

日医総研ワーキングペーパー

No. 93

平成16年1月20日

日医総研

前田 正一（委託研究員）

医療事故刑事責任に関する研究

(日医総研 委託研究員) 前田 正一

キーワード

医療事故の刑事責任

禁固刑が科された 10 の事件について未然防止に向けた考察

医療事故の刑事処分の厳罰化についての考察

ポイント

刑事事件にまで至った医療事故については、判決書を分析して、重大な事故の発生を未然に防止するための方策を早急に講じる必要がある。

医療の高度化に伴い医療事故が増大しているとの指摘が多い。医療事故民事訴訟の件数は増加している。医療事故刑事訴訟の件数は昭和 49 年から平成 10 年までの 25 年間の実績をみると、年を追う毎に医療事故刑事裁判の起訴件数が増加する、あるいは、特定の医療過誤類型が増加するなどの傾向は見られない。

業務上過失致死で起訴された医師の刑事事件の場合は、94%の事件において有罪判決が下され、量刑は有罪判決の 19%に執行猶予付の禁固刑が科せられている。

医療事故刑事処分の厳罰化については、犯罪防止機能の有効性への疑問ばかりでなく、いくつかの弊害があり、慎重な議論が必要。

はじめに

近年、医療事故事件が頻繁に報道され、医療事故民事訴訟も増加の一途をたどっている。こうした医療事故の民事裁判については、これまで、新規提起数等、裁判の状況が、最高裁判所事務総局により、数量的に明らかにされてきた。また、判決書を用いた、事故防止についての考察も、多くの研究者により行われてきた。その一方で、刑事裁判については、その状況が数量的に明らかにされることはなく、また、刑事判決書を用いた事故防止のための考察も、ほとんどなされてこなかった。しかし、重大な過失により重大な結果が発生した場合に、その事故が刑事事件として立件されるとすれば、民事判決書よりも前に刑事判決書を分析し、そうした重大な事故を防止するための方策を早急に講じなければならないと思われる。そこで、まず医療事故の刑事責任の概要を記した上で（第1稿）、刑事裁判の状況を明らかにし、次に判決書を用いて医療事故の未然防止に向けた若干の考察を行う（第2稿）。

ところで、ここ数年、医療事故の刑事捜査が、これまで以上に行われるようになってきている。こうした状況の中で、医療事故に対し刑事責任を追及することの是非についても、議論がなされつつある。もちろん、その内容を見ないままに、医療事故であるということのみをもって、それを刑事訴追の対象から外すことは相当ではない。しかし、医療に対する国民の不信が高まる中で、世論に喚起される形で、刑事起訴が行われることになれば、それは問題である。そこで、第3稿において、医療事故に広く刑事責任を追及することの是非について、その機能等に注目しながら、若干の考察を行う（第3稿）。

これまで、医療事故の刑事責任については、必ずしも十分な議論がなされることはなかったが、今後は、ますますその多角的な検討が必要になるものと思われる。本研究組織も、継続研究を行う予定であるが、そうした意味において、本稿が今後の議論の端緒になれば幸いである。

なお、本研究は、下記に示す研究組織により行われた。

平成 16 年 1 月

日本医師会総合政策研究機構
委託研究員

前 田 正 一

研究組織

（代表研究者）

前田正一

九州大学大学院医学研究院医療ネットワーク学講座・助手

日本医師会総合政策研究機構委託研究員

（分担研究者）

坂本典子

九州大学大学院医学研究院医療ネットワーク学講座・客員研究員

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院・医師

（協力研究者）

塩塚康子

九州大学医学系学府 専門大学院・院生（診療情報管理士）

松原紳一

九州大学医学系学府 専門大学院・院生（医師）

目次

第1稿：医療事故の刑事責任

第2稿：医療事故刑事裁判の状況と医療事故の未然防止にむけた考察 過去25年間の
刑事判決から

第3稿：医療事故の刑事処分 厳罰機能の無効性と厳罰化の弊害

(第1稿)

医療事故の刑事責任

前田正一

1.はじめに

医療事故が発生した場合、事故を誘発した医療従事者が問題にされる法律上の責任として、民事責任、刑事責任、行政上の責任がある。本稿は、続く2稿において論を進めるにあたり、医療事故の刑事責任について、まずその内容を示すものである。

2. 医療事故を誘発した医療従事者が問題にされる刑事責任

(1) 刑法 211 条前段 (業務上過失致死傷)

医療事故に伴って患者が死亡し、あるいは傷害を負った場合、その事故を誘発した医療従事者は、刑法 211 条前段 (業務上過失致死傷) が問題にされる。つまり、5年以下の懲役若しくは禁固又は 50 万円以下の罰金に処罰される可能性がある。

刑法 211 条前段 業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5 年以下の懲役若しくは禁固又は五十万円以下の罰金に処する。

1) 「業務上」を理由とする刑の加重

この業務上過失致死傷罪は、「業務上」を理由として、過失傷害罪および過失致死罪に比べてその刑が加重されている。

刑法 209 条 1 項 過失により人を傷害した者は、30 万円以下の罰金または科料に処する。

2 項 前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

刑法 210 条 過失により人を死亡させた者は、50 万円以下の罰金に処する。

2) 親告罪

また、過失傷害について規定する 209 条の 2 項では、告訴がなければ公訴を提起できないことが述べられている。しかし、同様の規定は、211 条にはない。このため、患者に生じた結果が「傷害」であっても、医療事故の場合には、検察官は、告訴なしに事故を誘発した医療従事者を起訴することができる。

3) 構成要件

前記のように、刑法 211 条前段は、「業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5 年以下の懲役若しくは禁固又は五十万円以下の罰金に処する」と規定している。

業務

ここでいう「業務」とは、人が社会生活上の地位に基づき反復継続して行う事務で、かつ人の生命身体に危害を加えるおそれのあるものとされている（最高裁判所昭和 33 年 4 月 18 日判決）。この業務には、違法なものも含み、例えば無免許医業も、この「業務」となる。

「業務上必要な注意を怠り」

この「業務上必要な注意を怠り」とは、基本的には、民事における過失ある医療行為と同様である。ただ、民事上の過失と刑事上の過失の相違についての議論はさまざまなされている。

* 医療事故と信頼の原則

ところで、最高裁判所も採用した刑法理論の一つに「信頼の原則」がある。共同行為者は適切な行為をするだろうと信頼するのが相当である場合には、たとえ共同行為者が不適切な行為をし、そのことが原因となって犯罪結果が生じても、それに対して刑事責任を負わないですむというものである。

例えば、看護婦が誤接続した電気手術器を執刀医がそのまま使用した結果、患者に傷害を負わせた事件において、札幌高等裁判所昭和 51 年 3 月 18 日判決（判例時報 750 号 29 頁）は、次のように述べている。

