

医療事故調最終決戦・番外編 ～死亡診断、死体検案、異状死体と警察届出について～

諫早医師会副会長 満岡 渉

国民の高齢化が進み、わが国は多死社会に突入しつつある。死亡の増加は、看取りの増加であり、医師の業務の中で看取りの重要性は今後飛躍的に増加する。とくに在宅で適切な看取りを行うためには、死亡診断に関する正確な知識が不可欠だが、意外に複雑で十分に認知されているとはいえない。なかでも医師法 21 条に基づく警察届出のあり方については、いまだに誤解が多い。今春、死亡診断書記入マニュアルが改訂され、診療関連死・外因死の警察届出について画期的な変更がなされたのだが、ご存知でない方も多いと思う。筆者は昨年末、諫早医師会報に死亡診断書・死体検案書の使い分けと警察届出について概説を書いた。本稿は、今春の死亡診断書記入マニュアルの改訂を受けて、昨年 の 文章を全面的に書き直したものである。

A.死亡診断、死体検案、警察届出について

1. 医師法第 20 条と厚生労働省通知

<医師法第 20 条>無診察治療等の禁止

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策を交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証明書を交付し、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はない。

<医師法第 20 条ただし書の適切な運用について(通知)>

(平成 24 年 8 月 31 日 医政医発・0831 第 1 号)

(前略)近年、在宅等において医療を受ける患者が増えている一方で、医師の診察を受けてから 24 時間を超えて死亡した場合に、「当該医師が死亡診断書を書くことはできない」又は「警察に届け出なければならない」という、医師法第 20 条ただし書の誤った解釈により、在宅等での看取りが適切に行われていないケースが生じているとの指摘があります。こうした状況を踏まえ、医師法第 20 条ただし書の解釈等について、改めて下記のとおり周知することとしましたので(中略)、その運用に遺漏のないようお願い申し上げます。

記

(1) 医師法第 20 条ただし書は、診療中の患者が診察後 24 時間以内に当該診療に関連した傷病で死亡した場合には、改めて診察をすることなく死亡診断書を交付し得ることを認めるものである。このため、医師が死亡の際に立ち会っておらず、生前の診察後 24 時間を経過した場合であっても、死亡後改めて診察を行い、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できる場合には、死亡診断書を交付することができること。

(2) 診療中の患者が死亡した後、改めて診察し、生前に診療していた傷病に関連する死亡であると判定できない場合には、死体の検案を行うこととなる。この場合において、死体に異状があると認められる場合には、警察署へ届け出なければならないこと。(後略)

2. 最終診察から24時間以内の死亡

死亡診断書は原則として、患者を診察し、死亡を確認してから交付しなければならない。上掲の医師法 20 条の但し書はその例外規定であり、診察していた患者がその疾患に関連した原因で亡くなった場合は、最終診察から 24 時間以内であれば、改めて診察することなく死亡診断書を交付できるというものである。例えば、在宅で診ている末期癌患者が、朝の訪問で危篤状態だった場合、同日午後に家族が来院して「さっき息を引き取った」といったら、改めて診察せずに死亡診断書を交付できる。

しかしながら、以下の理由から、最終診察から 24 時間以内の死亡であっても、可能な限り診察をしてから死亡診断書を交付した方がよい。(1)死亡を医師自身が確認すべきである。(2)死因が生前診断した疾患に関連したものであって、それ以外の死因ではないことを確認すべきである。(3)医師が看取りをし、死亡を家族らに宣言することは社会的に重要である。

一方、最終診察から 24 時間以降の死亡においては、改めて診察しなければ死亡診断書を交付できない。なお、医師が死亡に立ち会っていなかった場合、死亡診断書または死体検案書の死亡時刻欄に、家族などから情報を得て、死亡したと推定される時刻を記入することは問題ない。

3. 死亡診断書か死体検案書か

ここで重要なのは、最終診察から24時間以降の死亡＝死体検案書ではないということである。死亡が最終診察から 24 時間以内か否かと、死亡診断書か死体検案書かということとは関係がない。それを決めるのは、死因が生前診療していた傷病に関連したものであるか否かだ。死因が生前診療していた傷病に関連したものであれば死亡診断書、そうでなければ死体検案書を交付する。したがって、生前に診察したことのない患者を、死後に初めて診察する場合は死体検案書である。

