

# 医療事故報告の法的問題について

## ～事故報告事業と憲法38条～

林 田 丞 太

### 1 はじめに

医療事故に関する報道が連日のようになされ、裁判所に提起される訴訟数も増加の一途をたどる今日、いかに事故を防ぎ減少させるかが最大の課題となっている。厚生労働省が積極的に取り組む姿勢を見せ、医療機関、スタッフは日夜医療業務と平行してその対策に追われている。医療機関は事故防止のための組織を構築し、マニュアル作成なども行い、事故へとつながる可能性のある要因を一つずつ排除するよう努めている。また、各スタッフも自己の業務において、従来以上の注意を払い、チェックを重ね、個人レベルで行うべき防止策を重ねている。そして、多くの医療機関では組織的対応（学習的方法）による事故防止策が実施されており、理論的には事故は減少する方法がとられている。具体的には、ヒヤリ・ハット報告および事故報告を院内で奨励し、収集・検討したうえで対応策を現場に提示する流れで行われる。成果が明らかに数字として現われるにはもう少しばかりの期間を要する。このシステムの中で最も重要になるのがシステムの端緒でもある報告制度であろうと思われる。報告をいかに促しスタッフの積極的な報告へとつなげていくかが成否の鍵を握ると言える。今日ではこれをさらに進め、院内にとどまらず院外報告制度を国レベルで行なう状況にある。

ただそこには、医療事故防止のための報告制度に内在する法的な問題点も看過できない。この問題は、医療事故防止という目標へ向けての取り組みと医療に携わる者の置かれた状況の相剋でもある。そこで本論においては、今日に至るまでの事故防止策を概観し、事故報告制度と憲法38条との関係について考察を進めていくこととする。

### 2 医療事故防止事業の概要

#### 2-1 厚生労働省の取り組み

厚生労働省が本格的に組織だった対策を始めたのは平成11年1月に起こった横浜市立大学付属病院での患者取り違え手術事件がきっかけであった。平成11年2月の患者誤認予防に関する検討会を立ち上げ、さらに同年から人的要因及び物的要因に関する医療安全に関する調査研究のための「医療安全管理体制確保に関する調査研究」を実施することとした。

翌12年3月には医療関係団体に対し、医療事故防止に関する要請、医療安全に関する連絡等行うための医療安全対策連絡会議を開催（平成12年3月より4回開催）。平成12年4月には特定機能病院における安全管理体制の充実を図るため、(1)安全管理のための指針の整備、(2)事故等の院内報告制度の整備、(3)委員会の開催、(4)職員研修の開催の取組という4点を管理者の義務及び業務報告事項とする強化策を打ち出した。この中で、厚生労働省の対策として初めて、事故等が発生した際の院内報告制度がだされることとなった。また同年5月からは、医薬品、医療用具をはじめ医療上使用される製品の容器、仕様、名称などの物的要因による医療ミス事例の情報を幅広く収集・分析し、原因の究明及び具体的な改善策を検討し、実施するためのシステム作りが始められた<sup>(1)</sup>。これは薬事法で規制する物品等に関する事故防止のための報告制度といえる。さらに、国立医療機関向けの「リスクマネジメントスタンダードマニュアル作成指針」を作成し（平成12年8月）、医療安全対策特定機能病院長会議を開催。その中で特定機能病院の管理者に対し、医療事故防止に関する緊急要請を行った（平成12年9月開催）。

平成13年3月には、各医療機関における取組支援のため、厚生労働省及び関係団体等における医療の安全対策に係る報告書等を全国の病院、有床診療所等に配布。続いて、医療の安全に関する企画立案等をはじめ体系的な取り組みを行っていくための医療安全推進室を設置し、省内の組織においても強化を

図った。そして5月に医療安全対策の企画、立案及び関連事項に関する審議を行い、医療、安全の推進を図ることを目的として医療安全対策検討会議を設置した。この検討会議の成果は、同年10月から始まった医療安全対策ネットワーク整備事業の一環としてのヒヤリ・ハット報告事業平成16年改正に反映されることとなった。

平成14年4月には医療安全対策検討会議が医療安全推進総合対策をとりまとめ<sup>(2)</sup>、その中で医療安全のための組織的な管理業務が確実に行われるよう取り組むことの必要性が指摘された。これを受けて8月には、すべての病院及び有床診療所に安全管理委員会の開催や事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずるよう安全管理体制を確保するなど4項目を義務付ける医療法施行規則の一部改正がなされた<sup>(3)</sup>。また同年10月1日からは、診療報酬において医療安全管理体制が未整備な場合の減算も施行された。

平成15年4月には、患者・家族からの苦情や相談等に対して、中立的な立場で当事者間の問題解決に向けた取り組みを支援することを目的に「医療安全支援センター」が各都道府県、保健所設置市区および二次医療圏に設置する事業が開始された。また同月、厚生労働省の「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会」が報告書をまとめ、医療安全対策のためにはヒヤリ・ハット報告だけではなく事故報告の必要性を提言した。12月には、それまでの様々な安全対策への取り組みの中、医療事故が相次ぎ、医師の逮捕にまで及ぶ状況に危機感を募らせ、「人」、「施設」、「もの」の三つの柱をたて、新たな取り組み、対策の強化を進めるべく、異例の厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール<sup>(4)</sup>を出すに至った。

さらに、平成16年3月の総務省「行政評価・監視の結果に基づく勧告」の中では重大事故事例の報告を義務づけるよう求めている。勧告は、ヒヤリ・ハット事例収集事業に対し一定の評価をしながらも、院内報告制におけるヒヤリ・ハットと事故の範囲に大きなばらつきがあり、「インシデント事例から医療事故事例のうち重大な結果につながり得る重要な類型を捕捉することには限界があるため、医療事故事例そのものの収集・分析が不可欠である」とし、病院及び有床診療所に対して院内報告が義務付けられ、重大な医療事故を把握することは以前より容易になったことから、「すべての病院及び有床診療所に重大な医療事故事例の報告を義務付け、それらを分析し、有効な再発防止策を医療機関等に対し情報提供する仕組みの導入を推進する必要」があると結んでいる。そして同年9月には特定の医療機関に対し事故報告を義務付ける医療法施行規則の一部改正がなされ<sup>(5)</sup>、すべての医療機関ではないものの、医療事故の院外報告義務制度が始動することとなる。

## 2-2 ヒヤリ・ハット事例収集事業

本事業はヒヤリ・ハット事例を収集、分析し、対策を考えそれを現場にフィードバックすることで、事故防止をはかろうとするとところから始まった。それまで厚生労働省が奨励してきた報告制度は、院内報告制度であり、各医療機関単位での収集、分析、対策であった。これを個々の医療機関の事情に基づく要因を超えて、各医療機関に共通する要因や改善策を広く収集し、医療機関が医療安全対策に有用な情報を共有するとともに、情報提供も医療機関等に限らず、広く国民にも提供する事業である。

