

ここで、GHQ、General Headquarters が、日本の検視制度が検視だけで終わらして、解剖しないというスタイルですから、ほんとうの死因は餓死、栄養失調ばかりではないだろう。そこで、正確に死因を決めて、その死因によって、施策、衛生上の政策を施すために監察医制度をつくれということになりまして、1946年、東京で監察医務が開始されたわけです。そのころは東大や慶應大学の病理学法医学が協力して行っていました。

その後、大阪、京都、横浜、名古屋、神戸、福岡にもそういう制度を行うことになりました。(京都、福岡は1985年に廃止になりました。)

1948年に監察医務院が独立して開院しました。

②、現在の組織です。

院長、副院長。それから、部長監察医、監察医長、監察医とありますが、これが医師です。合計10人。そのほかは事務系の

人、検査関係の人であります。

③、そこで現在は、常勤監察医が10人。常勤監察医だけではやっておれませんので、非常勤監察医が43人。私も1969年(昭和44年)から非常勤監察医をやっております。ということで、監察医務院は、医師、職員合計して、105人という規模で運営されています。

④、検案・解剖数は、東京都23区で、1950年には1年間で3846体の異状死体の届出があって、それを監察医が検案した。そのうちの1861体が行政解剖されました。2000年になりますと、検案数は1万体を超えました。

この1万体的中で、どんな死因の種類があるのかといいますと、結果的に病死が7割近くになります。自殺が15%ぐらい。災害死などが12%ぐらい。そのほか4~5%です。我が国では、刑法に関係するような亡くなり方をした人は、大学の法医学教授(鑑定人)が鑑定として司法解剖を行っています。司法解剖は異状死のうちの1%~1.何%です。

死体解剖保存法が昭和23年にできました。

政令指定都市は監察医を置いて検案させ、検案によっても死因が不明なものは解剖させなさいという趣旨の法律です。

東京都監察医務院のお話をします。

池袋のそばの大塚というところにありま

東京都監察医務院(2)

③職員
常勤監察医10人、非常勤43人(常勤職員計57人、非常勤計48人)

④検案・解剖件数の推移

年	検案	解剖
1950	3,846	1,861
60	5,677	1,708
70	5,844	1,786
80	5,748	1,843
90	7,853	2,556
2000	10,132	2,264

す。都立大塚病院の隣の小さい建物が東京都監察医務院です。

例えば、急病死の方がいます。

交通事故の方がいます。

自殺される方がいます。

などがありますと、発見した人から、お医者さんが呼ばれて、そのお医者さんから、異状死体として所轄の警察署に届出がある。そうしますと、警察署から監察医務院の事務所へ検案の要請があります。

要請がありますと、検案班が出発します。監察医、検案などの手伝いをする監察医補佐。自動車で行きますので運転手。3人で現場に行きます。病院であったり自宅であったり、警察署の霊安室であったりします。ご遺体を検案して死因を決める。そして、死体検案書を交付して終わる。検案で死因がわかればですね。わからなければ、行政解剖をすることをご遺族に説明します。

検案班は1日に4班ないし5班が出動します。

年間1万体制ですから、365で割っていたきまして、30体近くが毎日ある。つまり、1つの班が5体、6体、7対を検案します。

検案によって、死因が決まればそこでおしまいですが、行政解剖が必要になると、ご遺体を車で監察医務院に搬送して、解剖をします。

つまり、ご遺体を検案して、警察の捜査

結果とご遺族の話と、本人の日ごろの医学的情報を調べて、法医学的死体所見とあわせて、死因がわからなければ、行政解剖するようにご遺族にお話します。そして、解剖して死因がわかる。

監察医制度施行地域以外のところだと、警察に頼まれたお医者さんが検案をして、多分、無理に診断をつけて、適当に見繕って死因を決める。そこで死因は、昔は大抵心不全。みだりに心不全と書くなど厚生省がいうので、次は呼吸不全になって、最近では多臓器不全というのが流行する。

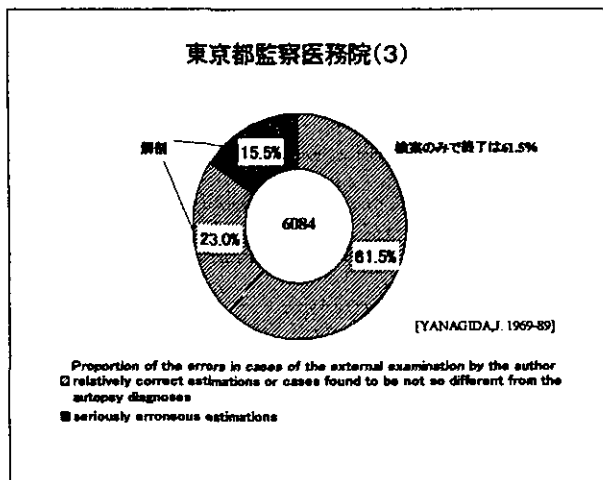
そこで、私も検案のみで終わらなければならないとしたら、どういう診断をするか。ある人の検案をして、脳出血と考えました。しかし自信がない。行政解剖をします。その日の解剖当番が解剖する。解剖結果を聞きますと心タンポナーデであった。こういうふう間違えることがあるということです。

ふだん、お医者さんから、大動脈瘤がある、いつ破裂するかもしれませんよといわれている方が、ある日亡くなっている。じゃ、やっぱりそれだろうと私も思うのですが、ほかの事情もあって、行政解剖した方がいいということで、してみたら、死因はほかの病気であった。

これらは、病死が病死ですから、まだいいのですけれども、例えば、頭が血だらけで倒れて亡くなっている。触ってみると、

骨折もあるらしいという、頭部外傷を考えます。行政解剖すると、外因死じゃなくて、病気の脳出血ということがわかったりします。

私が検案時に考えた死因を解剖の結果と突き合わせていきました。色白のいい男のおすし屋さんがいた。風邪で休んでいたが、ある日死亡しているのを発見された。解剖の結果は、肺結核。この人は毎日、結核菌をシャリにつけて、それにわさびをつけてマグロに乗っていたわけです。



要するに、私がある病気と考えたら、解剖結果は全然違う病気だったとか、逆に脳出血と思ったら頭の損傷だったりするというようなことがある。このような事例を調べていきました。私は20年間に6084体検案しました。そのうち15%が大きな間違い、病死と思ったら外因死であったり、外因死と思ったら病死であった、というところでもない間違いをしていることがわかりました。そのまとめが上の図です。

「検案のみ」で終わるのが61.5%ありま

す。自殺とか、事故だとか、非常にわかりやすいものも、検案される人の中にはかなり入っているわけです。それを含めていながら、15%ぐらいは間違える。10人見ると1人か2人か、これは完全に大間違いの死因をつけているということです。

