

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

東京大学大学院医学系研究科法医学講座 吉田謙一、武市尚子、河合格爾

要約 異状死は臨床医が確実に診断した病死以外の全ての死であり、全死亡の十数%を占めると推定される。医師の警察への届け出と、警察・検察官による検視を要するが、概念に混乱がある。特に、安易に病死と判断すると、犯罪や事故を看過し、保険金殺人などに見られる誤認検視につながる。すなわち、警察官は検視時、死を犯罪死、非犯罪死、変死に分け、解剖の必要性を判断し、立会い医師は検死（外表検査）して、死因や死亡時刻を判断（検案）する。医師が異状死か否かを判断し、警察官が解剖すべきか否かを判断する2段階での誤りにより、死因の誤認が生じる。監察医制度がこの誤認を抑止するが、その施行地域は限られている。外表からの死因決定は一般に困難であり、状況に応じて司法・行政・承諾解剖を行うことによって、死因の誤認を予防できる。暴行、事故、異常な出来事、あるいは医療行為の最中や直後の急死も異状死であり、解剖による外因死・内因死の鑑別やストレス・外因の死への寄与度の判定が重要である。異状死の状況別の注意点を示した。

1. 法医学の役割

一般に法医学は殺人や事故死などの死因を究明し、警察や司法に医学的判断の面で協力する学問と考えられているが、実際には異状死全般の原死因（第2章）を公正に決定し、刑事・民事・行政責任の所在を明らかにして、関係者の人権を守ることを主な使命とする学問である。

医師法21条は、「医師は死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」と規定する。しかし、異状死に法的な規定はなく、法医学会では「臨床医が確実に診断した内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外の全ての死」という見解を示している。すなわち、異状死とは臨床医が内因死と確定診断し、死を看取った死以外の全ての死であり、内因性の突然死が最も多いが、死亡の状況が不明の例も多く、中には外因死を病死と誤認するような過誤例も少なくない。たとえば、報道されている保険金殺人事件の大部分において、警察・検案医師が他殺を病死と誤認している。そして、これらは、氷山の一角の可能性がある。

本来、病死、内因死と確実に診断するには、外因死の可能性を除外しなければならず、解剖が必要である。また、たとえ内因死であっても、暴行、事故、異常な出来事、医療行為、その他、種々の外因がストレスの誘発を介して寄与していることがあるので、これらの外因が死へ寄与しているか否かの判断を求められることがあり、異状死の届け出と解剖が必要な事例がある。

最近、遺族が医師の死因に関する説明に納得しない事例が増えていることより、医療過誤被疑事例の解剖が急増している。例えば、注射直後の容態急変の原因には、過誤・過剰投与、投与方法過誤（以上、外因）、アナフィラキシーショック、既往症の増悪・発作誘発（以上、内因）があるので、医師自らの判断は信用されず、現状では異状死の届け出と解剖による死因の公正な決定が求められる。また、乳幼児の突然死事例では窒息と乳幼児突然死（内因死）の鑑別が求められ、さらに、老人の入浴中死亡でも災害死と病死の鑑別が求められる。このような事例のうち、関係者の責任が問題となる事例、確実な死因決定を要する事例では解剖が必須となる。そして、確実な死因に基づいて関係者の責任や保険の支払いが決定されるべきである。このような事情は臨床医にも、警察にもあまり認識されていない面がある。

法医学者は、上の事情を医学生のみならず、臨床医、警察医、警察官、そして、司法関係者に周知させるように教育する使命を果たすべきである。

2. 異状死の法的取り扱い(検視、検死)

死体は、死後24時間が経過すれば、市町村長の許可の下、埋葬・火葬することができる（墓地3条、

5条)。

警察では、届け出られた異状死のうち交通事故死は交通課が、それ以外は刑事課が取り扱う。刑事課は、外表や死亡状況から犯罪死(犯罪によることが明らかな死)・非犯罪死(犯罪が関連しないことが明白な死)・変死(犯罪死か非犯罪死が不明の死)に3分する。犯罪死には検証・実況見分(刑訴222条、128条)、非犯罪死には死体見分(犯罪捜査規範104条1項参照)、変死には検視(刑訴229条)が実施される。

