業、事例の蓄積に取り組んでいければと考えているところでございます。

なお、モデル事業で実施させていただいているところでは、京都府警察と連携し、承諾解剖の説明を京都府立医科大学に所属している看護師が行っておりまして、死因究明や承諾解剖の必要性についても丁寧に説明していただいているところでございます。

また、いざというときに円滑に決断できるようにというところでございますけれども、府民に対して承諾解剖について啓発周知を今後も行っていく予定です。

今年度の事業では、府民公開講座を10月20日に開催する予定にしております。

次のスライドをお願いいたします。

最後のスライドとなりますけれども、これまでの取組から事業についてお願いを書かせていただいております。

先ほどから申し上げておりますとおり、搬送の費用の関係ではございますけれども、モデル事業では解剖後の御遺体の搬送費というのが遺族負担ということで府立医科大学に御遺体が搬送される。これは費用として認めていただいておりますが、解剖後、御遺族の元に帰る費用に関しては対象外ということになっております。

京都府では、事業の開始から令和6年度まで、解剖する御遺体の搬送費は全て京都府立医科大学で負担いただいている状況でございまして、令和7年度には解剖する前の御遺体の搬送に関してはモデル事業として計上させていただいておりますけれども、解剖後、御遺族の元に御遺体が帰る搬送費については引き続き御負担をいただいている状況です。

この御遺体の搬送業者の確保というのが、先にも説明させていただきましたが、課題の一つであり、搬送費も高額になることが多い状況でして、今年度に関しては前年度からの増額というものの搬送業者のほうから言われています。

例えば、京都府の北部から京都府立医科大学まで距離にして約100キロメートルですが、この距離に搬送費が往復で約20万かかると言われておりまして、短時間で御遺族に例えばこの20万のうち10万円を御負担いただいた上で承諾解剖への同意をいただくということが事業にとっては非常にハードルが高いと考えているところでございます。可能であればでございますけれども、御遺族の方が承諾解剖に同意していただいた場合に活用できるような負担軽減策や、事業実施者への負担軽減策というところを御検討いただけるとありがたいと考えています。

以上で、京都府における取組の御説明を終わらせていただきます。ありがとうございます。

○佐伯議長 ありがとうございます。

池谷先生から何かございますでしょうか。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 なぜこの搬送費を大学が払うのかということに関してなのですが、一応警察のくくりとしましては、事件性がないという判定に至った段階で警察の手から離れるので、それを大学まで搬送する理由がないということです。警察で解剖しないと決まった御遺体に関しては、警察署から家までの搬送費は遺族が出しているという現状がございまして、同じように大学まではこの事業のため搬送するのでこの事業で払ってくださいということです。

それで、最初は北部から連れてきて、帰りに遺族に払わせるというのはさすがに忍びないということで、それで経理と相談しまして何とかやっているという現状がございます。その辺が課題として非常に重要なポイントになってございます。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。

様々な非常に充実した取組と、それから費用負担の問題等について御紹介いただきましてありがとうございます。

ただいまの御発表につきまして質問、御意見がある方は、どうぞ御発言いただければと思います。

近藤委員、どうぞ。

○近藤委員 京都府の取組に関しては以前から興味を持っている次第で、一番の問題は私自身も常に考えていたのですが、このモデル事業において御遺体の搬送費をどのようにまかなうのかという問題は必ず出てくると思っていました。すなわち、警察の方々が解剖までは必要ないといった後、公衆衛生の目的等で解剖が実施されることになると、遺体の運送費は誰がもしくはどこが負担するのかということで、今後は、実際に解剖に関わる費用、人件費だけでなく、遺体の搬送費用も含めての一つの事業として取り組まないといけないと考えており、遺体の搬送費について議論を忘れて、その部分だけが浮いてしまうということが、我々のように法医学の現場にいるものにとってはそれが一番懸念だった部分ですので、その点についてきっちり議論できればと思います。

それで、一つお聞きしたいのですけれども、解剖することが決まってから、解剖を終えて御家族に御遺体を引き渡すまでに大体どれくらいの期間が必要なのかということは大きな問題ととらえていただきたい。御遺族の立場に立つと不必要に長くならないことが大切です。どのように解剖を進めて、いつお返しするかということも、解剖を増やすための重要な要因ととらえるべきと考えており、我々としてはできるだけ早く返したい。ただ、土日祝日を挟むなどの事情もありますので、大体平均するとどれくらいの日数で御遺族にお返しするかということも検討課題と考えます。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 解剖は大体午前10時もしくは午後1時から開始しまして、午前中の場合は午後3時くらいまでには御遺族に説明をして、返却する。そして、午後始まったものであっても午後5時までには御遺族に遺体を返却するというようにしております、なるべく当日返すようにしてございます。

○近藤委員 ということは、御遺体として見つかって解剖することが決まってからは、ほぼその1日以内に先生方は今お返ししているという理解でよろしいですか。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 はい、そのとおりでございます。

ただ、ごくまれに遠い方とかが1日預かってほしいとか、もちろんそういう依頼もございまして、その場合は大学の冷蔵庫がございまして、そちらのほうに無料で保管しているという現状でございます。

○近藤委員 御遺体を返すまでの日数に関する問題についても、学会で現在いろいろ調べているのですけれども、司法解剖の場合、警察の対応で遺体として見つかったから長いものでは1週間以上かかっている事例があることも事実です。そういった意味では、承諾解剖では御遺族に対してできるだけ早く御遺族にお返しするという京都府の取組というのは理想的だと思いますし、今、最後に話題に出ましたけれども、御遺体の保管に関する問題もあるんです。司法解剖などでも遺体が終わった後に保管を、例えば葬儀屋さんが行う。葬儀屋さんは必ずお金を取るけれども、今、京都府としては大学に無料で保管している。

これは現時点では多分、京都府としてのボランティア的な対応かと思うので、そういった点も今後の検討課題として皆さん考えていただければと思います。

○佐伯議長 ほかにはいかがでしょうか。

どうぞ、沼口委員。

○沼口委員 名古屋大学の沼口でございます。

大変興味深い取組をお教えいただき、ありがとうございました。

私からお伺いしたいのは、警察との連携がどうであるのかということです。承諾解剖の立ち位置というものを自分は理解していない部分があるので、それも含めてお伺いしたいのですが、例えばいわゆる調査法解剖について警察の方から御説明を伺ったときに、解剖の中で例えば犯罪性があるというような所見があった場合には、そこで司法解剖に切り替わり、捜査の手に切り替わるというようなお話を聞いたことがございます。が、いま聞いておりますと、承諾解剖のこのルートに乗ったら一切、以後は警察の関与がなさそうに見えます。そうすると、費用負担をどうするかとか、そういうことも含めてどんなふうにしておられるのかなと思ひまして、御質問です。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 では、私のほうから御説明させていただきます。

実際に解剖を行った上で外因死が判明した症例がございまして、その場合は改めて嘱託を出していただいて、司法解剖としての鑑定書を書いている。承諾解剖はやってしまっているのですが、改めて司法解剖はできませんので、司法解剖としての鑑定書を書くということで対応しているということでございます。

ただ、今までの73例でしょうか。全例解剖後に必ず警察に結果を報告してございます。それは共有してこういう結果だということが検視に反映される、検案に反映されるようにするためです。こういうことがあった、ああいうことがあったということを全て報告するというようにさせていただいております。

この事業の対象になる御遺体というのは、それまでに検視、検案をしております。京都府の場合は3分の1がCTを府立医大で撮っております。府立医大でCTを撮った際に司法解剖しないというときはその場で心臓血を取って薬物検査を全例行っております。警察が遺体に関する情報を結構持っておりますが、加えて承諾解剖を実施することでそれを補完するような形の運用もさせていただいているということでもございます。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。

では、どうぞ、家保委員。

○家保委員 衛生部長会の家保です。

同じ都道府県として、京都府さんはよく頑張っておられるなと思います。また、国のほうも昨今、補助率2分の1のところを10分の10のモデル事業を創設されるということで頑張っておっしゃっていると思いますけれども、実際事業費としては補助金額1270万くらいですけれども、京都府としてのいろいろな経費というのはどれくらいかかっているのか。

それから、モデル事業という限りどこかでエンドが来るわけですので、その際のことというのは府として何か考えておられるのかどうかをお聞きしたいと思います。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 正直言いまして、今、通常の業務、司法解剖、調査法解剖の業務と切り離して考えると、完全に赤字なのではございますけれども、例えば薬毒物検査を例に1000万円の機械を買って司法解剖、調査法解剖で例えば200件くらい使用したとしますね。その残りの例えば20件をこの承諾解剖で使用したときも、ランニングコストとしてはそう変わらないわけです。他の解剖のランニングコストの中に吸収されているので今、成り立っている事業でございます。

CTも同じです。通常の司法検視、行政検視でのCT撮影が1,000件ありますので、それによって承諾解剖で実はもう一回CTを解剖直前に撮影しているのですけれども、その経費というのは全て吸収されているということがございますので、通常の検視、司法、調査法でのCT撮影がもしなかったら、この事業はとても成り立たないという状況ではございますので、今後京都府とその事業のランニングに関しては引き続き調整したいと思っております。