報告を行う医療機関についてみると、発足当初は特定機能病院、国立病院、国立療養所、国立高度専門医療センターであったが（報告を義務づけ）、平成16年4月から対象を拡大し全医療機関とした。上記の報告を義務づけられた機関以外の医療機関は任意の参加であり、参加を希望する場合には登録のうえ参加できるというものである。

収集するヒヤリ・ハット事例についてみると、本事業開始時には、(1)誤った医療行為等が患者に実施される前に発見された事例、(2)誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例という2種であったが平成16年4月からは、(3)誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例が新たに追加された。

また、収集情報は、(1)医療機関に広く情報提供することが重要であると考えられるヒヤリ・ハット事例については発生要因や改善方策等を記述情報として収集し、(2)ヒヤリ・ハット事例全般についてはそ

の発生傾向等を把握するため、発生場面や内容等を全般コード化情報として収集する。そして全般コード化情報については、経時的比較等の分析を実施するために医療機関を定点化し、定点となった医療機関は年2回、継続的に報告することとなっている。

このようにして収集された事例は、発足当初は特定機能病院等の医療機関からの情報を医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構が収集し、それを厚生労働省の医療安全対策検討部会下のヒヤリ・ハット事例検討作業部会で分析・改善策の検討が行われ公開されていた。しかし、事故報告の収集を想定した場合には、厚生労働省とは別の第三者機関で取り扱うべきとの見解から、平成16年4月1日より「財団法人日本医療機能評価機構」に移管した。日本医療機能評価機構が収集したヒヤリ・ハット事例は評価機構内で分析し、専門家からの改善策とともにweb上で一般に公開している<sup>(6)</sup>。また同時に、厚生労働省の医療安全対策検討会議においても独自に検討し、その結果を同じように厚生労働省のweb上で公開している<sup>(7)</sup>。

このような事例収集においては、たとえヒヤリ・ハット事例であっても情報の取り扱いには慎重でなければならない。本事業の実施にあたり(1)情報の収集に当たっては、患者、医療従事者又は報告者等の個人を特定し得る情報は対象としない、(2)収集した情報について具体的な医療機関名はあきらかにしない、(3)医療安全対策に係る目的以外には使用しない、(4)収集した情報の管理に当たっては機密性の確保に努める、と事業の通知に記されている。

### 2-3 医療事故事例収集事業

ヒヤリ・ハット事例の収集事業が始まった当初より、医療事故防止にはヒヤリ・ハット事例のみならず事故事例の収集が必要であるといわれてきた。しかし、法的責任との関連等の問題があり直ちに開始することができず、長らく検討を重ねてきた。平成14年7月からは「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会」が設置され、平成15年4月に報告書がまとめられるまで10回重ねられてきた検討や医療安全対策検討会議の内容を踏まえ、平成16年9月21日付医療法施行規則の一部改正で医療事故事例収集事業が始められることとなった。

施行規則の改正で事故報告が義務づけられた医療機関は、(1)国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所、(2)独立行政法人国立病院機構の開設する病院、(3)学校教育法に基づく大学の附属施設である病院（分院を除く）、(4)特定機能病院である。その他の医療機関については、報告を義務づけるものではなく、あらかじめ申し出るにより報告を行い、事業に参加することとなる。

報告する事故等の範囲は、(1)誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案、(2)誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限り）、(3)前二号に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び再発の防止に資する事案という警鐘的事例の3つのカテゴリーについて報告を求めている。

また報告を求める項目としては、(1)事案が発生した日時、場所及び診療科名、(2)性別、年齢、病名その他の当該事案に係る患者に関する情報、(3)職種その他の当該事案に係る医療関係者に関する情報、(4)当該事案の内容に関する情報、(5)前各号までに掲げるもののほか、当該事案に関し必要な情報の5つとなっている。このうち(5)の当該事案に関し必要な情報とは、本報告を行うにあたり、院内であらかじめ分析を行うことが求められており、その結果や後日明らかとなる詳細な内容等を指すと考えられる。

これらを日本医療機能評価機構に事故発生から2週間以内に報告することとなっている。

### 3 報告制度の課題

#### 3-1 ヒヤリ・ハット事例収集の状況

ヒヤリ・ハット事例の院内報告制度の導入状況は、総務省の調査によると(8)、調査した217医療機関(9)のうち平成12年度が166機関(76.5%)、平成13年度が203機関(93.5%)、平成14年11月で全機関が導入済みとなっている。その他の医療機関においても、医療事故防止のためのマニュアルの指針を示しながら、作成を促したり、厚生労働省による収集事業が開始するなどの結果、導入機関は全国的に飛躍的に増加している状況にある。

一方、院外報告であるヒヤリ・ハット事例の収集事業についてみると、報告数は事業が始まった平成13年10月当初、報告件数は全般コード化情報が2406事例、重要事例情報が110事例程度(10)であった。それが平成16年1月から3ヶ月間の報告件数は全般コード化情報が13390事例、重要事例情報が1914事例(11)と全般コード化情報では5.5倍、重要事例情報では17.4倍と増加している。また、参加登録した医療機関数も事業開始当初は262施設であったが、報告を行う機関を全医療機関へと拡大した平成16年4月以降では参加登録した医療機関も1146施設と4.3倍へと拡大している。組織的な医療事故防止の必要性が全国の医療機関の関係者に認識され、積極的に参加しようという意識の高まりがみられる。

このように組織的事故防止、報告制度への積極的な協力姿勢はみられるものの、その内容をみると問題がないわけではない。具体的には院内報告を求める事故事例とヒヤリ・ハット事例の内容についてバラツキがみられる。例えば、国立大学医学部付属病院では(12)、報告すべきヒヤリ・ハット事例を、(1)患者に障害が発生した事態、(2)患者に障害が発生する可能性があった事態、(3)患者や家族からの苦情(医療行為に関わるもの)とし、医療事故事例を、(1)医療側に過失があり、(2)患者に一定程度以上の障害(濃厚な処置や治療を要したもののから死亡に至ったものまでの範囲)があり、(1)と(2)に因果関係があるものとしている。この事例の範囲は、厚生労働省の報告書である医療安全推進総合対策の概念とは明らかに異なる内容となっている。国立大学付属病院でいう「医療事故」は一般的な概念として「医療過誤」を意味するところとなっている。これを医療現場で判断し、報告することは困難であろうと考えられる。さらに、ヒヤリ・ハット事例についても、事故事例および苦情・トラブルレポートが混在している。内部規程やマニュアルで報告事例の内容を示していても、ヒヤリ・ハット事例として事故事例が報告されることや、その逆がなされることはどこの医療機関においても経験することであろう。しかし、少なくとも内部規程やマニュアルは、両者を区別し正確にその内容を示しておく必要がある。因に、マニュアルの中には医療事故の範囲を「医療紛争に至ったもののみ」とするもの、あるいは「病院の管理責任を問われると予想される事例」、「障害が一生続くあるいは死亡したもの」に限定しているもの、被害者を患者のみとして医療者が被害にあった場合を除外しているものなど様々に独自の院内ルールが散見される。

