

200/0085

厚生科学研究費補助金

厚生科学特別研究事業

監察医制度の効果的運用等に関する研究

平成13年度 特別研究報告書

主任研究者 三澤 章吾

(東京都監察医務院 院長)

平成14年(2002)年 4月

はじめに

昨今の社会構造の変化により、高齢独居者あるいは乳幼児の死亡など、いわゆる異状死体が全国的に増加しております。それに伴い、死体検案や死因究明のための検案・解剖システムなどについて種々の問題点が指摘されております。

そこで厚生労働省および警察庁のご協力を得て「監察医制度の効果的運用等に関する研究」を実施することになりました。

現在、死体解剖保存法に基づく監察医制度が施行されている5地域と、設置されていない地域との差違や施行地域間における差違なども問題視されております。

そのような観点から、(1)監察医制度に関し、今目的意義について検証を加えるとともに、時代に相応した効果的運用のあり方について調査・研究を行うこと。(2)監察医制度が置かれていない地域について、検案・解剖を相当する立場にある医師について、その実態について調査し、問題点およびあるべき姿に関して提言を行うことを試みました。

以上のような目的のためにアンケート調査とインタビューなども行い、今後の監察医制度や検案、承諾解剖のあり方等について提言致しました。

この調査に当たっては、都道府県の各警察本部刑事部、同警察（協力）医会のご協力により貴重なデータを得ることができました。改めてお礼申し上げます。

今後これらの調査成績を活かして、実効ある検案・解剖システムの構築を図りたいと考えております。

最後に本調査全般にわたってご助力頂いた、厚生労働省医政局医事果 大原光博氏、染谷意氏、警察庁刑事部 石井秀樹氏に心からなる感謝を表します。

また日本法医学会（塩野 寛 理事長）のご支援に対しお礼申し上げます。

三澤章吾(主任研究者)
東京都監察医務院々長

目 次

・ 監察医制度の効果的運用等に関する研究	1
・ 添付資料	
監察医務制度についてのアンケート調査表	14
死体検察・承諾解剖についてのアンケート調査表	16
アンケート項目別集計表	21
監察医制度の概要	89
筑波剖検センター概要	92
異状死と死因決定の制度に関する 問題点・改善点：特に監察医制度の意義について	98

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

特別研究報告書

監察医制度の効果的運用等に関する研究

主任研究者 三澤 章吾 東京都監察医務院・院長

死体解剖保存法第8条に基づいて監察医務制度が設置されているのは、東京23区、横浜市、名古屋市、大阪市、神戸市の5地域のみであり、設置されていない地域においては、異状死体についての検視・検案や死因の究明などに関して、種々の問題が指摘されている。そこで監察医務制度が設置されている5地域、および設置されていない47都道府県についてアンケート調査を実施した。

（回答率 医務制度設置地域80%、非設置地域100%）

1. 監察医制度設置地域のうち横浜市からは回答が得られず、この制度の本来の目的が活用されているか否かの実体が把握できなかった。このアンケートから直接的にはわからないが、別の調査あるいは実情を関係者にインタビューした限りでは、本来あるべきシステムとは異なる極めて不自然な形で実施されているようである。他の4都市については、解剖率は25%以上であるが、愛知県監察医の検案数が38~78（最近5年間）という数字はかなり少なく、システム上の問題があるのではないかと疑わせる。

2.

1) 監察医制度が設置されていない都・多摩地区はじめ道府県では、承諾解剖が行われている。解剖が行われていないのは5県（回答なし2県）、40地域では実施されているが、解剖率は2%以下が圧倒的である（88.8%）。検案費用負担者は遺族が多く（79.5%）、解剖費用の負担者は大部分が都道府県・警察であるが、4地域では遺族である。

2) 検案に際し、警察医と臨床医とで検案結果に差違があるか否かの質問に対しては、概して警察医の方が法医学的知識もあり、死体も詳しく観察しているという回答であった。

警察医に対しては、ほぼ年1回の研修会が各地で開かれているが、さらなる活動が期待されるべきである。臨床医に対しては、臨床研修義務化に含めて研修する必要があるだろう。

3) 検案・承諾解剖を実施することは、公衆衛生分野および司法分野へほぼ等しく貢献しているとの回答であったが（56.8%）、司法への貢献を強調しているのは38.6%、公衆衛生に貢献していると強調している回答は4.5%であった。

これらのアンケート調査の結果に基づき、監察医制度の今後のあり方や時代に相応した効果的運用について提言した。特に監察医制度の設置されていない都道府県の検案・解剖制度の問題点、医師の検案能力などの実体が明らかになり、何らかの形で検案・解剖制度が設置あるいは充実されるべきである、という意見が強かった。

研究分担者

三澤 章吾	東京都監察医務院・院長
的場 梁次	大阪大学大学院 医学研究科法医学・教授
吉田 謙一	東京大学大学院 医学系研究科法医学・教授
本田 克也	筑波大学 社会医学系法医学・教授
山崎 健太郎	筑波剖検センター・所長
西村 明儒	横浜市立大学 医学部法医学・助教授

A. 研究目的

死体解剖保存法第8条に基づく監察医制度は、死亡原因を科学的に究明することにより疾病の予防や事故死の発生防止など公衆衛生上の対策に資することである。他方、監察医制度が設置されていない地域においては、異状死体に関して、検視・検案により犯罪性がないと判断されたが、なお死因が明らかでない場合において、立ち会い医師の検案能力如何により死因特定の正確性が左右され、問題が生じているとの指摘がなされている。また、こうした地域では、遺族の承諾を得て行う、あるいは保険請求等民事上の必要から遺族の依頼を受けて行う、承諾解剖が行われているが、費用負担のあり方等地域により運用形態がまちまちである。本研究においては、これら問題点を踏まえ、

