

医療過誤と過失犯論(一)

萩原由美恵

はじめに

第一章 過失の競合か過失犯の共同正犯か

第二章 我が国の医療過誤判例

第一節 判例の概観

一 水平分業

二 垂直分業(以上本号)

三 水平分業と垂直分業の複合類型

第二節 判例の考察

一 水平分業

二 垂直分業

三 水平分業と垂直分業の複合類型

第三章 医療過誤と刑事処分

おわりに

はじめに

1

医療の現場では、意外な経過をたどり患者の身体・生命が侵害されるといった予期せぬ有害な結果が発生することを「医療事故」というが、そのうち医療従事者が注意を尽くしていれば、身体・生命への侵害を回避し得たの

に、注意を尽くさなかったため侵害結果を生ぜしめた場合を特に「医療過誤」という。近年、多数の医療過誤事件がマスコミにより報道されていることは周知の通りであるが、それに伴い医療機関（医師・看護師等）に対する社会の目が非常に厳しくなっていることも事実である。平成一六年には民事事件数は一〇〇〇件を上回った。これは一〇年前の約二倍である。刑事事件として取り扱われる件数も増加している。しかし、①病院側に明らかなミスがみられるときは病院側は示談で解決しようとする⁽¹⁾こと、②捜査・審理に時間がかかること、③立件は生命・身体に重大な結果が生じ、しかも行為と結果との間の因果関係と過失の存在がかなり明瞭な形で立証し得る可能性が認められる場合に限定されること等から、届出件数に比べて刑事事件として立件される件数はそれほど多くはないようである⁽²⁾。

医療過誤事件で、医療従事者に問われる刑事責任の殆どは業務上過失致死傷罪（刑法二二一条）であるが、自然科学的な観点からの厳格な証明が求められるため、その立証は極めて困難である。通常は、結果の発生は特定の医療行為をしたこと（作為）によるものと、特定の医療行為をしなかったこと（不作为）によるものがあるが、いずれも容易に結果を回避できたもの、高い確率で結果を回避出来たものについては因果関係が肯定されている。業務に従事する者には、それぞれ職務上の行為に関連して、被害者に死傷の結果が発生するかもしれないという予見義務とそれに対する予防措置をとるべき結果回避義務が要求されるが、医事関係訴訟での過失の問題点は、当時の医療水準を前提として注意義務の懈怠を判断することである。この医療水準⁽³⁾をもとに、身の潔白を証明したいと考える医療従事者も多い。

客観的証拠（診療記録・解剖報告書）、証人の証言、あるいは被告人の自白から過失の存在が明らかとなった場合は、単独に個人責任を負わせればこと足りる。しかし、現代医療が高度化し、複雑化するに伴い、単独の医師によ

る医療行為の枠を越え、各種の専門職の協力を得なければ医療行為ができないという状態を呈するに至っている今日、複数の医師をはじめ、看護師等の医療従事者の共同責任が問題となる場合もある。最近では、平成一年横浜国立大学病院のいわゆる患者取り違え事件⁽⁴⁾や都立広尾病院のいわゆる消毒液誤注射事件⁽⁵⁾が起こったのを皮切りに、社会的関心を集める医療事故が多発したことから、捜査機関・裁判所・厚生労働省の医療事故に対する取り組み体勢にも変化がみられる。

判例面でも、①メデイカルスタッフである看護師、検査技師等の責任の独立を強調する傾向が認められる、②「過失の競合」という文字が頻繁に使われるようになってきた、③チーム医療がすすみ、特に医師や看護師との分業意識が高まっていることから、医療現場においても信頼の原則の適用場面が認められる、その一方ではまた、④監督者に監督責任が及ぶ場合もある、⑤量刑に関しても、これまでは略式罰金刑で処理された事件が多かったが、平成一年の医療事故を契機に死亡事案については公判請求され、執行猶予付きとはいえ禁錮刑に処せられるケースが増えている⁽⁷⁾。

医療過誤判例の中には、数は少ないが過失犯の共同正犯を認めたものもある。個々の担当者の実行行為と結果との因果関係の立証が困難である医療現場で、過失犯の共同正犯の適用が積極的になされれば、迅速な処理が期待できるかもしれない。

二〇〇五年、拙稿「チーム医療と信頼の原則(一)(二・完)⁽⁸⁾」において、医療過誤判例を信頼の原則の適用という観点から検討したが、本稿では最近の傾向を踏まえて、複数の医療従事者が関与するケースについて、その過失責任のあり方を考察してみたいと思う。具体的には平成になってからの判例を中心に、必要な限度で古い判例も加えて、「過失の競合」か「過失犯の共同正犯」か、その判断基準を明らかにしたい。最後に、医療過誤刑事事件へ

の対応について自己の見解を述べることにする。なお、事例は前回同様ウイルヘルムの水平分業（医師と医師、外科医と麻酔医等の横の関係）、垂直分業（医師と看護師のような縦の関係）にのっとって分析した。

第一章 過失の競合か過失犯の共同正犯か

複数の行為者が、それぞれの過失行為に基づき一個の構成要件的結果を発生させた場合、複数の過失が競合的に存在していることからこれを「過失の競合」と呼ぶ。複数人が関与する医療事故は、対等な関係にある医師同士、看護師同士や、上下関係にある医師と看護師間、対等・上下の関係が交錯した複数の医療従事者（医師、看護師、麻酔医等）間の過失によって起きているが、各関与者の行為と結果との因果関係の立証ができれば容易に過失の競合が認められている。しかし、過失の競合理論を医療関係者に広く刑事罰を科すための論理として用いることに對しては批判的な見解もある。甲斐教授は、横浜市立大学病院患者取り違え事件や埼玉医科大学総合医療センター抗ガン剤過量投与事件で医療関係者全てに過失の競合論が採用され過失同時正犯が認められたため、「当該医療に部分的に関係した以上、医療関係者はなかなか免責されない懸念がある。被害者感情というレベルでは理解出来なくはないが、刑法の基本原理である責任原理からすると、注意を要する傾向といえる」と指摘しておられる。⁽⁹⁾大塚裕史教授も、甲斐教授の指摘を正当な批判であると支持され、「因果関係や予見可能性の認定を厳格に行うことが必要であるがそれだけではなく、正犯性についても検討する必要性がある」⁽¹⁰⁾「相当因果関係が認められる限り同時正犯の競合を無条件に認める従来の判例・通説の立場は妥当ではない。なぜなら、相当因果関係は正犯性の要件ではないからである。単独正犯といえるためには、少なくとも具体的因果経過に対する支配可能性が必要である」と述

べておられる⁽¹¹⁾。

「過失犯の共同正犯」については、肯定否定をめぐって我が国やドイツにおいて議論されてきた。初めの頃は、犯罪共同説と行為共同説という共犯の本質を巡る議論に対応して過失犯の共同正犯のとらえ方が分かれていた。「行為共同説」の立場からは、共同正犯が成立するためには他人の行為を利用し補充し合う意思とその事実があれば足りるので故意の共同は必要とされず、過失の共同でもよいとされた。「犯罪共同説」の立場からは、共同正犯が成立するためには共同者各自が特定の犯罪事実について共同意思を有すること、つまり故意行為の共同が必要とされているため、それを欠いている過失犯の共同正犯は否定すべきであるとされた。かつては過失犯の共同正犯否定説が支配的であった⁽¹²⁾。しかし、その後犯罪共同説の立場から、目的的行為論や新過失犯論を基礎に過失犯にも固有の実行行為性があることを指摘し、この実行行為を共同にすることが可能である限り、過失犯の共同正犯を肯定できるとする見解が現れ⁽¹³⁾、以後肯定説が多数説となった⁽¹⁴⁾。

そして特に学説で注目されているのは、「共同義務共同違反説」である。つまり過失犯の共同正犯を無条件に肯定するのではなく、「法律上、共同行為者に対して共同の注意義務が課されている場合に、共同行為者がその注意義務に共同して違反したとみられる客観的事態が存在するとき⁽¹⁵⁾に過失犯の共同正犯を肯定する見解である⁽¹⁶⁾。この共同義務が認められる場合として、一方が他方の行為についてまで注意しなければならぬ場合⁽¹⁷⁾、各行為者が他の共同者の行為についてまで慎重に配慮しあうべき不可分の義務（重複した保証）がある場合⁽¹⁸⁾、共同者の各自が単に自己の行為について注意を払うだけでは足りず、他の仲間の行為についても気を配る義務がある場合等⁽¹⁹⁾と説明されている。つまり自己の注意義務を果たすだけでなく、他の関与者の行為についてまで注意しなければならぬような関係が認められるとき共同義務が認められ、それに反した場合には過失犯の共同正犯が成立する。このような

共同義務共同違反説が有力になっている。⁽²⁰⁾

患者の命を預かっている医療現場で医療過誤事件が多発化している今日、各自自分の責任だけを果たしていればよいという以前のチーム医療の捉え方では通用しなくなっている。チームを構成して治療に当たっている限り、医療従事者は当該患者の治療に当たり各人その固有の役割を責任を持って果たすと共に、相互に監視し確認し合う義務が生じてくるだろう。ここに共同義務共同違反説に立った過失犯の共同正犯概念を認める意義がある。関与者の個別の因果関係の認定を回避し得るというメリットもある。そこで次に、医療過誤の事例について関与者の過失が判例上どのように扱われているのかを概観し、検討することとする。⁽²¹⁾

