

医療過誤の諸類型と刑事過失

——判例の分析を中心に——

山 中 敬 一

目 次

1. 医療過誤の発現類型
 2. 注射による医療過誤
 3. 調剤・投薬による医療過誤
 4. 麻酔による医療過誤
 5. 採血・輸血による医療過誤
 6. 手術に起因する医療過誤
 7. 医療機器の誤操作に起因する医療過誤
 8. 診断・治療に関する医療過誤
 9. 看護に関する医療過誤
- ま と め

1. 医療過誤の発現類型

医療過誤は、治療行為のさまざまな局面において発生する。それぞれの典型的な局面において発生する医療過誤の事例について、判例をもとにその特徴やその類型およびその過失犯の成立要件、とくにそれぞれの局面における注意義務の根拠と医療水準論の具体的展開などの理論上の問題について検討を加えるのが本稿の目的である。

1. 単純な医療過誤から判断の難しい医療過誤へ

医療過誤には、もとより、典型的で単純なミスで医療過誤の判定が容易なもの、先端医療におけるリスクの高い手術で医療過誤かどうかの判定が難しいものなど様々なものがある。ドイツの判例によって典型的で医療過誤であるこ

とに異論がないのは、次のような事案である。例えば、民事判例であるが、オートバイの事故の被害者が腰に激痛を感じたにもかかわらず、医師がレントゲン撮影をしなかった場合¹⁾、同じく刑事判例によれば、医師が患者の申し立てのみで診断した場合²⁾である。その他、異物を患者の体内に忘れた場合³⁾、その確認手段をとらずに縫合した場合もそうである⁴⁾。手術を補助する看護師もこれを確認する必要がある。医師が、まだ使ったことのない薬を処方する場合に、薬の箱の処方箋を書いたレettelを読まずに投薬し、過剰投与に至ることも、典型的なミスである。ただし、わが国の刑事判例においては、食道の手術を受けた患者の腹腔内に鉗子を遺留したまま腹壁を縫合して、急性膵臓炎によって死亡させた事案については、それ自体は、単純な医療過誤であるが、その死亡との因果関係の存否については別に判断し、鉗子の存在と急性膵臓炎という本件死因との間の因果関係を肯定するには合理的な疑問が残るとして、無罪としたものがある⁵⁾。さらに、民事判例においても、脊椎固定手術のあと、

1) BGHZ 159, 48.

2) BGHSt 3, 91. この判決については別稿「医療過誤と刑事組織過失(2)」(法学論集63巻1号掲載予定)で詳しく検討するが、もともと技術的にも経験上も問題のある医師であったが、患者の「サナダムシ」がおなかにいるという申告のみで、そのように診断したのは医療過誤であるとする。

3) 戦前のわが国の判例では、卵巣嚢腫手術の際にガーゼを腹内に遺留した事案につき、医師の過失を否定した民事判例がある(東京地判明38年)。過失を認めた戦後の判例として、千葉地判昭32・11・15新聞91・18。両判例につき、野田寛『医事法』(中巻・1987年)424頁。なお、ドイツにおいて、身体中に忘れられたものか、脱脂綿、ガーゼ等の小さいものか、タオル、外科用器具などの大きなものかによって分ける見解もある。脱脂綿などは、予め数を数えるのも、事実上できないし、有効ではない。これに対して大きなものは、数えることができるし、大きいので、気がつきやすいというのである(vgl. Kamps, Ärztliche Arbeitsteilung und strafrechtliches Fahrlässigkeitsdelikt, 1981, S. 196ff.)。

4) Schroth, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Behandlungsfehlern, Roxin/Schroth (Hrsg.), Handbuch des Medizinstrafrechts, 3. Aufl., 2007., S. 85. [第4版の当該論文には当該叙述は見当たらなかった]。

5) 釧路地判昭52・2・28刑月9・1=2・82。遺留された鉗子が、患者の膵臓に刺激を与えたとすれば、これによって急性膵臓炎に陥って死亡したといえるが、その因果関係を肯定するには合理的疑問が残るといっているのである。しかし、監視の残留その

手術創癒部の切開手術を受けた結果、赤色のガーゼが発見されたが、それは、脊椎固定手術の際に医師の過失によって遺留されたものなのかどうか論点となり、第1審ではそれを肯定し、第2審ではこれを否定したものがあり⁶⁾、遺留の原因が不明な場合には、絶対的な医療過誤には入らない⁷⁾。

これに対して、もともと医師の「診断の過誤（誤診）」による医療過誤については、判断が困難である。従来は、比較的単純な外形的に認識しやすいミスのみが判例に現れてきたが、今日では、医師の誤診を疑う医療過誤の主張の事例も増えている。さらに、新たに開発された先端的治療法において、危険を伴うことを承知で患者がその手術を希望し、それが不幸な結果を招くケースもありうる。そのような場合、医師や病院の事後の説明において患者・遺族の不信感を募らせ、医療過誤が主張される場合もある。

2. 医療過誤の認知と事例研究の方法

ある患者の傷害や死亡が医療過誤によるものかどうかは、医療過誤であるとの「認知」にも依拠するので、医師に対する「不信」が医療過誤を疑わせ、医療過誤と認知させる原因となることがあることは推認しうる。したがって、このような近年の医療不信が医療過誤の認知率を高める要因になっているということもできよう。とくに、医療過誤かどうかの外部からの客観的判断が困難な「診断の過誤」についてはそれが大きく作用しているとも推測される。

↘のものを「傷害」と捉え、過失致死に問えなくても過失傷害に問う余地はなかったとはいえない（後藤弘子「鉗子遺留・急性膵臓炎事件」医療過誤判例百選〔第2版〕56頁以下参照）。

6) （第1審）金沢地判昭55・2・8判時987・102，（第2審）名古屋高患沢支判昭58・1・26判タ492・117，橋本 聡「脊椎固定手術のガーゼ遺留事件」医療過誤判例百選（第2版）58頁。

7) もとより、現在では、人の犯す「単純なミス」も、そう単純ではなくなっている。というのは、単純ミスを防止するための組織的な「事故防止システム」が形成されていることが必要であって、単純なミスによってそのシステムを掻い潜る事故が発生すること自体が、システムの結果であるということが出来るからである。したがって、単純なヒューマンエラーもシステムエラーなのである（芳賀 繁『事故がなくなる理由』PHP 新書825（2012年）106頁以下参照）。

このような医療過誤を認知し、その危険を予測することは、医療過誤の刑事責任を問うための前提となり、また、医療過誤の予防のための前提ともなる⁸⁾。そのためには、どのような医療行為にどのような医療過誤が典型的に発生し、発生頻度が高いのかを分析することが重要である。それを行うには、一つは、最終的に医療過誤と判断されたかどうかを問わず、前兆となる危険な出来事の発生を調査し、原因分析をすることが必要である。そのためには、わが国ではいわゆる「ヒヤリハット事例」の報告集が資料として用いられ、世界的にも、「危機的事象報告制度 (=医療事故報告制度)」(Critical Incident Reporting System =CIRS) が重要な制度となる⁹⁾。しかし、他方で、医療過誤事件として法廷で争われた事例研究も重要である。なぜなら、ここでは、危機的事象報告による事例と異なり、その事例の医療過誤の有無の判断に必要な事実関係が裁判所によって正確・詳細に認定されているからである。本稿では、このような判例に現れた事例につき、その発現形態に応じて類型化し、その分析を試みることを目指される。

3. 医療過誤の発現局面と発現形態

医療過誤の発現形態については、先に紹介した¹⁰⁾ ドイツやウルゼンハイマーの分類がある。しかし、ここでは、とくにわが国の判例の分析をもとに

8) 事故調査の意義と実践については、加藤良夫・後藤克幸(編著)『医療事故から学ぶ』(2005年・中央法規)は、事故調査委員会の設置方法や事故分析の方法について実例に基づいて解説する。

9) これについて、詳しく研究した Dissertation として、vgl. *Jasmin Thüß*, Rechtsfragen des Critical Incident Reportings in der Medizin, 2012. それが、1978年の外科医ジェフリー・クーパー (Jeffrey Cooper) の研究ならびに1993年の「オーストラリア患者の安全基金」に発し、さらに遡れば、ジョン・C. フラナガン (John C Flanagan) の1954年の Critical Incident Technique がそれらを方向づけたという (*Thüß*, a. a. O., S. 4ff.)。1995年にはスイスに導入され、ドイツでは、2002年にマールブルク大学附属病院が、そのプロジェクトを導入し、ほぼ同時にキール大学の総合医学研究所も、開業医につき、インターネットにもとづく CIRS を展開したという。

10) 山中「医療過誤と客観的帰属」法学論集62巻2号84頁以下参照。

一般に行われている分析に従って類型化する¹¹⁾。それは、医療過誤自体の発現形態というより、むしろ、医療行為の現象的局面に応じて判例に多い形態をグループ化して分類する方法である。治療行為は、診察、検査、診断、治療（注射・投薬）、麻酔、手術、術中の身体管理、術後管理などという段階を経て進行するが、ここでは、段階を追って類型化するのではなく、比較的典型的な発現の多い形態を中心に類型化する。それは、以下のごとくである。

① 注射による医療過誤、② 投薬による医療過誤、③ 麻酔による医療過誤、④ 輸血による医療過誤、⑤ 手術にもとづく医療過誤、⑥ 医療機器の誤操作にもとづく医療過誤、⑦ 診断・治療に関する過誤、⑧ 看護に関する医療過誤である。

もとより、注射による投薬もあり、麻酔は点滴ないし注射によって行われ、輸血も広い意味での注射によって行われ、手術中に輸血することが多く、また器具の誤操作による麻酔のないし手術の過誤もあるから、これらのカテゴリーは相互に重複することがありうるのであって、この類型化は、体系的とはいえないのみならず、以下で紹介するひとつの事案の中にも重複した類型に属するものが少なくない。それにもかかわらず、医療行為の現象形態に応じて類型化するこの方法は、分かりやすいという最大の長所をもつように思われる。

2. 注射による医療過誤

1. ドイツにおける注射に関するガイドライン

ドイツでは、注射業務を看護師等に委任できるかは、未定である。従来の判決から窺われるガイドラインは以下の通りである¹²⁾。

- ① 資格試験に合格し、訓練を受けた有資格者である医療補助者、例えば、看護師については、指導医がその看護師等の資質につき確信をもったなら、医師の隣席・監視するところで、筋肉注射をすることが認められる。重要

11) これについては、前田・前掲『医療と法と倫理』359頁以下、飯田英男・山口一誠『刑事医療過誤』（2001年）（以下、飯田・山口と略記）目次参照。

12) Vgl. *Ulsenheimer*, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 4. Aufl., 2008, S. 244f.

なのは、その医療補助者の個人的な知識と能力である。

- ② 静脈注射，輸血および静脈からの採血についても同様である。「静脈注射は，純然たる医師の活動である。疾病の種類と注射の場所から特殊な問題がありうるのではない限りで，実務においては，例外的な場合にのみ，特別の指導のもとに注射に慣れた熟練の補助要員に委託されてよい」のである。
- ③ その他の補助者に注射を委ねることについては，連邦裁判所は，それを直ちに違法とはしていない。しかし，多くの場合，医療過誤につながりうるとする。
- ④ 看護補助者への静脈注射の委任については，一般には，違法とされる。しかし，看護師になろうとする学生が，医師ないし資格ある看護師の直接の監視と指導のもとで教育の目的で注射する場合には義務違反は否定される。
- ⑤ 国家試験直前の研修生も含めた医学生¹³⁾が，十分な経験と教育を受けずに，筋肉注射，静脈注射を任されることも違法である。

2. わが国における注射による医療過誤

わが国においては，注射に関する事故は，医療事故の中でも3割以上であり，かなり大きな割合を占める¹⁴⁾。注射過誤の種類には，薬剤の調合ミス，注射器などの消毒不完全，注射の部位・方法のミス，注射後の処置のミス，などがある¹⁵⁾。ここではとくに，(1) 注射ないし点滴時の身体管理ミス（救急措置のミス），(2) 注射準備におけるミス，(3) 注射の部位・方法のミス，(4) 医師による処方誤記，薬剤の内容・容器等の誤認ミス，(5) 医師のオーダーリングシステムによる指示ミス，(6) 注射方法の指示のミスについて，判例を中心に検討して

13) ドイツでは，研修は，医師資格の取得以前に行われる。

14) 飯田英男『医療過誤に関する研究』（1974年）（以下，飯田・研究と略記）65頁，押田・児玉・鈴木「実例に学ぶ医療事故」（2000年）45頁，甲斐・日山「注射と過失」中山・甲斐（編著）『医療事故の刑事判例』（新版）65頁以下参照。

15) 飯田・研究65頁参照。

おこう¹⁶⁾。

このほかに、調剤のミスも注射に関する過誤の例に属するが、調剤ミスの類型には、注射以外の方法での投薬のための調剤と薬学的知識の不足に起因するものを配属することとし、ここでは便宜上、単純な薬剤の内容や容器の誤認による調剤ミスの存在を前提として注射によって患者に投与されるもののみを、この注射による医療過誤の項目に入れて考察する。

ところで、わが国でも、基本的に注射は、本来的に医師の業務であり、看護師は「診療の補助」業務のひとつとして注射を行うにすぎない¹⁷⁾。看護師の業務は、本来、「療養上の世話」と「診療の補助」に分けられる¹⁸⁾。注射は、医師の指導は受けるが、行為の全てに指示を必要とするのではない「診療の補助」に属する。そこで、注射は、診療の補助としての看護師の独立の業務か、それとも医師の業務を医師の監督のもとで代行するのかが問われる。診察等は、本来的に医師がなすべき医療行為であり、これを「絶対的医療行為」と呼び、静脈注射のように医師の指示のもとで看護師等が行うことが許されている医療行為である「相対的医療行為」とは区別される¹⁹⁾。看護師による静脈注射の実施については、看護業務を超えるものとする行政解釈が示され（1951年医収517号医務局長回答）、看護業務の範囲内かについては争いがないわけではなかつ

16) 注射による医療過誤の中には、もちろん、例えば、医師の指示に対する看護師の誤解のような当事者間のコミュニケーションの齟齬にもとづくものも含まれる。その両者の組織形成に関する過誤は、すでに別稿で採り上げた（山中「医療過誤と刑事組織過失」（1）法学論集62巻3号34頁以下参照）。

17) 看護師の権限と法的責任の範囲については、菅野耕毅『看護事故判例の理論』（医事法の研究Ⅳ）（増補新版）（2002年）19頁以下、佐々木みさ「医療過誤事件における医療補助者の業務上過失犯について」『刑事法学の新課題』（馬屋原成男教授古稀記念）（1979年）239頁以下参照。

18) 保健師助産師看護師法5条では「この法律において『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と規定する。なお、准看護師については、その第6条で「この法律において『准看護師』とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを行うことを業とする者をいう」と規定する。

19) 林 道春「看護婦等の過失」判例タイムズ686号98頁以下参照。

た²⁰⁾が、2002年に、行政解釈上、静脈注射を行うことは看護師の独立の業務であると認められた²¹⁾。

(1) 医師による注射の際の患者の身体管理ミス

注射による医療過誤に関しては、一連の簡裁の判断²²⁾があるが、まず、医師による患者の身体管理のミス、医師から付添人への指示のミス、医師による救急措置のミスなどの注射時の患者の身体管理におけるミスを探り上げよう。

(a) 医師による患者の身体管理のミス

【1】神戸簡裁平成13年判決の事案は、医師が、高血糖状態にある患者にインスリンの点滴を行っていたが、血糖値の測定を適正に行わず、点滴したため低血糖昏睡に起因する脳幹部損傷に至らせたというものであった。この事案につき、「血糖値を頻繁に測定し、血糖値の値を適正に保持しつつ、適宜インスリンの持続点滴を中止するなどして、同人を低血糖昏睡の状態に陥らせることのないよう未然に防止すべき業務上の義務があった」のにこれを怠ったというのである²³⁾。

(b) 医師から付添人への指示のミス

まず、次の事案は、医師が付添人に患者の身体管理に関する適切な指示を与えなかったことが原因で注射ミスが生じたものである。全身麻酔時の【2】問診過誤事件²⁴⁾がそれである。

(事案) 医師であった被告人は、両拇指バネ症の患者であるT(1歳)を診察

20) 金川琢雄『現代医事法学』(改訂2版・1995年)60頁、前田和彦『医事法講義』(全訂8版・2008年)52頁参照。

21) 厚生労働省医政局長通知「看護師等による静脈注射の実施について」(平成14年9月30日医政発第0930002号)により、医師の指示の下に看護師等が行う静脈注射は「業務の範囲を超えるもの」から「診療の補助行為の範疇として取り扱うもの」へと行政解釈が変更された。

22) 飯田英男『刑事医療過誤Ⅱ』(増補版・2007年)(以下、飯田Ⅱと略記)36頁以下参照。

23) 神戸簡判平13・5・28 飯田Ⅱ, 85頁。

24) 福島簡判昭52・2・18 判時858・130=飯田・山口45頁。宮野 彬「全身麻酔下での吐物誤嚥による窒息死事件」医療過誤判例百選[第2版]52頁参照。

し、同女に全身麻酔剤ケタラールを用いて全身麻酔をかけたうえ前記バネ症拇指の手術をすることにした。全身麻酔剤ケタラールは副作用として嘔吐を伴い、それによる嘔吐物の逆流のため窒息をするなど患者の生命、身体に重大な危険を及ぼすおそれがあったから、右ケタラールの使用に当たっては、あらかじめ患者又はその付添人に対し、患者の飲食の有無を確認することは勿論、また、手術時までは絶食を保つよう具体的に指示、説明をなし、吐瀉物の誤嚥による窒息などの生命身体の危険の招来を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、(また、)……漫然同医院準看護婦Bに指示して全身麻酔剤ケタラール2cc、自律神経興奮剤アトロピン0.3cc混合注射液をTの左腎部に注射させた過失により、嘔吐を催し、……飲食した米飯、ミルクなどを吐瀉、誤嚥させ、窒息死させた。

この事案では、医師が患者(1歳)の付添人である母親に、患者の飲食物の有無を確認し、絶食の指示などの具体的な指示をすることなく、準看護師に指示して注射させたために患者が、誤嚥等によって窒息死したことが過失とされている²⁵⁾。

(c) 注射後の医師による救急措置のミス

次に掲げたのは、いわゆる宇治川病院事件における準看護師の薬剤誤認による注射ミス²⁶⁾の後の医師の救急措置に関する過失責任に関する判決である。

【3】宇治川病院塩化カリウム液誤注射事件²⁷⁾ 医師Xに対しては、塩化カリウムの静脈注射によって呼吸停止及び心停止の状態に陥っていた患者Aに対して必要かつ十分な救急蘇生措置を講じていたかどうか、Xの行為と結果の間に因果関係があったかが弁護人から争われた。医師Xは、外来処置室にすぐ来てほしいという要請を受けたが、その際、当初は立って首をかしげ考え込んでいる様子を見せ、その後、被害者の胸部付近を両手で押さえるような動作などをしていただけであった。そこで、応援要請を受けた別の医師が、患者に酸素マスクをあてて人工呼吸の措置を行いながら、心臓マッサージを行った。しかし、被告人は、「被害

25) ほかに、手術中の嘔吐による窒息死につき、術前の食事制限指導に過失を認められたものとして、仙台高判昭52・6・22刑事裁判資料233・451参照。

26) これについては、後述する。判例【19】参照。

27) 京都地判平17・6・13飯田Ⅱ155頁。

者が呼吸停止及び心停止の状態にあると認識していたにもかかわらず、被害者に対し、その胸部及び腹部等を押すような動作を繰り返すのみで、看護師等に対しても救急蘇生措置に向けた適切な指示を行わず、他の医師の応援を頼むこともせず、時間を浪費し、人工呼吸等の救急蘇生措置を行うことはなかった。判旨は、この点につき、業務上の注意義務違反があるというのである。被告人は、禁固1年に処せられた。

本判決は、准看護師が犯した、塩化カルシウム液を注射すべきところを誤って塩化カリウム液を注射したという誤注射によって呼吸停止・心停止の状態に陥った患者に必要な医師の救急蘇生措置を取るべき際に、医師が、容態の変容から（10時すぎから10時20分ころ）ほぼ20分内の間、被害者の胸部付近を両手で押さえる等の動作をするのみで、人工呼吸、心臓マッサージ等を行うという適切な措置を取れず、人工呼吸などを行わなかったために患者が死亡した事案につき、医師の業務上の注意義務違反を肯定したものである。判決は、被告人が心停止等を認識した後にすみやかに救急蘇生措置を開始していれば後遺障害は発生していなかったとし、医師の不作为と結果の因果関係を肯定している。問題は、医師は、人工呼吸・心臓マッサージを施す義務があるかどうかであるが、これにつき判決は、「業務上の注意義務」があるとしてこれを肯定する。これを過失不作为犯と捉えるなら、保障人的地位が問われるべきであるが、患者の身体・生命の安全につき契約・先行行為ないし事実上の引き受けによって保障義務を負う医師には、適切な救急措置を取る作為義務が認められるであろう。

【4】 宇治川病院事件（控訴審）²⁸⁾ 本判決は、宇治川病院事件【3】の控訴審判決である。控訴趣意では、量刑不当を訴えた。控訴審では、原判決後、被告人が罪の成立を争わない姿勢に転じたこと、民事訴訟で合計約2億5千万円の支払いを命じられ、確定したこと等を挙げ、執行猶予を付するほどではないが、前記量刑は、刑期の点で多少重きに失するに至ったという。原判決破棄、禁固10月に処するとした。

28) 大阪高判平18・2・2 飯田Ⅱ165頁。

これらの注射に伴う過失は、注射そのものに関するミスではなく、注射を受ける患者の身体管理に関するミスである。

(2) 看護師の注射準備におけるミス

注射の準備作業の際に、看護師等がミスを犯す事案がある。この準備作業は、医師の指示を受けて行われることが多いので、医師の指示を遵守しないというミスがあるのが通常である。準備の後、それにもとづく注射については、看護師が引き続いて行う場合と、それにもとづき医師が行う場合とがあるが、ここでは、準備段階の看護師のミスのみ注目する。

まず、一人の看護師が、使用済み注射器と未使用の注射器を区別するルールを守らず、もう一人の看護師が、使用済み注射器を用いて他の看護師らに混注作業をさせたというミスを犯し、両者の「過失の競合」によって菌の感染が生じた事案を採り上げておこう。

【5】 セラチア菌・プチダ菌感染事件²⁹⁾ 本件は、XおよびYの2名の看護師が、水洗いした使用済みのガラス製注射器を用いて薬剤を点滴パックに注入するいわゆる混注作業を行うに際して、Xは、使用済み注射器を角形カスト内に収納後、同カストの通気孔を開き、滅菌テープをはがした上、これを使用済み医療器具回収用のカート内に確実に格納すべき業務上の注意義務を怠り、カストをナースステーション内に放置し、Yは、上記カストを開けて注射器を取り出すにあたり、同カストの通気孔の開閉と滅菌テープの有無を厳に確認すべき業務上の注意義務を怠り、Xが放置した上記カストから使用済み注射器を5、6本取り出してこれに針を付け混注作業の準備をして、看護師Aらにセラチア菌およびプチダ菌が付着した使用済み注射器を使用させて混注作業を行わせ、情を知らない看護師Bらをして、患者Aら5名に点滴させ、セラチア菌などを血行感染させ、敗血症などの傷害を負わせ、そのうち、1名を敗血症に伴う肝不全により死亡させたというものである。本件³⁰⁾では、XおよびYの過失が競合して結果が発生したものとされた。

29) 豊橋簡略平 14・5・22 飯田Ⅱ 897頁。

30) 本件については、日山恵美「看護上の過失」中山・甲斐（編著）『新版医療事故の刑事過失』234頁以下参照。

ここでは、看護師Xは、使用済み注射器と未使用の注射器を区別し、使用済み注射器を収納した角形カストをカート内に入れるというルールがあったが、それに従わず、また、看護師Yは、同カストの通気孔の開閉と滅菌テープの有無を厳に確認すべき業務上の注意義務を怠り、使用済み注射器を用いて混注作業をさせた過失の競合を認めしたが、両看護師ともに安全対策のためのルールに明白に違反していたのであり、ルール自体の内容の不備があったり、行為者の連携ミスがあるという組織過失でもなく、両者が同時的に同一・同方向の共同作業している共同正犯となりうる事案でもないので、過失の競合の事案というべきであろう。

(3) 注射の部位・方法の過誤

ここで採り上げるのは、医師や看護師等が注射の部位・方法を誤った場合である。注射は、(a) 医師自身が行う場合と、(b) 看護師に指示して医師が看護師に実施させる場合、そして(c) 看護師の一般的な補助職務の一環として実施する場合があるが、この注射の部位・方法のミスに関しても、注射を行う主体が誰かにより分類することができる。

まず、医師が注射の部位を誤った場合として、次の湯浅簡裁の事案がある。

【6】 アミピロ注射ミス事件(湯浅簡裁略式命令)³¹⁾ 被告人は、胃腸科医院を開業している医師であったが、腰部神経痛の患者Kの臀部に劇薬である注射薬アミピロ5cc注射した。アミピロは、劇薬であるから、注射に際しては、臀部上方4分の1区域内の中臀筋内筋肉注射するか、もしくは、もし臀部グロース三角に注射するのであれば腸骨稜寄りになすとともに、注射針の刺入により患者が電撃痛を訴えた場合は刺入位置をかえるなどして神経組織の障害を防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、Kに治療約2年を要する左腓骨神経麻痺の傷害を負わせた。

本略式命令は、劇薬である注射薬アミピロによる神経組織の障害を防止するために、安全な注射部位を選択する注意義務があるのに、適切な注射部位に注

31) 湯浅簡略昭42・12・18 飯田・研究84頁。

射することを怠ったと認定し、その違反に注意義務違反を認めたものである。これに対して、上記の湯浅簡裁の略式命令に対する控訴審の判決が、次の判決である。

【7】 アミピロ注射ミス事件（大阪高裁判決）³²⁾ 弁護人は、控訴趣意において、本件注射部位は左臀部四方円の外上方内であって、何ら不当な部位ではないと主張する。これに対して、判決は、昭和36年以降の文献においては様々な理由ながら、臀部上方4分の1の区域内で腸骨稜から二横指位下の中臀筋内に注射すべきであるとの見解が支配的となったとし、「注射部位として、誤りであるとはいえないにしても不適切な部位に注射したというを妨げないというべく、この注射部位不適切な事実は、……過失の内容をなすもの……」とする。

ここでは、「誤り」とまでは言えなくても。「不適切な部位」への注射によって傷害が発生すれば過失を認定できるとしたが、臨床医療において支配的な見解は、発生しうるさまざまな危険を考慮して形成されているものであるから、これに従わない場合には注意義務違反が認められるという見解は妥当であると思われる。注射部位の誤りないし不適切性の判断基準は、医学と医療の経験の進化によって変化する。医師は、特別の事情がない限り、医療の現場において医療過誤の危険を避けるために進化してきた支配的な見解による基準を遵守する義務があるといえよう。

(4) 医師による薬剤の処方ミス・誤認・確認ミス

医師が、薬剤の効用など薬学的知識に起因するミスを犯したのではなく、単純に薬剤の種類や容器等を見誤ったり、処方にあたって薬量等につき誤記を犯し、または記載ミスを犯した事案や、医師が患者の持参した薬剤を確認することなく注射したためミスが生じた事案については、この注射による医療過誤の類型で扱われるべきである。

(a) 患者の持参した薬剤の使用の事案

次の判例は、医師が、患者が持参した注射剤と思料されるアンプルを、その封がすでに切られているなどの徴候があるにもかかわらず、その性能を確認せ

32) 大阪高判昭43・12・17 飯田・研究85頁。

ず、患者に注射したところ、実は劇薬であって、患者を死亡させた事案に関するものである。

【8】 劇薬アンプル誤信注射致死事件³³⁾ (事実) 医師である被告人Xは、被告人のもとに通院し結核性脊髄カリエスの治療を受けていたEが、注射剤ぶどう糖カルシウムと思料されるアンプル1本20cc入のもの5本在中の紙函1個を同病院診療室に持参し、それを注射することを求めたので、これを受取り点検したところ、その紙函には、第1製薬株式会社ぶどう糖カルシウムの標示があったが、うすい埃が附着し、同函は相当古びており、封緘紙もすでに破って封が切っており、在中のアンプル5本のうち2本にはぶどう糖カルシウムのレットルが貼付してあったが、残り3本にはレットルがなく、剥げ落ちたレットルも見当らず、その入手先については、Eは、夫Yの勧めにより自宅で夫より受取った旨を申出た。被告人は、アンプル5本の注射液はいずれも無色透明で、溷濁、変色、沈澱物の存しないことを確かめたのみで、主としてEの言を信頼し、不注意にもレットルのない薬液が劇薬カルピノール1号であることに気づかず、レットルのある薬液同様ぶどう糖カルシウムであると轻信し、Eの依頼に応じ、同薬液をEの右腕静脈に注射したため、約10分にして呼吸まひによりEを死亡するに至らしめた。

(判旨) 「Eの持参した薬液のうちに、カルピノール1号のような劇薬が混在していることを予見することは容易でなかったとしても、本件薬液には、そのアンプルに現にレットルの貼付がなく、その品質種類の判別につき、抛るべき明白的確な資料を欠如しているのであるから、良識をそなえた通常一般の医師である限り、品質種類の確実でない薬液の注射による不慮の障害の可能性を蓋然的に予見することの必ずしも不能でないことは、健全な常識に照らして明白であるといふべく、したがって、……その性能の確認されないかかる薬液の注射は、たとえ、患者の依頼があっても、医師としてはこれを拒絶すべき業務上の注意義務があると解するのが相当である」。

「被告人の本件所為は、レットルのない薬液につき、検定もしくは検定と同一視しうべき格別の事情があったものとは認められないのであるから、すべからく注射を拒絶すべきであったのかかわらず、主としてEの言を信頼し、薬液の無色透明、アンプルの形状等を確認したのみで、たやすくぶどう糖カルシウムであると轻信し、注射を施した点において過失の責を免かれまいといわざるをえない。原判決がその摘示するような事実を認定しながら、被告人に過失なしとした

33) 福岡高判昭32・2・26高刑集10・1・103＝飯田・研究72頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

のは、医師の業務上の注意義務に関する法則を誤まり、ひいて事実を誤認したものであるというのほかに、論旨は結局理由があり、原判決は、破棄を免かれない。

治療は、本来的に医師の任務であり、権限である。その治療に用いる薬液について、患者の持参したものをそのまま点検せずに使用することは、この基本的任務に反する。しかも、本件では、外見上もレットルの貼付がないという明らかな徴表があったのであるから、医師の過失は否定できない。

(b) 医師による処方誤記・薬剤の内容・容器等の誤認のミス

この薬剤の内容や容器の誤認は、医師によるほか、看護師によるものもあるが、ここでは、まず、医師によるその誤認と医師による処方の記載ミスの事案を検討しておこう。

(i) 医師の処方の誤記等

【9】 癌研究会付属病院抗がん剤過量投与事件³⁴⁾ 医師が抗ガン剤注射薬を投与する際、同注射薬シスプラチンには、腎・肝機能障害等の副作用があるため、1日1回その後3週間休薬するなどの慎重な取扱いを要するところ、「他の薬剤と間違えて」3日間にわたり3回連続する旨の指示票を作成して看護師に投与させたため、患者を多臓器不全により死亡させたという事案に、業務上過失致死罪が認められ、「罰金50万円」が言い渡された。

注射すべき薬剤を他の薬剤と間違えるというのは、医師としての初歩的なミスであるが、本件事案ではしかも重大な副作用を伴うシスプラチンの処方にあたって他の薬剤と間違えて処方するというミスを犯したものであり、「過失」の存在は明白である。

【10】 県立病院抗がん剤過量投与事件³⁵⁾ 医師が、抗ガン剤の処方内容を入院診療録に記入し、看護師にこれを入院注射薬処方せんに転記させる方式で薬剤師に調剤を指示し、その薬品名などを確認したうえで注射すべきところ、「エクザール5mg」と記載すべきなのに、「エクザール50mg」と記入してその注意義務を怠り、これに基づいて調剤した薬剤師も処方内容が通常の使用量を大幅に超えていることを看過して調剤した注射薬を用い、同医師が、漫然とその溶液を腕

