

# 日本の死因究明制度の問題点について\*

——諸外国との比較から見えてくる日本独自の問題について——

長 澤 惇 平

## 1. はじめに

死の事実関係を決することは社会的に重要な意義を有する。したがって、死因の究明は社会的な責任と権限に基づいて公平公正に行われるべきである。本稿は、このような視点に基づき、諸外国の制度を参照しながら日本における死因究明制度の問題点について指摘することを目的とする<sup>1)</sup>。

死は、誰にでも平等に訪れるが、その態様は個別的である。他方で、死は個別的性質のみならず、社会的出来事としての性質も併せ持つ。そのため、死の事実関係はこの両方の性質に配慮しながら決定される必要があるだろう。死の事実関係を適正に確定することは、個人の生・死を社会的に位置づけることであり、それは同時に個人（生前の故人）を人格存在として尊重することでもある。

このような視点から日本の死因究明制度を考察すると、そこには問題があるように思われる。最も大きな問題は、死体を外表から五官を用いて調べることのみによって、「死因」及び「犯罪性の有無」について判断することを要求している点にある。このような前提に基づいて日本の死因究明制度が構築されていることから多くの問題が引き起こされている。

以下では、まず、諸外国の制度類型を見ながら制度の概略を確認し、歴史的経緯をたどって現状の把握を行う。次に、概略把握からみえてくる諸外国と日本との相違を分析し、死因究明制度上の問題点を明らかにしていく。

---

\* 社会科学総合学院横野恵専任講師の指導の下に作成された。

## 2. 死因究明制度の概略

### (1) 諸外国の制度

諸外国の死因究明制度には、大きく分けて英米法系と大陸法系の二つの類型がある。

#### ① 英米法系

イギリスを始め、オーストラリア、カナダ、アメリカといった英米法圏では、コローナ制度が存在する。司法権を有した独立司法官であるコローナが、コローナ法・出生及び死亡登録法等に基づき、その権限と責任において「死の事実認定」を行うことを目的に死因究明を行うものである。コローナに届け出るべき死は、多くの法域において法律等で規定されており、広く届出が行われている<sup>2) 3)</sup>。届出数だけでなく、解剖率も高いのが英米法系の特徴である<sup>4)</sup>。また、解剖の要否はコローナがその権限と責任において判断することになっており、コローナには、必要があればinquest（検死裁判・検死審問・検死法廷等と訳される）を開く権限も与えられている<sup>5) 6)</sup>。イギリスでは「原因・状況がどうであれ刑務所における全ての死亡に対して、検死裁判を義務付ける（法八条一項c）。しかもそれは、陪審によってなされなければならない（同条三項a）」とされ（福島至、2003、299頁<sup>7) 8)</sup>、全例が解剖に付されている。解剖や検死裁判の結果、必要に応じて死亡事故の再発を予防すること等を目的として勧告を出すことも認められている<sup>9) 10)</sup>。

コローナは警察とは独立した上位機関として、死因を究明する専門的役割を担っている。国や州によっては、コローナの指示が無ければ警察が死体を勝手に動かすことすら許されていない<sup>11)</sup>。コローナ制度の目的は、犯罪性の有無の判断ではなく、死の事実関係を明らかにする点にある。

カナダの一部の州やアメリカの都市部では、コローナ制度から発展したMedical Examiner System（以下、ME制度）という、医学的観点をより重視した検討を行う死因究明の形態が存在する。ME制度下では、MEでなければ異状死の死亡診断書の発行ができず、MEは臨床医の死亡診断書をチェックし、コメント欄に診断根拠を記載するなどして死因判断のスクリーニングも担っている<sup>12)</sup>。しかし、MEがコローナを兼ねるなど二つの制度が混在する地域もあり、両者の違いは必ずしも明確とはいえない。コローナ制度では、検死裁判を開くなど法律的な側面を重視しているため、法律資格保持者がコローナ職に就くことが多いが、アメリカでは19世紀頃からコローナに対する社会的信頼が失われたため<sup>13)</sup>、医学的な側面を重視して法医病理学専門資格を持つ者がその任に就くME制度が作られ、その後都市部を中心に定着していった歴史的経緯がある。

#### ② 大陸法系

大陸法圏においては、死因究明における中心的な役割は警察が担っている。警察が死体を検視（場合によっては解剖）した上で、当該死体にまつわる「犯罪性の有無」を判断す

ることを目的に制度が設計されているのが特徴である。しかし、大陸法圏の中でもその運用状況は各国で大きく異なる。フィンランドでは、法律で届け出るべき死が定義されており<sup>14)</sup>、警察に届出された死体は全例が司法解剖に付される<sup>15) 16)</sup>。一方で、フランス、ドイツのように届け出るべき死が法定されておらず、また解剖すべきか否かの判断が警察・検察に任せられ、届出されたものの一部しか解剖に付されていない国もある。一般的に、英米法圏と北欧（本稿では、フィンランドおよびスウェーデンを指摘するものとする）、そしてオーストリアなどでは解剖実施率が高い<sup>17)</sup>。それに対して、ドイツ・フランス・イタリアのように、犯罪死の可能性のある場合には解剖に付すとの方針をとる国では、解剖実施率が低く、実施率の高い国からその低さを問題視されている<sup>18)</sup>。

このような差異は、死因究明制度における目的の相違に由来する。解剖率の高い国では制度の根底に、死の「事実関係を明らかにする」ことが重要であるという考え方があり、それが第一の目的とされている。それに対し、解剖率の低い国に共通するのは、届出されるべき死が明確には規定されておらず、死因究明の目的が「犯罪性の有無」の判断に限定され、解剖が犯罪捜査の一部と位置づけられている点である。

## （2）日本の死因究明制度

日本では、大陸法系（ドイツ・オーストリア型）の制度を導入したこともあり、警察の検視手続を中心として「犯罪性が認められる」死体に限って司法解剖が実施される形で制度が形成されてきた。戦後になってアメリカ（ニューヨーク市）の制度を輸入したが、その際、監察医制度として一部の地域に限って導入したことから、司法解剖と監察医制度下の解剖、その他の地域での行政解剖の三つの制度が存在することになった<sup>19)</sup>。そのため、本来意図されたあり方とは異なった状況を導いた。ここでは、歴史的経緯を遡りながら日本の制度形成過程を分析する。

### ① 西洋医学における解剖の意義の歴史的変遷

死因究明の代表的手段である解剖の起源については明らかではないが、ヘレニズム時代の初期アレクサンドリアにおいて初めて解剖学が公認の学問になって以来、西洋医学下では古い歴史がある<sup>20)</sup>。