○山崎京都府健康福祉部医療課副主査 補足というような形ですけれども、今回モデル事業に挙げさせていただいている経費につきましては、解剖の体制を整えさせていただくためにほとんど計上させていただいております。ですので、解剖に御協力いただく方への人件費ですとか、説明でもさせていただきましたが、御遺族の方へ説明するための資料の作成費などが主なところとなっています。

引き続き、費用に関しては京都府も検討させていただきたいと考えております。

○佐伯議長 オンラインから野口委員と今村委員から挙手をいただいておりますので、まず野口委員、お願いいたします。

○野口委員 ありがとうございます。

大変貴重な御報告をお伺いしてありがとうございました。

今日、最終的には拠点の整備の話になると思いますので、その主体の設定ですね。場とか、誰が主体になるのかという話に関わる点について、最終的には京都府さんに御質問させていただきたいと思っているのですが、その前提として制度の確認しておきたいので、先ほど質問できなくて恐縮なのですが、事務局に教えていただきたいのですけれども、このモデル事業、検案、解剖拠点モデルというのはアプライできる、申請できるのは大学か、または都道府県ということで正しいですか。

○死因究明等推進本部企画官 はい、そのような理解でございます。

○野口委員 そして、その実施要領に書かれている条件を満たすか、満たさないかを自分で判断して手挙げて申請をして、そしてそれを厚生労働省がモデル事業として認めるか、認めないかという形で選定されていくということになりますか。

○死因究明等推進本部企画官 はい、そのような理解でございます。

○野口委員 分かりました。ありがとうございます。

それで、最後の御質問は、今日いただいている資料は令和4年度からの実際に手を挙げてくださり、事業を開始してくださった主体が載っているのですけれども、申請の段階では大学単位が多いのでしょうか。それとも、都道府県単位が多いのでしょうか。

○死因究明等推進本部企画官 大学のほうが多くございます。

○野口委員 大学のほうが多いのですね。ありがとうございました。

それで、ここからが京都府さんに対する御質問になるのですが、今、御説明いただいたように、大学単位でも出せるモデル事業で、ただ、都道府県でももちろん出せるということになっており、京都府さんは京都府、つまり都道府県単位で大学をチームに入れる形で申請をされ、事業を継続されていると思うのですけれども、そのような実施主体を京都府としたことについて、何か思いや理由があればお伺いしたいということと、あとは単位として府という単位でされたことでよかった点とか、こういうことが府ならではの事業としてできたというようなことがあればお教えいただきたいというのが御質問です。どうぞよろしくお願いいたします。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 厚生労働省の最初の資料の6ページを御覧いただくと分かると思うのですけれども、たしか私の記憶だと令和4年度の場合は自治体が主体になっていたのですが、大学では申請できなくて、私はそれでたしか京都府のほうにお声がけさせていただいたという記憶がございます。

ですから、最初は大阪府と沖縄県と京都府という自治体が主体で全部申請されていて、その後から大学の申請が認められていたのではないかなと思うのですけれども、御確認いただければと思います。

○死因究明等推進本部企画官 厚労省でございます。

そのような理解かと思いますが、ちょっと手元に資料がない点もあって確答ができないのですが、そのような理解だったかとは思っています。

○野口委員 なるほど。そうだとすると、途中から大学が入ったのはなぜでしょう。その経緯がもし分かるようであれば、事後で構いませんので教えていただけたらと思いました。

今のやり取りで、最初は京都府という都道府県の単位で申請するという仕組みだったので京都府でされたということになるかと思うのですけれども、それを踏まえた上で、府という単位ですることのスケールメリットみたいな話があれば教えていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○山崎京都府健康福祉部医療課副主査 ありがとうございます。京都府の山崎です。

今回のモデル事業を通じてですけれども、大学のほうで取り組まれている内容や、警察さんとの連携の状況というものを把握がしやすかったというところはございます。それで、推進基本法にもありますとおり、協議会を設置させていただいておりますが、そういった中でもこういったモデル事業を通して大学ですとか警察と事業の過程というところにはありませんけれども、三者での打合せなりを実施させていただくこともございまして、京都府全体として死因究明がどう回っているのか。また、それを広げるためにはどうするべきかというところの状況の把握や、ほかの関係者の方への共有というものがやりやすいなと感じているところでございます。

ありがとうございます。

○野口委員 どうもありがとうございました。

大変参考になる御意見をお伺いできて感謝しています。ありがとうございました。

私からは以上です。

○佐伯議長 それでは、続きまして、今村委員、お願いいたします。

○今村委員 今村です。

京都府での熱心な取組、大変感銘いたしました。

経費の切り分けについてもう少し教えてもらいたいのですけれども、今回の承諾解剖というのは今までの司法調査解剖と違って、大学、もしくは県の丸抱えという状況だと思うのですが、先ほどのようにこれは事件性があったときに、承諾解剖が司法解剖なりに切り替わって、その司法解剖へ出すと警察がちゃんとお金を出していると思うのですが、そういう形で経費補填が行われるような制度になっているのか。最後まで解剖したのは承諾解剖だから、司法報告書は出すにしてもお金は出さないよという話になっているのか。

もう一つは、先ほどCTをかなりの件数で撮っておられるということですが、これについてはモデル事業丸抱えということなののでしょうか。それとも、やはり調査解剖や司法解剖のスクリーニング的な意味があるので、ある程度警察からのお金が出ていていいのでしょうか。その辺のところをもう少し教えていただければと思います。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 そうしましたら、私、池谷のほうから御回答させていただきます。

まずCTのほうからいきますと、CTのお金に関しましては司法検視でCTを撮影した場合は警察庁のほうから支給されているお金を使っている。行政検視のほうは、京都府のほうで持っている死因究明に関する予算の中から出しているということになります。この予算というのは、調査法と一緒にしている予算だというふうに記憶しております。ですから、そういった内容で一応行っているということになります。

もう一つの司法解剖になった場合の経費というのは、既に承諾解剖で行ってしまっている場合には解剖はもう済んでいるということになりますので、その経費は一切払われないということになります。ですから、鑑定書を書いた文書料としては何かしらの支払いがあるのですけれども、いわゆる検査に関するお金というのは一切支払われないということになります。

○今村委員 CTはある程度、警察持ちの分があると思いますが、承諾解剖のほうから事件性が分かった場合には事実上、警察から費用補填というのはないという状況と理解してよろしいでしょうか。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 はい、そのとおりでございます。

○今村委員 分かりました。これ自身、かなり県の負担でやってもらわなければいけないものだということがよく理解できました。

以上です。

○佐伯議長 ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、池松委員。

○池松委員 池谷先生の取組はものすごく素晴らしいと思います。

2点、質問させてください。

8ページのポンチ絵の中に、もともと不詳であって、その後、薬物中毒、溺死とありますが、こういうものの事件性があるか、ないかというのはこういうことが分からないと判断できないので、本来であれば調査法解剖の範疇になるのではないかと思ったのですが、いかがでしょうか。

それともう一点、先生のお言葉で少し気になったのが、承諾解剖を行った後に警察に情報を提出されるということですのでけれども、その場合、遺族の許可が必要かと思いますが、その点はどうなっているかを教えていただきたいと思います。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 まず、最初に外因死ですが、確かにこれは調査法対応、対象だろうと私たち解剖医も思っております。

ただ、検視の中でこういう症例は少なからずどうしても出てしまうということで、やはり多くは外表でしか見ていないことや、CTも見てはいるのですけれども、結局最終的に解剖する、しないの判断はどうしても警察のほうに握っているものですから、その辺がこういった症例が承諾解剖のほうに紛れてしまう原因かと思うのです。ただ、解剖の情報をフィードバックしています。例えば足を骨折していたのもあったんです。そういうものは私が足の長さを見ればすぐ分かるでしょうということで、検視官のほうに指導をしながら、こういう検視のミスがないようにということはお伝えしているのです。

あとは、警察や警察医に解剖結果の情報をお伝えするという点に関しては、もちろん遺族には説明させていただいております。そうでないとなかなか難しいですので、ただ、警察と検案の先生にはやはり検視、検案の精度を上げていただくという意味で情報のフィードバックは必須だと我々は考えております。

以上です。

○佐伯議長 このくらいでよろしいでしょうか。

小林委員、どうぞお願いいたします。

○小林委員 金沢大学の小林と申しますけれども、2点お尋ねしたい点があります。

トータルのCTが1,000件くらいで、承諾解剖のCTが70件くらいとお伺いしましたけれども、このCTの読影というのは専門の放射線科医が行っているのでしょうか。それが1点目です。

もう一点は、コーディネーターで看護師の方がいるということをお伺いして、その人は府立医大の看護師の方がコーディネーターをしているということなのですが、この方に対するフィーというか、この方はいつも待機しているとか、そういう状態でののでしょうか。その2点をお尋ねしたいです。

○池谷京都府立医科大学大学院教授 1点目なのですが、このトータル1,000件というのはとても一人では難しくて、教室の医師が交代で365日対応して撮っているという

ことになるわけなのですが、当然放射線科の専門医ではありません。放射線科の専門医でもあり、AI学会で専門にされている死体のCTの読影に長けた先生がおりまして、その先生にバックアップをしていただいております。二次読影をして見逃しを防いでいます。この運用は、我々解剖医であってもCTが読めなければ駄目だよというふうに申し立てまして、医師の教育のためにも使わせていただいているという状況でございます。

