

from

VoL.4

日本看護学校協議会共済会

発行日 ● 2008年9月30日

発行所 ● 日本看護学校協議会共済会

発行者 ● 山田 里津

編集者 ● 鶴見 美智恵

共済会

特別講演／臨地実習を考える

看護師の業務と法的責任 — 行為者の責任と指導者の責任 —

■仁邦法律事務所

■弁護士 蒔田 寛

看護師の業務と 看護学生の立場

保助看法第5条では、看護師の業務内容として「療養上の世話」「診療の補助」の二つが掲げられています。「療養上の世話」につきましても、患者の症状等の観察、環境整備、食事の世話、清拭及び排泄の介助、生活指導などであり、看護師の主体的な判断と技術で行う「看護師本来の業務」といわれております。これに対して、「診療の補助」というのは、ドクターの指示が必要になります。身体的侵襲の比較的軽微な医療行為について、医師の指示の下、看護師が一定の医療行為を行うことが許容されています。具体的な内容は、時代とともに変化します。現時点では、採血、静脈注射、点滴、医療機器の操作、処置などが、これに該当と言われています。

看護学生の立場は、看護師ではありません。看護

師の業務は、原則として、看護師以外の者が行うことはできません（保助看法第31条1項本文）。これは、専門職である看護師が業務を独占することで、保健衛生上の危害を防止することを目的としたものです。ですから、医師の指示があっても診療の補助行為を行うことは許されません。これが論理的な結論です。ただ一方で、座学あるいはビデオをみただけで看護業務を理解することはできない、この点が悩ましいところです。法の趣旨が「保健衛生上の危害」にあるとすれば、先輩看護師やドクターによる指導監督を強化するということが、看護学生が診療の補助行為の一部に関与したとしても、この目的に合致するというようにも思われます。明日の医療という点からも、看護学生の実習の必要性は明らかです。この点において、患者の理解ということは非常に重要な要素となります。多くの施設では、看護学生の実習をお願いするときに、患者より同意書を戴いています。同意書でなくとも、「看護学生さんが入りますよ、お願いしますね。」「いいですよ。」というような口頭での説明・同意がなされているのが現状です。

看護学生の立場はグレーゾーンです。法律上形式的に当て嵌めれば「違法」ですが、患者の理解の下に医療業務の一部を行うことができるということになっています。ただ、看護師として要求される技術、能力を有していませんので、学生の能力を十分考慮して、どのような実習を看護学生に担当させるのか、安全性に問題はないかというような検証が常に必要となります。

看護業務の拡大

平成14年9月30日、「医師または歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師、および准看護師が行なう静脈注射は、保助看法5条に規定する診療の補助の範疇として取り扱うものとする」といった内容の厚生労働省医政局から通知がありました。この通知以前は、行政解釈上、看護師の静脈注射は禁止されていました。実際に私が子供の頃ですね、看護師さんに注射を打ってもらったり、あるいは家族が打ってもらったりするのを見ているということがある。この会場の中でも、そういった形で平成14年以前に、静脈注射を経験されている先生が、大勢いらっしゃるだろうと思うのです。しかし、静脈注射は、身体的侵襲が大きいという理由で行政解釈上は、看護業務の範疇外として取り扱われていたのです。

司法判断では看護師の静脈注射自体を違法とまではされておらず、行政解釈と司法判断が異なっていました。この行政通知は、司法判断に行政解釈を近づけたという評価も可能です。ただ、注目していただきたい点は、注釈がついていることです。医療機関に対しては「看護師等を対象にした研修を実施してください。静脈注射の実施等に関して施設基準や看護手順の作成、見直しをおこなってください。個々の看護師等の能力を踏まえた適切な業務分担をしてください……」と。皆さん方の看護師等学校養成所に対しては、「薬理作用、静脈注射に関する知識、技術、感染、安全対策などの教育の見直し、強化、これを行ってください」と記載されています。

看護業務の拡大は、専門職として喜ぶべきことですが、それに伴う責務として様々な技能を身につけるよう求められていることを忘れてはなりません。

看護師の法的責任

看護師は、民事責任、刑事責任、行政責任といった三つの法的責任を負っています。民事責任、刑事責任は、資格の有無にかかわらず発生しますので、資格を有することによって特別に出てくる責任としては、行政責任ということになります。

民事責任の具体的内容は、損害賠償責任《不法行為責任(民法709条)、債務不履行責任(民法415条)》



です。法律用語は難解ですが、簡単にいえば、被害を受けた人に対して金銭的な補償をするというものです。

刑事責任は、いわゆる「刑罰」の対象になることを意味し、業務上のミスにより、患者の生命・身体を害した場合には、業務上過失致死（刑法211条1項）としての罪を問われます。「刑務所に行きなさい。」「罰金を払いなさい。」というのが、刑罰です。刑罰としての罰金と民事上の損害賠償とを誤解される方がいますが、これらは全く性質が異なります。罰金は、刑罰であり被害者ではなく国家に対して納めるものです。罰金を支払ったからといって、被害弁償をしなくてよいということにはなりません。

法的責任の内容について、事例を挙げながら説明させていただきます。新聞報道で『賠償命令』という見出しを見つけた場合、これは、民事責任を意味します。皆さんご存じかもしれませんが、「01年の1月15日、6歳の女の子が、じんましの治療目的で受診されました。ドクターは、『塩化カルシウムを静注してください。』と口頭で指示したところ、この指示を受けた准看護師さんは塩化カリウムを静注してしまった。幸い蘇生はできたのですが、いわゆる寝たきりの状態になってしまった。」という事例があります。新聞報道によれば、この事例では、2億5,000万円の損害賠償請求が認められたようです。なお、法的には事故日より年5%の遅延損害金が発生することになっています。

この事例を紹介させていただくと、初歩的な間違いをしたから大きい金額が出たのではないかというご質問を受けることがあります。しかし、結論的にはこれは誤りです。民事責任を考える上で、ミスの大小は金額に大きな影響を与えるものではありません。影響を与えるとしても、数百万円程度に留まるものと思われまます。基本的には、「この女の子がもし普通に大人になっていたら、将来にいくら収入を得られるのか。」「平均余命まで生きたとするとどのくらい介護費用がかかるのだろう、負担がかかるのだろう。」という観点から損害額を算定することになります。小さいお子さんの場合には、この介護費用の算定が極めて高額となります。私の知る限り、この事例が最も高額な損害賠償が認められたものですが、小児脳性麻痺等の事例で、1億円を超え2億円程度までの賠償が認められることは珍しくなくなっています。産婦人科、小児科医師不足の背景には、このような事情も影響しているように思われます。

