

from

VoL.3

日本看護学校協議会共済会

発行日●2007年12月25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

看護師の業務としての「診療の補助」 行為の取扱いについての考察 －内診の意義と法的解釈－

■ 仁邦法律事務所

■ 弁護士 蒔 田 覚



1 ご挨拶にかえて

初めまして、仁邦法律事務所所属弁護士の蒔田と申します。この度は、日本看護学校協議会共済会第一回代議員総会という席において、講演の機会を賜り、光栄に存じます。

私は、病院側で医療紛争を担当している弁護士の一人です。皆さんに事前に配布されておりますレジメ末尾に、参考として医療裁判の現状についてのポイントをまとめたスライド資料を添付させていただきました。今回は、時間の関係で詳細は割愛させていただきますが、従前、医療訴訟は増加傾向にありました。最近では若干の減少傾向が見受けられます。この評価につきましては、改めての機会にお話させていただければと考えております。

今日は、皆様の非常に関心の高い看護師の業務としての「診療の補助」行為についてお話させていただく予定となっていますので、早速、スライドを示しながら、解説をさせていただきます。

●この文章は平成19年7月25日（水）、当会代議員総会の特別記念セミナーとして開催された講演二題のうちの二題を演者の蒔田先生にまとめていただいたものです。

2 看護業務についての法律家の誤解?!

以前、看護師に関する裁判例を調査した際、看護業務が問題になった裁判例が非常に少ないことに驚かされました。医療訴訟の大部分が病院、あるいは医師を訴えており、看護師が訴訟当事者になったものはごく僅かにすぎません。一見、看護師にとってはありがたいように見えますが、この背景には「看護師は医師の手足」であるという誤解があることを忘れてはなりません。

保健師助産師看護師法（以下「保助看法」といいます。）5条では、看護師につき「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」と定義しています。しかし、これを諳んじられる法律家は非常に限られています。ある裁判で、看護師が証人尋問に立ちました。その裁判では、食物を誤飲したのかどうかという食事介助が問題となっていました。食事介助ですから当然、看護師の専門領域です。ところが、証人尋問では「医師から具体的介助方法について、どのような指示があったのか。医師が介助方法を指示しないのは問題ではないか」という趣旨の質問がありました。確かに、診療の補助と療養上の世話との区別は難しい点もありますが、法律家の間において、看護の専門領域である療養上の世話についても、医師のほうが詳しいという誤解があることを知っていただく、一つの事例ではないかと思えます。

3 看護師の資格

看護師資格を得るには、看護師国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けなければなりません。看護師は療養上の世話、診療の補助を行う専門職として国家が承認した専門職として位置づけられます。

図-1

欠格事由（保助看法9条）
≡ 資格喪失事由（保助看法14条）

罰金以上の刑

業務に関する犯罪又は不正行為

心身の障害

麻薬、大麻、あへんの中毒者

+看護師として品位を損するような行為

国家試験にさえ合格すれば全ての人が看護師になれるわけではなく、保助看法9条の欠格事由に該当する人は、国家試験に合格したとしても、看護師免許が交付されない場合もあります。また、看護師資格を取得しても、保助看法14条の資格欠格事由に該当する場合には、その資格が取り消される場合もあります。法律用語では、それぞれ「相対的欠格事由」「相対的資格喪失事由」と言うことになります。相対的の対義語は「絶対的」です。保助看法9条が「各号のいずれかに該当する場合には……免許を与えない。」と規定していれば、これは絶対的欠格事由となります。しかし、同条は「免許を与えないことがある。」としており、同上各号に該当する人であっても看護師になることを禁止しているものではありません。そこで、相対的欠格事由といわれることになります。この点は、保助看法14条も同様です。

図-1で「罰金以上の刑」「業務に関する犯罪又は不正行為」という部分を色文字にした理由は、皆さんが医療紛争（医療裁判）に巻き込まれて、刑事上の責任が認められた場合には、形式上、資格喪失事由に該当することを意識していただくためです。医療ミスにより刑事責任を追及された場合には「罰金以上の刑」に該当することになります。と同時に「業務に関する犯罪」「不正行為」にも該当してしまいます。看護業務は、常に患者の生命を危険に晒すおそれがあり、僅かな不注意により、重大な結果を引き起こす可能性があります。現場からの批判は多いのですが、法律上は、刑事責任に問われなくても、不注意により患者に健康被害を生じさせた場合には、業務に関する不正行為として資格欠格事由に該当することになっています。

4 看護師と医師・その他の医療従事者との関係について

先ほど、法律家が看護師の業務について十分に理解していないことをお話しました。しかし、この誤解は医師、あるいは看護師自身にもあるのかもしれませんが。医療現場での認識についても問題意識を持つ必要があります。

（1）看護師は医師の手足?!

現実の医療現場においては、看護師も医療従事者として医療行為を行っています。しかし、これを積極的に肯定する立場と、やむを得ないという消極的な立場という二つの根本的に異なる考え方があるよ

うに思われます。少し噛み砕いていいますと、「基本的には看護師に仕事を与えるべきではない、医者に言われたことをやっていけばいい。」という考え方と、「専門職として看護師にどんどん仕事をお願いしていこう。」という考え方と二通りあるということです。前者の考え方は、いわゆる「手足論」と呼ばれる考え方です。「看護師は医者の手足ですよ。」と私が言いますと、「あの弁護士は何を考えているのだ。」とお叱りを受けそうですが（笑）……。しかし、このような考え方は、医療従事者の間にもあるのではないのでしょうか。

私としては、専門職である看護師が「医師の手足」であるというように、表現されることが信じられません。「医師の手足」という考え方が、裁判例において、どのようにして登場したのかを調べると、実は「看護師は責任を負わなくていいですよ。」という結論を導くための理論なのです。「看護師は医者の指示の下に動くわけですから、責任を負うのは指示を出した医者ですよ。手足として行動した看護師は責任を負わなくていいですよ。」ということになるわけです。

「医師の手足」といわれることに、反発を覚える看護師は少なくないと思います。であれば、「法的責任は自分で負いますよ。」という意識と覚悟をもたなければならないといけなのですね。ところが実際の裁判等を例にお話させていただきますと、「手足」といわれることは納得できないといっていた看護師が、「なんで私が責任を負わなければいけないのですか。悪いのは医師でしょう。」というわけです。これは、当事者としての看護師だけではなく、看護師長、看護部長等からも「医学的知識がない（経験のない）看護師が責任を負うなんてかわいそうじゃないですか。」という趣旨の話を耳にすることがあります。

看護協会が看護師としての地位向上を目指すのであれば、これは本末転倒です。「責任を負わない専門職」などは存在しません。専門職としての地位向上を目指すのであれば、それに見合う責任を負担するのは当然です。看護業務と法的責任の関係は密接不可分のものです。業務の範囲を広げということは同時に責任の範囲も広がるということになります。「仕事の範囲は広げたいけど責任は負いたくない。」「裁量のある仕事がしたいけど責任は負いたくない。」「……。このような身勝手が許されることはありません。

今回のメインテーマである「看護師による内診」の是非を考える際には、このような視点を忘れては

なりません。

（２）具体的看護業務の内容について

次に、看護師の仕事について考えます。先ほども触れましたが、傷病者もしくはよく婦人に対する「療養上の世話」および「診療の補助」。法律上、この二つが看護師の仕事の内容ということになります。「療養上の世話」は、患者さんの症状の経過観察、環境整備、食事の世話、生活指導を考えるなど、看護師の主体的判断と技術を持って行う、看護師本来の業務とされています。もうひとつ看護業務の柱である「診療の補助」は、侵襲を伴う医療行為の一部について補助するものということになります。単純なものから採血、静脈注射、点滴、医療器械の操作、処置など身体への侵襲の比較的大きいものも含まれます。

ところで、医師法17条は「医師でなければ医業をしてはならない」と規定しています。また、保助看法37条（医療行為の禁止）では「保健師、助産師、看護師、または准看護師が、主治の医師または歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療器械を使用し、医薬品を投与し、医薬品について指示をし、その他医師、または看護師が行うことがなければ衛生上危害を生じるおそれのある行為をしてはならない。」とされています。同条は、医師の指示の下においてのみ、看護師が「診療の補助」を行うことを許容したものといえます。

全ての医療行為を医療の専門家である医師が担当すれば、健康被害、衛生危害は防止できるという立場（「医師以外の者は医療行為に携わるな」という考え方）からは、他の医療従事者の医療参加は医師不足のための、やむを得ない結果と捉えることになります。この考え方からすれば、例外である看護師の医療行為は制限すべきということになります。

しかしながら、先にも触れましたとおり、看護師は国家試験に合格した看護に関する専門職です。充実した看護を行うには、医師と異なる看護知識・経験が必要となります。したがって、看護師の業務範囲については、別の角度からの検討も必要です。

法律は、医師の指示の下に専門職としての看護師が医療行為を行うことにより「衛生上危害」を防止しようとしています。具体的にいかなる行為が許容されるかについては、看護師の専門職に対する評価とも関連します。看護師国家試験に合格した人のレベルが低いのであれば、これは医師の「手足」ということになってしまいますし、十分勉強している、

