

医療事故責任問題検討委員会答申

医療事故に対する  
刑事責任のあり方について

平成 19 年 5 月

日本医師会医療事故責任問題検討委員会

## 答 申

本委員会は、平成 18 年 7 月 24 日に、唐澤会長より「医療事故と業務上過失致死罪による刑事処分との関係の検討、および法律改善策などについての提言」について諮問を受け、医療事故と業務上過失致死罪による刑事処分との関係の検討、および法律改善策などについて、平成 19 年 4 月 11 日までに 7 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、以下のとおり意見集約をみたので、答申いたします。

平成 19 年 5 月

日本医師会  
会長 唐澤 祥人 殿

### 医療事故責任問題検討委員会

委員長	樋口	範雄
副委員長	奥平	哲彦
委員	頃安	健司
委員	川出	敏裕
委員	山室	惠
委員	北島	政樹
委員	永井	良三
委員	中園	一郎
委員	可世木	成明
委員	石渡	勇
委員	児玉	安司
委員	畔柳	達雄
委員	手塚	一男

(順不同)

## 医療事故責任問題検討委員会 委員

敬称略（順不同）

樋口範雄（東京大学大学院法学政治学研究科 教授）

奥平哲彦（日本医師会 参与・弁護士）

頃安健司（弁護士）

川出敏裕（東京大学大学院法学政治学研究科 教授）

山室 惠（東京大学大学院法学政治学研究科 教授・弁護士）

永井良三（東京大学大学院医学系研究科 教授）

北島政樹（国際医療福祉大学 三田病院 院長）

中園一郎（日本法医学会 理事長）

可世木成明（愛知県医師会 理事）

石渡 勇（茨城県医師会 常任理事）

児玉安司（東京大学大学院医学系研究科 教授・弁護士）

畔柳達雄（日本医師会参与・弁護士）

手塚一男（日本医師会参与・弁護士）

委員長            副委員長

# 医療事故に対する刑事責任のあり方について

## 目 次

はじめに	-----	1
<b>医療事故と刑事司法 - 現状認識</b>	-----	<b>3</b>
1. 刑事司法の関与の増加	-----	3
2. 刑事司法関与の増加の背景	-----	5
3. 医療事故に関する刑事司法関与の影響	-----	6
<b>提言の背景</b>	-----	<b>8</b>
提言	-----	8
1. 医師法 21 条の沿革と趣旨	-----	9
2. 医師法 21 条の問題性と改正の方向性	-----	11
提言	-----	14
1. 他の種類の事故と医療事故との相違	-----	14
2. 業務上過失致死傷罪の適用	-----	15
提言	-----	16
1. 中立的第三者機関構想の背景	-----	16
2. 中立的第三者機関の意義	-----	16
3. 中立的第三者機関の問題点	-----	17
4. 具体的提案	-----	19
むすびに代えて	-----	20
<b>医療事故責任問題検討委員会 関係者</b>	-----	<b>21</b>

## はじめに

現在、医療事故と医療関係者の責任の問題、医療安全の問題が重要な社会的関心事となっている。事故が生じた場合、常にいわれるのは、真相の究明、被害者救済と再発防止である。この3つの目的が重要であることは医療事故の場合も異ならない。

だが、これらのうち真相の究明と再発防止についていえば、それらに到達する手段には多様なものがある。逆にいえばひとつの手段ですべてを解決する決定打はなく、そのための工夫と試行錯誤、絶えざる努力が必要である。

そのような状況の中で、昨今、医療事故に対し刑事処分に対処する事案が目立つようになってきた。2006年2月における福島県立大野病院の産婦人科医師逮捕はその突出した例である。しかし、刑事処分という手段だけで、医療事故の真相究明と再発防止が図れるかといえばそうではない。

日本医師会では、福島的事件を契機のひとつとして、医療事故に対する責任のとりかたに関する検討会を昨年7月に立ち上げ、別掲のメンバーによる検討を7回にわたって行った。電子メールでのやりとりなどを含めれば議論の回数はそれ以上に及ぶ。そこでは、刑事法の専門家・医療事故による民事紛争の全国的処理状況を熟知する法律実務家と医学会の代表者を交えて、主として医療事故に関する刑事処分の現状と今後の方向性に関する議論が行われた。その結果、まとめられたのがこの報告書である。

以下、本報告書は3つの提言を行う。その背景にある現状認識は次の通りである。

- (1) 近年、わが国においては医療事故について刑事司法の積極的な関与とそれへの期待が高まっており、それは過剰となるおそれのあるものであって、大きな問題をはらむこと。
- (2) 医師法21条は、本来、医療事故を中心的な対象として定められたものではなく、そのような運用も想定されていなかったが、この10年で、すべての医療事故を警察に届けるべきだとする方向性が強まっている。しかし、その結果、事故を含めた医療の透明性確保とい

