

山口県医師会警察医会 第32回研修会

と き 令和6年2月3日(土) 16:00~17:55

と ころ ホテルニュータナカ2階「平安の間」

[報告:長門市医師会/山口県医師会警察医会会長 天野 秀雄]

報告

県警察本部からの報告・症例提示

山口県警察本部刑事部捜査第一課

検視官兼課長補佐 石岡 富久

○令和5年死体取扱

令和5年の山口県警の死体取扱は2,442体、令和4年の取扱数から148増えている。令和4年の県内死亡者20,746人を参考値とすると、死者の約11%を検視対象死体として扱ったこととなる。2,442件のうち2,420件に検視官が立ち会い臨場率は99.1%、全国平均より約20%高い。山口県では、令和3年から検視体制を強化し検

視官を増員した故、高い臨場率が可能となった。120体の解剖を囑託し、司法解剖が96体、調査法解剖が24体、解剖率は4.9%であった。

令和元年から令和3年までの死体取扱数は、年間2,100体前後で推移していたが、令和4~5年に増加した。令和5年の月別死体取扱では1月が最も多く、6月が最も少なかった。猛暑ではあったが、7~8月の取扱は例年並みであった(図1)。

県内16の警察署で下関署での取扱が圧倒的に多く、次に宇部署、防府署と続く。下関の佐島先生、宇部の藤野先生、防府の周防先生に多く検案

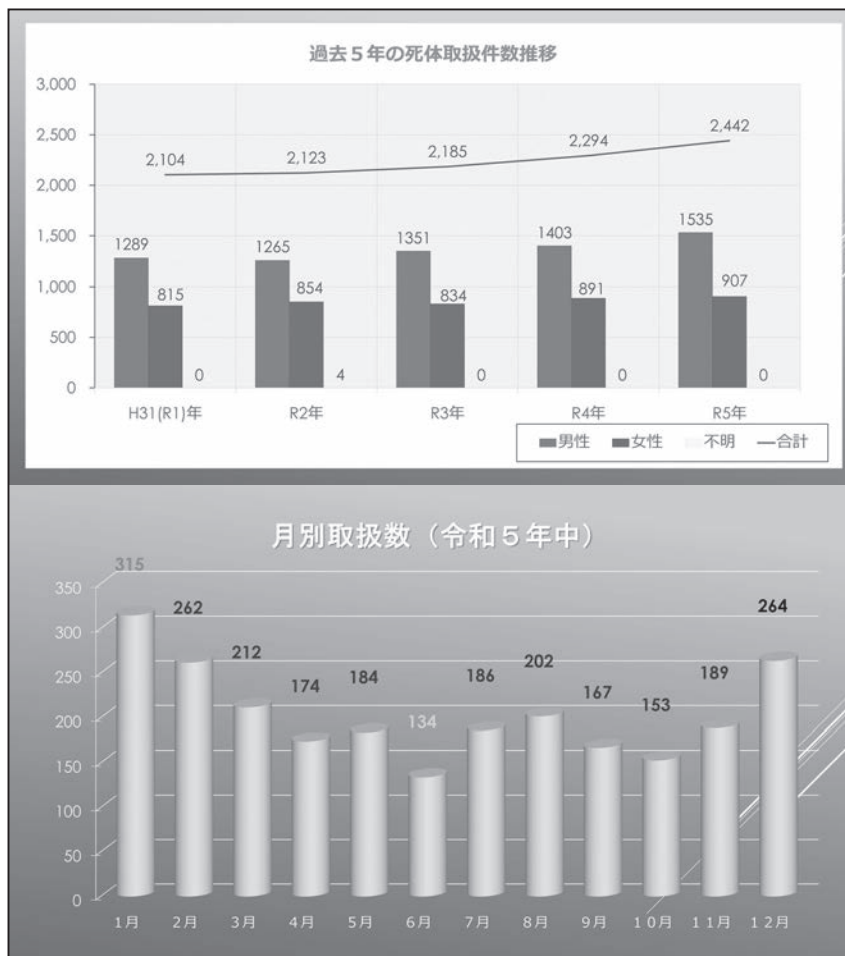


図1

いただいている。

65歳以上の方が80%、独居高齢者が832件で全取扱の34%となる。死因では、老衰を含めた病死が約80%、うち68%が心疾患であった。自殺の取扱いは206体（男性159体、女性47体、65歳以上87体）、自殺の動機は病気が87件、次いで生活・経済問題であった。自殺の手段は縊死が156体、他に練炭、飛び降り、硫化水素使用が1件あった（図2）。

○コルヒチン中毒事案

