

論文

訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大と法的責任

中西京子*

1. はじめに

本論文の目的は、看護師の法的責任の変遷をたどり、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大に伴う法的責任のあり方について考察することである。

人々の健康を担う看護師は、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和するという基本的責任を果たす役割がある。ここには当然、生命の安全を保障する法的責任が課せられている。実際、看護師の業務は保健師助産師看護師法（以下、保助看法）第5条により「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする」と規定されており、その内容については、日本看護協会による「看護業務基準集」にまとめられている¹。一方で、保助看法第37条において、「診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。」と医行為を行うことは原則禁止されている。他方で、「医師あるいは歯科医師の指示があった場合」、「臨時応急の手当」が必要な場合は医行為を行うことが許されているが、この部分は非常に曖昧な扱いとなっている。

そのようななか、環境の変化や国民の意識の変化、そして医療システムや社会保障システムの変化を受けるかたちで、看護業務の範囲、すなわち「診療の補助」と「療養上の世話」の解釈については、様々な検討が進められている。2000年には保助看法の一部改正により、看護職にも守秘義務規定が課されるようになった²。2002年には静脈注射は「診療の補助行為の範疇として取り扱うべきもの」となり、2003年には「療養上の世話」には医師の指示は必要ないとする通知が出されている。2006年の保助看法の一部改正により、処分を受けた看護職に対する罰則規定の強化と再教育の徹底等が定められた³。また、2007年には、「薬剤の投与量の調整」「緊急医療等における診療の優先順位の決定」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」等も診療の補助の範疇に入るものとして明確にされた。そして、2014年6月に「医療介護総合確保推進法」の1つとして保助看法が改正され、「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化され、より高度な医療処置が研修を受けた看護師にできるような方向へと進んでいる（図1参照）。裁量の範囲が拡大すれば当然その基本的責任の範囲も拡大する。それに伴い、看護業務に関連した医療事故により看護職が法的責任を問われることが増えてきている現状がある。

近年の医療政策は在宅医療の推進を掲げ、寝たきりの高齢者や認知症高齢者、悪性疾患の末期にある方が在宅での療養生活を希望した場合、安心して生活ができるような社会資源の整備がすすめられている。その中でも在宅医療を担う訪問看護ステーションの果たすべき役割はますます増大しているといえる。訪問看護ステーションとは、自宅で療養する人びとに対し、訪問看護サービスを提供する事業所のことであり、訪問看護師とは、ここで従事している保健師・助産師・看護師・准看護師のことである。このような状況のもとで、特に訪問看護ステーションで働く看護師は、一人で訪問し看護援助を行うことから、病院等における施設内看護とは異なる訪問看護特有の「個人の責任の重さ」がある。梶原らによる訪問看護ステーションへの就労意思の調査によると、就労意思なしの主要

キーワード：訪問看護ステーション、看護師、法的責任

*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2014年度3年次転入学 公共領域

因は、「単独での訪問による負担感」であることを報告している（梶原・真継、2014）。単独での訪問による負担感、個人の責任として重くのしかかり、このことが訪問看護ステーションへの就職を阻む、あるいは離職の一要因となっているといえる。特に、入院日数の短縮により医療依存度の高い人びとが在宅での療養者として増加してきており、看護業務の裁量の範囲が拡大することにより、医療事故を引き起こすリスクを高め、法的責任にも繋がっていくことが考えられる。

看護師の責任に関する先行研究では、看護職に関する判例について、診療補助業務の法的責任、療養上看護業務の法的責任、看護業務等の法的責任をめぐって詳細な検討がなされている⁴。しかし、いずれも病院看護師を対象とした事例であり、訪問看護ステーションの看護師の責任について論じたものはみあたらない。

2001年10月から厚生労働省が国立病院や特定機能病院等のヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、情報提供する「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）」を実施している⁵。その後、医療法施行規則（昭和23年厚生労働省令第50号）第12条に基づき、2004年10月から、国立高度専門医療センター、国立ハンセン病療養所、独立行政法人国立病院機構の開設する病院、学校教育法に基づく大学の附属施設である病院、特定機能病院について日本医療機能評価機構に対し、医療機関内における事故その他の報告を求める事案の報告が義務付けられた。とはいえそうした報告義務は、病院の看護師のみが対象となっている。

以下ではまず、第2節において訪問看護制度の創設から訪問看護の現状について、厚生労働省・日本看護協会・全国訪問看護事業協会等の報告書を基に述べ、現状を概観する。第3節においては、看護職が関わった医療過誤判例を通して、看護職の基本的責任がその時代時代でどのように扱われてきたのか、看護職が法的責任をどのように果たしてきたのかを検討する。第4節においては、訪問看護師の過失が取り上げられた初めての1事例とインシデント・アクシデント⁶の想定事例を基に、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大の実態を明らかにし、その法的責任が重くなっている実態について考察する。

2. 訪問看護の現状

ここでは、訪問看護制度の創設から訪問看護の現状について、厚生労働省・日本看護協会・全国訪問看護事業協会等の報告書を基に述べ、現状を概観する。

訪問看護とは、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅（老人福祉法に規定される老人ホームも含む）において看護師等が行う「療養上の世話」又は必要な「診療の補助」をいう。

訪問看護制度は、1992年に老人保健法の改正により老人訪問看護ステーションとして制度化された。この制度創設のねらいは、在宅の寝たきり老人等への訪問看護を拡大し、福祉との連携のもとに在宅医療の推進を図ることであった。そして、1994年に対象を老人以外にも拡大し、指定訪問看護制度となり、2000年に介護保険法の施行により訪問看護は介護保険、医療保険の双方に跨る制度となった。

