論説

立法・行政・司法における 複数の視点の取り扱いについて —厚生労働科学における医と法の狭間—

澤 口 聡 子

- I 緒言
- II 死体の検案と解剖をめぐる状況をめぐって
- III 日本における死因究明制度に関わる法的制度の最近の変化
- IV 連携における問題点
- V 少子高齢化と国民皆保険制度
- VI 結語

I 緒言

立法・行政・司法においては、複数の因子が関与し、その効果も複数の視点から視ることとなる。ここでは、複数の視点を単純化して、医と法の二つの側面をとりあげ、厚生科学・健康科学におけるその狭間の問題を探る。同時に、相互に矛盾する二つの命題が同等の妥当性をもって主張される状況が存在するとき、それを厚生科学・健康科学の展開する現場において、どのように対応する事が可能かについて例示する。

一般に、厚生労働行政とその裏付けとなる厚生科学において、両義性¹⁾を取り扱うとき、それは一種の警告として取り扱われるが、保健医療の教育や研究の場においては、より肯定的で前向きな色彩が望ましいと思われる。

この小文は、正命題と反命題のどちらにも証明できる矛盾・パラドックスが存在するなら、その矛盾・パラドックスの存在そのものによって、相反する二つのものを使いこなす解決策になり得るような途を探ることが可能かという、ごく簡単な考察である。ここでとりあげる事象は厳密な意味で正命題と反命題として存在していると言いきれない類似の状況を含んでいる。

特に、因果関係に関する判断には、水野謙により法的には限界が指摘されてきたが、法的判断に科学的な手法をとりいれられるなら、制限付きで、因果関係に両義性がある場合でも有る程度の根拠を求められる可能性もあろう。

II 死体の検案と解剖をめぐる状況をめぐって

検案とは、死体を外表からみて死因の推定のために検査する行為をいい、解剖とは外表所見のみならずご遺体にメスを入れて死体の内景を検査し死因を推定する行為をいう。

監察医務院や監察医事務所が設置されている東京23区・多摩地区、大阪市、神戸市以外では異状死が監察医務院や監察医事務所に届け出られ、監察医が検案を行うが、それ以外の地域では、警察医やその地方の臨床医に警察が検案を依頼することもある。警察医とは、警察が留置所に留置した人の健康管理を行うために依頼した医師で、警察は彼らを検案にも流用している。

日本では、異状死体届出後の処理体制が不十分であることが長く指摘され、包括的な制度改革の必要性は長く提唱されてきた。平成24年6月に死因究明等の推進に関する法律（平成24年法律第33号）が制定され、同年9月に施行された。推進法は、内閣府に特別の機関として死因究明等推進会議を設置し、推進会議において、死因究明等の推進に関して講ずべき必要な法制上又は財政上の措置等を定めた死因究明等推進計画を策定することとした。ここにおいて、警察等における死因究明等の実施体制の充実と検案と解剖体制の充実が企図された。平成25年4月1日、「警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律」が施行され、従来、明確な法律の規定がないまま行われてきた刑事訴訟法対象外の死因調査について明文化されることと

なった。一方、この新法解剖と言われる死因調査に充てられる予算が諸外国に比べ極端に制限されていることと、解剖率の上昇が期待に達しないことが指摘されている。現在、日本における法医解剖制度は、司法解剖・新法解剖・行政解剖（監察医解剖）・承諾解剖（準行政解剖）の4者（6者）による包括的ではあるが複雑な様相を呈している。

このような法制度の整備に先駆けて、行動科学的な視点から、検案を依頼する警察官は、調査の必要のない死因（内因死、不詳以外の死因で犯罪性のないもの）を記載してくれる医師に、検案を依頼する傾向がある²³⁾という報告がだされており、その他にも、法曹関係者は、鑑定書（司法解剖の際の鑑定書・司法精神医学分野の鑑定書）や意見書等作成に関して、自らの訴訟の立証推論に適した死因・診断・意見等、を記載してくれる医師に、書類作成を依頼する傾向があり、警察関係者は、解剖処理時間の短く手際のよい解剖医・経験例数の多い解剖医の解剖を好む傾向があるともいわれたことがある。