3月14日午前8時23分に80歳の独居女性が自宅寝室で亡くなっていた。県内に住む長女と次女が合い鍵を使い家に入り発見、救急搬送を要請したが不搬送となった。発見2日前の3月12日に次女が訪問し、体調不良等ないことを確認していた。認知症もなかった。

発見時、女性はベッド上に仰向けで、窓などは施錠されていた。ベッドのシーツに吐物、ベッド横の畳上の洗面器にも吐物がみられ、下痢状の脱糞もあり、体調不良をうかがわせた。

検視所見として、死後硬直は弱～中等度、死斑は中等度、眼瞼の溢血点はなく、損傷部位も認めなかった。救急隊が心電図を取るためにベッド上から移動させており、検視時にご遺体はベッド横の畳の上であった。発見者から発見時の状況を必ず確認し、死斑などが矛盾しないかをみた。COVID-19 抗原検査は陰性であった。

環境捜査を進めると、台所の机の上に球根のようなものが置かれていた。改めて長女・次女に確認すると、発見2日前の3月12日の夜に、嘔吐・腹痛・下痢が続き、長女に電話し、救急搬送されていたことが判った。同日の夕食に、庭に生えていた植物の球根を採りすり潰し、納豆ご飯にして食べた時、本人が診察した医師に伝えていた。食中毒だが全身状態が安定しているため帰宅していた。

事件性は無いと思われたが、球根を食し死に至るのか、と山大法医学講座に解剖をお願いした。科捜研には自宅にあった球根及びご遺体の血液を提出し、球根にはコルヒチンを含むアルカロイド系天然毒を、血液からは55ng/mlのコルヒチンを検出したと返ってきた。コルヒチンは、イヌサフランなどの観賞用植物に含まれ、過去、痛風やリウマチの治療に用いられた。

今回、生活環境や生前の習慣などの環境捜査を徹底していなければ、球根の存在に気付かず、誤認検視になっていた可能性がある。われわれ警察は、先入観を払拭し、現場において厳密で徹底した環境捜査を行い、検案される先生方に適切な情報を提示し、納得できる死因究明、適切な検視を進めていかなければならないと考える。

