

医療事故に関する刑事責任の量刑について ～看護師注射事故判例をもとに～

林田丞太¹⁾

要旨

医療事故に関する刑事責任の在り方について、福島県立大野病院事件を契機に医療関係、関連学会等において議論される状況にある。一方で、医療事故刑事事件の判例が蓄積される状況にある。そこで、行為態様の類似性が見られ、各事件の注意義務および過失の内容、その他量刑の判断に必要とされる要素の比較が可能な「看護師による注射事故」の判例を8件取り上げ検討する。その結果、事故の状況とともに、情状面において酌量すべき共通要素が認められる。この要素により、他の業務上過失致死傷罪に対する量刑とは異なる傾向があることが認められた。罰金刑の他はその多くが執行猶予となっており、禁錮刑の実刑が極めて稀である。まさにこの点が、医療過誤の刑事責任を論ずるにあたり重要なポイントであり、刑罰の機能として予防・教育という側面が強く現れていると考えられる。判例を検討することにより、今後の刑事責任の在り方の端緒を探るものである。

キーワード：医療事故、刑事責任、量刑、判例、業務上過失

I はじめに

医療事故に関する訴訟は、長年そのほとんどが民事訴訟であり、刑事訴訟となるケースは少数であった。それが、横浜市大患者取り違え事件（1999）、都立広尾病院事件（1999）、埼玉医科大事件（2000）、東京女子医大事件（2001）、福島県立大野病院事件（2004）と続いた影響もあり、全国の警察へ届け出のあった医療事故件数は1997年21件、1998年31件、1999年41件だったものが、2000年124件、2001年105件、2002年183件と増加してきた。また、警察へ届け出されたうち、業務上過失致死罪容疑で医療機関の関係者が逮捕、送検された件数は2000年の59件をピークとするものの¹⁾、以前と比較し増加傾向にある。福島県立大野病院事件においては、業務上過失致死罪により起訴され、さらには医師の逮捕ということに注目が集まり、医療過誤に関する刑事訴追について関連学会等からの批判、批評が見られ²⁾、その在り方について、主に医療関係からの主張がなされている状況にある。

このように刑事事件となる医療事故件数が増え、

社会の耳目が集まる中、判例の蓄積もなされてきた状況において、その量刑についての検討も重要である。それは、「医療過誤事件の研究者の間では、医療過誤事件に対する量刑の不均衡が指摘されていた」³⁾ ところでもあり、また国民から見て妥当なものと思われる内容であるのかという点も考慮する必要がある。国民と司法との乖離を埋めようという司法改革の趣旨からもその必要性を感じる。

医療事故を検討するにあたり問題となるのは、事件の客体すなわち患者の状態が個別的に異なり、また主体である被告人の行為態様も様々で類型化が容易ではないことにある。そこで本稿においては、医療事故刑事裁判の量刑を検討するにあたり、比較的行為態様の類似性が見られ、各ケースごとの注意義務および過失の内容、その他量刑の判断に必要とされる要素の比較ができる「看護師による注射事故」を取り上げ、その判例内容および量刑の要素について検討を加えることとする。

II 看護師による注射事故事例

医療事故の刑事裁判においては、近年略式命令が増えたため、その内容の詳細を知ることに限界があ

1) 神奈川歯科大学

る。そこで公判請求事件を中心に事実、刑および量刑を概観し、略式命令の事件については参考とした。

【判例1】⁴⁾

《事実》昭和49年7月22日午後0時40分ころ、虫垂切除手術を行なう患者A（当年22年）に対する腰椎脊髄腔内へ麻酔薬ネオペルカミンSを注射するにあたり、看護婦Jは、手術室の薬品ケースから麻酔薬ネオペルカミンS（塩酸ジブカイン・塩酸パラブチルアミノ安息香酸ジエチルアミノエチル）注射液アンプル1.7mlを注射器へ吸入して、医師Kへ手交しようとしたが、誤って静脈注射用止血剤トランサミン（トランネキサム酸）アンプル1本を取り出し、その薬種・薬名の表示を確認しないまま漫然同アンプルをカットして注射器へ右静脈注射用止血剤トランサミンを約1.7ml吸入して医師Kへ手交した。医師Kは薬種・薬名を確認しないまま漫然これを受取り、患者Aの腰椎脊髄腔内へ注射した。看護婦Jおよび医師K両名の過失の競合により、Eは同日午後1時40分ころからけいれん、呼吸困難等に陥り、同日午後3時ころ窒息により死亡した。

