

チーム医療と刑事責任

—横浜市大病院患者取り違え事件判決をめぐって—

林 田 丞 太

1 はじめに

患者を取り違えて手術したという「横浜市大病院患者取り違え事件」について、平成13年9月20日に横浜地方裁判所で判決が言い渡された⁽¹⁾。この事件は最先端の医療を提供する特定機能病院（当時）において、多数の医師、看護婦等が関与しながら、患者の確認を怠るという最も初歩的ミスを犯し、よって2人の患者に傷害を負わせたものである。ミスの内容と結果の重大さから医療界、国民にとり衝撃的な事件でもあった。また、この事件後、遅きに失したが、多くの医療機関が患者確認の方法、手術に関する管理体制の再検討を行うこととなった。

横浜地方裁判所は、起訴された6名の医師、看護婦に対し、1名の医師に無罪、3名の医師および1名の看護婦に罰金刑、さらに1名の看護婦に禁錮刑を言い渡した。検察官の求刑は各医師に対して禁錮1年6月、各看護婦に対して禁錮1年であったことから、判決と検察には責任の評価について大きな違いが見られる。また、この判決に対して、日本看護協会は、現在の医療、看護界の認識とは大きな乖離が見られると表明している⁽²⁾。

この判決は、現在多くの医療現場で取り入れられているチーム医療行為で起こり得るミスと個々人の刑事責任の在り方を提起するものである。そこで本稿では、本事件の概要、判旨を示したのち、若干の考察を加えることとする。

2 事実の概要

(1) 被害患者Gについて（以下Gと略する）

Gは、市大病院第一外科で経食道心エコー検査等を受け、僧帽弁閉鎖不全症の程度が4段階中4度と重度であることが確認され、1月11日午前9時に3番手術室で僧帽弁形成又は置換の手術を受けることになっていた。Gは、当時74歳、身長166.5cm、体重54kg、後頭部左に約5cmの手術痕があり、耳が遠く、意識的に話し掛けないと反応がないこともあった。また、何でもはいはいと答え、本当に分かっているのか不安に感ずるところがあったとされる。手術の準備として1月10日、陰毛部分を含む剃毛を受け、手術当日朝、長さ10cm、幅8cm位のフランドルテープ（心疾患患者用の経皮吸収型心疾患治療剤）が背中に貼付されていた。

(2) 被害患者Hについて（以下Hと略する）

Hは、市大病院第一外科で胸部CT検査等を受け、右肺上葉S2の部位に肺癌の十分な疑いがあり、これが縦隔のリンパ節及び右肺下葉S6の部位に転移している疑いもあることが確認され、1月11日午前9時に12番手術室で開胸生検・右肺上葉切除・リンパ節郭清の手術を受けることになっていた。Hは、当時84歳、身長165.5cm、体重47.3kg、腰部上に約15cmの脊柱管狭窄症手術痕、左右の側頭部に各約1.5cmの硬膜下血腫手術痕があり、年の割にはしっかりしていた。手術の準備として1月10日、陰毛部分を含まない剃毛を受けていた。

(3) 手術日前日まで

・被告人A医師（Gの執刀医、以下A医師と略する）

平成11年1月7日第一外科カンファレンスにおいて、主治医グループからGについての既往症、およ

び現症として正常値に比べて心臓が大きく、僧帽弁逆流により肥大したものと考えられること他詳細な説明を受け、レントゲン写真や諸検査の結果でこれを確認した。また、経胸壁心エコー検査の録画ビデオと経食道エコー検査のビデオを見て確認している。なお、同カンファレンスにおいて、同日同時刻から、Gの手術以外にもHに対する肺手術、Iに対する甲状腺亜全摘出手術の発表も聞いていた。

・被告人F医師（Gの麻酔医、以下F医師と略する）

1月6日午後、手術室内で行われたGに対する経食道エコー検査の手伝いをしたことにより、Gを知り、その際、Gの様子や外来診療録、心臓カテーテル検査記録等により、Gの病状を把握した。1月8日手術予定表を見て、Gの心臓手術に自分が麻酔科医師として指名されたこと、および同日同時刻から第一外科の2、3人の患者が手術を受けることを知った。その後、術前訪問としてGの病室へ行き、約一時間位問診を行った。その際、歯の状況を確認し入れ歯があるようなことを聞き、手術当日は外せる歯があれば外しておくように指示した。

・被告人B医師（Hの執刀医、以下B医師と略する）

平成10年11月末ころから、第一外科外来グループの他の医師とともにHに対する検査をするなどの診察を続け、その病状等を把握していた。1月7日、Hの手術は自分が執刀医に指名されたこと、および同日同時刻に他の手術が行われることを知り、その後も回診した。

・被告人C医師（Hの麻酔医、研修医、以下C医師と略する）

1月8日、Hの手術の麻酔医に指名されたこと、および当日は他にも第一外科の患者2名に対する手術が同時刻から行われることを知った。そこで、Hの各種記録で病状を把握し、Hの病室を訪ね約20分位術前回診を行い、入れ歯があるので当日は外してくるように指示した。

・被告人D看護婦（病棟看護婦、以下D看護婦と略する）

1月8日、手術予定表で1月11日午前9時からG、H、Iの手術が予定されており、病棟から3名の手術室交換ホールへの搬送を担当することを知った。

・被告人E看護婦（手術部看護婦、以下E看護婦と略する）

1月8日、GとHの手術は他の看護婦が担当し、自分はIを担当することを知ったが、GとHを担当する看護婦が術前訪問に行く都合が付かないことを知り、GとH両名の術前訪問を引き受け、それぞれ15分位、手術の様子について説明などした。GとH両名に会ったのは、このときが初めてだった。

f 手術当日病棟～手術室

D看護婦は午前8時ころ、Gに前投薬注射し、背中にフランドルテープが貼ってあることをあることを確認。病棟に3名しか看護婦がいない看護体制から、手術出しは1人で行うこととなり、ストレッチャー搬送ができるGとHを一度に搬送し、ベッドでしか搬送できないIは次に搬送することとなった。午前8時20分ころ、1人で2台のストレッチャーを押し、カルテ等とともに病棟エレベーター前から4階手術室前の手術室交換ホールに運び込み、奥のハッチウェイ側に近い方からG、Hの順に並べて止めた。