34) 東京簡略平 13・9・5 飯田Ⅱ 87頁。

35) 福井簡略平 16・3・31 飯田Ⅱ 141頁。

部静脈内に注射したという事案である。注意義務を怠って漫然と「エクザール」を調剤した薬剤師の過失も問われ、業務上過失致死罪に問われた。

薬剤師の罪責については、調剤については、薬剤師は、「特に抗がん剤エクザールは劇薬指定がなされているのであるから、使用薬量等処方の内容についてことさら注意を喚起して、通常の使用量を超えるなどその処方に疑わしい点があるとききには、速やかに処方した医師に問い合わせ、疑わしい点を確認した上で調剤し、患者の生命等に対する危険の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務がある」ものとした。

本件では、誤転記した看護婦の責任は問われていない。その理由は明らかではないが、薬量の確認については、医師および薬剤師の固有の義務であるとするれば、看護婦の誤転記は、本来、医師ないし薬剤師による適切な点検によって治癒されるべきものであったと考えられたのかもしれない。薬剤師については、薬剤師法24条によって、「薬剤師は、処方せんに疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ、これによつて調剤してはならない」とされているのであり、本略式命令においても、注意義務違反が認められている。医師と薬剤師は、独立して処方・調剤の責任を負い、本件は、両者の過失が競合した事案であるといつてよい。

注射内容・種類の誤認にもとづく医療過誤は、看護婦のミスが医師が検証しなかったために生じることもある。注射は、本来、医療行為であり医師の業務であるから、医師は、看護婦に対して信頼の原則を適用して過失責任を逃れることはできない。

【11】 抗ヒスタミン剤過量投与事件³⁶⁾ 小児科医が、5歳児の水痘患者に対して、治癒薬の抗ヒスタミンであるルペリアクチンの処方箋を作製するにあたり、1日の常用量（5～6ミリグラム）を1日分として50ミリグラムを3包に分けて調剤と誤って記載して処方し、薬剤師にその通りに調剤させて交付させ、患者に抗ヒスタミン剤中毒症の傷害を負わせた。医師は、罰金20万円に処せられたが、薬剤師は起訴されていない。薬剤師は、前述のように、処方箋に疑わしい点があ

36) 舟木簡略平 13・1・5 飯田Ⅱ 167頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

るときは、医師に問い合わせ、それを確かめてから調剤すべきとされ、その違反に罰金が科せられている（薬剤師法24条、32条）ので、これを不当とする批判³⁷⁾が強い。

(ii) 医師による注射液の誤認等

ここでは、【12】誤ワクチン接種傷害事件³⁸⁾を検討しておく。それは、医師が乳幼児を対象とした百日咳等のワクチン予防接種にあたり、ワクチンの種類を誤り、接種を補助する看護師もこれを誤信して注射器に詰め、これを41名の体内に注射して接種した過失により、発熱、チアノーゼを生ぜしめ傷害を負わせたという事案である。

判決によれば、「予防接種に当る医師は、医療専門家としての判断と責任において医療行為の一種である接種業務に従事しなければならない。その予防接種を施すに当たっては、注射の種類、品質を誤るときは人の生命、身体に不測の事態を招来する危険があるから、接種業務に従事する医師としては、単に注射液を注射するのみならず、注射液の確認、判別に過誤なきを期し、もって危険の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務がある」という。看護師の行為に対する「信頼の原則」の適用については、「補助者たる看護婦の行為を或程度信頼して行動しなければ、円滑にして能率的な医療行為は期待できないが、この場合といえども、看護婦は医師の補助者であるに止り、医療行為につき主導的優位的立場に立つ者は医師である（ドクター優位）、その医師に対し前記の如き業務上の注意義務の要求せられるのは当然である」とする。したがって、医師が、看護師に「接種用量を尋ねたのみで、漫然注射を始めたのは、医師としての基本的注意義務を怠ったものであって、信頼の原則を適用して過失責任を否定すべき場合には当たらない」とする。

予防接種のための注射も、本来、医師の業務であり、看護師は補助者である。そこでは、医師は主導的優位的立場に立つのであって、看護師の適切な行為を信頼することは許されないというのである。本件ではしかももともと医師自らが「接種すべきワクチンの種類」を誤っているのであり、看護師も誤信して注射器に詰めた事案であって、看護師に医師の誤りを治癒させる機能を果たすこ

37) 飯田Ⅱ167頁、北川・前掲201頁。

38) 名古屋地判昭43・4・30下刑集10・4・412＝飯田・研究220頁。

とを期待できるものではないといえよう。

(5) 医師のオーダーリング・システムによる指示のミス

最近では、医師の薬剤投与は、コンピュータを用いて薬剤師に指示することが多い。その医師によるオーダーリング・システムへの指示を、医師が単純に記載ミスをするることによる注射の過誤が生じている。

【13】 高岡市民病院オーダーリング・システム処方ミス事件³⁹⁾ 事案は、医師がコンピュータによるオーダーリング・システムで薬剤の投与を指示するにあたって、「サクシゾン 100 mg」と指示するつもりで、誤って「サクシン 100 mg」のボタンをクリックして選択し、プリントアウトしたものを、その記載内容を確認することなく助産師に交付し、薬剤師にその薬剤を準備させ、看護師に注射を指示し、情を知らない看護師がそれを患者に注射したため患者の自発呼吸を停止させてチアノーゼの症状を発生させたものであり、業務上過失傷害罪が認められた。

最近では、カルテも薬剤の処方もすべてコンピュータにより記録・保存され、病院内で情報が共有され、薬剤の処方の指示も行われるというシステムが導入されている。本件では、コンピュータの画面上、薬剤を記載した「ボタン」をクリックすることにより、当該薬剤を選択できるようになっている。このようなシステムは便利で簡単であるがゆえに、ミスを生じやすい。危機管理上、ミスの生じないシステム上の対策が取られるべきである。

【14】 長崎医大オーダーリング・システム処方ミス事件⁴⁰⁾ 医師が、パソコンを利用したオーダーリング・システムにより処方箋を作成する際に薬剤名の選択をミスした。パソコン処方オーダー画面上で薬剤の頭文字2文字を入力して、画面上に表示された適切な薬剤を選択し、薬種、薬量を確認して処方箋を作成する際、胃薬である「アルサルミン」を選択すべきところ、抗がん剤である「アルケラン」を選択して処方箋を作成し、その記載内容を十分に確認しないまま、その後、約7カ月間、計8回にわたりアルケラン合計398錠を患者に交付して、服用させ、入院加療116日間を要する薬剤性骨髄障害による汎血球減少症の傷害を負わせたのである。

39) 高岡簡略平 14・12・12 飯田Ⅱ 94頁。

40) 長崎簡略平 13・5・17 飯田Ⅱ 168頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

判決は、医師に、パソコンを操作する際、「薬剤の種類及び数量に選別間違いが生じないように、薬剤一覧画面で適切な薬剤名を選択、確定する」……注意義務、およびその後も「その記載内容を十分に確認したうえで、患者に処方箋を交付すべき業務上の注意義務」を認めた。

この事案も医師が、パソコンを利用したオーダーリング・システムによる薬剤名の選択を誤るという単純ミスによって処方ミスを行った事案であるが、コンピュータのシステム上、このような単純ミスを回避する対策を講じることによって防止すべきものに属する。もとよりパソコンによるオーダーリング・システムは長所をももつ。それは、指示の伝達が明瞭正確に行われ、看護師等の誤解を少なくするメリットがあることである。

(6) 注射方法の指示ミス

しかし、注射は、伝統的な方法で、医師が看護師等に口頭ないし文書指示して行わせることが多い。① 医師（ないし看護師が准看護師に対する）指示を誤る場合のほか、② 医師の指示の方法が不明確な場合と、③ 看護師が医師の指示を誤解し、指示に反する場合とがある。

(a) 医師・看護師の指示ミス

患者に誤った注射をしたため生じた事故による業務上過失致死事件は、注射する医師や看護師のミスのみならず⁴¹⁾、投薬を指示した医師の指示方法等にも問題がある場合が多い。その場合には、医師の指示ミスとそれに従って注射する看護師等の過失との「過失の競合」が問題となる。注射は、本来、医師の医行為である。看護師は、「診療の補助」として、「主治の医師又は歯科医師の指示」のもとでのみ注射を行うことができる⁴²⁾。看護師に一定の診療の補助行

41) 前田和彦『医事法講義』（全訂第8版）（2008年）264頁参照。

42) 保健師助産師看護師法37条は、「主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示しその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てを……する場合は、この限りではない」と規定する。その違反には罰則が規定されている（同法44条の2）。なお、医師の指示があれば看護師が静脈内点滴注射を行いうるとして判例に、東京地判昭53・2・1ノ

為を委ねることは法的に許されているが⁴³⁾ (補助的医療行為=相対的医行為)⁴³⁾, その限度では, 専門的知識と判断能力とをもった有資格者として, 適正に注射に関する業務を遂行する注意義務を負う。注射による医療過誤は, したがって, 医師によるもの, 医師が, 看護師に適切な指示を与えなかったために生じたもの, 看護師によるもの, 看護師が医師の指示に反して誤って行うものなどの類型がありうる。

【15】 筋注用オサドリン静注傷害事件⁴⁴⁾ (事実) 医師である被告人は, 准看護師Tに対し患者に劇薬オサドリン注射液を注射せしめるにあたり, 右注射の経験のない右Tに単にオサドリンを注射するよう指示したのみで注射の部位・方法を具体的に指示せず, かつ, 十分な監督をしなかった不注意により, 右Tがオサドリン注射液3ccを静脈注射して, 眩暈及び胸部苦悶等の傷害を負わせた。

(判旨) 「医師が看護師に命じ, 劇薬の注射をさせるに際しては自己の監督の下に具体的に注射部位・方法を指示して注射せしめ, もって注射による誤医療のないようにすべき業務上の注意義務がある」。

本判決では, 准看護師という医療の補助を行うに際して医師の監督のもとに行うべき者の過失が問われているが, この過失は, 医師の注射の部位・方法の「指示の具体性」の欠如を問題としたものである点に特色がある。「具体的で明確な指示」を怠るという過失は, 医師が看護師の行為の「監督」を怠ったというよりも, 医師自身の過失行為であるといえよう。したがって, 本件は, とくに医師の監督のもとにおかれるべき「准看護師」に注射させた事例であるが, それが看護師であった場合でも同様である。

次の判例は, 看護師の新人看護師に対する注射方法指示のミスに関するもの

↘判タ 366・335 がある。

43) これに対して, 医師以外の者が行うことができない医療行為を, 「絶対的医行為」という。ある行為が絶対的医行為かどうかについては, 「当該行為が単純な補助的行為の範囲を超えているか否かおよび医師が常に自ら行わねばならないほどに高度に危険な行為であるか否か」を判断要素であるとする (内閣参質155第14号平成15年1月28日)。これについて, 川端和治「点滴および硬膜外麻酔時の看護師の過失」医事法判例百選221頁参照。

44) 久留米簡略昭 40・12・9 飯田・研究84頁。

である。

【16】 長浜赤十字病院塩化カリウム液点滴ミス事件⁴⁵⁾ (事実) 被告人Xは経験2年余りの看護師であったが、医師Aから入院中のM(69歳)に対し、血中カリウム補給のため塩化カリウム20ミリリットル注射液を、点滴チューブを通じ体内に注入するよう指示され、これを、ペアを組んでいた、Xの指導する経験2か月の新人看護師Yに口頭で指示するにあたり、投与方法として、ボトル内の薬液と塩化カリウム注射液との混合希釈を意味する「混注」とのみ指示したのを、Yは、投与方法等についての理解がないまま、同注射液約9ミリリットルを希釈せず直接Mの体内に注入投与して、高カリウム血症による急性心臓機能不全に陥らせ、死亡させた。

(判旨) 「同注射液を希釈せずに人体に投与すると心臓伝導障害の副作用により生命身体に危険を及ぼすおそれがあり、かつ、Yは看護婦としての経験が浅く、同注射液の投与方法を具体的かつ明確に指示すべき業務上の注意義務があったのにこれを怠り、同投与方法を指す『混注』という表現でその投与方法を指示しただけで、Yから投与方法を尋ねられても具体的に明確な指示をしなかった過失」がある。

本件では、看護師の新人看護師に対する注射液の投与方法に関する「明確な指示」がなかったという過失が問題となった。

(b) 指示内容の誤解

これには、① 医師の指示内容につき、看護師等がその内容を誤解する事例類型と、看護師間の指示の事例類型につき、指示された看護師がその内容を誤解する場合とがある。さらに、② これらの類型につき、過失犯の競合ないし監督関係等の過失犯の関与者に関する理論上の類型を論じておく。

(i) 看護師の指示誤解事例

【17】 塩化カリウム液点滴ミス事件⁴⁶⁾ (事実) 被告人は、准看護師であったが、医師Aの指示により患者X(71歳)の静脈に塩化カリウム液約10ミリリットルを希釈しないで注入して、高カリウム血症に基づく心停止により同女を死亡させた。

(判旨) 「塩化カリウム液である『K.C.L.』1アンプル約20ミリリットルを点

45) 大津地判平15・9・16 飯田Ⅱ132頁。

46) 新津簡略平15・3・12 飯田Ⅱ96頁。

滴するに当たり、同塩化カリウムを希釈しないで使用すると高カリウム血症による心停止の危険があった上、同医師が記載した入院注射箋には同塩化カリウム液を他の点滴液に混合して点滴すべき旨記されていたのであるから、他の点滴液と混合して希釈した同塩化カリウム液を点滴すべき業務上の注意義務がある」。

本件では、「同塩化カリウム液を他の点滴液に混合して点滴すべき旨記されていた」のを誤解して同液を「希釈しないで」注射したのであるから、准看護師たる被告人の過失は明白である。同じく看護師等が医師の指示内容を誤解した事案として、次のものがある。

【18】 ネンブタール過量投与致死事件⁴⁷⁾ 斜視手術患者T（3歳）の手術には特別に手術前処置として120分前にネンブタール50ミリグラム……（等）のそれぞれ基礎麻酔薬を筋肉注射するよう麻酔医Aから術前術後処置書によって指示されていたので、看護婦長Mは、……ネンブタールの注射経験のある看護婦Wにこの基礎麻酔薬注射の担当を命じ、カルテと右術前術後処置書を手渡し、その際右処置書に記載されているネンブタール50ミリグラムが何ccになるか不明であったので、この点をよく確め、かつ確めた結果を同病棟看護婦詰所処置室の黒板……に付加して記載しておくよう特に指示したにもかかわらず、右W看護婦は、手術室において同室勤務の主任看護婦Yから50ccのネンブタール容器を受け取った際、50ミリグラムが何ccになるかが不明であったので同人に確めるよう指示したにもかかわらず、第1病棟婦長Z看護婦に尋ねて、さらに同婦長の注意で同病棟看護婦詰所の表示によりネンブタール50ミリグラムが1cc中に含まれていることを確認しておきながら、これを右M婦長の指示にある黒板への付加記載を怠り、……直前になって、第7病棟看護婦詰所で右M婦長から右注射時間の到来したことを注意されるや、たまたま同室にいた被告人Yに対し「11時半になったので、Tさんに注射して下さい。」と依頼した。この場合、W看護婦としては、……本件のネンブタールは劇薬の麻痺薬であるから、これの注射を他の看護婦に依頼すべきものではなく、仮に依頼するとしても、……特に依頼する看護婦には確実にかつ正確にネンブタール50ミリグラムが1cc中に含まれていることを伝える義務があるのに、これを全くせず、……さらに同被告人の量についての「50ミリ全部ね」という問いに対しても「うん」と答えてなんらそれ以上の説明をしなかつ

47) 宮崎地日南支判昭44・5・22刑月1・5・535＝飯田・研究77頁。控訴審判決として、福岡高判宮崎支判昭44・10・23＝飯田・研究79頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

た。被告人Yは……当時……第7病棟に配置換になって日が浅く、ネンブタールなる麻酔薬を注射したことが一度もなく、したがってネンブタール50ミリグラムが何cc中に含まれているかを全然知らなかったのであるから、同被告人としてはネンブタール50ミリグラムが何ccになるかを依頼者であるW看護婦に十分に問いただし、これを正確に確認してから注射するようにし、いやしくも麻酔薬過量投与による生命身体の危険の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるにもかかわらず、……右安易な速断に基づき、右容器に入っていた約48ccのネンブタールを全量50cc用の注射器にすいとり、……前記Tに対し、その左腕正中静脈から右注射器をもってネンブタールを静脈注射し、約2、3分間という短時間に約15ccという多量のネンブタールを静脈内に注入したため、直ちに右Tをして呼吸麻痺を起させ、翌26日午前9時20分ごろ……、右急激かつ多量の麻酔薬投与による呼吸麻痺、これに基づく心臓停止により同人を死亡するに至らしめたものである。

Y看護婦は、ネンブタール50ミリグラムというのは、1cc中に含まれるものであることを知らず、50cc用注射器で48ccものネンブタールを静脈に注射させ、W看護婦は、依頼する看護婦Yに確実にかつ正確にネンブタール50ミリグラムが1cc中に含まれていることを伝える義務に違反して、かつ、Y看護婦が「50ミリ全部」注射するのかどうかを尋ねているのに対しても、「うん」と答えてなんらそれ以上の説明をせずに、患者を死亡させた点に過失が認められたのであり、これらの過失の競合が見られる。

なお、判決では、被告人Yに業務上過失致死罪を認めたが、量刑においては、「W看護婦との過失競合」によるものとして、これを考慮し、禁固4月、執行猶予1年とした。

(ii) 医師と准看護師の過失の競合

医師を補助するのが、看護師ではなく、准看護師だった場合はどうだろうか。准看護師は、医師の監督のもとでのみ医療業務を補助しうる。本件は、上述の宇治川病院事件に関する准看護師の過失責任が問題とされた事案である。

【19】 宇治川病院（准看護師）事件⁴⁸⁾ 准看護師Yは、産婦人科医Xの指示に基

48) 京都地判平17・3・14 飯田II144頁。宇治川病院事件につき、前出【3】参照。

づいて塩化カルシウム液をじんましんと診断されたA（6歳）に静脈注射するにあたり、Xの指示した薬液を塩化カルシウム液と誤認し、漫然、補正用塩化カルシウムデアルコンクライトKを準備し、希釈点滴して使用されるべきコンクライトKを希釈せずに、患者の右手腕部静脈内に注射した過失により、高カリウム血症による心肺停止状態に陥らせ、その結果、低酸素脳症後遺症による両上下肢機能全廃等の傷害を負わせた。「準看護師である被告人には、医師の指示に基づいて注射するに当たり、注射する薬液の種類を確認して薬液を準備し、その薬液の種類に応じた適切な注射方法を確認して、患者に注射すべき業務上の注意義務がある」として、業務上過失傷害罪を認めた。

なお、医師も起訴されたが、手続は分離されている。本判決は、医師の監督のもとでのみ医療補助の職務の遂行が認められる准看護師についても、その監督下の過誤につき過失責任が排除されるわけではないことを示している。

(iii) 看護師・助産師間の誤信事例

次の裁判例は、看護師と助産師の間の誤解のある事例に関するものである。

【20】 薬剤誤投与流産事件⁴⁹⁾ Xは、A総合病院で助産婦として、Yは、看護師として勤務していたが、Xは、同病院医師Bの指示を受け、切迫流産の疑いにより入院していたC（当時30歳）に対し、使用する薬剤の容器・内容等を十分確認すべきところ、子宮収縮抑制剤ズファジランアンプルと誤信して陣痛誘発剤である薬剤プロスタルモン・FアンプルをCに投与する点滴液として準備し、Yは、Cにこれを点滴投与した。この両者の過失の競合により胎児を流産に至らしめて、子宮内出血等の傷害を負わせた。

判決では、「使用する薬剤の容器・内容等を十分確認して、薬剤の誤投与を防止すべき業務上の注意義務」を怠ったとして、業務上過失傷害罪で有罪とした。

本件事案では、助産師が、医師の指示を受けて薬剤を準備したが、指示内容を誤信し、看護師がそれを確認せずに点滴・投与したといういわば過失が縦に競合している。したがって、過失の共同正犯は問題になっていない。

(c) 看護師の準備ミスにもとづく医師の注射ミスの事例類型

医師が自ら患者に注射をするにあたって看護師にその準備をさせ、それにも

49) 八戸簡略平 14・5・10 飯田Ⅱ 91頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

とづいて医師がする際に、医師の指示内容を誤信するなどしたために生じた看護師のミスによって薬剤を間違えて準備し、医師がその確認を怠って結果が発生するという類型も多くみられる。この場合、注射は本来的に医師が責任をもつべき医行為であることから、医師も過失を一般的には免れえず、したがって、医師と看護師の過失が競合することとなり、両者ともに過失責任を負うのが原則である。

このような事案では、監督過失ではなく、両者の過失の競合が認められる。医師は、自ら注射行為を行っているのであって、注射行為の前段階における看護師の準備行為への関与に対する監督は、すでに医師自身の実行によって背後に退くからである。過失犯には正犯があるのみと解すべきであるが、準備した看護師は過失があるとしても「幫助的」な行為を行ったに過ぎない。以下に三つの裁判例を挙げておこう。

【21】 脊椎造影剤取り違い致死事件⁵⁰⁾ 被告人Xは、勤務医であり、被告人Yは看護婦であった。Xが検査主任となり、Yがこれを補佐し、A（73歳）に対し、脊髓腔造影検査を行うため、腰椎脊髓腔へ造影剤イソピストを注射するに際し、Yは、Xの指示を受け、回診車のパット内からイソピスト注射液アンプルを取り出しXに手交しようとしたが、同パット内から止血剤トランサミンを取り出したのにこれに気付かず、その薬種・薬名の表示を正確に確認しないまま漫然アンプルをカットしてこれをXに手交した過失、被告人Xは、その薬種・薬名の表示を正確に確認しないまま漫然これを受け取って、その注射液を注射器に吸入した上、Aの腰椎脊髓腔内へ注射した過失の競合により、Aに疼痛、けいれん、呼吸困難に陥らせ、脳障害により死亡させた。

判旨は、かかる場合、看護師Yについては、注射液アンプルの薬種・薬名の表示を正確に確認した上でこれをXに手交すべき業務上の注意義務があり、また、医師Xについても、Yが手交する注射液アンプルの薬種・薬名の表示を正確に確認した上でこれを注射器に吸入し、事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるとした。

【22】 脊椎造影剤取り違い致死事件⁵¹⁾ 被告人たる医師は、Y県立中央病院に

50) 花巻簡略平2・3・30判タ770・77＝飯田・山口14頁。

51) 甲府地判平6・6・3判タ1035・37＝飯田・山口16頁。

において、A女（58歳）に対し、脊髓造影検査を実施するにあたり、造影剤を的確に選定して同人の生命身体に対する危険を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、漫然看護婦が差し出した薬液を脊髓造影剤であるイソピストと誤信して右A女の脊髓腔に注入した過失により、尿路血管造影剤であるウログラフィン10ccを同人の脊髓腔に注入し、もって、2次性ショックにより死亡するに至らしめた。

本判決は、医師が造影検査を実施する際、注入すべき造影剤に誤りがないかを確認すべきことは当然であり、看護婦の差し出したウログラフィンを造影剤であるイソピストと誤診したのは医師の過失であるとする。結局、看護婦が適法行為を行うだろうと信頼することは許されないということとなる。

次の事案は、他の看護婦はすべて准看護婦であった中で、看護婦歴15年の正看護婦が薬品ケースのラベルを確認せず、薬品を間違えて取り出したのを医師が確認することなく注射したというものである。

【23】 虫垂手術麻酔薬誤用注射事件⁵²⁾（腰麻トランサミン事件） 被告人Xは、内科外科放射線科の医師、被告人Yは、看護婦であって、X医師の医療行為の補助などの業務に従事していたが、Xが執刀し、Yおよび5名の看護婦が補助し、A（22歳）ならびにB女（15歳）外3名の虫垂切除手術を行うにあたり、医師の指示を受けた看護婦が注射器に薬剤注入する際、薬剤を誤って注入したのもかわからず、漫然と医師Xに手交し、医師もまた薬品名を自ら確認しなかったため、注射を受けた患者が死亡したというものである。患者AとBにつきそれぞれの行為は以下のごとくである。

(1) Aに対し、手術直前に腰椎脊髓腔内へ麻酔薬ネオベルカミンSを注射しようとした際、① 被告人Yは、被告人Xの指示を受け、同手術室の薬品ケースから麻酔薬ネオベルカミンS注射液アンプルを出し、1.7ミリリットルを注射器へ吸入して、右Xへ手交しようとしたが、かかる場合、注射液アンプルの薬種・薬名の表示を正確に確認したうえ、注射器へ吸入し、事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、同薬品ケース内から、静脈注射用止血剤トランサミンアンプル1本を取出したのに、その薬種・薬名の表示を確認しないまま漫然同アンプルをカットして注射器へ右静脈注射用止血剤トランサミ

52) 前橋地太田支判昭51・10・22判タ678・59＝飯田・山口4頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

ンを約1.7ミリリットル吸入して被告人Xへ手交した。② 被告人Xは、被告人Yに対し、麻酔薬ネオペルカミンS注射液1.7ミリリットルを注射器へ吸入するように指示したのであるが、かかる場合、医師として、同看護婦が吸入する薬液アンプルの薬種・薬名の表示を確認したうえ注射器へ吸入させ、事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、右Yが誤って静脈注射用止血剤トランサミン約1.7ミリリットルを注射器へ吸入したのに、これを看過しその薬種薬名を確認しないまま漫然これを同女から受取り、前記Aの腰棒脊髓腔内へ注射した」。

被告人両名の過失の競合により、Aをして虫垂切除手術後……けいれん、呼吸困難等に陥らしめ、……同人をして窒息により死亡するに至らしめた。

(2) 同日、B女に対しても同様に、① Yは、Xの指示を受け、麻酔薬ネオペルカミンS注射液1.4ミリリットルをXへ手交しようとした際、誤ってトランサミン1.4ミリリットルをXに手交し、② Xが、Yに対し、麻酔薬ネオペルカミンS注射液1.4ミリリットルを注射器へ吸入するように指示した際、……Yが誤って静脈注射用止血剤トランサミン約1.4ミリリットルを注射器へ吸入したことを看過し、それをB女の腰椎脊髓腔内へ注射したが、被告人両名の過失の競合により、B女をして、虫垂切除手術後、けいれん呼吸困難等に陥らしめ、……同人をして窒息により死亡するに至らしめた。

本件でも、医師と看護師の「過失の競合」とされている。注射は、本来、医師の任務であるが、その準備作業である注射液を取り違えて手交した看護師の過失と、それを看過してそのまま注射した医師の過失が競合したものとみなしているのである。ここでは、ベテランの看護師の適切な行為に対する医師の信頼は許されないというのである。なお、量刑判断においては、「平素における被告人方病院における注射の取扱いに問題があ」ったことが指摘されている⁵³⁾。

3. 調剤・投薬による医療過誤

調剤にあたって医師や薬剤師が医学的・薬学的知識を誤ったため、医療過誤が生じる場合がある。さらに、看護師や医療事務に携わる無資格者に薬剤に関する知識が欠けているため調剤を誤りあるいは投薬を誤る場合がある。その他、

53) 飯田・山口4頁，7頁参照。

注射による投薬ではない薬剤の調合ミスについても、ここで取り扱う。

1. 医師による調剤ミスの事例

次の裁判例は、研修中の医師が、脊髓造影検査に禁忌とされるウログラフィンを含む注射液を用い、患者を死亡させた事案に関するものである。

【24】 脊椎造影剤誤用致死事件⁵⁴⁾ (事実) 被告人は、整形外科医であったが、かねて腰痛と足の痛みを訴えていたA (71歳) の診察を行うにあたり、脊髓造影検査が必要との判断を下してこれを実施したが、本来脊髓造影検査には禁忌とされているウログラフィン60パーセント注射液10ミリリットルを右検査に使用するものと誤信し、これを注入して、Aを脳・神経障害により死亡させた。同日、同じく、腰痛を訴えていたB女 (55歳) にも同じ注射をし、同じく死亡させた。

(第1 審判旨) 「医師としては危険の伴う右検査の実施に際し、患者の脊髓腔内に注入する造影剤が安全であるかどうかを確認し、その使用による死亡事故を未然に防止すべき業務上の注意義務がある」(禁固1年)。

(第2 審判旨) 「未だ研修中であって、医療知識、技術が未熟で、実際に診療経験にも乏しい被告人を、整形外科医として診察に従事させるに当たり、その指揮監督上の配慮が必ずしも万全でなかったことが、本件医療事故発生の一因となったことを否み難く、したがって、本件結果の全てを被告人のみの責めに帰することができないこと……などの被告人に有利な状況をも参酌すると、……執行猶予を付さなかった点において重きに過ぎる」(執行猶予3年)。

本件医師は、研修医であるが、本来脊髓造影検査には禁忌とされているウログラフィンを使用しているのであり、基本的な知識につきすでに瑕疵がある。しかし、上記のように第2 審では、被告人である研修医に診察させるには十分に「指揮監督」をしないで行わせた点にも「事故発生の一因」があったとして、被告人にすべての責任を負わせるのは妥当でないとし、執行猶予を付した。

【25】 塩酸ドパミン過量投与事件⁵⁵⁾ この事案は、医師が看護師・薬剤師から塩酸ドパミンの使用量が多すぎるのではないかとの再三の指摘があったにもか

54) 鹿児島地判平1・10・6判タ770・75=飯田・山口9頁、福岡高宮崎支判平2・9・13判タ770・76=飯田・山口12頁。

55) 新潟地判平15・3・28 飯田II 129頁。

かわらず、15時間にわたって、通常の約9倍もの大量の点滴を継続して患者を死亡させたものである⁵⁶⁾。

被告人は、ある病院の整形外科医であったが、A女(85歳)の左膝関節全置換手術の後、同女の心機能低下防止のため急性循環不全改善剤である塩酸ドパミンを含有する点滴剤「ブレドバ注200」の点滴を継続するにあたり、ブレドバ注200の説明書によれば、体重50キログラムの患者に対する点滴量は1時間当たり9ないし60ミリリットルと記載されていたにもかかわらず、同病院の看護婦Aらにブレドバ注200を1時間当たり540ミリリットル点滴するよう指示し、それを15時間もの間、患者Aに点滴させ、過剰点滴により患者Aを死亡させた。被告人は、禁固1年、執行猶予3年に処せられた。

この事案でも、自ら誤った調剤を指示し、その点検もしなかった医師の過失の重大性は明らかである。医師には、点滴の経過について監視・点検する義務がある。しかも看護師から再三の指摘があったのであるから、その点について注意することはできたはずであり、医師には、少なくとも点滴について点検する義務が課せられているということができよう。

2. 薬剤師による調剤ミスの事例

薬剤師は、「医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない」(薬剤師法23条1項)。他方、薬剤師は、医師の処方に従う限り、その業務の範囲内では独立して業務遂行を行う権限を有する。したがって、医師の処方指示に誤りがなく、それが調剤ミスを誘発しない限り、薬剤師の側での誤解等による調剤ミスについては、もっぱら薬剤師の責任であり、医師には監督責任は認められない⁵⁷⁾。ただし、薬剤師には医師の作成した処方せんの記載が不明確である場合には、医師に再確認する義務があり、勝手に判断してはならない⁵⁸⁾。

56) 飯田Ⅱ129頁参照。

57) 北川・前掲『医療事故の刑事責任』202頁参照。

58) 「薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確認した後でなければ

以下に掲げるのは、薬剤師のいわば単純ミス的事案であるが、注射に関するものではないので、薬剤師の調剤ミスとして採り上げておく。まず、薬剤師が医師の処方せんを読み誤った事例がある。