この訪問看護制度の特徴は、看護師が管理者となることとされており、診療報酬や介護報酬を直接受け取ることができる点であり、被雇用者としての歴史しか持てなかった看護師にとっては大きな変化であったといえる。

1993年に277か所であった訪問看護ステーションの数は、介護保険が制度化された2000年には4,730か所と増加し、2014年2月現在6,992か所となっている（厚生労働省、2014）。

訪問看護利用者数は、2001年の介護保険の利用者18万8千人から2011年は28万6500人と1.52の増加率である。また、医療保険の利用者は、2001年は49,000人から2011年99,000人と2.02の増加率であり、医療保険、介護保険ともに、訪問看護サービスの利用者は増加していることがわかる。また、訪問看護の利用者は、医療依存度の高い重度・最重度の割合が増加しており、緊急時の対応など24時間対応体制が必要な利用者が増加していることが伺える⁷。

看護職の人数の推移としては、平成25年看護関係統計資料集によると、我が国の看護職員（看護師・准看護師・保健師・助産師）数は、約153.7万人であるが、そのうち約126.5万人（82.3%）は病院・診療所、約15.1万人（9.8%）が介護施設等に就業しており、訪問看護ステーションは約3.3万人（2.2%）である（社団法人日本看護協会、2013）。

全国訪問看護事業協会の調査によると、2006年4月から9月の6か月の間に6割のステーションが求人募集をしたが、そのうち35.1%は採用できなかったと報告している。また、2009年4月から9月までの看護師の求人募集は、56.0%が募集しているが、雇用できなかった事業所は2割以上みられた。そして人手不足の結果、約4割のステーションが退院患者等の新規の利用者の受け入れを断るといったことが起こっていると報告されている（社団法人全国訪問看護事業協会、2007、2010）。

在宅医療の要となる訪問看護ステーションの施設数は、増加傾向にあるが、そこで働く訪問看護師を確保していくことに大きな課題があることが伺える。

3. 看護師の法的責任の変遷

医療過誤については『医事法入門』において、「医療事故とは、医療によって生じた不良転帰全般をいい、こうした不良転帰のうち、医療関係者に責任を帰すことができるものを、医療過誤という。」と定義されている（手嶋、2015:213）。また、『看護事故予防学』では、「判例で求められる注意義務は、事故当時の医学・看護学の実践の水準で問われる。これはその時代や地域、さらには施設での医療状況などの条件によって影響される。このことから判例にはその時代の看護職の置かれた状況や地位が反映されているであろうと解釈できる。」とある（土屋他、2003:194）。したがって、この節においては、看護職がその時代時代でどのように扱われてきたのか、看護職が法的責任をどのように果たしてきたのかを、看護職が関わった医療過誤判例を通して考えてみたい。

看護業務である①「診療の補助」に関する法的責任と、②「療養上の世話」に関する法的責任に分けて以下に述べる。

看護師が行いうる業務、あるいは行えない業務として日本看護協会は、絶対的医行為、相対的医行為、療養上の世話と区分して記述している（社団法人日本看護協会、1997）。絶対的医行為は、医師または歯科医師が行う医行為であり、医師法第17条に規定されており、診断、処方、治療方針の決定などの医学的判断行為および高度の知識・技術を要する医行為である⁸。相対的医行為は、医師の指示により看護職者の知識、技術で行うことができる医行為である。この相対的医行為が「診療の補助」のことを示している。しかし、相対的医行為の範囲について保助看法ではなんら規定はなく、その解釈で問題となっていた静脈注射という薬物を直接血管内に投与する業務について、2002年に診療の補助行為の範疇となった⁹。また2007年には薬剤の投与量の調節、救急医療等における診療の優先順位の設定等に関しても明確に示されることとなった。「療養上の世話」は、保助看法第5条に規定されており、看護職者の知識、技術で主体的に行う看護行為のことであり、2003年に「療養上の世話」には医師の指示は必要ないとする通知が出されている。（図1参照）

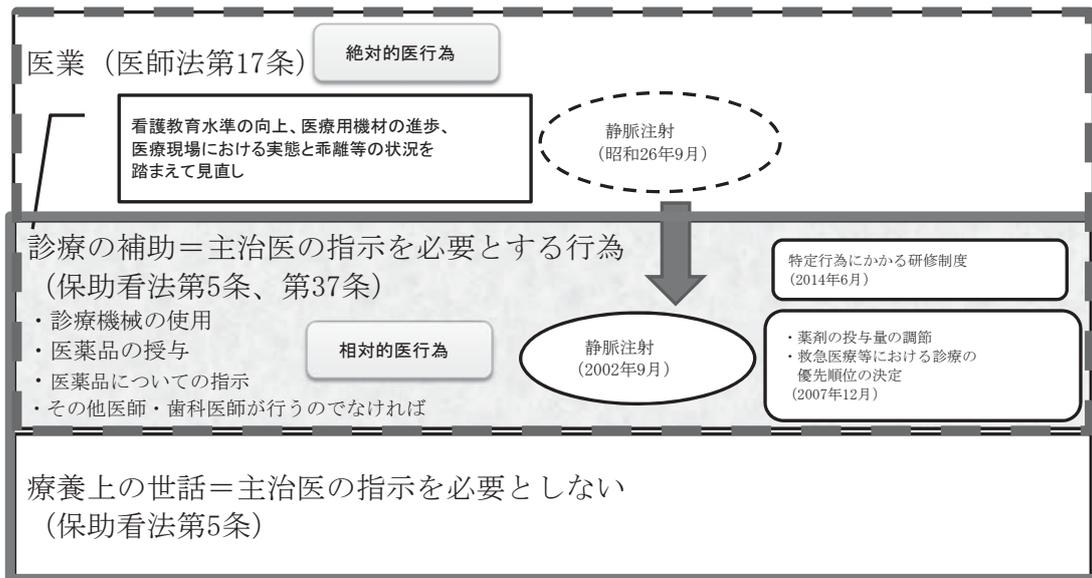
なお、看護職の呼称に関しては、呼称変更前の判例については、当時使用されていたとおりの呼称とした¹⁰。

