

## 第 21 条 中毒の場合

毒物を口より摂取せし疑いのある場合には、腹腔の剖検は特別なる注意をもって行うべし。即ち、青酸あるいはその塩類の中毒の確徴あらざる限り、腹腔剖検を頭腔剖検を第一に行わざるべからず。これその特臭が他の臭気に乱さるるを虞るればなり。腹腔剖検の際には、第一着手に潜在性臓器の位置膨満度、血管充盈度及びその臭気等を検しぬ。他の重要な臓器におけるが如く、常に動静脈の分数のみ、或いは大血管のみが充盈しているや、その血管の充盈が特に注目し値するや否やなども検すべし。

特に胃は注意して観察し、胃壁が犯されたるや否や、或いはまさに破裂せんとせるや、或いはすでに穿孔せるやなどをも確定せざるべからず。

まず、胸腔剖検を既述のごとく行い、心臓及び大血管より流出する血液はなるべくこれを採集し、清浄なる瓶（A）に入れ、そが著明に而も異常なる血色をなせる場合には、直に光像鏡検査を行うべし。次いで、頸部臓器を第 19 条第 6 項に記載の方法によりかつ遊離せしめ、而もこれを切離することなく食道は胃内容の漏出を防ぐため、横隔膜の上方にて結紮すべし。

次に一般の方法により、腎及び脾を切検し、横行結腸を遊離翻転し、十二指腸を上 3 分の 1 のところにて二重結紮したる後、両結紮の間にてこれを切断し、胃は頸胸臓器と共に横隔膜の上方にて間膜および大動脈と離ち摘出すべし。胃及び頸部臓器は適当なる受器の上に広げ、胃は大弯に沿って食道まで、食道はその全長に渡りこれを切開すべし。ここにおいて胃内容はその量、色、成分、反応、臭気を検し、而してこれを第二瓶（B）にいれ、然る後、舌、咽頭食道および胃の粘膜の厚さ、色、表面及びその関係を検すべし。この検査の際、血管の状態ならびに粘膜附着物にも特別の注意を払わざるべからず。而して、存在せる血液がなお血管中にあるや、或いは出血せるや、或いはそが新鮮なるや、または腐敗或いは軟化によりて変化せるや、あるいはこの状態にして隣接せる組織内に滲入せるやなどをも検せざるべからず。もし、出血し居らば、そが表面にあるか、組織内にあるや、或いは凝固せるや否やなどを検し、次に注意してその表面の状態を検し、実質の欠損剥脱潰瘍などの有無を確かむべし。次にある変化が恐らくは発酵せる胃内容の作用のごとき、死後分解の自然的進行により来れるものなるやの疑いあることあるを注目せざるべからず。胃粘膜の混濁、或いは膨張特に著名なること肉眼にても見らるる時は、常に而もなるべく迅速に粘膜の顕微鏡的検査、特に胃腺の関係を検すべし。草葉の破片あるいはその他の植物性小片、動物性含質残余などのごとき胃内容中に発見されたる疑わしき物質は、顕微鏡的に検し、化学的無晶形、或いは結晶性の不溶性物質は出来得るだけ収集し、化学的検査に供す

べし。

次になお残存せる他の頸部臓器を前述のごとく検し、而してこれを切離したる後、胃と食道は（B）瓶中にある胃内容中に一緒に入れ置くべし。腹腔の肉眼的検査によりて、胃壁甚だ軟らかなること明らかにして、そがまさに破裂せんとし居らば、胃及び十二指腸の内容は大弯における小切開によりて、これを収集し、而して後前同様に検査し、これを貯蔵すべし。その際十二指腸は同様にその上3分の1にて結紮し、而して後前に述べたる方法のごとくその剖検を続行すべし。胃壁穿孔のため、胃内容が全部あるいは一部すでに腹腔内に漏出せる時は、注意してこれを胃あるいは腹腔より速やかに掬い出し、前述の方法にて検出し、而して後十二指腸の検査およびそれより以後の剖検を同様に続行すべし。

次いで、大小腸をその下端において二重結紮をなし、結紮間においてこれを切断し、十二指腸及び小腸を摘出す。腸管は適当なる容器の内に広く切検すべし。而して後、腸管はその内容とともに（C）瓶内に入れ、同様に大腸を所置し、その内容と共にこれを（D）瓶の中に入る。

