

医療従事者の役割分担の下での
法的責任に関する研究会
報告

令和3年12月24日

医療従事者の役割分担の下での法的責任に関する研究会

目次

- 第1章 はじめに
- 第2章 本研究会で取り扱った事例
- 第3章 本研究会における議論の整理
- 第4章 おわりに

第1章 はじめに

現代における医療は、その高度化や複雑化に伴い、医師だけでなく、看護師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士といった様々な医療関係職種が、各々の専門性を前提として、業務を分担し、互いに連携し合いながらチームで医療を提供する「チーム医療」が広く行われている。こうした中で、今後、各医療関係職種が不安なく適切に業務の分担を進めていくためにも、医療従事者間で役割分担をしながら診療を行う中で医療事故等の問題が生じた場合において、各医療関係職種に生じ得る法的責任について明確にすべきといった意見がある。

こうした要請に応える観点から、本研究会において、刑事・民事裁判において医師と他の医療関係職種が法的責任を問われた事例を題材として、医療従事者の役割分担の下での法的責任について議論を行った。ここに、これまでの議論の内容等について報告することとする。

なお、本研究会は、令和元年12月から議論を開始したが、新型コロナウイルス感染症の影響により、議論が1年近く中断し、十分に議論を深める時間を確保できなかったことに加え、医療従事者の役割分担の下での法的責任について十分な整理を行うには、刑事・民事裁判において医師と他の医療関係職種がそれぞれ責任を問われた事例の数が少なく、また、現在とは医療現場を取り巻く環境等が異なる時代の事例も題材とせざるを得なかったことから、本報告の内容は、本研究会で行った議論の内容の紹介等にとどめていることを申し添える。

また、医療行為と法的責任については、「医療行為と刑事責任の研究会」において検討が続けられ、その成果は令和元年12月に中間報告として公表されている¹。

¹ 医療事故に対する医師等の刑事責任の実態を明らかにするため、平成29年に、厚生労働省に「医療行為と刑事責任の研究会」が設置され、同研究会においては、統計により過去の刑事医療裁判等の推移を明らかにするとともに、過去の裁判例等を分析することを通じて、刑事裁判となった事例の特徴の考察を行った。その研究結果については、令和元年12月に中間報告として公表しており、その中で、刑事医療裁判等の推移について、平成17年から平成19年にピークを迎えた後、刑事裁判件数と民事裁判件数とともに減少傾向にあり、平成28年の刑事裁判件数は2件にとどまることが示された。また、刑事裁判となった事例と刑事裁判にならなかった事例において、各事例が有する特徴（因子）の比較を行い、その結果の考察として、刑事医療裁判となった事例においては、「独善的な心理（周囲の指摘や警告、院内のルール、当時の一般的な治療法等を無視し、あえて医学的な知見の裏付けのない行為に及ぼうとする心理）」や「軽率的な心理（本来、行うべき行為をうっかりして行わないような心理）」等を背景としていると考えられる因子を含む事例を多数認め、医療従事者として一般に求められる注意を怠ることがなければ、刑事責任は問われていないと考えられることが示された。

第2章 本研究会で取り扱った事例

－ 刑事裁判例 －

〔刑事裁判例1 札幌高裁昭和51年3月18日判決（北大電気メス事件）〕

看護師が電気メスのプラグを誤接続し、執刀医がこれに気づかないまま電気メスを使用して手術を行った結果、患者の右下腿部に重度の熱傷を生じさせ、右下腿部切断を余儀なくされた事案

1 結論

- (1) 執刀医X
過失なし
- (2) 看護師Y
過失あり・罰金5万円（当時の法定刑の罰金の上限）

2 事案の概要

- (1) 事故発生日は、昭和45年7月17日である。
- (2) 被害者Vは生後半年で動脈管開存症と診断された生後2歳4月の幼児である。動脈管開存症は、大動脈から分岐して肺動脈につながる動脈管が本来なら出産と同時に退化し閉塞されるべきにかかわらず生後も閉塞しないため、大動脈から高圧の血液が肺に流れることになり、肺動脈を硬化させるとともに心臓の機能を低下させる疾病である。したがって手術により、大動脈との分岐点で動脈管を切離し、肺動脈への血液の流れを断つことが必要であるが、大動脈直近にメスをあてるため大動脈に損傷を与えて大量出血を招くとか神経損傷などの危険を伴い高度の技術を要する手術である。

執刀医Xは昭和37年に医師国家試験に合格して医師免許を取得した医師である。

看護師Yは、昭和34年6月に看護師国家試験に合格し、労災病院に勤務したのち、昭和38年7月に本件手術が行われた北海道大学医学部附属病院に就職し、整形外科や同外科勤務を経て昭和40年4月に手術部所属となり、傷病者に対する療養の世話、医師の診察とくに医師による手術執刀の介助等の業務に従事していた。

- (3) 被害者Vに対する手術（「本件手術」という。）は昭和45年7月17日に行われ、執刀医X、手

術助手である医師3名（うち1名Aは指導医を兼ねる。）及び麻酔医2名ならびに看護師3名（直接介助1名、間接介助2名（うち1名がY））によるチームが編成された。このうち、執刀医X及び看護師Yが公判請求され、本件の被告人となった。

- (4) 本件手術開始後、執刀医Xは、看護師Yに対し、電気メス器のメス側ケーブルの接続を依頼した。看護師Yは、メス側ケーブルのプラグと対局側ケーブルのプラグを手に持ち、これらを電気手術器本体の2つの端子接続口に挿入したが、この際、挿入する接続口を交互に誤接続してしまった。

- (5) 執刀医Xは手術に際して生じた出血箇所を凝固させるため、電気メス器を使用して出血箇所を凝固させようとしたが、効きが悪く、通常の時比べて凝固作用を十分に発揮しないので、看護師Yに対し「弱い、弱い」と告げて電気手術器の出力をあげるよう指示した。看護師Yはこれに従い、凝固ダイヤルの目盛をあげ、さらにボルトコントロール・ダイヤルの目盛を「2」から「3」「4」にあげた。

こうして弱いながらも右止血処置が果され、手術自体は成功裏に終了した。

ところが手術終了後、対極板を装着した付近の被害者Vの右足関節直上部に第三度の熱傷の生じていることが判明し、被害者Vは右下腿を切断せざるを得なくなった。

なお、ケーブルの誤接続の場合に形成される回路中には電気抵抗の著しく大きいメス先と患者の身体（もしくは出血箇所をはさんだ鉗子）の接触部分が含まれず、回路全体としての電気抵抗の総和が小さく、従って正常接続時の回路

に比しより強い電流が流れることになる。その結果右回路中での電気抵抗の大きい箇所である対極板と患者の身体の接触部分に電流の熱作用により多量の熱を発生し、同所に熱傷を生じたのであった。

3 争点（一部省略）

ケーブルの誤接続に関する事故について、執刀医 X に過失が認められるか。

4 争点に関する判示事項

(1) X は、自らの職務経験や電気メス器の外観などにより、電気メス器についてケーブルの誤接続がありうることを認識しうる可能性はあったが、現実には誤接続がありうることの具体的認識を持つまでには至らなかった。

(2) 看護師の補助行為が性質上医師の監督に服するものであるにしても、およそ危険を内在する補助行為については、事情の如何を問わずごとく医師において具体的な点検・確認を行うべく、看護師の措置を信頼する余地を許さないとすることは、当該医療行為における医師の役割や医師による点検の実施が当該医療行為自体に及ぼす影響をも無視することになり首肯しうるところではない。

医師が看護師の補助行為に対する監督としてどのような措置をとることが義務づけられるかは、結局、補助行為の性質、当該医療行為の性質、作業の状況、医師の立場等の具体的状況に照らして判断されるべきである。

(3) X は執刀医であったところ、チームワークによる手術の執刀医が、単に執刀医としての立場だけにとどまらず、当然にチームを指揮監督する統率者の地位にあるものとして、その立場を前提とするチームの成員の作業に対する監督責任まで負担すべきものと即断することはできない。

また、本件手術には A が指導医兼助手として加わっている。指導医は執刀医に比し経験・能力のすぐれた者が充てられ、指導医は危険を防

止し手術が間違いなく進行するよう注意を払い、術中困難な箇所にさしかかったときや事故が起きたときは執刀医の処置を補佐しあるいは自らメスをとることを義務づけられるものであり、手術遂行の方法について見解が分れた場合の最終決定権は指導医にある。

本件で A がチームの指揮統率についていかなる権限を持っていたかの点にはわかに断定しがたいところであるが、序列においても X の上位にあるとみられる A が指導医としてついでに以上、少なくとも執刀医たる X が指導医を凌駕してチームを指揮・統率すべきまでの地位になかったことは窺うことができる。

そして、X が単独で、もしくは A 指導医と並んで、単なる執刀医としての立場だけでなく、チームを指揮監督する統率者の地位にもあったことを認めるに足りる証拠は存しない。

(4) 本件手術の性質、患者の容態及び執刀直前の執刀医の役割、心理状態等に照らして考えると、本件のような危険性の高い重大な手術の執刀医としては、手術遂行に万全を期する以上、執刀直前の時点において、患者の容態を最終的に確かめ、手術を誤りなく遂行するための手順・方法を確認し、術中に起こりうべき容態の急変、大出血、合併症等の突発事態に対処すべき方策を検討すると共に、執刀を目前にして精神の安定と注意の集中をはかる必要があり、その時点での有形的な作業の有無にかかわらず、手術自体以外の分野に注意を向ける精神的余裕は乏しかったものと認められ、かかる立場にある執刀医に対しては執刀中に準じて手術そのものに精神を集中しうることを可能ならしめる態勢をとることが望まれ、執刀医が注意を他に分散して精神の集中を妨げられる結果を来すことは手術遂行に及ぼす影響も懸念されるところで手術目的の達成上好ましからぬことといわなければならない。

(5) 本件手術に際しケーブルの接続を担当した Y は、昭和 40 年から同病院手術部に勤務していた正規の看護師で、電気手術器を使用する手術に

対する介助の経験をも積んでいたものであり、Xも、Yについて詳しくは知らないものの同人がベテランの看護師であることは承知していたこと、電気手術器のケーブルの接続は、既述のとおり診療の補助行為ではあるけれども、極めて単純容易な作業に属し、その方法について医師の指示を要するようなものではなく、およそ資格のある看護師が担当してたやすく誤りを犯すとは容易に考えがたい種類の行為であること、それまで看護師のしたケーブルの接続が誤っていたため不慮の事故を起こした例は皆無であったことが明らかである。

このように経験を積んだ正規の看護師が共同作業における自己の分担として、方法につき何ら医師の指示を要しない極めて単純容易で定型的な作業を行っていたという点は、看護師の当該作業に対する医師の信頼の当否を判断するうえに斟酌されるべき一事情となることを否定できない。

- (6) およそ、共同作業においてその誤りが重大な危険をはらむ行為に対しては、安全保持の見地に立って論ずる限り、二重もしくは三重の過誤防止方法が講ぜられることが望ましいことはいうまでもない。

医師、看護師が共同して行う外科手術において、看護師の行う電気手術器のケーブルの接続の正否が患者の安全にかかわりがある以上、過誤防止のためには単に接続を担当する看護師自身の注意に依存するだけではなく、これを補う他の適当な方策が講ぜられるべきである。

