

**厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業  
高齢化社会における死因究明の在り方等に関する研究  
(H26 特別 指定 003)**

**平成 26 年度 総括研究報告書**

**研究代表者 今 村 聡**

**平成 27 年 3 月**

**研究代表者 今 村 聡**

**厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）**

**高齢化社会における死因究明の在り方等に関する研究**

**総括研究報告書**

**研究代表者 今 村 聡**

**目次**

<b>総括研究報告書</b> .....	1
A. 研究目的 .....	2
B. 研究方法 .....	3
C. 研究結果 .....	4
D. 考察 .....	9
E. 結論 .....	24
<b>巻末資料</b> .....	25
(巻末資料1) アンケート調査票「設問 7」におけるその他欄のコメント .....	25
(巻末資料2) アンケート自由記載欄におけるご意見ご要望(要約) .....	26
(巻末資料3) アンケート調査結果の基本データ .....	53
(巻末資料4) アンケート調査票 .....	64
(巻末資料5) 死亡診断書(死体検案書)検討様式 .....	67

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

総括研究報告書

高齢化社会における死因究明の在り方等に関する研究

研究代表者 今村 聡（日本医師会 副会長）

研究要旨

**【目的】**わが国では高齢化の進展に伴い、今後在宅において死亡する高齢者、孤独死等の増加により、死因の究明が困難な事例も増加していくことが予想される。政府は死因究明等推進計画を策定し（平成 26 年 6 月）、今後は死因究明の充実に向けた取り組みを進めることとしており、本研究は、この課題の解決に向けて、検案の実施体制に関する実態把握、検案する医師の能力向上のための教材開発を行い、必要な提言を行おうとするものである。本研究は、警察の検視への立ち会い、検案を担う医師（いわゆる警察医）を組織する日本医師会及び都道府県医師会等の全面的な協力を受けることにより、より実態を反映した研究結果が期待される。

**【方法】**法医学、病理学等の専門家、都道府県並びに都市医師会等の協力の下に、検案に必要な検査・解剖の範囲、料金の負担割合等の実態を把握するため、各都道府県医師会の「警察活動に協力する医師の部会（仮称）」に所属する全国 1,000 名の医師を対象に、平成 26 年 2 月下旬、都道府県医師会長あてに各々の所属会員数に応じて案分した件数のアンケートを郵送し、郵便及び F A X にて回収を行い集計した。また、研究分担者、研究協力者らで構成する会議を開催し、e-learning の教材等の作成及び死亡診断書（死体検案書）の制度全体に係る課題の整理及び提言をとりまとめた。

**【結果】**アンケートについては、回収率、有効回答率ともに 61.4 パーセントと、高い結果が得られ、アンケートの最後に設けた自由記載欄においては、検視立ち会い、死体検案などの業務をめぐる待遇、安全対策、料金負担のあり方、死因究明体制全体のあり方について、地域の実情や意見、要望について、数多くのコメントが得られた。また、死亡時画像診断に特化した e-learning システムとして、提示された症例と画像から、読影と診断を学習できるサイトを開設した。さらに、研究分担者、研究協力者らで構成する会議およびメーリングリストを活用した意見交換を行った結果、死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトを開発した。

**【考察および結論】**アンケート集計結果を、3 つの質問群（回答者属性・具体的検案業務内容・検案検査料金と報酬）から概観したところ、検視立ち会い・検案を担う医師の人材不足と、報酬や身分保障の面での課題が多いことが明らかとなり、検案の現場を担う医師からは、死亡時画像診断の活用をはじめ、検案業務に関する研修の機会の充実など、具体的な施策を求める意見や提言も多く聞かれた。検案を担う医師が死亡時画像診断に習熟しやすい環境を整えるためにも、e-learning システムをさらに学習効果の高い内容へと進化させていく必要があるとともに、死亡診断書・死体検案書作成支援ソフトについても、早期の実用化をめざすべきと考えられた。

研究分担者 松本 純一（日本医師会 常任理事）  
澤 倫太郎（日本医師会総合政策研究機構 研究部長）  
上野 智明（日本医師会総合政策研究機構 主席研究員）  
水谷 渉（日本医師会総合政策研究機構 主任研究員）  
研究協力者 海堂 尊（作家・放射線医学総合研究所）  
川口 英敏（元日本警察医会副会長）  
河野 朗久（大阪府警察医）  
小林 博（岐阜県医会長）  
西川 好信（日本医師会総合政策研究機構 研究員）  
細川 秀一（愛知県医理事、愛知県検視立会医）  
山本 正二（Ai情報センター 代表理事）

## A. 研究目的

我が国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、更に、世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していくことが予想されている。在宅医療の推進等により、医療機関以外の在宅において死亡する高齢者数も増えて行くものと見込まれ、孤独死等の増加により、死因を究明することが困難な事例も増加していくものと考えられる。

その際には、死体検案書を発行する機会が多いものと想定されるが、検案にあたり、公衆衛生の向上を目的として、薬毒物検査、死亡時画像診断、解剖などの必要な検査・解剖の範囲が明確ではなく、検案に係る費用及び検案

書発行料は、いわゆる自由診療の範囲であるため、死亡診断書と同様に料金が地域によって異なるという課題がある。

政府において死因究明等推進計画を策定し（平成26年6月）、今後は死因究明の充実に向けた取り組みを進めることとしており、本研究においては、平成26年度においてこれらの課題に関する実態把握を行い、必要な提言を行うことを目的とする。

なお、死亡診断書の精度向上については、日本病院会を中心とした先行研究があるが、死体検案書に特化して、検案に関する制度全体の在り方を含めた研究はこれまで実施されていない。本研究が実施されれば、我が国の実態を調査した初めての研究となる。また、本研究は検案を担う医師（いわゆる警察医）を組織する日本医師会及

び都道府県医師会等の全面的な協力が期待され、より実態を反映した研究結果が期待される。

「死亡診断書の精度向上における診療情報管理士の介入による記載適正化の研究」

(研究代表者：大井 利夫 一般社団法人日本病院会)

## B. 研究方法

### 1. アンケート調査

【検案業務をめぐる実態調査アンケートの実施】

本研究全体を進めるうえで前提となる基礎的な情報として、現状における検案業務の実態を把握するため、広く全国の警察活動に協力する医師(いわゆる“警察医”)を対象としてアンケート調査を行った。

具体的には、都道府県医師会の「警察活動に協力する医師の部会(仮称)」に所属する医師を中心とした、全国1,000名を対象に、実際の検視立ち会い、検案業務において実施している検査行為の内容やそれらの料金、報酬等の現状等について、匿名で回答を求めた。都道府県医師会宛に、所属する会員数に応じて按分した数のアンケート票を送付し、協力可能な医師の適宜抽出と回答を依頼した。

回答を求めた事項は、回答者の属性をはじめ、回答者自身が直近に経験した検案事例について、実施日(曜日・時刻)や経緯を尋ねる事項の他に、具

体的に実施された検査と、検査費用をどこが負担したか、検査結果の情報提供の有無について、検案書の作成者等について尋ねる事項がある。

また、回答者が主に従事している施設、地域の実情について尋ねる事項として、死体検案にかかる標準的な報酬額とその決定方法、薬毒物検査・死亡時画像診断・解剖等の検査実施における料金について回答を求めた。

### 2. 基本的な検案の能力を維持・向上するための教材の開発

【死亡時画像診断(Ai)におけるe-learningシステムの開発】

日常的には警察の検視・死体調査に立会う機会が少ない医師等が、必要な場合に十分な検案をできるよう、基本的な検案能力の維持・向上に資する教材(e-learning等)を開発することとした。

特に今年度は、死亡時画像診断に関して、死後のCT画像と生前の臨床情報から死因を推定し、死亡時画像診断の診断能力を向上させる教材の作成に着手した。

死亡時画像診断については、現在、政府においては、小児死亡事例に対する死亡時画像診断のモデル事業を、日本医師会を委託先として実施し、今後の小児への全例実施に向けた検討を行っていることから、教材開発においても、小児死亡例を可能な限り優先的に取り扱う方針とした。

開発に際しては、一般財団法人 Ai 情報センターにおいて蓄積された症

例について、放射線医学、救急医学、小児科学、病理学等の専門家による症例解説を付して、これを死亡時CT画像、生前の臨床情報と組み合わせて、e-learning教材として編集し、当面、Ai情報センターのネットワーク・サーバーを經由してインターネット上に公開し、検案を担う医師の自己学習に供することとした。

### 3. 様式を含めた死亡診断書(死体検案書)の制度の在り方全体についての検討

【死亡診断書(死体検案書)作成ソフトの開発】

1のアンケート調査結果を踏まえて、死亡診断書(死体検案書)の様式及び制度の在り方全体を検討するにあたっての課題を整理することとした。

具体的には、死亡診断書(死体検案書)の新様式の検討を行ううえで、現状の様式に追加すべき項目を検討することとし、まず「新たな提案様式案」を作成するのに先立ち、現行の書式において、原死因の精度を上げるために死亡診断書(死体検案書)の電子的作成を可能とするソフトの開発に着手した。

実用性を考慮し、従来の様式に加え、本研究事業にて検討された追加項目については別添様式として出力可能とし、項目の妥当性を検証することとした。

死亡診断書(死体検案書)に関しては、研究分担者、研究協力者らで構成する会議およびメーリングリストを

活用した意見交換を行い、上記のアンケート結果を踏まえて、様式及び死亡診断書(死体検案書)の制度の在り方全体を検討するにあたっての課題を整理し、今後取り組むべき事項について提言を行った。

(倫理面での配慮)

アンケートについては、個人情報を含まない形式で実施するため、倫理的な配慮は必要ない。

また、死体の尊厳に配慮する必要がある教材については、医師に限定したe-learning教材として公開する。

## C. 研究結果

### 1. アンケート調査結果

アンケートの発送は平成27年2月下旬に日本医師会から各都道府県医師会に発送され、平成27年4月上旬までに返送があった614通の回答を集計した。回答率、有効回答率ともに61.4パーセントで、高い回収率を得られた。

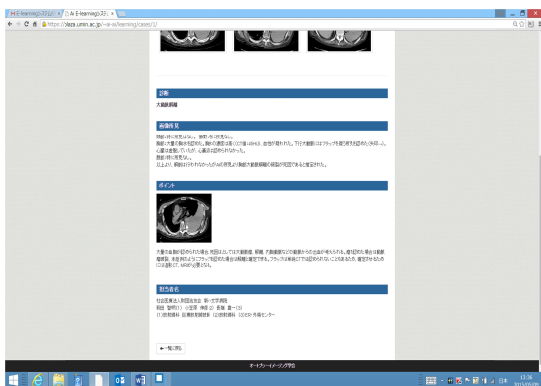
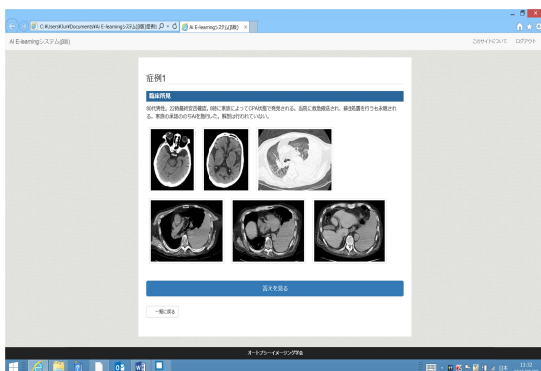
また、アンケートの最後に自由記載欄を設けたところ、検視立ち会い、死体検案などの業務をめぐる待遇、安全対策、料金負担のあり方、死因究明体制全体のあり方について、地域の実情や意見、要望について、回答者から数多くのコメントをいただいた(巻末資料2参照)。

### 2. 基本的な検案の能力を維持・向上するための教材の開発

【死亡時画像診断(Ai)におけるe-le

## arningシステムの開発】

検案における死亡時画像診断の活用を進めるため、医師が自らパソコンを利用してAi画像に特有の所見を学習することができるよう、e-learning教材の開発を進めた。今期は、その試行段階として、20症例について、学習用画面を制作した。各項目は、2ページ(画面)から構成され、まず「臨床所見」とAi画像が2~5枚程度表示され、学習者はそれをもとに診断名を推測する。次いで「答えを見る」をクリックすると、「診断」として正解の死因が表示され、その下部に「画像所見」「ポイント」が示される構成となっている。



今期の研究において試作した20症例は

以下のとおりである。

1. 大動脈解離
2. 腹部大動脈瘤破裂
3. 心筋梗塞による心破裂
4. 上行大動脈解離、心タンポナーデ
5. 腹部大動脈瘤破裂
6. くも膜下出血
7. 転落による多発外傷
8. 交通事故による多発外傷
9. 外傷性大動脈損傷
10. 頸椎脱臼骨折
11. 腹痛・下血後ショックとなり死亡
12. 腹痛・下血後ショックとなり死亡
13. 腹痛・下血後ショックとなり死亡
14. 自宅での突然死症例(くも膜下出血)
15. 大動脈解離
16. 腹部大動脈・腸骨動脈瘤破裂
17. 腹部大動脈瘤破裂
18. 慢性心不全患者の突然死
19. 交通事故による外傷死
20. 心タンポナーデによる死亡

研究班関係者にのみパスワードによ

って閲覧できる状態であるが、今後、日本医師会等のホームページからリンクを通じて、医師を対象に閲覧可能なしくみとする予定である。

### 3. 様式を含めた死亡診断書（死体検案書）の制度の在り方全体についての検討

【死亡診断書（死体検案書）作成ソフトの開発】

本研究班では前述の研究方針に従い、当面、現行の死亡診断書・死体検案書を電子的に作成できるソフトウェアを開発し、これを実用化することによって、文書作成上の人為的ミスや、統計処理上の誤差をなくすることが可能であるとの問題意識に立ち、今期はその試作版を完成することができた。このソフトウェアは、橙（DiedAi）と命名され、日本医師会標準レセプト作成ソフト（ORCA）を中心に、電子帳票作成（MI\_CAN）などと連動させることにより、さらに拡張性に優れた運用が可能となるよう設計されている。

また、日本医師会電子認証センターが発行する医師資格証（ICカード）を使って本ソフトで作成した帳票に電子署名を付することも可能とするなど、社会のIT化にも柔軟に対応可能な仕様としている。

さらに、今期は現行の書式の電子的

#### 問題一覧

##### 症例1

80代男性。22時最終安否確認。0時に家族によってCPA状態で発見される。当院に救急搬送され、蘇生処置を行うも永眠される。家族の承諾ののちAiを施行した。解剖は行われていない。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/1/>)

##### 症例2

70代男性。夕方より腹痛を訴えていた。23時に嘔吐あり。1時に救急要請。救急隊到着時JSC-10。救急車内で急変JCS-300。1時20分病院到着時CPA。その後蘇生処置を行うも永眠される。家族の承諾ののちAiを施行した。解剖は行われていない。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/2/>)

##### 症例3

70代男性。15時35分に自宅で倒れてCPA。16時12分に当院に救急搬送され、その後蘇生処置を行うも永眠される。家族の承諾ののちAiを施行した。解剖は行われていない。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/3/>)

##### 症例4

症例は50歳代男性。道路脇の雪山に乗り上げてた軽自動車内で、心肺停止状態で発見された。当院に救急搬送されたが、蘇生されずCTによるAiが施行された。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/4/>)

##### 症例5

症例は60歳代男性。脳梗塞(右片麻痺)の既往がある。心肺停止状態で当院救急外来へ搬送されたが、蘇生されずCTによるAiが施行された。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/5/>)

##### 症例6

症例は70歳代女性。脳動脈瘤に対するクリッピング術後の既往があった。倒れていたところを発見され、当院に救急搬送されたが、蘇生されずCTによるAiが施行された。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/6/>)

##### 症例7

症例は50歳代男性。薬物中毒での受診歴あり。高所から転落した状態で発見された。当時、何らかの薬物を摂取していたかどうかは不明。当院救急搬送されたが、蘇生されずCTによるAiが施行された。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/7/>)

##### 症例8

症例は30歳代男性。バイク運転中に右折しようとしたところ、乗用車と衝突。バイクは大破した。救急要請後、蘇生術が施行されたが、蘇生されずCTによるAiが施行された。  
(<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/cases/8/>)

今期は、以上の教材を試作し、u-minサーバを利用してインターネット上に公開できる準備を整えた。

<https://plaza.umin.ac.jp/~ai-ai/learning/>

平成27年3月時点では、 版として



作成を当面の課題としたが、今後の新たな書式の提案への道筋として、解剖の種別や死亡時画像診断、死因検査等の詳細についても入力可能な仕様とし、これらの情報は現行の死亡診断書・死体検案書に添付する情報提供書として出力可能な設計とした。