また、同日午後1時ころ、虫垂切除手術を行なう患者B（当年25年）の際にも、看護婦Jは、麻酔薬ネオペルカミンS注射液1.4mlを注射器に吸入して、医師Kへ手交しようとしたが、誤って静脈注射用止血剤トランサミン1.4mlを吸入してK医師へ手交した。医師Kは薬種・薬名を確認しないまま漫然これを受取り、患者Bの腰椎脊髄腔内へ注射した。看護婦Jおよび医師K両名の過失の競合により、Bは同日午後1時30分ころからけいれん、呼吸困難等に陥り、同日午後3時30分ころ窒息により死亡した。

《刑》医師K：禁錮10月（2年執行猶予）、看護婦J：禁錮6月（2年執行猶予）

この事件は、指示と異なる薬剤を医師へ渡し、医師も確認せず注射したという過失の競合により生じたものである。看護師の過失内容としては、注射液アンプルの薬種・薬名の表示を確認し事故を未然に防ぐ業務上の注意義務があったのに、これを怠り、薬種・薬名の表示を確認しないまま注射器に吸入し、医師へ手交した点にある。一方で、被告看護師の酌むべき事情としては、①前科がないこと、②約10数年間看護師という聖職にあったこと、③本件に対し深く責任を感じて看護師としての資格なしとして自

ら退職していること、④被告人らは本件に関し50万円を善意銀行に預託したこと、⑤被害者遺族を含む館林市長をはじめ多数住民の減刑嘆願書が提出されていること、など5点を考慮している。本件の場合、2名が死亡するという重大な結果に対し、執行猶予の判決について、「被害者の遺族に対しては、それぞれ1300万円以上の慰謝料および60万円の墓石代を贈り示談済みであり、看護婦は責任を感じて退職していることなどが考慮」⁵⁾されたといえる。

【判例2】⁶⁾

《事実》昭和63年6月2日午後0時ころ、病院内透視室において患者C（当年73年）に対し脊髄腔造影検査を行なうため、その腰椎脊髄腔へ造影剤イソピスト（イオトロラン）を注射するに際し、看護婦Lはバット内からイソピスト注射液アンプルを取り出し医師Mに手交しようとしたが、同バット内から止血剤トランサミンS注射液アンプル1本を取り出したのにこれに気付かず、その薬種・薬名の表示を確認しないまま漫然同アンプルをカットしてこれを医師Mへ手交した。医師Mは薬種・薬名を確認しないまま漫然これを受取り、患者Cの腰椎脊髄腔内へ注射した。両名の過失の競合により、患者Cは疼痛、けいれん、呼吸困難等に陥り、同日午後3時40分ころ脳障害により死亡した。

《刑》看護婦L：罰金20万円

【判例3】⁷⁾

《事実》平成13年4月14日午後5時30分ころ、看護婦Nは病院において医師の指示を受け、切迫流産の疑いにより入院していた患者D（当年30年）に対し、ナースステーションにおいてブドウ糖液250mlと子宮収縮抑制剤であるズファジラン（イソクスプリン塩酸塩）アンプル3本（3cc）との混合液を点滴して投与するに当たり、陣痛誘発剤であるプロスタルモン・F（ジノプロスト）アンプルの容器外側に「プロスタルモン・F」等と記載されたラベルに気付かず、同アンプル3本を子宮収縮抑制剤ズファジランアンプルと誤信して、ブドウ糖液入り容器とともにFへとうよする点滴液として準備した過失。

