

○榎本死因究明等推進本部事務局長 事務局でございます。

音声トラブルの関係で開始が遅くなりましたこと、おわび申し上げたいと思います。

それでは、ただいまから第1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。

死因究明等推進本部事務局長を務めております、厚生労働省医政局長の榎本でございます。

皆様方におかれましては、大変御多忙のところ、このようにお時間を頂戴いたしまして御参加いただき、誠にありがとうございます。

この会議は、皆様御案内のように、先日開催されました政府の死因究明等推進本部におきまして決定されました「死因究明等推進計画検証等推進会議の開催について」に基づき、本部長である加藤厚生労働大臣によって招集されまして開催されるものでございます。

ここで、本来であれば死因究明等推進本部長でございます加藤厚生労働大臣から御挨拶させていただく予定でございましたけれども、公務の御都合により出席がございませんので、大臣の御挨拶を私のほうでお預かりしておりますので、そちらを代読させていただきたいと存じます。

本日は、御多忙中のところ、第1回死因究明等推進計画検証等推進会議に御出席いただき、誠にありがとうございます。

冒頭、死因究明等推進本部長として一言御挨拶を申し上げます。

令和3年6月に死因究明等推進計画が閣議決定され、現在、計画に基づき、死因究明等に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図っているところです。その結果、計画策定時において課題とされていた人材の確保や体制整備などにつきましては、教育拠点の整備や死因究明等推進地方協議会の全都道府県への設置など、一定の成果を上げているところです。

他方、例えば解剖を担う法医学教室の人材確保はいまだ十分ではないほか、監察医制度を持たない地方公共団体では公衆衛生向上を目的とした解剖、検査などが依然として少なく、公衆衛生的観点からの結果の分析などが乏しいなど、引き続き課題があると考えております。

この会議では、死因究明等に関する現状、施策の進捗状況等を踏まえつつ、今申しあげました課題等も含めまして、関係各分野の皆様から専門的な立場から幅広く御意見をいただき、計画の見直しを行ってまいりたいと考えております。

最後になりますが、皆様方から忌憚のない御意見をいただくことをお願い申し上げ、私の挨拶とさせていただきます。

以上でございます。

それでは、続きまして、先週の死因究明等推進本部で死因究明等推進計画検証等推進会議の議長に指名されました佐伯先生より、一言御挨拶を頂戴したいと存じます。

先生、よろしくお願いいたします。

○佐伯議長 死因究明等推進計画検証等推進会議の議長に御指名いただきました、佐伯でございます。

言うまでもないことですが、本会議は我が国における死因究明及び身元確認の施策について今後の方向づけを行う重要な意義を持つものであり、このたび議長として御指名いただきましたことを、大変光榮に存じております。

委員の皆様のお顔を拝見いたしますと、前回に引き続き委員をお務めの皆様がたくさんいらっしゃいまして、また御一緒できますことを大変うれしく、心強く思っております。

令和3年6月に「死因究明等推進計画」が閣議決定されてから、これまで計画に基づいて死因究明等にかかる種々の施策が講じられてきたことと存じます。

本会議においては、これらの実施状況を検証、評価するとともに、今後の施策の在り方等について検討し、第2次死因究明等推進計画の原案となる報告書を取りまとめることが求められております。

議長として非力ではございますが、皆様のお力添えを得て、本会議における議論が有意義なものとなるよう、議事進行に努めたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○榎本死因究明等推進本部事務局長 どうもありがとうございました。

それでは、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。

もしマスコミ関係者の方々がおられるようでしたら、これ以降のカメラ撮りは御遠慮いただきますようお願い申し上げます。

それでは、佐伯議長、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。

それでは、議事次第に基づいて進めてまいりたいと思います。

最初に、議事運営等について事務局から御説明をお願いいたします。

○山本死因究明等推進本部参事官 死因究明等推進本部参事官を務めさせていただいております、厚生労働省医政局医事課長の山本でございます。

まず、本日はオンラインで御参加いただいている先生もおられますので、その点の進め方について御説明させていただければと思います。

マイクの設定については、御発言時以外はマイクをミュートにするようお願いいたします。御発言の際にはZoom内の挙手ボタンをクリックするとともに、確認のため、画面上でも実際に挙手等をいただき、その後、ミュートを解除していただきますようお願いいたします。

また、御発言の際には、冒頭にお名前を述べていただき、資料を用いる場合には資料番号と該当ページの明示をお願いいたします。

さらに、御発言終了後は、マイクを再度ミュートにするようお願いいたします。

続きまして、お手元の資料2「死因究明等推進計画検証等推進会議の開催について」を御覧いただけますでしょうか。

こちらは、先日開催されました推進本部において決定された、議事運営上の事項を定めたものとなります。

時間の都合もございますので、要点のみを御説明申し上げます。

1は本会議を開催する目的に関する規定であります。本会議は、死因究明等推進計画の見直しに当たり、新たな計画に盛り込むべき事項の検討及び施策の実施状況の検証等を行うために開催することとしております。

2は本会議の構成員に関する規定でございます。本会議は、死因究明等推進基本法に基づき、本部長が指名する専門委員等により開催をするものでございます。

3は議長に関する規定でございます。本会議の議長は死因究明等推進本部長が指名することとしており、先ほど御紹介いたしましたとおり、先日開催された推進本部において佐伯専門委員が議長に指名されております。

4は議長代理に関する規定でございます。議長の代理につきましては、この後、佐伯議長により御指名いただきます。

5は議事に関する規定であります。構成員の過半数が出席しなければ、本会議を開くことができないこととしております。

6は構成員以外の出席者に関する規定でございます。本会議は、必要に応じて関係行政機関の職員等の出席を求めることができることとしております。

8は本会議の公開に関する規定でございます。本会議は原則公開としております。ただし、議長が公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときなどについては、会議を非公開とすることができることとしております。

最後に10、議事録に関する規定でございます。議事録は議長が作成し、本会議に諮った上で公表することとしております。

以上でございます。

○佐伯議長 ありがとうございます。

ただいまの事務局から御説明いただきました点につきまして、何か御質問等はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本部決定の4に基づきまして、議長代理の指名をさせていただきたいと思っております。

私といたしましては、星周一郎委員にお願いしたいと思っております。

星委員、よろしいでしょうか。

それでは、よろしくお願いいたします。

一言御挨拶をお願いいたします。

○星委員 凶らずも議長代理に指名いただきました、東京都立大学の星と申します。

私自身、大変力及ばずなところもあろうかと思えますけれども、佐伯議長、委員の先生方、それから、事務局の皆様方の御指導、御支援を賜りながら、この会議をよりよいものとさせていただくべく、微力を尽くしてまいりたいと存じます。どうぞよろしく願いいたします。

○佐伯議長 どうぞよろしく願いいたします。

次に、本日の議事についてですが、本部決定の8に基づき、議事は公開といたします。

また、同決定の10に基づき、会議終了後に議事録を作成し、事務局を通じて委員の皆様にお諮りした上で公表することといたしたいと思えます。

続きまして、今後の検討スケジュールについて事務局から御説明をお願いいたします。

○山本死因究明等推進本部参事官 事務局でございます。

お手元の資料3「今後の検討スケジュールについて」事務局素案を御覧いただけますでしょうか。

第1回の本日は、この後、死因究明等推進計画の進捗状況や見直しの論点案等について御説明をさせていただいた後、委員の皆様にはフリーディスカッションを行っていただきたいと考えております。

7月開催予定の第2回以降、現行の推進計画に掲げる施策の進捗状況等について関係省庁等から報告を行い、推進計画の見直しに係る個別の論点などについて議論を深めていただければと考えております。

今回会議以降、4回程度の会議を経まして、今年度内に報告書を取りまとめ、令和6年5月をめどに推進本部において第2次死因究明等推進計画案を作成した後、6月に閣議決定を求める予定となっております。

以上でございます。

○佐伯議長 ありがとうございます。

ただいまの御説明につきまして、何か御意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、ただいまの御説明のような検討スケジュールで進めていきたいと思えます。

続きまして、事務局より、現行の死因究明等推進計画に基づき、各省庁において実施してきた施策の進捗や死因究明等推進計画の見直しの論点等について御説明いただいた後、構成員の皆様から各自の課題意識等のお考えについて一人ずつ御発言をいただきたいと考えております。