医療について詳しい、それだけの技術があるということになれば、裁量の範囲が広がっていきます。

図-2

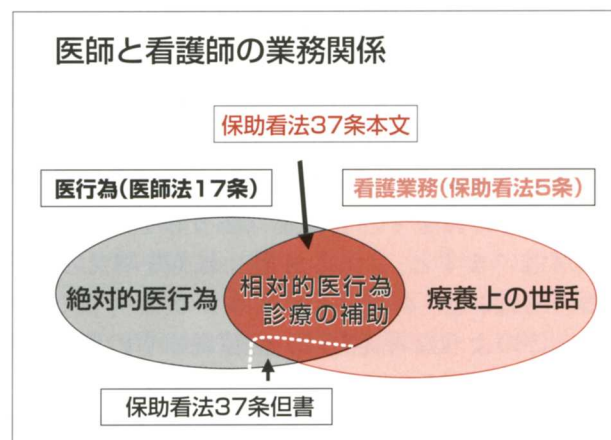
(3) 絶対的看護行為・相対的看護行為・絶対的医行為について

絶対的医行為とは、医師しか行うことができない医療行為を意味します。具体的には、診断、手術、処方といった医行為については高度な医学的知識、経験、技術を要する医師自身が行うのでなければ、健康被害を生じるおそれがある医療行為がこれに該当します。絶対的医行為については、仮に医師からの指示があっても、看護師が診療の補助として行っ

てはならない医療行為です。当たり前かもしれませんが、医師が看護師に「俺が指示を出すから、手術をしてくれ。」と言われても、看護師が手術を行うことは許されません。手術は、看護師が行いうる診療の補助の範囲を超えるものと評価されます。

一方、保助看法31条（看護業務の制限）において「看護業務の独占」が規定されています。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ための規定と理解されています。したがって、医師の指示があっても、「看護師」でない人が診療補助を行うことは許されません。仮に看護師でない人に、お医者さんが「静脈注射をしてください。」と命令したとしても、この人が注射を行うことはできません。ところで、医療従事者には、看護師以外にも、臨床検査技師、理学療法士、放射線技師、視能訓練士……という職種の方が存在し、診療の補助行為を行っていますね。これらの職種については、すべて個別立法があって、「診療の補助」について医師の指示の下に一定の医療行為（診療の補助行為の一部）を行うことができますよというように例外が定められています。

保助看法31条は、「看護師でない者は、第5条に規定する業をしてはならない（ただし、医師法又は歯科医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りでない）。」としています。保助看法5条では「療養上の世話」、「診療の補助」を看護師の業務としていますので、看護師以外の方が、これらの業務を行うことは禁止されます。先ほど、看護師以外の医療従事者については個別立法があるとの説明をしましたが、これらは「診療の補助」についての例外を定めたもので、「療養上の世話」についての例外ではありません。臨床検査技師や理学療法士が療養上の世話ができるかという、それはできませんというこ



とになります。このことから、「療養上の世話」が看護師の本来的な業務だと位置づけられることになります。

看護師が「療養上の世話」を行うに際して、医師の指示が必要かどうかについては若干の議論があります。しかし、保助看法37条では「診療の補助」について医師の指示がなければ許されないと規定されていますが、「療養上の世話」については何も触れていません。そこで、この反対解釈として「療養上の世話」については、医師の指示は不要というのが法律上の解釈です。

実質的に考えても、「療養上の世話」については医師の指示がなくても、衛生上の危害が生じる恐れがない（少ないという表現のほうがいいかもしれませんが）ということです。私としては、この分野については、医師よりも、むしろ看護師のほうが詳しいのではないかという印象を抱いています。ですから、療養上の世話に関しては、医師の指示よりも看護師の判断を優先することもあっていいと考えています。

以上のことから、「療養上の世話」については、一般に絶対的看護行為と位置づけられています。

少し、概念を整理させていただきます。看護師以外が行えない行為としての絶対的看護行為、医師でなければ行えない行為を絶対的医行為、この中間に、相対的看護行為あるいは相対的医行為といわれるものがあります。「診療の補助」は、医師及び看護師のいずれもが行えますので、相対的看護行為（相対的医行為）に分類されます。

相対的看護行為と相対的医行為とをさらに分類するという考え方もありますが、私としては、あまり厳密に分ける意味はないと考えています。絶対的看護行為、絶対的医行為、相対的看護行為（相対的医行為）と三分類で理解する立場からは、相対的看護

行為も相対的医行為も全く同様のもので、看護師の視点から評価した場合が「相対的看護行為」、医師の視点から評価した場合が「相対的医行為」という名称の違いのみということになります。

以上の関係を整理すると、図-2のようになります。医師法17条は、医師以外の医業を禁止しています。黒の丸で囲ったグレー部分が医師が行える業務の範囲となります。看護師の業務について規定した保助看法5条、31条が茶色の部分となります。グレーの部分が絶対的医行為、茶色部分が絶対的看護行為（療養上の世話）。グレーと茶が重なる部分が相対的医行為（診療の補助）ということになります。なお、厳密には、さらに保助看法37条但書きによる例外があります。看護師は、緊急の場合には、医師の指示を待つことなく応急の処置を行うことが許されています。白の破線で示したところが、これに該当します。

（４）実質的な区別方法

絶対的看護行為、相対的看護行為、絶対的医行為の概念はご理解いただけたと存じますが、現実に行われている医療行為が、このいずれに該当するのかというのは非常に難しい問題です。一般に「療養上の世話（絶対的看護行為）」とされる「経過観察」であっても、医師の診断の補助という視点で捉えれば「診療の補助（相対的看護行為）」とも位置づけられます。このように一つの行為が二面性を持っていることも少なくありません。

実際には、このような形式的な区分ではなく、実質的判断こそが重要です。図-2のグレーの部分、これは医師が行うのでなければ、健康被害を生ずるおそれがある医療行為ということになります。医師の指示があっても看護師が手術を行えないのは、看護師は手術を安全に遂行するだけの医学的知識、経験、技術を有しないことによるということになります。これに対し、グレーと茶とが重なる部分、これは医師あるいは看護師等の専門家によらねば保健衛生上の危害が生じると考えられている医療行為です。直ちに健康被害や身体的侵襲を伴うような医療行為ではありませんので、医師自身が必ずしも実施する必要はなく、医師の指示があれば、看護師も診療の補助として、同業務を行うことが許されます。（なお、有資格者以外の者が相対的看護行為を行うことは、保健衛生上の危害を生じるおそれがあるので禁止されています。）

保助看法37条は、保健衛生上危害を生じるおそれ

のある医療行為に関する規定であり、医師法17条は、医師が行うのでなければ健康被害を生じるおそれのある医療行為についての規定ということになります。私としては、このような実質的な観点から、看護師の行える業務範囲について検討することが重要と考えています。

（５）診療の補助として看護師が行える業務範囲

「診療の補助」業務は、医師の指示があれば、看護師が行うことができます。ただ、法律上行うことが「できる」ということと、具体的場面において「行ってよい」かは分けて考える必要があります。看護師といっても、その能力は千差万別です。また、医師の指示の内容も個別具体的なものから一般的抽象的なものまで様々です。このような点に配慮することなく、法律上許されているのだから問題はないというのは、あまりにも乱暴な議論です。

そこで、具体的場面では医師の指示内容の程度、看護師の知識、経験、技術等を総合的に検討して、看護師が行う業務範囲を決定することになります。

例えば、医師から「患者さん診といて。」という指示があったとしても、このように抽象的な指示で看護師が診るわけにはいかないわけです。診療の補助としての経過観察を求めるのであれば、患者の症状を前提とした、より具体的な指示が必要となると考えています。また、どこまで具体的指示が必要かについては、指示を受ける看護師の経験、能力によっても大きく異なります。ある程度経験のある看護師だと、包括的な指示であっても理解が可能でしょうが、経験の浅い看護師であれば、医師が逐一、こういう状態のときはこうしてくれという具体的指示を出していかなければいけないと思います。

（６）口頭指示の可否・具体的指示の程度について

医師の指示について「口頭指示は許されるのか？」という質問をすると、許されないという回答が少なくありません。事実、多くの医療施設では、口頭指示ではなく指示文書を出してくださいという運用がなされています。しかし、法律上は、口頭指示が許されないとは書かれてはいません。あくまでも、「医師の指示の下」とだけ書いてあるのですから、口頭指示が禁止される理由はありません。現場において、口頭指示ではなくて、指示文書を求めている

のは、いわゆる医療事故の防止の観点からです。情報伝達を誤らないようにというのが指示文書を求める最も大きな理由です。私としましては、事故防止の観点からは、指示文書によることが望ましいとは考えていますが、指示文書がないから医療行為を行わないということも少し頑なすぎる印象があります。場合によっては、看護師がメモを取る、復唱する等の方法により医師の指示内容を確認し、診療の補助行為を行うことも考える必要があります。

もうひとつ、抽象的な指示の可否についてです。これは、どこまでの範囲の抽象的な指示が許されるのかという問題です。指示の程度について、法律ではなにも書かれていないのです。そこで、具体的に医師と看護師の関係で考えていかなければなりません。その際のポイントは、保健衛生上危害の防止の要請にあります。医師が、どこまで看護師を信頼して指示をすることができるのかは、当該看護師に対する指示内容で、保健衛生上危害を防止しうる程度に具体的となっているのか否かという点から検証する必要があります。

新たな看護師のあり方に関する検討の中間まとめ（H14. 9. 6）では、在宅看護について、「安静時、鼻カニューレ2リットル/分の酸素をいれてください、活動時（排便・散歩など）鼻カニューレ 酸素2～5リットル/分を状況にあわせて調整してください。」という程度の指示があれば看護師の判断で、今は2リットルで大丈夫かな、3リットル、4リットルにしましょうという判断をされていていいですよという考え方が示されています。