このような傾向は、警察関係者も法曹関係者にもあるのであれば、それでは評判のよい法医学者とは一体どのような存在であるのかという問いが成立するのかもしれない。

死因究明等推進会議でも話題になったように、アメリカ型のコローナー制度や日本の監察医務院において **Postmortem technician** が解剖手技の多くを担当し、解剖一体あたりの処理時間は30~40分程度と非常に短いことが多い。一方、イギリス型のコローナー制度においては、解剖一体あたりの処理時間は30~40分から長い場合は5~6時間以上に及ぶ場合があった。筆者が、1990年頃に、留学したイギリスウエールズ大学医学部法医学研究所は、イギリスで **Barrister**(法廷弁護士)と医師で法医学の教授資格を有するただ一人の人として広く知られる **Prof. Bernard Knight** によって指導されていた。当時、**Prof. Berard Knight** の後継候補として男女一人ずつの **Senior Lecturer** が在職し、一人は非常に解剖時間が短く解剖報告書も非常に簡潔で、一人は非常に解剖時間が長いことが警察の間でも有名で解剖報告書も非常に難解で、中世の英語を用い一つの文章がA4で1枚に至ることもあるという、対称的な二人であり、二人とも非常に難しいと言われるイギリスの病理専門医資格と

法医解剖をするための Home Office Pathologist の資格を等しく有していた。Prof. Bernard Knight 自身の解剖は 15 分～60 分程度であり、非常に簡潔な印象だった。最終的に後継者として法医学研究所を引き継いだのは、後者で、その理由として、Prof. Bernard Knight は、彼が考え深くともすると考えすぎるが、問題を起こさないためと言及した。彼は、その後、わずか 3 人の Senior Lecturer で、年間 3000 体の法医学研究所を運営し、一時期は以前より研究所を発展させ、法医病理学のみならず、若手の病理医たちの実務指導は、3 人の法医学の Senior Lecturer が一手に引き受けていた。当時、ウエールズ大学法医学研究所の Mortuary は、かなり広く、いつも清潔で、複数の postmortem technician や Prof. Knight はいつも口笛を吹きながら解剖し、口笛が小鳥の鳴き声のように木霊して、mortuary というより、さながら天国のようであり、死の本質を具現していた。

イギリスにおいては、Coroner 制度とともに、Police Surgeon(警察医)制度も整備し、法医病理学のみならず臨床法医学も充実していることから、日本から留学した一世代前の法医学の教授達は帰国後そこに理想の法医学の姿があると語ったが、1990 年代初頭においては既に、イギリスに残る法医学研究所はウエールズ大学とシェフィールド大学のわずか 2 つであり、法医病理の志望者も非常に少なく、わずかな志望者も継続は非常に困難な状況であった。このような状況は、イギリスでは顕著であったが、どちらかと言えば、北欧諸国でも同様に思え、ドイツ・東欧ではやや緩和されているかもしれないが、理想の法医学ではあるのかもしれないとしてもそれは既に衰退の色彩を帯びている印象があった。

Prof. Knight 自身は、Solicitor が死因調査官をつとめる Coroner 制度よりも、医師が監察医として死因調査にあたるアメリカ型の監察医無制度が優れているという持論であった。

しかし、Coroner 制度における検屍法廷は中世の雰囲気のある建築物の中で陪審員を伴って開かれる inquisitorial な法廷であり、監察医制度における死因究明よりも、はるかに儀式的要素と死因を公開するという透明性が高く、遺族のグリーフィングにははるかに効果的と思われた。同時に、費用と時間がかかることが難点とされている。

ここでは、法医解剖を支える人材と警察・法曹関係者やその体制に不足・不備があり、それを支える予算に制限をかけざるを得ない現状と、それ故正確な死因調査をもたらすことは困難となり、矛盾が生じている。

