

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総括研究報告書

死因究明等の推進に関する研究

研究代表者 今村 聡（日本医師会 副会長）

研究要旨

**【目的】**高齢化の進展に伴う死亡数増加や大規模災害の発生時の検案等、死因究明とその体制強化の重要性はますます高まっている。こうした背景のもと政府は「死因究明等推進計画」を策定し（平成26年6月）、死因究明に係る取組みを進めてきた。本研究班でも、平成26年度より「死因究明等推進計画」の諸課題について研究に取り組んでおり、令和元年度までに一定の成果を収めた。具体的には、死亡診断書（死体検案書）の電子的交付のスキーム、死亡診断書（死体検案書）の書式、検案料金の算定基準に関する提言及び死亡時画像診断の自己学習用教材等の開発を行った。そこで令和2年度の研究においては、平成26～令和元年度の研究成果を踏まえつつ、特に死亡診断書（死体検案書）の電子的交付を自治体で実際に行うことを想定して、スキーム及び課題を整理し、実証実験に備えることとした。また、今年度新たに閣議決定される予定の新たな「死因究明等推進計画」に基づく死因究明体制の充実に向けた行政施策に資する成果を得ることを目的とした。

**【方法】**死亡診断書（死体検案書）の電子的交付については、医療機関、自治体間で電子文書（主治医意見書等）の交換を行っている自治体へのヒアリングを行い、利点や課題を検討した。また、実証実験に必要なDiedAiの機能について開発を行った。死亡時画像診断に特化したe-learningを含めた自己学習用の教材については、平成26～令和元年度に引き続き、症例の追加等により開発を継続した。また、令和2年度に策定した検案費用の算定基準と単価を用いて、モデル事例について実際の金額算定を試みた。

**【結果】**死亡診断書（死体検案書）の電子的交付については、愛知県碧南市及び山口県萩市の担当課及び医師会へのヒアリングを行い、利点として郵送と比べて送受信の時間が短縮されること、文字の読みやすさがあげられ、課題として電子と書面が混在する場合の事務負担やシステム不具合のリスクがあげられた。DiedAiについては、死亡届と死亡診断書の突合を可能とするソフトの開発を行った。e-learningを含めた自己学習用の教材については、令和元年度までと同様、厚生労働省が日本医師会を委託先として実施している小児死亡例に対する死亡時画像診断のモデル事業で収集した症例5例を、e-learningシステムに追加し専用サイトの充実に図った。検案に際して行われる検査の費用や検案書発行料の費用負担のあり方については、実際に算定を行ってモデルケースとして示した。

**【考察および結論】**死亡診断書（死体検案書）の電子的交付は、電子化の利点も十分考えられるものの、主治医意見書のスキームを死亡診断書に応用するには、戸籍事務の現

状を踏まえた課題の克服が必要であると考えられた。また、本研究におけるe-learningシステムについては、これまでの教材用症例の提供をもって一旦の区切りとし、今後、厚生労働省が日本医師会を委託先として実施している小児死亡例に対する死亡時画像診断のモデル事業において、Aiの実施や検視立ち会い、検案などご遺体に接する機会の多い医師向けのマニュアルを作成し、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ことを目指す。検案費用の検討においては、今回提示した算定結果を問題提起の契機とし、今般の新しい死因究明等推進計画において期待される各自治体の死因究明等協議会での議論等を通して議論が深められることを期待したい。本研究の成果は、死因究明等推進計画検討会の議論に還元され、政策の推進に寄与する等十分な役割を果たしてきたといえる。今後も、死因究明等推進計画のフォローアップなど関連施策の発展に貢献すべく、検討を深化させていくことが重要と考える。

研究分担者 渡辺 弘司（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 主任研究員）

上野 智明（日本医師会ORCA管理機構株式会社 取締役副社長）

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（大阪府監察医、大阪府警警察医）

小林 博（岐阜県医師会 会長）

西川 好信（日本医師会ORCA管理機構株式会社 開発部長）

細川 秀一（愛知県医師会 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

### 1 背景

死因究明は、国民が安全で安心して暮らせる社会及び生命が尊重され個人の尊厳が保持される社会の実現に寄与するものであり高い公益性を有するものである。

我が国における年間死亡者数は、人口の高齢化を反映して増加傾向にあり、令和元年は約138万人であり、2040年には約168万人となることが予想されている。

かつてない「多死社会」を迎える中、在宅死の増加による死体検案体制への負荷増大に備え、死因究明のため必要な検査や解剖の在り方を明らかにし、

精度の高い死体検案ができるよう研究を推進する必要がある。その際は、死体検案等により明らかとなった死因情報を、どのように公衆衛生の向上に結びつけるかについても十分に考慮しなければならない。

また、死体検案は「死体」を対象として行われる行為であるため、療養上の給付にあらず健康保険制度の外に位置づけられている。このため、死体検案書の交付に要する料金は、いわゆる自由診療と同様に交付する医師や機関により異なっている。検案に伴う検査の諸課題を検討するにあたり費用の観点を無視することはできない。

こうした中、平成 24 年には「死因究明等の推進に関する法律」が時限立法にて成立し、平成 26 年 6 月には「死因究明等推進計画」（以下「旧計画」という。）が閣議決定された。その後、令和元年 6 月には「死因究明等推進基本法」（以下「基本法」という。）が恒久法として成立した。同法は令和 2 年 4 月 1 日に施行され、同年 7 月からは死因究明等推進計画検討会において新たな「死因究明等推進計画」（以下「新計画」という。）の検討が積み重ねられ、令和 3 年中の閣議決定を目指している。

本研究は、平成 26 年度より、その成果が死因究明等の推進に係る政策に反映されることを目的として実施してきたものであり、平成 26 年度に閣議決定された旧計画において示された課題のうち、厚生労働省において取り組むべきとされた以下の課題を主眼に置いて議論を進めてきた。

- ・ 検案に際して必要な検査・解剖を明らかにするための研究を推進すること
- ・ 検案に際して行われる検査の費用や検案書発行料の費用負担の在り方を検討すること
- ・ すべての医師が基本的な検案の能力を維持・向上するため、医療現場の医師も活用できるよう Web サイト等を通じて提供するための教材を開発すること
- ・ 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検討すること

これらの課題は、新計画策定に向けた報告書（案）においても、引き続き取り組むべきテーマとなっており、「検案に際して行われる検査の費用や検案書発行料等の金額の基準や算定根拠の在り方について、引き続き研究を行う」ことや「死因等に関する情報を正確に把握し、効果的に施策に反映することができるよう、死亡診断書（死体検案書）の様式等について必要な見直しを行うとともに、死亡診断書（死体検案書）の電子的交付について、関係省庁と連携して検討を進め、実現可能な体制等の方向性を示す」ことが掲げられている。

※以下本稿では「死亡診断書（死体検案書）」を「死亡診断書等」と略記することがある。

## 2 これまでの研究経過及び成果

平成 26 年度の特別研究においては、検査や検案料等検案の実施体制等の把

握を目的として、全国の警察における検視、死体調査に立ち会う医師（いわゆる警察医）を対象に、アンケート調査を実施した。調査の結果、検案を担う医師の人材不足や報酬や検査体制が区々であることなどの課題が浮き彫りとなった。

また、死亡時画像診断における e-learning システムの開発や死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの開発に着手した。

平成 27 年度は、死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの機能の充実と、死亡時画像診断における e-learning システムの内容を充実させることに課題を集中させ、研究を進めた。死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトについては、死因入力ガイダンス機能及び csv 出力機能が実装された。

平成 28 年度は、死体検案書の交付料金を中心に自治体に対する調査を行った他、継続して死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの機能の充実と、死亡時画像診断における e-learning システムの内容の充実に取り組んだ。また、死亡診断書等の様式自体の検討も行った。調査の結果、死体検案書の交付料金を何らかの基準が設けられている自治体も全体の約 1 割に留まる上、料金の定め方にも差異が認められた。また、死亡診断書と死体検案書の区別の理解に混乱が生じていることも見受けられたことから死亡診断書と死体検案書を統一した上で検視に関する項目を追加することや、死亡時画像診断の

