

「県立大野病院事件」から見えてくること

医療への刑事司法の介入が何を招くか

澤倫太郎

さわ りんたろう 一九五八年生まれ。日本医科大学卒業。同大学院生殖発達病態学講師。同遺伝診療科講師。日本産科婦人科学会副幹事長、日本医師会・総合政策研究機構・研究部長。専攻は周産期医学・胎児生理学。大野病院事件特別弁護人

二〇〇八年五月一六日、福島県福島市。さえぎる雲ひとつない五月晴れの紺碧が、市街を見下ろす信夫山（しのぶやま）のゆるやかな稜線の新緑を浮き上がらせていた。奥州三山に数えられる信夫山は西の羽山（湯殿山）、中央部の羽黒山（谷山）、東の熊野山（金華山）の三峯をもつ。その東峰の南側に広がる裾野、普段なら閑静な町並みの一画に位置する福島地方裁判所正面玄関前には朝から多数の報道陣のカメラが並び、

二七席の一般傍聴席を求めて並んだ一六二人もの人々の列でいつになく熱気を孕んでいた。

この日、裁判所の建物の北側三階に位置する福島地裁一号法廷において「県立大野病院事件」最終弁論がおこなわれたのである。この日の最終弁論をもって、二〇〇六年二月一八日の医師の逮捕・起訴から始まり、公判前整理手続き六回、公判手続き一四回を経た県立大野病院事件は結審、八月二〇日いよいよ判決が言い渡されることになった。

日本ではこれまでに様々な医療事故が明らかになり、社会に波紋を投げかけてきた。しかし、「県立大野病院事件」は「大野病院事件以前」「事件以後」という用語を生み出したほどに大きな衝撃を医療関係者にもたらした。信夫山は奥州を代表する歌枕の霊峰として知られるが、福島県はいまや医療者たちにとって「医療崩壊の聖地」と呼ばれているのである。

福島県立大野病院事件とは何か

二〇〇四年一月一七日、福島県立大野病院で前置胎盤・癒着胎盤のきわめて頻度のまれな症例において帝王切開手術を受けた女性が死亡した。二〇〇六年二月一八日、業務上過失致死および医師法二一条違反（異状死の届出違反）の疑いで、執刀した産婦人科医師が逮捕され、二〇日間以上の身柄拘束の末、二〇〇六年三月一〇日に起訴、三月一四日に保釈された。診療行為そのものが業務上過失に問われた医師の逮捕は

極めて異例だ。

公判では、検察側・弁護側の主張は真つ向から食い違つた。検察側の論告求刑の要旨は次の通りであつた。

(1) 業務上過失致死罪

癒着胎盤の部位、程度 子宮後壁のみならず子宮前壁にかけて癒着胎盤が認められ、その程度は(中程度の)嵌入胎盤であつたことが認められる。

クーパー 手術用のはさみ 使用 一般に用手剥離が困難な癒着胎盤、すなわち嵌入胎盤又は(程度の重い)穿通胎盤を無理に剥離した場合、子宮の胎盤剥離面から短時間に大量の出血が発生する。本件も被告が被害者の胎盤をクーパーを使用し無理に剥離したため、短時間に大量の出血が発生した。

予見可能性 被告人は、遅くとも自己の右手指を子宮と胎盤の間に差し入れて胎盤を手動的剥離した時点で、被害者の胎盤が癒着していることを認識したので、胎盤剥離を継続すれば剥離面から大量出血し、被害者の生命に危険が及ぶ恐れがあつたことを予見することが可能だつた。

胎盤剥離の中止義務 被告人は胎盤剥離を中止し子宮摘出手術等に移行し、大量出血による被害者の生命の危険を未然に回避すべき注意義務があつたにもかかわらず、クーパーで漫然と胎盤の癒着部分の剥離を継続し、過失が認められる。医学書には癒着胎盤の無理な剥離はしない旨記載されている。

因果関係 被害者の死因が失血死であること、被害者の

死亡は被告人が癒着胎盤の剥離を継続し大量出血を生じさせたためであり、被告人の過失と死亡との間に因果関係が認められることは明らかである。

(2) 医師法二一条違反 被害者の死体は被告自らが検案した。死因は剥離が困難な癒着胎盤の剥離に長時間を要したり、器具を用いなければならぬまでの状況で無理に剥離し、大量出血を生じさせ失血死させた異状なものであることを被告人自身認識していたことは明らかである。

(3) 情状関係 被告人の過失が産婦人科医としては、基礎的な知見により措定される基本的な注意義務に著しく違反した悪質なものであることは明らかであり、過失の程度は重大であると言わざるを得ない。被告人のように自己が行つた行為をねじ曲げ責任を回避しようとする行為は、被害者の遺族のみならず我が国の患者全員に対し医師への信頼を失わせ、ひいては我が国の医療の発展を阻害する行為であり、被告人の態度は厳しい非難に値する。

検察側は、「禁固一年、罰金一〇万円を求刑した。

対する弁護側の最終弁論要旨は次の通り。

(1) 結論 被告人は、業務上過失致死罪及び医師法違反の罪のいずれも無罪である。

(2) 癒着の部位・程度 癒着の部位は子宮後壁の一部

で、面積は10cm×9cmの範囲であり、前壁には存在しなかった。癒着の程度は癒着胎盤のごく一部が嵌入胎盤であり、その深度は一番深い所でもおおむね五分の程度であったといえる。

