

from

Vol.5

日本看護学校協議会共済会

発行日 ● 2009 年 2 月 28 日

発行所 ● 日本看護学校協議会共済会

発行者 ● 山田 里津

編集者 ● 鶴見 美智恵

共済会

特別講義①／看護学生のための「法律とは —— 医療紛争について」

看護師の業務と法的責任

■ 仁邦法律事務所

■ 弁護士 蒔田 寛

はじめまして、弁護士の蒔田です。弁護士という
と背広の襟に「ひまわりのバッジ（弁護士記章）」
を付けている方をイメージされるのではないかと
思います。最近のテレビで弁護士さんを見ることも
多くなりました。皆さんバッジを付けています。これ
は看護師の白衣と同じようなもので、弁護士として
の身分を証明するものです。ですから、私が弁護士
バッジをつけていないのを奇異に感じられるかもし
れません。ただ、私がバッジを付けないのには理由
があります。仕事柄、病院に伺うことも多いのです
が、最近弁護士バッジも有名になっていますので、
「〇〇病院に、弁護士さんが行っているよ。」「また
だよ。何か医療ミスでもあったのかな。」など、よ
からぬ噂にもなりかねません。やはり、病院と弁護
士というのは、馴染まないものなのですね（笑）。

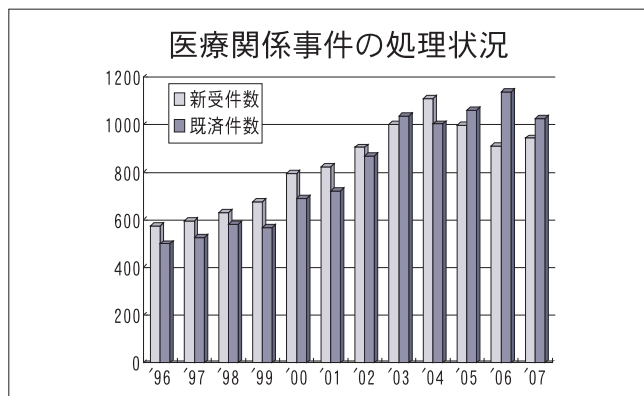
私は、病院側で医療訴訟（医療紛争）を担当させ
ていただいておりますが、そのほかにも、医療紛争
に関連した執筆や講演、講義を行うこともあります。
この度、講義の機会をいただきましたこと、改めて
御礼申し上げます。

医療紛争の現状について皆さんに知っていただくこ
とで、医療紛争を少しでも防止できればという思いが
ございます。しかし、私たちが担当している仕事は、
医療紛争に至った後のものが中心であり、医療全体か
ら見れば、極めて例外的な事象です。ですから、例外
の話聞いて、本来の看護のあるべき姿という基本的
な部分を改めるなどということがあってはならないと
思います。この例外を畏れて看護をしたくない、怖い

から何も触らない、患者さんに触れないなどとなっ
てしまうことは、私の望むところではありません。

医療事故訴訟・裁判の現状

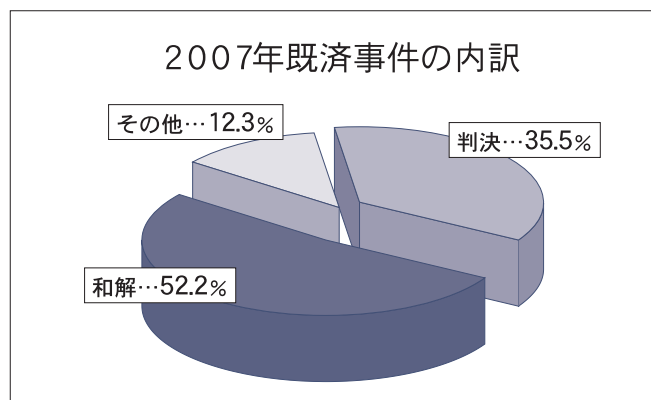
最高裁判所のホームページ（http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_01.html）にアクセスしていただければ、医療訴訟の
動向について、誰でも知ることができます。



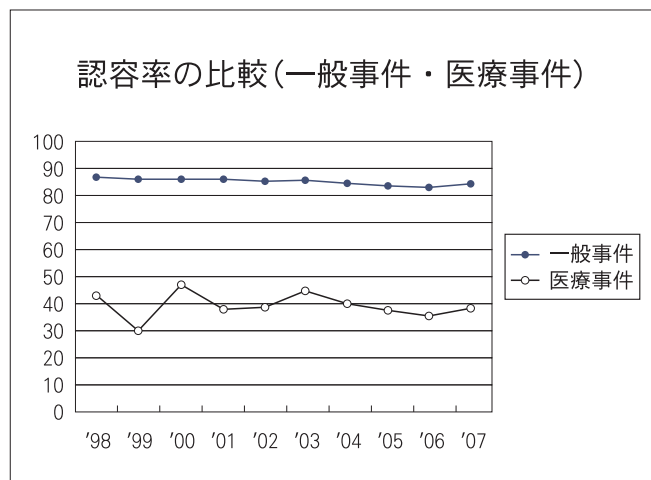
このグラフは、平成10年から平成19年までのデー
タに基づいたものです。グラフの薄いオレンジはそ
の年に訴えられた件数、濃いオレンジはその年に終
了した事件数を示しています。96年を見ていただ
きますと、提訴件数は600件弱。それが04年には

1,000 件を突破しています。この頃が、医療従事者にとって最も厳しい時代でした。その後少し減少し、最近では 900 件から 1,000 件程度を推移しています。訴訟件数が 1,000 件弱としましても、チーム医療の下では一つの診療に複数の医療従事者が関与していますので、実際に裁判に関係している方々は、この数倍ということになります。

2007 年の医療訴訟事件の統計を確認しますと、全国で 944 件提訴され、1,027 件が未済となっています。訴訟提起から終了までには、一定の時間がかかります。実際には 2 年程度、長い事例では 5 年、10 年かかる裁判もあります。未済件数 1,027 件というのは、現在係属中の裁判の数字ということになります。



上の円グラフは、裁判がどのように終わっているのかということを表したものです。■部分が判決です。皆さん方も裁判所が判決をしたという新聞記事等を見ることがあると思いますが、それが■部分です。判決では病院側の言い分が認められることも、患者側の言い分が認められることもございますが、判決に至るのは全医療事件の 35.5%（4 割弱）に過ぎません。このグラフの■部分を見ていただくとお分かりいただけるかと思いますが、52.2%、約半数は和解、つまり話し合いで解決されています。



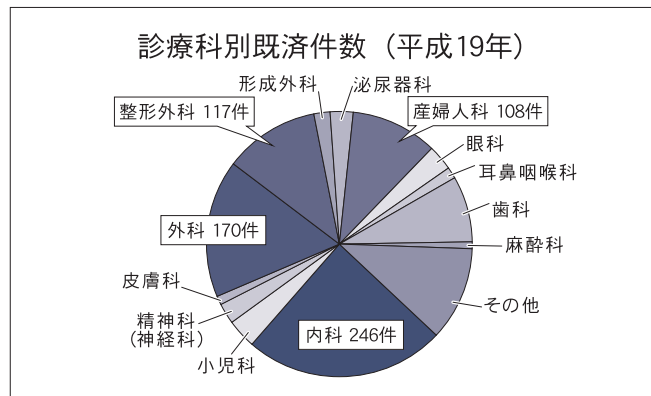
上の表は、判決に至った場合の認容率を示したものです。認容率とは、訴えた人の言い分が認められ

た割合を示すものです。—●—線が通常の民事裁判の認容率を表したのですが、概ね 85% 程度を推移しています。ここで紹介したのは 98 年から 07 年のデータですが、以前もほぼ同様でした。—○—線は、医療訴訟における認容率です。通常の民事事件に比べると医療裁判は数が少ないため、グラフにばらつきはありますが、概ね 40% 程度を推移しています。つまり、統計上、医療裁判では約 40% 程度患者さんの言い分が認められ、裏返しますと約 60% は病院側、医療従事者側の言い分が認められているということを意味します。この点に関して、患者側の弁護士から、「通常の裁判に比べて医療裁判では訴えた患者さんは不利なのではないか」「カルテや看護記録などの証拠、専門的知識も病院側にあり不公平ではないか」という声も、聞こえてきます。

しかし、医療裁判というのは、医療紛争の氷山の一角にすぎません。裁判にならない紛争は沢山あります。実際、そういった相談の方が遙かに多いのです。もし病院側に明らかなミスがある、誤りがあるとしたら裁判にはなりません。このような場合には裁判になる前に、話し合いによって解決（示談）に至るのが殆どです。病院側に非があるのに、裁判しても何の利益もありません。裁判により解決が長引くというのは患者さん、医療従事者双方共に不幸なだけですから、早期に話し合いで解決しましょうということになるのです。

では、どのような事案が裁判になるのか。患者さんは望まない結果になると、「なにか病院側に落ち度があったのではないか。」と不信感を持ち、病院側は「いや適切な医療ですよ。」「止むを得ない合併症・偶発症ですよ。」と説明します。双方の基本的な事実認識、法的評価の違いを話し合いで埋めることは容易ではありません。このような見解の違いは、最終的には裁判で解決する以外にはありません。ところで、「病院側にミス（落ち度）がない」という病院側の見解は、医師や看護師といった医療の専門家が集まって判断しているわけです。その専門家が「いや、これでミスだといわれては、医療行為はできない。」「裁判で自分たちの言い分の正当性を主張したい。」ということで裁判になります。ところが、その専門家がミスはないと判断したうちの約 40% はミスがあった、というふうに認定されているということです。また、先ほどの円グラフにも示しましたが、裁判に至っても約半数は和解により終了しています。この場合、病院側が何らかの譲歩をしています。患者側は金銭的な支払いを求めていますので、大部分の場合、その一定割合を病院側が支払って解決に至っています。

認容率のグラフは、一見患者側に不利なようにも見えますが、我々病院側で医療訴訟を担当している弁護士としては、医療裁判は、病院側に対し非常に厳しいものであるという印象をもっています。