それではまず、事務局から御説明をお願いいたします。

○山本死因究明等推進本部参事官 事務局でございます。

まず、お手元の資料5「死因究明等推進計画の推進状況」を御覧いただけますでしょうか。

推進計画に基づく施策は、全部で9つの柱から成り立っております。

まず、1つ目の「死因究明等に係る人材の育成等」につきましては、厚生労働省において、日本医師会への委託により実施しております「死体検案研修会」や「死亡時画像読影技術等向上研修」の講義をウェブサイト上でオンデマンド方式により実施するなどした結果、受講者の大幅な増加につながっております。また、警察庁及び海上保安庁において検視官・鑑識官等の死体取扱業務に従事する職員を対象に、専門的な研修を実施しております。

次に、2つ目の「死因究明等に関する教育及び研究の拠点の整備」については、文部科学省において、令和3年度から法医学等の基礎分野における優れた人材の養成等を行う教育拠点を構築する取組を支援するため、基礎研究医養成活性化プログラム事業を実施しております。

3つ目の「死因究明等を行う専門的な機関の全国的な整備」については、厚生労働省において、地方公共団体における死因究明等の体制充実に向けて、各都道府県に「死因究明等推進地方協議会」の設置を求めてきたところ、令和5年3月末時点で47都道府県全てに設置がなされたところであります。また、令和4年度からは新たに死因究明拠点整備モデル事業を実施しており、令和4年度は大阪府、京都府、香川県及び沖縄県において事業が実施され、令和5年度も引き続き同モデル事業を実施予定としております。

4つ目の「警察等における死因究明等の実施体制の充実」については、警察において、検視官が死体や現場の状況を離れた場所からリアルタイムで確認できる映像伝送装置の整備・活用を推進しております。また、海上保安庁においては、検視等を担当する鑑識官の増員配置を進めており、令和4年度は86海上保安部署に鑑識官が配置されております。このほか、警察及び海上保安庁において、適切に必要な解剖を確実に実施しており、令和4年度中の解剖数については、司法解剖が9,182件、調査法解剖が3,286件となっております。

5つ目の「死体の検案及び解剖の実施体制の充実」については、厚生労働省において、異状死死因究明支援事業を通じて公衆衛生目的の解剖や死亡時画像診断等の検査に対する財政支援を実施しており、令和3年度以降、実施主体や補助対象業務を拡大したほか、予算額を増額しております。また、死亡時画像診断システム等整備事業を通じて解剖等に必要施設・設備の整備に関する財政支援を実施しており、令和4年度からは補助金額の上限を増額させております。

6つ目の「死因究明のための死体の科学調査の活用」については、警察及び海上保安庁において、必要な薬毒物検査や死亡時画像診断を確実に実施しております。また、警察庁において、科学捜査研究所における薬毒物の分析機器の更新等を進めております。

7つ目の「身元確認のための死体の科学調査の充実及び身元確認に係るデータベースの整備」については、警察庁において、DNA型記録や歯科所見情報を含む身体特徴等の照会により身元確認に活用する「身元確認照会システム」を適正かつ効果的に運用しております。また、厚生労働省において、「口腔診査情報標準コード仕様」を保健医療情報分野の標準

規格として採用した上、標準コード仕様を用いた身元確認データベースの構築に向けて検討を推進しております。

8つ目の「死因究明により得られた情報の活用及び遺族等に対する説明の促進」については、警察において、死因・身元調査法に基づき、必要に応じて関係行政機関への通報を行っており、令和4年度中は2,045件通報しております。また、厚生労働省において、死亡診断書等記入マニュアルに遺族への丁寧な説明を行う旨の記載をしているほか、警察、検察庁、海上保安庁においては、遺族等に対して、第三者のプライバシーの保護等に留意した適切な説明を推進しております。

9つ目の「情報の適切な管理」については、関係省庁において、死因究明等により得られた情報を取り扱う者に対して、情報管理の重要性について周知を行っております。

以上、駆け足の御説明となりましたが、推進計画に基づく主な施策の進捗状況について御紹介をさせていただきました。

続いて、お手元の資料6「死因究明等推進計画に基づく取組状況」を御覧ください。

これは、推進計画に掲げられた個別の施策ごとに、関係各省庁における令和3年度及び令和4年度を取組状況について事務局で取りまとめた一覧表でございます。時間の都合上、個別の施策ごとの説明は割愛いたしますが、併せて御覧いただければと思います。

次に、お手元の資料7「死因究明等推進計画の見直しの論点（案）」を御覧いただけますでしょうか。

このたびの推進計画の見直しに当たっては、これまでの施策の進捗状況、取組の成果や課題を踏まえつつ、検証、評価等を加えて検討を進めていくことが適切と考えておりますところ、その見直しの論点については大きく2つと考えております。

まず1つ目は、「死因究明等に関し講ずべき施策」についてでございます。先ほどお手元の資料5に基づいて説明させていただいた推進計画に基づく施策の実施状況の検証等により、計画の見直しや新たに計画に盛り込むべき事項等の検討を進めていただければと考えております。

2つ目は、「死因究明等推進基本法の附則」についてでございます。令和2年4月に施行された死因究明等推進基本法の附則には、国は、この法律の施行後3年をめぐりに次の5つについて検討を加えるものとされており、具体的には、死因究明等により得られた情報の一元的な集約及び管理を行う体制。次に、子どもが死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報の集約、管理、活用等の仕組み。次に、あるべき死因究明等に関する施策に係る行政組織。次に、法制度等の在り方。その他のあるべき死因究明等に係る制度が掲げられておりますところ、これらについても御検討いただければと考えております。

なお、併せて推進計画で示しております「死因究明等の到達すべき水準」や「死因究明等の施策の基本的な考え方」についても検討、御議論をいただければと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。

それでは、ただいまの御説明を踏まえまして、各委員の自己紹介、課題意識等のお考えも含めまして、時間が限られておりますので、恐縮ですが、お一人5分程度で御発言いただきたいと思っております。

名簿順に家保委員からお願いいたします。

○家保委員 高知県の健康政策部長の家保でございます。

お手元の資料8-1を御覧いただければと思います。

都道府県、特に知事部局である衛生部局から見えるこれまでの取組をお話しさせていただきます。

まず1点目、都道府県地方協議会の設置は非常に大きなテーマでございました。先ほどお話がありましたように、令和4年度末で47都道府県が全て設置しております。厚生労働省でマニュアル等を作成していただきましたので、弾みがついたと非常にありがたかったと思っています。

ただ、実際に設置後の情報公開については、地方協議会のホームページを開設しておりますのが17、資料をきちんと全部出しているのが14、議事録公開も11ですので、情報公開をもう少し進めないといけないということは地方側としても認識しないといけない、やはり県民、国民の方々に理解していただくためには大事なことと思っております。

もう一点は、大学等における法医学教室の医師の数でございます。計画策定の前の令和元年の常勤が148人、大学院が43人に対して、令和3年5月1日時点で158人、69人と、増加が図られていることは非常に良いと思っております。ただ、実際に各都道府県別の状況を見ますと、法医学教室の医師が1人の県が10県、2人の県が11県、3人の県が5県ということで、5人未満の都道府県が32になります。これがこの何年かで急激に改善するのは、現実的には非常に難しいので、2番に書いてますように、どういうふうな形で白書に書いてある公衆衛生学的な部分での死因究明を進めるかというところが課題になってくると思っております。これは白書の概要の3ページの一部を抜き書きしておりますが、監察医解剖を実施しているところは4県、その他に承諾解剖等を1件から99件実施しているのは14県、未実施が29県ということです。先ほどの法医の先生方の数を見ますと、これを急激に変えるのは難しいという現状認識です。

2ページ、裏面を見ていただきますと、今回の参考資料の11ページの都道府県警察における取扱状況をまとめました。1群は監察医制度のあるところ、2群が承諾解剖等をやられているところの14県、3群は全くやっていないところということで、明らかに差があります。ただ、2群、3群では司法解剖の割合が1群に比べると高くなっており、警察の判断もいろいろあるのだと思っております。