次いで、腎臓を検し、これを特別なる（E）瓶に入れ、もし必要あらば前もって他の臓器と同様、腎臓の一片を即時あるいは他日の顕微鏡的検査の材料として別に貯蔵すべし。死後毒物を注入したるの疑存ずる場合には、左右腎を各別の瓶即（E）1、（E）2内に貯うべし。次いで、骨盤腔臓器の検査を行う。即ち、僅かに存在する尿は注意してカテーテルにより別瓶（F）の内に取り、さらに他の瓶（G）内に胆嚢と共に肝臓を入れる。脳はただアルコール、ベンゾール、クロラルヒドレート、モルヒネのごとき麻酔中毒の際のみ収集せられ、而して別瓶（H）の内に入らる。砒素中毒の疑いある場合には少なくとも5グラムの頭毛及び胸部あるいは腹部の皮膚約掌大切除し、この両者を1瓶（J）内に貯うべし。

一酸化炭素中毒の疑いある場合には、ただ血液の保留をなし、その検査は法医自身にて行うべし。前述の各瓶は密閉封緘し、その内容を記載し置くべし。中毒の疑いがある臓器を切開する受器は、その都度注意してこれを洗淨、清潔にし、各臓器は検査後直に該当せる瓶の中に入れ、他の部分と決して接触せざる様注意すべし。各臓器は洗桶内にて決して洗淨すべからず。なお、剖検中なるべく水の使用を少なくすることは、一般に化学的分析の目的に対し、非常に利益あるものなり。

第22条 トリヒネ病の疑いある場合には、胃及び小腸上部の内容の顕微鏡的検査をなし、なお同時に横隔膜頸胸筋の一部の検査をもなさざるべからず。腸炎筋パラチフス菌、腐敗菌などのごとき細菌中毒の場合には、細菌学的検

査のため、その一部を無菌的容器に採集せざるべからず。  
腸詰め肉中毒の疑いある場合には、脳、脳橋、延髄の顕微鏡的検査をなるべく迅速に行い、常に小切片を無水アルコール中に投ずべし。

#### 第 23 条 初生児

成熟児なるやおよびその發育程度の検査、初生児死体剖検に際しては上記の一般規定の外になお次の特別なる点を注意すべし。

まず第一に、小児の成熟なるやその發育程度を決定することを得る確徴を發見せざるべからず。この目的のためには、小児の身長、体重、鬣毛、胎垢のごとき皮膚附着物の性状、臍帶、頭毛の長さおよび性状、顳門の大きさ、頭首の周径、横径及び斜径、眼特に瞳孔膜の性状、鼻及び耳軟骨の性状、爪甲の長さ及び性状、肩幅、胸幅、男児においては陰囊の性状、辜丸の位置、女児においては外陰部の状態などを検すべし。

最後になお大腿骨下骨端内の化骨点の存在せるや、もしあらずば、いかなる大きさなるやをも検せざるべからず。これを検ぜんには、膝蓋骨の下方にて横切をなし、膝関節を開き、下肢を同関節部にて強く曲げ、膝蓋骨を側方より切離して上方に翻転し、次いで、大腿骨の関節面に従い軟骨を薄層に順次に骨幹に向かい切断し、骨幹に達するに至りて止む。この薄片中の化骨核の最大なるものを選び、その長径をミリメートルにて計るべし。

胎児の性状よりして第 26 週経過前に生まれたこと明らかならば、司法官より特に要求せらるるにあらざれば、死体剖検をなすの必要なし。

#### 第 24 条 呼吸をなせしや否やの検査

胎児が第 26 週後に生まれたりと思惟さるる時は、次いで、それが産中或いは産後呼吸せりや否やを検せざるべからず。この呼吸検査は次の順序により行うべきものとす。

- イ. 腹腔開検の際、一般に横隔膜の高さを検するものなれば、初生児においては常にまず腹腔を開検し、その高さを決定し、次いで胸腔及び頭腔を開くべきものとす。
- ロ. 胸腔を開く前に気管を胸骨の上方にて一カ所にて結紮すべし。
- ハ. 次いで、胸腔を開き而して灰の膨張度及びその隣接臓器特に心囊との関係並びにその色及び硬度を検す。
- ニ. 心囊を開き、その状態並びに心臓の外見上の性状を検す。
- ホ. 心臓の各部を開き、その内容を検す。
- ヘ. 次いで、全胸腔臓器を頸部臓器と連続のまま摘出す。
- ト. 肺を切り取り、新鮮なる冷水を盛れる大容器内にてその浮揚試験を行

