

提 言

# 日本型の死因究明制度の 構築を目指して

---

—死因究明医療センター構想—

平成 21 年 1 月



日本法医学会

「死因究明のあり方に関する検討委員会・同WG」

## 目 次

巻頭言	- 2
資料 「死因究明医療センター」説明・構想図	- 3
I. 日本における死因究明制度の現状と問題点	
1. はじめに	- 6
2. 死因究明制度とわが国における歴史的背景	- 6
3. 医師による検案について	
1) 卒後（生涯）教育	- 8
2) 卒前教育と卒後（初期）研修	- 9
3) 医師による検案体制について	- 9
4. 警察官による検視について	-11
5. 解剖検査体制	
（司法解剖・監察医解剖・承諾解剖）について	-12
6. 検案・検視における画像検査について	-13
7. まとめ	-14
II. 死因究明医療センター（仮称）の設置について	
1. はじめに	-15
2. 目的	-15
3. 意義	-15
4. 対象	-16
5. 実施区域	-16
6. 運営・予算	-16
7. 組織について	-17
8. 具体的な設置・運営について	
1) 施設・設備	-17
2) 職員	-18
9. まとめ	-18
補足説明	
1. 死因究明医療センター（仮称）の業務概要	-19
2. 死因究明医療センターへ（仮称）の移行処置等	-20

## 巻 頭 言

“安全・安心な日本社会の構築”は国民すべてがもっとも希求している目標と考える。日本法医学会は、1914年の創設以来、この目標達成のため解剖制度に関する諸問題などについて、様々な意見や要望を行政に示し、正確な死因究明ができる専門医の育成についても努力してきた。

しかし、近年学会を取り巻く内外の状況は大きく変動し、日本における死因究明制度（検視体制や死体解剖システム）の不備が社会の注目を集めるようになってきている。このような情勢に鑑み、平成20年の初頭、日本法医学会理事会に「死因究明のあり方に関する検討委員会」とワーキンググループを設置し、日本型の死因究明制度のあり方について精力的に検討し、平成20年6月の中間報告を経て、一般公開することにより寄せられた内外のご意見を参考にし、今回の提言とするものである。

この提言の骨子は、「安心・安全」な日本社会の構築のためには、日本のどこに住していても、等しく国民として精度の高い死因究明制度の恩恵を受けられることが必須であり、その制度とは大学法医学講座の充実とともに各地域に「死因究明医療センター（仮称）」を設置し、より精度の高い検案・解剖を実施し、正しい死因診断を行うことにより死者の人権を擁護するというものである。

この新しい死因究明制度の遂行には、病理学会をはじめ他の医療界のご協力が不可欠である。また、法医学会自らが総力を挙げて、より精度の高い法医実務の向上に努め、若手法医学者の育成に励み、さらには法医の実務で集積した情報を積極的に発信することにより社会に還元する必要があることは言うまでもない。

最後に、安心・安全な日本社会を作り上げるためには、この提言で示した死因究明制度の充実が重要であることを、一般国民の方々にご理解頂き、われわれの活動にご支援・ご協力いただければ幸甚である。

平成21年1月19日

日本法医学会 理事長

中園 一郎

## 資料：「死因究明医療センター」 説明・構想図

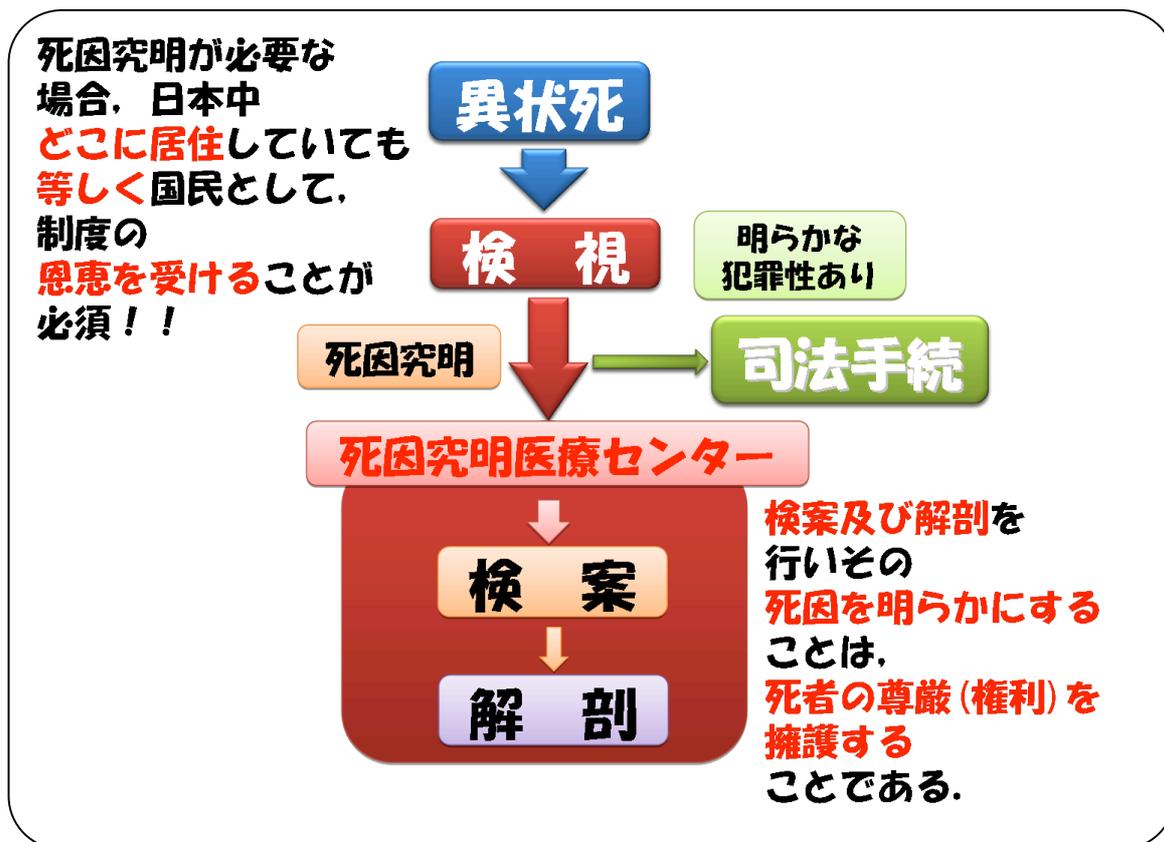
**死因究明制度は、「何故」必要なのか？**

**「安心・安全」な日本社会の構築  
を目指すために！！**

- ◆犯罪の見逃しの防止
- ◆事故・事件の見逃しの防止
- ◆食中毒・食品汚染・薬物混入の見逃しの防止
- ◆新たな感染症（新型インフルエンザ）への対応
- ◆保険・保障への対応（交通事故・労働災害）
- ◆医療に関連した死亡例の検討
- ◆裁判員制度への対応・責任