医師は、各患者の状況・環境、看護師の知識・経験・技術等を前提に、状況に応じた指示内容を考えることとなります。

（7）概念の変遷（静脈注射に関する行政解釈の変更）

医療行為の内容は、非常に複雑であり、法律上、一つ一つの行為を示して絶対的医行為、相対的医行為に分類することは不可能です。そのため、形式的に区別することはできず、実質的な考察が求められます。また、看護師の専門的知識、および技術の向上によって変化する相対的なものといわれています。このひとつの例が看護師による静脈注射の実施です。昭和26年9月15日厚生省（厚生労働省になる前）医務局通知では「静脈注射は看護師の業務の範囲外の行為であり、医師、または歯科医師の指示があっても、これは行うことができない。」とされて

いました。当時の行政解釈においては、静脈注射の身体に対する影響の大きさから、薬剤に関する知識を有する医師が行うのでなければ健康被害を生じるおそれがある危険な行為（絶対的医行為）と考えられていたわけです。当時であっても、現実には看護師が静脈注射を行うこともあり、裁判で問題になることもありました。裁判所は、それはそれで医師の指示があればいい（相対的看護行為・相対的医行為）という判断を示していたことが多かったのですが、行政解釈上は「診療の補助」の範疇に含めることはできないといわれていました。

これが、平成14年9月30日に厚生労働省医政局通知で「医師または歯科医師の指示のもとに保健師、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第5条に規定する『診療の補助』行為の範疇として取り扱うものとする」と変更になりました。これまでは、行政解釈として、静脈注射は許されません、絶対的医行為ですよといわれていましたので、この通知により、行政解釈が変更されたこととなります。

ただ、この通知は、静脈注射が「診療の補助」として許されますよということだけを示したのではなくて、医療機関、看護学校等における注意点も明示しています。まず、医療機関に対しては、「看護師を対象と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行ってください。個々の看護師等の能力を踏まえた適切な業務分担を行ってください。」と静脈注射を安全に実施するための環境整備を要求しています。また、看護学校等については、「薬理作用、静脈注射に関する知識、技術、感染安全対策の教育の見直しを強固にしてください。」と、看護師の薬剤に関する知識向上に向けたカリキュラムを求めています。

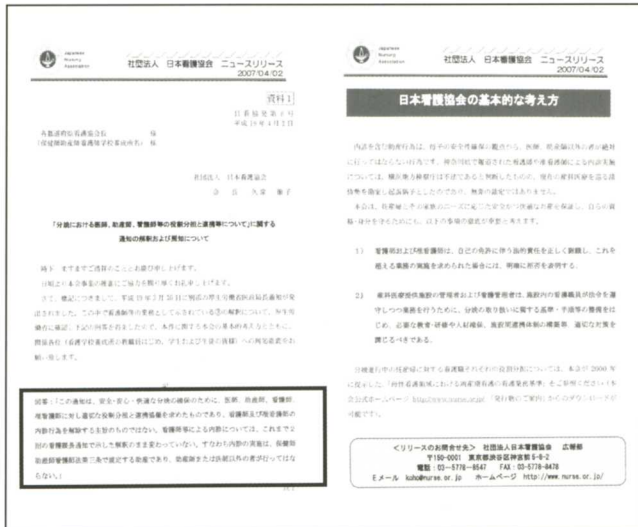
このように、業務の範囲が広がるということは、それに見合うだけの知識、技術が求められます。

5 看護師が内診を行うことは許されるのか。

前置きが長くなりましたが、看護師による内診が許されるかという本日のメインテーマについて考えたいと思います。

保助看法30条は「助産師でない者は助産等をしてはならない。ただし、医師法の規定に基づいて行う限りはこの限りではない。」と規定しています。したがって、医師、助産師が分娩介助（助産）を行え

図-3



ることは当然ですが、看護師が助産行為の一部である「内診」を行うことができるのか否か、内診が看護師業務の経過観察（分娩観察）としての「診療の補助」の範疇に含まれるのか否かという問題です。

（1）保助看法5条の内容

保助看法5条に戻りますけれども、「看護師は厚生労働大臣からの免許を受けて、傷病者もしくはよく婦に対する、『療養上の世話』又は『診療の補助』を行う。」ことが許されています。そこで、「診療の補助」として内診が許されるのかという問題になるわけですね。今年の3月30日、厚生労働省からの通知には、「看護師等は、療養上の世話及び診療の補助を業務とするものであり（保健師助産師看護師法第5条及び第6条）、分娩期においては、自らの判断で分娩の進行管理は行うことができず、医師又は助産師の『指示監督の下』診療又は助産の補助を担い、産婦の看護を行う。」という記載がありました。

この通知があったことで、産婦人科学会等は「診療の補助」として、行政解釈上「内診」が許容されたという趣旨の発表を行いました。しかし、その後、これを訂正しているようです。厚生労働省通知の表現は、非常に曖昧で、その読み方は非常に難しい印象を受けています。

この通知上、分娩に際し、看護師は医師の指示の下、「診療の補助」として何らかの医療行為を行うことが許容されているということが確認されています。しかし、許容された業務の範疇に、内診が含まれるのか否かが、よくわからない。内診というのは「診療の補助」なのか、あるいは「助産」そのものなのかどうかということについては明言を避けたと

いえます。明確な記載がないこと自体、この問題の複雑さを示唆しています。

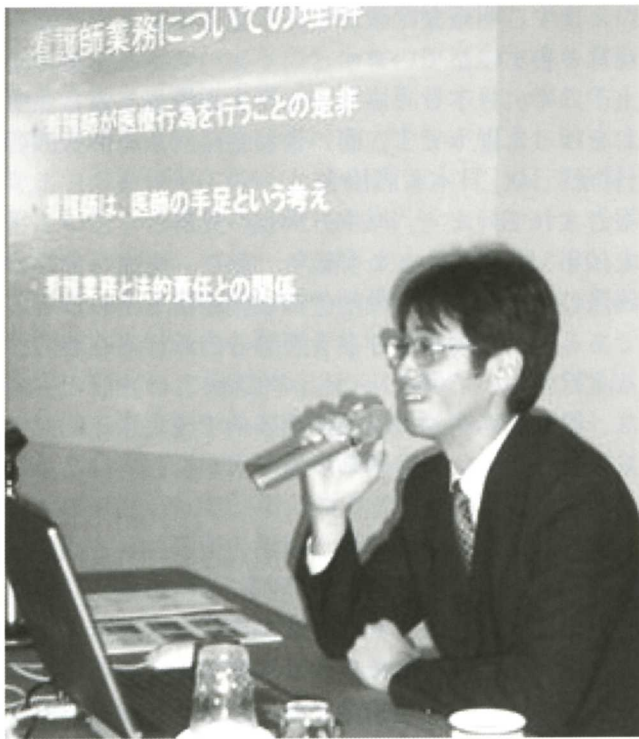
そこで、日本看護協会から厚生労働省に対し、照会を行ったようです。問い合わせに対する回答内容（骨子）は、日本看護協会ニュース（図-3）にて報告されています。厚生労働省の見解としては、平成19年3月30日通知は「安全、安心、快適な分娩の確保のために適切な役割分担との連携を求めるものである。看護師および准看護師の内診行為を解除する主旨のものではない。」とのことで、「内診の実施は、保健師助産師看護師法第3条で規定する助産であり、助産師または医師以外の者が行ってはならない。」ということのようです。

内診の是非を巡っては、横浜・千葉・名古屋の病院・診療所の医師、看護師が刑事事件の対象とされ、実際に罰金刑に処された人もいます。新聞紙上でも大きく取り上げられた横浜の事案では、解説者医師が「今後、助産をやりません。」ということを検察官に伝え、起訴猶予になったようです。起訴猶予というのは、本来は刑事処罰の対象となるが、本人の反省等をも考慮して、特別に刑事訴追を行わないという刑事訴訟法上の手続（刑事訴訟法248条）です。

私見ですが、検察庁としても看護師の「内診」の可否を巡って法律論争となることを避けたいという政治的な判断があったのではないかと考えています。ですから、新たに同様の事案が発生した場合には起訴されないということも考えられますが、行政解釈上、内診は許されないとされている現状において、これを行うことは刑事罰の対象となりうるというリスクを甘受せざるを得ません。

本音をいえば、このような事案が問題となったときに、起訴猶予という玉虫色の解決ではなくて、きちんと看護師の能力はどうなのか、どこまで知識があるのか、どういった勉強をしているのか、医師の指示がどれくらい具体的に示されているのか、こういったところが議論されなければいけなかったのですけれど、刑事処分ということに過剰に反応して有耶無耶なうちに終わってしまったことは残念です。

行政解釈上の判断と司法上の判断が異なること、看護師の技能の向上や時代背景の変化により、許容される診療の補助の範囲が異なることは、静脈注射の事例を考えれば明らかです。現時点では、看護師による内診に関しては、医師の指示があったとしても許されないとの行政解釈を無視することはできません。これを看護業務の範疇とするためには、看護師の助産に対する知識、技能の一層の向上が必要と考えています。



6 看護師の法的責任

看護師が法的責任を負われることにいろいろな考え方があります。法的責任を求められることには納得できないとの考え方は医師にもあるようです。仕事柄、医師と話しをする機会も多いのですが、その際「俺たちは患者さんを助けようと思ってやっている。交通事故とは違うのに、なんでこれと一緒に扱われなければならないのか。」という批判をされることも、しばしば経験しています。確かに、交通事故と医療事故を同一視することは問題だと思えます。医療行為を行わなければ患者の状態の悪化が予想されますので、医師やその他の医療従事者に過度の責任を課すことは、政策的見地から也得策とは思われません。しかし、そのためには、法律を変えなければなりません。

