

日医総研ワーキングペーパー

最高裁平成16年4月13日判決の問題点

No. 104

平成16年10月15日

日医総研

主任研究員・弁護士 尾崎孝良

最高裁平成16年4月13日判決の問題点

尾崎孝良

キーワード

検案

医師法第21条

憲法38条・違憲

ポイント

最高裁は、医師法21条の「検案」の解釈で積極説を取った。また、同条の違憲性については、認めない方向である。

最高裁の判断には医療界の言論活動が影響していると思われ、慎重な対応が望まれる。

抜本的には、医療事故の原因究明等を行う第三者機関の設立が強く期待される。

目 次

第1 本件判決の概要	1
1 事案の概要	1
2 医師法21条の要件	1
3 判決内容	2
第2【論点1】「検案」の意義について	3
第3【論点2】憲法38条1項違反について	7
1 憲法38条1項の趣旨と黙秘権について	7
2 憲法38条1項と行政手続きとの関係	8
(1) 麻薬記帳義務事件(最判29.7.16)	8
(2) 道交法上の交通事故届け出義務(最大判37.5.2)	9
<補論>公共の福祉について	12
(3) 川崎民商税務検査拒否事件(最大判47.11.22)	12
(4) 覚醒剤取締法違反・関税法違反事件(最大判54.5.10)	14
3 医師法21条に対する学説の評価	18
<補論>自首との関係について	20
References	22
<引用>医師法21条「検案」の意義	23
(参考-1) 広尾病院事件最高裁判決	24
(参考-2) 同高裁判決	26
(参考-3) 同地裁判決	36
(参考-4) 日本法医学会「異状死」ガイドライン	46
(参考-5) 日本外科学会ガイドライン	49
(参考-6) 四病院団体協議会医療安全対策委員会中間報告書	53
(参考-7) 4学会共同声明	56
(参考-8) リスクマネジメントマニュアル作成指針	58
(参考-9) いわゆる「19学界共同声明」	65

第1 本件判決の概要

1. 事案の概要

平成16年4月13日第三小法廷判決は、いわゆる「広尾病院事件（刑事）」であり、同病院の院長（当時）が最高裁まで争った事案である。

広尾病院事件とは、指の関節リウマチの手術をした女性に対し、点滴で抗生物質を投与した後、本来、注入すべき生理的食塩水の代わりに、看護婦（注：この事件の頃まで裁判例では看護師を看護婦と表記）が誤って消毒剤（ヒビテン）10ミリリットルを注入した事件。

都立病院から警察に21条届出をした前例がなかったこと等から、病院内の対策会議で、院長らは届け出をしないこととした[したがって、事実関係としては、最高裁で争点となっているような、「検案」にあたらないと考えて、あるいは、「医師法21条自体が違憲だから」届け出をしなかった訳ではない点に注意]。その後、遺族が「医療ミスがあったのではないか」との抗議があり、結局、被害者が死亡してから11日後に病院は警視庁渋谷署に届け出をした。それにより事件が発覚し、看護婦が業務上過失致死、主治医が医師法21条違反の罪に問われたほか、院長も医師法21条違反、虚偽有印公文書作成・同行使に問われた。

上告審での争点は、**検案の意義及び 医師法21条が憲法38条1項に違反しないかの2点であった。**

すなわち、弁護人は、**医師法21条にいう死体の「検案」というのは、医師が、当該死体に死後初めて接して検分することをいうのであって、本件担当医の検分のように、生前に患者であった者について死後検分することは、同条に規定する「検案」にあたらないと主張した。**

また、担当医は、看護婦の点滴ミスにつき自らも監督者等として業務上過失致死等の刑事責任を負うおそれのある立場にあった。このため、弁護人は、**かような者に警察への届出義務を課することは、憲法38条1項の保障する自己負罪拒否特権を侵害し、違憲であると主張した。**

本判決は、「所論は、違憲をいう点を含め、実質は単なる法令違反の主張であって、刑事訴訟法405条の上告理由にあたらない」としつつも、上記の2論点について、職権指示したものであるが、以下に指摘するとおり問題の大きい判決である。

2. 医師法21条の要件

医師法21条は

第21条 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。

と規定しており、その構成要件は、**主体が医師であること（身分犯）、死体又は妊娠4月以上の死産児の検案をした場合、異状があると認められた場合で、24時間以内に所轄警察署に届け出なかったとき、である。**

要件として明文で「検案」とある以上、当該被告人（又は共犯者）が検案と解される

行為をしたのか否かの解釈論は極めて重要な問題である（特に、今回の最高裁の判断は、これまでの実務解釈と大きくことなるので殊更である）。

3. 判決内容

判決は、原審を維持して上告棄却で、判決理由の中で最高裁は「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い、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる」とし、また、「本件届出義務は、医師が、死体を検案して死因等に異状があると認めるときは、そのことを警察署に届け出るものであって、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。また、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るものである。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記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もの」と判示した。

最高裁の判決は「本件上告を棄却する」との主文と簡単な「理由」が述べられるのみであり、かような判断に至った経緯は判決の起案者たる最高裁調査官による、いわゆる「調査官解説」（正式名称は「最高裁判所判例解説」）が出版されるまで明らかにされない（調査官解説は、平成16年現在、平成13年判決までしか出版・公表されていない）。

しかしながら、本件判決について、判例時報1861号及び判例タイムズ1153号に解説が掲載された。同記事は、慣例により、「匿名であたかも第三者が当該判例について解説する」形式をとっているが、本事件は憲法問題が争われた著名事件であること、両誌においてほぼ同文が掲載されていることから、おそらく、当該判決を起案した調査官によるものと考えられる。以下では、調査官と強く推定される当該解説者を「解説者」と表記する。

第2 「論点1」「検案」の意義について

1. 「検案」は、医師が死者の外表検査により死因や死因の種類を判定することをいうが、理論上（下記のとおり、本判決以外の実務では消極説以外の説はない）、上記「死者」に、

[解釈 A] 自己が診察した患者であった者が含まれないとする消極説と

[解釈 B] 含まれるとする積極説が

考えられる。

本判決の起案者である「解説者（上記のとおり最高裁調査官と思われる）」は、判例時報において「医師法21条にいう「検案」の意義等について正面から判断を示した裁判例は、本件の1・2審判決以外に見当たらない」とした上で、本判決は「積極説に立つことを明らかにしたものだ」と明言している（判時1861号141頁）。

2. この点、実務においては、本事件の1審判決以前には、「消極説」以外存しなかった。
（1）「検案」の意義・要件は、警察官権限法注解（下）282頁・医師法第21条注釈2に下記のとおり明記されている。

「検案とは、当該医師が、既に死亡している者（妊娠4月以上の死産児を含む）について初めて死因等に関し医学的検査を行うことをいう。自分が診察中の患者が死亡した場合や臨終に当たって診察した者がすぐに死亡した場合などは含まれない。例えば、けんかで傷害を受けた者が医師のところへ運び込まれ、はじめに診察したときはまだ生きていたが応急手当も終わらないうちに死亡したような場合であっても、ここにいう検案に含まれない」としており、消極説（死亡前に診察した患者等は含まれない）が本判決までの実務解釈であり、異説はなかった。

（2）また、注解特別刑法5-1「医事・薬事編（1）第2版」64頁においても、検案書の解釈として

「検案書とは、診察中でない者を医師が死後はじめてその者の死因、死期など死亡の事実について医学的に確認した欠陥を記載した文書である。検案書には、死体検案書と死胎検案書の2種類がある」

「死体検案書とは、診療中でない者が死亡した場合死後にはじめてその者の死因、死期などを医学的に確認し証明する文書である」

「死胎検案書は、診療中でない妊婦が死産した場合のその死産児に対する検案書である」と明記されており、検案となり得るのは、診療中でない者が死亡した場合か、若しくは、診療中でない妊婦が死産した場合に限られることはこの記載で明らかである。

（3）「解説者」自身もこれらの見解を引用した上で、「積極説は、本件の一審判決後に現れた見解であり、同判決時までに、積極説に立つことを明言する見解は皆無であった」（前掲判時141頁）と認めている。

(4) なお、下級審でこの条文の解釈に触れた判決として昭和44年3月27日東京地方裁判所八王子支部判決があり、以下のとおり判示している。

「ところで医師が死体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ことは医師法21条が定めるところであり、更に変死者又は変死の疑のある死体があるときは警察署長はすみやかに警察本部長にその旨報告すると共に、その死体所在地を管轄する地方検察庁又は区検察庁の検察官に死体発見の日時、場所、状況等所定事項を通知し(国家公安委員会規則第3号検視規則3条)右通知をうけた検察官が検視をする(刑事訴訟法229条1項)のであるから、かかる法律上のたてまえから考えると、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つたいきさつ、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。

何故なら医師法が医師に対し前記のごとき所轄警察署への届出義務を課したのは、当該死体が純然たる病死(自然死)であり、且つ死亡にいたる経過についても何ら異状が認められない場合は別として、死体の発見(存在)は応々にして犯罪と結びつく場合があるところから、前記のごとき意味で何らかの異状が認められる場合には、犯罪の捜査を相当する所轄警察署に届出させ、捜査官をして死体検視の要否を決定させるためのものであるといわねばならないからである」

「患者が少なくとも24時間をこえて医師の管理を離脱して死亡した場合には、もはや診療中の患者とはいいい難く、したがってかかる場合には当該医師において安易に死亡診断書を作成することが禁じられている(医師法20条参照)のであるから、死体の検案についても特段の留意を必要とするといわねばならない」

なお、医師法20条は、

医師法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。

と規定する。

同条の意義につき、厚生省健康政策局「医師法・歯科医師法解第16版」388頁は、

「死亡診断書と死体検案書の区別は、前者は診療中の患者が死亡した場合に交付されるものであり、後者は診療中の患者でない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。旧法では死亡診断書は交付の際に診察をしないでこれを交付することが認められていたが、新法ではたとえ診療中の患者であってもその者の死亡時が、最後の受診時から起算して24時間を超える場合には、改めて診察をしなければ死亡診断書を交付し得ないこととされた。これは診察をしないで交付する場合をなるべく制限しようとする趣旨である。また、診療中の患者であっても、それが他の別個の原因(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(昭24・4・14医発第三八五号医務局長通達参照)」

と述べている。

したがって(この裁判例を恣意的に診断中の者も検案の対象となるかの如く引用する向きもあるが)、あくまで「24時間をこえて医師の管理を離脱して死亡した場合」はもはや診断中とはいえ、原則として消極説に立ちつつも検案の対象となるとの例外解釈(したがって、原則はこれまでの実務どおり消極説)を示した事例判決であると解すべきである(この点で、下記のとおり、広尾病院事件第1審判決と同じポジションであると考えられる)。

(5) 本件広尾病院事件でも第1審判決は、診療中の入院患者であっても「診療中の傷病以外の原因で死亡したとの疑いのある異状が認められるとき」に限って医師法21条の届出をしなければならないと、原則消極説に立ちつつ本件は例外的な場合にあたる、との判断を示した。

この点、「解説者」も第1審判決は、「原則消極説に親近性のある判示」と評している。

このような流れからすると(事案として例外的な扱いはあったにせよ)「検案」の解釈について積極説への転換はおよそ考えられない事案であった。

3. しかしながら、近年、むしろ医療界の関係者から、実務が積極説に改説したかの如き誤解を招く言論が散見された。

(1) まず、日本法医学会が示したガイドラインである(日法医誌第48巻、第5号、pp.357-358掲載)。もとより、「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できるし、その他、解釈上の問題があると思われるが」と留保しつつ「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」(同上)とした上で医師法21条に関して「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」(同上)として

[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

と規定している。

(2) 平成12年11月2日に公表された、厚生省リスクマネジメントスタンダードマニ

マニュアル作成委員会策定の「リスクマネジメントマニュアル作成指針」の「5 警察への届出」において

- (1) 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) 警察署への届出を行うに当たっては、原則として、事前に患者、家族に説明を行う。
- (3) 施設長は、届出の具体的内容を地方医務(支)局を経由して速やかに本省へ報告する。
- (4) 施設長は、警察への届出の判断が困難な場合には、地方医務(支)局を経由して本省の指示を受ける。

(注) 医師法(昭和23年法律第201号)第21条の規定により、医師は、死体又は妊娠4ヶ月以上の死産児を検査して異状があると認めた場合、24時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務づけられている。

とした。

(3) 法医学会ガイドラインについて、「解説者」からは、「日本法医学会は、平成6年に、医師法21条の届出義務に関するガイドラインを設けた際、この点の法解釈については留保しつつ、実務的観点から、積極説に立った運用をすべきである旨を提言している」(前掲判時141頁)であると理解され、積極説による運用を提言したと評価されてしまっており、また、「平成12年8月に、国立病院等における医療事故の発生防止、事故発生時の対応についてのマニュアル作成の指針となる【リスクマネジメントマニュアル作成指針】を発表した際、同指針中で、患者が医療過誤によって死亡等した場合には施設の長が速やかに所轄警察署に届出を行うべきであるとし、その注意書き部分に医師法21条を掲記しているのであり、これによれば、医師法21条の「検案」に診療中の患者の死体の検分を含まないとの解釈は必ずしも採っていない」(前掲判時141頁)と評価されてしまった。

これら医学系学会・委員会の提言のよって立つ哲学はともかくとして(医療事故の原因究明過程を透明化すること自体に異論がある者はいまい)、医師法21条が存する中で、検案の意義を消極説から積極説に医師側が自ら改説したかの如き言論をなし、結果として、医師自らを法的に不利な立場に追い込んでしまったといわざるを得ない。

司法上の「検案」という語について、実務慣例に反し一般の医師の予想しないような解釈変更をされる事態を招いた責任は大きい。

第3 【論点2】憲法38条1項違反について

1. 憲法38条1項の趣旨と黙秘権について

(1) 日本国憲法38条は以下のとおり規定する。

日本国憲法第38条 何人も、自己に不利益な供述を強要されない。

2 強制、拷問若しくは脅迫による自白又は不当に長く抑留若しくは拘禁された後の自白は、これを証拠とすることができない。

3 何人も、自己に不利益な唯一の証拠が本人の自白である場合には、有罪とされ、又は刑罰を科せられない。

このうち第1項は、イギリスのコモンローに由来し、アメリカ合衆国憲法が保障する自己負罪拒否の特権 (privilege against self-incrimination) にならったもので、前近代的な自白偏重による国家権力による人権侵害を防止する趣旨である。

(2) ここで「自己に不利益な供述」とは、自己の刑事上の責任に関する不利益な供述、すなわち、刑罰を科せられる基礎となる事実や量刑にかかわる不利益な事実などについての供述のことをいう (最大判 32.2.20)。

また「強要されない」とは、供述しないことを理由に何らかの法律上の不利益 (罰することに限られない) を課すことを禁止する意味である。この保障をうけるのは、主として被疑者、刑事被告人及び各種証人である。行政手続きについてこれが適用されるかが論点であり、本稿の考察対象でもある。

刑事訴訟法は、本項の趣旨をうけて「何人も、自己が刑事訴追を受け、又は有罪判決を受ける虞のある証言を拒むことができる」(146条)と定めるとともに、被疑者及び被告人については、いわゆる黙秘権 (すべての供述を拒否しうる権利) を保障している (198条2項、291条2項、311条1項)

刑事訴訟法

第146条 何人も、自己が刑事訴追を受け、又は有罪判決を受ける虞のある証言を拒むことができる。

第198条 検察官、検察事務官又は司法警察職員は、犯罪の捜査をするについて必要があるときは、被疑者の出頭を求め、これを取り調べることができる。但し、被疑者は、逮捕又は勾留されている場合を除いては、出頭を拒み、又は出頭後、何時でも退去することができる。

2 前項の取調に際しては、被疑者に対し、あらかじめ、自己の意思に反して供述をする必要がない旨を告げなければならない。

第291条 検察官は、まず、起訴状を朗読しなければならない。

2 裁判長は、起訴状の朗読が終つた後、被告人に対し、終始沈黙し、又は個々の質問に対し陳述を拒むことができる旨その他裁判所の規則で定める被告人の権利を保護するため必要な事項を告げた上、被告人及び弁護人に対し、被告事件について陳述する機会を与えなければならない。

第311条 被告人は、終始沈黙し、又は個々の 質問に対し、供述を拒むことができる。

(3) なお、学説において「黙秘権」は、憲法の定める保障の趣旨を拡大したものであるか、憲法の要請に基づくものとみるか争いがある(実務面からは大した違いではない)。また、後述のように最高裁判例では「いわゆる黙秘権」と表記されるようである。

2. 憲法38条1項と行政手続きとの関係

行政法規においては、国民に、記帳義務・原本保存義務や報告義務を課し、それに応じない者に一定の刑罰を科す場合が多い。このような法規が憲法38条1項に違反しないかがこれもでも度々争われており、著名な判例も多い。

大まかな流れとしては、従前(昭和20~30年代)は、国家主義的な判例がみられたが、少しずつ行政法規についても厳しい判断を示す例が見られてきたところであった(逆にいえば、今回の広尾病院事件で一気に逆戻りした感がある)。

(1) 麻薬記帳義務事件(最判昭和29.7.16)

原判決において、病院の麻薬管理者が当該病院で施用するため交付した麻薬が、正規の届出のないいわゆる未報告の麻薬であるときは、旧麻薬取締法(昭和二八年法律一四号により廃止)14条1項規定の帳簿にその麻薬の品名、数量及び交付の年月日を記入しなくても、罪責を問われるべきものではないと解するのが相当である、と判示した。

これに対して、最高裁は破棄差戻して下記のとおり判示した。

昭和29年7月16日 最高裁第二小法廷 昭27(あ)6363号

主 文

原判決を破棄する。
本件を東京高等裁判所に差し戻す。

理 由

東京高等検察庁検事長佐藤博の上告趣意は、末尾添付の別紙書面記載のとおりである。論旨は、原判決において、病院の麻薬管理者が当該病院で施用するため交付した麻薬が、正規の届出のないいわゆる未報告の麻薬であるときは、麻薬取締法(昭和二八年法律一四号により廃止されたもの、以下旧麻薬取締法という)一四条一項の帳簿にその麻薬の品名、数量及び交付の年月日を記入しなくても、同法五九条所定の罪責を問われるべきものではないと解するのが相当である、と判示したことは、所論掲記の各判例に違反する判断をしたものであると主張する。