また、この事例で、医師、准看護師は実刑になっ

ています。「実際に刑務所に入ってください。」という判断が示されることは極めて稀です。大部分の場合は罰金、あるいは、執行猶予付きの判決です。第1審判決では、ドクターは禁錮1年（控訴審では、医師の罪責が禁錮10ヶ月と軽減されている。）、実際に注射した准看護師は禁錮10ヶ月の実刑判決となっています。診療の補助に関する責任は、指示をした医師が負うのか、指示に従った看護師が負うのかについては非常に難しい問題です。特に本件の事例では、医師の指示内容を間違えた准看護師の責任は軽視できないようにも思われます。しかし、第1審判決では、ドクターの方が2ヶ月重たいのですね。確かに「口頭の指示」の問題はあります。しかし、このような判断が示された背景には、看護師は「医師の手足」という従来の考え方が潜んでいるように思われてなりません。法律上の責任を負うというのは辛いことですが、専門職として看護師を捉えるのであれば、当然、これに見合った法的責任を負うこととなります。「看護師の責任を重くするのはかわいそう。」という批判を受けることがあります。しかし、この考え方は、自ら専門職であるということを否定するものです。医療従事者を処罰すべきかどうかという議論があらうかと思いますが、今の法律では医療従事者を特別扱いにしていません。医師の手足となるのか、専門職として看護師を位置づけるのか、これは皆さん方に真剣に議論していただきたいところです。

最後に行政責任の事例を紹介します。有名な事例ですのでご存じの方も多いのではないでしょうか。「添付文書上、週1回の投与が原則である抗癌剤を、記載内容を誤解して122日間連続投与という計画を立て、これに従い7日間連続投与したところ副作用を生じ、患者が死亡した。」という事例です。この事例では、医業停止3年6ヶ月という非常に重い行政処分となっています。ところで、平成18年に保助看法が改正されました。改正点の一つに行政処分の多様化が挙げられます。これまで、業務停止、免許の取り消しの二つしかなかった行政処分の内容に、戒告という処分が加わりました。戒告とは「将来を戒める」という処分です。それ自体で特別な不利益を伴うものではありません。しかし、これも行政処分であることに変わりはなく、処分歴として記録されます。リピーターとして判断される場合には重めの処分が課されることになるので注意が必要です。今まで不処分となっていたものも、戒告の対象とされる可能性も否定できません。また、業務停止の期間が3年以内と明示されることになりました。

改正前の法文では行政処分の期間についての定めはなされていませんでしたので、先の抗癌剤の連続投与の事例のように3年6ヶ月という医業停止も可能でしたが、今後、このような行政処分は不可能となります。仮に3年を超えるような医業停止が必要と判断される場合には、医師免許そのものが取り消されるという扱いになります。ただ、法は厳罰のみを求めているのではなく、再教育による現場復帰の道を残しているという点も忘れてはなりません。

今回の法改正の対象は、医師法と保助看護のみで、他の職種については従前のままとなっています。これも看護師の地位が医師と近いものになっていることの現れと積極的に評価したいのですが、いかがでしょうか？

医療裁判における「過失」の 具体的内容 — 看護師に求められる水準 —

「過失」は、いわゆるミスです。では、医療裁判において、ミスの有無を判断する基準は何か。非常に難しい問題です。言葉ではわかりにくいのですが、一般には「当時の、臨床医学の実践における医療水準」によって判断されるとされています。ところで、似て非なるものに「医療慣行」という言葉があります。「慣行」は、多くの医療従事者が従来からの做わしに則って行うものですが、医療水準ではありません。なかなかイメージすることが困難ですので、実際に医療水準と医療慣行との区別が問題とされた事例（平成8年1月23日最高裁判所判決）を紹介させていただきます。

この事例では、麻酔導入後の観察が問題となりました。薬品の添付文書には最初の10分間は2分ごとに血圧を測定と書いてありました。ところが、この病院では5分ごとの血圧測定が慣行となっていました。この事例につき、最高裁判所は、それは医療慣行であって、医療水準ではないと言ったのです。要は医療ミスですと言ったわけです。「添付文書に2分ごとって書いてあるのだから、2分ごとにやらないとそれは過失ですよ、いくら周りの人、他の人たち、多くの病院で5分ごとにやっていますよということを証明したとしても、これは医療慣行に過ぎないので裁判所は過失と扱いますよ。」というのが裁判所の立場といえます。裁判所の過失の判断が、

医療従事者にとって非常に厳しいものであることがご理解いただけましたでしょうか。

では、看護師の過失はどのように判断されるのか。医師と看護師とで区別する理由はありませんので、基本的には「看護学水準ではなくて臨床看護の実践における看護水準」ということになります。頭の中では理解できますが……という感想をもつ方は少なくないと思います。というのは、看護師の業務の性質上、添付文書や文献に基づいて行うものは限られています。「療養上の世話」の一つである歩行介助、食事介助といいますが、それぞれの施設で工夫を重ねているのが現状ではないでしょうか。少なくとも、統一的理解には至っていないように思われます。ですから、実際の看護の現場では、文献から学ぶのではなく、先輩の後をついて覚えるという側面も多いのではないのでしょうか。ただ、そうなった場合に、行った内容が医療慣行ではなく、看護水準であることを証明するのは難しいですね。看護の場合はこういった悩みがある事を意識していただきたいと思います。

看護学生が事故を起こした場合

【過失の有無】

当該看護学生の行為が

『看護水準』を満たすか否かにより判断

適切な看護を実践：法的責任はない

不適切な看護行為：法的責任の発生

看護学生が事故を起こした場合どうなるのか。これはさらに難しい問題です。しかしながら、看護学生であっても、要求される医療水準、看護水準のレベルに差異はありません。したがって、看護水準に満たない看護を行い、悪い結果が発生した場合には、当該看護学生が法的責任を負担することになります。具体的には看護学生は不法行為責任に基づき、発生した損害を賠償しなければなりません。また、看護学生に実習をさせていた施設は、診療契約上の責任、あるいは使用者責任として損害を賠償することになります。さらに、指導監督者、例えば実習を指導していた教官、あるいは看護師長、看護部長に監督責任が発生する可能性もあります。

法的責任を問われる者は？

①当該施設：

診療契約上の責任（民法 415）

使用者責任（民法 715 ①）

②看護学生：不法行為責任（民法 709）

③指導担当者：不法行為責任（民法 709）

監督者責任（民法 715）

法的責任ばかりを強調すると看護学生に実習させることの心配ばかりが募るかもしれません。しかし、今回の講演に際して、私のほうでも裁判例を調べてみたのですが、看護学生の事例は見当たりませんでした。実際には、実習により深刻な事態には至っていないようです。これには、二つの側面があると考えています。一つの理由としては、多くの場合看護学生はミスが明らかなので、裁判になる前に賠償をしている事例が多いということ。もう一つは、看護学生の能力に応じた適正な実習計画が立てられているということが挙げられるのではないのでしょうか。保険会社から報告されている看護学生賠償事例にも目を通しましたが、ほとんどの場合数万円から数十万円程度の範囲のものでした。少しは安心していただけたのではないのでしょうか。

使用者責任

【民法 715 条】

- 1 ある事業者のために他人を使用する者は、被用者がその事業の執行について第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、使用者が被用者の選任及びその事業の監督について相当の注意をしたとき、又は相当の注意をしても損害が生ずべきであったときは、この限りでない。
- 2 使用者に代わって事業を監督する者も、前項の責任を負う。
- 3 前二項の規定は、使用者又は監督者から被用者に対する求償権の行使を妨げない。