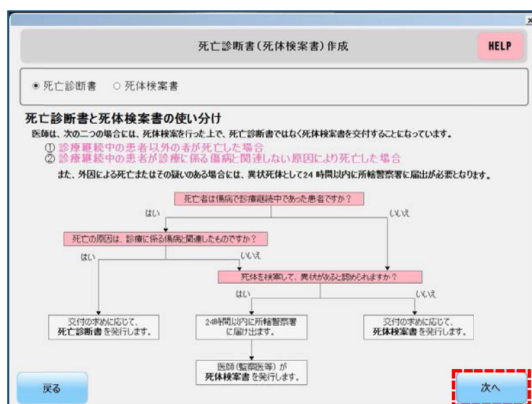


まず、「DiedAi」のソフトを起動し、ログインをすると最初にこれから行う作業を選択するトップ画面が現れる。現時点では「死亡診断書(死体検案書)作成」と「検索」(過去に作成した書類の検索)のみであるが、今後、「死産証書(死胎検案書)」、「出生証明書」等も選択可能なように改良の予定である。



ここで、「死亡診断書(死体検案書)

作成」を選択すると、次の画面では、そのいずれを作成するかを選択が求められる。ここで、死亡診断書と死体検案書の使い分けなどについての情報が画面に表示され、適切な選択を支援するしくみとしている。さらに画面右上の「HELP」をクリックすると、厚生労働省監修の「死亡診断書・死体検案書記入マニュアル(平成27年版)」が画面上に呼び出され、いつでも参照できるよう工夫されている。



作成する書類を選択すると、次の画面で死亡者の基本情報を入力する画面となり、氏名、生年月日、住所、死亡年月日、時刻、死亡場所、



さらに次の画面で死亡原因について

入力する画面となる。それぞれの項目については、入力に際しての注意事項などが表示され、正確な書類作成を支援する工夫がなされている。

病名入力欄では、傷病名の一部を入力すると候補となる傷病名が表示され、部分一致やICDコードなどから再検索することが可能としている。

次に手術の有無と内容についての入力欄に遷移し、所見などが多くなる場合には、「欄内」以外に「別添」として印字することも可能としている。

次に解剖の有無と内容の入力画面となるが、所見欄は手術と同様に、診断書の「欄内」もしくは「別添」のいずれに印字するかを選択できるようにしている。また、解剖の種別についても、行政解剖、司法解剖、新法解剖、

承諾解剖、病理解剖から選択して記録可能としているが、本欄は現行の死亡診断書書式には存在しないため、別添用紙にのみ印字される仕様としている。

また、死亡時画像診断(Ai)と「死因究明検査」(薬毒物検査や髄液、体液等の生理・生化学的検査など)についても、本ソフトウェアで独自に付加した入力項目であり、印字は「別添用紙」にのみ印字され、診断書書式には出力されない項目としている。



これらの、死亡診断書・死体検案書の書式に出力されない項目は、「死体検案情報提供書」として別に印字し、死亡診断書・死体検案書に添付することが可能である。

平成27年3月時点では、現行の死亡診断書・死体検案書の書式を電子的に作成することに関してはほぼ支障ない状態に仕上がった。

今後は、ソフトウェアとしては、他の書類の作成にも対応できるよう改

良を加えていく予定である。

## D. 考察

### 1. アンケート調査

#### 【検案業務をめぐる実態調査アンケート】

本アンケート調査は、本研究全体の基礎資料とすべく、わが国で実際に行われている検視立ち会い、検案業務の現状を質問する内容とした。質問内容は大きく3つに分かれ、

- a. 回答者の属性や検案業務の経験等についての質問
- b. 回答者が直近で経験した一事例を対象に、具体的な検案業務の内容に関する質問
- c. 回答者が所属する施設における一般的な検案や検査の料金、報酬等に関する質問

から構成される。以下、3つの質問ごとに集計結果を概観しつつ考察を加える。

#### a. 回答者の属性について

回答者属性についての集計結果は、図a-1～図a-9のとおりである(n=614)。

本アンケート調査に協力をいただいた医師の年齢層(図a-1)では、60歳代が最も多く35.0%、次いで50歳代が28.0%であり、80歳代以上も9.0%であった。一方で40歳代以下は合計で9.3%にとどまっており、また性別(図a-2)では女性の割合が2.3%に過ぎず、全体的に高年齢層の男性が多い回答者

の分布は、警察の検視立ち会いに従事している医師の現状をある程度反映しているものと見られる。

回答者の所属施設での立場と警察の検視との関わりについて複数回答可として尋ねたところ(図a-3)、全体(614名)の8割以上(514名)が、医療機関の開設者、管理者であり、また半数以上(324名)が警察の検視立ち会い医、警察医、警察協力医などとして登録されている医師であった。一方で、法医学教室等の研究者(17名)や監察医の立場(18名)との回答も少数ながらあった。

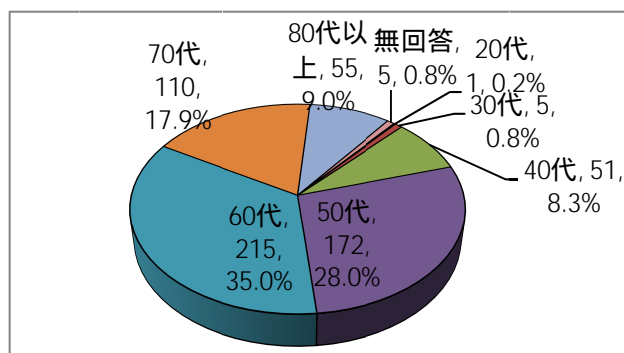
回答者が所属する施設の種別(図a-5)では、全体(614名)の65.8%が無床診療所、16.4%が病院であり、およそ8割弱(78.2%)が有床又は無床の診療所であった。また、開設主体別(図a-6)では、全体の47.6%が医療法人、42.5%が個人で、これら二者で全体の9割を占めた。なお、所属施設の所在地を都道府県別で尋ねた質問(図a-4)については、本調査では、日本医師会から、各都道府県医師会宛に所属会員数に応じて按分した数の調査票を送付したことから、都道府県医師会ごとに既存の警察医会との連携体制の強弱によって回答率に大きな差異が見られたものであり、検視立ち会い業務の実態との関連性は見られない。

次に回答者の検案業務経験についての質問では、年間の経験例数(図a-7)は、全体(614名)の約2割(146名)が10例以下である一方、50例から100例が

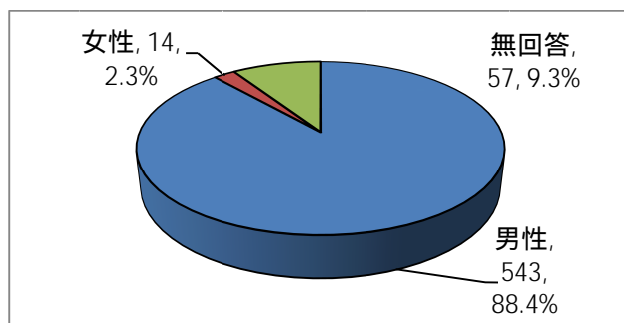
14.2%(87名)、100例から200例が10.3%(63名)と、多くの症例を担当される医師も相当数あった。中には、1.1%(7名)と少数ではあるが、年間500例を超える回答者もあり、わが国の医師全体からみれば、一部の医師が検案業務の大部分を担っているという実態を推察することができる。回答者の検案経験年数を5年ごとに集計したところ(図a-8)、5年から10年との回答が19.1%と最も多かったが、その他の経験年数についてもほぼ1割以上の回答があり、本調査の回答者の範囲においては、全体的には経験年数の均衡が保たれていると見ることができる。

また、検案業務の頻度(図a-9)については、79.0%(485名)が警察の検視に立ち会うことが日常的にあるとの回答であったが、本調査の趣旨からは想定される結果といえる。

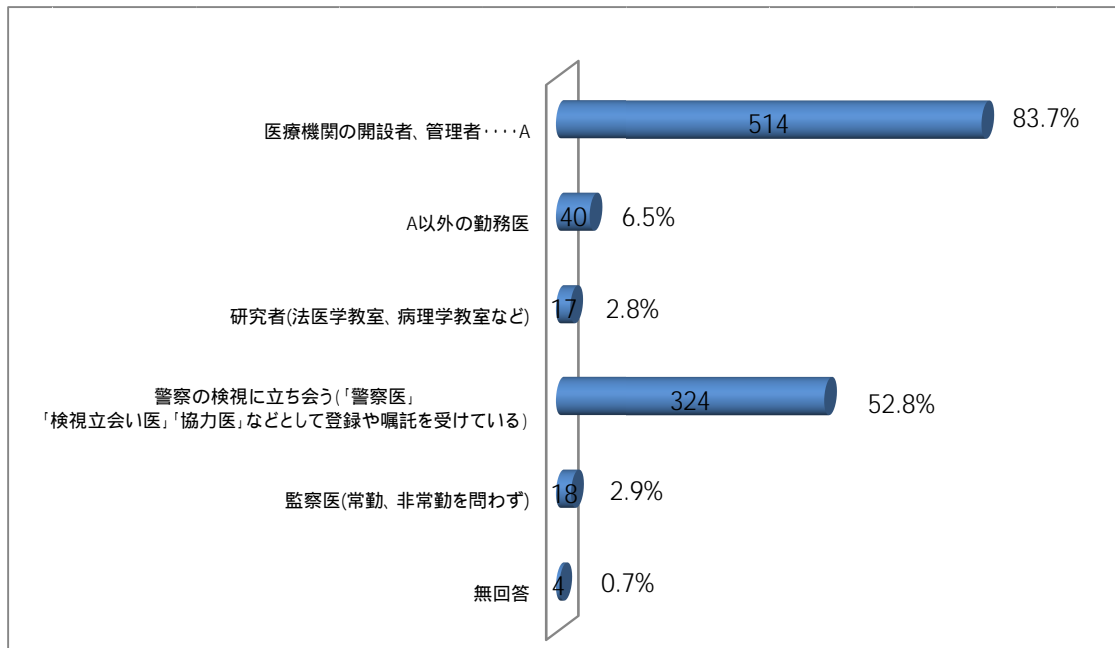
図a-1 回答者の年齢層からみた人数と割合



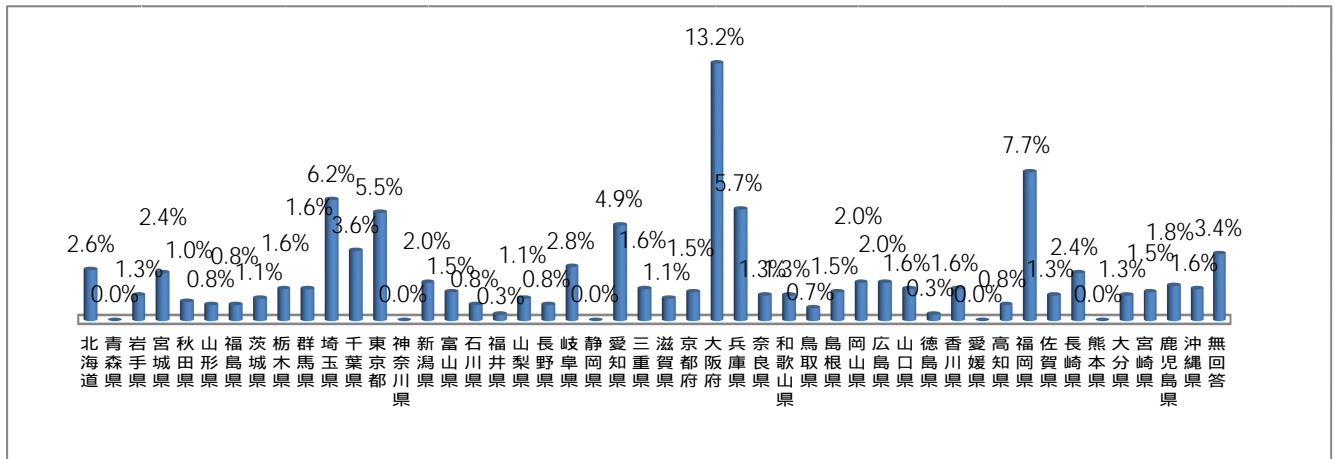
図a-2 回答者の性別からみた人数と割合



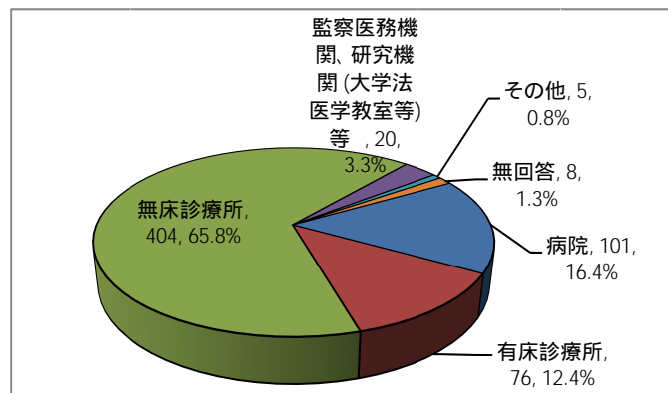
図a-3 所属施設での立場と警察の検視との関わりからみた人数と割合(複数回答可)



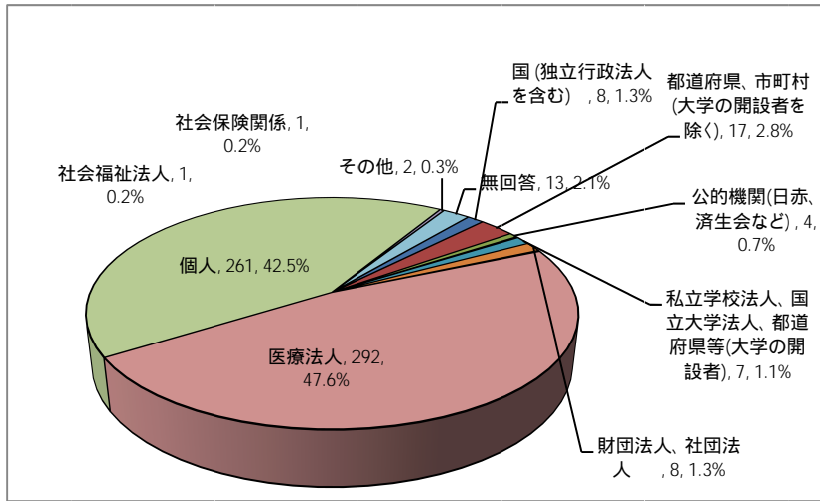
図a-4 所属施設が所在する都道府県別割合



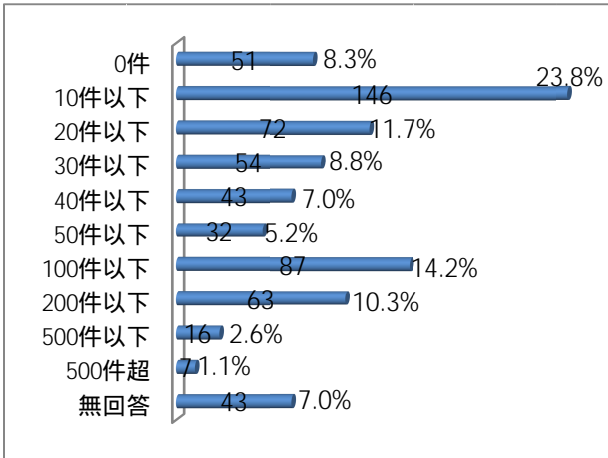
図a-5 所属施設の種別からみた人数と割合



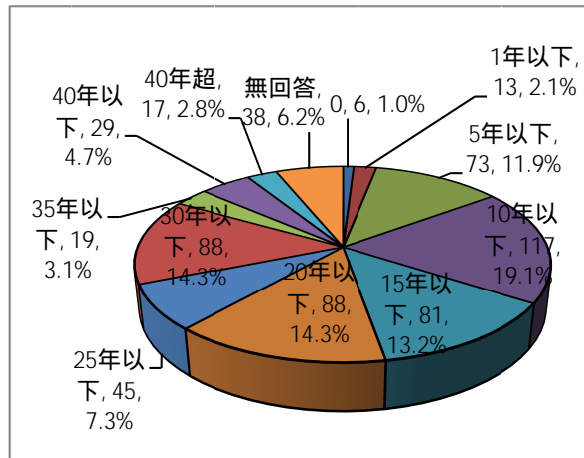
図a-6 所属施設の開設主体別からみた人数と割合



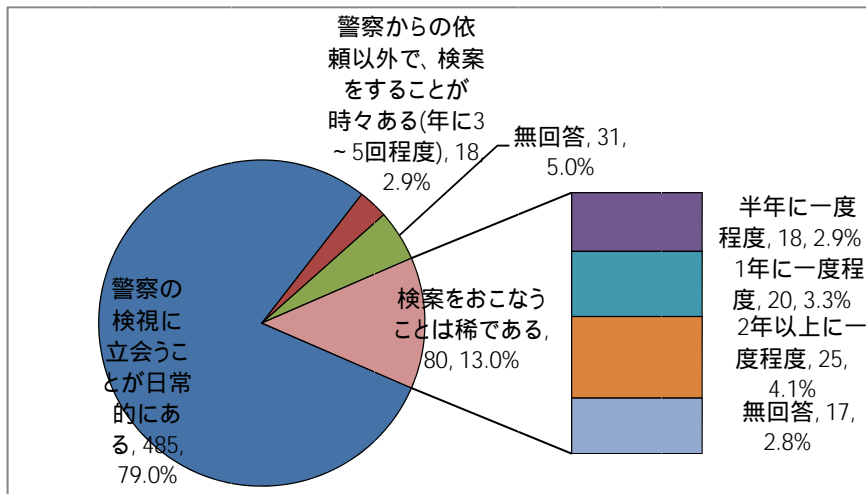
図a-7 年間(H.26年1月~12月)の検案経験数からみた人数と割合



図a-8 検案業務経験年数からみた人数と割合



図a-9 検案業務の頻度からみた人数と割合



b. 回答者自身が直近に経験した死体検案事例をもとにした質問について

2番目の質問群では、回答者自身が直近に経験した死体検案事例一件について、具体的な内容を問うものであり、調査結果は、図b-1～b-13のとおりである（n=614）。