その後、フリードリヒ2世によって初めて人体解剖を許可する法令が制定され、1286年にはイタリアでペストが流行した際に病気の原因を追究する目的から心臓の部分解剖が最初の病理解剖例として実施されている。当時の解剖の意義は、死の原因を明らかにすることが生きている人々を守るために必要であったことと理解される。1302年には、法律問題解明のため、ボローニャ大学法学部の監督下において最古の司法解剖が実施されている<sup>21)</sup>。貴族の不審死を調査するために裁判所の命令によって実施された。このように、西洋医学下においては古くから死因を究明するための解剖が実施されてきた。

## ② 日本の死因究明の歴史（検視制度を中心に）

日本の死因究明の歴史は、西洋医学を取り入れる前後で区別される。漢方医学が行われていた日本では、解剖によって死因を明らかにするという医学的営みは行われず、その影響が死因究明制度導入時の捜査のあり方にも及んだ。結果として、日本の制度は西洋のそれと異なる態様を示すことになった。

死体を解剖するという行為は、日本においても西洋と変わらず、伝統的には法令で禁止される類のものであった<sup>22)</sup>。しかし、日本は西洋と異なり漢方医学であったため、解剖してその原因を探るということは医学的営みとしても行われてこなかった<sup>23)</sup>。その結果、死因の判断は外表からのみでせざるを得なかった。こうした状況は、明治天皇の勅命によってドイツ・オーストリア（ヨーロッパ型）の法医学が輸入された明治維新後においても残存した<sup>24)</sup> <sup>25)</sup>。

判断を外表からせざるを得ない状況は、医療を担う医師だけでなく、当時の捜査機関である奉行所役人の意識や捜査手法に影響を及ぼした。死体を解剖しない捜査機関は、周囲の供述や状況調査などから「犯罪性の有無」を判断せざるを得ないため、解剖によって死体から犯罪等の兆候を客観的に捉え証拠を保全する捜査態様を形成しえない。その結果、死体を解剖せずに「犯罪性の有無」を判断することが要求され、常態化した。

「犯罪性の有無」についての判断を外表からせざるを得なかったもう一つの理由に、マンパワー不足が挙げられる。ドイツ・オーストリア型の法医学に基づく解剖を導入しても、実際には法医学者の数は少なく、多数の解剖を実施することは困難であったことから、解剖実施数の限界に配慮して制度運営を考える必要があった。その結果、解剖数を極力減らす運用を可能にする制度を構築する必要性に迫られ、現在のような検視制度の規定がなされることになった<sup>26)</sup>。

文化的背景においても解剖数を少なくする要因があったと思われる。日本では死体を傷つける行為は死刑への付加罰とされていたため、罪人の死体を傷つけることは罰を科す行為と同様のものと解釈することができた。そのため、犯罪性が認められる死体の解剖は、犯罪性が疑われない死体の解剖よりも是認されやすかったと思われる。

たとえ法医学が導入されようとも解剖に対する人々の意識や考え方は直ちに変わるものではない。このような意識は、犯罪性が疑われない死体への解剖を極力避けるように作用した。その結果、「犯罪性の有無」という基準を設けることで、解剖の実施対象の死体が選別されることとなった。その結果、当初模範にした制度とは異なる死因究明の流れが構築され、解剖以前に「犯罪性の有無」についての判断を行う現在の制度が構築されたのである。

医学と捜査の関係は、当時の管轄省庁の組織構造にも反映されている。戦前期まで、長く国内公衆衛生行政は内務省が所管しており、その第一線は警察署であった<sup>27)</sup>。公衆衛生

という医療の関わる部分と警察業務を管轄する省庁が同一であったために、両者の関係は相互に影響し合い、その結果、医師法21条の規定と検視制度を定める刑事訴訟法の規定が連動する形で設けられることになった<sup>28)</sup>。すなわち、公衆衛生の第一線が警察署であったため、検死（検案）をした医師から公衆衛生の観点を含めて犯罪捜査の端緒となりうる異状死の届出先として警察が想定されたのである。さらに、警察は解剖せずに「犯罪性の有無」が判断できるとされていたため、解剖をせずに進む死因究明手続が形成されることとなった。

### ③ 監察医制度導入の経緯

第二次世界大戦後の1946年には、犯罪捜査のための司法解剖だけではなく、公衆衛生上の観点から解剖する必要性が高まり、監察医制度が導入された<sup>29)</sup>。当時、都市部では多数の浮浪者死体があったが、それらに対してはろくな医学的検査がなされず、全て餓死とされていた。そのため、占領政策を担うGHQは結核等の流行病の蔓延に対して無策であるこの事態を問題視し<sup>30)</sup>、死因不明の死体に対し、捜査権を有した監察医が死因究明を行うアメリカ型（ニューヨーク市）のシステム構築を命じた。当初の指令では、国際死因分類に基づき統一的、一元的に監察医が死因不明の死体の死因究明を行う制度を構築すべきとされ、犯罪死体を含め死因不明の死体に対して解剖をすることとされていた。しかし、厚生省の通達により、指令と異なる形で制度が導入された<sup>31)</sup>。そのため、ME制度で認められていた捜査権限は日本の制度下では不要とされた。これらの点で、当初想定していた本来の制度とは異なる形で、日本の制度が構築されることとなった。

### ④ 現在

ここまで見てきたように、現在の日本の死因究明制度においては、犯罪捜査のための検視制度に基づき「犯罪の嫌疑がある」死体に対しては司法解剖が実施され<sup>32)</sup>、検視によって犯罪の嫌疑は認められない非犯罪死体の一部に対しては、公衆衛生上の観点から行政解剖が行われるというダブルスタンダードの状態にある<sup>33)</sup>。

行政解剖は、遺族の承諾が不要な監察医制度下での解剖と承諾を要するものとに分かれる。監察医制度下での解剖は、死体解剖保存法8条に定められた一部の地域においてだけ実施されることとされ<sup>34)</sup>、その対象となる死体は犯罪の嫌疑が認められない「変死体又は変死の疑がある死体」や「その地域内における伝染病、中毒又は災害により死亡した疑のある死体その他死因の明らかでない死体」とされている。

