

麻酔業務における看護師の責任

河原 格／齋藤 美喜

1. はじめに

看護師とは、「療養上の世話」、「診療の補助」を行うことを業とする者とされ（保健師助産師看護師法5条。以下、「保助看法」とする）、医療行為の禁止（看護師が行えば患者に危険を及ぼすことになるような行為をしてはならない、ただし、臨時応急の手当ては除く）が規定されている（保助看法37条）。一般に、医療行為全体は「絶対的医行為」、「相対的医行為（相対的看護行為）」、「絶対的看護行為」に区分され、そのうち看護師の業務は、「相対的医（看護）行為」「絶対的看護行為」に区分される（24頁の図参照）。「絶対的医行為」とは、医師の診断（治療方針の決定）、処方、高度の知識と技術を必要とする手術、検査、医療機器の使用などである。「相対的医行為（相対的看護行為）」は看護師の業務でもあるが、看護師が行えば患者に危険を及ぼすことになる行為はしてはならないとしている（保助看法37条）。この危険な行為を医師の指示さえあれば、行ってもよいのかという問題が生じる。この問題は、医師の指示・監督のあり方が問題とされるだけでなく、その行為の危険性、患者の置かれている状態（急性期か慢性期か等）、医師の治療方針、病院の体制・規模、看護師の能力などを総合して考慮する必要がある。また、「絶対的医行為」、「相対的医行為（相対的看護行為）」の区別は絶対的なものではなく、看護師の

専門的知識および技術の向上、社会の要請等により変化する¹⁾とされている。現に静脈注射は、平成14年9月30日厚生労働省医局通知において、診療の補助行為の範疇として取り扱うものとされた。

この静脈注射と同じように、診療の補助行為で問題とされるのが、麻酔行為の補助の適法性である²⁾。麻酔は、薬剤を使用し生体の様々な臓器の機能を抑制するものであり、その薬剤により異常反応を示す場合もあり、常時、患者を観察し異常の発見に気をつけ悪結果を回避させるよう努めなくてはならないと考える。麻酔における看護業務には、術前・術中・術後の観察、麻酔行為の補助・麻酔管理の補助がある。

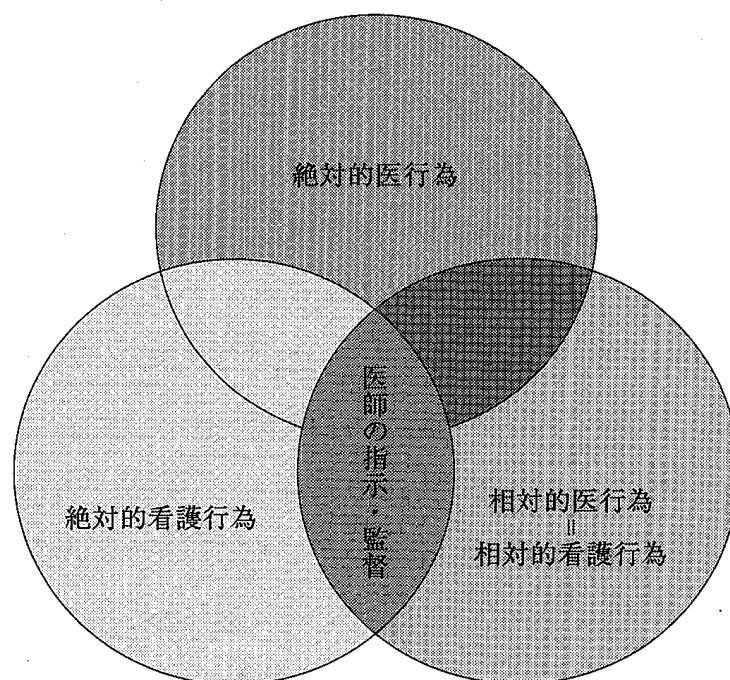
以下では上記業務における看護師の責任について考察する。

2. 看護師の絶対的看護行為の範囲

前述のように、医行為を分類するのは医師と看護師との責任の所在について考察しやすくなるからである。しかし単純に、この分類だけで直ちにそれは医師の責任領域であるとか、看護師の責任領域であるとかを決められるわけではなく、1つの目安にすぎない。看護師の業務である看護診断³⁾の場合であっても、やはりその行為は医師の診断（治療方針）に基づいて行