以上のような問題は、医療現場でおこっているヒヤリ・ハットや事故を把握して対策をとることに大きな支障となるおそれがある。そして収集した具体的事例を分析し組織的な安全対策を統一的行おうとするとき、院内報告だけではおのずと限界があり、事故報告までを院外報告とし、分析する必要性が求められることとなる。

#### 3-2 事故報告制度の必要性について

医療事故報告を義務化すべきという見解は、医療事故の報道が増加するとともに国民の声としてもあがってきた(13)。厚生労働省も平成14年7月に医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会を立ち上げ、医療事故の被害者、弁護士、国立大学付属病院長などの参考人から意見を聴取し、検討の上で報告書をまとめた。その中で、「国を挙げて医療安全対策を進めていくためには、基礎情報として、全国的な医療事故の発生頻度の把握が必要である」とし、そのためには「全ての医療機関を対象に、事故事例情報を幅広く収集することが必要である。また、事故を防止していく上で有用な事例については、

その内容を具体的に例示した上で、それに該当する情報については全ての医療機関から報告を強く促す方策が重要である」として、医療事故報告制度の必要性を報告している。また、医療問題に携わる弁護士グループも医療事故報告制度について、多数の事例を広く、かつ重大事故を漏れなく収集することが極めて重要であり、そのためには、一定の重大な医療事故については、任意的・自発的報告にとどめることなく、全ての医療機関に対して報告を義務づけ、徹底的な収集を図ることを求めている。同弁護士グループは、そのほか、医療事故情報の収集にあたっては医療機関からの報告のみならず、被害者および第三者からの事故通報を受け入れること、および収集機関は収集した事故情報を分析し、分析結果に基づいて再発防止のための有効な提言を行うことを設置目的とするべきとしている。

他方、報告制度の当事者となる医療機関はどのようにとらえているのであろうか。やはり総務省の調査によると、個々の医療機関内の報告にとどまらず医療機関を越えての医療事故事例を収集・分析の導入について、調査した217医療機関のうち82%にあたる178機関がその必要性を認めている。その内訳を見ると、国立医療機関が57機関のうち47機関（82.5%）、公的医療機関が60機関のうち47機関（78.3%）、社会保険関係医療機関が7機関のうち6機関（85.7%）、さらに民間医療機関についても93機関のうち78機関（83.9%）となっており、いずれの機関においても高い割合である。また導入を必要とする理由としては、医療内容の透明性を高める、あるいは医療事故を未然に防ぐ上で重要かつ必要であるということがあげられており、患者と医療機関の信頼性の回復を求め、同時に医療事故防止に有効であるとの認識が窺える。また同様の質問を25都道府県及び24保健所設置市・特別区に対して行ったところ、20都道府県（80.0%）及び23保健所設置市・特別区（95.8%）が導入の必要があるとの回答を寄せている。

日本医師会は、平成15年12月に出された「医療事故防止緊急対策合同委員会の答申」の中で、日本医師会が取り組むべき具体的提案として院外の報告制度について次ぎのように述べている。すなわち「医療事故の発生・再発防止の観点から、各医療機関で発生した医療事故またはインシデント等の経験例を、他の医療機関でも貴重な教材として活用しうよう情報の共有化を促進する方策を検討する必要がある」<sup>(14)</sup>と。そして、そのための情報収集、分析、フィードバックについては日本医師会が中心となって検討していくこととしている。ヒヤリ・ハット事例については、評価機構の事例収集事業との連携の必要性を考えているものの、事故事例の報告制度については日本医師会が独自の制度を設けるとの考えを示している<sup>(15)</sup>。

このように医療事故の発生予防のためには、ヒヤリ・ハット事例だけでなく、事故事例をも含めた全体事例を国全体のレベルで収集、分析、対策、現場へのフィードバックが必要であることは、様々な立場において認められているところである。その第一歩が、平成16年10月から始まった医療事故事例収集事業であるが、義務化されている医療機関数はわが国の全病院数の2.8%にあたる225機関に過ぎず、ほかの医療機関は任意である。また前記のとおり、日本医師会が独自に報告制度を立ち上げる動きもある。それには、報告する医療関係者が不利益を被るおそれがあるとの問題が存するからにはほかならない。そこで、事故事例報告制度の法的な問題点を考えることとする。

### 3-3 障害となる要因

事故事例報告制度は医療事故の防止に役立たせるべく事故事例を自ら報告し、その事故の原因が報告者の過失に起因する場合には、法的責任を負うことを承知の上で行なうこととなる。そこには、法的責任を負うことを承知の上であえて報告することを求めることが適切なのか、あるいは報告することを義務化することが可能なのかといった問題がある。それでもあえて報告を求めた場合、実際に報告がどれほど行われるのかといった医療事故防止策の成否にかかわる問題でもある。

厚生労働省の医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会の報告書においても、「事故の発生予防・再発防止を目的とする報告によって、報告者が不利益を被ることがあっては不合理であり、事故事例情報の積極的な報告も望むことが難しい」との問題が提起されている。ただ、この点について報告書は「事故事例情報の活用の具体的な仕組みを構築していく際には、医療機関や医療従事者が、いやし

くも防衛医療や萎縮医療に陥ることがないように、適切な対策を併せて講じていくべきである」とし、その対応をいかに行なうかは今後の課題とするにとどまる。同じく厚生労働省の医療安全対策検討会議<sup>(16)</sup>においても委員からの「法的に本当のことを話し、それが刑法上のいろいろな問題とのつながりがあるって不利益になっているようなことを、何かプロテクトするような方法があるのですか」との質問に対し、厚生労働省の担当者は、今後の検討課題としか答えてはいない。また、総務省の勧告も、病院及び有床診療所に重大な医療事故事例の報告を義務付け、それらを分析し、有効な再発防止策を医療機関等に対し情報提供する仕組みの導入を推進する必要があると結論付けているが、この問題についての対応や見解は示されていない。

一部の医療機関に報告が義務づけられ、今後報告制度を拡大し事故防止につなげようとしている現在においても明確にされず曖昧なままになっている。

## 4 憲法第38条第1項との関係

### 4-1 自己負罪拒否権規定

憲法第38条第1項の規定は、「何人も、自己に不利益な供述を強要されない」というもので、いわゆる自己負罪拒否権規定である。これは「何人も自己が刑事上の責任を問われる虞ある事項について供述を強要されないこと」<sup>(17)</sup>を権利として保障するものである。ここでいう「不利益」とは刑事責任を科せられる不利益を意味し、また「供述」は口頭での答弁に限るものではなく、文書の中に自己に不利益な内容が含まれている場合にその提出を強制されない趣旨も含んでいる<sup>(18)</sup>。