昨年、3年ぶりに「多数の死者を伴う大規模災害発生時における検視訓練」を行った。有事の際に検視場所や遺体安置場所を素早く立ち上げ、医

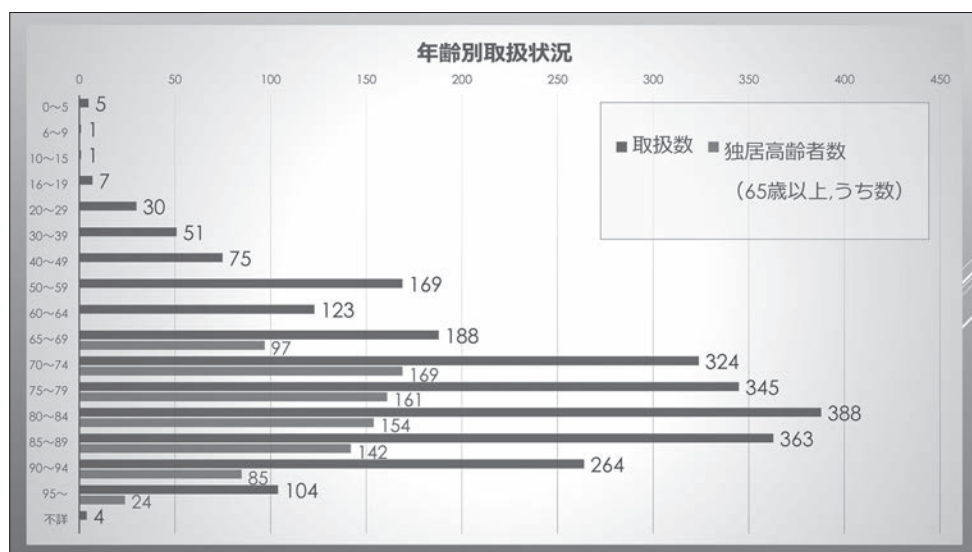


図2

師会や歯科医師会と連携し対応するための訓練である。警察医の先生方にも訓練に積極的に参加いただき、対応方法等につきご意見をいただきたい。

講演

解剖結果の臨床医療・検案へのフィードバック

山口大学大学院医学系研究科

法医学講座教授 高瀬 泉

1. コルヒチン中毒

県警からコルヒチン中毒について報告されるとうかがったので、スライドの順番を前後させ、法医学の視点から、実際の解剖について述べる。

○症例の概要及び解剖

寝室のベッド上、仰向けで布団がかかった状態で、意識なく呼吸停止でご遺体は発見された。失禁はなく、紙おむつの中に下痢状の脱糞があった。最も緩いレベルで電気カーペットが使用され、温風器がご本人に向けて作動していた。このような死後経過時間の推察に影響する情報は、臨場した検視官から提供される。

解剖は、いきなりご遺体を切開するのではなく、まずは外表を、頭から足までを順に追い、取りこぼすことなきよう確認していく。鑑定書類には、全身、上半身・下半身それぞれの前面及び背面の写真を添付するようにしている。また、今回の解剖は新法解剖により開始したが、司法解剖と同じく、損傷を見過ごさぬよう気をつけて進めている。

所見を示す。外表観察では、腹部に軽度の腐敗変色を、背面にははっきりとした死斑を認めた。項部にも皮膚変色がみられたが、既往の酒さ様皮膚炎として問題なく、明らかな外力が頸部に作用した所見はないと判断した。

解剖後にご遺体が浴衣等を着用することを考えると、鎖骨に沿った皮膚切開が理想だが、さまざまな条件を考慮し、頤部から下腹部に切開を施した。前頸部の広頸筋・胸鎖乳突筋及び胸部の大胸筋・小胸筋に出血はなく、胸骨・肋骨に骨折はみられなかった。写真は前面・背面だけでなく、左右側面からも撮影し、陰性所見も残すようにしている。

肋軟骨を切り胸腔内を観察すると、左右の肺に

膨隆を認めた。通常は陰圧を解除すると肺が退縮するが、肺水腫の場合は胸腔を開放しても肺が小さくならない。肺水腫に加え、左胸腔に50ml、右に120mlの貯留液もみられた。

胃内部には淡黄灰緑褐色の粘調液があり、内容を濾して固形物を確認したところ、野菜片、小豆の皮の一部及び黄白色の小軟塊がみられた。摂取した球根が含まれているかは判別できなかった。胃内容物には消化が進んでいない固形物が混在しており、胃噴門部粘膜は灰黒色調に変化していた。

心臓は体格に比し多少大きく、筋層に出血や線維化は認めなかった。肺は左右それぞれ540g及び440gと重く、水分の貯留により硬くなっていた。肝臓は黄橙色で脂肪肝の所見、脾臓は委縮していた。臓器をすべて取り出した後、胸壁内を観察し、体表から胸壁に至る出血などないことを確認した。

