

監督者の刑事過失について（一）

井上, 祐司
九州大学法学部 : 教授

<https://doi.org/10.15017/16182>

出版情報 : 法政研究. 48 (1), pp.1-32, 1981-09-10. 九州大学法政学会
バージョン :
権利関係 :

監督者の刑事過失について
(一)

井上祐司

はしがき——監督過失論の問題性——

- 一 石塚判事の監督過失論
- 二 安全体制確立義務(その一) ホテル火災
- 三 安全体制確立義務(その二) 危険物工場事故
- 四 安全体制確立義務(その三) 医療過誤
- 五 安全体制確立義務と予見可能性
- 六 狭義の監督過失(その一) 直接行為者の単純ミス
- 七 狭義の監督過失(その二) 直接行為者の規則逸脱
- 八 予見可能性と予見義務との分離独立
- 九 石塚判事の監督過失論の総括と問題点(以上本号)
- 二 米田弁護士と西原教授の監督過失論(以下次号)
- 一 米田弁護士の複数人・組織モデルの過失論とミルク中毒事件

- 二 信頼の原則の適用の前提としての特定の行動基準
- 三 西原教授の監督過失論とミルク中毒事件
- 四 予見可能性の問題、とくに「信頼の不当」との関連
- 五 「信頼の相当性」の判断構造について
- 三 その他の監督過失論
- むすび——過失犯の構造について——

は し が き

ミルク中毒事件確定判決を契機に、監督的地位にある者の刑事過失の限界が論じられるようになった。この問題の背景には、さらに、食品公害、産業公害における企業組織体の責任という新しい要素があったし、他方には、医療過誤における医師と看護婦との関係、土木建設工事や化学工場等における事故をめぐっての監督者と直接作業員との関係、ホテル火災における建物管理権限者と防火管理者との関係などにみられるところの過失競合の問題と関連するものがある。過失競合論は、古くから過失論の一環として取上げられてきたものであったが、それがあらためて監督過失という新しい側面で論じられるようになったところに、やはり右の諸関係をめぐる過失成否につき、新しい問題意識をみる事ができる。

今日、監督過失の問題をめぐって、米田泰邦弁護士や西原春夫教授の「信頼の相当性」の理論と、石塚章夫判事の独自の監督過失論と、三井誠教授の危険行為過失論からの「結果に対する予見可能性」の理論が展開されている。この一連の監督過失論の展開にさががけて、企業組織体の刑事責任という観点から展開された板倉宏教授の過失論も、部分的に問題領域を共通にするものがある。

結論からいえば、私は監督過失もまた、一般の結果犯としての過失の構造と全く同一の内容をもつべきであって、責任としての結果予見可能性の有無につきると考えている。従つて右に展開された諸見解とは意見を異にせざるをえない。これらの監督過失論を触発したミルク中毒事件や電気メス事件等の諸判決については、その監督過失論を別稿に詳細に検討したので、ここでは、主として石塚章夫判事の独自の監督過失論の構成をおいつつ、基礎とされている判例じしんをも検討し、その構成の問題点を考察することにした。

「信頼の相当性」の理論についても、論及しなければならぬが、既に交通事故における信頼の原則の問題については論じたこともあるので、米田弁護士と西原教授がそれぞれミルク中毒事件につき、その監督過失論を具体的に展開された部分について、私の立場からの問題の指摘にとどめたい。

信頼の原則については、結果予見の可能性を判定するために、有用な補助的な役割をもつこと勿論であるが、この原則は、それが予定する基礎事実がくずれるとき、つまり特別の事情があるとき、適用をみないとするが、この通常―特別という区別が明確に成り立っていない場合に問題がでてくるのは当然として、過去の判例のいくつかにみられたように、特別の事情の存在の認定において、心情的に厳しくなり、過失否定へと傾きがちである。事故予防対策ではなく、事後処理としての刑事過失事案としては、特別の事情を正確に判定するうえからも、初めから、基本的な過失の認定構造である結果予見の可能性を中心に事案を処理する方法が安全であると考へている。

ちなみに、「信頼の相当性」理論では、結果予見の可能性は容易に肯定できるものであるから、過失限定の役割を担いえないとされている。しかし、そこにいわれている予見可能性は、われわれのいう予見可能性ではなく、任意に抽象化された因果レベルでの経験則をさしている。事件ごと成り立つ因果経過の本質部分は、問題の被告人にとって特定されているのであって、これを離れて、任意に抽象化された因果法則を観念して、代用することを許さぬものである。例えば、ミルク中毒事件では、松野

製剤という多量の砒素を含む有毒物質の予見可能性のことであつて、「粗悪類似品」でもなければ、「非第二磷酸ソーダ」でもない。従つて、結果の予見可能性とは、あるといへばある、ないといへばないといふような、曖昧な内容のものではない。正にそれこそが過失の成否を分れしめるものであるのだから。

一 石塚判事の監督過失論

一 その全体構造 石塚章夫判事は、監督過失の判例の分析に基いて監督過失の限界を理論化しようとされる(判例時報九四五、九四六、九四八号)。米田弁護士、西原教授の両監督過失論が予見可能性による過失限定を断念し、信賴の原則によつて解決をはかろうとする立場に対し、寧ろ予見可能性規準の類型化と、その上にたつ予見義務―回避義務の基準で構成しようとする。

監督関係における信賴の相当性という限定法理は、既に電気メス事件札幌高裁判決の展開したものであり、それ以前に、既に、米田弁護士によつて提唱され、さらに、西原教授によつて展開されたものであるが、その実質的内容は、結果回避義務論(新過失論)の監督関係への応用といつてよい。

これに対し、石塚判事は、予見可能性の類型化と、予見可能性と予見義務の分離独立化という新しい試みによつて、信賴の相当性の判断に代えようとするのである。しかし、最後に、結果回避義務としての監督過失を構成される点においては、結果回避義務論としての新過失論の承譜に連なるものといえる。

石塚判事は、監督関係における結果回避義務を、(一)安全体制確立義務(広義の監督責任)と、(二)結果接着時点の回避義務(狭義の監督責任)とに区分し、とくに前者こそ今日の刑事過失論の緊急の課題であることを主張される。

石塚判事の監督過失論は、(一)監督者の予見可能性を三つの場合に類型化される点、(二)予見可能性と予見義務を独立

した過失契機とされる点、(三)結果回避義務を(イ)安全体制確立義務と(ロ)結果発生に接着した時点での狭義の監督義務に二分される点、何れも独創的な主張であつて、慎重に検討する必要がある。

石塚判事が右の監督過失論の関連判例としてあげられたものをここで一括して示すと次のようになる。

まず、安全体制確立義務に関しては、ホ、テ、ル、火、災、に、関、する、建、物、管、理、権、限、者（ホテル経営者）の自動報知等設備設置義務としての監督過失二件（椿グラウンドホテル火災事件和歌山地昭五一・三・三〇刑裁月八・三・一七二『有罪・控訴』、盤光ホテル火災事件福島地昭五〇・三・二九『無罪確定』判時七七九・四〇）、工、場、事、故、に、関、する、工、場、長、等、の、安、全、バ、ル、ブ、設、置、作、業、に、関、する、安、全、教、育、義、務、と、し、て、の、監、督、過、失、一、件（信越化学工場爆発事件新潟地昭五三・三・九『有罪確定』判時八九三・一〇六）、さら、に、医、療、過、誤、に、関、する、看、護、婦、の、薬、劑、取、扱、に、つ、い、て、の、医、師、の、平、素、の、監、督、過、失、二、件（無資格介助者消毒液誤注射事件東京高昭三七・四・一二下刑集四・三〥四・一九三、見習看護婦稀塩酸とり違い事件東京高昭四一・三・二五東京高時報一七・三・三五）の合計七件の安全体制確立義務違反としての監督過失の判例をとりあげられている。

次に、結果発生接着時点の監督過失（狭義の監督過失とされる）の判例七件、ほかに、監督者の予見可能性が否定されるものとしてのカネミ油症事件、監督者の予見可能性は肯定されるが予見義務が否定されるものとしての電気メス事件をそれぞれあげておられる。これらの判例についてはそれぞれの個所で具体的にあげて検討することにする。