(3)出血の部位、程度 本件患者は後壁部分の癒着があったため、子宮頸(けい)部や癒着部位の収縮が悪く、出血がなかなか収まらない弛緩出血であった可能性がある。無理な剥離やクーパーによる剥離により大量出血したという立証もない。胎盤剥離中の出血は麻酔記録によれば最大五五ミリリットルに過ぎず、大量出血はなかった。

(4)因果関係 胎盤剥離と大量出血に因果関係が認められるとの検察官の主張には、他の死亡原因として羊水塞栓(そくせん)の可能性があり、大量出血をもたらした要因として産科DIC(播種性血管内凝固症候群：凝固因子が消費され出血がとまらなくなる病態)の発症が考えられる以上、疑問の余地がある。

(5)予見可能性 特に出血量が増大していない本件では、被告人が癒着の認識をしたとしても、胎盤剥離を継続することによって大量出血するとの予見があったとは到底いえない。剥離を継続することが適切で、検察官の主張は臨床の医療水準に反する主張といわざるを得ない。

(6)剥離の中止義務 被告人は胎盤剥離後の子宮収縮による止血を期待し、その後の止血措置により出血を止められることを期待して、胎盤剥離を継続した。このような判断は、

臨床医学の医療水準にかなうものであり、被告人の術中の医療措置は医師の裁量として合理的、妥当かつ相当である。

(7)医師法二一条 患者の死体には客観的に異状が認められない。しかも医療行為に過失がなく、医師法二一条の構成要件に該当しない。そもそも医師法二一条は、憲法三一条及び三八条に反し、違憲無効の可能性が極めて高い。

(8)総括 患者は、わが国の医療水準に反した医療行為により死亡したのではない。被告人の医療行為は、患者の病態に即した産科の標準的な医療であり、施術に過誤はない。患者が亡くなったことは重い事実だが、被告は可能な限りの医療を尽くしたのだから、無罪とすることが法的正義にかなうというべきである。

「本件起訴が、わが国の医療界全体に大きな衝撃を与えたことは公知の事実である。産科医は減少し、病院の産科の診療科目の閉鎖、産科診療所の閉鎖は後を絶たず、産む場所を失った妊婦については、お産難民という言葉さえ生まれていく実態がある。産科だけではない。危険な手術を行う外科医療の分野では畏縮医療の弊害が叫ばれ、その悪影響は救急医療にまで及んでいる」

事故調査委員会の二面性

全ての刑事事件には、捜査の端緒がある。

刑事訴訟法上では、現行犯人の発見 変死者の検視 告

発 告訴 自首、刑事訴訟法以外では 被害者または第三者の申告(被害届) 職務質問 新聞・雑誌の記事 投書、密告、風評などが捜査のきっかけになるのだが、大野病院事件では二〇〇五年三月三〇日に公表された県の事故調査委員会の報告書がその端緒になった、と検察は主張する。

医療事故がおこったとき、地方自治体あるいは病院内で事故調査委員会が開催される。事故調の本来の目的は事故にいたった詳細な経緯を明らかにし、その結果を再発防止に連結させることである。しかし「手術器材の腹腔内への置き忘れ」や「臓器を誤って摘出した」等、医療行為上の過失に対して誰が見ても明々白々な事案は別として、正当な診療行為の経過を経て、予期しなかった結果が生じた場合、その診療行為のなかに明らかな過失を見出すことは極めて困難な作業なのである。

一方で、一刻も早く事故に対する補償を考慮する必要があるのも事実だ。ここで問題となるのは、事故報告書が作成される目的が事故原因の解析なのか、事故被害者への補償に軸足を置いたものか、によって、時として相反する結論が導かれる可能性があることだ。大野病院事件においても、県病院局が事故調査委員会に託した事故調査の目的は「真相究明」よりも「亡くなられた患者家族への補償」に大きく軸足がかけられることとなった。院内調査委員会に先立って県の病院局の要請は以下のようなものであったことが、院内調査委員会

メンバーによって明らかにされている。

「過失を前提とする患者さんのご家族への損害賠償保険の適用を配慮してご検討をお願いしたい」

このことは第一回公判で起訴朗読後におこなわれた弁護人冒頭陳述によっても、次の通り述べられている。

「同報告書は、再発防止の観点と過失を前提とする損害賠償保険の適用を配慮して作成されたものであり、被告人の刑事責任につながる過失を認めたものではない」

医療事故に際して、このような対応をとることは福島県病院局に限った事例ではない。国公立・私立を問わず、病院経営者に共通の認識として、民事・刑事を問わず長期間にわたる法廷での闘争に対する費用対効果を考慮すれば、院長が謝罪し、そのうえで患者との間で示談を成立させる手法のほうがコストパフォーマンスは高いと認識されているのだ。

さて「過失」を前提とした報告書の記載では「クーバーを使用する前に剥離を止め子宮摘出に直ちに進むという選択肢はあった」「胎盤剥離操作は、十分な血液の到着を待つてから行うべきであった」「他科の医師の応援を要請し、輸液ルートを確認して輸液量を増やす必要があった」など、患者の死亡に医療過誤が介在した可能性を指摘する内容になっている。