所見欄を追加することなどの様式に関する提案を行った。

平成 29 年度は、本研究班の成果である死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトにより電子的に作成された死亡診断書等を電子的に交付するにあたり検討すべき論点が示されたことに加え、我が国の監察医制度の沿革及び実情に関する調査を行った。死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの機能追加と、死亡時画像診断における e-learning システムの内容の充実も継続して行った。

平成 30 年度は、死亡診断書等の電子的交付に関し、デジタル・ガバメント政策と人口動態調査の実務をふまえ、死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトで作成した電子死亡診断書に電子署名を付し、文書交換サービスを利用して自治体に直接送付する枠組みを提案した。また、死亡診断書等の様式に死亡時画像診断の所見、産科的原因や捜査機関による検視等の有無を記載する欄を追加した様式案を提示した。さらに検案料支払い基準として人件費、旅費、検案費用に分類し積算する方法を提案した。死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの機能追加と、死亡時画像診断における e-learning システムの内容の充実も継続して行った。

令和元年度は、死亡診断書等の電子的交付に関し、これまでの研究成果をふまえて電子処方箋のスキームを利用した枠組みを提案した。検案料支払い基準は平成 30 年に示した方法を検視立会の実情を踏まえて項目等を見直し

た。死亡診断書等の様式に関しては、これまでに提案した様式案に CDR (Child Death Review) の所見を加えることを提案した。死亡診断書(死体検案書)作成支援ソフトに将来的な統計利用を見越して CDA 出力機能等を追加した他、死亡時画像診断における e-learning システムの内容の充実も継続して行った。

### 3 令和2年度の目標

これまで積み重ねてきた成果をもとに、令和2年度においては各テーマにおいて以下の項目を目標として取り組むこととした。

#### (1) 様式を含めた死亡診断書等の制度の在り方全体についての検討及び死亡診断書(死体検案書)作成支援ソフトの開発

##### ア 様式を含めた死亡診断書等の制度の在り方全体についての検討

##### (ア) 死亡診断書等の電子的交付について

これまでの研究により、死亡診断書等を医師から電子的に交付する場合の法的・技術的課題及びそれらを考慮した枠組みの提案がなされてきたため、令和2年度においては、自治体における実証実験につなげることを目的とする。

##### (イ) 死亡診断書等の様式について

様式の更なる改善とともに、情報の利活用についても検討を加える。

#### イ 死亡診断書(死体検案書)作成支援ソフトの開発

死亡診断書(死体検案書)を自治体にて実際に電子的な提出をする際に生じる技術的諸課題を踏まえた機能追加を行う。

#### (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

前年度に引き続き、基本的な検案の能力を維持・向上するための教材(e-learning 等)としての学習サイトの内容をより充実させる。

#### (3) 検案に際して行われる検査の費用や検案書発行料の費用負担の在り方の検討

検案料支払い基準を人件費、旅費、検案費用に分類し積算する方法を検証し、具体的に積算可能な項目については金額を例示する。

## B. 研究方法

### 1 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および死亡診断書(死体検案書)作成支援ソフトの開発

**(1) 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**

**ア 死亡診断書の電子的交付について**

自治体における実証実験を実現させるため、既存のツールも活用した枠組みを再検証し、法的・技術的課題を整理する。また、自治体と医師間で電子的に医療文書の交換を行っている例についてヒアリングを行い、運用上の利点や欠点を調査する。それを踏まえ、実証実験に向けての課題や展望を考察する。

**イ 死亡診断書等の様式について**

様式の更なる改善とともに、情報の利活用についても検討する。

**(2) 死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの開発**

死亡診断書（死体検案書）電子提出に備え、死亡届と死亡診断書を別々に提出した場合の突合ルールを検討する。その検討結果を踏まえ、遺族から提出される死亡届と電子提出された死亡診断書をどのように紐付けるかを主眼に置いた機能追加を行う。

**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**

死亡時画像診断に特化した e-learning を含めた自己学習用の教材については、平成 26～令和元年度に引き続き、症例の追加等により開発を継続した。3 ヶ年研究の最終年度である今年度においては、効果的な学習が期待できる教育的症例を追加することに加え、将来、検案を担う医師が死亡時画像診断に習熟しやすい環境整備について検討する。

**3 検案に際して行われる検査の費用や検案書発行料の費用負担の在り方の検討**

これまで検討してきた検案料支払い基準を人件費、旅費、検案費用に分類し積算する方法を検証し、具体的に積算可能な項目については金額を例示する。

**C. 研究結果**

**1 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および死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの開発**

**(1) 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**

## ア 死亡診断書の電子的交付

### (ア)スキームの検討

令和元年度研究班では、電子処方箋のスキームを利用したオンライン提出のスキーム（以下「令和元年度スキーム」という。）を提案した。令和元年度スキームでは、医師が死亡診断書等を作成した後、遺族にはアクセスコードを発行し、その後全国共通のサーバに電子死亡診断書等をアップロードし、自治体や保険会社等死亡診断書等を必要とする者がアクセスコードを用いて死亡診断書等をダウンロードするという仕組みを提示した。この仕組みを考案した理由としては、死亡診断書を作成した時点では提出先の自治体が決まっていないことや遺族が直接提出しない場合が多いこと（令和元年度総括研究報告書 p 22）を指摘した。

令和元年度スキームが実現すれば、死亡の届出を端緒とする人口動態調査事務の業務効率化、精緻化の他、死因情報の更なる統計利用、遺族の利便性向上等、様々な効果が期待できる。

しかしながら、令和元年度スキームを用いて自治体における実証実験を行うには、クラウドの立ち上げから検討を始めることとなり、当該クラウドは、死亡診断書等という人の死に関する厳粛な医学的・法律的証明文書を取り扱うことになることや全自治体からアクセス可能とすることなどを踏まえると、その制度設計には詳細で緻密な検討を要する。すな

わち、規模、予算、法整備の観点からも実現までには相当の時間を要することが想定される。

そこで、第一段階の実証実験のスキームとしては、過渡期の対応として平成 30 年度の研究報告書で言及した DiedAi と MEDPost を利用して、医師資格証を用いて電子署名した電子死亡診断書等をオンラインで自治体に送付する仕組み（以下「平成 30 年度スキーム」という。）を用いることが比較的現実的ではないかと考えられた。

もともと、平成 30 年度スキームを用いた場合、電子死亡診断書等はクラウドな文書交換ツールにより特定の自治体に送付されるため、アップロードした文書を遺族や保険会社等、送付された自治体以外の者がダウンロードできる仕組みにはならず、遺族の利便性向上には直接つながらないことから、検証できる効果も限定的である。

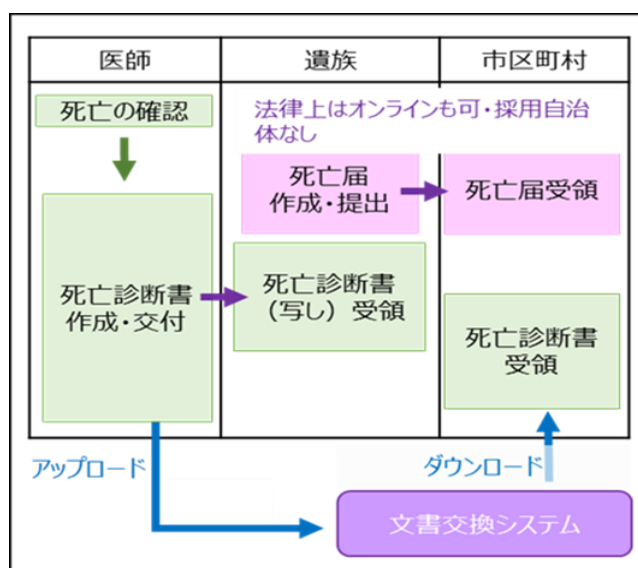


図1 平成30年度スキームを基にした実証実験の枠組み

しかしながら、死亡届のオンライン化が平成16年の法改正により「法律上は」可能とされていながら、15年を経た現時点においても、我が国ではそれを採用している自治体が一つもない現状を踏まえると、死亡診断書等の電子的交付がどのような形で実現することには大きな意義がある。