E看護婦は、手術室看護婦ミーティング終了後、ハッチウェイの前を通りかかり、手術室交換ホールにD看護婦がG、H両名を搬送してきたのを目にして、自分が術前訪問をした患者であることに気付き、自らこれを受け入れようと考えた。

D看護婦は、ハッチウェイに来たE看護婦を見て、「イチゲ（第一外科の通称）のGさん、Hさんです。」と同時に両名の姓を告げ、引き渡しのためそれぞれを脱衣させ、頭に白色半透明帽子を被せた後、Gからハッチウェイに乗せて手術室側のE看護婦に引き渡そうとした。E看護婦は、Gの引き渡しを受けるに当たり、目の前の患者がGなのかHなのかを区別することができなかったが、Hの手術担当で後輩にあたる看護婦が近くにいた手前、術前訪問していたのに患者の特定、確認ができないことを恥ずかしく思うなどしたため、先に引き渡される患者の名前を確認するつもりで「Gさん…」と質問か確認か判然としないような調子でD看護婦に声を掛けた。「Gさん…」と聞き取ったD看護婦は、E看護婦が先に

引き渡される患者がGであると分かっている、次に引き渡す患者の名前を聞いたものと思い、次いで引き渡す患者の名前を伝えるつもりで、「Hさん」と答えた。そのため、E看護婦は、不安を抱いたまま、違っていれば誰か気づいてくれるだろうなどという安易な考えもあって、先に引き渡される患者がHであるものと思い、Gを受け取ると、近くに来ていたHの手術担当看護婦に、GをHとして引き渡した。そして、カルテの引き渡しを行っていなかったが、D看護婦に対して、「じゃあ続けて」と次の患者を引き渡すよう促した。D看護婦はHの引き渡しの前にGのカルテ等の引き渡しを済ませようとしたところ、E看護婦から促されたため、Hをハッチウェイを通してE看護婦に引き渡した。この際D看護婦は引き渡す患者の名前を告げることはせず、また、E看護婦も患者の氏名等をD看護婦に何ら確認することはなかった。E看護婦は、不安を抱いたまま、前同様の考えからHをGとして心臓の手術担当看護婦に引き渡した。

D看護婦は患者兩名を引き渡した後、Gの姓を呼んでGの手術担当看護婦にカルテ等を渡し、その際、前投薬や背中にフランドルテープが貼られていることを申し送り、またHの姓を呼んでHの手術担当看護婦にカルテ等を渡し申し送りを行った。その後、両患者の手術担当看護婦らはそれぞれに声掛けなどをしたが、G、Hは、いずれも自己の名前が間違えられていることに気づかず、返事をしたり、頷くなどしたため担当看護婦らも取り違えに気づかず、GをHの手術予定の12番手術室へ、HをGの手術予定の3番手術室へ搬送した。

g 手術の状況

Gと間違えられたHに対する心臓手術

F医師はカンファレンス終了後、3番手術室に入室し、Hへの声掛けなどしたがHは頷くなどGではないことを主張することはなかった。麻酔導入後、気管内挿管に取りかかり、その際、Hに心雑音がないことや心臓手術患者なのに胸毛が剃毛されていないことには気づかなかったが、右側頭髮が見えたとき、髪毛の長さや色が違うのではないかと気づき、他の麻酔科医師に確認を求めたが、その医師は特に疑問を差し挟まなかった。このころ他の医師が入室し、その一人が胸毛、陰毛の剃毛がされていないことを指摘したが、医師らは患者がGでないことに思い至らなかった。F医師は、他の医師から現症として逆流の状況が軽いことを聞き、また自ら行った経食道心エコー検査のモニターで前尖と後尖は接合し逸脱状態がなく、腱索断裂もないことが分かり、当該患者とGとの同一性に再度疑問を持った。そこで、Gをよく知る医師らに患者の確認を求めたが、はっきりとした返事はなく、「散髪へ行ったのではないか」と疑問を否定される話をされた。さらに病棟への確認を求めたが、他の医師から、「胸の形がGである」、「麻酔の影響かもしれない」など疑問を否定す話がなされ、また病棟からはGは降りているとの回答があり、それ以上患者の同一性確認の措置を取ることはなかった。

A医師は、胸骨正中切開が終わった後の10時30分ころ3番手術室に入室し、F医師から僧帽弁の逆流がほとんどないこと、肺動脈圧の平均圧が下がっていることなどの報告を受けた。その後、自らも検査モニターにより逆流がかなり少なく、前尖と後尖も逸脱といえるほどのものではなく、腱索断裂もないことから手術の続行の是非を迫られたが、少しだが逆流が見られ、検査結果の違いも麻酔の影響と考え手術を続行した。手術中、A医師はHの心臓を見て、術前所見でかなり肥大した心臓を予想していたが、心臓が小さいと思った。また、術前データで左房、左室の内腔が拡張しているとの報告を受けていたのに対してともに内腔は狭くて拡張はなく正常であると思った。さらに、術前の報告のように複数の腱索が断裂しているようなことはなく、前尖や後尖に逸脱が見られないことも分かった。そこで、逆流テストを行い、逆流はほんの僅かであったが、逆流があるためこれをなくすべく、僧帽弁形成手術を行った。午後2時ころ閉胸作業を他の医師に任せ、退室した。手術は午後3時45分ころ終了し、午後4時15分ころHは集中治療室へ搬送された。