同月15日午前5時ころ、助産婦Oは前記ナースステーションにおいて、前記ラベルに気付かず、前記アンプル3本が子宮収縮抑制剤ズファジランアンプルであると誤信して、ブドウ糖液との混合液を調合し、これを患者Dに対して点滴投与した。両過失

の競合により患者Dに対し陣痛を誘発させ、同日午前5時29分ころ妊娠15週の胎児を流産に至らしめ、子宮内出血等の傷害を負わせた。

《刑》看護婦N：罰金50万円、助産婦O：罰金50万円

【判例2】および【判例3】は、いずれも【判例1】同様に指示と異なる薬剤を注射または点滴にセットした事例であるが、【判例2】では被害者は死亡しているにもかかわらず、罰金30万円であるのに対し、【判例3】では胎児を流産させ、子宮内出血等の傷害を負わせ罰金50万円との結果になっている。その量刑における詳細は明らかではないが、私見では、注射または点滴を実行したのが医師であるのか助産師であるのかで異なるとも考えられる。保健師助産師看護師法では、看護師は医師または歯科医師の指示により業務を行なうこととなっており、医師と看護師は指示の出し手と受け手の関係であるのに対し、看護師と助産師との関係は、共同で医療行為に当たるといういわば対等の関係にある。したがって、同じ過失の競合とはいえ医師の責任に重きを置き、看護師の刑が軽くなったとも考えられる。

【判例4】⁸⁾

《事実》平成14年6月1日午前11時30分ころ、看護師Pは、担当医師から急性骨髄性白血病により入院していた患者E（当年69年）に対し、塩化カリウム20ml注射液を点滴チューブを通して注入するよう指示を受け、ペアを組んで勤務に当たっていた新人看護師Qに口頭で伝達指示した。その際、同投与方法を指す「混注」という表現でその投与を指示しただけであった。看護師Qは同注射液の投与方法等について十分な理解がなく、「混注」の意味も理解できず、看護師Qは看護師Pに投与方法を尋ねたが具体的に明確な指示が得られず、投与方法を確認できないままに、同日午前11時40分ころ、同注射液約9mlを希釈せずに直接患者Eの体内に注入投与し、翌2日午後5時17分ころ同人を高カリウム血症による急性心臓機能不全により死亡させた。

《刑》看護師P：禁錮1年（執行猶予3年）、看護師Q：禁錮8月（執行猶予3年）

この事件も2人の看護師による過失の競合により生じたものである。その過失について、看護師Pの過失は、まず、塩化カリウムの投与方法及び危険

性を知りながら、これを自己の指導する看護師Qに十分に説明せず、しかも看護師Qから投与方法について確認を求められたのに、十分な対応をしなかったために投与方法を誤らせたことがあげられる。また、正規手順と異なる準備や投与を行い、看護師Qから薬剤の内容を問われて本件過誤を未然に防止する機会があったのに、これをなおざりにしている点にある。看護師Qについては、投薬方法の確認を怠る基本的注意義務違反を犯しており、患者が死亡するという結果が重大であることがある。そして被害者感情について、回復を願い闘病中であった被害者の命が失われ、看病に当たっていた妻や遺族の悲しみに照らすと刑事責任は軽視できないとされた。

他方、酌むべき事情として、看護師Pについては、①罪を認め反省の情も顕著であり、自殺を思い詰めたこともあること、②平素の勤務態度はまじめで、誠実に業務を遂行してきたこと、③本件で病院を退職し、本件処罰に伴い看護師資格を剥奪される可能性があること、④前科がないこと、⑤遺族に対して病院からの賠償等の措置が講じられる見込みであること、⑥業務経験2年であり、新人看護師指導担当する経験が十分ではなく病院の体制にも問題があること、が考慮された。

看護師Qについては、①過失の競合によるが、看護師Pの過失は看護師Qに比べの過失の程度が重いこと、②自己の責任を認め反省の情も顕著であること、その他③～⑥はPと同様の評価となっている。