死因究明の端緒は、医師法21条と死体解剖保存法11条によって規定されている。前者は、医師が死体の検案をして「異状」を認めた場合<sup>35)</sup>、24時間以内に警察へ届け出ることが罰則規定をともない義務付けられている。後者は、死体を解剖した者に対し、死体に「犯罪と関係のある異状」を認めた場合に、警察への24時間以内の届出を義務付けている<sup>36)</sup> <sup>37)</sup>。この「異状」がどのような場合を指すのかについては、法律で明記されていない。

### 3. 問題点について

日本の死因究明制度の歴史と制度状況を諸外国と照らし合わせて考察すると、日本の死因究明制度の抱える問題点が明らかになる。最も大きな問題点は、死体を外表から五官を用いて調べることにのみによって、「死因」及び「犯罪性の有無」について判断することを要求している点にある。この考え方が多方面に大きな影響を及ぼしていることを以下では指摘する。

#### (1) 外表からのみの判断の妥当性について

日本では、死体を外表から五官を用いて調べることにのみによって、「死因」及び「犯罪性の有無」についての判断は可能であるとの前提が存在し、それに基づき死因究明制度が構築されている。しかし、正確な死因や犯罪性の有無についての判断を外表から五官を用いるのみによって行うことが、はたして可能なのだろうか。もし、これが可能であるならば、そもそも解剖によって死因を明らかにする必要はない。しかし、なぜ西洋医学では解剖が古くから行われてきたのか。それは、外表から五官を用いるのみによる判断では死因の解明が難しい点に鑑み、解剖によって正確な死因を究明しなければならないとの前提的な認識があるからである。

そこで、日本が前提とする外表から五官を用いるのみによって判断をすることの妥当性について、まずは検討する。

この点、生体に対して診断する場合と死体における場合とを比較すると分かりやすい。生きている場合には、現代医学では、CTやMRI、レントゲンといった画像診断機器を用いて外表からは知りえない身体内部まで検査が行われる。こうした検査を経ずに手術の実施又は癌等の診断がなされたとすれば、十分な医療水準に達していないとして問題となるだろう。現代の医療水準からは、外表から診断するのみによっては適正な医学的判断を行ったとはいえないのであるが、こうした判断がなぜ死体の場合にはできるといえるのかは疑問である。

法医学の専門家である押田茂實は「慎重に外から見て死因を推定しても六割しか当たらない。それも、若いときの三十代と、いまの六十歳くらいになっても、その誤診率は変わらなかった」と柳田純一の言葉を紹介し（押田茂實、2001、293-294頁）、法医学の専門家であっても外表から調べるのには限界があることを指摘している<sup>38)</sup>。さらに、フィンランドのデータベースによれば、臨床診断で疾病による突然死とされた約17%が解剖後に別の死因と判断されており、事故死と診断された約28%が解剖後に別の死因と判断されている。また、殺人と診断された遺体の約23%が解剖後別の死因と診断されていることから明らかなように<sup>39)</sup>、外表からのみの死因診断には少なくとも一定程度の限界や誤診が存

在することが示されている<sup>40)</sup>。現代医療におけるこうした限界と危険性に鑑みると、日本の死因究明制度はとても危うい前提の上に成り立っていることを指摘できる。

外表から五官を用いるのみによって「犯罪性の有無」を判断することについては、以下のようなケースを想定してもその危険性を指摘できる。例えば、保険金殺人等で薬物を用いるケースにおいては、薬物の症状が外表に現れない場合もある<sup>41)</sup>。こうした殺人は、現在の検視制度下では見逃されている危険性が高い<sup>42)</sup>。

外表から五官も用いて調べるのみによって判断することの問題は、「犯罪性の有無」についての判断のみに関わるものではない。犯罪性は見出せないが、死因の如何が故人にまつわる法律関係に影響を及ぼす場合がある。それは、監察医制度の地域限定によってもたらされる問題とも関わる。

現在の死因究明制度では、犯罪性が見出せない死体の場合、監察医制度の整った一部の地域以外では、社会的制度として正確な死因判断のための解剖はなされない。そのため、何が原因で亡くなったかについて、適切な判断がなされているとは言えない。岩瀬博太郎は、平成16年にあった新潟中越地震におけるエコノミークラス症候群（肺血栓塞栓症）による急死事例と災害給付金の受給関係を例に挙げ、この点を指摘する<sup>43)</sup>。このような災害のケースでは多くの場合犯罪性がみられないのが通常であるだろう。しかし、刑事訴訟法の定める検視制度及び死体解剖保存法8条の定める監察医制度の政令による実施地域限定によって、上記のような死体については、「犯罪性の有無」の判断以上には死因の究明は行われず、正確な死因の判断は期待しえない。その結果、死因は「心不全」として、実質的に「死因不明」の状態のまま放置される<sup>44)</sup>。

監察医制度の実施地域の限定によって見逃しうる犯罪の例として、遺族が行った殺人、特に、児童虐待による死のケースを指摘する必要がある。児童虐待では、承諾の要否を定める死体解剖保存法の規定の相違が深刻な問題を招く。監察医制度がない地域において司法解剖以外の解剖を実施するためには、死体解剖保存法7条に基づいて遺族の承諾が必要とされているが、児童虐待をした親から承諾を得ることは困難である。また、児童虐待か否かの判断は、解剖によって客観的に適正な死因判断を経た上でなければ難しい。したがって、監察医制度のない地域は、ある地域に比較して、児童虐待を見逃す危険性が高い。

## (2) 死因究明の端緒にまつわる問題

諸外国の制度では、外表からのみによる判断の危険性に鑑み、広く死体が解剖に付される機会を確保するように配慮した制度の構築がなされている。

例えば、英米法圏や北欧では、届出されるべき死を明確に規定することで届出数を確保し、そうすることで、死因究明の端緒を得る機会を確保しようとしている。また、死亡診断書（死体検案書）が適正なものであるかチェックする必要がある点を考慮し、第三者

のスクリーニングを経る機会が確保される制度設計になっている<sup>45) 46)</sup>。この点について、日本が模範としたドイツでは、火葬率が低く土葬が一般的であるため、火葬してしまうことで証拠となりうる死体が焼失してしまう点に鑑み、火葬の場合に限ってではあるが第三者がチェックする機会が確保されている<sup>47)</sup>。

