

看護師役割論の観点からみた看護過誤をめぐる裁判例の検討

——最近の・重要裁判例を中心に——

大西 邦 弘

I はじめに——ある准看護師の事案

1 序——分析視角の設定

本稿は、チーム医療・看護師役割論の観点から看護過誤をめぐる最近の・重要裁判例を検討することによって、裁判例における看護師の過失認定について検討するものである。¹⁾

看護過誤が発生した場合、損害賠償を請求される法的主体としては、病院を設置する国・地方自治体、病院設置者・医療法人、医師、あるいは看護師長に加えて、看護師個人が損害賠償請求を受ける可能性は充分にあり得る。ここでは、医療機関から給与等を得ているに過ぎず、なら患者から報酬を受けていない看護師に対しても、高額の損害賠償責任が発生する可能性がある。このことは、いわゆるチーム医療の場合に、誰の・どの過失を認定するかにつき——特に使用者責任の求償の局面まで視野に入れると——深刻な問題が生じ得る。

とりわけ、医師との関係での看護師の役割を明確に意識しないまま、看護師の損害賠償責任を論ずることには問題はないのであろうか。

まず、看護師にはどのような賠償責任が課されているのか、医師・看護師の過失認定はどのようになされているか

につき、ある裁判例の紹介から始めたい。

2 京都地判平成一七年七月一二日

京都地判平成一七年七月一二日判時一九〇七号一二二頁の事案の概要は次の通りである。

〔事案の概要〕

本件事故当時七歳の女兒が痛痒感を訴えて被告病院に来院した。被告である Y1 医師は蕁麻疹と診断し、被告 Y2 准看護師に対し塩化カルシウム注射液（コンクライト—Ca。これ自体蕁麻疹に対する効能については疑問視されるもののである）の注射を指示した。ところが、Y2 准看護師は、塩化カルシウム注射液ではなく、塩化カリウム（コンクライト—K。この容器の外箱には「希釈・点滴」と書かれていた）を原液のまま静脈注射した。これにより、原告である七歳の女兒は「痛いからやめて」等と叫び、そのうち白目をむいてぐったりした状態になり、急性心肺停止による低酸素脳症を発症して重篤な後遺症を負った（後遺障害等級一級）。

京都地裁は、Y2 准看護師の「准看護師にすぎない Y2 准看護師が医師である Y1 医師の指示に対し、それを再検討する権限及び義務はない」という主張を、――

准看護師といえども、現に患者に対して静脈注射等、侵襲を伴う措置を行う以上、その措置によって患者の生命・身体を害することを防ぐべき注意義務を負っているのは当然であり、医師の指示自体に疑問が生じたような場合には、医師に対して指示内容を再確認する等して、自らの行う投薬措置等に誤りの生じないようにする注意義務がある

として斥け、――

Y2 准看護師は、Y1 医師が指示をした塩化カルシウムとは異なる塩化カリウム液であるコンクライト—Kを、Y1 医師の指示した注射液であると誤解して、原告女兒に対してコンクライト—Kを原液のまま静脈注射したが、准看護師が医師の指示に基づいて静脈注射を行う場合、准看護師は、薬剤の種類、量、投与方法等を十分確認の上投与することはもちろん、医師の指示内容に不明な点や疑問点等があれば、医師や薬剤師に再度確認する等して、薬剤の誤投与、誤注射を防ぐべき注意義務を負っているところ、本件の場合、コンクライト—Kの箱及びアンプルのラベルには、「希釈・点滴」との文字が印刷されているのであるから、コンクライト—Kが希釈の上点滴投与されるべき薬剤であることは容易に認識し得たはずである上、Y2 准看護師自身、本件注射以前にも、コンクライト—Caやコンクライト—Kの処方指示を受けたことがあるが原液のまま静脈注射したことはなかったから、原液のまま静脈注射するようにとのY1 医師の指示について、同被告に対して、その適否、希釈の必要があるのであればその程度、投与量、速度等について確認すべき注意義務があったといえる。

しかるに、Y2 准看護師は、Y1 医師に対して何らの確認をしないまま、コンクライト—Kを原液のまま静脈注射したから、上記注意義務に違反したといえ、過失があることは明らかである。

とし、Y2 准看護師に対して、医師と連帯して、およそ二億五千万円の賠償責任を認めた。²⁾この場合の「連帯して」の意義は不真正連帯債務であるから、被害者としては、医師に二億五千万円全額を請求することも可能であるし、准看護師に二億五千万円全額の賠償請求も可能であるということである。

3 看護師手足論・医師看護師協働責任論

このような連帯責任が課される背景には、医療における医師と看護師との協働について、いわゆる看護師手足論を

斥け、医師看護師協働責任論（医師看護師協働責任論については、医師看護師「共同」責任論と表記するのが通例であろうが、その主張内容に鑑みると「協働」の方がより適切と思われるため、本稿ではこのように表記する）を採用したと評価することも可能であろう。看護師手足論とは「看護婦は医師の手足のようなものであり、医師は看護婦を指揮監督し、患者に危険を生ずるおそれがない限りどんな行為もさせうるが、その結果については医師がすべて責任を負うべき」とする立場であり、医師看護師協働責任論とは「看護婦は医師と共に業務上の責任を負う」とする立場である。^③

4 看護師に対する高額賠償請求認容事案

前掲の京都地判平成一七年七月二二日のように看護師に対し高額賠償請求が認容された場合、賠償資力を有しない看護師は破産の申立てを行うことが考えられるが、「破産者が故意又は重大な過失により加えた人の生命又は身体を害する不法行為に基づく損害賠償請求権」は免責されないため（破産法二五三条一項三号）、この事案では免責が認められない可能性もあり、看護師が自殺をしても、保険金によることを別とすれば、^④ 看護師の相続人に損害賠償責任が相続される可能性がある。^⑤

5 看護師に対する損害賠償請求の例

このように、看護師と損害賠償が争点となった事案がどれ程あるかという点、平成一八年九月二九日現在、TKC「LEX/DBインターネット」の医療判例検索によって「看護師*損害賠償」で検索すると、一四三件がヒット、「看護婦*損害賠償」で検索すると九四二件がヒットする。ここには、交通事故等で看護師が被害者となり賠償請求を行

った事案等が含まれるため、必ずしもすべて看護師が被告となり・看護師の過失が争点となった事案ばかりではないが、かなりの数の訴訟に看護師が関係するものが含まれているものと思われる。^⑤

もつとも、実際の看護過誤訴訟では、より賠償資力を有すると思われる者、すなわち、国・地方自治体、病院、医師等が賠償請求の相手方とされることが多い。少々古いデータではあるが、昭和五〇年末における全国の第一審裁判所係属事件で、看護師（当時看護婦）が被告とされているのは、七件（全体事件数の一％）と報告されている。^⑦

患者から看護過誤の被告として病院や医師が賠償請求の被告となるとして、では、これらの訴訟で看護師が賠償責任を負うことはないであろうか。この点については、病院が被告になる場合として、債務不履行構成・使用者責任構成が考えられるが、債務不履行の前提となる帰責事由を、伝統的な通説は、故意・過失または信義則上これと同視すべき事由と解しているところ、^⑧ここでいう帰責事由を看護師の過失と捉えれば、病院が患者に賠償金を支払った場合には看護師に対し債務不履行による賠償請求が考えられる。また、使用者責任構成をとった場合にも「被用者」の過失につき、——チーム医療のもとで——医師ではなく・看護師に過失を認定すれば、使用者責任の局面において、看護師に対する求償の可能性を排除できない。この点については、最近の裁判例を検討した後に、改めて触れたい。

6 本稿の構成と叙述の順序

本稿では、看護過誤・看護過誤訴訟と法規について述べた後（Ⅱ）、紛争・訴訟の防止と対応について触れ（Ⅲ）、看護過誤・看護訴訟の最近の重要裁判例を中心に（Ⅳ）検討していく（Ⅴ）という形にしたい。