そこで、ここでは、ヒトの死を糧として財源を得るために、グリーンフィングやバーチャル・コロナー（検屍）法廷等を整備する等、死の産業化をシミュレーションしてみよう。例えば、タイのように高齢者の介護事業がより低いコストと高い質で展開される国においても、高齢外国人への保険制度は整備されておらず、多くの日本からの来訪者も最終的には日本へ帰国せざるを得ない現状がある。日本において、外国人高齢者への合理的な民間保険制度を準備し、繊細な死をめぐるサービス事業を展開し、諸外国からの人々と彼らの財を受け入れるという状況展開を想定できるのかもしれない。あるいはその前提として、日本への帰化において、個人と年齢の同定に関する法医学的な技術を事業展開することが必要になるのかもしれない。あるいは、帰化事業から収益を得て、死をめぐる事業を無料化する展開が望ましいのかもしれない。或いは逆に、タイで過ごす高齢者の終身保険を日本の保険事業・会社で担当することが可能であればタイ永住は可能となろうが、高齢者で余病が有る場合を考えれば、契約条件も難しく、その場合でも栄養管理等の面で生活習慣病や認知症が発症する可能性は高い。

あるいは逆に、墓地を廃止し、死にかかわる職種に目的税を設置するシミュレーションを行うこともできる。

このように通常より振り幅を大きくして、対立意見を積極的に作成し、リーガルシミュレーション・アドミニストラティブシミュレーションすることは、将来的には考慮の一端に含まれる可能性があるだろう。対立意見の作成を省内でシミュレーションできる人材の育成も可能となるであろう。

死をめぐるグリーンフィングサービスやバーチャル・コロナー（検屍）法廷が果たして医療の中に位置づけられるのか、非競争性と非排除性を有し公共性を有するのか、価値財として外部経済性を小さくするのか、市場における価格を通じて金銭的外部性を設定するのかあるいは市場取引を介さない技術的外部性を設定するのか、後者であるなら政府はどの程度介入するのか、死をめぐる産業についてその効用の消費者における相互依存性はいついどの

程度のものなのか、様々にシミュレーション可能である。同時に、設定のしかたによって、いわゆる裏社会のブラック産業として展開する可能性をも多く抱えている。西欧諸国におけるグリーフィングセレモニーの幾つかはからっとした色彩のもので、必ずしも湿った暗い雰囲気ではなく、必ずしも大きな経済的収入を求めない。また、コロナ法廷におけるような解剖による透明な死因の公開が、グリーフィングにつながるという。

一方で、法医学には、死者の死因調査を主たる対象とする法医病理学と、生者の暴力・虐待・犯罪被害・アビューズ等への対応を対象とする臨床法医学とがある。新法解剖が高齢者の死因調査を対象とする確率が高くなることが予想されることから、むしろ小児の異状死体の全数解剖を行うべきだという主張がある⁴⁾。これに対して、現在、厚生労働省は小児の異状死体に全例 **Autopsy Imaging** を行う方針を打ち出している。AI については、各死因における **false-positive** と **false-negative** の確立が最終判断に必要となるが、全ての死因の全ての条件における算出が困難であり、おそらくパターンニングや死因診断の **predictive value** の算出、臨床推論に相当する死因推論の軸設定は可能であり、現行ソフトにそれらを組み込んでいく必要性があると思われる。更に、「死者を対象とする法医病理学（解剖）に費用を費やすより、生者を対象とする臨床法医学に費用を費やすべき」という意見ももつとも聞こえる。さらに、矯正医学に絡んで、矯正施設からの出所者を地域で受け入れるための対応として、カナダ等の国々では臨床犯罪学の資格が創設され、多くの **Clinical Criminologist** が創出されている。臨床法医学も臨床犯罪学も、より地域的に展開されることから、**General Physician**(開業医)の方々に保険適応可能な形で再教育し、これらを施行可能とする展開も、やぶさかではないかもしれない。これらは厚生労働省が現在展開する地域包括ケアシステムに今後関わってくる可能性があるのかもしれない。

死をめぐる諸事業は産業自体がブラックになりやすく何等かの行政的配慮が必要になるであろうし、死をめぐる諸事を産業化するのであれば、臨床法医学や臨床犯罪学をめぐる諸事を産業化しえる可能性もあるであろう。

このようにみてるなら、緒言に述べたように、パラドックスの存在そのものが、相反する二つのものを使いこなす解決策になり得るというより、パ

ラドックスを構成する二つの側面が共に成立し、ambidexterity（両手の使える状態）が現実化し、パラドックスが解消するという仮説のもとに、経済的側面の検討をすすめることが、より望ましい印象をえる。

