

厚生労働省「医療行為と刑事責任」（中間報告）についての意見

1 はじめに

中間報告では、平成 11 年から平成 28 年までの医療刑事事件において、無罪判決は 6 件と報告されている。医療者が起訴された場合、結果的に無罪となったとしても、そこに至る数年の過程で、医療界は刑事訴追の不安に陥り、医療提供が困難となる。また、起訴された医療従事者の精神的、経済的な負担はきわめて重い。それを恐れてか、医療刑事訴訟のうち約 8 割で略式手続が選択され、有罪となっている。

しかし、中間報告では、無罪事件が多数存在していることに何らの問題意識が示されていない。しかも、大野病院事件判決に関し、検察官が結果回避義務の存在を証明できなかったために無罪となったという扱いであるが（15 頁）、これは判決文言の一部を都合よく取り上げたもので、大野病院事件は、正当な医療行為を起訴してしまったものであるという医療現場の受け止め方と大きく異なっている。

以下、中間報告の問題点について、論述する。

2 多数の無罪事件が存在していることがフォーカスされていない

平成 30 年の司法統計によれば、通常第一審（公判）の事件総数は 68,163 件であるが、そのうち無罪判決は 105 件である（無罪事件の割合は 0.154%）。

これに対し、中間報告の表 1（6 頁）では、平成 11 年から平成 28 年にかけて、公判請求事件は 38 件あり、そのうち無罪判決は 6 件である（無罪事件の割合は 15.78%）。一見して、刑事医療裁判における無罪の割合が高いことを示している。

そのうえ、業務上過失致死傷罪以外にも、医療者が行う医療行為が、殺人、傷害、準強制わいせつ罪に当たるとされて問題となるケースが相当数存在し（後述）、その中には無罪事件がいくつも存在している。

そのため、捜査機関は、捜査の在り方、起訴の選別を慎重に行う必要があるⁱⁱ。また、無罪事件においては、捜査のどの点に問題があったのか第三者機関を設立して分析するなど、無用の起訴がなされないよう対策を講じるべきであるⁱⁱⁱ。

3 手続の運用改善がされていない

捜査手続の現在の運用が、無罪事件を引き起こす原因となっている。しかし、中間報告において、そのような手続の問題は一切意識されていない。

まず、捜査段階（起訴前段階）で、捜査機関の証拠が開示されることはなく、司法解剖の結果ですら、医療従事者には開示されない点は問題である^{iv}。専門分野が細分化し、司法

解剖においても、真実を見誤ることがあるが、それが起訴前に修正されないまま、無用な起訴に至る。また、捜査側の専門家に提供される情報に偏りがある場合があり、誤った鑑定意見となり、無用な起訴に至ることがある。

また、捜査官による取調べに、弁護人の立ち合いが認められていないが、捜査官と医療者との間に存在する、表現の微妙な差異への認識などのギャップが埋まらないままに調書が作成される^v。

さらに、裁判手続きにおいても、書証は原則として証拠とできないため、鑑定書や医学文献を証拠として裁判を行うことに制約が生じている。

これらの手続上の問題点は、法改正によらなくとも改善が可能で、無罪事件を抑止しようと考える。

4 「医学的な知見を医学の専門家等から提供できるような体制」について

中間報告では、大野病院事件の無罪判決を引き合いに、捜査に必要な医学的知見を提供する体制の確立を提言するが^{vi}、当委員会においても、そのこと自体に異論はない。

しかし、過去を振り返ってみれば、実際に大学病院や多くの医療機関は、捜査機関に対して、可能な限り多くの医学的知見を提供してきた。

それにもかかわらず、医療刑事事件で、無罪事件が生じるのは、主として、医療側の情報提供体制の問題ではなく、捜査機関において、有罪に至るストーリーに沿う証拠のみを収集し、これと矛盾する証拠・証言を排除する捜査方法をとっていることに問題がある。また、医学や統計学のベースを欠いた捜査官のサイエンスリテラシーにも問題がある。

このような問題点が改善されないまま、医療側が医学的な知見を提供する体制を構築したとしても無罪事件の再発は防げない。

ところで、医療界においても、捜査機関への情報提供に応じる取り組みを自立的に行ってきた。有志の法医学者・救急医により司法解剖のカンファレンスを開催し、東京地方検察庁の検察官ら同席のもと、医学的知見を提供する試みを行ってきた^{vii}。専門分野が細分化する中で、このように各分野の専門家が集まりカンファレンスを行うことで、多角的に真相を解明することが可能となる。このような取り組みに基づいて起訴・不起訴等の判断をしていただきたい^{viii}。

