

## アンナチュラルな世界のリアルな現実： 死体検案・解剖の世界（1）

東京慈恵会医科大学法医学講座教授 岩 楯 公 晴

### 1. はじめに

架空の法医解剖施設を舞台としたTBS系のテレビドラマ「アンナチュラル」が放送され、話題になったのが本年（平成30年）1～3月なので、記憶に残っている方も少なくないかもしれない。ドラマの舞台となった東京都多摩地域に私の所属する東京慈恵会医科大学法医学講座の解剖室があるので、まさに主人公たちと同じ地域における同じようなアンナチュラルな死体（異状死体）の検案、解剖業務を行っていることになる。東京都内の異状死体の数は年間で約2万弱程度、そのおよそ3分の2が23区内、3分の1が多摩島嶼地域（以下、多摩地域）で扱われている。23区内は監察医制度の施行地域であり、すべての異状死体について東京都監察医務院（以下、医務院）の監察医が検案を行い、必要に応じて解剖（行政解剖は医務院、司法解剖とその他の解剖は原則として大学法医学講座）が行われる。一方、多摩地域には監察医制度が施行されていないため、検案はその多くを臨床医（警察医）が担当し、解剖はほとんどが大学法医学講座で行われている。

ドラマのストーリーについてあれこれ述べるのは差し控えるが、法医学の世界については比較的リアルに描かれており、人手不足の問題についても現実をよく反映していた。ただし、少なくとも多摩地域において現実と異なるのは、決定的に不足しているのが解剖医ではなく検案医だという点である。ドラマは多摩地域における解剖業務を担うために新たな施設が立ち上げられた…という設定であったと記憶しているが、実際には、多摩地

域における異状死体の剖検率は23区内とほぼ同程度であり、（現状で必要十分か否かについては議論もあるが）少なくとも大きな問題はない、というのが東京都と警視庁、東京地方検察庁、および我々大学法医学講座の共通認識なのではないかと個人的には思っている。一方、死体検案に関しては、危機的状況に陥りつつあるというのが共通認識かもしれない。検案業務を担ってきた先生方の高齢化が進み、後継者も育っていないというのが主たる理由である。そこで今回、本誌において死体検案を中心に、解剖も含めて紹介させていただくことになった。死体検案・解剖の世界は確かに特殊ではあるが、一般的な医療の延長線上にあるものであり、まったく別世界ではない…はずである。もっばら生きた患者さんに接し、その治療にあたっている臨床医にとって、明らかに死亡し、場合によっては腐敗が進行している死体に文字通り触れることに抵抗があるのは容易に理解できるが、少しでもその抵抗感をやわらげる助けになり、少しでもこの世界に興味をお持ちいただく先生が増えれば幸いである。

### 2. 死体検案の世界

#### 1) 多摩地域の検案体制と問題点

都内では死体検案は警察署単位で行われる。検案を行う場所も大部分が警察署である。多摩地域で検案を行うのは、基本的には各警察署の所轄の地区医師会に検案医として登録されている医師（いわゆる警察医）である。警察からの求めに応じて、単独で警察署に赴き検案を行う。検案業務

の有無、件数は不定期のため、各署（各地区）に数名ずつの検案医がおり、交代で業務に当たるのが望ましいが、実際に検案医が充足している地区はほとんどなく、検案医不在の地区や80歳以上の検案医1名のみといった地区も複数ある。そのような状況を打開するため、2016年より一部の検案医不在地区に大学から応援に出ると同時に、東京都医師会と東京都が中心となり、慈恵医大、杏林大学の法医学講座の企画による検案業務サポート事業などを行い、検案医の募集を続けているが、なかなか、なり手がいない。