しかし、その方策としては、執刀医による点検が唯一の措置ではなく、執刀医に比すれば相対的に精神的時間的余裕があったかと思われる指導医もしくは助手による点検も考えられ、またケーブル及び本体の接続口の色テープによる区別も誤接続防止にかなり有効であったと思われる、さかのぼって事故防止のための器械・器具の総点検及び整備が十分にされる必要のあった

ことも明らかである。

そして、右のうち器械自体にかかる事故防止の手段は本来手術部の講ずべきものであったのであり、このように誤接続防止のため他にとりうべき方策がありうるのにその措置がとられない状態で、執刀医にのみその負担を代替させることは、少なくとも執刀中もしくは執刀直前の段階についていう限り、本件のように重大な手術遂行に重い負担を負う執刀医の立場に照らし合理的であるとはいえない。

- (7) 本件の場合、チームワークによる手術の執刀医として危険性の高い重大な手術を誤りなく遂行すべき任務を負わされたXが、その執刀直前の時点において、極めて単純容易な補助的作業に属する電気手術器のケーブルの接続に関し、経験を積んだベテランの看護師であるYの作業を信頼したのは当時の具体的状況に徴し無理からぬものであったことを否定できない。
- (8) 執刀医であるXにとって、前叙のとおりケーブルの誤接続のありうることについて具体的認識を欠いたことなどのため、右誤接続に起因する傷害事故発生の予見可能性が必ずしも高度のものではなく、手術開始直前に、ベテランの看護師であるYを信頼し接続の正否を点検しなかったことが当時の具体的状況のもとで無理からぬものであったことにかんがみれば、Xがケーブルの誤接続による傷害事故発生の予見してこれを回避すべくケーブル接続の点検をする措置をとらなかったことをとらえ、執刀医として通常用いるべき注意義務の違反があったものということはできない。

Xが前記の具体的状況のもとにおいて、ケーブルの誤接続による傷害事故の発生を予見したうえその接続の点検による結果回避の措置をとらなかったことは、いまだ業務上過失傷害罪における過失にはあたらないものというべきである。

1 結論

X 医師 過失あり（罰金 50 万円）

2 事案の概要

- (1) 事故発生日は、平成 11 年 1 月 11 日である。
- (2) 被告人 X は、横浜市立大学医学部附属病院の麻酔科医師として、手術予定患者の麻酔管理等の業務に従事していたものである。本件当時、医師免許を取得して 5 年目の医師であり、約 3 年 9 か月の間に、麻酔科医師として、約 800 件ないし 900 件の手術に関与していた。
- (3) 同病院の第 1 外科における手術については、第 1 外科に所属する医師が、執刀及びその助手を担当し、麻酔科に所属する医師が麻酔を担当し、看護部の手術部に所属する看護師が手術の介助等を担当することとされていた。第 1 外科では、部長である医師の原審相被告人 A の下、20 名を超える医師が複数のグループを作り、各患者に対し、担当するグループに所属する医師全員が主治医となる体制を採り、手術については、同外科の医師全員が木曜日の午前中にカンファレンスを開き、そこで翌週（月曜日、水曜日、金曜日）に予定されている手術の全部につき検討し、最終的には、A が、手術の実施の可否を決定し、執刀医、第 1 助手を指名し、第 2 助手は、主治医グループが手術当日の朝に決定していた。手術の麻酔を担当する医師は、麻酔科で、次週の手術予定に応じて、手術ごとに、経験の浅いファーストと、その指導補佐をするセカンドの 2 名を前週の金曜日の午前中までに決定し、ファーストの医師は、手術前日か、手術が月曜日の場合には前週の金曜日に患者の術前回診を行い、麻酔の可否や方法等を決定し、手術当日朝に行われる麻酔科のカンファレンスで承認を得ていた。手術を介助する看護師は、手術部

で、原則として 1 室 2 名を前週の金曜日の午後に割り当て、うち 1 名が患者の術前訪問をするが、これも手術が月曜日の場合には前週の金曜日に行うこととされていた。しかし、上記主治医の中での最終的な責任者は決まっておらず、手術前に、第 1 外科、麻酔科、手術部の担当者間で、具体的な役割分担、手術室への入室時刻等につき、格別の打合せ等はされていなかった。同病院では、患者にリストバンドを着用させるなど、その同一性を確認する格別の手段も講じられていなかった。

- (4) 同第 1 外科では、月曜日である平成 11 年 1 月 11 日午前 9 時から、同時に 3 件の手術を開始することが予定されており、病棟の 4 階にある全 12 室の手術室のうち、3 番手術室で V の心臓手術が、12 番手術室で W の肺手術が予定されており、手術に関与する医師、看護師らは、いずれも同一時刻に複数の患者に対する手術が予定されているのを知っていた。

V は、当時 74 歳、身長約 166.5cm、体重約 54kg であり、事前の経食道心エコー検査、心臓カテーテル検査等により、左心房と左心室との間にある僧帽弁の前尖、後尖が共に逸脱して腱索が断裂しており、左心室から左心房へ最も重い 4 度の血液の逆流状態が認められたため、僧帽弁の縫合による形成を試み、これが困難な場合には人工弁等に置き換える手術が予定されていた。他方、W は、当時 84 歳、身長約 165.5cm、体重約 47.3kg であり、事前の気管支鏡検査等により、右肺上葉の支背側に約 5cm 大の腫りゅうが発見され、強く肺がんが疑われたが、確定診断が付かなかったため、開胸して検査し、がんであれば切除するという開胸生検、右肺上葉切除、リンパ節郭清の手術が予定されていた。

両名は、身長こそ大差がないものの、V の髪

型は、頭頂部が黒色で一部白髪が混じり、いわゆる職人刈りで、眉毛も濃くて黒かったのに対し、Wは、頭部の両脇に白髪が生え、額部から頭頂部にかけてはげ上がり、頭頂部に少し白髪が生え、眉毛も白色で、左ほほにあずき大のほくろがあるなど、顔付きや髪型等の外観はかなり異なっていた。

(5) Xは、Vに対し、平成11年1月6日、B医師とともに、約1時間をかけて経食道心エコー検査等を行い、同月8日、Vの手術のファースト担当として指名された後、約1時間をかけて術前回診をし、これらの結果やカルテ等から、Vの次のような病状を確認した。すなわち、僧帽弁逸脱と腱索断裂については、前尖が大きく持ち上がって多数の腱索が断裂して浮遊し、後尖も持ち上がって逸脱しており、4度の血液逆流があり、心胸郭比につき、心臓の肥大のため、正常値は50%以下のところ60%であり、肺動脈圧の平均圧につき、血液の逆流のため、正常値が10以上20未満のところ42であるなどの異常があつて、聴診の際に、胸部一帯で容易に聴き取れる大きく明瞭な心雑音があつた。Xは、術前回診の際、Vから上の前歯に入れ歯があると聞き、手術前に外しておくよう指示した。また、Xは、病棟の看護師に対し、手術当日Vに経皮吸収型心疾患治療剤（通称フランドルテープ）を張付することなどを指示した。

(6) 同月11日午前8時20分ころ、病棟の看護師である原審相被告人Cは、1人で、病棟7階の病室から、VとWをそれぞれ乗せた2台のストレッチャーを引き、エレベーターを使い、4階の手術室入口の交換ホールに運び、手術室側では、看護師の原審相被告人DがVらの引渡しを受けた。Cは、Dに対し、患者兩名の名前をひとまとめに伝えた後、まずVを引き渡そうとし、Dからあいまいに患者の名前を尋ねられた際、次の患者の名前を尋ねられたものと誤解し、Wである旨を告げたため、Dは、VをWであると誤解して受け取り、肺手術担当の看護師に引き渡した。Cは、Vの引渡しに引き続いてVのカルテ

等の引渡しをしようとしたが、Dの指示により、Vのカルテ等を引き渡すことなく、続けてWを引き渡し、その際には、CもDも患者の氏名を確認しなかったため、DはWをVであると誤解して受け取り、心臓手術担当の看護師に引き渡した。その後、2名分のカルテ等が引き渡されたため、患者兩名の取り違えに気付く者はなかった。

(7) Xは、同日午前8時40分ころ、医師として最初に3番手術室に入り、ヘアキャップをかぶり体にタオルケットを掛け手術台に横たわっていたWに、「Vさん、おはようございます。」「点滴取りますよ。Vさん、ご飯を食べる手はどちらですか。右手ですよ。」などと声を掛けると、Wがいずれに対してもうなずいたため、それ以上には、その容貌等の身体的特徴や問診によって、意識的に患者がVであるかを確認しなかった。Xは、その後入室したセカンド担当のBとともに、午前8時45分ころ、酸素吸入をしつつ、点滴により麻酔を開始したが、患者の口に気管挿管の咽頭鏡を入れる際、Vから入れ歯があると聞いていたのに、患者の歯がそろっていたので、歯を引っ張ったり看護師に確認したりしたが、理由は分からず、それ以上の確認はしなかった。その後、Xは、患者の胸部を聴診したが、心雑音や胸毛の有無には注意せず、また、患者の両目にアイパッチをはり付けた際にも、眉毛の違いに気が付かなかった。居合わせた麻酔科の部長が、心臓手術であれば通常行われる陰毛や胸毛の剃毛がされていないのに気付き、看護師に剃毛を指示したが、このことはXにとっても滅多にない経験であつた。そして、Xは、カテーテル挿入のため首に当てていた紙を取り外した際、患者のヘアキャップがずれ、患者の右側頭部の毛髪が見えたが、以前に見たVの髪は年の割に黒々として若く見え、普通の長さであつたのに、産毛のような白髪で短かつたため、Bに、患者の髪が白くて短くないかと問いかけたが、Bから明確な答えはなかった。さらに、Xは、患者の肺動脈圧を計測すると、13程

度と正常値であることに驚き、Bに、肺動脈圧は普通であるが、その原因は、麻酔の影響なのか、少し状態が良くなったのかと質問すると、Bは否定しなかった。加えて、経食道心エコー検査の画面上では、僧帽弁逸脱や腱索断裂がなく、血液の逆流は、前尖と後尖との結合面からわずかに見られる程度であり、これは高齢者なら誰にでもあるごく微量のもので、手術の必要のない状態であった。そのころまでに、第1助手で主治医のE、第2助手で主治医のFらが入室しており、Bらは、この結果を見て、肺動脈圧が下がっているから逆流が減ったのではないか、肺動脈圧が下がっているのは麻酔の影響も考えられるなどと話し合った。Xは、入れ歯や髪の差異、検査結果の著しい相違から、目の前の患者がVではないとの疑問を抱くに至り、Bにその旨を告げ、主治医のEやFにも、髪の毛が短く色も違うなどと言ったが、Fが、散髪にでも行ったのではないかと言った以上には、答えがなかった。Xは、Bに、主治医らにもう1回見てもらうよう申し出て、これに応じたBは、Eらに、もう1回足下の方から患者をよく見るよう言ったが、明確な返答はなかった。Xは、同じ名前の患者がいることに注意をうながす張り紙があったことを思い出し、介助担当看護師をして病棟看護師に電話をさせたが、Vが手術室に降りていることが確認され、Fが、この胸の感じはVであるなどと言ったことから、Xもそれ以上の確認はしなかった。なお、Bは、経食道心カテーテル検査の専門家であり、これまでに麻酔の影響で肺動脈圧がここまで劇的に低下した経験はなく、今回の事態を麻酔の影響だけでは説明できないと感じていたが、これを他の医師には告げなかった。