う要請を越えて弊害が目立つようになってきており、何らかの対処をする必要があること。

(3) 業務上過失致死傷罪の適用についても、他の種類の事故と異なり、疾病・傷害に悩む患者を治療する過程で発生する医療事故の特殊性を考慮すべきであること。それを無視した適用は、かえって医療の安全と医療供給体制の確保を害し、患者や広く国民の利益にならないこと。

(4) 医療機関や医療従事者が事故を説明すべきはまず患者・家族であり、報告先は医療の担当官庁である厚生労働省であるのが望ましいこと。その下に置かれる中立的第三者機関によって、事故の真相究明と再発防止を図るための体制を構築すべきこと。

3つの提言とは以下のものである。

#### 提言 医師法21条の改正

医師法21条「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たときは、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。」の本文に、次の但し書きをつける。

「ただし、医療に関連する死亡の場合には、保健所への届出をもってこれに代えることができる。」

#### 医師法21条改正案；

「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たときは、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。

ただし、医療に関連する死亡の場合には、保健所への届出をもってこれに代えることができる。」

#### 提言

警察・検察庁など捜査当局は、医療事故に起因する業務上過失致死傷事件の処理の際に、謙抑的な姿勢で刑事訴追の要否を判断してきた従来の方針を再確認し、今後とも謙抑的姿勢の伝統を堅持されること

を強く要望する。さらに、医療事故事件の複雑性、内容理解の困難性に鑑み、全国的な捜査方針（刑事法上の過失・犯罪相当の医療事故であるか否かの判定基準など）を定めることを希望する。

## 提言

いわゆる中立的第三者機関については、医療に関連する異状死の届出先を保健所としたうえ、保健所段階で死体検案書を発行できなかった事案について審査・評価する機構（いわゆる独立の第三者機関）を設置する。この第三者機関は、高等裁判所・高等検察庁の管轄に対応する8管轄地域に、それぞれ地域評価委員会を設け、犯罪相当の医療事故か否かの審査・評価を行う。

以下、これらの提言について説明する。

## 医療事故と刑事司法 現状認識

### 1. 刑事司法の関与の増加

医療事故に刑事司法が関与する場合、通常、業務上過失致死傷罪等の罪条につき（1）警察による捜査、（2）検察庁への送致、（3）検察による起訴、（4）刑事裁判という過程を経る。近年、医療事故について刑事司法の関わる場面が増加し、またメディアによる過剰報道なども手伝って、それがさらに目立つ結果となっている。しかも、在宅医療の推進の反面、かつてのような地域のかかりつけ医がいつでも往診してくれるような体制が減少した結果、在宅で人が安らかに死亡した場合でも、法律上、死亡診断書を書く適格性を有する医師がおらず、結局、警察に通報されて警察官と警察医が現れるという事態が数多く生じている。

医療関係者から警察への届出件数は、1999年を境として明らかに増加している。警察庁の発表によれば、1997年から1999年まで、それぞれ年間の届出件数が12,19,20だったのに対し、2000年以降は、80,80,118,195,199,177となっており、激増したということが

できる。

これに応じて、年別の検察庁送致件数も、1997年から1999年までは、3, 9, 10だったのに対し、2000年以降は、24, 51, 58, 68, 91, 91となってやはり激増している。

医療事故が刑事事件になったとしても、医師が逮捕される例は、1999年まではわずかに1例であったとされる。ところが2000年以降すでに、少なくとも3例を数えることができる。その中には、冒頭の福島県立大野病院の産婦人科医も含まれている。

飯田英男教授は、その著書の中で非公表の事例も含めて医療過誤が刑事裁判、特に公判請求に至った事例を検討しているが、1999年1月までのおよそ25年間で76件であったものが、1999年1月以降2004年4月までの約5年間で79件であると報告している。刑事裁判になった事例も増加している。

なお、警察への届出件数として正式に公表されている数は前述の通りであるが、実際には、警察への届出がなされて一応の検視（行政検視）が行われただけで犯罪性がないと判断された場合などのように、この届出件数に含まれていない事例も多数あると推測される。そうだとすると、医療への刑事司法の関与は、より広汎な範囲に及んでおり、しかも、それはやはり2000年以降の現象であると考えられる。

以上は、患者が病院など医療施設で死亡した場合である。だが在宅で死亡した場合にも、別種の異状死問題がすでに生じている。近年、都会地では、地域の開業医と患者との日常的な関係が崩れ、かかりつけ医が健康状態を日常的に把握している例が減少している。たとえば慢性的な心臓疾患のある患者は、専門病院には定期的に通院するが、近医には、風邪、腹痛などで時々診察を受ける程度という例が珍しくない。このような患者が、専門病院に受診した数日後に、朝起きたら死亡しているのを家族が発見した場合、仮に近医が駆けつけたとしても、直前に診ていない近医は死亡診断書を書くことはできない。同じように、専門病院の医師も死亡診断書を書くことが許されない。結局、警察に通報されて、警察官が警察の指定する医師（警察医）とともに患家に現れ、場合によっては、死体を警察などに運び、検案・検死することになる。最終的に死体検案書が