上は診療科別の割合です。内科、外科、整形外科、産婦人科の順で多くなっています。みなさんこれを見て、「自分はもう内科に行きたくない。」「外科に行きたくない。」そんなふうに思わないでください。これはあくまでも統計上の処理の仕方にすぎません。実際の診療科目は、このグラフに示したものより多岐に亘っています。これを内科領域、外科領域と広く括ってしまいますと、どうしても、内科、外科が多くなります。内科、外科の医療従事者は数も多いですから、医療訴訟に巻き込まれる数自体が多いのも当然の結果といえます。割合的に評価しますと、産婦人科が突出しています。最近、新聞やテレビ報道などで産婦人科医師不足ということが言われていますが、医療裁判で裁かれることが多いということも敬遠される大きな理由になっています。

保助看法と 看護師の地位について

つづいて、保助看法に定める看護師の地位について簡単に説明させていただきます。

保助看法5条は「『看護師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者、若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。」と規定しています。このように法律上、「療養上の世話」「診療の補助」が看護師の業務とされています。「療養上の世話」とは、患者の症状等の観察、環境整備、食事の世話、清拭及び排泄の介助、生活指導などであり、看護師の主体的な判断と技術をもって行う看護師本来的な業務です。一方「診療の補助」とは、身体的侵襲の比較的軽微な医療行為

の一部について医師を補助するということです。比較的単純なものから、採血、静脈注射、点滴、医療機器の操作、処置などが含まれています。

看護師業務（保助看法5条）

療養上の世話

患者の症状等の観察、環境整備、食事の世話、清拭及び排泄の介助、生活指導などであり、看護師の主体的な判断と技術をもって行う、看護師の本来的な業務

診療の補助

身体的侵襲の比較的軽微な医療行為の一部について補助するもの（比較的単純なものから、採血、静脈注射、点滴、医療機器の操作、処置など）

看護師は医行為を行えるか

【医師法17条：医師以外の医業禁止】

医師でなければ医業をしてはならない。

【保助看法37条：医療行為の禁止】

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生じるおそれのある行為をしてはならない。

ところで、看護師は医行為を行えるのか？ 当たり前のことですが、皆さんは医療従事者になろうとしているわけです。医療従事者である看護師が医療行為を行えるのは当然との声が聞こえてきそうですが、医師法17条は「医師でなければ、医業をしてはならない。」と医行為の禁止が謳われているのです。皆さん方は医師になるわけではありませんから、当然医行為は行えないということになります。

ただ、この例外として、保助看法5条が存在しています。また、保助看法37条では「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師または歯科医師の、指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ、衛生上危害を生じるおそれのある行為をしてはならない。」と規定されており、法は、医師の指示の下に一定の医療行為を看護師が行うことを許容しているということが出来ます。ですから、診療の補助は、療養上の世話と異なり、看護師が主体的な判断で行うことは許されません。

医師法が医師以外の医業を禁止しながら、保助看法でこの例外を規定したのは、いわゆるマンパワーの限界という消極的な理由もありますが、療養上の世話を含めた広い意味での医療行為を考えた場合には、必ずしも「医師」が適任というものではなく、十分な知識、技術をもった他の医療従事者によって行われる限り、「衛生上の危害」の発生は回避できると考えられます。看護師は、国家試験に合格し、厚生労働大臣の免許を受けています。このような専

門職が医療行為を行うことで、医師では目の届かないきめ細かな医療行為を提供できるというメリットも大きいと思われます。

ただ、診療の補助として許容される医療行為を行う場合には、患者への影響が大きいことから、医師による指示に基づくことが必須の条件とされています。

「絶対的医行為」、「相対的医行為」、 「絶対的看護行為」の区別

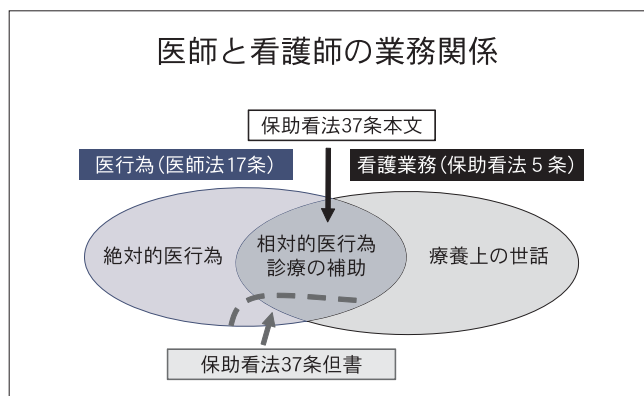
「絶対的医行為」「相対的医行為」という言葉を初めて聞くという人はいますか。おそらく、授業にも出てくると思いますが、法文にこのような言葉が存在しているのではなく、これは法律家が概念を整理するために用いている用語です。

診断、手術、処方といった医行為については、高度な医学的知識、経験、技術を要する医師自身が行うのでなければ健康被害を生ずるおそれがありますので、看護師がこれを行うことは許されません。たとえ、医師からの指示があったとしても、看護師はこれらの行為は行うことができません。テレビドラマで、心臓バイパスの手術の際に、医師の指示に従い看護師が「静脈を採取（静脈グラフト）」したというシーンを見たことがあります。法は、このような医行為を看護師が行うことを禁止しています。このように、医師しか行うことができない行為が「絶対的医行為」と言われるものです。

保助看法 31 条では、看護師以外の者が、「療養上の世話」「診療の補助」といった看護業務を行なうことを禁止しています。このうち「療養上の世話」については、保助看法にのみ規定されていますので、看護師の主体的な業務として位置づけられています。そこで、この業務は「絶対的看護行為」と言われています。「診療の補助」について、保助看法 37 条で「医師の指示がなければ行ってはいけません。」と規定されていますが、「療養上の世話」について同様の規定はありません。つまり、医師の指示を必要としない、本来的に看護師が行うべき業務と考えられます。ですから、この業務は医師の指示は必要なく、看護師は自らの判断で実施することができるということです。「療養上の世話」では、身体に対する侵襲を伴うことがない（伴うとしても極軽微）ので、そういった意味では、医師の指示がなくとも衛生危害が生じる恐れがないというのが、看護師の主体的な判断で

業務を行える実質的な理由です。

これを整理したのが、この表です。



の線で囲まれた部分が医師が行える業務で、で囲まれた部分が看護師が行える業務範囲となります。これが重なる部分が「診療の補助」業務となります。この業務は、医師自身が行っても、医師が看護師に指示して行ってもよいことから、相対的医行為（相対的看護行為）と位置づけられます。ところで、保助看法 37 条の但書きでは「臨時応急の手当て」について医師の指示は不要としています。緊急時には、医師の指示を俟つことなく適切な看護行為を行うことが求められます。応急の手当てとしてどこまで許されるかは難しい問題ですが、具体的状況によっては、診療の補助の範囲を少し超える程度の範囲であれば、看護業務に含まれると考えています。

絶対的医行為、相対的医行為の概念について、簡単に説明しましたがご理解いただけましたでしょうか。ただ、この概念自体が曖昧なもので、技術、環境、時代の変化によって、変遷します。以前は、絶対的医行為として医師にしか許されなかった行為が、相対的医行為の範疇とされることもあります。

皆さん、看護師が静脈注射をしているのを見たことありますか？ 見たことないという方いますか？

実は、看護師による静脈注射が許されるようになったのは、平成 14 年の 9 月 30 日の行政通知が示された以降です。それ以前は、静脈注射は絶対的医行為と理解されていました。ですから、医師の指示があったとしても看護師が静脈注射を実施することは、行政解釈上違法とされていました。

このように看護業務の範囲が広がった背景には、病院内で、看護師が、薬剤についての知識を勉強される、技術もある、だとするならば看護師に許してもいいのではないかと…このようなことから、以前は絶対的医行為と理解されていた「静脈注射」が、相対的医行為とされることになりました。診療の補助に関しては「内診」が話題に上ったことがありますけれども、これについては、医師、助産師でなけれ

ばできないというのが行政的な考え方です。

静脈注射が許可されたときの通知には、注意書きがありました。医療機関に対しては、看護師を対象にした研修を実施、静脈注射の実施に関して施設基準や看護手順の作成見直し、個々の能力を踏まえた適切な業務分担等を行なうように求められています。また、看護師等学校養成所には、薬理作用、静脈注射に関する知識、技術、感染、安全対策などの教育を行ってくださいとありました。ですから3年生はもうこういった勉強もされているかもしれませんが、1年生はこれからなのかもしれませんが、看護師の業務範囲が広がった以上、それについての知識、技術の獲得が求められるのは当然です。学習は大変でしょうが、勉強すればするほど、技術を身につければ身につけただけ、業務範囲を拡大させることが可能です。私としては、看護師の知識・技術を大いに上げていただきたいと思います。

看護業務の独占と 看護学生の実習について

保助看法 31 条が、「看護業務の独占」を規定した趣旨は、専門職である看護師が業務を独占することによって、保健衛生上の危害を防止するためです。皆さんは看護実習の際に、看護学生という立場で病院に出入りしますが、皆さん方は看護師ではありません。ですから仮に医師の指示、あるいは先輩看護師の指示があっても、療養上の世話とか診療の補助といった看護師の業務を行なうことはできない。これが法律上の解釈です。「でも、わたし少し手伝いましたよ。」「清拭をしましたよ。」という人がいるかもしれません。また実際問題として、座学で看護を学ぶことは出来ないですね。こうやって授業を受けているだけで、看護が分かりましたと言うわけにはいかない。実際現場に行かなければならないし、現場の先輩ナースの動きを見なければならない。そして見るだけではなくて、自分でもやってみなければならない。これが実習の必要性なのです。

確かに専門職以外の者が看護業務を行う場合には「衛生上の危害」の恐れがありますが、この点については、教員、あるいは先輩看護師等が適切な指導監督を行うことによって、一定程度の防止が可能です。当然、実習前に基本的な学習もなされており、看護学生とはいえ、一般の方々が同様の行為を行うよりは安全といえます。また、実習内容についても

安全に行うことができるように、一人でするのではなくて、グループでするなど実習方法を工夫することによっても安全を確保することも可能です。

とはいえ、現実の患者に触れることになりますので、患者の理解は不可欠です。多くの施設では、「ここでは看護学生が診療に携わります。」と院内掲示をしたり、患者に「看護学生が担当しますが宜しいですか？」と直接説明し、同意を得ています。皆さん方は、患者さんの了解の下に、学習させていただいているということを強く意識しなければなりません。皆さん方の中に一人でも、患者さんに迷惑をかける人がいますと、「やっぱり専門家にやってもらわないと困る。」という患者も出てきます。また、実習範囲が狭くなるということにもなりかねません。これは、迷惑をかけた人だけの問題ではなく、看護学生全体に関わる問題です。ですから、実習に際しては、実習できるのは当然という意識ではなく、実習の機会を与えられているという感謝の気持ちを持ちながら、大いに学習していただければと思います。

