



図3 新しい医療関連死報告制度 高本試案

例は警察に届け出る。木村班の言う「故意に近い悪質な医療行為に起因する死亡または死産の疑いがある場合」は原因を究明して、新たにできる医道審議会に届け出る。この新たな医道審議会は日本医師会、日本医学会、厚生労働省、専門医制度認定機構などから委員を出して構成し、専門医制度資格停止、医師免許資格停止などとともに医療安全、医師患者関係、専門技術などの教育を行う教育的処分を行う。この審議会での調査により故意または犯罪と判断される事例は警察に届け出る。

いままでの行政処分は現在医道審議会が刑事処分の後追いで行っているが、医道審議会を抜本的に改革して刑事処分前に上記のような教育を目的とした処分を行うようにしなければならないと考える。この制度が十分に働くようになると「社会的制裁を十分に受けた」ということで刑事処分も軽くなるか、あるいは無くなる可能性もあると考えられる。医道審議会の抜本的な改革は医療安全調査委員会の創設とともに新しい制度の下では極めて重要な課題である。

おわりに

上記のように刑事処分を随分謙抑的に行う医療安全調査委員会の制度設計があるところまでは進

んできたが、政治的混迷の中で制度化が遅々として進んでいない。我々の求める診療関連死原因究明、再発防止のための第三者機関、新たな新医道審議会など我々医療者が中心となって担って行かなければならない。そういう意味で我々の責任が今後問われてくることになる。医療者が医師法21条の呪縛から解放されて国民とともに安心して安全で良質な医療ができるように、新制度の立法化、制度化に向けて頑張らなくてはならないと考える³⁾。

文 献

- 1) 厚生労働省：医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等のあり方に関する試案 - 第3次試案 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-annzen/kentou/dl/2f.pdf>
- 2) 厚生労働省科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び資質向上のための手法に関する研究 平成20年度総括・分担研究報告書 2009年3月
- 3) 高本真一：医師法21条から中立的機関の創設に向けて 1.医師法21条の呪縛からの解放 日誌98 (9) 168-172, 2009

医療事故における責任問題検討委員会答申

医療事故による死亡に対する 責任のあり方について

— 制裁型の刑事責任を改め再教育を中心とした行政処分へ —

平成 22 年 3 月

日本医師会 医療事故における責任問題検討委員会

答 申

本委員会は、平成 21 年 1 月 19 日に、唐澤会長より「医療事故による死亡に対する刑事責任・民事責任・行政処分の関係の整理、並びに今後のあり方に関する提言」について諮問を受け、「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に関する議論をはじめ、刑事責任に関する捜査機関との関係について整理をし、刑事責任と行政責任の関係等について、平成 22 年 2 月 19 日までに 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、以下のとおり意見集約をみたので、答申いたします。

平成 22 年 3 月

日 本 医 師 会

会長 唐澤 祥人 殿

医療事故における責任問題検討委員会

委員長	樋口	範雄
副委員長	山口	徹
委員	有賀	徹
委員	石井	正治
委員	宇賀	克也
委員	小川	明
委員	奥平	哲彦
委員	川出	敏裕
委員	畔柳	達雄
委員	児玉	安司
委員	鈴木	利廣
委員	高杉	敬久
委員	堤	康博
委員	手塚	一男
委員	豊田	郁子
委員	永井	良三
委員	松井	道宣
委員	山本	和彦

(順不同)

医療事故における責任問題検討委員会 委員

敬称略（順不同）

- ◎ 樋口範雄（東京大学大学院法学政治学研究科 教授）
- 山口 徹（虎の門病院 院長）
 - 有賀 徹（昭和大学医学部救急医学講座 教授・講座主任）
 - 石井正治（大阪府医師会 理事）
 - 宇賀克也（東京大学大学院法学政治学研究科 教授）
 - 小川 明（共同通信社 編集委員・論説委員）
 - 奥平哲彦（日本医師会 参与・弁護士）
 - 川出敏裕（東京大学大学院法学政治学研究科 教授）
 - 畔柳達雄（日本医師会 参与・弁護士）
 - 児玉安司（東京大学大学院医学系研究科 客員教授・弁護士・医師）
 - 鈴木利廣（弁護士）
 - 高杉敬久（広島県医師会 副会長）
 - 堤 康博（福岡県医師会 常任理事）
 - 手塚一男（日本医師会 参与・弁護士）
 - 豊田郁子（新葛飾病院 セーフティーマネージャー）
 - 永井良三（東京大学大学院医学系研究科 教授）
 - 松井道宣（京都府医師会 理事）
 - 山本和彦（一橋大学大学院法学研究科 教授）
- ◎委員長 ○副委員長