発行されるが、平和な家庭に突然制服の警察官が現れ一切を取り仕切ることが常態化しつつあるのは、それ自体が異常である。

## 2．刑事司法関与の増加の背景

近年の医療事故に対する刑事司法関与の増大が何によるのかという原因の追求とそれによる影響の分析が重要である。

医療事故が激増し、しかも刑事司法による対応を必要とするような悪質なものが激増したという理由が考えられるが、それを証明するような統計は存在しない。医療事故の被害者が、医療事故の民事的な処理に不満を持って刑事司法に訴える傾向が強まったという可能性もある。さらに、1999年が変化の大きな契機となっていることが注目される。

1999年の冒頭には、社会的に大きな注目を集めた2つの医療事故が相次いで起こった。1つは、1月の横浜市立大学病院での患者取り違い事件である。肺の手術予定だった男性患者と心臓の手術予定の男性患者を取り違えて執刀してしまうという、およそ考えられない事故が起きて大きく報道された。

次いで翌2月に都立広尾病院事件が発生する。そこでは、看護師が点滴薬を取り違えて準備し、他の看護師がそれを患者に注入した結果患者が死亡するに至った。しかし、広尾病院事件では、ミスをおかした看護師の業務上過失致死事件ばかりでなく、事後処理にあたった主治医、病院長、そして監督者たる東京都衛生局の対応につき、責任が問われ、医師法21条が大きくクローズアップされることになった。看護師2名は、業務上過失致死罪で禁錮1年と禁錮7ヶ月（それぞれ執行猶予つき）の刑が早々に確定したのに対し、他の当事者について、死亡診断書に虚偽の記載をしたとして虚偽有印公文書作成・同行使罪の他、患者死亡確認後24時間以内に警察届出がなされなかったとして医師法21条違反で起訴がなされ、一部の被告については最高裁まで争う事態となった。

このような中で2000年8月、当時の厚生省は医療事故が生じた場合、積極的に警察に届け出るよう促す指示を国公立病院に対して出し、次いで私立大学病院、特定機能病院に範囲を拡大した。いくつかの医学会も警察届出のためのガイドラインを発表して、医療事故に警察が関与する方向性を強めた。

横浜市大の事件と広尾病院事件は社会に医療不信を招く契機となっ

た。

ひとつには、これらふたつの病院がそれぞれの地域において基幹病院の役割を果たしていたため、大病院ですらこれほどに初歩的ミスをおかすという事実から、それが医療全体へ一般化できるのではないかという印象を与えた。さらに、広尾病院事件では死亡診断書の虚偽記載がなされ、このような公的病院でも事故の隠ぺいをすることから、やはりそれが一般化されて医療不信を強めた。

しかも、わが国の場合、民事的な救済を暫く措けば、このような初歩的医療ミスに対する対処・制裁として、刑事的制裁とは別の手段が十分に機能していないという状況があった。医師に対する行政処分は、ほとんどの場合、刑事処分が行われた場合にその後追いという形でのみ課されてきたことは、通常の行政処分と刑事処分の関係と逆である。しかも、刑事処分以外に第三者的立場で死因を明らかにする場がなく、患者や遺族の不満を募らせる結果となっていた。そして、事故の隠ぺいについても、それを防止するような体制が十分でないことが明らかになった。そこで、刑事司法に頼らざるをえないという事態が生じたのである。

医療安全が社会的に重要な課題となり、医療事故が大きく報道されるようになって、医療事故が予想以上に起きているという認識が国民に意識されるようになった新たな時代において、それ以外に適切な公的責任追及手段がないため、警察と検察がその役割を担うことになった。

### 3 . 医療事故に関する刑事司法関与の影響

医療事故について刑事司法の関与が増加したことには、よい影響と悪い影響がある。あるいはそれを肯定的にとらえる見方と否定的に見る見方がありうる。

肯定的にとらえるなら、刑事司法の介入は、対等でない医師患者関係の中で、患者・家族にとって強い味方となる可能性がある。医療の透明性の確保に資するものであり、たとえば警察の捜査の中でカルテ改ざんが明らかになれば、それは独立の犯罪となるので、医療事故を隠ぺいすることが困難になる。その結果、医療事故の真実が明らかにされ、責任の所在の明確化と事故の再発防止につながる可能性がある。

しかし、警察への依存や刑事介入の増加には明らかなデメリットもある。

第1に、刑事介入の結果、「真実」がかえって明らかにならないケースもある。刑事責任の特色は、焦点を個人にあてるところにある。企業など法人の刑事責任が問われる場合もあるが、それは例外であり、犯罪実行者として個人の責任を追及するのが刑事手続である。業務上過失致死傷罪には法人処罰はなく、基本的には、事故を起こした直接の加害者をピックアップし刑罰を与えるにとどまる。そのことで医療事故の全容が明らかになるかといえばそうではない。近年、医療事故防止のために注目されている新たな取り組みは、事故を個人の問題として捉えるのではなく、むしろ人間のミスが繰り返されるシステム全体を問題とし、トータルに医療の質のマネジメントを考えようとする動きである。間違いをした個人を罰するだけに終始する懲罰モデルから、事故防止のために何をすべきか考える学習モデルへの転換である。刑事司法への依存はこのような動きの障害となる可能性がある。