現在の法律上は、業務上過失致死ということで、車の運転手であっても、医師であっても、看護師であっても区別はされてはいません。「悪法も法なり」との格言もあるように、現在の法律解釈としては、医師その他の医療従事者を特別扱いすることはできません。少し乱暴ですが、「嫌ならば医師をやらない、看護師をやらない。」というのが現状です。

その結果がどうなるかというのは別の問題ですが、少なくとも現状では医療従事者を特別扱いすべきという社会的合意は形成されていないように思われます。個人的には、多くの患者が医療を受け

られなくなってからでは遅いと考えていますが、現状で法改正は非常に難しいといえます。

医療行為は、常に身体に対して身障を伴うものですから「交通事故と同じように責任が問われることは納得できない。」「誰が好き好んでそんな危険なことをやるか。」という気持ち、これ自体は私も、よく理解できます。しかし、看護師に責任を負わせるべきではないとの考え方には、全く別の方向からのものもあります。いわゆる「看護師手足」論の考え方です。この考え方は、医師に厳しく看護師に甘い考え方です。このような考え方をする病院、医師、さらには法律家に対し「この先生は看護師のことを理解してくれている。」「この病院は看護師のことを理解してくれている。」「この法律家は看護師のことをよく理解してくれている。」と思うことは誤りです。この考え方は、裏を返せば看護師を専門職としてみていないということです。責任を追及されなければ構わないという自己中心的な考え方は捨てねばなりません。

このような考えをする医療機関に対しては、看護師側としては、本来、怒らなければいけないところです。「看護師は医師の指示に従っただけなのに責任を負わされるのは納得できない。」という弁解は、看護師が、自らプロとしての職責を放棄しているということにならないでしょうか。

「プロではないから法的責任を追及されることは納得できない。」というのなら、まだ理解できますが、プロとして業務を遂行するからには、今の法律が悪い法律かどうかは別にして、「医師の指示に従っただけだから責任はない。」という言い訳をすることは疑問です。看護職としての専門地位を向上させようというのであれば、言うべきではない弁解と考えています。

「それでは看護師になろうとする者がいなくなってしまう。」という話を耳にします。同様のことは、医師もよく言います。「手術する人がいなくなってしまう。」「難しい診療領域から医師がいなくなってしまう。小児科医がいなくなり、産婦人科医、脳外科医がいなくなり……。」と。ただ、こういった議論は法律改正の検討の場でするものです。これを錦の御旗としても、裁判所では通りにくい理屈です。このような意見は貴重な意見ではありますが、あくまでも政策論なのです。裁判所で裁かれるのは政策の是非ではなく、あくまでも個別事件においてミスがあったのか、なかったのか。裁判所はそれだけしか関心がないのです。その結果生じる社会的影響についてまで裁判所が考えようとすると、それは、行

政・立法の分野にまで裁判所が立ち入ってしまうことになりかねません。

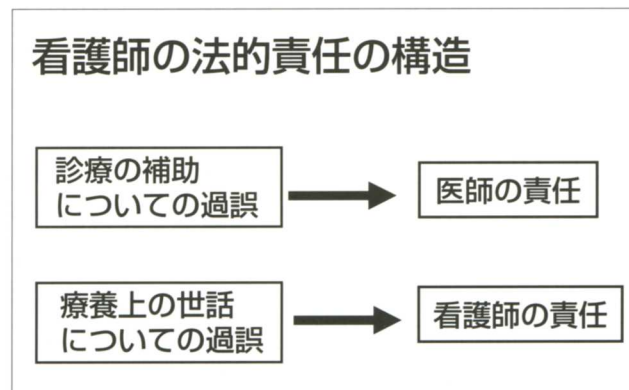
ですから、裁判所で政策論を展開しますと、裁判官は「裁判所を脅迫するのですか。」と思うわけですね。やはり、個別事件を淡々と扱っていかざるを得ないというのが、医療者側で裁判を担当させていただいている弁護士としての考えです。

看護師になろうとするものがいなくなってしまう、医師になろうとするものがいなくなってしまうといったことはまさに行政・立法の問題ですから、どういう形で働きかけを行っていくのか、どうすべきなのかというのはむしろ皆さんで考えていただかなければならない問題だと思います。

(1) 看護師の法的責任の構造

「診療の補助」は医師の指示の下に行います。ですから、生じた結果についても医師が全責任を負う。これに対し、療養上の世話については、看護師が主体的に行いますので看護師が全責任を負う。この結びつきは、下図に示したように非常に単純で、分かりやすいものといえます。ただ、「診療の補助」について医師のみの責任ですよというってしまうことは、先ほどの「手足」論にほかなりません。

図-4



次の事案を考えて見てください。

【事例1】

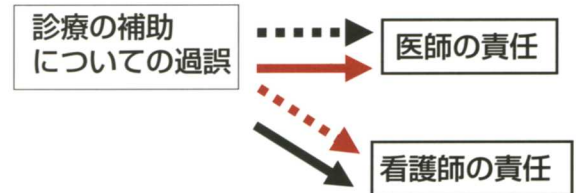
医師の指示の正確であったにもかかわらず、看護師が指示内容を誤解してしまったことにより悪しき結果が発生した場合。

【事例2】

医師の指示が不正確（誤り）であったが、看護師がそれに気が付かずに、医師の指示内容どおりの医療行為を行い悪しき結果が生じた場合。

図-5

看護師の法的責任の構造



事例1：Drの指示が正確・Ns誤解→Nsの責任

（※従前、指示をしたDrの責任と評価されることもあった）

事例2：Drの指示が不正確・Ns気付かず→Dr, Nsの責任

事例1の場合、看護師は法的責任を負うことになるのでしょうか。私としては、プロとしての看護師が医師の指示内容を誤った以上、法的責任を負担しなければならないのは当然と考えます（黒の実線）。

難しいのは、事例2の場合です。医師が間違えた以上、医師が責任を負うのは当然です。これを上図に茶色の実線で示させていただきます。問題は、この場合にまで、看護師は責任を負うのかということです。この点については、おそらく様々な考え方があるのではないかと思います。

上図の茶色の点線で示した部分は、看護師の専門性、プロ意識と密接に関連しています。看護師に、「そこまでの能力を要求するのは酷」ということになれば、この事例で法的責任が追及されるのは医師のみ（茶色の実線の部分だけ）ということになります。「いや、看護師だって気付かなければいけないでしょう、当然そのくらいの知識はありますよ。薬理作用、注射の方法についても勉強していますよ。」ということになれば、医師の誤りを発見できなかった看護師の責任も認めざるを得ないと考えます。

責任が重くなるというのは大変ですが、一方でやりがいのある仕事になるということです。これをどう見ていくのか、今後の看護師のあり方を考える上で重要な視点と考えています。

例えば、虎ノ門病院における「医師のための入院、診療、基本指針 32項」では、「医師は予定された診療の行為が適切でないと判断した場合、この判断を変更することなく当該診療行為をしてはならない。」ということが明記されています。噛み砕きますと、上級医から、Aという治療をしなさいと言われたとしても、下級医の先生が、この治療はおかしいと思っているのであれば、Aという治療をしてはならないということです。患者の生命を預かる以上、上級医が言ったからという弁解は認めないという姿

相対的看護行為 (大阪地判H11.2.25)

患者: 60歳女性 腸閉塞(後に大腸癌と確定診断)

H8.5.27 手術(人工肛門を造設しない一期の手術)

H8.5.31

19:00 悪寒、体温上昇するもグル音聴取可

H8.6. 1

10:00 嘔気の訴え、腰のあたりの痙攣

17:30 腹痛にてNsコール←ボルタレン25mg

20:30 腹痛あり←ボルタレン25mg

21:00 胸部不快感、呼吸苦なし←O₂ 2ℓ/分

H8.6. 2

0:00 腹痛←ボルタレン25mg

3:30 嘔吐←便汁様嘔吐←6Fr胃管挿入

4:00 頻脈、血圧上昇←心電図モニタ装着

9:30 執刀医に経過報告

Dr:「心電図を内科医に」との指示

内科医:心電図異常なし

11:40 外科当直医

腹部レントゲン読影するも、指示なし

20:00 呼吸速迫、頻脈、痛み、しんどさ訴えあり

21:00 不眠不穏につき、鎮静剤IM、睡眠薬(当直医の指示)

H8.6.3

7:00 腹膜炎

勢がよく表れています。ただ、そのまま放置するとしているのではありません。「よくよく勉強してみる、上級医の先生と相談してみる、教えを請う。…」そしてやはり自分の経験が浅かった、間違えていましたというふうに判断をしたら、判断の変更をしたわけですから、当然A治療を実施すべきということになります。

「上級医が言っているからやりました。」という弁解は、プロとしてあまりにも恥ずかしいものです。患者さんの生命の安全、健康を守ること、上下関係はありません。このことは、非常に大切な視点と考えます。

ところで、この考え方は、看護師と医師の関係についても当て嵌まるのではないのでしょうか。看護師の場合、法律上、「診療の補助」については医師の指示に従うことが要求されていますので、医師の指示に反して診療の補助行為を行うことはできません。しかし、少なくとも、「先生、この薬で間違いありませんか。投与量は多すぎませんか。」と、医師に再検討を促す必要はあるのではないのでしょうか。

仮に法律上の上下関係があるとしても、医療に対する基本的な姿勢、考え方は上級医、下級医の場合と異なるものではありません。患者の安全を第一に考えるのであれば、先生の指示だからということで安易な診療の補助行為をしてはならないと考えてい