これを、火葬を当然とする日本にあてはめると、ほぼ全ての死亡診断書について本来であれば第三者によるチェックを経るべきということになる。もし、第三者がチェックせずに火葬に付されてしまうと、後で何らかの問題が生じた場合、証拠になりえたはずの死体の検証は不可能となる。これは、医療事故・医療過誤といった医療関連死に関わる紛争において大きな影響を与える。つまり、死因が適正に確認されたならば争う必要がないケースでも、スクリーニングの機会が確保されていないために不要な争いを生む危険性がある。また、たとえ裁判やADRによって紛争解決が図られても、その過程で重要な証拠になるはずの死体及びそこから得られる客観的情報が存在せず、手続の過程で水掛け論に陥ることになる。そのために、紛争は長期化し、判断が困難なものとなるなど、医療紛争において大きな影響を与えることとなる。これは、紛争の予防と解決の二つの点において問題である。

次に、医療関連死と関係して問題となるのが、死因究明の端緒となる届出のあり方を規定した法規の問題である。日本では、異状死の積極的な届出を促す仕組みが欠如している。この問題は、医師法21条の解釈論としてこれまで多く論じられてきた。平成16年4月13日には最高裁判所がこの点についての判決を下しているが、本稿では解釈の是非ではなく、当該法規定自体が現代において妥当していないことを指摘したい。

そのために、最高裁判決通り「医師免許に付随する合理的根拠のある負担」として、その届出義務規定の合憲性を認めた上で、この規定により「警察官が犯罪捜査の端緒を得る」ことが本当に容易になるかを検討する。また、上記判決や規定の結果「警察官が緊急に被害の拡大防止措置を講ずるなどして社会防衛を図ること」が可能になるのかを検討し、当該規定が社会にもたらす影響について考える<sup>48)</sup>。

まず、医療行為において明らかなミスや過失が疑われる場合、当該行為を行った医師自身が最も業務上過失致死に問われうる可能性を理解しているはずである。その際、問われうる罰の軽重を一般人の合理的な判断に従って比較すると、どれだけの医師が届け出るかは疑問である<sup>49)</sup>。このことは、単に不届けを促すだけではない。不届けによって、警察が医師の不届けを覚知できなければ、警察は異状死届出義務違反すら問うことができない<sup>50)</sup>。これでは、最高裁判決がその中で述べる「犯罪捜査の端緒を得る」ことも「被害の拡大防止措置を講」じて「社会防衛を図ること」すらも、難しい。したがって、現行医師法の規定自体を改める必要がある。

その他に、医師法20条但書規定に関する問題がある<sup>51)</sup>。これに関しては、二つの点を



指摘する必要がある。一つは、医師が直接自ら診断せずに死因を特定することの妥当性について。もう一つは、なぜ死因の判断において「24時間以内」の死であれば直接診断せずに死因を特定することができるのかという点についてである。

前者については、既に指摘したように外表からの判断のみでは不十分である。直接診断してもある一定程度の誤りがあるにもかかわらず、どうして自ら直接診断せずに死因を特定することが許されるのか疑問である。直接診断せずに死因判断を認める本規定は、誤りや犯罪の見逃しを認めるものであり、妥当性がない。

次に、「24時間以内」という時間規定についてだが、診療中の患者で受診後24時間以内に亡くなった場合、その死は通常の診療や医療行為からは「予期できなかった死」であり、急死や突然死にあたり、むしろ詳しい死因究明が求められるケースではないか。例えば、アメリカのロサンジェルスにおける医療関連死は「治療過程・治療後24時間以内の死亡」と定められており（吉田謙一・他、2003、61頁）、当該死亡事例は医療関連死と扱われている。日本と比較すると、同じ死の態様につき正反対の考え方を取っている。日本では、このような死体に関する死因は、直接診断せずに済み十分に死因究明なされる必要がないと捉えられている。言い換えれば、医師法20条但書によって、医療関連死の責任が問われうる場合でも、死亡診断書の発行により火葬に付すことで証拠隠滅がはかれるのである<sup>52)</sup> <sup>53)</sup>。諸外国では、「24時間以内」という時間の限定すらせずに、突然死や不自然死、予期できなかった死などと規定し、より広い死亡事例の届出がなされるよう配慮されている。

犯罪性のためだけに、医師法20条但書の妥当性を疑っているわけではない。医師にとっても医療行為の効果や妥当性を検証し、自らの向上に資するものとして、より正確な死因の究明は必要であるだろう<sup>54)</sup>。また、遺族への説明責任という観点からも、なぜ受診後24時間以内に亡くならなければならなかったかについては適切に対応すべきであり、当該死亡原因の判断は通常以上に慎重を期すべきと思われる。そう解するならば、直接自ら診断せずに死亡診断書の発行が可能であるとする医師法20条但書規定は問題である。

その他、法規間における問題として指摘できるのは、医師法と歯科医師法との整合性についてである。検死行為は、医師だけでなく歯科医師にも規定されているにもかかわらず、歯科医師法には医師法21条のような異状死の届出義務規定が存在せず、両法規に差異が存在する。そのため、整合性を欠く事態が生じているが、この点に関しては、問題点を指摘するにとどめる<sup>55)</sup>。

#### 4. おわりに

死は、誰にでも平等に訪れるものだが、その態様は個別的性質を有するのみならず、社

会的性質も併せ持つ。そのため、死の事実関係はその両方に配慮しながら決定される必要があるだろう。しかし、現在の日本の死因究明制度下においては、それが実現していない。その最も大きな問題点は、外表から五官を用いて「死因」や「犯罪性の有無」についての判断が可能であるとする前提に基づいて制度が構築されてきたことに由来する。

死にかかわる不要な争いを予防し、死が関係する紛争を客観的な証拠によって公平公正に解決するためには、死因究明制度を見直すことが不可欠である。医療水準の高まりとともに、その必要性は高まっている<sup>56)</sup>。生きている人間が人格存在として尊重されるために、死の事実関係を公平公正に明らかにし、適正な判断をするという社会的に重要な意義が死因究明にはあると思われる。したがって、本稿で指摘した問題点の是正とそれを実現する諸条件の整備を進めることが、今後求められることだろう。

