

異状死体の警察届出

——医師法 21 条をめぐる混乱と医療事故調論争の教訓——

満岡 渉

諫早医師会副会長/満岡内科・循環器科

key words : 異状死体, 医師法 21 条, 外表異状説, 医療事故調査制度, 広尾病院事件

要 旨

医師法 21 条は、異状死体の警察届出を義務づけた法律だが、医療現場に警察介入を招く危険性もはらんでいる。2000 年代、厚生労働省のミスリードによって診療関連死が異状死体として警察届出の対象となり、医療現場が混乱した。さらに、これを契機に事実上の医療裁判所である医療事故調査委員会が制度化されかけるといふ危機に至った。異状死体の解釈は外表異状説で決着しており、これを拡大解釈する過ちを二度と犯してはならない。

はじめに

筆者は長崎県諫早市で開業する循環器専門医である。このたび光栄にも、編集部から「異状死体と警察届出について」書いてほしいとの依頼を頂いた。異状死体の警察届出に関する議論とは、医師法 21 条の解釈問題である。筆者はおよそ 9 年間諫早医師会の一員として、医療事故調査制度の創設に反対する立場から、医師会報その他の場で医師法 21 条や医療事故調査制度について拙文を書いたり話をしたりしてきた。それが編集部の目に留まって今回の依頼につながったのだと思う。

医師法 21 条とは、異状死体等の届出義務に関する法律だが、その特殊性は、本法が医療現場に警察介入を招く経路となりうる点にある。「何を異状死体と見なして警察に届ければ、法律違反にならないのか」だ

けが問題なのではない。同時に、「届けることが警察介入を招く」のが問題なのである。もし診療関連死が「異状死体」に当たるのであれば、医療現場が捜査対象になるのだから、我々は「届けても警察、届けなくても警察」という袋小路に入る。まさにそこから始まったのが医療事故調査制度をめぐる混乱であって、医師法 21 条の誤った解釈に伴う医療現場への警察介入増加が、医療事故調査制度創設を求める運動の直接の契機となったのである。

したがってこの問題は、医師法 21 条の誤った解釈が、「医療裁判所」たる医療事故調の創設を求めるといふ、はるかに深刻な錯誤につながった経緯を直視・反省してこそ正しい教訓を得られよう。教訓とは、医療と司法とは適切な距離を置くべきだということである。

前述のように、異状死体が何を指すかは、医師法 21 条の解釈問題である。当然その部分はすぐれて法律論的な議論であり、素人が口を出すのは気が引ける。だが筆者は、この議論に関わって初めて、法律の解釈が法律家によって大きく異なることを知った。医師法 21 条の解釈や医療事故調査のあり方は、それを特定の法律家に任せ、彼らの言説を鵜のみにしたことが危機を招いた大きな要因だと筆者は考えている。法律家に任せっぱなしにしてはいけないのである。

1 医師法 21 条, その誤解釈の始まり

医師法 21 条 (表 1) の趣旨は司法警察上の便宜と

され、犯罪の発見を容易にするために、殺人、傷害致死、死体損壊、墮胎などの痕跡をとどめた死体を警察に届け出る法律だ。したがって本来医療行為はその対象ではないはずだが、過去 20 年、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・曲解によって、医療現場は混乱を極めた。この誤解・曲解は、旧厚生省（以下、厚労省で統一）のミスリードによって生まれ、その修正を怠る不作為によって遷延した。

発端は日本法医学会にある。1994 年同学会は、「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を含める旨提言した。法医学者が病死以外の死体を広く扱うことによって、臓器移植に使う臓器を司法解剖の前に確保することが目的だったらしい。翌 1995 年、厚労省が「死亡診断書記入マニュアル」に、「異状とは、病理学的異状でなく、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』等も参考にして下さい。」と記載し、同ガイドラインを、事実上厚労省の指導としてしまう。

これが「診療関連死」に警察介入の道を開く端緒だ。しかし、当時ほとんどの医療者は「異状死ガイドライン」の存在を知らず、この文言が「診療関連死を異状死体として警察に届ける」旨求めていることに気付いていなかった。実際、警察への届出が増えることもなく、医療事故が刑事事件として立件されることもまた稀だった。

2 リスクマネジメントマニュアル作成指針と警察介入の増加

しかし 1999 年、状況が変わる。横浜市大事件（患者取り違え）、広尾病院事件（消毒薬誤注射）といった重大な医療事故・事件が相次ぎ、医療界はかつてない厳しい批判にさらされた。

