

常のケースではほぼ全例に髄液穿刺を行っている。全例に血液検査などを行うべきと思うが、検査体制、保存などの管理をどうするかが課題。

- ・ 栃木県の場合、以前より警察医会と県警察の関係がしっかりしており、現状通りで宜しい。
- ・ 総合病院等救急外来にて、実際診断書で可能な事案が検案をされる場合が多い。医師法 21 条を含め、医師に対する啓蒙が必要。
- ・ 千葉県警検案（検死）担当官の数が明らかに増員されて、この地元の警察署の警察医をもう 18 年やっているが明らかに進化した。千葉県は大学の法医学の教授がアクティブで今のところ大丈夫。
- ・ 警察協力医として活動している。検案だけが、任務ではない。裁判所の命令による採血、採尿、留置人拘束時の報告判断。被害者診療、裁判証言、留置人健診等を受ける医者はまれであり、需要に対し供給は極めて少ない。1 人の過度な負担をなくすためには、通常診療以上の報酬を設定してでも欠員を補うべきである。どんなに警察が優秀でも遺体から所見を取るのには医師の方が上である。フィロソフィーを持って任に当る警察医を否定する動きもあるが、必ず医師の介入が必要な事であり、大きな誤りと思う。とは言え求められれば私的にはいつでも退く用意はある。
- ・ 検死に協力する医師が少なく、警察から当院からみて遠方の方の検死を依頼されることがある。
- ・ 当院の管内の警察署では年間 120～130 件の検視があるが、検視立会い医の登録や嘱託は行われていない。警察署の留置場の健康管理医や産業医は嘱託されている。当地域では検視立会い医を依頼するのに警察が大変苦勞している。私は、以前はもっと多く立ち合ったが、平日の午前中の検視に主に立ち合い、現在は年間約 10～25 例くらいである。
- ・ 当市の警察署からの連絡は、在宅の場合は大抵出る様にしており他用により不能の場合を除き応じる様にしてしている。特に土・日・休は他医も不在の為管内外の依頼にも応じている。その意味では広域の考えが必要であり、地域密着では対応不能である。ただ管内においては、在宅しても連絡に応じない（連絡手段を無くする）方もおり放任されているのはどうか。逆に当番に割り当てられたとしても急用にて応じられない事もある。私個人としては現状で OK だが将来については NO である。
- ・ 慣例（？）として、救急車を呼び、死亡している場合、救急隊員の判断にて全て警察へ連絡し死体検案が行われているが、法的には 24 時間以内に医師の診療があれば死亡診断書の作成出来ると思われる。司法関係者（警察）に理解を求めたい。当地では、死亡している場合搬送しないことになっていると思われる。
- ・ 死因究明は心臓血及び髄液の検査で行っており、それに必要な器具は警察が持ってきている。
- ・ 診察時間内の検案について、その間、患者を待たしている為、早く移動しなければならないので、パトカーがサイレンを鳴して医師を搬送する様に義務づけるべき。ダメなら救急車の如く、検案医の車に赤色燈やサイレンを付けるべき。
- ・ 検案業務は重要な医師の業務と考える。診療報酬での評価は無理にしても、断わずに受け

ていることに対する評価があればありがたい。

- ・ 事件性のない自宅での病死は、かかりつけ医が行なう様にした方が、家族とのトラブルがなくなるのではないか。
- ・ 夜間、休日等にいつ要請があるかわからず、腐敗高度な遺体等もあり精神的負担は大きい。警察官は非常に協力的であるが使用した針等の片付け方など見ていて危ないと思う時がある。時に解剖までは必要ないのでは、と言う態度が見える事がある。CT を撮ったので読影して下さいと言われても死後の変化は難しいと思う。
- ・ 24 時間以内の、病死を疑う検案は、条例で心筋トロポニン検査をしてほしい。
- ・ 最近、現場での検死が減って、画像診断等が可能な施設への搬送がなく、検死業務の依頼が減っている。
- ・ 死因究明体制は県内に 2 医科大学がある為解剖等も積極的に行っており充実している。
- ・ 検視立ち会い時、感染防御の安全対策は不完全。また死体の情報が不十分な場合が多い。料金負担は同県内でもまちまちである。
- ・ かかりつけ医がいる場合には、最初にかかりつけ医に検案依頼をするべきであり、かかりつけ医は責任を持って検死及び死体検案書を作成すべき。
- ・ 地元警察署刑事課等の依頼にて検視、検査採血等は警察よりの指示で採血している。 検視は迎えにくる。
- ・ ほとんどのケースが、診断は、警察側の診断に同意し、一方的なパターンが多い われわれ医師の検視に対する知識不足が原因なのかもしれない
- ・ [検案体制について] 警察医、死体検案の問題は警察協力医として留置場を回るなどの業務と実際に検案を行う業務を分けて考える必要がある。一般的な開業医が最低週 2 回留置場で診察し、必要なら医療機関での検査も行い、24 時間体制で検案に備えるのはかなりの負担になる。元々警察医は自宅と病院が一緒の地域の中小病院の院長（いわゆる地元の名士）が個人的に引き受けていた例が多かったようだがその先生方も高齢化が進み、若い世代は自宅と病院が別、面倒くさい事は避けたがる。検案書は医師にしか作成出来ず、義務である事を理解していない。私に検視依頼がくるのは時間外の電話を携帯電話に転送（在宅支援診療所）しているからだが対応出来ているのは依頼の 6 割程度。検案事例は地域によって違うが人口 10 万人で 100～150 件位と推察する。そのうち 3～4 割は救急搬送先の病院で行われ、2 割位はかかりつけ医が行うと考えると地域で人口 10 万人あたりに年 20～30 人検案を行う医師が 2～3 人必要となる。警察の本音は刑事事件にならないのなら夜中でも外来時間でも対応してくれる医師なら誰でも良いのだろうが、検案をしていると刑事訴訟にはならなくても民事訴訟という観点からはぎりぎりの事が稀にはあり、その時、検案した医師の説明は大事になる。[アンケートへの回答について（当市の実情について）] 5 区に分かれており私の区（人口 8 万 5 千人）で約 100 件／年で開業医が行うのが 70 件位、私が 30 件、70 代後半の先生が 20 件位、かかりつけ医や他の区の先生の応援で 20 件位。[待遇について] 警察からは現在 1 件 2,800 円位だが、もし労力を真面目に換算するのなら 10 倍は必要（何故なら