まず、質問の対象となる、直近に検案をおこなった一事例について、その発生曜日と時間帯について尋ねたところ、全体(614名)のおよそ6割が平日、また時間帯別ではほぼ半数が午前8時から午後5時のいわゆる日勤帯であった。全曜日を通じての深夜0時から午前8時の時間帯では8.1% (50名)であった(図b-1)。

次に、その検案事例をどのような経緯で担当することとなったかの問いに対しては、9割以上が「警察から検視立ち会いを依頼され、一連の流れで検案を実施した」事例であった。また、「その他」として回答のあった中には、「患者家族から往診の依頼を受けた」例や、「警察産業医として出務中に依頼された」例なども見られた(図b-2)。

次に、その検案に際して具体的に行われた検査等について複数回答可として質問したところ(図b-4)、614名中281名が「髄液・体液・血液・尿等の生理・生化学的検査」を実施したと答え、次いで、薬毒物検査(146名)、死亡時画像診断(128名)、解剖(102名)という順であった。

なお、検査は実施されていないとの回答も223名であった(図b-3)。(ただし、検査の有無についての質問には無

回答のものも同数の223名あったが、その中には、実際に行われた検査項目を具体的に回答している調査票が187例も見られたので、検査の有無についての集計結果は参考として示すにとどめる。)

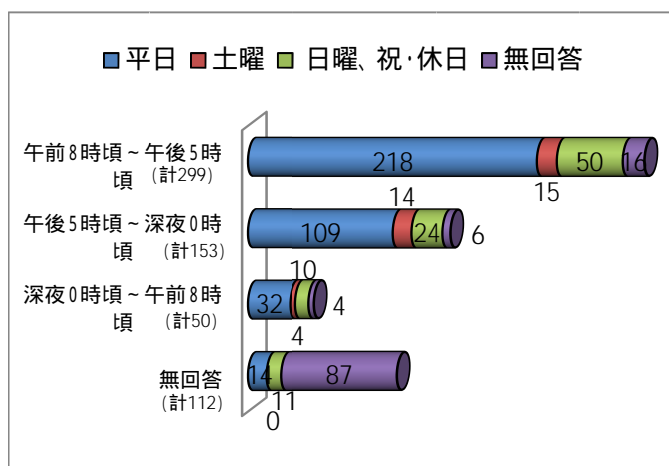
さらに、図b-4で実施したと回答があったそれぞれの検査について、それらの検査をどこで実施したか、費用はいずれが負担したのか、他施設で実施した場合にその検査結果は検案担当医に情報提供がなされたかについて尋ねた。

まず、検査項目ごとに実施した施設の区分(図b-5)を見ると、自施設での実施割合が比較的高いのは、死亡時画像診断(全128例)で、およそ4割であった。一方、薬毒物検査(146例中の69.9%)と解剖(102例のうち66.7%)では他施設に依頼される割合が高かった。

また、費用負担の別(図b-6)では、公費負担による実施率が高かったのは薬毒物検査の75.3%で、生理・生化学的検査(55.5%)、Ai(52.3%)、解剖(56.9%)と比較して顕著であった。一方、遺族負担の割合が比較的高かったのは、生理・生化学的検査(9.3%)とAi(10.9%)で、他の検査項目がいずれも1%未満であるのとは対照的である。

これらの検査の結果について、検案担当医への情報提供があったか否かについては、いずれの検査においてもおよそ6割前後で情報提供があるとの回答であった。その中では、薬毒物検査(66.4%)とAi(65.6%)がやや高い結果であり、反対に解剖については

図b-1 検案実施の曜日と時間帯からみた人数と割合



図b-2 検案事例を担当にすることになった経緯からみた人数と割合

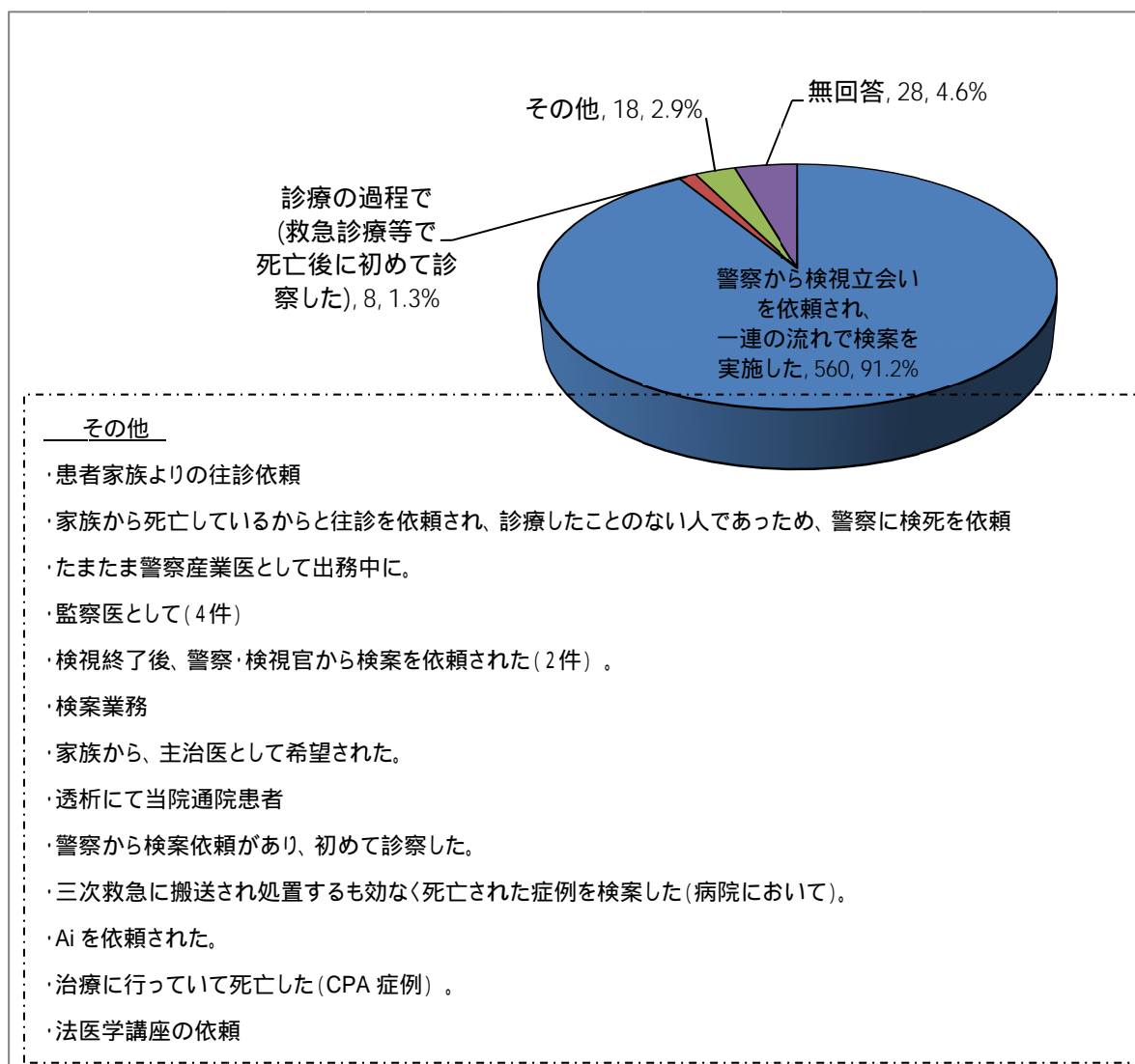




図 b-3 検案に際して実施された検査について

	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%

図 b-4 検案における検査種別からみた人数と割合（複数回答可）

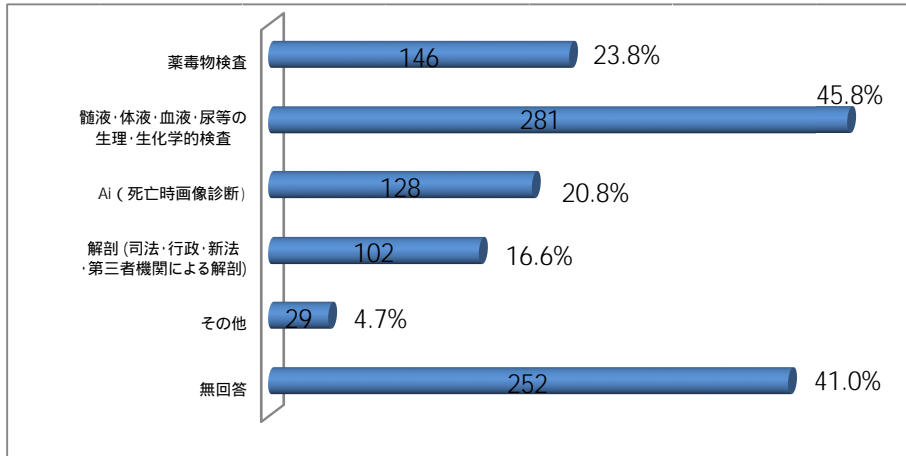


図 b-5 各種検査における実施施設区分

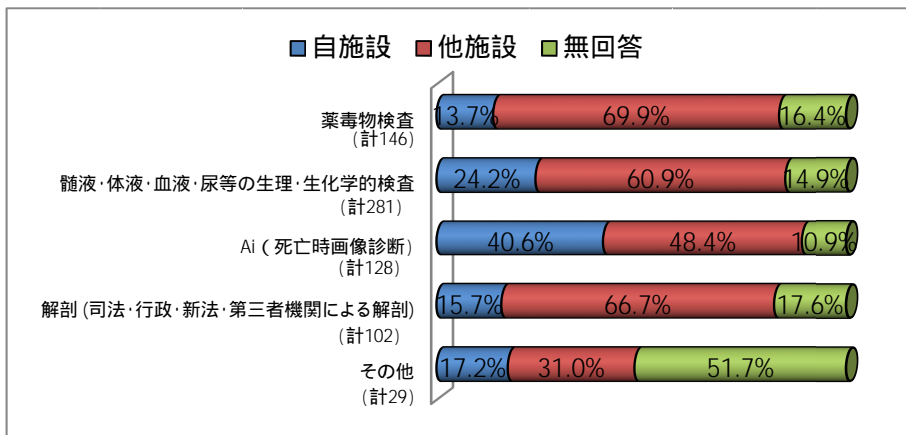
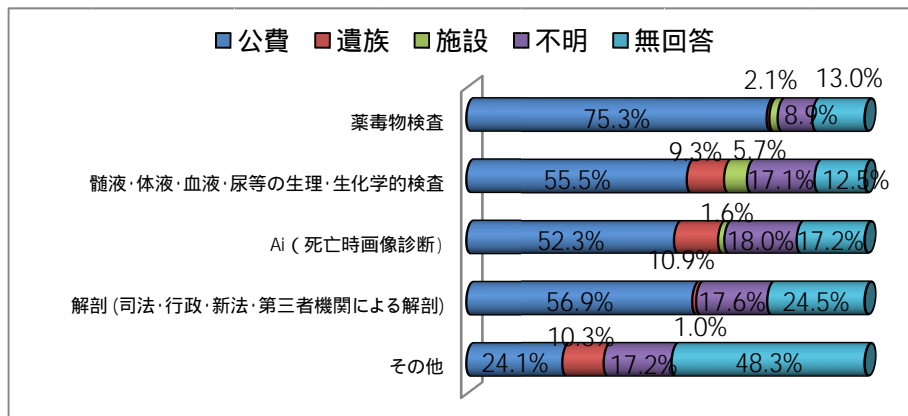


図 b-6 各種検査における費用負担区分



56.9%とやや低い結果であった（図b-7）。これは解剖においては、特に司法解剖の事例など情報提供に支障を来す事例が含まれることを反映していると考えられる。

また、参考として、これらの各検査方法について、費用負担と情報提供の有無との相関関係を図b-8～b-12に示すが、特に薬毒物検査と生理・生化学的検査を公費負担で実施した場合に情報提供のなかった事例が散見されている。

最後に、回答者が直近に担当した検案事例において、死体検案書を作成したのは誰であったかについての問い(図b-13)には、9割以上の566名が、検案をした医師自身で作成したと回答した。一方、自身で作成しなかったとする14名のうちでは、解剖医が作成(4名)、かかりつけの医師(1名)との回答もあった。