一方で、報告書ではあえて触れられていない事柄や臨床上の重要な所見もあり、のちに公判において明らかにされた。まず加藤医師は帝王切開手術当日に手術室への夫の立会い

を許可していたという事実だ。出産に際して夫立会いを認める分娩施設はあっても、手術室への夫立会いを認めるケースは珍しい。残念なことに手術当日になって夫の体調不良で立会いは実現しなかったものの、今回の手術がいわゆる閉鎖された手術室の中の密室医療を意図したものでなかったことの有力な傍証だ。さらに重要なのは、摘出された胎盤の形態と重量だ。摘出された胎盤は副胎盤をともなった形態異常があり、助産師の計測した胎盤の計測によれば大きさも 28cm x 21cm、重量も七六六グラムと正常胎盤の約一・八倍のサイズであり、胎盤剥離を中止し、巨大な胎盤を子宮内に遺残させたままの子宮摘出術には、剥離継続よりもはるかに高いリスクが伴うのは医学的な常識だ。

この報告書を受けて、二〇〇五年三月三〇日に県病院局長、県立大野病院院長、事故調査委員会委員長が福島県庁において記者会見をおこなった。翌三月三十一日付のメディアの第一面にはお決まりのヘッドラインが踊ることとなった。

「妊婦死亡は医療ミス、県過失認め謝罪」(福島民友)

「県、医療ミス認める」(福島民報)

しかし、事態はここから県病院局も医師たちも思ってもいなかった方向へ展開し始める。

公判において検察官は、県の病院局局长と大野病院院長が県庁で謝罪記者会見した様子を一面で報道した地方新聞の記事で県警は初めて医療事故を知ったと主張し、地元新聞社の

記事を証拠として申請している。しかし奇妙なことに、肝心の「県の事故調査報告書」に関して、公判最後まで証拠申請がおこなわれることはなかった。ただ二名の検察側鑑定人は両名とも周産期医療の専門家ではなく、基本的にはこの事故報告書にミスリードされる形で鑑定書を書き起こしている。検察は報告書を直接、証拠申請するよりも鑑定人に代弁させるほうが得策と判断したのかもしれない。

不思議なことはまだある。もう一度流れを整理してみよう。まず県病院局の依頼で「過失ありき」の報告書が作成され、県庁での謝罪会見を受けて、メディアによる「県の医療過誤」との煽り記事の見聞から県警本部が捜査を開始したのである。それではなぜ、捜査が開始されたときに県病院局が報告書の「狙い」を県警本部に説明しなかったのか？ また県警本部が捜査に入る前に県病院局からの情報収集をおこなわなかったのか？ 県警本部がおかれているのは県庁ビルの四階、記者クラブも同じ階にある。県病院局はといえば、同じ敷地内で県庁に隣接する自治会館内四階に居を構えていることを考え合わせれば、病院局は県知事、県警は本部長と指揮権が異なる部署とはいえ、捜査に最低限必要と考えられる情報共有の希薄さは尋常ではない。

なぜ医師は逮捕されなければならなかったのか？

捜査が開始されたのが二〇〇五年四月一日、翌二〇〇六年

二月一八日に執刀医である加藤医師が逮捕・勾留された。医療事故が起こってからすでに一年二か月以上が経過していた。

二月一八日は土曜日、当日は午前七時から午後九時まで富岡署による加藤医師の家宅捜索がおこなわれた。家宅捜索終了後、加藤医師は捜査官から「聞きたいことがある」と言われ、署まで任意同行、富岡署内の取調室で逮捕状を読み上げられ、以降三月一四日に保釈されるまでの約一カ月間、代用監獄である富岡署留置場に身柄を拘束されることになった。

逮捕時、一人医長の加藤医師が担当していた大野病院の産婦人科入院患者は一〇名を数え、一日三〇人近い外来患者を診療していたこと、証拠はすでに収集済みであったことを考えると、在宅のままでの捜査は十分可能であったはずだ。

そもそも、逮捕・勾留は、法律上、逃亡または罪証隠滅のおそれがある場合に限って許される。診療録等の物証はすでに押収されており、関係者の取り調べも大部分終了していた。関係者との通謀により罪証を隠滅する疑いがあるとしても、捜査開始から一カ月経過している時点で今さら通謀する必要もなく、勾留の要件が欠けることは明らかである。しかし裁判所は勾留を認め、さらに三月二日、勾留延長に対する弁護側準抗告も却下された。

これらの状況を考えると、捜査機関が加藤医師の逮捕・勾留に踏み切ったのは、身柄拘束状態にあることを利用して取り調べをおこない、それによって自白を採取しようとする目

的があったと考えるのが普通であろう。それだけ自白が必要だった事件なのである。

加藤医師逮捕・勾留の時点で、医学的な見地から、今回の医療事故の経過から個人の過失を見出すことへの異議を唱える複数の意見書が検察庁に届けられた（筆者も意見書を提出した一人である）。しかし三月一〇日、福島地検は加藤医師の起訴に至る。起訴裁量は検察官の権限であるはずなのだが、当初から起訴を前提に動いていた、あるいは起訴せざるを得ない状況にあったのかは定かではない。ただ今回の医師逮捕に際して、医療界全体にただならぬ緊張が走っていたことを福島地検は明らかに見落としていた。

医療界からの多声 ポリフォニー

加藤医師の逮捕勾留は、同業の産婦人科医のみならず、日常診療において緊急対応を余儀なくされる機会の多い現場の医療者たちに強い衝撃をあたえた。これまでも診療行為の内容を問われ、執刀医を含めた医師が逮捕・勾留された医療事件（二〇〇一年三月・東京女子医大附属日本心臓血管研究所カルテ改竄事件、二〇〇二年一二月・東京慈恵会医科大学付属青戸病院腹腔鏡事件）はあった。しかし診療録の改竄、あるいは施設認定のない施設での先端医療の施行など明らかかなルール違反とは一切無縁な大野病院事件における加藤医師逮捕・勾留に対する医療者たちの異議の声は大きかった。一方で、加藤医師によ