その後、EとFが患者の胸骨正中の切開を開始し、遅れて入室した執刀医のAは、経食道心エコー検査等の結果を聞かされ、そのモニター画面も見て、経験したことのない所見の著変に疑問を持ったが、麻酔の影響等で説明が可能であると考える手術を続行することとし、血液循環

を人工心肺装置に切り替え、心臓の肥大等もなかったが、逸脱のない僧帽弁を2度にわたって縫合するなどし、ごくわずかだった血液の逆流も止め、手術は、午後3時45分ころに終了した。

- (8) 12番手術室では、ファーストの麻酔科医師である原審相被告人Gが、午前8時40分ころ、医師として最初に手術室に入り、Vに「Wさん、おはようございます。」などと声を掛けると、Vは「おはようございます。」などと返答した。Gは、3日前の術前回診でWに会っていたが、意識的に患者の同一性の確認をすることなく、入れ替わりに気付かないまま、セカンドの麻酔科医師であるHとともに麻酔を開始した。Gは、Vの背中にフランドルテープが張付されていたが、カテーテル挿入に邪魔だと思い、何であるかも分からないままはがし、これをHらに伝えず、Wから背中に脊柱管狭窄症による手術痕があると聞いていたが、Hに検査だけで手術はしなかったのではないかと言われただけでそれ以上深く考えなかった。その後入室した執刀医兼主治医である原審相被告人Iは、患者の同一性を確認をすることなく、右胸の開胸手術を開始し、途中、酸素飽和濃度等の状態がWの事前の検査時と異なり、事前のレントゲン等では見られなかった肺気腫等があるなど、患者の入れ違いに気付くべき状況があったが、それに思い至らず、腫りゅうの発見を先決と考え、第1助手の医師と共に触診等を重ね、結局は腫りゅうの発見に至らずに、肺の裏側にあったのう胞を切除して縫縮し、午後1時48分ころに手術を終えた。

3 争点

- ① 心臓手術の麻酔科医師であったXは、患者の同一性確認に関して、どのような注意義務を負うか。
- ② 上記①に関して、Xは注意義務を果たしたか。
- ③ 患者の同一性確認に関して、他の医療従事者を信頼したことを理由として過失が否定されるか。

4 争点①に関する判示事項

各人の職責や持ち場に応じ、重疊的に、それぞれが責任を持って患者の同一性を確認する義務があり、この確認は、遅くとも患者の身体への侵襲である麻酔の導入前に行われなければならないものというべきであるし、また、麻酔導入後であっても、患者の同一性について疑念を生じさせる事情が生じたときは、手術を中止し又は中断することが困難な段階に至っている場合でない限り、手術の進行を止め、関係者それぞれが改めてその同一性を確認する義務がある。

5 争点②に関する判示事項

- (1) 麻酔導入前にあつては、患者への問い掛けや容貌等の外見的特徴の確認等、患者の状況に応じた適切な方法で、その同一性を確認する注意義務があるものというべきであるところ、上記の問い掛けに際し、患者の姓だけを呼び、更には姓にあいさつ等を加えて呼ぶなどの方法については、患者が手術を前に極度の不安や緊張状態に陥り、あるいは病状や前投薬の影響等により意識が清明でないため、異なった姓で呼び掛けられたことに気付かず、あるいは言い間違いと考えて言及しないなどの可能性があるから、上記の呼び掛け方法が同病院における従前からの慣行であったとしても、患者の同一性の確認の手立てとして不十分であったというほかに、患者の容貌その他の外見的特徴なども併せて確認をしなかった点において、過失がある。

- (2) 更に麻酔導入後にあつては、外見的特徴や経食道心エコー検査の所見等から患者の同一性について疑いを持つに至ったところ、他の関係者に対しても疑問を提起し、一定程度の確認のための措置は採ったものの、確実な確認措置を採らなかった点において、過失がある。

- (3) この点に関し、他の関係者がXの疑問を真摯に受け止めず、そのために確実な同一性確認措置が採られなかった事情が認められ、Xとしては取り違え防止のため一応の努力をしたと評価することはできる。しかしながら、患者の同一性という最も基本的な事項に関して相当の根拠をもって疑いが生じた以上、たとえ上記事情があつたとしても、なお、Xにおいて注意義務を尽くしたということとはできない。

6 争点③に関する判示事項

医療行為において、対象となる患者の同一性を確認することは、当該医療行為を正当化する大前提であり、医療関係者の初歩的、基本的な注意義務であつて、病院全体が組織的なシステムを構築し、医療を担当する医師や看護師の間でも役割分担を取り決め、周知徹底し、患者の同一性確認を徹底することが望ましい。

これらの状況を欠いていた本件の事実関係を前提にすると、手術に関与する医師、看護師等の関係者は、他の関係者が上記確認を行っていると信頼し、自ら上記確認をする必要がないと判断することは許されない。

〔刑事裁判例3 浦和簡裁平成7年10月16日〕

虫垂切除手術の主治医・執刀医である医師と手術の補助をしていた看護師が、手術中に患者の容態確認を怠ったことで、麻酔薬の合併症により発生した呼吸停止・心停止等の発見が遅れ、低酸素血症による脳障害により患者が死亡した事案

1 結論

- (1) X医師
罰金 20 万円（当時の法定刑の罰金の上限）
- (2) Y看護師
罰金 15 万円

2 事案の概要

- (1) 本件事故発生は平成2年12月10日である。
- (2) 被告人X（医師）は、昭和62年医師国家試験に合格し、平成2年6月1日から本件病院の外科医師として医療業務に従事していた。
被告人Y（看護師）は、昭和39年看護婦国家試験に合格し、昭和55年2月からは本件病院において看護師として勤務し、Xら医師の医療行為の補助などの業務に従事していた。
- (3) 被害者V（当時11歳）に対して、虫垂切除手術を行う際、麻酔薬であるネオペルカミンSを注射したところ、VはネオペルカミンSの合併症により高位脊椎麻酔症状を呈し、呼吸停止及び心停止等を惹起した。しかしながら、Yは、モニターが表示する数値を確認したり、Vに声をかけるなどの容態観察を十分に行わなかったため、上記呼吸停止及び心停止等の発見が遅れ、Vは低酸素血症による脳障害を負い、死亡した。

3 争点

執刀医Xについて、Y看護師による全身管理が適切になされているものと信頼していたとして過失が否定されるか。

4 争点に関する判示事項

本件虫垂切除手術は、Xが執刀医であり主治医と決められ始められたものであって、Xに、Vの全身管理を尽くし、不測の事態の招来を防止すべき注意義務があることは明らかである。

たとえ当該手術が難しい状態にあったとしても、かかる義務がなくなるとは考えられず、自分自身で当該義務を尽くすことが困難となった場合には、当該義務を共同で負う看護師Yに対し、その旨を告げるとともに、患者の全身管理を一層慎重に見守るように要請するなどの行動に出て、不測の事態を阻止すべきは当然である。

また、Xにおいて右義務を尽くすことが不可能になったときには、手術を中断せざるを得ない事態にたちいたることもあろう。

これを要するに、たとえ手術が困難を極めたとしても、Xは、執刀医であり主治医として、間接介助の看護師の行為を信頼することは許されず、Yとともに、前記注意義務を負っている。

〔刑事裁判例4 東京高裁昭和48年5月30日、千葉地判昭和47年9月18日（医師）、千葉地判昭和47年12月22日（看護師）（千葉大採血ミス事件）〕

採血用電気吸引器による採血の際、（吸引用の陰圧パイプと接続すべきところを）担当看護師が誤って噴射用の陽圧パイプに接続し、担当医師が接続状態を確認しなかったため、加圧された空気が大量に血管中に注入され、空気塞栓による脳軟化症を起こし、供血者が死亡した事案

1 結論

(1) X医師

- ①一審（千葉地判昭和47年9月18日）
罰金5万円（当時の法定刑の罰金の上限）
- ②二審（東京高判昭和48年5月30日）
禁固10月，執行猶予2年

(2) Y看護師

- ①一審（千葉地判昭和47年12月22日）
罰金5万円（当時の法定刑の罰金の上限）

2 事案の概要

- (1) 事件発生日は、昭和44年4月47日である。
- (2) 被害者Vは当時32歳の男性である。

被告人X（医師）は昭和42年3月千葉大学医学部を卒業し、同年4月から1年間、同大学医学部附属病院（以下単に「附属病院」という）においていわゆるインターンの課程を終了し、その後同大学医学部研究生として同学部第二内科学教室（以下単に「第二内科」という）に配属され、昭和43年5月29日医師免許を取得してから本件に至るまで附属病院第二内科において診療業務に従事していた。なお、その間の昭和44年4月1日付で第二内科の副手として採用された。

被告人Y（看護師）は昭和42年3月に千葉大学医学部附属看護学校所定の課程を終了し、同年5月18日付で看護師の免許を取得し、昭和42年2月から附属病院第二内科で看護師として勤務していた。附属病院における看護師の組織系統は、総看護師長の下に各科の看護師長がおり、その下に主任看護師、看護師、準看護師、看護助手が配置されている。第二内科の診療科に対応する第二内科の看護師は当時14名で、看護師長はA、主任看護師はBであり、Yはその系

統下にある看護師であった。

- (3) 本件で輸血に使用された電気吸引器は、吸引と排気の双方の機能を備えていた。吸引に使用する場合は左のダイヤルのメモリをゼロに合わせ、右のダイヤルを回すことで強弱を調整しつつ吸引する。排気に使用する場合は右のダイヤルをゼロに合わせ、左のダイヤルを回すことで強弱を調整しつつ吸引する。

第二内科において輸血用の採血にはすべてこの吸引器による方法が行われてきた。そのため、医師から採血の指示があると看護師は当然に電気吸引器の準備をし、医師もこれによって採血をするのが常態であった。そして、被告人X自身本件に至るまでこの方法による採血を11回行っており、Yも数回の経験を有していた。

第二内科において採血作業は、医師と看護師が事実上協同してあたっていた。そして、その具体的な分担としては、医師において供血者に対しまず視診、触診、問診をなす（最初の時には、血液型判定、交錯テストも行う）ほか、供血者の静脈に採血チューブ先端の採血針を刺し、採血中は供血者の容態観察を行い、介助の看護師において電気吸引器を前記のようにセットし、始動させ、ACD瓶に採血チューブの他の先端の金属針を刺し、調節ダイヤルを動かすというものであった。右セットに際しては、ACD瓶を陰圧パイプにつなぐことが必須のことであるが、もともと本件電気吸引器においては、陰圧すなわち吸引作用を営むための諸機器は本体の右側部分に、陽圧すなわち噴射作用を営むための諸機器は本体の左側部分に集められていて、陰圧パイプは左側面にある陽圧パイプとは正反対に位置している。また、パイプの色と長さも陽圧パイプが緑色で短いのに対し陰圧パイプは

灰色ではるかに長いので、両パイプの識別は外見上可能であった。そして、第二内科の看護師に対しては、電気吸引器が吸引に作動するかどうかはパイプにタコ管をつなぎ、スイッチを入れたのち、タコ管の先端に手のひらやアルコールをひたした綿球をあてるか、水の中に入れるかして確認する方法が指導されていた。