これらのうち、変死について行われる検視は、刑事訴訟法229条の「変死者又は変死の疑いのある死体がある時は、その所在地を管轄する地方検察庁又は区検察庁の検察官は検視をしなければならない。」という規定に基づく。実際には、検察官の現場や解剖への立ち会いは少なく、通常、司法警察員(法的には検察事務官も可)に代行させる(代行検視)。代行検視は各所轄警察署の刑事係が行うが、特段検視の訓練を受けていない警察官が担当することもある。検視の結果は各都道府県警本部の検視官(刑事調査官)に報告される。現場の警察官ないし検視官が必要と判断すれば、検視官も現場で検視に立ち会う。検視官は各県2名程度(大きな都道府県では数名)いて、東京で約2ヶ月間の座学、検視、解剖立会いの研修を経て、各警察本部で検視を指揮し、必要に応じて現場に出る。豊富な経験を要する重要な職務にも関わらず、任期は多くは2年以下程度で経験を活かせないことが多い。また、第一線の検視担当者の教育は各県警の判断に任されていて、必ずしも十分ではないが、彼らが「おかしい」と思わないケースが誤認検死を生むことになる。したがって、検視官は、第一線警察官の教育の責も果たすべきである。そのためには、検視官の人数を増やし、待遇を改善した上、任期を延長すべきである。

医師は、検視への立会いを求められる。監察医が立ち会って検死するが、監察医制度がない地域では、異状死の取り扱いに慣れない一般臨床医も立会いを求められる。通常、日頃警察に協力的な警察医が立ち会うが、この「警察医」に特段資格があるわけではなく、十分な教育・訓練を受けていない警察医も多い。法医学会が検案認定医制度を施行しているが、実際、認定医資格を有する警察医・検案医はごく一部に限られる。警察医会が組織化されている都道府県では年1~2回、研修会を催しているところがあり、最近の当教室のアンケート結果によると、監察医制度がない地域であっても、法医学者の講習・講演会が異状死の届出や死因決定に関して影響を及ぼしていることが明らかになった(武市ら、投稿準備中)。今後、異状死や医療事故が疑われる事例が増えていくことが予想されることより、異状死に関する教育の重要性が益々増すと思われる。

検死(屍)とは、司法警察員の要請を受け、医師(異状死を届け出た医師、警察医、または監察医)が死体の外表検査をすること、または死体の検査一般を指す。検案とは、医師が検死に基づき、死因や死亡推定時刻などについての医学的判断をすることである。なお、臓器移植法上、司法解剖、検視等は臓器の摘出に先行するので(同法7条)、司法解剖の対象となる死体からの臓器移植は角膜、皮膚以外は困難である。

監察医施行地域では、臨床医が書類を書かないために、監察医の負担が増えている。例えば、末期癌患者で自宅療養中の死亡、あるいは容態が急変し病院に救急搬送された後死亡した例につき、雇いつけ医でないので書類を書けないという例が、特に、救急医に多い。死亡状況が明らかであり、検案をして、当該疾患で死亡したことが確実であると主治医が判断し、警察が犯罪と無関係と判断した事例については、診療後24時間以上経過していても、主治医が書類を書いても構わない。

3. 監察医制度

死体解剖保存法8条は、要約すると、政令指定地の都道府県知事は伝染病、変死体について死因解明のため、監察医に検案、解剖させることができる。ただし変死体(疑いを含む)では検視が検案、解剖に優先すると規定する。戦後8都市で施行されたが、現在、行政が責任をもって監察医制度を運営しているのは東京23区内と大阪市内のみであり、その他、神戸市、横浜市、茨城県、沖縄県などにおいて、監察医制度に準じた制度がある。一方、監察医制度が誤認検視を抑止することについては、下に記す。また、大多数の県では、警察医や一般臨床医が大部分の異状死の死因を検案のみで決定し、警察が「事件性」がある、または犯罪が疑われると判断した事例のみを大学の法医学教室で解剖している。しかし、このように、遺族が死者の正しい死因を知り、それによって権利を保全できるかどうかについては、監察医制度施行地域と非施行地域との間で著しい不公平がある。

