

自殺対策と連動した死因究明と法医学研究

～他殺後自殺(無理心中)と子どもの死及び遺族対応に焦点を当てて～

研究代表者 岩瀬博太郎（千葉大学法医学・東京大学法医学 教授）
研究分担者 石原憲治（千葉大学法医学 特任研究員 京都府立医科大学法医学 客員教授）
研究協力者 山口るつ子（東京大学法医学 助教）
浦邊朱鞠（千葉大学法医学 大学院生 特任研究員）
大屋夕希子（千葉大学法医学 大学院生 特任研究員）

要旨

自殺対策には自殺に関する統計が不可欠であり、法医学施設や警察など死亡調査 Death investigation を行っている機関の関与が必要である。本邦には、人口動態統計のなかの死因統計と警察庁で作っている自殺統計があるが、両者に様々な問題が指摘されている。

そこで、本研究では法医学を生かした各国の死亡調査制度を調査し、死因統計の作成方法、自殺を含んだ外因死の再発防止に向けた制度、さらには遺族対応について、本邦への導入の可能性を考察した。それとともに、20 歳未満を対象として千葉県における人口動態統計のなかの死因統計を分析し、精度の高い統計の構築につながるかを検討した。また、他殺後自殺（Homicide-suicide/HS）及び遺族対応について検討を行った。

海外の調査については、死亡調査制度の先進国であり自殺予防施策も進んでいると言われるスウェーデンと、アジアのなかでも法医学や死亡調査が充実しているとされているタイを訪問し、特に死因統計、自殺関連、及び遺族支援を中心に、過去に他国で行った調査に加え、知見を集積した。死因統計やそれに基づく施策に関しては、スウェーデンの法医学庁が作成しているデータベースが、精度が高く研究や施策に資するものだった。タイでは死亡証明書に基づく死因統計を分析し自殺予防施策に役立たせていた。

千葉県の未成年者死亡事案については、平成 24 年から 28 年の 5 年間の死亡票・死亡個票を分析し、自殺に関しては、15 歳～19 歳に関して全国平均と比べても全死因のなかの自殺の割合が高いこと、手段としては、「縊首・縊頸」の割合が最多であることは全国の傾向と同様だが、「移動物体への飛び込み」が相対的に多いことが明らかになった。しかし、解剖率が諸外国と比べ非常に低いこと、周辺情報に関する記述が少ないこともあり、予防に資するための十分な情報が得られているとは言えなかった。また、自殺に固有の事象ではないが、そもそも警察医や他の臨床医の推定した死因に疑問の点も多く見られた。

他殺後自殺（HS）については、その現状や再発防止を検討するためのシステムについて議論した。遺族対応に関しては専属の看護職や心理専門家、担当者の関与に加えて、法医学医師による説明の必要性も検討された。

今後の政策立案に資するため、中間報告で 5 項目の提言を行ったが、今年度の成果を踏まえ、特に自殺死体に対する解剖や法医学的諸検査の充実について、また、若年層の自殺に特化した個々のレビューの実施についての提言を行う。

1. 研究目的

自殺対策には自殺に関する統計が不可欠であり、法医学施設や警察など死亡調査 Death investigation を

行っている機関の関与が必要である。本邦には、人口動態統計のなかの死因統計と警察庁で作っている自殺統計があるが、両者に様々な問題が指摘されている。

そこで、本邦の実情を踏まえつつ、今後どのような統計が作られるべきかを提言するため、諸外国の死亡調査制度とそれに伴う死因統計を調査する。それとともに、特に他殺後自殺（Homicide-suicide/HS）及び遺族対応について検討を行い、本邦への導入を検討する。

2. 研究方法

諸外国の調査に当たっては、今年度は死亡調査やデータベースの先進国と言われるスウェーデン王国と、アジアでは比較的死亡調査が進んでいると考えられているタイ王国を訪問し、死亡調査機関を視察し調査した。スウェーデンには令和元年 12 月 1 日より 6 日まで滞在し、ストックホルムのカロリンスカ大学内の法医学庁 The National Board of Forensic Medicine (Rättsmedicinalverket / 以下「RMV」) 支部及びリンショーピンの RMV 支部を訪問し、法医学、死亡調査、データベースに関して調査した。また、ストックホルムの RMV 本部にて、法精神学者からデータベースを利用した研究成果について聴取した。タイには令和 2 年 1 月 14 日から 17 日まで滞在し、チェンマイ大学の法医学部門及びバンコクにある警察病院附属法医学研究所を訪問し、タイにおける死亡調査制度や大規模災害対応、死亡統計等について調査した。