(4) 医師Xは看護師Yの補助を受け、電気吸引器による採血方法で供血者から輸血用血液を採取することとなり、Yから渡された消毒用ガーゼでVの左肘窩部を拭きながらVに対し簡単な視診、触診、問診を行い、他方この間Yは本件電気吸引器の電源コードをコンセントにさし込んだところが、同看護師はその際誤ってタコ管を左側面の陽圧パイプに接続し、しかも調節ダイヤル（陽圧用）が予め他の看護師の手によって右の方（圧力計の指針が0.5の目盛を示す位）に廻されたままであったのに気づかないでXに採血チューブを渡し、そして、Vに駆血帯を巻いてタコ管の先の空気針をACD瓶の口にさし電気吸引器のスイッチを入れたが、同看護師はこの場合にタコ管の先端に手のひら、綿球をあてる等して吸引に作動しているかどうかを確認する措置もとらなかった。Xはここで右手に持った採血チューブの採血針をVの左腕正中静脈に刺して採血行為に着手することになったのであるが、本件電気吸引器は吸引と噴射の両機能を兼ねそなえた器機であって、吸引用陰圧パイプと噴射用陽圧パイプが併存していた。Xはこの吸引器の陰圧パイプの接続状況をみずから点検確認せず、またYに指示して点検確認させることもなく、Yに「いいですか」と聞きYから「はい」との返事を受けるや、漫然、採血針を静脈に刺し、血液が採血チューブに流入するのを認め金属針をYに手渡し、Yがその金属針を既に高圧状態にあったACD瓶に接続させた。

そのため、Vの正中静脈の血管内に多量の空気が注入され、よって同人は空気塞栓症による脳軟化症の傷害を負い、同人は同傷害による体力消耗により死亡した。

3 争点

噴射と吸引を誤ったというY看護師の採血ミスについて、X医師は、Y看護師の操作が適切であると信頼していたとして過失が否定されるか。

4 争点に関する判示事項

本件事故は、右のように、Xとともに採血にあたったYが、電気吸引器を吸引に作動させるべきところを誤って噴射に作動させるというYのきわめて単純で、初歩的な過誤が直接の原因となって発生したものであるところ、医師は、人の信頼を受けてその生命、健康を管理することを業とする者であるから、その業務の性質に照らし、人に危害が及ぶことを防止するために最善の措置を尽くすべき高度の義務が課せられており、また、看護師は、医師の指示により医療に関与する場合にも医師の補助者であり、医療行為は常に医師の責任において行われるのであるから、医師は、たとえ看護師にきわめて単純な行為を行わせる場合であっても、それが人に危害を及ぼすおそれのある以上、漫然と看護師を信頼してこれに委ねないで、看護師が過誤を犯さないよう十分に注意、監督をして事故の発生を未然に防止するのが当然であり、これを怠ったために発生した事故についての医師の責任は決して軽いものではない。これを本件についてみると、本件電気吸引器は、吸引、噴射の両機能を兼ね備えていて、採血にあたり誤って噴射に作動させれば、供血者の血管に空気が注入され、供血者に重大な危害が及ぶものであり、また、吸引のための器具は、一応噴射のための器具と外観上区別されているものの、その構造上操作者が、不注意により両者を取り違えることも十分に考えられるものであるから、医師が、これを採血のために看護師に操作させるに際しては、これらのことに思いを致し、看護師が右過誤を犯さないよう十分に注意、監督すべきであり、しかも、それは、医師としての自覚さえ

あれば、容易に行うことができ、また行わざるを得ない事柄であった。

しかるに、Xは、本件犯行に至るまでの間10回以上電気吸引器を使用する採血を行ったのに、その安全性についてまったく検討しようせず、漫然と看護師にその操作を委ね切り、右注意、監督を怠ってきたため、本件においてYの過誤を看過して本件事故を発生させるに至ったもの

で、右Xの行為は、人の信頼を受けて自己の責任において、その生命、健康を管理する医師としてきわめて怠慢であったといわざるを得ず、本件事故を発生させた直接の原因が、Yの過誤にあったとはいえ、Xの過失は重大であったものといわなければならない。

一 民事裁判例 一

[民事裁判例1 大阪地裁平成11年3月8日(硬膜外麻酔ショック致死事件)]

大腿骨骨折手術後、主治医の指示により看護師が硬膜外麻酔を実施したところ、ショック症状が発生し、患者が死亡した事案

1 結論

- (1) X医師 過失あり
- (2) Y看護師 過失なし

2 事案

- (1) 事故発生日は、平成5年8月26日である。
- (2) Vは、本件事故の被害者である。
Xは、被害者Vの主治医である。
Yは、本件病院に勤務する看護師である。
- (3) Vは、本件病院に入院するまでは、国立療養所刀根山病院(以下「刀根山病院」という。)及び国立循環器病センター等の整形外科、神経内科及び循環器科等で診察を受けたほか、子宮ガンにより、昭和60年7月から10月にかけて大阪大学微生物学研究所附属病院婦人科に入院し、放射線治療を受け、平成5年7月30日には、右病院において子宮頸部扁平上皮ガンステージIII B(子宮の触診上ガン組織が骨盤壁まで達している状態)、クラスII(塗抹細胞診検査の結果によればガン細胞は存在しないが、異型細胞が認められる状態)との診断を受けていたが、その後は自宅で主婦として生活をしてきた。
- (4) Vは、平成5年8月21日午前8時50分ころ転倒して左大腿骨頸部を骨折したことから、同

日午前10時40分ころ本件病院に運ばれ、当直医であった本件病院麻酔科部長A医師の診察を受けた。Vは左足の痛みのため安静を保てない状態であったため、A医師が、同日午前12時ころ脊椎の硬膜外腔にカテーテルを挿入し、キシロカイン10ミリリットルを硬膜外注入したところ、Vは、最高血圧が80以下に低下し、顔面蒼白となって意識喪失の状態に陥ったが、エホチールーアンプル、プリンペランーアンプル、生理的食塩水20ミリリットルを投与することにより回復した。

左臀部のレントゲン撮影により、Vが左大腿骨頸部を骨折していることが判明したため、A医師は、入院を指示し、Vの痛みに対しては、キシロカイン8ミリリットルを必要がある場合に最低4時間以上の間隔をおいて硬膜外注入の方法で投与するよう、医師指示票に記載した。

医師Xは、平成5年8月22日にA医師から引継ぎを受けてVの主治医となり、カルテにも目を通し、前日キシロカインを投与した後にVの血圧が低下した事実を認識した。

看護師Yは、同年8月22日にVの担当になり、前日のキシロカイン投与後の血圧低下についても引継ぎを受けたが、Vが同日午前11時

15分ころ左足の痛みを訴えたので、チャージ・ナース（他の看護師に指示を出す責任者である看護師）であったB看護師から、A医師が医師指示票に記載した内容の説明を受け、そのとおり処置するようにとの指示を受け、同日午前11時30分ころキシロカイン8ミリリットルをVに硬膜外注入したところ、同日午前11時45分ころにはVの血圧が最高70、最低48に低下し、手指冷感となり、顔面、唇及び舌が蒼白となった。

しかし、Yから連絡を受けたB看護師が、Xに電話連絡して指示を受けることができたため、Yがこれに従いエホチール4分の1アンプルを静脈注射し、残りを点滴投与したところ、Vの血圧は、同日午後0時15分には最高168、最低60に回復した。なお、本件病院においては、当時、看護師に対し、麻酔薬の硬膜外注入後、5分間隔等で頻回に血圧を測定するようにとの一般的指示は行われていなかった。

(5) Vは、本件病院において本件手術を受けることにしたが、本件病院において手術時の麻酔を担当し、本件手術においても関与する予定であったA医師が、平成5年8月23日交通事故により重傷を負って入院せざるを得なくなったため、被告Xは、同月25日に本件病院一般外科担当医師Cに対し、麻酔医としてVの手術に立ち会うよう要請し、その際キシロカイン投与後Vの血圧が低下した事実を伝えた。

Vは、平成5年8月26日（以下、同日の出来事については、時間だけで表記する。）に被告Xが執刀医、C医師が麻酔医となり、左大腿骨頸部骨折部に対するダイナミック臀部スクリューによる観血的内部整復法による手術を受けた。Vの血圧は、午前7時には最高130、最低80、午前7時35分には、最高180、最低95であったが、Cが午前8時にキシロカイン10ミリリットルを硬膜外に注入したところ、午前8時10分には最高80、最低50に低下したため、エホチール2ミリリットルが静脈注射され、一旦は血圧が回復したが、午前8時25分には再び最

高90、最低50まで低下したので、再度エホチール2ミリリットルの静脈注射が行われた上、午前8時30分に本件手術が開始された。本件手術開始後も、エホチール2ミリリットルの静脈注射が2回なされたほか、本件手術終了近くには、再度キシロカインが硬膜外注入されることになったが、血圧低下等の防止のため、午前9時25分ころキシロカイン5ミリリットルの硬膜外注入後、午前9時30分過ぎにはエホチール2ミリリットルの静脈注射、キシロカイン5ミリリットルの硬膜外注入後、午前9時40分にはエホチール2ミリリットルの静脈注射というように、キシロカインとともにエホチールを投与する方法が採られた。

本件手術は、午前9時45分に終了し、Vは、午前10時に病室へ戻された。

Xは、本件手術後、カタボンの静脈注射により血圧を90以下に下げないこと、Vが痛みを訴えたときは、必要に応じて最低4時間以上の間隔をおいてマーカイン8ミリリットルを硬膜外注入すること等を医師指示票に記載した。

(6) Vは、午後1時ころのほか、午後3時ころにも痛みを訴えたので、Vの看護に当たっていたYは、当時のチャージ・ナースであるD看護師にこれを報告し、同人からXの右医師指示票の記載に従ったマーカインの硬膜外注入の指示を受けた。Yは、右準備をしたが、その準備中、Xが来室し、Vに挿入されたカテーテルのキャップを外そうと試みたが、外せなかった。

D看護師がVに挿入されたカテーテルのキャップを外し、Yが、午後3時13分ないし14分ころにマーカイン8ミリリットルをVに硬膜外注入したところ、午後3時には最高156、最低83であったVの血圧は、午後3時30分には自動血圧測定装置による測定で、最高54、最低21と急激に低下した。右血圧低下に伴い、ナース・ステーションで警報が鳴ったため、同所で待機していたD看護師はVの病室に向かった。また、同室の別の患者の検査の手伝いをしていたYは、Vに付き添っていた家族から右血圧低下を知ら

され、Vに呼名反応があることを確かめた上で、手動血圧測定装置による血圧測定を行うなどしたが、Vの血圧は、午後3時31分には最高59、最低28、午後3時37分には最高53、最低31と低下したままで、呼名反応もなくなり、午後3時40分には、血圧が最高45、最低0となり、呼吸・脈拍が停止したため、来室したD看護師が、気道確保を行い、人工呼吸を始めるとともに、緊急処置としてエホチール8ミリグラムを点滴、2ミリグラムを静脈注射により投与し、カタポンの点滴を全開にしたが、午後3時45分には、Vの血圧は測定不能になった。

X及びC医師は、D看護師らの連絡を受けて、病室に到着し、Vに対する心臓マッサージが開始され、心電図モニター及びアンビュバックが装着されたことから、Vの心拍数は、22ないし24に回復し、午後3時55分には、Vの血圧は最高156、最低66、心拍数は129ないし130に回復したものの、意識レベルは3-3-9度方式による300（刺激しても覚醒せず、痛み刺激にも全く反応しない状態）ないし200（刺激しても覚醒しないが手足を動かしたり顔をしかめることがある状態）までしか回復しなかった。