医療事故による死亡に対する責任のあり方について
— 制裁型の刑事責任を改め再教育を中心とした行政処分へ —

目 次

1 はじめに	1
【医療事故調査の第三者機関】—制裁型から再発防止へ.....	2
【新しい行政処分勧告システム】—事故から学び復帰を援助.....	3
【医療者中心の自律性】—医療への信頼の基本.....	4
2 医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案 についての議論.....	5
3 医療事故と処分に関する5つの事例の検討.....	7
4 行政処分のあり方.....	10
5 むすびに代えて—本委員会の結論と提言.....	15
別添 医療事故の原因究明・再発防止と行政処分 一行政法的視点からの検討.....	17

答申の骨子

- 1 医療事故が起きた後の法的責任を整理して、改革するよう提言する。改革の力点は、医療事故では制裁よりも原因究明と再発防止が何よりも重要だということである。医療事故の刑事責任の追及は、事故調査を優先し、医療のリスクを配慮して、故意またはそれに準ずる悪質なケースに限るべきである。
- 2 事故調査の第三者機関と、刑事処分の後追いでない行政処分の新システムが必要である。これが患者を守る医療安全のための車の両輪となるべきである。
- 3 いずれも専門職（プロフェッション）たる医療者が中心になって自律的に取り組み、国民に開かれた形で透明性を確保して医療への信頼を高めるべきである。

1 はじめに

日本医師会会長からの「医療事故による死亡に対する刑事責任・民事責任・行政処分の関係の整理、並びに今後のあり方に関する提言」をするという諮問を受けて本検討委員会が発足したのは平成 21 年 1 月 19 日のことである。メンバーには、さまざまな専門の医療者や全国の地域医療を知る医師のほかに、医療事故をよく知る法律家や報道の仕事に携わってきた人を加えて多様な人たちが集まり、平成 22 年 2 月 19 日まで 10 回に及ぶ検討を行った。

検討の内容は大まかに述べると次のようなものである。

①平成 20 年に公表された「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」について、その下で医療安全調査委員会が設置されたとしても、なお医療事故に対して刑事処分が行われるおそれがあるとする反対論について議論を行った。

②次いで、抽象的に議論をするのではなく、実際に医療事故について刑事処分や行政処分が行われた事例を 5 つ取り上げて議論する機会を複数回設けた。議論を通して、実際に刑事処分が行われたが、それが必ずしも適切であるかにつき疑問の例があること、行政処分が刑事処分の後追いになっているところに大きな問題のあること、さらに、中には刑事処分になっていないがこれこそ刑事処分に値すると考えられる例があることなどが示された。

③本来、刑事処分とは別個に、あるいはむしろ刑事処分に先立って行われるべき医師の行政処分が刑事処分の後追いになっている現状の改善に資するため、まず、同じ専門職の代表である弁護士の懲戒処分の実態についてとりあげ、医師との比較を行った。次に、アメリカにおいて医師の行政処分がどのように行われているかのヒアリングとそれに基づいて討論をする機会を設けた。さらに、わが国における行政処分の現状がどのようなものであるかについてのヒアリングを行った。

これらの検討の内容をさらに詳しく次節以下で記すことにする。そのうえで本委員会の提言として、以下の 3 点を提言する。

【医療事故調査の第三者機関】—制裁型から再発防止へ

第1に、医療事故が生じた後に問題となる法的責任のあり方に対し根本的な再検討が必要である。

周知のように、医療事故に対し考えられる法的責任には、刑事責任、民事責任、行政処分、事故を起こした人が組織に属している場合の組織内処分というように多様なものがあるが、これらはいずれも事故を起こしたことに対し何らかの不利益(それぞれ刑罰、損害賠償、資格に関わる処分、組織内での地位に関わる処分)を課すことによって、まさにその責任を明らかにし、同様の事故の再発防止につなげようとするものである。このうち、近年、医療事故については刑事処分のあり方に注目が集まり、特に死亡事故についての起訴や裁判が大きく新聞報道されるに至った。

