

# いわゆる「チーム医療」における 信頼の原則についての現状

Der gegenwärtige Zustand des Vertrauensgrundsatz  
im sog. „Operationsteam” .

秋山 栄一

神奈川県立保健福祉大学講師

2007年9月15日 受理

- 一、はじめに
- 二、わが国における判例の状況
- 三、むすびにかえて

## 一 はじめに

現在の医療従事形態の主たるものは、分業的共同作業形態、すなわちチーム医療<sup>(1)</sup>であろう。チーム医療は、個々の専門分野からなる医療従事者が互いに共同し、診療、治療或いは手術等をより円滑に実施し、高度で専門的な医療活動を提供するために存在する。もちろん、基本的なチーム医療の形態は、異なる専門的知識、技術、経験を共有する医療従事者がチームを組み、手術等を実施する場合と考えられるが、最近では、院内の診療においても他の診療科と連携を図る形態、更には地域医療において病院同士が連携を図るような形態に至るまで、その領域は広範になってきている。そのような医療行為の効率化、或いは専門化が図られた結果、従来では克服困難であった身体的・精神的障害が克服可能になったことは周知の通りである。しかしその反面、医療過誤事件が減少した訳ではない。医療行為の専門性が高まれば高まる程、その

事故の専門性も高まっていくであろう。

医療過誤に関する刑事事件の争点の代表的なものの一つに、「信頼の原則」というものがある。「信頼の原則」とは、『行為者が、他人の適切な行為をとることを信頼することが相当な場合には、その他人の不適切な行動によって結果が生じたとしても、これに対し責任を負わない』という原則である<sup>(2)</sup>。そもそもこの原則は、主として自動車事故における個人間の加害者-被害者の「危険の分配」という観点から成立し、初めにドイツにおいて、交通事故をめぐる刑事判例の中で確立された理論を、西原春夫博士がドイツからわが国へ導入されたものである。ただ、交通事故事案におけるこの原則の適用には、以下の一定の限界が存在することに注意する必要がある。すなわち、第一に、適切な行動を信頼し得ない特別な事情が被害者自身に存する場合、例えば、被害者が幼児、老人、酩酊者、身体障害者、その他交通秩序にかなった適切な行動をとり得ない者等である。第二には、例えば、交通信号、ガードレール、歩道橋の設置等の交通環境の整備や交通道德の普及が為されていないと認めなければならない。第三に、結果の発生を容易に認識或いは回避し得る場合等

Eiichi Akiyama: Department of Law, Faculty of Law, Toin University of Yokohama, 1614 Kurogane, Aoba-ku, Yokohama 225-8502

である<sup>(3)</sup>。このような「信頼の原則」が交通事故事案以外のものに適用可能か否かということについて、学説上、未だ未解決のままである。それは、医療過誤事件、とりわけチーム医療の領域でも例外ではない。他方ドイツにおいては、主としてチーム医療における「信頼の原則」適用は、有力な学者達によっておおよそ承認されているようである<sup>(4)</sup>。

以上のことを前提に、本論文は、わが国におけるチーム医療への「信頼の原則」の適用の可否を題材とするものである。チーム医療の形態は、医療従事者間の横の関係と縦の関係に大別可能である。前者においては、例えば主治医と執刀医、医師と麻酔医、医師と薬剤師といった関係が考えられる。一方、後者としては指導医とその下位の医師、医師と看護師等の補助的スタッフ等の関係が想定し得るであろう。特に、「信頼の原則」が問題となる場面は後者の事案であり、例えば、補助的スタッフの注意義務違反より結果が惹起されたことに対し、医師が監督者或いは責任者として責任を負うべきか否かが議論の中心となる。「信頼の原則」が適用されれば、そのような医師の不利益を軽減する機能を果たすことになる。そこで本論文では、後者の事案を中心に、戦前の時代から現在までの判例の状況を概観し、学説上の対立である「信頼の原則」適用積極説と消極説の現状をそれぞれ検討して参りたいと考える。

## 二 わが国における判例の状況<sup>(5)</sup>

わが国の判例の立場は、慎重ではあるが、「信頼の原則」を肯定している立場に立っていると考えて良いと思われる。ただ、医療過誤事件における「信頼の原則」は、その注意義務の特殊性故に、交通事犯、企業犯罪における「信頼の原則」とはパラレルに理解すべきではない。

医療過誤事件に関する分類は、これまで、①注射、②投薬、③麻酔、④輸血、⑤薬物ショック、⑥手術、⑦医療機器・器具の操作、

⑧診断、⑨看護、⑩その他を並列的に分類したもの<sup>(6)</sup>、過誤が単純なミスによるものか判断の誤りを含むのか、という区分から出発して分類したもの<sup>(7)</sup>、ドイツの例にならぬ大きく横の職務分担と縦の職務分担という方法を行うもの<sup>(8)</sup>、更には、わが国の医療過誤判例を時系列的に並べ、〔第一期〕戦前から戦後の昭和30年代、〔第二期〕昭和40年代、〔第三期〕昭和50年代、〔第四期〕平成11年以降に分類する方法等が見受けられる<sup>(9)</sup>。本論文では、時系列的区分による分類を参考にし、〔第一期〕戦前から戦後の30年代、〔第二期〕昭和40年代、〔第三期〕昭和50から60年代、〔第四期〕平成の時代というように区分し、以下主要な事案を概観する。

〔第一期〕の戦前から戦後の昭和30年代では、わが国では未だ過失犯論の議論は活発には議論されておらず、特に戦前の時代は、主として条理を根拠に医師の注意義務違反を広く認めていた。また、理論的にも未熟であったとされる。

刑事事件として最も古いものと考えられるのは、薬品の取り違いに関する事案である。本件は、医師に雇われ、薬局生として事実上調剤の業務に従事している者が、ある患者に与えるべき薬剤を誤ってその患者の娘に与えて死亡させた事案である<sup>(10)</sup>。大審院は「身体生命ニ対スル危害ヲ予防スル為メ周到ナル注意ヲ為スノ義務」ということを根拠に、当該薬局生の法律上の資格、及び能力の有無にかかわらず、医師の過失を認めた。また、医師が調剤の資格・能力のない産婆に調剤を行わせ、「ネマトール球1コ」と処方箋に横書きで記載したところ、産婆が「ネマトール球12」と誤読して、これを交付し、これを服用した患者が死亡したという事案もある<sup>(11)</sup>。ここでも医師には「周到なる注意義務」をもってこれを指揮監督すべき義務があるとし、産婆の過失が介在したとしても、医師の罪責に何等帳消しを及ぶものでないとした。ここでも条理を根拠に、医師の責任を問うという

