

## 一宮身体拘束裁判（抜粋）

(1) 医療や看護、介護の現場における患者の身体抑制や拘束に関しては、従来から、患者の身体機能を低下させるなどの弊害がある上に、個人の尊厳や人権擁護の観点からも疑問があるとして問題視されていたが、平成10年10月30日、福岡県内の10の介護療養型医療施設により、「老人に、自由と誇りと安らぎを」として抑制廃止福岡宣言が発表され、全国への抑制廃止運動の展開が提唱された。

そして、平成11年3月31日には、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（厚生省令40号）の中で、介護保健施設サービス等の取扱方針として、当該入所者（利用者）又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない旨定められた。

また、平成13年3月には、厚生労働省の「身体拘束ゼロ作戦推進会議」

により「身体拘束ゼロへの手引き」が作成され、高齢者ケアに関わるすべての人に、と題して、医療や介護の現場における身体拘束の問題性、身体拘束に伴う弊害、身体拘束をせずに行うケアの必要性が説かれ、さらに介護保険指定基準における身体拘束禁止規定に関して、切迫性（利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと）、非代替性（身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと）、一時性（身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること）の3要件がすべて満たされることが必要と解されることなどが具体的かつ詳細な内容で示された（甲22の2、23、28、弁論の全趣旨）。

(2) このように身体抑制や拘束の問題を見直し、これを行わないようにしようという動きは主に介護保険施設や老人保健施設を中心に見られたものではあるが、高齢者の医療や看護に関わることのある医療機関等でも問題は同様であって、上記に示されたところについては、少なくともこれらの医療機関では一般に問題意識を有し、あるいは有すべきであったものということができる。

そして、身体抑制や拘束が、上記の「身体拘束ゼロへの手引き」に示されているような身体的弊害（本人の身体機能の低下や圧迫部位のじょく創の発生等の外的弊害、食欲の低下及び心肺機能や感染症への抵抗力の低下等の内的弊害、拘束具による事故や拘束から逃れようとした際の事故の発生のおそれなど）、精神的弊害（本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった多大の精神的苦痛を与えるばかりでなく、人間としての尊厳を侵すことや、拘束によりさらに痴呆が進行し、せん妄の頻発をもたらすことのほか、家族への精神的苦痛、看護・介護スタッフの誇りの喪失及び士気の低下など）及び社会的弊害（施設等に対する社会的不信・偏見、本人の心身機能の低下に伴うさらなる医療措置の必要による経済的な影響など）をもたら

すおそれのあることは一般に認識されており、また当然に認識できるものと考えられる。

- (3) そもそも、医療機関による場合であっても、同意を得ることなく患者を拘束してその身体的自由を奪うことは原則として違法といわなければならない。ただ、患者が制止にもかかわらず点滴を抜去したり、正当な理由なく必要な医療措置を妨げるなどする場合や、他の患者等に危害を加えようとする場合のように、疾病の増悪を含む自傷あるいは他害の具体的なおそれがあり、患者又は他の患者等の生命又は身体に対する危険が差し迫っていて、他にこれを回避する手段がないような場合には、同意がなくても、緊急避難行為として、例外的に許される場合もあると解されるものの、そのような場合であっても、それが患者の身体的自由を奪うものであり、上記のような各種の弊害が生じるおそれのあるものであることからすれば、その抑制、拘束の程度、内容は必要最小限の範囲内に限って許されるものと解されるのである。そして、上記の「身体拘束ゼロへの手引き」が例外的に身体拘束が許される基準としている切迫性、非代替性、一時性の3要件については、上記の緊急避難行為として許されるか否かを検討する際の判断要素として参考になるものと考えられる。
- (4) 被控訴人は、診療当時の臨床医学の実践における医療水準によって判断すべきであり、「身体拘束ゼロへの手引き」は理念であって、必ず実践すべきものではなく、このような高齢者の身体拘束問題に関する知見が本件病院にまで普及するには相当な時間を要するなど主張する。しかし、患者の身体抑制や拘束の問題についての上記のような検討や知見の発表は、その性質上、広く公表されたものであって、その時期からしても、本件抑制当時にはすでに医療、看護における高齢者の身体的拘束の問題についての知見は相当程度普及していたものと認められるのであり、また、身体抑制や拘束が患者の身体的自由を奪うものであって、その性質上安易に許され

るものでないことは自明ともいえることからすれば、その違法性に関して上記のように考えることは、被控訴人の本件病院外科をも含めた医療機関に対して不当に高度な注意義務を課すものではなく、当時の医療水準から逸脱するものとも認められない。