深夜 3 時に呼ばれる事もあるから)。少し値上げしてもあまり意味はない。ただ検案書料はかなり差があり、当地域では 3 万円で申し合わせているが他の地区では 10 万円という極端な金額も聞かれる。ある程度の目安は必要。[死因究明体制について] ある程度の都道府県で Ai センターが開設されたが、使用頻度を考え合わせると付け足しのレベルでしかない。死因究明を真剣に考えるなら数をこなせず費用にも問題のある解剖中心ではなく、国もしくは警察の予算で Ai の普及に尽力すべき。確定診断までいかなくても外傷や脳出血などを否定するだけでも有効だが、読影する放射線医師の確保も必要（当県はまだないが）。[要望について] 近い将来検視体制は崩壊する可能性が高い。各地域医師会で当番制、数人のプール制など仕組みを考える必要がある。行う人数は増やさなければ維持できないし、医師の意識向上と最低の知識の取得のためにも研修会は必要。

- ・ 若手医師の協力がえられず、協力して下さる Dr が高齢化している。深夜帯や日曜・祭日は加算して欲しい。遠方の現場迄連れていかれたケースも考慮して欲しい。署長の裁量でも良いのでは（県警本部と県医師会幹部との取り決めだが）。
- ・ 身分のみ県警本部長より囑託あり。外来診療中の検案であり、時間的に困難、現在検視医の増員を検討中。
- ・ 近隣に協力医はいないと聞いている。自分のかかりつけ患者に対しては最低検案したい。
- ・ 心疾患の症因ある場合トロポニンテストを実施するが、自施設のキットを使用しており、死体検案料に含まれる（医院負担）。警察本部立合の場合はキットを持参している（所轄警察署には費用がない）。ぜひ各署でキットを用意してもらいたい。
- ・ 検案業務についての不満はない。当地区での問題点は後継者不足である。郡市医師会で研修会を開催し、協力医を確保しようとしているが、実務についてくれる方が少ない。Ai が行われても、読影に自信がないので遠慮するという方もいる。医師会全体での底上げが重要。
- ・ 時間外深夜・夜間が多く、多くの方々の参加を希望する。
- ・ 現状で大きな問題になっていないのであれば、よいのではないかと思う。法医専門医の不足が問題。
- ・ 診療時間中の検案は行けないこともある。昼休みや診療終了後（PM6:30～）なら対応できることもあるが、警察はそれまで待てないらしい。簡易キットは検視官に指示してやってもらっている。Ai、解剖については今のところ不可能。法医解剖の扱いにすれば大学でやってもらえるが行政解剖では無理。少なくともすべての 100 万都市には、監察医制度を導入すべき！！
- ・ “医師として検案業務は依頼されれば必ず行うべき”と法医学で教えられ、開業しても実行していた。しかし最近、医師会員でも患者診察が優先され、検案を拒否する若手医師が増加している。原点に戻るべきでは。
- ・ 検視を行ってくれる医師が少ないのでほとんど自分がやっている。今はやるしかないというのが本音。
- ・ 医師としての知見が多少なりとも役に立てばという気持ちから、可能な限り協力をしている。

待遇その他についても、警察嘱託医の立場で特に意見はない。

- ・ 専門的な研修の機会がもっとあったらよいと思う。
- ・ 私は小児科開業医で、仕事中の検死はかなり患者に迷惑をかける。それなりに対応はしている。感染防御は個人的に気をつけるだけで、特別な事は出来ない。
- ・ 検案にあたって、専門の施設等へ御遺体を運び、専門の医師による検死がなるべく多くの症例で実施される事が好ましい。ヨーロッパのどこかの国では（不審）死に対して 100%の剖検を行なっているとの情報に接した事もある。
- ・ [検案業務に関わる事故に関して] 私は本署での検案に自己車両で出向いており、広大な管轄域を持つ署なので、臨場しての検案では往復が小 1 時間掛かるケースも決して希ではない。その際はパトカーでの往復となるが、万が一交通事故があった際の補償に関しては何も聞かされてない。嘱託を受けた警察医の場合、自己車両での交通事故は、事実上は「労災」に準ずるものと考えてるが、「労災」への加入手続きが行われている話を聞いたことはない。一般的に自施設での検案が行われるケースがさほど多いとは思えず、本署検案室へ出向いての検案となるケースが少なからずあるはずなので、往復に際しての事故補償システムを確立しておく必性がある。また、当地区は農業が産業主体であるため、農薬での自殺事例も希に存在する。農薬の種類によっては検案医が二次被害となるケースもあり得るのに加え、排菌のある肺結核や感染性ウィルスによる脱水状態などで亡くなる孤立死例などもあり得るため、検案に関わる事故補償は、検案医を確保する上で必要な措置と考える。
- ・ 検視の報酬額、検査料、出動料、時間外・休日加算料を国ないし医師会で定めてほしい。検視の依頼をされる時、平日、診察中でも「すぐに」と言われる。診療時間内に 1 時間以上も診察をストップするのは無理だ。1 時間、できれば 90 分くらいの時間猶予はいただきたい。また検視になりそうな案件が起きた場合は予めその旨を連絡してほしい。
- ・ 心臓血及髄液の採取は、医師の立会いの下であれば警察官がしてもよいと思う。Ai が行える施設を増やして欲しい。超音波検査器があればよい。
- ・ 当地では一部の医師に業務が集中しており、大多数の医師が検案に全く無関心。
- ・ 警察はあくまで事件性の有無に重点をおいており、保健衛生的な考え方は殆んどない。病死であれば、内容については頓着しない。死因を公表するなど、今後の参考（医療、保険衛生に）に生かせるような検死であってほしい（例えば高齢者の入浴死や自殺例など）。
- ・ [死体検案の問題] 頼みやすい先生に集中していて、警察医として届けていても実態がない先生が多数あるのではないか？当地区は警察が、連絡のついた先生に頼むことになっているが他の地区ではどうなのか。市町村合併で警察署の所管が広域化しており、現場まで片道 1 時間（往復 2 時間）かかるところまで夜中に行くなど、医師側の負担が大変大きい。深夜に行わなければならない必然性が感じられないケースが多いうえに、深夜に呼び出されることはかなり肉体的に負担が大きい。また、主治医による死亡診断でも済みそうなケースまで死体検案になっている（慢性疾患でかかっている家で亡くなるケースなど）。さらに、救急隊の時点で死亡判断がなされており、医師は書類を書くだけなのか。毎回検死の際に警察の方

が何人も出動しているのをみると、かなりの行政コストがかかっているように見受けられる。今後多死社会を迎えるに当たり、今のやり方で、死体検案のシステムが続くか不安になる。社会問題・自殺が大変多い（社会構造、格差問題、孤独死）。交通の不便な団地などでの医療格差問題（病気があっても通院していない、健診も受けていない）。水難事故は同じ場所で事故が起こっており、事前に防げないのか？