本邦の実情を調査するため、千葉県が主体となり厚労省より提供を受けた死亡票・死亡個票および千葉大で実施した解剖結果から、未成年者の死について千葉大学においてデータ解析を行い、特に自殺を含む外因死の状況を調査した。また、諸外国の実例や文献、千葉大学法医学での実務から得られた知見をもとに、HS について検討した。さらに、遺族対応について海外の事情、文献等により調査した。いずれもその結果を踏まえ政策提言を行う。

倫理面への配慮

千葉県未成年死亡データについては、個人情報の開示につながらないよう配慮した。

3. 研究結果

(1) 死亡調査制度と自殺

過年度では、司法官たるコロナーが中心となって死因を決めるコロナー制度、その変形で医師が中心となって公的に死因を決めるメディカル・エグザミナー制度下の国や地域も調査したが、今年度は検察や警察といった司法機関が中心となって法医学研究所に医学的調査を委嘱するヨーロッパ大陸型の調査制度を持つ 2 国を対象とした。スウェーデンでは、法務省が所管する RMV が一元的に医学的調査を行っていたのに対し、タイでは地方都市であるチェンマイでは警察からの嘱託によって大学の法医学部門や病院が死亡調査の実務を担当し、首都バンコクでは警察が所管する法医学研究所が中心となって解剖や諸検査を行っていた。両国とも基本的構造は本邦と類似しているが、全死亡者に対する解剖率をみると、スウェーデンは約 6%、タイは約 7%と本邦（1.5%/2019 年）と比べはるかに高い。自殺事例の解剖率は、スウェーデンは約 95%、タイは約 70%であり、本邦の約 4%とは比較にならない。自殺死体の解剖に関しては、死因究明の重要性と遺族の権利の間でいろいろな意見のあるところで、今後も引き続き研究対象としたいが、本邦の割合は諸外国と比べ群を抜いて低いことを指摘しておく。

スウェーデンの粗自殺率（人口 10 万人あたりの自殺者数）は 14.8、年齢調整別自殺率は 11.7（自殺率は以下も含め 2016 年/WHO）であり、1990 年代の自殺率と比べ漸減している。これは、自殺予防策

の成果である可能性が高いと言われている。一方、タイの粗自殺率は 14.4、年齢調整別自殺率は 12.9 で、本邦の粗自殺率 18.5、年齢調整別自殺率 15.3 と比べ低いが、東南アジア諸国連合（ASEAN）加盟国の中では最も高く、政府内でも自殺予防の議論が続いている。

(2) 死亡証明書とデータベース及び死因統計

① スウェーデン

スウェーデンの国民の全死亡を網羅した死亡登録制度は 1911 に始まり、1952 年からのデータは全て電子記録となっている。当初は公的統計データ作成目的で作成されたが、1947 年より 15 歳以上の国民全員への個人識別番号制度が導入され、1960 年代からはこれを電子情報として各種行政手続に必要な個人情報が一括管理されるようになったことから、国民の社会・健康状況に関する情報を含む他の国民登録データとのリンクが可能となったため、医学研究にとって非常に重要なデータソースとなっている。

死亡診断から登録の手続きとして、死亡確認した医師がまず死因を記載しない「死亡証明書（dödsbevis）」を税務署に提出することにより、埋葬が可能となる。この後、死亡から 3 週間以内に死因他詳細を記載した「死亡診断書（intyg om dödsbevis）」を保健福祉庁に提出する（2011 年からは、死亡診断書の電子的提出も可能となっている）。この死亡診断書が死因統計に使用される。

死亡診断書には、死因や死亡日時、場所、国民識別番号などのほか、特徴的なものとして死因診断の根拠を生前の臨床診断・死後の外表検査・病理解剖・法医学解剖・法医学的検査から選択する欄があり、死因決定方法としての解剖の有無が重視されている。死因の種類は日本の死亡診断書（死体検案書）のような詳細な選択項目がなく、外傷と中毒の場合の情報として、事故・自殺・他殺・不詳の選択肢と発生状況の記載欄があるのみである。

