

Unsolved Problems on Death Investigation System in Japan – Before the Arrival of Organ Transplantation Practice –

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/8557

わが国の検屍・検案体制の問題

—臓器移植医療の到来を前にして—

金沢大学医学部法医学講座

大 島 徹
近 藤 稔 和

臓器移植は個人の死を前提として成立する医療であり、社会的合意、すなわち大多数の国民の理解の上で実施されるべきである。したがって、臓器移植が行われる法治国家では、個人の死は当然のことながら最大限の科学的・社会的公正さで判定されるべきである。生前に医師による診断・治療がなされたり、死因について確実に判断しうる内因死以外の、いわゆる「異状死体」からの臓器提供が公正かつ安全に実現されるには、中毒学および感染症学的問題をも含めた、人の死に関する科学的、客観的総合検査体制、すなわち監察医制度が日本全国にくまなく機能し、法医学者を中心に公正な検屍・検案が行われる必要がある。この点、現在の我が国の体制は人員、設備とも不十分で、その改善が早急に求められており、この問題の根本的解決なしには、何ものにも代え難い個人の死を前提として成り立つ臓器移植医療が、真に我が国に定着したものとはなり得ないように思われる。

Key words 臓器移植 (organ transplantation), 異状死体 (dead bodies without definitely diagnosed natural causes), 検屍・検案体制 (death investigation system), 監察医制度 (medical examiner system), 法医学診断 (medico-legal diagnosis)

1. はじめに

周知のように、「臨時脳死及び臓器移植調査会(脳死臨調)」は平成4年1月22日付で最終答申を提出し、その多数意見として「脳死は医学的にも、また法的、社会的にも人の死」であって、「脳死は確実に判定される」と結論し、「臓器移植を推進する」立場を明確にした。また、脳死を人の死と認めない少数意見の委員も、本人の生前の臓器提供の意志が明確である場合、基本的には臓器移植医療には反対しないとしている¹⁾。

このように、脳死臨調が臓器移植容認を表明し、移植手術を実施する移植医サイドもドナーが現れればいつでも移植を行うとしているが、最終答申から2年以上を経た現時点でも脳死者からの臓器移植は始まっていない。具体的には、臓器提供側となる日本救急医学会では平成4年1月28日付の理事会見解として、現状での臓器提供には多大の障壁があり、たとえば外因による脳死体からの臓器提供は検察・警察当局が脳死段階での検視を拒否している限り、不可能である旨発表した²⁾。また、移植医サイドの日本移植学会理事会も同年1月30日に、警察・検察当局の検視が必要な臓器提供と移植については、法律が整備されるまで実現の可能性が薄いとの見解を表明している³⁾。事実、本人および家族にその意志がありながら、司法当局の要請で脳死者からの臓器提供が断念させられた例も知られている。

すなわち、脳死者からの臓器提供を阻む原因は、脳死臨調最終答申の中で容認された脳死者からの臓器摘出に対応し得ない、現行の検視制度である。この問題解決のため、平成4年11月19、20日の両日、京都で開催された日本生命倫理学会・第4

回年次大会において、シンポジウム「臓器移植ドナーの検死をめぐる」がもたれた。本稿で筆者らが述べることの多くは、このシンポジウムでのシンポジストが発言された内容と一部、重複すると思われるが、「脳死は人の死である」という立場から、自由に私見を述べることをお許しいただきたい。

2. 用語上の問題と異状死体の定義

本稿の標題では「検屍・検案」という表現をとっているが、上記の「検視」も含めて用語上の統一的定義はないのが現状である⁴⁾。

筆者の手許にある法医学の成書には、「検屍」とは、「医師が死体を外観から、法医学的知識に基づいて検査すること」と記載され、「検案」は「死体についての死亡の事実を確認し、医学的に死因、死亡時刻、病死か変死かなどの死亡状況について判断すること」と定義されている⁵⁾。また、「検視」は「検察官または司法警察員が異状死体について、その死因や死亡状況を調査すること」とまとめられる。すなわち、「検屍・検案」は医師が異状死体について医学的見地から行う検査や判断であり、「検視」は司法官(検察官や司法警察員)が異状死体について行う検査・判断であると、一応は区別することができる。ただ、現実問題として、司法官は異状死体の検査を行う際に医師の専門的知識や助言を求めることがほとんどであるので、「検視」と「検屍・検案」は相補的なものであるが、「検視」は犯罪性の有無に力点が置かれる。