- 地元警察のおかげでスムーズに行えている。
- 現行の警察 1~2 名の警察医を数名に増やして輪番制として、警察医の負担を減らしたい。
- 検視官が立ち会う場合が多く、検案の所見についても合議の上で結論が出ている。死因究明をどのレベルまで実施するかは、遺族側の意志・検視する側の意見等調整が困難な場合が多い。
- 待遇、身分保障は厚いに越した事は無いが、予算・制度の壁があり、ある程度の家族負担はやむを得ない。死因究明について、どうしても警察業務では、事件・事故又加害の事実など行政的問題点に興味を感じ、私達警察医は病理・病因に目が行く。Ai ではフィルムも積極的に拝見し、エコー所見も観察し、解剖所見と付き合わせてみたいが、中々問題点も多い。
- 私の地区では死体検案を積極的に行っている医師がいるため、自分が死体検案する数が少ない。
- 監察医制度の無い都道府県では、料金は医師個人が決めており、負担は遺族又は自治体と思われる。このままで良いと思う。むしろ、各自治体によって検死業務への取り組み方に差があると聞いている。警察医として、地域警察の取り扱う案件に責任を持って取り組む組織作りが出来ていない自治体を改善すべき。
- 検視（死）立会医委嘱証所有者、死体検案研修会（日本医師会）講座履修する職務中は準公務員扱いとする。職務中は労災認定とする。死因究明体制確立の為、警察部会の設置が必要。
- 警察との永年の付き合いのため、検案に必要なことは、何でも話しあえるので不自由なし。
- 検視官の検視が終ってから検案の依頼有り。
- 死体検案研修（国立保健医療科学院）も受け、この業務に 15 年近くかかわっているが、いまだにこの診断でよかったのかと悩む。かといって監察医制度のない当県においては、Ai などは徐々に普及しているものの、現状を改善する方策は思い当たらず、経験のみが頼りというのが実情か。将来の引退時の後継者の問題も心配の種。
- 検案に行く度に、私としての勉強となることばかりで、協力できるのであれば微力ながら協力させて頂きたい。
- 京都府においては京都府警察医会が組織され、定期的な研修や警察との情報交換が行なわれている。
- 私達医師は人間を生かすことに関しては食欲に研究して加療を行っているが、原因は何であれ死亡していると判ると医師の態度は冷たくなる。診療時間に関係なく数日前から何時様態が変化することが予知できている状態であっても、24 時間ルールを盾にしてとにかく警察へ連絡をとるの指示をすることが多い。連絡を受けた警察は、主治医に検視依頼をすると多く

は、診療時間内や夜間であることを理由に、更に医師会で検視専門の医者が常備しているの
でそちらに連絡をするように指示して、臨場しないことが多い。私達は暇だから臨場してい
るのではなく、ご遺体、遺族の事を考慮して少しでも早く埋葬することを希望されていると
思い、出務している。また、警察官達は腐乱したご遺体などでも愚痴を溢さず作業しており、
苦情を述べるのは医療関係者のみ。監察医制度のある大都市圏ではこのような経験はまず無
いだろうが、地方では警察協力医でも出務する医師は限られている。日本医師会としては、
今まで警察主体であったものを医師会主導の検案業務を考えていると思うが、厚生労働省を
含めて地方の状況、地方の警察の状況をしっかり把握してほしい。

- ・ 夜間の検案時に溝に落ち、打撲、骨折したが（10 年程前）何も補償がなかった。保険でも
あれば。
- ・ 解剖は大学法医で行っているが、出来れば症例を増やしていただけないか。
- ・ 事件性のない死体検案の際の死因究明についてはかなり不備があり、疑い診断の域は出ない。
究明の意欲はあるが、警察側は積極的ではなく、“予算がないからできない”の繰り返しで
ある。本腰を入れた体制作りが必要。検査試薬（トライエージなど）、術着などの用意も準
備されておらず、どこまで医師側が用意するのか。料金の設定も不明確。
- ・ 検案は医師がいればできるが、解剖を可能とする検案体制を充実してほしい。
- ・ 本来は、監察医務院の様な公的機関で一元的に施行するのがよい。感染防御対策は不十分。
特に一般に手伝ってくれる警察官は我々より更に知識がない。1～2 日以内の死体について、
ルーチンに Ai を撮ってくれると助かる（特に 50～60 才台の浴槽死、急変死について）。料
金が高額な点は後続の医者を捜す為には仕方ない。
- ・ 医師ならば、他殺（異常死）を見逃さないように検案は時間の許す限り実施すべき。
- ・ 本県では警察医に対し年 5,000 円の嘱託料と、検案 1 件につき 3,000 円の立ち合い料が給付
される。身分保障や感染防御対策のマニュアル等はなく、検案科に関しても各警察医により
様々である。本県には死因調査委員会が設置されており、死因が明確でない事例に対して、
家族の承諾を得て公費で解剖を行う事が可能である。昨年 3 月末をもって日本警察医会が解
散した事で、今後日本医師会主導の全国組織が設立されれば、身分保障、安全対策の面で万
全な体制が整う事を期待している。
- ・ 髄液、心血採血等に関して医局の協力がなく、大学からの派遣医に関して更に厳しい（大学
教育と関係）。若い先生の理解を得やすい様に仕組みを考えて欲しい（臨床の場でも髄液採
取などほとんど経験がない人が多いため）。クリニックの医師が行くと検死とならないもの
が、救急病院に搬送されると検案となる（かかりつけ患者の場合）。かかりつけ医は検死に
ならない様に努力して欲しい。
- ・ 出来るだけ多勢の医師が検死事案に立会ってもらえる様にする。特定医への偏重がある傾向
が強い。検案業務は現在ボランティア的な面が強く身分保障がなく、感染防御はゴム手程度、
料金負担は自費扱いで検死医に委せているのが現状である。死因究明に関しては監察医務院
の如き施設が増えて、いつでも解剖できる体制になることが望ましい。長野県は郡市医師会