なお、令和2年12月25日に閣議決定されたデジタル・ガバメント計画においても、「死亡に関する手続（死亡届及び死亡診断書（死体検案書））をオンラインで完結する仕組みの構築に向けて、課題を整理の上、速やかに対応すること、既存のツールの活用が可能な取組等については、実現できるものから順次措置し、その後も、必要な見直し、整備を行う」こととされている（デジタル・ガバメント実行計画 p74～75）。

このような背景のもと、本研究班としても、まずは自治体において実現可能な実証実験の枠組みを対象に課題抽出を始めることで、今後の制度設計に資する論点整理を行うこととした。

#### **(イ) MEDPost を活用した医療文書の交換（採用自治体に対するヒアリング調査結果）**

MEDPost は既にいくつかの自治体において、役所と医療機関の間で医療文書を交換するためのしくみとして採用されている。

そこで、死亡診断書を送付することに応用するための課題を分析することを目的とし、MEDPost を利用している自治体（愛知県碧南市及び山口県萩市）

の関係者にヒアリング（オンライン会議及び書面での意見交換）を行った。

#### **i 愛知県碧南市の取組み**

##### **(i) MEDPost 導入の経緯**

碧南市ではこれまでも ICT を活用した健康ネットワークづくりに取り組んできたが、平成28年12月頃に、介護と医療と自治体をつなぐネットワークとして MEDPost の導入を検討した。それが健康増進会の事業として予算化されることになったため、会員医療機関や市民病院との間で運用が始まった。

ネットワークで一番問題となるのは医療情報のセキュリティだが、MEDPost はそれが担保されているという点で採用となった。

##### **(ii) MEDPost 参加の機関**

市内の施設が対象である。病院、診療所は民間が18施設。市民病院は地域連携室に端末を置いている。市民病院ではドクターカード（医師資格証）を持っているのが副院長のみなので、紹介状のやりとりはごく一部とだけしかできていない。その他、市の訪問看護ステーションが1施設、民間の訪問看護ステーションが2施設参加している。

割合で言えば、市内の医療機関の約7割が端末を置いているが実際利用しているのは全部ではない。

##### **(iii) MEDPost で取り扱っている手続及び文書の種類**



医療機関相互の間では紹介状や、紹介状と退院サマリの送受を行っている。

碧南市高齢介護課では「介護保険の認定」のため、「主治医意見書」を受け取っている。この運用は昨年春から始まった。実績は2020年8月～12月までの5か月で66件。

訪問看護ステーションでは、医療機関からの訪問看護指示書等を受け取っている。文書の形式は、PDFにHPKI電子署名を付与したものを原本として取り扱っている。

#### (iv)MEDPostの費用負担

前述のとおり、健康増進会の事業計画で予算化されたため、個々の施設、病院、医師、患者の費用負担はない。

#### (v)MEDPostによる文書交換システムの利点

<医師側> ソフトを使っていったん作成しておけば、同じ患者について再度作成する場合、過去データが活用出来るので、非常に効率的。

<自治体側> 訂正を依頼するとき、従来の郵送より時間がかからない。字が読みやすい。審査会に使う書類なので、見やすい。

#### (vi)MEDPostによる文書交換システムの課題

<医師側> 自分で作成した文書を送り忘れることがある。

<自治体側> 送信忘れがあるので、届かないときは催促する必要がある。

#### (vii)MEDPostによる文書交換システムを活用していくために必要なこと

導入のための最初のハードルがある。使い慣れれば便利であるが、始めるまでは皆不安がある。当市の場合には不具合が生じたらすぐに専門のベンダー業者が駆け付けてくれるが、ICTを活用していくためにはそのようなサポート体制が必要となると思う。

またドクターカード（医師資格証）を持っていないと使えないので、その普及も必要となる。

#### (viii)MEDpostによる文書交換システムを利用して死亡届に伴う死亡診断書の提出を行った場合の懸念事項

死亡届の受付窓口となる戸籍担当部署より、夜間休日に宿直体制で死亡届を受け付ける場合、現状ではMEDPost端末へのアクセスが困難であることや、システムダウンのリスク、MEDPost経由での死亡診断書受取に支障が生じている中で火葬が急がれる場合の対策など、電子化に伴う懸念事項が指摘された。

### ii 山口県萩市の取組み

#### (i) MEDPost導入の経緯

萩市が手がけた旧「萩あんしんネット」は、平成21年度第1次補正で各都道府県に造成された地域医療再生基金を活用したもの。高齢者に配布している「緊急連絡あんしんカード」を電子化し、救急医療等に利活用するのが目的であったが、情報の登録・更新等

が手作業であったため、十分な効果を発揮するには至らなかった。

萩市医師会が手がけた新「萩あんしんネット」は、平成 26 年 6 月に医療介護総合確保推進法が成立し、各都道府県に地域医療介護総合確保基金が創設された際、山口県から打診され、旧あんしんネットの機能拡張版として取り組んだもの。

一方、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会が提唱する「かかりつけ連携手帳」は平成 27 年当時、アナログ運用を前提としていたが、将来的には同手帳の電子版を開発し、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）に発展させることを目指していた。

萩市医師会が目標としていた「患者・利用者の同意のもと、医療・介護関係者が患者等の電子データを共有し、患者等へのサービスのために利活用する」という目的と方向性が一致していたため、その取組に賛同し、日医等の構想に対応できるネットワーク環境を整備することとした。

日本医師会は、医療機関同士が安全に医療文書を交換できる仕組みとして MEDPost(メドポスト)を企画・開発し、日本医師会 ORCA 管理機構(株)が新たな事業として平成 29 年 4 月 1 日よりサービスを開始した。萩市医師会も MEDPost を導入し、文書交換から着手することとした。

萩市においては、萩市医師会からの提案を受け、主治医意見書の作成依頼、作成した意見書の受領といったやりとりを徐々に MEDPost に移行し、合理化、

効率化、省力化を図っていくことにした。移行途上においては、郵送等によるやりとりと、MEDPost によるやりとりが混在することも是とした。

#### (ii)MEDPost 参加の機関(設置端末数)

診療所 18 (端末各 1 台、計 18 台)、病院 4 (計 6 台)、薬局 2 (計 2 台)、訪問看護ステーション 2 (2 台)、萩市役所 1 (高齢者支援課 1 台・健康増進課 1 台・地域包括支援センター 2 台の計 4 台)、阿武町役場 1 (1 台)、医師会事務局 1 (サーバ室 2 台・事務 3 台の計 5 台) の合計 29 機関 (合計 38 台)。このうち、阿武町役場のみが山口県阿武郡阿武町に所在し、萩市外となる。なお、萩保健医療圏は、萩市と阿武町で構成される。

#### (iii)MEDPost で取り扱っている手続と文書の種類

行政文書のやりとり(主治医意見書)、医療機関相互等のやりとり(診療情報提供書)、医療機関と薬局のやりとり(調剤情報のフィードバック)。

萩市役所と医療機関では、介護認定のための主治医意見書の依頼と受取を行っている。

#### (iv)MEDPost の費用負担(医師会全額負担か、病院負担もあるか、患者負担あるか)

萩市医師会が MEDPost の団体契約を締結。ユーザーのうち、医師は「医師資格証 (HPKI カード)」の発行手数料と月々の利用料を負担。

医師以外は「施設認証用 PKI カード」の発行手数料と月々の利用料を負担。患者負担はなし。

#### (v)MEDPost による文書交換システムの利点と課題

日医認証局を介したセキュアなオープンネットワークで、重要な文書ファイルを送受できるクラウドサービス。各地で展開されている地域医療情報連携ネットワークと異なり、ネットワーク間で互換性に問題を生じたりすることがない。