ます。

(2) 事例紹介

ここで、相対的看護行為に関する裁判事例を紹介させていただきます。大阪地裁の平成11年2月25日判決です。患者さんは60歳の女性です。腸閉塞の診断での入院でしたが、入院後に大腸がんであったことが判明しています。具体的な診療経過につきましては、図-6をご確認ください。この事例に対する裁判所の判断は、本件死亡に至る機序につき「6月2日の夕方までにオペをしていれば救命できた。当直の看護師から当直医に対し、容態の急変が報告されなかったために手遅れとなり、救命できなかった。」と認定した上で、医師から具体的報告の指示がなくても「容態の急変があれば、当直看護師としては直ちに報告することは、看護師として当然に採るべき措置」であるとししました。

この事例を見る限り、具体的報告の指示がなくても報告すべきであったとの結論自体は尤もかもしれません。ただ、この判決からは、経過観察を「療養上の世話」として位置づけたのか、「診療の補助」として位置づけたのかははっきりしません。療養上の世話の範疇の問題として医師の具体的指示を不要としたとの理解も可能ですし、また、診療の補助として「医師の包括的な指示があったという判断」や「医師の指示がなくとも行いうる診療の補助行為を認めた」との理解も可能です。

患者の症状の観察、観察そのものは、「療養上の世話」に位置づけるのが一般ですが、一方で、患者の情報(症状)を医師に報告する医師の診断の補助行為と言う意味も含んでいます。看護師は、患者の状態を敏感に観察していますので、その情報を医師に伝えて、医師が診断に役立てるという意味において、診療の補助の側面もあります。

いずれにしても、この事例においては、医師の指示があるなしにかかわらず、急変時には医師に報告する義務があることが明確に示されました。法的な位置づけに固執することなく、看護師の業務であることを銘記する必要があります。

看護師の内診の是非について考えた場合、看護師が内診で異常を感じた場合は、直ちに医師に報告し、医師による介助を求めることとなります。看護学校や医療機関において、看護師に助産に関しどの程度の教育・指導をしているのか、看護師に異常を判断する技能があるのか否か、このような点を検討する必要もあるのではないのでしょうか。

7 結びにかえて

図-7

保健師助産師看護師法 ～平成18年改正～

- 1) 看護師の名称独占(42条の3)
- 2) 保健師の国家試験資格の変更(7条)
- 3) 行政罰の多様化(14条)
- 4) 再教育制度の整備(15条の2)

※ 医師法改正と同時にされた。上記1), 2)については、平成19年4月1日より施行
3), 4)については平成20年4月1日より施行予定

今日のテーマではありませんが、保助看法の平成18年改正について触れさせていただきます。この改正により、看護師の「名称の独占」が認められました。今までは、看護師資格のない保健師、助産師が看護師の名称で勤務するということもありましたが、改正後は、看護師以外の人が看護師の名称を使用することは許されません。これは看護師の専門職としての地位が認められたことを意味します。

また、同改正において行政処分の内容も変更となりました。従前、行政責任は、「業務の停止」「免許の取消し」の二つのみでした。今回の改正で、これに「戒告」という新たな処分が加わりました。「戒告」というのは「将来を戒める」という処分ですので、直接的な不利益はありません。しかし、これは

「記録」として残されます。そのため、当該看護師がリピーターであるか否かは簡単に判明します。当該事案のみでは業務停止や免許取消しとすることが酷と評価されるものであっても、リピーターであることにより行政責任が加重されることは十分に考えられます。また、戒告は、直接的な不利益を伴わないことから、比較的行いやすい行政処分といえます。今後、行政処分の対象となる看護師が増加する可能性もありますので、改正後の動向については注意が必要です。もうひとつ、業務停止の期間が、3年以内と明確にされました。以前、医師に関して3年6ヶ月の業務停止となった事例がありましたが、改正後は3年以上の業務停止は許されず、同種事案であれば、免許取消しとなります。

行政処分の多様化は、医療従事者の責任を重く捉えていこうという姿勢の表れです。なお、改正の目玉として「再教育」制度がありますが、果たしてどの程度の実効性を有するのかは今後の運用次第ということになるかと思います。

行政処分の内容の変更については、医師法と保助看法だけが対象となりました。医療従事者には様々な職種があり、職種に応じた法律が制定されているのですが、この改正は見送られました。この点は、個人的には、看護師が医師と対等な医療従事者として位置づけられたのだと積極的に評価したいと考えています。

限られた時間の中ですので、改正の概要だけ簡単に紹介させていただきました。改正の趣旨を踏まえて、看護師の業務範囲をどこまで広げていくのか、または広げていくべきなのか皆さん方に考えていただければと思います。ご清聴ありがとうございました。



共済会の活動

■「共済会代議員総会」を開催いたしました。

去る7月24日(火)～25日(水)の日程で、神奈川県箱根において「平成19年度 日本看護学校協議会共済会 代議員総会」を開催いたしました。

総会は24日午後4時半、当共済会・山田里津会長の活動方針説明に始まり、議案・1) 平成18年度事業報告 2) 平成18年度収支決算報告 3) 監事の選任 4) 会則の一部改正及び、規定の制定について 5) 代議員の任期確認 6) 平成19年度 事業計画(案) 7) 平成19年度収支予算書(案)が全会一致で議決され、閉会となりました。

(代議員45名のち、出席者33名、委任状10名、欠席2名)

翌25日午前9時半より、記念セミナーとして下記二題、お二人の弁護士にお願いいたしました。



「1」 養成施設の管理に関して

養成施設における学生の個人情報の取り扱いについて

講師：吉岡譲治 弁護士

「2」 養成施設の業務に関して

看護師の業務としての「診療の補助行為」についての考察

—内診と経過観察における意義と法的解釈—

講師：蒔田 覚 弁護士

*なお、この折の蒔田先生のご講演を推敲していただき、当冊子の巻頭講演といたしました。吉岡先生のご講演につきましても、暫時発表させていただきます。

■全国どこでも出前講演いたします。

“共に考えましょう”をテーマに、臨地実習に伴うリスクや問題点、また様々な個人情報等の取り扱いについてなど、先生方のご要請に応じて当会顧問弁護士が、日本全国どこでも出向いております。どうぞ、テーマにかかわらず、ご相談ください。出前講演に関しての交通費・講師謝礼は当会負担で実施しております。また準備の都合上、ご希望予定月の3ヶ月前、「WILL」加入校の先生からのお申込とさせていただきます。できれば3～4校以上の養成施設での先生方の集会、地区・県単位、各研究会などの団体単位でご活用いただきますよう、ご協力の程お願い申し上げます。ご要望に合わせて調整致しますので、ご相談下さい。

◎今回はこちらに伺いました!!

- 7月28日(土) 於：東京都ナースプラザ
「実習におけるリスクマネジメント・看護師の法的責任—責任の基本原則及び具体的事例検討」
- 8月6日(月) 於：香川県高松市社会福祉センター
「看護師の法的責任」
- 10月19日(金) 於：名古屋市一ノ宮
「看護師の法的責任」

以上に、吉岡譲治弁護士が、出前講演に伺いました。次回のお声かけ、お待ちしております。

■ホームページが大きく変わりました!!

9月1日から、大幅にリニューアルされた共済会ホームページの内容が、好評です。これまでの共済会の活動のすべてが分かります。これからも進化し続けていきますので、ぜひ、ご活用いただき又ご参加くださいますようお願い申し上げます。

「安全のために」のコーナーでは、現在、次のような論文を掲載しています。

- 1) 安全対策
 - ・医療事故防止の心理学(山内桂子)
- 2) 事例に見る法的見解
 - ・実習生に係わる賠償事故の法的責任(吉岡譲治)
 - ・実習と静脈注射についての法的考察(吉岡譲治)

- ・実習と患者の個人情報の取り扱いについて（吉岡譲治）
- ・看護師の業務としての「診療の補助行為」についての考察（加藤清仁・蒔田覚）

また、感染事故例も併載していますので、ご参考ください。

「会員特典」のコーナーでは、特に今回、[遊び・教養] ダウンロード・コーナーを設け、相羽高德氏のご協力により、教材用メイズ（迷宮）A4サイズを取り出せるようにしてあります。ご利用ください。

日本看護学校協議会共済会とは
日本看護学校協議会共済会は、各地実習が必要不可欠な医療・福祉系学生の皆さまの、実習および学生生活を安全・安心なものにするために、安全対策を中心とした活動を行っています。
平成15年度からは、保健師、助産師、看護師、造形師の方の安全対策にも取り組むほか、各種講演、出版活動にも着手しています。

安全のために Main Station
このコーナーは3つに分かれています。一つ目は、実習先や医療現場における安全対策。二つ目は様々な医療事故や医療訴訟の事例についての弁護士の見解。最後に、医療・福祉系学生の総合補償制度「Will」のうち、共済会が補償する「実習中の感染事故」等について、その補償内容や事故例を紹介しています。

会員特典 Members Station
共済会では、メンバーサービスとして、福利厚生メニューを用意しています。「劇場チケット情報」「国内旅行情報」「お勤めの国内旅行」「中国研修ツアーのプラン作成」「日本の疑問・トラブルQ&A」「最新医療事故関連サービス」「実習お役立ちクイズ・ダウンロード」一さらに充実をはかっています。
(ID e-kango、パスワードは会員登録の画面に記載されています。)

看護学生と看護職関係者の総合補償制度 Will Station
看護学生 看護職の方は「Will」
看護をはじめとする医療・福祉系の学生さんのための補償制度です。
看護職の方は「e-kango」
看護職に携わる方のための補償制度です。

「Will」(e-kango)に関するお問い合わせ・資料のご請求
0120-863755
kango@e-kango.net

看護学校情報サイト Bee Nurse Station
日本看護学校協議会
〒104-0033
東京都中央区新富1-22-2 新富ビル4F
member@kango.net

