

報 告

異状死等について
日本学術会議の見解と提言

平成17年6月23日

日本学術会議第2部・第7部

この報告は、第18期日本学術会議第7部及び第19期日本学術会議第2部並びに第7部の審議結果を取りまとめ発表するものである。

第18期日本学術会議 第7部会員

部長 遠藤 實（埼玉医科大学副学長）
副部長 鴨下 重彦（賛育会病院院長）
幹事 内田 安信（東京医科大学名誉教授）
幹事 橋本 嘉幸（共立薬科大学理事長）
会員 青野 敏博（徳島大学学長）
赤沼 安夫（朝日生命糖尿病研究所所長）
浅野 茂隆（東京大学医科学研究所先端医療研究センター教授）
渥美 和彦（東京大学名誉教授）
安樂 泰宏（帝京科学大学理工学部バイオサイエンス学科教授）
折茂 肇（健康科学大学学長）
金子 敏郎（千葉大学名誉教授）
黒川 清（東海大学総合医学研究所長）
黒川 高秀（東京大学名誉教授）
古賀 憲司（早稲田大学理工学総合研究センター客員教授）
小林 宏行（杏林大学医学部長）
小林 義典（日本歯科大学歯学部教授）
瀬崎 仁（京都大学名誉教授）
高倉 公朋（東京女子医科大学学長）
高橋 清久（国立精神・神経センター総長）
多田 啓也（NTT 東北病院顧問）
田中 平三（独立行政法人国立健康・栄養研究所理事長）
角田 文男（岩手医科大学名誉教授）
中村 紀夫（日本交通科学協議会長）
秦 順一（国立成育医療センター研究所所長）
久道 茂（宮城県病院事業管理者（兼）県立がんセンター総長）
平野 寛（日体柔整専門学校校長）
藤村 重文（東北厚生年金病院院長）
堀内 博（東北大学名誉教授）
本郷 利憲（東京都医科学研究機構顧問）
松木 明知（弘前大学医学部麻酔科学教授）
武藤 輝一（新潟国際情報大学学長）
矢崎 義雄（国立国際医療センター総長）
渡辺 洋宇（富山労災病院院長）

第19期日本学術会議 第2部会員

| | |
|-----|----------------------------|
| 部長 | 廣渡清吾（東京大学社会科学研究所教授） |
| 副部長 | 猪口孝（中央大学法学部教授） |
| 幹事 | 岩井宜子（専修大学法科大学院副院長・教授） |
| 幹事 | 浜川清（法政大学法科大学院教授） |
| 会員 | 浅倉むつ子（早稲田大学大学院法務研究科教授） |
| | 五百旗頭真（神戸大学大学院法学研究科教授） |
| | 伊藤進（明治大学法科大学院長） |
| | 岡本三夫（広島修道大学名誉教授） |
| | 奥脇直也（東京大学法学部大学院法学政治学研究科教授） |
| | 戒能通厚（早稲田大学大学院法務研究科教授） |
| | 片岡寛光（早稲田大学名誉教授） |
| | 河野正輝（熊本学園大学社会福祉学部教授） |
| | 川端博（明治大学法科大学院・法学部教授） |
| | 小島武司（中央大学法学部教授） |
| | 櫻田嘉章（京都大学大学院法学研究科教授） |
| | 佐々木毅（大学評価・学位授与機構客員教授） |
| | 渋谷達紀（早稲田大学大学院法学研究科教授） |
| | 嶋津格（千葉大学法経学部教授） |
| | 辻村みよ子（東北大学大学院法学研究科教授） |
| | 野上修市（明治大学法学部教授） |
| | 藤田勝利（近畿大学法科大学院教授） |
| | 町野朔（上智大学法学研究科教授） |
| | 水林彪（一橋大学大学院法学研究科教授） |
| | 宮崎良夫（東京経済大学現代法学部教授） |
| | 森英樹（名古屋大学理事・副学長） |
| | 山本吉宣（青山学院大学国際政治経済学部教授） |

第19期日本学術会議 第7部会員

| | |
|-----|------------------------------|
| 部長 | 鴨下重彦(賛育会病院院長) |
| 副部長 | 高橋清久(藍野大学学長) |
| 幹事 | 安樂泰宏(東京大学名誉教授) |
| 幹事 | 伊藤學而(鹿児島大学名誉教授) |
| 会員 | 青野敏博(徳島大学学長) |
| | 浅野茂隆(早稲田大学大学院理工学研究科教授) |
| | 井端泰彦(京都府立医科大学学長) |
| | 折茂肇(健康科学大学学長) |
| | 金澤一郎(国立精神・神経センター総長) |
| | 金子章道(星城大学リハビリテーション学部教授) |
| | 北島政樹(慶應義塾大学医学部外科教授) |
| | 黒川清(東海大学総合科学技術研究所教授) |
| | 小林宏行(杏林大学名誉教授) |
| | 小林義典(日本歯科大学歯学部教授、大学院歯学研究科長) |
| | 佐藤洋(東北大学大学院医学系研究科教授) |
| | 三川潮(富山県国際健康プラザ国際伝統医学センター所長) |
| | 紫芝良昌(前国家公務員共済組合連合会三宿病院院長) |
| | 杉岡洋一(JST研究成果活用プラザ福岡総館長) |
| | 鈴木莊太郎(東邦大学医療センター大森病院院長付常勤顧問) |
| | 瀬崎仁(大阪工大摂南大学学術顧問) |
| | 田中平三(聖徳大学大学院人間栄養学研究科教授、研究科長) |
| | 角田文男(岩手医科大学名誉教授) |
| | 鶴尾隆(東京大学分子細胞生物学研究所教授) |
| | 野澤志朗(慶應義塾大学医学部産婦人科学教室教授) |
| | 藤村重文(東北厚生年金病院名誉院長) |
| | 堀内博(東北大学名誉教授) |
| | 本田孔士(大阪赤十字病院院長) |
| | 真崎知生(大阪成蹊大学学長) |
| | 松尾裕英(四国電力総合健康開発センター所長) |
| | 松木明知(弘前大学名誉教授) |
| | 松田一郎(北海道医療大学副学長) |
| | 矢崎義雄(独立行政法人国立病院機構理事長) |
| | 渡辺洋宇(金沢大学理事・副学長) |

第18期第7部拡大役員会（異状死に関する検討会）委員

座長 武藤輝一（新潟国際情報大学長）
部長 遠藤 實（埼玉医科大学副学長）
副部長 鴨下重彦（賛育会病院院長）
浅野茂隆（東京大学医科学研究所先端医療研究センター教授）
金子敏郎（千葉大学名誉教授）
小林宏行（杏林大学医学部長）
久道 茂（宮城県病院事業管理者（兼）県立がんセンター総長）
平野 寛（日体柔整専門学校長）

第19期第2部及び第7部合同拡大役員会（異状死に関する検討会）委員

座長 小林宏行（杏林大学名誉教授）
第2部長 廣渡清吾（東京大学社会科学研究所教授）
第2部会員 川端 博（明治大学法科大学院・法学部教授）
第7部長 鴨下重彦（賛育会病院院長）
第7部副部長 高橋清久（藍野大学学長）
第7部会員 北島政樹（慶應義塾大学医学部長・外科学教授）
鈴木 莊太郎（東邦大学医療センター大森病院院長付常勤顧問）
松木明知（弘前大学名誉教授）
渡辺洋宇（金沢大学副学長・理事）
打ザ-ハ- 森 茂郎（病理学研究連絡委員会委員長、帝京大学医学部病理学講座教授）

要 旨

報告書の名称

異状死等について 日本学術会議の見解と提言

報告書の内容

1 作成の背景

医師法(昭和23年制定)第21条は異状死体等の届出義務として「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定している。立法の趣旨は、司法警察上の便宜のため死体等に犯罪を疑うに足る異状を認めた医師にその届出義務を課したものであるが、学説は、従来その運用を抑制的に考えてきた。

平成6年、日本法医学会は社会生活の多様化・複雑化にともない異状死の解釈もかなり広義でなければならないという視点から、異状死ガイドラインを同学会誌に掲載した。

これに対し、平成13年日本外科学会をはじめとする外科系13学会、日本内科学会、全日本病院協会など、臨床系学協会から疑義や反論が出された。その主要な論点は、法医学会ガイドラインにおける異状死に関する基準、すなわち「基本的には、病気になり診療を受けつつ診断されている病気で死亡することがふつうの死であり、それ以外を異状死とする」こと、及び同ガイドライン[4]項にみられる「診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」に対する見解の相違である。

一方、この件に関心を有する弁護士及び弁護士団体並びに市民団体からは、医療過誤の隠ぺい防止や密室医療の透明化などに資するものとしてこのガイドラインを評価する意見も示された。

こうした背景にあって、日本学術会議は第18期(平成13年7月～平成15年7月)第7部(医・歯・薬学関連)において異状死に関する学術的見地からの提言を表明すべく委員会を設置し、その検討を開始した。検討の過程において、本課題は第7部のみの議論では不十分であり、広く第2部(法律学・政治学関連)を加えて見解をまとめるべきであるとの認識に到り、第19期(平成15年7月～)において第2部・第7部合同拡大役員会を発足させ継続して検討し、本報告書を提出するに到った。

2 報告書の目的

本報告書は、今日の医療をとりまく諸問題の中にあって、いわゆる異状死

の概念、警察署への届出義務の範囲、さらに医療事故再発防止と医療事故被害者救済に関して検討を行い、これらの問題に総合的に対処する必要のあることについて日本学術会議としての見解をまとめ、関係諸機関、諸団体に提言するものである。

3 提言の内容

1) 届け出るべき異状死体及び異状死

(1) 一般的にみた領域的基準

異状死体の届出が、犯罪捜査に端緒を与えるとする医師法第21条の立法の趣旨からすれば、公安、社会秩序の維持のためにも届出の範囲は領域的に広範であるべきである。すなわち、異状死体とは、

純然たる病死以外の状況が死体に認められた場合のほか、

まったく死因不詳の死体等、

不自然な状況・場所などで発見された死体及び人体の部分等もこれに加えるべきである。

(2) 医療関連死と階層的基準

いわゆる診療、服薬、注射、手術、看護及び検査などの途上あるいはこれらの直後における死亡をさすものであり、この場合、何をもちて異状死体・異状死とするか、その階層的基準が示されなければならない。

医行為中あるいはその直後の死亡にあつては、まず明確な過誤・過失があつた場合あるいはその疑いがあつたときは、純然たる病死とはいえず、届出義務が課せられるべきである。これにより、医療者側に不利益を負う可能性があつたとしても、医療の独占性と公益性、さらに国民が望む医療の透明性などを勘案すれば届出義務は解除されるべきものではない。

広く人の病死を考慮した場合、高齢者や慢性疾患を負う、いわゆる医学的弱者が増加しつつある今日、疾患構造の複雑化などから必ずしも生前に診断を受けている病気・病態が死因になるとは限らず、それに続発する疾患や潜在する病態の顕性化などにより診断に到る間もなく急激に死に到ることなども少なくない。さらに、危険性のある外科的処置等によってのみ救命できることもしばしばみられているが、人命救助を目的としたこれら措置によつても、その危険性ゆえに死の転機をとる例もないことではない。このような場合、その死が担当医師にとって医学的に十分な合理性をもって経過の上で病死と説明できたとしても、自己の医療行

為に関わるこの合理性の判断を当該医師に委ねることは適切でない。ここにおいて第三者医師（あるいは医師団）の見解を求め、第三者医師、また遺族を含め関係者（医療チームの一員等）がその死因の説明の合理性に疑義を持つ場合には、異状死・異状死体とすることが妥当である。ここにおける第三者医師はその診療に直接関与しなかった医師（あるいは医師団）とし、その当該病院医師であれ、医師会員であれ、あるいは遺族の指定するセカンドオピニオン医師であれ差し支えはない。このようなシステムを各病院あるいは医療圏単位で構築することを提言する。

2) 医療事故再発防止と被害者救済

いわゆる突然死又は医療事故死、広く医療関連死の問題を総合的に解決するための第三者機関を設置し、医療関連死が発生した場合、その過誤・過失を問うことなく、この第三者機関に届け出ることとすべきである。この第三者機関は、単に異状死のみならず、医療行為に関連した重大な後遺症をも含めた広範な事例を収集するものとすべきであり、この上において医療事故の科学的分析と予防策樹立を図るものとする。このような構想は、すでに日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本医学学会の共同声明でも提唱されている。（資料6）

この第三者機関は、事例の集積と原因分析を通じ、医療事故の再発防止に資するとともに、医学的に公正な裁定を確保し、被害者側への有効で迅速な救済措置の実施のために裁判以外の紛争解決促進制度（ADR）の導入や労働者災害補償保険制度に類似した被害補償制度の構築などを図るべきものとする。このような機関の設立は、医療行政担当機関、法曹界、医療機関、被害者側及び損害保険機関等の協力によって進められることが望ましい。今日、国民の医療に関して、このような第三者機関が存在しないことは、わが国医療体制の脆弱性を表すものであり、日本学術会議は第三者機関のあるべき姿について、さらなる総合的検討をなすとともに、関係機関に対し、その実現のためのイニシアティブを強く期待し、ここに提言するものである。

1. はじめに

医師法(昭和23年制定)第21条は、異状死体等の届出義務として「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定している。この条文は、まず旧医師法施行規則(明治39年施行)第9条にほぼ同様な文言で定められ、その後、旧医師法から国民医療法施行規則(昭和17年制定)第31条に、更に同様な条文のもと現医師法21条に移されている。立法の趣旨は、死体または死産児には、ときに殺人、傷害致死、業務上過失致死、死体損壊、墮胎その他犯罪の痕跡をとどめている場合があるので、司法警察上の便宜のため死体等に異状を認めた医師にその届出義務を課したものである。