東京都監察医務院(4) [YANAGIDA, J. 誤診例]

⑥検案では病死と推定された例

検案時の推定死因	解剖検査後の推定死因	
	病死	外因死
脳血管障害 脳腫瘍など	虚血性心疾患 大動脈解離 食道静脈瘤破裂 肺炎など	頭部外傷 CO中毒 食物アレルギー 溺死(浴槽内) 薬物服用など
心臓疾患 虚血性心疾患 弁膜障害 先天性病 大動脈解離など	くも膜下出血 脳出血 肺炎、肺結核 腸穿孔、肺炎 肝破裂 卵管妊娠破裂など	CO中毒 胃腸炎中毒 薬物服用 頭部外傷 溺死(浴槽内)など
呼吸器疾患 肺炎、喘息 肺結核など	虚血性心疾患 胃潰瘍 胃がんなど	CO中毒 頭部外傷 溺死、絞殺など
消化器疾患 胃がん 胃潰瘍 肝破裂など	脳出血 虚血性心疾患 肺結核 肺炎など	薬物服用 頭部外傷 溺死、絞殺 溺死(浴槽内)など

また、解剖して、例えば脳出血とかクモ膜下出血とか、死因がわかりやすい場合があるかと思えば、解剖しても、この方は何で亡くなったんだろうと死因を決められないのがあります。肉眼解剖でも、頭、胸、おなかと開いてもわからないというのが毎月30~40%ぐらいあります。ましてや、これを外表の検案だけで死因を決めろというのは、大変恐ろしいことだと思います。

東京都監察医務院(5) [YANAGIDA, I. 誤診例]

○検案では外因死と推定された例

検案時の推定死因	個別検定後の確定死因	
	病死	外因死
臓器外傷	くも膜下出血 虚血性心疾患 大動脈解離 肝硬変など	CO中毒 アルコール中毒 凍死など
臓器外傷	虚血性心疾患など	臓器外傷
凍死	虚血性心疾患 脳出血など	
CO中毒	脳出血 虚血性心疾患など	凍死(浴槽内)など
凍死(浴槽内)	くも膜下出血 虚血性心疾患など	CO中毒 食物アレルギーなど
食物アレルギー 窒息	脳膜炎 肺炎など	

東京都 23 区の中を、この写真のように黄色い旗を立てた監察医の検案車が走っております。お見かけになったら頑張れといってやってください。

監察医務院の庭の、異状死体の供養塔の写真をご覧頂いて私の話を終わります。異状死というかたちで亡くなられた方々のご冥福を心よりお祈りいたします。(拍手)

○三澤座長 どうもありがとうございました。

たくさんご質問があろうかと思えますけれども、後でまとめてご質問を受けたいと思います。

今、先生のお話にあったように、東京都監察医務院の場合、昨年、2003 年は検案数が 1 万 840 体、そのうち解剖したのが 2600 体ちょっとということですから、大体例年 25% の解剖率であります。ところが、監察医制度がないところを調べますと、大体解

剖率は 3% 以下、大体 1% 以下というのが大部分という統計が出ておりますので、今のように、誤診率といえますか、外側から見たもの、解剖で確かめたものというのが、前に柳田先生は、たしか誤診率 40% という報告をされていたかと思えますし、外因死でも 20% は違っていたということを学会で報告されていたと思えます。(柳田註：行政解剖に回した例の中での誤診率です。検案のみで終わった例の死因が正しいとして、私の全検案事例からみると誤診率は 15%)。

また、ドイツ、スイス等の統計では、40% ~ 70% の誤診率と発表されておりますので、いかに外側から検案だけで死因を決めることが難しいかということではないかと思えます。

先生、どうもありがとうございました。後でまたご質問ということで。

では、第二席ということで、大阪府の監察医務院で、河野先生にお願いしたいと思います。

大阪も数が多くて、解剖率は 29% であります。実際に河野先生は監察医のほかにも臨床家でもありますので、そういう立場から、また問題点を提起していただくということです。ですので、よろしく願いいたします。

報告 2)

大阪府監察医の視点から

大阪府監察医
河野 朗久

ただいまご紹介にあずかりました河野と申します。

それでは、早速スライドをお願いします。

大阪府監察医事務所における 検案業務の実態と問題点

医療法人河野外科医院/大阪府監察医
(大阪府児童虐待等危機介入援助チーム委員/兵庫県子供センターアドバイザー)
河野 朗久

大阪府の監察医事務所における検案業務の実態と問題点ということでお話しさせていただきます。

大阪府の検案業務体制と大阪府監察医事務所

- | | |
|---|---|
| ・ 大阪府
・人口 880万5千人
・変死体数 年間約9,000体 | ・ 大阪府監察医事務所(H15年)
・総検案数 126,278体(3,930体)
・内65歳以上の高齢者(2,000体)
・総解剖数 48,471体(1,076体) |
| ・ 大阪市及び大阪湾全域
(監察医制度施行地域)
・人口 262万人
・変死体数 年間約4,000体 | ・ 司法解剖
・阪大・市大・大阪大・関西大・近大
合計 737体(但し、平成14年)
・監察医事務の司法切替 5体 |
| ・ 監察医制度施行区域外
・人口618万5千人
・変死体数 年間約5,000体 | ・ 監察医制度区域以外の行政・承諾解剖
・不明(年間10~20体程度?) |

大阪府ですけれども、大阪府は人口が約860万5000人、大体変死体の数が年間9000体ぐらい出ます。この大阪府の変死体

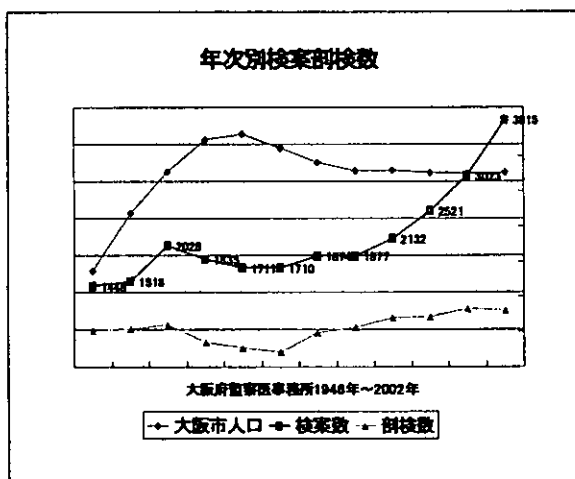
ですけれども、大阪市及び大阪湾全域で監察医制度が施行されているわけです。その人口が262万人。そのうち1年間の変死体の数が大体4000体ということになります。警察署の数が、この中に28署ございます。監察医制度の施行区域外、これは大阪市と大阪湾を除く大阪府下全域ということになりますけれども、その人口が618万5000人、その変死体の数が大体年間5000体で、警察署の数が36署ございます。その変死体ですけれども、そのうち、我が大阪府監察医事務所は、年間4000体ぐらいのうちの3930体、それぐらいの検案を行っております。