「自己に不利益な供述」の範囲は、「純然たる刑事手続においてばかりでなく、それ以外の手続においても実質上刑事責任追及のための資料の取得収集に直接結びつく作用を一般に有する手続にひとしく及ぶ」<sup>(19)</sup>もので、刑事責任に直接結びつく行政手続や民事手続にも及ぶと言える。もう一つ、強要を禁止される「自己に不利益な供述」の内容は、直接証拠となる事実限定されるのか、あるいは刑事事件性を示唆し、犯罪発覚の端緒を与える事実にまで及ぶのかとの争点がある。裁判所の判断も「何人も自己の刑事上の責任を問われる事項につき直接証拠となるべき内容」<sup>(20)</sup>とするもの、あるいは「犯罪発覚の端緒となり得る事実を包含するものでなければ何ら意味がない」<sup>(21)</sup>と保護の対象を広く解釈するものもある。一律にいずれが妥当であるかというのではなく、判例も求める供述の内容、制度の公益性、合理性等を個々に検討し結論を出している。

そこで、医療事故報告制度を定める医療法と同様な行政法令と憲法第38条第1項との関係が争点となった判例を参考に医療事故報告制度と憲法第38条第1項との関係、および法的に可能な報告制度を考えていきたいと思う。

### 4-2 法人税法

法人税法と憲法第38条第1項との関係が争われたのは、税務調査により収集された資料を犯則事件の調査へ利用した事例である。法人税法違反で起訴された被告人側の主張は、犯則調査に先立ち行なわれた税務調査が犯則調査の手段としてなされ利用されているため、この税務調査が法人税法<sup>(22)</sup>156条、163条、憲法31条、35条、38条に違反するというものであった。これについて第一審では憲法38条との関連について「税務調査は、租税の公平かつ確実な賦課徴収という行政目的をもって、課税要件事実を認定し、課税処分を行うために認められた純然たる行政手続である。これに対し、犯則調査は、犯則事件の証憑を収集して、犯則事実の有無や犯則者を確定するために認められ、犯則事実が存在すれば、告発を経て刑事手続に移行する手続である。すなわち、両者はその目的、手続等を異にするものである。よって、法人税法に定める質問検査権を、上記の行政目的を逸脱して、犯則調査の手段として又は犯罪捜査を有利に行おうとするために行使し、調査に藉口して証拠資料を収集することは、刑事手続における令状主義の原則を定めた憲法35条や自己負罪拒否権を定めた同法38条の趣旨に照らして厳に禁止され

るべきものである。しかしながら、法人税法156条は、適法な税務調査中に犯則事件が探知された場合に、これが端緒となって収税官吏による犯則事件としての調査に移行することをも禁ずる趣旨のものとは解されない<sup>(23)</sup>。したがって、税務調査が犯則調査の端緒となったとしても、そのこと自体から本件犯則調査が違法とされるものではない<sup>(24)</sup>と判示した。

同事件の上告審である最高裁においても次のとおり判示している。

「検査が、もっぱら所得税の公平確実な賦課徴収を目的とする手続であって、刑事責任の追及を目的とする手続ではなく、また、そのための資料の取得収集に直接結びつく作用を一般的に有するものでもないこと、および、このような検査制度に公益上の必要性和合理性の存することは、前示のとおりであり、これらの点については、同法70条12号、63条に規定する質問も同様であると解すべきである。そして、憲法38条1項の法意が、何人も自己の刑事上の責任を問われるおそれのある事項について供述を強要されないことを保障したものであると解すべきことは、当裁判所大法廷の判例（昭和27年（あ）第838号同32年2月20日判決・刑集11巻2号802頁）とするところであるが、右規定による保障は、純然たる刑事手続においてばかりではなく、それ以外の手続においても、実質上、刑事責任追及のための資料の取得収集に直接結びつく作用を一般的に有する手続には、ひとしく及ぶものと解するのを相当とする。しかし、旧所得税法70条10号、12号、63条の検査、質問の性質が上述のようなものである以上、右各規定そのものが憲法38条1項にいう『自己に不利益な供述』を強要するものとすることはできず、この点の所論も理由がない。」と判示している。

翻って医療事故報告との比較で本判決をみると、まず第一に、検査の「目的」が刑事責任の追及を目的とする手続ではなく、もっぱら所得税の公平確実な賦課徴収を目的とする手続であることを合憲の理由としている。では医療事故報告の「目的」とはなにか。大目的は医療事故防止のためであり、具体的目的は実際に起こった事故事例を各医療機関を越えて広く収集し事故防止に活用することにある。決して、報告者の刑事責任追及を目的とするものではない。また、刑事責任追及に役立つ資料の取得収集に直接結びつく作用を医療事故報告が一般的に有するものでもない。さらに報告を利用して刑事事件の捜査に着手することを目指すものでもない。この「目的」という要件については、本判決に従うならば医療事故報告も同様の結論を得ることができる。第二に、検査制度に公益上の必要性和合理性があることを根拠としている。この点につき、医療事故報告は、かつて事故が発生した際に採られていた個人責任の追及および懲罰的処分が事故防止においては効果が上がらなかった反省にたって構築されつつある制度であり、その事故防止における必要性和合理性は十分に認められるものとする。ただ、質問検査権と医療事故報告とは、前者が行政からの調査を受けるという受動的立場であるのに対し、後者は個人が院内報告を行い、それを受けて病院が報告を行なうという積極的行動を求められるもので、行為者にとっては一層、精神的障壁が高くかつ厚いものであることは十分に考え得るのである。

#### 4-3 道路交通法

道路交通法72条には交通事故時の報告義務の規定がある。この報告義務規定が憲法38条に抵触しないかということについては、同様の規定が設けられていた旧道路交通取締法施行令のときからしばしば裁判で争われてきた。下級審において2件の違憲判決<sup>(25)</sup>がだされたが、その他はすべて合憲との判決である。その中で旧道路交通取締法施行令と憲法38条1項との関係について最高裁の判決要旨は次のようなものであった。

1. 道路交通取締法施行令第67条第2項は、事故が発生し現場に警察官がいなかったときには直ちに事故の内容及び事故後講じた措置を警察署の警察官に報告し、かつその後の行動につき警察官に指示を受けることを命ずるもので、交通事故発生時の応急措置を定めているに過ぎず、法の目的に鑑みると交通の安全を図る等のため必要かつ合理的な規定として是認されなければならない。

2. 報告すべき「事故の内容」とは、発生した日時、死傷者の数及び負傷の程度並びに物の損壊及びその程度等、交通事故の態様に関する事項を指すもので、それ以上、刑事責任を問われる虞のある事故



の原因その他の事項までも報告義務ある事項に含まれるものとは解されない。

3. 憲法第38条第1項の法意は、自己が刑事上の責任を問われる虞のある事項について供述を強要されないことを保障したものと解すべきで、道路交通取締法施行令第67条第2項により報告を命ずることは、憲法第38条第1項にいう自己に不利益な供述の強要には当たらない。

