



## 「なぜ医師は医師法20条を理解できないのか」

### 今も誤解が続く医師法20条

多死社会が進むなか、在宅や施設での看取りが謳われている。これまで看取りの法律について講義する機会がたくさんあった。看護職や介護職、一般市民は比較的容易に理解してもらえる。しかし、病院の医師にはなかなか理解してもらえず、何日も要したことがある。なぜ医師は医師法20条を理解できないのか。その理由について考えてみたい。

我が国において看取りは、1948年に施行された医師法20条に基づいて行われている。これは、「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」という内容だ。死ぬ時に医者が居なくてもいい。死後でも診れば死亡診断書を書けますよとは、まさに在宅看取りを想定した法律に思える。医師法20条には次のような「但し書き」が付いている。「但し、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交付する死亡診断書については、この限りではない」。これは条件を満たせば例外的に死後に診察をしなくても死亡診断書を発行できる、という意味である。「診察せずに死亡診断書を書くこと」を禁じる一方、「最後の診察後24時間以内の死亡には診察をしなくてもよい」という例外規定を設けている。もちろん都市部においてはこの「但し書き」を適用することはないだろう。いずれにせよ「死亡診断をしなくても書いてもいい」という趣旨を初めて聞く医師は、到底信じられないようだ。

一方、医師法21条は異状死体を見たら24時間以内に警察に届けなさい、という法律である。医師

法20条に出る24時間と21条に出る24時間はまったく違う意味であるが、24時間という数字が共通するために混同されてきた。つまり、「診察後24時間以上経過したら死亡診断書を書けない。だから警察に届けなければいけない」という誤った解釈を、今でも都市伝説のように信じている医師がいる。医師法20条は、その「但し書き」が存在するために、施行直後から現在に至るまで医療現場に多くの混乱をもたらしてきた。主治医の不在時に患者が自宅や介護施設で亡くなり、死亡確認ができないと判断され「異状死体」として誤って扱われ、警察が無用に介入するケースがあちこちで散見される。

### 霊安室往診という慣例

看取りの法律を知らない家族や介護者が、在宅看取りに際してパニックになり、救急車を呼ぶことがある。その結果、在宅看取りのはずが期せずして警察沙汰になるケースは稀ではない。死亡到着を診た救急医も「自分は24時間以内に診ていないから」と警察に連絡することがあるからだ。あるいは、一部の地域ではかかりつけ医に連絡して霊安室への往診を依頼している。依頼された開業医も内心「僕も24時間以内にその患者さんを診ていないけどなあ」と呟きながら、病院からの依頼を断れないまま霊安室に往診している。最近、そうした慣例に関する質問をいただいた。医学に関しては詳しいその開業医も、いざ法律の話になると自信がないという。

在宅看取りや施設看取りを阻害する因子の1つに、こうした法律の誤解とその連鎖がある。そこで、2012年の参議院特別委員会において、テレビの生中継が入るなか医師法20条の上記解釈が正しいこ

との確認作業が行われた。この国会討議を受ける形で厚生労働省や日本医師会から、「医師法第20条のただし書の適切な運用」に関する通知が出された。しかし、いまだに霊安室往診というおかしな慣例が存続している現実があるので、十分に周知されているとは言えない。

## 職業倫理からくる思いこみ

なぜ医師は理解できないのか。ひとことで言うなら職業倫理からくる思いこみであろう。先輩医師からの誤った刷り込みが、いつした都市伝説になったのか。あるいは種々のモニターで死亡を確認する病院での看取りが一般的であるからか。現在、死亡の場の約8割は病院である。建物内に常に医師がいる環境であれば、医師がすぐに駆けつけないとか、診察しないで死亡診断書を書くなどということは到底考えられない。だから理解しにくい。