CTですが、承諾解剖のCTは全例撮っているのですけれども、実は検視の段階でも撮っております。ですから、日にちとか時間をまたいでもう一回撮っているということです。これは死後変化の教育で使う意味で、すなわち経費ではなくて完全に教育の意味で撮っている部分が多いです。実際の解剖をする前には最初の検視のときの早い段階でのCT画像をよく見て解剖に臨むというふうに対応してございます。

それと、看護師に関しましては、看護師の人件費はこの事業で出しております。ですから、この事業が今後どうなるか分からないのですけれども、看護師コーディネーターとして非常に重要な役割を果たしております。この辺を今後どうしていくかというのが非常に検討課題でございます。

頻度的にはそんなにないということではございますが、ほかにもいろいろな、実は私どもは遺族の心のケアというのは1回では終わらないというスタンスでございまして、定期的に3か月に1回とか、そういった形で遺族に御連絡をさしあげたりしております。遺族も最初の段階では頭が真っ白なのですけれども、時を追うごとに態度が変わって来たりもしますので、そういった定期的なフォローが非常に重要だと考えてございまして、そこまですぐで暇ではないと私どもは考えてございます。

以上です。よろしくお願いします。

○小林委員 どうもありがとうございました。

○佐伯議長 ありがとうございます。

大変貴重な情報を御提供いただきましてありがとうございます。

それでは、山崎様、池谷様の御報告はこの辺にさせていただきたいと思っております。どうもありがとうございました。

続きまして、同じく議事2に関しまして、「質的に高い均てん化をはかる強い検案体制の確立」について、金沢大学大学院医薬保健学総合研究科法医学教授 塚正彦様に御報告をいただきたいと思っております。

塚様、どうぞよろしくお願いいたします。

○塚金沢大学法医学講座教授 よろしくお願ひいたします。

このタイトルで、金沢大学法医学教室、塚が発表させていただきます。

タイトルにあります「質的に高い均てん化をはかる強い検案体制の確立」ですが、本件についてCOIは存在いたしません。

次をお願いいたします。

まずは、この事業自身は令和7年度下半期から始まりまして、まだ取り組んで1年たっ

ていない状態であることを申し上げておきます。

事業概要がお手元にあるかどうか分かりませんが、簡単に御説明を改めてさせていただきます。

石川県は東西南北に長いということがございまして、死因究明においても医療と同様な地域偏在が生じる懸念がございます。そこで、県下に行き渡る検案業務の遂行に当たりまして、当番医制を導入するということを考えました。それは、救急医療にあるようなものを見習ってのことなのですけれども、当番医制を導入するということを行いました。そして、金沢大学法医学教室が死因究明拠点として当番のスケジュールを管理するということを行いました。

さらに、平成22年に石川県警察本部が死亡時画像診断ネットワークを、遠隔画像診断を行うNPO北陸画像診断支援センターと協力して行った事業がありますけれども、それから継続し、その協力を得る形で遠隔画像診断をもって県内の死因究明における質の均てん化を図っております。これらのことは、事業期間を過ぎた将来の自走化を念頭に置いて行っているものであります。

この課題、この事業は金沢大学の主体で行っております。お示ししておりますスライドにあります、課題は先ほど御紹介していただいたこともありますが、1つ目に石川県における検案体制の均てん化、さらに2つ目に地域をまたいで広域に活動可能な検案医を育成できないものかという課題もございました。さらに3つ目には、検案医と法医の連携というものがございます。

1年足らずではありますが、その事業成果として石川県で4割近くの人口を占める金沢市において、これは最終的には石川県下に波及することを見越してのことではあるのですが、差し当たり金沢市において検案医の当番制を構築することができました。それをもって、当番を任された検案医が責任をもって検案を行うことで一層の質が担保されたということがあります。

それと同時に、当番制をしくことで警察による検視の立ち合い医師、石川県ではこの検視の立ち合い医師が検案医となることが、ほとんど例外なくそうなのですが、その確保に関わる業務が省略される。警察が検案医を探し回ることがないような体制をつくり上げました。それをもって、全体の効率化を図ることができたと考えております。

実施結果としては御覧に入れておりますように、当番制による死体検案というものを164件行うことができました。そして、死亡時画像診断というものを41件行うことができました。

次をお願いします。

事業のポンチ絵でありますけれども、流れとしては向かって左斜め上から右斜め下に向かう流れがございます。入り組んだ形で矢印がたくさん見えますけれども、昨年度、7年度下半期から今、令和8年度に入っておりますが、それをもって力を入れるフロー、流れとして左斜め上の石川県警察本部から始まり、登録されている検案医の先生方に適宜検案

のお仕事を月ごとの当番表をもって予定をする。御協力いただいた上で、一旦下りた後でまた右斜め上にいきますけれども、必要とあらば石川県内であれば10%近くの確率で法医解剖を行っております。

その後で、最終的に御遺族に至るフローがあるわけなのですが、モデル事業解剖と私ども仮に申し上げます。この方法をもって「遺族にやさしい解剖」、というようなことをモットーに進めております。

ただし、件数としてはそれほど多くなく、現在のところ、ただ1件しかこのモデル事業解剖は行われていませんけれども、非常に内容としては好評でした。好意を持って受け入れられたという遺族からのアンケートも存在しますので、これについては気持ちを強くして2例目、3例目に向かおうと思う次第であります。

スライド、次をお願いします。

スタートとしては、このモデル事業の開始に先立つことで、まず事業を申請する際に検案医に求められることを整理いたしました。公衆衛生的な観点から、必要に応じて検査を実施できる力を持った検案医であることが最低限必要なことで、さらに本当に悩んだときには独りよがりな診断を行うことなく、大学には教育機関としての法医学教室がございしますので、そちらと十分な連携を取る。当番医の先生とホットラインを築くといったことの準備をいたしました。

モデル事業を開始いたしました2025年の下半期におきましては、順次当番制を導入したのですが、その際には検案医の先生、この母体には石川県の医師会に組織される104名から成る警察協力医がいるわけなのですが、その先生方を中心に当番制をしくメリットを説き、インセンティブとしての待機料をつけるということを行いました。

それで、最初の2025年度ですから令和7年度の下半期で動かし始めた当番制ですが、下には、スタートしたときには登録されたものの、経験値としてはかなりばらつきがあり、個人差があることが最初に感じたことであります。

例えば検視、これまでに1件のみ経験しているところから始まった先生に当番に入ってもらったところ、早速実際の事案が入るとすぐ電話が入って、それは縊頸、首つりなのですが、それは事案の数としてはそんなに珍しいものではなく、むしろ石川県内であれば数十から百弱の事案はあるありふれたもののはずなのですが、この所見の取り方から助言と指導が始まったということがあります。

また、別な例としては、これまで全く経験がないという検案医の先生もいらっしゃいました。その方にもあえて当番に入っていただき、その方には最初に質問として所要時間がどのくらいなのか。開業医の先生がほとんどですから、その開業をしている診察の時間を割いてどのくらい時間を取れば良いのだろうか。あとは段取りと動きから助言指導が始まりました。具体的に、警察から問合せ、頼まれたときにはすぐやらなくてはいけないのかや、どのくらい待ってもらえるものなのか、そういうことを含めて、これまで未経験であるからには初体験なのですが、その医師におきましては、その時の質問ややり取り

が非常に効果的であったということも、コーディネートする側としては「経験値が大事」と感じた次第であります。

次をお願いします。

先ほど見ていただいたポンチ絵のフローですが、向かって左斜め上がフローの川上だとするならば、そこから始まり、現在、若干の偏りはあるのですが、同じ検案医の先生が繰り返し、繰り返し県内で御活躍されてきましたが、その先生方がやはり数十年かけてベテランの域に達する。ベテランの域に達した後では、今後30年、40年とやっていけるのかというと、そういうわけではありません。

そこで、新規検案医への引継ぎを兼ねながら、検案医がない日を設けることで、このベテランの先生方にも無理を避けることで長続き、長持ちして活躍していただけるような休みの日、休肝日があるように、休検案日ということで、絶対この日には警察から呼ばれることはありませんよという日を設けて、ベテランの先生方への配慮も兼ねたということがあります。

そして、系統的講義も折に触れ実施して、再教育に近いものを提供しています。医学において、法医学は必修科目であります。ですけれども、最後に講義を受けて何十年もたつたというような先生方においては、リカレント教育というようなことで、生涯学習の一環として系統的な講義も必要に応じて提供するというところを行っております。

次をお願いします。

具体的な当番表はこのようなであります。

ここに月決めの検案医ということで色分けした5人の検案医の方の当番表を見せております。これまで御活躍されていたのが四角で置き換えた名前のところの先生と、丸に置き換えている先生で、個々の所轄ごとで担当されているベテランの先生、前年度を参考にいたしますと、事業に入る前にちょうど半分、半分、年間50件、50件でハーフハーフでした。

ただ、このお二人ともベテランの域に達し、さらには御高齢でもあります。そうしたときには、どうしてもやはり365日いつ来るか分からないというようなことからすると、かなりの御負担を感じているということをお話ししても感じるころがありました。

