

一宮身体拘束裁判資料

身体拘束の廃止の立法化を求める会



—
—
—

目 次

訴状 1

第一審判決文 5

控訴理由書 29

控訴審最終準備書面 75

名古屋高等裁判所判決文 131

上告受理申立書 199

上告受理決定書 241

上告審答弁書 243

上告審に際しての見解要旨 267

最高裁判所判決文 275

名古屋高裁判決関連報道記事 283

最高裁弁論・判決関連報道記事 291



訴 状

平成16年10月29日

名古屋地方裁判所一宮支部 御 中

原告訴訟代理人弁護士 六 川 詔 勝

〒503-0808 岐阜県大垣市三塚町1123番地3

原 告 吉 田 貞 子

〒500-8828 岐阜市若宮町五丁目12番地 丸平ビル2階

ロクカワ法律特許事務所(送達場所)

上記訴訟代理人弁護士 六 川 詔 勝

電 話 058-264-0066

FAX 058-264-3141

〒491-0201 愛知県一宮市奥町字下口西89番地の1

被 告 医療法人杏嶺会

代 表 者 理 事 長 上 林 弘 和

損害賠償請求事件

訴訟物の価額 600万円

貼用印紙の額 3万4000円

第1 請求の趣旨

- 1 被告は、原告に対し、600万円及びこれに対する平成15年11月15日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
了
- 2 訴訟費用は被告の負担とする。

3 仮執行宣言。

第2 請求の原因

1 当事者

- (1) 原告は、大正12年2月10日生まれの女性である（甲1の1，2）。
- (2) 被告は、肩書地において病院及び介護老人保健施設を経営し、科学的かつ適正な医療及び疾病・負傷等により寝たきりの状態にある老人に対し、看護・医療的管理の下の介護及び必要な医療等を普及することを目的とし、病院、介護老人保険施設を開設し、事業を経営するものである。

2 本件事案の概要

本件は、原告が被告の経営する病院に入院したところ、被告病院に勤務する看護師ら3名により、原告に対する強制的抑制行為がなされたことから、被告に対し、民法715条の不法行為（使用者責任）に基づき、損害賠償金（不法行為時以降支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の請求を含む。）を請求するものである。

3 原告に対する看護師らの強制的抑制（以下、「本件強制的抑制」という。）

- (1) 原告は、平成15年10月7日、被告経営の一宮西病院に腎不全等の治療のため入院した。
15(火) ? 16(水)
- (2) 原告は、同年11月14日（金）から同月15日（土）にかけての夜半、
腎不全等の治療で利尿剤を使用していたことから尿意を催し、一人で用便ができなかったため看護師に対し、2階の4人部屋の病室215号室からナースコールを押して自己の用便の手伝いを依頼した。しかし、夜間でもあったせいで、看護師は原告の下にすぐには来てくれなかつた。
235
- (3) 原告は、看護師らが来ないことから何度もナースコールを押して看護師を呼ぼうとしたが、それでも看護師は現れなかつたので、原告は車いすを使ってナースセンターまで看護師を呼びに行つた。
- (4) ところが、ナースセンターにいた看護師A、B、C三名は、原告が再三に

わたる請求したことに怒りを覚えており、看護師Aにおいて原告に対し、「ぼ
けている。」、「このままでは他の患者の安眠妨害になる。」などと怒りを込め
た口調で言い放ち、さらには、「言うことを聞かないなら別の処置をしてや
る。」と言い、看護師Aは、原告を寝ていたベッドとともに個室（どの個室で
あるかは原告に不明）に移動させた（甲2）。 20/ ✓
左

そして、白色の長い手袋を原告の両手にはめさせ、右手は右のさくに、左
手は左のさくに原告の両手をひもで縛った。看護師B及びCは、看護師Aの
以上の行為を制止しようとはしなかった。その結果、原告はベッドの上で大
の字になった格好になり、そのまま約3時間ひとりで放置された（甲7）。

また、原告は、上記の看護師らによる強制的抑制の際、右前腕皮下出血、
下口唇擦過傷の傷害を負った（甲4）。

4 責任原因

患者の身体抑制や拘束は、人権尊重の趣旨から、患者の生命の危機と身体的
損傷を防ぐために必要な場合に限って、必要最小限に行うべきもので、患者の
安全を優先させる場合のみ実施されるべきものであるが、本件強制的抑制は、
原告の生命や身体的損傷を防ぐためになされたものではなく、原告の人権（身
体的自由権、人格権）を無視したものである（甲3）。

そして、原告が、受傷し、精神的損害を受けるに至ったのは、被告病院勤務
の看護師Aの上記強制的抑制行為及び看護師B及びCの看護師Aの上記強制的
抑制行為を制止しなかった不作為によるものであって、これは被告経営の病院
の事業の執行においてなされたものである。

よって、被告は、民法715条の使用者責任に基づき原告が被った損害を賠
償すべき義務がある。

5 損害

(1) 慰謝料

原告は、高齢であり重い病気を患っていることからすると、上記看護師ら

の行為により受けた原告の上記人権侵害による精神的損害は甚大である。

これを慰謝するには、500万円が相当である。

(2) 弁護士費用

原告が、本件訴訟を遂行するに相当な弁護士費用は、100万円である。

6 まとめ

よって、原告は、被告に対し、民法715条の使用者責任に基づき、上記金額合計600万円及び上記看護師らの不法行為の日である平成15年11月15日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払いを求める。付止

証 挑 書 類

- | | | |
|---|------------------------------------|-----|
| 1 | 甲第1号証の1, 2 戸籍謄本, 住民票 (原本) | 各1通 |
| 2 | 甲第2号証 入院のご案内 (原本) | 1通 |
| 3 | 甲第3号証 身体拘束ゼロへの手引 (インターネット検索記事, 原本) | 1通 |
| 4 | 甲第4号証 診断書 | 1通 |
| 5 | 甲第5号証の1, 2 中村勝己弁護士の手紙 (15.12.2付) | 各1通 |
| 6 | 甲第6号証の1, 2 同手紙 (16.1.20付) | 各1通 |
| 7 | 甲第7号証 反証書 | 1通 |

添 付 書 類

- | | | |
|---|----------|-----|
| 1 | 訴状副本 | 1通 |
| 2 | 申号証の写し | 各1通 |
| 3 | 代表者事項証明書 | 1通 |
| 4 | 訴訟委任状 | 1通 |

平成18年9月13日判決言渡 同日原本領収 裁判所書記官

平成16年(ワ)第392号 損害賠償請求事件

口頭弁論終結日 平成18年6月28日

判 決

岐阜県大垣市三塚町1123番地3

原 告	吉 田 貞 子
同訴訟代理人弁護士	六 川 詔 勝
同訴訟復代理人弁護士	坂 井 田 吉 史

愛知県一宮市奥町字下口西89番地の1

被 告	医 療 法 人 杏 嶺 会
同 代 表 者 理 事 長	上 林 弘 和
同訴訟代理人弁護士	中 村 勝 己
同	後 藤 昭 樹
同	太 田 博 之
同	立 岡 亘
同	服 部 千 鶴 子
同	吉 野 彩 成
同	太 田

主 文

1 原告の請求を棄却する。

2 訴訟費用は原告の負担とする。

事 実 及 び 理 由

第1 請求

- 1 被告は、原告に対し、600万円及びこれに対する平成16年11月10日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 訴訟費用は被告の負担とする。

3 仮執行宣言

第2 事案の概要

本件は、原告が、被告が設置した病院に入院中の平成15年11月16日深夜、必要もないのに同病院の看護師によってミトン（抑制具）を使って身体を拘束された上、同病院関係者から原告の親族に対する報告や説明がされなかつたこと等がいずれも違法であるなどと主張して、被告に対し、不法行為による損害賠償請求ないし診療契約上の義務の不履行による損害賠償請求に基づき慰謝料600万円の支払を求める事案である（附帯請求は、訴状送達の日の翌日である平成16年11月10日からの民法所定の利率による遅延損害金の支払請求である。）。

1 爭いのない事実等（争いのある事実は末尾に証拠を掲記した。）

(1) 当事者等

ア 原告等

(ア) 原告は、大正12年2月10日生まれの女性であり、平成15年11月16日当時満80歳であった。

原告は、平成15年10月7日から同年11月21日まで、一宮西病院外科に入院していた（以下「本件入院」という。）。

(イ) 栗木満里子（以下「栗木」という。）は、原告の長女であり、昭和53年ころから原告の生活全般の世話をしていた（甲33）。

イ 被告等

(ア) 被告は、愛知県一宮市内に一宮西病院（以下「本件病院」という。）を開設・運営する医療法人である。本件病院は、救急指定病院であり、内科、消化器科、外科など12の診療科目を備え、急性期医療に対応しているほか、急性期医療から回復期医療への転換期に当たる患者に対するリハビリテーション科を備えている（甲18）。なお、被告は、精神科病棟のある上林記念病院を開設・運営している（甲18、証人多羅尾）。

- (イ) 多羅尾信（以下「多羅尾医師」という。）は、本件病院の副院長であり、
本件入院中の原告の主治医であった。
- (ウ) 野田悦江（以下「野田看護師」という。）、牧田英恵（以下「牧田看護
師」という。）及び三石知和子（以下「三石看護師」という。）の3名は、
平成15年11月15日から同月16日にかけて、原告が入院していた
C2病棟の夜間勤務看護師であった（乙A9、以下、この3名を「当直
看護師」ともいう。）。

(2) 本件入院に至る経緯

ア 原告は、平成15年1月27日から同年3月11日までの間、狭心症の
症状により、稻沢市民病院に入院した。なお、原告は、この入院前にも、
大垣市民病院、服部整形外科、愛知県立尾張病院（以下「尾張病院」とい
う。）、及び稻沢市民病院への入通院歴を有する。

イ 原告は、同年3月12日から同年6月19日までの間、リハビリのため
に服部整形外科に通院するとともに、心臓病治療のために岩田循環器クリ
ニックに通院した。

ウ 尾張病院への入院

原告は、同年6月20日から同年8月1日までの間、肋間神経痛治療の
ため、尾張病院に入院した。

原告は、肋間神経痛治療中、歩行訓練を含むリハビリテーションを受け
ていたが、同年7月16日午後10時30分ころ、睡眠剤を投与された状
態で歩行していたところ、トイレ内で転倒して左恥骨骨折を負った。その
後、原告は、痛みに対する治療を受けながらリハビリテーションを再開し
た。

エ 本件病院内科への入院

原告は、同年8月1日から同年9月12日までの間、肋間神経痛及び恥
骨骨折の治療並びにリハビリテーションのため、本件病院内科に入院した

(乙A 1)。

(3) 本件入院の経過

ア 原告は、平成15年10月7日、本件病院外科に入院した。その際、栗木が原告の保証人となった。原告は、入院時、腰痛のため歩行不能状態になつておひり、変形性脊椎症、腎不全、高血圧症等と診断された。

イ 原告は、同年11月16日深夜、ベッド上において、抑制具であるミトン（手先の丸まつた長い手袋様のもので緊縛用の紐が付いているもの。乙A 5 の写真⑤⑥）を両手に装着させられた上、両上肢を拘束された（以下「本件抑制」という。）。

ウ 原告は、同月21日、稲沢市民病院に転院するため退院したが、退院に当たつて多羅尾医師から①転倒しないようにすること、②稲沢市民病院の指示に従うことが治療上の留意点として指摘された（乙A 3）。

エ 原告は、同月28日、多羅尾医師により、①右前腕皮下出血、②下口唇擦過傷と診断された。同受傷は同月20日に確認されたものであるとされ、治療のために、上記①については同日から約20日間、上記②については同日から約7日間の期間を要すると診断された（乙A 2）。

(4) その後の経過

ア 原告は、平成15年11月21日から平成16年1月22日まで、稲沢市民病院内科に入院した。同院では、脳梗塞後遺症、高血圧症、慢性腎不全、夜間せん妄等の診断がされた。

イ 原告は、同日から同年6月20日まで、五条川リハビリテーション病院に入院し、現在、特別養護老人施設に入所中である。

2 爭点

- (1) 抑制行為の違法性を判断するための基準
- (2) 本件抑制の違法性
- (3) 親族に対する説明義務等の有無

(4) 損害の発生及び額

3 各争点に対する当事者の主張

(1) 争点(1)（抑制行為の違法性を判断するための基準）について

（原告の主張）

患者の身体抑制や拘束は、原則として禁止される行為であり、例外的に、患者の生命の危機と身体的損傷を防ぐために必要な場合に限って必要最小限に行うべきもので、患者の安全を優先させる場合にのみ実施されるべきである。

その例外の判断要素は、介護保険指定基準では、利用者又は他の利用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とされ、具体的には、切迫性、非代替性及び一時性の要件を満たすことが必要である。

身体拘束や抑制が原則として禁止される行為である以上、例外として前記の要件を満たすことは、療養・慢性期であっても、急性期であっても必要であり、病棟の性質によって基準が左右されるものではない。

また、身体抑制や拘束が原則として違法であることは、世界人権宣言3条、同宣言5条及び市民的及び政治的権利に関する国際規約（いわゆる国際人権B規約）7条及び同10条の定めからも明らかである。

（被告の主張）

介護保険指定基準における抑制の要件が、切迫性、非代替性及び一時性にあることは認めるが、同基準は、介護保険施設として指定するための行政上の基準に過ぎず、同基準が直ちに介護保険施設と入所者間の権利義務関係を規定していないばかりか、急性期の医療機関に対して直ちに適用される性質のものではない。

すなわち、介護保険施設と急性期医療を担当する医療機関とでは、目的や機能が異なり、施設基準や人員配置基準が異なることから、基準についても介護保険施設とは異なる基準に従って判断すべきである。

むしろ、患者が転倒・転落する蓋然性がある場合には、医療機関としてはこれを防止する有効な措置を講ずる一定の作為義務があるのであって、転倒・転落防止の方法として、抑制を行うか否かは、医師等の専門家の合理的な裁量に委ねられている。

したがって、介護保険指定基準を急性期病棟にそのまま当てはめるのは妥当ではなく、切迫性、非代替性、一時性等は合理的な裁量の範囲内か否かの検討要素として考慮されるにとどまるべきである。

(2) 争点(2)（本件抑制の違法性）について

（被告の主張）

ア 当時の状況等

（ア）原告の病状等

原告は、尾張病院で転倒し恥骨骨折という重篤な傷害を負っていた。

尾張病院においても、原告が転倒リスクを負っているとの指摘があったほか、本件病院においても本件抑制を行う10日ほど前に転倒経験があり転倒の危険性が高い状態にあった。

原告は、本件抑制当時、心身安定剤リーゼを服用しており、薬剤の影響による眠気、ふらつき、運動失調が発現しやすい状況にあった。また、原告は、本件抑制直前、おむつが実際には濡れていないのにおむつ交換を求めるためにナースコールを頻繁に繰り返すなどの挙動があり、夜間せん妄状態にあった。原告は、4回ほど、車いすに乗ってナースステーションを訪れ、車いすから立ち上がりろうとする行動をとったり、ベッドから起き上がりろうとした。なお原告は、稲沢市民病院転院直後にも、夜間不穏状態にあったと診断されている。

当直看護師は、おむつを何度も原告に確認させたり、車いすでナースステーションに来た原告を何度も病室まで送るなどして就寝するよう説得に努めたが、原告は、せん妄による挙動を続けた。

原告は、本件抑制当日の午前1時すぎころ、車いすでナースステーションに来て、車いすから立ち上がって「私はぼけておらへん」と大声を出したため、4人部屋である原告の病室にそのまま戻すことは同室患者に悪影響を及ぼすことも考慮し、ナースステーションに最も近い201号室に原告をベッドに寝かせたまま移動した。しかし、原告は、また起き上がろうとする等し、ベッドから転落する危険性を生じさせるような行動をとった。

そのため、当直看護師は、原告の転倒・転落を防止するため、本件抑制を行った。

(イ) 夜間看護の状況等

本件病院C2病棟は、夜勤の看護師として3名が配置されており、41の病床を管理している。入院患者の中には、持続点滴等の処置を受けている患者もあり、原告の転倒・転落防止のために看護師が常時付き添うことは現実的に不可能である。

当直看護師は、前記のとおり原告に対応したが、それでも原告がせん妄による挙動を続けたため、最も侵襲の少ない方法であるミトンによる抑制を選択した。家族による付添いや一時帰宅を求める時間的余裕はなかった。

(ウ) 抑制時間等

原告に対する抑制は、午前1時すぎから午前3時までの間であり、最大でも2時間行われたにすぎない。ミトンによる抑制が行われた後も、当直看護師は、就寝を促したり、原告にお茶を飲ませるなどして落ち着かせるように努めた。原告の両手に装着したミトンのうちの片方は、緩く固定していたため30分程度で外れたが、原告がうとうとと眠りはじめたため、そのままにしておいた。当直看護師は少なくとも30分ごとに原告の様子を確認し、午前3時ころには、原告が就寝していることを

確認して残りのミトンも外した。

イ 切迫性、非代替性及び一時性の要件を満たし、合理的裁量の範囲内での判断であり本件抑制に違法性がないこと

上記アのとおり、原告は、本件抑制直前、転倒・転落の危険が高く、高齢者であるため転倒・転落した場合に重篤な結果が発生する蓋然性が認められ、危険が切迫していた。この危険には、本件抑制をもって対応するほかなく、非代替性も認められる。また、抑制の時間は最大でも2時間という一時的なものである。このような状況を総合すれば、本件抑制は看護に関する合理的裁量の範囲内での判断であり、本件抑制に違法性はない。

(原告の主張)

ア 切迫性、非代替性及び一時性の欠如

(ア) 切迫性の欠如

原告は、平成15年7月16日、尾張病院において入院中に転倒したが、転倒はこの1回のみである。なお、原告は同年11月4日にも転倒したが、本件病院での転倒もこの1回のみである。

原告の意識ははっきりしており、同年11月7日から9日にかけて外出を許可されるなど、身体的行動能力も十分であった。

原告は、腎不全や変形性脊椎症などの疾患を有しており、車いすやベッドの上に立ち上がったり、車いすで頻繁に行動することはできない。

原告に当時不穏やせん妄といった状況はなく、仮にあったとしても重度のものではない。

したがって、本件抑制当時、原告又は他の患者の生命又は身体が危険にさらされることを防ぐため、原告を抑制しなければならないほどの切迫性はなかった。

(イ) 非代替性の欠如

原告は、当時用便の介助を求めており、当直看護師が頻回原告の病室

を訪れて看護対応をし、原告の心の不安を取り除くべく努力することは可能であったから、代替手段が存在した。なお、転倒防止は、低床ベッドや徘徊センサーを活用することでも可能であり、それでも対応できなければ、原告の家族に連絡をとって、退院を要請することでも足りた。

(ウ) 一時性の欠如

原告は、本件抑制によって、深夜3時間にわたって身体を拘束された。これが一時的なものと評価することは到底できない。

イ 小括

以上のとおり、本件抑制は、切迫性、非代替性及び一時性の要件を満たさないから、違法である。

(3) 爭点(3)（親族に対する説明義務等の有無）について

(原告の主張)

ア 説明義務

医療関係者は、患者を抑制する場合には、原則として事前に、例外的に抑制の事態を予測できなかった場合にも事後には、必ず患者の家族に抑制の理由及び方法等を伝えて許可を得るべき法的義務がある。

本件抑制の事実につき、事後的にでも原告の家族に報告すべきであったにもかかわらず、被告は原告の家族への報告を怠った。本件抑制の事実を原告自身に説明することは無意味であり、少なくとも栗木に個別の説明が必要であり、この説明義務は診療契約上の法的義務である（東京高裁平成16年9月30日判決参照）。

イ 医師の判断が必要であること

当直看護師は、担当医師あるいは同医師不在の場合には当直医師の許可を得た上で抑制を行い、抑制後には、本件抑制の事実を上司に報告すべきであるにもかかわらず、これを怠った。

ウ 診療録等への記録化が必要であること

当直看護師は、本件抑制の事実を記録すべきであるにもかかわらず、これを怠った。なお、看護記録における本件抑制事実の記載部分は、後日書き加えられたものである。

エ 小括

以上のとおり、被告には、本件抑制の事実を家族に知らせなかつた説明義務違反、本件抑制に当たつて看護師が医師の判断を求めず、事後にも上司に報告しなかつた義務違反及び診療録等に本件抑制の事実を記載しなかつた義務違反があり、これらは、患者である原告との関係で違法となる。

(被告の主張)

ア 説明義務について

家族へ抑制の事実を知らせることが適切であるとしても、報告することが損害賠償をもつて論じられる法的義務であるとの主張は争う。

イ 医師の判断の要否について

本件抑制の事実について、医師等の上司へ報告することが適切であるとしても、報告することが損害賠償をもつて論じられる法的義務であるとの主張は争う。また、本件抑制は、介護上の問題として行われたもので、医師の判断すべき事項に当たらないから、本件抑制に当たつて医師の許可を得る義務があったとの主張も争う。

ウ 診療録等への記載について

抑制の事実を診療録等に記録することが法的義務であるとの主張は争う。

また、本件抑制については、抑制が必要となった経緯、ミトンによる抑制を行つたこと及び抑制時間について看護記録に記録した。

エ 小括

原告の主張する各義務が法的義務であることはいずれも争うとともに、これらの主張は、原告固有の慰謝料請求の根拠とはならない。

(4) 争点(4)（損害の有無及び額）について

(原告の主張)

ア 原告は、本件抑制により負傷するとともに、精神的苦痛を被った。また原告は、被告の事後の説明義務違反等によつても、精神的苦痛を被つた。

イ 原告の負傷及び精神的苦痛を慰謝するには、500万円が相当である。

ウ 原告が本件訴訟を遂行するに必要な弁護士費用のうち、100万円は、被告の不法行為ないし債務不履行と因果関係を有する。

エ したがつて、原告に発生した損害の総額は、600万円である。

(被告の主張)

争う。

第3 争点に対する判断

1 原告の治療過程

後掲各証拠、弁論の全趣旨及び争いのない事実によれば、原告の治療過程については、以下の事実が認められる。

(1) 本件入院までの原告の入院状況等

原告は、平成15年7月16日、尾張病院入院中にトイレで転倒して左恥骨を骨折した（争いがない）。その後原告は、尾張病院から本件病院内科に転院したが、転院の際、尾張病院の看護総括として、転倒のリスク状態であり、身体可動性障害であると指摘された（乙A6）。

また原告は、同年8月1日から同年9月12日まで、本件病院内科に入院し、リハビリテーションのため、理学療法（間接可動域訓練、筋肉増強訓練及び歩行訓練等）を受けた。同入院中にも、原告は、今後も転倒などの危険性があると指摘され、退院に当たつては、主治医から、①服薬を正しく行うこと、②転倒に注意すること、③異常時は早めに受診することが今後の留意点として指示された（乙A1）。

(2) 本件入院

原告は、平成15年9月12日から自宅で療養していたが、強い腰痛を訴

えて、同年10月7日、本件病院外科に入院した（乙A2）。

ア 平成15年10月7日から同年11月9日まで

入院当初、原告は腰痛が強く、歩行が困難な状態であったが、徐々に腰痛は軽快し、10月11日にはベッドから車いすに移乗したり、手すりにつかまっての立位保持などの行動がみられるようになった。また、看護診断では、10月20日以後、腰痛について「軽度（+）」「自制内」「だいぶ軽減」「なし」との記載が多くなり、診療録及び入院看護記録には、「積極的に車イスに乗り食堂へ来る」（同月12日）、「車イス移動」（同月18日）、「朝より、車イスにて自己でトイレに行っている」（同月19日）との記載がされた（乙A3）。

原告に対する治療方針としては、薬剤・リハビリテーションによる加療が予定されており、同月16日及び同月30日に理学療法が試みられた結果、同日には立ち上がり時の痛みが減少し、歩行も可能となったが、積極的なリハビリテーションは行われていなかった。また、各疾患に対しては内用薬が処方され、同月8日から就寝前の投薬を前提とした睡眠薬「マイスリー」が定期処方されていた（乙A3）。

原告は、同月22日、就寝前に部屋の中で電気毛布やお茶があるのない勘違いして探す行動をとったり、同年11月3日には同様に就寝前にトイレから急に立てなくなったとナースコールをし、使用済みのティッシュを便器に入れずに自分の目の前に放置するなどの行動がみられ、ベッドへ移動する際も足下がおぼつかない様子を見せた。さらに、同月4日午後9時30分以降、おむつを要請するナースコールを頻回にわたってした後、一人でトイレへ行った帰り、転倒して頭部を打ちつけた。この事故の影響を診断するためにされたCT検査の結果、脳の萎縮が確認された。また同様に同月5日には、レントゲン検査がされたが、胸椎の古い圧迫骨折が認められたものの、新しい骨折は確認されなかった（乙A3）。

原告は、同月7日から9日まで、法事のため本件病院から外泊していた。

イ 同月10日から同月15日まで

原告は、外泊後同月10日に帰院したが、日中、医師とのコミュニケーション上の問題がみられ、医師記載の診療録上、「坐位になって起きているが言葉がはっきりせず 眠剤（マイスリー）の影響か」と記載があり、看護診断上も「夕食食べた覚えとらん」、「会話つじつまあわづ」といった記載が認められ、同日、多羅尾医師によって「ディメンティア（痴呆）」と診断された。多羅尾医師は、原告の症状にはマイスリーの影響もあり得ると考え、同月11日には、就寝前の睡眠薬投与を見直し、精神安定剤「リーゼ」に処方を変更した（乙A3、12、証人多羅尾）。

ウ 同月15日夜から同月16日朝まで

(ア) 原告は、同年11月15日、就寝前のリーゼを服用し、午後9時の消灯後も、ナースコールを頻回にわたって行い、おむつを替えてもらいたいと要請した。当直看護師が確認したところ、おむつが汚れているときもあれば、汚れていないときもあり、汚れていないときはその旨を説明したが、原告はなかなか納得しなかった。当直看護師は、汚染していないとも、おむつをその都度交換し、原告を落ち着かせようと努めた。

(イ) 原告は、同日午後10時10分ころ、車いすに乗って足で漕ぐようにして自力でナースステーションを訪れ、両手で車いすの手すりを支えにして、足下をふらつかせながら立ち上がり、「看護婦さんおむつみて」等と大きな声で訴えた。当直看護師は、車いすを押して病室に原告を連れて行き、おむつを交換し、入眠するように促した。

しかしながら、その後も原告は何度か車いすに乗ったまま自力でナースステーションに向かうことを繰り返し、午後11時ころには再度ナースステーションにおいて「おむつがびたびたでねれない」と大声で言い、おむつの汚染を訴えた。当直看護師は、その都度、「おむつは数分前に替

えましたよ」「おしっこのこと考えすぎてない？」と声をかけながら、原告を病室へと促し、おむつを交換するなどした。

(イ) 原告は、同月16日午前1時ころ、再度車いすでナースステーションを訪れ、車いすの手すりを握ってふらふらしながら立ち上がるうとし、「おしっこびたびたやでおむつ替えて～」「私ぼけとらへんて」と、おむつの汚染を訴える大声を出した。