また、用語についても混乱がある。我々は通常、「死体を検案する」と「死体検案書を交付する」ことを同義と考えているが、法律的には、「検案」とは「死因等を判定するために死体の外表を検査する」ことである(医師法 21 条、広尾病院事件最高裁判決)。よって、「検案」したからといって死体検案書を交付するとは限らず、死亡診断書を交付することがありうる。本稿でも文脈によっては、「検案」をその意味で用いているのでご了解いただきたい。

4. 警察届出が必要か

もうひとつ重要なのは、どのような場合に警察に届け出るかである。誤解が多いようだが、必ずしも死体検案書＝警察届出ではないし、検視でもない。警察届出が義務付けられているのは、死体に異状を認めた場合だ(医師法 21 条)。異状死体が何かは次項で改めて述べる。

平成27年度版 死亡診断書記入マニュアル

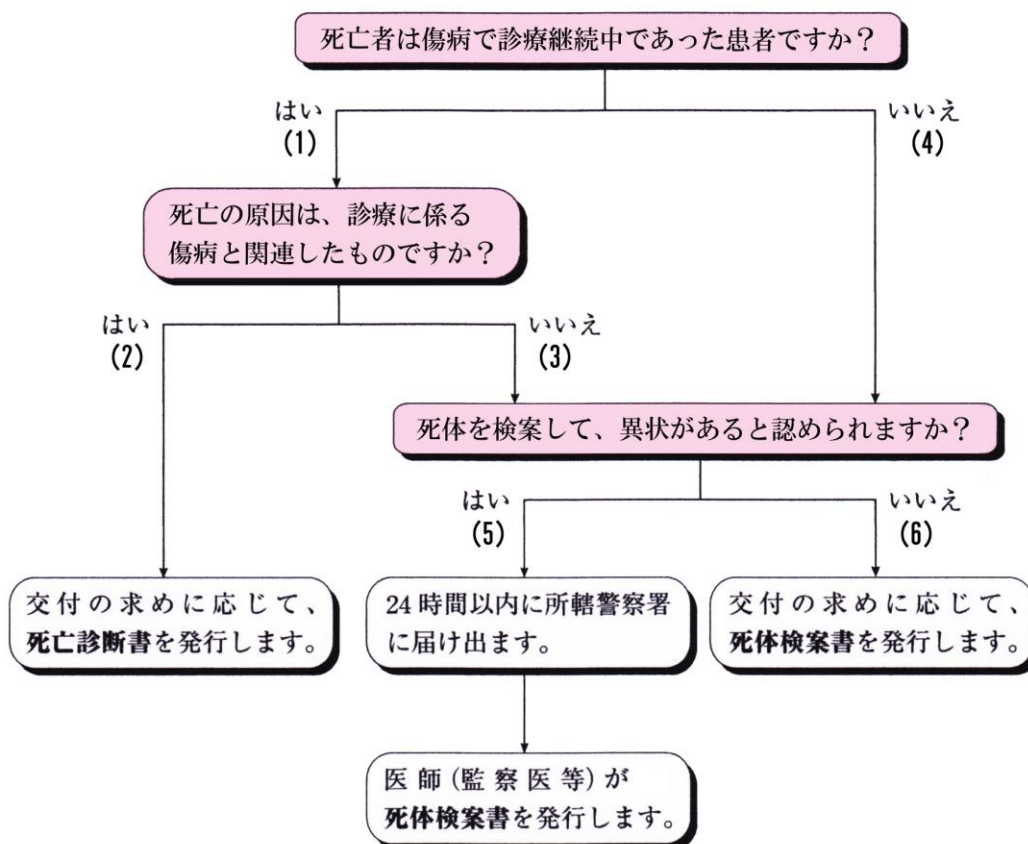
2 死亡診断書と死体検案書の使い分け

医師は、次の二つの場合には、死体検案を行った上で、死亡診断書ではなく死体検案書を交付することになっています。

- ① 診療継続中の患者以外の者が死亡した場合
- ② 診療継続中の患者が診療に係る傷病と関連しない原因により死亡した場合

また、医師法第21条では、「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」とされています。

【死亡診断書と死体検案書の使い分け】



図にそって説明する。まず死亡者が傷病で診療継続中の患者であったか否か。診療継続中の患者であった場合(1)、死亡が最終診察から 24 時間以内であってもなくても、死因が診療していた傷病と関連したものの場合(2)は、死亡診断書を交付する。死因が生前診療していた傷病と関連したものでない場合(3)は、死体検案を行う。最初の設問で、死亡者が傷病で診療継続中でなかった患者の場合(4)も、死体検案を行う。死体検案の結果、死体に異状を認めた場合(5)は、検案から 24 時間以内に所轄警察署に届け出る。死体に異状を認めない場合(6)は、警察への届出は不要で、死体検案書を交付する。要点を簡単にまとめると、下記のようなになる

- ・死亡診断書か死体検案書か……診療中の傷病に関連した死亡なら死亡診断書
- ・警察届出が必要か否か……死体に異状を認めたら警察届出

B.異状死体の警察届出について

1. 医師法第 21 条と関連文書

<医師法第 21 条>異状死体の届出義務

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。