第二章 我が国の医療過誤判例

第一節 判例の概観

一 水平分業

専門分野を同じくする共同担当医（地位は対等）の場合

- ① 宇部簡判昭和三十一年七月四日（刑事裁判資料二三三号四七五頁、オーロパンソーダ誤注射事件）、広島高判昭和三十三年七月二〇日（高裁判事判決特報四巻追録六九六頁）、最決昭和三十三年三月六日（上告棄却）

外科医AとBは、外来患者で右肩胛関節脱臼を訴えた女性を共同して診療しながら、Aの提案により患者に全身麻酔を施す事になり、看護婦Xにオーロパンソグダの注射を命じたところXが薬液を間違えてクロロフォルムを静脈内に注射したため、患者をして注射液の中毒による心臓衰弱を招かせしめ、死亡させたという事案である。

原審字部簡裁は、外科医AとBに業務上過失致死罪の共同正犯（刑法六〇条）を認め、罰金二万円を科した。これに対して、Aは患者の主治医ではなくBの補助者に過ぎず、かつ静脈注射には関与していない。またAがXにオーロパンソグダの注射を指示したことはBへの助言に過ぎずその指示自体も正当であったので、過失があるのは外科医Bと看護婦Xの行為であるという理由で控訴した。

広島高裁は、外科医Aの地位名目がどうであろうと、AとBは患者の診察治療についてはその責任に軽重のつけがたい共同担当医（或いは共同主治医）であることを認めた。また、Aが患者に麻酔薬を注射するために看護婦Xに対して薬名をオーロパンソグダと指示したことは正当であるが、AとBは患者に対して共同担当医であったと認められる以上、患者の衛生上危害を生じるおそれのある静脈注射においては、看護婦が業務上独立してなしうるとしても、事後の看護婦の行為について何ら責任がないとすることは出来ない。としてAは患者に対する共同担当医としてBと共に注射液の指示を受けた看護婦を監督監視し、自ら注射を行うときと同様の注意を以て、注射行為のみならずその準備行為ともいふべき注射液の正確な確認、性状、分量等も含めて嚴重な検査を為し注射の過誤がないように期すべき業務上の注意義務を有すると判示した。また、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、その医師間に責任の軽重のつけがたいような場合、しかも診療過程で医師の過失が存在した場合に、その内の或医師の過失につき全く関係がないことが特に明瞭な場合とか、あるいは特定の診療につき特に責任分担しその帰責を明らかにして行われたのではない限り、過失についての責任は共同診療に当たる医師全員に存する

と解すべきであり、Aが直接麻酔注射に関与していないからといって業務上過失の責任を免れることはできない。本件はAとBとXの過失行為が競合したにすぎないのであり、刑法にいわゆる共犯ではないと判示し控訴を棄却した。

原審では、看護婦の刑事責任は問われておらず、AとBに業務上過失致死罪の共同正犯（刑法六〇条）を認めた。しかし、高裁では共同担当医のそれぞれに注意義務違反（過失）があり、さらに看護婦にも過失があるととして、これらの関係を過失の競合とした。判決理由からは医師としてAとBについては過失犯の共同正犯が成立するものと解する。AとBは共同担当医として患者の治療を目的として共同して医療行為を行っており、全ての行為には共同して注意義務を負担しなければならない。注射行為への関与もその一環として行われたものであるからである。内田博士も、本判決ではAとBという「共同」担当医の「共同」義務が存在し、それを「共同」違反ととらえている論理からすれば、過失共同正犯が導かれると述べている。²²⁾

共同担当医といういわば対等の関係で共同行為に出る者の相互的過失が理論的に問題にされたのは本判決がはじめてである。

② 大阪簡略式平成一一年一月一四日（判例タイムズ一〇三五号六〇頁、十二指腸後腹膜穿孔誤診事件）

外科医AとBは、交通事故の外傷等で入院した患者の診察・治療に当たり、患者の腹部X線写真及びCT画像を読み間違ひ、患者が吐血・腹痛等の症状を訴えていたにもかかわらず、十二指腸後腹膜穿孔の症状に気付かず、直ちに開腹手術等の必要な処置を講ぜず、十二指腸穿孔に基づく後腹膜潰瘍を併発・悪化させ、播種性血管内凝固を

により死亡させたという事案である。

両医師は過失犯の共同正犯とされ、⁽²³⁾共に罰金五〇万円に処せられた。A B共に患者の治療に当たっており、互いに注意を喚起し合っている確な診断を行う義務があるといえるので、過失犯の共同正犯を認めたのは妥当な判決といえよう。

③ 津簡略式平成一四年四月三日 (判例集未登載、三重大学病院異型輸血事件)⁽²⁴⁾

医師Aは、ICU室において術後肺炎等の治療を受けていた患者に輸血するO型濃厚赤血球を準備する際に、カルテ等により患者の血液型を確認することなく、他の患者の血液型と同じA型であると軽信して緊急時血液払出伝票を作成した。医師Bはカルテ等の確認を怠り、その払出伝票記載の血液型が患者の血液型であると軽信し、A型の輸血用濃厚赤血球を準備して、看護師に指示して輸血させた。その結果患者が異型輸血に基づく多臓器不全により死亡したという事案である。

医師A B共に、業務上過失致死罪として罰金五〇万円が科された。

判決文には、医師両名の過失犯の関係については明示されていないが、「それぞれの過失により」という文言からすれば「競合」として扱っているように思われる。しかし、医師両名は、共同して患者の治療にかかわっていたものであり、カルテ等で血液型を確認するという基本的な注意義務を共同負担していたにも拘わらず、それを怠って結果を発生させたものである。医師両名は過失犯の共同正犯として処罰されるべきものと考えられる。またここでは、医師Bの指示により輸血を行った看護師の責任は問われていない。看護師も輸血に際しては、患者の血液型が

輸血用血液の血液型と一致していることをカルテで確認する義務があり、看護師にも責任があるとする見解もある。⁽²⁵⁾ おそらく本判決は、ベテランの内科医であるA、Bの責任を重視し、看護師はその補助業務を行っている過ぎないと解したからであろう。

④ 東京地判平成一六年五月一四日(判例集未登載、胆嚢手術ミス事件)⁽²⁶⁾

医師A(院長・助手)、医師B(外科医長・執刀医)の二人は、胆石症の患者に対して、患者の胆嚢周辺が高度の炎症を起こして癒着しており、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出来ないまま手術を行ったために、誤って総肝管を切離した上、胆嚢管と誤認して総胆管を結紮・切離したのに、そのことに気づかず閉腹してしまった。その後、患者の体内に留置したドレーンから胆汁が漏出していたのを認識しながら、適切な処置を講じなかった過失により、患者を胆汁性腹膜炎に起因する多臓器不全により死亡させたという事案である。

被告人兩名は、共同して胆嚢摘出術を実施するに際し、患者の胆嚢周辺部が高度に炎症を起こして癒着をしていること等から、万が一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、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、剝離作業中に誤って総肝管を切離した。そのうえ、胆嚢管と誤認して総胆管を結紮・切離し、これにより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、閉腹したという過失を犯した。また、被告人兩名は、術後も引き続き共同して患者の管理を行うにあたり、通常の胆嚢摘出術後に漏出する胆汁とは異なる胆汁が漏出していることを認識したのなら、術中胆管損傷を生じている可能性があり

放置すれば胆汁性腹膜炎により死亡する危険性があると考え、直ちに内視鏡的逆行性胆膵胆管造影法検査（ERCP検査）等を実施し、胆管損傷の原因究明に努めると共に、胆汁の腹腔内への漏出を停止させ胆汁性腹膜炎の発症及び進行を阻止すべく開腹手術を実施する等適切な処置を行うべき業務上の注意義務があるのに、之を怠り漫然と経過を観察するという過失を犯した。以上被告人兩名と患者の死亡との因果関係を認め過失犯の共同正犯（刑法六〇条）とした。

両医師は、同じ専門分野に属する対等の関係の医師として同種の業務に携わっており、お互いに他の行為者の行為についてまで注意しなければならぬ共同注意義務を課されている。彼らには、いわゆる一部行為と全部責任の効果を帰せしめるだけの「共同義務違反の内容を持った共同実行」の実体が認められる。過失犯の共同正犯を認めたのは妥当といえるであろう。

看護師同士の場合（准看護師も含む）

① 岩国簡略式平成二年二月二一日（判例タイムズ七七〇号九〇頁、新生児熱傷事件）

准看護師Xは、新生児の沐浴に際して温度調節目盛りを確認しないまま木浴槽内に給湯したにもかかわらず、新生児沐浴の経験の少ない看護師Yに適温であるか確認した上新生児を沐浴させるよう指示しなかった。そのため見習い看護師Yは木浴槽内の湯の温度を確認しないまま、新生児を摂氏約四八度以上の熱湯で沐浴させ、熱傷ショック死させたという事案である。

准看護婦Xについては、見習看護婦Yに検温して適温になったことを確認して沐浴させるよう指示すべき業務上の注意義務があったのにそれを怠り、漫然とY一人で沐浴をさせたという過失を認めた。また見習看護婦Yに対しては、新生児の沐浴は熱傷等の事故を生じさせるおそれがあるので、適温であるか確認して沐浴させ熱傷等の危険の発生を未然に防止すべき業務上の義務があるのにそれを怠り、単独でしかも温度を確認しないまま沐浴させたという過失を認定した。そして、両者の過失の競合により新生児を熱傷ショック死するに至らしめたとして、各罰金二〇万円を科した。