野田看護師が原告のおむつを外して原告に見せたり触らせたりして、「おしっこないよ、ぜんぜん汚れてないよ」「大丈夫だよ」「心配しなくていいよ」と声をかけ、汚染がないことを確認させようとしたが、原告は、自分はぼけていないと言い張って納得しなかった。

そのため、野田看護師は、このまま原告を病室に戻しても、原告が再び車いすに乗ってナースステーションに来る可能性が高いと判断し、そのような事態に及べば原告に転倒の危険が発生すると感じ、原告を自室に一旦戻した後、三石看護師の助力を得て原告をベッドごと部屋から出し、一旦ナースステーションに入れた後、すぐにナースステーションに一番近い個室である201号病室にベッドごと移動させた。原告は201号室に入ってからも、「私はぼけとらへん」「おむつ替えて」と訴えたため、当直看護師は、声をかけたりお茶を飲ませるなどして、原告を落ち着かせようとしたが、原告の興奮状態は収まらず、原告はなおもベッドの上に起き上がるうとする動作を繰り返した。このため、当直看護師は、転倒・転落の危険を回避するためにはやむを得ないと判断し、原告の両上肢を抑制し、ミトンを使用してベッドサイドにひもをくくりつけた。

原告はこれに抵抗して口でミトンを外そうとしたため、手首及び下唇に傷を負った。原告のミトンの片方は外れてしまった。

(ロ) その後原告は次第に眠りにつきはじめ、当直看護師は、同日午前3時

ころ、残ったミトンを外し、明け方に原告を元の病室に戻した。

(オ) なお、原告には、同月21日にも、度々おむつを外すよう要請するなどの行動がみられた。稲沢市民病院への転院時の看護サマリーには「夜間不穏あるときがあり、トイレへ何度も行ったりしている。車イスにて行っているが、ふらつきあり、転倒注意」との記載がなされた。

(以上につき、乙A3, 9, 11, 証人野田, 証人浅野)

(3) その後の稲沢市民病院入院中の行動

原告は、平成15年11月21日から平成16年1月22日まで稲沢市民病院に入院していたが、同病院では次のような行動が認められた（乙A7, 8）。

原告は、平成15年11月21日午後6時15分ころから消灯に至るまで、ナースコールを15分から30分おきに度々行った。原告は、翌22日もナースコールが多い状態が続き、同月24日には一人で車いすに乗ってトイレに行こうとしているところを発見され、危険なので一人で行かないように注意された。また、原告は、同月25日にもおむつ内に排尿したとしてナースコールを頻繁に行い、多いときには10分間隔でナースコールをしたが、排尿は認められなかった。その結果、原告は、同月26日には排尿のためバルーンカテーテルを挿入されるに至ったが、その後もしばらくナースコールが多い状態が続き、看護師がナースステーションに車いすで連れて行こうと騒いで嫌がった。

原告は、稲沢市民病院入院時、病名として夜間せん妄が挙げられており、平成15年12月26日付けの紹介状にも、「夜間不穏も入院初期には認められましたが」との記載が見られ、五条川リハビリテーション病院への転院に際して作成された平成16年1月22日付け入院要約記事にも、傷病名欄に「夜間せん妄」との記載が認められる。

(4) 本件病院内科看護記録の記載の正確性と信用性

ア 以上の認定に関し、原告は、本件病院内科看護記録の記載の正確性を否認し、証人栗木は、平成16年11月20日、本件抑制に関して多羅尾医師その他の病院関係者と面談した際、本件抑制時に当たる11月15日の欄が記載されていない段階の看護記録を確認したと供述する。

イ しかしながら、証人栗木の供述によても、当時の看護記録の体裁及び記載内容についての状況は判然としないばかりか、証拠上、看護記録の記載も連続しており（なお原告は、乙A3の看護記録69ページ左上欄に「追記」と記載されている点が不自然であると指摘するが、同左上欄の記載は前ページの同欄からの連續性を示したものと理解できるから、この点の原告の指摘は当たらないというべきである。），特段不自然な点がない。

乙A第3号証66ページ以下の「入院看護記録」欄は、本件入院中、毎日記載されていないが、その直前（同号証52ページ以下）に綴られている一週間分の看護状況を記載する用紙には連続した記載があり、同用紙に書ききれない事項が発生した場合に「入院看護記録」欄を利用したものとも推認され、記載の連續性それ自体に疑問を生じさせるものではない。

また、記載内容を検討しても、特に本件抑制前後の記録は、原告の病態を具体的かつ詳細に記録しており、体験した事実でなければ記載することが困難なものと認められるほか、原告が入院中に頻回にわたるナースコールを行う傾向があったことや、原告が車いすに乗って一人でトイレに行つたことがあることは、稻沢市民病院における看護記録の記載にも一致し、夜間せん妄の状況があったことは、稻沢市民病院における医師の記載とも一致する。さらに、原告は、腎不全や変形性脊椎症などの疾患を有していた原告が、このように車いすで頻繁に行動すること等はできないと主張するが、前記(2)の認定によれば、原告の腰痛は入院後の治療によって相当程度軽減し、一人で車いすでトイレ等に行くこともあったほか、せん妄状態にある患者が異常な行動をとることはよくみられる精神症状であるから

(乙B1), この点から入院看護記録の記載が不自然であるということはできない。その他、本件全証拠によっても、同記録の記載の正確性及び信用性を疑わせる具体的な事情は窺われない。

ウ したがって、同記録の記載の正確性及び信用性についての原告の主張を採用することはできない。

2 本件抑制行為の違法性について（争点(1)及び同(2)）

前記1の認定事実を前提に、本件抑制行為の違法性について判断する。

(1) 判断基準

身体の自由は基本的人権の一つであり、医療機関であっても、患者に対して同意を得ずに不必要に身体を拘束することは違法である。また、高齢者の身体拘束は、筋力の低下や痴呆・せん妄の進行を招くなど、高齢者の健康状態をかえつて悪化させる可能性が少なくなく、この面からも不必要的身体拘束は避けるべきである。

しかしながら、患者又は他の患者の生命又は身体に対する危険が切迫しており、かつ、他にその危険を避ける方法がない場合に、その危険を避けるために必要最小限の手段によって患者を拘束することは、一種の緊急避難行為として、例外的に違法性が阻却されると解すべきである。厚生労働省が介護保険施設の指定に当たって利用する介護保険基準を具体化し、あるべき介護の状況を示したガイドライン（甲22の2。以下「本件ガイドライン」という。）は、身体拘束が例外的に許される基準として切迫性、非代替性及び一時性を挙げているが、これは、上記でいう緊急避難行為とほぼ同様の内容を含むものと考えられる。

これに対し、被告は、介護保険施設と急性期医療等を担当する医療機関とでは同一の基準を適用すべきではないと主張する。しかしながら、同意を得ない身体拘束が原則違法であり、切迫した危険を避けるためにやむを得ない場合に行う必要最小限度の拘束に限って例外的に違法性が阻却されることは、

身体の自由が基本的人権の一つである以上、医療機関の性格によって変わるものではない。当該患者が急性期であったか慢性期であったか、前提となる医療・療養水準がどのようなものであったか等は、切迫性・非代替性・一時性の各要件の具体的当てはめにおいて問題となり、その検討過程において当該医療機関の性格や機能が考慮される場合があることは否定できないが、身体拘束の違法性判断基準自体が介護保険施設と急性期病棟で当然に異なるとの主張は採用することができないというべきである。

(2) 本件での当てはめ

ア 原告の生命身体に対する危険の切迫性

前記1(2)のとおり、原告は本件抑制前から睡眠薬ないし安定剤を投与された後にせん妄の傾向があり、昼間でも医師との会話において辯證が合わないといった症状が出ていたこと、本件抑制当日も排尿をしていないにもかかわらず、おむつの汚染を繰り返し訴えるなどの認知障害がみられたこと、さらに、原告は頻繁にナースコールを行い、大声を出し、車いすを足で漕いでナースステーションに何度も赴くなど活動性の亢進や気分の変調が顕著であったことが認められるから、原告は本件抑制当時、夜間せん妄の状態にあったと認めるのが相当である。

そして、原告はせん妄により、当直看護師の説得・制止にもかかわらず、ベッド上に起き上がったり、車いすを足で漕いでナースステーションに赴くなどの行動を繰り返していたところ、高齢者が一人でベッドから下りて車いすに移る行為や、車いすを足で漕いで移動する行為が、転倒・転落の危険性を含むものであることは明らかである。しかも、原告は尾張病院入院中から継続して転倒のリスクを指摘されており、実際にも本件拘束前に2回転倒していたこと（うち1度は恥骨骨折の結果を招いている。）、原告は本件入院時から腰痛に苦しみ、治療により相当軽減はしていたものの、リハビリテーションは行われていないなど、運動行為について十分な安定

性を有していたとは認め難いこと、せん妄は運動失調や注意力の低下を伴うことが多く、原告が本件抑制時に服用していたリーゼにもふらつきの副作用があったこと（乙B 1, 2）が認められるのであるから、上記転倒・転落の危険性は決して抽象的なものではなく、切迫した現実的な危険性であったというべきである。

そして、高齢者は骨が脆く（特に原告は骨粗鬆症と診断されている。）、転倒・転落により骨折しやすい上、ひとたび腰椎・胸椎や四肢を骨折した場合には全身状態が悪化し、ひいては死亡につながる合併症を引き起こす可能性も少なくないのであるから（証人多羅尾）、転倒・転落による結果は決して軽視することができない。以上によれば、本件抑制時、原告の生命及び身体には切迫した危険性があったと認められる。

イ 他の代替手段の存否

次に、本件抑制以外に切迫した危険性を避ける手段がなかったか否かについて検討するに、前記1(2)及び弁論の全趣旨によれば、当直看護師は原告に対し、午後9時から午前1時まで幾度となく、ベッドで睡眠を取るよう説得し、繰り返し声をかけたが、聞き入れられない状況にあり、今後説得を続けても原告が落ち着きを取り戻す見込みは低かったこと、当直看護師は原告が車いすに乗ってナースステーションに来る際に転倒することを防ぐため、原告をナースステーションに最も近い個室に移し、お茶を飲ませるなどして原告を静かな環境で落ち着かせようとしたが、原告の興奮状態は一向に収まらなかったこと、本件病院では当直看護師3名で41の病床を管理しており、当直看護師が常時原告の付添いをすることが事実上困難であったことが認められ、以上によれば、本件抑制以外に転倒・転落の危険性を回避する手段はなかったと認められる。

これに対し、原告は低床ベッドや徘徊センサーで転倒を防止することができたし、対応できなければ退院を要請することも可能であったと主張す

るが、低床ベッドや徘徊センサーによって転倒を十分に防止し得たかは疑問であるし、深夜1時という時間帯に家族に連絡して高齢者の退院を要請することも現実的とはいえない。したがって、原告の上記主張は採用することができない。

ウ 本件抑制の方法・態様が必要最小限のものであったか

最後に、本件抑制の方法・態様が原告に切迫した危険性を回避するために必要最小限のものであったか否かについて検討する。前記1(2)認定のとおり、本件抑制は侵襲性の比較的少ないミトンによるものであったこと、抑制の時間は最大で2時間であり、ミトンの片方は緩く固定していたため30分程度で外れたことに照らせば、本件抑制の方法・態様は転倒・転落の危険を回避するために必要最小限のものであったと認められる。この点は、原告が意見書作成を依頼した吉岡氏も、本件抑制が切迫性、非代替性の要件を満たすとすれば、通常は一時性の要件を満たしていると考えられると述べているところからも裏付けられる（甲17）。

エ 小括

したがって、本件抑制は、深夜、原告がベッドを降りて単独で車いすに乗車して移動するなどの行動をとる可能性が高く、実際にそのような行動に及んだ結果、転倒・転落して負傷する切迫した危険を回避するため、他に適切な代替手段が認められない状況下で、必要最小限の方法・態様において行われたものであり、緊急避難行為としての正当性を有するものと認められるから、違法ではない。

よって、この点の原告の主張も理由がない。

3 説明義務違反等の有無について（争点(3)）

(1) 家族に対する説明について

患者ないしその家族に対し、患者を抑制した事実を連絡する必要性について、本件ガイドラインにもその必要性が説かれ、本件病院でも本件事件後に

同様のマニュアルを作成したようである（証人多羅尾及び証人野田）。

道義的には、患者を抑制した事実を患者の病院生活における重要な事項として、患者ないしは患者に説明できない場合にはその家族等に対し説明すべきであったと一応解されるが、本件ガイドラインにおいても「留意すべきである」との記載にとどまり、また抑制の事実それ自体は患者の治療に関する自己決定権や医療機関が患者に対して負う診療義務そのものに包含されるとまではいえず、抑制が長期間にわたるなどの事情がある場合には別としても、本件抑制については、深夜帯の看護中に行われた一時的な看護に関する措置であったから、原告との関係で、被告が本件抑制を直ちに原告の家族に説明をすべき法的義務があったとまでは認められない。

なお、原告指摘の東京高裁平成16年9月30日判決は、医療事故によって死亡した患者の遺族に死因の説明を適切に行わなかったことについてのものであり、本件とは事実関係を異にする。

したがって、この点の原告の主張は理由がない。

(2) 医師の指示の必要性について

患者を抑制する場合において、恒常的に拘束具を使用して患者を抑制する場合など、抑制行為によって患者の病態に直接の影響を及ぼしかねない場合であれば診療行為の一環と評価される場合があるとしても、本件抑制については前記の事情を前提とする限り、深夜帯の看護中に行われた一時的な看護に関する措置であると認められるから、看護師が医師の指示を必要とせずになし得る「療養上の世話」（保険師助産師看護師法5条）に該当するというべきであり、事前に個別に医師の指示がなかったことが違法であるとはいえない。また、事後の上司への報告も、内部的な問題であり、これがされないことが原告との関係で違法になるとは解し得ない。

したがって、この点の原告の主張は理由がない。

(3) 診療録の記載について

前記1認定事実のとおり、本件抑制については看護記録に記載があるから、診療録等に記載がないことを前提とするこの点の原告の主張には理由がないものといわざるを得ない。

4 結論

以上のとおり、本件抑制行為は違法ではなく、その余の義務違反も認められないから、原告のその余の主張につき判断するまでもなく、原告の請求には理由がない。

したがって、本訴請求を棄却することとし、主文のとおり判決する。

名古屋地方裁判所一宮支部

裁判長裁判官 遠 山 和 光

裁判官 福 田 千 恵 子

裁判官 小 川 紀 代 子

これは正本である。

平成 18 年 9 月 13 日

名古屋地方裁判所一宮支那

裁判所書記官 中村秀志



平成18年(ネ)第872号

控訴人 栗木 満里子 ほか1名

被控訴人 医療法人杏嶺会

控訴理由書(1)

平成18年11月16日

名古屋高等裁判所

民事第2部 御中

控訴人ら訴訟代理人

弁護士 副島 洋明

弁護士 中谷 雄二

弁護士 大石 剛一郎

第1 本書面による控訴理由の主張骨子

1 原審判決は、本件訴訟の争点を、(1) 抑制行為の違法性を判断するための基準、(2) 本件抑制の違法性、(3) 親族に対する説明義務等の有無、の3点に整理した。

(1)の点については、身体拘束が例外的に許される基準としての「切迫性・非代替性・一時性」の要件を緊急避難行為とほぼ同内容と把握して、その基準そのものは介護保険施設においても急性期病棟においても適用される、とした原審判断は妥当である。

本件控訴は主として、(2) 本件抑制の違法性の争点に関する判断、とくにその判断の前提となる事実認定の不当性を主張・立証するものである。

原審のような、要するに「転倒の危険があれば拘束は許される」という、

極めて杜撰な判断が容認されるならば、病院で入院治療を受けている全ての高齢の患者は拘束を受けることがあっても仕方がないのだ、ということになってしまう。このような判断は絶対に受け入れられない。

また、(3) 親族に対する説明義務等の有無については、控訴人らが次項以下において主張する事実を前提として拘束がなされ、患者(吉田貞子)が全治20日以上の治療を要する傷害を負った以上、そのような事実が直ちに親族に報告されるべきものであることは社会通念上明らかであり、かつ、そのような拘束は明らかに単なる「療養上の世話」の域を超えており、医師の指示なしになされることは違法であり、さらに、そのような事実が診療記録に記載されないことは明らかに異常であり、違法である。

2 なお、控訴人側は原審においては、吉田貞子(平成18年9月8日死去、以下、本人という)が平成15年11月15~16日夜、不穏やせん妄といった状況になかったことを基本的に主張していた(被控訴人は「夜間せん妄状態にあった」との主張)が、控訴審においては、本人が本件当夜、一定の不穏状態(夜間せん妄様状態)にあったことを基本的な前提として、主張・立証を展開する。

そのうえで、控訴人らは、「本人が不穏状態(夜間せん妄様状態)にあったこと」の原因は、他ならぬ一宮西病院(以下、本件病院という)の医師・看護師らの著しく不適切で違法とも言える治療・看護行為によって作り出されたものであったこと、及びその作り出された不穏状態を前提にしてもなお、本件においては「拘束」を要するほどの危険性は存在せず、本件拘束は違法な行為(違法な医療行為)であったこと、を中心的に論じるものである(甲第58、56号証参照)。

第2 吉田貞子さんについて

まず、本件において本件病院で不当な拘束を受けた吉田貞子さん(本人)とはどのような人だったのか。本人の本来的・基本的な身体状況はどのような状況だったのか。

このことは、原審判決においてはほとんど触れられていないが、実は本件拘束が断行された経緯にも浅からぬ関連性を持つのである。

1 本人は、大正12年2月10日に岐阜県安八郡において、村長ないし組合長であった父親と農業を営んでいた母親との間に、10人兄弟姉妹（男7人・女3人）の三女として生まれた。

本人は学校卒業後、百貨店の和裁部（仕立て）の仕事に従事し、その後朝日新聞に勤務していた夫と婚姻して、1男（端亮）1女（満里子）をもうけ、育てた。

本人は婚姻後、岐阜県大垣市に居住していたが、昭和53年ころから、長女満里子の家（愛知県稻沢市）に、孫の世話をや留守番を頼まれて、来るようになった。

本人は、非常に元気で明るい性格で、話し好きであり、友人と話をしたり、買い物をしたり、旅行したりすることを好み、その中で稻沢の長女宅にも来ており、非常に忙しく生活していた。

本人は人の好い性格である反面、負けん気の強いところもあった。礼儀を重んじる人であったが、必要な場合・必要な相手に対しては、自分の意見・希望をはっきり述べる人であった。

本人は60歳を過ぎ、歯医者や眼科に通うということはあったが、元気に忙しく、生活を楽しんでいた。70歳ころからは心臓の持病があるようになつたが、薬を飲みつつ、元気に生活していた。そして、コミュニケーションが難しくなるような認知能力の低下は、亡くなるまで見られなかつた（甲51・5p、甲53～55）。

平成12年に大腿骨を骨折したこともあったが、大垣市民病院入院中も、隣のベッドの人と楽しく話をしながら、元気に生活していた。が、この後、腰痛に悩まされるようになった。平成15年10月7日に本件病院外科に入院したのも、この腰痛が激しくなったためであった（甲50・2, 3p、甲66）。

このように本人は（心臓と腰痛の持病はあったものの）、言葉の面でも、行動の面でも、非常に元気で活発な人であり（甲54）、嫌なことは嫌と明確に言う（しかし、言うべき相手は選ぶ）、できることは積極的に自分で行動する、そしてそういう自分に強いプライドを持っている、という人であった。

本人は、平成18年9月8日、原審判決言渡し直前に他界した（甲49）。

2 本人の基本的な身体状況

(1) 本人は少なくとも本件拘束事件発生当時、本来的には（骨粗鬆症をもつているが）、自力で立ち上がって歩行できる人であった。しかも尿意・便意もあり、自力で、あるいは介助付きで、トイレかポータブルトイレで排泄することができる人であった。

このことは、県立尾張病院、本件病院（一宮西病院）、稲沢市民病院、五条川リハビリテーション病院の診療看護記録（乙A1～3、6～8、甲52）を見れば、明確に認識できる。

(2) すなわち、本人は本件病院に平成15年8月1日に転院してくる直前の県立尾張病院（乙A6、7）には、腰（左胸部～側腹部）の痛みの治療のために、平成15年6月20日に入院したのであるが、同尾張病院では同年7月16日に転倒して恥骨骨折する以前においては、本人はトイレに歩いて行っていた。

7月16日の転倒に関しては、本人が杖を使用して、トイレに行き、排尿後、杖が倒れたので、これを拾おうとして、転倒した、という経緯によるものであった（乙A6・13p）。要するに、本人の元気さとこれに対する過信が生んだ軽微な事故であって、本件の発生した平成15年11月15～16日夜（マイスリーの長期・多量使用のため、車椅子使用になっていた）とは、前提状況が全く異なっていた。

この7月16日の尾張病院での転倒は、まったく重篤なものではなく、骨折の程度は、「厳重な安静度制限の必要ない程度で、疼痛に応じて歩行可能」（乙A1・33p）であった。そして、転倒後においても、本人の排泄に関しては、本人の希望（痛みゆえのもの）に応じて床上排泄を行ったことはあったが、基本的には、ポータブルで行われており、オムツに排泄することを強いられることはなかった。

また、入眠剤マイスリーに関しては、尾張病院においては、7月23日に不眠を理由に、本人の希望に応じて、5mgが投与されたことがあっただけであった（入眠剤マイスリーは後述のとおり、ふらつき、せん妄などの副作用があるので、慎重に投与する必要があり、特に骨粗鬆症などを持つ高齢者に投与するときには、十分様子を見ながら、最初は5mgの服用から始めるのが常識である）。

(3) 平成15年8月1日に本件病院内科に入院後（9月12日退院）においては、マイスリー10mgが、8月2日に3日分、8月5日に3日分、8月

8日に7日分、8月22日に7日分、9月12日に14日分という形で、就寝前に服薬するよう指示が本人に対し示されており（乙A1・p27）、その後、10月入院前の時点では、睡眠障害に関してリーゼ（マイスリーよりは作用の軽い入眠剤）が自宅では服用されていた（乙A3・47p）けれども、10月7日に本件病院外科入院後は再び、マイスリー10mg・1錠（分1 就寝前）が少なくとも10月8日から11月4日までは継続的に使用され（乙A3・18, 19, 28, 62p）、入眠剤リーゼ5mg・1錠（分1 就寝前）も11月5～20日の間、使用されていた（乙A3・30, 31, 28p）。

このような入眠剤の過剰投与状態の中でも、本人は平成15年9月5日時点で、入浴動作（浴槽移乗、更衣動作）は見守り～自立レベルで、手すりさえあれば、かなり介助量は少ない」（乙A1・116p右下部分記載）という状態であった。

(4) 本人は本件病院を平成15年11月21日に退院した後、稻沢市民病院、五条川リハビリテーション病院、特別養護老人ホーム「たんぽぽ加茂の里」で生活したが、基本的には、マイスリーなどは投与されず、ナースコールが多かった、という傾向はあったものの、車椅子に移乗することは自力で（介助なしで）できたし（乙A7・11p）、とくに危険を認識させるような「せん妄」状態などにも陥らず、オムツへの排泄を強要されることなどもなく、落ち着いた生活を送っていた。

(5) 平成15年11月21日に本件病院から転院した先の稻沢市民病院の診療記録（乙A6）によれば、転院直後は、本件病院外科入院中の薬剤の影響から、頻尿があり、夜間せん妄様状態がみられたが、1週間ほど経過すると、稻沢市民病院での治療と薬剤の見直しの結果から、見違えるほど良好な状態になった。

このことは、平成15年12月21日付の稻沢市民病院の主治医宮川幸一郎医師の紹介書（乙A7・6p）の「一宮西病院Drからは透析のできるリハビリ施設ということで当院再入院していただきましたが、腎不全の方は、現在のところ落ち着いており、すぐに透析導入という状態ではありません。骨粗鬆症、圧迫骨折からの腰痛コントロールが中心です。夜間不穏も、入院初期には認められましたが、最近はほとんど問題なく、経過しております。こうした状況から、より落ち着いた環境で療養入院でき、更に透析導入も可能な貴院への転院を勧めさせていただきました。」との記

載や、稻沢市民病院からの転院先である五条川リハビリテーション病院宛の平成16年1月22日付の「看護サマリー（転院用）」の＜入院中の経過と転院の目的＞における、「腰痛あるも、ポータブルトイレ及び車イス移動できる。軽い痴呆あり。内服の介助するも、飲んだか飲んでいないか必ずナースコールあり。その都度対応す。慢性腎不全については、経過観察す。」という記載から、明確に窺える（乙A7・5p）。

本人においては、本件病院からの転院先である稻沢市民病院では、日常生活動作（ADL）に関しては一定の介助のもとで自立してできていたのであり、おむつ着用もせず、夜間不穏・せん妄も次第になくなり、ベッドから転倒したりする危険行動もなかったのである。

また、転院先の五条川リハビリテーション病院においても、本人はオムツなどせず、排泄も自分で行い（ポータブルトイレ使用）、夜間せん妄や認知障害・見当識障害などは見られず、転倒などの危険な事態も存在しなかった（甲52）。

さらに、その後入所した特別養護老人ホーム「たんぽぽ」においても、本人は、オムツなどせず、排泄も自分で行い（ポータブルトイレ使用）、話し好きで、快活に生活していた（甲53）。

本人は基本的に元気で活発に生活する人だったのである。

（6）これに対し、被控訴人側（本件病院の医師・看護師ら）としては要するに、もともと自力で歩行・排泄できるような、言動において非常に元気・活発な患者だったからこそ、本件発生当夜、おとなしく看護師の言うことを聞かず、手がかかり、問題行動と評価して、拘束した、ということなのである。

第3 腎不全への著しく不当な対応（水分管理の懈怠と利尿剤の調節懈怠） 〔診療義務違反①〕

1 本人は平成15年10月7日、本件病院外科に入院したが、入院時の診断名は、変形脊椎症、腎不全、高血圧等であった（乙A3）。

すなわち、本人においては腎機能が低下していて、明らかに水分の摂取状態と尿量の状態を管理する必要があった。

にもかかわらず、本件病院においては、水分摂取については全く行われなかつた（カルテ・看護記録などに記載がない）。また、尿量に関しては、

平成15年8月1日に本件病院内科に入院したときから、排尿回数については数えられたが、「量」については全く管理されていなかった（乙A1・87～98p, 123～129p、乙A3・52～65、72～78p）。これに対し、転院先の稲沢市民病院では、きちんと尿量が計られていた（乙A8・104～112p）。

また、本件病院では、本人に対する食事も一般食であり、腎臓食にされていなかったが、稲沢市民病院では腎臓食であった。

2 乙A3・35pによれば、10月14日時点で、本人においては、BUN: 62.0mg/dl クレアチニン: 1.9mg/dl であり、BUN/クレアチニン比は 32.6 と高く、11月11日のデータにおいても、BUN: 83.3mg/dl、クレアチニン: 2.4mg/dl で、BUN/クレアチニン比は 34.7 と高く、腎前性の腎不全を起こしていたものと解される（これは研修医クラスでもわかることがある）。そして、腎前性の腎不全の治療としては（本件病院の多羅尾医師がしきりに主張する「透析」などを考える前に）まず、脱水状態の改善、水分補給や利尿剤の調整が検討されるべきであった（甲56・5p）。