すなわち、監察医施行地域では、異状死を監察医が検案し、死因などが不詳であるとき、簡単に行政解剖できる。一方、非施行地域では、法医学的知識の乏しい臨床医がなるべく穏便かつ迅速に処理しようとする傾向があり、誤診が少なくない。

一部には、異状死の概念・実際・対応を理解することを、法医学教育の最重要目標として、臨床のベッドサイド実習期間の合間に法医学の講義や監察医組織を利用した検死・解剖見学（実習）を実施している大学があり、クリニカルクラークシップ（病棟に置ける任意の実習）期間中にも学生の法医学教室配属を受け入れている大学もある。これらの大学では、異状死の取り扱い・死体検案書作成に関する教育に効果を挙げている。また、監察医制度自体が一部の地域にしかなく、そうであるならば、監察医がなくても済んでいるという意見もあり、東京や大阪でも監察医組織が行政改革の対象と考えられたことがある。しかし、実際、異状死の取り扱いに慣れた監察医や法医学者が検案・解剖することにより、はじめて、正しい死因を得ることができ、また、犯罪の看過を予防している面がある。一方、監察医経験を通して監察医・法医学者は、異状死の実情に通じることができ、その結果を自らの研鑽ばかりでなく、他医に伝えることができ、そのことが、教育上、極めて重要であることを認識すべきである。したがって、監察医制度に関しては、いくら行政の財政難があるとはいえ、現在、機能している地域においては、維持するばかりでなく、積極的に実情を開示し、非施行地域の監察医制度を拡大する糧とすべきである。

4. 解剖制度

日本では、以下のような解剖が行われている。

1) **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。

2) **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（事例1、2、3）。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。

事例1（承諾解剖による事故死の発見）：駐車場に老人が倒れていた。同窓会帰りであり酒臭かった。警察は犯罪性がないと判断し、念のため承諾解剖を依頼したものであったが、胸部を念入りに触れると肋骨骨折があり、開胸すると胸部を轢過されていることが判明した。

3) **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。

さらに、最近増えている多くは刑事事件の対象にならない医療事故被疑事例につき犯罪捜査の一環としての司法解剖が行われる場合、事故原因の究明や再発防止などにつき適切な対応ができない事情がある。臨床医学の素人である法医学者に、医療過誤の判断基準である「診療当時の臨床医学の実践における医療水準」に知悉していることを求めるのは難しく、法廷で追及される恐れがあることより、臨床医に鑑定上の協力を求めることも難しい。また、法医学者が解剖結果を遺族に伝えることについても、検察庁や警察側は望ましくないとしている。一方、病理解剖は、性格上、このような事例の解剖には適さない。現実的には、医療事故被疑事例につき、行政の相談窓口・調査機関を設置し、臨床専門医の協力体制を整備した上、法医学者に独自の承諾解剖を依頼すべきであろう。また、医療行為の適否については、専門家が責任を持って判断すべきであろう。

病理解剖や解剖教育のための系統解剖も広義の承諾解剖である。病理解剖の目的は、病態の理解と診断、新疾患の発見、臨床診断・治療法の確認などであり、関係者の責任関係に関わる事例を病理解剖することは望ましくない。

4) **解剖の承諾と懲憑（勧め）**：司法・行政解剖では、法的には承諾を要しないが、行政解剖では、一般に遺族の承諾を得ており、遺族に結果について説明をする。死の直後、遺族は死因のことを考える余裕はなく、解剖の必要性は理解できず、解剖を嫌う遺族もあるが、解剖しないことが被害者や家族の不利になることもあると、医師は説明すべきである。例えば、乳幼児死亡で死亡状況が不明、あるいは、死因不明の場合であって、解剖されないままに乳幼児突然死症候群（内因死）と判断されると、保育者が責任を逃れる傾向がある。