看護業務の独占（保助看法 31 条）

【目 的】

専門職である看護師が業務を独占することで、保健衛生上の危害を防止。

【看護学生の立場】

医師の指示があっても、看護師でない者は、診療の補助行為を行うことは許されない。

看護師の法的責任

看護師の法的責任

- ・ 民事責任（民法 709 条、715 条、415 条）
- ・ 刑事責任（刑法 211 条）
- ・ 行政責任（医師法 7 条・保助看法等）
-
- ・ 道義的責任
- ・ 社会的責任

次に看護師の法的責任についてお話しします。「民事責任」、「刑事責任」、「行政責任」の三つが、法的責任です。その他に道義的責任、社会的責任といわれるものがありますが、これらは法的責任ではありません。道義的責任とは、悪い結果が生じた場合に申し訳ないと感じることで、社会的責任というのは、マスコミ等の前で病院長が白衣を着て深々と頭を下げるなど、社会に対して負う責任です。ただこれらは、法的に強制することはできませんので、あくまでも道義的、自発

的な意思に基づいて行われている責任です。

三つの法的責任について、もう少し詳しく説明させていただきます。民事責任は、いわゆる「損害賠償」です。刑事責任は、いわゆる「刑罰」です。懲役、禁錮、罰金などがこれに該当します。行政責任とは、看護師免許に関するものです。皆さん方も国家試験を経て免許を取得することになりますが、そのせっきく取った資格を、場合によっては剥奪される。こういったものが行政責任です。

欠格事由（保助看法 9 条）≡

資格喪失事由（保助看法 14 条①、②）

- ・ 罰金以上の刑
- ・ 業務に関する犯罪又は不正行為
- ・ 心身の障害
- ・ 麻薬、大麻、あへんの中毒者
- ・ + 看護師として品位を損するような行為

保助看法には「欠格事由」が規定されています（保助看法 9 条）。ここに掲げられた要件に該当する人は、看護師になれません、なれない場合がありますよという規定です。もう一つ、資格喪失事由（保助看法 14 条）。これはどういうことかということ、せっきく看護師としても資格を取得したとしても、こういった要件に該当する場合にはその資格を失うことがありますよということです。

この欠格事由の四つの要件は、覚えておいてください。まず、①罰金以上の刑——これは刑罰を受けた人は、看護師になれない場合があるということです。気をつけてください。たぶんこの中に車、バイクの運転をする人もいますよね？ 人身事故を起してしまった場合、あるいは 30km/h（高速道路 40km/h）以上のスピード違反をした場合、これは罰金以上の刑にあたります。ですから看護師になれなくなってしまうこともあります。実際に、医師で学生時代に交通事故などで罰金以上の刑を受けて、他の人が医師免許の交付を受けているのに自分だけ免許が取得できなかったという人がいます。国家試験に合格しても、免許の交付までに「半年間待ってください。」「10 ヶ月間待ってください。」こういったことにもなりかねませんので、学生のうちから、十分に注意してください。あとは②業務に関する犯罪、不正行為、③心身の障害や、④麻薬、大麻、アヘンの中毒者。このような場合は、看護師になれないことがありますというのが、欠格事由です。これらの要件は資格喪失事由の場合も同様です。これに看護師としての品位を損するような行為を行った場合には、せっきく取った資格を失うこともありますから、看護師になる前はもちろん、看護師になった後もこれらのことがないようにということに留意し

ていただきたいと思います。看護師になれば国家資格をいただくわけですから、それに見合う品位を持って生活をしてほしいと願っています。

新聞記事の事例から 医療過誤を考える

少し古いのですが、平成 16 年 3 月 18 日、医師が業務停止になった事例が新聞報道されました。どんな事案かというと、前立腺癌の 60 歳の男性患者に、当時、高度先進医療とされていた腹腔下前立腺摘出手術を施行。当時、利点としては開腹手術に比べて出血が少なくて済むといわれていましたが、難易度が高く高度な技術が求められる手術でもありました。11 月 5 日に患者が入院しました。11 月 8 日、腹腔下前立腺摘出手術施行。この時、前立腺からじわじわと出血が続き、その結果、出血性ショック、心停止状態から低酸素脳症になり 1 ヶ月後お亡くなりました。こういった事例です。

この事例では、手術を許可し監督した先生が、3 ヶ月間業務停止。公判請求をされた、つまり実際裁判にかけられた医師がいるのですが、この先生方は 2 年間の業務停止になりました。行政処分の考え方として、医師に関するものですが「行政処分の程度は、基本的には司法処分の量刑などを参考に決定するが、明らかな過失による医療過誤や、繰り返し行われた過失など、医師、歯科医師として通常求められる注意義務が欠けているという事案については、重めの処分とする。」とされています。

看護師については、もう少し緩やかでもいいのではないかという意見もあります。ただ皆さんが看護師になったとき、医師とどういう関係を望むのかというのを考えていただきたいのです。医師の庇護の下でということを目指るのであれば、医師よりも緩やかに甘い処分にしてください、ということになるでしょう。「いやいや、私たちはせっきく勉強して国家資格を取り、看護師として医師と対等な立場で付き合いたい」と思うのであれば、それは医師と同じだけの法的責任を覚悟しなければいけないことになります。業務は対等に、責任だけは軽くというわけにはいきません。

以前、「手足論」といって、看護師は医師の手足であるという考え方がありました。このようなことを皆さん方にお話すると、少し怒るかもしれません・・・ただ、この考え方は、看護師の責任を軽くするための理論だったのです。医療行為を行うのは

「頭」である医師で、医師が看護師を使って行った行為、これはすべてお医者さんが責任を取る。看護師は医師の「手足」にすぎないので責任を取らなくてよい。仮に責任があるとしても、その責任は医師よりも軽くなるという考え方です。

専門職である看護師が医師の「手足」と扱われることは悔しくないですか。これに怒りを感じるのであれば、やはり専門職としての責任を負担しなければならないのです。これから先の看護師に何を望むのか。責任は取りたくないから手足に戻るのか、専門職としての地位を上げていきたいと思うのか、それは皆さん方に決めていただくことではないでしょうか。

また、行政責任の考え方として「病院の管理体制や医療体制、他の医療従事者における注意義務の程度や生涯学習に努めていたかなどの事項も考慮して、処分の程度を判断する」となっています。だからという訳ではありませんが、いまここで学習しているだけではなく、看護師になってからも自ら積極的に進んで学習に努めることも大切です。

保助看法改正のポイント（H18. 6.21）

～平成 20 年 4 月 1 日より施行～

【行政処分の多様化】

戒告・3 年内の業務の停止・免許の取り消し

【行政処分の多様化】

再教育研修を命ずることができる

※研修を受けなかった者に対し罰則あり

保助看法が平成 18 年 6 月 21 日改正になり平成 20 年 4 月 1 日より全面的に施行（19 年 4 月 1 日に一部施行）されていますので、皆さん方が現場に出る時には、新しい保助看法が適用されます。時間の関係で、大きく変わったところを、2 点紹介させていただきます。まず 1 点目、行政処分の多様化。以前の行政処分は業務の停止、免許の取り消しの二つしかありませんでした。今回の改正で、戒告という処分が加わりました。また、今までは業務停止期間の定めはありませんでしたが、法改正により業務停止期間は 3 年以下となりました。これらはどういう影響を及ぼすか。まず戒告です。戒告ってあまり聞きなれない言葉ですよ。どんな処分かと言うと、将来を戒める。それ以上の不利益はありません。しかし、履歴としては残ります。「誰々さん 1 回目ですね。」「誰々さん 2 回目ですね。」「あっ、3 回やっているのなら重めの処分にしましょう。」というように利用されます。また、以前は業務停止処分は重すぎるということで、不処分となっていたものが戒告として処分されるというような場合も予想されます。

続いて、業務停止期間が 3 年内に限定されたこと

で、3 年 6 月、4 年の業務停止などの従前の運用は許されないこととなりました。このような場合には、業務停止ではなくて免許が取り消されることになります。行政処分の多様化は、看護師の責任が、それだけ重くなったということを意味します。

ただ今回の改正は、厳しさだけではなくて、もう一度、教育を受けて現場に戻っていただくという制度を設けています。再教育の制度がどのような効果をもたらすのかは、少し経過を見なければなりませんが、業務停止、免許取消になったからといって、一生現場に戻れないということではありません。

今回の医療関係者に関する法律の改正で、法改正があったのは医師法と保助看法、この二つの法律であったという点は興味深いところです。医療従事者は、医師・看護師以外にも沢山いますし、また、その方たちも法律で地位が認められているのですが、こちらは改正されませんでした。ある意味、看護師の地位が医師に近づいた。やはり医師や看護師が医療の中心であることが確認されたということかと思います。

次の新聞記事は平成 17 年 7 月 13 日のものです。この見出しは「病院側に賠償命令」となっています。このような新聞記事を見たときには、民事責任が認められたのだと思ってください。病院側が損害賠償を果たす、具体的には、患者側に金銭的な支払いをしなければならないということを意味します。これは、6 歳の女の子が、01 年 1 月 15 日じんましの治療目的のため、診療所を受診されました。医師が塩化カルシウムの静注を指示したところ、准看護師が誤って塩化カリウムを静注。蘇生には成功したのですが、いわゆる寝たきりの状態になってしまったという不幸なという事例です。民事責任とされる賠償責任の内容を詳しく見ようと思います。この件では、当時、塩化カルシウムをじんましの治療として適切であったかという医療水準の問題もありますので、関心のある方は調べてみてください。

塩化カリウムがどのような薬剤かは、既にご存じかと思いますが、これを静脈注射した場合には高カリウム血症、心停止という機序を辿ります。授業等で東海大学附属病院の安楽死事件を習っているかもしれませんが、この時に担当医師が用いたのが塩化カリウムです。この事例は、医師にとっても非常に不幸な事件で、家族から懇願されたというよりは脅迫されたに近い状況で、塩化カリウムを静注し、患者を死亡させました。この件で「安楽死」の是非を巡って社会的な関心が高まりましたので、医療従事者、法律家でなくとも塩化カリウムが危険な薬剤であることを知っている方も多いのではないかと思います。