准看護婦Xには、見習看護婦Yへの指導・監督過失、見習看護婦Yには結果発生への直接過失を認め、両者を競合関係にあるとした。見習看護婦に過失責任を認めたのは酷いようであるが、看護婦本来の職務に際して基本的注意義務を果たさなかつたもので結論は妥当であろう。

② 名寄簡略式平成五年三月二五日（判例タイムズ一〇三五号四〇頁、投薬方法過誤事件）

市立病院に勤務する無資格の臨時看護助手Yが、准看護婦Xから指示され注射器に入った牛乳約五〇ミリリットルを胃潰瘍のため絶食中の患者に経口投与すべきところ、誤って三方活栓付きの中心静脈栄養管理カテーテルに接続注入し、患者に肺鬱血水腫の傷害を負わせ、急性肺機能不全により死亡させたという事案である。

臨時看護助手Yに対しては、患者の枕元に絶食中との札を認めたことから、牛乳を中心静脈栄養管理カテーテルに注入して投与するものと誤信し、漫然と牛乳五〇ミリリットル入りの注射器を同中心静脈栄養管理カテーテルの三方活栓に接続して投与した過失により患者を死亡するに至らしめたとして業務上過失致死罪を認め、罰金一〇万円

に処した。そのほかに、都道府県知事の准看護婦の免許を受けていないのに牛乳を投与し、患者に対して疾病者の療養上の世話または診療の補助をしたとして、保健婦助産婦看護婦法四三条一項一号・三三条違反の罪にも問われた。また、彼女に指示を出した准看護婦Xに関しては、保健婦助産婦看護婦法違反の教唆で簡易裁判所に略式起訴され、罰金一万円に処せられた。

①と同様看護婦本来の職務である行為について過失行為が問題とされた事例である。准看護婦Xに対して、保健婦助産婦看護婦法の違反の教唆のみを問題としたのは若干疑問である。この現場では、准看護婦XはYを指導監督する立場にあったと考え、Xの監督過失としての責任を問うべきであろう。さらに無資格の臨時看護助手に看護業務を行わせていた点について、病院の管理責任も問われるべきであろう。

③ 東京地判平成一二年二月二七日（判例時報一七七一号一六八頁、都立広尾病院消毒誤注射事件）

看護婦Xは、慢性リュウマチ治療のため入院していた患者の左中指滑膜切除手術の後に、血液凝固剤であるヘパリンナトリウム生理食塩水（ヘパリン生食水）を点滴静注する際、ヘパリン生食水入り注射器の注射筒部分に黒マジックで「ヘパ生」と記載された注射器一本を保冷庫から取り出して処置台においた。それから他の患者用の消毒液ヒテングルコネクトを注入した注射器を一本前記注射器と並べて処置台においた。その後、前記注射器に「ヘパ生」の記載があるのを確認することなく、これをヒテングルコネクト入り注射器と誤信して黒マジックで「洗浄用ヒビグル」と手書きしたメモ紙をセロテープで貼り付け、他のヒテングルコネクト入り注射器をヘパリン生食水入り注射器であると誤信して患者の病室に持参して床頭台に置いて準備した。看護婦Yは患者にヘパリン生食

水を点滴注射するにあたり、同薬液の注射筒には「ヘパ生」の記載があることを確認せずに床頭台に置かれていた注射器をへパリン生食水入りと誤信して消毒液ヒテングルコネットを患者に投与して急性肺塞栓症により死亡させたという事案である。

看護婦Xには、患者に投与する薬液を準備するにつき薬剤の種類を十分確認すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠った結果、へパリン生食水を点滴する必要のあった患者の床頭台の上の間違って消毒液ヒテングルコネット入り注射器を準備したという過失を認めた。また看護婦Yには、薬剤投与にあたり薬剤の種類を十分確認して投与すべき業務上の注意義務を怠り、へパリン生食水を点滴するにあたり、注射筒の上に黒マジックで「ヘパ生」と記載されているかを確認した上で点滴をすべきであるのに、之を確認することなく漫然と消毒液ヒテングルコネット液を点滴したという過失を認めた。両者の過失の競合により患者を死亡させたとして、看護婦Xを禁錮一年（執行猶予三年間）に、看護婦Yを禁錮八月（執行猶予三年間）に処した。

判旨では看護婦XとYの過失の競合という用語を用いた上で、過失犯の共同正犯として刑法六〇条を適用している為、これをめぐって種々の議論が為されている。この点については、第二節の一で触れることとする。

④ 岐阜簡略式平成一三年四月二日（判例集未登載、²⁷⁾異型輸血事件）

准看護婦Xは、主治医の指示によりO型患者の自己血輸血用に予め採血保存していた血液を保管場所である病棟看護婦の詰所の冷蔵庫から取り出す際、血液パックに記載された患者の氏名、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型患者の血液と取り違えて患者の病室に運んで輸血の準備をした。看護婦Yも、病室に準備

されていた血液パックの氏名、血液型を確認することなく、血液パックにとりつけられたチューブを三方活栓に接続して輸血を行ったため、患者を異型輸血に起因する心不全により死亡させたという事案である。

准看護婦Xには、患者に対して自己血輸血を実施するに際しては、血液パック内の血液が患者本人から予め採血した血液であることを十分確認し、血液の取り違いによる異型輸血を防止すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、病棟看護婦詰所の冷蔵庫内に保管されていた他の患者のA型血液が注入された血液パックを患者のO型血液が注入された血液パックと軽信し病室へ持参し、持参した血液パック上に記載された患者氏名、血液型等を確認せずに点滴棒につるす等した過失があるとされた。看護婦Yには、患者に対して自己血輸血を実施するに際しては、血液パック内の血液が患者本人から予め採血した血液であることを十分確認し、血液のとり違いによる異型輸血を防止すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、点滴棒につるされた血液パック上に記載された患者氏名、血液型等を確認することなく、輸血を開始した過失を認めた。以上のような両者の過失の競合により、患者を異型輸血に結発した感染症に起因する心不全により死亡するに至らしめたとして、業務上過失致死罪の成立を認め、准看護婦Xには罰金五〇万円を、看護婦Yには罰金三〇万円を科した。

X・Yの両者は行為を分担しており、輸血準備に関してはXが、直接患者への輸血行為に関してはYが関与しているが、双方患者の輸血という同じ仕事に携わっており、異型血液輸血に関してはお互いに細心の注意義務を果たすべきであった。過失犯の共同正犯を認める余地があるのではないか。

- ⑤ 京都簡略式平成一四年一二月二五日（判例集未登載、⁽²⁸⁾アジ化ナトリウム誤投与事件）

病棟看護師長Xは医師の指示により行う尿中Cペプチド検査実施に際し、患者の尿が腐敗しないように防腐剤として使用する毒物・アジ化ナトリウムを、看護経験の少ない準夜勤務の看護師Yに引き継ぐことになった。単にカードックスに記載しただけでアジ化ナトリウムの危険性や使用方法を具体的に申し送ることなく看護師Wを介して薬包紙に包まれたアジ化ナトリウム一・七グラムを交付してしまった。患者を引き継いだ看護師Yは、看護師Wから受け取ったアジ化ナトリウムを患者のカルテやカードックスの記載を確認することなく経口薬であると誤信して患者に投与した結果、患者は急性中毒性心機能障害により死亡したという事案である。

看護師長Xに対して、看護経験の乏しい準夜勤務の看護師Yに看護業務を引き継ぐ際に、患者の診察録に記載された主治医の指示を確認しカードックスに転記しただけで、アジ化ナトリウムの危険性及び使用方法等を具体的に申し送りする等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、的確な引き継ぎを行わないまま看護助手Wを介してアジ化ナトリウムを交付したという過失を認定した。また、看護師Yには、看護師Wからアジ化ナトリウムを受け取った際に、患者の診察録ないしカードックスを点検する等して、薬剤の種類・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怠り、それを経口薬であると誤信して患者に対して交付したという過失を認定した。よって双方の過失の競合により患者を死亡させたとして、看護師長X・看護師Y共に、業務上過失致死罪として罰金五〇万円を科した。

看護師Yは、経験が不足していたとはいえず、交付された薬剤の種類、投与方法についてカードックスで確認するという初歩的なミスを犯している。Xは病棟看護師長であり、明らかに経験の乏しい看護師に対して監督責任を負っている。両者の過失の競合とした本判決は妥当であろう。

⑥ 大阪地判平成一五年九月一六日 (判例集未登載)⁽²⁹⁾、長浜赤十字病院塩化カリウム液点滴ミス事件)

看護師Xは、医師から急性骨髄性白血病の患者に対して血中カリウム補給のため塩化カリウムを点滴静注するよう指示され、注射箋を手渡された。みずから塩化カリウム液を用意したものの、繁忙を極めていたため注射の実施を看護師経験二ヶ月のYに指示した。しかしその際、注射箋によれば塩化カリウムを他の薬液と混合希釈して静注すべきところ、投与方法に関して具体的に明確な方法を指示せず、単に「混注」とのみ指示した。注射箋をみていない看護師Yは、「混注」の意味を理解出来ぬまま点滴チューブに取り付けられた三方活栓から塩化カリウム液を希釈せずに直接注入したため、患者を高カリウム血症による急性心機能不全により死亡させたという事案である。