イギリス、アメリカ、ドイツなど海外における医療事故への法的対処を検討しても、そのいずれもが刑事司法の役割を一定の範囲に限定し、それとは別の方向性で医療安全を図ろうとしている。その中で、日本における現状は、刑事司法への依存を強める点で突出している。

第2に、警察の関与は、医療機関内部での相互不信を増加させる可能性がある。刑事処分の可能性は、事故の究明への非協力を生む。さらに捜査のターゲットとなった人とそうでない人との間に亀裂を生じさせる。事故調査で病院が一丸となって再発防止のための取り組みをするうえで大きな障害となりうる。

第3に、萎縮医療を生じさせる。医療事故をおかした場合、犯罪者とされる危険性を考えると、医師は危険な手術に踏み込むのを躊躇する可能性がある。さらに危険な手術を伴う専門から比較的その危険性の薄い専門へと専門を転換する可能性がある。その結果、産婦人科や外科などの医師が不足する事態が生じうる。刑事司法の介入の直接の結果であるか否かは立証できないものの、わが国の場合、現に、これらの領域で深刻な医師の不足がすでに生じている。

第4として、刑事司法依存によって医療不信を払拭することはできないことがある。医療事故が犯罪にあたるほど悪質なものを、医療専門家ではなく警察・検察という医療の非専門家に委ねようとする姿勢、さらに医師法21条によって警察への届出を積極的に行うという姿勢は、そ

うせざるをえないほど、医療専門家が自信を失い、医療における隠ぺい体質を自ら改めることもできないことの自白だととられかねない。それは専門家責任の放棄であり、刑事司法に依存している限り国民の信頼を回復することはできない。

そして第5に、はなはだ逆説的であるが、現在のような形での刑事警察の関与は民事紛争の早期解決を著しく困難にする。診療諸記録などはすべて警察に非常に長期にわたって押収され、院内の事故調査さえ、捜査妨害と疑われ、別の刑事事件を引き起こしかねないからである。

以上のような検討の結果、当委員会のメンバーは、今後さらに刑事司法への依存を強めることは、よい影響よりもむしろ社会に悪い影響を及ぼすものだという見解で一致した。しかし、この点については、医師のメンバーも含めて、医療事故の中には、やはり刑事司法の関与があっただけで済ませるべきものがあるという認識でも一致していることを改めて強調する必要がある。しかし、問題は昨今の一部の刑事捜査の状況である。そのような事例以外に対しても刑事捜査当局者の積極的な関与が散見されるからである。

## 提言の背景

### 提言 医師法21条の改正

医師法21条「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。」の本文に、次の但し書きをつける。

「ただし、医療に関連する死亡の場合には、保健所への届出をもってこれに代えることができる。」

### 医師法21条改正案；

「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。

ただし、医療に関連する死亡の場合には、保健所への届出をもってこれに代えることができる。」

## 1. 医師法21条の沿革と趣旨

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、33条の2で、違反者に対し50万円以下の罰金という刑罰を科す。おそらく10数年前であれば、この規定が医療事故を対象とするものとして注目する人はほとんどいなかった。それが今では大きな関心の的となっている。

医師法21条は明治期から存在する。その立法趣旨は、医師が死体に異状（常）を発見した場合、犯罪に関連する場合も少なくないため、犯罪の発見を容易にするため届出義務を定めたというものである。典型的な場合は、病院に運び込まれた人が救命の努力のいかなく死亡し、死因が毒によるとの疑いをもった医師が警察に届け出るケースである。犯罪によれば、犯人の逃亡のおそれや犯罪を繰り返す可能性がある。できるだけ早期に捜査を開始させるべく、だからこそ24時間以内という限定つきで医師に届出義務を課し、さらに刑事制裁を伴わせた。しかし、刑事制裁が罰金刑にとどまっているのは、本来、捜査への協力は任意に行われるものであるが、医師の場合には先ほどのような犯罪に係る異状死体に遭遇する可能性が大きいいため法的な義務としたのである。

しかしながら、少なくとも医師法を所管する旧厚生省の立場は、つい最近まで、医療過誤による死亡事案に医師法21条が適用になることは想定すらしていなかった。たとえば、1981年に厚生省の医務局総務課長名で刊行された『医療法・医師法（歯科医師法）解』によれば、医師法21条の解説は次のようになっている。

「死体又は死産児には、時とすると殺人、傷害致死、死体損壊、墮胎の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『異状』とは病理学上の異状ではなくて法医学的のそれを意味する。『所轄警察署』とは原則として死体又死産児を検査した地の所轄警察署である」。

医師自らの医療上の過失が問題となる業務上過失致死罪に関する言及はなく、そこではもっぱら司法警察への協力的姿勢が示されている。ところが、1990年代以降、事態は一変する。