#### 注

- 1) 死因究明を行う手段を総称して「死因究明制度」と、本稿では呼ぶこととする。主なものに、医師が外表から五官を用いて死の態様について判断を行う「検死（検案）」及び検察・警察が同様の方法で犯罪性の有無について判断を行う「検視」、「解剖（及びそれに付随する諸検査）」、そして、近年注目されつつある「Autopsy imaging（以下、Ai「死亡時画像診断」）」がある。解剖については、検視の結果「犯罪の嫌疑がある」と判断された場合に行われる「司法解剖」、公衆衛生上の観点から行われる「行政解剖」、病理を明らかにするために病院ごとに行われる「病理解剖」といった類型がある。
- 2) イギリスにおいて、出生及び死亡登録法で規定された「届け出るべき死」の内容は、以下の通りである。①外因死が疑わしい状況や病歴がある場合、②事故に関連した可能性がある場合、③労働・職業と関連している可能性がある場合、④中絶の場合、⑤手術中または麻酔から完全に覚醒する前、または、麻酔と何らかの関連性があつた場合、⑥医療行為や治療行為と関連している可能性がある場合、⑦死者自身の行為が死に寄与した可能性のある死（自虐行為、薬物・有機溶媒使用）の場合、⑧警察または拘置所内の死亡の場合、⑨入院24時間以内の死亡の場合、⑩精神保健法による拘留中の死亡の場合、である。一方、コローナ法（1988年）では、届出の要件として「不自然死（異状死）と疑うに足る合理的な理由があればよい」とされている（吉田謙一、2006、78頁）。そのため、全死亡の約45%が届け出られ、全死亡の約22%がコローナ解剖されている（吉田謙一、2007、15頁）。
- 3) オーストラリアのビクトリア州では、コローナ法に「報告すべき死」として、以下の内容が規定されている。「(1) 予期しない死、不自然な死、暴力による死、事故死、障害死 (2) 麻酔中の死 (3) 麻酔を原因とする死 (4) 他の規則によって定められた死 (5) 何らかの拘束を受けている間の死a：拘束中、拘留中の死b：精神科関連の死 (6) 身元不明の死 (7) 出産時の死」（全日本民主医療機関連合会視察団、2007、11頁）。
- 4) ビクトリア州では、年間約3万件的死亡のうちコローナに届けられる異状死が約4000～5000件。そのうち約3000件以上がビクトリア法医学研究所（以下、VIFM）で解剖されている（全日本民主医療機関連合会視察団、2007、2頁）。この点に関連した数値として、日本の全死亡例に対する解剖率は1.38%である（吉田謙一・他、2004、55頁）。
- 5) カナダでは、コローナが解剖を指示すべき状況として「全ての外傷死、刑務所内での死亡、犯罪死、交通事故死、工場内での死など労災関係の死亡、農業労働者の死亡、突然死ないし不自然死、死亡前の医療の受信歴が不明の場合など」が明記されている（藤宮龍也、1994、419頁）。ブリティッシュ・コロンビア州では「1990年に23,389人の死亡者がいて、9,294体がコローナにより扱われた。そのうち、3,639体について解剖が行われ」ている（藤宮龍也、1994、419頁）。
- 6) イギリスのコローナ法8条1項によると、「暴行的な死あるいは不自然死、原因不明の突然死、刑務所における死、もしくは他の法律によって義務づけられている場合」（福島至、2003、298-299

- 頁)、コロナーは検死裁判を行わなければならない義務があり、通報された死の約13%強について実施されている。
- 7) 被拘禁者死亡事例については、福島至、2003、299-303頁を参照。日本では被拘禁者死亡事例における死因究明が行われているとはいえない。具体的には、1992年の城野医療刑務所事件や2002年に起こった名古屋刑務所事件などが挙げられる(福島至、2003、299-303頁)。
  - 8) 勝又義直は「被拘禁者の死については、監獄法施行細則により所長が検視を行い、自殺その他の『変死』の場合は検察官および警察署に通報して検視をうけなければならないとされている。したがって、病死であると考えられれば通報はなく、その判断は所長の裁量による」とし、(福島至・編、2007、192頁)、この状況について『「変死の疑いのある死体」は変死者ではないので報告されないことになりかねない」と指摘している(福島至・編、2007、192頁)。これは、刑務所内における人権問題として指摘され、監獄法から受刑者処遇法になった今も監獄法時代と変更なく、問題が以前放置されたままとなっている(福島至・編、2007、202-204頁)。
  - 9) イギリスで1316年に、コロナーが採掘現場での死亡事故の調査から現場の閉鎖命令を出している。公共の健康のためにコロナーが当時から勧告を出していたことが分かる(全日本民主医療機関連合会視察団、2007、13頁)。カナダでは「検死陪審では時に勧告(recommendation)が出され、事故死・労災死・病死等において、会社や行政府に対して再発予防の措置を勧告する」とされている(藤宮龍也、1994、419頁)。
  - 10) オーストラリアのVIFMでは、解剖では検知できない塩化カリウムと生理食塩水の取り違え例において、容器が同じようなものに入れられていた事例で検死法廷を開いた結果、看護師が間違いを認めたことを受け、容器のデザインの見直しを提言している。勧告はあくまで提言であって法的拘束力があるわけではないが、勧告が出され、同様の事故が発生した場合には責任者が民事や刑事責任を追及されることが多くなるため、一定の効果があるとされている(全日本民主医療機関連合会視察団、2007、14頁)。
  - 11) カナダでは、コロナーの権限として「調査・採証においても、遺体の収容・保管、検視、埋葬遺体の発掘・検査、遺体の解剖及び検査、現場の検証、鑑定の嘱託、遺体の処分などの権限」が認められている(藤宮龍也、1994、419頁)。アメリカでは、ME制度において、MEには警察を指揮する権限があり、独自に捜査することが可能である(吉田謙一・他、2003、60頁)。
  - 12) MEは、臨床記録と外表検査だけでは死亡診断書作成が不可能と判断した場合には解剖の実施を決め、解剖の結果は開示することが法に明記され、原則公開が示されている(吉田謙一・他、2003、60頁)。また、MEが解剖の要否を判断し、過誤が疑われる事例では州医師資格審査部門へ報告し、医師の自浄作用の端緒の役割も担う(吉田謙一・他、2003、61頁)。
  - 13) 十分な報酬が保障されず、まともな死因調査を行わないコロナーがいるなど、腐敗が進み、「訴追官」に類して権力を振るう者もあり、その政治的な振る舞いが問題とされ、専門的未熟さやそれに起因する判断ミスなどが非難される状況になったために、コロナーに対する信頼が失われ、法医学・法医病理学などを専門とする医師が医学的関心から死因調査を行い、客観的に検証可能な死因調査を行うME制度が次第に定着した歴史的経緯がある(福島至・編、2007、242-254頁)。
  - 14) 「フィンランドでは、異状死の定義は法律で明確になされている(第四五九法〔死因を明らかにする法律第七条])。すなわち、①殺人、②事故、③自殺、④原因不明の死、⑤非受療死亡者、医療行為中の予期せぬ死、⑥異状状況下での死(戦争、刑務所、災害など)、⑦中毒、⑧職業病一である。」(池谷博・他、2003、57頁)
  - 15) 1998年の世界保健機構の統計によると、フィンランドは全死亡における解剖率が30%以上であり、届出された全例が司法解剖されている(池谷博・他、2003、57頁)。そのため、年間11000体もの解剖が実施されている。フィンランドと人口がほぼ同じ(約600万人)である千葉県と比較すると、千葉県では年間約170体の司法解剖が実施されているにとどまる(池谷博、2008、457-458頁)。
  - 16) スウェーデンにおいては、国家法医学委員会が検死や法医学解剖などの法病理的鑑定だけでなく法精神医学、法中毒学、法遺伝学的な鑑定もすべて国家機関が一元的に管理しており、外因死および死因の種類が分からないケース、事故死例や自殺例も含めて原則として全例解剖なされ年間約5,500例の解剖が死因究明のために実施されている(福島至・編、2007、284-293頁)。
  - 17) 本稿におけるオーストラリアについての記述は、棚島次郎、1992、110-115頁を参照した。
  - 18) イギリスにおいては、犯罪捜査の色彩が強いフランスの死因究明制度に関して、捜査という理由