【26】 ゴンダフォン事件⁵⁹⁾ 本件では、病院薬剤部の薬剤師が、来院した患者に、医師の記載した処方せんにアルファベットで関節炎治療薬である「softam 42錠」と記載されていたのをとっさに糖尿病治療薬である「gondafon」と読み誤り、そのままゴンダフォン42錠を調剤した上、患者に交付して、低血糖性びまん性脳症に罹患させ、傷害を負わせた。薬剤師には、「医薬品はその性質上用法を誤れば人の生命、身体に重大な危険を及ぼすものであるから、調剤に当たっては、右処方せんの記載内容を十分確認して調剤し、医師の記載した医薬品以外の医薬品を絶対に患者に交付することのないようにしなければならない業務上の注意義務がある」とされた。

本件で問題となったのは、薬剤師が医師の処方箋を読み間違えるという単純ミスであり、調剤の際の確認義務に違反することに疑いの余地はない。次に、同じく医師の診療録による処方指示を薬剤師が誤解した事案がある。

【27】 調剤過誤致死事件⁶⁰⁾ 本件は、医師が、患者に合成副腎皮質ホルモン製剤ブレドニンなどの処方指示を受け、診療録に記載された、同剤の患者に対する1日の投与量を見て、その投与量が同じである経口血糖降下剤のダオニールを調剤交付したところ、低血糖性脳障害の傷害を負わせ、それに起因する急性肺炎によって死亡させたというものである。薬剤師が医師の指示を十分確認せず、誤調したものである。処方を指示した医師には過失はない。

医師の処方自体に問題がないにもかかわらず、薬剤師がそれを十分確認ないし再確認せずに調剤した場合、薬剤師の過失責任が問われ、医師は、薬剤師の過失に対する監督責任を負わない。ただし、本件とは異なり、医師の指示が不明確であるなどの不備があった場合、それにもにもかかわらず、薬剤師の責任の独立性から医師の責任が中断されるかという問題もありうる。

ゝば、これによって調剤してはならない」(薬剤師法24条)。なお、飯田・山口23頁参照。

59) 福岡地判昭52・3・31 飯田・山口23頁。

60) 沖縄簡略平7・1・5 飯田・山口40頁。

【28】 ウブレチド錠誤投薬事件⁶¹⁾ (事実) 被告人は、有限会社Cが開設・運営する「B」の管理者たる薬剤師として、同薬局に勤務する薬剤師その他の従業者を監督し、同薬局の構造設備及び医薬品その他の物品を管理するとともに、同薬局において販売又は授与の目的で調剤を行う業務に従事していたが、同薬局において、医師がE(当時75歳)に処方したマグミット錠250mgの調剤を行うに当たり、マグミット錠を自動錠剤包装機を使用して分包しようとして、同自動錠剤包装機からそのタブレットケース25番に収納されていたウブレチド錠5mg138錠が排出されたことに気づかないまま、Eが通院していた医療機関の職員を介してマグミット錠250mgと誤ってウブレチド錠5mgをEに交付した。さらに、その後、同誤投薬の事実気付いたのに、責任追及を恐れ、Eに誤投薬の事実を通報せず、同医薬品の服用中止を指示しなかった。これにより、Eにウブレチド錠5mgを継続的に服用させ、ウブレチド(臭化ジスチグミン)中毒症状であるコリン作動性クリーゼを発症させ、Eをコリン作動性クリーゼにより死亡させた。

(判旨) ①「同自動錠剤包装機を使用してマグミット錠250mgを分包しようとする事は避けるべきはもとより、あえて同自動錠剤包装機を使用して同医薬品を分包しようとする場合には、同自動錠剤包装機から排出された医薬品の種類及び分量が処方せんの記載と一致していることを慎重に確認すべき」過失と、さらに、②「マグミット錠250mgと誤ってウブレチド錠5mgを患者に投薬したことに気付いた場合は、直ちに誤ってウブレチド錠5mgが投薬された患者の有無を調査した上、直ちに患者に誤投薬の事実を通報して同医薬品の服用中止を指示し、患者が既に同医薬品を服用していた場合は、医師に受診するよう指導し、患者が医師に受診した場合は、速やかに誤投薬の事実を当該医師に情報提供することにより、患者が適切な医療措置を受けられるようにすべき業務上の注意義務がある」にもかかわらず、ウブレチド上5mgを患者に交付し、使用中止の指示ないし誤投薬の事実を意思に情報提供しなかった過失という「過失の競合」があった。

本件においては、薬剤師には、誤った医薬品(ウブレチド錠5mg)を交付するという「作為」による過失と、交付後に、使用中止の指示をせず、患者に医師への受診を指導せず、医師への情報提供をしなかったという「不作為」の「過失の競合」を認めている。

61) さいたま地判平24・6・15LEX/DB。

3. 看護師による投薬ミス

保健師助産師看護師法には、保健師、助産師、看護師につき、それらの「業」の制限規定がある（29条—32条）。37条には、医療行為の制限規定があり、「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除いては、診療機械を利用し、医薬品を授与し医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる恐れのある行為をしてはならない」と規定する。この違反には、罰則が付されている（同法44条の3）。したがって、看護師には、医師の指示なしに「医薬品を授与」する行為が禁止されているのであるが、指示があれば許される。問題は、その指示が看護師等に誤解され、事故が生じた場合の医師の責任である。

次の事案は、看護婦長が、その指導監督する経験の乏しい看護師に、その薬剤の危険性について申し送ることなく、患者に交付させたため、それを経口摂取した患者が死亡した事案である。

【29】 アジ化ナトリウム誤投与事件⁶²⁾ 被告人Xは、ある病院の看護婦長として部下である看護職員の指導監督の業務に従事していた。被告人Yは、同病棟看護師として入院患者の看護等の業務に従事していた。急性心筋梗塞の治療のためAが入院していたが、毒物であるアジ化ナトリウムを取り扱うにあたり、準夜勤務のYに看護業務を引き継ぐにあたり、Yは入院患者の看護経験が乏しかったのであるから、アジ化ナトリウムの危険性および使用方法を具体的に申し送るなどして的確に看護業務を引き継ぐべき業務上の注意義務があったのに、これを怠り、漫然、Yに対し看護助手Sを介して薬包紙に含まれたアジ化ナトリウム1.7グラムを交付し、被告人Yにおいては、それを受領した際、Aの診療記録ないしカードックスを点検するなどして、同人に処方された薬剤の有無・種類・内容・投与方法等を確認すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、これを経口薬であると誤信し、Aに交付し、これを経口摂取させ、急性中毒死心機能障害により死亡させた。簡裁は、被告人両名の過失の競合を認め、業務上過失致死罪を肯定した。

62) 京都簡略平 14・12・25 飯田Ⅱ 171頁。北川「与薬・調剤と過失」中山・甲斐（編著）『新版医療事故の刑事判例』216頁参照。

本判決は、看護婦長Xの「的確に看護業務を引き継ぐべき業務上の注意義務」と看護師Yの「処方された薬剤の……投与方法を確認すべき業務上の注意義務」を認め、本件は、それらの過失の競合として生じたものとした。看護婦長には看護師に対する監督責任があるとしたわけではない。

【30】 東海大学病院栄養チューブ取り違い投薬事件⁶³⁾ 看護師が、点滴ルートのチューブと栄養ルートのチューブを間違えて接続したため、患者に傷害を負わせ、死亡させたのが本件である。

(事実) 看護師が、胃食道逆流症等で入院中の幼児(1歳6月)に対して経鼻挿入されていた経腸栄養ルートのチューブに接続された三方活栓から内服薬を投与する際、過失により、右上肢静脈への点滴ルートチューブを経腸栄養ルートチューブと間違えて、点滴ルートに接続された三方活栓から内服薬を同児の静脈内に注入したため、播種性血管内凝固症候群の傷害を負わせて、その傷害にもとづく多臓器不全により死亡させた。

判決では、看護師に確実に経腸栄養ルートのチューブであることを確認した上で「上記内服薬を投与すべき業務上の注意義務」が認められた。

4. 見習看護師・事務員等の無資格者による調剤・投薬ミスに対する医師の責任

見習看護師や事務職員など看護師(准看護師)の資格を有しない者を補助として使った場合、医師は、薬剤の準備・調剤・交付をさせるにつき十分な指示をし、また監督をしなければならない。

すでに昭和13年の大審院の判例⁶⁴⁾で、医師の調剤上の監督義務が認められている。十二指腸駆除剤を投薬するに際し、医師が、産婆に調剤させ、「ネマトール球1コ」と記載した処方せんを横書きで「12コ」と記載してあると誤読して薬袋に入れたのを、医師が中身を確認せず交付したため、服用した患者が死亡したという事案につき、医師に「指揮監督」すべき義務を認めたのであり、無資格者に調剤・投薬を補助させる場合には、医師は当然、監督責任を負うと

63) 横浜簡略平 15・3・31 飯田Ⅱ 175頁。

64) 大判昭 13・10・14 刑集 17・759。

いう原則は古くから確立しているといつてよい。

【31】 見習看護婦プロカイン調剤過誤事件⁶⁵⁾ この判決においては、見習看護師に対する医師の監督責任を根拠づけている。

(判旨) 「医師が無資格者たる見習看護婦を医療補助者として使用する場合は、平素から医薬品の管理を厳にし、また、麻酔薬等の調剤については直接指示してこれをさせ、擅に調剤しないように監督すべき義務があり、もし見習看護婦が擅に調剤することを黙認した場合はこれが施用の事前においてその結果の適否を確認すべき業務上の注意義務があるのに、被告人はこれを怠り、見習看護婦Kが擅に麻酔薬等の調剤をするのを黙認しておきながらこれが結果の適否の確認をすることなく、同人の麻酔薬の調剤に間違いのあったことに気付かず正常なものと軽信し、患者にこれを施用した点に本件業務上の過失があった」。

本判決では、医師が無資格者である見習看護師に麻酔剤等の調剤をすることを黙認したにもかかわらず、その結果の適否を確認する義務を怠った点に過失が認められた。

次の判例は、医療実務の資格のない「事務職員」が医薬品の注文・受領の事務に携わっていたとき、医師は、その受領内容につき、誤りがないと信頼できないとするものである。

【32】 フッ化ナトリウム等混合粉末誤調合事件⁶⁶⁾ 本件では、医院で医薬品類の注文、受領等の事務に従事する女子事務員が、ブドウ糖と誤って届けられたフッ化ナトリウム等の混合粉末を水に溶解して患者に飲用させ、これを死亡させた事案に関して、事務職員Bと医師Aが業務上過失致死罪に問われた。

(事実) 医師Aは、① 注文を聞き違えた配達員Gが、ブドウ糖でなくフッ化ナトリウムの混合粉末約5.5グラムを届けたのを受領した際、その分量が、従前自己が使用していたブドウ糖よりも著しく少なかったのに、注文したブドウ糖と同一のものかどうかGに反問するなどしてその確認をせず、ブドウ糖が配達されたものと軽信してこれを受領したことにより、さらに、② H (36歳) の糖負

65) 東京高判昭41・3・25判タ191・198。

66) 函館地判昭53・12・26判時925・136＝飯田・山口25頁。大嶋一泰「フッ化ナトリウム致死量誤飲事件」医療過誤判例百選(第2版)62頁参照。

医療過誤の諸類型と刑事過失

荷検査のためブドウ糖溶液を飲用させるにあたり、自らその溶液の調合をせず、また被告人Bが調合した際も直接その指揮をせず、調合後にその溶液の確認もしなかったことにより、被告人Bが、ブドウ糖と軽信して受領、保管しておいた混合末粉を50ccの水に溶解して、Hに飲用させて同人をフッ化ナトリウム中毒に陥らせ、よって急性中毒による呼吸および循環麻痺により死亡させた。

(判旨)「看護婦、薬剤師の資格がなく医薬品等に関する基礎的知識の不十分な者にその注文、受領、調合を任せきりにすると、常に誤投与の危険があるのであるから、たとえ長年任せてやってきたとの事情があったとしても、医師としてはその者の行為を信頼することは許されず、判示のとおり、自ら調合するか、あるいは被告人Bが調合するときは自己の直接の指揮下で調合させるか事後に調合液の点検をするかの義務があるといわなければならない」。

本判決については、形式的な無資格であることにより、信頼の原則が排除されるのか⁶⁷⁾、実質的に、被告人Bは「ブドウ糖」という名を知らされておらず、したがって、注文時にも正式な名称を言うことができなかつたのであり、また同被告人が受領時に量の少なさを看過したのも、医薬品の一般的危険性に対する認識不足がその遠因であったということから、「実質的な信頼関係の基礎が成り立っていなかった」⁶⁸⁾のであり、それゆえに信頼の原則の適用が排除されるのかについては、見解が分かれている。

【33】 イソニアジド誤調剤事件⁶⁹⁾ 本件では、医師は、事務職員に調剤させ、事務職員が薬剤を誤認して調剤し、看護師が患者に服用させている。

医師が、薬剤師の資格のない事務員に指示して調剤させたが、事務員が、抗結核剤イソニアジド粉末をブドウ糖であると誤認して調剤し、看護婦がこれを溶解して患者に服用させ、患者が中毒死したという事案である。簡裁は、医師には「自らブドウ糖を調剤投与するか、資格のない事務員をして行わせる場合は、直接監督しながら調剤させ、かつ、医薬品がブドウ糖に相違ないことを十分確認したうえで投与させ」る業務上の注意義務があったとした。

次の事案も、同様に医師が事務職員に調剤させながら適切な指示・監督を

67) 大嶋・前掲医療過誤判例百選(第2版)63頁。

68) 北川・前掲『新版医療事故の刑事責任』273頁。

69) 八戸簡略昭54・3・22 飯田・山口30頁。

怠っている。

【34】 薬剤取り違い致死事件⁷⁰⁾ 本件では、内科医院の医師が、医療事務員らに、高尿酸血相治療剤であるアリスメット錠を喘息患者の妻に交付するよう指示すべきところ、誤って、喘息患者には禁忌とされているアスターワール錠を交付させて、呼吸不全により患者を死亡させた。

医師としては、自ら薬剤の種類及び数量を確認して交付するか、同医院で雇用する事務員をして交付させる場合には、あらかじめ保管場所から取り出し手順、その袋詰め作業の方法等につき、個別に指示・監督をなしておく業務上の注意義務があるとされた。

4. 麻酔による医療過誤

1. 麻酔事故の特徴

麻酔は、患者の手術に伴う身体的苦痛を除去し、精神的苦痛や恐怖を除去するためのものである。麻酔医は、手術中、患者の全身管理を担当することが多い。麻酔には、全身麻酔と局所麻酔がある。全身麻酔は、中枢神経系全体を麻酔する。局所麻酔とは、末梢神経または脊髄神経に局所麻酔剤を与えて、局所的に神経を麻酔するものである。

麻酔による医療事故は多い。麻酔事故に関する医療過誤訴訟の特徴として、次の点が挙げられている⁷¹⁾。

- (1) 麻酔は危険性が高い医療行為であるが、それが認識されていない。
- (2) 麻酔科の専門医が少ない。麻酔専門医になるには、5年以上の臨床経験と試験に合格しなければならず、麻酔標榜医になるには、10年以上の臨床経験と試験に合格することが必要である。麻酔医が不足しているので、上記のような麻酔医以外が麻酔を実施することが多く、そのような場合に事故が多発している。

70) 新潟簡略平6・5・30判タ1035・38＝飯田・山口39頁。

71) 熊本典道『麻酔事故の法律問題』（1992年）11頁以下、大塚裕史「麻酔と過失」中山・甲斐（編著）『新版医療事故の刑事責任』88頁以下参照。

(3) 事故発生時に患者の不満が多く、訴訟に発展しやすい。

麻酔事故の発生原因については、次の事項が挙げられている。

(1) 麻酔担当医の経験・能力の不足

(2) 麻酔担当医個人の性格・気質の問題（性急さ、不注意、他人への依存性過多）

(3) 麻酔医を取り巻く環境の問題（監督不十分、困難事例の強制、過労、医療チーム内部の連携不足など）

さらに、麻酔事故に関する刑事裁判例における過失がどこに認められるかについては、麻酔薬の取違え、麻酔器具の誤接続などの初歩的ミスが半数、残りの半数が、麻酔に際してのショック・副作用に対する対応のミスであるとされている⁷²⁾。ここでは、① 麻酔せずに切開手術をする事例類型、② 麻酔剤の取違えと調剤過誤の事例類型、③ 麻酔器の取扱いミスの類型、④ 麻酔の際の患者の身体管理に関するミスの類型に分類する。

2. 無麻酔手術

次の判決は、乳児のヘルニア切開手術を麻酔なしで行ったが、乳児の場合、泣き叫ぶと腹圧が増し、腸管が外部に脱出することを予測すべきであり、手術の前に予め麻酔を施しておくべきであったとして、麻酔を施さないまま切開するのは、注意義務に反するというものである。

【35】 ノブロン注射事件⁷³⁾ 本判決は、生後62日の乳児Sの臍ヘルニア切開手術に際し開業医の執るべき業務上の注意義務について判示したものである。

（事実） 被告人は、Sの臍ヘルニア切開手術を施行するにあたり、手術の方法として麻酔を施さないまま、臍ヘルニアの患部の下部の表皮を切開し、腹部の腸を押し込み、切開した個所の粘膜を縫合する方法をとることにした。幹部の下部の表皮を約1センチメートル位切開したところ、その際、メスが腹膜に当たって腹膜が破れ、これによる患者の苦痛啼泣による腹圧のため、右損傷部から腸管が

72) 大塚・前掲『新版医療事故の刑事責任』90頁参照

73) 広島高判昭45・5・26判タ255・272。

外部に脱出し、脱出した右腸管を腹腔内になかなか還納できない事態を惹起し、そのためあわてて右腹圧を除去しようとして、吸入麻酔トライレンを施したが、効果が現れないので、注射麻酔の方法を施行することにし、看護婦Bをして、鎮痛、催眠、鎮静剤ノブロンB注射液1管の3分の1宛を30分ないし40分の間隔を置いて2回にわたって皮下もしくは筋肉注射させ、その結果ようやく腹圧を除去し、腸管を腹腔内に還納し、縫合を終了し、手術を終了したが、Sは、その後、呼吸困難となり、昏睡状態に陥り、死亡した。

（判旨）「本件Sのような生後62日の乳児の臍ヘルニアの切開手術の際には、メスによる腹膜等の損傷等の場合、患者の啼泣等による腹圧に基づく腸管の脱出は、本件当時一般の医師（開業医）としては当然予想すべきことであり、その処置を誤るときは患者の生命身体に不測の障害を生ぜしめる危険があるから、このような事態になることを防ぐため、麻酔技術の発達した現今の医学上の常識に従い、あらかじめ適当にして、かつ、適量な吸入麻酔による全身麻酔を施して腹圧を除去した状態において、切開手術を行うべき業務上の注意義務があったものといわなければならない」。

本件では、麻酔をせずに切開手術をしたこと自体が注意義務に反するとされている。患者は、乳児であり、切開の際、苦痛啼泣によって腹圧がかかり、損傷部から腸管が外部に脱出し、脱出した腸管を腹腔内に還納できない事態が生じることは一般に予測でき、予め全身麻酔をすることによってそのような事態の発生を予防しておくことは「医学上の常識」だとするのである。

3. 麻酔剤の取違えと調剤過誤

まず、医師自身が、麻酔剤を誤って注射して患者を死亡させた事案を見ておこう。

【36】 局所麻酔薬取り違え致死事件⁷⁴⁾ 被告人は、耳鼻咽喉科・小児科医院を開業していた医師であるが、A（32歳）に対して肥厚性鼻炎の手術を施すにあたり、同人の鼻腔内に局所麻酔薬として塩酸プロカイン溶液を注射しようとしたが、毒性の強い塩酸ジブカイン溶液を塩酸プロカインであると誤信し、これを患部付近に注射し、右溶液を同所付近の血管内に混入させてけいれんを発生させた上、

74) 静岡地沼津支判平5・11・25判タ1035・41＝飯田・山口51頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

抗けいれん薬を投与してけいれんを抑制する等の適切な措置を講じなかった過失により、同人を局部麻酔中毒により死亡させた。

局所麻酔中毒であったかどうか、ジアセバム等の抗けいれん薬を静脈注射することが不可能であり期待可能性がないかが争われたが、判決は、「医師としては、使用する麻酔薬の種類等に間違いのないことを確認し、間違った麻酔薬の使用による局所麻酔中毒の発生を未然に防止することはもちろん、局所麻酔中毒による痙攣が発生した場合には、直ちにジアセバム等の抗けいれん薬を静脈注射してけいれんを抑制する等の適切な措置を講じなければならない業務上の注意義務がある」のに、これを怠ったものとした。

本件では、医師が麻酔剤の注射にあたり薬剤を間違っているが、それによってけいれんが発生した後にもそれを抑制する静脈注射をする等の適切な措置を講じる義務が認められている。

【37】 見習看護婦プロカイン調剤過誤事件⁷⁵⁾ 本件は、医師が見習看護師の調剤・補てんした麻酔薬を十分に確認することなく、患者に注射したため、患者に傷害を負わせた事案につき、医師の確認義務を認めたものである。

(事実) 被告人たる医師Aは、来診患者Xに対し麻酔薬を施用することとなったが、見習看護婦Kが、調剤、補充した以後右壇中の溶液が補充、増量されていることを確めず、従ってその調剤の結果の適否をも確認することなく、Dがこれを2cc入り注射器に入れて持って来たのを受け取り、同人に対し単に口頭で薬は間違いはないか否かを質しただけで、たやすくKが右のように調剤、補充した以前の正常な麻酔薬であると轻信し、患者にこれを施用し、同人に傷害を負わせた。

(判旨) 「凡そ医師たる被告人は先ずもって医薬品の管理を厳にし、見習看護婦が単独で麻酔薬等の調剤をしないように監督すべきであるほか、本件の場合には見習看護婦が単独で麻酔薬の調剤をするのを黙認していたのであるから(……)、見習看護婦が麻酔薬を新たに調剤、補充しているか否かに絶えず注意を払い、新たに調剤、補充されていることを知った際は直ちにその調剤が適正であるかどうかを確かめるは勿論、これが施用に当っては常にその結果の適否を確認すべき業務上の注意義務のあることはいうを俟たず、見習看護婦が新たに調剤したかどうかは前記麻酔薬の壇内の溶液の量を検することによって容易に判明することであ

75) 東京高判昭41・3・25判タ191・198。金澤文雄「見習看護婦プロカイン調剤過誤事件」医療過誤判例百選〔第2版〕48頁以下。

り、また、調剤の結果の適否も味覚ないし簡単な化学反応検査によってこれまた容易に判別し得ることであって、格別困難ないし不可能なことを強いるものではない。そして、被告人には、かかる確認義務を怠り、見習看護婦Kが新たに調剤、補充していることを確めず、かつ、同人の取り違えて調剤した本件不適正な溶液の適否の確認をしないでたやすく正常な麻酔薬と軽信した過失があり、被告人がこれを患者に注射し傷害の結果を生じさせたことについて本件業務上過失傷害の刑事責任を負うべきことは当然であって、原判決の趣旨もここにあることが認められる」。

本判決は、見習看護師に単独で麻酔薬を調剤させることは許されず、たとえ事実上黙認していたとしても、調剤が適正であるかどうかを確認する義務があるというのである。それに対して、看護師の場合については、前掲【23】の前橋地太田支判昭51・10・22判タ678・59が示している。

【38】 オイナール動脈誤注射事件⁷⁶⁾ (事実) 被告人は、S総合病院産婦人科勤務の看護婦であって、同病院産婦人科医長Nから、患者Kに対する妊娠中絶、輸卵管結紮の手術および盲腸手術のため、同人の右肘部に静脈注射用全身麻酔薬オイナール注射液5ccの静脈注射を行うよう命じられた際、N並びに医師Yからは、右の注射につき、格別の指示、注意などは与えられなかった。しかし、一般に麻酔薬は動脈に注射してはならないというのが、医学上の常識であり、したがって、その取扱いは、慎重を要するものとされていた。被告人は、右のN医師の命にもとづき、同医師がその場から席を外した後、Y医師が傍にいて、Kの右腕をく血帯で緊縛し、注射しようとする部分の皮膚をアルコールで消毒して、オイナール注射液を注入すべき静脈の発見に努めたけれども、Kが肥満していたため静脈の発見が困難を極め、さらに手掌背部等を探しても静脈を発見することができず、そのため思案にくれて自信がない旨を口から洩らしたのであったが、傍にいたY医師が「大丈夫でないか」などと言うので、改めて具体的な指示を求めるなどのことはしないで、またもとの右肘部について静脈を探し求めた末、自らが静脈と判断した血管に注射針を刺入して、同血管にオイナール薬液を注入した。……Kは、右のオイナール注射後、ラボナール注射前、麻酔が効いていないのに、右手指を曲げたままにいて、被告人から同手指を延ばすよう求められても、痛くて延ばせない旨申し立てて、右手の疼痛を訴え、かつ、間もなく、その

76) 仙台高判昭37・4・10判時340・32、最決昭38・6・20判時340・32。

医療過誤の諸類型と刑事過失

右手が指の先端から次第に変色しはじめ、……その後、右手の肘部から指先までの組織が壊死して、右手の肘関節部からの離断手術を受けるにいたった。右の壊死は、血行障害によったものであるが、それは、単なる局所的なものではなく、右手肘部からの指先までに亘る広汎なものであった。結局、被告人がオイナール注射をしたのは、Kの右正中肘動脈であった。壊死は、オイナール注射に基因する右正中肘動脈の収縮にもとづく血行障害によるものであった。

(判旨)「この種の患者にオイナール薬液の静脈注射をなすに当たっては、医師としては、自ら注射の任にあたるか、または、その指示による看護婦をして注射にあたらせる場合でも、自らその場に立ち会い、随時適切にして詳細な指示を看護婦に与えるとともに、その注射施行の状況は、これに対する患者の兆候等に絶えず留意しながら該注射を誤りなく完遂せしめるべきものであり、また、医師の指示によりオイナール注射を行う医師の医療業務の補助者たる看護婦も、患者の注射を行うべき静脈の発見が困難な場合には、医師はその旨を報告して、医師に替って注射をしてもらうか、または、医師に具体的な指示を求めて、多の個所の静脈に注射を施すなどの適当な措置を執るか、あるいは、医師の指示にもとづいて静脈を誤りなく確認した上で注射を行うかなどして万全の措置を講じ、オイナール薬液の動脈注射によって起こり得る危害の発生を未然に防止するよう周到な注意をなすべき業務上の義務がある……」。

「右医師らに医師としての過失が存する一方、看護婦として医師の指示により注射を行う等の業務に事実上従事していた被告人にもまた、右の点において過失の存したことが極めて明白である」。

本判決でも、医師の過失と並んで看護師の過失をも認定している。しかし、本判決では、医師が自ら注射しているわけではないので、看護師の注射に対する監督義務が問われている。Y医師は、看護師の注射に立ち会っており、静脈の発見に手間取っているにもかかわらず、適切な指示を与えず、自ら代わって注射することもしていない点に、監督過失が認められる。

次の判例では、2名の医師が、当該患者に対して、「共同主治医」の関係にあるとし、一方が他方の「補助者」にすぎないという主張を退けた。これによって、過失共同正犯が認められるのかという点については、判例はあくまで「過失の競合」であるとする。

【39】 クロロホルム誤注射事件⁷⁷⁾ (事実) 被告人A及びBは、外科医であったが、X女(27歳)の右肩肘関節の脱臼を共同して診察治療しながら、Aの提案によりX女に全身麻酔を施すことになり、看護婦Cにオーロパンソーダの注射を命じたところ、Cがクロロホルムを静脈内に注射したため、中毒症状を呈し、心臓衰弱によって死亡させた。原審宇部簡裁は、AおよびBに業務上過失致死罪の共同正犯を認めた。これに対し、被告人Aは、Xの主治医ではなく、Bの補助者に過ぎず、Xの死因となった静脈注射を行ったわけでもなく、オーロパンソーダを指示したこと自体は正当だったのであるから、過失はないと主張し、控訴した。

(判旨) まず、Aは、Xの主治医ではなく、「補助者」であったという主張に対しては、「被告人の地位名目がその何れにあったとするも、其の当時における実情は、被告人及びBは、右Xの診察治療については、その責任に軽重のつけ難い共同担当医(或は共同主治医)であったことが認められる」とする。次に、被告人の注射指示の正当性についてはこれを認める。さらに、被告人とBとが共同担当医であったことから、被告人は、看護婦の「一挙手一投足もたやすく見極め得る場所に居た」のであるから、「患者の衛生上危害を生ずる虞のある静脈注射、殊に全身麻酔の如き……危険を伴う行為に於ては、……医師は其の処方(……)に過ちなくば、之を示したのみで足り爾後の看護婦の行為については何等の責任はないと為すことは、右の如き事柄の重要性に鑑み到底首肯し難い論であって、AはXに対する共同担当医としてBと共にその責任を以て自己に於て現実に注射を行う場合と同様の注意を以て患者の体内に注射する直接の行為は勿論のこと、その以前に於ける……準備行為と云うべき……注射液の正確なる確認……分量等苟も注射に関係することについては細大もらさず嚴重なる検査を為し以て注射の過誤なきを期すべき業務上の注意義務を有したものとす。けだし、「或る患者に対する診療行為が二人以上の医師により共同して行われその医師間の責任の軽重がつけ難いような場合、然もその診察過程に於て、医師の過失の存した場合は、その内の或医師につきその過失につき全然関係のないことが特に責任を分担しその帰責を明かにして行われたのでない限り、右過失についての責任は共同診察に当る医師全員に存するものと解するを相当とする」。ただし、これは、「過失行為の競合」であって、「共犯」ではないから、刑法60条を適用したのは法令の適用を誤ったものとする。しかし、判決に影響を及ぼすべき法令の適用の誤りと

77) 広島高判昭32・7・20裁特4・追録696。内田文昭「看護婦静脈注射過誤と共同担当医の責任」医事判例百選18頁(=最決昭33・3・6公刊物未登載)。

はいえないから、原判決を破棄する理由とはならない。

本判決は、一人の患者につき、「その責任に軽重のつけ難い共同担当医（或は共同主治医）」として、共同担当する医師の看護師の注射に対する「過失の競合」を肯定したものである。対等な担当医間の過失の「競合」が問われた点で特徴のある判例である。本判決は、原審が過失共同正犯を肯定したのに対し、過失犯には、刑法60条の適用がないとの根拠から、共同正犯性を否定する。60条の適用がなくとも、過失犯の単独正犯ないし同時犯を肯定できるとするのである。たしかに、本件においては、両医師の過失は、単独でも生じるものであり、相互に相手方の行為をチェックするといった関係にあるのでもないから、過失共同正犯にする必要性は必ずしも認められない。また、本件においては、被告人の、看護婦に対する注射の指示自体には過失がなかったとされている。ということは、看護婦の誤った注射を「たやすく見極め得る場所」にいた被告人が監督しなかった不作為が過失の内容とされていることになる。ただし、このことは、判決からは全くうかがわれない⁷⁸⁾。共同担当医であったBにつき、作為可能性（回避可能性）があったのかどうかは、Bの本件当時の位置が不明であって、分からないが、共同正犯性を明らかにするには、Bの本件当時の「行為」（不作為）を明らかにする必要がある。

4. 麻酔器の取扱いミス

麻酔を行うには、笑気ガス吸入のための麻酔器が用いられることがあり、その操作を誤ったことにより事故が発生することがある。麻酔医による麻酔に先だって看護師がその準備をするが、麻酔器の操作ミスを前提として、その器械を使用した麻酔医が安全確認義務を怠って事故の発生に至るとというのが典型的な事象経過である。