3 ところが実際には、本件病院においては、水分の管理がきちんとされないまま、本人に対し利尿剤が使用され続けた。

このことが、（本件において問題になっている）本人の尿意を主訴とする「せん妄」様の変調につながった。

すなわち、本件事件の発生した平成15年11月15～16日に本人が繰り返していた「訴え」は、利尿剤で排尿を促されながら、しかし脱水状態にあり、尿が出ない、という趣旨の頻回の訴えであったものと解されるのである。脱水を視野に入れた医療・看護が当然になされなければならなかつたのに、本件病院においてはこれが全く行われなかつたのである（甲56・5p）。

また、夜間に頻尿状態に陥るということに関しても、本件病院の医師・看護師らとしては（転院先の稲沢市民病院において行われていたように）、利尿剤の投与時間をコントロールするなどして、夜間頻尿を避けえたのである（甲61の1, 2）が、本件病院では何らの対応もされなかつた。

本件病院の看護師らは本件拘束を正当化するために、平成15年11月15～16日夜の本人のナースコール、オムツ・尿意に関する訴えの「異常性」をしきりに指摘するが、それは他ならぬ本件病院の医師・看護師ら自身の不適切な治療・看護行為が招いたものだったのである。

4 原審判決は、以上の点に関して全く顧慮していない。

すなわち、原審判決は、本人の平成15年11月15～16日夜の多数回のナースコール、そしてその内容が尿意・オムツに関する訴えであったことについて、これを「夜間せん妄」のせいであった（つまり本人の病気のせいであった）と安易に認定しているのであるが、実は本人のそのようなナースコール・訴えの原因の大きな要素の一つとして、本件病院の医師・看護師らが、本人の腎不全を認識しながら、水分管理を怠り、利尿剤を調節しなかった（当然行うべき治療・看護行為を行わなかった）ことがあったのである。

原審判決の事実認定は非常に不当と言わざるを得ない。

第4 入眠剤マイスリー及びリーゼの違法な使用〔診療義務違反②〕

本件においては、本件病院において本人に対し、入眠剤であるマイスリー及びリーゼが著しく不当に投与されていたという事実が極めて重要な問題点である。この不当投与そのものが重大な違法行為であるとともに、それが本件拘束事件発生の当夜における「本人の不穏状態（夜間せん妄様状態）」を作り出した原因の主要部分を構成しているからである。

1 本件拘束事件発生の前後において、マイスリー及びリーゼ（その内容に関する記述は甲56・23p参照）が使用された経過は以下のとおりであった。

(1) 尾張病院（本件病院入院前の病院）においては、入眠剤に関しては、平成15年7月23日、マイスリー5mgが不眠時の頓服薬として処方されただけであった（乙A1・p26）。

(2) ところが、平成15年8月1日、本件病院内科に入院すると（9月12日退院）、とたんに、マイスリー10mgが、8月2日に3日分、8月5日に3日分、8月8日に7日分、8月22日に7日分、9月12日に14日分という形で、就寝前に本人に対し服薬させるよう、指示が出された（乙A1・p27）。

マイスリー（入眠剤）は、とくに高齢者に関しては、その副作用（ふらつき、不穏など）の大きさのため、最初は5mgから投与開始するのが通常であり、いきなり10mgを投与する、というのは著しく不当であった。

(3) そして、10月入院時点（本人は自宅で生活していた）では、睡眠障害に関しては、「マイスリー」よりも軽い入眠剤「リーゼ」が服用されていた（乙A3・47p）。

(4) ところが本件病院外科に入院（平成15年10月7日）後においては、11月21日まで、マイスリー10mg・1錠（分1 就寝前）が、次のように投薬指示された（乙A1・18, 19, 28p）。

10月 8日： 14日分

10月18日： 10日分

10月25日： 14日分（7日分返品とのメモあり）

多羅尾医師は、10月18日からマイスリーを定期処方した旨述べているが（乙A12）、事実は10月8日からであり、この点だけを見ても、如何に多羅尾医師の認識・薬剤管理が杜撰だったかがわかる。

そして本人においては、確実にマイスリーの副作用が出現して行った。

(5) 10月22、23日夜には、本人は、意味不明なことを言うようになっていた（乙A3・67p）。

(6) 11月3日には、本人が急に車椅子から立てなくなり、ベッドへの移乗もおぼつかない様子であった（乙A3・60p）。

(7) 11月4日には、本人が転倒する事故が起きた（乙A3・60p）。

(8) 11月5日には、本人がオムツ交換したことや薬を内服したこと忘れ、ということがあった（乙A3・60p）。

看護記録（乙A3・60p）によれば、同日より、マイスリーからリーゼに変更されたものと思われるが、主治医たる多羅尾医師は、11月9日までマイスリー投与による格別の異常はなかった（11月10日までマイスリーが定期処方されていた、という前提の陳述）、などと述べている（乙A12）。本件病院において薬剤管理が如何に杜撰・不適切であったかということが明確に窺える。

(9) 11月7～9日の帰宅時には、本人が以前より全然動けなくなり、家族は驚いたという事実があった（乙A3・68p中下段部分）。

(10) 以上のように、本人においては、マイスリーによる重篤な副作用が表れていたのである。

にもかかわらず、多羅尾医師は、11月9日までマイスリー投与による格別の異常はなかった、などと述べているのであり（乙A12）、マイスリー投薬に関する管理について、全く頓着していなかったのである。

その結果、確実に本人においては、マイスリーの長期間継続した服薬による悪影響は深まり、強まっていったのである。

- (11) 11月10日には、マイスリー10mgが（おそらく看護師の裁量により）投与され、本人は同日、夕食を食べたのを忘れたり、会話につじつまが合わない状態となっていた（乙A3・62p）。

以後、本件病院においては、本人に対しては、看護師の裁量により頓服でマイスリーを投与することになっていた、とのことであるが（乙A10～12）、医師の具体的な判断・指示なしに、看護師がマイスリーを裁量により投与する、などということは違法行為である（甲60・2p, 6p）。

- (12) リーゼ5mg・1錠（分1 就寝前）に関しては、次のように投薬指示されている（乙A1・30, 31, 28p）。

11月 5日： 7日分

11月11日： 14日分

仮に多羅尾医師が述べるように11月10日までマイスリーが定期処方されていたとすれば、11月5日～10日は、マイスリーとリーゼが2重投与されていたことになる。これは、本人の腎不全のことも併せ考えると、医学界の常識では考えられないことである。

本件病院の薬剤投与に関する管理は著しく不当である。

- (13) 野田看護師によれば、11月12～13日ころにも、看護師の裁量によりマイスリーが本人に対し頓服で投与された、とのことである（乙A9・2p、乙A11・5p）。前述のとおり、これは違法行為である。

- (14) これに対し、本件病院からの転院先である稻沢市民病院（平成15年11月21日～平成16年1月22日まで本人入院）においては、不眠時ににおいてリーゼが使用されることはあるが、マイスリーの使用は皆無であった（乙A7・6、11p）。

つまり、看護師が適切に対応すれば、強いマイスリーを使用する必要性など存在しなかったのである。

- 2 このマイスリー及びリーゼの著しく不当な使用が確実に、本人のふらつき、転倒、不穏状態（夜間せん妄様状態）の大きな原因を構成することとなった（甲56・2～5p）。

どんなに遅くても11月4日、本人がトイレの帰りに転倒したこと（主たる原因是マイスリーの副作用による「ふらつき」であったものと解され

る）を契機に、服薬について適切な見直しが行われておれば、本件拘束事件発生の原因となったような「不穏状態（夜間せん妄様状態）」は発生していなかつた蓋然性が極めて高いのである。

3 しかし、この点について、原審判決は全く顧慮しておらず、不穏状態を専ら本人の病気によるものとする、誤った前提に立って、判断を下した。

第5 夜間の排泄をオムツにさせたことの**人権侵害性**

〔**診療義務違反③**〕

本件事件発生当夜（平成15年11月15～16日）の本人の主訴は、尿意とオムツに関するものであった。

1 本件病院における治療・看護の対応の拙劣さは、排泄ケアにおいて非常に顕著に表れている。

本人のようにADLがあり、問題視するような認知症はなく、かつ腰痛もよくなってきたという状況においては、夜間もトイレで排泄するのが当然である。

にもかかわらず、11月3日にマイスリーの影響で、自力で行ったトイレで急に立てなくなると、11月4日にはすぐに、夜間「本人との約束にてオムツ着用」させて、その上でマイスリーを投与している（乙A3・60p, 68p）。

本人に夜間おむつをする前に、マイスリーの影響を検討し、中止すべきであった。

本人はオムツを着用させられる必要はなかつたのである。

このような安易な排泄看護・ケアが今回の身体拘束の背景にある。

（以上につき、甲56・5p）

2 本人は本当は、夜間であっても、ポータブルトイレを使用したり、見守りつきでトイレに行ったりして、排泄することが可能な人だったのであり、オムツに排泄することを強いられる必要性など全く無かつた（甲59の1・7, 8p）。

以下、本件病院およびその前後に本人が入院していた尾張病院・稻沢市民病院における本人の状況を、医療記録に基づいて検討し、上記のような必要性が無かったことを明らかにする。

- (1) 本件病院の前に入院していた尾張病院では、特に痛み（右側胸部又は左大腿部）が強い時を除き、本人は基本的には、自力でトイレに行く（夜間は車椅子を使用）か、あるいはポータブルトイレを使用していた（乙A 6・2～24p以下）。
- (2) 本件病院内科（平成15年8月1日～9月12日入院）の看護サマリー（乙A 1・83p）においては、本人の排泄に関してはオムツが使用されていることになっているが、8月14日付けリハビリテーション総合実施計画書（乙A 1・105p）によれば、本人は、廊下歩行・トイレへの歩行については、見守りがあれば可能であり、トイレに車椅子で行くことも、車椅子・ベッド間の移乗なども、排泄自体も（昼も夜も）、1人でできる、との評価であった。
- (3) 10月7日本件病院外科入院時においても、本人は、頻尿で排便障害はあるも、排泄は自分でできる状態であった（乙A 3・47p）
- (4) 10月11, 19, 21日には、本人が自力でトイレに行ったことが看護記録に記載されている（乙A 3・56, 66, 67p）。
- (5) 更に、11月8日付けリハビリテーション総合実施計画書（乙A 3・83p）においても、本人に関しては、廊下歩行・トイレへの歩行は見守りがあれば可能であり、トイレに車椅子で行くことも、車椅子・ベッド間の移乗なども、排泄自体も（昼も夜も）、1人でできる、との評価であった。
- (6) 11月13日時点においても、本人は車椅子を自走して、自分でトイレに行くことができた（乙A 3・51p）。
- (7) ところが、本件病院外科（平成15年10月7日～11月21日入院）の看護サマリー（乙A 3・86p）においては、排泄に関しては、車椅子でトイレに行って自力で排泄できるにもかかわらず、夜間はオムツを使用されていた（夜間はオムツに排泄することが定められていた）ことが明記されている。

すなわち、本人が本件病院においては、夜間、不要にオムツへの排泄を強いられていたのである。この歴然とした事実を、本件病院の看護師自身が明確に認めているのである。

(8) これに対し、平成15年11月21日～平成16年1月22日まで本人が入院していた稻沢市民病院においては、本人はポータブルトイレ使用が可能であり、また、同病院はナースコールに必ず対応していた（乙A7・5, 11p）。

とくに11月27日以降はオムツに排尿しておらず、12月5日以降は原則的にオムツそのものを使用していない（乙A8・48～103p）。

本件病院における水分管理の懈怠、入眠剤の長期過剰投与継続等の影響が薄れるにつれ、オムツの使用など次第になくなつて行ったのである。

3 本件においては、本件病院における、夜間の、必要性のない、不適切な「オムツへの排泄の強要」が、本人を非常に傷つけ、これが本人を夜間の不穏状態（夜間せん妄様状態）に陥らせた原因の一つを構成したこととなったものと解される。

本件において、上記2の経過を見ても明らかなどおり、本人は少なくともベッドから車椅子に移乗してトイレに行き、自分で排泄することが可能な人であった。少なくとも、ベッドの傍にポータブルトイレを置いて、カーテンを閉めたうえで、そこで排泄することは可能な人であった。現に、自宅では個室でベッドにポータブルトイレを設置して排泄していた（11月7～9日の帰宅時もそうであった）。

一般に、オムツで排泄することは、人の名誉を著しく害するものであり、これを強いることは「人権侵害」と言っても過言ではない。オムツの使用は、認知症を誘発しやすく、皮膚に悪影響を与えやすいだけでなく、人間としての尊厳を殺ぎ、「生きる意欲」を奪うのである。

本件の場合、前述のとおり、本人はトイレ（ポータブルトイレを含む）を使用して排泄することが可能だったのであり、また、本件病院としても少なくとも、ベッドの傍にポータブルトイレを置いて、カーテンを閉めたうえで、そこで排泄する、という方法を選択することは可能だったはずである。

にもかかわらず、本件病院の看護師らは、トイレ介助をすること、ないしトイレ使用に関して注意を払うこと、による面倒を避けるために、専ら看護師ら側の都合で、本人に対し夜間オムツを装着し、オムツに排泄することを強いた。本人はこれをひどく嫌がり（甲53参照）、何度も抗議の意思表示をし、精神的に不穏な状態に陥った、という側面が確実に存在し

たものと思料する。本人は前述のとおり、嫌なものは嫌だと積極的に表現する人であり、そのような自分にプライドを持っている人であった。

この「意に反するオムツ使用の強要」は、前述のような本人のトイレ使用可能状態に鑑みれば、本件病院の看護師らによる著しく不当な看護行為であり、違法行為であり、本人に対する人権侵害であった。

そしてこれが11月15～16日夜の本人の不穏状態（夜間せん妄様状態）の原因の一つであった。換言すれば、11月15日夜の本人の不穏状態は、被告らによる「本人の意に反する、著しく不当なオムツ使用の強要」（違法行為・人権侵害行為）によって発生したものだった、という一面を持つのである。

従って、被控訴人が11月15～16日の本人の不穏状態を理由として拘束の正当性を主張することは、この意味でも、自らの違法行為・人権侵害行為に起因する事態に関する自己の責任を捨象した主張をしていることに他ならず、到底許されるべきものではない。

しかし、原審判決はこの点についても全く何ら顧慮しておらず、著しく不当である。

第6 作られた不穏（夜間せん妄様）状態とその放置

〔診療義務違反④〕

1 本人においては、前述したようなマイスリーの不当過剰投与継続が主な原因となって、平成15年10月22日ころから不穏状態（夜間せん妄様状態）が現れていた（乙A3・67p、甲12の2、甲62の1、2）。

本人の認知能力は長谷川スケールで24点という評価値からみて、衰えてきていたが、基本的なコミュニケーションに問題はなかったし、不穏状態は認知症によるものではなく、本件病院の医師・看護師らの対応によって作られたものであった（甲56、60）。

その証拠に、転院先の稻沢市民病院においては、当初はやや本件病院において受けた不適切な対応（前述のマイスリー不当投与、利尿剤調節懈怠、オムツ排泄の強要など）の後遺症のような不穏が残っていたものの、適切な治療・看護を受けた結果、不穏状態はやがて消滅しているのである（甲61の1、2、乙A7・5p）。

2 11月15～16日夜の不穏状態（夜間せん妄様状態）の発生

本件において、11月15～16日夜に本人に生じた不穏状態（夜間せん妄様状態）の原因は前述のとおり、本件病院の医師・看護師によるマイスリー・リーゼの著しく不当な過剰投与継続、頻尿状態に対する不適切な対応（利尿剤の調節懈怠）、及びオムツによる排泄の強要、であった。

- (1) 主として、本件における「夜間せん妄様状態」はマイスリーとリーゼの過剰な投与継続により、作られたものであった。また、そのように薬物の影響を考えるのが医学界の常識である（甲60）。
- (2) またそれらの薬剤によるふらつきや転倒の危険が正当化要素となって自力でトイレにいくことができた本人に対しオムツをあてがうという不適切な排泄ケアがなされこれが頻回になされたナースコールにつながった。
- (3) さらに、本件病院の医師・看護師らは、腎不全があり、利尿剤を使っていいる本人の頻回な尿意に対して、水分の摂取量も、尿量も計測せず、検討することなく放置し、利尿剤の調節を怠った。このことも、尿意にまつわる本人の訴えの繰り返しにつながった。
- (4) 本件における不穏状態は、これらの相乗作用によりもたらされたものである。
- (5) しかし、本件病院の医師・看護師らは、この自ら作り出した本人の不穏状態（夜間せん妄様状態）について、利尿剤調節、入眠剤の適切な調節、トイレ介助、看護師によるナースコールへの真摯な対応などの方法により、適切に対処せず、放置したに等しかった。〔診療義務違反④〕

3 原審判決は、繰り返し述べてきたとおり、この不穏状態を単に本人の病気によるものとする認識を前提としており、極めて不当である。本人の本件当夜の不穏状態は、本件病院の医師・看護師らの著しく不当な対応がまさに招いたものなのである。

第7 転倒可能性と危険性の評価

- 1 原審判決は、転倒の可能性を大きく評価し、これを本件拘束に関する主たる正当化事由とした。

すなわち、本人の主治医であった多羅尾医師は、「転倒すると単なる打撲では済まないことが起こります。具体的には頭蓋内出血、あるいは頭蓋骨の骨折、あるいは現在あった胸椎、腰椎の圧迫骨折の更に別の部位の圧迫骨折が起こって、あるいは四肢の骨折ですね。失礼ですけど、かなりのお年の方で、体の予備力がありませんので、ちょっとした骨折が全身状態の悪化、ひいては死亡につながる合併症になる可能性が非常に大きいです。」と供述し、裁判所はこれを鵜呑みにした。しかし、同供述は誇張した表現であり、多羅尾医師が裁判を有利にするために、危険性を過大にアピールしたものである（甲 5 7）。

転倒の危険がある・安全のためという理由で拘束することは、医療・看護の責任放棄であり、抑制死を生み出すものである（甲 6 5）。

一般に、転倒によって骨折などの大事故が発生する頻度はわずか1%以下であり、これを大きく評価して拘束を容認すると、転倒しやすい高齢者全員を拘束してよいことになってしまう（甲 6 3）。

2 原審判決は、尾張病院での転倒を転倒可能性・危険性の論拠として挙げているが、そもそも平成15年7月16日の尾張病院での転倒は、本人が杖を使用して、トイレに行き、排尿後、杖が倒れたので、これを拾おうとして、転倒したものであり（乙A6・13p）、要するに、本人の元気さとこれに対する過信が生んだ軽微な事故だったのであって、前述のとおり本件病院によって作り出された不穏状態（夜間せん妄様状態）が生じていた平成15年11月15～16日夜とは、前提状況が全く異なるものであるうえ、本人は尾張病院で転倒し、恥骨骨折した際、合併症を起こしていないし、生命への具体的な危険性は何ら生じていない。そして、同転倒による骨折の程度は「厳重な安静度制限の必要ない程度で、疼痛に応じて歩行可能」（乙A1・33p）というものであり、転倒後においても、本人の排泄に関しては、基本的にはポータブルトイレで行えていたのである。

3 本件病院で転倒した際（平成15年11月4日）にも、本人においては、頭蓋内出血も頭蓋骨の骨折も四肢の骨折も起こしていない。

もっとも、そもそも、この11月4日の転倒自体、本件病院の看護師が、マイスリーの副作用が出ていた本人を十分にケアしなかったことによつて発生した介護事故である。〔診療義務違反⑤〕

- 4 本件病院を退院した後に（稻沢市民病院の次に）本人が入院した「五条川リハビリテーション病院」の看護記録にも、平成16年2月10日、トイレに行った後、ベッドサイドに座つたらずり落ちるように床にしゃがんでいる（甲52・14p）、同年5月24日、「ポータブルトイレに移ろうとして滑りました」と尻もちをついた後ベッドで臥床す（甲52・19p）、という報告がなされているが、いずれも重大な事故にもつながっておらず、生命の危険性も全く生じていない。
- 5 上記2ないし4の経過は、多羅尾医師の「死亡につながる合併症になる可能性が非常に大きい」などという供述が、本件拘束の責任追及を逃れるための詭弁であることを示している。
＜死亡一大事故一小事故一ひやっとする状態一日常生活＞の間には、それぞれ確率の壁があり、死亡とその他の事象が「非常に大きな」確率で結びついているのではない（甲57）。
- 現に本件病院においても、平成15年11月4日の転倒に関して、特別に重大問題として病院内でとくに報告・検討されていないのである。
- 6 原審判決は、本件に関して、本人の転倒が生命の危険につながる可能性が100%ないとは言いきれないと考え、切迫した危険ありとしたものと解されるが、それは医療現場を知らない判断である。
- 多羅尾医師の論理、そしてこれを採用した原審判決の論理に従えば、高齢者専門の病院で、認知症の人の多い病院では、すべての患者が拘束の対象となってしまう。
- しかし、現実には、緊急やむを得ない場合にだけ拘束が用いられることがあるにすぎない。
- 多羅尾医師の供述は、確率や現在の医療水準をあえて捻じ曲げて、誇大に危険性をアピールし、代替的行為をとろうともしないでおいて、その余地がなかったかのように述べており、更には、医療の権威をかさにきて、すべては本人固有のリスクであるということで患者に責任を押し付けているものであって、著しく不当である（甲57、63）。

第8 本件拘束〔診療義務違反⑥〕の実態

1 本件拘束は、本当は、何のために、何の理由でなされたのか。本当は、どこで、どのような様子で、どのくらいの時間、なされたのか。

この点について、本件病院の医師・看護師の供述は、基本的に信用できないものと考えるべきである。

なぜならば、本件病院の医師・看護師らは、平成15年11月15～16日に「拘束」という重大行為が行われ、本人が全治20日以上を要する傷害を負ったにもかかわらず、すぐに家族に連絡・報告しておらず、それどころか病院内においても同拘束事実は一部の者だけにしか知らされていない状況であったことが明らかであり（甲50，51）、結局、11月19日に浅野看護師が本人の娘（控訴人栗木満里子）に非公式に事実を告げたことで初めて家族に発覚した、という経過をたどっているからである。

被控訴人が主張するように真に必要やむを得ない状況における拘束であったならば、上記のような発覚経過をたどるものではなく、正式な形で、本件病院から家族に対し、拘束実施前あるいは直後に報告されるのが当然だからである。

本件病院の医師・看護師らの供述を安易に鵜呑みにした原審判決の認定内容は著しく不当である。

2 それでは真実はどうであったか。

その答えは、他ならぬ本件病院の本人担当看護師である浅野看護師が看護記録の中に明確に記している。乙A3・88pである。そこには、本件拘束直後において、コミュニケーションには一貫してとくに問題のなかつた本人が、気を許せる相手に対して繰り返しアピールしていた内容が明確に記載されている。本件発生直後の本人の明確な供述であり、しかも本件病院の本人担当看護師が直に本人から聞き取った内容であり、他の証拠に比べて、その信用性は圧倒的に高い。

すなわち、乙A3・88pにおいては、浅野看護師が本人から聞いた生の話として、11月19日の記載として、「患者本人、11／16日曜日ずっと、土一日夜間のこと話し怒っている。他のP.t、面会者にも声をあらげ、うつたえている。」とある。

そして次に、「両手両足をしばられて、ベッドにくくりつけられて10

時間も動けんかった。おしつこもたれながし、毛布も1枚しかかけてもらえんし、寒くて寒くて、叫んでも来てくれんし・・・。」とある。

更に、「涙流してうつたえる。同室者も同意している。夜間、不穏のことは全く覚えていない様子。夜間のこと、伝えるが、他のNrをかばうのだろうと言ってくる。本人に、その後の状況を見ていないので分からぬが、転倒の危険などあれば私も抑制したかも知れないと伝える。Ptだまっている。家人には、不穏あり、トイレに何度も行ったり、N-C頻回大声を出したりしたことを伝える。抑制個室へ入れる必要があったかどうかは分からぬが、夜間のNrがそれを行ったということは、よっぽどひどくさわいだか、危険だったのではないか?と伝える。家人、ありがとうございました。」と言っている。」とある。

これは、浅野看護師が本件拘束の件を本人の娘（栗木満里子）に告げた時のことに関する記載である（甲50、51、33）。

実際に拘束をした野田看護師は、本人は拘束事件のことを覚えていないと話していたなどと述べているが、実は本人は本件直後の11月16日からずっと、本件拘束のことを怒って、他の患者や面会者に対し、真実を、声を荒げて訴えていたのである。

すなわち、拘束態様は「両手両足を縛られて、ベッドにくくりつけられた」というものであり、拘束場所は被控訴人主張の個室ではなく、4人部屋であり、拘束時間は非常に長時間（本人の表現では「10時間」）であったのであり、これらの要素をみれば、拘束理由は「夜間せん妄による転倒の危険」などという「まとも」なものではなく、端的に、頻回繰り返されていたナースコール・オムツに関する訴えなどをできないようにするためであったこと、ないしそれに対する体罰であったことが容易に推認されるのである。

まとめると、

- (1) 本件拘束の理由・目的は専ら看護師の感情的なものであり、拘束そのものも、特に抵抗感なく選択されたものと解される（甲64）。
- (2) 本件拘束の態様は、「両手両足を縛り、ベッドにくくりつける」というものであり、拘束の仕方として確実なものであるが、残酷なやり方であり、それゆえ、同室者が非難・同情の声を出していたのである（甲7・10p、甲33・5p、吉田貞子本人調書11p）。
- (3) そして、拘束場所は、201号の個室ではなく、4人部屋であった。

看護師ら（実際には牧田看護師は居なかつたものと思われるが）は、本人を4人部屋で拘束してから、個室に移動させたものと思われる。

- ① 本人は実は原審においても、自発的にはそのように供述している（甲67・9p、乙9・6p、吉田貞子本人質問調書11p）。
- ② 同室者が「何も悪いことしないのに何でそんなことするんや」と、同調する反応をした（甲7・10p、甲33・5p、吉田貞子本人調書11p、乙A3・88p）。このような反応は単にベッドを移動しただけでは出てこない。同室者は本人が拘束されている様子を見たからこそ、このような反応になったのである。
- ③ 浅野看護師も、乙A3・88pの「抑制個室」という表現についての説明で、言葉を濁しながら、拘束して個室に連れて行ったという趣旨のことと認める証言をしている（浅野証人調書8p）。
- ④ そもそも本人の活発な気性から見て、拘束なしに、おとなしく個室に運ばれていくなどということは考えられない（個室に運ばれたときに本人が抵抗した様子の記録は一切存在しない）。

(4) これに対し、野田看護師は、乙A3・88pの内容とは全く異なる内容を述べているが、野田看護師の証言は専ら自己ないし被控訴人側の責任を減少させようとする目的・方向性のもとに行われているものであり、全く信用できない。