よって案ずるに、旧麻薬取締法一四条一項が、麻薬取扱者に対しその取り扱った麻薬の品名及び数量、取扱年月日等を所定の帳簿に記入することを命ずる理由は、麻薬取扱者による麻薬処理の実状を明確にしようとするにあるのであるから、いやしくも麻薬取扱者として麻薬を取扱った以上は、たとえその麻薬が正規の手続を経ていないものであっても、右帳簿記入の義務を免れないものと解するのが相当である。原判決は、正規の手続を経ていない麻薬の取扱に関する事実を帳簿に記入することは、その違反行為の発覚の端緒となるものであって、麻薬取扱者といえどもこれを期待することが不可能であるから、かかる事実を帳簿に記入しなくても、当該義務違反の罪を構成しない旨判示する。

しかし麻薬取扱者たることを自ら申請して免許された者は、そのことによって当然麻薬取締法規による厳重な監査を受け、その命ずる一切の制限または義務に服することを受諾しているものというべきである。されば、麻薬取扱者として麻薬を処理した以上、たとえその麻薬が取締法規に触れるものであっても、これを記帳せしめられることを避けることはできないのみならず、取締上の要請からいっても、かかる場合記帳の義務がないと解すべき理由は認められない。また麻薬取扱者はかかる場合、別に麻薬処理の点につき取締法規違反により処罰されるからといって、その記帳義務違反の罪の成立を認める妨げとなるものではないことはいうまでもない。そして、叙上の見解は所論引用の当裁判所判決及び札幌高等裁判所判決と結局その趣旨を同じくするものであり、従ってこれと異なる見解の下に右記帳義務違反の点を無罪とした原判決は、右判決と相反する判断をしたことに帰するものといえることができる。

よって、その他の論旨につき判断するまでもなく、刑訴四一〇条四一三条により、裁判官全員一致の意見で主文のとおり判決する。

(裁判長裁判官 霜山精一 裁判官 栗山 茂 裁判官 小谷勝重 裁判官 藤田八郎 裁判官 谷村唯一郎)

この判決は、「麻薬取扱事業者は、あらかじめ（該業務に係る）黙秘権を放棄した」と解しているとされ、学界からの批判も強い。

「解説者」も「本件届出義務は、医師免許を有する者に限って課せられる義務であり、その点では、・・・（この判例の）麻薬取扱者の義務に共通する点がある」としつつも、「同判例においては、麻薬取扱者の免許を取得する者は、取得の際に、自己負罪拒否特権の事前放棄をしてるとみなし得るといふ「事前放棄の理論」のみを用いて合憲判断をしているが、本判決は、そのような判断手法をとらない」（前掲判時142頁）としている。

(2) 道交法上の交通事故届出義務(最大判37.5.2)

道交法上の交通事故を起こした運転者の報告等の義務（及び罰則）が、憲法38条1項に違反するのではないかと争われた事案。

昭和37年5月2日 最高裁大法廷 昭35(あ)636号

主 文

本件上告論旨第一点及び第二点はいずれも理由がない。

理 由

弁護人石黒武雄の上告趣意第一点及び第二点について。

論旨は、要するに、原判決は被告人が自動車の運転により発生させた本件事故を所轄警察署の警察官に報告し、その指示を受けることをしなかった事実を有罪と認定し、道路交通取締法二四条一項、二八条一号、同法施行令六七条二項により処罰した第一審判決を認容したが、右施行令六七条二項掲記の「事故の内容」には刑事責任を問われる虞のある事項も含まれるから、同項中その報告義務を定める部分は、自己に不利益な供述を強要するものであって、憲法三八条一項に違反し無効である。したがって、原判決中右有罪部分は破棄さるべきであると主張するにある。

しかしながら、道路交通取締法（以下法と略称する）は、道路における危険防止及びその他交通の安全を図ることを目的とするものであり、法二四条一項は、その目的を達成するため、車馬又は軌道車の交通に因り人の殺傷等、事故の発生した場合において右交通機関の操縦者又は乗務員その他の従業者の講ずべき必要な措置に関する事項を命令の定めるところに委任し、その委任に基づき、同法施行令（以下令と略称する）六七条は、これ等操縦者、乗務員その他の従業者に対し、その一項において、右の場合直ちに被害者の救護又は道路における危険防止その他交通の安全を図るため、必要な措置を講じ、警察官が現場にいるときは、その指示を受くべきことを命じ、その二項において、前項の措置を終った際警察官が現場にいないときは、直ちに事故の内容及び前項の規定により講じた措置を当該事故の発生地を管轄する警察署の警察官に報告し、かつその後の行動につき警察官の指示を受くべきことを命じているものであり、要するに、交通事故発生の場合において、右操縦者、乗務員その他の従業者の講ずべき応急措置を定めているに過ぎない。法の目的に鑑みるときは、令同条は、警察署をして、速に、交通事故の発生を知り、被害者の救護、交通秩序の回復につき適切な措置を執らしめ、以って道路における危険とこれによる被害の増大とを防止し、交通の安全を図る等のため必要かつ合理的な規定として是認せられねばならない。しかも、同条二項掲記の「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すべきである。したがって、右操縦者、乗務員その他の従業者は、警察官が交通事故に対する前叙の処理をなすにつき必要な限度においてのみ、右報告義務を負担するのであって、それ以上、所論の如くに、刑事責任を問われる虞のある事故の原因その他の事項までも右報告義務ある事項中に含まれるものとは、解せられない。また、いわゆる黙秘権を規定した憲法三八条一項の法意は、何人も自己が刑事上の責任を問われる虞ある事項について供述を強要されないことを保障したものと解すべきことは、既に当裁判所の判例（昭和二七年（あ）第八三八号、同三二年二月二〇日、大法廷判決、集一一巻二号八〇二頁）とするところである。したが

って、令六七条二項により前叙の報告を命ずることは、憲法三八条一項にいう自己に不利益な供述の強要に当たらない。

されば、令六七条二項に、所論の如き違憲のかどはないのであって、論旨は、すべて採るを得ない。

よって裁判官奥野健一、同山田作之助の補足意見があるほか、裁判官全員一致の意見で主文のとおり判決する。

裁判官奥野健一の補足意見は次のとおりである。

多数意見は道路交通取締法施行令六七条二項の報告義務の対象である「事故の内容」とは、事故発生の日時、場所、死傷者の数及び負傷の程度並び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であって、刑事責任を問われる虞のある事故の原因、その他の事項まで含まれるものではないから、憲法三八条一項にいう不利益な供述を強要することにあたらない旨判示する。

しかし、仮令自己の注意義務違反、過失の有無などの主観的責任原因等については報告義務なしとしても、前記の如く事故の態様を具体的、客観的に報告することを義務付けられることは、犯罪構成要件のうちの客観的事実を報告せしめられることになるから、少なくとも事実上犯罪発覚の端緒を与えることになり、多数意見の如く全然憲法三八条の不利益な供述を強要することにあたらないと断定することには躊躇せざるを得ない。刑訴一四六条の証言拒絶に関する規定は、憲法三八条の趣旨に則ったものであるが、操縦者らが若し証人として前記の如き事故の態様に関する事実について証言を求められたときは、自己が刑事訴追を受ける虞のあるものとして右刑訴の規定により証言を拒むことができないであろうか。しかし、前述の如く自己の故意過失等主観的な責任原因などは、報告義務の外に置かれていること及び道路交通の安全の保持、事故発生の防止、被害増大の防止、被害者の救護措置等の公共の福祉の要請を考慮するとき、いわゆる黙秘権の行使が前記程度の制限を受けることも止むを得ないものとして是認さるべきものと考える。

裁判官山田作之助の補足意見は次のとおりである。

<略>

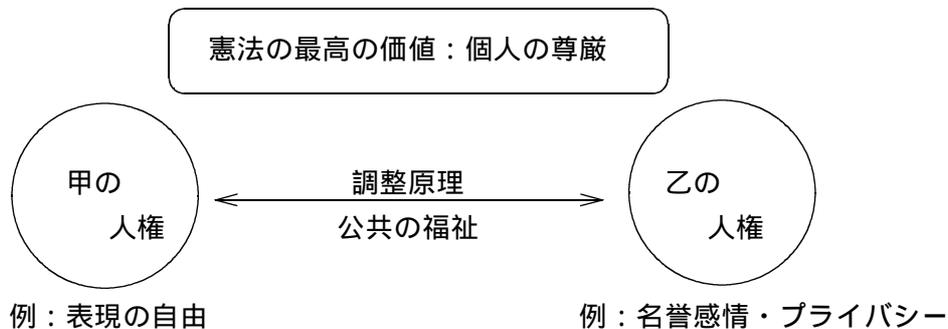
(裁判長裁判官 横田喜三郎 裁判官 斎藤悠輔 裁判官 藤田八郎 裁判官 河村又介 裁判官 入江俊郎 裁判官 池田克 裁判官 垂水克己 裁判官 河村大助 裁判官 下飯坂潤夫 裁判官 奥野健一 裁判官 高木常七 裁判官 石坂修一 裁判官 山田作之助 裁判官 五鬼上堅磐 裁判官 横田正俊)

なお、仮にこの論理を認めた場合でも「交通に因り人の殺傷等、事故の発生した場合において右交通機関の操縦者又は乗務員その他の従業者の講ずべき必要な措置に関する事項を命令の定めるところに委任し、その委任に基づき、同法施行令(以下令と略称する)六七条は、これ等操縦者、乗務員その他の従業者に対し、その一項において、右の場合直ちに被害者の救護又は道路における危険防止その他交通の安全を図るため」との目的部分は直ちには、医師法21条に適用できないことに注目すべきである。

<補論> 公共の福祉について

「公共の福祉」というと、その語感から、全体主義的ないし超個人主義的な意味にとられがちであるが、憲法学からすると、日本国憲法における公共の福祉にかような意義は認めない(宮沢俊義)。日本国憲法における「公共の福祉」とは、自由主義的な国家観に支配されたものであり、「個人の尊重」をその最高の基本理念とするものであって、憲法学の通説では、「公共の福祉」とは「人権相互の矛盾衝突を調整するための実質的公平の原理であり、すべての人権に論理必然的に内在しているもの」と解されている。

すなわち、現行憲法は人間性の尊重を最高の指導理念とするものであるから、個人に優先する全体の利益ないし価値などは存在し得ない。国家そのものすら人権に奉仕するために存在することになる。それゆえ、「公共の福祉」は、「全体の利益」とは明らかに異なり、あくまで人権相互間の矛盾ないし衝突を調整するための実質的公平の原理と見るべきであって、人権制約の根拠となり得るのは他者の人権しかあり得ない、という考え方である。



図：「公共の福祉」の概念

交通事故届け出義務は、運転者甲の黙秘権と事故拡大の防止 = 後続車両の運転者(あるいは同乗者・通行者)乙の生命身体の保護という人権とのぶつかり合いの場面であるから、「公共の福祉」の制約が働く場面と解することは不可能ではない。

これに対して、既に死亡した者について、医師の人権を制約してまで届出義務を強制して、国家権力による罰則まで置くのはいかなる人権との調整なのか、全く理解できかねるところである。

(3)川崎民商税務検査拒否事件(最大判47.11.22)

被告人が川崎税務署に提出した所得税確定申告書に関して、過少申告の疑いがあったため、その調査のため、同税務署所得税第二課が、被告人に対し、売上帳、仕入帳等の呈示を求めたところ、被告人が憲法38条1項をたてに検査を拒否した事案。

昭和47年11月22日 最高裁大法廷 昭44(あ)734号

主 文

本件上告を棄却する。

理 由

弁護人山内忠吉、同岡崎一夫、同増本一彦、同陶山圭之輔、同根本孔衛の上告趣意(昭和四四年六月二五日付上告趣意書記載のもの。なお、その余の上告趣意補充書は、いずれも趣意書差出期間経過後に提出されたものであり、これを審判の対象としない。)第一点について。

< 中略 >

所論のうち、憲法三八条違反をいう点は、旧所得税法七〇条一〇号、一二号、六三条の規定に基づく検査、質問の結果、所得税連脱(旧所得税法六九条)の事実が明らかになれば、税務職員は右の事実を告発できるのであり、右検査、質問は、刑事訴追をうけるおそれのある事項につき供述を強要するもので違憲である旨の主張である。

しかし、同法七〇条一〇号、六三条に規定する検査が、もっぱら所得税の公平確実な賦課徴収を目的とする手続であって、刑事責任の追及を目的とする手続ではなく、また、そのための資料の取得収集に直接結びつく作用を一般的に有するものでもないこと、および、このような検査制度に公益上の必要性和合理性の存することは、前示のとおりであり、これらの点については、同法七〇条一二号、六三条に規定する質問も同様であると解すべきである。そして、憲法三八条一項の法意が、何人も自己の刑事上の責任を問われるおそれのある事項について供述を強要されないことを保障したものであると解すべきことは、当裁判所大法廷の判例(昭和二七年(あ)第八三八号同三二年二月二〇日判決・刑集一一巻二号八〇二頁)とするところであるが、右規定による保障は、純然たる刑事手続においてばかりではなく、それ以外の手続においても、実質上、刑事責任追及のための資料の取得収集に直接結びつく作用を一般的に有する手続には、ひとしく及ぶものと解するのを相当とする。しかし、旧所得税法七〇条一〇号、一二号、六三条の検査、質問の性質が上述のようなものである以上、右各規定そのものが憲法三八条一項にいう「自己に不利益な供述」を強要するものとすることはできず、この点の所論も理由がない。

なお、憲法三五条、三八条一項に関して右に判示したところによってみれば、右各条項が刑事手続に関する規定であって直ちに行政手続に適用されるものではない旨の原判断は、右各条項についての解釈を誤ったものというほかはないのであるが、旧所得税法七〇条一〇号、六三条の規定が、憲法三五条、三八条一項との関係において違憲とはいえないとする原判決の結論自体は正当であるから、この点の憲法解釈の誤りが判決に影響を及ぼさないことは、明らかである。

同第三点について。

所論のうち、憲法一四条、一九条、二一条、一二条違反をいう点は、第一、二審判決にそわない事実関係を前提とする主張であって、いずれも上告適法の理由にあたらぬ。

所論は、また、憲法二八条違反を主張するが、同条が、使用者対勤労者の関係にたつ者の間において勤労者の団結権および団体行動権を保障した規定であると解すべきことは、当裁判所大法廷の判例（昭和二二年（れ）第三一九号同二四年五月一八日判決・刑集三巻六号七七二頁）とするところであって、被告人の判示検査拒否の所為が、右団体行動権の行使とは認められないとした原判断は相当であるから、この点の所論は理由がない。

同第四点および第五点について。

所論は、憲法三五条違反をいうような点もあるが、実質はいずれも事実誤認または単なる法令違反の主張であって、適法な上告理由にあたらぬ。

なお、記録を調べても、刑訴法四一一条を適用すべきものとは認められない（原判決中、第一審判決を破棄するにあたり適用した法条に「刑事訴訟法第三九七条、第三八一条」とあるのは、「刑事訴訟法第三九七条、第三八〇条」の単なる誤記と認める。）

よって同法四一〇条一項但書、四一四条、三九六条により、裁判官全員一致の意見で、主文のとおり判決する。

（裁判長裁判官 石田和外 裁判官 田中二郎 裁判官 岩田 誠 裁判官 下村三郎 裁判官 色川幸太郎 裁判官 大隅健一郎 裁判官 村上朝一 裁判官 関根小郷 裁判官 藤林益三 裁判官 岡原昌男 裁判官 小川信雄 裁判官 下田武三 裁判官 岸 盛一 裁判官 天野武一 裁判官 坂本吉勝）

このように、最高裁判所は、「憲法38条1項の法意が、何人も自己の刑事上の責任を問われるおそれのある事項について供述を強要されないことを保障したものであると解すべき」との従前のスタンスを維持しつつも質問検査に関して、同条項は、「純然たる刑事手続」以外にも「実質上、刑事責任追及のための資料の取得収集に直接結びつく作用を一般的に有する手続」にも及ぶと判示し、人権保障の範囲を広く取る（行政権限を制約する）方向感を示した。

もっとも、「実質上刑事責任を追及する場合に限る」という限定条件が強いため、実際上の違憲と判断されるのは、極めて限られたケースになるとの批判も強い。

(4) 覚せい剤取締法違反・関税法違反事件(最判54.5.10)

日本に入国する者がその入国の際に貨物を携帯して輸入しようとする場合には、関税法六七条により、当該貨物の品名、数量、価格等を税関長に申告し、その許可を受けなければならず、覚醒剤を輸入する場合、通関のための申告・許可の手続を経ないでこれを輸入し又は輸入しようとした場合に、関税法111条の罪が成立するのは、憲法38条1項にいう「自己に不利益な供述」を強要するものとして争った事案。