**死因解明が必要な場合、**

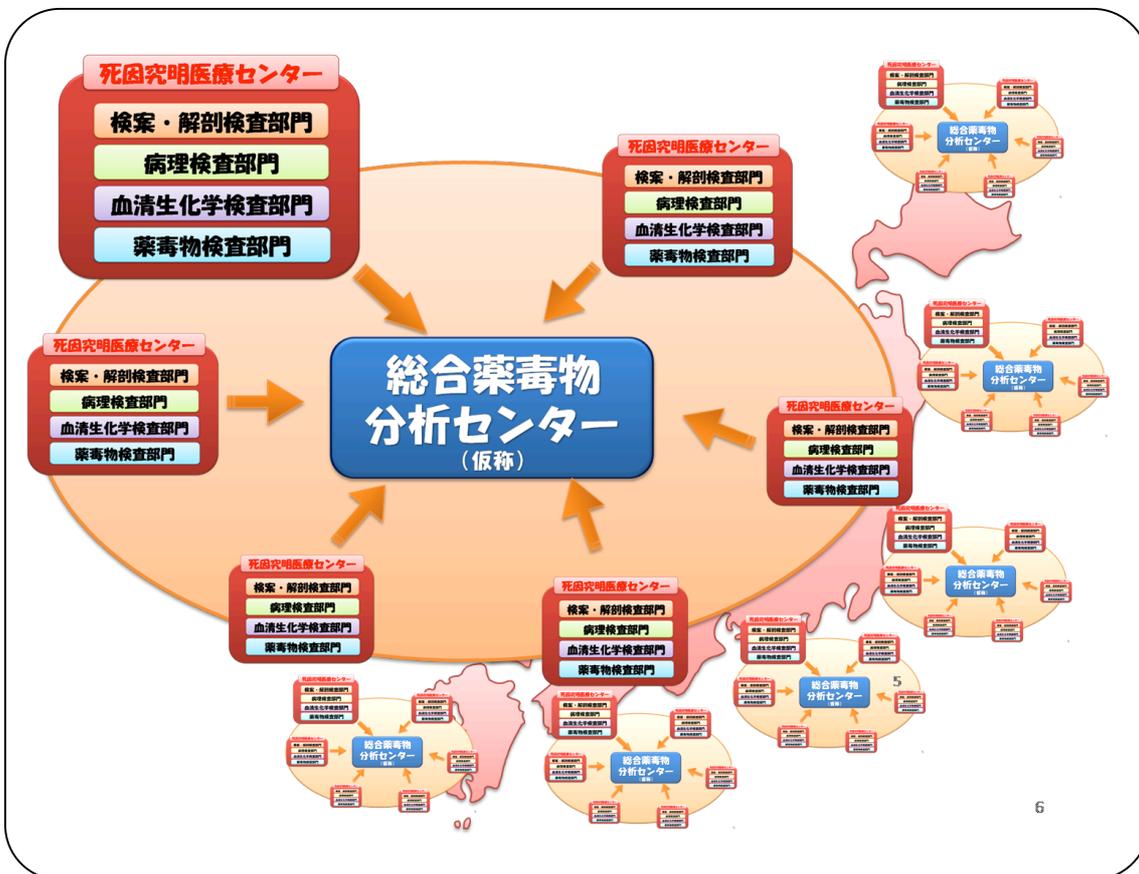
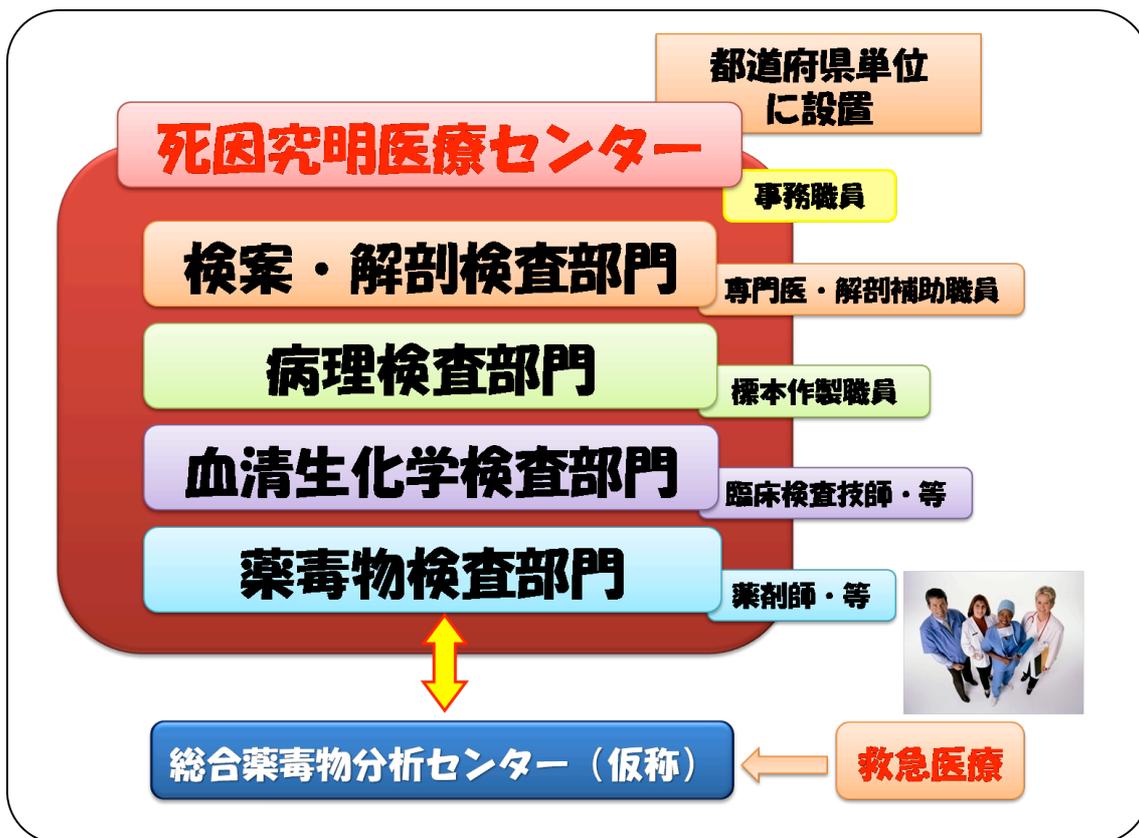
**日本中どこに居住していても、等しく国民として、  
制度の恩恵を受けることが必須！！**