1991年、厚生省「腎移植医療の社会システムに関する研究班」が「異

状死体の定義とわが国の検案体制」という報告書の中で、異状死体とは「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外のすべての死体」と定義した。

1994年、日本法医学会は異状死ガイドラインを作成し公表する。その中で、異状死の解釈も広義に変えなければならないとして、「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」と宣言した。およそ医療過誤でなくとも、すべての「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いのあるもの」を異状死とした。

1995年、これを受けた形で、厚生省健康政策局も死亡届書作成の際にこのガイドラインを参考にされたいと明記する文章を公表した。

これらの動きは、わが国における解剖率の低さとそれによって死因が十分に究明されないままで死亡している事態を憂えて、当時の厚生省も法医学者も、解剖による死因究明への道を広げたいとする趣旨を明示したのではないかと考えられる。少なくとも、医療事故を広く刑事事件化させようとするものではなかった。

ところが、1999年、前述の横浜市大病院での患者取り違え事件と都立広尾病院事件が発生し、後者において、医師法21条違反による起訴、さらに有罪という結果が生ずると前後して、医療事故の刑事事件化が急激に進行する。

2000年8月、厚生省（当時）国立病院部「リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成委員会報告書」は、医療過誤による死亡もしくは傷害が発生した場合、また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いうルールを定めた。これを受けた当時の厚生省当局者は、直ちに同月付けで、全国の国公立病院に対してその遵守を指示した。これは、後に、私立大学病院、大規模病院など特定機能病院にも拡大する。

2002年7月、外科学会はガイドラインを公表し、医師法21条が医療事故に及ぶとすることに疑問を呈し、本来は専門的第三者機関への報告・分析・対策によって医療の透明性と事故の再発防止を図るべきものだとしながら、現在の状況の中では、所轄警察署に届けるほかはないという判断を示した。しかも、診療に従事した医師が自ら「報告」という名の届出をするのがよいとしたうえ、医師法21条が対象とする死亡の場合ば

かりでなく、重大な傷害の場合にまで届出の範囲を拡大した。

2004年4月には広尾病院事件で最高裁判決が出され、医師法21条について、いわば外科学会ガイドラインを追認するような形で、「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」と判示するに至った。

## 2．医師法21条の問題性と改正の方向性

医師法21条を法医学会や外科学会など最近のガイドライン通りに運用することは、実際的に不可能であり、しかも望ましくないことでもある。

まず、病院で死亡する日本人は年間80万人から100万人といわれる。その中で、法医学会のガイドラインのいうように診断された病名で死亡したか否かがわからない事案をすべて警察に届け出るとなると、その数は数十万であろうから、本来の捜査を著しく妨げる結果となる。さらに医師法21条が対象とする「妊娠四月以上の死産児」中、原因不明で死亡したとされる死産児14,000件以上も同法の形式的な解釈により加わるとなると警察への届出は膨大な数となり、警察の本来業務である犯罪捜査を著しく妨げることになる。しかも、外科学会ガイドラインのように、死亡事例でない重症事例まで含めるなら想像を絶する数の届出が警察に集中し、警察とは医療警察のことかという事態になる。したがって、法医学会あるいは外科学会のガイドラインを医師法21条と関連づけて考えるのは現実離れした議論である。

医師法21条をあまりにも拡げて適用することは、実際上不可能であるばかりでなく、望ましいことでもない。その理由は、前節で刑事司法の医療事故への関与がもつデメリットで述べたことがあてはまる。

ここでは、さらに以下の点を再度強調する。

警察へ積極的に届け出るとは、決して医療不信を払拭することにはならない。むしろ、医療に関連する異状死が生じた場合、先ず第一に患者・家族にそれを説明したうえで、医療の監督責任官庁たる厚生労働省またはその関連機関へ報告し、透明性が確保された中で専門官庁が事実関係、事故原因を究明することが重要である。その結果、当該病院と、

さらに同様の状況にある可能性を有する医療施設における再発防止策を工夫することが可能となり、失われた信頼を回復することができる。

また、犯罪として扱うべき事例については、患者・家族から警察への告発ができること、医療機関における内部告発も行われることなど、警察へつなぐべき道が法律上も確保されていることも指摘する必要がある。さらに、後述する中立的第三者機関から必要に応じて警察に通報する道を設けておくことも、医療者側が事故を隠ぺいしているとの批判を回避する重要な要素となろう。

次に、現在の医療界に著しい混乱と不安をもたらした運用実態にかんがみると医師法21条をどのように改善すべきかが喫緊の課題である。何もしないままで10年前の運用に戻すのは難しい。

したがって、当委員会は、医師法21条の改正を提言する。医師法21条は、自然死以外の死亡について、死亡確認した医師の警察への届出を定めた規定であり、そのことの履行が担保できれば十分である。この点については、自然死以外の死亡であることを確認しながら、自然死であることを内容とする死亡診断書を作成・発行すれば、虚偽診断書等作成罪にあたり、3年以下の禁錮まで含めた厳しい刑罰が用意されている。したがって、この点を医師に周知徹底することが先決である。そのうえで、医療関連死の場合には、まず原因究明および医療安全のための再発防止を図ることを主要な課題として、所轄警察署ではなく、医療安全を管轄する厚生労働省主管の保健所に届け出ることができるようにする。保健所が登場することは重要な意味をもつ。本来、医療行政の機関として保健所は重要な役割を担っており地域に根ざしたものであるからである。医療事故の届出機関として保健所が適切であることなどについては、後の中立的三者機関構想の部分で説明する。