平成6年、日本法医学会は「社会生活の多様化・複雑化にともない、人権擁護、公衆衛生、衛生行政、社会保障、労災保険、生命保険、その他に係わる問題が重要とされなければならない現在、異状死の解釈もかなり広義でなくなっている」との視点から「異状死」ガイドラインを同学会誌に掲載した(資料1.)。これに対し、平成13年、日本外科学会をはじめとする外科系13学会(資料2.)、日本内科学会(資料3.)、全日本病院協会(資料4.)などから疑義や反論などが声明として出された。その主要な論点はガイドラインの前文における異状死に関する基準、並びに同[4]項にみられる診療行為に関連した予期しない死亡及びその疑いがあるものに対する解釈の差異にあった。一方、この件に関心を有する弁護士及び弁護士団体(資料5.)並びに市民団体からは、医療過誤の隠ぺい防止や密室医療の透明化に資するものとして、このガイドラインを評価する意見も示された。この中で行政機関からは異状死に関する確たる基準は、いまだ示されていない。

こうした背景にあつて、日本学術会議は第18期(平成13~15年)第7部において異状死に関して学術的な見地から提言をなすべく委員会を設置し、その検討を開始した。

2. 異状死等検討委員会設置とその後の経緯

本委員会は、平成14年において第18期日本学術会議第7部(医・歯・薬学関連)において発足し(座長 武藤輝一)、主として異状死とその届出範囲について検討してきた。その過程において、法学者(平林勝政教授、第18期日本学術会議社会法研究連絡委員会委員)、日本法医学会(塩野 寛教授、的場梁次教授、池田典昭教授)、日本病院会(山本修三副会長、大井利夫前監事)、日本医師会(星 北斗常務理事)、警察庁(大山憲司 捜査第一課長)など、それ

それぞれの立場から貴重な意見・見解が述べられた。

これらを通じて、この問題は単に第7部委員会のみでの議論では不十分であり、第2部（法律学・政治学関連）をも加えて論議すべきとの認識に到り、第19期（平成15～17年）においては第2部・第7部合同拡大役員会として継続検討することとした。

以後、審議を重ねるとともに、日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会の共同による診療行為に関連した患者死亡の届け出についての共同委員会（池田康夫教授）（資料6.）、さらに医事評論家（行天良雄氏）、東京地方裁判所（貝阿彌 誠判事）、医療問題弁護団代表（鈴木利廣弁護士）、厚生労働省医療安全推進室（北島智子室長）及び同省医政局医事課（井上肇課長補佐）などの各氏から貴重なご意見を戴いた。

その上で、更に委員会として議論し、以下の見解をまとめ、提言するに到った。

3. 異状死体及び異状死に関する論点

医師法第21条は「異状死体等の届出義務」の見出しのもとに条文が記されている。その条文は「異状死体」について述べているのであり「異状死」という文言はみられない。逆に法医学会のガイドラインでは異状死という文言はあるが異状死体というのではない。すなわち異状死体あるいは異状死という2つの文言はすでに同義語のごとく用いられているが、実際にその意味するとことは微妙に異なる。前者は視覚的に認知できうる静的具象を基に、後者は死に到った経緯など動的現象を基にそれぞれの語の主意があり両者の間には差異が存在する。このことは病死と病死体、溺死と溺死体、医療事故死と医療事故死体などと並列して考えると理解できる。この差違を明確に認識しないと混乱を生ずる。

したがって医師法第21条における異状死体を単純に異状死として類推的にあるいは拡大的に解決すること自体が法理学的にも医学的にも問題がないわけではない。しかしながら、本委員会の論点はすでに社会で用いられている「異状死」に関わるものであり、ここでは上述の文言上の差違を指摘するのみにとどめ、異状死体にはそれに到る経過において多くの場合異状な死という現象を含むものであるとの実務的観点から、本報告書では原則として医師法関連では異状死体、法医学ガイドライン関連では異状死という文言を用いることとして見解を述べる。

さて、医師法第21条は異状死体等の届出義務について「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と定めている。

本条の立法の趣旨は、すでに多くの学説に示されるごとく、死体又は死産児には犯罪の痕跡をとどめている可能性があることもあり、司法警察上の便宜のために死体等に異状を発見した場合の届出義務を課したものである。すなわち、死体等の外表を検査し（検案）異状があった場合の届出義務である。

ここで議論の対象になるのはまず、何をもって「異状」とするかである。

すでに医師法第 21 条にある「異状」について、行政当局は立法の趣旨からみてここでいう「異状」とは病理学的異状ではなく、法医学的異状を意味するものと解釈している。

犯罪の疑いの有無は最終的には司法当局が判断すべきものであり、医師に法的判断の権限はない。したがって、この条文でいう死体等に異状を発見した場合は所轄警察署への情報提供を義務づけたものである。さらに、医師法第 21 条における異状は、古くからの判例、すなわち「所謂屍体等ニ異常アリトハ純然タル病死ニ非スト認ムヘキ状況カ屍体ニ存スルー一切ノ場合ヲ指称スルモノニシテ医師カ死因ヲ犯罪ノ嫌疑ナシト認ムル場合ト雖モ其除外例ヲナスヘキモノニアラスト解スルヲ正当ナリト」する大審院の判例（大判大 7. 9. 18. 刑録 24 輯 1226 頁）にみられるごとく広義に解されている。すなわち、純然たる病死でないとの状況が死体に存在した場合は、犯罪の疑いの有無にかかわらず、広く届出をすることを正当とし、犯罪性の有無に関して医師の判断する余地はないものと理解されている。

さらに医師法第 21 条における異状について、学説では死体等が発見されるに到った経緯や、身元周囲の状況等の事情を考慮して決定すべきであり、すなわち当該死体等が通常あり得ない場所で発見された場合（路傍、溝、ロッカーなど）や周辺の状況（毒劇薬など）により判定すべきであるとされている。判例（東京地裁八王子支判昭 44. 3. 27. 刑裁月報 1 巻 3 号 313 頁）によれば、死体は検案医師が管理経営する病院に入院し、同医師が診療中の患者であり、またその死が尿毒症による心臓麻痺であると検案した場合でも、死亡前約 2 日間所在不明（徘徊）となっていたこと、死体発見場所が山中の沢であることなど、所在不明という経緯と異状な場所での発見ということから本件死体は異状死体とされている。さらに、「死体」とは完全な形を具備したもののみではなく、人体の一部（頭部、四肢など）も含まれる（死体等）というのが一般的である（刑法第 190 条の解釈参照）。すなわち、異状の解釈は死体等が発見された経緯、周辺の状況、及び人体の臓器部分についても言及しており、これらを総合し異状の有無を判定すべきとしている。いわゆる領域的視野において、異状死体についての解釈は、かなり広義であると解される。

しかしながら、医療に関連した死が社会的に注目されるに到った今日、死に到る経過について何をもって異状とするか、あるいは何をもって病死とするか

など、いわゆる階層面での基準が重要となるが、これに関しては従来具体的にほとんど触れられていない。

ここにおいて日本法医学会は異状死ガイドラインを自己の学会誌に掲載した（資料 1 .）。その内容は以下の構成より成っている。

前文

- [1] 外因による死亡
- [2] 外因による傷害の続発症、あるいは後遺症による死亡
- [3] 上記[1]または[2]の疑いがあるもの
- [4] 診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
- [5] 死因が明らかでない死亡

要約すれば、まず前文においてこのガイドライン掲載の意義及び異状死の基本的概念が記され、引き続き上述の[1]から[5]において、届け出るべき具体的事例が列挙されている。このガイドラインは、法医学会独自の立場から異状死の概念について輪郭化を試みた点で評価できるが、その内容が実際に医療の現場を担当している臨床医の見解とは必ずしも一致するものでなく、臨床系学協会（日本外科学会をはじめとする外科系 14 学会、日本内科学会、全日本病院協会）などから声明、報告、指針、疑義などが提示された。これらの学協会の見解は、国立大学医学部附属病院長会議、厚生労働省国立病院部会リスクマネジメントスタンダードマニュアル作業部会の考え方も含め、その死因に医療過誤が明確なこと、及びその疑いがある場合は異状死として届け出るべきであることが共通して述べられている。ただし、全日本病院協会のみは届出に対して守秘義務という点から家族の判断が優先することを付している。

ここでまず、各学協会の声明、報告等の中での力点を挙げると、日本外科学会及び外科系学会は、診療中及び直後の死亡について、すでに十分な informed consent がなされ、その説明の範囲内で起こった合併症による死亡は、重大かつ明らかな医療過誤と同様に論ずるのは適切でないこと、日本内科学会及び全日本病院協会においては、日本法医学会ガイドラインにみる「ふつうの死」以外をすべて「異状死」とみることと同調できないとする点である。

これら声明等に対し医療問題弁護団（資料 5 .）や医療問題に関心を有する弁護士などからは法医学会でいう異状死の定義は不当に広いものではなく、また医療事故にかかわった当事者である医師に犯罪性、事件性を判断させることは事故の隠蔽にもつながり、医師法第 21 条の立法の趣旨にそぐわないという意見が表明されている。

これら声明、報告などの論点は、日本法医学会ガイドラインの前文における異状死の概念と、具体例で挙げた[4]項の内容すなわち診療行為に関連した予期

しない死亡、及びその疑いがあるものをどのように取り扱うかに集約されるので、以下これらについて本委員会としての見解を記述する。

4．異状死等に関する見解と提言の内容

1) 届け出るべき異状死体及び異状死

医師法第21条における届け出るべき異状死体については従来の学説及び判例から、純然たる病死以外の状況が死体に認められた場合、まったく死因不詳の死体等、不自然な状況・場所などで発見された死体等にまとめることが出来る。このような異状の解釈は、今後の本条の運用にあたってそのまま基準とすべきであり、特段の問題はない。

問題は、法医学会ガイドラインが異状死について「基本的には、病気になり診療を受けつつ診断されているその病気で死亡することがふつうの死であり、これ以外は異状死と考えられる」と規定することである。すなわちこの思考は死に到った経緯から、まず「ふつうの死」を規定し、それ以外を「異状死」として2分化している。さらに、医療問題に関心がある弁護士、市民団体の議論には、治療を受けている病気で死亡したのが「ふつうの死」であり、それ以外のすべて「異状死」とする考えが多く見られ、これらは法医学会のガイドラインを支持している。

一方、すでに先に挙げた判例（大判大7.9.18）において「所謂屍体ニ異常アリトハ純然タル病死ニ非スト認メラレル状況カ屍体ニ存スル場合…」と判示されている。仮にこの文中の純然たる病死をふつうの死と読みかえ、さらに、このふつうの死を法医学会ガイドラインにそって現に治療を受けつつ診断されている病気による死と転換してみると、先の判例は「いわゆる屍体に異常ありとは、現に治療を受けつつ診断された病気による死に非ずと認められた状況が屍体に存した場合」となる。このような文言の転換を試みるのは、病死という事象が日本法医学ガイドラインでいういわゆるふつうの死よりも広範なものであることの理解に資する意図からである。

このようにして、この2つの見解を対比した場合、法医学会での異状死の基準はまず普通の死をきわめて狭義に定めその上でそれ以外の死を異状死として広義にとらえている。一方、先の判例においては、「死体に異常ありとは純然たる病死に非ずと認める状況が死体に存し」としており、厳密に病死とは説明できない異常が死体に認められた場合と規定している。すなわち、異状死体を判断する上で、より限定的文言が付加されている。

一方、実際の医療の現場にあり、数多くの死に立ち合う医師、看護師などが共有する考えは人の死とそれに到る病気の経過は個人によって多様であり、

病死という事象は法医学会のガイドラインに示されたようなふつうの死のごとく狭義に割り切れるものではない。なぜならば、一つの病気には例え低い確率であったとしても、現に診断されている病気に加え医学的に合理性をもって説明しうる突発的な併発事象や合併症が発現し、ときにそれが死因となることがあるからである。例示すれば肺気腫症における気胸、腎疾患における急性心停止、高脂血症や動脈硬化症における脳卒中や心筋梗塞、下肢血管炎における肺梗塞など枚挙にいとまがない。特に、患者個々にもとづく自己決定権や個の医療という考え方が生じた今日、その経緯は益々多様化するものみられる。

一般に、死という事象は、何人の上にも例外なく厳然と訪れるものであるが、それに到る経緯は人さまざまである。仮に病死のみをとっても経過の途上での病態変化による突然死や個人的差違に基づく原病経過の多様性などがみられ、死の到来の時期やそれに到る経緯を確実に予測することは難しい。

さらに、人が死亡するような病態にあっては、必ずしも診断されている病気で死亡するとは限らず、複数の併発事象の発生や原疾患の進展経過からたとえ低い確率にせよ予測されうる突然の事象や疾患の発生、あるいはそれまで隠れ潜在していた病態の突然の顕性化など、診断する間もなく死亡することも少なくない。特に高齢者、あるいは難病を負いつつ低いQOL(quality of life)ながらも延命している症例が増加しつつある今日、経験的にも何時、何が起きて死亡しても不可思議ではない症例が少なからず存在する。特にこれら症例にあっては来たるべき死因が原疾患の延長線上で可能性として予見できたにせよ、生前において、それに基づく症状や所見もなく確定診断の根拠もみられない場合や、あるいは低い確率にせよ考えられる潜在的障害の顕性化などで突然の死亡に到ることがときにみられている。

このような突発的事象による死亡が仮に家庭で発生した場合、すでに病気で通院中の症例においては、担当医が家族等の関係者からその状況を聞き、すでに診療していた病気あるいはその延長線上に可能性として起こりうる事象で死亡し、かつ死体にこれら病死以外の異状が認められなかったとすれば、最終診察後 24 時間以内なら死亡診断書、これ以上を経た場合は死体検案書の交付が通例である。また生前に診察したことがなく、初めてその死体に接して検案した場合は現行では医師法第 21 条に従って対応すべきである。

このような突発的事象が医療施設内で起こった場合、担当医がその経緯や可能性を含め遺族に説明し、そこで納得が得られるか、あるいは遺族の理解と同意のもと病理解剖に付することが少なくない。このことにより多くの場合、より詳細な死因と死に到った経緯が明らかとなる。その結果、生前において確定診断までには及ばなかった病気・病態・死因が厳粛な医学的判断のもと

