

第1章 身体拘束廃止の考え方

1．身体拘束をめぐる法律問題

ひかり法律事務所

弁護士 阿波連 光

最近、「介護保険で身体拘束が禁止されたそうですが、拘束しないで事故が起こったときに裁判で責任を問われないんですか？」とか、逆に「介護保険で身体拘束は禁止されているので、拘束せずに事故が起こったとしても責任はないんですよ。」という質問を良く受けます。少し難しい話になりますが、この問題を考えてみたいと思います。

1．身体拘束禁止の意義

まず、なぜ身体拘束はいけないのでしょうか。あなたが突然他の人から拘束された場面を思い浮かべて下さい。おそらく、何をやるんだと怒るでしょうし、そんなことが許されるべきではないと警察に駆け込むかも知れません。そのとおり、私たちの社会生活において、他人の身体を拘束し、自由を奪うことは許されていません。このような行為は、刑法上も逮捕罪（刑法220条）として処罰されることになっています。それはとりもなおさず、そのような行為が個人の自由、人権を損なう行為だからなのです。

これに対し、医師の医療や介護の場面においてなされる拘束は、正当な行為であるとして違法でないと考えられてきたのですが、近時、医師であっても、治療が押し付けることができるものではなく、あらゆる治療や介護も結局は患者自身の選択によってなされるものでなくてはならないと考えるようになってきました。これが患者の自己決定権と言われるものです。患者を治療の対象としてではなく人権をもった主体と考えるべきである以上、主体である患者の意思を無視することになる身体拘束が、基本的に許されないと考えるようになったのは当然の流れであると思います。

2．介護保険と身体拘束禁止

では、介護保険法において、身体拘束は具体的にどのような規定によって禁止されているのでしょうか。その規定をさがしてみても、介護保険法そのものには身体拘束を禁止する直接の規定はどこにも存在しません。身体拘束禁止規定は介護保険法第110条2項（指定介護療養型医療施設の基準）を受けて定められた厚生省令「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準」15条4項（平成11年厚生省令41号平成12年4月1日施行）の中にあります。そして、この規定は（指定介護療養型サービスの取り扱い方針）について定めたものです。

つまり、この介護保険法及び厚生省令はあくまで介護保険サービスを提供する施設のあり方として、身体拘束は行ってはならないという運営についての基準、或いはサービスの取り扱い方針をとっているということなのです。

3．民事賠償責任と介護保険法による身体拘束

これに対し、民事賠償責任は民法の不法行為或いは債務不履行責任として生じるもので、法律違反があれば、即損害賠償責任を認めるということではありません。あくまでも民法上の故意過失或いは債務不履行がなくてはならないのです。ですから介護保険における施設基準或いは方針に身体拘束の禁止に違反したからといって、そこから直ちに民事賠償の根拠となる過失などが導き出されるわけではありません。

施設には、その患者の具体的な状態に応じた適切な必要なサービスを提供しなければならない義務があると考えられます。ですから、拘束が不必要な患者に対して、身体拘束を行った結果として、何らかの悪い結果が生じれば、損害賠償責任を負うということになります。他方、緊急でやむを得ない場合（例えば、利用者や他人の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、これを予防するについて身体拘束以外に代替手段がない場合）には、施設には身体拘束を行うべき義務が生じ、これを行わない場合には損害賠償の対象となりえます。

この点が以前からとても私が気になっていたところで、民事法上の責任論と介護保険法上の身体拘束禁止がどうも混同して理解されているきらいがあったのではないかと思っています。

4．まとめ

私は、身体拘束はいいとっているわけではありません。身体拘束が、患者の人権上、問題のあることに間違いはなく、理由なく拘束すれば、刑法上の逮捕監禁罪に当たる可能性もありますし、民事上損害賠償責任が発生することがあります。

しかし、身体拘束は絶対に許されない悪ではないということです。患者の人権からそれはできるかぎり避けるべきものであるのですが、ある場面では取らざるを得ない場合もありうるということなのです。

結局は、ひとりひとりの患者に対して、どのような介護がその患者にとって、必要かつ適切であるかということは、施設としては、常に考えていなければいけないということなのです。

2. 家族とリスクを共有するために

利用者の家族から

平成15年度シンポジウムでの発表

沖縄県呆け老人を抱える家族の会
世話人代表 喜瀬 久子

私は、沖縄県呆け老人を抱える家族の会の世話人をしております。喜瀬久子と申します。この度身体拘束ゼロシンポジウムに向けて介護者の立場から自分が体験した事を通して考えてみたいと思います。

私の夫は平成5年に糖尿病の合併症で脳内出血を致しまして北部病院に入院し、一ヶ月で退院致しましたが軽い脳障害が残りました。一見、手や足の麻痺もなく言語障害もないものですから、夫は脳障害であることをまったく自覚していませんでしたので、退院した翌日から車を運転するようになりました。