23区内では医務院の監察医による、いわゆる巡回検案が行われている。監察医、補助者、運転手の3名が一班となり、各警察署（および、一部で救急搬送先の病院）を巡って検案を行う。一班あたりの1日の検案件数は数件から十数件程度であり、この方式であれば少ない人数の検案医で多くの検案業務を遂行することができる。しかしこれは、狭い地域内に非常に多くの人口が密集した23区でこそ効率的な方式であり、多摩地域にそのままは応用できない。多摩地域においては、人口規模（異状死体数）が23区の半分程度なのに比して面積は倍以上であり、医務院方式の巡回検案を行うには移動による時間のロスが大きすぎる。大学に直接、死体を持ち込み、法医学講座で検案を行う、いわゆる持ち込み検案も解剖を前提とした症例では行われているが、搬送業者や警察官、遺族の負担が大きく、通常の症例を対象に日常的に行うのには適していない。やはり多摩地域においては、地区ごとの検案医がそれぞれ、必要に応じて受け持ちの警察署に出向して検案を行うスタイルが適しているのではないだろうか。多摩地域の各署ごとの1日の検案数（異状死体数）は、大きな署でも平均すれば2体足らずなので、診療開始前や診療後の時間に業務を行うことは可能であり、各署の警察官に補助してもらえれば補助者も不要である。検案医が身一つで署との間を往復するだけなので運転手や特別な施設なども必要ない。生きている患者さんと異なり、「一刻を争う」

ようなケースはないので、検案に訪れる時刻を決めておけば、巡回の順番待ちで担当警察官や遺族を待たせることもないなど、医務院方式と比較してのメリットもある。しかし一方で、警察署の数だけ検案医が必要になるとともに、それだけの人数の検案医が行う検案の質に対する担保が求められる。多摩地域の死体検案の問題は、ハコモノでは解決することのないヒトの問題なのである。

## 2) 死体検案の実際

死体検案の対象になるのは異状死体である。なにをもって異状死とするかに厳密な定義はないが、異状の「状」が示すように死亡状況に左右されることも少なくない。異状死の約7割は病死であり、独居者の死亡状態での発見や、救急搬送後、診断前の突然死例などが多い。ドラマの題材に選ばれるような事件性のあるケースはごく一部である。

各警察署のたいてい片隅に、目立たないように小さな霊安室があり、検案はその中で行われる。スペースが限られており、照明も不十分なことが多く、換気や空調も良好ではないので、なかなかやりづらい。事前の情報と死体の外表所見、外表から可能な検査のみで死因を推定することになるが、CT等の死後画像撮影が十分に普及していない現状では、できることは限られている。どうしても、穿刺針を用いた穿刺行為に頼る割合が大きくなる。後頭下穿刺や心臓・心腔、胸腹腔、膀胱穿刺などにより髄液や血液、尿、各腔水などを採取し、その性状から死因を推定することになるが、ブラインドでの操作のため、結果の解釈を含めてある程度の慣れと経験が必要である。死体検案はいまだに experience-based な部分の大きい医療行為といえる。

ただし、そのような限られた情報からの診断になるので、死体検案の結果には一分の隙もないような厳密性が求められているわけではない。基本的に推定診断にならざるを得ないが、推定診断すら難しい場合は、正々堂々と「わからない」と言ってよい。遺族の同意のもとで承諾解剖を行い、後

の判断は解剖執刀医に任せることになる。同意が得られなければ、死因不詳で死体検案書を作成するのもやむを得ない。個人的には、警察医の先生方は我々法医学者よりはるかに豊富な臨床経験を有しておられるのだから、自らの経験と照らして腑に落ちない気持ちが残る症例については、後頭下穿刺の結果等にかかわりなく、解剖のご判断をされればいいのではないかと思う。検案結果の精度を検証する手段は、現状では解剖しなく、解剖結果のフィードバックなくしては、検案の精度向上は難しいためである。

### 3. 死体解剖の世界

多摩地域における異状死体の解剖は、そのほとんどが慈恵医大、杏林大学の2大学の法医学講座で行われている。以下、本学（慈恵医大）の実情について簡単に述べたい。現在、当講座で行われている解剖数は年間およそ800～1,000体程度であり、その約8割は監察医制度施行地域の行政解剖に準じた承諾解剖である。すなわち、警察官（検視官）や検案医が解剖を必要と判断し、遺族の承諾が得られた症例についての死因究明を主目的とした解剖である。解剖手技は病理解剖と基本的に同様だが、死因等についての解剖結果は執刀医が直接、遺族に説明する。死因だけでなく死亡時の状況等について少しでも知りたいと考えている遺族は多いので、死因究明を通してグリーンケアに