「ケーブルの誤接続のありうることについて具体的認識を欠いたことなどのため、右誤接続に起因する傷害事故発生の予見可能性が必ずしも高度のものではなく、手術開始直前に、ベテランの看護婦である被告人（略）を信頼し接続の正否を点検しなかったことが当時の具体的状況のもとで無理からぬものであったことにかんがみれば、被告人（略：執刀医）がケーブルの誤接続による傷害事故発生を予見してこれを回避すべくケーブル接続の点検をする措置をとらなかつたことをとらえ、執刀医として通常用いるべき注意義務の違反があったものということとはできない」

「よって人を死傷させた者」

- 死傷結果の発生、死傷結果と業務上の過失との因果関係

刑法 211 条により、事故を誘発した医療従事者を犯罪者として処罰するためには、死傷という結果が発生し、かつそれが業務上必要な注意を怠ったことにより発生して

いなければならない。つまり、死亡や傷害といった「結果の発生」、発生した結果と業務上の過失との「因果関係」が必要である。

この刑法上の因果関係は、自然科学における因果関係とも、また、民法における因果関係とも一致するものではなく、刑法上、処罰に値するかどうかという価値判断を含むものである。

この因果関係については、いくつかの学説があるが、現在では、一般人の社会生活上の経験に照らして、通常その行為からその結果が発生することが相当と認められる場合に因果関係の存在を認めるといふ、相当因果関係説が有力である。

釧路地方裁判所昭和 52 年 2 月 28 日判決（判例時報 858 号 115 頁）

この事件は、患者が食道下部狭窄筋層切開術を受けた約半年後激痛を訴えて別病院に入院したが死亡し、火葬の際焼骨の中からケリー鉗子が発見されたというものである。この事件においては、死因とされた急性膵臓炎（膵臓壊死）が鉗子による刺激のためかどうかが争われたが、釧路地方裁判所は次のように判事した。

「本件鉗子が生前（患者）の膵臓に刺激を与えたか否かの点については、これを認めるに足りる証拠はなく、いずれも推測の域を出ないものというべきである。・・・（よって）本件鉗子の存在と（患者）の死因との間に因果関係を肯定するにはなお合理的な疑問が残るといわなければならないが、本件において、民事責任を追求することはともかくとして、前記疑問が合理的に払拭しきれない以上、疑わしきは被告人の利益に従うという刑事裁判の基本原則に照らし、右因果関係を認定することは些か躊躇せざるを得ないところである。」

*

いま、医療事故を誘発した医療従事者が、刑法 211 条前段（業務上過失致死傷）を根拠に、処罰される可能性があることを述べた。しかし、ある医療を実施するに当たり、その医療行為が正当でない医療行為だと医療従事者自身が認識し、そして、その行為によって死という結果が生じることを具体的に認識している場合、殺人罪を問題にされることがある。医療事故とは性格が異なるが、安楽死の場合などがその典型である。

3. 医療事故に関するその他の刑事責任

- 刑法 104 条（証拠隠滅）、刑法 160 条（虚偽診断書等作成） -

医療事故が発生した場合、刑法 211 条前段（業務上過失致死傷）が問題になる可能性があるが、そればかりではなく、医療事故の発生に伴い刑法 104 条（証拠隠滅等）

や刑法 160 条（虚偽診断書等作成）が問題になる場合がある。

（ 1 ）刑法 104 条（証拠隠滅等）

医療事故が発生した場合、「他人の」刑事事件に関する証拠を隠滅等した場合には、刑法 104 条に基づいて処罰される可能性がある。自分の刑事事件に関する証拠を隠滅しても、その行為は処罰の対象とはならない。期待可能性の少なさなどがその理由とされている。

刑法 104 条：他人の刑事事件に関する証拠を隠滅し、偽造し、若しくは変造し、又は偽造若しくは変造の証拠を使用した者は、2 年以下の懲役又は 20 万円以下の罰金に処する。

刑事事件

「刑事事件」には、捜査中の被疑事件、将来被疑事件となる可能性のあるものも含む。また、この刑事事件が、最終的に有罪事件になるものかどうかは問われない。

証拠

「証拠」とは、刑事事件の処理に関するすべての資料である。証人や参考人も含まれる。

隠滅・偽造・変造

「隠滅」とは、証拠を滅失させたり、隠したりする行為である。証人を逃避させる行為も隠滅になる。

「偽造」とは、不真正な証拠を作成させる行為である。

「変造」とは、真正な証拠を加工する行為である。

偽造・変造証拠の使用

「偽造・変造証拠の使用」とは、偽造・変造証拠と知りながら、それを捜査機関や裁判所に対し、真正の証拠として使用する行為である。

（ 2 ）刑法 160 条（虚偽診断書等作成）

刑法 160 条 医師が公務所に提出すべき診断書、検案書又は死亡証書に虚偽の記載をしたときは、3 年以下の禁固又は 30 万円以下の罰金に処する。

医師は、公務所に提出すべき診断書、検案書又は死亡証書に虚偽の記載をしたとき

は、3年以下の禁固又は30万円以下の罰金に処せられる。この際、公務所に提出されることを医師が知っている必要があり、また、その公務所とは、官公庁その他公務員が職務を行う所（刑法7条）を意味している。裁判所も、当然、これに含まれる。

なお、本条が規定する行為を行った者が公務員である場合には、その者は、刑法156条（虚偽公文書作成等）に基づき、その他の場合と比較してより重く処罰される。

刑法160条 医師が公務所に提出すべき診断書、検案書又は死亡証書に虚偽の記載をしたときは、3年以下の禁固又は30万円以下の罰金に処する。

4．公訴時効 刑事責任を追及することができる期間

この公訴時効は、刑事訴訟法の250条により定められ、罪の重さにより異なる。また、公訴時効は、犯罪行為が終わった時から進行し、この犯罪行為とは、通説・判例は、誤った薬剤の投与といった（構成要件に該当する）行為から生じた結果を含むものと考えている。つまり、例えば、薬剤投与から10日後に患者が死亡すれば、行為後の10日目が、時効の起算点となる。

刑事訴訟法250条

時効は下記の期間を経過することによって完成する

- 1．死刑にあたる罪（たとえば殺人罪）については15年
- 2．無期の懲役又は禁固にあたる罪については10年
- 3．長期10年以上の懲役又は禁錮にあたる罪については10年
- 4．長期10年未満の懲役又は禁錮にあたる罪については5年
- 5．長期5年未満の懲役若しくは禁錮又は罰金にあたる罪については3年
- 6．拘留又は料料にあたる罪については1年

5．起訴までの手続き

被害届などによって犯罪の発生が疑われると、主として警察官（司法警察職員）は、犯人の発見とその身柄の確保、証拠の収集などのために、活動を始める。つまり、警察による捜査の開始である。なお、必要であれば、検察官が自ら捜査を行うこともある。