- (7) Vは、右意識状態のまま、徐々に全身状態が悪化し、平成5年9月16日午前5時44分、心不全により死亡した。
- (8) X及びYは、Vの死亡について捜査を受け、Xについては、業務上過失致死罪による略式起訴が行われ、平成10年3月3日に神戸簡易裁判所において、罰金15万円に処する旨の略式命令の告知を受け、右裁判は確定した。

3 争点

- ① 本件において、X医師に過失が認められるか。
- ② 本件において、Y看護師に過失が認められるか。

4 争点①に関する判示事項

Vの主治医であったXは、Vがマーカインの

硬膜外投与を受ければ、キシロカイン投与の場合と同様、又はそれ以上に確実に血圧低下等を来し、場合によってはショック症状を発症し、呼吸及び心臓機能の停止を惹起する可能性すら払拭できないことを認識できたはずである。したがって、Xとしては、Vが本件手術後に痛みを訴えた場合の処置についても、局所麻酔薬の硬膜外注入の方法は避け、これと同様の効果が得られる鎮痛剤の筋肉注射ないし座薬としての投与を指示すべきであり、仮に、局所麻酔薬を硬膜外に注入するのであれば、副作用発現の危険を避けるため、少なくとも現実に副作用が発現したキシロカイン8ミリリットルの投与よりも、濃度・量・効用を相当減じた麻酔薬を投与するよう指示すべき義務があったと認められる。

また、Xは、右のとおり、Vに現実に麻酔薬の副作用であるショック症状が発生したことに照らし、副作用が発現した場合には、即時に適切な対応がとれるように、Vにはこのような症状が発現する可能性があること及び同症状が発現した場合の対処方法を立ち会う看護師に対して予め教示するとともに、必要な器材を備え、右症状が発現した場合、直ちに昇圧剤の投与及び気道確保を行い得るよう準備した上、医師自ら薬液を注入するか、注入の場に立ち会い、少なくともマーカインの効果が発現する10分ないし15分間は、右態勢を維持すべき注意義務が認められる。

しかしながら、Xは、Vが本件手術前にキシロカインの投与を受けた二回ともその直後に血圧が低下し、本件手術時にもキシロカイン投与後Vの血圧が低下し、昇圧剤を投与して血圧を回復させていたことを執刀医として認識し、しかも、鎮痛剤を投与することにより、麻酔薬の硬膜外注入と同様の効果が得られるにもかかわらず、Vの血圧が低下する危険性に対する対処について特段の指示を与えることなく、漫然とキシロカイン以上に薬効のあるマーカインの投与を指示し、しかも、右危険性に対する対処の準備をすることなく、Yらにこれを行わせたも

のである。

したがって、Xは、Vに対する麻酔薬の投与に関し、医師として行うべき注意義務に違反した事実が存するものといわざるを得ない。

5 争点②に関する判示事項

Yは、チャージ・ナースであるD看護師の指示を通じて医師であるXが医師指示票に記載した指示に従い、Vに対しマーカインを注入したものであるところ、Yは、医師であるXの補助者にすぎず、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、前記認定事

実によれば、X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、Yが看護師としての知識・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、Vに対する右マーカインの注入については、Xが専らその責任を負うべきであり、Yが、医師であるX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。

[民事裁判例2 大阪地裁平成18年7月14日]

メトロイリーゼによる分娩誘発中、医師から分娩監視の指示を受けていた当直の准看護師が異常所見を見落とし、医師への連絡が遅れたため、出生児が死亡した事案

1 結論

- (1) Y医師 過失なし
- (2) Z准看護師 過失あり

2 事案の概要

- (1) 事故発生日は、平成14年7月17日から同月18日ころにかけてである。
- (2) Vは、事故日に出生した乳児であり、本件事故の被害者である。Xは、Vの母であり、平成13年11月26日、本件医院で受診して妊娠が確認され、以後、継続して本件医院で受診していた。出産予定日は、平成14年7月25日と診断された。

Yは、本件医院を経営する医師である。

Zは、本件医院に勤務する准看護師である。

- (3) 妊娠経過については、平成14年3月2日の受診時に骨盤位であった胎児が、同月30日の受診時に頭位となったものの、次の受診時である同年4月12日以降骨盤位となり、同年7月1日に再び頭位となるまで骨盤位が継続したことや、同年3月ころに、胎盤の付着部位がやや下方であると認められたことを除き、妊娠経過に特段

の問題は認められなかった。

- (4) 平成14年7月17日（妊娠週数38週6日）午後2時ころ、Xは、自宅で破水し、タクシーで本件医院に向かった。

同日午後3時前ころ、Xは、本件医院に到着し、そのまま入院したが、この時点では、陣痛はまだ始まっていなかった。

Yは、破水を確認したが、羊水の混濁はなく、また、子宮頸管部が通常より堅めであると診断し、しばらく様子を見ることとした。

17日午後5時50分ころ、Yは、再びXを診察した。その結果、Yは、子宮口が約2cm程度開大していると認めたものの、子宮頸管の伸展が乏しく分娩期間が遷延するおそれがあると考え、また、羊水の漏出を防ぐことにもなるとの認識の下、ネオメトロを挿入して陣痛を誘発することとして、このころ、Xにその旨説明した上、自らこれをXの膣内に挿入した。なお、この時点における児頭先進部の位置は、-1であった。そして、ネオメトロを挿入後ほどなくして、ZによりXに分娩監視装置が装着された。

Xに挿入されたネオメトロは、バルーンがデ

ISK状に膨張する容量 100ml のもので、Y は、本件医院で、長年にわたり、相当数の分娩に際してこれを使用していたが、本件医院でのこのネオメトロの使用例において、このときまでに臍帯脱出が生じたことはなかった。

また、X に装着された分娩監視装置は、本件医院 1 階の看護師詰所で胎児心拍数、子宮収縮の程度及び胎児心音が確認でき、胎児心拍数に異常が生じた場合には、アラームが鳴るようになっている一方、X が入院している 2 階の病室では、胎児心音を聴取することができるようになっているものであった。もっとも、病室での胎児心音の確認については、装置装着当初は可能であったが、その後、Z が音量を下げたため、X が確認することはできないようになった。

17 日午後 8 時ころ、Y は、Z に対し、X のネオメトロが脱出するなど分娩経過に異常が認められたらすぐに連絡すべきである旨の指示を与えた上、道路を挟んで向かい側にある自宅に帰った。本件医院の同日の当直者は、Z のみであった。

この後、Z は、X の腹部に装着していた分娩監視装置のトランスジューサーの位置を補正するためや、X がトイレに行くため、あるいは、X が吐き気を訴えたり実際に嘔吐したりした際に、X の病室を訪れることがあった。これらの際、Z は、X に少量の出血や少量の羊水流出があること、ネオメトロの脱出がないことなどを確認したが、18 日午前 3 時ころに、ネオメトロが脱出したようだと X からコールがあり病室を訪れるまで、その分娩経過に特段の異常が生じたとは認識していなかった。

18 日午前 3 時ころ、X のコールを受けて Z がその病室を訪れると、ネオメトロが自然に抜去していた。この時点における Z の目視では、臍帯脱出は認められなかったが、Z は、X の分娩が進行しているものと考え、G 助産師に連絡し、来院を依頼した。その上で、Z は、X を 1 階にある分娩室に移動させるため、ストレッチャーを X の病室に運び込んだ。

Z は、X から分娩監視装置を外した上、X に付き添っていた H (X の夫) にも協力してもらい、X をストレッチャーに移した上、1 階の分娩室に移動した。

18 日午前 3 時 15 分ころ、X は本件医院の分娩室の分娩台に上がった。このとき、既に来院していた G 助産師ないし Z は、X が臍帯脱出を起こしていることに気付いた。そのため、同准看護師は、同日午前 3 時 16 分ころには Y に電話し、X が臍帯脱出していることを告げた。これを受け、Y は、同日午前 3 時 21 分ころ、本件医院に到着し、X を内診したところ、子宮口はほぼ全開大で、児頭先進部の位置は +2 であった。Y は、いったん臍帯還納を試みたものの奏効せず、同日午前 3 時 30 分ころから吸引分娩を開始し、同日午前 3 時 32 分ころ、児を娩出するに至った。

娩出された児 (V) は、体重 (2840 g) 及び身長 (49.8cm) こそ異常はなかったが、全身チアノーゼで啼泣がなく、1 分後及び 5 分後のアプガースコアがいずれも「心拍動 100 以下」の 1 点のみという重度の仮死状態であった。Y は、G 助産師及び Z の協力を得ながら、100% 酸素を投与してバッグアンドマスクによる人工換気をするとともに、心臓マッサージを施すなどした。

V は、18 日午前 5 時 35 分ころになって、ようやく自発呼吸をするようになり、同日午前 7 時 10 分ころには保育器に收容され、酸素飽和度が 90% 前後で推移していた。同日午前 9 時 40 分ころに再び V のチアノーゼの状態が悪化し、同日午前 10 時過ぎには酸素飽和度が 80% 未満となるなどしたことから、同年 7 月 18 日午前 10 時 40 分ころ、V は救急車で大阪府立病院に転送され、同病院に入院した。同病院において、V は、重症新生児仮死、低酸素性虚血性脳障害と診断され、治療を受けていたが、平成 15 年 3 月 1 日、低酸素性虚血性脳症を原因とする症状のため死亡した。

3 争点（一部省略）

- ① 准看護師Zに単独で分娩監視を行わせた医師Yについて、分娩監視義務の懈怠に当たるか
- ② 准看護師Zは、より早期に医師Yをコールすべきであったとして過失が認められるか。

4 争点①に関する判示事項

7月17日午後8時ころ以降、医師であるYは、本件院内には不在となったものの、本件医院と道路を挟んで向かい側という極めて近接した距離にある自宅にいたものであり、緊急の呼出を受ければ、数分内に駆けつけることが可能であったと認められる。現に、18日午前3時16分ころにZからXの臍帯脱出の連絡を受けたYは、約5分後には本件医院の分娩室を訪れているのである。また、Yは、帰宅に当たり、Zに対し、Xの分娩経過に異常が認められたらすぐに連絡すべきである旨の指示をしており、Zは、この指示も踏まえ、本件医院における当直業務に当たっていたものであって、少なくともXからコールがあれば速やかに病室を訪れて必要な対応をしていた上、Xには、分娩監視装置が装着されていて、これによる胎児心拍数、子宮収縮の程度及び胎児心音の確認は、1階の看護師詰所で行うことができるようになっていたものである。

このような事実に加え、Zの経歴及び医師による本訴訟における鑑定の内容をも考慮すれば、本件医院におけるYの分娩監視体制それ自体が、法的注意義務違反に当たるとまで認めることはできない。

5 争点②に関する判示事項

証拠によれば、Xの分娩監視装置により記録された胎児心拍数陣痛図（以下「本件胎児心拍

数陣痛図」という。）上、18日午前2時50分ころまでは、胎児ジストレス（胎児仮死）と診断し得る所見はなく、直ちに医師をコールしたり、急速遂娩を行ったりする必要もなかったが、同日午前2時51分から徐脈及び同日午前2時56分からの徐脈は、いずれも、心拍数の減少が15bpm以上で、開始から元に戻るまでの時間が2分以上10分未満の、遷延一過性徐脈であり、後者の徐脈を確認した時点で、胎児ジストレスと診断することができたと認められる。