こうした世論に反応して、2000 年、厚労省は国立病院に向けた「リスクマネジメントマニュアル作成指針」を発表した。この指針には、「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」と記載され、その注釈として医師法 21 条の条文

表 1 医師法 21 条および 33 条

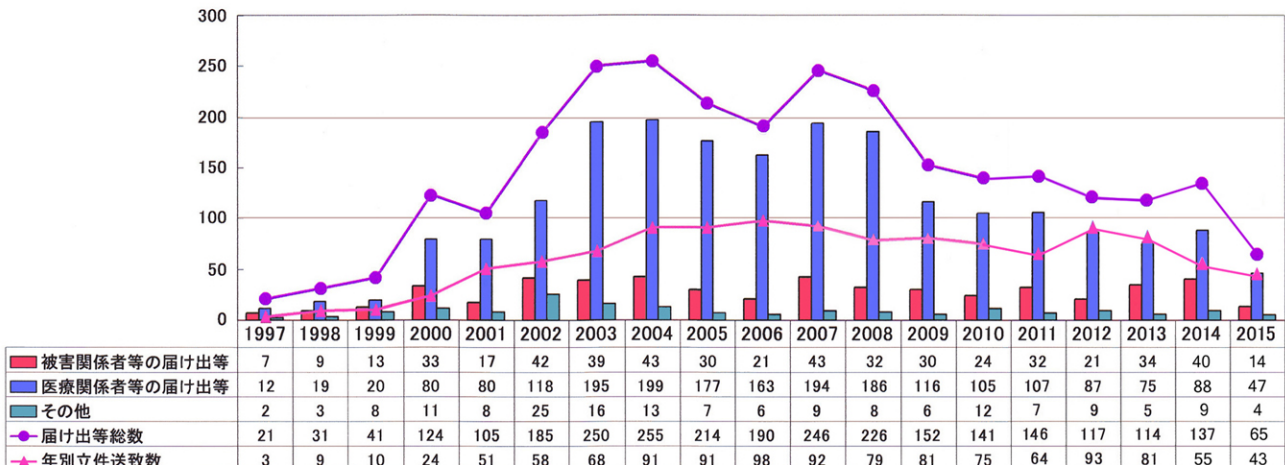
〈医師法第 21 条〉異状死体等の届出義務

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。

〈医師法第 33 条の 2〉罰則

次の各号のいずれかに該当する者は、50 万円以下の罰金に処する。

第 6 条第 3 項、第 18 条、第 20 条から第 22 条まで又は第 24 条の規定に違反した者



被害関係者等の届け出等＝被害者・遺族・担当介護人等からの届け出・告訴・相談を含む
 医療関係者等の届け出等＝医師・看護師・事務長・院長等からの届け出・相談を含む
 その他＝上記以外(報道記事等からの情報入手)
 届け出等総数＝解剖の結果、死因が病死と判明するなど、医療行為と死因等の因果関係が認められなかったもの等も含む
 年別立件送致数＝届け出等がなされた年にかかわらず、その年に立件送致・送付した件数
 ※実際に刑事訴追された医療事故がどれだけあるのかは、公式統計がない。

図 1 医療事故関係の届出件数と立件送致数（警視庁発表による）

が併記された。よく読めばこの作成指針の文言と21条の条文はまったく異なるが、法律家ならぬ医療者はそれを問題にすることもなく、この指針に従った。ここから医療現場から警察への届出が、年間10件台から200件近くに膨れ上がり、届出の増加に応じて立件送致数も年に数件から90件超に急増する。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、その法的根拠と見なされたのが医師法21条である。

図1のグラフを見ていただきたい。2000年から2008年くらいまで医療事故の届出数が急増し、やや遅れて立件送致数も大きく増加している。届出数が急増した主な原因は医療者からの届出の増加であり、被害者からの届出はそれほど増えているわけではない。このように、医療現場への警察介入を増やしたのは厚労省の指針に従った我々自身であった。

3 医師法21条から医療事故調へ

警察の介入増加は当然ながら医療現場の大混乱をもたらす。国・公立病院、大学病院、特定機能病院などの医師たちが多数、刑法上の犯罪人として扱われた。この状況を打開するため、2002年には日本外科学会等10学会が、2004年には日本医学会加盟19学会が、診療関連死の届出先となる新たな中立的専門機関の創設を求める声明を発表した。診療関連死を警察の代わりにこの機関に届け、ここ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である。