地域医療情報連携ネットワークと比較して導入・維持経費が低廉で、継続利用しやすいという利点がある。

主治医意見書の電子的送受においては、作成依頼のみ（一方向）、受領のみ（一方向）、あるいは作成依頼と受領（双方向）の際、郵送等に比べて手間や費用がかからず、意見書の作成依頼から受領までの日数が短縮した。

主治医意見書は、要配慮個人情報を含んだ重要文書である。現行システムでは、受領した履歴を医療機関ごとに集計して一覧表として作成することができるが、作成依頼した際の履歴は、MEDPost ではなく、基幹システムの画面をハードコピーして保存している。文書取扱規程における重要文書として、1 件ごとに作成依頼・受領の記録が残り、実績を集計処理できることが望ましい。

MEDPost で届いた主治医意見書を一旦、プリントアウトし、郵送等で届いた意見書とあわせて市役所の基幹シス

テムにスキャナ入力している。さらに、主治医の同意や「2. 特別な医療」、「3. 心身の状態に関する意見」の「(1) 日常生活の自立度等について」と「(2) 認知症の中核症状」、「4. 生活機能とサービスに関する意見」の「(2) 栄養・食生活」の「食事行為」の項目のうち、該当するものを選んで入力している。MEDPost で届いたデータを基幹システムに一括して入力できるようになると望ましい。

診療所の規模であれば MEDPost を利用しやすいが、医師や看護師、コメディカル等の多職種が介在する病院などでは、現場の業務運用とマッチングさせるのが難しい。

電子カルテなど病院情報システムとの親和性が低く、業務運用上だけでなく、システム運用上でも導入に課題がある。

#### (vi)MEDPost の利用を拡大していくにあたってのポイントや課題

健康・医療・介護分野（以下、「医療等分野」という。）における DX 化に MEDPost の機能をどう関連付けていくのかという課題がある。

MEDPost でやりとりできる文書の種類を増やしていくことが先決。

現在の主治医意見書、診療情報提供書に加えて、障がい児・者に係る医師意見書、予防接種台帳、死亡診断書、入院時情報提供書、退院・退所情報記録書、訪問看護指示書、訪問看護報告書などが考えられる。令和3年度には、検査センターから検査データの配信も

予定されている。介護分野についても LIFE（科学的介護情報システム）の取組等が始まっているので、それらに関連する対応も検討する必要がある。

医療等分野においては、医療保険のオンライン資格確認等の仕組みの運用が始まったことによって、患者の同意のもとに、被保険者資格情報だけでなく、特定健診情報やレセプトに基づく薬剤情報を医療機関・薬局が直接、閲覧できるようになる。今後、閲覧できるデータセットの項目数を増やすことが予定されており、患者本人もマイナポータルで個人の健康情報を網羅的に把握できるようになる。医療保険のオンライン資格確認等のインフラが全国保健医療情報ネットワークに発展し、さらなる情報共有が進むと思われるが、その際には前出の「かかりつけ連携手帳」が電子版に置き換わったこの仕組みと、MEDPost はどう住み分けていくのかという課題がある。

オンライン資格確認等の仕組みは、電子データ提出が原則の特定健診情報や、レセプトのオンライン請求で提出された薬剤情報をもとに利活用が進んでいる。今後、国が保有する NDB や介護 DB、DPCDB 等のデータがさらに利活用されるものと思われる。MEDPost においても発生源入力した電子データ（CSV ファイルなど）をそのまま利活用する取組が非常に重要になると考えられる。

自治体システムは 2025 年を目途に統一・標準化されていく予定であるが、民間とのやりとりが DX 化されるまで

には時間を要するものと思われる。例えば、診療所と行政のやりとりにおいても、発生源入力したデータのうち、PDF ファイルに電子署名を施し、そのファイルに CSV ファイルが添付されるなど、再入力を省略できるような取組と、発生源のデータを大切に取る取組を着実に推進することが重要であると思われる。

医療界において一番の問題は、すでに稼働している電子カルテなど病院情報システムの標準化の問題であると考えており、病院の基幹システムの標準化に向けて、全国的に統一したデザインが決まらないと、関連するシステムやネットワークの合理化は困難と思われる。

MEDPost は日医認証局を介し、セキュアでオープンなネットワークが確立されていることに加え、費用負担は安価に抑えられている。今般のコロナ禍において、萩市では MEDPost を活用して、WEB 介護認定審査会の開催等を検討してきたところである。医師等認定審査会委員の移動等に係る拘束時間の短縮や介護認定審査会資料の PDF 配布によるコスト削減等、有効に活用できるものと考えている。

#### (ウ) 実証的運用に向けた法的整理

ア（ア）で述べたとおり、戸籍法に基づく死亡の届出をオンラインで行うことができるとする省令改正は平成 16 年に行われていた（戸籍法施行規則の一部を改正する省令（平成 16 年法務省令第 28 号））が、現時点においてオ

ンラインでの死亡届を受け付けている自治体はない。死亡診断書等についても、医師法上電子的作成、交付を禁じているものではなく、平成 18 年には「書面に代えて電磁的記録により作成、閲覧等又は交付等を行うことができる医療分野に係る文書等について（医政発第 0622010 号）」によりその旨が明確にされた。しかし、電子的に作成された死亡診断書等はプリントアウトした上で遺族に交付され、電子的に交付された実績はなかった。これは、遺族等に電子的に交付しても、自治体をはじめとする提出先において、電子死亡診断書を受領する体制が整っていないためと考えられる。

一方、平成 30 年度総括研究報告書では、死亡届のオンライン申請ができない理由として死亡診断書等のみならず、死亡届の電子化が実現しておらず、電子署名を行うにはマイナンバーカードとマイナンバーカードに対応した電子署名システムが必要になってくることを指摘した。

このように死亡届の側、死亡診断書の側がそれぞれ、他方が電子化されていないことを理由に電子化・オンライン化ができないという認識を持っており、そのため今日に至るまで、電子化・オンライン化が実現してこなかったといえる。

そこで、本研究班では、これまで検討を積み重ねてきた死亡診断書の電子的な交付を先行させることを念頭に、平成 30 年度スキームを用いて、電子的な交付を実現させることを検討した。

平成 30 年度スキームは、死亡届の提出とは別のタイミングで、医師が市区町村に死亡診断書を交付することになるため、死亡の届書に死亡診断書等を添付しなければならないとする戸籍法第 86 条 2 項に抵触することとなる。

こうした中、法務省において戸籍法施行規則の改正が検討され、令和 3 年 5 月 27 日、戸籍法第 86 条第 2 項の規定により同項の届出に添付しなければならないものとされている診断書又は検案書については、市町村長が定める方法により、直接に、又は電子情報処理組織を使用して、当該書面により確認すべき事項に係る情報を入手し、又は参照することができる場合には、添付することを要しない（戸籍法施行規則第 58 条の 2）とする改正が行われた。これにより、死亡届が提出された時点で市区町村において電子死亡診断書を確認できれば死亡届は受理可能となり、平成 30 年度スキームの法的課題は解消されることになる。

## イ 死亡診断書(死体検案書)の様式について

これまでの研究班における検討により、死因に影響し得る要因として、「産科的原因」を、死後検査に関する項目として、「Ai（死亡時画像診断）」を、捜査機関の関与に関する項目として「捜査機関による検視等」を、子どもの死亡に関する多職種による検討結果の項目として「CDR 所見」を書式に追加する案を提言した。

情報量が多くなることは死因究明の結果の分析と活用という観点からは有益であるが、様式の紙幅には限りがあり、研究班会議において現時点における追加事項としては十分なものであるとの意見で一致した。

研究班会議においては、加えて、死亡診断書の電子化に併せて、死亡時画像診断の画像を添付してはどうかという意見があった。さらに、和暦と西暦の表記については継続して議論してきたことではあるが、死亡時点間での計算を容易にするため、死亡したときと傷害が発生したときだけでも和暦を西暦にしてはどうかとの意見があった。これは例えば傷害が発生したときが昭和 59 年で、死亡したときが令和 3 年だとすると、傷害発生時から何年程度の経過を経て死亡に至ったのかということが一見してわからないが、西暦で 1984 年、2021 年と表記すれば、37 年の経過があったことがすぐにわかるという趣旨である。