いたる後、心臓及び大血管を一般方法のごとく切り去り、特にポタ  
一氏管及び卵円孔の通否を検す。

- チ. 両肺を切開し、その際嚙撥音を発するや、軽圧により割面に漏出する血液の量及びその性状、小気管支の性状及びその内容、並びにその他の剖検の際におけるがごとく、実質の性状をも注意すべし。
  - リ. 肺はまた水面下において切割し、気泡の断面より上昇し来るや否やをも検すべし。
  - ヌ. 両肺をまずその各葉、次いでそれをできるだけ小切片に切断し、悉くその浮揚するや否やを検す。
  - ル. 気管及び頸部臓器は上記の方法にて検し、特に咽頭を開きその状況を究めざるべからず。
  - ヲ. 肺の無気状態がその膨張力欠乏のためにあらずして、気道中に病的物質或いはその異物、例えば胎垢、胎便の填充するに原因すと思惟する時は、その精密なる顕微鏡検査を行わざるべからず。
  - ワ. 肺浮揚検査陰性なるか、あるいは疑わしき結果を得たる場合には、その補充として胃腸浮揚試験をおこなわざるべからず。これを行う為には、頸部臓器摘出の際、食道をその下端において単結紮をなし、また胃摘出の際、十二指腸をその上端において二重結紮をなし、摘出せる胃は肺浮揚試験のごとくその浮揚力を検し、而して後水面下にて胃を切開すべし。その後同様に直腸の上部をさらに結紮し、次いで他の場合のごとくこれを摘出したる後、全腸管を水中に投じ、そが浮揚するやもし、浮揚せばその何れの部が浮揚するやを検すべし。
- 初生児の頭腔を開く場合には、その外骨膜は他の軟部とともに直に剥離すべからず。こは時々存在する頭血腫を見落と虞れあればなり。頭骨の切離は頭首の大周径の部にて、強剪をもって切断するかあるいは直接にあるいは外方より縦洞を開検せる後、縫合にしたがって剪開し、各頭骨を引き離して頭腔内を検すべし。

## 第 25 条 その他の検査

最後に法医または前記の各部にて検査せざりし臓器、例えば大血管、関節、四肢の骨質などをもそれに損傷あるいはその他の不法行為が加わり居ると考えらるる場合には、これを検査するの責任あり。必要なる場合には、骨質を露出せしめ而して後、これを種々の方向に鋸断して検すべし。

また、氏名不詳の死屍を取り扱う際には、特に骨の長さ、縫合または化骨の状態のごとき、骨格の性状を検し、もって年齢、身長推定の拠点を得、またそれによりて氏名不詳死の異同を確かむるを得ることあり。

### <第3章：剖検記録及び鑑定書の作成>

#### 第26条 剖検記録の作成

剖検に関する万事について、司法官はその現場にて剖検記録を作るべし。第一法医は法医によりて検定されたることを極めて詳細に事実上の所見とし、口授により剖検記録中に記載される様努めざるべからず。また、司法官は各臓器の記載及び所見が次の検査に移る前に書き取らるる様務むべし。

#### 第27条 剖検記録の録取

剖検記録中、事実上の所見として記載される部は法医によりて明瞭に確定的に而もまた、非医師にも了解し得らるるがごとく、口授せられざるべからず。即ち、この目的の為には各所見記載の際、なるべく明瞭を欠かざる範囲において耳慣れざる専門語を用ゆべからず。

外表及び内景所見なる大区分は大文字（A）及び（B）を用い、体腔剖検の各章はその行いたる順序によりてローマ数字（I）、（II）を用いて区別す。但し、胸腹腔剖検は一章の内にまとめて記載し、その内にはまず第17条後項に示せる所見を一般所見として記し、然る後ABCに分ち、胸腔並びに腹腔臓器の所見を記載すべし。

頭腔剖検の前、あるいは直後に脊髓管を開検する時は、両腔の剖検は（I）A及びBに分ち、脊髓管の剖検が最後に行われるる時はその所見は（III）章の下に記載すべし。

各部検査の所見は、アラビア数字をもって示したる特別なる条項の下に記載すべし。而してその項数は、剖検記録の始めより終わりまで継続せしむべし。その所見は常に実際の観察の精密なる記載なさざるべからず。而して炎症あり、健康なり、正常なり、損傷乃至潰瘍ありなどのごとき断定の形式の文字を剖検記載中に用ゆべからず。しかし、もしそれが精密なる記載のために必要と思わるる時は、事実上の観察の外に括弧内にこのごとき記載を用ゆるも妨げなし。また、なるべく常同的記載を用ゆるを避くべし。而して報告書はその事件につき、確定的にかつなるべく個性的印象を與う様に記載すべし。また、被害物なし、液体の貯溜なし、異常なし、損傷なし、著癒なし、肥厚なしなどのごとき消極的所見については、全事倒の状況により、あるいはすでに記載されたる所見によりかかる所見が予期せらるべきに関わらず、これを見出す能はざりし時に限り、用いらるるものとす。

多くの臓器あるいは臓器の種々の部に多くの一致せる所見ある時は、その都度精密なる記載をなすの必要なく、最初において精密に記し、その他の部分

にては、ただ異なるところのみを記するをもって必要なく、最初において精密に記し、その他の部分にてはただ異なる所のみを記するをもって足りりとす。また重要な意味を有せざる所見は簡単にし、同時に正確に記載すべし。

