

者 10 万人あたりの医療事故死亡数は 1995 年では 16.9 であったが、2000 年には 34.4 と倍増している 13)。

9. 日本における異状死届出の課題

今回、死亡診断書、異状死体の届出制度、検死・解剖システム、および、診療に関する異状死と医療事故死統計などを通じて、日本と英国の比較を行ったが、想像以上に大きな違いがみられた。元々の歴史的な背景が、日英では大きく異なっており、英国の制度に見習うべき点が数多くある。

まず、異状死体に対する認識が日英で大きく異なっていた。日本の異状死体届出率は、この数年漸増した結果 12.1% となったが、それでもイングランド&ウェールズ 32.0%、スコットランド 23.7% と較べて飛び抜けて低い。この点だけをみても、コロナーや地方検察官が異状死体として扱っている内容がより厳密にとらえていることがわかる。実際に、異状死ガイドラインの浸透度、死亡診断書の書式に異状死体届出の欄が設けられ、死亡診断書に添付された死亡診断書記載マニュアルに異状死ガイドライン、異状死体の項目について詳細に触れられている。一方、日本では、異状死体の届出を漏れなく行われるようにするという努力が欠如しており、その結果、後に犯罪が明らかになるなどの、数々の社会問題を引き起こしているのである。隠された犯罪や医療事故も少なからずあるように思われる。

加えて、死因に対する取り組みが日英で大きく異なっていた。外表所見および捜査情報などだけで死因を決定するのが難しいことをふまえると、日本の法医解剖率が全死亡数の 1.4% と、イングランド&ウェールズの 22.7%、スコットランドの 9.5% と較べ極めて低いことは、異状死体の正確な死因が決定されていないことの証しともいえよう。ただ、異状死体の届出率を高め、法医解剖率を高めるのは容易なことではない。財政的・人的要因を含め、新たな特別な対策が必要と思われる。

日本の異状死届出率が際だって低いのは、実は病院での死亡例での届出率がきわめて低いことに起因しており、異状死体が漏れなく届けられるにはほど遠い感が強い。医療事故関連死についても同様で、英国では、死亡診断書にある、異状死体届出の有無の項目や、病院死亡例での指導医の名前の記載など、診療と関わる異状死が漏れなく届けられるような努力がなされているが、日本ではそれに対する関心も低く、努力もほとんど行われていない。それを打開するには、異状死体の具体的な内容が死亡診断書を記載するときにわかるようにする必要があり、異状死体の届出が速やかに行われることが必要であろう。実際、主治医は死亡原因が病死か外因死かさえ決定できないときでも、そのまま死亡診断書を発行することが少なからずみられる。その結果、保険金支払いなどで後日問題となることが少なくない。このよ

うな事態を防ぐためには、死亡診断書の冊子体に、死亡診断書記入マニュアルを添付し正確な記載方法を促すべきであり、マニュアルの中に異状死体の項を加え、異状死ガイドラインなどが記載されるべきであろう。

どこまで、死因を決定するためのシステムを発展させるかについては、議論のあるところと思われるが、現状では改善しなければいけない点が相当多いように思われる。英国の死亡診断書のように、診断された病死の死亡診断書しか作成できないようにすべきであろう。また、異状死体届出の有無の項目を死亡診断書の欄に追加作成すべきであり、死因の種類項目を亡くし、外因死の追加事項もなくしてしまうなどといった、死亡診断書の書式の変更自体が必要にも思われる。加えて、日本では機能していない戸籍係が異状死体かどうかをチェックして、異状死体の可能性がある場合は、警察へ届け出るなどの法的義務を課すなどの対策が必要であろう。死亡診断書の作成方法や、異状死体、死体検案などの臨床法医学と関わる、卒前・卒後教育も必要であろう。