## 死因究明医療センター

専門知識を有する医師による検案、さらに検案で死因が明らかにできない場合に、解剖によって死因を明らかにする新たな制度・組織（施設）の設置。

- 専任医師の配置は、**人口100万人当たり1名**を配置
- 事務業務を担う職員、検案・解剖の補助を行う職員、検査を行う職員については、**少なくとも各2名**を配置。
- 予算については、施設の設置、維持、人件費、検査費（解剖検査およびこれに伴う必要な諸検査）として、**国民1人当たり200円**（米国監察医協会の勧告によると2ドル）とし、**総額240億円**が見込まれる。



## I. 日本における死因究明制度の現状と問題点

### 1. はじめに

検視・検案における、いわゆる「誤認検視」の結果、犯罪や社会的重大事故が見落とされる事例が発生したことを受け、警察官による検視体制ひいては死因究明に不可欠な死体解剖並びに死体検案システムの不備が社会の耳目を集めるようになった。変死体（異状死体）の死因究明を医学的側面から支えてきたわれわれ日本法医学会は、これまでも解剖制度に関する諸問題等について様々な意見や要望を行政に示し、また正確な死因究明を行うための専門医養成にも努力を重ねてきた。

国民の安全を守るためには検案・解剖制度の充実が必要であるが、現行制度下では死因究明の精度を抜本的に高めることは困難であると判断されたことから、このたび日本法医学会理事会に「死因究明のあり方に関する検討委員会」とワーキンググループを設置し、日本型の死因究明制度のあり方について検討し、提言することとした。

### 2. 死因究明制度とわが国における歴史的背景

人の死亡には病死や老衰などの自然な死（ふつうの死）と、自然でない死（異状死）があるが、自然でない死体については国民に通報義務を課し国家主導で死因が究明されることがどの国にも共通する社会制度（検死制度）である。検死制度は、死をめぐる事実関係（死因・死因の種類）を究明する社会の制度であり、死者の尊厳（権利）のみならず生者の人権（生命・安全）を守る上でも重要な役割を担っている。典型的なものには英米法に基づくコローナー制度がある。自然でない死体が発見されると、コローナー（検死官）の責任において事件を調査し、当該死体に対して社会が関わらなくてよい死（自然死、問題のない事故死、あきらかな自殺）か、犯罪捜査や行政による調査が必要な死であるかが決定されることになる。その他の欧州諸国にはコローナー制度はないが、検死の段階で専門的な法医学医師が死体検案を行い、死因不明の場合には解剖により死因究明することが厳密に制度化されており、その上で捜査が必要な事例のみが捜査機関に引き継がれるかたちにとられている。

一方、わが国における死因究明制度は、警察が主体となって死体をあらためる制度が基盤となっている。自然でない死（異状死）の通報はすべて警察に集約されるため、現実には明らかに犯罪と関係のない死体も含めて全ての異状死が警察により取り扱われ、それ以降は警察が犯罪捜査の一環（検視）として死因究明に至るふるい分けを担当している。異状死が発生・確認されると、検察官の代行として多くは警察官（司法警察員）が検視をする。検視の補助的手段として、医学的観点からの医師による死体検案が行われる。初動捜査により犯罪性がある（もしくは疑われる）とされれば、法医学専門医が死体検案を担当する場合もあるが、逆に犯罪性がないと判断された場合には一般の臨床

医や警察嘱託医が死体検案を行う。そして前者の場合、さらに死因等を精査するために全国の法医学機関において司法解剖が行われるが、後者の場合、その多く（異状死体の約9割）が外表検査だけの死体検案のみで死因が決定される。その理由は、警察にとっては犯罪性のない遺体は事実上さらなる捜査の必要性がなく、また全国ほとんどの地域では非犯罪死体に対する解剖制度が存在しないためであり、ここに誤認検視の危険がある。すなわち司法解剖は犯罪死体（疑いを含む）に対して裁判官の許可のもとに行われるものであるが、ひとたび犯罪性なしと判断された死体については、全国のほとんどの地域では解剖による死因究明の術がないというのが現状である。

このように問題を抱えたわが国の死因究明制度について、歴史的背景をまじえて以下に概説することとする。わが国の死因究明制度は、監察医制度（後述）を除くと、司法解剖制度のみである。現在につながる司法解剖制度は明治時代に始まる。当時の明治政府は新たな法体制を築くうえでの法体系として立憲君主制を布くドイツ（当時のプロイセン）に求めたため、司法解剖制度そのものは国家の統治制度の一環として受け止められることになった。ドイツ（ヨーロッパ）での司法解剖は中立・公正な学問の府としての大学にそのすべてが委ねられていた。それは、司法解剖制度がたとえ国家の統治制度の一環であるとしても、中立的な大学（法医学教室）で実施されることで、その中立性・公正性が担保されるからである。

しかし当然のことながら、人の死に方には司法解剖の対象となる明らかな犯罪死以外に、明らかな非犯罪死もあれば、その中間に位置するどちらとも判断できない死も存在する。現在、欧米諸国ではこれらのすべての死体の死因究明に主眼をおいた制度（機関）があるのに対し、先に述べた理由により、わが国では、司法解剖のみが大学（法医学教室）で実施されている。現在の警察行政の管轄区域は都道府県単位であるが、それらの都道府県警察を指揮監督する警察庁のもと、司法解剖は、警察庁による国の予算措置によって実施されており、全国でほぼ均一な体制で実施されている。

一方、明治期の近代日本の法体制の導入以後、時代は、大正（1912-）、昭和（1926-）、平成（1989-）と経過し、21世紀を迎えている。この間、わが国は、第二次世界大戦（太平洋戦争）の敗戦（1945）と連合国（アメリカ合衆国）の占領を経て、アメリカ由来の制度も受け入れてきた。そのひとつに、厚生行政としての死因究明制度、すなわち監察医制度がある。監察医制度下においては、専門の監察医がすべての異状死体を検案し、非犯罪死であっても解剖（行政解剖）により精査可能であるため、犯罪の見逃しだけでなく、社会的影響の大きい事故等の死因究明も可能である。ところが、この制度はあくまでも厚生行政の一部であり、かつその所管は地方自治体にあるため、各自治体の財政難や公衆衛生面では当時と比べ格段の改善が認められていることから、残念ながら全国的な普及には至らず、むしろ当初設置都市（地域）（東京都23区、横浜市、名古屋市、京都市、大阪市、神戸市、福岡市）から京都市と福岡市は既に制度廃止されている。

このようにわが国の死因究明制度は、あくまでも警察による犯罪性の有無という観点

から成り立っているため、犯罪性がないか、または当初極めて低いとみなされた事例については詳細な解剖がほとんど行われていないという決定的な欠点を有しているのである。さらに言えば、当初検視時に行われる医師による死体検案についても、諸外国のようにすべてを法医学の専門医が行うことにはなっていないため、後述するように全死亡者数あたりの異状死体率はかなり低値にとどまっている。このことは裏を返せば、本来は「死因不詳」とすべきところを、多くが「心不全」「急性心機能不全」などといういい加減な診断で処理されてしまっていることを示しているのである。