- ① 前述のとおり、医療記録のどこにも、個室に運んだ時の本人の抵抗の様子の記載が全くない。これは極めて不合理である。拘束せずに運べば、本人は強く抵抗したはずである。
- ② 拘束した具体的な内容について、

乙A9の報告書3pにおいては、午前1時20分～30分ころに拘束し、「（午前2時の時点で）片方のミトンが柵から外れ（手は未だミトンから抜けていない）、本人は口でそのミトンをかじっていた」となつており、更に、「（午前3時の時点で）両手のミトンは抜けていた」となっているのに対し、

乙A11の報告書5p下段においては、拘束後最初に見た時点（拘束から少なくとも15～20分以上経過した時点）で既に、「左手のミトンは柵に紐が付いたまま、スッポッと抜け」、「右手のミトンはベッド柵から紐は外れており、本人が口で手袋の付いている手首のところを噛んで

いた」となっている。

乙A11の作成者は野田看護師であり、乙A9も作成の中心人物は野田看護師だったはずであるが、その内容においては、ミトンが柵からの外れていた時期、本人の手がミトンから抜けた時期、それらの順序、本人が口で囁んでいた対象に関して、重大な齟齬がある。

乙A9と乙A11の作成日は2ヶ月も隔たっていない。

もしも野田看護師が実際に見て体験したことであれば、このような齟齬が生じることはありえない。野田看護師は、実際には、本人が口で囁んでいる場面などは見ていなかったのである（乙A5の写真も虚偽である）。だからこそ、全治20日以上も要する負傷についても気づかず、家族に報告することさえしなかったのである。

3 本人は本件拘束を外そうとして、右前腕皮下出血、下口唇擦過傷の傷害負った（甲4）。本件拘束の結果は重大なものであった。

そもそも病院内で拘束をして、患者に20日間の傷害を負わせるなどということは、完全に誤った抑制対応であり、医療で言うところの「抑制」ではなく、加害行為に過ぎない。

本件において本人は、骨粗鬆症や大腿骨折などで腰が曲がり、そもそもベッドで仰向けに寝ることができなかつたのである。それを、両腕をひろげさせて仰向けに寝かせるなどということは、それ自体惨いことである。本人は激痛に苦しみ、もだえ、必死にその苦痛から逃れようとした。その格闘の結果が20日間の傷害の診断書（甲4）の内容である。左右の横向きでしか寝ることができない本人が、横向きになるために必死で右手のひもを口でかみちぎろうとし、傷を負ったのである（甲60）。

4 なお、身体的拘束は、本件のように全治20日を超える傷害を生じさせる可能性のある行為であり、医療行為に他ならず、看護師が医師の指示・判断なく、裁量によって行うことは、医師法違反である。

とくに、被控訴人は、本件拘束は夜間せん妄への対応であった旨主張しているが、せん妄への対応は医療行為以外の何物でもない。

また、実際には、本件発生時、当直医が居なかつたものと思われる。当直医とされる小林医師に関する記載がカルテ・看護記録などにおいて全くどこにも存在しないからである。この点は医療法16条違反である。

第9 本件拘束の違法性

1 前提状況の自招

原審判決は、夜間せん妄状態における本人の転倒の危険を強調したが、第3ないし第7において縷々述べてきたとおり、本人の不穏状態は、本件病院の医師・看護師らによる水分管理懈怠・利尿剤調節懈怠、不当なオムツ使用、入眠剤の過剰投与継続などにより作られたものだったのであり、この不穏状態及びこれによって生じる危険性を、本件病院・被控訴人側の正当化事由として位置づけることはできない。

2 目的の不当性

本件拘束の理由・目的は、第8において述べたとおり、「夜間せん妄による転倒の危険」などというものではなく、端的に、頻回繰り返されていたナースコール・オムツに関する訴えなどを本人ができないようにするため、ないしそれに対する体罰であった。すなわち、本件拘束の理由・目的は専ら看護師の感情的なものであり、何の正当性もなかった。

3 拘束の不要

(1) 危険性の評価

前記第7のとおり、原審判決は、本件における転倒の危険性を過大評価している。

① 本人は、証言テープ（甲32、甲67が最も正確な反訳である）において発語もしっかりとしており、長谷川式スケールで24点、MMSで23点、ということで、衰えはあるものの、コミュニケーションが難しいほどの痴呆の状態はなかった。

従って本人においては、「認知症ゆえの危険」は基本的に存在しなかったと言える。

② 本件病院からの転院先たる稻沢市民病院においても、排尿などをめぐる頻回なナースコールはあったが、本人がとくに大声を出したりした経過はない。

具体的には、転院からまだ一週間も経過していない11月26日には、21:00～22:00 Ba（バルーンカテーテル）が入っているのに「おしっこ

が出ました。オムツをかえて下さい」と何度もナースコールがあり、ナースコールが頻回であったため、詰所へ車イスで連れて行こうとすると騒いで嫌がり、同室者からも苦情があるため大人しくする様伝え、次に騒いだりするようなら詰所で入眠して頂くことを伝えると、P t (患者)、その後はナースコールしてこなかった、という記載がある。

おそらく、本件拘束を受けた晩の本人の様子もこのようなものであったものと思われる。稻沢市民病院の看護師は、本人を車椅子で詰所へ連れて行こうとすると騒いで嫌がったので、それは中止した。そして、本人と話をした結果、事態はそれ以上には進まなかつたのである。

本件病院においてもそのような対応がなされれば、本件拘束事件は発生しなかつた。

③ 車椅子の使用のためにベッドを降りる、という程度のことについては、本件病院の医師・看護師らも基本的には、その危険度の低さから、許容していたものと解される。

また、本件拘束事件発生当夜、尿意やオムツに関する訴え以外に、とくに看護記録上、危険性のある行為は存在しない。

この点に関する野田看護師の供述は、自己の責任を軽減しようとする目的によるものであり、信用できない。

尿意やオムツへの嫌悪を訴える本人からのナースコールに真摯に丁寧に対応しておれば、やがて本人は入眠するはずであった。本件においては、被控訴人側の主張を前提としても16日午前3時ころには本人は入眠しているし、また現に稻沢市民病院では、ナースコールに丁寧に対応して、特に何の問題も生じなかつた。

(2) 拘束以外の方法の選択肢 (甲59の1・2、甲60)

(ア) 本件においては、拘束に替わる方法はいくらでも存在した。

うまく対応できずに本人を興奮させてしまった場合でも、すくなくとも拘束する前に、本人の話をよく聴いたり、側に付き添ったりしていれば、拘束は避けられた。

また、ポータブルトイレを準備して介助すれば、それでおさまった。

(イ) 被控訴人は、夜間看護の状況について、「夜勤の看護師として3名の看護師が配置されており、41名の病床を管理している。入院患者には持続点滴等の処置を受けている患者もあり、原告の転倒・転落防止のために看護師が常時付き添うことは現実的に不可能である。」とし、

原審判決もこの論を採用している。

しかしながら、まず、「持続点滴等の処置を受けている患者さんもあり」とあるが、トラブルが頻発しない限り、この持続点滴という処置は時間をとられるものではない。3名の看護師の手が全部それに割かれるほど多くの患者が持続点滴をしていたわけではない。夜間9時以降、消灯後のことであり、検査や処置などは日中に比べてはるかに少なくなる時間帯である。看護業務が猫の手も借りたいほど多忙な状況ではない。

したがって、看護師は上述したような代替行為をとることは十分可能であった（甲56、59の1及び2）。

むしろ、現在の病院体制下で、41名の病棟において夜勤の看護師3名がいるという「体制」は、急性期病院ゆえに認められる人手（看護師）があり、恵まれた看護環境といえるものである（甲59の2、60）。

しかるに、原審判決は「当直看護師が常時原告の付き添いをすることが事実上困難であったことが認められ・・・」としており、明らかに事実を誤認している。

(ウ) 原審判決は、①<ベッドで睡眠をとるように説得し、繰り返し声をかけたが聞き入れられない状況にあった>、②<今後、説得をつづけても、原告が落ち着きをとりもどす見込みは低かった>、③<転倒を防ぐため、原告をナースステーションに最も近い個室に移し、お茶を飲ませるなどして原告を静かな環境で落ちつかせようとした>、④<当直看護師3名で41の病床を管理しており、当直看護師が常時原告の付き添いをすることが事実上困難であった>と認定しているが、

①及び②については、稻沢市民病院では、実際にを行い、功を奏しているところであるし（現実に可能であった）、③については、ベッドに縛りつけた後に、患者に縛ったままで水を飲ませたとすれば、それは誤嚥、窒息のもとであり、むしろ危険な行為であった。

更に④に関しては、前述のとおり、現在の病院体制下で、41名の病棟において夜勤の看護師3名がいるのは、急性期病院ゆえに認められる、恵まれた看護環境なのである。

4 本件拘束の態様の著しい不当性

本人が本件病院外科に入院した際（平成15年10月7日）、本人は、ひどい腰痛と骨粗鬆症を抱えていた。本人は骨粗鬆症のために腰がまがり、

腰痛のために仰向けに寝ることができず、横向きしか寝ることができない状態であった（甲 50）。

本件拘束は、そのような本人に対し、強制的にベッドに仰向けに寝かしつけ、両手にミトンの手袋をはめて、両脇のベッドの柵にひもでしばりつけ、両足も縛りつけて、結果として全治 20 日間以上を要する右手首の皮下出血と下口唇の切り傷を負わせた。これは異常な拘束行為であり、医療行為の域を逸脱した加害行為と言わざるを得ない。

5 以上のとおり、本件拘束は、拘束の前提となった状況について本件病院の医師・看護師らが自分で招いたものであり、その拘束の目的・理由において医療行為としての正当性はなかった。そして、看護師としての通常の適切な対応がなされておれば、拘束の必要性もなかった。しかも拘束の態様は著しく不当であった。

よって、本件拘束は違法行為であったと言わざるを得ない。

第 10 本件病院の問題性

1 本件に関わった、本件病院の医師及び看護師らの医療・看護・ケアの水準及び治療・看護の記録の水準は著しく低かった。そのことが本件事件の根本的な原因であったとも言える（甲 56、59 の 1、60、63）。

例示すると、以下のとおりである。

- (1) 腎不全があるのに、水分のイン・アウトがきちんと確認されていない。
- (2) 脱水状態が疑われる患者（本人について）、11月18日、看護側の都合で「水分を控えるよう患者に説明した」（乙 A 3・64 p）。
- (3) インテバンの頻回な使用による腎機能の悪化が疑われる。
- (4) 健康チェックの重要な指標たる排便の記録に空白や不正確な点が多い。
- (5) 10月8日の処方で尿酸値を低下させるためにザイロリック（高尿酸血症治療剤）を使いながら、10月14日の処方で高尿酸血症の副作用のあるラシックスを增量している（甲 56・34 p 参照）。
- (6) マイスリーの副作用と見られる状況（前記第 4、1 項）が医師にフィードバックされていなかった。
- (7) 主治医たる多羅尾医師は、前記第 4 において指摘したとおり、マイスリー

ーの定期処方時期やマイスリーの副作用発生状況について、極めて不合理な内容を述べており（乙A12）、入眠剤マイスリー及びリーゼの本人に対する投与状況・内容について、その認識・管理が非常に杜撰であった。

（8）本件病院においては、看護師が医師の判断・指示なしに勝手に投薬している。

11月10日のマイスリーの処方について、投薬指示表（乙A3・16p）の臨時処方には、11月9日（ここは最初10日と記載されているが9日に修正されている）に「マイスリー1T かのう」とあるが、入院診療録（乙A3・30p）には11月10日の日付で「坐位になっておきているが言葉がはっきりせず。眠剤マイスリーの影響か」と記載されている。看護診断表（乙A3・62p）には11月10日0時に本人の状態についての記載は全くなしに、突然「不眠？マイスリー与薬」となっている。入院看護記録（乙A3・68p）にも11月10日（0：00）「マイスリー1T与薬」となっている。

以上を総合すると、次の事実が推認される。

すなわち、11月10日の0時に、本人がなかなか眠ろうとしないので、余っていて詰め所に保管してあったマイスリーを看護師が勝手に与薬した。そのことを市橋医師は看護師から知らされた。そこで市橋医師は診察時の記録に「言葉がはっきりせず、眠剤マイスリーの影響か」と記載した。そのため、臨時処方として乙A3・16pに、11月10日に処方したよう、後日、市橋医師ないし多羅尾医師によって記載されることになった。

このような推認が、本件病院の実態（記録の杜撰さ）からみれば合理的である。本来であれば、臨時薬の処方は通常、医師が直接診察して、あるいは看護師からの報告を受けて、あるいは不眠が予測される場合に前もって、出しておかなくてはならないものである。看護師が与薬したのが0時であるならば、報告を受けて処方したにしろ、前もって処方しておいたにしろ、10日ではつじつまがあわないことになる。そこで、医師のだれかが9日に修正したのである。

もしも、報告を受けて市橋医師が処方したのであれば、市橋医師はその日当直でなければならない（現実的には、乙B3によれば、市橋医師は当直医ではない）。

しかし、看護師の知識の低さや判断能力の低さ、看護記録の杜撰さなどの諸状況から判断すれば、看護師がマイスリーの副作用について全く知らないことは確かであり、患者が不眠だからといってわざわざ医師に報告し、処方をもらうことは考えられないのである。

以上から、看護師らによる勝手な薬剤投与などがなされた蓋然性が極めて強いのである。

また、野田看護師は、11月12～13日ころ、看護師の裁量でマイスリー（本人において重篤な副作用が出ていた薬剤である）を頓服で本人に投与した旨述べているのである（乙A9、11）。

以上の、平成15年11月10日及び同月12～13日ころの、本件病院の看護師らの勝手なマイスリー投与行為は医師法違反である。

- (9) 本件身体拘束を当直看護師が行ったことを上司も知らず、当直医師も知らなかった。
- (10) そもそも外科病棟への入院ということ自体、本件においては適切でなかった。外科病棟ではなくリハビリテーションを行う病棟へ入院してもらうべきであった（甲60）。
- (11) 本人については、軽い認知症的症状はあったものと認められ、主治医と看護師は、その治療・看護の内容、とりわけ夜間せん妄から危険性があるのなら、そのこと、マイスリー等精神安定剤の副作用や利尿剤からくる頻尿の問題などを、本人と家族にわかりやすく説明し、治療内容を理解してもらい、協力していく関係をつくるべきものであった。本人に十分な判断能力がなければ、当然に家族にはインフォームド・コンセントをなすべきであった。
- (12) 実際には、平成15年11月15日から16日の早朝にかけて、当直医がいなかつた可能性が高く、いわゆる「当直医オンコール」の疑いが濃い（甲60）。

2 本件病院医師ないし看護師による隠蔽工作

- (1) 本件病院の医師・看護師らは、当初は非を明確に認めていたが（甲50、51）、訴訟になると、自らの非を否定し、責任を全部、患者（本人）に押し付ける対応に出た。そして本件病院の医師・看護師らは、被控訴人に都合の良いように、記録を改ざんし、事実に反する証言、供述をした。

(2) 看護記録の改ざん（甲56・9p）

本件病院の看護記録は、看護診断と題されたページにバイタルなどを記入し、入院看護記録と題された用紙に特記事項を記入するというシステムだが、急性期を標榜する割に記録が非常に少ない。

ところが、11月15日～16日の深夜、抑制した部分の入院看護記録だけは妙に詳細である（乙A3・68、69p）。

また、本件病院の看護記録の記載は原則的に、POSシステムに則り、各記述についてその内容に応じて SOAP、S (Subjective) 患者の主観的な訴え、O (Objective) 検査結果やバイタルなどの数値、看護職の客観的な観察・事実に基づく内容、A (Assessment) S (Subjective) や O (Objective) に対する看護職の判断や思考過程、P (Plan) A (Assessment) に基づく今後の予定や計画、という符号が打たれているのであるが、入院中の他の全ての記載にはその符号が打たれていながら、何故か本件拘束事件発生当夜の身体拘束の部分の記載（23:00～5:30までの記載）にはその符号が基本的に打たれていない。22:10の記載には「A」が打たれており、その部分の記載は「理解がえられない」で終わっているが、それ以降の記載は「A」とするのは不当である。他の部分は一刻ごとの一記載に対して、SOAPの符合が付されているのである。

この23:00～5:30までの記載部分は、通常に書かれたものではない、後で都合の良いように付加されたもの、と解される。

野田看護師は「翌朝まとめて書いた」旨述べるが、本人の家族が11月20日の話し合いの時に、その記録を見せてもらったときには、書かれていなかったのである（甲50，51）。

本人の娘・栗木満里子は11月19日、看護師長と思われる人とともに、身体拘束があったかどうかの事実の確認を本人に行った（甲50）が、看護記録に既に記載があれば、そのような確認の必要はなかったのである。

（3）本件病院の診察・看護記録に関するその他の問題点

（甲59の1・11p以下）

- ① 投薬指示表を見ると、入眠剤マイスリーないしリーゼの定期処方は、下記のように記録されている。

記

* マイスリー 10mg・1錠（分1 就寝前）（乙A1・18, 19, 28p）。

10月 8日： 14日分

10月 18日： 10日分

10月 25日： 14日分（7日分返品とのメモあり）

* リーゼ 5mg・1錠（分1 就寝前）（乙A1・30, 31, 28p）

11月 5日： 7日分

11月 11日： 14日分

上記の記載によれば、11月5日～10日は、マイスリーとリーゼが2重投与されていたことになってしまう。そして、主治医多羅尾医師も11月10日まではマイスリーが定期処方されていたことを前提としている（乙A12）。

もしも2重投与がなされていたとすれば、これは、本人の腎不全のことも併せ考えると、医学界の常識では考えられないことである。

また、相当量の薬剤が余分に出されていたことも窺える。

本件病院では薬剤の投与などの管理自体が大変に杜撰である。

- ② 処方日についても、本件病院では土曜日に処方が出されているが、実際に手元に来る曜日はいつなのか、不明である。
- ③ 投薬指示表の間違い

処方が投薬指示表と入院診療録とで異なっている。

投薬指示表－乙A3・19pにおいては、定期処方（10月18日）下段から2つ上には「センノサイド錠2錠 14回分」となっているが、入院診療録－乙A3・26p右の欄（10月18日）には「センノサイド錠10日分」となっている。

以上から、本件病院では、薬剤の管理が非常に杜撰であり、看護師がマイスリーなどの薬剤を自由に使えるような状況があり、投薬指示表なども改ざんせざるを得なかつたものと解されるのである。

第11 説明義務違反等

1 家族への説明義務

本件拘束は身体に対する重大な制限である。現に本人は、全治20日以上を要する傷害を負ったのである。本件拘束はそれ自体、当然ながら、治療行為とは評価できず、正当防衛・緊急避難の要件を満たす状況でないかぎり、本人ないし本人の判断能力不十分な場合には家族の承諾がなければ、違法な暴行（傷害）行為と認定されざるを得ない。

そして前述のとおり、本件においては、被控訴人が危険と称する状況自体、本件病院の医師・看護師らが自招したものであり、かつ危険性は具体的に高いとは言えず、切迫性もなく、代替行為が十分考えられ、拘束時間の点でも長時間であったものと考えられるので、家族への説明、本人ないし家族の承諾を欠いた本件拘束は「違法行為」といわざるを得ない。

2 医師の判断介在の必要性

本件拘束は、前述の態様を前提とするとき、極めて人権侵害性の高い行為であったと言わざるを得ない。そして現に全治20日以上の負傷を生ぜしめた「傷害行為」である。

また、被控訴人の主張によれば、要するに「夜間せん妄」に対する対処として、本件拘束が行われたのであるが、夜間せん妄への対応は、医療行為以外の何物でもない（甲56・8p）。

このような本件拘束行為に関して、療養上の世話などと評価して、医師の判断の介在を不要とするなど、原審判決は著しく不当である。

3 診療録への記録化の必要

原審判決の記録検討は杜撰である。

本件における、本件病院の看護記録は前述のとおり、改ざんないし虚偽と解される部分が多く、本件拘束について事実に忠実な記載がなされたとは、到底考えられない。

第12 結論・損害賠償請求額の相当性

本件拘束事件は、縷々述べてきたとおり、入院時から拘束・負傷までの一連の重大な診療義務違反（債務不履行ないし不法行為：水分管理をしなかったこと、利尿剤の調節を行わなかったこと、マイスリーなどの入眠剤を過剰に継続的に投与したこと、トイレ介助に関する不適切（転倒事故の発生）、夜間にオムツでの排泄を強要したこと、本件病院が作った不穏状態・本人の訴え（ナースコールなど）に対する対応の不適切、感情に任せた長時間の酷い態様による身体拘束、それによって右前腕皮下出血・下口唇擦過傷の傷害を負わせたこと、など）の集積である。

原審判決は、転倒の危険という一部分だけを取り上げて、その原因・背景を考慮せず、その危険を一般論・抽象論に基づいて不当に過大評価し、しかも被控訴人側の（不合理な点や齟齬の多い）事実主張内容を、丁寧に証拠を検討せずにそのまま認めてしまっており、極めて不当な判決といわざるを得ない。

そして、本件病院の医師・看護師らによる著しく不当、違法な医療行為・看護行為の積み重なりの結果としての本件拘束とその傷害結果を考えれば、訴状記載の損害賠償請求金額は相当な金額である。

以上

平成18年(ネ)第872号

控訴人 栗木 満里子 ほか1名

被控訴人 医療法人杏嶺会

控訴理由書(2)

平成18年11月16日

名古屋高等裁判所 民事第2部C口係 御中

控訴人ら訴訟代理人

弁護士(主任) 副 島 洋 明

弁護士 中 谷 雄 二

弁護士 大 石 剛 一郎

第1. 本件事件とはどういう事件か。

1. 私たち控訴人代理人（以下、控訴人弁護団という）は、原審判決後に医療過誤を超えた加害行為というべき身体拘束が裁判所で容認されたことという連絡を受けたことから、あらためて原審の裁判記録を精査・検討し、高齢者医療の現場に关心をもちその向上と発展にかかわってきた弁護士として、このような誤った原審判決を看過することはできないということで控訴審の代理人となった弁護士たちである。控訴人弁護団としては、直ちに原審裁判記録を多数贅写して、東京・上川病院の吉岡充医師、北海道医療大学・看護学の阿保順子教授、埼玉・目白大学健康医療学部の関寛之教授らをはじめとする専門医に送付して、検討していただくことをはじめた。

吉岡充医師は、原審段階からその意見書を作成提出し、本件事件に関与してきた責任

もあり、また、高齢者医療の現場から身体拘束を廃止する取り組みを長年にわたってつくりあげてきた実績からみると、この原審判決の内容は大変にショックなものであった。その意見書（甲56、57、58）の内容は、吉岡医師にとって、原審段階での原告側から協力を要請されて参考意見なり鑑定意見を提出するという次元を超えて、まさに「我がこと」の事件であり、我が国の高齢者医療の現場での医療と看護のあり方そのものが問われている事件だ、という自覚に基づいて作成されている。

2. 本件事件の控訴審にあたり、原審裁判記録を検討していただき、その専門性に基づいて意見書やコメントを寄せて下さった専門医と専門研究者として、我が国の高齢者医療を代表する東京都老人医療センターの井藤英喜院長（甲63）、特養老人ホームの施設長など高齢者福祉の現場から専門研究者となられている佛教大学社会福祉学部の永和良之介教授（甲64）、そして原審で甲12号証の2としてその意見（コメント）を作成された三上泰史医師からは、さらにくわしい本件事件についての回答書（甲62の2）、また本人が被控訴人病院から本件拘束事件直後に転院した稻沢市民病院の主治医であった宮川幸一郎医師からの回答書（甲61の2）等を書証として提出している。

追って提出する書証（意見書）として、我が国の認知症の診断においては第一人者とされる筑波大学臨床医学系精神医学の朝田隆教授からは、原審での証拠である本人のCT画像を分析していただき、本人の認知症（認知障害）の内容について「認知症は無いか、あってもごく軽度」という画像所見であると判定します。>（甲68）という意見書が届いている。

これらの専門医と専門研究者の意見・回答書は、すべて共通して原審判決の認定は医療的に誤っており、事実誤認とするものである。控訴人弁護団がその専門家の方々にそのような結論を誘導したり、また、その意見（判断）に影響を与える力を及ぼしたりという関係があるはずもない。そこにあるのは、我が国の高齢者医療の水準からみて、被控訴人病院の診療看護があまりにもズサンで誤ったものであり、そのような劣悪な医療のなかでなされた本件拘束を容認することはできない、という医療人・専門家としての見識である。

3. 原審判決は、故貞子を訴訟継承した控訴人栗木満里子の“証言内容”的信用性をことごとく否定しているが、それは事実誤認を超えてあまりにも偏った判断だというべきである。栗木満里子の再陳述書（甲50）と吉田政春氏の報告書（甲51）の内容はまさ

に事実であって、嘘偽りはないものである。

故貞子は、80才という高齢であったため、確かにいろいろな病気を抱えていたし、平成13年頃から腰痛をもち、平成14年・平成15年にはそれがひどくなつて激痛に苦しむ状態にあつた。故貞子を知る人々は、故貞子がやせ細り、腰も曲がり、身長も小さくなり、そして栗木満里子にいわせれば、胸の骨があらわになり、背骨から腰の骨にかけて骨が外にとびでてベッドでは左向きになつてしまつて寝られず、仰向けには痛くてなれなかつた状態であった。そのような故貞子に対して、被控訴人病院がなした治療とはどういう内容であったか、そして野田看護師らがベッドで故貞子の両手にミトンの手袋をはめて、ベッドの両柵にひもでしばりつけて仰向けに寝かせるという行為、さらに20日の傷害を負わせるという行為が、原審判決のいうように緊急避難だということで許されることなのか。控訴人弁護団としては、とても容認できることではない。

栗木満里子が再陳述書の8頁で「利尿剤の影響から、尿意・便意も増強されてきて、夜間、それも午前の真夜中の頃から、そんな精神安定剤（眠剤／マイスリー・リーゼ）と利尿剤の影響がでてくるのではないかでしょうか。／病院がだす薬の影響から母を苦しめるような症状がでているのに、それを病院がなにも配慮せず、おむつを強要して母を精神的に追いつめ、そのうえ、利尿剤から尿意に苦しみ、精神安定剤からフラフラしたりもうろうとしたりすることをせん妄だ、危険だと決めつけることは、医学的に正しいことだとは思えません。さらに、しばりつけるというのは言語道断ではないでしょうか。」と記しているが、そのことに原審判決はまともな回答をなしえているのかどうか。原審判決は、栗木満里子と本人・故貞子の訴え（証言・陳述）を十分に検討せずに、信用性なき証言として否定しているが、それは事実誤認というべき誤りである。

原審判決が被控訴人病院の本件拘束を容認したことは、その本件拘束をうみだした被控訴人病院の悪しき体質、／病状を悪化させる乱診乱療というべき違法な実態を見逃しただけでなく、正当化のおすみつきまでも与えたことでもある。しかし、本件拘束は、被控訴人病院で偶発的におこった事件ではない。本件拘束のような、入院する高齢患者に対する虐待であり加害行為というべき拘束行為がなされる背景と現場をみると、それは悪しき実態が氷山の一角として現れた事件であったものである。