なお、現段階で当委員会が提案する医師法21条の改正案は、提言に示したものである。しかし、ここに至る過程で以下に示す改正案をも検討し議論を重ねた結果、最終的にこのような提案となったことを特に申し添えておく。



---

## 第1案

医師法21条の本文はそのまま残し、但し書きとして、自己負罪免責に関する条文を追加する。又第2項として死体などの検案者不在の場合の次順位検案者を定める条文を加える。さらに、21条違反を33条の二の罰則対象から削除する。

医師法21条改正案；「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たときは、24時間以内に所轄警察に届け出なければならない。但し届出義務の履行により、自己または刑事訴訟法第147条1号から3号までに規定する者が刑事訴追を受ける虞のあるときは、届出及び診断書の記載を拒むことができる。  
2 前項但し書きの場合、所轄の保健所長の指定する医師が死体又は死産児を検案しなければならない。」

医師法33条の二の改正案「第6条第3項、第18条、第20条、第22条又は第24条の規定に違反した者は、50万円以下の罰金に処する。」

## 第2案

医師法21条の本文につき、所轄警察署への届出とあるところを、「所轄警察署または保健所」と改める。

医師法21条改正案；「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たときは、24時間以内に所轄警察または保健所に届け出なければならない。」

---

## 提言

警察・検察庁など捜査当局は、医療事故に起因する業務上過失致死傷事件の処理の際に、謙抑的な姿勢で刑事訴追の要否を判断してきた従来の方針を再確認し、今後とも謙抑的姿勢の伝統を堅持されることを強く要望する。さらに、医療事故事件の複雑性、内容理解の困難性に鑑み、全国的な捜査方針（刑事法上の過失・犯罪相当の医療事故であるか否かの判定基準など）を定めることを希望する。

### 1. 他の種類の事故と医療事故との相違

医療事故に刑事司法が関与する場合、中心となるのは業務上過失致死傷罪である。この罪条は医療事故に限らずさまざまな事故に適用される。たとえば、2006年6月、東京でエレベーターに挟まれた高校生が死亡する事件があり、翌7月にはガス湯沸かし器による一酸化炭素中毒事故ですでに15人ものが死亡していたことがわかり、いずれの事件でも警察が捜査に入った。それらに対して違和感を覚えないとすれば、そのことと、医療事故での刑事司法の関与を限定すべきだとする議論に整合性があるかどうか問題となる。なぜ医療だけに特別扱いを認めるのか、事故は事故、同じく過失により人が死亡したのであれば、それらは同様に扱われてしかるべきだという議論に答える必要がある。

その理由の第1は、医療が本来的に死亡や障害のリスクを伴うという事実である。医療は安全という結果を保証できないという点で、弁護士が裁判で勝つという保証ができないのと似ている。

第2に、医療は患者を放置できないという所から始まる。放置すれば、患者はもっと悪くなる。医療の介入により、患者を現状よりよくしたい、死にかけている命を救いたいというのが医療の基本である。ところが、先に述べられたように、医療の介入自体もリスクを伴う。せっかく善意で患者のために行われる医療行為が、患者を現状より悪くし生命を失わせる危険を伴う。そのようなディレンマと常に隣り合わせで行う業務である。

第3に、エレベーターやガス湯沸かし器なら、それらが一定以上の危険性をもつようならそれらを利用せず、別の手段に切り替えることが可能である。だが、患者は医療に頼らざるをえない。200年も前に、すで

にゲータは「医者をはんとに信頼することができないのに、しかも医者なしではやって行けないところに人間の大きな悩みがある」と述べていた。それは現代でも同様である。したがって、医療から逃げることはできないという状況の中で医療の安全を考える必要がある。不幸にして医療のリスクが発現したときに、強い制裁で対処することは、萎縮医療を生むだけであり、結局、患者の利益にならない。

## 2．業務上過失致死傷罪の適用

業務上過失致死事件は、死亡事件であることから結果は重大である。他方、業務上過失傷害事件は、文言上は重篤な脳損傷を後遺する事件から、1,2週間で治癒する程度の傷害事件まで含まれている。しかし、これまで刑事訴追された医療事故事件の内容を概観すると、もちろん例外もあるが、基本的には、結果が重大であること、過失の程度が重いことの2つの判断基準が使われているように見える。そして捜査の困難性を反映してか、一見して過失が明白な事件に訴追が集中するとともに、死亡事件が刑事訴追の主役とされる傾向がある。