脳は、視交叉と乳頭体を通るように剖面を置き、基底核と海馬が見えるようにする。この方の頭蓋内には出血等を認めず、脳回に委縮がみられた。

ご家族及び警察からの情報がなければ、問題は全くないように見えるご遺体であった。

解剖所見をまとめる。

- ・身長144cm、体重約42kgの小柄な女性
- ・左右下腹部に腐敗変色様を軽度発現
- ・上胸から前頸部が鬱血調、左右の下肢の皮膚はやや蒼白
- ・特記すべき損傷は認めず
- ・肺水腫及び左右胸腔内に貯留液
- ・諸臓器血量はわずかに少ない
- ・心嚢液は18.5mlと多く、心臓内血液は凝血を中等から多量

心臓内血液は急死の三徴にかかわるので注意深く観察する。

- ・膀胱内の尿貯留も多量
- ・腹腔内にやや混濁した血性の液体
- ・胃底部粘膜の変色、腸管の発赤・充血

○コルヒチン

薬毒物検査では血液中にアルコールは認めず、血液、胃内容物中にコルヒチンを、尿中にはコルヒチン及びジフェンヒドラミンを検出した。尿中

ジフェンヒドラミンは、皮膚疾患での内服薬成分として矛盾がないと考えた。血液中のコルヒチン濃度は55ng/mlであった。

科捜研提供の資料には、ヒトのコルヒチン最小致死量は体重50kgで4.3mg、1mg/kgの服用で2時間後の血中濃度は4.4ng/mlと報告があった。通常参考にしている資料では、コルヒチン濃度20ng/ml以上を中毒量としている。本ご遺体の血液中のコルヒチン濃度から考えると、コルヒチン中毒を死因として矛盾しない。

コルヒチンは細胞内で微小管の形成を阻害することで毒性を発揮する。腸管循環するので、摂取後24時間経過しても胃洗浄や活性炭投与の適応となる。救命できた報告もないわけではない。

○早期死体现象

県警には、検視時とご遺体が冷蔵庫に入る前の2回、直腸温を測ってもらい、他の早期死体现象と併せて死亡時刻を類推する。この方の直腸温は、10時10分26℃、12時58分にも26℃であった。

死後の直腸温は逆S字状に低下し、死後12時間前後に急速に下がる。昨年は猛暑であったため、時間を経過して発見されたご遺体は、通常よりも死後の変化が速く、死亡時刻の推定が難しいこともあった。一般的な春・秋の気温15～20℃では、1時間に直腸温が0.5～1℃（計算上0.7℃）低下すると考える。この方の場合、死亡時の体温が36℃とし、 $(36 - 26) / 0.7 \div 14 \sim 15$ 時間と考えた。

死斑については、死後10時間経過するまでは指圧により消褪し、15時間前後で最強となる。15時間を超えると固定し、指圧で消褪し難くなる。この方は、背面を中心に中等度の暗赤色の死斑を認め、中圧で消褪し、死斑の固定に向かっていると考えられた。直腸温から考えた死後経過14～15時間に対し、死斑の状況も齟齬はない。

死後硬直は死後半日から15時間で強くなる。この方の死後硬直は全体として弱い部分が多く、一部中等度であり、これから死後硬直が強くなる経過の中にあると考えた。直腸温・死斑の所見と併せ、死後14～15時間経過と考えた。ただし、ご高齢で拘縮がある方は、死後硬直の所見の取り

方を気をつけなくてはならない。

○死体検案書として

体調の悪い状態で夕食を摂取し、消化も進まなかった状況も鑑み、亡くなったのは発見前日の夜と推定した。

直接死因は肺水腫である。解剖時点では、コルヒチンを中毒量摂取しているか判断できなかったため、肺水腫の原因は「不詳（検索中）」とし、解剖所見も記載した。病死か外因死か判断がつかないので、死因の種類は「12 不詳の死」とした。その後、科捜研によりコルヒチン血中濃度が明らかとなり、肺水腫の原因をコルヒチン中毒とし、死因の種類を「7 中毒」とし、ご遺族には決定した死体検案書をお渡しした。