このように現在の死因究明制度は、異状死（医師による届出：医師法第 21 条）が発生した場合には、警察官（司法警察員）（検察官・検察事務官）が検視し、犯罪性が疑われる場合（司法検視）には、大学（法医学教室）に嘱託し、司法解剖が実施される。また、事件・事故は疑われないが、警察官による検視（行政検視）の際に、死因究明の必要があると判断された、あるいは死因がわからない場合、監察医制度施行地域では監察医解剖（行政解剖）が実施される。ただし監察医制度施行地域はわずかに 5 地域だけであり、施行地域においてさえその運用形態（年間予算、対象となる事例）も地域ごとに異なっている。一方、監察医制度がない地域においては、その代用としてご家族の承諾が得られた場合に承諾解剖が実施されており、この承諾解剖もほとんどが大学（法医学教室）により行われている。しかし、大学（法医学教室）は、司法解剖への対応だけでほぼ手一杯であり承諾解剖に手を広げるのが困難な機関も少なくないのが現状である。

以上述べてきたように、全国各地域の状況により死因究明の精度が大きく左右されているのが現状と言えるだろう。

そこで以下に、各段階における現状と問題点を整理する。

### 3. 医師による検案について

#### 1) 卒後（生涯）教育

医師が、死者を診察し死因を判断する行為を「(死体) 検案」という。検案においては、検案にあたる医師の専門（診療）領域の知識、一般的医学知識に加え、死体を診る（検案）ために専門知識が必要となる。

これまで、検案に必要な専門知識の教育は、検案を専門とする地域の警察嘱託医らの組織において行われ、主に検案を担当する医師個人の努力に依存してきた。

しかし、近年の社会背景の変化、個人の権利意識の変容に伴い、より正確な死因の判断が求められるようになってきている。さらには、犯罪・事件による外傷死例が誤って病死と判断されてしまうといった誤認検視例が散見されるに至り、国民だけでなく検案を行う医師からも専門知識の教育を求める声が上がった。こうした声を受け、現在日本法医学会においては、一定の資格を満たし、試験に合格した医師に「死体検案認定医」を認定している。また厚生労働省は、国立保健医療科学院において、各都道府県の医師

会を通じて参加を呼びかけ、毎年「死体検案研修会」を開催しており、講義を実施するとともに、医師の居住地において見学・研修を行い、修了証書を授与している。この研修会においても日本法医学会から講師を派遣するとともに、各大学および監察医務機関での見学・研修を受け入れている。警察医の団体である日本警察医会においても学術集会を開催し、検案の専門知識の修得を図っている。

このように医師に対して専門知識獲得の機会は設けられているものの、現段階ではその対象となる医師の範囲がきわめて限定的であることから、死体検案に携わる全国の医師への専門医教育として十分な状況とは言えない。今後は、より多くの医師に研修の機会を利用してもらうためにも、国立保健医療科学院における「死体検案研修会」のような、診療科目、所属学会に関係なく参加できる、国による研修制度の拡大・普及が重要である。

## 2) 卒前教育と卒後（初期）研修

医師養成機関である医学部（医科大学）における医学教育において、検案に関する知識は「法医学」の講義・実習によって提供されている。死因の判断を行うにあたり、例えば病死の場合には、様々な疾患（疾病）の知識が必要であることは言うまでもない。近年の臨床現場における医療事故・医事紛争が社会問題化していることを受けて、医学教育の充実、臨床技能の向上を目的に、モデル・コアカリキュラムの導入、臨床実習の充実（5、6年次）、臨床実習前（4年次）におけるCBT（コンピュータを用いた多肢選択問題）やOSCE（客観的臨床技能検定）が導入された。また、カリキュラムの大幅な見直しと、法医学の授業時間の減少、低学年化が進められている。その結果、基本的な臨床科目の講義の前に法医学の講義を受けることになり、医学生にとって十分な理解が得られにくいカリキュラムとなっている。また低学年（3年次等）で法医学の講義時間が設定されることにより、卒後の検案業務との間に時間的隔たり、知識の喪失が危惧される。法医学の講義を、臨床教育を受けている高学年（6年次）で実施し、また卒後（初期）臨床研修においても検案に関する研修を充実させることなどが必要である。言い換えると、医学教育において、生きている人（患者）を診るための教育ばかりでなく、死んだ人を診るための知識と技術の提供という視点をもっと充実させなければならない。

厚生労働省も、医師に対する卒後研修・生涯教育のみならず、医学生に対する検案に必要な知識と技術の教育について、モデル・コアカリキュラムとして取り上げるよう文部科学省と連携して取り組む必要がある。

## 3) 医師による検案体制について

検案には、診療経過中の患者に関して異状死届出の要否を判断する検案と、警察の状況調査、検視を経た上で、死因やその他の医学的な判断を下す、すなわち既に警察に届

け出られた異状死体の検案とがある。臨床現場の検案では、臨床医が、異状死の判断とその届け出に対する正しい認識を養うことが求められる。特に、着院時心肺停止事例及び外傷事例においては、法医と救急医との連携が必須である。従って、法医は臨床医から臨床情報の提供を受けるばかりでなく、逆に臨床医に解剖情報を伝えられるように運用を改めるべきである。

しかしながら、臨床医には、臨床情報の提供に対する警察の関与について躊躇する傾向がこれまでにみられた。一方、事故等で外傷を負い、入院経過の後、死亡した場合、あるいは外傷に対する診療行為と死亡の因果関係が疑われる場合は、死因究明には法医学的な視点と警察の関与が求められる。加えて、臨床医には、心肺停止事例、虐待被疑事例、終末期医療や在宅診療にかかる事例、薬物依存・中毒等、警察や法医との協力の必要性を理解してもらう必要がある。

さらに、救急事例の中には、十分な臨床情報があり診断可能であるにもかかわらず、かかりつけでないという理由で、死亡診断書が発行されない事例が多い。また、在宅診療中の死亡、終末期医療における死亡には検視・検案が必要であるが、検案を主治医に委ねるべきかどうか、解剖すべきか否かの判断が難しい事例も少なくない。このような事例の相談を受け、指導できる検案専門医を都道府県におく必要がある。

一方、警察官の検視の立会に応じる医師においては、特に資格を設けておらず、法医学、特に死体検案の知識・技術については医師個人の自己評価に頼るのみである。今後はより専門知識を持った医師による検案を推進する体制の構築が必要である。具体的には、先に述べた日本法医学会の「死体検案認定医」、厚生労働省の「死体検案研修」修了者に検案を依頼するようにする、あるいは警察が支払っている死体検案の謝金についても、専門医加算を検討する必要がある。