主体で検死しているのが実情。

- ・ 検案を行なう際に必要な器具（シリンジ、カテーテル、針等）が十分に準備されていない。
- ・ 署の検案室は暖房を使用できず大変寒い。その為腰痛がある時はつらい。公的に必要不可欠な業務であることを認識しているが、関与していない医師、会員は無関心である。本来は医師免許ある者は検案をできるのだが、経験がないと「警察医を呼べ！」となっているようで辛い。今後高齢者が増加していくに従い検死業務も倍増するため対策を講じる必要がある。
- ・ 当地域には警察医はおらず輪番制で各医療機関が行う（原則、死者に主治医がいれば主治医が行う）。
- ・ （1）死体検案に協力する医師は少なく、日頃の業務に支障を来たすことが多い。（2）検案料金についてはどのように評価されているのか不明。（3）地域で救急医療を行う病院がほとんどなく在院している時間が多い為、その延長で死体検案に関わることが多い。（1）（2）については地域にあっては仕方が無いとして割り切っている。
- ・ 高齢のため後任を医師会に申し出ているが、医師会も後任選出に苦慮しているようで、待遇の改善が必要。
- ・ 開業医の減少、高齢化、又内科系・一般外科系の医師の減少があり、警察医として協力している医師もいるが高齢となっており、周辺医師会との協力が必要（単独郡市医師会では困難）。しかし講習会（法医関係）や裁判例を敬遠する医師もいる。
- ・ 奉仕なので意見はなし。
- ・ 診療中の患者については主治医もしくはかかりつけ医が行なうことが理想（現実には難しいが）。料金は公費ではなく（但し監察医務院のある行政区はのぞく）自由診療となるため、独占禁止法がらみで規準を決められず誤解や問題が生じやすい。また、後日事実と異なる死因が判明したときの法的責任や医師の専門性に対する評価、及び社会的な評価があいまいな点も問題（医師のみが人権を法的に停止出来る）。2012年8月31日、医政医発0831第1号医師法第20条ただし書きの適切な運用等々について、病死と判断出来れば（検視検案）は行なわれないため、万一医療事故のみみ消し等が行なわれた場合隠蔽の恐れがある。
- ・ 過疎地で、他に適任者がいないため警察医を引き受けたが、24時間オンコールのため外出の予定が立てづらく家族に申し訳なく思う。診療時間に依頼があると受診中の患者に迷惑をかけるのが心苦しく、移動のための往復で一時間位とられることもあり、正直負担に思う。
- ・ 最近是比较的、解剖も、死後CT・MRIも警察の予算でやってもらう様になっているが、情報開示がいまひとつであり、あらたな法律や、システムが、必要なのでは。
- ・ 昭和30年台初期より警察行政すべてに関して、開業医として先代及、私（本人）の2代にてボランティアとして、検死検案、留置場、留置人の健康管理、産業医としての職員の健康管理等すべてを、50数年にわたり、24時間365日行なってきた。県医師会県警察本部連絡、協議委員会も立ちあげて活動してきたが、2014年開業医を廃院し勤務医となり、これまでの業務を若い開業医に引きついでもらった。これまでもこれからも経済的支援の目途はなく、半ボランティア活動となるであろう。

- ・ 検案出務に際しての当方の都合・要望に対する警察官の理解・配慮は良好。現場（医療機関・警察署・死亡者自宅・介護施設など）への送迎もスムーズ。業務中の身分保障はないので不安あり。汚染された家屋内への立ち入りの際は、履物の扱いに対する配慮が欲しい（土足またはビニール製靴カバー（靴下にも）の提供）。受診・治療歴の照会に対する医療機関（法人成りを含め個人病院、診療所で顕著）の“個人情報保護”を盾にした回答拒否に困る。他方、大学病院・自治体立病院・中核病院では詳細な情報を提供して頂き検案書作成にとって参考になること大。今後、Ai の推進・普及と検案医への研修を希望。解剖は国民の意識・理解の醸成と死生観の変革を必要とするのでは？
- ・ 検死（屍）業務に携わる若手医師（開業医）の参加（育成）。死体検案に係わる適正な費用設定（ガイドライン）。
- ・ 検視に立ち会ったのは1回のみ。視診だけでは、「死因も判らないので、解剖すべきだ」と提案したが、警察は「見たところ事件性がなさそうなので、こんなケースを解剖していたらきりが無い」と説得されてしまった。そんなものかなあと思いつつ検案書を書いた（今から思えば、昨今話題の毒殺も、否定はできないはずなのだが）。
- ・ 協力医として立ち会いしているが、日常の診療が優先であり、検視立ち会いや死体検案を断る事が多々ある。できれば専門の医師を公費にて雇用した方が良い。
- ・ 従来の警察医会が（主として検案業務）県医会の一部会として発足すべく、日医に準備会が出来たのは時期を得たものだと思う。但し他の部会（産業医会や学校医会等）と異なって検案業務は警察現場と密接に係わるので、今後共警察との連携の在り方を考慮する必要がある。警察医の待遇、出務体制、検案料等については日医、県医、警察合同での検討が必要。死因究明センターは各県の大学法医学教室を接点にすれば良い。
- ・ 死体検案業務の時間（開始時間・所要時間、時間内か、時間外か、深夜時間帯か、休日かなど）によって検案書発行料に差をつけているが、常識的範囲の金額。穿刺針、手袋（ゴム）、悪臭対策のマスクのチェックをしてほしい。薬物死の場合、薬物の検索方法のマニュアル・現場で出来る簡便法など教えてほしい。警察の方がB型、C型肝炎に感染しない様に対策を。異常死体がある場合、診療中すぐには現場に行く事が出来ない事があるので、検死が必要な案件が発生した旨、早目に情報を入れておいて欲しい。
- ・ 検案が個人に集中している。また、公的病院が死者の情報を教えてくれず、「個人情報を理由に文書で問い合わせをしろ」というが検案書を文書の回答を待って書くことは不可能。自分の病院に通院中の患者が亡くなっているのに無責任であり、回答拒否するならその病院の医師に検案してもらいたい。
- ・ 警察医の行う検死の大部分は病死又は自然死であり、死因究明を正確にするためには一般臨床医（主治医）の立ち会いが必要であるが、協力を得られない。医師免許を持っている人全員に検案書の作成の仕方を教育すべき（警察医では推定死因でしか書けない）。
- ・ 死体検案料は本県では定額だが、検体数には各人かなり差がある。都会にあって警察署に近い人は検案の数が多く、離島等で少ないのは仕方ないが、同じ都会に住んでいても検案数に