また、被控訴人は、介護保険施設と本件病院外科のように急性期医療等を行う医療機関とでは、同一の基準を適用すべきではないとも主張する。しかしながら、患者の同意を得ない身体拘束が原則として違法であり、生命又は身体に切迫した危険を回避するために他の手段がなく、やむを得ず必要最小限度の範囲で行う抑制や拘束に限って例外的に違法性が否定されるものであることは、医療機関の性質によって異なるものではない。具体的な場合における違法性の有無の判断において、各医療機関の性質や機能等が考慮されることがあるとしても、身体拘束についての違法性の判断基準が介護保険施設と急性期医療施設とで当然に異なると解することはできない。

さらに、被控訴人は、本件のように患者の転倒や転落を防止するために抑制を行うかどうかは、医師等の専門家の合理的な裁量に委ねられているとも主張する。しかし、そもそも患者の同意を得ない身体拘束が原則として違法であると解されることに照らせば、上記のような判断基準にしたがって身体抑制や拘束の違法性について検討するにあたって、前提となる事実や患者及び治療の状況等についての医師等の認識や判断が問題となる場面では、その裁量判断を考慮することがあるとしても、身体抑制や拘束の要否、当否の判断自体が医師等の裁量に委ねられているものとして、医師等の裁量判断に属することを理由にその違法性の阻却を認めることはできない。

(イ) マイスリーの投与について

本件病院内科及び外科では、前記認定のとおり、各入院のほぼ当初からマイスリー10mgが処方され、連日投与されている。高齢者には5mgからの投与が望ましいとされ、また、腎臓疾患を有する者への投与は慎重を要するとされていることや、亡貞子が体重32キログラム余りで小柄であったことを考えると、投与量としては過剰ではないかとの疑いが残る。尾張病院では必要に応じて5mgを投与し、場合によってはその半錠としていたのもこれらを考慮したものと思われる。

被控訴人は、尾張病院で5mgを投与して問題なかったものであり、また本件病院内科に転院した当初、5mgを服用したものの、よく眠れないとの訴えがあったことから10mgに増量したとも主張するが、転院による環境変化の影響が落ち着いた後も、引き続き増量したままマイスリー10mgを継続して投与し、同内科を一旦退院し、25日後に再び本件病院外科へ入院した後も、直ちにマイスリー10mgが処方され、頓用としての使用が許された状態の下で投与し続けたことは、マイスリーの投与は1回5～10mgが認められていることから、診療上の注意義務違反とまではいえないとしても、慎重さを欠いたものというべきである。

本件病院外科へ入院後も、腰痛の具合によっては、亡貞子は手すりにつかまっの立位保持や車いすでの自力での移動が可能であったの

に、10月22日や11月3日、4日に前記認定したような意味不明な言動や転倒等がみられ、さらに11月7日からの一時外泊の際に、以前と比べてほとんど動けなくなったと家族が感じたのは、いずれも、このようなマイスリー10mgの連用が影響したものとも考えられるのである。

ただ、11月4日の転倒があったことから、翌5日には、マイスリーからリーゼに投薬が切り替えられており、その後マイスリーの投与が診療録上認められるのは頓用として用いられた11月10日のみである。野田看護師作成の報告書（乙A9、乙A11）には、本件抑制の3日ほど前にマイスリーを投与したような記載があるが、その後の亡貞子の様子の変化に関する記載内容からすると、11月10日のことを記載したものと解されるのであって、3日前の投与とは11月10日の投与のことを指すものと認められる。

そして、本件病院外科では、頓用としての使用も考慮してか、マイスリーが余分に処方され、病棟の看護師の詰所で管理されていたことや、亡貞子に対するマイスリーの投与についての記録がほとんどなされていないことからすれば、控訴人らがマイスリーは11月15日まで投与され続けていたのではないかと主張するのをもっともな面があるが、被控訴人や看護師らはこれを否定しており、また11月5日以降はリーゼの投与が指示されていた上、頓用としてマイスリーを投与した11月10日には、その旨が診療録に記載されていることを考えると、上記の点のみから控訴人らの主張するように11月10日以後も投与され続けたものとまでは認めることはできない。

以上によれば、亡貞子にマイスリーが投与されたのは11月10日が最後となるところ、前記認定したようにマイスリーの消失半減期が1.78時間から2.30時間であり、高齢者についてはその2.2

倍としても、5日後の11月15日までその効果が持続しているものとは考えられない。控訴人らはマイスリーの長期連用による蓄積効果を主張するが、これを認めるに足りる的確な証拠は存しない。

したがって、本件抑制時の亡貞子の夜間せん妄が、マイスリーの投与による直接的な影響によるものと認めることはできない。もっとも、マイスリーの長期連用による依存性の効果として、その投与を中止した場合に不眠が生じることがあり（甲72）、そうでなくても、これを入眠剤としての効果の弱いリーゼに切り替えたことなどにより、スムーズに入眠することができず、不眠状態を引き起こしたことは十分に考えられる。