次に、検察官が、警察による捜査に基づき、公訴の提起が必要かどうかを判断する。被疑事件を起訴するかどうかは検察官のみが決定でき、検察官は、問題とされている行為が刑事裁判のなかで争われるほど重大なものでないと判断した場合や、刑事裁判を維持できるだけの証拠が存在しない場合には、この事件を起訴しない。医療事故が発生し警察が捜査を開始したからといってその事件がすべて起訴されるとは限らず、医療事故刑事裁判の数がその民事裁判の数に比べて格段に少ないのも、こうした理由

にもよる。

一方、検察官が、被疑事件を起訴する必要があると判断した場合には、検察官は裁判所に起訴状を提出する。これにより刑事裁判が開始される。なお、原則として、罰金以下の刑に当たる罪等の事件については簡易裁判所が、それ以外の事件は地方裁判所が担当する。

* 刑事手続き

事件の発生

捜査： 警察による捜査

検察官による起訴・不起訴の決定

公判： 公判手続き

判決

(第2稿)

医療事故刑事裁判の状況と医療事故の未然防止にむけた考察 過去25年間の刑事判決から

前田正一、坂本典子、塩塚康子、松原紳一

1. はじめに

医療事故の刑事裁判については、これまで、裁判所によりその状況が明らかにされることはなかった。しかし、医療事故の厳罰化議論が生起することも考えられる状況の中で、これまでの刑事裁判の状況を数量的に明らかにしておくことは、重要な意味があるものと思われる。

また、これまで、重大な過失により重大な結果がもたらされた場合に、その事故が刑事立件されてきたとすれば、判例としての価値の有無にとらわれず、刑事判例を分析し、同種事故の防止のために考察を行うことは重要な意味がある。というのは、重大な結果を発生させるような事故は、より早急に防止策が考えられなければならない、しかも、刑事立件される事故が、重大な過失により結果を生じさせたものであるとすれば、それらの事故については、その他の事故と比べ、容易に防止策を講じることができると思われるからである。

以上のような観点から、本稿は、まず過去25年の医療事故刑事裁判の状況を簡単に明らかにする。その上で、これら刑事判決書を素材に、特に禁固刑が科された事件を取り上げ、医療事故の未然防止に向けた若干の考察を行う。

2. 医療事故刑事裁判の状況

(1) 分析

1) 分析対象

本研究の分析対象は、昭和49年から平成10年までの25年間に、わが国の裁判所が下したすべての医療事故刑事判決書である。なお、本期間中には、以下の事件についても判決が下されているが、これらの判決は、そのもとになった事件が狭義の医療事故事件とは異なるため、本研究の対象としていない。

(分析対象から除外する判決)

工事に際してパイプが誤接続されたために患者が死亡した事件

* 八雲簡略式昭51.6.9 (同控訴審判決:函館地判昭51.10.20)

* 鹿児島簡略式昭58.3.24

* 佐賀簡略式平1.3.13

診療の最中に歯科医師が患者を暴行した事件

* まきかた簡判昭和52.7.15 (同控訴審判決:大阪高判昭52.12.23)

安楽死事件

* 大阪地判昭52.11.30

* 横浜地判平成7.3.28

病院火災事件

* 札幌地判昭54.11.28 (同控訴審判決:札幌高判昭56.1.22)

患者放火事件

* 尾道簡略式昭60.6.11

許容期間後の人工妊娠中絶事件

* 那覇地石垣支判昭57.3.15 (同控訴審判決:福岡高那覇支判昭59.3.29)

2) データ・ベースの作成とその分析

データ・ベースの作成は、判決書からの要因抽出に基づき、行った。

抽出要因は、本研究に関しては、事故発生日時、起訴年、判決日、被告人の種類(医師、看護師など)、起訴罪名、判決結果(有罪・無罪の別、有罪の場合は量刑)、問題医療行為、被害状況、医療機関の種類である。

データ・セット作成後の解析は、SPSS 11.0Jを用いた。

(2) 結果および考察

本研究においては、以下の8点について、解析を行った。

- 1) 年代別にみた、起訴された事故の件数
- 2) 過誤類型別にみた起訴された事故の件数
- 3) 事故の発生から第一審判決が下されるまでの期間
- 4) 上訴された場合においては、事故の発生から確定判決が下されるまでの期間(年)
- 5) 判決の内容 医師の場合
- 6) 判決の内容 看護師の場合

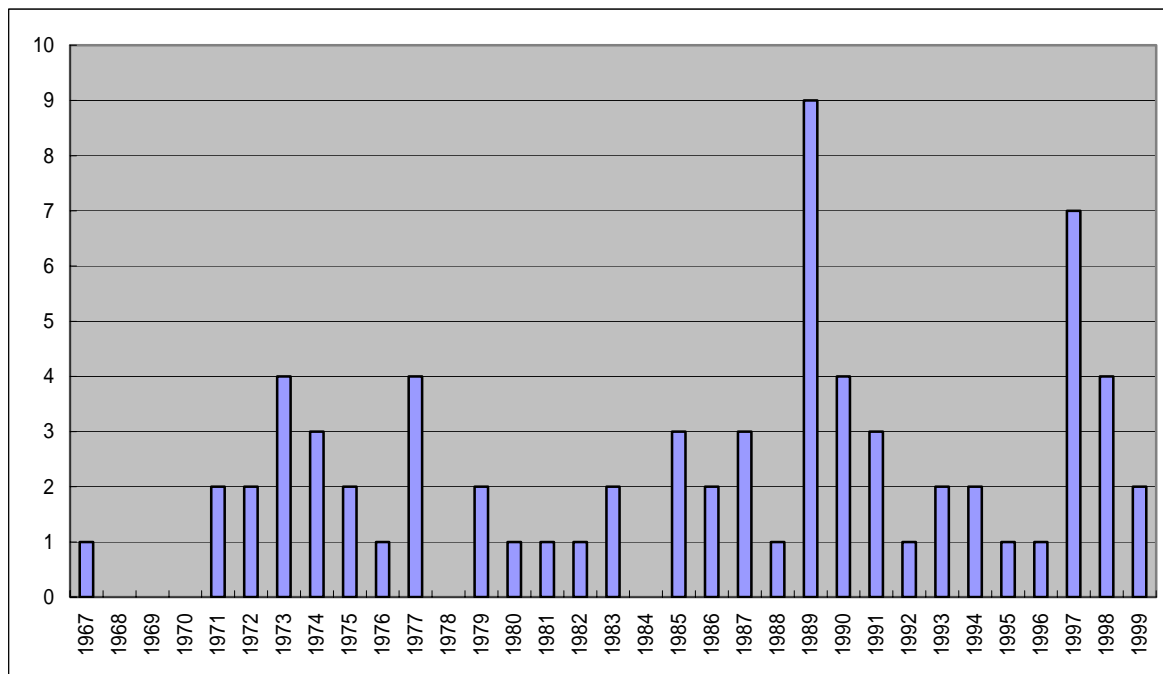
1) 年代別にみた、起訴された事故の件数

年代別にみた、起訴された事故（以下、被起訴事故）の件数を、図1、表1に示す。

この結果からわかるように、年代とこの件数との間には、増加傾向の関係は見られなかった。近年、医療事故民事訴訟の新規提起数が著しく増加する中で、この件数は、同様の傾向を示していなかったのである。