姿勢がみられる。

戦後の時代に入っても、戦前の判例と同様の流れに基づいている。またこの当時、「信頼の原則」という理論は、わが国には導入されておらず、看護婦に対する指示が不十分であれば、その結果について医師が責任を負うという形になっていた。例えば、診察及び服薬を嫌がり泣き続けている乳児に対し、医師が豌豆大の丸薬3粒を服用させるように看護婦に指示したところ、丸薬を気管に詰まらせ、乳児を窒息死させたという事案が存在する<sup>(12)</sup>。本件については、泣き続ける幼児に豌豆大の錠剤を服用させるような特殊な場合では、泣くこと自体に深呼吸を行うのであるから、錠剤を詰まらせ、窒息死に至ることが容易に予想可能であるが故に、医師に対し「この危険を避けるために看護婦等に対し適宜な方法を指示すべき業務上の注意義務を有することは条理上当然である」として、罰金の有罪判決が確定した。ここでも条理を根拠に、戦前からの態度が踏襲されているといえる。

更には、この時代の代表的な事案であるオーロバンソーダ注射致死事件<sup>(13)</sup>がある。本件は、外科医である被告人A及びBの2名が、外科治療室において患者に共同して診療、治療するにあたり、患者に対し、Aの提案によって全身麻酔を看護婦Cに命じた。看護婦Cは、全身麻酔を施すためにオーロバンソーダを被告人Bに指示されたのであるが、誤ってクロロフォルムを患者の静脈に注射したため、患者は心臓衰弱を起し死亡したものである。原審である宇部簡裁は、被告人A、Bの業務上過失致死罪の共同正犯を認めしたが、被告人Aは主治医ではなく単なる補助医であったこと、また看護婦に対する注射指示は正当であったことを理由にこれを不服として控訴した。広島高裁は、「注射液の指示を受けた看護婦及びその補助者を監督し、自己に於て現実に注射を行う場合と同様の注意をもって、患者の体内に注射する直接の行為はもちろんのこと、その以前における準備行為と言うべき自己の指示した注射薬液の正

確な確認、性状、薬液中の混濁、浮遊物の有無、あるいは分量等、いやしくも注射に関係することについては、細大もらさず厳重な検査をなし、もって注射の過誤なきを帰すべき業務上の注意義務がある」とし、被告人Aの看護婦に対する指示自体は極めて正当であったこと、及び被告人Aの患者に対する直接的な注射の関与はなかつたことを認めながらも、医師がそのような注射を看護婦に指示した場合には、それらが理由として上記の業務上の注意義務がなくなるものではないとした<sup>(14)</sup>。

本件については、過失の共同正犯か、或いは過失の競合かという犯罪論上重要な論点も含まれているが、ここでは言及しない<sup>(15)</sup>。いずれにしても、戦前から昭和30年代までの判例は、条理を根拠に置き、人命を預かる医師には、手術、処置、診療等に関して適切な指示、そして周到な注意をもって監督監視すべき注意義務が存在するというを明らかにしている。

〔第二期〕の昭和40年代における判例では、上記の〔第一期〕の議論から前進し、個別事情を考慮する事案が増加する。それは、看護婦、見習看護婦の立場が明確にされ、その過失責任の独自性も担保されたからであるといえる<sup>(16)</sup>。更にこの時代には、医療過誤の研究も深化し、刑法理論において過失犯論の議論が活発化したことも挙げられる。特に刑法理論においては、昭和30年代に西原博士が当時の西ドイツから導入した「信頼の原則の理論<sup>(17)</sup>」が、最高裁において、交通事故にて初めて採用されたということもあり<sup>(18)</sup>、それらのことが、個別事情を考慮することにも繋がったと考えられる。但し、具体的に信頼の原則がチーム医療の領域に適用されるのは、まだ時期を待たなければならなかつた。

看護婦の責任が問われ始めたのもこの時代である。看護婦が、依頼内容を正確に確認せずに、過量の劇薬麻酔薬ネブタールを注射したため患者を死亡させた事案がある<sup>(19)</sup>。

この事案では、2人の看護婦の過失が競合しており、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を怠ったとして、両者に対し過失致死罪の成立を認めた。また、眼科医（被告人）が使用する麻酔薬の調剤を見習看護婦にまかせていたところ、彼女が麻酔薬と蒸留水を混合すべきところ、誤って麻酔薬と希塩酸を混合し、被告人がこれに気付くことなく、そのまま患者に注射したために、患者に併発性白内障等の障害を生ぜしめたという事案である<sup>(20)</sup>。本件における見習看護婦というものは、看護婦や准看護婦の有資格者とは異なり、そもそも「診療の補助」を業務とすることは不可能である。判決は、見習看護婦であれば尚更、直ちにその調剤が適正であるのか否かを確かめるのはもちろん、その施用にあたっては、常にその適否を確認すべき業務上の注意義務があるとして被告人である眼科医に対し、禁錮8月執行猶予2年の有罪判決が下された。

信頼の原則が交通事犯の事案のみではなく、医療過誤、とりわけチーム医療の領域でも議論されたものが、誤ワクチン接種障害事件<sup>(21)(22)</sup>である。本件は、昭和41年5月31日、名古屋市市長の委任により、同市港区保健所が担当したX小学校における学童への予防接種に関するワクチン誤認接種の事案である。保健所防疫係員が所内の冷蔵庫から、百日咳・ジフテリア混合ワクチンを誤認し、腸チフス・パラチフス混合ワクチンを接種所に持参し、それを受け取った看護婦も当該ワクチンの確認を行わず、そのまま予防接種の準備を整え、更には予防接種をとりおこなう医師もまた、学童42名に対し、当該ワクチンの確認をせずに予防摂取を開始した。その結果、被接種学童全員が多発発熱し、チアノーゼを生ぜしめ、近くの医師数名に受診するという事態が生じ、各医師の問い合わせの後に、このワクチン誤認の事実が判明したものである<sup>(23)</sup>。名古屋地裁は、医師には集団予防接種を実施する際には、注射器の判別、確認を