図 b-7 各種検査における検査結果情報提供の有無

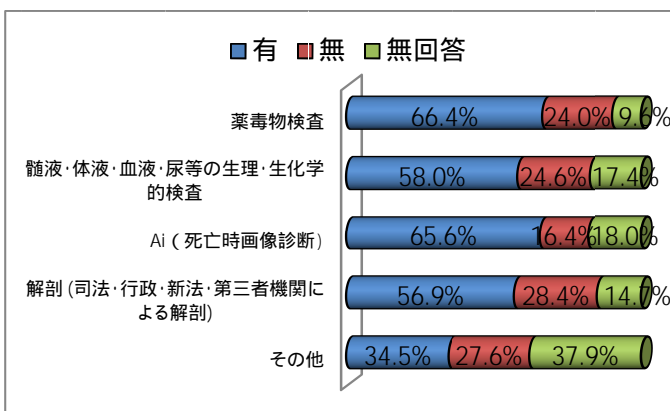


図 b-8 薬毒物検査における情報提供と費用負担からみた件数

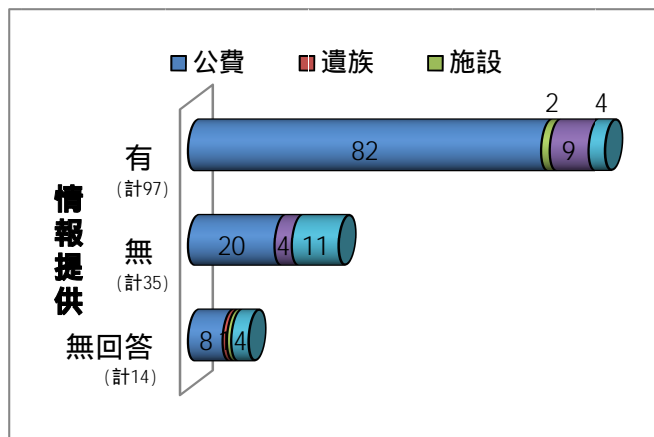


図 b-9 髄液・体液・血液・尿等の生理・生化学的検査における情報提供と費用負担からみた件数

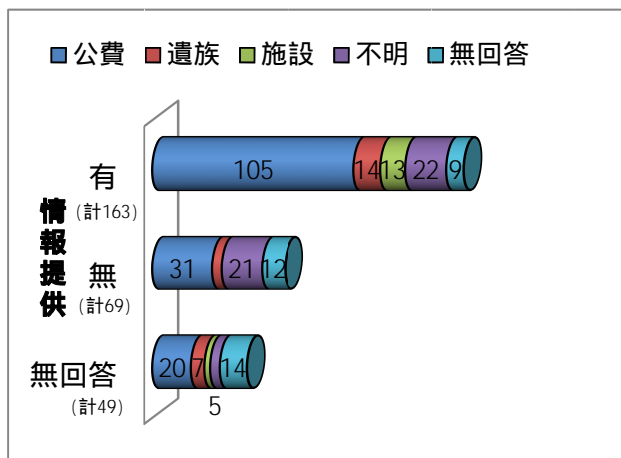


図 b-10 Ai (死亡時画像診断) 実施時の情報提供と費用負担からみた件数

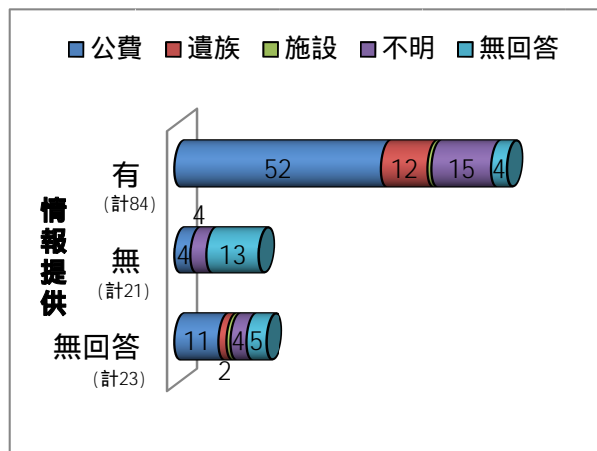


図 b-11 解剖（司法・行政・新法・第三者機関による解剖）実施時の  
情報提供と費用負担からみた件数

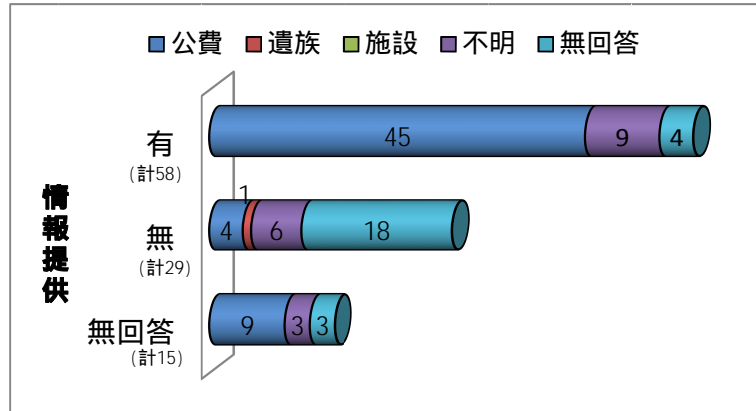


図 b-12 その他検査実施時の情報提供と費用負担からみた件数

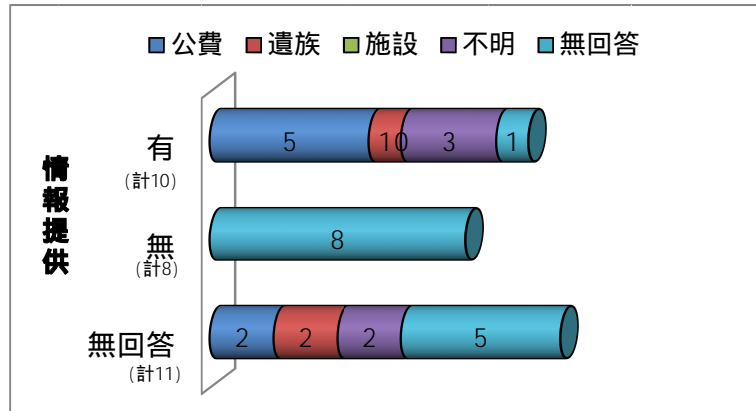
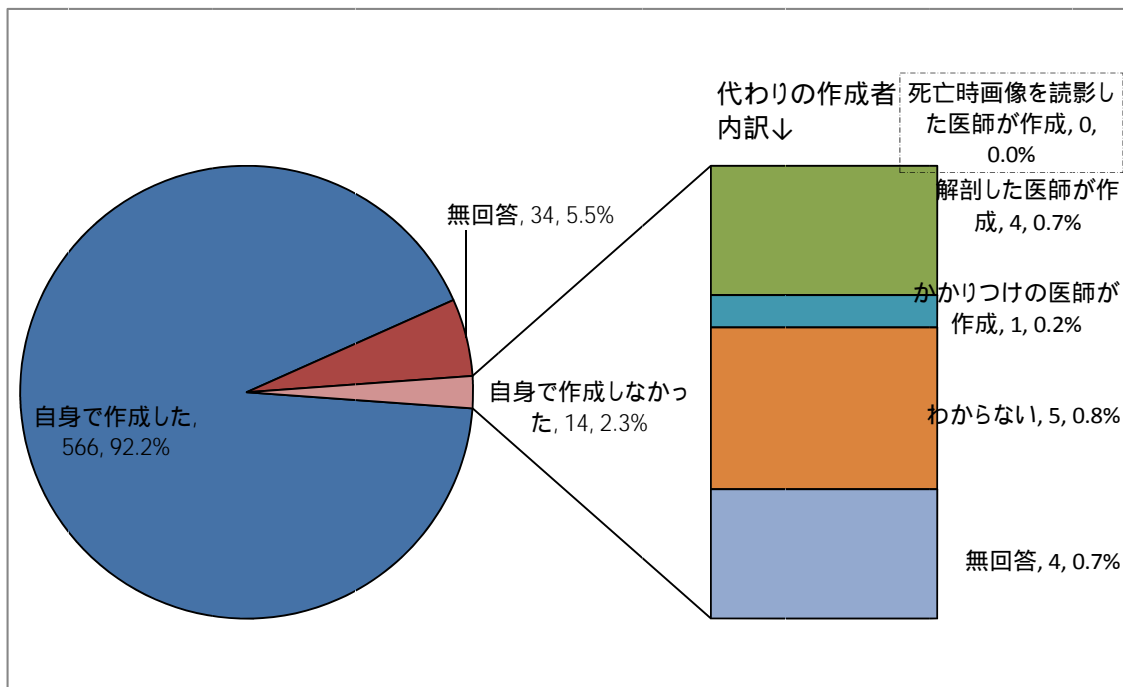


図 b-13 死体検案書の作成における人数と割合



c. 回答者が主に従事している施設、地域の実情について

3番目の質問群では、回答者が所属する施設や、地域において、検案書の発行や付随する検査の実施料金の実額などの実態について尋ねる質問で、調査結果は、図c-1～c-9に示すとおりである。

まず、回答者が所属する施設で、平日の日中に死体検案をおこなった場合の標準的な報酬額についての質問(図c-1)では、最も多い回答が20,001円～30,000円で全体の26.2%であった。次いで10,001円～20,000円の22.0%で、これらを併せてほぼ全体の半数に上った。また、5万円を超えるとの回答も23名(3.7%)あった。

これを所属施設の類型との相関で見ると、図c-2、c-3(施設類型ごとに全数を100とした場合の、報酬額別の比率)に示したとおり、病院では10,001円以上20,000円以下との回答が最も多く(101件中23件)、診療所では20,001円以上3万円以下とする回答が多い(有床診療所が76件中18件、無床診療所が404件中119件)結果となった。

次に死体検案にかかる報酬額をどのように決定したかについて尋ねる質問(複数回答可)(図c-4)に対しては、「近隣のお施設の状況を参考とする」との回答が253名にのぼり、国(独立行政法人を含む)、医療法人、個人の施設で多く見られる傾向があった。次いで「検査実費や人件費等を積算して決定した」との回答が149件、公立病院

等においては「条例等で決められている」との回答が16件あった。また「その他」として具体的にあった回答の中では、診療報酬点数表を参考にした(47件)、慣例や前任者等からの引き継ぎ(36件)、医師会、警察医会等の申し合わせや情報を参考とした(48件)、警察からの支給や提示金額(10件)、都道府県、市区町村での取り決め(7件)などの回答が見られた(巻末資料1参照)。

さらに、死体検案の過程で実施される機会が多い、「簡易キットによる薬毒物検査」「死亡時画像診断」「解剖」について、回答者の施設で実施することがあるか、実施している場合にはその料金についても回答を求めた。

まず、簡易キットによる薬毒物検査については、全体(614名)のうち、28名が自施設で実施しているとの回答であり、54名は他施設に依頼して実施しているとの回答であった。ただし、この質問では無回答が151名であったが、その中には「警察で実施」といったコメントを付したものも多く見受けられ、実際にはより多くの割合で薬毒物検査が実施されていると見るべきである(図c-5)。さらに自施設で検査を行う料金(図c-6)については、2千円以下、4千円以下、6千円以下、6千円超の回答がそれぞれ2名ずつであり、0円との回答が17名であった。もともと簡易キットによる薬毒物検査はコストの低い検査であるが、施設による料金の差が著しい結果となった。また0円の回答には、警察で実施している場合が多く含まれているものと

図 c-1 死体検案にかかる標準的報酬額（税込）からみた件数と割合

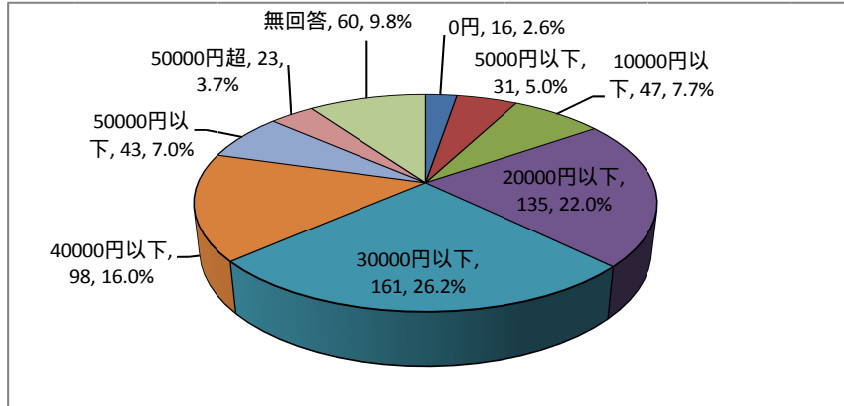


図 c-2 死体検案にかかる標準的報酬額からみた施設類型別件数

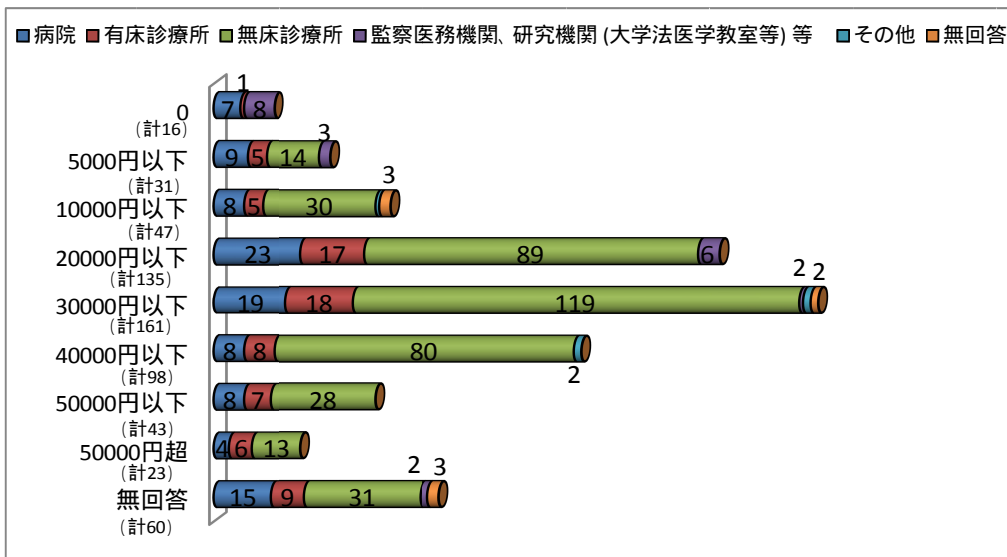


図 c-3 死体検案にかかる標準的報酬額からみた施設類型別割合（各施設全数を 100 とした場合）

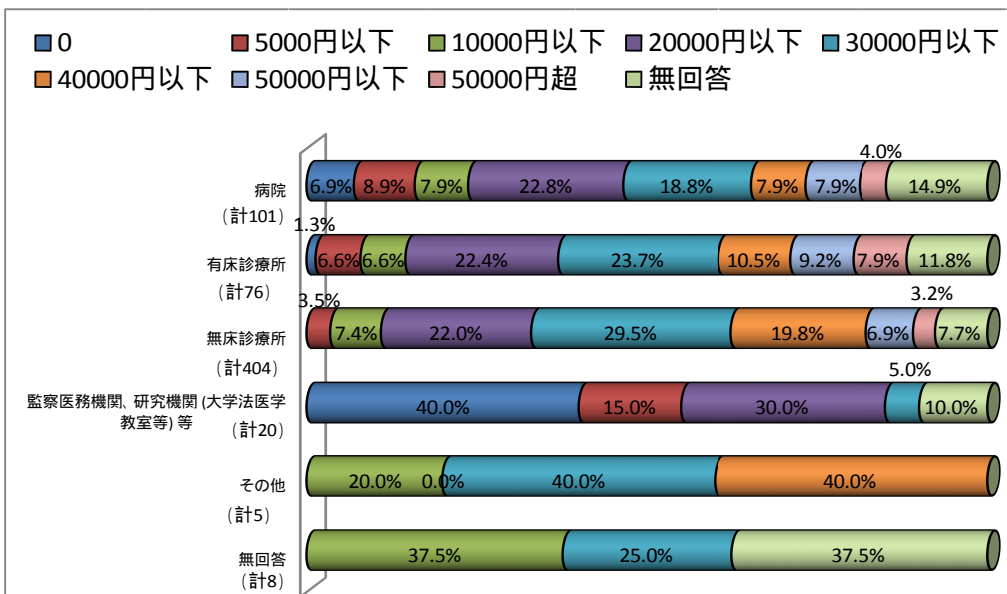


図 c-4 死体検案にかかる標準的報酬額決定の背景からみた開設主体類型別件数（複数回答可）

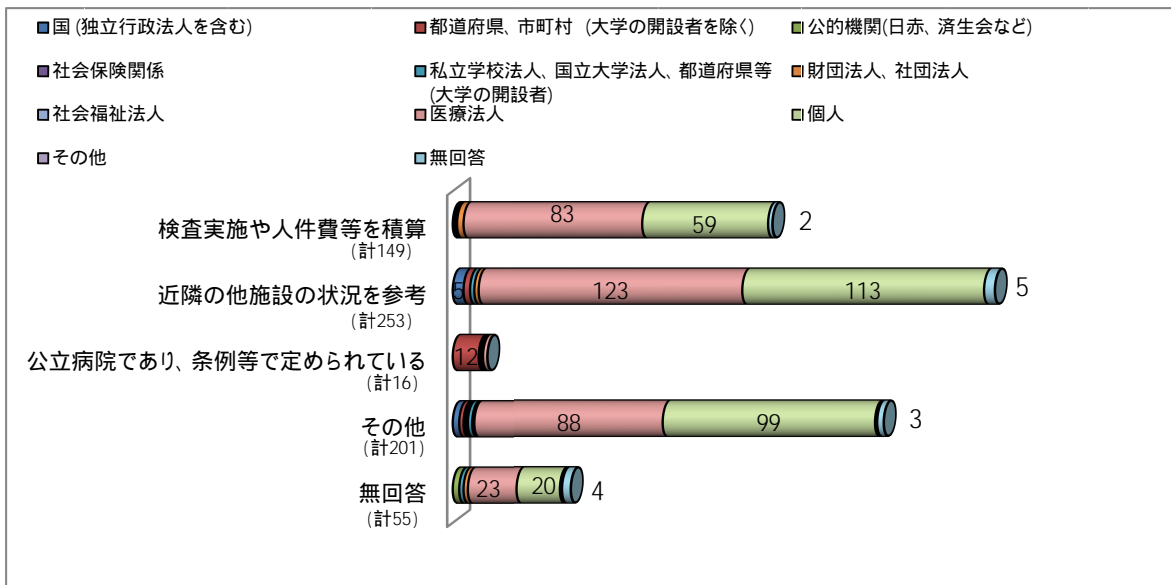


図 c-5 簡易キットによる薬毒物検査実施の有無からみた人数と割合

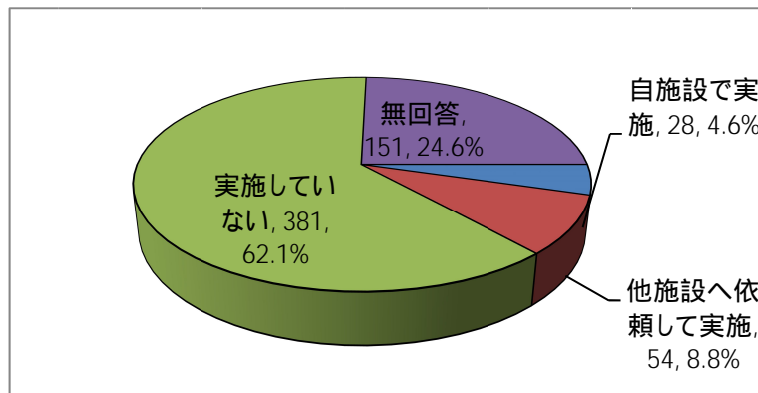
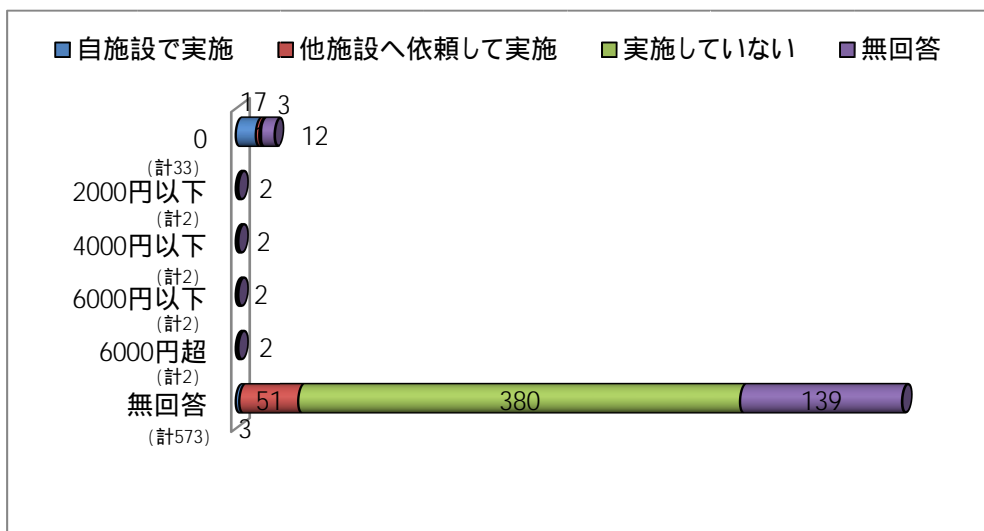