にさらなる合理的事実として説明されうるわけである。このような視点から病理解剖は古今、洋の東西を問うことなく行われており、このこと自体は医学ひいては医療の発展に大きく寄与してきたことも揺るぎない事実である。

したがって、たとえ死因となった病気・病態が生前に診断されえなかったとしても、このような多くの貴重な経験をふまえた上での医学的に合理性をもってその死因が説明できうる場合は、純然たる病死の範疇と判断されうる。こうした背景からすれば「診療を受けつつすでに診断されている病気による死亡のみをふつうの死としそれ以外を異状死とする」日本法医学会の基準は必ずしも個人による病気の経過や病態構成の多様性・複雑性にまで配慮したものではなく、臨床的にはとうてい肯定しうるものではなく、かつ、医師法第21条の立法の趣旨からみても犯罪の端緒となるような死因でもなくまた死体でもない場合に届出義務を拡張するものといわざるをえない。したがって、死因が併発合併症や潜在的事象の顕性化などをもって医学的に十分な合理性を背景に説明しうる場合は純然たる病死と判断するのが妥当であり、医師法第21条における届出の必要な場合には当たらない。

しかしながらこの場合、診療担当者が合理的と考え説明するだけでは足りず、その合理性を担保するなんらかの措置が合わせて講じられるべきである。そこで一つの方法として当該診療に直接たずさわっていない第三者医師（医師団）あるいは遺族側が指定するいわゆるセカンドオピニオン医師の見解を求める方法をルール化する必要がある。これについてはあらためて次項でも述べる。また、病理解剖に付しさらに死因を究明することも選択肢の一つである。

以上のように先の判例にみるごとく純然たる病死に非ずと認められる状況が死体に存した場合は異状死体とし、またその死に到った経緯が純然たる病死以外の場合、初めて異状死とするのが基本である。さらに加えて、届け出るべき異状死体、異状死には、純然たる病死に非ずと認められる状況が死因・死体に存しなくとも、先に挙げた第三者医師または遺族や他の関係者（医療チームの一員等）が当該医師の死に到る経過についての説明の合理性に疑義を示す場合は透明性を維持する点からも、異状死体として届け出るべきと考える。本邦における死亡診断書（死体検案書）は、書式の上で死因を、1．病死及び自然死、2．不慮の中毒死 3．その他の災害死 4．自殺 5．他殺 6．その他及び不詳（の外因死）7．その他及び不詳の死と分類しており、この場合2から7が死亡診断書の上でいわゆる異状死の、死体検案書の上では異状死体の基準に該当するものであり、これら2～7をもって異状死体あるいは異状死として届け出ることでその目的を達せられ、かつ運用上も差し支えない。

2) 医行為中及びその直後の死亡と届出義務

日本法医学会異状死ガイドラインの[4]は、直接的表現を避けているが、その意図するところは医療事故を背景にしたいわゆる医療関連死を意識した基準として読み取れるのでこれについて見解を述べる。

医師法第21条は「医師が死体を検案して異状があるとき」を規定するものであるゆえ、医師が診療中に死亡した患者の死亡の場合に届出を要するか否かがまずは問題である。これまでの学説では

一般に死因不明の場合は届けることが望ましいが、生存中であっても瀕死の患者をはじめて診療し、死亡後死体に第三者の犯罪を疑う異常を発見すれば届け出る義務が生ずるという見解、

外傷で入院治療中のものがそれに引き続く病変で死亡した場合は届出を必要としないが、その外傷が交通事故や犯罪に係る場合は届け出ることが望ましいとする意見

診療中の患者が死亡したときも、死因に異状があり変死と認められたときは、その旨の届け出を行うべき義務があるという説などがある。

これらは、いずれも診療中の患者の死亡について届出義務を肯定するが、これらの場合にはそれぞれ「第三者の犯罪」とか「交通事故や犯罪」あるいは「変死（刑法上変死体は異状死体より狭義）」という特別の事情の存在が疑われる場合であり診療行為に直接関連した死亡には触れておらず、またいわゆる医療事故を直接に意識した点は読みとれない。むしろ従来は診療行為に関連した死亡があったとしても、医師の善意によるパターンリズムの中で処理されていたのではないかと考えられる。それゆえ日本法医学会が医行為中あるいはその直後の死をもとり上げ、ガイドラインとして明記したことは今日の世情に照合し一定の評価に値するものである。

一般に医行為あるいは医療行為自体は、投薬・注射・検査・手術などを含め、基本的には人体を損傷する危険があるものである。このことは、医療従事者はもとより、患者及び一般社会人も互いに認識しなくてはならない原則である。このように、危険性が潜在する医行為が医師に許容されていることは、医師法における医師免許によって法的に担保されている。しかしながら、これら医行為の実施にあたっては、対象となる患者の病状に対し常に患者の立場からの risk benefit-balance を比較考量することが当然の責務である。特に侵襲的な医行為を施行する場合は、緊急時は例外としても、その医行為の意義、当該患者にとっての利益や危険性、代替方法、費用などもろもろのことを説明し、対象となる患者あるいは家族の理解と同意を得て実施されるべきであり、またこのことは近年特に重要視され、現に実行されつつある。すなわち informed consent の実施である。

このような基盤の上で実施された医行為の結果、不幸にして患者が死亡した場合、その死因とそれに到った経緯が、事前においてある程度可能性として説明され、かつ患者あるいは家族が納得・同意して実施された範囲内であり、加えて担当医が最善を尽くしたとしても回避されえなかった事象であった場合、その階層的な面についての解釈が問題となると考えられるが、少なくとも法医学会ガイドラインによればこの場合は異状死に該当する。しかしながら、医学的にある危険な確率が予測されそのうえで行った医行為が、不幸にして当該患者に、その危険な確率の中で死亡を招来した場合、これはまったく予期しない死亡とは言えず、その死亡の原因が事前説明の範囲内での事象であれば、病死の範疇と考えられる。したがってこの場合、立法の趣旨からしても届け出るべき異状死体と言えるものではなく、基本的に届出の義務はない。

しかしながら、このような医行為関連死について、遺族側にとっていわゆる密室内で発生した事象であることやその期待感の喪失などの点を考慮しても、直接に担当した医療者の死に到る経緯についての説明が医学的に合理的であることを担保するために一定の措置をとることが必要であり、前項でも述べたようにいわゆる第三者医師の見解を求めるべきであろう。ここでいう第三者医師とは医療側が指定する医師でもよいし、またいわゆるセカンドオピニオンとして遺族側が指定する医師でもよい。問題は、24時間以内の制約のもとに届出の是非を決定することであり、具体的には近隣医師会あるいは当該病院の医師であっても差し支えない。

この第三者医師（複数でも可）の見解を求めこの医師が担当医師の説明の合理性に疑義を示すか、あるいは同様に遺族や関係者（医療チームの一員等）がそれに疑義を示す場合は異状死として、届出義務が生じると解すべきである。

すなわち、このような場合は死因に対して疑義があるという点からそれを異状死体として届け出るべき根拠とするわけである。また、死因が医学的にも説明困難な原因不明の場合、あるいはそれに到った経緯に少しでも医療過誤の可能性が疑われた場合は、すでにその時点で純然たる病死とは言い難く、この場合は届け出るべき異状死体とするのが妥当である。また判例（大判大7.9.18.）においては「純然タル病死ニ非ス認ムヘキ状況」が死体に認められた場合は届出をなすべきものとしており、当然のことながらすでに死亡の時点で明らかな医療過誤による死亡は純然たる病死とはいえず、加えて、異状死体の届出に関して、それに到る状況を総合して判断するという学説からも、届出義務が発生するものと解するのが妥当である。

最近の最高裁判所の判例（最判平16.4.13.刑集58巻4号247頁）は「死

体を検案して異状を認めた医師は自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責に問われるおそれがある場合にも、医師法第 21 条の届出義務を負うとすることは憲法 38 条 1 項に違反しない」と判示し、その理由として次のことを挙げている。すなわち、「医師免許は、人の生命を直接左右する診療行為を行う資格を付与するとともに、それに伴う社会的責務を課すものである。このような本件届出義務の性質、内容・程度及び医師という資格の特質と、本件届出義務に関する前期のような公益上の高度の必要性に照らすと、医師が同義務の履行により、捜査機関に対し自己の犯罪が発覚する端緒を与えることにもなり得るなどの点で一定の不利益を負う可能性があっても、それは医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容される」べきものとしている。

これは、自己の医療過誤により患者が死亡し、業務上過失致死等が問われるおそれのある場合、端的にいえば医療過誤が疑われる場合においても、当該医師に届出義務を課したものである。ここでは憲法第 38 条 1 項に定める「何人も自己の不利益な供述を強要されない」とは捜査段階のことであり、医師法第 21 条に規定された届出義務とは次元を異にするものと判示されている。この判示にみられる論理は医師の基本的な人権と届出義務の公益性の調整という点からなお法律的議論が残るところであるが、少なくとも今日の時点において医師法第 21 条における異状死体等の届出義務は、医師個人が不利益を負う場合であっても、すなわち医療過誤が疑われる場合であっても課せられるべき法的責務であることを示したものである。

以上により、診療中及びその直後の死亡について、届け出るべき異状死体・異状死の階層的基準は以下のごとく考えるのが妥当であろう。

医療過誤の関与が明白な場合

医療過誤の疑いが存在する場合

直接的医療担当者が医療過誤がなく、死に到った経過が合理的に説明できるとする場合で、合理性判断の客観性を担保するためにいわゆる第三者医師の見解を求め、この第三者医師あるいは遺族等が当該担当医の説明に疑義を示す場合

3) 医療事故再発防止と被害者救済

医行為そのものは一定の資格と専門性を具備した者により行われ、それゆえに、一般人が立ち入ることのできない密室性が問題とされがちである。確かに、1970 年代を境に核家族化が進むとともに、人の死を迎える場所が家庭という開放的な環境から病院(室)という閉鎖的環境へ移行した。したがって今日、家族の多くが、入院から臨終まで終始立ち合い患者の世話をすると

いう機会は乏しくなっている。すなわち、家族からみれば、塀をこえて隔離された病院の一室に患者が存在するわけである。このような環境は、特に容態の急変が発生した場合、医療過誤などを含めて、その原因を隠ぺいしているのではないかとの疑惑が生じ易いことは否めない。加えて、近い過去における医療訴訟を顧みした場合、捜査や係争の途上で初めて、明らかな医療過誤の隠ぺいが浮上した事例もある。従来届出義務が、消極的に運用されていたとは言え、このような事例は、医師がすでにその時点で認知していた医療過誤による死亡を警察へ届け出なかったととらえられても仕方がない。こうした事例が、医療の密室性や隠ぺい性という疑惑をさらに助長していることは、推測に難くない。

一般に自己の過誤を隠ぺいしたいという気持ちは、医療従事者の有無を問わず多くの人間が有する性である。これに対して、理性ある人格、隠ぺいに対する社会的制裁あるいは周囲の目がその行為を規制しているものといえよう。医師免許は一般人には禁止されている危険性をともなう医行為を一定の条件のもとに解除して、適法に医行為を認める資格を付与したものであり、これにより社会的にも医業独占が担保されている。しかしながら、皮肉なことに医療が高度化すればするほど医行為の危険性が高くなったのも事実である。特に高度先進医療機関や特定機能病院などにおいては人命救助のさらなる可能性を求めて極限までの医療も行われている。これら危険性を有する医行為は医師のみでしか果たせない、あるいはときに果たさなければならぬものであるが、その実施にあっては、技能の熟達度に加え、いわゆる informed consent の取得など一定の条件のもとで初めて許容されるものであることが社会共通の認識である。

一方、先の判示（最判平 16. 4. 13 刑集 58 巻 4 号 247 頁）は、医師であるがゆえに果たすべき社会的責務も医師免許に付随するものであることを示している。すなわち自己の職務上の過失、過誤に対しても、その疑義も含めて自己の損益にかかわらず、隠ぺいすることなく報告・届出を行うべきことである。もとより医療事故の報告や届出の終局的目的が再発防止や被害者救済にあることは言うまでもない。この観点からすれば、医療に関連した死亡の届出について所轄警察署をもって最もふさわしい場所とすべきかは、問題として残るのである。

医行為の途上であるいはその直後に死亡した場合、先に示した基準で臨床的に合理性をもってその死が説明でき、かつ、第三者医師及び遺族を含めた関係者がこれに疑義をもたない場合は純然たる病死であり届出義務はないとした。しかしながら、一方において、それが純然たる病死であったとしても、特に病院という、いわば家族にとって密室と考える中で突然死亡したという

ことであれば、終始付き添っていた家族はともかく、少なくともほかの全員がその死を合理的に理解するとは限らない。このような場合、実務的にはまず死体を解剖に付すべきである。今日、わが国において、すべての地域で行政解剖というわけにはいかないが、少なくとも病理解剖に付し死因を究明すべきである。現にイギリス、アメリカ、フィンランドその他の先進国では捜査機関以外の第三者機関が解剖を行い、医療者及び遺族等、双方に対しその結果を開示している。もちろん、単に医師と遺族の間に介在する疑義払拭の目的をもってのみ死体を安易に解剖するべきではないが、臨床的に合理性をもって説明しうる病死においても、病理解剖によりその死因を検証し、真の死因解明に接近することはきわめて重要であり、また明日の医学へ資するという観点からすればその意義は限りなく深いものである（付言すれば、司法解剖の場合、医療事故の原因究明と再発防止の観点から医療者側にも解剖所見が速やかに開示されることが望ましい。）