為すべき注意義務が存在することを示し、「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、円滑な医療行為は期待することは出来ないとしても、看護婦は医師の補助者であるに止まり、医療行為につき主導的立場に立つのは医師である。その医師に対し、単に注射行為のみならず、注射液の確認判別に過誤の無いよう、危険発生を防ぐべき業務上の義務を課するのは当然である」とし、被告医師に対し、罰金5万円が言い渡された。「信頼の原則」は、この頃まで、チーム医療の領域において、公判にて殆ど議論されることがなかった。しかし、本件はその端緒の事案といえよう。弁護人は、「既に注射器に盛られた注射液の誤りの有無を確認すべき義務があるというのは不可能を強いるもので、本件のような場合看護婦を信頼することは当然であり、いわゆる『信頼の原則』が適用されるべきである」と主張した。しかし被告医師は、決して単に注射をおこなう機械ではなく、薬液を確認することにつき何等特別な確認や手続きを必要とするような状態にはなかったことから「信頼の原則」が排除されることは当然であろう<sup>(24)</sup>。本判決では、看護婦は医師の補助者であることを明言し信頼の原則の限界を示したという見解<sup>(25)</sup>も存在するが、ともかく「医療行為につき指導的立場にあるのは、医師である」という、いわゆる「ドクター優位」を明らかにしているのは、注目に値すると考えられる。更に、ドイツにおいて、1971年にStratenwerthはチーム医療へのこの原則の適用可能性を初めて詳細に研究したのであるが<sup>(26)</sup>、その研究に先立ってこの問題に立ち入っている点もまた、注目されるであろう<sup>(27)</sup>。本件に関し、この原則を肯定すべきであるとの見解は存在しない。

最後に、「信頼の原則」が特に争点となった事案が存在する。千葉大採血ミス事件である<sup>(28)(29)</sup>。千葉大学医学部付属病院第二内科において、昭和44年4月27日、同病院の無給医師（被告人）が吸引と噴射の両機能を有する電気吸引器を使用し、この機器の操作を

看護婦に担当させ、供血者から採血を実施しようとした。その際に同看護婦は、誤って噴射用パイプを吸引用パイプと取り違えて同器に接続し作動させ、そのまま同医師が採血針を患者の静脈に刺し、採血を開始した。そこで、本来であれば陰圧に作動するはずの同器が、上記のパイプの取り違いにより、陽圧に作動したために、静脈内に多量の空気が注入され、その結果、空気閉塞による脳軟化症で供血者が41日後に死亡したというものである。ちなみに、同器は、本来、採血に使用するものと予定されていないにもかかわらず、同病院では昭和43年11月から採血に使用していた。被告医師は以下のように主張した。すなわち、医療の協同化や分業化により、医師も看護婦も互いに業務の独立をはかり、それぞれの業務については、各自が責任を持って処理する体制になっており、本件病院においても同様に「医師と看護婦とは、組織系統を異にし、看護業務の独立性がはかられており」、電気吸引器の操作は看護婦が担当するということが慣行になっている。更に「看護婦はその業務分担関係に立つ範囲においては十分に知識と経験を有していたのであって、採血用吸引器の操作を看護婦が自己の持場として担当したものである以上、医師がそれを全面的に信頼し、その点検確認の注意を払う必要はなく、看護婦の失敗について法的責任を負ういわれはない」と。この主張に対し、千葉地裁は、医師は看護婦を十分に信頼してその業務を実施することが可能である一定の状況を認めつつも、本件については、電気吸引器を採血に使用することが問題であったという点から、その操作を担当した看護婦を全面的に信頼することは許されないとし、医師の注意義務違反を認め、被告人に罰金5万円に処した。それに対し、検察側は量刑が軽すぎるとして控訴した。東京高裁は、「本件電気吸引器は、吸引、噴射の両機能を兼ね備えていて、採血にあたり誤って噴射に作動させれば、供血者の血管に空気が注入され、供血者に重大な危害が及ぶものであり、また、吸

引のための器具は、一応、噴射のための器具と外観上区別されているものの、その構造上、操作者が不注意により両者を取り違えることも十分に考えられる。」よって「医師がこれを採血の為に操作させるに際しては……看護婦が」上記の「過誤を犯さないように十分に注意、監督すべきであり、」医師である自覚があれば、容易に行うことが可能であり、行わざるを得ないものであった。「本件事故は、被告人とともに採血にあたった……看護婦のきわめて単純で、初歩的な過誤が直接の原因となって生じたものであるところ、医師が犯行に至るまでの間10回以上電気吸引器を使用する採血を行ったのに、その安全性についてまったく検討せず、漫然と看護婦にその操作を委ね切」っていた。「……被告人の行為は、人の信頼を受けて自己の責任において、その生命、健康を管理する医師として……過失は重大でなものであるといわなければならない」とした。このように、東京高裁は検察側の主張を認め、原判決を破棄し禁錮10年（執行猶予2年）を言い渡した。これについては、電気吸引器の確認自体を直接の視認によって容易にこれを行い得るものである以上、判決が言うように「信頼」云々以前の医師の自覚に帰する単純ミスというべきであり、医師には「信頼の原則」を適用することは値しない<sup>(30)</sup>と考えられる。一般に、医療機器は患者の生理又は病理現象などと密接に関連しており、その構造や人体に及ぼす影響を正確に把握又は予測しながら、適正にそれを使用するためには、医学全般にわたる知識と技能を必要とし、看護婦が習得したとされる知識と技術だけでは、通常は不十分ではなからうか。またその上で、医師が「診療の補助」として看護婦に当該機器を操作させる際には、原則として監督・指導を強め、特に本件のような、一歩誤ると患者に重大な危険が及ぶ恐れのあるときは、個別的・具体的・直接的な監督・指導をすることが必要であるという見解も存在する<sup>(31)</sup>。他方では、この判決を肯定する立場から、本件における医師の過失は、看護

婦に対する監督責任のみに尽きず、管理責任とでもいうべき自己自身の行為責任も含むのではないかという見解もある。つまり、「看護婦の操作に対する点検確認義務違反は監督責任の問題であり、それが医師の過失の内容をなすことはいうまでもないが、その他先の第二審判決がいうように、過去10回以上電気吸引器を採血に使用しながらその安全性にはついてまったく検討しようとせず、今回の採血にもそれを用いようとした、という点が過失の内容だとすれば、それはもはや監督責任ではなく、自己自身の行動と結びつく注意義務違反といわなければならない。管理過失を若干加味された監督責任が、本件における監督過失の実体とみるべきであろう」<sup>(32)</sup>。

〔第三期〕の昭和50～60年代における判例では、上記の〔第二期〕の議論から更に深化し、チーム医療が進行していく中で、医師と看護職の分業形態も確立されていく。特に、この時期から信頼の原則もまたチーム医療の領域に適用されてきたことは、従来の流れと大きく変化したところである。まず、かの有名な北大電気メス事件<sup>(33)(34)</sup>を概観する。

本件は、北海道大学付属病院において、手術に際し昭和37年1月頃から電気手術器を使用することがあったが、昭和45年7月17日に実施された動脈管開存症患者（当時2歳4ヶ月）に対する手術の際にも同器が使用された。同手術は、執刀医、指導医兼第1助手、第2助手、第3助手、麻酔医2名、看護婦3名の合計9名の立会いのもとに実施され、大手術の結果、胸部の手術自体は成功した。しかし、看護婦長から指名されて同器の係をしていた看護婦A（被告人）が、メス側のケーブルと患者の右足に装置した対極板側のケーブルとを相互に誤接続したため、手術中、対極板から異常な高周波電流が発生し、患者の右足部に熱傷を生じ右下腿部切断のやむなきに至ったというものである。