貢献できているのではないかと我々は考えている。

当講座では、常勤、非常勤を含め執刀医6名と補助者9名が当番制で解剖を担当している。それに病理、薬物検査、事務担当者等が加わるので、法医学講座としては比較的大所帯かもしれない。警察を通じて依頼のあった解剖は原則としてお断りしていないので、検案医の先生方は解剖の要否の判断に遠慮をされる必要はない。ドラマの中では7Kとか8Kとか揶揄されている職場だが、ほとんどのスタッフは希望して現職に就いているので、みなやりがいを持って仕事をしている。思うに、法医学者は自らの職務に対してネガティブなPRをし過ぎなのではないだろうか。キツイといっても我々に当直はなく、腐敗した死体を扱うことはしばしばだが、もともと医療現場というのはそれほど清潔な環境ではない。給料も通常の給与体系の中で支給されており、当講座だけが不当に抑制されているようなことはない。見学者の感想で多いのは「“意外と”普通ですね」である。

以上、多摩地域における死体検案と解剖についての概要を述べた。検案業務に興味を持たれた先生がおられれば、ぜひ各地区医師会や東京都福祉保健局にお問い合わせいただきたい。本気で死体検案にたずさわりたいとお考えの方に対しては、当講座でも解剖見学等を受け入れている。

## アンナチュラルな世界のリアルな現実： 死体検案・解剖の世界（2）

東京慈恵会医科大学法医学講座教授

岩 楯 公 晴

### 1. はじめに

人はみな、いずれは死ぬ。病院や家で、もともと診断されている何らかの疾患により家族に看取られつつ亡くなるのが最も自然（ナチュラル）な最後の迎え方だが、それ以外のアンナチュラルな亡くなり方（異状死）をするケースも少なくない。良い、悪いの問題ではなく、どうしても一定程度は存在する（ある程度の年齢になってからぽっくり逝くのは、家族には迷惑かもしれないが、個人的にはわりと幸せな最後の迎え方なのではないかと私は思っている）。現在、都内では全死亡のおよそ20%弱程度が異状死として死体検案を受けている。したがって、すべての人の1/5～1/6程度が生涯のうちでただ1度だけ、人生の最後に受診する診療科が我々の診療科ということになるのだが、残念ながら現在まで認知度が低く、人材難が続いている。そこで今回、本誌において、そのリアルな現実を紹介させていただく機会を賜り、前稿では多摩地域における死体検案・解剖の現状や問題点等についての概要を述べた。本稿では実際の症例等についても触れつつ、より具体的に詳細な話をしたい。異状死の原因は多岐にわたるため、今回は異状死の大部分を占める内因死（病死）を中心に述べたい。

### 2. 死体検案は肉眼で行う

#### 症例1

60代の男性。会社員（工場の技術職）。高血圧のため加療中。前日まで著変なく生活。当日も普段通り午前6時に起床し、朝食後に出勤。午前7

時前、乗換えのためにバスのロータリーを歩行中、突然、バタンと倒れた。歩行者がすぐに119番したが、救急隊到着時すでに心肺停止状態であり、搬送先病院で死亡確認された。X線、CT等で特記すべき所見なく、死因不詳とのことで警察に異状死の届け出がなされた。

異状死の中で犯罪や事件に関係するものはごく一部に過ぎない。不慮の事故や自殺などによる外因死も少数で、死因不詳の内因死例が大部分である。独居者の死亡状態での発見例のほか、本症例のような診断が確定する前の突然死例が死体検案の対象となることは少なくない。しかし、このようなケースにおいて、検案医にはいったい何ができるのだろうか。患者の死の間際まで治療に従事した臨床医が各種検査結果をふまえた上で死因不詳と言っている死体について、後から来た検案医が肉眼で見ただけで正確な死因がわかるはずがない。搬送時にCT撮影が行われていれば、検案時に穿刺行為を行う意味はほとんどなく、犯罪死を見逃さないという意味での法医学的な観察についても、目撃者や防犯カメラの映像から第三者の介在がないことが明らかであれば、その重要性は低い。一般に、異状死の約7割は内因死であり、その7割が循環器疾患、さらにその7割が虚血性心疾患といわれている。本症例においても頭部CTで頭蓋内病変は否定されており、たしかに心臓性急死が最も疑われる。しかし、それをもって検案医が急性心不全などの診断をしいののだろうか。極論すれば、異状死体に片っ端から「虚血