このようにわが国においては、法医学の知識を有する検案専門医による検案体制、臨床医からの相談受け付け体制が監察医制度施行地域以外には存在しない。監察医制度では、検案時、監察医が監察医解剖（行政解剖）の可否を判断し、それを遺族に説明し、また、詳細な死因究明の必要性の観点から警察（検察）に司法解剖を勧めることもある。このような活動を通して、監察医が実質的に警察の誤認検視を防いでいること、解剖の可否を判断する刑事調査官（検視官）も2年程度しか在任しないこと、監察医制度がない地域が大半であることを考慮すると、実質的な解剖の可否の判断を、検案医が行うことも必要であろう。

監察医は、多くの検案をし、他の監察医に学び、解剖結果を検案に活かせる。一方、監察医制度のない地域では、検案医が解剖を勧めることはできず、解剖結果や他の監察医の経験に学ぶことができない。厚生労働省の「死体検案研修会」には多くの参加者があり、検案の質の向上に寄与している。しかし、異状死の増加、求められる判断の質の高度化を考慮すると、都道府県単位で、検案専門医、または、資格を有する非常勤検案医を任命し、検案に専念させることが求められる。そして、検案専門医が必要と判断し

た事例には、解剖ができる制度が必要である。

#### 4. 警察官による検視について

一般市民からの通報，医師からの異状死の届出に拘わらず，異状死体は警察官が検視を行っている。検視によって，死因，死後の経過時間，損傷の有無，身元不明の場合は，年齢，性別や個人の特定に必要な身体特徴（歯科所見など）の確認を行う。警察官による検視において病死と判断され，後に犯罪死であったことが判明した事例が話題になるが，警察官による検視の目的の第一は，犯罪，事件や事故の可能性を見極めることにある（司法検視）。現在，警視庁（東京都），道府県警本部には，検視を担当する刑事調査官（検視官）が配置されており，各都道府県下において発生した変死・異状死を取り扱う所轄警察署からの連絡を受け，指示・指導を行うとともに，状況に応じて自ら出動し検視を行い犯罪，事件や事故の可能性を判断している。

この刑事調査官（検視官）になるために，警視庁（東京都），道府県警から警視，警部が参加し，警察庁警察大学校において法医学研究専科研修を受講している。この研修は，10週間の日程で行われており，100時間余（1時間は80分授業）の講義と5週間の検視・解剖の見学・研修で構成されている。研修は，春期（4月から6月）と秋期（9月から11月まで）の2回開催されている。この100時間の講義は，法医学，法歯学の専門家（大学教員）による講義，科学警察研究所員による講義などで構成されている。先に述べた医学教育において法医学に費やされる講義時間は，30ないし40時間（講義時間1時間は，60分，70分，90分など様々）程度であることから考えると，受講生が医学部の出身ではないために，解剖学，生理学などの知識の修得などにも授業配分するとしても，かなり多くの時間をこの研修で課している。今後は，研修の質の向上を目指し，例えば，カリキュラムの作成，教育目標の設定，教育効果の確認（評価）などに取り組む必要がある。日本法医学会は，警察庁に協力し，平成20年度から法医学研究専科研修のカリキュラムの見直しに取り組んでいる。

一方，都道府県単位での警察官の検視に係わる知識・技術の習得については，各警察本部が警察学校において「検視専科」などの研修を実施している。例えば，警察本部や各所轄警察署から参加者を募り，2週間（10日間）に亘り，講義・実習が実施されている。こちらも日常の業務の中，専科に人員を割くことの難しさを考慮すると日程（研修期間）については確保できているものと考えられる。研修内容については，各警察本部に任せられているが，今後は，カリキュラムの見直しを図るなどしてより効果的な研修を目指す必要がある。また，検視専科に対する各大学法医学教室の積極的な関与・協力も重要である。

これまで警察官の検視に関する教養教育について述べてきたが，現場での検視は，所轄警察官と警察本部の刑事調査官（検視官）によって行われている。しかし，実際に最初に死体に接する所轄警察官の全員が，警察本部が主催する「検視専科」での研修を修

了した者とは限らない。所轄警察署員は、他の捜査業務と平行して検視に当たっており、また、刑事調査官（検視官）についても異状死体の全ての検視を担当できているわけでもない、ここに現状の検視体制の問題点があり、場合によってはいわゆる「誤検視」、犯罪死体の「見落とし」と呼ばれる事態が発生する。このような事態を避けるためには、最初に死体と接する所轄警察署員は、警察本部主催の検視専科の修了者を充てる体制が望ましい。さらに届け出られた異状死体の全例を刑事調査官（検視官）が検視する体制が理想である。そのためには、検視担当者の増員が不可欠である。

また、検視の装備の充実も図る必要がある。感染防御対策を始め、検視器具の整備、各種検査の試料（血液・尿）の採取と諸検査の実施に係わる経費、さらには各種診断機器（X線撮影装置、超音波診断装置、CTスキャン）の導入とこれらの機器を操作する人員の配置などが必要である。

このように検視体制の充実においては、1) 警察官に対する法医学（検視に関する教養）教育の充実、2) 独立した検視チーム・部局の設置と人員の増員、3) 検視時の装備の充実を図るべきである。このような検視体制の充実のためには、現行の警察機構の組織の見直し、検視担当部署の独立、それに対応する予算の組み換えを含めて検討すべきである。これらを行うためには、関連する法制の整備と十分な予算の確保が必要である。

#### 5. 解剖検査体制（司法解剖・監察医解剖・承諾解剖）について

わが国における、2007年の総死亡は1,180,280人で、このうち警察官の検視、医師による検案の対象となった異状死は154,579名（13.1%）であった（先進諸国では、全死亡の30～40%）。日本では、異状死のうち15,617体（10.1%）（全死亡比約1.3%）が法医解剖されているが、今後、高齢者人口の増加に伴い総死亡数は、2030年には160万人に達するとされる（厚労省推計）。適正な死因究明のためには、法医解剖の剖検率を少なくとも欧米諸国なみの全死亡の10～30%（現在の10～20倍）にする必要がある。一方、平成21年5月より裁判員裁判が実施され、法医の負担が増大することが予想される。さらに、厚生労働省が計画している診療関連死（年間26,000件と推定）の調査制度の開始に伴い、解剖の負担が生じる。先進諸国では、法医解剖は、犯罪捜査に限らず、公的死因究明（公衆衛生、事故の再発防止）を目的としており、日本でも、法医解剖の重要性に対する認識が深まりつつある実情より、今後、短期間に解剖数が激増することは疑いが無い。