もっとも、同日午前2時56分からの徐脈については、本件胎児心拍数陣痛図によれば、同日午前2時57分から58分にかけて一時的に胎児心拍が上昇したように記録された上、その後、再び徐脈の記録となり、これらを全体として評価した場合、遷延一過性徐脈と判断し得るものといえる。このような事情を考慮すれば、同日午前2時56分から始まった徐脈を遷延一過性徐脈と判断し得たのは、同日午前3時ころであったと認めるのが相当である。

上記事実によれば、Zは、18日午前3時ころの時点で、Yに対し、本件胎児心拍数陣痛図上、胎児ジストレスと思われる所見ないし遷延一過性徐脈と思われる所見が認められる旨の連絡をすべきであったと認められる。

ところが、Zは、上記遷延一過性徐脈の所見を正しく認識することができず、同じく18日午前3時ころ、Xのコールを受けて訪室し、ネオメトロの自然抜去を認めて分娩が進行しているものと考えて、助産師にはその旨の連絡をしたものの、Yへの連絡はこの段階では一切行っていなかったものであって、このZの対応は、Xの分娩監視における注意義務違反に当たると認めるのが相当である。

〔民事裁判例3 京都地裁平成17年7月12日〕

蕁麻疹の治療を受けた患者が、准看護師によって、医師の指示した塩化カルシウム注射液ではなく塩化カリウム液を静脈注射されたことにより急性心肺停止による低酸素脳症を発症して後遺障害を負った事案

1 結論

- (1) Y医師 過失あり
- (2) Z准看護師 過失あり
- (3) A薬剤師 判断なし

2 事案の概要

- (1) 事故発生日は、平成13年1月15日である。
- (2) Vは、平成6年2月10日生まれの女兒である。

Yは本件病院に勤務し、産婦人科及び小児科の診療を行っていた医師である。

Zは本件病院に勤務していた准看護師である。

A薬剤師は本件病院に勤務していた薬剤師である。

- (3) Vは、前日から全身に発疹が出て、掻痒感を訴えて、平成13年1月15日、本件病院でYの診察を受けた。

Yは、Xの症状をみて、蕁麻疹と診断した。

Yは、塩化カルシウムが蕁麻疹に効果があると考えており、大塚塩カル注2%を静脈注射する意図で、診療録に塩化カルシウム20mlを静脈注射するよう指示を記載した上、B看護師に対し、5分かけてゆっくり注射するよう指示した。

B看護師は、上記指示を受けて、診療録に「5分かけてゆっくり」と記載した上、注意を促すためにさらに文字の下部に赤色で波線を引いて、外来処置室にいたZに対し、診療録の該当部分を示しながら、5分かけてゆっくり注射するよう申し送った。

Zは、B看護師に対し、塩化カルシウムが外来処置室北側の注射準備室においてあるか尋ねたが、B看護師が薬局で聞くように答えたため、本件病院の薬局へ行き、A薬剤師に対し、「塩化カリウムって何ですか？」と尋ねた。

A薬剤師がZに対し、「カリウムですか？カル

シウムですか？」と聞き返したところ、Zは、「塩化カリウムです。」と答えた。

そこで、A薬剤師は、「塩化カリウムであればコンクライトーKですけども。」と教えた（なお、本件医療事故当時以前から本件病院には大塚塩カル注2%は常置されていなかった）。これを受けて、Zは、「ああ、コンクライトか。」と納得して、外来処置室へ戻った。

Zは、コンクライトーKがYの指示にある薬剤であると認識して、外来処置室で、Xに対し、コンクライトーK20mlを原液のまま、左手の甲に静脈注射した。このとき、Yは注射に立ち合っておらず、他の患者の診察を続けていた。

Zには、本件注射以前にも、コンクライトーKやコンクライトーCaを患者に注射、点滴した経験があったが、これらを原液のまま注射したことはなく、コンクライトーCaが希釈して用いられるものであることを知っていたが、本件注射にあたって、YやA薬剤師等に希釈の要否等について確認することはなかった。

Zが注射を始めて少したったころ、Xは左手を口元にあてて「うっ」とえづいたが、Zはそのまま注射を続け、その後2分程度のうちに、Xは「痛いからやめて。」と悲鳴を上げ、さらにその2、3秒後にはぐったりした状態となった。

本件注射によってXの静脈に注入された塩化カリウム液は、約13mlであった。

その後、Y及びB看護師が処置室に駆けつけたときには、Xは顔面蒼白で意識がない状態になっていた。

Xは救急処置室へ運ばれ、YがXの腹部あたりを押し上げる措置をとっていたが、さらにチアノーゼが強い状態になったため、B看護師は一刻を争う状態であると判断して、本件病院外科のC医師に応援を頼み、同医師らによって人

工呼吸、心臓マッサージ等の心肺蘇生措置がとられた。

心肺蘇生措置を経た後、Xは、他の病院に搬送され、以後、同病院において入院治療を受けた。

Vは、本件医療事故により、急性心停止による低酸素脳症を発症し、両上肢機能全廃、両下肢機能全廃、体幹機能障害の後遺障害が遺り、身体障害1級の認定を受けた。

3 争点（一部省略）

- ① Z准看護師がY医師の指示を誤ったことによる誤注射の事故について、Y医師に過失が認められるか。
- ② Y医師から注射の指示を受けたZ准看護師に過失が認められるか。

4 争点①に関する判示事項

Yは、大塚塩カル注2%を投与する意図で塩化カルシウム注射液の静脈注射を指示したが、医師が看護師等に対して静脈注射等の行為を指示する場合、医師は、その注射すべき薬剤の種類、注射量、注射方法、速度等について、指示に誤解が生じないように、的確に指示することはもちろん、薬剤の種類や危険性によっては医師自ら注射したり、あるいは少なくとも注射の場に立ち合うなどして、誤注射等の事故発生を防ぐべき注意義務を負っているから、大塚塩カル注2%の用法からすれば、Zに単独で行わせるのではなく、自ら注射を実施するか、あるいは少なくとも注射をする場に立ち合い、注射事故の発生を防ぐべき注意義務を負っていたものというのが相当である（医療法人徳洲会宇治徳洲会病院のL医師が、京都府医師会の照会に対して、塩化カルシウムの静脈注射につき、「通常、この薬剤の副作用を熟知した医師による投与が

要求される。」としているのも、上記の点を指すものと認められる。)

しかるに、Yは、本件注射に立ち合うことすらしなかったから、上記注意義務に違反した過失がある。

5 争点②に関する判示事項

Zは、Y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ーKを、Yの指示した注射液であると誤解して、Vに対してコンクライトー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、コンクライトー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、コンクライトー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、Z自身、本件注射以前にも、コンクライトーCaやコンクライトー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とのY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、Zは、Yに対して何らの確認をしないまま、コンクライトー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。

〔民事裁判例4 大阪地裁平成19年3月9日〕

直腸ガンの治療のため腹会陰式直腸切断術を受けた患者が、低酸素脳症のため四肢・体幹機能に高度障害が残存し、多臓器不全により死亡した事案

1 結論

- (1) Y医師 過失あり
- (2) F看護師 過失あり

2 事案の概要

- (1) 事故発生日は、平成15年4月10日である。
- (2) Vは、昭和9年7月16日生まれである。
Yは本件病院を開業する医師である。
- (3) Vは、平成15年2月27日、本件病院でYの診察を受け、10日前から胸痛、背部痛がある旨訴えた。

その後の検査等の結果、Vに下部直腸癌が認められたことから、その治療のため、Vは、本件病院に入院の上、手術を行うこととなり、平成15年4月1日、本件病院に入院した。

平成15年4月10日、Vに対する腹会陰式直腸切断術（本件手術）が行われた。執刀医は、Y及びA医師の2人であり、麻酔については主にA医師が担当したほか、手洗い看護師2名（B看護師及びC看護師）及び外回り看護師2名（D看護師及びE看護師）の態勢であった。

Vは、午後2時3分、手術室に入室し、午後2時19分、ラボナール及び筋弛緩薬「マスキュラックス」の投与により麻酔が導入され、午後3時7分、本件手術が開始された。また、麻酔薬「エトレン」が午後2時45分から投与されるようになるとともに、マスキュラックスは、午後3時30分ころ以降午後6時ころまで、30分ごとに2mgずつ追加投与された。

その後、午後5時15分ころにエトレンの濃度が下げられ、午後6時20分ころにはその投与が終了した。そして、午後7時15分に本件手術が終了し、午後7時25分、筋弛緩薬の効果を拮抗させるために「ワゴスチグミン」が、その副作用防止のための薬剤である硫酸アトロピンとともに投与された。

この間、Vの状態に特段の問題は生じず、動脈血酸素飽和度はほぼ99ないし100%で推移していたが、血圧については、午後6時30分ころから徐々に上昇し、午後7時ころ以降、収縮期圧が200を超える状態となっていた。

午後7時51分、Vの気管内チューブが抜かれた（抜管）。これに先立ち、A医師は、Vの覚醒状態を確認するため、「Vさん」などとVに呼びかけ、開眼、握手、手の挙上を求めたところ、指示どおりの反応があり覚醒していると判断した。

抜管後も、Y及びA医師は、Vの呼吸状態等を10分程度観察していたが、特に異常はないものと判断し、午後8時過ぎころ、Vを本件病院三階の手術室から二階にある回復室（以下「本件回復室」という。）に移動させるため、3人の看護師とともにVの移動を開始した。この際、酸素マスクについては、特に必要がないものとして装着されなかった。

本件手術が行われた平成15年4月10日当時、本件病院には、Vのほかに4名の入院患者がいたが、いずれも特に重症ということはなく、同日の当直看護師であったF看護師は、Vの術後管理に備えて、予め他の入院患者に対する夜間のバイタルチェック等を済ませ、本件回復室に隣接する看護師詰所（以下「本件詰所」という。）で待機していた。なお、この時点では本件回復室は空室であった。

午後8時5分ころ、Vが本件回復室に入ると、Vを運んできたY等にF看護師も加わり、Vに対し、点滴の交換、酸素吸入マスクの装着、低圧持続吸引用ドレーンの装着、生体監視モニターの計測用電極の装着等が行われた。そして、酸素については、毎分4リットルの投与が開始され、生体監視モニターについては、Vの場合、脈拍数が120を超えることがあったので、通常毎分50～120回の範囲を外れればアラームが鳴る

設定とするところを、50～130 の範囲を外れた場合に鳴る設定とした。もっとも、このモニターでは、呼吸数の変動によってアラームが鳴ることはなく、また、Yは、Vの呼吸状態に特に問題はないと判断していたことから、血中酸素飽和度をモニターすることはなかった。

本件回復室入室後の一連の作業の中で、F看護師は、Vの意識状態を確認したところ、呼びかけに対しわずかに開眼するものの返答はなかった。また、聴診器で呼吸音を確認したところ、呼吸が浅めであると認識するとともに、ゴロ音がしたので吸引をした。しかし、これらの確認内容について、その場にいたYに報告したり、協議したりすることはなかった。

午後8時15分ころから、F看護師は、Vのバイタルチェックを始めた。その結果、血圧は190/100であったほか、同看護師としては、意識レベルがJCSでII-30と判断し、また、末梢冷感を認めた。なお、体温、脈拍、呼吸数及び呼吸状態についての記録は残されていない。

