

な連邦レベルの立法がない現状の下で、JCAHOは州のピアレビュー法を現状でのセンチネルイベント報告を訴訟における開示請求の対象外の根拠としている。また、JCAHOは調査担当者が病院を訪問することで詳細な情報をJCAHOに提出しなくてもよいように配慮した（そうすることによりピアレビュー法で開示請求から守られている病院内のデータ保護が無効にならないようにした）。しかし、ピアレビュー法でセンチネルイベント情報が保護されるかは裁判所の取扱い次第であり、ピアレビュー法で保護されるという根拠は希薄かもしれないといわれる。

* * 二〇〇三年十二月ニューヨーク州厚生省ヒアリング。

四 日米比較と社会の在り方に関する留意

以上、医療安全確保の分野における、責任追及と学習のダイレンマに関する日米における対応についての違いについて、検討してきた。これらを比較することによって、医療安全を確保する上での社会のあり方、すなわち、法制度の役割や政治的プロセスのあり方に関して、以下の点を指摘することができる。

第一に、責任追及において刑事責任追及に依存する程度は、日米で大きく異なっている。日本においては刑事責任

追及への依存度が高いが、米国においては、刑事責任追及よりも様々な行政処分（責任追及的色彩を含む）を幅広く利用している（さらに米国においては美態としては民事責任追及が大きな役割を果たしてきたといえる）。何か事故が起こった際の刑事責任追及への依存は、ことをおさめるための「安価」な手段であったという意味では、これまでの日本においてそれなりに有効な手段であったと思われる。しかし、刑事手続きにおいては十分な科学的知識を動員できない、関係者の情報提供に関して萎縮効果を持ちうるという意味で副作用もあつたように思われる。また、医療事故が能力不足等に起因する場合であるときには、通常の刑事的処分では十分な予防効果を持ち得ない。むしろ、現場からの実効性のある隔離や再教育といった手法が必要になる。そのため、今後は日本においても、行政的処分等多様な手法を用いていく必要があると思われる。実際に、日本における医道審議会においては、そのような傾向が見られる。

第二に、関係当事者による情報提供と責任追及のダイレンマは、特に米国において認識されてきた。そのため、ピアレビュー報告に関しては、民事について証拠流用制限が

明示的に規定され、有害事象報告については、行政処分のための利用も制限されてきた。しかし、米国においても刑事責任追及に関しては、証拠流用制限は規定されていない。これは刑事責任追及という手法の性格からも理解できるものである。また、行政的処分に関しても、医療のピアレビュー報告については切斷されているが、医療有害事象報告は処分発動の端緒としての機能を果たしうる。その意味で、証拠の流用制限は限定的なものであつた。日本においては流用制限が明示的に規定されることはなかった。医療のインシデント報告及び事故情報報告については、行政処分から切斷することは報告書・通達等において方針として示されているが、それが十分な担保になるのかは疑問も残る。また、民事責任追及との関係では、病院内部での事故調査に関わる文書が、いわゆる内部文書（専ら文書の所持者の利用に供するための文書）として文書提出命令からの保護の対象となるのかは、不明確なようである。ただし、日本で責任追及の核となっている刑事責任追及に関しては、一般的な証拠流用制限は、刑事責任追及という手法の性格から困難な面がある。この種のダイレンマはアメリカの事例を見ても、解消されるということはない。ただし、

一定の条件でダイレンマを緩和する制度作りは、明示的に行う必要があるであろう。

第三に、医療安全の確保のためには医師の自治的規律に負うところも大きいだが、それだけに依存できるわけではない。例えば、アメリカの場合、ニューヨーク州で強制的事故報告制度が成立した背景には保険危機があつた。医療過誤保険の財政状況の悪化に対応して州政府が一定の資金を入れる代わりに、医師側に強制事故報告の導入を求めたわけである。また、州の医療安全行政においては、行政機関を構成する看護師集団の役割が大きかった。医師集団と看護師集団の一定の緊張関係を、医療安全確保のための医師のコントロールのために利用したわけである。日本の場合、医療過誤保険の財政悪化という状況には至っておらず、このような対抗力を使うことは困難である。他方、医療安全確保のために、医師集団と看護師集団の適切な役割分担を志向するということは、一定程度可能のように思われる。

第四に、事故情報の収集・分析主体を政府機関にするのか民間第三者機関にするのか、また、民間第三者機関にするとした場合、どのような第三者機関にするのかという課題がある。日本の場合は、財団法人・日本医療機能評価機

構が活用されることとなった。他方、アメリカのニューヨーク州においては州政府がその役割を担い、また、全国的には病院認証機関であるJCAHOがそのような役割を一定程度に担っている。しかし、報告制度の全国大の標準化を試みているNQF等では、病院認証機関が事故情報収集に適した中立性を持つかについては疑義ももたれているようである。また、収集・分析主体の能力をどのように確保するのかというのも、大きな課題である。

*二〇〇三年十二月NQF (National Quality Forum) ヒアリング。

五 医療関連死調査の新たな試みと基本的課題

医療過誤に対する対応の大きな課題は、個別医療機関を超えたレベルでの公的な事故調査委員会が存在しないことである。特に警察等が医療過誤事件にも関与し、収集した証拠・資料が公開されない可能性も大きい日本においては、その弊害は大きい。日本においても、例えば航空・鉄道事故の分野に関しては、航空・鉄道事故調査委員会が国土交通省の中に設置されている。そして、事故後の対応に関しては、事故調査委員会と警察が一定程度相互補完的に

協力する体制となっている。嘗書に基づき、警察は犯罪捜査に「支障のない」限り事故調査委員会に協力することとなっている。つまり、現実の運用においてはいろいろと困難もあるようであるが、捜査過程において収集された各種資料を共有できる仕掛けが一応作られているわけである。その背景には、警察サイドにしても、比較的まれにしか起こらない航空事故に関する専門能力は限られており、飛行データ記録装置(FDR)、操縦室音響記録装置(CVR)など早期解析を要するものについては、警察が委員会に対し鑑定囑託の手続きをとることにならざるを得ないという事情があるようである。他方、医療においてはこのような公的な事故調査主体がないがために、刑事捜査手続が開始されると、証拠・資料を共有して専門的見地からの事故調査を行うことができない。つまり、一度刑事捜査手続が開始されると、関係資料は警察の管理下に移ってしまい、当事者である医療機関も含めてそれらを事故調査に利用することはできなくなる。

このような事態を改善するために、警察との一定の協力ができるといえる医療関連の事故調査のための第三者機関の創設も提案されてきた⁽²³⁾。そして、将来のこのような制度改

革の可能性の検討も念頭に置きつつ、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業(略称、医療関連死調査分析モデル事業)が二〇〇五年度から実施されることとなっている。このモデル事業は、医療の質と安全を高めていくためには、診療の過程において予期し得なかった死亡や診療行為の合併症等で死亡(医療関連死)に遭遇した場合に、臨床面及び法医学・病理学の両面からの解剖所見に基づいた正確な死因の究明と、診療内容に関する専門的な調査分析とに基づき、診療上の問題点と死亡との因果関係とともに、同様の事例の再発を防止するための対策が専門的・学際的に検討され、広く改善が図られていくことが肝要である、という認識に基づき企画された。そして、具体的には、調整機関が、医療機関から医療関連死の調査依頼を受け付け、臨床医、法医及び病理医が協力して解剖を実施し、更に専門医による事案調査も実施し、専門的・学際的なメンバーで死因究明を行い、再発防止策を総合的に検討することとなっている。

このようなモデル事業には以下のような特色がある。第一に、臨床医、法医、病理医の協働による解剖・検討を促している。医療関連死の有効な調査と学習を可能にするた

めには、単に法制度的な枠組みを構築するだけではなく、様々な専門家間での実質的協働の手法とリテラシーを確立することが重要であり、このモデル事業はそのための良い機会を提供するように思われる。第二に、解剖・調査の主体については、医療関連死の発生した医療機関等からの一定の中立性の確保を図っている。これによって、医療界の自己規律能力への社会の信認が高まれば、専門家を主体とする第三者機関の社会的実現可能性も高まるであろう。第三に、このモデル事業においては、警察への届出義務が課されている異状死は対象外ではあるが、異状死と医療関連死のグレーゾーンを中心に警察との緊密な協力も図っている。警察サイドも、近年急増しつつある医療過誤に伴う刑事告発の増大への対応に苦慮している側面もあり、モデル事業等を通して信頼醸成を図っていけば、何からの専門家による分析の制度的活用につながっていく可能性もある。

このように医療関連死調査分析モデル事業は、制度的にも、また、専門家間協力を促すという運用面でも興味深い具体的試みであり、このような実践の蓄積は、一定の改善への契機となろう。しかし、そのような試みの実効性を規定する背景要因には、日米比較において分析したような、