3.1 「診療の補助」に関する法的責任

看護師の誤薬に関わる事例として、1927年の睡眠剤誤薬事件がある。看護婦が駆中剤チモールのもりで誤って睡眠剤ジアルを調剤投薬したため患者が中毒死した事故で、調剤の資格なく経験の乏しい看護婦に漫然と処方せんを交付して薬剤投与を命じた医師に不法行為責任があるとして損害賠償の支払いを命じた事例（高松地判昭和二年十二月三日、司法研究報告書十八輯四号二二四頁）（菅野、1989:15）。土屋は、「昭和初・中期の判例では、医師は頭（判断し指揮監督する）、看護婦はそれに従って補助行為をなす手足であり、手足である看護婦が事故を起こしても訴訟対象にはならず、頭である医師の指導監督義務違反のみが問われた」（土屋他、2003:195）と記述している。この時代において、看護婦は、看護婦の業務である「診療の補助」に関する責任をとっていないといえる。

次に、1969年の麻酔薬過量事件は、看護婦2名の過失が問われた事例である。

斜視矯正手術につき婦長から処置書を渡され麻酔注射を命ぜられたK看護婦は、注射すべきネンブタール50mgは注射液1ccにあたることを調べたが黒板に書くのを怠り、また分量の説明もせずに注射の実施をY看護婦に依頼したところ、Yが「50ミリ全部ね」と問い「うん」というKの返事を得て50ミリリットルと誤信して注射したため、患者を呼吸麻痺により死亡した事故で、Y看護婦は刑事責任を問われたが、ただYだけの過失ではなくKの過失も



を行うことなどを条件に、「薬剤の投与量の調整」「静脈注射」「緊急医療等における診療の優先順位の決定」「入院中の療養生活に関する対応」「患者・家族への説明」等が役割分担の例として挙げられており、「診療の補助」に関する業務範囲が拡大していることが伺える。看護師の「診療の補助」に関する業務は、看護教育水準の向上や医療用機材の進歩、医療現場における実態との乖離等の状況を踏まえて見直しが行われている。しかし、このような業務範囲の拡大は、患者の生命に直結する重大な責任を負うことでもあり、看護師に重くのしかかる状況を生んでいるといえる。

3.2 「療養上の世話」に関する法的責任

1956年の湯たんぼ火傷事件は、看護師の過失は問われなかった事例である。X（女性）は昭和三一年一月十九日Y病院に入院し、翌二〇日午後二時から四時まで全身麻酔のうえ妊娠中絶および卵管結紮の手術を受けた。手術後、看護婦Hが患者Xの付添婦として雇われたIとともにXを病室に運び、Xの足許から握りこぶし一つほど離れた位置に湯たんぼを置き、その取扱いをIに任せたと、Xは熟睡中に湯たんぼで足に第三度の熱傷を負った（京都地判昭和四〇年一月四日、医療過誤民事裁判例集二八〇一頁）（菅野、1988:76-77）。土屋は、「この事案は、湯たんぼの世話を付き添い人に任せたとが過失であるか否かが争われた。この当時は看護師の主たる業務は『診療の補助』であり、療養上の世話は付き添い人がするのが実情であった。判決においてもこの病院は完全看護制度を採用しておらず、看護師としての職務は医師の指示に基づく患者のための医療行為に限られていたので、患者の身のまわりの世話は看護師の職務に属さないことを認定し、看護師に過失はないと判断した。判決の趣旨からみて、昭和30年代になっても看護師は医師の補助者としみられず、療養上の世話は看護師の独自の業務とは解釈されていない」（土屋他、2003：196）と記述している。

1984年の褥瘡裁判は、家族が市に対して損害賠償請求の訴訟を起し、一番は敗訴したが、控訴審で市が慰謝料を支払うことで和解成立した事例である。61歳の女性が脳出血で市立病院に入院したが、褥瘡が発症し、機能回復訓練にも支障を来し、かつ褥瘡からの出血により死亡した。褥瘡は予防できるのに、医師・看護婦はこれを怠ったとして夫が提訴した事例である（名古屋地判昭和五九年二月二三日、名古屋高裁和解昭和六〇年一〇月一日、年報医事法学三号三二頁）。

松村は、褥瘡裁判に対する証言者として、看護師が行った援助に対して次のように考察している。

・・・B病院における患者に対する看護を看護記録と医師のカルテ等から推察すると、死亡時までの間に、左右の耳漏、口内炎、むし歯、肺炎、気管支炎、尿路感染症、腎盂炎、膀胱炎、そして腸骨および仙骨部の褥瘡と常識では考えられない程の合併症にむしばまれ、いかに生命力が消耗していったかという過程が淡々と何事でもないかのように記録されている。これらの合併症はすべて看護の結果と考えることができるものばかりであり、いかに低いレベルの看護(?)であったかについて今さらいうまでもないことである。しかも基準看護体制を取りながら、何の知識も技術ももたない夫である原告に看護をゆだねていたことに疑問も持たなかった看護婦達の意識構造は一体どのようなものであったのか、私は怒りさえ覚える。しかもこれらの実情分析の結果に対し「相当高度な看護と推測できる」という裁判官の考えに私は自尊心を激しく傷つけられたものである。（松村、1988）