また、入院中の死亡については、責任の所在を明確にした上で、少なくとも複数の医師が担保した内容としなければいけない。また、病院での死亡であっても、死因が確定できない場合は、剖検による死因決定は必須のように思われ、剖検結果がきちんと家族に開示される必要がある。このようにすれば、今まで以上に、死亡した患者の権利が守られ、死因をより明らかにするシステムの礎ができるものと思われる。ただ、剖検率上昇に伴う、人的・財政的負担についても考慮する必要がある。今後どのようにすれば、医療事故関連死を含めた異状死体が漏れなく届け出られるか、いかにして、異状死体の死因を正確に決定し、国民の権利を守ることができるかについて議論すべき時期にきているように思われる。

参考文献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部:人口動態統計,厚生統計協会,東京.
- 2) Baba S, Ozawa H, Sakai Y, et al :Heart disease deaths in a Japanese urban area evaluated by clinical and police records. *Circulation*, 89(1):109-15,1994
- 3) 溝井泰彦, 柳田純一, 佐藤喜宣「日本の死因調査の現状と問題点」 日本医事新報 3639:28-34,1994
- 4) 吉田謙一、武市尚子、河合格爾. 医療事故は異状死か? 日本医事新報, 4069: 57-62, 2002
- 5) 吉田謙一:事例に学ぶ法医学, 有斐閣, 東京, 2001

- 6) (財)厚生統計協会:死亡診断書・出生証明書・死産証書 記入マニュアル 平成7年度版,厚生統計協会, 東京, 1995
- 7) Dorries CP: Coroner's Courts -a guide to law and practice- John Wiley & Sons, Chichester, 1999
- 8) Knight B: The Coroner System. Legal Aspects of Medical Practice in Britain and Japan by Knight B, Sawaguchi T, 137-154, Toyo-Shoten, Tokyo, 2001
- 9) Mason JK: Forensic Medicine for Lawyers 4th edition. Butterworths. London, 2001
- 10) 池田典昭:連合王国(特にイングランド・ウェールズ)の法医学の現状. 法医学の実際と研究 34:335-340, 1991
- 11) Office for national statistics: Mortality statistics. 2000. Office for national statistics, London, 2001
- 12) Roger Tarling : Coroner service survey- A Research and Statistics Directorate Report. Home Office Research Study 181.Home Office Research and Statistics Directorate, London, 1998
- 13) Pounder DJ: Law and Forensic Medicine in Scotland. Am J Forensic Med and Path, 14(4):340-349, 1993
- 14) 米満孝聖:スコットランドの法医学と法科学の現状. 法医学の実際と研究 35:393-396, 1992
- 15) General Register Office for Scotland (GROS): Notes on how to fill the Medical certificate of Cause of Death, GROS, Edinburgh, 1999
- 16) Crown Office and Procurator Fiscal Service: Annual Report & Accounts 2000-01 Statistics National, Edinburgh, 2001
- 17) 三澤章吾: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,厚生科学特別研究事業, 東京, 2002
- 18) 若杉長英:監察医制度, 検死制度. 救急医学, 14(12):1752-1757, 1990
- 19) 黒木尚長:外傷診療にかかわる法的(法医学的)諸問題. 救急医学 23(3):356-364, 1999
- 20) 日本法医学会:死体検案マニュアル 2001年. 日本法医学会, 東京, 2001
- 21) 日本法医学会:異状死ガイドライン. 日法医誌 48(5): 357-358, 1994
- 22) General Register Office for England and Wales (GRO): Medical Certificates of Cause of Death - notes for doctors, GRO, Southport