第2. 被控訴人病院及び関係者の違法行為。

1. 本件拘束は、野田看護師による傷害罪にあたる加害行為である。

原審判決は、多羅尾医師の証言に沿つて、本件拘束行為を看護師の裁量としてなす療

養上の世話であり、医師の医療行為ではない、例外的な緊急避難であって違法行為にもあたらないとするが、それは現在の医療の常識からみて著しく逸脱する判断であり、とうてい緊急避難などの理由をもって正当化されることではない。

確かに、原審判決は本件拘束行為を緊急避難だとしたが、しかし、どうみても野田看護師らにはそもそもそのところで避難の意思ではなく、体罰と制裁の意思をもってなした行為であった。原審判決は、刑法37条（緊急避難）の解釈を明らかに誤っている。通説・判例は、その避難の意思あることを前提に、〈やむことを得ざるに出でたる行為〉の「補充性の原則」の解釈につき、〈避難行為者が自ら危難を招いた場合には、この要件を欠く〉としてきてている。また、「法益の權衡の原則」の解釈でも、医療界の常識に反した多羅尾医師の誇大で虚偽ともいるべき、生命の危険などという言葉（甲63：転倒による大事故は1%以下の確率でしかないとの反論。）を軽率に信じて、虐待の被害者である故貞子の人権／法益を著しく軽んじているものである。

そして、最大の誤りは、看護師の業務（看護すべき義務ある者の専門性とスキル）を全く理解することなく、野田看護師が自分の業務負担を回避するために体罰の感情に走って、拘束というべき加害行為をなし、重大な傷害を与えたということを正しく認識していないことである。看護師とは、その専門性とスキルをふまえてどういう業務と責任をもつべき仕事か、を考察すらしていない（甲59の1、阿保教授の意見書参照）。

阿保教授はその甲59の1の10頁で、本件拘束時の野田看護師の言動をとりあげ、その〈職業倫理〉の逸脱として鋭く批判されている。野田看護師は、腰が曲がり、腰骨が外につきでて仰向けに寝ることができない故貞子に対して、両手にミトンの手袋をはめ、ベッドの柵にひもでしばりつけ、仰向けにおさえつけた。故貞子は腰の激痛に悲鳴をあげ、涙を流して苦しみ、右手首のひもを口でほどこうともがいている（乙A第3、88頁）。それを野田看護師はその証人尋問の中で、「ミトンを本人がかじっていたので、綱目のところからかじっているのを見ていたので、傷になっているかと思います。」「つけたときに、がじがじ、やっているのを見ていました。」（18頁）と証言しているのである。このような看護師という職業以前の、人間として極めて反道徳的というべきやり方を、原審判決は傷害行為の違法性阻却事由としての緊急避難というのである。

（素直に見て、驚愕するような判断である。）

あらためて、故貞子の不穏状態は、甲56乃至甲65までの書証で論証している通り、野田看護師と主治医多羅尾医師をはじめ、被控訴人病院がつくりだした結果なのである。阿保教授は、「今回の拘束は、看護師の専門性としての知識のなさが作りだした“薬物

による内部的な拘束”のうえに、さらに“肉体的拘束”が加えられたという意味で、二重の拘束であり、<暴力>といわざるをえないものである。」（甲59の1、6頁）としている。

野田看護師の野蛮ともいるべき本件拘束の“やり方”を暴力といわずして、なんと評価できるのか。あらためて裁判所に強く問い合わせたい。

2. 被控訴人病院の診療看護記録の改ざんは、証拠隠滅罪にあたる違法行為である。

東京地方裁判所は平成13年（2001年）3月、小学校6年の女兒を心臓手術ミスで死亡させた事件（東京女子医大事件）で、手術の担当者であった担当医が、そのミスを隠すためにしたカルテ等の診療看護記録の改ざんを証拠隠滅罪にあたるとして、平成16年（2004年）3月、有罪判決（懲役1年、執行猶予3年）を言い渡している。そしてこの東京女子医大事件で、厚労省は平成18年（2006年）10月、その担当医のカルテなど診療記録の改ざんが健康保険法に違反するとして、保険医登録を取り消した。また厚労省は、平成17年（2005年）2月、この担当医に対して医道審議会の答申を受けて、医業停止1年6ヶ月の行政処分も課している。

問題は、本件事件で主治医多羅尾医師らは、本件拘束事件の診療義務違反（ミス）を隠すために、明らかに看護記録の改ざんをなしていると認められることである。原審判決は、その「(4) 本件病院内科看護記録の記載の正確性と信用性」という項目（15頁、末尾）をたて、結論として「本件全証拠によつても、同記録の記載の正確性及び信用性を疑わせる具体的な事情は窺われない。／同記録の記載の正確性及び信用性についての原告の主張を採用することはできない」（17頁）などとしている。

しかし、そのような原審判決の判断は、<乙A3号証の69ページ、追記以降の記録の改ざんの有無>についての基本的な事実誤認である。まず、原審判決の「誤り」を指摘する。

この争点たる乙A3の69頁の<追記>の看護記録とは、内科病棟ではなく、本件病院外科病棟での入院看護記録である。原審判決は“内科”としているが、内科は乙A1号証であり、外科は乙A3号証である。はたしてそれらの証拠の検討がなされたのか、疑問が生じる。

また、原審判決はその16頁で、「乙A3・66ページ以下の<入院看護記録>欄は、本件入院中、毎日記載されていないが、その直前（同号証、52ページ以下）に綴られている1週間分の看護状況を記載する用紙には連続した記載があり、同用紙に書ききれ

ない事項が発生した時に、<入院看護記録>欄を利用したものと推認され、記載の連續性それ自体に疑問を生じさせるものではない。」などとしているが、しかし、その52ページ以下（65ページまで）は<看護診断記録>であり、66ページ以下（70ページまで）は<入院看護記録>であって、その2つの看護記録は全く別の目的と役割をもつものである。

ところが、それを原審判決は、入院看護記録が記載されていなくても別の看護診断記録には書かれてあれば、それが融通をきかせて利用しあえるものであれば、記載の連續性及び記録の正確性・信用性に疑問を生じさせるものではない、などとまでいい切っている。まさにズサンさを容認しているのである。診療看護記録とは、ズサンなやり方でも許されるものというのだろうか。医師法・医療法・保助看法にまさに違反する判断というべきである。

要するに、原審判決の認識する診療看護記録の“記載”とは、阿保教授の意見書（甲59の1／10頁以降）の指摘するような、<ズサンな素人以下のやり方でもいいし、／看護師の専門性を欠くものであろうと、／さらに通常の看護記録の様式にのっとったものでなくとも結構だ>ということになる。それでいて医療の責務が果たせるというのであろうか。原審判決からは、重大な記録の改ざんの争点について、その記録の重要性（正確さ・信用性）が検証されたとは見られない。

あらためて控訴人となった栗本満里子の再陳述書（甲50）及び吉田政春氏の報告書（甲51）、そして吉岡充医師の意見書（甲56、9頁）の「看護記録改ざんの疑い」をみれば、主治医多羅尾医師を中心とする被控訴人病院が平成15年11月20日後に、本件拘束事件の診療業務違反の事実を隠さんとしていろいろな工作をなし、改ざんをなしたことが認められるのである。

原審で争点とされた乙A3・69頁の<追記>の4行目までの「牧田」の印が押してある以降の文章、それは野田看護師の印が押されて記載されたものであるが、それとその前後の記載内容とを見比べてみるだけでも、異様さがきわだっている。そして、次の70頁の冒頭が「11／19、15時／本日10「稻沢市民p、受診、11／21（金）転院とのこと」という記載があって、<11／21>の記録が終わっているが、しかし、この乙A3号証の末尾の88頁には、突然に再び<入院看護記録>がでてきて、そこには<11／19>として浅野看護師が故貞子から訴えられた内容、11／16の拘束を受けた被害状況が詳細かつ具体的に記載されているのである。どうして<11／19>の入院看護記録が連続した入院看護記録（66頁から70頁まで）から離れて、唐突に

その末尾にはさみこまれているのか、である。

そして11月20日に、看護記録を見せてもらった栗木（甲50）及び吉田（甲51）の両名は、原審において、この乙A3の88頁の故貞子の訴える被害状況の看護記録を見せてもらっていないことを陳述している。栗木にすれば、この乙A第3・88頁の浅野看護師の入院記録の記載内容は、当初から故貞子が被害実態として訴え主張しているものである。この記録があることをわかつていれば、当然ながらその記録を根拠に強く責任を追及したるものである。この乙A3の66頁の＜追記＞以降の記載、そして＜88頁＞の記載は、多羅尾医師を中心と被控訴人病院が11月20日以降、裁判対策として加入記載して改ざんを図ったものだといえる。

3. 本件拘束行為と医師法・医療法等に違反する違法行為。

(1) 違法な処方

診療看護記録をみれば、看護師が故貞子にマイスリーを勝手に処方し、投与している事実が明らかである。薬事法では、処分行為は医師、歯科医師及び獣医師でしか行えない行為である。ところが、被控訴人病院では医師ではなく看護師が処方せんを作成している。

まず乙A3の16頁＜投薬指示表＞では、「マイスリー・1 1T（錠の意味）／かのう」という記載があり、また＜入院看護記録＞の62頁「11／10、12：10、不眠症マイスリー・1丈1投薬／かのう」という記載もなされている。

この“記録”的問題は、阿保教授の意見書（甲59の1）の12頁③の中でも、＜11月10日のマイスリー処方にについて—改ざんの可能性＞として指摘されているものである。阿保教授はその投薬指示表と入院看護記録との対照と分析から、＜患者さんがなかなか眠ろうとしないので、余っていて詰め所に保管してあったマイスリーを看護師が勝手に与薬した＞ものとされている。

また、吉岡充医師の意見書（甲56）の資料4（一宮西病院におけるマイスリーの投与とリーゼ投与に関する一覧表）には、二重投与の経過・内容として、医師が指示し記載すべき投薬指示表とその入院看護記録に看護師による勝手な処方・投薬がなされている実態の分析がなされている。

さらに、野田看護師が原審で提出した報告書（乙A11）にも、平成15年11月16日の拘束日より3日前（11月13日か12日）に“頓服用としてのマイスリー”を故貞子に投薬したことを報告している。しかし、乙A3の11月12日及び13

日の投薬指示表には、全くそのような記録がなされていない。つまり、野田看護師は主治医の指示もなしに勝手に投薬して、その記録すらつけてはいないということを暴露している。

このような看護師による勝手な処方と投薬は、薬事法にとどまらず医師法にも健康保険法にも違反する行為で、明らかに医療上危険で許されない違法行為である。

(2) マイスリーとリーゼの二重投与

控訴人弁護団が依頼した専門医及び専門家たちは、その原審裁判記録を検討したうえで、こぞって被控訴人病院での故貞子に対する薬剤二重投与の疑いを指摘している。二重投与なる行為は、まさに患者に対する重大な生命と健康への侵害行為そのものというべき、医師法及び保助看法に違反する違法行為である。

吉岡医師の意見書（甲56）の10頁以降は、その二重投与の状況を具体的に指摘している。さらに甲56の資料4の一覧表では、マイスリーとリーゼが二重投与されている月日と内容、そしてその証拠（記録、証言、報告書等）をあげて二重投与の状況を特定している。

阿保教授の意見書（甲56の1）の11頁以降には、「(1) 薬剤に関する不可解な点」として、<薬剤の処方日と投与日数があわないこと>、<薬剤の投与など管理自体が極めてズサンで、マイスリーなどの精神安定剤が実際どのように投与された、という事実すら不明となっていること>、<看護師らによる勝手な投与がなされた疑いが極めて強いこと>が記録の検証のうえで指摘されている。

さらに閑教授の意見書（甲60）の6頁では、被控訴人病院の薬剤投与の実態が厳しく医師法・医療法違反であると批判されて、「多羅尾医師の見解書（乙A、第12）及びその証言調書と野田看護師の報告（乙A、第11）及びその証言調書を読み比べれば、明らかにリーゼ、マイスリーの薬剤管理がずさんになされており、とりわけマイスリーは夜勤看護師の<専用>、つまり眠れないときに勝手に追加投与できる精神安定剤として利用されてきており、それでは<2重投与>です。そのようないいかげんな精神安定剤の投与が許されるはずがありません。」（6頁、下段）と厳しい批判が加えられているのである。

このような、まさにデタラメというべき勝手な“薬漬け”がなされてきたという実態こそ、故貞子の肉体的精神的な健康を侵害して不穏状態に追いつめている元凶であった。被控訴人病院が故貞子に対してなした精神安定剤の二重投与をはじめとする健

康破壊というべき違法な薬剤管理は、医師法・医療法に反し、医療制度上から法的・行政的に病院及び医師・看護師の責任が追及されるべき違法行為である。

(3) 腎不全の故貞子に対する看護師による勝手な水分制限は、健康侵害の虐待行為。

吉岡医師の意見書（甲56）では、腎不全の病気をもっている故貞子に対して、その病状を悪化させる被控訴人病院の診療看護を「もうそれは医療でも看護でもなく、虐待に近いというべき」とまで厳しく批判している。その意見書の6頁「(3) 劣悪な医療看護の体制」の「①病状を悪化させる看護」の中で、「さらにひどいのは、11月18日の看護記録の用紙（乙A第3、64頁）には、<水分を控えるよう患者に説明した>という記載がある。11月17日、前夜に夜間になるとコールが頻回ということへの対応なのだろう。が、まったく何の根拠にももとづかずに、看護側の都合で水分を摂るなというのは、病状を悪化させる。だけでなく、もうそれは看護ではなく虐待」と指摘されている。

その前頁で、吉岡意見書では「③腎不全や排尿・尿意についての医療・看護・ケアの失敗」という項目がたてられて、「被告病院が非常にずさんだと思うのは、腎機能が低下していて透析を行う必要性があると患者に説明しながら、水分の摂取状態も、尿量の状態も管理してきていないということである。」と批判している。腎不全で“重症”的な状態の故貞子に対する排尿・尿意の医療的管理を放置したうえ、<水分を控えさせる>という行為は、病状を悪化させる医療上の過誤であり、医療機関として腎不全の患者に対する医療看護水準すらが保たれていない実態だといわざるをえないものである。

(4) はたして当直医がいたのか。医療法16条に違反するオンコール（宅直制度）の強い疑いがある。

栗木満里子は、原審の証人尋問で裁判長から質問されて、平成15年11月28日の被控訴人病院との話し合いの席で『夜勤のお医者さん、みえましたかって私が尋ねたら、ええ、あのうで、答えられなくて、名前も言えなくて、その場に勤務してみえたかどうも分からなくて、一晩6000円で雇っているアルバイトがいるからって課長さんがおっしゃいました。そういう様子をみていて、婦長さんがく申し訳ない。本当にこの度は行き過ぎでした>っていわれました。』（証人調書22頁、23頁）と証言している。陳述書（甲33）の中でも、その一晩6000円のアルバイト医師の

話を聞いたことを報告している。

そして、その11月28日夜の栗木宅での話し合いの席に出席していた吉田政春氏の報告書（甲51）でも、「6.／11月28日の夜」の話し合いの席で、「奥さん（栗木）が、どうして夜勤の看護師が医師と相談もせずに勝手にこんなひどいことをしたのか、と問いただした。／それに対して、管理課長がく一晩6千円で雇ったアルバイト医がいたはずです」という言葉を発しました。」（5頁）としている。

ところが原審では、本件拘束行為当時、野田看護師らが指示を仰ぐべき当直医がいたのかどうかは全く不間にふされてしまっている。しかし、この当直医の存在如何は、本件拘束事件を考えるにあたって、原審判決でいうところの緊急避難の成否の前提事実ともいえる重要な争点であるはずである。

関教授の意見書（甲60）の8頁では、原審においてこの争点が回避された理由として、「主治医多羅尾医師が本件拘束の医療行為性をあえて否定し、＜医療行為ではない＞などと証言されている背景には、このあたりの隠された事情（つまり、医療法16条違反の実態）もあるのではないかと疑いたくなります。」と指摘されている。関教授は「一晩のアルバイト当直医でも6万円以上の費用」「そこで、自宅や別の場所に待機させる宅直制度（オンコールと呼ぶ）」「この宅直では、医師の呼びだしをすると宅直手当に加えてさらに呼びだし手当が必要となるため、呼びだしはできるだけ回避されて、＜当直医がない＞という医療法16条違反という実態」を指摘されている。

この当直医の有無という問題は、警察がこの医療法16条違反でしばしば病院の悪しき経営を摘発してきているように、医療制度の根幹をゆるがす違法行為であるということである。乙B第2号証（医師勤務報告書）に記載されているところの「小林敬典」という平成15年11月15日の当直医は、オンコールであった疑いが極めて強いといえる。

第3. 控訴審での控訴人弁護団としての立場

1. 故貞子は、本件抑制当時、どのような精神状態にあったか。

原審判決は、その18頁の＜原告の生命身体に対する危険の切迫性＞のところで、「昼間でも医師との会話において辯諉が合わないといった症状がでていたこと、本件抑制当日も排尿をしていないにもかかわらず、おむつの汚染を繰り返し訴えるなどの認知障害がみられたこと」などから、「原告は本件抑制当時、夜間せん妄の状態にあったと認め

るのが相当」としている。

控訴人弁護団としても、故貞子について、当時は不穏状態、さらにいいうなら「夜間せん妄様状態」にあったものと認めるものである。しかし、その原審判決と決定的に違うのは、その「夜間せん妄様状態」にあったことが原告の生命身体に対する危険の切迫性につながる原因なり動因をなした、などという事実は認められないということである。また、原告の認知症若しくは認知障害についても、「夜間せん妄様状態」からの認知障害的な状態はみられるが、それは認知症とされる病状ではなかつたし、また、その認知症による症状があらわれていたという事実はなかつたものである。80才という高齢からくる記憶や耳（聴覚）や発語等の衰えがみられたものであつて、社会生活を営むうえでのコミュニケーション能力、日常生活能力において、支障となる障害・病状は認められてはいなかつたといえる。

そして、本件拘束当時の「夜間せん妄様状態」は、被控訴人病院によって、その主治医多羅尾医師と野田看護師らの医療チームがつくりだしたものであつて、故貞子の“病気”にすることはまさに医療放棄の責任転嫁でしかない。この「夜間せん妄様状態」は、被控訴人病院がつくりだした原因に適切に処置すれば解消しえたもの、そのマイスリー やリーゼの投薬を中止し、利尿剤の適切な管理をなし、十分に本人の意向と状況に配慮した看護をすれば、容易に解消しえたものである。

控訴人弁護団が提出した阿保教授の回答書（甲59の2、4頁）には、本件拘束当時、故貞子は＜夜間せん妄ではなかつたと考える＞という意見が述べられているが、その趣旨は、阿保教授がつづいて「夜間せん妄ではないと考えるのは、以上のように、治療において作られた頻尿と眠剤による身体的機能の不活性化に対する、看護師らの無理解と不適切な行為が、患者さんの興奮状態を招いたものと考えるからです。「異常」かどうかは、表面からだけではとらえられない。」との“内容”に説明されている。

我々控訴人弁護団も、本件拘束当時、故貞子の症状だけをみれば確かにそれは「夜間せん妄状態」と診断できるだろうが、しかし、その内容を正確にとらえれば、病院（主治医・看護師ら）の不適切な治療と看護がその不穏状態若しくは興奮状態をつくりだしたものである、と考えられるのである。

2. 転倒・転落の危険性と生命・身体への切迫した危険性との関係について。

控訴人弁護団が控訴理由書（1）で強く主張し、また甲56号証等で立証している通り、原審判決がいうところの＜転倒の危険性＞は、現実としてなんらの生命・身体への

切迫した危険性を示す徵候とはいはず、むしろ適切な治療看護によってそのような転倒の危険を回避し、小さい事故から大きな事故に至る余地（危険）を避けうる選択・方法が多く存在したるものである。故貞子の生命への切迫した危険性なるものを示す徵候は全く存在しない。原審判決は、多羅尾医師の証言にまどわされたものである。

むしろ本件拘束は、野田看護師の野蛮というべき劣悪な看護によって、故貞子が強く刺激興奮させられて現れた不穏状態を、さらに暴力でもっておさえつけ傷害を負わせたというものであって、その事実経過についての正確な把握なしに、単に故貞子の興奮だけをとりあげ、危険だ、興奮だなどと決めつけるのは、誤った理解であり認定である。

高齢者医療の現場で、転倒や小さい事故の危険性を誇大にとりあげて、それが運悪く病状悪化し合併症を併発させて重大な事態を招くことだってありえるなどという“論理”は、まさに現場を知らぬもので、高齢な患者の治療看護に献身的に取り組む現場の努力を無視するものである。甲 6 3 の東京都老人医療センターの井藤院長が指摘する通り、＜身体拘束に対する現時点での医療者としての常識＞をふまえた医療的対応が求められたということである。

井藤院長は、つづけて「主治医の先生は、大きな危険を避けるためにはいたし方なかった処置と証言されていますが、転倒による骨折など大事故の発生頻度は 1 % 以下です。主治医の先生の論理が許されるならば、転倒しやすい状態にある高齢者（高齢者の 10 %～20 %）を拘束してもなんのとがめもうけないことになります。」と指摘されている。多羅尾医師の危険性についての証言、それを過信してその論理に従った原審判決は、高齢者医療の常識から大きく逸脱したものといわざるをえない。

あらためて甲 5 7 号証の吉岡追加意見書は、その原審判決のいうところの“危険性”についてわかりやすく説得力ある内容で反論している。

3. 控訴審における審理内容

関教授は、甲 6 0 の意見書の 5 頁で、＜（4）こんな残酷ともいえるような拘束が許されるのでしょうか＞として、その野田看護師の拘束のやり方について検証されたうえで＜まともな看護師のやることとは思えません＞という意見を述べられている。

「こんな残酷」「まともな看護師のやることか」といえるような野蛮な拘束が、どうしてこの被控訴人病院では実施されたのか、どうしてそんな非人間的とされる行為が司法では容認されることになったのか、という問題である。原審裁判所が現場の診療看護の“実際”を知らなかつた、その医療看護水準なるものを理解できなかつた、というと

ころがあったと考えられる。

そこでは、多羅尾医師の、転倒による生命への切迫した危険性についての医療の常識を無視して誇張した証言に原審裁判所がまどわされた、ともいえる。

そのような原審裁判所の問題をふまえるならば、まずもって本件拘束が現在の高齢者医療水準からみて許されるものであるのかどうか、という課題が解明されなければならない。そのためには、故貞子の“状態”がはたしてどうであったのか、その「夜間せん妄様状態」とはどのようなものであり、どうしてうまれたのか、それはどのようにして解消されるべきなのか、が医療看護の立場から明らかにされねばならない。

控訴人弁護団は、控訴審に臨むにあたって、その証拠説明書にあげて立証している通り、本件拘束事件の“事実”について徹底的な解明を強く求めるものであり、あらためて原審判決の前提たる“事実誤認”について、その再審理を求めるものである。

第4. 控訴理由書（1）の補足

1. 控訴理由書（1）の12頁の（7）以降について

（1）その（7）では、乙A3・86頁の「看護サマリー」をとりあげ、その「入院期間／H15.1.0.7～H15.1.1.21」までの「日常生活動作の状況」欄の「排泄」の項目に、「自力、ポータブル、尿器、オムツ、バルーン、」とあるところに、自力とオムツに○がつけられ、その横の余白に「車イスにてトイレへ／昼→リハビリパンツ／夜→オムツ」と記載がなされているところから、「排泄に関しては、車椅子でトイレに行って排泄できるにもかかわらず、夜間はオムツを使用されていた（夜間はオムツに排泄することが定められていた）ことが明記されている。」と記述している。

（2）この「看護サマリー」（乙A3・86頁）の作成日時は、その記載内容からみて、稻沢市民病院への転院が決まった時以降であったと認められる。それゆえに、この記載内容がはたして事実であったかどうかは疑わしいものだといえる。例えば、11月4日の入院看護記録（乙A3・68頁）には、「○）本人との約束にてオムツ着用」とある。そのオムツ着用の理由は、その下段に「時間／23時」「○）1人でトイレに行った帰り、車イスを押して歩き、転倒される。本人より後頭部をうったと訴えあり」と記載があるところから、その11月4日の23時までは、夜間でもオムツをせず、自力で車イスを押して1人でトイレに行き、排泄されていたことが認められるのである。

(3) 吉岡医師の意見書（甲56）に添付された資料3＜故貞子に対する医療機関の対照表－排泄の介助を中心にして＞には、上川病院スタッフが原審裁判記録を精査検討した結果を報告している。その資料3の＜排尿・便の方法＞の欄には、「11／3－夜間も自分でトイレに通っていた」「11／4以降－昼間は？（不明の意味）夜間はおむつ」としている。

以上の入院看護記録の検討からみて、故貞子は被控訴人病院（外科）に入院していた全期間、夜間はおむつであったという事実ではなく、昼間も夜間も自力でトイレに排泄に行ってはいた期間があったものと認められる。

また、その入院当初の「10／7～10／10」の間は、「全オムツ」という入院看護記録がなされているところからみて、その当初は激しい腰痛のために故貞子はおむつをせざるをえなかったものと思料されるのである。

2. 控訴理由書（1）の26頁の「11月10日のマイスリーの処方について」以降について。

(1) 乙A3の16頁の「投薬指示表」の「11／9」の欄には、「かのう」看護師が勝手に投薬（マイスリー）の処方をなしている記載があり、また同じく乙A3の68頁の「入院看護記録」の「11／10」の欄には、同じく「かのう」看護師のサインで「時間／0時10分から0時00分」「マイスリー／与薬」という記載がなされている。また「投薬指示表」の「11／9」は「最初、10日と記載されているが、9日に修正されている。」のである。

上記のような経過をふまえて控訴理由書（1）の26頁では、中段以降で「看護師（かのう）が与薬したのが0時であるならば、報告を受けて処方したにしろ、前もって処方しておいたにしろ、10日ではつじつまがあわないことになる。そこで、医師のだれかが9日に修正したのである。」と主張している。

(2) よって、26頁の中段に「そのため、臨時処方として、乙A3・16頁に11月10日に処方したように」とあるのは、「11月10日」ではなく、乙A3の16頁の修正された記載の通り、「11月9日」であることになる。そのように日付を修正し補足する。以上。