(ウ) オムツの使用とオムツへの排泄の指示について

前記認定した事実によれば、亡貞子は、腰痛等で起きあがったの排泄が困難なときは、オムツを使用していたものの、それ以外では、車いすを利用して自力でトイレに行くことも、ポータブルトイレを用いることも可能な状態に概ねあったものと認められる。

ただ、尾張病院でトイレからの帰りに転倒して恥骨骨折を負ったことや、本件病院外科では入眠剤としてマイスリー10mgが投与されていたことから、夜間はオムツを使用することとされていたものである。それでも亡貞子は、夜間でも車いすでトイレに行っていたのであるが、11月3日にトイレで立てなくなり、11月4日にはトイレからの帰りに転倒したことから、それ以後は、約束だとしてオムツの着用とオムツへの排泄を指示されることとなった（乙A3）。

11月3日と4日の件は、前述のようにいずれもマイスリー投与の影響と考えられるのであるが、それでも亡貞子にとっては、これにより、夜間、トイレに行って排泄することが許されない状況となってしまったものであり、本来は自力でトイレに行って排泄することができ、

現に夜間でもトイレに行っていたにもかかわらず、オムツへの排泄を強いられることになった亡貞子のストレスは相当に大きかったものと考えられる。

そうであるとすれば、なおリーゼを投与していることから、オムツを着用するのはやむを得ないとはいえ、入眠できず尿意のあるときに、通常はトイレに行つての排泄が可能な亡貞子に対して、トイレに行くのを介助するのではなく、オムツへの排泄を強いたことは、診療上の義務違反とまでは認められないとしても、適切な対応であったといえるかについては疑問といわざるを得ない。

#### (エ) 当直看護師の対応について

亡貞子の訴えに対する当直看護師の対応については、頻回のナースコールに応じて、汚れていなくても求めによりオムツを交換し、車いすで詰所に来るのにもその都度対応して、病室に戻して落ち着かせて入眠を促そうとしたことは認められるが、オムツが汚れていないことを説得して分からせようとしたり、そのためにオムツに触らせようとするなどしたことは、亡貞子の排尿やオムツへのこだわりをかえって強く、頑なものにし、また亡貞子を興奮させて、そのせん妄状態を高めてしまったものと認められる。亡貞子の「私ぼけとらへんて」という言葉は、その端的な現れということができる。

(㊦) 以上に加えて、高齢であることもせん妄発生の主要な原因であると  
考えられることからすれば、亡貞子の本件夜間せん妄は、同人が高齢  
の上、頻尿で、排尿について過度に神経質になっていたところに、マ  
イスリーの投与中止もしくはリーゼへの切り替えによる不眠と、オム  
ツへの排泄を強いられることへのストレスなどが加わって起きたもの  
であり、当直看護師の上記対応もあって、それが収まることなく、時  
間の経過とともに高まっていったものと認めることができ  
る。

なお、被控訴人は、亡貞子が大腿骨頸部骨折により人工骨頭を装着し  
ていたことを考慮して、本件抑制時にはベッドをギャジアップしていた  
旨主張しているが、本件抑制時の様子を被控訴人において再現した写真  
(乙A5)では、ベッドは平坦のままであることや、野田看護師らは亡  
貞子がベッドから起きあがるのを防ぐために両手にミトンを装着してベ  
ッドの両側の柵に縛り付けたものであり、その報告書(乙A9, 11)  
にも、ベッドを一番下まで下げて、4点柵としたとあることからすれば、  
ベッドをギャジアップしていたものと認めることはできない。

ウ これまで認定してきたような本件抑制の態様を前提に、本件抑制の違  
法性を検討するに、被控訴人は、亡貞子は、尾張病院と本件病院外科で  
2回転倒しており、本件抑制時にも、半覚醒状態にあった上、歩行障害  
もあったことなどから、転倒、転落の危険性とそれによる受傷のおそれ  
があったと主張する。しかし、本件抑制時の状況からすれば、夜間せん  
妄の状態ではあっても、亡貞子の挙動は、せいぜいベッドから起きあが  
って車いすに移り、詰所に来る程度のことであり、危険が全くないとは

いえないが、本件抑制に至るまでの間は、何度もそれを繰り返していたのに、それを防止するための格別の対応は何も行われていないことや、病室を頻繁に覗くなどして、亡貞子の様子に注意を払うことでも対応できるものであることをも併せ考えると、被控訴人が主張し、多羅尾医師らが述べるように、本件抑制を行わなければ、転倒、転落により重大な傷害を負う危険性があつたものとまでは認められない。転倒、転落の危険性やこれを防止する方法として抑制を行うか否かは、医師等の専門家の合理的裁量に委ねられているとする被控訴人の主張が採用できないことはすでに述べたとおりである。