【判例5】⁹⁾

《事実》昭和43年4月25日、婦長Rは、ネンブタール（パントバルビタールナトリウム）の注射経験のあるベテランの看護婦Sに対し、手術予定で入院中の患者F（当年3年）にネンブタール50mg、スコポラミン（ブチルスコポラミン）0.125mgを基礎麻酔薬として注射すること、および、ネンブタール50mgが何ccかを確認し、その結果を看護婦詰所処置室の黒板へ記載しておくよう命じた。看護婦Sはネンブタール50mgが何ccになるか不明で、他病棟婦長に尋ねネンブタール50mgが1cc中に含まれることを確認したものの、黒板への記載を忘れ、さらに注射時間の到来を婦長Rから注意されるや、たまたま同室にいた看護婦Tに対し看護婦Fへの注射を依頼した。さらに看護師Tによるネンブタール容器の所在場所の質問に対し「ジャーの中にある」

と答えたのみで、さらに量についての「50cc全部ね」という問いに対しても「うん」と答えて何らそれ以上の説明をしなかった。看護婦 T は容器に入っていた48cc のネンブタールを全量50cc 用の注射器に吸い取り、同日午前11時40分ころ静脈注射し、翌26日午前9時20分頃、急激かつ多量の麻酔薬投与による呼吸麻痺、これに基づく心臓停止により患者 F を死亡させるに至らしめた。

《刑》看護婦 T：禁錮4月（執行猶予1年）

この事件も【判例4】と同様に注射の依頼を行なった看護師とそれを受けた看護師による過失の競合により生じたもので、共に依頼者の指示が不十分であるとともに、受けた看護師の確認不足による。過失については起訴されていない看護師 S についても言及され、一般の注射を看護師間で依頼し合う慣行があったとしても、本件ネンブタールは劇薬の麻酔薬であり他に依頼すべきではないこと、ネンブタール50mg が何 cc か上司も知らないことであるから、依頼する看護師には正確にネンブタール50mg が1cc 中に含まれることを伝える義務があったが行っていないこと、さらには、依頼する看護師に処置書に指示された筋肉注射であることを告げるか、処置書を渡す義務があったが行っていない、ことが指摘されている。そして、看護師 T については、同病棟に配置換になって日が浅く、ネンブタール注射をしたことが一度もなく、ネンブタール50mg が何 cc か知らなかったのであるから、依頼した看護師に十分問いただし正確に確認して注射するなど麻酔過量投与による生命身体の危険を未然に防止すべき業務上の注意義務があるにもかかわらず、これを怠った過失があるとされた。

他方、看護師 T の酌むべき事情として、①本件致死事件はひとり被告人看護師 T のみの過失によるものではなく、看護師 B との過失競合によるものであるからこの過失の度合いを考慮すること、②本件発生後同病院を辞し、深く謹慎の生活を送っていること、③本件の過ちを将来の献身的な看護活動で償いたいとの真摯な自省の情が認められること、が考慮されている。

【判例6】¹⁰⁾

《事実》平成11年2月11日午前8時15分ころ、医師の指示に基づき、看護婦 U は関節リウマチで入院中の患者 G（当年58年）の薬剤準備において、保冷库

から「ヘパ生」と記載されたヘパリンナトリウム生理食塩水10ml 入りの無色透明の注射器を取り出し処置台に置き、続いて他の患者に使用する消毒薬ヒビテングルコネート液を無色透明の注射器に10ml 吸い取り、先のヘパリンナトリウム生理食塩水入りの注射器と並べて処置台に置いた後、ヘパリンナトリウム生理食塩水の注射器に黒色マジックで書かれた「ヘパ生」という記載を確認することなく、これを消毒薬ヒビテングルコネート液入りの注射器と誤信し、黒色マジックで「〇〇様用洗浄用ヒビグル」と手書きしたメモを貼付け、午前8時30分ころ消毒薬ヒビテングルコネート液10ml 入りの注射器を患者 G の床頭台に置き誤薬を準備した。