そこで、金曜日に新しく入ってくださる、お若い先生なのですから、これまでに2件か3件くらい経験したことがある先生に入っていていただいて、ベテランの先生お二人には、「金曜日は少なくとも警察から検案を求められることはありません。診療時間以外の場合でも、ゆっくり体を休めてください」ということを申し上げました。それから、木曜日は新しい先生に交互に入っていていただきました。ちょうど木曜日が金沢市の医師会の会合の日と重なるので、その辺りも勘案しながら交互に入っていていただく予定を組ませていただいた次第です。

これが一つの例でありますけれども、当然この当番表は前の月に当番医の先生に配布し、「都合が悪い日があるようであれば事前に教えてください」「学会で不在にすることもあるでしょう」「たまの休みに御家族で旅行したいときもあるでしょう。そんなときには、

金沢大学法医学教室のコーディネーターである私のほうに連絡をください。」それらに応じて、翌月の当番表に反映するというをやっております。

次をお願いします。

読影医と、読影医を兼ねた検案医の先生がいらっしゃいます。警察が頼りにするNP0の北陸画像診断支援センター以外の、市中の先生のところに持ち込むこともやはりあるのですが、NP0の北陸画像診断支援センターではこちらで独立した当番表を持っておりまして、それを利用させていただきながら、機会均等にこれをシステム化して、あとは専門の先生にもきちんと読んでいただけるような仕組みを考えております。その結果、この半年、1年弱におきましては、それを実施することができたということを御報告いたします。

最終的にポンチ絵のフロー、向かって右斜め下のところ、遺族に至るまでのフロー、川下に当たる部分なのですが、全ては「遺族にやさしい」、遺族ファーストの死因究明をゴールに見据えてやってまいりました。

大変短いですが、金沢大学からの報告は以上であります。

○佐伯議長 どうも大変興味深い御報告をありがとうございました。

ただいまの御報告につきまして、質問、御意見等はございますでしょうか。

佐藤委員、どうぞ。

○佐藤委員 産経新聞の佐藤です。

お話をありがとうございました。何点か、教えてください。

まず、所轄署の当番表が示してありましたけれども、これを見ますと、ベテランの先生が主軸になって、そこにサポートに入る医師の方、検案医の方を確保することで全体を回すというような形になっています。これはほかの所轄署でも同じように、やはりベテランで主軸になる先生がおられて、似た体制でやっていらっしゃるということなのか。

その場合、県医師会の中に警察協力医の方が104人いらっしゃるということでしたけれども、この主軸になっていらっしゃる検案医の方とサポートに入る検案医の方の割合はどのくらいなのでしょう。

あとは、インセンティブをつけるというところがありましたけれども、具体的にどのようなインセンティブをつけていらっしゃるのか、ちょっと聞き逃してしまったので、その点をもう一度教えていただければありがたいです。

最後に、大変合理的でいい仕組みだなと思いながらお聞きしたのですが、こういった仕掛けがほかの自治体でも同じように可能なのか。可能にするためには、どのような工夫が必要なのか。その辺りを教えていただければありがたいです。よろしく願いいたします。

○塚金沢大学法医学講座教授 ありがとうございます。

まず、石川県は警察署が12ありまして、その所轄ごとにその特徴が様々でございます。それで、石川県の医師会で登録された警察協力医104名と申し上げました。やはり入会や脱会があるものですから、定数はないのですが、私がこの事業を始めようと思ったと

きには109人だったと記憶しております。

所轄ごとに割り振られた警察協力医の方々、みんな警察協力医でくくられるのですけれども、その中で嘱託医と呼ばれる主戦力になる先生方がいらっしゃって、どの所轄の警察署の域内においても、その先生方が地域のベテランとして主力になって馬車馬のように働いて、日常、お昼は自分の診療を行い、その空いた時間のお昼休みを利用して警察署が近ければそこまで行って30分くらいかけて検案して帰ってくる。その際には、午後の診療においが移らないかなとか、そんなことも気にされているんだということもそのときに初めて私は知りました。協力医の内訳として109名の中に15名の嘱託医の先生がいらっしゃる。要するに、1割から2割の嘱託の先生がいらっしゃって、主にはその先生方で回しているという実情がありました。

それで、遠目で見ている分には、109名の協力医の先生方に均等にこれまで回されているのだろうと勝手に思い込んでいたのですけれども、実際、実情に触れると、同じ先生がやはり多くこなされていて、その先生が今、高齢の域に達している。これは各都道府県共通の悩みだと伺ったこともあります。

それで、ほかの都道府県に応用できる内容かという御質問だったと思いますけれども、御質問の佐藤様に申し上げますと、これは可能だと思います。なぜならば、どこの都道府県においても所轄単位で協力医が大体配備されるようになっていて、警察協力医というのはどこの都道府県にも組織されていると伺っています。

あとは、これをどう配備するか、どうお願いするのか。コツがあるとする、ただただお願いすることから始めました。あとは、どれだけその意義を説明しても分かってくれないときには、取りあえず試しに厚生労働省の御協力でこれだけの事業として期間限定であれ、試しにやってみませんかというようなことを熱心に説明させていただきました。

その熱意と、あとはその熱意の後に最後の一押しはインセンティブです。このインセンティブに関しては具体的に申し上げませんでしたけれども、待機料というのが大体画像の読影医においても警察協力医においても発生しておりまして、その金額というのはたしか月単位で数千円と伺ったことがあります。開業医の先生からしてみたら、大したお金ではないので、待機するだけでは何のお金も発生しなかったところであります。

ただ、今回の事業では待機料をつけさせていただきました。何を基準にさせていただくかというと1日5,000円、これは病院で救急で待機されている先生方のお金を基準にさせていただきました。そういたしますと、所轄ごとに数は当然違うんです。金沢3署といいますと、石川県の中で4割の人口を占めるところなので、当然異状死体もその割合で数は多い。毎日のように検案の仕事がある所轄もあれば、3日に1回のところもあります。

ただし、最終的に石川県内で均てん化を図る。死因究明の均てん化を図るというのがこの事業の目的でもありますので、解剖があってもなくても、取りあえず先生方で差し当たり当番の日当たった分には責任を持って待機してください。何ならば、ちょっとお酒を控えていただく日もちょうど休肝日になっていいんじゃないですかというような話もして、

要するに検案のお願いをされる日にもめり張りをつけるということを目指しました。

待機料については、やってもやらなくても1日5,000円の待機料がつくというのは今のところは破格の待遇だと思っております。大事なのは、事業の期間が終わった後かと思っておりますが、そこについても今のところは考え中であるところであります。

私からの回答としては、以上になります。

○佐伯議長 ありがとうございます。

まだまだ御質問があるかとは思いますが、時間が押しておりますので、次に移らせていただきたいと思います。司会の不手際で申し訳ございません。

次に、議事3に関し、「地域との連携」について、兵庫県保健医療部医務課監察医務官 高橋玄倫様からよろしくお願いいたします。

○高橋兵庫県保健医療部医務課監察医務官 兵庫県監察医務室の高橋と申します。このたびは、このような報告の場を与えていただき、誠にありがとうございます。

兵庫県監察医務室では、常勤監察医1名を中心に非常勤監察医12名の協力を得ながら業務を行っております。

神戸市の人口は約150万人ですが、そのうち約100万人の方が住んでいる地域を対象地域としまして検案しております。令和7年は約1,500件の検案を行い、引き続きまして約1,000件の解剖を行いました。

毎日の検案と解剖は監察医1名、解剖助手1名の当番制で対応しております。

一方、各種検査に関しましては、会計年度職員である検査担当者と、神戸大学法医学分野や外部検査機関と連携して行っております。

解剖は神戸大学と賃貸契約を結びまして、大学法医学分野の解剖室のスペースを半分利用しております。事務所は、大学近隣にあります県立の研究所の別館を使用しております。かつては亡くなられた方の御遺体の発見場所まで監察医が赴きまして、現場で検案を行って、必要があるものは解剖室まで御遺体を搬送するという形で行って行りましたが、現在ではほぼ全ての御遺体を神戸大学解剖室まで搬送業者によって搬送していただき、解剖台の上で検案を行い、必要があればそのまま解剖を行うという形で行っております。

限られた人員並びに設備資源の中で、大学や地域機関とのネットワークによって監察業務を行い、専門性と制度を維持しているような状態であります。

スライド、次をお願いします。

監察医務室では検案や解剖を行うだけではなく、その結果を地域医療へ還元するという取組を行っております。具体的には、神戸市内の中心的な病院であります神戸市立医療センター中央市民病院様、兵庫県立災害医療センター様、兵庫県立こども病院様の各救急部門とともに、心肺停止搬送事例について検討会を開催しております。兵庫県災害医療センターのホームページでは、スライドにありますように教育研修の一つとして挙げていただいております。これらの検討会では、解剖所見や死因分析結果を救急医療の現場へフィードバックし、診療の資質向上に役立てていただいております。

