



「医療事故と制裁をめぐる国際比較：処罰重視からの脱却をめざして」

上智大学法学部 教授

岩田 太

「まず始めに、私は法学部に所属しておりますので、本当に門外漢なのですが、研究と報告の機会を与えていただいたファイザーヘルスリサーチ振興財団にお礼を申し上げます。

ポスターにタイトルが書いてありますが、「医療事故と制裁をめぐる国際比較：処罰重視からの脱却をめざして」ということで、簡単にいうとアメリカとかオーストラリアの刑事医療過誤事件を題材に、刑事医療過誤とか刑事介入等をいかに防止するかということを考えてみようということで研究させていただきました。

【ポスター -1】

まず最初のポスターですが、これはご紹介するまでもなく、2000年以降、刑事医療過誤が日本でも増えて、特に医療界からは大きな批判があり、「医療ミスを刑事的に訴追するのは日本以外には無い」と言われる方もいらっしゃいます。しかし少し調べてみると、なかなか「無い」と言うのは難しくて、アメリカとかイギリス、オーストラリアなどでも最近は増加傾向にあるということが分かりましたので、ここで紹介させていただきます。

【ポスター -2～5】

時間の関係で詳細な中身には入りませんが、アメリカ（ポスター2）でもいくつか事例がありますし、オーストラリア（ポスター3）などでもいくつか事例があります。イギリンド（ポスター4）やニュージーランド（ポスター5）まで、事件をリストアップしてみました。

ポスター1

刑事医療過誤は日本だけか？

- 福島県立大野病院事件(2004); 慈恵医大青戸病院事件(2002); 東京女子医大事件(2001)
- 医療界からの強い批判: 「医療者が犯した『恣意的でない医療事故』を…安易に刑事訴追する文明国は日本以外にはない」
- 米、英、豪州においても増加傾向
 - 豪州では、犯罪引渡し条約によって米から医師を強制的に豪州に連れ戻したDr. Patel事件
 - 英国でも90年以降刑事訴追が増加

ポスター2

アメリカなど英米法ととの比較

Michael Jacksonの専属医に対する事件など刑事介入が全くないわけではない

- ① Pap Scan 事件: パップテストをめぐる検査機関および技師のミス(1995)
- ② Dr. Gerald Einaugler 事件(腹膜用カテーテルによる栄養補給、輸送遅延)(NY 1994)
- ③ Dr. Verbrugge 事件(麻酔医の居眠りによる患者死亡)(Colorado 1993)
- ④ Dr. Wood 事件(看護師の忠告を無視した塩化カリウムの注射投与)(1994)

見てみると、感じとしては、多少、犯罪の軽重みたいなものはあるのですけれども、日本で問題になるような、薬物の誤認であるとか、薬物の投与方法のミスとか、薬物の量のミスとかというものが刑事訴追されているので、日本と同じように問題になる事例が英、豪、米、ニュージーランドなどでもみられるということです。

中身は、もしあ時間があれば後で見ていただければと思いますし、私も公表しようと思っていますので、そちらを見ていただければと思います。

ひとつだけ、やや論点がずれるのですが、ポスター5の最後の部分の「ニュージーランドとかフランスは無過失補償制度を持っている」ところですが、そこでも刑事訴追がされているようなのです。ニュージーランドは少し制度を変えましたが、いわばこの2つの国では無過失補償と刑事医療過誤というのがセットになっている形です。むしろそこで指摘されているのは、無過失補償制度があるが故に、公的な場所でお医者さんとか看護師さんの責任を問えないから刑事に行くというような流れになっているということです。日本も無過失補償制度のようなものが議論の的になっているので、少し注意が必要かなと思いました。

【ポスター-6, 7】

今日、ここで時間の無い中で、少しだけ詳しくご紹介しようと思っているのが、従来ほとんど刑事医療過誤が無いと思われていたオーストラリアの事件です。Queensland州という所で「Dr. Death」という「殺人医師」とも訳すべきような事件が起こりました。これは2003年から2005年位に勤められた方の事件です。Bundaberg Base Hospitalという、ブリスベンからだいたい400キロ位