る診療経過が断片的にあきらかになるにつれ、嫌疑不十分から不起訴になるだろうとの声もあがりはじめた。

しかし三月一〇日、加藤医師が起訴されるに至ると、日本医療界からの福島地検に対する失望と異議を唱える声は一層大きなものになった。日本産科婦人科学会をはじめとする専門学術団体、医会、医師会、その他一〇〇に近い医療団体が、抗議声明や意見書、要望書を提出。一医師の業務上過失致死事件について、このような多数の抗議声明等が出されたことは、日本の刑事裁判史上で例のない異例なことである。

さらに三月一四日、加藤医師が保釈される際、保釈保証金五〇〇万円に加え、加藤医師が大野病院関係者および福島県立医科大学の同僚らを含む本件事件関係者とは、面接、電話、手紙、その他いかなる手段をとるかを問わず、接見、通信ないし交通することを禁じた厳しい保釈条件がつけられたことに医療関係者たちは眉をひそめた。そして何よりも医療関係者たちを驚愕させたのは、四月一四日、富岡警察署が加藤医師検挙功績により福島県警本部長表彰を受けたことだった。

これまでの捜査当局に対する医療界からの学問的な異議は、猛烈な抗議に変わった。「医療者からの声」は、医師の間でも一般化しつつあったインターネットの医師専用掲示板やブログを通じて瞬時に全国にひろまり、その声はさらに増幅され多声化していった。

検察への非難とともに、危機感を訴える声も大きかった。「一人医長の医療事故は刑事事件化する」

医師逮捕前年、二〇〇五年の日本産科婦人科学会の全国調査によれば、分娩を取り扱う基幹病院の一五%、診療所を合わせた日本の分娩取り扱い施設三〇五六のうち一四〇一施設、実に四六%が一人医長体制であった。基幹病院における平均常勤医師数が一人ないし二人未満が八県（青森一・八四、岩手一・七八、福島一・九〇、岐阜一・五九、滋賀一・九一、愛媛一・九八、佐賀一・九二、大分一・八八）、医師数二人以下の病院が全病院に占める割合は福島県で七一%、岩手、新潟、石川、福井、滋賀、山口の各県で六〇%を占める。石川県では四〇%が一人医長の状態であった。これまで一人医長の活躍でかるうじて支えられてきた、これら地域医療の中核病院からの中堅医師たちの撤退が相次いだ。

のちに「産科難民」という言葉まで生まれた産科医療圏退縮のドミノ倒し。最初の駒を倒したのは、他ならぬ大野病院事件の一人医長の逮捕・起訴であった。

捜査当局のシナリオ

多くの医療関係者が、捜査当局の「筋読み」に大きく影響しているのではないかと指摘するひとつの医療刑事事件がある。二〇〇二年におこった東京慈恵会医科大学付属青戸病院腹腔鏡事件がそれだ。同年一月、前立腺癌の男性患者に、

腹腔鏡下手術の十分な経験のない医師三名が、指導医無しで執刀し、大量出血による脳死で死亡させたとして、刑事事件に発展したものである。事件当時、前立腺癌の腹腔鏡下手術は高度先進医療（〇七年からは先進医療と呼称されるようになった）として厚生労働大臣の承認を受けた「特定承認保険医療機関」と呼ばれる認定医療機関でしか、その施行は許されていなかった。青戸病院はこの認定を受けていなかったことに加え、患者側への執刀医に関する情報提供が成されていない、器具のマニュアルを読みながら手術をおこなう、大量出血に備えた輸血用血液を確保していないなど、杜撰な手術体制が指摘された。

二〇〇六年六月一五日、東京地裁は手術にかかわった泌尿器科医師三名に対して、「医師の基本を忘れた無謀な行為」として、主治医に禁固二年六月、執行猶予五年（求刑・禁固二年六月）、執刀医（四〇）と手術助手（三五）両医師にそれぞれ禁固二年、執行猶予四年（求刑・禁固二年六月）の有罪判決を言い渡した。

判決文のなかで、裁判長は三人の医師について、「手術経験を積みたという自己中心的な利益を優先させた結果、止血処理を怠り、漫然と手術を続け、適切な時期に開腹手術へ変更する判断ができず、男性患者を死亡させた」と結論付けた。

大野病院事件において、捜査当局はクーパーによる胎盤剥離を「教科書には載っていない手技『実験的手法』」と考えていた節がある。たとえば加藤医師は起訴前、身柄拘束中の取

調べ中、クーパーで胎盤剥離をして学会発表でもしようと思っていたのか」との問いを取調べ官から受けている。

「クーパーによって胎盤を剥離してみようという」自己中心的な利益を優先させた結果、止血処理を怠り、漫然と胎盤剥離を続け、適切な時期に子宮摘出術へ変更する判断ができず、患者を死亡させた」というのが、本件を青戸病院事件の類型事件として、色眼鏡でみていた検察のシナリオだったのでないか？ 多くの医療関係者はそう考えている。

「いくら検察官にクーパー使用に至る手術経過を説明しても理解してもらえなかった」というのは加藤医師の弁であるが、特別弁護士として公判に携わった筆者も全く同感である。たとえば弁護団の会議において、弁護士にクーパーの使用法を理解してもらうのに、まず利き手でどのようにクーパーを保持し、どのような角度で組織剥離するのかをひとつひとつ説明していかなくてはならないのである。議論しなければならぬ本質は、基本的な施術法の一歩先にある医療裁量であるにもかかわらず、である。最初から「クーパーによって無理な剥離を加えた」というシナリオありきの検察官に、加藤医師がいくら説明したところで、クーパー使用の合目的性は到底理解されるはずもなく、あるいは理解する意図すらなかったであろうことは容易に推察されるのである。