また、私どもの検案、解剖結果に対して救急、放射線、病理などの臨床側からの意見を受けることで、私どもの検案・解剖精度の向上にもつながっております。

スライドの次をお願いいたします。

さらに、人材育成としまして、兵庫県医師会臨床警法医会研修会の開催に協力しております。

阪神・淡路大震災では甚大な数の御遺体を検案する必要があり、日本法医学会だけではなく地域の臨床の先生方にも検案に御協力いただきました。このときの検案経験を背景に、兵庫県医師会では検案技術の維持・向上を目指しまして、平成13年から現在まで48回の研修会が開催されました。この研修会では、医師のみならず歯科医師、警察、海上保安部、消防、看護師など、多職種の方に参加していただいております。兵庫県医師会における検案認定制度を支える重要な教育事業となっております。

今後とも、地域医療との連携、法医学知見の還元、そして人材育成を通しまして、地域医療体制の充実と監察医制度の質の維持・向上に取り組んでいきたいと考えております。

簡単ではありますが、以上で報告を終わります。

○佐伯議長 ありがとうございます。

ただいまの御報告につきまして、何か御質問、御意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

どうもありがとうございました。

それでは、次に林委員、それから近藤委員から御報告をいただきたいと思いますが、時間の都合で発表後の質問につきましては拠点に関する議論の中で合わせてお願いできればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず「死因究明拠点の在り方、情報の利活用」につきまして、林委員から御報告をお願いいたします。

○林委員 よろしく申し上げます。

本日の発表内容は4つに分かれておりまして、当院の死因情報収集の方法とその利活用、課題とまとめになります。

1 ページ目をお願いします。

まず、監察医の仕事を一言で言うと、異状死体の死因を究明し、死体検案書を発行する仕事です。

当院で取り扱う異状死体は、死亡診断書が書けない病死と、全ての外因死です。

「死因」を正しく診断することを前提として、「どのような人が、どこで、なぜ亡くなったのか」という「死亡事例」をデータ化することで再発防止につなげることに公衆衛生的な意義があると考えます。

2 ページ目をお願いします。

東京23区の人口は900万人を超えていますが、この規模の人口では現在、異状死が年間1万6000件を超えています。東京23区内で死亡した人の6人中1人に相当します。常勤、非

常勤合わせて70人以上の監察医と臨床検査技師、補佐、事務職が365日対応で職務に当たっています。

3 ページをお願いします。

監察医は、死体検案書と死体検案調書を作成します。左は、遺族に渡す死亡届付の検案書です。右は、検視を担当した警察に渡す死体の所見や死因を記載した検案調書です。

4 ページ目をお願いします。

書類の流れですが、医務院は警察から死者の情報を受け取り、検案調書を渡します。遺族へは、死亡届付の検案書をお渡ししています。

5 ページ目をお願いします。

こちらは、死者の生活状況やICD 10コードという国際疾病分類のコードを検案時に同行した補佐がマークシートに記入し、院長の最終チェック後にデータとして当院に保存されます。各死亡事例を調査するときは、西暦と検案番号でひもづけられたデータを活用しています。例えば、熱中症を抽出したいときは、死種は8のその他の外因死で、ICD 10コードはT678, X30を選択します。孤独死を抽出したい場合でも、様々な組合せで抽出することが可能です。毎年、1万6000件分の死亡事例の情報が蓄積されていくことになります。

6 ページ目をお願いします。

一方、監察医制度がない地域では、異状死体が発生した場合、警察は警察医や救急搬送先医師、主治医などに検案を依頼することになると思います。検案した医師は死体検案書、または死亡診断書を遺族に発行しています。警察と警察医の間に書類の交換がないことが多く、また、地域で生じた異状死に関するデータを収集する機能に乏しい状態と思われます。

7 ページ目をお願いします。

当院と拠点のない地域における死亡事例収集の表です。

情報収集や死因究明にはほとんど差がないと思いますが、データの解析や公衆衛生での還元の点で拠点がないと体系化されていないため、ハードルが高いのだと思われます。情報収集はできても、それを解析し、行政へ還元する仕組みが制度として存在しないことが課題と思います。

8 ページ目をお願いします。

次に、当院の死因情報の利活用について、熱中症などの事例と情報発信についてお伝えします。

9 ページ目をお願いします。

まず熱中症についてですが、正しく診断することが必要になります。

上の段は、真夏の屋外急死例で、直腸温が40℃を超えています。このような御遺体は死斑が濃く混濁していることが多く、腸腰筋などの深部筋肉には熱を帯びたような白色調の変色があり、肝臓などの臓器に急激な循環不全を生じさせるような鬱血を認めることが多いです。また、組織学的に横紋筋にはほとんど変化がないことが多いです。

一方、下のほうは自宅などの家屋で長期にわたり高温の環境下、脱水、高体温になると、横紋筋融解やミオグロビン尿が認められ、免疫染色などで腎臓尿管にミオグロビン円柱が認められます。

同じ熱中症による死亡でも、いろいろなパターンがあることが分かります。

10ページをお願いします。

こちらは当院のホームページでの情報公開内容ですが、熱中症に関しては夏の時期に週報として検案で診断された速報値を提示しています。そのほか、孤独死や入浴中の死亡事例のデータを開示しており、また、毎年異状死のトレンドをまとめた事業概要も確認することができます。市民公開講座や研究についても、このページから確認できます。

11ページ目をお願いします。

こちらの左のほうは、解剖で熱中症と診断された情報も含めた熱中症確定値を当院の事務が集計、分かりやすいようにグラフ化した情報です。

右のほうは現在、当院で行っている研究の一覧で、赤で囲っているのは常勤監察医の熱中症に関する研究で、東京大学の大学院公衆衛生健康医学系講座との共同研究になります。

12ページ目をお願いします。

この共同研究の結果、どのような人がどのような状況で死亡しているのか、エビデンスをもって研究発表、プレスリリースし、エアコンを正しく使用することで命が守られること、詳細な解析の結果、最高気温が27.1度を超えると熱中症による死亡の危険性が高まることなどを周知しています。

13ページ目をお願いします。

次は、新興感染症についてです。

コロナ禍での検案はコロナ陽性者、濃厚接触者、高体温の異状死体の方は持込み検案で対応していました。

検案時にCOVID-19が疑われた場合は遺伝子検査を行いました。左下の図のようにおおむね流行周期に検案すると陽性数が上昇しました。当時、二類感染症として480件以上を保健所に報告しています。

また、CTの上のほうは症状及びこのようなCT画像で肺炎と推定できた症例については、検案でCOVID-19による死亡と診断し、検案書を発行しました。

陽性例でも、下のCTの図のように肺炎が局所的であり、死因が特定できない場合は解剖検査を行いました。こちらの症例は、ウイルス感染が原因と見られる心筋炎が認められました。

また、mRNAワクチンに関しても接種後の副反応疑い事例が幾つかあり、約20例を医薬品医療機器総合機構に報告しています。死因としては、ワクチンとの関係が否定できないような心筋炎、無菌性髄膜炎、血栓症などが含まれていました。

14ページをお願いします。

COVID-19関連死の割合ですが、縦軸が死亡者数、横軸が時系列と、陽性者の平均年齢、

関連死の図になります。

令和2年、3年は、陽性者は平均63.5歳で、その71.1%がCOVID-19関連死でした。時間経過とともに高年齢になり、関連死の割合は初年度より低下していきました。医務院制度があることで新興感染症による関連死を早期に把握し、解剖や病理検査で病態を解明し、死因を明らかにすることで正確な死亡者数を把握、死亡者の特徴などの解析、公衆衛生対策への迅速な還元が可能となります。

また、COVID-19を経験したことで、次に流行する可能性のある新型インフルエンザや未知の感染症に対して迅速に備えることが可能となります。

15ページ目をお願いします。

次は、大規模災害についてです。

(1)から(6)は、東京23区内で起こった大規模災害です。(7)、(8)の災害では、検案支援を行っています。

幾つか紹介すると、(1)の三河島列車事故では停電が生じて混乱した状態でしたが、検案は事故から9時間後の午前6時から10人の監察医により開始され、検案先はお寺や搬送先の病院とばらばらでした。事故発生時間はこの縦書きの検案調書の赤線部分のように、午後9時37分で統一され、書類が作成されていました。

検案書の(1)で、犠牲者160人中153人を検案し、4日間で158人を御遺族に引き渡すことができました。

(2)は、千歳発羽田行きの全日空機が羽田沖で墜落した事故になります。このときの検案は、事故から10時間後の午前5時から開始されました。検案先は、初日から2週間は東京都の施設で行われ、2週間以降は芝公園の増上寺で行われました。検案初日は合計29人、3日間で合計98人を検案しました。

(7)の東日本大震災では、日本法医学会と調整を図り、震災の翌日から約4か月にわたり常勤監察医1名ずつ、毎週交代勤務で東北3県に派遣しました。

16ページをお願いします。

上の写真は、東日本大震災当日の医務院調査ですが、かなり混乱した状態でした。

下の写真は、震災翌日に支援第1班として医務院から出発した警察車両です。監察医とともに、検案に必要な書類、手袋、穿刺針、注射器、メスなどの物資も搬送されました。

17ページ目をお願いします。

こちらは、左が東日本大震災、右が阪神大震災による死因の違いです。

Aは東日本大震災で、その90.5%が津波発生による溺死などでした。

一方、Bの阪神大震災は、東京でも懸念されているような直下型地震であり、その83.3%が自宅家屋倒壊による外傷死であり、次に多いのは震災下で生じた火災による死亡で12.8%を占めていました。