加えて、下のほうを見ていただきますと、死亡時画像診断の実施率も2群、3群ではかなり高くなってきております。実際に今後公衆衛生学的な観点を含めて、死因の究明を進める上では、解剖ができれば非常に良いのですが、プラス死亡時画像診断などをどのように位置づけて総合的に評価していくのかを国としてぜひともまとめていただきたいと

思っております。この3年の間でどういうふうに整理をするかというところが、今後の進展に非常に大きく影響すると思います。

それから、都道府県には、都道府県警察、公安委員会と知事部局がございまして、承諾解剖を含めて法律に基づく個別の死因究明部分は公安委員会の下にある都道府県警察が主に関与の契機主体となりますが、知事部局としては個人情報の取扱いとか制度の枠組みが定まってない状況でどういうふうに情報を集めるのかが死因究明に関与する際の非常に大きな課題ですので、その辺りをきちんと整理をしていただく必要があります。法律上で明確にしていだかないと、なかなか取扱いを行うことが難しいというのが現場の担当者としての意見です。

私からは以上ですが、また、できるだけ現場の意見を反映していただけるようにお話をさせていただきたいと思っておりますので、よろしく御指導のほど、お願いいたします。

以上でございます。

○佐伯議長 どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、今村委員、お願いいたします。

○今村委員 奈良医大の今村です。公衆衛生を担当しております。

自己紹介をということですので、私、公衆衛生を担当する前に普通に臨床医もやっておりましたし、厚労省で医系の技官をやっておりました、保健所長など、市や県や、また、大学でも働いたことのある珍しい人なのではないかと思っています。

今回、この会議に当たって意見をということ、2つほど意見を述べさせてもらいたいと思っております。

一つは公衆衛生的な立場から、今、在宅で亡くなっている方が増えているのですけれども、それが検視なのか、本当に在宅で看取られて亡くなっていったのかというのがはっきり分からないという問題を強く意識しています。今、死亡診断書のほうは、死体検案をすれば、本来看取りではないことが分かるのですけれども、それを集計しているわけではない。また、検視の数もまとまって発表されることがあまりなくて、検視の数も年々増えていって、在宅の死亡の数も増えていって、本当に在宅で看取られている人がどれだけ増えているのかというのはなかなか分からないということで、それは厚労省の死亡診断書の問題と検視の中身を公表してもらおうという話と連動していると思っています。前回の会議の際にも申し上げていたのですが、なかなかそこら辺のところの改善には至っていないと理解しています。

もう一つは、先ほど委員の先生からもありました法医学を志す人が足りないという問題です。私、医師の需給や医師の偏在などの計算式なども作っている関係で、今、最も医師で不足しているのは法医学者だと思います。病理医も足りないのですけれども、法医学を志す人の総数が物すごく少ないです。実際にこれから目指す人もいないので、さらに法医学をやっていただく人が逼迫していく可能性があって、これを何とかしないといけないと思います。

前回の会議でも、緊急医師確保枠などで入学した方々を法医学にも進めるようにしていただきたいということは申し入れておりました、若干幾つかの県でそれを受け入れてくれた県はあったようなのですが、全体的にそうはなっていないという状況があります。

いずれにしても、人材育成、特に法医学を志すドクターをもっと保護していかないと、本当に法医解剖ができなくなってしまうところがこれから多発すると思いますので、そういったことに力を入れていくべきだと思っております。

以上2点、今村からの意見です。ありがとうございました。

○佐伯議長 どうもありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、蒲田委員、お願いいたします。

○蒲田委員 金沢大学の蒲田です。

私は放射線科の診断専門医でございまして、私自身、死亡時画像診断、主にCTをかなり読影してきました。

私の考えとしては、画像診断というのはかなり熟達しないといけないので、やはり画像診断専門医が読影すべきだと思っはいるのですけれども、ただ、放射線科医も法医学の先生と同様に非常に少ない状況がありまして、なかなか日本国全体で放射線科専門医が読影できる環境は整っていないのではないかなと思います。

ただ、我々北陸の状況を申しますと、放射線科医が常勤している病院に関しては、そこでCTを撮った場合は常勤放射線科医が必ず読影するとなっております。常勤の放射線科医がない、能登地方はほとんどいないのですが、そこは我々金沢大学の放射線科がNPO法人をつかって遠隔画像診断というのを20年やっているのですけれども、そこと地域の病院をつないで、そこでAiが出た場合には画像をセンターのほうに送りまして、そこで読影して返すというシステムをやって、石川県警とも連携して15年ぐらい前からそういう形でやっています。ですから、少ない放射線科ですけれども、うまく遠隔のシステムを利用すれば、専門医の目を通したAi診断がかなりできてくるのではないかなと思います。

もう一つは、画像を見ていると、特にCTの場合、撮影方法がばらばらなのです。やはり非常に薄いスライスで画像を撮らないと、例えば横断の画像を撮って、それを冠状断とか矢状断とかに再構成、これはコンピューターで簡単にできるのですけれども、そういうことで、例えば圧迫骨折だとか骨の骨折、肋骨骨折とか、そういったところが詳細に評価できるのですけれども、厚いスライスだけ撮っていると、簡単に骨折が見逃されてしまうわけですね。骨折を見逃がすとやはり死因も変わってくるので、そういう意味では、かなり薄いスライスを撮るという形で、なるべく撮影方法を統一化する必要があると思います。十分なAiの診断ができるような方法、基準を決めて、それを日本全国に広めていく。きれいな画像データを撮っておけば、後でいろいろな処理をして読影できますけれども、撮影するときにあまり薄くないデータを撮っておきますと、後で幾ら見てもそれは診断できなくなりますので、そういったところもぜひ進めていただければと思います。

2つです。遠隔のそういう診断を使うということと、撮影方法を統一していただく。もし死亡時画像診断を推し進めていく場合には、その2つを念頭に置いて推し進めていただきたいなと思います。

以上です。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。よろしく願いいたします。

続きまして、久保委員、お願いいたします。

○久保委員 福岡大学の法医学の教授をしております久保と申します。

私は日本法中毒学会の理事として薬毒物分析を中心に議論に参加させていただき予定なのですが、現在の日本法医学会の理事長もさせていただいておりますので、法医学の立場からも発言させていただこうと思っております。

それでは、お手元の資料8-2を御覧ください。

まず第10条、死因究明等に関わる人材の育成等につきまして、薬毒物分析に関わる人材の育成におきまして、薬学教育においてモデルコアカリキュラムを令和4年度に改正していただきました。これからはこのモデルコアカリキュラムを受けて、薬剤師国家試験の出題基準、こちらのほうは厚生労働省になりますが、時期が来たら、適切な時期にこちらの改定も検討していただければと思っております。

続きまして11条、死因究明に関する教育研究拠点の整備ですが、先ほどお話ししましたように薬学教育モデルコアカリキュラムが変わりまして、薬学教育の現場におきまして、では死因究明のための薬物分析とそれに関わる教育というのはどうすればいいかということとかなり御質問を受けておまして、来月6月には、私、日本法中毒学会、日本毒性学会、2つの学会で講演をさせていただきますし、詳細はまだ決まっていますが、来年3月末の日本薬学会のほうでもこの点に関して発言をする予定となっております。

いずれにいたしましても、薬学教育と医学教育の連携による薬毒物分析の人材の育成に関する教育研究拠点を、厚生労働省だけでなく、文部科学省のほうにおきましても、拠点づくりに尽力いただいで進めていただければと思っております。

あと、薬物の標準品ライブラリーのほうも、どうしてもいろいろな薬物が出てきたときにライブラリーが必要だということで検討していただいておりますが、引き続き御検討を厚生労働省のほうにはお願いしたいと思っております。

先ほども事務局のほうから、これまでの推進計画に基づく推進情報の説明がありましたが、12条の死因究明等を行う専門的機関の全国的な整備、15条の死体の科学的調査の活用ですが、個別のものではなくて、やはり今期は各自治体において死因究明センターを設置して、具体的に活動を開始する時期にさせていただきたいと思っております。これにつきましては、本委員会におきまして、死因究明センターの運営マニュアルのようなものを策定するなりし、そして、国として自治体の死因究明センターの設置、整備、運営を支援するようなことをしていただければと思っております。

