

「医療行為と刑事責任について(中間報告)」
の公表について

医療行為と刑事責任の研究会

- 「医療行為と刑事責任の関係」は、医療事故の当事者たる医療従事者への業務上過失致死罪(刑法第211条)の適用の有無を中心とした問題であり、刑事捜査、診療実務等の観点から刑事医療過誤裁判例の分析等を行うため、有識者による研究会を開催(平成29年4月から開催)。

◆ 研究会のメンバー(敬称略50音順、○ 座長)

井田 良(中央大学大学院法務研究科教授 刑法)

今村定臣(いまむらウインズクリニック 産婦人科医師 前日本医師会常任理事) ~H30.12.

平川俊夫(医療法人エスタブリューシー真田産婦人科麻酔科クリニック産婦人科医師日本医師会常任理事) H31.1~

河村 博(同志社大学法学部教授 元名古屋高検 検事長)

佐伯仁志(東京大学大学院法学政治学研究科教授 刑法)

辻 義之(野村證券株式会社顧問 元警察庁生活安全局長)

手塚一男(兼子・岩松法律事務所 弁護士)

西澤寛俊(社会医療法人恵和会理事長 全日本病院協会名誉会長)

原田國男(田辺総合法律事務所 弁護士 元東京高裁部総括判事)

○ 樋口範雄(武蔵野大学法学部教授 医事法)

前田順司(甲南大学法科大学院教授 元東京高裁部総括判事)

山口 徹(虎の門病院 名誉院長 循環器内科医師)

◆ オブザーバー

※ 畔柳達雄 (兼子・岩松法律事務所 弁護士)

※ 厚生労働省、警察庁、法務省

<研究の趣旨・方向性>

- ◆ 医療安全の研究領域においては、診療現場におけるエラーをいかに減らすか、またエラーが生じたとしてもいかに被害を減らすかという視点からの研究と対策が講じられ、医療の質や安全性は、以前と比べ格段に向上した。
- ◆ 一方で、刑事医療裁判件数の推移やその内容に着目した研究はほとんどなされておらず、医療事故に対する医師等の刑事責任の実態が明らかにされていないことが、医療界の不安感の一因になっていると指摘されていた。
- ◆ こうしたニーズに応えるため、本研究会では、まずは、統計により過去の刑事医療裁判等の推移を明らかにするとことを試みた。具体的には、過去18年間（平均11年～平成28年）の刑事医療裁判の情報を中心に、その件数等の経年的変化を明らかにした。
- ◆ あわせて、上記の統計で収集した事例をもとに、刑事医療裁判の裁判例の特徴を客観的に明らかにするため、刑事裁判となった事例と刑事裁判にならなかった事例を比較し、その特徴を考察することを試みた。