【40】 西宮市立中央病院事件⁷⁹⁾（事実） 被告人は西宮市立中央病院の外科医師

78) 本件を評釈された内田文昭教授もこの点には触れられていない（内田・医事判例百選19頁参照）。

79) 神戸地尼崎支判昭46・6・21判時753・11。

であったが、同院外科部長Tの執刀のもとに、入院患者（51歳）に全身麻酔を施したうえ、その十二指腸潰瘍の手術を行う際、その麻酔を担当することになったが、手術に先立ち、医師の医療行為の解除に従事している同院看護婦Nが麻酔の準備として、循環式麻酔器に酸素ボンベと笑気（液化亜酸化窒素）ボンベとの耐圧ゴム管をそれぞれ接続するにあたり、右酸素ボンベの耐圧ゴム管を右麻酔器の酸素用流量計口金に、右笑気ボンベの耐圧ゴム管を右麻酔器の笑気用流量計口金に接続しなくてはならず、これを互いに誤って接続させると患者に当初から笑気を吸入させ酸素欠乏を来すなどの危険を惹起するおそれがあるので、これを正しく接続して事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、漫然右耐圧ゴム管と各口金とを互いに誤接続したまま、これを麻酔導入の用に供した過失と、……被告人が、麻酔担当医として、右Aに右麻酔器を使用し、麻酔の導入をはじめたがあらかじめ前記接続状況を点検して、その安全を確認したうえこれを使用し、自己の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、前記誤接続が生じているのにかかわらず、右誤りはないものと軽信し、その点検および安全確認をせず、右誤接続に気づかないまま笑気ボンベの耐圧ゴム管を接続した右麻酔器の酸素用流入計バルブを開き、右Aに対し、毎分約5リットルの笑気を薬16分間吸入させた過失が競合して、右Aをして、無酸素症による意識障害を生ぜしめ、よって、……右無酸素症による意識喪失を起因とする肺水腫肺炎並びに心不全により死亡するに至らしめた。

麻酔器の準備作業は、医師の指示にしたがって看護師が行うが、その際に看護師が接続操作を誤り、医師が誤接続に気付かず、患者に麻酔を吸入させたため、患者が死亡したという場合、看護師の過失を前提として医師の過失が生じている。この事案では、医師が患者に麻酔器から笑気を吸入させるという結果発生に対する最終の行為を行っている。この場合、医師は、看護師の適切な行為を信頼することはできない。

次の事案も看護師の誤接続に医師が気付かなかった事案であるが、准看護師だった場合に関するものである。

【41】 笑気酸素ガス誤接続事件⁸⁰⁾ 被告人は、准看護婦であり、入院中の患者A（49歳）の十二指腸潰瘍等の治療のための開腹手術を行うに際し、医師の指示

80) 木之本簡判昭53・1・12 飯田・山口50頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

により、右患者に麻酔をかける準備として麻酔器に酸素ガスおよび笑気ガス（亜酸化窒素）を導入するため、右二種のガスの配管ノズルに、麻酔巻取付の欠くゴムホースを接続したが、……酸素ガスのホースを笑気ガスホースの配管ノズルに、笑気ガスのホースを酸素ガスの配管ノズルに誤って接続し、麻酔器に酸素ガスと笑気ガスを取り違えて送った過失により、……医師Kが誤接続に気づかずに同患者にラボナールおよびサクシンを注射して意識消失、呼吸停止の状態を惹起させ、その間、人工呼吸のため酸素ガスを送るべきところを笑気ガスを送ったため、酸素欠乏症による後遺症として、逆行性健忘症の傷害を負わせた。

本判決でも、医師が誤接続に気づかず笑気ガスを送るという最終的な危険創出行為を行っているが、本件では、被告人は、「笑気ガスのホースを酸素ガスの配管ノズルに誤接続」した准看護師であり、その過失が問われている。

次の判決は、医師自身の麻酔器操作の誤りによる死亡事故に関するものである。

【42】 笑気ガス誤吸入事件⁸¹⁾ 被告人は、A市民病院の外科医であったが、被告人が麻酔医を、同病院医師Mが執刀医を、同Nが助手及び指導医を各担当する医療チームをもって、患者A女（5歳）に対し、吸入麻酔器を使用して全身麻酔を施した上、左外鼠径ヘルニア根治術を行ったが、同根治術終了後同児を麻酔状態から覚せいさせるにあたり、麻酔医としては同麻酔器を的確に操作して酸素欠乏などによる事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、同麻酔器の酸素ガスの調節つまみを笑気ガス（亜酸化窒素ガス）のそれと取り違えて各操作して同児に酸素ガスの吸入を停止させ、かつ、笑気ガスのみを吸入させた上、同児の血圧が低下して自発呼吸が弱まり、間もなく同児の口唇等に酸素欠乏によるチアノーゼが発現したのかかわらず、なお、同麻酔器の誤操作に気づかず、その後も……漫然同児に笑気ガスのみを吸入させた過失により、酸素欠乏に基づく無酸素脳症に陥らせた上、肺炎を併発させて呼吸困難とならしめ、死亡させた。

本件は、麻酔医が、自ら酸素ガスの調節つまみを笑気ガスのそれと取り違えるという単純ミスによる患者死亡事故事件であり、注意義務違反が肯定された。

次の事例は、執刀医を兼ねている麻酔医が、看護師の麻酔器の誤操作を確認

81) 富山地高岡支判昭61・2・3判タ678・60。

せずに、死亡事故を起こしたというものである。

【43】 麻酔器誤操作致死事件⁸²⁾ 被告人Xは、医師、被告人Yは看護婦としてI病院に勤務していた。W(38歳)の虫垂炎手術にあたり、挿管麻酔器を使用した全身麻酔を施したが、Wを麻酔状態から覚せいさせるにあたり、① Xは、麻酔医と執刀医を兼ねていたが、Yに対して、Wに笑気ガスを止めて酸素ガスを吸入させるように右麻酔器の操作を指示したのであるから、麻酔医を兼ねる執刀医としては、自ら右麻酔器の流入計を視認するなどして被告人Yが的確に右麻酔器の操作をしたことを確認し、被告人Yの右麻酔器の誤操作による酸素欠乏などによる事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、切開部の流量計を視認せず、被告人Yのした右麻酔器の操作を確認しなかった過失、② 被告人Yは、麻酔器の酸素ガスの調節つまみと笑気ガスの調節つまみを取違えて、酸素ガスの吸入を停止させ、笑気ガスのみを吸入させる操作をした過失により、Wに酸素欠乏に基づく低酸素脳症の傷害を負わせ、右傷害に基づく脳障害により死亡するに至らしめた。

本件では、看護師の麻酔器の操作ミスと医師が自ら麻酔器の流入計を確認しなかったミスによって死亡結果を発生させた過失が認められた。麻酔器の操作は、麻酔医でもあった医師の任務であり、医師には、自ら計器を確認し、それを補助する看護師のミスがないようにする注意義務があるというのである。

5. 麻酔の際の患者の身体管理に関するミス

まず、参考のため、患者の身体管理に関する民事判例を検討しておこう。

(a) 麻酔後の身体管理に関する民事判例

【44】 神戸大学悪性過高熱事件⁸³⁾ (事実) S(7歳)は、神戸大学医学部附属病院整形外科において右股関節ペルテス氏病と診断され、その治療を受けるため……同病院整形外科に入院し、同病院整形外科のO医師及びK医師を術者とし、同病院麻酔科のI医師を麻酔担当医、M医師をその指導医として全身麻酔施用ソルター式骨盤切術を受けたが、右手術中悪性過高熱が発現し、麻酔剤の吸入を止めるなどし、手術を中止し、また、全身を氷で冷却するなどの措置を施したが、

82) 千葉簡平略10・7・10判タ1035・59＝飯田・山口323頁。

83) 大阪高判昭53・7・11判時917・71。

医療過誤の諸類型と刑事過失

翌日、脳循環不全、心不全により死亡した。本件の死亡の原因は、悪性過高熱であると考えられたが、ある鑑定によると、「悪性過高熱の発生原因は、現在もお不明であるが、ハロセン、メトキシフルレン等の吸入麻酔剤、脱分極性筋弛緩剤サクシニルコリンが引き金となって発症する薬物遺伝学的疾患と考えられており、麻酔手術中の悪性過高熱の発生頻度についての正確な統計はないが、小児で1万5000回の麻酔に1回、成人で5万回の麻酔に1回位であるなどといわれており、その死亡率は60乃至70パーセントの高率である」という。本件では、医師は悪性過高熱を特別に意識して血縁者の麻酔手術中の事故の有無を問うていないが、その問診が、麻酔担当医として問診義務の違背に当たるか否かが問題となった。

(判旨)「本件事故は、これに先行する〔父の弟〕Kの死亡事故がなければ全く防ぎようのない不可抗力による事故とせざるを得ないものであることは、……明らかである。そして、Kの死亡当時、これがKの特異な体質に起因するものであつて、このような体質は家族性を有する可能性があるから、血縁者はなるべく全身麻酔を避けるべきであるというようにKの死因が究明され、それが縁類者に知れわたっておれば、〔患者の母親〕Xといえども、それがわが子の生命にかかわることであるだけに、I医師らの質問に対して真先にそのことを告げたであろう。それがそうでなかつたことはまことに不幸なことといわなければならない。……Xとしては、折角与えられたところのわが子の死亡事故を防止し得るほとんど唯一ともいふべきチャンスを生かし得なかつたことはまことに残念なことであり、運命ともいふべきものであるが、これは他人の責任に帰すべき筋合のものではない。

以上、I医師に本件手術の麻酔担当医として問診義務の違背があつたものと認めることはできない」。

本件では、医師は、「気管内挿管を容易にするべく代表的な脱分極性筋弛緩剤であるサクシニルコリン20ミリグラムを静脈注射し挿管を試みたところ、全身性の筋強直を起し開口不能であつたため、直ちに同量のサクシニルコリンを追加投与したが、筋強直に変化がなかつた」。そこで「作用機能の異なる……筋弛緩剤……を投与したところ、数分にして筋がやや弛緩し開口が可能となつたので挿管し、笑気、酸素、フローセンを吸入せしめて全身麻酔を維持した」のであるが、本件悪性過高熱の原因は、サクシニルコリンの投与にあると推測されるにもかかわらず、悪性過高熱の原因は一般に究明されていたとはいえない

い状況にあった。そこで、筋肉弛緩剤であるサクシニコリンを投与する前に、麻酔に対する特異体質は家族性を有する可能性があるため、全身麻酔による手術について親戚の過去の麻酔事故について問診していれば、事故を防げたのではないかが問題とされることになる。しかし、原因究明がなされていないにもかかわらず、医師にその点に関する問診義務まであるということはできず、判決によって問診義務違反が否定されたのは妥当であったといえるであろう。

(b) 麻酔後の身体管理

まず、ドイツの麻酔後の患者の身体管理に関する刑事判例を検討しておこう。

【45】 連邦裁判所1982年12月21日決定⁸⁴⁾ (事実) 被告人らは、同じ病院に勤務していたが、医師Eは、外科の指導医、Mは麻酔担当職員、Kは熟練の看護職員(Pfleger)であった。患者Wは、E医師により尾骨瘻(Steissbeinfistel)の手術を受けた。手術は、5分で終わるお決まりの手術であったが、完全麻酔(筋肉弛緩と挿管後の酸素・笑気ガス・ハロタンの混合ガス吸入)のもとで行われた。一人の女医と一人の手術補助看護師が被告人の麻酔を手伝った。看護師Mは、酸素吸入に責任を負っていた。通常は通院部門ではたらく看護師Kは、手術開始直後、患者を寝かし静かにさせるために偶然に手術に引き入れられた。Kは、脈拍をいったんチェックしたが、その後、脈拍数を続けて声を出して数えなかった。手術室から6メートル離れたところに置かれていた心電図(EKG)モニターは用いられなかった。酸素吸入は、手術のときに被告人らに気づかれない原因で行われていなかった。E医師とKは、チアノーゼを観察したが、その時点ではすでに脈動はなかった。酸素吸入、心臓マッサージなどの救急措置が試みられたが、成果なく、患者は術後30分で死亡した。酸素不足に気付くのが遅すぎたため、救急措置が適時に実施しえなかったことが違法な行為である。

第1審は、3人を全員有罪とした。Eについては、手術前に面倒があったのであるから、EKGモニターを導入すべきであったし、Kが声を出して脈拍を数え、Mが血圧を監視するように促すべきであったというのである。

(決定) KとMについては、第1審の認定は、刑法上重要な義務違反があったとはいえないとした。Kについては、5分を要した手術後に薬剤室に送られていて、脈拍を引き続いて数える義務があったとはいえない。Mについては、呼吸を

84) BGH NStZ 1983, 134.

医療過誤の諸類型と刑事過失

手のひらで測定し、瞼の反応を見ていたが、呼吸観察のほかにKの責任である脈拍の観察もすべきだったとはいえない。

医師Eの過失については、第1審は、それをまず心電図モニターを投入しなかったことに認める。それにもかかわらず、判決理由では、心電図モニターが、そのような麻酔法の実施にあたって、いかなる事情のもとでも使用されるべきものだったのか、それとも患者が面倒を起こした後に麻酔剤たるエヴィパンとズッチニルが追加注射された後に必要となったのかについては明らかにされていない。後者のように特別の事情があって心電図モニターの導入が必要になったのであれば、それによる安全性の確保と、それによってすでに麻酔が導入されているのにもかかわらず手術がその時点で開始できなかった危険とが衡量されなければならない。さらに、破棄された判決の理由には、義務に即した麻酔の準備と観察が行われていたときには、酸素の供給について適時に認識され、患者の死亡が、救助措置によりなお回避されえたのかどうかという問いにつき十分な認定がない。

本決定では、第1審が、被告人らの過失をどのような行為に認めているか厳密な認定を欠いている点が非難されている。確かに5分間の手術時間の間に酸素吸入に問題が発生したのか、当初から問題があったのか不明であり、手術の開始自体にすでに問題があったとすると、看護師KないしMの責任を問うるかどうかは明確でない。医師Eの過失についても、心電図モニターの導入の必要となる時期が問題であるが、麻酔の準備と観察が適切に行われているかどうか、また、救助措置をとれば事故が回避しえたのかどうかについても明らかにされていないという。

次のわが国の判例は、麻酔薬注射後、監視装置によって患者を監視し、異常が発現した際には、救急措置を講ずる義務があるとしたものである。

【46】 麻酔措置過誤致死事件⁸⁵⁾ (事実) 被告人Xは、外科医師であり、被告人Yは看護婦であったが、Xが執刀し、Yほか3名の看護婦がその補助として麻酔薬であるネオペルカミンSを注射し、患者M(11歳)に対する虫垂炎切除手術を行った際、MがネオペルカミンSの合併症によって高位脊椎麻酔症状を呈し、呼吸停止及び心停止等を惹起したさい、Mを脳障害により死亡させた。

(判旨) (1) ……ネオペルカミンSを注射した際には、その後、患者監視装置

85) 浦和簡判平7・10・16判タ1035・52＝飯田・山口72頁。

(モニター)を使用するとか肉眼的或いは理学的方法で患者の呼吸、血圧、心拍動の状態を把握し、その管理を十分に行い、呼吸停止等の異常が発現した場合には直ちにこれを発見して速やかに救急措置を講じ、呼吸停止による患者の低酸素血症、心停止及びそれに基づく脳死傷害の招致を防止すべき業務上の注意義務がある」。

(2) 被告人Yは、……「前記モニターの監視を十分に行うなどして右M女の容態観察や呼吸、血圧及び脈拍等が正常であることを確認し、もし異常を発見した場合には直ちに被告人Xにその旨を報告し、……脳障害の招致を防止すべき業務上の注意義務がある」。

本件では、医師につき患者に対する術後の身体管理の義務が認められ、看護師についても、モニターを監視し、異状を発見した場合には医師に直ちに報告する義務を認めている。次の判例も同様に、麻酔注射の後、血圧降下などの症状が発現した場合は、これを早期に発見し、救急救命措置を講じる義務があるとしたものである。

【47】 麻酔措置過誤致死事件⁸⁶⁾ 被告人は、H病院の消化器科医長であるが、外科医長TがL(9歳)の虫垂炎摘出手術を執刀する際、同手術における右Lに対する麻酔を担当し、かつ、右Tの執刀の指導介助を行うにあたり、Lに鎮静剤ドルミウム等の麻酔剤を静脈注射するとともに、マスクを用いて酸素と笑気ガスを吸入させ、Lの自発呼吸のまま全身麻酔を施したが、間もなく同人の血圧が降下したため、点滴剤ラクテック等を滴下するなどの血圧を上昇させる措置を講じた上、手術の執刀を開始させたが、Lを低酸素症及び急性肺気腫に起因する急性心不全により死亡するに至らしめた。

(判旨)「Lが麻酔の影響によって呼吸抑制による低酸素症に陥るおそれがあり、かつ、右点滴剤を短時間に過剰滴下するときは同人が循環不全を来し急性肺気腫を惹起するおそれがあったから、同人の呼吸の状態や顔色の全身観察を行うはもとより、点滴嚙下量と尿の排出量のバランスを監視し、万一右各症状が発現した場合は、これを早期に発見し、気管挿管を実施して酸素を供給する等の救急救命措置を講じて事故の発生を未然に防止する業務上注意義務がある」。

本件では、被告人は麻酔医ではなく、消化器科医長であるが、外科医長の当

86) 益田簡略平 10・6・10 判タ 1035・52＝飯田・山口80頁。

該手術の執刀の麻酔担当であった。麻酔剤の修者の後には、呼吸抑制による症状に対する患者の身体管理を適切に行う注意義務があるが、これを怠ったとする。

次の事件は、交通事故による鞭打症治療のため局所麻酔薬であるキシロカインを頸部硬膜外注射した直後に局所麻酔剤反応を発現したが、このようなショックが発現した場合には、「ジャスト・フォー・ミニッツ」といわれ、4分以内に救急蘇生措置を講じた場合の救命率は80ないし90パーセントとされているところ、被告人は、局麻剤反応の経験がないのに事前に看護師らにそれに対してなんらの教示もせず、また救急蘇生措置の準備もない状態であったため、自身が混乱してしまい、時間を浪費したため死亡させたという事案であって、地裁、高裁、最高裁で争われたものである。地裁は、罰金5万円を言い渡し、高裁は控訴を棄却し、最高裁も、上告を棄却した。

【48】 局所麻酔剤キシロカインショック死事件⁸⁷⁾ (事実) 被告人は、国立E病院の医師として、Jら3名の看護婦の介助を受け、入院患者Fに対し、キシロカイン液の頸部硬膜外注射を施術したものであるが、右注射施用は、その実施中或は実施直後に往々にして被施術者に呼吸及び心臓機能の停止を惹起する局所麻酔剤反応(……)を発現させるおそれがあり、かつ右反応が発現した場合には、発現後約3分ないし5分のうちに被施術者の脳中枢神経系への血流を十分回復させるため、すみやかに人工呼吸及び心臓マッサージなどの回復蘇生の処置を講じて被施術者を無酸素状態に陥らせないような措置をとらなければ同神経系の壊死、軟化、崩壊による脳死を招来し、ついには被施術者をして死亡するに至らしめる危険が予測できていたのであるから、……、Fに対し右注射の施術に及び右注射施術直後、同人が局麻剤反応の症状を呈し、呼吸及び心臓機能の停止を惹起したのを認めながら混乱し、呼吸及び心臓機能の回復蘇生のための迅速、適切な処置を講じなかつた過失により、同人をして脳中枢神経系の壊死、軟化、崩壊を生ぜ

87) 大阪高判昭58・2・22刑月15・1=2・95=判タ501・232, 大津地判昭53・7・18刑月10・6=7=8・1146=判時921・140, 最決昭60・9・30判タ678・67。町野朔「頸部硬膜外ブロック後ショック死事件」医療過誤判例百選(第2版)84頁以下。中空壽雅「頸部硬膜外ブロック後ショック死事件」医事法判例百選158頁以下, 飯田・山口143頁。

しめ、同人を右脳死に伴なう両側性、出血性、化膿性肺炎によって死亡するに至らしめた。

(第1審判旨) 「なるほど局麻剤反応の発現を予知すること自体はきわめて困難であるものの、キシロカイン液注射によって局麻剤反応が発現することは、被告人は医師として予見できていたところであるし、局麻剤反応が発現した場合呼吸停止及び心停止が生ずると、3分ないし5分の時間内に人工呼吸及び心臓マッサージなどの救急蘇生措置を行って脳への血流再開をはからないときにはいわゆる脳死を防止しえないことは、これまた医師として当然知得し予見できていたことである。そしてこのような局麻剤反応が発現した場合の救急蘇生措置については、施術者の医師ひとりがこれを有機的に行うことはきわめて困難であり、介助看護婦の協力を得なければこれを十全に行いえないところであるから、被告人としては、キシロカイン液の頸部硬膜外注射に立会う介助看護婦に対し、該注射によって局麻剤反応が生ずるおそれがあること、局麻剤反応が生じた場合の対処方法すなわち何よりもまず迅速に人工呼吸及び心臓マッサージなどの救急蘇生措置を行って、呼吸及び循環管理をはかる必要性を教示しておくとともに、局麻剤反応が発現した場合に直ちに救急蘇生措置をとりうるための用意すなわち右措置に必要な器具、薬剤等を直ちに使用しうる状態に整備確保しておく、自らにおいて整備確保をしなくとも介助看護婦に指示して用意をさせておくことは、臨床の実際において局麻剤反応が発現した場合、医師たる被告人はもとより介助看護婦においても、混乱を生ずることなく、相協力して相応の整序立った医療措置をとりうる所以であって、医師として当然果さねばならない業務上の注意義務に属する事柄といわなければならない。また臨床に及んで局麻剤反応が発現した場合、救急蘇生措置を円滑に行うために医師として介助看護婦に適切な指示を与えて各自の行動を整序し、自らもまた適切な救急蘇生措置の手技に習熟しておくことも右注意義務に含まれる事柄である」。

(控訴審判旨) 「被告人は、前記のようにジャストフォーミニッツともいわれる約3分ないし5分間という短時間に人工呼吸と心臓マッサージを看護婦と連携して適切に行わなければならないのに、介助看護婦に対し、役割分担についての適切な指示を怠り、かつ介助看護婦と協働すれば人工呼吸と心臓マッサージの同時平行的な実施が可能であったのに、混乱して単独蘇生法を行ったにとどまり、そのため前記限定された時間内に血流の回復及び脳への酸素補給に失敗したという過失が認められ、右と同旨の判断をした原判決の事実認定は正当であるという

ことができる」。

本件では、局所麻酔薬であるキシロカインを頸部硬膜外注射した直後に局所麻酔剤反応を発現したのであるが、全脊麻が局所麻酔剤反応の発現させた原因であるかどうかを確定せず、その症状の発現に対して適切な救急蘇生措置をしなかったことが過失かどうかを問題とした。ちなみに、本件民事訴訟においては、全脊麻が、ショック症状の原因であるとし、まず試験量のキシロカインを注入しなかったことが過失とされた⁸⁸⁾。本件判決においては、適切な救急蘇生措置は、看護師と協力・連携して行うべきであり、さらに、即刻人工呼吸を開始できるように準備しておく注意義務、そして、自ら事前に救急措置の手技にも習熟しておく必要性も注意義務の内容としている。控訴審は、これによって、局麻剤反応が予測し得たものであり、かつ「適時に適切な救急蘇生措置を施せば救命し得たものであることは明白」であるとしている。なお、本件行為が、作為犯か不作為犯かは問題である⁸⁹⁾。

【49】 麻酔措置過誤致死事件⁹⁰⁾ 被告人は、産婦人科を開業している医師であるが、右医院において、J女(45歳)に対して麻酔剤ネオペルカミンSを用いて子宮筋腫に伴う子宮摘出手術を行うにあたり、右麻酔剤の施用は往々にして被施術者に対し、急激な血圧の降下等を生じさせて呼吸及び心臓機能の停止に至るいわゆる局所麻酔剤反応を発現させるおそれがあったのであるから、同女に対する術中の循環管理及び呼吸管理を的確に行いながら、手術を遂行する一方で、右反応発現した場合には速やかに適切な血圧昇圧剤等を施し、更に麻酔器等を使用した人工呼吸及び心臓マッサージ等の回復蘇生術の措置を講ずる等して事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、……同女に血圧の降下等の反応を発現させたのに、有効適切な血圧昇圧剤等を投与することなく、術中の循環管理不十分のまま手術を継続した上、……急激な血圧降下及び徐脈等の局所麻酔剤反応を発現させたにもかかわらず、有効適切な血圧昇圧剤等を投与せず、かつ、経鼻カテーテルによる不十分な酸素注入を行うにとどまった過失により……同女を心肺停止により死亡するに至らしめた。

88) 大津地判昭50・8・27判時7816・77。

89) これについて、中空寿雅・医事法判例百選159頁参照。

90) 札幌簡判平9・10・29判タ1035・50＝飯田・山口76頁。

本判決では、局所麻酔剤反応の発現を防止するため術中の患者の身体管理を的確に行う義務および回復蘇生術の措置を講じる事前の義務を認め、これらを怠った点に過失を肯定した。

次に、医師が、直腸がん摘出による疼痛除去のため硬膜外麻酔を実施した際、局所麻酔剤を骨髄内に流入させたことにより、患者が手足のしびれ、急激な血圧降下等の症状を示したにもかかわらず、局所麻酔薬が脊髄内に流入したことが原因であることに気付かず、患者を呼吸不全による死亡させた事案を検討しておこう。

【50】 硬膜外麻酔ミス事件⁹¹⁾ 被告人は、外科医として医療業務に従事していたが、X女(57歳)に対し、直腸がん摘出手術による術後の疼痛除去のため、脊椎の特定部位の硬膜外腔内に局所麻酔麻薬を注入し、同部位で脊髄神経の伝達を遮断する硬膜外麻酔を実施するに当たり、硬膜外針の先端等により患者の脊髄硬膜を穿破し、局所麻酔を脊髄内へ流入させて全脊髄麻酔状態に陥らせ、患者に全身の痺れ、急激な血圧降下、呼吸停止等の症状を発現させ、特に、呼吸停止を数分間以上にわたって継続させれば、患者を呼吸不全により死亡させる危険性があるのを認識していたのであるから、患者に呼吸停止の症状が発現した場合、直ちに患者の気道及び呼吸を確保する蘇生措置が講じられるよう、あらかじめ上記処置室内に人工呼吸器等を準備するとともに、同麻酔実施後も引き続き患者の許に止まってその容態を観察し、患者に全身の痺れ等の上記症状が発現すれば、直ちにその原因が脊髄内への局所麻酔薬の誤入にあることを察知すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、これまで脊髄内への局所麻酔薬の誤入事故を惹起したことがなかったことに気を許し、上記処置室内に人工呼吸器等を準備せず、上記Xに同麻酔を実施し、同人の容態を観察しないまま、上記処置室を退出した上、その数分後、同人に手足の痺れ、急激な血圧低下等の症状が発現したことに気づきながら、引き続き数分間、脊髄内への局所麻酔薬の誤入にその原因があることを察知しなかった過失により、……呼吸不全により、死亡するに至らせた。

本判決では、硬膜外腔内に局所麻酔麻薬を施した際には、患者の気道及び呼吸を確保する蘇生措置が講じられるべく、人工呼吸器等を準備し、患者の容態を観察し、患者に全身の痺れ等の症状が発現すれば、直ちにその原因が脊髄内

91) 多治見簡判平13・10・9 飯田II179頁。

への局所麻酔薬の誤入にあることを察知すべき業務上の注意義務が認められた。

次の判決は、手術後の痛み止めのための局所麻酔に際し、担当看護婦に対し、患者の血圧低下の早期に発見できるように具体的に血圧測定に関する指示を行うべき注意義務を果たさなかった点に過失を認めた。

【51】 麻酔措置過誤致死事件⁹²⁾ 被告人は、外科医であったが、入院患者K女(88歳)に対し、大腿骨骨頭部の骨折治療のための手術後の痛み止めを行うに際し、局所麻酔薬である0.1パーセントの濃度のキシロカイン8ミリリットルを使用した硬膜外ブロックによる痛み止めの処置を行ったところ、急激な血圧降下の症状を呈し、また、右手術の際にも、痛み止めのための同局所麻酔薬による硬膜外麻酔を行ったところ、その血圧が低下する症状が発現したため、それぞれ直ちに昇圧剤投与を行い、血圧を維持、上昇させるなどしていたことから、右手術の痛み止め薬として右キシロカインと同様の局所麻酔薬であるマーカインによる硬膜外ブロックの処置を行った場合には、同女の血圧が急激に低下するおそれがあったのであるから、同処置を担当看護婦に指示して行わせるに際しては、その処置後の血圧低下を早期に発見し、血圧が低下し始めた場合には、必要に応じ、昇圧剤の投与ないし輸液の調整を行いなどして同女の血圧を維持、上昇させることができるようにするため、担当看護婦に対し、右K女の血圧を2ないし5分程度の間隔で頻繁に測定するよう指示するなど、その血圧低下の早期に発見できるように具体的に血圧測定に関する指示を行うべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、硬膜外ブロックの副作用による血圧低下に基づく、虚血性脳障害、他臓器不全による心不全により死亡するに至らしめた。

なお、本件の民事判例⁹³⁾は、病院、主治医、病院の管理者に対しては賠償責任を肯定したが、看護婦に対する請求は認めなかった。

次の判例は、すでに麻酔機器の誤操作において扱った【42】が、術後に生じた麻酔事故の側面をも有するので、もう一度、採り上げておく。

【42】 笑気ガス誤吸入事件⁹⁴⁾ 麻酔医が、A女(5歳)の手術に際して、吸入麻

92) 神戸簡判平10・3・3判タ1035・51＝飯田・山口78頁。

93) 大阪地判平11・3・8判タ1034・222。川端和治・前掲医事法判例百選220頁以下参照。

94) 富山地高岡支判昭61・2・3判タ678・60＝飯田・山口319頁。

酔器を使用して全身麻酔を施した上、手術の終了後、麻酔状態から覚せいさせるにあたり、同麻酔器の酸素ガスの調節つまみを笑気ガス（亜酸化窒素ガス）のそれと取り違えて各操作して同児に酸素ガスの吸入を停止させ、自発呼吸が弱まり、酸素欠乏によるチアノーゼが発現したのにもかかわらず、なお、同麻酔器の誤操作に気づかず、笑気ガスのみを吸入させて、無酸素脳症に陥らせた上、肺炎を併発させて、死亡させたというものである。

次の事案では、麻酔薬の基準最高用量を超える量の麻酔薬を注入する手術法を選択したとき、局所麻酔中毒に陥る危険があることを予測して急変に備える態勢を整えておくべきであったとする。

【52】 局所麻酔薬過量投与事件⁹⁵⁾ 本件は、A女に豊胸手術を施すため、局所麻酔薬を投与するにあたって、同麻酔薬の基準最高用量を超える量の麻酔薬を注入する手術法を選択し、このような場合には、局所麻酔中毒に陥る危険があることを予測して、患者監視装置や蘇生器具等を備え、様態急変の場合に備えて直ちに酸素を投与できる態勢を整えるなどの措置をあらかじめ講じ、同女の状態を慎重に観察し、同女が局所麻酔中毒の症状を呈した場合には、これを見逃さないようにし、その場合には必要に応じて抗けいれん剤、昇圧剤等を投与するなどの措置をとると共に、心肺停止等の事態に至れば、人工呼吸を行う等の業務上の注意義務があるのに、これを怠り、患者監視装置や蘇生器具等十分な設備が整えられていない処置室で、状態観察不十分のまま、同女の前記部位に同局所麻酔……を注入し、……同女に回復のも込みのない低酸素脳症の傷害を負わせたというものである。

本判決も同様に、局所麻酔中毒に陥る危険があるとき、容体の急変に備える義務があるとしたものである。次の事案は、全身麻酔による手術後に患者を帰宅させ、経過観察を怠った結果、死亡させたというものである。

【53】 歯科医麻酔過誤事件⁹⁶⁾ 本件は、歯科医が、幼女に対する全身麻酔による抜歯等の手術後、麻酔から覚せいしない段階で帰宅させ、死亡させた事案である。麻酔からの覚せいを十分見極めずに帰宅させたこと、帰宅後異常を訴えられながら全く救護措置を取らずに長時間放置したこと等に過失があったとさ