事例紹介

続いて、裁判上、看護師の行為が問題とされた、いくつか事例を紹介させていただきます。

【事例 1 患者取り違え】

これも有名な事例ですね。見ていただいて、うなずいている方もいらっしゃると思いますが、この事故から医療を取り巻く環境が非常に厳しくなりました。1999年の事故ですね。「患者 A (74 歳) には心臓手術。患者 B (84 歳) には肺手術が、それぞれ予定されていました。午前 8 時 20 分から 8 時 35 分ころナース 1 (病棟の看護師) が患者 A と B を病棟から手術室まで同時に運んでしまった。ナース 2 (手術室の看護師) は患者 A と B を取り違えて受け取った。その結果、本来心臓手術が行われる患者 A に肺手術が行われ、肺手術が行われるべく患者 B に心臓手術が行われてしまった」という事例です。この事例では、看護師に刑事処分が科されています。

医療事故が発生した場合、法律家は「誰に責任があるの?」「誰が一番悪いの?」という視点で捉えがちです。個人責任を追及したとしても医療事故を防止できるわけではありませんが、法律家の仕事が法的責任の追及にある以上、どうしても個人の責任を求める方向に働くことになります。大学病院で初歩的なミスがあったことで、社会的関心を集めました。しかし、この事例が報告され、様々な工夫がなされているにもかかわらず、未だ患者の取り違えは後を絶ちません。

少し脱線してしまいますけれども、個人情報保護法が施行されたときに「患者さんを名前で呼び出していいの?」「病室の前に名前を張り出していいの?」という議論がありました。もちろん、患者のプライバシーも大事でしょうけれども、安全な医療を提供するということを第一におこななければいけないと考えています。

【事例 2 薬剤の取り違え】

この事例も 1999 年の事故です。「8 時 25 分看護師 A は、患者さん X に点滴投与する抗生剤とヘパリン生食を準備し、続いて患者 Y に創部処置のた

め消毒薬を準備して同じ処置台に置いておいた。その後、8時35分点滴を開始してXの床頭台に患者Yに投与するための消毒薬入り注射器を置いた。点滴が終了後の処置を行うために訪室したB看護師が、消毒薬入りの注射器をヘパリン生食と誤信して、注射してしまった」という事案です。本件では、事故の重大性もさることながら、事故発生後の病院対応が不適切であったために、病院の隠蔽体質が問題となりました。1999年以降の医療環境の変化を振り返りますと、これら二つの事案の与えた社会的影響の大きさをご理解いただけるのではないかと思います。

この事故の要因としては、①看護師Aが抗生剤と消毒薬を同時に準備したこと、②同じ処置台に置いたこと、③ヘパリンの生食と消毒液が同じ注射器であったこと、④看護師Bが静脈注射の際に「ヘパ生」の記載がないことを見逃したこと……といった様々なものが考えられます。この事案では、A看護師は、禁錮1年（執行猶予3年）の刑事責任、業務停止2ヶ月の行政責任が、B看護師は、禁錮8ヶ月（執行猶予3年）の刑事責任、業務停止1ヶ月の行政責任が、それぞれ問われています。注射液を準備したA看護師より、枕元にあった「溶液入り注射器」を「ヘパ生」と軽信したB看護師の責任のほうが軽いとされています。A看護師とB看護師の法的責任を検討する上では、当該病院において、マニュアルが徹底されていたのか否かというような要素も絡んでくるのかも知れません。

この事例報告後も薬剤取り違えの事例は、後を絶ちません。医療事故防止につき、法的責任を重くすべきという意見を述べる人もおりますが、私としては、少し懐疑的な印象をもっています。事故を防止するためには、事故の起こりにくい環境を整えることが重要であり、この事例であれば、「ヘパリンの生食と消毒液が同じ注射器であったこと」が最も問題にされなければならないようにも思われます。法的視点と事故防止の視点とが異なることをご理解ください。

医療裁判における記録の重要性

我々法律家、裁判官といったほうがいいのかもし

れませんが、医療事故を評価する場合、まず、どのような「診療経過」があったのかを認定します。次に認定した事実を前提に過失があったといえるか否か。仮に過失があると評価された場合、発生した悪い結果との間に因果関係があるのかどうか — という思考を辿ります。

過失の有無、因果関係の有無については、医学的素人の裁判官が判断します。もちろん、具体的事例においては専門的知見を参考にはしていますが、医療従事者の方々の認識との乖離があることは否めません。ところで、裁判において「事実の認定は証拠に基づかねばならない」という基本的ルールがあります。当たり前のことを言わないでくださいと思われるかもしれませんが、仮に、裁判官が医療従事者と同様の医学的知見を有していても、前提となる事実が異なれば結論が異なります。裁判は真実を発見する場と理解されていますが、証拠がなければ、すなわち、事実の証明ができなければ、その事実はなかったものと評価されうることを肝に銘じる必要があります。その意味で、診療記録は非常に重要です。看護師の作成する看護記録の記載により、裁判の帰趨が決定する場合も少なくありません。

例えば、看護師が頻繁に巡回をしていたとしても巡回の際の患者の状態は全て記載されているわけではありません。特に人の少ない夜勤帯の記載は一括して記載されることが多い印象をもっています。患者の状態に変化がなければ、看護記録に記載しない場合もあるのではないのでしょうか。しかし、後に問題が発生しますと、いつ異常が発生したのかという点が重要な問題となります。ここでは、「異常なし」という陰性所見の記載が非常に重要な意味を持ちます。看護記録に記載がなくても巡回していることが医療現場の常識だとしても、裁判の場では、記載がなければ巡回していないと判断されかねません。「何時のときの巡回では問題はなかった」という記録を残しておくことが自分の身を守るのです。ですから、看護記録はできる限り詳細に記載していただく必要があります。

ただ、記載に時間を取られて巡回回数が減少したり、観察内容が不十分となったりしたのでは、何の意味もありません。裁判は例外的な場面であることも忘れないでください。

そこで、私としては、通常の場合には巡回の内容を全て記載する必要はないが、問題が生じた場合には、記憶を喚起して可能な限り、正確な情報を残すというのが現実的なところと考えています。後に記載内容の追加をすることについては賛否両論ありま

すが、記載した日時を明らかにした上で、看護記録の追記すること自体が診療記録の偽造・変造と評価されるものではありません。客観的情報を残すことは、後の検証においても大いに役立つものです。この点に関しては、大阪地方裁判所平成16年3月10日の判決の事例が参考になります。

診療記録作成の目的

- 1 診療の経過のメモ
(自ら理解できればよい)
- 2 診療の経過を、他の医師、医療従事者に伝達
(医療従事者間の共通の理解の重要性)
- 3 裁判証拠
(立証手段)

記録の重要性

(考えよう)

- ・診療記録に真実を記載し、それにより、過失が認定される場合
- ・診療記録に記載がないために、適切な医療行為を実践していたにもかかわらず、過失が認定される場合

(結論)