警察に届け出るべき死亡は、1990 年に制定された葬儀法（Funeral Act）に定義されており、異状死またはその疑い事例、事故・自殺・他殺、身元不明、医療関連死、死因不詳の場合である。他殺はほぼ全例、自殺も前述のように 95%は法医学解剖の対象となる。

このような法医学解剖に付された死体のデータを収集した異状死解剖事例のデータベースとして、全国で 6 箇所存在する RMV に、1992 年から運用されている法医学解剖事例データベース（RättsBASE）が存在する。死因および死因の種類のほか、死者の属性、死亡確認した医師、解剖で得られた情報、検出された薬毒物、施行された検査およびその結果などが含まれ、ラジオボタンやプルダウン方式、またはテキストで入力できるほか、警察からの解剖依頼書（発見状況などの詳細情報を含む）、各種検査報告書などの文書データも PDF 化されて格納されている。薬毒物の情報に関しては独立した法医学中毒学データベース（ToxBASE）も存在する。データベースの入力・病名コーディングは法医学者が行うが、矛盾する死因と死因の種類組み合わせにフラグが立つなど、エラーを減らす工夫もされている。

このデータベースは個人識別番号によって臨床カルテや薬剤処方歴などの生前の医学情報と、また社会経済状況などの情報を含む他のレジストリーにも条件つきで紐付け可能であることにより、自殺研究ほか様々な疫学研究に有効に用いられている。

外部機関（公衆衛生機関、研究機関など）データベースの情報を提供する際には匿名化するが、機関同士で協定を結び、ある程度の情報を共有できるようにしているとのことであった。

特に、自殺に関してはアルコールや薬物との関連は以前から指摘されており、自殺に用いられる薬物や自殺と関連する薬物は国や地域でも異なるために、国や地域毎にその実態を把握し、対応を検討する必要がある。スウェーデンにおいては、自殺が疑われる事例を含めて全異状死事例の薬毒物検査

が施行されており、その情報は記録として厳重なセキュリティを持って保管されている。一方、個人識別番号制度に伴い、診療情報や薬物情報も RMV に所属する研究者に提供されているため、これら集積された情報を元に自殺との関連、処方薬、特に向精神薬や抗鬱薬と自殺の関係を調査するなど、自殺予防に資する研究がなされている。RMV 本部で面談した法精神科医は RMV 所属医師として精神鑑定などの実務を遂行する一方、こうした研究を続けていた。RMV 所属の多くの職員が、データベースを用い自殺予防施策に影響を与える研究を行っている。

② タイ

タイの出生・死亡登録は 1916 年から始まり、1991 年に改正民事登録法により内務省が国民登録の責任機関となった。

タイの死亡診断書は、通常は死亡確認を行った病院医師が発行するが、異状死体の場合、法医解剖事例は法医学者、非解剖事例は検案医（法医のほか近隣の国立病院勤務医師など）が発行する。日本以外の諸外国と同様、死体検案書との区別はなく、2 枚複写で 1 枚は遺族に交付され、1 枚は発行した機関（大学等）で保存される。項目は死因および死者の両親の名前、届出者、死体の埋葬方法および保存の状況とその場所の記載欄があることが特徴的である。死因の種類に関しては、記載医師ではなく警察が決定するため記載欄はない。また、身元不明遺体の場合は身元判明まで死亡診断書が作成されず、警察が遺体を保管する。

タイは 1950 年代より東南アジアの中では定期的に WHO に死亡統計データを提供しえている数少ない国であるが、全ての死亡事例が登録されていないことや、死因のコーディングの誤り、誤分類が特に院外死亡事例で多いなどの問題提起があり、2005-2008 年にかけて全 18 県の 2005 年の死亡登録から 10,000 事例以上をサンプルとして抽出し、院内死亡は医療記録のレビュー、院外死亡は遺族ほかの関係者への死亡状況の聞き取り調査（verbal autopsy）を行い、医学的に妥当と考えられる死因を推定し、実際に登録された死因内訳との比較調査が行われた。その結果、脳卒中・交通事故・糖尿病・HIV/AIDS・虚血性心疾患などの原死因が多いにもかかわらず、登録上は誤分類され見過ごされていたことが判明するなどの成果が得られた。これ以降も卒後 1 年目の研修医による死亡診断書の記載エラーとその要因を調査し、臨床医学教育の中でのトレーニングの必要性を強調するなど、死亡登録の精度を高め、整備するための努力が盛んに行われており、現在は全死亡のほぼ 100%が登録されているとのことである。