Hと間違えられたGに対する肺手術

C医師はカンファレンスに出席後、12番手術室へ入りGの顔を見ながら声掛けなどをしたが、Hの人相や容貌を覚えていなかったため、Hであることに気づかず、剃毛範囲が異なることも気づかず、GをHだと誤信したまま麻酔準備に入った。麻酔実施の際、背中にフランドルテープが貼付されているのを見たが、「何だこれ。」などと看護婦に言ってその理由を確認することもなく剥がした。続いて、脊柱管狭窄症手術痕（腰部上に約15cm）が見当たらないことに気づいたが、別の医師が検査だけだったのかなと話したことから、それ以上理由をさぐることをせず麻酔を実施した。気管内挿管を行おうとして口を開けさせたとき、術前に見ていたHのそれと異なっていることを認識したが、患者の取り違えの可能性には思い至らなかった。

B医師は麻酔導入後の9時30分ころ12番手術室へ入室した。胸膜を切開し肺の表面を見たとき、レントゲン写真やCT写真には撮影されておらず、所見として把握されていなかった気腫性変化が多発しているのを見ておかしいと思ったが、腫瘤を探すことが先決と考え、この相違を深く検討しなかった。また、Hの肺の葉間はレントゲン写真やCT写真では、比較的はっきりとしていたのに対し、Gの葉間は明確でなく、事前に把握していた所見と異なると認識したが、胸膜の癒着によるものと考え、肺の状況が異なっているとまでは思わなかった。そして、Hの術前検査で把握されていたCT写真上に存在していた直径約4.5cm×約3.5cm大の顕著な腫瘤を他の医師とともに触診するなどして探したが、腫瘤は見つからず、CT写真上の腫瘤の位置とはやや異なる部位に嚢胞が見つかった。B医師は釈然とはしなかったものの、他の医師の意見もあって、結局CT写真の腫瘤は嚢胞の中に液体が詰まっていた状態のもので、手術中に見つけた嚢胞は、それが何らかの原因で潰れたものであり、術前の画像から嚢胞の可能性を読み取れなかったのが判断の誤りなのではないかと考えた。閉胸作業の後、午後3時35分ころGは集中治療室へ搬送された。

(6) 手術後

G、H両名が集中治療室へ運ばれた後、Gの主治医グループの医師がHとして搬入されていたGの容貌の違いから取り違えに気づき、患者を取り違えて手術したことが明らかとなった。

G、Hは本件により傷害を負ったが、Hはその後、不整脈が現れ、永久ペースメーカーを埋め込む措置が取られ、同年4月に当初予定されていた肺癌の手術を受けたが、比較的珍しい型のものであり、その後、死亡した。

3 判 旨

・D看護婦の注意義務違反について

患者兩名を病棟から四階手術室交換ホールへ搬送して手術室看護婦に引き渡すに当たり、これを一名ずつ確実に搬送して引き渡すのはもとより、仮に患者二名を同時に搬送して引き渡す場合においては、各患者の氏名等を一人ずつ確実に伝え、いずれの場合にあっても当該患者のカルテ、レントゲン写真、看護記録等を当該患者のものであることが判然分かるようにして同時に引き渡すなどし、もって患者取り違え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った。

・E看護婦の注意義務違反について

手術室交換ホールにおいて、D看護婦から同一機会に患者兩名の引渡しを受けるに当たり、患者の同一性を確認できなかったのであるから、その氏名等を患者毎に確認するとともに、当該患者のカルテ等を同時に引渡しを受けるようにするなどし、もって患者の取り違え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った。

・A医師の注意義務違反について

Gに対する手術全般に責任を有する執刀医として手術を施すに当たり、同一時刻に複数の患者に対する手術が予定されているのを認識していたところ、手術室交換ホールにおいては病棟看護婦から手術室

看護婦に患者の引渡しが行われており、複数の患者も出入りすることなどから患者を取り違える可能性がないではなかった上、執刀前に手術室内で実施した経食道エコー検査において、Gに手術を施す理由となった僧帽弁腱索断裂を伴う前尖及び後尖の逸脱が見られず、左心室から左心房への逆流の程度が重度から軽度に変化し、異常であった肺動脈圧も正常であるなど術前検査と著しく異なる検査結果が出ていることを認識したのであるから、患者の同一性についても再確認し、患者の取り違えが判明した場合には直ちにその旨を連絡してGに対する誤った手術をも中止し、もって患者兩名に対する事故の発生を未然に防止ないし中止すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠った。

・ C 医師の注意義務違反について

Hの術前回診を行い、その容貌、身体等の外見的特徴、手術前の病状等を把握していた上、前記のとおり同一時刻に複数の患者に対する手術が予定されているのを認識しており、また、患者取り違えの可能性もないではなかったのであるから、同日午前8時40分ころから、12番手術室において、Hに対する開胸生検・右肺上葉切除・リンパ節郭清の手術に関与するに当たり、麻酔導入前に患者の外見的特徴等や問診により患者がH本人であることを確認するのはもとより、同手術室内の患者の背中には、心臓疾患患者用の経皮吸収型心疾患治療剤が貼付されていた上、既往症として把握していた脊柱管狭窄症の手術痕が見当たらなかったのであるから、患者の同一性に疑念を抱き、Hの同一性について慎重に再検討に加え、患者の取り違えが判明した場合には直ちにその旨を連絡してHに対する誤った手術をも中止し、もって患者兩名に対する事故の発生を未然に防止ないし中止すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠った。