各部における死体剖検の技術的实施に関しては、ある原因により前記の形式に従わざる時、あるいは所のみを記述すべし。各別において各重要な部における血量の記載は常に短き記述をなし、単に強く、適当にやや非常に引赤せり充血、貧血などのごとき断定を記すべからず。記載に際しては各部の切断さるるに先立ち、その大きさ、重さ、形状、色沢、異常の臭気および柔軟を記載し、大きさ及び重さの関係が重要な意味を有する場合は、それをグラムあるいは種の数をもって記載せざるべからず。断面においてはまず血量、色沢及びその状況を記すべし。

#### 第 28 条 仮鑑定及び補充検査

剖検終わらば法医はその事件に関する仮鑑定をなし、その原因を付加することなくしてこれを記載せしむべし。調査記録中、もしくは、その他事件に関係ある事実にして鑑定を下すに關係ありと思わるるものある時は、またこれを簡単に記載すべし。

司法官が特別な疑問を提出せる時は、その間に属する答えは剖検記録中に明瞭ならしむべし。

各事件に関してはまず客観的所見に従い、判定せる規矩により死因を鑑定し、次いで、これに犯行の加わり居るやいなやの疑問を解決すべし。この際には概括的記載、すなわち心臓衰弱、心臓死、心神衰弱老衰などのごとき記述はまったくこれを避け、これによれて死せりと思わるる解剖的変化を記さざるべからず。死因が多くの臓器の病変の共同作用によりて来れりと思わるる時は、なるべく諸種の病変の原因関係の軽重を明かならしむべし。剖検の結果により、死因に関する確実なる判定を下すこと困難なときは、さらに何れの死因を考慮の内に置くべきや及びいかがにもせば、それをさらに明瞭ならしむることを得るやなどをも附記すべし。その際にはまず補足的検査、すなわち顕微鏡的、細菌学的、血清学的、実験的乃至化学的検査を考慮の内に置き、次いで、一見記録を考究し、さらになお以上の探求に留意せざるべからず。簡單なる剖検所見にのみにては必要な疑問に関し釈明を加える能はざるがごとし。すべての場合においては一般に補足的検査を行い、而して仮鑑定においてなおいかなる検査を行うべきか、及びいかなる方向に検査を指導すべきかを附記せざるべからず。特に中毒の疑いある時はただ中毒の疑いありと記載したるのみにては十分ならず、出来得べくんは疑わしき中毒の種類

を記し、或いは少なくとも剖検所見により確実に或いは多分中毒に非らずと思わるるものをも記載すべし。

いずれかの原因により、さらに以上の技術的検査を法医自身にてなし能はずと思惟する時は、検査を委任さるる者に対し、すでに得たる所見に付き精密なる報告を与え、而していかなる方向に検査を進むべきかを明に記載せざるべからず。細菌学的検査は常に培養検査とともにその部の細菌的顕微鏡的検査をなすべし。

死因の確定し能はざる時は、まず屍体及び臓器の腐敗を防ぐためこれを氷塊の上に置き、あるいはホルマリン乃至クロラルヒトラート溶液を湿せる布片にて包み置き、さらに検査を続行してあるいは確徴を得ることあるの便宜に供すべし。

なお、以上の技術的検査必要なる場合あるいは疑問の存在する場合には、その原因を附記して確定的鑑定を下すことを明に保留すべし。

#### 第 29 条 凶器に関する補足的説明

死体に原因なりと想像さるるところの損傷あり、而も発見されたる凶器がその損傷を付加するに用いられたるの疑いある時は、医師は司法官の請求により両者を比較して損傷がその凶器にて付加せられたるか、あるいはいずれの損傷がこれによりて生じたるか及び損傷の位置及び性状より加害者がいかなる方法により及びいかなる力をもって凶器を使用したかの決定をなさざるべからず。

一定の凶器が存在せざる場合には、法医はその所見に出来得る限り損傷の生じたる有様及びこれを用いたる凶器の種類を明らかにせざるべからず。

#### 第 30 条 説明付鑑定

もし法医が説明付鑑定を要求せられたる時は次のごとくこれを作成すべし。即ち、不用の形式を避け、一件記録の丁数記載の下に、精密なる調査により得たる知識を基礎とせる範囲内において、事件の簡単なる而も正確なる事歴を最初に記し、次いで剖検記録はただ事実の判定に向かって必要なる部分のみを一語ごとに而も剖検記録のページ数を附記しつつ、引用すべし。この際、この方法によらざる時は、特にそれについて注意を附記すべし。

説明付鑑定の総括は一括的にして、而も明瞭なるべし。而してその因て来る所は非医者に向かいても明瞭にして、而も確徴的ならざるべからず。それ故に、法医はなるべくドイツ語にして而も一般に了解しやすい言語を用ゆべし。参考せる書物などに関する特別なる関係は、一般に記載する必要なし。