Ⅲ 日本における死因究明制度に関わる法的制度の最近の変化

国際的に、死因究明のための解剖制度は、イギリスのコロナー制度、アメリカの監察医制度、大陸法諸国の警察基盤制度の3者に大別され、更に亜型として、北欧型の制度がある。

日本においては、明治時代にドイツ法主体とする大陸法とそれに基づく警察制度を基盤とする司法解剖制度が導入され、第二次世界大戦後に英米法とアメリカのGHQの指導によるアメリカ型の監察医制度が導入された。導入にあたり、双方とも原型とは異なるものとなっている。前者は司法解剖として刑事訴訟法を根拠とし、後者は行政解剖（administrative autopsy）と呼ばれ死体解剖保存法を根拠とし、更に検疫法・食品衛生法にも規定がある。日本は、国際的に異なる2つの主要な死因究明システムが、中途半端な形で混在する世界で唯一の国であった。

更に、監察医制度が実働しているのは、東京・大阪・兵庫（神戸）の3地域であり、その他の地方自治体において、行政解剖の対象相当死体を解剖するには、承諾解剖と呼ばれる事務手続きを採用している。即ち、日本において、死因究明制度における承諾解剖とは、2013年に設けられた行政解剖（承諾解剖）実施要綱によって、死体解剖保存法に基づき、遺族の承諾を得て、警察等の警察業務の適正な遂行を図ることを目的として行う解剖であり、特に監察医務制度のない道府県自治体で行われるものを含む。その他の、犯罪性のない死体の死因解剖については、病理解剖・医学部・歯学部の学生教育のための系統解剖があり、これらは死体解剖保存法において規定されている。病理解剖も、事務手続きの上では、遺族の承諾を必要とすることから、この意味では便宜的に承諾解剖とも呼ばれる。

日本における死因究明システムの問題点として、犯罪性のある遺体が全く解剖されないまま見逃されてしまう事例が多くあることが問題視され、この問題点の解消と、解剖前のAutopsy Imagingや歯牙の検査等を可能とする目的で、2012年に死因究明のための新しい2つの法律即ち死因究明等の推進に関する法律及び警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律が成立し、いわゆる新法解剖が開始した。しかし、新法2法の成立後も、期待するような解剖率の上昇はなく、2014年衆議院に死因究明基本法案が提出された。

上記をまとめると、現時点で、現行死因究明制度における日本の解剖の種類は、系統解剖・病理解剖・司法解剖・行政解剖・承諾解剖・新法解剖の6種類である。これに、死因究明基本法が成立する場合は、更に基本法解剖が加わるのであろうか。

上記経過において、既に、刑事訴訟法・死体解剖保存法・死因究明等の推進に関する法律・警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律・死因究明基本法の主要な5本の法律と、検疫法・食品衛生法の伏線となる2つの法律の7つの法律が、死因究明制度に関与していることが明らかである。更に、これらの7つの法律に関わる省庁は、厚生労働省・警察庁・法務省・海上保安庁・都道府県地方自治体と複数に及ぶ。

このように、日本の死因究明システムは、6つの法律が6つの異なる種類の解剖を規定し、縦割りの中央省庁体制の中で複数の官公庁が関与する、行政的にみて、国際的に最も複雑なシステムとなっている。

日本は、国際的にみて、多くの法律を作る国ではない。特に、医療関係の立法が国際的にみて遅れがちで、日本には医療立法ラグが存在すると海外からも指摘されてきた。日本の内閣法制局では、議員立法が現実性を欠き、諸外国に比べて立法レベルが低いことに一因があると指摘する。また、医系技官の意見を反映し医学的見解を法律用語で記載する際にも、最終的な事務官の作成により最初の意図と異なるものができあがることがあるという。

立法に関する日本の足腰の弱さは、作られる法律の数だけでなく、主

要な法律や古い法律に起因する、主要な問題点の解消のために、原因となる法律を改正することの困難もあげられる。既存の法律の問題点の解消のために、新しい特別法を作ることに対応するため、一つの事柄について、複数の法律が乱立し、それらをまとめる為に形骸化した基本法を作るといった流れが、今日の日本の立法特に医療関係立法において、通常の立法手法となっている。