かなり差があるのは今後問題になると思う。

- ・ 検案に協力してくれる若手の医師が少なくなり、困っている。地域の実情などを述べるには紙面が少なすぎる。
- ・ 検案立会医から警察医に（2015. 4月より）なった。年間 80 例から 150 例になる事が予想される。診療中以外は優先して検死業務するつもりだが、診療時間内は是非とも一般の診療所の先生方にも協力をお願いしたい。365 日 24 時間を 1 人でこなすのはどうも無理であり、検死立会医制度は全国に広げるべき。死後の Ai を 1ヶ所の病院にゆだねず、もっと広く一般の病院にもお願いすべき。
- ・ 特定の医師に検案依頼が集中する事を解消する為に各地区で分担制にする動きがあるが、地区によって検案数に相当格差があるので、苦情がある地区だけ分担制にして、それ以外は現状維持で問題無い。
- ・ （東京都）多摩警察医会と警察刑事課との関係は密であり、年に 1 回各警察署長、刑事課長も参集し、解剖依頼している杏林大学、慈恵大学の法医学教授も同席しての懇親会等があるなどしたが、最近では本庁の検視官室の主導によるものか、刑事課からの依頼は 1 件もない。埼玉にも監察医務院の様な施設が必要では。死因究明を正しくするなら剖検少なくとも Ai など考えなければならない。
- ・ 我々の地区は埼玉県内都市部で検案件数の多い地区であり、地域医師会所属の嘱託医が、1 週間体制の週番制を作り検案に従事し、機能している。検案件数の多い地区ではこのような週番制を広く導入することや、警察嘱託医の増員を図ることが急務である。
- ・ 基本的には 24 時間いつでも検視に立会う事になっている。
- ・ 6～7 年前、ある現場で本部検視調査官が「トロポニンキット」を使い、心臓穿刺を行ない AMI の有無を調べていたのを参考にし、小生も以来トロポニンを持参し、4～5 年前からはラピチェックとトロポニンの 2 キットを持参し調べている。又、地元警察署以外からの依頼も沢山あるため、いつも 2 人分のキットをカバンに入れて参上しており、これらのキットのおかげで、現在の所、遺族からの不平・不満はない。
- ・ 交通事故死で、検案をした事のない交通課の人がいるので、私がする羽目になり、知った鑑識の人にメモ書きしてもらっている。課が違えばノータッチなので困る。事故死係には、検案のできる人を配置してほしい。海上保安庁からの連絡で行ったところ、水死の際の解剖になり、報酬がないので言ったところ、お菓子を持って来たのみ。費用が出ないのなら行かないし、連絡もしてこないでほしい。
- ・ 日常的に診療時間内 1～1.5 時間外来不在となり、外来患者の待ち時間が増えて申し訳ない。夜間深夜の体力負担多い。検視の感染不安（警察官ともに）。検案料、検案書料出張料、家族負担をどうするか？状況によって（当方の自己負担により）減額している。血液検査も当方自己負担。
- ・ 検案調書が 6 枚の感光紙のため相当の力が必要なのでワープロで書けるようにしてほしい（手根管症候疾病予防のためにも）。腐乱死体を含め感染・防臭のため白衣や着衣の予防着

に配慮してほしい。遺族などに紹介されるとき警察医として紹介されるので検案医師の的確な身分を決めてほしい。介護保険を利用した症例はできるだけ介護経過表や医師意見書のコピーを取得してほしい。

- ・ 検案依頼の時間帯は警察が考慮してくれ（診察時間、中、夜間は依頼しないなど）困ることはない。報酬額に関しても不満はないが、やはり検案医の数が足りない。現状では検案研修を受けてから登録されるのが1年がかりであり、限られた頻度で行われている研修を逃すと新たに登録されるのが数年単位で遅れることとなる。
- ・ 他県の場合は知らないが、東京多摩地区では救急センター・救急外来での急死は殆ど警察を介して検案医に廻される。高齢で心肺停止状態にて運ばれ、家族も何もしないで静かに死なせてほしい様で、何の医療情報も知らされず困惑することがある。死亡宣告の前に、頭部・胸腹部のX線 CT など最低の検査をして検案に廻すようお願いしたい。又在宅死の場合にも、かかりつけ医ができるだけ多くの生前の病状を知らせる様な連携体制をつくって頂きたい。
- ・ 長年、検視立ち会いをしているが、年齢と共に深夜の検案はきつく感じるため、ぜひ若い方に警察医になってほしい。
- ・ 死体検案業務は自分自身、ボランティア精神を含めて対応しているが、死因究明が国策となり、又、大規模災害などで危険のある場へ出向く事もあるとすれば、確固たる身分保障が必要であり、それに見合うものも必要となる。又、その様にしないと、検案を担う新たな後継者は、増えてこない。
- ・ Ai 等を含め、死亡原因究明や解剖等について料金をどのように支払うかなど大きな相談場所があれば助かる。現状では外表からの診察が中心のため不安。また検案の研修会を地方でも行っていただきたい。
- ・ 東京はまだ恵まれていると思うが解剖となると法医学の医師、警察担当者の負担は大きい。法医学教室の金銭的待遇を改善し、人材を確保することが必要。警察の負担も軽減しないと警察官の他の業務に支障が出てくるのでは？今後の日本の高齢化社会には関係者のマンパワーが必要。
- ・ 各都道府県で実施方法が異なるようで、統一したものを通知したらどうか。報酬も労力の割には低い。
- ・ 検案時の公務災害の保険に入っているのかどうか知りたい（交通事故や感染症になった時の保険）。
- ・ 小生の場合は午前0時～6時の間はコールされないことになっているが、その時間帯以外は全てオンコール待機。当然アルコールも摂らず、朝の診察前の検死は特にあわただしいが間違いのないよう慎重に遂行している。診察もフルに働くわけだから本当に大変。このような想いをしてでも頑張るのは、現場の警察官の寝食を忘れて努力する姿に応えたいからである。現場は大変な想いでやっているが関東地区の高名な先生の書く著作には、あたかも“開業医が検死にあたっているから死因があやふやになってしまう”かのように書かれていることが