看護師Xには、看護師としての経験の浅い看護師Yに対して塩化カリウム液の投与方法について具体的かつ明確な指示をすべき業務上の注意義務があるのに、それを怠った。そのうえ看護師Yから具体的な投与方法をたずねられたにもかかわらず具体的に明確な指示をしなかったという過失がある。また、看護師Yは、自己が看護師としての経験が浅く、塩化カリウム液の注射方法についても十分な知識がなく「混注」の意味がよく理解出来なかった。Xに投与方法をたずねても明確な指示が得られなかったからには、さらにXや医師に質問する等して投与すべきであるにもかかわらずその注意義務を怠り、投与してしまっただけという過失により患者を死亡させたとして、両者の過失の競合を認め、Xを業務上過失致死罪で禁錮一年の刑(執行猶予三年間)に、Yを禁錮八月(執行猶予三年間)に処した。

看護師Xと看護師Yは塩化カリウムを点滴静注するという同じ業務に携わっているが、Xは経験二ヶ月のYを監督するという立場にあった。X・Yの過失の競合とした本判決は妥当であろう。

⑦ 京都地判平成一五年一一月一〇日（判例集未登載³⁰、京大病院エタノール取り違え事件）、大阪高判平成一六年七月七日（判例集未登載³¹）

看護師X（一年目の新人看護師）は、患者に対する医師の補助等の業務に従事していたものであるが、患者に装着された人工呼吸器の加温加湿器チャンバー内に滅菌精製水を補充するに際し、調乳室に保管されていた消毒用エタノール五リットル入りポリタンクを滅菌精製水と誤信して患者の病室に運び、一〇回にわたり合計三〇〇ミリリットルを注入補充した。その後其の職務を引き継いだ四人の看護師も、順次同様の方法で合計八七〇ミリリットルの消毒用エタノールを注入補充して、患者を急性エタノール中毒により死亡させたという事案である。

看護師Xには、容器のラベルに記載された薬剤名等を読む等薬剤の種類・内容を十分確認して病室へ持参し、その薬剤の内容等を更に確認してチャンバー内に補充すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、漫然と消毒用エタノール五リットル入りポリタンクを滅菌精製水入りポリタンクであると誤信して病室に準備し、注入補充するという過失を犯したとして、業務上過失致死罪を認め禁錮一〇月（執行猶予三年間）に処した。また、業務を引き継いだ四人の看護師は不起訴となった。

量刑不当を争って控訴した弁護人は、四人の看護師にも責任があると主張した。しかし、控訴審では、確かに彼らも注入の際これが滅菌精製水であることを確認すべきであり、それを怠った過失があることは認められたが、彼らの過失は、「被告人（看護師X）が病室内の所定の位置に備え置いたエタノール入りポリ容器を見てこれを滅菌精製水と思ひこみ、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は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」と判示して控訴を

棄却した。

本件は、典型的な看護師間の連携ミスによる事故、すなわちある特定の患者の担当になった数名の看護師が、時間的に前後しながら関与する間に起こった事故である。しかも、本判決で注目すべきは、関与した看護師全員を有罪とするのではなく、最初に消毒用エタノールの入ったポリ容器を滅菌精製水の入ったポリ容器と誤信して病室に準備した看護師Xの責任のみを問題としている点である。看護師Xは一年目の新人看護師であり、順次引き継いだ四人の看護師はXの行為を単純に信頼するのではなく、自らも注入時にはラベルを点検・確認すべき義務があったはずである。控訴審で判示されているように、確かに今回の事故では看護師Xのミスがなければ起きなかった事故であるが、四人の看護師のうちだれか一人でもラベルを確認していれば容易に結果は回避し得た。ポリタンクがラベルをベッド側に向けて置かれており、タンクを引き出さなければラベルが読み取れなかったという事情があるらしいが、これだけの事実をもって、四人には結果回避は不可能であったということはできないだろう。また、控訴審では、四人には注入の際に滅菌精製水であるか確認すべき義務を怠った過失があると認定しつつ、彼らが確認を怠ったのは看護師Xが準備したポリ容器を滅菌精製水であるかと思いきや、Xの過失がなければ起きなかった過失であるという論理を展開しているが、それだけの理由で免責できるのであろうか。過失は個別に検討すべきであり、四人が全員ラベルの確認という注意義務を果たしておらず、その結果患者が死亡したのであれば彼らの過失責任も問うべきではなからうか。

二 垂直分業

医師と看護師の場合

1 医師のみに過失責任を負わせた事例

医師と看護師が結果発生に関わった行為については、医師のみに過失責任を負わせた例が多い。

① 東京高判昭和四一年三月二五日（判例タイムズ一九一号一九八頁、麻酔薬調剤ミス事件）、最決昭和四一年九月

二〇日（刑事裁判資料二二三号四七七頁、上告棄却）

眼科医Aが使用する麻酔薬の調剤を見習看護婦Yにまかせていたところ、彼女が麻酔薬と蒸留水とを混合すべきを誤って麻酔薬と希塩酸を混合し、Aがこれに気づかず患者に注射したために、患者に併発性白内障等の傷害を生ぜしめたという事案である。

原審（東京地判昭和四〇年七月七日）は、眼科医Aに業務上過失傷害罪の成立を認め、禁錮八月（執行猶予二年間）を科した。

控訴審でも、「医師たる者は、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り、見習看護婦によって新たに調剤、補充されたことを知ったときには、直ちにその調剤が適性であるか否かを確かめるのは勿論、その施用にあたっては、その結果の適否を確認すべき業務上の注意義務がある」として、医師の過失を肯定した。

見習看護婦というのは、看護婦や准看護婦の資格を有する者ではないので、「診療の補助」を業務とすることは禁止されており（保健婦助産婦看護婦法（現保健師助産師看護師法）三二条、三二条、四三条参照）、単に「医師ノ手足トシテ」働くことができるに過ぎない。眼科医Aの監督責任を重視し、Aのみの責任を問擬したのは妥当である

う。

② 名古屋地判昭和四三年四月三〇日（下刑集一〇卷四号四一二頁、ワクチン誤接種事件）

看護婦Xは乳幼児に百日咳・ジフテリア混合ワクチンの予防接種をすべきところ、誤って腸チフス・パラチフス混合ワクチンを用意し、医師Aが予防接種を行ったため、乳幼児に傷害（発熱、チアノーゼ）を生ぜしめた。医師Aにのみ過失責任が認められ、罰金五万円に処せられた。

名古屋地裁は、「乳幼児に対する百日咳・ジフテリア混合ワクチンの予防注射を行う場合、医師としては、ワクチンの種類の判別に過誤のないことを期し、接種にあたっては、自己を補助する看護婦にワクチンの種類を確認させるか、または自ら付近の机上にあったワクチン入り容器の表示やワクチンの仕様書等を読むことにより、そのワクチンが百日咳・ジフテリア混合ワクチンに相違ないか否かを確認し、被接種者の生命身体に対する危害の発生を未然に防止しなければならぬ業務上の注意義務がある」と判示し、医師は集団予防接種をする際、注射液の判別、確認をなすべき注意義務があるとした。そして、「医師が医療行為を行うに当たって、補助者たる看護婦の行為をある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とどまり、医療行為につき主導的優位的立場に立つものは医師である（ドクター優位）。その医師に対し、前述のごとき業務上の注意義務の要求せられるのは当然である。本件において、被告人（医師A）が接種会場に到着したときには、ワクチンを詰めた注射器の並べてあったバットのすぐ隣に、ワクチンの種類、容量等の記載してある二〇CC入りワクチンの小箱が置いてあり、傍らの膿盆には、ワクチンの使用書が

入れてあったのであるから、容易にこれを一覧しうる状態にあり、かつその時間的余裕も十分あったにも拘わらず、かかる措置をとることなく、単に看護婦Xに接種容量を尋ねたのみで、漫然と注射を始めたものであるから、特に医師としての基本的注意義務を怠ったものというべきであって、信頼の原則を適用して過失責任を否定すべき場合に当たらないといわねばならない」と判示した。

本判決は、看護婦は医師の補助者であることを明言し、そして医師Aが医師としての基本的注意義務を怠ったものとして信頼の原則の適用を否定し過失責任を認められたものである。⁽³²⁾

③ 福岡簡略式昭和六一年三月二四日（判例タイムズ六七八号五六頁、誤診胎盤摘出事件）

医師Aは、産婦人科に研修医として勤務し、診断の業務に従事していたが、看護婦から産後検診の患者と言われ、カルテの表紙に産後の札が添付されていたことから、妊娠一六週の患者を産後と軽信してしまった。カルテの内容を確認することなく内診し、産後の子宮復古不全と誤診して胎盤鉗子を用いて胎盤の一部を摘出したため、患者に人工妊娠中絶手術を余儀なくさせ、よって傷害を負わせたという事案である。

医師Aに対しては患者の子宮が小児頭大と大きくかつやわらかく、明らかに産後の患者の子宮とは異なっていたのに、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確認すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、またカルテの表紙に産後の札が添付されていたことから産後と軽信し子宮復古不全と診断し処置をしたことにより患者に傷害を負わせたとして業務上過失傷害罪を認め、罰金二〇万円に処した。

本件では、医師の診断前に二人の過失行為が介在している。妊娠一六週の患者を産後検診の患者と間違えてカル

テに産後検診用の札を貼付し、カルテの当日欄に産後検診用のスタンプを押した外来受付係と、カルテに貼付された産後という札をみただけでカルテの内容を確認せずに医師に産後の患者と告げた看護婦である。しかし、彼らのミスが存在したとしても、医師が正確な診断を行っていれば当然回避可能な事故であった。むしろ、産後であるとの思いこみから安易に胎盤鉗子で胎盤の一部を摘出し傷害を引き起こした医師の責任は重い。

④ いわき簡略式平成二年一月一〇日(判例タイムズ七七〇号八〇頁、患者取り違え事件)

