

9002200

1970年代以降の看護婦の法的責任に関する日米比較

課題番号 10672195

平成10年度・11年度科学研究費補助金
基盤研究(C)(2)研究成果報告書

平成12年3月

研究代表者 良村貞子

(旭川医科大学医学部看護学科 教授)

平成 10・11 年度科学研究費補助金 基盤研究 (C) (2) 研究成果報告書

- I 課題番号 10672195
- II 研究課題 1970年代以降の看護婦の法的責任に関する日米比較
- III 研究組織 研究代表者 良村貞子 (旭川医科大学医学部看護学科 教授)
研究分担者 佐藤洋子 (北海道大学医療技術短期大学部 助教授)
[平成 10 年度]
研究分担者 平塚志保 (北海道大学医療技術短期大学部 助手)

IV 研究経費

平成 10 年度	900 千円
平成 11 年度	1,200 千円
計	2,100 千円

V 研究発表

良村貞子：

助産婦の資格および業務に関する日米比較

—ウィスコンシン州を参考に—

北海道大学医療技術短期大学部紀要, 11 号, 49—57, 1998.

Legal Responsibilities of Nurses in Japan

—Through Recent Law Cases—

看護総合科学研究会誌 2 巻 1 号, 48—55, 1999.

佐藤洋子：

情報共有化に伴う看護上の課題；看護記録の法的地位と

開示に伴う検討事項

ナーシングレコード, 7, 13—16, 1999.

看護部が知っておくべき医療訴訟の知識とその防止策

日総研出版, 191—237, 1999.

目 次

緒言	・ ・ ・ ・ ・	1 頁
I. 日本における看護職の職務内容に関連する法	・ ・ ・ ・ ・	2 頁
II. アメリカの州看護婦実務法	・ ・ ・ ・ ・	4 頁
—ウィスコンシン州を参考に—		
III. 日本における看護職が関与した医療事故判例	・ ・ ・ ・ ・	13 頁
IV. アメリカ各州における看護職が関与した医療事故判例	・ ・ ・ ・ ・	33 頁

資料

1. 助産婦の資格および業務に関する日米比較	・ ・ ・ ・ ・	64 頁
—ウィスコンシン州を参考に—		
北海道大学医療短期大学部紀要, 11 号, 49—57, 1998.		
2. Legal Responsibilities of Nurses in Japan	・ ・ ・ ・ ・	73 頁

—Through Recent Law Cases—

看護総合科学研究会誌 2 巻 1 号, 48—55, 1999.

緒言

平成 11 年は年明けから、看護職が関与した医療事故報道が多くみられた。何故このように医療ミスが相次ぐのかと、看護職自身も一般市民も疑問を持った。このような事実は非常に残念なことであるが、まず医療を担っている者は人間であり、人間は当然ミスを犯すものとの前提に立っての検討が必要であろう。無論、医療者は医療法に明記されているように、人の生命の尊重を第一優先し、医療ミスのような生命や身体（心理面も含む）に損傷を与えることがあってはならない。しかし、このように医療事故が頻発する事実をふまえ、人間は誤りをするものとの前提にたった現実的な対応をしなければならない。特に、医療者の一員である看護職は、患者に接する時間が長く、実際的なケア、医療処置を担うことが多い。そこで、看護職は、いかに人為的な誤りを少なくするかを、事例毎、詳細に検討する必要がある。

本研究は、1970 年代以降の看護婦の法的責任に関する日米比較を行なったものである。研究代表者は平成 4 年から 5 年にかけて、科学研究費助成金 [一般研究 (C)] を受け、民事判例における看護職の業務上の注意義務を日米の比較で行なった。本研究は、その後の日米の裁判例および法令の変遷を明らかにし、現在、看護婦にはどのような法的責任が課せられているのかを明らかにするものである。

1970 年代は、アメリカの各州において看護婦実務法に専門的看護実務内容 (Nurse Practitioner などの職務内容) が規定され始めた時代である。それ以降の看護教育の高度化、専門化と相俟って、各州の看護実務法はその実態を反映する詳細な規定となっている。他方、日本の昭和 23 年に制定された保健婦助産婦看護婦法の看護婦の義務内容には変化がみられない。これは日本の法制度の特徴でもあるが、医療法が平成 4 年に大改正にしたことに比し、実際の看護業務と必ずしも合致していない点は問題である。

本研究では、まず、日米の看護職の業務内容に関連した法律の規定を検討する。

次に、1970 年以降の裁判例の分析をもとに、両国において、看護職が果たすべき注意義務の類似点と相違点を、判例毎に明らかにする。

各節とも十分な考察ができたとは言えないが、本研究成果が、今後の看護職の発展に寄与できれば幸いである。

I. 日本における看護婦の職務内容に関連する法

1. 医療法の改正（平成4年）

第1条の2「医療提供の理念」

医療は、**生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。**

2. 保健婦助産婦看護婦法（昭和23年制定、法律第203号）による看護職の業務内容

第2条「保健婦の定義」

「保健婦」とは、厚生大臣の免許を受けて、保健婦の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする女子をいう。

第3条「助産婦の定義」

「助産婦」とは、厚生大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導をなすことを業とする女子をいう。

第5条「看護婦の定義」

「看護婦」とは、厚生大臣の免許を受けて、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なすことを業とする女子をいう。

第37条「医療行為の禁止」

保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合の外、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をな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恐れのある行為をしてはならない。但し、臨時応急の手当をなすことは差し支えない。

1と2を比較すると、医療法では、看護婦の職務内容が、保健婦助産婦看護婦法に規定されている「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」にとどまらず、「その内容は・・疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」と規定されており、少なくとも健康人に対するケアも含むと解釈できる。これは、包括医療の概念と一致するものであり、昭和23年制定の保健婦助産婦看護婦法は、現在、看護婦が行なっている業務内容を制限するものであって、実質的な内容を必ずしも規定していないと言える。今後、平成4年に改正された医療法の規定と整合性を持つ、早急な保健婦助産婦看護婦法の改正が望まれる。

[看護職の法的責任]

①民事責任

損害賠償責任（金銭的解決）：財産的損害、精神的損害（慰謝料）使用者（病院、
公務員なら国または自治体）責任が問われることが多い

②刑事責任

業務上過失致死罪など（懲役、禁錮、罰金）個人の責任追及
民事責任より重大な不注意があった時のみ負わされる

③行政上の責任

保健婦助産婦看護婦法（免許の取り消し、業務の一時停止）

[医療事故発生時の看護婦の過失が問われる際の法的な考え方]

行為 ————— 結果

因果関係

過失（不注意）があったとするには、行為時に注意義務違反がなければならない

予見可能性、予見義務：関連した被害の予測可能性

結果回避義務：看護水準（事故当時の看護水準、医療水準）

II. アメリカの州看護婦実務法

ーウィスコンシン州を参考にー

1. 登録看護婦及び実務看護婦の業務基準

本法令は、Wisconsin Statutes and Administrative Code, Rules of the Board of Nursing, Chapter N 6: Standards of Practice for Registered Nurses and Licenses Practical Nurses に基づく。

第1条 [根拠と目的]

本章は、15. 08(5) (b)、227. 11、441. 11(3)および(4)の各項を根拠として定められ、専門的および実務看護に関する法令上の定義を明らかにするものである。

1項 本章に規定する看護委員会の目的は、登録看護婦および実務看護婦の職責に関し、最低の業務基準を定め、それらの職務範囲を明らかにすることである。

第2条 [定義]

本章では、以下のように定義する。すなわち、

1項 「看護の基礎ケア」は、定義づけられた看護手順に従い、患者の反応を予測してなされる最小限の修正を含む、実施可能なケアを意味する。

2項 登録看護婦、医師、足病治療者、または歯科医師により判断される「基本的患者状況」は、与えられた状況のもとで、同時に生じている以下の3つの状況を意味する。すなわち、

(a) 患者の臨床的状況が予測できること、

(b) 医療または看護指示の頻回な変更、および複雑な修正がないこと、および

(c) 患者の臨床的状況が、看護の基礎ケアのみを必要とすること。

3項 登録看護婦、医師、足病治療者、または歯科医師により判断される「複雑な患者状況」は、与えられた条件のもとで、一つまたはそれ以上の以下の状況が存在することを意味する。すなわち、

(a) 患者の臨床的状況が予測できないこと、

(b) 医療または看護指示の頻回な変更、あるいは複雑な修正を伴う傾向にあること、または、

(c) 患者の臨床的状況は、看護ケアに対する患者の反応が予測困難な場面において、その看護手順の修正を必要とする傾向にあること。

4項 「委譲された医療行為」は、医師、歯科医師、または足病治療者によって、登録看護婦、または実務看護婦に対して委譲された行為を意味する。

5項 「委譲された看護行為」は、登録看護婦によって、実務看護婦または看護助手 (less-skilled assistant) に対して委譲された行為を意味する。

6項 「直接的監督」は、他の者の実務を直接かつ継続的に、調整、監督および検査する

ことが直ちに可能であることを意味する。

7項 「総合的監督」は、他の者の実務を定期的に、調整、監督および検査することを意味する。

8項 「看護診断」は、看護ケア・プランを立案するために、實際上または潜在的健康ニーズに関する患者の看護アセスメント後の、登録看護婦による判断を意味する。

9項 「患者」は、報酬の支払いを伴う看護サービスを実施する、登録看護婦または実務看護婦によるケアを受ける人を意味する。

10項 「プロトコール」は、治療方法に関し、正確かつ詳細に書かれたプランを意味する。

11項 「R. N.」は、法令 441 章のもとで資格を付与された登録看護婦を意味する。

12項 「L. P. N.」は、法令 441 章のもとで資格を付与された実務看護婦を意味する。

第3条 [登録看護婦の業務基準]

1項 一般的看護手順

登録看護婦は、健康維持、疾病の予防、または療養上のケアにおいて、一般的な看護手順の実施の際、看護過程に依らなければならない。同看護過程は、アセスメント、計画立案、介入および評価の各要素から成り立つ。この業務基準は、以下の看護過程の各要素の実施を通じて実現される。すなわち、

- (a) アセスメント：アセスメントは、正確な看護診断を行う上での、患者の健康状態に関するデータの系統的かつ継続的な収集および分析である。
- (b) 計画立案：計画立案は、看護診断から導きかれる看護目標および優先順位を含む、患者に対する看護ケア・プランを作成することである。
- (c) 介入：介入は、直接的なケアの実施、または実務看護婦あるいは看護助手に委譲された指示的監督的看護行為による、ケア・プランの遂行に向けた看護行為である。
- (d) 評価：評価は、看護診断の修正に至る、看護目標の達成に向けた患者の健康状態の回復または未回復についての判断である。

2項 委譲された医療行為の実施

委譲された医療行為の実施において、登録看護婦は以下のことを行わなければならない。すなわち、

- (a) プロトコール、または書面あるいは口頭指示がある場合にのみ、これらの委譲された医療行為の実施、
- (b) 登録看護婦が彼らの看護教育、訓練または経験を基礎とする行為をなす能力がある場合にのみ、これらの委譲された医療行為の実施、
- (c) 委譲された医療行為が患者に危害を生ずる恐れがあることを、登録看護婦が知り、または知らなければならない場合の、医師、歯科医師または足病治療者への相談、および

(d) 医師、歯科医師または足病治療者の総合的監督あるいは指示のもと、委譲された医療行為の実施。

3項 委譲する看護行為の監督および指示

登録看護婦は、委譲する看護行為の監督および指示において、以下のことを行わなければならない。すなわち、

- (a) 被監督者の教育の準備状況および遂行能力に適合する職務の委譲、
- (b) 被監督者への指示および助言の提供、
- (c) 被監督者の活動の観察および監視、ならびに
- (d) 監督下に実施された行為の有効性の評価。

第4条 [実務看護婦の業務基準]

1項 基本的患者状況における行為の実施

実務看護婦は、基本的患者状況における行為の実施の際、登録看護婦の総合的監督、または医師、足病治療者あるいは歯科医師の指示のもとで、以下のことを行わなければならない。すなわち、

- (a) 実務看護婦が遂行する能力を有する分担範囲での患者ケアの実施、
- (b) 看護の基礎ケアの提供、
- (c) 指示された看護ケアの記録、および適切な医療職への患者状況の変化の報告、
- (d) 委譲された看護または医療行為が患者に危害を生ずる恐れがあることを、実務看護婦が知り、または知らなければならない場合の、登録看護婦、または医師への相談、および
- (e) 適用可能である以下の行為の実施。すなわち、
 - 1. データ収集の補助、
 - 2. 看護ケア・プランの立案および修正の補助、
 - 3. 登録看護婦、医師、足病治療者または歯科医師が行った指導の補佐、および基本的ヘルス・ケア指導の提供、または、
 - 4. 基本的患者ニーズに関し、他のヘルス・チーム・メンバーとの協議。

2項 複雑な患者状況における行為の実施

複雑な患者状況における行為の実施の際、実務看護婦は、以下のことを行わなければならない。すなわち、

- (a) 登録看護婦、医師、足病治療者または歯科医師の総合的監督のもとで、第1項に定められた諸基準への適合、および
- (b) 登録看護婦、医師、足病治療者または歯科医師の直接的監督のもとでの、看護の基礎ケア以上の、委譲された看護または医療行為の実施。実務看護婦は、看護委員会の求めに従い、その分担範囲を適切に遂行するために必要な、その看

護教育、訓練または経験に関する書類を提出しなければならない。

3 項 ナーシング・ホームにおける受け持ち看護婦の責務

法令 50.04 2 項 (b) に定義されているように、ナーシング・ホームにおける受け持ち看護婦の職務の引き受けにあたり、実務看護婦は、以下のことを行わなければならない。すなわち、

- (a) 登録看護婦により作成され承認された書面による、プロトコールおよび手順に従うこと、
- (b) 登録看護婦の総合的監督のもとでの、実務看護婦および看護補佐職員の看護ケアならびにその他の活動を管理し指示すること、および
- (c) 以下の場合にのみ、受け持ち看護婦の職務を引き受けること。すなわち、実務看護婦の看護教育を基礎とする受け持ち看護婦の分担範囲を、十分な能力を有して実施する準備がある場合で、これには基本的実務看護婦カリキュラムに含まれない責任に対する教育、訓練、または経験、あるいは教育または訓練における積極的な活動を含む。

5 条 基準違反

実務に関する基準違反は、非専門職に反する行為または違法行為をいい、看護委員会 は、免許の制限、停止、取り消し、あるいは免許更新の拒否、または登録看護婦あるいは実務看護婦に懲戒処分をすることができる。

2. 高等プラクティス・ナース薬剤処方者に関する規定

本法令は、Wisconsin Statutes and Administrative Code, Rules of the Board of Nursing, Chapter N 8 : Certification of Advanced Practice Nurse Prescribers に基づく。

第 1 条 [根拠と目的]

- 1 項 本章における規定は、法令 15.08 (5) (b)、227.11 (2) および 441.16 の規定、ならびに法令 441.16 の解釈に従って定められている。
- 2 項 本章の規定を定める看護委員会は、以下の行為を目的とする。すなわち、①登録看護婦が高等プラクティス・ナースと呼称するのに必要な教育、訓練または経験を定めること、②高等プラクティス・ナースが処方指示を発行するための資格に必要な教育、訓練、および試験を定めること、③高等プラクティス・ナースが処方指示を発行する権限の範囲を定めること、④高等プラクティス・ナース薬剤処方者が処方しえない薬剤の種類、個別の薬剤、または薬用品類を定めること、⑤登録看護婦が、高等プラクティス・ナース薬剤処方者によって処方された、または

指示された薬剤を管理するうえでの条件を定めること、⑥継続教育の諸要件を含む、処方指示発行資格の維持手続きを定めること、および、⑦高等プラクティス・ナース薬剤処方者に必要とされる医療過誤保険の最低額を定めること。

1995年2月法律第470号制定、1995年3月1日より発効

第2条 [定義]

本章では、以下のように定義する。すなわち、

- 1項 「高等プラクティス・ナース」は以下の資格を有する登録看護婦を意味する。すなわち、
 - (a) 登録看護婦は、ウィスコンシン州での専門看護を行うための、現在有効な免許を有すること、
 - (b) 登録看護婦は、ナース・プラクティショナー、有資格看護婦—助産婦、有資格登録看護婦麻酔師、または臨床専門看護婦として、同委員会が承認した全米レベルの資格認定団体による現在有効な免許を有すること、および
 - (c) 1998年7月1日以降、ナース・プラクティショナー、有資格看護婦—助産婦、有資格登録看護婦麻酔師、または臨床専門看護婦としての全米レベルの免許を有し、本章に基づく薬剤処方資格申請者である登録看護婦は、大学所在地の看護教育委員会が承認した地域認定機関によって認められた大学の付与する看護学、または関連する健康分野の修士の学位を有すること。
- 2項 「高等プラクティス・ナース薬剤処方者」は、法令 441.16(2)項のもと、処方指示発行資格を付与された高等プラクティス・ナースを意味する。
- 3項 「委員会」は、看護委員会を意味する。
- 4項 「臨床薬理学および臨床治療学」は、問診、既往歴、フジィカル・アセスメント、検査の選択および評価、病理学、疫学、診断理由、症状の識別、治療決定、ケース評価、および非薬理学的介入を通じ、これらに基づいて臨床的判断、および意思決定をすると同様に、個別の薬剤および薬剤の種類の違い、薬剤の適応および禁忌、薬効、薬剤の副作用および相乗効果を判断することを意味する。
- 5項 「共同」は、二人以上のヘルス・ケア・プロフェッションが共働する過程を通じ、必要に応じてその共働者の協力を求め、一人の専門家がその専門領域で提供する以上の包括的なケアの作用を意味する。
- 6項 「ヘルス・ケア・プロフェッション」は、法令 180.1901(1m)項のもとで規定されたものを意味する。
- 7項 「患者のヘルス・ケア記録」は、法令 146.81(4)項のもとで規定されたものを意味する。

注：[法令 146.81] (4)項

「患者のヘルス・ケア記録」は、法令 146. 82 (2) (d) および (3) (c) 項で規定されている記録を含む、ヘルス・ケア提供者の管理による、または管理のもとで、準備された患者の健康に関する全ての記録を意味するが、以下の諸記録を除く。すなわち、法令 59. 30 項に従う諸記録、法令 69. 186 のもとで収集された報告書、法令 48. 296 (4)、252. 15 (2) (a) 7, 343. 305 または 968. 38 (4) 項のもとで管理された検査諸記録、法令 146. 817 (1) のもとで定義された胎児監視記録、または法令 118. 125 のもとで学校によって管理されている児童の身体的健康記録。

3条：[高等プラクティス・ナース薬剤処方者の資格要件]

処方指示の発行資格を新規に申請する者は、以下の全規定要件を満たす場合に、看護委員会により資格を付与されるものとする。

申請者は、

- 1項 ウィスコンシン州において、専門看護婦として実務を行う、現在有効な免許を有すること、
- 2項 ナース・プラクティショナー、有資格看護婦一助産婦、有資格登録看護婦麻醉師、または臨床専門看護婦として、看護委員会が承認した全米レベルでの資格認定団体による現在有効な免許を有すること、
- 3項 1998年7月1日以降、ナース・プラクティショナー、有資格看護婦一助産婦、有資格登録看護婦麻醉師、または臨床専門看護婦としての全米レベルの免許を有し、本章に基づき薬剤処方資格を申請する者は、大学所在地の看護教育委員会が承認した地域認定機関によって認められた大学の付与する看護学、または関連する健康分野の修士の学位を有すること、
- 4項 処方指示発行の資格申請に先立つ3年以内に、臨床薬理学、および臨床治療学について少なくとも45時間の学習を修了していること、および、
- 5項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者に対する法規試験に合格していること。