※行った診療行為は全て記録に残すよう心がけることが必要

73歳の肝臓癌の男性患者、この患者にはC型肝硬変、肝性脳症等の既往歴がありました。平成11年の1月、呂律障害、不穏状態となり、同年8月19日肺炎を併発して入院となりました。同月22日にベッドから転落したのですが、同日の看護記録の記載は「9時30分ちょっと興奮気味だった。9時50分落ち着いた状態で就寝していた。(ベッド柵挙上を確認)。10時15分ベットから転落発見。」となっています。この裁判では、「ベッド柵挙上を確認」という記載が問題となりました。この記載は、いわゆる追記です。裁判所は「通常時に特に問題がない事項は確認してもあえて記載しないものであるが本件においては転落事故が発生して初めてベット柵の確認という事項が記載に値する問題として浮かび上がってきたのだから、ベット柵挙上と看護記録、看護日誌に記載したこと自体は看護日誌作成の趣旨に適うもの」と判断しています。

裁判所も追記自体を許容しているのです。各施設においてイレギュラーが発生した場合の記録の取り方等のマニュアルを設けるなどして、有用な情報が記録に十分に反映されるような工夫が求められるところではあります。

医療事故防止と 医療紛争防止とは異なる！

医療事故防止策の一つに「ダブルチェック」があります。ただ、ダブルチェックは、他者の行為を軽信しないことが前提とならなければ機能しません。先の消毒薬誤投与の事例でも看護師Bが、看護師Aの行為を信用したために発生してしまったという側面があります。人間ドックの事例ですが、二人の医師がチェックしていたにもかかわらず、異常陰影を見逃したというものもあります。後から確認した医師は、先に読影した医師が経験豊富な医師であったことから、読影に間違いのないものと安心してしまったようです。看護師の領域においても、「先輩が確認したのだから大丈夫だろう……」という思い込みは、危険です。ただ、ダブルチェックを重視すれば作業能率が落ちることも事実です。その結果、精神的なゆとりがなくなり、医療事故を誘発しやすい環境となってしまっただけでは本末転倒です。

医療事故防止は、頭で考えるほど単純ではないかと思いますが、報告された事例を材料にして、各医療現場にて、作業負担を軽減し、かつ、有効な確認方法を工夫していただくことが望まれます。医療事故を防止することは非常に大切なことですが、医療事故を防止したとしても、医療紛争がなくなるものではありません。実際に紛争のきっかけとなった事例を紹介させていただきます。

【ケース1】

ご家族が「父の状態はいかがですか？」とたずねたところ、「棺桶に片足つつこんだ状態ですよ」と言ったドクターがいます。結果的に医療ミスは存在しなかったのですが、患者家族の心情として、あのような発言をした医師を許せないということで紛争化しました。

看護師でこのような発言をする方は、まずいらっ

しゃらないとはおもいますが、患者側の気持ちに配慮した発言、対応を心掛ける必要があります。



【ケース2】

しかし、患者家族の心情に配慮するあまり、医療従事者であることを忘れてはなりません。次に紹介させていただく事例は、看護師の発言に関するものです。

内視鏡による腫瘍摘出手術の際に穿孔が生じました。担当医師は、慎重に手技を行っており、この結果はやむを得ない「合併症・偶発症」と評価されるものです。この点について、家族から看護師に「こんなことってあるのですか？」という質問がありました。看護師は、家族の気持ちに配慮して「ひどい先生に当たりましたね。」と答えてしまいました。この発言により、家族は「下手な先生にあたったから穿孔したのだ。」と誤解してしまったのです。その後、担当医師が「合併症ですよ。偶発症ですよ。」と説明しても、患者側に信じてもらえず、やはり紛争化しました。

患者は、穿孔という苦しみのほかに、医療紛争という新たな苦しみを負うことになりました。このような結果は、医療従事者も辛いですが、誤解して裁判を提起した患者側の不幸を思うと複雑な気持ちになります。看護師の軽率な発言が紛争を作り出してしまうことがあることを肝に銘じてください。

事故後の対応について

医療事故を完全に防ぐことができればよいのですが、人が行うものである以上、これを完全に防ぐことはできません。医療事故を防止することは大切ですが、事故後の対応いかんによって、紛争を回避したり、軽減することも可能です。悪い結果が発生した場合に患者が求めるものが何であるのかを理解することは非常に重要です。看護教育課程では、患者との信頼関係の構築の仕方は教えてくれても、患者との決別の仕方は教えてはくれません。このような場面に出会わずに済めばよいのですが、現状においては、このような例外に対する対応も知っておく必要があると思います。護身術のようなものをご理解ください。

診療契約は、症状の改善を約束するものではありませんが、患者側では病院を受診すれば症状の改善が保障されると誤解しています。ですから、悪い結果が生じた場合、ミスがあったのではないかという思いを抱くこととなります。近年の医療不信が、これに拍車をかけています。

医療被害にあった患者の求めるものとして、①謝罪、②真実の告知、③賠償、④関係者の処罰が挙げられます。患者側代理人からは、患者側は必ずしも賠償や関係者の処罰を求めている訳ではないという声を聞きます。しかしながら、弁護士に依頼すること自体、法的処理を求めるものですので、少し割り引いて理解する必要があります。時間の関係もありますので、特に重要と思われる①、②の点について、少し詳しく説明させていただきます。

①謝罪の是非について

患者側より「謝罪もないなんて病院の誠意が感じられない。」と述べられることがあります。これに対して、医療従事者側は、謝罪することが法的責任を認めることにならないか悩むようです。一部「謝罪をすべきではない」と指導する人もいます。ただ、私としては、医療従事者の素直な気持ちを伝えることは、非常に大切なことと考えています。

患者を救いたいという気持ちは、医療従事者に共通するものだと思います。効果があると考えた治療の結果が、悪い結果であった場合、これを当

然のことに受け止める医療従事者の方は少ないのではないのでしょうか。そうであれば、「最善を尽くしたけれども残念だ」「残念な結果となり申し訳なく思う」……といった素直な気持ちを表現すべきだと思います。これは、患者に要求される前に伝えるべきと考えています。

ただ、この気持ちは、一度伝えれば十分で、患者に要求される度に行う必要はありませんし、また行うべきでもありません。10回謝ったって納得しない人は納得しないものです。むしろ、謝罪を繰り返すことで、患者側の被害者意識を増大させることが懸念されます。被害者意識を強くさせてしまうと、患者の要求はエスカレートしますので、気持ちを伝えるのは一度のみという意識をもってください。

子供が死亡したことを、患者家族が結果を受け入れられず、「ふざけるな。謝罪しろ。上の人間を呼んで来い。」と、約8時間に亘って医療従事者を責め立て、念書を書かせたというような特殊な事例もありますが、このような家族は例外で、多くの患者家族は、医療従事者の素直な気持ちを伝えられることで、感情が和らぐのではないのでしょうか。