法医解剖を行う施設は大学、病院、警察病院などに分かれていることもあり、異状死に特化したデータベースはないが、保健所が死亡診断書に基づいて異状死データを収集しているとのことであった。これらに基づいた薬物中毒事例から検出された薬物情報などの疫学研究報告もなされている。

(3) 千葉県における未成年者の死亡

統計法第 33 条に基づいて千葉県が厚生労働省より人口動態調査に係る調査票情報の提供を受け、千葉大学においてその実態を分析した。調査票情報とは平成 24 年から平成 28 年の 5 年間に千葉県で死亡した 20 歳未満の死亡票及び死亡個票である。最初に、これら調査票について説明する。各市町村は、届け出られた死亡診断書（死体検案書）に基づいて「人口動態調査死亡票」を作成し、所轄の保健所に送付する。その写しを通例「死亡小票」という。それが、都道府県に報告された時点で「死亡個票」と呼ばれるが、小票と個票は同一のものと考えてよいし、2 つの用語の使用には混乱がみられる。その後死亡個票は都道府県から厚生労働省に送られる。さらに、厚生労働省で審査・訂正を行い、死因に関しては疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD）に基づいて付番するなどすべて記号化したも

のが「死亡票」である。死亡票には文字情報は含まない。様々な事務手続きの過程で、両者の数の不一致が生ずる。

5年間の死亡票の総数は1307人、死亡個票は1195人、両者が一致した数は1149人だった。ただし、本稿では主に死亡票のデータに基づき、自殺に関する項目を中心にその結果を報告する。

表1は各年別の死因を示す。死因の大分類では2位、各年別でも2位～4位になっている。自殺総数の164人（男性121人、女性43人）は全体の12.5%となっている。

表2は死亡の場所である。自殺の場所ではなく、例えば、救急搬送された病院で死亡が確認された場合、死亡の場所は病院となる。割合はそれぞれの場所に対するものである。「自宅」が多いのは男女共通だが、男性は「その他」が相対的に多い。

表1								
大分類	中位分類	合計		24年	25年	26年	27年	28年
先天奇形、変形及び染色体異常		276①		63①	53①	56①	62①	42①
	心臓の先天奇形		91					
	染色体異常、他に分類されないもの		79					
自殺		164②		37④	34③	37②	28④	28③
	縊首、絞首及び窒息		104					
	移動中の物体への飛込み		27					
周産期に発生した病態		160③		41②	25⑤	30③	29③	35②
	周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害		85					
不慮の事故		160④		38③	40②	26④	32②	24⑤
	交通事故		69					
	溺水		31					
	窒息		30					
新生物＜腫瘍＞		131⑤		24⑤	31④	21⑤	27⑤	28③
	白血病		28					
その他に分類されないもの（不詳）		76⑥		13⑧	16⑥	19⑥	9⑧	19⑥
循環器系の疾患		68⑦		16⑥	11⑧	17⑦	14⑦	10⑨
呼吸器系の疾患		65⑧		15⑦	14⑦	8⑨	16⑥	12⑦
	肺炎		41					
神経系の疾患		52⑨		10⑩	10⑨	11⑧	9⑧	12⑦
感染症及び寄生虫症		43⑩		11⑨	8⑩	7⑩	9⑧	8⑩
	敗血症		26					
合計		1307		291	264	253	263	236

表2 死亡の場所				
	男性	女性	計	%/全死亡
病院	35	16	51	5.2
自宅	48	20	68	32.1
その他	38	7	45	46.9
合計	121	43	164	12.5

表3は年齢、性別、手段別にみたものである。割合は、年齢階級の欄は全死亡者数に対するもの、各死因の欄は当該年齢の全死亡者に対するもの。年齢別の死因からみた自殺は、12-14歳以上では、いずれも1位。2位は12-14歳で新生物〈腫瘍〉22。15-17歳の2位は不慮の事故で30。18-19歳の2位は不慮の事故で49。15-19歳で42.4%。（全国では36.9%）となっている。性別ではすべての年齢階層で男性が多い。手段別にみると、縊首・縊頸は全国平均並みだが、移行中の物体への飛込みは、全国の19歳以下の8.5%（H29年自殺対策白書）と比べ、非常に高い値（16.5%）を示している。なお、年齢別の合計数が4人未満の手段については掲載していない。