図 c-6 簡易キットによる薬毒物検査実施料金からみた人数



考えられる。

次に死亡時画像診断(Ai)について

は、自施設での実施の有無と、実施している場合には撮影と読影のどこまでを自施設で実施しているかを尋ねた(図c-7)ところ、自施設で実施しているとの回答が80名であり、その内訳は撮影と読影の両方を実施しているとの回答が50名、撮影のみが5名であった。

死亡時画像診断の実施にかかる料金については、撮影と読影の両方を行う場合で最も多かった回答は15,001円～20,000円で12名、次いで10,001円～15,000円の7名であり40,000円を超える回答は2名であった(図c-8)。この金額は、日本医師会の「医療・医学における死亡時画像診断(Ai)の活用に関する委員会」が平成22年にまとめた報告書において、撮影・読影の標準的な金額として示した金額である52,500円と比べて著しく低い金額である。

解剖について(図c-9)は、自施設で実施しているとの回答は、614名中21名であったが、その金額に関しては10万円以下が2名、10万円から20万円が1名、0円との回答が9名であった。0円との回答の中には、公費負担という趣旨での回答が含まれているものと思われるが、現状を正確に把握することは難しい集計結果となった。

その他、自由記述について

アンケート用紙の末尾には検視立ち会い、死体検案などの業務の待遇、

図 c-7 Ai 実施の有無と実施内容からみた人数と割合

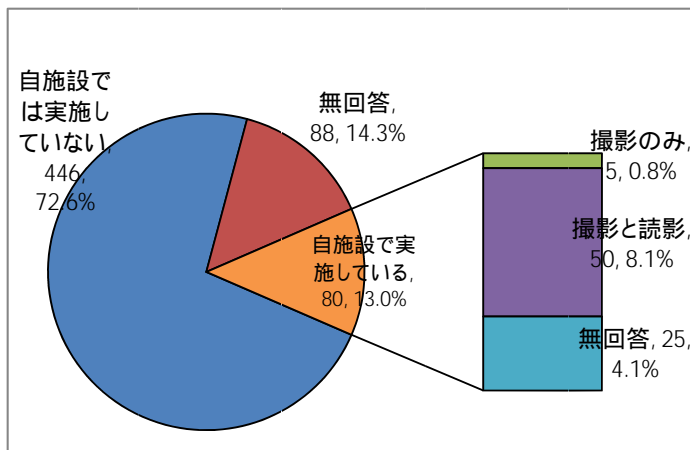


図 c-8 Ai 実施(自施設)にかかる料金からみた人数

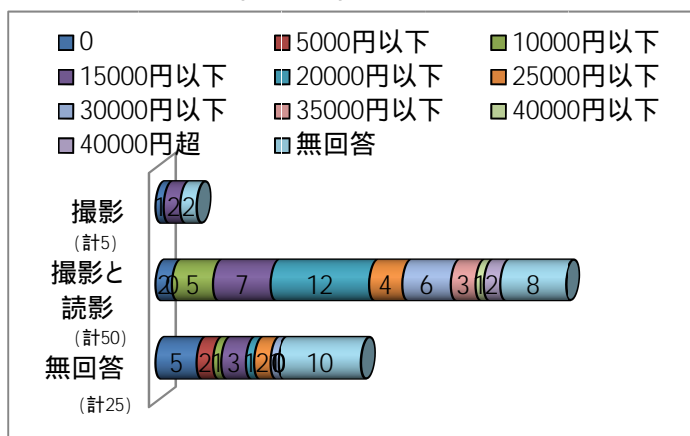
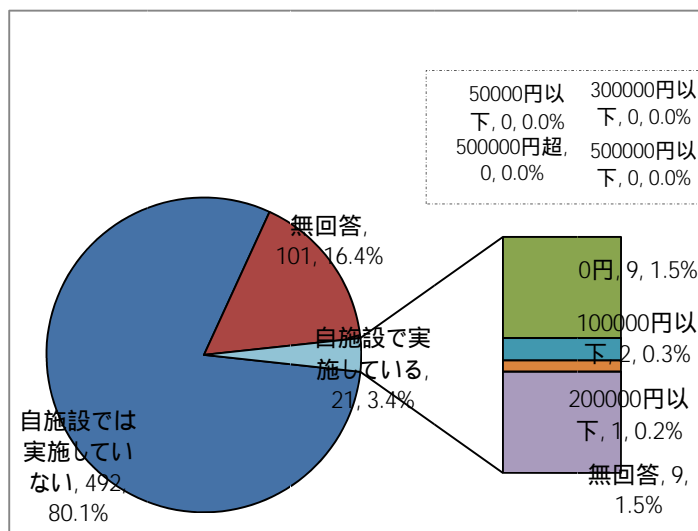


図 c-9 解剖実施状況と料金体系からみた人数と割合



身分保障等についての意見要望などを自由に記入いただいた。いただいた意見・要望をその趣旨に沿って大別すると、概ね以下のような傾向が読み取れた。

検視立ち会い謝金、検案料について  
警察の検視に立ち会った際の謝金は3千円から5千円程度と低いこと、しかし、遺族に対して検案料、検案書発行料金はあまり高額に請求できないという実情が多く聞かれた。また、検案料については(法的な問題は別として)、医師会等が基準を示すよう望む意見も見られた。

検視立ち会い、検案の時間帯について

深夜の時間帯に検視立ち会い、検案の依頼があることについての改善を求める意見が多かった。一方で、日中の診療時間帯に突然依頼を受けることに対する不満もあった。

死体検案の研修について

特に日本医師会の死体検案研修を念頭においた意見で、研修の機会を増やすこと、受けやすい日程に配慮すること、などを望む意見が見られた。

死亡時画像診断(Ai)について

Aiの積極的な推進を望む意見がある一方で、解剖の重要性や、Aiだけでは正確な死因特定ができない場合があることを理解したうえで活用すべきとの意見も見られた。また、Aiの料金についても全国一律、もしくは基準の設定などを望む意見が多かった。

感染予防対策について

警察から支給される装備では不十

分であるとの意見、遺体の状況についての警察、救急隊等との情報および認識を共有することの重要性を唱える意見が多く見られた。

身分保障について

出務中の事故や受傷に対しては補償額が低いか、保険がないとの意見もあった。医師会が関与して身分保障を整備すべきとの要望が見られた。

死亡診断書・死体検案書の書式について

記載方法について地域により方針が異なる場合があり、統一的な方針を示してほしいとの意見があった。

その他

一般の臨床医が死体検案や警察への協力業務に無関心、あるいは参加してくれないことに対する改善を望む意見が多く見られた。特に、検視立ち会いを引き受ける医師が少ない地域では、少数の医師に過重な負担がかかる現状を危惧する声が多く、輪番制を導入すべきなどの提案も見られた。また、若手の医師に引き受け手が少ないことも問題とする意見が多い。

その他、監察医制度をより多くの地域に広めるべきとの意見や、現状では必ずしも正確な死因特定が行われていない実態に対して、検案医の研修の必要性を指摘する意見も見られた。一方で、地元警察とも良好な関係であり、特に問題はないとの記述や、現場警察官の献身に対する慰労のコメントも多く見られた。

これらの意見・要望は、今後、日本医師会においても警察に協力する医



師の業務のあり方を検討する際にも、極めて貴重な資料になるものと考えられる。なお、ほぼすべての意見・要望の趣旨を要約したものを巻末に付した（巻末資料2参照）。

## 2. 基本的な検索の能力を維持・向上するための教材の開発

【死亡時画像診断（Ai）におけるe-learningシステム】

平成26年度は、20症例についてさしあたり、症例、Ai画像を提示する画面と、正解となる診断名と判断のポイントを表示する二画面からなる基本的な骨格を完成させるにとどまった。

今後は、この基本的な構造をさらに進化させ、学習効果の高い教材へと改善させていくことが必要と考える。具体的には、正解の診断名とともに読影のポイントを解説する記述をより詳細にするとともに、解説文のある部分にマウスをあてるとAi画像の該当部分に矢印やハイライト表示がなされる等の工夫を加えていきたい。

また、症例数については、次年度以降も順次増やしていくとともに、とりわけ小児の事例については、当初の計画に従って、優先的に教材化を進めていきたいと考えている。

さらに、本教材の公開方法についても、改めて検討を重ね、医学教材としてできる限り多くの医師に閲覧可能としつつも、死者の医学的情報を利用しているという教材の特性を踏まえ、一般からの閲覧には制限をかける配慮をすべきと考えられる。

今後、教材としての精度と学習効果の向上を図るとともに、成果物の活用方法についても多角的に検討をすべきである。

## 3. 様式を含めた死亡診断書（死体検案書）の制度の在り方全体についての検討

今期の研究では、今後の死亡診断書・死体検案書の様式等のあり方を検討する前提として、現行の様式に追加すべき項目を検討した。それらの項目を反映し、かつ現行の書式を電子的に作成可能とするソフトウェア「DiedAi」を試作完成させることをもって終了した。現状においても、「DiedAi」を利用することにより、死亡診断書・死体検案書の作成には相当な省力化が図られるとともに、誤記や傷病名の選択ミスを防ぎ正確な診断書、検案書の作成に寄与するものと考えられる。また、将来的には在宅患者の患家での死亡診断や検案現場等での書面作成においても、クラウドネットワークを介して患者情報の参照や作成医師の認証等が可能な仕様とし、診断書・検案書を正確かつ円滑にどこでも作成できるようなシステムへと発展させていきたいと考える。

次年度の研究では、現行の書式をどのように変更すれば、作成する医師にとっても負担が少なく、また統計的な利活用にも適したものとなるのか、具体的な検討を進め、さらにはそれを電子的に作成できるよう、本ソフトウェアの改良へと繋げていきたいと考え

る。

参考までに、来年度のたたき台として今回追加した項目を現行様式に反映した仮様式を巻末資料5に示す。

## **E. 結論**

今期の研究では、テーマ全体の基礎的な情報を得る目的で、検案業務に関する実態調査アンケートを実施し、検視立ち会い・検案を担う医師の人材不足と、報酬や身分保障の面での課題が多いことが明らかとなった。また、検案の現場を担う医師からは、死亡時画像診断の活用をはじめ、検案業務に関する研修の機会の充実など、具体的な施策を求める意見や提言も多く聞かれた。

これらのアンケート結果や意見をもとに、本研究においては、検案を担う医師が死亡時画像診断に習熟しやすい環境を整えるためにも、試作を終えた死亡時画像診断のe-learningシステムをさらに学習効果の高い内容へと進化させていく必要があると考えられた。

また、同様に試作を終えた死亡診断書・死体検案書作成支援ソフト橙 ( DiedAi ) についても、検案担当医の負担軽減と正確な書類作成を実現するうえで極めて有用性が高いものと考えられ、早期の実用化をめざすべきと考えられた。

加えて、現行の診断書式をもとにして、今後の死因究明を重視する社会の実現のために、あるべき死亡診断書・

死体検案書の様式や制度についても、早期に提言をとりまとめることが喫緊の課題であると考えられる。

## **F. 健康危険情報**

なし

## **G. 研究発表**

1. 論文発表  
とくになし
2. 学会発表  
とくになし

## **H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)**

なし

(巻末資料1)

## アンケート設問7 死体検案及び検案書発行料の決定方法(複数回答可) 「4.その他( )」記入欄におけるコメント要旨

診療報酬点数を参考(初診料、往診料、死亡診断書料等の積算)(47件)

慣例、前任者からの申し送り、助言、引き継ぎ(36件)

所属する都道府県・地区医師会・警察医会による取決め、申し合わせ、指示(48件)

警察からの支給、提示や申し合わせ(10件)

独自に判断(9件)

都道府県・市区町村での取決め(7件)

曜日、時間帯等(5件)

その他...

- ・家族等がこのくらいの料金なら払ってくれるだろうと思われる金額  
(たとえば、初診料、往診料、診断書料の合計)
- ・家庭の経済状況を参考に
- ・基準なし
- ・監察医務院
- ・あまり高額にはしにくい。
- ・かつて配布された、書類料金一覧表から決めた。 検案料なし書類発行料のみ
- ・系列病院で統一している。
- ・検案書発行料のみ(2件)
- ・検案料1万円以上
- ・検案料3050(時間円)+文書料¥10800
- ・交通費は警察車両で出務できるので算定しない。日中、夜間、休日もすべて一律で10,000円。他、警察より3000円の謝礼あり
- ・公費であり規定あり
- ・最小限の報酬として
- ・死体検案書料¥20,000円、出張費¥10,000
- ・時給1万円で計算
- ・自由診療として
- ・高度腐敗の有無、画像(Ai読影の有無、遺体に対して超音波診断をしたかどうか)などから算定
- ・書類代のみで、いくら値段をとってよいかわからなかった。
- ・職務として
- ・待っている患者の迷惑を考えて
- ・大学附属病院の金額を参考
- ・通常診療中であっても、深夜・早朝、祝祭日であっても協力できる料金
- ・東京都監察医務院では費用は全て都が負担
- ・特になし
- ・日当で計算、1日に10~12件割
- ・日本医事新報の記事に基づき独自に決めている。
- ・不明

( 巻末資料 2 )

## アンケート自由記載欄に記入された主なご意見・ご要望(要約)

### 検案料について

- ・ 検案後、解剖に廻るものについては県警から 3,000 円謝金で出るのみ( 休日、深夜を問わず ) ボランティアレベルで成り立っているものは、将来若い医師が従事してくれるかは不明。応分の手当を出すべき。
- ・ 料金については、ある程度指針が欲しい。現地に赴く所要時間、検案作業、診断書代を考慮するとおおむね妥当か、判断に困るところである。
- ・ 検案書の 3,500 円は警察から振り込まれる金額( 私が経験していた 15 年以上前の状況 )。最近では、保険診療の往診に準じてよい、また在宅見取りなどになって 10 万円との他府県の例もあると聞いたことがある。公取がうるさいなどとも聞くが国レベルで日医が厚労省か、警察庁かが目安を出すべき。監察病院など半ば専門的にやることは質の向上のためにはよいと思う。
- ・ 小生は検案件数が多いと思い警察当局に独禁法に抵触しないかと問い合わせた事がある。それには当たらないらしいが、兎も角均等に配分されるのが望ましい。
- ・ 検案料は自由診療なので一定の金額を決める事はできないと思うが、ある程度目安を出してもらいたい。連絡が入ると通常業務の変更、会議等を欠席、その後保険会社等の対応等が必要。私の地域の場合、トライエージ、トロポニン T 検査は警察が行う。
- ・ 検案に対する医師個人の謝金が 3,000 円と余りにも少ないため、私自身は構わないが他の者に行かせることが難しい状況。もうすこし増額していただければ。
- ・ 料金をある程度決めてほしい。
- ・ 都道府県、公立か開業かの違いで、検案料・Ai 料・警察からの日給に、大きな違いがあることは納得いかないし、国民の理解も得られない。診療報酬の様に、国レベルで料金を一定にする等の方法が望ましい( 国民に対するサービスの一環だと思う )。同じ検案をしているのに、自分の検案料が他者より低いのは、身分保障の観点からもモチベーションが下がる。道警の場合は、日給は 5,000 円。
- ・ 突然の依頼に対応せざるを得ず、遠距離ということもあり 1 件 3 ~ 4 時間を要する場合あり。料金を一律に設定しにくい。
- ・ 異常死体に対する検案のため、公的な場合が多く、行政解剖の場合は時々大学法医学教室で行っているので公的料金と考えられる。個々の検案医は個人で、一定の金額は独占禁止法に違反するのでかなり幅が有る。よって 20,000 ~ 40,000 円待遇では、警察による現場への行き帰りの送迎が当然、事故は公傷、感染自己責任での注意が必要。
- ・ 毒物検査はしていないが警察が尿検査でトライエージを実施している。時に心血等にて CO、アルコール濃度等実施( 科研にて )。検案料金は地域のことを考え、警察の意見を聞き自分で決定した。他の地域よりも安いと思う。又私は 365 日、24 時間、同一料金としている。