まず、安全体制確立義務に関する七件の判例から検討しよう。

二 安全体制確立義務（その一）ホテル火災。ホテル火災の判例としては、石塚判事のあげられた右二件のほか、有馬温泉満月城火災事件（神戸地昭五三・二・二五判時九三五・二三七）がある。

本件の被告人は旅館満月城の代表取締役社長であつたが、被告人は消防法上の「防火管理者」として自動火災報知器の不設備につき過失責任を問われたものである。被告人は、消防法によれば元來建物管理権限者であり、必要な設

備の設置整備の義務をおうのも、管理権限者としてである筈である。判決がなぜ「防火管理者」という地位において不設備の責任を論じているのか、判決文からは祥らかでない。消防法上防火管理者は管理権限者の指示、決定に基いて整備の実施に当る機関にすぎないものである。石塚判事が本件を除かれたのは、管理権限者（監督者）―防火管理者（直接行為者）という形をとって過失を論じなかったからであらう。

椿、グランド、ホテル事件では、管理権限者のみが被告人となり、実在した防火管理者は訴えられていない。被告人の注意義務の内容は、煙感知器付自動火災報知器の設置義務の懈怠のほか、既設熱感知器の点検整備義務の懈怠であった。後者の注意義務を、石塚判事は、直接行為者（防火管理者）に対する狭義の監督責任とされ、前者の注意義務を広義の監督責任、つまり安全体制確立義務とされる。

石塚判事は、安全体制確立義務を誰が負うかの好例として、消防上の管理権限者―防火管理者の体制を参考とし、『最終的権限ないし責任をもつ者』として管理権限者をあげられる。

ホテル等の建物火災による死傷事故に際し、自動報知器という物的設備が過失の結果回避義務として重要な論点となるのは、事がらの因果経過上当然のことであり、しかもこの設備には必然的に相当の経済的出費を伴うものであるから、経営者たる管理権限者がそのゆえに過失責任を問われるに至るのも必至である。そしてこの過失は、全くもって自己過失、直接過失の問題であって、監督者―直接行為者の問題ではない。設備や機械の構造的欠陥、生産方法や廃水処理等の瑕疵のように、経済的出費や経営生産体制じたいの欠陥が直接事故と結びついている場合、必要な結果回避措置を整えることは、経営者や企業の中核指導部にしかこれを期待することができず、企業の最上層部が過失責任の主体となる。このことは当該事故の原因（結果発生に至る因果経過）へのこれら指導部のかかわりかたから当然に生れるものである。いわゆる「構造的災害」というのもこのことを指している。しかし、この場合においても刑法上

の過失としては、直接過失の問題であつて、他人の行為に対する指示、指導、監督などに関する過失という問題は生じない。これを「広義」の監督として、狭義の監督から区別される石塚判事の構成は、この趣旨から了解することができる。安全体制として人的組織や物的設備を「確立する」ことの可能な者は、経営者、最高の管理権限者のみであるから。勿論、既に確立された安全体制がそれを担う実施者の懈怠により事故が生ずることもあろう。この時は、監督者―直接行為者の関係において、双方が刑事過失の主体となる。しかし、この場合は、石塚判事のいわゆる「狭義の」監督責任、結果発生に接着した時点での監督責任としての問題となる。

ホテル火災のうち、椿グランドホテル事件において、第二の注意義務の内容となつた既設自動設備の点検整備義務違反を、防火管理者に対する管理権限者の直接の狭義の監督過失として、結果回避義務違反があると石塚判事は理解されている。

本件事故発生 of 具体的経過をみると、既設の熱感知器が誤報をくり返し、業務の支障となるため、現場の施設課長においてナイフスイッチを設け、電源を切断できる装置を加えていたところ、偶々消防署の立入検査時に発見され嚴重警告をうけ、特別指示により改善を要求されていた。現場の施設課長から補修の要求があつたにもかかわらず、防火管理者も管理権限者も、補修に相当の経費を必要とすることから、事態を認識していたのにかかわらずこれを放置していた。このため本件において深夜出火に際し、自動装置が作動せず、事故を大きくしたものである。

既設感知器の点検整備の義務の内容が、単純に「電源スイッチを切るな」という消防署の特別指示の違反だけであるならば、狭義の監督過失の問題である。しかし、電源を入れておけば誤報を繰返す現状のもとでは、点検整備義務の具体的内容もかなりの出費を伴う徹底的な補修を必要とするものである以上、もはや防火管理者の義務を越えるものであつて、管理権限者の直接過失としてとらえるしか方法のなかつたものである。勿論、防火管理者には管理権限

者に必要な具申、求指示の義務があるが、本件では管理権限者がその必要性を知っていたのであるから、その点をめぐっての監督者―直接行為者の問題はおこらない。防火管理者が起訴されていないのもそのような理由からであろうと推察される。

従つて、石塚判事がこの義務を狹義の監督責任の問題とされるのは問題がある。本件は経営者の直接過失のみが問題となる火災死傷事故である。

盤光ホテル火災事件は、控訴審判決が既に出ている（仙台高昭五三・一・二四判時 八九二・一〇九）。本件では管理権限者、防火管理者の両名が被告人となつた。管理権限者として起訴された被告人は無罪となり確定した。防火管理者のみ有罪、控訴したものである。本件でも熱感知器式の自動報知器の度々の誤報のため係員が電源断の操作を行つてきたが、たまたま事故時、停電のためのブザーをとめる際、誤つて報知器の電源を断つたままの状態にしていたため、ホテルで催されていた金粉ショー控室からの出火につき、全館への報知がおくることが事故を大きくしたものであつた。管理権限者が無罪となつたのは、当該被告人は経営者ではなく、既に施設等の補修担当にすぎない管理部長に配転されていたが、かつて支配人であつた当時、消防署に提出された届出において管理権限者となつており、事故時の現支配人への変更補正がなされなのままに名目が残つていたことに基き、起訴されたことによる。消防法上の真実の管理権限者は、代表取締役社長ないし現支配人であつたが、何れも起訴されなままに終つていようである。地裁判決は、被告管理部長につき、管理権限者としてではなく、当人の雇傭契約上の職務にある者としてその注意義務を検討し、発生した火災を顧客等に報知する義務（被告防火管理者にのみある）、出入口、非常口の位置等の告知義務（現支配人にある）、ホテル玄関の全屏開放義務（一次的には現支配人に、二次的には防火管理者にある）、非常口施錠開放義務（現支配人にある）、避難ロープ設置義務（代表取締役にある）のすべての義務を否定し、無罪としたものであ

る。これらの義務のうち、出火告知義務違反、玄関口の解放義務違反についてのみ、防火管理者として代表取締役から届出られていた相被告人（総務部総務課長）につき有罪となった。

しかし、盤光ホテル火災事件において監督者が無罪となり確定したのは、安全体制確立義務が刑事過失として元来成立しにくいからなのではなく、真実の管理権限者が起訴されていないからである。本件地裁判決は、「管理権限者：社長：（は）、ホテル業には全くの素人であって、：営利の追及に急なあまり、安易に物的施設を誤信し、防災についての関心は極めて稀薄であったというほかなく、本件災害の根源的な原因は、そのような企業責任者の経営姿勢に胚胎するものと言っても過言ではない」と述べている。管理権限者を免責する意図は全くみられない（しかし、この不適正な捜査、起訴がその後ただされたかどうかは不明である）。

従って、ホテル火災事故関係では、消防法上の施設管理権限者の過失責任は、常に容易に追及されうるものである。これはこの種の事故における過失の内容が防火設備の懈怠という自己過失によるものであって、いわゆる監督責任の問題でないことにもよる。事故原因の現実の内容から経営指導部の過失の追及が必至であり、可能である。慢然経営トップという理由からなのではない。ホテル火災という分野では、安全体制確立義務としての結果回避義務の成立は、容易である。このことは、この分野における物的設備の重要性、不可避からくるものではあるが、防災のための人的組織体制（顧客や宿泊客の避難誘導をふくめ）の確立についてもいえることである。事故の性質（因果経過の特殊性）から、管理権限者たる経営者の予見と回避が直ちに刑事過失の問題となる。従って、ホテル火災事故は、一般に結果発生から遠く刑事過失となく、安全体制確立義務の典型例として扱うには、不適当な事案グループといえよう。