また、裁判後の看護師たちの批判的な反応を次のように記述している。

・・・こうした私の証言動機と行動は必ずしも看護婦仲間から受け入れられるものではないことを承知していた。裁判後の反応は私の事前の予測をはるかに超えるものとなった。その反応をいくつかを紹介させていただくと、①看護は医師の指示を受けて行うべきもので、医師会からいづれ釈明をもとめられるでしょう。②褥瘡は起り得る必須の合併症である。絶対つくらなくてすむ等ありえない。③理論と実際はちがう。実践を知らない人の言うことを信じられては困る。④基準看護をとっていたら看護レベルが下がるのは当然で褥瘡予防は無理なこと。⑤看護婦が看護婦の敵になるなんて裏切り者だ。（松村、1988）。

この褥瘡裁判について橋本は、「昭和 60 年 10 月 13 日付毎日新聞に、『床ずれは看護怠慢』という見出しで大きく報道され、看護界に大きな反響をもたらした」と述べている（橋本、2001）。土屋は「この事件をきっかけにして療養上の世話が看護の主体的な業務であることの確認、さらには看護記録のあり方の検討や褥瘡研究などに発展した」（土屋他、2003：201）と記述している。

この褥瘡裁判を契機として、看護職自身が看護の専門職としての責任について自覚し、法的責任に対する考え方も一転させるものとなったのではないかと考える。

2003 年には『新たな看護のあり方に関する検討会報告書』の中で、①看護職は療養生活支援の専門家としての確かな看護判断に基づく看護技術を提供すること、②「療養上の世話」には医師の指示は必要ないが、看護職は医師への相談の要否について適切に判断できる能力・専門性を養う必要があること、③看護職は医師の指示内容の適切性や自らの能力との整合性を判断し、必要に応じて疑義を申し立てること、等が示された（厚生労働省、2003）。判決後、実に 20 年以上経過し、「療養上の世話」については、医師の指示を必要としない看護師独自の業務としての責任が明確に示されたといえる。

4. 訪問看護師の裁量の範囲の拡大と法的責任

この節では、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大に伴う法的責任について、訪問看護師の過失が取り上げられた初めての 1 事例とインシデント・アクシデントの想定事例を基に考察する。第 3 節での分析をふまえて、看護業務である①「診療の補助」に関する法的責任と、②「療養上の世話」に関する法的責任について述べ、加えて、訪問看護ステーションに特有である③法的責任が問われてくるその他の業務について検討する。

4.1 「診療の補助」に関する法的責任

在院日数の短縮により、医療依存度の高い人が在宅での看護の対象者として多くなっており、診療の補助に関する業務の増大による裁量の範囲が拡大している現状がある。

以下の判例は訪問看護師の過失が取り上げられた初めてのケースである。

平成 17 年（い）第 30603 号 訪問看護師による不適合輸血事件であり、医師は罰金 50 万円、業務停止 1 年、訪問看護師は、罰金 20 万円、業務停止 1 月の処分が下されている。

「本件は、医師が輸血に際して自宅療養中の患者の血液型を十分確認しないまま、血液型の異なる輸血用血液を日本赤十字社に発注して患者宅に届けさせ、訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師は、患者宅に届けられた血液型が診療録等に記載された患者の血液型と一致しているか確認しないまま輸血したため、不適合輸血によりショック死させた事案である。」（千葉簡裁略式平成 17・6・9 刑事医療過誤Ⅲ 139）（飯田、2012：139）。

本来、安全性から考えると輸血は施設及び人材の整った医療機関等において実施されるものである。この判例では、実施前に医師・看護師の両方で血液製剤が適合かどうかの確認がおこなわれていないことが問題であったと考える。これは第 3 節で述べた麻酔薬過量事件でも十分な確認をしないまま投与されており同様といえる。また輸血開始後 5 分間は特に注意深く患者の状態を観察する必要があるが、その対応もできていなかったこと、本人及び家族への輸血の必要性と副作用に関する説明と同意がきちんとなされていたのかが不明である等の問題が考えられる。在宅において輸血を実施するにあたっては、医師・看護師の監視下による医学的管理を保証することではじめて可能となる。しかし、在宅においては、本事例のように医師が不在の状況での援助がおこなわれることが多く、裁量の余地が大きいがために法的責任が先鋭的に問われてくると考える。

次にインシデント・アクシデントの想定事例から考えてみたい。

この想定事例については、上野桂子の『訪問看護ステーション事故事例作成検討事業 平成 16 年度報告書』において、①各訪問看護ステーション管理者より過去 5 年間に起こった事故またはヒヤリハット事例、②保険会社で保有する過去 3 年分の事故データから特徴的な事故類型を参考に作成した想定事例である（上野、2005：42）。

事例1：90歳代 女性 数年前から寝たきり 全面介助が必要

利用者家族から「チューブが抜けてしまったので、入れてほしい」との連絡を受け、訪問看護師が利用者宅を訪問した。経鼻胃管栄養における栄養チューブ挿入後、胃内容物を吸引すると吸引物は出てこなかった。次に、注射器で空気を2～3回送ったが、胃部で聴診器によって気泡音が聞き取れなかった。5回目ようやく弱い音を確認した。訪問看護師はこれを胃部における音と考え、チューブが胃内へ挿入できたと判断した。利用者の吐き気の訴えはあったものの、栄養剤の注入を開始し、利用者宅を後にした。数時間後、利用者は39℃の発熱をきたし、家族が救急車で病院へ運んだ。医師の診察の結果、胃チューブが胃内に挿入されず気管内に挿入された事実が判明し、肺炎と診断された。家族から訪問看護ステーションに連絡があり、管理者と担当看護師は病院に行き謝罪を行った。取扱代理店に事故発生の状況を報告した（上野、2005：50）。