刑事処分への依存、医療過誤保険の経済的圧力、専門職集団の在り方・相互関係、第三者機関の在り方といった社会の在り方に関する基本的要因があり、これらに関する社会の基本戦略の構想と切り離されるべきではない。

* 警察庁と事故調査委員会との間の犯罪捜査と航空事故調査に関する覚書（昭和四十七年二月）。

〔引用・参考文献〕

- (1) 日本学術会議人間と工学研究連絡委員会安全工学専門委員会「交差事故調査のあり方に関する提言―安全工学の観点から―」一七、二二頁 二〇〇〇
- (2) 畑村洋太郎『失敗学のすすめ』一八九―一九〇頁 講談社 二〇〇〇
- (3) 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』一一三三号 二二頁 二〇〇三
- (4) 橋本佳子、小又理恵子「医師と刑事責任」『日経メディカル』二〇〇三
- (5) <http://mhlw.go.jp/shingi/2002/12/s1213-6.html> (二〇〇四年四月十一日参照)
- (6) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/to-rikumi/naiyou/daijin/appeal.html> (二〇〇四年四月十一日

参照)

- (7) 「医療に係る事故情報事例情報の取扱いに関する検討部会」報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/04/s0415-3a.html>) (二〇〇四年四月十一日参照)
- (8) <http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/report.pdf> (二〇〇五年五月三十日参照)
- (9) 厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬食品局長「医療安全対策ネットワーク整備事業の実施について」医政発第0828004号、薬食発第0828006号 二〇〇三年八月二十八日
- (10) 榎島洋子「北海道大学医学部附属病院における医療安全の取組み」『シユリスト』一二四五号 四七―四八頁 二〇〇三
- (11) Federation of State Medical Boards のホームページ www.fsmb.org/consumer.htm 二〇〇四年四月十一日参照
- (12) 瀬上清貴、吉田謙一『死体検案業務の質の確保等に関する研究(厚生労働科学研究費補助金・医療技術評価総合研究事業・平成十五年度分相俣研究報告)』二〇〇四

〔じらやま・ひだまき 東京大学法学部助教授〕

医療事故・インシデント情報の 取扱いに関する論点

社会技術研究開発センター研究員

畑中綾子

I はじめに

1999年、大病院で相次いで起こった取違えによる医療過誤事件をきっかけに、今日に至るまで、数多くの医療事故が報道されてきた。中には、「ずさんな医療」「患者無視の医療」といったセンセーショナルな言葉で語られることもあり、患者・国民の不安をあおっている。医療機関・関係者は、事故のない医療、安全な医療をキーワードに病院内での行動手順の見直し、管理体制の確認・強化に取り組んでいる。さらに、各病院を越えた枠組みとして、医療事故や事故には至らなかったインシデント事例の情報を収集・分析し、原因究明を行う制度の必要性も訴えられた。この事故情報収集制度は、事故の詳細な原因究明活動を行い、結果を現場にフィードバックすることで、その後の再発防止に貢献するよう期待される。

しかしながら、この事故情報・インシデント情報が、収集された後、どのように取り扱われるのかが問題となる。原因究明以外の目的には利用されないと思って提供した情報に基づき、予期しない制裁を受けるようなことがあれば、提供者はその情報提供を控える行動に出る可能性がある。そこで、情報収集の目的、及び情報取扱いのプロセスを明確化する

ることは、収集される情報の質・量双方に影響する重要な問題である。また、事故等の情報は、現場にフィードバックされ、具体的な対応がなされて、初めてその意味をもつ。

つまり、収集された情報の利用範囲を確定し、一方でフィードバックまでの十分な活用を確保する必要があるのである。事故情報収集制度の運用の成功の鍵は、事故等の情報の保護と利用のバランスを図ることにある。結論としては運用に委ねられる部分も大きい問題ではあるが、本稿では、現在問題となっている医療事故・インシデント情報の収集とその取扱いに関する論点を抽出することを目的とする。

II 院内事故報告制度

1 沿革

医療機関内における事故報告制度の整備は、平成12年4月「医療法施行規則の一部を改正する省令」の施行に伴い、特定機能病院の承認要件として、安全管理体制確保のための委員会設置、医療事故等の院内報告・調査分析・周知徹底のシステム整備¹⁾が加わったことによってなされた。さらに平成14年には、すべての病院と有床診療所に院内報告制度の整備が義務付けられている。

1) 医療法施行規則11条。同時に、安全管理指針の整備、職員研修の開催も要件として加わっている。

医療は、高い専門性を有しており、事故等が他に目撃者のいない密室の状況で起こることが多い。そこで、事故発生の後、外部機関が情報を正確に把握することが難しいという性格をもつ。一方、実際、現場に携わっている医療従事者こそが、原因究明に必要な事情について、もっとも詳しい分析のできる立場にあるともいえる。そこで、院内事故情報収集、調査体制の充実こそが、医療安全対策の基礎となる。

2 医療機関の取組

院内報告の整備について、各医療機関で取組がなされている。北海道大学医学部附属病院（以下、北大病院）を例に挙げると、平成12年度より医療事故報告書・インシデント報告書、医療事故防止のための改善要望書、針刺し・切創事故報告書を、医療安全推進室に対して提出する体制を稼働させた。

当時、医療事故報告書・インシデント報告書はリスクマネジャーと事故当事者の面接を義務付ける書式であり、また、記述内容が多く、報告提出までに時間がかかるという問題があった。そこで、迅速に報告でき、かつ、個人が特定されない仕組みとして、報告項目を整理し、平成15年4月よりオンラインによるインシデントレポートシステムが稼働した²⁾。医療安全推進室が報告書を受理すると、直ちに事実関係や調査を行って背景要因を明確にするとともに、現場とともに対策や改善点を検討したマニュアルを作ったり、必要な設備導入を行う。

重大な事故が発生した場合には、事故調査委員会が設置され、事故調査報告書が作成される。その際、事案の詳細を報告者や当事者に、直接尋ねることもあるが、報告自体はあくまでも原因究明に利用されるもので、この報告に基づき、報告者に不利益が課されることはない。

大学病院を対象にインタビュー調査³⁾を行ったところ、院内事故報告制度の開始により、病院の事故率が格段に下がったとか、労働環境が大幅に改善されたということは難しいが、少なくとも、病院内の安全文化を作り上げるよいきっかけになったという意見が示された。

また、診療科の枠を超え、病院長の直轄として運営される医療安全推進室（対策室）の存在により、各診療科ごとの垣根が低くなり、よい体制や取組を学びあう姿勢ができたという副次的な効果もあったようである。北大病院では、当初、内科の始めた入院患者の転倒リスクをマッピングする方法が、他の診療科へと広がり、病院全体の転倒リスクの把握に貢献したという具体的な効果もみられた。

3 開示の求めと対応

院内報告制度は、事故原因の究明及び再発防止を目的とするが、この情報が、それ以外の目的、特に責任追及の目的で、利用されることがあれば、医療事業者は、事故情報・インシデント情報を提出することに消極的になることも考えられる。例えば、患者の治療経過やそれに対する医療従事者の対応が記述された内容が、患者または患者の遺族にも開示されるとなれば、報告者としては、可能性も含めた詳細な記録や責任の所在を明らかにするような記載には、消極的になるであろう。

そこで、院内で集められた事故・インシデント情報がどのように使われるか、が問題となる。比較法的には、米国ニューヨーク州では、病院内での事故等の情報を収集する質評価委員会（Quality Assurance Committee）の設置を各病院に義務付けているが、これら病院内で集めた事故情報を民事責任追及の場に利用できないとの制定法をおいている⁴⁾。そこで、病院に対して原告となる患者らからの、院内に存在する事故情報への開示請求が制限されている。また、米国連邦法“Patient

2) 福島洋子「北海道大学医学部附属病院における医療安全の取組み」ジュリ1245号（2003年）47-48頁。

3) インタビュー調査は、平成16年8月から平成17年3月までの間に、国立大学法人病院を中心とする5つの大学病院を訪問し、病院長、医療安全対策室（推進室）、医師、看護師、事務担当者、22人を対象に行った。

Safety and Quality Improvement Act of 2005”でも、同様に、病院内で収集した事故情報を、刑事・民事・行政などいかなる責任追及の場にも利用できない旨規定されている⁵⁾。

(1) 患者の開示請求の対象となるか

まず、患者との関係については、報告された事故情報・インシデント情報や、報告に基づき作成された事故調査報告書が、診療録等の開示請求の対象となるか、が問題となる。平成17年4月より全面施行された個人情報の保護に関する法律（以下、個人情報保護法という）では、25条において、個人情報取扱事業者が本人からの個人データの開示を求められたときには遅滞なく開示する法的な義務があることを定めている。この規定により、医療機関は、保存する診療録等について、患者が開示を求めたときには応ずる義務がある⁶⁾。

