

医療事故調査機関の存在意義

第3回医療事故に係る調査の仕組み等 のあり方に関する検討部会

2012年4月27日13:00

厚労省17階会議室

樋口 範雄

東京大学大学院法学政治学研究科教授

nhiguchi @ j.u-tokyo.ac.jp

1

医療安全の課題

- ①いかにして医療事故の発生を防止するか、減少させるか。
- ②事故が生じた場合に、医師その他の医療スタッフや医療機関がいかに対応するか。

- ③上記2点について、法がどのような役割を果たすか。

* 安全の問題

事前に Ex ante

事後に Ex post

いずれにせよ**将来のために**という視点が重要

わが国の法的対応は、過去を向いた制裁・賠償

2

解くべきパズル

医療安全のために法ができることは何か？

- 1 現状＝刑事司法の突出
制裁型の対処の増加がその道だろうか？
- 2 医療安全のための法的対応として他の道はないか

ところが、誰かを悪人にして責めればよいとする
blame culture (非難の文化) が優勢に

3

日本だけではない傾向

- Professor Robert Leflar:
- I have learned that simple medical negligence may be criminally sanctioned in **western European nations such as France, Germany, and Italy.**
- 英米法の国でも、ニュー・ジーランドやイギリスでも
- ただし、アメリカやオーストラリアは異なる
- To err is human (1999) はその象徴

4

遠い国で

New Zealand

Criminal Code Act of 1893, sec. 155.

法的な注意義務の違反は犯罪とする

★この注意義務は民事責任の注意義務と同じ
しかし、実際に医師が訴追される例はなし

1981年に最初のケース

虫垂炎の麻酔手術、酸素の代わりに二酸化炭素を
注入し11歳の少年死亡→9日間の裁判、10時間の
陪審の評議の結果→NZ\$2500(15万円!)の罰金
(医師はオーストラリアから来たばかりの医師)

ニュー・ジーランドのその後

1987年 再び麻酔事故(これも外国から来たばかりの医
師) R v Yogasakaran (1990)

緊急事態に誤った薬剤投与 心臓発作を起こし死亡、医
師はすぐ過ちに気づき正直に報告。陪審審理で有罪(緊
急事態という点を強調した説示は不可と上級審は判示)。

1981-2004年で10人の医師が訴追され有罪は3件。NZの
人口は400万人弱。日本の30分の1。医師の数は30分の
1として、1万人。この人数で2年に1回の刑事訴追。刑事
訴追の医療への脅威が問題となる。日本的に言えば毎
年15件の刑事事件ということになる。ちょうど日本で5年間
で80件と同じ程度。

ニュー・ジーランドの戦略

1997年 刑法の改正 Crimes Act sec. 150A

当該状況で法的義務を負う人に合理的に期待される標準的ケアからはるかに遠く離れた(major departure)ものである場合に限って、犯罪とする。

従来の「通常の過失」→「重過失」基準

これにより刑事訴追ははっきりと減少した(議会在が刑事訴追抑制の意図をはっきり明示したことも影響した)。

ただし、重過失致死の場合の起訴について Solicitor General (法務次官)の許可を要するという提案は通らなかった。

★実体的基準の厳格化と手続的保障(チェック)

ニュー・ジーランドからの教訓

1 刑事責任追及の急増は日本だけではない

その後の議論もきわめて似通っている

2 民事責任は無過失責任(不法行為訴権廃止、無過失補償制度)。

「だから」刑事責任ということもあった。

3 刑事責任抑制のための手段は、

◎過失から重過失へ

×起訴裁量の制限

(無罪となっても、起訴とその前の捜査こそ問題)

遠い国で その2

イギリス(NHSによる国民皆保険制度)

かつては医者が民事・刑事責任を問われない時代

1980年代から変化

民事訴訟 2003年ー04年 6251件

- 2004年ー05年 5609件

- 2005年ー06年 5697件

- 人口は6000万人

★刑事訴追 1795年から1974年では41件

- 1975年から2005年では44件

イギリスでは

R v Bateman (1925) 産婦人科医。子は死産。さらに妊婦も死なせる。病院に移さず手遅れに。「犯罪とされるような生命軽視が必要」と陪審に説示(recklessness) 無罪

ところが、R. v. Adomako(1993年) 貴族院:「重過失gross negligence」が基準。有罪

しかし、Prentice、Sullman(同じ1993年) 静脈注射すべき vincristine を髄腔内注射 死亡 無罪

Becker (2000)薬剤の過剰投与 死亡 有罪

Misra and Srivastava (2005)、手術後の患者を48時間放置して死亡。ヨーロッパ人権条約7条との関係で重過失の内容を明確にする必要ありと主張。しかし、有罪。

* 基準が重過失だとしても、内容は不明確

イギリスの状況

Vincristine cases 抗ガン剤の誤投与

1990年16歳の少年死亡 (Prentice, Sullman) 無罪

1997年12歳の少年死亡

2001年18歳の患者死亡→8ヵ月の拘禁刑

それまでに同様の事故15件、5件目の起訴

刑事司法の限界(医療安全につながらないこと) ?