平成18年(承)第872号

控訴人 栗木 満里子 ほか1名

被控訴人 医療法人杏嶺会

控訴審最終準備書面

平成20年5月12日

名古屋高等裁判所

民事第2部 御中

控訴人ら代理人 弁護士 副島洋明

卷之三

同 弁護士 中 谷 雄 二

同 弁護士 大 石 剛一郎

同 弁護士 森 田 辰 彦

同 弁護士 魚住 昭三

同 弃護士 舟 木 浩



目 次

第 1 はじめに（本件事実概要）	4
第 2 本件拘束の残虐性	4
1 前提（身体拘束一般）	4
2 本件身体拘束	6
(1) 貞子氏について	6
(2) 本件身体拘束の態様・残虐性	7
(3) 貞子氏の主張内容の迫真性	7
(4) 野田看護師の供述の虚偽性	12
3 負傷事実とこれに対する被控訴人側の対応・認識について	13
(1) 負傷事実	13
(2) 被控訴人側（医師・看護師）の対応・認識	13
第 3 本件身体拘束の不要・違法	15
1 総論	15
2 本件発生当夜の看護体制	16
3 本件発生当夜の貞子氏の状態と（選択できた）対応方法	17
(1) 本件発生当夜の貞子氏の状態	17
(2) 危険性・切迫性について	20
① 転倒の危険	20
② 認知症	22
③ 稲沢市民病院における対応	22
④ 五条川リハビリテーション病院での様子	22
⑤ 野田看護師の供述の虚偽性	23
⑥ 野田看護師の記録の虚偽性	23
⑦ 11月19日付のカルテの偽造の疑い	25
⑧ 原審判決の認定の誤り	25
(3) 対応方法（適切な対応とその可能性）	27
第 4 そもそも本件発生当夜の貞子氏の状態が発生した原因は、医療側（被控	

訴人) の対応が招いたものであったこと	28
1 前提状況の自招	28
2 マイスリーの過剰投与	29
(1) マイスリーについて	29
(2) マイスリー及びリーゼの使用経過	30
(3) マイスリーの蓄積効果	33
(4) 尾張病院でのマイスリー投与との比較	35
(5) マイスリーが投与されていた時期、マイスリーとリーゼの2重投与	35
(6) 夜間せん妄様状態の原因性	37
(7) 他の病院・施設における状況	37
3 不適切な水分管理とオムツの使用	38
(1) 水分管理	38
(2) 脱水状態の改善、利尿剤の調整の必要	39
(3) 不当な水分管理が夜間せん妄様状態の原因の一つになっていたこと	39
(4) オムツの不要	40
(5) 不要かつ不適切な「オムツへの排泄の強要」が夜間せん妄様状態の原因の一つになっていたこと	44
4 本件発生当夜の一宮西病院看護師らの不適切な対応	45
 第 5 一宮西病院の医療水準の著しい低さ	45
1 医師・看護レベルの問題	45
2 看護記録の問題性	47
3 薬剤の管理の杜撰	48
4 患者とのコミュニケーションの悪さ	50
5 一宮西病院の医師の体制の欺瞞性・問題性	51
(1) 多羅尾医師・市橋医師の勤務体制の問題点	51
(2) オンコール（宅直制度）の問題	52
 第 6 まとめ	53

第1 はじめに（本件事実概要）

本件は、当時80歳で、非常に強い腰痛（腰痛のため、背筋を伸ばせず、寝るときは横向きになって、背中を丸めるような形で寝ていた）のために被控訴人の経営する一宮西病院に入院していた吉田貞子氏が、平成15年11月16日深夜から未明にかけて、同病院の看護師2人によって、医師の判断も家族の同意もない状況下で、ベッドに仰向けに縛りつけられる形での身体拘束を少なくとも数時間継続して受け、その結果、右前腕皮下出血（11月20日から起算して約20日間の治療を要する）及び下口唇擦過傷（11月20日から起算して約7日間の治療を要する）の傷害を負った（甲4、甲76）、という事案である。

貞子氏は平成15年11月16日当時、十分にコミュニケーションをとれる人であり、看護師らとしては、本人の話をよく聞いて、落ち着かせる等の対応をとるべきであり、また、それは可能であった。にもかかわらず、看護師らは上記のとおり、貞子氏を身体拘束し、負傷させたのである。

このような一宮西病院・看護師らの行為は、医療の一般水準の見地から著しく不当であるだけでなく、一般的・社会的な見地からも、絶対に容認されてはならないものである。

第2 本件拘束の残虐性

1 前提（身体拘束一般）

（1）身体拘束は言うまでもなく、人の身体的自由を拘束する行為であり、それ自体「暴行」と評価されるべきものである。そして、身体拘束の結果として相手方が負傷すれば、その行為は「傷害」である。

このことは、身体拘束の現場が病院であっても、身体拘束する側・される側の当事者が医療関係者と患者で、治療目的という特殊かつ専門性の介在する関係であっても、基本的にはまることである。

むしろ、病院の中で行われる身体拘束は、医療上の必要性の名の下に強

權的に行われたうえで、安易に正当化されやすい危険をはらむものと言えるだけに尚更、その必要性等の判断に関しては医師の判断に基づく十分な注意と配慮を要するものと言えるのであり、それが安易に行われると「人権侵害」と評価される危険性を持つものと言える（甲35、甲11の1）。

すなわち、身体拘束は、患者の自由を奪い、肉体的な苦痛を与える、患者の身体的な機能低下などの害悪を発生させ、そのことによって症状を悪化させて、更なる身体拘束を招きかねない状況を作り出してしまうだけでなく、患者に対し非常に重大な精神的苦痛やせん妄などをもたらし、人間としての尊厳を傷つけ、生きる力を奪い、また、社会的にも看護・介護に対する不信を招くなど、極めて重大かつ多大な弊害発生の危険をはらむ行為なのである（甲13の1）。

(2) 上記(1)のこととは、厚生労働省2001年（平成13年）3月作成の「身体拘束ゼロへの手引き」（甲3）において明確に記載されており、本件の発生当時たる平成15年11月時点では、医療現場において当然認識・留意されるべき事柄であった。

そして「身体拘束ゼロへの手引き」（甲3）においては、身体拘束をしないためには、身体拘束を誘発する原因を徹底的に探り、除去するケアを行うことが必要・肝要であり、そのためには、起きる、食べる、排泄する、清潔にする、活動する、という5つの基本事項について、その人に合ったケアを徹底することが必要である旨、明確に指摘されているのである。

(3) 現実の医療現場においては、患者を身体拘束する場合は皆無ではない。しかし、身体拘束は上記のような重大かつ多大な弊害を招きうる行為であるので、医師の判断に基づいて行われるべきものであり（甲12の2、甲59の1・p3～p4）、かつ、生命又は身体を保護するため緊急やむをえない場合だけに限定されなければならず、言わば緊急避難的な場合に限られるべきものなのである（甲3、吉岡医師証人調書p17,18、甲23・p27）。

2 本件身体拘束

(1) 貞子氏について

① 貞子氏は大正12年生まれで（甲1）、70歳を過ぎても歯医者や眼科に通院していたが、元気に多忙な生活を楽しんでいた（甲54）。

70歳ころから、心臓の持病があったが、薬を飲みつつ、元気に生活しており、看護師や施設職員と会話したり、必要に応じて署名したりすること（甲55）もでき、コミュニケーションが難しくなるほどの認知能力の低下は、亡くなるまで見られなかった（甲51・5p、甲53～55、甲68）。

② 貞子氏は平成12年に大腿骨を骨折し、その後、腰痛に悩まされるようになり、平成15年10月7日に本件病院外科に入院したのも、腰痛が激しくなったためであった（甲50・2, 3p、甲66、69、71）。

③ このように貞子氏は（腰痛などの持病はあったものの）、言葉によるコミュニケーションの面でも、行動面でも、非常に元気で活発な人であり（甲54）、嫌なことは嫌と明確に言う（しかし、言うべき相手は選ぶ）、できることは積極的に自分で行動する、そしてそういう自分に強いプライドを持っている人であった。

④ 貞子氏は一宮西病院（甲2）の外科に入院した際（平成15年10月7日）、ひどい腰痛と骨粗鬆症を抱えていた。貞子氏は骨粗鬆症のために腰が曲がり、腰痛のために仰向けに寝ることができず、横向きにしか寝ることができない状態であった（甲50・2, 3p、甲76の3, 4）。

⑤ 貞子氏は本件身体拘束（縛り付け）を受けた当時も腰痛があり、薬剤で疼痛をコントロールしなければならない状態にあった。

貞子氏においては前述のとおり、一宮西病院入院時の主要症状は腰痛であり（乙A3・p24以下）、その後、一次的に軽快した時期もあったが、同年11月14日には、腰痛のために、外泊から帰ってきたのであり（乙A3・p31）、この腰痛は11月15日にも続いていた（乙A3・p50）。

従って、11月16日に本件身体拘束によって、仰向けの形で両手をベッドに縛り付けられた貞子氏は、その当時も腰痛に苦しめられていたであろうこ

とは容易に推察できるのである。

(2) 本件身体拘束の態様・残虐性

一宮西病院の野田看護師らは、前述のようにコミュニケーション可能な貞子氏に対し、同人の話を十分に聞く対応をせずに、腰痛のために仰向けに寝ることができない（いつも横向きに寝ていた）状態であった貞子氏を仰向けにして、両手にミトンをはめ、そのミトンを左右のベッドの柵に括り付け、貞子氏をベッドに仰向けに縛りつける身体拘束を少なくとも数時間行った。一宮西病院の看護師らは、そのような体勢で貞子氏を身体拘束すること自体の残虐性について何も顧慮していなかった（大月証人調書 p 14, 15）。

貞子氏は長時間にわたり、そのような体勢、状態を強いられ、抗議し、拘束をはずそうともがいたが、看護師たちに無視され、放置された。

そして貞子氏は、結果として20日間以上の治療を要する右手首の皮下出血と7日間以上の治療を要する下口唇の切り傷を負ったのである（甲4、甲76の1～4）。

このような行為・対応は明らかに身体への残虐な拘束行為であり（吉岡医師証人調書p 18～20、甲60・p 5）、医療行為の域を明らかに逸脱した傷害行為と言わざるを得ない（甲71）。

(3) 貞子氏の主張内容の迫真性

上記（2）の内容に関する貞子氏の主張内容には非常に迫真性があり、基本的に信用できるものである。以下、詳述する。

① 本人の主張

本件身体拘束に関する貞子氏本人の主張に関しては、原審における貞子氏本人尋問の結果、貞子氏の供述録音テープの反証書（甲67）、控訴人栗木満里子の陳述書（甲33, 48）及び証言などがあるが、一宮西病院の貞子氏担当看護師であった浅野看護師が、看護記録（乙A3・p 88）において、本件身体拘束直後の時期（平成15年11月16～19日ころ）に、貞子氏が繰り返

し主張していた内容を記載しており、同記載内容は、前記の貞子氏本人及び控訴人栗木満里子の証言・供述と基本的なところでは合致している。

その記載内容は、コミュニケーションに関しては一貫して十分可能であった貞子氏が、気を許せる相手（浅野看護師）に対して繰り返しアピールしていた内容と解される。

そして同アピールは本件発生直後の本人の明確な供述であり、しかも本件病院の本人担当看護師（浅野看護師）が直接的に本人から聞き取った内容であり、他の証拠に比べて、その信用性は圧倒的に高いものと解される（吉岡医師証人調書 p 2, 3）。

I 乙 A 3 · p 8 8においては、浅野看護師が本人から聞いた生の話として、1月19日の記載として、「患者本人、11／16日曜日ずっと、土一日夜間のこと話し怒っている。他のP t、面会者にも声をあらげ、うつたえている。」とある。

II そして次に、「両手両足をしばられて、ベッドにくくりつけられて10時間も動けんかった。おしっこもたれながら、毛布も1枚しかかけてもらえないし、寒くて寒くて、叫んでも来てくれんし・・・。」とある。

III 更に、「涙流してうつたえる。同室者も同意している。夜間、不穏のことは全く覚えていない様子。夜間のこと、伝えるが、他のN r をかばうのだろうと言ってくる。本人に、その後の状況を見ていないので分からぬが、転倒の危険などあれば私も抑制したかもしねないと伝える。P t だまっている。家人には、不穏あり、トイレに何度も行ったり、N-C頻回大声を出したりすることを伝える。抑制個室へ入れる必要があったかどうかは分からぬが、夜間のN r がそれを行ったということは、よっぽどひどくさわいだか、危険だったのではないか？と伝える。家人、ありがとうございました。と言っている。」とある。

上記の最後の部分は、浅野看護師が本件身体拘束の件を貞子氏の娘（原告栗木満里子）に告げた時のことに関する記載である（甲 50, 51, 33）。

実際に身体拘束をした野田看護師は、本人は拘束事件のことを覚えていないと話していたなどと述べているが（乙 11 · p 6）、実は本人は本件直後

の11月16日からずっと、本件身体拘束のことを怒って、他の患者や面会者に対し、真実を、声を荒げて訴えていたのである（乙A3・p88）。

具体的には、とくに次の点が重要であるものと思料する。

(ア) 強い腰痛のある貞子氏が両手両足を動かせないような強い拘束をうけていたことがうかがえる。

「両手両足を縛られて、ベッドにくくりつけられた」という表現は、両手をしばられ、腰痛もあって、動けない状況だったことを強調しているものと解される（甲67・p5～7では、貞子氏は、両手を縛られた旨、述べている）。

(イ) 拘束場所は被控訴人主張の「個室」（201号室）ではなく、4人部屋であったものと思われる。

同室者が貞子氏の主張について肯定・同意していることからも、そのように解される。また、控訴人栗木満里子は、貞子氏の同室者だった人から直接、その旨を聞いている（甲33・p5）。

(ウ) 拘束時間が非常に長時間だったことが伺える。

乙A3・p88の貞子氏本人の表現では「10時間」となっているが、これは非常に長かったことを強調する意味であったものと思われる。

貞子氏はその後冷静な状況下では、縛られた時間について、「3時間くらい」旨、述べている（甲67・p4～7）が、仮に3時間の身体拘束であったとしても、本件当時の貞子氏にとっては、非常に長時間の拘束であった（吉岡医師証人調書p20）。

(エ) 以上の要素に鑑みれば、本件身体拘束が行われた理由は「夜間せん妄による転倒の危険」などというもっともらしいものではなく、端的に、頻回繰り返されていたナースコール・オムツに関する訴えなどをできないようにするためにあったこと、ないしそれに対する体罰であったことが容易に推認されるのである（甲64）。

まとめると、

i 本件身体拘束の理由・目的は専ら看護師の感情的なものであり、拘束そのものも、特に抵抗感なく選択されたものと解される（甲64）。

ii 本件身体拘束の態様は、「強い腰痛のある貞子氏を、動けないように、

仰向けにベッドにくくりつける」というものであり、残酷な態様であり、それゆえ、同室者が非難・同情の声を出していたのである（甲7・p10、甲33・p5、吉田貞子本人調書p11）。

Ⅲ そして、拘束場所は、201号の個室ではなく、4人部屋であったものと思われる。

看護師ら（実際には牧田看護師は居なかつたものと思われるが）は、本人を4人部屋で拘束してから、個室に移動させたものと思われる。

a) 本人は実は原審においても、自発的にはそのように供述している（甲67・p9、乙9・p6、吉田貞子本人質問調書p11）。

b) 同室者が「何も悪いことしないのに何でそんなことするんや」と、同調する反応をした（甲7・p10、甲33・p5、吉田貞子本人調書11p、乙A3・p88）。このような反応は、単にベッドを移動しただけの事実であれば、出てこない。同室者は貞子氏が身体拘束されている様子を現に見たからこそ、このような反応になったのである。

c) 浅野看護師も、乙A3・p88の「抑制個室」という表現についての説明で、言葉を濁しながら、身体拘束して個室に連れて行ったという趣旨のことを認める証言をしている（原審浅野証人調書p8）。

d) そもそも本人の活発な気性から見て、拘束なしに、おとなしく個室に運ばれていいくなどということは考えられない（個室に運ばれたときに本人が抵抗した様子の記録は一切存在しない）。

② 貞子氏本人の主張（上記①）の信用性について

I 乙A3・p88は、浅野看護師が後に同僚に説明するために記載したというカルテの記載であるが、これは、野田看護師が抑制前後の事実を記載した入院看護記録の記載方式と異なり、本来のカルテの記載方法であるS O A P式になっている。

しかも、ここでは、浅野看護師は、自身が観察した貞子氏の様子について、「患者本人 11・16日曜日よりずっと土一夜間のこと話し怒っている。他の患者、面会者にも声をあげ怒っている。」（乙A3・p88・3行目）と

記録している。

さらに、「両手両足をしばられて、ベッドにくくりつけられて10時間も動けんかった。おしつこもたれながし毛布も1枚しかかけてもらえんし、寒くて寒くて叫んでも来てくれんし」という記載（乙A3・p88・6行目）は、貞子氏本人が訴えていたことをそのまま記録したものであることを、浅野看護師は明確に認めている（浅野控訴審証人調書p8）。

しかも、その訴えは、「涙流してうつたえる。同室者も同意している。」と浅野看護師自身が記載したほど強いものであり、吉田さんが涙を流して訴えていたこと、後半は吉田さんの同室者がその訴えに同意していたことを意味している。

以上のように浅野看護師が記載している貞子氏の訴えは極めて臨場感があり、具体的であり、その内容に一貫性もある。形式の上でも信用性の高いものである。

II 浅野看護師は、

- (i) 以上の貞子氏の訴えの内容に対し、野田看護師らの説明に基づいて「事実と違う」旨、とくに反論等していない（乙A3・p88、浅野控訴審証人調書p13, 14）。
- (ii) 貞子氏の同室者が貞子氏の訴えの内容を肯定しても、これに対し、野田看護師らの説明に基づいて「事実と違う」旨、とくに反論等していない（乙A3・p88、浅野控訴審証人調書p14）。
- (iii) 野田看護師らに対し、(i) (ii) のような貞子氏らの訴え内容について報告したり、事実確認したりしていない（浅野控訴審証人調書p19）。
- (iv) 貞子氏の手首や唇の傷についても、野田看護師らに対し、報告して事実確認していない（浅野控訴審証人調書p20）。
- (v) 野田看護師らの説明を聞いたと言いながら、家人に対して、「抑制して個室に入れる必要があったかどうかはわからないが」などと述べている（乙A3・p88、浅野控訴審証人調書p17, 18）。
- (vi) 野田看護師らが述べていない「（貞子氏が15～16日深夜、車椅子で自走して）トイレに何度も行った」などということを抑制されるに至った理由とし

て挙げている（乙A3・p88、浅野控訴審証人調書p15, 16）。

(vii) 乙A3号証p88の記述の中には、家人に説明したという内容も含め、野田看護師の看護記録に記載されている内容（同号証p69）が全くと言って良いほど入っていない（前提とされていない）。

以上の事実は、浅野看護師が少なくとも乙A3号証p88作成時点まで、本件拘束事件の起きた深夜のことについて、野田看護師らからは「当時の一宮西病院では珍しくなかった抑制・拘束」の1エピソード程度のものとして簡単に報告を受けていたにすぎず、本件身体拘束の経緯・理由・内容・程度についての詳しい報告は受けていなかつたこと、浅野看護師の方からもその点について確認しようとさえしていなかつたことを示すものである。

そしてそのことは、浅野看護師が乙A3号証p88を作成した時点においては、乙A3号証p69の記載が存在しなかつたことを強く示唆するものであり、それは、野田看護師の「乙A3・p69は16日朝に書いた」旨の証言（野田証人調書p10）が虚偽であったことを強く示唆するものである。

（4）野田看護師の供述の虚偽性

野田看護師の供述の虚偽性に関しては、次のようなことが言える。

① 拘束した具体的な内容について

ア) 乙A9・p3においては、午前1時20分～30分ころに拘束し、「（午前2時の時点で）片方のミトンが柵から外れ（手は未だミトンから抜けていない）、本人は口でそのミトンをかじっていた」となっており、更に「（午前3時の時点で）両手のミトンは抜けていた」となっている。

イ) これに対し、乙A11・5p下段においては、拘束後最初に見た時点（拘束から少なくとも15～20分以上経過した時点）で既に、「左手のミトンは柵に紐が付いたまま、スッポッと抜け」、「右手のミトンはベッド柵から紐は外れており、本人が口で手袋の付いている手首のところを噛んでいた」となっている。

乙A11の作成者は野田看護師であり、乙A9も作成の中心人物は野田看

護師だったはずであるが、その内容においては、「ミトンが柵から外れていた時期」、「貞子氏の手がミトンから抜けた時期、それらの順序」、「貞子氏が口で噛んでいた対象」に関して、看過できない重大な齟齬がある。

乙A9と乙A11の作成日は2ヶ月も隔たっていないのであり、もしも野田看護師が実際に見て体験したことであれば、このような齟齬が生じることはありえない。野田看護師は、実際には、貞子氏が口で噛んでいる場面などは見ていなかつたものと解される（必然的に、乙A5の写真も想像に基づくものである）。だからこそ、野田看護師は、全治20日以上も要する負傷についても気づかず、家族に報告することさえしなかつたのである。

3 負傷事実とこれに対する被控訴人側の対応・認識について

（1）負傷事実

貞子氏は、本件身体拘束から逃れようとして、右前腕皮下出血、下口唇擦過傷の傷害を負った（甲4、76）。本件拘束の結果は重大なものであった。

そもそも病院内で身体拘束をして、患者に20日間以上の治療を要する傷害を負わせるなどということは、完全に誤った対応であり、それはもはや、医療で言うところの「抑制」「身体拘束」の域を逸脱しており、「加害行為」に過ぎない。

しかも本件において貞子氏は、骨粗鬆症や大腿骨折などで腰が曲がり、そもそもベッドで仰向けに寝ることができなかつたのである。それを、両腕をひろげさせて仰向けに寝かせるなどということは、それ自体極めて惨いことである。貞子氏は激痛に苦しみ、もだえ、必死にその苦痛から逃れようとした。その格闘の結果が20日間以上の治療を要する傷害の診断書（甲4）の内容である。左右の横向きでしか寝ることができない本人が、横向きになるために必死で右手のひもを口でかみちぎろうとし、傷を負つたのである（甲60、76）。

（2）被控訴人側（医師・看護師）の対応・認識

- ① 貞子氏は右手にはめられていたミトンをかじって、その過程で負傷をし

たわけであるが、その負傷に至るまでの経過・様子を、野田看護師は漫然と見ていた、というのである（野田証人調書 p 18）。

これは単なる身体拘束を超えた、もはや「虐待」の範疇に属する行為である（甲 60・p 5、吉岡医師証人調書 p 20）。

② 貞子氏が負った右手と口唇の傷について、看護師が発見した時期は明確でない（野田証人調書 p 18、大月証人調書 p 15）。

本件発生当夜に貞子氏の担当であった大月看護師は、11月16日朝に、日常的に貞子氏の担当であった浅野看護師に対し、貞子氏の負傷に関して報告した記憶さえないものである（大月証人調書 p 19）。

③ 更に、多羅尾医師は、貞子氏の負傷事実そのものを隠匿しようとしていた様子がうかがえる。

すなわち、多羅尾医師は、診断書（甲 4）において、11月20日の時点で「右前腕皮下出血、下口唇擦過傷」の外傷を認め、11月20日より約20日間の期間を要すと推定する旨記載している（甲 4）が、実は多羅尾医師は既に11月17日時点で、貞子氏の唇を診察し、口内炎の薬を処方しているのである（乙 A 3・p 17）。つまり、11月16日の身体拘束によって唇の擦過傷ができており、多羅尾医師は遅くとも11月17日時点で故貞子氏の下唇擦過傷に気づいていたはずであり、「11月20日時点で外傷を認めた」旨の上記診断書（甲 4）の記載は事実ではない可能性が高い。

しかも、乙 A 3・p 2 の病名及び開始日欄を見ると、この平成15年11月17日の「口内炎」という病名は平成15年11月20日の病名、開始日を記載した後（しかも、下欄にはH15年11月26日に書き加えたと注書きがある）に追加記載がされており、これは、上記診断書作成後に平成15年11月17日の「口内炎」の病名を書き加えたということを意味している。つまり、11月20日に控訴人側から本件に関する追及を受けた後に同記載が追記されている、ということである。

すなわち、平成15年11月20日の本件身体拘束に関する控訴人ら側の抗議がなければ、多羅尾医師は、傷があることを知り、投薬もしながら、外傷として処理することなく、貞子氏の負傷を隠匿・糊塗していたものと解さ

れるのである。

第3 本件身体拘束の不要・違法

1 総論

(1) 本件身体拘束は、「夜間せん妄による転倒の危険」などという理由によるものではなく、端的に、頻回繰り返されていたナースコール・オムツに関する訴えなどについて、貞子氏がそれらをなしえないようにするために行われたもの、ないしそれらに対する体罰であったものと思われる。

すなわち、本件身体拘束の理由・目的は専ら看護師らの感情的なものであり、本件発生当夜の貞子氏の状況に対応する方法としては、本件身体拘束は、必要性がなく、著しく不当であり、違法であったものと思われる。

(2) 原審判決は、①ベッドで睡眠をとるように説得し、繰り返し声をかけたが聞き入れられない状況にあった、②今後、説得をつづけても、原告（貞子氏）が落ち着きをとりもどす見込みは低かった、③転倒を防ぐため、原告（貞子氏）をナースステーションに最も近い個室に移し、お茶を飲ませるなどして原告を静かな環境で落ちつかせようとした、④当直看護師3名で41の病床を管理しており、当直看護師が常時原告の付き添いをすることが事実上困難であった旨認定している。

しかしながら、①及び②については、「説得」ではなく、貞子氏の話を十分に聞いて穏やかに接して落ち着かせる、という対応が必要であった。そしてそれは、稻沢市民病院では、実際に行われ、功を奏していた（甲61の2、宮川医師証人調書p9, 10）。つまり、それは現実に可能であったし、それが一般的な医療水準から見ても、妥当な対応であった（吉岡医師証人調書p10）。

③については、ベッドに縛りつけた後に、患者に縛ったままで水を飲ませたとすれば、それは誤嚥、窒息のもとであり、むしろ危険な行為であった。

更に④に関しては、「41名の病棟において夜勤の看護師3名」という主張自体が虚偽であり、実際には、「27人の入院患者に対し看護師3名」であり、

本件発生当時は、1人の看護師は休憩していた（休憩できるだけの余裕があった）のである。

2 本件発生当夜の看護体制（甲 82）

(1) 原審判決は、本件抑制当時の一宮西病院の病棟の状況について、「本件病院では当直看護師3名で41の病床を管理しており、当直看護師が常時原告の付添いをすることが事実上困難であったことが認められ、以上によれば、本件抑制以外に転倒・転落の危険性を回避する手段はなかったと認められる」と認定したが（原審判決書19頁）、控訴審における証拠調べの結果、この認定は明らかに誤りであったことが判明した。

(2) すなわち、看護管理日誌（乙A18・p46、乙A21・p79）によれば、貞子氏が入院していたC2病棟は、本件身体拘束が行われた当時、定床41に対して29人の入院患者しかおらず、かつ2人の外泊があるので、実質入院者は27人で、約66%程度（通常の3分の2）という、とても低い入院率の病棟状態であった。この数字は貞子氏が入院していた期間の中では、入院患者数も空きベッド数もいずれも下から二番目の数字であり、本件発生当夜は通常時よりも入院患者が非常に少なかったことは客観的に明らかである（乙A21）。