また、同年次大会シンポジウムの標題では「臓器移植ドナーの検死をめぐる」とあるように、「検死」という語が使われている。この「検死」に関して前記教科書には具体的記載はない

が、「不自然死(異状死)の死体の検査全体」の意味であるものと理解される⁹⁾。

「異状死体」の定義については、成書では「死体を検査して、その死因が外因死、あるいは外因死か病死か不明であると判断される、病死以外の死体の総称である」と記載されている⁹⁾。したがって、異状死体は「変死体」(死因が不明で、犯罪に起因する死亡の疑いのある死体の総称)を含んだ、幅広い語義を有している。

また、最近、大阪大学医学部法医学教室の若杉長英教授が班長をされていた、厚生省平成2年度「腎移植医療における監察医制度をめぐる諸問題に関する研究」の研究班報告書、並びに平成3年度厚生科学研究費に基づく「異状死体の取扱いに関する研究」の報告書の中では、異状死体を「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外の全ての死体」と包括的に定義し、これまでにはなく最も広い意味を持たせている。具体的には、死体外表所見や状況などから、1) 外因死またはその疑いがあるもの、2) 外因死の疑いはないと思われるが、死因を確定できないもの、3) 内因死か外因死かが全く判断できないものを異状死体としており¹⁰⁾、法医学の立場から提示された最も普遍性のある定義と考えられる。

さらに、その具体例として、平成5年9月日本法医学会教育委員会は、「異状死」ガイドラインを作成した(表1)⁹⁾。このガ

イドラインは考えられるほとんど全ての「異状死体」を網羅しており、死体のもつ法医学的な「異状」性を積極的に解明すべきだという姿勢を明確に主張している。

3. 検死および剖検の法医学上の意義

検死の意義は一言で言えば、「死因と死亡状況についての正確な判断」を導くことに他ならない。しかし、この事は言うは易くして、実際は非常に難しい問題であり、外表検査だけでは多くの誤りを犯す危険性のあることが、法医専門家から幾度となく指摘されてきた。

すなわち、慶応大学医学部法医学教室の柳田教授によれば、1969年から1989年までの21年間における検案6084例中、行政解剖を行った2341例についての死因の誤診率は、検案時に病死(内因死)と推定した1888例中、45.1%であり、実際は外因死であったものが7.1%も含まれていたという。また、検案時に外因死と推定した453例中、26.3%で死因が的中せず、病死(内因死)が20.3%も含まれていた⁹⁾。この調査は検死の目的を十分に全うするためには外表検査だけでは不完全で、常に、必然的に異状死体の解剖検査(剖検)が求められることを明確に示しており、我々にとっても大きな警鐘となった。

以上述べた剖検の具体的な効果と社会的効用に関しては、宇都木ら¹⁰⁾の論文から引用した表2のようにまとめられる。

4. 日本における検屍・検案体制—その過去と現在

表1 「異状死」ガイドライン(文献8より引用)

【1】外因による死亡(加療の有無、加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(自動車のみならず自転車、鉄道、船舶などあらゆる種類のものを含む)による事故が起因した死亡。

自過失、単独事故など、事故の態様を問わない。
 - 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亡。
 - 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・火焰などによる障害

火災による死亡(火傷・一酸化炭素中毒・気道熱傷など、死亡が火災に起因したものとすべし)、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、気道内異物などによる窒息死。
 - F. 中毒

毒物、薬物などの接触、服用、注射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

電気工事中の労働災害、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外因死すべて。
- (2) 自殺

死亡者自身の意志と行為に基づく死亡。

縊頸、高所からの飛降、電車への飛込、刃器・鈍器による自傷、溺水、中毒など。

自殺の手段方法を問わない。
- (3) 他殺

加害者に殺意がある場合のみならず、他人によって加えられた傷害による死亡すべてを含む。絞・扼頸、鼻口部の閉塞、刃器・鈍器による傷害、放火による焼死、毒殺など。

他殺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不詳のもの

原因不明の溺水、原因不明の転倒・墜転落など。

原因不明のあらゆる外因死。

手段方法を問わない。
- 【2】外因による傷害の続発症、あるいは後遺障害による死亡

例) 頭部外傷や眼剤中毒などに続発した就下性肺炎
 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
 破傷風
 骨折に伴う脂肪塞栓など
- 【3】上記【1】、【2】の疑いがあるもの