4条 [申請手続き]

高等プラクティス・ナース薬剤処方者として実務を行うための資格申請者は、看護委員会の定めた様式に基づき、公的に証明された書類を提出しなければならない。申請書類は以下の内容を含まなければならない。すなわち、

- 1項 申請者の署名、
- 2項 法令 440. 05 (1) 項に定められた費用、
- 3項 ナース・プラクティショナー、有資格看護婦一助産婦、有資格登録看護婦麻醉師、または臨床専門看護婦として、看護委員会が承認した全米レベルでの資格認定団体によって付与された現在有効な免許を有することの証明書、
- 4項 1998年7月1日以降、ナース・プラクティショナー、有資格看護婦一助産婦、有資

格登録看護婦麻酔師、または臨床専門看護婦としての全米レベルでの免許を有し、本章に基づき薬剤処方資格を申請する者は、大学所在地の看護教育委員会によって承認された地域認定機関の認める大学が発行する看護学、または関連する健康分野の修士課程修了証書、および

- 5項 処方指示発行の資格申請に先立つ3年以内に、臨床薬理学、および臨床治療学について、少なくとも45時間の学習を修了していることを示す証明書。

5条 [継続教育]

- 1項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、その実務範囲に関連する臨床薬理学および臨床治療学を、1年に少なくとも平均8時間の学習を修了している証書を看護委員会に提出しなければならない。
- 2項 前項の要件をみだす継続教育の修了証書は、高等プラクティス・ナース薬剤処方者を認定する全米レベルの資格認定団体によって定められた継続教育時間に従って規定されたスケジュールに基づき、看護委員会に提出しなければならない。

6条 [処方制限]

高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、

- 1項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者の教育、訓練または経験によって示された能力に適合した処方指示のみを発行することができる。
- 2項 管理薬剤第I表に関し、処方指示を発行することはできない。
- 3項 アンフェタミン(覚醒剤)、交感神経刺激アミン剤、または法令 161.16(5)項に定める管理薬剤第II表の複合薬剤を、処方、調剤、または管理することはできない。但し、以下の場合はこの限りではない。すなわち、
- (a) 癌性疼痛の治療のためのオピオイド鎮痛剤に併用する場合、
 - (b) ナルコレプシー(居眠り病)の治療、
 - (c) 緊張過敏症の治療、
 - (d) 薬剤誘導型の脳機能障害の治療、
 - (e) てんかんの治療、および
 - (f) 他の治療方法で回復が困難なうつ病の治療。
- 4項 競技選手の運動能力を高める目的、または他の治療以外の目的で、筋肉増強剤を処方、指示、調剤、または管理することはできない。
- 5項 法令 441.16(3)(c m)により、登録看護婦または有資格プラクティカル・ナースが管理する薬剤の処方または指示に際し、高等プラクティス・ナース薬剤処方者が処方指示を適切に発行する資格を有する証明書を、同看護婦およびその処方箋または指示書が実施される施設の管理者に対し提示しなければならない。

7条 [処方指示]

- 1項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者によって発行される処方指示には、以下の内容が記載されなければならない。すなわち、
 - (a) 発行日、
 - (b) 患者の氏名および住所、
 - (c) 高等プラクティス・ナース薬剤処方者の氏名、住所および職場の電話番号、
 - (d) 使用方法を含む、処方された薬剤名または薬用品名ならびに量、および
 - (e) 高等プラクティス・ナース薬剤処方者の署名。
- 2項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者によって発行される管理薬剤に関する処方指示は、同プラクティショナーの管理薬剤番号を含み、インクまたは消去不可能な鉛筆、あるいはタイプにより記載されなければならない。

8条 [医療過誤損害賠償保険の補償範囲]

- 1項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、少なくとも法令 655.23(4)に規定された金額の医療過誤損害賠償保険に加入しなければならない。
- 2項 処方指示を発行する資格を有する高等プラクティス・ナースは、前項に定める医療過誤損害賠償保険に加入している証拠を、看護委員会に毎年提出しなければならない。

9条 [調剤]

- 1項 本条第2項に規定する場合を除き、高等プラクティス・ナース薬剤処方者の調剤は、薬剤製造業者または卸売業者が直接包装をして供給する無料のサンプルに限定されなければならない。
- 2項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、治療を受ける診療所が最も近い薬局から少なくとも30マイル離れている場合には、患者に対する薬剤を調剤することができる。

10条 [ケース・マネージメントおよび他のヘルス・ケア専門職との協力]

- 1項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、現代のコミュニケーション技術を使用して患者とのコミュニケーションを図らなければならない。
- 2項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、現代のコミュニケーション技術を使用して、少なくとも医師一人を含む他のヘルス・ケア専門職と協力を進めなければならない。
- 3項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、他のヘルス・ケア専門職に対し、患者のヘルス・ケア記録に関する照会を促進し、また、患者が他のヘルス・ケア

専門職に対し、同記録を照会する権利のあることを、患者に伝えなければならない。

- 4項 高等プラクティス・ナース薬剤処方者は、ケース・マネージメントの促進、および共同管理の改良を行うために、他のヘルス・ケア提供者に対し、診断、手術歴、アレルギー、および最近の治療内容を含む、患者のヘルス・ケア記録の要約を提供しなければならない。
- 5項 看護委員会は、相互教育の機会および利用可能なコミュニケーション・ネットワークに関し、高等プラクティス・ナースへの通知を含む、高等プラクティス・ナース、医師、および他のヘルス・ケア専門職間のコミュニケーションおよび協力を推進しなければならない。

Ⅲ. 日本における看護職が関与した医療事故判例

1. 安全管理

1) 人工呼吸器および気管カニューレの管理に関する事故

①人工呼吸器

昭和 62 年 1 月 30 日大阪地裁判決、昭和 55 年 12 月 19 日事故発生

人工呼吸器の蛇管がはずれたため死亡した患者の夫が、担当医および看護婦らは警報器付きの人工呼吸器を使用するか、蛇管の装置を十分に監視すべき注意義務があり、これを怠ったため患者が死亡したとして、医師らの使用者である県に対し、損害賠償を求めた事件である。(判例タイムズ 651 号 187-192 頁。)

53 歳の女性患者 A は、重症筋無力症、脳幹部障害等との診断にて、昭和 55 年 10 月 7 日、Y の経営する病院に入院した。A は呼吸困難のため、同月 13 日に気管切開を受け、咽喉部装着の人工呼吸器を使用していた。付き添っていた A の夫 X は、同年 12 月 19 日午前 0 時 10 分頃、人工呼吸器の蛇管が上部接続部分ではずれているのを発見したので、それを接続し、その後面会室で喫煙後、同 17 分頃帰室した。X は人工呼吸器の蛇管を取り替えようとして A の異常に気づき、30 分頃看護婦に通報した。結局、裁判所は、人工呼吸器の蛇管がはずれたために呼吸困難となり、A が死亡したとの認定した。しかし、看護婦が X に対し、看護婦の代わりに蛇管の交換を認めたり指示した事実はなく、1 度 X が一人で蛇管を交換していたのを見た看護婦が X を注意したことがあり、X はその接続部分のはずれを認め、これが重大であると知りながら自ら確実に接続することを怠ったとした。したがって、X が勝手に交換接続することまで予想して、その接続が十分か否かを監視する義務はなく、使用者である Y がこれを指導する義務およびこのような事故に備え警報器付きの人工呼吸器を使用する法的義務もないとして、X の請求を棄却した。

「解説」

本件では、誰に人工呼吸器の蛇管の管理を行なう義務があるかが論点となっている。裁判所は、当然に医師および看護婦の業務であり、看護婦が人工呼吸器の管理を行っていたとし、看護婦は付き添っていた夫 X にその業務の委任を行なっていなかったと判断した。ここでは、X が勝手に蛇管を交換しているのを看護婦が注意していた経緯も、この判断の基礎となっていると言えよう。この点は適切である。したがって、X は蛇管のはずれを発見した後、自ら蛇管を接続するのではなく、直ちに医療者すなわち看護婦に報告すべきであったとの判断が前提となっている。この判断は妥当である。

ところで、本件のように家族が付き添っている場合、看護婦が家族に医療行為を指導・監督することもなくはない。例えば、吸引などである。本件では、看護婦は家族に医療行為につき、指導・監督を行なっていないので問題とはならなかったが、今後、家族が医療行為を代行している場合、看護婦および医師の指導・監督責任が問われる可能性がある。

②気管カニューレ：小児

平成5年12月24日神戸地裁判決、平成4年11月19日事件発生

人工呼吸器を使用していた4歳の先天性代謝異常（アイセル病）の男児の両親が、看護婦の観察や処置に過失があったとして、その病院開設者に対し損害賠償請求をした事例。

（判例タイムズ868号、231-234頁。判例時報1521号、104-106頁。）

生後8ヶ月頃からアイセル病院に罹患したAは入退院を繰り返していたが、呼吸困難を伴うようになったことから、平成3年11月にY病院に入院した。Aはナースセンター前の個室で人工呼吸器を装着したまま療養を続けるようになった。同呼吸器にはAが動いたり、身体から外れたりした場合にはアラームがなるようになっていたが、入浴時にはアラームをオフにして人工呼吸器をはずしていた。平成4年11月19日午前、Aは看護婦らにより入浴させられたが、入浴終了後、看護婦らはアラームをオフにしたまま、人工呼吸器をAに装着したため、その後、人工呼吸器が外れたのを気づくのが遅れ、Aは呼吸困難となり、同日午後0時10分、呼吸不全で死亡した。

本件事故の約3ヶ月前にも人工呼吸器がAの身体からはずれ、チアノーゼ症状を呈する事故があったが、この時も人工呼吸器のアラームのスイッチがオフにされていた。この事故の翌日、主治医と看護婦長がAの両親に謝罪した。この際、主治医らは今後はアラームのスイッチは切らないようにすると述べた。しかし、その数日後、再びアラームのスイッチがオフにされていたことがあり、母が看護婦に注意を促した。

裁判所は、人工呼吸器がAの身体からはずれるとAの生命自体が脅かされる状況にあったのであるから、担当看護婦が負っていた人工呼吸器のアラームのスイッチを入れておくべき注意義務は、極めて重大かつ基本的な義務であるとともに、わずかの注意さえ払えばこれを履行することができる初歩的な義務とした。しかし、本件では担当看護婦がこの注意義務を怠ったのであるから、それ自体で重大な過失があったというべきであるが、さらに以前にも同様の事故があり、病院側も本件事故が生ずる可能性を十分認識し得たにもかかわらず、再び本件事故を惹起したものであるから、その責任は重大であると判断した。裁判所はYに対し総額1,500万円の支払いを命じた。

「解説」

本件の場合、初歩的なミスであったとの認定が特徴的である。過去2回の同様なミスが発生しており、医師および看護管理者も本件の事故発生の可能性は十分に認知していたと言える。このように3度の度重なる事故の結果に対する病院の責任は重いといわざるを得ない。この点の裁判所の判断は妥当である。

医療者には、どのようにしてこのような事故を防ぐ方策を持つかが問われていると言えよう。

③気管カニューレ：大人

平成8年3月11日神戸地裁姫路支部判決、平成2年12月10日事件発生

気管カニューレが移動し、換気障害を起こして死亡した27歳Aの家族が、医師および看護婦の観察や処置に過失があったとして、その病院開設者に対し損害賠償請求をした事例。(判例タイムズ915号、232-240頁。)

27歳Aがウイルス性脳炎の疑いで、平成2年11月30日にY病院に入院した。担当内科医師Bは、Aの臨床所見および検査結果から単純ヘルペス脳炎と診断した。B医師はAが錯乱状態にあったので、鎮痛剤と筋弛緩剤を投与してAの自発呼吸を抑制し、経口的気管内挿管の方法でチューブを人工呼吸器に接続して呼吸管理を行ない、同時に抗ウイルス剤を投与して治療した。同年12月7日、耳鼻科医師CがAに対し気管切開術を行ない、切開部に挿入したカフ付きカニューレを人工呼吸器に接続して人工呼吸管理を続けた。同人工呼吸器には、自発・強制を問わず、2呼吸間の時間が15秒以上となった場合に鳴り始める無呼吸アラーム(警報装置)が設置されていた。

同月10日午前11時過ぎ、看護婦DとEがAの病室を訪れ、Aのベッドを移動させてAの身体の清拭作業を行ない、E看護婦が退室した。午前11時15分頃、Aの人工呼吸器のアラームが鳴り出し、その場に居合わせたD看護婦によって、同カニューレが正常な装着状態でないことが確認された。D看護婦は、同カニューレを正常な位置まで挿入しようと試みたが、カニューレの翼が皮膚に密着するまでの挿入ができず、同カニューレは皮膚から1ないし2cm浮いた状態であった。同看護婦は、この状態のまま右カニューレを人工呼吸につないだが、再度アラームが鳴った。Aの口唇に軽いチアノーゼが発現していた。次いで、同看護婦は、同カニューレを通じてのアンビューバック(蘇生用送気球)による用手換気を始めたが、Aの換気障害は改善されなかった。そのため、同看護婦はAの口にマスクをセットし、アンビューバックによる口からの用手換気を始めたが、Aの換気障害は改善されなかった。

急を聞きつけたF医師は病室に駆けつけ、先のD看護婦が確認したのと同様に、本件カニューレの翼が定位置にないこと、およびAの口周囲に軽いチアノーゼが発現しているのを確認し、同カニューレに管を通して1ないし2ccの痰を含む分泌物を吸引した。そのうえで、同カニューレを通じてのアンビューバックによる用手換気を行なったが、Aの換気障害は改善されなかった。その間に、F医師は同用手換気を100%酸素で行なうように指示した。その後、F医師は、再度同カニューレの再挿入を試みたが、同カニューレはその翼が皮膚から約1cm浮き上がったままで完全に挿入することができず、依然浮き上がった状態であった。C医師は午前11時25分頃病室に駆けつけ、カニューレの翼が正常位置にないことを確認し、また、Aにチアノーゼが発現していることから、低酸素状態にあるものと判断し、カニューレの挿入を試みたところ正常な位置に挿入され、これによりAの換気状態が改善され、午前11時31分頃カニューレが人工呼吸器につながれた。しかし、

その後、A の心機能の低下が生じ、駆けつけた B 医師らによって同 35 分頃から、心マッサージ等の蘇生術が施されたが、A の心機能は回復することなく、午後 2 時 3 分死亡した。

裁判所は、A の死因は何らかの原因によりカニューレが浮き上がり、気管から抜け出す状態になって無酸素状態に陥ったことにあると認定したうえ、医師および看護担当者がカニューレ装着患者に関する注意義務を怠ったとして、医師または医師を含めた同病院の看護担当者の管理上の過失を肯定し、Y に対し総額 900 万円の損害賠償の支払いを命じた。

「解説」

本件のような気管切開しカニューレ装着による人工管理がなされる場合、患者の体動、自発呼吸および咳嗽やファイティング現象（人工呼吸器による器械呼吸と自発呼吸の不一致から生ずるしゃっくり様の症状。分泌物吸引など器械的刺激後に生じやすい）など、患者自身の行動、あるいは体位変換や切開部のガーゼ交換や吸痰など、医療行為に伴う原因でカニューレが移動する可能性が存在する。加えて、気管切開後 1 週間以内は切開孔の肉芽形成が不十分で、カニューレが極めて抜け落ちやすく、切開孔がふさがりやすい可能性がある。したがって、医師ならびに看護婦はこのような患者のカニューレが正常位置から移動しないように、同翼に固定紐を通して固定し、緩みがないように常時注意する義務を負う。

本件患者 A においても、ファイティング現象が存在し、毎日身体清拭、切開部のガーゼ交換、2 時間毎の体位交換および吸痰などの医療行為により、カニューレ移動の可能性が存在した。これに対し、同病院では、人工呼吸器装着患者のベッド移動の際には、2 人で行なうことや、呼吸器がはずれないように注意する旨の具体的指示をなし、患者 A のカニューレのカフを膨らませることにより、自然抜去を防いでいたと主張した。裁判所は、本件カニューレが正常位置から移動する可能性を認め、医師がカニューレの翼に固定紐を通して移動を防ぐ措置をせず、カフを膨らませた事実のみでは偶発的に生じ得るカニューレ移動の予防に不適切などころがあったと推認し、医師の過失を認めた。

ところで、本件カニューレの移動原因に関しては、看護婦による清拭時のベッド移動に起因したとの原告の主張を、裁判所は証拠不十分を理由に認めなかった。しかし、本件のようにカニューレが正常な位置から移動する可能性が存在する場合、看護担当者は常時カニューレが正常な位置から移動しないように管理する注意義務を負う。特に、本件のようにベッド移動や看護行為中、あるいはその直後において、偶発的にカニューレ抜去事故が生じやすい。このような場合、容態観察により異常を予防、ならびに早期発見し対処することは極めて基本的な看護上の注意義務に含まれよう。この点、裁判所は患者 A のカニューレの移動が偶発的に発生したとしても、看護担当者の呼吸管理上の不適切さがあったと推認し、その過失を肯定したと言える。

【佐藤洋子：「1996 年医事法関係重要判決紹介」 気管カニューレが移動し、換気障害を起こして死亡した事例、年報 医事法学、12、124-129、1997。】

2) ベッドからの転落

①小児

平成6年9月28日宇都宮地裁判決、平成元年10月25日事件発生

入院中の3歳児がベッドから転落死したのは、看護婦がベッドの安全柵を完全にセットしたか否か確認することなく病室を離れたことによるとして、患児の母が看護婦と使用者である病院を被告として損害賠償を求めた事例。(判例時報1536号、93-99頁。)

3歳5ヶ月の男児Aは昭和63年4月5日、上腹部悪性腫瘍(神経芽細胞腫)でY₁病院に入院し、同年7月5日、右副腎神経芽細胞腫摘出術を受けたが、その後数回入退院を繰り返し、化学療法を受けた後、平成元年10月17日、再度、残存腫瘍摘出のための開腹手術を受けたが、上腹部に腫瘍は認められなかった。Y₂看護婦は、Y₁病院小児科病棟の317号室のAのベット上でAにせがまれ本を読んでいたが、316号室の患者の処置を手伝うために本件ベッドの転落防止安全柵を中断まで引き上げ、316号室へ向かった。その後、まもなく同安全柵が落下し、Aがピータイルの床上で泣いているのが発見された。

裁判所は、Y₂看護婦がAのベッドから離れるに際し、同安全柵を上段にセットし、かつそれが完全にセットされたことを確認すべき注意義務を負っていたとし、また、安全柵が完全にセットされたことを確認すべき方法としては、同安全柵のストッパーロッドがストッパーロッド受けに完全に掛かったことを十分に確認することが必要であった。この点、Y₂看護婦の述べた方法では不十分であり、過失があったと判断した。

事件後、Aの神経芽細胞腫は脳内にも転移していることが判明し、結局、Aの逸失利益の請求を退け、被告らは連帯して慰謝料等総額550万円の損害賠償の支払いを命じられた。

「解説」

本件は、過失を認定された看護婦も被告になっている点に特徴がある。裁判所は、看護婦に、使用者である病院と連帯して損害賠償の支払いを命じた。この点、従来の判例とは異なる。すなわち、多くの判例は看護婦の過失を認定しても、結局、使用者である病院に対し損害賠償の支払いを命じてきた。しかし、本件の場合、看護婦の過失が重大かつ明白であったため、上記のような判断になったものと言えよう。