藤崎裁判官が反対意見を述べている点に注目される。

<補注>

最高裁判所意見には、「多数意見」及び「少数意見」があり、少数意見はさらに「補足意見」「意見」「反対意見」の3種類がある。

「補足意見」は多数意見に賛成した上でそれを補強すべく、さらに付随的な論点について意見を述べるもの。

「意見」は、多数意見の結論に賛成するが、理由付けにおいて多数意見と見解を異にする場合。

「反対意見」は多数意見の結論に反対する意見(当然理由付けにおいても全く異なる見解が示される)。

昭和 54 年 5 月 10 日 最高裁第一小法廷 昭 5 3 (あ) 1 5 7 号

主 文

本件上告を棄却する。

理 由

弁護人平川実、同打田等の上告趣意及び弁護人一松弘の上告趣意第一について
本邦に入国する者がその入国の際に貨物を携帯して輸入しようとする場合には、関税法六七条により、当該貨物の品名、数量、価格等を税関長に申告し、その許可を受けなければならないが、右の申告は、関税の公平確実な賦課徴収及び税関事務の適正円滑な処理を目的とする手続であって、刑事責任の追及を目的とする手続でないことはもとより、そのための資料の取得収集に直接結びつく作用を一般的に有するものでもない。また、この輸入申告は、本邦に入国するすべての者に対し、携帯して輸入しようとする貨物につきその品目のいかんを問わず義務づけられているものであり、前記の目的を達成するために必要かつ合理的な制度といえることができる。このような輸入申告の性質に照らすと、通関のため当然に申告義務の伴うこととなる貨物の携帯輸入を企てたものである以上、当該貨物がたまたま覚せい剤取締法により本邦への持込を禁止されている覚せい剤であるからといって、通関のため欠くことのできない申告・許可の手続を経ないでこれを輸入し又は輸入しようとした場合に、関税法一一一条の罪の成立を認めても、憲法三八条一項にいう「自己に不利益な供述」を強要したことにならないことは、当裁判所大法廷判例(昭和二七年(あ)第四二二三号同三一年七月一八日判決・刑集一〇巻七号一一七三頁、同二九年(あ)第二七七七号同三一年一月二六日判決・刑集一〇巻一〇号一七六九頁、同三五年(あ)第六三六号同三七年五月二日判決・刑集一六巻五号四九五頁、同四四年(あ)第七三四号同四七年一月二二日判決・刑集二六巻九号五五四頁)の趣旨に徴し明らかであるといわなければならない。覚せい剤を輸入しようとする者が関税法一一一条の罪を免れようとするればその輸入自体をあきらめる以外にないが、この場合にその者の蒙る不利益という観点からみても、それはもともと覚せい剤取締法によって禁止されている輸入の断念を余儀なくされるということにとどまり、その者から特段の保護に値する利益を奪うことにはならないのである。

また、以上と同趣旨に帰する原審の判断が所論引用の各判例と相反するものでないことも明らかである。

所論はすべて理由がない。

弁護人一松弘の上告趣意第二は、単なる法令違反の主張であり、同第三は、量刑不当の主張であって、いずれも刑訴法四〇五条の上告理由にあたらぬ。

よって、同法四〇八条により、主文のとおり判決する。

この判決は、裁判官戸田弘の補足意見、裁判官中村治朗の意見、裁判官藤崎萬里の反対意見があるほか、裁判官全員一致の意見によるものである。

裁判官戸田弘の補足意見は、次のとおりである。

<略>

藤崎裁判官が反対意見で指摘される場所に關連して、前記多数意見を前提としたうえで、若干の補足をおきたい。

関税法六七条は、貨物を輸入しようとするかぎり、かならず税関長の輸入許可手続、すなわち通関手続を経なければならないこととしている。このように一切の貨物につき輸入しようとするればどうしても通関手続という関門を通らなければならないものとしていのは、財政的には関税徴収の利便のためであるが、これとともにひろく社会生活、国民生活の安全と利益のため貨物が国内に流入する直前の段階で必要な規制を行うことを目的とするのであって、もとより十分な合理性をもつ制度であるといわなければならない。

この通関手続を回避して貨物を輸入する行為、すなわち関税法上の密輸入行為に対する一般的な罰則が同法一一一条である。同条にあたる密輸入行為には、本件の場合のようにともかく税関を通過する場合とまったく税関を通過しない場合とがあり、また、正規の手続に従って申告すれば輸入が許可されたであろうといえる場合と本件の場合のように輸入の許可がありえない場合とが含まれる。同条は前記のように関税法上の密輸入行為に対する一般的な罰則なのであるから、密輸入行為であるかぎり、当該物件について輸入の許可がありえない場合も原則として（すなわち後記「輸入禁制品」の場合を除き）当然に同条の対象になる。通関手続は申告・許可等の手続からなる一連の手続であるが、これを回避した密輸入行為を処罰するものである以上（許可を受けなかったこと自体を独立して処罰するのではなく、許可を受けないという態様で輸入したことを処罰するのであるから）、許可のありえない場合が含まれることは矛盾ではない。

関税法上の密輸入行為に対する罰則としては、別に同法一〇九条があり、同条は関税定率法二一条一項の定める「輸入禁制品」の輸入行為を対象としている。関税法一一一条が関税法上の密輸入行為に対する一般的な罰則であるのに対し、同法一〇九条は「輸入禁制品」の密輸入行為に対する特別の罰則であるといえる（法定刑も一〇九条のほうが一一一条よりずっと重い）。現在の関税法では、覚せい剤等は「輸入制限貨物等」（同法一一八条三項）とされていて、「輸入禁制品」とはされておらず、従ってその密輸入行為は一般的な罰則である同法一一一条の対象となっているのであるが、覚せい剤取締法によって輸入が絶対的に禁止されている覚せい剤のような物件については、むしろ「輸入禁制品」に入れておくほうが罰則が単純でわかりやすくなるということはいえとしても、「輸入制限貨物等」に入っているからといって、関税法の関係規定の効力を問題としなければならないほど立法的裁量の限界を超えた不合理な事態であるとは到底いえない。

そして、関税法一一一条の罪の構成要件は（輸入に関しては）許可を受けないで貨物を輸入することであり、許可を受けないということは同法六七条の申告・許可の手続を経ないということなのであるから、覚せい剤の密輸入行為について同法一一一条を適

用することが憲法三八条一項の解釈問題と無関係であるということとはできないけれども、前記のとおり、関税法一一一条によって処罰されるのは通関手続を回避してなされた輸入行為であり、通関手続の一部としての申告をしなかったということ自体が独立して処罰されるのではないことに注目すべきである。すなわち、本件のような場合、覚せい剤取締法に違反して覚せい剤を輸入した罪は、すでに陸揚げによって成立しているのであるが、そのままの状態に関税法六七条による申告が要求され、従って不申告が問題とされることになるわけではなく、さらに関税法上の密輸入行為、すなわち税関の目をごまかして通過するという行為を企てる（本人にとっては予定の行動であろうが）ことによってはじめて通関手続の回避、従って不申告が（それ自体が独立して処罰の対象となるのではないが関連して）問題とされることになるだけなのである（まったく税関を通過しないで覚せい剤を密輸入する場合には、陸揚げによって覚せい剤取締法違反罪と関税法違反罪とが同時に成立することになるが、この場合には覚せい剤の本邦への密輸入を企てることによって不申告が問題となるような条件をみずから作り出したということになる。）

要するに、すべての貨物の輸入について要求される一般的、合理的手続である通関手続を回避した覚せい剤の密輸入行為をあえて企てることによってのみ、その行為の態様として通関手続の一部である申告をしなかったことが問題とされるだけであり、しかも、行為者に対し右のような覚せい剤の密輸入行為をあえてしないことを期待することにはいささかの無理もないことはいうまでもないのであるから、覚せい剤の密輸入行為について関税法一一一条の罪の成立を認めることが憲法三八条一項の禁じるところでないのは明らかであるといつてよいと思う。（なお、多数意見の立場においても、不法な行為を選択した以上、不利益な供述を強要されても甘受しなければならないということではけっしてなく、選択した行為の性質に相応して、合理的な範囲内でしかるべき内容、程度の負担、制約を課せられてもやむをえないというだけである。例えば、関税法上の密輸入行為をした者は一定期間内にその事実を届出なければならないというような規定を設ければ、それが憲法三八条一項に違反することは自明であろう。）

裁判官中村治朗の意見は、次のとおりである。

< 略 >

裁判官藤崎萬里の反対意見は、次のとおりである。

多数意見は覚せい剤の輸入についても関税法一一一条の無許可輸入罪が成立することを前提としているが、私はまず法律レベルの問題としてこの点に疑問を持つ者である。すなわち、無許可輸入罪が国民に対し貨物の輸入について許可を受けることを強制するものであるから、輸入の許可されることがありえない貨物の輸入については同罪が成立するいわれはないと解すべきであると思う。覚せい剤取締法は覚せい剤の輸入を絶対的に禁止しているから（同法一三条）、覚せい剤については輸入申告があっても輸入が許可されることはありえない（関税法七〇条参照）。このように一方で覚せい剤の輸入を絶対的に禁止しながら他方でその違反者をして輸入の許可がありうることを前提とする無許可輸入罪の罰則に服させるとするのは、矛盾していると思う。

さらに、私は、覚せい剤を携帯して税関を通過した者に無許可輸入罪の成立を認めることは憲法三十八条一項にいう「自己に不利益な供述を強要」することにあたるのではないかと考えている。覚せい剤の所持を申告することは自分が現に罪を犯しつつあることを報告することにほかならないからである。多数意見は、輸入申告の一般的性質とくにそれが特定の個人に強制されていないことを理由に反対の結論に到達しているが、不利益な供述を強制しているか否かは現に覚せい剤を所持して税関を通過しようとしている時点においてこれをみるべきであると考え。多数意見の根底に不利益な供述を強要される破目に陥るようなことをするかしないかの選択の自由が当人にある場合には供述の強要とみられるようなことをしても憲法三十八条一項違反にはならないというような考え方があるとすれば、この憲法上の保障に対する例外にはほとんど歯止めがないことになりはしないであろうか。私は、行政上の各種申告義務の憲法三十八条一項との関係における合憲性の根拠は公共の福祉の要請からくる必要性に求められるべきであり、それ以外にはない考える。すなわち、各種申告義務のそれぞれについて必要止むをえないという事情がなければならぬが、覚せい剤の国内流入を税関で阻止するためには覚せい剤を麻薬などと同じように輸入禁制品として取り扱うことにより目的を達することができるのであって、覚せい剤の輸入を無許可輸入罪の罰則に服させ輸入申告を強制する必要はないのであるから、これを強制することは違憲のそしりを免れ難いと思う。

そうすると、原判決が覚せい剤の輸入について関税法一一一条の罪の成立を認めている点は、法律の解釈適用を誤りその結果憲法三十八条一項に違反しているか、もし法律の解釈適用に誤りがなければ法律の規定にその適用上違憲の結果を招くような不備があるということになり、いずれにしても弁護士平川実、同打田等の上告趣意及び弁護士一松弘の上告趣意第一は理由があることに帰するから、原判決はこの限度において是正されるべきである。

(裁判長裁判官 戸田 弘 裁判官 団藤重光 裁判官 藤崎萬里 裁判官 本山 亨 裁判官 中村治朗)

このように反対意見(1名)があるものの通関のため欠くことのできない申告・許可の経緯を経ないでこれを輸入し又は輸入しようとした場合に犯罪成立を認めても、憲法三十八条一項にいう「自己に不利益な供述」を強要したものととはならないと判示した(多数意見)。

以上のとおり、これまでの判例は、(少しずつではあるが)人権をより広く認める方向で展開してきた。

今回の広尾病院判決は、その流れに逆行し「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もの」ということで、医師であることによって、憲法38条1項で保障された人権が明確な根拠(たとえば医師の人権を制約してまでも保護すべき他者の人権の存在)なく制約されることをも許容する如き判示内容となっており重大な問題を孕んでいる。

3. 医師法21条に対する学説の評価

法学界では「医師法 21 条は違憲の可能性が高く、少なくとも 業務上の過失によって患者を死亡させた医師に適用される場合には、適用違憲となる」との学説が有力である。

東京大学の佐伯仁志教授（刑事法）は、「異状死体の届出義務と黙秘権」（ジュリスト 1249号）において、以下のように論を展開している。

この判例【引用注：前節（2）判決】を前提として、医師法 21 条の届出義務の対象となる事項を、異状死体を検案した事実やその日時・場所などに限定し、刑事責任を問われるおそれのある医療事故の原因等に及ばないと解すれば、合憲性を肯定することができる、とする見解がある。

しかし、このような解釈には疑問があるように思われる。

第 1 に、検案を行った医師から届出を受けた捜査官が犯罪捜査の必要性を判断するためには、死体を検案した日時・場所だけでは不十分であって、検案を行った医師がなぜ異状死と判断したのかを知ることが必要であり、そのためには、死体の状況や死に至った経過の説明が不可欠である。したがって、医師法 21 条の届出の対象を異状死体を検案した事実やその日時・場所などに限定する解釈は、現実的なものではないと思われる。

これに対して、交通事故の報告義務は、道路における危険防止と交通の安全を図るためのものであるから・事故の日時・場所、負傷の程度等の外形的事実が報告されれば目的を達成することができ・事故の原因等の情報は必要ないのである。

第 2 に、医師法 21 条の届出の対象を異状死体を検案した事実やその日時・場所などに限定したとしても、医療過誤によって刑事責任を追及されるおそれのある医師にそのような届出義務を課すことの合憲性にはなお疑問がある。交通事故の報告義務の合憲性を肯定した判例が、事故の発生日時・場所等の外形的事実の報告はおよそ憲法 38 条 1 項にいう自己に不利益な供述に当たらない、と判示したことに対しては批判が強いからである。

そこで・交通事故の報告義務の合憲性を、道路交通の安全の保持等の公共の福祉の観点からする黙秘権の合理的制約として説明する見解が、有力に主張されている。

しかし、このような見解に立った場合にも、制約根拠として犯罪の処罰という利益を持ち出すことは黙秘権の自己否定となるから、右の福祉は犯罪捜査を目的とするものであってはならない。そうだとすれば、まさに犯罪捜査の端緒を得ることを目的とする医師法 21 条の届出義務を、このような合理的制約として正当化することはできないことになる。

この点、医師法 21 条の目的を、犯罪捜査とは別個の、たとえば、公衆衛生、死因調査等に求めようとする見解もある。

しかし、医師法 21 条の目的が公衆衛生・死因調査にあるのであれば、報告の対象を異状死に限定する必要はないはずであるし、届出先が警察署とされていることも理解できない。同条が犯罪捜査の端緒を得ることを目的としたものであることは、ほぼ一致して認められてきたことであり、立法論としてはともかく、現行法の解釈としてそのような解釈をとることは困難であろう。

第3に、黙秘権を考慮して医師法21条の届出の対象を限定することは、黙秘権とは別の、憲法上の新たな問題を生じさせるように思われる(なお、このような限定解釈は、検案が行われるすべての場合に妥当しなければならないであろう。刑事責任を追及されるおそれのある医師に限って届出事項を限定すると、限定的に届け出ること自体が過失の自認になってしまうからである)。すなわち、警察への届出という積極的作為義務を課すことは、国民の行動の自由の少なからぬ制約であって、そのような制約が憲法上認められるためには、制約の必要性和合理性が認められなければならない。大法廷判決も、交通事故の報告義務についてその必要性和合理性を強調している。したがって、異状死体を検案した事実やその目時・場所を警察に届けさせただけでは犯罪捜査の役にあまりたたないのであれば、そのような届出を義務づける制度の必要性・合理性に疑問が生じるように思われる。逆の言い方をすれば、医師法21条の届出義務は、異状死に至った経過の説明を含むものと解してはじめて、立法目的を達成するために必要かつ合理的な制約として、その合憲性を肯定することができるのではないかと思われる。黙秘権の問題を回避しようとして医師法21条を限定解釈することは、盥の水と一緒に赤ん坊を流してしまうような解釈というべきであろう。(ジュリスト1249号77～78頁から引用)

佐伯教授は、このような理由付けから、「以上のように、医療過誤によって患者を死亡させて刑事責任を追及されるおそれのある医師に医師法21条の届出義務を課し、その違反を処罰することは、憲法38条1項に反する疑いが強い。すなわち、医師法21条の届出義務制度は、一般的には合憲だとしても、業務上の過失によって患者を死亡させた医師に適用される場合には、適用違憲となる疑いが強い」(前掲ジュリスト78頁)と結論づけている。

<補論> 自首との関係について

佐伯教授は、同論文において、医師法21条と自首との関係について「刑法42条の自首が認められるためには、自己の犯罪事実を申告して処分を求める意思表示が必要であり、単に異状死体を検案した事実を届けただけでは足りないことにも注意が必要である」と述べている。

すなわち、刑法42条1項は、

刑法第42条 罪を犯した者が捜査機関に発覚する前に自首したときは、その刑を減輕することができる。

と規定されているがその同条項の要件は「捜査機関に発覚する前に、捜査機関に対して自発的に自己の犯罪事実を申告して、訴追を求めた」場合と解されているので(前田雅英「刑法総論講義」東大出版会)、単に医師法21条の届出をしただけでは、自首による減刑は受けられないのである。

第4 考察

1. 以上のとおり、医師法21の検案には、一般的には診断中の患者の死因を確認する場

合は含まれず、仮に含まれるとしても、医師法 21 条は適用違憲と考えるのが有力であり、正当である。

今回の最高裁判決は、「検案」に関する実務慣例上の解釈を大きく逸脱した罪刑法定主義違背がある上に、医師から憲法で保障された権利を制約するにあたり、比較衡量すべき他所の人権を何ら示すことなく「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ものというべき」という粗い論理で合憲としたものであり、極めて不当である。

さらに、これは、また、憲法 14 条 1 項の保障する平等権との関係でも問題と言わざるを得ない。

日本国憲法第 14 条 1 項 すべて国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない。

2. もっとも、本件で、弁護士側の主張があまり説得的でないのは、事件発生当時から被告人において「生前の診療に基づいて死因等を判断するための検分は医師法 21 条の検案にあたらぬ」との確たる認識を有していなかったことにある（判示経過をみる限り判決でこの点が明確に争点として提示されるのは控訴審以降である）。

国家権力による人権侵害を許さず、医師の人権を保障する観点から、医療現場においても、正しい法律知識の普及と法律専門家との早期連携が図られるような体制づくりが望まれる。