医療の高度化に伴い医療事故は増加しているとの指摘は多い。ただ、刑事事件の対象とされるような重大な医療事故については、少なくとも本研究が対象とする期間内では、その数に著しい差異があるとは考えにくい。民事事件の提起数は、その時代における医療事故への社会的非難の強さに少なからず影響を受けると思われるが、刑事起訴数は、そうであってはならない。このような点からは、少なくとも本研究が対象とする期間においては、医療事故に対し適正な刑事起訴がなされていたと言える。

図1：年代別にみた、起訴された事故の件数



(資料から、起訴年が不明な2件を除く)

表 1 : 年代別にみた、起訴された事故の件数

年(西暦)	事故数
1967	1
1968	0
1969	0
1970	0
1971	2
1972	2
1973	4
1974	3
1975	2
1976	1
1977	4
1978	0
1979	2
1980	1
1981	1
1982	1
1983	2
1984	0
1985	3
1986	2
1987	3
1988	1
1989	9
1990	4
1991	3
1992	1
1993	2
1994	2
1995	1
1996	1
1997	7
1998	4
1999	2
総計	71

(資料から、起訴年が不明な2件を除く)

2) 過誤類型別にみた、起訴された事故の件数

過誤類型別にみた、起訴された事故の件数を表2に示す。この件数は、手術に関するものがもっとも多く(21.9%)、ついで投薬(15.1%)、注射・麻酔・輸血(各11.0%)、診断(9.6%)、医療機器・器具の操作(6.8%)、看護(5.5%)の順に多かった。

表2：過誤類型種類別にみた起訴された事故の件数

過誤類型	総計(%)
注射	8(11.0)
投薬	11(15.1)
麻酔	8(11.0)
輸血	8(11.0)
薬物ショック	5(6.8)
手術	16(21.9)
医療機器・器具の操作	5(6.8)
診断	7(9.6)
看護	4(5.5)
その他	1(1.4)
総計	73(100)

3) 事故の発生から第一審判決が下されるまでの期間

事故の発生から第一審判決が下されるまでの期間(年)を表3に示す。

この全平均期間は2.9年であった。また、これを職種別にみると、医師の場合は3.0年、看護師および薬剤師の場合は2.2年であった。

また、業務上過失傷害罪が科せられた場合の全平均時間は3.4年、業務上過失致死罪が科せられた場合は2.8年であった。これを職種別にみると、業務上過失傷害罪が課せられた場合の医師については4.6年、看護師については1.9年、薬剤師については2.1年であるのに対し、業務上過失致死罪が課せられた場合の医師については2.7年、看護師については2.3年、薬剤師については2.3年であった。

(なお、本平均時間の算出には、上訴された事件は含まれていない。)

表3：事故の発生から第一審判決が下されるまでの期間（年）

起訴罪名	全体	医師	看護師	薬剤師
業務上過失傷害	3.37	4.59	1.90	2.11
業務上過失致死	2.76	2.71	2.27	2.24
総計	2.87	2.96	2.18	2.18

* 資料より事故日が不明な2件を除く。

* 看護師には助産師（1件）を含む。

4）上訴された場合の、事故の発生から確定判決が下されるまでの期間（年）

上訴された場合の、事故の発生から確定判決が下されるまでの期間（年）を表4に示す。

この全平均期間は3.1年であった。また、この全平均時間を職種別にみると、医師の場合は3.2年、看護師の場合は2.3年、薬剤師の場合は2.2年であった。

さらに、業務上過失傷害罪が課せられた場合の全平均時間は3.9年、業務上過失致死罪が課せられた場合は2.9年であった。これを職種別にみると、業務上過失傷害罪が課せられた場合の医師については5.3年、看護師については2.2年、薬剤師については2.1年であるのに対し、業務上過失致死罪が課せられた場合の医師については2.9年、看護師については2.3年、薬剤師については2.2年であった。

表4：上訴された場合の、事故の発生から確定判決までの時間（年）

起訴罪名	全体	医師	看護師	薬剤師
業務上過失傷害	3.90	5.33	2.24	2.11
業務上過失致死	2.93	2.93	2.27	2.24
総計	3.11	3.24	2.26	2.18

* 事故日が不明なのは除く。（2件）

* 看護師には助産師（1件）を含む。

5）判決の内容 医師の場合

医師が起訴された場合の（確定）判決の結果を表5に示す。これによれば、起訴された事件の93パーセントに有罪判決が下されていた。

これを罪名別にみれば、業務上過失傷害で起訴された事件では、88

パーセントの事件において有罪判決が下されており、業務上過失致死で起訴された事件では94パーセントの事件において有罪判決が下されていた。

さらに、判決内容を量刑別にみれば、業務上過失傷害で起訴された事件では、禁固刑を科せられた事件はなく、1件の無罪判決を除くすべての判決において、罰金刑が課せられていた。一方、業務上過失致死で起訴された事件では、有罪判決の19.1%に当たる9件において禁固刑（いずれも執行猶予が付されている）が科せられていた。

表5：判決の内容 医師の場合

起訴罪名	禁固	罰金	無罪	総計	有罪率
業務上過失傷害	0	7	1	8	88%
業務上過失致死	9	35	3	47	94%
総計	9	42	4	55	93%

6) 判決の内容 看護師の場合

看護師が起訴された場合の(確定)判決の結果を表6に示す。これによれば、起訴された事件の90パーセントに有罪判決が下されていた。

これを罪名別にみれば、業務上過失傷害で起訴された事件では、100パーセントの事件において有罪判決が下されており、業務上過失致死で起訴された事件では88パーセントの事件において有罪判決が下されていた。

さらに、判決内容を量刑別にみれば、業務上過失傷害で起訴された事件では、禁固刑を科せられた事件はなく、すべての事件において罰金刑が科せられていた。一方、業務上過失致死で起訴された事件では、1件において禁固刑（執行猶予が付されている）が科せられていた。

表6：判決の内容 看護師の場合

	禁固	罰金	無罪	総計	有罪率
業務上過失傷害	0	5	0	5	100%
業務上過失致死	1	13	2	16	88%
総計	1	18	2	21	90%

3 . 医療事故の未然防止にむけた若干の考察

本研究の対象となった事件のうち、最も量刑の重い禁固刑（上訴審判決ではじめて執行猶予が付された判決を含めて、すべての判決において執行猶予が付されている）が科された10事件を取りあげ、それら事故の未然防止に向けた若干の考察を行う。