高次施設でも救命は困難

「癒着と判断した時点で子宮摘出に移行すべき」

検察側シナリオの中核をなすこのゴールデン・スタンダードだが、実践医療とは大きく乖離している。たとえば「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が二〇〇八年五月に「評価結果の概要」としてホームページ上に公表した事案がある。二〇〇六年一月に首都圏の周産期医療の中核施設でおこったケースで、事例の概要は以下のとおりである。

『既往歴に二回帝王切開手術を受けた二〇歳代の女性で今回は妊娠早期より前置胎盤と前の帝王切開創への癒着胎盤と診断され、自己血の貯血と輸血を準備し帝王切開を予定していた。予定した帝王切開まで子宮収縮抑制薬を点滴投与していたにも拘わらず妊娠三三週に性器出血が増量し、さらに破水し、陣痛が発来したため緊急帝王切開をした。手術は帝王切開に引き続き、胎盤を剥離することなく直ちに子宮全摘術を行ったが、摘出直後に予期せぬ心拍停止が発生し、急激な予測不能な大量出血により母体死亡を来した。……直接の死因は、帝王切開および子宮摘出直後の突然の不整脈に続く心停止状態と想定以上、突発的と思えるほどの急激な大量出血による循環血液量の減少に伴う循環障害、心不全である。なお正確な出血部位は不明である。何らかの原因で産科DICが合併していた』

この症例では病理解剖がおこなわれており、嵌入胎盤は認められたが程度の重い穿通胎盤は認められず、前壁、後壁の

違いはあるものの、大野病院事件における患者死亡の転帰と極めてよく似ている。そして調査分析モデル事業の調査委員会は「医療界への要望」として、報告書の最後に異例の声明を付け加えている。

『当該医療施設は周産期でも有数の施設であり、そのような機関でも本症例は不幸な転帰を辿ってしまった。手術開始前から出血が始まり、手術開始と同時に短時間に予期せぬ大量出血から生じたものと推測する。産科領域では、分娩を中心に稀有に見聞するが、急激な失血を正確に測定すること、またそれに対応した輸血を考えると、今日の治療では（救命は）難しかったかも知れない。なお、本事例のケースでの周術期死亡率は七・四％とも報告されている。学術集会では貴重で稀な症例が発表され、無論成功例から学ぶことも大事である。しかしながら患者を救命することを使命とする医療従事者は、処置し難い症例が現実には存在し、不幸な転帰を辿る症例もあり対処出来るように努めなければいけない。またこのような症例が現実にあることを医療界だけでなく、一般の方々にも開示し理解して頂くことを希望する』

医療プロセスをどのように評価するのか

産科診療に限らず、医療に完全なものはない。かつてこの事実は広く社会に認知されていた。医学・医療技術がどれだけ進歩しようとも、この事実だけは変わらない。自動車の運

転や航空機の操縦などは、マニュアル通りに行えば、原則として事故は起きない。しかし医療の対象となるのは基本的に健康体ではなく、なんらかの疾病をもっている。この疾病の病態は、時々刻々と変化する上、個体差もある。臨機応変に対応しなければならぬのは当然で、そのプロセスを飛び越えて、ただ結果責任を重視することは適切ではない。

医療行為は症例によつては死の危険と隣り合わせである。診療内容のわずかな差が死に直結することも決して稀ではない。この事実をもつて、死の予見可能性はあるのであるから、これを刑法上の予見義務ととられることには無理がある。くりかえすが医療は万能ではなく、いまだに医学にとつて未知の領域も多く、おのずと限界があるのだ。

多面化、専門化する医療ではあるが、医療情報は原則公開の流れの中で、予期せぬ結果がおこつた場合、その事態に至るまでのプロセスに専門的解析（ピア・レビュー）を加え、評価しなければならぬ。

民事医療裁判には「鑑定人推薦制度」がある。この制度は最高裁判所・医事関係訴訟委員会から専門学会（日本産科婦人科学会など）に依頼されるもので、専門学会からは医療裁判における最も適した推薦鑑定人が推薦される。推薦鑑定人は第三者的立場から医療プロセスの評価をおこなうわけだが、基本的におこなわれた医療行為が次の分類のいずれにあてはまるかが評価の基本となる。

1 **故意**（医療を介在した犯罪であり、殺人や傷害にあたる）
2 **ケアレス事故**（いわゆるうっかりミス。薬の取り違えや単純操作ミスがこれにあたる。単純な不注意や思い違いによつて、本来の目的と異なる動作をしてしまった場合）

3 **未熟性による事故**（知識や技術の経験不足による。プロフェッショナルとしての水準を満たしていないのが明白な場合）

4 **プロフェッショナル事案**（プロフェッショナルがその裁量の元におこつた判断や行為が、結果的に良くない結果を生じたもの）

5 **ハイリスク事案**（ある確率で必然的におこる良くない結果）

6 **関連なし**（医療行為という当該事実に因果関係がない、または当該事案がない場合）

1 は日本では極めて稀であるが、当然有責。2 のケアレス事故と3 の未熟性事故は、通常、鑑定上は過失と認定する（むしろケアレスミスでも未熟性によるミスも、その裏に医師や看護師の過重労働など診療体制全体のシステムエラーの積み重なって起こる場合もある）。さらに4 のプロフェッショナルは正当行為、5 のハイリスクは不可抗力にあたり、過失ではなく無責である。前置胎盤は癒着の有無にかかわらず医学的にはハイリスクに分類され、しばしば母体死亡の原因ともなる。一九九一年から九二年の二年間に日本で起こつた母体死亡二三〇例のうち