しかしながら、医療は、本来的にリスクを伴う。しかも人の生命身体の安全に関わるものでありながら、一定の限度でリスクをとることが推奨される稀有な特徴を有する特殊な業務である。前述のような不利益を課すだけの法的責任追及では、医療本来の業務を阻害し、むしろ弊害の大きいことが明らかになった。萎縮医療と呼ばれる現象が現れ、リスクの大きい分野の医療専門家への志望が目に見えて減少する事態となっている。

したがって、このような制裁型の法的責任を追及する対応とは異なる形の、医療事故の原因を究明し再発防止につなげる法的システムを構想する必要がある。医療者の責任とは、本来、安全な医療を提供するところであり、医療事故が生じた場合にもその原因を究明し、再発防止につなげるこそ医療本来の任務である。事故が生じた機関内で院内調査委員会を立ち上げ調査に当たるのが本来の姿であり、多くの医療機関は現にそれを行っているが、そのような対応ができないか、不十分な対応しかない機関があることもまた否定できない。前述のような近年の法的責任追及の動きにはそのような背景があると自戒すべきである。

第1の提言として、医療事故が生じた後、その原因を究明し再発防止策を図ることを第一義とするシステムを作り上げる必要があることを再確認し、そのための第三者機関を設置する必要があることをあらためて強調する。また、刑事あるいは行政処分に関しては、医療の専門家によって処分の勧告ができる第三者機関を設置することが必要である。

【新しい行政処分勧告システム】—事故から学び復帰を援助

第2に、医療事故に関する法的責任のあり方として、刑事責任、民事責任、行政処分のバランスの取り方に大きな問題のあることが明確に示された。これはすでに平成15年の日本医師会医療安全対策委員会答申「医療安全推進のために医師会が果たすべき役割について」でも強調されていたところである。

現行の制度における最大の問題点は、行政処分が刑事処分の後追いになっているところである。医師に対する行政処分は、医療という本来リスクを抱えた業務を託するに値する専門家としての資格を認めた国が、その資格を認め続けてよいか否かを検証し、国民の信頼に足る資格制度を維持するための制度である。それによって医療安全を確保するための基本とされている。

ところが、医療事故については、たまたま刑事事件になった場合にのみ行政処分がなされている。これは、医療専門職の場合にだけ見られる特異な現象である。

本報告書に添付した東京大学大学院法学政治学研究科宇賀克也教授の論考によれば、このようなシステムには行政調査のコストがほとんどかからないというメリットはあるものの、次のような重大な問題点がある。

- ①刑事捜査が先行する仕組みの場合、医学の専門家ではない警察が捜査し、検察官が公訴を提起するか否かを決定することになるが、それが真に医療事故の原因究明と再発防止、適切な制裁につながるといえないという問題がある。システム・エラーにも対処できない。
- ②刑事捜査が先行する運用が萎縮診療を生じさせるという重大な懸念がある。
- ③刑事捜査先行の運用は、診療記録等の警察による押収により、院内調査等の他の調査を阻害するおそれがある。
- ④刑事判決依存型の行政処分の運用は、犯罪にはならなくても不法行為になるような医療事故は行政処分の対象外とされることになり、本来、行政処分がなされてしかるべき事案において行政処分が行われないという問題を生じさせている。
- ⑤刑事処分が先行する間、行政処分が行われないため、実際に事故が生じてから処分まで長期間にわたることが多くなり、行政処分の持つ相手方への制裁としての感銘力を低下させる。

⑥刑事処分が先行するため、本来、速やかな免許の取り消しや、業務停止処分または戒告処分の対象となり再教育を受けるべき者が、長期間にわたり、再教育を受けないまま、医業を継続することが可能になる。行政処分の本来の機能は著しく損なわれている。