司法官より鑑定を命ぜられたる疑問に関して、法医は完全に而も精密に答え、

あるいはいかなる原因にてそれが不能なりしかを説明せざるべからず。  
説明を附せる鑑定はふたりの法医によりて署名せられ、而も現任の法医が剖  
検を行う時はその所属官印を押捺せざるべからず。  
命ぜられたる各鑑定はもし補充的検査が長時を要せざる時は、法医より遅く  
とも4週間以内に提出せられざるべからず。

<第4章>

第31条 もし法医が検屍を命ぜられたる時は、第12条の規定に従い処置すべし。而し  
てその所に規定されたる詳細は、ここに再記する必要なし。  
記録及び鑑定書を作成する際には第27条及び第28条の規定を応用すべし。  
第12条に既述の規定に付、事態必要にあらずと思惟さるる限り、司法官と法  
医と相互の了解ある時はこれを省略することを得。

前記の規定は1905年1月4日発布の規定廃止後、即1922年7月1日より実施さる。

伯林 1922年5月31日 国民保健大臣 ヒルトジーフェル



分担研究3)

## 「検案の明日を考える」

(分担研究者 瀬上 清貴)

分担研究報告書

「検案の明日を考える」

分担研究者 瀬上 清貴 国立保健医療科学院公衆衛生政策部長

研究協力者	トーマス・野口	南カリフォルニア大学名誉教授 前ロサンゼルス郡検視局長
	大野 曜吉	日本医科大学教授
	勝又 義直	名古屋大学教授 日本法医学会理事長
	黒木 尚長	大阪大学大学院法医学講座講師
	河野 朗久	大阪府監察医
	後藤 敏	長野県信濃町立信越病院
	土井 幹雄	茨城県衛生研究所長 前つくば剖検センター病理医
	長崎 靖	兵庫県健康生活部健康局医療課 課長補佐兼監察医務係長
	的場 梁次	大阪大学大学院法医学講座教授
	三澤 章吾	東京都監察医務院長
	柳田 純一	東京都監察医、慶應大学名誉教授
	吉田 謙一	東京大学大学院法医学講座教授

1月24日に国立保健医療科学院で開かれた標記セミナーでは、全国津々浦々から百人を超える参加者を得て、トーマス野口先生による基調講演、三澤章吾先生を座長とした5題の報告と1題の指名発言及び発言者らによるパネルディスカッションが行われた。

これらの発言と討論を通じて、提起された課題は、①監察医制度のあり方、②異状死の届出と医療関連死の取り扱い、③臨床医の行う死体検案のあり方、④検案・解剖を通じて予防すべき社会問題（虐待死と乳児突然死症候群、孤独死、入浴中の死亡等）の4つに整理できる。以下、それぞれの提起された課題と方向性について挙げる。

## 1. 検案制度のあり方について

東京都監察医務院、大阪府監察医事務所あるいは兵庫県監察医務室のような監察医制度が全国的に敷かれることが望ましいことではあるが、直ちに対応が可能なものではない。その中で茨城県の予算措置による準行政解剖制度とも言える方法は、沖縄県に始まり、熊本県等から、最近では埼玉県や秋田県にも拡大しており各県で参考にできるものである。

米国のME制度、英国のコロナー制度がその時代の医学的問題点により変革を遂げてきた点を考えると、GHQにより制度が創設されて以来これまで国としては特に意を払っては来なかったものの、多くの問題が噴出してきている現在、何らかの対応が迫られている。

## 2. 異状死の届出と医療関連死の取り扱いについて

すべての医療関連死を異状死として届け出ることには、抵抗感が強い。警察へ届け出るべき異状死と犯罪性が考えられない異状死とに分割整理し直し、後者については警察以外へ届ける制度を検討するべきである。

医療関連死等、犯罪性が無いと考えられる場合は、届け出先を保健所、あるいは新たに創設する第3者機関とするなどの方法により、対処可能ではないか。ただし、その後審理を通じ、犯罪性の疑われるものが出れば英国のように直ちに検察・警察と連携できるようにする工夫が求められる。

医療関連死をピアレビューにより評価検討し、再発防止へ取り組んでいる米国等の方法は参考とされるべきものである。

米国ロサンゼルス市で野口先生を中心として取り組まれてきた、医療関連死の評価と再発予防のための措置の検討における監察医機能のあり方は、日本において増加している医療関連死と訴訟問題に対するより適切な対応のあり方を検討する上で、参考とされるべき先例である。

今般、医療安全の確保のために保健所単位で設けられることとなっている相談機能の中で、法医学の専門的意見を取り込むこともひとつの方法である。具体的には、委員会のメンバーとして大学法医学者の積極的配置を検討するべきであり、その困難な地域では、県庁に親委員会を設け、その中に法医学者を複数配置することが考えられる。