この判決には2人の裁判官の補足意見が付けられている。2人とも結論としては合憲であるが、理由付けが異なる。奥野裁判官は、報告義務が不利益な供述の強要に当たらないと断定することには躊躇せざるを得ないが、自己の故意過失等主観的な責任原因などは、報告義務の外に置かれていること及び道路交通の安全の保持、事故発生の防止、被害増大の防止、被害者の救護措置等の公共の福祉の要請を考慮すると、黙秘権の行使が制限を受けることも止むを得ず是認されるとしている。また山田裁判官は、警察官等が事故の発生を迅速に知るためには、事故を発生せしめた者に事故発生の事実を通報させることが当然であって、この通報義務違反に対し、行政秩序罰（罰金刑、軽微な懲役、禁錮刑を標準とする）程度の制裁が科せられても国民はこれを甘受しなければならず、通報義務違反に制裁を科すことを規定しても憲法第38条第1項に違反するものではない、との理由である。

現行の道路交通法第72条第1項にも事故時の報告義務が、同法第117条には報告義務違反の罰則が規定されている<sup>(26)</sup>。旧道路交通取締法施行令と同様に憲法第38条第1項との関係が争われたが、そのほとんど<sup>(27)</sup>は合憲としている。合憲とした最高裁は次のように判示した。

「道路交通法第72条第1項前段に規定は、交通事故があったときに、当該車両の運転者等に対し、直ちに車両等の運転を停止して、負傷者を救護し、道路における危険防止する等必要な措置を講じなければならない義務を課するにとどまり、右運転者等に対し自己が刑事上の責任を問われる虞のある事項について供述を強要するものではないから、右各規定が憲法第38条第1項に違反するものでないことは、当裁判所の判例の趣旨に照らしてあきらかである。」<sup>(28)</sup>として、上記判例を踏襲している。

道路交通法72条の報告義務は、運転者等に自ら警察署の警察官に報告するよう罰則つきで求めるもので、報告義務者は運転者もしくは同乗者という事故の当事者である。この点は、医療事故報告も医療機関の責任者を經由するが同様であると考えられる。旧道路交通取締法施行令の判決では、法人税法の判決と同様、「法の目的」および「必要かつ合理的な規定」であるかという点を検討しており、この点は医療事故報告に関し既述のとおりである。これに加え、本判決では、報告すべき「事故の内容」を検討している。すなわち、報告すべき「事故の内容」が刑事責任を問われる可能性のある原因その他の事項まで含む場合には、憲法に抵触する可能性があるが、同法の場合には発生した日時、死傷者数、負傷の程度並びに物の損壊及びその程度等、交通事故の態様に関する事項であり、憲法には抵触しないとする。この点は、医療事故報告制度においても検討を要するであろう。改正医療法施行規則で報告を求める項目<sup>(29)</sup>は次のとおりである。

- 1 当該事案が発生した日時、場所及び診療科名
- 2 性別、年齢、病名その他の当該事案に係る患者に関する情報
- 3 職種その他の当該事案に係る医療関係者に関する情報
- 4 当該事案の内容に関する情報
- 5 前各号までに掲げるもののほか、当該事案に関し必要な情報

1および2は医療事故の態様に関する事項として問題はないといえる。しかし、まず3については、当事者の個人名は含まないものの、当事者の職種(医師については専門医又は認定医資格の有無を含む)、当事者の職種経験(勤続)期間(年月)、当事者のその部署における配属期間(年月)により個人が特定される可能性がある。ただし、当事者の特定が直ちに問題なるわけでもない。前述の道路交通法の報告義務者のほとんどが事故当事者である。他の行政法規における報告義務者もまた同様であり、当事者の氏名を伏せて行なう報告が例外である。名前を伏せての報告で構わないのは、ひとえに事故防止を目



的とするからと理解できる。4の情報に含まれる「事故の内容（テキスト情報）」および5の情報に含まれる「事故原因（テキスト情報）」、「事故の検証状況（テキスト情報）」は、事故の態様を超え刑事責任に直接関連する事項であるといえる。しかも、報告方法がテキストとなっており、その事項については文章で報告する必要がある。問題となりそうな項目は、その他の項目とともに事故防止に役立てるための情報収集には不可欠なものであり、これらの項目を削除したのでは事故報告の目的が達せられない可能性があるため、憲法第38条第1項との整合性を他の方法で見いださなければならない。

#### 4-4 医師法

医師法21条には、医師は死体又は死産児を検案し異状があると認めたときの警察署への届出義務が罰則付きで規定されている。この規定と憲法38条1項が争点となった事例は、医師が自分の担当した患者の死体を検案した結果、看護師が生理食塩水と消毒液を誤って患者へ点滴したことが原因であったため、当該病院の病院長であった被告人が担当医師と共謀のうえ届出義務を果たさず、起訴されたものである。

上告趣意は、看護師の過失による点滴ミスにより患者が死亡した場合、担当医師も監督者として業務上過失致死罪等の刑事責任を負うおそれのある立場であり、このような者にも届出義務を課することは憲法38条1項が保障する自己負罪拒否権を侵害するというものであった。

これに対し最高裁は、次のような理由により合憲とした。

「本件届出義務は、警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にするほか、場合によっては、警察官が緊急に被害の拡大防止措置を講ずるなどして社会防衛を図ることを可能にするという役割をも担った行政手続上の義務と解される。そして、異状死体は、人の死亡を伴う重い犯罪にかかわる可能性があるものであるから、上記のいずれの役割においても本件届出義務の公益上の必要性は高いというべきである。他方、憲法38条1項の法意は、何人も自己が刑事上の責任を問われるおそれのある事項について供述を強要されないことを保障したものと解されるところ（最高裁昭和27年（あ）第838号同32年2月20日大法廷判決・刑集11巻2号802頁参照）、本件届出義務は、医師が、死体を検案して死因等に異状があると認めたときは、そのことを警察署に届け出るものであって、これにより、届出人と死体とのかかわり等、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものではない。また、医師免許は、人の生命を直接左右する診療行為を行う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ものである。このような本件届出義務の性質、内容・程度及び医師という資格の特質と、本件届出義務に関する前記のような公益上の高度の必要性に照らすと、医師が、同義務の履行により、捜査機関に対し自己の犯罪が発覚する端緒を与えることにもなり得るなどの点で、一定の不利益を負う可能性があっても、それは、医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容されるものというべきである。以上によれば、死体を検案して異状を認めた医師は、自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、本件届出義務を負うとすることは、憲法38条1項に違反するものではないと解するのが相当である。このように解すべきことは、当裁判所大法廷の判例の趣旨に徴して明らかである。」<sup>(30)</sup>