95) 那覇地判平 15・9・29 飯田Ⅱ 181頁。

96) 東京地判昭 47・5・2 刑月 4・5・963。宮野 彬「歯科医麻酔過誤事件」医事判例百選104頁以下。

れ、医師に業務上過失致死罪の成立を認めた。

(事実) 被告人は、歯科医であったが、患者A(5歳)の抜歯等の手術をするため同女の左腕に全身麻酔用ラボナールA(アトムリン含有のチオペンタールナトリウム)約0.1グラムを静脈注射した。このような場合、歯科医師としては、右チオペンタールナトリウム麻酔剤の施用に伴う急速な血圧降下・体温低下・心停止・呼吸停止等のショックないし呼吸中枢の抑制・舌根沈下や咽頭痙攣による気道閉そく等の副作用の発現を予想し、これに備えて同女が麻酔から完全に覚醒するまで、自己の管理下において細心の観察を続け、異常を認めるときは、ただちに所要の救急措置(……)をとるべく、万一、……帰宅させた後、異状を訴えられたときには、自ら往診または来診させ、……もって、麻酔剤施用に伴う危険事故の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務がある。しかるに、被告人は、これを怠り、いまだ麻酔から覚醒していない同女に対する監視を解き、帰宅させた過失、および、帰宅後、母親から2回の電話で、「まだ眠っているが大丈夫か」などと問われ、Aの異状を訴えられながら、往診・救急等の措置をとることなく、漫然とそのまま放置した過失により、麻酔剤施用の副作用である呼吸中枢の抑制気道閉そく等による酸素欠乏を来させ、窒息により死亡させた。

(判旨) ①「被告人には、Aが麻酔から覚醒したかどうかを確認せず、もしくは覚醒したものを誤認し、その結果、覚醒するまで歯科医師の監視下において、異状の発見がおくれないよう観察し、異状に対処できる準備を具えるべきであるのにこれを怠った過失があることは明白である」。

②「麻酔からいまだ覚醒しない患者を、帰宅させた施術者たる歯科医師としては、麻酔施用に伴うショックないし副作用の発現に備え、帰宅後もなお患者に対する経過観察をなすべきであり、……これらの配慮を全く怠り、(……)生理的睡眠だから心配ないとか、体温の測定と湯タンポの挿入を指示しただけで、帰宅後往診まで約3時間30分の長時間にわたり、漫然とそのまま放置したことは、担当歯科医師として著しい救護義務違背があったというほかはない」。

以上のように、麻酔を行う際には、その施用後、覚醒までの間、適切な患者の身体管理が重要である。麻酔は、呼吸抑制・停止、血圧の降下などの症状を引き起こす危険性が高く、身体の肉眼での監視のほか、心電図・血圧計などのモニターによるチェックなどを行い、まさかの場合の事態に対する迅速な救命措置がとれる体制を整えておくことが必要であり、これを怠った場合に過失が

肯定される。

5. 採血・輸血による医療過誤

1. 採血・輸血の医療過誤の特徴

採血および輸血をめぐる医療過誤には、① 採血器具の操作の過誤、② 不適合輸血、③ 輸血準備・開始の遅延、④ 輸血感染症などの類型がある。不適合輸血は、古くから現在まで継続して発生している。血液型検査、患者の血液型との照合は、輸血の基本的な手続である。したがって、これを怠ったために生じる事故は、重大な過失といえ、刑事事件として立件されやすい⁹⁷⁾。

輸血をするための採血過程においても、感染症の発生などを避けるため、血液の提供者に対し血清反応検査、視診・触診・聴診を行い、さらに問診を行う必要がある。採血ミス事件としては、民事事件としては、【54】東京大学附属病院輸血梅毒事件⁹⁸⁾があり、これについてはすでに「最善の注意義務」を要求した判例として言及した⁹⁹⁾が、事案は、職業的供血者の血液が、梅毒に感染していたため、子宮筋腫の手術に刺して輸血を受けた患者がこれに罹患し、視力減退・歩行困難などの後遺症が残ったというものであった。医師は、血液検査証明書を提示した提供者に対し血清反応検査、視診・触診・聴診を行わず、問診も、「身体は大丈夫か」と尋ねるにとどまった過失が問われ、そのうち「問診」を行わなかった点が、過失とされた。最高裁は、「いやしくも人の生命及び健康を管理すべき業務（医業）に従事する者は、その業務の性質に照し、危険防止のために実験上必要とされる最善の注意義務を要求される」としたのであった。

2. 採血器具の操作の過誤の類型

【55】千葉大採血ミス事件¹⁰⁰⁾ 本件は、医師は、採血に電気吸引器を用いたが、

97) 渋谷洋平「輸血と過失」中山・甲斐（編著）『新版医療事故の刑事判例』138頁参照。

98) 最判昭36・2・16民集15・2・244。

99) 山中「医療過誤と客観的帰属」法学論集62巻2号103頁以下参照。

100) 千葉地判昭47・12・22刑月4・12・2001。

医療過誤の諸類型と刑事過失

医師を補助する看護師の操作ミスにより、血管内に多量の空気が流れ込み、空気塞栓により採血対象者が死亡したというものである。電気吸引器の本来の用途は、患者の喀痰等を吸引するためのものであったが、本件第2内科では、輸血用の採血に用いられ、看護師Tは、本件までに数回この方法による採血を経験しており、医師は10数回経験していた。さらに、本件では、医師が採血し、看護師がその準備・補助をするという形で採血が行われているが、第2内科では、この作業には、「医師と看護婦が事実上協同して」あたっていた。看護師と医師が起訴された。

(事実) 被告人は、医師の資格を有していたが、C大学附属病院の無給の副手であったところ、看護婦Tの補助を受け、電気吸引器による採血方法でSから輸血用血液を採取することになり、T看護婦から渡された消毒用ガーゼでSの左肘窩部を拭きながら、Sに対し簡単な視診、触診、問診を行い、他方この間、T看護婦は、本件電気吸引器の電源コードをコンセントに差し込んだ。本件電気吸引器は、吸引と噴射の両機能を兼ね備えた器械であって、吸引用陰圧パイプと噴射用陽圧パイプが併存しているものであった。T看護婦は、誤ってタコ管を左側面の陽圧パイプにACD瓶の口にさし、電気吸引器のスイッチを入れたが、被告人は、点検確認することなく、また看護婦Tに確認させることなく、漫然採血針を静脈に刺し、血液が採血チューブに流入するのを認め金属針をT看護婦に手渡し、同看護婦がその金属針をすでに高圧状態にあったACD瓶に接続させたため、Sの正中静脈の血管内に多量の空気を注入し、よって同人をして空気塞栓症による脳軟化症の傷害を負わせ、死亡するに至らしめた。

千葉地裁¹⁰¹⁾では、看護師Tにつき、その電気吸引器の接続・操作を誤った行為につき、吸引用の陰圧パイプを正しく接続し、吸引に作動するかを点検・確認する注意義務に違反した過失を認めた。この看護師Tに対する判決に先立ち、千葉地裁では、被告人たる医師の過失につき、次のように判示していた¹⁰²⁾。

(判旨) 「医行為の実施に関する限り、医師が主体となっていくべきものであ

101) 千葉地判昭47・12・22刑月4・12・2001。

102) 千葉地判昭47・9・18刑月4・9・1539(控訴審=東京高判昭48・5・30刑月5・5・942)。

り、医師以外の関与者はその監督指示のもとにあることについては先に判示したとおりである。したがって、医師は看護婦を診察の補助者とすることはできるが、その監督の責任を放棄することはできない。……本件電気吸引器はこれを採血に用いるのは甚だ疑問があるところであった。従って、被告人は医師として看護婦に分担させた同吸引器の操作に全幅の信頼を置くのではなくて、さらに判示点検確認義務を尽くすべきであったといわなければならない。

判決では、採血の方法について触れている。採血には、採血瓶（ACD 瓶）が使用され、平圧式、減圧式、平圧減圧式の三つがあり、本件第2内科で用いられた吸引器は、瓶の圧力を平圧に保ち、吸引ポンプを用いて瓶の中を減圧して採血する方法である「平圧減圧式」に属するということができる。看護師に対する判決においては、このような電気吸引器を転用して平圧減圧式の方法による採血を行うなら、「人による二重チェックは不可欠」といわなければならないとされ、その操作作業を看護師と分担することは合理的であるが、「しかし、この場合に、医師がもしもその分担行為をなすのみで、電気吸引器の操作はあげて看護婦にゆだねてしまうのであっては、危害の発生を防止するのに不十分というほかない」とする。

看護師の採血にあたって器具操作ミスがあった場合、採血が通常の注射器によるものであれば、事実上看護師に委ねられている業務の場合、診療の補助を行う看護師のミスに対して医師が監督責任を問われないこともありよう。しかし、本件では、電気吸引器という特殊な器具を用いたのであり、本則に戻って医師の監督責任が問われるものといえよう。

3. 不適合輸血の種類

輸血にもとづく医療過誤においては、ABO 式不適合輸血がもっとも多い。日本輸血細胞医療学会¹⁰³⁾では、ABO 型不適合輸血への輸血学会による組織的な取り組みとして2000年1月に過去5年間の発生状況について全国調査を実施したが、その後、さらに、2000年1月から2004年12月までの5年間に、発生

103) 日本輸血細胞医療学会ホームページ参照。

した ABO 型不適合輸血の調査が行われた。前者によると、578 の施設総数（回答率54.4%）で166件の不適合輸血の報告があった。2005年に実施された後者の調査によると、829 施設からの回答（回答率は61.2%）で60件の不適合輸血の報告があった。

(1) 初期の判例

異型輸血に関する判例は少なくないが、古くは、昭和30年代から40年代にかけての血液型不適合に関する刑事判例¹⁰⁴⁾がある。

まず、【56】佐世保簡略昭 38・10・7 飯田・研究160頁の事案は、以下の如くである。被告人は、K病院外科医長 S から患者 A に対する輸血を命ぜられ、准看護婦に補助させ、A 型輸血用保存血液の入った瓶 5 本に各取り付けられた補助瓶と A から採血した B 型血液 1.6 ミリグラムを試験管に入れ、遠心分離機にかけて血清と血球とを遠心分離した後、いわゆる血清法による交叉試験により取り寄せた輸血用保存血液と同人の血液が同型適合するか否かの検査をなそうとしたが、医長 S が全血法により ABO 式血液判定で、A の血液型が B 型であるのに A 型と誤って判定し、これをカルテに記載してあったためこれを轻信し、自己の交叉試験に際し、凝集現象を綿密周到に刺殺しなかった過失により、凝集現象が起きているのにこれに気づかず、A の血液に対し適合同型と誤って判定し、A に輸血し、腎不全に基づく肺水腫により死亡させた。

次に、【57】佐世保簡略昭 41・9・5 飯田・研究161頁では、被告人 A は、産婦人科医院を開業する医師であったが、M 夫の血液を N 子に輸血するに際し、以前から購入してあった ABO 血液型判定血清を使用して両名の血液型を検査したところ、この場合、医師としては、血清の有効期限を確かめて効能のある血清を使用してその凝集反応の有無を確認して血液型を判定し、さらに血清の交叉試験をして血液型の判定に誤りのないことを確認し、異型血液型の輸血を未然に防止すべき業務上の義務があるのに、これを怠り、異型血液輸血に伴うショック症状がないことだけで ABO 式によった血液型の判定が正しいものと

104) 渋谷・前掲『新版医療事故の刑事判例』129頁以下参照。

軽信し、M夫の真実の血液型はA型であり、N子のはO型であって、M夫の血液型をO型と誤判していることに気づかず、N子に腎臓機能障害を惹起せしめ、急性肺炎を誘発させ、死亡するに至らせた。

本件では、血液型の判定に使用された血清が依然効能をもつかを確かめず、血清の交叉試験をする必要があるのにそれをしなかった過失が問われた。

【58】 高知地判昭38・10・19 飯田・研究163頁では、これと違い、被告人は無罪となった。

事案は、以下のごとくである。被告人は、産科医師であったが、入院中のS子の子宮外異物摘出手術施行後輸血の必要を認め、同女に輸血するに際し、受血者の血液型を判定するに際し、従来 of 全血法によると血液型判定の誤判を招く虞れがあり、昭和30年12月1日厚生省発薬第174号により各都道府県知事通達により、やむを得ない場合以外は血球浮遊法を用いて判定するいわゆる浮遊法によるべき旨の指示があり、医師としては、浮遊法を用いる方法によりその判定をなし異型血液の輸血により受血者を死亡させる等の自己の発生をしないようにすべき業務上の注意義務があるにもかかわらず、その注意を怠り、同女の血液型がO型であるにもかかわらず、これをAB型であると誤判した。その後、S子は、死亡した。

しかし、判決では、異型血液の輸血行為とS子の死亡の因果関係の存在を疑問視した。同女の直接の死因は卵管破裂による多量の出血を生じた重篤なショックによるものであって、仮に適合輸血が行われたとしてももはや死の結果は不可避免的であって、これを阻止できたものとは考えられない状態であったというのである。結局、本件については、「被害者S子の死の結果に対し、因果関係ありと認めるに足りる被告人の行為の証明がない」と結論づける。

(2) 昭和50年代以降の判例

次に、血液型不適合に関する医師の注意義務につき詳しく論じた昭和55年の岡山地裁の判決¹⁰⁵⁾がある。

105) 岡山地判昭55・5・30 判タ678・44。この判例については、飯田・山口84頁以下参照。なお、この判決につき同じく、渋谷・前掲『新版医療事故の刑事判例』130頁以下参照。

【59】 異型輸血致死事件（第1審） 被告人（医師）は、入院患者であるA女（63歳）につき穿孔性腹膜炎治療のため腹部切開手術をした際、同女の腹腔内に小児手拳大の腫瘤を発見したのでこれを切除することを決意し、その手術創を拡大するにあたって同女に輸血しようとしたが、自らは同女の血液型を判定するための何らの検査をせず、真実同女の血液型はB型であるのに、居合わせた看護婦をして、右A女の家族らから同女の血液型を聴取させた結果 AB型である旨を聞知したのみで、岡山県血液配給センターから AB型 Rh プラス 200 cc 入りの血液瓶3本を取り寄せ、……その頃被告人の依頼に応じ、右A女に全身麻酔を施すため同手術室に來合わせていた岡山大学医学部麻酔科勤務医師M（25歳）に対し、同女について前記のような方法による ABO 式血液型の判定検査がいまだ行われていない旨を告げることもなく、右血液瓶のうち 200 cc を輸血するように指示し、すでに ABO 式血液型判定検査を終了しているものと思い込んでいた同医師をして、同女の手術創からガーゼに浸して取出した血液と右血液瓶に添付されている試験用血液との間で簡略な凝集試験をなさしめただけで取り寄せた輸血用血液の ABO 式血液型が同女の血液のそれと一致しているものと軽信し、元来B型である同女に AB型という不適合な血液 200 cc を輸血させ、さらに翌日、同医院勤務の看護婦Yをして、前記血液瓶の残り2本につきいずれも何らの検査をしないままうち約1本と4分の1（約250cc）を右A女に輸血せしめた過失により、その直後同女に悪心、悪寒、震え、発熱の症状を出現せしめ、さらに同女の腎臓に血色素尿性ネフローゼの病変を生ぜしめ、もつて傷害を与えた。Aは、電撃性急性肝炎で輸血から1ヶ月以上経った時点で死亡した。

被告人は、当初、業務上過失致死罪で起訴されたが、後に業務上過失傷害罪に訴因変更された。

判決では、「かかる場合、同女の主治医たる医師としては、輸血に先立って同女の血液につき ABO 式血液型判定用血清を用いた精密検査をしてその ABO 式の血液型を判定するとともにあわせて交差適合試験を実施したうえ、これに適合した血液を輸血し、いやしくも血液型を異にした血液を輸血するなどにより同女に病變を負わしめることのないようにすべき業務上の注意義務がある」のに、これを怠ったとして医師の過失を認めた。

本件は、医師が血液型の判定検査をすることなく、患者の家族から患者の血

液型を聴取しただけで、他の医師や看護師に、患者に輸血させたというものである。控訴審である広島地裁岡山支部は、次のように判示した。

【60】 異型輸血致死事件（第2審）¹⁰⁶⁾ 「被告人は原判示の如く自己の患者であるA女の手術を担当する医師として、同女に輸血の必要を認めた以上、万一にも不適合輸血の如き事態を生じさせないように、同女の血液につき後記の如き判定用標準血清を用いたABO式血液型判定を行い、更に輸血用血液と同女の血液との間に交差適合試験を行って、輸血の安全性を確認する業務上の注意義務を負うものであるから、自ら輸血に当らず、初対面のBに、本来同人に応援を求めた目的である麻酔の実施以外に、血液型の判定をも含めて輸血全般の担当を求める以上は、Bに対して右の趣旨を徹底させ、同人が必要な検査を誤って省略することがないように特に注意すべき義務があり、単にBが資格ある医師であるというだけで漫然と検査を委ねるだけでは足りず、ABO式血液型判定が必要な場合であることを確認させたいうえで、これに必要な標準血清や遠心分離機の所在を告げ、看護婦にも万一の手違いが生じないように手配させる等の配慮を尽すべきである」。

この広島高裁岡山支部判決の後の判例として、次のものがある。

まず、同姓同名の患者に対する【61】異型輸血致死事件¹⁰⁷⁾である。事案は、次の通りである。

（事実）被告人Xは医師であり、Z病院において整形外科部長であったが、准看護婦であった被告人Yに指示して患者AのABO式の血液型判定のため凝集検査を実施した際、Yは、XにA女の血液型について医師の正しい判定を受けることなく、A女には同病院における過去の入院歴があったので、過去の患者の血液型判定結果を記録した同病院備え付けの血液型記録ノート进行调查し、同ノート中、A女とは同姓同名の別人についての「A女A型」との記載を前記A女に関する記載であると誤信したため、真実はO型であったのにこれをA型と轻信し、同女の

106) 広島高岡山支判昭57・3・24判タ678・50＝飯田・山口100頁。後藤弘子「異型輸血過誤事件」医事法判例百選180頁以下。甲斐『医療事故と刑法』79頁以下。本件民事判例として、岡山地判昭63・3・22判時1293・157。

107) 御嵩簡略昭57・1・7判タ678・55＝飯田・山口109頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

血液一般尿便検査表にその旨誤った記載をし、Xは、A女の血液型検査および判定を何ら行わず、A女の血液型をA型と誤信し、A女にA型の輸血用保存血液を輸血し、A女に対し不適合異型輸血による腎機能障害を起こさせて死亡させたというものである。

本件では、准看護師の過失は、明らかであり、医師についても、本来、血液型検査についての知識のない准看護師に血液型検査を行わせたことそのこと自体も問題であるが、本件では、むしろ、医師自身が、検査の判定および交差適合試験を実施しなかった点で、「不適合異型輸血に伴う右A女の生命及び身体に関する危険を未然に防止すべき業務上の注意義務」を怠ったというのである。

次の【62】異型輸血鹿屋事件¹⁰⁸⁾の事案も、医師が輸血に際して、患者がA型と申告していたことから血液型の確認をせず、O型の患者にA型の血液を輸血し、死亡させた事案である。

被告人は、手術前日に「いわゆる全血法により血液型検査を実施したものの、凝集の有無が判然としないときは、より正確な血液型検査法であるいわゆる食塩水浮遊液法等により再検査する必要があるのに、患者がA型と申告していたことから、真実はO型であるのにA型と誤判し、もとより交差試験は実施しないまま手術を開始し、輸血が必要となったとき、A型の血液を輸血し、輸血不適合に気づかないまま輸血し、患者を播種性結果内凝固症候群に基づく急性心不全により死亡させたというのである。

その他、【63】異型輸血致死大阪事件¹⁰⁹⁾は、看護師が医師の指示により輸血する際、交叉試験伝票と輸血容器記載の血液型および番号の確認を怠り異型輸血により患者を死亡させた事案で、看護師の過失が肯定された。また、【64】異型輸血致死大阪山形事件¹¹⁰⁾では、看護師が血液保存庫には当該患者のA型濃厚赤血球バッグのみが保存されているものと思い込み、同バッグの表示を確認することなく同保存庫に保存されていた他の患者用のA型濃厚赤血球バッグを取り出し、執刀中の医師に輸血する旨報告して患者を異型輸血によるショック

108) 鹿屋簡略昭 61・11・11 飯田・山口111頁。

109) 大阪簡略平 3・6・14 判タ 1035・54＝飯田・山口115頁。

110) 酒田簡略平 8・10・29 判タ 1035・55＝飯田・山口116頁。

状態に陥らせて死亡させたというものである。看護師は、罰金50万円に、医師は、起訴猶予とされた。

さらに、【65】異型輸血致死杵築事件¹¹¹⁾では、外科医院を経営する医師が、入院患者に輸血を行うにあたり、不十分な検査により、不適合輸血を行い、患者を死亡させた事案が扱われた。

輸血に際しては、患者血液の ABO 式血液型検査の際は、患者血液の赤血球中の A 抗原および B 抗原を試薬として用いて調べる「オモテ検査だけではなく」、必ず、患者血清中の抗 A 凝集素および抗 B 凝集素を用いて調べる「ウラ検査を行い」、両検査の結果が一致して、初めて、患者血液の ABO 式血液型を確定でき、かつ、「患者血液と輸血用血液の交叉適合試験の際は、ABO 式血液型の不適合を検出でき、摂氏37度で反応する抗体を検出できる適正な方法で」、患者血液の血清と輸血用血液の赤血球を試薬を用いて反応させる主試験及び患者血液の赤血球と輸血用血液の血清を反応させる副試験を行い、両試験で適合して、初めて、適合血液と確定できるにもかかわらず、それを怠り、看護師らに患者に対し、異型輸血を行わせ、患者を溶血性輸血反応によるショックを惹起せしめ、死亡させたというものである。医師は、業務上過失致死罪により罰金50万円に処せられた。

血液型検査には、「オモテ検査」と「ウラ検査」があり、しかも、「主試験」と「副試験」の両試験を行い両試験で適合する必要があるため、そのそれぞれ両検査・試験を行うことが義務づけられているので、それを行わなかった場合には、過失があるというのである。

(3) 近時の判例

さらに、近時の判例を検討しておこう¹¹²⁾。まず、看護師が、血液パックの氏名不詳等を確認しなかったことを問題にしたのが、次の事案である。

【66】異型輸血事件¹¹³⁾ この事件においては、准看護師が、O型患者の自己血輸血用に採決保存しておいた血液を、冷蔵庫から取り出す際に血液パックに記載された氏名・血液型を確認することなく、一緒に保存されていた他のA型患者に

111) 杵築簡略平 11・1・18 判タ 1035・55＝飯田・山口118頁。

112) これらの判例については、飯田・山口83頁以下参照。後藤弘子・前掲医事法判例百選181頁をも参照。

113) 岐阜簡略平 13・4・2 飯田Ⅱ 231頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

血液と取り違えて、輸血の準備をし、別の看護師がそれを確認することなく、輸血したため、患者を異型輸血に起因する心不全のため死亡させた。

同じく、看護師の血液型の確認不十分による【67】異型輸血事件¹¹⁴⁾は次の如くである。

看護師Xは、O型の入院患者の緊急治療として輸血を行うに際して、交差適合試験報告書3枚の中に別のB型患者のものが混じっていたのに、輸血用血液パックとの照合にあたり、本件患者をB型と誤信し、B型輸血用血液パックを準備し、准看護師Yが患者名を十分確認することなく輸血したため、患者を異型輸血による急性循環不全・腎不全により死亡させた。

医師の血液型確認義務について判断したのが、次の判例である。

【68】三重大学病院異型輸血事件¹¹⁵⁾ ここでは、医師甲が、カルテ等で患者の血液型を確認することなく、緊急時血液支払伝票を作成し、医師乙が、カルテ等を確認することなく、上記伝票を軽信して看護師に指示して輸血させ、患者異型輸血にもとづく多臓器不全により死亡させたという過失が問題となった。

これによれば、ひとりの医師が、患者の血液型を確認することなく、血液支払伝票を作成し、もう一人の医師がカルテを確認することなく、その支払伝票を信頼して看護師に異型輸血させた場合、両者ともに過失が認められる。

6. 手術に起因する医療過誤

1. 手術における過誤の発現形態

手術は、患部を治療する目的で身体に観血的侵襲を加える医療行為である。典型的な手術には、腫瘍などを切開し、臓器・組織の一部または全部を切除し、臓器等を摘出し、手足などを切断し、血管等をつなぎ合わせて吻合して行われるものがある。このような手術そのものが身体的侵襲であるので、そのような切開・切除・摘出・吻合などの過程でミスが生じうることは本来否めない。しかし、手術にもとづく医療過誤は、このような技術における手違いであるミス

114) 鯨ヶ沢簡略平 13・12・19 飯田Ⅱ 233頁。

115) 津簡略平 14・4・3 飯田Ⅱ 236頁。

のみではなく、診断ミスに伴う手術の際のミス、医療水準に関する誤解、患者の同意の範囲を誤って逸脱して行われた手術のみならず、手術の準備におけるミスや手術後の術後管理のミスによっても生じる。すなわち、手術による医療過誤には、① 医学的適応、医術的正当性ないし患者の同意に関する錯誤から生じる場合と、② 錯誤によって患者や患部の場所を誤った場合、③ 術後管理をも含めて手術の過程でミスが生じ、または、爾後に合併症が発生して、患者の傷害や死亡の結果が発生した場合などがある。

手術そのものの正当化にかかわる錯誤の故に生じた医療過誤については、すでに考察を加えたので、省略する。医術的正当性を誤った場合には、医療水準充たさない手術を施術した場合も含む。したがって、ここでは、患者・患部の取り違えの事例と、とくに術後管理におけるミスに関する判例を採り上げて考察を加えておく。合併症の発生等による傷害・死亡結果の発生については、予見可能性や因果関係の問題でもあるので、それに譲る。

2. 患者・患部の取り違えの事例

以下で採り上げる判例が出る以前は、手術前の患者の同一性の確認についても、病院のリスクマネジメントは、徹底されてはいなかった。これらの判決以降は、各病院において、名前を記した腕輪を装着する、その都度必ず患者自らに姓名を言わせるなどの患者の同一性の確認のための物理的・人的確認体制が整備されている。

(1) 横浜市立大学患者取違え事件【69】

本件¹¹⁶⁾は、看護師が74歳と84歳の患者の名前を取り違えて手術室に搬送し、その後、麻酔医、執刀医、助手医、主治医らが手術の過程において、同一性を疑う兆候がありながら、確認をせず取り違えたまま手術が行われ、業務上過失傷害罪に問われたものである。

116) 最決平 19・3・26 刑集 61・2・131＝飯田Ⅱ 242頁，大塚裕史「横浜市大患者取違え事件」医事判例百選192頁以下参照。

医療過誤の諸類型と刑事過失

後に詳しく検討するように¹¹⁷⁾、本件では、看護師、麻酔医、執刀医、助手医、主治医らが手術の過程において、患者の同一性を疑う兆候がありながら、確認をしないまま手術が行われたのであり、過失の競合が問題となった。第1審横浜地裁判決¹¹⁸⁾は、麻酔前の執刀医の患者の同一性確認の注意義務に関しては、これを否定し、麻酔医のそれに関して麻酔導入前の同一性確認義務を否定し、導入後の確認義務は尽くされたものとした。これに対して、第2審東京高裁判決¹¹⁹⁾は、これらをすべて肯定し、最高裁は、麻酔医の確認義務につきこれを確認した。病院では、同一性確認のためのシステムを構築する必要がある、これが構築されていないところでは、相互に信頼の幻想によって過失責任は免れず、重疊的に注意義務があるというのが判例の立場である。

この点、若い麻酔医が上告してその判断を仰いだ最高裁決定においては次のようにいう。

(2) 最高裁の決定要旨

「医療行為において、対象となる患者の同一性を確認することは、当該医療行為を正当化する大前提であり、医療関係者の初歩的、基本的な注意義務であって、病院全体が組織的なシステムを構築し、医療を担当する医師や看護婦の間でも役割分担を取り決め、周知徹底し、患者の同一性確認を徹底することが望ましい」とし、「これらの状況を欠いていた本件の事実関係を前提にすると、手術に関与する医師、看護婦等の関係者は、他の関係者が上記確認を行っている」と信頼し、自ら上記確認をする必要がないと判断することは許されず、各人の職責や持ち場に応じ、重疊的に、それぞれが責任を持って患者の同一性を確認する義務があり、この確認は、遅くとも患者の身体への侵襲である麻酔の導入前に行われなければならないものというべきであるし、また、麻酔導入後であっても、患者の同一性について疑念を生じさせる事情が生じたときは、手術を中止し又は中断することが困難な段階に至っている場合でない限り、手術の進行を止め、関係者それぞれが改めてその同一性を確認する義務があるというべきである」。

本件は、患者の取り違えという衝撃的なミスが発生した事件であり、病院関

117) 「医療過誤と刑事責任」(2) 法学論集掲載予定参照。そこでは、看護師、麻酔医、執刀医のそれぞれの個別の注意義務を中心に検討する。

118) 横浜地判平 13・9・20 判タ 1087・296。

119) 東京高判平 15・3・25 東京高刑時報 54・1 = 12・15。

係者のみならず、世間的にもあまりにも基本的な間違いが起こりうることを示した点でも影響は大きかった¹²⁰⁾。患者の同一性の確認は、手術の際のみならず、点滴・投薬等においても必須の基本的事項である。本件事故発生直後、1999年2月に厚生省（当時）は、「患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会」において類似事故の発生防止の方策を検討し、同年7月に報告書を提出した。同年3月には、横浜市立大学病院の事故調査委員会が「事故調査委員会報告書」を公表して、事故原因を分析している¹²¹⁾。この事件と判決以降は、病院における取り違え防止策が検討され、同一性確認のマニュアルが整備された。特に本件患者のように高齢者に対する手術等においては、マニュアル作成にも確実に同一性の確認がとれるような配慮が必要である。

本件に関する組織面での過失については、「医療過誤と刑事組織過失」¹²²⁾ において詳論する。

(3) その他の人ないし患部の取り違え事件

【70】 いわき市立病院患者取違え妊娠中絶手術事件¹²³⁾ この事件では、妊娠13週の患者を妊娠7週の人工妊娠中絶患者と間違えて子宮搔爬を行った事案につき、「手術を開始するにあたっては、自から患者に面接し、もしくは、その姓名を呼ぶなどして患者が人違いでないことを確認する措置を講じる」等の業務上の注意義務が認められた。

【71】 神戸徳洲会病院手術部位誤認致死事件¹²⁴⁾ この事件では、右鼠径部ヘルニア根治手術の際、手術部位の取り違え、膀胱を鼠径部ヘルニアに伴うヌック管水腫と誤認し、膀胱を手術用ハサミで切開し、膀胱壁損傷に起因する電解質異常に基づく急性循環不全による死亡させた事案につき、「いやしくも患部以

120) 大塚裕史・医事法判例百選192頁、甲斐克則『医事法への旅』（2006年）138頁、平塚志保「横浜市大病院患者取り違え事件」年報医事法学18号（2003年）150頁。

121) 甲斐・前掲『医事法への旅』138頁参照。

122) 山中「医療過誤と刑事組織過失」（2）法学論集63巻1号掲載予定。

123) いわき簡略平2・1・10判タ770・80＝飯田・山口290頁。なお、松宮・（中山・甲斐編著）前掲『新版医療事故の刑事判例』49頁参照。

124) 神戸簡略平元・7・18判タ1035・56＝飯田・山口289頁。

外の臓器を損傷することのないように手術する業務上の注意義務」を怠ったとした。さらに、患者Aの左腎臓・左尿管全部摘出・膀左腎臓胱部分切除手術にあたって、左右を間違え、右側の腎臓・尿管上約3分の2を切除した事件¹²⁵⁾があるが、これについては、医師の過失の競合する事案でもあるので、別稿(法学論集63巻1号)に譲る。

次の判例は、適応が認められない小腸狭窄部へのステント留置術を施した事案に関するものである。

【72】 国立高松病院ステント留置術ミス事件¹²⁶⁾ (事実) 外科医である被告人は、国立高松病院内において、P(53歳)に対し、小腸(空腸)狭窄部の腸管拡張術を実施するに当たり、食道用ステントは、専ら末期的食道癌等の患者に対し、食道の狭窄症状を軽減して、生活の質を向上させることを目的にのみその施用が認められたものであって、小腸狭窄部の腸管を拡張するために同ステントを転用して留置する施術(「ステント留置術」)は、狭窄の原因が悪性腫瘍などのため、手術など他の治療法の適応や効果がなく、同ステントによる治療のみが残された治療法と判断される場合でなければ、その適応が認められないから、ステント留置術を行うことを避けるべきであるのはもちろん、あえて同留置術を行うに際しては、十二指腸や小腸の腸管穿孔の危険性に十分留意し、もし、同留置術中に腸管が穿孔したときには、直ちに、穿孔部位の縫合手術を実施して腸内容物の腹腔内への漏出を防止するとともに腹腔内洗浄をするなどの救命措置を実施すべき業務上の注意義務があるのに、これらを怠り、Pに対し、上記の場合でなく、適応が認められない小腸狭窄部へのステント留置術を、その適応があると軽信して実施した上、同留置術中、十二指腸に穿孔が生じたことが判明し、同穿孔に対する救命措置のための緊急開腹手術を実施した際にも、穿孔部位同定後、直ちに同部位の縫合及び腹腔内洗浄をするなどの救命措置を実施せず、同ステントを前記小腸狭窄部に留置することに固執して、ステント留置術を継続した過失により、同人に前記穿孔部位等から腹腔内に漏出させた腸内容物により汎発性腹膜炎等を発