3. また、医療界全体としても、

- ・医療過誤をなくすための努力、説明責任、患者との対話、透明性確保をすることは当然のこととしても、

- ・そのことと、医師法 21 条の、「検案」という語の実務的解釈や、同条の違憲性は何ら変わるものでない

という事実を明確にした上で、医療の専門家でない法曹関係者にも理解できるようにその言論活動を注意深く慎重に展開していかななくてはならない。結局、この点において、医療界にも「脇の甘さ」はあったといわざるを得ない。

また、本来人権を擁護すべき責務を負う弁護士においても、「医師（被告人）の人権」を何ら省みることなく「違憲の条文を曲解してまで患者側に立つのが正義」という行き過ぎた風潮がみられるのは、非常に遺憾なことである。この点についてもしめるべき言論活動等を通じて糾していく必要がある。

もっとも、患者側に立つ弁護士や市民団体が、医師法 21 条の違憲性を無視してまで医師の責任を追求しようとする背景には、医療過誤と思われる事象が発生した場合にどのような機関に届けていかなる調査・判定をするのが妥当であるのかについて確たる制度がないにある。このため、患者側としては、警察権力に頼る医師法 21 条の届出制度に寄りかからざるを得ないという構図になってしまっている。

この点については、公正中立な第三者機関（医療事故の原因究明機関）の設置が強く望

まれるところである（国民感情からしても医師法 21 条の廃止と公正な第三者機関の設置はセットで考えるべきであろう）。

【References】

警察官権限法注解（下） 282 頁

注解特別刑法 5 - 1 「医事薬事編（医師法・歯科医師法・薬事法・麻薬及び向精神薬取締法）」 75 頁

厚生省健康政策局「医師法・歯科医師法解」 388 頁

佐伯仁志「異状死体の届出義務と黙秘権」ジュリスト1249号 77 頁

古川俊治「診療に関連した異常死について」日本外科学会雑誌102巻7号556頁

日本法医学会「異常死ガイドライン」日法医誌第48巻第5号357頁

医療問題弁護団「医療事故と異状死体届出義務について」（2001年12月20日）

http://www.iryoo-bengo.com/general/press/pressrelease_detail.php?id=2

医療問題弁護団「医療事故報告制度に関する意見書」（2003年2月21日）

http://www.iryoo-bengo.com/general/press/pressrelease_detail.php?id=12

甲斐克典「医療事故の届出義務と医療事故防止」現代刑事法 5 巻 4 号 101 頁

加藤紘之「医療事故情報の警察への報告の問題点」ジュリスト1249号 69 頁

児玉安司「医師法 21 条をめぐる混迷」ジュリスト1249号 72 頁

東京地裁平成 13 年 8 月 30 日判決、判例時報1771号 156 頁

東京高裁平成 15 年 5 月 19 日判決、判例タイムズ1153号 99 頁

最高裁第三小法廷平成 16 年 4 月 13 日判決、判例時報1861号 140 頁、判例タイムズ1153号 95 頁

医師法

(昭和二十三年七月三〇日 法律第二〇一号)

本法は、医療及び保健指導をつかさどる医師の資格及びその業務等について定めた法律であるが、警察の職務に関するものとして、第二十一条(異状死体等の届出義務)がある。

〔異状死体等の届出義務〕

第二十一条 医師¹は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査²して異状³があると認め⁴たときは、二十四時間以内に所轄警察署⁴に届出⁵なければならない。

本条は、医師が異状死体等を検案した場合の警察署に対する届出義務について規定したものである。

- 1 「医師」とは、医師国家試験に合格し、厚生大臣の免許を受けた者をいう。
- 2 「検案」とは、当該医師が、既に死亡している者(妊娠四月以上の死産児を含む。)について初めて死因等に關し医学的検査を行うことをいう。自分が診療中の患者が死亡した場合や臨終に当たって診察した者がすぐに死亡した場合などは含まれない。例えば、けんかで傷害を受けた者が医師のところへ運び込まれ、はじめに診察したときはまだ生きていたが、応急手当も終わらないうちに死亡したような場合であっても、ここにいう検案には含まれない。
- 3 「異状があると認め⁴たとき」とは、必ずしも犯罪に起因すると認められる場合に限らず、純然たる病死以外の死亡と認められるすべての場合を含む。
- 4 「所轄警察署」とは、検案した死体の所在地を管轄区域とする警察署をいう。

(参考 - 1 : 広尾病院事件最高裁判決)

平成 16 年 4 月 13 日 最高裁第三小法廷 平 1 5 (あ) 1 5 6 0 号

主 文

本件上告を棄却する。

理 由

1 弁護士高田利廣、同加藤雅明の上告趣意のうち、医師法 2 1 条の「検案」の解釈について、憲法 3 1 条違反、法令解釈の誤りをいう点について

所論は、違憲をいう点を含め、実質は単なる法令違反の主張であって、刑訴法 4 0 5 条の上告理由に当たらない。

なお、所論にかんがみ職権で判断すると、医師法 2 1 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い、当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。

2 同上告趣意のうち、医師法 2 1 条の適用につき憲法 3 8 条 1 項違反をいう点について

所論は、死体を検案して異状を認めた医師は、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を問われるおそれがある場合にも、異状死体に関する医師法 2 1 条の届出義務(以下「本件届出義務」という。)を負うとした原判決の判断について、憲法 3 8 条 1 項違反を主張する。

そこで検討すると、本件届出義務は、警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にするほか、場合によっては、警察官が緊急に被害の拡大防止措置を講ずるなどして社会防衛を図ることを可能にするという役割をも担った行政手続上の義務と解される。そして、異状死体は、人の死亡を伴う重い犯罪にかかわる可能性があるものであるから、上記のいずれの役割においても本件届出義務の公益上の必要性は高いというべきである。他方、憲法 3 8 条 1 項の法意は、何人も自己が刑事上の責任を問われるおそれのある事項について供述を強要されないことを保障したものと解されるところ(最高裁昭和 2 7 年(あ)第 8 3 8 号同 3 2 年 2 月 2 0 日大法廷判決・刑集 1 1 卷 2 号 8 0 2 頁参照) 本件届出義務は、医師が、死体を検案して死因等に異状があると認めたときは、そのことを警察署に届け出るものであって、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。また、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るものである。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記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ものというべきである。

以上によれば、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を問われるおそれがある場合にも、本件届出義務を負うとすることは、憲法38条1項に違反するものではないと解するのが相当である。このように解すべきことは、当裁判所大法廷の判例（昭和27年（あ）第4223号同31年7月18日判決・刑集10巻7号1173頁、昭和29年（あ）第2777号同31年12月26日判決・刑集10巻12号1769頁、昭和35年（あ）第636号同37年5月2日判決・刑集16巻5号495頁、昭和44年（あ）第734号同47年11月22日判決・刑集26巻9号554頁）の趣旨に徴して明らかである。

3 同上告趣意のその余の主張について

所論は、違憲をいう点を含め、実質は単なる法令違反、事実誤認の主張であって、刑訴法405条の上告理由に当たらない。

よって、同法408条により、裁判官全員一致の意見で、主文のとおり判決する。

（裁判長裁判官 濱田邦夫 裁判官 金谷利廣 裁判官 上田豊三 裁判官 藤田宙靖）

(参考 - 2 : 同高裁判決)

H15. 5.19 東京高等裁判所 平成13(う)2491 医師法違反, 虚偽有印公文書作成, 同行使被告事件(破棄自判)

主 文

原判決を破棄する。

被告人を懲役1年及び罰金2万円に処する。

その罰金を完納することができないときは, 金5000円を1日に換算した期間被告人を労役場に留置する。

この裁判が確定した日から3年間その懲役刑の執行を猶予する。

原審における訴訟費用は被告人の負担とする。

理 由

本件控訴の趣意は, 主任弁護士高田利廣, 弁護士小海正勝, 同加藤雅明が連名で提出した控訴趣意書記載のとおりであり, これに対する答弁は, 検察官山口晴夫が提出した答弁書記載のとおりであるから, これらを引用する。

第1 不法に公訴を受理したとの主張について

論旨は, 要するに, 本件の捜査において, 検察官は, D医師に対し, 利益誘導し, D医師の供述調書を作成し, 事件の筋立てを作成したのであり, 適正手続に反するものであり, 刑訴法338条4号により公訴棄却されるべきであるのに, 原裁判所はこれをせず不法に公訴を受理したものである, というのである。

しかしながら, 原裁判所において取り調べた証拠に当裁判所的事实取調べの結果を併せて検討しても, 検察官がD医師に対し, 所論がというような利益誘導等を行ったなどは全く認めることができない。その他, 検察官が公訴提起を無効にするような適正手続に反する行為を行ったとは, 認めることができないから, 所論は採用できず, 論旨は理由がない。

第2 医師法違反事実(原判示第一) についての事実誤認の主張について

論旨は, 要するに, 原判決は, 甲病院院長であった被告人が, 甲病院整形外科医師で, Aの主治医として同女の診療をしていたD医師において, 平成11年2月11日午前10時44分ころ, 甲病院でAの死体を検案した際, E医師から看護婦がヘパリンナトリウム生理食塩水と消毒液ヒビテングルコネート液を取り違えて投与した旨の報告を受け, かつ, 同死体の右腕の血管部分が顕著に変色するなどの異状を認めたのであるから, 所轄警察署に届け出なければならないのに, D医師らと共謀の上, 上記異状を認めたときから24時間以内にD医師をして所轄の警察署にその旨の届出をさせなかった(原判示第一) という医師法違反の事実を認めたが, D医師は, Aの死亡の確認(死亡宣告)をした際, 主に病死を疑っていたもので, Aの右腕の色素沈着を認識しておらず, 死体を検案していないし, 死体の検案をした認識もなく, 死体の異状を認識していなかった, D医師は自らの届出義務について意識していなかったから, 届出を甲病院に委ねていたということもあり得ず, 甲病院での被告人らの会議も医師法上の届出義務を意識したものではなかった, 被告人はD医師が死体を検案したことを全く知り得なかったし, 知らなかったからD医師と被告人との共謀もあり得ない, したがって, 上記のとおり認定した原判決には, 事実の誤

認がある、というのである。

そこで、所論にかんがみ検討するに、D医師が平成11年2月11日午前10時44分ころ、Aの死亡を確認した際、その死体を検案して異状があるものと認識していたものと認めた原判決の認定には誤りがあるというべきである。以下、その理由を説明する。

1 関係各証拠によれば、Aの死亡に至るまでの経緯及びその後の状況等については、以下のとおりと認められる。すなわち、

- ・ Aは、昭和50年関節リウマチを発症し、平成6年から乙病院で治療を受け、この間併発症の高血圧及び甲状腺機能異常も治療していたところ、平成10年8月東京に転居し、丙クリニックで内科的治療を受けたが、左中指疼痛及び腫脹が増強したため、平成11年1月8日、甲病院整形外科を受診した。

- ・ 甲病院では、当初被告人が診察した結果、左中指滑膜切除手術を行うこととなり、D医師が手術を担当することになった。

Aは、術前検査の結果、血液検査で炎症反応の上昇が見られたほかは、血液一般、生化学、甲状腺機能、胸部レントゲン、心電図検査では特に異常は認められなかった。Aは、平成11年2月8日、甲病院に入院し、520病棟5号室1ベッドに入った。入院後もAの血圧は安定しており、全身状態も問題なく、同月9日までリマチル、ロキソニン、レニベース、チラジン及びリンデロンを内服した。Aは、同月10日、D医師により左中指滑膜切除手術を受けた。術中、血圧の変動も少なく、手術は1時間24分で終了し、成功した。術後も血圧は安定しており、夕方には意識がはっきりし、リマチル、ロキソニン、レニベース、チラジン、プレドニン及びハイペンを内服した。術後の経過は良好で入院期間10日くらいで退院できる予定であった。

- ・ 同月11日午前8時15分ころ、F看護婦は、病棟処置室において、Aに対して使用するヘパリンナトリウム生理食塩水(以下「ヘパ生」という。)を準備するに当たり、充填済みの注射筒部分に「ヘパ生」と黒色マジックで記載されたヘパ生10ml入り注射器を保冷庫から取り出して処置台に置いた。そして、これと並行して他の入院患者であるBに対して使用する、消毒液ヒビゲルコネート液(以下「ヒビゲル」という。)を準備するため、新しい10ml入り注射器を使用してこれを同注射器に吸入し、これを前述のヘパ生入り注射器と並べて処置台に置いた。そして、F看護婦は、このヒビゲル入り注射器の中味が直ぐわかるように、メモ紙に黒色マジックで「6、B様洗浄用ヒビゲル」と手書きし、このメモ紙をヒビゲル入り注射器にセロハンテープで貼り付けたつもりであったが、その注射器に「ヘパ生」と書いてないことを確認しなかったため、誤ってヘパ生入り注射器に同メモ紙を貼り付け、他方、もう一本のヒビゲル入り注射器をヘパ生入り注射器と誤信した。

- ・ 同日午前8時30分ころ、F看護婦は、ピクシリン(抗生剤)の点滴をするため、ピクシリンと点滴セット、アルコール綿のほか、注射器1本をAの所に持って行き、点滴の準備をして、同注射器やアルコール綿等を床頭台の上に置いた。このときF看護婦は、ピクシリンの点滴終了後に行うヘパロック(患者に刺した留置針の周辺で血液が凝固するのを防ぐため、血液凝固防止剤であるヘパ生を点滴器具に注入して管内に滞留させ、注入口をロックする措置)用に使用するため、ヘパ生入り注射器を持参したつもりであったが、実際にはヘパ生ではなく、ヒビゲル入り注射器であった。F看護婦は、同日午前8時35

分ころ，Aが朝食及びトイレを終えるのを待って，ピクシリンの点滴を開始した。

・ 同日午前9時ころ，Aはナースコールをして，応答したG看護婦に対し，点滴の終了を告げた。G看護婦は，5号室に赴き，同日午前9時3分ころ，Aに対し，置いてあった注射器を使ってヘパ生を点滴したつもりであったが，その際，床頭台に置かれていた注射器にはヘパ生が入っていると軽信し，ヘパ生入り注射器に記載されているはずの，黒色マジックによる「ヘパ生」の記載を確認しなかったため，結果としてヒビグルの点滴を開始した。この結果，ヒビグル約1 mlがAの体内に注入され，残り約9 mlは点滴器具内に残留した。

・ 同日午前9時5分ころ，F看護婦が5号室に赴いてAに声をかけたところ，Aは，「何だか気持ち悪くなってきた。胸が熱い気がする。」と言って苦痛を訴え，胸をさする動作をした。この後，血圧を測定すると，最高血圧は130 mmHg以上であった。

同日午前9時15分ころ，Aは，顔面蒼白となり，「胸が苦しい。息苦しい。両手がしびれる」などと訴えたことから，当直のE医師の指示により，血管確保のため維持液（ソルデム3A）の静脈への点滴が開始された。このころ，Aの血圧は最高198 mmHg，最低78 mmHgであり，心電図検査の結果は，V1でST波の上昇，V4でST波の下降があったが軽度であり，不整脈はみられなかった。

・ このころ，F看護婦は，処置室でヘパ生と黒色マジックで書かれた注射器が置いてあるのを見付けて薬剤の取り違えに気付き，病室内のE医師を手招きして呼び出し，出てきたE医師に「ヘパ生とヒビグルを間違えたかもしれません。」と告げた。

ソルデム3Aの点滴は，点滴器具内に残留していたヒビグル約9 mlを全量Aの体内に注入させることになり，これが致死原因となった。同日午前9時30分ころ，Aは，突然意識レベルが悪化し，眼球が上転し，心肺停止状態になった。E医師ほか1名の医師が心臓マッサージと人工呼吸を行い，Aは病室から処置室へ移され，ボスミンを投与（心腔内注射及び静脈内点滴）された。

・ 同日午前10時20分ないし25分ころ，D医師が到着し，Aに対し心臓マッサージを行ったが，その際，D医師は，E医師から容態が急変した前後の状況及びF看護婦が薬剤を間違えて注入したかもしれないと言っていることを聞かされた。D医師は，心臓マッサージを数分間行ったが蘇生の気配が全くなかったため，心臓マッサージを他の医師と交代して，別室でAの夫Cら親族に対する状況説明を行い，親族の意向も聞いて，人工呼吸等の蘇生措置を止め，同日午前10時44分にAの死亡を確認した。

D医師は，Aの死亡後，胸部レントゲン検査を実施し，「左気胸（ボスミン心注あるいは心マッサージによる肋骨骨折のためにおこした），心臓は右方に変位，前縦隔の拡大はなし」とカルテに結果を記載した。その後，D医師は，死亡原因が不明であるとして，その解明のために病理解剖の了承を親族に対して求め，これを得た。

その後，看護婦らは，死後の処置（エンゼルケア）を行った。蘇生措置から死後処置をしている間に，複数の看護婦がAの右腕血管部分に沿って，血管が一見して紫色に浮き出ているという異常な状態であることに気付いていた。

・ Aの死亡した日は祝日であり，被告人は，外出していたが，電話で，患者が急死し，薬物中毒の可能性もあること，薬剤の取り違えの可能性があると，明日病理解剖の予定であることなどの説明を受け，明朝対策会議を開くことを決定した。

翌2月12日、被告人は、D医師からAの死亡については心筋梗塞の所見があるが、看護婦が薬を間違えたかもしれないと言っている旨の報告を聞いた後、被告人、副院長2名、H事務局長、I医事課長、庶務課長、看護部長、看護科長及び看護副科長による対策会議を開いた。A死亡に関する書面が配布され、それらに基づき看護副科長による報告が行われた。その後、F看護婦はヒビグルとヘパ生を間違えたかもしれない旨涙声になりながら説明し、D医師は心筋梗塞の疑いがあることを指摘した。その後、今後の対応について協議したところ、J副院長が「医師法の規定からしても、事故の疑いがあるのなら、届け出るべきでしょう。」と言ったほか、他の出席者も警察に届け出ることを口々に言い出したことから、被告人も「警察に届出をしましょう。」と言って決断し、警察に届け出ることにいったん決定し、被告人は、これを監督官庁である東京都衛生局病院事業部に電話連絡するよう指示した。