いわゆる異状死体について、ある熟達した法医学者は検案と解剖結果との対比で、死因が著しく誤った例は15.5%であり、このことから解剖による死因究明の重要性を指摘している。死因の解明は、これにより遺族に対する正当な補償、逆に権利のない人が不当な利益を得ることの防止、さらには被疑者とされる人の人権保護などに関して、より正しい根拠が得られるものとされる場合によっては、このようなことを含めた死因究明の制度化も必要となろう。ここでいう制度化とは、新たな監察医制度を各都道府県に設置するというような国家予算的にも大規模なものでなくとも、各県に存在する医科大学の法医学教室と病理学教室の有機的連携の上でその機能を確保することができよう。また、このように解剖に付し、死因を究明することが、その後の各事案において医学的に公正な判断をする上での礎石となろう。

一度発生した医療事故に対し、医事紛争の結果、医療者側の過誤・過失が明確になった場合、医療者側は民事上、刑事上応分の制裁を受けるか、和解等の手段により被害者側への補償等を行うべきこととなる。

被害者救済に関して残る問題は、医療者側に過誤・過失がないと判断された場合についてである。担当医は被害者の被った不幸な転機に関して多くの苦悩を負うものである。特に被害者側において、その生活環境を含めた身体的あるいは精神的な悪化が生じたことを担当医は生涯忘れることができない。過誤の有無とは別にこのような患者や遺族の苦悩を可能な限り救うべきであるということはほとんどの医療者が共有する心情である。このような場合の救済制度が乏しいことはきわめて脆弱な医療体系という他はなく、この点に対応する制度の検討が求められる。

裁判は、いわば all or nothing の裁定を行うものであり、医療関連死に伴う

様々な問題をすべて解決できるものではなく、また、しようとするものでもない。一般に医療訴訟は病院に行けば治ると思った患者及び家族がその期待感を裏切られたという無念さ、さらには病院側の対応への不満が素地となっており、患者側の思い入れが強い点に特殊性があるといわれている。そして裁判を通じて医療者に対し恨みをはらす、また患者・家族の救済を要求するのみならず、医療事故の再発防止を願う思いを持って係争されている。裁判はしかしながら、医療事故の再発防止のために自然科学的因果関係を探求すること自体を目的とするものではなく、発生した損害を加害者と被害者にどのように分担させるのかについての法的な、社会的な判断を行うものである。裁判は、医事紛争の解決を通じて医療事故、医事紛争事例を収集、分析して再発防止のための知見を提供しようというものでは決してないのである。

以上みてきたように、医療関連死に関わる諸問題に総合的に対応するためには、医療関連死の事例を集積しこれを科学的に分析し、その再発の防止を図り、また医学的に公正な判断のもとに医療過誤のない場合を含めて広く被害者救済を進めることを目的とする第三者機関の設置が望まれるところである。

この機関においては、医療関連死に関して事例集積のために医療事故報告の推進を図り、その内容の専門的調査と科学的分析、その結果による再発防止方法の検索が進められる。また 調停など裁判以外の紛争解決手段（ADR）を整備し、明らかな医療過誤に関してこの機関から被害者に補償し医療者に求償するなどできるだけ迅速に、かつ、有効に被害者を救済する制度を構築し、また、過誤によらない医療被害者に対しても労働者災害補償保険制度に類似した制度の考案などそれに応じた救済制度を導入するものとする。

このような機関の設置に関しては、すでに医学会（日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会、共同表明、資料6.）、弁護士及び弁護士団体からもそれぞれの立場からそれぞれの構想が提唱されている。日本学術会議においても来たるべき時代に適合するこのような第三者機関の設立と具現化に向けて、さらなる検討が必要となろう。

5 . 結論

医師法第 21 条における異状死体の届出義務（昭和 23 年制定）に関し、日本法医学会はその具体的事例として異状死ガイドラインを提唱した（平成 6 年）。これに対し日本外科学会をはじめとする臨床系学協会から声明、報告、疑義論が出された。一方、この件に関心を有する弁護士及び弁護士団体並びに市民団体からは医療の密室性、不透明性を問う立場からこのガイドラインをもって是

とする声も挙がってきた。その論点は、日本法医学会ガイドラインにおける「ふつうの死以外を異状死とする」こと、及び「診療行為に関連した予期しない死亡、及びその疑いのあるもの」をめぐる2点に要約される。

こうした背景の下で日本学術会議は、異状死等の問題に関連して学術的見地からの見解を求めべく委員会を設置し検討してきたが、異状死の取扱いに関する問題がその届出義務の範囲を確定するものに止まらず、その問題の延長線上に医療事故の事例集積とその科学的分析、それに基づく再発防止策の樹立、医学的にみた公正な裁定の確保、幅の広い被害者救済の制度化など総合的な問題処理の必要性を提起するものであることが課題として浮上してきた。これらは単に異状死問題のみならず、広く医療事故防止や医療の透明化へも帰着するものである。これらの検討の結果、以下の事項を提言することとする。

1) 届け出るべき異状死体及び異状死

(1) 一般的にみた領域的基準

異状死体の届出が、犯罪捜査に端緒を与えるとする医師法第21条の立法の趣旨からすれば、公安、社会秩序の維持のためにも届出の範囲は領域的に広範であるべきである。すなわち、異状死体とは、

純然たる病死以外の状況が死体に認められた場合のほか、

まったく死因不詳の死体等、

不自然な状況・場所などで発見された死体及び人体の部分等もこれに加えるべきである。

(2) 医療関連死と階層的基準

いわゆる診療、服薬、注射、手術、看護及び検査などの途上あるいはこれらの直後における死亡をさすものであり、この場合、何をもって異状死体・異状死とするか、その階層的基準が示されなければならない。

医行為あるいはその直後の死亡にあっては、まず明確な過誤・過失があった場合あるいはその疑いがあったときは、純然たる病死とはいえず、届出義務が課せられるべきである。これにより、医療者側に不利益を負う可能性があったとしても、医療の独占性と公益性、さらに国民が望む医療の透明性などを勘案すれば届出義務は解除されるべきものではない。

広く人の病死を考慮した場合、高齢者や慢性疾患を負ういわゆる医学的弱者が増加しつつある今日、疾患構造の複雑化などから必ずしも生前に診断を受けている病気・病態が死因になるとは限らず、それに続発する疾患や潜在する病態の顕性化などにより診断に到る間もなく急激に死に到ることなども少なくない。さらに危険性のある外科的処

置等によってのみ救命できることもしばしばみられているが、人命救助を目的としたこれら措置によってもその危険性ゆえに死の転機をとる例もないことではない。このような場合その死が担当医師にとって医学的に十分な合理性をもって経過の上で病死と説明できたとしても、自己の医療行為に関わるこの合理性の判断を当該医師自身に委ねることは適切でない。ここにおいて第三者医師（あるいは医師団）の見解を求め、第三者医師、また遺族を含め関係者（医療チームの一員等）がその死因の説明の合理性に疑義を示す場合には、異状死・異状死体とすることが妥当である。ここにおける第三者医師はその診療に直接関与しなかった医師（あるいは医師団）とし、その当該病院医師であれ、医師会員であれ、あるいは遺族の指定するセカンドオピニオン医師であれ差し支えはない。このようなシステムを各病院あるいは医療圏単位で構築することを提言する。

2) 医療事故再発防止と被害者救済

いわゆる突然死または、医療事故死、広く医療関連死の問題を総合的に解決するための第三者機関を設置し、医療関連死が発生した場合、その過誤・過失を問うことなく、この第三者機関に届け出ることとすべきである。この第三者機関は単に異状死のみならず、医療行為に関連した重大な後遺症をも含めた広範な事例を収集するものとすべきであり、この上に立って医療事故の科学的分析と予防策樹立を図るものとする。このような構想はすでに日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本医学学会の共同声明でも提唱されている。（資料6）

この第三者機関は、事例の集積と原因分析を通じ医療事故の再発防止に資するとともに、医学的に公正な裁定を確保し、被害者側への有効で迅速な救済措置の実施のために裁判以外の紛争解決促進制度（ADR）の導入や労働者災害補償保険制度に類似した被害補償制度の構築などを図るべきものとする。このような機関の設立は、医療行政担当機関、法曹界、医療機関、被害者側及び損害保険機関等の協力によって進められることが望ましい。今日、国民の医療に関してこのような第三者機関が存在しないことは、わが国の医療体制の脆弱性を表すものであり、日本学術会議は第三者機関のあるべき姿についてさらなる総合的検討をなすとともに、関係機関に対し、その実現のためのイニシアティブを強く期待しここに提言するものである。

6. 協力者氏名

異状死等検討委員会は本報告書を作成するにあたり下記の諸氏に専門的立場から貴重なご高見を戴いた。

(ご芳名の役職は当時のものであり、また、順序は学会会議へお越し戴いた日付順に示しました。)

- 平林勝政氏 (第18期日本学会議社会法医学研究連絡委員会委員)
塩野 寛氏 (日本法医学会理事長)
的場梁次氏 (日本法医学会理事)
池田典昭氏 (日本法医学会評議員)
山本修三氏 (日本病院会副会長)
大井利夫氏 (日本病院会前監事)
星 北斗氏 (日本医師会常務理事)
大山憲司氏 (警察庁刑事局捜査第一課長)
池田康夫氏 (日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会、
共同委員会)
行天良雄氏 (医事評論家)
貝阿彌誠氏 (東京地方裁判所判事)
鈴木利廣氏 (医療問題弁護団代表)
北島智子氏 (厚生労働省医療安全推進室室長)
井上 肇氏 (厚生労働省医政局医事課課長補佐)

「異状死」ガイドライン

平成 6 年 5 月

日本法医学会

(日法医誌 1994 第 48 巻, 第 5 号, pp.357-358 掲載)

医師法 21 条に「医師は、死体又は妊娠 4 カ月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定されている。

これは、明治時代の医師法にほとんど同文の規定がなされて以来、第 2 次大戦中の国民医療法をへて現在の医師法に至るまで、そのまま踏襲されてきている条文である。

立法の当初の趣旨はおそらく犯罪の発見と公安の維持を目的としたものであったと考えられる。

しかし社会生活の多様化・複雑化にともない、人権擁護、公衆衛生、衛生行政、社会保障、労災保険、生命保険、その他にかかわる問題が重要とされなければならない現在、異状死の解釈もかなり広義でなければならなくなっている。

基本的には、病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが「ふつうの死」であり、これ以外は異状死と考えられる。しかし明確な定義がないため実際にはしばしば異状死の届け出について混乱が生じている。

そこでわが国の現状を踏まえ、届け出るべき「異状死」とは何か、具体的ガイドラインとして提示する。

条文からは、生前に診療中であれば該当しないように読み取ることもできるし、その他、解釈上の問題があると思われるが、前記趣旨にかんがみ実務的側面を重視して作成したものである。

【1】外因による死亡（診療の有無、診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）による事故に起因した死亡。

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・気道熱傷あるいはこれらの競合など，死亡が火災に起因したものすべて），火陥・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，酸素の欠乏などによる窒息死。

F. 中毒

毒物，薬物などの服用，注射，接触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

作業中の感電死，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すべての外因死。

(2) 自殺

死亡者自身の意志と行為にもとづく死亡。

縊頭，高所からの飛降，電車への飛込，刃器・鈍器による自傷，入水，服毒など。

自殺の手段方法を問わない。

(3) 他殺

加害者に殺意があったか否かにかかわらず，他人によって加えられた傷害に起因する死亡すべてを含む。

絞・扼頭，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。

加害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死亡に至った原因が不詳の外因死

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) 頭部外傷や眠剤中毒などに続発した気管支肺炎

バ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症 など

【3】 上記【1】または【2】の疑いがあるもの

外因と死亡との間に少しでも因果関係の疑いのあるもの。

外因と死亡との因果関係が明らかでないもの。

【4】 診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・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡。

診療行為自体が関与している可能性のある死亡。

診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合。

診療行為の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

(1) 死体として発見された場合。

(2) 一見健康に生活していたひとの予期しない急死。

(3) 初診患者が、受診後ごく短時間で死因となる傷病が診断できないまま死亡した場合。

(4) 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（最終診療後 24 時間以内の死亡であっても、診断されている疾病により死亡したとは診断できない場合）。

(5) その他、死因が不明な場合。

病死か外因死か不明の場合。

(日本法医学会教育委員会(1994 年当時)：柳田純一 (委員長) ，木内政寛，佐藤喜宣，塩野 寛、辻 力、中園一郎、菱田 繁，福島弘文，村井達哉，山内春夫)

Copyright (C) 1994-2000 by the Japanese Society of Legal Medicine. *All rights reserved.*

声明文

診療に関連した「異状死」について

1. 医師法第 21 条の「異状死」について

近年、多くの医療機関において、患者の取り違えや投薬ルートの誤り、異型輸血などの極めて初歩的な注意義務を怠った明らかな過失による医療過誤が起こり、患者のかけがえの無い生命を犠牲にし、また、重大な健康被害を与えてしまったことは、広く報道されたところである。医療従事者の一人一人は深くその責任を自覚するとともに、このような現実を真摯に反省し、徹底した事故予防対策に取り組まなければならない。医師法第 21 条は、医師が異状死体を検案した場合に 24 時間以内に所轄警察署へ届け出るべき義務を規定しているが、その趣旨は、犯罪捜査への協力にあり、これらの医療過誤事件についても、医師には届出義務があると考えられる。

その一方、今日医療過誤として提訴される事件の中には、稀な疾患であるため診断に時間を要した場合や、高度で困難な治療が不成功に終わった場合なども含まれているが、これらについては、訴訟手続の過程における専門的な文献の検討や鑑定を経て、はじめて過失の有無の判断が可能になる。もとより、医師は、刻々と変化する目前の患者の病態に応じて相当と考えられる医療措置を行うものであり、当初から結果が明らかなわけではない。特に、外科治療の中心となる手術は、患者に一定の侵襲を加えることによってはじめて成り立つ治療であり、同様の手技を行っても必ずしも全ての患者が改善するとは限らず、一定の頻度では、かえって患者の生命や身体を危険に晒す結果となる不確実性を避けることができない。現在では、有効な治療法の無かった疾患の治癒や改善、たとえば心臓を停止させて心臓を切り開いて処置を行う心臓外科手術や、肝臓を全て摘出して提供者の肝臓の一部で置換する肝臓移植手術、あるいは隣接臓器や大血管へ浸潤した進行癌に対する根治的合併切除手術などが可能となり、全国各地の医療機関で行われるようになり、国民福祉の増進に大きく寄与している。このような大手術において望ましくない結果が発生すれば、患者が死亡する危険性があることは、十分に予期されているのであるが、それを上回る利益を患者にもたらし得る可能性があるで行われる。そのため、医師は、手術を受ける患者やその家族に対して、手術の目的や死亡を含む予期される危険性の内容と程度、手術を行わない場合に考えられる他の治療法や疾患の予後などについて、十分な説明を行い、患者や家族の同意を得なければならないのである。