しかも、患者側の失望

—有罪率3割、有罪となっても刑は軽い

イギリスの法律界では

重過失という基準をめぐる議論

それをrecklessness にあげよう
とする

- 一種の未必の故意
- 主観的要素→悪質性の強調

遠い国での医療事故と刑事処分をめぐる議論

刑事法による介入は不適切であり、重過失殺人罪適用を制限すべきである。

- ① 刑事訴追は、たとえ無罪となっても、医師のおかした単純なミスに釣り合わないほど苛烈な影響をもつ
- ② 一定のミスは不可避であり、阻止できない
- ③ ミスによる重大な結果は再発防止の努力を正当化するが、それはミスが犯罪であることを意味しない
- ④ 医療における過誤は相当のものがああり、何よりもその減少を目的とすべきである。それにはシステムの改善とオープンな事実の公表・報告が不可欠である
- ⑤ 刑事訴追は事故が医原性のものである場合、患者の安全の向上にほとんど役立たない。逆に資源の浪費・システム改善の障害ともなる
- ⑥ 医療の規制の場面でも刑罰はあってよいが、それは全体として、処罰される人を含めて誰もが正当と見るようなものでなければならない。
- ⑦ 理想的には、刑罰を与えるとすれば事故の当事者ばかりでなく、システムの構築・不備の責任者にも与えることが適切だが、刑事司法のシステムではそれは難しい。

- ⑧ 同じミスをしたのに(たとえば、同じ薬の誤投与でも、死ねば犯罪、助かれば何にもないとされるように)偶然の結果によって刑事訴追の有無が異なるのは不公平で、正義に反する
- ⑨ 刑法は故意でない医療事故への対処に向かない。費用がかさむ上に、システム不備の特定はできず、再発も防げず、賠償もなされない。
- ⑩ 医療規制に欠陥があれば、それに対処すべきである。その欠陥ゆえに刑法に頼るという議論には結びつかない
- ⑪ 殺人罪での訴追を増やすことは、現代でなく1800年代の価値の反映である。
- ⑫ オーストラリアやカナダ等では殺人罪に重過失が要求されるが、その基準を揃える方が望ましい
- ⑬ 不適切な捜査はミスの適切な公表・報告および、とりわけ緊急事態での常識的な医療的対応を妨げる
- ⑭ 医師を特別扱いすべきではない。問題は正義、効率、科学に関わるのであり、個々の具体的状況は問題となるだろうが、ミスをおかした者の職業は無関係である

検証と評価の必要性

- X県立中央病院勤務医である**医師27歳**は、平成14年4月15日午後2時30分、同病院病室において、**患者A(77歳)**に対し、骨髄検査のため、胸骨腸骨穿刺針を用いて胸骨骨髄穿刺による骨髄液採取術を行った。ところが、胸骨裏面まで穿通しないように穿刺針の長さを調節しながら施術すべきであるのにこれを怠り、穿刺針の長さに十分注意しないで胸骨穿刺を行い、骨髄液が採取できる胸骨骨髄まで穿刺針が達していたのに、さらに深く体内に刺入した結果、同穿刺針の内針で患者の胸部裏面を穿通・上行大動脈を穿刺して出血させ、**同月18日午後8時28分ころ、胸部上行大動脈穿刺損傷による出血性ショックにより死亡させた。**

15

事件のその後

- 0) 医師法21条に基づく届出
 - 1) **刑事処分 業務上過失致死罪**
略式命令で罰金40万円(平成15年9月4日)
 - 2) **行政処分 医業停止10月**
 - 3) **おそらく民事賠償も**
- 医師個人への制裁と遺族への賠償
 - 医療安全は？

16

- 事故後少なくとも1年半(おそらく刑事処分確定後半年以上は経過しているはずで少なくとも2年)医業停止せず
- 本当に医療安全を図るならすぐにも
- 当該医師への研修等が必要のはず
- 日本の仕組みは本末転倒というほかない

- 1) ところが行政処分(再教育含む)は刑事処分の後追い
- 2) そもそも罰金40万円にどれほどの意味があるのか

17

Blame culture v. Just culture

- 誰かを責める、「悪人」を見つけて罰する文化・非難の文化
- 対
- 正義の文化・安全の文化

18

原題は Just Culture



19

- 『ヒューマンエラーは裁けるか—安全で公正な文化を築くには』（東京大学出版会）
- シドニー デッカー（著）、芳賀 繁（翻訳）
- 著者はスウェーデン人だが、広くヨーロッパの状況を描いている。医療事故も例示されている。

20

柳田邦男氏の序文

- 1 ヒューマン・エラーの古い視点 それが原因と考える。
新しいシステムの視点は、それを症状と考える。
- 2 ヒューマン・エラーには、犯罪になるかならないかの1本の線があると勘違いされている。
そんなものはない。誰が線を引くかが問題だ。
捜査機関が線を引くことこそが問題。
- 3 民事訴訟も刑事訴訟も、ヒューマン・エラーの抑止に役立たない。
- 4 説明責任を果たすこと、失敗から学習し前進することを可能にすることが、未来志向の前向きな責任の取り方

21

同書235-236頁

- 素人(警察)ではなく、同じ分野の専門家の意見を集約する国の機関を設けて、原因究明・分析を行うのがよい
- ただし、仲間同士でかばい合いを行うとみなされがちなので、ひいきがなく、事例が適正に取り扱われることを司法当局に確信させなければならない
- →医療事故調査機関の必要性

22

司法機関ばかりでなく、国民にも「確信」を与えなければならない

最近のストーカー殺人に対するニュース

千葉県警は内部調査委員会報告書を説明しようとしたが、被害者の遺族は拒否。第三者機関の調査を要求。

- ①院内調査委員会であっても第三者が入ること
- ②患者の権利として、純粹型の第三者による事故調査の仕組みも作ること(きちんとした医療側の原因分析と説明があれば、ここまで要求する人はごく少数のはず)
- ③それらを統括する第三者機関を設置すること
- ④医療事故の報告は、警察ではなく、第三者機関にというシステムを作ること

23

- わが国においても、相手を非難する文化が強まっている
- さまざまな事故に対する犯罪化・厳罰化
- しかし、blame culture ではなく just culture を広める努力をしないと、事故が矮小化されて、同じことの繰り返しになるか、医療の場合は、萎縮医療・過剰医療になる

24