ち、その原因について詳しく調査できた一九七例の検討（厚生省心身障害研究：妊産婦死亡の防止に関する研究、平成八年度研究報告書）では、前置胎盤による死亡は七例（三・六%、四例は癒着胎盤合併）であり、いずれも児娩出後の子宮収縮の不良によるDICを合併した失血性ショックによると考えられている。

したがって県立大野病院事件の場合、加藤医師の行った医療プロセスは、六段階のうち「ハイリスク事案」に相当する。次に「プロフェッショナル事案」の側面から、加藤医師の手術プロセスを、さらに詳細にトレースしてみよう。

手術に際して、加藤医師は術者として患者の左側に立つて手術を開始した。術者が患者の右に立つのか左に立つのかは本件においては重要な意味をもつ。まず彼は患者の腹部を縦切開で開腹し、子宮前面を十分露出させたのちに消毒済みの超音波プローベを子宮前壁に直接あてる術中超音波検査を施行し、子宮前壁に胎盤の深い癒着がないことを確認してから、胎盤実質を避ける形で子宮前壁のやや高い位置でU字型の横切開創を加え、スムーズに胎児を娩出させている。ここで留意してもらいたいのは、U字型の切開というのは、帝王切開時、加藤医師がいつもおこなっている切開方法で、検察の指摘にある「前壁に癒着した胎盤を切開するために、わざわざU字型に切開したのではないことだ。

胎児を娩出させたあと、患者の左側に立った加藤医師はまずは右手をU字状の切開の中から子宮内に入れて、子宮後壁

に付着していた前置胎盤の上縁から用手剥離を開始する。

しばらく剥離を続けたところ用手剥離に抵抗が出てきたことから、はがれた胎盤部位をペアン等で把持し挙上しながら、左手ですでに剥離し終わった胎盤を反転させたところ、子宮収縮の悪かったこともあって、子宮後壁と胎盤の癒着面を確実に目視することができた。左手で反転させていた胎盤剥離部分のヴォリュームからみて、あと少し剥離すれば胎盤剥離ができるかと判断した彼は、癒着面をさらに目視できるように展開させ、利き手である右手でクーパーを把持し、子宮筋層を傷つけないようにクーパーによる剥離を継続。ある時点で剥離すると、残った子宮前壁の胎盤は「するりと」自然剥離した（第一助手の外科医も「子宮前壁の胎盤はするりと剥がれた」と証言している）。

麻酔記録から明らかなのは、午後二時三七分に児娩出、午後二時四〇分に胎盤用手剥離開始、この時点での出血量は羊水込みで二〇〇ml、午後二時五〇分胎盤剥離完了。午後二時五二〜五三分、出血量（羊水込み）二五五mlで胎盤剥離完遂に要した時間は約一〇分、胎盤剥離中の出血量は最大五五五mlで、この胎盤剥離作業中、加藤医師の行った医療プロセスには全く過失は認められないといつてよい。

つまり加藤医師の胎盤剥離中のプロフェッショナルとしての判断に過失と呼べる行為は存在せず、とするとこの事例では「医師は正当行為をおこなったものの、不可抗力の結果、

患者の死亡に至った事案」という評価がなされるべきである。

わかりにくい届出制度

医師法二一条は「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならぬ」と定めている。しかし、厚生労働省・警察庁の解釈は、各々「殺人若しくは虐待によつて死亡した等の状況を医師が考えたときには警察へ届け出ることという協力法として位置付けられている」（医政局長国会答弁）、「届け出対象は医師の裁量」（刑事局長国会答弁）というものである。どのような要件を満たしたときに警察に届け出る必要があるのかについては、医療界で統一した見解があるわけではなく、権限を有する行政機関の公的解釈が示されているわけでもない。

混乱のそもそもの発端は、一九九四年の日本法医学会のガイドライン（『異状死』ガイドライン、一九九四年五月。不慮の事故等による死亡、診療行為に関連した予期しない死亡やその疑いのあるもの等を異状死として定義）、二〇〇〇年に公表された国立大学医学部附属病院長会議常置委員会の提言（「医療事故防止のため安全管理体制の確立について 『医療事故防止方策の策定に関する作業部会』中間報告」、二〇〇〇年五月。医療行為について刑事事件を問われる可能性がある場合は速やかに警察に届け出ることが

望ましい、判断に迷うような場合であっても先ずは速やかに警察署に連絡することが望ましい」との見解を示している）と、厚生労働省保健医療局国立病院部の指針（「リスクマネージメントマニュアル作成指針」、二〇〇〇年八月。「医療過誤によつて死亡または傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設庁は、速やかに所轄警察署に届出をおこなう」としている）にある。実際、警察への届出件数は二〇〇〇年を境に急増している（図参照）。

このガイドライン浮上の伏線として、一九九九年一月におこつた横浜市立大学病院での患者取り違い事件（肺の手術予定だった男性患者と心臓の手術予定の男性患者を取り違えて執刀）が起きて大きく報道され、次いで翌二月に都立広尾病院事件が発生（看護師が点滴薬を取り違えて注入し患者が死亡）したことがある。後者では、過誤をおかした看護師と事後処理にあつた主治医、病院長、そして監督者たる東京都衛生局の対応が問われ、看護師二名は業務上過失致死罪で禁錮一年と禁錮七ヶ月（それぞれ執行猶予つき）の刑が確定したのに対し、他の当事者について、死亡診断書に虚偽の記載をしたとして虚偽有印公文書作成・同行使罪の他、患者死亡確認後二十四時間以内に警察届出がなされなかつたとして医師法二一条違反で起訴がなされ、一部の被告人については最高裁まで争う事態となった。