### 3. 臨床医の行う死体検案のあり方について

生前に診療をしていない遺体について、死因を明らかにするために医師の大変な努力が払われていることを、まず認識すべきである。

救急搬送されてきた時点で呼吸心拍が無く、心肺蘇生術により心拍再開したものの数日後結局死亡したケースについて、当該病院で死亡診断書を交付する地域から、全例解剖に回される地域までである。こうしたケースについて行政として統一的な指針が必要ではないか。

また、死亡時刻等の検案は可能であっても死因に自信を持ってないものについては、「死因不明」と検案すべきことを、医師の基本的考え方として普及すべきである。

死体検案の80数パーセントが監察医制度の無い地域で行われており、そのやり方に地域差・個人差があると考えられる。将来的には医師が求められた場合に適切な検案を行えるように、医学教育・卒後研修、生涯研修の場を通じて、医師の検案技術の質を高めていかなければならない。その効率化のためには、事例を参照・相談できる機関の設置や人材の確保が必要であろう。また、全国規模のみならず、都道府県単位でも今回のようなセミナーや研修が実施できるような体制作りが必要である。

今般、国立大学が独立行政法人化することに伴い、県の補助金業務の実施等も可能となることから、神戸大学に置かれている兵庫県監察医務室のような形体ばかりでなく、県の補助金業務や委託業務として、茨城県や秋田県のような死因調査事業を大学法医学教室にもお願いすることが可能となるよう、都道府県に対する補助金事業の創設も検討に値する。その中には、当然、検案業務に従事されている臨床医の研修事業が含まれるべきである。

### 4. 検案・解剖を通じて予防すべき社会問題について

死因の正確な究明が様々な犯罪や事故の予防につながっている。そのために犯罪との関係のある死亡事例の報告制度（死体解剖保存法）や異状のある死亡例の報告制度（医師法）が創設されたといっても過言ではない。そうした中で、近年、新たに問題とされる事例も出てきており、看過できない課題となりつつある。

これまでに述べたもの以外に、特に問題の大きな事例について、今回提起された

ものを紹介し、対応を検討する。

(ア) 乳児突然死症候群として隠されている虐待死の発見

乳児の突然死を乳児突然死症候群として、処理されているケースの中には虐待による死亡が少なからずあると考えられる。乳児の突然死は、届出の対象と考えられるべきであり、その徹底と解剖による死因の究明が行われなければならない。

(イ) 高齢者の在宅死・孤独死

高齢者の在宅死が増加しているが、その中には虐待死などの犯罪関連死が混在する場合もあり、警察の死亡状況調査、特に保険金関係について良く確認することをルーチン化することが必要である。

(ウ) 入浴中の死亡等

持病を有する高齢者の入浴中の死亡事例が増加しており、その死因が、疾病による発作で意識を消失して溺死に至ったもの、即ち病死によるものか、純然たる溺死事故であるのか鑑別が困難であることへの認識を高め、積極的に解剖をすすめることが必要である。

## 5. その他

死亡原因を究明することの意義と重要性について、行政を含め、関係者がより認識を高めるべきであろう。今回提起された多くの課題は、単に医療行政の課題であるばかりでなく、検察行政、警察行政との密接な協力の下に解決を図るべき課題であり、今後なお一層の連携が図られるべきである。

また、「死因不明」とされたものについて、警察では仮に犯罪との関係が全くないと考えられた場合であっても、兵庫県のように、遺族に解剖をすすめ、その承諾を得る努力をして頂くことが望まれる。これに対応できるよう、国は全国で必要な解剖ができる体制を確保する努力が求められる。その中には当分の間、法医学専門家ばかりでなく、病院に勤務する病理学専門家の理解と協力を得て、双方の連携体制により補完することも考えられる。その場合、死体解剖保存法に基づき、保健所長の命による行政解剖とすることを検討すべきである。

