

日医総研シンポジウム

更なる医療の 信頼に向けて — 無罪事件から学ぶ —



日本医師会

日医総研シンポジウム

更なる医療の信頼に向けて —無罪事件から学ぶ—

主 催 日本医師会

日時：平成 23 年 7 月 24 日（日）10：30～17：30

場所：日本医師会大講堂・小講堂

巻 頭 言

まずはじめに東日本大震災で被災された皆様にお見舞い申し上げますと共に、亡くなられた皆様のご冥福を祈り、親しいご家族・ご友人を亡くされた皆様に哀悼の意を捧げます。また、被災された地域の日も早い復旧・復興をお祈り申し上げます。

未曾有の大災害から発生した様々な問題点は、日本の経済社会システム全体に油断や慢心がありはしなかったか、警鐘を鳴らしています。

命を失われた方々の無念の気持ちを受け継ぎ、安全・安心な地域医療を守っていくために、貴重な経験に真摯に学び、今後に生かしていかなければならないと痛感している次第です。

本書は平成23年7月24日に日本医師会が主催した「日医総研シンポジウム 更なる医療の信頼に向けて―無罪事件から学ぶ―」の内容をまとめたものです。

刑事事件になりましたが、無罪判決を得た3つの事件にかかわられた医師、弁護士と学識経験者にお集まりいただき、医療事故と刑事事件のあり方について、熱心な討議が行われました。医療関係者、法曹関係者をはじめ大勢の方の参加をいただいたことは、よりよい医療への信頼構築に多くの皆さんが関心をお持ちであることを実感しました。

患者を救うために真剣に医療に取り組まれたが、結果として患者さんが命を落とされたことから、心ならずも刑事被告人となった医師の先生方が、自らの体験談を交えて、医療事故を裁くことの不合理性を訥々と語られたことは、参加者の胸を揺さぶるものでした。

医療関係者が、安全な医療を行うために、患者と十分に意思疎通を保ち、常に全力で取り組むことは言うまでもありません。しかし、個々人によって多様な反応をする人体への手術・処置や薬剤を投与するといった医療行為は、本質的に不確実性を伴います。悪意を持ってなしたこと、あるいは隠蔽行為を伴わない限り、医療安全に生かすために、医療行為の結果を刑事裁判に持ち込むことはなじまないことを痛感しました。

本書に取りまとめました、先生方による講演と真摯な討論、そして日本医師会からの提言が、医療事故の原因究明と再発防止策、あるいは医師法21条のあり方、医療事故調査のための専門機関の設立など、法制度の改善に向けた一助となれば幸いです。

最後に、本シンポジウムの趣旨にご理解をいただき、ご出席を賜りました皆様方に心より感謝申し上げます。

平成23年8月

日本医師会 副会長 **横倉 義武**

目次 contents

巻頭言

主催挨拶

日本医師会会長・日医総研所長 原中 勝征 …… 4

来賓挨拶

厚生労働大臣 細川 律夫 …… 6

基調講演 医師法21条を考える

東京大学法学部教授 樋口 範雄 …… 7

シンポジウム

I 東京女子医大事件

弁護人の立場から

ミネルバ法律事務所 喜田村洋一 …… 27

当事者の立場から

いつき会ハートクリニック 佐藤 一樹 …… 35

II 杏林大学割り箸事件

耳鼻科医の立場から

元杏林大学耳鼻咽喉科教授 長谷川 誠 …… 54

弁護人の立場から

奥田総合法律事務所・元仙台高等裁判所長官 小林 充 …… 68

III 県立大野病院事件

弁護人の立場から

関内法律事務所 平岩 敬一 …… 76

特別弁護人の立場から

日医総研研究部長・日本医科大学女性診療科 澤 倫太郎 …… 85

当事者の立場から

国立病院機構福島病院産婦人科 加藤 克彦 …… 98

IV 医療刑事裁判の現状と課題

弁護士・日医総研主任研究員 水谷 渉 …… 102

V プレスコメント

日本経済新聞社 編集局社会部厚生労働省・医療班担当記者〔キャップ〕 前村 聡 …… 106

VI 医療事故調査委員会への取り組み

日本医師会常任理事 高杉 敬久 …… 110

パネルディスカッション 医療事故と刑事裁判 …… 114

【パネリスト】 喜田村洋一（ミネルバ法律事務所）

佐藤 一樹（いつき会ハートクリニック）

長谷川 誠（元杏林大学耳鼻咽喉科教授）

小林 充（奥田総合法律事務所・元仙台高等裁判所長官）

平岩 敬一（関内法律事務所）

澤 倫太郎（日医総研研究部長・日本医科大学女性診療科）

加藤 克彦（国立病院機構福島病院産婦人科）

【座 長】 寺岡 暉（医療事故調査に関する検討委員会委員長・元日本医師会副会長）

石井 正三（日本医師会常任理事）

閉会挨拶

日本医師会副会長 羽生田 俊 …… 123

主催挨拶

日本医師会会長

原中 勝征

(代読：日本医師会副会長 横倉 義武)



皆さんおはようございます。本日は日医総研シンポジウム「更なる医療の信頼に向けて―無罪事件から学ぶ―」をご案内を申し上げましたところ、猛暑の中、全国各地から、この講堂に入りきれないほどのご参加をいただきましてありがとうございます。また、別室でモニターにより参加されている皆様にはご不便をおかけいたします。お許してください。

このシンポジウムは、当初4月3日に開催を予定しておりました。3月11日に起きた東日本大震災に伴い、開催を延期し、本日の開催となりました。東日本大震災で被災された皆様方のお見舞いを申し上げますとともに、お亡くなりになりました皆様方にはご冥福をお祈りいたします。また、被災された地域の1日も早い復興をお祈り申し上げます。

本日は、被災された東北各県からも多数のご参加をいただいておりますが、今なお厳しい環境の中で、被災された住民の皆様方の診療に携わっていらっしゃる医療関係者のご苦勞に思いを致し、深甚なる感謝を申し上げる次第でございます。

さて、今回のシンポジウムは「更なる医療の信頼に向けて」であります。ご案内のように、医療は、医療を受けられる方々と、医療に従事する医療者間の信頼があって成り立つ

ております。よりよい結果を求めても、結果が伴わないという不確実な面を持っていることも否めません。我々医療者は日々進歩する医学・医療を生涯にわたり学習し、よりよい医療提供を行うということは私どもの責務であります。平成11年の都立広尾病院事件、横浜市立大学の病院の事件をきっかけに、我が国では医療従事者に対する刑事訴追の流れが急加速をいたしました。しかしながら、医師をはじめ医療者に対する刑事訴追というのは、医療が包含する不確実性とはなじまない面がございます。医師をはじめ医療者の医療に対する意欲を著しく減退させ、医療崩壊を招く要因の1つとなりました。

このような状態は医療者のみならず、国民全体にとって決して望ましいことではありません。私どもは医療者を代表する団体として、国民の皆様がこの問題を分かりやすく語りかけ、医療への信頼を築き上げてまいりたいと思っているところでございます。

このシンポジウムが安心と信頼を持って医療を受けることができるよう、医療者、また法曹の関係の皆様、マスコミの皆様、そして国民の皆様が、医療に関する刑事訴追について考えていただくきっかけになることを、心から願っているところでございます。

ここ数年、医療事故調査制度に関してさまざまな議論がなされています。医療事故調査制度は医療安全を図り、そして真の死因を究明するために必要不可欠な制度であります。日本医師会では、今期、医療事故調査プロジェクト委員会でご議論をいただき、本日の資料の中にも入れておりますが、一定の方向性を提示することができるようになりました。後ほど担当の高杉常任理事より説明をさせてい

たきます。本日の議論が医療事故調査制度の実現に向け、大きな推進力となることを信じております。

本日、お集まりの皆様におかれましては、どうぞ最後までご清聴くださいますようお願いいたしまして、開会の会長の挨拶に代えさせていただきます。

どうもありがとうございました。

来賓挨拶

厚生労働大臣

細川 律夫

(代読：日本医師会副会長 羽生田 俊)



『更なる医療の信頼に向けて』日医総研シンポジウムの開催に際しまして、一言ご挨拶を申し上げます。

はじめに、本日のフォーラムの開催に当たり、ご尽力された皆様、本日ご参加の皆様、そして日々医療現場で医療安全のためにご尽力されている皆様方に厚く御礼申し上げます。

現在、我が国では国民の皆様が安心、納得できる安全な医療の確保に向けて、一層の取り組みが求められているところであります。このため、厚生労働省においては「医療事故情報収集等事業」「医療安全支援センターの制度化」「医療裁判外紛争解決機関（ADR）連絡協議会の開催」等の施策を推進しています。また、医療死亡事故の原因究明・再発防止を行う仕組みのあり方に関しては、これま

で種々の議論が行われてまいりましたが、今後とも様々な方からのご意見を伺いながら検討を進めてまいりたいと考えております。

医療は提供する側と受ける側の共同作業です。相互の信頼関係なくして、医療体制の更なる改善はなしえません。我々はこれからも安心し信頼し合う医療を求めて、一層の努力をしていく必要があります。

厚生労働省といたしましても、医療における患者の尊厳を保障し、また医療に携わられる方々が安心して業務に当たることのできる医療を目指し、今後とも各種施策に取り組んでまいりますので、ご参集の皆様のご理解、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、本日ご参集の皆様方のますますのご活躍とご健勝を祈念いたしまして、私の挨拶とさせていただきます。

基調講演

医師法21条を考える



東京大学法学部教授

樋口 範雄

演者紹介

羽生田 本日の座長を務めさせていただきます、日本医師会副会長の羽生田でございます。

それでは本日ご講演をいただきます樋口範雄先生のご紹介をさせていただきます。

皆様すでにご存じの先生ですが、先生は1974年東京大学法学部をご卒業され、その後、1978年学習院大学法学部専任講師、そして1979年には助教授、1986年には教授に就任されました。その後、1992年東京大学大学院法学政治学研究科教授にご就任され、現在に至っています。

樋口先生は医療に関する法律問題をご専門の1つとされまして、多方面でご活躍をされています。本日のご講演のテーマは「医師法21条を考える」ということです。それでは樋口先生、どうぞよろしくお願いいたします。

樋口 ただ今ご紹介にあずかりました樋口と申します。私だけ1人で1時間をいただいています、本当の今日のメインのところは、午後登壇してくださる方々のご発表かと思っていますけれども、とりあえず1時間弱だけお付き合いください。

私は東京大学の法学部と法科大学院というところで今、医事法とか生命倫理と法という

授業をやらせていただいています、そういう関係でこういう問題についても少し発言もし、それから後の資料の中にありますけれども、いわゆる大野事件では意見書を書かせていただいたということがあります。その意見書を書いた後、また私が何を考えたのか、あるいは考えているのかという話を、今日聞いていただきたいと思います。

医療事故に対する刑事司法の現状

ちょうどこの数日間、また医療機関あるいは医療事故と、刑事司法の関係が大きな問題になってニュースになっています。いわゆる品川美容外科を巡る問題だということなのですが、そういうことも踏まえていろいろ考えるところがあります。考えることが当たっている場合と、当たっていない場合もあるのですが。

私は授業でもこうやって前置きが長くて、学生に評判が悪いのです。ですから、さっさと言いたいことを言えというのが教育評価にも書かれていまして、どうしても癖がなかなか直らない。

はじめのところは、もう周知のことです。医療安全の課題（図表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（図表1の①）。ゼロを目標にするのですが、それは本当はなかなかできないことだ。しかし、少なくとも少しずつ減少させるということがやはり人間の営み、あるいは医療界の営みとして当然あるべきことである。

それからもう1つが、事故がたまたま不幸にして生じた場合に、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という問題もあります（図表1の②）。

この上記2点について、法律は一体どういう役割を果たしたらよいのだろうかというのが、私も法学部に所属していますので、私の関心になります。

医療安全の問題というのは、事前と事後、結局上の①、②も事前の問題と事後の問題ということです。いずれにせよ、将来のためにという視点が重要であって、ところが、我が国の法の今までの、あるいは現状は、単に過去を向いただけの制裁、賠償というような形で終わっているのではなかろうかという気がだんだんに強くなってきました。

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

図表1

医療安全のために 法ができることは何か？

解くべきパズルは、それでは法律の役割としては十分でないという問題であります。医療安全のために法ができることは何なのだろうか（図表2）。現状は刑事司法が突出し、行政処分が拡大し、医療過誤訴訟がいったん少し減っていますが、また、去年、今年は少し増えているというような状況です。

これはいずれも「制裁型」と呼んでよいわけで、そういうことを増加させることが、法的介入の増加として、本当に医療安全につながる道なのだろうか。医療安全のための法的な対応として、ほかの道はないのだろうかということです。

1999年を境に 医療事故の刑事事件化が急増

刑事司法と医療（図表3）については、飯田英男さんという先生が、1人で全部調べ上げたという話ですから本当にこれは労作なのですが、医療事故が刑事事件になった事件とそれを記録がある限りは全部調べあげて、そうするとはっきりとした傾向が現れると書

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
行政処分の拡大
医療過誤訴訟の増加
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

図表2

いておられます。

これは本当は皆さんにとってもお分かりのことなのだろうと思いますけれども、戦後50年で137件刑事裁判が行われた。しかし、それが大きく取り上げられることもなかったのです。ですから、本当に埋もれた記録をこうやってかき集めてきたら137件になった。

それが1999年以降、本の関係で言うと5年間のものがまず取り上げられているのですが、これで80件弱になっているということで、明らかな増加を示しているわけです。

その象徴として大野病院事件があり、これは詳しくは今日当事者の方と弁護士の方がいらしていますので、午後語っていただくことにして、2006年にとにかく病院のお医者さんが逮捕される（図表4）。その後、こうやっていろいろな動きがありまして、2008年8月に地裁判決で無罪が確定するということです。そのときに少しでも私に関与させていたいたということなのです。

この意見書というのは、もし時間があれば後の方でどこかで読んでいただければと思いますが、私の資料の最後のところにそのまま残しておいてくださったそうで、昔書いた文章ですが付けてあります（図表5）。

医師法21条の拡大解釈により警察への届け出が加速化

その中身は、1999年以降、医師法21条に急に注目が集まった経緯。ですから、それまでは医師法21条について、ほとんどだれも知らないということとちょっと語弊があるのですが、ほとんど注目していなかったことです。それが、一応裁判所としては、解釈を急に改めたのだということは言っていませんけれども、実体上は解釈の急変であった。裁判所だけではなくて、昔の厚生省もこんなことは考えていなかった、医師法21条をこういう形の事件に適用するということは考えていなかったということでもあります。

ところが、1999年の有名な2つの事件、横

【象徴としての福島県立大野病院事件】

2006年2月18日福島県警、県立病院医師逮捕

2004年11月22日妊娠32週で、切迫早産、部分前置胎盤の診断で入院。
12月17日妊娠36週帝王切開（胎盤剥離に際し大量出血、妊婦死亡）。
2005年3月22日事故調査委員会報告書公表（3点でミスを確認）。
（1）癒着胎盤の無理な剥離（2）対応する医師の不足（3）輸血対応の遅れ
2006年2月18日担当のK医師逮捕、県病院局などを家宅捜索。
2月24日日本産科婦人科学会・医会、逮捕拘留は疑問と「お知らせ」
3月10日日本産科婦人科学会・医会、医師の刑事責任追及を批判。
3月27日大野病院産婦人科医すつと休診、町長が医師の派遣を要望。
4月14日福島県警、医師逮捕事件で富岡署を表彰。
5月9日福島県医師会、医師法21条の改正を要望。
5月17日日本産科婦人科学会・産婦人科医会、強く危惧すると声明。
2007年1月 公判開始
2008年8月20日 無罪判決、その後確定

図表4

刑事司法と医療

1999年以降現在まで
医療事故が刑事事件になる傾向
飯田英男『刑事医療過誤』（2002・判例タイムズ社）
50年で137件の刑事裁判
『刑事医療過誤Ⅱ』（増補版・2007）
1999年以降5年間で79件

刑事事件の増加→これが最大の問題

図表3

● 2007年11月27日付けの意見書

- ①1999年以降、医師法21条に急に注目が集まった経緯と、それが解釈の急変であったこと
- ②1999年の2つの事件を契機として、医師法21条の下で医療事故を警察へ報告という流れができたこと
- ③21条の濫用は警察・検察自体必ずしも望んでいないものであること。医療事故については、本来、専門的第三者機関で調査すべきものであることを法務当局も認めていること。

図表5

浜の事件と東京広尾病院の事件ですが、それを契機として、医師法21条の下で医療事故を警察に報告しようという、とうとうとした流れができたということです。

3つの事件の無罪判決後も警察捜査につながる仕組みは残っている

21条の濫用と言ってよいと思うのですが、それは本来は警察、検察も必ずしも望んでいないものであったと私は思っていますし、それから一緒に検討委員会に出た法務当局の方も、それは本来の道ではなくて、専門的第三者機関で調査すべきものであるということを繰り返し認めておられます。あるいはそう発言しておられます。

私が書いた意見書が効果があったからということではないと思いますけれども、地裁で大野事件は無罪になりました。今日ほかの事件の方も出てこられますが、ほかの2つ、3つの事件でも無罪判決が続きました（図表6）。

それは時期的にはちょうど重なっているのですが、厚生労働省でも医療事故調なるもの、第三者機関を作ろうとする検討委員会を作っていたのですが、ご存じのように頓

挫しました。したがって、制度の根幹は全く今のところ変わっていないということを、今日は強調して申し上げなければなりません。

日本医師会「医療事故における責任問題検討委員会」での議論から

その後、私自身が少し学んだことを、今日これから簡単にお話し申し上げようと思っておりますが、改めて法的な対応について、例えば日本医師会ではこの前の期の医師会の執行部の中で、木下常任理事という方がいらして、非常に熱心に先導して検討委員会を作っていただきました。その検討委員会は、法律家と医者と半々で、とにかくいろいろな具体的な事例を検討してみようという委員会だったのです。それは非常に私にとっても勉強になったというか、ああそうだったのかということが分かりましたので、少しご報告いたします（図表7）。

それから私自身は東大の法学部で、本来はというのか、何を本来としてもよいと思っております。外国の法律を少しかじっているものですから、いくつかの外国の状況について、こういう問題はどうなっているのだろうかという

意見書のその後

- 2008年8月の無罪判決
- 他の2つの事件でも無罪判決

その後

★医療事故調（第三者機関）を作ろうとする検討委員会の頓挫

★しかし、制度の根幹はまったく変わっていない

図表6

その後私自身が経験したこと

- ① 医療安全とは余りに遠い日本の法的処理→ 日本医師会での検討委員会で
- ② いくつかの外国の状況
日本との類似性とそこからの教訓

図表7

ことに興味があって、勉強会のようなもので読んだり、議論したりということをやっています。そこで日本との類似性、日本だけなのだろうかという話、この2つをさせていただきたいということです。

医療事故と処分に関する事例の検討

前者の検討委員会では、こういう事例を実際に、紙の上だけなのですけども、当事者を呼んでというわけにはいかなかったのですが、これはある実際の話です（図表8）。

県立中央病院勤務医であるお医者さん、27歳ということは極めて若手の医者です。ですから、まだ経験がそんなにはない。その人が平成14年、2002年でありますから、2002年といえば、もうすでに事故があったら警察へという流れができたときです。患者Aは77歳のご老人だったために、ということがやはり一層難しかったらしいのですが、骨髄検査のために胸骨腸骨穿刺針で胸骨穿刺を行って骨髄液の採取術を行ったのだけれども、それが刺し過ぎて、「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、……」。しかし、これは直ちに亡くなってい

るわけでもないのです、15日ですから、3日後の夜になって出血性ショックで死亡してしまったという実際の事件があります。

これはどうなったのかというと、医師法21条に基づきおそらく届け出がすぐになされたと思います。刑事処分になりました。業務上過失致死罪です。本人も自分がミスをしたと認めていますので、そうするとどうなるかということ、いちばん簡単な裁判なのです。略式命令、簡易裁判所で罰金40万円です。人1人亡くなっています。しかし、罰金40万円で簡単に済むのです（図表9）。

しかし、行政処分がそれに追隨します。これが終わった後です。医業停止10月。これはおそらく病院もミスだったと認めることになると思いますから、民事賠償もなされたと思います。

医療安全はどうなったのでしょうかというのが、次の問題であります。これで法律上は片が付いたと皆が思っているわけですが、

これは医師会の検討委員会でこの事件を巡って、1、2回議論をいただきました（図表10）。

27歳の医師である。未経験というか経験が非常に浅い。それから77歳の患者だと、一般

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分ごろ、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。

図表8

事件のその後

- 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？

図表9

的に言うと、痩せていてなかなか加減が難しい。そもそもこの胸骨穿刺というのは、やってこられた先生方がその中におられるわけですが、「自分がやったってなかなか難しいよ」というようなことをおっしゃるわけです。

しかも、同じ術式では必ず、必ずというのは変な話ですが、毎年複数人が死亡している。皆、同じ扱いになったのだろうかということです。1999年以前には多分そうっていない人もたくさんいるし、2000年以降だって、ある県での27歳のお医者さんと同じ扱いがなされているかということ、それは何とも言えないわけです。これは法の下での平等とか、公平とかという点ではどうなのだろうか。パッと認めて、届け出をしたという人だけがこうなっている。簡単に済ませられている。

それから出血から死亡までに3日以上ということになると、単純にこの失敗だけでこういう形になったのかという因果関係の問題もいろいろ出てくるだろうということであり、そうすると、大きな点としては、若い医者1人の責任にすること自体に疑問が生じる。

しかし、もし刑事責任を否定していたらどうなったのだろうと考えたら、もしかしたら大野事件と同じように逮捕されたかもしれない。勾留されて、「いや、私としては一生懸

命やったのです。普通のことをやっていただけで、これは少なくとも民事法上過失があったとして遺族に謝るということは当然としても、犯罪になるような過失ではないのではありませんか。犯罪になるとは思えません」ということで否定するとどうなるかということ、勾留が長期化するわけです。村木さんの事件でもあったように、長期間帰って来られないかもしれません。それは本当に大変なことです。

すぐに認めた。それで簡単に1日だけの裁判で終わっているわけです。しかも、40万円なら私だって払えます。しかし、行政処分があって、10月だけは医業を停止されるということなのですけれども、これで本当によいのだろうか。

現状の法システムは一過性の「制裁」とどまり、医療安全に資するところが少ない

ですから、本当の問題は、胸骨骨髄穿刺というものをより安全にするためには、何が必要だったのだろうか。指導医を付ける必要があったのだろうか。あるいは指導医を付けるだけではだめで、もっと器具自体をもう少し何とか、例えば老人用にはあまり刺さないような形のものに器具を分化させるとか、何か別の対処というのがあったのかもしれないということを、どこかで考える必要がある(図表11)。

ところが、現在の法のシステムはそれには目をつぶって、本当に一時的でかつ安易な責任の取らせ方で終わっているわけです。場当たりのだし、平等な適用でもないわけです。

同じように刺し過ぎて出血があったとしても、これはたまたま亡くなられたからなので、

医師会検討委員会でのこの事件をめぐる議論

- 27歳の医師 77歳の患者
- 胸骨骨髄穿刺の難しさ
- 同じ術式で毎年複数人死亡 平等? 公平?
- 出血から死亡まで3日以上
- ◎若い医師1人の責任にすることへの疑問
- ◎もしも刑事責任を否定していたら
逮捕? (大野事件) 勾留 否定なら長期化 すぐに認めたから罰金40万円
しかし、行政処分がついてくる

図表10

もし亡くなられていないのなら、業務上過失致傷という傷を負わせただけでも本当は罪にすることはできますけれども、それは聞いたことはない。やはり警察、検察はそれでは動かないですから、やはり死んでいるからという話なので、たまたま死んでしまったからという話なのです。ですから、これは責任の取らせ方、制裁の仕方という点でも問題がある。医療安全に資するところも少ない。

刑事事件になると行政処分が始まるというのも、これも私が聞いたところでは、お医者さんについてはそういう報告が厚生労働省の方に法務省から来るが、ほかの医療従事者については来ないのです。看護師については、新聞に出るような話だったら処分されますけれども、看護師の失敗が死亡につながっても、直ちに業務上過失致死が法務省から厚生労働省に来るということもないという話なので、もちろん医者は偉いですからより大きな責任を取ってよいのだということもあるかもしれないのですが、そういう点もどういうシステムになっているのだろうかという気がいくらでもするわけです。

このような流れで医療安全は？

- 本当の原因は、胸骨骨髓穿刺のリスク
- それにいかに対処するかが問題

◎現在の法のシステムはそれには目をつぶり、一時的かつ安易な責任のとらせ方で終了

◎場当たり的で、平等な適用でもない

→責任＝制裁という点でも疑問

◎医療安全に資するところも少ない

刑事事件になると行政処分??? (看護師その他)

図表11

医療事故を分析し、医療の安全につなげる第三者機関の必要性

やはり実証的評価、これはできていないのですけれども、まさにevidence-based medicineであるなら、こういう事件にこそ、このX医師に来ていただいて、そういうことの一端を今日は日本医師会がやろうとしているのかもしれませんが、どうして刑事責任をはじめに簡単に認めたのだろうか。刑事責任を認めたことで、40万円を払って、10月の行政処分を受けたということが、自分が医者としてその後立っていくときに、どういう影響を与えたのだろうか(図表12)。

今後は胸骨穿刺術は自分はしないということにしたのだろうか。そうではなくて、それはやはりやらざるをえないというものであれば、それに対する指導とか、それについての考え方というか、やり方についての指導、教育という話があったのだろうか。

そういうことをケーススタディでやってみたら、まさに医療安全のために役立つのではなかろうかという気がしたわけです。

そういう症例検討会を立ち上げて、X医師にも遺族にも尋ねるべきではなかっただろうか。こういう法のシステムには本当にどうい

実証的評価を＝症例検討

1)なぜX医師は刑事責任を認めたのか

- それに至る過程は？

2)刑事責任がX医師に与えた影響・効果

3)胸骨骨髓穿刺術に至る経過の検証

指導は？ 経験は？ 事故防止の妙策は？

4)医業停止10月の安易さ

X医師は、どのようにして再出発すべきか

図表12

う意義があって、どういう点が足りないのだろうか。法のシステムの改善について、それがこういう経験は役に立つのではないかということでも協力していただけないものだろうかということですが、現状はそういうことはなくて、惰性的システムというところ言葉が強いかもしれませんが、それが維持されているだけです（図表13）。

こういうメンバーは医療専門家ではなくて、一般国民とか患者代表も入っていただいた方がよいのではないかと思います（図表14）。先ほどのような事件が全部終わった後で、どうだったのかということなのですから。

この症例検討会というのは、結局、第三者機関の必要性を示唆しているのではないかと私は考えるわけです。

Case Study

- 病気についての症例検討会のように、実は、医療事故後の対応（X医師のケース）に関する症例検討会を立ち上げる必要がある。
- X医師にも遺族にもまず尋ねるべきである
- 「このような措置（システム）に意義あり？」
- →法の改善・システム改善の大前提
- 現状は、それもなく、惰性的システムの維持

図表13

症例検討会

- 構成メンバーは
- 医療専門家
- 法律家
- 一般国民（あるいは患者代表）

これは、第三者機関の必要性を意味する

図表14

現在のシステムでもよいところがあります（図表15）。それはコストが安いということです。本当にコストをかけないのです。事故が起きたときだけ、警察官は急にそれでボーナスをはずむわけでも何でもないので、普通に警察が、しかも警察も犯人が逃げないのですから、すごくよいのです。分からない犯人を逮捕するというのはものすごい苦労がかかりますけれども、医療事故についてはそこにいるのです。それで本人が認めてくれるのですから、本当に安上がりです。それで、罰金刑で40万円であれ、30万円であれ一件落着。とにかく警察としては終わりです。それで法務省に報告して、法務省から厚生労働省、行政処分、10月であるか6月であるか、とにかくそういう行政処分をして、厚生労働省も終わった。ちゃんと責任は果たした。あと民事賠償は残るでしょうけれども、それはまた保険のシステムに絡めて何とかと。

これはどうなのだろうか。これは結局、患者も医者も偶然当たった人の不運です。それに対して極めて誠意のない対応を実はしている。しかし、安いということだけは言える。

本当にそういうことでよいのだろうか。形だけの法的対応というのをしているのにすぎ

現在のシステム

- ▶ 現状の最大の利点＝コストが安い
- ▶ ◎コストをかけていない
- ▶ 事故が起きた時だけ、その一部について警察に頼る、その後の行政処分、それと並行しての民事賠償
- ▶ 偶然あつた人（患者も医師も）の不運
- ▶ そこから学ぶところはなく、一過性・一時的な解決 形だけの法的対応

図表15

ないのではないかと。

医療事故に対する法的対応 ——改革への道筋

では、どういうことで考えるのだろうかという、現在のシステムはこうなっていますということです（図表16）。引き金としての医師法21条の問題だけではなくて、やはり全体として本当は考える必要があると思いますけれども、まずやはり責任追及は悪質な事例、本当に悪質な事例、ですから、本当の犯罪に限る必要があります。

原因究明、再発防止の仕組みというのは本当はコストがかかるはずで。ですから、安上がりにはいかないかもしれないけれども、一定のコストは払って、そちらの方に向かうという話にしていだけないものだろうか。

刑事責任追及の急増は 日本だけの問題ではない

少し外国の話をして。実際に本を読んだということでevidence-basedですから、図表17を見てください。しかし表紙だけ見せているだけで読んだという証拠になるかどうか

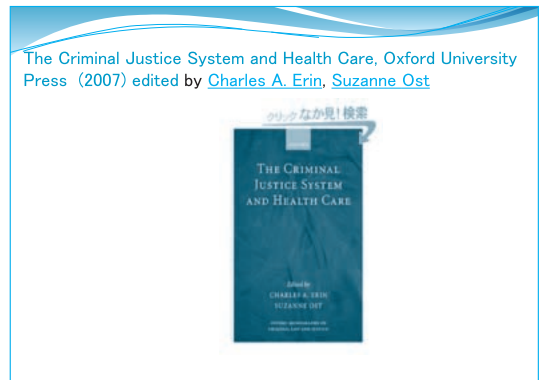
というと、すぐに反論されてだめになりそうです。

これはOxford University Pressというところから『The Criminal Justice System and Health Care』という本です。何だ「刑事司法と医療」というのが向こうでも出ているのだなというのでやはり注目しまして、これは論文集なのですけれども、この本を皆で分担して読んで、読書会のようなことを別のところでやりました。

分かったことの一部だけご紹介します。

遠い国の話です（図表18）。ニュージーランド。しかし、地震で一層共感が呼べるような国になりましたけれども。

ニュージーランドは、小さな国なので。後で人口なども出てきますけれども。



図表17

改革: どういう道筋で実現するか

- 1 前提 現在のシステムの存在
 - 業務上過失致死傷罪 刑事司法
 - その引き金としての医師法21条
 - それに追隨するだけの行政処分
 - それらと並行して民事賠償(微妙な関係)
- 2 システム改革へのロードマップ
 - ①責任追及は悪質事例＝医療への信頼
 - ②真相究明・再発防止の仕組み＝医療安全

図表16

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)

図表18

Criminal Code Actというのが1893年。1893年なので明治時代です。それ以前は判例法なのですけれども「法的な注意義務の違反は犯罪とする」という条文があったそうです。この注意義務というのは民事責任の注意義務と同じと、教科書などには書いてあったそうですが、実際にこの条文でお医者さんが訴追された、業務上過失致死で犯罪とされた例はなかったそうです。ニュージーランド史上ずっとないのです。

ところが、1981年に史上初めてのケースが生まれます。これが酸素の代わりに二酸化炭素を注入して子供が死亡したという話ですから、ひどいものです。しかし、陪審員裁判で15万円の罰金刑です。

ニュージーランドの学者が報告しているのですが、それはちょっと身びいきもあるかもしれないけれども、お医者さんはオーストラリアでうまくいなくて、本当は会ったこともない人ですから「食い詰めて」という表現を使ってはいけないかもしれませんが、とにかく私が英語で読むとそういう感じなのです。オーストラリアからやってきた質の悪い医者が、ニュージーランドの医者だったら大丈夫だったのに、こんな事故を起こしてしまったという感じなのです。それでしかたな

く刑事訴追。

そうしたら今度1987年に、これも「外国から来たばかりの医者」とまたちゃんと書いてあるのですが、お医者さんの名前がYogasakaranとかという人なので、私などは一体どこの国の人かも本当は分からないのですが、これも有罪になります（図表19）。

その結果、これが引き金になって、1981年以降、2004年までの20年あまりで10人の医者が訴追され、有罪が3件出た。

ニュージーランドの人口は400万人弱だそうで、お医者さんの数も1万人くらいなのです。この人数で2年に1回刑事訴追があるというのは、やはりニュージーランドにとっては大変なことです。

どうしたか、ということです。これはやはり医療界挙げての問題だということになって、刑法の改正に至りました（図表20）。

1997年に、これは通常の過失だからいけないので重過失ということをはっきりと明記することにしたわけです。それによってニュージーランドでは刑事訴追ははっきり減少した。

これは議会が、やはり医療事故を刑事訴追するのはやめようということを明示した刑法改正なのだからということで、それは刑事司

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の人口は約400万人。日本の30分の1。医師の数は約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。

図表19

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り、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）

図表20

法の実務、つまり警察、検察にも影響を与えているわけです。

ただこの起訴について、さらに簡単にできないように、法務次官が特別に許可をした場合だけ刑事司法が動くという手続き的なチェックも入れようとしたのですが、そこまではいらないうだろう、重過失だけでよいだろうということになったそうです。

ニュージーランドから分かったことは、どうも刑事責任追及が急増したのは、日本だけではないようだという事です（図表21）。我が国1人だけということではない。その後の議論も、極めて似通っているのです。その論文を読んでも、全く日本人が書いたのかという感じなのです。

ただもう1つですが、ご存じかもしれませんが、実はニュージーランドはあらゆる不法行為について、民事責任は無過失補償制度を持っています。だから刑事責任で追及するということもあったということも、一応テイクノートはすべきだと思います。

ニュージーランド：重過失でなければ刑事責任を問わない

刑事責任抑制のためにニュージーランド人

ニュー・ジールランドからの教訓

- 1 刑事責任追及の急増は日本だけではなく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）

図表21

が取った手段は、通常の過失はだめで、重過失ということにして厳しくしようということでした。起訴裁量を制限しようとしたのは、そこまでやることはないという話になったのだけれども、実務は実際に刑事訴追の方には行かないようになってきているということです。

イギリス：重過失の不明確性が議論の的に

イギリスはどうなのだろうということです。こちらは国民皆保険制度があって、日本との共通性がもっと強いところです。イギリスの本には、医者が民事責任も刑事責任も問われない時代が長く続いたと書いてあるので（図表22）。

1980年代から、やはり変化が起き出す。民事訴訟もこんなに増えました。人口が6,000万人、日本の半分です。刑事訴追が1795年から、さすがにイギリスですね、やはり歴史の国だからそんなところから統計があるのかなという感じがしますが、1795年から1974年までですから、大ざっぱに言って170年ぐらいで41件。それが1975年からの30年間で44件というわけですから、やはりこれも急増したということが分かります。

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—04年 | 6251件 |
| ● | 2004年—05年 | 5609件 |
| ● | 2005年—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 |

図表22

例えば1925年のこの判例というのは、Bateman caseというので、イギリスの医事法の教科書に必ず出ている判決なのですが、産婦人科医、子が死産、さらに妊婦も死なせたというので、これは無罪です。もちろん陪審が入って無罪なのです。こういうことになっているということなのですが、それがだんだんそうでもなくなってきました（図表23）。

イギリスでは、基準は一応gross negligenceという重過失だと判例法ではなっていますが、それが不明確だという議論が行われているわけです。2000年にBeckerというケースでは薬剤の過剰投与で有罪という判決が出ている。

それ以上に大きいのは、ピンクリスチンという抗癌剤の誤投与、投与の量を間違えたという典型的な、素人から見ると単純ミスとしか言いようがないのですが、1990年には無罪（図表24）。

しかし、2001年には8か月の実刑を食らっています。

それまでに同様の事故は15件、5件目の起訴という話なので、ですから逆に言うと、これで15件も同じようなことが生じていながら、実際にはこれに関する医療事故は減って

いないということです。あるいは減った結果でまだこれになっているという解釈もあるかもしれないのですが。

やはり刑事司法をこのような感じで、平等でもなく、ピンポイントでもなくて、何だかad hocな形で時々やっても、医療安全につながらないということを示していると、その論文にも書いてあるし、私もそう思います。

しかも、患者側はこういう状況を喜んでいいのかというと、失望している。なぜかというと、先ほどニュージーランドでも有罪率は3割ぐらいでした。イギリスもそうなのです。有罪になるのは結局3割ぐらいなのです。しかも、有罪になっても刑は軽い。しかし、8か月の拘禁刑というのは、我々から見ると実は重いのではないかと思うのですけれども、こういうのは例外ですから、ですから、たいした罪になるわけでもない。

イギリスの法律界で今、行われているのは、重過失が十分に明確な基準ではないので、英語ではrecklessnessというのですが、未必の故意です。故意に準じる重過失と言ったらよいのか。このrecklessnessというのは、とにかく患者などは死んでしまってもかまわないよという感じです。主観的要素がそのような場合、そうとしか思えないような扱いをした

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。
* 基準が重過失としても、内容は不明確

図表23

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か月の拘禁刑
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

図表24

というケースだけにしようという議論がありますが、それは成立はしていません（図表25）。

他方でシステムの責任を考えようという動きもあります。

海外でも医療事故に対する刑事司法のあり方が模索されている

遠い国での医療事故と刑事処分を巡る議論というのは、先ほど紹介した本が、本当にイギリスとかオーストラリアとかニュージーランドとか、そういう国の全体の傾向を示しているのかどうかと言われると、1冊だけ本を読んで外国ではと語るのとは十分なエビデンスではないと思われるかもしれません。そうかもしれないのですが、少なくともその本の紹介としては、こういう議論がずっと行われていて、やはり刑事法による介入は必ずしも適切なものではなくて、それにはこういう議論がたくさんありますということで、ここの議論をもう時間がなくなってきましたので読み上げませんけれども、そこに全部書いてありますので、読んでいただくと、本当に日本で行われている議論と同じなのです（図表26、27）。

イギリスの法律界では

- 1 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
- 2 他方で、システムの責任だとして、病院の刑事責任を問う動き
Corporate Manslaughter and Corporate Homicide Act 2007

図表25

青字にしたのは、私が特にそうだなと思ったようなところですが、ほかのところも含めて、それから⑭のところの、医者だけが特別扱いでよいのかどうかという議論ももちろんあります。ですから、問題はほかの人が同じように過失で失敗したときに、死亡したときには刑事司法という話で、本当に医者だけは別というのでよいのかどうかという議論ももちろんあるので、これも日本でも同じような議論はあると思います。

厚労省の大綱案の3つのポイント

日本では、先ほど頓挫したと申し上げましたけれども、大綱案のポイントは私は3点だったと思っています（図表28）。

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、たとえ無罪であっても、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ぬ
- ⑦ 理想的には、刑罰を与えようとする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

図表26

- 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、科学に関わるものであり、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

図表27

医師法21条から警察につなぐという流れを断ち切る。

そのためには、何らかの形で第三者機関を作り上げる必要があって、医療事故について業務上過失致死罪を適用するには、重過失を必要とする。今までは一応法文上はニュージーランドと同じように通常の「過失」と書いてありますから、それを「重過失」にするだけでもニュージーランドは大きな動きがあったというのですから、それは日本でもそうなのではないだろうかと思うわけです。

3つ目です。医療事故が犯罪にあたるか否かについて第三者機関でチェックをして、それで、これはひどいというものだけ警察につなぐ。この3点目は、警察や検察が入ってくる前のところで医療者が専門家としてチェックするのですよというので、ですから、手続きのチェックをやろうということなのです。