また、届け出を受理する所管警察の対応に一貫性がないことが問題をさらに複雑化させている。届出受理後の扱いは所轄警察署による「事件性の判断」という甚だ曖昧な基準に委

ねられており、刑事立件されるものから全く刑事立件されないものまでバラバラで、予想困難な経過を辿っているというのが実情である。そして何よりも現場を混乱させているのは、その患者の死が異状死に当たるか否かが曖昧なことである。

不幸にして医療事故がおこってしまった時に、もつとも大切なものが、患者・家族への真摯な説明であることは論を俟たない。また、医療の質と安全を向上させていくという観点からは、臨床経過を公正な目で評価し、再発防止につなげていくことが何より重要である。だが現状はほど遠い。一旦、業務上過失致死被疑事件としての犯罪捜査が開始されれば、捜査の密行性を保持するために、たとえば司法解剖結果などは医療機関ばかりか、患者・家族にさえ知らされなくなる。

刑事、民事を含めた訴訟および行政処分は、医療の質を管理するひとつの方策ではある。しかし個人責任の追及に終始すれば、その背後にあるシステムエラー（人的ミスではなく、組織等に起因するミス）は見えて来ない。事故の真相は闇に葬られ、事故の教訓を再発防止につなげることはできなくなる。そもそも施設（法人）処罰の概念すらない刑事司法の医療事故への介入では、防衛的医療など負の側面しか生み出さない。医療の質の評価の目的が、医療水準をいかに劣化させずに保持し、さらに向上させることであるかを考えると、医療の質の評価の「鬼つこ」ともいうべき医療への刑事司法介入は、目的と手段が逆転したアプローチ手法といわざるを得ない。

問われる事故調査委員会のあり方

医療の質、とくにアウトカムの評価として、事故調査委員会は重要である。事故調査委員会のあり方については、医療界のみならず産業界においても議論が活発だ。当然ながら、事故調査委員会の目的は「事故の再発防止」であり、事故調査報告書の構成は「事実情報の収集・把握」「解析」「結果」「鑑定・勧告」に分かれる。しかし県立大野病院事件を例にあげるまでもなく、しばしばこの事故調査報告書が刑事捜査の端緒になることもある。また大野病院事件が発端となり、厚生省が「医療版第三者事故調」として打ち出した「医療安全調査委員会」構想を巡る議論も活性化し、事故調査の実施と捜査手続きをいかに統合し制度として見直すかという機運がかつてなく高まりつつある。この際、常に問題となるのは、調査対象者に対する手続き的権利（黙秘権）の保証、事故調査によって得られた資料の利用制限である。

航空機事故に係る事故調査報告書に関しては、「事実情報」以外の目的外使用禁止を法で定めている国もある。日本では一九七二年に警察庁と当時の運輸省との間で取り交わされた「航空事故調査委員会設置法案に関する覚書」、一九七五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「犯罪捜査と事故調査の実施に関する細目」に基づき、相互に一定の協力をおこなうこととしている。米国では、故意犯であ

るといふ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 (National Transportation Safety Board: 国家運輸安全委員会) が、FBI に対して優先権をもつとされる。単純過失による行為が原則として処罰されないアメリカと、単純過失行為により人の死傷が生じたときにそれが処罰の対象となることに国民のおよその合意があると思われる日本とでは、前提が異なるものの、いずれにせよ刑事司法の介入によつて事故調査の情報収集が阻害されるようなことは医療の質をマネージメントする意味からは負の効果しか得られない。

一方で、国民の視点からとらえれば、事故調査の対象がいくら個人の過失責任の追及から本来のシステムエラー描出に切り替わつたとしても、事故調査の結果が画一的な「再発防止」に収束するだけでは真の被害者救済には繋がらないとする考え方もある。

例えば一九八五年八月一二日に日本航空一二三便が群馬県御巢鷹山に墜落し、乗客・乗員五四〇名が死亡(四名が生存)した「日航一二三便墜落事故」に関する運輸省航空機事故調査委員会による事故報告書では、調査対象が航空機に絞られ、人の死傷に関する分析はごくわずかしかなされていない。当初四名の生存者以外は即死と判断された。その後、生存者の証言から、機体墜落直後、周囲の話し声やうめき声が聞こえていたことが明らかになった。さらに米国におけるNTSBの調査結果「人が容易に死に至る機体衝撃度(二点シートベル

トで前方方向に二〇〜二五Gが臨界点)」を踏まえ「生存率向上対策」という概念が形成され、航空機クライシスにおける生存率を左右する座席およびシートベルトの安全化の研究に生かされている。

医療紛争においても同様に、個人の過失追及からシステムエラーの描出への転換、さらには医療クライシスが起こつた際の生存率向上をエンド・ポイントとする調査委員会のあり方が検証されるべきである。言い換えれば、先端医療技術の進歩、普及に歩調をあわせ多様化・多層化するであろう近未来医療像を見据えた先に、「リスク・マネージメント」から一歩進めた「クライシス・マネージメント」への着想の転換が研究されるべきである。