・ 相談を受けた病院事業部では検討の結果K副参事が病院に「これまで都立病院から警察に事故の届出を出したことがないし、詳しい事情も分からないから、今から職員を病院の方に行かせる。」旨連絡した。これを受けて、甲病院では、病院事業部の職員が来るのを待ち、同日午前11時すぎころ、Kが甲病院に到着した。Kは、被告人に対し、これまで都立病院では届出をしたことがない、職員を売るようなことはできない、衛生局としては消極的に解釈している、旨発言したため、被告人は、他の病院幹部に「しょうがないでしょう。」と述べて、警察への届出はしないまま、遺族の承諾を得た上、病理解剖を行うことに決定した。なお、被告人が、I課長をして所轄の渋谷警察署に届け出させたのは、同月22日である。

・ 同月12日午後1時ころ、病理医のL医師は、D医師、M整形外科医長らの立会いの下、Aの病理解剖を開始した。外表所見では、右手根部に静脈ラインの痕、右手前腕の数本の皮静脈がその走行に沿って幅5から6mm前後の赤褐色の皮膚斑としてくっきりと見え、それは前腕伸側及び屈側に高度、手背・上腕下部に及んでいるのが視認され、L医師によれば、D医師は、前腕の皮膚斑を見て、少し驚いている感じ、わあ、すごいなと思った様子であり、これまであまり確実な自覚を持っていたようには見えなかった。D医師らはこれをポラロイドカメラで撮影した。L医師は、これらAの遺体の右腕の静脈に沿った赤い色素沈着は静脈注射による変化で、劇物を入れたときにできたものと判断し、協力を依頼していた病理学の大学助教授で法医学の経験もあるN医師の到着を待って執刀することにした。N医師はAの状況を見て、警察ないし監察医務院に連絡しようと提案した。これを受けて、甲病院検査科O技師長は、I課長に対し、「病理医の先生がこの患者さんに病理解剖はできない、警察へ連絡しなくちゃいけないんじゃないでしょうか」と言っている。」と対応について問い合わせたが、I課長は被告人と相談の上、警察に届けなくても大丈夫ですと回答した。これを受けて、O技師長が、許可が出ましたから始めて下さいと言ったところ、L医師ら病理医は、監察医務院の方からは面倒を見るから法医学に準じた解剖をやってくれと言われたと理解し、解剖が始められた。解剖所見としては、右手前腕静脈血栓症及び急性肺血栓塞栓のほか、遺体の血液がさらさらしていること（これは溶血状態であることを意味し、薬物が体内に入った可能性を示唆する。）が判明し、心筋梗塞や動脈解離症などをうかがわせる所見は特に得られず、「右前腕皮静脈内に、おそらく点滴と関係した何らかの原因で生じた急性赤色凝固血栓が両肺に急性肺血栓塞栓症を起こ

し、呼吸不全から心不全に至ったと考えたい。」と結論された。解剖後に、M医長は、被告人に対し、撮影したポラロイド写真を持参して、右腕の血管から薬物が入ったようだと説明したほか、L医師は、被告人に対し、副院長二人、事務局長、看護部長のいる場で、薬物の誤った注射によって死亡したことはほとんど間違いがないことを確信を持って判断できる旨、報告した。同日夕方、D医師は、L医師と相談の上、死亡の種類を「不詳の死」とするAの死亡診断書を作成し、被告人に見せた後にCに交付した。

その後同年3月11日に至るまで、L医師の見解を否定する判断材料をD医師及び被告人が入手した形跡は見当たらない。かえって、同月5日、組織学的検査の結果が判明し、前腕皮静脈内及び両肺動脈内に多数の新鮮凝固血栓の存在が確認され、これは前腕の皮静脈内の新鮮血栓が両肺の急性血栓塞栓症を起こしたと考えられる要素であったほか、心臓の冠動脈の硬化はごく軽度であり、内腔の狭窄率は25%以下であり、肉眼的、組織学的に冠動脈血栓や心筋梗塞は認められず、その他の臓器にも死因を説明できるような病変は認められなかった。

・ 同年3月9日ころ、H事務局長は、Cから保険関係の書類を作ってほしいと依頼を受け、翌10日ころ、Cから死亡診断書と死亡証明書の用紙を受け取り、同月11日、D医師にこれを交付して作成を求めた。その際、D医師は、H事務局長から被告人と相談して書くように言われた。これら書類の提出先や使用目的については、H事務局長は、D医師に何も説明しなかったが、D医師は、死亡診断書用紙の冒頭に保険会社の名前があることに気付き、保険金請求用に必要だと理解した。D医師は、鉛筆で下書きを始めたが、最初の2月12日に書いた死亡診断書では保険の方がうまくいかないのだろう、死因は薬物中毒の可能性が高いが、解剖報告書には肺血栓塞栓症との記載もあったので、病死にするのか中毒死にするのかなどとその死因の記載について悩み、同年3月11日夕方ころ、被告人に相談に行った。被告人は、「困りましたね。」と行って、副院長二人を呼び、さらに後からH事務局長も加わって、話し合った。J副院長は、病名がついているので病死でもいいんじゃないですかと意見を述べ、被告人もそういうことにしましょうと述べて死亡原因は病死とすることになった。そして、直接の死因については、急性肺血栓塞栓症という病名を記載することについても、被告人の意見に従ってDが記載し、死亡診断書及び死亡証明書を作成した。その後、M医長に死亡診断書及び死亡証明書をさせたところ、M医長は、「死亡の種類」が病死とされていたため、これはまずいんじゃないのと言って、翌3月12日、被告人、J副院長、H事務局長と話をしに行き、この病死はまずいんじゃないですかと意見を述べたが、被告人は、昨日みんなで相談して決めたことだからこれでいいですと回答し、結局そのまま、同日中に、H事務局長によって、死亡診断書及び死亡証明書はCに交付された。

2・ そこで、検討するに、医師法21条は、「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査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。」と定めている。

本件においては、まず、D医師がAの死体を検査して異状があると認めたと認定できるかが問題である。

その事実認定に先立ち、当審においては、医師法21条に定める「検査」の意義を争点の一つとして当事者間の議論がなされたので、この点につき、当裁判所の見解を示してお

くことにする。

・ア まず、医師法 21 条にいう死体の「検案」とは、医師が、死亡した者が診療中の患者であったか否かを問わず、死因を判定するためにその死体の外表を検査することをいい、医師が、死亡した者が診療中の患者であったことから、死亡診断書を交付すべき場合であると判断した場合であっても、死体を検案して異状があると認めるときは、医師法 21 条に定める届出義務が生じるものと解すべきである。

イ 従来、医師法 19 条 2 項、20 条に定める、死亡診断書を交付すべき場合と死体検案書を交付すべき場合の区別が論じられてきた。この点につき、昭和 24 年 4 月 14 日厚生省医務局長通知（医発第 385 号。以下「昭和 24 年通知」という。）は、「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、苟しくもその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かった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二十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。

法第二十条但書は、右の原則に対する例外として、診療中の患者が受診後二十四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得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。」

と述べる。

このような医師法 19 条 2 項、20 条に関する解釈の影響を受けて、医師法 21 条にいう「検案」とは、死体検案書を交付すべき場合に死体を検案した場合に限られるとする趣旨の見解が見られた。原判断も、「診療中の傷病以外の原因で死亡した疑いのある異状が認められるときは、死体を検案した医師は医師法 21 条の届け出をしなければならない」と説示しているところからすると、このような見解の流れに立つものと思われる。これによれば、当該事例が、死亡診断書を交付すべき場合か、あるいは、死体検案書を交付すべき場合かをまず決すべきことになるが、実際問題として、その死亡の時点でこれが必ずしも客観的に明らかでないこともあり、また、医師がその判断に迷うこともあると思われる。

ウ 翻って、死亡診断書を交付すべき場合であっても、死亡診断のために死体の検案をすることはあり得る。昭和 24 年通知が、死亡の際に立ち会っていなかった場合につき、死亡後の診察という表現にしたのは、医師法 20 条本文が規定する、診察したときは診断書を、検案したときは検案書を交付するとの区分けに忠実に考えたからと思われる。しかし、そもそも、検案それ自体の、医学上の定義は、医師が死因を判定するために死体の外表検査を行うことをいうとされてきたものであり、そこには、診療中の患者であったか否かによる限定はない。実質的にも、近時、DOA（医療機関搬入時に心停止・呼吸停止状態）の場合でも、医師がまだ死亡していないと判断し、診療を行ったときは、死亡診断書を交付すべきであると説明されてきたが、そこには境界的事例があり得るし、また、本件のような医療過誤の場合、昭和 24 年通知の解釈として、診療中の疾病と「全然別個の原因」といえるかにつき、医師が判断に迷う場合もあり得る。してみると、医師が死亡

診断書を交付すべき場合であると判断したとのいわば形式的理由により、死体を検案して異状を認めておりながら、【要旨】医師法21条に定める届出義務が生じないとするは相当でない。つまり、医師法21条にいう「検案」を死体検案書を交付すべき場合に死体を検案した場合に限定することは相当でない。したがって、医師法21条にいう死体の「検案」とは、医師が、死亡した者が診療中の患者であったか否かを問わず、死因を判定するためにその死体の外表を検査することをいうものと解すべきであり、医師が、死亡した者が診療中の患者であったことから、死亡診断書を交付すべき場合であると判断した場合であっても、死体を検案して異状があると認めたときは、医師法21条に定める届出義務が生じるものと解すべきである。

エ ところで、検察官は弁論要旨において、昭和24年通知を合理的に解釈すると、「『検案』とは、医師が診療中でない者が死亡した場合に、死体を検分して死因等を判断することはもちろん、診療中の患者が死亡した場合も、生前の診療に基づいて死因等を判断することができないときは、『死亡診断』をなし得ないのであるから、改めて死後に死体を検分して死因等を判断するほかに、この場合に死体を検分して死因等を判断することを含み、ただ、生前の診療に基づいて死因等を判断するのに付随して、死後に死体を検分することがあっても、これを独立して『検案』に当たるとは言えないと解するものとして理解できる。」として、「医師法21条における『検案』とは、医師が診療中の患者であるか否かを問わず、死亡した者の死体を検分して死因等を判断することを指すが、ただ、診療中の患者が死亡した場合、生前の診療に基づいて死因等を判断するのに付随して、死後に死体を検分することがあっても、『検案』に当たると言うことはできないと解するのが正当である」とする。昭和24年通知との整合性に意を用いた解釈であり、当裁判所の上記解釈とほぼ同趣旨と思われる。

・ 原判決は、上記1で認定したところと同様の事実を前提に、D医師は、Aの主治医であり、Aは術前検査では心電図などにも特に異常は認められず、手術は無事に終了し、術後の経過は良好であって、主治医としてAについて病状が急変するような疾患等の心当たりが全くなかったため、E医師から、看護婦がヘパロックした直後、Aの容態が急変した状況の説明を受けるとともに、看護婦がヘパロックをする際にヘパ生と消毒液のヒビグルを間違えて注入したかもしれないと言っている旨聞かされて、薬物を間違えて注入したことによりAの病状が急変したのではないかとも思うとともに、心臓マッサージ中に、Aの右腕には色素沈着のような状態があることに気付いており、そして、Aの死亡を確認し、死亡原因が不明であると判断していることが認められるのであるから、D医師がAの死亡を確認した際、その死体を検案して異状があるものとして認識していたものと認めるのが相当である、としている。

また、原判決は、AはD医師が主治医として診療してきた入院患者であり、D医師は、Aの容態が急変して死亡し、その死亡について誤薬投与の可能性があり、診療中の傷病等とは別の原因で死亡した疑いがあった状況のもとで、それまでの診療経過により把握していた情報、急変の経過についてE医師から説明を受けた内容、自身が蘇生措置の際などに目にしたAの右腕の色素沈着などの事情を知った上で、心筋梗塞や薬物死の可能性も考え、死亡原因は不明であるとの判断をして、遺族に病理解剖の申出をしているのであるから、Aの死体検案をしたものというべきであるとする。

・ しかしながら、死体の検案とは、既に述べたとおり、死因を判定するために死体の外表検査をすることであるところ、上記1の事実関係によれば、平成11年2月11日午前10時44分ころ、D医師が行った死体の検案すなわち外表検査は、Aの死亡を確認すると同時に、Aの死体の着衣に覆われていない外表を見たことにとどまる。異状性の認識については、誤薬の可能性につきE医師から説明を受けたことは、上記事実関係のとおりであるが、心臓マッサージ中にAの右腕の色素沈着にD医師が気付いていたとの点については、以下に述べるとおり証明が十分であるとはいえない。D医師が心臓マッサージを施している際、Aの右腕には色素沈着のような状態が見られた旨供述する、D医師の検察官調書謄本(原審甲56号証)が存するが、それほど具体性のある供述ではなく、同時に、それをじっくり見て確認まではしなかった旨も供述していること、同人は警察官調書謄本(当審検察官請求証拠番号4)においては、右手静脈の色素沈着については、病理解剖の外表検査のとき初めて気付いた旨供述し、原審公判及び当審公判においても同旨の供述をしていること、L医師の原審証言には、上記1のとおりこれに沿う内容の証言があることなどに照らすと、D医師は、当時、右腕の異状に明確に気付いていなかったのではないかとの疑いが残る。以上によれば、同日午前10時44分ころの時点のみで、D医師がAの死体を検案して異状を認めたものと認定することはできず、この点において原判決には事実誤認があり、これが判決に影響を及ぼすことが明らかである。この点の論旨は理由がある。

・ 以下において、当審において予備的に変更された訴因が認定できることを、便宜ここで説明する。すなわち、上記1の事実関係のとおり、D医師は、E医師から誤薬の可能性の説明を受けていたほか、平成11年2月11日午前10時44分ころAの死体を検案し、次いで、予備的訴因で追加されたところの同月12日午後1時ころ、病理解剖に立ち会った際、Aの死体の外表を検査して検案を行い、Aの死体の右腕の静脈に沿って赤い色素沈着がある異状を認めたことが明らかである。

そして、関係証拠によれば、D医師は、医師法上の所轄警察署への届出については、甲病院としての判断に委ねており、他方、被告人は、甲病院の院長の地位にあり、対策会議を経て、一たんは医師法による所轄警察署への届出をすることを決定したが、都庁職員の見解を聞いて届出をしないこととし、病理解剖に協力した医師から警察への連絡を提案されたのに対しても、これを入れず病理解剖をさせ、その後、M医長からボラロイド写真を見せられて死体に異状があるとする報告等を受けるなどしながら、届出しないとの判断を変えなかったことが認められ、以上によれば、被告人は、医師法21条に定める所轄警察署への届出をしないことにつき、D医師らと共謀を遂げたことが明らかである。

なお、所論が、診療中の患者が死亡した場合には、死体の検案はあり得ない、したがって、診療中の患者の死亡の場合に医師法21条を適用することは、罪刑法定主義(憲法31条)に反し、また、不利益供述の拒否特権(憲法38条1項)に反すると主張していたところであるので、この点についても便宜ここで判断しておく。

まず、医師法21条に定める届出義務が発生する場合については、前記のとおり解釈すべきものである。また、このように解釈して同条を適用することが憲法31条に違反することもないというべきである。次に、医師法21条が要求しているのは、異状死体等があったことのみでの届出であり、それ以上の報告を求めるものではないから、診療中の患者

が死亡した場合であっても、何ら自己に不利益な供述を強要するものでなく、その届出義務を課することが憲法38条1項に違反することにはならない。

第3 虚偽有印公文書作成，同行使事実（原判示第二）についての事実誤認の主張について

論旨は、要するに、原判決は、被告人が、D医師が、死亡診断書及び死亡証明書作成の職務を行うに際し、同医師らと共に謀の上、Aの死因がヘパリンナトリウム生理食塩水と消毒液ヒビテングルコネート液を取り違えて投与したことによるものであって、病死及び自然死ではないのに、死因を偽って死亡診断書及び死亡証明書を作成し、Cに交付しようと企て、平成11年3月11日ころ、D医師において、甲病院で、行使の目的をもって、ほしいままに、死亡診断書の「死亡の種類」欄の「外因死」及び「その他不詳」欄を空白にしたまま、「病死及び自然死」欄の「病名」欄に「急性肺血栓塞栓症」と「合併症」欄に「慢性関節リウマチ」等と記載し、死亡証明書の「死因の種類」欄の「病死及び自然死」欄に丸印を付するなどして、それぞれD医師作成名義の内容虚偽の死亡診断書及び死亡証明書を作成し、同月12日ころ、同病院事務局長をして、これらをCに交付させ、もって、公務員の職務に関し、行使の目的で虚偽の文書を作成してこれを行使したとの事実（原判示第二）を認めたと、死因についての記載内容について被告人はD医師に指示したのではなく、助言したにすぎない、当時、血液検査の結果は出ていなかった上、被告人はJ副院長の説明で、理論的に不詳の死にできないと思ったのであり、肺血栓塞栓症という病名であることから、病死と記載することにつき内容が虚偽であるという認識は存しなかった、というのである。

そこで、検討するに、虚偽有印公文書作成，同行使罪に関する事実関係についても、前記第2の1のとおりであるところ、原判決が（弁護人の主張に対する判断）「第三 判示第二の虚偽有印公文書作成，同行使の事実について」において、これと同様の事実関係を認定した上、被告人にD医師と共に謀の上の虚偽有印公文書作成，同行使罪が成立するとして説示しているところは、おおむね正当として是認することができ、原審における主張とほぼ同様の主張をして、この原判断を論難する所論は、いずれも理由がない。

なお、一点だけ説明しておく、所論は、被告人が病理解剖報告をもとに、病死と理解できると考えた旨主張するが、Aの本件急性肺血栓塞栓症を引き起こすような病気はなく、それは、状態を示すために表現した言葉であることが明らかであり（L医師の原審証言〔原審記録213丁の277〕）、これは医師であれば容易に理解し得たところであり、この所論に沿う被告人の供述は、単なる弁解というほかない。