冒頭に述べたように、法医解剖には、司法解剖、行政解剖、承諾解剖がある。

司法解剖は、警察・検察による「鑑定嘱託書」と裁判官による「鑑定処分許可状」に基づき、2007年に6,446体（0.55%）が法医学教室で実施されている。これは過去10年間で約5割増加したが、従来の解剖・検査および鑑定書作成の負担に加えて、裁判員裁判では、一般人にわかるような証言、プレゼンテーションが求められるとされ、出廷機会も増加することが予想される。一方行政解剖、承諾解剖は、死因究明の目的のため、

主に法医学教室において 1,263 体実施された。さらに監察医解剖は、監察医機関などで 7,692 体実施されている。

法医解剖を執刀する資格としては、死体解剖保存法に、法医学の教授、准教授、また同法に従い剖検資格を認められた者（医師）と定められている他、日本法医学会の法医認定医が目安となる。平成 19 年 12 月現在（日本法医学会ホームページ参照）、大学法医学教室に所属する医師数は 186 名、法医認定医数は 119 名である。一方、警察庁の発表による鑑定嘱託医は 132 名であり、これが大学における司法解剖 6,446 体、行政解剖、承諾解剖 1,263 体を執刀していると仮定すると、剖検医 1 名あたりの平均剖検体数は、約 60 体となる。また、行政解剖、承諾解剖を含めると、常勤監察医 12 名と法医 132 名として、法医解剖 15,617 体を、年間 1 名当たり 110 体解剖していることになる。

衆議院法務委員会答申のとおり、法医解剖を倍増し、年間約 32,000 体とする場合、法医 1 名あたりの剖検数は 220 体となる。大学における法医解剖に限っても、1 名あたりの剖検数は 100 体をはるかに越えることとなり、教育・研究その他の大学の業務を行うかたわら司法解剖を行っているという事情を考慮すると、非現実的な解剖関連の業務負担の増加となる。しかし、旧国立大学など大学では、独立行政法人化が進み、平成 17 度以降、旧国立大学に限っても 18 名の教官が削減されており、現状のまま司法解剖として剖検数を増やすことは不可能とも言える。剖検率向上にはポスト増を含む新たな剖検体制の構築が必要である。

後継者の問題をとってみても若手医師が法医学を目指すとき、まず注目するのが、大学院修了後、臨床研修修了後、就くことのできるポストと待遇である。現状のように、ポストがなく、業務が過剰で、休日、出張、裁判出廷のときさえ、代わりのいない勤務体制では、後継者は確保できない。

適正な死因究明のためには、専門医が、死因究明を一義的な目的とする検案・解剖をもれなく実施する新たな死因究明制度、解剖体制の構築が必須である。

## 6. 検案・検視における画像検査について

検案・検視時に CT スキャン、MRI による画像検査を導入する、死亡時画像検査の考え方が、最近広がりつつある。平成 19 年度から、警察庁は、検視時の CT スキャンの経費を負担している。基本的に解剖前診断としての死亡時画像検査の意義は大きいものと考えている。今後、一層、死後 CT 撮影の意義を、医療関係者に普及させ、撮影の協力を得る努力が必要である。但し、現状では画像所見と肉眼所見との対比がまだまだ不十分であり、死亡時画像検査の所見に基づく死後診断を実際例に応用することはまだまだ時期尚早ではないかと考える。今後、死因不明死体だけでなく、明らかな外因死例をも含む多くの CT 検査を実施し、これと平行して解剖による死因究明を行い、両者のデータが多数蓄積された上ではじめて死亡時画像検査を死因究明に応用することが可能に

提言：日本型の死因究明制度の構築を目指して

なるものとする。そのためには収容先の医療機関による検査，検視体制の充実の一環としての検査に留まらず，先に述べたように，新たな死因究明制度において，解剖体制（剖検・検査施設）の設置の際に死亡時画像検査の導入も図られるべきであろう。

## 7. まとめ

現状の検視・検案体制が，不十分であるとの意見が出されている。たしかに監察医制度は一部地域に限定されているうえに，法医学解剖（特に，司法解剖）の剖検数も異状死の10%未満に留まっている。現状のままでは，高度化・複雑化する社会の要望に応えることには限界がある。速やかな体制の充実がなされないと日本の検視・検案体制は社会の要望に応えるどころか，一層の批判にさらされることになり，その結果は，国民に不利益を与えることになる。

そこで，次項では，わが国における死因究明制度の再構築・充実を目指し，検案・解剖体制のあるべき姿を中心に提言をする。

## II. 死因究明医療センター（仮称）の設置について

### 1. はじめに

日本法医学会として「日本における死因究明制度の現状と問題点」を検討した結果、「死んでも死因が確定できない」わが国の現状こそが問題であり、「国」として「医師による検案と剖検による死因究明の充実」を図ることが、緊急かつ重要な課題であるとの結論に至った。

### 2. 目的

国の予算によって運営される、「死因究明医療センター（仮称）」を設置し、「医師による検案と剖検（行政解剖）による死因究明」を目的とする。

### 3. 意義

日本では現在、年間約 118 万人が死亡している。その多くは病院で死亡しているが、外因死およびその疑いのある例や、死亡前の状況が不明である場合、死者の身元が明らかでないなどの場合には、異状死体として警察に届け出られた後、警察官の検視および医師による検案を受ける。年間約 118 万人の死亡者のうち、約 15 万人が警察による検視の対象となっている。

わが国においては異状死の通報を受け付ける公的窓口は警察であり、警察はその死につき犯罪性ないし事件性の有無の判断を行い、その後の方針を決定する。明らかな犯罪死体であれば、外見上死因が明らかであっても、その犯罪事実を明らかにするために、国費負担により司法解剖が行われ、死因を明らかにするとともに、死亡に至るメカニズムも検討される。犯罪の可能性が疑われる死体の場合も、司法解剖が行われる。現在、異状死体のうち、年間約 5,900 例がこの対象となっている。しかし、犯罪性がないと判断されれば、死因が明らかでなくとも解剖などの追究はなされないのが現状である。このような場合、監察医制度がない地域においては、死因が究明できないまま、外表検査のみで推定死因がつけられて処理されているのが実態である。監察医制度のある地域（東京都区部、大阪市、神戸市、横浜市、名古屋市）では監察医により監察医解剖（行政解剖）が行われている。一方、監察医制度のない地域では遺族の承諾を得て解剖が行われる。これらをあわせて年間約 10,000 例の解剖が行われている。これらの解剖は地方自治体あるいは警察の費用負担で行われており、各自治体の財政規模にも影響されるため、地域差が大きい。

警察で取り扱う異状死体のうち、およそ 9 割は、解剖などの検査を経ずに外表検査を中心とした所見のみで、検案時に不確実な死因判断が行われ処理されている。そのため不確実な死因判断が犯罪の見落としにつながっている可能性がある。また、犯罪性がな