われているものとする。看護師独自の業務とされる療養上の世話においても、それが医師の治療方針の延長上にある以上、医師の指示・監督はそこにも及ぶものとする⁴⁾。患者の状態が急性期であれば、医師の指示はより具体的なものとなり、そこにおける看護師の判断は狭くなるが、患者の状態が慢性期であ

図 医療における看護業務



れば、医師の指示は包括的なものになり、看護師の判断は広くなると考える。従来、「絶対的看護行為」は、療養上の世話に位置づけられていたが、療養上の世話においても、医師の指示・監督が及ぶのであり、「絶対的看護行為」は、臨時応急の手当て（保助看法37条但書き）や救急医療・災害時におけるトリアージ等に限定されると考える。

以下では麻酔における看護師の看護業務を中心に判例を紹介しつつ、それぞれ適宜に評価する。

3. 判例の紹介

①東京地裁昭和53年10月27日判決（判タ378号145頁）

【事実の概要】

昭和49年8月7日、被告Y医師（被告医院）は、Aの虫垂摘出手術を行った。手術に先だって、午後2時10分過ぎころに、麻酔剤であるペルカミンS1.6ccをAに対して第四腰椎と第五腰椎の間に注入した。続いて同日午後2時15分ころ、手術を開始し、午後2時30分ころ終了した。術中、風邪のような症状を呈していた。Aは手術終了後の午後2時40分ころ、病室に戻ったが、看護師らは、Aの血圧や脈拍を測定することなく、退室した。なお手術中、Aの血圧を測定したのは、麻酔剤を注入する前の1回だけであった。その直後、Aは鼻がつまって苦しい旨の訴えがあったが、S看護師は「大丈夫ですよ。」と答えただけであった。その後も、「苦しい」、「横になりたい」と訴えたため、再びSにXはその旨を伝えたが、「放っておいた方がいいでしょう。」と答えるのみであった。午後2時50分ころ、Xが病室に戻ると、Aの両足および顔が紫色になっているのを発見し、その旨をすぐに知らせ、Y、看護師らが、かけつけたが、Aはショック状態に陥っており、同日午後4時30分死亡した。

【判旨】

Sには患者側から呼吸抑制の症状をうかがわせる訴えがあったにもかかわらず、その意味するところについて慎重な配慮をすることなく、かつそれに対し

て適切な処置をとらなかった点において過失があったというべきである以上、Yが履行補助者たるSの過失に基づいて、債務不履行責任を負わなければならない。

【判決の解説】

脊椎麻酔の重篤な合併症として、血圧低下、呼吸抑制などがあり、術中、術後はバイタルサインの測定が不可欠である。しかし、本事例においては、血圧は麻酔剤注入前に1回測定したのみで、その後、全く実施されておらず、術後、病室に帰室してからもバイタルサインの測定は、実施されていない。また、Aより、呼吸が苦しいと訴えがあったのにもかかわらず、何らの処置も講じていない。Sは患者の訴えの意味することが何か全く理解できていなかったか、あるいは虫垂炎の手術であるから、重篤な状態に陥ることはないという容易な考えがあったのではないかと思われる。看護師としては、患者からの訴えがあった場合は、それに対して適切な対処を講じる義務がある。

②広島地裁平成6年12月19日判決（判時1555号101頁）

【事実の概要】

A（2歳、男児）は昭和63年7月12日、Y被告の設置するH大学医学部附属病院で陰嚢水腫と診断された。その後、陰嚢の縮小傾向がなかったことから、手術を実施することになった。同月27日、Y病院の麻酔科を受診し術前診察を受けた。その際、軽度の風邪の症状があった。Aは同年11月1日にY病院に入院した。入院時、鼻汁が認められたため、担当医師は、アスベリンシロップおよびペリアクチンシロップを投与した。同月2日に手術が行われた。同日午前8時30分ころ、手術室に入り、麻酔実施前に鼻出血がみられたため、麻酔担当医師Zは、気管内挿管による全身麻酔と硬膜外麻酔を併用した。手術は午前9時17分ころ、開始され、午前10時7分に終了した。Zは午前10時20分、気管内チューブを抜管した。抜管後、Aは上半身を起こそうとするなど興奮し、安静にできないため、午前10時25分、ペンタゾシン7.5mgを静脈注射した。そ