この事例1のように、栄養チューブの交換や他にも導尿カテーテル交換による出血等の事故が多くみられている。訪問看護終了後救急車で入院となっているように、気がかりとなることがあった場合、施設内のように何度も観察に行くことはできない。予測した対応を家族に指導することが必要となる。現在、8割弱の訪問看護ステーションが24時間対応を行っており、特に医療依存度の高い人が在宅での看護の対象者として多くなっていることから、医療機器等の夜間のトラブルの発生による訪問も増加している。また、小規模のステーションほど、職員一人が24時間オンコール対応を行う回数が多く、特に3人未満の零細なステーションでは月平均15.6日夜間携帯を持参して自宅に待機しており、訪問看護師にかかる負担が非常に大きい状況である（社団法人日本看護協会、2008）。

2014年6月に「医療介護総合確保推進法」の1つとして保助看法が改正され、「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化された¹¹。この制度の目的は、2025年に向けて在宅医療を支えていく看護師を養成していくことであるといわれている。藤内らは、「この制度の成立により、1948年の保助看法の制定以来67年ぶりに看護師の業務拡大に関する改革に手がつけられた」と述べている（藤内・山西、2015）。

しかし、このような業務拡大は、訪問看護師の緊急時や急変時における判断が、利用者の生命と直結しており、そこには予測した対応が看護師として当然求められている。第3節で述べた電気メス器誤接続事件は、この危険を予測して行動することができていなかった事例であるといえる。また、在宅では予測した対応として家族への説明義務が求められ、その結果、施設内看護の場合よりも法的責任が重く問われることとなるのである。

4.2 「療養上の世話」に関する法的責任

施設内看護と訪問看護との大きな違いは、訪問看護の提供の場は、患者のプライベートな場であり、ケアの受け手のテリトリーの中でケアを実施していくという点である。

療養者の生活の場に入るといえることは、施設内と違い個々の環境がすべて違う。二階堂らによる調査結果から、療養上の世話に関する事故は全体の31%を占め、その中でも入浴中、歩行中の転倒事故が多いことを報告している（二階堂他、2004）。

以下の事例でみてみよう。

事例2：70歳代 女性 認知症（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ a）要介護2 日常生活動作は、一部介助が必要であり、廃用症候群による筋力低下を認める。訪問看護師は、いつもと同じように入浴介助を行っていたが、タオルを取ろうとして利用者に「動かないでくださいね。ちょっとこのまま待っていてくださいね」と声をかけ、一瞬利用者から目を離した。その時利用者がシャワーチェアから立ち上がろうとしたのか、足を滑らせて浴槽のへりに頭を軽く打って転倒した。事故直後、訪問看護師は、落ち着いて利用者の意識レベルと顔色を確認し、寝室に移動し臥床させて、血圧や脈拍を測定し打撲部の状況を観察し異常がないことを確認した。また状況を家族に説明し、謝罪を行うとともに主治医及び訪問看護ステーションの管理者に報告した。30分程様子を見たが、意識レベルなどの異常の徴候がなかった。再度血圧測定などにより異常がないことを確認し、家族に利用者に変化があればすぐに訪問看護ステーションに連絡を入れてもらうことを依頼し退室した。夕方、訪問看護師は家族に状態を確認し、変化がないことを聞き、主治医と管理者に報告。翌朝も状態を確認し、以後訪問時にも

観察を継続した（一般社団法人全国訪問看護事業協会編、2013：133）。

事例2のような入浴介助においては、認知症高齢者の理解度を把握し、どこまで自力でできるのかを見極め、環境を整えてから入浴という介助を行っていくが、基本的なケアは施設内であれ在宅であれ変わるものではない。しかし訪問看護特有なものといえば、それぞれの家庭の環境の違いによるリスクを観察し、判断し、調整する力であると考えられる。ここが療養上の世話における訪問看護師の責任であり、この判断を誤れば、この事例のような転倒という事故に繋がっており、この判断の重さが法的責任と共にあるといえる。

4.3 法的責任が問われてくるその他の業務

以下では、訪問看護ステーションに特有の法的責任について考える。

第一に、訪問時間が決まっていることが特徴としてあげられる。

以下の事例でみてみよう。

事例3:訪問看護師は、訪問1件目が終了後、次の訪問のため急いで自転車で移動していた。自転車で移動中に、広い道路から狭い道路に出たところ、前を横切った被害者（60歳代・女性）の自転車の後輪に追突した。被害者は乗っていた自転車と共に転倒し、左肩を打撲した。被害者に出血がないこと、頭部外傷のないことを確認し、謝罪した後、救急車を要請する必要のないことを双方で確認した。医師の診察については、被害者はかかりつけ整形外科の受診を希望したので、そのようにした。また、受診に際しては、「このまま自転車で、一人で行くことができる」とのことであったので、双方の住所・連絡先を確認して別れた。同時に、事故後すぐに管理者に連絡し、事故の報告とともに、2件目の訪問先へ遅れる旨の電話を入れてもらうことを依頼した。翌日、管理者は被害者宅に謝罪とお見舞いを兼ね、お見舞品を持参して訪問した。けがの状態を確認し、取引代理店に事故発生の状況を報告した。1か月後に、2回の受診で完治したことを確認した（一般社団法人全国訪問看護事業協会編、2013：198）。

訪問看護ステーションにおける事故の傾向についてみると、訪問看護における事故に関して、二階堂らの調査では、介護保険制度施行3年経過後の事故の総数は245件で、そのうちインシデントの占める割合は79.2%、アクシデントでは20.8%であり、事故の内訳は①看護者自身の事故、②ケアに関する事故、③医療処置に関する事故、④その他に分類され、看護者自身の事故が全体の40%を占めていたと報告している（二階堂他、2004）。そして、看護者自身の事故は、交通事故のことを指しており、上記のような訪問途上における事故である。施設内看護であれば通勤途上の事故ということで、他の看護師がカバーに入ることができる。しかし、訪問看護は、約束した時間に訪問し援助を終えなければならない。事例のように次の訪問先に遅れることを連絡し、必要であれば他の看護師を調整しなければならないこととなる。