少しでも疑いのあるもの。

外因と死亡との因果関係が明らかでないもの。
- 【4】医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・分娩などあらゆる医療行為中、または医療行為の比較的直後における予期しない死亡。

医療行為自体が関与している可能性のある死亡。

医療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合。

過誤や過失の有無を問わない。
- 【5】死因が明らかでない死亡
 - イ) 死体として発見された場合。
 - ロ) 一見健康に生活していたひとの予期しない急死。
 - ハ) 初診患者が受診後ごく短時間で死亡した場合(dead on arrival など)。

ニ) 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。

ホ) その他、死因が不明の場合。病死か外因死か不明の場合。

我が国の法体系同様、法医学も大陸法系の国々（特にドイツ）にその範を求めており、本邦での出発点は明治17年から21年の4年間ドイツ、オーストリアに学んだ片山国嘉教授が東京帝国大学で初めて裁判医学教室を開講した（明治21年11月23日）ことに求められる。

翌明治22年（1889年）、片山教授は「中外医事新報第二百十七号」に「警察上解剖検査ヲ要スル屍体ト之ヲ要セザル屍体トノ區別並ニ衛生警察上解剖検査ノ必要ナル所以」という論説を発表した（図1）¹⁰。この中で、その当時、既にドイツやオーストリアで行われていた行政解剖（片山教授論文中の「衛生警察上解剖検査」のこと）の制度を我が国にも導入し、あたかも車の両輪のごとく司法解剖と相俟って、治安・衛生上、多大の貢献をなす重要制度として内務、司法、文部省や警視庁に働きかけたものの、結局は実現しないままに終わった¹¹⁾。

そして、この状態が昭和21年まで続いたが、占領軍 GHQ の指令により、昭和21年4月から東京都に監察医制度がおかれ、昭和24年6月には「死体解剖保存法」が制定されて同年12月より施行となり、ようやく変革の機運が訪れたかに思われた。

しかし、現在、監察医制度が実施されているのは東京都23区、大阪市、横浜市、名古屋市、神戸市に限られ、これに準じた検案、剖検が行われているのも神奈川県、沖縄県、東京都多摩地区、茨城県、福岡県、長崎県および埼玉県にとどまり、日本全国にわたる監察医制度の実現にはほど遠いのが現状である¹²⁾。当地、石川県など監察医制度のない地域では警察医がそのほとんどの検案を行っているが、法医学の専門家ではないため、その信頼性の点で少なからず問題を孕んでいる。実際、大阪医科大学法医学教室溝井教授を代表とする法医学者のグループの調査では、監察医制度が施行されていない地域では、解剖率が低いばかりではなく、死因統計の中で病死の70.9%が心疾患であり、かつ、そのうち71.9%を「心不全」が占めていた。このことについて、同教授は、監察医制度が施行されていない地域では、死体の外表検査のみでは原因不明の心疾患として処理され、また、循環系以外の疾患も心疾患に含まれている可能性が大きく、さらに外因死が病死として処理されている危惧も拭いきれないと述べている¹³⁾。

また、柴田ら¹⁴⁾は、来院時死亡（dead on arrival, DOA）症例に対する死亡診断書（死体検案書）作成の現状を、北陸地方の救急医療担当医を対象にアンケート調査したところ、「どちらかといえば」も含めて68%の医師が死亡診断書（死体検案書）作成に自信がないと回答しており、特に、自信がもてない項目として、実に79%もの医師が「死亡の原因（死因）」を挙げていたことは、臨床サイドからの偽らざる気持ちを反映したものと