(1) 監察医制度に関し、今日的意義について検証を加えるとともに、時代に相応した効果的運用のあり方について調査・研究を行うこととともに、

(2) 監察医制度が置かれていない地域について、検案を担当する立場にある医師の検案能力の実態について調査し、問題点及びあるべき対応に関する研究を行うことにより、今後の監察医制度等についてのあり方を提言するものである。

さらに、監察医制度の今日的意義、時代に相応した効果的運用のあり方について調査・研究を行うことにより、監察医制度の改善対策・運用指針に対して提言することを目的としている。また、監察医制度が置かれていない地域における検案・解剖を担当する立場にある医師の検案能力の実態、問題点及びあるべき対応について調査・研究を行うことにより、検案・解剖制度に関するグランドデザインおよびその実現方策を提唱したい。

B. 研究方法

研究班の分担研究者は、すべて5つの監察医制度のいずれかに於いて監察医として活動した経験を持っている。そのため各地の監察医制度については、アンケート調査に表れていないような実態を体験している強みがある。その上日本法医学会において、全国の承諾解剖についての調査(過去に法医学教室宛で実施)の経験をもっている。このような背景をもつ分担研究者と共に、監察医務制度設置都市および全国47都道府県・警察本部刑事部および各都道府県の警察(協力)医会宛に、別添のようなアンケート調査を実施した。調査内容は別添資料の通りであるが、監察医務機関に対しては、最近5年間の検案数、解剖数、監察医などの職員数、経費の負担、報告書の作成の有無および配布先、公衆衛生、司法面などへの貢献度、改善すべき点などについて調査した。医務制度の設置されていない47都道府県に対しては、最近3年間の検案数、承諾解剖の有無、解剖体数、警察医数、法医検案認定医数、承諾解剖の動機、検案・解剖の費用の負担者、

検案医に対する研修の有無、警察医と一般臨床医との検案における差違、改善すべき問題点などについて調査した。

C. 研究結果

アンケート調査の回収結果

監察医制度が設置されている5地域、および設置されていない47都道府県について、アンケート調査を実施した結果、回答率は医務制度設置地域80%、非設置地域100%であった。その成績は別添のアンケート項目別集計表に詳細を記した。

D. 考察

1. アンケート集計結果

1) 承諾解剖実施の状況

各都道府県警の刑事部、警察医会および監察医務機関の協力を得て、アンケート結果を集計し、結果を表にして示した。まず各県ごとの、承諾解剖に関するデータ、および監察医務機関の行政解剖に関するデータを過去3～5年間にさかのぼって示したのが表である。

まず各都道府県のうち承諾解剖を実施しているかについては、回答のあった47都道府県のうち40都道府県において実施しているという回答を得た。承諾解剖というのは、遺族の承諾の下に、死因などを明らかにするために行う解剖であって、司法解剖と、監察医が行う行政解剖の中間に位置づけられる解剖である。したがって監察医制度のない地域において、行政解剖を行うための移行措置的意味合いをもつ解剖方式で、本研究のもっとも重要な調査対象である。なお今回のアンケートでは、殺人事件の疑いがある死体についての解剖である司法解剖については、特に調査の対象とはしなかったが、各都道府県でおよそ50～200体の範囲で行われていることをあらかじめお断りしておきたい。

承諾解剖について多くの都道府県において実施しているという結果を得たということは、ほとんどすべての地域において、承諾解剖の必要性があるということを示している。実施していない、という回答を得たのはわずかに5県で、回答がなかった県は2県であった。承諾解剖を「なし」と回答した県は、愛知県、福井県、和歌山県、高知県、愛媛県である。これら5県に共通する特徴は少ないが、福井県や高知県、和歌山県は過去3年間における死体取り扱い総数がほぼ1000件以下で、全国レベルとしては比較的少ない方に属するといえる。ただ例外は愛知県で、過去3年間における死体取り扱い総数が4000件を越えており、これは全国レベルとしては多い方に属する。

2) 承諾解剖の数と異状死体に対する割合

承諾解剖を実施している都道府県にしても、承諾解剖の数は多くはない。東京都、神奈川県、兵庫県、大阪府など監察医制度が施かれている都市をもつ特殊な地域では、県内のそれ以外の地域でも異状死体の取り扱いに影響を及ぼし、承諾解剖数は、かなり多くなっている。しかしそれ以外の多くの県では50件以内で、過半数は10件以内である。これは全異状死体のわずか0.5%でしかない。これだけにしても解剖費用の負担も必要となるばかりでなく、遺族の承諾も必要であるのに、なぜ0にしてしまうことがないのか。このわずかの数とはいえ、ほとんどすべての都道府県で承諾解剖が実施されているということは、やはり承諾解剖の質としての必要性が意識されている、ということを示している。

一方神奈川県だけは例外的に多く、承諾解剖で2000件を越えている。これは東京都監察医務院の行政解剖数に匹敵する数で、全異状死体発生に対する解剖率は24%に達している。したがっ

て、回答のなかった監察医務制度による行政解剖数であるが、その数によっては神奈川県内で解剖される遺体は、東京都や大阪府を大きく上回っていることも考えられる。

神奈川県横浜市には監察医制度が施されているので、本来は行政解剖数とあわせ評価する必要があるが、その回答は得られなかった。神奈川県で行政解剖のデータが伏せられてしまったのは大変残念であり、公表できない何らかの事情があるのではないかと疑わせる。神奈川県での2000件を越える承諾解剖数は行政解剖数として算入されるべき数を含んでいる可能性もある。つまり行政解剖が承諾解剖の形式で行われている可能性である。いずれにしても神奈川県では他都道府県と同列には論じられない背景があるようである。

しかし全国的に見れば、承諾解剖として行われている数そのものは決して多くはない。それにもかかわらず、ほとんどの都道府県で承諾解剖が実施されているということは、その承諾解剖の量ではなく質的な面を考慮すべき必要性を示唆している。