〈主な内容〉 <http://www.e-kango.net/>

- 最近の実習中の感染事故例
 - 弁護士による実習中の事故に関する法的考察
 - 医療全般の最新事故例
- (メディカルリスクマネジメントサービスの利用)

※ユーザー名：e-kango2hsp

※パスワード：e-kango2hsp

- 各種プレゼント、チケットサービス等
- 当会の会報紙、資料集、その他の書籍の紹介

※会員限定のコンテンツには次のユーザー名、パスワードが必要です。

ユーザー名：e-kango パスワード：e-kango

事務局 ☎ 0120-863755

■Bee Nurse Station オープン！

当会の母体である日本看護学校協議会が管理運営する看護学校情報サイト「ビーナース・ステーション」が、11月12日オープンしました。このサイトは、これから看護師等を目指す人が、自分の目的に合った学校選び（受験）をするために利用する、看護学校データベース検索サイトです。このサイトの大きな特徴は、データベースに登録した養成施設の情報を、養成施設ご自身にWEBサイト上から更新していただくことです。そうすることにより、学校情報や受験情報が時機を逸せず常に新しいものになっていることが期待されます。現在、日本看護学校協議会の全会員校360校（平成19年10月31日現在）の学校情報や受験情報等が掲載されています。地域や、受験科目、得られる受験資格等による絞り込み検索機能を設け、受験生の便宜をはかっています。

是非、一度アクセスして検索等、お試しください。

当共済会のH.P.のトップページからもアクセスできます。

アドレス <http://www.beenurse.net/>

＜このサイトに関するお問い合わせ先＞

日本看護学校協議会事務局

電話：03-3537-7381

FAX：03-3537-7382

メール：am-7578@nihonkango.org

日本看護学校協議会会員の看護学校を検索できます

看護学校情報サイト ビーナース・ステーション
Bee Nurse Station

掲載ご希望の養成施設はこちらへ

看護学校の検索

地域の選択

- ☐北海道 ☐東海
☐東北 ☐近畿
☐関東 ☐中国
☐甲信越 ☐四国
☐北陸 ☐九州・沖縄
- ※チェックがない場合、すべてを対象

受験科目

- ☐数学 ☐英語 ☐面接
☐国語 ☐生物
☐化学 ☐小論文
☐上記科目を含めない
☐上記科目を含む

キーワード

オプション

- ☐推薦入試あり
☐社会人入学校あり
☐指定校推薦あり
☐今から出願できる
☐学生寮完備
☐独自奨学金制度あり

入学資格

- 主として高校卒業程度と卒業時に得られる
国家試験受験資格
■高校卒業（見込み）以上
の方
☐保健師・看護師
統合カリキュラム校
(4年 看護師と保健
師)

- ☐看護師養成所 全日制
(3年 看護師)
☐看護師養成所 定時制
(4年 看護師)

- 准看護師免許所持者
☐看護師養成所 全日制
(2年 看護師)
☐看護師養成所 定時制
(3年 看護師)

- ☐看護師養成所 通信制
(3年 看護師)
※看護師免許を有し、10年12月
月以上就業経験を有する者
☐高等学校 専攻科(2
年)

- 中学校卒業(見込み)以上
の方
☐高等学校 5年一貫教
育
(5年 看護師)
☐高等学校 衛生看護科
(3年 准看護師)
☐准看護師養成所

事務局からのお知らせ

- 看護学校情報サイト・ビーナースステーションがオープンしました！掲載希望の方はこちらから。
- ニュース&トピックス
- 一般入試(A日程)試験日：12/15(土)実施(戸田中央看護専門学校)
- ホームページ(宮本看護専門学校)
- 地域の防災訓練(1,000名)に参加(泉州看護専門学校)
- 学校見学受け付けます。(倉敷看護専門学校)
- 11/26(月)より、一般入試A日程の願書受付を開始しました。(戸田中央看護専門学校)

more

教職員の当事者責任への補償

補償項目	補償内容	補償限度額
個人賠償責任保険	対人事故・対物事故（注2）	1事故 1億円（免責金額なし）
受託者賠償責任保険	預かり物の損壊・紛失・盗難	

教職員が実習先で起こした賠償事故に起因して学校の管理責任が問われた場合の学校への補償

補償項目	補償内容	補償限度額
第三者に対する賠償責任保険 （施設賠償責任保険）	対人事故・対物事故	対人：1名1億円、1事故3億円 対物：1億円（共に免責金額なし）
	初期対応費用	1事故 500万円（注1）
	訴訟対応費用	1事故 1,000万円
	人格権侵害	1名 50万円 1事故・保険期間中 1,000万円
第三者（学生を含む）に対する 個人情報の紛失・漏えい	教職員が実習先に提出する学生名簿や、実習先から得た患者さん情報を紛失するなどして、学校が賠償責任を負った場合の補償	1養成施設につき1事故 300万円 保険期間中 300万円

（注1）見舞金は一名十万円を限度とします。
（注2）対人事故・対物事故への補償につきましては、ご加入の教職員、配偶者、親族（生計を共にする同居の親族および別居の未婚の子をいいます。親族とは本人の6親等以内の血族および3親等以内の姻族をいいます。）も補償対象者となります。

今後共、このような補償が必要ではないか、こういうリスクにはどう対応したらよいか等、ご意見ご要望がありましたら、ご連絡ください。よろしくお願い申し上げます。

教職員の感染事故の補償

補償項目	補償内容	補償限度額
教職員自身の感染事故 （傷害の有無を問わない）	検査・予防措置費用 治療費 入院費	10万円を上限とする実費

学生・生徒総合保険が使えないので、従来通り共済制度での補償対応となります。

事務局通信

「共済会ニュース」第3号が出来上がりました。今年は「日本看護学校協議会共済会」の初めての代議員総会という大きな行事がありました。代議員の先生方には多大なご協力をいただきましたこと、心より御礼申し上げます。また「出前講演」もだいぶお声がかかるようになり、各地の先生方とお会いできるのが何よりの楽しみです。

2008年もどうぞよろしくお願い申し上げます。

編集責任者 鶴見美智恵



◆共済会会員の方に限り定価の1割引(3,496円・送料サービス)でご購入できます！
さらに教材等で一括30部以上お申込みの場合は、2割引(3,108円・送料サービス)でご提供！

看護を学んでいる人、
看護業務に従事している人の必携書！

平成19年版 看護六法

定価3,885円(本体3,700円)送料450円

お申込はこちら
TEL03(3267) 2898 FAX03(3235) 1651
〒162-0842
東京都新宿区市谷砂土原町2-4 KSビル2F

新日本法規出版



◆本書は、看護学生が将来看護師として業務に従事する際に直面する法律問題を中心に裁判例を豊富に挙げて基本から解説しています。
弁護士 吉岡 譲治 著

看護に携わる者に必要な法的知識を
ピンポイントで学べる法学入門書！

『看護学生のための法学』

定価2,100円（税込）

お申込はこちら
TEL03(5217)0800 FAX03(5217)0301
〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-3-11
駿河台谷古宇ビル4F吉岡法律特許事務所内

医療・介護法務支援ネットワーク

学生の当事者責任への補償

補償項目	補償内容	補償限度額
個人賠償責任保険	対人事故・対物事故	1 事故 1 億円（免責金額なし）
受託者賠償責任保険	預かり物の損壊・紛失・盗難	

学生が実習先で起こした賠償事故に起因して学校の管理責任が問われた場合の学校への補償

補償項目	補償内容	補償限度額
第三者に対する賠償責任保険 （施設賠償責任保険）	対人事故・対物事故	対人：1名1億円、1事故3億円 対物：1億円（共に免責金額なし）
	初期対応費用	1 事故500万円（注1）
	訴訟対応費用	1 事故1,000万円
	人格権侵害	1 名50万円 1 事故・保険期間中 1,000万円
実習記録などの紛失・漏えい	学生が実習記録を紛失するなどして、学校が賠償責任を負った場合の補償	1 養成施設につき 1 事故300万円 保険期間集300万円

学生の感染事故の補償（平成20年度）

補償項目	補償内容	補償限度額
実習生自身の感染事故 （傷害の有無を問わない）	検査・予防措置費用	50万円を上限とする実費
	治療費入院費	10万円を上限とする実費

これにより、傷害を伴う針刺し事故等による肝炎の検査・予防等の支払いは、実質的に、現行の補償内容とあまり変わりありませんが、結核などの様に、実習に出た多くの学生の検査が必要となる場合には、補償額（一人につき五十万円まで）が広がるメリットが生じると考えております。

感染事故に関しても、学生・生徒総合保険を活用し、針刺し事故の様な傷害を伴う感染事故、結核のような傷害を伴わない感染事故を問わず、検査・予防措置費用は、損害保険で上限五十万円まで、また治療費用などは現行通り共済会で十万円までの対応といたしました。

感染事故の補償について

今後、補償範囲に関しては、臨地実習が必要不可欠な医療・福祉系養成施設の学生さんの日常生活のニーズに合わせて、可能な限り日々進歩させていきたいと考えておりますので、ご意見等お寄せいただければ幸いです。よろしくお願い申し上げます。

教職員専用「WILL」について

この様に学生用「WILL」は損害保険の引受方法に学生・生徒総合保険を加える事により、より一層充実した補償内容になったと考えております。

また、今回の改定でもう一点の特徴的なことは、教職員専用「WILL」を創ったことです。教職員の方々が、学生への指導中に賠償事故に遭遇した場合、教職員の方々にとっては、業務遂行中の事故ですので、使用者責任である、所属する養成施設の責任が大となる場合があります。この場合、「施設賠償責任保険」での補償の方が、先生個人の当事者責任を補償する「個人賠償責任保険」より補償しやすい場合もあります。両方のリスクヘッジ策として、「個人賠償責任保険」と「施設賠償責任保険」を加味いたしました。