その上で、各都道府県におきまして、何が不足しているのか。先ほど来法医の人材の不足というのがお話に出ておりますが、法医の人材の確保が必要なのか、CTが撮影できる機関を確保するのか、薬物分析の機関を確保するのか。死因究明に必要なものを各自治体ごとの地方協議会において議論していただいて、実際の死因究明センターに具すべき内容を決めていただくようなことがこの2年間に必要ではないかと思えます。

実は、福岡というところは人口約150万で、監察医制度はありません。それでいて急激に高齢化が進んできて、去年は500人以上の警察取扱死体が増えています。何を言いたいかというと、これから監察医制度がない都市部の県では高齢者の死亡数がどんどん増えていて、それを見る医師が足りなくなる。つまり、監察医制度がない都市部ではやはり検案医の確保というのは急務だと思います。

最後に、17条、死因究明によって得られた情報の活用及び遺族等に関する説明の促進と適切な情報の管理、18条に関してです。これはCDRの話がこれまでも出ておりますけれども、やはり死亡のデータ、これは解剖に関するデータ、検案に関するデータも含めて、データベースを作るということは重要だと思います。そこから見えてくるものもあると思います。薬物に関しましても、どの地域でどういうふうな薬物が使用されているとか、そういうふうなものも把握することによって対策も練られると思っております。

以上の大きく3点をお話しさせていただきました。ぜひこのような内容が議論されて、来年度からは実質的な死因究明の体制が少しずつ整備されることを期待しております。よろしく願いいたします。

○佐伯議長 どうもありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、近藤委員、お願いいたします。

○近藤委員 私、日本法医病理学会の理事長を務めております、和歌山県立医科大学法医学の近藤と申します。

法医病理学会では、基本的には法医学会とともに足並みをそろえて行っているわけですが、現在では警察の検視官の研修におけるプログラムや講師の選任、日本医師会の死体検案医の講師の選任と内容をこれまで同様に充実していきたいと思っておりますが、やはり今期は私としては2点、まず一つは、死因究明の質の均てん化を行わなければいけないと思えます。すなわち、死因究明においてどこで実施されても基本的には同じ結果となるべきである。つまり死因究明の質の向上、質のお互いの管理、精度管理等についても今後は考えていかななくてははいけないかと思っております。

さらに、死因究明によって薬物分析や死後CT画像診断というのが普及しておりますが、そういったものの精度です。これまで行われていないのは、やはり外表から死体検案したものが実際の死因がどうだったものなのか、死後CTで撮影されて判断したものが実際に解剖すると死因がどうだったのかということについては、ほとんどシステミックには行われていない。そう言っていきますと、これまでは個々の例えば死後CT、薬物分析、解剖というものが施設、人数、そういうようなものをある程度充実するような方向で行きましたけ

れども、それらを有機的に融合しなければ、本当の死因究明というものが、いろいろな検査等の精度というものをどうやって検討していくかということも今後必要になるかとは思っております。

以上です。

○佐伯議長 ありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

佐藤委員、杉山委員はご欠席ですので、続きまして、都築委員、お願いいたします。

○都築委員 日本歯科大学の都築と申します。

私も近藤先生と同じように、警察大学校の法医専科などで講義をさせていただいております。学会としては日本法歯科医学会で理事と前理事長をさせていただきました。また、日本子ども虐待医学会で理事をさせていただいております。

前回の会議から参加させていただいておりますので、施策全体としてはもちろん異存はありません。ただ、そのような経緯から、各地の協議会等に招かれた際に、地域によって随分違うのだなということを感じております。特に医科、歯科、警察の連携からしますと、歯科大学、大学歯学部がない地域、あるいは歯科大学、大学歯学部があったとしても、そこに歯科法医学に関する教育研究機関がない地域、こういうところでは非常に地域差というか温度差があるのかなということを感じております。

この部分に関しては、やはり日本法医学会、あるいは日本法歯科医学会、そして、日本歯科医師会と協働していくということが必要ではないかなと考えています。いわゆる底上げにつなげていくような形なのですけれども、共通認識を持って底上げをしていかなければ、地域によって大分違ったような状況になってしまうのではないかなと感じております。

もう一つ、データベースに関しまして、歯科情報は身元確認に資するデータベース構築にある程度いい結果をもたらすだろうとは思っておりますけれども、たしか厚労科研でNTTデータさんが行われたと思いましたが、身元の確認に関する研究でも明確に身元検索と身元特定を区別しております。その峻別ということからしますと、最終的に身元を特定するためのデータというのは、各医療機関におけるデータであると提言をされております。まさにそのとおりでありまして、私は、各医療機関に保管されているデータとしては、画像情報が極めて重要だと思っております。そうしますと、各医療機関において、そういう診療情報がどれだけ保管されているかがデータベースの有用性に大きな影響を与えられますので、それらに関する施策につきましても厚労省の御指導をいただきたいと思っております。

最後に、前回では歯科と子ども虐待防止について、あまりお話は行われませんでした。私は、歯科の観点からも子ども虐待防止に関わってまいりました。残念ながら、日本子ども虐待医学会において歯科医師の参加は5名以下と、非常に少ないのです。死因に関わるという認識がない歯科医師が多く、日本小児歯科学会、あるいは日本子ども虐待防止歯科研究会という学会、研究会においても、あまり死因というところには関わっていないので

す。ですから、そこでの認識も新たにし、底上げをしていきたいと思っております。そのような施策につきましても、御指導いただければと思っております。

以上です。

○佐伯議長 ありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、沼口委員、お願いいたします。

○沼口委員 名古屋大学の沼口でございます。

私、日本小児科学会及びこども家庭科研でチャイルド・デス・レビューの探索をさせていただいております。

資料8-3をよろしく願いいたします。

次のページをめくっていただきまして、チャイルド・デス・レビューは子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことを目的として、当該死亡に関する検証を行うという仕組みでございまして、2ページ目の下にありますとおり、都道府県のモデル事業が開始されております。今、こども家庭庁に引き継がれたと伺っております。

そして、次の3ページ目です。厚労科研を通してこの事業をしばらく間近で見えてまいりました中で指摘された中から、死因究明にも関係する課題を3つ、個人情報のこと、司法解剖のこと、地域差の解消のことにつき御報告いたしたいと思っております。

課題1に書いてありますとおり、CDRで収集する情報の精度についての指摘がよくございました。その原因として、A) そもそも十分な情報が存在しない。言い換えれば、死因究明が不十分かもしれないという指摘をいただいたことがございます。そして、B) 情報は存在するけれども、CDRとは共有できない。死因究明とCDRの連携が不十分かもしれないという御指摘をいただいたことがございます。

そこで課題2に移ります。まず後者、連携が不十分ということにつきましてですが、子どもの死の検証において、家庭環境などいわゆる“遺族にとっての要保護個人情報”は必須と思うのですが、CDRでこのような情報を取扱うことは個人情報保護法の適用除外に該当するか否かという議論がずっとございました。家保先生も先ほど御指摘いただいたと思うのですが、そういうことがございまして、CDRも死因究明事業と同様に公益のための事業とみなせるのか、また、同意取得が困難あるいは支障を及ぼすか等の検証が必要と考察されています。死因究明の結果は必要な場合に関係行政機関に通報されるということですが、この制度によって情報を出す際の扱いにおいても、個人情報保護法との関係の考え方についてぜひ今後整理いただければと思っております。

4ページ目に移りまして、次にCDRに司法解剖結果の共有が可能かという課題も指摘されてございます。現時点では法的根拠に乏しいことを指摘されてございます。

その下の図で、私たち臨床医から見た死因究明の状況を示してご説明します。青色でお示しした、いわゆる内因死については、病院で死因究明をいたします。そして、異状死について、上の赤色のほうですが、警察等を中心に死因究明をされるということです。この中でも死因身元調査法に基づく調査結果は必要に応じて通報が定められたと理解してござ

いますが、司法解剖結果等に同じように公益上の必要がある事例はないか、かつ特に個人等よりも制度や環境に課題があるなどで公判に至らない場合などはどうか。同じように通報することが相当と認められることは難しいのか。結果の取り扱いが「結果等を保管する者の合理的な裁量に委ねられている」とみなされることは難しいのか、などの指摘をいただいたことがございました。