5 集計対象の裁判例について^{ix}

集計対象の裁判例にはその是非を検討すべき事例もある。

医療者個人の不注意、確認不足、知識不足等の単純な原因で起こったように見える事故であっても、複雑適応系である医療における事故は、システム（系）を構成する特定の要素から生じるのではなく、システム全体がその発生に関わっており、「唯一の真の原因」というものは存在しない。医療従事者個人よりも、病院等の管理体制に原因があることが多く、個人責任を問うのは酷である^x

また、新生児の突然死など、一定確率で生じる避けられない死に偶然関与した可能性のある医療者が、刑事責任を問われていると思われる裁判例^{xi}も存在している。

さらに、中間報告で集計されていない裁判例も多い。たとえば、業務上過失致死以外の殺人、傷害、わいせつ等で起訴された事案である。まず、①看護助手が有罪とされた湖東記念病院事件^{xii}は、終末期医療の現場で起こった典型的な冤罪事件である。②入院患者にフットケアを行った看護師が傷害罪で起訴され無罪となった例^{xiii}も集計されていない。③乳腺外科医が、術後の回診において、患者の乳頭を舐めたとして準強制わいせつ罪で起訴されたが、術後せん妄の可能性があるととして、無罪となったケース^{xiv}がある。④帝京大学のHIV血液製剤事件^{xv}は、業務上過失致死罪で起訴されているが、第一審は無罪となっており、控訴審で公訴棄却（死亡）となっている。⑤終末期医療において延命の差し控えが問題とされたケースは、殺人罪として捜査が始まり、その多くは不起訴となったが^{xvi}、殺人罪で起訴された例もある^{xvii}。

こうしてみれば、「必要なリスクをとった医療行為の結果、患者が死亡したケースについて、刑事裁判で有罪となった例は存在しなかった」という中間報告の考察（3頁）は、当然のことを指摘したにすぎないものであり（必要なリスクある医療行為が処罰されないのは当然のことである）、本来論ずべき問題点を意図的に回避するための考察のように見受けられる。

6 おわりに

中間報告は、構成員の立ち位置に偏りがあり、しかも、本来論ずべき問題点を、意図的に回避しているように見えるため、最終報告においては、中立な立場から、論ずべき問題点をひろく検討して報告がなされることを要望する。

令和2年5月7日

一般社団法人全国医学部長病院長会議
患者安全推進委員会

-
- i 平成 30 年司法統計「第 9 表 刑事訴訟事件の種類及び終局区分別既済人員一地方裁判所」（裁判所ホームページ）
- ii 日本弁護士連合会には、冤罪事件、無罪事件の原因究明をするため、「誤判原因を究明する調査委員会」という第三者機関の設置を求める意見書（2010.3.18）がある。意見書では、「英国やカナダ、オーストラリア、ニュージーランドなどでは、著名な誤判事件が発生した場合に、王立委員会などが報告書をまとめ、その提言をもとに刑事手続改革を実現した。アメリカのイリノイ州では政府の諮問委員会が誤判の原因究明を行った。同様の制度は欧米諸国に広く見られるものであり、誤判の経験を繰り返さないために必要不可欠なものである。」とされている。
- iii 医療事故においては、医療法により、第三者機関による事故調査制度が設けられているが（医療法 6 条の 10 以下）、捜査の過誤ともいべき無罪事件については何らの検証がなされていない。
- iv 東京三弁護士会「司法解剖の結果開示に関する検討報告書」（2014.3）において、「起訴前または不起訴とされたときの司法解剖の鑑定書が非開示とされ、民事訴訟において証拠として用いることができないという問題は、このような我が国の検視制度の特異性の現れのひとつであることを理解する必要があると考えられる」と指摘されている。
- v 医療従事者の多くは、医療行為を行う場合、死の予見可能性を当然のごとく了解している。しかし、裁判で求められる「予見可能性」はもっと確実に確かな予見性を問題としている。そのことが伝わらないままに予見可能性を肯定する調書が作成される場合が多くみられる。
- vi 大野病院事件では、逮捕後（起訴前）に、複数の学会や医療団体が医学的知見を公表したが、検察官はこれを受け入れず、起訴に踏み切った。起訴後も多くの医学的知見が示されたが、検察官は、審理期間中、胎盤をはく離したことが違法であるとの主張に固執し続けた。判決では、胎盤剥離時の総出血量、癒着胎盤の範囲や程度などの事実認定について、検察官の主張はことごとく否定されているし、判決は、検察官の主張する医学準則、注意義務はともに認められないとしている。
- vii 吉田謙一「医療事故裁判の刑事手続きに関する法医学鑑定の問題点と対応」Acta Crime.Japon85(4) 102-110 (2119) では、検討会を多数開催してきたことが報告されている。
- viii 手続上の問題としては、起訴・不起訴の選別基準があいまいであることが挙げられる。ロバート・B・レフラー「医療事故に対する日米の対応」判例タイムズ No.1113(2003.12.15) 20・27 頁 レフラー教授が東京地方検察庁の検察官から聞き取ったところによれば、起訴するかどうかを決定する際、①告発の有無、②被害の程度が甚大であるかどうか、③医療従事者の行為や怠慢がどれだけひどいか、④過失の証拠が明らかか、⑤被害者に補償を提供し謝罪しているか、⑥メディアによる扱い、⑦医療内部での懲戒はまだ甘いこと、⑧他の危害をもたらすような行為に対し、訴追がもたらす抑止効果、が最も重要となっている。⑥や⑧は被疑者本人のコントロールできない偶然の要素であり、起訴・不起訴の判断が、偶然の要素に左右されれば、刑事罰の感銘力が大きく揺らぐ。
- ix 中間報告では、刑事裁判群（略式裁判含む 282 件）には、コントロール群（モデル事業 150 件）と比較して、「独善的な心理」、「軽率な心理」を背景していると分析されている（10 頁）。「独善的な心理」や「軽率な心理」といった呼称は、一般人の普通の注意と読み方で判断すると、現場で真摯に診療に当たっている医療従事者の社会的評価を低下させる表現であり、不適切であると考えられる。また、この分析の手法は問題がある。略式事件については、起訴状のレベルでしか事件の概要が明らかにならず、起訴状からは、「教育・体制整備」、「患者側事情」、「医学的適応」、「医療行為の適切性」などは、分析できないのに、あたかも分析したかのように結論付けているからである。
- x 都立広尾病院事件において注射器の中身を知らずに消毒液を注射した看護師も刑事責任を問われたが、典型的なシステムエラーである（東京地方裁判所平成 12 年 12 月 27 日判決、判時 1771 号 168 頁）。横