なお、津波が発生していないため、津波関連死はありませんでした。

東京都では、阪神大震災に似た震災被害が生じる可能性が高いことが分かります。死因

を分析することで、備えることが可能となります。

18ページをお願いします。

東京都の危機管理体制として、毎年大規模災害に対する訓練を行っています。

災害時における検視・検案活動マニュアルが策定された平成9年頃から、総合防災訓練の中に多数死体取扱い訓練が組み込まれ、実施されています。今年は大震災復興期の台風災害を想定して、7月5日の日曜日に東京都江戸川区の合同防災訓練が行われました。

毎年、死体搬入受付から警察による検視班、日本赤十字社、東京都医師会医務院による合同検案班、歯科医師による身元確認班、遺体引き渡し班、遺族対策班、区市町村による死亡届受理、火葬埋葬許可証発行までの流れに沿って実施しています。

こちらは平成18年に行われた訓練時で、私が映っているのですが、この5年後に検案支援で東北に派遣されることになりました。このときの訓練の経験があることで、ある程度の心構えを持って臨むことができました。

19ページ目をお願いします。

次に、自殺事例に関してです。

御遺族がいる場合は、都の保健政策部から依頼された左側のパンフレットをお渡しして、相談窓口があることを周知しています。

また、右のほうの上には自殺に関してトレンドがあるのですが、2007年から2008年にかけては硫化水素自殺の流行があり、これをいち早く報告し、硫黄濃度の高い入浴剤が販売自粛となりました。

また、下のほうは当院の薬物関連中毒死の論文ですが、死亡事例を多く認めたベグタミンの供給停止に影響を及ぼしました。

20ページをお願いします。

最後に、死因究明拠点の課題についてお話しします。

監察医は、死因を正確に診断することができます。しかし、その情報を公衆衛生対策につなげるためには、疫学的な解析と継続的な情報発信が不可欠です。現在は、個々の監察医や研究者との共同研究、事務職員の努力によって支えられている部分が多く、組織として継続的に解析し、行政へ還元する体制が十分に整備されているとは言えません。

アメリカでは、一部のMedical Examiner's OfficeにForensic Epidemiologistが配置され、死亡データを感染症や薬物中毒、がん因子などの公衆衛生対策や、行政への提言に活用しています。日本の死因究明拠点においても、監察医、疫学統計の専門家、行政が連携し、死亡情報を適切に管理、解析し、その成果を迅速に社会へ還元できる仕組みを構築することが重要であると考えています。

21ページをお願いします。

まとめになります。

死因究明拠点は解剖や検案を行うだけの施設ではなく、死亡情報を公衆衛生へ還元する情報拠点であるべきと考えます。そのためには、全国共通の死亡状況データの整備、死因

と死因状況の標準化、地域や行政への迅速なフィードバック、疫学・統計専門人材との連携が重要です。

医師が死因を正しく診断し、その情報を疫学的に解析し、行政が施策へ反映する。この流れが構築されることで、熱中症、新興感染症、大規模災害、自殺など、様々な健康危機への対応力が向上すると考えます。

亡くなられた方から得られた情報を次の命を守るために社会へ還元すること、それがこれからの死因究明拠点に求められる役割ではないかと考えております。

御清聴ありがとうございました。

○佐伯議長 大変貴重な御報告をありがとうございます。

御質問、御意見等は後でお願いすることにいたしまして、続いて近藤委員、よろしくお願いします。

○近藤委員 では、「承諾解剖の推進と地域中核的死因究明体制の構築を目指して」ということでございますが、早速9ページ目に移ってください。

これが最近、過去10年間の警察の死体取扱数で、ここ数年間、20万件を超えていて非常に多くなっているということが分かります。

10ページ目が、解剖率の変化です。

一時期、解剖率が12%、13%近かったものが、また10%を切ると、解剖率としては若干低下傾向にありまして、解剖の内訳を見ますと、司法解剖、調査法解剖、その他の解剖ということで、その他の解剖は行政解剖と承諾解剖でございます。

具体的に、13ページ目を見てください。

令和6年度は司法解剖が9,900、調査法解剖は3,500、その他の解剖というのは6,600ですが、その内訳を見ますと、警視庁関連は3,171件で約半分、その他、神奈川県、兵庫県、大阪府というのは行政解剖があるとしても非常に解剖数が減っているという状況です。

そういった中で、死因究明というものを促進するために何が必要かということ、やはり行政解剖、監察医制度がしかれているところは限られていますので、14ページ目を見ていただきますと、やはり各地域でも地方でもできる承諾解剖というものをどうやって推進していくかということで、承諾解剖の重要性、地域中核的死因究明センター、遺族対応と専門家連携、標準的運用モデルということを考えて、厚労科研に応募し採択されております。

次に16ページ目です。

では、先ほどから申し上げています「承諾解剖の社会意義」といいますと、やはり正確な死因究明です。検案のみで終わらず正確な死因究明、あとは公衆衛生上の課題把握、遺族の理解支援、政策形成の支援といった意義が挙げられます。

そういった中で、現在の課題としてはまず地域による運用差、法医学リソースの偏在、公平性の確保というものがまず1点。

公衆衛生の課題の2つ目が、この承諾解剖の結果を公衆衛生活活で死因情報の重要性、情報集約の課題、政策への活用推進、承諾解剖の役割、このような課題がある中で、では

我々としては承諾解剖をどのように拡充していくか。その適応事例についてですけれども、一般的には警察で検視の後に司法解剖、もしくは調査法解剖の適応外と判断された事例が承諾解剖の適応事例になるわけですが、そのような事例は現在警察が取り扱う御遺体の8割、9割を占めるわけで、それを全部承諾解剖に持っていくかということ、これは数値的にはなかなか不可能なことなのです。

では、現在具体的に考えますと、承諾解剖の適応基準をどう考えるかということ、まず公益性と遺族利益、死因究明と医学情報の提供、社会的利益を考慮、資源の有効活用、この4点が挙げられ、この基準を基に結果を考えますと、まず現時点では22ページ目ですが、若年者の予期しない突然死です。

突然死というのは、年齢を問わず起きます。ただし、若年者の突然死というのは一定数ある中で、例えば運動中、睡眠中の死もありますし、あとは遺伝性の疾患、またその結果を家族への還元という形で、やはり若年者の予期しない突然死というのは一つの適応になると考えます。

2つ目は、先ほど来からも御報告が皆さんからあります薬物中毒や違法薬物だけではなく、いわゆる一般的な向精神薬や多剤併用の薬物関連死等の解明、あとは高齢者のポリファーマシーの問題もあるかと思います。きちんと薬を飲まれている方が、高齢者であるがゆえに中毒症状が起きる。そういったことで、やはり薬物医薬関連死というものの重要性がある。

3番目が、現時点で考えられるのはやはり「新興感染症・健康危機事例」ということで、こういったものに対する新興感染症対応と診療指針の対策改善、パンデミック時の科学的根拠の創出というもので、これら3つというのはまず大きな適応事例になろうと承諾解剖の適用上、考えています。

そういった中で、実は我々法医学会並びに法医病理学会では自然から死因究明センターというふうな構想があります。その目的は死因究明の一元化、現在ではやはり監察医制度がしかれているところが限られていますので、死因究明の質のより均てん化を深める、一元化を深める死因究明センターを立ち上げる。それで、関連機関と連携。その結果、死因究明センターの活動の一つとしては将来の健康危機管理の貢献といった目的を持って、そういったものの構想を持ったということです。

それが、次のページの26ページ目でございます。

これはあくまでも一つの本当に私見として挙げたものでございまして、事務・管理部門、検査部門、検案・解剖部門、死体検案業務というものを関連医師会等の関連機関とも連携して行うということで、死因究明センターを設立することによって現状でなかなか承諾解剖が進まないといったところを、より拡充することによって死因究明の均てん化が図られ、なおかつ公衆衛生的に役割も果たせると考えております。

以上です。

○佐伯議長 ポイントを絞った御報告をいただき、ありがとうございます。

それでは、引き続き、ただいまの取組の御報告を踏まえまして、「地域における死因究明等に関する拠点の在り方」について、事務局から説明をお願いいたします

○死因究明等推進本部企画官 ありがとうございます。

御発表もありがとうございました。その上で、資料の6番を御覧いただければと思います。

冒頭のモデル事業ですとか、これまでの発表を踏まえて、1つ事務局として死因究明に関する拠点としてこういったものが考えられるのではないかとということをお示しさせていただくものになります。

1ページ目が、政府計画においてどういう位置づけになっているかということですが、公衆衛生の観点から必要な死因究明や、死因究明等を行う専門的な機関の全国的な整備、この体制づくりの方策を示すということが政府計画において課せられているということです。

特に、近藤委員から死因究明センターの構想もいただきました。現下のこれまでの発表などの取組を下に、まずもって今、具体化することができる形というのはどういうものかということで、次のページでこういう形を示させていただいております。これについて御議論賜れればと思います。