ポスター3

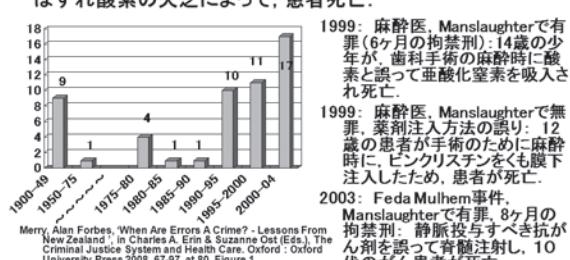
豪Queenslandから1999-2009

- Dr Margaret Pearce (GPで20年のベテラン)
 - ストーブで手に火傷を負った幼児に、10倍のモルヒネを投与、6時間後自宅ベッドで死亡
 - 陪審審理(4日間、評議8時間)、故殺罪での有罪評決
 - 5年の拘禁刑、6ヶ月の拘禁の後停止
 - *The Lancet - Volume 356, Issue 9245, P.1909 (02/12/2000)*
- Dr Ivan Popov (Queensland Healthの勤務医)
 - 卵巣保存しての手術を行う患者に卵巣を摘出
 - 患者に病気が見つかったので摘出したと虚偽の説明。説明は単独で行い組織的サポート欠如。患者記録にも虚偽。
 - 懲戒手続で訴追。有罪答弁。病院も辞任。南アフリカに帰国。警察は捜査中

ポスター4

イングランドから: 基準は重大な過失

1990: Adomaka事件 [1994] (3 WLR 288), 麻酔医, Manslaughterで有罪(貴族院で確定): 手術のために麻酔医として参加している際に、約10分間人工呼吸器がはずれ酸素の欠乏によって、患者死亡。



1999: 麻酔医, Manslaughterで有罪(6ヶ月の拘禁刑): 14歳の少年が、歯科手術の麻酔時に酸素と誤って亜酸化窒素を吸入され死亡。

1999: 麻酔医, Manslaughterで無罪、薬剤注入方法の誤り: 12歳の患者が手術のために麻酔時にビンクリスチンをくも膜下注入したため、患者が死亡。

2003: Fedo Mulhem事件。Manslaughterで有罪、8ヶ月の拘禁刑: 静脈投与すべき抗がん剤を誤って脊髄注射し、10代のがん患者が死亡。

ポスター5

New Zealandから: 単純な過失から基準は重大な過失へと変更(1997)

- R. v. Yogasakaran (1989-91)(麻酔医、薬剤誤認, Manslaughterで有罪、刑罰なし)
- R. V. Brown (High Court) (1994) (看護師、薬剤注入スピードのミス, Manslaughterで有罪答弁、刑罰なし)
- R. V. Ramstead (High Court & Court of Appeal) (1996) (心臓胸部外科医、がん手術による3名の患者死亡、有罪1/3、拘禁刑6ヶ月および6ヶ月間の執行猶予)

フランスでは付帯私訴が民事訴訟の3分の1にもわたる(無過失補償の影響)。無過失補償を持つNZでも同様の議論

北に行った所にある小さな町の病院ですけれども、インドからきたDr. Patelというお医者さんがいました。もともとはアメリカでお医者さんとして働いていたのですが、ニューヨークとかオレゴン州で懲戒を受けて、簡単にいえばアメリカで働けなくなってオーストラリアへ来ました。英語が通じますから、しゃべれるから大丈夫だということで来たのです。その時にアメリカで受けた懲戒の事実は隠して、オーストラリアで働いたのです。オーストラリアは土地が広いので、お医者さんを確保することが難しくて、英語のしゃべれる外国人を呼んでくるということはいっぱいやっていますので、そういう背景があってこのような事件が起きたのです。

私が読んだ印象では、もともと割と雑な感じのあるお医者さんみたいで、手を洗わないとか、手術でも縫合が上手くいかないとかということで、普通ではあり得ないような合併症の数もあり、無理な治療をやっているのではないかということで、内部告発があって事件として発覚しました。