事例のように繰り返し謝罪を求める、書面を求める患者の対応には注意が必要です。このような例外的な患者が求めているのは、道義的な謝罪ではありません。この患者は、法的責任を求めているものと考えられますので、安易に謝罪すると「非を認めたのだから、誠意ある対応をしろ。」とあって、賠償等が求められることとなります。このような患者に対しては、毅然とした態度で対応する姿勢が必要です。

②真実の告知について

事故発生後に、患者から「真実を説明して欲しい」と言われることもあります。医療従事者の方々はこの言葉の意味を素直に受け取り、患者側に誠意をもって、診療経過を説明し、患者側の理解を得ようとします。しかし、患者側の理解を得られずに苦勞するという経験をされた方は少なくないと思います。

実は、この「真実を説明して欲しい」という言葉は非常に曲者です。悪い結果が発生した場合、患者側は「医療ミスがあったのではないか」と不信を抱いています。ですから、この場合、患者側の求める「真実」とは「医療ミスを認める」ことを意味します。司法統計によれば、判決で患者さん側の言い分が認められるのは約4割にすぎません。残りの6割は病

院側の主張が認められています。裁判により真実が明らかになりますが、病院側の言い分が認められた場合、残念ながら「真実が分かってよかったです。」と言う患者や患者側弁護士にお会いしたことはありません。多くの場合、「裁判所も真実にたどりつけなかった」となるわけです。

法的に、事後の説明において患者の納得までは要求されていません。もちろん、患者側の誤解が解けることが望ましいのですが、人の思い込みを修正するのは容易ではありません。一生をかけて理解を得るという強い信念があれば別かもしれませんが、患者側を説得しようとする事自体が、真実をねじ曲げようとしているのではないかとの印象を与え、かえって患者側との溝を深めることも考えられます。この点を理解しないと、不毛な対応を繰り返すこととなります。

ミスがあったと思いついていてる患者側の納得を得たいのであれば、「医療ミスがありました。ごめんなさい」という以外にありません。真実を知りたいと言われる患者側の多くは、お金は求めていないとあって謝罪を要求しますが、「医療ミスを認める」と、次には「ミスを認めたのだから誠意を示せ」とあって、賠償を求める場合が殆どですので、その代償は少なくありません。

③事故後の対応のポイント

事故後の患者さん対応のポイントとしては、これはもう当たり前のことなのかもしれませんが、①よく話を聞く、②丁寧な言葉を用いる。これらは接遇の問題です。③できない約束はしない。できない約束をする人はいるのですね。「責任取ります」「院長に会わせてます」などと平気で言う等。④複数で対応する。⑤脅しに屈しないこと。「右翼を知っている」だとか「マスコミには知られたくないでしょう」とか、「マスコミ関係者を知っている」「訴訟を起す」と脅す患者さん達もいます。しかし行ったことに自信があればびくびくする必要はありません。丁寧な言葉を用いる、またよく話しを聞くことと、卑屈になることは全然違うのです。ですから脅しに屈する必要はない。しかし「脅しに屈しないでくださいね」と言う立ち向かう人がいるのですね。「どうぞ、どうぞやってください。私は全然怖くないです」と。このような言葉は言わないでください。対応としては「それはこちらが決めることではありません。どうぞそちらでお考えください」こういうのが丁寧かつ脅しに屈しない対応になるのです。

ね。「そちらでお考えください」これを言えるかどうかポイントになります。⑥事実を隠さない。

これらのうち、事実を隠さないという点は非常に重要なポイントです。曖昧な説明は患者さんの不信感を増大させます。もともとミスがあったのではないか、なにか隠しているのではないかと思って説明を求めてくるわけですから。そんなときに曖昧な説明は絶対してはいけません。まず診療記録の記載内容を徹底して確認していただく必要があります。これは診療記録、看護記録、検査データ（各種フィルム）など全部です。よくドクターは記憶に基づいて話をしてしまうのです。何かを求められたときにこんな感じだったなと、こうでしたよ、ああでしたよと。ところが客観的な記録と違っていても少なくありません。記録を十分に確認した上で説明がないと「やっぱりうそだった」「なにかをかくしているのだ」「だまそうとしている」ということに繋がりますので、悪い結果が発生した場合は、特に慎重な事実確認が求められます。

ただ、事実確認をした上で説明しようとする、患者側から「今すぐ説明してくれ」と求められてもこれに応じることはできません。「回答まで時間をください」と猶予を求めることになります。このように、患者に伝えることが、「できない約束をしない」ということになります。そうすると患者側は何と言うと思いますか？不信感を持っている患者側が「わかりました。2週間でも3週間でもじっくり検討してください」とは言わないでしょう。多くの場合は、「その間に何か口裏合わせをするのだろう、隠蔽するのだろう」と言ってくる。このように言われたとしても、猶予を求めてください。これが、脅しに屈しないということです。具体的な対応としては「病院としての見解は事実関係を調査した上で回答しますので、猶予をください。カルテの改竄や口裏合わせを行うことはありませんが、これを心配されるのであれば、今すぐ開示の手続きを取っていただければ、診療記録のコピーをお渡しします」ということになります。これが、事実を隠さない姿勢ということになります。

また、隠さない姿勢を示すためには、公平な第三者の活用も考慮することになります。これは、記者会見をすべきと言っているわけではありません。不信感を抱かれている当事者が説明しても患者側の理解を得ることはできません。そこで情報を開示の上、第三者的医療機関の意見を求める（セカンドオピニオンの活用）、監察医務院や、モデル事業を活用するという方法があることを念頭においてください。

また、警察への届出という道もあります。警察に届け出ると被疑者として取り扱われてしまうなど悪いことばかりが報道されていますが、中にはいいこともありまして、法医の先生が解剖の上「これは医療事故ではないよ」「ミスではないよ」「病死だよ」との判断を示すことで、紛争にならずに解決したという事例もあります。

結びにかえて

限られた時間の中で、やや概括的な内容となりましたが、医療現場を取り巻く状況や、医療紛争の対応についてのポイントについて説明させていただきました。法律家の視点を少しでもご理解いただき、患者対応の一助となることを願っています。ご静聴いただき、ありがとうございました。

会場での質問に答えて

質問1：禁錮と業務停止は同時進行なのか、別々なのか教えてください。

先ほど申し上げました、民事責任、刑事責任、行政責任、これは三つの独立した責任ということになりますのでそれぞれ手続きも別になります。裁判には民事裁判、刑事裁判があり、これらは、それぞれ独立した手続です。ですから、理論的には、刑事事件で有罪とされたものが民事上の賠償責任を否定されることや、逆に刑事事件で無罪とされたにもかかわらず、民事裁判において賠償が命ぜられることもあります。また、行政処分は、医道審議会を経てなされるものですので、裁判とは全く異なる手続です。質問のございました「禁錮」というのは刑事処分であり、その結果、直ちに業務停止その他の行政処分の内容が決定することにはなりません。ただ、行政処分の場合、刑事処分の軽重等を参考に処分内容を決定することになりますので、刑事処分が重ければ重いほど、行政処分も重くなる傾向があります。