## (2) 死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの開発

死亡診断書（死体検案書）の電子提出に備え、死亡届と死亡診断書を別々に提出した場合の突合ルールについて検討した。実運用に向けては幅広い議論が必要になるが、当面の課題としてはまず、遺族から提出される死亡届と電子提出された死亡診断書をどのように紐付けるかという視点から、前提条件を絞った形で検討を行った。

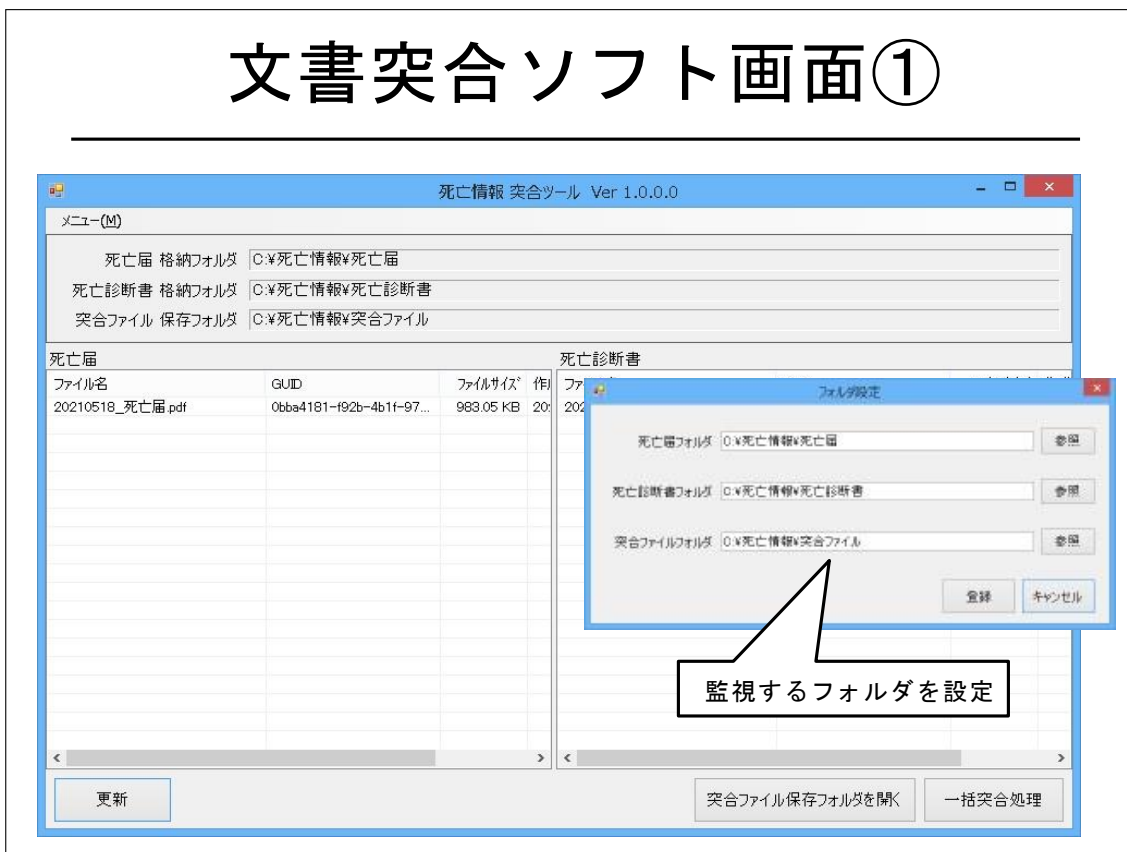
死亡診断書を医療機関から自治体に電子提出した場合、提出された死亡診断書と遺族が提出する死亡届を突合する必要がある。突合に用いるキーとしては「死亡日付」「氏名」「性別」「生年月日」等が上げられるが、本研究班では突合コードに GUID を採用し、以下の条件の下で検討した。

※GUID (Globally Unique Identifier) とは、PC 毎に振られる固有の MAC アドレスとファイルの作成日時から生成される 32 桁のユニークコードである。世界で重複することが無いと言われている。

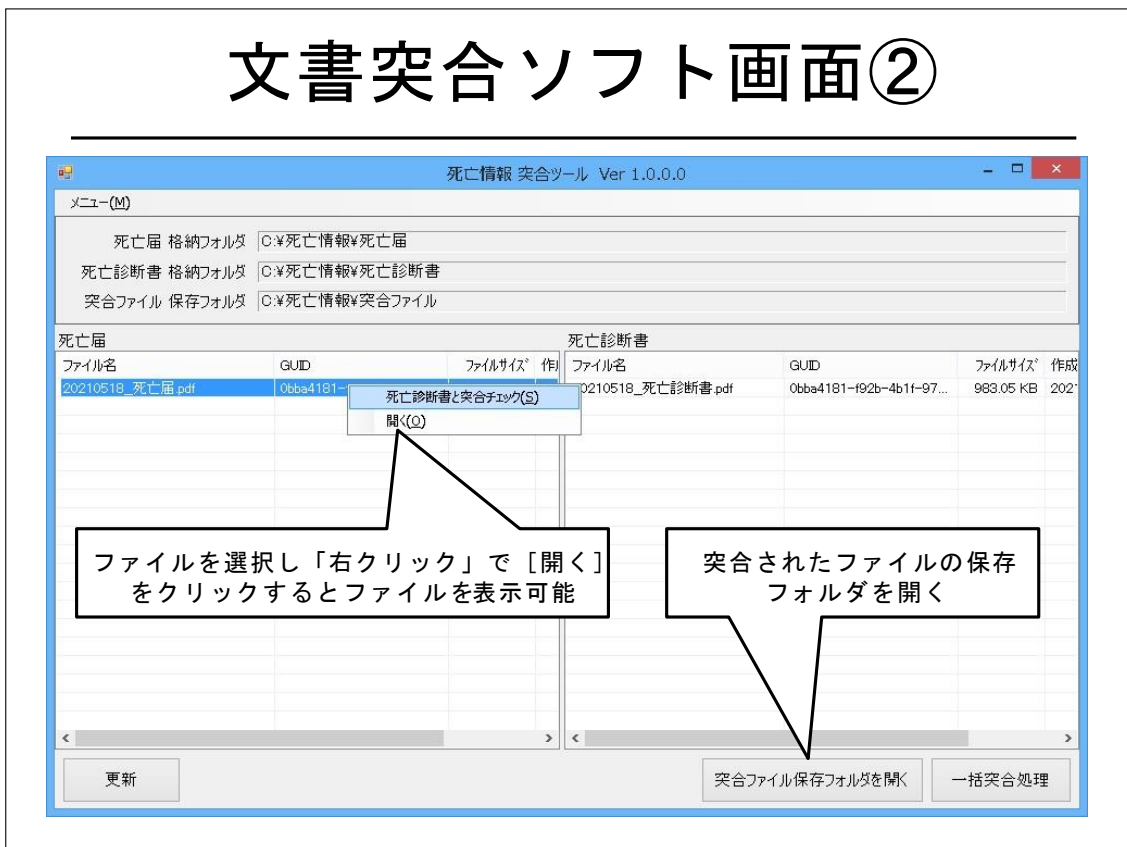
前提条件としては、GUID は、死亡診断書と死亡届の欄外に QR コードとして印字すると共に、死亡届に [死亡診断書電子提出済み] の印字を行う。医療機関から遺族に対しては QR コードを印字した死亡届を交付して自治体への提出はこの用紙を使って届け出を行ってもらう。



# 文書突合ソフト画面①



# 文書突合ソフト画面②





また、死亡届は紙で提出されることを前提に、自治体内でスキャンし PDF 化することを想定し、電子死亡診断書は死亡届が時間外等に提出される可能性を考慮し、自治体内で関係各所が閲覧出来るように管理するネットワークが構築されていることを想定している。