在宅における事故に関する調査によると、「遠隔地（片道25Km以上）が多いので、緊急時の対応に不安がある。」「冬季の訪問看護移動時の自転車運転事故への不安がある。」と移動に関する不安の報告がある（石井、1997）。

訪問時間が決まっており、その時間に事故のために利用者宅に行くことができないということであれば、責務を果たすことができない。このことが訪問看護における大きな違いの一つであるといえる。

第二に、訪問看護師は、一人で訪問し急変した場合も一人で対応しなければならないということである。

平山は「訪問看護師は、療養者宅へ一人で訪問して看護ケアを行うことから、孤独になりやすい職場環境にあり、特に困難と感じる事例に遭遇しているときに強く《孤独感を抱えている》傾向にある。『担当看護師だけが訪問をしていたときは、訪問をしていない同僚や所長が“そんなの知らない”っていう感じだったの』と、同僚や管理者から〈見離された感〉があり、『最初はやっぱり自分だけが変じゃないかと思いました。みんなは違うかもって思うし、みんなには話せないじゃないですか。困っている状況は話せても、こういう、自分の悪いところみたいなのは話せないですよ。“困難なんだ！”って思いました。守秘義務があるから、家族に話すわけにもいかないから、結局自分で持っているんです』と、〈困っていることを独りで抱えている〉状況であった。」（平山、2008）と一人で関わるこ

との困難な状況について報告している。

また、光本らの訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思の調査において、仕事内容は負担が大きいと思うかの設問に、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」と回答した者は合わせて72.5%であり、仕事負担感と業務内容との関連では、「就業前に考えていた仕事内容との相違」「任されている仕事の多さ」「判断を必要とする場面の多さ」「複雑な看護技術の多さ」を感じている人ほど仕事の負担感を大きいと考えていることが示されていると報告している（光本他、2008）。

施設内であれば設備や機器が整った状況で、「ちょっと手を貸して」「一緒に確認して」といえば誰かが駆けつけてくれる。また何かおかしいことがあれば「それ大丈夫?」とアドバイスをしてくれる先輩の存在もある。このように施設内は、看護体制としてチームで関わり、急変した場合でも医師や看護師等に助けを求めることができる環境である。しかし、在宅においては、事例2のように、一人で訪問し、転倒という緊急事態が生じた場合も冷静に判断し、一人に対応しなければならない。重要なのは、この一人で判断し対応するということが、施設内看護師にはない訪問看護師の業務としての役割の重さを特徴づけるものとなっている点である。

第三に、訪問看護制度の特徴として、看護師が管理者であるという点である。

今まで被雇用者としての歴史しか持てなかった看護師にとっては大きな意義がある。管理者は、訪問看護師としての実践力はもちろんであるが、労務管理、経営、対外的な交渉、スタッフの教育、他の医療従事者との調整、地域への働きかけ等々多くの役割を有する。訪問看護ステーションの管理者のやりがい構成する要素として、松原は「訪問看護ケアの提供から得られる喜びを基盤とし、スタッフから得られる喜び、よい評価をされる喜び、全てのことを采配できるおもしろさ」であると述べている（松原、2014）。しかし半面、上記のどの事例にも共通しているように、医療事故が発生すれば、管理者は利用者への謝罪はもちろんのこと、賠償責任についても問われる。特に訪問看護ステーションは、小規模の施設が多いことから経営にも影響し、風評被害による地域での営業ができなくなることも考えられる。このように管理者としての法的責任は非常に大きいといえる。そのため、事故発生時の備えとして、日本訪問看護財団が開発した総合保険制度があり、賠償責任保険、業務従事者傷害保険、感染症見舞金保障、個人情報漏えい賠償責任保険といった保険制度が活用できるようになっている。

5. おわりに

本稿においては、看護師の法的責任の変遷をたどり、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大に伴う法的責任のあり方について論じてきた。

特に在宅医療を担う訪問看護ステーションの看護師と施設内の看護師との違いは、以下の5点が特徴として考えられた。

- 1) 訪問看護師は、複数の訪問看護の場所を時間に縛られながら移動する必要があるため、現場以外での災害たとえば交通事故のリスクを背負っている。
- 2) 訪問看護の提供の場は、患者のプライベートな場であり、ケアの受け手のテリトリーの中でケアを実施していくため、個々の環境の相違によるリスクを観察し、判断し、調整・実施する力が求められる。この判断を誤れば、事故に繋がっており、この判断の重さが法的責任と共にある。
- 3) 訪問看護師は、訪問に訪れたその場で、一人で判断し、適切な対応が求められることから、緊急時や急変時における判断が、利用者の生命と直結しており、判断の重さが法的責任と共にある。
- 4) 在院日数の短縮により、医療依存度の高い人が在宅での看護の対象者として多くなっており、診療の補助に関する業務の増大による責任の範囲が拡大している現状がある。
- 5) 訪問看護ステーションの管理者は、医療事故が発生すれば管理者としての法的責任が非常に大きいといえる。

訪問看護ステーションの看護師の数はまだまだ十分とはいえ、確保には大きな課題がある。訪問看護ステーションへの就職を阻む一要因に「責任の重さ」が関連していることは述べた。時代の変化に伴う法の改正は、看護業界により大きな影響を与え、特に在宅医療を担う訪問看護師にとっては、診療の補助業務の拡大と共に、法的責任が重くのしかかっていると見える。今後は、訪問看護師にインタビューを行い法整備がもたらした責任の変化を明確