最近24年の間に、基本法としては、土地基本法、環境基本法、高齢社会対策基本法、科学技術基本法等があいついで成立している。このため、基本法は、国の制度・政策に関する理念、基本方針を示すとともに、それに沿った措置を講ずべきことを定めている。そして、これを受けて、基本法の目的、内容等に適合するような形で、さまざまな行政諸施策が遂行される。基本法が成立しても、分断され乱立した複数の法律はそのまま、行政施策の遂行が具体化されにくい現状は改善されない。

立法手法は悪魔でも手法の問題にすぎず、より容易な道を選ぶべきだという意見によりこのような対応が常道とされてきたのかもしれない。しかし、6つの法律と6つの解剖制度という状態は、国際的にみて決して正常なものと言えず、ここで、複数の法律の統合あるいは整理を具体化する立法手段の確立を、考慮すべき時にあるのではないか。

基本法が、複数法の統合した形であるという立場があるかもしれない。あるいは、基本法はより上位の法であり、法律が作られた形のまま放置されやすい日本においては、下位の法が分断し、乱立した状態は、混乱を招き、特に予算や経費・人員・設備等の問題はおきざりにされがちであると指摘する声もある。

内閣提出法律案と議員発議法律案の役割分担がどうあるべきかについては、検討が必要と思われる。特定分野の基本法については、議員立法によるものが相当数ある。処理すべき懸案の山積する今日、行政府の手が回りきらない面があり、この種の立法の一部は内閣提出に至らない事が多い。この間隙を埋めるものとして、国会による行政監督ともいうべき機能の行使の一手法として、特定の行政分野に関する基本法が議員立法によって相次いで制定された。もっとも、法律の内容が、一般的宣言

規程にとどまらず、行政権の行使を内容とするものあるいは、行政の基本的分野における重要課題に関するものなどについては、行政施策遂行の責務を有する内閣が自ら法律案の提出を行うのが通例である⁵⁾。議員立法による死因究明基本法廃案を受け、解剖関連複数立法の統合整理に臨み、内閣法制局に立法の場を変換しこの中で小児の死因究明に特別規定・内規を設けることは現実的な方策と思える。

6つの法律と6つの解剖制度という状態は、国際的にみて決して正常なものと言えない状況にあるが、内閣提出と議員発議という二つの側面から立法をみると、双方を相補的に用い得る可能性がある。ここでは、状況はパラドックス・矛盾という性質ではなく、未整理にすぎないとも言えるが、よりよい状況に向けて試験的に一歩踏み出すことができる途を見出し得る可能性がある。

IV 連携における問題点

最近の行政において、多職種連携が重視され、特に保健医療領域では、連携システムが重視される。一方で、そのような連携の形骸化が指摘され⁶⁾ており、形骸化を防ぐには調整を任務とする役割の調整官やコーディネーターを置くのみでなく、連携の前後で、施策の効果を示す指標がどのように動くかについて検討することが必要になる。

しかし、複数の医療職が関わって得られた結論に対して、法曹側がその問題点を見抜けない事例は存在する。

例えば、性虐待の診断と評価には、一般医・臨床心理士・社会保険福祉士・保健師・警察・法医学者・家族・行政関係者・施設関係者が関与し、これらの連携において別個に集められた情報を総合して行うことが必要である。児童虐待の場合は、これに、小児科医と児童相談所の児童福祉司が関わることになる。現在、虐待については、性虐待ならずとも、多職種連携による総合的診断を行う事となっているが、多職種の中で誰が最終的な診断の決定権を握るかに問題が存在する。これはどのような虐待の診断についても、該当す