死亡診断書を電子提出した場合、死亡届との突合を自動で行うための仕組みを系統的に構築する必要があることから、ファイル突合用のサンプルソフトを作成した。具体的には、死亡診断書作成ソフト（DiedAi）の「死亡診断書発行画面」に「紐付け用 QR コードを印字する」のチェックボックスを設け、此処にチェックを入れ死亡診断書を出力した場合、死亡診断書と死亡

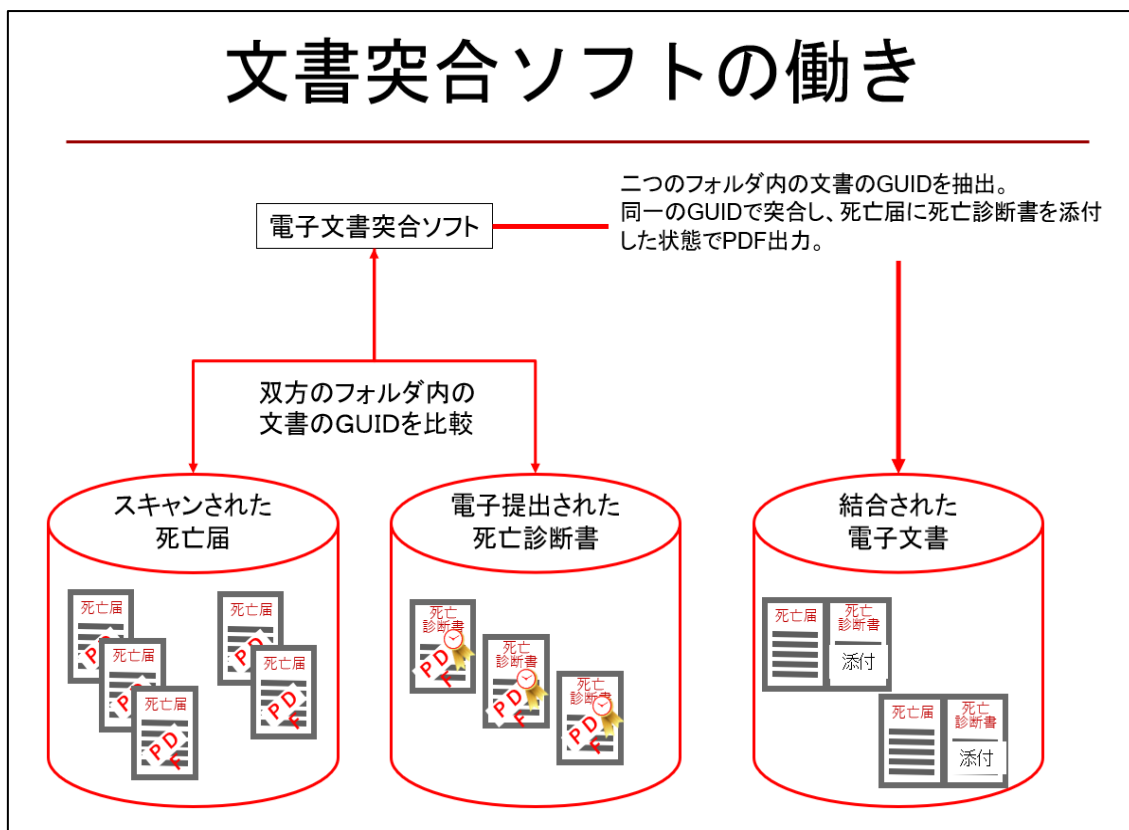
届の欄外に QR コード化した GUID を印字すると共に、死亡届に「死亡診断書電子提出済み」の印字を行うようにした。

さらに、スキャンされた死亡届と電子提出された死亡診断書に埋め込まれた「QR コード」を自動で読み取り、ファイル突合を行い、死亡届に電子署名された死亡診断書を添付する機能を持つ突合ソフトを開発した。

次に、行政における押印廃止の動き（押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令令和 2 年 12 月 25 日等）を受け死亡診断書（死体検案書）の記名・押印欄の様式変更を行なった。

また、HELP 機能には令和 3 年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル

## 文書突合ソフトの働き





### 【e-learning 掲載画面の一例】



することができるよう、e-learning教材の開発を進めた。

まず、平成26年度に20症例をe-learningシステムに掲載し、平成27～令和元年度には、それぞれ、5～6症例を追加している。令和2年は効果的な学習が期待できる教育的症例を念頭に、新たに小児死亡事例に対する死亡時画像診断のモデル事業で得られた5症例を加え、計51症例の学習を可能とした。

これら51症例の概要は次のとおりである。

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
21. 先天性間質性肺疾患、Leigh脳症をきたす一群のミトコンドリア病、うつ伏せによる病態悪化・突然死の可能性
22. ウイルス性感染疑い 他
23. 頭頸部の異常、両側肺の低形成、染色体異常の可能性 他
24. 先天性心疾患 (ASD) に起因する心不全
25. 急性膵炎の疑い、生前の誤嚥性肺炎・肺感染症などの存在、うつ伏せによる低換気の可能性、呼吸・嚥下調節の異常の存在の懸念 他
26. 胎児母体間輸血症候群による浮腫の可能性
27. ミトコンドリア異常症、死戦期の急性左心不全の変化の疑い
28. 出血性膀胱炎による急性尿毒症かショックによる死亡の疑い

29. ロタウイルス感染性胃腸炎から高度の脱水、循環不全から心停止、高度の低酸素虚血性脳損傷を来し、生命維持が困難となった可能性
30. 縊頸による自殺
31. 間質性肺水腫相当の状態、肺血管の異常（疑い）、貧血（疑い）などが同時に作用し生命維持が困難となった可能性
32. 難治性てんかん
33. 肺胞の拡張ができなかったことによる呼吸不全、ホルモンの異常による代謝異常、副腎酵素欠損症などの可能性
34. 肺低形成による呼吸不全
35. 風呂溺水、てんかん
36. 肺出血、肺高血圧症、心不全など
37. 心不全・心原性の肺水腫の可能性、18トリノミーに整合する形態的特徴あり
38. 外傷性変化なし、出血性疾患なし、生命維持を困難とするような脳、気管・気管支、腹部臓器の異常なし
39. 外傷性変化、頭蓋内出血、骨折等の所見なし。窒息や先行感染の可能性、殺鼠剤誤嚥による肝障害等の可能性
40. 腸炎に関連した脳炎、脳症発症の可能性
41. 脳ヘルニア、脳幹圧迫から呼吸等に重篤な障害を与え、生命維持が困難となった可能性。終末期の多臓器不全（心不全、腎不全、肝不全等）の状態
43. 心筋壊死による心不全に加え、脳幹部を含めた広汎な脳障害、両側腎の強い萎縮などにより生命維持が不可能となった状態
44. 腫瘍の脳幹浸潤、広汎な髄液播種等により脳幹機能が失われたことに