三 石塚判事が安全体制確立義務としてあげられる次の事例は、原発放射能漏れ事故、化学コンビナート爆発事故、食品公害等における事例である。石塚判事は、信越化学工場爆発事件のみを具体例としてあげられている。

本件事故（死者一、傷害一六名）は、被告人Ⅰ（合成第一課、モノマー工場勤務、製造装置運転、保守点検係）が塩化ビニルモノマーの製造工程において設置されている粗VCタンクに続くストレイナー（防塵装置）の清掃作業中、ストレイナー吸入弁が破損したため、右粗VCタンク内に滞留していた約四トンの液化ビニモノマーが右ストレイナーの開口部より噴出気化し、火源にふれて大爆発をおこしたことによる。

起訴されたのは、右被告人Ⅰのほか、その上司である合成第一課長Aと工場長Tの三名である。判決は、結局において、被告人A、Tが監督者たる地位において、(一)粗VCタンクとストレイナーを繋ぐ配管にタンクからの液化塩ビモノマーの流れを遮断するための安全用のバルブないしは緊急遮断装置を設けておくべきであったこと、(二)作業員に対し、漏出がとまらぬ場合のストレイナーの閉蓋、上司への報告受指示、ストレイナー吸入弁の閉止作業に当っての平素の安全教育の徹底という二個の回避義務を認めた。

石塚判事は、監督者の立場からの結果予見可能性につき、三つの類型化を試みられる。(一)直接行為者の単純ミスの場合、(二)直接行為者が法規や内部規則に定められた行為規則に違反する場合、(三)直接行為者のミスによる事故の前例があるとかその他経験的に結果発生を警告する特別の事情がある場合、何れも監督者は直接行為者のミスを予見することが可能であり、そのこととして可能な限り、直接行為者のミスから構成要件の結果に至る因果経過は監督者の予見可能性判断の対象とする必要はないとされる。

本件工場爆発事故において監督者（工場長、課長）の予見可能性に関しては、(一)の回避義務（安全バルブ設置義務）の前提として、過去の作業経験という特別の事情が存した場合（上述予見可能性の第三類型）に該当し、従って、直接行為者Ⅰのミスは予見可能であったし、(二)の回避義務（安全教育徹底義務）の前提としては、「安全標準動作」という清掃作業に関する内部規則から直接行為者の逸脱——作業能率上規則通りに行なわれていない実態があった——を根拠

（上述予見可能性の第二類型）に、Iのミスの予見可能性を肯定したものと、石塚判事は整理される。

本件の監督義務の内容とされた安全用バルブの設置義務、平素の清掃作業の安全教育徹底義務（漏出時の措置、ハンドル回しの選定使用方法の指導と安全教育）の何れも、石塚判事のいわれる広義の監督義務（安全体制確立義務）に該当するとされる。

本件事故の直接の原因は、作業員の吸入弁閉止作業に用いた鉄製ハンドル回しが大きすぎ、無理に力を入れて締めようとして吸入弁を破損したことによるが、監督者の注意義務として、安全教育義務をこえて、安全バルブ設置義務まで課したことは、丁度、ミルク中毒事件において工業用でなく規格品の発注義務を課したのと同様、刑事過失としては遠すぎる義務のように思う。安全教育の徹底では足りず、事実上装置じたいの改変まで義務づけたのは、当時、全国各地での石油化学工場の爆発事故の多発に影響されたと思われるが、事故予防対策の問題としてなら格別、刑事過失として義務づけるには、安全教育の徹底によっても事故の回避が不可能であるという前提が必要であったであろう。この二つの回避義務は、結果発生からの距離において、同一のレベルにある義務とみることが困難であるから。そこまで義務づけるには、高圧の激発物処理装置として、本件工場の装置が当時の同種工場の装置として欠陥装置であるといえることが必要である。カネミ油症事件における欠陥装置とその無理な運転操作の場合と比較し、事故発生の因果的機序において両事件の間にはかなり開きがある。石塚判事は、安全体制確立義務が刑事上の回避義務に昇華するに当って、結果との因果関係を適切にも指摘されているが、右の点には特に論及されるところがない。両者を回避義務とした判決に同意されている。ここで述べたように安全教育徹底義務のみを刑事過失と考えるだけで充分であったとすれば、それは被告人A（合成第一課長）のみで足りるであろう。工場長の監督過失まで問うことは困難となる。

本件でのより基本的な問題は、監督者の結果の予見可能性に關してである。判決は、直接行為者のミスのみを監督者の予見の対象として考察している訳ではない。直接行為者とならんで、監督者兩名が、要するに、被告人らの全員が吸入弁弁座の損傷（弁座の損傷のため吸入弁を閉止したが漏出が完全にとまらず、そこで五五センチ長さの鉄製ハンドル回しを用いて増締めしたため、吸入弁そのものを破損するに至った）、および吸入弁の増締めによる破損を予見することができたかを論じている。この点の予見可能性は、直接行為者（被告人I）にとつての過失を基礎づける契機であると同時に、監督者の立場からの結果予見の問題において、清掃作業、とくに吸入弁閉止作業一般の危険性、従つて結果発生の予見可能性を肯定する具体的状況（その原因は明らかでないが弁座にこのような損傷が生じ閉止が不完全になるという事実は管理職・作業員とも経験上予見していた）である。

さらに、「安全標準動作」によれば、吸入弁閉止は元來手動によるハンドル操作によることになつており、實際の閉止作業に當つては、完全に閉止しきれぬ場合についての鉄製ハンドル回しの使用に關しては、何ら特別の規定はなく、作業場に用意された五種類（五種類の）のハンドル回しを任意に使用してきたものであった。本件事故時には、最初三〇センチの長さのハンドル回しで増締めを行ったが、ハンドルが動かないため、二番目に大きい五五センチのものを使用して増締めを行ったものである。「安全標準動作」からの逸脱は、ストレーナーの開蓋時期（ストレーナー内の過籠をできるだけ早くとり出し清掃して作業能率をあげるためであった）と事故時の閉蓋、報告求指示の点（三〇センチ回しでバルブが動かず漏出がとまらなかつた時点で閉蓋すべであつた）にもあつた。これらの逸脱も爆発にとつての条件ではあるが、直接には、本件吸入弁を締めるには不当に大きい大きさのハンドル回しで強い力をかけて増締めをしようとしたため、吸入弁のヨーク部分を破断したことにある。実際には弁座損傷によつて生じていた漏出を、よくあつたように弁座にスケール等の異物が挟まっているための漏出と誤信したことによる。直接行為者の作業ミスは、不当なハンド

ル回しによる無理な増締めにあるが、このような作業実態について、監督者らは知らなかったと弁解した。しかし、これに対し、判決は、被告工場長は、右工場の保安責任者（高圧ガス取締法）、安全管理者（労働安全衛生法）、環境保安管理者（就業規則）として、工場の安全管理、環境保安の最終責任者であり、そのような職責にあること、また被告合成第一課長は、合成第一課内の高圧ガス作業主任者（高圧ガス取締法）同課の環境保安管理者（就業規則）として、工場長の命をうけて指揮監督にあたる職責にあるとし、「これらの実態を把握すべき義務があり、右の責任を有する者として、現実には作業員の清掃作業をみて回り、あるいは作業長から説明をうけるなどして、実態を把握することが容易であったのであるから、その実態を知らなかったからといって『安全標準動作』からの逸脱の実態、バルブ破損に至る程度の増締めの子見可能性を否定することはできない」と述べている。即ち、監督者の法規又は就業規則上の職責からして容易に実態に近づき得たことが子見可能性の契機となつてゐる。石塚判事は『標準』からの逸脱であれば、監督者の子見可能性が直ちに結論されるとするが、判決の論理はそれと同一ではない。元来、子見可能性の問題は事実問題であるから、取締法規や就業規則上の監督不行届という一種の義務違反が先行し、これらの義務を尽していれば子見できたという判決の論理は、「結果を子見するため、回避義務がある」ということになり、従つて、「結果が子見できるから回避義務がある」とする本来の回避義務論とは、逆転しているように見える。本件爆発事故による死傷の結果の子見可能性がこれら監督者の刑事過失の本体であるが、その因果経過上の重要な結節点として、現場清掃作業における危険な操作（『標準』からの逸脱と危険な道具の使用）という具体的状況があり、その状況の危険性（従つて、本件直接行為者のこの際の特定の作業ミスのみを対象とせず、それを含みつつさらに一般化された状況が対象となつてゐる）の子見可能性が決定的となる。この際、監督者が職責上この危険な作業実態に容易に近づきえたとするのは、監督者の実態看過の非難そのものを示しているのではなく、実態把握能力、その可能性を示していると考えらるべきであらう。