質問2：看護学生が事故を起した場合ということで責任を問われるのは当該施設と看護学生と指導者責任と言うことで、学校のほうにはないといわれるのですが、実際に事故があった場合は看護学生と一緒に教員も立ち会うこともありますし、教育責任はどのように考えたらいいのでしょうか。

実習についている指導員の責任は当然出てくるだろうと思います。法的には現実にはその人を指導監督できる立場の者は、指導監督の責任を負っていることとなりますので、損害賠償請求をされる可能性があります。この点で、臨床現場に立ち会っていたか否かは、一つのメルクマールになりうると思います。学校にいる先生方、学校にいて現場には出ずに授業を担当しているような先生に責任が問われることは、まずあり得ません。逆に立ち会っている場合には、現場において指導監督が可能ですので、法的責任を追及される方向に働きます。

ですから、法的構造を理解した上で、どこまで看護学生に仕事をさせるのか、看護させるかをご検討いただくこととなります。しかし、法律家がお話させていただくと、結局のところ、何もできなくなってしまうのです。誰もが初めての時があるものです。技術は、資格を取れば身につくものではありません。看護学校のカリキュラムに実習が含まれているのも、この経験を積む一つの過程と考えています。法的責任を知っていただくことは大事なのですが、それを恐れて本来あるべき医療従事者を養成できないということは社会的責任を果たさないということだと思っております。個人的には、法的責任を厳しくすることで本当によい医療社会、患者さんにとっていい医療を提供できるのかという疑問も持っています。

皆様方には、よい看護師を医療現場に数多く送り出すという高い志のもと、学生の実習内容を検討していただければと考えています。

質問3：看護学生が、患者を担当するには患者に個別の同意を求める必要がありますか。患者の意思能力に問題がある場合には、家族の同意で足りるのでしょうか。

本来的には、看護学生の行う実習内容を明確にし、患者の同意の有無にかかわらず、適切な指導監督の下、実習を行うことができるような環境整備がなされるのが理想と考えています。しかし、現行法上、

看護学生の実習は、グレーゾーンの領域となっています。このような状況下において、看護資格を有しない看護学生が、たとえ一部であっても看護行為を行うこととなりますので、患者の同意は不可欠な要素と考えます。

ただ、大学病院等の教育機関においては、医学生・看護学生の実習も当然に予想されることです。個人情報保護法施行後、院内掲示をすることで、明示の同意がなくても患者の同意があったという取り扱いが定着しています。ですから、院内掲示等があれば、必ずしも個別同意を求める必要はありません。しかし、このような場合であっても、可能な限り、個別同意を求めることが望ましいことには変わりありません。定型的な同意書を用意し、患者にサインをもらうというような工夫が必要となります。当然のことですが、院内掲示による包括同意があった場合でも、患者が実習を拒否した場合には、学生による実習は許されません。

質問の後段は、非常に難しい問題です。入院時に患者の意思能力がないということであれば、法的には同意自体無効となります。しかしながら、それでは十分な実習ができないという場合もあろうかと存じます。法的には、家族の同意をもって患者の同意と評価することはできませんが、ご家族からの同意を得ることで、現実的には紛争の可能性は低くなりますので、家族の同意によって患者の同意に代えるという対応もあり得るのではないかと思います。この点について、十分な回答ができず申し訳ございません。

●この文章は、2008年1月9日（水）岡山にて行なわれた「中四国ブロック研修会」での蒔田覚弁護士の講演の一部を、集録いたしました。講演の話し言葉を優先していますので、用語の統一はしてありません。

蒔田 覚氏（弁護士）・紹介

仁邦法律事務所副所長
第二東京弁護士会 所属
東京医科大学・日本大学法科大学院 講師
東海大学医療技術短期大学 講師
日本看護協会看護研修学校 講師 他

著書

「看護師の注意義務と責任」－Q & A と事故事例の解説－
(新日本法規出版・刊)

共済会の活動

■「全国どこでも出前講演」活動報告

1) 協議会（中四国ブロック）・共済会共同企画 「中四国ブロック研修会」IN 岡山

2008年1月9日（水）、日本看護学校日本看護学校協議会中四国ブロック研修会・午前の部において、研修会担当の先生方からのご要請を受け、共済会の活動の一環である「全国どこでも出前講演」を行いました。学生はもとより、学生を指導する先生方にも発生し得る法的責任についての講演会をということでした。当会の活動を知っていただくいい機会でもあり、当会顧問弁護士、蒔田覚先生に「看護師の業務と責任－行為者の責任と指導者の責任－」と題して、看護学生の立場、実習時における注意点等について、実際の医療事故や判例を取り上げながらお話いただきました。年頭のお忙しい折にも拘わらず80名近い協議会、また共済会の会員（WILL加入校）の先生方のご参加があり、改めてリスクマネジメントに対する先生方の真剣な取り組みが伺える講演会でした。

2) 中四国ブロック研修会参加校の 施設病院からの講演依頼



1月の中四国ブロック研修会参加校で岡山のWILL加入校を擁する医療施設より、看護師さん等約200名の医療従事者に向けて、医療事故に対するリスクマネジメントについての講演依頼があり、7月9日（水）、23日（水）の両日、出前講演を行いました。講師は、看護師、看護学校教員として現場を経験し、現在は東京海上日動メディカルサービス・リスクマネジメント室の上席研究員である恩田

清美氏をお願いいたしました。日常の注意点等、様々な事例をもとに講演していただきました。岡山での研修会参加や、共済会ホームページ、「from 共済会」などで出前講演のことをお知りになったということでした。どこにでもお伺いいたします。どうぞ、お気軽にご相談下さい。

■共済会ホームページに全国1800市区町村の子育て支援情報検索システムを追加

卒業して看護師さんになって、いつか子育てをしながら仕事を続けていく学生さんのお役に立ちたいと、今年4月から共済会のホームページに「あなたの街の子育て支援」情報ネットワークのページをアップしました。全国1800市区町村の各種助成制度や保育所、病児・病後児施設などを地域別に簡単に調べられるように工夫されたリンク集です。現在掲載している各地区の施設は、認可及び認可外保育所、こどもさんの急な発熱や登園禁止になる病気などに対応する病児・病後児保育所、認証保育所（東京都のみ）、公・市立幼稚園、認定こども園、障害児保育施設です。助成制度では、各種児童手当に関するもの、妊産婦検診・医療費、出産育児一時金、乳幼児小児医療等の助成制度の最新情報などです。最近では政府も妊産婦検診や出産費用の無料化なども検討しているようですし、少子化問題に対して各自治体も積極的に取り組もうとしています。情報を活用していただき、生活設計の一助になればと思います。是非一度覗いてみて下さい。常に最新の情報を提供できるように更新していきます。



▲共済会HP 子育て支援ページより
(<http://www.e-kango.net/childcare/>)

第20回日本看護学校協議会学会で 協議会と共済会のホームページを展示



8月1日（金）、2日（土）の2日間に亘り、成田市の成田国際文化会館に於いて、山田里津学会長のもと、協議会主催の「第20回日本看護学校協議会学会」が開催されました。