（Ⅰ） 看護師が負う可能性のある法的責任として、刑事責任・行政責任も重要であることに間違いはないが、本稿では検討対象を原則とし

て民事損害賠償責任に限定することをお断りしておきたい。また、「看護師」「看護婦」の呼称についても、引用を行う際には原文に従うものとする。

(2) 病院に対しては別途本件事故を調査・報告する義務を怠った「債務不履行」による損害賠償請求が認容されている。

(3) 菅野耕毅「看護事故と法的責任」医事法学九号(一九九四年)一〇〇頁。

(4) かつては保険契約締結後一年以内の自殺は保険会社の免責が認められていたが、現在では保険契約締結後三年を経過しないと——うつ病に罹患していた等の事情がなければ——保険金は支払われない。この点が争点となった最近の裁判例として、大分地判平成一七年九月八日判時一九三五号一五八頁参照。

(5) 大村敦志「基本民法Ⅱ債権各論」(有斐閣、第二版、二〇〇五年)(以下「大村Ⅱ」という)二四二頁。

(6) 日本看護協会では、看護師が被告となつて賠償請求された場合に備え、看護職賠償責任保険制度を展開している。日本看護協会のサイト (<https://innurse.or.jp>) 参照。

(7) 林道春「看護婦等の過失」判タ六八六号(一九八九年)九八頁。

(8) しかしながら、債務不履行における婦責事由をこのように解することには、最近批判もなされている。小粥太郎「債務不履行の婦責事由」ジュリ一三二八号(二〇〇六年)一一七頁参照。

Ⅱ 看護過誤・看護過誤訴訟と法規

1 刑事責任と民事責任の異同

ひとたび看護事故が発生すると、まず看護師の念頭に浮ぶと思われるのが刑事手続きである。これによると、業務上過失致死傷罪(刑二二一条)に問擬され、五年以下の懲役若しくは禁固又は五〇万円以下の罰金の刑に処せられる。前掲の京都地判平成一七年七月一二日における准看護師も、第一審で禁固一〇月を言渡された後控訴し、二億円の支払いと准看護師も被害弁償していることを理由に禁固八月となったようである。⁹⁾

民事の賠償責任はこれとは別個の手續きとなる。看護過誤による損害賠償訴訟には、契約構成によるものと、不法行為構成によるものを想定することが可能である。患者との間の医療契約は、通常病院と患者との間で締結されると解されるため、看護師として個人的に損害賠償請求される場合には、民法七〇九条の不法行為による。不法行為に基づく損害賠償請求権は「故意又は過失によって、他人の権利又は法律上保護に値する利益を侵害し、これによって損害が発生すること」を要件としており、訴訟で主に争点となるのは、看護師の過失の有無、および過失と損害との間の因果関係である。民法七〇九条にいうところの過失は、刑事責任でいうところの過失とは別個の概念であると捉えられており、民事損害賠償独自の観点から議論がなされている。

2 不法行為訴訟における「過失」の意義

では、不法行為訴訟における「過失」の意義が次に問題となるが、東京地判昭和五三年八月三日判時八九九号四八頁(スモン事件東京地裁判決)によると「その終局において結果回避義務の違反をいうのであり、かつ具体的状況のもとにおいて、適正な回避措置を期待し得る前提として、予見義務に裏付けられた予見可能性の存在を必要とするもの」と判示されている。

また、看護師の過失は、病院が被告となる場合の損害賠償請求訴訟においても重要な意義を有している。つまり、病院が被告となる場合には、契約構成によるルートと不法行為構成によるルートを想定することが可能であることは既述の通りであるが、契約構成でいく場合、要件となる病院の「帰責事由」(民四一五条)の重要な根拠となるし、⁽¹⁾不法行為構成でいく場合には、民法七一五条の使用責任の要件として、看護師(あるいは医師等の被用者)の過失が前提となるからである。これは、とりわけ、いわゆるチーム医療の場合をめぐって、誰の・どの注意義務違反を過

失と認定するのにかにつき、深刻な問題が生じることになる。¹²⁾

3 取締法規と過失——最近の裁判例を素材として

では、具体的にどの程度注意義務を尽くしていれば過失なしとされるかについては、次の「Ⅲ」に譲るが、ここでは「看護過誤・看護過誤訴訟と法規」に焦点を当てて、各種「法規」を遵守していれば、過失なしとされるのではないかという問題を扱いたい。これに対する答えは、原則的に否である。医療法など医療に関する各種法規は、民法の不法行為の議論では取締法規と呼ばれているところ、これら取締法規に違反していることで過失があると推定されるが（反証が可能である）、取締法規を遵守していたことのみをもって過失なしとはされない。¹³⁾

最近では、次のような判決が現れている。すなわち、「病院に入院中の患者が、無呼吸の状態になるおそれがあるため、アラーム装置が設置されていたが、夜間にナース・ステーションにアラームが鳴った際、看護師等が不在のため三〇分放置され、患者が呼吸不全により死亡した事故について、患者の呼吸管理上に過失があったとして、病院設置者の使用者責任が肯定された事例」（東京地判平成一七年一月二二日判時一九三五号七六頁）である。

この事案では、病院を運営する被告自治体が「本件死亡当時においても被告病院の体制は関係法規に照らして最も充実したものとなっており、被告病院には過失は存在しない」と主張したのに対して、東京地裁は「故甲野花子（被害者である患者・引用者）の死亡当時の被告病院の病床数は五〇一床であって、この病床数を前提とする入院患者に対する医療法上置くことが義務づけられている看護師の員数は二六名であること、外来患者の平均が一日一五〇〇名であったことから同じく置くことが義務づけられている看護師の員数は五〇名であること、これに対し、被告病院が置いていた看護職員数の合計が三五三名（臨時採用を加えると三七〇名）であったこと、平成一三年一〇月の厚生

労働省の調査においても、全国の国立病院・療養所一八八施設のうち夜勤の看護師を二名しか置いていない病棟が八三・八パーセントであつて、三名以上の体制を採つていたのは一五・九パーセントであつたことなどが認められる。

しかしながら、法令の基準はいわば最低基準を示すものであり、これを満たしていなければ過失を肯認する事情に働くとはいへても法令の基準を満たしているからといって当然に過失を否定するということにはならない。また、たとえ故甲野花子の死亡当時、三名以上の夜間勤務の看護師を置いている国立病院が少数であつたとしてもそのことはその状態を改善する理由にはなりえてもアラームの警報音を三〇分以上も気付かなかつたという本件事故当時における被告病院の過失を否定する理由にはならない」と判示した。

ただ、理論的には、使用者責任の前提としての被用者の過失としては、通常自然人が想定されているため、本件において、アラームが鳴っていたときに看護師が具体的にどのような状況にあつたか（他の患者に應對してアラームに應對することが著しく困難であつたことなど）を認定することなく、使用者責任の前提として自然人ではない「病院の過失」を認めたことには、疑問も残るところである。

もちろん、法は不可能を強いるものではないため、では、具体的にどのような場合に「過失」があるとされるのかについて、続いて「Ⅲ」で見えていくことにしよう。

(9) http://www.yominichi.co.jp/iryuu/news/iryuu_news/20051013k09.htm 参照。

(10) 個人病院の場合は医師個人となる。もともと学説には患者と医療機関との関係を契約関係ではなく信認関係にあるとするものもある（種口範雄「医師・患者関係の性格」法教三〇八号「二〇〇六年」一一四頁以下）。

(11) ただし、債務不履行による損害賠償における帰責事由の位置付けについて最近議論があることについては、前掲注（8）参照。

(12) 医師との関係で看護師がどのような役割を果たすべきかを踏まえることなく、看護師の過失を使用者責任の前提として認定するこ

とになお議論が尽くされていない部分があることについては、後述する。

(13) 注釈書においては「取締法規が一見して不合理な要求をしていなければ、その違反には過失があると推定されるといってよいであろう」とされ(加藤一郎編「注釈民法(一九)」「有斐閣、一九六五年」以下「注釈民法(一九)」と引用する)二二六頁「加藤一郎」)、また「一般公衆などの利益を保護するために設けられた取締法規に違反して、その利益を侵害した場合には、違法性があり、不法行為が成立される」との説明がある(「注釈民法(一九)」「加藤一郎」三四頁)。