②大人

平成8年4月15日東京地裁判決、平成2年8月7日事件発生

78歳のパーキンソンの母親が入院中ベッドから転落し、側頭部を床に強打し、くも膜下出血で死亡した事故について、病院の開設者 Y を被告として損害賠償を求めた事例。(判例時報 1588号、117-123頁。)

Xの母 A は平成2年7月11日、心筋梗塞の疑いが強く、絶対安静を要するとして Y の病院に入院した。A は同月29日午後10時55分頃、ベッドから転落して右側頭部を打撲することがあったが、8月7日午前4時頃、A の病室から物音がして、A がベッドと洗面台の間に倒れていた。A は頭部打撲の傷害を負っており、同月15日くも膜下出血で死亡した。

裁判所は、まず A の死因を7月29日に次いで8月7日再度ベッドから転落して頭部を強打したことによるくも膜下出血と認定した。次に、7月29日の転落以降は、A がベッド上に立ち上がり、不安定な歩行により再度ベッドから転落することは予見可能であり、A には軽度の痴呆が認められ、またパーキンソン病のため四肢麻痺が存在するなどの病状、年齢に照らすと、担当医らは A がベッドから転落するのを防止するに有効な措置を講ずる義務があったとした。また、巡回の頻度を多くして A の動静に注意することは、転落防止に必ずしも万全の方法とは言えないが、できるだけ A の身体を自由を拘束せず、危険発生の蓋然性とリハビリの必要性とを調整する、現実的かつ比較的容易な手段であると考えられ、ほかに有効で、かつ弊害のない看護上の通常的手段が認められないことに照らし、さらに X が A の精神安定のために付添いをしており、ある程度 X に A の身体安全について期待できる状況であったことを考慮すると合理的な看護方法として容認できるとした。また、本件においてはこの頻繁な巡回は、担当医師および看護婦らの間で看護方針として取り決められ、患者側からその確実な履行が期待されていたものと考えられ、7月30日以降は、A の看護において安全配慮上の義務になっていた。したがって、看護婦らには上記看護方針に従い、頻繁に巡回し、A の転落による危険発生の防止に関する義務違反があり、医師にはこの義務を履行するための具体的な看護態勢をとる指示監督義務を怠った過失があったとした。本件の場合、病院側は、法的な義務として期待される措置を現実に履行しない場合、適切な看護を受ける期待権を持つ患者に対し、不法行為責任を有するとして、Y に対し慰謝料 200 万円の支払いを命じた。

「解説」

本件は、患者に適切な看護を受ける期待権を認めた点に特徴がある。裁判所は、看護婦および医師に、1度目の転落以後、転落により身体および生命に危険が生じないようにする義務を課し、その過失を認定した。患者の身体状況を勘案し、また1度の転落以降、十分な巡回観察がなされた事実はないとの認定をもとにした本判決は妥当である。

3) 抑制帯

平成7年2月17日東京地裁判決、平成4年6月17日事件発生

高校1年生の自殺念慮のうつ状態の患者が、抑制帯をほどいて首つり自殺をしたことにつき、患者の両親が使用者である都を被告として損害賠償を求めた事例。(判例時報 1535号、95-101頁。判例タイムズ 901号 209-216頁。)

Aは平成4年4月に高校に進学したが、1週間ほどで不登校となり、Yの設置するB病院を受診し、うつ状態と診断された。Aは同年6月4日、自宅でガス自殺を図り、救急車で他の病院に搬送され治療を受けた後、B病院に入院した。Aは入院中の同月17日午前11時過ぎ、散歩兼買い物のため、看護婦の引率のもとに外出したが、ビルの5階から飛び降り自殺を図ったが、取り押さえられた。AはB病院の保護室で鎮静剤を打たれた後も、不穏状態続いたため、医師の指示のもと4本の抑制帯を用いてベッド上で抑制された。その後、看護婦が30分毎に巡回観察をしたが、Aはずっと眠り続けていた。同日午後3時、医師の診察時、Aは眠っており、Aの両手腕に浮腫がみられたので、看護婦2名が3時15分に抑制をやり直した。午後3時30分の巡回観察の際、Aに異常はなかったが、午後4時10分頃、Aが抑制帯の1本を使用して首吊り自殺を図っているのが発見され、心臓マッサージ、酸素吸入等の救急措置が施されたものの、同月19日に脳死状態となり、同21日に死亡した。

裁判所は、Yには事故当日、特に自殺を防止するための十分な監視と周到な看護を尽くす義務を負っていたとした。しかし、保護室への収容については過失を否定した。次に抑制帯の使用であるが、Aの興奮および不穏状態に対応するため、抑制帯使用はやむ得なかったと判断した。しかし、Aの自殺予防のための抑制であったので、Aが目覚めて抑制帯をほどき自殺を図ることは予想できたとした。したがって、患者が1人で抑制帯を容易にほどくことができないように抑制する注意義務があるとし、抑制過程には何らかの問題があるとして、抑制方法に過失があったとした。したがって、裁判所はYに対し、Aの両親に各350万円、総額700万円の支払いを命じた。

「解説」

本件は、Aのような自殺念慮の患者の自殺を防止するための十分な監視と周到な看護を尽くす義務が医療者にあるとした。しかし、保護室への収容についてはその過失を否定し、抑制帯使用はやむ得なかったと判断した。しかし、Aが目覚めて抑制帯をほどき自殺を図ることは予想できたとし、患者が1人で抑制帯を容易にほどくことができないように抑制する注意義務があるとしたうえで、抑制方法に過失があったとした。この点、看護婦の抑制方法の適否に教科書が使用されている点にも注意する必要がある。

本件の場合、看護婦による30分毎の巡回がなされていたが、結局、異常状態の早期発見ができず、抑制帯による自殺が実行された結果につき、裁判所の判断は妥当と言えよう。

2. 採血および注射・点滴に関する事故

1) 採血

平成8年6月28日大阪地裁判決、平成6年3月6日事故発生

准看護婦の献血時の採血のため、注射針の穿刺により内側前腕皮神経を損傷されたとした献血者を被告として、同准看護婦の使用者である病院が、被告の損害賠償請求権の不存在の確認を求めた事例。(判例時報1595号、106-109頁。)

本件は他の事件とは異なり、損害賠償請求権の不存在の確認がなされた事件のため、看護婦の過失に関する医療事故の概要のみを以下に述べる。

本件は、平成6年3月6日献血に応じたAが試験採血の際に、病院勤務の准看護婦Bの過失により内側前腕皮神経を損傷したとするものである。

BはAの左前腕部から2ccの試験採血をすべく、同部位に注射針を穿刺した瞬間、Aは喉から絞り上げるような声で「痛い。痛い。」と言い、Aは左腕の付け根から親指の先端まで激しく疼痛およびしびれ感を感じたこと、その後、400ccの採血を右腕から終了時、一緒に献血に応募したCに、右腕には異常がないが、試験採血をした左腕の疼痛を訴えた。その後、同年3月22日にAを診察した他の病院のD医師が左前腕皮神経損傷と診断した。

裁判所は、献血に際し採血を行なう看護婦には、医師の指示にしたがって献血者の身体に異常が発生しないように、採血の部位や注射器に加える力等に十分に注意して注射針を穿刺すべき注意義務があるとした。しかし、Bは准看護婦の資格を有し、本件事故当時、献血業務に従事して9年目であったこと、BはAに対する試験採血において病院のマニュアルどおりに、Aの左右の腕を見分したうえ、左腕に駆血帯をかけて静脈に注射針を穿刺し採血したこと、試験採血においては、注射針を軽く吸引するだけであること、穿刺予定部位は前腕部尺側（内側）であること、前腕皮神経はそれよりも太い神経繊維の束（太さ1ml程度）からなり、尺側には内側前腕皮神経が皮膚から比較的浅い皮下脂肪層を通過し、静脈周辺から通過する部分もあるところ、注射器の使用による神経の損傷は、橈骨神経、坐骨神経および正中神経に関しては、その部位を予見することによって神経損傷を回避することができるが、前腕皮神経に関しては、静脈のごく近傍を通過している前腕皮神経の繊維網を予見して、その部位を回避し、注射針による穿刺によって損傷しないようにすることは、現在の医療水準に照らし、およそ不可能であると判断した。したがって、Bに過失はないとされた。

「解説」

本件は、准看護婦の採血における注意義務の問題であるが、看護婦にも同様の義務が課せられていると言える。すなわち、医師の指示にしたがって献血者の身体に異常が発生しないように、採血の部位や注射器に加える力等に十分に注意して注射針を穿刺すべきであり、注射器の使用の際には、橈骨神経、坐骨神経および正中神経に関しては、その部位を

予見することによって神経損傷を回避しなければならない注意義務である。これは、採血業務および注射や輸液時の血管確保を行なう場合に、同様に求められる義務と言える。

本件の場合、通常予見できない、前腕皮神経の損傷のため、裁判所が准看護婦に過失がないと判断したことは妥当と言えよう。

2) 注射事故：肝機能検査

昭和 62 年 2 月 20 日札幌地裁判決、昭和 57 年 11 月 22 日事故発生

肝臓機能検査時に死亡した患者の妻と子供が、同検査を指示した医師に、十分な問診を行うべき義務があり、過敏症などの素因のないことを確認する義務があったとして、これらを怠り、さらに薬剤によるショック発症に備え、十分救急態勢を整えておくべきことに過失があったとして、病院に対し損害賠償を求めた事件である。(判例タイムズ 651 号 179-187 頁。)

57 歳の男性 A が、昭和 57 年 10 月 15 日ころ、咽喉ポリープと診断され、同年 11 月 19 日、その切除のためマイクロ手術を受けるため、Y 経営の病院に入院した。同病院の耳鼻咽喉科医師 B および C 医師は、全身麻酔による手術が必要と判断し、手術前に肝臓機能検査等の措置を看護婦 D に指示した。B 医師は、A にアレルギー性疾患の既往のないことを確認した。同月 22 日午前 9 時 15 分に D 看護婦は A に肝臓機能検査薬インシアニングリーンの静脈注射をしたが、ほぼ注入終了時に A は呼吸困難を訴えたため、酸素吸入を行った。しかし、その後 A は急性循環不全（ショック死）で死亡した。

裁判所は、処置の経過、薬剤の意義、使用説明書とその内容、ショック発症例と発生機序、薬物ショック、体質的素因の予測方法、予備検査の適否等について検討し、医療機関がなすべき処置を一義的に判断することは困難であるが、ショック症状等発症の危険予知方法をとることの要否または適否も、個々の事案におけるその薬物の必要性等と施術に併行した救急態勢の万全さとの関係において判断されるべきであり、一連の過程を個々の場面に分断し、その個々の注意義務違反を問うのは必ずしも適切ではない（また、医療機関、関係者として、医薬品の使用説明書の記載に準拠してすれば足りるというものではない、その状況が常に流動することから、各種情報に精通し、その限りで現実的で可能な限りの措置をとるべき義務がある）とした。また、本件の薬剤の使用が緊急不可欠でなかったことから、事前の呼び検査、事後の救急処置の両面で広い選択の幅があり、その限度で注意義務が加重される、との前提で、担当医らが、本件薬剤の与薬時に立ち会い、ショック症状発症の初兆の捕捉に万全の態勢をとり、その徴候がみられた時に直ちに救急措置ができるような十分な態勢を整えているのでない限り、体質素因の有無につき事前に検査すべき最小限度の注意義務があると判断した。

本件では、予備検査の実施も医師の立ち会いもなく、看護婦に同薬剤の静脈注射をさせたとの判断をもとに、担当医らの過失を認定し、その使用者である病院の損害賠償責任を認めた。結局、妻に 1,209 万円余、子らに各 403 万円余、総額 2,419 万円余の支払いを命じた。

「解説」

本件は直接、看護婦の過失が問われた事件ではないが、医師の指示のもとに看護婦が検

査薬剤を静脈注射時に発生したものである。ここでは、看護婦は医師の指示のもと行なっているため、いわば医師の手足となって検査を行なったこととみなされていると言えよう。したがって、看護婦の注射技術自体に誤りがなかったために、看護婦の過失が問われなかった。被告病院では、その後、全身麻酔のための本肝臓機能検査を中止している点も、医師の過失を判断する基準となった。すなわち、本当に必要な検査であったのか、という点である。結局、医師の過失を認定し、使用者である病院にその責任を負わせた判決は妥当である。

3) 点滴管理：高圧酸素治療室

平成3年6月26日千葉地裁判決、昭和60年10月11日事故発生

高圧酸素治療室内で点滴を受けていた10歳の患者が空気塞栓症を起こし、中枢神経障害の後遺症を被ったため、患者本人と両親がセンターの使用者である県、センター長、センターの診療部長兼高圧酸素治療室の責任者、および担当看護婦を被告として損害賠償請求をした事例。(判例タイムズ771号、201-210頁。判例時報1432号、118-125頁。)

X₁は昭和60年8月に、骨折治療のためYセンターに入院し、治療の一環として高圧酸素治療を受けることとなった。同年10月11日、同センターの高圧酸素治療室において、高圧酸素治療を受けるとともに、静脈路確保のため、ソリタT3の輸液を受けていた。治療は、治療室内の気圧を1気圧から2気圧に加圧し、そのままの状態ですばらく維持(保圧)した後、もとの1気圧まで減圧するという方法で行なわれたが、減圧をしている途中、突然X₁に意識消失、心停止等の異常が発生し、様々な治療を受けたものの、中枢神経障害を被った。

裁判所は、本件事故の原因は、減圧時に輸液瓶に刺してあった通気針に閉塞が生じ、この結果、減圧中に輸液瓶内の空気と外気が流通しなくなったため、輸液回路の内圧が下がらず、輸液の流量が多くなり、さらに輸液瓶内の輸液がなくなった後、瓶内の空気が静脈に流入したため、空気塞栓症を発症し、これが原因となって中枢神経障害が発症したものであると認定した。次に、立ち会っていたY₄看護婦は、このような事故があり得ることを予想し、輸液瓶内の輸液の残量や流量を確認し、残量が不足である場合には、輸液瓶を交換する等の措置をとるべき義務があったのに、これを怠ったとされた。また、高圧酸素治療室の責任者であるY₃医師は、所属の看護婦に対し、輸液残量の確認を励行するよう指導するべき義務があったのに、これを怠ったとされた。したがって、裁判所は使用者であるYに対し、X₁に4,210万円余、その両親のX₂・X₃に各130万円、総額4,470万円余の支払いを命じた。

「解説」

本件は、看護婦に対し、輸液の残量や流量の確認義務を課せ、残量が不足である場合には交換する等の措置をとるべき義務があったとしたが、この業務内容は医師の指導のもとにあると判断した点に特徴がみられる。すなわち、輸液に関する実際的な管理は看護婦の業務であるが、それは医師の指導のもとであるとし、医師に輸液に関する指導義務を課せている。看護婦による輸液の管理は医師の補助的業務であるとする考えが、この判断の前提となっていると言える。例え、補助的業務としても、医師に指導義務を課することは医師に大きな負担を強いる結果となるのではないか。本件の場合、専門家同士の信頼の原則に基づき、看護婦の過失認定のみでYの使用者責任を問う結果でよいと言えよう。

3. 観察に関する事故

1) 早産未熟児

平成7年1月18日松山地裁判決、昭和58年8月18日事故発生

早産未熟児の両親が、産婦人科医および看護婦の観察や管理に過失があったとして、その産婦人科医に対し損害賠償請求をした事例。(判例タイムズ881号、238-244頁。)

X₁は昭和58年2月Yの経営する産婦人科医院において、妊娠の診断を受け、出産予定日が同年10月6日と言われた。しかし、妊娠直後から出血があったため、同医院に入・通院しながら治療を受けていた。

同年7月22日に多量の出血があり、前置胎盤等の疑いが強かったため、直ちに同医院に入院して治療を受けていたところ、同8月16日陣痛が起り、前期破水が生じたため、翌17日午前0時35分に手術室に移動し、同午前1時32分帝王切開により在胎32週6日の早産未熟児2320gの女児Aを出産した。出生直後アプガースコア9点、3分後10点で経過良好であり、酸素投与後、被告医院の2階にある新生児室の保育器に収容された。なお、被告医院には呼吸に異常があれば警報を発する呼吸モニターが備えられていたが、Yは新生児の呼吸状態が悪い時(アプガースコアが6点以下)は呼吸モニターを装着する必要があると考えていたが、Aには出生直後の状態が良好であると判断して、呼吸モニターを装着しなかった。また、胸部レントゲン検査や血液ガス分析も行なわなかった。Yは、Aには出生してからおよそ15時間30分の飢餓時間をおき、同日午後5時頃、B婦長に指示してテスト哺乳としてブドウ糖5%を5cc与えた。Aはこれを飲み、同日午後8時頃ミルク5ccも飲んだが、同午後11時頃のミルク5ccは飲まなかった。翌18日午前0時頃、B婦長はミルク5ccを与え、同午前3時頃ミルク5ccを与えた時には、Aの哺乳力が弱く、Aの口と鼻の周囲にチアノーゼが出現したので、足の裏および背中を触れ刺激をしたところ、チアノーゼは消失した。その後、B婦長が同午前3時30分頃、Aの顔面にチアノーゼが現われ、無呼吸状態に陥っていることに気づき、気管内の吸引をしたが異物は詰まっているような状態ではなかった。その後、酸素マスクをあて、4階に住んでいるYに連絡した。Yは直ちに駆けつけ、Aに強心剤を注射し心臓マッサージを行なうなど蘇生術を実施したが、回復しないまま、同午前3時55分頃Aは死亡した。Yは同午前4時30分頃、X₁に付き添って泊まっていたX₂を新生児室に呼び寄せ、Aが死亡したことを知らせ、さらに同午後0時頃、X₂と相談のうえ、Aを死産扱いとすることとした。Yはその後カルテを処分した。

裁判所は、Aはハイリスク新生児であり、現在明らかな疾患を有していなくても、仮死、RDS、無呼吸発作等の合併症を引き起こして、新生児死あるいは不可逆性の脳障害に陥り易いので、ハイリスク新生児として出生後一定の期間厳重な観察を必要とする。したがって、このようなハイリスク新生児の場合、その症状が急変しても対応できるように、一般的には未熟児室を備え、十分な管理のできる新生児施設に転送した方が望ましいと思わ

れ、本件の場合、転送すべきであった。しかし、本件新生児のように体重および在胎週数が基準を超え、出生後に具体的な症状が認められないような場合には、新生児施設に転送させる注意義務が被告にあったとまでは認めることは困難であるとした。

次に、被告医院における当夜の看護体制は、B 婦長 1 人で新生児 8 人とその母親を看護するというもので、ハイリスク期間内にある本件新生児を看護するには極めて不十分な体制である。したがって、本件新生児のように、出生直後に異常がなかったとしても、Y は心拍呼吸数の変化に異常があった時に直ちに警報を発するモニターを装着し、夜間の看護婦の人数を増やすなどして厳重な監視をすべき義務があるが、出生直後の経過が良好であったという理由でこれを怠ったものであるから、この点に過失があったとした。

さらに、当直の看護婦においても、ハイリスク新生児である本件新生児の呼吸状態につき、厳重な監視をし、異常があれば早期に発見して被告の指示を受けなければならない義務があった。この点、B 看護婦長が発見した時より、もっと早期に A の全身状態が悪化して無呼吸状態に陥っていたと推測せざるを得ない。B 婦長は A に対する厳重な観察・管理を怠ったもので、この点に過失があったと判断した。

以上、本件において、Y は A がハイリスク新生児であることを認識しながら、呼吸モニターを装着するなど十分な看護体制をとらないで、観察・管理を続けた過失があり、B 婦長にも Y の業務の執行中、十分な観察・管理を怠った過失があるとした。結局、裁判所は Y に対し、総額 3,190 万円の損害賠償の支払いを命じた。