- 23) 澤口聡子: 英国(イングランド及びウェールズ)における死亡診断書: 法医学の実際と研究 40:353-357, 1997
- 24) WDS McLay: Clinical Forensic Medicine 2nd Edition. GMM, London, 1996
- 25) C Ward, S Eccles (eds): So you want to be a brain surgeon? Second edition. Oxford 2001
- 26) General Register Office for England and Wales (GRO): Medical Certificates of Cause of Death - notes for doctors, GRO, Southport
- 27) 武市尚子, 吉田謙一, 甲斐一郎: 異状死届出に関する臨床医の意識調査 地域差を中心とする考察. 日本医事新報 4090:23-29, 2002
- 28) http://news.bbc.co.uk/1/hi/in_depth/health/2001/the_bristol_babies_inquiry/
- 29) http://news.bbc.co.uk/1/hi/in_depth/uk/2000/the_shipman_murders/
- 30) 日本法医学会: 「異状死ガイドライン」についての見解 日法医誌 56(2・3): 315, 2002
- 31) 日本外科学会: 診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告について. 日外会誌 103(9), 巻頭, 2002
- 32) 日本外科学会: 声明 診療に関連した「異状死」について 日外会誌 102(12), 2001
- 33) 日本内科学会: 診療行為に関連した患者死亡の所轄警察署への届出について 日内会誌 91(7), 巻頭, 2002
- 34) 古川俊治: 診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告について. 日外会誌 104(1): 9-19, 2003
- 35) 日本病理学会: 診療に関する警察への届出に対する日本病理学会の見解. 日本病理学会会報 170:9-10, 2001
- 36) 田中圭二: 医師の異状死体の届出義務違反の罪の規定(医師法二一条・三三条)と罪刑法定主義. 関西学院大学法政学会 法と政治 53(1) 71-103, 2002
- 37) Reg. 41 of the Registration of Births and Deaths Regulations (SI 1987 No. 2088), 1987
- 38) Registration of Births, Deaths and Marriages, Act 1965, s 28, Scotland
- 39) World Health Organization: Reported information on mortality statistics. World Health Statistics Annual 1996, xvi-xxi, Geneva, WHO, 1998
- 40) Registrar General for Scotland: Annual Report of the Registrar General for Scotland 2000. General Registrar Office for Scotland, Edinburgh, 2001
- 41) Office for national statistics: Mortality statistics. 2000. Office for national statistics,

London, 2001

42) 厚生労働省大臣官房統計情報部:平成 12 年人口動態統計,厚生統計協会,東京,2001

43) National Vital Statistics Report, Vol. 50, No. 15, Number of deaths from 113 selected causes by race and sex. 2000, United States, 2002

黒木尚長*1、吉田謙一*2

1 大阪大学大学院医学系研究科 法医学講座 助教授

2 東京大学大学院医学系研究科 法医学講座 教授

1. はじめに

従来、日本の死因統計の不正確さは国際的に有名で、たとえば、日本ほど急性心不全の多い先進国はないとされた(1)。そこで、1995年に死亡診断書(死体検案書)の書式が変更され、統計処理に世界で初めてICD-10(世界保健機構、第10回国際疾病分類)を病名コードとして採用したことより、日本の死亡診断書は、国際的にも高水準であると思われる(2)。しかし、診断書の病名として、虚血性心疾患は、書式変更後書式変更後の1995・1996年には3位の脳血管疾患に取ってかわられたが、1997年からは再び2位に復している(3)。診断の根拠となるエビデンスも不十分である。日本の全死亡例に対する法医解剖率1.38%(司法解剖0.57%、行政・承諾解剖0.81%)および異状死体届出率12.1%(2000年)はいずれも先進国中、群を抜いて低い(4)(5)(表参照)。加えて、死亡診断書・死体検案書の記載や、死因決定上重要な「原死因」や「異状死」に関する医師・医学生に対する教育は不十分であることより、法医実務上、異状死届出が行われた事例に、外因死を病死と誤認した事例を経験することも少なくない(吉田教科書#番号で)。このように、日本ほど、行政も医師も全般的に死亡診断書の死因の内容に関心が低い先進国はない(1)。一方、日本は世界有数の生命保険・損害保険大国でもある。死亡保険金は原死因に基づいて交付されるが、死亡診断書の記載が不十分なため、多くの事例で保険会社が独自に調査し支払の可否を決めている(状況にある)。また、診療中の急死事例では、患者の疾病・素因と医療ミスとの鑑別が厳しく求められ、交通事故後入院中事例でも、同様に外因・内因の寄与度の判断が求められる。これらの状況では、原死因が関係者の責任を規定するので、解剖等による精度の高い死因究明が必須である(1)。最近、英国では、少なくとも15人以上もの患者を殺したシッフマン医師の事件を端緒として死亡診断書に関する見直しが行われた。今回、日英の死亡診断書記載や手続きの比較を行い、今後どうすれば、死亡診断書に記載される死因がより正確になるのかについて、異状死届出と死因究明システムとの関連性を含めて検討した。