(14) 四宮和夫「不法行為」(青林書院、一九八三年)(以下「四宮「不法行為」」)という)七〇〇頁、平井宜雄「債権各論Ⅱ不法行為」(弘文堂、一九九二年)(以下「平井「不法行為」」)という)二二六頁参照。法人の過失を認定するのであれば、使用者責任構成による必要はない。法人の過失については、平井「不法行為」二二六頁参照。

Ⅲ 紛争・訴訟の防止と対応

1 序

「Ⅱ」より、看護師が損害賠償請求訴訟において被告となる場合は通常不法行為構成となるため、看護師の「過失」の有無が最も重要な争点となることが明らかとなった。

2 過失の判断基準と相対的医療行為

「過失」とは、既述の通り不注意という主観的な概念ではなく、現在では客観的に「注意義務に違反すること」と理解されており、では、具体的にどのような注意義務が課されるのか、つまり、大学病院のような先端的医療機関に勤務する看護師と地域の医療現場における看護師とで同一の注意義務が課されるのが問題となる。看護師の中には主体性の確立度や実態としても技量に差があるとの指摘もあるところ、¹⁵⁾具体的な訴訟における看護師の注意義務の水

準が議論されなければならない。

この点については、医師の場合ではあるが、被告医師は「本件診療契約に基づき、人の生命及び健康を管理する業務に従事する者として、危険防止のために経験上必要とされる最善の注意を尽くして」原告の「診療に当たる義務を負担し」「右注意義務の基準となるべきものは、診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準である」ことが最高裁によって示されているため（最判平成七年六月九日民集四九卷六号一四九九頁。以下「姫路日赤未熟児網膜症事件」という）、看護師の場合にも、「事故当時の臨床看護における看護知識看護技術の水準」が注意義務の基準であると説かれて¹⁶いるが、医師の場合の姫路日赤未熟児網膜症事件を参照すると、注意義務の基準は「看護医学」の水準ではなく、看護当時の臨床看護の実践における看護水準が注意義務の基準となる¹⁷。

また、保健師助産師看護師法（昭和二十三年七月三〇日法律第二〇三）（以下「保助看法」という）第三七条により医師の指示の下で看護師等が行うことが許されている、いわゆる相対的医療行為を看護師が行う場合の注意義務の基準として、①医師の注意義務を基準とする説と、②看護師の注意義務を基準とすべきだとする説に分かれているが、姫路日赤未熟児網膜症事件を参考とすると、②の立場が採られる可能性が高いのではないかと思われる¹⁸。

3 医療過誤防止の具体的措置

以上のような過失の有無が問題となるような医療・看護事故をそもそも防止するためのわが国の取組みとして、厚生労働省は、平成一四年からすべての病院および有床診療所に、①安全管理指針の整備、②安全管理委員会の開催、③安全管理研修の実施、④院内における事故報告等の安全確保を目的とした改善方策の実施を制度化し、平成一五年からは特定機能病院等に、①安全管理者の配置、②安全管理部門の設置、③患者相談体制の確保を制度化し、医療機

関においても、患者に被害は生じなかったが事故に結びつく可能性のあった事態である、ヒヤリ・ハット事例の収集から事故に学ぶ取組みを進めている。⁽¹⁵⁾

また、複数回確認するという意味でのダブルチェックが重要であることはいうまでもないが、異なる看護師の間でのダブルチェック、医師と看護師との間でのダブルチェックも極めて重要であることが説かれている。⁽¹⁶⁾

4 看護事故が発生した場合の対応——事実認定との関係で

しかしながら、それでも看護事故が発生してしまった場合には、看護師としてどのような対応をとるかということが問題となる。紛争というのは一つ一つ異なる個性を有しているため、一般的な形で対応策を論じるのはそもそも困難といわざるを得ないが、しかしながら次のようなことには留意すべきである。

すなわち、原則的には、認めるべきところは認めて、争うべきところは争うということが可能ではあるが、民事訴訟では、当事者間で争いになっている事実については証拠によって認定する必要が生じ、この証明責任（ノン・リケット「真偽不明」の場合の不利益）は、基本的に原告たる患者に課されている。また、原告たる患者が主張する事実を認めた場合は、これを自由といいい裁判所はこれをそのまま事実と認定するため、患者サイドの「感情」をなだめようと安易に患者が主張する事実をそのまま認めると、場合によつては大きなリスクを負うことになる。

では、続いて、看護過誤・看護過誤訴訟の実際について、移ることにしよう。

(15) 〈シンポジウム〉「看護の専門性と法的責任」年報医事法学九（一九九四年）一一五頁〔川村佐和子発言〕。

(16) 林・前掲注（7）九八頁。

(17) 林・前掲注(7)九九頁。林判事は後者の立場に立っている。参考までに、保助看法第三七条を掲げておく。
保助看法第三七条

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の処置をし、又は助産師がへその緒を切り、洗腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。

(18) 医療に係る事故事例情報の取扱いに関する検討部会報告書、手嶋豊「医事法入門」(有斐閣、二〇〇五年)一六三頁参照。その他、医療事故・インシデント情報の取扱いについては、畑中綾子「医療事故・インシデント情報の取扱いに関する論点」ジュリ一三〇七号(二〇〇六年)二八頁参照。

(19) 〈シンポジウム〉前掲注(15)一一六頁「桑野タイ子発言」。

(20) むしろ、裁判所は弁論主義によつてそのまま事実と認定しなければならない(中野貞一郎ほか編「新民事訴訟法講義」〔有斐閣、第二版補訂版、二〇〇六年〕一八八頁)。

IV 看護過誤・看護過誤訴訟の実際

1 序

ここでは、看護過誤・看護過誤訴訟の実際について、主要なものを要件の面から類型的に採り上げることとする。

すなわち、①注射事故、②麻酔事故、③与薬事故、④褥瘡、⑤術中術後の患者看視、⑥病状連絡事故、⑦転落事故、

⑧自殺事故、⑨管理事故である。²¹⁾

2 注射事故——看護師による静脈注射の適法性

看護師が被告となつて訴訟において損害賠償請求されたものについては、注射事故によるものが最も多く見出される。⁽²²⁾ 冒頭に掲げた京都地判平成一七年七月一二日もここに当てはまるが、加えて、以下の裁判例を紹介したい。

なお、看護師が静脈注射をおこなうことの適法性については、刑事事件である最判昭和二八年一月二二日刑集七卷一三号二六〇八頁(国立鯖江病院事件)で、看護師の静脈注射が「業務上」といえるのかどうか争点となつたほか、一九五一年の旧厚生省通知で違法とされていたが、二〇〇二年に厚生労働省より新たな通知がだされ、静脈注射を行うことは保助看法五条にいう診療の補助行為であつて適法とされている。⁽²³⁾

保助看法第五条

この法律において「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじ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を業とする者をいう。

「看護師等による静脈注射の実施について」医制発第〇九三〇〇〇二号厚生労働省医政局長(抄)

標記については、これまで、厚生省医務局長通知(昭和二六年九月一五日付け医取第五一七号)により、静脈注射は、医師又は歯科医師が自ら行うべき業務であつて、保健師助産師看護師法(昭和二三年法律第二〇三号)第五条に規定する看護師の業務の範囲を超えるものであるとしてきたところであるが、今般、平成一四年九月六日に取りまとめられた「新たな看護のあり方に関する検討会」中間まとめの趣旨を踏まえ、下記のとおり取り扱うこととしたので、貴職におかれては、貴管下保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対して周知方お願いしたい。