性心不全」の診断をつけても、70%×70%×70%=34%、3割以上は「当たる」ことになるが、それはもはや検案とはいえないのではないか。さまざまな検査技術が発達した現在の医療現場の中で、肉眼診断に頼らざるを得ない死体検案にはおのずから限界がある。推定診断にならざるを得ない死因に、検案医はどの程度の責任が持てるのであろうか。このような無力感が、やりがいのなさにつながり、現在の検案医不足の一因となっているようにも思われる。しかし、逆に言えば、EBM (evidence based medicine) 全盛の現代において、経験がある程度ものを言ってしまうこのようなレトロな世界にもそれなりの魅力はあるのだが、それを我々が十分に伝えきれていないのかもしれない。たとえば、疾患にはそれぞれ「死に方」のようなものがあり、それをふまえて考えれば、死体検案による死因も意外と「当たる」。たとえば、今回のように音を立てて受け身もとらずに倒れるのは致死性不整脈や心タンポナーデなどによる突然の心停止に多く、くも膜下出血などの頭蓋内病変の場合は音を立てずに崩れ落ちるように意識を失うことが多い。このような経験則は検案と解剖の両方を行うことで得られるものであり、検案のみを行う警察医の先生方に東京都と医師会による検案業務サポート事業などを通じてそれを伝えるのは我々の役割だと思っている。

ともあれ、現在の我が国の死因究明システムの中では、誰かが検案をしないと死者を埋葬することができない。検案医は必須の存在である。死体検案による死因推定の限界を十分認識し、それを含め、考えられる死因等について遺族に説明し、より正確な死因を知るためには、希望するなら解剖という手段があることを伝えるのも重要な役割である。幸いなことに本症例においては、事前に警察官から遺族に説明があり、解剖を前提とした持ち込み検案という形がとられ、引き続き行われた承諾解剖により、冠状動脈の硬化・狭窄にもとづく虚血性心不全の診断がなされた。近年、異状死体の死因究明の重要性が社会的にも認識される

のに伴い、警察のこのような対応による持ち込み検案が増加している。無論、遺族の同意が大前提ではあるが、いい傾向だと思う。ちなみに、「虚血性心不全」は法医学独特の用語かもしれない。突然死例では解剖を行っても形態学的に心筋梗塞など明瞭な心筋虚血の所見が得られることが少ない。「虚血性心疾患」は臨床的な診断基準にもとづく厳密に定義された用語であり、それを我々が安易に用いることにはばかり、おそらく冠状動脈の硬化・狭窄による心筋虚血のために急速に心不全状態に陥ったのではないかと…という意味で使用している。いわば臨床に敬意を表して用いている用語である。

### 3. 死体検案は一人（個人）で行う

#### 症例2

60代、独居の男性。貿易関係の会社員。当時、エボラ出血熱が猛威をふるっていたアフリカの某国への渡航歴あり。ヨーロッパからの帰国時、空港のサーモセンサーで40℃近い発熱が指摘されたが、それ以上の精査を拒否し帰宅。その後、連絡が取れなくなったため家族が様子を見に行くと自宅で死亡していた。

死体検案は肉眼で行う。それゆえ、目に見えないものは怖い。その代表が薬物と感染症(微生物)である。両者とも、解剖を行ったとしても肉眼所見での診断は困難であり、ましてや検案のみでは判断ができない。薬物については、不慮の中毒死や服薬(服毒)自殺の他、場合によっては犯罪による中毒死(いわゆる毒殺)を見逃してしまう可能性、感染症に関しては、それを見逃すことで自分自身だけでなく周囲の人たちに感染が拡大してしまう可能性が危惧される。写真は本症例の検案前のスナップ写真である。宇宙服のような格好は、パンデミックを想定して警察署に配備されていた装備とのことである。当時、死亡者のアフリカへの渡航歴がはっきりしなかったため、おそらく大丈夫だろうと思われたものの、エボラを完全には



否定しきれず、このような装備になった。見ようによっては滑稽にも見えるが、本人たちは大真面目である。写真の一人は検案医（私ではない）であるが、もう一人は警察官であり、医学に関しては素人である。このような格好までして死体検案の補助をするのは、必ずしも彼らの本務ではなく、また、やむを得ないことだが、清潔・不潔の概念がよくわかっていない。はっきり本務でないと言えれば検案補助が原因で感染しても労災扱いにならない可能性があることなどもあり、万が一の感染防止のためにも、可能な範囲で最大限の配慮が求められる。余談だが、死体からの感染で最も恐れられているのは肺結核であり、結核が疑われる死体にN95のマスクがかけられて搬送されてくることがある。台の上に横たわっている咳も息もしない死体がマスクをしている様子にはどうしても違和感を感じるのだが、搬送時や体位変換時など、何らかの機会に胸腔内の空気が外部に排出される可能性もなくはないので、それはそれでいいのではないかと、思うようにしている。