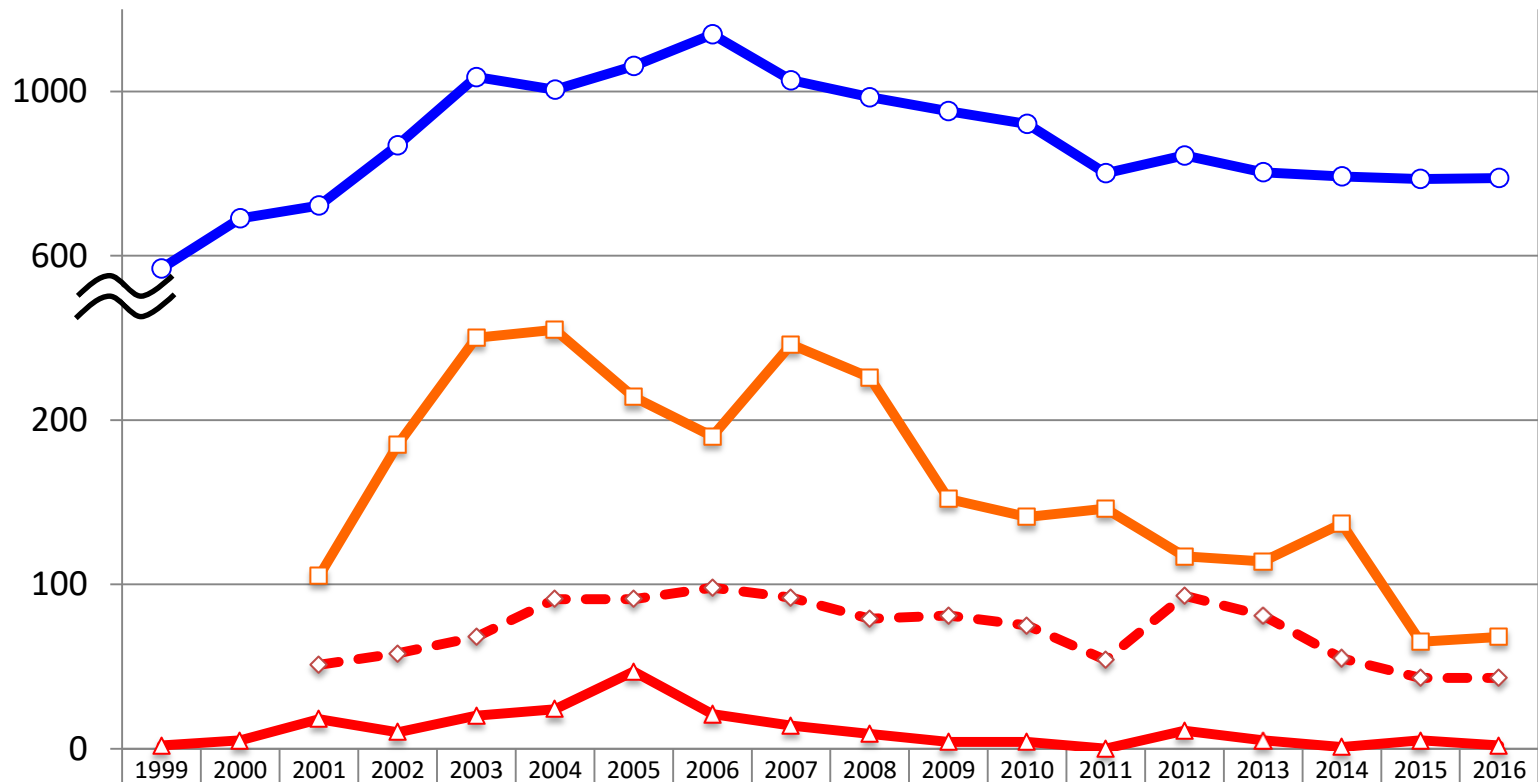
<中間報告>

- ◆ これまでの研究結果について、臨床や刑事実務、学術的見地から広く議論する素材として供するべく、本研究会の報告書として厚生労働省のHPに公表することとしたい。
- ◆ その際、本研究会の考察の結果については、報告書において暫定的な中間報告と位置づけられていることを踏まえると、刑事医療裁判の傾向を正確に反映しているかについては、さらに詳細に各事例の検証を行う必要があることから、公表に際しては、その旨を明示した上で公表することとする。

「中間報告」の内容①(刑事医療裁判等の推移)

- ◆ 警察への届出等総数、立件送致数、刑事裁判件数、民事裁判件数等の統計を作成し、経年的変化を明らかにした。
- ◆ その結果、平成17年～平成19年のピークを認め、その後減少している。平成28年の刑事裁判件数は2件にとどまっていた。

件数



警察への届出等総数			105	185	250	255	214	190	246	226	152	141	146	117	114	137	65	68
立件送致数			51	58	68	91	91	98	92	79	81	75	54	93	81	55	43	43
刑事裁判件数	2	5	18	10	20	24	47	21	14	9	4	4	0	11	5	1	5	2
民事裁判件数	569	691	722	869	1,035	1,004	1,062	1,139	1,027	986	952	921	801	844	803	793	787	789

※ 刑事裁判及び民事裁判の件数については、確定時の年で定義

(件数)

中間報告の内容②(刑事医療裁判の裁判例の特徴の考察)

- ◆ 刑事医療裁判の裁判例の特徴を明らかにするため、刑事裁判となった事例(刑事裁判群, $n = 202$)と刑事裁判にならなかった事例(コントロール群として診療関連死モデル事業, $n = 150$)において、各事例が有する特徴(因子)を比較。
- ◆ 刑事医療裁判となった事例の特徴を一言で表現することは難しいものの、「周囲の指摘や警告、院内のルール、当時の一般的な治療法等を無視し、あえて医学的な知見の裏付けのない行為に及ぼうとする心理」や「本来、行うべき行為をうっかりして行わないような心理」等を背景としていると考えられる因子を含む事例を多数認めた。
- ◆ 今後詳細な分析を行う必要があるものの、刑事裁判例については、通常の医療従事者のモラルや協調性をもって業務に従事し、また、通常診療で行うべき確認行為を行っていたら医療事故に至らないような事案が多くを占めると思われた。
- ◆ また、調査した事例の範囲では「必要なリスクを取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。いかなる事案が刑事訴追されるかについては、個々の事案に即して、担当検察官の具体的な判断によるべきことは当然であるが、医療従事者として一般に求められる注意を怠ることがなければ、必要なリスクを取った医療行為の結果、患者が死亡した場合であっても刑事責任を問われることはないものと考えられた。