表4は死因の種類別にみた解剖率である。ただし、死因の種類は死亡診断（検案）した医師によるものではなく、死亡票作成時に分類した死因簡単分類によるもの。平均が13.5%であるのに対し自殺の解剖率は3.0%となっており、自殺の解剖率が極端に低いことが見てとれる。

表3 年齢、性別、手段別

年齢、主な死因	男性	%	女性	%	合計	%
全年齢	121	15.9	43	7.9	164	12.5
縊首、絞首及び窒息	79	10.4	25	4.6	104	8.0
移動中の物体への飛込み	19	2.5	8	1.5	27	2.1
高所からの飛降り	9	1.2	6	1.1	15	1.1
薬物またはガスによる中毒	7	0.9	3	0.5	10	0.8
6-11歳	4	0.5	0	0.0	4	0.3
縊首、絞首及び窒息	4	0.5	0	0.0	4	0.3
12-14歳	20	2.6	5	0.9	25	1.9
縊首、絞首及び窒息	14	1.8	2	0.4	16	1.2
移動中の物体への飛込み	3	0.4	2	0.4	5	0.4
15-17歳	41	5.4	19	3.5	60	4.6
縊首、絞首及び窒息	26	3.4	11	2.0	37	2.8
移動中の物体への飛込み	7	0.9	4	0.7	11	0.8
高所からの飛降り	3	0.4	3	0.5	6	0.5
18-19歳	56	7.4	19	3.5	75	5.7
縊首、絞首及び窒息	35	4.6	12	2.2	47	3.6
移動中の物体への飛込み	9	1.2	2	0.4	11	0.8
高所からの飛降り	4	0.5	2	0.4	6	0.5

表4 死因の種類別にみた解剖の実施率

	死亡者数	解剖件数	解剖率
病死・不詳の死	953	118	12.4
不慮の事故	160	27	16.9
自殺	164	5	3.0
他殺	16	16	100.0
その他の外因	14	10	71.4
合計	1307	176	13.5

死亡個票にある外因死の追加事項の記述部分を見ても、手段及び状況とあるので、現場状況のみの記載がほとんどであり、再発予防に資する記述は認められなかった。

解剖を実施した場合、死体検案書記載の死因と千葉大学法医学での法医解剖で確定された死因を比較すると、その対象は 69 人で、一致率は 62.3%、単純 κ 係数は 0.5633 であった。

上記とは別に、千葉大学法医学が主催する千葉県チャイルドデスレビュー (CCDR) が今年度も 3 回開催され、約 80 名から 100 名の各種専門職（法医、小児科医、精神科医、県市、児相、法曹、研究者など）が参加し、「防げる死」に関する議論を行った。成育基本法、死因究明等推進基本法の成立を受け、令和 2 年度には CDR のモデル事業が実施されることもあり、1 月の第 14 回 CCDR では、今後国がモデル事業として行う CDR をどんな制度になっていけばよいか、といった議論を行った。

(4) 他殺後自殺 (HS)

HS については、千葉大の解剖事例に基づいた分析は継続中であり、今後も他の事例も含め研究を進める。

視察先のスウェーデン及びタイでは、本邦で多発している親子間の HS はほとんどなく、数は少ないもののパートナー間が多いとの特徴があった。上述のとおりスウェーデンでは異状死を含むデータベースによりその動態や自殺あるいは他殺においても死亡調査にかかる情報が予防のために用いられている。

前記の千葉県のデータでは、5 年間で HS 事例が 8 件（自殺未遂 2 件を含む）あり、いずれも加害者は父母で、被害児は 14 人だった。

前記 CCDR について、5 月に行われた第 12 回では HS に関する報告があった。また、9 月に行われた第 13 回では、HS の事例報告に基づき、予防可能性、再発防止策の議論が行われた。