125) 山形地判平2・2・14判タ770・80＝飯田・山口274頁、仙台高判平2・12・6判タ770・82＝飯田・山口274頁。山形簡略平元・3・22判タ770号80頁。なお、松宮孝明「診断行為と過失」中山・甲斐(編著)『新版医療事故の刑事判例』50頁以下参照。

126) 高松地判平17・5・13LEX/DB＝飯田Ⅱ455頁。

症させ、よって、転院先のK医科大学医学部附属病院において、同人を前記腹膜炎による敗血症により死亡するに至らしめた。

(判旨)「被告人は、本件では食道用ステントを転用する施術の適応が認められないにもかかわらず、十分な経過観察を行ったり、他の医師に意見を聞くなどしないで、その適応があると軽信して、同留置術を行ったり、さらには、十二指腸穿孔の判明に伴う緊急手術に際し、穿孔部同定後、うかつにも直ちに同部の縫合や腹腔内洗浄をするなどの処置をしないで、ステント留置術を3時間余り継続したのであるから、法的評価としての過失が認められることは明らかである。また、本件ステント留置術につき、Pらが適応がないことを承諾していたとも認められないし、その他、ステント留置行為を正当化する事由もないから、違法性がないとか、医療行為として許容される範囲内の行為であるとは認められない」。

このように、判決は、本件では、医学的適応、医術的正当性および患者の承諾が欠けるとしている。なお、本判決は、インフォームドコンセントについても、次のように判示しているので、次に注記しておこう。

「被告人が、Pらに対して、……胃瘻造設の説明と同時に行ったステント留置術に関する説明は、ごく簡単なものであり、同人らがその手技の内容を十分理解できるようなものではなかったと認められる。Pやその妻は、被告人から、同年8月6日にステント留置術について聞き、その治療法を受けるか決めかねてM病院やN病院の医師に相談に赴いており、同日被告人から改めてステントについて聞くまで、その手技や内容を十分理解していなかったと考えられるからである。また、被告人がPらに対して説明した内容だと主張する診療録の8月6日欄の記載内容によると、ステント留置術を行うことが前提となっており、ステント留置術そのものについて、手技の困難性や穿孔の危険性などについて、説明をした旨の記載はない。上記のとおり、被告人が行おうとしていた医療行為は、前例がない小腸（空腸近位部）の癒着性再狭窄に対し、食道用ステントを転用して留置するという先端的で高度なものであるから、それに伴って当然必要とされる、手技中あるいは術後の危険性や長期効果の不確実性、合併症などについても、十分な説明が必要となる。しかしながら、被告人が、同日までにそのような十分な説明をしたと認める証拠はなく、同日以降もステント留置術に至るまで、被告人からPらに対し、更なる詳しい説明がなされたことも認められない。したがって、ステント留置術についての説明は十分なものではなく、同留置術までに詳しい説明

はなされなかったと認められる」。

すでに「医師の説明義務」において論じた¹²⁷⁾ ように、先端的治療に関する説明においてはその有効性の未確立・未知の危険の排除できないことなどが説明され、伝統的な手術の選択の可能性も説明されなければならない。本判決でも、「手技中あるいは術後の危険性や長期効果の不確実性、合併症など」の説明が必要とされている。

3. 術後管理におけるミス

これに関しては、当直については無資格であるにもかかわらず当直勤務をしていた見習い看護婦と医師を無罪とした事案および手術ミスの後の術後管理に過失を認めた事案を見ておこう。

【73】 帝王切開後ショック死事件¹²⁸⁾ (事実) 産婦人科外科医院の開業医である被告人は、Yに対して帝王切開手術を実施したが、同女が妊娠中毒症により高血圧が2ヶ月間くらい存続していたのに、約10時間にわたって、同女の観察を当直勤務のK子(25歳)とG子(21歳)に任せて、自らは一回も回診しなかったのみならず、K子からYの脈拍が正常でないとの報告を受けたにもかかわらず、単に注射を指示したのみで自らは回診しなかった。Yは、ショック死した。

(判旨) 当直体制については、次のようにいう。「被告人病院はいわゆる診療所であって、無資格の看護婦のみが当直看護をしていたとしても、それは望ましい姿でないが、法令上の違反があるとは言えず、……同女は被告人医院に見習い看護婦として勤務し、宿直勤務の経験は7年に及び、……患者の容態を観察する能力においては看護婦、准看護婦のそれにさして欠けるものがあつたとは認められず、また、被告人は、右K子等の当直室から10メートルの距離にある同棟の居室に当直を兼ねて居住しているわけで、右K子らから患者の容体の推移の報告も受けやすくその病状の急変に即応できる体制を備えているわけで、当直態様に過失ありとは認め難い」。

看護方法については、「本件患者の場合は特に終夜酸素吸入を継続するとの措置をとるばかりか暑気を防止するために患者の枕元に携帯用の扇風機を廻す等の

127) 山中「医師の説明義務(1)」法学論集61巻6号29頁以下参照。

128) 東京地八王子支判昭47・5・22刑月4・5・1029=判夕280・364。

措置をとり……帝王切開患者として帰室後一時間ごとにK子が病室をおとずれ、血圧、脈拍を測定し、尿量を調査し、患者の一般状態を観察して被告人にその都度報告していたことが認められ同女の監護方法に過失があったとは認め難く、……従って同女に監護を命じた被告人に過失は存在しない」。

本件では、医師の当直体制に過失はなかったとし、また、看護方法についても、無資格ではあっても宿直勤務が長い見習い看護婦が、一時間毎に患者を訪れ、血圧などを測定し、患者の一般的状態を観察して医師にその都度報告していた場合には、医師に過失はなかったとしている。

【74】 胆嚢手術ミス事件¹²⁹⁾ 次の事案¹³⁰⁾ は、2名の担当医の手術ミスがあったが、手術そのもののみならず、術後管理における不適切な措置に過失があるとされたものである。なお、手術に際しては、後記医師Yが執刀医を、医師Xが前立ホルスタントを務めた。

(事実) 被告人Xは、X病院の院長・医師であり、被告人Yは、同病院の外科医長・医師であり、ともに同病院に入院したAの治療を行っていたが、両名は、Aに対し、……共同して胆嚢摘出術を実施するに際し、Aの胆嚢周辺部が高度に炎症を起こして癒着していたことなどにより、総肝管、胆嚢管、総胆管等の胆道系の解剖を目視で十分確認できないまま胆嚢底部から頸部に向けての漿膜下の剥離作業を行い、胆嚢管の結紮・切離を行おうとしていたが、上記剥離作業中に誤って総肝管を切離し、かつ、胆嚢管と誤認して総胆管を結紮・切離し、これによって、腹腔内に胆汁が漏出して胆汁性腹膜炎を発症させる危険性を生じさせたのに、術中胆道造影による胆管損傷の有無の確認を行わず、上記各切離に気付かないまま閉腹して手術を終えた。さらに、引き続き共同してAの本件手術後の管理を行うに当たり、Eの右肝床部に留置したドレーンから胆汁が漏出していたことを認識したが、胆汁は上記ドレーンからすべて体外に排出されているものと軽信し、胆管損傷の有無や胆汁性腹膜炎の発症の有無を感知するための ERCP 検査、CT スキャン検査、血液生化学検査等の諸検査及びこれに引き続く開腹手術

129) 最決平 17・7・14, 東京高判平 17・1・28, 東京地判平 16・5・14 (LEX/DB) = 飯田Ⅱ413頁以下。

130) 東京地判平 16・5・14 (LEX/DB)。武藤真朗「手術と刑事責任」中山・甲斐(編著)『新版医療事故の刑事責任』173頁参照。

等の適切な処置を行わないまま、経過観察を継続した。それによって、Aに汎発性の胆汁性腹膜炎を発症させ、よって、転院先のN病院において、同人を胆汁性腹膜炎に起因する多臓器不全により死亡するに至らせた。

検察官は、さらに、本件手術に際し、直ちに胆嚢摘出に着手するのが不適切な状態であったのに、被告人兩名はあえて胆嚢摘出に着手したという事実を前提として、被告人兩名には、① 胆管損傷を確実に防止し得る手術手技を用いるべきであるという注意義務、② 胆管損傷を起こした場合でもそれを手術中に発見して適切な処置を行うことができるように、術中胆道造影を行って損傷の有無を確認するとともに、損傷に気づきやすい手術器具を用いて手術を行うべきであるという注意義務があるとも主張したが、これらの主張は退けられた。

(判旨) 「被告人兩名は、① 本件手術を実施するに際し、Aの胆嚢周辺部が高度に炎症を起こして癒着していたことなどにより、胆道系の解剖を目視で十分確認できないまま胆嚢の摘出を行おうとしていたのであるから、胆管損傷を起こした場合でもそれを開腹手術中に発見して適切な処置を行うことができるよう、術中胆道造影を行って損傷の有無を確認すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、胆嚢摘出作業中に誤って総肝管及び総胆管を切離し、腹腔内に胆汁が漏出して胆汁性腹膜炎を発症させる危険性を生じさせたのに、術中胆道造影による胆管損傷の有無の確認を行わず、上記各切離に気付かないまま閉腹して手術を終える過失を犯し、② 引き続き共同してAの本件手術後の管理を行うに当たり、……Aの右肝床部に留置したドレーンから胆汁が漏出していたことを認識したのであるから、本件手術は胆道系の解剖を目視で確認できないまま胆嚢を摘出したという経過も踏まえて、胆管損傷の可能性があり胆汁性腹膜炎を発症させる危険性があることを考慮して、直ちに ERCP 検査¹³¹⁾、血液生化学検査、CT スキャン検査等の諸検査を実施して胆管損傷の有無及びその原因の究明に努めるとともに、胆汁の腹腔内への漏出を停止させて胆汁性腹膜炎の発症及び進行を阻止するために開腹手術を実施するなど適切な処置を行うべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、胆汁は上記ドレーンからすべて体外に排出されているものと軽信し、胆管損傷の有無等を感じするための ERCP 検査等の諸検査及びこれに引き続き開腹手術等の適切な処置を行わないまま、漫然と経過観察を継続した過失を

131) ERCP＝内視鏡的逆行性膵胆管造影法 (endoscopic retrograde cholangiopancreatography)。十二指腸内視鏡を用いて、主乳頭よりカテーテルを挿入し、膵管および胆管を造影する方法。

犯したものと認めることができる」。

本判決では、術中、胆道造影を行って損傷の有無を確認すべき業務上の注意義務を認めたほか、術後、総肝管を誤って切断したことによって、手術後に胆汁が漏出したのに適切な措置をとらず、転院先で ERCP 検査をはじめて総肝管が途絶していることが判明したのであるが、術後すぐに通常の胆嚢摘出術後に漏出する胆汁とは性質の異なる胆汁漏出が生じていることを認識した上で、ERCP 検査等を行うべき注意義務があったとした点で、手術後の措置に不適切な点があったとしたものである。本件では、被告人医師 2 名の過失共同正犯が認められている。

【75】 広島市民病院心臓手術後心室細動看過事件¹³²⁾ 広島市民病院の麻酔科部長 X と心臓血管外科の臨床研修医 Y の幼児（2 歳）に対する肺動脈狭窄介助、心室中隔欠損の各閉鎖手術の後に発症した心室細動に対して救急蘇生措置が遅れ、低酸素性脳症の傷害を負わせた事件が問題となった。被告人 Y は公判請求されたのが本件であり、麻酔科部長 X については、略式命令で 30 万円に処せられた¹³³⁾。

（事実）被告人 Y は、市民病院外科の臨床研修医であったが、甲（2 歳）の担当医として、同児に対する肺動脈狭窄の解除、心室中隔欠損及び心房中隔欠損の各閉鎖の手術が行われた後、同児が同病院集中治療室に収容された際には、上記手術に引き続き同児の担当医として同児の容態の観察を行っていたものであるが、上記手術後は、致命的不整脈である心室細動が起こり、血液の駆出停止等により低酸素性脳症等の脳障害を引き起こすおそれがあるところ、当時、同児は心室細動発生につながり得る心室性期外収縮を頻発させていたが、患者監視モニターや肉眼的方法によって確認することを怠ったため、その発見及び救急措置が遅れ、よって、同児に対し、酸素欠乏に基づく全治不明の低酸素性脳症の傷害を負わせ

132) 広島地判平 15・3・12 判タ 1150・302＝飯田Ⅱ 710 頁。本判決については、甲斐『医療事故と刑法』（2012 年）55 頁以下参照。

133) 広島簡略平 13・3・2 飯田Ⅱ 723 頁。「監視モニターの確認及び肉眼的方法による同児に対する全身状態の観察、把握等を十分に行わなかった過失」が問われた。この略式命令については、後述【105】判例参照。

た。被告人の過失責任について、弁護人は、約8か月半の研修経歴しかない臨床研修医である被告人には、心室細動の発生を具体的に予見することはできないから、心電図波形をチェックし、被害者の容態を直接診察することは期待できなかったと主張した。

(判旨)「しかしながら、本件被害者が当時2歳の幼児で、心臓手術を行った直後の患者であり、心室細動等の心臓の異常を起こすおそれがあることは医療関係者には明らかなことであって、被告人も当然そのことは知っており、また、だからこそ被害者はICUに収容され、監視モニターによってそのバイタルサインである各種数値が測定・表示されるようになっていたのであって、そのような被害者については、常時その容態を観察しておく必要があり、心室細動の具体的な兆候が現れなければ、監視モニターの確認や被害者の全身状態の観察等を行わなくてもいいというものではないことは当然のことである。

したがって、被害者に付き添っている担当の医師である被告人としては、心室細動の発生を具体的・現実的に予見できたかできなかったかにかかわらず、監視モニターの確認及び被害者の容態観察を行うべきことは当然であって、これを期待することができないとは到底いえない。しかも、心室細動時の心電図波形は、上下の振幅の幅や波と波の間隔が極めて小さく、一見して顕著な特徴を示す異様な波形であって、心室細動であると正確に認識するか否かはともかくとして、異様な波形であることは容易に認識できるものであり、また、心室細動時の被害者の心音が聞こえず、脈拍を感知できないということも、触診や聴診を行えば容易に判明することであって、そのような基本的な注意義務を果たしていれば、被告人は被害者の異常に気付くことができたといえ、そのことを直ちに指導医である上級医や近隣の医師等に報告すれば、本件の結果は回避できたといえるのであるから、被告人には前記のような過失があったことが明らかである」。

研修経歴の少ない臨床研修医にも、幼児の術後、監視モニターの確認や被害者の容態観察を行うべきであったとし、また、触診や聴診を行うなど基本的な注意義務を果たしておれば、幼児の異常に気付くことができ、指導医や上級医に報告すれば結果を回避できたとする。

これを詳しく述べると、臨床研修医は、監視モニターの表示から患者が心室細動に陥っていたことに気づき、心臓マッサージを与え、看護師が「アレスト」と叫ぶまで心電図が心室細動の波形を示していることに気付かなかったと

認定されている。そして、被告人は、「主治医」に指名され、公訴事実では、「被害者の側で術後管理に当たってきた主治医」であるとするのに対しては、「研修医については『主治医』に指名されたからといって、そのことの故に担当患者の診察、診療の中心的責任を負うものではない」とし、「当時被告人が負っていた具体的な注意義務を考察すべきである」という。被告人は、「研修医であるとはいえ、被害者を担当する医師として、少なくともその容態を観察するとともに、ベッドサイドモニターを確認し、心室細動等の異常が生じた場合には、直ちに指導医である上級医や他の医師等に報告して被害者の病状悪化、殊に心室細動等による脳障害の招致を防止すべき注意義務があったというべき」であるというのである。本件において、約8ヶ月半の研修経歴しかない臨床研修医であった被告人にも、注意を払っていて、異常に気付くことができ「直ちに指導医である上級医や近隣の医師等に報告すれば、本件の結果は回避できたといえる」として過失を肯定する。

本件では、ICUを管理・運営する麻酔・集中治療科の医師・麻酔科部長Xが略式命令で罰金30万円の刑を受けていることとの関係で、本件事案で、被告人Yには、集中治療室の日直責任者として、略式命令によって自ら患者の状態を監視すべき責任を怠ったとして罰金20万円が言い渡されたが、公判請求された研修医の過失よりICUの管理体制、その責任者である医師Xの注意義務違反が問題ではなかったかという指摘とそれを否定する見解¹³⁴⁾があり、対立している。Xに自ら患者の状態を監視すべき義務があったというよりは、研修医に対する指導と麻酔科部長として患者の術後の安全を確保する組織体制を確立する義務も問うべきであっただろう。

7. 医療機器の誤操作に起因する医療過誤

1. はじめに

最近の医療においては、多数の各種医療機器が用いられることが多い。医師が手術や診察・検査を行うにあたって、医師の手によるメスや聴診器などの医

134) 飯田Ⅱ711頁。

療器具を用いることは古くから行われたが、最近では、医療機器が発達し、検査や手術に際しても、患者の身体への侵襲や身体管理に高度の医療機器を用いることが自明の事態となっている。医師単独ではそれらの機器をすべて管理・操作できないことから、技師や看護師に操作を委ねることも多い。このような各種の医療機器の誤操作による医療過誤も増えている¹³⁵⁾。医療機器の誤操作自体は、単純ミスである場合が多い。北大電気メス事件でも、電気メスの看護師による単純な誤接続が原因であった。医療機器が高度に複雑化してもその操作におけるミスは、単純なミスが多いことに変わりない。

ここでは、とくに、最近多発している人工呼吸器の操作ミスによる事故に関する判例を分析し、次いで、患者の身体に挿入されるカニューレ、チューブ、カテーテル等の誤操作について検討しておく。

2. 人工呼吸器の誤操作

まず、医師であった被告人が、P3の心房中隔欠損症等の根治術が行われた際、人工心肺装置の操作を担当したが、装置の操作にあたっての注意義務に違反したため、同人を死亡に至らせた【76】人工心肺装置誤操作事件¹³⁶⁾がある。本件では、人工心肺の陰圧吸引回路にガスフィルターが取り付けられており、そこに発生した水滴等でガスフィルターが閉塞し、脱血不能の状態に立ち至るということについて被告人に予見可能性があったかが争われたが、判例ではこれが否定された。

本件判決では、結論として、「本件手術の際、被告人において、人工心肺の操作に当たっていた間、人工心肺回路内に発生した水滴等により本件ガスフィルターが閉塞し、壁吸引の吸引力が回路内に伝わらなくなり、回路内の陰圧が減少して最終的には静脈貯血槽をはじめとする回路内が陽圧の状態になり、脱血不能

135) 2007年発行の飯田Ⅱ 5頁, 32, 33頁(の一覧表)では、刑事医療過誤判例のうち、医療機械の操作に関するものが、24件、被告人数30名が掲載されている。2001年発行の飯田・山口・目次vi頁では、6件であった。なお、日山恵美「看護上の過失」中山・甲斐(編著)『新版医療事故の刑事判例』224頁も参照。

136) 東京地判平17・11・30 LEX/DB。

の状態に立ち至るという一連の機序について、これを予見し得たものと合理的な疑いを超えて認定することは困難であるというほかはない。そうすると、被告人に、本件事故を回避するために何らかの措置を講じ得た可能性があったとも認められず、結果回避義務違反を問題とする余地はないから、これ以上に検討を進めて判断を加えるまでもなく、本件事故に関し被告人に過失責任を問うことはできない」という。

本件では、因果経過の予見可能性と回避可能性が否定された。さらに、看護師による人工呼吸の加温加湿器の給水作業の際に生じた過誤の事例が比較的多い。

【77】 国立松江病院人工呼吸器操作ミス事件〔1〕¹³⁷⁾ 本件は、まず、酸素を供給する吸気口の蛇管を外して給水した後、誤ってその蛇管を酸素濃度ダイヤルに差し込み、気道内圧計や患者の胸郭の観察を怠ったため、急性呼吸不全により死亡させた事案である。器具の誤操作のほか計器・患者の観察に関する不注意も注意義務違反に挙げられている。

【78】 国立松江病院人工呼吸器操作ミス事件〔2〕¹³⁸⁾ 次に、先の事案と同一の病院で約5年後に起きた同様のミスの事案であり、准看護師が、人工呼吸器を装着した患者の身体の清拭作業の際に、人工呼吸器の「メインスイッチをオフの状態にしたが、清拭の後オンの状態にし、フロントパネルの表示を目視し、患者の胸郭を観察するなどして、人工呼吸器が正常に作動していることを確認しなかったため、患者を窒息状態にして死亡させたというものがある。

【79】 国立岩手病院人工呼吸器操作ミス事件¹³⁹⁾ さらに、准看護師が、自発呼吸が不能であった患者に装着された人工呼吸器の加温加湿器に給水する際、作動用操作スイッチを押して人工呼吸器を停止させたが、給水終了後に人工呼吸

137) 松江簡略平 12・5・8 飯田Ⅱ560頁。

138) 松江簡略平 13・1・9 飯田Ⅱ561頁。

139) 盛岡地一関支判平 15・11・28 飯田Ⅱ594頁。この点、松江簡裁は、操作スイッチを操作したことそのものの過失を問題にしていけないのは不当だとする弁護人の主張に対して、「過失犯においては、いくつか落度のある行為があった場合そのうち結果に結び付く最終段階のものが過失行為として構成される」として直近過失論を標榜する。

器を作動させ、その気道内圧計および同人の胸郭の観察を行わなかったため、同人を酸素欠乏症に陥らせ、急性呼吸不全により死亡させた事案につき、操作スイッチと消音ボタンを間違っただけなのに、確認をしなかったという注意義務違反が認められた。

【80】 国立岩手病院人工呼吸器操作ミス事件 本件控訴審¹⁴⁰⁾でも、被告人准看護師が、消音ボタンと操作スイッチを間違えることはあり得ないなどと争ったのに対し、被告人は、「本件人工呼吸器の給水作業をするに当たり、呼吸回路を外したところアラーム音が鳴り出したため、これを止めるため消音ボタンと誤って操作スイッチを押して本件人工呼吸器の作動を停止させ、その結果被害者が急性呼吸不全により死亡した」ものとした。

控訴審では、被告人准看護婦には、人工呼吸器のアクアポールに接続しているホースが外れて、アラームが吹鳴したのに、アラームの一時解除キーを押して、ホースをアクアポールに接続しなかったところ、5分後に再びアラームが吹鳴した際、患者の容態を確認することなく、外れていたホースを誤って人工呼吸器のフローセンサに接続したため、患者を低酸素性脳症により死亡させた事実につき、異常箇所表示を点検して、同呼吸器を正常に作動させるとともに同人の容体を確認するなどの適切な措置を講ずべき業務上の注意義務を怠った過失があるとした。

このようにして、控訴審も原判決を維持した。

狭い意味で「医療機器」の誤操作といえるかどうかには、疑問がないわけではないが、広い意味では、機器の中に誤って別のものを入れるのも、器具の誤操作に入るといえるであろう。看護師が、滅菌精製水を補充しようとして、誤って消毒用エタノールを人工呼吸の加温加湿器に注入した行為が死亡を引き起こした事件がこれである。

【81】 京都大学医学部付属病院事件 これは、大阪高裁平成16年の判決¹⁴¹⁾の事案である。脳症および肺炎治療のため入院していたAに装着された人工呼吸器

140) 仙台高判平 16・10・14 飯田Ⅱ622頁。

141) 大阪高判平 16・7・7 飯田Ⅱ585頁。医事法判例百選103頁。

の加温加湿器チャンバー内に滅菌精製水を補充するにあたって、消毒用エタノール300ミリリットルを上記チャンバー内に注入・補充した。そのほかの4名の看護師も、その後、同じように注入・補充した。患者Aは、気化した消毒用エタノールを約53時間にわたって吸引させられ、急性エタノール中毒及び脳症の増悪により死亡したというものである。第1審¹⁴²⁾は、業務上過失致死罪を肯定した。大阪高裁は、弁護人の量刑不当の主張に対する判断において次のようにいう¹⁴³⁾。

「被告人の過失は、患者の体内に薬剤を摂取させるに当たり、その薬剤が真実自分が摂取させようとしている薬剤であるか否かはその容器のラベル等を見て確認するという看護師として最も基本的で初歩的な注意義務を怠ったものである」。弁護人は、被告人以外の4名の看護師にも過失があると主張したが、これに対しては、「これらの4名の過失は、被告人が病室内の所定の位置に備え置いた前記エタノール入りポリ容器を見てこれが滅菌精製水であると思い込み、注入の際に同容器のラベル等を見て確認することを怠ったというものであって、被告人の過失がなければ生じることのなかった過失であるから、被告人はこれに対しても責任を負うべきである」。

担当医の過失については、医師には、「人工呼吸器が正常に機能していることを確認する抽象的な義務もあると解せられるが、その機能のすべてにわたって常時点検を繰り返すまでの義務はなく、これが正常に機能していることに疑いを抱くべき事情が生じたときに始めて具体的な義務が生じるというべきである」が、そのような事情は認められないという。また、被告人に対する指導監視態勢が十分でなかったことが量刑に影響を及ぼすのではないかにつき、同病棟3階の薬品管理の責任者である看護師長の責任について、「これらを考慮しても、看護師という人命を容易に左右しかねない重要な職務に就く者の責任が大幅に軽減されるものとは考えられず、まして……その結果の重大性に照らせば、以上の事情が被告人の刑に与える影響はかなり小さなものに止まるというべきである」という。

142) 京都地判平15・11・10判例集未登載。控訴審＝大阪高判平16・7・7判例集未搭載＝日山恵美「エタノール誤注入と看護師の責任」医事法判例百選226頁以下。

143) 飯田・前掲書590頁以下。なお、本件の民事判例としては、京都地判平18・11・1LEX/DBがある。この判決では、消毒用のエタノールの入ったポリタンクから注入した看護師以外の4名の看護師の注意義務違反も認められた。日山・前掲『新版医療事故の刑事判例』227頁以下参照。

これは、看護師が、医師の「診療の補助」を行うのであれば、「主治の医師又は歯科医師の指示」のもとでのみ行いうるのであるが、それにより、看護師の補助業務に過誤があれば、医師は自らの指導・監督が不十分であったことにより生じた結果につき責任を負うとされてきた¹⁴⁴⁾。しかし、今日、看護師は、自らに分担を許された診療補助行為につき、患者に危害が発生しないように防止すべき義務を負うとされ、医師は、このような場合に十分に訓練された看護師の適切な行為に対し、一定の範囲内で信頼をすることができると解されている。学説においても、看護師の適切な行為に対する医師の信頼に否定的な見解¹⁴⁵⁾と、医療現場で上記のように看護師の補助に独自の責任を認める見解¹⁴⁶⁾とが対立している。

なお、他の看護師4名も滅菌精製水であることを確認する義務を怠っているのであるから、その過失が重複して問題となるが、「これら4名の責任は、その程度において被告人の責任との間に差があると言うべきであるし、これら4名の過失と被害者の死亡との因果関係には疑問がある（特に、比較的遅い段階で関与した看護師については、すでに被害者の血中アルコール濃度が致死量に達していた可能性が高い。）」というのが、他の4名の看護師の過失責任が問われていない理由である。

3. カニューレ、チューブ、カテーテル等の誤操作

(1) カニューレの誤接続

カニューレ (Kanüle) とは、心臓・欠陥・気管などに管状のものに挿入するガラス製、プラスチック性などの管をいう。このカニューレの誤接続が問題となった東京簡裁の略式命令の事案【82】¹⁴⁷⁾は、看護師が、誤嚥性肺炎等の治療

144) 飯田英男・藤永幸治ほか編「環境・医事犯罪」(1999年)318頁、日山恵美・医事法判例百選226頁参照。

145) 船山泰範「医療過誤と過失犯の役割」現代社会型犯罪の諸問題(板倉博士古稀祝賀論文集)(2004年)208頁。

146) 日山・前掲医事法判例百選277頁。

147) 東京簡略平13・11・20 飯田Ⅱ563頁。

のため入院中のAの前頸部に装着されていた気管切開チューブ挿入していた窓付きインナーカニューレを洗浄・消毒するため窓なしインナーカニューレに交換する作業を行うに際し、気道を閉塞しないよう、窓なしインナーカニューレには、(会話を可能にするための)スピーキングバルブを接着せずにその交換作業を行う必要があったのに、それを怠り、同人を呼吸困難による窒息状態に陥らせ、低酸素脳障害に基づく意識障害の傷害を負わせたというものである。看護師が、カニューレの交換作業の際の危険の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務違反が認められた。

(2) チューブの誤接続

看護師・準看護師のよるものとして以下の事例がある。第1に、【83】自発呼吸補助装置操作ミス事件¹⁴⁸⁾である。

これは、準看護師が、自発呼吸補助装置を装着した患者をストレッチャーで集中治療室からCT室に移動させる際に、患者の気管内に装着された呼吸用挿管チューブを、集中治療室の酸素ボンベから、携帯用酸素ボンベの接続チューブに取り換えるに際し、その間に、排気用器具であるTピースを装着して排気を確保することを失念したため、患者を窒息死させた事案である。

第2の事案は、いわゆる【84】盛岡赤十字病院栄養チューブ誤挿入事件¹⁴⁹⁾である。

この事案では、看護師Xが、入院中の患者(95歳)の鼻孔から胃内に栄養チューブを挿入する際に、誤って同チューブを気管支に挿入したが、その際、同チューブが確実に胃に挿入されていることを確認するなどしてからチューブ注入口を顔面に固定せずに、チューブが胃に挿入されたものと軽信し、気泡音を確認することなく固定した過失と、看護師Yが、上記の事情を確認してから栄養剤を注入すべきであったのにそれを確認しなかったため、誤って気管支にそれを注入した過失の競合により、患者に低酸素血症を生じさせて、患者を窒息死させた。

本件でも、直列に並んで分業する2人の看護師の両者の「過失の競合」が認

148) 栃木簡略平 13・12・3 飯田Ⅱ564頁。

149) 盛岡簡略平 14・12・27 飯田Ⅱ574頁。

められている。

第3の事案も【85】栄養チューブ誤挿入事件[1]¹⁵⁰⁾である。

ここでは、看護師が、入院患者(86歳)の鼻孔から胃内に経管栄養チューブを挿入する際に誤って気管内に挿入したが、気泡音を確認するなどを十分にしなかったため、栄養剤を肺に注入して患者を窒息死させた事案が問題となった。

医師が患者に誤ってチューブを挿入した事例もある。まず、入院患者(82歳)が鼻孔から胃に挿入されていた経腸栄養チューブを引き抜いたため、当直医がチューブを際挿入する際、誤って患者の気管を通じて左肺に挿入したが、同チューブが正しく胃に挿入されていることを確認せず、看護師に栄養剤および湯を注入させ、患者を急性肺傷害により死亡させた【86】栄養チューブ誤挿入事件[2]¹⁵¹⁾がそうである。本件では、誤注入した「情を知らない看護師」の責任は問われていない。聴診器やレントゲン写真による確認は、本来的に医師の仕事であり、看護師には確認の義務はないといつてよいと思われる。

その他、外科医が単独で、挿管ミスを行った【87】気管内挿管ミス事件¹⁵²⁾がある。外科医が、手動式人工呼吸器による酸素吸入を行うために気管挿管をするに当たり、スタイレットの先端が同チューブの先端から突出していないことを確認せずに同チューブを誤って食道内に挿管して食堂に穿孔を生じさせ、漫然と食道内に酸素を送気し続けて、肺虚脱等により患者を死亡させたというものである。

(3) カテーテルの誤操作

これも医師のミスであるが、いわゆる【88】国立小倉病院心カテーテル検査ミス事件¹⁵³⁾では、医師が、入院中の患者(82歳)に対して心臓カテーテル検査を実施した後、薬剤注入のためのシースカテーテル挿入部の止血を行うために左上腕部に止血帯を巻きつけて、止血帯空気注入口からディスプレイで空気を注入

150) 富良野簡略平 16・4・2 飯田Ⅱ706頁。

151) 名古屋簡略平 15・12・10 飯田Ⅱ642頁。

152) 福岡簡略平 16・1・19 飯田Ⅱ646頁。

153) 小倉簡略平 16・1・6 飯田Ⅱ644頁。

して止血するに当たり、ディスポを止血帯空気注入口と誤ってシースカテーテル薬剤注入口に装着して、20ミリリットル以上の空気を漫然注入し、患者に脳内空気塞栓の傷害を起こさせ、死亡させた。

(4) シリンジポンプの誤操作

【89】 国立嬉野病院麻酔薬過量投与事件¹⁵⁴⁾は、看護師が、入院中の患者(67歳)に対し、注射薬投与機であるシリンジポンプで全身麻酔・鎮静用剤ディプリバンを投与していたが、シリンジ内の残量が少なくなったため、シリンジを交換した際、シリンジポンプの流量設定スイッチを誤って押したため、1時間に6ミリリットルのところ、106ミリリットルの流量に設定したまま、投薬開始ボタン押して投薬を再開し、同剤を過量投与して、患者を心肺停止に至らせ、死亡させたという事案である。略式命令では、シリンジポンプの流量表示を厳に確認し、投与すべき業務上の注意義務を認めた。

8. 診断・治療に関する医療過誤

診断の過誤は、二つに分類されている。それは、① 診断の資料に関する過誤(診断資料の過誤)と② 診断における判断の過誤(診断自体の過誤)である¹⁵⁵⁾。これを「診断過程における過失」と「診断内容の過失」と表現する見解もある¹⁵⁶⁾。前者の診断資料の過誤の方が過失の認定は厳しく行われる傾向がある。これに対して、診断に必要な所見は揃っていたが、診断を誤った場合、または、その資料の一つの解釈を誤った場合、過失の認定はより謙抑的である¹⁵⁷⁾。この場合、病状は個人によっても異なり、疾病の兆候は常に一義的であるというわけではないからである。

154) 武雄簡略平 16・3・8 飯田Ⅱ 647頁。

155) *Geilen*, a. a. O., S. 371.