<厚労省・死亡診断書記入マニュアル:平成 27 年度版から削除された文言>

- ・「異状」とは「病理学的異状」ではなく、「法医学的異状」を指します。「法医学的異状」については、日本法医学会が定めている『異状死ガイドライン』等も参考にしてください。
- ・また、外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として 24 時間以内に所轄警察署に届け出が必要となります。

<リスクマネジメントマニュアル作成指針:国立病院の独法化に伴い失効>

医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う。

2. 診療関連死・医療過誤・外因死は異状死体か

医師法 21 条は、本来司法上の便宜のために、殺人、傷害致死、死体損壊、墮胎などの犯罪の痕跡をとどめた死体を警察に届け出る法律だ。しかし、過去 20 年、異状死体の解釈をめぐる不毛で不幸な混乱があった。診療関連死・医療過誤・外因死を警察に届け出なければならないという誤解・曲解である。この誤解・曲解は、厚労省のミスリードに始まり、その修正を怠った不作為で遷延した。詳細は、長崎県医師会報平成 25 年 2 月号の拙稿「医療事故調をめぐる議論の現状と行方(1)」を参照いただきたいが、概略を述べる。

1994 年日本法医学会は、「異状死ガイドライン」を発表し、診療関連死、外因死、不詳の死を、医師法 21 条で定める異状死体に含めることを提言した。死体臓器移植の臓器を確保するた

めだったといわれている。これをうけて厚生省(当時)は、1995年版死亡診断書記入マニュアルで、異状死を判断する際、この「異状死ガイドライン」を参考にしよう指導した。これが「診療関連死」に警察介入を招く最初の動きだが、当時はまだ、医療事故が刑事事件として立件されることは稀だった。しかし、1999年の横浜市大事件(患者取り違い)、広尾病院事件(消毒薬誤注射)といった重大な医療事故・事件を経て事態は変わる。2000年、厳しい世論に反応した厚生省は、国立病院の「リスクマネジメントマニュアル作成指針」で、医療過誤による死亡・傷害を警察へ届け出るよう指導したのだ。これを機に医療現場から警察への届出が急増し、年に数件だった医療事故の立件送致も90件超に膨れ上がる。この「異状死ガイドライン」「死亡診断書記入マニュアル」「リスクマネジメントマニュアル作成指針」が、いわば警察届出の3点セットであり、その法的根拠とされたのが医師法21条である。