中間報告の内容③(今後の検討課題)

- ◆ 第一に、過去の刑事医療裁判等の統計については、現時点で収集し得る限りのデータに基づいて統計を作成したが、まだ収集しきれていない事例もあると考えられる。また、平成29年度以降の傾向も、継続して収集する必要性がある。このため、刑事医療裁判の統計について、毎年公表することを視野に、継続してこの種の研究を進めることとしてはどうか。
- ◆ 第二に、刑事医療裁判においては、一般に、捜査機関に高度な医学的知識が求められる。たとえば、前記県立病院事件(福島地判平20.8.20.)において、検察官が結果回避義務の存在の証明を行っていないと判示され無罪となっていることや、医学が高度に専門分化していること等を踏まえると、捜査機関が、迅速に適切な鑑定人を選任できるような体制を整備することは、不必要な捜査や裁判を防ぐことにもつながり、医療従事者のみならず、被害者・家族にとっても望ましいことであると考えられる。こうした観点から、捜査機関に対して、捜査に必要な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を整備することが必要ではないか。
- ◆ 第三に、「周囲の指摘や警告、院内のルール、当時の一般的な治療法等を無視し、あえて医学的な知見の裏付けのない行為に及ぼうとする心理」を背景とした因子を含む事案については、その主たる責任が医療従事者個人にあるのに対し、「本来、行すべき行為をうっかりして行わないような心理」を背景とした因子を含む事案については、個人の問題の他にシステムエラーを問題とすべき場合が多く、医療従事者個人よりも、むしろ病院等の管理体制に原因があることが少なくない。こうした病院等の管理体制が不十分な場合などには、医療施設やその管理者に対して行政的な措置・指導を行うことが、再発防止につながるとともに、被害者や家族の理解を得られることも多いのではないか。

(参考) 因子の分析結果

刑事裁判群においてコントロール群よりも有意に高率で認められる因子(●)又は刑事裁判群においてのみ認められた因子(■)	コントロール群において刑事裁判群よりも有意に高率で認められる因子(○)又はコントロール群においてのみ認められた因子(□)
<p>＜あえて医学的な知見の裏付けのない行為に及ぼうとする心理を背景とした可能性のある因子＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 安全性有効性が検証されていない術式・治療法を採用 ■ 処置の誤りに気付いたり、指摘を受けた後も中止せず <p>＜本来、行うべき行為をうっかりして行わないような心理を背景とした可能性のある因子＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ チーム間での指示メモを誤読 ■ チーム内の関係者が、院内規則や被告人からの申し送り等に違反 ■ 手術用ないし麻酔用機器の操作上のミス ■ 禁忌薬物の投与 ■ 対象患者を誤信したことによる不適合輸血 ■ 血液型を誤信したことによる不適合輸血 ■ 栄養ラインと輸液ラインとの取り違い ■ 装置の誤装着 ■ 機器の接続状態確認が不十分 ● ミス異常を気付かせる前提事実の認識あり ■ 患者の人定確認無し ■ 手術データ・検査結果と患者との照合確認無し・取り違い ■ 薬種の誤り ■ 投与交付の際に薬自体を取り違い ■ 他者への曖昧な指示 ■ 曖昧な指示に対して確認せず <p>＜その他の因子＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 薬の保管管理体制に問題あり ● 平均的医療水準を満たさない手技上のミス・処置不適切 ● 結果と因果関係ある他の医療従事者の行為あり ■ 被害者が複数 	<p>＜あえて医学的な知見の裏付けのない行為に及ぼうとする心理を背景とした可能性のある因子＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ チーム内でのチェック不全・報告・連携不足 <p>＜その他の因子＞</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 既存疾患と治療内容の把握が不十分 ○ 十分なインフォームド・コンセント無し(合併症発生後を含む) ○ 同意書面説明書面の記載不十分 □ もともと重篤な状態 ○ 診断の誤り □ 診療録の記載や動画記録が不十分 ○ 他科専門医への相談協力依頼不十分 ○ 不適切な医療行為と結果との因果関係不明 ○ 術後のモニタリングが不十分 ○ 術後の合併症あり ○ 発生結果が複合的病態・原因・患者側要因による影響あり □ 予見が不可能な類型の合併症 □ 稀な合併症の発生 ○ 高頻度な合併症の発生