さらに、F看護師は、午後8時30分ころから、Vのバイタルチェック（以下「午後8時30分のバイタルチェック」という。）を始めた。その結果、血圧は130/60であったほか、同看護師としては、意識レベルに変化がないと判断し、また、呼吸音については、肺雑音は認められないものの呼吸が浅いと感じた。他方、体温が上昇していないと判断されたため、保温を開始した。しかし、具体的な体温や、脈拍、呼吸数についての記録は残されていない。

このころ、Yは、Vの状態が安定しているものと判断し、Vの家族の面会を許可した。そこで、家族がVと面会し、Yが大声でVに家族が面会にきている旨を告げたところ、Vは目を開けるような反応を示すなどした。

Vの家族による面会終了後、Yは、F看護師に対しVの監視及びバイタルチェックにおいて特に留意すべき事項を指示することなく、本件回復室から本件病院の四階にある院長室に移った。これ以降、本件回復室及び本件詰所内にい

る本件病院関係者は、同看護師のみとなったが、同看護師自身は、後述の午後9時27、28分ころにC看護師らが本件詰所に戻ってくるまで、本件回復室又は本件詰所のいずれかにいた。

午後8時45分ころ、F看護師は、Vのバイタルチェックを始めた。その結果、血圧は190/96で、意識レベルは同看護師としてはJCSでII-30と判断したが、体温、脈拍、呼吸数、呼吸状態についての記録は残されていない。

さらに、午後9時ころ、F看護師は、Vのバイタルチェック（以下「午後9時のバイタルチェック」という。）を始めたところ、血圧は174/90であった。同看護師は、意識レベルも確認したが、麻酔からの覚醒が遅れているように思われ、手の甲をつねる痛覚反応や瞳孔対光反射の確認も行ったところ、これらには反応があったため、結局、JCSでII-30と判断した。そして、同看護師は、特にYに連絡することなく、本件詰所で経過観察を継続した。なお、体温、脈拍、呼吸数、呼吸状態についての記録は残されていない。

午後9時20分ころから、F看護師は、Vのバイタルチェック（以下「午後9時20分のバイタルチェック」という。）を始めた。この際も、同看護師は、Vの痛覚反応を確認したが、これが認められなかった。

午後9時27、28分ころになって、手術室の後片付けを終えたC看護師及びD看護師が本件詰所に戻った。C看護師は、一息つこうとしつつ、ふとVに接続された生体監視モニターを見ると、心拍数が120程度から80程度に急激に下がるのを目撃した。そこで、本件回復室にいたF看護師に声をかけたところ、同看護師が、Vの状態がおかしい旨答えたことから、C看護師も本件回復室に移ってVの状態を確認した。その結果、痛覚反応にも全く反応せず、JCSでIII-300の状態と思われたため、直ちに本件詰所から電話でYに連絡した。このころ、Vの心拍数は40程度にまで減少した。

Yは、C看護師の電話を受け、直ちに院長室

から本件回復室に向かった。Yが本件回復室に到着したのは、午後9時30分ころであった。

Yが本件回復室に到着したころ、D看護師によりVの肩に枕が入れられて気道が確保された。Yは、Vの徐脈及び呼吸停止を確認し、看護師に心臓マッサージを行わせるとともに、挿管、強心剤の投与等の蘇生措置を行った。これにより、Vの心拍数は速やかに上昇した。

しかし、Vは低酸素脳症に陥り、その後意識状態が顕著に改善することはなく、四肢麻痺と診断される状態となった。

Vは、Gリハビリテーション病院への入院を継続していたが、平成17年10月末ころ、肺炎を発症し、敗血症に陥り、最後は多臓器不全となって、同年11月9日午前2時4分、同病院で死亡した。

3 争点（一部省略）

術後管理を看護師に委ねたY医師に過失が認められるか。

4 争点に関する判示事項

本件手術当時68歳のVに、全身麻酔の上、開腹を伴う本件手術を行ったYとしては、術後の低酸素血症を防止するため、Vが十分に覚醒したと認められるまで、呼吸数や呼吸状態を適切に観察するとともに、一般的には推奨されている血中酸素飽和度をモニターしない以上、意識レベルのチェック等、低酸素血症ないしその前提となる呼吸抑制又は低換気状態を鑑別するためのその余の方法を適切に施行すべき注意義務があったというべきである上、更にVについては、Yも立ち会っていた午後8時30分のバイタルチェックまでにおいても、呼吸が浅めであったり、体温の上昇が見られないといった低酸素血症発症の危険因子が認められたのであるから、同バイタルチェック以降もY自らがなおしばらくVの術後管理を行うか、これを看護師にゆだねる場合には、その看護師が術後管理に習熟しているなどの特段の事情のない限り、通常

より一層慎重に監視及びバイタルチェックを行い、異常が窺われた場合には直ちにYに連絡するよう具体的に指示すべき注意義務があったというべきである。

ところがYは、午後8時30分のバイタルチェック後のVの監視及びバイタルチェックにつき、特に具体的な指示をすることなく、F看護師のみにゆだねたものである。しかも、同看護師は、およそ15分ごとにバイタルチェックを行ってはいたものの、午後9時のバイタルチェックで痛覚反応や対光反射を確認しようと思うような状態であったにもかかわらず、Yに何ら報告ないし連絡をせず、また、午後9時20分のバイタルチェックにおいては、C看護師が直ちに異常を認識するような状態であったのに、同様の認識を速やかに抱くことができなかつたものであって、術後管理に習熟しているとは認め難く、他に上記指示を行わずにF看護師のみにVの術後管理をゆだねたことを正当化すべき特段の事情を認めるに足りる証拠はない。

Yは、Vに対する監視態勢が適切であったとして縷々主張するところ、その根拠の一つとして、F看護師によるバイタルチェックの内容につき、意識レベル、体温、呼吸、脈拍、血圧、輸液量、尿量及び排液量の確認及び計測、さらに、約30分ごとに腹部手術創及び人工肛門を観察するというものであったと主張する。

しかし、F看護師が術後管理に習熟していたとはいえないことをも考慮すれば、同看護師が、呼吸数や呼吸状態を毎回適切に確認していた事実その他Vに対するバイタルチェックが適切に行われていた事実を認めるに足りる証拠はないというべきである。

またYは、生体監視モニターによる監視がされていたことを、Vに対する術後管理が適切であったことの根拠に挙げる。

しかし、Vの術後管理に使用された生体監視モニターは、基本的に循環動態の異常を監視するものであって、呼吸波形が表示されるものであるかは定かではなく、少なくとも、呼吸動態

の異常をアラームによって警告する機能が備わっているものではない。しかも、気道閉塞が生じた場合であっても、心停止までには5分以上の時間を要するとされているのであるから、気道閉塞に至らない程度の呼吸抑制や低換気が生じた場合、上記生体監視モニターが循環動態の異常を感知するまでには相当の時間が経過することになるのであって、上記生体監視モニターによる監視がされていたからといって、Vの術後管理が当然に適切であったといえるものではない。

以上によれば、本件病院には、Yにおいて、Vの術後管理につき、Vが十分に覚醒した状態にあったとはいえない段階で、術後管理に習熟していたとは認められないF看護師のみに、呼吸数や呼吸状態の確認につき特に具体的な指示をすることなく監視をゆだね、同看護師においても、Vの状態について適切な監視を怠ったことにより、Vの呼吸抑制ないし低換気の進行を見落とした過失があると認められる。

第3章 本研究会における議論の整理

本研究会においては、第2章に記載した事例を題材として、主に以下のような論点について議論を行った。その内容について、ここに紹介する。

1) チーム医療における医療従事者の法的責任の考え方

チーム医療における医療従事者の法的責任を考える上で、まず議論の前提として、チーム医療の中で様々な役割分担の下にある医療従事者等の責任を、個別責任で考えるのか、共同責任で考えるのか、組織責任で考えるのかについて整理する必要がある。

刑事責任については、業務上過失致死傷罪(刑法第211条)の成否が問題となることから、法の枠組み上、行為者個人の過失を前提として、医療従事者個人の個別責任が問われるのが前提となる。

他方、民事責任については、債務不履行(民法第415条)又は不法行為(民法709条)による損害賠償責任が成立するか否かが問題となるが、行為者個人の過失を前提として、①個人の個別責任を問う場合②使用者の責任を問う場合があるほか、行為者個人の過失ではなく、組織全体の過失を前提として、③法人の責任を問う場合が考えられる。²

2) 刑事責任について

(1) チーム医療における刑法上の過失犯の類型

チーム医療における刑法上の過失犯の類型としては、①過失犯の共同正犯³、②過失犯の競合⁴、③管理・監督過失⁵が考えられる。

² 正確には、以上のほか、共同不法行為(民法第719条)により複数の医療従事者あるいは医療機関が共同して責任を負う場合も考えられるが、ここでは割愛する。

³ 刑法第60条は「二人以上共同して犯罪を実行した者は、すべて正犯とする。」(共同正犯)と定めており、共同正犯が認められると、自分の行為から生じた結果だけでなく、他の共犯者の行為から生じた結果についても刑事責任を負うことになる。過失犯の共同正犯が認められるかについては、以前は否定説が有力であったが、現在の判例・通説は、共同義務の共同違反があった場合に過失犯の共同正犯を認めている。

⁴ 過失犯の共同正犯ではなく、複数の行為者が各々の過失により一つの結果を発生させたとして、過失犯の単独犯が競合して認められる場合も多い。

⁵ 単独の過失ではあるが、他人の過失について責任を負わされるという意味において、共同正犯と似たような性質にある過失として、管理・監督過失がある。管理過失は、結果発生を防止するための物的・人的体制を整備する立場にある管理者の過失であり、監督過失は、結果を惹起した直接行為者の過失行為を防止する立場にある監督者の過失(直接行為者とは過失の競合となる。)である。

過失犯の共同正犯については、最決平成 28.7.12（明石花火大会歩道橋事件）において、過失の共同正犯が成立することが判示されているが、刑事医療事件において、当該判決を踏まえて判断された裁判例は存在しない。チーム医療に関して、当該判決がどのように影響を及ぼすかについては、今後の判決を注視する必要がある。

このため、本研究会で取り扱った裁判例においては、基本的に、医師と他の医療関係職種との過失の競合の問題や医師による他の医療関係職種に対する管理監督責任が問題となっている。そのため、それぞれの過失における注意義務の範囲を考えることが重要である。

(2) チーム医療における信頼の原則の適用

以上の過失犯の類型を前提として、各自の注意義務の範囲を具体的に検討するにあたっては、当然、刑法上の過失論に係る一般的な思考プロセスに従って分析することが不可欠であるが、この点は「医療行為と刑事責任の研究会」において詳しく検討されてきたところであるので、ここではチーム医療に特有の観点として、「信頼の原則」を紹介する。

「信頼の原則」とは、過失犯における注意義務の範囲を限定する法理として判例が認めてきたものであり、被害者又は第三者が不適切な行動に出ないことを信頼するに足る事情がある場合、それを前提として適切な行動をすれば足り、その信頼が裏切られて被害が生じたとしても過失責任を問われることはないとする原則である。チーム医療においては、相互の適切な行動を前提として医療行為が遂行されることになることから「信頼の原則」の適用が問題となり得、例えば、医師の指示の下に看護師等の医療関係職種が診療の補助行為を行う中で、看護師等の行為に起因して医療事故が発生したような場面について、医師の管理・監督責任の判断に当たって、「信頼の原則」を適用し得るかという点が問題になる。