今回の事例では、塩化カリウムを誤って静注してしまった。皆さん方にお尋ねしたいのは、この事例でどのぐらいの賠償命令、損害賠償しなさいという判断が示されたかということです。5千万円ぐらいだと思う人？ 1億円？ 1億5千万？ 実は、この事例では2億円以上の損害賠償請求が認められています。この事例では、塩化カリウムと塩化カルシウムを間違えた。このような単純なミスをしたから、高額な賠償が認められたのではないのです。民事責任の程度を考える際に、ミスの大小は大きく影響しません。賠償金額は、この女の子がもし、ここで寝たきりにならないで普通に働いていたとしたら、将来どのくらいのお金を稼ぐことができたのか、こういう状態になってしまったことで介護にどのくらいのお金がかかるのであろうか。実際に寝たきりになった患者さんが、長生きするというのは難しいかもしれませんが、現実生存している患者について短期間で死亡することを前提に判断することは躊躇われますので、平均余命を参考として、これらの金額を算定することになります。女性の場合には平均余命は80歳を超えます。そこまでの介護費用をといることを考えれば、2億円という金額になることもあり得るのです。

この裁判例は私の知りうる限り、一番高額な賠償のものです。多くの場合、ここまではいかないですけども、介護期間が長ければ長いほど費用が高額となりますので、産婦人科領域、小児領域になりますと賠償額が大きくなる傾向があります。医療訴訟に巻き込まれることに加え、賠償の高額化も医療従事者の産婦人科離れの一因だと思います。

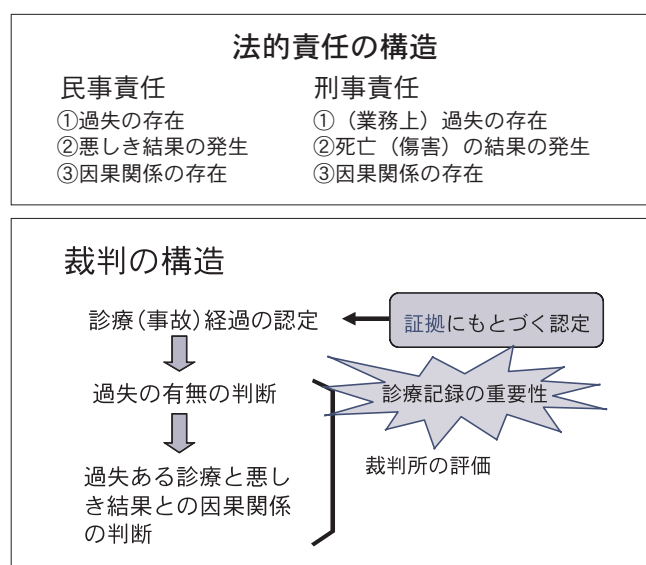
これは雑学として覚えていただければいいのですが、損害賠償では遅延損害金といって年5%の利息が発生します。具体的には、この医療事故があった時から支払済みまで、年5%の利息が加算されることとなります。事故発生から判決が出るまでに仮に5年が経過したとしますと、判決が出た時点で既に5,000万円の遅延損害金が発生していることになります。

私は保険会社の人間ではありませんが、皆さんが安心して医療を行うためには、看護師賠償保険に加入しておいたほうがよいのではないかと思います。もちろん、ミスをしないということが大切ですが、専門職として医療に携わる以上は万が一の場合の備えをしておくことも重要です。

この事件では、刑事裁判において医師は第一審では禁錮1年、准看護師は禁錮10ヶ月という実刑判決が示されています。実刑判決では、現実には刑事施設に収容されることとなりますので、本件における

医師、准看護師の刑事責任は極めて重いものと判断されたことになります。医師は控訴しまして、控訴審の裁判所では看護師と同じように禁錮10ヶ月となりました。第一審の判決では医師の責任のほうに2ヶ月重くなっていますが、これは、医師は頭で、看護師が手足という考え方の表れとも評価できます。控訴審判決で医師の責任が10ヶ月に減刑されたことは、医師・看護師とも同様の責任であると考えられたからかもしれません。

法的責任と裁判の構造



ここでは、民事事件における賠償義務、刑事事件における刑罰が認められるための要件について説明します。法律家の間では細かな議論もあるのですが、大まかにいうと、民事責任は①過失の存在②悪しき結果の発生③因果関係の存在、この三つの要件を満たしたときに損害賠償という効果が発生します。刑事の場合はどうか。刑事責任は①業務上過失の存在②死亡（傷害）の結果の発生③因果関係の存在、やはり、この三つの要件を満たしたときに刑罰という効果が発生します。両者の構造は似ていませんか？②の要件が少し異なるだけで、ほぼ同じ構造なのですね。民事の場合は、死亡、傷害以外にも自己決定権の侵害等が含まれるので、悪しき結果の発生となっていますが、悪しき結果の主要なものは死亡、傷害の結果であることは明らかです。ですから、民事責任を問われたものは、刑事責任も問われる可能性があります。先ほどの塩化カリウムの事例では民事責任、刑事責任の両方が問われているということになります。

裁判では、裁判所に提出された証拠に基づいて事実経過を認定し、この事実経過を前提に過失（注意義務違反）の有無が評価されます。医療裁判では、医学文献等により裁判官の経験則を補充しますが、前提となる事実関係が異なれば、裁判所の判断が異なることは当然です。皆さん方がもし興味を持って、裁判例を見ていただくと、医療従事者の認識、常識とは全く違う判断が示されていることもあります。この中には、裁判所が医学的知見を誤解したものもあるかもしれませんが、前提となる事実経過についての証拠がないために不利な判断が示されたものも数多く存在しています。医療事件における最も重要な証拠は、カルテ、看護記録といった診療記録です。そこで、我々法律家は、医療従事者の方々に、診療記録を正確に書いてくださいと、お願いしております。

裁判上での医療水準

（H 7. 6. 9、H 8. 1.12 最高裁判決参照）

臨床医学の実践における医療水準

- ① 全国統一の基準ではない。
『当該医療機関の性格、その所在する地域の医療環境の特性等』を考慮して決定
- ② 医療慣行とは異なる。

【看護水準】

看護学水準・看護水準の違いは？！

『注意義務（予見義務）』の 具体的内容について

【医療行為】

- ① 傷病者を対象としている
- ② 治療自体が身体に侵襲を伴うものである

※ 悪しき結果の可能性を常に内在している。
→ 漠然とした不安感・危惧感を前提にすることは、結果責任を問うに等しい結果

過失（注意義務違反）の有無は、どのように評価されるのか。これについては最高裁判所の判決があります。平成7年6月9日の最高裁判決において、過失（注意義務違反）の有無は、「当時の 臨床医学の実践における医療水準」によって判断されることが確認されています。非常に難しい表現ですが、学術的な基準ではなく、具体的臨床現場を前提として過失の有無を判断することになります。全国統一の基準ではなく、『当該医療機関の性格、その所在する地域の医療環境の特性等』を考慮して、具体的場面で要求される医療水準の内容が決定されます。そのため、大学病院、地域の中核病院であればそれだけ高い医療水準が求められます。診療所ということになれば、医療水準は低めに設定されることになります。

ただ、医療水準と医療慣行とは異なります。慣行

とは、多くの医療従事者が現実に行っている医療内容を意味しますが、他の医療従事者が行っているからといって、そのみで過失がないと評価されることはありません。平成8年1月12日の判決は、いわゆる「能書（添付文書）判決」と言われ、非常に有名な判決です。この事例は、麻酔導入の際の血圧測定の実施頻度が問題となりました。使用した薬剤の能書（添付文書）の「副作用と対策」の項には、麻酔薬注入前に1回、注入後は10～15分まで2分間隔に血圧を測定すべきと記載されていました。ところが、この病院では、5分ごとに血圧を測定していました。このような施設も少なくなかったのではないかと思います。しかし、最高裁判所は、これは「医療慣行」であって「医療水準」ではないと判断しました。添付文書に2分と書いてあるのであれば、これに従わなければ過失が推定されることとなります。このように、医療裁判では添付文書の記載が重要となっています。「ただ他の人と同じことをしただけですよ」ということでは、責任を免れることはできないのです。

ところで、看護の場合の看護水準を考えようとすると、なかなか慣行との区別は困難です。特に療養上の世話という部分では、先輩や他の看護師の仕事を見て覚えるということも少なくありません。このように慣行的な側面が多いため文献的裏付けを求めることは難しいのかもしれませんが、皆さん方は先輩達の動きを盲信するのではなく、裏付けがあるかどうかについても、できるだけ自分で確認することが医療訴訟を回避するための工夫といえます。

抽象的には以上のような基準で過失があるののか判断されるのですが、具体的場面において、いかなる注意義務があるのかを判断することが、さらに問題となります。基本的には、悪い結果が発生することを予見しながら、それを回避するための努力をしなかったことが過失となります。ところが、医療行為は、採血一つをとってみても、身体に傷をつける行為です。本来であれば、わざわざ身体に傷をつける行為はやらなくていいのですが、患者の検査、治療のために、身体を傷つけることになります。身体を傷つける以上、常に悪い結果が発生する危険があります。しかし、悪い結果が発生するかもしれない、不安だな、このような漠然とした気持ちを抱いただけで悪しき結果を回避してくださいというのは、医療従事者にとってあまりに酷です。こうした結果を回避するには、治療行為を行わないことしかありません。これでは本末転倒です。しかも、結果責任を問われた人は、どう思うか。悪いことをしたとは思

わず、運がわるかっただけと思うこととなり、法として機能しなくなってしまう。法律家の間でも誤解があるところですが、法は結果責任までは要求していません。具体的な事例を見てみましょう。

具体的事例から

採血に関する裁判では、神経を損傷させたことが過失といえるか否かが問題となることも少なくありません。注射の時に神経を傷つける。皆さんは、これは医療ミスだと思いますか。

そもそも、具体的に神経の走行が分かりますか。もちろん、アトラスなどの解剖図はあります。しかし、顔が異なるように神経の走行にも個体差があります。正中神経や橈骨神経などのメジャー神経が深部を走行していることは、ある程度予測できても、前腕皮神経のような表在な神経になると、静脈と神経の走行を採血前に確認することは現在の医療技術では不可能ではないかと思います。この神経を100%避けて、採血・静脈注射をすることはできると断言できる医療従事者は、まずいないのではないかと思います。