さて、結局、本症例は高度の黄疸と死亡前に腹痛を訴えていたという情報などから、急性閉塞性化膿性胆管炎の疑いと診断された。心腔穿刺で血液試料を採取し、特例的にそれを保存した後（通

常の検案では心腔穿刺を行っても血液の保存は行われない）、解剖は施行されなかった。医師一人で行う死体検案としては精一杯の結果であり、妥当な判断であったと思う。まかり間違っても「エボラでないことを確認するために」などと解剖することになったら、かなり大ごとになっていたと思う。本気でエボラを疑うのであれば、その解剖は細心の注意を払って行われるべきであり、少なくとも本学の解剖室にはそれが行えるだけの設備はない。あえて解剖を行わないという判断もときには重要である。

#### 4. 死体解剖は組織で行う

医師一人が肉眼で行う死体検案には限界がある。検案によりその他の死因の診断をした後でも、ひょっとしたら背景に薬物や感染症の影響等が隠れているのではないかといった気が残ることもしばしばあるが、解剖を行わなかったら後々それを検証することはほぼ不可能である。一方、解剖は、執刀医が中心となり、病理組織や薬物等の検査担当者の協力を得て診断を行う。カンファレンスなどを通して他の医師の意見を聞くことも可能であり、後日の検査用に血液、尿などの試料が保存されていれば、「何かあったとき」に後方視的にその分析をすることもできる。じつは、以前デング熱が流行したときやSFTS（重症熱性血小板減少症候群：ダニが媒介するウイルス感染症）が社会問題となったとき、本学の熱帯医学講座の協力を得て、それまでに解剖が行われた感染症の可能性が考えられる症例の保存検体からのウイルス検出を試みたことがある。幸いなことにいずれの疾患についてもウイルスが検出された症例はなく、ほっとしたのを記憶しているが、このようなことができるのもいろいろな分野の専門家が集まっている大学ならではの点だと思う。少なくとも多摩地域では、異状死体の死因究明について大学が全面的に協力する体制ができていたので、ぜひうまく我々を使ってほしい。23区内の監察医制度と、多摩地域の大学と警察医を中心とした死因究

明体制、いずれかが正しく、いずれかが誤っているというものではない。それぞれに長所もあり、問題点もあることを、ぜひ医師会の先生方にもご理解いただきたい。

### 5. 検案と解剖の狭間で

検案（のみの場合）と解剖ではその精度にかなりの差がある。異状死体の剖検率は、都内では現在15%前後だが、死因究明を最優先に考えるなら異状死全例で解剖を行うのが望ましいのは言うまでもない。しかし、解剖にはお金がかかる。人も足りない。人の心情として、解剖を望まない遺族も多い。一方で、病歴のある高齢者がたまたま異状死として扱われた場合など、検案のみで確定診断はできないにしても、解剖まで行う必要はないのではないと思われる症例も実際に相当数存在する。患者の自己決定権は、現在の医療制度の中で最も重要な原則の一つである。自ら医療を拒否し、結果的に異状死する人は少なくないが、それも自己決定権の行使といえる。しかし、死亡し

たとたん、それがなくなるというのは、普段から死体に接している私としては少し寂しい気がする。死体検案・解剖が人が受ける最後の医療であるというなら、死者にも自己決定権は認められていいように思うし、遺族がそれを代弁してもいいのではないかと考えている。遺族の心情は、より正確な死因を知りたいという気持ちと遺体を傷つけないという気持ちの間にある。死体と遺族の間に入り、死体検案の限界を十分説明した上で、ときには解剖を勧め、ときには可能な範囲で推定診断をつけてあげるというコーディネーター的な役割が、監察医制度のない多摩地域の検案医にとって本当は最も重要な仕事なのかもしれない。

前号、今号と2号にわたり、多摩地域における死因究明制度とその実情、問題点等について、死体検案を中心に紹介させていただいた。多くの臨床の先生方にとっては縁遠い話題であったと思うが、多少なりと興味を持ってお読みいただけたとしたら幸甚である。