そこで、これら開示の対象となる記録の中に、事故・インシデント情報、事故調査報告書も含まれるのか、が問題となる。

まず、事故・インシデント情報では、患者の個人名を匿名化している場合が多く、そもそも、個人を特定し得る個人情報に当たらないと解釈できる場合もある。しかし、大きな事故や特殊な治療過程をたどったような場合、特に、事故調査委員会が設置されるような事例では、匿名であっても、「他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができる」もの（個人情報2条1項）に当たり、個人を特定できることがある。そこで、上記の開示の対象となる個人データに含まれる場合があると考えられる。

しかし、一方で個人情報保護法は、開示の

例外として、「当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合」（25条1項2号）を定める。この規定は、基本的には、人事評価や営業秘密を保護することを念頭においたものである⁷⁾。しかし、事故・インシデント報告書やそれに基づく事故調査委員会の報告書が患者に開示されることが、医療機関にとって原因究明と再発防止を行うという業務に関し、適正な実施を図るのに著しい支障を及ぼすおそれがあると判断されれば、開示しないことも可能となる。

実際、重大な事故が起きたような場合には、医療機関の説明責任として、事故の経過や原因については提示されることが求められており、開示請求とは別の問題として捉えられる範囲もあるであろう。

(2) 第三者からの開示請求

京都大学医学部附属病院の加湿器事件につき、行政機関の保有する情報の公開に関する法律（以下、情報公開法という）に基づき、同病院に存在する事故報告書、議事録等の公開を求められた事例⁸⁾で、関係者の事情聴取に基づいて作成された事故実情調査は、「今後の医療事故の原因解明のための調査において、正確な事実の把握が困難になり、調査事務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがある」として、情報公開法5条6号の該当性を認め、不開示とした。また、事情聴取を受ける者の氏名を公表することは、本件医療事故について検察当局が業務上過失致死の疑いで調査中であり、不当に個人の権利利益を害するおそれがあり、同法5条1号に該当するとして、開

4) Public Health Law Section 2805-m. ニューヨーク州では、NYPORTSという州政府への報告と病院内での事故原因究明を行う質評価委員会の設置を義務付けている（Public Health Law Section 2805-l, 2805-j）。

5) Section 922. 米国の医療事故報告制度について、本稿では詳細を述べないが、参考資料として、①畑中綾子「医療事故情報収集システムの機能要件——米国の不法行為改革等との連関に着目して」社会技術研究論文集2巻（2004年）293頁、②古場祐司ほか「米国における医療安全・質向上のための法システム——情報収集、行政処分、安全・質評価の観点から」社会技術研究論文集2巻（2004年）285頁。

6) 「診療情報の提供等に関する指針」厚生労働省（平成15年9月12日）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」厚生労働省（平成16年12月24日）。

7) 宇賀克也『個人情報保護法の逐条解説（第2版）』（有斐閣、2005年）130-131頁。

8) 内閣府情報公開・個人情報保護審査会平成14年5月17日答申。http://www8.cao.go.jp/jyouchou/tousin/003-h14/027.pdf

示しないとした。

また事故調査報告書については、事故の概要・経過のうち、患者の具体的症状等の詳細な記述は、個人の生命・身体・健康に直接関わり、極めて機微にわたる情報であり、公にすることにより、患者の権利利益を害するとした。また、患者に対する説明の記述も同様の理由として、不開示が妥当とした。

これに対し、事故調査結果のまとめについては、「事故調査委員会が関係者からの実情聴取を踏まえて、事実関係をまとめた結論であって、争訟の対処方針でもないことから、訴訟において公にすることにより、国の財産上の利益及び当事者としての地位を不当に害するおそれがあるとはいえない」とし、同法5条6号ロに該当せず、開示すべきとした。

4 民事責任追及への利用

(1) 文書提出命令

患者が、民事訴訟を提起した場合、証拠保全(民訴234条)、文書提出命令(民訴220条~225条)によって、事故報告書の提出が要求されるのか、が問題となる⁹⁾。

証拠保全は、証拠調べが必要となる証拠について、改ざんなどでその証拠の使用が後に困難になるおそれがあるとき、証拠資料を保全する申立てを裁判所になすことができる(民訴234条)。医療機関の事故報告書・インシデント情報について、原告弁護士の証拠保全手続によって、提出されたケースもまれではあるが存在するようである¹⁰⁾。ただ、証拠保全決定自体が文書の提出について強制力をもつわけではない。そこで、被告である医療機関が任意に提出しなければ、文書提出命令の申立てをなすことを要する。

そこで、事故調査報告書を、訴訟で患者が入手できるかについては、これら事故報告書

が、文書提出義務の対象たる文書に当たるか、が問題となる。そして、事故報告書が、文書提出義務の例外たる、専ら文書の所持者の利用に供するための文書(民訴220条4号ニ)、いわゆる「自己使用文書」に当たらないかが、争点となる。

この点、自己使用文書につき説明した判決として、銀行の貸出稟議書の自己使用文書性が争われた最高裁判決¹¹⁾がある。これによれば、文書の作成目的、記載内容などの事情から判断して、専ら内部での利用を目的として作成され、外部の者に開示することが予定されていない文書であって、開示されると個人や団体の自由な意思形成が阻害されるなど、開示によって所持者に看過し難い不利益が生ずるおそれが認められる場合には、自己使用文書に当たり、文書提出義務は認められないとされる。

これを医療機関の事故等報告書についてみると、病院内での再発防止、事故調査、安全管理の目的で収集されるものであり、内部への報告であるからこそ、忌憚のない批判や率直な意見などが出される性格のものであることを強調すれば、自己使用文書性を肯定する結果となる。この報告書が、外部への開示が義務付けられることは、このような病院自身の調査努力や安全管理への姿勢を阻害する結果となり、このような医療従事者の消極的姿勢は、社会にとっても、不利益となると説明するものである。

しかし、一方で、医療事故報告書は、生命、身体に損害が生じている事案に関わる上、この報告書の内容が唯一の重要な事実となり得ることもあることから、その公益性についても考慮すべきとも考えられる。特に、外部の機関への報告を求められる機関にとって、少なくとも調査結果の概要については、「外部へ

9) 検証の方法により、検証物提示命令(民訴232条)の発令も考えられるが、検証物提示命令は、文書提出義務がある場合に限って発令すべきとするのが通常の見解であり、ここでは文書提出命令を中心に扱う。吉川慎一「検証」門口正人編集代表『民事証拠法大系(5)』(青林書院、2005年)102頁。

10) ロバート・B・レフラー(三瀬朋子訳)「医療事故に対する日米の対応——患者の安全と公的責任との相克」判タ1133号(2003年)24(4)頁。

11) 最判平成11・11・12民集53巻8号1787頁。

の開示が予定されている」ともいえるため、自己使用文書性が否定されやすいともいえる¹²⁾。自己使用文書性が問題となった文書で、稟議書などの意思決定過程の記録文書と区別されるものとして、企業の業務日誌やクレーム報告書、航空自衛隊の事故調査報告書がある。これらの文書は事実を調査し、記録した文書であることや、外部への報告を予定するものであるといった理由から、自己使用文書性が否定されやすい傾向がある¹³⁾。

医療機関の事故報告書の自己文書性に言及した判決では、事情聴取部分と報告提言部分に分け、事情聴取部分については、除外文書に当たるが、報告提言部分については当たらないとした¹⁴⁾。この判決では、報告提言部分は、客観的な事実経過を前提とし、医療事故調査委員会の議論を経て、同委員会としての最終的な報告、提言を記載したものであり、そこには委員会内部の意思形成の過程や意見が記載された箇所はない、として、文書提出義務を認めた。ただし、本判決では、病院が作った事故報告書は、1冊にまとめられていたものの、事情聴取部分と結果報告部分とに大別できたこと、この報告提言部分をもとにした報告要旨が県に対し提出されていたこと、外部への公表を意識したお詫びの文面があったことなどの事情をもとに提出義務が判断されている。作成される事故調査報告書については事情聴取部分と報告提言部分といった区分けが困難な場合もあろう。が、結果部分といった内容と、外部公表という目的を限定し、自己使用文書性について判断されることが示された。

(2) 事故調査委員会の委員の証言拒絶権

事故・インシデント情報を確保する方法として、記載されたレポートや調査記録を入手する方法だけではなく、事故調査委員会に参加した委員らに対して、話し合われた内容につき尋問する方法も考えられる¹⁵⁾。そこで、これらの委員会のメンバーらに対して、どのような対応がなされるか、が問題となる。この点、先に挙げたニューヨーク州法をはじめ、米国の多くの州で、事故調査委員会のメンバーに対して、患者が証言を強要できないとの規定をおいている¹⁶⁾。