・ B 医師の注意義務違反について

Hに対する手術全般に責任を有する執刀医として手術を施すに当たり、同一時刻に複数の患者に対する手術が予定されているのを認識しており、また、患者取り違えの可能性もないではなかった上、主治医でもあるB医師自身入室していなかったのであるから、Hの容貌、身体、剃毛範囲等の外見的特徴、手術前の病状等を把握し、手術室内の患者がH本人であることを確認して執刀するのはもとより、執刀後においても、手術前には所見として把握していなかった肺気腫が存在し、肺癌と疑われた腫瘤が見当たらないなど術前検査の結果と異なる所見を認識したのであるから、患者の同一性についても再確認し、患者の取り違えが判明した場合には直ちにその旨を連絡してHに対する誤った手術をも中止し、もって患者兩名に対する事故の発生を未然に防止ないし中止すべき業務上の注意義務があるのにこれを怠った。

これら5名らの過失の競合により、各人の担当において、Hに対し全治5週間を要する傷害および麻酔状態に陥らせ継続させる傷害等、Gに対し全治2週間を要する傷害および麻酔状態に陥らせ継続させる傷害等を負わせた（HとGの血液型が同じであったために、傷害にとどまった）。

・ F 医師の注意義務違反について

麻酔科医師自身の責任として、当該患者であるかどうかの確認をしてから麻酔を施すべき注意義務がある。当時、市大病院では、麻酔施用患者の確認は声掛けによってなされており、F医師は「Gさん、おはようございます。」などと何度かGの姓を口にして声を掛け、Hからは問い掛けに相応した返事を得ており、意識の混濁が窺われない患者に対し名前を語りかける方法が患者確認として不十分であったとはいえず、それ以上問診をしなかったからといって非難することも相当とは思われない。また、麻酔科医師の術前訪問は比較的短時間行われるのが通常であることに鑑みれば、本件の場合、外見的特徴から同一性に気づかなかつたことをもって、注意義務違反があったとはいえない。F医師は、電話での問い合わせだけでなく、指導者医師に患者同一性の疑義を訴え、さらに他の医師にもその旨を伝え確認を求めている。これらF医師が提起した患者同一性に関する疑義を重大に受け止めず、指導、補佐すべき立場にありながら、疑問を排斥した他の在室者の罪が問われず、相応な努力をしたF医師にさらに尽くすべき義務があったというのは過酷に過ぎ、なすべき注意義務を尽くしたというべきである。

4 考 察

1 本件は患者の取り違えという初歩的ミスとそれに係わった医療スタッフの過失責任について問題を提起するものである。医療機関での取り違え事故は検査結果、X線写真、輸血用血液、薬名、点滴ボトル、手術部位、そして手術患者など様々なケースが起こりうる。本件のように医師と看護婦がかかわった刑事事件としては、注射する薬剤の取り違え事件が多い。例えば、【判例1】医師より抗ヒスタミン剤の静脈注射の指示を受けた看護婦が、外用軟膏基剤を注射し患者が急死した事件で、医師、看護婦ともに罰金5万円に処せられた事件⁽³⁾、【判例2】虫垂切除手術の際、腰椎麻酔剤アンプルを薬品ケースから取り出す際、誤って静脈注射用止血剤を取り出し注射器に吸入した。医師もこれに気づかないまま腰椎脊髄腔内に注射し、患者2名が死亡した事件で、医師が禁錮10月、2年間執行猶予、看護婦が禁錮6月、2年間執行猶予に処せられた事件⁽⁴⁾、【判例3】医師から指示を受けた看護婦がアンプルの薬種・薬名の表示確認を怠り、指示と異なるアンプルをカットして医師に手渡し、同医師も表示を確認せず注射器に吸入後、注射し患者を死亡させた事件で、医師が罰金20万円、看護婦が罰金10万円に処せられた事件⁽⁵⁾、【判例4】研修医である医師が検査の実施に当たり、看護婦が差し出した尿路血管造影剤を確認せず、脊髄造影剤と誤信して、患者へ注入し死亡させ、医師が禁錮10月、2年間執行猶予に処せられた事件⁽⁶⁾、【判例5】医師の指示を受けた看護婦が、静脈注射の方法で投与する劇薬リドカイン50mgを、誤って点滴用リドカイン入りアンプルから注射器に吸入した後、患者に注射し植物状態に陥らせ、敗血症によって翌年に死亡させ、看護婦が罰金30万円に処せられた事件⁽⁷⁾などがある。また、点滴用薬剤の取り違え事件としては、【判例6】2名の看護婦が入院患者に対し、点滴後、留置針周辺での血液凝固を防止するため血液凝固防止剤（ヘパリンナトリウム生理食塩水：ヘパ生）を点滴器具に注入して管内に滞留させ注入口をロックする措置（ヘパロック）を行う際、消毒液（ヒビテングルコネート液）をヘパ生と取り違えてヘパロックしたところ、患者が急変し、死亡した事件で、2名の看護婦に対しそれぞれ禁錮1年、禁錮8月、ともに3年間執行猶予が科せられた事件⁽⁸⁾がある。患者自身に関する取り違え事件としては、医師による手術部位の取り違え事件として、【判例7】医師は左尿管腫瘍の疑いから手術を予定し、手術申込書には手術式名「左腎・左尿管全摘、膀胱部分切除」、手術体位「截石位」と正しく記載し看護婦に渡した。しかし、検査撮影の際、カルテの腎臓スケッチに誤って右側部位を記入し、その後のカルテにも「左」と書くべきところを「右」と誤記した。手術当日、看護婦は手術申込書のとおり截石位としたが、被告人医師は右側臥位にするよう指示したため、看護婦が手術部位は「左」ではないかと指摘したが、被告人医師達は「右」と指示し、そのまま手術を行い正常な右腎臓・右尿管の三分の二を切除摘出する傷害を負わせた事件があり、2審で医師に禁錮8月、2年間執行猶予、高裁では控訴棄却となった⁽⁹⁾。また、本件と同様の患者の取り違えとしては、平成5年熊本市市民病院、平成9年関西医科大学病院などの事件が報じられているが、刑事事件として結審したものとして、【判例8】妊娠中絶手術事件がある。この事件は、「看護婦が医師の指示に基づき人工妊娠中絶患者に前投薬の注射をして待合室に待機させていたところ、同患者がトイレに行ってる際に、引き継いだ他の看護婦が患者を手術室に誘導するためカルテを見て患者の姓のみを呼んだので、たまたま待合室にいた妊娠13週の検診に来ていた同姓（異名）患者がこの呼掛けに応じ、そのまま手術室に案内され検診台に上がり、医師はすでに検診台に仰臥させられカーテンでその上半身が見えない患者に対し、改めて患者と面接するかあるいは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12、3週の大きさであることを確認しながら人違いに気付かず、脂肪層の厚さによるものと軽信してそのまま搔爬を行い」傷害を負わせた事件で、医師に罰金20万円⁽¹⁰⁾とされた。