当初は病院幹部は無視していたのですけれども、それが報道されたり、議会で問題にされて、スキャンダルのような形になって、最終的に州政府が調査委員会を立ち上げ、そこで徹底的に調査するということになります。徹底的調査の結果、500ページを超える報告書が出て、そこで様々な勧告が出ました。州政府が中心になって運営する州の医療制度が抜本的改革をしなければいけないような事件になってしまったのです。

その勧告の中で刑事訴追すべきだということも勧告されていて、結局昨年、ポスター6に書いてありますが、4人のうち3人は亡くなって1人だけ大きな傷害を受けた方に対する、日本的にいうと「業務上過失致死」で有罪になっています。7年の刑が科されています。

時間の関係で少しありますが、手術自体にミスがあったというよりも、この人の能力からすると手術をするべきでは無かった、もしくは患者さんの他の病気の状態からすると手術をすべきではなかったということで、それ自体がミスだということで処罰されているという形です。上訴も否定されて、たぶんそれで確定すると思います。

ポスター6

豪州Queensland州から: Dr. Death事件 (Dr. Jayant Mukundray Patel (born 04/10/1950))

- Bundaberg Base Hospital (人口約9.7万)
- 陪審審理の結果、2010年6月29日、3人に対する故殺罪(manslaughter)および一人に対する過失による重大な身体傷害罪で有罪。7年の拘禁刑
 - (2010年7月1日)(R v Patel [2010 QSC 233 (1 July 2010)].(州最高裁上訴部2011年4月21日上訴棄却)(R v Patel; ex parte A-G (Qld) [2011 QCA 81 (21 April 2011]).)
- 訴追の理由は、手術過程における過失ではなく、手術を行ったこと自体に対するもの(当該患者の状況・医師・医療機関の状況から手術は危険で、手術を行うべきではなかったというのもの)

ポスター7

Dr. Death Case(Patel case)

- インド生まれで医師資格を取得後アメリカに移住
- 懲戒前科
 - New York州で5千ドルの罰金と免許停止6月(1983)
 - 複数の手術ミスでオレゴン州で懲戒(2000)→NY州で自己返納
- QLD州で医師登録する際には懲戒事実を隠していた。Qld Medical Board、病院の幹部もほぼ全く調査せず(ネット上に掲載され入手可能)
- 事件の発端: 病院のICUの看護師による告発
 - 高齢であったり、糖尿病など別の疾患を併発しているなどハイリスクの患者に対して、病院規模(ICUのベッド数)に比し過度に危険な手術(食道切除術: oesophagectomies)を行っていること、術後悪化した患者の転送を常に阻止することなどを病院幹部などに繰り返し伝える。
- ミス隠蔽のために患者記録を改鑄

【ポスター-8】

このように、日本だけでなくアメリカ、イギリス、ニュージーランド、オーストラリア等でも刑事事件がある。これはどういう意味があるのだろうかということを少し考えてみました。なぜ刑事訴追があるのかというと、私自身もベストだとは思わないのですが、そもそも医療安全とか医療ミスというものは社会の大きな関心事であるということがまず始まりにあって、それに対して既存のシステムが上手く対応できていないと

いう状況があって、こういう事件に至っているのだと思います。それに対して、ただ刑事訴追だけに頼るのはうまくないので、色々な方策を諸外国で考えている。私自身がすごく注目しているのは、ここに書いてある「Open Disclosure」ということで、「被害者だけではなくて加害者の立ち直りもちゃんと考えましょう」という方向にいかなくてはいけないのだと思います。

【ポスター-9】

最後に、翻って日本の問題点ですが、これは言うまでもないことだと思いますが、懲戒制度がちゃんと運用されていないとか、死因究明制度が不十分だと、資格の規制のところで更新制度がないとか、そのような状況にあり、諸外国と比べてもそういう他の規制の部分が弱いので、やはり刑事の方に行かざるを得なかったという流れだと思います。