この点について、本研究会においては、医療者の立場から、「現在の医療の現場では、業務の細分化・専門分化が進み、様々な職種が役割分担をする中で、看護師等が行う行為も含めて、全ての行為を医師が確認するのは現実には困難ではないか。」といった意見があり、法学者の立場からも、「様々な職種が役割分担して行う現在の医療においては、医師が全ての責任を負うというのは現実的ではなく、チーム医療の場面でも「信頼の原則」の適用はあると考えられる。」といった意見があった。また、本研究会で取り上げた刑事裁判例 1 においても、「看護師の補助行為が性質上医師の監督に服するものであるにしても、およそ危険を内在する補助行為については、（中略）看護婦の措置を信頼する余地を許さないとすることは、（中略）首肯しうるところではない。」とされており、判例上も、チーム医療の場面において「信頼の原則」を適用する余地を認めているものと考えられる。

その上で、チーム医療において「信頼の原則」を適用する前提として、医療機関における医療従事者間の役割分担のシステムの重要性についても議論があった。具体的には、「医療従事者が役割分担をする中で各々の行為を信頼することを認めるためには、医療過誤を防止するためのシステムが確立されていることが前提となるのでないか。」「各人の能力・経験に応じた形で医療過誤が生じないようにバックアップする体制が構築されているかが重要では

ないか。」といった意見があった。この点については、本研究会で取り上げた刑事裁判例2においても、「医療行為において、対象となる患者の同一性を確認することは、当該医療行為を正当化する大前提であり、医療関係者の初歩的、基本的な注意義務であって、病院全体が組織的なシステムを構築し、医療を担当する医師や看護婦の間でも役割分担を取り決め、周知徹底し、患者の同一性確認を徹底することが望ましいところ、これらの状況を欠いていた本件の事実確認を前提にすると、手術に関与する医師、看護婦等の関係者は、他の関係者が上記確認を行っている信頼し、自ら上記確認をする必要がないと判断することは許されず、各人の職責や持ち場に応じ、重疊的に、それぞれが責任を持って患者の同一性を確認する義務があ(る。)」とされており、判例上も、チーム医療において「信頼の原則」を適用する前提として、医療従事者間で明確な役割・責任の分担が確立しており、それが医療を提供する上で危険な結果を回避するに足りるものであることが必要としているものと考えられる。

(3) 信頼の相当性

チーム医療にも「信頼の原則」の適用があるとして、具体的にどのような場合であれば信頼することが相当と言えるのか、その判断要素はどのようなものなのかが論点となる。この点については、本研究会でも紹介された佐藤文哉「監督過失」別冊法学教室・刑法の判例 52 頁において、「監督過失における信頼の相当性も、一般の過失におけるのと同様、信頼を許す方向の事情とこれを妨げる方向の事情とを総合して判定されるが、監督過失において必ず考慮しなければならない事項としては、①直接過失の危険性の程度と発生蓋然性の度合（前兆の有無を含む）、②直接行為者に要求される注意義務の内容、③直接行為者の能力、④監督関係の具体的内容、⑤監督が必要とされる理由、⑥監督者の行為によって直接過失を防止し得る難易度、⑦監督者の他の業務、⑧中間監督者の有無とその役割などを挙げることでできよう。（中略）直接過失の防止を直接行為者だけに委ねておいたのでは足りないのではないか、という見地から判定されるべきであ(る。)」とされており、ここで示された判断要素は、チーム医療における信頼の相当性を考える上でも参考になると考えられる。

本研究会で取り上げた事例においては、例えば、刑事裁判例4においては、電気吸引器について、「採血にあたり誤って噴射に作動させれば、供血者の血管に空気が注入され、供血者に重大な危害が及ぶもの」であり、「その構造上操作者が、不注意により両者を取り違えることも十分考えられるもの」であったことに鑑みて、補助者である看護師に対する信頼の相当性が働かないものとされている。また、刑事裁判例1については、「医師が看護婦の補助行為に対する監督としてどのような措置をとることが義務づけられるかは、結局、補助行為の性質、当該医療行為の性質、作業の状況、医師の立場等の具体的状況に照らして判断されるべき」とした上で、「手術の執刀医として危険性の高い重大な手術を誤りなく遂行すべき任務を負わされた」医師について、「極めて単純容易な補助的作業に属する電気手術器のケーブルの接続に関し、経験を積んだベテランの看護婦の作業を信頼したのは当時の具体的状況に徹し無理からぬものであったことを否定できない。」として、その過失が否定されている。

3) 民事責任について

本研究会においては、民事裁判例についての検討も行ったが、医療従事者間の役割分担や責任分担を分析するにあたり、民事裁判例を参考とすることには一定の限界があることに注意する必要がある。すなわち、「民事責任を問う場合には、損害賠償責任を負うかどうかという点が最も重要な課題であり、基本的には、直接的に過失のあった個人ではなく、使用者責任として病院が全体として責任を負うかという問題になる。」といった意見があったとおり、民事裁判の多くは使用者たる病院に対する損害賠償請求の形をとっている。この場合、複数の医療従事者の過失が競合するような場合でも、いずれか1名の過失を認めることができれば、使用者たる病院に対する損害賠償請求が認められることになり、医療従事者間の責任分担が明確にされているとは限らない点に注意しなければならない⁶。

その上で、民事責任の類型についてみると、前記のとおり、行為者個人の過失を前提として、①個人の個別責任を問う場合②使用者の責任を問う場合があるほか、行為者個人の過失ではなく、組織全体の過失を前提として、③法人の責任を問う場合が考えられる。

このうち、本研究会で取り扱った民事裁判例は、前記①及び②、すなわち各医療従事者個人の過失を前提とした責任追及の場面に係るケースに限られていたが、「信頼の原則」が適用され得ることは、刑事責任について述べたことと同様と考えられる。例えば、民事裁判例2において、准看護師の対応に分娩監視における注意義務違反を認めながら、准看護師に分娩監視を行わせた医師について「分娩監視体制それ自体が、法的注意義務違反に当たるとまで認めることはできない。」と判示された点は、この裁判例において「信頼の原則」が適用されたものとみることが可能であるし、民事裁判例4において、術後管理を看護師に委ねた医師について「その看護師が術後管理に習熟しているなどの特段の事情のない限り、(中略)具体的に指示すべき注意義務があった」として過失を肯定された点は、一定の看護技術に習熟していない看護師の場合はその者を信頼することが相当でないとして整理されたものとみることが可能である。

このように、多くの民事裁判例は、行為者個人の過失を前提とした責任追及に係るものであるが、チーム医療が組織として医療行為を行うものであることからすると、医療従事者の個人責任を追及することよりも、前記③、すなわち組織全体の過失を前提として法人の責任を問うアプローチが適切な場合もあり得る⁷。本研究会においても、「安全の確保のための組

⁶ 例えば、民事裁判例3においては、A薬剤師の過失も問題とされていたが、判決中ではこの点について判断されなかった。もっとも、これはA薬剤師に法的責任が認められないことを意味するものではない。

⁷ 横浜地裁昭和58年5月20日判決判タ506号167頁は、医師及び看護師の個人責任を否定した上で病院の監視体制上の過誤を取り上げ、「その被用者等を通じて活動するに際して、病院として妊婦に対して取るべき行動を怠った、すなわち病院として一連の組織的な活動の過程に全体として不十分な点が存したという意味において、民法715条を適用するまでもなく、法人たる被告病院自身に民法709条の不法行為(中略)が成立するものと解するのが相当である。」と判示しており、チーム医療に関する医療機関の責任を検討する上で参考

織的システムの構築が病院には求められており、その構築が民事責任でも問われるというのが適切なのではないか」といった意見があったところである。この点に関する議論は必ずしも成熟しているとは言い難い状況であるものの、医療過誤を防止するためのシステム・体制構築こそが重要である旨を示唆する、有用な視点であることを強調しておきたい。

4) 医療の在り方の変化を踏まえた法的責任の在り方について

本研究会において取り上げた事例も含め、従来の判例には、「信頼の原則」が適用される余地はあるものの、細部に至るまで医師が管理・監督責任を負うという考え方に立っていると見られるものもある。一方で、現代における医療は、その高度化や複雑化に伴い、様々な医療関係職種が、各々の専門性を前提として業務を分担し、互いに連携し合いながらチームで医療を提供する「チーム医療」が重視されるようになっており、医師と他の医療従事者の役割分担の在り方についても、従来の判例が前提としている考え方から変化してきていると考えられる。

このような認識の下、本研究会においては、「医師の責任範囲を厳格に捉える従来の判例の考え方は、こうした現代医療における医療従事者の役割分担の在り方となじまないのではないか」、「医療の在り方の変化を踏まえれば、医師と他の医療従事者の役割分担の下での法的責任の在り方についても、従来の判例から導かれる線引きをそのまま踏襲するのではなく、現在の医療の在り方に適した形で役割分担の線引きをし直すべきではないか。」といった意見があった。

第4章 おわりに

本研究会としては、医療の現場において、様々な医療関係職種の方々が円滑に業務を分担し、日々の業務を安心して遂行していただくため、法的責任という視点から参考となるものを示せるよう、医師と他の医療関係職種が法的責任を問われた事例を題材として、医療従事者の役割分担の下での法的責任について議論を行ってきた。

議論においては、今後、各医療機関において、医師の働き方改革を進める上で医療従事者間の役割分担を更に推進していく中で、医療の質・安全性の向上の観点から参考となるような意見も出された。本研究会における議論の内容を踏まえると、今後、各医療機関において、医療の質・安全性の向上にも配慮しつつ、医師から他の医療関係職種へのタスクシフト/シェアの取組を進め、また、医師と他の医療関係職種が円滑な役割分担の下で安心して業務に従事できるようにする観点からは、

- ・ 医療従事者間で役割分担しながら医療を提供するに当たっては、あらかじめ役割分担を明確に取り決めるとともに、役割分担する医療従事者間で各々の役割の周知徹底をして

になる。

おく

- ・ 役割分担を決めるに当たっては、分担する医療行為がどの程度危険性を伴うものかを踏まえるとともに、役割を分担する各人の能力・経験を踏まえて、医療事故を防止する観点から、十分なバックアップの体制がとられているかを検討する
- ・ 各医療従事者の適切な連携の下で安全かつ効率的に医療が提供できるよう、各医療従事者間で、ICTも活用しつつ、必要な情報を適時・適切に共有できる環境を整備するといった取組を進めることが推奨されると考えられる。

医療行為と法的責任の関係については、引き続き、社会全体で、さらなる議論を重ねることが必要である。本研究会としては、本報告書について、臨床及び刑事・民事実務、さらには学術的見地からご指摘をいただきたいと考えている。医療関係者の皆様におかれては、本報告書をきっかけとして、より良いチーム医療のあり方についてともに考えていただくことを願っている。

最後に、第2章に記載した裁判例の内容を整理し、本研究会に報告するにあたっては、栗田祐太郎弁護士（クレド法律事務所）、城石惣弁護士（兼子・岩松法律事務所）、伊藤寛泰弁護士（兼子・岩松法律事務所）らを含め事務局各位にご協力いただいたことを申し添えるとともに、諸氏に心より御礼申し上げます。