（1）甲府地方裁判所平成6年6月3日判決
（医師・禁固10月、執行猶予2年間）

（事実の概要）

本件は、研修医が、患者の脊髄造影検査を実施するにあたり、看護婦が差し出した尿路血管造影剤であるウログラフィン約10ccを脊髄造影剤であるイソピストと誤信して患者の脊髄腔に注入した結果、患者を呼吸不全に基づく二次性ショックにより死亡させたというものである。

*

この事故は、医師が確認を怠らなければ、容易に防止することができた。

この事件において、看護婦がなぜ誤った薬液を渡したのかは、手元の資料からは明らかではない。しかし、看護婦の知識不足によるものであるとすれば、本検査における看護婦の管理体制の強化が必要であるといえる。本検査は、現在、多くの医療機関において行われているが、その業務に従事する看護婦の知識の確認も、もう一度行うことが重要となろう。部署の変更直後の看護師には、その必要性がより高いものと思われるのである。

(2) 山形地方裁判所平成 2 年 2 月 14 日判決
仙台高等裁判所平成 2 年 12 月 6 日判決
(執刀医・禁固 8 月、執行猶予 2 年間)
(助手医・罰金 5 万円 (山形簡裁略式平成 1 年 3 月 22 日))

(事実の概要)

本件は、患側を間違えて手術し、正常な右腎臓及び右尿管の上部約 3 分の 2 を切除摘出したという事案である。

執刀医は、患者の左腎臓・左尿管全部摘出及び膀胱部分切除の手術を行うにあたり、診療録に、術式として右腎臓・右尿管全部指出及び膀胱部分切除の意味である「rt, nephroureterectomy, &parcialcystectomy」と、また同病院一階泌尿器科外采診察室の手術予定を記載する白薄に「rt, nephroureterectomy」といずれも誤記していたことに気づかず、患側が左であることの明確な意識のないまま手術室に入った。

白板の記載を見て患者の患側が右であると誤信していた助手医が、レントゲン写真 2 枚を患側が右になるように表裏を逆にしてシャ - カステンに貼りつけた上、既に全身麻酔をかけられていた患者の体位を、予定されていた截石位から右上の側臥位に変更するよう間接介補者の看護婦らに指示した。

同看護婦らは、手術申込票の記載から事前に患側が左であり、手術の体位が載石位であると認識していたため、不審を抱き、「どっち体位ですか」、「左側でしょう」などと注意を喚起した。

しかし、執刀医は、表裏を逆に貼り付けられていた右レントゲン写真 3 枚を一瞥しただけで、自らは診療録、レントゲン写真を精査することなく、看側が右であると速断し、助手医の指示で患者の体位が予定されていた截石位から右上の側臥位に変更されたのをそのまま了解し、患者に、正常な右腎臓及び右尿管の上部約 3 分の 2 を切除摘出する障害を負わせた。

*

本件においては、執刀医と助手医および看護婦が、この手術に関して、どの程度事前打ち合わせを行っていたのだろうか。こうした打ち合わせは、執刀医を中心に、十分かつ慎重に行う必要があることは言うまでもないが、本件においては、助手医が、大学病院医師で非常勤嘱託医であったことにも注目する必要がある。つまり、手術に参加

する医療者が、同じ医療機関に勤務するものでない場合、十分な打ち合わせが行われない可能性があるからである。他の医療機関の医師を、手術に参加させる場合にも、時間的な制約やその医師への遠慮といった点から、こうした作業が不十分になされることがないように、今一度、確認する必要があるように思われる。

ところで、資料からは明らかではないが、執刀医および助手医は、レントゲン写真に示された、左右を示すマークの表裏の確認は行っていたのだろうか。もし行っていたとすれば、フィルムの表裏の誤りには、容易に気づくはずであり、こうした意味からは、本件は、マークの確認の重要性や、また、マークを適切に射影する重要性を伝えている。

(3) 鹿児島地方裁判所平成 1 年 10 月 6 日判決
福岡高等裁判所宮崎支部平成 2 年 9 月 13 日判決
(医師・禁固 1 月、執行猶予 3 年間)

(事実の概要)

本件は、医師国家試験合格後 1 年半を経過した研修医が、週 2 日の割合で勤務する医療機関で、禁忌である造影剤を使用し、患者を死亡させたという事案である。

この研修医は、腰痛と足の痛みを訴えていた患者の診察を行うにあたり、脊髄造影検査が必要との判断を下してこれを実施した。しかし、本来脊髄造影検査には禁忌とされており、その旨の注意を記した効能書のあるウログラフィン 60%注射液 10ml をこの検査に使用しようものとして誤診し、この薬液の効能や使用上の注意等を全く確認することなく同人の脊髄腔内にこれを注入した。その結果、患者は、脳・神経障害により死亡した。

さらに、この研修医は、続いてこの検査を実施した患者に対しても、同様の過失ある医療を行い、患者は死亡した。

*

本事件について考察するとき、研修医の不十分な知識を問題にするより前に、国家試験合格後 1 年半の経験しか持たない研修医に、彼の知識を確認することなく一人で同検査に当たらせていた管理体制を問題にするべきであるように思われる。こうした、いまだ十分な知識と経験を持たない医師を、一人で診療に当たらせることは、夜間当直の現場等を含め、現在でも、少なからず存在するものと思われるが、その際の管理体制を、再度見直す必要があるように思われる。

(4) 東京地方裁判所昭和 62 年 6 月 10 日判決
(医師・禁固 1 年 2 月、執行猶予 3 年間)

(事実の概要)

本件は、妊娠 7 か月の患者 (当時 16 歳) に対し人工妊娠中絶手術を実施するにあたり、医師が、妊娠月数を誤診したことにより誤った手術を行い、結果的に、患者を死亡させたという事案である。

この医師は、患者に対して 3 ヶ月半前に人工妊娠中絶手術を行っていたが、これが失敗に終わっていたにもかかわらず、成功したものと過信していた。このため、患者が人工妊娠中絶手術後にあらためて妊娠したものと轻信し、妊娠 4 ヶ月と誤診した。

この結果、子宮口を一指程度拡大したのみで子宮口から胎児を胎盤鉗子等を用いて除去する中絶術を採っても危険はないものと考え、3 本のラミナリアとヘガ - ル頸管拡張器により子宮口を一指程度拡大したのみで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。

この結果、患者に、腹腔内に達する小指頭大の穿孔を伴った子宮壁損傷並びに胎盤の子宮壁からの一部剥離面の挫滅及び胎盤損傷の各障害を負わせた。

さらに、子宮口から胎児を胎盤鉗子等を用いて除去しようとした際、子宮から出てきた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、なお前記中絶術を続行したのに、ひたすら胎児を除去することのみ気をとられ、全身の状態を監視しなかった。