しかしながら、ある行為が違法か・違法でないかは、厚生労働省ではなく、基本的に裁判所が決する事項であつて、

二〇〇二年より前にも次に掲げるような形で違法か違法ではないのかにつき処理されていた。⁽²⁾

[1] 福島地判昭和四七年七月二一日判時六九一号六八頁は「准看護師が医師よりグレラン上腕筋肉注射を指示されたのに、誤って上腕外側に注射し、患者に橈骨神経麻痺の傷害を与えた」というものである。福島地裁は、――

グレラン薬液のような刺戟性の強い薬液を上肢に筋肉注射をする場合には橈骨神経に障害を与えるおそれがあるから、そのおそれのない安全な部位である三角筋を確認して注射を行なうべき注意義務があるといふべきであるが、右事実によれば、M看護婦が本件注射を行なうにあたって右注意義務を怠ったといわざるをえない。ところで、グレラン薬液注射は比較的危険性のあるものであるが、筋肉注射はそれ程困難なものではないから必ずしも医師自らこれを施行しなければならないものではなく、またM看護婦の知識および経験に照らすと、その施行前に施行上の留意すべき点を指示告知しなければならないものではないといふべきである。そして、注射による橈骨神経麻痺の治療方法としては、前示のように保存的療法により三か月ないし六か月経過を観察することが一般的に行なわれており、本件においては原告が相当重症の狭心症であり、その治療を行なう必要があったのであるから、本件注射事故を知った後H院長のとった処置は相当であったといつてよく、同院長に過失があったといふことはできないが、被告の被用者であるM看護婦の過失によって被った原告の傷害を払拭するに足りないから、被告は原告の被った損害を賠償すべき責に任ずるといわなければならない。

とし、病院設置者である県におよそ五六一万円の賠償責任を認めている。

[2] 大阪地判昭和六一年五月二九日判タ六二〇号一四六頁の事案の概要は次の通りである。すなわち、看護婦が医師

の指示により右肘静脈注射を行うに際し、注射部位を誤り神経を損傷したことを理由に損害賠償請求がなされた。

大阪地裁は、――

原告主張の本件注射による正中神経の損傷の存否について考えてみるに原告本人は、本件注射がなされた八月二二日当日は、いつも注射をしてくれる看護婦とは別の看護婦が、慣れない手つきで注射を実施し、その注射の方法は、まず原告の右腕に注射針を刺し、そのまま三〇秒くらい手を止め、その後血管にまで注射針を刺し込むというやり方であり、原告は、右注射をされたその時から、右腕部分に痛みを感じた旨供述しており、また……前記Nクリニックにおいて右前腕部神経損傷との診断書が作成されていると認められることは前示のとおりであるところ、これらはいずれも一応、原告の右主張の裏づけとなるべき証拠であると考えられるが、仮に右本人の供述するような状況であったことは事実としても、事の性質上、そのことから直ちに原告主張の正中神経の損傷を肯認するのは困難であり、また、前記Nクリニックの診断もそれが本件注射後約四年も後に原告を診察した結果に基づくものであり、右のごとく診断した経緯や根拠は何ら明らかにされていないことを考慮すると、これまた、前記正中神経損傷の事実を肯認させるに充分なものとは認め難いといわざるをえない。

として、神経損傷不明として請求が棄却されている。ただし、最近では、市民病院の泌尿器科の看護婦が誤って静脈注射の際に橈骨神経を傷つけて橈骨神経不全麻痺の障害を負わせたとして、市に対して損害賠償が請求された、[3]名古屋地判平成一四年三月一五日判時一七九六号一三三頁で、――

看護婦は、橈骨神経走行部位付近である肘関節上部外側の部位に点滴（静脈注射）をする場合には、付近の橈骨神経走行部位等不適切な部分に注射針を刺入することのないように十分に注意する義務がある

として、三〇〇万円の賠償請求が認容されている。

〔4〕大阪高裁昭和五九年八月一六日判タ五四〇号二七二頁は「准看護婦が医師の指示によりブスコパンを静脈注射し、一五分後の観察では異常がなかったが、その後ショック状態になり死亡した事案」で、准看護婦による静脈注射の違法性が争点となったが、大阪高裁は、――

看護婦は医師の指示を受け、^{マツ}准看護婦は医師又は看護婦の指示をうけて傷病者等に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする（保健婦助産婦看護婦法五条、六条、三七条）者であるから、主治医の指示をうけ患者に医薬品を注射することは、医師が行うのでなければ衛生上危害が生ずるおそれがあるような場合でない限り違法ではなく、右特別の事情の存在につき立証がなく、当該^{マツ}准看護婦の施注技術が拙劣で欠陥があったと疑うような事実の存しない本件では、右^{マツ}准看護婦による本件薬剤注射に違法不当があったということもできない。として、違法ではないとした。厚生労働省による二〇〇二年の行政解釈変更前にも、このような形で看護師による注射の適法性が争点となっていた。裁判所が准看護師による注射を違法とはしなかったことが、厚生労働省による行政解釈変更の一因であったともいうこともできよう。

注射事故の類型で最近もつとも注目された事案として、病院の看護師が生理食塩水と誤って消毒液を注射して患者を死亡させた場合に病院側の損害賠償責任が認められた、〔5〕東京地判平成一六年一月三〇日判時一八六一号三頁（いわゆる都立広尾病院事件）を採り上げる。

〔事案の概要〕

B1看護婦は、病棟処置室（以下「処置室」という。）において、亡Aに対して使用するへパ生（生理食塩水）を準備するに当たり、充てん済みの注射筒部分に「へパ生」と黒色マジックで記載されたへパ生一〇ミリリット

ル入り注射器を保冷庫から取出して処置台に置いた。

B1看護婦は、これと並行して、他の入院患者であるC6に対して使用するヒビグル（消毒液）を準備するため、新しい一〇ミリリットル用の注射器を使用して容器からヒビグルを同注射器に吸入し、これを前述のへパ生入り注射器と並べて処置台に置いた。

次いで、B1看護婦は、このヒビグル入り注射器の中味がすぐ分かるようにその旨記載したメモ紙を注射器に貼り付けるべく、メモ紙に黒色マジックで「6、C6様洗浄用ヒビグル」と手書きした上、このメモ紙を二本の注射器のうちの一本に貼り付けたが、B1看護婦としては、同メモ紙をヒビグル入り注射器にセロハンテープで貼り付けたつもりであったが、その注射器に「へパ生」と記載されていないことを確認しなかったため、実際には誤ってへパ生入り注射器にこれを貼り付けてしまった……B1看護婦は、亡Aに対して抗生剤の点滴終了後に行うへパロック用を使用するためのへパ生入り注射器を持参したつもりであったが、実際にはC6に注射すべきヒビグル入り注射器を持参していた……B2看護婦は、亡Aの病室に赴き、同日午前九時三分ころ、亡Aに対し、床頭台に置いてあった注射器を使って点滴を開始したが、その際、B2看護婦は、床頭台に置かれていた注射器に記載されているはずの、黒色マジックによる「へパ生」の記載を確認せず、同注射器にはへパ生が入っているものと軽信したため、結果として、亡Aに対し、ヒビグルの点滴を開始した……B1看護婦は、処置室で「へパ生」と黒色マジックで書かれた注射器が置いてあるのを見つけ、亡Aに対する点滴に用いられたのがへパ生入りの注射器ではなかったことを察知して、薬剤の取り違えに気付き、病室内のB11医師を手招きして呼び出した上で、室外に出てきた同医師に対し、「へパ生とヒビグルを間違えたかもしれない。」と告げた。