そういうことではいろいろ考えた案だったと、私などは今でも未練がましく思っているのですが。しかも、これらについて法務省も警察庁も同意してくれたというところも大事です。しかし、反対が起きたわけです。

大綱案への反対理由

重過失はあいまいではないかと。それはイギリス人だって言っています。それはそうです（図表29）。

第三者機関が警察につなぐトンネルになるのだと。これははっきり言うと、被害妄想です。そのために第三者機関を作るわけではないですから。

第三者機関に報告して、従来より重い規制になるのではないかというような。もっと反対の理由はあったのかもしれませんが。

そこでどこかで出てきた案というのは、代案はADRと院内調査。

医療事故の教訓を医療安全と医療への信頼につなげる 取り組みを考える

医療安全というのは、やはり社会全体の課題だという話になると、やはり当事者間の問題に矮小化するのはいけないのではないだろうか。つまり、私のところで起きた事故というのが、ほかの人にとっても同じ話があるのではないかというように考えないと、社会的な連帯とか、医療界全体の医療安全という話

日本の大綱案のポイント3点

- 1 医師法21条から警察への流れを断ち切る
 - 2 医療事故について業務上過失致死罪には重過失を必要とする
 - 3 医療事故が犯罪に当たるか否かについて専門家のチェックを前置する
- * これらについて法務省・警察庁も同意

図表28

反対の理由

- 1 重過失の曖昧さ
- 2 第三者機関が警察につなぐトンネルに
- 3 第三者機関に報告 従来より重い規制

代案は、ADR と院内調査！

医療安全が社会的課題であるという認識はなく、当事者間の問題に矮小化

図表29

にはならないのではないだろうかと思うのですが、どうしようもなかったわけです。

もしもこれが白紙に書けるのであればということですが、ですから、書けないのですけれども、今の現行の制度もあります、やはり基本的な考え方を押さえておく必要がある(図表30)。

これがやはり日本ではなかなか難しいです。「Accidents will happen.」というのは、私が中学の時に習った英語です。この「will」というのは「どうしようもないwill」と習いましたけれども、ある意味では真理というか経験則というのか、つまり、「起こるだろう」という未来ではなくて「起こるものだ」と。「事故は起きるものだ」、英語ではそう言うのですが、日本ではこんなことを言ったら怒られます。事故は起きてはならない。「起きてはならない事故が起きました」と言って謝るわけですから。

重要なのは、しかし、ここがやはりいちばん大きなはじめの分岐点なのかもしれないのです。ここでどのように言うかはともかく、いちばん大事なのは事故をマイナスで終わらせない知恵、そのために頭を使おうという感じ です。

事故に遭った人、それはもちろんまず被害

者です。それから医者も事故に遭った人ということが言えるのですから、やはり「その人の人生はそれでおしまいだよ」といって烙印を押せばよいというものではない。やはり生きている限りは、よりよき人生を送れるような形で、根っからの悪人であるというのだったらそれはもうどうしようもない、それはもう刑務所に行ってくださいという話になるのですが、そうでない場合には、やはり何らかの形で、制裁ではなく支援をしてあげるような法制度を考えることができるのではないだろうか。それがやはり本当の意味で責任にもつながるのではないかということです。

医療の専門家によって原因究明と再発防止を図る 医療事故調査制度の構築が必須

医者自らが責任を取る体制作り。医者は専門家ですから、専門家と自分が名乗りたいというのであったら、そのぐらゐの話は作って当然なのです。それを専門家でも何でもない警察や検察にゆだねるなど本当は論外なのです(図表31)。

刑事責任の介入は故意の場合、医道審議会の報告を見ると殺人を犯すお医者さんだっ

もしも白紙に書けるなら

- 基本的な考え方
- ◎Accidents will happen.
- (残念だが事故は起きるもの)
- × 事故は起きてはならない
- ◎重要なのは、事故をマイナスで終わらせない知恵
- ◎事故にあった人(患者も医師も)への支援

図表30

もしも白紙に書けるなら

- 1 責任 = 医師自ら責任をとる体制作り
- ◎刑事責任の介入は故意と事故後の隠蔽のみ
- ◎責任は「行政処分を医師中心で」
(弁護士のように)
- 判断は医師としての適格性
やり直しが認められる人なら再教育
- ◎最大の責任の取り方は、事故の原因究明と再発防止策、その知恵(情報)の共有

図表31

いますから、それはどの国だっていますから、いろいろな理由があるのでしょうかけれども、ですから、故意の話と、事故後に隠蔽するような話、これはいけない。事故を将来につなげるという話をしないということですから、そういうことに背を向けようというのですから、そういうのはとにかくやっつけないといけない。腹が立つということでもありますが。

そうでない人の責任は、行政処分を医師中心の体制を作る必要がある。弁護士のように、弁護士はそうやっているのですから。判断はもちろん医者としてということで判断をして、やり直しが認められる人なら再教育をして、もう1回人を救ってくれる医療の現場に立ち返ってもらえるようにする。お医者さんというのは数が少ないので、もったいないのですから。

最大の責任の取り方は、事故の原因究明と再発防止策で、その知恵を、情報を共有すること、透明化することにあります。

患者を守る医療安全の両輪 ——第三者機関と院内調査委員会

原因の究明、真相の究明と再発防止についてですが（図表32）、院内調査委員会が全然

2 真相の究明と再発防止

院内調査委員会と第三者機関の併存（協調）・競争
見解が分かれて当然
正解はいつかわかるはず
第三者機関の存在は必須
そこにはコストをかけざるをえない

図表32

いらないのかということ、そういうことはないと思います。それぞれの病院がちゃんとした責任を持って、自分のところで起きた事故について調査できないようでは困るわけです。しかし、それで済むかということ、それはやはり済まない。どうしても身内には甘くなるのは、別にお医者さんだけではない、どんなところでもそうです。

そうすると、第三者機関を作って、それと一緒に協調し、あるいは競争させる。実際に医療安全のためのモデル事業に少しだけ関与させていただいているのですが、やはり解剖しても本当の原因が分からないということはあるようです。それは医学の限界のようなもので、そうするとこの事故がなぜ起きたかについて見解が分かれることもあって当然、真実は1つというところまでは行っていないということも、やはりもっと患者家族を含めた国民、医療者だけではなく、そういうことが普通のこととして分かってもらえるような話を作るためにも、そういう見解が分かれるようなことがたくさん出てきてかえってよいのではないかということなのです。

正解は今は分からないかもしれない。しかし、この前のDNAがどうのこうのなどという、刑事訴追で最近そういう話がありますね。医学の進歩というのを信じれば、10年たつと分かるかもしれない。そのときには、10年前のあれは第三者機関の方が正しかったのだと、場合によっては院内調査委員会の方が正しかったということだってあるかもしれないのですが、しかし、そのためにも第三者機関の存在は必須で、ものすごく大きなものを、日本国全体をカバーするようなものを作れるわけではないし、そんなことはできないのですが、どこかに小さいものを1つ作っておいて安全

弁にする。そこには、それだけのコストはかけざるをえないと考えてもらえないだろうか。

医療安全の課題を再確認すべき

だれしもですが、私も含めてですが、何らかの形で失敗をしたときに……。

急に家族の話をするのも嫌なのですけども、ここで告白しなくてもよいのですが、家族間で争いがあったりしますね。はっきり娘の方が悪いと思って私が怒鳴りつけると、単なる誤解だったということがある。そのときに「お父さんは謝らない人間だ」と言われているのです。「申し訳なかった」と言って土下座するということは、娘に対してなかなかできなくて。

それは小さな話ですけども、もっと大きな話になればなるだけ、やはり非を認めることというのが日本社会では一層難しい（図表33）。それは、「事故はあってはならない」という教えと、事故を起こした者に大きな制裁と不利益を課すということが予見されるからです。

そうすると、やはり普通は正直な人間でもどうしてもという話になるから、やはりそういう発想を少し改めた方がよいわけです。む

しろ基本はこちらで、本当に先ほど言ったようなひどいものだけは、それはそれに値するのだからやっつけられますよという話をするということです。

医療安全の課題というのは、いちばん最初のスライドに戻っている話なのですが、その後3つの事件、あるいは4つの事件で無罪判決が出ましたが、繰り返し申し上げますけれども、今、仕組みそのものは全く変わっていないということです（図表34）。

医師法21条は厳然として存在しますし、何か事故があって、大きなことであれば、業務上過失致死として当然捜査も入るわけです。司法解剖の方に回ってしまって、普通、患者遺族の方にだって、その情報は捜査の秘密だということで知らせられないのだし、いわんやその経験を何とかして早いうちに、このお医者さんだけではなくて同じような立場にいるお医者さんが同じようなミスをしないようなことを考えたいのですと言っても、とりあえず捜査が終わってからですという話になるようなシステムがそのままあるということです。

今日は、これを何とかしないといけけないのではないかということを、もう一度再確認していただくようなシンポジウムにさせていただ

非を認めることの難しさ—それを助ける戦略

- 「事故はあってはならない」という教え
- 事故を起こした者に、大きな制裁・不利益
- 「事故はあってはならない」とする制裁型の仕組みの欠陥

★支援型との組み合わせ

- 医療安全という目的を明確化し、その実現のために戦略的な思考をして、メリハリのきいた法的対応を
- 事故の隠蔽に対しては最大限の制裁を（医師免許取消という行政処分にも最大の効果）
- 過ちについては制裁ではなく、むしろ再生のための支援を原則とする

図表33

医療安全の課題

3つの事件での無罪判決

→しかし、仕組みそのものはまったく変わっていない
刑事司法への糸口となる医師法21条も現存

- 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

図表34

くと、本当にありがたいと思っています。

元気にしゃべってきたら時間が少し余りました。ありがたいことです。それはくだらない余談をやらなかったせいだと思いますが。

おわりに

もう1点だけ、これはこんなことまで言うべきかどうか迷ったのですが。

この状況は変わっていない。では、何が変わったのだろうかというのを、ちょっと疑わせるような。これは私だけではないのではないかと思うのです。つまり、以下は本当にevidence-based medicineではないです。ですから、憶測で申し上げるということだけ、「仮にこういうことだったらたまらないね」ということだけ最後に申し上げて、降壇することにします。

つまり、この数日来問題になっている品川美容外科の問題というのは、「あの外科だけなのだろうか」ということが疑いとして兆すのです。つまり、この2000年来変わったこととして、仮に、例えば日医総研であれ病院協会であれ何であれが調査をして、2000年以降、大きな病院かもしれないけれども、病院の顧問に検察官、警察官を迎えたところがどのくらいあるかという調査をしてみても、それが明らかに増えていると、この品川美容外科だけが2人も雇ったという話ではないのだということが、もしも数の上で分かったらどうなるかということです。

それは、はっきり言うと国民全体、それから検察、警察、患者遺族にとっても、つまりだれにとっても不幸な事態です。

繰り返し申し上げますけれども、これは憶測に基づくのですから。

今後、まず第1点として、検察、警察が医療事故について業務上過失致死で捜査に入る、あるいは立件します。一体だれのためにその捜査をやったのだろう、だれのために起訴したのだろうという疑いを持つ人は出てくるのではないのでしょうか。「まさか再就職先を確保するために、こういうもので熱心に行っているのではないよね」という、そんなことを考えるのは、意地の悪い、心がねじ曲がった樋口だけでしょうか。

それは真面目な検察、警察にとっては、本当にものすごくゆゆしき事態です。

それから医療機関にとっても、それはゆゆしき事態です。そういう顧問を抱えた医療機関というのは、何を考えているのだろうか。

私は本当は人のよい人間ですから、それを解釈するに当たっては次のように考えます。「まさに我々は医療事故があっても隠しません。医師法21条ですぐに警察に届けるような機関です。それどころか、そういう検察とか警察のOBを抱え込んで、自分たちが隠さないという姿勢を見せるために顧問として迎えたのです」というように、人のよい樋口は考えます。

しかし、そう考えない人もいるのではないのでしょうか。やはりそういう人を抱え込むのは、何とか事故があったときに、つまり透明性という形でどんどん外に出すという話ではなくて、何とかこの中で解決しようと思うような医療機関だと。もしそういう医療機関が増えていとしたら、これはやはり医療安全への道には逆行します。

ですから、そういう医療機関と同じように、ほかの医療機関、医療者も思われるとしたら、医療者にとっても不幸だし、最大の不幸は、結局、患者・家族を含む国民というか。日本

のシステムの問題点というのをそういう形でしか解決できないのだろうか。2000年以来変わったものは、形も制度も変わらずに、これだけだったのだよという話になるのは本当にたまらないと、このところのニュースを見て私は感じたものですから。

これは憶測に基づく発言なので、こんないい加減なことを話してよいのかという気もしたのですが、やはりもし調査をしてそんな結果が出てきたらこれは大変だなと考えたものですから、最後に、時間が余ったものですから、申し上げさせていただきました。

ご清聴ありがとうございました。

日本医師会との質疑応答

羽生田 樋口先生、大変ありがとうございました。

今日は会場に多くの方々がいらして、最初に事務連絡で質問を受けないということにさせていただきました。

ただ今日の先生のお話の中で、刑事司法への糸口となる医師法21条というものが現存しているわけですが、今日来ているほとんどの方々が希望しているというか疑問に思っているところは、この医師法21条が改正できるのだろうか。前の日本医師会の検討会の中でも、この医師法21条の改正、あるいは附帯事項ということを提案させていただいたわけですが、先生、法的な立場から、この医師法21条の改正というものは可能なのか。これはもちろん政治的に決める話ですが、先生の見解で結構ですが、その辺はどのようにお考えでしょうか。

樋口 法律を変えることが不可能だという話はないので、やる気になればもちろん。もの

すごく難しいと思われていた臓器移植法だったという間に改正されて、臓器移植の問題だって、世の中少しずつ変わっていますね。ですから、同じようにここでも変えることはできる。

ただ医師法21条の本来の機能は、何でもよいのですがいちばん簡単なのだと、ヤクザの出入りか何かでケガをした人間が運び込まれて、そういう人間が運び込まれたときに、まだそういう抗争が続くかもしれないし、犯人が逃げているかもしれないのですから、そういう機会に遭遇する可能性のあるお医者さんは警察に報告してくださいという話なのです。ですから、その限りでは極めて正しい条文なのです。

改正のところはいろいろな案がありますが、いまでも、いちばん簡単なのは、罰則を外してしまえば、本当はいちばん簡単なのではないかと思っているのです。

つまり、罰則があろうとなかろうと、普通のお医者さんであれば、やはり刀傷であれ何であれやってきたら、こういう被害者がやってきましたというようなことであれば、警察に届けるのではないのでしょうか。ですから、それをわざわざ刑罰で脅してやらせる必要などはないわけです。

そうすると、業務上過失致死のところだって適用があると思っていても罰則がないので、それだけを根拠にして警察が入ってくることはできなくなります。

それで改正しておいて、本当に医療安全のために報告すべきところは別にありますよというところで、それは別のところに作っていただきたいと念願しています。

羽生田 ありがとうございます。医師法自体が刑事訴訟法からの除外規定というような形

で出来上がっているということで、その1つがこの医師法21条であるということになると思うのですが、やはりいろいろな形で犯罪性が疑われるものは届けなければいけないという解釈でずっと来たわけですが、突然その解釈が、医療事故についてもすべて警察に届けなければならないというような解釈に変わってしまったということで、医師法自体についてはいかがですか。刑事訴訟法との関係ということでは。その辺をお話いただければと思います。

樋口 医師法だけではなくて、少し問題を広げるのですが、本当に授業でもないのに大風呂敷を広げてはいけませんが、ちょっと言いかけたので。

私の感じなのですが、刑法という立派な法典がありますね。そこには、法学部に入ると、刑法は重要な法典ですから必ず必修で習うのです。そこには罪刑法定主義というのがあって、どういうものがどういう罪にあたるかというのがはっきりしているのです。はっきりしていないと犯罪と認定することはできないとなっているのですが、日本の中で、刑法上の犯罪だけではない犯罪もたくさんあるのです。それが行政刑法と言われる分野で、医療もそうですけれども、あらゆるところでいろいろな業法、事業者がやっているところで罰則規定というのをとにかく日本の場合は

作る。それは一応何であれ罰則というのは普通刑罰になりますから、そここのところで、医師法などもそうなのですが、本当に構成要件がきちんとしていて、刑罰権の発動が極めて制限的に行われているかという、そういう形の条文にはなっていない。

ただ、そういう業法違反で警察が入ってくるということは、実際には謙抑的に警察、検察は動くので少ないのですが、しかし、それはあくまでも謙抑的にやっているというだけで、そもそも制度的にもう少し、本来入れるところ、つまり罰則規定だけを置けばよいという発想が非常に強くて、ほかのところも行政処分がまず動くべきなのではないかというところを、まず警察が動くから国土交通省が動くとか、そういう形で順番が逆になっているような部分があって、厚生労働省だけの問題ではないのかなと思っています。

ちょっと問題を拡散させて、答えにはなっていないと思いますけれども。

羽生田 ありがとうございました。

今日の樋口先生の基調講演を基本に午後のシンポジウムを聞くと、また違った意味でいろいろな示唆があるのかなと思います。

以上で、樋口先生の基調講演を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

■参考文献

樋口範雄『医療と法を考える—救急車と正義』（有斐閣・2007年）

同『続・医療と法を考える—終末期医療ガイドライン』（有斐閣・2008年）

同「医療安全と法の役割」ジュリスト1396号8-16

頁（2010年）

出河雅彦『ルポ 医療事故』（朝日新書・2009年）

飯田英男・山口一誠『刑事医療過誤』、飯田英男『刑事医療過誤Ⅱ』（判例タイムズ社・前者は2002年、後者の増補版2007年）

シンポジウムⅠ

東京女子医大事件
弁護人の立場から

ミネルバ法律事務所

喜田村 洋一

座長挨拶

石井 まずこれより先は、お隣に今いらっしゃいます元日本医師会副会長、平成23年6月に『医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言』というものをまとめられました、日本医師会医療事故調査に関する検討委員会委員長の寺岡暉先生と共に進めてまいりたいと思います。

寺岡先生をご紹介します。寺岡暉先生は1966年に東京大学医学部をご卒業後、1974年に獨協医科大学の神経外科助教授にご就任された後、1977年、広島県福山市の寺岡記念病院にて現在もご活躍をされています。2004年から2006年にかけて日本医師会副会長もなさっています。

寺岡先生、会場の皆様一言お願いいたします。

寺岡 皆さんこんにちは。寺岡でございます。

今日はここに掲げられていますように「更なる医療の信頼に向けて—無罪事故から学ぶ—」という日医総研のシンポジウムを開催するにあたりまして、たくさんの皆様方にお集まりいただきました。

私の知る限りは、このように真正面から、医療安全の問題あるいは医療事故の問題を日

医総研が取り上げて、このような大きな会になったというのは記憶がありません。先ほどもちょっと会話していたら、初めてだということであります。このことは、日本医師会、日医総研が、この医療事故の問題、医療安全対策の問題に、いかに真正面から真摯に取り組んでいるかということの現れでもあるわけです。

これは考えてみれば当然でありまして、長い間この問題に関してはさまざまな議論がありました。そして、先ほど樋口先生が基調講演で大変分かりやすく事故に至る背景、その意義等についてお話しいただきました。これからは事例にわたり、医療事故の問題を巡っての端的に言えば事例報告、さらにそれを巡っての議論ということをお願いするわけがあります。会場の皆様にはさまざまなお立場の方がいらっしゃるものと存じますが、この会の趣旨は、医療現場における更なる信頼の構築に向かつての会であるという趣旨を十分踏まえていただき、どうぞご協力のほどをよろしくお願いいたします。

演者紹介

石井 それでは本題に入っていきたいと思い

ます。

最初は、東京女子医大事件についてのセッションです。東京女子医大事件の主任弁護士を務められました喜田村洋一先生をご紹介します。

喜田村洋一先生は、1975年東京大学法学部をご卒業後、1977年第二東京弁護士会において弁護士登録をされ、その後、1983年にアメリカニューヨーク州においても弁護士登録をされています。現在は千代田区紀尾井町のミネルバ法律事務所においてご活躍中です。

喜田村先生は薬害エイズ帝京大学ルート事件の弁護をはじめ、これまで数々の著明な事件をご担当されているご高名な先生と伺っています。

それでは喜田村洋一先生、どうぞよろしくお願いします。

喜田村 ご紹介いただきました喜田村でございます。私のご説明はパワーポイントもありますが、昔ながらのレジメとしゃべりだけで行います。午前中の樋口先生は私と大学は同級ですけども、きちんとしたパワーポイントを使って見事な基調講演をされました。私は裁判員裁判もやったことがありませんので、普通のレジメとお話だけでさせていただきます。

お手元にシンポジウムⅠというのがありますので、これをご参照ください。

3ページに「東京女子医科大学事件」とありまして、当日の手術の時系列に沿った事案の内容が記載されています。これはこの後、佐藤先生から詳しいご説明もあろうかと思いますが、私がこういった手術の具体的な内容についてお話し申し上げるよりも、5ページにありますように、弁護人の立場から見て本

件がどうであったのか、あるいはもう少し一般的にお医者様の業過事件、業務上過失致死傷事件、これを裁くということがどういう意味があるのだろうかということをお話をさせていただきたいと思います。

刑事裁判は、事故原因を究明するためのシステムではない

レジメを見ていただくと、1として「刑事裁判の目的」、その次ややショッキングなことが書いてあるとお読みいただいた方は思われたかもしれません。

「刑事裁判の目的は、事実（事故原因）を究明することではない」と書いてあります。裁判はもちろん事実を明らかにするというのが目的ではあります。しかし、刑事裁判の本当の目的というのは、事実、あるいは東京女子医大の事件で言えば、患者さんがどうして亡くなったのだろうかということを探るためのものではないのです。それは今からご説明を申し上げます。

皆さんは裁判になればすべてが分かるだろうとお思いかもしれませんが、そこから、いろいろな誤解、あるいは患者さんの方からすると期待、があるのかもしれませんが、必ずしも裁判というのはそういうふうになっていないということを、最初にご説明します。

東京女子医大事件において、事故原因がどこにあったのかということについては、当然のことですが、検察官と弁護人の主張が真っ向から対立をいたしました。

検察側と弁護側の主張の要点

検察官は、そこに書きましたように、当時

人工心肺を操作していたお医者さん、具体的に言えば佐藤先生ですが、佐藤先生が2つのミスをしたと言ったわけです。1つは、吸引ポンプの回転数を上げすぎた。普通40回転とか50回転だったものを、100回転以上に上げて、それを長いこと継続していた。これによって、リザーバーの中が陰圧でなければいけないのに陽圧になってしまった。陰圧吸引で引いているわけですが、それが引けなくなってしまったということです。

もう1つはフィルターが水蒸気によって結露して、水滴ができて、これによってフィルターが閉塞してしまった。当然陰圧がかからなくなりますから、それによって吸引できない。それどころか逆流をした。それによって患者さんの脳が鬱血するということが起こったのだということを言ったわけです。

これに対して私どもは、人工心肺の問題ではないと主張しました。むしろ、「術野で上大静脈の脱血カニューレをどこに装着させるのか、あるいはその方向、向き、そういったことがまずかったのではないか。これによって上大静脈からの脱血が不良になっていた。しかし、それを長いこと気づかないままであったために、最終的に患者さんの脳に鬱血状態が生じたのだ」と言ったわけです。

このように検察官は「人工心肺の問題である」、私どもは「術野の問題である」という争いがありました。

それに対して判決が出ました。判決は地裁も高裁も無罪です。

地裁での争点は「過失」の有無

ただ内容が全く違います。地裁の方では、そこに書きましたように、私どもの主張に対

する判断は留保しまして、検察官の言っている人工心肺医の過失なるものが認められるのかどうか、あるいは過失が認められるためには予見可能性がなければいけませんので、そういったことが認められるのかどうかという判断をいたしました。その結果、フィルターが閉塞しなければ陽圧にはならない。だから、フィルターが水蒸気で結露して閉塞したことによって逆流まではしただろうということは認めましたけれども、しかし、そんなフィルターが付いていることによって、これが閉塞するといったようなことは、それまでだれも考えていなかった、危険を予測することができなかった。ですから、フィルターが閉塞することを予見して、そのフィルターを閉塞させないようにする義務というのはないということを行ったわけです。ですから、結論としては無罪です。

しかし、この地裁の判決でいくと、では、どうして患者さんが亡くなったのだろうかということは全く分からないのです。現にその点について地裁判決では触れていません。検察官が言っている、「フィルターの閉塞を予測して、これに対処する義務がある」という指摘に対して、「そんな義務はない」と言うただけで終わってしまったのです。

この判決は無罪ですから、私どもからすれば当然は当然だと思っていますけれども、普通の人が裁判に期待しているような、「どうして患者さんは死んでしまったのだろうか」、「この手術はどこが悪かったのだろうか」ということについては全く分からないわけです。

高裁判決は「患者の死因」を解明

これに対して検察官が控訴をいたしました

た。高裁判決では、今度はなぜ患者さんが亡くなったのかということに、真っ正面から取り組み、以下のように認定しました。

患者さんは、脱血カニューレの位置不良によって上大静脈からの脱血が不良であった。これが長いこと続いていた。その一方、送血をずっと続けていたわけですから、上大静脈からの脱血不良と、行き場のない血液が患者さんの脳にずっとたまっていって、頭部鬱血によって死亡した。

そうすると、被告人の佐藤先生は人工心肺の担当でありますし、上大静脈の脱血カニューレの位置をどこにするかということにはもちろん全く関与していませんから、被告人のやった行為と患者さんの死亡との間には因果関係がないということで無罪になりました。ですから、高裁判決になると、なぜ患者さんが死亡したのかということについては明らかになったのです。

こうやって地裁判決と高裁判決を比べてみると、両方とも、無罪という結論は同じなのですけれども、患者さんがなぜ死亡したのかということは、地裁判決は明らかにしなかった。ただ高裁判決になって、これがはっきりしたという明確な違いがあるわけです。どうしてこのように違って来るのだろうかということ、その下を書いてあります。

刑事裁判は、検察側の起訴の正否を判断するだけのもの

刑事裁判の目的は、例えば事故原因で言ったら、患者さんがなぜ亡くなったのか、この手術はどこが悪かったのかということについて、検察官の主張と弁護人の主張を比べて、さあどちらが正しいのでしょうかということを

比較して判断するというものではないのです。裁判所が判断しなければいけないのは、検察官の主張、つまり起訴、検察官が起訴した内容が合理的な疑いを容れない程度にまで証明されたかということだけなのです。

ですから、地裁判決は、患者さんがどうして死亡したのかということはさておいて、検察官が言っているフィルターの閉塞を予測して、これに対応する義務があるかということ来判断して、その義務がないとしたわけですから、もうそれでおしまい。無罪。なぜ事故が起こったのかということについては、裁判所は判断しませんということだったわけです。

高裁になって、私どもの方で、強く、なぜ患者さんが亡くなったのかということについての判断をしてほしいということを申し上げた結果、最終的に脱血カニューレの位置が悪かったということ、それから補足的に高裁でもフィルターの閉塞を予見すべき義務はないということも言うていただきましたので、完全に無罪になりました。けれども、ここで見られるように、裁判の目的は必ずしも事故原因、あるいは手術そのものについて事実関係を明らかにするということではないということなのです。それをまず、裁判というものの仕組みとして、ご理解いただければと思います。

弁護方針は、医学水準に立脚した事実認定を求めること

では、実際に私どもがどのようにしたかというのが2番目に書いてあります。そこに書きましたことは、上に書いてあることと若干矛盾するような印象を持たれるかもしれませんが

んけれども、私どもの弁護方針は、医学水準に立脚した事実認定を求めますということでした。

具体的に見ると、地裁では証人がたくさん出ましたけれども、その内訳を見るとお医者様が8名、技士さんが4名、看護師さんが1名、女子医大の内部報告書を作成した責任者、院長が1名、その他3名。その他というのは、亡くなられた方のご遺族などということです。

それから、書証という書面による証拠というのがありますけれども、これを見ると、医学書・医学論文を出しましたけれども、検察官からは6点出ました。私どもから113点出しました。つまり、この事故が起こるまでの医学界の水準において、フィルターの閉塞なり何なりということが考えられていたか、陽圧になるということが考えられていたか、あるいは私どもの方からすると、術野の脱血カニューレの位置不良によって死亡に結び付くということがありえるかといったことを、すべて明らかにしていこうとしたわけです。

高裁でもお医者様が証人として3名、やはり医学論文系が検察官が1点、私どもから9点ということを出しました。

結局これによって、医学的にどのようなことがありうるのかということを、基本的に裁判官に分かっていただきたいということです。裁判官は、医学部を出て裁判官になっていらっしゃる方も若干はいらっしゃいますけれども、基本的には法学部あるいは文系の方です。その点でいえば私も同様ですから、こういったことを勉強していきながら、何が起こっていったのかということをはっきり裁判所に分かっていただきたい、この点から言う事実認定をきちんとすべてやっていただき

たいということを考えたわけです。

では、なぜそのような弁護方針を立てたのかというと、それは私のレジュメの2枚目、抄録の6ページですけれども、検察官の事件の組み立てが医学、もっと言うと自然科学の常識に反するものであったということが言えるからであります。

検察の主張の不合理を科学的に立証した弁護活動の経緯

このへんはあとで佐藤先生から詳しい説明があるかもしれませんが、例えば吸引ポンプの回転数を上げるとリザーバーの中が陽圧化するという主張があったわけです。先ほど言いましたように、通常は40回転ぐらいなのを100回転にしたからいけないのだということですが、これはそんなことがあるはずがないのです。吸引ポンプの回転数を上げたとしても、フィルターが閉塞しなければきちんと壁吸引の方に引かれていきます。当時のメーカーの資料など、あるいは女子医大で陰圧吸引方式を採択するにあたって検討した結果によれば、200回転でも全然問題ないという数値上の結論が出ています。それを100回転にしたからいけない、100回転にしたから陽圧になったのだというようなことは、全く自然科学上ありうべからざることであります。しかし、そういったことも、当初、私どもは分かりませんでしたし、裁判官もたぶんお分かりにならないでしょうから、そういったことが全くありえないのだということをきちんと立証していった。

それからフィルターが水蒸気で閉塞することは容易に予測できたというのが検察官の主張ですけれども、予測できていれば、そんな

回路にフィルターを付けているはずがないのです。フィルターが付いているということは、不注意だったかもしれないけれども、それが危険であるなどということは全く考えていなかったはずであります。現に事故が起こったあと、何年かたった後でも、日本全国を調査したらフィルターを使っている医療機関が30%ぐらいあったということですから、フィルターを使うことによって閉塞の危険性があるということを考えていたはずはないということです。

ですから、この2つは最初から明らかな間違いです。

「？」を付けているところがあります。「陽圧によって脱血不良ないし逆流したことによって患者さんの頭部が鬱血した。これが死亡原因である」ということを言っていますが、もし人工心肺の方から血が逆流して患者さんの方に流れた、しかも頭部が鬱血して死亡してしまうほどの血液が流れたのだということであれば、患者さんの下半身にも同様な症状が出ているはずなのです。

ところが、生化学データなどを見ても、あるいは触診した結果もそうですけれども、患者さんの下半身には何の問題もない。そうすると、普通に考えれば、上半身だけ問題があって、下半身には問題がないということですから、そういう選択的に効果が出るのが死亡原因、あるいは患者さんに対する侵襲の原因だろうと考えるべきなのですけれども、検察官はそういうことを全く考えないままであった。

このように検察官の主張が、あまりにも医学、あるいは自然科学の常識に反して起訴を行っているということだったものですから、

私どもでは医学的な水準に立った事実認定をしていただきたいということを考え、それを実行してきました。

私は弁護士になって34年ぐらいですけれども、その間にお医者様の業務上過失致死事件というのを2件扱いました。1件はこの女子医大事件で、もう1件は、司会者の方からご紹介がありましたけれども、帝京大学の安部先生です。エイズの事件です。

安部先生は血友病患者さんに非加熱製剤を使ったのがいけないのだということで起訴されたわけですが、しかし、エイズが日本で出たのが1例か2例しかないという時期に、アメリカではもう何百人もの患者さんが亡くなっていたわけです。その亡くなっていたアメリカでどうだったかという、非加熱製剤の使用が禁止されたことは1回もありません。普通に使っていたわけです。

そうすると、エイズの先進国というと語弊がありますが、エイズが蔓延して、非常な社会問題になっていたアメリカですら非加熱製剤は禁止されていなかったのに、それまで1例もなかったとされていた日本で、非加熱製剤を使ったことが、業務上過失致死であるということを言われているわけです。これもあまりにも不合理な話であります。

そういったことも主張して、安部先生は1審で無罪になりました。2審の途中で裁判停止ということになってしまいましたけれども、1審が無罪になったということは厳然たる事実であります。

そのときも私が思ったのは、検察官の医療事故の起訴は、あまりにも医学の常識に反して、問題が起こった当時の医療水準を無視するものが多いのではないかと、ということです。エイズと女子医大という2件の少ない体験

ですけれども、その2件とも、検察官の起訴があまりにもひどい、無知なのか、あるいは何らかの理由で起訴せざるをえなくなったのか、そこまでは分かりませんが、そういったおかしい起訴がなされるということに対しては、きちんとした医学の常識を立証して裁判官に分かっていただくということが、何よりも大切だろうと思った次第です。

医学の素人である検察が無謀な起訴をした理由

今、申し上げましたように、検察官がおかしい起訴をしたわけです。しかし、検察官は基本的に医学の素人です。では、そんな素人が、なぜそんな無謀な起訴をしたのかというと、本件では東京女子医大の内部報告書というものがありませんでした。この中で、主たる原因は吸引ポンプの回転数を上げすぎたことであるということが載っているのです。しかし、この内部報告書がどのようにできたかというと、これも後で佐藤先生からご紹介があると思いますけれども、調査検討委員会の委員は女子医大の人だけです。3名、しかも1人として心臓外科の専門の先生がいない。いないどころか、人工心肺を見たこともない、触ったこともないという方も多かったわけです。

そういう非専門医が、せめて分からなければ心臓外科の専門医からのアドバイスを受けるながら調査したのかというと、そういうこともなく、自分たちで勝手に実験らしきものをして、こうやるとリザーバーの中が陽圧になったみたいだな、これがきっと原因なのだろうという、これは誠に非科学的と私は断言してはばかりませんが、非科学的な推論をして結論を下しました。

その結論はもちろん間違いですけれども、社会的にどういう意味があったかという、大学の責任は不問に付す、人工心肺を扱っていた1人の医者への責任にする。それによって大学は責任を免れようとしたとしか考えられません。

医療刑事裁判は、医師の人生に回復不能な損害をもたらす

事故が起こってから10年ほどたった今年の1月ですけれども、佐藤先生が女子医大を訴えていた裁判で、高裁で和解になりました。被告になっていたのは女子医大と院長、内部報告書の責任者ですけれども、その2者とも佐藤先生に対して「佐藤医師の人工心肺の操作が患者の死亡原因であるかのような誤った記載があったことを認め、そのことを契機として、同医師が7年間に及ぶ刑事裁判で刑事被告人の地位に置かれ、心臓外科医としてのキャリアを失うなど重大な苦痛を受けるに至ったことについて衷心から謝罪する」という意向の表明がされました。

ですから、無罪にはなりませんでした。しかし、7年かかりました。そして、佐藤先生は心臓外科医として進んでいきたいと思っても、7年間手術ができなかったわけですから、そのキャリアを全うすることができなかった。これが残念ながら結論というか、1つの結果になったわけです。

ですから、無罪になればよい、無罪になれば事故が起こった2001年の3月の状態に復帰するかというと、決してそういうことではない。裁判を起こされて被告人の立場に立たされるということで、回復不能な損害が生じてしまっているのだということを、改めてご理

解いただければと思います。

医療事故が起きた場合は、弁護士に相談して不当処罰を回避する

時間が迫っていますので最後は簡単に申し上げますけれども、こういう事件が続かないことが好ましいわけですが、午前中の話にもありました「Accidents will happen.」ですから、またこういった業過事件ということが起こらないとも限りません。そういうときにどうしたらよいのかということだけを、簡単に申し上げます。

私どもですと、2002年の1月から佐藤先生のご相談に与っていました。その年の6月に逮捕されましたので、6か月ぐらいアドバイスをする期間があったわけです。もちろん逮捕されるとも思っていないでしけれども、それだけの準備期間なり信頼関係を築くことができましたので、それを元に逮捕された後、どのように対処すべきかということ佐藤医師に申し上げました。3点あります。

まず、佐藤医師は人工心肺を担当されていたわけですから、人工心肺医として実際に見聞されたことについては供述します。

他方、術野はもちろん離れていますし分かりませんから、術野の状況については、分からない事項については供述しない。推測を交えた話は一切しない。

それから、最後は、この件では業務上過失致死ということの成否が問題になるわけですから、過失があったかなかったかが問題とさ

れます。そのときには、過失があったかなかったかは、手術の全容が分からないと判断できません。先ほど申し上げましたように、人工心肺に問題があったのか、術野の側に問題があったのかということ過失の内容は全部違ってくるわけです。術野の方の状況は分からないということになると、過失がどこにあるのか、どういう内容で成立するのかしないのかということについては判断できませんので、「これについては供述しない」という対応をいたしました。

ただ供述しないというと単なる拒否と思われるので、この点はなぜ供述しないのかということは、検察官には伝えておきます。

いずれにしても、こういったことで、若干不満なところはありますがありませんけれども、基本的に私どもが思っていたような調書しかできませんでした。これは非常に大切なことでありまして、最近はいぶ変わってきたとは言いますけれども、やはり調書でどういうことを言っているのかということは裁判の結論に大きな影響を与えます。ですから、その一番下に書きましたが、できるだけ早い機会に、もし何か起こるかもしれないと思ったら、一刻も早く弁護士に相談してください。そして、弁護士を教育して、何が問題点かを理解させ、それに対して刑法上どう対処すべきかということ判断させて、そのアドバイスに従ってやっていただきたいと思います。

以上です。

シンポジウム I

東京女子医大事件
当事者の立場から

いつき会ハートクリニック

佐藤 一樹

演者紹介

石井 続きまして、東京女子医大事件の当事者でいらっしゃいました佐藤一樹先生をご紹介します。

佐藤先生は1991年山梨医科大学医学部をご卒業後、東京女子医科大学日本心臓血管研究循環器小児外科に入局され、その後綾瀬循環器病院循環器外科、済生会前橋病院心臓血管外科、国立療養所東長野病院心臓外科、国立長野病院心臓外科、市立松戸病院心臓血管外科、千葉県千葉こども病院心臓血管外科において勤務された後、2009年に東京都葛飾区内でいつき会ハートクリニックを開設され、現在、同クリニックの院長でいらっしゃいます。

それでは佐藤一樹先生、よろしくお願いいたします。

佐藤 よろしく申し上げます。私も実は医師会の会員でありまして、早速お話をさせていただきます。

不当逮捕と不法な取り調べ

医師が逮捕されるとどこに連れて行かれるのでしょうか。私はきっと拘置所か警視庁か

と思っていたのですが、何のことはない普段通っていました牛込警察です。こちらで任意の段階で捜査を受けていたのですが、そこに連れて行かれました。留置所です。いわゆる代用監獄です。

そこに入ると検察官の取り調べが始まります。そして、夜中の2時ぐらいまで大体取り調べを受けます。

それと同時に警察からも取り調べを受けます。警視庁の捜査第1課、特殊班捜査3係、主に医療を中心とした業務上過失致死を専門としている部署です。

そして有名になった方が、私の捜査官でした。当時はまだ警部補でしたけれども、業過のトップの担当をしていた方です。本当にすばらしいタイミングで逮捕されたのですけれども……。