ですから、悪しき結果が発生しただけで責任が発生するとすると、責任を回避するためには医療行為を実施しないという以外に方法はありません。以前は、結果の発生だけを理由に損害賠償を求めるという患者側弁護士もいましたが、最近では、このような結果責任を求めることは不適切であるという理解が深まっています。ただ「神経を損傷させないように注意する義務がある。」と、こういう言い方をされることは少なくありません。一見、もっともらしく聞こえるのですが、具体的にどのようにしたらよいのか分かりません。これでは、結果責任を求められるのと同様です。そこで、具体的にどのようにすべきであったのかを明らかにしてくださいと病院側の弁護士が求めることになります。私としては、この具体的内容を明らかにすることこそが、法律家の責務と考えています。

採血事故に関する平成8年6月28日の大阪地裁判決を示します。ここでは「橈骨神経、尺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の回避が、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の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。」と判断されました。裁判所、法律家の言い回しは少し回りくどいというか小難しいという印象を持たれるかもしれません。簡単にいうと、深いところを走っている神経、運動神経を含むメジャーな神経、こういったものを傷つけてしまったら、それは注射の針を深く入れすぎたのでしょうか。これは過失を推定しますよ。浅いところは神経の走行がわからないですから、ミスは推定することはありませんよということです。

少し脱線しますが、この判決文の「橈骨神経、尺骨神経および正中神経」との記載は、私のほうで修正しています。原文では、「尺骨神経」ではなく「坐骨神経」と表記されていました。正直、驚きました。前腕に坐骨神経が走っていないということは、私でも分かります。それを傷つけてしまったら、それは過失レベルの話ではなく、いったいどんな医療行為をしたのかと疑いたくなります。何を言いたいのかというと、医療訴訟を最終的に判断するのは医学的素人である法律家であるということを理解してほしいということです。裁判では文献が資料になりますので、裁判官も文献を確認しますが、その内容を正確に理解しているのではないのです。私も採血はブラインド（盲目的）手技と主張しましたところ、判決書に「ブラインドタッチ」と記載されていた経験があります。本当に内容を理解しているのであれば、坐骨神経と尺骨神経を間違えるなんてことはあり得ません。医学的素人である裁判官が判断するという現実の怖さを知ってください。

採血の方法については、皆さん方のほうが勉強されていると思いますが、採血の際に直角に刺入してくださいなどと記載された文献はありませんよね。静脈注射、採血をするときには、10度とか15度、場合によっては20度と書いてあるかもしれませんが、いずれにせよ、浅い角度で刺入するようになっているのではないかと思います。浅い角度で静脈を確保すれば、余程の走行異常がない限り深いところの神経を傷つけることを回避できると思われます。このようなことから、裁判所は深いところ走行する神経を傷つけた場合は、過失があると推定している訳です。ですから、万が一、深部の神経を傷つけてしまった場合には、神経の走行異常等を具体的に証明しない限り、法的責任を免れることは困難です。さきほど、裁判では証拠が重要という話をしましたが、採血事故の事例で患者側はどのような主張をするのか紹介させていただきます。

「乱暴な手技で採血が行われた。」と主張されることは珍しいことではありません。こんなこと普通はありえないですね。みなさん通常の手技として同じようにやっていますから……。ところが患者さんは言うてくるのですね。「私が痛い痛いって言うているのに、無理やり刺されました。」とか「神経を弄られました。」など、裁判では主張されます。

しかし、裁判での証明においては、通常行うことがないということだけでは足りず、当該患者にも通常どおりの手技を行ったことを証明しなければなりません。裁判所で「私は通常通りやっています、やっているはずです。」と言っても、「いや、それは一般的な話でしょう。患者は『本当にむちゃくちゃやられました』と言っていますよ。」「患者は1回限りのことだから、よく覚えています。」「大勢の患者を担当しているのに、どうして当時の状況を覚えているのですか。他の患者さんと勘違いしていませんか。」……。と患者側弁護士から弾劾されることになります。このようなことを回避するためには、診療記録の記載が重要となります。

全ての採血において、疼痛がなかったとか反射がなかったということを記載する必要はありませんし、そんなことまでを逐一記載してくださいなどとお願ひするつもりもありません。ただ、患者から何かしらの異常の訴えがあれば、この場合には要注意です。神経損傷があった場合には、当日、あるいは翌日などに患者側から「様子がおかしい。」という訴えがあるはずなのです。このような訴えがあった場合には、その時に出来る限り思い出していただいて、普通の注射手技を行なったのであれば、「普通の注射手技を行なった。」という記載をしていただくのがよいかと思います。また、どのくらいの角度をつけてとか、絵を描いてもいいかもしれません。絵のうまい人はね（笑）。「こういう角度で〇〇静脈から採血しました。その時、患者さんは別に激しく痛みを訴えなかった。運動神経に触れたような反射も見られなかった。」など、陰性所見を記載することが重要です。医療従事者は陽性所見だけを記載することも多いのですが、裁判の証拠という観点からは陰性所見も重要であることを覚えておいて下さい。また、裁判では深部神経を傷つけたか否かにより結論が大きくことになります。ですから、もし神経症状の訴えがあった時には、早期に専門家の医師の診断を求め、客観的な検査、経過観察を経て正確な診断をしていただくことも必要です。専門外の先生が、十分な診察をせず、採血部位や患者の主訴のみから正中神経損傷、尺骨神経、橈骨神経損傷という

診断をされますと、裁判では非常に不利となります。異常を訴えた患者には、専門の医師、病院を紹介して、紹介先の医療機関にも客観的な検査、経過観察の上で、正確な診断をしていただくようお願いすることも重要となります。

このように、皆さん方の身を守る唯一のものが診療記録ですので、診療記録の破棄、改ざん、偽造、こういうことは絶対にしてはいけません。昔の先生方にはカルテに記載がなければ、責任を負わないと誤解していた方もいらっしゃるのですが、そうではないのです。診療記録、看護記録に書くことで自分の身を守ることができます。診療記録に記載がなければ、正しい医療行為をしていたとしても、間違ったことと判断されてしまう可能性があります。裁判が証拠に基づくものである以上、証拠がない場合にこれを覆すことは非常に困難です。

次の事例を紹介したいと思います。ここでは問診義務違反が問題となりました。平成12年9月1日、患者さんは左耳の前部が腫れて口が開かないということで、耳鼻咽喉科を受診されました。耳鼻咽喉科の先生は、蜂窩織炎を疑ってCT検査を予約しました。平成12年9月5日、放射線科医師単純CTを、続いて造影CTを行った。造影をやりましたところ、不幸なことにアナフィラキシーショック、造影剤アレルギーですね。平成12年9月6日、患者さんは、お亡くなりになってしまいました。我々の事務所には、こういう不幸な事例ばかりがやってくるのです。ここでは、①担当医師が問診を怠った過失があるか否か。②問診を怠った過失と死亡との間に因果関係があるのかどうか争点となりました。そこで、放射線科医師が、裁判所に赴き、「良心に従って真実を述べ、何事も隠さず偽りを述べないことを誓います。」と宣誓をしたうえで、「私は間違いなく、問診をしました。」と証言しました。ところが第1審裁判所は、耳鼻咽喉科において問診を行った記載がないこと、放射線科の医師による問診の記載もないことから、問診義務違反があると判断しました。放射線科医師は、問診を行ったと証言しましたが、カルテ記載がないことからその証言は信用できないとされてしまいました。カルテに書いておくことがいかに重要か、お分かりいただけると思います。

この事例では、病院側に5,252万円という高額賠償が命じられています。しかも、判決では、医師は問診を「全く怠った」という「重大な過失」があるまで厳しい認定をされています。確かに、そのときのカルテには、何も書かれてない、依頼表のところにも補足のところにも何もありません。幸い、こ

の判決は控訴審で改められましたが、証拠がなければ、このような厳しい判断をされることがあることを肝に銘じてください。

ところで、裁判でアナフィラキシーショックが問題となる事例は、ショック後の対応が適切であったか否かが中心的な争点とされることが多いのですが、この裁判ではショック後の対応というのは問題にならなかった。それはどうしてかという、看護師が、一生懸命に記録していたからです。40分—CT室という記載から始まり、45分—麻酔科の2名の医師到着。血圧測定：触診するも測定不可。脈はわずかに触診可。呼吸浅い……。14時49分8.0Fr挿管チューブを挿管。モニター装着。心臓マッサージ、アンビューバッグによる送気……。50分にはボスミン i v……。と分刻みでの詳細な記載がなされています。このような詳細な記載により、実施された医療行為の内容が証明されるのです。記載が正確であれば、これを前提に第三者的な医師（鑑定人）に、これが適切といえるか否かを尋ねるだけで足りるわけです。もちろん、このように詳細な記載を、その場で書いているわけではないと思います。薬瓶は取っておいて並べておいたり、メモ書きをしておいたりして、記憶が新しいうちに看護記録に纏めたのだと思います。イレギュラーが発生した場合には、できる限り早期に詳細な看護記録を作成するということが大切です。

看護記録を正確に書くことで事実が明らかになりますので、それによって過失が認められる場合もあります。例えば、今のアナフィラキシーショックの事例で、その記載内容によっては挿管が遅すぎる、ボスミンの投与が遅すぎるなどと判断されることもあります。しかし、それが事実なら仕方のないことです。不適切な医療行為を行った以上、私は責任を取るのが当然だと思います。最初に話しましたが、ミスが明らかな場合には、裁判に至らず話し合いによる早期解決が可能です。医療従事者も裁判の負担を免れることになりますので、不利な内容であっても、記載内容が事実である限り、大きな意味を持ちます。

ただ、残念なのは、本当は適切な治療をしているのに記載がないためにそれが適切でないと判断されてしまうことです。先ほどの問診ですが、おそらく問診はやっていたと思います。先生方にお尋ねすると「放射線科の医師で問診しない奴なんていないよ。」と、皆さんがおっしゃいます。その通りだと思います。ただ皆さん方の常識が裁判所では通らないことからすると、やはり記録は残していただかなくてはと思います。

時間の関係がありますので、あと一つだけ紹介して、私のお話を終わりにさせていただきます。

これも大阪地裁の裁判例なのですが、平成16年3月10日の判決です。73歳の男性患者、肝臓がん、C型肝硬変、肝性脳症。平成11年の8月19日肺炎を併発して入院になりました。22日午後8時テレビ観戦、9時30分ちょっと興奮気味、9時50分落ち着いた状態で就寝、10時15分ベッドから転落発見。続いて、「ベッド柵挙上を確認。」という記載があります。これが問題になりました。