看護婦Xは、医師の指示に基づき人工妊娠中絶患者(二七歳、妊娠七週)に前投薬の注射をして待合室に待機させたが、同患者がトイレに行っている間に引き継いだ他の看護婦Yが、患者を手術室に誘導するためカルテをみて患者の姓のみを呼んだため、偶然待合室にいた妊娠一三週の検診にきていた患者が同姓だったため呼びかけに応じてしまい、手術室に案内され検診台上がらされた。産婦人科医Aは、検診代に仰臥させられカーテンで上半身がみえない患者に対して、改めて患者と面接したりカルテに基づいて患者の姓名を確認することなく内診を開始し、内診時にも患者の子宮が一、二、三週の大きさであることを確認しながら人違いに気づかず、脂肪層の厚さによるものであると軽信し子宮搔爬を行い、同女に傷害を負わせてしまったという事案である。

病院産婦人科では多数の出産予定の外来患者等の診察、治療行為を行うことから出産予定の同姓の患者も予想され、人違いの可能性もあり、また検診台に仰臥させられた患者の上半身はカーテンにさえぎられて医師からは見えないことから、手術開始に当たっては自ら患者に面接したり姓名を呼ぶ等して患者が人違いでないか確認する措置を講ずるといふ業務上の注意義務がある。また、子宮内診の際にも子宮の大きさから慎重に判断して手術を行う義

務がある。医師Aに対してはいずれの義務も怠り、人工妊娠中絶の人工掻爬をおこない傷害を負わせたとして、業務上過失傷害罪を認め罰金二〇万円を科した。

また、看護婦Yについては起訴猶予処分となっている。

本件事故に関しては、医師Aの過失が重大である。産婦人科専門なら、内診において患者の顔がカーテンに遮られて直接確認出来ないことは十分承知しており、そこから人違いが起これらぬよう配慮を怠るべきではなかった。患者の年齢がどちらも若く、声からでは判断出来ない状況であり、顔を見ながらこれから行う処置内容を説明すべきである。しかも内診の結果明らかに妊娠七週の子宮とは違う様相を呈していたのにもかかわらず、脂肪層の厚さによるものと軽信し、手術を施した医師の責任は極めて重大である。しかし人違いは、そもそも二人の看護婦の引き継ぎミスが誘因となって起こったことは事実である。看護婦XがYに引き継ぐ際、患者が今トイレに行つてここにはいないことを伝えておけば、患者を取り違えるという単純ミスも起きなかつただろう。彼らのミスは重大だと思われるがその責任が問われなかつたのは、産婦人科医師としてのAの責任を重くみただからだろう。

⑤ 神戸簡略式平成一〇年三月三日（判例タイムズ一〇三五号五一頁、麻酔措置過誤事件）

病院勤務の外科医Aは、大腿骨骨頭部の骨折患者の手術後の痛み止めについて、局所麻酔マーカインによる硬膜外ブロックの処置をとるよう看護婦Y（看護婦歴約五ヶ月）に指示した。その際その患者が、手術時に局所麻酔キシロカイン施用により血圧が低下し、そのつど昇圧剤を投与し血圧上昇の維持の措置をとっていたにもかかわらず、キシロカインと同様の局所麻酔薬であるマーカイン使用に当たって、患者の血圧低下を早期発見できるように

具体的な血圧測定に関する指示を全くしていなかった。看護婦Yは患部の痛みを訴えた患者に対して、医師のカルテ上の指示に基づきマーカインを使用した硬膜外ブロックによる痛み止めの処置を講じたが、血圧測定をすることなく一五分経過させてしまった。その後自動血圧計測定により同患者の血圧が急低下していることに気付कि、医師らの緊急措置が行われたが、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、多臓器不全による心不全により患者を死亡するに至らしめたという事案である。

外科医Aには、担当看護婦Yに対して手術後の痛み止めとしてマーカインによる硬膜外ブロックの処置を行わせるにあたっては、患者の手術中の様子から判断して血圧低下を早期に発見し、血圧が低下した場合には必要に応じ昇圧剤の投与、輸液の調整を行うことができるように患者の血圧を二ないし五分間隔で頻繁に測定するよう指示すべき業務上の義務がある。これを怠り、痛みを訴えたら硬膜外ブロックによる痛み止めの処置をするようカルテに記載し、その旨担当看護婦Yに指示しただけで具体的な血圧測定に関する指示をしなかったという過失があると見て、業務上過失致死罪の成立を認め罰金一五万円に処した。担当看護婦Yについては、患者が硬膜外ブロックで血圧低下のおそれがあることを外科入院病棟看護婦として知っていながら的確な血圧測定を怠ったとしてその責任が問題とされたが、最終的には本来医師による適切な指導がなされていなかったとして起訴猶予処分が付された。

担当看護婦Yは、看護婦になってまだ五ヶ月と経験が浅いことからみても、当然医師と看護婦との間には監督被監督の関係が存在しており、本件では明らかに医師Aに指示上のミスがあるので、医師のみの責任が問われたのである。しかし、看護婦Y自身も、患者が手術中・手術後に痛み止めのための薬剤に対して血圧低下という症状を呈したことを実際に目にしていたとすれば、医師から命じられた処置に関して質問を発するべきであり、それをせずに漫然と医師の指示に従ったことに対する責任を問う余地もあつたのではなからうか。

⑥ 函館簡略式平成一一年九月八日（判例集未登載⁽³³⁾、カリウム製剤点滴ミス事件）

医師Aは、看護婦らに対して患者にアスバラK注射液（Lアスバラギン酸カリウム）の投与と其の方法を指示するにあたり、急速静脈内注射をすると不整脈を起こして心停止を起こすことから、希釈して点滴静脈内注射による方法によるか、若しくは点滴によらない通常の静脈内注射にする場合には薄めて時間をかけて注射するよう指示すべきであるのに、注射指示書に「IV（通常の静脈内注射の意味）」としか記載しなかつたため、准看護婦Yが同注射液の混合液を急速静脈内注射し、患者をショック状態に陥らせて死亡させたという事案である。

医院の院長として医療業務に携わっていた医師Aは、看護婦に対して希釈して点滴静注する等の適切な指示を行き事故の発生を未然に防ぐ業務上の注意義務があるのにそれを怠り、漫然と看護婦らに対して注射・処置の指示書にIVと記載したのみで特段の措置を欠いたまま投与を指示した過失により准看護婦Yをして患者を死亡するに至らしめたとして、業務上過失致死罪を認め罰金三〇万円を科した。准看護婦Yは起訴されなかつた。

准看護婦Yには、カリウム製剤は急速静注してはいけないとの知識が十分ではないことから、仮にアスバラギン酸カリウムアンプルに赤字で「点滴静注」と書かれていたとしても、それに気づかなかつたとしてYの責任を問題にしなかつたのだろう。監督的な立場でありながら適切な指示を与えなかつた医師のみの責任が問題とされたのは理解出来る。

⑦ 東京簡略式平成一三年九月五日（判例集未登載⁽³⁴⁾、癌研究会付属病院抗ガン剤過投与事件）

医師Aは、抗ガン剤注射液であるブリプラチン注を投与するにあたり、同注射液は腎・肝機能障害等の重篤な副作用を生じるおそれがあるため、その投与については一日一回、その後三週間休薬する等の慎重な取り扱いを要するところ、看護婦に対する指示票である「注射・検査・処置票」に、他の薬剤と間違えて三日間にわたり三回連続投与する旨誤記した。看護婦Yほか二名が、指示票に基づき三日間にわたりブリプラチン注各一二〇ミリグラムを三回患者の体内に点滴静脈注入させたことにより、患者を多臓器不全により死亡させた。

医師Aは、重篤な副作用のあるブリプラチン注を投与するにあたり、適正な投与量及び投与の間隔を保って投与することの指示をする等して患者に対する危険の発生を未然に防ぐ業務上の義務があるのにそれを怠り看護婦に対する指示票に誤記したため、看護婦をして間違った投与をさせてしまい患者を死亡するに至らしめた過失があるとして、業務上過失致死罪で罰金五〇万円に処せられた⁽³⁵⁾。

抗ガン剤注射液の中に含有されているシスプラチンは、腎・肝機能障害等重篤な副作用を起こす薬液であり慎重な取扱いを要することは癌治療の専門医にとって常識であろう。それを他の薬液と取り違えて指示票に間違えて書くという事は、およそ考えられない事態である。仮に看護婦自身がシスプラチンの危険性を認識していたとしても、医師が間違えて記載することはおよそ予期出来ないことであり、指示票のミスに気づき医師に確認を求めよう期待することは不可能ではなからうか。医師にのみ責任が問われたのは当然と考える。

⑧ 高岡簡略式平成一四年一二月二日(判例集未登載、オーダリング処方ミス事件)⁽³⁶⁾

医師Aは、肺炎の治療のために入院していた患者に対して、抗炎症作用を持つコハク酸ヒドロコルチゾンナトリウ

ムの注射剤である「サクシゾン」を注射することを、コンピュータによるオーダーリングシステムにより薬剤師と看護師に指示した。薬品名の冒頭の数字文字を入力して端末機の画面に表示された複数のの中から注射すべき薬品名を選択するとき、注射すべき薬品名であるサクシゾン検索に際して、冒頭の「サク」とのみ入力したため、画面上のサクシゾンと並んで筋弛緩剤である塩化スキサメトニウムの注射液である「サクシン」が表示されていたのに、これに気づかず「サクシゾン○○ミリグラム」を指示するつもりで間違えて「サクシン○○ミリグラム」のボタンをクリックして選択してしまった。しかもプリンターで複写した注射箋の記載内容を確認せずに、助産師Xに交付してしまった。薬剤課にも、同システムを介してサクシン○○ミリグラムを準備するよう指示が出されてしまい、薬剤師Zにより同薬液が準備され病棟に搬送された。助産師Xから仕事を引き継いだ看護師Yは患者に対して、サクシン○○ミリグラムを静脈内注射し、患者の自発呼吸を停止させ、チアノーゼの症状を発症させる等の傷害を負わせたという事案である。