(5) 遺族対応

過年度の調査では、遺族対応のために特化した専門職が置かれていた国や地域があったが、今年度の視察先のスウェーデン及びタイには専門職の配置は見られず、それぞれの機関の職員が対応していた。スウェーデンの RMV、タイのチェンマイ大学では、遺族からの要望に応じて、執刀にあたった法医学医師が遺族に説明することもあるということであり、本邦との相違が認められた。

4. 考察・結論

(1) 死亡証明、死因統計

本邦には自殺に関して 2 つの統計がある。一方は厚労所所管の人口動態統計のなかの死因統計であり、他方は警察庁が作成する自殺統計である。例えば、自殺が最多と言われた平成 15 年では、動態統計では 32,109 人、警察の統計では 34,427 人と、2,318 人の差があった。平成 28 年では前者が 21,321 人、後者が 20,465 人と、その差は 856 人に縮小しているが、これを見ても統計の精度には疑問を感じざるを得ない。おそらくその一因は、死体発見後 1 日か 2 日程度で検案する医師に周辺情報に乏しく、自殺と断定する根拠が薄い一方、警察は周辺捜査の結果他殺が否定できれば自殺と推定できることによると思われる。しかし、そこには一元的に死因を確定するといった制度の不在が認められる。

過年度の調査も含め、海外ではかなり精度が高い死因統計があることが認められた。特に、スウェーデンの RMV で作られているデータベースは外因死として届けられた死体の詳細な情報を一元的に管理することが可能である。また、オーストラリア及びニュージーランドの National Information System (NCIS) は、全コロナ一届出死体に関し多くの関係者がアクセスできるデータベースとなっている。いずれも、本邦が新たなデータベースに着手する際に大いに参考になると思われるが、本邦の死亡調査

の現状に鑑みると、こうした法医学と連動したデータベースを一举に実現することは困難であるので、当面は解剖率の上昇、及び解剖しない死体に対しても画像検査や薬毒物検査を実施するなどの体制の整備が望まれる。

他方、人口動態調査のなかの死因統計はどの国でも作られており本邦も毎年公表されている。しかしこれも自殺を含めた防げる死の予防について大きい効果があるように設計されてはいない。この点は次項でも触れる。

(2) 千葉県における未成年者の死亡

人口動態統計は様々な施策の基礎となるものであり、そのためにも精度が高く、かつ政策立案の基礎となるべきである。千葉県の未成年者の死亡について様々な事実が明らかになると同時に、現状ではいくつかの問題があることが認められた。

とりわけ自殺に関しては、全国平均よりも高く、例えば 15-19 歳の年齢階級では全国が全死因の 36.6%（平成 27 年）であるのに対し、平成 24 年-28 年の合計は 42.4%となっている。その手段としては第 1 に縊頸である点は全国と同様だが、第 2 が移動物体（列車・電車）への飛込みであり、20 歳未満で、全国の約 9%（平成 28 年）と比べ、16.5%という高値を示している。これは、駅にできるだけホームドアを設置するなどの対策が講じられるべきである。

特に、自殺の再発防止策を立案する場合はその状況と同時に背景の分析が重要である。しかしながら、動態統計では死に至った周辺情報は非常に少ない。外因死の追加事項にしても、自由記述の「手段及び状況」の欄はあるものの、これが自殺予防に生かされるような設計にはなっていない。

自殺にのみ関わるものではないが、全体的に統計の精度についての問題も認められた。検案の際に確定した死因と解剖後に確定した死因の一致率が約 62%であり、3 分の 1 以上の死因が何らかの理由で異なっていた。これは本邦の解剖率が諸外国と比べ非常に低いこと、検案をする医師に法医学的知見が不足していることがその原因の一部となっていると考えられえ。

(3) HS

千葉県の 5 年間のデータには、児童福祉法で定義された狭義の虐待はなかったものの、広義の虐待とされる HS は多く認められた。HS のほとんどが「防げる死」であり、その予防は重要な課題である。HS の再発防止策を策定するにあたっては事実の徹底的な検証が必須となるため、まずは HS 事例を単に犯罪捜査という観点のみならず、予防の観点から心理学的剖検等を含めた調査を行い、検証をすることが必要である。