この点、日本においては、病院の内規によって、事故調査委員会のメンバーには、会議で知り得たことは口外しない、との規定を置くのが通常の対応のようである。この内規に違反して、マスコミや関係遺族に内部情報を漏らした場合には、内規違反として処分されることもあると考えられる。また、情報の提供により、医療機関に損害が生ずれば、債務不履行もしくは不法行為責任に問われることがある。

そこで、民事訴訟の場で、事故調査委員会の委員が証人と呼ばれ(民訴190条)、証言義務を負うとしても、正当な理由があるとして、証言を拒むことになろう(民訴200条)。

事故調査委員会のメンバーが医師であった場合、医師などの証言拒否権(民訴197条1項2号)があるとするとも考えられるが、医師ではない委員について、本号が該当せず、証言拒絶権の存在が一貫しない。また、医師の証言拒絶権の目的は基本的に、当該患者の情報の保護を念頭においたものであるところ、

12) 患者自身の自己情報コントロール権に基づき、患者が自己に関する情報について当然知るべきものとして、自己使用文書性が否定される方向を示すとの見解もある。吉岡大地=吉澤邦和「医療機関における事故報告文書等の証拠保全について」判時1895号(2005年)5頁。

13) 伊藤眞「文書提出義務と自己使用文書の意義——民事訴訟における情報提供義務の限界」法協114巻12号(1997年)1444頁。

14) 東京高決平成15・7・15判時1842号57頁。

15) 現実には、診療録や報告書等が裁判所に提出されている場合にまで、証人の申出を裁判所が認めることはあまり考えられず、また、実際にそのような申出があったケースは見当たらないが、ここでは、論点抽出として挙げておく。

16) ニューヨーク州法については、Public Health Law Section 2805-m ②。他の州法については、参照：L.Kohn eal. "To err is Human-Building a safer health system" Institute of Medicine (2002) 121頁。

当該患者が、原告となっている場合にも、証言拒絶権を行使してその要求を拒絶し得るとすることは目的との関係で本末転倒となる。そこで、現行法上、委員の証言拒絶権を認める規定はないが、内規による守秘義務、事故調査委員会の性質を考慮するという運用がなされるものと考えられる。

Ⅲ 院外報告制度と情報の利用

1 強制報告制度¹⁷⁾

平成16年10月より、国立病院、大学病院などの特定機能病院に対する医療事故等の報告を義務付ける医療事故情報収集事業が開始された¹⁸⁾。報告先は、財団法人医療機能評価機構・医療事故防止センターで、全国276機関がその対象となっている。これと同時に、すでに開始されていたヒヤリハット事例（インシデント）の報告先も、医薬品機構から医療機能評価機構へと移行された。報告は、いずれもオンラインでなされることになっており、必要に応じて、訪問調査も行っている。

事故報告の義務付けは、医療法施行規則9条の23第1項2号及び12条を根拠としている。医療機関は事故等の事案が発生した場合、発生から原則2週間以内に、事故報告書を事故等分析事業機関に提出することが義務付けられている。そして、医療法29条4項により、医事に関する不正、及び業務に関する報告を怠った場合には、特定機能病院の承認を取り消すことができる、とされる。この収集制度によって、集めた情報は、医療安全対策に係る目的以外に利用しないとしている。事故報告を怠ったことを理由とした特定機能病院の取消しは、まだ発動されてはいない。しかし、2005年6月東京医大、東京女子医大が、相

次いで医療事故を理由に、特定の承認を取り消されている。承認取消しによる損失額は、年間3～4億円に上るともいわれ、特定機能病院にとって、大きな威嚇効果を持ち得る規定であるといえる。

事業開始から現在までに3回の報告書が出されており¹⁹⁾、第3回報告書（平成17年10月31日）によれば、平成16年10月1日から平成17年9月30日の1年間で当事業に報告された事故報告件数は、1063件であった（義務対象：272機関、任意参加登録：278機関）。

2 情報の利用について

医療機能評価機構で収集された情報をいかに取り扱うかについて、まず、基本的に報告される患者の情報はweb上の選択式により、匿名化されている。しかし、報告先機関への、後の追跡可能性を担保するため、どの病院から来た情報か、分かるような仕組みになっていること、特殊な事例については、完全な匿名化が困難であることから、やはり、外部からの情報利用にどのように対応するか、が問題となる。

(1) 情報公開法、行政機関個人情報保護法との関係

過去、厚生労働省に対して、全国の国立病院、療養所から提出された医療事故報告書につき、朝日新聞の記者が公開請求した事件で、厚生労働省は83件を部分開示とし、ほとんど黒塗りで公開した。記者がこれを不服として、情報公開審査会に申し立てた。

これに対し、審査会は、(1)事故の日時、患者の初診日、受診科、(2)事故に関わる医療行為と原因（患者の病状に関わる部分を除く）、(3)主治医、執刀医、介護者の氏名、(4)患者家族に渡した謝罪文の内容、(5)院内で事故例を検討した委員会の議事録などは開示すべきであ

17) 任意の報告制度として、文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室（平成16年4月以前は、大学病院指導室）への大学病院からの報告制度、東京都医療安全推進事業に対する東京都内の病院を中心とする報告制度、学会単位の報告制度としては、日本麻酔科学会「インシデントレポート」「麻酔関連偶発症例調査」、日本泌尿器科学会「医療安全評価」、日本産婦人科医会「医療事故・過誤防止事業」などがある。

18) この事業とは別に、医療機能評価機構は、評価事業の一環として、認定医療機関に対し、事故報告の義務を課している。

19) http://jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/report_3.pdf

るとの答申を出し、初めての具体的基準として注目された²⁰⁾。

財団法人である医療機能評価機構に対しては、行政機関と同様の情報公開請求はできないため、上記のような公開が求められることはない。医療機能評価機構から公表される報告書も統計的な分析にとどまり、事案が特定されるほど、個別の案件について踏み込んだものはない。逆に、まだ、報告件数が少数にとどまるため、具体的な記述を行うと報告先が特定される可能性があり、具体的な事案や対策について報告書において言及できないというのが現状である。

(2) 訴訟との関係

民事訴訟において、原告たる患者が、第三者の保有する文書を入手する方法には、文書送付嘱託（民訴 226 条）、文書提出命令（民訴 220 条等）がある。文書送付嘱託は、任意の提出依頼であることから、強制力をもつ文書提出命令の対象となるかが問題となる。この点、自己使用文書性については、前述と同様に、外部公表を想定する概要部分については否定され、議事録や当事者の調書などは、肯定される傾向があると考えられる。また、「公表または公知の事実となっている情報」「医療機関等関係者を特定しうる情報を削除したもの」以外の特定できる情報については、関係者に守秘義務を定めている。

3 警察報告制度に対する動き

(1) 異状死届出制度

院外への事故等の事案の届出が義務付けられる制度として、警察署に対する異状死届出制度がある。医師法 21 条には、「医師は、死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と定められる。これに基づき、患者が病院内で死亡した場合の届出が義務付けられることになる。

病院内での患者の死亡原因は、そもそも患者のもつ病気や怪我を原因とするのか、なんらかの過誤が引き金であるのか、判断が微妙となることが多い。そこで、医師法に定める「異状」死とはなにか、の定義があいまいであるとして、かねてから医療関係者から疑問の声があがっていた。現場では、患者遺族の同意があれば届出をしない、明らかな過誤でない限り届出をしないといった対応がなされていたこともあったようである。

これにつき、患者の死亡原因が医療従事者の過誤による場合、警察への届出義務を課すことは、刑事捜査の端緒として、刑事責任追及に利用される可能性があり、黙秘権を定めた憲法 38 条 1 項に抵触するのではないかが争われた。

この点、明らかに過誤のある場合、届出を義務付けることは、警察の捜査の端緒となることから、憲法 38 条 1 項に反するのではないかと、との見解もある²¹⁾。しかし、最高裁平成 16 年 4 月 13 日判決²²⁾によれば、届出によって業務上過失致死の罪責を問われるおそれがある場合にも、医師が、届出義務を負うことは、医師免許が人の生命を左右する資格を付与するとともにそれに伴う社会的責務を課するという特質をもつ点と、届出義務の公益性に照らすと、合理的根拠のある負担として許容されるとした。

(2) 第三者機関の創設と情報の利用

上記の判決の経過を受け、医療関係者に届出義務の存在が強く意識されるようになった。そして、医療に関連した死亡については、刑事責任とは切り離された原因究明活動を行う専門的な第三者機関を創設すべきだとの要請が医学会で高まった。そこで、平成 17 年 10 月より、厚生労働省モデル事業として、医療関連死の原因究明を行う第三者機関への届出を行う事業が開始された。現段階では、医師法 21 条と併存し、医療機関は、モデル事業に