ご参考までに、次の5ページ目です。18歳未満の解剖の種別を御報告いたしますと、2017年から2019年には、18歳未満の解剖全体の4割から5割、異状死の解剖の半分から8割が司法解剖となっております。すなわち、子どもの死因究明で重要な部分は司法解剖に担っていただいているということで、この重要な一群をどのように捉えるかを引き続き検討をお願いできればと考えてございます。

5ページ目の下です。狭義でCDRというのは、これら死因究明の結果をいただいて予防施策を導くための仕組みにつなげる仕組みと私自身は考えてございますので、次の6ページ目にあるように、CDRはしっかりとした死因究明等の土台の上に実現すると考えてございます。

では、死因究明の土台がどのようなものであるのかということで、課題4として地域差があることについて御報告いたします。

次の7ページ目になりますけれども、例えば子どもの不詳の死に対して全国集計で73%に剖検をしていただいていますけれども、ただし都道府県によって10%から100%と大きな開きがございます。そして、その下にありますとおり、死因を問わず、剖検の割合も都道府県によって15ないし37%と差がありまして、赤いところが病理解剖、黒いところが司法解剖ですが、その内訳にも地域差があるというような状況でございます。

そして、次の8ページ目の上になります。剖検例の死亡診断書を記載するのは剖検をした法医の先生か、臨床の場で死亡確認した臨床医ですけれども、その割合も都道府県によって大きく異なります。もし司法解剖結果が臨床医と共有不可のままですと、臨床医が正しい死亡診断書を記入することが難しいため、提出された死亡診断書等、それから、これを基にした人口動態統計等にも法医学のせっきくの死因究明の結果がなかなか生かしづらいという懸念が感じられます。

次のページに行きますが、9ページ目です。司法解剖の割合にも地域差があるというような状況でございますし、その下のグラフ、0歳の乳児の異状死のうち、例えば乳幼児突然死症候群と診断される割合も県ごとに非常にこのように大きな差がございます。

今後、チャイルド・デス・レビューが全国事業となって、同一基準で地域間の比較が可能になりますと、これら地域差の解消に何らかの貢献ができるかもしれませんが、私の報告をまとめますと、1番目は死因身元調査法に基づく調査結果の通報と個人情報保護法の考え方に整理をお願いしたいこと。それから、2番目として、司法解剖結果を公益に生かすための条件というのを何か考えていただくことができないか。そして、3番目、地域差を解消するための方策についてという課題について御報告いたしました。

長くなって失礼いたしました。よろしく願いいたします。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、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。一橋大学の野口でございます。

私の専門は行政法という法律学です。医学の知識はありませんけれども、行政の施策の実施、管理、運営ということで、行政法的な観点から施策の推進や実施について何かお力になれることがあればと思っております。

死因究明の話につきましては、前回令和2年から令和3年において開催された死因究明等推進計画検討会にも参加させていただいて、令和3年に最終報告書を作るというプロセスに関与させていただいております。

令和5年から始まるこの会議、推進計画検証等推進会議にも参加させていただけることを大変幸せに思っております。

前回の会議から、今日、先ほど資料の御説明をいただきましたけれども、着実に1つずつ施策が進んでいるというお話をお伺いすることができて、大変うれしくお伺いしております。

特に印象深いのは、地方協議会につきましては、これは、全国の都道府県の全部でつくることができるのかと随分心配をいたしましたけれども、全都道府県で設置していただいたというのは大変素晴らしいことと思っております。ただ、先ほど家保先生から、活動だったり情報公開などにおいては地方でまだばらつきもあるので、足並みをそろえていく必要があるというようなお話がありました。そこも今後、議論になるのではないかと思っております。協議会という地盤を整えたうえで、いかに進めていくかというのがこれからの課題になるのかなと思っております。

また、国民の一人として、死因究明について、例えば死因究明等推進白書でありますとか、または自治体や厚生労働省からの情報発信など、死因究明に関する情報の提供が随分広がってきたと感じております。

その上で、今回会議に参加させていただくに当たり、本日の資料7に主な論点を2点挙げていただいておりますので、以下、簡単にその2点について現段階でのコメントということでお伝えをさせていただければと思います。

まず、2の検討事項というところに関わる、制度や法制度で何か改善がないかを見直すということも含めていきたいという内容ではないかと思っております。資料6は大変内容が詰まっています、それを見ると、基本的な考え方とか水準に沿いながら施策が進んでいるというのは、医療のプロではない私にも伝わってくるものがあるのですが、ただ、やはり一般の国民にとっては、文字だけが詰まった資料を見て、死因究明に関する施策が着実に進んでいるということを実体的に理解することには、やや難しさがあるのではないかなと思っております。何を申したいかと言いますと、行政の目標を立てて、その目標に向けて施策を推進していくというその推進の状況が、もう少し分かりやすく見えてくるよ

うな形になるような工夫が、制度だったり手法を講じることによる工夫が、できないのかなと感じております。データは随分集まってきていると思いますし、これからも集積されていくと思うのですけれども、そのデータを我々はどういうふうに見て、どのように分析して、死因究明は進んでいると言えるのか、言えないのかという、データの分析の作業が必要になるのではないかということです。

それから、論点の1に挙げていただいているところですが、医学の知識を持たれている先生方が御覧になられると、施策が進んでいる部分とまだこれから頑張らなければならない部分とが明らかに見えているのではないかと思います。ただ、まつわる施策改善の議論を進めていく過程において計画を検証したり見直したりする際には、行政の継続性という観点から、現在の計画の骨格や柱といった大きな枠組みは変えずに、ぜひお進めいただけるのがいいのではないかなと思っております。それぞれの施策の中を補充したり、補足したり、充実させていくということにはなるのだと思うのですけれども、骨格としてできている大きな計画の枠組みというものは、そのまま維持して継続をさせていくという観点が重要になるのではないかなと感じております。

これからの会議でもまた勉強させていただければと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○佐伯議長 どうもありがとうございました。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、林委員、よろしくお願いいたします。

○林委員 東京都監察医務院の林と申します。よろしくお願いいたします。

まず自己紹介なのですが、私は法医学の大学院を出た後に、病理学のほうに6年間行きまして、病理専門医を取ってから、監察医の常勤として現在16年目で、昨年度から院長をしております。

1点目、人材育成の点で当院で行っていることは、年に1回法医学のワークショップというのをやっていて、医学部の6年生に向けて法医学の楽しさとか面白さというのを伝えております。確かに人材を確保するのは難しいのですけれども、当院は私が2006年に入局したときは女医が1人だったのですが、今年度は常勤の監察医13名中7人が女医で、法医学会は女性が非常に増えている印象があります。

次に、日本医師会からの検案医講習のほうも受けております。3年ぶりに当院で研修を再開させていただいたのですけれども、各臨床医の先生とお話ししていると、コロナ禍のためにウェブでいろいろ授業を講習できるようになっていて、非常に受けやすいというお話がありました。

次に、警察の死因究明等の体制に関しましても、当院でも検視官研修の方をまさに今、講習として受け入れておまして、一人の方が4日間当院で検案と行政解剖を学ぶ機会があります。警察の方の視点とまた医師の視点と違いますので、監察医の視点のほうを警察の方々に学んでもらっている状況です。

最後に問題点と思う点なのですが、東京都監察医務院は昭和23年に開院したとき、検案数というのは5,000以下で、そして、その8割が55歳以下の若い方だったのですが、それがどんどん検案数が増えておりまして、平成30年から令和3年まで1万4000件を超えておりまして、昨年、令和4年に関しては1万6000件を超えるという形でどんどん増えておりまして、その1万6000人中、8割が55歳以上の高齢の方になっています。その死因に関しては7割が病死になります。問題点だなと一番感じているのは、例えば老人ホームなどの看取りの医療の場から心肺停止で発見されたときに、三次救急の病院に搬送されてしまって、その三次救急の先生たちが初めて診た患者さんということで異状死届出をされて、警察の人が取り扱って監察医の取扱いになるというのがとても増えております。せっかく看取りの医療で主治医の先生方がいる方たちなので、ぜひこういう方を臨床の先生たちが診断できるようになればいいのかなと考えております。