検死時間、色々と希望・要望もあるが、今のところ警察とお互いに調整しながら、地方では実施するしかないと思われる。

- ・ 料金は各自算定されているが、保険診療で在宅看取り点数も参考にして大体平日時間内で 54,000 円位を目安にしている。休日や時間外、深夜などによって、加算は各自で行っているように思う。
- ・ 報酬額は、東京都と都医師会での契約で各人一様の報酬であるため、詳しい事は都医担当者に聞いてほしい。
- ・ 料金を請求出来ないことが時々ある（独居で、親せきがない、お金がないなど）。
- ・ 北海道警察医会員は非常勤・臨時道職員とされ検死を行った日、1日につき（数件行っても）5,000 円支給される。交通費、往診料、採血（尿、リコール含む）診察料、書類料等を概算すると約 3 万円になる。ゴム手他用具は自参。
- ・ 警察からは 1 案件につき 5,000 円出ている。
- ・ 料金の統一化をお願いしたい。
- ・ 医業の一環と思いかかわっているが、費用面などで決まったものがないので金額決定に際しては少し悩んだ。医療保険が充実している分患者側に、医者に支払われる金額の感覚がもっと低いところにあるようなので、ある程度の負担が必要であることを公的立場の人から周知してほしい。
- ・ 県警から検案出向料金 6,000 円程度（その都度）と、嘱託医料金として日 3,700 円をいただき、家族から死体検案時文書料金として 3 万円（消費税別）をいただいている。
- ・ 平成 6 年開業当時救急要請で出向いた現場では、ほとんどが死亡確認であった。その後、警察が来るのを待って検死、翌年から推薦にて警察協力医へ、医師会の決りが 3 万円以上だったので 3 万円にしたが、大学の先輩の警察医が検案料も入れて 38,000 円にしているといわれ、その通りにした。
- ・ （福岡県で）警察署の警察医、産業医をしつつ、月 2 回、警察署の留置場に出向き、留置人の健康診断（平均 4~5 人）、疾病に対する治療、時には裁判所命令による強制採尿、強制採血を行っている。休日、昼夜を問わず、警察からの依頼で、可能な限り検案も行っているが、ボランティア的活動に頼り過ぎているのではないかと。警察医をしていた父の他界後引き継いだ。個人的には、学校医のごとく医師会を通した委嘱が望ましいのではないかと思う。最近、救急隊による病院搬送が増え、当院による検案数は減少傾向だが、独居高齢者の増加に伴い今後検案増加も予想される。また、警察署の統廃合で検案する地域が拡大し、検案現場まで片道 30 分かかる場合もあり、日常診療がストップすることもある。医師会主導で複数体制になれば負担も軽減されるのでは（低い金額にはなるが、報酬は産業医報酬を人数分で割って良いのでは）。主治医がいる場合は、主治医をお願いすることも一つの案であり多くの先生に検案に協力して頂きたい。警察産業医報酬月額 16,700 円、警察医手当として月額、留置人健康診断 1 人につき 1,210 円が、検案 1 件あたり昼 2,500 円、夜間 3,300 円が県から支給されるが、報酬面の交渉窓口が日本医師会又は、県医師会にあれば良いのでは。検案書

は細心の注意を払って作成するが、後日、生命保険会社からの面談、質問などの対応も必要。  
また、検案書料は家族が負担するとしても、検案料は行政が負担しても良いのでは。深夜に  
検案しても、現在は深夜料金加算せず、遺族には高い金額を請求できない。CT を用いた Ai  
の費用を誰が負担するのかなど、課題が山積している。

- ・ 警察からの検視の報酬が 3,000 円（税込）と安いと、病院勤務医にとってはリスクと手間  
がかかる面倒な仕事で誰もやりたがらない（開業医は患者からの死体検案料を別途請求でき  
るため労働に見合う対価を得ることができる）。
- ・ 検視に立ち会い検案書を発行しているが、検案書の発行料（5,400 円）のみ頂いている。死  
体検案の業務について料金を請求したいと思うが妥当な料金をお教え願いたい。また、死体  
検案時全身の CT 検査と読影を行って公費にて 2,640 円頂いているが妥当な料金かどうか。
- ・ 独禁法に抵触する恐れもあるが、検案料は全国で統一すべき。
- ・ （公費で）死体検案・検案書発行料は、20 年以上変わっておらず業務内容にみあう額では  
ないが、これ以上の額は御遺族の負担にもなるので何らかの公的負担をお願いできないか。
- ・ 検視立ち会い、死体検案、文書作成等、各種採取（資料等）、車馬賃等に分けて料金体系を  
組分けて作成すべき。
- ・ 4 月より県費で検案医業務にかかわる保険加入が決定した。検案における料金は、県医師会  
報に掲載される（医療保険の 1.2 倍額）。
- ・ 警察からの料金負担が少なすぎる。
- ・ 警察の検視立会いの場合、通常診察を中断して現場へ向っているにもかかわらず謝礼が  
2,500 円のみで患者からの死体検案料を別途請求してはならないとの見解であった。安価す  
ぎる。
- ・ 警察からの報酬が少ないので遺族から支払ってもらいたいが、遺族の気持ちを考えると高い  
金額を設定できないので、ある程度の報酬を設定して公知されるとよい。
- ・ 報酬額は決めてほしい。行政の報酬が安すぎる。
- ・ 検案料未払いの人がいるが何か補償がして貰えればと思う。小生 58 年間殆んど断ることな  
く深夜でも検案協力しているがこれに応える制度は何もないようだ。私事は結構だが、他に  
多くの先生方が協力していると思うので、それに対する何等かの制度をお考えいただきたい。
- ・ 現在の体制は医師優遇税制の時代に出来たものと考ええる。すなわち、医師は金銭的にも精神  
的にも余裕があり、100%ボランティアの精神で行われていた。医療費削減をにかけている  
昨今本来は東京、大阪のように管轄機関が医師を雇用すべき（パートにしても、診療時間内  
の出務がないようにすべき）。医師のボランティア精神に甘えている。もしくは、日医もい  
ばらず、死後（（1）生死の判定（2）死後検体採取（3）検案書作成）の処理資格を専門警  
察官ができるよう運動すべき。
- ・ 検案料金は 5 万以上、検案書は 2 万以上が妥当。
- ・ 業務時間として、24 時間 365 日である。警察署より 1 体につき 3,000 円支給される。
- ・ 検案料はもう少し高くてもよいと思う。標準的な額を提示していただければありがたい。検

案時情報が少ない中、検案書を作成することは非常にストレスである。

- ・ 検案のできる医師や施設が少ない為に一部の医師に負担が集中し、大変困っている。開業医は検案依頼があると、自施設の診察を中断し患者を帰して検案にいつている。それに対して警察から支払われる金額は1件につき3,000円であり、余りにも低額(この5年前位から払われる様になったが、それ以前は無料でボランティアであった)。真夜中の呼び出しもあり他の先生方が引き受けたがらないのも道理である。早急に改善される様働きかけてほしい。
- ・ 以前、労災診療報酬の場合、保険点数に準じた点数を算定し1点単価20円程度で計算した額を請求(保険では1点10円)しても良い、という事があったが、同様に計算すると一切を含めて6万~12万の間が妥当と思うが、計算の手数を省き、天候、距離、時間にかかわらず一律の金額としている。開業医は本来の診療以外の仕事(医師会、産業医、校医)を行う事は必ず、外来患者及び収入の減少に悩まされる。患者の中には、いつ行っても医師がおらず、長く待たされると不満を持つようだ。よって若く多忙な先生は特に警察医は引受けられないとのこと。
- ・ 貧しい方々の多い地方都市、生活苦で自殺した方も多い現状では、かなり以前の(景気の良かった時代の)医師会からの参考価格では高すぎる。状況により無料、証明書料金のみにして差し上げる等頭を悩ますことが多い。現在の実状に合った参考料金を医師会等より提示してほしい(カルテル等の問題を持ち出す役所もあるかもしれないが)。市民病院のドクターカー導入以後検屍の依頼が減少し大変有難い(応招するとその間診療業務がストップするため)。「自分は臨床家なので検屍は一切しない」とのたまう医師もいるので医学部できちんと医師の社会的役割を教え込んでほしい。
- ・ 検案料については平成元年当時、昭和45年に決められた基準を使っていた(ちなみに昭和45年、私は大学生で下宿料13,000円にて2食食べさせてもらっていた時代)。平成8年頃一般開業医が検案し、15万の検案料の請求に対し投書があり、警察医の事務局で実態調査をしたり意見を聞いたり、苦労して目安を作った事を覚えている(大体、虫垂切除と同程度の金額)。これを基にその地域の特徴にあわせて各個人で決めるという方針である。死因究明については警察の意識も変り、協力的になり、やり易くなったが、東北大で積極的に剖検されているのも強みである。
- ・ 当院は検案業務、公文書作成料、交通費込みで3万円(諸器具代、諸経費含む)。
- ・ 検案料を公費負担にしてもらえれば休日が続く時の検案書は郵送で済む。現在は検案で呼び出された上に、休日の場合、検案書を渡して料金を受けとらなければならない、二重の負担になっている。検案料を払わなかったりねざったりする人がおり、今後そういう人が増える事が予想される。
- ・ 診療を休んで死体検案に行くので報酬を上げて欲しい。死体検案や、Aiなどの勉強会を増やして欲しい。
- ・ 検案する場合、感染防御や検査が自院負担となる場合や、医師の人件費加算をするとかなり持出しが多く赤字状態。当県では、監査医制度がないので考慮してもらわないと困る。検案

料 5 万円、感染防御費 1 万円（ガウン、マスク、手袋、帽子、ゴーグルディスプレイなので）、出張料 1 万円を考えてもらいたい。

- ・ 以前は死体検案認定医として年間 60～80 例をこなしていたが、最近では自院に CPA で搬入された者のみ行っている。院外に出るわけではないので保険点数に準じた自費請求を行っている。以前は金に困って自殺した人を多く検案したので、高額な請求は気がひける。Ai 診断などは公費が望ましい。
- ・ 料金は行政負担とすべき。
- ・ 検案代、検案書代はご遺族より徴取している。警察が車で迎えに来てくれ、3,000 円の国庫負担を頂いている。
- ・ 往復で 2 時間以上かかる場合も、深夜でも全て 5 万円としており、昼間の近隣の方には高いと思うが、全体の 2/3 は近隣ではないことと、近隣の他の施設も参考にして料金設定をしている。
- ・ 検視（解剖前）立ち合いのみで 3,000 円県（警）からいただいている。検屍・検案書料は医師会等で統一出来ないものと考えているので、公的な監察局等の状況が知ればと思う。
- ・ 警察は警察医がいる場合、毎日～万円払っているのに私は深夜に呼ばれても少額。そのような状態であれば土日、深夜も全て警察医がやったらどうか。
- ・ 検案料の一部公費負担があれば。
- ・ できれば保険診療になる方向性が出来ればと思う。
- ・ 自宅にいるときに検死から死体検案書の発行まで数時間要し、休日など外出しているときは最低でもさらに 2 時間要する。死体検案・検案書発行料として 35,000 円は決して高くないが、遺族には高いと感じている方もいるようだ。突然の御家族の不幸で書類 1 枚に 35,000 円となればうらみを買いたいので、行政での対応が望ましい。
- ・ 死体検案は公衆衛生に大いに役立つため、検案料はすべて公費にしてほしい。遺族に負担を課するのであれば、行政が医療機関へ支払ったうえで、遺族へ請求する仕組みを作ってほしい（家人がすぐに支払いができる場合、医療機関が請求することは負担になる。また、未払いの予防になる）。また、臨床しながら検案業務を行うことは医師の負担が大きく、監察医制度等で警察が専属の医師を採用すべき。
- ・ もう少し費用が欲しい。現在ボランティア。
- ・ 当院のある地区は他に医療機関がなくほとんど当院及び当院医師で行っているが、時間が 1 検案 5 時間かかるので、せめて時給をだしてほしい。ほとんど、医師の義務と思ってやっているのが実情。
- ・ 料金は数十年前に決めた地区医師会の慣行料金表に則って、30,000 円（これに時間外、休日、深夜等 10,000～30,000 円加算）。検査は警察から依頼があったときのみ採血（心臓血）、採尿等はやっている。急性心臓死疑の病名にかたよりがちで、Ai でも施行すればより死因が確定するのでは。



## **検案の時間帯について**

- ・ 深夜にやらなければならないのか？深夜帯の件は、警察署に運んで翌日の朝なり、昼に行く方が合理的。
- ・ 診療時間中の検案について以前は外来をストップして行っていたが、患者、外傷などの外来まで待たせる事となり、日常診療に支障が出る。検案に出ると1時間程度は診療所をあける事となり、1人医師の施設では困難。また、土・日祝日などの検案はその場にて遂行せねばならず控え等、コピーをとる事も自分でしなければいけない。
- ・ 診療時間内は困難であり、配慮してほしい。
- ・ 夜間・早朝の案件については、特別な理由のない限り日中にしていただきたい。
- ・ 深夜帯（AM0～5時）は勘弁してほしい。隣接する市からの依頼があり、可能な場合は行なっているが担当する地域の医師は努力してほしい。
- ・ 仕事中に依頼があり合間で検案を行なうため仕事の支障になる。しっかりとした死因究明体制を整えるにはそれなりの組織、専属の医師が必要である。
- ・ 検案が警察署の場合は、深夜・早朝でなく数時間後でもよいのではないか。
- ・ 深夜の依頼は困る（事案発生後すでに2時間以上たっている）。
- ・ 検案は診察時間帯をはずして待ってもらったらスムーズに検案医が応ぜらると思う（但し夜間ははずして）。名古屋市内なので近隣の区にはしばしば呼ばれる。
- ・ 平成27年より午後11時から翌朝7時までの夜間帯で、緊急を要するもの以外の検案は翌日行うことに改善された（今までは夜間帯に2件ということもあった）。
- ・ 個人で開業しているので、外来診療時間と重なる場合が多く、出来るだけ時間を割くよう努力しているが、外来患者が多い場合などは断わる場合もある。
- ・ 最近になりAM0～6時の間は配慮があり（緊急性を要する症例を除き）検案依頼がこなくなつて大変助かる。
- ・ 個人開業医であるため、代診も居らず、診療開始時などは時々困惑するが、囑託となっているので、なるべく依頼する予定時間等、事前に連絡してもらえると良い。
- ・ 平日診療時間中に警察からの検案依頼が度々あり患者を待たせるわけにもゆかず、やりくりで苦労している。

## **死体検案研修の充実化**

- ・ 土地柄、高齢化が目立ち、朝に通院中の患者が亡くなった状態で発見されることがあり、今後、こうしたケースが増加すると推測される。救急隊から死亡確認の連絡が警察に入り、当方に立ち会いを依頼されるが、死因を特定できないことがあり不安を感じる。「家庭医」「総合診療医」などの制度を導入する予定があれば、ぜひとも死体検案を研修する義務を検討して欲しい。
- ・ 日医指導型で法医学研修を進めて欲しい。