これらの判例のうち、薬剤に関する【判例1】～【判例6】をみると、注意義務違反による責任の問われ方に違いが見られる。【判例1】では、医師は指示を行ったのみで、注射の準備および注射をしたのは看護婦であるが、責任を両者に認めている。これは医師に看護婦が行う医療行為に対する厳重な監督責任を求めることに基づく。判決文の中で次のように述べられている。すなわち「静脈注射は身体に及ぼす影響が大であり且つ技術的にも困難である以上、往々にして薬品名類似による誤用の危険性も認め

られるから、自ら注射するか又は注射液を確認の上、嚴重なる監督の許に看護婦に注射させ、以て患者の生命、身体に対する危害の発生を未然に防止すべき業務上の注意義務がある。」⁽¹¹⁾と。このような基本的な考え方が、裁判においては長い間維持され、看護婦が直接の行為を行った場合であっても、監督責任として医師にも過失責任が問われた⁽¹²⁾。【判例2】は、手術中の医師が指示を行い、看護婦が注入する薬剤を間違え、それを受け取った医師が注射したものである。裁判所は、薬品名の指示だけではなく、薬液アンプルの薬種・薬名の表示を自ら確認した上で注入させ、事故を未然に防止すべきであったとし、手術中であっても、看護婦の行為について自らの確認することを求めた。手術中という緊張と集中力が求められる状況においても、他の場合と同様な確認を求めることは困難であろうと考えられる。ただし、結果回避可能性を考えると、薬液の色等により判別が可能である場合は手術中であっても確認を行う注意義務が課せられるだろう。【判例2】の事件は、立て続けに5人に対する虫垂切除手術が予定されており、そのうち2人の患者が同じミスで死亡したもので、手術計画、医師、看護婦の手術に取り組む姿勢の問題も背後にはあったと考えられる。【判例3】では、【判例2】と同様に看護婦がアンプルを間違えたものだが、アンプルの薬液を注射器に注入したのは医師であり、アンプルの表示確認を怠ったことに注意義務違反を認め、医師、看護婦双方の責任を問うている。【判例4】では、検査を行う際に起こった事件で、薬剤の確認が困難であるほどに緊急な状態でもなく、また薬剤容器には使用上の注意（脊髄検査には禁忌）が記載されており、たとえそれが研修医であったとしても、その確認を怠るといふ初歩的ミスは許されず過失責任は明らかである。ただ、薬剤を間違えた看護婦が起訴猶予処分にされており、「同種事例では、双方を処罰している事例が多いことを考えると、この処理の妥当性には疑問が残る」⁽¹³⁾。【判例5】は医師が指示を行い、誤った薬液の注入および注射を看護婦が行ったもので、【判例1】と同様の事件である。しかし、【判例5】では、注射を実施した看護婦だけに責任を課す結果となっている。これは看護婦の経験、能力的に照らし安全に実施することが可能と判断した場合には、看護婦の業務全般にまで医師の監督責任を求めるべきではないとの傾向が強まったものとも考えられる。【判例6】においても同様に、担当した看護婦だけが処罰されているが、【判例6】は点滴操作中のミスで、処方箋による医師の指示により行われたもので、いわゆるルーティーン的な処置であった。

薬剤の取り違い事件の判例を見てもわかるように、過誤事件が看護婦の過失が直接の原因で生じ、医師は指示のみで具体的直接的に関与していない場合であっても、医師には監督責任が課せられていた。その後、信頼の原則が医療刑事裁判でも取り入れられることにより、常に医師に監督責任が求められるものではなく、個々の事例に応じて具体的にそれぞれの過失責任を考えるようになった。この信頼の原則は、周知のごとく、そもそも交通事故判例において1935年以降ドイツで形成され⁽¹⁴⁾、その後、わが国においても昭和41年最高裁による2件の判決で明確に示されて以来、交通事故の判例で広く適用されるようになった⁽¹⁵⁾。交通事故判例での信頼の原則とは「交通関与者は、他の交通関与者が交通規則その他の交通秩序を守るであろうことを信頼するのが相当な場合には、たとえ他の交通関与者の不適切な行動のために結果を発生させたとしても、これに対しては責任を負わない」⁽¹⁶⁾というものである。これが一般化され「複数の者が関与する事務において、その事務に関与する者は、他の関与者が規則を守り適切な行動をとるであろうことを信頼するのが相当な場合には、たとえ他の関与者が規則を無視するなどの不適切な行動を取り、それと自己の行動とが相まって構成要件的結果が発生しても、その結果について過失責任を問わないとする」⁽¹⁷⁾原則となり交通事故に留まらず広く適用されることとなった。