医師Aは、オーダーリングシステムを利用して指示するに際して、間違った薬液であるサクシンを選択したが、画面上で注射すべき薬品名が選択されていることを確認せず、「オーダーを発行」と表示されたボタンをクリックし薬剤課に指示すると共に、プリンターで複写した注射箋の記載内容を確認せずにそれを助産師Xに交付し誤った注射の指示をしたという過失がある。その結果患者に傷害の結果を負わせたとして業務上過失傷害罪を認め、罰金五〇万円に処した。助産師X、薬剤師Z、看護師Yは起訴されなかった。

副腎皮質ホルモンであるサクシゾンと筋弛緩剤であるサクシンとは大違いである。多くの患者の薬剤のみを処方している薬剤師では薬の間違いに気づかないかもしれないが、患者に直接接し、病氣も熟知している助産師や看護師ならば、医師の処方の間違いに容易に気づくともいえる。しかし、オーダーリングシステムを利用していること

から、医師の処方に間違いはあるまいと信用したとも考えられる。入力ミスをした医師の責任は大きいのかもしれない。

⑨ 名古屋簡略式平成一五年一月一日(判例集未登載、³⁸ 栄養チューブ誤挿入事件)

外科医Aは、肺炎及び脳梗塞で入院中の患者が、鼻孔から食道を経由して胃に挿入されていた経腸栄養チューブを体外に引き抜いたため、チューブを鼻孔から再挿入する際に胃に挿入すべき同チューブを誤って左肺に挿入した。チューブの挿入位置を確認するために患者の腹部を聴診した際に胃泡音が聞こえなかったのに、誤挿入はないものと軽信してチューブの挿入位置を確認せず、看護師Xをして同チューブを通じて栄養剤及び湯を注入させたため、患者を急性肺障害により死亡させたという事案である。

外科医Aには、同チューブは誤って肺に挿入されやすく、誤挿入されたまま放置されこれを通じて肺内に栄養剤や湯が投与されると呼吸機能に障害を及ぼし死に至らしめる恐れがあることから、腹部聴診やレントゲン写真等により正しくチューブが胃に挿入されているか入念に確認すべき業務上の注意義務があった。しかしAはこれを怠り、胃泡音が聞こえなかったにも拘わらずチューブが誤挿入されていることとはないと軽信し、レントゲン写真の撮影等による再確認も行わず、挿入位置の確認もせずに看護師Xをしてチューブに栄養剤等を注入させた過失により患者の死亡を招いたとして、業務上過失致死罪を認め罰金三〇万円に処した。³⁹

本件は、患者が高齢でしかも全身状態が低下しているため、胃管チューブが誤挿入されても咳等の反応を示すか疑わしい事例であり、医師には高度の注意義務が課せられていたといえよう。また腹部聴診時の音の確認は専ら医

師の仕事であり、関与した看護師Xは、直接胃泡音を聞く機会はなかった。チューブを誤挿入したのはあくまでも医師Aであり、看護師に栄養等のチューブ注入による死亡の責任を問うことは酷である。

以上の諸判例から、医師のみに過失責任を認めた主な理由は、(1) 医師が基本的義務を怠っており、医師が正しい処置を行っていたれば、当然回避可能であったといえるような医師の過失責任が重大である場合、(2) 看護師は医師の補助者であるとして医師の主導的優位的立場を重視し、看護師への適切な指導がなされていなかったことを指摘できる場合、(3) 特に医師の監督責任を重視する場合等である。

2 看護師のみに過失責任を負わせた事例

① 新庄簡略式昭和五三年三月二七日(判例集未登載、⁴⁰塩酸リンコマイシン(リンコシン)点滴ミス事件)

県立病院小児科勤務の看護婦X(正看の資格取得後約一年半)が、医師Aの指示により女兒(二歳一〇ヶ月)に対して塩酸リンコマイシンを滴注の方法により静脈注射する際、指示票には注射液一ミリリットル(三〇ミリグラム)を一時間に二〇ミリリットルの速度で適注するようにとあったのに、薬品棚にあった塩酸リンコマイシン一〇ミリリットル(三グラム)入りの容器を一ミリリットル入りのものと見誤った、全量を滴注することに疑問をもったにもかかわらず、容器の記載を再確認もしくは医師に問い合わせる措置をとることもせず、数回に分けて滴注したため患者を急性中毒死させたという事案である。

医師Aの補助者である看護婦Xは、医師の指示を確認しそれに従って適正な注射を行う等して危険の発生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、指示に反した適注を行ったため患者を死亡させたとして、業務上過失致死罪を認め罰金二〇万円に処した。

本件では直接指示を与えた医師Aは不起訴処分になっている。看護婦が診療の補助者としてどの範囲までの行為を行い得るかについては、注射方法、注射液の種類、看護婦の資格、能力、患者の年齢、体質、症状、医師の指示、監督の程度等を総合して判断すべきであるとされている。それほど危険性のない滴注行為を正看である看護婦に任せた医師に落ち度があるとは思えない。医師を不起訴処分にしたのは妥当であろう。

② 新津簡略式平成一五年三月一二日（判例集未登載、⁽⁴⁾塩化カリウム液点滴ミス事件）

准看護師Xは、医師Aの指示により塩化カリウム製剤であるKCL液を点滴するにあたり、主治医記載の入院注射箋には他の点滴液と混合して点滴する旨記載があったのに、混合希釈することなく静注したため、高カリウム血症に基づく心停止により死亡させたという事案である。

准看護師Xは医師の指示に反して、他の点滴液と混合して希釈した塩化カリウム液を点滴すべき業務上の注意義務を怠ったとして、業務上過失致死罪が認められ、罰金五〇万円に処せられた。

医師の指示書の記載の確認を怠り、注射液アンブルにも希釈して点滴静注する旨注意書きがあったにもかかわらずそれも無視して希釈しないまま静注した准看護師Xには、重大な過失が認められる。Xは低カリウム血症等の治療に使用される塩化カリウム製剤の使用上の注意は十分承知しているはずであり、全く予想に反した初歩的ミスと

いうことができる。一方医師Aの指示は適切であり、その責任は十分果たされているといえよう。⁽⁴²⁾

①②いずれも医師の適切な指示があつたにも拘わらず、看護師が業務上の注意義務を怠り、指示を確認しないまま指示に反して処置をした場合である。

3 医師と看護師の両者に過失責任を負わせた事例

すべてが両者の過失の競合を認めている。

① 前橋地太田支判昭和五一年一〇月二二日（判例タイムズ六七八号五九頁、麻酔薬誤注射事件）

看護歴一五年の正看護婦Xは、虫垂切除手術を行うにあたり、医師Aの指示を受け手術室薬品ケースから麻酔薬ネオペルカミンS注射液アンプルを取り出し注射器に吸入しようとした。しかし間違えて静脈注射用止血剤トランサミンアンプルを取り出し、薬種薬名の確認をしないまま注射器に吸入して医師に渡してしまった。医師Aも薬種薬名を確認しないまま漫然と注射器を看護婦から受け取り患者に注射した結果、患者を窒息により死亡させたという事案である。

医師Aには、看護婦Xに麻酔薬ネオペルカミンS注射液を注射器へ吸入するよう指示したのであるから、医師として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で注射器へ吸入させ、事故の発生を未然に防止すべき注意義務があり、これを怠り看護婦が異なる薬液を注射器へ吸入したのにこれを看過し、薬種薬名を確認

しないまま注射した過失がある。看護婦Xにも薬品ケースから医師から指示された注射液を取り出す際には、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で注射器へ吸入し事故発生を未然に防ぐべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り、静脈注射用止血剤トランサミンアンプルを取り出したのに、その薬種薬名を確認せずに漫然とアンプルをカットして注射器へそれを吸入させて医師へ手渡したという過失を認めた。両者の過失の競合により患者を死に至らしめたとして両者に業務上過失致死罪を認め、医師Aには禁錮一〇月(執行猶予二年間)、看護婦には禁錮六月(執行猶予二年間)を科した。

看護婦Xはベテランであったが、平素から薬品の管理方法に問題があったことから、医師は看護婦の行為を信頼するに足りる条件を欠いており、自ら薬品のラベルを確認することが必要とされた。薬品の管理方法に問題があったとすれば病院の管理責任も問うべきであろう。

② 羽曳野簡略式平成二年一月九日(判例タイムズ一〇三五号五四頁、異型輸血事件)

外科担当医師Aは、頭部外傷、高度貧血等で入院中の患者に輸血するために、主任看護婦Xに指示して輸血用保存血液の取り寄せをさせたが、Xは診察録で患者の血液型を確認せず、同室に入院していた他の患者の血液型と同じA型と軽信し、見習看護婦Yに指示して他の患者用に保存していたA型輸血用保存血液パックをもってこさせたうえ、その五パックの血液型と患者の血液型を診察録により確認照合せず交差適合試験に着手した。医師Aは、診察録記載の患者の血液型と輸血用保存血液が同型であることを確認せずに、また交差適合試験の凝集血反応判定にあたり生理食塩水による希釈を怠り十分な観察を行わず、患者の血液型を輸血用保存血液型と同型と判定し、看護