3) 監察医務機関における行政解剖の状況

監察医務機関についての集計によると、監察医務機関として独立した施設を有する東京都監察医務院と大阪府監察医事務所では異状死体の検案数に対する解剖率が大変類似しており、過去3年間を通して24.5%～34%になっている、という事実である。なお、愛知県では解剖率はほぼ100%に達しているが、これは解剖総数が他機関と比べて著しく少なく、わずかに40件前後であり、これは他県での承諾解剖にほぼ匹敵する数値である。以上より、愛知県では監察医制度が施されているものの、承諾解剖レベルで代用されているというのが実情であり、東京都や大阪府とはやや実施形態が異なるといえよう。

また兵庫県では年間の解剖数は約800件に達しており、解剖率は70%に近い数値である。これは東京都と大阪府と比べるとかなり多いが、兵庫県では解剖数を増やすことによる利点が特に強調されている可能性もある。たとえば、解剖体数に応じた賃金が支払われている、ということなどである。もしも可能ならば、全例ないし全例に近く解剖を行う方が、より正確な死因に近づけるのはいうまでもないが、件数にかかわらず賃金が支払われることにより、結果として解剖数を限りなく少なくする努力がなされているのが東京都と大阪府である。この両者ではほぼ一致して、約30%の解剖率であるというのは、これが監察医務機関としての必要最少限の数であると考えられる。

賃金形態によって実施解剖数が異なるということは、本当は不適切なのかもしれないが、経済面により労働力が左右されるというのは無視できない事実である。

いずれにしても労働力や経済の限界により、できる限り必要最少限の解剖実施におさえられるべきである場合には、東京都と大阪府の監察医務機関が提示した約30%の解剖率というのは極めて重要な意味を持っている。

4) 東京都と大阪府の監察医務機関における剖検率の類似性

東京都と大阪府では特別な研修を経た熟練した監察医が自ら検案を行い、必要性を認めたものについてのみ、自らあるいは他の監察医が解剖を行うという形式が取られている。このとき、解剖の必要性を決めるのは監察医であって、監察医が死体検案書の死因決定に困難を有する事例が解剖に付されている。したがって、異状死体のうち約30%の事例は、熟練した監察医をもってしても検案のみでは死因決定が困難である、ということになる。

これが東京都と大阪府でほぼ同じ割合であるということは、他の都道府県においても一般性があるという予想ができる。つまり、全異状死体のうち約30%の死体は熟練した監察医が検案を行っ

ても、解剖を行わなければ死因を決定することはできないということである。

監察医制度のない地域はどうなっているのか、というと、承諾解剖によって代行されているのが実情である。したがって本来ならば、全異状死体数の少なくとも約30%は承諾解剖されなければ、死因を決定することはできないはずである。ところが、表に示したように、一つの県（神奈川県）を除き、承諾解剖率は平均3.6%を下回っている。さらにいえばそのピークは0.5%前後にあるというのが現状である。あえて推論すれば、必要数の数10分の1以下しか現実には解剖に付されていないということになる。

5) 公衆衛生上の問題点

多くの都道府県では、監察医としてのトレーニングを受けていない一般臨床医が死体検案のみで死因を決定しているのであるから、全国で異状死体としての扱いを受けている全死亡数の約14%の遺体、すなわち約7人に1人の異状死体について、その約30%の死因は誤ってつけられている可能性を排除できないということになる。これは、現代の死因統計のデータを大きく狂わせてしまう可能性があり、行政的な対応を必要とする特殊な疾患の発生についての情報が得られないということの意味する。これはただちに厚生労働省としての対応を要する問題であると言える。それでは行政上の問題としては、いかなる事例に解剖が必要なのであろうか。

これを理解するために、承諾解剖を行う目的について集計して表に示した。最も多いものは、「事件性のある可能性は低いが、確認する必要がある場合」という項目である。つまり、司法解剖の延長線上として、準司法解剖として行われている事例が最初に上げられる。

ただしこれはアンケートが示すように、承諾解剖を決定する権限は、多くの場合には検案を行った医者ではなく、警察サイドに決定権がある、という事情を考慮する必要がある。すなわち異状死体が発生すると、まずは警察に連絡が入るシステムになっており、検視官あるいは刑事調査官立ち会いの下に検視を行い、その段階で司法解剖に準じる事例であるという決定がなされたものが承諾解剖されているのが実情であるからである。つまり、殺人事件の発生を見逃さないという目的で、司法解剖の形式が取りにくい事例について、承諾解剖がなされているということである。現行の制度では多くの都道府県で承諾解剖がなされているのは、このような司法への貢献が意識されていると思われる。

しかし、社会や時代の変化により、決して現実はそのだけではなくなってきたという事情を考慮する必要がある。アンケートが示すように刑事事件のみならず、民事事件への関与を考慮しての解剖がわずかながら着実に増えていることがわかる。

その代表的なものは、交通事故、業務上過失致死、医療過誤事例である。これらは刑事事件というよりむしろ、損害賠償責任を明らかにするための解剖であると位置づけられる。またそれに加えて、医学的に未知の問題を含む事例として乳幼児突然死や青壮年の突然死例も含まれてきている。これらは、殺人事件がかならずしも疑われているわけではないが、死因が未知であるということはある可能性が排除できないのみならず、病死としても正しく死因がつけられる必要があるということであり、事例は決して多くないとはいえ、重要な事例である。

以上からいえることは、現行の承諾解剖率約0.5%内外というのは、司法解剖には至らないものの、必要最少限度の準司法解剖として位置づけられる解剖である、ということが出来る。したがって、行政解剖の本来の目的である死因を明らかにするための解剖というより、むしろ殺人事件ではないことを明らかにするための解剖と、民事事件への関与が否定できない事例についての解剖として、いかなる県でも行わなければならない解剖であるということがわかる。