看護婦 V は、同日午前9時ころ患者 G にヘパリンナトリウム生理食塩水を点滴するにあたり、「ヘパ生」との記載を確認した上で点滴すべきであるのにこれを確認せず、漫然と注射器に入っていた消毒薬ヒビテングルコネート液を点滴したため、患者 G の容態が急変し、急性肺塞栓症による右室不全により死亡させた。

《刑》看護婦 U：禁錮1年（執行猶予3年）、看護婦 V：禁錮1年（執行猶予3年）

本件も看護師による過失の競合により生じたもので、結果からすると刑事責任の重さは、被害者は関節リウマチという生命に危険を及ぼす病気でも手術でもなく、術後経過も良好で10日程度で退院予定であり、苦しみながら命を落とした被害者の無念、および家族の悲嘆等に鑑みると大きいといえる。過失についてみると、看護婦 U については、薬液を取り違えてはならないという、基本的な注意義務を怠ったもので、通常は考えられない初歩的過誤と言える。一方、酌むべき事情として、①自らの過誤に気付き、勇気を出して応急措置中の医師およびその後婦長に告白し、翌日の院長等が出席した会議の場でも経緯を説明したこと、②深く反省し、「死んでお詫びしよう」と思い詰めていたこと、③停職処分を受けていること等を考慮されている。また、看護婦 V については、本来あるべき「ヘパ生」の記載がなく、自分で準備した薬剤でもないのに確認せず点滴するという、基本的な注意義務を怠っている。一方で、①警察での取り調べ段階においては、確認していなかった旨を正直に供述していること、②深く反省していること、③戒告処分を受けていること、に加え、両名とも数年に渡り誠実に看護業務を遂行

し、周囲の信頼も厚く、前科前歴もないことが考慮されている。

【判例7】¹¹⁾

《事実》昭和35年1月11日午後4時15分ころ、看護婦Wは手術のため入院中の患者Hに対し、担当医師の指示により、静脈注射用全身麻酔薬オイナール(マレイン酸リスリド)注射液5ccの静脈注射を行なうよう命じられた(本事件以前にも被告人はオイナール注射を10数回経験していた)。看護婦Wは注入すべき静脈の発見に努めたが困難を極め、さらに手掌背部等を探したが発見できず、傍にいた医師(担当医師とは別の医師X)に「自信がない」等と漏らすも、これに対し医師Xは「大丈夫ではないか」と言ったのみであった。看護婦Wは右正中肘動脈を自ら静脈と判断しオイナール薬液を注入したが、一向に麻酔の効いた様子がなかったので担当医師に報告し、指示によりラボナール(チオベンタールナトリウム)20ccの注射を行なった。その後、患者Hの右手肘部から指先までの組織が壊死して、同年3月3日、右手の肘部節部からの離断手術を受けるにいたった。

《刑》看護婦W：罰金1万5千円(執行猶予2年)

本事件の過失についてみると、まず、被害者に取り返しのつかない障害を負わせ、その結果は重大である。そして、被告人は静脈の発見が困難な場合には医師に替わってもらうか、医師に具体的指示を求めるなど万全の措置を講じ、危害を未然に防ぐ業務上の義務があったが、それを怠った過失を問われている。しかし、起訴されたのが実行行為者の被告人のみであった点が量刑において影響を及ぼしている。すなわち、オイナール薬液の静脈注射に当たっては、医師としては自ら行なうか、看護師にあたらせる場合でも自らその場に立ち会い、随時適切に詳細な指示を与えるとともに、患者の兆候等にも絶えず留意し完遂しなければならないところであるが、両医師は被告人に任せっきりの無責任な態度は、本件発生の基因の一つであったとする。さらには、「看護婦たる被告人のみの刑事上の責任を取り上げてこれを強く追求することは、必ずしも社会正義に適うゆえんでないことは自ら明らかであるといわなければならない」とまで評され、①年齢、経歴、境遇、資産、収入、②本件被害者への慰謝の程度を考量し、執行猶予となったものである。