20) 情報公開審査会第 2 部会平成 14 年 1 月 9 日答申。

21) 佐伯仁志「異状死体の届出義務と黙秘権」ジュリ 1249 号 (2003 年) 77 頁。

22) 刑集 58 巻 4 号 247 頁。

届け出たことで、警察への届出義務を免れるものではない。しかし、将来的には、警察と第三者機関の情報の仕分け機能も期待される。このような専門機関の創設は、むしろ、医療案件以外にも事件を抱え、また、医療の専門知識や人材を十分に確保できない警察の側からも望まれているともいえる。

しかし、この事業では以下の論点が考えられる。

まず、第三者機関の調査の過程で、警察に届けるべき異状死として判断され、かつ、それまで収集された情報や調査経過がすべて捜査機関に流用されることがあれば、第三者機関が結局、刑事捜査機関の手足となってしまいう可能性がある。また、第三者機関には、刑事捜査上の秘密という「大義名分」がなく、調査過程に収集された情報を、他者からの開示請求から保護できるのか、という点である。これら情報の取扱いを明らかにしないと第三者機関が、これらを理由に機能しなくなるおそれがある。

一方で、原因究明を行う中立的第三者機関の創設をうたうのであれば、情報の内部性だけを主張することはできず、公益のために利用していくことも求められるのであり²³⁾、両者のバランスを今後検討していく必要がある。

IV 今後の方向性

1 米国の制度との比較

米国ニューヨーク州では、院内及び院外に報告された事故情報については、民事訴訟上の患者のアクセスが制限されることは前述し

た。米国で、このような情報の機密性を保持する仕組みを作り上げたことを取り上げ、わが国においても、このような規定がなければ、必要な情報が出てこない、事故情報収集制度が成功しないとするのが、本稿の結論ではない。

米国における情報保護の仕組みは、陪審制や弁護士の出発高払制、高額賠償制度といった不法行為制度や訴訟法に関連し、医療機関が報告した情報が外部に漏れることに対し、反対する要素が強かったと考えられるからである²⁴⁾。ニューヨーク州のピアレビュー特権は、事故調査委員に限らず、同僚の医師にも質問できないという非常に強力なものであるため、原告の情報入手は、法廷での当事者尋問能力にかかっており、患者側弁護士にとっては、非常に困難が大きいという側面もある²⁵⁾。

日本では、報告内容の機密性について、制定法により明確に規定されているわけではなく、現場での運用と裁判所の判断により個別の対応がなされているのが現状である。

このような現状については、保護の範囲が明確でなく、予見可能性を害するとの批判もあり得るように思われる。しかし、医療情報が公益性と内部利用性の両側面を持っていることからすれば、情報の公開の必要性和適切性をその内容ごとに個別に判断し得る現状が優れていると思われる。

実際に運用していく立場の医療機関として、どこまでが開示の対象となるのか、明らかではないという疑問がかねてから出される。しかし、医療機関で事故が起きた場合、事故の内容は内部の秘密で、外部に示す必要がないとはいえないであろう。一般的な責任として、

23) これまで、警察による司法解剖が刑事訴訟法 47 条・196 条により、公に開示されてこなかったことを問題とし、第三者機関の創設により、解剖結果を将来の事故予防に活かしていこうというモデル事業の趣旨もある。

24) ニューヨーク州の医師らが、報告情報の機密性に大きな関心を抱いていた 1 つの事実として、連邦レベルで事故報告を収集する JCAHO に対し、NYPORTS の報告内容を提供する動きがあった際、医療事故情報が州外に流出することについて州内医師の大きな反対があり、実現できなかったということもあった。そこで、NYPORTS に報告すれば、JCAHO にも報告したことになるという連携の形を現在おいている。また、米国の不法行為制度の関連については、畑中・前掲注 5) 299-300 頁参照。

25) 平成 16 年 12 月に行ったニューヨーク州弁護士ショーン・ブックスン氏へのインタビュー調査による。

何らかの形での公表が求められるといえる。そこで、公表するものと、内部で利用するものと、情報をきちんと整理しておき、必要があれば、迅速に公表し得る情報管理体制が今後、求められる。そのような運用のもとで、開示の対象となる範囲が医療機関の側から提示されることが望ましいといえる。

2 米国の報告制度の成立

情報保護の側面だけでなく、そもそも報告制度の導入にも日米では異なる点がある。

そもそも、米国ニューヨーク州で、州への事故報告義務制度が開始されたのは、1980年代における医師の保険危機がその背景にある。保険料の高騰や無保険医の増加を救うべく、政府が資金投入を行うという医師へのメリットとの引換えとして、報告制度は導入された²⁶⁾。

一方、日本では、そのようなメリット制度との引換えという事情もなく、報告制度が導入されたため、医療機関としては負担を強いられたとの印象は否めない。そこで、制度運用において、医療機関にその意義が十分に納得・理解が得られることが重要となる。このような視点で、わが国の事故報告制度をみていくと医療機関からの次のような不満に直面した。

まず、院内報告については、各医療機関において、病院内でのマニュアル作りや安全風土を作り上げるきっかけとなるなど、その意義について理解が得られている。報告された事例に基づき分析委員会で対策を検討し、現場での効果をあげたとの報告もある。具体的には、東大病院では、薬剤や患者の最終確認として、確認者にチェックマークを入れる方法を採用し、薬剤の取違い事件を減少させるという効果があった²⁷⁾。

一方で、外部の機関に報告することについては、評価はまだ十分に得られていないようである。そこで、具体的にどのような不満が

出されているのか、を次に示すこととする。

3 院外報告に求めること

医療機関において、何らかの事故が起きた場合、院内で事例を検討し、対策をとれば、十分な事例もあり、これらについては院外に報告する必要はないのではないかという意見が聞かれた。

まず、治療の詳細な経過や原因となった可能性のある行動について、一番よく知り得るのは、現場の当事者である。そこで、院外報告を行い、報告先の担当者から出た「このような対策をとればよかったのではないか」という意見は、院内でも既に対策がとられているか、検討対象となっているものばかりで、目新しいことが期待できない、という不満が背景にある。

一方、院外報告、特に、国の関与する機関に報告する場合には、院内での対策では、不十分なものについて、政策的な対応が期待される。医療機関の内部では、十分に対策できないものとして、具体的には次のようなものが挙げられた。

まず、内服薬と注射薬で処方せんの書き方が違うことである。注射薬は1回に投与する量で指示をするため、ある薬を朝9時と夜の9時に投与する場合、朝9時に1グラム、夜9時に1グラムという書き方をする。一方、内服薬は、1日で何錠飲むか、何回に分けるかという書き方をする。そこで、1日6錠、1日3回と書いてあると、1回2錠と計算することになる。また、粉薬は、総量のグラム数と分ける回数がかかる。この違いは忙しい現場で混乱を生む原因となるという。

そこで、書き方を1回分に統一するという病院内の対策がなされていることもある。しかし、入れ替わりの多い大学病院では徹底されるのが難しい。また、処方せんの書き方は、調剤の歴史とも絡み、病院内の方針として、どちらかに統一させること自体難し

26) 米国の報告制度についての詳細は、畑中・前掲注5)295-298頁参照。

27) 前掲注3)の国立大学病院インタビューによる。

いということもある。結局、書き方の異なる処方せんがランダムにやってくる医療現場では、最終確認は、看護師の処理能力に依存することとなる。このような事例こそ、国として統一の基準を出してほしいという意見があった。

また、薬剤のアンプルのキャップの色は、濃度によって黄色や赤などに色分けされている。これは、製薬企業の投資と企業努力により各社独自になされているものである。しかし、大きな病院だと、同種の薬剤も、数社から取り寄せることもある。そこで、同じ薬剤で同じ濃度でもキャップの色が異なったり、逆に、濃度が異なる薬剤なのに、キャップの色が同じであったり、かえって紛らわしいという現象も起きる。また、手術で使用するポンプや機器の滅菌物の表示も各社バラバラで、医療者として、袋のどこまで開けてよいのか、で迷うこともある。アンプルの色など、企業が独自に対応を行うことは評価できるものの、各社に統一がないことで、かえって現場に混乱を招いている。しかし、どのメーカーに合わせるか、の標準化は難しい。そこで、全体の統一基準がガイドラインのようなものでも示されればよいのに、という意見がきかれた。

院外報告の事例では、このような現場の不満や矛盾を、全国レベルの基準として解決可能な点が極めて有効となる。このような具体的な提言に結び付くような事故報告制度を期待したい。

4 政策担当者の指摘から

院内で集めるべき事例と院外で収集すべき事例の峻別の必要性は、政策担当者からも指摘されるところである²⁸⁾。

特に、ヒヤリハット報告に関しては、平成16年4月から報告対象医療機関を全医療機関に拡大したことにより報告数が急増している。もともと250カ所程度だったものが、平成17年2月1日現在で1263カ所になっている。そ

うすると、数が多すぎるばかりでなく、報告の質や内容にも格差が出る。報告を受けた後の加工に手間がかかるという問題も行政側から指摘された。報告のレベルや、報告者の質確保、教育などもあわせて行うべき課題である。