○考察

イヌサフランによるコルヒチン中毒は、平成25年から令和4年の間に22件、29名あり、13名が死亡している。症例報告では、他人からもらった植物を摂取し2名が発症、1名は亡くなり、もう1名は回復していた。自然毒による食中毒は、症例が多くはないため、対応機関が自然毒標準品を常備できていないことが多い。疑い症例を覚知した場合、標準品を入手する、又は別組織に分析を委託しなければならない。

コルヒチン中毒の初期症状は、腹痛や嘔吐などの非特異的な消化器症状である。今回は球根をすりおろし食べたとの情報があったので、コルヒチン濃度を測定することができたが、原因植物の摂取を聞き取れない場合の診断は難しい。原因植物の栽培や販売には法的規制はなく、厚労省はホームページで有毒植物等の誤食注意喚起を行っている¹⁾。観賞用植物を食用植物と一緒に栽培しない、種が飛んできて生えてくることもあるので植えた覚えのない植物は食べない、など記載されている。本ケースではイヌサフラン又はグロリオサが原因と疑われた。

有毒植物を原因とする食中毒の患者は半数が60歳以上であり、認知機能が落ちている方の誤食の可能性もある。園芸用に販売される際、口にすべきでない人たちへの注意喚起の掲示があるの

かと、疑問にも思う。何らかの形で発信することに関われればと考える。

2. メトヘモグロビン血症

早期死体現象の一つの死斑は、教科書的には死因により色調が異なるとされる。一酸化炭素中毒の死斑は鮮紅色とされるが、死斑の色合いが異なると感じた例をお示しする。

○症例の概要

50代半ばの男性のご遺体が、施錠された車両内で発見された。運転席を倒し、ハンドルに対し前屈みの状態であった。車両は山中の舗装されていない空き地にあり、付近にご先祖のお墓があった。車内に吐物はなく、脱糞があり、助手席足元には豆炭を燃やした七輪、父親の表札、助手席の上には遺書と何かの記念と思われる内妻の名の入ったお饅頭が置かれていた。後部座席の足元に開封された豆炭の袋、貴重品はハンドル下の物入れに見つかった。この方には多額の負債があり、今までに2回の自殺企図があった。過去にも練炭を使い、遺書を残し、家を出ていた。車内で練炭に火をつけているので一酸化炭素中毒が考えられた。

○解剖所見

死斑は体幹前面及び下肢にみられ、ご遺体を移動した所見はなかった。顔面は鬱血し緑褐色に変色、項部は淡褐色、全身の所々に表皮剥離があり、淡～濃褐色を呈していた。

臓器は全体的に赤というよりも褐色調であった。気道粘膜は暗緑褐色、心臓表面は褐色を帯びていた。心筋に出血はなく、心臓内血液は流動性であった。肺の断面は暗褐色調を示し、顕微鏡的には肺水腫及び肺出血を認めた。肝臓は腫大、脾臓・左右腎臓・胸腔内壁にも褐色調を帯びている部分があった。頭皮下に出血は認めず、脳は多少軟らかくなっており、基底核に緑褐色を呈する部分があった。

解剖所見をまとめる。肺鬱血水腫・肺胞内出血、血液中の一酸化炭素ヘモグロビン濃度は15%、メトヘモグロビン濃度は22%であった。一酸化

炭素中毒で死に至る場合、一酸化炭素ヘモグロビン濃度は50%を超える。薬物でメトヘモグロビン濃度が上昇することもあるが、この方から薬毒物は検出されなかった。諸臓器の血量はやや多く、一部の臓器に溢血点様の点状出血を認めた。心臓内血液に軟凝血や豚脂様凝血は認めず、左心室心筋間質の線維化と右心室に脂肪浸潤がみられた。臓器が多少軟らかかったが、死に直接関係する病変は認めず、他に重篤な損傷の痕跡もみられなかった。