通常、看護記録に「ベッド柵が挙上されている状況を確認しました。」という記載をすることはありませんね。私も、裁判の関係でいろいろと看護記録を見させていただくのですが、あまりこのような記載をみることはありません。この事例では、この記載が問題となったことから、看護師が証人として証言しました。具体的証言内容は分かりませんが、判決文によれば「患者さんがベッドから転落したのを発見後、巡回したとき患者さんのベッド柵が挙上されていたことを思い出し、後から追記しました。」という趣旨の証言をされたようです。

これに対する裁判所の判断は、「通常時に特に問題とならない事項は確認してもあえて記載しないものであるが、本件においては、転落事故が発生して初めて、ベッド柵のセットの確認という事項が記載に値する問題として浮かび上がってきたものであるから、ベッド柵設置の有無を看護日誌に記載したこと自体は看護日誌作成の趣旨にかなうもの」、つまり重要なことは後から書いていいということ言ってくれているのです。追記は偽造とは異なります。正しいことを後から書く。ただここで残念だったのは、一連の記録の中に書いてしまった。そうではなくて、項をずらして何月何日、何時何分追記という記載をしたうえで、こういう状況を確認しましたと書いておけば、誤解を招くこともなかったのではないかと思います。

そして、詳細な事実が明らかになることというのは安全対策、また医療事故を防止するための対策を考える上でも、たいへん重要です。ですから皆さん、こういった裁判例があることも頭に置いていただきたい、万が一何か事故に遭遇するということがあった時には、なにか書き落としがないか、問題がないか、陰性所見を見逃していないか、こういったことを意識して記録を残すようにしていただければと思います。時間になりましたので私の話は以上にさせていただきます。ご清聴どうもありがとうございました。

特別講義②

看護学生のための医療リスクマネジメント

■看護師・保健師 藤井 奈穂紀

ではこれから本来のお話しに入りたいと思います。今日お話しするのはリスクマネジメントの歴史、安全な医療を提供するために皆さんがナースとして働いたときに大切であると思われる事、患者さんとのコミュニケーション、危ないと思うときに立ち止まること、こういったことについてお話しをしたいと思います。

リスクマネジメントの歴史

皆さんはまだ馴染みがないかもしれないこのリスクマネジメントという言葉なのですが、日本では1999年ごろから医療現場に浸透して来ました。そのきっかけが1999年の1月に起こりました横浜市立大学病院の「患者取り違い手術事件」。その1ヶ月後に起こりました都立広尾病院の「消毒液点滴誤注入事件」です。この二つの大きな事件がありまして、医療に対する不安が深刻な社会問題となり、医療事故報道は激増し、過熱化が進んでいったといわれています。その二つの事故を詳しく説明します。

まずひとつめ。心臓を手術する患者さんと肺を手術する患者さんがいらっしやったのですが、取り違えて実際に手術が行われてしまったという事故がありました。要因としては二人の患者さんを一人の看護師が同時に申し送りをしたとか、入室時の患者さんの確認方法、患者さんとカルテが別々に手術室へ運ばれたことなどがあります。この事故には30人のスタッフが関わっていたといわれているのですが、結局ICUに入るまで誰一人止めることができなかった事故なのですね。疑問を感じたスタッフもいたようなのですが、結局止められなかったということでした。この事故がきっかけとなってリストバンドの導入が進んでいきました。リストバンドとは、入院時にバーコードや名前が入った手首につけるバ

ンドで、遊園地の日フリーパス券のようなイメージのものです。そのリストバンドを導入する病院が多くなったのは、この事故がきっかけだと言われています。

もう一つの事故です。血液を固めにくくするお薬ヘパリンと、生理食塩水を混ぜたものを入れて点滴ルートをキープするという作業があります。そのヘパリン生食が消毒液と取り違えられてしまってヘパリン生食を入れるところに消毒液を入れてしまい、結局患者さんは亡くなってしまったという事故が起こりました。その要因として、全く同じシリンジでヘパリン生食と消毒液を準備していたこと、ヘパリン生食と消毒液の準備を一人の看護師さんが同時に行っていたこと、処置台に複数のシリンジが混在して置かれていたことなどが挙げられています。こういったことがありまして、今ではカラーシリンジといって注射器に色がついているものがあり、静脈内投与用のシリンジは透明、食事に使うシリンジには色がついているといった区別がされるようになったり、プレフィルドシリンジという予め薬液が充填されている注射器が導入されたり、一患者1トレーといって複数の患者さんの薬を同時に一つのトレーに置かないようにしましょうという対策が徹底されるようになりました。

このような事故を教訓として、お話ししたようにさまざまな器械や器具が改良されたということですね。現場に出て実際にリストバンドだとかカラーシリンジなどを手に取るときに、思い出していただけるといいと思います。実際に初めからそういうものがあつたのではなくてこういう事故がきっかけだったのだということを、少しでも思い出していただけたらうれしいなと思います。

このように医療事故が社会問題になったために、厚生労働省も動き始めました。まず2000年4月に医療安全対策委員会の設置、事故報告を特定機能病院に義務付けました。その後特定機能病院だけの問題ではないと言うことで、2002年10月には医療法

施行規則の一部改正がなされ、全ての病院、ベッドを持っている有床診療所へ4項目の義務付けがされました。それが以下の四つです。①安全管理指針の整備②安全管理委員会の開催③職員研修の実施④医療安全のための改善策を講じる（これはヒヤリハット報告と言われるものです）。ちなみに皆さんも病院で働きはじめると年に2回ぐらい医療安全についての研修を受けなさいと言われると思うのですが、この根拠がこれですね。③の職員研修の実施。

そして2006年の3月にこの4項目は既に多くの医療機関で実施されているだろうと言うことで、入院基本料の算定要件になりました。また専従のリスクマネージャーさんを置いている病院には加算がされるなどの、診療報酬上新たな医療安全対策の加算の新設がされたということです。そして2007年4月には病院だけではなくて、クリニックレベルの診療所または助産所の管理もこういう責務が加わったということになっています。

安全な医療を提供するための 三つのポイント

ここまでは過去の歴史や現状についてお話してきました。それを踏まえてみなさんが現場に出たときに安全な医療を患者さんに提供するために、たくさんあるポイントのなかで、今日は三つだけお話したいと思います。

①患者さんとのコミュニケーション

まず患者さんといひコミュニケーションをとっておこう。それが大切だということです。先日国立国語研究所より「病院の言葉をわかりやすくする提案」と言う中間報告が出されました。これはホームページに出ているのでご覧ください。また報告書が市販されるようなので皆さんの目に留まることも多いかなと思います。

皆さんもご存知の通り、インフォームドコンセントという言葉に代表されるように世の中の動きとして「患者さんの理解と判断を支える医療へ」とに向かっているのですが、病院で使われる言葉ってすごくわかりにくいものですね。ですのでここでは「患者さんが的確に自分の意思決定をするためには、なによりも専門家である医療者が専門家ではない患者にわかりやすく伝える工夫をすることが必要です」

と謳われています。

その中身をちょっとご紹介します。国民4500人にアンケート調査を行った結果、医師が患者に話す言葉の中に分かりやすく言い換えたり、説明を加えて欲しい言葉があるかと問いかけたところ「はい」と答えた国民が85%いました。逆に医師に質問したところ、患者に理解してもらうのが難しいと感じた言葉、通じにくくて困った経験があると言う医師が、736語に対してそういうことがあったと回答しています。具体的には、例えば「ショック」は医療現場では急激に血圧が下がったりとかいわゆる危篤というか危機的な状況を表す言葉なのですが、一般的には急な刺激を受けることとかびっくりすることというふうに誤解をされたりしているようですね。あと「川崎病」なのですが、これは皆さんご存知のように（会場笑）…あの～そうなのですが…公害ではないのですが、川崎市周辺で発生した公害病であると認識されている方がいらっしゃることにびっくりしたのでご紹介しました。よかった。川崎病と言ってみんなざわざわとしてくれたから。ちゃんと分かっていたよね（笑）。

また、これはその報告の中に載っていたわけではないのですが、誤解をされやすい表現として、例としてお話しします。手術の危険性を説明するときに危険率とか安全率という言葉を使ったりすることがあります。そこで例えば「危険率5%」という回避努力をしても5%の危険を伴う手術という意味で医師は患者さんにお話しをしているのです。ただ患者さんやご家族の認識は危険率が5%ということは安全率95%、つまり95%が成功する安全な手術なのだから、大丈夫だろうと思うこともあるようです。しかし医師としてはかなり危険を伴う手術なんだという認識で「危険率5%」であると説明します。こういう認識のずれがあり得るということです。あと「手術時間」というと、医療者側は執刀開始から閉創までの時間を指すことが多いのですが、患者さんや、特にご家族としては「いってらっしゃい」と送ってから「おかえり」と迎えるまで、いわゆる手術室へ入室してから退室までの時間を手術時間と捉えることがあるので、例えば手術時間2時間と言っても実際に病室に帰ってくるのに3時間とか4時間とか掛かったりするので「もうこんな時間。うちのおじいちゃんに何かあったのかしら。」といういらぬ心配を与えるという表現の例として挙げてみました。みなさん臨床に出たときに気をつけてくださいね。

これは余談ですが、10数年前にひよこちゃんの私は「病棟」を読めなかったのですよ。みなさんは

分かりますよね。…びょうとうって読むのですが私、びょうむねって読んでいたのです。あと医療関係の報道記事にも最近ルビがふってあることがあって、親切だなあと思うのですが、「口腔」を「こうこう」ってご丁寧なルビがふってありましたね。

自分が臨床にでてナースとして患者さんに説明するときに、自分が今使っている言葉って本当に患者さんに伝わっているのか、ぜひ患者さんの立場で考えてみていただきたいと思ってご紹介しました。そうそう、そんな感じでわざわざしていただきたいくて、「とっさの対処法 76」(※1)を持ってきたのでよかったです。(笑)

他にも病院ではいろんなことが起こるのだということをご紹介したくて、元ナースたる証拠としてもお話しをしようかと思います。この本(「とっさの対処法 76」)はわがメディカルリスクマネジメント室の室員が経験をもとに書きました。