2011年7月23日付のアサヒ・コム、こちらに「『強引にストーリーを押し通す』＝逮捕の警部、女子医大事故も担当一無罪の医師語る」と、私のコメントが出ています。

菅政権が倒れたときに一緒にこの事件のXデーはその日だと言われたのですが、菅政権はこのまま行きますので、逮捕されたということだと思います。

当時の取り調べは任意の段階ではeメール

を勝手に読まれました。これは間違いありません。そのほか電話の盗聴もされています。そして、私をサポートしていた女子医大の報告書を批判した医局員に、非常に圧力をかけていました。

代用監獄における人権侵害とか不正義、これは検察官とか警察官が作った作文である調書、いわゆる自白調書への署名の強要、これによってえん罪が生まれてきているということは皆さんもご存じだと思います。そのほか、腰縄の手錠姿で20時間取り調べられたりとか、あるいは兵糧攻め、非常にプアーな貧しい食事しか出ません。

こういったいろいろな問題が代用監獄にはあるわけなのですが、あまり指摘されていないことがあります。それはメモが取れないということです。ここにいらっしゃる喜田村先生が、最高裁の裁判所の法廷で傍聴したときにもメモが取れるといったことは、喜田村先生のご尽力によって我々が得た権利ですが、代用監獄の中では基本的権利と思われる記載もすることはできません。

そして検察官、警察官には取り調べに対する教科書のようなものがあるのですが、ここには「社会的影響が大きな事件、つまり、報

道が大きくされているような事件、これはたとえ裏付け資料が不十分でも立件して捜査を遂げるべき」と。皆さんがよくご存じの飯田英男先生の言葉です。

そして警察の教科書には「粘りと執念を持って絶対に落とすという気迫が必要」と。なでしこジャパンのような感じですが、それでも「取調室に入ったら自供させるまで出るな」、このように書いてあります。

このような警察、検察官に対応するには弁護士さんしかいません。私は偶然高校2年生のときの席の隣の親友が二関辰郎弁護士、彼がいたから、事件が報道された直後に弁護を依頼することができました。

そして二関先生の先輩というか、大先輩、師匠であられる喜田村先生と共に弁護団を組んでいただきました。

そして、先ほど喜田村先生がお話しされたような被疑者の心得、このような不法と思われるような取り調べをやる捜査官に対して、どのように対処したらよいかということに関して、皆さんのお手元にあります「リヴァイアサンとの闘争」という題名の私の連載が6回分ありますので、家に帰ってからぜひ読んでください（図表1）。

そして、捜査官だけではなく、裁判官も含めた医療司法全般の問題についても、東京保険医協会の『診療研究』、2009年5月に出されたものが皆さんのお手元にありますので、これをぜひ読んでください（図表2）。

捜査官取調の問題⇒被疑者の心得



図表1

医療事故の患者救済と再発防止につながる制度の必要性

さて、医療事故一般について考えてみます。その後、医療事故が起きたときに何をすべき

か（図表3）。

我々医療者は患者さんを助けるために医療をしています。ですから、第1に患者さんの被害を救済しなければいけない。そして、原因を究明して、二度とこのような事件が起きないように再発防止をしなければいけない。そして、責任があれば、これを検討して、追及する必要がある、それはやらなくてはならないかもしれません。こういったことを考えているのは医療安全調査委員会の設置法案だと思います。

しかし、このような事柄、この3つのすべての事柄、特に2と3というのは非常に相反することですが、こういったことをたった1つの機関に任せる、これは正しいことなのでしょうか。

この委員会の検討会の座長は首都大学東京の法学部の教授、皆さんご存じだと思いますが、この方は警察育英会の理事で、警察大学の学友会の理事で、義理のお父さんは元警視庁の長官です。旧過失論の刑法学者、このような方が座長をやれば、その検討会は当然責任追及の話ばかりになって、安全の話には全くなりません。

民主党政権が非常に元気だったころに、医

療に対してやったいちばんのファインプレーは、この方を要職から外した、実質更迭したということだと私は思います。

先ほど午前中に樋口先生の基調講演がありました。私は非常に大切なことが書かれていると思います（図表4）。

このような流れ、今現在医師法21条によって警察に届け出て、刑事処分を受け、行政処分を受け、そして民事賠償も払わなければいけない。これによって患者さんに対する医療安全が、前向きな方向でうまくいっているのか。絶対にそういうことはありません。医療安全には全く役に立っていない。法律のシステムによって、患者さんの安全は、将来は得られないということだと思います。

医療事故:その後、何をすべきか？



1. 患者被害救済
2. 原因究明・再発防止
3. 責任検討→追及

医療安全調査委員会設置法案

1～3を包括して、特に2, 3をリンク
たったひとつの機関に任せる？

図表3

医療司法全般の問題

東京保険医協会
「診療研究」
447号・2009年5月



図表2

本日午前 樋口範雄先生の基調講演

このような流れで医療安全は？

- 本当の原因は、胸骨骨髓穿刺のリスク
- それにいかに対処するかが問題

◎現在の法のシステムはそれには目をつぶり、
一時的かつ安易な責任のとらせ方で終了
◎場当たりので、平等な適用でもない

→責任=制裁という点でも疑問

刑事事件になると行政処分??? (看護師その他)

0) 医師法21条
(警察届出)
1) 刑事処分
2) 行政処分
3) 民事賠償

医療安全には全く役に立っていない

圖表 4

法律家のかかわり。これは制度設計とか責任のあり方について議論されるのは結構だと思います。しかし、医療安全対策とか医療事故、原因究明、これはどちらも法律家は門外漢なはずです。

医療安全事故調査制度、私は全国民の利益を考えて作るべきだと思っています（図表5）。つまり、全患者被害救済。そして、責任追及に偏らない科学的な再発防止が重要。

1. 偏りのない均等な患者救済が重要

この全患者被害救済というのは、日本が世界に誇る国民皆保険制度の下で行われた医療、その医療の中で起こった事故であれば、当然国民皆保険制度にのっとった救済精神で全患者の被害救済を行うべきだと思っています（図表6）。

クレームの大きい患者さんとか家族、メディアの扱いが大きい事件、それだけではなく、偏りのない均等な救済が必要だと思っています。これに対しては政治、行政、法律家、医療界、その他皆さんの協力が必要だと思っています。

ところで、日本の解剖率は2%まで下がってしまいました。

このいわゆる医療事故調の診療関連死モデル事業、これはたった2%しかない解剖をやるということを前提に行われています。そうであれば、これは偏りのない救済精神に反しているものではないかと私は思います。

目標が5年間で1,000例でした。実施されたのはたった105例、10%です。これは大失敗と言えるのではないのでしょうか。今後いろいろ変わっていくとは思いますが、今のところ今後に期待できるかどうか疑問符が付くと思います。

2. 発生した医療事故と同様の医療行為を実際に日常業務とする専門医の下で再発防止（安全対策）を検証する

それでは科学的な再発防止、これはだれがやっていくべきか。

ここで横浜市立大学の患者取り違え事件について、少し触れたいと思います。

このニュースを見た元看護学校の先生、この方が「看護の基本は3度の確認、基本ができていないからこんなミスを起こす」とおっしゃったそうです（図表7）。

看護の基本は「3度の確認」。医師も看護師も医療行為のときは準備段階、および実施

医療安全事故調査制度

全国民の利益を！

1. “全”患者被害救済
2. 責任追及に偏らない科学的な再発防止

図表5

1. 全患者被害救済

- ・国民皆保険制度の日本の医療下⇒事故
- ・国民皆保険制度に則った救済精神

クレームの大きい患者・家族、
メディアの扱いの大きい事件

だけでなく
偏りのない均等な救済

政治、行政、法律家、医療界他の協力必要

図表6

する段階、そして終了時の段階に確認を怠ってはいけないということでしたが、この方は1か月後に都立広尾病院の薬剤取り違い事件で亡くなりました。

薬剤投与「3度の確認」(図表8)。広尾病院事件より前に、京都大学のエタノール誤注入事件というのがありました。ここに意見書が出されています。当時の原子力発電安全制御研究者によるものです。

「すべてが確認、唯一の行為に依存している。これは驚き以外の何ものでもない。医療はシステムの発想が不十分。医療システムが誤った設計であることは明白である」とおっしゃっていました。この方は現在、医療安全学をされて、書籍を書かれて、皆さんも読んでいるかと思います。

科学的な再発防止、つまり安全対策。もちろん現場医療者が参加しなくてはなりません。そして、実態のある現役の専門家、医療工学者。

どういうことかと申し上げますと、もう手術もやっていないような、会議ばかりやっているような外科医が参加してもしようがない。実際に現役である専門医の手によるものでないといけない。そして、ヒューマンファク

ター工学、安全対策をするのであれば、安全の専門家を参加させなければいけないと思います。

樋口先生のお話にもあったと思いますけれども、このことに関しては法律家とか有識者は脇役で結構だと思います。刑法学者とかメディアは全く関係がないと思います。

刑事責任の追及は、医療安全の阻害要因になりうる

責任について。医師は今、自律を目指しています。医師の中には、いわゆるトップダウンではなくて、ピアレビューという非常に公平な考え方があります。そして、このプロフェッショナル・オートノミーというのを目指す。これについては、法律家、有識者にご意見をいただきたいと思います。

しかし、一部の刑法学者、一部のメディアに、いまだに医療者の刑事責任を追及しようという意見が強くあります。しかし、医療者の刑事責任を追及しても、原因はおろか、医療安全の阻害要因にもなる。

これは私が勝手に言っていることではありません。一番最新の『刑事法ジャーナル』に

看護学の基本は「3度の確認」

横浜市立大学「患者取り違い事件」
ニュース見た元看護学校教師

⇒都立広尾病院 薬剤取り違い事件

「看護の基本は『3度の確認』、
基本ができていないから、
こんなミス起こすのよ」

「ルポ 医療事故」出河雅彦著より

医師も看護師も医療行為は
①準備時②実施時③終了時の「確認」

図表7

薬剤投与「3度の確認」

「全てが『確認』の唯一の行為に依存している。
これは驚き以外の何者でもない。
医療は、システムの発想が不十分。・・・
医療システムが誤った設計であることは明白」

京都大学エタノール誤注入事件「意見書」
当時の原子力発電安全制御研究者



現自治医科大学 医療安全学
河野龍太郎教授

「ルポ 医療事故」出河雅彦著より

図表8

「事故と過失を巡る諸問題」、これは医療だけではなくていろいろな事故について書いてありますけれども、そこで専門家がこのように話をしています。

あるいは弁護士の神谷恵子先生が中心で書かれた『医療事故の責任』、これにもしっかり書かれています。

本件の手術法を通して、科学的な原因究明と安全性の向上を考察する

本件事件について考えます。本件事件は人工心肺中の脳障害による死亡でした（図表9）。

高裁の判決は、死亡原因を上大静脈に挿入した脱血カニューレの位置不良、これが脳循環不全を起こしたのだと。これは喜田村先生がおっしゃったように、佐藤弁護側の最初から主張していることです。

しかし、皆さんはたぶんあまりよく分かっていない。報道されていないからです。医学会も発表していない。

「Big Surgeon、Big Knife」という言葉があります。昔の名外科医は傷を大きく切りました。大統領に2回も表彰されたことがある

ような名外科医でも、傷は大きかった。

ところが90年代に入り腹腔鏡手術、これは小切開、お腹を切る消化器外科とか泌尿器科、産婦人科で行われるようになりました。

そして、小児心臓外科でも同じように低侵襲の心臓手術、小切開というのがはやって来ました。

つまり、こんな術野なのですけれども（図表10）、ここには医師の方が多いと思いますが、これを見て、どこを手術してるか分からない方も多いと思います。これが心臓における小切開の手術です。

腹腔鏡手術が低侵襲であるはずが、技術的な無理がかかって死亡手術になってしまった。これが昭和大学の藤が丘病院事件や、慈恵会医科大学の青戸病院事件だと思います。

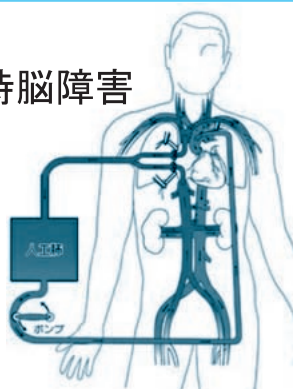
そして低侵襲心臓手術のはずが、技術的な無理によって患者さんが亡くなってしまった。これが東京女子医大事件だと思ってください。

1. MICS（低侵襲心臓手術）による手術の経緯

Big Knife、大きな皮膚切開、まずこのように正中を大きく切ります（図表11）。これ

本件事件

人工心肺時脳障害
⇒死亡



図表9

低侵襲 心臓手術 ＝小切開

小児心臓外科



図表10

が通常の心臓外科の手術の皮膚切開です。

一方、低侵襲心臓手術、これはMICSとされていますが、これは患者さんの体に対する侵襲とか疼痛軽減という効果はたいしてなくて、何よりも美容が重視されます。このように非常に小さい傷なので、女性とかお子さんのご両親には大変喜ばれています（図表12）。

しかし、90年代に入ってBig Surgeonは今度はMICSを奨励する側に回りました。

もう1回説明すると、Big Knifeの方では皮膚を切った後、その下にある薄い青色の範囲の胸骨という部分ですけれども、ここの部分を全部切ります。これが通常の心臓手術です（図表13）。

そうすると、このような視野になります。これは外科医から見た視野です（図表14）。

解剖の復習をすると、ここが右心室、ここが大動脈、ここが上大静脈、ここが右心房、ここが肺動脈、非常によい視野が得られています。

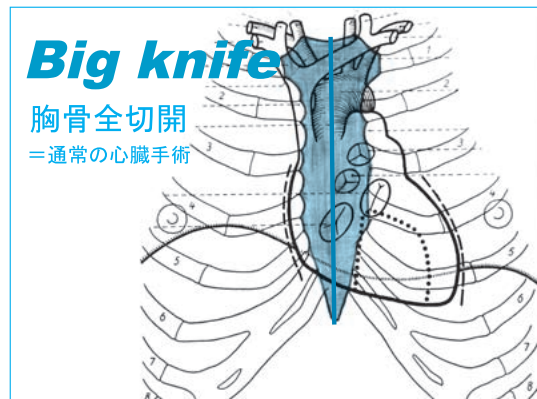
そして、本件であれば、右心房を切って、肺動脈を切って手術するはずでした。

ところがMICSの方は、小皮膚切開で非常に切開は小さく5cmから8cm、大体クレジットカードの大きさ、このような小さいところから手術をすると思ってください。そして、その下の薄い青色の範囲の胸骨の部分は、部分的にしか切りません（図表15）。

そうするとこのような視野になります（図



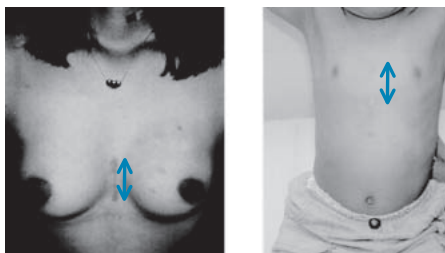
図表11



図表13

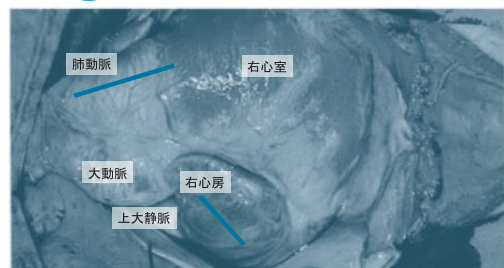
低侵襲心臓手術=MICS

目的:美容>>身体侵襲軽減・疼痛軽減



図表12

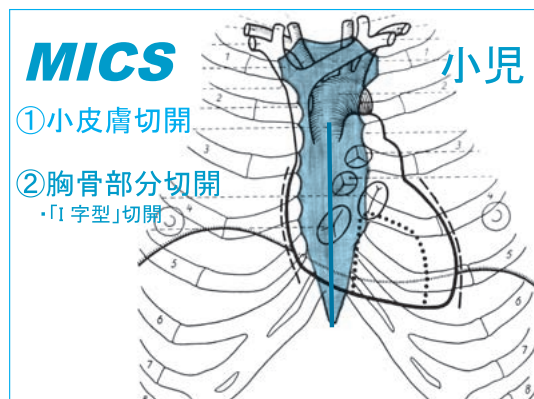
Big knife



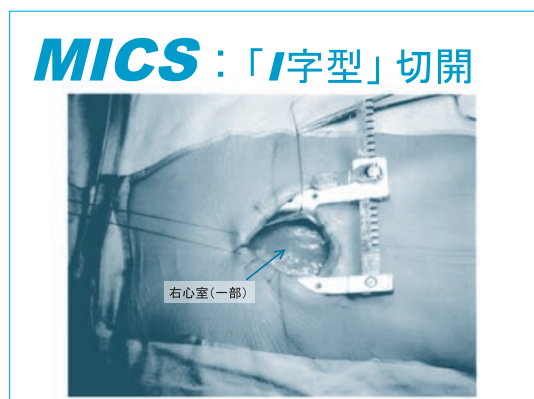
図表14

表16)。このような視野では、見えているのは右心房、右心室の一部しか見えません。右心室がちょっと見えるだけです。

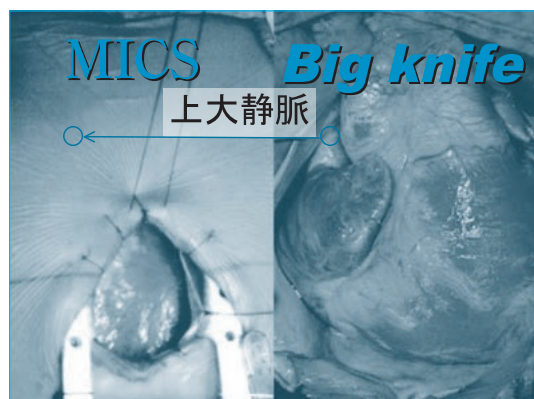
MICSとBig Knifeを比べてみましょう。大体同じスケールにしてあります。本件で問



図表15



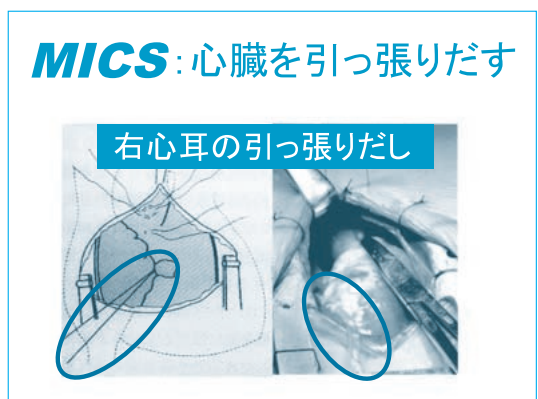
図表16



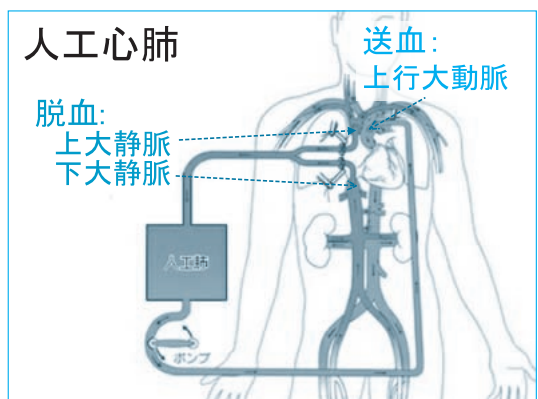
図表17

題になった上大静脈はこの位置にあります。これをMICSと同じ位置にしてみると、このような位置になります(図表17)。当然直視下ではありません。

では、これをどうやって手術していくか。まず、心臓を引っ張り出して手術します。あちこちで引っ張ります。一番最初にやるのは、右心房の先端の右心耳というところなのですが、これを引っ張り出して手術を開始する(図表18)。そして人工心肺では脱血、つまり上大静脈や下大静脈、ここから血液を抜き取り、そして人工肺に送って酸素化をする。それをポンプで送って、上行大動脈というところから送血を行って体外循環を行います(図表19)。



図表18



図表19

そしてこのMICSにおいて、上大静脈の脱血管というのは、非常に曲げやすくしてしなやかな真っ直ぐの脱血管が用いられるべきなのです。本件で使われた物は、経右心耳から入れる物ではなくて、直接カニュレーションをするために作られている直角に固定された非常に硬い物でした（図表20）。

正しい隠れた上大静脈への脱血管の挿入方法を説明します（図表21）。

この図、漫画ですけれども、ここに上大静脈があります。そしてここに管を入れるときは右心耳から、つまりこの青丸の部分から矢印の方向に向かって管を入れていけばスムーズに入ります。そうするとこのような形で入る。これがMICSの基本です。

そしてこちらの写真では心臓手術のために脱血管を外側に振っていますけれども、結局同じことで、こういった写真の図になります（図表22）。

では、なぜこの直角に固定された脱血管が存在しているのでしょうか（図表23）。これはBig Knifeで、上大静脈に直接カニュレーションをしなければいけない場面があるからです（図表24）。最初からこのような方向で管を入れていけば、直角に曲がっているのは非常に理にかなっています。

私が若いころ、原書で読んだ教科書の日本語訳『セーフティテクニック心臓手術アトラス』が最近出ました。上大静脈のカニュレーションのセーフティテクニックは、右心耳か

MICS: 上大静脈脱血管 経右心耳



図表20

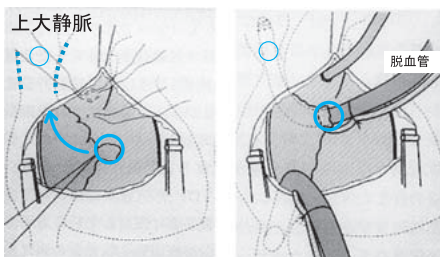
MICS

標準術式
“経右心耳”
上大静脈脱血



図表22

正しい “右心耳” から 隠れた上大静脈への脱血管の挿入



図表21

right angle rigid

直角に固定された脱血管の目的は？



図表23

ら上大静脈に入れば正しい。奇静脈というのがそばにあって、こちらの方に入ってしまったら誤りなので、奇静脈の誤挿入に注意しましょうということが教科書に書いてあります。

また別の教科書でも、上大静脈のカニューレーションは先端が奇静脈の方に入らないように注意しましょうと（図表25）。

これは40年前の教科書です。40年前に日本の心臓外科の父と言われる女子医大の榊原先生がお書きになった本です。

2. 事件の死亡原因と再発防止策

本件事件の死亡原因。その根本的な原因は、直角で硬い脱血管を無理矢理見えない上大静

脈に直接入れてしまったことです。これによって脱血の状況が悪くなってしまった。これが長く続いてしまった。では、これを、そういったことが起きた後に、どうやって管理しなければいけないか。

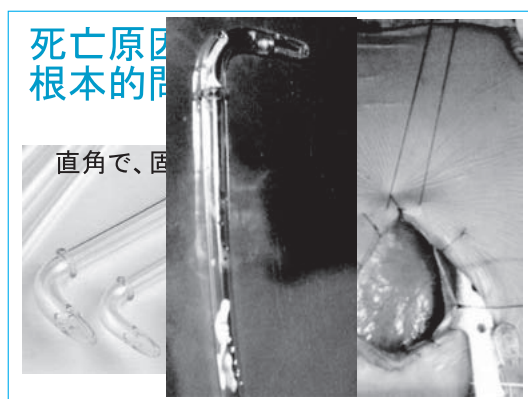
これは実際に使われた物です。直角に曲がっているところか、直角以上に厳しい角度の物です。これが使われた（図表26）。

では、これが間違っって入ってしまっているときに、どうやって管理していくか。

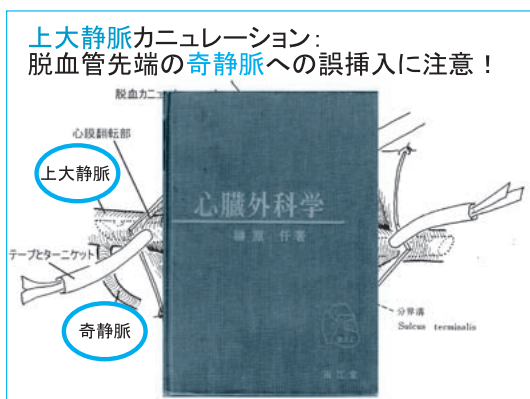
これは人工心肺を操作している図なのですが、いろいろな装置があつて、いろいろなモニターを私たちは見えています（図表27）。そして、特に気をつけなければいけないのは、ここに4という数字があるのですけ



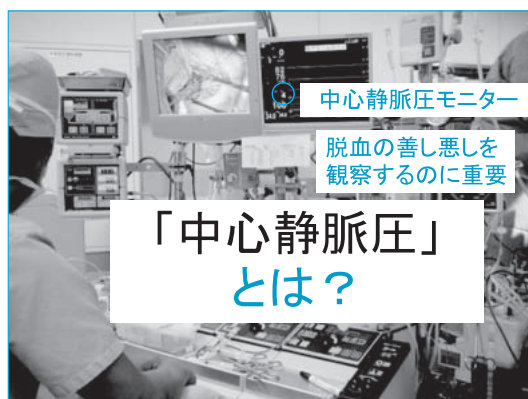
図表24



図表26



図表25



図表27

れども、これが中心静脈圧と言われているものです。この中心静脈圧のモニターをよく見ていると、脱血のよし悪しを観察するのに非常に重要なものになってきます。

では、中心静脈圧というのは何のことか。

皆さんご存じだと思いますけれども、上大静脈、下大静脈、両方とも中心静脈です。体外循環、人工心肺をやっているときは管が入っていますので、全く値が同じということはありません。こういった細い管を入れて経時的にモニターしますけれども、赤ちゃんであれば、このように上大静脈に入れるのであれば首から管を入れていきます（図表28）。

しかし、本件では下大静脈の圧力しかモニターされていませんでした。つまり、MICSでは上大静脈の圧力をモニターするべきだったのではないのでしょうか。

私は自分のブログに、本件事件が起きないような再発防止案を発表しています（図表29）。その一部ですが、MICSでは上大静脈のカニューレーションは経右心耳を基本として直接カニューレーションは行わない。MICSにおいては上大静脈のモニターを必ず行う。こういったことを再発の防止としてやっていかなくてはいけないと思います。

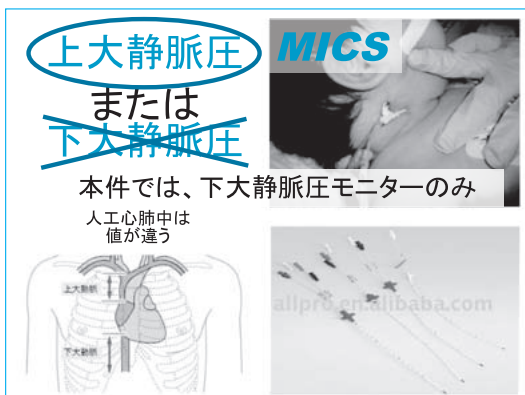
捜査機関への「告発書」兼「鑑定書」となった院内事故調査報告書

ヒューマンファクターの工学の話をしました。『人はだれでも間違える』とか、『医療におけるヒューマンエラー』、これは皆さん読んでいる方は多いと思いますけれども、その後ヒューマンエラーと医療に関する本はたくさん出ています。

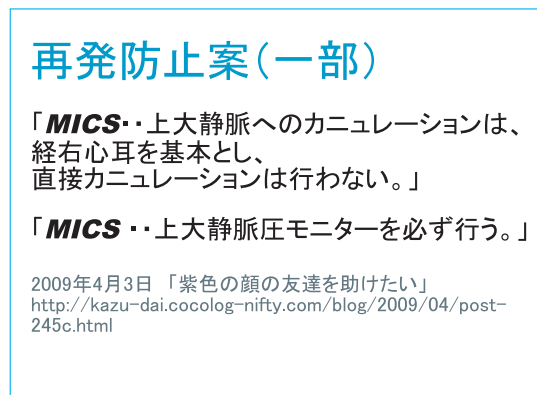
私が読んできた中で、いちばん大事だと思った書籍は、『JUST CULTURE』という原題名の『ヒューマンエラーは裁けるか』、シドニー・デッカーさんというスウェーデンの教授ですけれども、「安全で公正な文化を築くには」と日本語訳がされています（図表30）。

そして、シドニー・デッカーさんの本を読んで思ったのは、東京女子医大の組織は本当に公正な文化が欠如した組織だということです。そして、この大学が作った院内事故調査報告書は捜査機関に対する「告発書」であり、また「鑑定書」になりました。

2009年の科学ジャーナリスト賞を取りました『ルポ医療事故』、朝日新聞の出河雅彦さんの書籍ですけれども、本件事件を扱い「否



図表28



図表29

定された内部報告書」というサブタイトルが付いています。

その中で、「科学ではない」という項がありますが、そこで東岡調査委員長のコメントがあります。「報告書の結論に根拠はない」。「『科学ではない』と言われれば、その通りだ」。報告書は科学ではありませんでした。

この事故調査委員会の報告書の問題については、やはり私が『診療研究』の2011年3月号に投稿していますので、ぜひお読みください（図表31）。

専門家不在で作成された 院内事故調査報告書

この委員会の事故調査委員、委員長は泌尿器科の教授、当然心臓手術は見たことはありません。麻酔科の教授が委員でしたが、この方は小児心臓麻酔は専門外です。どちらかという心臓手術を逃げ回っている先生でした。そして循環器内科の教授もいましたが、当然内科の先生なので手術は見たことはありません。

そして、この委員会から専門家は排除されていました。というか、選ばれていませんで

した。私が所属していました心臓血圧研究所の心臓外科医はだれも選ばれない。そして、女子医大には本院の第一外科でも心臓外科医はいましたが、これも無視された。そして、第二病院、今の東医療センターにも心臓外科医はたくさんいましたが、これも無視された。

脳障害が起きたことは分かっていました。しかし、脳外科医や神経内科医といった脳神経を扱う科の先生は選ばれませんでした。

そして、麻酔科の専門医はたくさんいました。特に日本心臓麻酔学会の理事長とか、日本で珍しい小児麻酔の専門家といったのもいたのですが、こういった方々は全く無視された。

この委員長の証言、心臓血圧研究所所属の医師の排除の理由は「手術の適否や手順などを手術を担当した医師から聴取することになれば、互いに異論を述べ、真実の究明が難しくなり、委員会の調査が長期化して、委員会としての結論を出すことが困難になることが十分考えられたからです」と言うのですけれども……。

では、現場医療者の意見を無視すると真実は簡単に究明されるのかと、私は言いたいのです。

“ヒューマンエラーは裁けるか”



JUST CULTURE

安全で“公正な文化”を築くには

シドニー・デッカー 著
(芳賀 繁 監訳)

図表30

事故調査委員会 報告書の問題

東京保険医協会
「診療研究」
465号・2011年3月



図表31

これは私の恩師の1人である小松秀樹先生がよくおっしゃるのですが、「院内事故調査委員会の本来の目的、原理的な目的としては、医学的観点からの事実経過をしっかりと把握すること。原因分析をしっかりとすること。そして、安全に対しては別に安全委員会があってもよいのではないか」ということです。これには何より現場医療者の声が大切だと思います（図表32）。

原因究明の姿勢は必要です。しかし、困難な場合があります。「真実」と簡単に言いますが、喜田村先生がよくおっしゃるお言葉ですが、非常に微妙で複雑なのが真実です。

そして、小松先生がおっしゃる院内事故調査委員会の理念、医療事故に関する科学的認識、そして医師の自律性の確立、組織としての病院の機能向上、こういったことによって医療の質、安全の向上をしようということですが、現実とは全く理念とかけ離れたものです（図表33）。

病院側の都合で作成される 院内事故調査報告書

院内事故調査委員会の隠れた目的、つまり、紛争対策であったりとか、患者側や社会の攻撃をかわすため、あるいはこれが大きいのですが、保険会社から賠償金を得るため、こういった理由がありますが、こういったものはすべて病院開設側の都合によるものです（図表34）。

そして、事故の報告書作成の第1次的な目的は、患者さんへの説明というのがあります（図表35）。患者さんは、真実がどうこうよりも、納得のいく説明を求めています。医学的観点から原因分析するということは医療

院内事故調査委員会：理念

- ・医療事故に関する科学的認識
- ・医師の自律性確立
- ・組織（病院）機能向上

ところが、
現実とは理念とかけ離れている！

図表33

院内事故調査委員会：本来の原理的目的

医学的観点からの

- ①事実経過把握
- ②原因分析

「現場医療者の声」がなにより大切

- ◆原因究明：姿勢は必要だが、困難な場合もある
- ◆真実：簡単にいうが、「非常に微妙で複雑なもの」

図表32

院内事故調査委員会：隠れた目的

- ・紛争対策
- ・患者側や社会の攻撃をかわすため
- ・保険会社から賠償保険金を得るため

⇒全て病院開設者側の都合

図表34

者は大切だと思いますけれども、患者さんにとっては、真実でなくても納得される説明を優先されるでしょう。

よく患者さんが医療事故が起きたときの願いはいろいろなものがあるとされていますが、死亡事故が起きたとき、まず患者さんの家族が考えるのは、おそらく誠実な対応をすること、そして謝罪をすることだと思います(図表36)。

反対に病院組織側の立場に立つと、病院幹部や院内調査委員が組織の責任を認めないで言いわけをしたり、あるいは現場医療者をかばうような形になってしまうと、患者側からの反発は非常に強くなります(図表37)。そしてメディアに暴露。そうすると、社会的な

制裁は必至です。

そうなると責任者は自らを守るために、とりあえず道義上の責任を認めて、現場管理の不徹底を認めて、反省、謝罪することが合理的です。

病院組織の現場管理責任を認める。逆に言えば、裏を返せば、実質上責任を現場医療者に転嫁するということになります。翻って社会から、情報公開に積極的な進歩的な院長だという評価を得るために利用できます。これはまさに女子医大が行ったことです。

偽りの院内事故調査報告書

女子医大の内部報告書の結論は、死因は脱血不良による脳循環不全で、脱血不良の原因は吸引ポンプの回転数の上昇が基本。もう1つフィルターの目詰まり、これはあるのですが、これは促進因子であり関係がないという結論です(図表38)。

つまり、a. 吸引ポンプの回転数の上昇によって静脈貯血槽が陽圧化して、空気が逆流して脳障害が起きたと言っています。

先にフィルターの目詰まりについて考えます(図表39)。

事故「報告書作成」: 第一次的目的

患者側への説明

真実よりも”納得のいく”説明

医学的観点からの「原因分析」

よりも

真実でなくとも“納得させる”説明優先

図表35

患者側の願い いろいろあるが先ずは

- ①誠実な対応
- ②現状回復 ⇒死亡例では不可能
- ③真相究明
- ④反省謝罪
- ⑤損害賠償
- ⑥再発防止
- ⑦報復的制裁復讐感情の実現

図表36

病院組織の立場

病院幹部や院内調査委員が組織責任を認めず言い訳したり現場関係者をかばったりすると

- ⇒患者側からの強い反発
- ⇒メディアに暴露
- ⇒社会的制裁必至!