報告制度の質を高めるには、医療機関、国双方での役割分担と歩み寄りが必要であろう。

V まとめ

わが国における医療事故報告制度の歴史は始まったばかりで、これからのよりよい発展が望まれる。事故報告制度と情報の取扱いというと、情報を外部からの開示請求から保護することが議論の中心となりがちである。しかし、保護することにばかりに注意がいき、せつかく、時間と手間をかけて収集した情報をうまく活用できないのであれば、それこそ、収集制度の失敗を生むことになるであろう。本稿で、示したように、院内報告、院外報告それぞれに意義と求められる役割が存在するのであり、特に、院外報告については、全国規模の情報収集というメリットを十分に生かした情報の活用が望まれる。報告制度の意義ある活躍により、医療の信頼回復と安全な医療が実現してほしい。

(はたなか・りょうこ)

28) 政策担当者からの指摘は、平成16年11月30日東京大学山上会館において行われた「医療事故報告と法制度ワークショップ」(主催：社会技術研究システム法システム研究グループ)において得られた厚生労働省担当者の発言である。

刑事手続と事故調査

東京大学教授

川出敏裕

I はじめに

2005年4月に発生し、107名もの犠牲者を出したJR福知山線の脱線事故は、我々の日常生活が危険と隣り合わせであることを改めて認識させるものとなった。こうした中で、安全に対する社会の関心はかつてないほどの高まりを見せており、そのための様々な取り組みも行われつつある。刑事法学も、このような動きと無関係ではあり得ない。

列車事故のような人の死傷を伴う大規模な事故が起きた場合、これまでの刑事法学の問題関心は、専ら、その事故を起こした関係者について犯罪が成立するか否かという点にあった。ただ、犯罪の成否を判断するためには、当然、その事故がどのようにして起こったかの解明が必要になる上、それを主たる目的と見るか否かはともかく、将来、同種の犯罪が起きることを抑止することが刑罰の目的の1つであることは異論のないところである。その意味で、刑事手続に基づき事故の関係者の刑事責任を追及することは、結果として、将来の事故防止にも役立つのだということが、いわば暗黙の前提とされてきたといえよう。そして、実際にも、薬害エイズ事件をはじめとして、捜査が開始されることによって初めて事故の真相が明らかにされたという例が少なからずあることも間違いないところだと思

われる。

しかし、とりわけ最近、これとは異なり、刑事手続が、将来の事故防止の前提となる事故原因の解明のためには役に立っておらず、それどころか、むしろその阻害要因になっているという指摘がしばしばなされるようになった。そこでは様々な理由が挙げられているが、それらは、大きくは、次の5点にまとめることができよう。

- ①事故というのは、特定の個人の過失というよりも、その者が属する組織の体制の不備により、様々な要因が重なり合って起きている場合が多いにもかかわらず、刑事責任は個人を対象とするために、それに必要な部分にしか捜査が及ばず、結果として、真の事故原因が解明できていない。
- ②特殊な領域での事故の場合、捜査にあたる警察官や検察官は、その専門家でないために、的確な原因解明ができない。
- ③そうした事故の場合は、捜査とは別に、特別に設置された事故調査機関が事故調査にあたる場合が多いわけであるが、わが国では、捜査と事故調査が並行して進む場合、捜査が優先されるために、事故調査機関による調査が阻害されてしまう。
- ④捜査によって獲得された資料は原則的に非公開であるために（刑訴47条）、事件が起訴され、それが公判に証拠として提出された場合を除いて開示がなされず、それを将来

の事故防止のための資料として役立てることができない¹⁾。

- ⑤事故調査機関による調査結果を刑事裁判で利用することが禁じられていないため、刑事責任の追及をおそれて、関係者が真実を供述しない。

これらの指摘のすべてが正鵠を射たものか否かについては議論の余地があるとはいえ、それが新たな視角から刑事手続の在り方を問い直すものであることは間違いのないところである。そして、こうした問題提起を受けて、刑事手続と事故調査との関係を正面から取り上げた検討も行われるようになった²⁾。そこで、本稿では、これまでの議論を整理するとともに、それをふまえて、今後のあるべき方向を探ってみたいと思う。

II 刑事責任の限定

刑事責任の追及が、一定の類型の事故につき、その原因究明、さらには、それに基づく将来の事故防止の妨げになる可能性があるとするれば、それを取り除くもっとも端的なかたちは、そのような事故についてはそもそも刑事責任の追及を放棄することである。このような主張が、しばしばアメリカを引き合いになされる³⁾。しかし、まず、事実認識として、

アメリカにおいては、事故の原因解明のために刑事免責がなされているという理解は正しくない。確かに、わが国と比較すれば、アメリカで事故につき刑事責任が問われることはまれであるが⁴⁾、それは、そもそも単純過失による行為が原則として処罰されないからであって、その点で、単純過失に基づく行為により人の死傷の結果が生じた場合、それが一般的に処罰の対象となり、そのことにつき大方の合意があるわが国とは前提が異なるのである⁵⁾。それゆえ、問題は、こうしたわが国の現状を前提とした上で、事故調査を円滑に進めるために、そもそも単純過失による死傷結果については刑事責任を問わないとすることにはたして合理性があるのかどうかである。

この点、刑罰の目的論に照らした場合、それが将来の犯罪の予防にあるとすれば、その限りで、それは事故調査の目的と重なり合う。それゆえ、刑罰を科すよりも、それを科さないほうが、事故原因の究明とそれに基づく将来の事故防止に役立つのであれば、そちらを優先するという考え方は充分成り立つ。しかし、この考え方には、いくつかの問題点がある。

第1に、刑罰の目的が犯罪の予防につきるものでないとするれば、社会一般の応報感情ないし被害者感情を考慮することなく、事故の

1) 刑訴法47条の趣旨は、訴訟関係人の名誉やプライバシーの保護を図るとともに、捜査や裁判に支障が生じるのを防止することにあるとされている。もっとも、同条では、「公益上の必要その他の事由」があつて、相当と認められる場合には、例外が認められているが、その範囲は相当に狭く解されており、一般には、行政機関がその行政目的達成のために開示を求めるといふ事例は想定されていない(松尾浩也監修『条解刑事訴訟法〔第3版〕』(弘文堂、2003年)81頁)。

2) 日本学術会議・人間と工学研究連絡委員会・安全工学専門委員会『事故調査の在り方に関する提言』(2005年6月23日)、畑村洋太郎ほか「事故防止のためのコンプライアンスと法制度」季刊コーポレート・コンプライアンス2号(2005年)59頁以下。

3) 畑村洋太郎『失敗学のすすめ』(講談社、2000年)189頁、土本武司「航空事故と刑事過失責任」板倉宏博士古稀祝賀『現代社会型犯罪の諸問題』(勁草書房、2004年)246頁、佐藤司「航空事故と刑事責任」藤田勝利・工藤聡一編『航空宇宙法の新展開』(八千代出版、2005年)154頁等。もっとも、そこで想定されているのは、専ら単純過失に基づく事故であり、これらの見解も、故意や重過失に基づく場合まで刑事責任を問わないとしているわけではないと思われる。

4) 航空事故につき、服部健吾「事故調査における情報の取扱いを巡って——日米の航空事故調査を素材に」社会技術研究論文集1巻(2003年)190頁、医療事故につき、ロバート・B・レプラー「医療事故に対する日米の対応」判タ1133号(2003年)22頁参照。

5) ただし、わが国でも、単純過失ないし認識のない過失の処罰に疑問を提起する見解がないわけではない(田宮裕「過失に対する刑法の機能」日沖憲郎博士還暦祝賀『過失犯(1)——基礎理論』(有斐閣、1966年)327頁、甲斐克則「『認識ある過失』と『認識なき過失』」『西原春夫先生古稀祝賀論文集第2巻』(成文堂、1998年)1頁、清水真「医療事故への刑事法的対応に関する考察——実体法的対応と手続法的対応」獨協法学64号(2004年)335頁)。

予防効果だけを根拠に刑罰を科す必要がないという結論を導くことはできない。

第2に、ある類型の事故につき一般的に過失責任を問わないとした場合、その領域については、刑罰が科されることによる一般予防効果が失われる。処罰を否定する見解は、そうした一般予防効果よりも、事故原因を究明することによる予防効果のほうが大きいという前提に立っているわけであるが、その点についてはなお議論のあり得るところであろう。

第3に、原因究明が困難な類型の事故に限って、いわば事故を起こした者の事情とは無関係な事柄を理由に刑事責任を問わないというのは不公平ではないかという問題がある。例えば、単純な交通事故であれば、運転上の不注意を理由に業務上過失致死傷の責任を問われるのに、その原因究明に専門的な知見が必要とされる鉄道事故については、原因究明の困難さゆえに刑事責任が問われないということにつき、被告人の立場に立った場合に合理的な説明ができるだろうか。