こうした動きを受けて、2007年厚労省は、「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会（死因究明検討会）」を立ち上げ、中立的専門機関の設立を期して、同年10月に「第2次試案」、2008年には「第3次試案」、続けて「大綱案」を発表した。中立的専門機関は、第2次試案では「医療事故調査委員会」、第3次試案・大綱案では「医療安全調査委員会」と呼ばれたが、ここでは「医療事故調」で統一する。これが、21条問題が医療事故調の創設を求める運動に発展した経緯である。

4 医療裁判所としての医療事故調

強調しておきたいのは、この初期の医療事故調が、警察の代わりに届出先として構想されたという点であ

る。警察の代わりであるから、その調査の本質は犯罪捜査であり、そのための過失の判定を行う。診療関連死の届出を義務付け、医療行為の過失の有無を判定し、報告書は民事訴訟・行政処分・刑事手続きに活用し、必要なら警察に通報する。こうした枠組みで制度設計されているのだから、委員会のメンバーが医療専門家であろうが、その過失判定という性格は変わりようがない。端的に言って、医療事故調とは医療裁判所だったのである。

警察への通報とは、主に業務上過失致死罪を想定しているが、小松秀樹医師の言葉を借りれば、同罪は医療との相性が「よい」^{※1)}。同罪は、「業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者」を罰する規定である。「業務上必要な注意」を怠ったことをいうには、予見義務違反、結果回避義務違反を証明すればよい。医療行為はしばしば障害や死に結びつくし、対象は診療関連死なのだから、死亡という結果がすでにある。こうした事例で、事後的に、「死亡を予見できたのに」「こうしていたら死亡を回避できたのに」と言い立てるのはやさしい。

さらにこの構想は、医療に報復感情を持つ一部の医療事故被害者団体と、医療紛争をビジネスと考える弁護士グループから熱烈に支持された。従来、医療訴訟は、一般民事訴訟に比べて圧倒的に勝訴率が低く（一般民事の勝訴率約8割に対し、医療訴訟は約3割）、医療の高度の専門性がその理由とされてきた。被害者団体・弁護士グループにとって、医療事故調が発行する報告書は強力無比な鑑定書であり、垂涎的だったのである。厚労省第2次試案における、「遺族からの相談も受け付ける」「報告書は遺族に分かりやすく」「報告書を民事訴訟に活用できる」などの文言は、彼らの強力な働きかけによるものである。

厚労省にしてみれば、医療への警察介入を増加させ混乱させたのは自らの判断ミスだった。にもかかわらず、医療界からの反応は医療事故調創設の要望であり、しかも被害者団体・弁護士グループがこれを強く支持した。さらにその報告書を行政処分に使って、自らの権限強化もできる。厚労省にとっては、まさに瓢箪から出た駒であって、医療事故調は刑事・民事・行政処分のすべてに対応する万能責任追及機関だった。

5 安全追究と責任追及の分離は世界の常識

しかし、医療裁判所だとか責任追及機関だといってしまえば、さすがの医療側も抵抗する。そこで医療安全のためとか再発防止のためなどという、医療者から反論しにくいお題目が並ぶことになる。だが、当時すでに航空機事故などの分野では、再発防止目的の調査と責任追及目的の調査とを分離することが常識となっていた (ICAO 条約)²⁾。免責的な調査でなければ、当事者から (自らの不利益情報を含む) 事故情報を聴取することが困難だからである。医療分野においても、2005年に発表された「有害事象の報告と学習システムのための WHO ドラフトガイドライン」では、学習 (= 再発防止) のための報告システムが成功する条件として「非懲罰性」「秘匿性」「(処罰権力からの) 独立性」などを挙げ、責任追及から分離することを明確に提唱していた。こうした観点から見れば、責任追及を主目的とした医療事故調が、医療安全・再発防止のために機能しないのは明白であって、第2次試案に書き込まれた「医療安全」「再発防止」といった言葉は、お題目というよりむしろ偽装と呼ぶべきものだった。

とはいえ、わが国の医療安全「専門家」の大半は、「医療安全・再発防止」と「紛争解決・責任追及」とを同一視しており、両者がトレードオフであるという世界の常識を共有していなかった。まして一般の医療者にとって両者の区別はなく、だからこそ当時の医療界のリーダーたちが医療事故調を歓迎したのである。残念なことに、2017年現在その状況はほとんど変わっていない。