しかし、東京都や大阪府の監察医務機関が示すように、本来はいかに解剖を減らす努力がなされたとしても、約 30%は解剖によってでなければ死因を明らかにすることができないはずである。現行の制度のままでは約 30%のうち 1%にも満たないわずかな数を除いた大半の事例では、死因は不正確ないしは誤って判断されている可能性を排除できないことを意味する。これは早急に改善を要する問題であろう。

多くの都道府県ではばらつきはあるものの、約 1500 体以上の異状死体が発生しているので、少なくとも 500 体に近い遺体では死因が正確に判断されていないことになる。たとえば千葉県や北海道では、監察医制度が施かれていないにもかかわらず 4000 体を越える異状死体が発生しているので、約 1000 体以上もの遺体については死因が正確に判断されていない可能性がある。もしそうであるとすれば医学上や公衆衛生上の大きな問題である。

6) 司法上の問題点

現行の制度でも少なくとも司法上の問題はクリアされているが、ただ死因統計の誤差の問題にすぎない、と考えたら大きな誤りである。1000 体におよぶ死因が誤っている可能性があるということは決して少ない数ではない。東京都や大阪府監察医務機関の過去のデータが示しているように、約 500 体から 1000 体に一件の割合で、行政解剖した結果、犯罪死体と判断され司法解剖に変更された事例が含まれていることがわかっている。すなわち、もしも解剖されなければ殺人事件が看過されたであろうということになる。したがって、多くの都道府県では解剖すべき死体の少なくとも約 500 体内外は検案のみですまされているので、統計学的に予測すれば毎年各県に約 1 体以上は、殺人事件が見逃されて病死として判断されていることになる。この年間約 1 例という数を少ないと考えるのは大変危険である。解剖により明らかにされるのは、殺人事件であるからである。したがって、もしも全国レベルで監察医制度が施行されれば、公衆衛生上のみならず司法上へもさらなる貢献がなされうるといえることができる。

もし全国レベルで監察医制度を実施するとすれば、理想的には各県ごとに少なくとも年間 500 体以上の解剖を行うことができなければならない。この場合には、解剖費用を少なく見積もって最低でも 1 体当たり実費として約 5 万円とすると、少なくとも約 2500 万円の経費が必要となる。これは、それにより得られる成果からすれば決して無駄な出費ではないと思われるが、もしも監察医制度を施行するとすれば、これに近い予算が必要とされるので、困難であるという意見も出るに違いない。またアンケート結果でも、行政解剖は司法、公衆衛生の両方に貢献するという意見が過半数を占めており、いずれにも貢献しないという回答はゼロであったことを強調しておきたい。

7) 準行政解剖の拡充と必要経費

都道府県の予算から解剖経費を負担するのは不可能であるかもしれないが、現実に現行の承諾解剖の枠の拡充をもって、これに対応しつつある県が増えてきていることは特筆すべきであろう。その第一は茨城県で、公的機関が 1400 万円もの解剖費用を負担しているという制度である。これは都道府県が解剖費用を負担しているという意味で、準行政解剖といえることができる。ただしこれは人件費も含んでいるので、実際の解剖経費としては 1 体当たり約 5 万円として約 200 万円が負担されていることになる。また、秋田県や長崎県、埼玉県など、茨城同様に県費として解剖費用を負担している地域もある。これらでは県からの出費は 50 万円から 200 万円程度におさえられている。これらの出費による解剖数では決して十分とはいえないが、少ないとはいえ必要性のある解剖から実施されていくことになるので、大きな意味がある。そう考えると、50 万円～200 万

円という予算は決して不可能な数字とはいえないと思われるので、今後はこのような制度が全国レベルで拡大される必要がある。

またこれにあわせて各都道府県でも一般臨床医の検案能力を向上させるような、講習会や研修会を行う必要があるだろう。これによって、解剖されるべき死体の選択が適正になされうることが期待される。このような承諾解剖を、都道府県の経費負担がなく、単なる承諾解剖の拡大として行うとすると、通常いくつかの問題点が発生する。その第一は経費負担が遺族に及びかねないことがあげられる。神奈川県における現行の制度がそれである。表に示したように、現行の制度でも解剖経費は都道府県以外では警察が負担しているものが多いが、遺族負担もないわけではなく、また解剖を行う場合にも検案料としては遺族負担をさせている県も皆無ではないと思われる。しかし本来は、これらの承諾解剖の単なる拡大による対応は避けるべきであり、少なくとも準行政解剖を実施することが必要である。

承諾解剖や準行政解剖は果たしてどこの機関が主体となって行うべきなのであろうか。これらの解剖は司法解剖と行政解剖の延長線上にあることから、現行通り全国の大学の法医学教室が主体となるべきであり、アンケートでもそのような意見が多かった。したがって、あらたな施設や人材の確保は必ずしも必要はなく、予算の確保だけでまずはまかなえうといえよう。実際に長崎県や秋田県などでは法医学教室が主体となって準行政解剖を実施している。今後もそのような方向で拡充をはかるべきであろう。茨城県では、筑波メディカルセンター病院の解剖室が提供されており、ハード面でも独立した機関で行われている。解剖医も専任の医師が担当することになっており、本来はこのような方法が理想的である。茨城県の制度については、参考資料として添付してある。

8) 監察医制度の拡充への期待

行政解剖は死体解剖保存法第8条に基づく解剖であり、法的な強制力があるが、承諾解剖はそれがなく、遺族の承諾がなければ解剖はできない。したがって、解剖が遺族の利益に還元されうる民事事件の場合はよいが、それがいい場合、あるいは殺人被疑事件の可能性があり、遺族が被疑者であることが排除できない場合には、承諾解剖の方式には困難がある。