- で「日本と同様、死因究明の過程が公開されず、検察官が指揮する」という批判がなされている（吉田謙一・他、2004、77頁）。こうした批判があるために、EUで基準作成をすべきであるとの提言も行われており（福島至・編、2007、282頁）、これはヨーロッパ人権条約の影響を受けている（福島至、2003、301-303頁）。
- 19) 日本が手本としたドイツには、行政解剖の制度は存在しない。その代わり、犯罪である可能性は低い死因が不明な死体については、司法解剖の形式をとって解剖を実施することで、実質行政解剖のような運用がなされている。具体的には「アパートでの老人の独居死、精神病歴・自殺企図歴・遺言のある自殺、なども司法解剖として解剖されて」いるようであるが（武市尚子、2004、607頁）、あくまで司法解剖による一元的解剖制度である。
- 20) 梶田昭、2003、第三章-第四章を参照。
- 21) しかし、ボニファティウス8世は1300年の教書「埋葬について」で死体損壊を禁じており、死体を解剖することは原則的には禁じられるべき行為であるとされていた（海堂尊、2007、38頁）。
- 22) 「大宝律令」では八虐の一つとして古来より禁止され（杉本つとむ、1993、738頁）、江戸時代には「徳川禁令考」などに法的に明記され禁じられてきた。
- 23) 岩瀬博太郎は「中国から輸入した法医学では、死体の外表検査からだけで、犯罪性が判断できるとし、解剖によって死因究明をすること」はないと指摘している（岩瀬博太郎、2007、11頁）。
- 24) 片山国嘉（東京大学）がドイツ・オーストリアへ留学し、帰国後、東京大学に「裁判医学」講座を開講したのが現在の日本の法医学の起源と言われている。「裁判医学」は後に「法医学」と改名された。第一例目の法医学的解剖は、1889年に司法省内で行われた。1897年からは東京大学で行われるようになり、現在のような捜査側の嘱託により大学で解剖が行われる司法解剖の基礎が作られた（武市尚子、2004、604頁）。
- 25) 勝又義直は「明治維新後も江戸時代の奉行所のような捜査機関が死体を改める制度のままとされていた。ただ、死体として処理されていた例が生き返ったことがきっかけで、検案には医師を立ち合わせるようになった。もちろん、明治の初め頃は法医学の専門性は確立しておらず、検案する医師の専門性までは問われていなかった」と述べている（福島至・編、2007、164頁）。
- 26) 明治23年、最初の旧々刑事訴訟法が制定されたが、その時点では「変死体その他の死体」の取扱いについて規定はなく、「変死者検視ノ際解剖方」（明治十年太政官布第二二号）に「変死ニ係ル屍ヲ警察官史検査スルトキニ解剖ヲ行ハサレハ致命ノ原因ヲ確知シ難キ旨医師申立ツルトキハ検事ノ許可ヲ受ケ其ノ部分ヲ解剖検査セシムルコトヲ得」として（藤宮龍也、2004、617頁）、模範にしたドイツの運用に準拠する規定があった。したがって、制度導入当初はドイツ制度の理念をそのまま反映していたが、本稿で指摘した理由から、状況に適応した制度へ変更する必要性が存在した。そのため、大正11年の旧刑事訴訟法182条においては、現在の刑事訴訟法とほぼ同じく「変死者又ハ変死ノ疑アル死体アルトキハ其ノ所在地ヲ管轄スル地方裁判所又ハ区裁判所ノ検事検視ヲ為スヘシ。前項ノ処分ニ因リ犯罪アルコトヲ発見シタル場合ニ於テ急速ヲ要スルトキハ引続き検証ヲ為スコトヲ得、検事ハ司法警察官ヲシテ前二項規定ニ依ル処分ヲ為サシムルコトヲ得」という形で（藤宮龍也、2004、617頁）、「犯罪アルコト」を解剖実施の判断基準とすることになった。
- 27) 監督省庁については、喜多村悦史・井上清成・松崎道男、2004、239頁を参照。
- 28) 医師法21条「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たときは、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。」
- 29) 戦前から既に、公衆衛生上の必要性から死因究明の仕組みが必要であり、また、死因究明に必要な力量は生者の病因を探るのとは必ずしも一致せず、そのために専門特化した人材が必要という議論が存在したため、そうした要請に応える制度導入の動きもあったが、大戦への突入によって凍結されてしまった（喜多村悦史・井上清成・松崎道男、2004、241頁）。再び議論がなされたのは、戦後直後の昭和20年11月に朝日新聞で「寒さと飢えで都民多数死亡」との新聞報道がなされたことを契機とする。
- 30) この点に関し「占領地において市民の大量死が続くならば、その原因如何によっては、占領軍政の統治不適切問題にも発展しかねない。不穏な動きは未然に防止するに越したことはない」と考えたGHQが（喜多村悦史・井上清成・松崎道男、2004、241頁）、東京都に死亡者を解剖し、死因を調査するよう指示を出し、その翌年には、当時の厚生省に対するGHQの指示は具体的となり「犯罪を含むすべての異状死を監察医に報告し、解剖が必要な場合監察医が直接行い、国際死因分類に基づ