「職責」という概念は、このようなコンテキストでは、刑事過失上の義務の指示ではなく、既存の法律関係、社会関係から生れる能力、可能性という事実的契機（注意能力）をさすものである。従って、右の判決の論理は、「予見すべきであつたから予見できた」とか、「予見するためになすべきであつた」ということではない。しかもその予見の対象は、直接行為者の特定ミスというよりも、それを含めて（従って一定の抽象化を伴う）具体的状況、つまり清掃作業とくに増締め操作の危険な実態であり、結果発生に必然的に連なる因果経過上の本質的部分である。この一定の抽象化は、危惧感説とは別のものである。

四 石塚判事が安全体制確立義務に数えられる最後のグループは、医療過誤の二つの事案である。医療過誤においても、監督者としての医師の、事故発生に近接した時点での狭義の監督過失を追究する事案の方が圧倒的に多く、この最後のグループの場合においても、石塚判事の指摘されているように、狭義の監督過失を同時に注意義務の内容にあげている場合が多い。

まず、第一の無資格介助者消毒液誤注射事件において、被告医師は、子宮外妊娠治療のため開腹手術を行うに当り、介助者に予め手術開始前に指示して、手術台患者枕元にある薬品台にグリコアルギン五〇〇CC入りの瓶を置き、その薬剤を腰椎麻酔開始後、点滴注射アンブルに注入するよう指示しておいたが、実際にアンブル注入時に、介助者の注入作業の注視、確認をしなかつたため、介助者が手術開始前に、手術台の消毒作業のため用いたオスバン液入りの瓶（グリコアルギンの空びんを利用したもの）を作業後、当該薬品台に置き忘れていたのに、注入すべきグリコアルギンと誤って、オスバン液を注入したため、患者を中毒死せしめるに至つたものである。

判決は、被告医師の、手術開始に当っての薬品台点検義務違反、注入時指示に当っての注視・確認義務違反（何れも狭義の監督過失）とあわせ、消毒液の容器として点滴注射用のグリコアルギンの空びんを使用することを黙認し、何

等特別の表示を指示していなかったことを注意義務違反とした。これは石塚判事主張の通り、安全体制確立義務の問題である。

本件での介助者は、看護婦、準看護婦の資格もなく、若年であって、機械的労務のみに従事し、手術介助の知識技能なく、経験も豊富といえないのであるが、薬品取り違いを原因とする本件事故について起訴されてはいない。介助者の過失を主張する批評もあるが（大竹武七郎・医師と看護婦の責任の限界、帝京法学一―号二頁、昭五五・五、七三頁）、監督者の単独過失で充分であろう。判決が監督過失の内容として、空びんの利用回避や特別の表示という遠い原因まで義務づけたのは、一方で介助者の知識・能力を配慮し、他方手術開始前、開始中における医師の専念すべき業務との関連から、介助行為への注意配分が容易でないため、注入作業の注視・確認や麻酔開始前の薬品台の点検という義務に大きな比重をおきえず、介助者として明らかに不適当な者をも利用せざるをえない医師として、むしろ、消毒液の平素の取扱上の措置こそ、最も確実な回避方法であると考えたからかもしれない。

確かに、結果予防上の考察からは、右のような比重のおき方は妥当と考えられるが、刑事過失の本体としては、遠すぎるように思う。開腹手術じたいは未だ開始されず、麻酔の効果をみていたのであるから、注入の指示の時点において注視・確認する措置が基本的な注意義務と考えてよい。この時点での結果予見の可能性の契機となるのは予め指示準備した時点からの薬品台をめぐる状況の変化であり、その予想可能性にある。介助者への事前の指示、教示は、介助者の手術台消毒作業以前に行なわれており、術中の注入作業の時点において、ただ注入の時機を指示するのみで他に何の配慮を必要とすることなく、事前に指示しておいた薬液が間違ひなく注入される事態が保障されているとはいえない状況であったことが予想されるからである。麻酔にかかる直前に、薬品台の点検をしなかった点も右と同様、注意義務の内容とならう。これらの義務をさえ課せば、空びんの利用回避とか、特別の表示とかは、結果回避の

理想からは望ましいが、本件事故の発生についての過失とするには、因果経過上ノーマルな条件となり過ぎていて、そこに原因をみるのは遠すぎる処理である。

次に、見習看護婦稀塩酸取り違い事件について検討しよう。本件は、被告眼科医師が治療のため麻酔液を使用するに際し、看護婦に塩酸プロカイン粉末〇・〇五グラムに蒸溜水五〇CCを混合せしめて用意させておくことにしていた。たまたま見習看護婦Kが、なくなりかけた麻酔液を補充するためこの作業を行ったが、その際蒸溜水と稀塩酸をとり違えて混合し蔵置していた。被告医師が看護婦Dが同液を平素の麻酔液と信じて注射器につめたものを、「薬は間違いないか」と質しただけでこれを施用し、患者の目に失明近くなる程の傷害をおさせたものである。判決では、医師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る義務（安全体制確立義務にあたる）と石塚判事は指摘される）を認めたが、さらに、これを黙認している場合には、見習看護婦が麻酔薬を新たに調剤補充しているか否かに絶えず注意し、これを知った際には直ちにその調剤が適正であるかどうかを確かめる義務（石塚判事はこれを狭義の監督過失とされる）もあると認定した。

しかし、本件では、見習看護婦の単独調剤をさせない監督義務と、単独調剤されたものの事後の適正の確認義務との関係は、結果発生との関連で考察すると、前の介助者オーロバン液の取り違い事件における安全体制確立義務（空びん利用回避、特別表示）と狭義の監督過失（注視・点検、薬品台点検）との関係と異なっているように思う。本件被告医師において、単独調剤を黙認してきた事実と、その調剤の適正不確認の事実とは、それぞれ独立した意義をもつ程に結果発生に対し因果的に段階差をもつ事実とは理解しにくいからである。調剤室において独立の専門的責任者はなく、自らその責任にあった薬剤に関し、その著しい管理の杜撰さ（麻酔液という直接患者の身体に重大な影響をもつ薬剤の取扱い、蒸溜水と稀塩酸との同置）が二つの事実を一つに繋いでいるというべきである。二つの過失という性質をもって

いない。その意味では、監督過失の広狭を区別して扱う実質的意義に乏しいといえよう。本件では、いわゆる安全体制確立義務が医師の刑事過失の中心をなしており、事後の不確認のままの使用が狭義の監督義務違反として、つまり直接行為者たる見習看護婦の調剤の適正確認義務違反として、別個の独立の義務違反たる性質をもち得ていないように思われる。

五 監督者の刑事過失の中核は、一般の過失犯同様、監督者の立場における構成要件的結果の予見可能性の問題である。石塚判事は、前述の通り、直接行為者の単純ミス事案は、それじたい結果予見可能性の一つの類型であって、監督者にとり直接行為者のミスは常に予見可能であるとされる。しかし、監督者の結果予見の可能性も、単独過失の場合と同様、純粹の事実問題であって、何らかの規範的評価によって左右されるべき問題ではない。