昨年、平成15年の監察医事務所の検案数は3930体、解剖数は1076体でした。顕著なのは、最近はこの3930体のうち、65歳以上の高齢者、これが2000体と50%を超えてきているというのが1つの特徴です。それ以外、大阪府監察医事務所では、ほぼ犯罪死でないと思われる変死体について行政解剖を行っているわけですが、初めからほとんど犯罪死だろうと思われるものについては、府下の大阪大学、市大、大阪医大、関西医大、近大、この5大学で司法解剖が最初から行われます。昨年の統計がありませんので、一昨年、平成14年の司法解剖の数は737体でした。

それから、大阪府監察医事務所で、当初、行政解剖をすべきだということで犯罪死が

余り疑われていなかったもので、実際に解剖すると、かなり犯罪の疑いが濃厚であるということで、途中で司法解剖に切りかえられる例がございます。これが平成14年、5体ございました。ですから、大体1000体ぐらい解剖すると、5体ぐらいはそういう犯罪死のおそれが出てくるということになると思います。

それから、正確な統計はちょっとわかっていないのですけれども、これら以外に、承諾解剖ですね。こちらの5大学で承諾解剖が行われているものが、大体年間に10例～20例ぐらいあるといわれております。



これは、大阪府監察医事務所が開院してから現在までの数ですけれども、赤い数字は大阪府の人口をあらわしております。昭和21年に監察医制度が発足してから、大体昭和40年にかけて、大阪市の人口が急激に多くなった。その後、だんだん減少が続いているというのが大阪市の人口です。それに対して検案数は、当初1450体ぐらいだったのが、昨年は3815体

ぐらいまで急激に伸びていっている。しかも、大体昭和60年ぐらいから、変死体の数の伸びというのが非常に急激にふえてきているということがわかります。

一方、解剖数は当初から現在まで、大体800体～1000体ぐらいの間で、余り大きな差がない。この辺から、1つは、監察医制度を運用していく上での問題点について、後から述べさせていただきたいと思います。

**大阪府健康福祉部・医療福祉指導室
医療対策課・監察医事務所**

- 所長1名(医師・非常勤)
- 主任監察医1名(医師・非常勤)
- 監察医30名(医師・非常勤)
 - 法医学教室に属する医師20名
 - 臨床勤務医 6名
 - 病理学教室に属する医師2名
 - その他の研究職等 2名
- 事務職員 4名
 - 常勤3名 非常勤1名
- 検査技師 4名(常勤)
 - 病理系1名 化学系3名
- 解剖補佐 16名
 - 常勤3名 非常勤13名
- 職員でない勤務者
 - 葬祭会社からの出張医3名
 - タクシー会社運転手2名

ところで、大阪府の監察医事務所、これは正式には大阪府健康福祉部医療福祉指導室医療対策課監察医事務所という長ったらしい名前がついております。構成ですけれども、所長が1名、主任監察医が1名、それから監察医が30名おりますが、これは全員が非常勤です。所長も非常勤、主任監察医も非常勤、そのほかにも全部非常勤ということですね。この30名の監察医のうち、法医学教室に属している医師が20名。私はこの次の臨床勤務医になりますけれども、臨床の勤務医が6名。病理学教室に属している人が2名。それから、その他の公衆衛

大阪府監察医の検案体制

- 1・2・3・4・5・8・11・12 月 2人体制
6・7 9・10 月 1人体制
- ・予算的には2人体制としての監察医の予算は6ヶ月分のみ設置されており、臨時を8か月分に振り分けて運用している。
- ・基本的に検案・解剖は同一人物が行うが、どのように行うかは各監察医の得意の範囲内であり、検案医と解剖医に分かれて当番を行っているグループもある。
- ・業務・責任内容に主監察医と副監察医には差はない。
- 業務の限界に達している。
- ・臨時要員を確保して対応(教員、大学生等のボランティア)
- ・解剖に替るは断方法(後頭窩穿刺、MRI、X-P等の読影 等)
- ・解剖症例の制限
- 単独の監察医による教育的対応は実質上無理がある。
- ・時間的・体力的な限界
- ・組織な検案・解剖手技を見学しても教育的効果には疑問

大阪府監察医の検案体制ですけれども、現在、月によって検案体制が異なります。変死体の数が多い1、2、3、4、5、8、11、12、この月は2人体制。それから、比較的変死体の数が少ない6、7、9、10、この4カ月については、1人で一日全部回るということになっております。予算的には、2人体制としての監察医の予算というのは、6カ月分だけしかついてないのですけれども、これを中で上手に8カ月分に振り分けて、できるだけ2人体制を維持しようという工夫をしております。

それから、大阪の場合は検案と解剖を、基本的には同一の人物が行います。要するに、自分で検案に行って、その検案をしたもので解剖の必要があると思うものを監察医事務所の方に運んでもらって、それをまた自分で解剖するというのが原則ですけれども、中には、検案医と剖検医というふうに分かれて当番を行っておられるような先生もおられます。

それから、現時点の検案体制の問題点で

すけれども、1つは、業務の限界に達している。変死体の伸びが物すごく多いものですから、とてもじゃないけれどもさばき切れないような状態になっている。それぞれについて、監察医の各先生方がどういう工夫をしているかといいますと、1つは、臨時要員を確保する。例えば、大学の教授とかそういう方でありまして、自分のところの教室員を連れてこられて、自分が検案に回っている間に、どんどん変死体を事務所の方に送って、それで教室員の人に解剖を始めてもらっているということもあります。それから、教室員と手分けをして、何方向かに分かれて解剖を行っているという先生もおられます。

それから、私たちのように教室員を持たない人間は、やはり剖検にかわる診断方法をどこかで使っていないといけない。例えば、後頭窩穿刺するとか、現場の検視のときに、臨床情報をできるだけたくさん集めて、MRIの読影をする、レントゲンの読影をする、あるいは心電図を読んでいくということで、臨床診断をかなり検視の中に取り入れて判断していこうということも行います。

それから、これは結果的になんですけれども、やはりどうしてもさばき切れないということで、剖検症例をある程度制限せざるを得ないということも現実問題としてあるのだろうと思います。実際に、大阪府の監