一般に、死後発見例（非目撃例）、病院到着時心呼吸停止未診断例、周産期死亡、乳幼児突然死、及び診療・入院中の突然死につき死因が不明の事例や、犯罪性は低くても保険請求・労災・過労死の認定が絡む可能性のある事例については、医師は遺族に解剖を勧め、警察の責任者は解剖実施の判断をすべきである。特に、診療中や入院中の突然死例では解剖しないと死因が不明であり、後日紛争となった時に遺族側が不利益を被る可能性を説明すべきである。医師として公正な死因決定のために解剖すべきであると判断すれば、異状死の届け出をする選択枝もある。突然死の多くは現在の医学では予知・防止不可能で、医療側が責任を問われることは少ないが、死因が不詳であるために医師または患者に不利な判決が下ることもある。事実、判例上、医療事故が疑われる事例につき、遺族が死因を疑うような事例では、医師は解剖の提案をして検討する機会を与え、求めに応じて解剖し死因を家族に説明すべき信義則上の義務を負うとされる場合がある。

判例1（解剖についての説明）：下腹部痛、腰痛等を訴え入院3日目にX線写真を撮って病室に戻ったところ、突然、心停止した。いったん蘇生し、心エコー検査上壁運動低下、心電図上虚血性変化があったので心筋梗塞による心不全を疑い、治療したが死亡した。遺族に心筋梗塞による死であると説明したが、後日、妻等が、①腹部大動脈瘤破裂を心筋梗塞と誤診し、また、②死因の解明のために病理解剖を懲憑しなかった、あるいは、その説明をしなかったとして訴えた。判決は①を否定したが、②を認め、慰謝料の支払いを命じた（東京

地判平成9年2月25日判タ951号258頁)。しかし、控訴審では逆転の判決が出て(東京高判平成10年2月25日判タ992号205頁)、最高裁で係争中である。

5) 解剖の資格は次のような者に与えられる。①解剖資格認定医(厚生労働大臣が認定)、②医学教育者(解剖学・病理学・法医学の教授・助教授)、③監察医(死体解剖保存法)、④鑑定医(刑事訴訟法)と⑤食品衛生法・検疫法によなどである。④、⑤には、特に具体的な資格規定は無い。法医学会が解剖・検案認定医制度を推進しているが、警察医や一般臨床医が多くを占める検案認定医の教育、訓練については、平成13年度中に学会よりカリキュラムが示される。

5. 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関わらず、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(事例2、3)。

事例2(入浴事故と心筋梗塞の誤診):冠動脈バイパス手術後の心筋梗塞患者が風呂で倒れ、救急車で病院に運ばれたが、心筋梗塞と診断され、その葬儀のために被害者宅に泊まった長男が同じ風呂で倒れたために解剖となった。カルテを見ると救急入院時、血液ガス検査と同時に実施の一酸化炭素ヘモグロビンが致死濃度近くであった。医師が一酸化炭素中毒に気づき、または、異状死の届け出をして、監察医が気づけば第二の被害者は出なかった。

同様の事例につき、医師は当初心電図異常より心疾患を疑ったが、半日後、脳病変より一酸化炭素中毒を疑って診断した例もあり、また、トリカブトを用いた保険金殺人事件でも当初は心筋梗塞と診断されていた。中毒は疑わなければ、大部分が病死と誤認される。また、交通事故後腹腔内出血や骨盤骨折を虚血性心疾患と誤診した例、胸痛を訴えた肺塞栓による死を心筋梗塞と誤診した例もある。

事例3(扼殺の誤認検視ニアミス例):中年の独居女性が自宅の布団の上で死んでいた。一見外傷が無く、警察官は「先生、病死のようですね?」と言うが、監察医は顔面の鬱血、眼瞼結膜溢血点、頸部の圧痕があり、扼殺を疑い、司法解剖をした結果、殺人事件と判明した。

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・検案官の解剖の必要性(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・検案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。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。

まず第一に、「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、鑑定囑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な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?件の検案と、約?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。

6. 問題となることの多い異状死の類型

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し、続章で詳述する。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。

- 1) 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、自殺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。
- 2) 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。
- 3) 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。
- 4) 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。

5) 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。

6) 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。

7) 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。

8) 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するこ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。

9) 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。

10) 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。

11) 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。

12) 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。

後記：本稿は、吉田謙一著「事例に学ぶ法医学」（有斐閣、2001年）第1章に加筆・修正したものである。