婦Xに患者に対して異型の血液を輸血するよう指示し、彼女から引き継ぎを受けた当直看護婦Mらをして輸血させた結果、患者を急性腎機能障害により死亡させたという事案である。

医師Aには、主任看護婦Xに輸血を指示するにあたり診察録で患者の血液型を確認して、患者の血液型と輸血用保存血液の血液型に誤りがないことを確認すべきはもちろん、交差適合試験の凝集血反応の観察にあたり綿密周到に観察し、患者に適合同型の輸血をすべき業務上の注意義務があるのにこれを怠り異型の輸血を指示してしまった過失があるとされた。看護婦Xには、見習看護婦Yに対して、患者の診察録により患者の血液型を確認してから輸血用保存血液を取り寄せるよう指示すべきであるのにそれを怠り、また自らも患者の血液型と輸血用保存血液の異同につき診察録により確認照合して交差適合試験に着手すべき業務上の注意義務があるのにそれを怠り、引き継いだ当直看護婦Mに異型血液を輸血させた点に過失があるとされた。医師Aと看護婦Xの過失の競合により患者を死亡させたとして両者に業務上過失致死罪を認め、医師には罰金一〇万円が、看護婦Xには罰金一〇万円が科された。なお、輸血に関与した見習看護婦Yと当直看護婦Mの過失責任は問われていない。

医師Aと看護婦Xは共に、診察録で患者の血液型を確認し、患者の血液型と保存用血液型が同型であるか最大限の注意を払うという基本的義務を怠っている。しかも、医師Aに至っては交差適合試験の際に生理食塩水で希釈しないまま凝集血反応を判定しており、彼がここで慎重な判定を行っていれば異型血液輸血は回避されたであろう。まさに過失の競合が認められる事案であったと思われる。また見習看護婦Yは経験も浅く主任看護婦Xのいうままに動いたに過ぎない。当直看護婦Mも単純に看護婦Xの仕事を引き継いだにすぎず、彼らの責任を問う必要はないであろう。

③ 花巻簡略式平成二年三月三〇日(判例タイムズ七七〇号七七頁、脊髓造影剤取り違い事件)

整形外科医Aは、正看護婦Yに対して、脊髓造影検査を行うために腰椎脊髓腔へ注射する造影剤イソピストを用意するよう指示した。正看護婦Yはアンプルの薬種薬名の表示確認を怠り、間違えて止血剤トランサミンSアンプルをカットしてAに渡し、Aもアンプルの表示を確認せずに注射して患者を脳障害により死亡させたという事実である。

整形外科医Aは、正看護婦Yに注射液を用意するよう指示した場合には、正看護婦が手交した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自ら注射器に吸入し、事故発生を未然に防ぐ義務があるのにそれを怠り漫然と注射した過失がある。正看護婦Yは、注射液アンプルの薬種薬名の表示を正確に確認して医師に手交すべき注意義務があるのにこれを怠り、回診車のバット内から止血剤トランサミンS注射液を取り出したのに気づかず漫然と医師に手渡したという過失がある。両者を過失の競合とし業務上過失致死罪の成立を認めた。医師Aには罰金二〇万円が、看護婦Yには罰金一〇万円が科された。

医師が、看護婦に注射液を用意させるということは医療の現場では日常的に行われている。看護婦は、医師の指示に従っているか細心の注意を払うべきであるが、医師自身も看護婦に適切な指示を与えると共に、彼女が指示通りにおこなっているか注意を払うべきである。本件は、医師自ら注射をおこなっていることから、看護婦から渡された注射液が間違っていないか再度確認する機会がある。医師は看護婦に対する監督を怠っただけではなく、自ら注射するときに薬液を確認するという基本的注意義務も怠っている。このように、本件は看護婦の過失と医師自身の監督過失・直接過失が重なり合っ、結果が発生したといえよう。

④ 千葉簡略式平成一〇年七月一〇日（判例タイムズ一〇三五号五九頁、麻酔器誤操作事件）

手術患者に対する麻酔・執刀等の施術を行う業務に従事していた外科部長医師Aは、麻酔担当医を置かず自ら麻酔医と執刀医を兼ね、全身麻酔を施して虫垂炎手術を行った。手術終了後、患者を麻酔状態から覚醒させる際、医師Aは手術を介助していた看護婦Yに笑気ガスを止めて酸素ガスを吸入させるよう右麻酔器の操作を指示したが、切開部の縫合に気を取られ自ら右麻酔器の流量計を視認する等看護婦Yが的確に右麻酔器を操作したか確認しなかった。一方看護婦Yは外来婦長であったので、外来の診療時刻がせまっていること等に気をとられて、右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とを取り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て、患者を酸素欠乏に基づく低酸素脳症により死亡させたという事案である。

医師Aには、麻酔担当医師を置かず麻酔医と執刀医を兼ねて施術を行い、これを介助していた看護婦Yに対し笑気ガスを止めて患者に酸素ガスを吸入させるように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、自ら右麻酔器の流量計を視認する等して看護婦Yが的確に右麻酔器の操作をしたことを確認し、看護婦の右麻酔器の誤操作による酸素欠乏等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。これを怠り、切開部の縫合に気を取られて右麻酔器の流量計を視認せず、看護婦Yのした右麻酔器の操作を確認しなかったとして過失責任を認め、業務上過失致死罪で罰金五〇万円に処した。

看護婦Yには、麻酔器を的確に操作して酸素欠乏症等による事故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、外来診療時刻が迫っている事に気をとられて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とを取り違えて、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ことにより、患者を死亡

させた過失を認め、業務上過失致死罪で罰金五〇万円に処した⁽⁴³⁾。

通常病院では、麻酔は麻酔の専門医が行う。しかし、本件では麻酔医の都合がつかず、執刀医Aが麻酔医を兼ねたという事情がある。ここに麻酔医を十分確保していない病院側の管理責任を問題とする余地はある。しかし、そうであるからといって医師Aの責任は回避出来まい。彼は確かに自ら執刀しながら看護婦が指示に的確に従っているか監視することは困難かもしれない。しかし、ベテラン看護婦とはいえ麻酔に不慣れた看護婦に麻酔を命じたことは十分承知しており、Yの行為を常に監視し・確認する義務がある。看護婦Yも、麻酔医の指示で一〇回くらい、執刀医の指示では五回くらいと麻酔器操作の経験は少ないかもしれないが、ガス調節つまみの誤操作はあまりに初歩的ミスであり、それを怠ったYの過失も大きいと言わざる終えない。判決文には両者の過失の関係は明示されていないが、これまでの判例からみれば過失の競合として扱っているものと思われる。

医師と看護師の関係は、看護師は医師を補助する立場にありその法的地位を異にするから、「共同義務の共同違反」は認めにくい⁽⁴⁴⁾が、地位が異なれば常に注意義務が共通ではないとはいえない。とはいえ医師は医師としての注意義務を怠ると同時に看護師に対しての監督義務を怠っている事例がほとんどであり、過失の内容は看護師のそれとは異なる。したがって両者の関係を過失犯の共同正犯とすることは難しい。

(1) 医療関係訴訟は審理に時間がかかり、鑑定実施率も高く、専門的知識を必要とするという特徴を有しているため、二〇〇一年に大阪・東京両地方裁判所に医療集中部が設置された。その後、警察、検察にも医療事故を専門とする部署が設置されるようになり、医療関係訴訟の適正・迅速な処理に向けた努力が為されている。

また、医療トラブルの迅速な解決を図ろうと、在京の三弁護士会は二〇〇七年九月六日、裁判ではなく話し合いで

医療紛争を解決する「医療ADR（裁判外紛争処理機関）」を発足させた。医療訴訟の経験豊富な弁護士が、患者と医療機関双方の言い分を聞きながら解決を目指す。弁護士会が医療分野に絞った仲裁機関を設置するのは全国で初めてである。東京三会の医療ADRでは、医療訴訟の経験のある弁護士計三〇人を仲裁委員に選び、患者や医療機関の申し立てがあれば、双方に一人ずつ仲裁委員がついて賠償問題などの解決に当たる仕組みとなっている。申し立ては、東京三会の仲裁センターや紛争解決センターで受け付ける。申し立て手数料は一〇五〇〇円。このほか、解決時の手数料などがかる（法律新聞二〇〇七年九月一四日）。

(2) 最近の刑事医療過誤事件の動向については、飯田英男「特集医療と法、刑事司法と医療」『ジュリスト』一三三九号（有斐閣、二〇〇七年）六〇頁以下参照。

(3) 刑事裁判に於ける医療水準について、全国統一の基準はない。厚生労働省、各委員会ガイドラインを参考にしながら、能書も視野に入れ、院内マニュアルも参考にしながら定めることが望ましい。能書判決（最判平成八年一月二三日民集五〇卷一号一頁）は、医師が、薬品を使用するにあたって医薬品の添付文書（能書）に記載された使用上の注意事項に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことにつき特段に合理的理由がない限り、当該医師の過失が推定されるとしている。