にしていくことを課題とする。

【注釈】

- 1 日本看護協会は、1995年に公表した「看護業務基準」を改訂し、「看護業務基準（2006年度改訂版）」を作成。看護業務基準とは看護職の責務を記述したものであり、基準は看護実践のための行動指針及び実践評価のための枠組を提示している。その内容は看護という職種の価値観と優先事項とを反映している。したがって、看護業務基準は保健師助産師看護師法で規定されたすべての看護職に共通の看護実践の要求レベルを示すものである（社団法人日本看護協会、2007）。
- 2 保健師助産師看護師法 第四十二条の二「保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなった後においても、同様とする。」第四十四条の三「第四十二条の二の規定に違反して、業務上知り得た人の秘密を漏らした者は、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。2前項の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない。」と規定されている。
- 3 保健師助産師看護師法 第十五条の二「厚生労働大臣は、第十四条第一項第一号若しくは第二号に掲げる処分を受けた保健師、助産師若しくは看護師又は同条第三項の規定により保健師、助産師若しくは看護師に係る再免許を受けようとする者に対し、保健師、助産師若しくは看護師としての倫理の保持又は保健師、助産師若しくは看護師として必要な知識及び技能に関する研修として厚生労働省令で定めるもの（以下「保健師等再教育研修」という。）を受けよう命ずることができる。」と規定されている。
- 4 看護職に関する判例について書かれた論文としては、管野耕毅（1987：151-272）、管野耕毅（1988：1-138）、管野耕毅（1989：1-104）がある。
- 5 患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例。具体的には、ある医療行為が、(1)患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、(2)患者には実施されたが、結果的に被害がなく、またその後の観察も不要であった場合等を指す（厚生労働省,2000）
- 6 インシデント（ヒヤリハット）とは、思いがけない出来事「偶発事象」であり、これに対して適切な処理が行われないと事故となる可能性がある事象である。アクシデントとは、医療従事者が行う業務上およびそれに起因する事故の総称。過失が存在するものと、不可抗力（偶発）によるものの両方が含まれる。インシデント（ヒヤリハット）には気づかなかったり、適切な処理が行われないと、障害を引き起こし「事故」となる（上野、2005:3）。
- 7 医療保険の訪問看護利用者の疾患は、神経系の疾患、精神及び行動の障害、悪性新生物の順に多い（介護保険「介護給付費実態調査」各年5月審査分）（医療保険「保健局医療課調べ」平成13年のみ8月、他は各年6月審査分）。
- 8 医師法第十七条は「医師でなければ、医業をなしてはならない。」と規定し違反者に3年以下の懲役若しくは100万円以下の罰金を科している（同法第31条1項）。この規定は医業独占規定と呼ばれ、医師に医業を独占させることで国民の生命や健康の安全を確保するための規定である。
- 9 静脈注射は、昭和26年9月15日医取第517号通知により、医師又は歯科医師が自ら行う業務であって、看護師の業務の範囲を超えるものであるとされていた。その後50年以上当該解釈が維持されていたが、多くの病院で看護師が静脈注射を実施していることから、実態調査を基に検討会が開催され、厚生労働省医政局長通知（平成14年9月30日付け医政発第0930002号）により、看護師による静脈注射は保助看法第5条の診療の補助の範疇とされることとなった。
- 10 平成13年（2001）の法律第153号で、“保健婦、助産婦、看護婦”という名称から、“保健師、助産師、看護師”と改正。この背景には、助産師資格を男子に開放すべきという要望がきっかけとなり、性別によって専門職の資格名称が異なる職種は看護職だけであったこと、また男女共同参画社会の推進という時代の流れもあり、専門職にふさわしい名称として保健師、助産師、看護師に改正。
- 11 平成27年3月13日に、保健師助産師看護師法第37条の2第2項第1号に規定する特定行為及び同項第4号に規定する特定行為研修に関する省令（平成27年厚生労働省第33号。以下「特定行為研修省令」という。）が公布され、同年10月1日（ただし、指定研修機関の申請に係る規定は、同年4月1日）から施行されることとなった。この新たな研修制度は、看護師が手順書により行う特定行為を標準化することにより、今後在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことを目的としている。

【文献】（五十音順）

- 飯田英男（2012）『刑事医療過誤Ⅲ』信山社。
- 石井トク（1997）「在宅ケアにおける医療事故の把握と訪問看護婦の注意義務についての分析」『文部省科学研究費補助金研究成果報告書』。
- 一般社団法人全国訪問看護事業協会編（2013）『事故事例から学ぶ訪問看護の安全対策 第2版』日本看護協会出版会。
- 上野桂子（2005）『訪問看護ステーション事故事例作成検討事例 平成16年度報告書』。