図表37

実は使用されたフィルターは、別用途のフィルターでした。薬事法上の適応外のもんです。そしてさらに、繰り返し使用してはいけないということに違反して、繰り返しこれを使っていました。これは添付文書に「本件の使用は1回限りで再使用はできない」としっかり書いてあります。これは完全に病院側の問題です。

実地検分があったときに、まだだれが悪いのか捜査機関がその方向性を決めていない段階で、私の捜査官はこう言っていました。「医療品でそんなことをしていいと思っているのかよ」、これが実際の感想ではないでしょうか。

吸引ポンプ100回転の上昇。これは人工心

肺の操作であった私たった1人、個人の行為によるものです。

これは実際に使われた人工心肺の吸引ポンプです。100回転を示していますが、これをよく見ると、最高回転数は250回転まで上げることができるものです。元々250回転にしても全く問題がない装置でした（図表40）。

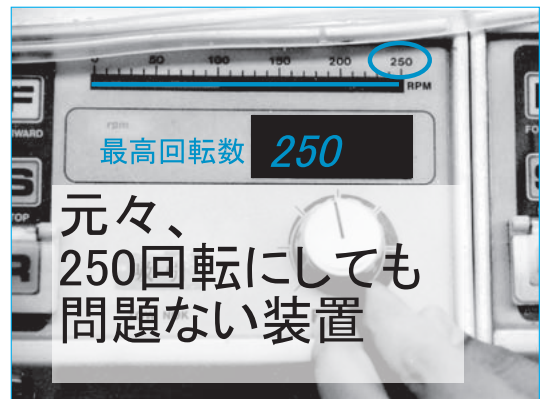
これは本件で使用した陰圧吸引脱血法の人工心肺の装置を作っているバクスターという会社が、Q & A方式でプレゼンテーションしたものです（図表41）。

要点を言えば、吸引ポンプの回転数の上昇をさせるという行為をしても全く問題にならないということが、事件の何年も前からプレ

女子医大内部調査報告書の結論

1. 死因は脱血不良による脳循環不全
2. 脱血不良の原因
 - a. 吸引ポンプの回転数の上昇
 - b. フィルターの目詰まり
 - a. が基本で、b. は促進因子
3. a. により
静脈貯血槽が陽圧化して空気が逆流
⇒脳障害

図表38



図表40

b. フィルターの目詰まり

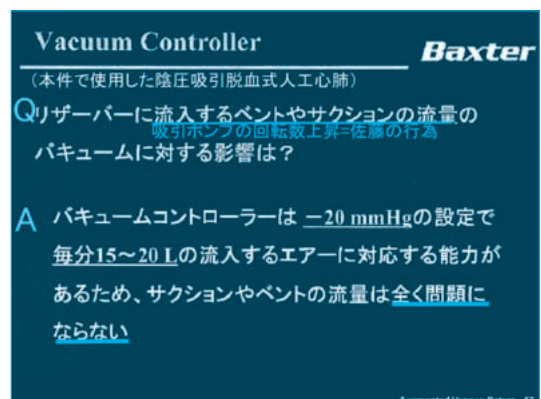
別用途フィルター
薬事法上適応外

繰り返し使用＝違反



病院側の問題

図表39

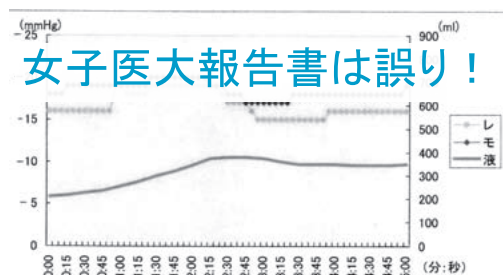


図表41

ゼンテーションされていました。

これは東京地方裁判所が行った検証実験、つまり本件に使われた器具をすべて同じものを用いてやった実験です（図表42）。吸引ポンプの回転数を上昇させたらどうなるか。ここに圧力が2系統書かれています。ここに静脈リザーバーというものの液面レベルが書かれています。全く変化はありませんでした。つまり、女子医大の事故報告書は誤りだということを裁判所が実験によって証明しました。

吸引ポンプの回転数を上昇させた場合
東京地方裁判所「検証実験」



図表42

院内事故調査報告書: 根源的問題点

当事者を無視

- ① 当事者の行為（ポンプ上昇）を問題視
⇒ 当事者の佐藤は知らない
- ② 患者家族に渡された報告書の存在
⇒ 当事者の佐藤は知らない
⇒ 報告書の意見を述べる機会なし

東間委員長の基本方針を振り返ると

図表43

当事者への人権的配慮を無視して 作成された院内事故調査報告書

院内事故調査報告書、根源的な問題点は当事者を無視したことです（図表43）。私は、つまり当事者は、ポンプの上昇を行った行為そのものは、自分では全く問題ない行為だと思っていました。そして、女子医大はこれを問題視した。私はそのこと自体も知りませんでした。

この報告書を作成したときに、患者さんの家族に先に渡されてしまいましたが、その報告書が存在しているということ自体も知りませんでした。つまり、当然報告書に意見を述べる機会は全くありませんでした。

東間委員長の基本方針をもう1回振り返ってみると、「手術の適否や手順などを手術を担当した医師から聴取することになれば、互いに異論を述べ真実の究明が難しくなり、当事者や心臓外科医の意見を無視した」ということです。つまり、人権無視、欠席裁判と同じことです（図表44）。

先ほど紹介した『JUST CULTURE』（公正な文化）、ここにはこういうことが書かれています。

「……手術の適否や手順等を
手術を担当した医師から聴取することになれば、
互いに異論を述べて真実の究明が難しくなり、
……」⇒当事者や心臓外科医の意見を無視

⇒人権無視・欠席裁判

図表44

「単一の説明では複雑な事象を公正に取り扱うのは無理である。真実に迫るには多層的な説明が必要である。説明同士一部は重複し、一部は矛盾するだろうが、それでよい」。「公正な文化は多層性な説明のうち、『下からの視点』に注意を払う」。

ここが重要なところだと思います。

先月、日本医師会から発表された『医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について』という冊子が、皆さんのお手元にあると思います（図表45）。

ここには3ページに「すべての医療機関に院内医療事故調査委員会を設置する」とあります。これが実現すると、今後、膨大な数の事故調査報告書が発表されるはずでしょう（図表46）。

院内事故調査報告書を発表する際の2つの「絶対条件」

事故調査報告書の発表、この絶対条件。私は最近、地方でもお話しする機会が増えているのですけれども、この2つを言っています（図表47）。

1つは当事者の報告書の不同意、拒否権の

担保。

もう1つは不同意理由の報告書への記載の権利の確保。

説明しますと、これは今、頓挫してしまっている、いわゆる医療事故調の第三次試案です。私は大綱案とともにこれには絶対反対ですが、部分的にはよいことも書いてあります（図表48）。

つまり、「個別事例の調査を終える前に、当該個別事例に関係する医療関係者や遺族などから意見を聞く機会を設ける」。そして、「委員会の意見と当該個別事例に関係する医療関係者や遺族などの意見が異なる場合には、その要旨を別に添付することができる」と書いてあります。

2. 全ての医療機関に院内医療事故調査委員会を設置する

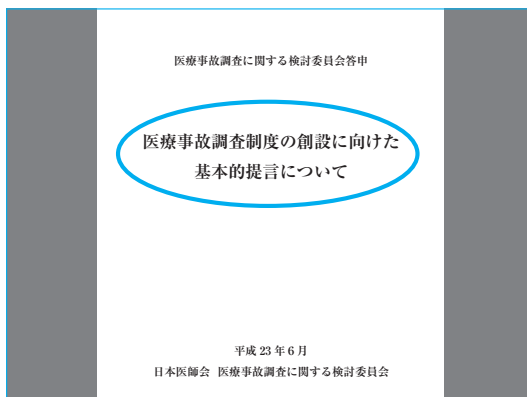
- 全ての医療機関において、医療事故に対しては、迅速に調査し真実を隠さなく報告するための委員会をその医療機関の責任のもとに立ち上げる。「迅

今後、膨大な数の「事故調査報告書」が発表される。

- 段階的に委員会の機能を捉え、1次段階 first stageとして、平時の医療安全委員会を位置づける。これは患者満足度を含めた医療の質向上、有事への備えを目的とした常設委員会である。

3

図表46



図表45

事故調査報告書発表:絶対条件

1. 当事者の報告書不同意・拒否権の担保
2. 不同意理由の報告書への記載の権利確保

図表47

日本医師会の医療事故調査に関する検討委員会、あえて私はもう一度「JUST CULTURE」、公正な文化の観点、そして現場医療者、下からの視点、これを大切にするように強調したいと思います（図表49）。

この委員の先生方には非常に高名で有名な先生方がいらっしゃるかもしれませんが、いわゆる下からの視点というか、現場そのものに従事している先生はそう多くないでしょう。法律家の先生もいます。ですから、こういった認識はないかもしれない。少なくとも9年前に全く「公正な文化」という観点を持っていなかった先生が、この中に入る可能性が非常に強いと思います。

私からの提言を最後、もう1回発表させて

医療事故調査制度
—第三次試案—

「大綱案」とともに絶対反対だが、
部分的には、良いことも書いてある。

平成20年4月
厚生労働省

本試案の内容は、厚生労働省、法務省及び警察庁の間で合意したものである。

図表48

日本医師会
医療事故調査に関する検討委員会へ

あえて

Just culture

「公正な文化」の観点
現場医療者「下からの視点」

を強調

図表49

いただきます（図表50）。

医療事故調査報告書発表の絶対条件です。

1. 当事者の不同意・拒否権の担保。つまり、事例調査を終える前に、当事者から意見を聞く機会を必ず設ける。

2. 不同意理由記載権利の確保。委員会の意見と当事者の意見が異なる場合は、その要旨を別に添付する。

これが守られていない事故調査報告書は公正な文化から生まれたものではないと断言できると思います。

ご静聴どうもありがとうございました。

座長コメント

石井 佐藤先生、率直なご提言、本当にありがとうございます。先生がおっしゃったプロフェッショナル・オートノミーという概念は、日本医師会も参加しています世界医師会マドリッド宣言にうたわれていましたが、この改訂作業が2008年に行われ、現在はソウル宣言という名前で、アジアの都市名が付いて現在も生きています。これはカント哲学のオートノミーという概念をあくまでも守ろうという、我々の意思表示でもあります。

提言：

事故調査報告書発表の絶対条件

①当事者の不同意拒否権の担保

事例の調査を終える前に、
当事者から意見を聴く機会を設ける。

②不同意理由記載権利の確保

委員会の意見と当事者の意見が
異なる場合は、その要旨を別に添付する。

図表50

■図表の出典

図表10) 図表12-右) 図表16) 図表17-左)

石野幸三, 佐野俊二: 小児の小切開手術. 許俊鋭 (編): 心臓血管低侵襲手術—より安全かつ有効なMICS手技を行うための必須知識. メジカルビュー社, 2002, pp.44-52

図表12-左)

四津良平, 他: 6 弁膜症 (1) Port-Access法による弁膜症を中心とした心内修復術. 尾本良三, 他 (編): 低侵襲心臓外科手術 改訂第2版. 診断と治療社, 2002, p.153

図表18-左) 図表21) 図表22-左)

石野幸三, 佐野俊二: 7 先天性心疾患 (5) 複雑心奇形. 尾本良三, 他 (編): 低侵襲心臓外科手術 改訂第2版. 診断と治療社, 2002, p.198

図表24-下)

幕内 晴朗, 他 (訳), 古瀬彰 (監訳): 第2章 体外循環の準備. セーフティテクニク心臓手術アトラス. 南江堂, 2005, p.27

図表26

幕内 晴朗, 他 (訳), 古瀬彰 (監訳): 第5章 心臓手術総論 II人工心臓カニューレ装着手技 3. 脱血カニューレ a. 静脈カニューレ. セーフティテクニク心臓手術アトラス. 南江堂, 2005, p.124

図表14) 図表17-右) 図表24-上)

Wilcox B.R., Anderson R.H.: Surgical Anatomy of the Heart. Churchill Livingstone, London, 1985 ; 2.2

シンポジウムⅡ

杏林大学割り箸事件 耳鼻科医の立場から

元杏林大学耳鼻咽喉科教授

長谷川 誠



演者紹介

石井 それでは続きまして、杏林大学割り箸事件のご紹介に移らせていただきます。

まずこの事件で起訴されましたドクターの指導教授でいらっしゃいました長谷川誠先生をご紹介申し上げます。

長谷川先生は1965年、東京医科歯科大学医学部をご卒業後、東京医科歯科大学医学部付属病院にて研修をされ、1966年、東京医科歯科大学耳鼻咽喉科教室に入局され、1975年同大学耳鼻咽喉科学教室講師にご就任されました。同年Mayo Clinic客員研究員としてご留学の後、1995年に杏林大学医学部耳鼻咽喉科学教室教授、2005年に東京医科歯科大学大学院歯科睡眠呼吸障害管理学講座・講座主任に就任され、2008年に同大学を退職されました。

長谷川先生は杏林大学割り箸事件の際に、自ら警察の取り調べも受けられ、また弁護側証人として法廷に立たれるなどのご経験をされていらっしゃると思います。

長谷川先生、それではどうぞよろしく願います。

長谷川 ご紹介いただきました長谷川でございます。

私は耳鼻咽喉科医の立場からお話を申し上げ

ますが、実は杏林大学割り箸事件が起こり、当事者、弁護団、それを支援するというか支えるグループの判断、基本姿勢として、ひとたび刑事事件として立件されたわけですから、この決着はすべて法廷にて行うというのが私どもの見解でありましたので、この事件の経過についてはインターネットとかいろいろなところに出ましたけれども、フォーマルな形で出ていないものですから、今日これをフォーマルな形で私から申し上げたいと思います。

したがって、本日私が申し上げます経過は、いわゆる医師側が法廷で主張したもののうち、東京高等裁判所がそれを認定した事実だけを述べています。ですから、これ以上主張したことはたくさんありますけれども、それは法廷が認定していませんから、私が申し上げることはすべて経過は高裁が認定した事実であります。

杏林大学割り箸事件の概略

杏林大学割り箸事件について簡単に概略を申し上げます。

1999年7月に4歳の男児が割り箸を口にくわえて転び、杏林大学救急センターに運ばれ

ました。その際に割り箸の先端が頭蓋底の頸静脈孔を通して小脳を損傷し、折れて頭蓋内に残存していることを担当医は診断できず、患児は約半日後に死亡いたしました（図表1）。

担当医および病院関係者はお子さんを救えなかったという事実を重く受け止めていて、深い哀悼の意を表するとともにご冥福をお祈りしております。

しかしながら、この事件は医学的に、世界的に見ても前例のない極めて難しいケースであり、民事裁判の1審および控訴審において過失なし、刑事裁判の1審および控訴審においても無罪の判決を受けています。すなわち、この事件は医療事故ではなく、ましてや医療ミスではありえず、割り箸による不幸な事故であったということが法的に明らかになったわけです（図表2）。

報道機関による担当医に対する人権侵害は恣意的な激しいものであって、最終的な裁判所の判断が示された後でも、一部の報道機関は新聞紙面やあるいは報道番組の編集、番組構成等によって、あたかも医師に過失があったかのような報道に終始していました。

この事件は我が国の深刻な医療危機を引き起こした最も重要なきっかけの1つでありま

して、「善意に基づいた医療行為」の結果に対して刑事責任を問うという、日本の社会の問題点を浮き彫りにしています（図表3）。

臨床医の中で、自分はこのように決断して巻き込まれることはないだろうというように漠然とした考えを持って臨床に従事しておられる方がいるとすれば、それは極めて甘い危険な認識であると言わざるを得ません。

割り箸事件の経緯

それでは割り箸事件の経過をもう少し詳しくお話し申し上げます（図表4）。

患児は「すぎのき生活園」において、平成11年7月10日、午後6時過ぎ、割り箸に巻き

杏林大学割り箸事件(2)

- しかしこの事件は医学的には世界でも前例のないきわめて難しいケースであり、民事裁判の一審および控訴審において過失なし、刑事裁判の一審および控訴審においても無罪の判決を受けた。
- すなわち、この事件は医療事故ではなく、ましてや医療ミスではありえず、割り箸による不幸な事故であったことが法的に明らかにされた。
- 報道機関による担当医に対する人権侵害は恣意的な激しいものであり、最終的な裁判所の判断が示された後でも、一部の報道機関は新聞紙面や報道番組の編集、番組構成等により、あたかも医師に過失があったかのような報道に終始した。

図表2

杏林大学割り箸事件

- 1999年7月、4歳の男児が割り箸を口にくわえて転び、杏林大学救急センターに運ばれた。その際、割り箸の先端が頭蓋底の頸静脈孔を通して小脳を損傷し、折れて頭蓋内に残存していることを担当医は診断できず、患児は約半日後に死亡した。
- 担当医および病院関係者は、お子さんを救えなかったという事実を重く受け止めており、深い哀悼の意を表すると共に、ご冥福をお祈りいたしております。

図表1

杏林大学割り箸事件(3)

- この事件は、わが国の深刻な医療危機を引き起こした最も重要なきっかけのひとつであり、「善意に基づいた医療行為」の結果に対して、刑事責任を問うという日本社会の問題点を浮き彫りにしている。
- 臨床医の中で、自分はこのように決断して巻き込まれることはないという漠然とした考えで、臨床に従事している医師がもしいるとすれば、それはきわめて甘い危険な認識であるといわざるを得ない。

図表3

つけられた綿あめをくわえて走っていた際、前のめりに転倒し、割り箸を軟口蓋に突き刺して負傷いたしました。

看護師が保健室で口を開けるように声をかけ、患児がそれに従って口を開けたので、口内を観察しましたが、軟口蓋にはへこんだような傷があるのみで出血している様子はありませんでした。

嘔吐はなく、目を閉じたまま泣いていました。到着した救急車の救急救命士は近くにいた中年の女性から、割り箸は患児が抜いたとの話を聞き、割り箸全体が体内から抜けていると考えました。

そして患児に口を開けるように指示したところ、直ちに開口いたしました。

救命士はさらに目を開けられるかを尋ねた

割り箸事件の経緯

- 患児は「すぎのき生活園」において、平成11年7月10日(土)午後6時過ぎ、割り箸に巻きつけられた綿あめをくわえて走っていた際、前のめりに転倒し、割り箸を軟口蓋に突き刺して負傷した。看護師が保健室で口をあけるように声をかけ、患児がそれに従って口を開けたので口内を観察したが、軟口蓋にはへこんだような傷があるのみで、出血している様子はなかった。嘔吐はなく目を閉じたまま泣いていた。到着した救急車の救急救命士は近くにいた中年の女性から割り箸は患児が抜いたとの話を聞き、割り箸全体が体内から抜けていると考えた。そして患児に口を開けるように指示したところ、直ちに開口した。

図表4

割り箸事件の経緯(2)

- 救命士はさらに目を開けられるかをたずねたところ、患児はすぐに反応して目を開けたので意識状態は良好と判断した。ペンライトで口内を見ると軟口蓋ににじむ程度の出血のある浅そうな傷を認めた。瞳孔径や対光反射に異常はなく、呼吸、脈拍、動脈血酸素飽和度も正常値を示した。嘔吐や吐き気もなかった。救命士は杏林大学に電話で「割り箸がのどに刺さったが割り箸自体は抜けている」、「傷の深さは不明である」と伝え救急車で搬送した。搬送中、患児は一度、車の中で嘔吐し、何度か吐き気を示した。

図表5

ところ、患児はすぐに反応して目を開けたので、意識状態は良好であると判断しました(図表5)。

ペンライトで口内を見ると、軟口蓋ににじむ程度の出血のある浅そうな傷を認めました。瞳孔径や対光反射に異常はなく、呼吸、脈拍、動脈血酸素飽和度も正常値を示しました。嘔吐や吐き気もありませんでした。

救命士は杏林大学に電話で「割り箸がのどに刺さったが、割り箸自体は抜けている」、「傷の深さは不明である」と伝えて、救急車で搬送しました。搬送中、患児は一度車の中で嘔吐し、何度か吐き気を示しました。

患児は杏林大学救急救命センターに運ばれ、最初に看護師が救命士に外傷後の経過を尋ねたところ、「転倒して割り箸がのどに刺さったが、割り箸は見当たらない」、「自分で抜いたようである」、「意識状態はよい」、「救急車の中で1回嘔吐した」との回答を得ました(図表6)。

看護師が患児に大きく口を開けるように伝えたと、患児は大きく口を開けました。さらに目を指で開けて瞳孔を確認しましたが、異常は認められませんでした。

看護師は患児に「抱き上げてほしいのか」と尋ねたところ、うなずいたので抱き上げま

割り箸事件の経緯(3)

- 患児は杏林大学救急救命センターに運ばれ、最初に看護師が、救命士に外傷後の経過を尋ねたところ、「転倒して割り箸がのどに刺さったが割り箸は見当たらない」、「自分で抜いたようである」、「意識状態はよい」、「救急車の中で一回嘔吐した」との回答を得た。看護師が患児に大きく口を開けるように伝えたと、患児は大きく口を開けた。さらに目を指で開け瞳孔を確認したが異常はなかった。

図表6

した。その際、患児は看護師のエプロンをつかんでいましたが、そのうち何度かおえつを繰り返し、甘いにおいのする透明な内容物を吐出いたしました（図表7）。

担当医は患児が到着10分後に、救急センターにて患児の診察を開始いたしました。初めに救命士より「転倒して綿あめの割り箸がのどに刺さったが割り箸は抜けている」、「患児が割り箸を抜いた」、「搬送中に1回嘔吐した」等の情報と、看護師からの報告を受けました。

その後、患児は看護師により耳鼻咽喉科診察室に運ばれ、母親が患児を自分のひざの上に乗せて抱き抱え診察台に座り、担当医の診察を受けました。担当医は母親に「どうしましたか」と問いかけ、「転んで割り箸がのどに刺さった」という返事を聞きましたが、それ以上の質問はせず、また母親も自分から患児の症状等を担当医に説明しませんでした（図表8）。

担当医は患児に口を開けるように述べ、患児が開けた口の中を視診、および綿棒による触診にて軟口蓋の傷口の部位、その大きさ等を確認し、傷の深さは不明であったもののすでに止血しており、その周囲に特段の異変が見られなかったことから、軟口蓋の傷にとど

まると判断し、治療として傷口を消毒、抗生剤軟膏を塗布しました（図表9）。

担当医は傷自体が小さかったことから、経過を見た上で2日後の7月12日に縫合するかどうかを決定することとし、抗生剤と抗炎症剤を処方し、母親にその旨を伝え、月曜日に患児を連れてくるように伝えました。それと同時に、「今日はゆっくり休ませること」、「風呂に入れないこと」、「薬は必ず飲ませること」、「やわらかいものを食べさせること」、「吐いたものがのどに詰まると困るので、横向きに寝させること」などの注意事項を伝え薬の説明をしました（図表10）。

その際、母親から、ぐったりしているのに連れて帰ってよいかとの質問を受けましたが、担当医は疲れて寝ているだけだから大丈夫

割り箸事件の経緯(5)

- その後患児は看護師により耳鼻咽喉科診察室に運ばれ、母親が患児を自分のひざの上に乗せて抱きかかえ診察台に座り、担当医の診察を受けた。担当医は母親に「どうしましたか」と問いかけ、「転んで割り箸がのどに刺さった」という返事を聞いたが、それ以上に質問はせず、また母親も自分から患児の症状等を担当医に説明しなかった。

図表8

割り箸事件の経緯(4)

- 看護師が患児に「抱き上げてほしいのか」と尋ねたところ、うなずいたので抱き上げた。その際、患児は看護師のエプロンをつかんでいたが、そのうち何度かおえつを繰り返し、甘いにおいのする透明な内容物を嘔吐した。
- 担当医は患児が到着10分後に、救急センターにて患児の診察を開始した。はじめに、救命士より「転倒して綿あめの割り箸がのどに刺さったが割り箸は抜けている」、「患児が割り箸を抜いた」、「搬送中に1回嘔吐した」等の情報と看護師からの報告を受けた。

図表7

割り箸事件の経緯(6)

- 担当医は患児に口を開けるように述べ、患児が開けた口の中を視診、および綿棒による触診にて軟口蓋の傷口の部位、その大きさ等を確認し、傷の深さは不明であったもののすでに止血しており、その周囲に特段の異変が見られなかったことから、軟口蓋の傷にとどまると判断し、治療として傷口を消毒、抗生剤軟膏を塗布した。

図表9

夫であると答えました。この間、患児は耳鼻咽喉科診察室にて1回嘔吐し、何度かおえつをしました（図表11）。

患児は翌日の11日、日曜日、午前6時までの間、特に大きな変化はなく、母親の呼びかけに対し反応していたものの、午前7時半に母親が異常に気づいた時点では唇が真っ青になっていた状態で全く反応しない状態になっていました（図表12）。

午前7時44分救急車が到着した時点では心肺停止状態にあり、直ちに搬送された杏林大学救命救急センターにて午前9時2分死亡が確認されました。

この件は割り箸事故が発生してから2年後に、担当医は業務上過失致死容疑で東京地検より起訴されました（図表13）。

割り箸事件の経緯(7)

- 担当医は傷自体が小さかったことから、経過を見た上で2日後の7月12日(月)に縫合するかどうかを決定することとし、抗生剤と抗炎症剤を処方し、母親にその旨を伝え、月曜日に患児をつれてくるように伝えた。それと同時に、「今日はゆっくり休ませること」、「風呂に入れないこと」、「薬は必ず飲ませること」、「やわらかいものを食べさせること」、「吐いたものがのどに詰まると困るので、横向きに寝させること」などの注意事項を伝え、薬の説明をした。

図表10

割り箸事件の経緯(8)

- その際、母親からぐったりしているのに連れて帰ってよいのかとたずねられたが、担当医は疲れて寝ているだけだから大丈夫であると答えた。この間、患児は耳鼻咽喉科診察室にて1回嘔吐し、何度かおえつをした。

図表11

検察側の主張

このスライドにあります×印が割り箸が刺入した口腔内の場所でありまして、これはちょうど硬口蓋の後縁、正中から左側に寄ったこの部分から斜め外向き上方に割り箸が刺入しています（図表14）。

方向的にはこのように上方ですが、側方へ向かって上方、外方へ向かって刺入しています（図表15）。

これは司法解剖の結果ですけれども、司法解剖の結果判明したことは、割り箸は頭蓋底の頸静脈孔を通して小脳へ刺さっていました（図表16）。

これに関して検察側の起訴理由ですけれども、まず軟口蓋に割り箸が刺入した場合、割

割り箸事件の経緯(9)

- 患児は翌日の11日(日)午前6時までの間、特に大きな変化はなく、母親の呼びかけに対し反応していたものの、午前7時半に母親が異常に気づいた時点では唇が真っ青になった状態でまったく反応しない状態になっていた。午前7時44分、救急車が到着した時点では心肺停止状態にあり、直ちに搬送された杏林大学救命救急センターにて午前9時2分死亡が確認された。

図表12

業務上過失致死容疑で起訴

割り箸事故が発生してから2年後、担当医は、業務上過失致死容疑で東京地検より起訴された。

図表13

り箸は上咽頭を通り抜け、頭蓋底の骨を穿破し、脳幹部を損傷する危険性がある。それを予測しなかったのは過失である（図表17）。

診断のため、CT検査を行わなかったのは過失である。

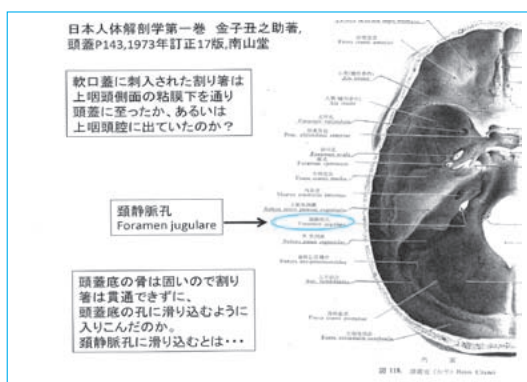
速やかに診断し治療を開始していれば、患児は90%の確率で助かったのだ、それを行わなかったのは過失である。

死因としては、検察側の主張は二転三転しましたが、最終的には検察側の証人として関西の某国立大学の現職教授が出廷して、出血による小脳ヘルニアが死因であると証言しました（図表18）。

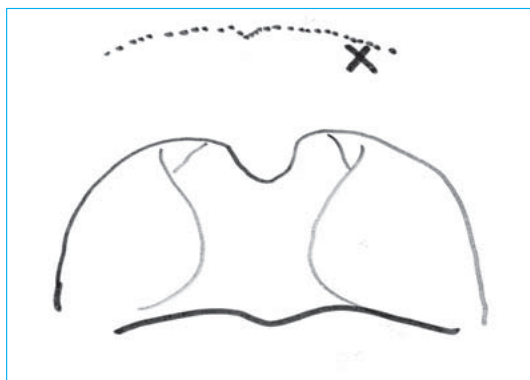
司法解剖を担当した関東某私立大学医学部法医学教授は、脳浮腫を指摘し、脳ヘルニアを死因とはいたしておりませんでした。

上咽頭～頭蓋底解剖所見

上咽頭～頭蓋底の解剖所見であります、司法解剖を行った法医学教授は、折れた割り箸の先端が上咽頭に突出していると鑑定書に記載しておりました。しかし、この解剖所見



図表16

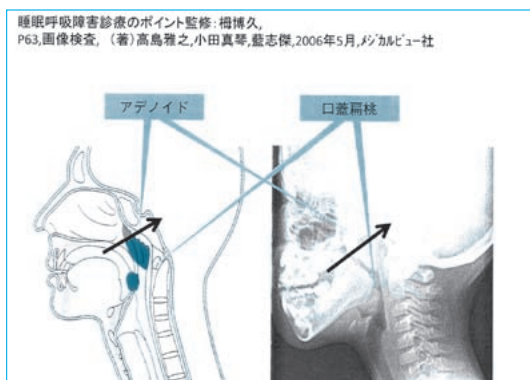


図表14

検察側の主張(1)

- 軟口蓋に割り箸が刺入した場合、割り箸は上咽頭を通り抜け頭蓋底の骨を穿破し、脳幹部を損傷する危険性がある。それを予測しなかったのは過失である。
- 診断のため、CT検査を行わなかったのは過失である。
- 速やかに診断し、治療を開始しておれば患児は90%の確率で助かったのだ、それを行わなかったのは過失である。

図表17



図表15

検察側の主張(2)

死因として、検察側の主張は二転三転したが、最終的には検察側の証人として、関西某国立大学教授が出廷し、出血による小脳ヘルニアが死因であると証言した。司法解剖を担当した関東某私立大学法医学教授は脳浮腫を指摘し、脳ヘルニアを死因とはしていない。

図表18

は不適切な解剖アプローチによる誤りであることを、医師側の証人は主張いたしました(図表19)。

この医師側の主張は検察側証人の別の法医学者によっても支持され、たとえファイバースコープ検査をしても割り箸の先端は確認できないと裁判所は最終的に判断いたしました。

割り箸の進入経路

司法解剖医は口蓋粘膜をメスで上顎歯列に沿ったU字切開で下まで剥離したために、上咽頭側壁の筋肉層を切り開いてしまい、その結果、割り箸の折れた先端があたかも上咽頭に突出しているかのごとき誤った判断を下し

上咽頭~頭蓋底解剖所見

司法解剖を行った某私立大学法医学教授は折れた割り箸の先端が上咽頭に突出していると鑑定書に記載した。しかしこの解剖所見は不適切な解剖アプローチによる誤りであることを医師側の証人は主張した。この医師側の主張は検察側証人の別の法医学者によっても支持され、たとえファイバースコープ検査をしても割り箸の先端は確認できないと裁判所は認定した。

図表19

割り箸の進入経路

- 司法解剖医は口蓋粘膜をメスで上顎歯列に沿ったU字切開で下方まで剥離したために、上咽頭側壁の筋肉層を切り開いてしまい、その結果、割り箸の折れた先端があたかも上咽頭に突出しているかのごとき誤った判断を下した。
- 口蓋粘膜を正中切開で開いておけば、上咽頭側壁の軟部組織を傷つけることなく観察することができた。結果的には、U字切開が司法解剖医の判断を誤らせた。

図表20

ています(図表20)。

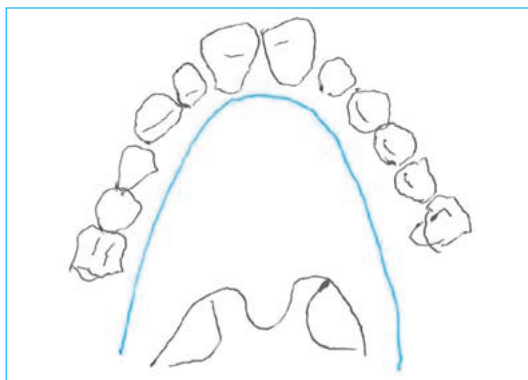
口蓋粘膜を正中切開で開いておけば、上咽頭側壁、軟部組織を傷つけることなく観察することができたわけでありますが、結果的にはU字切開が司法解剖医の判断を誤らせたものであると考えています。

司法解剖医は、軟口蓋をU字切開をして上咽頭側壁の軟部組織まで入っているわけです。ですから、当然上咽頭というのは中央にあるわけですから、その側壁の方へ入ってしまっているわけです(図表21)。

結果的にはこれが誤った判断を導いたのですが、ただ私は法医学解剖については全くの素人ですから、ひょっとするとこのあたりの司法解剖のテクニックは、解剖なさった教授が使われているテクニックが、スタンダードなテクニックである可能性は否定できませんけれども、この件に関する限りは誤ったアプローチであったと私は判断をしています。

その方向ですけれども、先ほど示しましたところから筋肉層を通して頸静脈孔を通して小脳に入っています。折れた先端はちょうどこの軟部組織の辺り(×印)にあります(図表22)。

ですから、当然これは司法解剖を担当した解剖医も全く予測をしていませんで、頭を開



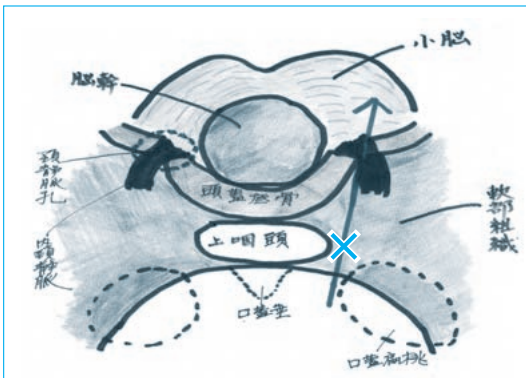
図表21

けていたら突然これが出てきたので驚いて、そこから始まったので、たぶん正当な判断ができなかったのではないかと私は同情していますけれども、全く予想していないところへ予想しないものが出てきたものですから、それを考えて、これは本来正中で入るべきだという判断を誤ったのではないかと考えています。

医師側の基本認識

医師側の基本認識でありますけれども、頭蓋底は小児においてもかなり厚い骨であって、割り箸などで穿通するとは考えにくい状態であります。もし仮に穿通した場合には、脳幹部は生命を司る中枢であり、脳幹部損傷ではほとんどの場合即死か、あるいは運良く助かって高度の意識障害、四肢麻痺が起こります（図表23）。

この患児は高度の意識障害もなく、抱っこされたときに看護師の袖をつかんだということでもはっきりしているように、四肢麻痺はありませんでした。この例では割り箸は頭蓋底の頸静脈孔を通過して、脳幹部損傷は起こさずに、小脳のみを損傷しています。このようなケースは世界的にも前例がありません。



図表22

もう1つは、医師側の基本認識としては、臨床医学は経験科学であり、前例のない病態を夜間の救急診療レベルで診断できなかったことに対して、刑事責任を追及されることには違和感を覚えました（図表24）。

口腔内を割り箸などのようなもので突くことによって、時には死に至ることが今回証明されましたが、ハーバード大学ボストン小児病院やオハイオ州立小児医療センターからの論文報告では、過去に軟口蓋損傷が重大な結果をもたらした自験例はなく、軟口蓋損傷は注意深い外来観察でよいという見解が示されています。

軟口蓋損傷が頭蓋内損傷を引き起こす危険性については、それを記載した耳鼻咽喉科教科書は、当時は我が国や欧米においても見

医師側の基本認識(1)

- 頭蓋底は小児においても、かなり厚い硬い骨であり、割り箸などで穿通するとは考えにくい。
- もし仮に穿通した場合には、脳幹部は生命をつかさどる中枢であり、脳幹部損傷ではほとんどの場合即死か、運よく助かって高度の意識障害、四肢麻痺が起こる。この患児は、高度の意識障害もなく、四肢麻痺もなかった。
- この例では、割り箸は頭蓋底の頸静脈孔を通過して脳幹部損傷を起こさず、小脳を損傷した。このようなケースは世界的にも前例がない。

図表23

医師側の基本認識(2)

- 臨床医学は経験科学である。前例のない病態を夜間の救急診療レベルで診断できなかったことに対して刑事責任を追及されることには違和感を覚える。
- 口腔内を割り箸のようなもので突くことにより、時には死に至ることが今回証明されたが、ハーバード大学ボストン小児病院やオハイオ州立小児医療センターからの論文報告では、過去に軟口蓋損傷が重大な結果をもたらした自験例はなく、軟口蓋損傷は注意深い外来観察でよいという見解が示されている。

図表24

だすことはできませんでした（図表25）。

弁護側証人として意見を述べられた救急専門医の所属する救命救急センターにおいても、この事件以前に、軟口蓋損傷に対してCTやMRI検査を行った例はなく、また杏林大学付属病院においても同様にこのような検査は行っていませんでした。これは当時の多くの大学付属病院の標準的な診療レベルでした。

初診時、X-PやCT、あるいはファイバースコープ検査を行わなかったのは、担当医が折れた割り箸が頭蓋内に残存しているとは夢にも思わなかったからです。ただ、もし行っても診断はできなかったと思われます。仮に診断ができて、解剖病理所見より脳循環不全により生じた脳浮腫が死因と考えられ

るので、救命は困難であったと考えられます（図表26）。

夜間の救急センターレベルでは、割り箸による頭蓋内損傷と割り箸残存の診断を翌朝の患児の死亡時刻前までに完了して手術の準備を行い、手術に持ち込める可能性は極めて低く、現実的には不可能であったと考えています。

死因に関する医師側の主張

死因に関する医師側の主張として、さらに弁護側の証人として脳神経外科医師である昭和大学救命救急センターのセンター長をしておられる脳外科の先生、また埼玉医科大学救命救急センターのセンター長をしていらっしゃる脳外科の先生が出廷くださり、頸静脈孔に刺入した割り箸が引き起こした静脈血栓による脳浮腫が死因であると主張されました。司法解剖の解剖医も鑑定書に血栓の存在を記載しています（図表27）。

東京高裁の判断

東京高裁の判断ですが、「本件においては、割り箸が頭蓋内に刺入していることを予測す

医師側の基本認識(3)

- 軟口蓋損傷が頭蓋内損傷を引き起こす危険性について記載した耳鼻科教科書は当時、わが国や欧米でも見出すことはできなかった。
- 弁護側証人として意見を述べた救急専門医の所属する救命救急センターにおいても、この事件以前に軟口蓋損傷に対してCTやMRI検査を行った例はなく、また杏林大学付属病院においても、同様にこのような検査は行っていなかった。これは当時の多くの大学付属病院の標準的な診療レベルであった。

図表25

医師側の基本認識(4)

- 初診時、X-PやCTあるいはファイバースコープ検査を行わなかったのは、担当医が折れた割り箸が頭蓋内に残存しているとは夢にも思わなかったからである。もし行っても診断はできなかったと思われる。
- もし仮に診断ができて、解剖病理所見より脳循環不全により生じた脳浮腫が死因と考えられるので、救命は困難であった。
- 夜間の救急センターレベルでは、割り箸による頭蓋内損傷と割り箸残存の診断を翌朝の患児の死亡時刻前までに完了し、手術の準備を行い手術に持ち込める可能性は極めて低く、現実的には不可能であったと考える。

図表26

死因に関する医師側の主張

弁護側の証人として、脳神経外科医師である昭和大学救命救急センター教授（脳外科）、および埼玉医科大学救命救急センター教授（脳外科）が出廷し、頸静脈孔に刺入した割り箸が引き起こした静脈血栓による脳浮腫が死因であると主張した。司法解剖医も鑑定書に血栓の存在を記載している。

図表27

ることは極めて難しく、したがってそれを予測してCT検査を行わなかったことは過失とはいえない（図表28）。

割り箸は上咽頭側壁の軟部組織内を通っており、咽頭ファイバースコープ検査を行っても確認できず、咽頭ファイバースコープ検査を行わなかったことは過失とはいえない。

患児の救命、延命が合理的な疑いを超える程度に確実に可能であったとは到底言えないので、業務上過失致死罪は成立しない」。

これが東京高裁の判断でした。

刑事、民事両裁判の結果

このほかに同時進行で民事裁判が行われていました。刑事裁判においては東京地裁、東京高裁のいずれにおいても無罪の判決を得ましたが、同時並行で行われていた民事裁判においても、地裁、高裁において過失なしの判決を得ています（図表29）。

担当医が受けた人権侵害

この事件に関して私がいちばん心に強く思っていることは、担当医が受けた人権侵害であります（図表30）。

東京高裁の判断

- 本件においては割り箸が頭蓋内に刺入していることを予測することはきわめて難しく、したがってそれを予測してCT検査を行わなかったことは過失とはいえない。
- 割り箸は上咽頭側壁の軟部組織内を通っており、咽頭ファイバースコープ検査を行っても確認できず、咽頭ファイバースコープ検査を行わなかったことは過失とはいえない。
- 患児の救命、延命が、合理的な疑いを超える程度に確実に可能であったとは到底いえないので、業務上過失致死罪は成立しない。

図表28

報道機関の恣意的な一方に偏った報道により、担当医は著しい人権侵害を受けました。東京高裁が刑事、民事の両裁判で無罪、過失なしとの最終判断を示した後でさえ、一部の報道機関、大新聞やテレビですけれども、一部の報道機関は本来は有罪であるのに無罪になったかのような報道を繰り返していました。

報道機関の義務と責任

報道機関は社会から報道の自由と編集権の自由が与えられています。それは社会が報道機関に対して、事実に基づいた真実の追究を求めているからであります。報道機関は限られた時間と情報に基づいて報道するので、時

刑事、民事両裁判の結果

- 刑事裁判においては、東京地裁、東京高裁のいずれにおいても、無罪の判決を得た。
- 同時並行で行われていた民事裁判においても、地裁、高裁において、過失なしの判決を得た。

図表29

担当医が受けた人権侵害

- 報道機関の恣意的な一方に偏った報道により担当医は著しい人権侵害を受けた。
- 東京高裁が刑事、民事の両裁判で無罪、過失なしとの最終判断を示した後でさえ、一部の報道機関(大新聞、テレビ)は本来は有罪であるのに無罪になったかのような報道を行った。

図表30

には誤った報道を行うこともあります。この場合、誤った報道自体は責められるものではないというのが、私の考えであります（図表31）。

しかしながら、報道の誤りが後に明らかになった場合には、なぜ誤りを犯したかを報道機関は真摯に検証して、その結果を報道して誤りを正す責任と義務があると私は考えています（図表32）。

本件においては、現在に至るまで誤った報道に対する新聞、テレビなどによる検証は全く行われておらず、報道機関によって引き起こされた担当医の人権侵害はいまだに回復されていません。

報道機関が誤った報道に対する責任と義務を果たさないならば、「報道の自由とは社会

正義の名の下に、自由に人権侵害を行ってもよい自由、編集権の自由とは自分達にとって都合の悪いことは報道しなくてよいという自由」と報道機関は考えているのではないだろうかとは私は理解しています（図表33）。

社会は報道機関に決して正義を求めているわけではなく、事実に基づいた真実の追究を求めているわけでありです。報道機関はその責任と義務を果たさなければいけないとは私は思っています。

放送倫理・番組向上機構（BPO）

一方、放送倫理・番組向上機構（BPO）という組織があります。これは日本民間放送連盟とNHKによって設立されたものですが、その目的の1つとして、放送による人権侵害を救済することが挙げられています（図表34）。

TBSの「みのもんたの朝ズバッ！」の割り箸事件報道が本件担当医の名誉、信用を毀損しているという訴えに対して、BPOはTBSに対して正確性、公平性の確保に留意するよう勧告をいたしました。