死因は、車両内での練炭燃焼による血中一酸化炭素ヘモグロビン及びメトヘモグロビン濃度上昇に起因する肺水腫と鑑定した。肺鬱血水腫及び肺胞内出血を高度に認め、一酸化炭素ヘモグロビンの血中濃度は致死量には低いが上昇しており、不完全燃焼が生じた環境に多少なりとも曝されたと考えた。メトヘモグロビン濃度が22%であれば、頭痛、めまいがあり、その方の状態によっては呼吸困難にまで陥る可能性がある。諸臓器の鬱血、溢血点の存在、心臓内血液の流動性といった急死の三徴をほぼ認め、亡くなるまでの時間が短かったため、血中一酸化炭素ヘモグロビン濃度が上昇しなかったと思われた。左心室心筋間質の中等度の線維化及び右心室の高度の脂肪浸潤を認めたが、これらは生前から存在し、死の過程を速め間接的に関与したと判断した。解剖的には明らかに第三者が関与した可能性は低いと考えた。

○メトヘモグロビン血症について

メトヘモグロビンは、ヘモグロビン中の鉄イオンが2価から3価に酸化されたもので、酸素結合能はない。加えて、メトヘモグロビンは血液の酸素解離曲線を左方に偏位させ、酸素がヘモグロビンから解離しにくくなる。故に低酸素状態となる。血中メトヘモグロビンの濃度は通常1%以下だが、10%を超えるとチアノーゼが、20%を超えると全身がだるくなり、30～50%で胸痛や呼吸困難、50～70%で意識障害を呈し、70%以上で致死的となる。

2019年、日本集中治療医学会で香川中央病院の麻酔科が「一酸化炭素中毒にメトヘモグロビン血症を合併した一例」を報告した。71歳男性が、

駐車場で自動車の排気ガスを車内に引き入れて意識障害の状態では搬送された。頭部MRI・CTで両側淡蒼球、深部白質に一酸化炭素中毒による病変が認められていた。救急外来で一酸化炭素中毒を診察することは少なくないが、メトヘモグロビン血症を合併することはあまりなく、過去8年間の一酸化炭素中毒の症例で、メトヘモグロビン濃度上昇を認めたのはこの方のみであった。排気ガス中の窒素酸化物がメトヘモグロビン血症を引き起こしたと考察しており、効果は明らかではないが、当該男性は高圧酸素療法を目的として近医に転院した。

他に、広島県立広島病院から「自動車の排気ガスによるメトヘモグロビン血症」が報告されている。24歳男性が、飲酒後、大量の自動車の排気ガスを自殺企図で吸入した。救急隊到着時は、意識喪失、瞳孔散大、チアノーゼがみられ、メトヘモグロビンレベルは44.3%であった。この方には経鼻胃管チューブからメチレンブルーが投与され、最終的には回復し自力で帰宅された。

メトヘモグロビン血症には確定した治療方法がないと思われるので、臨床の先生方から情報提供をお願いしたい。

3. 自然災害時の死体検案書の作成

厚生省のホームページでは、毎年、「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル」が更新される²⁾。その時々のお知らせも反映されるので確認するようにしている。

○能登半島地震における日本法医学会の対応

能登半島地震の対応として、日本法医学会は日本医師会死体検案相談事業をホームページに改めて掲示した。検案医が死因判定で専門家の助言を求めたい時に、全国共通の番号に電話いただくと、輪番の法医学専門家が専用携帯端末から専門的な助言を行う。

日本法医学会は1月2日に災害時死体検案支援対策本部を設置し

た。1月5日までは、金沢大学、金沢医大をはじめとした石川県内の警察医の先生方が対応された。1月6日から日本法医学会の派遣メンバーが活動を始め、1月23日まで第8派遣に至り、その後は、石川県の検案医に引き継いだ。