したがって、現行の刑事処分先行、行政処分後追いという法的責任追及システムは、医療安全の観点からも重大な欠陥を有していることがわかる。

そこで第2の提言として、医療事故の原因となった医師について行政処分のシステムを新たに構築する必要がある。行政処分の基本は、医師専門職としての資格保証システムであり、それによって医療安全を図るためのものである。この点を重視し、医療事故の場合の行政処分については、当該事故が医療専門家から見て医療安全上どのような問題があるかを究明し、もはや医業に携わることが不適格だとされる例外的な医師については免許取り消しもありうると同時に、多くの医師については事故から学んで医療に復帰できるよう援助するシステムとして構築すべきである。また、医療事故で医師への行政処分が恣意的に拡大しないためにも、一定の基準作りが望ましい。現在、行政処分は医道審議会の勧告をえて厚生労働大臣が処分を行うことになっているが、医療事故については、医道審議会に対し、医療専門家の立場から助言を与える、いわば「医師による医師の再生のための行政処分の調査勧告システム」を構築する必要がある。なお、これは現在のように医療事故に対し刑事処分がある中で、さらに行政処分を強化しようとするものではなく、あくまでも制裁型の対処からの転換を図るためであることを強調しておきたい。

【医療者中心の自律性】—医療への信頼の基本

第3に、上記2点に指摘した第三者機関や行政処分を勧告するシステムは、いずれも医療者が医療専門家の集団として自律的な責任を果たすシステムとして構想すべきである。ただし、ここでいう自律的なシステムとは、医療者だけの閉ざされた組織を意味するものではない。たとえば、医療者と並ぶ専門家である弁護士の懲戒処分にも公益委員が参加する。諸外国の医師に対する行政処分においても、医療事故の調査は医療専門家が中心となって行われるが、処分の過程には国民の代表も参加する。何しろ裁判にも素人が参加する時代である。専門家の業務だから、専門家だけでということ

にはならない。

医療安全は医療者だけの問題ではなく、まさに国民、患者の関心事である。事故の原因究明を求めるのは患者の権利でもある。何よりも、医師が医療専門家として医療のあらゆる場面で医療安全のために職責を十全に果たしていることを国民が十分に知る必要があり、それこそが医療への信頼の基本となる。

そこで第3の提言として、医療事故に関わるシステムは医療専門家の集団が中心となる自律的システムとして構想することが何よりも重要であり、その中に国民の代表も取り込んだ透明性のあるシステムとすることによって医療への国民の信頼を維持し高めることが必要である。

医療事故から医療安全につなげるための、以上のようなシステムの構築と改善について日本医師会としても最大限の努力を図られるよう提言する。

2 医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案についての議論

平成20年6月に公表された「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」(以下、大綱案という)については、特に医療側の一部から強い批判がなされ、その後速やかな立法化に至っていないことはよく知られている。本委員会としては、まず大綱案について疑問や反対を表明していた医師会の代表を中心にどのような問題点があるかの問題提起をしてもらい、それについて議論をすることにした。

大綱案に対する疑問点としては、以下のような点が指摘された。

- ①医療安全調査委員会設置の目的が明確ではない。その中に責任追及と再発防止という2つの相容れないものが一緒になっている。
- ②全体の枠組みは、警察介入抑制というところに力点があると思うが、委員会からの通知でなお刑事訴追の道が大きく開かれている印象を与える。
- ③まだ共通認識ができていないと思う。未だに「警察が謙抑的になる」という言葉の意味がよく分からない。重大な過失という要件が曖昧で、結局、医療事故で死亡すれば刑事介入がありうるというのでは萎縮医療はなくなる。