の後、ZはAの状態を観察し、午前10時40分、呼吸、循環ともに安定していると判断し、手術室内の回復室にAを移動させた。回復室で10分程度、観察し、午前10時52分に病室に帰った。帰室時、血圧92/50、体温36.2度、脈拍90回、呼吸30回であった。S看護師はAに肩枕を挿入した。Sの観察では、呼吸や循環の状態は安定していた。その後、Sの観察で、午前11時、午前11時20分に軽度の喘鳴があった。午前11時40分、喘鳴が続くため、Sが口腔、鼻腔の吸引を行ったところ、白色分泌物が極少量吸引された。この吸引時、Aは薄目を開けたと記録されていた。午前11時45分、Aは、入院時に処方されていたアスピリン・ペリアクチン1.5ミリリットルの経口投与を受けた。看護記録には、薄目を開け、上手に嚥下すると記載されている。午前11時55分、軽度の喘鳴があった。午後0時、口唇色がやや白いが、チアノーゼはなかった。午後0時3分、自発呼吸が止まっているのを発見し、直ちに救命措置が行われたが、同月5日には、脳波がフラットとなり、脳機能は停止し、平成元年3月4日、死亡した。

【判旨】

Y病院の担当医師およびSは、Aの手術終了後、回復室において十分な観察時間を置かないまま、早期に一般病室にAを移動させた上、一般病室での術後の監視が不十分であったため、Aが半覚醒の状態にあったことを見過し、かつ、そのような状態にあるAに対してアスピリン・ペリアクチンを経口投与したことにより、喉頭痙攣を生じさせて呼吸停止に至らせ、その結果、その後の治療にもかかわらずAを死亡させたものであるから、Yは民法715条、710条により、原告らに生じた損害を賠償する責任を免れないものというべきであると判示し、原告（両親）らに対して、各金2,103万7,568円の支払いを命じた。

【判決の解説】

術後、Sは頻回に病室を訪室しているが、観察が不十分であったと考える。帰室時にバイタルサインを測定したものの、その後は呼吸数の測定しか実施さ

れていない。小児の術後合併症として最も危険なのは呼吸器系のものであり、抜管直後は、麻酔薬の残存、不十分な筋力、上気道の浮腫、分泌物などにより喉頭痙攣や気道閉塞を起こしやすいとされている。そうであるならば、パルスオキシメーターにより動脈血酸素飽和度をモニターし、低酸素血症の早期発見に注意すべきである。また、アスベリン・ペルアクチンの経口投与について、B医師の判断で投与したのか、Sの判断だけで投与したのか、SがBにAの状態を観察し報告後に投与したのかの事実関係はわからない（Sの報告だけを聞いてBが判断したのであれば、これもまた、問題であると考え）。手術終了し帰室後、Aには肩枕が挿入されていたこと、吸引したときは、薄目を開けた反応しか示さないことや、喘鳴が続いていた事実からすれば、Aは、十分に覚醒していた状態とはいえ、また喘鳴を原因とする舌根沈下のための気道狭窄によるところが最も考えられ、そのような状態のときに、シロップ剤を投与したことによる窒息が疑われる（アスベリン・ペルアクチンを投与し、18分後に呼吸停止となった）。看護師が、喘鳴に対する的確な観察・判断をしていれば、薬剤を投与することは回避できたのではないかと思われる。

③青森地裁平成6年12月20日判決（判時1552号107頁）

【事実の概要】

A（12歳、男子）は、昭和62年4月2日、被告Y県立病院で急性虫垂炎と診断され、外科のK医師が主治医となり入院した。入院後、緊急手術となった。同日午後5時30分、Aは、麻酔前投薬として硫酸アトロピン0.5mg、ペンタジン30mgを筋肉注射された。注射前の血圧は154/60であった。午後5時45分ころ、Aは手術室に搬入され、5分間隔でセットされた自動血圧計を腕に装着した。その時の血圧は、161/98であった。なお、Y病院では自動血圧計を5分間隔でセットするのが通常であった。また当時、Y病院では、全身麻酔の場合や特に心臓に問題がある患者の場合以外は、手術に対して心電図モニターは使用されていなかった。手術は、執刀医K医師、助手N医師、器械出しW看護師、血圧脈拍測定T看護師、外回りU看護師で行われた。麻酔は脊椎麻酔で

行われた。午後5時53分ころ、KはAの第三、第四腰椎間にペルカミンS2.4ミリリットルを約15秒間で注入した。午後5時55分ころ、血圧98/40、脈拍毎分110であった。その直後、Tは手動で血圧測定を行ったが、ほとんど変化がなかった。午後5時58分ころ、手術が開始された。午後6時5分ころ、血圧104/34、脈拍数毎分108。午後6時10ころ、血圧100/36、脈拍数毎分108、Kの声かけに返答した。その後、Uは出血量の確認等のため、Aの側を離れ、午後6時12分ころ（側を離れた2分後）、Aの呼吸停止が発見された。直ちに麻酔科医も加わり、救命措置がとられ、午後6時37分に自発呼吸が再開した。その後、Aは、昭和62年4月5日にH大学病院に転院し、治療を受けたが、植物状態から回復することなく、重度障害者の施設に入園した。