る問題点であるが、特に、性的虐待の場合で、複数の専門職の医師が診断に関わる場合、大きな問題となって浮上することが多い。

多職種連携において総合的診断が行われる場合、誰が、診断の決定権を担い、対応の決定権を担うかが大きな問題となる。

例えば、施設関係者・行政関係者等と医師・医療職が存在した場合、医師・医療職の意見はあくまでセカンド・オピニオンにとどまり、最終的な母子分離等の判断や対応は施設関係者・行政関係者（児童相談所長・児童福祉司等）の判断・対応にとどまり、医師・医療職が危険性が高いと判断していても、母子分離等の実施に踏み込めない事例は相当数存在すると思われる。一般に、日本では、医療関連裁判において、医師の鑑定書が提出されたとしても、最終的な司法判断は非医療職である司法・法曹関係者によって下され、鑑定書の意見は必ずしも医学的に正しく判決結果に反映されるとは限らない。これと同じ様に、虐待・児童虐待に関する医師のセカンド・オピニオンも、必ずしもその危険度などが正しく対応に反映されない場合が多く、例えば分離が困難な状況では、強制的な分離等は殆ど不可能なのではないかと思われる場面に直面する。性的虐待の場合は、身体的虐待・心理的虐待・ネグレクトの他の3種の虐待に比較し、加害者との分離の必要性は何よりも高く、医師・医療職が危険性が高いと判断した場合に、すぐに分離にふみきれる体制が必要である。

更に、複数の立場・専門の医師が対応に当たる時、誰がその最終診断の決定権を握るのか、その最終診断の決定権者により、対応は大きく左右される。開業医・病院の臨床各科（救急救命・脳外科・小児科・小児外科・法医学者等）の医師・児童相談所（精神科医・小児科医等）や各種施設等の医師と複数の医師あるいは医療関係者の内、最終的な診断や対応の決定権を握るのがだれかという問題は、思いの外大きく、虐待の予後に大きな影響を及ぼす。

複数の医師、例えば、病院の医師と児童相談所の医師の双方が診察にあたった場合で、双方が危険性が高いと判断した場合でも、家族と児童に直接対応するのは児童福祉司であり、最終的には非医療職である児童福祉司の判断が優先されて、児童相談所長が最終的判断をもつことになる。

日本において、医師は診断・治療・死因判定等専門の知識の範囲の中での

み判断能力があるとみなされ、より社会的な判断（ここでは分離・面会交流・司法面接等）について、最終的な決定権は他の非医療的な行政職種に委ねられている状況が一般的である。医師自体にも、自らの専門性の中に充足する方がより容易な生き方であるが、性虐待特に児童性虐待のような被害者の親告に困難を有する問題においては、医師がある程度その為の知識等を習得して、最終的な決定権を持ち得る様にする医師側の努力と、そのような体制を可能とする行政・立法・司法・教育制度上の努力が必要となるであろう。医師は、専門職として、業態の一部に道具として使用されるのみでなく、社会の一員として、医療に携わることによってしか見られない時代の問題を、社会に啓蒙し、より効率的に対応し得る道を要求するべきであろう。また、広く一般に、社会を構成する人々も、医師を単なる専門職としてみるだけでなく、彼らが自分達と同じ社会の一員であり、彼らもまた彼らの目を通して試みられようとする社会のよりよい変化への道筋があることを認識し、それを可能と見える様な、行政・立法・司法・教育制度上の柔軟性を考慮すべきであろう。

更に、複数の医師が性虐待の診断にあたる場合で、医師側での最終的見解が必要となる時、複数の医師の中で誰が診断の最終決定権をもつか、大きな意味をもつ場合が生じる。多くの場合は、最初にその患者を受診した外来の担当医師あるいは主治医が、他科の医師・法医学者等の意見を参考に診断の最終決定権をもつことになる。また、大学付属病院等で関連各科の医師と臨床心理士・社会保険福祉士等で院内に虐待対応委員会等が構成されている場合には、討議形式により診断がすすめられる。虐待の診断において、最も困難な点は、精神的・心理的な非可視的症状と身体的な可視的症状の双方が存在することである。前者の診断には、精神科医や児童精神科医が必要であるし、後者の診断には、法医学者特に臨床法医学の素養と知識のある法医学者が必要になる。しかし、このような場合、精神科医や法医学者のように専門的所見を提示する医師は、最終診断を決定する者にはなりにくく、書類提出のみで判断される場合、必ずしも適切な判断が下されると限らない。例えば、担当主治医が診断の最終責任を担っていて、後者の所見の存在を否定し、前者の所見の存在のみを認め、更に前者の所見を理由として、虐待の診断そ

のものを否定することがありえる事例を以下に紹介する。

事例：社会福祉法人入所中の知的障害者の症状について性的虐待の存在が疑われ、否定された事例

患者は重度知的障害がある 28 歳女性で、社会福祉法人入所中。定期健診の際に、体重減少が認められる。ほぼ 1 か月後、同施設から体調不良の為、救急車により緊急入院。