この結果、患者に、出血多量等の異常等が生じたものの、これに気づかないまま、中絶術を続行し、患者は、各障害による失血により死亡した。

*

この事故の発生までは、妊娠月数を誤診したこと、誤診に気づいた時点でこの手術を中止しなかったこと、胎児の除去に気を取られ全身管理を怠ったことなど、いくつもの基本的かつ重大な過失が存在している。このこと自体、重大であるが、なかでも、妊娠月数を正確に診断した上で手術に着手するという、最も基本的な行為において過失があったことには、特に注目されなければならないだろう。

産科診療の現場では、同様の患者に遭遇することも、決して少ないわけではないと思われるため、本件は、改めて、この点への注意を喚起する必要性があることを示した。

(5) 富山地方裁判所高岡支部昭和 61 年 2 月 3 日判決
(医師・禁固 1 年、執行猶予 2 年間)

(事実の概要)

本件は、麻酔医が、麻酔器の酸素ガスの調節つまみと笑気ガスのそれとを取り違えて各操作を行ったために、患者を死亡させたという事案である。

麻酔医は、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う手術において、手術修了後、患者を麻酔状態から覚醒させるにあたり、麻酔器の酸素ガスの調節つまみと笑気ガス(亜酸化窒素ガス)のそれとを取り違えて各操作をした。このため、患者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。

また、患者の血圧が低下して自発呼吸が弱まり、間もなく患者の口唇等に酸素欠乏によるチアノーゼが発現したにもかかわらず、なお、麻酔器の誤操作に気づかず、その後も患者に笑気ガスのみを吸入させた。この結果、患者は、酸素欠乏に基づく無酸素脳症に陥った上、肺炎を併発して呼吸困難となり死亡した。

*

(麻酔器の改良がなされていく中で、現在、同種の事故が発生する可能性がどの程度あるのかについては、定かではない。ただ、現存する麻酔器の種類等、現在、わが国の状況等を調査しておくことは重要な作業であるように思われた。)

(6) 東京地方裁判所八王子支部昭和 58 年 2 月 24 日判決
(歯科医師・禁固 1 年 6 月、執行猶予 4 年間)

(事実の概要)

本件は、歯科医師が、使用する薬剤を誤り、患者を死亡させたという事案である。

歯科医師は、患者に対し、その歯牙に、う蝕予防剤を塗布しようとした。その際、薬品棚に備え置かれていた毒物であるフッ化水素酸 46% 溶液 500 g の容器外側に貼付されている「フッ化水素酸」「弗化水素含量 46%」等と表示された貼り紙に注意を払わないまま、溶液内の溶液が、う蝕予防剤であるフッ化ナトリウム 2% 溶液であると軽信し、約 5ml を脱脂綿に浸して患者の歯牙及び口腔内に塗布した。その結果、患者はフッ化水素酸による急性中毒により死亡した。

*

この事故も、歯科医師が、薬剤の確認を行っていれば容易に防止できた事故である。ただ、この事故が起きた環境を考えたとき、この事故は、起こるべくして、起きたのではないかとも考えられるのである。というのは、毒物であるフッ化水素酸 46% 溶液が、その他の薬剤と同一場所に置かれていたからである。

ただ、同じような状況は、わが国の医療機関においては、少なからず存在しているものと思われる。本事件は、あらためて薬品棚の早急の点検が必要であることを強く示した。

(7) 宮崎地方裁判所延岡支部判決昭和 55 年 8 月 27 日判決
(医師・禁固 1 年、執行猶予 4 年間)

(事実の概要)

本件は、虫垂切除手術に際し、誤診により大腸壁を欠損させ、漏出した腸液による汎発性腹膜炎から、患者を死亡させたという事案である。

執刀医は、患者の腹部を切開して、その虫垂を切除するための手術を行ったが、虫垂患部を探索するに際し、切開創から腹腔内に左示指を挿入して触知した大腸壁の一部(自由紐)を虫垂であると即断、誤認した。

そして、これを切開創下に移動させて視野に入れたが、この部位が虫垂であるか否かを十分確認しないまま剥離切開し、大腸壁の一部を欠損させた。しかし、これを放置したまま通常の手術をした場合と同様の処置をしたのみだった。

手術後、患者は、左下腹部の痛みを訴え、高熱頻脈が持続昂進し、さらに、翌早朝からは、腹膜炎を併発し緊急開腹手術を要する症状となった。しかし、手術は落度がなかったものとの過信から、執刀医は、腹膜炎の症状を感知するための診療や諸検査およびこれに引き続く緊急開腹手術等の適切な処置を行わなかった。

この結果、患者は、大腸の欠損部位から漏出した腸液による汎発性腹膜炎を併発悪化させ、死亡した。

*

本件では、この医師は、患者への肉体的負担を最小限に止め、可能な限り早期に治癒させようと、腹部切開創を他の医師が通常行う場合の約半分(長さ 2 cm)に停める方法を探っていた。ただ、この方法は、手術部位の確認等が困難になりがちで、通常の方法に比べ医療事故の危険が増大するため、医家向けの専門書等では厳に慎むべきこととされていた。

また、本判決書中、「事実認定の補足説明及び量刑の事情」によれば、この医師は、この事故を起こす前年末ころから、手のふるえや不眠を訴え、夜間にウイスキーの普通びんを 3,4 日で空ける程度に飲酒していた。そして、就寝前には誘眠のために精神安定剤を常用していた。さらに、この事故が起きる 2 ヶ月前ころには、それまで勤務していた看護婦が全員一挙退職し、その後は、仕事に不慣れな看護婦の介助によ

る手術等を強いられていた。しかも、午後 10 時ころまで医療事務の仕事もしなければならぬ状況にあった。これらの諸事情が重なって、事件当時は相当に疲労していたが、それにも関わらず、事件当日の午後、この医師の状況に照らせば相当に無理を伴うと考えられる 3 件(すべて虫垂炎の患者)の手術を予定していた。

以上のような状況のもとで、本件事故の原因を探るとき、第一には、厳に慎むべきとされる方法を採用したことに注目する必要がある。現在、わが国においても、リスク・マネジメントの重要性が認識され、医学専門書の中でも、これまで異常に「慎むべき手法」についての記載がなされるようになったが、特段の事情が存在しないかぎり、このような手法は採用しないということを徹底する必要があるように思われる。

ただ、本件事故について考えるとき、手術方法の選択以外に、上記のような無理な執務体勢にも注目する必要がある。同様の執務体制が採られている医療機関は、必ずしも存在していないとはいえ、この意味において、本件は、改めて執務体制の見直しの重要性を示していると言えるのである。

ところで、現在、例えば検査の実施にしても、実施する医療者の経験や臨床能力、患者の状態等を考慮することなく、また時間的余裕もない状態でその予定を立てる医療機関が存在しているものと思われる。さらには、このような状態で、かつ緊急の検査にも応じなければならないという医療機関も存在しているように思われる。こうした状況を鑑みると、あらためて、本判決の示唆するものは大きいように思われるのである。