【判旨】

ネオペルカミンSによる脊椎麻酔は比較的長時間（約1時間）効果が維持し、麻酔高が変動する可能性があること、脊椎麻酔中の重篤な事故は麻酔薬注入後30分以内に多数生じていること、本件事故は麻酔薬注入後約19分後に発見されていること、脊椎麻酔中にはそれまでの経過に異常がなくても1、2分間に突然重篤な徐脈や血圧低下が発生し、心停止などの重大な事故に至る例が文献上報告されていること、特に本件のような15歳未満の若年者に対する脊椎麻酔においては麻酔事故が発生する可能性が高い上、本件では前述のように特に注意すべき諸事情が存在したこと、以上に照らすと、麻酔薬を注入した午後5時53分ころからの経過が良好で、午後6時10分ころからの血圧、脈拍数、呼吸に特段の異常がなくとも、Y病院には、その後患者の容態が急変した場合に備えて患者を厳重に監視する義務があったものといわざるをえない（特に本件においては、心電図モニターも装着されておらず、また、自動血圧計も5分おきに測定するようにしかセットされていなかったのであるから、患者監視に当たる者の役割は極めて重要である）。したがって、UがAの側を離れたことは、その時間がほんの数分間のわずかな時間であったとしても、右義務に違反したものと評価せざるをえないと判示し、原告Aに対して金7,591万2,810円、原告

ら（両親）に各金275万0000円の支払いを命じた。

【判決の解説】

本事例は、呼吸停止後、救急処置により25分後に、心拍が再開していることからすると、心停止の原因を特定できないとしても、心停止になる前には、血圧低下、呼吸抑制、徐脈などのいずれかの症状を示すと考えられるから、患者の異常を早期に発見するため、心電図、血圧計、パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度、この3点を連続的にモニターする必要があると考える。異常を早期に発見し、適切な処置を講じていれば、植物状態にならずに済んだ可能性があるのではないかと思われる。また、本事例は、麻酔剤注入後、5分後に手術を開始し、19分後に呼吸が停止している。脊椎麻酔は、薬剤注入後、血圧低下や呼吸抑制が速やかに現れ、麻酔薬は、約20分で固定するといわれているが、ときには20分を経過してもさらに移動することがあるとされていることから、手術の開始時期が早すぎたのではないかと考える。

④東京地裁平成7年4月11日判決（判時1548号79頁）

【事実の概要】

A（39歳、女性）は、昭和60年11月29日、腹部腫瘤感を訴え、被告Y医院（産婦人科医院）を受診し、子宮筋腫と診断された。Aは昭和61年2月27日に入院し、手術は、同月28日に行われることになった。Y医師は、麻酔科医の許可も得ていた。手術は、被告Y医師が執刀医となり、助手をF医師、T看護師が麻酔係、Y准看護師が器械の受渡し係、N准看護師がY准看護師の補助、S准看護師と看護学生が雑用を分担した。術式は、腹式子宮全摘で行われることになった。同日28日午後1時10分、持続硬膜外麻酔のため、Aの第三腰椎と第四腰椎間にカテーテルが留置された。Tはマスクを軽く顔面に当て、麻酔器より酸素の投与を開始した。午後1時15分、TはYの指示で、硬膜カテーテルから2%カルボカイン5ミリリットルを注入した。午後1時20分、2%カルボカイン15ミリリットルを追加した。午後1時28分、血圧124/80、脈拍数85を記