このような外科手術の本質を考慮すれば、説明が十分になされた上で同意を得て行われた外科手術の結果として、予期された合併症に伴う患者死亡が発生した場合でも、これが刑事事件としての違法性を疑われるような事件となるとは到底考えることができない。過誤があったかどうかは、専門的な詳細な検討を行って初めて明らかになるものであり、まさに民事訴訟手続の過程において文献や鑑定の詳細な検討を経て判断されるのが相応しい事項である。したがって、このような外科手術の結果として発生した患者死亡は、医師法第 21 条により担当医師に所轄警察署への届出義務の生じる異状死であると考えすることはできない。仮に、このような患者死亡についてまでも、警察署への届出が義務付けられ、刑事被疑事件としての捜査の対象とされるのであれば、遺族との信頼関係が破壊されて誤解を生み、無用な混乱が起ることが強く懸念される。そうなれば、患者死亡を生じる危険性のある侵襲の大きな手術を外科医はできるだけ回避する傾向となり、手術を受けるならば回復の可能性がある数多くの患者が、手術を受ける機会を喪失し、ただ、死を待たなければならないことになってしまう。われわれは、このように外科医が萎縮して持てる技術を発揮できなくなり、その結果国民福祉が後退してしまう事態は、絶対に避けねばならないと考える。

日本法医学会が平成 6 年 5 月発表した「異状死」ガイドラインでは、「診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」を「異状死」に含めるとして、「注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、診療行為自体が関与している可能性のある死亡、診療行為中または比較的直後の急死で死因が不明の場合、診療行為の過誤や過失の有無を問わない。」とされている。このガイドラインは、一つの考え方として、参考資料として、作成されたものであるが、作成主体であった同会教育委員会においては、委員間でもかなり意見の相違があり、とくに医療行為関連の事例については議論があったとされている。

われわれは、現実に医療現場で患者に接して診療する臨床医の立場から、診療行為に関連した「異状死」とは、あくまでも診療行為の合併症としては合理的な説明ができない「予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」をいうのであり、診療行為の合併症として予期される死亡は「異状死」には含まれないことを、ここに確認する。特に、外科手術において予期される合併症に伴う患者死亡は、不可避の危険性について患者の同意を得て、患者の救命・治療のために手術を行う外科医本来の正当な業務の結果として生じるものであり、このような患者死亡が「異状死」に該当しないことは明らかである。われわれは、このことを強く主張するとともに、国民の理解を望むものである。

2. 中立的機関の設立への要望

医療過誤事件における患者の被害は速やかに救済されなければならない。また、医療過誤事件の急増する今日、同様の事件の再発を防止するために可能な方策が尽くされなければならない。われわれは、患者死亡が発生した場合だけでなく、医療過誤の疑いがある患者被害が発生した場合には、広く医療機関や関係者からの報告を受け、必要な措置を勧告し、さらに、医療の質と安全性の問題を調査し、国民一般に対し、必要な情報を公開していく新しい専門的機関と制度を創設するべきであると考える。

しかし、診療行為における過失の有無の判断は専門的な証拠や資料に基づき公正に行われる必要があり、捜査機関がこれに相応しいとは考えることができない。学識経験者、法曹及び医学専門家等から構成される公的な中立的機関が判断すべきであり、かかる機関を設立するための速やかな立法化を要請する。

平成 13 年 4 月 10 日

日本外科学会
日本消化器外科学会
日本小児外科学会
日本胸部外科学会
日本心臓血管外科学会
日本呼吸器外科学会
日本気管食道科学会
日本大腸肛門病学会
日本内分泌外科学会
日本形成外科学会
日本救急医学会
日本麻酔学会

平成 13 年 6 月 11 日参加

日本血管外科学会

会 告

「異状死」の件に関しては、昨今社会的な問題となっており、本会に対しても病院協会等から見解を求められており、平成 12 年度より学会在り方検討委員会で討議されてまいりました。今回、学会在り方検討委員会の答申を受けて、去る 3 月開催の定例評議員会ならびに 4 月開催の理事会の承認を得ましたので、ここに会員の皆様に公表いたします。

診療行為に関連した患者死亡の所轄警察署への届出について

医師法第 21 条「異状死体等の届出義務」は「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検査して異状があると認められた時は、24 時間以内に所轄警察署に届けなければならない」と規定している。本来、同条の趣旨は、死体又は死産児に異状が認められる場合には、犯罪の痕跡をとどめている場合がありうるので、医師に対して犯罪捜査への協力としてこれを届け出る義務を課したものである。しかし、近年、医療過誤により発生した患者死亡にも同条が適用されたため、医療者の間に混乱が生じている。

従来、「異状死」についての明確な基準はなかったが、平成 6 年 5 月に日本法医学会は「異状死」ガイドラインを公表した。そこには、「外因による死亡」、「外因による傷害の続発症、あるいは後遺障害による死亡」、「これらの疑いがあるもの」、に加え、「診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」として、「診療行為中または診療行為の比較的直後における予期しない死亡」「診療行為自体が関与している可能性のある死亡」「診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合」が挙げられ、診療行為には、注射・麻酔・手術・検査・分娩などのあらゆるものを含み、しかも「診療行為の過誤や過失の有無を問わない」とされている。また、「死因が明らかでないもの」も挙げられており、さらには、当該ガイドラインを提示した理由として、「病気になり診療をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが「ふつうの死」であり、これ以外は異状死と考えられる」と述べている。

内科診療においては、複数の疾患を有する患者も多く、また診断名が確定されていない、あるいは隠れた疾患を有する患者もしばしば対象となる。治療に付随した副作用が急速に現れることもある。従って、診療行為に関連して発生する患者死亡のなかには、すでに診断されている疾患のみでは説明できないものも存在し、また死亡が突然起こることも少なくない。これら死亡事例については、担当医師が死亡に至る経緯について遺族に十分な説明を行い、その理解を得た上で病理解剖を病理医師に依頼し、死亡原因の探索を行うのが通常である。病理解剖の結果、多くの場合に死亡原因が明らかとなり、臨床上重要な予想外の情報が得られることもある。これらは、人の疾患が複雑でかつ多様性があり、一律に取扱うことが困難であることを示している。

「ふつうの死」とすべき患者死亡の範囲は本来巾広いものであると考える。

当該事例を全て「異状死」として警察署に届け出することは、それらの死因の探索を法医学解剖等に委ねることになる。しかし、法医学解剖等は、死亡に係る犯罪性を公正な立場で立証することを主な目的とし、病理解剖とは視点を異にしているため、臨床現場の要望に対応したフィードバックも完全になしえとは限らない。また、本来「ふつうの死」であるべき患者死亡が警察捜査の対象となることで、いたずらに国民に医療に対する不信感や不安感を与えることになりかねない。さらには、捜査への対応による診療の中断など多忙な医療現場に深刻な混乱が引き起こされることも予想される。ちなみに、わが国では突然死だけでも年間10数万人に発生するとされている。従って、「異状死」の範囲を拡大解釈することは、医療現場にとってマイナス面が大きいだけでなく、医師が死亡率の高い合併症や急変が予測される疾患を有する患者の診療に消極的となり、長期的な視野に立つと、わが国の健全な医学・医療の実践と発展、さらには国民福祉をも損なう恐れすら感じられる。

一方、国民から医療への不信感を払拭すべく診療の透明性を高めることは医療者の基本である。そのためには、診療行為に関連した原因不明の患者死亡で犯罪性や医療過誤による死亡の疑いがないと判断される場合には、医師は遺族の承諾を得て病理解剖を実施することを「義務」とすることが当面の要件となろう。死亡原因の解明に役立つばかりでなく、貴重な学術資料として後世へ伝えることもできるからである。もし、同一の医療施設内における病理解剖では公正さを欠くとの懸念があれば、遺族が希望する他の施設でも日常的に実施できる体制を確立することである。医療界に隠蔽体質があるとの国民の疑いは謙虚に受け止めるとしても、警察捜査に委ねることで解消できる性質の問題ではない。医療の本質は、多様な価値観を有する患者と医療者との信頼関係が基本であるだけに、そのより良い構築を実現するためには、双方の十分な意思疎通や情報開示を定着させるための医療者による日常の努力が何よりも優先するはずである。

また、医療事故防止へ向けた取り組みは医療界全体にとっての緊急課題である。医療事故の発生には様々な要因が介在する。その防止策を確立するためには、医療事故に関連した医療者からの正確な報告に基づき、徹底した調査を行い、他医療施設への警告に資すべく、その結果を医療者と患者のプライバシーを侵害しない範囲で公表していくことが要件となる。この目的を達成するためには、当該事例に関する調査の受け皿となる専門組織として、各界の専門家から構成される第三者機関を設置してその審議を委ねることがより実質的で効果的と考えられる。

かかる背景から、日本内科学会としては、積極的な病理解剖の実施と他施設でもこれが実施できる体制の確立、および上記第三者機関の速やかな設立に向けて、各界との協力関係を推進するとともに、医師法第21条に基づいて「異状死」としての医師の届出義務とする診療行為に関連した患者死亡事例は下記の要件を満たすものとするのが適切と考える。

記

「何らかの医療過誤の存在が強く疑われ、または医療過誤の存在が明らかであり、それらが患者の死亡の原因となったと考えられる場合」に該当する事例。

- (1) 「何らかの医療過誤」とは、患者誤認、薬剤名・薬剤投与量・薬剤投与方法・薬剤投与経路の過誤、異型輸血、診断用あるいは治療用機器操作などの過誤のうち、患者死亡の原因となったと考えられるものをいう。
- (2) 「医療過誤の存在が強く疑われる」とは、医療関係者により医療過誤の疑いが確認され、かつ、診療行為直後の生命徴候の急激な変化、死亡時・死亡後の異常な随伴(性)事象の発生、異常な検査所見などの客観的事実の存在に基づいて、医療過誤の存在が疑われることをいう。
- (3) 「医療過誤の存在が明らかである」とは、患者が死亡するに至った経過、状況、その他の客観的事実の存在に基づいて、医療過誤の存在が確認されることをいう。
- (4) 「それらが患者の死亡の原因となったと考えられる」とは、医療過誤の存在によって患者の死亡を合理的に説明することができ、他の事実によっては合理的な説明が困難なことをいう。

平成 14 年 7 月

社団法人 日本内科学会
理事長 木村 哲



医療の安全と質の向上を目指す民間病院最大の団体です

社団法人 **全日本病院協会**
ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION

四病協の研究・調査・要望など

四病院団体協議会:医療安全対策委員会 中間報告書 - 平成12年度報告

(委員)

| | | |
|----------|--------------|--------|
| 日本病院会 | 副会長 | 藤澤 正清 |
| | 常任理事 | 大井 利夫 |
| | 医療事故対策委員会委員 | 斎藤 広子 |
| 日本医療法人協会 | 副会長 | 近藤 脩 |
| | 常務理事 | 土谷 晋一郎 |
| | 医療経営管理部会委員 | 高橋 幹治 |
| 日本精神病院協会 | 常務理事 | 角南 譲 |
| | 医療問題検討委員会委員長 | 東 司 |
| | 病院管理委員会委員長 | 千葉 潜 |
| 全日本病院協会 | 常任理事 | 石原 哲 |
| | 理事 | 小泉 和雄 |
| | 医療安全対策委員会委員 | 飯田 修平 |

はじめに

四病院団体協議会(四病協):医療安全対策委員会が平成12年9月に発足し、平成13年3月まで医療安全対策、医療事故等に関する検討を重ねた結果、次の4項目の事項【1.医師法21条における死体検案の解釈について 2.日本法医学会「異状死ガイドライン」の対応について 3.医療安全に使用された報告書の免責について(インシデントレポート・アクシデントレポート等の取り扱いについて) 4.マスコミとの連携の手法の考え方について】が最大の問題点として挙げられ、いずれも個々の病院では対処できない問題であるとされました。そこで、四病院団体協議会(四病協):医療安全対策委員会としての統一見解を別紙のようにまとめ、中間報告いたします。

平成13年3月28日 四病院団体協議会 医療安全対策委員会 委員長 石原 哲

1. 医師法21条における死亡検案の解釈について

- 医師法21条の死体検案は、同時に警察署への届け出を義務化している。これは、犯罪の発見と公安の維持を目的としたものであり、現時点における本条項の解釈もその趣旨を遵守すべきである。社会生活の多様化に伴う事件性を有さない異状死、あるいは死亡にいたらないような健康障害への対応は、別な視点で規定すべきである。
- 医師法21条には罰則規定がある。罰則規定を伴う条文は、一般に本文に忠実に解釈し、拡大解釈を行うことは厳に慎むべきである。
- 医師法21条は、死体検案に関する条文であり、通常の死亡診断あるいは病理解剖に関して規定する条文ではない。
- 医療事故を把握し、原因を明らかにして、予防策を検討し、場合により当事者の責任を問うという目的からは、21条の拡大解釈に法的根拠を求めるのではなく、医療事故を想定した新たな制度の創設が望ましいと考える。診療が萎縮し、医療の進歩を阻害する可能性、患者がより先進的な治療を受けられなくなる可能性があると思われる。
- 警察への届出義務を医師法21条の拡大解釈や類推解釈をし、そこへ法的根拠を求め無理やり相乗りさせようとしている点が問題である。
- 特別な事件性がなければ、かならずしも全てを警察に届け出る必要はないと判断する。医療事故での死亡は、家族に対する十分な説明のもと、家族の判断が優先されるべきであり、本人及び家族の人権保護、医療の質向上の観点から検討される必要がある。病院の医師が一律かつ事前に届け出することは、こ