このように、医療行政、公衆衛生行政における連携努力で解決するものも多く、こうした課題は、早急に対応を図る必要がある。



*National Institute of Public Health, Japan*

## 「検案の明日を考える」セミナー

平成16年1月24日(土) 12:30~16:30

国立保健医療科学院和光庁舎



平成15年度厚生労働科学研究費補助金(H15-医療-016)「死体検案業務の質の確保等に関する研究」

## プログラム

開会 12:30

あいさつ 国立保健医療科学院 篠崎 英夫 院長

### I. 基調講演「検死、米国における医療関連死の評価」 12:35～13:25

講師：トーマス・野口 先生

座長：大野 曜吉 先生（日本医科大学教授）

### II. 日本の検案業務の現状と問題点

座長：三澤 章吾 先生（東京都監察医務院長）

報告1) 東京都監察医の視点から 13:25～13:45

柳田 純一 先生（東京都監察医）

報告2) 大阪府監察医の視点から 13:45～14:05

河野 朗久 先生（大阪府監察医）

報告3) 茨城県準監察医の視点から 14:05～14:20

土井 幹雄 先生（茨城県衛生研究所所長、前つくば剖検センター病理医）

報告4) 臨床医が行なう検案業務の機能と限界 14:20～14:40

後藤 敏 先生（長野県信濃町立信越病院）

報告5) 英国コロナー制から学ぶこと 14:40～15:00

黒木 尚長 先生（大阪大学大学院医学系研究科法医学講座）

### III. パネルディスカッション 15:15～16:30

「日本の検案システムの今後の方向性」

座長： 三澤 章吾 先生

指名発言者： 長崎 靖先生（兵庫県健康生活部健康局医療課 課長補佐兼監察医務係長）

登壇者： 柳田、河野、土井、後藤、黒木、長崎先生

閉会 16:30

（司会：国立保健医療科学院・公衆衛生政策部長 瀬上清貴）

午後0時30分 開会

○司会（瀬上） 定刻になりましたので、ただいまから「検案の明日を考える」と題しまして、セミナーを開始をさせていただきますと思います。

まだ受付中の方が何人かいらっしゃいますが、お時間です。よろしくお願いします。

それでは、開会に先立ちまして、私どもの国立保健医療科学院院長篠崎より、開会のごあいさつをさせていただきます。

○篠崎院長 国立保健医療科学院院長の篠崎でございます。

本日は、「検案の明日を考える」というセミナーを開催いたしましたところ、約100名ほどの方が、北は北海道から南は沖縄県までの先生方にご参会いただきまして、まことにありがとうございます。

今回のこの企画につきましては、日本医師会、そして都道府県医師会のご協力を得まして、開催に至ったわけでございます。

私事でございますけれども、この院長になりまして、まだ5カ月でございます、ちょうど昨年の夏の終わりに、この保健医療科学院に参りました。それまで、厚生労働省で行政をやっておりまして、最後、医政局長というのをやっておりました。その2年間の間に、この検案の問題、特に法律的には死体解剖保存法の法律の問題が国会で大きく取り上げられたわけでございます。私、そしてまた、戦後初めての医者の厚労

大臣でございます坂口厚労大臣も答弁をされまして、この問題については、厚生労働省として真剣に受けとめて、その制度の充実のために努力をしたいということを申し上げました。その一環として、きょう、これを企画しております当院の瀬上部長でございますけれども、瀬上部長にお願いをいたしまして、現在の検案の問題について、さらによく中身を調べていただくことと、また、それを充実強化していくためにはどうしたらいいか、諸外国の例を見て、いろいろ研究していただきたい、ということをお願い申し上げたわけでございます。

先生方もご存じのように、我が国の医療、戦後の混乱期を経まして、現在、平均寿命でも世界一でございますし、また、健康寿命でも世界一になっております。これもひとえに、最初のスタート、そしてまた途中のいろいろな制度の改革によってなし得たものだと思っておりますけれども、現行のいろいろな制度のスタートが、昭和でございますと昭和23年ごろが大体の制度のスタートでございます。医療法という法律がございまして、現在の日本の医療の仕組みのもとになっている法律でございますが、これがスタートしたのが昭和23年でございます。そして、この死体解剖保存法も、スタートしたのは翌年の昭和24年でございますから、大体戦後の混乱期のときにできた制度でございます。



聞き及ぶところによりますと、当時の我が国の医療制度というのは、GHQの指令と申しますか、GHQと当時の厚生省の幹部との相談でいろいろなことが決まっていたわけですが、当時、GHQにサ姆斯大佐という方が来られておりました、私どもも、我が国の医療あるいは公衆衛生のいしづえを築いてくださった方だと大変尊敬しておるわけですが、そのサ姆斯大佐の指導というか指示ということで今の仕組みができ上がったと聞いております。

それ以来、もう50年以上たっておりますし、我が国の状況もうんと変わってきておりますけれども、ただ、変わっていないのは、理念は大変立派な理念だと思っております、病気の死因というものをきちっと解析、分析をして、それを将来の公衆衛生あるいは医療の質の向上につなげるんだ、そういう理念だろうと思っておりますが、この理念は今もいささかも変わっているわけではございません。

ただ、その制度ができましてから今日まで、予算上の制約、あるいは社会状況等によりまして、必ずしもそのとおりいっていない、いろいろ、当時の厚生省で議論いたしました、たくさん問題点があるわけですが、それを全部一遍に解決するというのはなかなか難しいかもしれませんが、実現可能性の高い方向で、何とかその