本件では、執刀医、及び看護婦Aが起訴された。札幌地裁は、電気メス器の接続の成否

の点検を補助的準備的作業と位置付け、「執刀医の立場からみて具体的な危険発生の予兆も認識されない」という観点から、医師が「慣行に従って看護婦にケーブルの接続を行わせ、自らその接続の成否を点検確認しなかったからといって、直ちにこれをもって刑事責任の前提としてよいほどの懈怠があったとみるのは相当でない」と判示し、看護婦Aのみを罰金5万円に処し、執刀した医師は無罪となった。この判決では、医師につき必ずしも「信頼の原則」が用いられた訳ではなく、端的にその予見可能性を否定し、過失犯成立を否定したものである。この判決に対し、看護婦Aでは弁護人から、執刀医に関しては検察官からそれぞれ控訴が為されたが、控訴審である札幌高裁は原判決を支持し、双方の控訴を棄却した。札幌高裁は、第一審よりも更に踏み込んだ判断を示している。すなわち、予見可能性に関し、危惧感といった抽象的予見可能性ではなく具体的な予見可能性を必要とする点、及び医師の過失を否定する論拠としてこの原則を採用したという点である。本件は、チーム医療の領域にこの原則の適用を認めたものとして、この結論を評価する論説は多岐にわたる。例えば、「信頼の原則」が適用可能な場合とは、分業ないし、役割分担が明確になっており、しかも監督者と被監督者との間に日常的に信頼の積み重ねがあり、実質的信頼関係が形成されていた場合であり、本件はそれを充足しているとするものがある<sup>(35)</sup>。これに対し、疑問をもつ見解も存在する。例えば、医師が補助者を信頼することが許される場合があるのは、医師が本来の職務である手術等に没頭しなければならないという事情があるためであって、この原則が適用されるのは主に手術中の医師に限られるべきであり<sup>(36)</sup>、また医療関係者相互間では、医師の適切な指導監督により、補助者の是正が可能な限り、この原則は適用されず、注意義務違反の責任は免れないという見解も存在する<sup>(37)</sup>。私は本件の場合に、ベテランではあるが、電気メスの操作に熟知していない看

看護婦を信頼してもよいのかどうかという点に疑問をもつのである<sup>(38)</sup>。「信頼の原則」の適用範囲や適用条件について依然として不明確な点が存在するといえよう<sup>(39)</sup>。

この事件を契機として、「信頼の原則」を肯定する事案が見受けられるようになってくるが、その後この原則が安易に肯定されていく訳ではない。例えば、看護婦歴15年のベテラン正看護婦であるX（被告人）が、手術中、執刀医（被告人）Yの指示を受け、麻酔薬ネオベルカミンSアンプルを注射器に吸引して医師Wへ手渡すところ、薬品ケースから静脈注射用止血剤トランサミンを誤って取り出し、その薬種、薬名の標示を確認しないまま注射器に吸引し、執刀医Wへ手渡した。その結果、執刀医Wはそのまま腰椎背髄腔内へ注射し、患者を痙攣、呼吸困難等に至らしめ窒息死させたという事案である。判決は、「医師として、同看護婦が吸入する薬液アンプルの薬種、薬名の標示を確認したうえ、注射器へ吸入させ、事故の発生を未然に防止すべき義務があるのにこれを怠った」として、両者をそれぞれ有罪とした。また、医師が准看護婦に満1歳の幼児に全身麻酔剤ケタラールを注射したところ、幼児が嘔吐し、嘔吐物の逆流により窒息死した事案につき、母親への絶食についての説明が不十分だったとして、医師の過失を肯定している<sup>(40)(41)</sup>。

最後に〔第四期〕平成の時代の判例である。この時代に入るとチーム医療における分業意識も、〔第三期〕と比べると格段に高まったといえよう。「信頼の原則」について争われた事案も見受けられるが、判例は、依然として慎重な態度は崩していないと考えられる。

例えば、脊髄造影剤取り違い致死事件である<sup>(42)(43)</sup>。本件は脊髄造影検査の際に、正看護婦が造影剤イソピストを注射筒につめて渡すよう医師（被告人）から指示を受けた。その際に、当該看護婦はアンプルの薬種・薬名の表示を確認せずに、誤って止血剤トランサミンSを注射筒に吸入し、医師に手渡した。医

師もまた、その表示を確認することなく患者の腰椎背髄腔内に注射して、患者を死亡させたものである。判決は医師の過失につき、「看護婦の交付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注意義務があるのにこれを怠った」とした。理論的には、過失の競合とされ、医師に対し罰金20万円、看護婦に対し罰金20万円の略式命令が言い渡された。本件は、〔第二期〕で論じた「誤ワクチン接種障害事件」と類似の事案である。判決は、このケースでもアンプルには薬種、薬名が記載されており、医師も容易にそれを確認できたという状況が存在したことから、看護婦が誤りなく、薬液を手渡すことであろうことについての信頼を認めることはできないとしたのである。仮に、薬剤の管理状態がしっかりしており、更にベテラン看護婦であれば、「信頼の原則」が適用可能であろうとする見解<sup>(44)</sup>も存在するが、医師にとって容易に薬液の確認が可能な状況が存在するのであれば、「ドクター優位」観点から、安易に「信頼の原則」を適用すべきではないであろう。また次のような事案もある。挿管麻酔器を使用し、全身麻酔を施して虫垂炎手術を終えた患者を麻酔状態から覚醒させる際に、麻酔医と執刀医とを兼ねていた医師（被告人）Yが、これを介助していた看護婦Xに、笑気ガスを停止し、酸素ガスを患者に吸入させるよう同麻酔器の操作を指示したものの、切開部の縫合に気を取られ、看護婦が適確に操作したことを自ら確認しなかった。他方、看護婦は、外来の診療開始時刻が迫っていることに気を取られ、酸素ガスを吸入させるべきを、同麻酔器の調整つまみを取り違えることにより、患者に笑気ガスのみを吸入させ、患者は酸欠状態に基づく低酸素脳症により死亡したという事案である<sup>(45)</sup>。本件では、医師は麻酔医を置かず、自らその地位も兼ねて手術を行い、当該指示を介助する看護婦に行ったのであるから、麻酔医を兼ねる執刀医としては、看護婦の誤操作による酸素欠

乏症等による事故を未然に防止すべき業務上の注意義務があるとして、被告医師、看護婦に各罰金 50 万円を言い渡した。本件においては、麻酔医の都合がつかず、執刀医が麻酔医を兼ねるという事案である。麻酔医としての注意義務も当然に執刀医に課されるのであるから、被告医師は、同麻酔器の確認義務を怠ってはならない。従って、このような結論は妥当であると考えられる<sup>(46)</sup>。