の目的には必ずしも適していない可能性、医師法に定められた医師に課せられた守秘義務に抵触する可能性を有する。

以上、医師法21条に関して、趣旨は遵守すべきではあるが、医療事故・異状死への対応は別な視点で規定すべきである。

2. 日本法医学会異状死ガイドラインの対応について

- 医療においては予測不可能な事象が高い確率で起こり得るものである。日本法医学会のガイドラインでは、診断されている病気で予測された死亡を「ふつうの死」とし、それ以外の死は全て「異状死」としているが、これでは予測されない、あるいは診断が明確でない全ての場合が含まれてしまい、医療の実態に対応していない。医師法21条のごとく罰則規定のある条項の「異状死」を拡大解釈して、外因死や重大な過失による死亡を越えて、「ふつうの死」以外の全てに適用することは、臨床的には適さないと考える。また、病理解剖における死体の問題と、検死の結果事件性が高いとして司法解剖した死体の問題は別である。さらに異状死ガイドラインは、死亡事例のみを対象としており医療事故に十分に対応していない。異状死ガイドラインを作成した法医学会が医学会を必ずしも代表しているわけではなく、一学会の見解であるという手続き上の問題も有している。
- ガイドライン本文中の、[4]「診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」の4項目（(a) 注射・麻酔・手術・検査・分娩等あらゆる診療行為中、または、診療行為の比較的直後における予期しない死亡 (b) 診療行為自体が関与している可能性のある死亡 (c) 診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明な場合 (d) 診療行為の過誤や過失の有無を問わない）については日本外科学会、日本内科学会、日本病理学会等の最終的な見解を踏まえ、日本法医学会にこの4項目について再考をうながし現状にそぐわない点を反論しておくべきである。
- ㊦ 各学会が見解を出すのではなく、医療界として統一した見解を出すべきである。

以上、医師法21条のような罰則規定のある条項の「異状死」を拡大解釈して、「ふつうの死」以外全てに適用することは、臨床的に適さないと考える。今後、日本外科学会、日本内科学会、日本病理学会等の最終的な見解を踏まえ、日本法医学会にこの4項目について再考をうながし、現状にそぐわない点を反論しておくべきであり、臨床医の立場でのガイドラインが必要である。

3. 医療安全に使用された報告書の免責について(インシデントレポート・アクシデントレポート等の扱い)

- アメリカの「To Err Is Human」において「報告システムを開示請求から守る」必要性が熱心に説かれ、そのための立法措置の必要性が強調されている。医療の質に関連する情報の収集を実効あらしめるためには、関係者の立場、利害にも十分に配慮した制度づくりが必要である。
- ㊦ 事例の収集は、医療事故の実態を知り、原因を分析して対応策を講ずるための重要な第一ステップであり、医療上のリスクマネジメントの根幹をなすものでもある。従って、出来るだけ事例を集めるためにも、報告書が不利な取り扱いを受け、そのために報告書が出にくくなることは医療安全対策上好ましくない。そのためにも「報告書に関する免責」は担保されなければならないと考える。
- 現行の日本の法律で不可能であるならば、インシデントレポート・アクシデントレポートのシステムについては、今後、監督権限を有しない第三者機関への依頼も検討課題となろう。このことは、医療界のみならず、あらゆる職種に当てはまることである。

以上、米国の状況を踏まえ、報告書の免責・制度化を国へ要望する必要がある。

4. マスコミとの連携の手法の考え方について

- マスコミに対する対応は様々な場合が想定され、一概に論ずることは困難である。しかし原則として、病院団体としてはマスコミとの連携に務め、正しい情報を提供しながら、医療の安全性を高めるための協力を要請していくことが大切である。
- ㊦ 日本には医療ジャーナリズムの専門家が少なく、断片的なスクランダルな報道のみが注目される傾向がある。医療界として医療ジャーナリズムの育成に協力することは、長期的な課題であり、プレスを対象とした定期的な勉強会などが必要である。

以上、今後病院及び病院団体が、日頃から医療事故防止等どのように取り組んでいるのかを国民に理解してもらうために、マスコミと連携し定期的に相互理解のための勉強会や懇談会等を開いて行くことが重要である。

以上

資料 5

意見書「医療事故と異状死体届出義務について」

2002年4月12日

医療問題弁護団(代表 鈴木利廣)

(要 旨)

- ・医師法21条は、医師が死体等を検案して異状があると認めた場合の警察への届出義務を定める。
- ・同規定にいう「異状」死とは、現に診療を受けているその病気により自然の経緯によって死亡したと確実に判断できる場合以外の全ての死をいう。したがって、医療事故による患者の死亡も「異状死」として、届出の対象となる。個々の具体的な場合の届出の要否の判断に当たっては、「日本法医学会『異状死』ガイドライン」を参照すべきである。
- ・同規定にいう「検案」とは、従前の診察の有無にかかわらず、死体を調べて死因判断を行うことを意味する。医師法21条に関する判例もこのような解釈を前提としている。したがって、従来診察していた患者が死亡して死亡確認と死因判断を行った場合でも、医師法21条の届出義務は生じる。
- ・医師法21条をはじめとする現行の医療事故に関する報告等は、いずれも事故の再発防止や被害救済というあるべき報告制度の目的を十分に果たしていない。そこで医療事故情報を保有する全ての機関を報告義務者とする一元的な医療事故報告制度を設け、報告を受けて調査・分析を行い、再発防止・被害救済につなげる機構の創設が必要不可欠である。
- ・医療事故報告制度の実効性確保のため、自発的報告に対して刑事免責を付与すべきであるとの考えも存するが、報告制度の実効性は医療の透明性の確保等によりあげることができるのであり、刑事免責を与える合理的理由にはなり得ない。

第1. 総論

1 問題の所在

医師法第21条に死体等検案医の異状死体届出義務が規定されている。

本条の規定違反が罰則の対象とされていることから、近年医療事故死についての届出義務の有無をめぐる、本条の解釈に意見の対立を生んでいる。

論点は次の2つである。

- (1) 届出義務の対象である異状死体の概念ないし定義との関係で医療事故死は含まれるのか否か、含まれるとしてどの範囲かである。
- (2) 届出義務の主体である死体等検案医の定義についてである。この関係では「検案」と「診断」の区別が問題とされている。

本稿の目的は医師法21条の解釈を明確にすることにあるが、合わせて医療事故報告制度のあり方についても述べることにする。

2 医師法第21条、33条の規定内容

医師法第21条は、「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るときは、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。」と規定して、医師に対し異状死体等の届出義務を課し、同法第33条は、この義務に反した医師に対し、2万円以下(罰金等臨時措置法第2条1項)の罰金刑を科している。

3 その歴史的経過と立法趣旨

(1) 歴史的経過(注1)

1906年施行の旧医師法施行規則第9条に「医師死体または四月以上の死産児を検案し異状有りと認むるときは二十四時間以内に所轄警察署に届出づべし」として、現在と同内容の規定ができ、その後、1942年制定の国民医療法の施行規則第31条にこの規定が移され、さらに同規則第65条で、違反者に50円以下の罰金または過料が科せられることとなった。

戦後、1948年の医師法制定の際、規則で定められていた上記規定が医師法の中に規定され、現在に至っている。

(2) 立法趣旨

この規定の制定当時の立法趣旨は、死体には、犯罪が関連していることが多いため、死体に接しやすく専門的知識を有する医師に届出の義務を課し、犯罪捜査の端緒としようとしたものである。

すなわち、異状死体の届出がなされると、犯罪死の可能性がある場合には、検察官が犯罪との関連を調べるため死体を見分する「司法検視」が行われ(刑事訴訟法第229条1項 これ自体は捜査ではない)、そこで犯罪性が認められれば、司法解剖等の捜査手続が開始される。

死体が犯罪とは明らかに関係がないと認められる場合には、警察官による「行政検視」の手続が行われ、さらに死因解明等の必要がある場合には、監察医制度のある地域では監察医による検案や行政解剖(死体解剖保存法第8条)が、監察医制度のない地域では遺族の承諾の下に解剖資格医などによる行政解剖(承諾解剖)が、それぞれ行われることになる。

また、このような立法当初からの立法趣旨にとどまらず、近年では、医師法第21条に公衆衛生・死因調査などの新たな公共の利益を担わせる学説もあり(松宮孝明「検死制度について」犯罪と刑罰9号135頁1993年)、また、日本法医学会「異状死」ガイドライン(1994年5月)も、「社会生活の多様化・複雑化にともない、人権擁護、公衆衛生、衛生行政、社会保障、労災保険、生命保険、その他にかかわる問題が重要とされなければならない」ず、「異状死」の解釈もこれらの問題もふまえた上で広義に解釈すべきだとの指摘をしている。

第2. 異状死の定義

1 正常死と異状死

医師法第21条が届出を義務づけているのは、医師が死体等を検案して「異状があると認めるとき」である。したがって、ここにいう「異状」の意味を明らかにしておかなければならない。

純然たる病死、すなわち現に診療を受けているその病気により自然の経緯によって死亡したと確実に判断できる場合が「正常死」であり、この意味での純然たる病死以外の死はすべて「異状死」に含まれると解すべきである(医学大辞典「異状死体」の項 南山堂1998年、前掲日本法医学会「異状死」ガイドライン、高田利広編「医科法律大辞典」47頁1968年)。

学説も、1934年刊行の土井十二「医事法制学の理論と其実際」において、「異常とは不自然な死を遂げ、その死因の不明な変死に限らず、明白なる病死の兆候が一切死体に存せない場合を云う」「医師法規定の異常死体とは病死でない死を総称する」とされ、立法当初から上記のような解釈がなされていたことが窺える。近時の学説でも、「医師が診療してその病気で死亡するというのが正常な状況の死亡であるとすれば、そうでない、異常な状況・異常な状態における死亡という意味であると考えられる。」(柳田純一 日本法医学雑誌44-5-6 1990年)、「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」(「腎移植医療における監察医制度を巡る諸問題」に関する1990年度厚生省研究班の報告書「異状死体の定義とわが国の検案体制」5頁)とするなど同様の見解に立つものが多い。

判例では、旧医師法施行規則9条に関するものであるが、大審院19189月21日判決(刑録24輯1226頁)が、「異状」の意義について、「純然たる病死でない状況が死体に存する一切の場合を指称するのであって、医師が死因に犯罪の嫌疑がないと認める場合でも、その除外例をなすものでない。」と判示している。

なお、現医師法施行後の判例(東京地裁八王子支部判1969年3月27日刑裁月報1-3-3 13)は「異状死」の意義につき、「右医師法にいう死体の異状とは単に死因についての病理学的な異状をいうのではなく死体に関する法医学的な異状と解すべきであり、したがって死体自体から認識できる何らかの異状な症状乃至痕跡が存する場合だけでなく、死体が発見されるに至ったいきさつ、死体発見場所、状況、身許、性別等諸般の事情を考慮して死体に関し異常を認めた場合を含むものといわねばならない。」と判示している。

2 医療事故死と異状死

以上のような解釈にしたがえば、医療事故による死亡は、医療機関の過失の有無を問わず、純然たる病死といえないことが明らかであるから、医師法第21条にいう「異状死」に該当し、当然に届出の対象となる。むろん、最終的に過失がないと判断されれば、医療従事者が刑事責任を問われることはない。ただ、過失の有無を判断し、訴追するか否かを決めるのは検察官の職責なのであり、届出の際に医療従事者に過失など犯罪性の有無を判断させるのは妥当ではない。前掲大審院判決も、同様に考えるからこそ、医師が犯罪の嫌疑がないと認める場合でも届出義務の除外例とはならない旨判示しているのである。

3 日本法医学会ガイドライン

そして、前述の日本法医学会ガイドラインも、1のような解釈にしたがって、届け出るべき異状死の具体的なガイドラインを提示している。具体的には、以下のとおりである。

【4】診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・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡
- ・診療行為自体が関与している可能性のある死亡
- ・診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合
- ・診療行為の過誤や過失の有無を問わない。

【5】死因が明らかでない場合

- ・初診患者が、受診後ごく短期間で死因となる傷病が診断できないままに死亡した場合
- ・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(最終診療後24時間以内の死亡であっても、診断される疾病により死亡したとは診断できない場合)

4 四病協報告等の見解とこれに対する論評

(1) 四病協報告(2001年3月28日中間報告)

ところが、この日本法医学会のガイドラインに対して、四病院団体協議会(四病協)医療安全対策委員会は「これでは予期されないあるいは診断が明確でないすべての場合が含まれてしまい、医療の実態に対応していない。医師法21条のごとく罰則規定のある条項の『異状死』を拡大解釈して、外因死や重大な過失による死亡を越えて、『ふつうの死』以外のすべてに適用することは、臨床的には適さない」と主張している。

しかし、国語的にも、「異状」とは「普通とはちがった状態」をいう(広辞苑第四版)のであるから、「ふつうの死」すなわち正常死について前記1のような解釈をとり、それ以外のすべての死を「異状死」とすることは何ら拡大解釈には当たらない。

「診断が明確でないすべての場合が含まれ」というが、直接的な死因について明確な診断ができなくとも、現に診療を受けていた疾病による自然の経緯によって死亡したことが確実に診断できる場合には、「異状死」とはいえないのであるから、「異状死」の解釈が不当に広くなるということもない。

また、「臨床的には適さない」とするが、たとえ、「異状死」の範囲を広くとらえたとしても、それにより医師は所轄警察署に届出の義務を負うだけであり、しかも届出には特段の方式を要さず、口頭や電話で足るとされているのであるから、臨床医に対し特段の不都合を課すことにはならない。