入院中の検査により、

*血液中のアンモニア値 入院時 180(通常 70~80)

*皮下出血が全身に新旧多数存在。施設側は、屋外体操時転倒によりできたと説明。

皮下出血は四肢の屈側に複数あることから、皮下出血の成因が非事故性である可能性が高い。大腿内側股関節近位部に約指頭大の皮下出血が多数散在 (150 時間以上経過)。膣の処女膜開口部の 5 時の位置に白色癍痕があり、成傷時より 1 か月程度経過していると推定される。外傷所見より被害者に性的虐待があったと思料され得る (判定は法医学者 2 名で施行) 789)。

*膣内分泌の一般培養 淋菌 DNA 陰性

トリコモナス DNA 陰性

精液・精子関連検査 全て陰性

肝炎 Hb 抗原・抗体陰性 Hc 抗原・抗体陰性

梅毒血清反応陰性

本事例の場合、施設入所中に被害者に性虐待があった事が否定できない結果となり、施設の責任が追及される事となる。このような場合、施設と病院側の間で、話し合いがもたれる事となるが、責任を否定する施設側による医療側への圧迫面接に近い状況となる事が予想される。医療側最終診断責任者 (担当主治医) は、圧迫面接となる事を予想し、書面提出されていた法医学的所見を否定しあるいは提示せず、患者の臨床症状を患者の精神症状に

よるものとして理由づけ、話合の場において、性虐待があった事実を否定した。

上記事例のように、入所施設が絡む多部門連携診断において、虐待に関して専門的所見を述べる精神科医や（臨床）法医学者が、最終的な診断の権限を持たない場合、あるいは両者が意見を書面提出するのみの場合等は、両者の意見が正確に反映されない事が生じ得る。

法医学者の所見は、写真によって残すことのできる明白なものではあり、これは裁判におけるほぼ唯一の強力な証拠と言える。現在は、総合的評価が原則となっている性虐待診断であるが、法医学的証拠の総合的評価に占める位置については、本邦の関係医師間において、必ずしも一定していない様に見受けられる。虐待専門医の存在する国においては、緊急事例以外は虐待専門医が診察することとなっており、虐待専門医が総合的評価の最終診断の権限を担うこととなる。

最近の地域保健医療行政において、情報の共有と連携はキーワードであるが、上記は、連携による判断の誤謬を示す状況であり、例えば最後の事例の場合は諸外国において、判断の最終決定権を一人の虐待専門医に委ねることで、判断の誤謬を避ける施策をとっている。児童虐待ネットワークにおいて、法医学者によるセカンドオピニオンが児の熱傷により、母子分離を示唆するものであっても、児童福祉司は両親は確かに手を湯につけて温度を確かめたと主張し、家庭への介入を避ける状況等が、実際には存在する。日本の児童虐待行政において、医師は介入等の行政権行使の決定権限を与えられていない。日本において虐待専門医を養成するとしても、彼らのオピニオンをある程度正確に反映させる努力が必要となる。

V 少子高齢化と国民皆保険制度

日本は少子高齢化において、アジア諸国の将来の状況を先取りしている。例えば、一人っ子政策をとる中国では将来日本をはるかに超える高齢者を一人っ子たちが支える社会が到来することは必発である。日本の国民皆

保険制度をタイが、保険ではなく保障の形で導入し、一応の成功をみたが、日本に比較してより階層性の強いタイの社会では階層性にねづく根本的な問題が解決されないまま残されている¹⁰⁾。もし、日本が少子高齢化対策として、一定の行政的な効果を納めるなら、それは国民皆保険制度のように、アジア諸国に一つのモデルを示すこととなる。

タイの様な国では日本人の高齢者介護を非常に合理的な経費で受け入れることが可能であるが、超高齢になった場合はタイの国の保険を受けられないため、結局最終的には日本で臨終の床を迎えることになるということが言われてきた。この場合、タイへ向かう高齢者に日本の保険会社が日本であらかじめ適切な保険を設定しておけば、タイで最後まで暮らすことが可能になるのではないとも予想され、これは、日本における介護費用を減少させる効果があるとも予測される。

