

日本におけるこれからの検死のあり方

池田, 典昭
九州大学医学部法医学講座教授

<https://doi.org/10.15017/7238794>

出版情報：福岡醫學雑誌. 88 (9), pp.303-306, 1997-09-25. 福岡医学会
バージョン：
権利関係：



総 説

日本におけるこれからの検死のあり方

九州大学医学部法医学講座教授
池 田 典 昭

The Medico-legal Examination of Death as it Should be in Japan

Noriaki IKEDA

*Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine
Kyushu University 60, Fukuoka 812-82*

はじめに

わが国においては死亡者の取り扱いが地域によってかなり異なっている。監察医制度の整ったごく限られた地域とその他の大部分の地域、またその他の地域でも行政解剖が積極的に行える地域とほとんど行えない地域があり、居住する場所が違うというだけで、死亡者が有形、無形の不利益を被っている場合が多い。このような中、著者は監察医制度がなく、行政解剖も全く行えなかった山形県、神奈川県と称して監察医制度に準じた行政解剖を行っている神奈川県、東京都監察医務院非常勤監察医、開業医の先生方が警察医会を組織し、各警察医が積極的に検死を行い、行政解剖も可能な青森県及び福岡県と勤務場所を変え、様々な死亡者の取り扱い方法を見、実際に経験してきた。またこの間、短期間ではあるが連合王国に留学し、コローナ制度発祥の地であるイングランド・ウェールズで同制度のもと多数の剖検を経験した。このような経験から、本稿ではまず、イングランド・ウェールズにおけるコローナ制度のもとでの変死体の取り扱いの現状について説明し、次に日本における Dead on Arrival (DOA) 症例の取り扱いについて述べ、最後に、最近話題になることの多い、在宅医療における死亡例取り扱いについて述べ、日本におけるこれからの検死のあり方について考えてみたい。

1. イングランド・ウェールズの変死体取り扱い¹⁾

英国はイングランド・ウェールズ、スコットランド (Scotland)、北アイルランドの4つの国から成っているが、併合の過程からイングランドとウェールズでは法制度はまったく同じで、コローナ制度が採られている。コローナ制度は1194年以降続いており、コローナの役割も変化してきたが、現在では、「臨床医が死因を確定出来ないすべての死体(異状死体)を調査し、死因を確定する人」と考えられている。病院内で死亡した場合でも医師が死因を決められないときは、死亡診断書の死因欄を不明にしてコローナに報告するのが原則としており、コローナが扱う死体総数は、総死亡数の40%程度になっている。コローナは各警察署に一人ずつおり、普通警察署の一角に事務所を持っている。コローナは形式的には英国女王から直接任命され、その社会的地位は極めて高い。警察や医師などから、異状死体としてコローナに報告されると、コローナは状況を調査後解剖の必要性の有無を決める。法律家のコローナはその職を名誉職的に考え、判断の大部分を警察や警察医 (Police Surgeon) にまかせ、解剖の目的も犯罪死体の発見においている。これに対して医師のコローナは実務的で、自ら現場に行く人もおり、解剖も死因の確定を第一の目的と考えている。このため個々のコローナによって扱う異状死体の解剖率は様々で40~95%位の差があ

る。異状死体に対してコローナが解剖が必要と判断すると、死体は普通その警察署管内の数名の病理医がいる大きな病院に運び、そこで解剖される (Coroner's Autopsy)。解剖医の選択はコローナがその病院に一任することが多く、普通はその病院の病理医が解剖している。この病院にいる病理医は必ずしも法医学病理学の専門医とは限らない。この Coroner's Autopsy の際、必要となる毒物分析や細菌学的検査などは、解剖した病院の検査部に依頼され、それらに要する費用を含めた解剖に要するすべての経費は病院の請求に基づいて、コローナが病院に支払う。解剖後、直ちに死体検案書がコローナに提出され、明らかな病死と判断すると、コローナは署名入りの書類を発行し、家族は役所に行って埋葬許可証をもらって病院に死体を引き取りに行く。外因死の疑いのある場合は、検死裁判 (Coroner's Inquest) が開かれ、自他殺・過失・事故などの死因を決定する。この間、コローナが必要と認めた場合、死体はいつまでも病院内の冷蔵庫に保管される。

異状死体のうち、臨場した警察官や警察医が明らかな犯罪死体、あるいは犯罪の疑いが強いと判断した場合や、報告を受けたコローナが法医学専門医の解剖が必要と判断した場合には死体の扱いは全く異なり、原則的には現場をそのままの状態 で保存したまま、Home Office Pathologist と呼ばれる法医学専門医が呼ばれ、現場で死体を検死後、近くの病院に運び、そこで解剖を行う。Home Office Pathologist とは、犯罪死体やその疑いのある死体を検死、解剖するための法医学専門医として内務省 (Home Office) に登録された病理医で、Home Office Pathologist として出張し、検死、解剖した場合、交通費を含む必要経費、解剖費などは解剖医が詳しく明細を書いて内務省に請求し、規定の金額を受け取る。Home Office Pathologist の法医学専門医としての権威はイングランド・ウェールズでは非常に高く、前述した Coroner's Autopsy で他が疑われた時はもちろんのこと、コローナが検屍裁判の結果に不安がある時や、遺族や被疑者が解剖結果に納得しない時などは、コローナや弁護士を通して Home Office Pathologist に Second Autopsy と呼ばれる再解剖が依頼される。再解剖によって Home Office Pathologist が出した結論はほぼ絶対的なもので、裁判でこの点が争いになることはほとんどない。