- 厚生労働省 (2003) 『新たな看護のあり方に関する検討会 (2003) 新たな看護のあり方に関する検討会報告書』平成 15 年 3 月 24 日。
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/03/s0324-16.html>) [2013.5.1]
- 厚生労働省 (2014) 『厚生労働省アフターサービス推進室活動報告書』平成 26 (2014) 年。
- 厚生労働省 (1993) 『介護給付実態調査』(平成 5 (1993) 年 4 月、平成 12 (2000) 年 4 月、平成 18 (2006) 年 4 月、平成 23 (2011) 年 4 月、平成 24 (2012) 年 4 月、平成 26 年 2 月)
- 厚生労働省 (2002) 『看護師等による静脈注射の実施について (医政発 0930002)』平成 14 年 9 月 30 日。
- 厚生労働省 (2007) 『医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について (医政発第 1228001 号)』平成 19 年 12 月 28 日。
2007. 厚生労働省ホームページより。
(<http://www.mhorei.mhlw.go.jp/horei/doc/tsuchi/200407-c00.pdf>) [2013.5.1]
- 厚生労働省ウェブサイト, 特定行為に係る看護師の研修制度 看護師の特定行為研修の概要について 資料 P10
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>)
- 厚生労働省ウェブサイト (2000) 『リスクマネジメントマニュアル作成指針』(http://www1.mhlw.go.jp/topics/sisin/tp1102-1_12.html)
- 社団法人日本看護協会 (2008) 「平成 18 年度「訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携に関する研究」。
- 社団法人日本看護協会 (2007) 『看護業務基準集 2007 年改訂版』日本看護協会出版会。
- 社団法人日本看護協会 (1997) 『看護職の社会経済福祉に関する指針 医療事故編』日本看護協会出版会。
- 社団法人日本看護協会 (2013) 『平成 25 年看護関係統計資料集』日本看護協会出版会。
- 社団法人全国訪問看護事業協会 (2007) 『平成 19 (2007) 年 訪問看護ステーション経営概況緊急調査』。
- 社団法人全国訪問看護事業協会 (2010) 『訪問看護事業所の基盤強化に関する調査・研究事業——訪問看護事業所の活動経営状況に関する全国実態調査報告書』平成 22 (2010) 年。
- 管野耕毅 (1987) 「診療補助業務の法的責任－看護事故判例の研究 (1)」『医事学研究 2 号』。
- 管野耕毅 (1988) 「療養看護業務の法的責任－看護事故判例の研究 (2)」『医事学研究 3 号』。
- 管野耕毅 (1989) 「看護業務等の法的責任－看護事故判例の研究 (3)」『医事学研究 4 号』。
- 土屋八千代・山田静子・鈴木俊夫 編 (2003) 『看護事故予防学』中山書店。
- 手嶋豊 (2015) 『医事法入門』第 4 版 有斐閣アルマ。
- 檜原理恵・真継和子 (2014) 「病院看護師の訪問看護ステーションへの就労意思に関する実態と関連要因」『大阪医科大学看護学科雑誌』4 : 60-67。
- 二階堂一枝・篠原裕子・松村幸子・木下安子 (2004) 「訪問看護におけるインシデント・アクシデント及び予防・対応策の実態——介護保険法施行後 3 年を経た N 市訪問看護ステーションの調査から」『新潟青陵大学紀要』4 : 237-261。
- 西原春夫 (1969) 『交通事故と信頼の原則』成文堂。
- 橋本久子 (2001) 「ケアの質と法的責任——褥瘡裁判を通して」『九州大学紀要』8 (1) : 153-160。
- 平山香代子 (2008) 『療養者への援助に困難をきたしている訪問看護師の体験構造 財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2008 年度完了報告書』。
- 藤内美保・山西文子 (2015) 「大学院修士課程における診療看護師 (NP) 養成教育と法制化」『看護研究』148 (5) : 410-419。
- 松原みゆき (2014) 「訪問看護ステーションの管理者のやりがいと困難を構成する要素」『日本赤十字広島看護大学紀要』14 : 37-46。
- 松村悠子 (1988) 「看護婦の社会的責任」『北海道大学医療技術短期大学部紀要』10 (1) : 123-131。
- 光本いづみ・松下年子・大浦ゆう子 (2008) 「訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思と業務特性との関連」『産業医科大学雑誌』30 (2) : 185-196。

The Increasing Burden and Legal Responsibility of Visiting Nurses in Japan

NAKANISHI Kyoko

Abstract:

Japan's Visiting Nursing Station System was established in 1992, and the number and work of visiting nurses have been increasing, as well as their legal responsibilities. However, very little has been studied on the actual situation of the increasing burden and legal responsibilities of visiting nurses and how the institute of support is lagging. Thus, this paper examines cases of medical errors, incidents, and accidents, and revealed the following problems in the system: (1) Visiting nurses face the higher risk of traffic accidents because they need to travel more and need to meet the appointed time. (2) Visiting nurses face the higher risk of incident or accident due to the differences in the patients' individual environment, which requires observation and determination skills, and need to adjust and implement accordingly to avoid accident which can lead to legal responsibility of the nurses. (3) Visiting nurses bears heavy burden and legal responsibility to single-handedly take care of the event of emergency. (4) Because of the increase in home-cared individuals with high medical dependency, the range of work of visiting nurses increases with the attached legal responsibility. (5) The administrators of visiting nursing stations also face legal responsibilities as the administrator.

Keywords: visiting nursing stations, visiting nurse, legal responsibility

訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の範囲の拡大と法的責任

中西京子

要旨:

訪問看護ステーションは1992年に設立され、拡大する業務とともに、訪問看護師にかかる責任が重く、看護師の確保が課題である。本論文の目的は、看護師の法的責任の変遷をたどり、訪問看護ステーションにおける看護職の裁量の拡大に伴う法的責任のあり方について考察することである。訪問看護師のインシデント・アクシデント想定事例を基に分析した結果、訪問看護ステーションの看護師は、(1) 契約した時間のため、交通事故のリスクを背負っている。(2) 個々の環境の相違によるリスクを観察・判断し、調整・実施する力が必要であり、この判断を誤れば、事故に繋がるという「判断の重さ」が法的責任と共にある。(3) 緊急時や急変時に一人で対処しなければならないという重圧が法的責任と共にある。(4) 医療依存度の高い人の増加により、業務の増大による責任の範囲が拡大している。(5) 訪問看護ステーションの管理者は、医療事故が発生すれば管理者としての法的責任が問われる。以上が明らかになった。