更に、横浜市立大学医学部付属病院「患者取り違い」事件<sup>(47)</sup>を概観する。まず、被告人 A は横浜市立大学医学部付属病院の第一外科部長及び同科内の心臓血管外科担当医師グループの指導者であり、被告人 B は、同第一外科の病棟主治医グループの長である。更に被告人 C は、同麻酔科医師であり、被告人 D は同第一外科病棟の看護婦、被告人 E は手術室の看護婦であった。各被告人は、平成 11 年 1 月 11 日同病院内において、同病院に入院中の患者 X（当時 74 歳）に対する僧帽弁形成、置換手術が同病院 4 階手術部 3 番手術室において、同様に同病院に入院中の患者 Y（当時 84 歳）に対する開胸生検・右肺上葉切除・リンパ節郭清の手術が同手術部 12 番手術室において予定されていることを認識していた。病棟看護婦 D は、同日午前 8 時 20 分ころから同 35 分までにかけて、患者 G、H を上記病棟から同病院 4 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あたり、時間的に遅滞なく手術予定患者を引き渡す必要上、両患者を同時に搬送したのに、上記交換ホール到着時に患者兩名の姓を同時に告げる等したが、同交換ホール内の患者受付窓口で 1 人目の患者 X を引き渡した際、手術室看護婦 E が同患者の氏名を了知したものだと思い、それ以上に手術室看護婦 E に対して同患者の氏名が確実に了知されるよう伝えなかった。更に、E から患者 X に引き続いて患者 Y を引き渡すよう指示されて漫然とこれに従い、患者 X のカルテ等を同患者の手術介助看護婦に引き渡さない間に、2 人目の患者 Y をその氏名等を伝えることな

く上記患者受付窓口で手術室看護婦 E に引き渡した。その直後、両者と面識のない手術室介助看護婦に、単に姓のみで両患者を特定して、患者 X は患者 Y の予定する手術室へ、患者 Y は、X の予定する手術室へそれぞれ搬送された。執刀医 A は、患者 X 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あたり、執刀前に手術室内で実施した経食道心エコー検査において、本来本執刀の対象となるはずの異常が患者 Y には見当たらないにもかかわらず、患者の同一性認識の手段を全く講ぜず、患者 Y を X であると誤信したまま僧帽弁形成手術を継続し、患者の取り違いを連絡する機会を失わせた。執刀医 B は、患者 Y 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あたり、同一時刻に複数の患者に対する手術が予定されていることを認識していたにもかかわらず、状況に応じた患者の同一性を認識する措置を怠り、X に対する執刀を開始した。執刀開始後においても、本来本執刀の対象となるはずの異常がなく、それまでの所見との変化に疑問を抱いたものの、患者の同一性につき再確認の手段を講ずることなく、X を Y と誤信したまま開胸生検の手術を継続し、Y の現在する 3 番手術室に患者の取り違いを連絡する機会を失わせた。同麻酔科医 C は Y 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、同一時刻に複数の患者に対する手術が予定されていることを認識していたにもかかわらず、12 番手術室に Y に対する手術に関与するにあたり、同手術室に搬送された X をその同一性を十分に認識することなく、姓による声かけ等をしたのみで、Y と怪信し、背中に貼られていたフランドルテープ（心臓疾患患者用の経皮吸収型心疾患治療剤）をはがし、手術痕が見当たらない理由を確認することなく、患者の同一性に疑問を抱かないまま X に麻酔を導入、且つ継続し患者の取り違いを連絡する機会を失わせた。最終的には、上記 5 名のほか、G 麻酔科医師 F が業務上過失傷害罪



で起訴された。第一審である横浜地裁は、被告人A、B、C、D、Eについて、それぞれ業務上過失傷害罪をそれぞれに認め、「過失の競合」としてこれを処理した<sup>(48)</sup>。被告人Fについては無罪となった。すなわち、Fは、高齢とはいえ、しっかりしている手術台上のYに対し、麻酔のための意識状態を確認するため、「Xさんおはようございます」とXの姓を口にして何度か声がけを実施しており、その都度Yからはそれに相応した返事を得ており、応答内容に不自然さは感じられず、他の手術室看護婦の声がけにも異常は感じられないということからも裏付けられるとする。更に、Fは患者同一性について疑義を提起したのにもかかわらず、それを重大に受け止めず、排斥した他の在室者の罪が問われず、相当な努力をしたFについて、注意義務が問われることは過酷過ぎて賛同できないとするものである。それに対し、第二審である東京高裁は、原判決を破棄して被告人A、B、C、D、Eを各50万円の罰金に処し、無罪であったFについて、罰金25万円の有罪にした。Fについては、患者の同一性に疑念が生じた後においても、他の医師等にもそれを告げ、電話により介助担当看護婦を介して病棟看護婦にXが手術室に搬入されたかの問い合わせはしたが、他の医師には取り合ってもらえず、同病棟からXは搬入完了の旨の電話回答を受けただけであるのに、その身体的特徴を確認する等の措置を採ることなく当該手術室内の患者をXであると軽信してYに麻酔を継続すると共に、Xの現在する12番手術室に患者の取り違えを連絡する機会を失わせたという点に過失を認めている<sup>(49)</sup>。いずれにしても、過失の競合として本事案は処理されている。本件については、例えば、因果関係の認定、過失の共同正犯の成否等、その論点は多岐にわたるが、「信頼の原則」についてもその論点の一つである。本件では、「患者の同一性」という観点で、北大電気メス事件とは一線を画すものである。北大電気メス事件では、電気メス器のプラ

グ接続の取り違えという、準備的作業のミスであるが故に、分業として看護婦のみにその責任が認められた。本件では、患者の同一性を再確認することもなく、そのまま手術が実行されたことが原因となってこの結果が生じた。そもそも患者の同一性は、その手術に直接的に関わる医師は当然のこと、麻酔医、看護婦等も全員で自ら確認すべき事項であろう<sup>(50)</sup>。よって、判例の立場からも「信頼の原則」は適用できないものとする<sup>(51)</sup>。

### 三 むすびにかえて

以上のように、判例のチーム医療の領域における「信頼の原則」の適用は、慎重に行われていると考えられる。現在、医療というものが、医療共同従事者の責任分担と協力によって支えられている現状は無視することはできないが、ドイツの交通事故判例において形成展開されてきた「信頼の原則」が、分業と共同が必要な領域では、どこでも妥当すべきであり、医療の場でも同様に認められるべきであるというのは、当然に見解が相違するであろう。