「解説」

本件の場合、十分な観察が求められるハイリスク新生児に対する事例である。この場合、裁判所は、病院開設者および管理者である被告医師に対し、十分な看護体制を整える義務、および観察・管理に関する注意義務を課せた。さらに、被雇用者である看護婦に対しても、独立して観察・管理に過失があったと判断した点に特徴がある。このように、看護体制に不備があったとしても看護婦の観察義務は軽減されず、ハイリスク新生児の観察には十分な注意を払う義務が課せられていることが明らかとなった。

2) 手術中の呼吸抑制

平成7年4月11日東京地裁判決、昭和61年2月28日事故発生

子宮筋腫摘出術を受けた患者が麻酔剤の相対的過量により、呼吸抑制に陥って低酸素状態となり脳機能障害により死亡した事故につき、患者の家族が医師を被告として損害賠償請求をした事例。(判例時報1548号、79-92頁。)

Aは昭和62年2月28日に、産婦人科医であるYにより子宮筋腫摘出術を受けた。Yは麻酔医の資格を有しており、Aに対して持続腰部硬膜外麻酔術を実施した。手術はYが執刀し、B医師が手術助手を、C看護婦が麻酔係を、D准看護婦が手術器械の受け渡しを、E准看護婦がD准看護婦以外の補助および雑用を行ない、他にF准看護婦およびG看護学生が立ち会っていた。C看護婦は麻酔科での訓練を受けた経験はなく、本件手術の際、バックに時折触れながらAの呼吸状態を、Aの頸動脈を手で触れて脈拍の状態を、自動血圧計を見ながら血圧の状態をそれぞれ観察した。D准看護婦は麻酔に関する指導を受けたことはなく、本件までY病院で5回程全身麻酔の手術に立ち会い、外回りを3回、器械の受け渡しを2回程度担当していた。E准看護婦も麻酔の指導を受けたことはなく、本件手術以前に全身麻酔の手術に立ち会った経験はなかった。

Aは同日午後1時5分手術室に入室し、同10分持続腰部硬膜外麻酔を開始し、C看護婦がマスクを軽く顔面に当て、麻酔器により毎分酸素6リットルの投与を開始した後、C看護婦はYの指示に従い麻酔剤を投与し、Yは同37分手術を開始した。Yは午後2時35分子宮摘出を終えたが、同40分C看護婦は麻酔器のバックの動きが弱まり、Aに呼吸抑制の状態が生じたのに気づき、Yに報告したところ、YはCに対し吸気時にバックを手で加圧する補助呼吸を行なうよう指示し、同45分にCからAにチアノーゼが発現し瞳孔が散大したとの報告を受け、B医師に後の縫合を任せ、Cと交替しAの吸気に関係なくバックを加圧して吸気を送り込む人工呼吸を行なったこと、Aのチアノーゼは消失したが、瞳孔は散大したままで、自発呼吸も弱まってきたため、同51分にAに気管内挿管を行なった。同59分、Aの頸動脈に拍動を触れなくなったので、心停止と判断し、心マッサージを開始したこと、人工呼吸は看護婦が交替で行ない、心肺蘇生術を実施したこと、午後3時30分頃手術が終了し、手術野血液は最後まで鮮紅色であり、直ちにYとB医師が交替で心マッサージを続けた。同40分、YはAが心肺蘇生術に反応を示さず、心音も聴取できず、瞳孔も散大し自発呼吸も出ないので、死亡と判断し、警察署に司法解剖を依頼すべく電話した。Yは同45分頃、Aの内縁の夫X₁にAの死亡を告げ、解剖を申し出、血管確保は中止して人工呼吸のみを続けた。午後5時10分、警察の係官が到着したが、Yが手術室に入ると、Aの頸動脈が触知でき、Yは直ちにB医師を呼んで心マッサージを再開した。同15分、大学病院ICUに電話で好転した旨連絡し、救急車で迎えに行くとの返事を得たため、心肺蘇生術を続けた。同午後7時10分、大学病院医師が到着し、午後8時10分救急車でAは大学病院ICUへ向かったが、すでに脳死状態に近く、

同年3月15日脳死と判定され、同年4月4日心臓死となった。

裁判所は、Aの脳機能障害の原因に関し、Aの血圧低下および心停止の直前に一過性に血圧の上昇と脈拍の増加があったこと、心停止をきたす前に呼吸状態が悪化したこと、一旦拍動を停止した心臓が救急蘇生により再び拍動を開始したこと等の理由から、Aは麻酔の相対的過量により呼吸中枢が侵されて呼吸抑制に陥り、低酸素状態になって心停止に至り、脳機能に不可逆的な障害を負ったものと認定した。また、麻酔を行なう手術に立ち会う医師、看護婦らは、患者の血圧、脈拍、呼吸を厳重に観察・管理して、常時患者の状態を把握すべき注意義務を負っているとした。麻酔担当のC看護婦は経験不足のため、午後2時40分以前から生じていたAの呼吸抑制を見落とししたか、同時刻から行なったC看護婦による補助呼吸の施術が深麻酔に対する処置としては不適切で、その注意義務を怠ったものであり、執刀医Yも、同注意義務を的確に履行できる知識と経験を有する看護婦を手術に立ち会わせるべき注意義務を怠ったとした。

結局、裁判所はYに対し、Aの家族ら（4人）に総額5,452万円余の支払いを命じた。

「解説」

本件は、麻酔を担当していた看護婦の経験不足を認め、午後2時40分以前から生じていたAの呼吸抑制を見落とししたか、同時刻から行なったC看護婦による補助呼吸の施術が深麻酔に対する処置としては不適切で、その注意義務を怠ったものであり、執刀医も、同注意義務を的確に履行できる知識と経験を有する看護婦を手術に立ち会わせるべき注意義務を怠ったとした点に特徴がある。すなわち、医師の過失は知識および経験豊富な不配置であり、その指示の不適切さではない点である。これまで多くの判例において、看護婦に対する医師の指示の不十分さが過失として認定されてきた経緯があるが、ここで、手術中の麻酔系の看護婦が果たすべき注意義務は、十分な観察を行ない、異常を早期に発見し医師へ直ちに報告し、また医師の指示のもと適切な補助呼吸を実施することとされた。これは、看護婦に高度の医療行為の実施を求めているものと言えよう。そもそも看護婦が手術における麻酔係を実施することの妥当性には疑問があり、実施した内容をもとにC看護婦の過失を認定したことには若干の異論がある。YにはC看護婦に対し、より具体的な指示・監督責任が問われると思われる。しかし、結論として、Y自身の過失および看護婦の使用者であるYの損害賠償責任を肯定したことは妥当であろう。

3) 脱水症

平成9年1月24日大阪地裁判決、昭和63年12月30日事故発生

脱水症による循環不全のため入院中に死亡した8ヶ月の女児の両親が、Y病院の医師および看護婦に観察および処置に過失があったとして、損害賠償請求をした事例。(判例タイムズ952号、256-265頁。)

8ヶ月の女児Aは、眼科の検査を受けるため昭和63年12月24日にY病院に入院した。その後、Aには同月26日、発熱、下痢などの症状が出現したため、予定していた退院が延期となり、翌27日小児科と協力して診療し、点滴輸液が開始された。同月30日午前3時頃、Aから点滴の注射針が自然に抜けているのが発見され、B看護婦が駆けつけたが、Aは眼窩が陥没し、ぐったりしていて元気がなく、四肢の冷感が強度で、大泉門陥没が認められたため、B看護婦はAに保温措置を行なった。その後、午前4時20分頃、当直医Cを呼んだ。C医師はAに輸液を行なおうとし、経皮的静脈穿刺を試みたが、点滴注射針を挿入できず、Aの主治医Dが呼び出され、D医師は午前6時45分頃病院に到着した。D医師は経皮的静脈穿刺の試みに失敗したため、輸液路を確保するために、カットダウン(静脈切開)を行なうこととし、午前7時50分頃、他の応援の医師が到着し、切開部位を検討するなどしていた。しかし、Aの容態はさらに悪化し、吐物を吸い込んで呼吸停止になり、結局同日午前9時25分に死亡した。

裁判所は、脱水症の一般的な判断基準を示し、Aの臨床経過、水分補給量、下痢や嘔吐の有無、回数、臨床症状などを詳細に認定したうえで、点滴の自然抜針が発見された時点において、Aには中程度の脱水症があったとの事実認定を行なった。また、医師や看護婦はAが脱水症に陥る可能性があることを予測したうえで、十分に症状を観察し、経口による水分摂取が困難になった後に、点滴注射針が抜け脱水症の徴候が認められた場合には、直ちに輸液路を確保して輸液を再開し、脱水症の進行を防止すべき注意義務があるとした。また、主治医が血液検査、体重測定の実施の指示が十分でなかったこと、B看護婦は午前3時にAの点滴注射の自然抜針時、すでに中程度の脱水症の症状が認められたのにもかかわらず、医師への午前4時20分まで連絡することがなかったこと、当直医が経皮的静脈穿刺に何度も失敗しているにもかかわらず、カットダウンの準備が遅れ、さらに心停止前に鎖骨下穿刺も実施しなかったことに過失があるとし、Yに対し両親に各1,594万円、総額3,189万円余の支払いを命じた。

「解説」

本件は、看護婦に対し医師と同様に、8ヶ月の乳児に脱水症に陥る可能性があることを予測したうえで、十分に症状を観察し、経口による水分摂取が困難になった後に、点滴注射針が抜け脱水症の徴候が認められた場合には、直ちに輸液路を確保して輸液を再開し、脱水症の進行を防止すべき注意義務があるとした点に特徴がある。すなわち、脱水症にな

る危険性の予測を求められている点である。これは生命の保持の観点から適切であろう。また、看護婦が中程度の脱水症状を観察しながら、医師への報告に1時間20分を要したことを、報告の遅れとされたことは妥当と言える。また、年末の医療従事者の不足時に事故が発生したとみることができるが、医療の性質上、Yには緊急体制を整える義務がある。8ヶ月乳児の脱水症状の重症度とかんがみ、妥当な判決と言えよう。

4) うつ伏せ寝事故

平成10年3月23日東京地裁判決 平成7年1月8日事件発生

病院で出生し、生後3日に心停止および呼吸停止に陥った男児の両親が、助産婦が男児をうつ伏せ寝にしたため窒息したとして、使用者である病院に対し損害賠償を求めた事件である。(判例タイムズ988号264-271頁。)

Aは平成7年1月5日午前5時43分、 X_1 および X_2 の2男として、在胎週数37週体重3460グラムでY病院において正常分娩で出生した。母 X_1 は同月8日午前3時過ぎ頃、乳房が張り、痛みがあったこと、およびAが泣いていたため、Y病院の看護婦の同意を得て、授乳室でAに若干の授乳を行ない、新生児室内のコットにAを仰向けで寝かせた。同日午前4時頃、Aが甲高く泣いたためB助産婦が、30ccのミルクを授乳し、それまでと同じようにコットに仰向けで寝かせた。B助産婦は午前5時40分頃、Aがさらに泣いたため、ミルクを与えた。その際Aの排気をさせたところ、ミルクを吐き、腹満もあったため、再度ミルクを吐く可能性があることを考えて、Aをうつ伏せで寝かせ、Aの顔を横向きにさせた。

同日の新生児室には6、7人の新生児がおり、隣接するNICU室には3、4人の新生児がいた。同日の深夜帯(午前0時から午前8時30分)における新生児室担当看護婦はB時産婦1名であり、新生児室およびNICU室の新生児の看護を担当していた。B助産婦はAを寝かせた後、他の新生児の黄疸測定、状態の観察等を行ない、午前6時少し前、新生児室を出て、NICU室に行き記録をしていた。NICU室から新生児室は見えない。

B助産婦は、午前6時25分頃、朝の授乳のためNICU室から新生児に行き、授乳に来ていた X_1 にAを渡そうとAを抱き上げたところ、Aの顔面はチアノーゼようで、呼吸は停止しており、チアノーゼは全身に及んでいた。抱き上げる前、Aは顔を真下に向けた状態でうつ伏せ寝で寝ていた。

B助産婦はAをNICU室のインファントウォーマーに仰向けで寝かせ、直ちに産婦人科の当直医Cを呼び出した。B助産婦は医師が到着するまで、Aに酸素マスクによる酸素投与とタッピングによる皮膚刺激を行なったが、Aに反応は現れなかった。同午前6時30分頃、C医師が到着し、Aの心肺機能停止状態に対し、直ちに体外心マッサージとバギングを開始した。さらに気管内挿管を試みたができなかった。そのため、Bに指示し、小児科当直医を呼ぶよう指示し、BはD小児科医に連絡した。D医師が到着するまでの間、Aに対する心臓マッサージの際、Aの口からミルク残さが噴出したため吸引した。

同午前6時35分頃、D医師がNICU室に到着し、気管内挿管を試みたが挿入できず、その後要請を受けた小児科医Eにより、同40分頃挿管が完了した。挿管後、乳白色の液体が吸引された。挿管後まもなくAの心拍音を聴取でき、時々ではあるが自発呼吸も出現した。バギングは継続された。午前7時10分頃、Aの口腔内から唾液様の液体が多量に吸引され、また挿管チューブからごく少量の淡々黄色の液体が吸引できた。同7時35分

頃、自発呼吸および心拍が安定してきたため、バギングを中止し、同 45 分保育器に収容された。結局、A は低酸素脳症となり、重度の脳性麻痺の障害を被り、平成 7 年 8 月 9 日 A は Y 病院でミルクを誤飲し窒息死した。

裁判所は、本件をうつ伏せ寝による窒息事故であると認定した。すなわち、B 助産婦には、嘔吐する可能性の高い新生児をうつ伏せ寝で寝かせる場合には、当該新生児が低酸素状態となって嘔吐し、吐乳を吸引することのないよう、新生児が頭部の回転により容易に鼻口の圧迫状態から逃げられるような（頭部の運動を妨げないような）形状、材質の寝具を使用すべき注意義務があり、かつ寝かせた後も、頭部の運動により鼻口が圧迫された状態になっていないか、また吐物による気道閉塞が生じていないかを継続的に観察すべき注意義務があるとした。しかし、B 助産婦は、これら注意義務を怠り、仰向け寝で使用する寝具と同じものを用い、枕としてハンドタオルを 2 つ折りにしたものを使用したため、A の頭部の運動が妨げられる結果となった。また、A を寝かせた後の観察においても、午前 6 時少し前に新生児室を離れた後は 1 度も A の状態を観察していなかったもので過失があると認定し、その使用者である Y に対し、総額 4,855 万円余の支払いを命じた。

「解説」

本件は事故の原因がうつ伏せ寝による窒息か、乳幼児突然死症候群（SIDS）によるものが大きく争われた。しかし、事実認定より、担当助産婦の観察不十分とした点は妥当と言えよう。本件では大きな論点とはなっていないが、生後 3 日の新生児に午前 2 時 30 分に計 70cc の搾母乳およびミルクを授乳し、午前 4 時にもミルク 30cc を授乳した場合、吐乳の可能性は大きいといわざるを得ない。したがって、新生児を仰向けでもなくうつ伏せでもなく、側臥位にし、さらに鼻・口がふさがれていないかを確認すべき義務があったと言えよう。また、事故発生時刻の午前 6 時すぎは、朝の検温時間と重なるため、一般的に観察が不十分となりやすい時間帯ではある。しかし、判決にみられるように継続的な観察が助産婦の注意義務であることには異論がない。呼吸停止の発見の遅れ、また蘇生の遅れが A の死亡を招いたため、本判決の結論は妥当である。

IV. アメリカ各州における看護職が関与した医療事故判例

1. 看護婦

1987年フロリダ州第三地区控訴裁判所のロビソン対フェインおよびカタラノ看護婦登録会社事件 (Robison v. Faine and Catalano's Nurses Registry, Inc.) (525 So. 2d 903 (1987))

原告ロビソンは北マイアミ総合病院とカタラノ看護婦登録会社および同会社が紹介した看護婦フェインに対し、入院時、同看護婦の過失によって障害を被ったとして、損害賠償を求め提訴した。事実審において、同病院に37万5000ドル、同会社に賠償責任はなく、フェインに有利な判決を下したため、ロビソンは同判決の破棄を求め、控訴した。被控訴人は、もし当裁判所が新たな事実審を求める訴えを棄却したならば、ロビソンは本件で、彼らの専門家証人の解任を再び求めるべきではない、と反対訴訟で述べた。当裁判所は、事実審裁判所がフェインに対する評決を維持することに誤りがあったが、他に破棄すべき誤りはなかったと判決する。

[事件の概要]

1979年8月30日に本件が提訴された。ロビソンは栄養失調、脱水および精神的不安状態の診断で当該病院に入院していた時、彼女の精神科医は「時間毎」の看護ケア、および自殺企図に注意するよう看護者に指示した。同病院はロビソンの姉のプグラに、個人契約看護婦が必要として、看護婦登録会社に依頼するよう指示した。

同会社はロビソンのケアのため、フェインを8時間勤務者として派遣した。フェインの職務は、患者の保清と治療に関する援助、およびフェインが病室から退出しないように抑制することであった。昼食のため離れる前に、フェインはロビソンを病院のベッド柵に抑制帯で拘束し、彼女の職務を代行する看護婦を見つけるために廊下にてた。フェインは看護婦に、患者をベッドに抑制しており、同看護婦がロビソンの部屋に観察に来た後、昼食に行くと話した。彼女が20分後に戻った時、「抑制帯」はベッドに残され、ベッド柵もあがったままであり、ロビソンは不在であった。ロビソンは屋根に続く非常口を通り病院を離れ、再度病院に戻るができず、近くの木にジャンプし、地面に落ち、重傷を負った。

ロビソンの訴えは、病院およびフェインの提供したケアに誤りがあり、彼らの診療契約上の過失が彼女の障害の主な原因とするものであった。また、会社への訴えはフェインを選択したことによる使用者責任を問うものである。

ロビソンは、事実審で被告会社および看護婦フェインに関し、誤った基準を適用した、と主張し、これに当裁判所も同意する。

記録は、もし「抑制帯」が適切になされていたならば、ロビソンその拘束から逃れるこ

とはできなかつたことを示している。加えて、フェインがロビソンを部屋から出られる状態にしたことに過失があつた、とする証言がある。

次に、ロビソンは、事実審がフェインに有利な評決をする誤りをしており、陪審に対し、フェインの過失に対する会社の使用者責任に関する論点を認めるべき、と反論したが、当裁判所は、破棄事由となる誤りはないと判断する。

1966年のフロリダ州カンタ対ココラン事件で、最高裁判所は、労働者が被雇用者か個人契約者かを決定するために、1958年の会社の第220章のリステイメント（第2版）での基準を承認した。すなわち、

(2) 他人に対する一つの行為が、使用人としてか個人契約者としてかを決定する際に、考慮すべき多くの問題のうち、事実につき以下の論点を検討する必要がある。

すなわち、

- (a) 雇用契約書（同意書）により、事柄が仕事の細部にコントロールの範囲（権限）が及ぶか、
- (b) 雇用された人が異なった職務に従事しているか否か、
- (c) 職務の種類および地域的に、当該仕事が使用者の指示のもとで通常行なわれているか、指示を受けずに専門家によりなされているか、
- (d) 特定の職務において要求される技能か、
- (e) 使用者または労働者は、人が仕事をするための手段、道具、および場所を提供するか否か、
- (f) 雇用された時間の長さ、
- (g) 時間給か職務給かの支払方法、
- (h) 当該仕事が使用者による通常業務の一部か否か、
- (i) 当事者が、使用者と使用人の関係を形成していると信じているか否か、および
- (j) 業務において本人か否か。