このような勧告が出されたことに対しては、私は一定の評価をしております。

報道機関の義務と責任(1)

- 報道機関は社会から報道の自由と編集権の自由が与えられている。
- それは社会が報道機関に対して、事実に基づいた真実の追究をもとめているからである。
- 報道機関は限られた時間と情報に基づいて報道するので、時には誤った報道を行うこともある。この場合、誤った報道自体を責められるべきではない。

図表31

報道機関の義務と責任(2)

- しかし報道の誤りが後に明らかになった場合には、なぜ誤りを犯したかを報道機関は真摯に検証し、その結果を報道して、誤りを正す責任と義務がある。
- 本件においては、現在に至るまで誤った報道に対する新聞、テレビなどによる検証はまったく行われておらず、報道機関によって引き起こされた担当医の人権侵害はいまだ回復されていない。

図表32

報道機関の義務と責任(3)

- 報道機関が誤った報道に対する責任と義務を果たさないならば、「報道の自由とは社会正義の名の下に、自由に人権侵害を行ってよい自由、編集権の自由とは自分たちにとって都合の悪いことは報道しないでよい自由」と報道機関は考えているのではないかと理解される。
- 社会は報道機関に正義を求めているのではなく、事実に基づいた真実の追究を求めている。報道機関はその責任と義務を果たさなければならない。

図表33

しかしながら、BPOは、放送内容が民事裁判判決の内容の把握において正確性を欠き、その結果、「申立人根本医師の社会的評価を低下させるものであると判断する」、「また判決内容についての正確な認識を欠き、同申立人に対しては侮辱的であるともいえ、その社会的評価を低下させているものと判断する」と述べています（図表35）。

その一方で、「本件放送は、当該医師の名誉と信用を損ねるものではなく、また、申立人ら家族の精神的圧迫感もその障害が許された限度を超えるとは認められない」としています。

BPOはその理由として、1997年9月9日の最高裁判例を引用して、これは人権侵害には当たらないという判断を示しているわけで

ありますけれども、私はその判断に対しては違和感を感じます（図表36）。

「侮辱的であり、社会的評価を低下させている」と断じながら、一方で人権侵害に当たらないという判断は、BPOは事の本質に迫らず、報道機関を守るために作られた組織なのだという誤解を生じさせかねないとは考えています。

診療中の事故や予期せぬ死の刑事事件化

一方、診療中の事故や予期せぬ死の刑事の事件化には、大きく日本法医学会が関与していると私は考えます（図表37）。

日本法医学会は1994年、医師法21条に定め

放送倫理・番組向上機構(BPO)

- 日本民間放送連盟とNHKによって設立されたBPOは、その目的のひとつとして、放送による人権侵害を救済することをあげている。
- TBS「みのもんたによる朝ズバッ!」の割り箸事件報道が本件担当医の名誉、信用を毀損しているという訴えに対し、BPOはTBSに対して正確性、公平性の確保に留意するよう勧告した。
- このような勧告が出されたことに対しては一定の評価をしたい。

図表34

放送倫理・番組向上機構(BPO)

- BPOはその理由として、1997年9月9日の最高裁判例を引用し、「これは人権侵害には当たらない」との判断を示している。その判断に対しては違和感がある。
- 「侮辱的であり社会的評価を低下させている」と断じながら、一方で人権侵害に当たらないというような判断は、BPOはことの本質に迫らず、報道機関を守るために作られた組織なのではないかという誤解を生じさせかねない。

図表36

放送倫理・番組向上機構(BPO)

- しかしながら、BPOは放送内容が民事裁判判決の内容の把握において正確性を欠き、その結果、「申立人根本医師の社会的評価を低下させるものであると判断する」、「また判決内容についての正確な認識を欠き、同申立人に対しては侮辱的であるとも言え、その社会的評価を低下させているものと判断する」と述べている。その一方で本件放送は当該医師の名誉と信用を損ねるものではなく、また申立人ら家族の精神的圧迫感も、その障害が許された限度を超えるとは認められないとしている。

図表35

診療中の事故や予期せぬ死の刑事事件化

- 日本法医学会は1994年、医師法21条に定める異状死に対して新たなガイドラインを定め、医療事故や予期せぬ治療中の患者の死を異状死に含めた。
- この新たな異状死のガイドラインがわが国における医療事故や予期せぬ患者の死に対する刑事事件化を促進させた。
- 日本法医学会は「異状死ガイドライン」は、決して医師の萎縮医療を招いたり、医師と患者の信頼関係を破壊するような結果にはならないものである」と主張しているが（平成14年）、臨床医の一人として、それは事実とは異なり、受け入れられるものではない。

図表37

る異状死に対して新たなガイドラインを定めて、医療事故や予期せぬ治療中の患者の死を異状死に含めました。この新たな異状死のガイドラインが、わが国における医療事故や予期せぬ患者の死に対する刑事事件化を促進させました。

日本法医学会は、「『異状死ガイドライン』は決して医師の萎縮医療を招いたり、医師と患者の信頼関係を破壊するような結果にはならないものである」と、平成14年度に主張していますけれども、臨床医の1人として、それは事実とは異なり決して受け入れられるものではないと私は考えています。

医療過誤と担当医師の責任

医療事故と医療過誤は違いますけれども、医療過誤と担当医師の責任については、私は「善意に基づいた医療行為」の結果については刑事責任を問うべきではない、こういう概念が社会に定着することがまず第1であると考えます（図表38）。

一方、個人の人権は憲法で保障されているものでありますから、医療過誤に対する民事訴訟は否定されるべきものではないと、私は考えます。

医療過誤と担当医師の責任

- 善意に基づいた医療行為の結果については、刑事責任を問うべきではない。
- 一方、個人の人権は憲法で保障されているものであり、医療過誤に対する民事訴訟は否定すべきではない。ただし、あまりに多くの民事訴訟が引き起こされた場合、医療の停滞や医師の診療回避が生ずる危険性があり、それら避けるために何らかの法的制限が加えられるのは、ある程度はやむをえないかもしれない。

図表38

ただし、あまりに多くの民事訴訟が引き起こされた場合、医療の停滞や医師の診療回避が生ずる危険性があり、それら避けるため何らかの法的な制限が加えられるのはある程度はやむをえないのではないかと、私は考えています。

医師としての心得

最後に、これが私は最も重要であると考えているところではありますが、医師が法廷やメディアで証言、あるいは発言を求められた場合には、医師としての良心に基づいて行われるべきであります。ほかに何か含むところがあって、一方に偏った証言をするというようなことがあってはならないということであります（図表39）。

もう1つは、医師は自分が十分な経験と知識を持っていない事柄については、軽々しく発言するべきではないと思います。また、発言する際には、いつでも、どこでも、だれに対しても、同じ発言ができる自信がない限り、発言は控えるべきであると思います。

現在、我々医師に求められていることは、医師の自律であります。世の中で医師の自律と一般的に言われることは、医師が自らのグ

医師としての心得

- 医師が法廷やメディアで証言あるいは発言を求められた場合には、医師としての良心に基づいて行うべきである。ほかに何か含むところがあって、一方に偏った証言をするというようなことがあってはならない。
- 医師は自分が十分な経験と知識を持っていないことからについては、軽々しく発言すべきではない。また発言するに際しては、いつでも、どこでも、誰に対しても、同じ発言ができる自信がない限り、発言は控えるべきである。
- 現在われわれ医師に求められていることは、医師の自律である。

図表39

ループの中で、ほかの医師が誤ったことをした場合、自浄作用を働かせて、問題进行处理することを医師の自律と一般的に言われていますけれども、私はそれに加えて、医師の自律というのは個々の医師が自らを律する、先に

述べたこともそうありますが、個々の医師が医師の良心に基づいて行動するというのも、医師の自律の中に加えるべきではないかと考えています。

どうもありがとうございました。

シンポジウムⅡ

杏林大学割り箸事件 弁護人の立場から

奥田総合法律事務所・元仙台高等裁判所長官

小林 充



演者紹介

石井 続きまして、この事件の弁護を担当されました小林充先生をご紹介します。

小林先生は1957年司法修習生になられ、1959年裁判官に任官され、1999年に仙台高等裁判所長官をご退官後、2001年に東京弁護士会において弁護士登録をされ、現在、奥田総合法律事務所においてご活躍されるかたわら、北海学園大学法科大学院教授として教鞭を執っていらっしゃいます。先生の刑事実務に関する多くのご著書は、広く法律実務家の間で読み継がれていると伺っています。

小林先生、それではどうぞよろしくお願いいたします。

小林 ご紹介をいただきました小林でございます。この事件の主任弁護人は奥田保弁護士でしたが、奥田と私は相談の上、今日の説明は副主任弁護人である私から行うことにいたしました。ただ説明する内容については、奥田と打ち合わせ済みであります。

それから、ただ今私の裁判官としての経歴が紹介されましたが、私はもちろんこの事件は弁護人としてやったわけであります。ただ私の法律家としての経験を申しますと、裁判官が約40年、弁護士が約10年でありまして、

裁判官の方がはるかに長いわけであります。そういうことでこれから話す内容も、私の裁判官としての経験が多少影響しているかもしれないということで、裁判官としての経歴も残してもらったわけであります。

本件の事件の内容については、特に事故の経過、その原因については、長谷川先生が専門的観点から説明されまして、大体これで尽きるのではないかと考えています。そこで私は、この事件の裁判経過を主として法律的観点、すなわち検察官、弁護人はどのような法律的主張をし、裁判所はそれに対してどのような判断をしたかということを中心に補いたいと思います。

業務上過失致死罪に問われた 根本医師

被告人である根本医師が起訴されたのは、業務上過失致死罪という罪名によってであります。業務上過失致死罪は刑法211条1項に規定されており、「業務上必要な注意を怠り、よって人を死亡させた者は」とされています。このうち「業務上」とは、本件について言うと、「医師の仕事の上で」という意味で問題はありません。また「よって人を死亡させた」

という点も、本件では客観的事実として人が死んでいることは明らかですので、問題はありません。

問題は「必要な注意を怠った」、すなわち注意義務に違反したかということでありませう。この注意義務は、一般的には、「前提となる事実関係の下で結果発生を予見し、かつこれを回避する義務に違反した」という意味に解されています。この観点から、私のレジュメの裏の「公訴事実（要旨）」（図表1）の内容を引用いたしますので、これをご覧くださいと思います。

長谷川先生のようなスライドを利用した説明ではなくて申し訳ありませんが、年齢のせいということでお許しいただきたいと思います。

争点は、注意義務違反（過失）の有無

注意義務違反の構成要件1. 予見可能性

——割り箸が脳内に刺さっていることを診断できたか

そこでまずこの「公訴事実（要旨）」を見

別紙

公訴事実（要旨）

被告人は、東京都三鷹市所在の杏林大学附属病院において耳鼻咽喉科医師として、医療業務に従事していたものであるが、上記病院内救命救急センター第一次・第二次救急当直医師として、平成11年7月10日午後6時50分ころ、同救命救急センター第一次、第二次救急診察室において、救急車によって搬送されてきたA（当時4歳9ヶ月）に対する初期治療を行った際、救急隊員から、Aが割り箸をくわえたまま転倒して軟口蓋に受傷し、搬送中に嘔吐した旨申告され、診察中も嘔吐し、意識レベルが低下してぐったりした状態であって、割り箸の刺入による頭蓋内損傷が疑われたのであるから、このような場合、付き添っていたAの母親から、Aが受傷直後数分間意識喪失状態にあったことや、上記割り箸の全部が発見されていないことなどについて十分聴取した上、Aの上咽頭部をファイバースコープで観察し、又は頭部をCTスキャンで撮影するなどして頭蓋内損傷を確認した上、直ちに脳神経外科医師に引き継いで、頭蓋内損傷による頭蓋内圧亢進の抑制、割り箸除去等の適切な治療処置を行わせるべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、軟口蓋を貫通した割り箸がAの頭蓋内に刺入して頭蓋内損傷を生じさせていることに気付かないまま、Aの傷は単に軟口蓋の損傷のみにとどまる軽度の刺創であるものと轻信し、十分な聴取や上咽頭腔のファイバースコープによる観察又は頭部のCTスキャンによる撮影などをせず、刺創部に消毒薬等を塗布し、抗生剤等を処方したのみで適切な措置をしないままAを帰宅させた過失により、頭蓋内損傷による出血等を放置して同損傷を悪化させ、同月11日午前7時30分ころ、東京都杉並区のAの父親方において、Aを心肺停止状態に陥らせ、よって同日午前9時2分ころ、再度搬送された上記杏林大学医学部附属病院において、Aを脳損傷・硬膜下血腫・脳浮腫等の頭蓋内損傷群により死亡させたものである。

図表1

ると、過失の前提となる事実関係というのは上から5行目、すなわち根本医師が「救急車によって搬送されてきたAに対する初期治療を行った際、救急隊員から、Aが割り箸をくわえたまま転倒して軟口蓋に受傷し、搬送中に嘔吐した旨申告され、診察中も嘔吐し、意識レベルが低下してぐったりした状態であった」、これが過失の前提となる事情であります。

それからその次に「割り箸の刺入による頭蓋内損傷が疑われた」という点ですが、これは放っておくと死ぬかもしれないという意味を含み、結果の予見義務、こういうことを予見すべきであったということになります。

注意義務違反の構成要件2. 結果回避可能性 ——適切な治療を行った場合、救命可能性があったか

その次の「このような場合、付き添っていたAの母親から、Aが受傷直後数分間意識喪失状態にあったことや、上記割り箸の全部が発見されていないことなどについて十分聴取した上、Aの上咽頭部をファイバースコープで観察し、または頭部をCTスキャンで撮影するなどして頭蓋内損傷を確認した上、直ちに脳神経外科医師に引き継いで、頭蓋内損傷による頭蓋内圧亢進の抑制、割り箸除去等の適切な治療処置を行わせるべき」であった。これが結果回避義務ということになります。

そのあとに続く、「これを怠り、軟口蓋を貫通した割り箸がAの頭蓋内に刺入して頭蓋内損傷を生じさせていることに気付かないまま、Aの傷は単に軟口蓋の損傷のみにとどまる軽度の刺創であるものと軽信し、十分な聴取や上咽頭腔のファイバースコープによる観

察又は頭部のCTスキャンによる撮影などをせず、刺創部に消毒薬等を塗布し、抗生剤等を処方したのみで適切な措置をしないままAを帰宅させた」。これが予見義務および結果回避義務に違反した行為ということになります。そして、その結果、「Aを脳損傷等の頭蓋内損傷群により死亡させた」とされているのであります。

第1審では過失を認める一方、死亡との因果関係は認めず

次に第1審判決ですが、第1審は平成14年8月2日の起訴後、約4年間、40数回の公判を重ね、平成18年3月28日に判決を言い渡しましたが、この事件で弁護人が争ったのは、大別すると、まず被告人に注意義務違反があったかということ、それから2番目にAの死亡が被告人の注意義務違反と因果関係があるのかという2点でありました。

そして第1審裁判所は、注意義務違反があることは肯定したものの、結果との因果関係を否定し、被告人に無罪を言い渡しました。その理由を要約すると次のようになります。

判決1. 予見可能性

——検察側の主張を全面的に認める

「被告人は救急車によって搬送されてきたAに対する初期診察を行った際、救急隊員からAが割り箸をくわえたまま転倒して軟口蓋に受傷し、搬送中に嘔吐した旨申告され、Aがなお嘔吐し、嘔気が継続しており、発語もなくぐったりして意識レベルが低下しているような状態から、転倒による割り箸の刺入と因果性を有する頭蓋内損傷が生じている可能性を疑うべきであった。このような場合、

事実関係ないしAの意識状態を把握するため、Aに対して積極的に問いかけをすると共に、その母親に対してAの受傷状況、受傷直後ないし搬送時の様子、普段の様子との異同等を詳細に尋ねるべきであった。

そして、このような詳細な問診をしていれば、Aが受傷直後に意識を失ったような状態にあったこと、救急車内での嘔吐は一気に吹き出すようなものであったこと、現在のAが普段とは全く違う様子であることなどを十分に聴取でき、またAに対する積極的な問いかけをしていれば、Aに異常が生じている可能性を強く看取することができたはずであるから、Aに頭蓋内損傷が生じていることの疑いをさらに強めて、自らファイバースコープで上咽頭部を検査して、異物の残存の有無や傷の深さ、方向を確認し、または脳神経外科医師に相談して、頭部のCT検査の実施が相当であるとの判断に達すれば、その実施を脳神経外科に依頼し、その後の治療を脳神経外科医師に委ねるべきであった。

にもかかわらず、被告人はこれらの注意義務を怠って、Aの傷口にケナログ軟膏を塗布し、帰宅後の一般的な注意事項を母親に伝えた上で、抗生剤および解熱性消炎鎮痛剤を処方するにとどめて帰宅させたのであって、前記注意義務に違反した」。こういう判断をしたわけです。

判決2. 結果回避可能性

——弁護側の主張を認める

次に因果関係の点については、「Aの死亡原因について専門家の間でも複数の見解が存在するが、被告弁護側が主張するとおり、割り箸の左頸静脈孔による貫入により、頸静脈が穿通され、左頸静脈洞内に血栓が形成され、

左頸静脈が完全に閉鎖したが、そのルートで静脈還流を完全に処理することができなかったために致命的な静脈還流障害が生じたことによる蓋然性が高いというべきである。そうすると、本件割り箸刺入により挫滅した左頸静脈を再建することがAの死を回避する唯一の措置であるところ、仮に被告人がAを直ちに脳神経外科医に引き継いだとしても、脳神経外科医において左頸静脈を再建することは技術的、時間的に見て極めて困難であったと認められる。したがって、Aの救命可能性はもとより、延命可能性も極めて低かったとの合理的疑いが残るというべきである」としました。

そして、結論として「被告人には予見義務や結果回避義務を怠った過失があると言うべきであるが、過失と死亡との間の因果関係の存在については、合理的な疑いが残るので、本件は無罪である」。こういう結論に到達したわけであります。

2審では1審で認めた過失も否定

これに対して検察官が控訴し、新たな鑑定も踏まえて、死因に関する原判決の認定は誤りであり、原判決がこの認定を前提として死亡の結果を回避できなかったとしたことの誤りを主張いたしました。

一方、弁護人は、無罪判決に対しては、無罪の判決の理由に不満があっても控訴できないということに法律上はなっていますので、控訴審で検察官の主張するところに対する答弁において、死因とこれを前提として救命、延命の可能性を否定した原判決の認定を正当としながら、被告人にはそもそも注意義務違反があったとする点について、原判決の認定

は誤りであり、控訴審で職権でこの誤りを正してほしいという主張をしたわけでありませう。

控訴審判決、平成20年11月20日は、弁護人の職権発動の求めを考慮したためと思われるが、被告人の注意義務違反の点についても判断し、結局、被告人に注意義務違反があるとは言えず、また被告人が起訴状に記載された行為をしていたとしても、Aの救命・延命が合理的な疑いを超える程度に確実に可能であったとも言えないとしたわけです。すなわち注意義務違反の点、因果関係の点、双方とも否定したわけでありませう。

その理由は大体先ほど長谷川先生が要約してくださったとおりですけれども、死因に対する見解を概観すると、「静脈還流障害肯定意見」、これは弁護人が主張し、原判決もこれに依拠したわけですが、これと、「これを否定する静脈還流障害否定意見」に大別できるが、後者の理由は前者を否定するに不十分であり、静脈還流障害が死因となっていなかったことを否定することはできない」。このように述べているわけです。

それから注意義務違反の点については、「本件においては受傷機転および創傷の部位から割り箸の刺入による頭蓋内損傷の蓋然性を想定するのは極めて困難であった」。これは先ほど長谷川先生がおっしゃいましたように、全く希有の例、前例がないような例だったからです。

それから、「Aの意識状態、嘔吐の状況等は頭蓋内損傷と深く関係していたものと推認できるが、被告人の診察治療時、Aの意識は明確ではなく、数回の嘔吐も見られたが、高度の意識障害ではない上、嘔吐の意識状況も明らかに異常であるとは言えず、それぞれ頭

蓋内損傷以外の理由、例えば軟口蓋の傷自体、車酔い、それから精神的要因、こういうことによるものと考えてもおかしいとは言い難い状況にあった。

したがって、被告人において頭蓋内損傷の蓋然性を想定して、その点を意識した問診をするべき義務があるとは言いがたい。仮に母親に問診しても、頭蓋内損傷の可能性を具体的に疑うに足りるほどの情報が得られたかは明らかでない。さらに被告人について、Aを初めて診察した段階で、直ちに頭蓋内損傷を疑ってCT検査やMRI検査をするべき注意義務があるとするのも困難である」ということであります。

それから因果関係の点については、大体原判決と同じで、これは先ほど長谷川先生が申し上げたとおりであります。

この原判決と控訴審判決を対比しますと、結果回避可能性ないし被告人の不作为とAの死亡との因果関係についてはほぼ同一方向の判断を示しているのに対して、注意義務違反の件については、明らかに異なった方向の判断を示しています。頭蓋内損傷の予見義務のみならず、これに関連するAの意識状態、嘔吐が顕著なものであったか、母親に対する問診義務があったかなどについても同様であります。なお、割り箸の断片がAの咽喉内に突き出ていて、ファイバースコープでそれを視認できるか否かの認定も異なっていますが、この点が予見義務ないし結果回避義務の存否の判断に影響していることは明らかであると思います。

すなわち、咽喉内に突き出ていなかったとしたならば、ファイバースコープで見ても発見できず、適切な措置を取れといっても何をしてよいか分からないではないか、過失の有

無を論ずる余地はないというのが、常識的な考えと思われるからであります。

そして、本判決に対しては上告がなく確定したわけであります。民事裁判の帰趨は、先ほど長谷川先生がおっしゃったとおりであります。

弁護士にとっても 困難を極める医療訴訟

以上が本件訴訟の経過であります。あとは弁護人の立場で感じたことを2、3点述べたいと思います。

まず本件は非常に難件であったということであります。専門分野にわたる事件の複雑困難性、それらに関する専門家の意見がかなり分かれたということが理由になっていると思われます。幸い最後には注意義務の存在、因果関係の存在共に否定されるという、我々にとって満足すべき結果に終わった。いわば完勝と言ってもよいのではないかと思ったわけですが、その過程で我々としては、こういう結果が得られたことにつき、十分な自信があったわけではありません。むしろ、無罪は無理かもしれないという見通しを持った時期もあったわけであります。

「専門性の壁」という難関

起訴直後に検察から証拠の開示を受けた段階で、まずそのことを感じたわけであります。検察から開示を受けた証拠の中には、起訴事実の存在を裏付ける5名の医学部教授、または経験豊富な病院医師の意見が含まれていたからであります。さらに第1審の公判段階、および控訴審の公判段階で、検察官は追加し

て著明な医学部教授、または医師4名の意見を提出したのであります。これら公訴事実を裏付ける多数の専門家の意見が存在したことだけから見ても、本件が簡単に無罪となる事件ではなかったということがご理解いただけるかと思います。

ちなみに第1審の公判回数が44回、控訴審のそれは9回ありますが、我々弁護人としてはこれ以外に合計33回、準備のための弁護団会議を開いています。単に証人の証言を検討するというのではなく、証人は必ず、文献を非常にたくさん引用しますので、その内容の検討も含めまして、これだけの準備が必要だったということでもあります。

公判は夏期および年末年始の裁判所の休廷期間を除き、原則2週間に1回、朝から晩まで、準備を含めると弁護人にとってはかなりの負担でありました。私は裁判官当時、弁護人に対して、迅速な裁判の実現のためにもうちょっと期日を受けなさいということ saying 言っていたのでありますが、自分が弁護人になると、少なくともこの種の事件ではそう簡単にはいかないと思ったわけで、我々にとってはかなりの負担であったわけであります。

次に我々としては、検察官側の専門家については、その供述調書を不同意にして公判廷で証言してもらったのですが、反対尋問をして痛感したことは、これら専門家の証言を反対尋問で崩すことは極めて困難であるということです。専門家が反対尋問を受けたからといって、自分の意見を変えるということは通常ありえない。そんなことをしょっちゅうやっていたら、専門家ではないと言われるのではないかと思います。むしろ反対尋問によって、その専門的意見を固めるという結果に終わることが多いわけであります。

そこで我々としては、専門的意見には専門的意見をもって対抗するという見地から、我々の主張を支えてくれる専門家、医師を探すことにしたわけであります。ところが、これはなかなか思うようにいきませんでした。杏林大学耳鼻咽喉科の長谷川先生と、脳外科の斉藤先生のご協力は比較的早い段階で得ることができましたが、ほかに初期の段階で交渉した2人の先生には承諾してもらえなかったということがありました。

しかし、いろいろなルートを通じて探したわけであります。弁護人の1人が日本医師会の関係者にもお願いしたということもありました。その結果、各分野につき多くの著明な医師の協力を得ることができました。脳外科の有賀教授、堤教授、口腔外科の大西教授、法医学の高津教授、小児耳鼻咽喉科の工藤医師などであります。これら専門家の方々のご意見により、死因が公訴事実のようなものであることは断定できないこと、割り箸の刺入経路は上咽頭腔を通過していなかったという認定が導かれたのであります。

裁判を難件にした最大の要因 ——初期の解剖所見の存在

最後に、本件をこれまで難件にした大きな理由として、割り箸が上咽頭腔内に突き出ていたという最初の解剖医の鑑定があったということを挙げてよいと思います。先ほども申し上げましたが、そのとおりだとしたならファイバースコープで見れば当然発見でき、適切な措置を講じることができたはずで、それをしなかったのは過失であるということに説得力が出てくると思います。しかし、突き出ていなかったとしたら、ファイバースコー

プで見ても見えなかったのだから、一体何をするのかという意見が説得力を持つてくると思われます。

ただ、上咽頭腔内に突き出ていたということを断定的に主張する専門家は、この解剖医以外はおらず、他の専門家は、先ほど長谷川先生がおっしゃいましたように、割り箸は咽喉脇の筋肉層を通ったと証言したのであります。控訴審で私は検察官側証人の著明な法医学者に死因に関連してこの件を聞きますと、その証人ですら、割り箸が上咽頭腔内に突き出ていたと認めるのは無理であると証言したのであります。このようなことを申し上げるのは適切ではないかもしれませんが、私は本当にその時、ホッとした気持ちを押さえることができませんでした。

こういうことから、第1審裁判所の認定は誤りであると言わざるを得ませんが、裁判所としては、最初に死体を解剖した医師が直接見てそのように言っている以上、それを信用せざるをえないということであつたろうと思います。

解剖医がなぜ見誤ったかについては、長谷川先生からご説明があつたとおりですが、いずれにせよ最初の死体解剖の所見がいかに重要かということを痛感したのであります。捜査において初動捜査の重要性、つまり、捜査の当初に現場保存をきちんとやっておくとか、目撃証人を確保する、こういうことが大事だと言われていますが、こういう事件については、やはり初期の死体解剖の結果というのが非常に重要であるということを改めて認識したわけであります。

死因究明を担う法医学者養成の重要性

最近、法医学の後継者がなかなかいないということも耳にしますが、刑事司法にとって優秀な法医学者の存在ということが極めて大事であると思っております、関係の方々にその養成にも意を払っていただきたいということを、最後をお願いしたいと思います。

どうもご清聴ありがとうございました。

日本医師会との質疑応答

石井 小林先生、ありがとうございました。1つだけちょっとお聞きしてよろしいですか。

先生がおっしゃった中で、公判の回数、それにかけるさまざまなエネルギーが非常に負

担であったとおっしゃったことに関連しまして、臨床の仕事を片方で抱えながら公判に参加する立場に立ったドクターに対する負担というのは、やはりかなりなものだったと先生の立場から見えましたでしょうか。

小林 それは大変負担だったと思います。まず公判で証言してもらうわけですが、その証言の前に必ず打ち合わせの会議に出て来ていただいて、どういうことを証言するか、その証言について我々が疑問とするところを質問する。こういうことは必ずやっていましたので、それに関連する文献、それからそのついでにはかの専門家の証言についてどう思うかということもお聞きますので、時間が相当に長くなったわけです。そういう意味でかなりの負担をおかけしたと思っています。

石井 率直なコメントをどうもありがとうございます。

シンポジウムⅢ

県立大野病院事件 弁護人の立場から

関内法律事務所

平岩 敬一



演者紹介

石井 続きまして、県立大野病院事件のセッションに移らせていただきます。

まずこの事件の主任弁護人を務められました平岩敬一先生をご紹介します。

平岩敬一先生は1969年中央大学法学部を卒業後、1973年に横浜弁護士会にて弁護士登録をされ、現在、関内法律事務所所長、学校法人桐蔭学園理事、日本産婦人科医会監事、日本産科婦人科学会顧問、日本小児科学会顧問などの要職に就かれています。

それでは平岩敬一先生、どうぞよろしくお願います。

平岩 ご紹介いただきました弁護士の平岩です。

今日は、この大野病院事件について「原因の究明と再発防止に向けて」という副題を付けてありますけれども……。

これは本件の死亡症例についての原因の究明と再発の防止に向けてではありません。刑事責任を追及されるべきではなかった医師が、なぜ逮捕・勾留され、起訴されたのか、その原因を究明し、再発を防止する、それが本日のテーマであると考えています（**図表1**）。

時間もおおむね30分程度と限られていますので、診療の経過、事案の概要は、本日のシンポジウムⅢの資料の3～4ページに記載がありますので、それを適宜ご覧いただきたいと思います。

大野病院事件で 浮き彫りになった問題点

大野病院事件における問題点（**図表2**）。なぜこれが刑事事件になってしまったのかということについては、県の医療事故調査委員会報告書の存在。

それから鑑定、これは医療についての鑑定と病理鑑定の2つがあります。いずれも医師の過失をうかがわせる内容になっています。



1. 原因の究明と再発の防止

刑事責任を追及されるべきではなかった医師が、なぜ、逮捕・勾留され、起訴（公判請求）されたのか

その原因を究明し、再発を防止することが本日のテーマである

図表1

さらに逮捕・勾留の問題点。

それから専門家の意見書。これは起訴前に出されているわけですが、こういうものを全く無視している。

それから公訴事実そのものが、医師の裁量そのものを過失ととらえている。

こういう点について順次お話をしたいと思います。

まず平成16年12月17日に患者さんが死亡されて、当日夜、執刀医は、麻酔医と共に院長と協議をして、医療過誤なしとして警察への届け出をしていません。当時、厚労省のリスクマネジメントの指導によりますと、院長が届け出をせよということになっていまして、医師法21条とは異なった指導がされていたわけですが、いずれにしても届け出はしていない（図表3）。

ついで20日に院内の検討会を行います。病院のすべての医師が参加して検討会をするわけですが、そこでも医療過誤との指摘はありませんでした。

ところが、翌年の3月30日に、県は、医療事故調査委員会の過失ありとの報告書を記者会見で公表して謝罪しています。

問題点1. 事故調査委員会の報告書が警察捜査の発端

裁判になって、検察側は、大野病院事件では新聞記事が捜査の端緒であったと主張しています。そして甲1号証として、2つの新聞記事を証拠として提出しています。新聞記事では当然、報告書で医療ミスがあったとの調査結果が公表されていること、県が過失を認めて謝罪したということが写真入りで報じられています（図表4）。

これが検察官が甲1号証として証拠請求をした新聞記事です（図表5）。

弁護人は第1回公判の起訴状朗読後に、検察官の冒頭陳述の後に行われた弁護人の冒頭陳述で、報告書について次のように述べてい

3. 医療事故調査委員会報告書の問題点
① 平成16(2004)年12月17日患者死亡 当日夜、執刀医は、麻酔医と共に院長と協議 医療過誤なしとして警察への届け出せず
② 同月20日院内検討会 医療過誤との指摘なし
③ 平成17(2005)年3月30日 県は、医療事故調査委員会の過失ありとの報告書を 記者会見で公表、謝罪

図表3

2. 大野病院事件における問題点
① 県医療事故調査委員会報告書
② 鑑定(医療・病理)
③ 逮捕・勾留
④ 専門家の意見書を無視した起訴
⑤ 医師の裁量を過失と捉えた公訴事実

図表2

4. 大野病院事件の捜査の端緒
大野病院事件では、新聞記事が捜査の端緒であったと検察官は主張している(甲1)。平成17年3月31日付けの福島民報と福島民友の記事。
新聞記事では、事故調査委員会報告書で、医療ミスがあったとの調査結果が公表され、県が過失を認めて謝罪したことが写真入りで報じられている。

図表4

ます（図表6）。

「この報告書は、再発防止の観点と、過失を前提とする損害賠償保険の適用を配慮して作成されたものであって、被告人の刑事責任につながる過失を認めたものではない」ということです。

私が最初にこの事件を担当するきっかけになったのは、当時の学会の理事長から東大病院に呼ばれまして、まずこの報告書を見せられました。こういう事件だけれども何とかならないか、というお話であったと記憶していますが、その報告書を一読して、これはなかなか難しい、3人の産科の専門医がそういう意見書を書いているわけですから、簡単にそれを覆すことは難しいのではないかと考えたことがあります。

しかし、引き受けてすぐに調査を始めると、この報告書を作成するに当たって県の担当者は、委員である3人の先生方に、ここに書かれているように、損害賠償保険の適用を考慮して意見書を作成してほしいということを書いて、作成されたものであるということ。それから、報告書では執刀医の過失を認定しているわけですが、後で述べますように、そこで書かれているような施術は実は実際の臨床現場では行われていない。何人もの先生

方にお尋ねをしましたけれども、そういう結論を得ています。

もちろん、検察官も捜査の過程でそのことを知ったのだと思いますが、真っ先に甲1号証として証拠請求するべきはずの調査報告書を、証拠請求することはついにありませんでした。

これから事故調査報告書というものは多数作られると思いますが、それがどういう形で利用されるのかということを十分に考えられた上で作成し、公表すべきだと思います。

事故があった場合には、当然原因の究明、再発の防止、そういうことを事後になって当時を振り返って原因を究明するということをするわけですから、後になってみれば当然、あのときにAという方法ではなくBという方法を取ればよかった、それが原因であった、再発を防止するためにはこれからはこういう方法を取らなければいけない。しかし、それで過失を認定されたらお医者さんはたまりません。診療当時、その当時にどういうふうに医者が考え裁量したのかということについて、十分報告書の中でも明らかにしておかないといけないと思います。

5. 大野病院事件の新聞記事



平成17年3月31日 福島民友掲載

図表5

6. 県立大野病院事故調査報告書 (弁護人の冒頭陳述)

弁護人は、第1回公判の起訴状朗読後、検察の冒頭陳述の後に行われた弁護人の冒頭陳述で報告書について次の通り述べている。

「同報告書は、再発防止の観点と過失を前提とする損害賠償保険の適用を配慮して作成されたものであり、被告人の刑事責任につながる過失を認めたものではない。」

検察官は、甲1号証としてまさきに証拠とすべき報告書について、証拠請求すらしていない。

図表6

問題点2. 検察の起訴の重要な根拠になった非専門家による鑑定書

次に、鑑定書の問題点です。これは起訴前に行われているという意味で先に出しています（図表7）。

平成17年10月6日付けの鑑定書が出されていますが、警察から鑑定依頼を受けた鑑定医、大学教授ですが、警察官に対して「私は周産期の専門医じゃなくて、一般の産婦人科の専門医であるが、その知識でしか鑑定できないがよろしいかと尋ねて、『お願いします』と警察に言われた」と証言をしています。

つまり、警察は、周産期医療と婦人科医療の違いを認識できていない。特に本件は癒着胎盤という、5,000分娩で1例あるかどうか、産科の先生が一生の間に一度も経験したこともない人がいるというまれな症例ですから、当然そういう配慮が必要ですが、警察にはそのような認識がなかったのではないかと思います。つまり、専門的知識の欠如です。

鑑定書の信用性の問題ですが、検察側の鑑定医は婦人科腫瘍が専門であって、癒着胎盤の症例を執刀医として扱ったことはあ

りません。癒着胎盤の超音波検査をしたこともない。これはいずれも反対尋問の中で明らかになったことです（図表8）。

一方弁護側の証人は、当時の学会の周産期委員会委員長、前委員長、いずれもわが国の周産期医療の専門家です。

次に病理鑑定の問題ですが、これも起訴前に病理鑑定書が出来上がっています（図表9）。

その鑑定医は検察官調書の中で、「写真を見れば帝王切開時に胎盤と一緒に切られていることがはっきり分かります」と述べています。しかし、捜査段階では、胎盤の写真の存在ということが、捜査側にも、当然鑑定医にも分かっていなかった。鑑定医が言っている写真というのは、ホルマリンに漬けられた子

8. 鑑定書(医療)の信用性	
検察側	弁護側
鑑定医は婦人科腫瘍が専門	学会の周産期委員会委員長(当時)、前委員長、いずれも周産期医療の専門家
癒着胎盤の症例を執刀医として扱ったことなし。	
癒着胎盤の超音波検査をしたことなし	

図表8

7. 鑑定書(医療)の問題点

- 平成17年(2005)年10月6日付け鑑定書(甲37)
- 警察から鑑定依頼を受けた鑑定医(大学教授)は、警察官に話し、「私は周産期の専門医じゃなくて、一般の産婦人科の専門医であるが、その知識でしか鑑定できないが、よろしいかと尋ね、『お願いします』と警察に言われた」と証言(鑑定医の証人尋問から)
- 警察は、周産期医療と婦人科医療の違いを認識できていないのではないか。
- 癒着胎盤が稀な症例であるとの認識を欠いていたのではないか

図表7

9. 病理鑑定の信用性について

- 平成17(2005)年6月27日付け病理鑑定書
- 写真を見れば、帝王切開時に、胎盤と一緒に切られていることがはっきり分かります(甲8鑑定医の検察官調書)
- 検察側の病理医は、腫瘍病理が専門で、癒着胎盤の病理診断を行うのは本件が2件目、胎盤病理についての専門的な研究の経験はない。
- 弁護側の病理医は、摘出された子宮全体60例、子宮体部280例、子宮頸部370例の病理診断を行っている胎盤病理の経験豊富な専門家。

図表9

宮の分割された検体です。

一方、この検察側の病理医は腫瘍病理が専門であり、癒着胎盤の病理診断を行うのは本件が2件目、胎盤病理についての専門的な研究の経験はなし。

一方、弁護側の病理医は、摘出された子宮全体が60例、子宮体部が280例、子宮頸部370例の病理診断を行っている胎盤病理の経験豊富な専門家。これは判決で引用されている言葉そのものです。当然専門書も執筆されています。

病理鑑定で前壁の絨毛ということが問題になっているわけですが、なぜ問題かと言いますと、この患者さんは前回に帝王切開歴がある。そうすると、その切開部が癒着化してそこに癒着しやすい。そこで前壁に絨毛があった場合には、癒着していると考えられることができる。

しかし、その絨毛というのは、弁護側の鑑定医によると壊死、退化絨毛というものであるけれども、検察側の鑑定医はそういう区別はしていません（図表10）。

それからアーチファクトというものについても全く顧慮していない。いろいろな夾雑物が鑑定の作業の中に入ってくることが考えられるわけですが、そういうことについても考

えていない。

臨床情報も聞いていませんし、写真を見た覚えなし。公判になってから極めて鮮明な娩出した胎盤の表裏の写真が医師の弁護側から証拠として提出されていますけれども、そこには先ほどのように胎盤を切った痕などは全くありませんでした。

一方弁護側の鑑定医のほうは、前壁に残っている絨毛は壊死絨毛や退化絨毛である。

絨毛はばらけやすく、アーチファクトも各所にある。

臨床情報も重要であって、前壁はするりと剥がれたという執刀医、外科医の臨床情報とも一致する。

胎盤の写真から、前壁には脱落膜が残っていることが分かる。この最後の、脱落膜が残っているというところは判決では採用されませんでした、そのような鑑定をしています。

つまり、このような特殊な癒着胎盤というように症例については、それを鑑定する医療の鑑定、病理の鑑定も、それなりに専門的な経験を積んだ鑑定医が行う必要があるのではないかと思います。