以上です。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。

続きまして、星委員、よろしくお願いいたします。

○星委員 都立大学の星でございます。

改めまして、ここでは委員の一人として、今、問題意識について、簡単に私自身が思っているところを3点ほど差し支えなければ指摘させていただきたいと思います。

私自身は刑事法を専攻しておりまして、死因との接点ということであれば、事件性、事故性が疑われるものについて刑事司法が扱うというところで、刑事手続法のほうではそれを行うことができると書いてあるだけで、実際にどういう形でどういうことができるのかというのは全く勉強していなかった中で、前回のこの検討会でもいろいろな問題を抱えているというのを勉強させていただいたという程度の知見しか持っていないというところではございます。けれども、そこで私なりに考えさせていただいたところ、あるいは今の先生方の問題意識を拝聴しながら改めて思ったことについて、述べさせていただきます。

まず1点目ですけれども、やはりどうしてもリソースが限られている。これは人的なところ、予算的なところ、あとは時間的なところですよ。一刻でも早くというところも含めて、非常に厳しい状況に置かれているところが多いというお話をたくさん伺いました。そのために人材育成等、大変な御尽力をいただいているということは理解しておりますし、それはぜひ引き続き行っていただきたいと思っています。けれども、もし、なかなか構造的に抜本的な解決に至らないということであれば、これも一足飛びの発想なのかもしれませんけれども、現在、警察に関しても、あるいは行政についても、都道府県というのが一つの単位として歴然としてあるわけですが、今、都道府県の中では基礎自治体で、やはり体力の厳しい自治体さんなどは広域連携として共同でやっている。そういったものを都道府県という単位でも、広域連携としてこういった問題に対応していかないと、とてもではないけれどもこれからの状況に追いつかないのかな、というようなことも率直に思っております。それは制度を仮に検討するとなれば大変で、検討事項もたくさんある話で、軽々

に行く話でもないというのは分かっておりますけれども、問題意識としてそのようなことを考えさせていただいたというのが1点目でございます。

2点目としては、これも各先生方、あるいはまさに現場の第一線でこういったことに携わっていただいている方々はお感じになっておられるかと思えますけれども、情報をいかに扱うかということについての悩みと申しますか、やはり明らかにないことが多すぎるといようなお話は、まだ確かにあるのかなと思っております。

資料5の中にデータベースの整備、構築といったところも引き続き取り組んでいただいているというお話がございます。現在、個人情報保護法がこの領域では一つの柱になるわけですが、いかにせん生存している個人の情報を対象にしているため、死因究明の対象となられる方は直接には対象ではない。現実には、その周囲の方への配慮の問題ですよね。遺族であるとか、そういった方々への影響という話で、周辺的になってしまっているのも、真正面から規定をしていないようにみえるところがあるかなと思えます。

それ以上に、やはり個人情報保護法は、厳しい評価としては、個人情報は保護するけれどもプライバシーは保護しないみたいなことをおっしゃる方もいらっしゃるわけなのですが、最終的には、片方では御家族の皆様方に少しでも死因の正確なところを明らかにするという反面、その明らかにしたことを不適切に使ってしまうと、家族の方の個人情報というよりはプライバシーが侵害されてしまうという問題がある。そういったところで、そのバランスをいかに取っていくのかというのが大事なのかなということになりますので、それは個人情報保護法の基本的な考え方を踏まえつつも、やはりこの死因究明という観点で、法律にするかどうかはともかく、一つの基準というのを設けていく必要があるのかなと思えます。

その際にも、やはり専門的な知見を持っている方だけに分かるということでは、先ほど野口先生のお話にもありましたけれども、なかなか内容が伝わらない。やはり法律ですと、どうしても「これはしてはいけない」とか、「これは守りなさい」という、言ってみればネガティブリストと申しますか、ブラックリストの形で法律というのはできていくところがあるのですが、逆に、「こういうことはできるのですよ」といったようなホワイトリストでの基準づくりを目標として、情報の利用システム等を構築していく。あるいは、せっかく得られた情報をどのように使っていけば有効に使えるのかということをはっきりさせていくということも、大事なのかなと思っております。

ちょっと長くなりましたけれども、あと3点目です。先ほどCDRのお話もございました。児童虐待なのか、あるいは子どもの突然死なのかの解明というのも非常に大事なのですが、特に虐待が疑われるような事案について、それをどう立証していくのかということで、SBS仮説、AHT理論、そういったものが使えるのかといったところが、現在問題になっていると思います。この検討会の直接のターゲットになるかどうか分かりませんが、CDRの検討結果を、現在の刑事司法あるいは児童相談所等の対応というところにも生か

していくという仕組みづくりも考えてもいいのかな、といったことを思った次第でございます。

私からは以上でございます。

○佐伯議長 ありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、細川委員、お願いいたします。

○細川委員 皆様、こんにちは。日本医師会常任理事の細川と申します。どうぞよろしく願います。

私のまず自己紹介になりますけれども、長年、この死因究明に関しても、日本医師会内の委員会に委員として参画させていただいております。それと、愛知県でもずっと理事を務めておまして、災害や救急、あとは、死因究明も含めてですけれども、検視立会、検案なども携わらせていただいております。

検視立会、検案に関しては、毎年大体400件から500件ぐらい、現場でもさせていただいて、死因究明について考えさせていただいております。また、医療安全につきましても、担当しておまして、医療事故調査・支援センターなどにも関わり、医療に関わる死因究明というのやらせていただいております。

それから、日本医師会としては、資料5にありますように、この検案医に関して、死体検案研修会の修了者が、令和3年度は基礎が543、それから上級が183、令和4年度に関しては上級が84となっておりますけれども、これはまだ継続中の方もおられますので、実際は一緒ぐらいの数字になってくるのではないかと考えております。

あと、日本医師会としては、CT等については、これも関係学会等の皆様のお力を借りながら、先ほどの死体検案研修会同様、死亡時画像診断（Ai）研修会として協力させていただいているところでございます。

また、厚労科研の死因究明の研究班も研究代表者を務めておまして、死体検案書、死亡診断書の在り方とか、そのすみ分けみたいなものも、先ほど御意見があったように、在宅で亡くなったのか、それから、検案で亡くなったのかというのも分かりやすくてきたらいいなと考えております。

また、日本医師会では警察活動に協力する医師の部会というものを全国展開しております。検視立会、検案に関してもですが、いわゆる警察医の業務や待遇を均一化していくということを協力できるのではないかと思います。

最後になりますけれども、大規模災害時の死因究明といいますか大量死に関して考えていかななくてはいけない立場にあるかと思っておりますので、また皆様のお力を借りてやっていきたいと思っております。どうぞよろしく願います。

○佐伯議長 ありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、柳川委員、お願いいたします。

○柳川委員 ありがとうございます。日本歯科医師会の柳川でございます。

私は一介の開業歯科医でございます。浜松の歯科医師会の会長の後、静岡県の歯科医師会会長を務めて、現在は日本歯科医師会の副会長を務めております。そのうち、多くのタスクを課せられているのですけれども、警察歯科であるとか災害時対策を担当してございます。

本日は大変貴重なお時間かと思いますが、資料を提出させていただきました。8-4であります。

これはあえて、もう10年前になるでしょうか。最初に死因究明等推進計画が閣議決定されたのが平成26年くらいだったと思いますが、当時の検討会、この中にもメンバーがたくさんいらっしゃいますが、そこでも私から歯科所見による身元確認について幾つか提言をさせていただいた、そのうちの一つでございます。したがって、本日はこれをそのまま出しまして、この10年間の検証ということで手短にお話をさせていただきたいと思っております。

先ほど事務局からお話があった資料5にあるように、講ずべき施策については1から9ございますが、当時の計画もほぼ同じようなフレームで1から8にあったように思います。このうちの2と3と4と7が歯科に関わるところでございます。

めくっていただきまして、まず2ページ目、3ページ目あたりは人材の育成のところ、講ずべき施策の1番のところではありますが、こういった人材育成の課題があったのですけれども、まず3ページ目の部分は、警察と歯科医師会が一緒になっての合同研修会はほぼ全国で行われるようになりました。警察庁の御尽力があったと思っております。ただ、中身がやはり標準化というか、同じような研修であるべきでありますので、どうしても大学歯学部、法医学教室、法歯科医学があるところ、ないところがあって研修内容が異なることもありますが、なかなか均てん化されていないという状況があります。これはさっきの施策の4番、警察等における死因究明等の実施体制の充実につながる場所でもありますので、もっと進めなくてははいけません。