察医事務所では、いろいろな見学、学校からの見学、それから司法修習生の見学、いろいろな教育的な役割も求められているのですけれども、現在、単独の監察医としては、時間的、体力的な限界に達している。それから、どうしてもたくさんの検案、たくさんの解剖を1日のうちにぐわーっとやっていかないといけないわけですから、これも結果として粗雑な検案、解剖手技、そういうふうにならざるを得ないところがあります。そうしたら、そんなものを見学していただいても、本当に教育的な効果があるんだろうかという疑問もあるというのも問題点の1つであります。

監察医務および付帯業務に要する時間	
● 移動時間	= 15 × α + 15 (分)
● 検案時間	= 15 × α (分) ・α: 5~15件(平均 10.4件/日)
● 解剖時間	= 60 × α (分)(但し見学例では100分程度) ・α: 1~3件(平均3件/日)
● 書類などの作成時間	<ul style="list-style-type: none"> ・死体検案書 10 × α (分) α(平均10.4件) ・剖検記録 15 × α (分) α(平均3件) ・検屍照会等 10 × α (分) α(平均1件)
● モデル時間	= 120 + 130 + 120 + 100 + 45 + 10 = 525 (分) <small>一実際には重複現場事例が複数あるので移動時間のαは7件程度になる場合が多く、検案時間も変動する。原則も事例を同時に開始するので解剖数の多さと解剖時間は正比例しないので、それらを補正した。</small>

これは産業医的な目で監察医務というものを眺めてみました。あくまでもモデル時間ですので、個々の監察医によって業務の時間とか、そういったものは全く違ってまいりますけれども、平均的なものとして、大体1件あたりの移動時間、監察医事務所を出てから第1現場に行くまで、タクシーに乗っていくわけですが、大体15

分。それぞれが15分ずつぐらいかかっていくものですから、 $15 \times \alpha + 15$ が移動時間になります。検案時間も大体15分 × αということになりますね。これが大体、平均が1日に10.4件ということになります。解剖になりますと、大体1時間ぐらいで1体の解剖が終わってしまいますから、60分 × α、これが大体1日に平均3件ですね。ただし、教育的な解剖の場合には、しゃべりながら解剖しますから、どうしても1体当たり100分から120分かかってしまうということもあります。

それから、監察医の業務は、見て、解剖して終わりではありません。書類の作成時間というのが要るわけですね。死体の検案書、裏書き、表書き、全部をやりますと大体1枚当たり10分ぐらいかかる。剖検記録もやっぱり全部埋めていくと15分ぐらいかかる。それ以外に、保険会社からの照会とか、いろいろな警察あるいは労働基準局からの照会、そういったものがありますから、そういったものもやっぱり10分ぐらいかかるということで、それぞれ書類の作成時間も結構かかる。これを全部足していったら、それから、1つの現場で2体、3体見ることもありますから、その辺の重複例なども補正していきますと、大体1日の検案のモデル時間は平均して525分。これだけで通常の労働基準法で定められている8時間という業務時間ははるかにオーバー

しているということはわかっていただけ
と思います。

監察医のストレス

- ①移動に伴う身体的疲労
(肩凝り・頭痛・吐き気 等)
- ②衛生面での嫌悪感
(臭気・汚液汁・蛆虫 等)
- ③遺族への対応
・検死の順番(自分の所が1番)
・解剖の説明(解剖して欲しくない)
・診断結果へのクレーム
- ④警察への対応
・診断能力の問題(解剖するか?)
・検死の順番
- ⑤長時間労働
(空腹でも次が待っている!)

それから、監察医個人のストレス、どう
いったものがあるかということですが、
やはり移動に伴う身体的な疲労、これ
は肩凝りとか頭痛とか吐き気とか、そう
いったものになります。それから、変死体
を見るとき、すごく腐っている死体、あ
るいは変死の現場で、足元からウジムシ
ががーっと上がってきたりすること
もありますね。そういったことの衛生面
での嫌悪感。それから、遺族に対して
いろいろ説明をしないといけない。あ
るいは遺族からクレームがつく。そう
いったことの遺族への対応のストレス。
それから、警察からは、正確な診断を
求められる。それから、署によって、
何でうちの方が後になるんですか
などという、順番で文句をいってき
たりするときもありますから、警察
への対応。そういったものを次々
こなして行って、途中でお昼ごはん
も食べたいわけなんですけれども、
空腹でも次が待っているから、先
に現場に行

かないといけないということで、おな
かかすいてくる、長時間労働による
空腹。こういったものが監察医の
ストレスとして考えられると思
います。

診断方法の問題 (どのような症例を剖検するか?)

- 1. 検案だけで診断が可能な症例
・主として外表所見が明らかな外因死
・臨床経過が明らかで診断資料の揃っているもの
- 2. 剖検によって診断が可能となるもの
・主として醫局的疾患
・外表からは不明であった傷害 等
- 3. 剖検しても診断できないもの
・不整脈等の機能的疾患
・所見に乏しい乳幼児の突然死 等
・高度震盪・白骨化事例 等
一死亡状況調査・現場視・既往症等の調査から外因死を除外する等
して疑難豊富な鑑別度はかなりの精度で病名を絞り込む事ができる
事もある。

ところで、先ほど柳田先生も、いろ
いろ診断方法あるいは剖検の問題
点をおっしゃっておられましたけ
れども、私が考える診断方法の
問題、どういった症例を剖検す
るかという視点で考えてみたい
と思います。

1つは、やはり検案だけで診断の
可能な症例があるだろう。主とし
て、外表所見から明らかな外因
死ですね。明らかに列車で轢
過されたとか、あるいは高所
から飛び降りてぐちゃぐちゃ
になっている。そういった
ものは解剖する必要はほとん
どないと思います。それから、
臨床経過が明らかで、臨床の
診断資料がそろっているもの、
こういったものもほとんど解
剖する必要はないと思いま
す。

逆に、解剖することによって剖
検診断が明らかとなるもの、
それは心筋梗塞であるとか、
先ほどの頭蓋内出血だとか、
そうい

った器質的疾患が主になります。それから、外表からは不明であった傷害、こういったものが剖検によって診断が可能になってくることもあると思います。

それから、剖検しても診断できないものというのがあります。それは、1つは不整脈などの機能的な疾患、所見に乏しい乳幼児の突然死、高度腐敗症例あるいは白骨化事例、こういったものは剖検してもほとんどその診断ができない。

こういうものがあるのですけれども、先ほどの柳田先生と私で、恐らくちよつと意見が違ふだろうと思うのは、私の視点から見ると、死亡状況調査、現病歴、既往歴など、非常に詳細に調べていった場合、経験豊富な監察医というのは、かなりの精度で病名を絞り込んでいるのではないかと思います。もちろん、誤りはあります。先ほど、柳田先生のような方でも、10%前後は誤っておられたということですから、私なんか、もっともっと誤っているとは思うのですけれども、この辺の視点もあるのではないかということをお願いしておきたいと思ひます。