したがって、法的な強制力にもとづく行政解剖を全国レベルで実施することは司法面への貢献には大きなものがある。これには国会での十分な審議をもってぜひ近い将来に実現していただきたいと切に願う次第である。そのためにはまずは政令都市への拡大、つづいて県庁所在地の都市への拡大が必要であろう。将来を見据えての新たな政策の展開が期待される。

9) 新しい時代に向かった改革の必要性

時代は確実に監察医制度の導入を必要としつつあるといえるが、今回のアンケートでも、現行の制度の改善を求めるものが過半数を占めており、現状では問題点が意識されているのが事実である。それを改善するには、まずは現行の制度における教育や研修システムの充実、承諾解剖の施設の設立と拡充、政令都市への監察医制度の拡充、全国レベルへの監察医制度の施行という段階としての案が寄せられた。

監察医制度を全国的に実施するということは理想であるが、経費面の確保とともに、施設や設備などのハード面の充実、そこでの人材の確保と教育、労働条件の確保などソフト面でも多くの解決すべき問題を抱えている。現実には、監察医制度によって業務を行っている、東京都や大阪府でも、限界に近い条件で実施されているのが実情であり、改善すべき点は少なくない。それにもかかわらず異状死体の数は毎年のように増えており、各地で行われている制度のままでは、不正確

ないし誤った死因がつけられてしまうものが約30%を占めかねないばかりか、殺人事件に対する治安や、死者や遺族の人権が侵害されるような事態も生じえるであろう。

これまで、監察医制度やそれに準じる承諾解剖の制度は、社会の変革によって僅かながら改革されてきたにすぎず、それも改革というより、むしろ改悪であり、その結果、監察医制度を撤退させた都市もあり、維持された都市においてもあらゆる面で縮小されつつある現状がある。

かつては監察医制度が施かれた福岡市や京都市でも、現在には20体に満たない数の承諾解剖が細々と行われているのが現状である。

監察医制度は約50年前に発足してから、一度も根本的な改革はなされることはなかった。しかしながら、50年前とは社会も経済も大きく異なってきた。今こそ新たな時代を見据えての改革を必要としている時期にきているということ、それにより社会への大きな貢献がなされうるということを、今回の研究は明らかに示唆している。

2. 異状死と死因決定の制度に関する問題点・改善点

1) 解剖制度

日本では、以下のような解剖が行われている。

a. 司法解剖：司法警察員又は検察官が検視の結果、解剖による鑑定が必要と判断した時、刑事訴訟法168条（裁判官の鑑定人に対する鑑定処分許可状発付）、同223条（東京地検・各都道府県警察の鑑定受託者に対する鑑定嘱託書提示）を経て、鑑定医（法医学専門家）に委嘱する解剖である。犯罪死体又はその疑いのある死体、身元不詳の異状死体につき、警察の判断で遺族の承諾の有無に関らず実施する。診療中の急死や医療事故被疑症例の解剖が当該病院で病理解剖されると公正性が疑われる。現状では異状死の届け出をし、司法解剖すべきである。東京では当該病院と関連のない大学の法医学教室で司法解剖されるが、1県1医大の県では隣県の法医学教室に協力を要請すべきであろう。行政解剖や承諾解剖の制度がない地域や予算が不十分な場合、被疑者不詳の司法解剖として処理される例が多い。したがって、地方では司法解剖であっても実情は行政・承諾解剖的要素が高いものが多い。司法解剖では、執刀医が遺族に説明することが許されない事情や鑑定書作成の負担をも考慮し、司法解剖と承諾解剖の用途につき、再考が必要と考える。事件性の低い変死体の解剖の他、刑事責任が問題となることが予想される事例以外の医療事故被疑事例では、被疑者を特定しない承諾解剖が望ましい。

b. 行政解剖：知事は死体解剖保存法8条（上記）に基づき、異状死について検案のみで死因の判定が不可能又は困難である時、監察医が必要と判断した時には、遺族の承諾の有無に関らず監察医に解剖させることができる。解剖中、犯罪性を認めた時には、警察署長に届ける。実際には、解剖中に警察に連絡して司法解剖へ変更し、立会いを求める。行政解剖は、本来、公衆衛生上の目的で実施されるが、承諾解剖と同様、警察官が「非犯罪死体」と判断した事例を解剖した後、犯罪や事故の事実が判明することが少なくない。このことは、警察官・検察官が、監察医や法医学専門家抜きに犯罪性や解剖の必要性を判断する日本の検視（検死）制度が、異状死の死因過誤を生み出す一因であることを示す。また、監察医制度が、死因過誤を防ぐ最大の武器であることを認識すべきである。一方、監察医経験のない法医学者の多くが、異状死全般の事情を周知していない面がある。今後、学会の検案認定医資格に監察医研修を加える必要があると思われる。

また、東京・大阪の監察医組織を、若手法医学者の教育機関として、より有効に活用すべきであろう。そうすることによって、監察医実施地域以外でも、承諾解剖の重要性を法医学者が認識し、都道府県警察と一体となって、各々に適した行政解剖・検死システムを構築できるであろう。

c. 承諾解剖：遺族の承諾を得て解剖有資格者が行う解剖（死体解剖保存法7条）である。監察医制度のない多くの地域でも、遺族の承諾や要請を受けて法医学者が監察医制度に準じて異状死体の検案や解剖を実施しているが、行政の支援は不十分であり、ごく少数しか解剖されていない。予算の枠内で、警察が犯罪とは無関係であるが、死因不明を理由に遺族に勧める場合が多い。その中に犯罪死体を見出すことも少なくない。一方、上記のように監察医機関で研修した法医学者が、地方において、承諾解剖を足がかりとして準監察医組織を構築することも、今後、重要になると思われる。