録した。Tは、午後1時35分にYの指示により、ホリゾン10mgを側注。午後1時36分に静脈麻酔剤のケタラールを6ミリリットル側注し笑気と酸素により自発呼吸下で麻酔を続行した（気管内挿管による気道確保は行われなかった）。午後1時37分、手術が開始された。午後2時、手術野を拡張させるため、Yは麻酔を深くする目的でフローセンを使用した。午後2時5分、血圧160/96、脈拍数110を記録する。Yは午後2時20分、Tに指示して、硬膜外カテーテルより、2%カルボカイン10ミリリットルを追加注入した。午後2時21分、血圧125/76、脈拍数121を記録した。Yは子宮摘出が終わったため、午後2時35分、Tに指示して、フローセンを下げさせた。午後2時36分、血圧141/82、脈拍数127。その後、Tは午後2時40分、Aに呼吸抑制が生じていることに気が付き、Yに報告した。Yはフローセンと笑気を中止するよう指示した。しかし午後2時45分にチアノーゼが出現し、瞳孔が散大した。直ちに救命処置が行われたが、血圧、脈拍は低下し、午後2時59分に心停止となり、心マッサージを開始。午後3時3分、血圧109/60、脈拍数75を記録した。その後も、救命処置が続けられた。午後4時40分、Aが心肺蘇生術に反応を示さず、頸動脈もふれず、瞳孔も散大したまま自発呼吸もないので、心マッサージを中止し人工呼吸のみを続行していたところ、午後5時10分に頸動脈を触知したため、再び、心マッサージを再開し午後8時10分、S大学病院に転送となる。Aは同年3月15日、脳死と判断され、生命維持装置により治療されたが、回復することなく、同年4月4日午後2時23分に心臓死となった。

【判旨】

麻酔を施した手術を行うに当たって、手術に立ち会った医師、看護師らは、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い、患者に深麻酔等の異常が生じた場合には速やかに適切な処置を行うべき義務を負っているというべきであるところ、右認定によれば、本件手術において、麻酔係を担当したTはその経験不足のため、同日午後2時40分以前から生じていたAの呼吸抑制を見落とし、あるいは、同時刻から行った

補助呼吸の施術がAの深麻酔に対する処置としては不適切であったのであるから、Tは、右注意義務を怠ったというべきである。また、手術の主宰者である医師は、右の注意義務を的確に行うことのできる知識と経験を有する看護師らを手術に立ち会わせるべき注意義務を負っているというべきである。しかし、右認定によれば、Tが同人の注意義務を的確に履行できなかった原因は、Tの麻酔係としての経験不足によるものであるから、そのようなTに麻酔係を担当させたY医師も、注意義務を怠ったというべきである。Yは注意義務を怠ったTの使用者として、また、自らの注意義務を懈怠した者として、Aおよびその家族が被った損害を賠償すべき義務を負うと判示し、Aに1,681万5,795円、原告（子）に1,115万7,897円、原告（事実上の夫）に973万3,335円の支払いを命じた。

【判決の解説】

Tが午後2時40分の時点で、Aに呼吸抑制が生じているのに気が付き、被告Yに報告した。YはTに対して、補助呼吸を行う、また、フローセンを中止するよう指示した。しかし、5分後には、チアノーゼが出現し、瞳孔が散大した。Aは一度、心停止したが、再び心拍が再開し、呼吸停止後にも、血圧が一応は測定できたことからすると、遅くとも2時40分の時点で気管内挿管などの適切な処置をしていれば、心停止の状態は避けられた可能性があると考えられる。また、術式が腹式子宮全摘であることから、手術を安全に遂行するためには、予め呼吸抑制を予防するために気管内挿管による気道確保の下で手術を行うべきであった。

⑤大阪地裁平成11年3月8日判決（判タ1034号222頁）

【事実の概要】

A（88歳、女性）は、平成5年8月21日に転倒し被告Y病院（被告教団の開設する病院）に運ばれ、当直医であった麻酔科部長H医師の診察を受けた。レントゲン撮影の結果、左大腿骨頸部骨折が判明した。Aは左足の痛みのため安

静を保てない状態にあったため、Hは同日午前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に注入したところ、Aは、最高血圧が80以下に低下し、顔面蒼白となって意識消失の状態に陥り、エホチール1アンプル、プリンペラン1アンプル、生理的食塩水20ミリリットルを投与し回復した。その後、Aは入院となり、Hは、痛みに対して、キシロカイン8ミリリットルを必要がある場合に最低限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。同月22日に被告N医師は、Hから引き継ぎを受けて、Aの主治医となり、前日キシロカインを投与した後にAに血圧が低下した事実を認識した。被告K看護師は、同月22日にA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引き継ぎを受けた。A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ったT看護師）から、Hが医師指示票に記載した内容の説明を受け、そのとおりに処置するようとの指示を受け、同日午前11時30分ころキシロカイン8ミリリットルをAに硬膜外注入したところ、同日午前11時45分ころに、血圧が最高70、最低48に低下した。Nに電話連絡して指示を受け、K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、同日午後0時15分には最高168、最低60に回復した（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との一般的指示は行われていなかった）。Aの手術（骨折部に対する観血的内部整復法）は、Nが執刀医、M医師（Y病院の一般外科医）が麻酔医となり、同月26日に行われた。同日午前7時35分、Aの血圧は、最高180、最低95であったのが、午前8時にキシロカインを注入したところ、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後、午前8時30分に手術が開始された。手術中も、エホチール2ミリリットルの静脈注射が2回行われ、手術終了近くには、再度キシロカインが硬膜外注入されたが、血圧低下の防止のため、エホチールが静脈注射された。その後も、