先に検討したホテル火災による事故グループでは、管理権限者（監督者）の結果予見の可能性は、物的予防措置の設置がなければ、即刻適時の通報は不可能であるから、顧客等の死傷の発端となる第三者の失火等じたいがいつでも起るかは全く偶然のことに属し、これを具体的、個別的に予見することは不可能であるが、しかし、それは予見する必要はない。現実には失火が起った際の事後の火災による死傷の予見と回避だけが問題である。早期消火活動にとっても、顧客らの避難誘導にしても、すべての措置にとつてまず第一に前提となるのは、失火が生じた際にそれをできるだけ早く認知し、報知することにある。この認知と報知がおくれるならば死傷の結果は不可避である。消防法その他による自動報知器設置の法的義務づけは、右の経験則を基礎としていると同時に、この経験則こそが直接自己の建物の無設備状態の危険をも具体的に予見可能とし、従つて又、火災による現実の死傷の結果をも具体的に予見可能とするのである。ホテル火災事案の監督者の予見可能性はこのようにして認定されるのであり、又その義務とされる設備設置義務も、前述のように監督過失ではなく、直接過失であった。監督者の予見可能性は、ここでは直接行為者の

安全規則違反というミスは監督者が予見可能であったかという形式をとる訳ではない。

勿論、ホテル火災の場合、管理権限者が十分の予防体制をひいているにもかかわらず、防火管理者のミスが原因となり、そのミスにつき管理権限者の監督不行届という刑事過失が理論的にありえない訳ではない。有馬温泉満月城火災事件でも、出火後の、防火管理者の可能であった報知手段による顧客への告知、誘導等の問題が論及されたように思われるが、判決は旧館での自動設置不在のみを問題にした。椿、グラ、ランド、ホテル火災事件では、防火管理者の直接ミスを論じる余地のない事件であったことは前述した。盤光、ホテル火災事件では、防火管理者の出火告知義務違反、玄関口等の解放義務違反につき過失が認められたが、真実の管理権限者は起訴されていない。判決によれば、管理権限者の固有の直接過失（出入口、非常口等の位置の告知義務、非常口施錠開放義務）のほか、玄関口の解放義務について防火管理者との過失競合を認めている。防火管理者のミスの監督責任という形での論及は具体的には示されていないが、安全無視の営利第一主義の経営姿勢を事故の真の原因とする判決の立場からは、もし管理権限者が起訴されておれば、監督義務の具体的内容と、それを基礎づける具体的予見の対象が示されたであろう。その場合、防火管理者のミスが消防法の要求する諸措置と矛盾すること、つまり石塚判事のいわれる安全規則からの逸脱という側面が直ちに監督者の結果予見を基礎づけると理解できるか問題であろう。直接行為者のミスを導いた具体的諸事情そのものの監督者における予見可能性こそ、結果予見可能性を基礎づけると考えた方が合理的である。

また、同様に先に検討した化学、コンビナート爆発事故においても監督者の結果の予見可能性は、前述した通り、清掃作業、吸入弁閉止操作の危険な作業実態という具体的状況の予見可能性が基本であって、「安全標準動作」からの逸脱したいが中心ではないであろう。

医療過誤における直接行為者のミスを経介とする監督過失においても、他のグループ同様、その予見可能性の問題

は、直接行為者の初歩な単純ミスであるという事実だけでは結果の予見可能性は基礎づけえないであろう。無資格介助者消毒液誤注射事件では、薬品台をめぐる具体的情況の変化の予見可能性が、見習看護婦稀塩酸取り違い事件では、薬剤室における薬品管理の杜撰な状況の予見可能性が、それぞれ監督医師の刑事過失を基礎づけるものと考えることがができる。

予見可能性の問題は、狭義の監督責任(事故発生に近接した時点での監督過失)の事例でも過失の中核となるべきものであるが、次に、この狭義の監督過失とされる事例を検討しつつ、この点を吟味しよう。

六 石塚判事は狭義の監督過失の判例として次のものを例示される。

クロロホルム誤注射事件(広島高昭三二・七・二〇) 高判特報四号追号六九六、刑裁資料二二五・九五)、バルブ誤接続採血ミス事件(千葉地昭四七・九・一八) 刑裁月報四・九・一五三九)、麻酔器笑気ボンベ誤接続事件(神戸地尼崎支昭四九・六・二一) 判時七五三・一一一)、電気メス事件(札幌地昭四九・六・二九) 第一審刑裁月報六・六・七四二、判時七五〇・二九、札幌高昭五一・三・一九高刑集二九・一・七八)、ダム放流事件(札幌地昭五〇・二・一九、判時七八四・二二二)、医院事務員薬品取り違い事件(函館地昭五三・一二・二六) 判時九二五・一三六)、集塵室ガス中毒死事件(仙台高昭五〇・六一判タ三二六・三五八)の七件である。

第一のクロロホルム誤注射事件では、被告人甲および原審相被告人乙(控訴せず有罪確定)は、病院勤務の外科医であったが、外来患者の右肩関節の脱臼を訴える者(二七才女)を共同して診察治療したが、甲医師の提案により短時間全身麻酔をすることにした。そのため、通常使用されてきた麻酔剤オーロバンソーダの注射を看護婦丙に命じたところ、丙女が薬液を取り違え、クロロホルムを注射器につめ、これを看護婦丁が、乙医師立会いのもとに静脈内に注射したため、中毒により死亡せしめた事件である。本件注射行為に従事した乙、丙、丁いづれもこの取り違いに気づかず、そこから数米離れたところにいた被告人甲

医師も他の所用をしていて注射行為を特に監視していた訳ではなかった。クロロホルムは元來強烈な芳香を有するが、一旦注射器に注入されると、これをクロロホルムと判断確認することは容易ではなく、医師乙においてもこれを看取しえなかつたとされている。

本件注射の中途において、患者が呼吸困難に陥つたので被告人甲において人工呼吸を行い、且つその後脱臼の整備も甲が行っている。オーロバンソーダとクロロホルムの色、外觀等はおそらく識別のつかないものであるが、両薬剤の取り違いがどのような状況で起つたのかの具体的記述はない。被告人甲が薬剤の指示を行つたのは補助的な助言としてのもので注射行為には関与していないという弁護人の主張に対し、高裁判決は、共同担当医であつたことと、担当医として看護婦の準備、注射に対する確認義務があつたことを理由として過失を肯定したものである（看護婦丙、丁は起訴されなかつた様子である）。

第二の採血ミス事件、第三の電気メス事件については、既に別稿において分析したのでここではふれることを省略する。

第四の麻酔器笑気ボンベ誤接続事件とは、被告人甲が市立病院外科医として患者（五一才男）の十二指腸潰瘍手術のため全身麻酔を担当することになつたが、補助に當つた看護婦乙が麻酔準備のため、循環式麻酔器に酸素ボンベと笑気ボンベとの耐圧ゴム管をそれぞれ接続するに當り、酸素ボンベのゴム管を麻酔器の酸素用流量計口金に、笑気ボンベのゴム管を麻酔器の笑気用流量計口金にそれぞれ接続すべきであつたところ、これを誤り、麻酔器の酸素口金に笑気ボンベゴム管を、笑気口金に酸素ボンベゴム管を接続したため、患者に当初から笑気を吸入させ、酸素欠乏を来させ、毎分約五リットルの笑気を一六分間吸入させ、無酸素症による意識喪失を生ぜしめ、約一〇ヶ月後、これに起因する肺水腫、肺炎、心不全により死亡せしめた事案である。

被告人医師は、麻酔の導入に當り、予め接続状況を点検してその安全を確認すべき義務をおこたり、誤接続のまま、看護婦を軽信して酸素用流量計のバルブを開いたとして過失を認定したものである。本件看護婦の誤接続を伴つた具体的情況はとくに記述されていない。

第五のダム放流事件とは、電力会社のダムの放流過誤に端を発し、被告人水路係長と被告人水路係員の誤った対処のため、下流川原に炊事遠足にきていた中学生のうち、中洲にとり残された二人の生徒を急流におし流し溺死させた事案である。