検案事例の問題点

- 1. 最終診断後24時間以内の医療機関受診がなければ異状死体として監察医の検案を受けなければいけないのか？
・現実的に遺族の心情としても監察医よりも主治医の方が死亡者のことを良く知っている。
- 2. 大阪では交通事故死は救命救急担当医が死体検案書を発行する場合もあるのに他の外因死ではなぜそれができないのか(特に 医療機関で長期にわたり治療を受けている事例)。
・手術・治療等により病態は異状発生時とは全く変わっており、どう考えても担当主治医のほうが死亡にいたる経過をよく把握している。
- 3. 原因不明の乳幼児突然死について異状死体の届出をしないまま「SIDS=病死」として処理している事例が極めて多いという現実(実際にはabuseが多い)。

次に検案事例の問題点というのがあると
思ひます。

1つは、「最終診断」と書いてありますけれども、現在では、医療機関に最後にかか
ってから、24時間以内の医療機関の受診が
なければ、異状死体として届出をして検案
を受けないといけないということになって
いるのですけれども、その24時間という
のは、余りにも厳密にとり過ぎているの
ではないか。実際には、ずっとかかっていた
のが、たまたま土日を含んだために、かか
りつけの先生が診ていなかったために、24
時間を経過しているという事例は非常にた
くさんあるわけですね。そういった事例の
場合には、現実的にも、それから遺族の心
情としても、監察医よりも主治医の方がは
るかにその死亡者のことをよく知っている
し、それまでの病歴のことなどもよく知っ
ている。そういったものまで監察医がちゃ
んと検案して、何かの診断名をつけないと
いけないのかという問題点があります。

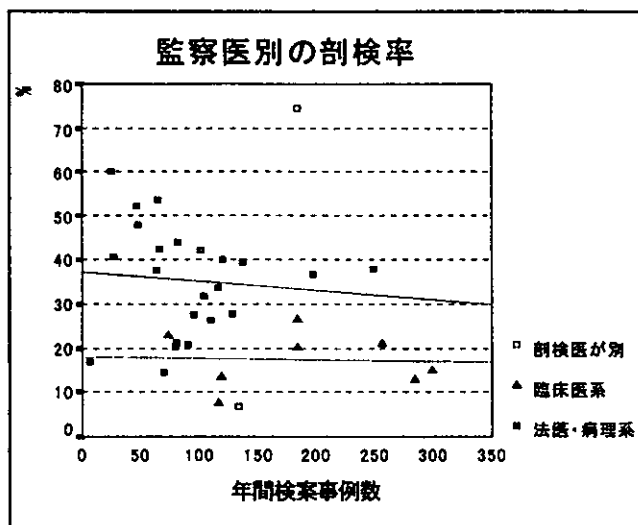
それから、大阪では、以前は交通事故死

も監察医が見ていたのですけれども、最近
は、救命救急の担当医が死体検案書を発行
する場合があります。そうしたら、こうい
う例外事例をつくっているのに、そのほか
の外因死の例で、しかも病院で非常に長期
間治療が行われたような例、そういったも
のまで監察医がやらないといけないのか。
そういったものは、大抵は手術とか治療に
よって、病態は異常発生時と全く変わって
いるわけです。どう考えても、こういった
ものは我々監察医よりも担当の主治医の先
生の方が、はるかにその死亡に至る経過を
よく把握しているはずなのに、それまで監
察医がしないといけないのか、そういう問
題点があります。

それから、3番目は、私が最近、虐待の
臨床診断ということをはじめていますけ
れども、その中で物すごくびっくりしたの
が、原因不明の赤ちゃんの突然死。これで、
異状死体の届出がなされていないまま、乳
幼児突然死症候群という診断名がついて処
理されている例が多いということが最近わ
かってきました。実際に、よく見てみると、
それらのほとんどは child abuse です。
Battered child syndrome であるとか、あ
るいはネグレクトであるとか、そういった
ものが多いわけですが、そういった
ものが非常に多い。そういう現実をどう考
えていくかという問題点もあると思います。

監察医の質的問題	
<ul style="list-style-type: none"> 臨床研修経験のない監察医は臨床診断能力に欠ける <ul style="list-style-type: none"> 何でも剖検との発想 剖検率の高さが必ずしも的確な診断に結びついていない(反って害をもたらしている事も多い)。 特異な診断名 (ex. 中枢神経機能不全 etc.) 主張 <ul style="list-style-type: none"> 解剖してみなければわからない 後頭窩穿刺試験は誤りが多い 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床医系はアナムネーゼを重視する傾向 <ul style="list-style-type: none"> 剖検率が低い 見落としの危険性 主張 <ul style="list-style-type: none"> 解剖しなくてもわかる事が多い 臨床診断のついているものが多い X-P, CT, MRI, 血液検査等でわかる 地域の流行疾患の特徴把握 現場での検査(後頭窩穿刺試験等)の応用

あとは監察医の質的な問題があるというこ
とで、1つは、監察医でも、臨床研修経験
のある監察医とない監察医で、非常に考え
方が違うということがあります。



これは剖検率なんですけれども、臨床経
験のある先生はどうしても臨床診断をよく
されるので、剖検率が低い。それに対して、
ない先生の方は非常に剖検率が高くなっ
てくるとい現実があります。

監察医業務に求められるもの

- 行政の求める監察医業務
 - ・正確な死因統計
 - ・公衆衛生への寄与
 - ・的確な処理能力
- 法医学者が求める質
 - ・正確な診断(特に創傷診断)
 - ・学問的レベル
 - ・臨床・公衆衛生への寄与
- 司法の求める監察医業務
 - ・隠れた犯罪の発見と防止
 - ・gray zoneの正確な診断
- 遺族の求める監察医業務
 - ・早く済ませて欲しい！！
 - ・迷感でない程度の診断
 - ・「診断名なんて医者の趣味の問題でしょ?」

最後の方ですけれども、監察医業務に何が求められるかということを考えていきたいと思います。

1つは、それぞれの立場によって、監察医業務に求める内容が違うということがあられると思います。行政は、正確な死因統計、公衆衛生への寄与、的確な診断能力、こういったことを求めるでしょう。司法は、やはり隠れた犯罪の摘発と防止、それからグレーゾーンの正確な診断、こういったことを求められるでしょう。法医学者は、学者として正確な診断、学問的レベルの診断、それから臨床とか公衆衛生への寄与というものを求める。

一方、遺族は何を考えているかというと、さっさと済ませてほしい。それから、迷感でない程度の診断をつけてもらったらいいい。

私は、昨年ヨーロッパに行って、こんなことを言う人がいるとびっくりしたのは、赤ちゃんの突然死で、わからないものは「わからない」と言う事をちゃんといいましようよという話をしているときに、フランス