論旨は理由がない。

第4 破棄自判

前述したとおり、原判示第一につき、D医師が「平成十一年二月一日午前〇時四四分ころ、甲病院でAの死体を検案した際に「異状を認めた」と認定した原判決の認定には、誤りがあり、この事実誤認は、判決に影響を及ぼすことが明らかである。

そうすると、原判決は医師法違反被告事件（原判示第一）に関する部分につき破棄を免れないが、原判決が被告人に負担させた訴訟費用は原判示第二事実と共通なものであるから、刑訴法397条1項、382条により原判決全部を破棄した上、同法400条ただし書により、直ちに自判すべきものと認め、医師法違反被告事件については当審において予

備的に変更された訴因に基づき、次のとおり判決する。

(原判示罪となるべき事実第一の事実にて代えて当裁判所が新たに認定した事実)

原判決の罪となるべき事実第一中、「平成一一年二月一一日午前一〇時四四分ころ」とあるのを、「平成一一年二月一一日午前一〇時四四分ころ及び同月一二日午後一時ころ」と改め、「右異状を認めたときから」を「右異状を認めた同月一二日午後一時ころから」と改めるほかは、原判示と同一である。

(上記認定事実についての証拠の標目) 省略

(法令の適用)

被告人の当審判示行為(原判示第一の行為を改めたもの) は、刑法 65 条 1 項、60 条、平成 13 年法律第 87 号(障害者等に係る欠格事由の適正化等を図るための医師法等の一部を改正する法律) による改正前の医師法 33 条、罰金等臨時措置法 2 条 1 項本文、医師法 21 条に、原判示第二の行為中、各虚偽有印公文書作成の点は、いずれも刑法 65 条 1 項、60 条、156 条、155 条 1 項に、各虚偽有印公文書行使の点はいずれも同法 60 条、158 条 1 項、156 条、155 条 1 項に、それぞれ該当するが、原判示第二の虚偽死亡診断書作成とその行使との間、虚偽死亡証明書作成とその行使との間にはそれぞれ手段結果の関係があり、その一括行使は 1 個の行為が 2 個の罪名に触れる場合であるから、同法 54 条 1 項前段、後段、10 条により結局以上を一罪として犯情の最も重い虚偽死亡診断書行使罪の刑で処断し、以上は同法 45 条前段の併合罪であるから、同法 48 条 1 項により当審判示の罪の罰金と原判示第二の罪の懲役とを併科し、その所定期刑及び金額の範囲内で被告人を懲役 1 年及び罰金 2 万円に処し、その罰金を完納することができないときは、同法 18 条により金 5000 円を 1 日に換算した期間被告人を労役場に留置し、情状により同法 25 条 1 項を適用してこの裁判が確定した日から 3 年間その懲役刑の執行を猶予し、原審における訴訟費用については、刑訴法 181 条 1 項本文により全部これを被告人に負担させることとする。

よって、主文のとおり判決する。

(裁判長裁判官 中川武隆 裁判官 原 啓 裁判官 岡部 豪)

(参考 - 3 : 同地裁判決)

H13. 8.30 東京地方裁判所 平成 12 年合(わ)第 1 9 9 1 号 医師法違反, 虚偽有印公文書作成, 同行使被告事件 有罪(控訴)

主 文

被告人を懲役 1 年及び罰金 2 万円に処する。

右罰金を完納することができないときは、金 5 0 0 0 円を 1 日に換算した期間被告人を労役場に留置する。

この裁判確定の日から 3 年間右懲役刑の執行を猶予する。

訴訟費用は被告人の負担とする。

理 由

(本件に至る経緯)

被告人は、医師であり、東京都渋谷区所在の東京都立 H 病院(以下、「H 病院」ともいう。)の院長として、患者に対する医療行為に自ら従事すると共に、同病院の院務をつかさどり、所属職員を指揮監督する等の職務に従事していた。

被告人は、平成 1 1 年 1 月 8 日(以下、月日だけの表記は平成 1 1 年のことである。)に H 病院において、慢性関節リウマチを患っていた V(当時 5 8 歳。以下「V」ともいう。)を診察したところ、リウマチは長年にわたるものであり、病状は落ち着いているが、左中指が腫れていたため、その部分の滑膜を切除する手術を勧め、V は手術を受けることになった。被告人は、同病院整形外科医師 C(以下、「C 医師」ともいう。)を V の主治医として指示した。

その後、2 月 8 日に V は H 病院に入院し、術前検査では甲状腺機能、胸部レントゲン、心電図に特に異常は見られず、2 月 1 0 日、主治医である C 医師の執刀により左中指滑膜切除手術を受け、手術は無事に終了し、術後の経過は良好であった。

ところが、翌日の 2 月 1 1 日午前 8 時 3 0 分ころから、看護婦らが、C 医師の指示により、V に対し、点滴器具を使用して抗生剤を静脈注射した後、患者に刺した留置針の周辺で血液が凝固するのを防止するため、引き続き血液凝固防止剤であるヘパリンナトリウム生理食塩水(以下「ヘパ生」ともいう。)を点滴器具に注入して管内に滞留させ、注入口をロックする措置(以下、「ヘパロック」という。)を行うに際し、看護婦 E(以下「E 看護婦」ともいう。)は、処置室において、V に対して使用するヘパリンナトリウム生理食塩水と、他の入院患者 F に対して使用する消毒液ヒビテングルコネート液(以下、「ヒビグル」ともいう。)を取り違えて準備し、V に対し、点滴器具を使用して抗生剤の静脈注射を開始するとともに、消毒液ヒビテングルコネート液入りの注射器を V の床頭台の上に置き、それから他の患者の世話をするためその場を離れた。

その後、同日午前9時ころ、Vのナースコールに応じて赴いた看護婦G(以下、「G看護婦」ともいう。)が、抗生剤の点滴終了後、Vの床頭台に置かれていた消毒液ヒビテングルコネート液入りの注射器をヘパワナトリウム生理食塩水の注射器であると思い込み、これをVの右腕に取り付けられた点滴器具に注入してヘパロックをしたため、Vの容態が急変し、その連絡を受けた当直医師のH(以下、「H医師」という。)の指示により、同日午前9時15分ころ、血管確保のための維持液の静脈への点滴が開始されたが、維持液に先立ち、点滴器具内に滞留していた消毒液ヒビテングルコネート液を全量Vの体内に注入させることになった。

主治医のC医師も連絡を受けて駆け付け、心臓マッサージなどを行ったが、同日午前10時44分ころ、Vの死亡を確認した。

Vの死因は、消毒液ヒビテングルコネート液の誤投与に基づく急性肺塞栓症による右室不全である。

(罪となるべき事実)

被告人は、東京都立H病院の院長であるが、

第1 H病院整形外科医師で、Vの主治医として同女の診療をしていたC医師において、平成11年2月11日午前10時44分ころ、H病院で、Vの死体を検案した際、H医師から看護婦がヘパリンナトリウム生理食塩水と消毒液ヒビテングルコネート液を取り違えて投与した旨の報告を受け、かつ、同死体の右腕の血管部分が顕著に変色するなどの異状を認めたのであるから、所轄警察署に届け出なければならないのに、C医師らと共謀の上、右異状を認めたときから24時間以内にC医師をして所轄の警視庁渋谷警察署にその旨の届け出をさせず、

第2 前記C医師が、Vの死亡に関し、その夫である一から保険金請求用の死亡診断書及び死亡証明書の作成を依頼され、死亡診断書及び死亡証明書作成の職務を行うに際し、C医師らと共謀の上、Vの死因がヘパリンナトリウム生理食塩水と消毒液ヒビテングルコネート液を取り違えて投与したことによるものであって、病死および自然死ではないのに、死因を偽って死亡診断書及び死亡証明書を作成し、右に交付しようとして、平成11年3月11日ころ、C医師において、H病院で、行使の目的をもって、ほしいままに、死亡診断書の「死亡の種類」欄の「外因死」及び「その他不詳」欄を空白にしたまま、「病死および自然死」欄の「病名」欄に「急性肺血栓塞栓症」と、「合併症」欄に「慢性関節リウマチ」等と記載し、死亡証明書の「死因の種類」欄の「病死及び自然死」欄に丸印を付する等した上、それぞれ「都立H病院整形外科」の記名のもとに、「C」と署名し、その名下に「C」と刻した印鑑を押捺して内容虚偽の死亡診断書及び死亡証明書を作成し、同月12日ころ、I方において、同病院事務局長Jをして、これらを右Iに交付させ、もって、公務員の職務に関し、行使の目的で、虚偽の文書を作成して、これを行使したものである。

(証拠の標目)

略

(弁護人の主張に対する判断)

弁護人の主張は多岐にわたるが、その主なものについて検討する。

第 1 判示第 1 の医師法 2 1 条違反の事実について

弁護人は、医師法 2 1 条における異状死体の報告義務は、死体を検案した医師が負うものであるところ、C 医師は死体を検案したこともなければ、被告人が C 医師らと共謀したこともないのであるから、被告人は無罪である旨主張するので検討する。

一 被告人の公判供述、検察官調書(乙 1 6、1 7)、証人 C 医師の証言及び検察官調書謄本(甲 5 6)、証人 K の証言及び検察官調書(甲 5 9)、証人 J の証言及び検察官調書(甲 6 2)、証人 L の証言、E の検察官調書(乙 7。不同意部分を除く。)及び警察官調書(乙 1、3。乙 3 は不同意部分を除く。)、G の検察官調書(乙 1 0。不同意部分を除く。)などの関係各証拠によれば、次の事実が認められる。

1 V は、2 月 1 1 日、主治医である C 医師の執刀により慢性関節リウマチ治療のため左中指滑膜切除手術を受け、手術は無事に終了し、術後の経過は良好であった。ところが、翌日の 2 月 1 1 日、V に対し、点滴器具を使用して抗生剤を静脈注射した後、留置針周辺に血液が凝固するのを防止するため、引き続きペパロックするに際し、E 看護婦は、事前の準備において、V に対して使用するヘパリンナトリウム生理食塩水と、他の入院患者 F に対して使用する消毒液ヒビテングルコネート液を取り違えて準備し、同日午前 8 時 3 0 分ころ、V に対し、点滴器具を使用して抗生剤の静脈注射を開始するとともに、消毒液ヒビテングルコネート液入りの注射器を V の床頭台の上に置き、それから他の患者の世話をするためその場を離れた。

同日午前 9 時ころ、抗生剤の点滴を終了したため、V はナースコールをし、それに応じて G 看護婦が V の病室に赴き、床頭台に置かれていた消毒液ヒビテングルコネート液入りの注射器を、ヘパリンナトリウム生理食塩水入りのもので思い込み、これを用いて V の右腕にペパロックして、病室を出た。

その後、E 看護婦は抗生剤の点滴が終わったかどうかを確認するために V の病室に戻ったところ、既に抗生剤の点滴は終わっており、ペパロックされていた、そしてまもなく、V は E 看護婦に対し、「これをしたら胸が苦しくなってきた。苦しい感じがする。なにかかっかする、熱い感じがする。」などと苦痛を訴え始めたので、E 看護婦は抗生剤の影響かなと思って、昨夜の点滴のことを尋ねると「苦しくなかった。」と答えたので、原因が分からなかったため、当直医師の H 医師に連絡した。H 医師は V に「どうされました。」と尋ねると、「胸が苦しい。両手がしびれる。」などと息苦しうに答えた。

その間、E 看護婦は H 医師に対して、「昨夜の点滴のときは問題ありませんでした。心疾患の既往はありません。」と伝えた、H 医師の指示により、同日午前 9 時 1 5 分ころ、血管確保のための維持液の静脈への点滴が開始されたが、維持液に先立ち、点滴器具内に

滞留していた消毒液ヒビテングルコネート液を全量 V の体内に注入させることになった。その直後から、V は、両肩を上げ下げして呼吸するようになり、一段と具合が悪くなった。

E 看護婦は、抗生剤の点滴終了直後に V が不調を訴えたことから、何か点滴に問題があったのではないかなどと考えながらも、原因が分からずにいたが、V への応急措置が続けられている最中、処置室に立ち寄った際に、ヘパリンナトリウム生理食塩水入りを示す「ヘパ生」と黒色マジックで書かれた注射器が置いてあるのを見つけ、それに自らが書いた「6、F 様洗浄用ヒビグル」というメモを貼ってあるのを発見した。ここで、E 看護婦はヘパリンナトリウム生理食塩水ではなく、消毒液ヒビテングルコネート液が V に注入されたことに気づき、V の病室に戻り、室内の H 医師を手招きして呼出し、出て来た H 医師に「ヘパ生とヒビグルを間違えたかも知れません。」と告げた。H 医師はそれを聞くと下を向いて、フウツとため息をつき、何も言わなかった。その時、病室の看護婦が H 医師を呼んだので、E 看護婦と H 医師が病室に戻ると、V は、「苦しい。意識がなくなりそう。もうだめ。」とあえぐように言った途端、意識を失い、同日午前 9 時 30 分ころ、心肺停止状態になった。

H 医師と、もう一人の当直医であった M 医師が心臓マッサージと人工呼吸を行い、また V をベッドごと処置室に移した。同日午前 10 時 25 分ころ、連絡を受けた主治医の C 医師が駆けつけ、V に対し心臓マッサージを行ったが、その際に、H 医師から V が抗生剤の点滴を終え、看護婦がヘパロックした直後、容態が急変した状況、1 時間以上心臓マッサージ等を行っているとの説明を受けるとともに、「看護婦がヘパロックする際にヘパ生と消毒液のヒビグルを間違えて注入したかもしれないと言っている。」と聞かされた。

C 医師は主治医として V について病状が急変するような疾患等の心当たりが全くなかったため、信じたくはなかったが、薬物を間違えて注入したことにより V の病状が急変したのではないかとも思った。また、C 医師は心臓マッサージの最中、V の右腕には色素沈着のような状態があることに気付いていた。C 医師は、心臓マッサージを数分間行ったが、その後、蘇生の気配がなかったため、M 医師と心臓マッサージを代わり、V の親族が待機していた病棟カンファレンスルームに行き、親族らに現在の状況を説明するとともに V のいる処置室に伴い、親族の意向も聞いて、人工呼吸等の蘇生措置を止め、同日午前 10 時 44 分に V の死亡を確認した。

C 医師は、親族に対して、死亡原因が不明であるとして、その解明のために病理解剖の了承を求め、親族からは、V の急変の原因として誤薬投与の可能性について質問があったが、C 医師は分からないと答え、看護婦による誤薬投与の可能性を伝えないまま、親族から病理解剖の了承を得た。

2 V の死亡した 2 月 11 日は祝日であり、院長である被告人は外出していたが、午後 7 時ころ、外出先から家に電話を入れると、妻から、N 庶務課長から庶務課長の自宅に電話を入れるようにとの伝言があったことを知らされ、直ちに電話をすると、N 庶務課長から「V という患者さんが、午前中、急死しました。手の関節リウマチの手術を受けた患者さんで、点滴が終わってヘパロックをした直後に具合が悪くなって、間もなく亡くなりました。薬物中毒の可能性もありますが、O 看護副科長が登院して調べています。詳細は、P 看護部長から、B 院長宅に連絡が行くはずです。」等の説明があった。

被告人は、薬物中毒とは何事かと驚き、午後8時ころ帰宅して、直ぐにP看護部長の自宅に電話をすると、P看護部長から「Vさんを担当していた看護婦が、20パーセントヒビグルとヘパリン生食と間違えて準備し、その結果、ヒビグルの方がVさんの体に入った可能性があります。担当の看護婦は、日勤のため既に帰ってしまったので、まだ不明な点が多いのですが、主治医のC医師の指示で、明日午前9時から病理解剖を行う予定とか

り、そのことについてはVさんの遺族の承諾が取れています。ただ、遺族には事故の可能性があることは伝えていません。」等の説明があった。

被告人は「これが事実とすれば大変なことで、事実関係の調査と今後の対応が必要なので、明日の朝、対策会議を開きましょう。」とP看護部長に伝えた。

3 翌日の2月12日午前8時ころ、C医師は、主治医として直接院長に報告すべきであると思い、H病院の院長室に赴き、「院長の紹介を受けたVさんが、昨日急変して亡くなりました。点滴の後、胸の痛みを訴え、心電図上変化もあって、心臓疾患のような病態も見られます。薬剤を間違えたかも知れないと看護婦が言っています。」旨の報告をしたが、被告人はこの報告を聞いて既に知っていると答えた。

同日午前8時30分ころから、H病院2階の小会議室で、Vの死亡についての対策会議が開かれた。

出席者は、被告人のほか、K副院長、Q副院長、J事務局長、P看護部長、L医事課長、N庶務課長、R看護科長、O看護副科長の9名であった。

L医事課長が司会進行役を務め、簡単に事件の概要と検討事項が記載され、「極秘」と記された「V氏の死亡について」と題する書面が配布され、簡単な経過説明があった後、O看護副科長から、「V様急死の経過」と題する書面の配布もあり、その書面にに基づき、事実関係の報告が行われた。その書面には、E看護婦が、抗生剤とヘパリンナトリウム生理食塩水の入った注射器を持参してVの病室に行き、まず、抗生剤の点滴を始め、その終了後に使用するヘパリンナトリウム生理食塩水入りの注射器を床頭台の上に置いた後病室を出、その後、抗生剤の点滴終了を知らせるナースコールがあって、G看護婦が病室に行き、床頭台の上に置いてあったヘパリンナトリウム生理食塩水を使用してヘパロックし、病室を出たが、その直後、E看護婦がVの病室に行くと、Vは「気分が悪い。胸が熱い感じがする。」と異常を訴えたので、当直医のH医師が呼ばれ、対応措置が取られたが、Vは眼球が上転し、右上下肢・顔面が茶褐色に変色して行ったこと、この間、E看護婦が注射器を準備した処置室に行ったところ、処置室の流し台の上にあるはずのない「ヘパリン生食」と書いた注射器があるのを発見し、Vの病室の前の廊下で、H医師に「もしかしたら、ヒビグルとヘパ生を間違えて床頭台に置いたかもしれない」と打ち明けたことなどが記載されていた。