また、教職員の方々は、患者さんや病院スタッフなどの第三者同様に、学生に対する責任も生じますので、学生に対しての「個人情報漏えい保険」と「人格権侵害」を補償内容に織り込みました。（次頁表参照）

例えば、実習病院へ提出する学生の履歴等の個人情報情報を誤って紛失してしまい、学生に迷惑をかけた場合などは、「個人情報漏えい保険」で、また、言葉の行き違いで、注意をした学生が精神的に落ち込み授業等受けられず、学生から教職員が訴えられた場合などは、「人格権侵害」での補償となります。

この様に、教職員の方々の日常生活のリスクニーズにも備えられる様、学生用「WILL」と教職員専用「WILL」を区分した次第です。尚、感染事故の補償に関しては、教職員の場合、

平成二十年度「WILL」の改定について

平成十九年度の損害保険の傷害保険料率の減額改定に伴い、補償内容の見直しを行いました。今回の改定の特徴は、補償額の増額と学生用と教職員用とを区分けした事です。

学生用「WILL」について

傷害保険部分に関して

今年度の傷害保険の保険料率の改定では、ケガに対する入・通院日額算定料率が下がりました。それに伴い、ご負担いただく保険料はそのままに、入・通院日額も左記の通り増額、補償内容を拡大

入・通院日額の変更

		平成19年まで		平成20年から
WILL1	入院	4,000円	→	5,000円
	通院	2,600円	→	3,000円
WILL2	入院	4,000円	→	5,000円
	通院	2,600円	→	3,000円
WILL3	入院	5,000円	→	5,200円
	通院	3,000円	→	3,200円
WILL 3DX	入院	6,000円	→	6,200円
	通院	4,000円	→	4,200円

しました。さらに、高い団体割引率(ご加入者総数約十三万五千人強)を活かして、傷害保険に特定感染症危険担保特約を加えました。これは、感染

事故のご請求が多い、結核やO157などの特定感染症に罹患した時に、ケガなどの場合と同様、入・通院費が補償される制度で、共済制度による感染事故治療費とは別途支払われます。特に特定感染症の中でも、年々増加している結核に対する補償の、より一層の充実が図れると考えております。

死亡・後遺障害の補償に関して

また、新たに「学生・生徒総合保険」を補償制度に組み込むことにより、死亡・後遺障害保険金額についても、昨年度より増額をいたしました。

死亡・後遺障害補償

	WILL1	WILL2	WILL3 ・3DX
隣地実習中	○	○	○
実習中の移動 (在宅看護など)	○	○	○
学校管理下 (学校行事含む)		○	○
登下校及び 実習先への移動		○	○
プライベートな 時間を含む24時間			○
プライベートな 時間を含む24時間	+132 万円	+132 万円	+132 万円

右表の様に、学生・生徒総合保険を組み込む事により、タイプに係わらず、共通に、死亡・後遺障害保険に、百三十二万円の補償が加算されることとなります。

賠償責任保険に関して

賠償責任保険部分は、平成十九年度までは、「個人賠償責任保険」と「受託者賠償責任保険」を両輪として補償対応しておりましたが、平成二十年度からは、学生・生徒総合保険で全て対応することといたしました。これにより、今まで、実習を含む学校行事下での補償範囲としていた、預かり物の破損・紛失・盗難の為に「受託者賠償責任保険」を、プライベートな時間を含む二十四時間の備えとして補償が出来ることになりました。

さらに、最近ご報告が多い事故として、遠隔地での臨地実習のために借りた実習先病院の看護師寮の鍵や、精神病棟で実習のために借りた病棟の鍵等を紛失した場合など、弁償が一本の鍵だけにとどまらず、錠自体の付け替えや、使用する人数分の鍵の作製費までを弁償しなければならぬ事があります。この様な時の備えを強化するために、鍵の紛失に関しては、賠償責任保険部分に間接損害までも補償できる様な特別約款を加えました。

また、学生に起因した賠償事故で、学生当事者のみならず、養成施設の管理責任が問われた時の補償として、「施設賠償責任保険」を養成施設単位で付保しておりますが、その補償の中に「人格権侵害」を加えました。

最近先生方から、言葉の行き違いで、学生が患者さんからお叱りを受けたとか、トラブルが発生したとのご報告があります。一般的には、誤解を解くよう、ご説明することが肝要と考えておりますが、言葉の行き違いなどで、患者さんが精神的苦痛を受け、損害賠償請求をするケースも想定されますので、その様な時の備えとして、「人格権侵害」を加えた次第です。

「WILL」の補償例から見る安全対策

「WILL」事務局
久保田 雅博

平成十九年度上半期の事故状況を振り返ってみますと、毎年一件か二件あった交通事故による死亡が、幸いな事に、今年度は現在（平成十九年十一月末日）のところありません。

だからと言って、通学中や実習先への行き帰りの交通事故が、今年度上半期に減少したということではありません。むしろ、事故報告は例年より増加している状況です。

特に、自転車同士や自転車とバイクでの接触事故のご報告が増加しております。自転車での事故の場合、ご自身のケガはもとより、相手方にケガをさせたり、相手方の車輛の破損など、相手方との賠償責任問題で大きなトラブルになることも想定されます。

事故例から事故処理の仕方を考える

その中で、今年度、当会として対応に苦慮した例が二、三続きましたので、ご報告させていただきます。

いずれも、実習先病院へ行く途中の事故でしたが、朝、実習先へ遅れないようにと、気の急いでいる時の事故でした。一件は、自転車同士、もう一件は自転車とバイクとの事故でしたが、いずれも学生さん本人のケガはなく、相手方がケガをしたり、バイクが破損した事故でした。幸いな事に、相手方のケガも救急車で運ばれる程では無かったのので、実習先に遅れない様に、事故処理もそこそこ事故現場を離れたという事でした。

その後、相手方から治療費や慰謝料、休業補償

やバイクの修理代などを要求され、事故処理時の対応等が引け目となって、相手の言うがままに、不利益な賠償金の支払いをしてしまったケースがありました。

相手方と示談をするに当たって

示談をし、賠償金を支払った後に、「WILL」で補償が出来るかご相談を受けました。自転車での事故ですので、「WILL」の個人賠償責任保険での補償対応は可能ですが、賠償金として支払った治療費や、休業補償の根拠となる通院日数などが記された相手方の「診断書」も無く示談をしてしまったため、その後相手方へご要請しても「診断書」や治療費の明細書を提出してもらえず、その為に損害額の確定が出来ず、せっかく「WILL」へご加入いただいたにも係わらず、損害保険での対応が出来なくなっていました。

通常、損害保険金の支払いに当たっては、損害額の算定、相手方との過失責任の割合（どちらにどれ位の非があるか）の確定が必要となります。

特に、過失責任の割合の算定にあたっては、「WILL」ご加入者に不利益が生じない様、「WILL」引受保険会社（東京海上日動火災保険（株））が、過去の判例に基づいた過失割合の算定の助言をしております。また、ご加入者と相手方との言い分が大きく違う場合は、損害保険の事故原因調査会社より調査員を派遣し、過失責任の割合を算定しています。また、慰謝料等の算出には、入・通院日数等を判断する為、医師の「診断書」が必要となります。

特に外での事故は、すぐに報告を

この様に、保険での対応をする場合は、その事故との因果関係の判断が必要不可欠な条件となり

ます。「WILL」の個人賠償責任保険では、示談交渉は当事者同士で行うことを原則としておりますが、当会としても示談交渉のお手伝いをさせていただきますので、速やかに「WILL」事務局へご連絡ください。

また、保険会社の助言や調査でも、円満解決出来なかった場合には、当会でも顧問弁護士による法律相談なども実施しています（弁護士による訴訟対応は、今までに二件）。

先生方におかれましては、当事者である学生に、すぐに事務局へご連絡していただく様、ご指導していただければと思います。ご協力の程、お願い申し上げます。

預り物の紛失に関して

平成十九年度より、預り物の破損・紛失・盗難の備えとして、「受託者賠償責任保険」を補償内容に組み入れましたが、徐々に預り物の紛失に対する補償のご請求が増えていきます。幸い大きなトラブルの報告はありませんが、患者さんの衣服やタオル、時計やカメラなどの紛失のご報告が多くあります。

感染事故に関して

また、感染事故の補償に関しては、平成十九年一月頃から、新聞やテレビのニュースなどで、「麻疹」が流行の兆しがあるという記事が多く見受けられました。当会といたしまして、今年度は「麻疹」に対する補償が多くなるのではないかと考えておりましたが、各養成施設での予防措置が行き届いたせいか、一件発症したというご報告がありました。他はありませんでした。

針刺し事故や結核に対するご報告は前年度同様、ご請求が多くありました。

り、訓練生全体に対する監視が不十分になったものといわざるを得ない。同被告本人は、「実習棟内は、各教材用自動車のエンジン音のため約一四〇ホン以上の騒音状態であり、中川らが本件自動車を持ち出しても聞こえない。また、その時自分の中川らとは背中合わせで、自動車のエンジン・ルーム内に頭を入れていたから分からない。」旨供述しているが、耳で聞こえないならば、尚更目よく見るべきであるともいえるし、常時全体を監視していることは實際上できないにしても、前判示のような相当時間にわたって、一台の教材用自動車のみ点検している必要があるとは解されず、時折顔を上げるなどして他の訓練生らを監視することも十分可能であったものというべきである。また、仮に同被告のみで訓練生全体をあまねく監視することに困難を伴ったとすれば、前判示の中川ら従前無断運転を行った者を重点的に監視する（殊に中川及び近藤は、教材用自動車を持ち出しやすい位置にいたから、その危険性はより高かったといえる。）とか、被告大槻にも訓練生らを監視してもらおうとかのことも考えられたというべきであり、これらからすれば、被告芦田は、中川及び近藤に対する十分な監視を怠り、これによって同人らが本件自動車を運転することを看過したものである。