浜市立大学病院患者取違え事件では、麻酔科医は、何度か確認行動をとっており、一審では無罪となったが、最終的に有罪とされた（横浜地方裁判所平成 13 年 9 月 20 日判決、東京高裁平成 15 年 3 月 25 日判決、最高裁平成 19 年 3 月 26 日決定、刑集 61 卷 2 号 131 号）

- ^{xi} 東京地方裁判所平成 15 年 4 月 18 日判決（東邦大学大橋病院事件）。助産師が生後 3 日の新生児をうつぶせ寝にして窒息死させたとして罰金 40 万円の有罪判決を受けた。一審判決文を読んでも乳幼児突然死症候群（SIDS）である可能性は排除できない。
- ^{xii} 滋賀地方裁判所令和 2 年 3 月 31 日判決 看護助手の女性が、人工呼吸器のチューブを外したとして殺人罪で起訴され服役したが、再審手続きにおいて、湖東記念病院事件は患者の死因は低カリウム血症による致死的不整脈の可能性があると再審開始無罪判決がなされた。
- ^{xiii} 看護師が高齢の入院患者の足の爪をはがしたとして傷害罪で起訴された。福岡地方裁判所小倉支部平成 21 年 3 月 30 日判決は懲役 6 月（執行猶予付き）の有罪判決をしたが、福岡高等裁判所平成 22 年 9 月 16 日判決（判タ 1227 号 279 頁）は、フットケアとして、正当な業務行為として無罪を言い渡した。
- ^{xiv} 東京地方裁判所平成 31 年 2 月 20 日判決（控訴審係属中）
- ^{xv} 東京地方裁判所平成 13 年 3 月 28 日（判時 1763,17 頁、判タ 1076,96 頁）、被告人の死亡により、東京高等裁判所で公訴棄却となった。
- ^{xvi} 関西電力病院事件（読売新聞東京夕刊 2003.8.7）、国保京北病院事件（朝日新聞朝刊 1997.12.13）、道立羽幌病院事件（読売新聞東京夕刊 2005.4.27）、射水市民病院事件（富山新聞 2008.7.24）、和歌山県立医大付属病院紀北分院事件（読売新聞大阪夕刊 2007.12.7）
- ^{xvii} 東海大学病院事件（横浜地方裁判所平成 7 年 3 月 28 日判決、判時 1530 号 28 頁、判タ 877 号 148 頁）、川崎協同病院事件（最高裁判所平成 21 年 12 月 7 日決定、刑集 63 卷 11 号 1899 頁）