(8) 前橋地方裁判所昭和 51 年 10 月 22 日判決

(医師・禁固 10 月、執行猶予 2 年間)

(看護婦・禁固 6 月、執行猶予 2 年間)

(事実の概要)

本件は、虫垂切除手術の際に、誤った薬剤を注射し、患者を死亡させたという事案である。

手術補助の看護婦は、医師の指示を受け、手術室の薬品ケースから麻酔薬ネオペルカミン S 注射液アンプルを出し、1.7ml を注射器へ吸入して、執刀医へ手交しようとした。しかし、この看護婦は、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 本を取り出したのに、その薬種・薬名の表示を確認しないままこのアンプルをカットして、注射器へこの薬剤を約 1.7ml 吸入して執刀医に手交した。

執刀医は、看護婦が静脈注射用止血剤トランサミン約 1.7ml を注射器に吸入したのに、これを看過しその薬種薬名を確認しないままこれを受け取り、患者の腰椎脊髓腔内へ注射した。その結果、患者は、けいれん、呼吸困難等に陥り、窒息により死亡した。

また、この看護婦と執刀医は、続く別の患者の手術においても、同様の過失ある医療を行い、患者は死亡した。

*

本事故は、薬種薬名の「確認」を徹底させておけば、容易に防ぐことができた。しかし、こうした確認体制は、医療機関によっては、いまなお、十分には採用されていないところがあるものと思われる。

本事件は、執刀医および看護師が薬種薬名の「確認」を確実にしているのかについて、各医療機関は早急に調査を行わなければならないこと、また、「確認」の徹底を指導しなければならないことを強く示した。

(9) 浦和地方裁判所昭和 51 年 3 月 2 日判決
(医師・禁固 10 月、執行猶予 2 年間)

(事実の概要)

本件は、虫垂炎手術に伴い回腸に穿孔を生じさせ、さらに、それに気づかず放置し腹膜炎を生じさせ、患者を死亡させたという事案である。

虫垂切除の手術を行うにあたり、患者の虫垂先端が後腹膜と癒着していたので、医師は、逆行性虫垂切除術を施行することとし、手術用器具を体内で使用することにした。しかし、この際、手術用器具で患者の回腸部に長さ約 5 mm 大の穿孔を生じさせる損傷をおわせたが、これに気づかないまま手術を終了した。この結果、手術後、穿孔部から腸内内容物が腹腔内に流出し、患者に汎発性腹膜炎を発生させた。

また、この発生を疑うべき顕著な腹膜刺激症状が現れ、かつ切開創からは便臭のある滲出液が相当量出ていたのに、この症状等は手術前の虫垂穿孔に基因する限局性腹膜炎によるものであると誤診した。このため、患者が腸穿孔による重い汎発性腹膜炎に罹患していることに気づかず、適切な治療措置を施さなかった。

思い余った患者の父親は、別の医療機関に患者を運搬し、患者に対しては、その医療機関で、開腹手術がなされたが、時既に遅く、患者は死亡した。

*

上記のような状況を示しながら、なぜ事の重大さに気づかなかったのか、不思議である。

(10) 神戸地方裁判所尼崎支部昭和 49 年 6 月 21 日判決
(医師・禁固 6 月、執行猶予 1 年間)

(事実の概要)

本件は、麻酔器への酸素ポンベと笑気ポンベの誤接続により、患者を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した事案である。

まず、看護婦が、麻酔の準備として、循環式麻酔器に酸素ポンベと笑気（液化亜酸化窒素）ポンベの耐圧ゴム管をそれぞれ接続するにあたり、酸素ポンベの耐圧ゴム管を麻酔器の酸素用流量計口金に、笑気ポンベの耐圧ゴム管を麻酔器の笑気用流量計口金に接続しなければならないところ、これを互いに誤って接続した。

次に、麻酔担当医は、この誤接続に気づかないまま笑気ポンベの耐圧ゴム管を接続した麻酔器の酸素用流量計バルブを開き、患者に対し、毎分約 5 の笑気を約 16 分間吸入させた。この結果、患者は、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した。

*

(前記のように、麻酔器の改良がなされていく中で、現在、同種の事故が発生する可能性がどの程度あるのかについては、定かではない。ただ、麻酔事故は、結果が重大になる可能性がもっとも高い事故のひとつでもあり、この事故の防止に限らず、麻酔に関しては、継続した事故防止対策が必要であることは言うまでもない。)

* 謝辞

本研究の素材収集においては、飯田英男論文によるところが大きい。貴重な先行研究に感謝申し上げます。

(第 3 稿)

医療事故の刑事処分
—医療事故における厳罰の機能性とその弊害—

前 田 正 一

(1) はじめに

報道等の情報を見る限り、このところ、これまでになく医療事故の刑事捜査が開始されているように思われる。このような傾向を生み出した背景には、平成 14 年 6 月 28 日の東京女子医科大学の二人の医師の逮捕があるように思われる。

この事件においては、特に、事故後の行為については、関係者に対し、必要かつ十分な法的・社会的制裁がなされるべきだと思われる。しかし、この一方で、この事件や近年の医療に対する社会の強い不信感などをもとに、医療事故自体について、刑事処分の厳罰化議論を押し進めることは短絡的であるように思われる。というのも、厳罰化したところで、それを正当化させるとされる機能は必ずしも有効にはならず、また、厳罰化は、弊害さえも生じさせると考えられるからである。

このような認識のもと、本小稿は、医療事故の刑事処分の厳罰化について、その弊害等、若干の試論を提示するものである。

(2) 厳罰を正当化する機能とその有効性

害悪である刑罰を科すことが、何ゆえに正当化されうるのかは、刑事法学のもっとも重要な研究課題の一つであり、これについては、刑事法学者や法哲学者を中心に、さまざまな議論が繰り返されている。ただ、その中でも最も重要な正当化理由は、刑罰の犯罪防止機能にあるように思われる。

では、この犯罪防止機能は、医療事故の場合には、有効であろうか。これは、厳罰化前後の事故発生数の把握を基礎に、はじめて考察するのであるが(ただ、さまざまなファクターが存在するなかで、この手法を用いても、事故防止機能の真の検証は困難であろう。)、少なくとも、筆者は、この事故防止機能に有効性を期待できない。というのは、厳罰したところで、それが、医療従事者個人に臨床の現場においてより注意を払わせることにはならないと思われるからである。たと

えば、医療事故と同じく業務上過失致死傷罪が問題にされる交通事故の場合について考えてみよう。交通事故においては、ある程度、広く刑事責任が追及されているが、このことが、交通事故の防止に寄与しているだろうか。そもそも、運転手は、追及される可能性がある「刑事責任」を意識し、より注意を払い、車の運転を行っているだろうか。決して、そのようには思われないのである。