ただ、共同従事者への信頼があれば、直ちに注意義務違反が排除されるという見解がまかり通ってしまえば、信頼の原則の理論が、情緒的に表現すれば強者の論理であり、末端の担当者に厳しく、管理部門に対し安易なものであるという批判<sup>(52)</sup>を真っ向から受けることになる。現に、この領域における「信頼の原則」の積極的な適用を主張する立場は、当然のことながら、一定の場合にその適用を認めようとする。積極説の問題関心は、他の共同者への信頼をどの範囲で承認するかである。

その中で、最も積極的に「信頼の原則」の適用を承認するのは、特に西原博士及び米田弁護士である。西原博士は、複数の「加害者」間に一定の信頼関係があり、その信頼が相当な場合、すなわち、「被監督者が、適切な行動をとるであろう」という監督者の信頼が当該

状況におかれた一般人の立場からみて相当と思われる場合には、たとい自然事実的には予見可能性が肯定されるとしても、刑法的には予見可能性がなかったものとして、これを過失責任から解除すればよい」とする。これは、従来道路交通の分野で発展してきた「信頼の原則」を応用して、監督者—被監督者の関係が問題となる医療事故、食品・薬品製造に伴う事故、建設工事や工場・事業所における災害について適用可能であると主張する<sup>(53)</sup>。他方、米田弁護士は、「信頼の原則」の実際の内容は医療行為の場面ごとに異なり得るとし、信頼の許容範囲は、医師が主宰している医療活動が必要とする補助作業の内容や補助者の資格・能力等、共同作業態勢を踏まえて総合的に決定されるとした上で、「作業分担が医療関係資格制度が前提とする合理的範囲にとどまり、補助者が実績を重ねた有能な有資格者で、補助作業が容易で危険性が低く、過誤防止態勢が整備されているなどの条件が整えば整うほど信頼許容範囲は広がると考えてよい。逆に、「その信頼も途中で異常な徴候が現れるなど信頼を揺るがす事情が出現すれば許容範囲が狭まるという」ことになると主張する<sup>(54)</sup>。

両者に対し、以下のような批判が為されている。すなわち、西原博士は、「信頼の原則」を事実的自然的予見可能性の中から刑法的な予見可能性を選び出すための原理<sup>(55)</sup>と考えられているが、「限定基準であるはずの『信頼の相当性』という概念自体が非常に曖昧である」<sup>(56)</sup>という批判である。また、米田弁護士の「その信頼も途中で異常な徴候が現れるなど信頼を揺るがす事情」、つまり、「『特別の事情』の判断構造が不明確のため、その事情の検討が厳密さを失うとき真実の刑事責任の所在を隠す役割さえ果たしかねない」<sup>(57)</sup>というものや、更に、米田説は、実際のところ「規範的・価値的スクリーンを通じて信頼の原則を選別しているので、その意味では『信頼の相当性』を重視する西原説と類似性をもつ」<sup>(58)</sup>という批判が為されている。実際上、

「信頼の原則」という概念自体が、非常に規範的・価値的な概念であり、更に実際生活上の当事者間の「信頼」というものもまた、非常に強い価値性を帯びていると考えられる。それゆえ、判断基準の曖昧さは、拭いきれないであろう。積極説は、このような批判を浴びながらも、その過失犯論の理論構成は違えず、賛同者を得ていることは事実である<sup>(59)</sup>。そこで、「信頼の原則」を認めるために、その「原則性」を強調するのではなく、むしろ「例外則」という形で慎重に運用しようとするのが、甲斐教授である<sup>(60)</sup>。すなわち、分業の確立と業務分担者の専門能力を前提とした上で、例えば医師と看護婦との関係において、看護婦がベテランであるのか否か等といった形式業務分担という側面にとらわれることなく、両者の間に結果回避（治療の成功）に向けた日常的な信頼関係の積み重ねがあったかどうかという観点から検討すれば足りる。もちろんこのような実質的信頼関係は、行為時点まで継続している必要があり、行為時点までにその信頼関係を破綻せしめるような事態が発生していて監督者がそれを認識していた場合には、「信頼の原則」は適用できなくなるとするものである。この見解は、上記の西原・米田説の欠点を克服し、個別事情を具体的に考慮することにより、その判断基準を明確化することを意識したものとしては評価できよう。

しかし、そもそも「信頼の原則」というものは、元来、道路交通における円滑で迅速、且つ安全な交通秩序の確立という公共の利益と道路を多目的で共通に利用する個人的な利益との利益衡量の原則に還元されるものである。専ら患者に対する有効・安全な医療を提供する共通の目的をもつ集団内に分業の原理としてもそのまま妥当するかどうかは、なお厳密な検討を要するのではなからうか<sup>(61)</sup>。また、「信頼」という概念の構造を分析してみても、積極説の理解する信頼関係形成の側面が存在することは当然承認し得る。

しかしながら、実際上の信頼関係形成構造

は、そのような側面が存在するにすぎないのであろうか。例えば、実際の私生活において、複数の者が共同して作業を行う場合、よからぬ結果を惹起させないために、互いの欠点を補い合って、より好ましい結果へと結び付けることはよくあることである。このことは、一般的な会社勤務であっても存在することであらう。思うに、この心理状態は、その職務或いは業務の責任が高次であれば高次であるほど、人を動機付けてゆくものではなかろうか。であれば、人命を預かる医療現場でも、このような事情は、正に存在し得るものと考えられる。従って、積極説の理解する「信頼の原則」の「信頼」側面と私の指摘した「信頼」の側面が、いわば混在して存在するものが、「信頼」関係というものの実体にはほかならないのではなかろうか。他方で当然のことであるが、私見の「信頼」関係の側面は、厳格な分業的共同作業形態というものの希薄化を招来する可能性ある。そうであれば、このような「『信頼』の原則」という不明確な概念は、承認し得ない。従って、一般的に医師と患者との間にはこの原則の適用の余地はないものとし、医療関係は相互間では、医師の適切な指導監督により補助者の是正が可能な限り、この原則は適用されず、注意義務違反の責任は免れないとする見解<sup>(62)</sup>は傾聴に値する。結局、この原則の概念の規範性・価値性の強さ故の結論である。

その他、「信頼の原則」の適用を僅かに承認するものとして、植松博士と町野教授が存在する。植松博士は医師と看護婦との関係において、看護婦については補助者として軽い作業に関して極めて限局された信頼が許されるとし<sup>(63)</sup>、町野教授は、「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らう」とする<sup>(64)</sup>。両者の見解は、チーム医療の領域から、「信頼の原則」の適用を出来るだけ排除し