しかし、診療関連死が起こるたびに犯罪として捜査されては医療をやっていけない。2002年の日本外科学会等の声明を皮切りに、警察の代わりとなる新たな中立的専門機関の創設を求める声が医療界から上がる。この機関が医療行為の過失を判定し、重過失のみを警察に通報するというしくみだ。これが医療事故調の議論の発端である。このように、医療事故調の創設と医師法21条の警察届出とがバーターであったという経緯には、留意する必要がある。今般の事故調査制度は医療安全を目的としたもので、当時議論されていた過失判定型の制度ではないが、“医師法21条問題が解決していない以上、事故調を旧来の過失判定型(=大綱案型)に戻すべきだ”と主張する論者が一部にいるからだ。しかしそれは事実と反する。医師法21条問題は解決済みであり、大綱案型の事故調必要論は根拠を失っている。

3. 外表異状説の確定と21条解釈の正常化

医師法21条を誤解・曲解して医療現場への警察介入を招いた3点セットに対し、21条解釈を正常化した4点セットとでもいうべき出来事を挙げる。「広尾病院事件最高裁判決」、「田原医事課長発言」、「田村厚労大臣答弁」、「死亡診断書記入マニュアルの改正」である。ただし後3者は広尾判決を追認したに過ぎないので、実際は、医師法21条の解釈問題は広尾判決で決着している。同最高裁判決(2004年4月)で“医師法21条にいう死体の「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”と明確に判示されたからである。医師法21条で定められているのは死体の外表の異状であり(外表異状説)、医療過誤など死に至る過程の異状ではない。すなわち、同法で定義されているのは「異状死体」であって、「異状死」ではない。

広尾病院事件の判決のポイントは、主治医に21条の届出義務が生じたのは何時かという点だ。2002年1月の地裁判決では、届出義務が生じたのは患者が死亡した時であるとしたが、2003年5月の高裁判決はこれを破棄し、届出義務が生じたのは病理解剖の時点であるとした。2004年4月の最高裁判決はこの高裁判決を支持したのだ。患者死亡時と病理解剖時で

は何が違うのか。主治医は、患者の死亡時に既に医療過誤(看護師がヒビテンを誤注射した可能性)を認識していたが、病理解剖の時点で、初めて遺体の外表異状(ヒビテン注射による右前腕の変色)を認識したのである。最高裁判決は、外表異状を認識した時に異状死体の届出義務が発生したと認定したのだ。この判決は、死亡の原因が医療過誤であると認識していたとしても、外表を検査して異状がなければ異状死体ではないことを示している。なお、手術痕など医療行為による外傷は外表異状に含まれない。

残念ながらこの外表異状説は長く医療界に認知されず、厚労省も、警察の介入によって医療現場が困窮していることを知りながらその周知を怠っていた。しかし医師であり弁護士でもある田邊昇氏や、東京女子医大事件の被告人だった佐藤一樹医師らの熱心な活動により、2012年10月厚労省医政局医事課長の田原克志氏は、「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」で、“医師が死体の外表を見て検案し、異状を認めた場合に警察署に届け出る。これは診療関連死であるか否かにかかわらない。検案の結果、異状があると判断できない場合には届出の必要はない。”と述べるに至った。田原発言は、厚労省が従来 の 21 条解釈を事実上撤回したことを意味する。

さらに2014年6月、参議院厚生労働委員会で、田村憲久厚労大臣も、「医師法第二十一条でありますけれども、死体又は死産児、これにつきましては、殺人、傷害致死、さらには死体損壊、墮胎等の犯罪の痕跡をとどめている場合があるわけでありまして、司法上の便宜のために、それらの異状を発見した場合には届出義務、これを課しているわけであります。医師法第二十一条は、医療事故等々を想定しているわけではないわけでありまして、これは法律制定時より変わっておりません」と述べたうえで、先の田原発言を引用し外表異状説を明確に認めた。このように司法(最高裁判決)、行政(厚労省)、立法(国会)の見解が一致しているのだから、外表異状説は100%正当・正統な解釈であり、異論を差し挟む余地はない。