(4) 遺族対応

死亡調査の過程では、解剖を含む調査の必要性の説明、死因等死亡調査結果の説明及び遺族に対する各種のサポート等、様々な局面で異状死事案に関する遺族対応は重要である。過年度の調査を含め、死亡調査機関が関与する遺族対応には 2 つの型があることが分かった。第一は、医学的調査を含む死亡調査機関が直接遺族対応を行っているもの。その中には、オーストラリア・ビクトリア州や米国・ニューメキシコ州のように看護職や心理専門家などの特化した遺族対応のためのスタッフがいるところもあった。第二は、 coroner 事務所、あるいは警察や検察など司法機関が遺族対応を行っているところであり、 coroner 制度のカナダ・ブリティッシュコロンビア州や警察が主体となるドイツ・バイエルン州などが挙げられる。その両者の混合型もあり、今年度の視察先のタイは、警察と大学の法医学の双方が役割を担っていた。本邦の場合、一部で法医学医師が説明に当たるところもあるが、そのほとんどが警察によって行われている第二型である。本邦でも諸外国の事例に学び、遺族が死亡調査の

過程と死因について納得ができ、場合によっては遺族支援専門の機関による遺族への支援、心理職等による支援等を含め対応できるような新しい試みを追求すべきである。

5. 政策提案・提言

ここでは、中間報告の際の提案も含め、提案提言を行っていききたい。

昨年（令和元年）6月に死因究明等推進基本法が成立し、今年（令和2年）4月に施行される。その法律に基づいて厚生労働省に死因究明等推進本部が設置されるので、この提言の多くはそこで公式に検討され実施されるべきである。

① 異状死事案に関するデータベース

i) 死亡診断書（死体検案書）の様式の改善

死亡診断書（死体検案書）で得られた情報が、異状死事案の再発防止に資するよう、書式の変更を検討する。外因死の追加事項の自由記述欄を大きくし、あるいは選択式で、死亡者の生活状況、既知の自殺のリスクファクターの有無を簡潔に把握できる形式にするなど、自殺等に至る状況の記載等ができるよう促す。（厚労省医政局医事課等にて検討）

ii) 異状死データベースの作成

長期的には警察医等による検案や司法解剖、行政解剖、調査法解剖等の解剖情報を集めた異状死のデータベースの構築を目指す。当面は解剖情報に限って作成する。各地の死亡調査機関から情報を収集し管理する体制を構築する。刑事訴訟法で原則禁止されている司法解剖の情報開示やアクセス権の重層化などの課題もあるので、死因究明等推進本部で検討し、その後予算化する。

② 自殺事例の法医学的調査

自殺死体の解剖については、遺族への配慮等を含め議論のあるところではあるが、本邦の解剖率は極端に低く、それによって薬物使用等の実態把握等、予防施策の検討が困難になっていることは否定できない。遺族の理解を得ながら自殺死体の解剖率を高める努力をするべきである。仮に解剖に付さない場合であっても、検体採取による薬毒物検査やCTを利用した画像検査などの法医学的検査を実施し、個々の自殺に関する実態と背景要因を追求すべきである。（死因究明等推進本部、自殺総合対策会議等で検討）

③ デス・レビュー及び勧告の機関

将来的には、避けられる死と思われる死亡事案を調査し再発防止策を策定する機関を設立するとともに、その機関に勧告権限を付与し、勧告された対象の機関に回答義務を課すことを検討する。

④ 子どもの死

特に子どもの死については、成育基本法及び死因究明等推進基本法の主旨に沿って、上記を踏まえ実効性のあるレビューを実施するよう、政府において検討する。さらに、子どもの自殺については、15歳以上の年齢階級で第1位の死因であること、また、そのほとんどが防げる死であることに鑑み、すべての個別事例についてデス・レビューを行うこと。その際は、行政（県・市の担当部局、児童相談所、保健所など）、医療従事者（小児科医、法医、精神医療関係者、救急医など）、警察・検察、教育関係者、心理学などの専門職らを含む他業種の専門家の参加によって行われるべきである。

⑤ HS 対策

I) 第一に、政府の主導の下、HSの国内定義を明確にし、全国的に統一された基準で調査がなされ、HS発生のデータを収集し、発生動向を確認する。

ii) 加害者（自殺者）側の精神障害等の関与がメディア等で言及されているが、実際これらの正確な情

報に関する研究や検証に乏しく、複数名子どもが殺害される等の極めて重篤な結果にいたるものも散見されており、メンタルヘルス上の状況や受診や処方、薬物摂取状況など精神科専門的見地を含めた評価がなされることが必要である。