【判例8】¹²⁾

《事実》平成13年1月15日午前10時ころ、准看護婦Yは、じんましんとの診断を受けた患者I(当年6年)に対し、医師から指示を受けた看護婦Zよりカテテを示されながら塩化カルシウム20ccを5分間かけゆっくりと静脈注射するよう指示を受け、静脈注射するに当たり、医師の指示した薬液を塩化カリウム(コンクライトK)と誤認し、準備し、さらに希釈点滴して使用されるべきコンクライトKを希釈せずに、約13mlを静脈内に注射し、高カリウム血症による心肺停止状態に陥らせ、その結果加療期間不明の低酸素脳症後遺症による両上下肢機能全廃、躯幹麻痺及び咽喉機能不全等の傷害を負わせた。

《刑》看護婦Y：禁錮10月

本事件は、看護師単独の過誤により生じたものとして、執行猶予が付かず実刑となった数少ないケースである。過失については、まず、薬品の取り扱いには細心の注意を払うべき立場にあるのに、確認を怠っただけでなく、誤ったコンクライトKのアンプルケースラベルに赤字に白抜き文字で「希釈—点滴」「希釈—腹腔内」、また赤字で「注意：必ず、希釈して使用すること」と記載されていたにもかかわらず、その注意書きを全く読まず、被害者に注射したことは注意義務を二重に怠ったと指摘されている。また、6歳の被害者は、病院にじんましんの治療に訪れたわけで、そこで突然両手両足や身体が麻痺して全く動かせず、食事もできない全介助を必要とする後遺症となったこと、および本件による容貌の変化は肉親でなくとも目を疑うほどで、児童の一生に及ぼした影響は、死亡事故にも匹敵するような重大さであると判断された。さらには、成長を楽しみにしていた両親にとって、本件の結果や現状は受け入れがたく、被害者や両親の被害者感情は、量刑において最大限考慮すべきである、というものであった。本件が実刑判決となった理由としては、上記の点に加え、次のように証拠の隠滅を図り、民事的にも示談が成立せず、何ら賠償されていない等を勘案して実刑となったと考えられる。被告人に関する量刑の要素としては、まず、裁判手続きが始まるまで自己の注意義務違反を認めなかったばかりか、医師に責任を転嫁する供述態度があり、真摯な反省の態度は見取れないことがあげられる。また、看護師が事故直後に探しても見つからなかったアンプルを、被告人が容易に発見し提出したという供述は信用でき

ず、犯行直後の事情としては相当に悪いこと、さらに、損害賠償においても示談にまだ至らず、被害者や両親への金銭的賠償は何らなされておらず、また被害者らに直接謝罪に訪れていない、という評価が影響している。酌むべき点としては、①被告人は前科前歴がなく、准看護師として30年以上にわたりまじめに仕事をしてきたこと、②被害者両親に対し謝罪文を送付し、謝罪や見舞いの申し出を行なっていること、平成15年5月ころから精神状態が悪化し、現在も投薬治療中であることなどがある。しかしこれらのことを十分考慮しても、責任の重さを自覚させるには実刑しかないとの判断となっている。