問題点3. 自白調書を得るための不当逮捕

次に逮捕状による逮捕の問題点です。平成18年2月18日に逮捕されています。

刑法によればこのように書かれていますけれども、「明らかに逮捕の必要がないと認めるときは、この限りではない」という但し書きが付いています（図表11）。本件は明らかにその逮捕の必要がないときだと、私たちは考えています（図表12）。

つまり、患者死亡後も1年以上、県立病院

10. 病理の鑑定の違い(前壁の絨毛)	
イ 検察側	・ 絨毛があれば、癒着がある。前壁に絨毛あり。 ・ 壊死・退化絨毛の区別なし。 ・ アーチファクト顧慮せず ・ 臨床情報はきかず、写真も見た覚えなし
ロ 弁護側	・ 前壁に残る絨毛は、壊死絨毛や退化絨毛である。 ・ 絨毛はばらけ易く、アーチファクトも各所にある。 ・ 臨床情報も重要、前壁はするりとはがれたとの臨床情報とも一致。 ・ 胎盤の写真から前壁には、脱落膜が残っていることが判る。

図表10

の産婦人科の1人医長として、多数の入・通院患者を抱えて診療を継続していました。家庭を持って、まもなく第1子が誕生しようとしていました。確か身柄を拘束中に子どもさんが生まれたと思います。

加藤医師には、過失により患者を死亡させたという認識がありません。

また、1年近くの捜査期間に、カルテなどの物的証拠はすべて収集され終わっていて、主要な証人の事情聴取も終了している。供述調書を作成されている。その上でなぜ被告人を逮捕し勾留しなければいけないのか。

勾留の必要性もないことも明らかだと思います（図表13）。

当然、定まった住居を有していますし、罪証を隠滅するといってもすべての物的証拠、証人等の供述調書等はまだすべて取られている。加藤医師が逃亡すると疑われるような理由は全くない。

しかし、先ほど佐藤先生も言っていましたけれども、日本の刑事司法というものは、自白調書を取るために身柄を拘束するというのが捜査の通常的手段ですので、逮捕・勾留をして自白調書を取ろうとしたわけです。

問題点4. 専門家の意見書を無視した起訴

次に、本件は癒着胎盤という周産期医療でもまれな事例。弁護側は、勾留されてから起訴されるまでの間に、専門家5人の意見書を検察官に提出しています。その中には先ほどの学会の当時の周産期委員長、前周産期委員長の2人も含まれています。しかし、検察官はこれらの意見書を全く無視して起訴しています（図表14）。

今この意見書を読んでみても、判決で認定していたことと、その意見書で述べられていたこととの間には、極めて同じような考え方が書かれています。しかし、検察官はそれも無視した。

12. 本件は、明らかに逮捕の必要がない

- ① 患者死亡後も1年以上、県立病院の産婦人科の1人医長として、多数の入・通院患者を抱え、診療を継続していたこと。
- ② 家庭を持ち、間もなく第1子が誕生しようとしていたこと。
- ③ 加藤医師には、過失により患者を死亡させたという認識がなかったこと。
- ④ 1年近くの捜査期間に、カルテ等の物的証拠を収集し、主要な証人からの事情聴取を終了して供述調書を作成していたこと。

図表12

11. 逮捕状による逮捕の問題点

加藤医師は、平成18年2月18日逮捕されている。刑法第199条2項は、

「裁判官は、被疑者が罪を犯したことを疑うに足りる相当な理由があるときは、検察官又は司法警察員の請求により、逮捕状を発する。但し、明らかに逮捕の必要がないと認めるときは、この限りではない」と規定。

図表11

13. 勾留の必要性もない

刑法第60条「裁判所は、被告人が罪を犯したことを疑うに足りる相当な理由がある場合で、左の各号の一にあたるときは、これを勾留することができる。

1. 被告人が定まった住居を有していないとき
 2. 被告人が罪証を隠滅すると疑うに足りる相当な理由があるとき
 3. 被告人が逃亡し、又は逃亡すると疑うに足りる相当な理由があるとき
- 裁判官は、勾留を認め、その上検察官の請求で、弁護士以外の者との面会ができないという接見禁止をつける。

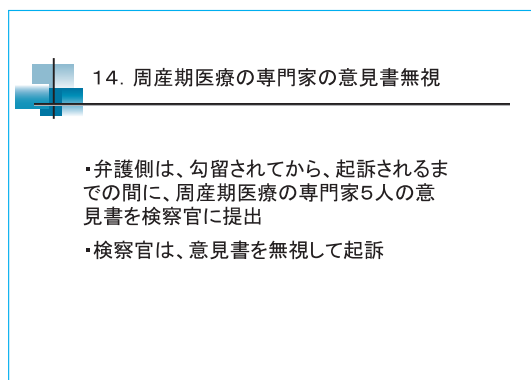
図表13

それではなぜ起訴されたのかということになりますけれども、やはり、調査報告書が存在するという、それから医療事故であるとする鑑定書が存在するという、さらには今のように専門家の意見を全く聞いていないということ（図表15）。

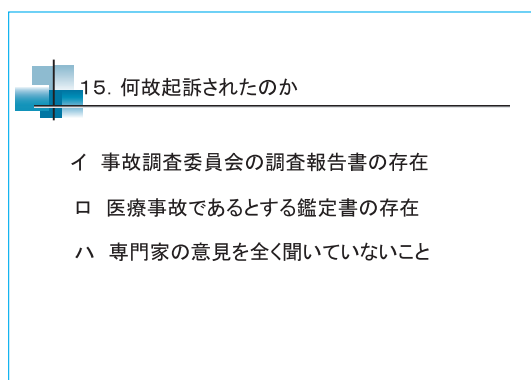
つまり、この裁判では捜査の全期間を通して、あるいは公判段階においても、本当の意味での専門家の意見というものは、検察側からは全く出てこなかったわけです。

問題点5. 医師の裁量そのものを「過失」とみなした起訴

次に、医師の裁量そのものを過失とした問題点があります（図表16）。



図表14



図表15

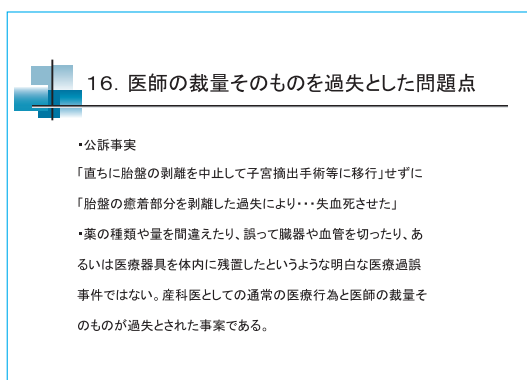
公訴事実、これは起訴状に書かれているわけですが「直ちに胎盤の剥離を中止して子宮摘出手術等に移行」せずに「胎盤の癒着部分を剥離した過失により……失血死させた」。

これは、薬の種類や量を間違えたとか、誤って臓器や血管を切ったとか、あるいは医療器具を体内に残置したというような明白な医療過誤の事件ではありません。産科医としての通常の医療行為、医師の裁量そのもの、胎盤剥離を継続するのかそこで中断して子宮摘出をするのか、そうした医師の裁量そのものに踏み込んで起訴しています。

もしそのような起訴をするというのであれば、当然、臨床現場の標準的な医療としてそのようなことが行われている、そういうことを検察側がちゃんと把握した上で起訴しているというのであれば、まだ分からなくはありません。

しかし、証拠に現れた癒着胎盤についての臨床における医療措置（図表17）は、検察側の証人の医師は1万例を超える分娩を担当して3例の癒着胎盤を経験したが、出血量は多くなったが剥離を完了していると証言しています。

東北大学の岡村教授、当時の日本産科婦人科学会の周産期委員長だったと思いますが、



図表16

同じように1万例以上の分娩に立ち会って、100～200例の前置胎盤を経験して、うち8例から10例の癒着胎盤があったけれども、出血量にかかわらず剥離を完遂している。

宮崎大学の池ノ上教授は、前周産期委員長だったと思いますが、大学では12例の癒着胎盤症例を管理、剥離を開始したものはすべて剥離を完了している。

某大学の産婦人科教室、これが鑑定書を書いた教授の産婦人科教室ですが、これはホームページに載っているわけですが、平成18年度の34例の前置胎盤患者について3例の癒着胎盤があったけれどもすべて剥離を完了している。

つまり、先ほどの、胎盤の癒着ということが分かった場合に、直ちに胎盤の剥離を中止して子宮摘出に移行するというような症例は、少なくともこの裁判では1例も提示することが検察側はできなかった。全く証拠のない事柄で起訴をしているということになります。

そこで判決では、医療措置の中止義務、胎盤剥離を中止する義務について「医療行為が身体に対する侵襲を伴うものである以上、患者の生命や身体に対する危険性があることは自明であるし、そもそも医療行為の結果を正

確に予測することは困難である。したがって、医療行為を中止する義務があるとするためには、検察官において、当該医療行為に危険があるというだけでなく、当該医療行為を中止しない場合の危険性を具体的に明らかにした上で、より適切な方法が他にあることを立証しなければならない。

このような立証を具体的に行うためには、少なくとも、相当数の根拠となる臨床症例、あるいは対比すべき類似性のある臨床症例の提示が必要不可欠である」(図表18)。

しかし、先ほどお話ししたように、検察官はそれを1例も示すことができなかったわけです。

医師の不当逮捕をなくすべく 医師法21条の改正が急務

それでは何が問題か(図表19)。

本件では、医師法21条でも起訴されていますけれども、21条は警察への届け出を義務づけています。届けられれば、医師は被疑者として捜査の対象となる。しかし、先ほど来お話ししたように、医療の専門家がそこには介しません。加藤医師がいくら警察や検察官に説明をしても、専門的なことについて理解し

17. 癒着胎盤についての 産科の臨床における医療措置(証拠上)

- 1 検察側の証人(医師) 32年の臨床医としての経験、1万例を超える分娩を担当。3例の癒着胎盤を経験、出血量は多くなったが、剥離完了
- 2 東北大学岡村教授 33年間に1万例以上の分娩に立ち会い、100～200例の前置胎盤を経験、うち8例から10例の癒着胎盤あり、出血量にかかわらず剥離を完遂。
- 3 宮崎大学池ノ上教授 36年間の経験、大学では12例の癒着胎盤症例を管理、剥離を開始したものは、すべて剥離完了。
- 4 某大学産婦人科教室 平成18年度、34例の前置胎盤患者について、3例の癒着胎盤あり、すべて剥離を完了。

図表17

18. 医療措置の中止義務

「医療行為が身体に対する侵襲を伴うものである以上、患者の生命や身体に対する危険性があることは自明であるし、そもそも医療行為の結果を正確に予測することは困難である。したがって、医療行為を中止する義務があるとするためには、検察官において、当該医療行為に危険があるというだけでなく、当該医療行為を中止しない場合の危険性を具体的に明らかにした上で、より適切な方法が他にあることを立証しなければならない。
このような立証を具体的に行うためには、少なくとも、相当数の根拠となる臨床症例、あるいは対比すべき類似性のある臨床症例の提示が必要不可欠である。」

図表18



19. 何が問題か

- 1 医師法21条→警察への届出
- 2 医師は被疑者として捜査の対象となる
- 3 医療専門家が介在せず

図表19

てもらうことができない。

再発防止のために（図表20）。

つまり、今のシステムには決定的な誤りがあります。欠陥があります。警察に届けられても、専門的な医療行為について判断をする知識も能力もない。これは、速やかに21条を改正して、医療行為についての届け出を廃止すべきです。この大野病院の判決でも、当該医療行為に基づいて死亡したような場合には21条の届け出義務はない、異状死ではないと判断していますけれども、いずれにしてもこの21条は明らかにシステムの欠陥ですから、速やかに改正されるべきです。

医療事故を取り扱う公正・中立な第三者機関の早期設置を

それから、本件で明らかになったように、全く専門家が介在しないためにこのような



20. 再発防止のために

- ・医師法21条を改正し、医療行為についての届出を廃止
- ・専門家を中心とする公正・中立な第三者機関による、原因究明と再発防止のための事故調査委員会の創設

図表20

誤った起訴が行われた。ですから、専門家を中心とする公正・中立な第三者機関による原因究明と再発防止のための事故調査委員会の創設というのは、ぜひとも必要なことだと思います。

今回、医師会でも、各病院や診療所に事故調をとという提言もされているわけですが、その場合には、私の経験でもどうしても中立性、公正性が担保されない場合もある。そういうときに、難しい症例や患者側からの申し出があった場合には、例えば各県に1つあるこのような専門的機関に調査を依頼することができるよう、そういう道も付けておくことがぜひ必要だと考えています。

大体時間になったようですので、あとは特別弁護人の澤先生の方からもう少し医療的なことについてはご説明があるかと思いますので、私の話はこれで終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

シンポジウムⅢ

県立大野病院事件 特別弁護人の立場から

日医総研研究部長・日本医科大学女性診療科

澤 倫太郎



演者紹介

石井 続きまして、県立大野病院事件の特別弁護人を務められました澤倫太郎先生をご紹介します。

澤先生は1986年日本医科大学付属病院において臨床研修をされました後、2001年には日本医科大学大学院生殖発達病態学講座・講師、2002年4月1日から2004年3月31日までは日本医師会常任理事、2006年から日本医師会総合政策研究機構研究部長をされ、2009年から日本産科婦人科学会・副幹事長、また同年、慶應義塾大学産婦人科学教室・客員准教授を兼務されて現在に至っています。

それでは澤先生、よろしくお願いします。

澤 日医総研の澤でございます。

「特別弁護人」という非常に珍しい立場から私はこの事件を経験しまして、いろいろ皆さんにお話ししたいことがあるのですけれども……。

まず県立大野病院がどこにあるのか？ この病院は第1原発からわずか3kmの所でありまして、このことに関してはあまり話さない方がよいのではないかという執行部の先生方のお考えもあるのですが、まさしく原子力村に我々弁護団はこのこ出かけて行って、引きずり回されたような印象を今、持っています。

大野病院もすでにNo-man's landの中に入り、加藤先生を逮捕した富岡署ありません。そういう非常に閉鎖的な所で起こった事件だということが1つあります。

刑事事件における特別弁護人

特別弁護人

ほとんどの場合、弁護人は弁護士の中から選ばれるが、[法律以外の特定の分野に精通した弁護人](#)が必要な場合は裁判所の許可を得て弁護士資格のない者でも弁護人として選任することが可能である。これを特別弁護人という。

特別弁護人は、地裁において主任弁護人となれない制限を除き、訴訟法上は弁護士と同等の権利を持つ

チャタレー事件（S27）では、被告人伊藤整の特別弁護人として文学界から中島健蔵、福田 恒存（つねあり）らが弁護を行った
[大野病院事件（H18）で初めて現役医師が特別弁護人に選ばれた](#)

刑事事件における 特別弁護人の役割

「特別弁護人が地裁から認められたので出廷してください」ということを弁護団の先生から言われたのですが、特別弁護人というのは、どういうことをやったらよいのかよく分からない。調べてみると、このように載っています（[図表1](#)）。

図表1

刑事事件における公判では、ほとんどの場合は弁護士はもちろん弁護士の先生から選ばれるわけですが、法律以外の特定の領域、特定の分野に精通した者がいる場合は、弁護士でなくても弁護人の資格を選任することが可能です。これを特別弁護人と言います。

ただ、とても珍しくて、日本の刑事事件ですと、昭和27年に『チャタレー夫人の恋人』という伊藤整さんがお訳しになった文章がわいせつかどうか争われたときに、文学界から中島健蔵であるとか、福田恆存とか、そうそうたる方が弁護を行ったということがあります。

最近ウィキペディアを見ていましたら、大野病院事件で初めて現役医師が特別弁護人に選ばれたということが書いてありました。そ

れが私です。

これは判決言い渡し当日の福島地裁です（図表2）。報道陣がこんなに鈴なりになって、カメラを構えている。その当時は日本の医療界のみならず、社会が本件を注目した。もう3年になるのですが、非常に暑い夏の日でしたけれども、我々は向かって左側から通っていくわけです。それを彼らがテレビなりで写すという、そういう仕組みでした。

法廷では、私は加藤先生の横で常に彼を補佐するというかボディガードの役でして、先ほどお話しされた平岩先生、後に話す水谷先生もすぐそばにいらっしゃいました。

この弁護団の中で、医療的な表現の方法などが間違った場合は、すぐに私が指摘をするという非常に重要な役割を担ったわけです。

これは次の日の新聞です（図表3）。中央に加藤先生がいます。横にいる私の方がよほど人相が悪いとよく言われたのですが、こういう役割です。

これは判決直後の記者会見ですけれども、ここに疲れ切った私が入っています（図表4）。弁護団の皆が疲れ切っているのですが、加藤先生だけちょっと元気そうだな、という判決直後の記者会見です。



図表2



図表3



図表4

特別弁護人の苦悩とは

特別弁護人の苦悩ということを1つ申しますと、実は厳しい保釈条件が加藤先生には付いていました（図表5）。平成18年2月18日に逮捕、3月14日に保釈されるとき、保釈保証金が500万円。それ以外に条件がありまして、加藤先生が大野病院関係者、それから母校である福島県立医大の先生方、あるいはそれを含んだすべての本件事件関係者とは、一切の面接、電話、メールもだめ、接見、通信は絶対にだめという厳しい保釈条件が付けられまして、結局は関係者では私だけが加藤先生と正式に話せる。本当に加藤先生と社会との窓口、医療界との窓口は自分だけという、それは重いプレッシャーでした。

またもう1つは、これはいろいろな所で言っているわけですが、言葉が通じない（図表6）。ドクター同士ですとわりあいと言葉は通じるのです。被告や私の間では非常に話は通じるわけですが、例えば弁護団の中に入ってそれを通訳するのに、クーパーというのはどういうものだ、から始めなければいけない。クーパーはこうやって持つのだ、こちら側で剥がすのですということから始めなければいけない。

もちろんメディアには、それぞれ守秘義務がありますし、これもあまり話すことはできません。それから、もちろん警察、検察の関係者の方とは、最初からシナリオがあって動いているわけですから会話はできない。また警察はメディアにリークするという構図がありますから、何を言っても無駄なのです。

この通訳が非常に苦勞した。またこの被告が、加藤先生が寡黙な男でなかなかしゃべらないのです。彼から話を聞き出すのだけでもかなり大変でした。

後で皆様の前で今日加藤先生がお話しすることなので、「あまり私に注目を集めないでくれ」と先ほど加藤先生が言っていましたけれども、皆さん思い切り注目してあげてください。

相次ぐ医療事故により増大した医療に対する国民の不信感

さて、医療事故が刑事訴追されるようになったのは、これはいろいろなところでお話があったと思いますが、もう一度改めてみると、悪夢の平成11年だったのです。平成11年に大病院で、我々が今見ても信じられない医療事故が確かに発生した（図表7）。

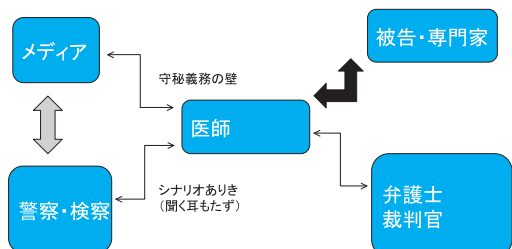
特別弁護人：特別弁護人の苦悩
厳しい保釈条件（自分だけが被告人と社会との窓口）

平成18年3月14日 加藤医師が保釈される際、保釈保証金500万円に加え、加藤医師が大野病院関係者および福島県立医科大学の同僚らを含む本件事件関係者とは、面接、電話、手紙、その他いかなる手段をとるかを問わず、接見、通信ないし交通することを禁じた厳しい保釈条件がつけられた

図表5

特別弁護人
特別弁護人の苦悩：どう説明したらわかってもらえるのか？

オラリティ（話し言葉）もリテラシー（文字としての言葉）も通じない



図表6

例えば、横浜市立大学の患者取り違え事件であるとか、広尾病院の看護師さんによる消毒液の誤注射事件であるとか、これは後の対応が少しまずかったのだと思いますけれども。

翌年になると埼玉医大の研修医が、先ほど午前中の樋口先生のご講演にもありましたビンクリスチンという抗がん剤、これも各国で発生しているのですが、ビンクリスチンの過剰投与で亡くなったという事件がありました。

平成13年には女子医大のカルテ改ざん事件、佐藤先生とは全く違う先生のカルテの改ざんが大きく報道され、医療に対する不信、不安が一挙に増加した。

これが平成11年からの流れです。

犯罪被害者の権利意識の高まりにより起訴へ追い込まれる検察官

一方で、こういう流れもありました。

病院に対する不信、不安というのが国民に伝わったのですけれども、同時にもう1つの流れとして、犯罪被害者の権利意識がありました。要するに桶川ストーカー殺人事件、被害者がストーカーされているのですと何度警

察に訴えても警察が動かなかった。それは警察の不首尾ではないかと叩かれまして、検察自体が「犯罪被害者のための検察庁」という意識に変わってきたということです。

また最高裁の判決の中で、例えば患者の期待権、最近、患者の期待権を否定する判決も示されましたけれども、民事責任の明確化が行われて、要するに裁判所の考え方も変わったということで、結局、起訴する・しないというのは、先ほどの平岩先生の話にもありましたように、起訴便宜主義といって検察官の裁量にゆだねられるわけですが、検察官の立場としても、こうしたさまざまな状況の変化があり、起訴せざるをえない状況に追い込まれた側面もあるのかもしれないと言っておきます（図表8）。

検察側の医師職業倫理への不理解が刑事訴追の一因に

その裏で、医師と検察官の意識の違いです。

我々医師には「後医は名医の戒め」というのがあります。これはどういうことかという、「後から診た先生が前の先生の悪口を言うな。それはいちばん恥ずかしいことだからね」という戒めです（図表9）。

なぜ、医療事故が、刑事訴追されるようになったのか

平成11年・大病院における相次ぐ医療事故

- 平成11年 1月 横浜市立大学医学部付属病院患者取り違え事件
- 平成11年 2月 都立広尾病院・看護師による消毒液誤注射事件
- 平成12年10月 埼玉医科大学総合医療センター抗がん剤過剰投与事件
- 平成13年 3月 東京女子医大附属日本心臓血管研究所カルテ改ざん事件



医療に対する不信・不安の増大

図表7

なぜ、医療事故が、刑事訴追されるようになったのか

- 大病院における相次ぐ医療事故：マスメディアによる医療事故の報道
 - 世論が変わった 「病院に対する不信・不安」
- 犯罪被害者の権利意識の高まりと法改正（桶川ストーカー殺人事件）
 - 検察庁が変わった「犯罪被害者のための検察庁」
- 最高裁判決による民事責任の明確化
 - 裁判所が変わった 下級審で多数の病院敗訴判決



起訴する、しないは検察官の裁量（起訴便宜主義）だが・・・起訴せざるを得ない状況に追い込まれている？

刑事訴訟法 第248条（起訴便宜主義）

犯人の性格、年齢及び境遇、犯罪の軽重及び情状並びに犯罪後の状況により起訴を必要としないときは、公訴を提起しないことができる。

図表8

「不用意な他医への批判は、医師としての品位をおとしめ医師の信頼を傷つける行為であるばかりか、患者に無用な不安を与えるなど、思いもかけない大きな影響を与えかねないため慎むべきである。特に以前に診察した医師をいたずらに批判することは、古くから『前医の批判をするべからず』『後医は名医』などといわれて戒められてきた」。

これは日本医師会の『医師の職業倫理指針』にも書かれていますけれども、後からいろいろなことを言う人はお医者さんとして恥ずべきこと。それは私たちの中にあるのですけれども、ところが検察はそうは思っていないのです。

最近テレビなどに出て「あれはやらない方がよい」などと安易に発言される、私より若い世代の先生方がいらっしゃるけれども、こういった先生はこの戒めを知らないのではないかと思います。後からは何でも言えるのです。現場の先生がどういう判断をしたかということがいちばん大事なのです。

一方で、これは藤永幸治先生が、警察官や検察官向けの教科書に書いているのですけれども、医療犯罪というのはこういう特徴があるから捜査にあたって注意しろと（図表10）。

それは、専門性、密室性、封建制。『封建制』とは、医師の世界はきわめて閉鎖的な利益共同体であり、出身大学の指導教授を頂点として、医局や系列病院のポストが定められ、また、開業医といえども継続的な卒後教育からアルバイト医師の手配に至るまで、出身校とは切っても切れない関係にある」というようなことが書いてあります。「他方、医療事故が発生したような場合には、捜査官が医療専門家の協力を得ようとしても、閉鎖的な社会であるため、仲間の悪口は言いたがらない傾向が強く、良心的な協力者を見つけることは容易ではない」と書いてあるわけです。

このように我々が前医の悪口を言うのは恥ずかしいことだというメンタリティと、全く違うようにとらえているということがあります。

『逃亡者』、これは外科医リチャード・キンブルが妻殺しのえん罪を負って逃げるわけですが、キンブルは非常に同僚に信頼される医者でしたので、医療関係者の友人は皆、彼をかばうのです。

『白い巨塔』はご存じのとおり、最近では唐沢がやりましたけれども、やはり田宮二郎ではないかと思うのですが。財前さんの閉鎖性、封建制、これがいまだに検察官、あるいは一

なぜ、医療事故が、刑事訴追されるようになったのか

医師と検察官の意識の違い：医師は前医の行為を安易に批判しない！

『後医は名医』の戒め 日本医師会「医師の職業倫理指針」

医師は自分の習得した知識や技術を他の医師に伝え、他の医師の不適切な医療行為に対しては、直接あるいは間接的にその医師に忠告、助言、指導することが大切である。

一方、不用意な他医への批判は、医師としての品位をおとしめ医師の信頼を傷つける行為であるばかりか、患者に無用な不安を与えるなど、思いもかけない大きな影響を与えかねないため慎むべきである。特に以前に診察した医師をいたずらに批判することは、古くから『前医の批判をするべからず』『後医は名医』などといわれ戒められてきた。これは、上述の理由のほか、前医と後医では、診察時の状況や得ている情報が往々にして異なっており、前医が患者に注いだ努力と専門的判断を後医が「わかに判断できないことも多々あるため」、前医への批判が、結果として誤っているか、不当なものであることも多いからである。前医に対する軽率な批判が、不毛な医師紛争の発端となりうることを心すべきである。これは対診の際にも心がけなければならないことである。また、特に自分の声高を高めようとして、いじつに他の医師を誹謗することは許されない。

（社団法人日本医師会（2004）「医師の職業倫理指針」23頁）

図表9

なぜ、医療事故が、刑事訴追されるようになったのか

医師と検察官の意識の違い：検察官・警察官は医師をこう思っている

検察官・警察官向けに書かれた医事犯罪の本では、医事犯罪の捜査の特徴として、「専門性」「密室性」「封建性」という、三つの特徴を上げている。

「封建性」とは、医師の世界はきわめて閉鎖的な利益共同体であり、出身大学の指導教授を頂点として、医局や系列病院のポストが定められ、また、開業医といえども継続的な卒後教育からアルバイト医師の手配に至るまで、出身校とは切っても切れない関係にある。他方医療事故が発生したような場合には、捜査官が医療専門家の協力を得ようとしても、閉鎖的な社会であるため、仲間の悪口は言いたがらない傾向が強く、良心的な協力者を見つけることは容易ではない。

藤永幸治ほか（1999）『環境・医事犯罪』（シリーズ捜査実務全書10）188頁

図表10

部国民の中に、我々医療者をとらえるときの1つの象徴としてあるのではないかと思います。

捜査のきっかけとなった 事故調査報告書

県立大野病院の問題点は、今、法律的な問題に関しては平岩先生が述べられましたけれども、事件の概要としては、業務上過失致死と医師法21条違反でした（図表11）。

先ほど言いましたように、事故調査報告書が出ました。これは補償目的で書かれた報告書で、それに対して医療ミスということで院長と県の病院局が謝罪をするのが地方紙の1面に載りまして、それが捜査の端緒になった

県立大野病院事件における問題点

事件の概要(業務上過失致死、医師法21条違反)

被告人	産婦人科医師(当時38歳)
概要	平成16年12月17日、前置胎盤の帝王切開手術において、軽度の癒着胎盤が子宮後壁にあった。これをクーパーで剥離した後、大量出血に至った。子宮摘出を行ったが、術中に、心室細動となり、死亡。 被告人は、前置・癒着胎盤による出血で死亡したものと考え、院長や県の担当者と相談した上、医師法21条の届出をしなかった。保健所に届出はしていた。
患者	29歳女性、帝王切開既往1回

図表11

事故調査報告書→謝る院長・県病院局→捜査の端緒(H17/3/31)



平成17年3月31日 広島民友掲載

図表12

ということです（図表12）。

逮捕も非常に我々にとってショッキングでして、すでに調査が全部終わった1年後に、なぜか加藤先生の身柄を確保された（図表13）。そのときの状況等は、後で加藤先生がお話するだろうと思います。

医学の準則に反する 検察側の起訴事実

県立病院の問題点というのは、いろいろなところに書かれていますけれども、本当のところは、医療的には全く関係のないことで争っていた（図表14）。

例えば予見可能性、いちばん最後は前壁に胎盤が付いていたかどうか病理診断で争うの

調査終了後1年後の逮捕 (H18/2/18 加藤医師逮捕)



(2006年3月8日 朝日新聞)

図表13

県立大野病院事件における問題点

主要な争点について

	病理鑑定による 癒着の程度	予見可能性	結果回避義務
検察官	前回帝王切開時に付着していた 子宮後壁に深い 嵌入胎盤	胎盤の付着位置から予見できた MRI検査をすれば 予見し得た。	剥離開始後、剥離中に癒着を認識したら、直ちに子宮摘出に移るべき クーパーの使用は不可
弁護士	子宮前壁に癒着なし 子宮後壁の一部に浅い嵌入胎盤	胎盤は前回帝王切開痕にかかっている。 エコー検査やMRI検査でも癒着は、予見できない	剥離を開始した後は、止血措置を行うため、剥離を完遂させる必要があるし、剥離した方が子宮収縮によつて止血に至る。剥離途中で、剥離を中止し、子宮摘出を行うことはできない。 クーパーの使用は子宮筋層を傷つけないようにするため、むしろ有効。

図表14

ですけれども、実は術中超音波というのをやっているのです。実は術中超音波というのはお腹を開腹して、子宮壁に直接、滅菌したプローベを当てて見る。これの解析力はどんなものより勝っている。加藤先生はこれをやっています。ですから予見可能性、こんなことは最初から問題になりようがない。加藤先生は、すべてのことをやっていると言ってかまわないのです。

それから結果回避義務ですけれども、要するにクーパーを使うべきではなかったとか、剥離中に癒着を認識したら直ちに子宮摘出に移るべきだと。これはそもそも無理だというのがあります。

これはどういうことかという、これは実際私が描いた絵で証拠になったものですが、これが正常な位置にある胎盤。胎児があって膀胱があって、ここから子宮動脈が2つ来ているわけです。これが臍帯、臍の緒です（図表15）。

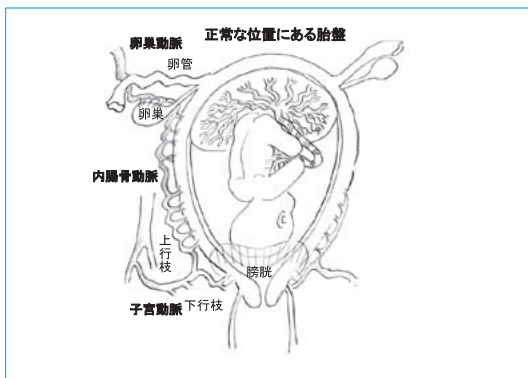
いちばん最初の公判のときに、検察は「ジintai」と読んでびっくりしましたが、それぐらい勉強してくれよと、さすがにあきれかえって嫌になってしまいました。

ところが、今回県立大野病院のケースで、胎盤の形態とか大きさとかあまり話題になっ

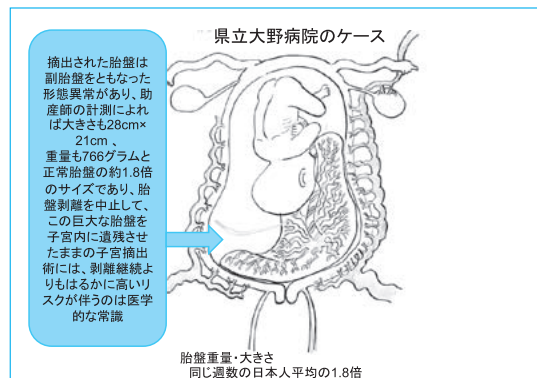
ていないのはすごく不思議に思います。実は後壁に癒着があって、前の方に来ている前置胎盤なのですが、摘出された胎盤というのは副胎盤もあるのです。これは病理の報告にも書いてあります。それから大きさが28×21cmで、重量で766gと非常に大きいのです。正常胎盤の約1.7～2倍です。胎盤を2個入れたまま子宮を取り出すことというのは、ここに尿管も走っていますから、剥離継続よりもはるかに高いリスクになる。これは我々から見ると自明なのです（図表16）。

このことが、あまり裁判中も争点にはならなかった。実は、これが真実なのです。ですから、加藤先生は胎盤をすべてていねいに剥離した後に、無事に子宮を摘出しているのです。ですから、この方法は絶対正しい。これしかありえない。だれがやってもそうなるはずなのですが、それはあまり表に出てこないというような、非常に医療の真実と、喜田村先生が先ほどからずっと言われた「刑事裁判というのは医療的な真実をあぶり出すものでは決してありません」という話につながるものだと思っています。

クーパーを使って剥離したという点でも、いちばん最初になかなか話が通じないということをお話ししましたが、私が痛感したのは、



図表15



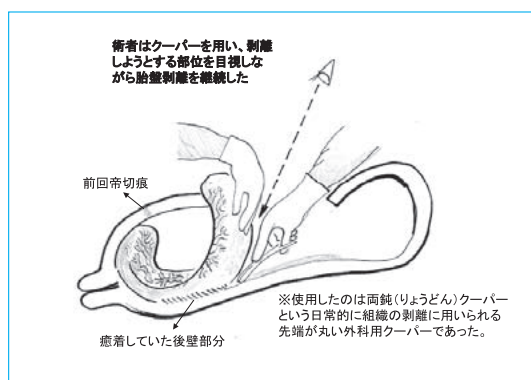
図表16

私はいつも術者をやる場合は、患者さんの右側に立つのです。右側に立って、右手で執刀するのですが、福島県立医大では左側に立つのです。左側に立ってやる。そうすると、加藤先生がやった操作というのは右手がうまく使えて楽な操作だなということで、実際に彼は胎盤を剥離します。左手で胎盤を挙上させてテンションをかけて、両鈍のクーパーでテンションをかけたところを少しずつ剥がしていくという、クーパーを使った安全な行為をしているわけです（図表17）。

ともすると、検察側の書いたシナリオというのはジャブジャブ血液が出ている中を盲目的にクーパーでじょきじょき切って傷を付けてというような話になっていますけれども、そんなことは絶対に私たちはしない。怖くてできない。クーパーの使用に関しても、これが真実です。

検察側の医学知識は極めて浅薄

今、3事件の関係者の方が何度もお話しになりました。もう一度まとめますと、女子医大の事件、杏林大の事件、大野病院事件、共通の問題点なのですけれども、まず捜査関係者の医学的知識の欠如（図表18）。



図表17

こんなことを責めてもしょうがないのですが、けれども、要するに専門家への聞き取りが不十分で、要するに自分に都合のいいことを言ってくれる専門家が現れるまでずっと探し続けるわけですから、これは先ほど言った封建制であるとか閉鎖性のイメージにとらわれているものだろうと思います。

また、遺族感情に直面する捜査当局ということがあると思います。

調査報告書が 起訴を後押ししてはならない

それから、今日の発表者が何度も申し上げますように、やはり調査報告書の問題点というのは今後も続きますので、これはずっとあるのだと思います。

もう1つ、実際に公判が始まると流れが非常に遅いです。杏林などは結審まで40何回もかかっていますので、その間、すべてのことが終わる間は被告は医療も何もできません。専門医を取ろうとしても何もできない。結局キャリアが全部潰されてしまう。それは社会にとってもものすごくマイナスなことだと思います。

県立大野病院事件における問題点

東京女子医大・杏林大・大野病院事件から浮かび上がる共通の問題点

- ① 捜査関係者の医学的知識の欠如
関係者や専門家への聞き取りが不十分である、専門家への聞き込みをしないのは、捜査機関の医学的知識が、不十分であることによる。あるいは、「封建性」「閉鎖性」のイメージにとらわれているのか？
- ② 遺族感情に直面する捜査当局
- ③ 調査報告書の問題点
調査開始のきっかけとなる。医学的に「こうあるべき」というのが調査報告書では、民事的に「賠償すべき」、行政処分を「課すべき」、刑事責任を「負うべき」と混同されている。
また、当事者たる病院が作成することについては、慎重でなければならない。病院は、事件の早期解決に利益を有し、積極的に病院の非を認める報告書となり、これが刑事手続きに流用される可能性がある。
- ④ 訴訟の遅延（証拠の同意制度、裁判官の訴訟運営に対する発動、検察官は、公訴の取消（刑訴257条）を活用すべき。）

図表18

医師法21条を改正しない限り、
医師のだれもが医療刑事裁判の
当事者になりうる

これは先ほど言いましたけれども、事は終わっていないのです。樋口先生が午前中に、21条の問題は何も片づいていないのに、医療者の先生たちは何を安心しているのだということをおっしゃっていましたが、全く何も変わっていない。

やはり明日は我が身というか、今そこにある危機なのです。いろいろなことが始まるから、死んだふりをしているだけで、彼らは決して諦めてなどいません。

もしものとき、
頼れる弁護士がいるか

最初に言いましたが、万一刑事手続きが開始したらということで言えば、弁護士を探さなければいけない。ところが、弁護士がいないのです。女子医大の佐藤先生の場合は、都立西校の同級生にたまたま弁護士の方がいらした。

杏林大学の場合は、ご家族の方に法曹の関係者の方がいらしたということがあります。

それから大野病院の場合は、たまたま今県立医大の教授であります先生が私のところに電話をしてきて、私はちょうど研究会をやっていたものですから、刑事事件に詳しい弁護士さんをたまたま知っていたということがありますけれども、皆さんはたぶんないだろうと思うのです。

病院の顧問弁護士とかいますけれども、これは利益相反で、もし有罪になれば病院が被告になった先生の首を切らなければいけません

ながら、そのときに病院側に付く弁護士なので、利益相反の関係で刑事事件には付きません。保険会社の弁護士も付いてくれません。ですから、新しく弁護士を探さなければいけない。これは非常に難しい問題だと思います(図表19)。

刑事事件に巻き込まれた場合の 基礎知識

起訴と不起訴の違いというのがあるのですけれども、任意捜査が始まりました。普通は在宅のまま起訴か不起訴になるのですけれども、佐藤先生や加藤先生のように逮捕されると最大72時間逮捕で、勾留が20日間ぐらいあります。そこから起訴されるか、不起訴になるかになります（**図表20**）。

起訴になるといわれる本当の裁判で、午前中樋口先生が略式裁判は怖いとちょっと言っていましたけれども、こういう方向になります。

不起訴の中には嫌疑不十分、罪とならず、起訴猶予というのはこういう類型があるわけですが、法律上は何らのおとがめなしで、前科にもならない。もちろん行政処分もない。

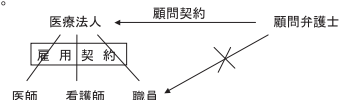
万一、刑事手続きが開始したら...弁護士がない...

Q1 保険に入っているから、保険会社の弁護士が弁護してくれるはずだが...