理念を伸ばすような方策ができないかということで、瀬上部長にお願いをしたわけですが、本日、そのスタートというつもりでおります。

皆様方、よくご存じだと思いますけれども、自然死でないと検案された、そして警察に届けられた遺体の数というのは、平成元年には6万8000件であったものが、平成14年には12万5000件余りと、倍近くになっているわけでありまして。これは、高齢者の方が家で亡くなる在宅死、あるいは医療関連死がこの増加の部分に非常に寄与しているといわれております。

日本法医学会がガイドラインを出していただいておりますけれども、その中で、特に診療行為にかかわる死というのが、実は最近、一番大きな話題になっております。毎日のように医療事故関連の新聞記事が出るわけですが、これについての取り扱いをどうするかというのも1つの大きな課題でございます。適切な検案が行われて、必要に応じて解剖が行われ、そしてまた死因がきちっと解明されると、医療の質の向上につながると思っております。

きょうは、特に、遠路はるばるトーマス・野口先生ご夫妻にお越しをいただきました。野口先生は、後ほどご紹介があると思っておりますけれども、現在も南カリフォルニア大学病院で検案の授業、指導に当たっておられ

まして、枢要な立場におられる方でございます。

きょうのこのセミナー、お集まりの皆様方にとりまして、実り多きものでありますように祈念をいたしますとともに、今後、国立保健医療科学院として、何をすべきか、そしてまた、どういうことをやったら一番その趣旨に沿うのかということもご示唆をいただければ、大変ありがたいと思っております。どうかよろしく願いをいたします。(拍手)

○司会 ありがとうございます。

本日は、主にお医者様方が聴衆としておられるわけでございますが、10名ほど、警察庁を初め、北海道から鹿児島まで、各県警の検視担当の方がこの中におられます。一緒にこの問題を共有できることを、大変うれしく思う次第でございます。適宜、発言等ありましたら、遠慮なくご質問なり発言等してください。

ちなみに、警察庁、平井さん、ちょっと立っていただけますか。

あいさつを求めようと思ったのですが、御紹介にとどめます。一応、皆さんを代表して、警察庁の担当で、私どもと一緒にこの問題にいろいろとご指導をいただいている方でございます。拍手で、今後のご活躍を祈念いたします。(拍手)

それでは、本日のタイトルの最初で、トーマス・野口先生の講演に先立ちまして、

座長をお願いしております日本医科大学法医学の大野教授をご紹介させていただきます。

以下、大野先生をお願いいたします。

○大野座長 日本医大法医学教室の大野でございます。こんにちは。

きょうのセミナーの冒頭を飾っていただきますトーマス・野口先生をご紹介いたします。

トーマス・野口先生は、昭和2年、1927年に福岡でお生まれになっておられます。私がこの座長を依頼されたのは、トーマス・野口先生が日本医科大学のご卒業ということで、その関係でということでございます。

先生は、1951年に日本医科大学を卒業され、1年間東京大学でインターンを研修されまして、その後渡米をされておられます。まず、カリフォルニア州オレンジ総合病院で病理学を研修され、その後、ローマリンダ大学でさらに病理学の研修を続けられておられます。

1960年、昭和35年に、同大学の病理学の助教授になられておられます。

その翌年、1961年、この年は、日本でも、例えば国民皆保険制度などが始まった年になるわけですが、ロサンゼルス郡の検視局の検視官補となられてます。そして1967年、ロサンゼルス郡の検視局の検視局長という、非常に責任の重大な地位につかれ、

その後検視局長を長くお務めになっておられます。その当時に、皆様もよくご存じだと思いますが、マリリン・モンローの検視・解剖など、あるいはロバート・ケネディ上院議員の暗殺事件などを担当され、検視・解剖の円滑な遂行に多大な貢献をなされておられます。

1982年に、これは私、余り事情を存じ上げないのですが、検視局長を解任されたと伺っておりますが、同時に南カリフォルニア大学の法病理の教授として職場を変えられたということだと思います。

そして現在に至っておられますが、現在は、南カリフォルニア大学は名誉教授という形で、一応リタイアということにはなっているのでしょうかけれども、まだまだお仕事をたくさんなされておられます。現在は、総合外傷死検討委員会という、南カリフォルニア大学の医学部の検討委員会の委員長をされておられます。

それから、アメリカの Medical Examiners の協会の会長経験者委員会の会長をされておられます。

まだまだそのほかにも、例えば世界医事法制学会の副会長などもされておられます。全国をとるか、全世界を毎年毎年講演で飛び歩いておられる、非常にお忙しい、しかも健康第一のすばらしい先生です。

きょうは先生に、こちらにあるようなタイトルでお話しいただけるのを、本当に私

も楽しみにしております。

先生、よろしく願いいたします。(拍手)

# I 基調講演