今後はそういうところを強くしていかない限りは、時々起こるひどい事件があって、やはり刑事への介入というところに行かざるを得ないことになってしまいがちになる。そこを何とかがんばって、うまく制度を作り上げていく必要があるのかなというのが、大変雑駁ですが、最後のまとめです。

ポスター8

Dr. Death Caseから見えるもの

- 日本では起こりえない?なぜ?
 - Qld州では支払を含む医療体制全体の問題
 - 外国人医師の受け入れ可能性が低い(言葉の壁?)
 - 過去の懲戒を根拠に、後の責任追及に至る可能性が低い?日本であれば懲戒にならなかった?(ほぼ刑事訴追の後追いだけ、情報の非公開)
- しかし、アドホックな刑事司法の介入はひと時溜飲を下げるかもしれないが、必ずしも医療安全向上や被害者の納得度の改善に繋がらないなどの限界が指摘され、別の道を真剣に模索
 - 万能薬はありえないが、特に注目されるものとして、Open Disclosure(率直な説明と謝罪)
 - 単に被害者だけではなく、「加害」医療者を含めて立ち直りの契機になりうるという潜在力などを期待

ポスター9

まとめに代えて

- 医療界からの反発にもかかわらず、日本を含め諸外国で少数ながら刑事訴追が存在することの意味を考えることが重要ではないか
- 品川美容外科病院事件や、産科補償で明らかになった複数の重大な被害を起こす医師・医療機関の存在
- 政治家、行政、医療界という伝統的な医療のステークホルダーが医療の安全性について必ずしも国民の期待に十分応えてこなかったことの反映
- いくつかの問題点: 懲戒機能の貧弱さ、継続的な医療水準の維持のシステムの欠如?

質疑応答

会場： ポスター-1にある慈恵医大の事件というのには、いくつか問題点があると思いますけれども、特にポスターの真ん中辺りに書いてあるようですね。果たして「医療者の医療行為は必ず事故を伴うものだ」ということは、法的に認識されているのですか。私は疑問に思っているのです。

それと、この事件を大きくしているのは、わりと日本の場合は処罰が多いことです。だから判決は良くできていると言えばできているのですけれども、これを大きくするのはマスコミなのです、結局。マスコミがもの凄く騒ぎ立てますね。慈恵医大の場合も3人処罰を受けているのです。学会からも処罰を受けているし、法的にも処罰を受けている。本人たちは「医療しなければ食っていけない」という状態で、未だに陽の目を見ない状態で暮らしているわけです。

岩田： ちゃんとしたお答えにはならない思いますけれども、2点だけ。1点目は、ミスは起こるということを法学者が認識しているのかということだと思いますが、たぶん認識はしているのだと思います。例えば民事でも過失があるものと過失がないものを分けて、過失が無いものについては責任を問わないということになっている。ただ、2点目ですけれども、法学者で、刑事上で罰することを「どんどんやれ」と言う人はほとんどいないと思います。そういう意味では、「マスコミが騒ぐ」ということおっしゃいましたが、オーストラリアなんかも一緒です。ある意味で過度に、スケープゴートみたいな形になってるのは決して良くないので、何とか他の方法をということで、懲戒とか更新制度みたいなものに行かざるを得ないのではないかということだと思います。

宇都木： 先生の言われる懲戒というのは、何を考えておられるのですか。

岩田： 行政処分のことです。

宇都木： 学会の責任の問題とはちょっと違うことになりますね。

岩田： そうですね。

会場： 処分された人たちの一番の基は、最初に大学が処分しているのですよ。それに沿って皆やっているわけです。その次に処分のはっきりしたことを言ったのは司法です。その後、処分された本人たちに対する再教育もないし、処分したまま未だに専門医は取れないという状態にあるわけです。医者という資格はあるのに。そういうようにいじめられるのです、結局。それは日本人の意識もあると思いますが。そういうことも法的な立場にある先生方に考えていただきたいと思います。

宇都木： 懲戒処分については少しづつ改革が進んでいるという状況だと思います。

岩田： そうですね。