【判旨】

B1看護婦には、患者に投与する薬剤を準備するにつき、薬剤の種類を十分確認して準備すべき注意義務があるといふべきである。

それにもかかわらず、B1看護婦は上記注意義務を怠り……へバス入りの注射器については「へバス」と黒色マジックで記載されていたにもかかわらず、二本の注射器のうち、へバス入り注射器における「へバス」との記載を確認することなく、漫然、これをヒビグル入り注射器であると誤信し、他方、もう一本のヒビグル入り注射器には「へバス」との記載がないにもかかわらずこれをへバス入り注射器と誤信して、後者を亡Aの病室に持参し、亡Aの床頭台においてその点滴を準備したという注意義務違反が認められる。

一方、B2看護婦には、患者に薬剤を投与するにつき、薬剤の種類を十分確認して投与すべき注意義務があるといふべきである。

それにもかかわらず、B2看護婦は上記注意義務を怠り……準備された注射器には、注射筒の部分に黒色マジックで「へバス」との記載がされているはずであるから、その記載を確認した上で、薬剤の点滴をすべきであるのに、その記載を確認しないまま、漫然、床頭台に置かれていた注射器にはへバスが入っているものと軽信し、同注射器に入っていたヒビグルを亡Aに点滴して、誤薬を投与した注意義務違反が認められる。

そして、B1看護婦及びB2看護婦の前記各注意義務違反の競合により、亡Aは容態が急変し、死亡するに至ったことは原告ら及び被告東京都との間において争いが無い。

東京地裁は、B1看護婦とB2看護婦の過失(注意義務違反)の競合を理由として、被告東京都に対する損害賠償請求を認容している。使用者責任の前提となる被用者の過失については、一名の過失を認定すれば足りるところ、当事者間に争いはないとしても、B1・B2看護師は損害賠償請求の相手方とはなっていないが、B1看護婦・B2看

護婦双方の過失を認めたことに違いはないのであろうか。

3 麻酔事故

麻酔事故との関係では次のようなものがある。すなわち、大腿骨折手術後鎮痛のため行われた硬膜外麻酔によるシヨック事故に関し(脊椎の硬膜外腔にカテーテルを挿入し、キシロカイン一〇ミリリットルを硬膜外注入)、これを指示した担当医師の責任を認め、右医師の責任について、病院管理者に事業監督者責任、病院開設者に使用者責任を認めたが、実際に麻酔薬の硬膜外注入を行った担当看護婦の責任は否定した、[6]大阪地判平成一年三月八日判タ一〇三四号二二二頁である。

〔判旨〕

被告乙川は、チャージ・ナースであるS看護士マツの指示を通じて医師である被告乙野が医師指示票に記載した指示に従い、春子に対しマーカインを注入したものであるところ、被告乙川は、医師である被告乙野の補助者にならず、同被告の取った指示内容の当否について判断し得る立場になく、その能力も有しなかったことが認められる。また……被告乙野の行った前記指示は、一応マーカインの投与に関して一般的に考えられる注意事項を記載したものであるから、被告乙川が看護婦としての知識・経験に照らし、当然に疑問を持つべき内容であるとも認められない。

したがって、春子に対する右マーカインの注入については、被告乙野が専らその責任を負うべきであり、被告乙川が、医師である被告乙野の指示があるにもかかわらず、麻酔薬の硬膜外注入を行わない義務や、医師の指示がないのに原告ら主張のような準備を整える義務に違反した事実を認めることはできない。

この判決では、麻酔を行うにつき医師の指示が具体的であったことなどを理由として看護師の過失を認定していない。しかしながら、医師の指示につき、看護師自らの知識・経験に照らし合わせて疑問を有する場合にまで、看護師に医師の指示を再確認する義務を否定していないように思われる。

4 与薬事故

与薬事故では、次のような判決を紹介しておきたい。

〔7〕東京地判昭和四〇年七月一四日判時四二八号六七頁では、看護助手（見習看護婦）が、「被告T（看護助手）はKをひざの上に腰掛けさせるように横向きに抱き、左手でKのほおを押えてその口中に水を含ませた上、本件錠剤一錠目を水でぬらして口中に入れ、これを無事に飲み下させたが、Kが泣き出したのに泣きやめるのを待たないで右同様の方法で二錠目を口中に入れたところ、これが気管支にはいつてしまったこと」によって窒息死した事案である（被告は医師・看護師）。東京地裁は、――

乳児が泣いているとき錠剤を服用させればこれが気管支にはいり、乳児の窒息させる虞のあることは明白であるのに、被告T（看護助手）は、Kが泣きやむのを待たないで二錠目をその口中に入れたものであり、被告Nは、錠剤を乳児に服用させるには多少とも危険が伴うのは明らかであるから、看護婦としての教育を受けていない被告Tには医師の監督のもととする以外はこれを禁ずるとか、単独で行わせる以上、少なくとも、泣いている乳児には、泣きやんでから服薬させるようにする等事故防止に必要な方法を教えておくべきであるのに、これを怠つたものであるから、Kの死亡は被告らの過失に基くもの

として原告の請求を認容した。ここでも、「被告らの過失」として医師・看護師双方の過失を認定していることは、

看護師にも医師と協働して医療に従事することが期待されていると理解することができよう。

与薬類型とは若干事案が異なるが、入院していた一歳の幼児に看護師がコップ状の玩具を与えていたところ、これによって幼児が窒息して重篤な後遺障害が残った事案について、病院が安全配慮義務を怠ったとして、病院開設者に対する損害賠償請求が認容された、**[8]**東京高判平成一四年一月三一日判時一七九〇号一一九頁が現れている。

〔判旨〕

同看護師は頻繁に訪室する義務を怠ったものというべきである。

しかしながら、他方において、……丙川看護師は、他の看護師が昼食時間であったため、一人で五部屋七名の患児と他のチームの担当する病室の患児を看護すべき状態にあり、かつ、この間に現実にナースコールもあり、これに対応していた時間もあつたというのであつて、丙川看護師が一時三〇分よりも早い時間帯に本件病室を訪問することは事実上不可能に近い状態であつたと認められ、したがつて、丙川看護師一人に上記の訪室義務を負わせるのは相当ではなく、同看護師に不法行為の成立を認めることはできない

裁判所が「頻繁に訪室する義務」に言及したことは、看護師にとつて酷となるおそれもあるが、事案との関係では看護師の過失を否定しており、これは前述の看護師の注意義務の水準に関する議論が参考になるであろう。

5 褥瘡

褥瘡については、看護師ではなく医師の過失が争点となつたものとして、**[9]**東京地判平成一七年一月三一日判時一九二〇号八六頁がある。事案の概要は「被告病院の介護病棟に入院していたAが死亡したのは被告主治医がAに生じ

た褥瘡の管理等を誤ったことに原因があるとして、Aの子である原告が被告らに対し、債務不履行ないし不法行為に基づく損害賠償を求めた」というものである。東京地裁は、――

褥瘡に関する医学上の知見として、一般に、高齢者では呼吸器感染症の起炎菌は褥瘡の菌と一致することがよくあるとされていること、呼吸器感染をきたした褥瘡のある高齢者の喀痰の分離菌としてMRS Aや緑膿菌が検出される例の多いことが報告されていること、一月二八日の培養検査の結果、太郎の褥瘡部から緑膿菌とMRS Aが検出されていることに照らすと、仮に太郎が呼吸器感染に罹患していたとしても、これが褥瘡の感染に由来するものであった可能性は否定できない。また、被告乙山（医師）が一月二六日に褥瘡の悪化が発熱に影響を与えていることを疑って、広汎な殺菌作用があるという理由でパンスポリンを選択したこと、その後、MRS A感染を認識し、抗生剤をMRS Aに感受性のあるバンコマイシンに切り替えて以降、太郎の状態に改善傾向が見られたことからすると、太郎の担当医としては、パンスポリンを投与する前に培養検査を実施し、発熱の原因を探求するのが慎重な対応といふべきである。

なお、被告乙山は、検査の結果が報告されるまで二、三日かかるので培養検査よりも処置を優先するべきとも供述するが、検査結果の報告を待つことと病状に対する処置をすることは両立するのであり、検査結果に時間がかかるのであればなおのこと、一月二六日の時点で培養検査を実施するべきであったといえる。したがって、これを怠った被告乙山には注意義務違反があつたといわざるを得ない。