事故の発端は、上流にあるTダム発電所の取水口の自動コントロール器シーケンスの改良試験のため八時に取水口からの取水量の停止・再開作業が行なわれたが、この試験作業の具体的内容を知らされていなかったダム係員が、右作業のため取水口が閉鎖されて次第に水量をまってきたダムの満水をおそれて、あわてて一度にダムの水を一時間にわたり毎秒二七・二トンの放流を継続した。下流にあるMダムでは、Tダムの取水口から經由する水流が取水口閉鎖により止まり、水量が減じてダム放流門が自動全閉となっていたところ、その後、Tダムからの放流と、改良試験中断に伴うT発電所の起動により取水口から取り入れ初めた水量が隧道を通過して河川本流に加わり、Mダムに到達したため、Mダムは、放流ゼロの状態から貯水位を急上昇させ、ダム・ゲートが自動開閉し、毎秒三七・一トンから四二・四トンの放流を生ずることになった。この状況に直面したMダムの水路係員被告人乙は、九時二〇分頃、慌てて水路係長被告人甲に電話連絡したが、甲は、水流ゼロの状態になっている下流十五島公園地域の河原に右放流が到達する時刻を予想して、「九時五〇分頃同地区に一回警告放送せよ」と指示した。ところが右指示をうけた乙が、警告地域のボタンを押し違えて、十五島公園地区ではなく、他の地域のボタンを押したため、十五島地域には右警告が放送されないままに経過することになった。同地域の河原が殆んど川水が絶えていたため、河原に出ていた遠足の中学生一、一〇〇人のうちの相当数の生徒のもとに、警告なしに多量の放流水が急流となって水位の急上昇を伴いつつ、足もとを襲うことになったのである。

本件につき、その異常川水を生じさせたことの発端をなした上流Tダムの係員の軽率な所作は、過失致死事件とは切り離され、単に河川法違反(段階的に放流するという操作基本によらなかつた違反)にのみ問われ、この異常水流に対応すべき水路係長と係員のみが過失責任を問われた。水路係長は、「…河原に立ち入る者に危害が及ぶおそれのあることを十分に予想しうる状態となったのであるから」、九時五〇分をまたずに、直ちに繰返し警告をするよう乙に指示すべきであったし、その後も乙と緊密な

連絡をとって確実にその操作をなすよう監督すべきであったという。水路係員乙の過失は、ボタンの押し違いにより、上司の指示した十五島地域への警告を確実に実行しなかった点にあるとされている。ここに、監督者の過失と直接行為者の過失が競合して本件致死の結果を生じさせたとされている。

判決は、本件事故の背景には、ダム放流に関するM電力所全体の極めて安易な空気にあった体質がある（改良試験実施は、係のの仕事であったが他の係に対し流水量の変化について十分の説明をしていない。Tダムの異常放流を運転係は配電盤室の計器により知っていたが、どこにも通知されず、流水量の変動に伴う対外的危険に対し、各係が協力して事故の発生を防ぐ体制がなかった）としつつも、被告兩名が惨事発生にそれぞれ直接的に原因を与えたとし、水路係長禁固一年、係員禁固一〇ヶ月（各々執行猶予三年）とした。

本判決は、過失事案の処理として全体的に理を尽した見事な構成をもっているが、監督過失についてはこう述べている。「被告人甲はM電力所の水路係長であって……水路に関する最高の現場責任者であり、またそのための包括的な管理指示権を有していた：従って被告人としては、他の係がどうであれ、自ら進んで常に水路の状況を的確に把握し、いやくも流水量の変動による危険の発生を見逃すようなことがあってはならないとの職責を有するものである。同被告人にして、もしこの職責の自覚に欠けるところがなければ……早期に適切な措置を構じたはずである。ところが同被告人は、この職責を十分には自覚せず……水路管理に緊張を欠いていたため……異常放流の事態に即応した的確にして万全の措置を構じなかったのであるからには、直接の水路責任を有する者として、他の者の場合と異なり、その刑事責任を厳しく追及されるのは己むを得ないところである」と。

第六の**医院事務員薬品取り違い事件**では、ある医院において、患者の糖負荷検査に使用するブドウ糖を医師会検査センターに注文するに当り、看護婦被告人Mが「糖負荷用のいつものお砂糖を下さい」と連絡したところ、検査センターのTがこれを聞き違い、ブドウ糖でなく、フッ化ナトリウムとエチレンジアミン四酢酸二カリウム二水塩の混合粉末約五・五グラムを届けた。受領の際これを確認せず、ブドウ糖が配達されたものと軽信してTから受取った。

被告人医師Iは、薬剤等、看護婦の資格がない被告人Mが医薬品の知識が十分でないため誤配や調合時の取違ひなど、誤った薬を患者に服用させる危険があったから、患者に服用させるに当っては、自らその調合をするとか、Mが調合するときは自己の直接の指揮下でさせるとか、事後に調合を点検するとか、の注意義務があるのに、これを怠り、Mがブドウ糖と軽信して受領、保管しておいた混合粉末を水に溶解して患者に飲用させたため、急性中毒死させたものである。

被告医師の弁護人は、Mが既に五年間の経験と知識があり、ごく普通の薬品であるブドウ糖に関する注文、受領、調合を委せても監督義務違反でないと主張した。判決は、Mが「ブドウ糖」という名を知らされておらず、注文時にも正式の名称を言うことができなかったこと、受領時に量の少なさを看過したのも、医薬品の一般的危険性に対する認識不足によるもので、委せきりにすると誤投与の危険があったから、Mの行為の信頼は許されないと反論している。なお、判決は、検査センターのTが聞き違い、配達時にも薬品名が指示されていなかったのに十分の説明をしなかったのは極めて重大な落度であったし、それが本件の発端をなしていることを量刑上の一つの事情として、被告医師に罰金刑を選択している。

しかし、判決からみると、本件ブドウ糖注文に当っての個別的指示は特になかったようであり、糖負荷検査の準備のみを指示した模様である。過去におけるブドウ糖注文のやり方は記述されていないが、被告人Mの過失を最も初歩的なミスであるとしている。

以上、採血ミス事件、電気メス事件を含め、六件の医療過誤をめぐる狭義の監督過失の事件は、何れも直接行為者の単純ミスの内容とする監督過失である。

ここでとりあげた判決では、監督過失の認定に際し、特に当該具体的な直接行為者の行為が客観的に致死の危険があり、そのことが監督者に予見可能であったという正確な認定がなく、端的に、回避のための点検確認義務のみを摘示するものがある。例えば、クロロホルム誤注射事件、笑気ボンベ誤接続事件である。医院事務員薬品取り違ひ事

件でも、ただ「誤投与」の危険のみに言及する。事案が単純であり、直接行為者への全くの任せ放しの状態の危険性が、静脈注射とか、器械の内在的危険性とか、薬剤の服用とかを前提とするこれら事案において、一見明瞭と考えられているのかもしれない。直接行為者の単純ミスによる結果発生は、監督者にとって常に予見可能であるという命題をたてられたのは石塚判事であるが、事柄をそのようにセーマ化できるかが問題である。

既に述べた安全体制確立義務の諸判例の場合と同様、ここ狭義の監督過失の判例においても、判決がすべて、監督者の予見を問題にするに当り、具体的状況のなから、直接行為者の単純ミスのみをとり出して論じているわけではない。

例えば、ダム放流事件における水路課長の予見可能性の内容は、被告人Mからの連絡をうけた後、警告を出す指示をして、更に放流量の異常急増の原因を確かめるべく、上流Tダムの係員に電話して、事態の原因を把握したところから出発し、結局、下流河原への立入者への危害のおそれという構成要件的結果の予見可能性の判断に達し、そこから、より有効な指示の義務をひき出しているのである。