多く悲しい。

- ・ 臨床医からの情報提供のあり方について、個人情報保護をたてに情報提供を拒否するなど臨床医の無知が目にあふ。検査データ、所見の開示などで日々ストレスを感じている。非常勤で勤務している施設は患者負担で Ai を行っているが、現在検案を行っている地域では Ai に対する意識が低く、CPA に検査すら行わない施設があるのはいかがか。
- ・ 死因不明の場合が多い。土・日など病歴を聞けない時困る。
- ・ 2 人で行っているが 1 人が高齢又は病氣入院などで、長期離脱されると負担が重く大変。予備の医師を 3 人目として、登録してもらえると助かる。
- ・ (1) 検視・検案対象のご遺体に対し、血清の冷凍保存を行う必要がある。最近では、京都・大阪の青酸薬物による遺産目的毒殺事件、古くは保険金目的トリカブト殺人事件等、死体の血清保存をしていなければ、病死と判定され犯罪が認知されなかったと思われる。犯罪は狡猾・巧妙化している。犯罪暗数を限りなくゼロにするためにも、血清保存は必要。大阪府警が率先して血清保存システムを予算化してほしい。(2) 実際の検視・検案事例（犯罪が関与した司法解剖も含む）を元にした研修会。臨床で言えば「症例報告」であるが、ケース・スタディを学ぶことにより、即実践に大いに役立つと思われるので、実際の事件の司法解剖例もケース・スタディに加えるべきである。犯罪案件死体を学ぶことにより、犯罪性のない死体を学べる。学生時代、法医の講義で、状況的に誰が見ても他殺と思われるケースを、当時の教授が見事に自殺と証明したことがあり、今でも記憶している。(3) 実技の講習について、臨床医なので腰椎穿刺はできるが、後頭穿刺はやったことがない。患者の心腔穿刺や大動脈穿刺は経験しているが、死体の穿刺は経験がない。トロポニン T 測定や髄液採取に賛否あるだろうが、穿刺の方法・コツを学びたい。(4) 遺族とのトラブルの問題について（自分は経験ないが、総論として）、自分の書いた検案書に関して遺族がクレームをつけたり、裁判に巻き込まれたりすることもないと言い切れないし、暴力団等が介入してくるかもしれない。そういう場合に警察医を守ってくれる（あるいは間に入ってくれる）システムが必要。強要・脅迫等がなければ、警察は「民事不介入」であろうが、個人的には、保険会社が出てきた時は医師会に怖い人が出てきた時は警察に守ってほしい。“自分で弁護士を依頼して何とかして下さい” はよくない。
- ・ 死体検案は、概ねもう一人の警察医が担当しており、ごく稀に要請がある。
- ・ 普段から 1 時間以内に帰れるよう外出するようにしており、難しい時間帯は予め警察に連絡している。今は使命感・責任感で努めているが、あと何年頑張れるか不安。
- ・ 検視は警察署か死亡者の自宅、又は発生の現場（緦頸の河川敷、山林等）の様に遠くの大学病院まで行くこともある。身分保障が全くない、ボランティア精神もない。刑事の車で、事故で受傷し手術となった警察医がいたが全然補償がなかったと聞く。感染防御は出来ず、狭い霊安室でインフルエンザの遺体と一緒にいて感染した人があるときく。
- ・ 特に感染防御については警察官も含め、十分注意が必要と思われ、それに対する物品の補充が必要である。ついでに担当署の留置人数は多く、常時 30 数人にのぼり定期検診の多いの

がかなり負担となっている。

- 日本は CT 等の医療設備の普及が進んでおり、虚血性心疾患の治療としての冠インターベンションの技術や件数もすばらしい。にもかかわらず、死因第 2 位の虚血性心疾患が減らない。そのため、WHO から日本の医療水準は低く見られている。これは高齢者の死亡が増えていることと、我々が行っている検案で直接死因として急性心筋梗塞（推定）、虚血性心疾患（推定）という推定の記入もカウントされているからなのでは。従って、「(推定)」という記入は、死因のカウントから除外すべきでは。
- 解剖を指示したが、ペアの警察医に「急性心不全」と書いてもらい、本部に聞くに至らなかった事例があった。
- 検案の実情として、病歴や状況は、警察の担当者が遺族等から聞き取った情報が中心となるが、あとで家族に問い合わせると異なるなど、不十分な事がある。本来は直接聞き取るのがベストだが時間的な事などで困難。夕方、休日や夜間は、かかりつけ医や病院と連絡がつかず、病歴が不明の事もしばしばあり、警察は事件性がないとの事で早急に検案書の発行を求めるが、そんな時は不安がある。
- 死因決定のため死因究明について理解してもらい、病院等医療機関からの情報提供を望む。また、救命時の検査、画像診断あるいは Ai など、積極的に協力してほしい。正確かつ正しい死亡診断書、死体検案書の作成の再教育が必要と考える。
- 現体制がベストだと思わないが代案は思いつかない。（開業医が）監察医をつくるシステムを考えてもかなりハードルが高い。
- 現在、死体検案業務の地域差、個人差がとても大きいように感じる。共通のカリキュラム研修に基づいた「日医認定警察医」のような制度を研究してみると公的な身分保障がし易くなると思う。独占禁止法とのからみで難しいところだが、標準的検案料金を例示して検案料金を大きな地域差が出ないようにする工夫が求められる。健康保険の活用もしくは参照も一案。
- 大阪府下の警察医は、検屍は立ち合うが、大阪市内の警察医は死体検案勤務に出勤しない（府監察医務事務所があるから解剖をそこで行っているため）。府下では検死の際犯罪と関係有り判断すれば、大学における検死、解剖を依頼する習慣になっている。将来は東京の様に監察医務院をおくべき。
- 警察医になる若い先生が居ないため、後継が困難になってきている。
- 事件性のないものが検案依頼としてくるので、検死検案をその都度行っている。先ごろの毒殺事件をもし検案していればと思うと恐ろしい。警察の捜査、検視の精度が重要になってくる。扱う死体は変死体であるので、それなりの手間はかかるのがしかたがない。Ai 神話ももう少し時間がかかると考える。
- 昨年 1 年間で約 250 件、今年 1, 2 月で 50 件検案している。警察医になってからは 5,000 件ほどしており、その他職員検診月 1 回、留置所検診月 2 回と警察に行っている。83 才になり自宅診療もしているため、休みがなく、ほとんど毎日警察より電話がある。もう少し待遇改善をお願いしたい。