第4に、事故の防止のためには刑事責任を問わないことが妥当な場合があるとしても、それは事案によるのであって、特定の事故類型につき一律に過失犯処罰を否定するのではなく、個別の事案ごとに処理するほうが妥当なのではないかという問題もある⁶⁾。

仮に、個別の事案ごとに対応するシステムを導入するとすれば、刑事免責を付与した上で、事故調査機関に対する供述義務を課するというかたちか、あるいは、事故調査機関に対して供述することを条件に、検察官が事件を

不起訴にするというかたちとなろうが、刑事免責にしろ、訴追段階での取引にしろ、現行刑訴法上は認められていない制度であるから、それを事故の原因調査がからむ場面に限って導入できるかは困難な問題である⁷⁾。また、いずれの制度についても、刑事責任を問わないという帰結になる以上、その判断は検察官に委ねられることになるだろうが、将来の事故防止にとっての効果というのは、刑事手続外の問題であるので、それを検察官が的確に判断できるのかという問題もあろう。

このように考えると、現段階において、事故調査の実効性を確保するために過失責任自体をおよそ問わない制度の構築は困難であると思われる⁸⁾。むしろ、それよりは、過失責任を残した上で、事故の原因究明を阻害している要因を除去する方向で考えるべきであろう。前述した点に照らせば、その具体的内容として、3つのものが考えられる。第1は、刑事責任の追及の在り方を事故原因の究明に役立つように変えるという方向、第2は、刑事責任の追及の在り方自体は変えることなく、それと事故調査手続との関係を見直す方向、そして第3は、事故原因の究明のために刑事責任の追及を制限する方向である。以下、それぞれにつき、考え得る制度の中身を検討してみることにしてしよう。

III 法人処罰の拡大

刑事責任の追及が事故の真の原因解明に結びつかない理由として指摘されている点の1つ

6) これに対しては、心理学の観点から、事故時の人間の記憶というのは、訴追可能性があることにより、短時間で、無意識のうちにそれを免れる方向に変容してしまうから、正確な供述を得るためには、あらかじめ処罰の対象外であることを保障しておく必要があるとする意見もある(畑村ほか・前掲注2)[岡本浩一氏発言]。その当否を判断する能力は筆者にはないが、仮にこの意見が正しいとすれば、過失犯については、取調べによって得られた供述や公判での供述は、およそ信用性に欠けるということにもなりかねず、厳密な検証が必要であろう。

7) 加えて、これまで想定されてきた刑事免責や司法取引は、当該刑事事件の処理を念頭においたものであって、事故原因の究明という刑事手続外の利益のために刑事訴追を断念するという制度は、その点でもこれまでにないものである。

8) もっとも、法的な責任追及を全体として見ると、わが国では、事故に関して行政処分が有効に機能していないために、刑事処分に過度の比重がかかりすぎているという側面があることは否定できないところである(服部・前掲注4)194頁、城山英明「安全確保のための法システム——責任追及と学習、第三者機関の役割、国際的調和化」思想963号(2004年)146頁)。仮に、この点が改められるのであれば、本文で指摘したいくつかの問題点は解消される可能性がある。

は、個人を対象とした既存の刑事責任の在り方が、組織的な要因で起きることの多い事故の実態に合わないという点であった。これを解決する端的な方法は、業務上過失致死傷罪についても法人処罰を導入し⁹⁾、捜査、公判の対象が、事故に関与した個人の行為だけでなく、その背後にある組織の体制にまで及ぶようにすることである。法人処罰につき、個々の従業員の行為を離れて、企業組織のシステム上の欠陥につき企業固有の刑事責任を問う見解¹⁰⁾に立てば、このことは、いっそう妥当することになる。

ただ、そこまで徹底した立場に立たず、あくまで自然人行為者による行為を媒介とする伝統的な見解によっても、管理監督上の過失があったか否かの判断において、事故につながるような従業員の行為を防止するための制度上ないし組織上の措置がとられていたか否かを問題にするのであれば¹¹⁾、そのような組織体制の存在の有無が捜査、公判の対象となることになろう。

IV 捜査機関と事故調査機関との関係

1 事故調査のための専門機関の設置

事故原因の解明が問題にされるような特殊な事故については、捜査機関は専門的知識を持たないため、捜査、ひいては正確な事実解明が困難な面があることは否定できない。もちろん、そのような場合、専門家への鑑定嘱託がなされるであろうが、そのための適切な人材が常に得られるかという問題があるし、そもそも、何を鑑定嘱託するか判断についてもやはり専門的知識が必要とされよう。そ

の意味で、このような事故については、その原因解明のために、それを目的とした専門家からなる特別な機関を設置することが望ましいことは間違いないところである。現在のところ、この意味での常設の機関は、航空・鉄道事故調査委員会のみであるが¹²⁾、他の事故にも対応できる体制を構築することが必要であろう。

2 事故調査の実施と捜査手続

その上での問題は、そうした事故調査機関による調査が実施される場面での捜査手続との関係を具体的にどのように構築すべきかである。

(1) 機関相互の協力関係の是非

両者の関係についての1つの理念型は、両手続を制度として完全に切り離すものである。つまり、事故発生後は、それぞれの手続が、それぞれの目的に従って並行して進み、手続の主体間での協力や情報交換は行われないうことになる。

もっとも、このように、制度としては両者を無関係としたとしても、例えば、事故関係者の聴取や証拠品の保全等、事故調査と捜査の対象が重複する場面がある以上、それをどう調整するかという問題は必然的に生じる。そして、この場合に、いずれにも優先権を認めないというのが、1つの方法である。このような制度のもとでは、例えば、一方のみに強制権限が与えられている等、その権限に違いがある場合には、より強い権限を持ったほうが対象を確保することになろうし、そうでない場合は、事実上早い者勝ちとなろう。

こうした形態は、両手続の事実上の融合を防ぐという点、とりわけ、事故調査制度が責任追及を目的としたものでないことを担保す

9) 川崎友巳『企業の刑事責任』(成文堂、2004年)373頁。

10) 川崎・前掲注9)486頁以下、板倉宏『現代社会と新しい刑法理論』(勤草書房、1980年)55頁。

11) 佐伯仁志「法人処罰に関する一考察」芝原邦爾ほか編『松尾浩也先生古稀祝賀論文集上巻』(有斐閣、1998年)673頁、西田典之「団体と刑事罰」芦部信喜ほか編『岩波講座基本法学(2)』(岩波書店、1983年)267頁。

12) 海難事故については海難審判庁があるが、海難審判庁は、事故原因の調査を行うと同時に、事故を起こした者に対する懲戒権限を有しており(海難審判4条2項)、純粋な意味での事故調査機関ではない。

るという点では、確かに優れている。しかし、他方で、両手続を切り離すことによって引き起こされる問題もある。

第1に、捜査機関が事故調査機関よりも法的に強い権限を持ち、また人的、物的資源においても勝っている現状では、証拠を捜査機関が独占してしまい、事故調査機関がそれを調査のために利用できないという事態がおきかねない。

第2に、これとは逆に、特殊な事故のような場合、捜査機関は専門家に鑑定を嘱託することになるが、そのための人材に限られており、かつ、その人達が事故調査委員会のメンバーになっているような場合は、適切な人材を得られず¹³⁾、十分な捜査ができないという事態もおこりうる。

第3に、このような制度をとると、例えば、事故現場の検証について、捜査機関の嘱託を受けた専門家によるものと、事故調査委員会によるものとが二重に行われることになる。このようなことは明らかに無駄であるし、こうした専門的知識に基づく客観的な事実の調査について、手続を完全に分けて行うことに実質的な意味があるとは考えられない。

おそらくは、こうした点を踏まえて、現在の警察と航空・鉄道事故調査委員会は、「航空事故調査委員会設置法案に関する覚書」及び「犯罪捜査と事故調査の実施に関する細目」¹⁴⁾に基づき、相互に一定の協力を行うこととしている。それによれば、捜査機関からの事故原因についての鑑定依頼につき、支障のない限り委員会は協力するとされる一方、委員会からの協力要請についても、捜査機関が

支障のない限り協力するとされ、その前提のもとに、関係者に対する事情聴取や関係物件の取扱いが定められているのである¹⁵⁾。

ただし、これに基づき、警察が事故調査委員会宛に鑑定嘱託を行った場合、これに対し、事故調査委員会は、最終的な事故調査報告書をもって鑑定嘱託に回答するのみであり、それとは別に、調査の過程で得た情報を警察に提供することはない¹⁶⁾。また、警察側も、押収物件等については、「細目」に従い、鑑定嘱託のかたちで事故調査委員会側に提供するものの、それ以外の情報を積極的に提供することはしていないようである。したがって、協力関係といっても、それはかなり限定されたものであるということができよう。