学会場の展示スペースに共済会のホームページに新設した「あなたの街の子育て支援」情報ネットワークと、協議会のホームページの看護学校情報サイト「Bee Nurse Station」をモニターで展示しました。学会に参加した多くの先生方に知っていただくこと、実際にパソコンを操作しながら、ご紹介させていただきました。先生方をはじめ14万人の学生会員の皆さまにも活用してもらえよう、努力していきたいと思っております。

「平成20年度共済会代議員総会」開催

当会の母体である日本看護学校協議会の成田学会の翌8月3日（日）午前9時より、「平成20年度日本看護学校協議会共済会代議員総会」をラディソンホテル成田にて開催いたしました。協議会学会長を務められた山田会長は、お疲れも見せずご挨拶され、佐藤仁作副会長を議長に指名され、議事に入りました。昨年度の報告に続き、吉岡譲治顧問弁護士から、共済会の社団法人化に向けての会則、諸規程の一部改正案の説明がありました。



議案・1) 19年度事業報告 2) 19年度収支決算ならびに監査報告 3) 会則・諸規程の改正 4) 20年度事業計画(案) 5) 20年度収支予算(案) 6) 共済事業に関するご意見ならびにご要望について討議され、各議案とも全会一致で承認を受けました。(代議員45名のうち、出席者31名、委任状14名)。

齋木和生先生による、総会特別講演



▲ 齋木和生先生・佐代子ご夫妻

総会に続いて11時から特別講演を行ないました。三重県志摩郡（現志摩市）にて30年に亘り地域医療に取り組んでいらした齋木和生医師に「地域医療を考える－在宅医療におけるナースの役割－」と題しまして、ご講演いただきました。インターン時代に山田会長に出逢い、そこで研究テーマのヒントを得ることができたそうです。それ以来、勤務医・開業医として地域医療に取り組まれてきました。開業してからは、保健師でもある佐代子夫人の協力を得て、訪問看護、在宅医療を続けられた齋木先生ご夫妻の、「患者さんの家庭を訪問して初めて患者さんのことが分かります。」というお言葉には、重みがありました。遠いところから駆けつけてくださった齋木先生ご夫妻、本当にありがとうございました。

「WILL」の補償例から見る安全対策

「WILL」事務局
久保田 雅博

平成二十年度の総合補償制度「WILL」の募集並びに加入手続きに際しましては、加入希望者の取りまとめなど、各養成施設の先生方や事務職の方々には、多大なるご協力、ご尽力をいただき深く感謝申し上げます。

おかげさまで、「WILL」の加入状況は、平成二十年四月末日現在、加入校数約一千二百八十校強、加入人数十三万八千人強となりました。今後の中途加入者を含めると、今年度も加入校・加入人数とも前年度より増加する見込みです。これも偏に先生方のお口添えの賜物と、厚く御礼申し上げます。

今年度の加入状況の特徴をみますと、ここ数年続いた、四年制大学を中心とした看護学科の新設は一段落した様子であり、保健・助産・看護学科以外の作業・理学療法学科、歯科衛生学科、臨床検査学科、視能訓練士学科、鍼灸学科、診療放射線学科、また薬学、介護関連の学科など幅広く医療・福祉関連の養成施設から、ご加入をいただける様になったことが挙げられます。

平成十九年度の事故例を振り返って

平成十九年度の事故例を振り返ってみますと、前々年度、前年度の繰り返しになりますが、養成施設や実習受け入れ施設への行き帰りなど、自転車による移動中の事故が、傷害・賠償を問わず、数多く報告されました。

特に、自転車とヒトの接触事故の場合は、ご本人のケガはもとより、相手方のケガも甚大になるケースが多く、大きなトラブルにもなりかねません。

また、今年度より、道路交通法が改正になり、自転車走行に関する規則が、より一層厳しくなっておりますので、自転車通学をなさる学生の皆様には、どんなに急いでいる時でも、マナーを十分に守って、安全走行を心がけていただければと考えております。

賠償事故の処理に際して

自転車での事故を問わず、他人にケガをさせた時は、治療費や慰謝料などを過失割合に応じ、賠償金として、相手方に補償しますが、損害保険で対応する場合は、「示談書」の取り交わしが必要不可欠になります。

示談交渉に際しては、自動車保険などでは、保険会社が示談交渉権を有していますが、「WILL」では、当事者同志で行うことを原則としております。これは、特に臨地実習先での実習生に起因した賠償事故などは、当事者である学生はもとより、指導者である養成施設側の実習担当の先生方の誠意ある対応が、円満解決へ向けての一番の早道になると考えているからです。

もちろん、損害額の算出、過失責任の割合など、示談条件の確定に際しての助言、調査は引受保険会社を通じ実施しておりますので、「WILL」事務局へご相談ください。

また、当事者間での示談が困難な場合は、弁護士などによる法的解決に委ねなければならぬこともあります。弁護士などへの委託費用は、争訟費用と言いますが、「WILL」の賠償責任保険

では、その費用も、保険金での支払いの対象（賠償金とは別枠）となります。ただ、この場合は必ず引受保険会社（東京海上日動火災保険（株））に事前にご連絡ください。また、当会でも、顧問弁護士による無料法律相談なども実施しておりますので、お気軽にご相談ください。

ちなみに、賠償事故の増加に伴い、平成十九年の弁護士による法的解決を目指した案件は、五件ありました。内訳は、自転車とヒトとの事故が三件、レクリエーション中（スキー場での衝突）での事故が一件、臨地実習中の患者さんとの接触事故が一件、今後共、この様な案件は増加すると予測されますので、当会といたしましても、顧問弁護士の人数を増強したいと考えております。

平成二十年度の補償に関して

ーロッカーの鍵の紛失についてー

預り物の紛失に関して、「学校のロッカーの鍵を紛失し、ロッカーの鍵の受け口も変えなければならぬ」というケースはWILLで補償出来るのか。」というお問い合わせをよくいただきます。「WILL」の受託者賠償責任保険では、鍵の受け口などの間接損害も補償出来る特別約款を担保しており、補償が可能ですので、ご報告ください。

ー感染事故報告の仕方についてー

また、平成二十年度より、感染事故の検査・予防措置費用の補償を、傷害の有無を問わず、損害保険で上限五十万円まで対応出来る様、補償内容を充実いたしました。共済制度から損害保険への移行に伴い、補償に必要な書類が若干異なる場合がありますので、その折には「WILL」事務局へご確認ください。ご協力の程お願い申し上げます。

この前提を踏まえ、当会の「共済制度委員会」並びに、引受保険会社(東京海上日動火災保険(株))とも相談の上、現時点での当会の指針を考察させていただきます。

養成施設側の賠償責任に関して

前述の①のご質問の様に、もし、この件により学生に肝機能障害が発生した場合、採血用穿刺器具への取扱いを指示した養成施設側に、賠償責任が生じる可能性があるのか。また、その場合、「WILL」で、治療費の補償は可能かどうかということですが、まず、養成施設側が、学生の感染について賠償責任を負うためには、養成施設側に具体的な過失がなければなりません。