この事例は、医療過誤に関わる刑事責任追求の可能性がある場合の届出義務に関するもので、医療事故報告を考えるうえで大変参考になるものである。本判決もまず、医師法第21条の届出義務の目的について述べ、「警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にする」とし、刑事事件の端緒を与える場合においても違憲ではないとし、それまでの多くの判例と同様の判断を示している。また、届出義務の公益上の必要性は高いと判断し、「目的」および「公益性、合理性」という要件を示している。そして届出すべき事項については、届出人と死体とのかかわり等、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものではないとしているが、本件の場合には検案というも、被害者が急変した頃には誤って点滴を行なった看護師からミスの可能性を知らされており、単に外表検査から死因を判定したものではなく点滴ミスの可能性を認識しており、届出の事項は犯罪行為を構成する事項をも含まれていたと考えられる。

したがって、本件では、犯罪捜査に端緒を与え、届出の事項に多少とも犯罪を構成するおそれがあり、

届け出た本人にとり不利益になる可能性が残る。しかし、そうであったとしても、次の点で違憲ではないと判示している。すなわち、「本件届出義務の性質、内容・程度及び医師という資格の特質と、本件届出義務に関する前記のような公益上の高度の必要性に照らすと、医師が、同義務の履行により、捜査機関に対し自己の犯罪が発覚する端緒を与えることにもなり得るなどの点で、一定の不利益を負う可能性があっても、それは、医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容されるものというべきである。」というものである。結局、届出義務の「目的」、「公益性、合理性」、「届出事項」および届出義務者の「資格に伴う社会的責務」を総合的に勘案し、合理的根拠のある負担として許容されるとし、相違はあるもの医療事故報告制度においても参考とすべき点を示している。

## 5 おわりに

医療事故報告制度について憲法との関係で考慮すべき事柄がいくつかある。それは、①「報告の目的」、②「報告制度の公共性と合理性」、③「報告内容・範囲・程度」、④「報告先機関」、⑤「届出義務者の範囲」、⑥「義務化した場合の罰則」である。①～⑥を個別に検討するとともに、総合的にその妥当性を考える必要がある。①については、既述のとおり報告者の刑事責任追及を目的とするものではなく、事故事例を各医療機関を越えて広く収集し事故防止に活用することにある。②「報告制度の公共性と合理性」についても、合理的な事故防止策として院内の取り組みがなされ、院外の報告制度がようやく開始された状況ではより合理的方法が提唱されない限り、報告制度に公共性と合理性が存するといえる。③「報告内容・範囲・程度」は、刑事責任を問われる可能性のある原因その他の事項まで含む場合には、憲法に抵触する可能性がある。改正医療法施行規則が報告を義務づける「事故の内容」、「事故原因」、「事故の検証状況」は刑事責任追及に結びつく可能性がある。この点は④「報告先機関」をも考慮する必要がある。報告先についても改正医療法施行規則により、事故分析に利害関係がなく公正な分析、運営可能な機関を登録させる等の規定がなされており、現時点では日本医療機能評価機構が行なうことになった。他の行政法規みられる警察署や警察官とは異なり、報告先が中立公正な第三者機関であるならば、義務づけられる報告内容が刑事責任に直接結びつく事項でない限り、直ちに憲法に抵触するとは考えにくい。⑤「届出義務者の範囲」について、改正医療法施行規則は医療機関の管理者としているが、実質的に院内報告は医師、歯科医師などの医療機関の職員が行なうこととなる。そして、医師法の判例で示された「資格に伴う社会的責務」という点に注目すると、医療機関には医師、歯科医師のほか看護師、助産師をはじめ、20種近くの国家資格を有する職員、さらに資格を有しない事務職や清掃、賄い職の職員が働いている。文言通りに「資格」ととらえるならば、「資格」を有しない職員は事故報告を行わなくてよいことになる。また、「資格」といっても様々な業務内容があり、医療関係の資格がすべて「人の生命を直接左右する診療行為を行なう資格」に該当するものでもない。それらの点を承知の上で、現実には照らして考えた場合には、医療事故に関わる頻度が比較的多く、「人の生命を直接左右する診療行為」に準ずる行為を行なう資格とすることが妥当であると考えられる。⑥「義務化した場合の罰則」は、制度導入直後の現時点で直ちに考慮すべき点ではないかもしれない。しかし、将来的に全医療機関を対象に報告制度が義務づけられた際には、事故防止に積極的に取り組み報告する医療機関が不利な扱いを受けるという弊害を避け、公平性を保ちつつ事故防止を推進するという観点からも、軽い刑罰を伴うべきであろう。以上の6点を十分に考慮した医療事故報告制度は、憲法上許されるものであると考える。

医療事故報告制度については、この他、報告にもとづく調査権を認めるのか、認めるならばどの機関にどの程度の強制力を持たせるのか、また、報告を収集する機構がどのように情報を管理するのか、更には、一部に要望があり医療事故報告数の増加につながると評される「当事者に免責を与えることを条件にした報告制度」など検討する課題は残されている。しかし、国民から強い支持を受け始まった事故報告制度を今後発展的に考える際には、否定から始めるのではなく、開始され拡大していく過程において現れる問題について、医療事故を減らすことを第一義として一つずつ解決を図る必要がある。

医療事故報告制度は確かに医療関係者に多大な精神的負担を課するものに違いない。また、この制度

の充実だけで医療事故が飛躍的に減少するものでもなく、人員不足、保険制度の改正、マスコミによる報道など事故防止を阻害する要因は、ほかにも多く認められる。しかし、この制度へ積極的に取り組み、その結果、医療現場の実態が白日の下にさらされることで、労働条件や労働環境を始めとする諸問題を国民が知ることになる。そして、医療の現場での仕事がいかに過酷かつ緊張を強いられるのかということをも患者が理解することで医師—患者間の関係を良好なものとし、信頼関係を築ききっかけとなることが理想と考える。

## 【註】

- (1) 具体的な対策例として(1)輸液ラインの誤接続防止のための基準の整備、(2)医療事故を防止するための医薬品の表示の改良、(3)人工呼吸器の安全性確保のための基準の整備があげられている
- (2) この検討会議の成果は12回の検討を重ねた上で約1年後の平成14年4月に報告書（註：『医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～』（厚生労働省医療安全対策検討会議報告書）、じほう）としてまとめられた。
- (3) 「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」平成14年8月14日付、医政発第0830001号厚生労働省医政局長通知
- (4) 厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール 平成15年12月24日

「医療事故が話題にのぼらない日がない程、最近、医療事故が相次いでおり、さらには医療事故に起因して医師が逮捕される等、あってはならない事件も起こっております。

医療は生命を守り、健康を保持するためにあるものですが、医療事故の頻発はこのような医療本来の役割に対する国民の期待や信頼を大きく傷つけるものと言わざるを得ません。厚生労働省としては、医療安全を医療政策の最重要課題のひとつとして位置付け、平成14年4月に関係各界の方々のご意見を基に「医療安全推進総合対策」を策定し、医療安全対策の充実に取り組んできたところであります。また、全国の医療関係者の皆様方におかれましても、医療現場における安全対策の推進に種々御尽力頂いているものと承知しております。