(4) 横浜地判平成二三年九月二〇日判例タイムズ一〇八七号二九六頁、東京高判平成一五年三月二五日判例集未登載。

(5) 東京地判平成二二年一月二七日判例時報一七七一号一六八頁。

(6) 第三者機関の設立については、飯田・前掲注(2)、六五頁以下参照。

(7) 都立広尾病院事件では、二人の看護師にそれぞれ禁錮一年、禁錮八月の刑が科されたが、いずれも三年間の執行猶予とされた。

(8) 萩原由美恵「チーム医療と信頼の原則（一）」『上智法学論集』四九卷一号（二〇〇五年）五〇頁、「チーム医療と信頼の原則（二・完）」『上智法学論集』四九卷二号（二〇〇五年）三八頁。

- (9) 甲斐克則「医療事故と刑事法をめぐる現状と課題」『刑事法ジャーナル』三号(イウス出版、二〇〇六年)三、九頁。なお埼玉医科大学総合医療センター抗ガン剤過量投与事件(さいたま地判平成一五年三月二〇日、東京高判平成一五年一月二四日、最決平成一七年一月一五五)に関しては、「医療過誤と過失犯論(二・完)」で詳しく説明する。
- (10) 大塚裕史教授は、故意犯の場合には例外的な場合を除き、正犯の背後に正犯はないとされるのに、過失犯の場合には結果と相当因果関係が認められる限り「過失の競合」としていくつでも正犯を認めることは、故意犯であれば共犯行為に過ぎない行為が過失犯では正犯行為に格上げされることになり妥当ではないばかりか、現行刑法が過失犯において狭義の共犯を不可罰としている趣旨を没却する点でも疑問があると述べておられる。大塚裕史「チーム医療と過失犯論」『刑事法ジャーナル』三三号二〇頁。
- (11) 大塚・前掲二〇―二二頁。
- (12) 過失犯の共同正犯については否定説が有力であったなかで、最判昭和二八年一月三日刑集七卷一号三〇頁(メタノール販売事件)において、初めて過失犯の共同正犯が認められた。
- (13) 内田文昭『刑法における過失共働の理論』(有斐閣、一九七三年)二六〇、二六六、二七二頁、福田平『全訂刑法総論第四版』(有斐閣、一九九六年)二〇一―二〇二頁、大塚仁「過失犯の共同正犯の成立要件」『法曹時報』四三卷六号(一九九一年)二二七―二二八頁以下。
- (14) 町野教授は、共犯の処罰根拠論のうち惹起説を整備・点検される中で、「心理的因果性を与える意思の疎通は具体的な行為の遂行に関するものであり、犯罪結果に関するものではないのだから、過失犯においても心理的因果性は存在し、理論的には過失犯同士の共犯も存在することになる」と述べておられる。町野朔「惹起説の整備・点検―共犯における違法従属と因果性―」内藤謙先生古稀祝賀記念論文集『刑事法学の現代的状況』(有斐閣、一九九四年)一三三―一三四頁、同旨の見解として林幹人『刑法総論』(有斐閣、二〇〇〇年)四二二頁がある。
- (15) 大塚仁『刑法概説総論(第三版増補版)』(有斐閣、二〇〇五年)二八二頁。

(16) 藤木博士も、過失犯については他人が直接引き起こした事態であっても、それを防止する義務を負うと認められる場合には、単独犯としてその責任を検討すれば足りる場合が多いが、限られた範囲では過失犯においても共同正犯を認めることが相当であるとして、その限られた範囲について「単に危険な作業を共同でしているということでは足りず、危険の予期される状態において、事故防止の具体的対策を行うについての相互利用・補充という関係に立ちつつ結果回避のための共通の注意義務を負う者の共同作業上の落ち度が認められるときが、過失犯における共同実行である」と述べておられる。藤木英雄『刑法講義総論』（弘文堂、一九七五年）二九三―二九四頁。

(17) 平野龍一『刑法総論II』（有斐閣、一九七五年）三九五頁。

(18) 内田・前掲注（13）、二二二頁。

(19) 大塚仁・前掲注（15）、二八二頁。

(20) 前田教授は、「共同義務の共同違反が認められるとする事案は、ほぼ各関与者自身の監督義務・監視義務違反により過失責任を問い得る場合に解消される。過失の共同正犯を基礎づける『共同注意義務』と、個人について考えられる『客観的注意義務』とはさほど異なるものではない」とされ、過失の単独正犯と共同正犯の区別に腐心する実益は小さいと述べておられる。ただ教授も実務上は共同正犯を認めた方が、個別の因果関係の認定を回避し得る利便があるように見えるが、それにかわる「共同過失」の認定が困難であると指摘されている。前田雅英『刑法総論講義（第四版）』（東京大学出版会（二〇〇六年）四五三頁。複数の者が関与し合つて事故が起きる医療過誤事例は、正にそのようなケースであり、医療関係者間に対等や上下関係の存在する中で、共同義務共同違反が認められるか否か厳密な判断を要するだろう。

(21) 「保健師助産師看護師法」は、昭和二三年保健婦助産婦看護婦法として制定されたが、平成一三年一月二日法律第一五三号により、男女共同参画の意識の高まりを受けて、男女共通の「師」の名称に変更されたものである。現在では看護師、保健師、助産師と呼ばれているが、各々の事案の説明、判決文の引用、コメントについては、それぞれ事

件当時の名称に従うこととする。

(22) 内田博文「看護婦静脈注射過誤と共同担当医の責任」『医事判例百選』(有斐閣、一九七六年) 一九頁。但し内田博士は、さらにA Bの「不注意」は過失で人を「死に致す」ほどの強さをもっていただであらうかと疑問を提起され、過失的教唆ないし幫助の型しか認定しえないのではあるまいかとされている。また杉田裁判官は、本件はAがXに出した指示は適切であり、Xが薬液を間違つて注射したに過ぎないので、信賴の原則の趣旨に鑑みてA自身に監督過失が成立するか疑問であるとして、Bにも単独過失や共同過失が成立することに疑問を提起されている。杉田宗久「過失犯の共同正犯」『新実例刑法(総論)』(青林書院、二〇〇一年) 三五二頁。

(23) 甲斐教授は、罰条に刑法六〇条があがっていないこと、公訴事実にも過失犯の共同正犯を認める表現がないことから過失犯の共同正犯の肯定例として引用することに疑問を抱かれている。甲斐克則『責任原理と過失犯論』(成文堂、二〇〇五年) 二〇九頁。

(24) 飯田英男『刑事医療過誤II』(判例タイムズ社、二〇〇六年) 二〇一頁。

(25) 飯田・前掲注、二〇二頁。

(26) 飯田・前掲注(24)、三七二頁。

(27) 飯田・前掲注(24)、一九六頁。

(28) 飯田・前掲注(24)、一四八頁。

(29) 飯田・前掲注(24)、一三二頁。

(30) 飯田・前掲注(24)、四八一頁。

(31) 飯田・前掲注(24)、四八一頁。

(32) 同様の事案で医師と看護婦の過失の競合を認めたものがある。花巻簡略式平成二年三月三〇日(判例タイムズ七七〇号七七頁、脊髄造影剤取り違え事件)(後述)。

- (33) 飯田・前掲注(24)、三六頁。
- (34) 飯田・前掲注(24)、八七頁。
- (35) 本件は略式命令で罰金五〇万円の処分になっており、公判請求が為されていない。
- (36) 飯田・前掲注(24)、九四頁。
- (37) コンピュータによるオーダリングシステムとは、医師が薬剤師及び看護師に薬剤の投与を指示する際に、薬品名の数文字を入力して端末機の画面に表示された複数の薬品名の中から注射すべき薬品名を選択し、薬剤課に対して準備を指示したり、看護師に注射の準備させるといふものである。医師の口頭指示を看護師や薬剤師が間違えて受けないうことや、注射箋や処方箋の転記ミスなどを防止するためには有用とされているが、その反面入力の際患者の名前や薬品名の選択を間違えるというミスも起こっている。
- (38) 飯田・前掲注(24)、五三八頁。
- (39) 同様の事案として、水沢簡略式平成一三年二月一日サンプルチューブ誤挿入事件(判例集未登載、飯田・前掲注(24)、四六三頁参照)がある。
- (40) 飯田英男・山口一誠『刑事医療過誤』(判例タイムズ社、二〇〇一年)七頁。
- (41) 飯田・前掲注(24)、九六頁。
- (42) 同様の事案である大阪地判平成一五年九月一六日(判例集未登載、長浜赤十字病院塩化カリウム液点滴ミス事件)(前述)でも、医師の指示は適切であるとして、医師から指示を受け、次いで経験二ヶ月の看護師に適切な指示をしなかったベテラン看護師と、直接点滴チューブに誤液を注入した看護師の両名に過失責任を負わせている。
- (43) 同様の事案である神戸地尼崎支判昭和四九年六月二一日(判例時報七五三号一一頁)では、麻酔担当医である医師が麻酔措置をするに際して、麻酔準備を担当した正看護師が閉鎖循環式麻酔器の流量計口金に酸素ボンベと笑気ボンベの耐圧ゴム管を交互に誤接続したことに気づかず、患者に一六分間笑気を吸入させたため肺水腫肺炎及び心不全によ

り死亡させたという事案に関して、医師には手術二時間前に看護婦に任せた接続に関する監督責任を果たさなかったという監督過失と、自らも麻酔導入開始時に誤接続が生じていないかの確認を怠り、麻酔器の酸素用流量計バルブを開いてしまったという医師自身の治療過失を認め、業務上過失致死罪で禁錮六月（執行猶予一年間）に処した。看護婦にも尼崎簡略式昭和四八年二月二六日判決により罰金一〇万円が科せられている。

（44）大塚・前掲注（15）、二八二頁。