として、およそ二三〇万円の損害賠償請求を認容している。この判決では看護師ではなく医師の過失を認定している。かつて褥瘡は看護の恥ともいわれていたが、近年では看護師だけではなく医療チームの協力が不可欠と主張されており、⁽⁸⁾ 医師と看護師を協働して医療に従事するプロフェッショナルであると捉えるならば、看護師にも過失認定の

余地は残されていないよう。

6 術中術後の患者看視

術中術後の患者看視との関係では、次の裁判例がある。

[10] 東京地判平成元年三月二十九日判タ七一二号二一五頁は、食道再建術のため気管切開後、気管カニューレが脱落したという事案である。東京地裁は、――

本件事故発見当時、気管カニューレの上部に通されてTの首の周囲に結び目を作って縛られていたひもが完全にはどけ、右のひもがその上部に付いたままの状態で気管カニューレがTの頭の左側のベッド上にあつたことは前示のとおりであるところ、本件全証拠を検討しても、気管カニューレのひもがどのようにしてほどこけ、気管カニューレがどのようにして抜去したのかを具体的に明らかにすることはできない。しかしながら、本件全証拠を検討しても、何人かが故意に気管カニューレを固定しているひもをほどこくなどして気管カニューレを抜去したことをうかがうことはできないことにかんがみれば、他に反証のない限り、何らかの偶発的原因により気管カニューレを固定していたひもの結び目が自然にほどこけて（傍点は引用者）気管カニューレが抜去したものと推認するのが相当であり、本件全証拠を検討しても右推認を覆すに足りる証拠はない。

しかして、Tは本件事故当時気管カニューレによって呼吸を行っていたのであるから、気管カニューレをTに装着する本件病院の医師（傍点は引用者）には、気管カニューレのひもが自然にほどこけて抜去することのないようしっかりと気管カニューレを装着すべき注意義務があることはいうまでもない……そうすると、本件事故発生前最後にTに対して気管カニューレを装着したT医師には気管カニューレ装着上の過失があつたものといふべき

として、およそ二五〇〇万円の賠償請求を認容した。本件は、気管カニューレの抜去につき、看護師ではなく医師の過失を認定しているが、医師看護師協働責任論の観点からは術後の患者看視に看護師の過失を認定することも選択肢の一つとなり得る事案であつたと思われる。

同様に、気管カニューレが外れたことをめぐっては、ウイルス性脳炎の治療のため、気管切開の上装着していたカニューレが移動し、患者が換気障害を起こして死亡した事故について、看護担当者の管理上の過失による病院側の損害賠償責任が認められた、⁽²⁾ [11]神戸地判姫路支部平成八年三月一日判タ九一五号二三二頁も現れている。

さらに、最近の裁判例では、虫垂切除手術を受けた入院患者がトイレ内で転倒し四肢麻痺等の重篤な後遺障害が残つた場合、医師及び看護師に術後管理上の過失があつたとして、病院側の不法行為に基づく損害賠償責任が認められた、⁽³⁾ [12]名古屋地判豊橋支部平成一五年三月二六日判タ一一八八号三〇一頁や、手術後の経過観察につき、看護師の措置に過失があつたとされた、⁽⁴⁾ [13]大阪地判平成一一年二月二五日判タ一〇三八号二四二頁も現れている。

[12]名古屋地判豊橋支部平成一五年三月二六日判タ一一八八号三〇一頁

〔判旨〕

被告病院の看護婦らは、遅くとも一三日午前六時までの時点において、原告の出血量の増加を踏まえて、原告に対し、失神を起こす可能性について注意を促した上で、排便時に相当量の出血があつた場合には立ち上らずにナースコールで看護婦を呼ぶよう指示をしておく注意義務があつたといふべきである。

[13]大阪地判平成一一年二月二五日判タ一〇三八号二四二頁

〔判旨〕

腸閉塞の手術を受けた患者（六二歳・女）が術後縫合不全による腹膜炎を併発し、死亡した事故について、当直の看護婦には、患者に縫合不全による SIRS が認められたにもかかわらず、担当医にその連絡をしなかったこと、また、容態の急変が生じたにもかかわらず、それを当直医及び担当医に連絡しなかったことに過失が認められる。

術後の患者看視についての最後のものとして、^[14]広島地判昭和五五年一〇月二〇日判夕四二七号一三八頁を掲げる。事実関係は次の通り。

「事案の概要」

原告 X は H としばらく子供の名前等について話をしていたが、同日午後一二時近くになったころ、H が同原告に対し「出血がひどく苦しいから医者を呼んでくれ。」と訴えたので、同原告は直ぐ、看護婦にそのことを告げたが、分娩室で手術器具の後かたづけをしていた看護婦は「出産の後は出血するものです。」と答えたのみで、様子を見にきてくれなかった……そこで同原告は、右看護婦の言葉を H に告げ、力づけていたところ、H は再び「死にそうだから先生を呼んで。」と頼んだので、同原告は看護婦室に急ぎ「妻が出血がひどく、死にそうだと書いています。」と告げたところ、看護婦は病室にきて、H の容態を見て急拠被告を呼びに行った……被告は、手術終了後直ちに病室続き別棟の自宅に帰り入浴して着替えをしていたところ、看護婦から訴外 H の容態を告げられ直ちに病室にかけつけた……病室において、H の容態を見て被告は狼狽し、直ちに看護婦に命じ、また自らも筋肉注射、点滴、酸素吸入等の措置を講じたが、狼狽のあまり点滴器具の操作が手際よくできなかった。また右措置がなされている間点滴のビニール管がくびれて液が落下しなくなっているのを二度も原告 X に指摘されると

いう状態であった。

広島地裁は「本件帝王切開にあたり、術前術後において医師として現代医学上当然とるべき適切な処置をとったことは到底言えないところであるから、本件診療の過程において過誤があったことは明白である。そして右過誤がなければ、訴外Hが死亡せずにすんだかも知れないことは十分推認できるところであるから、右過誤とHの死亡との間には因果関係があることも否定できない」とし、看護師の術後の患者看視にはなく、医師の過失を認定することにより損害賠償責任を肯定している。

7 病状連絡事故

病状連絡事故との関係では、精神病院内での患者による殺人事件についての[15]神戸地判昭和五五年二月六日判タ四一四号一〇五頁が、――

H病院が精神病院としての性質上、入院中の患者の異常行動による不慮の事故を起さないようにこれを未然に防止する義務のあることはさきに述べたとおりであつて治療を担当する医師、右治療を補佐し、看護、看視に当る看護人らは、それぞれの立場において患者の動静に注意し、事故が発生しないように配慮する注意義務のあることはいうまでもない。これを本件についてみれば……乙村は被害妄想により不本意な形でH病院に入院し、精神分裂病の疑ありと診断され、一時、好転したかに見えたが、半月程後に、再び、感情を刺戟され、加えて主治医に対し自己の希望が容れられなかったことから殺意を示しながら同医師の背後から椅子を振上げて攻撃し（先行事件）、爾後、特に注意を要する患者として看護、看視を指示されていたもので、その後、好転のきざしが窺われるとして保護室を出されたもの、前記指示は続けられていたところである……。本件事故は……先行事件か

ら一ヶ月余りの後に発生したものであり、たとえ、病院の夜間勤務中に発生したものとはいえ、少くとも、三名の夜間勤務者が勤務していたのであり、本件事故発生時に右夜間勤務者の居た場所と乙村の病室および一郎の病室（本件事故発生時の場所）との距離、配置関係、本件事故の態様および本件事故発生時の環境（静けさ、気配）等を考え併せるならば、乙村が一郎に対して牛乳びんで攻撃を開始した近い時点で右夜間勤務者らにおいて何らかの物音に気付き得たものと考えられ、右時点で本件事故現場へ急行していたならば、少くとも、その後の乙村の攻撃を回避し、一郎の死亡の結果を免れ得たことは明らかである。しかるに本件事故発生時における夜間勤務者において本件事故の発生に気付くのが遅れ、結局、一郎の死亡を阻止し得なかったものということができ、たとえ、看護単位、勤務体制の面で人的施設の不十分なることを考慮に入れても、右夜間勤務者の看護、看視は十分でなく、本件事故の発生を未然に防止すべき注意義務をつくさなかつた過失ある