表2 剖検の効果と社会的効用（文献10より引用）

剖検の効果	社会的効用
死因統計の信頼度の上昇	医療行政の基礎データ
死因の確定	個々の疾患の予防対策
死亡の種類確定	諸事故の原因究明と対策
状況の解明（捜査との協力で）	保険給付認定
	損害賠償責任の確定
	犯罪の究明
	故人や関係者の名誉回復

いえよう。

5. 日本の検屍・検案体制と諸外国との比較

前項で述べたように、片山教授が行政解剖の必要性を唱え、各方面に働きかけて既に100年以上経ているにもかかわらず、日本には全国的な「人の死」についての科学的検査体制が確立していない。まさに我が国の為政者にとっては、「死」の科学的検討、すなわち死因を正確に判定する制度などは、法治国家の重要問題として顧みることではなかったらしい。

諸外国の「検死」制度については、これまでもいくつかの報告があるが、最近、棚島は¹⁵⁾大陸法系の国々の制度と運用を紹介している。同氏の論文中の日本、旧西ドイツ並びにオーストリアにおける検死統計の比較表を表3に引用するが、この表を見ると日本国内での死亡数に対する解剖のパーセントが低いこと、それに対して検死制度の整備されたオーストリア（ウィーン）での解剖数の多さが断然、目立っている。また、同じ日本であっても独立した監察医務院を有する東京では、届けられた件数に対する解剖率に関してはオーストリアに匹敵する値となっている。

また、年間の全死亡数に対して、専門家による検死が行われた件数の割合は、アメリカのマサチューセッツ州では22%（1985）、カリフォルニア州・ロサンゼルス郡では23%（1990）であり、イギリスのイングランドとウエールズで25%（1985）であるのに対し、我が国（1989）では8.6%、すなわち、約12体に1体の割合にしかならない⁵⁾。

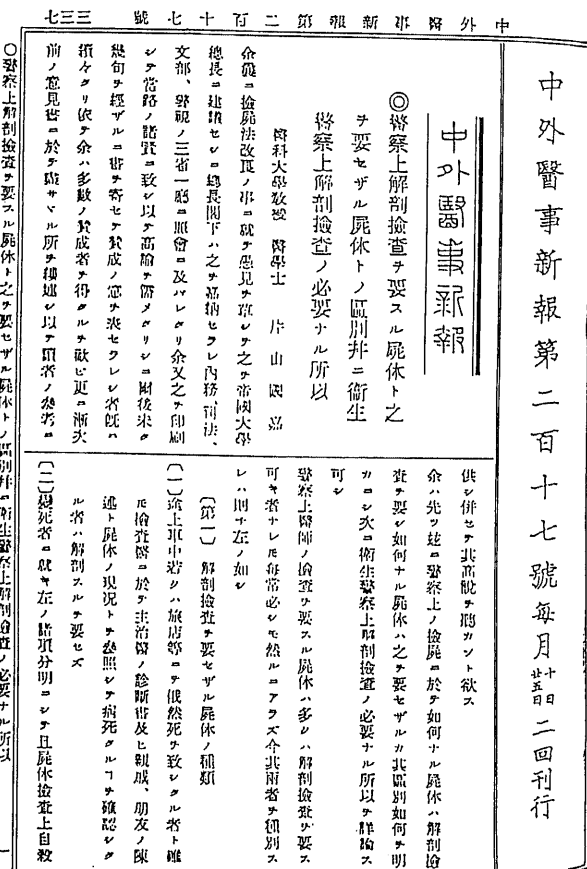


図1. 行政解剖の導入を主張する片山国嘉教授の論文(1889年)。

表3 日本、旧西ドイツおよびオーストリアの検死統計の比較 (文献15より引用)

国名	日本			旧西ドイツ		オーストリア
	全国	東京都	愛知県	全国	ミュンヘン	ウィーン
	1989*	1988*	1988*	1982**	1988	1989
人口	1億2千万	1173万	654万	6100万	120万	148万
年間死亡数	788,794	67,708	36,177	715,857	23,000	20,875
届出件数	68,000	9,159	2,403	—	3,220	10,000
対死亡数	8.6%	13.7%	6.6%	—	14%	48%
検死数	68,000	9,159	2,403	—	—	—
対死亡数	8.6%	13.7%	6.6%	—	—	—
解剖数	9,100	2,373	132	10,360	1,740	3,000
対届出件数	13.4%	25.9%	5.5%	—	54%	30%
対死亡数	1.2%	3.5%	0.4%	1.4%	8%	14%
司法解剖数	4,000	398	130	10,360	1,740	1,000
行政解剖数	5,100	1,575	2	—	—	2,000