被控訴人は、当時の状況について、患者数や空きベッドの数だけから看護師が忙しかったのか暇だったのかは言えないとして、本件発生日当時、スパイナルドレナージを行っている患者がいたことをその理由として挙げているが、被控訴人が指摘するスパイナルドレナージを実施していた患者は、11月15、16日だけ存在したわけではなく、その前後にも数多くあり、当該患者の状況や他の患者の状況から考えれば、この11月15～16日が、とくに重症患者に手をとられるような日だったとは到底考えられない（浅野控訴審証人調書p35）。なお、乙A18・p46～47においては、重症者の数について「0」と明記されている。

さらに被控訴人は、介護が大変な患者には家族付添いを要求していたものと思われ、そのような家族が當時1～4床あり（乙A18）、11月15、16

日にも2家族ずつある。そのことを考慮すると、25床（27床-2床）を看護師3名で看るというのであるから、本件発生当夜は、現在の医療環境の中では非常に恵まれた状況だったのである。

稻沢市民病院その他の病院と比較しても、本件発生当夜の被控訴人の夜勤看護師の人員配置は、一般的なレベルから見て、対応しきれないような人数状況ではなく（吉岡医師証人調書p21、甲82）、そもそも41人の病棟において夜勤の看護師3名がいるという「体制」自体、急性期病院ゆえに認められる人手（看護師）があり、恵まれた看護環境といえるものである（甲59の2、60）。

よって、本件身体拘束事件が発生した当夜、看護は他の患者で忙殺されるような状態では全くなかったのである（甲59の2p10, 11）。

（3）現実に、貞子氏を拘束した時間帯においては、牧田（大月）看護師は1時間～1時間半程度は休憩していた（大月証人調書p7）くらいであり、当夜の人員的にも、貞子氏の話を十分に聞いて落ち着かせるという対応は可能であった。

なお、本件当時の一宮西病院の夜勤においても、必要に応じ、休憩返上で対応することはあった、とのことである（浅野控訴審証人調書p19下段）。

3 本件発生当夜の貞子氏の状態と（選択できた）対応方法

（1）本件発生当夜の貞子氏の状態

① 貞子氏は、排尿が気になって、オムツを嫌がって、ナースコールを頻繁に行っていただけであり、認知症などではなかった（吉岡医師証人調書p9、13）が、後記第4のとおり、マイスリーの不当・過剰使用・蓄積効果や排泄に関する看護師らの不適切な対応などにより、貞子氏は本件当夜、夜間せん妄と評価されうる状態に陥っていた（吉岡医師証人調書p11、14）。

もっとも、その夜間せん妄の程度は、とくに危険を生じさせるほどのものではなかった。11月15日22時までの貞子氏の状態は、頻回のナースコール、車椅子で何度もナースステーションに来ていたこと、説明して

部屋に戻すということを繰り返していたのであり（大月証人調書p10）、そのような対応で、とくに危険な状態は生じていなかつたのであり（看護師らとしては煩わしかつたかもしれないが、それが仕事である）、それは本件身体拘束がなされるに至つた22時以降の状態ととくに変化はなかつた（乙A3・p68～69）。

- ② とくに危険性がなかつたことは、病棟管理日誌（乙A21）に何の記載も無いことにも表れている。病棟管理日誌（乙A21）の11月15、16日のページには、貞子氏に不穏状態や問題行動がみられたなどという状態の記載は全くないのである。

すなわち、この乙A21号証には、病棟の患者の不穏状態、不眠要注意状態、精神症状などが記載されている。例えば、35頁には不穏・不眠要注意とあり、55頁には夜間不穏、大声、精神症状、不安定、そして75頁、77頁、79頁、83頁、87頁、89頁などにも、不穏行動ありとか、軽度の不穏・転倒注意という数多くの記載がなされているが、貞子氏に関しては一切記載されていないのである。

被控訴人が主張しているように、貞子氏が11月15日の夜間不穏状態になつた、問題行動がみられたのならば、そのような不穏状態が記載されていないはずがない。貞子氏に不穏状態があつたことが記載されていないという事実は、現場において報告するような不穏状態ではなかつたと判断されたことが推認される。他の患者には、毎日のように記載されていながら（他の患者については、11月15日の日誌に「大声・泣声、時々あり」ということまで記載されている）、貞子氏に関してだけ、記載されないと言うことはありえない。

- ③ 11月15日～16日夜間の貞子氏の不穏状態は、それほど重篤な程度ではなかつたからこそ、大月看護師は、休憩をとれたのであるし（大月証人調書p4～p9）、休憩中に他の看護師から応援要請を受けることも全く無かつたのである（同調書p11、p21）。

④ なお、浅野看護師によれば、貞子氏は、同看護師との関係では、夜勤時においても、夜間せん妄と感じるような状態は発生していなかった。

浅野看護師によれば、病棟管理日誌（乙A21）については、日勤は師長、主任が日勤の終わりに記載し、夜勤の看護婦が夜勤欄は記載するもので信頼性の高いものである（浅野控訴審尋問調書p2）。

浅野看護師は、原審で「この日以外に、その事故の前に、吉田さんがせん妄状態だと感じたことがありましたか？」という質問に答えて、「私の勤務中には、余りそういうことは見られなかった」と答え、その後の被告代理人の「平成15年11月15日、その前後ということになるんですけども、あなたは、いわゆる日勤、お昼の勤務が続いていたということではなかったですか。」という質問に対し、「そうです」と答えている（浅野原審証人調書p14）。

あたかも、浅野看護師の勤務が日勤勤務のみであったかのような証言となっているが、実際には浅野看護師は11月12日にも夜勤をしており（乙A21・11月12日欄、11月21日欄）、貞子氏の入院中、夜勤勤務についている。

この点を追及されて浅野看護師は、上記原審証言は、「15, 16, 17のことだ」と答えている（浅野控訴審証人調書p5）。

結局、夜勤にもついていた受け持ち看護師である浅野看護師の尋問の結果、浅野看護師は、夜勤勤務についている時間帯も含めて、貞子氏について夜間せん妄と感じる状態をみたことがなかったのである。これはすなわち、受け持ち看護師としてもっとも患者に接している浅野看護師は貞子氏との間でコミュニケーションがとれており、そのような浅野看護師との関係では夜間せん妄と感じるような状態が顕在化しなかったということを示している。

⑤ また、貞子氏は本件当時、トイレ等に車椅子で自走することは可能な人だったのであり（乙A3・p51など）、担当の浅野看護師をはじめ、15～16日の夜勤担当看護師3人も、そのような状況認識を持っていた（浅野控訴審証人調書p16）。

だからこそ、15～16日深夜、貞子氏が多数回ナースステーションに車椅子でやって来ても、夜勤の看護師らは車椅子でやってくること自体についての「危険性」を逐一指摘することはなかった（乙A3・p68, 69、浅野控訴審証人調書p16, 17）。

したがって、故貞子氏が本件事故の発生した平成15年11月15～16日深夜当時、ベッドで起き上がり、車椅子へ移乗し、車椅子で自走する行為につき、「転倒・転落の切迫した現実的危険性があった」とする原審判決の認定（原判決18～19p）は、明らかに誤りである。

（2）危険性・切迫性について

原審判決は、本件における転倒の危険性を過大評価している。

① 転倒の危険

I 原審判決は、転倒の可能性を大きく評価し、これを本件身体拘束に関する主たる正当化事由とした。

すなわち、貞子氏の主治医であった多羅尾医師は、「転倒すると単なる打撲では済まないことが起こり得ます。具体的には頭蓋内出血、あるいは頭蓋骨の骨折、あるいは現在あった胸椎、腰椎の圧迫骨折の更に別の部位の圧迫骨折が起こって、あるいは四肢の骨折ですね。失礼ですけど、かなりのお年の方で、体の予備力がありませんので、ちょっとした骨折が全身状態の悪化、ひいては死亡につながる合併症になる可能性が非常に大きいです。」と供述し、原審裁判所はこれを鵜呑みにした。しかし、同供述は誇張した表現であり、多羅尾医師が裁判を有利にするために、危険性を過大にアピールしたにすぎないものである（甲57）。

転倒の危険がある・安全のためというような理由で安易に身体拘束することは、医療・看護の責任放棄であり、抑制死を生み出すものである（甲65）。

一般に、転倒によって骨折などの大事故が発生する頻度はわずか1%以下であり、これを大きく評価して拘束を容認すると、転倒しやすい高齢者全員を拘束してよいことになってしまう（甲63）。

II また、原審判決は、尾張病院での転倒を転倒可能性・危険性の論拠として挙

げているが、そもそも平成15年7月16日の尾張病院での転倒は、貞子氏が杖を使用して、トイレに行き、排尿後、杖が倒れたので、これを拾おうとして、転倒したものであり（乙A6・p13）、要するに、貞子氏の元気さとこれに対する過信が生んだ軽微な事故だったのであって、一宮西病院によって作り出された不穏状態（夜間せん妄様状態）が生じていた平成15年11月15～16日夜とは、前提状況が全く異なるものである。更に、貞子氏は、尾張病院で転倒し、恥骨骨折した際、合併症を起こしていないし、生命への具体的な危険性など何ら生じていない。しかも、同転倒による骨折の程度は「厳重な安静度制限の必要ない程度で、疼痛に応じて歩行可能」（乙A1・p33）というものであり、転倒後においても、本人の排泄に関しては、基本的にはポータブルトイレで行えていたのである。

III 多羅尾医師の「死亡につながる合併症になる可能性が非常に大きい」などという供述は、本件拘束の責任追及を逃れるための詭弁である。

<死亡一大事故一小事故—ひやっとする状態—日常生活>の間には、それぞれ確率の壁があり、死亡とその他の事象が「非常に大きな」確率で結びついているのではない（甲57）。

現に本件病院においても、「平成15年11月4日の転倒」に関して、特別に重大問題として病院内でとくに報告・検討されていない。

IV 原審判決は、本件に関して、本人の転倒が生命の危険につながる可能性が100%ないとは言いきれないと考え、切迫した危険ありとしたものと解されるが、それは医療現場を知らない判断である。

多羅尾医師の論理、そしてこれを採用した原審判決の論理に従えば、高齢者専門の病院で、認知症の人の多い病院では、すべての患者が拘束の対象となってしまう。

しかし、現実には、緊急やむを得ない場合にだけ身体拘束が用いられることがあるにすぎない。

多羅尾医師の供述は、確率や現在の医療水準をあえて捻じ曲げて、誇大に危険性をアピールし、代替的行為をとろうともしないでおいて、その余地がなかったかのように述べており、更には、医療の権威をかさにきて、すべては本人

固有のリスクであるということで患者に責任を押し付けているものであって、著しく不当である（甲57、63）。

② 認知症

貞子氏は、証言テープ（甲32、甲67が最も正確な反訳である）において発語もしっかりとしており、長谷川式スケールで24点、MMSで23点、ということで、衰えはあるものの、コミュニケーションが難しいほどの痴呆の状態はなかった（甲56・p29～30、甲68、吉岡医師証人調書p14）。

従って、本人においては、「認知症ゆえの危険」は基本的に存在しなかったと言える。

③ 稲沢市民病院における対応

本件病院からの転院先たる稲沢市民病院においても、排尿等に関連して頻回のナースコールはあったが、貞子氏がとくに大声を出したりした経過はない。

具体的には、転院からまだ一週間も経過していない11月26日には、21：00～22：00 Ba（バルーンカテーテル）が入っているのに「おしつこが出ました。オムツをかえて下さい」と何度もナースコールがあり、ナースコールが頻回であったため、詰所へ車イスで連れて行こうとすると騒いで嫌がり、同室者からも苦情があるため大人しくする様伝え、次に騒いだりするようなら詰所で入眠して頂くことを伝えると、Pt（患者）、その後はナースコールしてこなかった、という記載がある（乙A8・p47）。

おそらく、本件身体拘束を受けた晩の貞子氏の様子もこのようなものであったものと思われる。稲沢市民病院の看護師は、本人を車椅子で詰所へ連れて行くことを示唆することはあったが、貞子氏と十分に話をした結果、事態はそれ以上には進まなかつたのである。

一宮西病院においてもそのような対応がなされれば、本件身体拘束事件は発生しなかつた。

④ 五条川リハビリテーション病院での様子

本件病院を退院した後に（稻沢市民病院の次に）本人が入院した「五条川リハビリテーション病院」の看護記録にも、平成16年2月10日、トイレに行った後、ベッドサイドに座つたらずり落ちるよう床にしゃがんでいる（甲52・14p）、同年5月24日、「ポータブルトイレに移ろうとして滑りました」と尻もちをついた後ベッドで臥床す（甲52・19p）、という報告がなされているが、いずれも重大な事故にもつながっておらず、生命の危険性も全く生じていない。

⑤ 野田看護師の供述の虚偽性

野田看護師は、「貞子氏がベッド上に立とうとした」というような供述をしているが、これは貞子氏がベッドから起き上がり、ベッドから降りようとしたことがあったにすぎないものと解される（乙A11・p4～5、野田証人調書p26、吉岡医師証人調書p5, 6）。

車椅子の使用のためにベッドを降りる、という程度のことについては、本件病院の医師・看護師らも基本的には、その危険度の低さから、許容していたものと解される。貞子氏が車椅子に乗ってナースステーションに来ること自体には何の危険性も無かった（吉岡医師証人調書p8, 9）。本件発生当夜の平成15年11月15日の様子にもそのことは表れている（乙A3・68p）。

また、本件拘束事件発生当夜、尿意やオムツに関する訴え以外に、とくに看護記録上、危険性のある行為は存在しない。

この点に関する野田看護師の供述は、自己の責任を軽減しようとする目的によるものであり、全く信用できない。

尿意やオムツへの嫌悪を訴える貞子氏からのナースコールに真摯かつ丁寧に対応しておれば、やがて貞子氏は入眠するはずであった。本件においては、被控訴人側の主張を前提としても16日午前3時ころには本人は入眠しているし、また現に稻沢市民病院では、前述のとおり、ナースコールに丁寧に対応して、特に何の問題も生じなかったのである。

⑥ 野田看護師の記録の虚偽性

野田看護師に関しては以下のとおり、看護記録の改ざん(甲56・9p)を行った可能性が極めて高い。

I 本件病院の看護記録は、看護診断と題されたページにバイタルなどを記入し、入院看護記録と題された用紙に特記事項を記入するというシステムだが、急性期を標榜する割に記録が非常に少ない。

ところが、11月15日～16日の深夜、抑制した部分の入院看護記録だけは妙に詳細である(乙A3・p68～69)。

II そして被控訴人によれば、一宮西病院の入院看護記録は、当時、特記すべき事項があった場合に記載することになっており、記載されている時間帯時の担当の看護師が記載するが、師長や主任が対応した時には記載することもある(浅野尋問調書3頁)が、「ほとんどない」(同人調書4頁)。

III また、本件一宮西病院の看護記録の記載は原則として、POSシステムに則り、各記述について、その内容に応じて「SOAP」、S(Subjective)：患者の主観的な訴え、O(Objective)：検査結果やバイタルなどの数値、看護職の客観的な観察・事実に基づく内容、A(Assessment)：S(Subjective)やO(Objective)に対する看護職の判断や思考過程、P(Plan)：A(Assessment)に基づく今後の予定や計画、という符号が打たれている。入院中の他の全ての記載にはその符号が打たれている。

しかし、本件事件発生当夜の身体拘束の部分の記載(23:00～5:30までの記載：乙A3・p69)にはその符号が基本的に打たれていない。そして、22:10の記載には「A」が打たれており、その部分の記載は「理解がえられない」で終わっているが、それ以降の記載内容は「A」には該当しない。また、他の部分は一刻ごとの一記載に対して、SOAPの符合が付されているのに、乙A3・p69だけは付されていない。普通はこのようなことはありえない(吉岡医師証人調書p4)。それは浅野看護師も認めるところである(浅野控訴審尋問調書p7)。

この23:00～5:30までの野田看護師の記載部分(乙A3・p69)は、通常のものではない、後で都合の良いように付加されたもの、と解されるのである。

野田看護師は「翌朝まとめて書いた」旨述べるが、本人の家族が11月20日の話し合いの時に、その記録を見せてもらったときには、書かれていなかつたのである（甲50, 51）。

貞子氏の娘・栗木満里子は11月19日、看護師長と思われる人ととともに、身体拘束があつたかどうかの事実の確認を本人に行つた（甲50）が、看護記録に既に記載があれば、そのような確認の必要はなかつたのである。

IV また、そもそも本件発生当夜の貞子氏の担当看護師であった大月看護師が、11月16日2時半ころに休憩を終了し、休憩中に身体拘束された貞子氏の様子をその後5回くらいは見に行ったということであるにもかかわらず、その記録を大月看護師が記載せず、野田看護師が記載する、というのも非常に不自然である（大月証人調書p17、18）。

⑦ 11月19日付のカルテの偽造の疑い

このように本件で問題となっている11月15日夜間～同月16日にかけての野田看護師の記載が他の記載と異なる異例な方式によるものだけではなく、本件の抑制を貞子氏の家族が知らされた日である11月19日の入院看護記録の記載（乙A3・p70・1行目）は、偽造・改竄された記載であることが明らかである。同入院看護記録によれば、11月19日15時欄の記載は横濱主任によってなされたことになっているが、同日は横濱主任は休みであり（乙A21・p87）、しかも、カルテ記載の時間帯である15時頃には、受け持ち看護師である浅野看護師が勤務し、血圧を測ったり体温を測ったり脈拍を計つたりという対応を行っている時間帯である（乙A3・p64）。この時間帯に横濱主任がカルテを記載するというのは、「ありえない」ことであり、「普通だったら書けない」、異例なことだということを浅野看護師も認めている（浅野控訴審尋問調書p10、p34）。

⑧ 原審判決の認定の誤り

原審判決は入院看護記録の信用性と正確性を争う一審原告の主張を斥け、入院看護記録を信用できるものと判断して、本件身体拘束の違法性に関する事実

認定を行っている。

原審判決が、入院看護記録が信用でき、正確であると判断した理由は、①証拠上看護記録の記載が連続しており、特段不自然な点がないこと、②特記事項がある場合のみ、「入院看護記録」欄を利用したものであるから、毎日入院看護記録が記載されていなくても不自然ではない。③記載内容、特に本件拘制前後の記録が原告の病態を具体的かつ詳細に記録しており、体験した事実でなければ記載することが困難なものと認められること、それが稻沢市民病院等の看護記録に一致し、夜間せん妄があったこと等を理由に、その他の全証拠によつても、入院看護記録の正確性、信用性を疑わせる具体的な事情は窺われないと判断している。

しかし、本件入院看護記録が原判決認定のとおり、特記事項がある場合にのみ記載されるべきものだとしても、看護記録の記載の連続性や自然な記載だという点は、上記のとおり本件身体拘束前後の入院看護記録の記載方法が、当時一宮西病院において採用されていた方式と異なるものだという点を看過したものである上に、当時休みだったはずの横濱主任が、入院看護記録を記載しているというありえない事実が明らかになっていない前提での認定である。この点について被控訴人は横濱主任（当時）の陳述書（乙A27）を提出し、休みでも出てきたことがあったこと、貞子氏が転院することになった際、「さびしい」と述べていたことを陳述しているが、そもそも反対尋問を経ていない陳述書の信用性に疑問が残る上に、仮にこの陳述内容を前提にして横濱主任が休日に出勤したことがあったとしても、入院看護記録を記載した11月19日に同人が出勤していたことの具体的な根拠は全くない。

乙A第27号証の横濱主任看護師の報告書には、「その日は休みになっているとのことで、この記載（11／19）の経過について説明を求められました」としたうえで、「入院看護記録の11月19日の記載は、私が記載したものに間違いありません。」としながらも、「その11月19日の下に、鉛筆で<...20>と記載されていますが、これは私が記載したものではないと思います。」とし、また、「休日にもかかわらず（担当看護師ではなく、公休である自分が）入院看護記録を記載した経過は、詳しく記憶しておりません。」

・」などとしている。11月19日の15時に、休みでたまたま病棟に出向いた横濱看護師が、どうして担当看護師らではなく自分が“権限外”的記載をなしたのかについて、なんら合理的な説明をなしてはいないのである。

しかも、入院看護記録の記載の不自然さはそれだけではない。問題になっていいる11月19日の横濱主任の記載欄及び同日の記載である浅野看護師の入院看護記録（乙A3・p88）は、右上の氏名欄はいずれも空白となっており、それ以前の乙3号証における入院看護記録はいずれも同欄は、氏名が記載されている。入院看護記録の形式で記載されている内のこの2枚のみが他と異なる形式となっているのである。

（3）対応方法（適切な対応とその可能性）（甲59の1・2、甲60）

本件においては、まず第1に、被控訴人としては、マイスリーの適切な使用（又は不使用）、適切な水分管理、ポータブルトイレの使用（オムツの不使用）、及びこれらに関する看護師の適切な対応により、本件当夜の夜間せん妄様状態の発生を防げた。

第2に、被控訴人としては、本件当夜、貞子氏にポータブルトイレを準備して、排泄の介助をすれば、頻回のナースコールや車椅子によるナースステーション来訪を防げた。

そして第3に、看護師らが本人の話をよく聞き、側に付き添ったりしていれば、穏やかに落ち着かせる対応を取っておれば、危険はなく、身体拘束の必要などなかった（吉岡医師証人調書p.16, 20, 21、甲25参照）。

また、それでおさまった。

- ① 貞子氏は会話によるコミュニケーションが十分にとれる人であった（浅野控訴審証人調書p.14上段）。

そして、貞子氏は、本件拘束事件の起きた11月15～16日深夜のことに関する訴え（乙A3・p88）に対する浅野看護師の言わば「諭し」についても、その趣旨を理解し、当夜の不穏状態の指摘を否認せず、そのうえで酷い仕打ちを非難していた（乙A3・p88、浅野控訴審証人調書p.14）。

貞子氏はそのようにコミュニケーションがとれる人だったのであるから、15～16日深夜も、縛って行動を抑制するのではなく、ベッドサイドで看護師が良く話を聞いて落ち着かせれば、不穏状態に対応できたはずであった。

- ② 貞子氏の本件発生当夜の状態は、貞子氏と話をして、貞子氏の話を聞いて、穏やかに落ち着かせる対応をとれば、安全に対応できた（甲56・p8, 24、甲57・p4、吉岡医師証人調書p9, 10, 16, 20）。
- ③ 稲沢市民病院では実際にそのようになされていた（吉岡医師証人調書p11, 12、甲61の2、宮川証人調書p10, 16, 17）。

また、稻沢市民病院から転院後の五条川リハビリテーション病院においても（平成16年1月22日～同年6月20日）、平成17年5月21日から亡くなるまで（平成18年9月8日）入所されていた特別養護老人ホーム「たんぽぽ」においても、貞子氏が腰痛・排尿などの件で、何度も訴えたり、ナースコールをしたりしても、病院・施設側は貞子氏とコミュニケーションを取り、穏やかに対応し、身体拘束などすることはなかった（甲52, 53）。

第4 そもそも本件発生当夜の貞子氏の状態が発生した原因是、医療側（被控訴人）の対応が招いたものであったこと

1 前提状況の自招

原審判決は、夜間せん妄状態における本人の転倒の危険を強調した。

しかし、本人の不穏状態（夜間せん妄様状態）は、入眠剤（マイスリー）の過剰投与継続、本件病院の医師・看護師らによる水分管理懈怠・利尿剤調節懈怠、不当なオムツ使用などにより作られたものだったのであり、この不穏状態（夜間せん妄様状態）及びこれによって生じる危険性を、本件病院・被控訴人側の正当化事由として位置づけることは、所謂「クリーン・ハンドの原則」に反し、許されないものと思料する（甲59・1p）。

以下、詳述する。

2 マイスリーの過剰投与

(1) マイスリーについて

mgを超えないこと」（24頁）を強調されている。「重大な副作用」とは、甲72と同じく、「2) 精神症状・意識障害の中でも、せん妄・錯乱・幻覚・興奮」（22頁）とされている。そして、末尾の「参考資料」で、「主な外国での発売状況」が記載されているが、その多くの国で、高齢者や病弱な患者には1回5mgで、かつ短期間の投与という制約がなされている。

- ③ 甲74は、マイスリー（洋名・Zolpidem）について、東京・町田市の鶴川サナトリウム病院にて、高齢者を対象として、マイスリーの有効性、安全性及び体内動態の検討を実施した検証報告書であるが、甲74においては、その「考察」で、「今回、60才以上の高齢者の例／健康成人に5mgを単回投与した結果と比較すると、T_{max}、C_{max}、T_{1/2}で約2倍、AUCで約5倍、・・・高齢者では明らかな最高血中濃度の増大と作用持続時間の延長が認められた。」（5頁）とされている。1回5mgの投与実験であって、10mgではない。
- ④ 被控訴人病院は、衰弱して腎不全等の病気を抱えた高齢者の貞子（80才）に対して、1回10mgを何ら慎重に検討・観察することもなく投与開始し、また、すでに重大な副作用が出ていることを放置して、長期間投与しているのである。その10mgの投与による“副作用”は、5mgと比べておそらく数倍（4,5倍）となるものと推認される。

（2）マイスリー及びリーゼの使用経過

本件拘束事件発生の前後において、マイスリー及びリーゼ（その内容に関しては甲56・p23参照）が使用された経過は以下のとおりであった。

- ① 尾張病院（本件病院入院前の病院）においては、入眠剤に関しては、平成15年7月23日、マイスリー5mgが不眠時の頓服薬として処方されただけであった（乙A1・p26）。
- ② ところが、平成15年8月1日、一宮西病院内科に入院すると途端に、マイスリー10mgが、8月2日に3日分、8月5日に3日分、8月8日に7日分、

8月22日に7日分、9月12日に14日分という形で、就寝前に貞子氏に対し服薬させるよう、指示が出された（乙A1・p27）。

マイスリー（入眠剤）は、とくに高齢者に関しては、その副作用（ふらつき、不穏など）の大きさのため、最初は5mgから投与開始するのが通例であり、いきなり10mgを投与する、というのは著しく不当であった。

③ そして、10月入院時点（貞子氏は自宅で生活していた）では、睡眠障害に（関しては、「マイスリー」よりも軽い入眠剤「リーゼ」が服用されていた（乙A3・p47）。

④ ところが本件病院外科に入院（平成15年10月7日）後においては、11月21日まで、マイスリー10mg・1錠（分1 就寝前）が、次のように投薬指示された（乙A1・p18, p19, p28）。

10月8日： 14日分

10月18日： 10日分

10月25日： 14日分（7日分返品とのメモあり）

多羅尾医師は、10月18日からマイスリーを定期処方した旨述べているが（乙A12）、事実は10月8日からであり、この点だけを見ても、如何に多羅尾医師の認識・薬剤管理が杜撰だったかがわかる。

⑤ そして本人においては、確実にマイスリーの副作用が出現して行った。

I 10月22、23日夜には、本人は、意味不明なことを言うようになっていた（乙A3・p67）。

II 11月3日には、本人が急に車椅子から立てなくなり、ベッドへの移乗もおぼつかない様子であった（乙A3・p60）。

III 11月4日には、本人が転倒する事故が起きた（乙A3・p60）。

IV 11月5日には、本人がオムツ交換したことや薬を内服したことを忘れる、ということがあった（乙A3・p60）。

看護記録（乙A3・p60）によれば、同日より、マイスリーからリーゼに

変更されたものと思われるが、主治医たる多羅尾医師は、11月9日までマイスリー投与による格別の異常はなかった（11月10日までマイスリーが定期処方されていた、という前提の陳述）、などと述べている（乙A12）。本件病院において薬剤管理が如何に杜撰・不適切であったかということが明確に窺える。