少子高齢化社会において、一般的に、国家財政が破綻しない形で成立するとは考えにくい。非生産人口が生産人口を上回る社会の国家財政を保つことには困難が予想される。日本では高齢化対策として、介護保険制度が設けられており、高齢者医療においては既に介護と医療が一体となり、地域包括ケアシステムが各自治体で設けられている。小児に関連する領域にも既に包括ケアシステムは設置されつつあるが、小児に関連する包括システムの目的は必ずしも医療費削減を第一義としていないようにみうけられる。

非生産人口が生産人口を上回る現実における施策として、生産人口の確保が第一であり、従来非生産人口とみなされてきたものを、生産人口に変換することが必要である。

生産人口を確保するためには、定年制度を廃止する、地域包括ケアシステムの中で介護保険制度の卒業を誘導する¹¹⁾、高齢者・有病者・入院患者・失業者・生活保護者・障害者・在宅者の等にある程度の知的要素を含む雇用を創出する等の施策・授業は可能であり、介護保険卒業者は既に一定数を超えた自治体が存在している。高齢者人口を小児のための事業に活用する試行は既に始まっており、警察庁・各県警では、少年法に触れる少年支援のために警察OBを導入している。更に、少年人口における生産性を確保するために、発達障害を有する両親のための育児方法の開発¹²⁾等も既に事業化されてい

る。このように、少子高齢化社会において、非生産人口を生産人口に変換する動きは既に、本邦において始まっている。

VI 結語

カントが指摘した哲学上の二律排反（アンチノミー）は解くことができない性質のものであるが、三権における医と法に絡む背反的状况は、哲学上のものではなく、排反を解決す手段が存在するようにみうけられる。更にすれば、哲学上の命題のように、パラドックスの存在そのことによって解決するのではなく、何らかの手段を用いて、相対する二つのものを両手に把握し、あるいは双対的な形で解消できる可能性が示唆されている。

また、統計学のようなより科学的な方法を用いれば、ある制限を設定することで、二律背反が成立する方法論を構築することはあり得るため、哲学における二律背反は、別の視点と別の方法論により、ある一定範囲で解消される。このような制限付きの科学性は、両義性を前向きにとらえられる可能性を残している。

参考文献

- 1 科学者の行動規範—改訂版— 日本学術会議 p.6, 2013年1月25日
- 2 溝井泰彦等 内因性急死の調査研究：兵庫県監察医業務区域とその他の区域における異常死体の検案結果の比較・社団法人神緑会事業報告 4:16-21. 1988
- 3 溝井泰彦：国際疾病分類からみた日本の死因調査の現状と問題点に関する研究 日本法医学雑誌 42(補)106:1993
- 4 澤口彰子・澤口聡子：乳幼児死亡に関する解剖率向上のための研究—法医解剖体制医療経済評価 厚生労働省科学研究費補助金乳幼児死亡率改善の為の研究報告書 p.473~475, 1998
- 5 大森政輔, 鎌田薫編：立法学講義, 商事法務, p.47~p.55 2007
- 6 石川正興編著 子どもを犯罪から守るための多機関連携の現状と課題—北九州市・札幌市・横浜市の三政令市における機関連携をもとに—成文堂 p.2~p.370. 成文堂 2013
- 7 Langlois NE, Gresham GA: The ageing of bruises: a review and study of the colour changes with time. *Forensic Science International* 50:227-238. 1991
- 8 Sawaguchi T, Jasani B, Kobayashi M, Knight B. Post-mortem analysis of apoptotic changes associated with human skin bruises. *Forensic Sci Int.* 28:108(3):187-203. 2000
- 9 W.D.S. McLay: *Clinical Forensic Medicine.* Pinter Publisher p123~p.154. 2009
- 10 真野 俊樹：入門 医療政策 - 誰が決めるか, 何を指すのか 中公新書 p.159~p160. 2012
- 11 東京一・宮下久美子：埼玉・和光市の高齢者が介護保険を卒業できる理由 メディカ出版

p.2~p.135.2015

12 加藤則子：トリプルP 前向き子育て 17 の技術 診断と治療社 p.2~p.118.2013

注：本内容は私見にとどまる。