尤も、右のより有効な指示をなすべき義務というのは、真正の監督義務ではない。監督者がその地位、職責においてなすべき回避義務であって、自らの行為に対する直接過失である。直接行為者が自己のなした指示通り確実に実行するか否かを監督する義務の問題ではない。判決は、かりに不充分であった「九時五〇分頃十五島地域に一回警告せよ」との指示にしてその通り確実に実施されてさえいれば「この惨事は防ぎえたであらうに……」と述べており、しかるに、この指示を越えたより有効な指示を義務づけた点については、特に説明はない。このことと、監督者の予見可能性の対象を、直接行為者の誤操作（ボタンの押し違い）にのみ限定しなかったこととの間に、何らかの関連があるのかもしれない。しかし、本件事故の因果経過の本質部分が、水路課長の立場からみて、指示とその誤操作という点

をこえた、より基本的な経過においてとらえられていることは確かであり、又正当でもあろう。ここでは、異常放流の発生という基本事実の危険状態に対応した水路課長の適切な指示が考えられ、それを欠いた点に過失の中心を置くとき、かりに確実に実施されてさえいれば結果回避能力のあった措置の指示、その指示の実施の監督という側面をこえて、より大きな、より基本的な回避措置の指示を欠いたという本すじの中に、現になした右の指示とその監督不行届という側面は含まれてしまい、独自の意味を失うという認識が判決にあったものと思料される。

石塚判事において、監督者の予見の対象は、直接行為者のミスに關してのみであつて、結果は含まれないとされる主張は、かなり厳格に意識して構成されたものである。監督過失事案において、直接行為者のミスだけが結果発生 of 完全な原因であり、それをつつむ具体的状況には全くの危険が存在しないという事例が理論的にありえない訳ではないであろうが、しかし多くの事案において、右の単純ミスをして危険たらしめる具体的情況が併存しており、その情況の危険性こそが、あるいはベテランでもありうる万一のミス（例えば、経験豊かな看護婦の誤接続）に対応した措置を要求する場合が出てくるものと言えよう。監督者における結果予見の可能性が右のような状況で認定されるのである。

ダム放流事件において、水路係員のボタンの押し違い（直接行為者の単純ミス）が係長において予見できたかと問ふことは、余り有意義な発問ではない。「人間ミスはつきものである」という経験則は存在するが、この緊急事態のなかでは、下流河原の危害という予想しうる事態に対して必要な措置をとることが水路係長に求められているのである、その一環として、即時適切な指示を出し、かつその指示を確めるということが要求される。それによってたまたまボタンの押し違いが係員において自覚され、ただされることもあろうし、あるいは、つい仕事にまぎれ警告を出し忘れていたことが是正されることもあろう。これらのことは、水路係長の立場において因果経過の本質部分を抽出す

る際には、抽象化され、単なる現象的外被、偶然の契機にまで意味をおしきげられるのである。石塚判事の立場からすれば、このような予見可能性の理解は、もはや監督過失のカテゴリーにふくまれる事案でないということになるかもしれない（水路係員のボタンの押し違いとそのことの水路係長の予見可能性による事後確認義務のみが事案の中核となるであろうから）。しかし、それでは、石塚判事の予見の対象に関する右のテーゼは、余りにも限られた事案にしか有用でないものにならう。やはり、監督過失もまた、一般の過失犯同様、結果予見の可能性を中核として構成することの方が健全ではないであらうか。監督者の刑事過失を基礎づけるのは、構成要件の結果についての予見可能性であり、直接行為者のミスも、その結果に至る必須の因果経過の一コマとしてのみ有意味であるからである。

七 狭義の監督過失の判例としてあげられた最後のものは、集塵室ガス中毒死事件である。本件は直接行為者の単純ミスによる事案ではなく、法定の安全管理義務ないし内部の安全規則の、直接行為者による懈怠、無視にもとづく事故である。石塚判事のいわゆる監督者の予見可能性三類型のうち、第二の類型に属するものである。狭義の監督過失においても、この類型に属する判例として本件を例示されている。広義の監督、つまり安全体制確立義務の事例では、さきにホテル火災事故がこの予見可能性類型に属するものであった。

本件で起訴されたのは、点検作業を指示した製造課長代理である。直接行為者は係員であり、被害者の一人となった。原審有罪判決は、点検作業の命令に当り、熔解炉を停止して点検作業をするよう指示すべき義務を認めたが、高裁判決は、点検作業基準通りの交替の方法による作業をしなかった被害者じしんの行為でもって結果が発生したとし、監督過失を否定したものである。

本件の事実関係は高裁判決からだけでは判然しない部分がある（地裁有罪判決、秋田地昭四九・一一・二五判決は参照しえなかった）。集塵室の一酸化炭素の濃度が事故時又は一般的にどの程度になるかが示されていず、点検作業開始後

三時間して、作業員二人とも点検のため立ち入った集塵室で斃れているのが発見されたのであるが、その間経過が必ずしも明らかではない。秋田地裁は、熔解炉の運転を停止して点検作業をする注意義務を肯定したのである。運転継続のままでも被害作業員らが点検基準（二〇分／三〇分交替で集塵室に立ち入ること）通りやっておれば、室内ガス濃度が危険量となる筈はないのだから、おそらく交替方法をとらず二人同時に立ち入り三〇分以上の作業を続けたため斃れたものと高裁判決はいう。事故後判明したところによれば、集塵室の故障の原因はシェイキング・シャフトの折損であった。この種の事故は数年に一回位はあるとされている。一体この種の折損の場合どのような対応がなされるのか、修理が可能なのか又は部品交換のため折損の事実確認で点検作業は一応終了するのか、もし修理するとすればどの位の時間が必要なのか等々、一切不明である。判決は修理していたのかどうかは確定できないとだけいう。しかも、集塵室に立ち入った時点の室内のガス濃度は確定されていない（熔解炉一サークル一〇〇分に限ってのガス濃度の実験値が示されているのみであるが、午後になって三サークル目の中途と想像される立入り時の室内のガス濃度は、この実験値からは判然としない）。ガス濃度如何では、交替方法で開始したが先に立入った作業員が斃れ、不審に思った室外の作業員が確かめようとして立入り、そこで斃れたということも考ええないではないであろう。事故後二人共室内で斃れていたという事実から、交替方法をとらず二人とも入室し、三〇分以上作業をしたという認定は必ずしも合理的ではない。被告製造課長代理は、朝点検を指示したが、係員は午後四時五〇分に作業にかかり、午後七時四〇分斃れているのが発見された。通常の点検作業は一時間位で終ったというが、約三時間の間、指示した課長代理は点検指示の実施についてどう考えていたのであろうか。点検作業とは直接関係のない熔解炉作業員でさえ、午後六時半、五〇分の二度、点検作業員の様子を気にして、集塵室の作業口の方を見にいつている。現場の危険性を充分に理解している点検者が自ら死地におちるような事態になぜ身をおいたのか。疑問の多い事案である。一片の点検基準をもとに、信頼の原則を早

々に適用して結論を出したように思われる。

石塚判事の監督過失の構成によれば、監督者の予見可能性第二類型に該当し、予見可能性、予見義務は肯定されるが、結果回避義務の判断基準たる被監督者に対する信頼性と監督者の期待可能性とから、結果回避義務が否定され無罪となるとされるのであろう。この高裁判決の結論に同意されている（西原教授も信頼の相当性により判旨に同意されている）。信頼の原則の適用を説得的にするためには、特別の事情の有無の検討は必須の前提であって、その点の検討がみられない本判決には「死人に口なし」の印象をぬぐいきれない。

監督過失論における「信頼の相当性」の立場は、後に米田、西原両理論について更に検討するが、ここで、監督関係における信頼の原則の適用につき、同様の疑問のある工事関係の判例を二つあげておきたい。

第一は、地下掘さく工事エア・ピックによる岩盤崩落死傷事件（札幌室蘭支昭三三・一一・五一審判集一・一一・一七七一）である。監督者四名の被告全員の無罪となっている。その被告人らの一人、下請の工事現場監督すら注意義務なしとされている。現場においてエア・ピックを使用した作業員、使用させた作業員（何れも起訴されていない）の責任とする。崩落の重要な原因がエア・ピックの使用にあったとしつつも、これに競合した他の諸条件が不明であるという理由で無罪とするが、科学的詳細にこだわりすぎ、因果経過の本質部分の抽出に失敗したように思われる。エア・ピックの使用に原因があるとする以上、被告監督者らとこの作業方法との関係が当然追及されるべきであるのに、その点については何も触れるところがない。現場の作業員の適切な作業方法を信頼していたことが相当であるという積極的な論旨はみられないが、西原教授は本件判決をそのような趣旨の関連判決としてあげておられる。