こんな場合みなさんはどうしますか？

「MRI 検査に患者さんが来ました。お化粧ばっちり！ 目が青い！ カラーコンタクト？」これは良くないですね。なぜ駄目なのかと言うと、化粧品には金属成分が含まれているのが多く、やけどをしかねないのです。検査結果にも影響するし、患者さんにも傷害を与えかねない。同じ理由で刺青だとかカツラとかにも気をつけてください。あとコンタクトレンズについても、一般のコンタクトレンズについて、基本的に金属は含まれていないらしいのですが、一般的に医療従事者とか患者さんはコンタクトレンズの専門家ではなく、その判断が困難なので、頭部のMRI 検査のときは基本的にメイクをしない、コンタクトははずすというふうに医療現場ではなっていると思います。皆さんが働き始めたときに再度確認してください。あとご自分がMRI 検査を受けるときにはフルメイクで行かないように気をつけてください。

また、術前患者の飲食ということで「これからご飯は食べられませんけど我慢してくださいね。」というふうに看護師さんがいいました。さて、患者さんはどうするでしょうか。これは実話らしいのですが、「ご飯は駄目だけど、ホットケーキは大丈夫だよ。」とホットケーキを食べちゃったのです。同じく「ご飯がダメならパンにしよう。」とパンを食べてしまった患者さんもいたようです。患者さんは手術前に栄養をつけておかねければと思ったらしいのです。また「これから手術までご飯は食べられませんけど。」っていうのを白いご飯だと思ったらしいのです。

そこでどうすればいいのか、ということですが、ここで不安を軽減させるコミュニケーションについてお話しします。患者さんの不安を取り除くためにもどういうところに注意をすればいいのか例を挙げて説明したいと思います。

点滴ひとつをとってみても、患者さんは点滴が空っぽになるとどういうことになるのか、全く想像できない方がほとんどなので、患者さんというのはそういうものだときちんと認識してケアしていかないとコミュニケーションギャップが生じることが多いので気をつけていただきたいというお話です。ちょっと1年生には厳しい話になってしまうかもしれないですね。イメージがわからないかもしれませんが、お話ししたいと思います。

例えば「点滴が終わりそうな場面」です。患者さんはこう思う方が多いですね。「終わりそうなのに看護師さんが来てくれない！ 泡が入っている！ 空気が入っちゃう！ 血液が逆流した！ 大変だ！」と。急いで走ってナースステーションに飛び込んでくる患者さんもいます。また、輸液ポンプといって、ちょっとずつ決められた量を患者さんに投与するための点滴用のポンプがあるのですが、なにかトラブルが発生するとアラームがなるようになっているのです。アラームが鳴ると「アラームが鳴っている！ 大変だ〜」と重たいポンプがついた点滴台とともにこれまたナースステーションに走って来たりすることがあるのです。患者さんにしてみたら「早くポンプを止めないと危ない。」と思うわけです。ただ、そこで看護師から「大丈夫ですよ。」とだけ言われても、患者さんにしてみたら結局不安が蓄積されるだけで、解消されずに積もり積もって…ということになります。大事なものはなぜそうなるのか、なぜ大丈夫なのか、その根拠を説明する必要があるということです。

例えば点滴の例ですと、ちょっとまどろっこしい説明の例なのですが、「自然滴下されている輸液は静脈に圧力があるので、ある高さ、針を刺した位置から7センチぐらい上まで来るとそれ以上落ちなくなるので点滴ボトルの薬液がなくなってしまうても空気が体内に入ってしまうことはありません。」と、こういうことを噛み砕いて言って頂けるといいのかなと思います。

輸液ポンプのアラームがなった時はどう説明したらいいのかという例なのですが、ここに書いてあるとおりリスクは具体的に示しましょう。リスクが生じたらこう対処する、こうすれば危険が回避できるということを具体的に説明することが大事ですね。輸液ポンプの種類によっても違うので、実際の現場

では確認してからにしていきたいと思いますのですが、「輸液ポンプはアラームが鳴った時点で自動的に停止しているので異常な状態で薬液が送られ続けることはありません。ですからアラームが鳴ったからといって直ちに重大な影響が生じることはありませんが、適切な状態にするために、すぐナースコールで看護師を呼んでください。」と。ただ「呼んでください。」だけでは意味がないのですね。患者さんの本当の気持ちを満たしていないということが言えると思います。スライドにあるセリフそのままをしゃべれというわけではなくて、患者さんが理解できるように説明することが大事ですよということです。

②「危ない」と思うこと

二つめに大切なことは「危ない、なんか変だ」と思うこと。

この写真を見てください。一見目薬かなと思いますよね。ただAは下剤で、Bは皮膚科の塗り薬なのです。「危ないなあ！」と皆さん思ったのではないかと思います。でもこの二種類の薬を「目に入れること」はないかもしれないけれど、Aの容器の「下剤」と書いてある場所に、Bの塗り薬の方には「0.1%」と濃度が書いてあったり、Aの下剤には破いたら捨ててしまう包装フィルムに「下剤」と書いてあったりして、もしかしたら間違えてAの「下剤」を皮膚に塗ってしまうかも知れないし、Bの塗り薬を下剤だと思って飲んでしまうかも知れないですよ。

種類によっては目薬と下剤と塗り薬が似ている形状で存在するということを知らないと危ないとも思えないという一つの例です。「これ間違えそう！」とか「これ危ないんじゃない？」と、今まさに思ったその感覚をぜひ大事にしていだきたくてお話ししました。

もう一つ、注射をしてしまいそうな内服薬の写真です。

看護師として働き始めると実感出来ると思うのですが、看護師はこのような瓶、一般的にバイアルというのですが、このバイアルを見ると「シリンジに吸う」と勝手に身体が動くんですね。シリンジに吸うのは問題ないのですが、次に何が怖いかというと、冒頭でお話ししたように、本来静脈内に投与してはいけない薬や消毒薬がシリンジに入っていることで、静脈内に投与してしまうという事故が起こる可能性がそこにはあるということです。これらは飲み薬です。注射をしてはいけないという薬剤です。禁

注射と書いてあるのですが、禁注射と書いてあってもエラーを完全に防げるわけではありません。形状がエラーを誘発するというのが、どうしても医療現場では往々にしてあるので、本当に注意していただかないといけません。「バイアルに入っている注射をしてはいけない薬剤がある。」ということを知っていると覚えておいていただきたいと思います。

③立ち止まること

三つめとして。「危ない」と思うことは大切なのですが、危ないと思ってもそのままスルーしてしまっただけではその危ないと思ったことが全く意味を成しません。「危ない」と思ったら立ち止まること、それが一番大切であるということを、事例を通してお話したいと思います。

サクシンとサクシゾンのお話をします。一般的に、サクシンは気管内挿管をするときに使う筋弛緩薬です。何の注意もなく使用すると生命に危険が生じる薬です。ですので、気管内挿管をするとき以外には殆ど使われていないでしょう。一方、サクシゾンというのは、副腎皮質ホルモン、いわゆるステロイドのお薬です。ここで事例を紹介します。

医師はサクシゾン注射するため、投薬指示書をコンピュータで作成したがサクシンを選択した。薬剤師が薬を出し、看護師は不審に思いながらも指示通り、患者に注射。患者さんはその後亡くなりました。報道によると、医師は「サク」の2文字を入力して検索。サクシゾンなどの複数の薬の中からサクシンをクリックしたそうです。

多くの病院ではオーダーリングシステムというシステムを使って医師が処方するのですが、この事故でもそうだったようです。サクシンを選択した次の画面で「サクシンを処方していいですか？」というふうに注意勧告がされたらしいのですが、結局スルーしてしまったという事例です。みなさん、あれっ？ と思ったかもしれませんが、先日同様の事例が起きているのです。この事故では、医師がサクシゾンの処方を決めてコンピュータで「サクシ」と入力して検索しました。しかしその病院にはサクシゾンは置かれていなかったのにサクシンだけがヒットしました。それを医師はサクシゾンだと思ってサクシンを選択してしまったのでした。

この二つの事故では共通して、看護師は筋弛緩薬の処方を不審に思い、本当にサクシンでいいのか確認したが、医師はサクシゾンだと思い込んでいたということがあったようです。

これはサキシンの事例ではないのですが、同じよう

に看護師さんが立ち止まることができなかった事例です。これは抗がん剤の過剰投与です。普通は1日1,000mgを4回に分けて投与するお薬なのですが、「計4,000mg、1回量1,000mg投与する。」と誤って医師がカルテに記載してしまい、その後5日間過剰投与が続いたという事故でした。この事故でも、投与量が多いのではないかと看護師が指摘したが医師はカルテに正しく記載したと思い込んでいたということで確認しなかったそうです。結局患者さんは亡くなってしまいました。その看護師さんもそこで立ち止まっていれば患者さんを救えたかもしれません。本当に残念でたまらないという事例をご紹介します。

これらの事故から学んでいただきたいことをお話しします。

基本的に処方箋の内容と、実際に処方された薬は同一です。しかしこれらの事故の場合、本来投与されるべき薬とは違う薬が処方されている訳だから、処方箋に書かれた薬と出された薬は当然一緒なわけで、処方箋の内容と処方された薬だけを確認しても事故は防げません。処方箋、処方された薬、そして患者さんの病気や容態を見て、その薬が正しいのかどうか、量が適切かどうかというのをきちんと見極めてから投薬すること。今日のお話しの中で、他のことは忘れてもいいからこれだけは覚えておいてください。そもそも何の薬かわからないのに、患者さんに投与することは本来してはいけないことなので、それだけを覚えて帰っていただけたらというふうに思っています。忙しいからといって確認をおろそかにすると、ついついたまたまというところで事故が発生することが本当に多いので、そこだけは気をつけてください。

講師紹介

■特別講義①

蒔田 覚 先生

- 弁護士・仁邦法律事務所副所長
- 第二東京弁護士会所属
- 東京医科大学・日本大学法科大学院講師
- 東海大学医療技術短期大学 非常勤講師
- 日本看護協会看護研修学校 非常勤講師
- 駿河台大学評議員

著書

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

本当にしつこいのですが、「危ない」とか「おかしい」とか「なんか変」と思えるように日頃からアンテナを張り巡らせておくことが必要ですね。アンテナを張るために勉強、勉強、また勉強が大切なのですが、看護師以外の医療従事者と交流することも大切です。特に医師にはタイミングを見計らってどんどん質問していただけるといいなあと思います。