O看護副科長の報告を聞いているうち、会議は重苦しい雰囲気になってきた。

O看護副科長の報告が終わった後、過誤を犯したという当事者から話を聞く必要があるということで、E看護婦が呼ばれた。E看護婦は、O看護副科長が説明したと同じ様な事実経過を涙声になりながらも説明し、改めて「ヒビグルとヘパ生を間違えたかも知れない。それしか考えられない。」ということを書いており、現場で回収した点滴チューブや注射

器等を使いながら、薬物取り違えを起こしたときの状況を説明した。その後、Vの主治医であるC医師が呼ばれた。C医師は「E看護婦がヘパ生とヒビグルを間違えたかも知れないとH先生に報告したことは、私もH先生から聞きましたが、所見としては心筋梗塞の疑いがあります。病理解剖の承諾を既に遺族から貰っています。」などと口頭で説明した。K副院長も、心電図は心筋梗塞と矛盾しないといった意見を述べた。

その後、今後の対応について、前記の被告人以下9名が協議した。J事務局長は、「ミスは明確ですし、警察に届け出るべきでしょう。」と言い、L医事課長もJ事務局長の意見に同調していた。他方、N庶務課長は届出に消極的な意見を述べていた。被告人は、迷いに迷っており、「でも、C先生は、心筋梗塞の疑いがあると言っているし」などと言って、優柔不断であったが、K副院長も「医師法の規定からしても、事故の疑いがあるのなら、届け出るべきでしょう。」と言った。

被告人は、なお、「警察に届け出るということは、大変なことだよ。」というふうに言っていたが、K副院長、J事務局長、L医事課長ばかりでなく、他の出席者も「やはり、仕方がないですね。警察に届けましょう。」と口々に言い出したので、被告人も出席者全員に「警察に届け出をしましょう。」と言って決断し、H病院としては、Vの事故の件について、警察に届け出ることに決定した。

C医師は、対策会議に常時いたのではなく、出たり入ったりしていたが、警察に届け出るか否かについては、K副院長が医師法の話をしていたのを聞いており、警察への届出の必要があるのかなと思ったが、本件が看護婦の絡んだ医療過誤であるので、個人的に届け出ようとは思わず、H病院としての対処、すなわち対策会議での院長である被告人以下の幹部による決定に委ねていた。

4 H病院としては、警察に届け出ることに決定したので、被告人はそのことを監督官庁である東京都衛生局病院事業部(以下、「病院事業部」という。)に電話連絡するように指示し、L医事課長が、同日午前9時ころ、病院事業部に電話を掛け、これを病院事業部のS主事が受けた。

病院事業部副参事の分離前相被告人A「以下「A副参事」という。)は、S主事から、「H病院で入院患者が亡くなり、薬剤の取り違えの可能性もあるが、病理解剖の承諾はいただいている。警察に届けるのはどうでしょうかね」という内容の相談を受けたことを知らされた。

A副参事は詳しい事情の確認のため、H病院のL医事課長に電話を掛けたが、同人は居らず、電話を取った職員は話の内容が皆目分からなかったので、電話を切った。そして、S主事と一緒に、上司である丁病院事業部長のところ相談に行き、H病院からの電話の内容を伝えた。丁病院事業部長は、こんな相談をされても困るよなあ、ということを行い、今まで都立病院から警察に届けたことはあるのかと質問をし、S主事が今まで都立病院自らが届けたことはない旨答えるとともに、自席から東京都衛生局病院事業部の「医療事故・医事紛争予防マニュアル」を持参して、その関連箇所である23頁の「なお、過失が極めて明白な場合は、最終的な料断は別として、事故の事実が業務上過失致死罪に該当することになります。従って、事故の当事者である病院が病理解剖を行うと証拠灌滅と解されるおそれがあるので、病理解剖は行いません。解剖が必要と思われる場合、病院は警察に

連絡しますが、司法解剖を行うか否かは警察が判断します。」との部分を読み上げ、丁病院事業部長、A 副参事らは、過失が明白な場合については警察に届けなければいけないということであると理解した。

その後、丁病院事業部長は、既に病理解剖の承諾を頂いているのであれば、その後の新しい情報というか、誤薬投与の可能性もみんな話して、病理解剖の承諾を再度頂けるならば、それで行ったらいいんじゃないか、との趣旨の指示をしたので、A 副参事は、同日午前9時半前ころ、H病院の事務局長室に電話を入れた。その場において電話をとったN庶務課長は、A 副参事から「これまで都立病院から警察に事故の届け出を出したことがないし、詳しい事情も分からないから、今からすぐに職員を病院の方に行かせる。」冒の連絡を受けたので、待ってないでしょうがないですねとJ事務局長に伝え、J事務局長も「そうだね、とりあえずそれまで待ちましょう。」と答えた。

そして、同日午前9時40分ころ、対策会議が再開され、前記9名の出席者にA 副参事の電話の内容が伝えられたので、被告人を始めとする出席者は、最終結論は、病院事業部の職員がH病院に来てから直接その話を聞いて決めることとし、それまで警察への届け出は保留することに決定したので、医師法21条にいう、「医師は、死体...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」旨規定する24時間以内、すなわちC 医師がVの急死を確認して死体を検案した2月11日午前10時44分から24時間となる2月12日午前10時44分が経過してしまった。病院事業部のA 副参事がH病院に到着したのは、同日午前11時過ぎころであった。

二 以上の事実によれば、C 医師は、Vの主治医であり、Vは術前検査では心電図などにも異常は見られず、手術は無事に終了し、術後の経過は良好であって、主治医としてVについて病状が急変するような疾患等の心当たりが全くなかったので、H 医師から、看護婦がヘパロックした直後、Vの容態が急変した状況の説明を受けるとともに、看護婦がヘパロックをする際にヘパ生と消毒液のヒビグルを間違えて注入したかもしれないと雷っている旨聞かされて、薬物を間違えて注入したことによりVの病状が急変したのではないかとも思うとともに、心臓マッサージ中に、Vの右腕には色素沈着のような状態があることに気付いており、そして、Vの死亡を確認し、死亡原因が不明であると判断していることが認められるのであるから、C 医師がVの死亡を確認した際、その死体を検案して異状があるものと認識していたものと認めるのが相当である。

そしてまた、C 医師はVの死体を検案して異状があると認めた医師として、警察への届出義務を有するものであるが、対策会議において、警察に届け出るか否かについては、K 副院長が医師法の話をして聞いており、本件が看護婦の絡んだ医療過誤であるので、個人的に届け出ようとは思わず、H病院としての対処に委ねており、被告人も、この点については、対策会議を招集して協議し、H病院として対処することとし、誤薬投与の可能性を熟知しながら、K 副院長の「医師法の規定からしても、事故の疑いがあるのなら、届け出るべきでしょう。」との発言を始め、他の出席者も「やはり、仕方がないですね。警察に届けましょう。」との意見を表明したことから、医師法の規定を意識した上での警察への届出を決定しながら、病院事業部から「これまで都立病院から警察に事故の届け出を出したことがないし、詳しい事情も分からないから、今からすぐに職員を病院の方に行

かせる。」旨の連絡を受けて、被告人を始めとする対策会議の出席者は、最終結論は、病院事業部の職員がH病院に来てから直接その話を聞いて決めることとし、それまで警察への届け出は保留することに決定することによって、医師法21条にいう24時間以内に警察に届出をしなかったことが認められるのであるから、被告人は、死体を検案して異状があると認めたC医師らと共に謀して、医師法21条違反の罪を犯したものと認めるのが相当である。

もっとも、弁護人は、C医師が死亡を確認したころには、Vの右腕に異常着色は現れていなかったというが、Vの救命措置にあっていたE看護婦、U看護婦、W看護婦らは、救命措置の最中にVの右腕に以上着色が現れていた旨供述しており、また、C医師自身も、心臓マッサージを施している際、Vの右腕には色素沈着のような状態があることに気付いていた旨供述している(C医師の検察官調書謄本・甲56)ことなどにかんがみれば、C医師がVの死亡を確認した際、既に異常着色が現れていたと認めるのが相当であり、弁護人の主張は失当である。

なお、弁護人は、C医師は医師法21条にいう死体の検案をしたことにはならないかのようというが、VはC医師が主治医として診療してきた入院患者であり、C医師は、Vの容態が急変して死亡し、その死亡について誤薬投与の可能性があり、診療中の傷病等とは別の原因で死亡した疑いがあった状況のもとで、それまでの診療経過により把握していた情報、急変の経過についてH医師から説明を受けた内容、自身が蘇生措置の際などに目にしたVの右腕の色素沈着などの事情を知った上で、心筋梗塞や薬物死の可能性も考え、死亡原因は不明であるとの判断をして、遺族に病理解剖の申し出をしているのであるから、Vの死体検案をしたものというべきであって、弁護人の主張は失当である。

第2 医師法21条の適用について

弁護人は、医師法21条を本件のような医師が診療中の入院患者が医療過誤により死亡した場合に適用するのは許されないという趣旨のことを主張するが、医師法21条の規定は、死体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得るので、所轄警察署に届出をさせ捜査をして犯罪の発見、捜査、証拠保全など容易にさせるためのものであるから、診療中の入院患者であっても診療中の傷病以外の原因で死亡した疑いのある異状が認めれるときは、死体を検案した医師は医師法21条の届け出をしなければならぬものと解するのが相当であって、弁護人の主張は失当である。

第3 判示第2の虚偽有印公文書作成、同行使の事実について

<略>

(法令の適用)

被告人の判示第1の所為は刑法65条1項、60条、医師法33条、21条、罰金等臨時措置法2条1項に、判示第2の所為中、各虚偽有印公文書作成の点はいずれも刑法65条1項、60条、156条、155条1項に、各虚偽有印公文書行使の点はいずれも同法60条、158条1項、156条、155条1項に、それぞれ該当するところ、判示第2

の虚偽死亡診断書作成とその行使の間、虚偽死亡証明書作成とその行使の間にはそれぞれ手段結果の関係があり、それぞれその行使は1個の行為が2個の罪名に触れる場合であるから、同法54条1項後段、前段、10条により結局以上を1罪として犯情の最も重い虚偽死亡診断書行使の罪の刑で処断し、以上は同法45条前段の併合罪であるから、同法48条1項により判示第1の罪の罰金と判示第2の罪の懲役とを併科し、その所定期刑及び金額の範囲内で被告人を懲役1年及び罰金2万円に処し、右罰金を完納することができないときは、同法18条により金5000円を1日に換算した期間被告人を労役場に留置し、情状により同法25条1項を適用してこの裁判確定の日から3年間右懲役刑の執行を猶予し、訴訟費用は刑法181条1項本文により被告人に負担させることとする。

(量刑の事情)

本件は、看護婦の誤薬投与による入院患者の死亡事故の際に、患者の主治医らと共謀の上、医師法上定められた警察への届出をせず、また、その遺族から死亡診断書、死亡証明書の作成を依頼された際に、公務員である主治医らと共謀の上、死因として虚偽の記載をした死亡診断書、死亡証明書を作成、行使したという、医師法違反、虚偽有印公文書作成、同行便の事案である。

判示第1について、被告人は、自己が院長を務める都立H病院において、看護婦の誤薬投与により入院患者が死亡した疑いのある状況の発生に際し、病院幹部による対策会議を開いて、警察への届出等の対応を検討し、一度は警察に届け出る旨決めたのに、その後、東京都衛生局病院事業部と連絡をとり、病院事業部の職員が病院に来てからその話を聞いて決めることとするうち、医師法の規定する24時間が経過してしまったのであるが、被告人は、患者の容態が急変したのは誤薬投与によるものであると看護婦が勇気をもって告白し、医療過誤の蓋然性が極めて大きかったのに、医療過誤が表面化して、H病院が社会的非難を受けることをおそれていたこともあり、病院事業部とのやりとりをするうちに、結局方針を変えて、届出の指示をしなかったのであり、被告人がH病院の最高責任者であり、見識をもって対処すべきであったことなどにかんがみれば、厳しく非難されるべきである。

その後、患者の遺体の病理解剖の結果などから誤薬投与による事故死がほぼ疑いない状況となり、病死や自然死とは言えないことが明らかになってからも、誤薬投与による事故死であることは認められないとの立場に固執して、判示第2のとおり、死亡した患者の主治医から死亡診断書等の記載内容について相談を受けた際に、虚偽の記載をするよう指示しており、被告人らH病院幹部により医療過誤を隠蔽しようとしたものであって、医療の専門知識を有する医師らから真実を隠蔽された遺族にとっては、その真実を知るには多大の困難を伴い、その心労が大きいものであることは推測に難しくなく、病院や医療関係者に対する社会の信頼を失墜させたことなどにかんがみると、犯情は良くなく、その刑事責任を軽く見ることはできないというべきである。

しかしながら、患者の死亡について当初は警察に届け出る方針であったこと、これまで医師として社会に貢献して仕事をしてきたと見られること、前科前歴のないこと、その年齢など、被告人のために酌むべき諸事情を考慮すれば、主文掲記の刑に処し、懲役刑についてはその執行を猶予するのを相当とする。

よって、主文のとおり判決する。

東京地方裁判所刑事第12部

裁判長裁判官 小倉正三

裁判官 森本加奈

裁判官 野澤晃一

(参考 - 4 : 日本法医学会「異状死」ガイドライン)

日法医誌 1994 第 48 巻, 第 5 号, pp.357-358

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．

縊頸、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・扼頸、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：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）

(参考 - 5 : 日本外科学会ガイドライン)

「診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告」についてのガイドラインに関する安全管理委員会・ガイドライン作成小委員会報告

はじめに

医師法第 21 条に規定する「異状死体」の警察への届出に関して、「異状死」の概念や定義に曖昧な点があるために、日本法医学会は平成 6 年 5 月に「異状死」ガイドラインを発表した。その中で日本法医学会は「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。」としている。日本外科学会では、診療現場の臨床医の立場から日本法医学会ガイドラインの矛盾点に対して声明文「診療に関連した「異状死」について」を平成 13 年 4 月 10 日下記の外科関連学会協議会と共同発表をした。その主旨は「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確認したものであった。

平成 13 年 5 月、日本外科学会安全管理委員会の下にガイドライン作成小委員会を発足させ、「診療に関連した「異状死」」の定義付け作業を行い、討議の過程で異状死に限定することなく、より現実的で国民に理解されやすい形で、「診療に関連した患者の傷害に関する報告」を含め、標記のガイドラインの骨子を作成し、外科系 12 学会が所属する外科関連学会協議会の内、10 学会の賛同を得た。また日本内科学会とも意見交換を行った。本ガイドラインは平成 14 年 4 月に開催された日本外科学会通常総会で基本理念を本会理事会へ一任することが了承され 7 月に開催された本会理事会で最終的な承認を得たので、ここに会員諸氏に報告する次第である。

平成 14 年 7 月

外科関連学会協議会

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

日本救急医学会

診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告について

医師法第 21 条は、「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へ届け出なければならない。」と規定している。しかし、診療行為に関連して患者が死亡したと思われるような事態が発生した場合に、同条の適用を受けるのか、未だ明確になっていない。本来、同条の趣旨は、犯罪捜査への協力にあり、死体又は死産児に異状が認められる場合には、犯罪の痕跡を止めている場合があるので、司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものである。したがって、診療行為に関連して患者死亡が生じた場合の届出の問題を、同条の規定をもって解決しようとするには本質的な無理があると考えられる。

医療において第一に尊重されなければならないのは患者の安全である。診療に従事する医師は、患者の生命・身体に対して大きな責任を負っており、医療の質を確保し、高い職業倫理を貫いて業務を遂行しなければならない。近年、重大かつ明らかな医療過誤が少なからず発生し、患者の死亡・傷害を引き起こすとともに、国民の医療に対する信頼を著しく損なった。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む必要がある。そして、万が一、医療過誤により患者に被害が生じた場合には速やかな救済が行われなければならない。また、同様の過誤を二度と生じさせないように、詳細に事故原因を分析し、実効的な対策を講じなければならない。これらの観点からは、法律上の問題から離れても、医療過誤により患者の死亡・傷害を起こしてしまった場合には、何らかの報告がなされることが必要である。医療過誤の防止は、直接の診療担当者だけでなく、病院管理者を始めとする医療機関の職員全員の責務であり、また、憲法 38 条 1 項は刑事責任を問われる可能性のある自己に不利益な供述を強制されない自由を保障している。しかし、医師に求められる高い倫理性を考えるならば、このような報告は、まずもって、診療に従事した医師によって自発的になされることが求められる。

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ではない。現在では、各種の新しい診療方法が開発され、従来は治療困難とされてきた疾患の治癒や改善も可能となり、国民福祉の増進に大きく寄与している。このような疾患に対する診療行為には、患者の死亡・傷害を生じる危険性があることも十分に予期されているが、それを上回る利益を患者にもたらし得る可能性があるので行われるものが少なくない。そのため、医師は診療行為を受ける患者やその家族に対して、診療の目的や予期される危険性の内容と程度、その診療方法を用いない場合に考えられる他の診療方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。

このような診療行為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

た診療行為の結果として、予期された合併症に伴って患者の死亡・傷害が生じた場合については、診療中の傷病の一つの臨床経過であって、重大かつ明らかな医療過誤によって患者の死亡・傷害が生じた場合と同様に論じることは適切でない。仮に、このような患者の死亡・傷害について、専門的理解を欠く第三者が介入するとすれば、患者や家族との信頼関係が破壊されて誤解を生み、無用な混乱が起こることが強く懸念される。そうなれば、たとえ高い効果が期待できる診療方法であっても、患者の死亡・傷害を生じる危険性のある方法を、医師はできるだけ行わない傾向となり、その方法を受けると回復の可能性のある数多くの患者が、診療を受ける機会を喪失し、ただ、死を待たなければならぬことになってしまう。われわれは、このように医師が萎縮して持てる技術を発揮できなくなり、その結果国民に対する医療の質が低下してしまう事態は、絶対に避けねばならないと考える。