これに対し、次のような反論や説明が行われた。

- ①大綱案の軸足は事故の原因を究明し再発防止をするための委員会を作ろうとするものである。それが医療者のためであると同時に患者のためにもなる。結果的に刑事訴追の道を狭めることになると考えている。
- ②警察の捜査以前に医療専門家が中心となった調査委員会で原因究明が行われると、刑事司法の側もそれを参考にすることができる。従来の刑事責任追及に直結するシステムに比べると、医療の専門家の意見を刑事処分に反映できる可能性がある。また医療専門家が中心となった調査委員会が刑事処分まで必要であると判断した場合は、警察に刑事処分を勧告することにより、医師の専門集団の自律性を社会に示すことができる。
- ③交通事故その他の事故について業務上過失致死罪が適用されている日本では、機械の操作や整備の誤りによる業務上過失致死に関しては、医師だけを完全に免責する仕組みはありえない。しかし、年齢や病期など患者の特性による医療事故について他の分野の事故と同列に扱うことは医療者としては納得できないところである。ただし、そのような考えが国民的な支持を得ることは現状では難しい。そこで、原因究明から再発防止へとつなぐ仕組みを作ることで国民の信頼を得ることに意義がある。
- ④「責任をとる」ということにはさまざまな意味がある。医療専門家が原因を究明して再発防止を図ることは、実は最も重要な責任の遂行である。同時に、それとは別の責任のとりかたもあり、それは本来、医療の事故であるから医療の範囲内で行われるべきものであって、警察・検察による刑事介入ではなく、医師としての資格を与えている厚労省が中心となる行政処分によって行われるべきものである。現在は、行政処分が刑事処分の後追いとなっている点にも大きな問題がある。

結局、これらの議論から明確になった点は、医療事故について刑事責任追及という方策は適切なものではなく弊害が大きいとする認識では委員会メンバーは一致しており、それを例外的な場合に限る必要があるが、大綱案によるシステムがそれを実現するようなものになっているかについて議論の分かれる部分があるということである。大きな方向性では一致しており、委員会としては、むしろ現実の事例について検討することで議論を深めようとすることにし、医療事故について刑事処分や行政処分が行われた最近の5例を

抽出して検討することにした。

3 医療事故と処分に関する5つの事例の検討

委員会では医療事故後、刑事処分や行政処分が行われた具体的事例5例について検討した(なお、それぞれの事案について実地調査をしたわけではなく、行政処分等の文書で明らかになった事実概要だけを基にした議論を行った)。

【第1例】

平成14年の事案で27歳の医師が、77歳の患者に対し、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、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、患者の胸部裏面(処分の原文のまま。背中まで穿通することは医療的な見地からありえないから、胸骨裏面の単純な誤記と思われるが、医療を知らない人による処分が行われている証拠とみることもできる)を穿通・上行大動脈を穿刺して出血させ、3日後に胸部上行大動脈穿刺損傷による出血性ショックで死亡させるに至った事件。

★刑事処分としては略式命令(100万円以下の罰金刑ですむ事件について、当事者が争っていない場合に簡易裁判所で公判を開かず出される決定)で罰金40万円。

その後、行政処分として医業停止10月。

この第1例については、胸骨穿刺術の難しさ、医師が27歳で経験が十分でなかったと見られること、患者も77歳で穿通が生じやすい状態にあったと想定されること、むしろ胸骨穿刺術を行う際の担当医師への指導のあり方や、そもそも高齢者に対する胸骨穿刺術が技術的に困難であること、解説書を読むだけでは事故の予防は困難であること、さらにこの穿刺術に用いる器具の安全性にも課題がある点などが指摘された。

委員会の議論に参加した24名中、19名が刑事処分は不適切なケースだと回答した(なお、24名中、医療者は10名であり、法律家が10名である)。

しかし、現実には、略式命令というきわめて簡便な形で刑事処分がなされ、それに後追いする形で医業停止 10 月の行政処分がなされている。この医師が、医師として復帰する際に、胸骨穿刺術についての技術の向上につながるような対応がなされたのかは明らかでない。

【第2例】

平成 15 年、救急搬送された患者に対し、リドクイックという抗不整脈剤を適切に投与すべきところ、最高投与量の3倍以上の塩酸リドカインを投与させ死亡させた事案。

★刑事処分としては略式命令で罰金 50 万円

その後、行政処分として医業停止 1 年。

委員会では 24 名中 21 名が刑事処分は不適切なケースだと回答し、また、行政処分こそ中心的な対処とされるべきだとしたものも 21 名であった。

【第3例】

平成 12 年、患者に対し抗癌剤 3 剤を投与する化学療法 (VAC) を実施するにあたり、この療法の臨床経験がないのに十分な検討を怠り、同療法のプロトコールが週単位で記載されているのを日単位と読み間違え、過剰投与させたうえ、それによる高度の副作用が発現した後にも適切な対応をとらなかったため、多臓器不全により死亡させた事案。