確かに死亡事件は、直ちに の基準に該当するが、 だけを切り離すと軽微な過失による死亡事件も含まれる。その結果、非常に多くの死亡事故（医療事故の事件で死亡事件は少なくない）が、訴追対象とされる可能性がある。この結果に合理的な歯止めをかけるのが、 の基準である過失の重さ、違法性の大きさである。これまで、捜査当局はおそらく上記、 のような基準を念頭に置きつつ、訴追すべきか否かを決してきたと思われる。いずれにしても、刑事訴追に対する謙抑的姿勢といわれるものの核心部分にあるのが、この2つの判断基準である。現在、警察・検察庁がどのような判断基準に基づき事件処理をしているのか不明であるが、処分・措置の公平性、透明性を高めるためには、捜査当局内に明確な基準を設けるとともに、可能であればその判断基準を公表することが望ましい。そのことによって、医療関係者のいわれのない不安が大幅に解消されるからである。

## 提言

いわゆる中立的第三者機関については、医療に関連する異状死の届出先を保健所としたうえ、保健所段階で死体検案書を発行できなかった事案について審査・評価する機構（いわゆる独立の第三者機関）を設置する。この第三者機関は、高等裁判所・高等検察庁の管轄に対応する8管轄地域に、それぞれ地域評価委員会を設け、犯罪相当の医療事故か否かの審査・評価を行う。

### 1．中立的第三者機関構想の背景

医療者が真に医療不信を払拭し医療への国民の信頼を回復しようとするなら、医療事故に際して損害賠償の問題も含めて真の専門家責任をとる必要がある。それは、警察に報告して、犯罪にあたるかどうかの判断を仰ぐことでは達成できない。真の専門家責任とは、医療事故の原因を究明し、過失があれば被害を回復するとともにそれに対する効果的な防止策を打ち立てることである。その経緯について当初から患者・家族に説明し、回復措置を講じ、さらに、それを公的な形で明らかにして同様の事故が他の医療機関でも生じないよう努めることである。医療に関連する異状死が生じた場合の医師の専門家責任とは、真相究明・被害の回復・再発防止・その過程の透明性という4つの責任を果たすことに他ならない。それこそが医療安全を確保し、医療への信頼を維持する道である。

そうだとすると、医療に関連する異状死が生じた場合、医療者が説明・報告すべき相手方は、第一に患者・家族、第二に医療安全を主管する厚生労働省とその関連機関である。そして、厚生労働省とその関連機関はその職責上、このような届出・報告を受けて具体的なケースでの真相究明と再発防止策の樹立に努めるべきである。真相究明と医療安全の確保、この2点こそが厚生労働省が中立的第三者機関を設置する理由である。

### 2．中立的第三者機関の意義

中立的第三者機関を具体的に実現するためには、さまざまな議論と工夫が必要である。本報告書においても、その一助とするべく、中立的第

三者機関に関する基本的な考え方を明らかにする。

中立的第三者機関における「中立的第三者」とは、医療事故を起こした医療機関から中立で第三者的立場にあるという意味である。事故の真相究明のためには、利害関係のない立場からの検討が必要であること、検討はあくまでも専門的なものであり、いわば医療界をあげて真相究明と再発防止に取り組むための仕組みとして設置すべきものだからである。構成メンバーとしては、臨床医のほか、法医学者や法律家も加わることが望ましい。

中立的第三者機関が行う調査は、全国各地の医療機関で生じた医療に関連する異状死を対象とし、問題となった医療機関と密着して調査分析にあたる必要があることから、必然的に、中央に1つあればよいというものではなく、地域密着型の形態をとる必要がある。

再発防止のためには、調査結果を公表し、厚生労働省と地方自治体のもつルートで全国の医療関係者に伝える必要がある。中立的第三者機関は、そのための中継機関としての役割も果たし、再発防止の全国ネットワークとして機能する必要がある。

調査結果は、中立的第三者機関から患者・家族に説明し、不幸にして事故が起きたとしても、医療界が全体として真相究明と再発防止に努めている実態を理解してもらう必要がある。

調査結果が、民事、刑事、または行政処分の手続きに必要な場合には、中立的第三者機関がこれを提供する。事故の態様によっては、厚生労働省独自の立場から行政処分を行ない得ることは当然である。

### 3．中立的第三者機関の問題点

中立的第三者機関を具体化するには、さまざまな問題点が予想される。最低限、本報告書で指摘することは次の2点である。

#### 数量的問題

すべての医療事故を中立的第三者機関で調査することができるかという問題がある。医療事故による死亡についての統計は存在しないが、仮に数千件あると仮定しただけでそれらのすべてを他からの批判

に堪えるような形で調査することが不可能なことがわかる。

すでに内科学会等の医学会は、厚生労働省の支援を受けてモデル事業を立ち上げ、医療事故に関し中立的第三者機関による解剖と調査、遺族と病院への結果報告という事業を全国7ヵ所の地域で実施している。そこで扱っているのは、平成17年9月～19年3月の1年半で僅か47事例にとどまり、この事業の困難さが明らかになっている。