- いて記述、記録する仕組みを作るべき」との覚書（絶対的効力を持つ占領軍命令）を出して死因究明の必要性を強く指摘した（喜多村悦史・井上清成・松崎道男、2004、241頁）。
- 31) 法律の制定において、監察医制度の実施地域は政令の定める一部地域（都市部）に限定された。岩瀬博太郎は、「犯罪死体は法医学教室で司法解剖し、非犯罪死体は監察医務院で行政解剖する」ということが厚生省から通達され（中略）司法解剖と行政解剖が並存したことで『死因不明な非犯罪死体』という本来あってはならない概念の死体が出現し、それらが監察医制度の無い地域では、解剖されなくて当たり前に」になったと指摘している（岩瀬博太郎、2007、12頁）。
- 32) 2005年度の死者数101万人のうち、変死者（死因の不明例）は148475体（交通事故関連を除く）であるが、そのうち司法解剖と行政解剖で対応されたのは13570体で、変死者のうち解剖されたのは9%である（山浦晶、2008、428頁）・（海堂尊、2007、35頁）。
- 33) 平成15年度において全国で行われた行政解剖は5387件。全死亡数に対する行政解剖の割合は約0.8%、司法解剖では約0.5%である（吉田謙一、2007、10頁）。
- 34) 死体解剖保存法8条「政令で定める地」として、「戦後8都市で施行されたが、現在、行政が責任を持って監察医制度を運営しているのは東京23区内、大阪市内、神戸市（近郊を含む）のみ」（吉田謙一、2007、8-9頁）、横浜市、名古屋市の監察医制度は有名無実化していると指摘されている。
- 35) 検案とは「医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい、当該死体が自己の診察していた患者のものであるか否かを問わない」と最高裁判決によって示されている（最高裁判成16年4月13日第三小法廷判決）。
- 36) 死体解剖保存法11条「死体を解剖した者は、その死体について犯罪と関係のある異状があると認めるときは、二十四時間以内に、解剖をした地の警察署長に届け出なければならない。」
- 37) 死体解剖保存法と医師法の規定の相違に着目すれば、解剖によって「犯罪と関係のある異状」についての判断ができると読み取れる。そうであるならば、解剖せずに犯罪性の有無を判断することになっている現在の検視制度では、解剖したならば見落とすことがなかった犯罪を見逃すことを認めている状況にあると指摘できる。
- 38) 岩瀬博太郎も「腹を蹴られて死んだケースでも、腹部に外傷を残さずに死ぬことがありますし、頭蓋骨内出血なども本来はCTを撮るか、解剖しなければ判断できないのですが、そのような可能性がある場合でも（中略）異状がないときには、警察は医師に対して、“犯罪性はないのであととはなんとかよろしく”と言ってきます。（中略）しかたなく『死因不明』とすると、あとで警察から電話がかかってきて、“これでは困る”などと言われ、結局もっとも問題のない『心筋梗塞』と書かざるをえない（中略）多くの医師が、きちんとした医学的検査もできずに、面倒な警察処理を要さない方向へうまく誘導され、検案書を書かされているのが実情」と指摘する（柳原三佳、2005、180頁）。
- 39) 池谷博・他、2003、58頁を参照。
- 40) 誤診率については、他にも『臨床診断』と解剖施行後の『病理診断』の一致率は八八・三パーセントであるとの報告もある（海堂尊、2007、45頁）。臨床診断は病院において経過観察を行っていた症例が大半であり、高度な医療情報があつたにもかかわらず、12%近い誤診率がある点が重要な示唆を与える。
- 41) 注10でも示したように、塩化カリウムなど解剖を実施しても検知できない薬物による殺人も十分に想定しうる。そのため、解剖を行うことで問題が完全に解消できるわけではないが、だからこそ、十分な死因究明がなされる必要性は高い。
- 42) 司法解剖がなされず、後に犯罪性・事件性等が発覚した例は、柳原三佳、2005、167-168頁を参照。
- 43) 急死した者の中でエコノミー症候群と診断された人の場合には、その遺族は災害給付金を受給しうるが「通常どおり検視・検案を受け、犯罪性がないというだけで検査もされずに『心不全』などと診断されたご遺体のご遺族には見舞金が払われず、不公平」であると指摘されている（岩瀬博太郎、2007、13頁）。
- 44) 人の死の三兆候死説に基づけば、あらゆる人の死は心臓機能が不全に陥っている状態であるから、あらゆる死が「心不全」ということになる。「心不全」という判断は、本来であれば、死因を判断するためにあらゆる手段を講じた上での帰結であるべきだが、現状では正確な死因判断のために死因究明の代表的手段である解剖すら実施されずに死因が決められている。