★刑事処分として禁固 2 年、執行猶予 3 年。

その後行政処分として医業停止 3 年 6 月。

第 3 例は、今回取り上げた 5 例のうち最も重い処分がなされている例である。委員会でも 24 名中過半数の 13 名が刑事処分に値するとした。行政処分についても医師免許取り消しまであるべきだとする人が 2 名いた一方で、3 年以上も医療実務から離れて復帰させることの意味を問い、そういう処分だけではむしろ医療安全の点で問題であり、有意義な医療復帰のためのシステムが必要だとする議論が行われた。

【第4例】

平成 11 年、患者に対して帝王切開手術を実施した後、麻酔が薄れて患者が暴れたことや止血などに気を取られたために、腹腔内に腸圧排ガーゼ（約 28cm×約 37cm）を遺残したのに気付かないまま閉腹した結果、遺残したガーゼが大網・小腸に癒着し、患者に対し他の医療機関においてガーゼ除去のための開腹手術を実施するのやむなきに至らしめた事案。これは業務上過失致傷罪が問題となった。

★刑事処分として略式命令で罰金 20 万円。

行政処分として医業停止 1 月。

第4例については、時間の関係で議論することができなかったが、24 名のうち刑事処分に値するとしたものはいなかった。

【第5例】

平成 13 年、26 歳の患者に対する豊胸手術の際の麻酔事故で患者が低酸素脳症となった事案。後の民事訴訟において、33 歳の医師の側に、手術の危険についての説明不足、麻酔後の患者管理上の過失、直ちに高次救急医療機関に搬送しなかった過失が認定されたほか、記録改ざんやその後の診療への非協力的態度などが指摘されている。

★刑事処分になっていない。なるとすれば業務上過失致傷罪である。

行政処分として医業停止 2 年。なおそれに先だって、民事訴訟で損害賠償金 1 億 7000 万円余が認められている。

第5例については、このような事件こそ刑事処分がふさわしいとする議論がなされ、24 名中、法律家 10 名全員を含む 23 名が刑事処分を適当と回答した。行政処分としても医師免許取り消しとする人が半数の 12 名となった。

【5例の検討から明らかになった点】

以上のように5つの具体的事例を議論の俎上へのせた結果、次のような問題点が明らかになった。

第1に、第5例のように事故の後で記録の改ざんをするなど悪質なケース

が刑事処分にならず、第1例のように、刑事処分に値するかについて大いに疑問とするような例が略式手続きで刑事処分されるという実態がある。

第2に、当事者が自らの過失を認めて争わない姿勢を示すと罰金刑だけの略式手続きが行われ、数十万円というわずかな額での刑罰となるが、そのことが医療安全にいかにつながるのかはまったく明確でない。医療者にとっては、少額の罰金より行政処分による業務停止の方が甚大な影響を与える。

第3に、これらの事例で行政処分は刑事処分の確定後、それを後追いする形で行われており、行政法の専門家によれば、このような行政処分の対応は医療専門家が関わる医療事故の処分だけに特異なきわめて例外的なものだとされる。しかも行政処分の目的・内容においても、それがいかに医療安全につながるかはやはり明確でない。

したがって、医療事故の後の法的対応として、まず刑事処分があり、次に行政処分と民事訴訟という形を基本とするような例があることについては、そのような形式的システム自体を改める必要があり、真に医療安全のための制度を構築する必要がある。

4 行政処分のあり方

1) 弁護士会における懲戒処分

本委員会では、医師についての行政処分のあり方を考えるため、医師と同じく専門職である弁護士についてどのような懲戒処分(弁護士については弁護士自治が認められているため、自律的処分としての行政処分システムがとられている)が行われているかについて検討した。

弁護士の懲戒処分については、次のような点が注目される。

- ① 弁護士法と日本弁護士連合会が会則で定める「弁護士職務基本規程」によって処分が行われている。
- ② 実際の懲戒手続きは、単位弁護士会において行われ、懲戒請求は何人でも可能である。
- ③ 綱紀委員会で意味のある訴えとそうでないものを振り分けて、その後で懲戒委員会にかけるという構造をとる。懲戒委員会には公益委員も参加する。