そうすると、1995年以降死亡診断書記入マニュアルに記載されていたふたつの文言、“「異状」とは「病理学的異状」ではなく、「法医学的異状」を指します。「法医学的異状」については、日本法医学会が定めている『異状死ガイドライン』等も参考にしてください”と、“外因による死亡またはその疑いのある場合には、異状死体として24時間以内に所轄警察署に届け出が必要となります”には法的根拠がないことになる。これらふたつの文言が削除されたのが、本稿冒頭に述べた今年度版の死亡診断書記入マニュアルの画期的変更だ。これは橋本岳厚労政務官の尽力によるものらしい。また3点セットのうち、国立病院「リスクマネージメントマニュアル作成指針」についても、国立病院の独法化に伴って既に失効したとの厚労省の見解が伝えられている。このように名実ともに医師法21条問題は決着しているのである。

診療関連死や医療過誤死ほど注目されないが、外因死の警察届出が死亡診断書記入マニュアルから削除された意義もまた大きい。外因死は、病死・自然死(老衰死)と不詳の死以外のすべての死を指し、その範囲は広い。死亡診断書には外因死として、「交通事故、転倒・転落、溺水、煙・火災および火焰による障害、窒息、中毒、自殺、他殺」などが示されており、超高齢社会において外因死は決して少なくない。自殺・他殺はともかく、転倒・転落・誤嚥による死亡を警察に届け出ている現場の業務に大きな支障をきたす。外因死の警察届出の削除は、とくに高齢者の医療・介護の現場にとって朗報といえよう。

4. 医療過誤は民事で

上に述べたのは、診療関連死や医療過誤死を隠すということではない。誰よりも遺族に、迅速・誠実に事実を説明せねばならない。そのうえで必要があれば謝罪し、賠償する。原則として医療事故は示談を含む民事的手段で解決すべきである。もちろん医療過誤による死亡が業務上過失致死罪で刑事事件になることはありうる。これは主に、1. 遺族が告訴した場合、2. 警察がメディアなどの情報から覚知した場合である。医療過誤死であっても遺族が謝罪と賠償で納得すれば刑事事件化しないし、わざわざ事件化させる必要はない。同じ医療過誤事故でも、刑事事件化する場合としない場合があるのはこのためである。なお、メディアに公表して新聞・テレビ沙汰になると、ほぼ例外なく遺族感情は悪化し、当事者の人権は損なわれ、紛争が激化して解決困難になることは知っておくべきだろう。

昨年4月の国立国際医療研究センター病院のウログラフィン誤投与事故は、外表異状がなかったから警察に届け出る必要のない事例だった。しかるに同院は、事故当日に警察に通報し、2日後にはわざわざ記者会見をしたため、事故当事者の担当医の個人情報もネット上に晒された。さらに同年8月、同院院長の中村利孝氏は、事故原因が担当医の知識不足にあると断じた報告書を発表した。今年7月、担当医は有罪判決を受けたが、裁判前からその人権は理不尽に蹂躪され続けた。警察に通報し、メディアに公表し、担当医の過失を認定した同院の対応は、医療安全目的としては問題外だが、紛争処理のあり方としても最低最悪であった。自院の医療安全体制の不備を棚に上げ、若い医師をスケープゴートにしたといわれても仕方ないだろう。事故直前まで同院の院長であった木村壮介氏が、その責任をとることもなく、来る医療事故調査制度の中核を担う医療事故調査・支援センターの常務理事に就任したことには呆れるほかない。木村氏には能力的にも道義的にもその資格はあるまい。

外表異状がなければ警察に届け出ないのであれば、毒殺やガス中毒など本来警察の捜査対象になるべき事案の発見が遅れるではないかという議論がある。これは的外れだ。毒殺やガス中毒の疑いがあれば、医師法21条に関係なく、市民の良識として警察に通報すればよい。