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。手術は、午前9時45分に終了した。Nは、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、Aが痛みを訴えたときは、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。Aは、午後1時と午後3時にも痛みを訴えたため、Kは、チャージ・ナースであるS看護師に報告し、Sから、Hの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。SがAに挿入されたカテーテルのキャップを外し、Kが、午後3時13分、14分ころにマーカイン8ミリリットルを注入したところ、午後3時30分に、最高54、最低21まで低下し、呼名反応がなくなり、午後3時40分に、呼吸、脈拍が停止した。救命処置が行われて、午後3時55分には、血圧は最高156、最低66、脈拍数は、129にまで回復したが、意識レベルは改善しないまま、平成5年9月16日に死亡した。

【判旨】

Nの過失——

Nとしては、A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Nは、右のとおり、Aに現実には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、Aにはこのような症状が発現する可能性があること、およ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および気道確保を行いうるよう準備した上、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。

Kの過失——

Kはチャージ・ナースであるSの指示を通じて医師であるNが医師指示票に記載した指示に従い、Aに対しマーカインを注入したものであるところ、Kは、Nの補助者にすぎず、Nの採った指示内容の当否について判断しうる立場になく、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、N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、Kが看護師としての知識・経験に照らし、当然に疑問をもつべき内容であるとも認められない。したがって、Aに対する右マーカインの注入については、Nが専らその責任を負うべきであり、KがNの指示があるのにもかかわらず、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の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。

【判決の解説】

Nは、Aが術前、術中もキシロカイン注入により血圧が低下していたのであるから、術後、マーカインを注入すれば、血圧が低下することは予測ができたと考えられる。そうであるならば、注射や座薬等で鎮痛を図れば、ショック状態を回避できたと思われる。また、高齢者は、局所麻酔、全身麻酔いずれにしても安全であるとの保証はないとされ、若年者に比べて麻酔薬は少なくて済むといわれていることから、薬剤の量についても考慮する必要があったと思われる。術後は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を指示されていた。術後、マーカインを注入し、17～18分後に血圧は最高56まで低下した。注入後、看護師は、患者の状態を観察していなかったのではないかとと思われる（Aの家族から血圧低下を知らされている）。血圧が低下してから呼吸・脈拍が低下するまでの10分間の間、血圧は、測定されていたものの、何らの処置もなされていないことから、看護師は患者の状態を把握できていなかったのではないかとと思われる。看護師が早期に異常に気が付き、医師に報告し救命処置がとられていれば、Aの呼吸停止を防ぐことができた可能性があった

のではないかと考える。

4. 考察

(1) 判例を考察する上での項目

以上の判例を次の項目にそって考察する。

- (i) 執刀医と麻酔医が同じである。
- (ii) 麻酔行為の補助・麻酔管理の補助を看護師に行わせている。
- (iii) 患者を管理するための各種モニター器機を使用していない。
- (iv) 救命処置の準備不足。
- (v) 術中・術後の観察が不十分である。

事件	①	②	③	④	⑤
(i)	○		○	○	
(ii)				○	
(iii)	○	○	○	○	○
(iv)					○
(v)	○	○	○	○	○

上記 (iii)、(v) は表にみるようにすべての判例に共通している。これらの事由が過失の判断にどのように影響しているかについてみると、「麻酔事故が発生しないように心電図モニターをあらかじめ装着して患者の状態を厳重に監視する義務があった」、「麻酔に伴う合併症を予防するため病院として最大限の努力、注意を払う義務がある」、「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」と判示している。悪結果との因果関係をみると、「心電図モニターの装着と厳重な患者監視を行っていれば、より早期に異常を発見することが可能であったものと認めるのが相当である」、「もし被告らが麻酔管理および術後の患者管理を十分に尽していたならば、Aの症状の変化を早期に発見し適切な措置を講ずることができたと判断すべきである」、「看護師が早期にAの呼吸抑制に気づき、有効な補助呼吸を行うとと