- ④懲戒処分と民事責任、刑事責任との関係については、弁護士に対する刑事手続きが進行している場合、懲戒手続きは中止する。禁固以上の刑が確定した場合は、弁護士の欠格事由になり、資格を失ってしまうので、懲戒処分は事件終了となる。民事責任については、日本では弁護士に対する民事責任の追及はまだ少ない。
- ⑤医師の行政処分と比較する場合の相違点について、弁護士は弁護士会への強制加入である点と、日弁連と弁護士会については、監督官庁がなく完全な自治権が与えられている点が重要である。ただし、弁護士に対する懲戒処分はむしろ高率に行われている。半面、医師への行政処分は、水準以下の医療行為も対象になり得る点で、弁護士への処分より厳しい側面がある。

同じ専門職である弁護士について自治が認められ、医師について認められていない現状は問題である。強制加入であるか否かの点で弁護士会と医師会には大きな差異があるが、そのことは、医師の行政処分が医療の非専門家によって手続きがなされる刑事処分の後追いであってよいという正当化にはならない。医師の行政処分についても、医師が中心になって、医療安全を促進するためのシステムとして構築する必要がある。

2) アメリカにおける医師の行政処分

続いて本委員会では、アメリカにおける医師の行政処分手続きを経験したことのある医療専門家にヒアリングを行い、議論の機会を設けた。それによれば、アメリカのニューヨーク州における医療事故の対応は次のようになっている。

- ①アメリカでは人が死亡した場合、Medical Examiner(検視官、以下ME)という第三者が、死因についての最初の判断を行う。犯罪性があれば警察に通報がなされるが、大多数のケースはME止まりで、避けようのない死亡だったということで終わる。MEが、犯罪性はないが医療が不適切であったと考えた場合には、OPMC(Office of Professional Medical Conduct、ニューヨーク州の医療課の下部組織)へ行き、そこで行政処分の必要があるかの調査が行われる。
- ②MEは、多くの場合は地方公務員で中立的な立場にある。死亡が病院の中で起これば病院がMEへ通報し、病院外であれば警察が通報す

る。病院内での死亡についてはすべてを ME に報告するわけではなく、入院から 24 時間以内、手術から 24 時間以内の死亡、明らかな医療過誤のみを報告する。ME がそこで犯罪性があるとみなせば警察に通報し、もし明らかな医療過誤があるということになると行政処分の道に進み、OPMC への通報、OPMC による調査開始となる。

③OPMC には、ニューヨーク州だけで調査委員として約 300 人のスタッフがあり、そのうち約 180 人が医師免許を有している。OPMC の権限によって大体ニューヨーク州だけで年間約 30 人近い医師免許が剥奪されており、医療警察のような権力を持った組織ということが言える(全米で言うと年間数百の医師免許が剥奪されている)。

④詐欺行為や明らかな過誤・怠慢、つまり標準的な医療行為から明らかに逸脱した医療を行った場合、行政処分の対象となる(カルテの偽造なども同様)。日本での慈恵医大青戸病院、東京医大、東京女子医大などの事件も、米国で言えば OPMC が取り調べに当たったであろうと思われる。

⑤十分な根拠がない限りは、対象となる医師を呼び出して事情聴取をするという事はない。ME 以外にも、医師や患者、看護師、その他から告発なり通報が来るため、件数の問題からも、ある程度の確証がなければ調査はしない。懲戒処分がなされると、ホームページで医師の名前が公表されるため、医師にとってはダメージが大きく、賠償責任保険の更新時に保険料も倍増する。

⑥医療事故で問題となるケアレス・ミス(つまり、不注意による医療事故)は、犯罪性がないと考えられており、通常、OPMC で行政処分止まりとなる。

⑦患者や家族からの申立ては ME ではなく、OPMC に行く。ME の存在というのは一般に知られていない。OPMC にはかなりの数の告発・通報が来ている。

⑧OPMC における処分の手続きは公正な判断をしているという印象を受けた。医療専門家が行っている調査なので、質疑応答や調査のポイントも的確である。

⑨OPMC は調査の段階では専門家が調査をし、最終的な判断を下す懲罰委員会に一般の人が入ってくる。医師 2 人、一般市民 1 人の計 3 人が、調査の結果をもとに医師免許剥奪その他の処分を決める。調査の段