の法医学者が、診断名なんて医者の趣味の問題だから、そんなものは医者の間だけで話をすればいい。それよりも遺族のためには、何でもかんでも赤ちゃんの突然死を乳幼児突然死症候群という名前をつけて処理しておいてあげた方が社会的にはいいのだというような言い方をされる方まで、中にはおられます。

監察医制度のあるべき姿

- 必要な予算及び人的措置
 - ・検案・解剖業務は5例/1監察医/日までに(=監察医の増員が必須)
 - ・行政による衛生管理機関としてだけでなく保健・医療の基礎的研究機関としての位置付け(特に疾病の実態解明と統計管理業務)
 - ・死亡事例から見た衛生・医学教育機関としての位置付け
 - ・一般臨床業務に役立つ情報・知識が非常に多い(教官要員の確保)
 - ・これらを行うための施設・器材および人的整備
- 認知された組織・制度であること
 - ・広報・施設の明示によって開かれた監察医機関であること
 - ・監察医の業務内容について一般的な理解が得られること
- 法医学の専門家として求められる業務
 - ・虐待児の臨床診断等、關係機関や臨床医から連携が期待されるもの
 - ・航空機事故や大震災等の大規模災害時における検案業務の統括 等

それから、監察医制度のあるべき姿ということで、必要な予算及び人的措置が必要であろう。それから、監察医制度というのが認知された組織制度であるということが必要でしょう。それからそれ以外に、監察医というのには、法医学の専門家として求められる業務、こういったものがあるだろうということです。

お金は誰が負担すべきか？

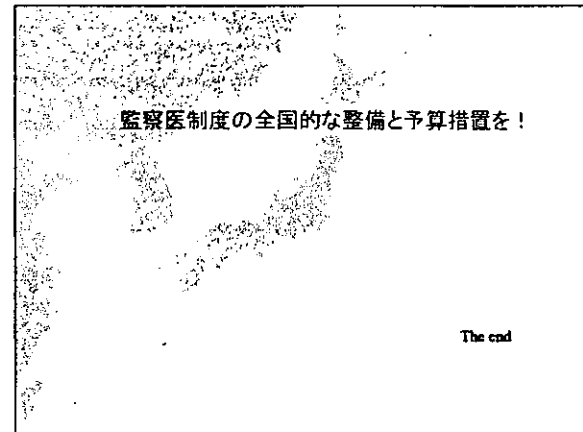
- 基本的には法の下に税金(国庫)で整備すべき問題
 - ・対象者が行路人や身元不明人、医療機関を受診できない貧困層など費用負担が不可能な人々が多い
 - ・国民の人権に深く関わる重大な事柄であるにもかかわらず一般の人々にはなかなか認知されにくい(=国会への働きかけ等が行われにくい)問題であり、政府が主導的に問題に取り組まなければ予算削減等、事態が悪化する傾向にある。
 - ・監察医務によって蓄積される医学および保健衛生情報には国民全体の健康・福祉政策や臨床医学に深く寄与する重要な情報が多く、国家が責任をもって管理・運用すべきである。
 - ・監察医務教育は臨床研修として整備すべき項目である。
 - ・費用の一部負担や個別の項目は柔軟に考えるべきである。

お金の問題ですけれども、これが一番問題になると思いますけれども、私の考えでは、基本的には、法のもとに税金、国庫で整備すべき問題であると思います。その理由は、費用負担ができない人が多いということ。それから、国民の人権に深くかかわる重大な事柄であるにもかかわらず、一般の人になかなか認知されにくい。ということは、国会などへの働きかけが行われにくい問題ですから、政府が主導的に問題に取り組まなければ、予算の削減とか、より事態が悪化する傾向にあるだろうということです。

それから、監察医務によって蓄積される医学及び保健衛生情報には、国民全体の健康福祉政策や臨床医学に深く寄与する重要な情報が多いですから、国家が責任を持って、これは管理運営をすべきものであろうということがいえると思います。

以上、最後の方はちょっとはしりましたけれども、以上のようなところから、私の立場からは監察医制度の全国的な整備と

予算措置をぜひ訴えたいと思います。(拍手)



○三澤座長 どうもありがとうございました。

続いて、第三席ですけれども、お手元にございますように、「茨城県準監察医の視点から」ということで、ちょっとこのこと、一言二言ご説明させていただきますと、私事になるのですが、私、東京都の非常勤監察医をやっておりましたけれども、茨城県に28年前に赴任したわけです。死因統計を見ていますと、非常にあいまいといえますか、これではまずいのではないかと、ということで、医師会と一緒にしまして、茨城県と交渉いたしまして、県費でもって解剖する制度をつくったわけです。それが筑波剖検センターというところで、監察医制度がないところで、こういう制度もある、しかもどのような内容かということ、ずっと病理をやっておりました土井先生からお話を伺いたいということで、よろしくお願ひします。

報告 3)

茨城県準監察医の視点から

茨城県衛生研究所所長
前筑波剖検センター病理医

土井 幹雄

検案の明日 ー筑波剖検センターからの提言ー

筑波剖検センター 山崎 健太郎
○茨城県衛生研究所 土井 幹雄

茨城県衛生研究所の土井でございます。

筑波剖検センターを卒業したというわけではないのですが、1999年から茨城県の衛生研究所というところで、行政サイドに近いところで試験・検査・研究に携わっております。

本日のご報告は、筑波剖検センターの現センター長、山崎先生がここでお話を申し上げる予定でしたが、所用がございまして、私が代打ということでお話をさせていただきます。

なお、きょうお示いたしますデータあるいはスライドの内容は、ほとんど、99%山崎先生がおつくりになられたもので、私はそれをご説明申し上げるという役割でございます。

最後の1枚だけは、私が、今の時点で13年間働かせていただいた剖検センターの仕事を振り返って、あらためて感じているということでございます。

筑波剖検センターの発足

- 1986年9月設立
 - 筑波大学法医学、病理学、茨城県、茨城県医師会、警察、筑波メディカルセンターにより
 - 筑波メディカルセンター病院内に設置。
 - 県の補助事業(年間約900万円)
 - 剖検は筑波大学法医学、病理学の医師が当初は交代で、1987年4月からは、常勤病理医1名。
- 理念;原因不明突然死例の死因究明。
- 承諾解剖
 - 状況により司法解剖に切り替えることもある。