そして「危ない」とか「おかしい」とか「何か変」だと思ったら勇気を持って立ち止まっていたきたい。ぜひぜひ立ち止まっていたきたい。その勇気が患者さんを救うこともあるのです。本当の最後の最後に看護師の私が患者さんを救うことができるというのは、結構素晴らしいことなのではないかと思うのですがどうでしょうか？

これからいろいろ進路について悩まれると思うのですが、私としては何はさておき臨床にでて患者さんと触れ合うのがナースの醍醐味ではないかと思っています。ぜひぜひ素敵な看護師さんになっていただきたいと思います。ちょうどチャイムがぴたり鳴りましたので私の話は終わります。ご清聴ありがとうございました。

※1 「とっさの対処法 76」 山本貴章・鹿内清三 監修
メディカルマネジメント室 研究員共著
日総研出版・刊

※掲載いたしました蒔田覚先生と藤井奈穂紀先生の特別講義は、平成20年11月27日、共立女子短期大学看護学科全学生約300名を対象に、医療安全に関する授業の一環として大学構内において行なわれた講演を集録したものです。

■特別講義②

藤井 奈穂紀 先生

- 東京海上日動メディカルサービス(株)企画部
メディカルリスクマネジメント室
主任研究員（看護師・保健師）
- 東京医科歯科大学医学部 保健衛生学科 看護学専攻
- 東京医科歯科大学附属病院
- 東京報道事業健康保険組合
- 医療法人社団鶴亀会つるかめ訪問看護ステーション勤務後2005年よりメディカルリスクマネジメント室に所属

な会則と諸規定の見直し作業を開始しました。

そして、法人法の施行が間近となったことから平成二十年六月十九日に開催された平成二十年度第一回理事会において社団化準備委員会の設置が可決されました。当理事会において、当共済会の顧問である当職が法律の専門家として準備委員会の委員に加わることになりました。

理事会の決定を受けて、早速同月十八日（木）には、共済会事務局において第一回社団化準備委員会が開催され、当職より法人法の説明を行い各委員の新法に対する理解を十分なものとしていただくとともに、設立の条件等を確認しました。

同年八月三日（日）に開催された平成二十年度代議員総会において当共済会の社団化が改めて確認され、社団法人化に向けての活動が本格化されることとなりました。

同年十月二十日（月）には、第二回社団化準備委員会が開催されました。ここでは、社団法人化される当共済会の根本法となる「一般社団法人日本看護学校協議会共済会定款」の案を提示して説明し、各委員のご意見を聴取しました。また、設立時社員、同理事等の選任方法などに関し議論し、設立時期は可能な限り法人法施行後速やかに行うということで意見がまとまりました。

(2) 現状

関連団体である「日本看護学校協議会」においても、従来から社団法人化に向けて検討が行われてきたところ、記述の通り法人法制定前のシステムでは設立は極めてハードルが高いということではほぼ断念していたところでありましたが、今般法人法が施行されることとなり、当共済会同様社団法人化を図ることとなりました。そこで、双方ができるだけ歩調を合わせようと、平成二十年十二月十五日に共済会事務局において合同の会議を行いました。

(3) 今後の予定

当共済会は、本年四月に設立手続きに入る予定です。ただし、新しい公益法人制度は、未だ緒に就いたばかりで手続や条件面などに不確定要素がありますので一応の予定と考えておいてください。

なお、新設の一般社団法人日本看護学校協議会共済会の設立時社員（これは、現在の代議員に相当します。）と設立時理事は、現在の代議員と理事の皆様をお願いするのが団体としての一体性と、設立業務及び会の業務をスムーズに移行させるために最も妥当な方法であると考えております。現代議員及び現理事の皆様のご協力をお願いいたします。

以上

共済会の活動

■平成21年4月、当共済会は 一般社団法人化の申請をいたします。

当会では、社団化に向けて準備を進めてまいりましたが、手続に必要な準備が整いましたので、この4月、吉岡顧問弁護士に申請をしていただく予定です。当会の法人化に伴い、会員の皆さまにはより一層のご理解、ご協力をお願い申し上げます。

■看護学生さんに、弁護士出前講演をしました。

ご好評いただいております顧問弁護士による「全国どこでも出前講演」は、基本的には先生方の研修会用にご利用いただいております。昨年のカリキュラム改正に伴い、最近では医療リスクマネジメント、看護師の法的責任等について看護学生さんに直接講義して欲しいというご要望をいただくようになりました。今回初めて、3学年一緒ということで学生さん用に90分の授業として、本紙掲載の講義①②を蒔田、藤井両氏にお願いいたしました。ご高覧ください。

■今年の良書が、決まりました。

●看護の現場でヒヤリ・ハット発生！「とっさの対処法 76」
東京海上日動メディカルサービス(株)企画部
メディカルリスクマネジメント室 著【日総研出版・刊】
当会では、図書室に良書をということで、年に一度各養成施設、看護学校様に良書を謹呈いたしております。今回は、特別講義②を担当された、藤井氏のスタッフが選んだ看護の注意点を具体的に列挙した実用書です。ぜひ、ご活用下さい。

■共済会ホームページをご活用ください。

<http://www.e-kango.net/>
4月にむけて、ホームページのリニューアルを進めています。新しく、心とカラダの応援ページ「アロマセラピー&ナチュラルライフ」を開設します。どうぞ、毎日の生活のなかでご利用ください。

お問い合わせ先： ☎ 0120-541713 共済会事務局： ☎ 104-0033 東京都中央区新川 2-22-2

(2) 新しい社団法人

従来の公益法人制度から新しい公益法人制度への改革のポイントは、①「民間が担う公益」を我が国社会・経済システムの中で積極的に位置づけ、その活動を促進すること、②公益法人について指摘される諸問題に適切に対処する観点から、制度を抜本的に見直すことにあるとされています。

新たな制度の概要は、従来主務官庁において設立と公益性の判断が一体として行なわれていたものを、「法人の設立」と「公益の認定」を分離したことです。設立については、準則主義といって「登記」さえすれば設立できるようになり、従来のように、主務官庁の許可は不要となりました。このようにして設立された法人を「一般社団法人」といいます。この「一般社団法人」については、公益性は要求されませんが、非営利性が条件となります。即ち、役員や会員などの法人関係者に法人の利益を分配したり、財産を還元することはできません。

公益性の認定については、一般社団法人のうち公益認定を受けようとする法人が申請をすることにより、民間有識者からなる合議機関（公益認定等委員会）の意見に基づき、内閣総理大臣又は都道府県知事が認定することとなりました。これにより、



縦割り行政から脱却し統一的な判断が可能となり、明確な基準を法定することで公平性も担保できることとなりました。ただし、実際にどの程度これらが実現するかは今後の運用にかかっているといえます。

以上のとおり、新しい社団法人は、「一般社団法人」と、公益認定を受けた「公益社団法人」の二種類が存在することになります。

その他、中間法人法に基づいて存在した「中間法人」も「一般社団法人」に移行することになっています。そのため、中間法人法は廃止されました。

2. 社団法人化のメリット

当共済会では、既述のとおり現在社団法人化を目指しています。では、法人格を有しない任意団体が、法人格を取得することによどのようなメリットがあるのでしょうか。法人格を有さない団体では、その団体が不動産を所有しようとする、共有か総有という形しか採り得ません。共有というのは、団体の構成員全員が権利者ということです。しかし、これでは正会員を数千人擁する当共済会のような団体では、登記することが事実上不可能です。なぜなら、登記簿に数千人の氏名住所を

掲載しなければならず、また、正会員の入会、脱会のたびに修正登記を行わなければならないからです。しかし、登記をしなければ第三者に対する対抗力を持つことができません。

更に、例えば事務所購入などの契約についても団体名ではできないし、預金名義も団体名ではできません。そのため、代表者の名義で口座を開設せざるを得ず、体外的には代表者個人のものとされてしまいます。紛争が生じ、第三者から訴えられる場合も代表者個人が訴えられることになります。

しかし、法人格を取得すればこれらの問題は全て解決します。法律的には、このように法人格を取得するメリットは大変大きなものといえます。

3. 共済会の社団法人化構想

(1) 今までの経緯

当共済会は、日本看護学校協議会（以下「協議会」といいます。）とともに社団法人化は長年の懸案でした。しかし、設立については既述のとおり主務官庁である厚生労働省の許可を必要としたためハードルが高く、ほぼ断念していました。しかし、平成十八年六月に法人法が成立したことを受け、平成十九年度の代議員総会で、社団法人化をすることを決議し、そのために必要

Will News

総合補償制度Will

Vol.5

共済会の社団法人化について

弁護士 吉岡讓治

平成二十年十二月一日に、「一

般社団法人及び一般財団法人に関する法律」（以下、「法人法」といいます）が施行されました。これは、公益法人制度の抜本的改革に関する基本方針（平成十五年六月二十七日閣議決定）に基づき、新たに創設された公益法人制度の基本となる法律です。

今回、当共済会はこの新たに創設された法人制度に基づき、一般社団法人化（以下「社団法人化」といいます）することとなりました。そこで、会員の皆様に社団法人化することについてのご理解をいただくために当会の顧問であり、社団法人化準備委員会委員でもある当職から社団法人化のメリット、今後のスケジュール等につきご説明申し上げます。

1. 社団法人

(1) 従来の社団法人

「社団法人」というのは、一般に人の集合体である団体のうち法律上権利義務の主体となる法人格を認められているものといわれています。私たち個人は、一人で法律上権利義務の主体として認められています。この個人を団体に置き換えれば理解し易いでしょう。ところで、「法人法」施行前は社団法人についての根拠規定は「民法」という法律にありましたが、そこでは、「祭祀、宗教、慈善、学術、技芸その他」の公益性を有し、「営利を目的としない」社団のみが法人格を得ることができるとされていました（改正前民法三十四条）。したがって、公益性を有しない団体

には、そもそも社団法人化は無理でした。また、設立についても「主務官庁の許可」を得る必要がありました。

従来、社団法人を設立しようとする「設立」と「公益性の有無」について主務官庁の判断を仰ぐ必要がありました。そして、ここでは主務官庁の自由裁量が認められ、基準が不明確であり、客観性、適正性が必ずしも担保されていませんでした。縦割り行政の中、ときには恣意的な判断がなされる恐れもありました。総じて、社団法人化の基準は厳しかったといえます。