最初はスムーズに運転が出来ましたが、私は心配でしたので助手席に乗り、ドライブもしました。ところが4ヶ月すぎた頃から少しずつ方向感覚がおかしくなってきたのです。私は夫に運転を止めるよう説得しましたが、聞き入れてはくれませんでした。

そんなある日、もう少しで人身事故を起こしそうになりました。大型トラックの運転手が機転をきかせなかったら私達夫婦はこの世になかったと思います。そんなことがあってから私は主人の車に乗るのを止めました。夫は私が乗らないことに腹を立て、朝から一人で出かけるようになりました。私は心配で心配で食べ物のがのどを通りませんでした。どうしていいのか分からず警察に行き、警察の力で運転が出来なくなるようお願いしたのですが、免許証は取り上げてもらえませんでした。

何処でどうぶつてくるのか車のバンパーは見る影もありません。それより人様をあやめたりしないかと大変心配でした。それが突如何があったのか知りませんが、運転を止めると云い出したのです。

私は天にも昇るような気持ちでした。車修理に出して即売ってしまいました。本当に運が良かったとしか云いようがありませんでした。

それからほっとしたのも束の間、今度は被害妄想が始まりました。私に対する嫉妬でした。家の中に男を引っぱり込んでと云いながら刃物を振り回しました。私はその事を認めるわけにはいきませんから反論すると、ものすごい形相で今にも切りつけんばかりにせまって来ますので、私は外に逃げ出すしかありませんでした。物陰に隠れて夫の行動が治まり、疲れて寝入るまで何時間も物陰にうずくまっておりました。

毎日が辛くて、夫の兄弟に相談して来てもらいましたが、兄弟の前では落ちついて話しをするものですから、兄弟は信用してくれませんでした。

一日中というわけではありません。夕食後から夜にかけて暴れるのです。毎日が辛くてストレスと、小さな物音にもおびえる日々でした。勇気を出して主治医に相談に行きました。

先生はそれは大変ですとおっしゃって、安定剤を二週間分出してくださいました。

一週間程して夫に変化が現れました。少しづつ力が弱くなり、動作がにぶくなってきたのです。私は薬の力にびっくりしました。夫の定期健診で病院に行った時、先生が「奥さん大丈夫ですか、薬を出しますか。」とおっしゃいましたが、慣れましたからもういいですとお断りしました。

それから夫の私に対する嫉妬も徐々に治まりましたが、ほっとする間もなく徘徊が始まり、今でも徘徊は続いています。それに失禁と大変ですが、平成12年に介護保険が始まり、要介護3でショートステイを利用しています。

いろいろ一人で悩んでいる時、呆け老人を抱える家族の会にめぐり会え、入会して本当に良かったと思っております。介護家族には、なんでも語り合えるいやしの場や学ぶ場が必要なのです。介護する方も介護される方も、安心して暮らせる事を家族会では望んでやみません。

私は介護する立場と致しましては、身体拘束は人権の尊重上許されないと 생각합니다。身体拘束されているのを見ると家族としては、見るに俣びないのです。

医療現場の厳しい現状は分からないわけではありませんが、これは医療機関だけでは解決できないことが多々あるのではないのでしょうか。国や県のバックアップも必要だと思います。

家族への説明（例）

施設入所時

入所時に家族等に対し施設の方針を説明する際には、当施設では基本的には身体拘束を行わない方針であること、さらにはその人の生き方や生活の質を高めるための支援であることを、身体拘束の事例やその弊害を交え、具体的にわかりやすく行う。特に、身体拘束を希望する家族に対しては、施設入所に際し骨折等の事故への不安が強いことから、例えば、転倒しやすい利用者に対して転倒防止に配慮したケアを実施するなど、一人一人の入所者のケアプラン実施時に注意を払うことを説明するとともに、拘束した場合、しなかった場合の事故の危険性（リスク）についても話し合い、それらをお互いに認識することにより、リスクを共有し、ケアの実践、評価、再検討を行っていくことを話す。

また、利用者の生活歴、職業歴、性格、行動パターン等を家族からできるだけ情報を収集するとともに、アセスメント（課題分析）やケアプラン作成時にも参加してもらい家族の理解を得るようにする。緊急時やむを得ず身体拘束を行う場合には、家族へ連絡、相談をすることも説明しておく。

面会時や他の機会に

家族の方はいろいろな思いで面会に来られる。本人に変わりはないか、何か困ったことはないか、迷惑をかけてはいないかなど、その時に一番知りたいことは何か、面会時には積極的にこちらから話しかけ、本人の様子や状態を家族に知らせ、実際にケアの現場もみてもらう。また、面会に来られない家族には、施設だよりや電話などで様子を知らせたり、緊急連絡時に家族との連絡がとれないことがないように、日頃から家族とのコミュニケーションを図り、何でも話し合いができるような関係をつくる。