2. DOA 症例の取り扱い

近年のいわゆる救命救急センターを含む医療設備の充実に伴って、救急医あるいは一般当直医が救急医療の現場において様々な法医学的事項に直面し、とまどうことも多いと考えられる。実際法医学教室で行う司法解剖のいくつかは救急医療を受けた後のご遺体であり、時々その医療行為を含む救急医の取り扱いや死亡診断書が法医学的に問題となることがある。DOA 症例の取り扱いについては加療の有無によって異なるが、この際問題となるのが異状死体の扱いである。医師法第 21 条に「医師は、死体または妊娠 4 月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定されており、検案とは遺体を医学的に検査することであり、異状とは異常な状態、異常な状況ということである。しかし、その判断は個々の医師にまかせられており、条文からは、生前に診療中であれば該当しないように読み取ることもでき救急医療の現場でも誤解があるようである。そこで日本法医学会が平成 6 年 10 月に発表した異状死ガイドライン提示表²⁾の抜粋を挙げる。

[1] 外因による死亡 (診療の有無、診療の期間を問わない)

(1) 不慮の事故

- A. 交通事故: 運転者、同乗者、歩行者を問わず、交通機関による事故に起因した死亡。自過失、単独事故などの態様を問わない。
- B. 転倒、転落: 同一平面上での転倒、階段・ステップ・建物からの転落などに起因した死。
- C. 溺水: 海洋、河川、湖沼、池、プール、浴槽、水たまりなど、溺水の場所は問わない。
- D. 火災・火焰などによる傷害: 火災による死亡、火焰・高熱物質との接触による火傷・熱傷などによる死亡。
- E. 窒息: 頸部や胸部の圧迫、気道閉塞、気道内異物、酸素の欠乏などによる死亡。
- F. 中毒: 毒物、薬物などの服用、注射、接触などに起因した死亡。
- G. 異常環境: 異常な温度環境への曝露 (熱射病、凍死)、日射病、潜函病など。

H. 感電・落雷：作業中の感電死、漏電による感電死、落雷による死亡など。

I. その他の災害：上記に分類されない不慮の事故によるすべての外因死。

(2) 自殺

死亡者自身の意志と行為に基づく死亡。縊頸、高所からの飛び降り、電車への飛び込み、刃器・鈍器による自傷、入水、服毒など、自殺の手段、方法を問わない。

(3) 他殺

加害者に殺意があったか否かにかかわらず、他人によって加えられた傷害に起因する死亡すべてを含む。加害の手段、方法を問わない。

(4) 不慮の事故、自殺、他殺のいずれであるか、死亡に至った原因が不詳の外因死。

[2] 外因による傷害の続発症、あるいは後遺傷害による死亡。

頭部外傷や眠剤中毒などに続発した気管支肺炎やパラコート中毒に続発した間質性肺炎・肺線維症。外傷、中毒、熱傷に続発した敗血症・急性腎不全・多臓器不全や破傷風。骨折に伴う脂肪塞栓症など。

[3] 上記 [1] または [2] の疑いがあるもの

外因と死亡との間に少しでも因果関係の疑いのあるものや、外因と死亡との因果関係が明らかでないもの。

[4] 診療行為に関連した予期しない死亡およびその疑いがあるもの

注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡や診療行為自体が関与している可能性のある死亡。診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合。

[5] 死因が明らかでない死亡

(1) 死体として発見された場合。

(2) 一見健康に生活していた人の予期しない急死。

(3) 初診患者が、受診後ごく短時間で、死因となる疾病が診断できないまま死亡した場合。

(4) 医療機関への受診歴があっても、その疾病により死亡したとは診断できない場合（最終診療後 24 時間以内の死亡であっても、診断されている疾病により死亡したとは判断できない場合）。

(5) その他、死因が不明の場合。病死か外因死か不明の場合。

3. 在宅医療における死亡例取り扱い³⁾

近年、国民医療費の高騰や、老人に対する高度医療が必ずしも患者の Quality of Life を高めていないという反省から、在宅医療が見直されてきている。厚生省は、1990 年「高齢化社会ゴールドプラン」による在宅福祉サービスの向上を打ち出したのを皮切りに、1992 年老人保険法改正に伴う訪問看護ステーションの制度化等、在宅医療を積極的に推進しつつあり、在宅ターミナルケアに対しても支援する方向を打ち出している。このような状況下、在宅医療の普及に伴い、在宅死事例の増加、医師が見取れない死亡事例の増加が予想される。一方、在宅死においては、病状の経過観察の頻度が入院のそれと比較し少なく、医師が直接死亡を見取ることが少なくなるため、警察への連絡必要性の有無・死亡診断書にするか死体検案書にするか・原因がはっきりしない内因死の取り扱いをどうするか等といった疑問が、より現実的問題として浮上してくると予想される。