なお、ある県では、行政検死・解剖の名の下に、個人事業主である監察医が検死・解剖の後、遺族から検案書料を自由に得ている。これには行政が関与しておらず、解剖は実質上個人が行う「承諾」解剖であるが、そうとしても十分な説明に基づく承諾が得られているとは思われない。その上、検死や解剖が十分な体制で行われないので、誤診が指摘されることも少なくない。これには、法医学者、警察、行政の各々について抜本的な意識改革が必要である。その県の法医学者が中心となって、改革を試みているが、当事者の意識改革は進んでいない。

d. 日本の検死、解剖制度の問題点

殺人や事故死であっても、警察が把握していない事例につき、臨床医が異状と感じなければ警察に届けられず病死で終わる。そのような事例における誤認が少なくない。また、検視時、警察も犯罪性を疑わなかった事例が遺族の要請で解剖され、犯罪死や事故死と判明することがある。一般に医学的な知識の無い警察官が死体の外表から死因や解剖の必要性を漏れなく判断できるとは思えないにもかかわらず、解剖の必要性を死体の外表所見と状況のみより、警察官が判断する点に、誤認検視に必然的に陥る原因がある。一方、一見外傷が無く事件性が無さそうな場合は、多くの場合、警察官も検案医も病死を前提として検視や検死しがちであり、したがって、解剖もされず、それが誤認検死の一因となる。

第一線警察官が、犯罪性がないと思い、そして、検視官の現場臨場は必要ないと判断する時、このような誤認検死（ニアミス）例が出る。逆に、優秀な検視官の経験と直感で解剖し、一酸化炭素（都市ガス）や薬剤を用いた偽装殺人や扼殺を見破った例も数例経験した。特に、監察医制度のない地域では、第一線警察官や検視官の役目は重大である。解剖すべき事例につき、解剖を必ず実施することが、誤認を防ぐ上で最も重要である。

すなわち、多くの誤認は医師の異状死の届け出と検視官・検察官の解剖の必要性（犯罪性）の判断の2段階で解剖の機会を逃すことによる。検案と行政・司法解剖の大ベテラン（柳田慶応大名誉教授）でさえ、検案時外因死と判断した例の約15%が解剖後病死と判明し、検案時病死と判断した例の約5%が解剖後外因死と判明したという。

経験豊富な法医学者でも、解剖をしない場合は犯罪死や事故死を見逃す危険があるのに、現状では経験の浅い医師や警察官が外表から、各々、死因や犯罪性を危険も感じずに判断し、警察官・

検察官が解剖の必要性を判断している。特に、異状死体の解剖率が先進諸国の中でも極めて低い（約4%）日本で、しかも、遺族が死因に納得しない例が増えている現状下では、死因を正しく決定するには、行政サイドの検死・解剖制度の抜本的な改革が必須である。分担研究者の吉田は、遺族の要請により解剖された事例の中に、思いがけない死因を見出し、驚いた経験が何度もある。したがって、監察医制度には、監察医・法医学者に対する教育効果があり、なおかつ、警察官・検視官に対する教育効果もある。以下に、日本の検案・解剖システムに内在する問題点と今後採るべき対応を示す。

第一に、「犯罪性は警察官、検察官による死体の外表の観察から判断できる。」という過信に気づく必要がある。警察・司法関係者は、解剖の一義的な目的は死因の究明であり、死因がわかれば犯罪性も判断でき、また犯罪捜査とは無関係に解剖による死因究明が重要な例があることを理解すべきである。検視、解剖に立ち会わない検察官が現状や解剖の意味を理解しないまま、時に机上から実質的に検視を指揮し、鑑定嘱託することによる矛盾も解消する必要がある。また、検視官がある程度長い経験を要する職であり、かつ、極めて大きな重責を担っていることを理解し、検視官を複数化し、もう少し、優遇すべきである。

加えて第二に、警察官ばかりでなく、検案医の教育、訓練の充実が求められる。具体的には、監察医地域以外の警察医や検案に従事する一般臨床医の資格認定に関して、かなり現状の追認を余儀なくされている法医学会検案認定医制度の教育・研修面を充実させ、なおかつ、現在、活動している警察医を含めて、研修を必修化し、できれば、認定医でないと検案できない制度とし、認定医制度を機軸に、検案医・臨床医の検案・解剖レベルの向上に努めるべきである。また、近く、医学部の卒後臨床研修が必修化するが、その際に、検案、異状死、医療事故などの法医学に関する教育も必修化する必要がある。特に、異状死の理解と医療事故への対応や検案を教える必要がある。さらに、現状では、監察医制度を経験したことの多い多くの法医学者も、異状死の全般的な理解のため、監察医機関における研修を受けることが望ましい。

そして第三に、行政や国が検死、解剖等に十分な財政的援助をすべきである。現状では東京都、大阪府とも監察医制度が行革の対象に挙がり、経費が節減されている。また、監察医制度のない地域では検案料は遺族の負担であり、承諾解剖経費を負担させられている県もある。一方、茨城県においては、三澤章吾筑波大学名誉教授（現東京都監察医務院長）のもと、独自の検案・行政解剖を開始し、年間1400万円余の予算措置があり、年間約40件の行政解剖を施行し、実効を挙げており、監察医制度のない都道府県にとって、参考になる部分が多い。さらに、司法解剖の鑑定謝金が捜査機関から鑑定人個人に対する謝金という形で支払われる矛盾もある。また、国立大学では、定員削減のため、解剖の質の維持や向上が難しい現実もあり、感染防御や環境汚染対策の設備投資のための予算も平成13年度にようやく措置されたばかりである。今後、法医学や監察医制度が社会に貢献するためにも、後継者養成が急務である。