→ 保険会社は民事事件についての代理をするが、刑事事件は別途弁護人の選任が必要となる。高額な弁護士費用は医師賠償責任保険ではカバーされない。

Q2 病院の顧問弁護士が対応してくれるはずだが...

一 病院の顧問弁護士は、医療法人と顧問契約をしており、医療法人の利益を図る職責を有している。被疑者の医師が、裁判により有罪となれば、使用者として、当該医師を解雇しなければならないので、病院と顧問契約をしている弁護士は、雇用下にある医師の刑事弁護の受任は差し控えるのが通常。



圖表19

よく聞く言葉ですが、書類送検（図表21）。「書類送検というのは何なの？」という話を聞いても、法曹の先生は「私たちの言葉ではなくて、マスコミの言葉だよ」ということしか言わない。よく「書類送検をした」と言いますが、それは「被疑者の身柄を勾留することなく、起訴の可否の判断材料とするため、被疑者の取り調べ調書や情報を警察から所轄の検察庁に送付すること」と辞書には載っていますが、マスコミが言うには、要するに警察の判断としては逮捕はしないと。逮捕はしないので、何ら法律上の不利益が書類送検されたからあるわけではないのですが、後に起訴されることもあるので、これで安心はできない。何となく「書類送検をされて」というと、「あのお医者さんは悪いこ

とをしたんじゃないの」というイメージが絶対に付くと思うのです。ですから、書類送検というのはそういったもので、別に法的な意味を持った言葉ではないということです。

ただこれは、メディアには非常によく使われます。すべてのことに使われて、ネガティブなイメージを持って、あえてメディアが使っているような気がします。

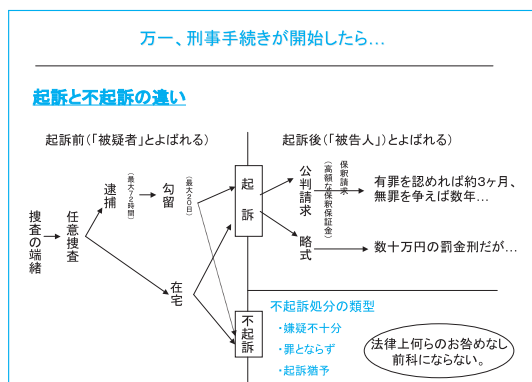
略式手続きを選ぶことへの危惧

先ほど言った略式が怖いという話の続きなのですが、公判手続き（図表22）。

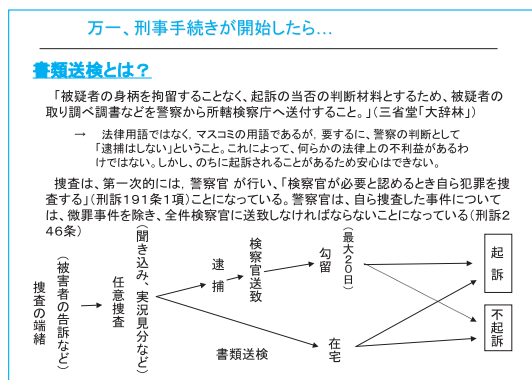
これは3事件とも公判手続き、ちゃんとした公開法廷で行われています。刑種に制限はありません。マスコミ扱いは全国紙です。無罪を争う場合は最低2年は覚悟する。また、弁護士1人での対応は困難で、弁護団が必要になってくる。ときには、それなりのお金が必要になってくるかもしれない。

略式の場合は、簡易裁判所で非常に簡単に行われて、50万円以下の罰金かまたは過料で済む。ただし、実務上自分が有罪であると認めるのが大前提ですので、えん罪の危険性が高い。マスコミの扱いは地方版の片隅です。

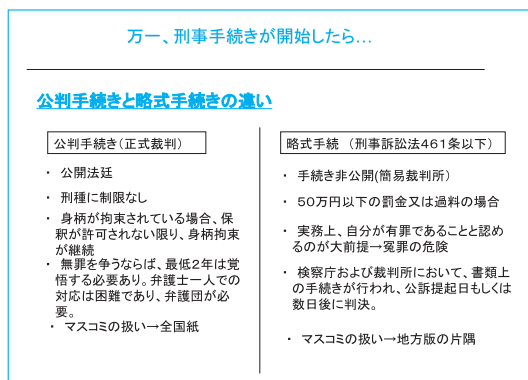
実はこの略式の実態というのは調べてもな



図表20



図表21



図表22

なかなか出ないのですが、医療刑事事件の中で結構これでやられている人が多いのではないかと。総研を挙げて調べるのですが、なかなか出てこない。たぶん多いのではないかと危惧をしています。

いろいろな事件を見ると、例えば身柄・公判請求型という、女子医大事件がそうでした。県立大野病院事件がそうでした。喜田村先生がおやりになった薬害エイズの帝京大ルート事件もありました。それから青戸事件も身柄・公判請求型です（図表23）。

杏林大学の場合、あるいは広尾病院の場合、横浜市立大学の場合というのは、在宅のまま起訴をされて公判請求したというパターンです。

次に略式なのですけれども、身柄を取られて略式。在宅を取られて略式。これは非常に多くて、例えば自分の城を持っている、あるいは患者さんが入院をしているとします。そうすると、「先生、ごたついて長くかかるより、ここで認めてしまえば50万円で終わるし、今日帰れるよ」と言われれば、絶対にそちらを選ぶ先生は多いと思うのです。

私はよく加藤先生がこれをやらなかったなと思います。東北人の粘り強さというか、諦めない気持ちなのだろうと思って、加藤先生

に初めて会ったとき、それを真っ先に褒めたのです。

略式ということをおわされたら、皆さんどうですか。もし自分の城があって、それを守るために、自分がちょっと罪を認めて、行政処分は付いてくるかもしれないけれども、と言ったら、略式を選びませんか。それは実はすごく怖いことなのです。

身柄を押さえられた場合、保釈金はすごく高く、薬害エイズの帝京大ルートですと保釈に1億円。佐藤先生の場合が2,000万円。加藤先生の場合500万円。いずれも無罪なのですが、保釈金が高く、重い負担がかかります。特にこの場合はお2人ともまだ30歳代の勤務医で、お金を集めるのに苦労されたという話も聞きました（図表24）。

医療刑事裁判は 日本の刑事裁判の問題点の縮図

医療刑事裁判というのは、今、言われている日本の刑事司法の問題点の要素がそっくり詰まっています。人質司法である。自白をとにかくさせるために代用監獄に入れたりすることもやるわけです。別件捜査は、先ほどの異状死の問題です。別件捜査の問題点もあり

万一、刑事手続きが開始したら...

身柄(拘束)事件と在宅事件の違い

負担大 公判 負担小	① 身柄・公判請求型	東京女子医大事件、県立大野病院事件、薬害エイズ帝京大ルート事件、慈恵医大青戸病院腹腔鏡事件
	② 在宅・公判請求型	杏林大割り害事件、横浜市立大患者取違え、都立広尾病院事件
負担大 公判 負担小	③ 身柄・略式型	冤罪の危険が極めて高い ごたついて長くかかるより、ここで認めてしまえば、50万で終わるし、今日帰れるよ。 医療刑事事件に多い
	④ 在宅・略式型	

図表23

万一、刑事手続きが開始したら...

高額な保釈保証金

身柄事件の場合、起訴後保釈請求できる。しかし、保釈保証金が必要。

① 平成 8年10月 薬害エイズ帝京大ルート	1億円
② 平成14年 7月 女子医大人工心肺フィルター目詰まり事件	2000万円
③ 平成18年 3月 県立大野病院事件	500万円

いずれも無罪事件なのに、身柄事件になると、保釈保証金の重い負担
なお、②および③の医師は30代勤務医

図表24

ましようし、取り調べが見えていないということも含めて、医療刑事裁判というのは、現在持っている日本の刑事司法の問題点がさまざま詰まっている（図表25）。

おわりに

今日こんな会を開いてくださった今の医師会の先生方、執行部の先生方は度量があると思うのです。医師会でこういう会という、医師会の味方をする先生だけが来て講演するのですが、今日は自由な発言を全部許すということなので、私も日医総研のシンポジウムですから、主催者として本当に誇りに思います。

本件に関しては、医師会、医会、専門家集団の応援がものすごくありました。この事件で加藤先生を助けるために多くの先生方が本当に協力をしてくれた。

なかでも日本産科婦人科学会も、もちろん日本医師会も、負けるかもしれない事件のケツを持ってくれるというのは、結構勇気のある組織です。それを判断された医師会の執行部の先生たちは度量が広いです。負けてもよいと思っているのですから。もし負けたら、

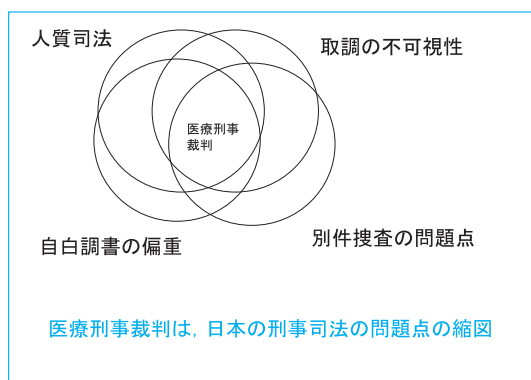
その責任は言われるわけですから。私は、たいしたものだと思います。

あと日本産科婦人科学会。これは、無罪判決直後の学会の記者会見（図表26）。当時の理事長で吉村慶應大学教授、今日は岡井先生がいらしています、副理事長です。これは慈恵の落合先生、2人の副理事長と前の理事長です。

吉村先生は、今日は吉村先生のスライドを借りたのですけれども、本当に加藤先生に対しても、心の支えになっていただいた。いちばん最後の弁護団の打ち合わせのときも1人で来てくださいまして、加藤先生に「21条が勝つかどうか分からないけれども、最後まで応援するから諦めるな」と言ってくださって、本当に力をいただきました。もちろん、すべての先生方に力をいただいたのですけれども。

吉村先生のスライドをお借りして、今日最後の言葉にしたいと思います（図表27）。

「不幸にして医療事故が起こってしまった時に、最も大切なのは患者・家族への真摯な説明である。医療の質と安全を向上させていくという観点からは、調査委員会で臨床経過を公正な目で評価し、再発防止につなげていくことが何より重要である。重篤な疾患を扱



図表25



図表26

日本産科婦人科学会の見解

不幸にして医療事故が起きてしまった時に、最も大切なのは患者・家族への真摯な説明である。医療の質と安全を向上させていくという観点からは、調査委員会で臨床経過を公正な目で評価し、再発防止につなげていくことが何より重要である。重篤な疾患を扱う医療行為に刑事責任を問われては、医療が成立しないという医療者側の論理のみを強調するだけではなく、本件を通して国民に信頼される医療が提供できるようなシステム作りをしなければならない。また、今回のような重篤な産科疾患においても母児ともに救命できるような医療の確立に最大限の努力を払わなければならない。

図表27

う医療行為に刑事責任を問われては、医療が成立しないという医療者側の論理のみを強調するだけではなく、本件を通して国民に信頼される医療が提供できるようなシステム作りをしなければならない。また、今回のような重篤な産科疾患においても母児ともに救命できるような医療の確立に最大限の努力を払わなければならない」。

これは本当に医師の良心がすごくよく出ている。もし自分を頼ってきた患者さんが亡くなれば、無念なのです。残念なのです。そんなことは当然です。それがなかなか遺族の人たちに伝わらない。この無念である、残念であるという気持ちはどうしたら伝えられるのだろうかということも、本当に正面から考えていかなければいけないことだろうと思います。

最後にヒューマンエラーが出ましたけれど

**To err is human,
to forgive divine.**

Alexander Pope "An Essay on Criticism"

「ひとは必ず過つものだが、それを許せるのは
神のみである」

図表28

も、これはアレキサンダー・ポープの言葉です(図表28)。『批評論』に載っています。「To err is human,」、必ず人は間違えるのだ、「to forgive divine.」と続きます。これは人は必ず間違えるもの、ただそれを許すのは神様でもなければ許せないかもしれない。こういうことなのだろうと思います。

結局は医療者、それから患者さんがいて、あまり期待しない結果になったときに、いったんその溝ができると、それを埋めるのは大変な作業なのだ。けれども、どちらもやはり歩み寄って、お互いの心情を分かり合える。そういうシステムがきっとこれから、医師会でも作っていかうという努力をしていますし、それにぜひ皆さんのご協力を得られればと思います。

私の話はこれで終わらせていただきます。ありがとうございました。

シンポジウムⅢ

県立大野病院事件 当事者の立場から

国立病院機構福島病院産婦人科

加藤 克彦



演者紹介

石井 それでは続いて、県立大野病院事件の当事者であります加藤克彦先生をご紹介します。

加藤克彦先生は1996年東邦大学医学部をご卒業後、同年、福島県立医科大学附属病院産婦人科学教室に入局され、その後、須賀川市公立岩瀬病院産婦人科、二本松社会保険病院産婦人科、福島県立医科大学附属病院輸血移植免疫部、同院産科婦人科、福島県立大野病院産婦人科、その後、会津中央病院産婦人科に勤務したのち、現在は国立病院機構福島病院産婦人科部長でいらっしゃいます。

加藤先生はこういったシンポジウムに出席されるというのは初めてであると伺っています。今回は東日本大震災の被災地である福島から来ていただきました。それでは加藤克彦先生、よろしくお願いします。

加藤 ご紹介ありがとうございました。福島に加藤でございます。

はじめに、亡くなられました患者さんに深い哀悼の意を表し、ご冥福をお祈り申し上げます。

逮捕、勾留から公判前整理手続き、裁判、判決の間、医師会の先生方、日本中、世界中

の方々に応援、ご支援をいただきまして、本当にありがとうございました。この場をお借りして厚く御礼を申し上げます。また、応援、ご支援に際し、どのようにして感謝の意を表せばよいのか分からず、結果としてご挨拶が遅くなりましたことを深くお詫びいたします。応援してくださった方で、本日ご来場できなかった先生方にも、よろしくお伝えいただければ幸いです。

今回、このような機会をいただき、ご挨拶をさせていただきましたことに、大変感謝しております。誠にありがとうございました。

おかげさまをもちまして、臨床現場に復帰し3年目となりました。臨床の勘というか感覚が戻るまでには多少時間がかかりましたが、現在は地域周産期医療を頑張らせていただいております。

このような場に出て話すことは得意ではないのですが、亡くなられてしまったのですが、佐藤章教授に相談すれば、時間もたったから行って話して来いと言われると思いまして、やって参りました。

福島県立大野病院で経験したことをお話しさせていただくのは初めてのことです。今回のテーマで「更なる医療の信頼に向けて—当事者の立場から—」という演題を与えてい

いただきましたが、少しずれて、私は当事者の当時の状況、心境について、少しでもお時間を頂戴しお話をさせていただければと思います。すべての状況・心境をご紹介しますのは無理がありますので、特に身柄拘束中についてのご紹介とさせていただきます。実際は思い出したくもないというのが本音でもあります。

医療事故の発生から 身柄拘束に至る過程

私は平成16年4月から、県立大野病院の産婦人科医として働いていました。月1回の週末以外は毎日がオンコールでしたが、とても充実していました。平成16年12月17日に、私が執刀していた帝王切開術中に患者さんが亡くなってしまいました。主治医として大変辛い出来事でした。

平成17年3月、病院の方に発表前の県の医療事故報告書を見せていただきました。このときに、「これでは私が逮捕されてしまいますよ」と病院の方に話をしたのですが、「ご遺族が補償を受けられるように、このような書き方になりました」と返答されました。

その後、警察署で数回事情聴取を受け、平成18年2月18日土曜日に家宅捜索が入るということで、自宅にいるようにと警察署の方から病院事務に連絡が入りました。念のため大学医局に半日のバックアップをお願いしておきました。家宅捜索後、「警察署で話を聞きたい」と言われまして、普通乗用車の後部座席真ん中に座らせられ、隣町の富岡警察署に連れて行かれました。車を降りて駐車場で大学医局の准教授に電話をして、「話を聞かからと警察署に連れて来られた」と報告いたし

ました。

取調室に入って椅子に座った瞬間に、逮捕状を読み上げられ、逮捕、手錠、腰縄の状態でした。「このことで逮捕になると、医療界は大変なことになると思いますよ」と、警察の方に話をしたのですけれども、もちろん無視されました。

入院中の患者さんや週明けの外来診療のバックアップのことが気にかかり電話をしようとしたのですが、「もうできません」と言われ、逮捕のことを病院に連絡して大学の医局に伝えてもらうことをお願いしました。実際、連絡してくれたかどうかは分かりません。

身柄拘束中、検事から取り調べを受けたのですが、この取り調べは本当に精神的に辛いものがありました。このようなときが、いわゆる寿命が縮む状態と感じました。

監視員の方から新聞を貸してもらって読めるのですが、富岡署管内の事件の記事は黒いマジックで消されているのです。前日に逮捕拘束となった人は翌日の10行弱の記事が黒マジックで消されているのですけれども、1面から3面ぐらい記事が切り抜かれてペラペラな状態の新聞であったりとか、時には1面がないようなときもあって、ここからも私の件は反響が大きいのだなとは感じていました。

また、身柄拘束中に弁護士の先生方に毎日接見に来ていただいたのですが、警察からは「金目当てで弁護士が次々とやってくるから気をつけろ」と言われました。通常の拘束中では1～2週間に1回の接見らしいのですけれども、私の場合は連日いわき市や東京都内から弁護士の先生方に接見に来ていただいて、そのときも話を伺っていたのですが、佐藤章教授や准教授が呼びかけて、お忙しい中、交通の便が悪い富岡の方まで、私が不安にな

らないようにご配慮をしていただきました。

勾留期間中の状況

身柄拘束中ですが、もちろん名前ではなくて番号で呼ばれていました。私は7番という番号を付けられまして、数字的には悪くないなとは考えていたのですが、4、5日間は番号で呼ばれていたのですが、なぜか途中から「先生」と呼ばれるようになったのです。これはなぜか分からないのですけれども。ほかの拘束された方ともほとんど顔を合わせることもなくて、朝夕の布団の出し入れの際、挨拶程度の会話しかありませんでした。

電気カミソリは共用です。歯磨きに使用するコップは7番と書いてあって、それも発泡スチロール性のコップでした。食事の際に同じコップにお湯をつがれて、使用しました。入浴は週に3回、洗濯も2日おきで、自分で畳んでおりました。

弁護士の先生の方に、「供述に関して記録をしておいた方がよい、いろいろ聞かれたことに関してもいろいろ記録しておいた方がよい」と言われましたので、監視員の方に筆記用具を借りましたところ、持つところのプラスチックの先端のところが丸くなっていて、ペン先が2～3mmしか出ていないようなボールペンだったのです。斜めにすると書けない、立てて書かないと書けないような、いわゆる自殺防止のペンでした。何か不思議な、こういうペンもあるのだなと。こういうところまで気にしているのだなと、その当時は思っていました。

部屋に4人入ることもあるのですけれども、私の場合はずっと1人で、1日だけ2人になったのですけれども、ほとんど1人で入

れられていまして、監視員のちょうど目の前の部屋で、部屋移動もなくて、ずっと監視されているような状況でした。ほかの部屋には鉄格子のところに防寒用の白いプラスチックボードがあって、寒くないようになっているのですが、私のところは監視しなくてはならないので、ずっと寒い状況でいたのです。

起訴となってしまつて身柄拘束を解かれるときに、監視員の方々に話を聞いたのですけれども、上から「自殺させないように厳重に監視しろ」と言われていたそうです。

時期的に寒かったので、厚手のフード付きのパーカーとジャージを着ていたのですが、やはり自殺防止のためにパーカーの紐とかジャージの紐は全部外されました。

裁判の開始から 無罪が確定までの心境

平成18年3月10日に起訴されてしまい、14日に身柄拘束を解かれました。弁護団を作っていたのですが、弁護団の先生より「今後、数年間、場合によっては十数年の長期戦になるかもしれない。覚悟しておいてください」と聞かされました。

また県の方から弁護団を通して起訴休暇を取るか、他の県立病院に勤務するかというのを選択させられたのですが、保釈条件に抵触する可能性もあり、起訴休暇を選択するしかありませんでした。よって、裁判が終わるまでは一切診療ができない状況でした。

裁判期間中はとても不安で、いつまで続くのか本当に心配でした。「この状態が続けば、産婦人科医として臨床の場には戻れないな」とも考えていました。また、弁護団の先生より、「絶対に無実だから自殺しないでくださ

い」とも言われました。ちょっとドキッとしたことを覚えています。

思い返せば、私にはこの2年半はとても長くて、知らないことが次から次へと起こって、現実味が薄くて、まるで異国の地で過ごしているかのような状態でした。無罪になってほっといたしました。

伝えたい感謝の気持ち

最後になりますが、私が辛い裁判を戦うことができたのは、ひとえにサポートしてくださった皆様のおかげでございます。特に私の指導教授でありました、福島県立医科大学産科婦人科学故佐藤章名誉教授に感謝しております。佐藤章教授は私を命がけで本当に守ってくださいました。教授に対する感謝の気持ちは言葉で言い尽くすことはできません。

福島の産婦人科医会、県医師会の先生方からは、様々なご支援をいただきました。地元の先輩後輩からのご支援にも心を打たれま

した。本当に感謝しております。

また、インターネットを通じてさまざまなご支援をしてくださった全国の先生方、医療関係者にも心より御礼を申し上げます。先生方の応援が私の心の支えでもありました。

また、平岩敬一先生をはじめ、私の弁護を引き受けてくださった弁護団の先生方、さらに特別弁護人として毎回、裁判所に出廷し、応援し、励まし、勇気を与えてくださった澤倫太郎先生、証人として法廷で証言していただいた大阪府立母子保健総合医療センターの中山雅弘先生、東北公済病院岡村州博病院長、宮崎大学医学部附属病院池ノ上克病院長、裁判をご支援してくださった日本医師会、各学会、日医総研の先生方、職員の方々、都道府県医師会、郡市医師会の先生方、日本産科婦人科学会の吉村泰典前理事長をはじめ、多くの先生方にも心から厚く御礼を申し上げます。

つたない話で本当に申しわけないのですが、けれども、本日はご清聴いただきまして、誠にありがとうございました。

シンポジウムⅣ

医療刑事裁判の現状と課題

弁護士・日医総研主任研究員

水谷 渉



演者紹介

石井 それでは続きまして、日医総研主任研究員で、弁護士の水谷渉主任研究員より「医療刑事裁判の現状と課題」というテーマで報告をいただきます。

水谷主任研究員は1998年、明治大学法学部卒業後、2004年に東京弁護士会において弁護士登録をなされました。大野病院弁護団として活動をした後、日本医師会総合政策研究機構主任研究員、いわゆる日医総研の中で研究活動をしています。

水谷研究員、どうぞよろしくお願いします。

水谷 日医総研の主任研究員の水谷渉と申します。私は日医総研で、医療刑事裁判の分析と研究をしています。短い時間ではありますが

が、本日、研究成果の一端をご紹介させていただければと思っています。

はじめに言葉の定義ですが、今回、医療刑事裁判というのはいわゆる医療行為についての過失を問われて刑事訴追されたケースを指すということでお話をさせていただきたいと思います。

大野病院の判決以降、業務上過失致死傷罪での起訴件数、判決数が減少

まず、医療刑事裁判の現状を分析するうえで、過去との対比が重要になりますが、このスライドは午前中から何度も出ていたスライドだと思いますので詳細な説明は避けますが、戦後から平成11年までの間は事件数が極めて少なかった。ただ平成11年以降少し状況が変わったということです（図表1）。

しかしながら、県立大野病院事件の判決を境にして、また医療刑事事件の事件数、起訴数が減少してきたということです。

ここに掲げてある事件は、基本的には新聞報道等から集めた事例なので漏れがあるかもしれませんが、平成20年8月の大野病院事件判決以後の約3年間の間に、起訴、ないしは

過去の医療刑事裁判の判決数

I 戦後から平成11年1月まで(約54年間)	137件
(内訳 公判請求73件、略式命令64件)	年間2.5件
II 平成11年1月から平成16年4月まで(約5年間)	79件
(内訳 公判請求20件36名、略式命令59件76名)	年間15.8件
(飯田英男「医療刑事過誤Ⅱ(増補版)」)	

2

図表1

判決があったケースはこれだけかなと思っています（図表2）。ですから、やはり事件数としては減少しているということが言えるかと思います。

これは、大野病院事件判決以降、同じような事案でも大野病院事件判決以前は起訴されていた。しかし、大野病院事件判決以降は起訴されなくなったという事案です（図表3）。もちろん、事件は示談の成否、ご遺族の方の被害感情などで起訴、不起訴の判断は違ってきますが、ただこのような違いが出てきたということは確かです。

とりわけサクシンとサクシゾンの誤投与の事案ですが、平成14年の事案は死亡事案ではありませんが罰金50万円とされています。平成21年の事案に関してはお亡くなりになった事案であります、不起訴になっています。薬剤の名称が極めて類似している、さらにオーダリングシステムというすごくエラーを誘発しやすいシステムであったということ、あるいは看護師や薬剤師が介在していますが、その方たちのエラーも考慮されて不起訴になったということです。

医療事故を刑事事件として扱うのはなじまない

これから気になる医療刑事裁判の事例ということで挙げさせていただきました（図表4）。

まず終末期医療に関しては、川崎協同病院事件、これは最高裁が殺人罪ということで有罪としました。もちろん終末期においても患者さんの生命というのは尊重されなければなりません。終末期医療についても、多様な国民的議論があるというのは十分に承知していますが、ただ殺人罪というのがこれでよいか、私は非常に疑問だと思っています。

さらに院内感染事故というのも刑事訴追の1つの傾向なのかなと思います。去年はアシ

医療刑事裁判の現状 大野病院事件判決以降の特徴②

② 同種事案でも異なる取扱い

- 胸骨から骨髄穿刺
 - ・平成15年9月4日（飯田英男「刑事医療過誤Ⅱ」402頁）
 - 高知県 公立病院
 - 高知簡裁 医師（20代） 罰金40万円、業務停止10ヶ月
 - ・平成21年7月6日（平成21年7月10日朝日新聞朝刊29頁）
 - 岩手県 公立病院
 - 盛岡地裁 医師（50代）不起訴
- サクシンとサクシゾンの誤投与
 - ・平成14年12月12日（飯田英男「刑事医療過誤Ⅱ」94頁）
 - 富山県 公立病院（業務上過失致傷＝死亡事案でない）
 - 高岡簡裁 医師 罰金50万円、業務停止6ヶ月
 - ・平成21年12月28日（平成21年12月29日大阪読売新聞朝刊19頁）
 - 徳島県 公的医療機関（死亡事例）
 - 徳島地裁 医師（30代）不起訴

4

図表3

医療刑事裁判の現状 大野病院事件判決以降の特徴①

① 業務上過失致死傷罪での起訴件数及び判決件数が明らかに減少

- ・平成20年10月
- 富山県富山市の公立病院 気道切開し装着していた気管カニューレの誤挿管による死亡
 - 略式起訴 罰金50万円（確定） 業務停止6ヶ月（処分：平成21年2月）
- ・平成21年4月
- 三重県伊賀市の診療所 セラチア菌が混入した点滴を受けた女性が死亡
 - 略式起訴 罰金70万円（確定） 業務停止2年（処分：平成21年10月）
- ・平成21年7月
- 山形県山形市の診療所 落下した注射針が傍らの看護師に刺さる（業務上過失傷害）
 - 略式起訴 罰金20万円（確定） 戒告（処分：平成23年2月）
- ・平成22年2月
- 奈良県大和郡山市V病院 肝腫瘍の切除手術をして肝静脈損傷により出血死 公判係属中
 - 診療報酬の不正請求あり
- ・平成22年7月
- 山口県宇部市の診療所 分娩時の新生児の転落・落下事故（業務上過失傷害）
 - 略式起訴 罰金40万円 戒告（処分：平成23年2月）
- ・平成22年12月 東京都眼科医院 レーシック集団感染で業務上過失傷害により医師逮捕・起訴
- ・平成23年4月 東京都美容外科 脂肪吸引の際の腸穿孔で医師逮捕、5月に起訴

3

図表2

医療刑事裁判の課題

医療行為に基づく業務上過失致死傷罪とは別の方向へ？

- 終末期医療
 - ・平成21年12月 最高裁 川崎協同病院事件有罪（殺人罪）確定
 - 懲役1年6月、執行猶予3年
- 院内感染
 - ・平成22年9月 帝京大学 アシネトバクター院内感染 業務上過失致死容疑
- コメディカル監督責任
 - ・平成19年2月 看護師の内診が保助看法違反の疑い →不起訴
- 看護師
 - ・平成22年9月16日 福岡高裁 爪はがし事件 看護師に無罪判決（一審有罪）
- 海外
 - ・マイケル・ジャクソン主治医の刑事裁判

5

図表4

ネトバクターという耐性菌で捜査が始まったというケースがありました。この耐性菌による院内感染は、いくら防止に努めてもなかなか確実に結果を回避するというのは困難です。これが刑事訴追になじむかというとは非常に疑問だと思っています。

さらにコメディカルの責任ということで、平成19年の2月、神奈川県産婦人科の病院で看護師の内診行為が保助看法に違反するのではないかということで捜査が始まりました。しかし、助産師の数が圧倒的に不足している現実を見れば、このような刑事捜査が始まったことが果たしてよいのかどうか。この件で刑事捜査が始まったことが産科医療にもたらした悪影響は、計り知れないものがあると思っています。

さらに平成22年9月16日、看護師さんの爪はがしということで起訴された事件ですが、これも無罪判決となりました。しかし、1審の福岡地裁小倉支部では、いったんこの看護師さんを有罪にしているという恐ろしいことが起こっています。

海外については、今、マイケル・ジャクソンさんの主治医について刑事裁判が始まっています。これについても、午前中の樋口先生のご報告と合わせて、海外の状況もちょっと

注目していきたいと思っています。

自分の体というものは、その人にとってかけがえのないものでありまして、その完全性が少しでも損なわれたということであれば大変落胆するものです。古代メソポタミアのハムラビ法典では、医師が青銅のナイフで大きな傷を付けて人を死亡させれば、あるいは腫瘍をナイフで切開して目をつぶせば、医師は両手を切断されると規定しています。医療行為に失敗した場合の医師に対して、理不尽な処分がなされてきたということは、このハムラビ法典からも伺えるのかなと思っています。

日本でも明治期の1907年、癒着胎盤による大量出血のため経陰分娩後に妊婦さんがお亡くなりになりました。この産科医が起訴されたというケースがあります。まさに100年前の大野病院事件です。東京地方裁判所はこの産婦人科医の先生を無罪としましたが、歴史は繰り返されるものだなということを実感いたします。

業務上過失致死傷罪を適用するには無理がある

医療事故が刑事裁判になじまない理由というものを挙げてみました（図表5）。

まず刑事事件では、「過失」について合理的な疑いを容れられない程度に立証しなければいけないとなっています。ですから、検察官の主張するストーリーに合理的な疑いが少しでも残れば有罪とすることはできません。

その前提で、医療はあまりにも不完全です。ある薬が効かない人もいれば、効く人もいます。どのくらいで効くかの違いもあります。効く人でも、その日は効いても、次の日は効

医療刑事裁判の課題

医療行為による業務上過失致死傷罪の問題点

- ア 応召義務がある一方で、医療は不確実であること
- イ 従うべき規範が明確に示されないこと
- ウ 治療困難な患者に対しても医療が必要であること
- エ 医学は常に未解明の部分を含んでいること
- オ 常に医療水準に合った医療を提供するのは困難であること

医療は人間の生命・身体を対象とする以上、本質的に不確実なものであり、合理的な疑いを容れない程度にまで立証が求められる刑事裁判にはなじまない場が少なくないように思われる。

日医総研ワーキングペーパー（2010）「医療刑事裁判について」

6

図表5

かないということもあると聞いています。

「過失」というのは法律的なことです、まずこうあるべきという規範がありまして、これに反する行動を取ったことが非難されるものでありますが、医療における行為規範というのは、患者さんの病状だけではなくて、年齢、その人の考え、さらにその人の置かれた社会環境によっても治療方針というのは大きく変わってきますので、なかなか従うべき規範が明確に示されないというのも医療の特徴です。

また、健康保険制度の下で医療の価格は公定価格で定められています。安全にかけられるコストには限界がありますし、資格制度の下で医師、看護師の数は限られています。医師、看護師も尊厳ある人間である以上、過酷な長時間労働を強いるものであってはならないと思います。

地域によって、医療体制に差があることもまた歴然とした事実で、いつでもどこでも最高水準の医療を受けられるというものでもありません。

死が目前に迫っているという患者さんに対しても、医療は必要です。救急搬送されたりスクの高い患者さんからも、医師は逃げ出すことはできません。医師は、好むと好まざるとにかかわらずリスクを引き受けなければならないという立場に置かれています。

医師に対する刑事訴追は謙抑的であるべき

ということで、医師に対する刑事訴追というのはあくまでも補足的、謙抑的であるべきだろうと考えています。ですから、医療刑事裁判の動向については、私どもが常に監視をしていくということが必要だろうと思っています。

本日のシンポジウムは3つの無罪事件について、そもそも妥当な捜査、起訴が行われたのかということを検証することを1つの目的としています。本日来場の皆様がその適否を判断する裁判官です。

さて、私が今こうやってお話し申し上げている中で、私の頭の中には2名のドクターの顔が浮かんでいます。一人は福島県立医科大学の佐藤章教授、もう一人は帝京大学の森田茂穂教授です。大変残念なことでありますが、お二人ともお亡くなりになってしまいました。しかし、このお二人とも医療刑事事件に心を痛められた先生方です。この医療と刑事事件を考えるうえで、お二人は私の恩師です。

本日のシンポジウムが、真面目な医療者に対する刑事訴追について考えるきっかけとなってくれることを願ってやみません。

ご清聴いただきまして、ありがとうございました。

シンポジウムV

プレスコメント

日本経済新聞社 編集局社会部厚生労働省・医療班担当記者〔キャップ〕

前村 聡



演者紹介

石井 それでは続きまして、日本経済新聞社、前村聡記者から、マスコミの視点からということで、プレスコメントを頂戴いたします。

前村記者は1995年に一橋大学社会学部をご卒業後、日本経済新聞社に入社され、現在、日本経済新聞社の編集局社会部厚生労働省・医療班担当記者のキャップを務めておられます。それでは前村先生、よろしくお願いします。

前村 ただ今ご紹介にあずかりました日本経済新聞の前村聡と申します。私に与えられた時間は10分です。今日は盛りだくさんの話を聞きながらコメントをずっと考えていました。

後半は刑事司法のところはかなり重点的になってきたと思います。シンポジウムのタイトルは、「更なる医療の信頼に向けて―無罪事件から学ぶ―」。今日お聞きした3つの事件は、いずれも判決や捜査の過程などで取材していましたが、改めて聞いてみてどう思ったかというところ、刑事司法の問題もあったのですが、私としてはいずれも「医療界において自律的な医療事故の調査体制がなかったこと」、この1点に尽きるのでは

ないかと思っています。刑事司法の問題やメディアの問題も取り上げられていましたけれども、この1点について考えてみたいと思います。

医療事故の原因究明・再発防止を図る新たな組織の必要性

そもそも警察が積極的に医療事故に関わってきたかというところ、先ほども樋口先生が提示したように、1999年より前は積極的ではありませんでした。そうした状況で、医療事故の被害者は何を頼ったかというところ、民事訴訟でした。民事訴訟がどんどん増えていく中で、民事は訴訟の期間は長いし、患者側が勝つ勝訴率も5割を割るという状況において、それだけ長くかかっても本当に何が起きたのか、原因究明ができたのかというところがなかなか納得がいけないというところで駆け込んだのが、刑事ということでした。

そのことを受けて警察は1999年以降、積極的に捜査という形で入ってきました。やはり民事と違って、刑事は強制力もあるため、ある程度事実関係の整理は進んだと思うのです。しかしながら、刑事になってしまうと、やはり対立関係が激化してしまうというところ

ろと、実際に原因究明、先ほど喜田村先生が、「刑事裁判は原因究明のためのものではない」とおっしゃったように、本当に原因究明ができたのかというとそうでもない。原因究明ができたとしても、再発防止につながったのかというと、必ずしもそうではないという状況だと思います。

では、どのように真相を究明していかないといけないのか。それを再発防止に役立てていけないのかというところで、事故調の話が出てきたと思っています。

刑事処分の「後追い」になりがちで公正さにかける行政処分

一方で、先ほどもお話があったように、行政処分という問題もありました。行政処分は基本的には刑事で犯罪と確定した案件について行政処分をする。あとは保険医の登録の取消になった人に限定していました。

実際に刑事で確定した人をどうやって把握していたのかというと、各県の担当者が新聞記事をスクラップして、これが刑事事件になったのだな、判決が確定したのだな、では行政処分を考えようという形で公平性を欠く処分をしていました。実際、厚労省で行政処分を下すにしても、刑事処分が確定しないと事実関係の特定ができないというところもあって、公平な行政処分という側面からも医療事故における調査というのが必要ではないかという声が上がっていました。

公平な立場で医療事故原因を究明する——医療事故調の創設

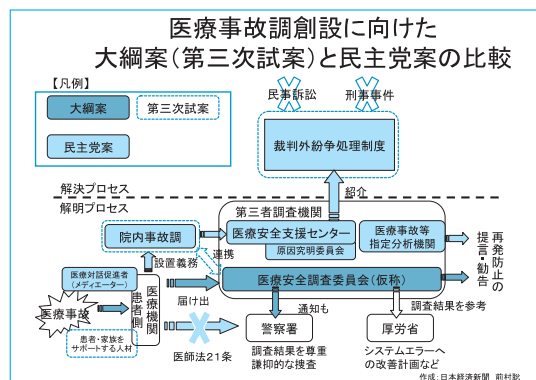
これまでの刑事処分と行政処分の流れの中

で、いろいろ途中経過は省きますけれども、1つの結果として大綱案と民主党案というのが2008年に出てきました。

よく大綱案と民主党案という対比のされ方を
 するのですが、私の考え方としては、
 大綱案はあくまでも第三次試案の一部です。
 第一次試案、第二次試案と議論を積み重ねて
 きて、第三次試案の中で医療事故調を作りま
 しょうというところを切り出した法律案なの
 です。ですから、大綱案と民主党案を比べる
 のではなくて、大綱案の前提になっている第
 三次試案で考えていただきたいと思っています。
 す。

そこで第三次試案とその当時の民主党案を比べると、これは重ねた図なのですからけれども、パーツとしては院内事故調は大綱案にはありませんけれども、第三次試案では入っています。第三次試案には裁判外紛争処理、ADRの必要性も入っています。民主党案にも第三者調査機関の話が出ており、院内事故調と連携していくということが入っています(図表1)。

そういった意味では真っ向から対立するものではなくて、院内事故調で自分たちのことをチェックするのが大事ですし、先ほど佐藤先生がおっしゃっていたように、ピアレ



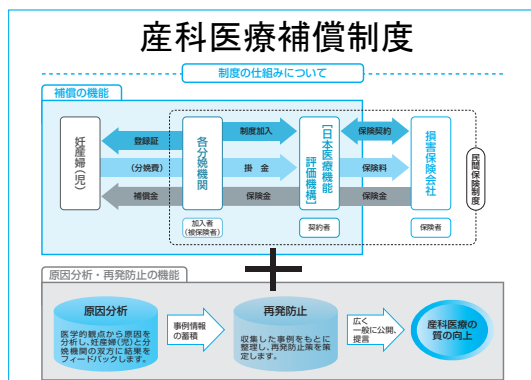
图表 1

ビューという意味では、こういった第三者組織というものがいいのではないかと思っています。そうしたことが再発防止の提言とか勧告につながるというところは第三次試案も民主党案も一緒だと思います。