いま、事故防止機能に有効性を期待できないとは述べたが、厳罰化は、多少は、医療従事者の注意を促進させることになるかもしれない。しかし、たとえそうだとした場合、その作用には代替性が考えられるのである。一つの例ではあるが、免許の取り消しや業務の停止といった、医療従事者への行政処分の強化である。むしろ、これのほうが医療従事者により注意を促すことになるようにさえも思われるのである。

このように、厳罰を正当化する事故防止機能にも、医療者個人の注意という点からは、その有効性を見出すことができず、また、多少なりとも見出すことが可能な注意促進作用にも代替性が考えられるのである。

また、幅広い視点で考えれば、医療事故刑事処分の厳罰化は、社会的には、事故防止のために有効であるかもしれない。というのは、厳罰化は、医療の側に事故防止体制の整備の重要性を認識させることになると思われるからである。ただ、この厳罰の広義の機能が、医療事故刑事処分の厳罰化を正当化させる理由になり得ないことは言うまでもない。なぜならば、事故防止体制の整備は、害悪である刑罰の間接機能をまたずとも、刑罰制度以外の社会政策により、行い得るからである。

ところで、刑事処分を正当化する理由に、被害者の「報復的感情の鎮静」機能があるとされる。ただ、これに関しても、故意犯ではなく過失犯である場合に、特に、医療のように、程度の差はあっても両当事者間に信頼関係がある場合に、被害者は、加害者に対し「報復的」といえるほどの感情をもつことがあるのか、疑いを持つのである。民事責任に関する研究ではあるが、諸外国の研究論文によれば、民事訴訟を提起した患者は、ほぼ例外なく「もし、事故後に真摯な対応を実施してくれていれば、裁判を起こすことまでしなかった」というのである^{1, 2, 3)}。つまり、こうした、論文の内容を鑑みれば、被害者である患者は、医療者が事故を起こしたから「報復的」感情を抱くので

はなく、医療者が事故に真摯に対応しないからこそ、「報復的」感情を抱くことになると思われる。そうだとすれば、この機能は、医療事故自体の刑事処分の厳罰化を正当化する理由とはならないと思われる。

(3) 厳罰化の弊害

ところで、医療事故刑事処分の厳罰化は、その機能が必ずしも有効でないばかりではなく、いくつかの弊害も生じさせることになると思われる。

1) 事故防止の視点から

まず、事故防止の視点からであるが、厳罰化は、事故防止作業に大きな悪影響を及ぼすと思われる。たとえば、わが国の医療現場は、近年、ようやく、いわゆる「ひやりはっと」メモとそれに基づく事故防止作業の重要性を認識した。しかし、厳罰化されれば、医療従事者が、この些細であるけれども重要なメモの提出を躊躇することになるのではないだろうか。

さらに、すでに事故が発生したときのことである。刑事責任の追及が考えられる場合、事故関係者には、黙秘権等が認められるが、そうならば、事故発生の原因や防止策をもっとも認識しているはずの、当の本人の協力が得られなくなる可能性すらある。たとえば、松宮教授は、信楽高原鉄道事故事件におけるJR西日本側の捜査への非協力態度には、このような側面があったと述べている⁴⁾。

2) 被害者の事故へのアクセス

また、厳罰化は、被害者の事故へのアクセス性にも影響を及ぼすことになるだろう。それがまた、被害者・加害者間に無用な紛争や訴訟を生じさせることにもなると思われる。その代表的な事例を紹介する。

数年前に58歳の男性がCT検査の際に造影剤の副作用で死亡したが、死亡診断書に「自然死」という記載があったため、疑問に思った家族は警察に相談した。それを契機に捜査が開始されたが、妻は、その後、夫の死亡状況が知りたいとして、再三、解剖の内容やレントゲン写真などを見せてほしいと頼んだ。しかし、「捜査中」という理由により、内容は明らかにされなかった。送検された現在も開示されていないという。そこで、妻は、情報を知りたいとして、医療機関を相手に、損害賠償を求める民事訴訟を提起したのである⁵⁾。

3) 刑事処分の職種間不均衡

また、すこし性格が異なる弊害ではあるが、刑事処分の厳罰化は、刑事処分の職種間不均衡を生じさせることにもなると思われる。つまり、刑事処分の場合には、民事処分の場合に増して明確な立証が必要になるが、その結果、薬剤の取り違え事故というような、立証作業が容易な事故がより処罰されることにもなりかねない。そうなれば、たとえば医師よりも看護師のほうが、刑事責任が追及されやすくなるといったように、職務の内容による刑事処分の不均衡という事態が生じることが考えられるのである。

(4) まとめにかえて

以上、刑事処分の厳罰の機能とその有効性、厳罰化の弊害等を、簡単に考察した。これからわかるように、短絡的な厳罰化議論は、患者の側、医療の側の双方にとって、好ましくない結果に陥る可能性があることがわかる。今後、医療事故刑事処分の厳罰化にむけた議論が生起することも考えられるが、慎重な議論が必要であるように思われるのである。

注1) 東京女子医大事件の概要を、新聞報道に基づき簡単に示しておく。(毎日新聞平成13年12月29日、同平成14年6月29日、同平成14年6月30日)

平成13年3月2日、東京女子医科大学病院において、当時12歳だった心房中隔欠損症を患う女兒に対して、左右の心房を隔てる壁にできた穴を塞ぐ手術が実施された。この際、人工心肺の操作担当者であった医師(以下、操作担当医師)が、心臓と肺を通らずに血流を迂回させる人工心肺装置の操作を誤り(通常1分間約40回のポンプの回転数を100回以上に上げた)、装置が停止状態になったため、患者の脳に十分な血液が供給されず、患者は、重度の脳障害に陥り、3日後に死亡した。

死亡直後、手術の責任者である医師(以下、手術責任医師)は、操作担当医師に対し、人工心肺装置が正常に作動していたように見せかけるため、装置の作動記録を偽造するよう臨床工学技士に働きかける

ことを指示した。この技士は、操作担当医師の指示に応じて作動記録を改ざんしたが、その改ざんされた記録を見た手術責任医師は、「普通の記録に比べて文字に乱れがなく、きれいすぎる。不自然だから書き直してほしい」と言い、再度、書き直させた。また、この手術責任医師は、看護師に対し、脳障害の事実を隠蔽するために、瞳孔の直径を改ざんすることを指示した。しかし、最初に指示を受けた看護師が、それに応じず、また次に指示を受けた看護師長も、すべての改ざんには応じなかったため、手術責任医師は、自ら改ざんに着手した。この結果、瞳孔の直径が、すべて7ミリから4ミリに書き換えられた。

さらに、事故後、脳の腫れを抑える薬剤を患者に投与していたが、この薬剤の名前や量を診療記録に記載すれば、この記載がもとに脳障害の発生およびその原因となった人工心肺の誤操作が発覚するため、看護師に対し、使用した薬剤の名前や量を診療記録に記載しないように指示した。ただ、この指示に対しては、看護師は応じなかった。