131件の検案で、圧死や頸部・胸部圧迫といった家屋の倒壊による圧迫を死因とするご遺体が大半を占めた。亡くなった後に家屋倒壊により圧迫されることもあるため、生活反応を見極めることが大切である。21件は低体温を死因とされ、救命し得た可能性を考える。これについては、検案された先生方の詳細な報告を待ちたい。生前に燃烧による灰や煙に曝露されたと判断されたご遺体は、「異常環境による死亡 焼死」とされるが、生活反応の鑑別が難しい焼死体は「不詳」とされたようである(表)。

○自然災害時の死体検案書

身元が全く判明しない場合は、氏名の欄に「不詳」と書かざるを得ない。身元が判っている方については、戸籍など確認できるものを用い、現地の警察とダブルチェックしながら、正確に名前を記入する。

身元が不詳で生年月日も不明な場合、年齢を「〇〇歳くらい(推定)」と記載する。

死亡時刻は死体現象や周囲環境から推定する。繰り返し述べるが、死亡確認時刻ではない。救急搬送中に亡くなった場合は、医療機関に到着し

表

		検案数
家屋の倒壊による圧迫	圧死	63
	頸部・胸部圧迫	12
	頭部外傷	4
	体位性窒息	3
	その他	6
異常環境による死亡	低体温	21
	焼死	2
病死		4
不詳	焼死体	11
	その他	5
		131

日本法医学会 石川県派遣団

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。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

氏名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和	年 月 日	午前・午後 時 分
死亡したとき			令和 年 月 日	午前・午後 時 分	
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他			
	死亡したところ及びその種別 (死亡したところの種別1~5) 施設の名称	番 地 番 号 ()			
死亡の原因	I ◆I欄、II欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◆I欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください ◆I欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	(ア)直接死因	発病(発症)又は受傷から死亡までの期間 ◆年、月、日等の単位で書いてくださいただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください(例：1年3ヵ月、5時間20分)		令和 平成 昭和 年 月 日
		(イ)(ア)の原因			
		(ウ)(イ)の原因			
	(エ)(ウ)の原因				
II ◆I欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に残りを医学的因果関係の順番で書いてください	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等				
手術	1無 2有	部位及び主要所見	手術年月日		
解剖	1無 2有	主要所見			
死因の種類	1 病死及び自然死				
	外因死	不慮の外因死 { 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火焰による傷害 } その他及び不詳の外因死 { 9自殺 10他殺 11その他及び不詳の外因 }			
外因死の追加事項	傷害が発生したとき	令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県 市 区 町 村	
	◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したところの種別 1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ()		手段及び状況	
生後1年未満で病死した場合の追加事項	出生時体重	グラム	単胎・多胎の別 1単胎 2多胎(子中第 子)	妊娠週数 満 週	
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	母の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日		前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)	
その他特に付言すべきことがら					
上記のとおり診断(検案)する			診断(検案)年月日 令和 年 月 日		
〔 病院、診療所、介護医療院若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所 〕			本診断書(検案書)発行年月日 令和 年 月 日		
(氏名) 医師			番 地 番 号		

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。

「5老人ホーム」は、介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I欄では、各傷病について発病の型(例：急性)、病因(例：病原体名)、部位(例：胃噴門部がん)、性状(例：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42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I欄及びII欄に關係した手術について、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、火災及び火焰による傷害」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、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういう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推定し、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。

死亡を確認した時刻を死亡時刻とし、時刻の後に「(確認)」と記載する。阪神・淡路大震災では、遺産相続に影響する死亡時刻が、当初、検案医により異なり混乱がみられた。民法には「同時死亡の推定」と定められており、東日本大震災では各県が死亡時刻を申し合わせた。能登半島地震でも最初の揺れで亡くなった方には同様の対応と思われる。

死亡した場所は、自宅以外の出先や路上であれば、発見場所を〇〇(発見)と添えて記載する。

死因の種類は原死因から判断するが、自然災害の場合は「不慮の外因死 8 その他」とする。日本法医学会ホームページの能登半島地震における検案時の対応でも、同様に示している。