病院の医師に医師法20条の解釈を説明する機会がある。2時間の講演後、質問タイムに移ると、「なぜそんな法律があるのか」「そんなことはないはずだ。絶対おかしい」という意見が飛び出す。私は、「だから今説明したとおりです。これは国が定めた法律で、個人的見解ではない」と説明する。結局、同じ説明を繰り返すだけのどうどう巡りになりがちだ。なかには「心情的に理解できない」と怒り出す医師もいる。この法律の理解がいかに難しいかを肌で感じる。

職業倫理が強い職種といえば、官僚や警察官、自衛官が思い浮かぶが、医師もそうであろう。「必ず毎日診察せよ」という先輩からの教えの中に混じり、誤った解釈も刷り込まれたのだろうか。40年間続く「病院の時代」において、家族が呼吸停止で死を判定するという在宅看取りは前近代的で、病院勤務医は心情的に受け入れられないと聞く。こうした「思い込み」や「刷り込み」からの脱却は意外に難しい。蛇足だが、「医師法20条」を「抗認知症薬の増量規定」に置き換えてみてはどうか。というのも、増量規定の撤廃をまだ知らない医師がたくさんいるのだ。認知症患者全員に抗認知症薬を最高量飲ませ、暴れ出したら抗精神病薬も重ねて処方している光景は今でも見かける。製薬会社や御用学者による刷り込みを正す作業は決して容易ではない。

## 消防・警察・市民に医師が啓発

有史以来の世界の人口動態を1000年単位で眺めてみよう。現在、世界に人間は70億人いるが、現代はすさまじい人口バブルにあることは明白である。また日本におけるこの200年間の人口動態を眺めてみよう。かつてのバブル経済の崩壊と同様に人口バブルも今後急速に崩壊・減少し、未曾有の超高齢化はさらに加速する。少子化も重なる。これまでの医学・医療は、すべて右肩上がり前提としてきたが、ここで発想の逆転が必要である。右肩下がり「想定外」ではなく「想定内」と捉えることで、遣り甲斐は広がる。そんな時代において医師法20条は、期せずして偉大な守護神にも思える。法律は科学ではない。交通規則と同様にその時代の単なる規則に過ぎないが、国民は肅々とそれに従うしかない。

ただ、施行から70年が経過した医師法20条は、現実的な吟味が必要な時期にある。さらに、1874年発布の医制をルーツとする医師法21条は140年以上経過していることになり、同様である。特にテレビ電話を用いた遠隔看取りが今年度中に実施されようという現代において、看取りに関する法律の啓発は急務だ。まずは現行法を正しく知らなければ、到底次の議論に移ることはできない。理解の遅れは、死を真正面から扱わなかった医学教育のツケでもあろう。あるいは、死をタブー視してきた日本社会の負債でもある。

今回、在宅看取りや施設看取りを謳う一方、死亡診断書を書く多くの医師が看取りの法律を誤解している現状を指摘した。無用な救急搬送や警察介入、家族に対する無用な警察捜査や家族のトラウマを減らすことがその目的である。平穏死のはずが検視や事件扱いになった、という悲鳴を聞くたびにその想いが強くなる。地域包括ケア時代において、病院と在宅で、看取りの規則や文化が異なる現状に介入すべきだ。医師法20条の正しい解釈は、多職種だけでなく消防・警察や一般市民とも共有したい。こうした作業は、医師会や医学会が主導すべきと考える。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『薬のやめどき』『痛くない死に方』（ブックマン社）など

週刊

## 日本医事新報

No. 4891

2018/1/20

1月3週号

特集 23

健診で指摘された胆嚢壁肥厚の  
鑑別診断

解く

01

外来診断学

周期的な四肢脱力感を訴える 63 歳女性

知る

07

まとめてみました

医療法・医師法改正へ——医師偏在対策はどう変わるのか

聞く

10

インタビュー：小林武彦

「優性／劣性」が変わった——遺伝学用語集改訂の意義

連載

20

長尾和宏の町医者で行こう!!

なぜ医師は医師法 20 条を理解できないのか

44

J-CLEAR 通信

利益相反 (COI) 管理の最近の動向

NEWS

15

中医協が「議論の整理」——かかりつけ医機能もつ外来を評価へ