	イングランド					
	日本	東京都	大阪府	ウェールズ	スコットランド	USA
人口(万人)	12,693	1,206	881	5,269	511	28,142
死亡数	961,653	83,849	61,315	556,118	57,799	2,337,256
異状死体数	116,164	14,340	9,411	177,977	13,685	—
異状死体の比率	12.1%	17.1%	15.3%	32.0%	23.7%	20-30%*
異状死体の剖検率	11.4%	18.9%	17.0%	68.6%	38.0%	—
総解剖数	41,203	6,875	3,471	126,375	5,500*	—
法医解剖数	13,266	2,717	1,598	122,147	5,200*	—
病理解剖数	27,937	4,158	1,873	4,228	300*	—
全死亡における剖検率	4.3%	8.2%	5.7%	22.7%	9.5%	12%
全死亡における法医解剖率	1.4%	3.2%	2.6%	22.0%	9.0%	—
全死亡における病理解剖率	2.9%	5.0%	3.1%	0.76%	0.5%	—

注：すべて 2000 年の統計。—は欠損値、*の数値は推定値。

表 日本、英国、米国における異状死体の比率、剖検率の比較

2. 英国の死亡診断書

英国はイングランド、ウェールズ、北アイルランドとスコットランドの4地域に分かれ、行政システムと同様、死亡診断書の記載についても異なる。いずれの地域の死亡診断書も、日本とは異なり、①死因の種類(病死、事故死、自殺、他殺など)を記載する項目がなく、②届け出るべき異状死体について詳述された記載マニュアルが付属する(6)(7)(8)。

a. イングランド・ウェールズの死亡診断書

イングランドとウェールズ(以下、英国と省略)で医師が作成する死亡診断書は、同じ届出システムで同一書式である。死亡診断書1枚だけの日本とは異なり、死亡診断書自体が数ページの小冊子で死亡診断書記載マニュアル付きである。マニュアルには、コロナーに届けるべき異状死体の具体的内容が記載されている。たとえば、手術中もしくは、麻酔からの回復前に生じた死や、妊娠中絶により死亡した可能性がある場合などは届け出るべきであるとされ、実際に届け出られている(6)。コロナーは、臨床医が死因を確定できない全ての異状死体を調査し、死因を確定する法律家・行政官である。医師が死亡診断書を作成できない症例については、コロナーが解剖や検査、死亡状況調査、捜査などを行わせ、最終

的に死因、死因の種類(自殺、他殺、過失、事故死など)を確定し、別書式の死亡診断書を作成する。

死亡診断書は、医学部卒業後4年以上の研修を受け、GMC(医事審議会)に登録された医師しか作成できない。しかも、診断された病気で最終的に死亡した時にしか死亡診断書を交付できない。死因欄に記載される死亡原因は、医師が確実に診断した疾患に限られ、死亡する14日前までに診察されていないと死亡診断書の作成が禁じられ、コロナーへ届け出なければならない。日本では、医師法第20条に無診察医療と診断書交付を禁止する条項があるが、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については除外されている。また、24時間以後の死であっても、死後の診察を行い、診療経過中の疾患で死亡したことがわかれば、行政の指導もあり、死亡診断書の交付を認めてきた。