届出がなされても、死体に明らかに犯罪性が認められない場合は捜査手続は開始されず、臨床医が捜査の対象となることもない。したがって、届出義務自体が、臨床医に不当な不利益を課すものとはいえない。むしろ、届出の範囲を狭く解釈しようとする四病協の報告からは、医療機関の閉鎖的体質が窺える。

他方、捜査機関に犯罪捜査の端緒を与えるという医師法第21条の立法趣旨からすれば、死体についての犯罪性の有無の判断は、捜査機関にゆだねるべきであり、そのためには、あらかじめ届出の対象は広くしておく必要がある。事故に関わった当事者である医師に犯罪性ないしは事件性の有無を判断させることは、事故の隠蔽にもつながり、医師法第21条の立法趣旨にもそぐわない。特に、医療事故が多発し、しかも、医療機関による事故の隠蔽行為が少なからず行われている現在の医療の実態からすれば、このことには特に留意しておかねばならない。

以上から、四病協報告は適切ではない。

(2) 日本外科学会等の声明文(2001年4月10日)

また、日本外科学会等11学会(後に日本血管外科学会が加わり12学会)も、「診療に関連した『異状死』について」という声明文を発表している。この声明文は、「患者の取り違えや投薬ルートへの誤り、異型輸血などの極めて初歩的な注意義務を怠った明らかな過失による医療過誤」については、医師法第21条の届出義務があることを認めているものの、「(一定の割合で必ず危険を伴うという)外科手術の本質を考慮すれば、説明が十分になされた上で同意を得て行われた外科手術の結果として、予期された合併症に伴う患者死亡が発生した場合でも、これが刑事事件として違法性を疑われるような事件となるとは到底考えることは出来ない。」として、「臨床医の立場から、診療行為に関連した『異状死』とは、あくまで診療行為の合併症としては合理的な説明が出来ない『予期しない死亡、及びその疑いがあるもの』をいうのであり、診療行為の合併症として予期される死亡は『異状死』には含まれず、医師法第21条の届出の対象とはならない旨主張している。

しかし、医師法第21条に基づく届出により直ちに刑事被疑事件として捜査の対象とされるわけではなく(この点で告訴・告発とは異なる)、捜査機関が犯罪死の疑いがあると考えてはじめて捜査手続が開始されるのである。そして、十分な説明に基づく同意がなされた上で行われた外科手術の結果、予期された合併症によってやむを得ず患者が死亡したことが明らかである場合に、なお犯罪の疑いがあるとして捜査手続が開始されるとは考えられず、これによって医師と遺族の信頼関係が破壊されるとか外科医が萎縮して危険性の高い手術を避けるなどという事は考えられない(届出自体が臨床医の不利益にならないことは前述のとおりである。)

また、上記声明文は、「過誤があったかどうかは、専門的な詳細な検討を行ってはじめて明らかになるものであり、まさに民事訴訟手続の過程において文献や鑑定の詳細な検討を経て判断されるのが相応しい事項である。」とする。しかし、同じことは、刑事上の過失の有無の判

断についても妥当するはずである。そうであるならば、やはり、事故の当事者である医師に届出の要否を判断させるべきではなく、届出義務は広く課した上で、刑事責任の有無の判断は、捜査能力を有する捜査機関にゆだねることが必要となる。

さらに、診療行為の合併症として当然予期される死亡であっても、当該合併症が医師の過失によってもたらされた場合には、当然刑事責任追及の対象となりうるのであるから、診療行為の合併症として予期される死亡が当然に「異状死」に該当しないとは言いがたい。

以上から、日本外科学会等の声明文も妥当ではない。

5 小括

医療の質を向上させるためには、医療事故の分野においても、刑事責任を問うるものについては、適正に刑事手続が行われるべきである。そして、そのためには医療の透明性を確保し、死亡を伴う医療事故については、医療機関によって広く届出がなされることが必要である。そこで、医師法第21条の「異状死」については、前記1のような解釈をとり、具体的には日本法医学会のガイドラインを参考に、医療事故によって患者が死亡した場合、速やかに所轄警察署への届出を行わなければならない。

第3. 検案医の定義

1 「診断」と「検案」の定義

日本語の意味として、「診断」とは、生きている人を診察して疾病の有無・内容を判断すること、「検案」とは、死んだ人を調べて死因を医学的に判断すること、と考えるのが素直な読み方である。

「診断」「検案」という文言が用いられて法律が作られた当時の解説・判例において、次の①ないし③のとおり解釈(後記3参照)されていた。

- ① 診断とは、生きている患者の病状を判断することであること
- ② 検案とは、死んだ人の死体の状況を調べて確認することであること
- ③ 人が死亡した場合には、その死体を検案して死因を確定するのが原則であること

2 定義をめぐる誤解

しかし、従来、医療界に存在してきた「診断」と「検案」の定義には誤解がある。すなわち「診断」「検案」と「死亡診断書」「死体検案書」については、以下のような誤解がある。

医師法第20条には、診断しないで診断書を書いてはならない(但し、受診後24時間以内に死亡した場合を除く)、検案しないで死体検案書を書いてはならないとある。

この規定を次のように誤解して、実務が行われている。

すなわち、

- ① 死亡診断書は、医師が生前に診断すなわち診療行為を行った患者が死亡した場合に作成するものである。
- ② 死体検案書は、その死体について一度も生前の診療を行っていない場合に作成するものである。
- ③ したがって、死体検案とは、生前に一度も診療を行っていない人の死体に関するものをいう。

ここから、医師法第21条にいう「死体を検案」とは、生前に一度も診療を行っていない死体を検案した時のことであるから、生前診療を行ったことのある患者が異状死した場合には届出義務はないと解釈するのである。この誤った解釈が、医療事故で異状死した患者について、届出をしないことを正当化している。

学説では、以上のような「診断」と「検案」の定義についての誤解のもとに、①診療中に死亡した患者の死因に異状がある場合の医師法第21条の届出義務の有無が論じられ、届出義務を認める説、②瀕死の患者を初めて診療し、死亡後死体に第三者の犯罪を疑う異状を発見すれば、届け出る義務があるとする説、③交通事故や犯罪に関係する外傷に基づく死亡の場合には、届け出ることが望ましいとする説などがあるとされる(野田寛「医事法(上)」青林書院1984年)。

この問題を論じるためには、「診断」と「検案」及び「死亡診断書」と「死体検案書」の意義について正しい理解を得ておくことが必要不可欠である。

3 正しい定義の根拠

(1) 現行法の由来(注1)

診断、検案という文言が規定されているのは、医師法第19条2項、20条、21条である。

これらのうち、第19条は旧医師法施行規則第9条、第20条は旧医師法第5条そして第21条は旧医師法施行規則第8条(前記第1. 3(1)参照)にそれぞれ由来している。

(2) 旧医師法時代の学説的解釈

旧医師法は、1933年に一部改正された(前記の各規定内容は変わらず)が、その当時刊行されていた解説書において、池松重行、衛生局事務官池田清士、医学博士・法学士土井十二は、いずれも

診療とは生きている患者について一定の行為を行うこと、

診断とは生きている患者について医学的に判断すること、

検案とは死んだ人を調べて死因について判断すること

との定義を前提として論述している。

① 池田清士(法学士・衛生局医務課事務官)の解説(「改正医師歯科医師法令釈義」1933年11月)によると、「検案とは死體又は死胎に対し一定の者(医師及び産婆)が其の主観に基づきて為す専門的判定である。」とされている。

② 土井十二(法学士、医学博士)は次のように解説している(前掲「医事法理学の理論と其実際」1934年3月)。すなわち「死亡診断書とは、従来診療する患者が死亡した際、その生前における診察に基づき、死亡の原因を医学的に証明するための文書である。本来死亡診断書の作成に当たって、死体を検案して、死因を確定するのが原則ではあるが、診療中の患者が、その疾病のために死亡せるものと推定する場合には、再度死体を「検案せずして」直ちに、死因を証明する死亡証書を交付することを、「診療中の患者死亡したる場合に交付する死亡診断書についてはこの限りにあらず」によって認めて居るのである。」

③ 池松重行「改正医事法制論」(1934年4月)は次のとおり述べている。「死亡診断書とは診療中の患者死亡した場合に、その死因を証明するために医師の作成する文書である。死亡診断書は患者の死因を確認するものである以上、これを作成するためには親しく死体を検案するが原則であるも、患者の生前よりすでに診療をなし、これにより死因を判断しうべき状況にある時は、新たにその死体を検案せずして死亡診断書を作成することを得る。即ち、医師法(注・旧医師法)5条に『但し診療中の患者死亡したる場合に交付する死亡診断書についてはこの限りにあらず』と規定す。」

(3) 判例

下級審判例として前掲東京地裁八王子支部判1969年3月27日がある。この判決では、入院中の患者が死亡前約2日間病院を脱走して所在不明となって、死体となって発見された患者について、診療していた医師が死体を調べて死因を判断した行為を「検案」と表現している。

また、都立広尾病院事件の刑事訴訟第1審判決(東京地判2001年8月30日判例時報1771

号156頁)も、診療中の入院患者が死亡した場合であっても、死体を検案した医師には医師法第21条に基づく届出をしなければならない旨判示し、届出をしなかった医師に対し、有罪判決を下しているが、この判決も、診療中であった患者が死亡した場合にその死体の状況を調べるのが、「検案」に該当することを当然の前提としている。

4 死亡診断書と死体検案書の関係

(1) 死亡診断書・死体検案書の法的意義

かかる「検案」の結果を記載するものが「死体検案書」である。そして医師法第20条但書は、その死体が死亡前24時間以内に受診した診療中の患者であり、生前診断していた疾病により死亡したものであることが明らかなる場合には、例外的に死体を検案しないで生前の診断に基づいて「死亡診断書」を作成できるとしたものである(この場合は死後の検案に基づくものではないので「死体検案書」とすることはできない)。これ以外の場合に死亡診断書を作成・交付する法的根拠はない。

つまり、死体を調べて死亡と死因を確認した医師が作成するものはすべて「死体検案書」であり、「死亡診断書」とは、死体を見ないで生前の診断に基づいて死因を証明する文書である。

現行医師法第20条は、旧医師法第5条から国民医療法第10条に引きつがれたものが、さらに現行法に引き継がれたものであるが、その過程で「診療中の患者が受診後24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。」(但書)と、時間的な制限が設けられたのである。

受診後24時間以後である場合には、但書に定めた例外には該当せず、あらためて検案をした上で生前診断していた疾病により死亡したことを確認する必要がある。この場合に作成するのは原則どおり死体検案書になる。

(2) 厚生省死亡診断書等の「記入マニュアル」

厚生省は、死亡診断書等の記入マニュアルを発行しているが、その平成13年度版(2001年)には、死亡診断書と死体検案書のいずれを書くべきかについて、フローチャートが載せられている(その流れは、後述のとおり当意見からすると正しくないが)。その中で、診療継続中の患者で、死亡の原因が診療にかかる疾病と関連したものでない場合に、死体を検案して異状があると認められれば、「死体検案書」を作成すべきとしていることは、診療継続中であった患者の場合でも、死体を調べることが「検案」にあたることを当然の前提としているといえる。

以上述べてきた当見解から、同マニュアルのフローチャートは、次のように訂正される必要がある。

死亡診断書と死体検案書の使い分け

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| 死体を検案しましたか。 | |
| は | い→☆死体を検案して異状があると認められますか。 |
| | は い→24時間以内に所轄警察署に届け出ます。 |
| | →医師(監察医等)が死体検案書を発行します。 |
| | いいえ→交付の求めに応じて死体検案書を作成します。 |
| いいえ→死亡者は診療継続中であった患者ですか。 | |
| は い→受診後24時間以内に死亡した患者ですか。 | |

| | |
|--|-----------------------------|
| | はい→診療にかかる疾病によることが明らかな死亡ですか。 |
| | |
| | はい→交付の求めに応じて死亡診断書を作成します。 |
| | |
| | いいえ→求めがあれば死体を検索したうえで☆へ |
| | |
| | いいえ→求めがあれば死体を検索したうえで☆へ |
| | |
| | いいえ→求めがあれば死体を検索したうえで☆へ |

なお、法律の予定した死亡診断書は、死体検案なしに作成するものであるが、現代的意義は乏しい。すなわち、死体検案が不可能な場合はともかく、可能であれば検案後に死体検案書を作成することが望ましい。

(3) 昭和24年(1949年)4月14日医発385号について

厚生省医務局長通知に次のようなものがある。

医師法第20条但書に関する件

(昭和24年4月14日医発第385号各都道府県知事宛 厚生省医務局長通知)

標記の件に関し若干誤解の向きもあるようであるが、左記の通り解すべきものであるので、御諒承の上貴管内の医師に対し周知徹底方特に御配意願いたい。

記

1 死亡診断書は、診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであるから、苟もその患者が診療中の患者であった場合は、死亡の際に立ち会っていない場合でもこれを交付することができる。但し、この場合においては法第20条の本文の規定により、原則として死亡後改めて診察をしなければならない。

法第20条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診断しなくても死亡診断書を交付しうることを認めたものである。

2 診療中の患者であっても、それが他の全然別個の原因例えば交通事故等により死亡した場合は、死体検案書を交付すべきである。

3 死体検案書は、診療中の患者以外の者が死亡した場合に、死後その死体を検案して交付されるものである。

この通達は、「死亡診断書は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものである」とか、診療中の患者が死亡した場合においては「原則として死亡後改めて診察をしなければならない。」「改めて死後診断をしなくても」など、誤った解釈や表現があり、誤解を招く。

「死亡診断書」については、「診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合で、死体を検案しなくても死因を診療中の疾病の診断に基づいて判断できるものについて交付されるものである」とし、それ以外は死体検案して死体検案書を作成すべきである。

第1項但書の、「原則として死亡後改めて診察をしなければならない。」「原則として死亡後改めて検案をしなければならない。」とすべきである。

また、「診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に限り、改めて死後診断しなくても死亡診断書を交付することを認めた」とあるが、「死後診断しなくても」ではなく、「検案しなくても」が正しい。