Ⅲ まとめ

以上、8件の注射事故についての過失の内容及び量刑についての考察から、刑の量定については、単純に客観的結果の重大性、例えば被害者が死亡したのか、傷害を負ったのか、また被害者の数は一人か複数か、だけで判断されることはない。また、同様の結果に至ったとしても、それが単独で行われた過誤であるのか、複数による過失の競合によるのか、など過失の程度など様々な要素が関わる。被告人に有利に働く酌むべき事情としてあげられるのは、①「深く責任を感じ」、「罪を認め反省の情も顕著」、「真摯な自省の情」と表現されている被告人の反省の態度、②反省を表す行動として、自ら退職する、積極的に自己の過誤について告白する、あるいは事故時の状況を正直に報告する行為、③前科前歴がない、④それまでの看護業務に向かう姿勢が誠実であり、まじめであった、⑤単独の過失ではなく、複数スタッフによる過失の競合が認められる、⑥民事上の責任、すなわち被害者との示談が成立している、その他金銭的賠償を行っている、あるいはその予定が決まっている、⑦院内での停職処分、戒告処分という刑事責任以外の制裁を既に受けていること、⑧【判例4】で考慮された病院の体制、勤務シフトの問題などである。その他に、レアケースではあるが、【判例1】

でみられた被害者遺族を含む市長をはじめとする多数住民の減刑嘆願書などがあげられる。

そもそもわが国においては、量刑の規準が法定化されていない。そこでその手がかりの一つとなるのは、刑事訴訟法第248条の「犯人の性格、年齢及び境遇、犯罪の軽重及び情状並びに犯罪後の情況により訴追を必要としないときは、公訴を提起しないことができる」との規定である。これは控訴するか否かに関する規準ではあるが、注射事故における量刑においても見られる規準である。また、刑法草案48条は、「1 刑は、犯人の責任に応じて量定しなければならない。 2 刑の適用にあたっては、犯人の年齢、性格、経歴及び環境、犯罪の動機、方法、結果及び社会的影響、犯罪後における犯人の態度その他の事情を考慮し、犯罪の抑制及び犯人の改善更生に役立つことを目的としなければならない。」となっており、上記8件の裁判所の判断と重なる要素が多い。

一方で、今回考察した8件の刑を改めて見ると、いずれも刑法211条の業務上過失致死傷罪が適用されているが、実刑は1件のみで、他はすべて罰金刑または執行猶予のついた禁固刑である。過失犯は、行為者が積極的に法益侵害という結果を求めて行為にでるものではなく、結果を望んではいなかったものの、その結果を予想し発生を回避することを怠ったことを法的に評価するものである。したがって故意犯に比べるとその刑は軽い。しかし、同じ業務上過失致死傷罪が適用され、実刑も散見される交通事故等に比較すると、その量刑からは医療過誤に関する刑罰の機能としては、客観的結果（患者の死亡や重い傷害等）に対する応報の意味合いは薄れ、予防・教育という側面が強く現れていることが伺える。同じ業務上過失致死傷罪に該当する行為にあっても、医療行為による過失犯の特殊性がそこにあると考えられる。この点を踏まえて、医療過誤の刑事責任を考えて行くことで、医療関係者も首肯し得る適正な刑事責任の在り方が見いだせるのではないだろうか。

参考文献

- 1) 日本経済新聞 . 平成15年5月21日夕刊 . 第16面.
- 2) その一部について URL を示しておく。
日本医学会 . 声明文 . 〈<http://jams.med.or.jp/news/002.html>〉 , (参照2010-10-20)
日本産婦人科学会 . 声明 . 〈http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_10MAR2006.html〉 , (参照2010-10-20)
日本消化器学会 . 声明文 . 〈http://www.jsogs.or.jp/modules/oshirase/index.php?content_id=5〉 , (参照2010-10-20)
- 3) 飯田英男 . 刑事医療過誤Ⅱ . 第1版 . 判例タイムズ社 , 2006 , p.8-9.
- 4) 前橋地太田支昭51・10・22、判タ678・59.
- 5) 飯田英男 , 山口一誠 . 刑事医療過誤 . 第1版 . 判例タイムズ社 , 2001 , p.4.
- 6) 花巻簡略式平2・3・30、判タ770・77.
- 7) 八戸簡略式平14・5・10、飯田英男 . 前掲 . p.91.
- 8) 大津地判平15・9・16、飯田英男 . 前掲 . p.132.
- 9) 宮崎地日南支昭44・5・22、判時574・93.
- 10) 東京地判平12・12・27、判時1771・168.
- 11) 仙台高判昭37・4・10、判時340・32、最判昭38・6・20、判時340・32.
- 12) 京都地判平17・3・14、飯田英男 , 山口一誠 . 刑事医療過誤 [増補版] . 第1版 . 判例タイムズ社 . 2007.p.143
- 13) 本稿で取り上げた他に略式命令で出されたものとして、次の判例がある。

新庄簡略式昭53・3・27、飯田英男 , 山口一誠 . 第1版 . 前掲 . p.7.