証拠に依れば、会社は利用可能な付添人リストをほとんど持たない派遣会社である。そのサービスの提供についてリストに載る他の人と同様に、フェインは同会社と独占的な関係を有していなかつた。彼女は他の記録内容とともに彼女の名前をリストに載せる権利を有したが、他の仕事をしなければならないような義務はなかつた。彼女は患者から支払いを受け、患者は彼女を解雇する権限を有していた。会社は税金またはソーシャル・セキュリティの源泉徴収をせず、医療または健康に関する保障を提供していなかつた。

コントロール（他人に指示を与え、その行動を規制・監督する立場にあること、支配；管理）は、個人契約者または被雇用者かを決定するうえで、重要な要因である。上記カンタ事件で示されたように；原告被雇用者が、a) 午前五時から午後三時まで勤務するという報告をすべきであつた、b) 休息をとりたい時に、代替人を準備し、被告の承認を得た、c) 原告は彼が援助したいと考える客に関する選択権はなかつた、と記録は立証している。

しかし、コントロールを最もよく示す因は、被告が(雇用)契約違反を訴える理由を明らかにせず(通告なしに)に原告を解雇した」ことである。1964年のゴールドSTEIN事件および1958年のリンデセイ事件で認められたように「解雇権は、(すなわち)コントロール権である」。

また、1986年ビル・リバーズ・トレイラ会社事件にみられるように。

フェインは、会社が彼女の業務の実施中に(彼女を)コントロールしていないと証言した。リストイメント基準に照らして、フェインが個人契約者で、ロビソンが述べたように会社の被雇用者ではない、と事実審での証言が示している。このように、会社は彼女の行為に責任はない。

当裁判所は、たとえフェインが個人契約者であったとしても、同会社はフェインがその代理人であって、雇用関係の否定をすることができないような関係を形成していたとする、ロビソンの代替的な議論を否定する。ある状況のもとで、しかし本件の事実関係に基づかない法的な判断がある。すなわち、

表見代理に関する法理は、…以下の三要素からなる。すなわち、(1) 本人による表示があること、(2) このような表示に対する第三者の信頼、および(3) このような表示を信頼した第三者がその損害に対する、同第三者からみた(法的)状況の変化。

[禁反言の原理]。本人が同代理人の権限を否定することは認められない。なぜならば、本人は同代理人において責任ある立場を認められているものであり、それゆえに、たとえ、實際上、権限が代理人に与えられたかのごとくに、権限の外観を信頼する第三者に対し勝訴判決を下す。

本件での原告の姉ブグラ夫人は、同会社が彼女を誤解させたと示す特定の事実を明らかにすることができなかった。それゆえに、当裁判所は同会社に有利な判決を支持する。

本判決は同会社に関する第一審判決を認容し、フェインに関する部分は破棄し、新たな事実審理を命ずる。

「解説」

本件の看護婦は派遣会社から紹介された個人契約看護婦である。したがって、患者と看護婦は直接的に契約を締結しており、看護婦として、注意義務違反がなかったか、どうか問われる。この場合、個人契約であるため、使用者責任を派遣会社に負わせなかった裁判所の判断は妥当である。

次に、抑制帯の使用であるが、自殺企図の患者に抑制帯を行なうことに過失は問われていない。また、その抑制方法に問題があり、容易に抑制を解除して、病室外に出ることができないようにすべきとの、本件の判断は適切と言える。これは、患者との雇用契約で、患者が病室から退出しないようにすることが認定されているためである。したがって、看護婦に過失がないとした、事実審の一部を破棄し、新たな事実審理を命じた本判決は妥当である。

「日本との比較」

日本でも同様の自殺企図の患者に対し、看護婦が抑制帯を使用して患者を拘束した後、患者が抑制帯を解除し事故が発生した事件（平成7年2月17日東京地裁判決、平成4年6月17日事件発生、判例時報1535号、95-101頁。判例タイムズ901号209-216頁。）がある。同事件では、本件と同様に抑制そのものに過失はなく、抑制方法に過失があると判断された。しかし、日本では個人契約看護婦でなかったために、その使用者に使用者責任を認めたところに相違がある。

したがって、患者を抑制する場合には、日米ともに、その必要性ゆえに、抑制帯を容易に解除できない方法を用いることが、看護婦の注意義務であることが明らかとなった。また、それに伴ない、自殺しないように、患者の観察を継続的、頻繁に行なうことも求められる看護内容である。この点も、両国で差はない。

2. ナース・プラクティショナー

1985年フェイン対パーマネンテ・メディカル・グループ事件 (L. Fein v. Permanente Medical Group) (38 Cal.3d 145, 211 Cal. Rptr. 368 (1985))

本件は、原告フェインが、被告医療グループに対し、その被雇用者であるクリニックで勤務しているナース・プラクティショナーおよび医師2人が、彼の心臓病を早期に診断でき、また心臓発作を予防するための治療を行うべきであり、あるいは少なくとも同症状を軽減できたとして、賠償を請求した事件である。原告は、1977年2月に第1審のサクラメント郡に提訴した。同裁判所のミッシェル J ヴァイガ判事は、原告に約100万ドルの損害賠償額を認める判決を下した。

被告医療グループは第1審裁判所が、1、カイザ基金の全メンバーを陪審から退けたこと、2、ナース・プラクティショナーのケアの義務に関する説示、3、因果関係に関する説示、4、原告に対し彼の余命を短くしたことによる補償賃金の賠償を認めたこと、および5、全将来的損害の定期支払いを命じなかったこと、の各論点に誤りがあったと主張した。これに対し、原告フェインは、自らに有利な第1審判決が維持されるべきであるが、同裁判所は本件で問題となっているMICRA（医療過誤損害賠償法（Medical Injury Compensation Reform Act））の条項を適用することにおいて誤りがあったと主張し、両当事者が上告した。

カリフォルニア州最高裁判所のカウス裁判官は、以下のように判決した。すなわち、1、第1審はカイザ・ヘルス・グループが提携していたカイザ・ヘルス基金のパネル・メンバーである陪審を排除するうえで、その裁量権の乱用はなかった、2、ナース・プラクティショナーに要求されるケアの基準が、内科医や外科医と同様であるとした誤った第1審裁判所の説示は、撤回される必要はない、3、原告の心臓病による逸失利益は、平均余命が減じられることから生ずるもので、損害賠償額の裁定は適切であった、および4、MICRAの規定は、医療過誤訴訟において非経済的損害、すなわち、疼痛、苦しみ、不便、身体的損傷、およびこの損害が生じた時から死までの原告により維持される他の無形の損害を補償するために50万ドルを裁定したが、この額は25万ドルに制限しており、第1審判決が伝統的な副次的給付非控除ルール（不法行為に基づく損害賠償請求訴訟において、被害者たる原告が受領した保険金・見舞金・社会保障給付などで加害者からの出損とみなされないものは賠償額から控除しないとするルール）を修正したことは、憲法違反ではない。

以上のように述べて、同州最高裁判所大法廷は1985年2月28日に判決し、同4月4日再審請求を棄却した。

すなわち、事実関係は、以下の通りである。1976年2月21日土曜日、原告フェインはサクラメントにあるカリフォルニア州議会の議会委員会局に雇用されていた34歳の弁護士であり、彼が通勤途中自転車に乗っていた時、胸の痛みを1、2分間自覚した。その

翌日、ジョギング時、同様な短時間の痛みがあり、その3日後、昼食後散歩中も彼は同様の痛みを感じた。その夕方、勤務中に再び胸の痛みを感じたため、翌朝、主治医であるブランドウェイン医師のオフィスに電話をした。同医師は、カイザ・ヘルス基金（以下、カイザとする）と提携している被告パーマネンテ・メディカル・グループに雇用されていた。

同医師は当日、診療日でないため、受け付け担当者は原告に、カイザの中央予約デスクに「短時間予約」をするよう助言した。そこで原告は同助言に従い、2月26日木曜日の午後4時に予約した。原告は、自分の症状がカイザ病院の緊急室で直ちに治療が必要なものほど重症なものであるとは自覚しておらず、診察予約日まで勤務した。

予約通りに受診した際、原告はナース・プラクティショナーのウェルチの診察を受けた。彼女は内科医でコンサルタントのフランツ医師の監督下で勤務していた。原告はウェルチがナース・プラクティショナーであることを知っていたが、同医師の診察を求めなかった。ウェルチは単独で原告を診察し、病歴を聴取し、フランツ医師に報告するため部屋を出た。ウェルチと同医師は、原告の胸痛が筋肉痙攣によると診断し、同医師はバリアム（精神安定剤）を処方した。原告は帰宅し、バリアムを服用して入眠した。

同夜、午前1時頃、原告は強い胸痛を感じ、妻の運転で、カイザの救急室に行き、午前1時30分頃、レディング医師の診察を受けた。同医師は心臓に関する診断所見を得なかったが、診察後、胸部X線写真撮影の指示をした。その後、同医師は同X線写真の結果をもとに、筋肉の痙攣による胸痛と診断し、デメロールの注射およびコデインを処方した。

原告は帰宅したが、断続的な胸痛はなお続いた。同日の正午頃、胸痛は一層強くなり持続したため、原告はカイザの救急室に戻り、オリバ医師の診察を受けた。同医師もまた、原告の症状を筋肉性と診断したが、鎮痛剤と薬後、心電図をとるよう指示した。同心電図は急性の心筋梗塞状態を示していたため、その後原告はCCUに移送され、入院した。なお、外科的処置を受けずに、原告は同年10月に非常勤として職場に復帰し、翌年9月には常勤として復職した。第1審までに、原告は趣味のジョギング、水泳、自転車およびスキーの全てをすることができるようになっていた。

同年2月、原告は彼の心臓病を早期に診断でき、また心臓発作を予防するための治療を行うべきであり、あるいは少なくとも同症状を軽減できた、と本訴訟を提起した。本訴訟はパーマネンテのみを被告として提起された。

[事実審]

事実審において、ロス・アンジェルスでセダースーシナイ・メディカル・センタの心臓病学の長であるスワン医師は、原告側の主要な証人であった。同医師は、心臓発作が切迫していたとする重要な徴候が胸痛であり、この胸痛は身体の他の部分に影響を与えうるものであると証言した。このような痛みは、休息または鎮痛剤でよくなるものではない。同医師は、もし、この状態が適切に診断されていたならば、患者には状態を安定させるためにインデラルが与えられたであろうし、継続治療または外科的処置は同状態を回復し得る

かもしれないと述べた。

同医師はさらに、彼の意見として、胸痛のある患者は、最悪の可能性、すなわち、心臓疾患のような、を排除するために心電図をとるべきである、と証言した。彼は、原告が2月26日木曜日の午後4時に看護婦ウェルチに話した症状は、彼女が心電図の指示をするようにしなければならないものである、と述べた。また、彼は原告が予約された内服薬で回復しなかった胸痛のため、同夜遅くにカイザに戻った時、レディング医師もまた心電図の指示をすべきであった、と述べた。同医師に依れば、もしこのような時に心電図の指示がなされていたならば、原告の切迫した心臓発作の状態を発見することができ、同発作を予防または最小限にしえる治療を行うことができた。

また、同医師は同発作による生じた損害について証言した。彼は、同発作の結果のように、原告の心筋の大部分が、約16年または17年間に、原告の寿命が約1/2に減じるような壊死を生じたと述べた。同医師は原告の他の冠状細動脈もまた病んだと認めたのであるが、彼はもし、原告が適切に治療を受けたなら、彼の余命は半分よりむしろ10から15%の減少であろうと感じていた。

看護婦のウェルチおよびレディング医師は、原告が彼らに診察時に報告した症状が、事実審で原告が証言した同じ症状ではないと反論した。被告はまた、カイザに雇用されていない、すなわち、心臓発作の前に報告および観察された症状に基づいて、医療従事者は心臓発作が切迫しているかを合理的に判断できないと専門家証人を紹介した。付加的な防御の証拠は、1、心電図は心臓発作が切迫していたことを示してはいない、2、原告の心臓発作で生じた冠状細動脈の深刻な病状のため、発作が生じるであろうと知りえたとしても防ぐことはできない、最後に3、原告の他の冠状細動脈の悪化によって、心臓発作がスワン医師の推定した程度に原告の余命に影響を与えない、とした。

この鋭く対立する証拠において、陪審は責任問題に関し、事実審裁判所の指示に従い原告有利の判断をし、損害に関し多要素を項目分けする特別評決を下した。同陪審は事実審までの原告の損害は2万4733ドル、将来の医療費は6万3000ドル、原告の余命が減少した結果としての逸失利益は70万ドルとした。最後に、陪審は「非経済的損害」、疼痛、苦しみ、不便、身体的損傷、およびこの損害が生じた時から死までの原告により維持される他の無形の損害を補償するために50万ドルを裁定した。

[本件カリフォルニア州最高裁のナース・プラクティショナーに関する判断]

被告は、看護婦ウェルチの行為が判断されるべきで、同看護婦によるケアの基準において事実審裁判所が陪審に誤った説示をした主張する。卒業した看護婦のケアの責務における一般的なBAJIの基準に加え、同裁判所は陪審に以下のように説明した。すなわち、「ナース・プラクティショナーに要求されるケアの基準は、内科医や外科医と同じであり、…ナース・プラクティショナーが患者を診察するまたは診断する時」。

当最高裁判所は、被告がこのBAJIの基準が当州での登録看護婦によって適切になさ

れうるサービスの実施に対する一般的なガイドラインを規定する最新の法律によるものではないとする被告に同意する。1974年に改正された商業および専門家コードの2725節は、法的意図が「医師と登録看護婦間の重なる機能の存在を認識し、医師と登録看護婦間の共同（行為）を規定する組織化されたヘルス・ケア・システム内での付加的共有機能を認める」と、明示している。同節はまた、当州において「看護実践」内に適切に表現されている機能間にあり、「疾病の症状および徴候、治療に対する反応、一般的行動、または一般身体状態の観察、…このような症状、徴候、反応、行動、または一般的外観が異常状態を示しているか否かの判断」を含むものである。これらの条項に照らし、患者の「診察」または「診断」は—法律問題として一言われるべき全ての状況において、登録看護婦またはナース・プラクティショナーというよりはむしろ、医師に向けられた機能とすることはできない。原告は確かに、（1）被告のメディカル・センタが、原告が述べた症状を示す患者をナース・プラクティショナーが診察することを認めることにおいて誤りがあったか、（2）看護婦ウェルチが診察において、また彼女を監督する医師との共同医療行為において治療を処方する際に、合理的に慎重なナース・プラクティショナーとしてのケアの基準に適合していたか否かを陪審が判断すると考えていたが、事実審裁判所は、本件で法律問題として、同看護婦の行為が内科医または外科医のケアの基準によって判断されるべきと陪審に説明すべきではなかった。

しかし、同説示が誤っていても、この誤りが本件での判決に影響を与える可能性は合理的にない。記録に依れば、同看護婦が原告を診察し、彼女を監督する医師が処方したバリウムを彼に与えた数時間後、原告は同様な症状で同センターに戻り、レディング医師の診察を受けた。信頼を与える医療の提供がなく、継続的な胸痛をより問題のある筋肉の痙攣と診断したとの熟慮された専門家の証言があるが、同医師は同看護婦のように、心電図の指示をしなかった。これらの事実に依れば、陪審は同医師がより多くの情報を持ち、適切に適応可能な医師のケアの基準を実施しなかったことに同様の過失があると判断することもなしに、医師のケアの基準の下、同看護婦の過失を合理的に判断することはできなかった。被告は本件における賠償額が、被告の賠償責任は同医師と同看護婦両者の過失というよりは、同医師の過失に唯一基礎を置くかどうかによって影響を受けるという証拠を何も提示していない。そこで、同記録に関する当裁判所の判断から、当裁判所は事実審での説示の誤りが同判決に影響を与えたという可能性は合理的にないと結論づけた。従って、ナース・プラクティショナーのケアの基準における誤った説示は、判決破棄の理由とはならない。

注1：誤った説示の内容

関連する説示は、以下の通りである。すなわち、「同様なまたは類似した地域および同様な状況下における看護専門家としての実務を行う看護専門家の訓練されたおよび技能を有する者によりなされる、訓練を受けた、または（学校を）を卒業した看護婦がそのサー

ヴィスの実施を遂行する上で、通常有する知識および技能を持ち、同様な事例に通常なされるケアと技能を行使することは義務である。これらの義務のいずれかを果たせないことは、過失である。ナース・プラクティショナーに要求されるケアの基準は、ナース・プラクティショナーが患者を診察し診断をする時、カリフォルニア州で医療を実施するために資格を有する内科医および外科医の義務と同様である、と私はあなた方に述べる。」

この説示の最初の段落は、B A J I 625 号に示されており、第 2 の段落は、原告の要求によって付加的に与えられた説示である。

注 2 : 看護に関する専門家コードの規定

また、前述の専門家コード 2725 節は関連条文で、以下のように規定されている。

「すなわち、「1973-74 セッションでのこの節の改定において、州議会は、看護がダイナミックなフィールドであり、より複雑な患者ケア活動を含むように継続的に発展している実務であると認識している。同セッションにおける同節の改定における州議会の意図は、共通の承認および慣習を持つ機能および手続きに関し、法的権能を明らかに規定することである。立法的意図は、また、医師と登録看護婦間の共通的な機能の存在を認識することであり、医師と登録看護婦間の共同作業で提供されている組織化されたヘルス・ケア・システム内での、付加的な機能の協同化を認めることである。… 本章における看護実務は、実際的な科学的な知識、または技術および技能、さらに以下の以下の内容を含むのであるが、それらを要求する実際的な潜在的な健康または疾病に関する問題、あるいはその治療を助ける日常生活における困難性に伴う人間の反応を援助する、基本的なヘルス・ケアを含むこれらの機能を意味する。

すなわち、(a) 安全、慰安、個人衛生、および患者の保護を保証する直接的、間接的
患者ケアサービス、および疾病の予防および回復過程の援助、(b) 医師の資格による、
またその範囲で処方された治療、疾病予防、またはリハビリテーションの実施における、
薬物治療および治療者の管理、および必要な処置を含むが、それに限定されない直接的、
間接的な患者サービス、(c) 皮膚の検査、予防接種技の実施、および静脈および動脈
からの採血、(d) 疾病の症状および徴候の観察、治療に対する反応、一般的行動、また
は一般的身体状態、および (1) このような症状、徴候、反応、行動、または一般状態が
異常状態を示しているか否か、および (2) 基準的な手順、または緊急時の手順の伝授に
従って、治療養生における異常の観察に基づいた、適切な報告または照会、あるいは基準
的な手順または変化の実施。」

注 3 : ナース・プラクティショナーに関する規定

1977 年、州議会は、「ナース・プラクティショナー」が登録看護婦および登録看護委員会によって創設されたナース・プラクティショナーに対する基準にもまた合致しなければならぬと規定している、特別に「ナース・プラクティショナー」に関連した法律を定め

た。本件における証拠は、看護婦ウェルチが登録看護婦および「ナース・プラクティショナー」の両資格を有することを示した。

「被告の主張の問題点」

両当事者の医学専門家らは、主たる梗塞が恐らくレディング医師の診察後約9時間で生じたことに同意した。スワン医師は、障害を予防できまたは最小にすることができる機会は、切迫した心臓発作の可能な限り早い可能な発見しかないと指摘し、レディング医師の診察時に原告が前梗塞状態であったことが推定されると証言した。被告側の専門家によっても同意された推定であるが、もし、心電図が4時15分の診療、すなわち、看護婦ウェルチの診察時の診断および治療の時になされたならば、障害を最小限にできたであろう。