- ・ いわゆる看取り等もう少し制度を（国、医師会で）しっかり確立する必要がある。Ai は解剖と併せて行う事が必要。
- ・ 大阪府警では薬毒物検査については刑事課ですでに実施しているようだ。トロポニン検査等を大阪府警本部の依頼があつて実施することがある。
- ・ 大阪市内の為ほとんどなし。
- ・ 3/16 が納税期限でもあり、アンケート調査時期の適正化を希望。
- ・ 検案による感染（本人と担当刑事）、交通事故が心配。所轄の警察署による送迎あり。
- ・ 検案書作成料は警察がたてかえるべき。診療中に遺族が受け取りに来院するため、本来の業務に支障が出る。警察署会計課が遺族から徴収し警察医に支払うよう、改めて頂きたい。
- ・ 交通事故の検案の為、CT、MRI 等の諸検査は般送された救急病院にて実施されており、検案のみ行っている。費用は通常の往診料、死亡診断書料を勘案して算出している。
- ・ 大阪市内では死体検案はしていない。
- ・ 現在は検査のほとんどが警察で施行された後、後頭窩穿刺位他はすべて実施済となっている。その後本部からの指示によって検案書の作成となり、ほとんど立ち合いだけである。警察の判断と自己判断（説明と観察）との一致不一致の見極めが重要。
- ・ 腐乱死体・焼死体等、検視困難例の場合別途加算してよいか悩んでいる。当地区で検死ができる医師は自分 1 人だけなので、不在の場合は他地区の医師に依頼することになる。
- ・ 監察医務機関のため、他地域とは検案のシステムが異なり、生命保険等を目的とした検案書追加発行を除き、遺族負担はない。
- ・ 検視で疑念が生じた際、手軽に解剖ができる制度を望む。また、薬物検査は簡易キットだけでは不十分であり、全例、GC/MS や LC/MS での検査ができるようにしてほしい。
- ・ 現在、75 歳の内科・消化器科を主な診療対象としている開業医である。50 歳で開業、65 歳頃までは警察の要請のある時は、ほぼ全例検案業務についてきたが、65 歳以後、内臓疾患、腰痛、加齢等、身体的に無理ができなくなり、最近ではほとんど警察からの要請もない状況。
- ・ 全国の状況など聞くと、全く当方に関しては警察の意見に従っている感じなので、問題はあがるが仕方がない状態と思っている。
- ・ 大学からの当直医が検案時に深い溝に落ちて、もう少しで大外傷を受傷しかけたことがあり、もし大怪我をしていたらと思うとぞっとした。料金は何らかの指標が欲しい。平日でも多くの外来患者を放って出かけるわけだし、夜中の Ai などでも神経を使ってやっている。勉強会には積極的に参加するので、また計画してほしい。（Ai は、自施設で実施している。料金は、時間内～深夜で違う（34,320～39,120 円）。）
- ・ 警察署の車による送迎、警察から業務料 3,000 円程度。マスク、手袋着用、場合によってはガウン着用。当地区は 3 人体制。死因不明の場合、病院で CT 検査等実施。検死、解剖に国による資金面の充実を希望する。
- ・ 病院等で診療を受けている患者で急死の場合、経過を知らずに死体検案をさせられることが多いので、主治医が関与してほしい。また、なるべく剖検で死因を解明してほしい。

- ・ 警察署等管轄地域が広域のため、現場まで片道 45～50 分かかかる事が年に数回あり、診療に負担がかかる。できれば署での遺体搬送ができるとよい（遠方の人の場合）。また、在宅者異常時に救急隊へ連絡がなされると、警察に直ちに連絡（心肺停止例）され、病院への搬送が向こうの場合検案例となり出務依頼される。このうち、病死、自然死が明らかな例（癌末期で最近退院した様な例）は、死亡診断書で良いものもあり、家人、かかりつけ医、病院主治医の理解、協力があれば検案例が減るものと思われる。
- ・ 当県は、ほとんどの警察医は世襲である。報酬も当てにしていなかったが、数年前より数千円が振り込みされているようで、金額は定かではない（関心がない）。当県では警察医が高齢化しており、死因究明体制を整えるため若返りが必要。
- ・ 在宅や施設での看取りについて検討すべき。
- ・ 死体検案にかかる報酬額は、地区医師会より 1 件 7,000 円の補助が出ている。私は、愛知県の民間病院の院長で、警察医でも監察院医師ではないが、警察からの依頼で、検案立会医とは協力している。最終的な諸事項の決定は県警の検視官が行っているようで私の意見を述べてもなかなか受け入れられない。愛知県は解剖のケースも少ないと聞いており、地区警察により、まちまちの実情のようだ。

(巻末資料3)

アンケート調査結果の基本データ

各表の上に記した図番号は、
報告書本文中の対応する図を示す。

回答者の年齢層 (図 a-1)

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代以上	無回答	合計
人数	1	5	51	172	215	110	55	5	614
割合	0.2%	0.8%	8.3%	28.0%	35.0%	17.9%	9.0%	0.8%	100.0%

回答者の性別 (図 a-2)

	男性	女性	無回答	合計
人数	543	14	57	614
割合	88.4%	2.3%	9.3%	100.0%

所属施設での立場と警察の検視との関わり (複数回答可) (図 a-3)

	医療機関の開設者、 管理者……A	A以外の勤務医	研究者 (法医学教室、病理学教室など)	警察の検視に立ち会う (「警察医」「検視立会い医」「協力医」などとして登録や嘱託を受けている)	監察医 (常勤、非常勤を問わず)	無回答	合計
人数	514	40	17	324	18	4	917
割合※	83.7%	6.5%	2.8%	52.8%	2.9%	0.7%	

※全回答者数(n=614)における割合

所属施設が所在する都道府県（図 a-4）

	件数	割合		件数	割合		件数	割合
北海道	16	2.6%	福井県	2	0.3%	山口県	10	1.6%
青森県	0	0.0%	山梨県	7	1.1%	徳島県	2	0.3%
岩手県	8	1.3%	長野県	5	0.8%	香川県	10	1.6%
宮城県	15	2.4%	岐阜県	17	2.8%	愛媛県	0	0.0%
秋田県	6	1.0%	静岡県	0	0.0%	高知県	5	0.8%
山形県	5	0.8%	愛知県	30	4.9%	福岡県	47	7.7%
福島県	5	0.8%	三重県	10	1.6%	佐賀県	8	1.3%
茨城県	7	1.1%	滋賀県	7	1.1%	長崎県	15	2.4%
栃木県	10	1.6%	京都府	9	1.5%	熊本県	0	0.0%
群馬県	10	1.6%	大阪府	81	13.2%	大分県	8	1.3%
埼玉県	38	6.2%	兵庫県	35	5.7%	宮崎県	9	1.5%
千葉県	22	3.6%	奈良県	8	1.3%	鹿児島県	11	1.8%
東京都	34	5.5%	和歌山県	8	1.3%	沖縄県	10	1.6%
神奈川県	0	0.0%	鳥取県	4	0.7%	無回答	21	3.4%
新潟県	12	2.0%	島根県	9	1.5%	合計	614	100.0%
富山県	9	1.5%	岡山県	12	2.0%			
石川県	5	0.8%	広島県	12	2.0%			

所属施設の種別（図 a-5）

	病院	有床診療所	無床診療所	監察医務機関、研究機関 (大学法医学教室等)等	その他	無回答	合計
人数	101	76	404	20	5	8	614
割合	16.4%	12.4%	65.8%	3.3%	0.8%	1.3%	100.0%