英国では、コロナーへの届出の有無を記す項が死亡診断書の表面と裏面の計2ヶ所に設けられていて、異状死としてコロナーに委ねるか、自らが責任を負うかの二者択一を意識させている。裏面にはコロナーが把握すべき死(異状死)として、1)暴行もしくは、事故を含む不自然な原因が影響して死亡した可能性のある場合、2)死因が特定できない場合、3)乱用薬物・薬品・堕胎・中毒が影響して死亡した可能性のある場合、4)手術・麻酔中、もしくは麻酔から完全に醒める前に死亡したり、手術・麻酔中のインシデントの結果により死亡したと思われる理由がある場合、5)業務上の疾病・事故で死亡した可能性がある場合の5項目が記載されている(6)(8)。これは、ガイドラインであり、医師は、戸籍係のように異状死届出の法的責任を負わない。医師の自主性・倫理性を勘案しているとも考えることもできる。

病院で死亡した場合には、主治医のみならず、責任を負う指導医の名前を記載する必要がある。死因統計上、英国での医療事故による死亡率が日本に比べて2.2倍程度高いのは、医療事故死の届出が多いことを示唆している(3)(4)。このように、英国では、医師が誤って、あるいは、故意に外因死や医療事故死を病死と記載しないように、戸籍係やコロナーが内容をチェックしている(4)。一方、日本では、仮に事故死を病死と記載した死亡診断書が提出されたとしても、戸籍係が専門家としてチェックするシステムはない。

英国では、日本と異なり、医師は、診療経過中の病院内死亡例であっても、外因死であれば死亡診断書を書けない。一方、届けられた異状死体については、解剖の有無にかかわらず、コロナーが死亡診断書を作成する。英国の異状死体届出は全死亡の32%と、日本の2.6倍あり、コロナー解剖(日本の法医学解剖に該当)は全死亡の22%、日本の16倍行われている(5)(9)。

b. 北アイルランドの死亡診断書

コロナー制度下にある北アイルランドの死亡診断書は、英国の死亡診断書とほとんど違いはないが、確実に診断された疾患で死亡した場合は、死亡する 28 日前までに診察していれば死亡診断書が記載できる (8)。

c. スコットランドの死亡診断書

スコットランドでは、異状死の死因究明につき地方検察官制度をとり、死亡診断書の形式も、他の地域と大きく異なる。地方検察官(Procurator Fiscal)は、警察の捜査を指揮し、死因を調査する責任を負う法律家である。

まず、診療経過中の疾患で死亡した場合、死因がわかる医師であれば、臨終に立ち会わなくても、誰でも死亡診断書を作成できる。しかし、不自然死(異状死に該当)や死因不明の場合は、地方検察官へ届けなければいけない。死亡診断書には死因の種類(病死、事故死、自殺、他殺など)を記載する項目はない。死亡診断書には、①診断された病気で最終的に死亡した否かを記載する項と、②地方検察官への届出の有無を記載する項がある(7)(8)。

病院内死亡例については、指導医の名前の併記が求められる。さらに、医療関連死亡においては、より厳格かつ具体的に届け出るべき異状死が規定され、死亡診断書記載マニュアルに詳述されている。具体的には、①薬物治療と関連する死亡、診断もしくは治療のための手技(麻酔の有無にかかわらず、外科的手術を含む)の最中もしくは直後に発生した死亡、②手術直後の死亡(全身麻酔後に意識が回復しないままの、通常術後 12 時間以内の死亡)が、上記の異状死に該当する。注目すべきは、病院で少しでも医療を受けた死亡例で異状死に該当するときには、「医療を受けた患者の死(Death under medical care)」という報告書を地方検察官に提出しなければいけない。報告書は定型書式で、一般的な退院要約に投薬・処置・手術・麻酔・急変時の処置・蘇生術など、具体的な治療内容を記したもので 2 人の医師の署名を求められる(8)。

地方検察官は、届け出られたすべての異状死に対し、捜査を指揮し、種々の情報を得た上で、病院病理医・法医病理医のいずれかに死体検案・解剖を指示し、また、薬毒物検査を支持し、病理医が作成した死亡診断書により死因を確認する。このように、臨床医は実質上、確実な病死の死亡診断書しか作成できない。一方、医療事故の可能性が少しでもあると判断されたものを含め、確実な病死以外の全ての