それでは、スライドを見ながらご説明させていただきます。さて、本日おいでになりましたトーマス・野口先生、それから柳田先生、それからもちろん三澤先生、実は、私にとりましては、行政解剖を始めるに当たっての、本当に恩師でございます。もちろん、勝手に私が恩師だと思っているのですが、その理由を一言だけ述べさせていただきます。私が大学で病理を学んで、筑波剖検センターというところに赴任いたしましたとき、1986年の9月に、このセンターは設立されました。筑波大学の法医学と病理学、それから茨城県、茨城県医師会、警察医会、それから茨城県の警察、筑波メディカルセンターという財団法人、これらの方々のご協力によって、原因不明の突然死例の死因を究明する、そういう大きな目的をもって設立されたものでございます。

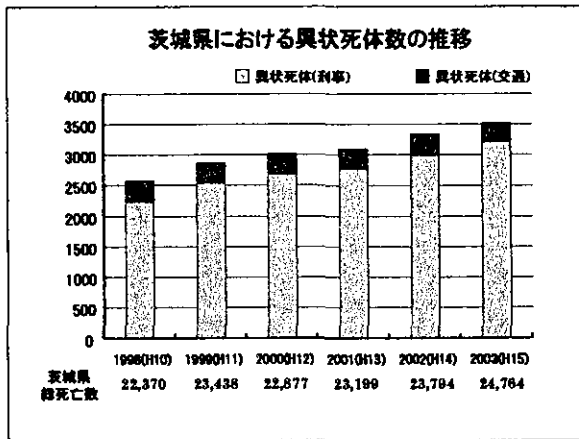
監察医精度のない地域の行政解剖でございますので、基本的には全例承諾解剖ということになっております。もっとも、その中では、絞殺の事例ですとか、あるいは事故に見せかけた、どうも殺人だと思われる事例だとか、そういうのがございまして、司法解剖に切りかえたこともございましたが、基本的には承諾解剖でございます。

私はもともと病理だったために、突然死の、診断名のついてない解剖はやったことがありませんでした。例えば突然路上で倒れていた、あるいは救急車で病院に運ばれてきたけれども死亡してしまった例など、外傷はある程度想像がつくのですが、何の病歴もない方々の解剖をするというのは、こんなにも難しいものだとは全く思いませんでした。全然何の情報もないわけです。

そういう中で、3カ月やりまして、私は病院長に「辞めさせてほしい、もうこんな解剖はできない」と申しました。ちょうど昭和62年、1987年のときだと思うのですが、ちょうどトーマス・野口先生が、法医学会で特別講演をされまして、そのご講演後に、私、まだ若造だったのですが、トーマス・野口先生のところに押しかけまして、「私、突然死の解剖をやっているのですけれども、どうやっていいんだかわかりません、どうすればよいか教えてください」と申し上げました。今でもはっきりと3つ、

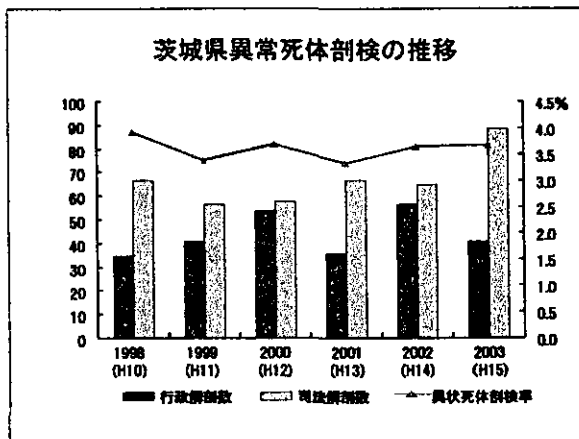
トーマス・野口先生がいわれたことを覚えておきまして、1番目は、「あなたの見たことを、describe、記述しなさい」。2つ目、「あなたは、できるだけ材料を集めなさい」。3つ目、「あなた一人で背負うことはない、あなたの次の世代に任せなさい。」この3つをおっしゃっていただいて、それで、ひよっとしたらできるかなと思うようになりました。

しばらくしまして、柳田先生も特別講演で、先ほどおっしゃっておられましたように、「解剖をしても、わからないものはあるんだ。検案をやったって、わからないものはたくさんある。」そうおっしゃられて、さらに気が楽になりまして、三澤先生からは、常々、「自由にやりなさい」と承っておったものですから、3人の先生方の言葉に導かれて、それで何とか10年以上にわたって、剖検センターで解剖業務に従事することができたと思っております。貴重な時間を使って、まことに申しわけありませんでした。本題を進めます。



最近の7年間のデータですが、茨城県は大体人口が300万人です。総死亡数が2万2000人～2万4000人ぐらいで、そのうち異状死体の数が2500～3500でございます。

異状死体、刑事と交通の異状死体と色分けされてございますけれども、大体総死亡の10%内外の異状死体があるということでございます。



剖検率に関しては、折れ線で示してございますが、大体3%～3.5%ぐらいです。ただし、この異状死体の解剖数は、実は行政解剖数と司法解剖数を合わせてございまして、行政解剖数というのは、筑波剖検センターでやっている解剖数です。大体年間30体から50体の間です。それから、司法解

剖数は、筑波大学の法医学教室でやっている解剖数です。

ちなみに、この筑波剖検センターの運営には、茨城県の補助をいただいています。年間約900万～1000万円ぐらいですが、これには人件費、消耗品その他すべて含まれております。当然それだけでは足りませんので、財団法人からも多大な補助をいただいております。

剖検例の内訳(1996-2003)

原死因(外因死58例)

1.総数:629, 男/女:2.8/1.0 年齢40-60台にピーク	脳挫、中脳及びその他の外傷	58
2.依頼先	脳内出血	5
警察 342	脳脊髄損傷	4
医療機関 260	頭部外傷	2
医療機関 27	胸部内臓器損傷	5
3.死因確定:417例 外因死/内因死 (58/359)	その他の部位の損傷	1
	多発性の損傷	6
	気道内異物	2
	酸欠	3
	中毒	15
	熱中、低体温症	1
	窒息	3
	溺水	5
	その他及び不明の外因	1
	不明の死	5

剖検例の内訳ですが、ちょっと見づらくて申しわけありません。1996年から2003年まで総数、629体の解剖をやっております。男女比は約3対1ぐらいで、年齢的には40代から60代の方の解剖が一番多い。

依頼先ですが、警察から単独で依頼されている場合342、それから医療機関から、これは医療機関から警察へ異状死体の届出がされ、解剖した場合は260。それから、医療機関単独からの依頼が27例です。

外傷のみならず、あるいは、この中には医療過誤疑い等も入っているのですが、医療機関から解剖をやってほしいと依頼して

くることが圧倒的に多いというのが筑波剖検センターの特徴の1つでございます。

死因が確定できた例は、この 629 例中 417 例で、約3分の2。3分の1は、解剖をやっても残念ながら死因を確定することはできませんでした。もちろん、いろいろなご遺体の条件にもよりますし、私どもの技術、あるいは検査機能の不十分さということもあるのかもしれませんが、いずれにしても3分の1の症例では、残念ながら確定診断には至っておりません。