156) 松宮孝明「診断行為と過失」中山・甲斐(編著)『新版医療事故の刑事判例』43頁参照。

157) *Geilen*, a. a. O., S. 372.

1. 診断資料の過誤

診断のためには、視診・聴診・問診ないし検査によって診断するための資料ないし情報が集められなければならない。その資料に誤りがある場合、それを基礎にした診察に誤りが出る。このような診断資料に関する過誤の例としては、例えば、CT などによる撮影のために造影剤を患者に注射ないし点滴することがあるが、その造影剤の注入に際して過誤が生じる場合がある。もっとも初歩的な診断のミスは、医師が自ら診察することなく、患者の申告を信じてそれを基礎として治療する場合である。

その基本的な事案をドイツの1952年7月10日の連邦裁判所の判例¹⁵⁸⁾の事案から検討しておこう。

(1) 患者の申告のみに基づく診断・治療

【90】 1952年連邦裁判所判決（事実） 医師Aは、60歳の患者Bにサナダムシがいるという申立てで区の病院に入院してきたので、検査したが、サナダムシは見つからなかった。医長K（女性医師）の科でBを受け入れることになったが、Kは火曜と金曜しか病院に来なかった。そこで、医師WがBの担当となったが、Wは、戦時中野戦病院に勤務し完全な医学実習を受けていなかった。医師Kは、Bを診察することなく、フィルマロン治療（Filmaron-Kur）を処方し、効果がない場合には、いつもやっているように、クロロフォルム治療に移ると処方した。週末は被告人医師Wが勤務当番に当たっていた。医師Wは、治療を試みたが、効果がなく、第2の治療であるクロロフォルム治療に移った。被告人看護師Oは、Wに身ぶりでもその治療については知らないと伝えたが、Wはそれに気づかなかった。Wは、廊下でカロメル（Calomel）やクロロフォルムの投与の方法を伝え、Oはメモをとった。クロロフォルムの過剰投与により、患者は死亡した。Wは、通常のクロロフォルムを処方したが、その投与を監視していなかった。しかし、ラント裁判所は、その未熟な経験からWを、責任を否定し無罪とした。検察官が上告した。

（判旨）「口述の際に、聞き違いや誤記が生じうるというために、また、医師の処方が問題になる場合には、そこから重大な結果が生じうるというために、医師の教育や経験を要するものではない」。さらに、刑事裁判所は、実際にサナダ

158) BGHSt 3, 91.

ムシがいたかどうかを明らかにしていないとして次のようにいう。「明らかな限りでは、関係した医師の中にその存在を信じていたものはいない。さもなくとも重大な身体の侵襲が、医師の診断にもとづくべきで、たんなる伝聞をもとにして行われるべきでないとは、立派な教育を受けていない医師でも自ら述べることができるであろう」。また、看護師Oにその治療の遂行を任せたことについては、「医師は、一般的に試験に合格した医療関係者は、試験で証明された知識を持っていることを前提にしてよい」。しかし、「看護師Oの教育は、実際にクロロフォルムを扱ったことがないという欠陥をもっていた」。このような事情のもとで看護師に独りで治療させた点に過失がある。

これに対して、看護師Oの上告には理由がある。上司である別の看護師に経験のない治療を任されて相談しなかったことは過失ではない。

本判決では、医師が自ら診察することなく、患者の申告を信じてそれを基礎として治療した点に過失があるとした点が重要である。誤診は、患者の言を無条件で信じ、診察してから、診断するという基本的な手続を経ない診断をした点にすでに医療過誤の原因が認められる。

(2) 造影剤注入に関する過誤

診察・診断に先だって行われるレントゲン・CTなどの検査において、造影剤が用いられるのが通常であるが、この段階で間違った造影剤を使用し、または使用方法を誤るなどの過誤によって患者に被害が生じる場合が少なくない。わが国の判例において、まず、脊髄内に注射することを禁止されていた造影剤を、脊髄内に注射した事案がある。

【91】 脊椎造影剤誤用致死事件¹⁵⁹⁾ 被告人は、外科医院を開設していた医師であるが、H(26歳)に対し、動・静脈用尿路・血管等X線造影剤ウログラフィン¹⁵⁹⁾を、患者O(47歳)に対して、静脈用胆嚢・胆管X線造影剤ビリグラフィンを、その他4名に同ビリグラフィンをいずれも脊髄造影用として施用するためそれぞれ脊髄硬膜外腔に注入しようとした。

ウログラフィンは、これを施用するには耐用性に対する前試験を行い不態勢

159) 静岡地判昭39・11・11下刑集6・11=12・1276。

徴候が現れるかどうかを観察すべく、また、全身状態の非常に不良な患者には禁忌である、また、ビリグラフィン¹⁶⁰⁾は、静脈用として血管に注入するものであり、アレルギー患者には特に注意して耐用性に対する前試験を行い不耐性徴候が現れるかどうかを観察すべきであるところ、これをせずに、注入することは、「これらの薬品の本来の用法に反する」。それにもかかわらず、Hに対し、ウログラフィン約10ccを注入して脊髄内腔に侵入させ、よって同人に対し無菌性髄膜炎¹⁶¹⁾を起こさせて、死亡させ、引き続きOに対してビリグラフィン約4ccに注入して同様に死亡させた。外の4名にもそれぞれ傷害を与え、または死亡させた。

【24】 鹿児島地判平1・10・6判タ770・75¹⁶⁰⁾

この脊椎造影剤誤用致死事件の事案と判旨については、薬剤の調合の項すでに紹介した。本件で、医師は、脊椎造影検査には禁忌とされている注射液を右検査に使用しうるものと誤信し、これを注入して、患者を脳・神経障害により死亡させたというのであり、注入される造影剤が安全であるかどうかを確認する義務に違反するとされた。

【92】 脊椎造影剤誤用致死事件¹⁶¹⁾

(事実) 被告人は、整形外科医であったが、入院中のB女(66歳)の脊椎造影検査を行うに当たり、尿路・血管造影剤のアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン注射液(ウログラフィン)を脳・脊髄内に投与すると、重篤な副作用があり、これを脳槽・脊髄造影に使用してはならないことが、薬品の添付文書や文献等に明記されていたにもかかわらず、ウログラフィン60パーセント注射液約10ミリリットルをB女の脊髄に注入した過失により、全身性障害により死亡させた。

この事案につき、判決は、「検査実施医師としては、同検査に使用する造影剤の選定に際し、薬品の添付文書や文献等でその薬理作用を確認するなどして、薬品の誤用により時自己の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務がある」とした。

160) 福岡高宮崎支判平2・9・13判タ770・76参照。

161) 沼津簡略平9・10・9判タ1035・37＝飯田・山口18頁。

【93】 脊椎造影剤誤用致死事件¹⁶²⁾

(事実) 腰椎椎間板ヘルニアの疑いで検査入院中のD(25歳)に対し、造影剤の薬理作用を確認し、重篤な副作用の発現するおそれがある造影剤の使用を回避する業務上の注意義務があるのに、これを怠り、ウログラフィン76パーセントの造影剤約10ミリリットルを脊髄腔内に注入したウログラフィン中毒により、同人を死亡させた。

そのようなウログラフィンを脳・脊髄腔内に投与することによって重篤な副作用が発現するおそれがあるので、それを使用してはならないことに気づかず、副作用が発現するおそれはないものと誤信してそれを注入した点が過失とされた。

造影剤の取違えによる過誤については、すでに注射に関する過誤において論じたので、ここでは、簡単に紹介するにとどめる。【94】花巻簡略平2・3・30判タ770・77(=飯田・山口14頁)では、造影剤イソピスト注射液アンプルを手交するつもりで、止血剤トランサミンを手交したために事故が生じた事案が取り扱われ、【95】甲府地判平6・6・3判タ1035・37では、イソピストと誤信して、ウログラフィン10ccを同人の脊髄腔に注入し、死亡させた事案が取り扱われた。

次の判例は、造影剤ショックにより死亡させた事案に関するものである。

【96】 ヨード過敏症患者に対する造影剤注入事件¹⁶³⁾

被告人医師は、通院患者X(69歳)に対し、同人の右肺の異常陰影の原因を調べることを目的として、造影剤イオメロンを注射して胸部コンピュータ断層撮影検査を行おうとしたが、かつて被告人の指示により、看護師Aらが同人に同造影剤を注射したところ、ヨード過敏症を示したことがあり、今回、医師としては、その情を知っていたのであるから、Xに同造影剤の注射を差し控えるべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、放射線技師等日して、同検査を行うよう指示した過失により、Xの静脈に同造影剤約66ミリリットルを注射し、アナフィラキシー様ショックによりXを死亡させた。

かつて当該患者が、当該造影剤の注射によりヨード過敏症を発症させており、その情を知っていたのに再び当該造影剤を注射し死亡させたのであるから、ショック死に対する予見可能性も肯定される。

162) 福島簡略平10・3・24判タ1035・38=飯田・山口21頁。

163) 鹿児島簡略平14・10・10飯田II92頁。

(3) 判断資料からの除外による過誤

次の事件については、すでに別稿で、過失犯における危険実現連関の問題として、必要な救命の蓋然性を取り扱う際に言及したが、頭蓋内損傷の存在を判断資料に入れなかった過失の可能性を取り扱った事例類型として再度取り上げておく。

【97】 杏林大学病院割り箸刺入事件¹⁶⁴⁾

(事実) 被告人は、耳鼻咽喉科の医師であったが、救急当直医師として、救急車によって搬送されてきたA(4歳)に対する初期治療を行った際、救助隊員からAが割り箸をくわえたまま転倒して、軟口蓋に受傷し、搬送中に嘔吐した旨申告されたが、その際、割り箸の刺入による頭蓋内損傷が疑われたのであるから、ファイバースコープで観察し、又は頭部をCTスキャンで撮影するなどして、頭蓋内損傷を確認した上、脳神経外科医師に引き継いで、頭蓋内損傷による頭蓋内圧亢進の抑制、割り箸除去等の適切な治療措置を行わせるべき業務上の注意義務があるにもかかわらず、軟口蓋を貫通した割り箸が、Aの頭蓋内に刺入して頭蓋内損傷を生じさせていることに気付かないまま、軽度の刺創であると軽信し、適切な治療しないまま帰宅させ、損傷を悪化させ、脳損傷、硬膜下血腫、脳浮腫等の頭蓋内損傷群により死亡させた。

本件では、結果回避可能性ないし因果関係について判断し、「因果関係」を否定した¹⁶⁵⁾。

(判旨) 「Aの死亡は、……割り箸の左頸静脈孔嵌入により頸静脈が穿通され、左頸静脈内に血栓が形成されて、左頸静脈が完全に閉塞したが、他のルートで静脈環流を完全に処理することができなかつたために、致命的な静脈環流障害ができたことによる蓋然性が高いというべきである。……したがって、Aの救命可能

164) 東京地判平18・3・28 飯田Ⅱ726頁、評釈として、根本晋一「患者が転倒による割箸刺入に起因する頭蓋内損傷により死亡した症例につき、医師が患者の頭蓋内に遺残していた割箸片を看過した過失を否定した事例(後編):杏林大学病院頭蓋内割箸片看過男児死亡事件(綿飴割箸事件)に関する請求棄却判決の評価」横浜国際経済法学17巻3号307頁。控訴審=東京高判平20・11・21判時2054・42。評釈として、加藤麻耶「割りばし事件控訴審判決」年報医事法学25巻134頁以下。山中「医療過誤と客観的帰属論」法学論集62巻2号140頁以下参照。

165) 本件に関する予見可能性ないし因果関係の論点について詳しくは、前掲別稿を参照。

性はもとより、延命可能性も極めて低かったとの合理的疑いが残るといふべきである。「以上の次第で、被告人には、予見可能性や結果回避義務を怠った過失があるといふべきであるが、過失と死亡との間の因果関係の存在については、合理的な疑いが残るので、被告人は本件業務上過失致死事件について無罪である」とする。

2. 診断自体の過誤

診断の過誤の認定は、資料の評価・判断の誤りであり、医師の評価・判断にかかわることから、「過誤」といえるかどうかの判断は難しい。診断の過誤も、患者の同一性の確認を誤る単純な事例から、診断の資料を看過する事例、症状を見逃す事例、さらに症状からの推論ないし症状の評価を誤り誤診に至る事例がある。

(a) 症状からの診断の過誤

まず、ここでは、症状からの診断を誤った事例群を検討しよう。次の事案は、主治医でも執刀医でもなかった医師が、児童の集団扁桃腺摘出手術のあと、執刀医から止血措置の依頼を受けて止血を行い、入院させたが、翌朝、診察の後、失血により重篤状態に陥っていたのを看過して、死亡させたというものであるが、このような症状から帰納・推論できる診断の誤りに至ったものである。

【98】 児童の集団扁桃腺摘出手術¹⁶⁶⁾

(事実) 医師である被告人は、K病院においてM町の児童に対し集団口蓋扁桃腺摘出手術が実施されるに際し、他の2名の医師B、Cとともに、小学校3年生N(8歳)ほか29名の児童に対して口蓋扁桃腺摘出手術等を実施したが、Bが所用のため帰った後、Nに対しては、医師Cが、午後5時過ぎ頃から執刀し、その依頼により、被告人が一応の止血の処置をなした上、退室させた。児童全員が入院の措置がとられ、被告人とC医師も宿舎に宿泊した。翌朝の術後の児童の診察の後、Nを診察したが、Nは前夜来多量の浸潤性後出血により吐血を繰り返し、そのころには顔面蒼白、手足が冷たいなどの全身に衰弱した症状を呈し失血状態を高度に進行させた重篤状態にあった。被告人は、これを看過し、輸血、吐血、強心剤注射、栄養剤等の輸液、酸素吸入等の緊急措置を講じなかった過失により、Nの失血状態をますます重篤なものとし、失血死させた。

166) 京都地判昭49・12・10刑月6・12・1237=判タ319・306。

医療過誤の諸類型と刑事過失

(判旨) ここでは、特に、弁護人が、被告人は執刀しておらず、主治医ではないから責任はないと主張したのに対し、次のように言う。「一般に、いわゆる主治医ということから直ちに法律上の責任を負うべきものではなく、かえって主治医でない医師に法律上の責任を負わされる場合もあり、各時点、各場合の具体的事実関係によって、法律上の責任の負担者が決定されると考えるべきである」。

次の事案では、内科医である被告人に、浣腸用醋酸液の濃度について適確な知識がなく、従前に醋酸液浣腸をした経験もなかったことにより、患者が醋酸中毒であることを看過した診断の過誤が問題になった。

【99】 醋酸液浣腸事件¹⁶⁷⁾

(事実) 被告人は、内科医であったが、蟯虫症と診断した患者S(当時1年6月)に対し、その蟯虫を駆除する目的で醋酸30グラムを注腸したところ、Sは、間もなくけいれんを起こし、意識を喪失、虚脱状態に陥った。そこで、被告人は、Sの症状は醋酸液浣腸により惹起された醋酸中毒と推定しそれに対する療法を施す注意義務があったにもかかわらず、Sの症状を見て1時間半を経過してから、Sのおむつに血尿がにじんでいるのを発見してはじめて醋酸中毒であることに気がついたが、急性醋酸中毒により死亡させた。

(判決) 「被告人が醋酸中毒ということを知っていなかったのなら格別、知っていて、なお1時間以上もたって血尿がおむつに赤くにじんでいるのを見てようやく醋酸中毒に気がつくのは、医師としての注意義務違反であろう」。

被告人が注意義務に反して2パーセント以上の高濃度の醋酸液を用いたのではないかとの疑問があるが、それを「認定できるような確証もない」として、この点の「過失責任を問うわけにはゆかない」とした後、「醋酸中毒に思い馳すべきではるまいか」として、上記のように、醋酸中毒と認識することが遅れたことによる適切な処置の遅れに過失を見出している。

【100】 フォルクマン阻血性拘縮事件¹⁶⁸⁾

本件¹⁶⁹⁾は、整形外科医の、フォルクマン阻血性拘縮についての発症監視及

167) 田川簡判昭33・8・13一審刑1・8・1229＝飯田・研究104頁。

168) 東京高判昭53・11・15刑月10・11＝12・13907。

169) 評釈として、前田雅英・医療過誤判例百選142頁、橋本雄太郎「骨折治療による阻血性拘縮と医師の裁量」医事法判例百選184頁以下。

び発症防止の業務上の注意義務違反の有無につき、第1審¹⁷⁰⁾ではこれを肯定したが、控訴審では、発症の予見は不可能であったとして、これが認められなかったものである。

本判決については、医療水準論における「現在の医療水準」¹⁷¹⁾のところすでに検討したが、本件では、小児の上腕骨顎上骨骨折のよく知られてはいるにもかかわらず、その発生メカニズムについては解明されていない合併症である阻血性拘縮の発生の予見可能性が問題となった。監視義務を尽くすことで、拘縮性の発生を予見できたかが争われた。

(b) 産科関係の誤診

産科関係の誤信は、極端な場合、妊婦の同一性の確認の過誤によって人工妊娠中絶の対象者を誤り、また、産後の患者と誤解して胎盤を摘出する過誤から、妊娠月数を誤診する事例がある。産科における「誤診」を一つの類型として以下でまとめておく。まず、人違いでないことの確認を怠ったことによって生じた事案を紹介しよう。

【70】 いわき市立病院患者取違い妊娠中絶手術事件¹⁷²⁾

被告人は、産婦人科の医師であったが、人工妊娠中絶手術が予定されていた妊娠7週の外来患者A(27歳)に対し、右手術を行おうとした際、看護婦の手落ちによりAと間違えられて検診台に仰臥させられた妊娠13週のB(28歳)をAと軽信し、子宮搔爬を行い、同女に傷害を負わせたという事案につき、「右手術を開始するに当たっては、自ら患者に面接し、もしくは、その姓を呼ぶなどして患者が人違いでないことを確認する措置を講じ、また、患者の子宮内診を開始した際にも子宮の大きさなどから慎重に判断するなどして、A以外の者に右手術を施すことのないようにすべき業務上の注意義務」を認め、業務上過失傷害罪で有罪とした。

本判決では、人違いがあったとしても、その後、「患者の子宮内診を開始した際にも子宮の大きさなどから慎重に判断する」などして、診断すべきであっ

170) 浦和地判昭52・3・28刑月10・11=12・1391。

171) 山中「医療過誤と客観的帰属論」法学論集62巻2号120頁以下参照。

172) いわき簡略平2・1・10判タ770・80=飯田・山口290頁。

たとしている。

【101】 誤診胎盤摘出事件¹⁷³⁾

被告人は研修医であったが、看護婦Yから産後の患者としてA女(28歳)を引き渡され、診察した際、産後の患者と軽信し、子宮内容物の一部摘出が必要と診断し、同女の子宮内から胎盤鉗子で胎盤の一部を摘出し、同女に傷害を負わせた。問診及びカルテの確認等により産後であるか妊婦であるかを十分確認し、適切な処置をなすべき業務上の注意義務があるとした。

以上の判例では、人工妊娠中絶手術にあたって患者を間違った事案、および産後の患者を人違いし胎盤を摘出した事案について過失を肯定している。患者の同一性の確認は、基本的な事項であり、手術前に患者に氏名を言わせる等のマニュアルの励行によって予防しうる単純なミスである。

次の事案は、人工妊娠中絶手術にあたり、「全身の状態を監視する」義務を認めたものである。

【102】 妊娠月数誤診妊娠中絶失血死事件¹⁷⁴⁾

(事実) 医師たる被告人は、妊娠7か月のA(16歳)に対し人工妊娠中絶手術を実施するにあたり、子宮口から胎児を、胎盤鉗子等を用いて強引に除去しようとしたため、同女に、子宮の胎盤剥離面の挫滅及び胎盤損傷の各傷害を負わせ、さらに、子宮から出てきた右胎児の左上肢を見て、妊娠中期であることに気づきながら、なお右中絶術を続行したのに、同女の出血量、脈拍、血圧等に十分注意するなどして、全身の状態を監視しなかつたため、出血多量等の異常に気づかないまま、漫然右中絶術を続行して、同女を右各傷害による失血により死亡させた。

(判旨) ① 同女のように妊娠5か月以上7か月以下(以下「妊娠中期」という。)の場合には、子宮口から胎児を胎盤鉗子等を用いて除去する中絶術は子宮壁等の損傷による多量出血の危険が大きいから採るべきでなく、陣痛誘発によって胎児を娩出させる中絶術を選択する必要がある、そのためには十分な内診をするなどして妊娠月数を正確に診断し、右危険の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務があり、また、② 中絶術の途中で妊娠中期であることに気づき、出血

173) 福岡簡略昭61・3・24判タ678・56＝飯田・山口369頁。

174) 東京地判昭62・6・10判タ644・234＝飯田・山口371頁、橋本雄太郎「人工妊娠中絶時期の誤認事件」医療過誤判例百選(第2版)140頁以下。

多量等の異常が生じたときには直ちに手術を中止し、輸血等の適切な救急措置を講じて同女の生命身体に対する危険を極力食い止める必要があり、そのためには同女の全身の状態を監視すべき業務上の注意義務があるのに、これらをいずれも怠った。

本件は、中絶手術にあたり、「妊娠月数を正確に診断する」義務が認められたが、手術後の全身管理を怠った事案でもある。

(c) 画像読み違い

診断に至るには、レントゲン CT などの検査機械を用いてその画像を読み取って症状を確認することが必要である。レントゲン画像や CT 画像は、素人にはその判別・意味の理解が困難であるが、医師も読み違えることがある。例えば、医師がレントゲン画像を読み違えて「限局性大腸疾患」を「急性大腸炎」を即断したことによって死亡させた次の事案などがこれである。

【103】 腸閉塞誤診事件¹⁷⁵⁾

被告人は、医院を開業する医師であるが、同院において腹痛、嘔吐、便秘などを訴えて来院したA（9歳）に対して診察・治療を行うにあたり、注腸バリウムによるレントゲン検査を実施したところ、絞扼性腸閉塞等が高度に進行した限局性大腸疾患を疑わせる顕著な所見が見られた。被告人は、適切な治療を行うべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、漫然急性大腸炎と即断し、高度の脱水及び閉そく部腸管組織の壊死等により併発した呼吸機能等の不全により死亡するに至らしめた。

次の事案は、X線写真や CT の画像と症状から、造影剤検査をすべきであったのに、それをしなかったことによって死亡させたというものである。

【104】 十二指腸後腹膜穿孔誤診事件¹⁷⁶⁾

被告人XおよびYは、外科医師であったが、交通事故の外傷等により入院したA（17歳）の診察・治療に共同してあたっていた。腹部X線写真および CT 画像には十二指腸後腹膜穿孔等を示す気腫像が映し出され、吐血・腹痛等の症状を訴えていたのであるから、早期に造影剤検査をすべきであるのに、当該気腫像を腸

175) 岩内簡略昭 60・12・24 判タ 678・55＝飯田・山口368頁。

176) 大阪簡略平 11・1・14 判タ 1035・60＝飯田・山口376頁。

管ガスと軽信し、十二指腸後腹膜穿孔の発症に気づかず、御腹膜膿瘍を併発・悪化させ、播種性血管内凝固症により死亡させた。

(d) 症状の看過

次の判例は、患者（2歳）の心臓手術のあと、心室細動による血液駆出停止の発見、および救急措置が遅れ、低酸素脳症の傷害を負わせた事件に対する、広島市民病院麻酔外科部長であって、集中治療室の日直医の責任者として、自ら患者監視モニターの確認および肉眼的方法等による同患者の管理を行っていた被告人に対する過失責任を問う広島簡裁における略式命令の事案に関するものである。責任者である麻酔外科部長には略式命令として罰金30万円が言い渡された。なお、研修医であり、診察・診断につき「中心的責任」を負わない「主治医」にすぎなかった医師に公判請求し、罰金20万円に処された（【75】参照）。麻酔外科部長の過失責任に関する略式命令は、次の通りである。

【105】 心臓手術後の心室細動看過事件¹⁷⁷⁾

「被告人Xは、……広島市民病院麻酔科部長として、……A子（2歳）に対する肺動脈狭窄の解除、心室中隔欠損および辛抱中隔欠損の各閉鎖の手術」を行い、（A子は）「……集中治療室に収容されたが、上記手術後は、致死的不整脈である心室細動が起り、血液駆出停止により低酸素性脳症等の脳障害を引き起こす場合があるところ、当時、同児は心室細動発生につながり得る心室性期外収縮を頻発させていたのであるから、同児の術後管理に当たっては、上記集中治療室の日直医の責任者として、自ら患者監視モニターの確認および肉眼的方法等によって同児の血圧、心拍数の状態を把握し、その管理を十分に行い、心室細動等の異常が発生した場合にはただちにこれを発見して速やかに救急措置を講じ、心室細動による同児の血液駆出停止及びそれに基づく脳障害の招致を防止すべき業務上の注意義務がある」。

本件は、症状を看過したため低酸素症の傷害を負わせた事件であるが、日直医の責任者である外科部長の、「自ら患者監視モニターの確認」をし、患者の容態を「管理」して、危険を防止する注意義務を認めている。患者の容態観察に実際に当たっていた研修医については、主治医であっても指導が必要であり、

177) 広島簡略平 13・3・2 飯田Ⅱ723頁。

独立して診断・術後管理等のすべての責任を負わせるわけにはいかず、外科部長が自らも術後管理を行う義務が認められたものである。

次の判例は、産科医が常位胎盤早期剥離の発症を疑うべき症状を認識したにもかかわらず、その症状を正確に把握せず、適切な治療をなさなかったとされたものである。

【106】 常位胎盤早期剥離看過事件¹⁷⁸⁾

被告人は、産科医師であったが、切迫早産及び胎児仮死の病名で入院加療中のA(27歳)を看護していた助産婦から、胎児心拍数の異常な下降、嘔吐などのある旨の報告を受け、同女について、常位胎盤早期剥離の発症を疑うべき症状を認識したところ、これを放置することは……血管内凝固症候群を併発させてその生命に重大な危険を及ぼす蓋然性が高いので、自ら同児を診察するとともに、分娩監視装置により継続的に同女及び胎児の状態等を観察するなどして、その症状を正確に把握した上、早急に帝王切開手術などの適切な治療を行うべき業務上の注意義務があったのに、これを怠り、それを重症化させ、その子宮内に大量の出血及び血栓を発生させるDICを併発させる傷害を負わせた。

本件では、産科医が「常位胎盤早期剥離の発症を疑うべき症状」を認識したにもかかわらず、放置し、帝王切開手術などの適切な治療を行っておらず、その点の注意義務違反は明白である。その注意義務違反と傷害結果の因果関係も疑いの余地がない。

9. 看護に関する医療過誤

看護師の業務のうち、「療養上の世話」は、看護師の独立の業務である。看護自体から医療過誤が発生する場合、看護それ自体に内在している危険の問題というより、患者の行動に制約があり、自立して行動できない患者に対する不十分な看護ないし被害者の自己危殆化が介在して被害が発生する事案が多い。

看護に関する医療過誤の類型は、新生児のケアにおける事故がほとんどであるといってよい¹⁷⁹⁾。新生児のケアにおいて最も多く発生するのは、転落・転

178) 札幌簡略平 13・6・1 飯田Ⅱ 725頁。

179) 日山恵美「看護上の過失」中山・甲斐(編著)『新版医療事故の刑事判例』236頁

倒事故である。新生児をうつ伏せに寝かせた結果、窒息死する事例についても、いくつかの判例があるが、とくに問題になったのは新生児のいわゆる「突然死」の事例である¹⁸⁰⁾。

その他、高齢者の転落事故や誤嚥事故に対する看護師の看護上の医療過誤が問われる類型が目立つ。ここでは、まず、新生児に対する看護ミスを探り上げよう。

1. 新生児に対する看護ミス

これについては、民事事件は多数あるが、一連の刑事責任が問われた事例につき検討しておく。

(1) 乳児窒息死事件

次の【107】伏臥乳児窒息死事件判決¹⁸¹⁾は、生後8ヶ月の乳児を敷き布団の上に伏臥させ、吐乳を吸引させるとともに、鼻口を閉塞させて窒息死させたとの控訴事実に対して、死因を断定できないとして無罪とした。

(判旨) 死因が吐乳吸引であるとの主張については、「本件死因が吐乳を軌道内に吸引したための窒息であると認定するには専門的立場から多大の疑問が提示されており、この疑問を払拭することができず、他にこれを認定するに足る証拠はない」とされる。また、本件が鼻口閉塞による窒息死であるという主張についても、「間質性肺炎」「肺炎または気管支炎での吐乳吸引による窒息」の可能性もあり、結局「死因をいずれとも断定することはできない」という。伏臥位にしたことが原因であるとの主張についても、伏臥位は帰って安全であるという見解もある。結局、死因をいずれとの断定できず、「本件は、その因果関係について合理的な疑いを入れない程度に立証されたとは言い難い」から、無罪だとするので

↘頁参照。

180) 突然死は、乳幼児のみならず、入院中の精神病患者にもみられる。松岡 浩「精神科病院における若干の事例類型に関する考察——突然死、転倒・転落事故、誤嚥事例の検討」松下正明(総編集)『民事法と精神医学』(2005年)202頁以下参照。それによれば、1995年から2005年1月までに精神科病院協会の会員病院からの精神病患者に関する「突然死」の報告は、107例に及ぶという。

181) 東京地判昭54・1・12刑月11・102・74＝飯田・山口385頁。

ある。

(2) 乳児突然死事件

乳幼児突然死症候群（SIDS=Sudden Infant Death Syndrome）は、1979年から死亡統計に現れるようになった乳幼児の主要な死因である。それは、1994年の厚生省研究班の定義によると、「それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず、しかも死亡状況および剖検によってもその原因が不明である、乳幼児に突然の死をもたらした症候群」と定義される。