死は、異状死として地方検察官の管理下にあり、病院病理医・法医病理医が死亡診断書を作成するが、警察医が死体検案を行って死亡診断書を作成することもある。スコットランドにおける異状死体届出率は全死亡の23.7%と日本の2倍の届出率であり、法医解剖率は全死亡の9%で、イングランド、ウェールズに比べると低い、日本の6.5倍である(4)(5)(10)。

3. 日本の死亡診断書とそれが抱える課題

日本の死亡診断書は、英国の診断書と比較すると、問題の多さに驚く。日本では、作成する医師は、まず、死亡診断書か死体検案書かを選んだ上で、死因の種類(病死及び自然死、不慮の外因死、自殺、他殺、その他の外因死、不詳の死など)を決める必要がある。加えて、外因死の場合、外因死の追加事項の項を埋めなくてはいけない(2)。英国の臨床医にはそれらを行う必要はない。そもそも、死因の種類を判断するには、病歴・生活状況に加え、法医学的な経験を要する。例えば、入浴中の死亡や交通事故後の入院中死亡などについては、後述するように、医師が安易に死亡診断書を書けるものではない。現状では、異状死として届け出て、警察に上記の情報を調べてもらうしかないが、担当する警察官の能力や教育システムにも(大きな)問題があり、特に監察医制度のない地域での死体検案教育は、緊急課題である(1)。

医師法21条は、「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と定めており、単純に解釈すると、外因死は異状死なので、警察へ届出をした上で、必ず死体検案書となる。それゆえ、臨床医が死亡診断書を作成できるのは、病死・自然死と診断できた場合に限られる。しかし、実際には、異状死の届け出の有無に関わらず、本来、書けるはずのない外因が関与した死亡診断書が臨床医によって数多く記載されている。他の欧米諸国と較べても、日本の異状死の届出率は極めて低く、死亡診断書には、原死因と死因の種類が矛盾して記載されているものが少なくない。そもそも、一般の臨床医に「原死因」自体が理解されていないようにも思われる(1)。また、死亡診断書に異状死体の届出に関する説明の項目は一切なく、英国のようなマニュアルも添付されていないので、異状死届出対象事例や記載方法が、医師に具体的に周知・徹底されていない。書式上も異状死の届出を前提としない死亡診断書であること自体に問題がある。

英国の死亡診断書は、異状死の届出を前提としたもので、臨床医は実質上、病死の死亡診断書しか記

載できない。外因死の場合、コナーや検察官に届けられ、捜査情報が得られた後に、病院病理医や法医病理医、まれに警察医が検案・解剖を行い死因が決定される。日本でも、このように外因死の場合も異状死の届出と専門家(法律家や法医学者)の判断を求めるシステムにすべきである。

日本では、交通事故等で診療経過中の死亡については、主治医が死亡診断書を書くことがあり、その死因は当然、主治医に委ねられる。異状死の届出が必要だが、届出のないことも少なくない。長期療養中の場合、内科医が診ることが多く、原死因のことを考えないため異状死とされないことも少なくない。原死因とは①直接死亡を引起こした一連の病的事象の起点となった疾病または損傷、もしくは②致命傷を生ぜしめた災害または暴力の状況と定義されている(2)。交通事故に基づく頭部外傷で脳挫傷となり、寝たきりが続いて気管支肺炎をおこし死亡した場合、原死因は交通事故となる。交通事故後に死亡した場合、轢き逃げ、多重轢過事案や死因不明と警察が判断した事案では、司法解剖となるが、それ以外では、めったに解剖とならない。結局、主治医もしくは警察医が死因を決定しないとイケないが、事故との因果関係を問われることも多く、高度な法医学的判断を要することが多く、後日、その判断が問題とされることも少なくない。症状だけでは、肺動脈血栓塞栓症と急性心筋梗塞は鑑別できないし、事故直後の病死ときちんと診断されても、後日、事故の影響が問われることも少なくない。少なくとも外傷受傷後に入院した症例では、入院の発端となった事故に関する項目が死亡診断書に設けられるべきであろう。