6 医療の内と外とを切り離す

責任追及と連動させると医療安全が危うい。しかし実は、脅かされるのは医療安全というより医療そのものである。先に述べたように、業務上過失と医療とは相性が「よい」。司法から見れば結果の悪かった医療行為に過失を見出すのは容易であって、司法の論理は医療の論理を駆逐する。

小松秀樹医師は両者の関係を、ニクラス・ルーマンのいう「規範的予期類型」と「認知的予期類型」との齟齬として説明した³⁾。演繹的に構築された無謬的な司法と、失敗を前提とした帰納的体系である医療と

がむき出しで接すると、必然的に医療が破壊される。要するに医療は、網羅的に責任追及の枠組みで扱ってはならないのであるが、医療事故調構想とは、まさにそうした試みだった。

もちろん、個別の医療行為は責任追及の対象になりうる。その場合にも、「医療安全・再発防止」と「紛争解決・責任追及」とは厳に分離されるべきであり、医療安全目的の調査情報が、紛争解決に流用されてはならない。

小田原良治医師と井上清成弁護士は、医療事故に際して、「医療の内」のプロセスとして行われるべき患者への説明や事故の原因分析と、「医療の外」のプロセスである紛争とを切り離すよう提唱した^{3, 4)}。すなわち、医療安全の議論は医療の内、紛争解決の議論は医療の外として、別の枠組みで行われるべきである。2014年に成立した現行の医療事故調査制度では、その性格が第三者機関中心の「責任追及型」から、院内調査中心の「再発防止型」に大きく転換した。そのパラダイムシフトの基礎となったのが、この理念である。

7 事故調運動の頓挫と 21 条問題の正しい解決

話を 2007 年に戻す。医療事故調構想は、日本医師会、主だった学会と厚労省が主導し、被害者団体・弁護士グループが賛同し、自民党が支持しており、すんなり法制化されるかと思われた。が、その本質が「医療裁判所」であることに気付いた現場の医師らの間に、燎原の火のごとく反対運動が広がり、2007年から2009年にかけての論争と、当時の舛添厚労大臣の英断、さらに民主党への政権交代によって法制化は頓挫した。危機はギリギリのところまで回避されたが、その最大の功労者は、医療事故調の危険性に真っ先に警鐘を鳴らした小松秀樹医師であろう⁵⁾。また、手前味噌だが、この反対運動に我が諫早医師会が一定の役割を果たしたことも付け加えておきたい⁶⁾。

21 条問題解決の正しい処方箋とは、事故調を作ることではなく誤った解釈を正常化させることであった。そして、それはすでに達成されている。以下にその経緯を述べる。

8 広尾病院事件判決と 21 条解釈の正常化

医師法 21 条の正しい解釈が確定したのは、2004 年 4 月の都立広尾病院事件の最高裁判決だ。皮肉にも、

医学会が中立的専門機関の創設を求めていたまさにその頃、異状死体が診療関連死・医療過誤を指すのではないことが、最高裁で判示されたのである。

広尾病院事件とは、1999年2月、関節リウマチで左手の手術を受けた58歳女性に、看護師が誤って消毒薬であるヒビテンを静注し、患者が急性肺塞栓で死亡した医療過誤事件である。ヒビテンの誤投与に関わった2人の看護師は業務上過失致死罪で有罪になり（広尾病院業過事件）、同院院長は異状死体を24時間以内に警察に届けなかったとして、医師法21条違反に問われた（広尾病院届出事件）。届出事件の裁判では、下記が争点となった。

1. 異状死体の定義

- a. 「異状」とは：外表面の異状か、経過の異状か
- b. 「検案した医師」とは：診療中の患者の死亡診断は検案に当たるか

2. 黙秘権侵害にならないか

評釈等では何故か1bと2だけが注目されるが、真に重要なのは1aである。同最高裁判決でこの部分について、“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をいう”とされた。すなわち医師法21条で定められているのは死体の外表の異状であり（外表面説、外表異状説）、医療過誤など死に至る経過の異状ではない⁷⁾。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⁸⁾。

9 異状死体＝外表異状のある死体

この判決で外表異状説が確定したことは、同裁判の地裁、高裁、最高裁判決にいたる流れを見ることによって、よりはっきりする（表2）。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。届出義務が生じた時とは、異状を認識した時という意味である。地裁では、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、高裁はこれを破棄し、届出義務が生じたのは翌日の病理解剖の時点であるとした。最高裁判決はこの高裁判決を支持したのである。