過失があった者をレディング医師のみであり、看護婦ウェルチではないと裁判所が判断するかどうか、評決に影響を与えるにちがいないとは、被告は陪審に示していなかった。被告の見解は、看護婦ウェルチおよびレディング医師の両者が心電図を指示しなかったことに過失はないものとし、原告が診察時に述べ示された徴候に照らし、また、とにかく、もし心電図がいずれの時になされていたとしても、心臓発作を防ぐことはできなかった、との端的な立場に立つものであり、認められない。

〔解説〕

本件で、1970年代のアメリカのナース・プラクティショナーの業務内容が具体的に示されている。すなわち、医師の監督下にはあるが、単独で病歴を聴取し、診察している点である。診察を行なう場合には、その診断内容に責任を負うのであるが、本件では患者の心筋梗塞前状態を予見できたかが問題となっている。しかし、ナース・プラクティショナーのウェルチのみが、患者の同症状を予見ができなかったのではなく、フランツおよびレディング医師らも同様であったため、ナース・プラクティショナーの責任は、直接的に問われなかった。

一般的にナース・プラクティショナーは、大学院修士課程レベルの教育を受け、州が認定する資格であり、成人ナース・プラクティショナー、老人ナース・プラクティショナー、小児ナース・プラクティショナー、家族ナース・プラクティショナーなどがある。本件の場合、ウェルチは単独で患者を診察し、フランツ医師と協議し診断しており、内科医的な診療行為を行っている。いわゆる、成人ナース・プラクティショナーであろう。

また、前述したように、ウェルチは医師の監督下で診察しているが、原告フェインもあえて、医師の診察を求めている。このように事実上、ナース・プラクティショナーが内科医と同様な診察を行っていたため、第1審において、陪審に対する裁判所の説示が、ナース・プラクティショナーのケアの基準は、内科医および外科医と同様としたのであろう。1970年代半ばで、すでにナース・プラクティショナーが医学的診断を行なう一専門職と位置づけられていたとも言える。

「日本との比較」

なお、日本において、このナース・プラクティショナーに該当する職種は存在しない。すなわち、患者の診察、医学診断は医師法第 17 条で医師のみが行うことができると規定されているからである。しかし、在宅ケアなど、医師不在の条件下で、患者の身体状態を観察することは看護業務の一部であり、この場合、看護婦は事実上患者の身体状況の判断行為を行っている。同看護婦が異常状態を発見した場合は、保健婦助産婦看護婦法第 5 条および第 38 条により、医師への報告義務が生ずる。このように、看護婦は主体的に患者の状態を観察および判断しているのである。したがって、日本では本件のようにナース・プラクティショナーとして医学診断を行なうは認められないが、実際的には、CCUで患者に直接心電図を装着し、心電図を読み、異常状態が発生した場合、医師へ報告している。このように両国間の看護職の実際的な業務内容は、類似している部分が多い。ゆえに、実質的な看護婦の業務内容の検討において本件は有益である。すなわち、高度化および専門化する医療において、看護婦がどこまで患者の身体状況を判断できるか、また、すべきかに関し、保健婦助産婦看護婦法に看護婦の職務内容は具体的に示されていない。上述のCCUの例のように日本の看護婦の業務内容の拡大、その責任範囲を考える上で、本件は看護婦の患者観察における主体的判断を認めた事例として参考となる。

3. 看護婦一助産婦

1990年アンダソン対合衆国事件 (Anderson v. U.S.) (731 F. Supp. 391 (1990))

本件は、原告マリー・アンダソン、ケイスイ・アンダソンおよびクロデッテ・ショットが、マリーの分娩が未治療の高血圧症および前子癇症状のため難産となったとして、出産した病院を運営している合衆国を被告として提訴したものである。原告らは、この高血圧症からの前子癇症状は、胎児であるケイスイの低酸素症状を生じさせ、ケイスイが重症の永久的な脳障害を負ったと主張した。

[事実関係]

1984年、9月12日に原告マリー・アンダソンは、原告ケイスイ・アンダソンをノース・ダコウタ州の第1次医療施設であるフォート・イエイト・インディアン健康サービス病院で出産した。同病院は、本件被告である合衆国インディアン健康サービス部局 (IHS) によって運営されている。同IHSは、インディアン健康ケア改良法によって設立されている。この「第1次」という用語は、ヘルス・センタによって提供されているケアの精密さの程度を示すものである。第1次病院は、最も低いレベルのケアを提供するものであり、他方、第3次病院は、いかなる緊急状態にも対応できるものである。出産施設に関して言えば、第1次的病棟とは、危険の程度が低いと判断された妊娠のみをケアするところである。

合衆国は、伝統的に高い関心をもって特別保留地における医療に注意を払ってきてはいない。このような状況に対応し、1976年に合衆国はIHSを創設した。同IHSはアメリカ・インディアン住民に対し、利用可能な健康ケアを改善する責任を有する。多くのアメリカ・インディアン、特に特別保留地に在住するか隣接する者は、地理的に孤立する地域に住んでいる。したがって、IHSは、多くの人に対する多くの適切なケアを提供するための最もよい方法に関し、困難な決定をしなければならない。同IHSの活動の重要な部分は、孤立した地域における第1次医療施設を創設することである。同IHSは、ケアが地域的レベルで提供される際に、アメリカ・インディアン住民が同ケアを受けるであろうことが予定されている。第1次施設でより集中的なケアを求め来る際に、施設のプロトコルは、より高度のケアの必要性が認識されなければならない、また患者が高次レベルの病院に転送されるべきと定めている。

本件では、このプロトコルがまさに問題である。

原告マリーは、1984年9月12日午前0時30分、同病院に行なった。マリーは妊娠2ヶ月で自分の妊娠に気づいた。彼女は19歳で独身であった。彼女は自分の妊娠に関する両親の反応を恐れて、1ヶ月間両親に妊娠を隠していたが、結局、母親のクロデッテ・ショットに妊娠を告げた。ショットはほぼ半分がスー族系の家系で、スー族の一員として登録している。したがって、娘のマリーは、フォート・イエイト・インディアン健康サーヴ

イス病院で無料のケアを受ける資格がある。ショットは同病院で娘が周産期のケアを受け始めるよう直ちに準備した。

マリーは最初に看護婦—助産婦のドロシー・メイヤによる診察を受けた。メイヤは同病院の被雇用者であり、危険度が低い分娩介助を行なうことのできる資格を有している。マリーは妊娠中8回の診察を受けた。このことは、同病院の平均的な患者に比較し、多い受診回数である。メイヤと他の医療従事者はマリーを十分に診察でき、彼女の妊娠期間に彼女が自分自身で健康管理できるようなケアの監視することができた。あらゆる点で、妊娠期のマリーの行動は見本となるものであった。彼女は飲酒も薬の常用の既往もなく、禁煙した。マリーは忠実にメイヤや他の医療従事者の診察を受け、その助言に従った。初妊婦であったため、彼女は産婦人科医の資格を有し、同病院のコンサルタントでもあるモンツの診察を1度受けた。モンツはマリーに妊娠経過が順調であり、多分胎児は男の子であろうと告げた。

同病院は帝王切開術、麻酔機器、あるいは輸血を行なう手術室設備はない。これはアメリカ産科婦人科学会の方針、すなわち、第1次医療施設で30分以内に、前述の必要な医療サービス全てを行なうべきであるとする方針に合致しないものである。同病院に最も近い第3次医療ケア施設は同州のビスマークにあり73マイル離れている。同第3次病院には、空中緊急輸送によってビスマークより通常約1時間で到着可能である。

ノース・ダコウタ州において、ホプキンス事件で述べられたように「医師は同じ一般的な実務において、類似の地域での医師の実務によって通常なされるような同様の合理的なケアおよび技能を実施することが求められている。」ノース・ダコウタ州の医療過誤裁判での一応の推定によって原告が勝訴可能な事件を創設するために、原告は「適用可能なケアの基準、同基準違反、および同違反と申し立てられた損害の間の因果関係」を証明にしなければならない。

患者は、病院の訓練を受けたスタッフ、病院の責任ある管理および特別の設備によって、医師によって処方されたケアに関する管理を高めるであろう合理的な期待のもとで、病院に入院する。このように病院は、管理的または事務的な実務に従事している被雇用者の過失に対し責任がある。病院の被雇用者の実務遂行中の過失は、病院にその責任を帰することができる。

[問題]

1. マリー・アンダソンは妊娠性高血圧症 (PIH)、または前子癱症状、あるいはその両者の徴候を示していたかどうか。
2. マリー・アンダソンが申し立てた妊娠性高血圧症、または前子癱症状、あるいはその両者が、ケイスイ・アンダソンに分娩中の仮死状態を引き起こしたか否か。
3. 損害。
4. 損害額が連邦不法行為訴訟法のもとで、制限範囲を越える金額によって相殺されるべきか否か。

[議論]

I マリー・アンダソンは妊娠性高血圧症、または前子癩症状、あるいはその両者の徴候を示していたかどうか。

マリーが同病院での分娩中の午前0時30分、彼女の血圧は150/90と記録された。彼女の標準値、または妊娠前の血圧は、看護婦一助産婦メイヤによって100/60と記録されていた。一晩中彼女の血圧は、142/88、140/80、120/84、122/80、120/78、138/88、および140/90と測定された。事実審での証言において、数回、同病院の被雇用者はどの血圧値が血圧の基準値として考えられるべきかに関し、混乱していた。この混乱はマリーの潜在的諸問題を診断する病院スタッフの過失に寄与した。

マリーは彼女が病院に着いた時に、PIHであったと主張する。PIHは胎児の酸素循環を減少させる胎盤血管の収縮に関与する状態である。この酸素欠乏は、脳細胞を永久的に死滅させる。軽症の高血圧症でさえ、低酸素症および胎児仮死を引き起こすことになる。それゆえに、分娩中の患者のPIHは、たとえ軽症の高血圧症であったとしても、産婦と胎児に危険を引き起こしうる。アメリカ産科婦人科学会(ACOG)は、6時間に2回以上、140/90またはそれ以上の高血圧、あるいは収縮期血圧の30以上の上昇、または拡張期血圧の15以上の上昇がある場合、PIHと定義する。

事実審において、アンダソンはIHSがACOGによって定められている第3次医療施設から30分以上離れて建設されているため過失があると主張した。当裁判所は、IHSが第1次医療施設を郊外に建設した決定は合理的で、実際模範的な決定であると判断する。ACOGのガイドラインは、出産に関する危険に対し熟慮し、合理的な方策を示しているもので、それ自体は問題がないガイドラインであった。しなしながら、IHSは人的にも経済的資源に限りがあるという現実と直面している。これらの制限は、第1次バース・センタ全てが第3次センタから30分以内に建設されるべきと認めてはいない。少なくとも、もし、IHSが貧しく孤立化したアメリカン・インディアン社会の近くに位置するバース・センタを必要としていなかったとしても、同IHSはその最も重要な優先性が、ヘルス・ケア・システムにアメリカン・インディアンの人々を組み入れることだと、適切に決定した。ひとたびアメリカン・インディアンの人々が通常の医療的ケアを受け入れることになれば、より多くの問題を持った患者が、より高次の医療施設に転送されることとなる。このようなシステムにおいて、これらの危険度を識別することは、危険な徴候の認識による。

本件の場合、麻酔、輸血および帝王切開術を実施できるようなハイ・リスク妊娠に一般的に求められるこれらのサービスは、同病院においては入手不可能である。もしマリーがこれらのサービスを必要とするような状態であったならば、フォート・イエッツからビスマークに彼女を移動しないということが医療援助において過失となるであろう。

胎児心拍監視装置はまた子宮内の胎児仮死を発見するのに使用することができる。9月11日、マリーがケイスイを出産した前日であるが、胎児監視装置がマリーに使用された。2回目の胎児監視装置はマリーが9月12日に同病院に入院した時、看護師トニ・マンによって装着された。この記録は40分間で、マリーの出産開始の5時間以上前の午前1時30分に中止された。3度目の監視装置が使用されたか否かに関しては争いがある。合衆国は午前11時にマリーに患者の名前、または日付をつけずに、同監視装置が実際に使用されたと主張する。原告らはマリーの証言においてこれを争い、看護婦メイヤが同じ朝に他の婦人に胎児監視装置を装着したと述べた。「名前のない」記録はノン・ストレス・テストであり、これは妊産婦の腹部の外側に器械を装着するものである。産婦人科医のステヘン・クルイクシャンクは、同監視装置が外測法として用いられたので、いつ子宮収縮が生じていたか否かの判断において価値はほとんどないとした。このように、当裁判所は胎児監視装置が実際、マリーに使用されたか否かに関する判断は必要ないと認定する。使用された同監視装置が胎児の状態に関する正確なアセスメントを行なうには不適切であった。

事実審における証拠から、当裁判所は同病院が被雇用者によって記録されたマリーの血圧に十分な注意を払わなかったことに過失があったと結論づける。孤立化したコミュニティでの第1次的な医療ケアを提供することに関する方針が価値のある限りは、もし、適切な注意が潜在的なハイ・リスクを予測する徴候になされていた時のみ、機能しうる。最も近接の第3次医療ケア・センタは、フォート・イェッツから1時間以上離れているので、このような徴候は移送のため、可能な限り早く予測されなければならない。したがって、胎児監視装置による胎児がよい状態であるとの評価は、本件においては全体的に適切ではなかった。マリーの危険な高血圧の状態に注意が払われていなかった。同病院はこのような状態において、より注意深い監視を行わなかったことに過失があった。

II マリー・アンダソンが申し立てた妊娠性高血圧症、または前子癩症状、あるいはその両方が、ケイスイ・アンダソンに分娩中の仮死状態を引き起こしたか否か。

分娩時仮死および低酸素症の領域の専門家であるプレンスキ医師は、合衆国の立場にたって証言した。同医師は、各症状は事例毎に異なるのであるが、低酸素症の事例または酸素欠乏の事例は、通常、同様な「出産直後の直接的な症状の集合体」のごとくであると記録した。同医師に依れば、低酸素状態の新生児は以下の症状を呈する。すなわち、

- 1) 新生児が息をしていない、
- 2) 新生児に蘇生が必要である。
- 3) (通常) 弱い啼泣、
- 4) 弱い吸啜、
- 5) 通常、過度の低緊張、
- 6) チアノーゼ (皮膚蒼白)、

- 7) 生後数日間中の(微細な)発作、
- 8) 通常、意識のない状態(昏睡状態)

本件で主張された低酸素症を伴う出生時仮死状態において、上記リストが諸症状に関する完全なリストではないが、同リストは事実関係の判断の基礎となる。

出生時ケイスイは彼自身では息をすることが不可能であった。同病院のコンサルタントのモンツ医師は、ケイスイの出生時分娩室にいて、同児に蘇生を行なった。彼は、比較的に中程度の蘇生方法である「バッグによる蘇生」を行なった。分娩時仮死の新生児が出生後は、新生児の肺呼吸が確立するために、少なくともバックによる呼吸が必要である。

出生時のケイスイの啼泣は、何人かの観察者によって「おかしい」と表現された。この1人の観察者であり、ヘリコプターで到着したマリー医師は、この表現の意味を尋ねられたので、ケイスイの啼泣が変わったピッチであり、通常の子供のものよりは弱かった、と述べた。このケイスイの吸嚙が弱かったことは争いがない。数人の観察者は、弱い吸嚙を記録し、このことは、彼の母、すなわちマリーが結局、彼の世話をすることができなくなることを意味した。

より争いがあった問題は、低緊張または緊張の欠乏である。分娩時仮死の新生児の大部分は、低緊張である。ケイスイは過緊張で出生した。プレンスキ医師は分娩時仮死の何人かの新生児が過緊張で出生するが、このような過緊張は通常、新生児がその伸展においてほとんど硬直するような硬さを示すものである。ケイスイはこの例外に合致する。

新生児低酸素症の他の症状は、チアノーゼまたは皮膚蒼白である。ケイスイはチアノーゼ状態で出生した。生後数日間中の発作はプレンスキ医師により低酸素症である新生児のその他の症状と記録された。原告側の専門家もまた、同発作は低酸素症の徴候であるとした。被告側の鑑定人である他の専門家のグラヴェン医師はプレンスキ医師には同意せず、低酸素症の新生児は脳障害のため生後数日間中の発作を生じることはないと述べた。出生時の児の神経システムは、まさに生後2、3日の新生児のように十分機能しない。このように新生児は大発作を生じないことは正しい。新生児の治療訓練を受けたプレンスキおよびスーントゲン両新生児専門医は、このような新生児が「微細な」発作と呼ばれている状態に陥るということを述べた。新生児ケアの訓練を受けていない医師には、微細な発作を見分けることができない。微細な発作は、新生児が腕を胸まで上げる動作、左右への早い眼球運動、または身体の硬直によって示されうる。ケイスイはこのような症状を示した。当裁判所は、ケイスイが生後6日間、反復する微細発作を示したと判断する。生後6日目に、ケイスイの最初の大発作が生じた。これらの発作は、今日まで続いており、フェノバルビタルの使用によりコントロールされている。

ケイスイは出生時昏睡状態ではなかった。しかしながら、彼は嗜眠状態であった。スーントゲン医師はケイスイの出生後、約1時間20分後にビスマークにケイスイを移送するために到着した時、このケイスイの状態を記録した。同医師はケイスイを生後1週間観察し、治療した。ケイスイの嗜眠状態が続いていたとする新生児専門医であるスーントゲン

医師の観察は重要である。当裁判所はケイスイが早期新生児期に嗜眠状態であったと認定する。

概して、ケイスイは、低酸素症で出生した子供達のために、プレンスキ医師により定められた第8基準に該当する。本件におけるその他の証拠は、ケイスイの重症で永久的な障害が被告病院の過失によって引き起こされたという結論を示している。このような証拠、特にケイスイを治療していた医師により示された証拠は、因果関係の存在を示すものである。

ケイスイがビスマークのメドセンタ第一病院に到着した時、スーントゲン医師は、出生時仮死の状態よりも彼が被った問題につき、他の原因があるかどうかを判断するために、諸検査を行なった。トーチ検査がケイスイに実施された。同検査の結果は陰性であった。この陰性の結果は、ケイスイの障害の原因と同様な風疹または（胎児アルコール症候群のような＝原文）中毒性の疾患のような原因によって引き起こされた感染症を否定するものであった。スーントゲン医師によるアミノ酸の検査もまた、陰性であり、ケイスイの障害の原因は、先天的な代謝異常ではなかった。2種類の染色体検査がミネソタ大学およびノース・ダコウタ大学でそれぞれその後実施された。両検査ともケイスイの状態に関連する染色体異常は発見されなかった。これは、ケイスイの脳障害及び臨床的にも診断検査的な重症の発達障害に先天的な要因が存在しないことを示している。

熱心な実務家でもある小児神経学者のジェラルド・スレイタ医師もまたケイスイを治療した。同医師は、新生児の精神発達遅滞の病因（原因）に関する診断領域の専門家である。同医師は、ケイスイの脳障害及び精神発達遅滞が分娩時仮死に起因するものとし、その他の全ての原因を否定した。同医師の意見は、ケイスイに関する同医師の診断、病院の分娩記録、母親のPIH及び前子癩症状に基づくものであった。