2 そこで、医療の分野において、特に医師と看護婦間に信頼の原則が適用されるかを考えなければならない。すなわち、医師が有資格者である看護婦の行為を信頼し、その後の医療を行った結果、患者にとって重大な結果を招いた場合、その信頼したことの可否、またその後の行為についての過失責任の存否ということである。判例では、北大電気メス事件において認められているが⁽¹⁸⁾、先に述べたように同種同様のケースでも適用について一様ではない。学説を見ると、全く認める余地は無いとの主張はないものの、実質的にはかなり限定されるとの見解がある。すなわち、「原則的には信頼しうる関係にあって

も、具体的な補助者の過誤に対しては、医師の適切な指導監督により是正が可能なかぎり、医師は、その責を免れないことになり、医師が信頼の原則により補助者の過失についての責任を免れうる場合は、現実にはきわめて稀ではないかと考えられる⁽¹⁹⁾。また、手術時などに限定すべきとされる町野教授は、医療の分野で道路交通における信頼の原則を認めるべきかについて、問題があるとされる。すなわち「医療における分業の機能、医療の円滑な遂行という利益は、窮極的には患者の利益のためのものであるから、補助者を信頼することによって患者に生じた侵害結果は正当化されない…しかし、医師が補助者を信頼することが許されるばあいがあるのは医師が本来の職務である手術等に没頭しなければならぬという事情があるためであって、『信頼の原則』の適用があるとしても、主に手術中の医師に限られるべきであろう」と述べられている⁽²⁰⁾。あるいは、チーム医療のように特殊な場合のみ認めるとの説は、保助看法により「看護婦は『療養上の世話』以外は、医師の監督下で医療に従事できるにすぎない。そこから、信頼の原則はチーム医療のように特別な場合を除き適用できない」というものである⁽²¹⁾。また、「この原則は、かならずしも交通事犯にかぎらず、たとえば、総合病院でみられるチーム医療のばあいのように、多数の者が仕事を分担する共同作業のすべてに妥当する」⁽²²⁾とし、上下関係における多人数による共同作業においても適用をみとめられるものの、監督者は、上位者として下位者に対し、その行動を監督し、あやまちがないようにすべき義務を負うものであるから、具体的には社会的に相当かどうかを検討する必要があると説かれている⁽²³⁾。一方、広く認めようとする立場からは、「交通事犯に限定されるものではなく、過失の認定一般についても妥当」⁽²⁴⁾や、「信頼の原則は、複数の人間が相互に相手方を信頼しつつ分業で事を行う場合にも適用可能である」等の見解がある⁽²⁵⁾。さらに、米田弁護士は「専門的教育・訓練を受け、実際に誤りなく職務を遂行してきた看護婦などの補助者にも正しく行動することの信頼を許さず、その万一の過失についても刑事監督責任が追及されるのなら医療活動の円滑な遂行を否定することになる。監督・管理者の信頼を許容するには、監督・管理下にある者の資格・訓練のほか設備などの前提条件を充たすべきである」⁽²⁶⁾とされ、さらに「信頼の原則を術中・術前に限定するのは過剰であり、一般の日常的医療行為の場面での事故にも妥当しうる」と展開される⁽²⁷⁾。

以上のいずれの説によっても、チーム医療への適用を一般的に否定するものはない⁽²⁸⁾。本件においても執刀医については信頼の原則が適用されるべきであるとの主張が弁護士よりなされている。A医師についてみると、手術室に入室する以前に、いつもの手術のように看護婦、他の医師によって患者確認は確実にされているものと考えていた。また、入室した時点では胸部の切開はなされ、手術部位しか確認できない状態にあったというものである。確かに、通常ならば確認はすでに行われ、また、手術部位しか確認できない状態での執刀に際して、患者取り違えの可能性を考え、確認しなかったことをもって注意義務違反とはしえない。すなわち、この時点で、確認が為されていると信じることは相当であり、信頼の原則が適用されるべき場合と考えられる。また、術中に気づいた術前データとの食い違い、および経験に基づき疑問が生じた際に、その後の手術を継続あるいは中止するかの判断は実に医学的領域の裁量といえる場合もある。そして、これは、その時点での状況が患者確認を許さないほどであったか、あるいは可能であったかということに因ると考える。問題は検察官が述べるとおり、A医師が手術室へ入室したのが胸部の切開が行われた後であった点にある。この点につき判決は、麻酔導入前の入室義務について「麻酔導入前の方が患者の同一性確認がより容易であり、他方、手術担当医師は手術に神経を集中する必要性も高いこと、また、一旦取り違えが生じると、これが気づかれぬまま引き継がれる可能性が高いことからすると、麻酔導入前あるいは手術室入室までの段階での確実な患者の同一性確認こそが期待されるのであり」としながらも、「執刀医自身が麻酔導入前に入室するか否かは裁量の範囲内に属する事柄というべきであり、患者の同一性確認のために一般的に麻酔導入前入室を義務とまで解するのは相当とは思われない」として、この点につきAの過失を否定している。しかし、執刀医が麻酔導入前に入室して行う患者確認の有効性を裁判所じしんが認めており、さらに、麻酔前入室は、患者の同一性確認のみが目的だともいえない。不安と緊張状態にある患者に執刀医が会うことにより、それらが緩和、軽減するならば、これも医師の職務であるといえる。この職務を遂行せず、胸部切開後に入室する

場合には、入室が遅れる正当な理由が存在しなければならないであろう。事実、Hの執刀医であるB医師は、麻酔導入時に立ち会う予定であったが、他患者の退院の是非を決める必要があり、やむを得ず立ち会えなかったという事情が存在していた。また、A医師自身も、主治医グループの麻酔導入前入室の必要性を認めている。A医師は、市大病院の慣行として入室していなかった旨の供述があるが、医療界での慣行、慣習が直ちに注意義務違反を否定するものではなく、法的判断によって決定されるべきことである⁽²⁹⁾。法的判断としては、執刀医の麻酔導入前入室が遂行可能な職務であり、それを実行することが可能である以上、医師の義務と解し、そのことに責任を認めるべきではないかと考える。