* 警察庁刑事局調べ、** Spann&Maidl

さらに、届けられた不自然死のうちでどれ位が剖検されるかについては、ドイツ・ミュンヘンで54% (1989)、オーストリア・ウィーンで30% (1989)、アメリカで25~46% (1985~1990)であるのに対し、我が国では全国平均で13% (1989)であり、その上、地域差が甚だしいのが実状である⁹⁾。

このように、くり返しになるが、我が国における検死・検案体制は主要先進国と比べ、全く不十分な状態にとどまっている。

6. 臓器移植医療の基盤としての監察医制度

前項までで、世界の中の先進工業国とされる我が国において、監察医制度に集約される、法医学の専門家が検死を行うシステムが、ごく一部の地域(いわゆる大都会)に限られて運用されているにすぎないことを示した。

このような状況は、公正かつ科学的で信頼しうる「死」についての判断を前提とする臓器移植医療と全く相容れない。端的に言えば、我が国の現状では臓器移植を安定した、継続性のある医療として定着させるための基盤が欠落しているのである。

たとえば、本来、「死」についての判断は日本国内では出来る限り、同一の水準で行われるべきである。しかし、現状では監察医による行政解剖が行われている地域と、そうでない多くの地域で、結果的ではあるけれども死の取扱いに違いが出ている恐れがある。具体例を挙げれば、最近、いわゆる「保険金殺人」事件が増加しているが、検死が不十分な地域ではその犯罪性を見逃す危険性が大である。また、犯罪の関与が無くとも、交通事故や労働災害、過労死などから多額の補償金や保険金などが関係する民事問題も増加しており、地域間で遺族の権利や死者の名誉保護に関して有形無形の違いを生む恐れが関係方面から指摘されている。

結局のところ、ある若い法医学者が監察医研修を終え、自己評価を行った報告¹⁰⁾の中で述べているように、「監察医制度がなくても支障がないのでは無く、監察医制度がないが故に刑事・民事・労災・行政などあらゆる分野で問題点が隠蔽された

まま処理されている可能性がある。換言すれば、監察医制度がないので支障がないとの印象を深めた。」という視点から、極論すれば事なかれ主義の旧態が打破されねばならない。これは医と法の接点に立つ法医学者の誰もが考えていることで、日本人の科学性に対する試金石と言えよう。

日本人の平均的な感情では、死亡した人の身体にメスを入れることに対して大きな抵抗があるが、我々はこれを理性的に克服すべきである。すなわち、若杉教授の定義による「異状死体」、具体的には特定の疾病で入院ないし通院中で医師の管理下にあるか、1日以内に診察を受け、死因が生前の診察に基づいて確実に判断しうる場合を除いて、それら以外のすべての死体について、中立的立場に在り、法医学の専門家である監察医の「検死」を行い、外表検査で不十分な場合は剖検によって死因を究明するシステムを全国くまなく運用することが、臓器移植医療をその最も根底の所で支える基盤になるものと信じ、関係各方面に強く訴えたい。

さらに、この全国的監察医制度の中には、種々の化学物質や医薬品などを死体試料から分析する中毒学的検査システム、あるいは肝炎ウイルスや AIDS ウイルス、一般細菌について検査する微生物学的検査システムが組み込まれねばならず、これら科学的検査機構が迅速に機能して初めて、異状死体が臓器移植のドナーとなりえる社会的土壌、すなわち一般人の医療への信頼が生まれるものと考えられる。

明治以来、100年以上の間、放置され続けてきたこの検死体制の問題に関して、臓器移植医療の実現へ向けての施策と並行させて、当局による具体的かつ速やかな解決を強く望む。

7. おわりに

1人1人の人間の死に基づく臓器移植を「医療」として認めない方もおられるが、現在、世論の大勢は、それを容認する方向にあると思われる。しかし、脳死の判定が公正・客観的であること、並びに提供者および家族などの意志をどのように扱うかについて、ガラス張りの議論を依然として継続する必要がある。