もっとも、こうした運用についても、それによって、事故調査委員会が捜査機関の補助者になっているという厳しい批判がある¹⁷⁾。しかし、本当にそうであろうか。確かに、形式上は、警察から鑑定嘱託がなされ、事故調査委員会がそれに回答するかたちになっているために、あたかも、捜査のために調査活動が行われているかのように見える。しかし、その実質は、事故調査委員会が本来しなければならない調査を行い、その結果を警察に提供しているだけであり、しかも、提供される事故調査報告書は公開されるのであるから、そもそも鑑定嘱託をしなくとも警察が入手できたものなのである。むしろ、先に述べた点からすれば、調査が終了した段階になって初めて、このように限定された情報しか提供されないほうが問題だと思われる。

もちろん、情報を完全に遮断したほうが、

13) 事故調査委員会のメンバーに鑑定を嘱託するのは、両手続を分けるというそもそもの考え方に矛盾する。

14) 「覚書」は、1972年に、警察庁と当時の運輸省との間で交わされたものであり、「細目」は、1975年に、警察庁と当時の航空事故調査委員会との間で交わされたものである。

15) 内容の詳細については、関口雅夫「航空・鉄道事故調査委員会の設置とその問題点(2)」駒澤法学1巻2号(2002年)2頁以下参照。「覚書」及び「細目」は、その文面上は、犯罪捜査が事故調査に優位するかのような内容となっているが、現実の運用は必ずしもそうでないことについては、服部・前掲注4)190頁、松本一郎「航空事故調査と刑事手続」獨協法学20号(1983年)48頁参照。

16) 服部・前掲注4)190頁、松本・前掲注15)64頁。

17) 関口・前掲注15)11頁、松本・前掲注15)49頁。

事故調査機関の独立性ないしその外観を保つ上では望ましいかもしれない。しかし、独立性はそれ自体が目的なのではなく、それによって事故調査の実効性を上げることにこそ、その目的があるはずである。そうだとすれば、情報提供には一定の利点が認められる以上、真に考えるべきことは、それによる弊害を防止しつつ、必要な情報提供を行う枠組みの構築であろう。

この点、情報提供に関して実際に問題が生じ得るのは、事故調査委員会が事故関係者から得た供述の取扱いであるが、これは、後に述べるとおり、それを提供の対象から外すことによって対処すべきであろう。他方で、例えば事故現場の検証の結果については、それを事故調査委員会が警察に提供することにより、何らかの問題が生じるとは考えがたい。こうした性質の調査については、さらに進んで、両者が合同調査を行うことも考えられてよいであろう。そして、逆に、捜査機関側からも、事故調査委員会への捜査資料の開示は、刑法47条の「公益上の理由」に該当するとして、より積極的な情報提供を行うことが望ましいと思われる。

(2) 事故調査機関への優先権の付与

このように、両者を対等な立場に立つものとした上で、相互の情報交換を積極化するという制度ではなく、アメリカの制度を参考に¹⁸⁾、端的に事故調査を捜査に優先させる仕組みを作るべきだという提案もなされている¹⁹⁾。

もっとも、事故調査機関に優先権を認めるといっても、事故調査機関による調査が必要とされるような事故は様々である上、全国で

起きる可能性のある事故について、事故調査機関が、その発生直後に現場に駆けつけて証拠保全を行うのは事実上不可能であろう。したがって、現実には、事故直後の現場保全的な措置は警察に委ねるしかないと思われる。そして、事故調査委員会による調査体制が整った時点で、警察が、それまでに収集した証拠を引き渡してもらうということになる。

仮にこうした制度にした場合、事故調査機関に優先権を認めることの裏返しとして、捜査機関の捜査は制限されることになるから、従来と同様に刑事責任を問うことを前提とするならば、事故調査によって得られた資料の捜査機関への提供等が不可欠となる²⁰⁾。そして、このように、事故調査機関がそれまでに収集した資料を捜査機関に引き渡すことを認めるとなると、事故調査手続が、事実上は、刑事手続の前段階としても機能することを認めることになる。

そこで、調査手続と捜査手続の関係につき、あり得るもう1つの制度は、事故調査手続を優先させることに加えて、それに、当該事件を刑事手続に回すかどうかの振り分け機能を持たせるものである。換言すれば、犯罪の嫌疑がある場合の、事故調査機関から捜査機関への通告と証拠の引継ぎを制度化することになる。これは、刑事手続への移行を正面から認めている点では、犯則調査手続と類似するが、調査の目的自体は、あくまで事故原因の究明であり、その過程で犯罪の嫌疑が認められた場合に、結果として刑事手続への移行が行われる点で、犯則調査とは異なるものである。医療事故分野で考えられている第三者機

18) アメリカでは、故意犯であるという合理的に推察される場合を除いて、事故調査機関であるNTSBが、FBIに対して優先権を持つとされている。この点を含めて、アメリカにおける航空事故調査については、城山英明ほか「米国における航空事故をめぐる安全確保の法システム——日本への示唆」社会技術研究論文集1巻(2003年)149頁以下参照。

19) 関口雅夫「航空事故調査制度の課題とあるべき展開——行政機関取決めが法に従属する制度の実現を」空法45号(2004年)35頁。

20) もっとも、警察の立場からすると、犯罪の解明にとっては初動捜査が重要であり、そこで的確な証拠の収集が行われていないと手遅れということにもなりかねない。さらに、個人の刑事責任確定のためには、事故原因の究明という観点からは必ずしも必要とされない事実についても、捜査をする必要もある。その意味では、いくら事故調査機関から警察に資料の提供等を行うとしても、事故調査に優先権を認める制度は、刑事責任の追及に一定の制約を課すことになることは否定できないと思われる。

関構想は²¹⁾、医療関連死につき、まずは、医師からなる中立な専門機関による死因の解明を行った上で、犯罪の嫌疑がある場合には警察に通告することを想定しているようであり、基本的に、以上のような性格を有したものと理解できよう。

この制度は、原因解明のために専門的な知識が必要とされるような類型の事故における事故調査機関と捜査機関との役割分担という観点から、十分に検討に値するものと考えられるが、さしあたり、以下のような検討課題がある。

第1に、刑事手続との結合を制度として正面から認める以上、調査対象者に対し、それに見合った手続的権利を保障する必要がある。とりわけ問題となるのは、黙秘権の保障であり、事故調査機関に対する供述がその者の刑事裁判で利用される可能性がある以上は、罰則を伴うかたちで供述を義務付けることはできないであろう。

第2に、犯罪の嫌疑がある場合の事故調査機関から捜査機関への通告時期をどうするかも問題である。それがあまりに早い時期だと、それ以降、優先権が捜査機関に移ってしまう関係で、結局、事故調査機関による十分な原因調査ができず、現在と同じ問題が起きる。他方で、事故調査機関にとって必要な調査がすべて終わった段階ということになると、その時期がかなり遅くなり、警察の捜査に支障が生じかねないという問題も出てくるからである。

V 事故調査によって得られた資料の利用制限

前述したとおり、事故調査機関による調査結果を刑事責任に利用することが禁じられていないため、刑事責任の追及をおそれて事故関係者が真実を供述せず、その結果、事故原因の究明が妨げられているという指摘が、しばしばなされている²²⁾。この問題は、事故調査機関による調査に、刑事手続に移行するかどうかの振り分け権限を持たせる制度を採用すれば直接に現れてくる問題であるが、そうでない制度のもとでも、多かれ少なかれ、同様に問題となり得るものである。また、この利用制限の問題は、現状では、実際に刑事裁判で証拠とされるのが事故調査報告書に限られているために、それを対象として論じられることが多いが、上述の観点からは、それに限らず、調査によって得た資料や情報全体を対象として検討を行う必要がある。

1 利用制限の根拠

事故調査機関が行う調査は、あくまで事故原因の究明を目的としたものであり、刑事責任の追及を目的としたものではない。しかし、その目的の違いゆえに直ちに、その調査の過程で得られた資料やその結果である報告書を刑事手続で利用することは許されないという帰結が導かれるわけではない。この点は、従来、行政調査によって得られた資料を刑事裁判で証拠とできるかという問題につき論じられてきたとおりである²³⁾。それゆえ、その利用制限の根拠は、目的外利用それ自体ではなく、事故調査の実効性を担保するという政策

21) 池田康夫「診療行為に関連した患者死亡の届出について」日本外科学会雑誌 105 巻 9 号 (2004 年) 548 頁。

22) もっとも、法的な責任追及の可能性による萎縮効果という観点からは、刑事責任だけでなく、行政責任や民事責任までを視野に入れた検討が必要である。この観点から、日米の航空事故調査制度の包括的な検討を行った論考として、服部・前掲注 4) 188 頁以下がある。

23) 曾和俊文「行政手続と刑事手続——企業の反社会的行為の規制における両者の交錯」ジュリ 1228 号 (2002 年) 116 頁以下。