例えば、当該器具の針周辺部の「使い回し」について、当局からの通達やメーカーからの注意喚起などを受けていたにも拘わらず、それに反して学生に「使い回し」を指示していた。あるいは学生に「使い回し」を容認していた場合などは、それにより学生が感染したことによる損害について、養成施設に賠償責任が生じる可能性があります。この場合の「WILL」での補償は、施設賠償責任保険での対応になると考えられます。

しかし、現時点では、この件に関して、養成施設側だけが、賠償責任を負うに足る過失かどうかは、責任主体が余りにも不明瞭と考えられます。その理由としては、平成十八年三月の通達が、各都道府県の衛生局宛の通達であり、各養成施設まで周知徹底されていたかどうか。また、「使い回し」防止のシールを当該器具に貼ることを、器具の製造メーカー側が履行していたかどうかを考察してみますと、不十分な感は否めません。

そう考えますと、現時点で、具体的な過失要件を満たしているという解釈は出来ず、養成施設だけが負うべき賠償責任は法的根拠が希薄であり、「WILL」の施設賠償責任保険での補償は難しいと考えられます。

また、もう一点、施設賠償責任保険での補償の場合、約款では、対人事故の場合「他人の身体の障害」が発生した場合のみが保険対象となっております。しかし、当該器具の「使い回し」により、肝機能障害が起こった事例は、未だ報告されていません。従いまして、「身体の障害」には、現時点では該当しませんので、施設賠償責任保険では、この観点からも難しいと考えられます。

「共済制度」感染補償費用並びに

感染予防措置費用保険の適用について

前述の②のご質問の様に、「感染事故の恐れ」があるということ、肝機能の検査を実施した場合、検査代は「WILL」で補償されるかどうかということですが、「共済制度」並びに、損害保険の「感染予防費用」では、補償への請求者は、「WILL」にご加入している学生になりますので、施設賠償責任保険とは違い、賠償責任の有無に係らず、「WILL」での補償が可能です。

それでは、今回のケースに対し、「WILL」で補償が出来るかということですが、ポイントは二点あると考えられます。

一、病原体に「予期せず」接触したための検査費用といえるかどうか。

二、「感染の恐れ」があるといえるかどうか。

例えば、学生に対して、養成施設から「使い回し」をしないよう指導されていた、器具に「使い回し」

禁止の注意書きが書かれていた、などにも拘らず「使い回し」をしていたとなると、「予期せず」とはいえない可能性があります。

しかし、今回のケースでは、演習で当該器具を使用した学生に対して、注意喚起が周知徹底していた状況は、極めて希薄であり、もし、補償をすれば、使用実態を確認する必要があると考えられます。

また、針の周辺部を「使い回す」際に、消毒液による消毒についてはその都度、行っている養成施設が大半でしたが、消毒だけでは、「感染の恐れ」が払拭できない根拠が、現時点で、当該器具で感染した事例が無いので、情報が無く、判断が難しい状況と言わざるを得ません。

今後、同様の状態での感染事例の報告があがり、医療機関等において、それらの場合でも「感染の恐れ」があるとの整理がなされた場合には、感染予防費用保険の対象となる可能性があります。

いずれにしても、現在の情報のみでの判断では、現時点での補償対応は難しいと考えております。もう暫くは行政や医療機関等の動向を見守り、今後必要に応じて実態確認などを経て、慎重に有無判断をしていきたいと考えているところです。

当会といたしましても、この件に関しては、今後共、動向を見守りながら、継続して検討していきたいと考えておりますが、養成施設の対応を含めて、ご意見等、お聞かせいただければと考えております。

ご不明な点・ご質問等ありましたら、事務局までご連絡ください。

Will News

Vol.4

演習時の採血用穿刺器具の

取扱いによる「感染事故の恐れ」への

「Will」での対応指針

日本看護学校協議会共済会

「Will」事務局

石井 英雄

島根県内の医療機関において、複数の患者さんに使用しないことが明示されている採血用穿刺器具（針の周辺部分）がディスプレイタイプでないものを、複数の患者さんに使用し、感染症の発生の恐れが生じたという報道に端を発し、医療系の養成施設でも、学内演習時に、学生への訓練のため、採血用器具の「使い直し」が行われた可能性に対し、厚労省より、各養成施設に、実態調査の依頼がありました。

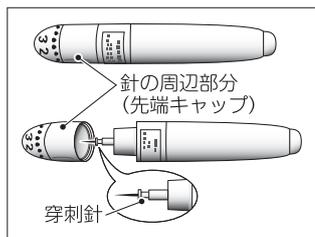
それを受けて、この器具を使用して演習を実施した養成施設五校より、左記のご質問が寄せられました。

- ① 「使い直し」により、学生に肝機能障害が発生した場合、治療費の補償は「Will」で出来るのか。
- ② 「感染事故の恐れ」があるので、肝機能の検査を実施したいが、その時の検査代は、補償されるのか。（一人四千円程度）

当会といたしましても、事象の重要性に鑑み、当会ご加入校の中、無差別に二十校余の養成施設に、電話にてサンプル調査をさせていただきました。

その結果は、約半数が、学内演習で採血用穿刺器具を使用しており、キャップはその都度消毒はしているが、学生間で「使い直し」をしているとのことでした。「使い直し」をしている養成施設へ、今後の対応をお聞きしたところ、一校が「使い直し」で当該器具を使用した学生全員に肝機能の検査をするのとこととでした。ただ、ほとんどの養成施設では、毎年実施している健康診断での肝機能の検査データを遡って調査し、もし、肝機能の値が劣化している学生に再検査を実施するということがありました。また、演習で「使い直し」をしている養成施設の全てが、過去数年に渡って「使い直し」をしていました。

その結果を、当会の「共済制度委員会」並びに「代議員総会」にご報告したところ、「Will」での対応指針を、ご加入の養成施設にご報告申し上げる様、各委員よりご要請がありましたので、現時点での対応指針を掲載させていただきます。



採血用穿刺器具

「Will」での対応について

平成二十年五月に厚労省から通達された、「採血用穿刺器具の取扱いについて」の中では、平成十八年三月三日薬食安発第〇三〇三〇〇一号として、「採血用穿刺器具（針の周辺部分がディスプレイタイプでないもの）の取扱いについて」という注意喚起文を再通達したと記載されています。またその添付文章で、「個人の使用に限り、複数の患者に使用しないこと」とし、感染症の危険性を訴え、器具に「複数患者使用不可」のシールを貼付する様、注意喚起をしたとの事です。

そこで、当会といたしましても、この件に関して、学生に対して、養成施設側の賠償責任が生じるとするならば、平成十八年三月の通達が、一つの分岐点になると考えてみました。

その時点を分岐点にすると、「感染事故への恐れ」への補償を「Will」でするならば、平成十八年三月以降からと考えられます。そうすると、「Will」での補償対象期間は、平成十八年度から平成二十年の現時点までとなります。

また、「Will」での補償引受方法は、平成十八年度・平成十九年度分は、傷害を伴わない感染事故として、「共済制度」での補償、平成二十年度分からは、損害保険（感染予防措置費用保険）での補償対応となります。