1つ、強調したいことは、第三次試案にある警察への通知というものは、第二次試案では入っていなかったということです。第三次試案で入ったのは、結局ここが入っていないと、警察が勝手に捜査をするのではないかと、疑心暗鬼があって、逆に警察への通知を入れることによって、第三者事故調からの通知がなければ警察の捜査はできないのではないかと、この考えもあったからです。ところが、逆に第三次試案ではこのところが問題になって、今、頓挫しているという状況だと思います。

産科医療補償制度に見る 原因究明・再発防止の機能

原因究明と再発防止については、そこに伴う責任追及をどうするのかという問題があります。原因究明と再発防止をしていくと、責任追及に直結してしまうのではないかと懸念です。



図表2

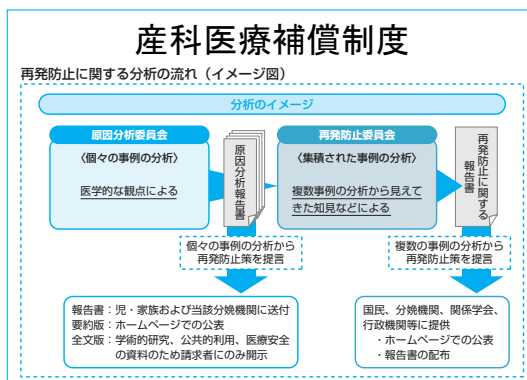
責任追及に直結させない先駆的な例として、今、実際にもう1年半以上やっている産科医療補償制度というのが参考になるかと思っています（図表2、3）。

この制度は、重い脳性麻痺の赤ちゃんが生まれた場合に報告して、保険会社から合計で3,000万円補償するという保険制度なのですが、それに伴って原因分析と再発防止をして、産科医療の質の向上につなげていこうという発想がありました。

実際には原因分析委員会を作りまして、原因分析報告書を個別事例で作る。再発防止委員会では各個別事案を統合して、では共通する問題点は何なのだろうかという観点で、再発防止に関する報告書を作っています。

こちらが7月7日付けの日経の記事なので、すけれども（図表4）、この制度を始めてから、同じクリニックから2回の申請があり、原因分析委員会で分析したところ、両方とも問題点として、例えば分娩監視装置をしっかりと使っていないとか、蘇生方法に問題があったとか、そういった共通点があったということで、3例目が起きるのではないかと懸念もあって、改善内容の報告を求める形でこういった改善要請を行いました。

まさに原因究明と再発防止に特化してい



図表3



図表4

て、責任追及は全く違う形で行われています。

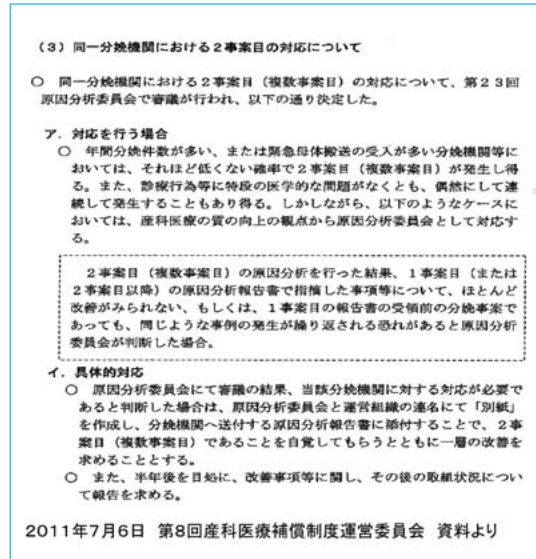
産科医療補償制度はどうやって原因究明をしていくかとか、再発防止をどう提言していったらよいのかなど、報告書の文案までいろいろ苦労していますけれども、原因究明と再発防止、そして責任追及を別個な形にするというのは、こういった経験からも十分に可能なのではないかと思います。

実際に今後こういうケースが起きた場合には、この機構としては改善要請をしていこうということです(図表5)。

こうした形を産科に限らず全般に拡大して、きちんと原因分析と再発防止、それを院内事故調と第三者機関によってピアレビューすることは可能ではないかと思っています。

医療事故の当事者双方が納得する原因究明体制の整備が望まれる

医療事故に遭った被害者と、きょう説明さ



図表5

れた無罪判決を受けた方々ですけれども、山に登る位置は全く反対方向から登ってしまったりしていますけれども、最終的にそれぞれの経験で、やはりこういう事故調査が必要なのではないかという1つの頂きがだんだん見えつつあるのではないかと思います。

そこが交通事故と違うところで、元々医療事故というのは、患者さんを治そうとする行為がたまたまアクシデントで対立関係になってしまったところにおいては、きっと同じ方向の解決が得られるのではないかと思います。この後に話される日本医師会の提言が、そういった議論を再開するきっかけになっていただければと思っています。

シンポジウムⅥ

医療事故調査委員会への 取り組み

日本医師会常任理事

高杉 敬久



演者紹介

石井 続いて日本医師会、高杉敬久常任理事より「医療事故調査委員会への取り組み」についての報告をさせていただきます。

高杉常任理事は1969年に信州大学医学部をご卒業後、1996年に広島県医師会常任理事、2004年に広島県医師会副会長、2008年に日本医師会代議員、2010年に日本医師会常任理事を歴任して、現在に至っています。

高杉先生、よろしくお願いします。

高杉 皆さん、本日は全国各地からおいでいただきましてありがとうございます。主催者側の1人として厚く御礼を申し上げます。

3月の東日本大震災は全国の皆さんに応援をいただき、JMAT（日本医師会災害医療チーム）もしっかりと活躍いたしました。被災者の先生方も、頑張って再起を目指しておられます。

東日本大震災は大変だったのですが、ただ1つだけよいことがありました。この会が4月から7月に延びたおかげで、答申案が間に合いました。皆さんのお手元に、今日お届けできました。これは非常に心うれしく思っています。その内容をかいつまんでご説明いたします。

医療不信の増大こそが 医療事故問題の根本

医師が万全を期して治療に当たるのは当然ですが、結果が不幸に終わるとき、共に悔い、悩み、悲しむのは、古今変わらぬ医療者、医師の姿勢です。医療の進歩は、生と死の境目を限りなく不明確なものとしたが、多くの人がその進歩の恩恵を享受しています。しかし、幾多の医療の挑戦の成果は、いつの間にか医療に失敗はなく、確実かつ万能であるという神話を生まれさせてきたとも言えます。

私自身は腎不全治療に黎明期から携わり、過去、現在、未来を見るとき、まさに隔世の感がしています。確実な死を意味する尿毒症という病状は、医療の進歩で40年の長期生存を可能とし、大きく社会に貢献しています。しかし、その治療に新しく入る患者さん、家族の意識には大きく変化が見られます。病態が様々に変化する急性期、また安定期から合併症が加わり重症化するとき、いろいろな治療手段を講じながら集学的に長期透析が果たされてきました。これらの積み重ねは、他の分野にない長い期間で培われた人間関係で、医療トラブルを救われることが数々ありま

す。

しかし一方で新しく入ってくる導入患者さん、あるいはその家族を見るとときに、100%の結果が当然だと要求され、十分なICを努めても、しばしば医師と患者のコミュニケーションに違和感を持たされることが増えています。

医療は医師法で、入口の応召義務という制約を設けられています。また一方、出口では、結果責任を問う形での業務上過失致死傷罪という刑法上の制約も用意されています。この入口と出口の制約の中で、医療がその力を発揮するには数々の問題が生じています。

医療環境は複雑性を増し、医師と患者関係は確実に大きく変化しています。医療の結果の不確実性は、どのようにインフォームド・コンセントを行っても理解されないことが多いし、ある一定の確率で起こる悪い結果が自分に当てはまるとは全く考えておられません。好ましい人間関係が保たれていれば、かろうじて理解しうる事象も、瞬間のやりとりの嫌な感情と不幸な経過が容易に医療不信への道を開いてしまいます。幸せの絶頂での産婦人科のトラブル、深刻な人手不足の厳しい状況下での説明不足の中で繰り返される救急現場では、結果次第で患者・医師の関係は大きく逆転してきます。望ましくない結果は、やり場のない怒りとして、医師に結果責任を問うことになってきます。

患者の権利の主張は、マスコミの医療バッシングの論調とともに、医療不信を増大させてきました。一方、臨床研修制度に端を発した医師不足は医療現場の疲弊をもたらし、医療崩壊の道をたどっています。最近、マスコミ報道の医療バッシングの控え目な態度は、医療現場の危機に気づいたからでありましょ

うか。

第三者医療事故調査機関の設置は必須

医療事故調査制度に対して、厚労省は第三次試案に続いて大綱案を発表しましたが、最終的には刑事罰に問われるとして医療界の賛同には至りませんでした。しかし、医療界が自律的に調査するものとして、刑事手法でない第三者医療事故調査機関の設置が求められていることは周知のとおりであります。

医療事故調査制度の創設に向けた日本医師会の提言

政権交代で議論が止まっている状況ですが、日本医師会は、国民の味方であるという基本姿勢を貫くという理念を具現でき、医療不信を払拭する新しい医療事故調査の仕組みの議論を重ねてきました。以下にその具体策を述べます。

1. 現在ある「社団法人日本医療安全機構」を基本に、日本医師会、日本医学会をはじめ、医療界の関係団体が参加する「第三者的機関」を作る。かつ各都道府県に1か所以上の地方組織（医療安全調査機構地方事務局）を置く。この機構は院内事故調査委員会からの届け出の受け皿となるので、解剖も含む調査・分析機能、人材、財源の増強が不可欠である。

調査結果については、再発防止・医療の質向上を趣旨として、医療機関・患者家族・医師会へ通知し、プライバシーに配慮した上で公表するが、調査結果の警察・司法への通知は行わない。

2. すべての医療機関に院内事故調査委員会が機能する体制を日本医師会が主導して作る。

① 1次段階 first stage、これは平時の医療安全委員会に当たるものですが、患者満足度を含めた医療の質向上、有事への備えとしての常設委員会で、院長が決めた委員により構成される。

② 2次段階 advanced stage、有事の医療事故調査委員会と言えますが、医療事故が起こったときに直ちに発動する委員会で、院内の委員・外部委員（専門委員、法律家、有識者）で構成されますが、これを立ち上げる。

③ 小規模病院や診療所においては、医師会・地域医療支援病院・各地の基幹病院・大学等からの支援が依頼できるような体制にする。

医療機関の負担感は大きいですが、警察への届け出を避けるためには、この体制作りによりしっかりと取り組むことが必要である。

④ 前段階的取り組みとして、良好な患者・医師、医療者・受療者関係、コミュニケーション、信頼関係を築く取り組みなどがなくしては、調査委員会の機能は発揮されない。

3. 届け出

診療行為に関連した死亡で、院内事故調査委員会で医療関係者によるものと判断された事象は、医療安全調査機構の地方組織に届け出る。故意または故意と同視されるもの以外は警察に届ける義務は負わない。

4. 医師法21条の改正

診療行為に関連した死亡は、医師法21条

が対象とする「異状死体」に含めない。

5. ADR（裁判外紛争解決手段）

日本医師会医師賠償責任制度は、地区医師会で十分機能してきた医師会版ADRであるが、患者サイドに立つと敷居が高いという欠点がある。対話型ADRとして茨城県方式が注目されるが、弁護士会の視点も考慮した地域住民、受療者がアクセスしやすい形を選択肢として作ることが大切である。

6. 無過失医療補償制度

医療に起因する障害は無過失の場合、だれにも救いの手を差し伸べられない、まさに天災・不慮の交通事故被害者と同様の扱いである。やり場のない怒りが医療に責任を求めざるをえないことに応えることは、社会の責任と言えるだろう。このような背景で、患者救済のために、産科で先行している無過失医療補償制度を医療全般に設けることを提案する。

医療事故への適切な対処が、 医師・患者間の信頼を構築する

患者を救う行為が刑事罰につながることは、医師・患者双方に大きな不幸であり、本日の事例に示された結果は、刑事司法が先行した誤りであり、真実たりえないことを説明している。裁判は憎しみしか生まれないし、結果がいかようになっても未来を見据えたものにはなりえないし、満足は得られない。医療事故解決方法を、対決でない手段を医療側から提案し、新しい患者関係の構築を今こそ進めなければならない。患者・家族はどのような時点でも警察への道は開かれています

が、やむにやまれない心情を理解した上での医療界主導の新しい自主的な取り組みが評価されれば、提案型の未来への新しい医療が広がり、結果として検察、警察の謙抑的な動きにもつながると信じております。

今回の提言には、まだまだいろいろなご意見もあるでしょうけれども、これから広く意見を求めながらバージョンアップしていきたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

石井 ありがとうございます。

多数ご参集いただいている中に、University of Arkansas、アーカンソー大学のロバート・レフラー教授がいらしています。せっかくの機会ですので、いままでのプレゼンテーションを通してのコメントをいただければと思います。

ロバート・レフラー先生のコメント



このシンポジウムに参加させていただき、この場でコメントをする機会を与えていただき、誠にありがとうございます。

日本の医療制度を10年以上調べてきた経験から考えて、樋口先生、喜田村先生、佐藤先生をはじめ報告者のご報告を聞いて、このシンポジウムは情報の価値の点で、非常に優れているように思います。

ずっと前からの親友である樋口先生のすば

らしい基調講演の内容は、樋口先生がアメリカ法の専門家として有名でいらっしゃるにもかかわらず、残念ながら、アメリカの事情にほとんど触れていませんでした（笑）。そのギャップを埋めるために一言付け加えさせていただきます。

アメリカでは、ニュージーランドやイギリスと同じように、医療ミスに関する刑事事件は非常にまれです。ないことはありませんがまれです。ひとつのたとえをあげればマイケル・ジャクソンの死亡事件です。水谷先生もその事件について触れていました。

マイケル・ジャクソンの医師は、彼に大量の麻薬を与えて、死亡に関連があったとして、その医師が逮捕され、過失致死罪で起訴されました。裁判は今年9月に始まるそうです。いくつかの似た事件がありますが、ポイントは、そんな極端なreckless*の行為にしか、アメリカの刑法の罰がかかりません。

樋口先生も佐藤先生も能弁におっしゃったように、医療安全と再発防止の推進を主な目的とした医事法制度を構築しなければなりません。アメリカでも日本でも、お医者さんばかりでなく、法律家もその目的を認めることになりつつあることを、私は希望しております。医療事故に対する法制度の改善ができないのは、両国にとってとんでもない不名誉なことです。

ご清聴ありがとうございました。

※reckless

リーダーズ英和辞典（研究社）によれば「むこうみずな、無謀な、結果を顧みない、無責任な」という意味。樋口教授の講演（18頁）にもあるとおり、欧米においてはgross negligence（重過失）という基準が不明確であるため、医師に対する刑事訴追はgross negligenceではなく、「故意」にほとんど近接するrecklessness（相手が死んでもかまわないとする無謀な行為）に限定されている。（解説：日医総研）

パネルディスカッション

医療事故と刑事裁判

【パネリスト】

喜田村洋一（ミネルバ法律事務所）

佐藤 一樹（いつき会ハートクリニック）

長谷川 誠（元杏林大学耳鼻咽喉科教授）

小林 充（奥田総合法律事務所・元仙台高等裁判所長官）

平岩 敬一（関内法律事務所）

澤 倫太郎（日医総研研究部長・日本医科大学女性診療科）

加藤 克彦（国立病院機構福島病院産婦人科）

【座長】

寺岡 暉（医療事故調査に関する検討委員会委員長・元日本医師会副会長）

石井 正三（日本医師会常任理事）



寺岡 お待たせいたしました。大変長丁場で、昼からだけでももう4時間を超えていますし、朝からということになれば6時間に達する非常に長丁場でお疲れと思いますが、これからシンポジストの先生方によるパネルディスカッションに入りたいと思います。

午前中の基調講演に始まり、この問題がどの辺に問題があるかということに関しては、頭の整理が一応できてきたことと思います。その上で3つの医療事故現場を巡って、それ

ぞれの関係者の皆様方にご報告をいただきました。固唾を呑むようなと言ってよいと思いますが、大変深刻な内容でした。うっかりすると涙が出そうな内容もありました。

そこで、これからパネリストの皆様方に質問をして、あるいは先生方同士での会話でもよろしいですが、若干の議論をしていただければと思います。

最初に、きっかけですから、私の方から皆様方にお聞きしたいと思います。お話の中にありましたけれども、何が起訴のきっかけになったかという質問を最初に投げかけたいと思います。もうお話しになったことですから、繰り返しになって申し訳ないのですが、一言ずつ、佐藤先生からお答えいただけますか。

事故調査報告書の流出や メディアによる過剰報道が 刑事裁判化に大きく影響



佐藤 警察で事件が取り扱われるようになったきっかけは、院内事故調査報告書がメディアに暴露されたことです。

寺岡 分かりました。では、次に長谷川先生。



長谷川 割り箸事件につきましては、完全にメディアが誘導したものだと思っています。

寺岡 メディアはどこから情報を得たのですか。

長谷川 これは私の想像ですから記事を書かれた方のことは分かりませんが、メディアはおそらく、例えが悪いですが、犬が人を噛んだらニュースにならないけれども、人が犬を噛めばニュースになる、基本的にはこの考え方で始まったのではないかと思います。

すなわち、極めてまれな疾患で、開示されている情報がない。開示された情報がないというのは、おそらく私どもが記者会見以外開示しなかったという責任もありますけれども、開示された情報が少ないところで想像を豊かにしていろいろなことを書いたというこ

とが、いちばん最初のきっかけではないかと思っています。

寺岡 大野病院の事件はいかがでしょうか。



平岩 県が記者会見を開いて、報告書を公表し謝罪したことだと思います。

寺岡 そうしますと、3つのうち2つはいわゆる報告書、言い換えれば医療事故調査の報告書がきっかけになったということで、今までの議論の中にもありましたけれども、事故調査の報告は両刃の刃で、真実を追究する、あるいは事故再発を防ぐと言え非常に格好はよいのですが、それが捜査の端緒にもつながるということで、両刃の刃ということになるかと思っています。

では、それは一応その程度といたしまして、次は医療事故が刑事裁判化することの問題点は何かという質問を用意していますが、これは佐藤先生から順番に一言でも二言でもよいですから。

医療事故が刑事裁判化しても 医療安全上の解決策にはならない

佐藤 一言で言えば、国民にとって何の利益にもならないということです。つまり、医療事故が刑事化しても、樋口先生もおっしゃっていますけれども、結局安全には結びつかない。結果が無罪であろうと有罪であろうと、患者さんは死亡事故であれば帰ってきませんし、ほとんどの国民の利益には全くならないということだと思います。

寺岡 事故にかかわった主治医の先生自体の犠牲というか、被害の問題があります。先生は本当は経験をしなくてもよい経験をして、非常にたくましい活動をしていらっしゃるわけですが、そういう方ばかりではないわけで、先生の場合に、事件にかかわった主治医の先生の受けた被害というものがもう少し語られてよいかと思いますが。

佐藤 そうですね。実質上、私は今、現場で医療をしていますけれども、本来であれば小児心臓外科医としてやっていきたかったわけですが、この事件によって全くその道は閉ざされました。

ここに杏林の事件の担当の先生はいらしていませんけれども、私は比較的経験があって10年目ぐらいでこうなりましたが、おそらく駆け出しの先生にとっては、もう医者としての活動が全くできなく、再起不能になってしまうという被害があると思います。

寺岡 ありがとうございます。では、医療事故が刑事裁判化することの問題点は何かということに立ち返りまして、これは事件別でなくともよろしいですから、全員の方にご発言いただければと思います。

喜田村先生。



喜田村 まず裁判というものについて、私も申し上げましたけれども、皆さんこれですべての事実が明らかになると思って、それを国民は期待されているのですけれども、特に刑事事件ですと証拠法の制約もありますので、すべての事実が明らかになるということはま

ずない。

それから、刑事裁判となると、検察官と弁護人とが必ず強固な対立関係になりますので、そこから何かが生まれるということではなくて、私どもはひたすら無罪を獲得することによって邁進するわけです。

今、佐藤さんも言いましたけれども、何よりも刑事裁判というフォーラムを使うということは、患者さん、あるいは医療事故の再発を防ぐということにおいて何の意味もないのです。

これは私が担当したもう1つの事件であるエイズですと、特にそういうことになりまして、極めて感情的な問題がクローズアップされて、お医者さんが無罪になると「なぜ無罪になったのか」ということだけが取り上げられて、どうして日本の中でエイズの蔓延を防げなかったのかというようなことについて全く目が行かなくなってしまった。

それはひたすら刑事裁判というフォーラムを使ったことによる弊害ではないかと思っています。

寺岡 長谷川先生、お願いします。

刑事裁判化は、医師の人生に壊滅的なダメージを与える

長谷川 先ほど佐藤先生がご指摘になったとおり、私どもの事件では、私の教え子の担当医が極めて強力なマスコミのバッシングによって、ほとんど人生を棒に振った。もちろん医師としての人生を棒に振りましたし、耳鼻咽喉科医を続けて自分が何かの折りに言われる苦しさを見ると、もう耳鼻咽喉科医はやれないということで、耳鼻咽喉科をやめてほかの診療科に移って、そしてそれどころに

移ったかとも言いたくないと。それぐらいの人権侵害を受けています。

ここにいらっしゃる先生方はどなたも賛成されると思いますが、医学というのは不確実なものです。そして、この不確実なものが集まったものが医療なのです。ですから、医療はそういう意味で極めて不確実なものであって、それを例えばまだ医師になってまもない人が、それに対して責任を問われる。例えば私がその時当直していても、同じことになったと思います。私は当時経験30年、彼は3年でしたから、患者さんの見方の違いは多少あったかもしれませんが、私が診ていても、起訴内容から言えば私は当然起訴されていた。ですから、そういうことが起こってよいのかというのが、私の基本的な考えであります。

したがって、善意に基づいた医療に対して刑事責任を問うということは、私の考えでありますけれども、これは誤りであると私は考えています。

寺岡 先生のキーワードは、善意に基づいた医療行為に対して刑事罰を加えるのは反対であるということですね。

長谷川 誤りであるというのが私の個人的な考えです。

寺岡 それでは小林先生。



小林 長谷川先生のご意見とはほぼ同じなわけですが、はっきりした証拠がないまま起訴が行われた場合は、当該医師の負担がいちばん大変だと思います。もちろん弁護人も

それなりの負担が伴うわけですから、そこを云々するということは適当でないと思いますけれども、医師の場合は本来の仕事以外にそういう負担を負う。さらに今、長谷川先生がおっしゃいましたように、医師のその後のことも回復したい損害を受けた。これがいちばん感じているところです。

寺岡 前村先生、マスコミの問題が出ていますが、それは先生個人に対する批判ではないわけなので、そういう構図に対して何かコメントをください。

患者家族に対する初期対応の まずさが刑事裁判に至る一因に



前村 メディアの人権侵害というご指摘もありましたけれども、先ほど佐藤さんが挙げていたように、ご遺族の方の報復感情があるという指摘がありました。そうした意味では刑事裁判というのは意味があるという見方でもできるのですが、実際に私が取材しているとか付き合っている方々で、報復感情を最初から持っている人は全くいないのです。やはり初期対応でこじれた結果、どうしてもいかなかった一番最後に、駆け込み寺として刑事に行っているということであって、その段階まで行くということは医療者にとっても不幸ですし、患者側にとっても不幸だなと思っています。

私たちメディアも、メディアが煽って報道

するというよりは、そうしたご家族とかご遺族の感情に共感して書いていくというところがあって、全くないところから書くことではないので、いちばん最初の初期段階の対応というのが、最終的に刑事にもメディアバッシングにもならないという意味では重要ではないかなと感じています。

寺岡 先ほど日本医師会の高杉常任理事が、日本医師会の医療事故調査委員会の概略を説明されましたけれども、あの案の肝はいかに速やかに、タイミングよく、誠実に対応するかという、その初動が大切だというのが肝の1つなわけですが、そういった意味ではやはり適切なコミュニケーションを図るということがベースにないと、その後の問題もなかなか前進しないかもしれませんね。

それでは、澤先生。

刑事裁判化が招いた萎縮医療



澤 医師逮捕というインパクトは、医療現場を深くえぐりました。例えば私たちの周産期医療ですと、あの大野病院事件で1人医長は皆、引き上げました。当然そこで頑張っていると刑事罰、あるいは逮捕ということになれば、大学側は任せられませんから。と同時に病院側も、あの当時判明しているだけで120近い病院が分娩を停止しました。これは今も直っていません。1回ああいう傷を負うと、絶対に回復できないぐらい、irreversibleなのです。

皆、加藤先生のような思いや佐藤先生のような思いはしたくないというのは当然ですし、また指導側もそんな思いをさせたくないというのが強くありますので、それが萎縮と言ってよいのか、あるいは今までが頑張りすぎでこれが正常なのか、そういう気持ちの差はあるにせよ、今、医療現場そのものは教育も含めて、熱意ある医療をやれと言えなくなっています。「無理だったら引き上げろ」と。今までは「辛い人がいるのだから、とにかく診てやれ」という善意を一生懸命、教え子たちに指導していたのですが、今は「無理なことはやらない。引き上げていい。診なくていい」ということを強く教えるようになった。そのへんの医療の熱というか、これがクオリティかどうか分からないですが、そういう点では医療現場がメンタリティの場でも実際活動するエリアでも、すごく影響を受けたと考えています。

寺岡 いわゆる萎縮医療のことですね。

それでは平岩先生。

刑事裁判化は、結果的に国民の不利益につながる

平岩 今回の事件は産科医としてごく普通の医療行為なのです。それで結果が悪ければ刑事裁判になるということになると、これはだれも医者にならないのではないですか。

結果として、産科だけではなくて、ほかの科にも大変な悪い影響を与えたと思います。これは最終弁論で非常に強調したところではありますけれども。しかし、結果として、刑事裁判をすることによって、そのような問題が露呈した。結局、困るのは国民なのです。そのことが少しマスコミや国民にも理解され

たということが、この裁判の救いだったように思います。

寺岡 ありがとうございます。加藤先生、先ほどいろいろご報告いただきましたけれども、この問題について一言追加があれば。



加藤 医療裁判、医療事故、普通の事故で、一般的に考えると逮捕イコール有罪と考えてしまうので、当事者としては、有罪という目で見られるというのは結構辛かったというのがあります。もちろん同僚や家族といった周囲の人も、そういう目で見られていて大変だとは思うのですけれども。

逆から考えてみると、患者さん側から見れば、有罪となって当然と思っているのが、無罪になったというときの落胆はかなり激しいものだとも考えるので、やはり、双方にとってよいことではないとは感じています。

寺岡 おっしゃるとおりですね。結局、国民の利益につながらない、むしろ国民の不利益につながるということが主旨だと思います。もちろんご当人の被った被害は筆舌に尽くせないものがあると思います。

それでは、お話の中でありました、いわゆる医師の鑑定の問題、これが食い違うということが皆様のご報告の中にもありまして、これが非常に不利に働いているということがありました。

これは私が虚心坦懐に考えますと、同じ医療者が、医療の専門家が鑑定に臨んで、どうしてそれがあまりにも明らかな解釈の間違いにつながるかということが、多少のニュアン

スの違いがあるのはやむをえないと思うのですが、あまりにも明確な解釈の違いになるということが、どうも今1つよく理解ができません。この問題はいかがでしょうか。

長谷川先生、先ほど説明していただきましたけれども。

医療裁判における鑑定 ——公正・中立性が求められる

長谷川 今、ご指摘の問題は大変重要なポイントだと思います。私が話をさせていただいた中で、最後のスライドに挙げました。それは結局、こういう医療刑事裁判においては、最終的には残念ながら医師の責任が大きい。医師の責任が大きいということは、医師がこのような法廷、あるいはメディアで発言を求められたときに、本当に自分の言っていることが医師としての良心に基づいて言っているのかどうかということを、私は自問しなければいけないと思います。

割り箸事件に関して、私はそれ以外の事件はよく知りませんから自分が経験した事件に関してですけれども、その中で、特定の名前は言いませんけれども、何かほかに意図するところがあるというのでしょうか。表現が難しいですけれども、本当に事件のその件に関して言っているのではなくて、何か別のことがどこかにあってそういう鑑定をしてしまうとか、コメントをしてしまうとかという方がいたのではないかと。

これは私個人の考えで、いなかったかもしれませんが、少なくともそういうことはあってはならない。医師の自律ということが言われていますけれども、今、使われている医師の自律というのは、医師の間で事故が起こっ

たことを、自浄作用を働かせて、何らかの処置を取るというように使われていますけれども、医師の自律というのは自らを律するという意味も加えるべきではないかというのが、私の考えです。

寺岡 平岩先生。

鑑定を専門外の医師に依頼することに大きな問題点がある

平岩 病理解剖の先生が悪意でそのような鑑定をしたとは思っていません。しかし、病理解剖の先生も婦人科の腫瘍が専門で、癒着胎盤については2件目であったということ。つまり、決定的に専門的な知識が欠けていたと思います。

それから医療についての鑑定を書いた先生もやはり婦人科腫瘍が専門ですから、癒着胎盤という周産期医療の中でもかなり特殊な問題について、やはり専門的な知識、経験がないのであれば、鑑定は回避すべきであったと私は思います。

そういう専門的知識があるような人が鑑定をする、それがこのような事件では必要だと思っています。

寺岡 私は何も分からずに質問するので恥ずかしいのですが、この人の鑑定では受けられない、応じられないということは、法廷では言えないのですか。専門外で、その人の鑑定では信用できないというか、どのような言葉で言えばいいのか、よく分かりませんが。

平岩 ですから、当然、検察側はそれを証拠として出すわけですから、弁護側はその鑑定は信用ができない、専門家の鑑定はこうですよという形で専門家の鑑定書を提示する。裁判所はどちらを採用するかとなれば、弁護側

の提示した専門家の鑑定を採用する。それで無罪になるということになるわけです。

寺岡 別の鑑定人に替えてくださいということとは言えないのですね。

平岩 まず捜査段階で行われていますから、全く分からないわけです。

寺岡 分かりました。

女子医大の問題は佐藤先生、どうですか。

佐藤 私の事件では、はっきり言って鑑定人にあたるような方はいらっしゃらなかったというのが答えなのです。結局、女子医大の事故報告書が合っているか合っていないか、あの女子医大の報告書が鑑定書のような役割をしていたので、それが間違っているということをごちら側の証人が主張していただければよいという形です。

実は検察側にも鑑定人に当たるような人がいたのですが、この方は我々が事故で使った人工心肺装置は見たこともない人で、小児の専門家でもないし、今日提示したような低侵襲の手術はやったことがないという方が出てきたので、それは鑑定人としての資格もないような人だったので、それに関しては意見を述べられません。

平岩 病理鑑定の場合ですと、先ほどのように鑑定を回避するということは、今回の場合には不可能だったと思います。たまたま地元の先生ですし、当初の通常の鑑定として最初おやりになっていますから。

しかし、もし専門外であれば、そういうことを鑑定書の中でもある程度分かるようにしておかないと、それを捜査側にうのみにされてしまうということが大変危険だと思います。

医療事故調査制度に期待される 刑事事件化の抑制

寺岡 ありがとうございます。このパネルディスカッションは、皆様のお帰りの時間もあることと思いますので、5時半までということにさせていただきます。

あと6分ぐらいありますが、私どもとしていちばんお聞きしたいのは医療事故調査制度の必要性の問題です。きちんとしたというか、今よりもずっと進んだ形の医療事故調査制度があればそこまで至らなかったのではないかという思いもあるし、しかし、それでも佐藤先生のご指摘のようなこともありますし、この医療事故調査制度の必要性については否定される方はいらっしゃると思うのですが、どのような制度が必要であるのか、そのようなことまで踏み込んだご意見をお伺いできればありがたいと思うのですが、よろしく願いいたします。

前村先生、どうぞ。

「医療事故調査制度」は 医療界が自律的に作るべき

前村 医療事故調査の制度なのですが、やはりまず自律性というところで、政権交代があろうがなかろうが、学会とか医師会とかが中心となって、別に国からのお金がなくてよいから自分たちのために患者のためにしていくのだという視点が、少し足りないのかなという感じがしています。

どうしても国からお金を出してくれとか、法律を作ってくれという要望になっているのですけれども、そうでなくても院内事故調は自由にできるわけですし、今の医療安全調査

機構という形も補助金は貰っていますけれども、学会からお金を出すとか、それこそが本当の自律的な動きであって、それを結局、厚労省とかに頼む形になってしまうとまた自律性の課題が残ることになるのかなと思っています。

寺岡 誤解があるといけませんので、一言申し上げておきます。院内医療事故調査制度、あるいはそれと並列して進めるところの医療事故調査機構は、何もおんぶに抱っこではありませんが、国に何かやってもらってやろうということではなくて、これはあくまで医療者の自律的な機構としてこの度は設けようというのがいちばんの柱です。それにつながるような制度にしなければいけないと思いますので、いろいろアドバイスをしていただけたらと思います。



石井 医療事故調査制度の必要なことそれがあるべきということと、もう1つは医師法21条との関連という問題が、どうしても私たちの関心から抜けないわけです。今の21条のまま事故調査制度を立ち上げて、それで解決できるのかどうかというところについて、改めてコメントをいただければと思うのですが、いかがでしょうか。

専門家が関与する事故調査機関 が必要

平岩 先ほどもお話ししましたがけれども、21条は絶対に改正しないといけないと思いま

す。これは日本のシステム、あるいは体制の欠陥だと思います。

警察に届け出をしたところで、警察は専門的知識を持っていない。そういうところで捜査が行われていることは、もう大変な問題だと思いますので、私はどうしても専門家が介在した事故調というものは必要である、できるだけそれが中立で、公正なものである必要があると思っています。

もし医師会でそういうものを作るとしても、どのようにそれを中立性のあるものである、公正なものであるということを、国民に分からせるかということが大変重要であろうかと思っています。

石井 ありがとうございます。今の2つのものが同様に併存していくか、またはやはり今、平岩先生におっしゃっていただいたように、事故調査制度というものを立ち上げながら21条を解決していくべきか、この辺に関してなおコメントがありましたらいただければと思います。

医師法21条の改正には 医師が自律的に取り組むべき

佐藤 確か日本医師会でも、平成19年の時点では、21条に関しては撤廃とかそういったことは言っていませんね。確かそうなのです。

私はこの流れができてしまったのは、やはり法医学会と外科学会が警察への届け出を認めてしまったということがいちばんの問題で、それですごく21条の解釈が変わってきました。まず、医師法の改正というのはすごく難しいと思うので、いちばん最初に訂正すべきは外科学会と法医学会ではないかと思っています。

もちろん目指すべきは21条の改正ですけども、これはなかなか議論が進まないの、まずはこの解釈ががらりと変わってきたことに関して、変更を、医師の方からそれこそ自律的にぜひやるべきではないかと思っています。

寺岡 ほかにこの件に関しては。では、前村先生。

医師法21条の改正には医師と 患者の信頼関係の構築が前提

前村 その答えのところは、医師会の提言がよく書かれていると思っています。やはり21条の改正をするためには信頼関係を作らないといけない。そのために、先にこういったものを作って、信頼があれば改正されるであろうという提言になっていたの、私はその点は特に高く評価しています。

寺岡 ありがとうございます。最後に言おうかと思っていたのですが、言っていただきました。

この度の日本医師会の医療事故調査制度創設に関わる提言は、非常に重要な柱の1つが21条の改正、それは診療に係る事故は届け出ないということが柱になっていますので、今後しっかりそれも読んでいただいて、またいろいろとアドバイスをいただければと思います。それでは、よろしいですか。

石井 こういう流れでご異論がなければ、もう時間も参りましたので、今日はここまでしたいと思います。いかがでしょうか。

この大講堂をあふれ出た方々には、テレビ中継というご不自由をおかけいたしました。最後までのご協力にお礼申し上げます。本日は、ありがとうございました。

閉会挨拶



日本医師会副会長

羽生田 俊

講師の先生方、長時間ご議論をいただきまして大変ありがとうございました。

今日は本当に長い時間、皆様方にこのような議論に参加していただきまして、大変ありがとうございました。参加者を見ましたら、北海道から沖縄まで47都道府県、全部の都道府県から参加をいただいているということに気がつきました。日医もいろいろな会をやっていますけれども、47都道府県が役員以外でこれだけ集まるというのはめったにないことだろうと思いますし、それだけ非常に重要な問題で皆さんの関心が高いということもよく分かりました。

今、最後の方にもありましたように医師法21条、日本医師会は平成19年のときにも、医師法改正とまでははっきり言わないけれども、まずその昔の解釈というものが突然変わったところに非常に問題点を感じていた。もともとは犯罪かどうかということをはっきりさせるために異状死体というもの届け出るというものであったものが、あるときから突然医療に関する死も異状死という扱いで届け出なければならない。これを法医学会、外科学会、その後に厚生労働省が国立病院に対してすべて届けろという指令を出したというところで、今のような混乱が起きてしまった

と考えています。これは改正を含めて、我々もこれから主張をしていかなければならないと考えています。

また、事故調の問題は、今日は高杉常任理事から事故調に関する検討会の報告書を説明させていただきましたけれども、我々医療提供者がまずもって考えなければいけないのは、結果として患者さんがお亡くなりになったということの重大さをまずもって悲しみ、そして一緒に反省をし、今後に生かしていかなければいけないということを、まずもって考えなければいけない。その中で、患者さんに誠意を持って、ご家族の方に誠意を持って説明をするということが、この事故調査委員会に行く前段階として必ず必要なことであるということであります。

事故調査委員会も当然最後には必要になることもありえますけれども、そうならないためには、まずは我々が医療安全、医療事故を起こさないという努力がまず必要であって、その後ももし万が一不幸なことが起きたら、どういうことなのだとすることを患者さん、そして患者さんの家族に対して誠心誠意説明をするということがスタートラインであろうと考えています。

そういったことで、この事故調についても、

医師法21条についても、これから先、十分検討を加えなければいけないものですので、今日お集まりの皆様方を中心に、またこの日本医師会に対して貴重なご意見をこれからもい

ただきますようお願いいたしまして、今日の会が盛大に開けましたことに感謝申し上げ、閉会としたいと思います。

ありがとうございました。

日医総研シンポジウム関係役員・事務局

日本医師会役員

役 名	氏 名					
会 長	原中 勝征					
副 会 長	横倉 義武	羽生田 俊	中川 俊男			
常任理事	今村 定臣	三上 裕司	石井 正三	今村 聡	葉梨 之紀	
	高杉 敬久	保坂シゲリ	石川 広己	藤川 謙二	鈴木 邦彦	

日本医師会総合政策研究機構

職 名	氏 名					
研 究 員	石原 謙	澤 倫太郎	畑仲 卓司	前田由美子	西澤 直衛	
	上野 智明	江口 成美	尾崎 孝良	角田 政	秋元 宏	
	水谷 渉	森 宏一郎	矢野 一博	吉田 澄人	坂口 一樹	
	佐藤 和孝	鮫島 信仁	出口 真弓	野村 真美	渡部 愛	
事 務 局	五十嵐秀人	佐久間伸英	大坪 潔	岸本麻衣子	松井 祐美	
	内山 周作	西川 好信	酒井 健司	佐藤 玲奈		

医事法・医療安全課

職 名	氏 名					
事 務 局	伊澤 純	富岡真由美	高野 深晴	田村 麻紀	沼田 美帆	
	下田 弘	新堀 伸城				

広報・情報課

職 名	氏 名					
事 務 局	井川 智彦	菅生 史子				

日医総研シンポジウム

更なる医療の信頼に向けて ―無罪事件から学ぶ―

発行 社団法人 日本医師会

〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

TEL. 03-3946-2121(代)

平成23年11月 発行



日医総研シンポジウム

更なる医療の 信頼に向けて

— 無罪事件から学ぶ —