また、少なくとも年間3千人以上死亡するとされる入浴中の死亡事故は高齢者に多く、虚血性心疾患の既往があると一般臨床医には病死と判断されることが多い(1)。しかし、飲酒酩酊での溺水や、高温入浴による熱中症、ガス風呂の不完全燃焼、換気不全による一酸化炭素中毒、自殺、果ては他殺まであり、病死か外因死かを判断する必要がある。事故に至るまでの状況、事故現場に関する情報などを得た上で、法医学者が検案を行っても、解剖せずに死因を決定するのは容易ではない。このような症例が救急搬送され、異状死の届出をしないで、病死の死亡診断書が発行されてしまった後、後日問題となることがある。例えば、病死か災害死かで死亡保険金などの給付額が大きく異なるので、医師が保険の給付を巡る紛争・民事裁判に巻き込まれることがある。ただ現実には、異状死体の届出がなければ、警察の関与もないので、医師の判断が絶対的に尊重される。たとえ保険会社が外因死の可能性が高いと考えて十分な調査を行っても、担当医が病死とすれば、外因死の有力根拠がない限り病死として扱われる。そのために交通事故や傷害に対する死亡保険金が支払われないことが少なからずあるように思われる。

東京 23 区、大阪市、神戸市など監察医制度が実施されている地域では、異状死に関して、法医学的な知識・経験を持った監察医が検案し、警察の検視(死体と周囲の捜査)を補っており、全死亡例における法医解剖率も 4.92%(司法解剖 0.67%、行政解剖 4.25%)と高い。一方、その他の地域では、法医解剖率は 0.63%(司法解剖 0.55%、行政・承諾解剖 0.08%)しかなく、死体検案書を作成する臨床医や警察医が、解剖により死因を決定できることはめったにない(5)。かれらがこれらの法医学的な判断を自ら確実に行えるとは限らず、警察官の情報に依拠して死因の種類を選択せざるをえない状況にあり、正確な死因は期待できない。異状死体届出率や法医解剖率が極めて低い中で、死因を正確に診断するには、法医学者や監察医でも限界がある。異状死体の届出率を高めた上で、死因が不明なものについては、できる限り解剖によって明らかにする努力をしない限り、正確な死因を求めるのは困難であろう(1)。諸外国では、画像診断などの技術が向上したといっても、剖検診断が半数近くの臨床診断を訂正しているので、死因究明のための解剖の価値は落ちていないという(11)。

加えて、日本には、戸籍係や法医が死亡診断書を詳細にチェックできるシステムもなく、書式上、不備がなければ、内容を問われず受理されるので、一般臨床医が書いた、法医学的判断が不十分な、死亡診断書が受理されうる。因みに、欧米諸国中、死亡診断書のチェックのない国はアルバニアだけである(4)。1995年に死亡診断書の書式が変更された時、終末期の状態としての心不全、呼吸不全を死因として記載してはいけないと厚生省が指導した(2)。しかしながら、原死因が急性心不全であっても、死因が不詳であっても問題なく受理されている。さらに、法医解剖事例では、解剖直後には死因が確定できないことが多く、また、東京では、解剖前に死体検案書を書く習慣があるのに、区役所では最初の死体検案書の死因を確定後の死因に変更しない。このことも、日本の異状死に関する死因統計のレベルの低さに寄与している。因みに、ドイツ・北欧では、法医学者が全ての死亡診断書をチェックしている。今後は、日本でも、死因の種類を判断を要する異状死体の検案や検案書作成は臨床医に任せず、法医学者や検案認定医など法医学的な知識・経験のある者に死因やその種類を判断させた上で書かせるようにし、また、戸籍係への提出時などに何らかの診断書チェック機構を設けることにより、死亡診断書・死体検案書記載の死因や異状死の法医学的判断につきチェックする必要がある。その上で、法医・検案認定の教育を充実させて、検案のレベルを向上させる必要がある。