結論として、異状死の死因決定を犯罪捜査に優先させるように、検死・解剖の関連法規を抜本的に見直し、それに伴う検死・解剖制度、財政的支援、及び関係者の教育・訓練制度を改革すべきである。特に医療事故における届け出、死因決定制度の見直しは急を要する。

e. 問題となることの多い異状死の種類

以下に解剖が必要な典型的な異状死体の状況を略述する。本章では、なぜ解剖が必要か、解剖では何か問題点かを簡単に解説する。平成13年度、日本法医学会は平成7年度に出された旧指針の見直しを行い、基本的に修正は必要ないとの見解を示した。

ア. 明らかな他殺、事故死、自殺など外因死が疑われる事例について、明らかな外傷があると解剖されることが多いが、その結果は病死のこともある。自殺と思われるが、保険金を巡り、遺族と保険会社が自殺か災害死かを争うことも少なくない。縊死が偽装でないか、自絞死か絞殺かが問題となることもある。また、転落死の多くは自殺であるが、全てではない。

イ. 水死体、焼死体については、生活反応、身元確認、原死因の確認が必要である。災害死、自殺、他殺、病的発作後の事故など、多様な状況を考えなければならない。

ウ. 目撃者のいない死亡には、独居者、路上死亡者、宿泊中・車中の死亡などがある。一見、外傷が無くても、扼殺、中毒、頭部・腹部外傷などによる犯罪死や事故死の可能性を考えるべきである。

エ. 喧嘩、交通事故、労働中（労災、過労）等のストレスが負荷された状況下の突然死の死因には、虚血性心疾患、脳出血、クモ膜下出血などが多い。外因死の可能性の除外と外因の寄与度の判定が必須である。また、脳出血・クモ膜下出血では、病的出血と外傷性出血の鑑別が重要であり、脳CT上診断されていても、出血原因につき解剖により判断すべきである。

オ. 転倒、転落、溺水、交通事故などによる外因的傷病が、病的発作、中毒などの原因により起こる可能性がある場合、外因死と病死の鑑別が重要である。特に、入浴中の溺死は多く、病死か災害死かの鑑別などが、問題になりやすい。

カ. 酩酊者につき、医師が診療に応じないから帰し、または警察官や医師が放置して死亡させることがある。喧嘩や自己転倒等による頭部・腹部外傷の見逃し（外表損傷が軽微、潜伏期がある）を避けるため、医師は問診、経過観察しつつ診断すべきである。酩酊者の原死因や直接死因は多種多様である。

キ. 交通事故後の死亡では、普通ひき逃げや複数車輻が関与した事例が解剖される。一見外傷が軽微な例、医療行為がある例、そして既往症のある例などにも解剖が必要なことが多い。死体の所見より受傷状況を推定し、解剖結果と臨床所見を分析して事故・既往症・医療行為の寄与度を割合的に認定する。骨折による脂肪塞栓や肺動脈塞栓症、そして既往症の増悪や発作誘発にも注意する。

ク. 入院中・診療中の予期しない突然死につき、特に検査、出産、手術の最中や後の死亡では異状死の届け出と解剖が重要である。たとえば、薬剤投与中、麻酔中の急死では、アナフィラキシーショック（内因）と、高位麻酔や過剰・過誤（外因）投与との鑑別が重要である。平成13年3月、日本外科学会などは、特に手術の合併症などにつき、異状死の届出は医療の萎縮に繋がるので、これを異状死として届け出ることとは適当でないとする声明を発表した。しかし、この声明に患者・家族への説明や心情、そして、死因の公正性に関する配慮は認められない。

ケ. 病院到着時心肺停止 Cardiopulmonary arrest on arrival (CPAOA) につき、心拍再開後、

検査所見より確実に病死と臨床診断されれば異状死の届け出の必要はない。しかし、確実な診断に至らない場合において、胸痛、心電図異常、血液検査データは外因的傷病や心停止後心拍動再開例にも見られるので、これらを根拠として虚血性心疾患と診断すると、外因死を見逃す危険がある。

コ. 乳幼児の死亡。乳幼児突然死症候群と窒息などの鑑別が重要である。乳幼児死亡や被虐待児症候群被疑事例では保護者、保育者の責任認定のため、解剖を要するが、特に遺族への説明や説得が重要である。

サ. 労災や過労死では、特に突然死の場合は死因決定と、労働によるストレスの死への寄与度の判定が重要である。しかし、過労死被疑事例が解剖されることはほとんど無い。

シ. 運動中の急死。学校の体育授業、クラブ活動やマラソン大会中の急死では、検診に基づく許可等、安全配慮の責任を問われる。成人ではゴルフ中の突然死が多い。

E. 結論

監察医務制度が設置されている5地域、および設置されていない47都道府県についてアンケート調査を実施した。いくつかの地域についてはさらにインタビューを行い、正確を期した。

1. 監察医制度設置地域のうち横浜市からは回答が得られず、この制度の本来の目的が活用されているか否かの実態が把握できなかった。このアンケートから直接的にはわからないが、別の調査あるいは実情を関係者にインタビューした限りでは、本来あるべきシステムとは異なる極めて不自然な形で実施されているようである。他の4都市については、解剖率は25%以上であるが、**愛知県**監察医の検案数が38~78(最近5年間)という数字はかなり少なく、システム上の問題があるのではないかと疑わせる。

2. 監察医制度が設置されていない都・多摩地区はじめ道府県では、承諾解剖が行われている。解剖が行われていないのは5県(回答なし2県)、その他の地域では実施されているが、解剖率は2%以下が圧倒的である(88.8%)。検案費用負担者は遺族が多く(79.5%)、解剖費用の負担者は大部分が都道府県・警察であるが、4地域では遺族である。

3. 検案に際し、警察医と臨床医とで検案結果に差違があるか否かの質問に対しては、概して警察医の方が法医学的知識もあり、死体も詳しく観察しているという回答であった。