C. Q&A とお願い

具体的な事例をQ&A方式で挙げますので、これまで述べたことの確認にご利用ください。
ポイントは、死亡診断書か死体検案書か、病死・自然死か外因死か、警察への届出が必要かどうかです。

~~~~~

Q1. 在宅で診ていた肺癌末期患者。ある日の夕方に診たところ危篤状態。翌朝、家族から電話あり、未明に息を引き取ったという。どうするか？

A1. 最終診察から24時間以内の死亡なので、診察せずに死亡診断書を交付できる。病死および自然死に○をする。

Q2. 在宅で診ていた肺癌末期患者。2日前に診たところ危篤に近い状態。朝、家族から電話あり、未明に息を引き取ったという。どうするか？

A2. 最終診察から24時間以降の死亡なので、診察し死亡確認する。死亡診断書を交付し、病死および自然死に○をする。

Q3. 在宅で診ていた脳梗塞後遺症の患者。本日午前中に診た時は安定していたが、午後家族から電話があり、急に胸が痛いと言っており、さっき呼吸停止したという。どうするか？

A3. 死体検案する。外表異状がなければ病死と判断して、病死および自然死に○をし、警察へは届け出ない。死亡診断書か死体検案書かは両方の判断がありうる。死因は、診療中の傷病(脳梗塞)とは関係のない心筋梗塞(疑い)ということで死体検案書という考えもあるが、この患者は脳梗塞の元になった動脈硬化症の治療中であり、それに関連する心筋梗塞(疑い)で亡くなったという解釈も成り立つ。その場合、死亡診断書でも構わない。

Q4. 救急外来に搬送されたDOA患者。到着時心肺停止。どうするか？

A4. 普通に考えると、死体検案し、事件性を示唆するような外表異状がなければ警察へは届け出ず、不詳の死に○をして死体検案書。しかしこの事例にも両方の判断がありうる。すなわちDOA状態であっても、医師がまだ死亡していないと判断し、(心肺蘇生など)何らかの医療行為を行った後で死亡確認したら、診療継続中の患者の死亡となる。その場合死亡診断書の交付で差支えない。実はこのQ&Aは1995年度版死亡診断書記入マニュアルから引用したものだ。こうなると、死亡診断書と死体検案書の境界は限りなく曖昧だ。

Q5. 何年か前に診たことのある高齢者。自室で亡くなっていると家族から電話あり、駆けつけてみると既に冷たくなっていた。2,3日前から咳と熱が出て辛そうにしていたが、昨夜までは生きていたと家族はいう。どうするか？

A5. 死体検案する。事件性を示唆するような外表異状がなければ病死と判断して(肺炎?)、病死および自然死に○をして、死体検案書を交付する。警察へは届け出ない。



Q6. 腹に刺傷のある患者が、出血しながら救急外来に来院。「刺された」といった後、意識がなくなり、入院翌日死亡。どうするか？

A6. 診療中の傷病(刺傷)による死亡なので死亡診断書を交付し、外因死に○をつける。外表異状があるので、24 時間以内に警察に届け出る。但し本事例は、常識的には死亡時ではなく、来院時に警察に通報すべきであろう。

Q7. 関節リウマチの術後の入院患者。ルートロックのためヘパリン生食を注入するつもりで、誤って消毒液を注射したところ、容体急変し30分後死亡。翌日の解剖では右前腕の注射痕から皮静脈に沿って赤褐色の皮膚斑を認めた。どうするか？(広尾病院事件)

A7. 過誤による死亡である旨、遺族に説明し謝罪する。前腕に外表異状を認めるので 24 時間以内に警察に届け出る。診療中の傷病以外の原因による死亡なので、外因死に○をつけて死体検案書を交付する、あるいは警察医等が死体検案書を交付する。

~~~~~

最後に会員の先生方をお願いします。Q5のようなケースでは、もし家族が医師より先に救急車を呼べば、救急隊が駆け付け、患者が既に死亡していれば警察に連絡します。呼ばれた警察は警察医とともに自宅に入り、たとえ病死であったとしても、ものものしい検視と家族への聴き取りを行います。このような事態は、時間と金とマンパワーの無駄なだけでなく、故人との別れの時を静かに過ごしたい遺族にとってあまりに気の毒です。そこで、もし近所で高齢者が亡くなっているなどの連絡があった場合、できるだけ家族が救急車を呼ぶ前に診察(検案)していただけないでしょうか。そのうえで事件性がなさそうであれば、警察は呼ばず、粛々と死体検案書を交付していただくようお願い申し上げます。

筆者注(2015-09-27):長崎県医師会報平成 27 年 9 月号に掲載されたものに若干の加筆修正をした。