- 45) フィンランドでは「すべての死亡診断書、死体検案書、解剖鑑定書は州の担当法医学者によって審査され、不適切なもの（約五〜一〇％）は返却もしくは第三者機関である National authority of medicolegal affair（医療問題を審査する独立行政機関）に報告され審査される」とされており（池谷博・他、2003、58頁）、第三者による死因チェックシステムが存在する。
- 46) オーストリアでは「死亡の届出先が警察ではなくその地の自治体の役所に一元化されていて、届出側が届をする際に死の種別の判断をしなくてもよい（中略）また、司法解剖が行われないケースでも、死因と種別の正確な特定のために行政解剖ができる。司法解剖でも、刑事訴訟法は検視と解剖を一体のものとし、必要なら直ちに解剖まで進むことが予定している」など（棚島次郎、1992、113頁）、外表から性急な判断を行わなくて済むような制度設計になっている。
- 47) 火葬前の検死では、死亡診断書と検死との照合を保健所の医師が法医学者が行う。また、「火葬によって捜査上重要な証拠が完全に焼失してしまうので、火葬前に改めて検死を行うことが義務づけられ」ている（福島至・編、2007、262頁）。診断書を作成した医師が死者の治療に当たっていた医師かという点も重要なチェックポイントとなっており、記載の誤りや不十分なところがあると、火葬は留め置かれる（福島至・編、2007、262頁）。
- 48) 最高裁判所の想定する目的は諸外国の死因究明制度のそれと大きく異なる点はなく、問題はないと考えるが、その目的の実現のために現行法規定では不十分である点について本稿では述べる。
- 49) 医師法21条の罰則規定は医師法33条の2によって50万円以下の罰金とされている。その一方で、届け出ることによって罪に問われるおそれのある業務上過失致死罪は5年以下の懲役であるから、当然、一般人の合理的判断に基づけば不届けによる50万円以下の罰金を選択することになるのである（喜多村悦史・井上清成・松崎道男、2004、237-238頁）。
- 50) 医師は、業務上過失致死が疑われるような異状死を通常届け出ないことが予想される。そのため、もし当該医師が届け出ないまま死亡診断書を発行し火葬された場合には、死体を解剖するなどして死因を究明し、当該死体に対する過失の有無を医学的、客観的に検証することができなくなる。その結果、異状死不届けを理由に又は業務上過失致死を理由に立件したとしても、その立証は不可能又は難しくならざるを得ない。したがって、警察としては異状死に関する捜査動機が弱まることになる。
- 51) 医師法20条「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四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、この限りでない。」
- 52) たとえ業務上の重大な過失によって死亡したとしても、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡すれば、直接自ら診断することを要せずに当該医師の死亡診断書の発行によって火葬に付されその原因を明らかにすることができなくなるおそれがあるため、過失を問うことは難しくなり、たとえそれが問われたとしても死体を第三者が検証することは不可能となる。そのため、過失を法的に立証することは困難となるのである。過失を犯したと認識している当該医師が自ら異状死として届け出ることを期待するのは難しいことから、ここで死亡診断書の発行を認めてしまえば、犯罪の端緒を得ることもまた困難となるだろう。
- 53) この点は、医師法21条の届出義務の規定とも整合性がつかず妥当しないだろう。また、諸外国との比較からも、当該規定は妥当性に欠けるように思われる。まず、医師法20条但書と21条をあわせて検討してみると、20条但書によって「24時間以内」の死であれば、21条の定める「異状」にあたらず通常の死亡診断書を発行することが可能なのであり、その場合には届け出なくてもよいという論理が導ける。だが、異状か否かの判断は24時間以内という時間で区別できるような問題ではないと思われるため、当該法規定の妥当性は疑わしいように思われる。さらに、諸外国では届け出るべき死とされるケースが、日本では正反対の対象とされている点からも、妥当性を欠いていると指摘しうる。
- 54) そのために、「病理解剖」という形態が存在するわけである。
- 55) 詳しくは、佐藤慶太、2008、444頁を参照。
- 56) なぜなら、画像診断技術の向上によって外表から五官を用いるのみによっては判断し得ない症状も、それらを用いることで容易に明らかになりつつあるのであるから、最低限そうした検査を経た上での死因判断であるべきということになるだろう。もし、その要請を満たさずに死因を判断して

も、その判断の妥当性は適正に調べた場合と比べて劣ることになる。容易に満たしうる水準を満たさないということは、不作為として相応の責任を負うべきこととなる。こうした関係に鑑み、今後はAiなどの死亡時画像検索が求められることになるだろう。

#### 参考文献

- 吉田謙一『事例に学ぶ法医学・医事法』有斐閣ブックス、2007年。
- 吉田謙一「英国圏の異状死死因究明調査・医師管理制度」『病理と臨床』第24巻1号、2006年。
- 吉田謙一・木内貴弘「ビクトリア法医学研究所における医療関連死事故予防への取り組み」『日本医事新報』4228号、2005年。
- 吉田謙一ほか「日英の死亡診断書の比較にみる日本の死因決定制度の問題点—異状死届出との関連性について」『日本医事新報』4178号、2004年。
- 吉田謙一ほか「英国のコロナー制度にみる医療事故対応—第三者機関のモデルとして—」『判例タイムズ』1152号、2004年。
- 吉田謙一ほか「ロサンジェルス郡検視局見学記—医療事故の異状死としての取り扱いを中心に」『日本医事新報』4150号、2003年。
- 池谷博ほか「日本とフィンランドにおける死因究明決定システムの違いについて」『日本医事新報』4141号、2003年。
- 池谷博「フィンランドに学ぶ死因究明制度」『医学のあゆみ』第224巻6号、2008年。
- 山浦晶「外科医からみた医師法21条（異状死届け出）」『医学のあゆみ』第224巻6号、2008年。
- 佐藤慶太「歯科領域における異状死」『医学のあゆみ』第224巻6号、2008年。
- 武市尚子「死因決定制度—異状死届出から解剖まで」吉村節男・野田寛・編『医事法の方法と課題—植木哲先生還暦記念』信山社、2004年。
- 藤宮龍也「体系的な検死制度の不存在—北米の検死制度との比較—」吉村節男・野田寛・編『医事法の方法と課題—植木哲先生還暦記念』信山社、2004年。
- 藤宮龍也「カナダにおける検死制度—特にブリティッシュ・コロンビア州のコロナー制度について—」『法医学の実際と研究』第37巻、1994年。
- 福島至編『法医鑑定と検死制度』日本評論社、2007年。
- 福島至「被拘禁者死亡に関する検死手続の構想—イングランド・ウェールズ検死制度を手がかりに」『法律時報』第75巻13号、2003年。
- 岩瀬博太郎「日本の死因究明制度が異状届出に及ぼした影響—法医学の観点から—」『判例タイムズ』1238号、2007年。
- 岩瀬博太郎・柳原三佳『焼かれる前に語れ—司法解剖医が聴いた、哀しき「遺体の声」』WAVE出版、2007年。
- 柳原三佳『死因究明—葬られた真実』講談社、2005年。
- 山本正二「千葉大学医学部付属病院のAiセンターの現状と将来構想」『医療安全』通巻15号、2008年。
- 海堂尊『死因不明社会Aiが拓く新しい医療』講談社、2007年。
- 全日本民主医療機関連合会視察団『医療関連死を科学する—オーストラリア・ビクトリア州における行政解剖制度の調査報告』かもがわ出版、2007年。
- 喜多村悦史・井上清成・松崎道男「急増する医療事故の刑事事件化と医師法21条（異状死体の届出義務）—診療中死亡患者の「診断」、「検案」と死因解明のあるべき姿—」『地方財務』602号、2004年。
- 梶田昭『医学の歴史』講談社学術文庫、2003年。
- 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—明確性の原則の面からの検討—」『法と政治』第53巻1号、2002年。
- 和田仁孝・前田正一『医療紛争—メディカル・コンフリクト・マネジメントの提案』医学書院、2001年。
- 押田茂實「法医解剖の現状と真相究明」中谷瑾子編『医事法への招待』信山社、2001年。
- 大島徹「死体の検視及び解剖の社会的意義と必要性」『金沢大学大学教育開放センター紀要』18号、1998年。
- 金川琢雄『現代医事法学』金原出版株式会社、1993年。

杉本つとむ「日本最初の解剖事情」『日本医師会雑誌』第109巻5号、1993年。

棚島次郎「オーストリアの検死制度—死亡の十全な届出と精査の保障について—」『ジュリスト』第1001巻、1992年。