エ そして、前述したように本件抑制時の亡貞子の夜間せん妄については、本件病院外科における診療、看護上の適切さを欠いた対応なども原因となっていると認められるのであり、特にオムツへの排泄の強要や、不穏状態となった亡貞子への当直看護師の前記のような拙い対応からすれば、その結果としての夜間せん妄への対応としての本件抑制に、切迫性や非代替性があるとは直ちには認められない。また、前記認定したとおり、亡貞子が入院していたC-2病棟の11月15日夜の入院患者は27名であり、格別重症患者もいなかったことからすれば、本件抑制時には牧田看護師が休憩中であつたとしても、残る看護師のうち1人が、しばらくの間亡貞子に付き添って安心させ、排尿やオムツへのこだわりを和らげ、落ち着かせて入眠するのを待つという対応が不可能であつたとは考えられない。本件全証拠によつても、当時、他の患者への対応等で、それが不可能であつたといえるような事情の存在も認められないのである。仮に、被控訴人が主張するように詰所に看護師が不在となる状態を避ける必要があり、そのために患者を抑制してその身体的自由を奪わねばならないというのであれば、休憩していた牧田看護師に応援を依頼することも十分できたはずである。休憩時間については、これをずらすな

どの対応がとれないものではない。

オ 以上によれば、本件抑制には、切迫性や非代替性は認められず、また、緊急避難行為として例外的に許される場合に該当するといえるような事情も認められない。抑制の態様についても、前記認定のとおりの方々な疾患を抱えた当時80歳の高齢患者に対するものとして、決して軽微とはいえ、実際にも、これを外そうとして治癒までに約20日間（受傷日からそれ以上）を要する傷害を負うという結果まで生じているのである。したがって、本件抑制は違法なものであったというべきである。

カ 被控訴人は、臨床医学の実践における医療水準を考慮すべきで、これを逸脱して不当に高度な注意義務を課すべきではないとも主張しているが、本件で認められる事情からすれば、上記のように解したとしても、決して医療水準から逸脱して不当に高度な注意義務を本件病院外科に課するものではない。

(1) 家族に対する説明義務について

本件抑制は患者の身体を自由を奪い、これを拘束するものであるから、患者である亡貞子の同意あるいは同人の心身の状態からそれが得られない場合には、同人の保証人でもある控訴人栗木の同意を要する（事前に得られない場合には事後に）というべきであり、その前提として、控訴人栗木に対して説明をすることが必要と解される。また、抑制が緊急避難行為として例外的に許される場合であっても、同様に説明を要すると解すべきである。

(2) また、本件抑制は、夜間せん妄に対する処置として行われたものというべきであるところ、せん妄か否かの診断、及びせん妄と判断された場合の治療方法の選択等を要するものであるから、単なる「療養上の世話」ではなく、医師が関与すべき行為であり、看護師が独断で行うことはできないというべきである。しかも、被控訴人の主張によれば、当直医師として小林医師がいたというのであるから、医師の診察を受けさせることは可能であったと認められる。したがって、医師の判断を得ることなく本件抑制を行った点は違法と解されるが、本件ではその違法も前述した本件抑制の違法評価に含まれるものと解するのが相当である。

以上によれば、本件抑制は違法なものと認められ、これを行った野田看護師及び三石看護師には少なくとも過失があるものというべきであって、同人らを被用者あるいは履行補助者とする被控訴人には、不法行為及び債務不履行のいずれにおいても損害賠償責任があるものと認められる。

そして、本件抑制及びその結果としての傷害により亡貞子が受けた身体的及び精神的損害に対する慰謝料は、上記認定事実、殊に本件抑制の態様やその時間、それに伴う本件病院外科における不適切あるいは違法な対応、傷害

の程度等に鑑みると、50万円とするのが相当である。控訴人らは500万円ないし600万円が相当であるとするが認められない。

なお、被控訴人は、診断書（乙A2）に「治癒のために約20日の期間を要す。」とあることについて、治療が必要という趣旨ではないなどと主張するが、治療が不要であるとしても、治癒のためには相当期間を要する傷害を負ったことは明らかであって、採用できない。

そして、控訴人らがこれを2分の1ずつ承継したものであり、また、被控訴人に負担させる弁護士費用は20万円（控訴人ら各10万円）とするのが相当と認められるので、被控訴人は、控訴人らに対し、それぞれ35万円及びこれに対する訴状送達日の翌日である平成16年11月10日から支払済みまで民法所定年5分の割合による遅延損害金を支払う義務を負う。