第二は、工場におけるコンテナ移動中の作業員の死亡事故である（大阪高昭五〇・八・二九判タ三三三・三三七）。地裁の有罪を覆したものである。「吊上げられたコンテナには近づかない」という作業ルールを主要な根拠として、コンテナへのフック

掛け作業に当たっていた作業員の一人を足場合とコンテナの間に圧死せしめたクレーン始動合図係員を無罪とした。フック掛け作業終了後、被害者の動き、被害者の位置に関する具体的情況が判示されていないので、作業員の退避未確認のまま、右の作業ルールのみを信頼してクレーンの始動を合図した被告人の、信頼の相当性が果して妥当か否か、必ずしも自明とは思われない。西原教授は特段の事情がなかったからとして無罪を支持されている。

八 最後に、石塚判事の主張される予見可能性と予見義務の分離独立化の問題がある。

元来伝統的過失論においては、予見可能性が肯定されると、自動的に予見義務違反が結論され、「予見できるが予見義務はない」という領域は存在していない（結果回避義務違反や動機づけⅡ決意の非難についても同様に、予見可能性の判断によっても肯定されるが、この点は、後述の「むすび—過失犯の構造について—」においてふれる）。

予見可能であった結果にして違法である以上、その不予見は常に予見義務違反ということができるところである。回避義務を誇張する理論の一部に、回避義務のない者について予見の問題を思考しても無意味であるから、予見義務もなく、可能性を論ずる必要がないという主張はある。この主張は、回避義務を中核とするため、現実に発生した結果にして回避義務違反のない（行為無価値でない）行為から生じたものであれば、違法な結果とは考えないから、予見義務もないのであろう。石塚判事の右の主張はこの趣旨ではない。

石塚判事は、予見可能であった者が複数いる場合、誰が予見すべきであったかという問題をたてる必要があるとされる（伝統的理論では、因果関係の断絶がない以上予見可能であった者のすべてが過失の競合となる）。ミルク中毒事件における工場長無罪の判決を例示される。

ミルク中毒事件確定判決は、危惧感説にたち、危惧感すら存しなかった工場長において結果の予見可能性は期待しえず、その能力、職責上も、製造課長に対し、規格品発注や化学検査を指示する監督義務がないとするものであつ

た。ミルク中毒事件における監督過失の問題については別稿において詳細に分析検討したのでここでは繰返さないが、石塚判事は危惧感説への批判と同時に、工場長には第三類型の予見可能性はあつた（食品製造業者一般が工業用燐酸ソーダの添加には躊躇するという特別の事情に基く監督者の予見可能性がある）とされ、しかし、製造課長とならんで予見義務をおうていないとされるのである。そして、この予見義務は監督関係の実態と価値的な判断によって特定しようとされる。具体的には、単純ミスをおかした直接行為者の直属の上司、ミス防止体制定立の最終権限者、法規や内部規則による安全対策の最終責任者をあげられる。ただ、特別の事情のため結果予見が可能となる第三類型の場合には（ミルク中毒事件の工場長が正にそうであるとされる）、一応この特別の事情を認識しえた者のすべてに予見義務があると考えられながら、結局、直接上司か、安全についての最終的責任、権限者たる者に限られるとされる。その理由は明言されないが、「監督の実態と価値的な判断」によるのであろう。

石塚判事の予見義務の観念は、元来事実問題である予見の問題を、意識的に規範化されるものであって、「監督関係の実態」が基礎にあるとはいへ、規範的評価によって絞ろうとされる。回避義務において、信頼の原則と本務との関係での期待可能性により限定する以前に、「予見義務」という中間領域で、具体的にどのような評価の視点から、監督関係の実態をもとに予見可能性を絞ろうとされるのか、論理は必ずしも明確ではない。しかし、思うに、直属の上司であっても監督過失の成立しない事案もあれば、組織体の最高責任者であっても成立する事案もある（熊本水俣病事件）。多くの場合、監督過失が直属の上司に限られるのは、単純ミスを含め、状況についての具体的危険の予見の可能性がそこに限られることからくるものであって、慢然、過失の認定が苛酷にならないための政策的配慮からでてくるものではない。また、監督過失として組織体の最高責任者が追及されうるのも、当該事故の発生原因から生れるのであって、単純に組織体としての全一体のトップであるということだけから生れるものではない。予見可能性

という事実問題を規範的に限定することは、回避義務の場合以上に、困難である。

勿論、ここで事実問題というのは、自然的物理的という意味ではない。組織体の内部の業務分担とか、集団作業での協力、分業関係とか、契約関係とか、いわゆる「監督関係の実態」をなす社会諸関係が予見可能性の判断にとって重要な役割をもつことは当然である。これらの社会関係は、外部的な行動の枠組をなし、関係主体の結果回避措置という外部的態度の評価の基準となるため、新過失論において過失認定の前面に登場してきたのも充分の理由がある。

そして、この点に関しては、伝統的過失論は、任意の有意行為とそれによって相当に生じた有害な結果の発生を、事後的に主体の予見可能性を基準に過失を判定することにより、間接的にこれら既存の社会関係を批判してゆくものと私は考えている。この点は、予見と回避との関連として、私の過失犯の研究の当初からの問題意識として、今も追及し続けている問題であり、後に具体的判例をもとに論じることにする。

石塚判事の予見可能性と予見義務との分離独立という発想は、予見と回避との関連と重なる限度では、新過失論と同一の問題領域をつかむものといえるが、純粹に予見という領域の中だけで事実と規範に分とうとされる主張としては、その規範の内実が示されねばならないであろう。

九 以上、石塚判事の監督過失論を、その基礎とされ、例証とされた判例と共に検討してきたが、次のように総括できるであろう。

(一)新しい社会的背景のもとで、危惧感説のような危険な道具によることなしに、予見可能性の上になつて安全体制確立義務を刑事過失として構成すべきだという判事の主張は積極的な意味がある。また、監督過失の限定を予見可能性の概念でまず処理しようとする点は、この問題のすべてを「信頼の相当性」という規範の評価によって処理しようとする立場と比較して、より健全な方向といえよう。

(二)しかし、その予見可能性三類型の主張は、認定上の一応の目やすとはなしえても、カテゴリカルな型とするには問題がある。三類型は経験類型とはいえても、類型化の理論的支柱が説明されていないからである。

(三)予見可能性と予見義務の分離独立化は、その背後に、結果回避義務の問題が設定されうる限度で、問題性をつかみえているが、それを離れると、予見義務の過失犯構造上の規範的視点が欠けており、その内容が示される必要がある。

(四)監督過失の限定機能を結局において果すのは、回避義務となっており、この回避義務を広義の監督義務と狭義の監督義務に分たれるが、前者がそのままでは直ちに刑法上の回避義務にあたらず、結果への因果経過との関連によって昇華するとされるのは正論であろう。しかし、肯定的に例示される判例のなかには、むしろ、因果経過からみて、回避義務に昇華しえない事例が多いように思われるし、逆に昇華しうる事例では、結果接着時点の過失と区別しえないものであると思う。また、狭義の監督過失において、「単純ミス」や「法規・内部規則からの逸脱」が直ちに監督者の結果に対する予見可能性を肯定せしめるとされるが、そこに既に予見可能性という事実問題のかくれた規範化がみられる点が問題である。例示判例からも理解できるように、監督者の過失の成否に決定的なものは、「単純ミス」や「規則からの逸脱」じたいではなく、監督者の立場から因果経過の本質部分を抽出し、その予見可能性を契機として、結局において、構成要件の結果についての監督者の予見可能性の成否にあるからである。予見できなかった結果を「予見可能性がある」と看做すことは許されない。監督過失もまた、一般の過失犯と全く同一の構造の下にある。

(未完)