また同医師は、ケイスイに関連する診療録についての判断を示した。低酸素状態の間、身体は侵襲に対して脳を保護するよう機能する。すなわち、脳に可能な限り長く酸素を供給しうるように、他の組織に供給する酸素が低下する。スーントゲン医師がケイスイをメド・センタ第一病院に移送した時、彼女はCPK検査を彼に行なうよう指示した。CPK検査は筋肉または脳によって産出された酵素のレベルを測定するものである。この酵素は、酸素が筋肉や脳に十分供給されない場合に、産生される。CPK検査は、もし、同医師が低酸素症と判断した場合に実施される。正常新生児の場合、このCPK値は10から20の間である。ケイスイのCPK値は、2,000以上であった。スレイタ医師は、心疾患の診断に伴う以外、このような値は分娩時の低酸素症であると診断する場合にのみ説明できる、と述べた。

ケイスイが低酸素症状態にあったということは、心臓肥大としても知られている心肥大症の状態によっても判断される。心肥大症は低酸素状態の間、脳への血流を促進するように、心臓の機能が抑制された時に生ずる。ケイスイの腎臓もまた、分娩時仮死が彼の障害の原因となったとの診断を支持するものである。ケイスイは生後21時間まで排尿がなか

った。このことは、酸素を供給された血液が彼の脳に供給されつづけたために、彼の他の臓器が低酸素状態の間、「機能しなかった」ことを示している。

合衆国は、ケイスイが母マリーの妊娠初期の間に被った先天的な障害によると主張する。この主張は採用することができない。ケイスイは出生時小頭症（小さな頭を伴う＝原文）ではなく、出生後小頭症となったのである。小児科医で有資格遺伝学者のジョン・マートゾルフ医師はケイスイを診察し、生後2年間の頭囲の発育を記録した。彼はケイスイが原発性の小頭症（出生時に小頭であった＝原文）で出生したものではないと述べた。原発性の小頭症は、ケイスイに先天的な問題があったことを示す。その代わりに、ケイスイが第2次的な小頭症、これはケイスイの頭が出生時通常の大きさであり、その時点以降、通常の発育が停止することを意味する。新生児の頭の発育は、脳の発達によって促進される。子供の頭が出生時通常の大きさであったが、その後発育が停止したことは、出生時の障害を示すものである。マートゾルフ医師は、ケイスイが分娩第1期及び2期の間、唯一仮死状態のため出生後に小頭症となったと証言した。同医師はまた、ケイスイの脳障害及び精神発達遅滞が分娩時仮死の結果とであると証言した。

マリーが破水した午前10時55分の胎便の存在（胎児仮死の状態）は、さらに子宮内での胎児仮死があったことを示すものである。胎盤機能不全は分娩期の胎児の酸素供給状態に影響を及ぼす。上述したように、胎児仮死の状態は彼の脳を保護するために主要な組織への酸素供給を減少させることになる。胎児の腸の閉塞状態が生じた時に、胎便の漏出は、胎児の腸動に現れる。もし、この胎児仮死の状態が重症である場合、胎児は子宮内で喘ぎ呼吸となり、胎便を吸引してしまうであろう。ケイスイは胎便を吸引していた。

事実審における証拠の大部分は、出産時、看護婦メイヤによって判断されたケイスイのアプガ・スコアの正確性に関し、争うものであった。アプガ・スコアは新生児の身体状況を査定するために用いられ、出生後、1分および5分の時点で採点される。アプガ・スコアは分娩時仮死の可能性を査定するために有用である。しかし、モンツ医師により述べられたように、確定的なものではない。当裁判所は、アプガ・スコアが被告病院の職員により不正に改ざんされてはいないし、またはそれらの正確性を否定的に解釈することもしない、と判断する。分娩時記録のアプガ・スコアの記載における数字が錯綜しているが、記録下部の総計は同じであった。当裁判所は、アプガ・スコアの測定者が不正確であったかもしれないが、彼女は本訴訟において不正に同スコアを改ざんしたことはなかった、と判断する。しかしながら、証拠に依れば、同スコアを測定する際の正確な手順は、直接分娩介助を行っていない人が新生児の状態を採点するべきであると規定している。ケイスイの分娩介助をした看護婦メイヤは、彼のアプガ・スコアをも採点した。アプガ・スコアを測定するための同病院の職員不足は、同スコアの信頼性を損なうことになる。

原告側の主張は、ケイスイの脳障害および脳性麻痺は分娩時仮死一すなわち、ケイスイへの血液循環において酸素量の損失によって生じた胎盤機能不全、によって引き起こされたということである。事実審における証拠は、分娩時仮死が使用された継続的胎児心拍

監視装置により、またはマリーの身体的諸徴候により判断することができたとする。当裁判所は、このような診断を行なった同病院の過失がケイスィの障害を生じさせたと判断する。また、合衆国が彼の障害に対し、被った全ての損害につき責任を負うものであると判断する。

Ⅲ 損害賠償金

分娩時仮死を被った後に出生した子供は、重症の障害を負う可能性がある。1989年のスコット対合衆国事件では、類似の分娩時仮死の事件において、合衆国に対し8,700万ドルの評決のうち、600万ドル以上を認める判決が下された。1988年のネルソン対トリニティ医療センタ事件において、観察されていなかった胎児仮死を生じていた間の胎児の被った脳障害に対し、560万ドルの評決が支持された。ケイスィに対する損害賠償額は少なくとも彼の生涯にわたるケアに関する費用を含まなければならない。

ノース・ダコウタ州における損害賠償金は法令により補償される。同州法令 32-03. 2-04 は1987年7月8日以降提訴された請求にのみ特定の適用する。しかしながら、同州最高裁判所は、同日前に提訴した事件に対し、立法趣旨のこの点（損害賠償を認める）につき、配偶者権の喪失に関する議会の立法政策を変えるように適用している。すなわち、同法令は、

[人に対する損害に関連した違法な死に対する金銭的および非金銭的（精神的＝慰謝料）損害賠償金]

1. 金銭的損害に対する補償、すなわち、治療費および医療ケア費用、リハビリテーション・サービス、養育ケア、稼働所得および稼働能力の損失、収入およびサポートの損失、埋葬費用、代替地域サービス（ホーム・ヘルパーなど）、雇用または商業上の、あるいは雇用機会の損失、および他の金銭上の損失から生じた損害である。
2. 非金銭的損害に対する補償、すなわち、苦痛、苦悩、不便性、身体的欠陥、外観的損失、精神的苦痛、感情的苦悩、障害に関する恐れ、死亡または病气、社会および交際に関する損失、配偶者権の喪失、評判または屈辱に関する損害、および他の非金銭的な損害を含む損害である。

A 金銭的賠償

分娩時仮死はケイスィに重大な障害を与えた。ケイスィは現在5歳であるが、今後も決して歩行も会話も物を見ることも、または生活費を得ることもできないであろう。ケイスィは腸動をコントロールすることができず、2時間毎に腹部の空腸瘻チューブから栄養摂取しなければならない。ケイスィの現在の小児神経医のケルツ医師は、ケイスィが疼痛を感じており、くすぐると笑い、音を聞くことができると証言した。ケイスィはまた、彼の

活動能力を保持するために、神経学者による定期的な治療を継続する必要性があるとした。

ケイスィの担当小児科医であるコヴァリック医師は、ケイスィの寿命を40歳から50歳と予測している。ケイスィには24時間の監視体制、空腸瘻栄養を提供するための高度に熟練したケア、および日常的な治療が必要である。ケイスィは歩行や這うこと、または自分で回転することさえできないので、彼はまた1日に何度も動き回るのに非常な努力が必要とする。

出生から現在まで、ケイスィは祖母のクロウデテと生活し援助を受けてきた。同祖母のケアと愛情は今日まで、ケイスィの人生の中にみられるごくわずかの輝きの1つである。現在までのこのような同祖母による素晴らしいケアにもかかわらず、彼女がケイスィの成長に合わせながらこのケアを継続することはより困難になりであろう。すなわち、近い将来、家庭以外での生活となるであろう。

1. 将来の金銭的損害賠償金

ケア費用および維持費に関し、当裁判所はケイスィに対し240万ドルを認める。同費用は事実審での証拠に基づき、ケイスィの将来的な医療費および生活費を算定したものである。このような費用は、医療費に関する専門家である経済学者のフェルドマン博士によって事実審で示された証拠に照らし、上記サービスの最近の費用および医療的なニーズの現在費用によって算出された。

ケイスィは彼が受けた被告の過失が生じなければ正常に生まれたであろうという理由で、合衆国に対し逸失利益の請求も行なった。ケイスィの生みの母および2人の兄弟は全員高校を卒業した。ケイスィの父親とみなされる人は大卒である。ケイスィも恐らく高卒の資格を得たであろう。当裁判所は、ケイスィが高校を卒業下であろうと推定し、逸失利益を76万ドルとする。同額は現在の計算上のものである。

2. 過去の金銭的損害賠償金

現在までのケイスィの医療費はおおよそ16万ドルである。当裁判所は、同額が合衆国により支払われるべきと判断する。ショット夫人（祖母）はまた、ケイスィに対し長期間生活の世話をしてきた。当裁判所は、これらの行為が配偶者（家族）権喪失に向けられるように、ショット夫人の親代わりの地位を証明するものと判断する。しかしながらこれらの行為が任意のものであるので、提供役務相当金額の請求に対する支払は不適切である。

B 配偶者権喪失

伝統的にノース・ダコウタ州は子供に関する社会的、慰安および仲間意識の損失に対する損害賠償を認めてはいなかった。しかしながら、他の州はこのような権利を容認し始めているので、当裁判所は1988年のホプキンス事件にみるように、この問題につき再検討を始めた。同事件において、同裁判所は個人の損害賠償請求訴訟事件で維持されたように伝統的な心理的苦痛に関する損害賠償額を付加し、配偶者（家族）権喪失を認めた。未成年の子供の死亡または障害は、

深い感情的な傷であり、家族の感情にとって重大な損害であることに對し、・・・親子関係において、家族意識、奪われた現実、および潜在的な共同意識の損失に基づく貨幣価値に對し、または・・・法による賠償を認める傾向を示すものかもしれない。家庭生活の感情的な側面は、一般化することなく現実のものとなる。

ショット夫人は、ケイスイが出生から世話をしてきた。彼女はケイスイを愛しており、彼の母になろうかと考えている。またショット夫妻はケイスイの世話を2人でしており、彼を養子にする手続きを始めている。ショット夫人はスー族の登録された一員である。優位な白人社会では、家族関係が特別に重要であると常に受け止められるものではないが、アメリカインディアンの文化では、家族関係は重要である。これは、ホプキンズ事件において、アメリカインディアンの文化の特別な価値が胎児の死に對し損害賠償を認めるとの判断にみることができる。ショット夫人は彼女の孫に関する愛情と仲間意識、特にアメリカインディアンの伝統である家族関係に對する苦痛を受けた。このように彼女は、正当に家族権の喪失に對する請求を求めると十分な重要な損害を示している。

ショット夫人の請求は、また親代わりの地位の分析を用いて認められる。人は、彼または彼女が法律上の養子に関する正規の全手続きをとらずとも、親子関係に関する義務を推定することによって合法的な親と認められる時に、親代わりの地位を持つ（実質的に親になる）。1971年アメリカ法律百科全書第2版、59巻「親と子」88節。祖父母は親代わりの地位を自動的に認められるものではない。子供の生みの親が生きているとしてさえも、祖父母は親代わりの地位を得ることができる。この場合の祖父母は、子供の単なる後見人より以上のことをしなければならない、すなわち、経済的な支援もまた必要である。

ショット夫人はケイスイの出産後から保護監督およびケアをしてきた。彼女の行なってきた行為およびケアは、彼女が彼に對し親代わりの立場にあることを意味する。このように、彼女は通常の親子関係にみられると同様の権利および責任を実質的に有する。彼女はケイスイに對する経済的な負担をしており、彼に食事を与えるために2時間毎に起きる緊張を持続し、および母親としての心配をしてきた。マリーはケイスイの出産後、2人の子供を産み、この2人の子供は父親の祖父母と生活している。このように、ショット夫人はケイスイが出産時に異常な状態が生じたにもかかわらず、彼に母親としての役割を果たし続けるであろうと強く思われる。このように、ショット夫人はノース・ダコウタ州法32-03. 2-04のもと、家族権喪失に對する損害賠償請求を行なうことができる。したがって、アメリカ合衆国は彼女の孫に関する過去および将来の家族権の喪失につき、彼女に52万5000ドルを支払わなければならない。

マリーもまた、家族権の喪失および情緒的な緊張に基づく損害賠償を請求している。彼女は重症の発達障害のある子供を育てるストレスに對応することができなかったため、彼女の母親であるショット夫人にケイスイを預けた。マリーがケイスイを預けた時は19歳であったが、彼女のケイスイに對する持続的な対応は、彼の成長発達にほとんど関心を示していないと判断する。したがって、彼女には家族権の喪失または不当な緊張に基づくい

かなる請求も認めることはできない。

IV 損害賠償金が連邦不法行為訴訟法のもとで、支払いが認められない合計額は相殺されべきか否か？

連邦不法行為訴訟法は合衆国が国家免責論のもとにあるという理由で免責の権利放棄を規定している。同法のもと、合衆国は「同様な状況のもとで、私人と同様に扱われるため」に、その過失行為に対し責任を有すると判断されるべきである。しかしながら、この権利放棄は損害賠償に対してのみ及ぶ。懲罰的な損害賠償請求を合衆国から得ることはできないであろう。

原告が被告の過失によって生じた深刻な損害を被った事件において、いかなる損害額も高額とならざるをえない。ケイスィは、今後40年から50年間生きると推定される生涯において、24時間のケアを必要とするであろう。合衆国は、合衆国がケイスィに対し生じた損害の性質により損害額が決められることを理解すべきである。

当裁判所は、オヴァトン事件で適切な解決がなされていると考える。同事件において、悪性の風邪のワクチン接種を受けた女性が、同接種のために病気に罹患した。彼女は接種を行なった合衆国を被告として提訴した。同訴訟がF T C A法の下、提起されたが、訴えの利益および副次的給付非控除ルール（英米法辞典158頁、例えば原告が医療費について自分が掛けておいた保険から支払を受けても、そのことは賠償額に影響を与えない）が問題となっている。第8巡回裁判区はメディケアによる支払いが、原告に課せられた損害額と相殺できることを維持した。これは連邦政府の財源から「二重の賠償」を原告に認めないようするためである。

同事件の判断は、本件にまさに合致する。副次的給付非控除ルールは、原告が受けることができる付随的援助から不法行為者が利益を受けることから（被害者（原告）を）保護するように考えている。本件で、合衆国は不法行為者なのである。障害者に対する合衆国により与えられた援助の財源は、また、性質上このように付随するものではなく、主たるものであって、将来の医療および家庭でのケアに対し240万ドル、過去の医療費用として16万ドルから相殺することができる。

合衆国はまた、サウス・ダコウタ州およびE A H C A法に従って提供される地方の基金により、ケイスィに支払われた金額を相殺できるにちがいないと主張している。合衆国はサウス・ダコウタ州の利益の何パーセントが合衆国から提供された基金か、に関するデータを何も提出していない。副次的給付非控除ルールは、合衆国の過失に関する費用を得ることから、サウス・ダコウタ州の納税者を保護するものなのである。これは、州および地方自治体の支出を相殺できないのであるから、合衆国はなお、ケイスィに2重の支払いをすることから保護されている。もし、サウス・ダコウタ州の利益に対する基金の1部が連邦政府により支出されるならば、合衆国はケイスィの損害賠償額からこの金額を相殺することを認められなければならない。例えば、もし、サウス・ダコウタ州が1ドルの価値

の利益を提供するならば、合衆国はケイスイの損害額から、この1ドルを相殺することができない。しなしながら、もし、合衆国がこの1ドルの30セントが連邦基金であることを証明できるのなら、この30セントでケイスイの損害賠償額を相殺できる。

合衆国はまた、ケイスイに対する逸失利益を76万ドルおよびショット夫人に対する家族権の喪失に対する損害賠償額の52万5千ドルが懲罰的損倍賠償額に達すると主張する。ノース・ダコウタ州法の下、このようなことにはならない。家族権喪失および逸失利益は同州において、懲罰的と考えられていない。同州州議会は、非経済的損失は賠償可能と考えてきたが、このことは損害賠償のこの類型が懲罰的であることを意味するものではない。ホプキンス事件において、当裁判所は熟慮の上、家族権喪失の訴えに関する事例を検討してきている。同事件は、多くの変化が家族権の喪失の傘の下で、一般的にまとめられたこれらの喪失、すなわち、社会、協同、仲間意識および慰安と愛情に関する損失、を認識している。これらの喪失に対する損害賠償は非経済的損害であるが、懲罰的ではない。

結論

ケイスイは合衆国およびその機関によって重症の障害を被った。彼の将来のケアに必要な費用は莫大であるが、合衆国は彼の医療および他の費用につき、ケイスイに対し支払われた基金を検討し、これらの額を減額することができる。それゆえに、以下のように判決する。

- 1) 合衆国は家族権喪失に対し、ショット夫人に52万5000ドルを支払わなければならない。
- 2) 合衆国は逸失利益として76万ドル、過去の医療費16万ドル、ケイスイに対し算出された将来の医療費および生活費に240万ドルを支払うものとする。ショット夫人は彼女ができるおよびそうする意思を持つ限り、ケイスイの受託者とならなければならない。
- 3) 合衆国の判断に委ねられるが、もし、合衆国は過去の医療費として16万ドルおよび将来の費用として240万ドルに関し、相殺を希望する場合、当裁判所がこれらの費用の計算を行なうことができる。合衆国が相殺されるべきこれらの合計額は、このような検討が完全になされた時、返金される。

【解説】

本件では、看護婦一助産婦および医師の過失が問われた。1980年代の看護婦一助産婦は、危険度が低い分娩介助を行なうことができるとされていた。本件事故が発生した医療施設は第1次であり、高度の医療ケアを提供することは不可能である。したがって、危険度の高い異常状態が発生した場合は、73マイル離れている第3次医療施設に移送することが、施設のプロトコールで規定されている。同第3次医療施設には輸送機で約1時間を要するものであるため、当該第1次医療施設および勤務する医療者には、移送前の患者の危険度の予測および適した対応が求められている。本件の分娩は夜間であり、原告産婦の

血圧は変動していた。妊娠中は異常がなかったため、分娩時、医療者はハイリスクの産婦として十分な観察を行なわなかった、すなわち、2度の分娩監視装置による胎児心音の観察で、胎児がよい状態であるとした判断には過失があるとされた点は妥当である。事実関係に述べられているように、原告のマリーの破水時にすでに胎便がみられていたことは、裁判所の認定のように、明らかに胎児仮死の徴候を示すものである。また、産婦の血圧の変動は、胎児および新生児仮死を予見させるものである。したがって、胎児仮死の徴候が明らかに認められる本件において、より注意深い観察を求めた裁判所の判断は妥当と言える。

「日本との比較」

また、分娩時の新生児に対し、医師がバックによる蘇生術を行なっているが、結果として重症新生児仮死で移送された。その際、分娩介助を行なった看護婦—助産婦が自身でアプガ・スコアを採点したが、このことはケアの基準には合致せず、他の医療者が測定しなければならないとした。この点は日本とは異なる。日本においても実務的には、助産婦と医師と一緒に分娩に立ち会う場合、医師、特に小児科医はアプガ・スコアを採点する。しかし、保健婦助産婦看護婦法第3条で助産婦は「助産」、すなわち、医師の立ち会いがなくとも正常分娩の取り扱いができるため、分娩時、新生児仮死を診断するアプガ・スコアを助産婦自身が測定する。したがって、そもそもアプガ・スコアの測定者に関する基準に相違が見られることが明らかとなった。アプガ・スコアは新生児仮死の診断に用いられる基本的な診断基準の一つであるため、誰が新生児の身体状態を観察し、採点するのか、その信頼性はどうか、を検討した本件は、日本での医療者の注意義務を明らかにするうえで参考となる。