り、脳死と臓器移植が抱える具体的問題の解決は、まさに、今、緒についたばかりと言えよう。

文 献

- 1) 臨時脳死及び臓器移植調査会：脳死及び臓器移植に関する重要問題について(答申)。モダンメディシン，4，116-137 (1992)。
- 2) 田沢健次郎：資料・脳死臨調答申。モダンメディシン，4，115-116 (1992)。
- 3) 日本法医学会会長 永野耐造：脳死臨調最終答申に対する見解—法医学の立場から，3-6頁，1992。
- 4) 西丸興一：検死と検案。現代の法医学(四方一郎，永野耐造編)，改訂第2版，433-438頁，金原出版，東京，1988。
- 5) 橋島次郎，勝又義直：検死と臓器摘出とのかねあい。ジュリスト，1004，50-57 (1992)。
- 6) 若杉長英：異状死体の定義とわが国の検案体制。厚生省平成2年度「腎移植医療における監察医制度をめぐる諸問題に関する研究」報告書。
- 7) 若杉長英：異状死体の取扱いに関する研究。平成3年度厚生科学研究費・報告書，1-11頁，1991。
- 8) 日本法医学会教育委員会：「異状死」ガイドライン。2-5頁，1993。
- 9) 柳田純一：異状死をめぐる制度的問題。日法医誌，44，421-428 (1990)。
- 10) 宇都木伸，上山滋太郎：行政解剖の法制度化に関する考察—西ドイツにおける論議と判決から—。日法医誌，33，117-125 (1979)。
- 11) 片山国嘉：警察上解剖検査ヲ要スル屍体ト之ヲ要セザル屍体トノ区別並ニ衛生警察上解剖検査ノ必要ナル所以。中外医事新報，217，337-340 (1889)。
- 12) 越永重四郎：東京都監察医務院46年のあゆみ。法医学の実際と研究，35，415-421 (1992)。
- 13) 溝井泰彦，柳田純一，佐藤喜宣，津田征郎，吉村昌雄，若杉長英，龍野嘉紹，菱田 繁，西 克治，井尻 巖，庄司宗介，助川義寛，鈴木廣一：日本の死因調査の現状と問題点。日本医事新報，3639，28-34 (1994)。
- 14) 柴田恵三，村上誠一，永野耐造：DOA 死亡例に対する死亡診断書あるいは死体検案書—北陸地区におけるアンケート調査から—。救急医学，17，1711-1714 (1993)。
- 15) 橋島次郎：オーストリアの検死制度—死亡の十全な届出と精査の保証について—。ジュリスト，1001，110-115 (1992)。
- 16) 水澤郁文：監察医研修の自己評価。法医学の実際と研究，35，409-414 (1992)。

Unsolved Problems on Death Investigation System in Japan — Before the Arrival of Organ Transplantation Practice— Tohru Ohshima and Toshikazu Kondo, Department of Legal Medicine, School of Medicine, Kanazawa University, Kanazawa 920—J. Juzen Med Soc., 103, 594—598 (1994)

Key words organ transplantation, dead bodies without definitely diagnosed natural causes, death investigation system, medical examiner system, medico-legal diagnosis

Abstract

Death of individual members of a society is naturally a pre-condition for organ transplantation, and such a kind of medical practice should be done only with the consensus of the society, that is, after the due understanding by the majority of the people has been established. Therefore, in a constitutional state where organ transplantation is going to be performed, an individual's death should be determined with the highest degree of scientific and social justice. In order to accept the organ donation properly and safely from someone whose cause of death has not been definitely diagnosed, a medical examiner system, that is, a scientific and reliable general examination system for death investigation including the medico-legal practice for toxicological and infectious problems, should be in operation throughout Japan. And this kind of death investigation should be chiefly performed by medico-legal scientists (medical examiner). However, the present system in Japan is inadequate, for example, for the staff and institution, and the fundamental improvement is urgently needed. If these problems of insufficient death investigation system in Japan are not fundamentally solved, organ transplantation, which is underlain by an invaluable individual human death of the social members, does not seem to take firm root in our Japanese soil.