- ・ 検案業務のスキルアップの為、法医学会への入会や、講演会、講習会への参加を希望する。
- ・ 検案に協力できる医師を増やすとともに資質向上に研修を行う。
- ・ 医師であれば誰でも行っているのはおかしいのではないかと。医師会で講習等をおこない、認定医として可及的に正確な死因究明を行うようにしてほしい。根拠のないいい加減な検死をしている者が多い。
- ・ 制約が多い中で自分が日常やっている業務が正しいのか、不安が常にある。東京都下で法医学者がしている「検視」業務の実情、手順などの情報が欲しい。日本法医学会に所属しているが、その様な「俗な」情報に接したことがなく、厚労省（今は日本医師会）による死体検案研修ぐらいである。
- ・ 検案をもう少し勉強したい。日本医師会で開催して頂いているが日程がなかなか合わない。
- ・ 死体の検案時に外表のみの視診では多くの先生方が診断に限界を感じ、診断技術の向上に関心をもっていた。日本医師会の死体検案研修会の様なプログラムをもっと参加しやすい日程で行なってほしいし、解剖見学も休日に参加見学できる機会がほしい。

## Ai について

- ・ 死因究明が充分行えないケースはすべて「不詳の病死」とする診断名を付けている。Aiをはじめもう少し医学的な診断が出来る予算がある事が望ましい。
- ・ 早急に Ai の推進を！（官公立で Ai 読影出来る施設の確保）
- ・ Ai が可能な協力施設を増やす。
- ・ Ai について、救急搬送先で救急担当医が実施してくれていることもあり、実施しようと思えば出来ることなので、特に公的病院には、協力してくれるよう日医・行政等から要請していただきたい。
- ・ CT は各市の決った病院で、Ai+解剖は大学病院で実施する形式だが、今のままで満足。家族の負担を増やさず、適格な検案をしたい。
- ・ Ai を自院でも取り入れたい。
- ・ Ai では骨折、出血等しか判らない。解剖をしても全てが判明するとは思えないが、解剖の件数を増すべき。
- ・ Ai の必要性を感じるが、当地域にはそのシステムがない。基幹病院にも協力して欲しい。
- ・ 死後 Ai のテキスト等あればほしいが、診断基準はないのでできれば作ってほしい。
- ・ 県内で一番小さい医師会だが、Ai を行うところが他にない。かかりつけ医からの診療情報が当日にしかはっきりしない。複数遺体発生時に同時は困難。ぜひ、県下で冷凍保令庫の整備をして検案につなげてもらいたい。
- ・ 検査については警察が行う。Ai について救急病院等と警察が依頼して行っているが、放射線科医の協力が得られず読影が不十分と思われる。放射線学会等を通して協力の依頼が必要。
- ・ 行政解剖施設は遠方であり、遺族の同意も得難く実施できない。Ai を国として財政支援も含め押し進めるべき。

- ・ 将来的に全国に監察医制度を設置することが望ましい。県警等に検案センター的な施設を置き、そこで Ai 施行も可能とし、犯罪屍体見逃し防止、待遇・身分保障・料金等も一律化し、公費で賄うことが望まれる。
- ・ Ai 実施時の費用負担について決めていただきたい。
- ・ Ai は是非ほしい。
- ・ Ai を積極的に行なえる様なシステムの構築をお願いしたい。
- ・ 高齢化が進み自宅での孤独死が多く立ち会うことがある。鹿児島大学に CT の導入があり Ai はほとんど法医学の方で実施されるようになってから読影（死体）の経験者が少ない。トロポニンテストは警察側から実施するように言われるが？
- ・ Ai（CT）の費用算定を保険点数等で確立してほしい。
- ・ 頭部に関して CT 等画像診断は有用と考える。他地域では検案医が不足しているとの医師会の要請で当施設のスタッフが検案医として登録したものであるが警察からの依頼は極めて稀な状態である。
- ・ Ai は警察から依頼の場合、警察に保険点数を自費換算して請求、約¥15,000～20,000（CT＋読影＋CD）するが、規定料金に¥15,800 の場合もあるなど、警察署の扱いが一定ではない。
- ・ 時間外の Ai 検査は、救急病院 24 時間体制で行ってもらうのが望ましい。
- ・ 早く Ai が全国に整備普及して欲しい。それまでの間、基幹病院（救急（死亡来院時）で正確な診断のため、CT・MRI 画像診断の費用を（自費になるので）公費で賄なえるようにして欲しい。
- ・ 検案料金の負担を全額遺族が払うことに納得がいかない。当県では、Ai 料金は警察の負担であるが、海上での遺体（海上保安庁）の Ai は 10 万以上の金額を遺族に支払わせていて、おかしいと思った。
- ・ Ai の正常な像が決まっていない現状で、解剖も必要とは感じるが人手が足りない。
- ・ 死因究明のため Ai の充実を希望する。
- ・ 当県では県医師会主導で承諾解剖制度（Ai を含む）がすでに存在しているが、Ai 協力医療機関が少なく、Ai 読影技量の稚拙、検案実施者の負担が大きいこと等のため殆ど活用されていないことが残念。
- ・ 最近 Ai で現場の医師（開業医）の出番は少なくなって来ているにしても、死後経時変化等の読み方の講演会・講習会等も希望する。又、新法解剖等、耳慣れない話も、予算の裏づけがあって出来るのか。以前、厚労省がやっていた休日 2 日＋休日 1 日の様なしっかりした検死を行う者の為のカリキュラムが希望。日医になってからは、休業をして授業を受ける様になったので本末転倒と思われる（土曜は仕事）。高レベルな授業をし、地方の現場の声を聞いてほしい。
- ・ 死因究明の為 Ai 等の取り組みは必要。
- ・ 検案医、警察の組織化を充実し、研究者、画像検査（Ai）を持つ医療機関も一体とした再組

織化が重要であり、そのうえで行政との行動（協同）判断にて進めるべき。

- ・ 複数の警察医があり、比較的スムーズに業務は行なわれている。Ai は警察の要請がない場合に実施した時は持ち出しなので Ai の料金を統一してほしい。
- ・ 死体検案後に Ai や承諾解剖をした方がよいと思われても、家人の承諾が得られない（金銭的な問題）場合が多く、また Ai や解剖を行える状況であったとしても、検死した医師が束縛される時間（立ち合いなど）が発生することが問題。
- ・ 警察医の職務遂行（留置人の健診含め）が肉体的、精神的経済的に負担により危うい状況だ。医師の一本釣り確保されているが、続けられるかどうか？警察からの手当 3,000 円（時間外か休日の時か？以前はなかった）Ai の徐々の認知など、少しずつ前進もある。日医には年に 1 回は研修会（産業医や学校医のような）を望む。
- ・ 私の経験では、明らかな外因死を除いた、突然死を含む何らかの内因死の場合は、後頭窩穿刺・心嚢穿刺・胸腔穿刺を実施すれば、その死因の 90%以上は究明し得ると思われる。最近 Ai を施行する症例が増加して大変助かっている（無駄な穿刺を行わなくて済むので）が、体幹 CT で異常なしと診断された症例でも心嚢穿刺により大動脈解離と診断できるケースが相当例あり、必ずしも Ai ですべてわかるわけではないということも心得つつ、頭部 CT で異常のない場合、心嚢穿刺は必ず行うべきと思っている。上記穿刺を含め、死体検案は医師であれば誰でもできると思うので多くの医師に参加して頂きたい。
- ・ ある一定期間、全例 Ai を施行しデータを集めてはどうか。剖検の方向性を（この地域自殺者多い）。
- ・ Ai が普及して警察が先に実施してくれたら、かなり役に立つと思われる。
- ・ （医師不足のため）病院業務が多忙である病院の勤務医に検視等は無理である。Ai が推奨されているが（当院では立場上行なっている）非常に問題がある。地域の実情や読影医の要件や死体の検査の感染等が全く考慮されていない。制度が先送りされている。
- ・ Ai 料金は警察の支払い時には 15,435 円である。家人に負担を求めるときには保険使用時に想定される金額を支払ってもらっている。全国一律での Ai 料金の決定が必要。
- ・ 近くに Ai 検査を受けられる施設がない。
- ・ Ai が有効な場合は多々あるが、解剖のかわりになるとは思えず、あくまで補助手段の 1 つ。もちろん非常に有効な場合もある。Ai 読影に対しては資格試験など一定の基準（規制）が必要。

### **感染予防対策について**

- ・ 感染予防などは行政が用意されるべき。
- ・ 近年、手袋、マスク等、警察より提供されて良好。
- ・ 自身の感染防御は自身でワクチン接種、予防衣等の準備はしている。しかし、警察官 1 人 1 人の安全に対し研修等は出来ていない。検案・検視の都度に話はしている。
- ・ 感染防御安全対策は自己責任となっている。

- ・ 検案時用の作業着があるとよい。現場では衣服が汚れることもあり、又、死者の家人からも私服で行くよりは好ましいのではないか。
- ・ 検視のとき血液感染（肝炎、HIV 等）の不明、又、各種穿刺等も医師自身で行うため、技術料（危険料）を含め十分検討すべき。
- ・ 感染防御に関してはマスク、手袋のみ、検査着等はなし。
- ・ 新興感染症等の問題もあり、救急隊による死亡確認等でも感染予防の徹底が望ましい。
- ・ AIDS、ウィルス性肝炎等よりの感染防御に関して、これまで以上に医師側、警察側とも注意する認識を共有すべき。
- ・ 高度腐乱検案時に N95 マスクを用意してほしい。
- ・ 死体検案時、感染疑いの危険がある場合にもかかわらず、防御服の着用を十分にせず行う際不安をおぼえる。検案をする際に十分な情報共有を警察と行うことが重要。
- ・ 感染防御の安全対策が旧態依然の状態、備品も含め更なる充実が必要。
- ・ 感染防御に対しては、マスク、手袋、靴下カバーのみで非常に不安を感じる。せめて救急隊と同様の装備はすべき。外来診察開始直前に出勤依頼が多いが、緊急を要する場合を除いて考慮してほしい（出来る限り協力はしている）。

### **身分保障について**

- ・ 待遇、身分保障、安全対策、検案料金等、まったく決まりがなく、医師会と警察の間でしっかりした契約書をかわす必要性を強く感じる。今は全て医師の自己責任でボランティア的になっている。
- ・ 身分保障については、協力医としてなされているものと理解している。
- ・ 身分保障について、医師会独自の制度を構築してほしい。
- ・ 警察医（任用期間 1 年毎）特別職非常勤として県警察本部長が任命。報酬月額 3,000 円。
- ・ 監察医制度のように検案医の身分・収入等が保障されるべき。
- ・ 警察医という身分がよくわからない。
- ・ 検案現場に向う途中同乗のバトカーが衝突事故をおこし、警察医が受傷、入院した事例があったが、その際の警察の保障は、警察医の月収（3 万円）（嘱託職員として）を日割計算し（1,000 円程）それに休業日数を掛けたものというあまりに安いものであったので、待遇、身分保障の充実を望みたい。
- ・ 出向費用が民間企業と較べて“格段に低い”。身体保障（傷害保険等）がない。統一された感染防御態勢がない。検案医の主体性が乏しい。検案書発行料の目安がない（一般企業の文書料は高額）。

### **死亡診断書（死体検案書）の記載様式の統一について**

- ・ 死亡診断書の記載に関して市によって方針が異なるようなので、通知してほしい。死亡までの時間等の記載等（書類の管理が法務省と厚労省にまたがっている為）。
- ・ 各警察署で様式を統一したものにして欲しい。

## その他

- ・ 検案は公務と考えるので、それに費やした時間は公務とみなしてほしい。日常診療の死亡診断書に相当する検案（ほぼ診察料に相当）と文書代は、公費からの支出がのぞましい。病歴の詳細は不明なのでゆくゆくは監察医の配置（県あたり数人）がのぞましい。監察制度が必要かどうか、検討が必要。
- ・ 兵庫県下では神戸市以外では行政解剖制度がないので、ほとんどの場合、医師が検案のみで死因を決めなければならないのが現状である。阪神南圏域（芦屋、西宮、宝塚、尼崎、伊丹、川西各市）は合計人口が100万を超えており、本来ならばこの圏域に1ヶ所監察医務所を設置し、監察医制度のもと「行政解剖」を行い死因を認定すべき。財源、人的資源を考えると理想論に過ぎないかもしれないが、地域医療に従事している医師に検案業務をしていただくかねばならない。兵庫県医師会では臨床警法医学会研修会を実施し、死体検案認定医制度を作っている。日常診察業務で多忙だが、検案業務も医師に課せられた業務である。医師会員先生方の参加を切に望む。
- ・ まだそこまで行届いていない。死因究明より救命に力をそそぐのはいたしかたのない事である。
- ・ 医師としてのボランティアの気持ちで検案をしている。
- ・ 他の地域の先生方に比べて岡山は比較的恵まれていて、行政解剖等スムーズに行なっている（法医の先生は大変だが）。
- ・ 全ての死体の血液や髄液は警察で5年程保管していた方が良い（将来犯罪（毒殺）の証拠となる為）。
- ・ できれば受け持ち医に検視立ち会いをしてもらいたい。
- ・ 警察業務に対してはできるかぎりの協力は惜しまない。今後も可能な限り要請にはお応えするつもりでいる。
- ・ 古くからのいわゆる警察医の体質が検案の障害になっている。CPAで救急搬送された方の検案を2次医療機関等で行っているケースが増加していることを踏まえ、新しい若い医師を医師会内の部会に入れ研修を活発に行うことが肝要。
- ・ 検死で一番多いのは自宅での病死である。このようなケースでは解剖が必要になることはほとんどない。日本は解剖率が低いから解剖率をあげるようにしなければならないという意見があるが、反対である。
- ・ 警察医だが、留置中の方の健康診断の係で、死体検案は稀。
- ・ 老人ホーム内でテナント開業しているが、以前、異常死があり警察に連絡したら「老人ホーム内であれば、事件性がまずないと考えられる場合、先生の方で処理して下さい」と言われ、こちらがまじめにやっているのに「余計な仕事は困る」とばかりだった。H26年度は死亡診断書14通を発行し検案はなかった。
- ・ 私の所へ通院されていた方の例だが、入浴中の死亡で、病死ではなく死体検案となった。警

察に届けた所、主治医が死体検案をするのは好ましくない、と検死官が言うかもしれないと言われ（警察官の言葉には納得できないものの）、当地区で検案を多く担当している他の開業医に検案をしてもらった（長く通院されていた患者の死体検案を私がするのを否定され不満）。

- ・ 所属警察署の嘱託医として留置人の検診の要望のたび出向いて実施している。警察医会のメンバーは自己の良心に従って検死し、他からの圧力強制を受けることなく本人の自由意志によって死体検案を今後も続けたいとの意向が強い様である。殊に県医会は本医師の圧力がないことを希望している。私は警察医会々長として永年（67年間）やってきたが警察医自身解剖を施行する資格を取れる様にしたいと思っている。
- ・ 髄液検査、トロポニン検査は自身で行い、現場にて行う Ai、解剖は他施設に依頼している（検査キット・手袋は警察が用意）。検案書料で費用的には十分。
- ・ 東京都のような監察医務院があれば一番望ましいが現状では困難（解剖医がいない、場所がない）。
- ・ 警察医にふさわしい人物は、人格、正義感にあふれ、自らを犠牲にしても立ち向かう勇気ある者と考えている。検視官、警察官、関係する方々がお互いに相手の立場を理解し尊重し合うことで成り立っているのが、死体検案を含む様々な業務である。「今までの県警察医会を壊し、これからは、県医師会が管理する…」といった、今までの私たちの努力を踏みじめる表現は、謹んで頂きたい。
- ・ 高齢者は成るべく検案件数を少なくし、若い医師の指導、検案実施が望ましい。
- ・ 死後病院搬送された場合 X 線検査、血液検査等必要である。最近警察の検視官が立ち会い髄液血液血液を採取してくれ、小生は死亡等確認・立ち会うだけなので非常に短時間・簡便で良い。
- ・ 協力医が少ない。検死の際、時間の融通がきけば、他の開業医も検案してくれるのでは。
- ・ 登録（検察医）はしているが 5~6 年以上前より検案の依頼もなく、検案もしていない。医師が診断した内容を警察に否定されるようなことがある。解剖の適否も含め、医師の判断が尊重されるようにして頂きたい。
- ・ アンケートするだけの立場になりたい。100 のアンケートより 1 つの検案だ。
- ・ 私の場合、薬毒物は警察、Ai は県警と契約病院（山梨県全体で 48 施設）死後血液（血漿、血液生化学 CRP、腫瘍マーカー、HbA1C、状況に応じて原因ビールスと思われる抗体面、てんかん薬濃度）と咽頭培養をルーチンに施行している。生前状態、現場状況、死後検査を総合して検案書を発行している。このやり方を全県下、全国へと普及につとめている。
- ・ 前の警察医より引継ぎ（前の Dr 死亡の為）地元医師会を通じて、依頼をお願いしたが、医師会では次の候補がいないとのことで、タッチしてくれない。個人では無理なので郡市医師会が、警察医を推薦するシステムを確立してほしい。単なる産業医契約とは異なり、終日、土日正月もなく対応しているが、限界である。医師会が警察業務（検案だけでなく留置も）を認めないのなら日医をやめる。すべて医師の専権業務であることを実感してほしい。