それから、4ページであります。82の医学部、医科大学には全て法医学教室講座があると思っておりますが、歯科は29大学のうち半分くらいでございます。ただ、振り返ると、10年前は法歯科医学が稼働していた大学は6か所程度だったので、文科省等の御尽力で倍以上に増えてはいます。ただ、まだ常勤職員の数とか、さっきお話があった都築先生のような方がいらっしゃる大学はまだ多くないので、ぜひこれをもっともっと増やしていく。それを歯科所見による身元確認の教育と研究の拠点にさせていただきたいと思っております。その辺りが4ページ目と5ページ目に書いてあるところでございます。

それから、6ページ目でございますが、歯科所見による身元確認をするときにいろいろ機材を使うのですが、なかなかこの整備がまだ進んでいないという状況があります。施策の4のところ意外とこの部分を書き込まれておりません。したがって、計画を検証して見直す場合に、この歯科所見による身元確認作業の機材整備について施策の4のところぜひ明記していただきたいと考えてございます。

8 ページ目は、東日本大震災のときに行われた、これは東北大学も非常に大きく協力していただいたワークフローがありますが、こういったもの、機材もパッケージして、同じ様式でどこでも行えるような環境をつくっていくということが4番のところで非常に重要であると考えてございます。

10ページ目、11ページ目も同じような流れですので、お目通しください。

12ページに分かりにくい図があるのですが、歯は乳歯で20本、永久歯で親知らずを除けば28本あるのですが、この28本の状況があるとかないとか、抜いてなくなっているとか、治療してあるとかという状況を並べますと、高い確率でスクリーニング、御遺体の状況とかかりつけの歯医者さんにある状況を照合することによってかなり絞り込みができるという特徴がございます。したがって、何が重要かという、生前の情報がかりつけの歯科医院に保存されている、あるいは悉皆データということであれば、学校検診のデータとかそういうものが活用できるわけですが、それぞれのデータ様式が一定でないということであって、その問題意識の下に、先ほど御紹介があった厚生労働省の事業で「口腔診査情報標準コード仕様」という厚労省規格になった標準化のデータ様式がございます。これをぜひ死因究明等に活用しなければいけない。その目的で作ったわけですから、今はあまたデータとか情報の標準化が進んでいますけれども、その波に飲み込まれそうなので、ぜひ死因究明と紐付けができればありがたいと思います。

14ページにはそのデータベースを使えるような場合を想定したものです。住宅火災であればそこに住んでいる住民の方かお客さんということになるのですが、新幹線の状況だったら搭乗者名簿がありませんので、飛行機事故よりもさらに身元確認が難しくなる。さらに大きな災害だったらもっと難しくなりますので、ぜひデータベースを社会のインフラとして整備するということが重要ではないかと考えてございます。

一番後ろの16ページには、DNAであるとか指掌紋であるとか書いてございますが、歯科データを生前データベースとしておくことが重要だと思います。今、国で皆歯科健診の動向もありますので、健診データもこの標準コード仕様に落とし込めるように技術的にはなっておりますし、また、支払基金にあるようなレセプトデータも技術的には活用可能でございます。そういったところを国の方針としてお進めいただきたい。また、このようなことを当推進会議からメッセージとして出していただきたいと考えてございます。

ありがとうございました。

○佐伯議長 どうもありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、最後になりましたが、どうもお待たせいたしました。米村委員、お願いいたします。

○米村委員 東京大学の米村と申します。

私は現在、東京大学法学部・大学院法学政治学研究科で民法及び医事法の教員をいたしております。法学の教育研究に従事している者でございます。しかしながら、もともと私は医学部出身で、内科医でございまして、現在も東京の一般病院で循環器内科医として

診療を行っているところでございます。そういった背景の人間でありまして、医事法、医療関係の法律全般を専門分野とさせていただいております。

厚労省のもとで前回開催されておりました死因究明等推進計画検討会のほうにも参画させていただいております、このたび、また多くの先生方と御一緒できることを大変光栄に存じております。

以上で自己紹介に代えさせていただきまして、私のほうから3点ほど、本日の段階でコメントをさせていただきたいと存じます。

まず1点目です。今回、死因究明等推進計画の中に盛り込まれているということで、冒頭にも御紹介がありましたが、「死因究明等を行う専門的な機関」というものを充実させていくという方向性が出されているかと思えます。そのこと自体は大変よいことだと思っております、可能であればそのような方向で実現できればよいと考えているところですが、ただ、従来もそういった仕組みは当然存在していたわけで、最も重要なのは監察医という制度だったわけです。ところが、この監察医の仕組みがうまくいっていないことは以前から言われておりました。一昨年度の死因究明等推進計画検討会の中でも実際の運用データが出てきていましたが、率直に言って、全国で東京都しかうまくいっていないのではないかというのが私の印象だったわけです。大阪ですら、非常勤の監察医ばかりで、解剖を含む十分な死因検討ができていないという実態があるということを聞いて、大変驚愕した記憶がございます。

そういった状況もある中で、この「専門的な機関」を全国に充実させていくということが本当に可能なのか、あるいはどうすればそれが可能になるのかということは、ぜひ今回のこの会議の中で御検討いただきたいと思いますところでございます。

それに関連して、今日も何人かの先生方から御指摘があったところですが、地域格差の問題というのを2点目にコメントさせていただきたいと思えます。この監察医制度の問題状況というの、地域格差が大きな背景になっていることは間違いなく、その一つの要素に法医学者の人材不足ということもあるわけですが、しかし、本当にそれだけなのかということも気になります。

私、前任校は東北大学でございまして、東北の状況というのも一応は把握しておりますけれども、東北地域ではそもそも法医学者が少なく、例えば通常の司法解剖を行う際にも、解剖を行える施設は東北全体で数大学しかありません。そのため、状況によっては、青森からわざわざ御遺体を運んで、仙台の東北大学で解剖することが必要になるような状況もあつたりしまして、なかなか地方では、各地域でこういった死因究明を専門的に行うということが難しい状況があるのは確かです。

しかし、そのような中でも、地元の医師会や開業医の皆様方のお力添えをいただくなどして、なるべく迅速かつ効率的に死因究明ができるような仕組みをつくるということは可能ではないかと私自身は考えております。そこでは、地域の実情に応じた対策というものも必要ではないかと考えており、先ほど監察医の問題を申しましたけれども、監察医は大

都市部では機能し得る一方で、地方では機能しにくいものだとも言えるわけです。もともと、監察医制度はそういう制度設計だったのではないかという気もするわけでありまして、ぜひ地方の実情に見合った死因究明の仕組みの在り方というのを御検討いただきたいというのが2点目でございます。

それから、3点目、これは本日何人かの先生方から御指摘のあった個人情報の問題でございます。個人情報の問題が障壁になって死因究明が進まないというのは、私から見ると本末転倒であるように思われるわけでありまして、ぜひこの点はクリアしていかなければならない課題だと認識しております。

個人情報の法律関係が、どの程度一般に周知されているかは私も承知はしていませんが、この数年大きな状況の変化がありました。令和3年改正という個人情報保護法の改正があった関係で、従来の行政機関個人情報法や独立行政法人等個人情報保護法が、個人情報保護法に一本化される形になりました。改正後も実体ルールとしては基本的には変わらないと言われておりますが、しかし、重要なのは規制権限者が変わるという点でして、今回の改正で、行政機関や独立行政法人に関しても個人情報保護委員会が民間法人と併せて一元的に規制権限を有するという形に変わりました。その結果、民間のルールと整合性のとれる形で、かなり機動的かつ合理的な法運用がされるのではないかと期待しているところでございます。

今回、この死因究明の仕組みを作るに当たっても、ぜひ事務局の方で個人情報保護委員会と密に連絡を取っていただいて、場合によっては何らかのガイドラインを個人情報保護委員会と共同で出していただくというようなことも御検討いただいて、個人情報の問題が死因究明の障壁になるということがないようお願いしたいと思います。また、実は私、最近では個人情報や医療情報の問題を研究テーマにしております、そういった問題に関わることが多いということもございますので、私自身も何かお力になれる部分があるかもしれないと思っております。そのようなことも併せて、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