### e-learning 掲載画面に令和2年度追加した5症例

	<p><b>症例48</b></p> <p>0歳11ヶ月 男性 要約) 来院時心肺停止 病歴) 生来健康の児。在胎38週0日、予定帝王切開で出生。Apgar score 8(1分)/9(5分)。出生時体重2995g、伸長47.5cm、頭囲35.0cm。周産期に特記事項なし。既往症なし。20時頃に授乳後入眠した。23時頃には覆息を立てて眠</p>	<p><b>症例49</b></p> <p>0歳 女性 要約) 早産極低出生体重児(30w3d, 1565g) 呼吸窮迫症候群、重症新生児仮死(Apgar score 1分1点、5分1点)、早発型GBS(B群溶連菌)性敗血症 病歴) 午前8時14分在胎30w3d体重1565g、As1/1, 全麻下緊急C/Sで出生。臍帯巻絡2回あり。出生時より</p>
<p><b>症例50</b></p> <p>4歳4ヶ月 男性 要約) 所在不明にて警察官が捜索中、学校のプールの中で、プールサイドに近いところでうつぶせの状態で見つかった。警察官が引き上げたところ、JCS300、CPAの状態。CPR開始。AED要請、波形確認ではショック不要で、CPRを続け救急隊が到着。経鼻胃管から</p>	<p><b>症例51</b></p> <p>0歳3ヶ月 男性 要約) 内蔵錯位(右側相同)、房室中隔欠損症、肺動脈閉鎖症、部分肺静脈環流異常症。 病歴) 0G0P、〇産婦人科にて妊娠管理されていた。在胎31週6日、胎児エコーで心尖部の向きがおかしい事を指摘され、〇病院産婦人科紹介。精査にて、内蔵錯位、単心</p>	<p><b>症例52</b></p> <p>0歳2ヶ月 女性 要約) 超低出生体重児 病歴) 母36歳、〇産婦人科よりPIH、FGR、胎盤早期剥離疑いのため緊急母体搬送、救急外来で胎児徐脈を認め、そのまま緊急帝王切開術実施。出生直後に挿管。当初児心拍を認めなかったが、気管内バスマシン投与、用手換気を継続、心</p>

よる死亡

45. 肺うっ血、肺炎等による呼吸不全の急速な進行が死因となった可能性
46. 不詳の内因死。胃内の高吸収は異物や薬物の可能性、肝腫大の可能性あり
47. 心筋壊死、心筋梗塞による心不全の可能性
48. うつぶせによる窒息事故の可能性
49. 明確な死因は不明  
(敗血症による血管透過性の亢進と整合するような相当量の水腔症を認める)
50. 肝臓の吸収値の上昇、胆嚢壁肥厚、胆石の可能性、遺伝性球状赤血球症による溶血性貧血の可能性、鎌形赤血球症で脱水になった際の突然死の可能性
51. 肺水腫、胸水、腹水など循環不全を考えさせる所見あり
52. 栓友病（血友病の逆）の可能性、特発性腹腔内出血の可能性

※以上の通し番号はe-learning教材のものと同一であり、症例42について掲載していないことは、e-learning教材において公表していないことによる。

なお、これらの症例については、場所を問わず学習しやすいよう、日本医師会のホームページ上の「医療安全・死因究明」のコーナー[http://www.med.or.jp/doctor/anzen\\_siin/siin/003770.html](http://www.med.or.jp/doctor/anzen_siin/siin/003770.html)からリンクを通じて、閲覧可能な仕組みとしている。

### 3 検案に際して行われる検査の費用や検案書発行料の費用負担の在り方の検討

#### (1) 基本的な考え方

令和元年度の報告書で示した検案料算定基準のうち、図2の赤枠で囲った費用、すなわち死亡時画像診断、薬毒物検査、感染症検査等については、死因身元調査法第5条に基づく検査として警察から費用負担がなされるか、異状死死因究明等支援事業の対象になると考えられる。すなわち、検視した警察または検案した医師が死因究明のため必要と判断した検査は、犯罪捜査又は公衆衛生の観点から公益上必要なことであり、公費で負担するのを原則とすべきである。さもなければ、公益上必要なことが遺族の資力という不確かな要素で実施の有無が左右されてしまうことになり、不適切だからである。警察が行う検査については警察の費用で行われていることが明らかであるが、異状死死因究明等支援事業については、認知度が低く、公益上必要があると判断されている検査についても遺族負担となっている自治体が多い。

死因究明等推進計画案が述べるように、「必要と判断された死因究明等が資源の不足等を理由とすることなく、実現される体制」が確保されるよう、各自治体において、同事業の利活用について十分協議、周知されることが望まれる。

図2の青枠部分は、医師の人件費等に該当する部分であり、算定の考え方

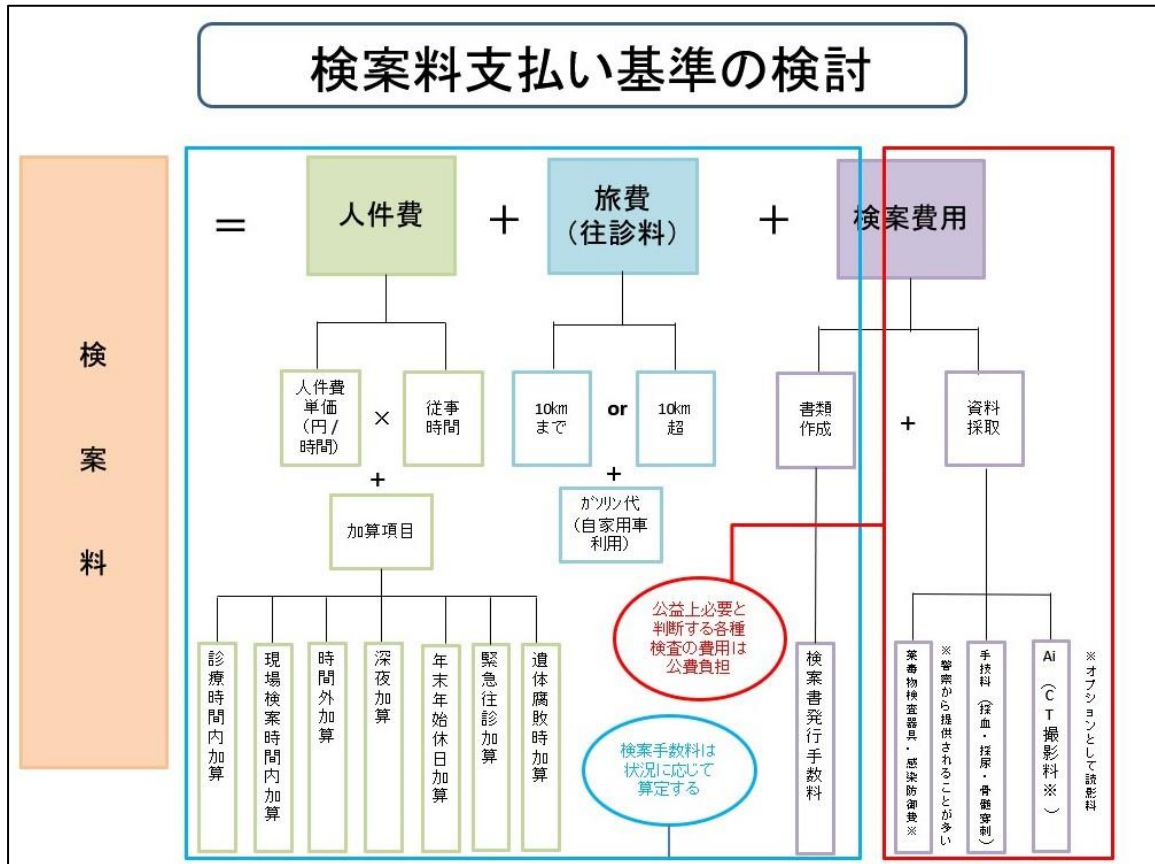


図2 検案料支払い基準の検討 (令和2年度版)

をある程度標準化することが可能であると考えられた。以下には、当研究班でこれまで知り得た情報をもとに、算定要素ごとの具体的な金額を、考え方の一例として示す。

- ・基本検案料 15,000 円
- ・文書作成料 5,000 円
- ・往診料 10 キロまで 7,000 円、10 キロ超 10,000 円
- ・診療時間内加算 (本来の診療時間を割いて検案に対応した場合 2,000 円)
- ・現場検案時間内加算 (現場での検案が 1 時間以上のとき 1,000 円、30 分ごとに 1,000 円)
- ・時間外加算 (診療時間後～午後 10 時、午前 8 時～診療時間開始前、2,000 円)

- ・深夜加算 (午後 10 時～午前 8 時、5,000 円)
- ・年末年始休日加算 (3,000 円)
- ・緊急往診加算 (通常の診療時間内に外来診療を中断して往診を行った場合 10 キロまで 4,000 円、10 キロ超 5,000 円。診療時間外に往診を行った場合 10 キロまで 7,000 円、10 キロ超 10,000 円。当番日以外で深夜に往診を行った場合 10 キロまで 14,000 円、10 キロ超 20,000 円。)