3 本件の取り違えは、チーム医療としていくつかあったチェックポイントをすり抜けた結果生じた⁽³⁰⁾。いずれかの場面でチェックが働いていれば防止できたと考えられる。チーム医療が、単なる役割分担化し、各自の役割を果たせば十分との意識のもとに行われるならば、それは本来あるべき姿の半分しか機能していないといえる。すなわち、「自分の役割はここまで、後は他者の役割」あるいは、「自分が携わるのは今からで、それ以前のことは前に関わった者の役割」といったチーム医療を意味する。「単に形式的業務分担という側面だけでそれを判断すれば、単に業務を部下に委ねておけば上司は免責されることになり妥当ではない」との指摘もある⁽³¹⁾。現在に至るまでの医療過誤事件を見た場合、様々なミスや過失により起きていることが認識されてきている。ならば、人間は過ちやミスを犯す可能性があることを前提に、チーム医療も実施される必要がある。それは、単に各自の役割を全うするだけでなく、チーム内の他メンバーのミスをもフォローする姿勢が求められる。そして、これが過失を考えるにおいても必要であろう。他の者がミスしていないかをチェックしないことによって生じる結果とチェックすることの困難性、チェックすることが職務であるのかないのか、という点も考慮する必要がある。例えば、前記【判例8】では、カーテンで上半身が見えない状態であった場合、今から手術する患者の顔を確認することがどれほど困難で不可能なことであったであろうか。【判例4】においても同様に考えられる。医療においては、可能であったにも関わらず、それを怠った場合、安易に信頼の原則が適用されるべきではない。交通事故事犯とは異なり、患者に対する医療という共通の目的を持ち、チームを構成しているメンバーである以上、相互信頼と同時に、医療行為を全うするための相互チェックも重要な職務となる。したがって、個々の事例において、信頼することの妥当性を論ずる前に、監督・管理することが不可能であったのかということをも考慮しなければならないものと考えられる。管理者の信頼を許容するための原則的条件として、監督・管理下にある者の資格・訓練のほか設備などがあげられるが、これらの条件がたとえ充たされていたとしても、管理・監督者が自ら行える場合には信頼の原則を適用する場合はかなり限られるであろう。また、手術中でない場合であっても、原則的条件が充たされ、管理・監督者が自ら行うことが不可能な場合には適用されることもあると考えられる。

4 量刑についても指摘しておきたいと思う。前記のとおり、検察官は執刀医および麻酔医に対してそれぞれ禁錮1年6月、看護婦兩名に対して禁錮1年を求刑している。これは、一方で、従来の医療過誤事件で一般的にみられた傾向として、医師、看護婦双方の過失犯がある場合においては、管理・監督する医師に管理・監督される看護婦よりも重い責任を科するという流れに沿ったものとも考えられる。他方では、取り違えを行ったのは看護婦であったが、その後、患者に麻酔を施し、また手術を実施した医師たちが、それに気付かなかったことの重大な注意義務違反に鑑み、このような求刑になったとも考えられる⁽³²⁾。本件の場合、複数の過失が競合して生じた結果であるが、その責任については裁判所も述べるように、過失の内容と程度に応じて判断されなければならない。先に述べたように、チーム医療の大切な役割として相互チェックがあげられる。第一段階で誤りが生じた場合、その後の段階でのチェックにより重大な結果を防止することができる。第一段階での誤りの方がより重大ではあるものの、その後のチェックを怠る過失責任は、両者に刑罰の種類に差をつけるほど大きな違いはないとも考えられる。医師は、患者確認を怠ったばかりでなく、麻酔導入時および術中に患者に接し、様々なデータとの差異

が認められたことも考慮しなければならない。第一段階での誤りが取り違えのきっかけであり重大であったが、医師の責任がこれより軽いとも考えにくい。判決は量刑に関し、A医師については検査結果と著しい相違があっても「手術するか否かは高度な医学的判断に属すると解する」とし、B医師については「患者の同一性の確認を促す転機が乏しく、その経緯には斟酌できる点が多い」、C医師については「やや軽率であった点は否定できないが…本件当時は研修医であり、本件のため人事面での不利益を受けている」とし、またD看護婦については「過失はそれほど大きいものとはいえない」、さらにE看護婦については「二重の過誤を犯したことに根本原因があることは明らかである。これは、善意から出たこととはいえ、許されることではなく、他の被告人らの過失を誘発する素地も作り出していることにも鑑みると、有利ないし斟酌すべき事情を十分考慮しても、その責任は重大と言わざるを得ず、禁固刑を選択する」としている。【判例8】では、「看護婦の過失は本件医師の過失の誘因とはなっているが、かかる手術において最終的に患者の確認をすることは診療の責任者である医師自らが行うべき基本的義務であり、診療の補助者である看護婦に代替させることはでき」ないとし、医師のみが処罰され、看護婦の過失もかなり大きいと考えられるが、起訴猶予処分となっている。本件とは、病院のシステム、具体的経緯等の違いはあるものの、量刑について裁判所の判断に疑問を抱かざるを得ない。

5 おわりに

以上のように、判決は各被告人の過失責任の評価の面で検察の求刑とは大きく異なる内容となった⁽³³⁾。判旨から伺えることは、いわば現状追認型の判断がなされ、病院の現状に内在する問題点を明確にし、それを改め、あるべき姿を求める内容にはなっていない。検察は、医療機関およびそのスタッフとしてあるべき姿から本事件をとらえたものであろう。社会的存在である裁判においても法のもつ規範性、またそのよりどころを意識する必要がある。