令和6年1月11日付、厚労省医政局医事課の通達では、今回の能登半島地震の死体検案の迅速化のため、医師の所属する病院等の所在地・住所地の記載を省略するなど、必要最小限の記載として差し支えないとされた。ただし、医師が所属す

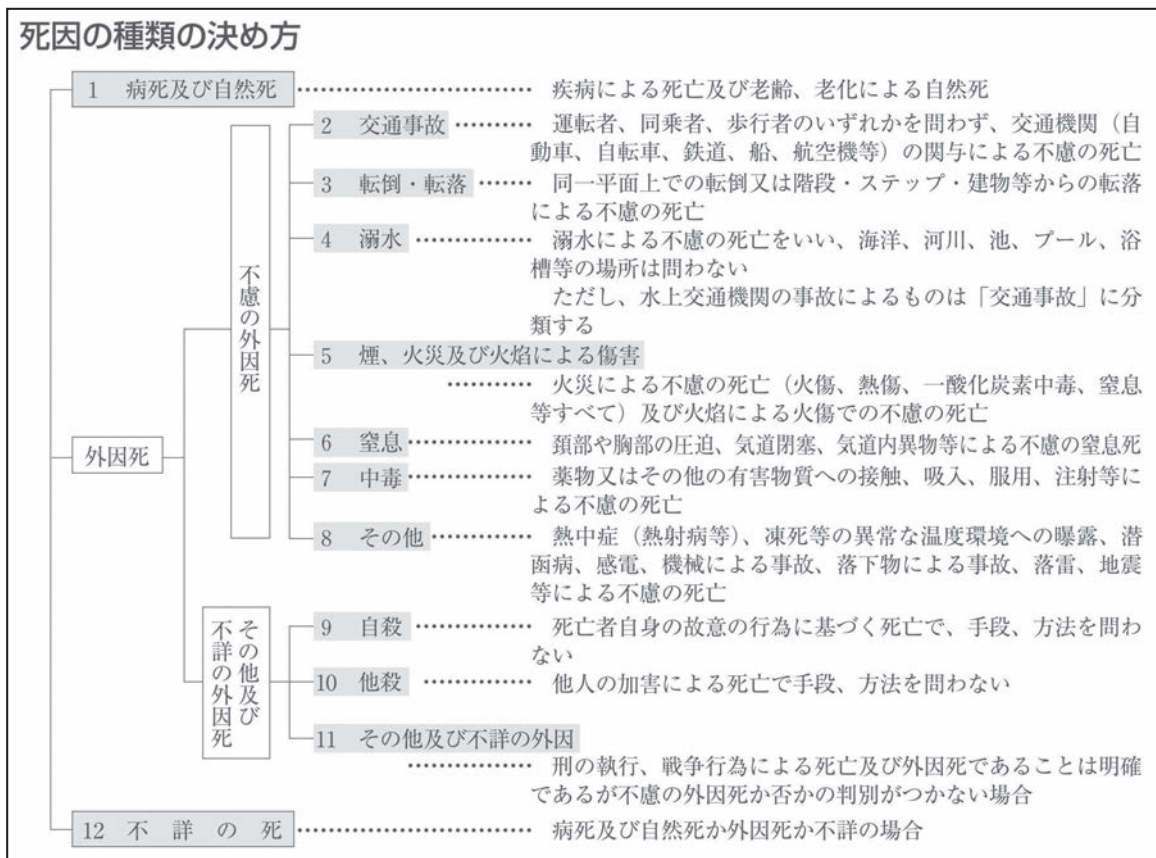
る病院や大学等の名称はきちんと記載し、万が一、自治体が照会する際には、責任を持って対応できるように、とされている。

- 1) 厚生労働省ホームページ「有毒植物による食中毒に注意しましょう」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/shokuhin/yuudoku/index.html

- 2) 令和5年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル

https://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_r05.pdf



令和5年度版死亡診断書(死体検案書)記入マニュアルより