もに、被告が速やかに気管内挿管を行っていたならば、Aが低酸素状態となって心停止に至ることはなかった」となり、不作為が問題にされている。麻酔は、外科などとは違い治療行為そのものというより、手術を実施する際に行われたり、あるいは痛みを緩和させるために行われるという特徴がある。また、患者側に発生した悪結果は死亡や重度の障害の場合が多い⁵⁾。これらは、患者に発生した結果から、とるべきであった行為を考え遡及的に、過失が判断されていると考える。とるべきであった行為をとらなかった場合に過失があったとされることになる。過失における注意義務の内容は、監視義務や患者の状態を把握する義務などのように具体的⁶⁾である。

(2) 看護師の業務範囲

上記①～⑤判決を看護業務の範囲から考察すると、麻酔における看護業務は、(a)術前・術中・術後の観察、(b)麻酔行為の補助・麻酔管理の補助である。(a)が相対的看護行為、(b)が相対的医行為である。(a)が問題となった判決は①、②、③であり、(b)が問題となった判決は④、⑤である。①判決は患者が訴えているにもかかわらず看護師は、その訴えに何も対応しなかった。この点について裁判所は、「呼吸抑制の症状をうかがわせる訴えがあったにもかかわらず、適切な処置をとらなかった。術後の患者管理を十分に尽くしていたならば、適切な措置を講ずることができた。」と判示している。②判決は看護師の観察について、裁判所は「バイタルサインの観察・記録は、ペンタゾシンを静脈注射した後の術後の観察・記録としては適切とはいえないものといわざるを得ない。」、術後に薬剤を経口したことについては、「麻酔後の小児に薬剤を経口投与するに当たっては、事前に小児の覚醒状態を確認することが不可欠であることが明らかである。」としている。③事件は、被告病院において、本件事故が発生する前は、全身麻酔の場合や特に心臓に問題がある患者の場合以外は手術に際して心電図モニターは使用されていなかった。裁判所では、「心電図モニターも装着されておらず、また自動血圧計も5分おきに測定するようにしかセットされていなかったのであるから、患者監視に当たる者の役割は極めて重要であり、

看護師が、ほんの数分間のわずかな時間であったとしても、義務に違反した。」と判示している。これらの判決からみると、①判決は、看護師自身の観察の不十分さというより、患者の訴えに何もしていないということ自体が問題であり、看護師自身に過失を認めてもよいと考える事例である。②判決は、術後、患者に薬剤を投与するに際しては、看護師が観察し判断した事を医師に報告し、医師は直接、患者の状態を自ら確認して判断すべきであったのではないかと考える（看護師の報告義務・医師の確認義務⁷⁾。③判決は、医師と看護師は、互いに患者の状態を共有し異常を早期に発見するために予防措置をとるべきであったと考える。(b)が問題になった判決は④、⑤である。④判決では、医師の指示に基づき、麻酔行為の補助・麻酔管理の補助を行った。本件手術は、執刀医と麻酔医が同じであり、自動血圧計はセットされていたが、心電図モニターは装着されず、また、麻酔係を担当した看護師は全身麻酔に対する経験が皆無に等しいものであった。経験不足の看護師には、麻酔に際しての予見可能性を望むことはできないので、このような状況下において手術を行う場合は、医師は看護師に対して具体的な指示をするべきである（たとえば、呼吸状態について呼吸数が何回になったら報告する等）。⑤判決は医師の指示自体に過ちがあった。その過った指示に基づき看護師は、麻酔薬を注入したため看護師に責任はなかったとされた。被告病院においては、事故の発生前、麻酔の硬膜外注入後、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。そのためか、本事件において、注入後、血圧の低下を患者に付き添っていた家族から知らされている。また、患者は術前・術中にキシロカインを使用しショック状態になった事実を看護師も把握すべきであり、マーカインを使用すれば、再度、ショック状態に陥る可能性を予測し、医師に指示の内容を確認すべきであった⁸⁾。