なお、本事件発生後、横浜市から事故調査委員会報告書、厚生労働省から予防策等が公表され、患者確認について新たな取り組みが始まっている。その中で、プリメディケーションの中止や手術患者の移送を徒歩または車イスで行う病院もでてきている。手術前の患者は、不安や恐怖心を抱き、これを緩和するためにプリメディケーションがなされる場合もある。また、患者の意識を明瞭に保ち、患者確認を明確な意識のもとに行おうと移送方法を変えている。これらは、患者確認を確実に（患者取り違えを防止する）ために、また新たな負担を患者に強いる方法へ切り替える動きともとられかねない。患者中心の医療が求められるなかで発生した本事件、および判決が有効に生かされることを望みたい。

- (1) 判例タイムズ1087号296頁（2002. 6. 15）
- (2) 看護協会は2001年10月3日付けで「患者取り違え事故横浜地裁判決に関する日本看護協会の見解」を表明し、その中で、1.患者の同一性確認の義務、2.病院の管理体制、3.看護婦の業務に伴う責任と権限、について判決に対する疑問、納得いかない点を示している（日本看護協会ウェブ・サイト内<http://www.nurse.or.jp/seisaku/opinion/yobo2001do-12.PDF>）。
- (3) 静岡簡易裁判所昭33. 12、高田利廣・『看護過誤判例集』8頁
- (4) 前橋地裁太田支部昭51. 10. 22、高田・前掲12頁
- (5) 花巻簡易裁判所平2. 3. 30、判例タイムズ770号77頁以下
- (6) 甲府地方裁判所平6. 6. 3、判例タイムズ1035号37頁以下
- (7) 小倉簡易裁判所略式平9. 12. 16、判例タイムズ1035号38頁以下
- (8) 東京地裁平12. 12. 27、判例時報1771号168頁
- (9) 山形地裁平2. 2. 14、判例タイムズ770号81頁以下、仙台高等裁判所平2. 12. 6、判例タイムズ770号82頁以下
- (10) いわき簡易略式平2. 1. 10判例タイムズ770号80頁以下
- (11) 高田・前掲8頁

- ゝ2 なお、看護婦による静脈注射の実施は、厚生省医務局長通知（昭和26年9月15日付医収第517号）により、医師又は歯科医師が自ら行うべき業務であり、保健婦助産婦看護婦法に規定する看護婦の業務の範囲を超えるものとしてきたが、平成14年9月30日付で各都道府県知事宛てに厚生労働省医政局長から出された「看護師等による静脈注射の実施について」の通知により、医師又は歯科医師の指示の下に看護師等が行う静脈注射は、診療の補助行為の範疇として取り扱うことになった。
- ゝ3 飯田英男・山口一誠・『刑事医療過誤』、16頁、判例タイムズ社、2001
- ゝ4 ドイツにおける判例の流れについて、松宮孝明『刑事過失論の研究』、47頁以下、成文堂、1989
- ゝ5 信頼の原則を独立した理論的実体を持つものではないとの主張もある、内田文昭・『改訂刑法1（総論）』、169頁、青林書院、2002
- ゝ6 西原春夫・『刑法総論改訂版（上巻）』、203頁、成文堂、1998
- ゝ7 最判昭42・10・13刑集21・8・1097、大谷実・『新版刑法講義総論』214-215頁、成文堂、2000
- ゝ8 札幌地判49.6.29、判例時報750号29頁、札幌高判昭51.3.18、判例時報820号36頁、北大電気メス事件判決に対して医師の立場から事実認定の問題を詳細に検討した論として、泉正夫・「北大電気メス事件の実像と虚像」『医療事故の刑事判例』中山研一・泉正夫編著、309頁、成文堂、1993）がある。
- ゝ9 飯田英男・『医療過誤に関する研究』（法務研究報告書）61集2号25頁、1973
- ゝ10 町野朔・「過失犯における予見可能性と信頼の原則」ジュリスト575号78頁
- ゝ11 筋立明、中井美雄・『医療過誤法』、257頁、青林書院、1996
- ゝ12 福田平・『全訂刑法総論〔第三判増補〕』、127頁、有斐閣、2002
- ゝ13 福田・前掲、128頁、同趣旨として大塚仁・『刑法概説（総論）』、234頁、有斐閣、2002
- ゝ14 齊藤信幸・『刑法講義（総論）第三版』、200頁、成文堂、2001
- ゝ15 西原春夫・『刑法総論』改訂版〔上巻〕、205頁、成文堂、1998
- ゝ16 米田泰邦・「手術と刑事責任」『医療事故の刑事判例』中山・泉、210頁、
- ゝ17 米田・前掲212頁
- ゝ18 米田泰邦・「医療における未知の事件とチーム医療における医師の過失責任（下）」判タ316号58頁
- ゝ19 最判昭36年2月16日、民集15巻2号247頁
- ㊦ チーム医療スタッフ相互の関係について、津田司・「リエゾン精神医学の視点」メディカル・ヒューマニティ5巻3号16頁
- ㊦1 甲斐克則・「管理上の過失」『医療事故の刑事判例』中山・泉、290頁、
- ㊦2 なお本件当日、午前11時の時点で3番手術室には外科医6名、麻酔医2名、看護婦3名がおり、12番手術室には外科医3名、麻酔医2名、病理部医師1名、看護婦2名がいた。そのうちなぜ被告人医師4人を起訴したが、実態にそぐわない処理だとの批判もある、判例タイムズ1087号297頁
- ㊦3 なお、横浜地方検察庁は2001年10月3日、D看護婦を除く5名に対する無罪と罰金刑という横浜地方裁判所の判決を不服として、東京高等裁判所に控訴した。禁固刑の判決を受けたD看護婦もまた、判決を不服として同高等裁判所に控訴した。
- ※本判決の後、保健婦助産婦看護婦法の改正（平成13年12月12日法律153号）により「看護婦」から「看護師」に名称が変更されたが、判決文で使われている「看護婦」で統一した。

（本学専任講師）