これに関して、乳児について吐乳誤嚥により窒息死させたとの起訴事実に対し、乳幼児突然死症候群の疑いもあり、無罪とした【108】突然死事件がある¹⁸²⁾。

それは、「それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず、しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない、原則として1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群」¹⁸³⁾であると定義され、その疾患概念は、「主として睡眠中に発症し、日本での発症頻度はおおよそ出生4,000人に1人と推定され、生後2ヵ月から6ヵ月に多く、稀には1歳以上で発症することがある」とされている¹⁸⁴⁾。民事判例の中にも、うつ伏せに寝かせたことによる窒息死を否定し、医学上、原因不明の乳幼児突然死症候群（SIDS）の不全型（ALTE）であるとするのが相当であるとして、損害賠償の請求を棄却したものがある¹⁸⁵⁾。なお、突然死の発生原因については、三種類のものがあるという¹⁸⁶⁾。① 心疾患による突然死、② 脳血管疾患による突然死、③ 大血管疾患による突然死、である。突然死の発生に関する時間的事実との関連につき、入院後3日に生じたものが約30%、4日ないし10日が24%であり、発見時刻については、早朝

182) これについては、松倉豊治「乳幼児のベッドの上の突然死」判例タイムズ336号53頁。

183) 厚生労働省研究班による平成17年3月付の「乳幼児突然死症候群（SIDS）に関するガイドライン」の公表について（平成17年4月17日）厚生労働省ホームページ参照。

184) 平成20年10月10日の厚生労働省発表の「平成20年度乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間（11月）の実施について」による。

185) 東京地判平7・1・31判タ888・217、良村貞子「乳児の処置（SIDS）」医療過誤判例百選（第2版）160頁。

186) 松岡・前掲『民事法と精神医学』206頁以下。村井達哉ら「解剖からみた突然死の原因」カレントセラピー21（4）（2003年9月）。

医療過誤の諸類型と刑事過失

ないし7時ないし9時、深夜という準で多いとされている¹⁸⁷⁾。

なお、乳幼児突然死症候群の発生の概要については、1979年から2002年までの24年間に SIDS と診断された1歳未満の児は、6,759人であったとされている¹⁸⁸⁾。SIDS の死亡率は、以下の表のごとく、1995年をピークに減少傾向にある。

西 暦	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07
死亡者数	579	526	538	399	412	363	328	285	244	232	196	194	158

乳幼児の突然死が、窒息による死亡と相関関係があるかについて、1979年から2002年までの24年間において6,941人の1歳未満の窒息を原因とする死亡が見られ、その死亡率は年々減少しているが、両者の相関関係も94年以降はほとんど見られなくなったとされている¹⁸⁹⁾。

(3) 新生児うつ伏せ寝死亡事件

突然死や新生児をうつ伏せに寝かせた場合の死亡事故が知られるようになり、最近では、先の保育所乳児突然死事件と同様の事件につき、「予見可能性・回避可能性」を肯定し、有罪とするものが出ている。次の事件がそれであるが、この事件の民事判例でも、原告（患者側）の勝訴判決が出ている¹⁹⁰⁾。

【109】 東邦大学大橋病院新生児うつ伏せ寝死亡事件¹⁹¹⁾

(事実) 看護婦兼助産婦である被告人は、新生児(A)を新生児用ベッドに顔を横向きにして腹臥位の状態で寝かせた際、呼吸が妨げられ窒息する危険のあることが予測できたのであり、その動静を監視するか、その場を離れるときには仰

187) 松岡・前掲『民事法と精神医学』205頁以下参照。

188) 藤田利治「わが国における乳児の乳幼児突然死症候群(SIDS)窒息死の概況」母子保健情報53号(2006年)25頁、なお、松岡・前掲『民事法と精神医学』202頁以下も参照。

189) 藤田・前掲母子保健情報53号25頁以下参照。

190) 東京地判平10・10・29判タ988・264, 東京高判平13・10・17, 最決平15・12・18。飯田Ⅱ853頁参照。

191) 東京地判平15・4・18 LEX/DB=飯田Ⅱ852頁。この事件につき、甲斐克則『医療事故と刑法』(2012年)56頁以下参照。

臥位の状態に寝かせるなどして安全に看護すべき業務上の注意義務があるのに、これを怠り、そばを離れて隣室に赴き、漫然腹臥位の状態に寝かされたまま、その動静を十分注意せず、放置した過失により、鼻口部圧迫・閉塞に起因する低酸素性脳症の傷害を負わせ、低酸素性脳症に基づく窒息により死亡させた。

(弁護人の主張) 低酸素性脳症の原因が鼻口部圧迫・閉塞に基づく窒息であったという事実に対して、合理的な疑いを超える程度に証明がなされておらず、Aの心肺停止の原因は、ALTE(乳幼児突発性危急事態=乳幼児突然死症候群で死亡に至らないケース)あるいは原因不明であるから、無罪である。

(判旨) ① 死因 「Aの心肺停止の原因は、うつ伏せ寝にされた場合、通気性が十分とはいえない本件ベッド上に、おやつ程度のミルクを授乳され、かつ腹満がある状態で、うつ伏せにされたAが、頭の重み及び枕代わりの半タオル等で鼻口部が圧迫・閉塞され、呼吸環境が阻害されている最中、ミルクを嘔吐して誤嚥した結果、ミルクを鼻孔・口腔・気道内に詰まらせたため、鼻口部の閉塞状態がさらに悪化して徐々に低酸素状態に至ったところ、その状態を自ら回避できず、結局は、窒息状態に陥ったことにあると確認することができるというべきである」。② 過失の有無 予見可能性・回避可能性は肯定できる。「以上によれば、Aの顔が下向きにならないよう適宜同児の同棲を監視するか、あるいは、その場を離れるときには仰臥位に寝かせるなどして安全に看護すべき業務上の注意義務を怠り、これらの措置を講じなかった被告人には、Aが、鼻口部圧迫・閉塞に起因した低酸素性脳症に罹患した結果について、過失があるというべきであり、したがって、被告人は、業務上過失致死罪の罪責を負うべきことになる」。

この判決の後、「乳幼児突然死症候群(SIDS)に関するガイドライン」が、厚生労働科学研究「乳幼児突然死症候群の診断のためのガイドライン作成およびその予防と発症軽減に関する研究」において公表され、警察への届出および解剖の義務づけが提言された¹⁹²⁾。

(4) 新生児落下事件

次の【110】日本赤十字社中央病院ベッド転落事件判決¹⁹³⁾は、乳幼児のベッドからの転落事故に対する看護師の刑事責任が問われが、窒息死とする死因その

192) 甲斐・前掲書58頁参照。

193) 東京地判昭49・6・24 飯田・山口378頁。

ものが争われ、結局、Reye 他症候群による急死とされたものである。

(事実) 日本赤十字社中央病院の看護師が、小児科病棟に入院加療中の乳幼児に対する看護の業務に従事していたところ、気管支炎の疑いで入院中のAに対し、哺乳・検温等の措置を施した際、ベッドに仰臥させてある同児の安静を保つため同児に装着されていた布製抑制帯の胸当てが緩んでいたにもかかわらず、漫然とその場を離れ、同児がベッドの右端に移動し、その下半身をベッドからはみ出し、転落し、その際、同児の体重により胸当てがずり上がってその頸部を締め付け、縊首により窒息死させた。本件では、死因が「縊首による窒息死」かどうか争われた。

(判旨) 「同児の死は、致命的な因子と考えられる肝の脂肪化を中心とするReye 症候群¹⁹⁴⁾による内因性急死とする推定が充分成り立ち、かつ同児には、……窒息死の三大兆候が見られるが、右は、縊首による窒息死のみに特有のものではなく、他の急死にもみられるので、Reye 症候群による急死と矛盾するものではない」。「同児の口腔内に吐物が充満していたことから吐物が気道を塞ぎ、窒息死するに至ったのではないかとの疑」については、「同時の口腔内の吐物は……Reye 症候群による急死の前駆症状にみられる嘔吐によるとみることが自然であり、右前駆症状としての嘔吐等による激しい体動により同時の体がずれ下がり縊首するに至ったとの推定も十分成り立つ。そうだとすれば縊首前にすでに死の転機が来ており、吐物による気道の閉塞は、同児の死に影響を及ぼすものではない」。「結局同児の死が縊首による窒息死とするには合理的な疑が存する」。したがって、「……業務上の注意義務違反の行為があったとしても、右行為と同児の死との間の因果関係があるとの証明がないことに帰する」。無罪。

ライ症候群は、ウィルス感染症によって発症するが、その特徴は、「主たる病状として急性脳腫脹、脳浮腫を伴う発熱、不規則呼吸、けいれん、意識障害を特異なものとし、2、3日の経過で80パーセントが死亡する」¹⁹⁵⁾といわれる。

その他の看護に関する過誤事件としては、保育器手入窓からの【111】落下死亡事件¹⁹⁶⁾がある。未熟児室の担当看護師が、保育器の手入窓を開放させた

194) ライ症候群とは、小児に見られる急性脳症の一病型である。1963年 Reye によって報告されたので、この名称がつけられている。症候は重篤であり、脂肪や重篤な後遺症を残す。

195) 飯田・山口378頁参照。

196) 佐賀簡略平 12・12・27 飯田Ⅱ 850頁。

際、手入窓から乳児が落下しないように監視することを怠ったため、乳児を落下させて死亡させたものである。看護師は、罰金50万円に処せられた。さらに、看護師が授乳の際に同児を床に落下させて傷害を負わせた【112】新生児落下事件¹⁹⁷⁾がある。罰金30万円に処せられた。

2. 療養上の世話に関する判例

民事判例には、患者の退院にあたって医師が、患者ないし患者の保護者・家族に療養指導を行うべきときに、これを怠ったために患者が死亡したといった事例が、多数見受けられる。とくに、新生児が黄疸にかかったが、状態が良かったので退院させたが、その際、適切な療養指導を与えなかったため、黄疸が悪化して死亡した事案が少なくない。次の最高裁の判例の事案¹⁹⁸⁾がその代表である。

(1) 退院時における療養指導（淀川キリスト教病院事件【113】）

上記の最高裁の事案は、以下の如くである。

（事実） Aは、被上告人Xの経営する病院で、Bの第3子として未熟児の状態で出生した。長男・長女に黄疸が出たことから、Aに黄疸が出るかもしれないと考えたBは、Aの血液検査を依頼したが、血液型に関する検査結果は誤っていた。生後4日ごろからA黄疸の症状が現れ始めた。Xは、Aには血液から不適合はな

197) 大田原簡略平 13・12・28 飯田Ⅱ 851頁。

198) 最判平7・5・30 判時 1553・78。評釈として、平林勝政「退院時における療養指導」医事法判例百選（2006年）196頁以下、手嶋 豊「医師が未熟児である新生児を黄疸の認められる状態で退院させ右新生児が退院後核黄疸に罹患して脳性麻痺の後遺症が生じた場合につき医師の退院時における説明及び指導に過失がないとした原審の判断に違法があるとされた事例」判例評論451号（判時1570号）39頁、高波澄子「医師が未熟児である新生児を黄疸の認められる状態で退院させ右新生児が退院後核黄疸に罹患して脳性麻痺の後遺症が生じた場合につき医師の退院時における説明及び指導に過失がないとした原審の判断に違法があるとされた事例」北大法学論集48巻3号361頁、河野泰義「医師が未熟児である新生児を黄だんの認められる状態で退院させ右新生児が退院後核黄だんにり患して脳性麻痺の後遺症が生じた場合につき医師の退院時における説明及び指導に過失がないとした原審の判断に違法があるとされた事例」判例タイムズ945号（平成8年度主要民事判例解説）110頁。

医療過誤の諸類型と刑事過失

く、黄疸は未熟児であることによると説明し、「何か変わったことがあったらすぐにXあるいは近所の小児科医の診察を受けるように」という注意を与えたのみで、退院させた。退院後、黄疸の増強と哺乳力の減退が見られたが、Xから心配ないとの説明を受けていたため、直ちに病院に連れて行くことはなかった。その後、数日経って別の病院に連れて行ったが、交換輸血が実施されたが、その時はすでに手遅れであり、核黄疸の後遺症として脳性麻痺となった。

第1審および控訴審¹⁹⁹⁾は、Xの過失を否定し、Aらの請求を棄却した。これに対して、最高裁は、次のように判示した。

(判旨)「産婦人科の専門医である被上告人としては、退院させることによって自らは上告人Aの黄疸を観察することができなくなるのであるから、上告人Aを退院させるに当たって、これを看護する上告人Bらに対し、黄疸が増強することがあり得ること、及び黄疸が増強して哺乳力の減退などの症状が現れたときは重篤な疾患に至る危険があることを説明し、黄疸症状を含む全身状態の観察に注意を払い、黄疸の増強や哺乳力の減退などの症状が現れたときは速やかに医師の診察を受けるよう指導すべき注意義務を負っていたというべきところ、被上告人は、上告人Aの黄疸について特段の言及もしないまま、何か変わったことがあれば医師の診察を受けるようにとの一般的な注意を与えたのみで退院させているのであって、かかる被上告人の措置は、不適切なものであったというほかはない。被上告人は、上告人Aの黄疸を案じていた上告人Bらに対し、上告人Aには血液型不適合はなく黄疸が遷延するのは未熟児だからであり心配はない旨の説明をしているが、これによって上告人Bらが上告人Aの黄疸を楽観視したことは容易に推測されるところであり、本件において、上告人Bらが退院後上告人Aの黄疸を案じながらも病院に連れて行くのが遅れたのは被上告人の説明を信頼したからにほかならない(……)」。

核黄疸は、新生児が罹患すると、治療不能の脳性麻痺の後遺症を残すことのある疾患である。その予防・治療法は、慎重な経過観察を行って早期に黄疸を発見し、哺乳力の減退等の症状が現れた段階で交換輸血を実施するというのが、

199) (第1審)大阪地判昭62・11・9判時129・87、(第2審)大阪高判平3・9・24民集49・6・1578。大阪高判平8・12・12判時1603・76(差戻控訴審)は、最高裁に従い、「速やかに医師の診察を受けるよう指導すべき注意義務」を肯定し、注意義務違反を認めた。

医療水準となっていた²⁰⁰⁾。これに先立つ下級審の判例²⁰¹⁾では、母親に対して、「白目」や「皮膚の黄色みが増す」、「元気がない」といった一定の症状があらわれたときに、病院へ行くようにといった指示では不十分であるとされたが、最高裁は、より具体的に、「黄疸症状を含む全身状態の観察に注意を払い、黄疸の増強や哺乳力の減退などの症状が現れたときは速やかに医師の診察を受けるよう指導すべき注意義務を負っていた」としている。最高裁は、説明・指導が適切に行われていれば、素人である家族でも判断が可能であるという前提に立っている²⁰²⁾点で、上記下級審の判断と異なるとされている。

(2) 病院内の転落・転倒事故

民事事件では、乳幼児とともに高齢者である入院患者の転落・転倒事故が多い²⁰³⁾。また、精神障害者の入院中の転倒・転落事故（ないし誤嚥事故）も「自殺・自傷」「他害」事件に次いで多いとされている²⁰⁴⁾。高齢者の転倒・転落事故は、とくに排泄行動に関連して発生し、また、判断力が低下した状況での自力行動中に生じているという²⁰⁵⁾。ベッドからの転落事故については、注意義務としては、頻繁な巡回の義務²⁰⁶⁾やベッド柵を立てる義務²⁰⁷⁾、付添看護義務²⁰⁸⁾を認めるものがある²⁰⁹⁾。病院の窓から転落し死亡した事件に関し、遺族

200) 平林・前掲医事法判例百選196頁参照。

201) 大津地判昭62・5・18判時1269・125，福岡地判平6・11・16判時1548・124。

202) 平林・前掲医事法判例百選197頁参照。

203) これについて、日山恵美「看護上の過失」中山・甲斐（編著）『新版医療事故の刑事判例』243頁以下，松岡・前掲『民事法と精神医学』207頁以下参照（65歳以上の高齢者の1996年総死亡数21,149人のうち、「転倒・転落」によるものが16%を占めるという）。

204) 松岡 浩「精神科病院における若干の事例類型に関する考察——突然死，転倒・転落事例，誤嚥事例の検討」（松下正明総編集）『民事法と精神医学』（2005年）202頁以下参照。

205) 松岡・前掲『民事法と精神医学』208頁参照

206) 東京地判平8・4・15判時1588・117。

207) 東京高判平11・9・16判タ1038・238。

208) 名古屋地判平17・11・17。日山・前掲『新版医療事故の刑事判例』244頁参照。

209) 日山・前掲『新版医療事故の刑事判例』243頁以下参照。

らが損害賠償を請求した事件²¹⁰⁾がある。

転落防止のために抑制帯を用いて抑制措置が取られた脳疾患のある入院患者がベッドから転落して後遺症障害を負った事案で、その措置が転落防止のために講じた対策として適切であり、病院がその患者の転落を予見することができない場合につき、過失を否定したもの【114】²¹¹⁾がある。また、別の事案で、第1審で、入院中の患者が、ベッドから転落して頸髄損傷の傷害を負った場合に、病院側に患者を常時監視する義務や、抑制帯を使用して転落を防止する義務などはなかったとして、診療契約上の義務違反が否定されたものの²¹²⁾、控訴審において、転落を防止するために抑制帯を用いることがなかった場合には、診療契約上の義務違反が認められるとした事案【115】がある²¹³⁾。

転倒事故では、てんかんの発作、場所的見当識障害の発現などが予想された事案で、看護師が患者の側を離れたところ、患者が転倒し受傷した事案に過失を認めたもの【116】²¹⁴⁾、トイレで、排便時に貧血による失神を起こし転倒した事案【117】に、看護師には、排便時に相当な出血があった場合にはナースコールをして呼ぶよう指示をしておく注意義務、医師には、失神を起こす可能性について注意を促し、看護師にトイレまで付き添うよう指示する注意義務を認めた²¹⁵⁾。

さらに、多発性脳梗塞で入院した(女性)高齢患者にトイレまで同行した看護師がトイレの前で別れ、病室に戻るのに同行しなかったところ、約30分後、室内で転倒しているのを発見され死亡した事案に、看護師の過失と転倒との因果関係が肯定された²¹⁶⁾ 東京高裁の判決【118】がある。

(事実) A看護婦が、定時の訪室のためにHの病室に赴いたところ、Hは、

210) 高知地判平7・3・28判タ881・183＝高橋 智「高齢の入院患者転落事件」医事法判例百選208頁以下。

211) 大阪地判平19・11・14判時2001・58。

212) 岡山地判平21・9・29判時2110・60。

213) 広島高岡山支平22・12・9判時2110・47。

214) 東京地判平14・6・28判タ1139・148。

215) 名古屋地豊橋支判平15・3・26判タ1188・301。

216) 東京高判平15・9・29判時1843・69。

ベッドの上で座位になっており、トイレに行きたいというので、ベッドに座るよう起座の介助をしたが、Hが点滴棒を押しながらトイレに行くのに同行しただけで、直接介助はせず、トイレの前でHから「一人で帰れる。大丈夫」といわれたので、トイレの前で別れ、他の患者の介護に向かった。その後、A看護師がHの部屋を訪れたところ、Hがベッドの脇で転倒しているのを発見したが、Hに意識はなかった。CTが施行された結果急性硬膜下血腫と診断されたが、翌日、急性硬膜下血腫により死亡した。

(判旨) 「Hは、72歳の高齢であり、多発性脳梗塞と診断され、軽度ではあるが左上下肢の片麻痺が症状として観察されたこと、このため、医師及び看護婦らは、Hが転倒等によって外傷を負う危険性があることを認識しており、入院に際してHに対しても、トイレに行く際は必ずナースコールを押すように指導していたこと、Hは入院したばかりであり、実際にHの麻痺がどの程度であるのか、歩行能力があるのか、その際に安定性があるかなどについては、これを的確に判断し得る情報はなかった」。「したがって、……A看護婦には、Hがトイレに行き来する際は、必ずHに付き添い、転倒事故の発生を防止すべき義務があったというべきであり、A看護婦が、……Hがトイレで用を済ませて病室まで戻るのに同行しなかったのは、上記義務に違反したものである。

東京地判平成21年の判決【119】²¹⁷⁾は、高齢者やもともと精神障害を発症していたがゆえに入院していた患者ではなく、癌の治療のために入院していた患者が、失踪し病院敷地内で死亡した事例を扱った。

(事実) 癌の治療のために被告開設の病院に入院して手術等を受けたAが、病室から失踪し、同病院敷地内で死亡した状態で発見されたことについて、Aの相続人である原告らが、Aが死亡したのは、同病院の医療従事者らにおいて、患者が術後せん妄を発症しており、そのために危険行動に出ることが予見可能であったのに、これを予見しなかった上、上記危険行動を防止するための措置を採らなかったためである等として、債務不履行又は不法行為に基づき、損害賠償を求めた。

(判旨) Aの行動に興奮等がみられたからといって直ちに、被告病院の医療従事者らにおいて、Aが術後せん妄を発症していることを認識することができたと

217) 東京地判平 21・9・15 判タ 1328・196。

か、その近接した時期にAが術後せん妄を発症することを具体的に予見すべきであったとかいうことはできず、まして、せん妄のためにAが転落死することを具体的に予見すべきであったということもできない等として、原告らの請求をいずれも棄却した。

本判決では、癌の治療のために入院していた患者が「せん妄症」を発症していることは認識できず、したがって危険行動をとることについては、病院の医療従事者に予見可能ではないとした。

(3) 病院内誤嚥事故

乳幼児や老人が病院内での食事の際に食物を誤嚥し、窒息死したことに對する損害賠償を求めた民事判例が多く存在する²¹⁸⁾。以下では、これを検討しておこう。

(a) 幼児の誤嚥事故

誤嚥事故については、4歳の入院患者に朝食を持って行ったが、そばを離れたすきにバナナを誤嚥して窒息死した東京地裁判決の事案²¹⁹⁾【120】がある。東京地裁は、医師につき「誤嚥などが生じないように食物の種類・範囲を制限するだけでなく、食事を担当する看護師に対して、少しずつゆっくり食べさせたり、万一誤嚥が生じた場合には、直ぐに吐き出させたりするために監視するなどの措置を取るよう具体的に指示すべき注意義務があった」とする。

(b) 老人の誤嚥事故

㉑ こんにゃく・はんぺんによる事故 誤嚥によって事故が起こりやすい食物として、こんにゃく・はんぺんが嚥下障害の患者や高齢者に向かない食物であるから、食物介助の際に細心の注意を払う必要があったとされた【121】名古屋地裁判決²²⁰⁾の事案がある。

218) 精神病院入院患者に関するこれについて、松岡・前掲『民事法と精神医学』211頁以下参照。昼食時に発生する頻度が最も高いという。精神障害患者の場合、盗食、異食にあたって発生している者も多いという（松岡・前掲212頁参照）。

219) 東京地判平13・5・30判時1780・109（松岡・前掲『民事法と精神医学』213頁）。

220) 名古屋地判平16・7・30 LEX/DB。

(事実) Dの遺族である原告らが、被告が設置経営する特別養護老人ホームにおいて、Dが被告の職員Fによる介助を受けて食事中に、こんにゃくとはんぺんをのどに詰まらせて窒息死したことにつき、被告に対し、使用者責任又は債務不履行に基づき、損害賠償を求めた。

(判旨) 入所時一般調査票等にDに嚥下障害がある旨記載されていたこと、こんにゃくはのどに詰まらせやすいこと等を考慮すると、Fは、こんにゃくを食べさせた後、Dの口の中の確認及びDの嚥下動作の確認をする注意義務を負っていたというべきであるから、Fが、これらの確認をしないまま、こんにゃくに続いてはんぺんを食べさせたことは、不法行為法上の過失に当たるといえることができるとして、請求の一部を認容した。

⑥ 白玉もち誤嚥事故 白玉もちについては、被告経営の病院に入院中、夕食として提供された「白玉もち」をのどに詰まらせて窒息死したCの父母である原告らが、Cの死亡は同病院医師らの過失によるものであるとして、同医師らの使用者である被告に対し、損害賠償を求めた旭川地裁判決²²¹⁾【122】の事案がある。

(判旨) 本件事故は、Cが口腔内の白玉団子を一気に飲み込もうとしたことによるものであり、本件事故後の処置を含め、被告病院医師らに過失はなく、また、同医師らにCの食事の状況を常に監視すべき注意義務もないとして、請求を棄却した。

本判決は、食事の状況を常に監視すべき注意義務はないとして、「白玉もち」を喉に詰まらせた本件においては注意義務を否定した。かくして、判例は、喉を詰まらせ、誤嚥を起こしやすい食物で、事故に至る危険性の高い食物かどうかを考慮しているように思われる。

⑦ おにぎり誤嚥事故【123】

おにぎりについては、福岡地裁²²²⁾が、入院患者Aの看護を担当していた看護師である被告Bが、おにぎりを提供したこと、義歯を装着しなかったことについ

221) 旭川地判平13・12・4判時1785・68。松岡・前掲『民事法と精神医学』213頁以下。

222) 福岡地判平19・6・26判時1988・56。

ての過失は認めず、食事時の見守りについて、Aが誤嚥することがないように注意深く見守るとともに、誤嚥した場合には即時に対応すべき注意義務があったのにこれをしなかったとして、注意義務違反を認めた。

それとともに、Aは、特別養護老人ホームに入所していたが、加齢と脳梗塞、脳血管障害等によって食事の飲み込みが悪くなってきていたAの誤嚥事故について、ホームの設置者に対し、食事の際に介助を行う職員に対し教育、指導すべき注意義務があったのもかかわらず、違反したものとして損害賠償を認めた。本件では、食物が「おにぎり」であったことではなく、入所者の体調などの特別の事情によって誤嚥事故に対する注意義務の有無が判断されていると解することができる。

④ ロールキャベツ誤嚥事故【124】²²³⁾

(事実) ロールキャベツについては、75歳の交通事故の被害者Aが、既往症である多発性脳梗塞の影響で咽頭反射が低下しており嚥下に障害があったが、病院で、ロールキャベツを食べさせた事案がある。

(判旨) キャベツが高繊維であることや、ロールキャベツが容易にかみ切ることのできない食品であるとして、こうした食品を選択し、提供したことに過失があるという主張に対し、キャベツが、誤嚥を起こしやすい食品であるということではできないし、高齢者の食事においても普通に食べられる食品である旨の報告もされているのであり、先にみたようなAの食事内容、状況からすると、Aにとって、ロールキャベツがことさらにそしゃくや嚥下の困難な食物であるということではできない。また、原告らは、Aが高齢であったことなどから、被告病院の医師や看護婦には、Aの食事の際に付き添って監視をするなどの措置をとるべき義務があった旨を主張するが、Aの状態や食事状況の推移からすると、そのような義務があったということではできないとした。

このように、老人ホーム等において、食物を誤嚥した老人の死亡事故に対する病院側の責任を否定した判例も少なくない。次の判例は、誤嚥と死亡の因果関係を否定したものである。

223) 富山地判平13・11・28 LEX/DB。

⑤ 横浜地裁誤嚥事故判決【125】²²⁴⁾

(事実) Aは、被告が開設する介護老人保健施設に入所中、食べ物を誤嚥して死亡した。原告は、このような事態が起きたのは、被告の施設及び職員に対する管理体制、被告施設の職員らの亡Aに対する事故発生前の対応、及び、事故発生後の亡Aに対する救命活動にそれぞれ過失があったためであると主張して、被告に対し、不法行為又は債務不履行に基づき、損害賠償を求めた。

(判旨) 「亡Aは苦しんでいる様子を見せることなく、突然、後屈状態で意識を消失し、問いかけにも応じなかったのであるから、即座に、その原因が誤嚥であると判断した上で、気道確保及び吸引が必要と判断することを介護福祉士であるB介護士に求めるのは困難である等として、被告及び被告施設の職員に原告ら主張の過失があったとは認められないとして、原告らの請求をいずれも棄却した。

裁判所は、「本件事故は、食物の誤嚥による窒息を原因とするものとは認められず、本件事故の発生状況及びAの既往症を考慮すると、脳梗塞、心筋梗塞などの何らかの疾病を原因とするもの、すなわち、Aが脳梗塞、心筋梗塞などによる発作を起こし、それによる吐き戻しの誤嚥が起きたものである蓋然性が高いことが認められる」とする。

⑥ 東京地裁誤嚥事故判決【126】²²⁵⁾

この判決は、誤嚥にもとづく死亡の具体的な危険の予見可能性を否定して、原告側の請求を棄却した。

(事実) 原告らの父であるAが、被告との間で、被告の開設する有料老人ホームへの入居契約等を締結し、入居していたが、同老人ホームにおける食事中、食物を誤嚥し、その後死亡した。原告らは、被告に対し、上記入居契約等に基づく安全配慮義務違反があった旨主張して、債務不履行に基づき、Aの死亡慰謝料と及びこれに対する遅延損害金の支払を求めた。

(判旨) 被告が、Aについて、誤嚥による窒息が生じる危険があることを具体的に予見することは困難であり、そうすると、被告が、本件契約に基づき、Aについて、誤嚥防止のために、具体的に食事の調理方法や食事形態を改善すべき義務や、常時食事の介助を行い、又は食事の開始から終了までを逐一見守るべき義

224) 横浜地判平 22・8・26 判時 2105・59。

225) 東京地判平 22・7・28 判時 2092・99。

医療過誤の諸類型と刑事過失

務を負っていたと認めることはできない等とし、被告が本件契約に基づく安全配慮義務に違反したとすることはできないとして、原告らの請求を棄却した。

このように、見てくると、判例においては、誤嚥の危険性が高い食物や入所する老人の体調などの事情から特別の事情が認められない限り、一般的な入居契約の内容から、施設側には、「誤嚥防止のために、具体的に食事の調理方法や食事形態を改善すべき義務や、常時食事の介助を行い、又は食事の開始から終了までを逐一見守るべき義務」は認められないというのが判例の基本的観点であると思われる。

このように、療養上の世話における事故に対しては、圧倒的に民事事件が多く、刑事事件はほとんどない。それは、おそらくは、事故の原因が、医師や看護師の直接の何らかの明白な患者に対する作為的作用によって引き起こされる事故ではなく、転落、誤嚥など第1次的には老人などの世話を要する患者の自身のある意味での「自己危殆化」行為ないし親族などの世話人に適切な指導を従前に与えておかなかったことが直接の原因となって事故が発生し、医師・看護師は、間接的にその管理責任を問われているという点にあるのではないかと推測される。民事責任については肯定する判例も少なくないので、以上のような事情が相まって被害者の処罰感情が、被害者が高齢者の場合、乳幼児の場合と比べてそう強くなく、告訴される場合が少ないなどの実体法上の過失理論外の理由で刑事事件が少ないのではないかと考えられる。自己責任を問題にしえず、かつ親の将来の期待が高い乳幼児の転落事故等に関しては、刑事責任を問う判例も少なくない。また、乳幼児突然死症候群による死亡については、事故発生当時の予見可能性に依存する。初期においては知られなかった、うつ伏せ突然死や新生児をうつ伏せに寝かせた場合の死亡事故について知られるようになってからは、有罪を言い渡す刑事判例も出ている。

ま と め

以上で、医療過誤自体の事例類型ではなく、医療行為の現象的局面に典型的

に発現する判例に現れた事案を類型化する方法によって、医師・看護師等の医療関係者の過失責任を検討した。ここでは、①注射による医療過誤、②投薬による医療過誤、③麻酔による医療過誤、④輸血による医療過誤、⑤手術にもとづく医療過誤、⑥医療機器の誤操作にもとづく医療過誤、⑦診断・治療に関する過誤、および⑧看護に関する医療過誤に分類したが、統一した理論的帰結を導くことはできず、むしろカズイステイックな問題思考的検討に終わっている。本稿の検討からは、いわゆる組織過失の論点が典型的に現れる事例類型は除外し、別に予定している組織過失に関する各論的研究に委ねた。民事刑法関係の判例については、その基本的な理論的観点を示した判例には、民事判例が多く、刑事についてそこから類推するしか方法がないといった状態であるが、本稿では、最後に検討した「看護に関する医療過誤」のうち「療養上の世話に関する判例」を除いては原則的に刑事判例を検討したので、その意味では、刑事判例の分析・類型化の意義はあると思われる。