《事実》昭和50年11月29日午前9時50分ころ、病院小児科において医師の指示に基づき、入院中のR（当年1年10か月）に対して抗生物質である塩酸リンコマイシン注射液を同児の右手背血管から注射するいわゆる滴注により静脈注射を施そうとしたが、右注射液を注射器内に吸入した際、医師が指示票により、維持液を1時間に20mlの速度で点滴輸液中右注射液300mgを滴注するよう指示してあったにもかかわらず、右注射液3g入りのアンプルを300mg入りのものと誤信し、右3gの注射液の全量を注射器に吸入した上、前記器具へ全量を注入し、かつ同児に対し、同日午前10時ころまでの間、急速に静脈内へ注入した過失により、間もなく右薬品の急性中毒症状に陥らしめ、同日午後零時25分ころ死亡するに至らせた。

《刑》罰金20万円

小倉簡略式平9・12・16、判タ1035・38

《事実》平成6年5月20日午前9時50分ころ、看護婦Yは病院において医師の指示を受け、C（当年68年）に対し、抗不整脈剤であるリドカイン50mgを静脈注射の方法で投与するに当たり、同薬剤入りアンプルから薬液を注射器に吸入しようとしたが、アンプルの外面の「点滴用」の表示を看過し、医師の前記指示に反して右点滴用リドカインのアンプルから吸入し、濃度の濃い点滴用リドカイン薬500mgを右Cに静脈注射のほうほうで投与した過失により、同人を植物状態に陥らせ、同7年8月11日午前11時13分ころ敗血症により死亡させた。

《刑》罰金30万円

新津簡略式平15・3・12、飯田英男 . 前掲 . p.96

《事実》平成14年7月8日午後4時15分ころ、准看護婦Yは入院中のK（当年71年）に対し、医師の指示により、静脈に塩化カリウム液である「K.C.L.」1アンプル約20mlを点滴するに当たり、同塩化カリウム液を希釈しないで使用すると高カリウム血症による心停止の危険があった上、医師が記載した入院注射箋には同塩化カリウム液を他の点滴液に混合して点滴すべき旨記されていたが、同塩化カリウム液約10mlを他の点滴液と混合しないままKの左大腿部の静脈に注入した過失により、度負う実午後6時3分ころ、同塩化カリウム液注入に起因する高カリウム血症に基づく心停止により死亡させた。

《刑》 罰金50万円

相馬簡略式平成14.3.29、飯田英男 . 前掲 .p.89

《事実》平成12年12月14日午後5時ころ、看護婦 Y は出血性胃潰瘍で入院中の K (当年74年) に対し、医師の指示に基づき、止血治療のためトロンビン局所用液とマルファ液 (水酸化アルミニウムゲル・水酸化マグネシウム液) の混合液を投与するに当たり、同僚准看護婦から、上記混合液が入った注射器を受け取り投与の依頼を受け承諾した。トロンビンは血液を凝固させる効果が強いため、血管内への注射が禁止されており、鼻管チューブあるいは経口により投与すべき薬品であったが、同僚准看護婦に依頼された注射器内の薬品名、施用方法について質問することなく、カルテ等を確認することもなく、安易に点滴用チューブから投与するものと憶断し、上記混合液約18ml を点滴用チューブに取り付けられていた三方活栓から K の静脈に注射し、よって同日午後7時28分ころトロンビンの静脈注射による血栓形成からの肺循環不全により死亡させた。

《刑》 罰金50万円