また、具体的な助産婦の業務内容には、日米間で差がみられないことが明らかとなった。すなわち、正常経過の場合の、妊娠期における助産婦自身による診察、分娩時の診察、さらに分娩時の看護婦（上）の分娩監視装置による胎児心音の観察など、看護婦および助産婦の業務内容の類似点は多い。アメリカでの助産婦教育は、日本とは異なり各州で多様であるが、本件のように看護婦—助産婦の場合、一般的に大学院修士課程修了程度の教育を受けている。日本の助産婦は、通常、高校卒業後、3年間の看護教育後に1年間の助産婦教育を受け、国家資格を有する。したがって、両国に教育制度、内容に相違がみられるが、社会が求める業務内容は類似していると言える。この点は、本稿、資料 助産婦の資格および業務に関する日米比較—ウィスコンシン州を参考に—を参照。

4. 医師の明示的指示と黙示的指示

本節では、医療事故発生時の看護行為が、医師のどのような指示の下で行なわれたかについて検討する。すなわち、従来、看護婦は医師の履行補助者として位置づけられ、この場合、看護婦は医師の指示・監督の下で業務を行なっているとみなされる。しかし、日常的な医療提供の際、医師に明示的に指示されていなくても、医師との暗黙の了解で看護業務がなされることが少なくない。この例を、入院患者に対する検温業務にみることができる。患者が入院した場合、看護婦は特に医師の指示がない場合であっても、検温し患者の身体状況を観察し、異常があった場合のみ医師へ報告する。これは、看護婦の職務規定および業務手順に基づく場合もあり、これら規定がない場合であっても、検温は患者の一般的な身体状況を判断するうえで必要なものであるため、看護婦の自主的な判断の下で実施されることが少なくない。他方、手術後のように「30分毎に観察」の具体的な指示がなされる場合や、患者の異常状態の発生が予測される場合の「要観察」のように、時間や観察方法を具体的に示さない指示もある。そこで、過失を問われた看護行為が、医師の明示された指示（これには、具体的な指示と、具体的でない包括的な指示がある）の下、行なわれていたのか、あるいは黙示的指示の下、看護婦の主体的および専門的判断に基づいて行なわれていたのか、などを分析し、行為の直接的な責任主体者を明らかにする必要がある。このことは、看護婦の業務があくまでも履行補助者として医師の指示・監督の下、実施されているのか、専門的な医療技術者として主体的に業務を行なっているのかなどを判断するうえで重要である。ただし、看護婦は病院の被雇用者である場合が多いので、当然、その過失が認定された場合、使用者責任の問題が生ずるが、これについては次節で論ずる。

以下、医師の指示が指示簿のような書面および口頭でなされる場合を、医師の明示的な指示とし、その内容の個別的な特定の程度により、具体的か包括的かを区分し、明示的指示以外を黙示的指示とする。まず、医師の具体的かつ明示的な指示に基づくと考えられる薬剤事故、明示的な指示が多い手術室内での事故、黙示的な指示もみられる観察・報告に関する事故、および黙示的指示の下、より看護婦の主体的な判断に基づき実施されていると思われる安全確保に関する事故を検討する。

1) 薬剤事故

まず、看護婦が医師の履行補助者としてみなされ、これを代表的に例示するものに、与薬がある。医師が治療のために薬剤を処方することは一般であるが、実際の与薬行為、すなわち、注射、点滴、内服などは看護婦に代理させることが多い。なお、ウェブスタ辞典第3版によれば、医学的な意味での処方とは、薬剤の準備と調合および与薬を書面で指示することである。医師自らが処方し患者に与薬する場合、医療事故が発生したとしても、当然、医師個人の過失が問われるのみである。しかし、以下の事故のように、医師が薬剤

に関する明示的指示を看護婦に行ない、看護婦が医師に代理して患者に与薬し、看護婦の過失が認定された場合、看護婦個人の行為責任が問われるのか、医師の指示・監督責任が問われるのか、を明らかにする必要がある。

ところで、医師は、入院患者に与薬が必要な場合、患者名、薬剤の種類、量、用法（日時を含む）を処方し、通常、それを看護婦に具体的かつ明示的に指示する。この場合、医師は看護婦に対し、その指示内容を指示簿に記載しなければならない、看護婦はこの指示簿に基づき正確に与薬しなければならない注意義務を負っている。以下、(1) 医師の右指示に誤りがなく、看護婦の与薬行為の実施方法に誤りがあった事件、(2) 看護婦が医師の同指示を誤認したために発生した事件、および(3) 医師の同指示内容に誤りがあった事件を検討する。

まず、(1) 医師の具体的かつ明示的指示に誤りがなく、看護婦の実施方法に誤りがあった、とした以下の2事件を分析する。

1973年のケンタッキー州のマシィ対ハイネ事件(Massy v. Heine (497 S.W. 2d. 564 (1973)))およびキャンザス州のバーンズ対聖フランス病院・看護学校法人事件(Barnes v. St. Francis Hosp. and School of Nursing, Inc. (211 Kan. 315, 507 P. 2d 288 (1973)))がある。前者は、看護婦が術後、抗生物質の筋肉内注射を行なった際、患者の坐骨神経を損傷した事件である。この事件で外科医は、問題となった抗生物質の筋肉内注射を含む手術後の指示を書面で行なったが、注射実施時に不在で、被告看護婦を特に指名していなかった。同州最高裁判所は、被告病院の看護婦が適切に注射する方法を訓練されていると判断し、看護婦の過失を認定した。また、後者のバーンズ事件では、看護婦が肥満婦人の臀部筋肉内注射を行なった際に、筋肉内に注射針がとどかず、皮下脂肪部に壊死が生じた。同州最高裁判所は、例え医師の指示が特別になかったとしても、看護婦は同薬剤が筋肉内に施行されなければならなかったこと、および注射針は臀部の筋肉にとどく十分な長さになかったことを知っていたとして、看護婦の過失を認定した。同事件では、結局、看護婦の実施した注射方法のうち、注射針の選択を適切に行わなかった点が問題となったのである。ただし、この場合、医師の指示は電話であり、皮下注射（この場合、皮下あるいは筋肉内のいずれかを意味する）という指示であったが、同裁判所は、注射を実施した看護婦が筋肉内注射を行なうように指示されたと記載した看護記録をもとに、同看護婦の過失の判断を行なった。これは、医師の電話での注射部位に関するあいまいな指示にもかかわらず、同薬剤は筋肉内にされるべきとする専門的知識を看護婦は当然有する、との判断が前提にあることを示している。

これらの事件から、医師の具体的かつ明示的指示に問題がなく、もし、あいまいであっても、看護婦の与薬方法に過失がある場合、指示をなした医師ではなく、当該看護婦に直接過失があったものと判断されていることが明らかである。すなわち、医師が明示的に指示した筋肉内注射を看護婦が行なう場合、神経損傷(マシィ事件)および臀部の壊死(バーンズ事件)などを生じさせない看護技術が求められており、これらは注射実施時の看護

技術の原則に基づくものである。ここでは、肥満者（バーンズ事件）のように、注射につき、より高度の注意および技術が必要な患者であっても、医師は特別に明示的指示を看護婦にすることを求められず、したがって、看護婦には主体的に患者の状態および特徴を的確に把握して、それに対応する適切な注射部位の選択および注射針の選択を行わなければならない義務がある。

次に、(2) 医師の具体的かつ明示的指示に誤りがなく、その指示を看護婦が誤認した事件を検討する。このような口頭指示を誤認した事件として、1981年のニューヨーク州のビーズリー対ワイオウミング群共同体病院事件（*Beardsley v. Wyoming County Community Hosp.* (79 App. Div. 2d 1110, 435 N.Y.S.2d 862(1981))）がある。同事件では、担当医の口頭指示を誤認した看護婦が、6歳の男児に多量の無塩溶液を注入したため、重症脳浮腫、てんかん大発作および脳障害が生じた。同州控訴裁判所は医師の指示に問題はないとして、看護婦の過失を認定し、使用者である病院に損害賠償の支払いを命じた。同事件で、裁判所は医師の口頭指示の危険性について特段判断しておらず、看護婦に重い注意義務を負わせたと言えるが、他方、口頭指示であっても、看護婦は誤りなくその指示を受け、適切に対応できる能力を有する、と評価したとも言えよう。しかし、口頭指示は書面指示以上に誤認が生じ易いことは明白である。したがって、このように誤認が死という大きな損害を生ずるような医療現場において、医師は、緊急時以外、原則に基づき書面での処方・指示を行なう必要があったと考えるべきではなかろうか。なお、口頭指示の場合、指示内容の妥当性の判断は、前述したバーンズ事件のように、看護婦が医師からどのような指示を受けたか、看護記録または指示受け簿に記載された内容をもとに検討されることとなる。

以上、看護婦が医師の具体的かつ明示的指示の下、与薬を行なった事故を分析した結果、履行補助者としての看護婦には、薬剤に関する基本的知識を持ち、適切な与薬を行なう技術が求められていることが明らかとなった。すなわち、医師の具体的かつ明示的指示に基づく与薬行為は看護婦の業務であり、看護婦が医師に代理して与薬を行う方法に誤りがあった場合は、指示・監督者の医師ではなく、直接、看護婦自身にその行為責任、すなわち、過失が問われる。また、具体的かつ明示的指示そのものに対する看護婦の誤認は、誤認した当該看護婦に直接に過失が問われるのは、前述したとおりである。

このような判断の背景には 1970 年代以降に、各州で大学院修士課程修了レベルのナース・プラクティショナーが誕生した、看護教育の高度化がある。また、より専門的な薬剤に関する知識の修得を前提に、各州ではこれらナース・プラクティショナーに徐々に処方権限を付与していくようになった。

2) 手術室内の事故

[ガーゼ残留事故]

次に、やはり医師の明示的な指示が多くみられる手術室内の医療事故を検討する。言うまでもなく手術室では、医師は手術執刀に集中しているため、看護婦は医師の口頭指示に従いながら、履行補助者として業務を行なうことが多い。特に手術室で発生する事故ではガーゼ残留事件が多く、このような事件はすでに 1930 年代からみられていた。この場合、手術中のガーゼ数の確認は、そもそも執刀医たる医師自身の注意義務の範囲内に入るのか、または、看護婦が医師の具体的な指示あるいは包括的な指示の下で行なうのか、あるいは黙示的指示の下で主体的に行なうのか、が問題となる。

1977 年にテキサス州において、患者の腹部にガーゼが残留したスパーガ対ウォーリー病院事件 (*Sparger v. Worly Hosp.* (547 S. W. 2d 582 (1977))) が発生した。同事件において、手術室看護婦のガーゼ数の確認方法が、病院の「方針および手順・手引き」に規定されていたため、同州最高裁判所は、ガーゼ数の確認と医師への報告が手術室の看護婦の業務であるとして、看護婦の過失を認定し、使用者である病院に賠償責任を負わせた。この場合、やはり医師の具体的な指示はなく、医師への報告が義務づけられているため包括的な指示があったとも言えるが、黙示的な指示の下、看護婦が職務規定に従い独立した専門家としてのその業務を行ない、その内容に誤りがあった、とされた事件とみることができる。

また、1980 年代にも同様の事件がキャリフォルニア州で発生した。1982 年のトラヒイテ対フランス病院事件 (*Truhitte et al. v. French Hosp. et al.* (128 Cal. App. 3d. 332, 180 Cal. 152 (1982))) である。同州控訴裁判所は、子宮摘出後に、患者の腹部から外科用スポンジを除去しなかったことにつき、手術室看護士および看護婦のスポンジ数の確認および医師への報告に過失を認め、使用者である病院にその責任があるとして、事実審判決を 1 部肯定し、1 部破棄した。同事件においても、書面による病院の規則に、スポンジ数と縫合針の数の確認が看護婦の業務であると規定されている。すなわち、医師が手術室到着前に、手術室での準備中に、直接介助看護士がスポンジを数え、間接看護婦が確認し、1 枚の紙にそれぞれのタイプのスポンジ数を確認し記録する。最初の確認は、手術執刀医師が手術室外で手の洗浄をしていた時になされていた。2 度目の確認は、同医師が腹腔を閉じる直前であり、3 度目は手術後で、これらの行為は医師の要求がなくとも自動的になされていた。したがって、このスポンジ数の確認に医師は何ら関与しておらず、医師には患者の腹部に何か異物が残留していないかの確認義務はあるが、そもそも看護婦のガーゼ数の確認に誤りがあったとして、裁判所は看護婦を雇用している病院の使用者責任を肯定した。ここでも、前のスパーガ事件同様、医師の指示の有無が問題とされず、看護婦の職務規定違反が過失認定の根拠となっている。

これらの事件の推移から、看護婦の医療における行為責任の変化をみることができる。すなわち、手術室での看護婦によるガーゼ数の確認は、患者の体内に異物を残さないため

に重要なものであるが、当初、医師の具体的な指示のもと、この確認が行なわれていたが、次第に医師の黙示的な指示のもと、看護婦が主体的に独立して行なうようになった。このような変化の中に、医師の補助的な立場であった看護婦が、共同の責任を担う専門家として発展してきた過程をみることができる。これは、医療の高度化・複雑化・専門化がチーム医療の概念を推し進めるところと一致する。

3) 観察・報告に関する事故

観察は看護婦の業務の中で、最も重要な行為の1つである。「観察に始まり、観察に終わる」と表現されるように、まず、患者の身体状態の観察を行なう。この場合、患者の主観的な自分の身体に関する思い、考えを聞き、必要時は問いかけながら（これを問診という）、また同時に、視診、触診、聴診などの客観的データを得て、総合的な観察を行なう。医師が看護婦に観察に関する（明示的）指示をした場合、看護婦は観察内容を報告する義務があるが、通常、看護婦は患者の観察を主体的に行なう。すなわち、いつ、どのように、何を観察するかは、看護婦の自主的判断に基づき行なわれるのが一般である。もし、看護婦が異常状態を発見した時は医師への報告義務がある。しかし、異常状態か否かの判断には、高度の知識、経験および技能を必要とする。

①循環不全に関する観察

観察内容は各医療内容で無論異なる。イリノイ州の1974年のコリンズ対ウェストレイク共同病院事件（*Collins v. Westlake Community Hosp.* (57 Ill. 2d 388, 312 N. E. 2d 614 (1974))）である。同事件は、6歳の小児が自転車に乗っている時に自動車事故に遭遇し、左足牽引療法を行なうため入院したところ、同部位の循環不全につき、看護婦の観察が不十分だったために、股動脈の凝血から生じた局所貧血により、結局、左足膝関節の切断を必要としたものである。同州最高裁判所は、看護婦には重要な症状を観察、記録し、医師へ報告義務があるとし、看護婦が必要な頻度で足部の循環不全を観察しなかった点に過失があるとした。同事件での特徴は、医師は患者が入院した日に「足指の状態を観察せよ」と書面で指示をしたことである。この指示があつたにもかかわらず、看護婦の観察が不十分なため医師への報告が遅れたのである。このように、具体的とは言えないが、医師の明示的な指示がある場合には、看護婦に医師への報告義務が課せられていると言ってよい。

②問診時の報告

報告が遅れた例は多くみられるが、そもそも看護婦の報告がなかったために、事故が生じたとされた、1977年のラムズィ対医師記念病院事件（*Ramsey et al. V. Physicians Memorial Hosp.* (36 Md. App. 42, 373 A. 2d 26 (1977))）がある。メリーランド州最高

裁判所は、1977年の春に少年の1人からダニを採取したとの、重要な問診内容を医師に報告しなかった看護婦に過失があったと判断した。すなわち、1974年5月に、ロッキー山紅斑熱に感染した発疹と高熱のある1歳と2歳の子供が被告病院の救急室を受診した。この初診時に、患児の両親から診断するうえで、きわめて重要なダニに関する情報を看護婦が得ていたにもかかわらず、これを担当医に報告しなかったために、医師が診断を誤り、結局、1歳児は死亡し、他患児は重症となった。一般に、看護婦は医師の診察に先立ち、患者に接しその訴えを聞く立場にあることが多い。しかし、得た情報をすべて医師に報告するか否かは、看護婦の判断のもとにあり、この場合、看護婦の主体的な情報選択に過失があったとされた。ここでは、医師の問診時には何の情報も得られなかったことで、医師の責任は否定されている。救急室というきわめて問診が重要な場面での、看護婦の責任範囲を示した判決と位置付けることができる。

③胎児の観察

インディアナ州では、看護婦の分娩時の胎児に関する観察が問題となった、1978年のロング対ジョンソン事件 (Long v. Johnson (381 N. E. 2d 93 (1978))) が生じた。同事件の事実関係は以下のとおりである。1968年9月、13番目の子供を出産する43歳の産婦に、医師が午前5時5分、内診後に人工破膜を行ない、看護婦に一般的な陣痛の観察と胎児心音に注意することを指示し、退出した。同看護婦は午前7時5分に羊水混濁を発見した時点で同医師に報告し、その際医師は内診をして緊急性はないと判断した。午前8時20分から同医師の指示により子宮収縮剤を使用した。異常陣痛が生じ、午前9時46分から50分に子宮破裂の前兆である収縮輪が出現した。同医師は帝王切開術を行なったが、新生児は脳障害となった。同州控訴裁判所は、看護婦には陣痛の回数、強さを産婦の腹部に手をあてて連続的に観察する注意義務があるが、それを怠ったとして看護婦の過失を認定し、使用者である被告病院の使用者責任を肯定した。この事件は、高齢の産婦に羊水混濁という危険な徴候が出現したにもかかわらず、看護婦が医師の指示により分娩促進剤を与えた場合、連続的に産婦を監視しなければならないとされたが、以下の点で裁判所の判断には疑問がある。すなわち、看護婦は羊水混濁を発見した時点で医師に報告し、医師は診察し緊急性はないと判断している。また、引き続いて分娩促進剤の使用による異常な陣痛が生じ、さらに収縮輪が出現したため、医師は手術室に移す判断をしているのであるから、その間の看護婦の観察が例え不十分としても、これをもって看護婦の過失とだけ判断したのは妥当とは言えない。これら事実関係に照らし、その責任の多くは医師に求めるべきものと思われる。しかし、担当医が産婦に付き添い直接監視をしていない場合、看護婦が分娩促進剤の効果を監視する義務があったとした裁判所の判断は、事故が生じた60年代後半の看護婦の業務基準と比し、妥当と言えよう。ここでも、医師は看護婦にどのように観察すべきか、具体的な指示を行なっておらず、看護婦が主体的に観察し、異常の有無の判断を行ない、必要時医師に報告している状況がみられる。

④観察における看護婦の業務と責任

右に検討してきたように、看護婦は医師の指示の有無に関わらず、主体的にその専門的知識および技能・経験に基づき、患者の状態を常に観察し異常の有無を判断していることが明らかとなった。医師の指示に関して言えば、③のロング事件での、「一般的な陣痛の観察と胎児心音に注意すること」のように、包括的な指示であって具体的なものではない。このように、看護婦は自らの判断で観察内容および頻度を決定し、実施しており、異常状態の出現を発見した場合には、医師へ報告しなければならない。裁判所もこれを是認しており、実際の実務内容と司法判断に乖離はみられない。したがって、看護婦には医師の指示の有無に関わらず、どの医療場面においても、特に出血などの患者の生命維持に直結する場面では、その専門性に基づき独立して継続的な観察を行ない、患者の状態を判断しなければならない注意義務があると言えよう。