5. 結論

麻酔における看護師の業務範囲を、相対的医行為、相対的看護行為に分けて考察した結果、①判決のように、明らかに看護師自身の判断が誤っていた場合

を除き、診療行為の一部を補助する麻酔業務においては、その行為（その行為に基づく判断も含めて）の危険性が高いほど、看護師は医師に報告・確認する義務がある。その義務を確定していくためには、医師の指示、判断は適切であったか、医師と看護師間で、互いに患者の状態を確認し、危険を回避するための予防措置をとったか、病院自体の設備・体制には問題がなかったか等を総合判断すべきではないかと考える。④判決では、看護師に麻酔行為の補助・麻酔管理の補助を行わせた事例である。仮に看護師を医師の手足と考え、ただ医師の言われるままに業務を遂行したとしても、医師にその指揮監督ができる状況にない以上、看護師に麻酔行為の補助・麻酔管理の補助を行わせたことは、診療の補助の範囲を超えていると考える⁹⁾。この事例のように安全に手術を遂行できる状況にない場合は、医師は手術が安全に遂行できる病院に転院させるなどの義務があった。麻酔における看護師の業務は、「相対的医行為」、「相対的看護行為」のいずれにしる、患者の身体に対する侵襲の大きい行為であるため、看護師にも（医師も同じく）専門的な知識に基づく高度な注意義務が求められると考える。

- 1) 加藤済仁＝蒔田覚編著『看護師の注意義務と責任』（2006年）31頁。
- 2) 前掲注1) 31頁。麻酔行為の補助については、麻酔行為が、患者の生命身体への影響の大きい薬剤を使用するものであること、その実施中も常時高度の医学的知識および技術をもって患者の状態を把握し、状態の変化に即応した適切な措置が求められる等の特殊性が存在することから、非常に微妙な問題である。
- 3) 浅井登美彦＝園尾隆司編『現代裁判法大系7 医療過誤』（1998年）271頁（恩田和世）。看護の内容からみて看護師が独自に判断し手をかける患者の問題を「看護診断」といい、他のメディカルスタッフと協力して対処する問題を「共同問題」という（R・カルペニート）。看護診断は疾患を有する人の生活上発生する問題であるため、診断名や症状に深く関わる問題は多い。
- 4) 前掲注1) 26頁。療養上の世話と診療上の補助とを明確に区別するよりも、医療の現場において、具体的に療養上の世話を行う際に医師の意見を求めるべきかどうかについて適切に判断できる看護師等の能力、専門性を養っていくことが重要である。
- 5) 熊本典道『麻酔事故の法律問題』（1992年）13頁。麻酔、特に全身麻酔は患者側の不可視の状態の下に行われるため、医療行為の過程が患者側にほとんど判らないため、事故即医師の過誤と即断されがちであり、また局所麻酔の場合は、患者側にとり簡易な医療行為にみえるにもかかわらず、発生した結果はきわめて重大、深刻であるため紛争、訴

訟に発展しやすい。麻酔と類似する事例としては、分娩に伴う事故がある。分娩の場合も、治療行為ではないが、患者側に発生する悪結果は死亡や重度の障害である。分娩の判例では、「慎重に経過観察を行う注意義務」（福井地裁平成15年9月24日判決）、「分娩経過を監視すべき分娩監視義務」（神戸地裁尼崎支部平成15年9月30日判決）と判示している。

- 6) 松倉豊治「ワクチン誤認接種による集団損害事例」判例タイムズ340号63頁。法的に処理されるべき義務は、それが単に観念的ではなく具体的にそれを果たしうる実態をもつべきである。
- 7) 大田幸夫編『新・裁判実務大系1 医療過誤訴訟法』（2005年）141頁（朝見行弘）。医師について医療行為の独立性・裁量性が認められているのと同様、看護師に許されている範囲内でなされた行為や判断について、医師は原則として、それらを信頼することが認められているというべきである。ただし、このことは、それらの行為や判断の誤りが重大な結果をもたらすことが予見される場合において、医師自らがこれを再度確認すべき注意義務を負っていることを否定するものではない。
- 8) 前掲注1) 39頁。看護師の知識・経験に照らして、当然に医師の誤りに気付くべきであったような事案では、医師の指示に基づいたものであったとしても、医師とともに法的責任を問われる場合も考えられる。
- 9) 菅野耕毅『看護事故判例の理論 増補新版』（2002年）105頁。看護師が医師または歯科医師の適切な指揮監督下に麻酔行為の補助を行うことは違法ではないが、麻酔行為は、麻酔の導入、術中管理、術後管理にわたって危険性の大きい医療行為であるので、看護師に指示して麻酔行為の補助をさせる医師または歯科医師にとっても、麻酔行為の補助をする看護師にとっても、相当に慎重な注意を要する業務であるから、吸入麻酔法による手術の場合のように、手術実施中の医師または歯科医師が麻酔につき指揮監督することが実態上不可能と考えられるときは、他に看護師を指揮監督できる医師または歯科医師がいない限り、看護師等による麻酔行為の補助は適法な診療の補助の範囲を超えるものと解されるのである。