患者死亡時と病理解剖時では何が違うのか。主治医は、患者の死亡時にすでに医療過誤（看護師がヒビテンを誤注射した可能性）を認識していた。しかし外表異状（ヒビテン注射による右前腕の変色）を認識したのは病理解剖の時だったのである。つまり最高裁判決は、外表異状を認識した時が、異状死体の届出義務が発生した時であると認定したのだ。この判決は、医療過誤という経過の異状ではなく、外表の異状こそが異状死体の要件であることを明確に示している。

そもそも医師法21条には、黙秘権を定めた憲法38条に違反しているという批判（違憲説）があり、本件でもそれが争点の一つとなった。もし「医療過誤だから」届けるのであれば、自己に不利益な供述を強要することになり、黙秘権侵害になる。そこで外表異状という、それ自体は中立な要素を異状死体の定義にして、「これにより、届出人と死体とのかかわり等、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものではない」から、黙秘権侵害にはあたらないとしたのである^{1, 9)}。

手術痕など医療行為による外傷は当然外表異状に含まれない。したがって、診療関連死の大半は、たとえ過誤があったとしても21条でいう異状死体には当たらない。なお、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のではないかという議論があるが、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。

10 厚労省のミスリードとその撤回

残念ながら、外表異状説は長く医療界に認知されなかった。厚労省が最高裁判決に基づいて、外表異状がなければ警察届出の義務は生じない旨通知していれば、

表2 広尾病院事件裁判で判示された「異状」の内容

裁判所（判決）	届出義務発生時点	認識した「異状」の内容
地裁（2001年8月）	患者死亡時	医療過誤（経過の異状）
高裁（2003年5月）	病理解剖時	外表異状
最高裁（2004年4月）	病理解剖時	外表異状

前述の警察介入による混乱は早晩収束していたはずである。ところがまったく不可解なことに、厚労省は2012年までその周知を怠った。それどころか、医療事故調の創設に向けてさらなるミスリードを重ねていた。2008年当時の厚労省医療安全推進室長の佐原氏の発言を見れば、広尾事件最高裁判決の意義として前述の1bと2だけを挙げ、1aの外表面異状説は見事に無視していることが分かる¹⁰⁾。

このように、事故調運動が頓挫した頃、外表面異状説はまだ医療界に認知されていたわけではない。膠着した21条問題が大きく進展するのは2012年10月である。奇しくもそれは、新しい医療事故調査制度について議論する「医療事故に係る調査の仕組み等のあるり方に関する検討部会」の場だった。厚労省医事課長の田原克志氏が、「医師が死体の外表面を見て検案し、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。異状があると判断できない場合には届出の必要はない」と述べたのである。この発言を促したのは、医師・弁護士である田邊昇氏の外表面異状説周知の長年の活動であり²⁾、東京女子医大事件の被告人だった佐藤一樹医師や足立信也議員らの働きかけであった^{7, 8)}。こうして漸く厚労省は外表面異状説を認め、従来の21条解釈を撤回した。

11 外表面異状説の確定と事故調論争の転換

さらに2014年6月、田村憲久厚労大臣も参議院厚生労働委員会で、「医師法21条は、医療事故等を想定しているわけではない」と述べ、先の田原発言を引用して外表面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、外表面異状説は100%正統・正当な解釈であり、異論を差し挟む余地はない。

仕上げとして、2015年度版の死亡診断書記入マニュアルにおいて、「日本法医学会『異状死ガイドライン』を参考に」と、「外因による死亡は、異状死体として警察に」の二つの文言が、足立信也議員や佐藤一樹医師らの働きかけによって削除された。国立病院「リスクマネージメントマニュアル作成指針」は、国立病院の独法化に伴ってすでに失効したとの厚労省の見解が伝えられている。先のグラフでも2015年から警察届出が一段と減っているのがわかる。「広尾病院事件最高裁判決」、「田原課長発言」、「田村厚労大臣答

弁」、「死亡診断書記入マニュアルの改正」は、医師法21条解釈を正常化した4点セットといえよう。

医師法21条の解釈が「外表面異状説」で決着した結果、医療事故調査制度の議論は、警察の代わりに責任追及機関創設という呪縛から解放された。以後この制度は、一部に根強い抵抗があったものの、WHOドラフトガイドラインに沿って責任追及から切り離すべく検討が進められた¹¹⁾。こうして成立した現行制度は、原則として医療の「内」の仕組みであり、「医療安全・再発防止」を目的としている。いまだ多くの問題があるにせよ^{12, 13)}、当初の構想に比べればはるかに悪性度が低い。さまざまな関係者の思惑を考えれば、制度をこれ以上いじると、現状より悪くなる可能性の方が高い¹⁴⁾。「医師法21条問題が解決していない以上、事故調を当初の責任追及型に戻すべきだ」との主張が、事実誤認の暴論であることはいうまでもないが、「医師法21条を単独で改正すべきである」との意見もまた危険だ。日医が2016年2月に発表した21条改正案がその典型である¹⁵⁾。