ようという方向性には賛同し得る。しかし、特に後者については、なぜ「手術中の医師に限って信頼の原則が認められるのかが不明である。現にこの見解に対して、特に手術は執刀者が手術作業への注意集中が求められる場面であるために、執刀医の信頼の許容範囲を広げる実的な必要性も高いのは事実であるが、それは執刀医を介助・監督する医師も同様であるとの疑問も提起されている<sup>(65)</sup>。

以上のように、私はチーム医療における信頼原則の適用について、消極的な見解を支持する。その意味で、判例の慎重な態度もまた、好ましい方向性を示している。しかし、上述のように積極説からも数々の批判が向けられていることも事実である。これに関しても、今後検討しなければならないし、更なる具体的な論理の構築も必要であると自覚している。

#### 註

- (1) いわゆる「医事刑法学」に関する文献として、甲斐克則『医事刑法への旅Ⅰ（新版）』（2006年・イウス出版）、同『安楽死と刑法』（2003年・成文堂）、加藤久雄『ポストゲノム社会における医事刑法入門（新訂・補正版）』（2005年・東京法令出版）、齋藤誠二『医事刑法の基礎理論』（1997年・多賀出版）、田中圭二『法医学と医事刑法—法学部生のために—』（2002年・成文堂）、飯田英男・山口一誠『刑事医療過誤』（2001年・判例タイムズ社）、中谷瑠子『21世紀につなぐ生命と法と倫理』（1999年・有斐閣）、同『続・21世紀につなぐ生命と法と倫理』（2001年・有斐閣）、中山研一『脳死・臓器移植と法』（1989年・成文堂）、中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例（第2版）』（1993年・成文堂）、米田泰邦『医療行為と刑法』（1985年・一粒社）等多数、その他多数の論文が執筆されている。
- (2) この定義は、西原春夫『交通事故と信頼の原則』（1969年・成文堂）7頁の典型的な従来の自動車事故としての定義を、一般的な用語に変更したものである。
- (3) 西原春夫 前掲書 前註(2)『交通事故と信頼の原則』329頁以下参照。
- (4) Hans Welzel, Das Deutsche Strafrecht, 11.

- Aufl.,1969, S. 134.; Günter Stratenwerth, Arbeitstellung und arztliche Sorgfaltspflicht, Festschrift für Eberhard Schmid zum 70. Gedurtstag, 1971, S.383 ff.; Claus Roxin, Strafrecht Allgemeiner Teil, Band 1 3.Aufl.,1997, § 24 A II Rdn.25.; § 24A II Rdn25.; Schönke/Schröder/Crammer/Strenberg-Lieben, Strafgesetz, Kommenter, 27, Aufl., 2006, Rdn.152 vor § 15.
- (5) 本章では特に、中山研一＝泉正夫編 前掲書前註(1)、萩原由美恵「チーム医療と信頼の原則(一・二完)」上智法学論集49巻1・2号(2005年)甲斐克則 前掲書前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』を大いに参考にさせて頂いた。
- (6) 飯田英男・山口一誠 前掲書前註(1)、前田雅英「医療過誤と過失犯の理論」唄孝一編『医療と法と倫理』(1983年・岩波出版)。
- (7) 大谷実『医療行為と法』(1985年・成文堂)。
- (8) 萩原由美恵 前掲論文(一・二完)前註(5)。
- (9) 甲斐克則 前掲書前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』113頁以下。
- (10) 大判大正6・12・3刑録23輯1480頁。
- (11) 大判昭和13・10・14刑集17巻759頁。
- (12) 大阪高判昭和26・12・10高刑集4巻11号1527頁。
- (13) 広島高判昭和32・7・20、高裁判事判決特報4巻追録699頁。
- (14) この判決は、医師にとって過酷過ぎるのではないかという見解も存在する。井上正治『判例にあらわれた過失犯の理論』(1959年・酒井書店)134頁以下参照、甲斐克則 前掲書前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』117頁以下。
- (15) 拙稿「いわゆる『チーム医療』における過失共同正犯論の現状」桐蔭論叢15号(2006年)117頁以下参照。
- (16) 旧保健婦助産婦看護婦法5条参照(現保健師助産師看護師法)、萩原由美恵 前掲論文(二)前註(5)52頁以下。
- (17) 西原春夫「西ドイツにおける過失交通事犯」刑法雑誌10巻2号(1960年)222頁以下参照、同 前掲書前註(2)『交通事故と信頼の原則』所収。
- (18) 最判昭和41・12・20刑集20巻10号1212頁。
- (19) 東京高判昭和41・3・25判例タイムズ191号198頁。
- (20) 宮崎地判南支判昭和44・5・22刑事裁判月報1巻5号535頁。
- (21) 名古屋地判昭和43年4月30日下刑集10巻4号412頁。
- (22) 本件を取り扱う評釈及び論文としては、松倉豊治「ワクチン誤認接種による集団障害事件例—看護婦等の一体性と信頼の原則—」判例タイムズ340号(1977年)60頁、石原明「注射・予防接種と過失」中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例(第2版)』(1993年・成文堂)86頁、萩原由美恵 前掲論文(二・完)前註(5)60頁、甲斐克則 前掲書前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』119頁等々。
- (23) 現行の予防接種法第3条1項は、予防接種の実施について、「市町村は、……当該市町村の区域内に居住する者であって政令で定める者に対し、保健所長の指示を受け、期日又は期間を指定して予防接種を行わなければならない」と規定している(著者省略)。旧予防接種法においても同様の趣旨である。
- (24) 石原明 前掲論文前註(22)86頁。
- (25) 萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5)60頁。
- (26) Günter Stratenwerth, aa.O., S.383 ff.
- (27) 甲斐克則 前掲書前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』119頁。
- (28) 千葉地判昭和47年12月22日刑事裁判月報4巻9号1539頁、東京高判昭和48年5月30日刑事裁判月報5巻5号942頁、判例時報713号133頁、最判昭和49年3月20日(公判物未登載)。
- (29) 本件を取り扱う評釈及び論文としては、宇津木伸「千葉大採血ミス事件」ジュリスト医事判例百選96頁以下、西原春夫「監督責任の限界設定と信頼の原則(下)」法曹時報30巻3号377(13)頁以下、田中圭二「輸血と過失」中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例(第2版)』(1993年・成文堂)139頁以下、萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5)50頁、甲斐克則 前掲書前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』119頁等多数。
- (30) 松倉豊治 前掲論文前註(22)64頁、萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5)52頁。
- (31) 田中圭二 前掲論文前註(29)138頁以下。
- (32) 西原春夫 前掲論文前註(29)379(15)頁。
- (33) 札幌地判昭和49年6月29日(控訴)、判例時報750号29頁、札幌高判昭和51年3月18日判決(棄却自判・確定)、高刑集29巻1号78頁、判例時報820号36頁、判例タイムズ336号172頁。
- (34) 本件を取り扱う評釈及び論文としては、内田文昭「医療行為の分担と過失犯の成否」ジュリスト427号(1969年)38頁以下、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(1974年)72