とし、殺害された患者の遺族からの慰謝料請求を認容している。

8 転落事故

転落事故との関係では、[16]福岡地判昭和四二年一〇月六日訟月一三卷一二号二五〇三頁がある。事案は「看護婦〇は原告の身体を清拭するために右一号室には入ったが、右病室の枕もとに原告の父親Hが付添って居たので患者の身体を裸にする都合上少時部屋を外して貰うように頼んだのでHは一時右病室前の廊下の長椅子のところで休憩していた……同看護婦が寝台の金枠の留金を外した後では原告の身体を拭き終る頃Hは部屋に立戻つたので、同看護婦はHに手伝って貰って原告の清拭を終るとともに右Hに対し「後はお願います」といって金枠の留金をかけないで同室を立去った」というものである。

福岡地裁は、——

原告が病院のベッドから床上に顛落した本件事故につき、Q大附属病院の看護婦Oが当時病床に付添っていた原告の父Hにおいて適宜の措置をとってくれるものと軽信して「後はお願ひします」と云ってベッドの金枠の留金をかけないで病室を立去った点についてはいささか軽卒のそしりを免れないが、右病室に付添って看護の補助をしていた原告の父Hも適当な措置をとらないまま洗面に行っている間に本件事故を起した点については責任の一半を負うべきであり、したがってこれを総合的に考察すると病院側に法律上の過失の責任を問うことは妥当でない

として、看護師の責任を認めなかったが、看護師の過失を認定した上で、「被害者側の過失」として過失相殺することも想定可能な事案であった。^②

また、入院中の幼児が、ベッドが窓際に置かれており、看護婦がそれを見逃していたため、病院の窓から転落死亡した[17]盛岡地判昭和四七年二月一〇日判時六七一号七九頁がある。盛岡地裁は、——

本件事故の原因を考えてみるに、そもそもHの入院時におけるベッドの配置に問題がある。五一九号室の二台のベッドは枕の方を廊下側の壁に接して並べて置くのが正規の置き方であり、このことは医師も看護婦も十分にわかっていることである……しかるに、看護婦S及びHは、正規の位置と異なる位置にHのベッドを配置し、T医師も右ベッドの位置について何ら注意しなかった。ここに危険の発端があったものといわなければならない……正規の位置なら安全であるが、窓から四〇センチの位置は安全から離れて危険に近づいたものといえる。ベッドの高さと窓の高さはほぼ同じであり、病室は地上五階にあり、窓には転落防止の柵はないのであるから……、

このベッドがこれ以上窓に近づかないように、医師や看護婦は特別の注意を払うべきである……病院は入院患者に対しその安全を確保する責任がある……本件のように、危険に近づいたベッドの配置をしたときは……、それ以上ベッドが危険な位置に移動しないように……特に注意をする必要がある。看護婦Nは、「看護婦に対し、ベッドを窓際に寄せてはいけなやか、寄つていたら離さなければならなやか、注意したことはない。ベッドを窓から離しておくことは看護婦の常識としてわかっていることだから言う必要がない。」旨述べ、看護婦Sは、「ベッドを窓に接することは転落の危険があり、かつ、回診のときベッドの両側を人が通れるようにしておかなければならないことは、看護婦の常識である。」旨述べている……その常識はきちんと守られなければならない。本件の場合……特に二二日午後零時頃以後において、担当の医師や看護婦らが右常識に違反したことは前記認定のとおりである。

として、損害賠償責任を肯定している(ただし被害者の母の過失を「被害者側の過失」として賠償額を三割減額)。

9 自殺事故

患者の自殺につき、医療機関に損害賠償請求されたものとして、**[18]**福岡地判小倉支部昭和四九年一〇月二二日判時七八〇号九〇頁では、――

(患者は)入院後ほぼ一週間を経た二一月二七日ごろから、うつ病の症状が緩和し、回復期に向っていたところ、うつ病患者の特質として、却つてこの時期が最も自殺実行の危険があったのであり、精神科専門医たる被告としては、そのことを十分知っていたはずであるから、この時期においてこそ、自ら又は履行補助者として、Sの行動につき特別の注意を用いるべきであった。とくに、準看護婦訴外Nは、同月三〇日午前五時ごろ、Sの病

室を巡回した際、同人が普段起床が遅いにもかかわらず、その日に限って午前五時という早朝にベッドの上起きて座っているのを目撃したのであるから、同人が看護上の要注意者であることに思いを致し、同人の異常を察知し、同人に適切な言葉をかけてその様子をみる等して、引き続き同人の監視マツを続けるべきであったのに、そのようなこともせず、そのまま、その場を立去った点、右Nの看護上の過失は否定できず、したがって、同人を看護義務履行の補助者として使用する被告も責任を免れない

として、看護師の過失を認定のうえ、病院の損害賠償責任を肯定している（ただし、自殺であることにつき賠償額を六割減額）。

他方で、[19]東京地判平成二年二月二七日判タ七五七号二〇五頁では、看護婦による外出許可が過失かどうか争点となったが、東京地裁は、——

リストカットをした当日の昼頃、K医師との約一時間にわたる面接をした後は太郎は落ち着きを取り戻していたこと、同日は夕食を摂取し、その夜は良眠に経過し、翌一二日の朝食も通常どおり摂取していたことは前に認定したとおりであり、右認定事実には、前示のとおりK医師が看護婦に対し太郎について特に外出禁止等の措置をとるようには指示していなかったこと……を併せ考えると……いまだ外出の許可の申出を受けた看護婦において、太郎の自殺の切迫した危険性が存したことを予測することができたということはできず、他にこれを認めるに足りる証拠はない

として、看護婦の過失を認定しなかった。このことには、医師による外出禁止等の措置をとるようにと指示していなかったことにつき、看護師自らの知識・経験に照らし合わせて確認しなかったことに関して、注意義務違反はない

としたと評価することができる。

10 管理事故

管理事故については、多発性脳梗塞で入院していた女性（七十二歳）が病室内で転倒して死亡した事故につき、担当看護婦に介添えを怠った過失があり、その過失と転倒との間に因果関係があるとして、病院側の不法行為責任が認められた、――

【20】東京高判平成一五年九月二九日判時一八四三号六九頁

【事案の概要】

被控訴人経営の病院に多発性脳梗塞で入院していた七十二歳の患者が、病室内で転倒して死亡した事故につき、患者の遺族である控訴人らが、転倒は担当看護婦が介添えを怠った過失によるものであるとして、被控訴人に対し、損害賠償を請求した事案で、担当看護婦には、トイレまで患者に同行しながら、患者が一人でトイレを済ませ、帰室することを容認し、病室まで付き添わなかった過失があるとした上で、患者が転倒した時刻は明確ではないものの、転倒が後に自力でトイレに行った際のことであったとしても、前記過失がトイレに行く際にナースコールをしなかった原因になったものと考えられるから、担当看護婦の過失と患者の転倒の間には因果関係があるとして、控訴人らの損害賠償請求を一部認容（ただし八割の過失相殺）。

も現れている。

(21) 類型の設定については、高田利広「看護過誤判例集」（日本看護協会出版会、一九九六年）（以下「高田「看護過誤判例集」」と引

用する)、林・前掲注(7)九九頁以下を参照したほか、それぞれの類型の中で採り上げる裁判例については、高田「看護過誤判例集」とLEX/DBインターネット、および第一法規「法律判例文献情報」において「看護師*損害賠償」での検索結果をもとに選定を行った。また、看護過誤が問題となる重要な類型として、感染類型、隣接領域として、助産・保育事故も(高田「看護過誤判例集」などを参照すると)採り上げるべきと思われるが、可能な限り他の類型に包含させる他、紙幅の関係から割愛する。