5 まとめ

以上から、医師法第21条にいう「死体を検案」とは、生前に診療していた患者でもそれ以外の患者でも、すべて死体について医学的に調べて死因を確認することなのであり、診療してきた患者が死亡して、主治医が確認することも「検案」にあたる解釈すべきなのである。

第4. 憲法38条1項との関係

医療事故による死亡について、医師法第21条の届出義務が及ぶと解すると、医師は自己が業務上過失致死等の刑事責任を問われるおそれのある事項について届出義務を負うことになり、「何人も、自己に不利益な供述を強要されない。」とする憲法第38条1項の規定に抵触するのではないかと疑問もある。

道路交通法上の報告義務と憲法第38条1項との関係が問題となった事案で、最高裁は、届出の対象となる「事故の内容」とは、その発生した日時、場所、死傷者の数及び負傷の程度並に物の損壊及びその程度等、交通事故の態様に関する事項を指すものと解した上で、それ以上、刑事責任を問われるおそれのある事故の原因その他の事項までも報告義務ある事項に含まれないことを理由に、道交法上の報告義務規定を合憲としている(最大判1962年5月2日刑集16巻5号495頁)。

この最高裁判決の考え方にしたがえば、医師法第21条についても、届出の対象となる事項が、異状死体を検案した事実やその日時・場所などにとどまり、刑事責任を問われるおそれのある医療事故の原因等に限らない限り、合憲と解することは十分に可能であるし、第1. 3(2)で述べたように、医師法第21条に、公衆衛生・死因調査などの重要な公益を担うことが期待される現代においては、そのように解釈することが必要であると考えられる。

第5. 医療事故のあるべき報告制度について

1 現状の報告制度

医療事故について報告制度の必要性は論をまたない。何よりも事故例について徹底した原因の調査・分析を行い、再発防止や被害救済に資することが求められている。

医療事故についての医療機関から外部への直接的報告制度といえるものは、

- ① 各医療機関の外部への任意報告システム(注2)
- ② 医師法第21条に基づく異状死届出義務
- ③ 刑事訴訟法第239条2項に基づく公務員の犯罪告発義務
- ④ 医薬品の副作用・医療用具の不具合についての企業(薬事法第77条の3、2項に基づく協力)及び厚生労働省(1997年5月15日付局長通知に基づく協力)に対する報告
- ⑤ 損害賠償責任保険契約に基づく保険会社への報告

がある。

そこで、上記システムが、再発防止や被害救済につながっているかが問題となる。

上記①は、報告については当該組織の自発的行動に期待する他ないばかりか、必ずしも報告をうけた機関が再発防止や被害救済につなげるとは限らない。

②③については、前述したごとく、制度目的たる犯罪の覚知機能からすれば、個人の法的責任の確定や社会的警告の意味はあっても、再発防止や被害者救済に直接的に資する制度と

しては不十分である。

④については、企業及び厚労省による再発防止のための警告、出荷停止、回収につながる可能性を有しているが、その活動の実情について不十分であるとの指摘もある。

⑤については、被害者救済につながりうる可能性はあるが、再発防止としては無力である。

2 あるべき報告制度

前述した医療事故報告制度の目的や現状の不備を前提とすると、あらゆる医療事故例について一元的に報告をうけて、調査・分析を行い、再発防止措置及び被害者救済につなげてゆく機構が必要不可欠である。

そして、その報告義務者として、医療機関のみならず、医療産業(医薬品、医療用具)、損保会社等のすべての医療事故情報保有者を想定すべきといえる。被害者(患者、家族)からの報告も受け付けるしくみも必要である。

かかる報告制度案としては、日本弁護士連合会の提言(「医療事故被害者の人権と救済」明石書店2001年)、加藤良夫氏の「医療被害防止・救済センター構想」(2001年8月)、患者の権利法をつくる会(本部 福岡市)の「医療被害防止・補償法要綱案骨子」(2001年9月30日)が大いに参考となる。

3 医療事故報告制度と刑事免責について

医療過誤を起こした医療者やその医療機関に対し事故報告義務を課しても、刑事処分(業務上過失致死傷罪)のおそれがあると報告の実があがらないので、自発的報告を促進することを理由に、報告をした事案については刑事免責を与えるべきであるとの意見がある。現に米国において一部の州で実施しているともいわれている。

しかし、こうした政策は現状では、まずもって市民や医療事故被害者の賛同が得られにくいと考えられる。

今まで膨大な数の医療過誤症例が医療機関によって隠されてきたことは想像にかたくない。近年その一部がマスメディアによって明らかにされたこともあって、自発的に公表する医療機関が登場しはじめたのも事実である。過誤隠しは過誤自体より社会的批判性が高いとの風潮もあって隠しにくくなってきていることも一因である。

医療事故の自発的報告に刑事免責を与えなければならない政策的根拠は、事故の実情を把握するには、自発的報告に頼らなければならないと考えるからであろう。自発的報告に頼らざるを得ない土壌には、医療者間のかばい合いや医療の閉鎖性ゆえに事故・過誤隠しが容易であることがあげられる。

重要なのは患者や社会に対する情報開示と説明責任を医療倫理として確立し、患者の人権の視点に立った医療の透明性を高めてゆくことであり、そうすることによって医療事故の報告制度は実効性をあげることができると考える。

交通事故では、車両の運転者に刑事免責なしに報告を義務づけている(道交法第72条1項後段)ばかりか、報告義務違反に罰則を課している(同法第119条1項10号)。

医療事故に刑事免責を与えるべき政策の説得的理由は今のところ見出しがたい。

注1 関連条文(カタカナは読みやすくひらがなに変換した)は次のとおりである。

(1) 旧医師法(1906年)

第5条 医師は自ら診察せずして診断書、処方箋を交付し若しくは治療をなし、または検案せずして検案書若しくは死産証書を交付するを得ず。但し、診療中の患者死亡したる場合に交付する死亡診断書についてはこの限りにあらず。

(2) 旧医師法施行規則

第8条 医師死体又は4ヶ月以上の死産児を検案し異常ありと認むるときは24時間以内に所轄警察官署に届出ずべし。

第9条 医師は法令の規定により必要あるものに正当の事由なくして診断書、検案書又は死産証書の交付を拒むことを得ず。

(3) 国民医療法(1942年)

第9条 診療に従事する医師又は歯科医師は診察治療のもつめある場合において正当の事由なくしてこれを拒むことを得ず。

② 診察又は検案をなしたる医師は診断書、検案書又は死産証書の交付のもつめある場合において正当の事由なくしてこれを拒むことを得ず。

第10条 医師は自ら診察せずして治療をなし、診断書若しくは処方箋を交付し又は自ら検案せずして検案書若しくは死産証書を交付することを得ず。但し診療中の患者死亡したる場合に交付する死亡診断書についてはこの限りにあらず。

(4) 国民医療法施行規則

第31条 医師死体又は4ヶ月以上の死産児を検案し、異状ありと認むるときは24時間以内に所轄警察署に届出ずべし。

第65条 第31条の規定に違反したるものは50圓以下の罰金又は科料に処す。

(5) 医師法(1948年)

第19条 ② 診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会った医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求めがあった場合には、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。

第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24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。

第21条 医師は、死体又は妊娠4ヶ月以上の死産児を検案して異状があると認められた時は、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

注2 (1) 厚生省「リスクマネジメントマニュアル作成指針」(2000年8月 国立病院における指針)は、過誤による死亡及び傷害について警察へ「届出」を行うとしている。

(2) 大阪府「医療事故防止対策ガイドライン」(2000年9月 大阪府立病院における指針)は、異状死「届出」義務の他に保健所等関係行政機関への「報告」をすすとしている。

(3) 都立病院医療事故予防対策推進委員会「医療事故マニュアル」(2000年11月 東京都立病院における指針)は、医療事故死については日本法医学会「異状死」ガイドラインを参考とするとしている他、過失による死亡及び重篤な傷害について警察に「届出」を行うとしている。

(4) 国立大学医学部附属病院長会議作業部会提言(2001年3月 国立大学病院における指針)は、医師法第21条の法的解釈論は別との前提で、刑事罰対象事故については警察に「報告」し、都道府県の医療担当部局へも「報告」している。

Copyright 2002 MEDIO, NPO.

資料 6

共同声明要旨

医療事故が社会問題化する中、医療の安全と信頼を向上させることが急務となっている。医療事故の発生・再発を予防するためには、事故原因の徹底的な解明とその対応策の確立が最も重要である。このためには、事故事例情報が医療機関等から詳細に提供されることが必要となっており、厚生労働省は一定の医療事故情報を広く医療機関から日本医療機能評価機構内の第三者機関に報告させる制度を創設し、本年4月からスタートする。

医療の信頼性向上のためには、患者やその家族に対する十分な情報提供を行ない、医療の透明性を高めることが重要であり、医療事故が発生した際に、患者やその家族（遺族）が事実経過を検証し、公正な情報を得る手段が担保されることが必要である。そのため医療機関から医療事故の届出を受けて、専門的知識を持つ第三者が医療内容を分析・検討し、患者や家族を含む当事者に報告する制度が求められる。一方、診療行為に関連して患者が死亡した場合、どのような事例を医師法第21条に基づき異状死として所轄警察署に届出なければならないかについて、現在明確な基準がなく、各学会が独自に指針を示すなど、臨床現場において混乱を招いてきた。

そのため、日本内科学会・日本外科学会・日本病理学会・日本法医学会の4学会は共同で検討を重ね、厚生労働省・日本医師会・日本医療機能評価機構にもご意見を伺い、このたび別紙のとおり共同声明を公表することとした。

この声明では、医療の安全と信頼向上のために医療事故の届出を受けて、死体解剖を含めた諸々の分析方法を駆使し、診療経過を全般にわたり検証する第三者から成る中立的専門機関の構築を提起する。患者の死亡に診療行為が関連した可能性があるすべての場合について、このような中立的専門機関に届出を行なう制度を可及的速やかに確立したい。

われわれ4学会はすでに医療事故の届出制度と中立的専門機関の創設に向けてワーキンググループを組織し、検討を始めている。今後、管轄省庁・地方自治体担当部局・他医療関連団体・学術団体などと連携して、この問題に取り組んでいく所存である。

診療行為に関連した患者死亡の届出について
～中立的専門機関の創設に向けて～

医療事故が社会問題化する中、医療の安全と信頼の向上を図るための社会的システムの構築が、重要な課題として求められている。医療安全対策においては、事故の発生予防・再発防止が最大の目的であり、事故の原因を分析し、適切な対応方策を立て、それを各医療機関・医療従事者に周知徹底していくことが最も重要である。このためには、事件事例情報が医療機関等から幅広く提供されることが必要である。

また、医療の信頼性向上のためには、事故が発生したときに、患者やその家族のみならず、社会に対しても十分な情報提供を図り、医療の透明性を高めることが重要である。そのためには、患者やその家族（遺族）が事実経過を検証し、公正な情報を得る手段が担保されることが必要である。

このような観点から、医療事故に関して何らかの届出制度が必要であると考えられる。ただ、どのような事例を誰が、何時、何に基づいて、何処へ届ける制度が望ましいかなどについては多様な考え方があり、日本内科学会・日本外科学会・日本病理学会・日本法医学会の4学会は、共同でこの問題について検討を重ねてきた。

とくに、診療行為に関連して患者死亡が発生した場合、どのような事例を異状死として所轄警察署に届出なければならないかを検討してきた。この問題については明確な基準がなく、臨床現場において混乱を招いているが、少なくとも判断に医学的専門性をとくに必要としない明らかに誤った医療行為や、管理上の問題により患者が死亡したことが明らかであるもの、また強く疑われる事例を警察署に届出するべきであるという点で、一致した見解に至っている。

さて医療の過程においては、予期しない患者死亡が発生し、死因が不明であるという場合が少なからず起こる。このような場合死体解剖が行なわれ、解剖所見が得られていることが求められ、事実経過や死因の科学的で公正な検証と分析に役立つと考えられる。また、診療行為に関連して患者死亡が発生した事例では、遺族が診断名や診療行為の適切性に疑念をいだく場合も考えられる。この際にも、死体解剖による検証が行われていることが、医療従事者と遺族が事実認識を共通にし、迅速かつ適切に対応していくために重要と考えられる。

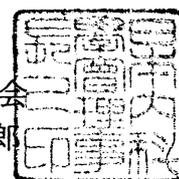
したがって、医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生した場合に、何らかの届出が行われ、死体解剖が行われる制度があることが望ましいと考える。しかし、医療従事者の守秘義務、医療における過誤の判断の専門性、高度の信頼関係に基礎をおく医師患者関係の特質などを考慮すると、届出制度を統括するのは、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・検察機関ではなく、第三者から構成される中立的専門機関が相応しいと考えられる。このような機関は、死体解剖を含めた諸々の分析方法を駆使し、診療経過の全般にわたり検証する機能を備えた機関であることが必要である。また、届出事例に関する医療従事者の処分、義務的な届

出を怠った場合の制裁のあり方、事故情報の公開のあり方などについても今後検討する必要がある。

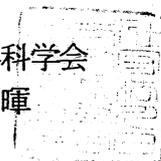
以上により、医療の安全と信頼の向上のためには、予期しない患者死亡が発生した場合や、診療行為に関連して患者死亡が発生したすべての場合について、中立的専門機関に届出を行なう制度を可及的速やかに確立すべきである。われわれ4学会は、管轄省庁、地方自治体の担当部局、学術団体、他の医療関連団体などと連携し、在るべき医療事故届出制度と中立的専門機関の創設を速やかに実現するため結集して努力する決意である。

平成16年2月6日

社団法人日本内科学会
理事長 藤田 敏郎



社団法人日本外科学会
会長 松田 暉



社団法人日本病理学会
理事長 森 茂郎



日本法医学会
理事長 勝又 義