今日の在宅医療においては、昔風の医師の往診を含めて、不定期往診・定期往診・同じ医療機関内の看護婦による訪問看護・訪問看護センターの看護婦による訪問看護の 4 つの形態が存在すると考えられる。またこのような在宅医療の形態の多様化は、在宅死の多様化をもたらす。在宅死の特徴としては、診察回数が入院医療より少ないこと・病状を把握する検査手技にも制限がでてくること。元来入院治療のような積極的治療の適応がない患者が多いことなどにより、施設内死亡に比べ死亡の直接原因となる病態を把握しにくいことが挙げられる。また医師が患者の死亡を見取れない症例が当然出現する。つまり医師が患者の死亡を見取るという理想的状況以外に、誰にも見取られず第三者に発見され医師や看護婦が死亡確認にいく場合、第三者に見取られ医師や看護婦が死亡確認にいく場

合、訪問看護婦が死亡を見取った場合等が出現すると考えられる。臨床医が在宅で死亡を取り扱う時判断すべき問題点としては、死体に異状を認めれば警察へ連絡する・原死因を明らかにする・死亡時刻を明らかにする・死亡診断書（死体検案書）を適切に記載するの4点があると考えられる。在宅患者が死亡した場合、医師は必然的に死亡確認に赴き法医学的知識をもって死体を観察する必要性が出てくる。訪問看護による在宅ターミナルケアでは、末期医療の中心的役割を訪問看護婦が担うため、看護婦が死亡を見取ったり死亡確認をする事例が多くなると予想される。しかしながら、こと死亡に関しては、看護婦は現時点で法医学的知識（特に検死の知識）を要求されていないという状況もふまえ、改めて医師は死亡確認に赴き、医師法第21条でいうところの検案を行い、異状の有無を確認するべきであると考えられる。また在宅医療では病状の経過を頻回に把握できないため、施設内医療に比べると原死因を推察する情報が少ない。法医学的にみて異状は認められないが、医学的にみて原死因が不明である症例も増加すると考えられる。医師が原死因に関し少しでも疑問を持つ時、採血等簡便な方法で、死因推定の参考となる血液検査⁴⁾や基本的な毒物のスクリーニング検査を行い、より精度の高い原死因推定をする必要がある。

慢性疾患や後遺症を持った患者の死亡診断書（死体検案書）への原死因の記載も問題となってくる。糖尿病患者の死亡において「糖尿病」の病名が二次死因として取り扱われやすく、原死因として扱われにくい点がよく指摘される。一方、在宅医療で、急変の病態がはっきりしない状況では、医学的に確実性の高い病名という観点から、原死因として糖尿病・高脂血症・高血圧等の慢性疾患病名が増加するであろう。また、同じ理由で、在宅死においては、脳梗塞後遺症等、後遺症病名が原死因として増加すると考えられる。これらの慢性疾患・後遺症を原死因にするか合併症にするか、あるいは記載しないかは、各々の医師の判断にまかされている。明確な、慢性疾患・後遺症の死亡診断書（死体検案書）上での取り扱い方法が確立されなければ、死因統計にも悪影響が及ぶであろう。

以上述べてきた在宅医療における死亡例取り扱いの問題点はDOA症例の取り扱いと同様医師の裁量により解決すべき問題もあろうが、在宅死を扱うすべての医師は臨床医として検死に必要な一定レベルの法医学的知識を習得しておく必要があり、在宅死の死亡確認に際しては法医学的知識を持って死体を観察しなければならず、在宅医療はチーム医療であり医療関係者全体の協力で成り立っているものではあるが、こと死亡に限っては必ず医師が直接死亡確認に赴き異状の有無の確認・死亡時間の推定をすべきであると考えられる。

おわりに

日本におけるこれからの検死のあり方について考えるために、イングランド・ウェールズの変死体の取り扱い、近年のDOA症例の取り扱い、在宅医療における死亡例の取り扱いについて概説した。最近日本法医学会で検死認定医について議論されているが、各認定医のレベルは高く設定し権威を持たせることが必要で、それと共に一刻も早い全国的な行政解剖の普及が望まれる。

参考文献

- 1) 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。
- 2) 日本法医学会：異状死ガイドライン。日本法医学雑誌，48：357-358，1994。
- 3) 高木陽一，辻本育子，今村 徹，池田典昭：在宅医療における死亡例取り扱いの法医学的問題点，法医学の実際と研究，40：1997，印刷中。
- 4) 辻 彰子，小川太郎，藤田 一，池田典昭：血液生化学検査の法医学への応用—CPK, LDH アイソザイムの検討—。日本法医学雑誌，50：385-389，1996。