いと判断された死体については、十分に死因究明が行われているとは言い難い。

わが国の死因究明制度はきわめて未整備である、あるいは構造的に欠陥があると指摘せざるを得ない。

高齢化社会の進行による総死亡の増加や在宅医療、在宅介護の推進は、「在宅死」の増加に繋がる結果となり、異状死体の増加に直接結びついている。疾病構造の変化、さらには社会環境の変容などからも、異状死体数は今後さらに増加するものと推定されている。正しい死因が解明できない現状を見直し、増加するであろう異状死の死因を究明することで、精度の高い死因統計を得ることができる。精度の高い死因統計は、適切な疾病予防対策を立てる上で不可欠な資料であり、国の厚生行政の根幹をなす基礎データである。このように収集された精度の高い保健統計の作成は、適正な各種保険支払いや損害賠償などを担保し、死者の尊厳（権利）を擁護することに大いに貢献するものである。さらに、新興感染症、中毒、労働災害、スポーツ事故などの拡大を早期に阻止することによって衛生行政の充実や事故の再発防止といった社会の安全保障といった観点からも重要視されるべきである。

死因究明制度は、国民が憲法で保障されている「健康で文化的な生活」を送るための必須の制度のひとつであるが、現行の制度はきわめて脆弱かつ不十分であり、早急な改善が求められる。国内いずれの地域に居住していても、等しく死因究明制度の恩恵を受けられることが必要である。

以上、安心・安全な日本社会の構築、即ち、わが国における死因調査の適正化ひいては国民の公衆衛生の向上を目指すためには、具体的には、高度な専門知識を有する医師による検案、解剖によって死因を明らかにする新たな制度・組織（施設）の設置は欠かせないものである。

#### 4. 対象

原則として、日本法医学会「異状死ガイドライン」の対象となる死体とする。

このうち、司法解剖の対象となっている犯罪死（体）およびその疑いのある死体については、従来通りとする。

#### 5. 実施区域

死因究明医療センター（仮称）は、全国の全ての都道府県に設置することとする。従来の監察医制度のある地域ではその充実・発展を図る。

#### 6. 運営・予算

この新組織は、全ての国民が死亡した場合に、死因究明のための検案・解剖を受けることを目指しており、人の受ける最期の医療を担うものである。従って厚生労働省を中心とする国の予算で全額支弁されるべきと考える。

そのうえで、都道府県単位で運営する。施設の設置、維持、人件費、検査費（解剖検査およびこれに伴う必要な諸検査）など運営に必要な経費としては、年間国民一人あたり200円（米国監察医協会の勧告によると2ドル）の負担となる。

## 7. 組織について

死因究明医療センター（仮称）とは、死体検案、解剖が実施できる施設であり、都道府県単位で死因究明医療センター（仮称）を設置し、専任医師（法医、病理医）を配置するとともに、事務業務を担う職員、検案・解剖の補助を行う職員、検査を行う職員を配置する。また、大学や病院の法医、病理医の協力を得るとともに、十分な研修を行った死体検案認定医（日本法医学会）や死体検案講習会修了者（国立保健医療科学院）を中心として、死体検案の専門医の確保が不可欠である。また、身元不明死体の歯科所見の採取については地区ごとに嘱託されている警察歯科医の協力を得るなど、検査・鑑定に必要な事項ではそれぞれの領域の専門家の協力が得られる体制を構築する。

さらに、新規にこれらの領域の専攻を希望する医師および法科学専攻者（歯科医師、人類学者、中毒学者、生物学者といった鑑定や検査を担う人材）に対する定員枠も同時に確保することが望ましい。元々専攻者が少ない領域であり、業務を継続的に行い、さらに質の向上を念頭に置いた場合、若手を教育し継続的に人材の育成と供給を行うシステムも同時に必要となる。医師については現在の初期研修システムとの連携や、専門科としての後期研修の一環としても考慮する必要がある。

これら関連機関（法医学、病理学部門をはじめとする大学や医療機関、研究機関の各部門）・関連領域の研究者との連携体制の構築は、人材確保や研究、あるいは業務の結果を活用し、社会に還元していく方策を提言していく上で不可欠である。

また、死因調査にあたっては、検視業務との連携が欠かせないことから、監察医制度と同様に、警察との協力・連携が必要である。死因究明医療センター（仮称）と警察との円滑な連携を図るためには、死因究明医療センター（仮称）の設置に対応する警察の検視体制の見直し、充実も必須である。さらに、組織の充実とともに、関連する法制度についても整備が必要である。

## 8. 具体的な設置・運営について

### 1) 施設・設備

事務所の設置は、都道府県単位とし、必要に応じて分室・支所を設置する。

施設としては、死体検案、解剖が実施できる施設であり、これに伴う必要な検査（中毒学的検査、病理検査など）をできることが必須である。さらには画像検査など関連する諸検査に対応できる体制が望ましい。特に、薬毒物分析については、死因究明医療センター（仮称）に加え、高度な分析には、地区ごとに総合薬毒物分析センター（仮称）を設置し分析に当たる必要がある。この分析拠点は、救急医療などの臨床医療、テロ対

策とも連携を図る。

## 2) 職員

わが国の異状死体の発生状況（全国で年間 15 万件）から，その発生数は人口 100 万当たり約 1250 体（発生率 0.125%）である。そこで，人口 100 万人当たり 1 名の専任医師を配置する（単純計算で 120 名となる）。但し，人口が 100 万人未満の県であっても少なくとも 1 名は確保する。事務業務を担う職員，検案・解剖の補助を行う職員，検査を行う職員については，医師 1 名に対し，少なくとも各 2 名を配置する。

## 9. まとめ

安全・安心な日本社会の構築，すなわちわが国における死因調査の適正化と，それによる国民の公衆衛生の向上を目指すために，専門知識を有する医師による検案・解剖により死因を明らかにする新たな制度・組織の整備は欠かせないものである。

現在厚生労働省等で，診療関連死の調査に関して「医療安全調査委員会」の設置が検討されている。この調査においても，迅速かつ詳細な解剖が鍵となる。地域ごとに調査機関の設置が検討されているが，解剖体制の検討が不十分なままであり，体制の充実のためにも法医と病理の連携は重要である。日本法医学会が提唱する「死因究明医療センター（仮称）」は「医療安全調査委員会」における解剖業務の一端を担うことができるものとする。

## 補足説明： 1. 死因究明医療センター（仮称）の業務概要

### 1. 死体で発見された場合

#### 1) 病死が疑われる場合

- 主治医がいる場合には、家族などから、主治医に検案を依頼し、当該疾患で死亡したと判断されれば、主治医が死亡診断書を発行する。
- 家族などから、警察に通報された場合は、警察から主治医に連絡し検案を依頼し、当該疾患で死亡したと判断されれば、主治医が死亡診断書を発行する。
- 主治医が、当該疾患で死亡したと判断できない場合は、主治医は、死因究明医療センター（仮称）に連絡する。警察への届け出は、主治医が直接に届けるか、死因究明医療センター（仮称）が連絡する。死因究明医療センター（仮称）のメンバーが病歴収集や死亡時画像検査を含めた検案を行い、必要に応じて剖検検査等を実施する。