しかし、医療事故全例をカバーすることはできないものの、仮に医療機関の事故への対応が鈍い場合、患者・遺族からも訴えることのできる中立的専門家による第三者機関が各地域に存在することは、それだけで大きな意味をもつと考えるべきである。しかし、それでも中立的第三者機関がどれだけの数の事故の調査を行うことが現実的に可能であるかという問題がある。

#### 質的問題

中立的第三者機関が行う事故調査の目的とそれによる調査内容が重要な論点となる。一方で、真相究明と再発防止を図り、よりよい医療を実現する目的を重視すれば、調査の判断時点は、当然、事故の後の調査時点であり、その時点から見て当該事故を回避するためのいかなる選択肢があったか、今後はどのようなことをすべきかということが評価対象となる。その時点で考えれば、後に判明した事実を取り入れて、「事故の当時、こうもすべきだった」とか「別の手段もとりえたのではないか」というような議論ができる。だが、それが公表された場合、ただちに「医師はこうすべきだったのに、そうしなかったから責任がある」ということになりやすい。

他方で、真相究明から責任追及という目的を重視すれば、本来は、後の時点から見た判断ではなく、厳密に事故の時点での評価が求められる。しかし、今後の医療安全のためには、後知恵こそが重要である。

中立的第三者機関に期待される機能として、真相究明から今後の再発防止と医療安全の向上に力点を置く場合と、真相究明から事故の時点での責任追及の可否を判断する場合とでは、おのずから調査のあり方が変わることになる。おそらく、わが国の現状では、中立的第三者機関にはこの異なる機能の両方が期待されており、そうだとすると、中立的第三者機関はその職責を全うするうえできわめて微妙なバラ

ンスをとることが求められる。これは相当に困難な課題である。

だが、少なくとも、中立的第三者機関が行う評価は、「今後は医療安全の向上のためにこうすべきである」という部分と、「事故の時点でわかっている事実と状況からしても、こうすべきだった」という部分とを、明確に区別する必要がある。

なお、いずれにせよ中立的第三者機関が実効的に機能するには、全医療界がそれを支援する必要がある。医師会および医学会は、医療安全の実現のため中立的第三者機関の設立と運営に積極的な協力を行い、国民の期待に応える必要がある。

#### 4．具体的提案

医療に関連する異状死が生じた場合、病院がその届出先を保健所としたうえ、保健所段階で死体検案書を発行できなかった事案について審査・評価する機構（独立の第三者機関）を介在させる仕組みを作る。既述のように、在宅で死亡したケースで、死亡診断書を書いてくれる近医が見つからない場合にも、保健所へ相談し、保健所で医師を派遣する道を作る。

なお、死亡原因が医療事故に関連する場合はもちろん、死因不明の場合も、死体解剖の必要性は極めて高い。現在、死因解明のために法的な権原に基づき死体解剖している地域は監察医務院制度を有する東京都、大阪府などの一部にとどまるが、これを全国に広げないと、保健所に対する届出は絵に描いた餅でしかない。さらに、第三者機関が実効的な活躍をするためには、死体解剖を含め、法律上の調査権限に基づき、そのための事実関係を調査する調査委員会のような機構の設置が不可欠である。

そして、保健所段階で問題があると判断する場合、たとえば高等裁判所・高等検察庁の管轄に対応する8管轄地域に、8つの地域評価委員会を設けることが考えられる。

この流れを図式的に表示すると、次のごとくである。

保健所への届出

保健所の医師あるいは保健所の指定する医師が死体検案を行う。

死体検案の結果、

a) 犯罪の疑いがないければ、検案医は死体検案書を作成・交付する。

b) 犯罪死の疑いがあるときは、保健所に報告、保健所から地域評価委員会に届出あるいは報告する。

地域評価委員会は、上記 b) のケースについて審査・評価した結果を、保健所および警察（検察庁）に報告する。

## むすびに代えて

北風と太陽の寓話を引くまでもなく、ある一定の目的を達成するには工夫が必要であり、単に厳しい制裁をすれば社会がよくなるというものではない。刑罰には一定の重要な機能があり、医療安全に役立てることのできる場面もあるが、それは本来脇役であって、医療安全の責任をもつべきは、その担当官庁である厚生労働省とその関連機関、そして医療従事者である。

医療事故と医療安全に対する対応策がこれまで十分でなく、不本意ながら刑事司法の力を借りる場面があったとしても、今や、本来の責任者が医療安全のために立ち上がるべき時である。それが本報告書の願いであり、そのための議論と建設的な制度設計のための一助になることを期待して、本報告書のむすびとする。



## 医療事故責任問題検討委員会 関係者

敬称略（順不同）

### 【オブザーバー】

小澤 時男（厚生労働省 医政局 医事課）

澤 倫太郎（日医総研 研究部長）

水谷 渉（日医総研 主任研究員）

尾崎 孝良（日医総研 主任研究員）

### 【日本医師会 担当役員】

副会長 宝住 与一

常任理事 木下 勝之

常任理事 内田 健夫

常任理事 石井 正三