その2ページ目でございます。

【課題】といたしましては、第1回の検討会でもございました。

①番は、法医や解剖補助人材等が少なく、人材確保や解剖等の負担軽減が必要であるということ。

②番は、公衆衛生の観点から行われる解剖等、あるいはその結果の分析・利活用がほとんど行われていない状況、地域差があるという状況でございます。

下の図ですが、これまでの御発表を盛り込んだ、取り込んだ形で赤点線の部分を強化していきたいと思っています。

まず司法、調査法解剖がございますけれども、公衆衛生の観点から行われる解剖に対応するものとして赤点線の一番上、承諾解剖を強化していくということ。そのためにはポイントの1番として、公衆衛生の観点から必要な解剖等を明確化できないかと考えています。これは現場の運用ですと検案医の先生方が御判断いただきますが、そのためにはポイントの2番、承諾解剖の目安（仮）というものをつくれないう。それをもって、検案医が承諾解剖と公衆衛生の観点から行われる承諾解剖等を行うか否かの判断のメルクマールにできないかと考えています。

それについて、今、御発表いただきました近藤委員におきまして、厚労科研におきまして、その目安とはどういったものかということ今年度から御研究いただいております。早速、今年度からなのですけれども、今日の御発表に合わせていただきまして、先ほど適応基準の考え方などをいただきましたが、その適応基準の考え方などはこの絵で言うところの承諾解剖の目安（仮）に相当するものとして、今後さらに研究を深めていただくとい

うような関係に立つものでございます。

御遺体の搬送を経まして、司法調査法と合わせてこういった承諾解剖を行う死因究明等に関する拠点というものを位置づけられないか。その際には、①から④のようなことができないかと考えています。承諾解剖等の死因究明のほかに、先ほど金沢の例でございました検案医からの相談対応や検案医に対する助言の機能、あるいは兵庫の御発表でございました地域の研修会、事例検討会ということで検案医や臨床医向けのこういった検討会などでの連携が図れないか。

最後でございますけれども、林先生から御発表がございました公衆衛生的な発信、住民等に向けてのものはできないかということで、下の黄色にありますように、最終的な還元も含めた形ができないかというところが一つ考えられるかと考えております。

このためには、こういった行政的なお仕事をやっていただくために人員も必要かと思えます。ポイントの3番として、法医学教室でこれを受けていただく場合には、その人員体制を勘案して、必要に応じて実務要員、法医や解剖補助者などの配置、こういったものもできないか。既存の人員に加えて、こういった人員を新たに配置することでこういった機能を担うことができないかと考えています。

こういったものについて、県や国、法医学教室などで連携して、こういった体制をつくることができないかと考えておまして、こういった絵姿について御議論、御意見をいただければと思います。どうぞよろしくお願いします。

○佐伯議長 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの御説明、それから、先ほど後回しにさせていただきました林委員、近藤委員の御報告を含めて、時間は余り残っていないのですけれども、これから御意見をいただければと思います。

それで、御提案なのですけれども、皆様お忙しい中、申し訳ないのですが、議論の状況によっては10分程度延長させていただければと思いますが、いかがでしょうか。もちろん御都合のある先生におかれましては御退室いただいて結構ですので、よろしいでしょうか。

それでは、最大10分程度延長もあり得べしということで御意見をいただきたいと思います。

今村委員、手が挙がっていらっしゃいますでしょうか。

○今村委員 はい、今村です。

公衆衛生上の目的からの解剖ということで、ぜひこれは進めてもらいたいと思っています。

今、公衆衛生上で問題なのは、例えば原因不明で亡くなったときに、死亡診断書に昔ならば心不全というものを書いている先生が多くて、死亡診断書そのものに心不全と書かないでくださいと言ったら、まちまちな病名で書いてしまっているという現状があります。

実際、奈良は心筋梗塞や脳卒中で亡くなる方は一番死亡率が低いのですけれども、実は心疾患が物すごく多いんです。それは、多分不明の方に急性心停止と書くからのようでし

て、それをほかの県で見ると、急激に誤嚥性肺炎が増えたところがあったり、老衰が増えたところがあったりということで、本当の死因が何かというところで究明し切れない部分の分からないところをどこに乘せるかで随分合計の死因が変わるという問題があります。

ですから、不明に近い病名に対してどこまで本当の病名を書いていただけるかというところが大きな問題で、今度は診断書を書く立場の先生からしたら、不明と書くのはなかなか難しいですね。ですから、不明と書かずに本当の死因に近づけるためには、やはり原因究明、死因究明ということになるのではないかと考えております。

それともう一つ、今回承諾解剖という形での推進もぜひ進めてもらいたいと思っています。公衆衛生的に解剖で分かった病気というのはたくさんありまして、この間から問題になっているマダニの病気や、スギヒラタケでの脳炎などは解剖したから分かったというようなどころがあるかと思います。

ただ、今、日本中で病理解剖がすごく減っています。それは、内科専門医の必須に解剖がなくなったということもあって、病理解剖側から公衆衛生的な死因の追跡という可能性が大分、失せてしまったということがあります。その意味で、こういう承諾解剖のような形で、本当に不明で亡くなった方の死因を追いかけるということは制度的に必要だと思いますので、御意見として2つ聞いていただければと思います。

以上です。

○佐伯議長 ありがとうございます。

続いて、野口委員、お願いいたします。

○野口委員 ありがとうございます。一橋大学の野口です。

先生方からの3つの御報告をお伺いして、大変勉強させていただきました。例えば、死因究明の解剖についての標準化の必要性でありますとか、あとは情報の共有と分析の必要性などは制度の中に取り入れていくべきこととお伺いいたしております。

その上で、すみませんが、私からの御質問は非常に雑駁なのですが、今回資料の中に書いていただいている死因究明に関する拠点、これはもちろんつくることが必要だと私も思うのですが、これは基本法で定められている地方協議会とどういう関係性にあるものなのかということを教えていただきたいというのが御質問です。

厚労省の皆様に対する御質問になるかと思いますが、恐らく協議会では死因究明の施策が進んでいるかどうかをみんなで見合いながらやっていこうという議論をするところで、今回想定されている拠点というのはもっと実際に現場でまさにリアルな死因究明の活動を行うという位置づけにあるという理解で正しいでしょうかという御質問です。よろしくお願いいたします。

○佐伯議長 では、事務局からお願いいたします。

○死因究明等推進本部企画官 ありがとうございます。

野口先生がおっしゃっていただいたような理解かと思っています。協議会におきまして

は、地域の死因究明体制、検案から解剖から検査等まで含めた体制を広く御議論いただいて、その中で個別の検案や解剖、検査のリアルな死因究明の実施、あるいは機関というふうに先生は御発言いただきましたが、その体制としてこの拠点というものがあるのではないかという関係に立っているのかなと思っています。

○野口委員 ありがとうございます。とてもよく分かりました。

ありがとうございました。

○佐伯議長 ほかにいかがですか。

池松委員、お願いいたします。

○池松委員 この死因究明等に関する拠点は非常に素晴らしいアイデアだと思って、ぜひ実現していただきたいと思っております。

この中でもう一つだけ要望を言わせてください。池谷先生のお話の中にありましたように、遺族のフォローというのは非常に大事かと思います。それで、実は我々は解剖させていただいて、遺伝性の疾患とかというのをよく見つけます。心臓突然死のですね。そういうところに例えば遺族に説明して、その後どう考えてもらうとか、そういうところも非常に死因究明では必要かと思うので、遺族に対するケアということまで考えていただけたらありがたいかと思います。よろしくをお願いいたします。

○佐伯議長 貴重な御指摘、ありがとうございます。

ほかにいかがですか。

沼口委員、どうぞ。

○沼口委員 名古屋大学の沼口でございます。

私からは、3点です。非常にこの取組が進むといいなと思いながら聞いておりました。

まず1つ目です。承諾解剖の適応について御意見を伺った中で、公益性と、かつ遺族利益にも資する事例というような御発表がありまして、まさにそのとおりだなと思いました一方で、私は子どもの死を「チャイルド・デス・レビュー」の探索の観点で見えておりますが、公衆衛生と遺族個人の利益がコンフリクトを起こす例というものが必ず存在します。必ずそういう事例は死因を究明すべきだと思いますので、その辺りをどんなふうに整理するかが課題の一つなのだろうと、聞きながら思っておりました。

2つ目は、先ほどのどなたかのお話にもありましたが、結局剖検に至らなかった、承諾がいただけなくて承諾解剖できなかったとか、あるいはさっきの心臓突然死ではないですけども、内因死として最終的に処理されてしまうような例の中にも、やはり公衆衛生向上のために組み込まれるべき例というものがあるのではないかと、私は考えております。そこで、出発点を「解剖されたもの」とし、それらの事例をこの制度に乗せるという制度を考えておられると思いますが、解剖に至らなかった例も何らかの形で組み込まれるような、そんな仕組みであるといいなと思いました。

3つ目は、監察医務院の林先生のお話の中にもあった内容ですけれども、公衆衛生への還元を具体的に担当するセクションが重視されたらいいなと、私は考えます。子どもの死

亡事象に対して、いろいろな検証・調査制度があるのですけれども、「原因が分かったからといって、社会がどうあるべきかという対応が自動的に出てくるわけではない」という弱点があるように思っております。そのため、この仕組みについては、社会への還元を具体的に考える部分を重視していただけないかと思いました。

最後に、子どもに限定する制度ではありますが、チャイルド・デス・レビューという制度も構築しようと考えているところですので、いろいろ知見を共有させていただけるとうれしいと思って聞いておりました。ありがとうございます。