しかし、最近の状況を考えると、この様な状況が続けば国民の医療に対する信頼が大きく揺らぎ、取りかえしのつかぬ事態に陥るのではないかと危惧しております。そこで、このような事態に陥らないように全国の医療関係者の皆様方におかれましては、医療事故を防止し、国民が安心して医療を受けることが出来るよう、安全管理対策の更なる推進に御尽力をいただきますよう心からお願い申し上げます。

さらに、本日の要請に先立ちまして私から厚生労働省の担当部局に対し、「人」、「施設」、「もの」の三つの柱をたて、新たな取り組みあるいは、対策の強化を進めるよう強く指示したところであります。

具体的には、「人」に関する対策として、

- (1) 16年度より始まる医師臨床研修必修化に併せて研修医への安全意識の徹底を図るとともに、学術団体等が行う生涯教育に資する講習会の受講を求めるなどの医師・歯科医師の資質向上への取り組みを進め、医師・歯科医師としてのあるべき知識・技術・倫理の徹底を図る。
- (2) 刑事事件とならなかった医療過誤等にかかる医師法等上の処分の強化を図るとともに、刑事上、民事上の理由を問わず、処分を受けた医師・歯科医師に対する再教育制度について検討する。
- (3) 産業医を十分に活用して医療機関職員に対する安全・衛生管理の徹底を図る

「施設」に関する対策として、

- (1) 第三者機関による事故事例情報の収集・分析・提供のシステムの整備や、医療機能評価機構等の外部機関による評価の受審促進等を通じて医療機関評価の充実を図る
- (2) 手術室や集中治療室などのハイリスク施設・部署におけるリスクの要因の明確化を図り、安全ガイドラインの作成を進める
- (3) 手術の画像記録を患者に提供することによって、手術室の透明性の向上を図る
- (4) 小児救急システムの一層の充実を図る
- (5) 地域の中核となっている周産期医療施設のオープン病院化の研究を進める
- (6) 病院設計における安全思想の導入の強化を図る

医薬品・医療機器・情報等の「もの」に関する対策として、

- (1) 例えばがんなどのように治療に際して手術、化学療法、放射線療法や骨髄移植等の異なる治療法が出来る場合の、その選択に係るEBMを確立し、それらをガイドラインとしてまとめる

- (2)二次元コードやICタグを使った医薬品の管理や名称・外観の類似性評価のためのデータベースの整備、抗がん剤等の特に慎重な取り扱いを要する薬剤の処方の際に条件を明確化することなどを通じて薬剤等の使用に際する安全管理の徹底を図る
- (3)オーダリングシステムの活用や点滴の集中管理、患者がバーコードリーダーを所持して薬や検査時に自らが確認を行うなど、ITを活用した安全対策の推進を図る
- (4)輸血医療を行う医療機関での責任医師及び輸血療法委員会の設置、特定機能病院等での輸血部門の設置により、輸血の管理強化を図る
- (5)新しい技術を用いた安全面でも優れた医療技術の研究開発などを推進している厚生労働省としては、今後とも国民の信頼確保のため全力を傾けて参ります。医療関係者の皆様方の御理解と御協力を重ねてお願いいたします。
- (5)「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」平成16年9月21日付、医政発第0921001号厚生労働省医政局長通知
- (6) <http://www.hiyari-hatto.jp/>
- (7) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1.html>
- (8) 総務省医療事故に関する行政評価・監視結果に基づく勧告 [http://www.soumu.go.jp/s-news/2004/040312\\_1a.html](http://www.soumu.go.jp/s-news/2004/040312_1a.html)
- (9) 特定機能病院33、国立病院・療養所26、その他の医療機関158
- (10) 報告期間は平成13年10月18日より平成13年11月19日
- (11) 報告期間は平成16年2月25日より平成16年5月24日
- (12)『リスクマネジメントシステムとしての「インシデントレポート」の取り扱い方針』平成14年10月31日国立大学医学部付属病院医療安全管理協議会決定
- (13) 特定非営利活動法人、患者のための医療ネットによる「医療事故報告制度に関する意見書」  
[http://www.pm-net.jp/opinion/0302\\_ma\\_report.htm](http://www.pm-net.jp/opinion/0302_ma_report.htm)、  
 医療事故情報センターによる「医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会報告書（案）に対する意見～」  
<http://www3.ocn.ne.jp/~mmic/042ikennsy.pdf>、  
 医療改善ネットワークによる「医療事故報告の義務化に賛成します（意見）」  
<http://www.mi-net.org/op/jikohoukoku030312.html>
- (14)「患者の安全確保に資する『医療事故の防止策』について」p. 7
- (15)「日本醫事新報」P. 23, No. 4, 195, 2004. 9. 18
- (16) 平成16年12月1日開催第18回会議
- (17) 最判昭32・2・20刑集11巻2号802頁
- (18) 宮沢俊義『憲法Ⅱ〔新版〕』（有斐閣）425頁
- (19) 最大判昭47・11・22刑集26巻9号554頁判時684号17頁
- (20) 水戸地判昭36・2・18下刑集3巻1-2号128頁
- (21) 新見簡判昭36・6・6下刑集2巻5-6号869頁
- (22) 法人税法第156条「前3条（当該職員の質問検査権）の規定による質問又は検査の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解してはならない。」
- 第163条「法人税の調査に関する事務に従事している者又は従事していた者が、その事務に関して知ることのできた秘密を漏らし、又は盗用したときは、これを2年以下の懲役又は30万円以下の罰金に処する。」
- (23) 最二判昭51・7・9日判決・裁判集（刑事）201号137頁参照
- (24) 松山地判平13年11月22日判タ1121号264頁
- (25) 違憲とした判決1、神戸地尼崎支昭34・5・28判時189号6頁以下

「事故の内容には、少なくとも、当該日時場所において、当該操縦者の操縦行為によって人の殺傷という結果を生じたことを含むものと考えてのが相当である。このように考えると、当該操縦者は、67条第2項の規定によって、所轄警察署の警察官に対し、人の殺傷の事実は勿論、例えば、当時いかなる操縦行為をしていたかとか、或いは、車体のどこを被害者にあてたかという自己の過失を推定されるような具体的事情等をも報告すべき義務を負わされているものといわなければならない。しかも、同項末段において、警察官の指示がなければ、当該操縦者は、操縦を継続したり、現場を去ってはならない旨定めていることとの関係において、右事情については、事故の現況等に照らし相当詳細に述べるべく要請されているものと考えざるを得ない。ところで、憲法第38条第1項は、『何人も、