本来、医療における安全対策に関する諸問題は、診療行為に関連した患者の死亡・傷害について、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ことによって一元的・総合的に解決を図るべきである。われわれは、このような機関と制度の可及的速やかな創設を強く希望し、関係各署と協力を重ねていく所存である。

ただし、診療行為に関連した異状死の届出の問題については、行政庁各署の間でも見解に隔たりが見られ、臨床の場で実際に診療に携わる医師に、現に混乱を生じている。新しい機関と制度の創設には、未だ期間を要すると考えられるため、この間の臨床現場での混乱を避ける目的で、今回臨床系諸学会が協力して、診療行為に関連した患者の死亡・傷害の所轄警察署への報告について具体的な指針をまとめた。本指針は、臨床現場における新たな事例の検討を行うことによって、今後、改訂を重ねていく予定である。

新しい機関と制度の創設までの間、病院関係者が診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告の問題について参照すべき基準としては、以下が望ましいと考える。

記

以下に該当する患者の死亡または重大な傷害が発生したと判断した場合には、診療に従事した医師は、速やかに所轄警察署への報告を行うことが望ましい。

I. 患者の死亡の場合

1. 何らかの重大な医療過誤の存在が強く疑われ、または何らかの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

(1) 「重大な医療過誤」とは、患者誤認、薬剤名・薬剤投与量・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の過誤などのうち、死亡の原因となったと考えられるものをいう。

(2) 重大な医療過誤の存在が「強く疑われる」とは、診療関係者により重大な医療

過誤の疑いが確認され、かつ、診療行為直後の生命兆候の急激な変化、死亡時・死亡後の異常な随伴性変化、異常な検査所見などの客観的事実に基づいて、重大な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に基づいて、診療関係者によっ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。

2. 診療に従事した医師は、患者の遺族に対し、患者の死亡の原因について十分な説明を行い、所轄警察署への報告について理解を得るよう努めなければならない。

II. 患者の傷害の場合

1. 何らかの医療過誤の存在が明らかであり、それが患者の重大な傷害の原因となったと考えられる場合

(1) 「医療過誤の存在が明らかである」とは、患者が重大な傷害を受けるに至った経過、状況、その他の客観的事実に基づいて、診療関係者によって医療過誤の存在が確認されることをいう。

(2) 「重大な傷害」とは、対象部位（臓器や左右の別）の誤認に基づく外科的操作などによる創傷、無酸素症による中枢神経障害、及びその他の不可逆的と考えられる臓器機能障害などをいう。

(3) 「それが患者の重大な傷害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重大な傷害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。

2. 診療に従事した医師は、患者本人または家族に対し、患者の重大な傷害の原因について十分な説明を行い、所轄警察署への報告について理解を得るよう努めなければならない。

(参考 - 6 : 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)

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態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のものである死亡を「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、これでは予期されない、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（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 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、死因が不明な場合 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、臨床的には適さないと考える。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る。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、米国等の状況を踏まえ、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、断片的なスキャンダラス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に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、マスコミと提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

(参考 - 7 : 4 学会共同声明)

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、事故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 義直

(参考 - 8 : リスクマネジメントマニュアル作成指針)

リスクマネジメントマニュアル作成指針

第1 趣旨

本指針は、国立病院、国立療養所及び国立高度専門医療センター（以下「国立病院等」という。）における医療事故の発生防止対策及び医療事故発生時の対応方法について、国立病院等がマニュアルを作成する際の指針を示すことにより、各施設における医療事故防止体制の確立を促進し、もって適切かつ安全な医療の提供に資することを目的とする。

第2 医療事故防止のためのポイント

医療事故を防止するためには、各施設及び職員個人が、事故防止の必要性・重要性を施設及び自分自身の課題と認識して事故防止に努め、防止体制の確立を図ることが必要である。このため、各施設は、本指針を活用して、施設ごとに医療事故防止対策委員会を設置し、施設内の関係者の協議のもとに、独自の事故防止マニュアルを作成するとともに、ヒヤリ・ハット事例及び医療事故の分析評価並びにマニュアルの定期的な見直しを行うことにより、事故防止対策の強化充実を図る必要がある。

第3 用語の定義

1 医療事故

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。

ア 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。

イ 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。

ウ 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合。

2 医療過誤

医療事故の一類型であって、医療従事者が、医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為。

3 ヒヤリ・ハット事例

患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例。

具体的には、ある医療行為が、(1)患者には実施されなかったが、仮に実施されたとなれば、何らかの被害が予測される場合、(2)患者には実施されたが、結果的に被害がなく、

またその後の観察も不要であった場合等を指す。

第4 マニュアルの作成及び報告

1 作成

(1) 各施設において作成するマニュアルは、原則として、医療事故の防止体制の整備、医療事故防止のための具体的方策の推進、医療事故発生時の対応を構成内容とするものとし、本指針の第5から第7の内容を基本として、施設内の関係者の協議に基づいて作成するものとする。

(2) 各施設は平成12年度中にマニュアルを作成する。

2 報告

各施設は、作成したマニュアル及びマニュアル作成の際の検討メンバーについて、所管の地方医務(支)局を経由して、速やかに本省に報告する。

なお、国立高度専門医療センターは、直接本省に報告する。

第5 医療事故の防止体制の整備

各施設においては、以下の事項を基本として、施設内における医療事故防止体制の確立に努める。

1 医療事故防止対策規程の作成

(1) 各施設は、施設内関係者の協議に基づき、「医療事故防止対策規程」を定める(参考例は別添1のとおり)。

(2) 医療事故防止対策規程には、以下の事項を規定する。

ア 医療事故防止のための施設内体制の整備

イ 医療事故防止対策委員会の設置及び所掌事務

ウ ヒヤリ・ハット事例の報告体制

エ 事故報告体制

オ 医療事故発生時の対応

カ その他、医療事故の防止に関する事項

2 医療事故防止対策委員会の設置

(1) 各施設は、医療事故防止対策委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

(2) 委員会は、副院長、診療部長又は医長、薬剤科長(薬剤部長を含む。以下同じ。)看護部長又は総看護婦長、事務部長又は事務長等をもって構成することを原則とする。

(3) 委員会の委員長は、原則として副院長とする。

(4) 委員会の所掌事務は、以下のとおりとする。

ア 医療事故防止対策の検討及び研究に関すること

イ 医療事故の分析及び再発防止策の検討に関すること

- ウ 医療事故防止のために行う職員に対する指示に関すること
- エ 医療事故防止のために行う院長等に対する提言に関すること
- オ 医療事故防止のための啓発、教育、広報及び出版に関すること
- カ 医療訴訟に関すること
- キ その他医療事故の防止に関すること

(5) 委員会は、所掌事務に係る調査、審議等の任務を行う。

(6) 委員会の検討結果については、定期的に院長に報告するとともに、リスクマネージャーを通じて、各職場に周知する。

(7) 委員会の開催は、概ね毎月1回とする。

ただし、必要に応じ、臨時の委員会を開催できるものとする。

(8) 委員会の記録その他の庶務は、原則として医事課（医事課を置かない施設にあっては庶務課。以下同じ。）が行う。

(注) 健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成12年3月17日厚生省告示第66号）第1章第2部第2節A203に規定する急性期特定病院加算を算定しようとする施設においては、医療事故防止対策委員会の構成員に病院長を含めること等、当該加算に関する施設基準を満たすことが必要となる。

3 リスクマネジメント部会の設置

(1) 医療事故防止対策を実効あるものとするため、必要に応じ、委員会にリスクマネジメント部会（以下「部会」という。）を設ける。

(2) 部会は、医師（診療部長又は医長を含む。）、薬剤師、看護婦、診療放射線技師、臨床検査技師、事務職員等をもって構成する。

なお、効果的な医療事故防止対策の確立に資するため、部会員は、原則としてリスクマネージャーの中から指名されることが望ましい。

(3) 部会長は、診療部長又は医長の中から、委員長が指名する。

(4) 部会の所掌事務は、以下のとおりとする。

ア ヒヤリ・ハット事例の原因分析並びに事故予防策の検討及び提言に関すること

イ 医療事故の分析並びに再発防止策の検討及び提言に関すること

ウ 医療事故に関する諸記録の点検に関すること

エ 医療事故防止のための啓発、広報等に関すること

オ 他の委員会に対する勧告案の検討に関すること

カ その他医療事故の防止に関すること

(5) 部会の検討の結果は、部会長より委員会に報告する。

(6) 部会は所掌事務に係る検討を行うため適宜開催する。

(7) 部会の記録その他の庶務は、原則として医事課が行う。

4 リスクマネージャーの配置

(1) ヒヤリ・ハット事例の詳細な把握、検討等を行い、医療事故の防止に資するため、

各施設にリスクマネージャーを置く。

(2) リスクマネージャーは、各診療科及び各看護単位にそれぞれ1名を、また、薬剤科(薬剤部を含む。以下同じ。)研究検査科、事務部等各部門にそれぞれ1名を置くものとし、施設長が指名する。

(3) リスクマネージャーの任務は、以下のとおりとする。

ア 各職場における医療事故の原因及び防止方法並びに医療体制の改善方法についての検討及び提言

イ ヒヤリ・ハット体験報告の内容の分析及び報告書への必要事項の記入

ウ 委員会において決定した事故防止及び安全対策に関する事項の所属職員への周知徹底、その他委員会及び部会との連絡調整

エ 職員に対するヒヤリ・ハット体験報告の積極的な提出の励行

オ その他医療事故の防止に関する必要事項

第6 医療事故防止のための具体的方策の推進

1 医療事故防止の要点と対策の作成

医療事故防止のため、委員会等において、人工呼吸器、輸血、注射等についての具体的な注意事項を定める事故防止の要点と対策を作成し、関係職員に周知徹底を図る(参考例は別添2のとおり)。

また、チェックポイントを記載したステッカー等を作成し、医療機器等に貼付することにより、関係者に対し、常に注意を促す等の工夫を行う。

2 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析

(1) 報告

ア 施設長は、医療事故の防止に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。

イ ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要を文書(以下「ヒヤリ・ハット体験報告」という。様式は別添3のとおり。)に記載し、翌日までに、リスクマネージャーに報告する。

ウ リスクマネージャーは、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、委員会(部会を設置する場合は部会)に提出する。

エ ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

オ ヒヤリ・ハット体験報告は、医事課において、同報告の記載日の翌日から起算して1年間保管する。

(2) 評価分析

ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療事故の防止に資することができ

るよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化した分析表(以下「ヒヤリハット・医療事故情報分析表」という。様式は別添4のとおり。)を活用し、詳細な評価分析を行う。

(3) ヒヤリ・ハット事例集の作成

各施設においては、ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療事故の防止を図るため、当該事例集を作成する(参考例は別添5のとおり)。

なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

3 施設内における医療事故防止の周知徹底方法

施設長は、医療事故防止の周知徹底に努めるものとし、具体的に以下の対策等を講ずる

ア 医療事故防止月間行事の実施

イ 医療事故防止ポスターの掲示

ウ 医療事故防止講演会の開催

エ 各部門における事故防止確認のための業務開始時のミーティングの実施

オ 他の施設における事故事例の学習

4 医療安全対策ネットワークへの協力

医療現場におけるヒヤリ・ハット事例等を全国の医療機関から一元的に収集し、この情報を基に、ガイドラインの策定、製品の基準化、関係団体への製品の改良要請等を行う医療安全対策ネットワークに対し、情報提供や試行的な実施等の協力を行う。

(注)同ネットワークについては、医薬安全局及び健康政策局において整備を検討している。

第7 医療事故発生時の対応

1 初動体制

(1) 医療事故が発生した際には、医師、看護婦等の連携の下に救急処置を行う。

(2) 重大事故の発生に備え、ショックや心停止に直ちに対応できる体制を整備する。

2 医療事故の報告

(1) 施設内における報告の手順と対応

ア 医療事故が発生した場合は、次のとおり直ちに上司に報告する。

(1) 医師(歯科医師) 医長 診療部長 副院長

(2) 薬剤師 主任薬剤師 薬剤科長 副院長

(3) 看護婦 看護婦長 看護部長又は総看護婦長 副院長

(4) 医療技術職員(1)~(3)に掲げる者を除く) 技師長 副院長

(5) 事務職員 係長 課長 事務部長又は事務長 副院長

イ 副院長は報告を受けた事項について、委員会に報告するとともに、事故の重大性等を勘案し、院長に対し報告する必要があると認めた場合は、その都度院長に報告する。

ウ 患者の生死に関わる医療事故等、特に緊急的な対応が必要な場合は、医師、薬剤師、看護婦等は、それぞれ、医長、主任薬剤師、看護婦長等に対する報告を省略して、直接、診療部長又は副院長、薬剤科長、看護部長等に報告することができる。

(2) 施設内における報告の方法

報告は、文書(「医療事故報告書」。様式は別添6の1のとおり。)により行う。

ただし、緊急を要する場合は、直ちに口頭で報告し、文書による報告を速やかに行う。

なお、医療事故報告書の記載は、(1)事故発生の直接の原因となった当事者が明確な場合には、当該本人、(2)その他の者が事故を発見した場合には、発見者とその職場の長が行う。

(3) 地方医務(支)局及び本省への報告

ア 各施設は、イに規定する医療事故が発生した場合、医療事故報告書(様式は別添6の2のとおり。)を所管の地方医務(支)局を経由して速やかに本省に報告する。

なお、国立高度専門医療センターは、直接本省に報告する。

本省、地方医務(支)局は、事故の重大性、緊急性等を勘案し、必要に応じ、施設に対して適切な指示を行う。

イ 報告を要する医療事故の範囲

- (1) 当該行為によって患者を死に至らしめ、または死に至らしめる可能性があるとき。
- (2) 当該行為によって患者に重大若しくは不可逆的傷害を与え、または与える可能性があるとき。
- (3) その他患者等から抗議を受けたケースや医事紛争に発展する可能性があるときと認められるとき。

(4) 医療事故報告書の保管

医療事故報告書については、医事課において、同報告書の記載日の翌日から起算して5年間保管する。

3 患者・家族への対応

(1) 患者に対しては誠心誠意治療に専念するとともに、患者及び家族に対しては、誠意をもって事故の説明等を行う。

(2) 患者及び家族に対する事故の説明等は、原則として、病院の幹部職員が対応し、状況に応じ、事故を起こした担当医又は看護婦等が同席して対応する。

4 事実経過の記録

(1) 医師、看護婦等は、患者の状況、処置の方法、患者及び家族への説明内容等を、診療録、看護記録等に詳細に記載する。

(2) 記録に当たっては、具体的に以下の事項に留意する。

ア 初期対応が終了次第、速やかに記載すること。

イ 事故の種類、患者の状況に応じ、出来る限り経時的に記載を行うこと

ウ 事実を客観的かつ正確に記載すること（想像や憶測に基づく記載を行わない）。

5 警察への届出

(1) 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) 警察署への届出を行うに当たっては、原則として、事前に患者、家族に説明を行う。

(3) 施設長は、届出の具体的内容を地方医務（支）局を経由して速やかに本省へ報告する。

(4) 施設長は、警察への届出の判断が困難な場合には、地方医務（支）局を経由して本省の指示を受ける。

(注) 医師法（昭和23年法律第201号）第21条の規定により、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た場合、24時間以内に所轄警察署に届け出ることが義務づけられている。

6 医療事故の評価と事故防止への反映

(1) 医療事故が発生した場合、委員会において、事故の原因分析など、以下の事項について評価検討を加え、その後の事故防止対策への反映を図るものとする。

ア 医療事故報告に基づく事例の原因分析

イ 発生した事故について、組織としての責任体制の検証

ウ 講じてきた医療事故防止対策の効果

エ 同様の医療事故事例を含めた検討

オ 医療機器メーカーへの機器改善要求

カ その他、医療事故の防止に関する事項

(2) 医療事故を効果的な分析を行い、事故の再発防止に資することができるよう、必要に応じて、ヒヤリハット・医療事故情報分析表を活用し、より詳細な評価分析を行う。

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、医療の過程における予期しない患者死亡や、診療行為に関連した患者死亡の発生予防・再発防止が最大の目的であり、これらの事態の原因を分析するために、死亡原因を究明し、行われた診療行為を評価し、適切な対応方策を立て、それを幅広く全医療機関・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、こうした事態に関する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、事態の発生に当たり、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情報開示が必要である。

このような観点から、医療の過程における予期しない患者死亡や、診療行為に関連した患者死亡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得る。

また、このような場合、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が重要な問題となっている。現在までに、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、及び交通事故など外因が関係した事例は、警察署に届出るべきであるという点で、概ね一致した見解に至っている。しかし、明確な基準がなく、臨床現場には混乱が生じている。

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抱く場合も考えられる。この際にも、死体解剖を含む医療評価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、異状死届出制度とは異なる何らかの届出が行われ、臨床専門医、病理医及び法医の連携の下に死体解剖が行われ、適切な医療評価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、制度の公共性と全国的運営を確保するために、中立的専門機関は法的にも裏付けられ、その必要な機能の一部には医療関連の行政機関の関与が望ましいと考えられる。

更に、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「医療関連死」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9月30日

社団法人日本内科学会
社団法人日本外科学会
社団法人日本病理学会
日本法医学会

社団法人日本医学放射線学会
財団法人日本眼科学会
有限責任中間法人日本救急医学会
社団法人日本形成外科学会
社団法人日本産科婦人科学会
社団法人日本耳鼻咽喉科学会
社団法人日本小児科学会
社団法人日本整形外科学会
社団法人日本精神神経学会
社団法人日本脳神経外科学会
社団法人日本泌尿器科学会
社団法人日本皮膚科学会
社団法人日本麻酔科学会
社団法人日本リハビリテーション医学会
日本臨床検査医学会