※参考：某政令指定都市「行旅死亡人死体検案料・支払基準」

なお、東京都のうち 23 区以外の地域 (監察医制度のない地域) における検

案料は、都が負担しており、検案1件につき、平日 34,738 円、休日・土曜 43,424 円、5月連休(GW) 52,111 円、年末年始 69,477 円が支払われる(平成 28 年度予算による、東京都のパンフレットより引用)。また、遺体腐敗時には、別途加算を設けるという考え方も研究班において指摘された。

## (2)算定例

図 2 に示した加算要素と、上記の(1) 基本的な考え方をもとに以下のモデルで算定を行った。

ア：診療時間内に警察から連絡があり、警察車両にて隣町(7 キロ)の在宅死の現場に向かい、検案を行った。独居で生前の情報に乏しかったが、高血圧の既往があることは判明。協力病院にてCT撮影したところ、明らかに死因と評価できる脳幹出血が認められ、脳幹出血を死因とした(所要時間 2 時間)。

基本検案料+往診料+現場検案時間内加算+文書作成料

(15,000 円+7,000 円+3,000 円+5,000 円=30,000 円)

イ：年末年始の深夜、警察から連絡があり、警察車両にて遠方(40 キロ)の不審死の現場に行き、検案を行った。死因判定は困難であった(所要時間 2 時間)。

基本検案料+往診料+年末年始休日加算+緊急往診加算深夜加算+文書作成料(15,000 円+10,000 円+

3,000 円+20,000 円+5,000 円=53,000 円)

なお、上記(1)(2)の考え方は、研究班における検討の途上にあるものを参考として記述したものであり、今後、関係者の意見を聞きながら、さらなる検討を加える予定である。

## D. 考察

### 1 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および死亡診断書(死体検案書)作成支援ソフトの開発

#### (1) 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

##### ア 死亡診断書の電子的交付について

前述図 1 の枠組みは早期に死亡診断書の電子的交付を実現させることを優先に立案したものであるため、全国一斉に本格的な運用に移すには、なお検討を重ねる必要があることは前述のとおりである。しかしながら、一部であっても、死亡診断書の電子化の効果を検証することは、大きな一歩であり、今後の制度設計に資すると考える。

実証的運用を開始できた場合、検証

すべき点として、①死亡診断書の電子的作成の普及（医師や医療機関の事務的な負担を含む）、②電子死亡診断書に対する遺族等関係者の受け止め、③電子死亡診断書の交付・送付、受領方法、④送付された電子死亡診断書と死亡届の突合方法、⑤電子死亡診断書データのシステム取り込みと事務効率化等を挙げることができる。

また、今年度のヒアリング調査により、現時点でいくつか克服すべき課題も見えてきた。電子死亡診断書の作成においては、電子署名のため医師資格証の普及が課題となる。また、システムダウンやインターネット環境の不具合などが生じた場合への懸念もある。デジタル化、オンライン化共通の課題ではあるが、紙での交付・提出とは異なる危機管理の態勢を構築する必要がある。さらに、死亡届特有の問題として、当直体制への対応を考慮する必要があることもうかがえた。

死亡診断書等の電子的作成や交付については、厚生労働省単独で検証可能であるが、交付後の取扱いについては、自治体の戸籍事務が深く関わるため、法務省や総務省など複数の省庁にわたる連携が不可欠である。

より良い制度設計に資する検証ができるよう、省庁の縦割りを排した取り組みを求めたい。

## イ 死亡診断書（死体検案書）の様式について

死因究明等推進計画（案）でも「死因等に関する情報を正確に把握し、効果

的に施策に反映することができるよう、死亡診断書（死体検案書）の様式等について必要な見直しを行う」と記載されているとおり、情報の正確な把握と効果的な施策への反映が重要であり、単に死亡診断書の情報量を増やしても、その情報が活用されなければ意義は乏しい。この問題の一端は、「死亡診断書」と「死体検案書」の一本化又は統計反映の議論で顕在化する。現行法上は、様式は同じであるものの、死亡診断書と死体検案書の区分が存在し、医師がどちらかに当てはまるかを判断して作成する。しかし、人口動態調査においては両者を区別する項目はないため、研究利用が可能な死亡票にも、最終的な統計にも反映されない。したがって、「死亡診断」と「死体検案」がそれぞれ何件行われたかの公式な数字は存在しない。諸外国では「死亡証書」として一本化されている例もあることから、本研究班としては、死亡診断か、死体検案かを現場の医師に迷わせるよりは、一本化することを提案するものであるが、一方で、両者を区別し統計的な分析を行うことに意義を見いだす見解もある（第2、3回死因究明等推進計画検討会議議事録）。ただし本論点については死亡診断書の電子化が実現すれば解消するとも考えられる。

さらに、今年度の研究班の議論では、死亡診断書の電子化に併せ死亡時画像診断のデータも保存し活用すると良いのではないかとの意見もあったことから、今後の議論においては、人口動態・保健社会統計室の協力も得て、統計情



報として利活用する部分の見直しと、人口動態統計とは別途、死亡診断書及びそれに付随する情報をどのように利活用できるかの議論が必要となると考えられた。

### **(1) 死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフトの開発**

死亡診断書（死体検案書）作成支援ソフト「DiedAi」は入力されたデータを様々な形式で出力する機能を持っている。今後、全国の自治体で導入されている戸籍を管理しているシステムに直接取り込めるデータ形式が標準化されれば、標準化データを電子死亡診断書に添付することで、自治体システムの改修が必要にはなるが、自治体業務の大幅な簡素化を図ることが期待される。

### **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**

平成26年度からe-learningシステムを逐次充実整備させてきたが、今年度までの教材用症例の提供をもって一旦の区切りとし、今後は、厚生労働省が日本医師会を委託先として実施している小児死亡例に対する死亡時画像診断のモデル事業において、Aiの実施や検視立ち会い、検案などご遺体に接する機会が多い医師向けのマニュアルを作成し、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こと

を目指す。

### **3 検案に際して行われる検査の費用や検案書発行料の費用負担の在り方の検討**

監察医制度施行地域では検案料は実質文書発行料のみで、検案行為そのものについては公費で負担されるのに対し、監察医制度のない地域では、文書発行料の他に人件費や検査料金等の検案費用は原則遺族負担であり、かつその額もそれぞれの検案医により区々である問題は長く指摘され続けていた。今回本研究で具体的な金額の提示を試みたが、これは診療報酬の範疇外にある検案の特殊性を考慮し、費用の根拠付を試みたということに過ぎない。公益上必要な検査は公費負担がなされることを前提に、検案に従事する医師の報酬と言う問題をどのように考えるかという課題は残されている。検案に従事する医師の組織にはこれまでの長い経緯もあることから、地域差を完全に撤廃し画一的な考え方をすぐに取り入れることは困難であろうが、地域の実情を踏まえつつ、「必要と判断された死因究明等が、死者及びその遺族等の権利利益を踏まえつつ、資源の不足等を理由とすることなく、実現される体制の整備」のため、継続して国及び地方においても検討していくことが必要であると考えられる。

## E. 結論

本研究班における提言は、特に死亡診断書の電子化に関してデジタル・ガバメント実行計画や戸籍法施行規則の改正等の政策に活用され、また検案の質向上に関して死亡時画像診断（Ai）におけるe-learningシステムの確立に貢献するなど着実な成果をあげた。今後は、新しい死因究明等推進計画のもと引き続き死因究明体制の充実に向けた取組みを行っていくこととしたい。

本研究の成果は、死因究明等推進計画検討会の議論に還元され、政策の推進に寄与する等十分な役割を果たしてきたといえる。今後も、死因究明等推進計画のフォローアップなど関連施策の発展に貢献すべく、検討を深化させていくことが重要と考える。

## 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