警察医に対しては、ほぼ年1回の研修会が各地で開かれているが、さらなる活動が期待されるべきである。臨床医に対しては、臨床研修義務化に含めて研修する必要があるだろう。

4. 検案・承諾解剖を実施することは、公衆衛生分野および司法分野へほぼ等しく貢献しているとの回答であったが(56.8%)、司法への貢献を強調しているのは38.6%、公衆衛生に貢献していると強調している回答は4.5%であった。

アンケートの結果、全国的に監察医務制度あるいはそれに類似する制度が必要とされ、制度の拡大・充実が求められている現状が把握できた。

実際には、15地域から医務院制度の拡大、充実の必要性があり、と回答されているが、それには制令の改正はじめいくつかの問題点が指摘されている。また、監察医務制度以外では、まだ全国的にはよく理解されていないものの、茨城県の筑波剖検センターのような施設のようなシステムの導入の必要性が指摘されている。現時点では、実際に行いうる解剖制度であろう。

F. 参考資料

1. 監察医制度の概要
2. 筑波剖検センター概要
3. 阪神淡路大震災における死体検案結果-臨床医と監察医の比較（神戸市内）

G. 参考文献

- 1 三澤章吾、大橋教良他「新方式による解剖体制（筑波剖検センター 5 年間の実績と問題点）」
日本法医学雑誌 45:432-437, 1991
- 2 三澤章吾、本田克也他「内因性急死と検死制度」治療75:169-175, 1993
- 3 本田克也、三澤章吾他「行政解剖事例における独居老人の潜在性疾患についての研究」法医学の実際と研究 41:387-391, 1998
- 4 西村明儒、三澤章吾他「臨床医の死体検案に関する意識調査-大規模災害時の死体検案活動を中心として-」日法医誌54:387-398, 2001
- 5 吉田謙一著「事例に学ぶ法医学」有斐閣2001

監察医務制度についてのアンケート調査表

1. 貴監察医務における検案数および解剖数（過去5年間）

	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年
検案数					
解剖数					

司法解剖に変更した例 _____ 例

2. 貴施設の職員数（平成14年1月現在）

	常勤	非常勤
監察医	人	人
事務職		
解剖補助者（監察医補佐を含む）		
検査技師		
運転手		
その他		

3. 経費の負担は（複数回答可）

- ・自治体費
- ・遺族
- ・病院
- ・県
- ・警察
- ・医師会
- ・個人
- ・大学

4. 遺族負担の場合、費用を教えてください。

- ・解剖代 円
- ・死体検案書（1通） 円
- ・再発行の場合（1通） 円

5. 検案・解剖結果を関係機関に報告していますか。

- ・報告している（報告書の形態で、その他）、どの機関に（ ）

- ・報告していない
- ・その他 (具体的に: _____)

6. 監察医務制度は医学領域のみならず法律・社会的領域等にも貢献していますが、貴機関ではどのように考えていますか。(尺度のあてはまる位置に○をして下さい)

大いに貢献している 貢献している どちらともいえない 貢献していない 全く貢献していない

- ・ 死因統計など保健福祉や疫学上の資料

--	--	--	--
- ・ 死亡機序解明など臨床医学への還元

--	--	--	--
- ・ 伝染病や食中毒など衛生上の問題解決

--	--	--	--
- ・ 各種保険や労働災害認定など法律上の諸問題解決や手続きの円滑化

--	--	--	--
- ・ 遺族の疑義や精神的ケアへの対応

--	--	--	--
- ・ 犯罪捜査や犯罪防止への対応

--	--	--	--
- ・ その他 具体的に記入してください (_____)

7. ほぼ等しく両方の領域への貢献が考えられる

8. 業務、運営、人事など、将来改善すべき点があれば具体的に書いて下さい。

ご協力ありがとうございました

死体検案・承諾解剖についての
アンケート調査表

- 回答願いたいアンケート項目
 都道府県警察：全項目（1～15）
 警察医会：5～7及び11～15

1 死体取扱数についてお尋ねします。

	平成11年	平成12年	平成13年
死体取扱の総数	体	体	体
死体取扱規則に基づく取扱数	体	体	体
いわゆる承諾解剖数	体	体	体

- 2 承諾解剖を実施している場合、お答え下さい。
 承諾解剖を実施するか否かの判断は誰が行いますか。平成13年中に実施した承諾解剖について回答願います。（複数ある場合には、主なもの1つを選びカウント願います。）

1	警察本部の刑事調査官（検視官）	件
2	所轄警察署の担当課・係	件
3	警察医などの検案した医師	件
4	主治医の希望	件
5	遺族の希望	件
6	その他（ ）	件

- 3 承諾解剖を実施している場合、お答え下さい。
 承諾解剖を行う目的（遺族などからの申立も含む）についてお尋ねします。
 平成13年中に実施した承諾解剖の目的について回答願います。（複数の目的がある場合には、主なもの1つを選びカウント願います。）

1	事件性のある可能性は低いが、確認する必要がある場合	件
2	自損交通事故の原因が疾患である可能性がある場合	件
3	路上死亡例で交通事故との関連が疑われる場合	件
4	労働災害で自己過失が疑われる場合	件
5	業務上過失致死の被疑者を立てにくい場合	件
6	医事紛争が関係する場合（医療過誤、医療事故を含む）	件
7	家庭内事故死例	件
8	過労死の疑いがある場合	件
9	乳幼児の突然死例	件
10	授業中、クラブ活動中の死亡例	件
11	いじめの関係が疑われる死亡例（自殺を含む）	件
12	病歴のない青壮年の突然死例	件
13	伝染病の疑いがある場合	件
14	食中毒の疑いがある場合	件
15	災害関連死の疑いがある場合	件
16	多国籍船舶内の死亡	件
17	その他（ ）	件