- 頁以下、米田泰邦「医療過誤における未知の事故とチーム医療における医師の刑事責任」判例タイムズ 315・316号(1975年)所載、同「刑事過失の限定法理と可罰的監督義務違反」判例タイムズ 342・345・346号所載、中谷瑠子「過失犯における予見可能性と信頼の原則」ジュリスト 590号(1975年) 135頁以下、福田平「電気メス器過誤事件」ジュリスト医事判例百選 132頁以下、飯田英男「チーム医療における未知の危険と過失犯の成否—北大電気メス控訴判決—」研修 347号(1977年) 63頁以下、同「北海道大学電気メス事件」ジュリスト医療過誤判例百選(第2版) 50頁、西原春夫 前掲論文 前註(29) 379(15)頁以下、真鍋毅「予見可能性の意義」ジュリスト刑法判例百選Ⅰ総論(第2版) 148頁以下、平良木登規男「予見可能性の意義」ジュリスト刑法判例百選Ⅰ総論(第4版) 108頁以下、井田良「予見可能性の意義(1)」ジュリスト刑法判例百選Ⅰ総論(第5版) 100頁以下、中山研一＝泉正夫編 前掲書前註(1)所収、泉正夫「北大電気メス事件の実像と虚像」中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例(第2版)』(1993年・成文堂) 309頁以下、萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5) 53頁以下、甲斐克則 前掲書 前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』121頁。等多数。
- (35) 甲斐克則 前掲書 前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』123頁。甲斐克則『責任原理と過失犯論』(2005年・成文堂) 200頁、萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5) 56頁。
- (36) 町野朔 前掲論文 前註(34) 78頁。
- (37) 飯田英男『法務総合研究所編・医療過誤に関する研究』(1974年・法曹会) 24頁以下。
- (38) 飯田英男 前掲書 前註(37) 24頁以下。また本件を含め、信頼の原則の適用に疑問をもつものとして、土本武司『過失犯の研究』(1986年・成文堂) 138頁以下。
- (39) その他の無罪判決については、特に注意義務論に関して議論されているものは非常に少ない。釧路地判昭和 52・2・28 刑事裁判月報 9巻 1＝2号 82頁は、開腹手術にて鉗子を体内に残したと患者の死亡との因果関係が争われ、「疑わしきは被告人の利益に」の原則から無罪としている。また、浦和地判昭和 60・3・8 判例タイムズ 678号 61頁は、電気吸引器の噴射用管と吸引用管の誤接続が原因で、胃内に空気を噴射させ患者を死亡させた事案で、ここでも因果関係を否定している。
- (40) 前橋地太田支判昭和 51・10・22 判例タイムズ 678号 59頁。
- (41) この時期から略式命令の有罪判決が目立つようになる。例えば、福島簡判昭和 52・2・18 判例時報 858号 130頁、東京地判昭和 62・6・10 判例タイムズ 644号 234頁等多数。
- (42) 花巻簡略式平成 2年 3月 30日判例タイムズ 770号 77頁。その他、福岡高宮崎支判平成 2・9・13 判例タイムズ 770号 76頁等多数。
- (43) 本件を取り扱う評釈及び論文としては、松宮孝明「診療行為と過失」中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例(第2版)』(1993年・成文堂) 62頁、石原明 前掲論文 前註(22)、萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5) 59頁以下等。
- (44) 萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5) 60頁。
- (45) 千葉簡略式平成 10・7・10 判例タイムズ 1035号 59頁。
- (46) 萩原由美恵 前掲論文(二完)前註(5) 63頁。
- (47) 甲斐克則 前掲書 前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』132頁以下に本判決の詳細が検討されており、大いに参考にさせて頂いた。第1審判決については、横浜地裁平成 13・9・20 判例タイムズ 1087号 296頁、第2審判決は、東京高裁平成 15年・3・25 判例集未掲載である。なお、大塚裕史「チーム医療と過失犯論」刑事法ジャーナル 3号(2006年) 15頁以下も参照。
- (48) ちなみにその量刑は、Aは罰金 50万円、Bは罰金 30万円、Cは罰金 40万円、Dは罰金 30万円、Eは禁固 1年執行猶予 3年とした。
- (49) 甲斐克則 前掲書 前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』143頁参照。被告人 F に関しては、仮に注意義務違反を認めたととしても、その量刑は酷であると考える。
- (50) 甲斐克則 前掲書 前註(1)『医事刑法への旅Ⅰ』144頁。
- (51) なお、本件の判例評釈として、信頼の原則の観点からではないが、小名木明宏「過失の競合と過失の共同正犯」判例評論 533号(2003年) 37頁以下参照。
- (52) 井上祐司『刑事判例の研究(その二)』(2003年・九州大学出版) 420頁。
- (53) 西原春夫 前掲論文[下]前註(29) 393(29)頁以下参照。
- (54) 米田泰邦「手術と刑事責任」中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例(第2版)』(1993年・成文堂) 211頁。
- (55) 西原春夫『刑法総論』(1978年・成文堂) 180頁。
- (56) 甲斐克則『責任原理と過失犯論』(2005年・

- 成文堂) 109 頁。
- (57) 井上祐司 前掲書 前註 (52) 420 頁、甲斐克則 前掲書 前註 (56) 『責任原理と過失犯論』111 頁。
  - (58) 大塚裕史「監督過失の限界設定と信頼の原則 (上)」早大大学院法研論集 48 号 (1988 年) 82 頁、甲斐克則 前掲書 前註 (56) 『責任原理と過失犯論』110 頁。
  - (59) 内田文昭 前掲論文 前註 (34) 44 以下、福田平 前掲論文 前註 (34) 122 頁、松倉豊治 前掲論文 前註 (22) 65 頁等。
  - (60) 甲斐克則 前掲書 前註 (56) 『責任原理と過失犯論』111 頁、同「管理上の過失」中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例 (第 2 版)』(1993 年・成文堂) 290 頁、292 頁、萩原由美恵 前掲論文 (二完) 前註 (5) 66 頁以下。
  - (61) 中谷瑾子 前掲論文 前註 (34) 139 頁。
  - (62) 飯田英男・『医療過誤に関する研究』(法曹会・1974 年) 24 頁以下。
  - (63) 植松正『再訂 刑法概論 I 総論 (第 8 版 [再訂版])』(1974 年・勁草書房) 99 頁。
  - (64) 町野朔 前掲論文 前註 (34) 78 頁。
  - (65) 米田泰邦「手術と刑事責任」中山研一＝泉正夫編『医療事故の刑事判例 (第 2 版)』(1993 年・成文堂) 211 頁。