利用者が心地よい環境で自由に暮らすことができれば、家族も安心し、信頼関係も深まっていくのである。

3．身体拘束廃止とリスクマネジメント

沖縄県身体拘束ゼロ作戦推進会議

委員長 田頭 政三郎

(沖縄県療養病床協会 医療法人アガペ会 理事長)

「身体拘束廃止」を掲げる時、いつも「リスクマネジメントはどうするの?」という言葉が返ってくる。「リスクマネジメント」とは医療・介護の世界においては、「医療及び介護事故を防ぐ」事とされているが、実際には、「危険を回避し、安全で安心できる状況を確保する。また一旦起こった事故に関して、マイナスを最小限に食い止めるための管理システムをつくる」ということである。一般的には、「身体拘束廃止」を提案する時には、拘束を行わない事によって発生する「転倒・転落」「異食」「引っかき傷」「チューブ抜去」などのリスクがすぐ頭に浮かぶのだが、実際には、「身体拘束」を行うことによって発生する以下のリスクも「回避すべき重要なリスク」と捉える必要がある。

身体的弊害：関節の拘縮、筋力低下、食欲低下、心肺機能や感染症への抵抗力の低下を引き起こす。

精神的弊害：本人に不安や怒り、屈辱、あきらめといった精神的苦痛を与えたり、痴呆の進行、生きる意欲の低下をもたらす。また、家族や介護するスタッフにも後悔、罪悪感などの精神的苦痛を与える。

社会的弊害：看護・介護スタッフの士気の低下や施設に対する社会的不信、偏見をもたらす。

つまり、「身体拘束廃止」と「リスクマネジメント」は相反するものではなく、「リスクマネジメント」の中に「身体拘束廃止」が入るのではないと思われる。

薬の問題を取り上げてみよう。ある人は「くすり」を逆から読むと「リスク」となり、「リスクのない薬はない」と言った。しかし、そのリスクを最小限にして薬を使用することで、医療は進歩し、平均寿命は延びてきたのである。西洋医学だけではなく、漢方や鍼灸、あるいは、化粧品などでも同じである。医師は、その効果がリスクを上回る場合にのみ薬剤を処方したり、手術を行ったりという最小限度の医療行為を行うのである。そして、一番大切なのは、そのような状況(病)をつくらない「予防策」である。

「年に一度の運動会で走って、アキレス腱を切った」「手術を行う」「手術に伴うリスクが生じる」という状況において、「なぜアキレス腱を切ったのか」と考え、「ストレッチが足りなかった」とか「日頃の運動不足」とか「無理をした」とかの原因を検討し、「手術を行わないで済む」ために「アキレス腱を切らない工夫」をし「ストレッチを充分にして走る」などという「予防策」を考えていくべきである。「もう二度と運動会で走らない」とか「走ったあなたが悪いのよ」と消極的な対応に走ったり、個人の攻撃に終始しても何の解決策にもならない。「身体拘束」に関しても同様である。

「身体拘束によるリスク」を回避するために「身体拘束」をしないで済む状況を作るよう努力するのであって「身体拘束」をしなかったから「転倒してしまっても仕方が無い」とはい

えないのである。

以下は、「リスクマネジメントに関する考え方」である。

事故には防げる事故と防げない事故がある。

責任者は、その判断を的確にすることと同時に「防げない事故」の範囲を徐々に縮めていくことを考える。また現場と一緒に、「常に医療及び介護事故を絶対に防ぐのだ」という強い信念のもと療養者に信頼される医療及び介護サービスの提供と質の向上を求めていく。

自分たちの技術・能力（看護・介護技術及びリスク評価技術など）や様々な器具の開発によって防げる事故が増え、結果的に事故を減らす事ができる。

療養者の自由と生命の両方を守る事は、医療界及び医療人個人にとっても非常に大きな課題ではあるが、できるだけ多くの視点や知恵を活用する事によって医療やケアの質を高める事が期待されている。「無理だ」と言ってしまうならばその施設・事業所の成長は止まってしまう。

痴呆症の患者にとっては、「痴呆症」の治療の一環としての家庭的な環境を提供することや、人権を尊重し、本人の望む行動を出来る限り制限せず、療養生活を送っていただくことと、事故防止という相反することを同時に提供しなくてはならない。

事故が発生した時に、その事故の処理としての対応とその事故を教訓として次の事故を防ぐ為の検討の両方を行なう。

決して、当事者のみの責任を問う事はせず、システムとしてあるいは、管理・監督・指導義務（院長・看護部長・病棟課長・事故防止委員・リスクマネジメント委員・病棟医など）として、前向きに検討する。

本人・家族への情報開示・インフォームドコンセントを大切にし、お互いに良き信頼関係のもとで、協力し合って療養者中心の個別のケアがなされてゆくように努力する。

具体的なリスクマネジメントについての手法はその成書や講習会にゆだねるが、常に「身体拘束廃止検討委員会」と「事故防止委員会（安全対策委員会・リスクマネジメント委員会など）」・「教育委員会」は、密接に連携をとってバランスよく成長してゆくことが大切だと思われる。