(22) LEX/DBインターネットで「看護師*損害賠償*注射」で検索すると、七二件ヒットする(二〇〇六年一〇月一日現在)。

(23) 「看護師等による静脈注射の実施について」医制発第〇九三〇〇二号・平成一四年九月三〇日。

(24) やや傍論となるが、二〇〇六年八月に神奈川県警が、保助看法違反容疑で横浜の病院に捜索を行った。助産師ではなく看護師に内診をさせていたことが問題とされたが(日本産科医学会等が看護師に内診を認めるべきとする声明を出す一方で、日本看護協会はあくまで内診は助産師によるべき旨の声明を出している)、看護師による内診と看護師による静脈注射の違法性をめぐる問題の近似性を指摘する見解がある(樋口範雄「医行為・医業独占と業務の縦割り——医師法一七条他」法教三二四号「二〇〇六年」九五頁以下)。

(25) 高田「看護過誤判例集」八九頁。

(26) 病院の医師の過失又は右医師らも含めたA病院の看護担当者の管理上の過失により発生したとの構成によって賠償請求を認容している。

(27) ただし「被害者側の過失」については、学説からの批判もある。参照、大村Ⅱ二六四頁。

V おわりに——看護師の責任ある職分確立に向けて

1 ここまでのまとめ

本稿では、チーム医療・看護師役割論の観点から、看護過誤をめぐる裁判例を検討してきた。ここでは、看護過誤訴訟につき、患者からの賠償請求を認容するにつき、①看護師に過失を認定せず医師に過失を認定するもの、②看護師に過失を認定するもの、③看護師・医師双方に過失を認定するもの、④複数の看護師に過失を認定するものが含ま

れていることが明らかとなった。ここからは、看護師役割論の観点から、次のようなことがいえるのではないであろうか。

2 看護師と医師の過失の「振分け」

①の看護師に過失を認定せず医師に過失を認定する裁判例については、看護師役割論における二つの立場——看護師手足論・医師看護師協働責任論——からは、次のように評価することが可能でなからうか。すなわち、看護過誤訴訟における「過失」につき、看護師ではなく医師に過失を認めることは、保助看法三七条にいうところの相対的医療行為につき、看護師手足論を採用し、看護師の過失を医師の過失と捉えていると理解することが可能である。このような裁判例は、——一見看護師の責任を限定し、看護師の保護にあついに思えるものの——責任ある看護師の職分確立に向けては必ずしも有益なものとは思われないと史料する。つまり、看護師を医師の手足ではなく、医師と協働して医療に従事する専門家と捉えるならば、法的責任の観点においても応分の負担が求められることにならう。では、医師看護師協働責任論を基調として、看護師にはどのような注意義務が適正に振分けられるべきであらうか。⁽²⁸⁾

3 看護師の「指示内容確認義務」

看護師に過失を認定するにつき、看護師手足論を採用する場合には困難となるが、医師看護師協働責任論を採用する場合には、冒頭の京都地判平成一七年七月一二日、および「IV」で検討した裁判例（とりわけ[6][19]判決）を手掛かりとして、次のような義務を看護師に認めることが可能ではなからうか。すなわち、看護師は、保助看法三七条のもとで医師の指示により相対的医療行為を行うことができるが、自らの知識・経験に照らし合わせて医師の指示内容に

疑問を有する場合には、再度医師に指示内容を確認すべき義務である。ここにいう自らの知識・経験の水準には従来からの看護師の注意義務の水準の議論と重なる部分が大いと思われるが、このように解することによって、看護師の責任の「専門家責任」への途が開かれることになろう。⁽²⁹⁾ 本稿の議論は、看護師にさらに過重な責任を負わせる第一歩ではなく、責任ある職分確立へ向けた道程であるとの理解を願うものである。⁽³¹⁾

4 医師と看護師双方に過失認定する帰結——看護職の「覚悟」

このように、医師看護師協働責任論を基調として、医師と看護師に課される注意義務の適正な振分けに関する議論を行うとすると——不適切な指示をした医師と不適切な指示内容を確認しなかった看護師双方に過失認定する——、現在の債務不履行責任・使用者責任に関する議論を参照すると、③の裁判例のように、医師と看護師双方に過失を認める必要があることになる。また、④における裁判例のように、複数の看護師に過失認定することを妨げないことになる。

チーム医療において、医師のみに過失認定するか・医師と看護師双方に過失を認めるのかは、現在の使用者責任に関する議論状況を前提とする限り特段差異はないようにも思えるが、使用者からの求償の局面を念頭におくと、看護師に過失を認定する判決の拘束力は及ばないものの、違いが生じうる。また、冒頭に掲げた京都地判平成一七年七月一二日における准看護師のように医師と共同不法行為による不真正連帯債務が認められた場合には、共同不法行為者の過失割合に従った求償が認められている。⁽³²⁾ つまり、医師が患者に対して賠償金を支払った場合には、医師から看護師に求償がなされる可能性がある。

さらに、看護師が個人的に責任を負い、患者に対して支払った損害賠償額は、基本的に、病院等に求償することは

難しいと思われる。⁽³³⁾むしろ、病院が被告となつて損害賠償を患者に支払つた場合、信義則によつて割合的に制限されるものの、看護師が病院から請求を受けた場合、支払う必要があることになる。⁽³⁴⁾

結局、看護過誤訴訟における看護師の過失を議論するについては、——医師看護師協働責任論の観点からは——医師による看護師に対する共同不法行為の求償の局面と、病院等が被告となり賠償請求を受ける場合には使用者責任の求償の局面を視野に入れると、看護職に高額の損害賠償義務という「覚悟」を求めることになる。今後、——看護師の指示内容確認義務のほか——どのような場合に看護師の注意義務違反を認定することが看護師の責任ある職分確立に適うのか、医師と看護師の協働責任の振分けの観点から、さらなる課題が残されているといえる。

(28) このように理解すると、後述の通り医師の指示等に明確にミスがある場合についても、看護師にも指示内容の確認義務違反による過失認定の余地を認めることになる。

(29) 医師の指示を看護婦等の過失を判断するに際しての「特に注意すべき要素」とするものとして、林・前掲注(7)九九頁。

(30) 川井健編「専門家の責任」(日本評論社、一九九三年)、山田卓生編集代表「新・現代損害賠償法講座3製造物責任・専門家責任」(日本評論社、一九九七年)、川井健・塩崎勲編「新・裁判実務大系8専門家責任訴訟法」(青林書院、二〇〇四年)には、看護師に関する項目は含まれていない。もつとも、「専門家責任」にどのような内容を盛り込むかは次の問題となる。参照、河上正二「専門家の責任」と契約理論—法時六七巻—二号(一九九五年)一一頁。

(31) もつとも、指示内容確認義務を看護師に課することは、看護師のなり手が不足するとの批判も考え得る。しかしながら、看護師を医師とともに患者の生命・身体という重大な法益に関わる専門職と捉えるならば、このような義務を課すことも不当とは思われな

(32) 四宮「不法行為」七九〇—七九一頁、平井「不法行為」二〇五頁。

(33) 現在の逆求償をめぐる法状況については、潮見佳男「不法行為法」(信山社、一九九九年)三六七—三六八頁参照。

(34) 使用者から被用者への求償を信義則を理由に制限した判例として、最判昭和五一年七月八日民集三〇巻七号六八九頁参照。

【追記】本稿は、平成一八年一月四日開催の広島県看護協会「シリーズ医療安全管理」の「リスクマネジメントの関連法規」における報告原稿をもとに大幅な加筆修正を行ったものである。同協会の堀佳代子看護師には極めて有益な助言を多数賜った。記してお礼申し上げる。