#### 2) 外因死の場合（警察への届出は必須）

- 家族などから、また警察からの連絡を受けて、死因究明医療センター（仮称）の医師が検案する。死因、死亡の種類が明らかである場合は、警察の検視を受けた上で特に問題がなければ検案書を発行する。
- 家族などからの連絡を受けて一般医師が診て、死因、死亡の種類が明らかである場合は、死因究明医療センター（仮称）に届け出て、警察の検視を受けた上で特に問題がなければ検案書を発行する。
- 家族、警察などからの連絡を受けて、死因究明医療センター（仮称）の医師が検案しても、死因、死亡の種類が不明な場合は、剖検検査等を行い、死因を検討する。この場合、司法解剖の関係から警察の意見も聞く必要がある。

#### 3) 内因死・外因死不明の場合（警察への届出は必須）

- 家族、警察などからの連絡を受けて、死因究明医療センター（仮称）の医師が検案しても、内因死か外因死かが不明な場合は、剖検検査等を行い、死因を検討する。この場合、司法解剖の関係から警察の意見も聞く必要がある。死因究明医療センター（仮称）で解剖を行う。

### 2. 医療機関で死亡した外因死の場合（警察への届出は必須）

- 死体で発見された場合と同様で、死因究明医療センター（仮称）に届け出て、警察の検視を受けた上で、死因、死亡の種類が明らかである場合で、特に問題がなければ診断書を発行できることとする。
- 但し、外因死の場合は、原則解剖が望ましい。

## 補足説明 2. : 死因究明医療センター（仮称）への移行処置等

### 1. はじめに

東京都監察医務院のように、独自の敷地・建築物を有し、そこに必要な施設、設備、人員を配置できることが理想であるが、現状から考えると、全国一律の体制を、速やかに47都道府県に設置することは困難であると思われる。

しかし、死因究明制度の立ち上げには猶予は許されない。そこで、早急に立ち上げる方法として考えられるのは、既存の施設、大学法医学教室の解剖室や設備（病理検査、薬物検査）、自治体基幹病院の解剖室や設備を利用し、職員についても新規採用が困難な場合は、大学等の法医学、病理学などの職員（非常勤として）を当て、運用を開始することである。

### 2. 設備

死因究明医療センター（仮称）を各都道府県内に設置する。しかし、新たな施設を準備できるまでの間は、解剖施設を有する大学（法医学教室）や自治体の基幹医療機関に事務所を構え、大学法医学教室や協力の得られる医療機関（病理部門と画像診断部門）をあわせて、連携機関群を形成する。

これにより、検案、剖検や諸検査（死亡時画像診断、病理検査、薬物分析など）を分担して実施する。

死因究明医療センター（仮称）の設置についても、設置期限を設け、設置可能な都道府県から順次設置する。

### 3. 運営

事務所窓口で、検案の連絡を受け、専門医が検案を実施する。剖検あるいは死後画像診断が必要な場合は、事務所から各連携機関群に連絡し、時間や検査実施施設、担当医の調整を行い、剖検や画像検査を実施する。剖検後に薬毒物やDNA検査が必要な場合は、当該連携機関群あるいは外部機関に委託して検査を行う。

### 4. 職員

専任の医師が採用できるまでの間、施設と同様に、死因究明医療センター（仮称）が中心となり、大学の法医学教室の職員（医師、中毒学者、法生物学者、技術職員）や協力の得られる都道府県内の医療機関の職員（病理医、臨床検査技師、放射線科医、放射線技師）を登録（非常勤職員として）し、死因究明業務が円滑に遂行できるように、担当可能な日程を調整する。また、現状を鑑み、当面は退職（定年）した病理医や法医学者の協力も仰ぐ。

## 5. 予算について

専任職員および非常勤職員の人件費、剖検および検査に必要な費用は、一括して死因究明医療センター（仮称）が国に請求、あるいは国の予算配分を受けて死因究明医療センター（仮称）を運営する。

死因究明医療センター（仮称）およびその他の施設使用料、検査費用については検査を実施した検査機関群の医療機関に支払う。国の費用により遺体の搬送や検査後の処置も行う。

死因究明医療センター（仮称）自体の事務は、自治体への委任でも可能であるが、運用の費用自体は国から自治体に配分という形を取る。

予算についてである。解剖に係わる経費については、算出根拠により様々な金額が考えられているが、病理学会の試算によると剖検1体あたり約25万円といわれている。但し、この金額には中毒検査等の諸検査に係る経費、人件費などは含まれていない。仮に1剖検あたり25万円とすると、異状死体の剖検率を現状より10%（15,000体）上げるとすると、 $25（万円） \times 15,000（剖検体） = 375,000（万円）$ 、つまり37億5千万円が必要となる。

異状死体の剖検率を20%と仮定すると、増加分に相当する15,000体の剖検を実施する医師の確保が必要である。剖検医1名当たりの解剖数を100体とすると150名の医師の確保が必要である。事務部門、検案・解剖検査部門、病理検査部門、血清生化学検査部門、薬毒物検査部門に医師当たり各2名ずつ配置すると1500名の職員が必要となる。

これに必要な人件費としては、医師については大学助教相当約500万円とすると7億5千万円、技術・事務職員の給与を約350万円とすると52億5千万円となり、人件費として総額約60億円が必要となる。

## 6. まとめ

国家予算による死因究明医療センター制度（仮称）を制定する。独自の建造物等を確保できない場合または確保できるまでの施設・設備については大学、自治体病院の施設・設備を共有することで対応する。これにより初期投資を抑制し、設備備品の補充・更新に必要な経費を抑えることができるものとする。このようにした場合の、当面の予算は、解剖に係わる経費、人件費とを合わせた約100億円の施設・設備の使用料・更新に係わる経費を加えた予算で運営可能である。この場合においても、全国一斉に死因究明センターを設置し、運営を開始した場合で、順次設置してゆくことも考えられる。

提言：日本型の死因究明制度の構築を目指して

日本法医学会

「死因究明のあり方に関する検討委員会」

中園一郎（理事長）

平岩幸一，吉田謙一，大野曜吉，山内春夫，前田 均

久保真一，吉岡尚文，舟山真人，福永龍繁，池田典昭 各理事

「死因究明のあり方に関する検討委員会」ワーキンググループ（以下 WG）

久保真一（WG 長），福永龍繁，青木康博，向井敏二

妹尾 洋，近藤稔和，木下博之 各委員