自己に不利益な供述を強制されない。』と明定し、自白を強要することを禁止する（黙秘権の保障）。ここにいう自己に不利益な供述とは、一応、自己の刑事責任に関するものであって、自己を有罪とするような事実の供述は勿論これに含まれると考えられるが、刑事責任に関する不利益な供述の強要禁止は、本来の刑事手続に限るという憲法上明文の根拠はないのであるから、行政手続の場合でも、自己が刑事責任を負うおそれがある場合には、供述を強要されることはないとするのが相当である。……令第67条第2項は、例えば、旧道路交通取締令第53条のように操縦者本人等の氏名住所等の申告をさせるという規定の仕方をとることなく、また、単なる事故の届出に終わらせることもなく、更に進んで、当該操縦者に対し、事故の内容となるべき人の殺傷の事実その他右に述べたような事故の具体的諸事情を警察官に報告すべき義務を負わせている訳であるが、かかる事情こそまさに業務上過失致死傷罪その他の犯罪を構成しうべき自己に不利益な事実というべく、自己内容の報告なる名の下にこれが供述を義務づけられることによって、当該操縦者は、捜査機関たる警察官に対し、自己が犯人であることを暴露されるという危険な立場に立たされることとなるから、この点だけから考えても、同条第2項中前記報告義務を規定する部分は右憲法の明文に違反し、無効といわざるを得ない」

違憲とした判決2、秋田地湯沢支昭34・8・19判時198号20頁以下

「ところで右に所謂報告すべき『事故の内容』とは如何なるものであろうか、が考究されなければならぬところである。思うに、その範囲については何等定めるところがないから解釈にまかされているものと解するよりほかはない。素朴に考えて、『事故の内容』と云えば普通『誰が、いつ、どこで、どのようにして（どんな態様又は過程を経て）、誰に、どんな傷害を負わせたか（或は誰を殺したか）』という具体的な事実である。従って本項によれば操縦者自らが自己の操縦行為に因って（どんな仕方で）人を殺傷した結果まで含めて報告することが義務付けられていると解するのが相当である。そうでなければ警察官には、何のこともやら理解できないであろうし、理解出来ないような報告では事故の内容を報告したとは云えまい。結局犯罪の構成事実そのものを述べざるを得ないのではなからうか。換言すれば報告の対象である『事故の内容』は『犯罪事実自体』であると解される。……仮に行政手続過程の強要は許されるものとし不利益供述を強制する規定を定めた場合、この段階における供述をたとえ刑事事件の証拠とされないものとしても、これが必然的に捜査の端緒となり、刑事事件として発展して諸種の証拠が蒐集され、必然的に刑事責任を問われる破目となるからである。故に右の様な行政手続中の供述は自己の刑事責任を問われる虞ある事項についての供述となることを否定できない。従って道路交通取締法施行令第67条第2項中、操縦者の警察に対する報告義務は結局自己の刑事責任を問われる虞ある事実の供述を強要されるものと云わざるを得ないから、これを規定する部分は憲法第38条第1項の明文に違反し、無効といわなければならない。」

- (26) 道路交通法第72条（交通事故の場合の措置）「車両等の交通による人の死傷又は物の損壊（以下「交通事故」という。）があつたときは、当該車両等の運転者その他の乗務員（以下この節において「運転者等」という。）は、直ちに車両等の運転を停止して、負傷者を救護し、道路における危険を防止する等必要な措置を講じなければならない。この場合において、当該車両等の運転者（運転者が死亡し、又は負傷したためやむを得ないときは、その他の乗務員。以下次項において同じ。）は、警察官が現場にいるときは当該警察官に、警察官が現場にいないときは直ちに最寄りの警察署（派出所又は駐在所を含む。以下次項において同じ。）の警察官に当該交通事故が発生した日時及び場所、当該交通事故における死傷者の数及び負傷者の負傷の程度並びに損壊した物及びその損壊の程度、当該交通事故に係る車両等の積載物並びに当該交通事故について講じた措置を報告しなければならない。」

第117条「車両等（軽車両を除く。以下この条において同じ。）の運転者が、当該車両等の交通による人の死傷があった場合において、第72条（交通事故の場合の措置）第1項前段の規定に違反したときは、5年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。」

- (27) 違憲とした判決、岐阜地判昭43・3・27判時514号89頁

「報告を受けた警察官が単に被害者の救護・交通秩序の回復の措置ばかりでなく、注意義務違反・故意過失の有無当該運転者等の主観的責任原因等の追及についても当然関心をもつてであろうことは見易い道理であるから、これらの事項の報告を義務づけることは警察官に対し少なくとも事実上犯罪発覚の端緒となる事実の報告義務を課することに帰するものというべく、かくてこのような事項を報告した当該運転者等は自己の刑事責任を問われる危険を負担せざるをえざるにいたるというべきところ、いわゆる黙秘権を規定した憲法第38条第1項の法意は、何人も自己が刑事上の責任を問われるおそれのある事項について供述を強要されないことを保証するにあるものと解すべく、しからば道路交通法72条1項後段の規定は憲法第38条第1項に違反し、その98条1項によって無効である」

- (28) 最三判昭46・9・28判時644号100頁

- (29) 報告を求める項目（医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について）

## 1 当該事案が発生した日時、場所及び診療科名

発生月、その曜日（祝祭日であるか否かを含む。）、発生時間帯、発生場所、関連する診療科（複数回答可）

## 2 性別、年齢、病名その他の当該事案に係る患者に関する情報

患者の性別、患者の年齢、患者区分（入院又は通院の別）、疾患名（事故に関連したもの）

## 3 職種その他の当該事案に係る医療関係者に関する情報

当事者の職種（医師については専門医又は認定医資格の有無を含む）、当事者の職種経験（勤続）期間（年月）、当事者のその部署における配属期間（年月）、当事者の勤務状況（数値情報：直前1週間の当直または夜勤の回数（夜勤の場合にあたっては、2交代制か3交代制の別を含む））、発見者

## 4 当該事案の内容に関する情報

事故の内容（テキスト情報）、発生場面、事故の程度（死亡、障害の残存、又は治療・処置の別）

## 5 前各号までに掲げるもののほか、当該事案に関し必要な情報

発生要因、患者側の要因（心身状態）、緊急に行った処置（テキスト情報）、事故原因（テキスト情報）、事故の検証状況（テキスト情報）、改善策（テキスト情報）

注1）テキスト情報以外の項目の記載に関しては、医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例の収集分析及び情報提供）の実施について（平成16年3月30日、医政発第0330008号、薬食発第0330010号）の別添2：「全般コード化情報」コード表及び別添3：「記述情報」コード・記述項目表に記載されている内容を参照すること。

注2）改善策や事故原因等の記述情報の一部に関しては、2週間の提出期限時点で判明或いは検討出来ている内容で定的に記載、提出することとし、それ以降改善策や事故原因等の内容が確定するまで随時情報を追加提出することとする。

(30) 最3判平16・4・13判タ1153号95頁

（本学専任講師）