もとより、教材用自動車の無断運転をすべきでないことについては、訓練生らの自覚に委ねられる面もあると認められるものの、実際に、一旦口頭で注意を受けながら更にその翌日にもこれが行われていること自体に照らしても、単なる口頭の注意のみでは、その防止のための措置として不十分であることはむしろ明らかであって、同被告に対し、右程度の注意義務を負わせることは、指導

員の責務ともいうべく、何ら不能を強いるものではないというべきであり、同被告が右義務を怠ったことについては過失があると認めるのが相当である。

■事務局から

吉岡弁護士の見解は、ご参考になりましたでしょうか。医療事故等に関する社会的関心が高まり、現場の実習受け入れ先の危機意識も相当なものと推察されます。

それに伴い、実習を円滑に進めるために「覚書」や「実習委託契約書」等を取り交わし、臨地実習に臨むということが主流になりつつあります。「出前講演」におきましても、臨地実習の際に、実習生が起こしてしまった事故等について、指導



- 教員の管理責任は、どのようなものかといったご質問が、必ずといっていいほどございます。指導教員の指示どおりにやった場合、また指示に反していた場合はどうか、また養成施設との関係においてはどうかなど、ひとつ間違えば、生命に直結する現場での一瞬、一瞬のことだけに、先生方のご質問も真剣です。今回は、ひとつの事例をご紹介いたしました。ほかにもいくつかいただいておりますので、そのご質問もここに揚げておきます。次回、吉岡弁護士の見解を伺ってみたいと思っております。また、こうしたご質問等ございましたら、当共済会ホームページでも受け付けておりますので、ご利用ください。
- 実習受け入れ先の病院などとは、覚書や実習委託契約書を取り交わしているが、担当教員が患者さんから訴えられたりすることはあり得るのか、また覚書には養成施設の責任者や実習指導者の名前を記入して提出するが、養成施設が訴えられた場合、実習の担当指導者にも責任は及ぶか。
 - 行政上の責任において、看護師が免許取り消しになるケースとは、どのような場合が想定されるか。
 - 実習先で学生が事故を起こした場合、養成施設及び実習担当教員の責任はどうなるのか。
 - もし、医療事故が起こった場合、日常の行動や仕事振りが評価されている看護師の方が、裁判の被告になった場合、裁判官の心証に有利になるのだろうか。今後の指導にも活用したいと思う。

類似の質問は、ひとまとめにさせていただきます。

する直接の不法行為責任でしょう。後述の裁判例が参考になります。ところで、実習に立ち会う教員はどのような法的根拠に基づいて実習生の指導に当たっているのでしょうか。学校で学生の指導に当たるのは当然ですが、受け入れ先病院で患者を対象とした実習を指導する根拠は何でしょうか。この点は実態を把握しなければ分かりません。

2 法的根拠

法的根拠については、おおよそ以上のとおりです。次に、責任を負う場合はどのようなときでしょうか。この点については、具体的な事例に即して検討する必要があります。従って、質問の内容からだけでは明確なお答えはできません。そこで、仮定的な例を前提として回答いたします。

事故を起こした学生は、前記のとおり二〇歳前後と思われます。そうすると、物事の判断能力は一応備わっていると考えられますので責任能力は認められます。しかし、当該学生が従来から教員の指示に従わなかったり、注意散漫であることを学校側が把握していた場合、あるいは事故当時の状況、例えば実習時間の終了が迫っており学生たちが焦っていた場合などの事情があるときは、当該学生が教員の指示に従わずに移乗作業を行うかもしれないということが予測されます。そのような場合は、当該患者に対する安全配慮義務として単に指示を与えるだけではなく、教員を増員したり、病院の看護師に協力を求めるなどの対策を講じる必要があります。

以上のとおり、教員が法的責任を負うかどうかは具体的な事故の状況を検討しなければ結論が出

ません。ただ、裁判では教員、学校（本件では、受け入れ先である病院も）の責任がかなり厳しく問われていることにご注意ください。なお、裁判例を引用しておきますのでご参考にしてください。

3 京都地方裁判所 平成三年三月二二日判決

京都府立の職業訓練校内において訓練生が無断で自動車運転して起こした死亡事故につき、指導員の監視義務違反を理由に京都府に対して損害賠償責任が認められた事例です。

事故の当時の状況は次のとおりです。

(一) 訓練生である中川は、福知山訓練校自動車整備科の職業訓練として、同科実習棟において、普通乗用自動車（以下「本件自動車」という。）を教材としてその整備の実習を行っていたが、右整備を終えて、本件自動車を右実習棟外に持ち出し、同校内においてこれを運転していたところ、後退するに際して、ハンドル操作に気をとられてクラッチによる調整を行わずアクセルを踏んだため急に後退させ、折から同校左官科実習棟北側の水洗場において工具を水洗いしていた山田に衝突させて、同人を右実習棟東側に積んであった建築用ブロックとの間に挟んだ（以下「本件事故」という。）。

(二) 山田は、本件事故により、同日死亡した。

裁判所の判断は次のとおりです。（本件に必要な部分のみを引用します。）

本件事故の直前の同年七月一六日、福知山訓練校自動車整備科訓練生の一人が、同科の実習中、被告山田（指導員）に無断で教材用自動車を運転し、同被告は、他科の指導員に指摘されるまでこれに気付かなかったこと、そして、同訓練生を含む同科訓練生らに注意したにもかかわらず、翌日も、同訓練生のほか中川ら他の訓練生も加わって無断運転を行い、これまた同被告は、他科の指導員に指摘されるまでこれを把握していなかったことが明らかである。

そして、一般に高等学校卒業直後位の年代の者に自動車に興味を抱いている者が多いことは広く知られており、殊に、自動車整備科を志望する者はその傾向がより強いであろうことは見易い道理であるから、同被告としては、今後も同科訓練生による教材用自動車運転の虞れがあり、単なる口頭の注意では足りないであろうことは、当然予測できたものというべきである。従って、同被告には、教材用自動車を扱う実習の指導にあたり、可及的に無断運転を防止すべく、同科訓練生を十分に監視すべき義務があったものといわなければならない。

ところで、前認定のとおり、同被告は、本件事故に際して、堀江及び山崎の担当した教材用自動車のエンジン・ルームに頭を入れて指導していたものであるが、中川及び近藤が本件自動車に車輪を装着し、右両名がそれぞれ右自動車を運転し、本件事故を惹起して同被告にこれが知らされるまでには、相当程度時間が経過しているものと推認できるから、この間同被告が、中川らが自動車整備科実習棟から出たことにすら気付かなかったというのは、一台の教材用自動車に気をとられる余

Will News

Vol.3

総合補償制度Will

「全国どこでも出前講演」で

寄せられる先生方の質問から…

回答者・弁護士

吉岡 讓治

当会では、活動の一環として「日本全国どこでも出前講演」を実施しており各地の養成施設の先生方からご好評をいただいております。講演後、先生方との質疑応答をいたしますと、多岐に亘るご質問をいただきます。

その中の多くに、臨地実習先での学生に起因して起こった事故等で、実習

担当教員の責任、また養成施設等の責任はどう考えたらよいのかというご質問がございます。

そこで、今回実際にいただいたご質問の事例と、当会顧問・吉岡弁護士による見解をご紹介します。

共済会事務局

臨地実習先での

実習担当教員の責任等について

■事例■

実習指導中、転倒の危険のある患者を車椅子に移乗させる場面で教員は学生に、他の学生のケア中のため手が離せないで待っているように確実に伝えた。しかし、学生は一人で患者を移乗させようとして患者が転倒した場合、教員に責任が発生するかどうか教えて下さい。

■吉岡弁護士の見解■

ご質問がかなり抽象的なため、的確な法的判断はできませんのでポイントのみお答えいたします。

① 教員の責任発生根拠

考えられる法的責任は契約責任と不法行為責任です。しかし、具体的な事情が不明なので何ともいえません。契約責任については、教員と患者の間に

は契約は存在しないのが通常です。しかし、実習に際して当該患者から同意を得ていたとしたらそこに何らかの契約関係が認定される可能性があります。その中で「安全配慮義務」が問題となります。ただし、単なる同意のみで契約関係が認められるかは疑問です。契約関係が認定されるとしたら「同意書」などある程度具体的な内容が規定された書面を交わしたような場合でしょう。

契約責任は、病院に対しても問題となります。実習に際しては学校側と実習受け入れ先の病院などとの間に何らかの書面が取り交わされるものと思われれます。その中で、学生が起こした事故等に対して学校や監督者が責任を負うとの条項があるのが一般的と思われます。そうすると、この条項に基づいて病院が当該患者に対して損害賠償を行ったときに学校や担当教員に対して上記契約に基づき責任を求められることとなります。

不法行為責任は、まず直接事故を惹起した学生が負担することになります。実習生の年齢はおそらく一八歳以上であらうと思われます。従って、責任能力は備わっているでしょう。特にベッドから車椅子への移乗ということであれば高度の看護技術、ノウハウを必要としないでしょうから責任能力は問題とならないでしょう。

教員の不法行為の法的根拠については、使用者責任ではなく当該患者に対