5. おわりに

日英の死亡診断書の比較を通じて、死亡診断書との関連で、検案・解剖システム、異状死取り扱いや検案に関する多くの問題点が明らかになった。日本の死亡診断書に関する問題点としては、死亡診断書に対する法医学教育が不十分な点、異状死体の届出が軽視されている点が明らかになった。これらの問題を解決するためには、英国のシステムに習って、死亡診断書の冊子体に、死亡診断書記入マニュアルを添付し正確な記載方法を促すこと、マニュアルの中に異状死体の項を加え、臨床医に周知徹底させるべきである。そのためには、死亡診断書に関する卒前・卒後教育のカリキュラムを再考・充実させることが緊急課題であろう。死因は、死者・遺族ばかりでなく、被疑者・臨床医・監護責任者などの責任関係を規定し、法的責任や賠償責任を決める極めて重要な因子であって、簡単に一人の臨床医の判断のみでは決められない重要なものである。異状死の死因決定には、公正な解剖と法医学的な知識・経験が必要なことを臨床医が理解し、また、そのようにすべく教育すべきことが最も重要な課題なのである。記載事項の変更や、心不全記載の禁止条項のみで、先進国並みの死亡診断書や死因統計の死因の正確性が保たれると行政が考えるのは、あまりに安易な考えである。一方、法医学者も、もっと臨床法医学教育に貢献すべきであろう。

また、英国のように、異状死体届出の有無の項目を死亡診断書に追加し、死亡診断書の臨床医による発行は、診療経過中に診断された病死だけに限定すべきである。その結果、死因や死因の種類に関する臨床医の意識を高め、死因が、より正確になるであろう。また、入院中の死亡については、責任の所在を明確にした上で、少なくとも複数の医師が担保した内容とし、関係医師の判断のみで死因が誤って判断されないように、異状死の届出における意識を高め、かつ、届出に対応して、死因を正しく判断するシステムを構築しなければならない。交通事故・医療行為等の事故が端緒となった入院事例では、確実に臨床診断されたとしても、事故と死との因果関係を第三者が剖検により検討することが必須であるので、このことを記す欄をつくり、必ず剖検すべきであろう。このことを推進するためには、現在のように異状死の届出後に司法解剖を行うという犯罪捜査手続きに載せるのではなく、死因究明を優先し、責任追及をしない死因究明システムを構築する必要がある。

文献

- 1) 厚生統計協会:死亡診断書・出生証明書・死産証書 記入マニュアル 平成7年度版,厚生統計協会,東京,1995.

- 2) 吉田謙一:事例に学ぶ法医学,有斐閣,東京,2001.
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部:人口動態統計,厚生統計協会,東京.
- 4) WHO: World Health Statistics Annual 1996, WHO, Geneva, 1998, xvi-xxi.
- 5) 三澤章吾: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,厚生科学特別研究事業,東京,2002
- 6) General Register Office for England and Wales (GRO): Medical Certificates of Cause of Death - notes for doctors, GRO, Southport
- 7) General Register Office for Scotland (GROS): Notes on how to fill the Medical certificate of Cause of Death, GROS, Edinburgh, 1999
- 8) JK Mason: Forensic Medicine for Lawyers(4th edition). Butterworths. London, 2001
- 9) Office for national statistics: Mortality statistics. 2000. Office for national statistics, London, 2001
- 10) Crown Office and Procurator Fiscal Service: Annual Report & Accounts 2000-01 Statistics National, Edinburgh, 2001
- 11) Perkins GD, McAuley DF, Davies S, Gao F. : Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in critically ill patients: an observational study. Crit Care. 2003 Dec;7(6):R129-32.