死因の内訳は、外因死が 58、内因死は 350 例ということで、圧倒的に7倍もの差をもって内因死の解剖例が多いわけですが、この剖検センターが内因死の急死例の死因究明を目的としているということから、大体目的に合致した数字だろうと考えております。

外因死の中の内訳でございますが、53 例ということで、余り大した数字ではないのですけれども、この中で目立ちますのは、中毒です。これは薬物・農薬中毒を含めての中毒です。これが大体4分の1弱ぐらいを占めているというデータでございます。

内因死の方でございますが（次ページ上図参照）、内因死の方では圧倒的に突然死例が多いものですから、循環器系の疾患が多いわけで、約3分の2は、循環器系の疾患が占めております。

その中でも、年代的にも 40 歳代、50 歳代、60 歳代、の方たちの解剖が多いわけで、虚血性の心疾患が最も多くなっています。

「うっ血性不全」と書いてございますが、この意味するところは心不全ではなく、「肺の浮腫」、lung edema をはじめとする全身うっ血の所見のことを意味しております。急性死の意味で、臨床的な心不全のことを意味しているのではないということで、ご注意くださいと思います。

それから、筑波剖検センターの特徴として、肺血栓塞栓症、これの診断例がかなり多い傾向にあります。思ったよりも実は肺塞栓というのは多いと思っております。もちろん外見のみではわかりませんが、解剖してみるとわかるということでございます。

乳幼児突然死症候群は 23 例。他の機関よりは比較的多くこの診断名をつけているかもしれません。

感染症及び寄生虫症			3	
新生物			2	
血液免疫系疾患			2	
内分泌、栄養及び代謝系疾患			12	
神経系の疾患			1	
循環器系疾患			206	
原死因 (内因死359例)	高血圧性心疾患		2	
	虚血性心疾患		73	
	肺血栓塞栓症		23	
	心筋・心膜炎		6	
	心筋症		0	
	不整脈		1	
	うっ血性心不全		67	
	その他の心疾患		14	
	脳血管障害		8	
	急性大動脈解離・大動脈瘤		12	
	呼吸器系の疾患			28
	消化器系疾患			35
	消化管		14	
	アルコール性肝疾患		9	
その他の肝胆障害疾患		12		
筋骨格系及び結合組織の疾患			12	
腎性器系疾患			7	
先天奇形、変形及び染色体異常			9	
その他の疾患			42	
	乳幼児突然死症候群		23	
	急性心機能不全		4	
	急性心不全		1	
	その他及び不詳の病死		14	

承諾解剖を行う目的

	All JAPAN		筑波剖検センター (2001-2003)	
	件数	割合 (%)	件数	割合 (%)
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	228	43.7 %	46	33.3 %
2 交通事故の原因が疾患である可能性がある場合	31	5.9	30	21.7
3 路上死亡例で交通事故との関連が疑われる場合	6	1.1	1	0.7
4 労働災害で自己過失が疑われる場合	3	0.6	1	0.7
5 業務上過失致死の被疑者を立てにくい場合	2	0.4	1	0.7
6 医事紛争が関係する場合(医療過誤、医療事故を含む)	20	3.8	9	6.5
7 家庭内事故死例	10	1.9	15	10.9
8 過労死の疑いがある場合	0	0	2	1.4
9 乳幼児の突然死例	65	12.5	10	7.2
10 授業中、クラブ活動中の死亡例	1	0.2	0	0
11 いじめの関係が疑われる死亡例(自殺を含む)	1	0.2	1	0.7
12 病歴のない青壮年の突然死例	112	21.5	10	7.2
13 伝染病の疑いがある場合	1	0.2	3	2.2
14 食中毒の疑いがある場合	1	0.2	1	0.7
15 災害関連死の疑いがある場合	5	1	0	0
16 他国籍船舶内の死亡	0	0	0	0
17 その他	36	6.9	8	5.8
合計	522	100	138	100

承諾解剖を行う目的についてですが（前ページ下図参照）、左の列のデータは三澤先生の方で多分おとりになられたアンケート調査の結果、全国版でございます。剖検センター版は右の列です。資料プリントが、字が小さくなって申しわけありません。当センターの特徴としては、一番は交通事故です。交通事故にもかかわらず、ほとんど外傷がない、あるいはごくごく軽微な外傷だということで解剖になった例が、日本全国版では比較的少ない（5.9%）のですが、剖検センターではかなり多くなっています（21.7%）。これは警察からのご依頼が非常に多いということでございます。

それから、もう1つ多いのは、全国1.9%、当センターでは10.9%で、10倍ぐらいの差があるのですけれども、これは家庭内の事故でございます。例えば、お風呂でおぼれたとか、あるいは誤嚥したかもしれないとかの事例です。茨城の土地柄をあらわしているのかどうかは、わかりませんが、かなり多いと思われまます。

それから、やや多いのが医療過誤、医療事故です（6.5%）。ただし、これは表に出ている件数でして、裏にといたら語弊があるかもしれませんが、医療過誤の疑しい事例もかなりあります。例えば手術をやって3日ぐらいで死亡した例も内因性急死例の中に含まれており、臨床的に原病と死亡の間に関連がないと判断されれば、剖検の

目的は単に死因の究明ということになります。

一方、全国に比してやや低目だと思われるのが乳幼児の突然死例（全国21.5%にたいし7.2%）、と青少年の突然死例（全国21.5%に対して7.2%）です。例えばクラブで運動しているときやマラソン中の急死例などですが、私は印象に残っているのですけれども、ただ印象に残っているだけで、数としては意外と少なかったということでございます。

それから、伝染病の疑いがある例が3例、食中毒の疑い例が、1例です。これは私が解剖させていただきましたが、全国では1例ずつですので、当センターの役割の一端を示すものかもしれません。

筑波剖検センター方式の長所

- 運営費用を抑制。
- 筑波メディカルセンター病院と連携が密接。
 - 検体検査(薬毒物分析等を除く)、凍結切片作成、タッチスミアの作成などの検査を実施。
 - X線検査、CT検査なども可能。
 - 剖検中でも臨床医との意見交換が可能。
- 医師会や医療機関との情報交換が容易。
- 剖検所見を剖検医が遺族に説明
 - 遺族の納得、第三者機能的役割

さて、筑波剖検センターの長所、短所を述べさせていただきます。まず、長所ですが、「運営費用を抑制」できることです。これは、病院内にありますので、検査等に関して、次に述べますように、さまざまな検