○佐伯議長 ありがとうございます。

今後の議論の中でぜひ共有していただければと思います。

ほかにはいかがでしょうか。

家保委員、どうぞ。

○家保委員 衛生部長会の家保です。

近藤委員の御発表は、非常に大事なことだと思っております。

ただ、現場的に考えますと、どれくらいの規模になるのか、非常に頭が痛くなります。その例でいいますと、林委員が説明されました東京監察医務院のデータ、ここがやはり母集団、地域として23区の対象者がきちんと把握されていますので、その中で今回提示された集中的にやるようなケース数がどれくらいあるのか。また、そういう方々に死因を究明する、解剖するためにどれだけの人、スタッフが要るのかとか、そういうことをきちんと段階立てて説明していかないと、行政的には各部門ではなかなか次へ進まない。ましてや、多くの都道府県では解剖していただく法医の先生方が1人、2人というようなところでは現実的に案をつくっても動かない状況がありますので、それなりのイメージが分かるような部分を研究班でぜひとも進めていただければと思います。

例えば、それで言いますと人の話と、それから林委員のところの監察医務院のホームページを見ますと、予算としては年間6億、ただし人件費と通勤費を除くということです、これだけの処理をするのにどれくらいの予算がいったいという部分をきちんと明示しないと、いざというときに前へ進まないのは明らかですので、その辺りも踏まえながら実際のなところも議論していただければと思います。

以上です。

○佐伯議長 では、近藤委員、お願いします。

○近藤委員 まず、当初は死因究明センターの構想を考えた時点では、もちろん全部の都道府県に設置するのではなく、まずは各地域で核になるところに何か所かずつという形を考えておりました。実際に学会における当初の一つの考え方は、予算面については単純計算で、国民1人当たり200円集めて、総額240億円の予算を持って、各地域に拠点としての死因究明センターを開設するという考え方もあったのですけれども、ただ、現実問題を考えますと、世の中の状況についても見ていますと、一番理想的な形で申し上げますと、当初から別案としてありましたけれども、実は兵庫県の監察医の制度を見本にするというこ

とです。当初、神戸大学も県立医大であった時代に監察医制度が実施され、同じ県立同士で解剖施設を共有で使用しておりました。現在も、実は解剖室自体は共有しておりますが、3台ある解剖台のうち1台は監察医の実施する行政解剖専属であり、消耗品等については行政解剖専用で、共有はしていません。

すなわち、私が個人的に考えている一つのやり方としては、いわゆる兵庫方式と私たちが勝手に名づけているのですけれども、大学とその行政地域がタイアップして、ある程度その施設は共有する中でやっていくということが、多分一番各都道府県で死因究明センターとしての最初の足掛かりとしてはやりやすいのではということです。

今回、厚労省ともそういった意味で理想的な、本当の理想的なというのはどういうことかということ、いわゆる国立病院と同じように国立の死因究明センターを各地域につくる。

ただ、これはなかなかそう簡単にいかないのは分かっていますが、まずはその足がかりとしてはやはり承諾解剖という制度を使って、地元の大学の施設をうまく活用して、そこに可能な限り人材の予算で投入してやるということが一つは可能かと思っています。

あとは、薬物分析等に関しては、現在多くの大学はかなり各大学で機械を所有していますけれども、これも効率を考えますと、まさしくこれこそ死因究明センター化すると、何か所かに集めて一気に分析をしたほうが効率も上がるし、精度も上がるのではないかと考えているのですけれども、あくまでも今の段階ではこういうような承諾解剖をどういうふうに活用するか。

ただ、実際に承諾解剖は行われていたのです。実は、私が法医学を始めた頃は司法解剖だけであって、それが5、6年か7、8年たったときに、いわゆる監察医解剖、監察制度がないところでは準行政解剖という名前を我々はつけて、承諾解剖を和歌山でもやりましたし、各都道府県でやったのですけれども、そこに調査法解剖というものが新たに加わったことによって、いつの間にか承諾解剖というものがだんだん消えてきた。

もちろん、それは遺族の承諾を得るということがありましたので、ここにきてこの死因究明推進基本法をいかににより我々としては生かすためには、特に地方都市にとっては承諾解剖というものを死因究明に生かすということが今回こういった厚労科研をいただいて我々は考えるということになっておるのですけれども、もちろん段階、段階でいわゆる理想形から現実問題、何が一番プラクティカルに実行しやすいのか。

その一つの例で、東京都監察医務院というのは本当に特殊なところでやはり一番大きいです。

ただ、具体的に言いますと、我々の目で見ますと、兵庫県の監察医というのは比較的プラクティカルに各都道府県がモデルにしやすい事業体制かなと私は思っています。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。

以前の推進会議においても長期的、理想的な目標と、それから当面の目標という形で議論があったことを、今お話を伺っていて思い出していました。さらに御意見等がございましたら伺えればと思いますが、いかがでしょうか。

近藤委員、どうぞ。

○近藤委員 もう一点ですが、先ほどから議論になっています、もし承諾解剖なり行政解剖をやる中で、司法解剖案件になったものをどうするかということは、承諾解剖にしる行政解剖にしる、絶対にあり得ることなのですけれども、その部分というのは非常にまれですが、現状では解剖を進めている段階で司法解剖の必要性が出た場合、本来ならば解剖を一時的にストップして鑑定嘱託を受けてという形になろうかと思いますが、逆にそれが不利益になる遺族、解剖を止めるということのほうがその事案にとってマイナスになることもあるので、結果的には解剖を進めてしまって、例えば承諾なり調査法なり、後で今、池谷先生が言われたように、結果について鑑定嘱託を受けるということなので、それに関して費用面はありますけれども、費用面のことは今後考えればいいことで、現状ではそれが一番理想的かなと思っています。

○佐伯議長 ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

司会の不手際で、皆さんに議論をせかしてしまいまして大変申し訳なかったのですけれども、言い訳をいたしますと、非常に興味深い貴重な御報告・御意見をいただいて聞きほれてしまいました。もう少し時間がありますけれども、ほかにはいかがでしょうか。

石井委員、どうぞ。

○石井委員 少し違う話かもしれませんが、法医学教室の人員不足により、薬物分析が十分に行えないことが問題になっています。その人員の課題については先ほども話がありましたが、薬学分野における分析や薬物分析にも期待される役割があると思います。そのような分野間の橋渡しを行うという視点は、現時点では十分ではないのではないかと思います。私も日本法中毒学会では、その橋渡しを担う拠点づくりを目指し、プロジェクトとして取り組みたいと考えています。

○佐伯議長 貴重な御意見ありがとうございます。次回以降も、どうぞ御意見をいただければと思います。

ほかにはいかがでしょうか。

どうぞ、佐藤委員。

○佐藤委員 ありがとうございます。

公衆衛生に資する承諾解剖という考え方を、大変社会に資する施策だなと思いながら聞きました。近藤先生のどういうものが適応になるかという考え方も大変クリアカットで、なるほどと思いながらお聞きしました。

一方で、社会の中でというか、公衆衛生的に今、割と大きな疑問になっているのは、過去何年かにおける若干多い老衰であるとか、原因の分からない死亡の上ぶれといいましようか、そういうことが疑問になっておりまして、その原因は何だろうということを考えるときに、御提案の適応だとなかなか迫れないのかなと思ったところです。

その辺りについて、お考えを教えてください。

○近藤委員　ありがとうございます。

先生のおっしゃるとおりで、今日挙げたのは3つだけなのですが、理想、あくまでも適応基準というのは、例えば現時点で我々が大きな問題と考えられるものということで、世の中の状況に応じては老衰の問題もありますし、私が申し上げた承諾解剖の適応事例というのはあくまでも現状での一つのテンタティブな考えとして捉えていただきたい。これは変に考えると、適応例以外の人の死は無視していいのかというような形に、私自身は理想的には死因がはっきり分からない事例は全例できる限り死因究明をする。

これは検案だけで終わるのか、解剖するのかということも含めて、もちろん老衰だけの問題で、老衰に関わって実は老人の虐待とか、そういうものも隠れていますから、あくまでもこれは現時点でいろいろな問題点を考え、例えばポリファーマシーの問題は逆に言ったら老衰というふうに間違えられていることもありますので、そういった意味では今後多角的に物事を考えていくと、結果的には本当は全部解剖しなくちゃいけないんじゃないかなとなろうかと思うのですが、まずは先生方、いわゆる我々医師の専門以外の方々にどういった事例が現状で問題になっているかということが一番分かりやすい観点から挙げさせていただいたと考えていただければいいと思います。

○佐伯議長　どうもありがとうございました。

まだまだ議論は尽きないかと思いますが、そろそろ時間ですので、本日の議事はこれで終了とさせていただきますと思います。

本日、皆様からいただきました御意見を踏まえて今後の議論を進めていきたいと思いますので、事務局におかれましては御意見の整理等をお願いいたします。

次回の会議につきましては、9月30日水曜日を予定しておりますが、詳細については別途事務局から御連絡をいただければと思います。

何か事務局から付け加えることはございますでしょうか。

○厚生労働省事務局　特にございません。

○佐伯議長　よろしいですか。

それでは、延長させていただき、今日は本当に充実した議論をいただきましてありがとうございました。

これで、第2回の会議を終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。