- ・ 都が行っているような、監察医務院の設置。
- ・ (1) 検視の依頼は地域課から、迎えは交通課・パトロールカー、現場には刑事課が居る。いつも人が違うのに戸惑う。(2) 依頼の基準が不明瞭。(3) 県本部から来る検死官もいるが先に命令だけで帰ってしまう。(4) 署長は何も把握していない。
- ・ 最近の検案では、県警の検死官が先に検死を行って帰った後、地元の警察署の警察署員と一緒に検死を行っていることが多い。以前は検死官と一緒に検死を行っていたが最近では検死官が多忙で、先に検死を行っているようだ。
- ・ 最近救急要請がほとんどなく、直接警察から検案要請 + 解剖され、他市の警察、隣の県からも少ないながらも要請がある。
- ・ 今まで注意して死体検案を行っているのもまだ発生したことはないが、針刺し事故が発生した場合の対応マニュアルが全国统一されたものであると良い。
- ・ 自賠償と同様の扱いにさせていただくとわかりやすく良い。
- ・ ボランティア
- ・ その時々によって依頼関係がことなることが多いのでルーチン化し、公開すると良い。
- ・ 近隣の2ヶ所の警察署の要請で、検視立ち会いを行っているが、警察署ではその都度医師をさがしているようで、体制の貧弱さを感じる。血液、髄液の採取に使用した注射針の取り扱い(安全面)について不安をいつも感じる(警察官の針刺しについて)。
- ・ 特定の医師にのみ負担が強いられている規程の解決が望ましい
- ・ 医師個人のボランティア的な面があり、統一されたシステムが必要。
- ・ かかりつけ医があれば、その医師が死体検案するのが当然と考えるが、忙しい。検視はしていない等の理由で断られる事が殆どである。
- ・ 科捜研からはトライエージの結果は全く知らされない。せっかく調べた検体なのだから知らせたい。
- ・ 市内で1人にて死体検案をしている。チームまたは順番にて、警察医を認定してほしい。
- ・ 休診日や夜間の検案の際、遺族の検案書受け取りと会計にあたって、診療所を開けて待つてなければならない。そもそも警察からの要請であるので、交付および会計とも警察署で行われるべき。亡くなった方の自宅での検案は、遺族がいて気を使う点、そして移動に時間を費やす点で大変であり、検案は全て警察署内で行ってほしい。 検案の対象者には、低所得者層の方も多し。検案料は、数年前に県医師会で標準額を決定したが、時間外、深夜帯の金額が高額になり請求できない。検案の対象外(一般の病死)の場合、健康保険から莫大な医療費が支払われるのに対し、検案になった場合は全く支払われない(当県の場合検案立会い料として、一件 3,000 円の謝礼が県警から医師に支給されるが・・・)。ある程度の公的負担が出るように法律改正があってもいいのではないかと。また、それにより検案を嫌がる医師も少しは減るのでは。
- ・ 検案業務について明文化されたものがなく、検討課題と思われる。そういったモデルがあれば発表してほしい。直近例は100才の女性で明らかに老衰であったため、検査実施せず、通



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囑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囑託されている。当地域では検視立会い医を依頼するのに警察が大変苦労している。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、出勤料、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見ると、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貪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、万一医療事故のも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 人が高齢又は病気入院などで、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、法医学の講義で、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静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(緘頸の河川敷、山林等)の様に遠くの大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。
- ・ 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っ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ことよい（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	Ai（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%
	Ai（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

死体検案書の作成 (図 b-13)

	自身で作成した	自身で作成しなかった	無回答	合計
人数	566	14	34	614
割合	92.2%	2.3%	5.5%	100.0%

↓ (代わりの作成者の内訳)

	解剖した医師が作成	死亡時画像を読影した医師が作成	かかりつけの医師が作成	わからない	無回答
人数	4	0	1	5	4
割合	0.7%	0.0%	0.2%	0.8%	0.7%

### 死体検案にかかる標準的報酬額（税込）（図 c-1）

	0円	5000円以下	10000円以下	20000円以下	30000円以下	40000円以下	50000円以下	50000円超	無回答	合計
人数	16	31	47	135	161	98	43	23	60	614
割合	2.6%	5.0%	7.7%	22.0%	26.2%	16.0%	7.0%	3.7%	9.8%	100.0%

### 死体検案にかかる標準的報酬額からみた施設類型別件数（図 c-2）

	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
0円	7	1	0	8	0	0	16
5000円以下	9	5	14	3	0	0	31
10000円以下	8	5	30	0	1	3	47
20000円以下	23	17	89	6	0	0	135
30000円以下	19	18	119	1	2	2	161
40000円以下	8	8	80	0	2	0	98
50000円以下	8	7	28	0	0	0	43
50000円超	4	6	13	0	0	0	23
無回答	15	9	31	2	0	3	60
合計	101	76	404	20	5	8	614

### 死体検案にかかる標準的報酬額からみた施設類型別割合（各施設全数を100とした場合）（図 c-3）

	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
0円	6.9%	1.3%	0.0%	40.0%	0.0%	0.0%
5000円以下	8.9%	6.6%	3.5%	15.0%	0.0%	0.0%
10000円以下	7.9%	6.6%	7.4%	0.0%	20.0%	37.5%
20000円以下	22.8%	22.4%	22.0%	30.0%	0.0%	0.0%
30000円以下	18.8%	23.7%	29.5%	5.0%	40.0%	25.0%
40000円以下	7.9%	10.5%	19.8%	0.0%	40.0%	0.0%
50000円以下	7.9%	9.2%	6.9%	0.0%	0.0%	0.0%
50000円超	4.0%	7.9%	3.2%	0.0%	0.0%	0.0%
無回答	14.9%	11.8%	7.7%	10.0%	0.0%	37.5%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### 死体検案・検案書発行料を決定した背景（複数回答可）

	検査実施や人件費等を積算	近隣の他施設の状況を参考	公立病院であり、条例等で定められている	その他	無回答	合計
人数	149	253	16	202	55	675
割合	24.3%	41.2%	2.6%	32.9%	9.0%	

全回答者数（n=614）における割合

### 死体検案にかかる標準的報酬額決定の背景からみた開設主体類型別件数（複数回答可）（図 c-4）

	検査実施や人件費等を積算	近隣の他施設の状況を参考	公立病院であり、条例等で定められている	その他	無回答	合計
国 (独立行政法人を含む)	1	5	0	3	0	9
都道府県、市町村 (大学の開設者を除く)	0	3	12	2	0	17
公的機関 (日赤、済生会など)	0	0	0	1	3	4
社会保険関係	0	0	0	1	0	1
私立学校法人、国立大学法人、 都道府県等(大学の開設者)	1	2	1	2	2	8
財団法人、社団法人	3	2	1	0	2	8
社会福祉法人	0	0	0	1	0	1
医療法人	83	123	2	88	23	319
個人	59	113	0	99	20	291
その他	0	0	0	1	1	2
無回答	2	5	0	3	4	14
合計	149	253	16	201	55	674

### 薬物検査を実施する場合の料金

	0円	2000円以下	4000円以下	6000円以下	6000円超	無回答	合計
件数	33	2	2	2	2	573	614
割合	5.4%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	93.3%	100.0%

### 簡易キットによる薬物検査実施の有無（図c-5）

	自施設で実施	他施設へ依頼して実施	実施していない	無回答	合計
人数	28	54	381	151	614
割合	4.6%	8.8%	62.1%	24.6%	100.0%

### 簡易キットによる薬物検査実施料金からみた人数（図c-6）

	0	2000円以下	4000円以下	6000円以下	6000円超	無回答	合計
自施設で実施	17	2	2	2	2	3	28
他施設へ依頼して実施	3	0	0	0	0	51	54
実施していない	1	0	0	0	0	380	381
無回答	12	0	0	0	0	139	151
合計	33	2	2	2	2	573	614



### Ai 実施の有無からみた人数と割合（図 c-7）

	自施設で実施している	自施設では実施していない	無回答	合計
人数	80	446	88	614
割合	13.0%	72.6%	14.3%	100.0%



### 自施設で実施する場合の実施内容と、料金体系からみた人数(図 c-7・8)

		撮影のみ	撮影と読影	無回答
人数		5	50	25
割合		0.8%	8.1%	4.1%
料金体系内訳	0円	1	2	5
	5000円以下	0	0	2
	10000円以下	0	5	1
	15000円以下	2	7	3
	20000円以下	0	12	1
	25000円以下	0	4	2
	30000円以下	0	6	1
	35000円以下	0	3	0
	40000円以下	0	1	0
	40000円超	0	2	0
無回答		2	8	10

### 解剖実施状況と料金体系（図 c-9）

	自施設で実施している	自施設では実施していない	無回答	合計
人数	21	492	101	614
割合	3.4%	80.1%	16.4%	100.0%



（自施設で実施する場合の料金体系）

	0円	50000円以下	100000円以下	200000円以下	300000円以下	500000円以下	500000円超	無回答
人数	9	0	2	1	0	0	0	9
割合	1.5%	0.0%	0.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%

FAX 送信先 03 - 3942 - 6513  
日本医師会 アンケート専用FAX

厚生労働科学特別研究事業「高齢化社会における死因究明の在り方等に関する研究」(H26-特別-指定-003)

## 検案業務をめぐる実態調査アンケート

このアンケートは、現在、実際におこなわれている検案業務の内容や費用等に関する実態を把握し、今後の制度の改善などの提言に役立てることを目的に実施するものです。

検案をおこなった医師ご自身が、直近に経験された死体検案を念頭においてご回答いただきますようお願いいたします。

ご回答の際は、該当の選択項目に 印を付したうえで、適宜ご記入いただきますようお願いいたします。

誠に恐れ入りますが、3月15日頃までにFAXまたは返信用封筒によりご返送いただきますようお願い申し上げます。

平成27年2月

研究代表者 今村 聡(日本医師会 副会長)

### 1 ご回答いただく方の背景についてお尋ねします。

年齢 1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代 5. 60代 6. 70代 7. 80代以上

性別 1. 男性 2. 女性

どのようなお立場ですか(該当するものすべてに をつけてください)

1. 医療機関の開設者、管理者
2. 1以外の勤務医
3. 研究者(法医学教室、病理学教室など)
4. 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
5. 監察医(常勤、非常勤を問わず)

ご所属の施設について(主な勤務先を1つお選びください)

(所在地) ( \_\_\_\_\_ 都道府県)

- (種別) 1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所  
4. 監察医務機関、研究機関(大学法医学教室等)等  
5. その他 ( \_\_\_\_\_ )

(施設の開設者)

1. 国(独立行政法人を含む)
2. 都道府県、市町村(大学の開設者を除く)
3. 公的機関(日赤、済生会など)
4. 社会保険関係
5. 私立学校法人、国立大学法人、都道府県等(大学の開設者)
6. 財団法人、社団法人
7. 社会福祉法人
8. 医療法人
9. 個人
10. その他( \_\_\_\_\_ )

検案業務との関わりについて、年間検案数、経験年数及び頻度をお答えください。

- ・平成26年1月～12月末までの1年間における検案経験数(約 \_\_\_\_\_ 件)
- ・検案業務のご経験年数(約 \_\_\_\_\_ 年)
- ・頻度

1. 警察の検視に立ち会うことが日常的にある  
(いわゆる警察医、協力医、検案医として登録されている)
2. 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)
3. 検案をおこなうことは稀である  
(1. 半年 2. 1年 3. 2年以上)に一度程度

以下は、ご自身が直近に経験された  
死体検案事例についてお答えください。

**2 その検案をおこなったのは何曜日の何時頃でしたか。  
(着手の時刻を基準にお答えください)**

- ・ ( 1. 平日          2. 土曜          3. 日曜、祝・休日 )
- ・ ( 1. 午前 8 時頃～午後 5 時頃      2. 午後 5 時頃～深夜 0 時頃  
3. 深夜 0 時頃～午前 8 時頃 )

**3 どのような経緯でそのご遺体を検案されましたか。**

1. 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
2. 診療の過程で (救急診療等で死亡後に初めて診察した)
3. その他(具体的にご記入ください: )

**4 そのご遺体の検案に際してはどのような検査が実施されましたか。またその検査は誰がどの費用で実施しましたか。他施設で実施された検査については、その検査結果が、検案を担当されたあなたご自身に情報提供されたかどうかもお答えください。**

1. 実施されていない
2. 以下の検査が実施された (下の表の該当するものすべてにお答えください)

検査種別	実施した施設	費用負担	情報提供
1. 薬毒物検査 ( )	1. 自施設 2. 他施設( )	1. 公費 ・ 2. 遺族 3. 施設 ・ 4. 不明	1. 有 ・ 2. 無
2. 髄液・体液・血液・尿等 の生理・生化学的検査	1. 自施設 2. 他施設( )	1. 公費 ・ 2. 遺族 3. 施設 ・ 4. 不明	1. 有 ・ 2. 無
3. Ai (死亡時画像診断)	1. 自施設 2. 他施設( )	1. 公費 ・ 2. 遺族 3. 施設 ・ 4. 不明	1. 有 ・ 2. 無
4. 解剖 (司法・行政・新法 ・ 第三 者機関による解剖)	1. 自施設 2. 他施設( )	1. 公費 ・ 2. 遺族 3. 施設 ・ 4. 不明	1. 有 ・ 2. 無
5. その他 ( )	1. 自施設 2. 他施設( )	1. 公費 ・ 2. 遺族 3. 施設 ・ 4. 不明	1. 有 ・ 2. 無

新法解剖：警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律第 6 条にもとづく解剖をさすものとします。

**5 そのご遺体の死体検案書はあなたが作成しましたか。あなたが作成しなかった場合には、誰が作成したかについても、あわせてご回答ください。**

1. 作成した
2. 作成しなかった  
誰が作成しましたか
  1. 解剖した医師
  2. 死亡時画像を読影した医師
  3. かかりつけの医師
  4. わからない

以下の質問には、ご回答者が主に従事されている施設、地域の実情について、ご存じの範囲でお答えください。

- 6 あなたが勤務または開設する施設では、死体検案にかかる標準的な報酬額はおいくらぐらいですか。(平日の日中の業務を想定し、別途加算する交通費等は除外した、税込みの金額でお答えください)

死体検案・検案書発行料として ( \_\_\_\_\_ 円)

- 7 上記6の死体検案及び検案書発行料はどのようにして金額を決定しましたか。(複数回答可)

1. 検査実費や人件費等を積算して決めた
2. 近隣の他の施設の状況を参考にして決めた
3. 公立病院であり、条例等で定められている
4. その他( \_\_\_\_\_ )

- 8 死体検案の過程で以下の検査を実施する場合の料金についてお尋ねします。(平日の日中の業務を想定し、別途加算する交通費等は除外した、税込みの金額でお答えください)

(1) 簡易キットによる薬毒物検査( \_\_\_\_\_ 円)

(1.自施設で実施 2.他施設へ依頼して実施 3.実施していない)

- (2) 以下の検査は、あなたの施設でおこなっていますか。おこなっている場合にはおおよその実施料金をお答えください。

・Ai(死亡時画像診断)

1. 自施設で実施している 料金 ( \_\_\_\_\_ 円)

(1.撮影のみ 2.撮影と読影)

2. 自施設ではおこなっていない

・解剖 1. 自施設で実施している 料金 ( \_\_\_\_\_ 円)

2. 自施設ではおこなっていない

- 9 その他、検視立ち会い、死体検案などの業務をめぐる待遇、身分保障、感染防御などの安全対策や検案における料金負担のあり方等について、また、死因究明体制全体のあり方等について、あなたの地域の実情や、ご意見・ご要望などがあればご記入ください。

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**質問は以上です。ご協力ありがとうございました。**

<本アンケートに関するお問い合わせ先>

日本医師会 医事法・医療安全課 (沼田・伊澤) / 電話: 03-3942-6506 E-mail: law-safe@po.med.or.jp

こちら側は医師が記入する欄です。

死亡診断書(死体検案書)

この死亡診断書(死体検案書)は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

傷病名等は、日本語で書いてください。欄では、各傷病について発病の型(例:急性)、原因(例:病原体名)、部位(例:胃噴門部が)、性状(病理組織型)等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。

産後43日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日目」と書いてください。

欄及び欄に関連した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。「5煙、火災及び火焔による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等を含め、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういった状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により確定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

(12) (13)

(14)

(15)

(16)

(17)

(18)

(19)

Form with fields for Name, Date of Death, Cause of Death, etc.

赤字で表した項目が、今回の追加項目

## 研究成果の刊行に関する一覧表

なし