医療刑事事件、起訴されれば有罪か？

日本では刑事事件は起訴されれば九九%が有罪とされる。オランダ人ジャーナリストでアムステルダム大学教授のカレル・ヴァン・ウォルフレン氏はその著書『日本ノ権力構造の謎』(早川書房)において「これでは検察官が事実上の裁判官である」と述べている。また平野龍一東大名誉教授は「現行刑事訴訟の診断」の中で「欧米の裁判所は『有罪か無罪か』を判断するところ』なのに反し、日本の裁判所は『有罪であることを確認するところ』であるといつてよい」と指摘し、「検察官司法」に対する批判を肯定する。

医療刑事事件の分野に関しても、果たしてこの原則は貫かれるのであろうか。近時の患者死亡に関わる医療刑事事件を見ると、潮流は明らかに変わりつつあるように思われる。

まず東京女子医科大学人工心肺フィルター目詰まり事件を例に挙げよう。二〇〇一年三月二日、心房中隔欠損症及び肺動脈弁狭窄症の一二歳女児の手術時に、人工心肺装置による脱血の不具合により、患児が手術後三日目に重度の脳障害により死に至った事案であり、人工心肺の操作担当医師（当時三八歳、循環器小児外科）の操作ミスによる業務上過失致死が争われた。院内事故調査委員会のメンバーは、泌尿器科、循環器内科、麻酔科の医師三名であり、この分野の専門家が不在であったこと、無罪を根拠づける重要証拠である三学会合同委員会（日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本人工臓器学会）の調査報告書（操作ミスではなく、装置内のガスフィルターが飽和水蒸気によって閉塞し、陰圧吸引ができなくなったことを実証した）が長い問証拠不同意とされ、法廷に顕出されなかったことなどで、起訴から一審判決まで三年四カ月経過がしたのち、東京地裁は無罪判決（東京高裁に係属中）を言い渡している。

次に杏林大学割り箸事件が挙げられる。これは一九九九年七月、四歳九カ月の男児が割りばしをくわえて転倒、大学病院を受診して処置を受けて帰宅したものの、翌日に死亡した事案で、当時三四歳の当直担当の耳鼻咽喉科医師に対して、

割り箸が頭蓋内に残っていることへの予見義務違反および結果回避義務違反が争われた。この事案では検察官、弁護士双方とも書証に同意しないため多数の人証調べが必要となり、公判回数は実に四五回を数え、二〇〇二年八月の起訴から〇六年三月まで三年八カ月経過したのちに、東京地裁は、因果関係（救命可能性）を否定し、無罪とした（割り箸が頭蓋内に残っていることについては予見可能性を認めた。現在も東京高裁に係属中）。

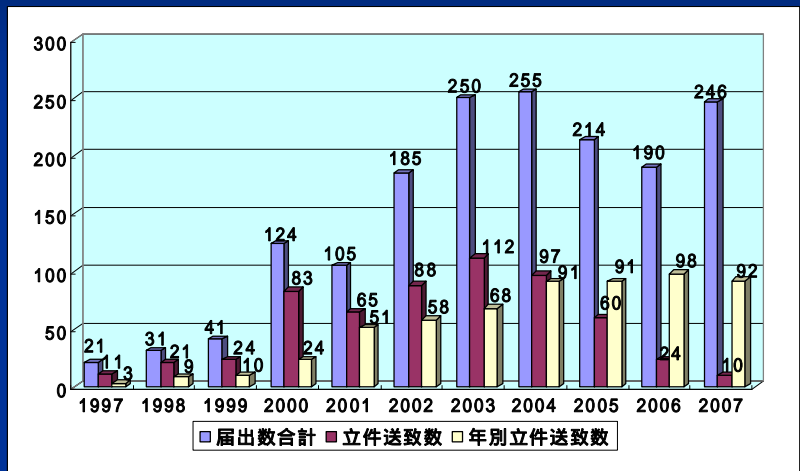
一方で、同じ事案に関する民事裁判において二〇〇八年二月一二日に東京地裁は、「当時割りばしなどの木片が頭蓋底を刺し頭蓋内損傷が生じるとの医学的知見は確立されていなかった」とした上で、「当直医に患児の頭蓋内損傷を予見することが可能であったとは認められず、予見義務はなく、診療行為に過失はない」と判断した。

つまり刑事事件において、当直医の予見義務違反および結果回避義務違反（過失）を認めるものの、これらの過失と男児の死亡との因果関係が認められないとされたのに対し、民事事件においては、予見義務（過失）はないと判断されたのだ。「高度の蓋然性」「相当程度の可能性」など医療サイドの責任範囲をより広く解釈するはずの民事事件において、むしろ過失なし、と判断されたのは、受診時の男児の意識状態などに関する事実認定が異なったためと思われる。医療訴訟において事実認定がいかに重要な証左であろう。

冒頭に戻ろう。二〇〇八年八月二〇日午前一〇時、福島地方裁判所において県立大野病院事件の判決が言い渡される。司法がいかに本件の奥に潜む真実を見極めるのか、いまは静かに待つだけである。

警察への医療事故届出件数と 立件送致件数の推移

平成20年6月
警察庁発表資料による



* 「年別立件送致数」は届け出の時期にかかわらず、その年に立件送致した件数を示す。2004年以降、4年連続で60件台となっている。一方、「立件送致数」は、その年に届け出等がされた案件のうち、2007年12月31日までに立件送致された件数。例えば、2007年の届け出等件数246件のうち、2007年末まで

に立件されたのは〇件。ただし、今年に入って捜査が進んで立件されるものがあれば、「立件送致数」は増える。