階については専門家同士での調査検討が行われる。

⑩行政処分の目的は「医師を罰することではなく、国民を守ること」として
いる。アメリカでは医療過誤が刑事処分のほうには行かず、行政処分を
扱う Medical Board へ行きやすい法的なシステムになっている。その前に
ME というのがもう1つ振り分け機関としてあって、犯罪性があれば警察へ
通知する。行政処分の懲戒委員会で調べて、犯罪性があれば警察へつ
ながるが、それ以外は行政処分のところで完結する。

以上のような報告の後、日本で医療事故について医師の行政処分のあり
方を考えるときには、アメリカと同様に、

イ) 刑事処分ではなく行政処分。

ロ) 専門家の自律としての行政処分。

ハ) 処分のための行政処分ではなく、再生できる医師には再生を目指す
行政処分。

という3点が重要だという指摘がなされた。

3) わが国における行政処分の現状

さらに、本委員会ではわが国における医師に対する行政処分の現状につ
いてもヒアリングを行い、議論をする機会を設けた。

それによれば、わが国における行政処分の現状として重要な点は以下の
とおりである。

①医師に対する行政処分については、診療報酬の不正請求などの事例
を除くと、大半は刑事処分を見て行政処分を行っているという現状があ
る。理由としては、事実認定の難しさのため刑事手続きにそれを委ねて
いる面と、刑事処分での量刑との整合性を図っているところがある。

②行政処分の流れでの「事案の把握」は、法務省からの情報提供(刑事
事件になっているもの)、報道等(新聞等で取り上げられているもの)、さ
らに患者の苦情申立て等というように多様な入り口がある。医療事故の
関係での苦情申立ては平成14年ぐらいから資料があり、現在までに約
100件程度になるが、最近はあまり多いとはいえない。

③医療過誤について患者等からの申立てがなされる場合には、医師の方
では医療過誤を認めないケースが多く、調査権限を行使する。

④業務停止の期間は、主として過失の程度によって決まり、刑事処分が

あればその量刑に応じて決まることが多い。

- ⑤平成 19 年から取り入れられた再教育は、まだ開始されたばかりという段階であるが、処分事由に基づいた別々の内容にはなっていない。現在の再教育の目的は、処分に関わるというよりも現場復帰を支援することになるため、一般的な倫理教育、職業倫理、法令遵守、インフォームド・コンセント等について、処分者全員に対し同じ内容で研修を行っている。

委員会では次のような指摘がなされた。

○行政処分の目的が何なのか必ずしもはっきりしていない。「医師の業務上過失致死傷の処分件数」の表で見ると、平成 16～19 年度の 4 年間のそれぞれについて医師法 21 条の届け出等で警察が認知した件数が、255、214、190、246 件となっており、医療の質と安全に関する問題について、これだけの件数を警察が調査の対象としている。次に、送検した件数はそれぞれ、91、91、98、92 件である。ところが、行政処分件数はその 10 分の 1 以下であり、送検はされたが不起訴、あるいは起訴猶予、あるいは時効直前まで処分保留で、検察庁が抱えている事案が多くなっていること(刑事手続きのほうも機能不全を起こし始めていること)と、送検された事件数にも達していないことから行政処分が制裁としても機能していないことを示している。

○医師に対する行政処分は、本来、医師免許を与えた国が医療の質を保証する制度の 1 つであり、単なる制裁としての処分ではなく、医療安全を促進するような制度であるという目的を明確にして運用すべきである。その意味で、単純に免許取り消し、業務停止というような処分ではなく、有意義な再教育を中心とする制度に切り替えていく必要がある。

○実際に、行政処分・刑事処分も介さずに、学会自体が、学会の専門医資格を停止された医師を別の大学病院で修業させる形で再教育し、現場復帰を果たさせた事例がある。医学会の協力を得て、行政処分の実質的判断が、医学の専門家によりなされることを担保する必要がある。