所属施設の開設主体別（図 a-6）

	国 (独立行政法人を含む)	都道府県、市町村 (大学の開設者を除く)	公的機関 (日赤、済生会など)	社会保険関係	私立学校法人、国立大 学法人、都道府県等 (大学の開設者)	財団法人、社団法人	社会福祉法人	医療法人	個人	その他	無回答	合計
人数	8	17	4	1	7	8	1	292	261	2	13	614
割合	1.3%	2.8%	0.7%	0.2%	1.1%	1.3%	0.2%	47.6%	42.5%	0.3%	2.1%	100.0%

年間（H. 26 年 1 月～12 月）の検案経験数（図 a-7）

	0 件	10 件 以下	20 件 以下	30 件 以下	40 件 以下	50 件 以下	100 件 以下	200 件 以下	500 件 以下	500 件 超	無回答	合計
人数	51	146	72	54	43	32	87	63	16	7	43	614
割合	8.3%	23.8%	11.7%	8.8%	7.0%	5.2%	14.2%	10.3%	2.6%	1.1%	7.0%	100.0%

検案業務経験年数（図 a-8）

	0	1 年 以下	5 年 以下	10 年 以下	15 年 以下	20 年 以下	25 年 以下	30 年 以下	35 年 以下	40 年 以下	40 年 超	無回答	合計
人数	6	13	73	117	81	88	45	88	19	29	17	38	614
割合	1.0%	2.1%	11.9%	19.1%	13.2%	14.3%	7.3%	14.3%	3.1%	4.7%	2.8%	6.2%	100.0%

検案業務の頻度（図 a-9）

	警察の検視に立会うことが 日常的にある	警察からの依頼以外で、検 案をすることが時々ある (年に3～5回程度)	検案をおこなうことは 稀である	無回答	合計
人数	485	18	80	31	614
割合	79.0%	2.9%	13.0%	5.0%	100.0%



	半年に 一度程度	1 年に 一度程度	2 年 以上に 一度程度	無 回 答
人数	18	20	25	17
割合	2.9%	3.3%	4.1%	2.8%

検案をおこなった曜日

	平日	土曜	日曜、祝・休日	無回答	合計
人数	373	33	95	113	614
割合	60.7%	5.4%	15.5%	18.4%	100.0%

検案をおこなった時間帯

	午前8時頃～ 午後5時頃	午後5時頃～ 深夜0時頃	深夜0時頃～ 午前8時頃	無回答	合計
人数	299	153	50	112	614
割合	48.7%	24.9%	8.1%	18.2%	100.0%

検案実施の曜日と時間帯からみた人数（図 b-1）

	午前8時頃～ 午後5時頃	午後5時頃～ 深夜0時頃	深夜0時頃～ 午前8時頃	無回答	合計
平日	218	109	32	14	373
土曜	15	14	4	0	33
日曜、祝・休日	50	24	10	11	95
無回答	16	6	4	87	113
合計	299	153	50	112	614

検案事例を担当することになった経緯（図 b-2）

	警察から検視立会いを 依頼され、一連の流れで 検案を実施した	診療の過程で （救急診療等で死亡後に 初めて診察した	その他	無回答	合計
人数	560	8	18	28	614
割合	91.2%	1.3%	2.9%	4.6%	100.0%

検案に際して実施された検査（図 b-3）

	実施されていない	以下の検査が実施された	無回答	合計
人数	223	168	223	614
割合	36.3%	27.4%	36.3%	100.0%

検案における検査種別（複数回答可）（図 b-4）

	薬毒物検査	髄液・体液・血液・尿等の生理・生化学的検査	A _i （死亡時画像診断）	解剖（司法・行政・新法・第三者機関による解剖）	その他	無回答	合計
人数	146	281	128	102	29	252	938
割合※	23.8%	45.8%	20.8%	16.6%	4.7%	41.0%	

※全回答者数(n=614)における割合

各種検査における実施施設区分、費用負担区分、検査結果情報の有無（複数回答可）（図 b-5～7）

	検査種別	実施した施設				費用負担						情報提供			
		自施設	他施設	無回答	計	公費	遺族	施設	不明	無回答	計	有	無	無回答	計
検査種別	薬毒物検査	13.7%	69.9%	16.4%	100.0%	75.3%	0.7%	2.1%	8.9%	13.0%	100.0%	66.4%	24.0%	9.6%	100.0%
	髄液・体液・血液・尿等の生理・生化学的検査	24.2%	60.9%	14.9%	100.0%	55.5%	9.3%	5.7%	17.1%	12.5%	100.0%	58.0%	24.6%	17.4%	100.0%
	A _i （死亡時画像診断）	40.6%	48.4%	10.9%	100.0%	52.3%	10.9%	1.6%	18.0%	17.2%	100.0%	65.6%	16.4%	18.0%	100.0%
	解剖（司法・行政・新法・第三者機関による解剖）	15.7%	66.7%	17.6%	100.0%	56.9%	1.0%	0.0%	17.6%	24.5%	100.0%	56.9%	28.4%	14.7%	100.0%
	その他	17.2%	31.0%	51.7%	100.0%	24.1%	10.3%	0.0%	17.2%	48.3%	100.0%	34.5%	27.6%	37.9%	100.0%

薬毒物検査における情報提供と費用負担（図 b-8）

		費用負担					
		公費	遺族	施設	不明	無回答	計
情報提供	有	82	0	2	9	4	97
	無	20	0	0	4	11	35
	無回答	8	1	1	0	4	14

髄液・体液・血液・尿等の生理・生化学検査における情報提供と費用負担（図 b-9）

		費用負担					
		公費	遺族	施設	不明	無回答	計
情報提供	有	105	14	13	22	9	163
	無	31	5	0	21	12	69
	無回答	20	7	3	5	14	49

Ai（死亡時画像診断）実施時の情報提供と費用負担（図 b-10）

		費用負担					
		公費	遺族	施設	不明	無回答	計
情報提供	有	52	12	1	15	4	84
	無	4	0	0	4	13	21
	無回答	11	2	1	4	5	23

解剖（司法・行政・新法・第三者機関による解剖）実施時の情報提供と費用負担（図 b-11）

		費用負担					
		公費	遺族	施設	不明	無回答	計
情報提供	有	45	0	0	9	4	58
	無	4	1	0	6	18	29
	無回答	9	0	0	3	3	15

その他の検査実施時の情報提供と費用負担（図 b-12）

		費用負担					
		公費	遺族	施設	不明	無回答	計
情報提供	有	5	1	0	3	1	10
	無	0	0	0	0	8	8
	無回答	2	2	0	2	5	11