⑥ 遺族対応

政府において遺族対応のためのプログラムを策定し、警察あるいは大学の法医学教室や監察医務院等の死亡調査機関に、訓練を受けた看護職やソーシャルワーカー、心理職といった専門家をコーディネーターとして配置する。

6. 成果外部への発表

(1) 学会誌・雑誌等における論文一覧（国際誌 1 件、国内誌 2 件）

- 1) Ishihara K, Iwase H. Reform of the death investigation system in Japan. *Medicine, Science and the Law*, Apr. 2020.
- 2) 石原憲治. 死因究明等推進基本法の成立と今後の課題. *日本医事新報*. 4981, 2019. 10.
- 3) 大屋タ希子, 千葉文子, 猪口剛, 石原憲治, 岩瀬博太郎. 異状死発生後の遺族に対する法医学解剖説明～海外法医学/死亡調査関連施設視察からの報告～. *トラウマティック・ストレス*. 2019. 17(1). Pp93-97. 6.

(2) 学会・シンポジウム等における口頭・ポスター発表（国内学会等 1 件）

大屋タ希子. オーストラリア・ビクトリア州法医学研究所における Clinical Forensic Medicine の報告～看護師の役割を中心に～. *日本フォレンジック看護学会*. 東京. 2019.8.

(3) その他外部発表等

Ishihara K, Yamaguchi R, Saitoh H, Iwase H. The system and history of death investigation in Japan. The conference in Chiang Mai University. Chiang Mai, Thailand. Jan. 2020.

7. 引用文献・参考文献・サイト

- 1) Suicide in the world / Global Health Estimates (WHO)
<https://www.who.int/publications-detail/suicide-in-the-world>
- 2) Druid H, et al. Computer-assisted systems for forensic pathology and forensic toxicology. *J Forensic Sci*. 1996; 41(5): 830-836.
- 3) Brooke HL, et al. The Swedish cause of death register. *Eur J Epidemiol*. 2017; 32: 765-773.
- 4) Rao C, et al. Verifying causes of death in Thailand: rationale and methods for empirical investigation. *Popul Health Metr*. 2010; 8:11.
- 5) Porapakkham Y, et al. Estimated causes of death in Thailand, 2005: implications for health policy. *Popul Health Metr*. 2010; 8:14.
- 6) Washirasaksiri C, et al. Accuracy and the factors influencing the accuracy of death certificates completed by first-year general practitioners in Thailand. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18: 478.
- 7) Forsman J, et al. Adherence to psychotropic medication in completed suicide in Sweden 2006–2013: a forensic-toxicological matched case-control study. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2019; 75: 421–430.
- 8) 令和元年版自殺対策白書 厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/19/index.html>

- 9) 平成 29 年版自殺対策白書 厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/jisatsu/17/index.html>
- 10) 岩瀬博太郎ほか. 自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に無理心中と子どもの死に焦点をあてて～. 革新的自殺研究推進プログラム研究報告書 (平成 29 年度) . 2018.4
- 11) 岩瀬博太郎ほか. 自殺対策と連動した死因究明と法医学研究～特に他殺後自殺 (HS) と子どもの死及び遺族対応に焦点をあてて～. 革新的自殺研究推進プログラム研究報告書 (平成 30 年度) . 2019.4
- 12) Barber CW, et al. Suicides and Suicide Attempts Following Homicide Victim–Suspect Relationship, Weapon Type, and Presence of Antidepressants. Homicide studies. 2008;12(3): 285-297.
- 13) Panczak R, et al. Incidence and risk factors of homicide-suicide in Swiss households: National Cohort study. PLoS One, 2013; 8(1): e53714.
- 14) McPhedran S, et al., Characteristics of Homicide-Suicide in Australia: A Comparison With Homicide-Only and Suicide-Only Cases. Journal of interpersonal violence. 2018; 33(11): 1805-1829.
- 15) Gold L and Frierson R. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Suicide Risk Assessment and Management Third Ed. American Psychiatric Publishing, Inc. 2020.

8.特記事項

(1) 健康被害情報

なし

(2) 知的財産権の出願・登録の状況

なし