○佐伯議長 どうもありがとうございました。貴重な示唆もありがとうございました。どうぞよろしくお願いいたします。

最後に、簡単に私の自己紹介をさせていただきますと、中央大学法科大学院で刑法を教えております。私、死因究明について、事前に今回の資料5と6を拝見させていただいて、関係者の皆様の大変な御尽力で着々と進んでいるなという印象を持ちましたけれども、今日、委員の皆様のお話を伺いまして、まだまだ問題は多く残っているということを実感いたしました。今回の会議でそれをできるだけ解決できるように前に進めていければと思っております。

それでは、残りまだ時間がございますので、時間の許す限り意見交換をしたいと思えます。御意見、御質問等のある方はどうぞよろしくお願いいたします。

○近藤委員 和歌山医大の近藤ですけれども、先ほど言い忘れました。

この3年間の大きな違いは、やはりコロナの問題がありまして、死因究明というものが、コロナ感染なのかということも含めてきちんと死因究明をしていくと。実際に私も何例か解剖をする中で、当初コロナでないかと疑われた事例が、それは病院に運ばれた時点でなのですけれども、それは全く背景としては、例えば中国から帰国された方が突然亡くなったと。死後CTを撮ると肺炎疑いということなのですけれども、我々からしたらこれは通常の心筋梗塞でもあり得るような肺炎像なのだけれども、解剖して心筋梗塞と分かると。結局、それをきちんと御遺族に事案によってはフィードバック、説明ができれば、もちろん解剖の事案によっては説明できるものとできないものがあるのですけれども、そういうようなことで、先ほど大量災害の問題もありましたけれども、やはりこういうふうなパンデミックのようなものが起きたときのきちんとした体制づくりというのも死因究明の役割の一つではないかと思ひまして、そういうものも含めた何らかの議論を進めていくということも大事な一つのポイントかなと考えています。

以上です。

○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。

久保委員、どうぞ。

○久保委員 福岡大学の久保です。

私は中毒の話をしておりましたけれども、先ほどの東京都監察医務院の林委員のお話もありましたし、私も福岡の死体検案の状況のお話をさせていただいたのですが、当初、考えられてきた死因究明推進の内容というのは少し時代とともに変わってきて、急激な高齢者の死亡数の増加、特に都市部において増えてきているというところ。そして、それが先ほどのお話のように、在宅であったけれども救急に運んでしまつて異状死体になってしまう。こういうふうなことがあるので、看取りも含めて、この場で議論するかどうかは別としまして、検視、検案をしていただけない死体、検案を待つ死体というのが増えてきているという実態は都市部で起こってきている。これはやはりこの中での議論の一つの、今すぐなのか、次なのかは別として考えておかないと、最終的に見てくれる先生もいない、検案書も出ない、火葬もできない。このようなご遺体がたまっていくということが少しずつ起きてきているというのは、この機会に知っていただければと思います。その後どうするかというのもまた考える機会があればと思います。

以上です。

○佐伯議長 どうもありがとうございます。

これは今日の段階では御意見を伺うということによろしいでしょうか。事務局のほうから何かコメントがありますでしょうか。

○山本死因究明等推進本部参事官 事務局でございます。

本日御発言いただいた事項は、また次回までにこの会議で取り上げる事項なのかどうかも含めて少し精査をさせていただいて、必要に応じて次回取り上げさせていただき、そうでなければ別途取組を進めさせていただければと思っております。

以上でございます。

○佐伯議長 よろしく申し上げます。確かに高齢者の死亡の増加というのは避けられないことですので、非常に大事な問題だと思います。

ほかにはいかがでしょうか。第1回ですので、次回以降に向けた検討課題などで何かございましたら頭出ししていただけるとよろしいかと思いますが、いかがでしょうか。事務局のほうで用意していただいた検討の見直しの論点で大体よろしいでしょうか。

○近藤委員 何度もすみません。

久保委員と同じく、法医学会の立場、法医病理学会で御発言させていただきます。いわゆる人材育成という面に関しては、皆様非常に御理解いただいていると思えますけれども、ここだけなのですが、現状を申し上げますと、この3年間ぐらいの間に全国15～16名の法医学の教授が定年になる予定でございます。そうしますと、現状では、先ほども今村先生が言われましたが、今の法医学者が非常に減っているということで、これまでの人材育成の体制以上に現実問題としてはかなり緊迫した状況というか、そういうことを迎える可能性もあるということもまた御理解いただきながら、色々議論をしていただければと思えます。もちろん我々残った現職の法医学者がきちんと対処していくのですけれども、現状としては、大量に辞めていかれるという非常に厳しい状況の中であるということをご各機関の方々に理解していただくともに、これまで以上に抜本的な後継者育成体制の確立も必要と考えます。

○佐伯議長 ありがとうございます。

今村委員、お願いいたします。

○今村委員 今村です。

今、近藤先生がおっしゃってくださったことのまさに続きなのですが、前回のこの会議のときに法医学を目指す人が非常に少ないという話をさせていただきましたけれども、今、定年を迎える教授の話の続きとして、では、実際に法医学の専門医を持っている人は何人いるのですかというお話と、さらにそれを目指している専攻医の方がどれぐらいおられるのですかということをお話を3年ほど前も資料を作ってお出したのですが、どう考えても数が合わなくなるのです。ですので、法医の教授で司法解剖をしていただける方が恐らくいなくなっていくという現実が目の前に迫っていて、専門医になっていただくのにやはり何年かは最低限かかりますので、病理をやっている先生は割と近い。ですけれどもどんどん転向していただけるかということ、病理も逼迫していますので、そう簡単にはいかない状況だと思います。そこは物すごく切実な問題だと考えています。

それともう一つ、先ほど在宅死のお話をさせていただきましたけれども、4年ほど前に在宅での死亡が日本で増えていったときに、実は検視の数が増えていった数とぴったり合

っていて、在宅での死亡はほとんど検視が増えているだけではないかという状況でありました。ところが、最近の動向を見ていると、検視の数が増えているわけではなくて、在宅の数が増えているので、これはどういうことかというのが実はよく分からないという状態になって、在宅での死亡の中身の分からなさというのは、分析しているだけでは本当に分からなくなってきているのです。ですから、今、在宅で亡くなる方をどちらかという支援助しようという中で、その結果として本当に看取りで亡くなった方がどれぐらいかというように分からないという状態は非常にまずいと思うのです。ですので、そういった実際の数字をどうやって取るか。特に死亡診断書の中で検案と診断をちゃんと区別することや、実際に警察のほうでやっていたらいい検視がどういう中身なのか。それは本来、先ほど御指摘のあったように、在宅で看取っていた方を検案しただけなのかどうかというようなことも表には出ないのです。ですから、そういったことを総合して、本当に在宅で静かに死を迎えられた方がどれぐらいいるのかということが分かるようになることがとても大切なことだと思いますので、ぜひそういったことは今回でも御議論いただきたいと思っています。

今村からは以上です。

○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。

柳川委員、お願いいたします。

○柳川委員 ありがとうございます。

今後の論点ということで、今日も沼口先生や米村先生からお話でしたが、私も歯科所見による身元確認のほうも、例えばデータベースを構築したり、あるいはそれに準じたものを作ったとして、その情報をどうやって使えるのだといったときに個人情報の問題が出てきて、これはかねてからの問題です。ぜひこの検討会で法律的な整理や整備を進めて、情報を活用できるという状態に持って行っていただきたいと考えております。

以上です。

○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。本日のところはこのぐらいでよろしいでしょうか。

では、今日いただきました御意見等を事務局のほうで整理、検討していただいて、次回の会議で出していただければと思います。

それでは、少し予定した時間より早いですが、本日の議事はこれで終了といたしたいと思えます。

本日各委員からいただいた御意見を踏まえつつ、今後の議論を進めていくこととなりますので、事務局のほうではどうぞよろしくお願いいたします。

次回会議開催の日時につきましては7月下旬を予定しておりますが、詳細についてはまた別途事務局から御連絡いただければと思います。

それでは、これで第1回目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。