12 日医の21条改正案は改悪

日医の改正案は、医師法21条を「医師は、死体または妊娠4月以上の死産児を検案して犯罪と関係ある異状があると認めた時は、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と改め、罰則を削除するというものである。

条文の変更点は「犯罪と関係ある」という文言の挿入で、死体解剖保存法11条に倣ったものだ。しかしこの、一見、異状の意味を限定して警察への届出を減らすかのような規定は逆に危険である。なぜなら「犯罪」の中に業務上過失致死が含まれるからだ。これでは、過失があったかもしれないと思ったら警察に届けろという意味になり、2000年代の21条解釈とまったく同じになると同時に、前述の黙秘権侵害そのものである。広尾の最高裁判決で、異状を外表面の異状に限定してかろうじて憲法違反という批判を退けた経緯を理解していない。案の定、この改正案答申では、外表面異状説を完全に無視している。事故調論争でも同じだったが、こうした危険で倒錯した案が策定されるのは、ひとえに日医の参与をしている法律家の問題であろう。医療を業務上過失に積極的に結び付けるのが正義だという歪んだ価値観を持っているのだと思う。

おわりに

本稿で述べたかったのは、医療事故を隠せということではない。我々は患者が亡くなった時、誠実に経過を説明する責任があるが、その相手は警察でもメディアでもなく、遺族である。そのうえで謝罪し、賠償せねばならないこともある。いずれにしろ医療事故は刑事事件化せず、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は、業務上過失致死罪で刑事責任を問われうる。これは主に遺族が告訴した場合か、警察が報道などから覚知した場合であって、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。

医療と司法は人間社会に不可欠なサブシステムだが、両者の成り立ちの本質的な違いのゆえに、両者を直接的に結び付ければ医療が破壊される。我々は医療と司法との適切な距離を、常に緊張感をもって測り続けなければならない。

文 献

- 1) 日本医療法人協会：医療事故調ガイドブック。中外医学社、2016：1-6.
- 2) 田邊 昇：弁護士による医療訴訟とリスクマネジメント。医療文化社、2008：135-139.

参考 URL

- ⊕1) 小松秀樹「医療事故調—対立の概要と展望—」<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2008-07-18.pdf>

- ⊕2) 小松秀樹「医療の内部に司法を持ち込むことのリスク」
<http://medg.jp/mt/?p=489>
- ⊕3) 井上清成「医療事故調査委員会の考え方—中立的第三者機関は不要かつ有害—」<http://medg.jp/mt/?p=1756>
- ⊕4) 小田原良治、他「事故調創設案」を策定」<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2012-11-01.pdf>
- ⊕5) 小松秀樹「日本医師会の法リテラシー」<http://medg.jp/mt/?p=470>
- ⊕6) 満岡 渉「事故調に関する諫早医師会アンケートの総括」
<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2008-10-20.pdf>
- ⊕7) 佐藤一樹「医師法 21 条再論考」<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2011-10-25.pdf>
- ⊕8) 佐藤一樹「「異状死」の定義はいらない」<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2011-10-25.pdf>
- ⊕9) 「医師法 21 条、法改正の必要なし—田邊昇弁護士に聞く」
<https://www.m3.com/news/iryoishin/214871>
- ⊕10) 「日経メディカルインタビュー「医師法 21 条、現状維持でいいんですか？」厚労省医療安全推進室長の佐原康之氏に聞く」
<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/200801/505352.html>
- ⊕11) 大磯義一郎「第 5 回医療事故調査制度の施行に係る検討会意見書」<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2015-02-05.pdf>
- ⊕12) 満岡 渉「ついに始まった医療事故調査制度」<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2015-11-15.pdf>
- ⊕13) 満岡 渉「医療事故調査制度の「見直し」の総括と今後の課題」<http://www.mitsuoka-naika.com/pdf-img/2016-12-01.pdf>
- ⊕14) 井上清成「医師法 21 条の単独改正はすべきでない」<http://medg.jp/mt/?p=7095>
- ⊕15) 日本医師会医事法関係検討委員会「医師法第 21 条の規定の見直しについて」http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20160224_1.pdf