V 11月7～9日の帰宅時には、本人が以前より全然動けなくなり、家族は驚いたという事実があった（乙A3・p68中下段部分）。

VI 以上のように、本人においては、マイスリーによる重篤な副作用が表れていたのである。

にもかかわらず、多羅尾医師は、11月9日までマイスリー投与による格別の異常はなかった、などと述べているのであり（乙A12）、マイスリー投薬に関する管理について、全く頓着していなかったのである。

⑥ その結果、確実に本人においては、マイスリーの長期間継続した服薬による悪影響は深まり、強まっていったのである。

I 11月10日には、マイスリー10mgが（おそらく看護師の裁量により）投与され、本人は同日、夕食を食べたのを忘れたり、会話につじつまが合わない状態となっていた（乙A3・p62）。

以後、本件病院においては、本人に対しては、看護師の裁量により頓服でマイスリーを投与することになっていた、とのことであるが（乙A10～12）、医師の具体的な判断・指示なしに、看護師がマイスリーを裁量により投与する、などということは違法行為である（甲60・p2, p6）。

II リーゼ5mg・1錠（分1 就寝前）に関しては、次のように投薬指示されている（乙A1・p30, p31, p28）。

11月 5日： 7日分

11月 11日： 14日分

仮に多羅尾医師が述べるように11月10日までマイスリーが定期処方されていたとすれば、11月5日～10日は、マイスリーとリーゼが2重投与されていたことになる。これは、本人の腎不全のことも併せ考えると、医学界の常

識では考えられないことである。

一宮西病院の薬剤投与に関する管理は著しく不当である。

III 野田看護師によれば、11月12～13日ころにも、看護師の裁量によりマイスリーが本人に対し頓服で投与された、とのことである（乙A9・2p、乙A11・5p）。これは前述のとおり違法行為である。

⑦ これに対し、本件病院からの転院先である稻沢市民病院（15.11.21～16.1.22 入院）においては、不眠時においてリーゼが使用されることはあったが、マイスリーの使用は皆無であった（乙A7・p6、p11）。

つまり、看護師が適切に対応すれば、強いマイスリーを使用する必要性など存在しなかったのである。

(3) マイスリーの蓄積効果（吉岡証人調書 p11, 14, 29～39、甲 56, 75, 81）

被控訴人病院は、その答弁書で、10mgのマイスリー投与が11月15日の夜間せん妄の原因なら、マイスリーの服用を中止すれば夜間せん妄はなくなるはずだが、11月10日が最終の投与日であり、5日も経過した時点で薬効はないはずだ、消失半減期から考えて、5日後に薬効は残存していない、マイスリー投与と夜間せん妄には因果関係がない、などと主張している。

しかし、被控訴人があげる高齢者の例は健康体の高齢者への5mgであり、他方、本件の故貞子の場合は、80才で病弱となり腎不全を患っている高齢患者への10mgの長期にわたる投与である。腎機能が衰えている高齢者の場合には、薬物が体内に蓄積しやすくなる「蓄積効果」があり、健康体の高齢者の場合と比較して、薬効の残存効果が長引くことは明らかである。また、前記・甲72乃至74の証拠から、重大な副作用が生じやすいことも明らかであった。

被控訴人は、控訴人がそのような主張をしているのにもかかわらず、あえてこれを無視して、意図的に、健康体の高齢者の場合の半減期のみを前提にしている。ここでも被控訴人の主張は、控訴人の主張を曲解するかあえて前提を無視した議論を行っているものである。

① 故貞子の様子を追ってみると、11月4日の看護記録（乙A3・68p）において、

「20:00 本人との約束にて、オムツ着用し vds p.o (就寝薬投与の意味)
21:30 安定剤下さい、オムツして下さいと何度もコールされ、その
都度説明するも理解されず目がトローンとされている。」

23:00 その後も同じコール続き、同時刻、1人でトイレへ行った帰り、車
椅子を押して歩き転倒される。」となっている。

これは、11月15日夜（身体拘束に至った夜）の様子と変わらない。異なるのは、11月15日は、故貞子はナースセンターに訴えに来たが、この日は、トイレに行って転倒したということである。この「目がトローン」として、「何を言っても理解されない」状態・混乱は、明らかにマイスリーの投与後に起きているものである。

前日の11月3日もマイスリー投与後に、急に立ち上がれない状態となつたこととともに考えれば、確実にマイスリーの影響により起こっているといえる。これは、普通の医師なら誰でもそう判断することである。

② 11月5日の夜の看護診断・看護目標なる記事（乙A3・60p）にも、「N.C.（ナースコール）頻回、オムツ交換したこと、内服したこと忘れてしまう」という記載が見られる。

11月10日には、リーゼとマイスリーとが、多羅尾医師の証言によれば、昼になつてもろれつが回らないほど効きすぎていたということである。

控訴人栗木満里子によれば、11月13日に一度家に戻った時には、故貞子が立ち上がりれない状態になつていて驚いた、ということである。

これらは、主としてマイスリーの蓄積効果によるものである。長期間、向精神薬を飲み続けた患者は、薬の副作用が出やすくなるが、故貞子のように腎機能が悪く、排泄能力が低下している人はなおさら副作用が強く出やすくなり、半減期も被控訴人が挙げている以上に長くなり、かつ不明であり、副作用がなくなるまでに十分な時間が必要である。被控訴人の主張のように「マイスリーのためのせん妄というなら、マイスリーの服用を中止すれば夜間

せん妄はなくなる」ということにはならない。

(4) 尾張病院でのマイスリー投与との比較

被控訴人は、尾張病院でもマイスリーは投与されていた旨主張するが、同病院では、マイスリー 5 mg の投与が原則であった。

県立尾張病院の投与経過を見ると、まず 5 mg 錠を用いていて、処方の基本ルールに適っている。5 mg 錠を 1/2 錠ずつ投与したとも記されていて、これは高齢者への向精神薬の使い方として、常識ともいえる適切な使用方法であり、このような処方が通常である。

これに対し、本件病院においては、第1回の内科への入院翌日（平成15年8月2日）に、臨時処方として最初からマイスリー 10 mg が処方され、その後8月8日、マイスリー 10 mg が定期処方されている（乙A1・27p）。そして、9月9日の検査値は入院時よりは好転している（乙A1・34, 35p）。つまり、この時点（第1回・内科病棟への入院時）では、マイスリーによって腎機能が増悪したということはない。

腎機能が悪くなった時点でマイスリーを継続的に投与すれば、排泄されにくくなり、蓄積されるのは自明である。本件において、多羅尾医師は、腎機能が悪化してきたということで、10月14日にラシックスを増量したが、外科に入院した時点（10月8日の検査値）に比べると、22日・30日（14日よりは下がっているが）の検査値は上昇している（乙A1・34, 35p）。つまり、腎機能は入院時より悪くなっているにもかかわらず、本件病院においては、マイスリー 10 mg が投与され続けたのであり、その効果は蓄積されていったものと解されるのである。

(5) マイスリーが投与されていた時期、マイスリーとリーゼの2重投与

- ① 多羅尾医師は、陳述書（乙A11・1p）においても証言（同人証言調書 p 3）においても、明確に、11月10日の貞子氏の様子に基づいて、マイスリーからリーゼに変更した、すなわち、11月10日まではマイスリーを投与していたことを認めている。他方、リーゼが11月5日から投与されていた事実

は被控訴人が看護師の供述などを含めて一貫して認めているところである。1月5日から10日まで、マイスリーとリーゼが2重投与されていた蓋然性が極めて高い。

② 控訴人は、11月10日の夜、リーゼおよびマイスリー10mgの二重投与という被控訴人の乱暴な向精神薬の投与のために夜間せん妄をおこしていたものと思われる。

ア) 11月10日に、レセプトに夜間せん妄の病名をついている。

これは、11月10日に、医師が診断名をつけるほどその症状がはっきり現れたということである。(カルテにも、11月10日多羅尾医師の記載で「夜になると Dementia となる」という記載(乙A3・p31)がある。)

イ) 看護記録によると11月10日の0時、不眠症としてマイスリー10mgを投与した。(乙A3・p68)。(それ以前には定時の薬としてリーゼ5mgを投与している。)市橋医師記載のカルテによれば、控訴人は、10日昼間の回診時にあっても「座位になっておきているが、言葉がはっきりせず、眠剤マイスリーの影響か」という状態になった(乙A3・p30. 乙A12)。

ウ) そして、11月10日の看護記録のひとつである看護診断・看護目標の用紙には、夜の状態の記録として、「夕食食べたのを覚えず、会話つじつまあわず」とされている(乙A3・p62)。

エ) したがって、11月10日の夜、控訴人は明らかに、被控訴人の過量・不適切な向精神薬の投与により、昼間異常な様子になっただけでなく、夜間せん妄をきたす状態に追い込まれていた。それを被控訴人はちゃんと認識して診断名をつけていたのである。

オ) 被控訴人は、頑として自身の向精神薬の投与は過量でも不適切でもないといい、せん妄との因果関係を否定した。しかし、11月10日の0時、過量な向精神薬の服薬をさせられた被控訴人は、昼間ろれつが回らなくなっただけでなく、そのダメージのために夜間はせん妄を起こしていたのである。かつそのことを被控訴人は認識していたことはレセプト上明らかである。しかし、被控訴人は、その後も、リーゼ5mgの他に頓服薬として、マイスリー10mgの投

薬許可を与えていた（乙A12）。これは再度、控訴人を不穏状態にする危険性が高いだけでなく、高齢であり、腎機能障害もある控訴人を徹底して痛めつける、まったく医師として思慮を欠いたものである。

（6）夜間せん妄様状態の原因性

以上のようなマイスリー及びリーゼの著しく不当な使用が確実に、本人のふらつき、転倒、不穏状態（夜間せん妄様状態）の大きな原因を構成することとなった（甲56・2～5p）。

どんなに遅くても11月4日、本人がトイレの帰りに転倒したこと（主たる原因是マイスリーの副作用による「ふらつき」であったものと解される）を契機に、服薬について適切な見直しが行われておれば、本件拘束事件発生の原因となつたような「不穏状態（夜間せん妄様状態）」は発生していなかつた蓋然性が極めて高いのである。

（7）他の病院・施設における状況

本人は本件病院を平成15年11月21日に退院した後、稲沢市民病院、五条川リハビリテーション病院、特別養護老人ホーム「たんぽぽ加茂の里」で生活したが、基本的には、マイスリーなどは投与されず、ナースコールが多かつた、という傾向はあったものの、車椅子に移乗することは自力で（介助なしで）、とくに危険を認識させるような「せん妄」状態（乙A7・11p））できたし、落ち着いた生活を送っていた。

① 平成15年11月21日に本件病院から転院した先の稲沢市民病院の診療記録（乙A6）によれば、転院直後は、本件病院外科入院中の薬剤の影響から、頻尿があり、夜間せん妄様状態がみられたが、1週間ほど経過すると、稲沢市民病院での治療と薬剤の見直しの結果から、見違えるほど良好な状態になった。

このことは、平成15年12月21日付の稲沢市民病院の主治医宮川幸一郎医師の紹介書（乙A7・6p）の「一宮西病院Drからは透析のできるリハビリ施設ということで当院再入院していただきましたが、腎不全の方は、現

在のところ落ち着いており、すぐに透析導入という状態ではありません。骨粗鬆症、圧迫骨折からの腰痛コントロールが中心です。夜間不穏も、入院初期には認められましたが、最近はほとんど問題なく、経過しております。こうした状況から、より落ち着いた環境で療養入院でき、更に透析導入も可能な貴院への転院を勧めさせていただきました。」との記載や、稻沢市民病院からの転院先である五条川リハビリテーション病院宛の平成16年1月22日付の「看護サマリー（転院用）」の＜入院中の経過と転院の目的＞における、「腰痛あるも、ポータブルトイレ及び車イス移動できる。軽い痴呆あり。内服の介助するも、飲んだか飲んでいないか必ずナースコールあり。その都度対応す。慢性腎不全については、経過観察す。」という記載から、明確に窺える（乙A7・5p）。

貞子氏においては、一宮西病院からの転院先である稻沢市民病院では、日常生活動作（ADL）に関しては一定の介助のもとで自立してできていたのであり、おむつ着用もせず、夜間不穏・せん妄も次第になくなり、ベッドから転倒したりする危険行動もなかったのである。

- ② また、転院先の五条川リハビリテーション病院においても、本人はオムツなどせず、排泄も自分で行い（ポータブルトイレ使用）、夜間せん妄、認知障害、見当識障害などは見られず、転倒等の危険な事態も存在しなかった（甲52）。
- ③ さらに、その後入所した特別養護老人ホーム「たんぽぽ」においても、本人は、オムツなどせず、排泄も自分で行い（ポータブルトイレ使用）、話し好きで、快活に生活していた（甲53）。

本人は基本的に元気で活発に生活する人だったのである。

3 不適切な水分管理とオムツの使用

（1）水分管理

貞子氏は平成15年10月7日、本件病院外科に入院したが、入院時の診断

名は、変形性脊椎症、腎不全、高血圧等であった（乙A3）。

すなわち、本人においては腎機能が低下していて、明らかに水分の摂取状態と尿量の状態を管理する必要があった。

にもかかわらず、本件病院においては、水分摂取については全く行われなかつた（カルテ・看護記録などに記載が全くない）。また、尿量に関しては、平成15年8月1日に本件病院内科に入院したときから、排尿回数については数えられたが、「量」については全く管理されていなかつた（乙A1・p 87~98, p 123~129、乙A3・p 52~65, p 72~78）。

これに対し、転院先の稲沢市民病院では、きちんと貞子氏の尿量が計られていた（乙A8・p 104~112）。

また、一宮西病院では、貞子氏に対する食事も一般食であり、腎臓食にされていなかつたが、稲沢市民病院では腎臓食であった。

(2) 脱水状態の改善、利尿剤の調整の必要

乙A3・35pによれば、10月14日時点で、本人においては、BUN：62.0mg/dl クレアチニン：1.9mg/dl であり、BUN/クレアチニン比は32.6と高く、11月11日のデータにおいても、BUN：83.3mg/dl、クレアチニン：2.4mg/dlで、BUN/クレアチニン比は34.7と高く、腎前性の腎不全を起こしていたものと解される（これは研修医クラスでもわかることがある）。

そして、腎前性の腎不全の治療としては（一宮西病院の多羅尾医師がしきりに主張する「透析」などを考える前に）まず、脱水状態の改善、水分補給や利尿剤の調整が検討されるべきであった（甲56・5p）。

(3) 不当な水分管理が夜間せん妄様状態の原因の一つになっていたこと

ところが実際には、本件病院においては、水分の管理がきちんとなされないまま、本人に対し利尿剤が使用され続けた。

このことが、（本件において問題になっている）本人の尿意を主訴とする「せん妄」様の変調につながった。

① すなわち、本件事件の発生した平成15年11月15~16日に本人が繰り

返していた「訴え」は、利尿剤で排尿を促されながら、しかし脱水状態にあり、尿が出ない、という趣旨の頻回の訴えだったのである。脱水を視野に入れた医療・看護が当然になされなければならなかつたのに、一宮西病院においてはこれが全く行われなかつたのである（甲 56・5p）。

- ② また、夜間に頻尿状態に陥るということに関しても、一宮西病院の医師・看護師らとしては、（転院先の稲沢市民病院において行われていたように）利尿剤の投与時間をコントロールするなどして、夜間頻尿を避けたのである（甲 61の1，2）が、何らの対応も行わなかつた。
- ③ 一宮西病院の看護師らは本件拘束を正当化するために、平成15年11月15～16日夜の本人のナースコール、オムツ・尿意に関する訴えの「異常性」をしきりに指摘するが、それは他ならぬ一宮西病院の医師・看護師ら自身の不適切な治療・看護行為が招いたものだったのである。

（4）オムツの不要

貞子氏は本来は、夜間であっても、ポータブルトイレを使用したり、見守りつきでトイレに行ったりして、排泄することが可能な人だったのであり、オムツに排泄することを強いられる必要性など全く無かつた（甲 59の1・7，8p、甲 70）。

以下、本件病院およびその前後に本人が入院していた尾張病院・稲沢市民病院における本人の状況を、医療記録に基づいて検討し、上記のような必要性が無かつたことを明らかにする。

- ① 本件病院の前に入院していた尾張病院では、特に痛み（右側胸部又は左大腿部）が強い時を除き、本人は基本的には、自力でトイレに行く（夜間は車椅子を使用）か、あるいはポータブルトイレを使用していた（乙A6・p2～24以下）。

なお、本人はとくに尾張病院で同年7月16日に転倒して恥骨骨折する以前においては、本人はトイレに歩いて行っていた。

7月16日の転倒に関しては、本人が杖を使用して、トイレに行き、排尿後、杖が倒れたので、これを拾おうとして、転倒した、という経緯によるも

のであった（乙A6・p13）。要するに、本人の元気さとこれに対する過信が生んだ軽微な事故であって、本件の発生した平成15年11月15～16日夜（マイスリーの長期・多量使用のため、車椅子使用になっていた）とは、前提状況が全く異なっていた。

この7月16日の尾張病院での転倒は、まったく重篤なものではなく、骨折の程度は、「厳重な安静度制限の必要ない程度で、疼痛に応じて歩行可」（乙A1・p33）であった。そして、転倒後においても、本人の排泄に関しては、本人の希望（痛みゆえのもの）に応じて床上排泄を行ったことはあったが、基本的には、ポータブルで行われており、オムツに排泄することを強いられることはなかった。

② 本件病院内科（平成15年8月1日～9月12日入院）の看護サマリー（乙A1・p83）においては、本人の排泄に関してはオムツが使用されていることになっているが、8月14日付けリハビリテーション総合実施計画書（乙A1・p105）によれば、本人は、廊下歩行・トイレへの歩行については、見守りがあれば可能であり、トイレに車椅子で行くことも、車椅子・ベッド間の移乗なども、排泄自体も（昼も夜も）、1人ができる、との評価であった。

③ 10月7日一宮西病院外科入院時においても、本人は、頻尿で排便障害はあるも、排泄は自分でできる状態であった（乙A3・47p）。

④ 10月11, 19, 21日には、本人が自力でトイレに行ったことが看護記録に記載されている（乙A3・p56, p66, 67）。

看護記録（乙A3・p67, 68）には、次のような記述がある。
「10/11 ちょっとらくになったのでトイレ行ってみようかな。トイレまで車椅子で行く。ベッド→車椅子移乗OK。立位も手すりにつかまれば保持できる。昼間リハビリパンツとし離床促していく。
10/17 朝 9:00 頃の座薬施行が日中スムーズに行動出来、痛みのコントロール

がうまくいくようす。

10/19 朝より車椅子にて自己でトイレに行っている。笑顔あり。動けなくなるといかんので頑張っています。本日は鎮痛剤も使用していないが調子はよいようである。

11/5(転倒した翌日) 背骨が少し痛い気がする。でも車椅子に移ったりはできます。背柱部打撲なし。発赤なし。移動はスムーズ。」

⑤ 更に11月8日付けリハビリテーション総合実施計画書（乙A3・p83）においても、本人に関しては、廊下歩行・トイレへの歩行は見守りがあれば可能であり、トイレに車椅子で行くことも、車椅子・ベッド間の移乗なども、排泄自体も（昼も夜も）、1人でできる、との評価であった。

⑥ 11月13日時点においても、本人は車椅子を自走して、自分でトイレに行くことができた（乙A3・p51）。

乙A3・51pの「評価」においては、「車椅子自走でき、トイレ自己にて行くことができる。腰痛軽減しインテバン坐1日1回ほど挿肛にてシップ etc 疼痛コントロールできている。このまま計画実行する。」となっている。

貞子氏においては、ある程度腰痛も軽減し、車椅子で自走することができ、トイレに自分で行くことができたのである。にもかかわらず、そのような評価を受けていた患者について、被控訴人は答弁書において、「ポータブル便器が使えない状態」とか、「腰痛が軽減していればポータブルトイレでの排泄が可能になることもある。稲沢市民病院や五条リハビリテーション病院でポータブルトイレが使用可能であったことも十分に考えられるところである。」などと述べている。

実際は、本件病院の看護記録にあるとおり、貞子氏は車椅子ながらも、自力でトイレに行くことができたのであり、無論、ポータブルトイレ使用可能であった。

⑦ ところが、一宮西病院外科（平成15年10月7日～11月21日入院）の

看護サマリー（乙A3・p86）においては、排泄に関しては、車椅子でトイレに行って自力で排泄できるにもかかわらず、夜間はオムツを使用されていた（夜間はオムツに排泄することが定められていた）ことが明記されている。

すなわち、貞子氏は一宮西病院においては、夜間、不要にオムツへの排泄を強いられていたのである。この歴然とした事実を、一宮西病院の看護師自身が明確に認めているのである。

この「看護サマリー」（乙A3・p86）の作成日時は、その記載内容からみて、稲沢市民病院への転院が決まった時以降であったと認められる。それゆえに、この記載内容がはたして事実であったかどうかは疑わしいものだといえる。例えば、11月4日の入院看護記録（乙A3・p68）には、「時間／20時」「O)本人との約束にてオムツ着用」とあるが、その前日の11月3日には、「時間／22：30」「O)トイレよりコールあり。・・様子観察」との記載があって（同p67下段）、オムツ着用に関しては何ら言及されていない。従って11月3日までは、夜間でもオムツをせず、自力で車イスを押して1人でトイレに行き、排泄されていたものと推定されるのである。

以上の入院看護記録の検討からみて、貞子氏は一宮西病院（外科）に入院していた全期間、夜間はおむつであったという事実はなく、昼間も夜間も自力でトイレに排泄を行っていた期間があったものと認められる。

また、その入院当初の「10/7～10/10」の間は、「全オムツ」という入院看護記録がなされているところからみて、その当初は激しい腰痛のために貞子氏はオムツをせざるをえなかったものと思料されるのである。

- ⑧ これに対し、平成15年11月21日～平成16年1月22日まで本人が入院していた稲沢市民病院においては、本人はポータブルトイレ使用が可能であり、また、同病院はナースコールに必ず対応していた（乙A7・p5, 11）。とくに11月27日以降はオムツに排尿しておらず、12月5日以降は原則的にオムツそのものを使用していない（乙A8・p48～103）。

一宮西病院における水分管理の懈怠、入眠剤の長期過剰投与継続等の影響が薄れるにつれ、オムツの使用など次第になくなつて行ったのである。

(5) 不要かつ不適切な「オムツへの排泄の強要」が夜間せん妄様状態の原因の一つになっていたこと

本件においては、一宮西病院における、夜間の、不要かつ不適切な「オムツへの排泄の強要」が、貞子氏を非常に傷つけ、これが貞子氏を夜間の不穏状態（夜間せん妄様状態）に陥らせた主な原因の一つを構成することとなったものと解される。

本件においては、前述のとおり、貞子氏は少なくともベッドから車椅子に移乗してトイレに行き、自分で排泄することが可能な人であった。少なくとも、ベッドの傍にポータブルトイレを置いて、カーテンを閉めたうえで、そこで排泄することは可能な人であった。現に、自宅では個室でベッドにポータブルトイレを設置して排泄していた（11月7～9日の帰宅時もそうであった）。

一般に、オムツで排泄することは、人の名誉を著しく害するものであり、これを強いることは「人権侵害」と言っても過言ではない。オムツの使用は、認知症を誘発しやすく、皮膚に悪影響を与えやすいだけでなく、人間としての尊厳を殺ぎ、「生きる意欲」を奪うのである。

本件の場合、前述のとおり、貞子氏はトイレ（ポータブルトイレを含む）を使用して排泄することが可能だったのであり、また、一宮西病院としても少なくとも、ベッドの傍にポータブルトイレを置いて、カーテンを閉めたうえで、そこで排泄する、という方法を選択することは可能だったはずである。

にもかかわらず、一宮西病院の看護師らは、トイレ介助をすること乃至トイレ使用に関して注意を払うことによる面倒を避けるために、専ら看護師ら側の都合で、本人に対し夜間オムツを装着し、オムツに排泄することを強いた。貞子氏はこれをひどく嫌がり（甲53参照）、何度も抗議の意思表示を繰り返し、その過程で精神的に不穏な状態に陥った、という側面が確実に存在したものと料する。貞子氏は前述のとおり、嫌なものは嫌だと積極的に表現する人であり、そのような自分にプライドを持っている人であった。

この「意に反するオムツ使用の強要」は、前述のような貞子氏のトイレ使

用可能状態に鑑みれば、一宮西病院の看護師らによる著しく不当な対応であり、違法行為であり、貞子氏に対する人権侵害であった。

4 本件発生当夜の一宮西病院看護師らの不適切な対応

本件事件が発生した平成15年11月15～16日の夜間、一宮西病院の看護師らは、貞子氏による度々のナースコール、何回かのナースステーションへの来訪（車椅子利用）に対し、十分に話を聞き、穏やかに接し、落ち着かせる、といった対応をせず、叱責し、止めるよう説得しようとし、更には、オムツを貞子氏の顔に当てるなどして、貞子氏を逆上させ、興奮させ、不穏にさせてしまった。

この意味でも、本件当夜の貞子氏の夜間せん妄様状態は、被控訴人側が招来させたものと言えるのである。

第5 一宮西病院の医療水準の著しい低さ

本件に関わった、本件病院の医師及び看護師らの医療・看護・ケアの水準並びに治療・看護の記録の水準は著しく低かった（吉岡医師証人調書p15）。そのことが本件事件発生の根本的な原因であった（甲56、59の1、60、63）。

例示すると、以下のとおりである。

1 医師・看護レベルの問題（甲59の1、甲75）

(1) まず、前提として、前記第4、2項(2)(3)のような明らかにマイスリ一の副作用と見られる貞子氏の状況を、一宮西病院の医師・看護師らは的確に評価・認識していなかった。

(2) 一宮西病院の看護師らにおいては、少なくとも本件当時、本件のように、医師の判断も仰がずに、家族の同意も得ずに、安易に身体拘束を行うことについて

て、とくに違和感持つておらず、言わば日常的なものになっていたと思われる。

① 本件発生当夜、貞子氏の担当であった大月看護師は、11月16日1時ころから2時半頃まで休憩をとっていたが（大月証人調書p7、p13）、その休憩中に貞子氏が身体拘束を受けていたことについて、他の看護師にその経緯や理由を詳細に聞こうともしなかった（同証人調書p12、13）。

② 本件身体拘束について、病棟管理日誌（乙A21）に何も記載されていない。浅野看護師は、故貞子氏が拘束を受けたことを野田看護師らから聞き、かつ、唇や腕の傷（全治20日以上を要する傷害）について気づいていたにもかかわらず、拘束の内容・程度に関して、野田看護師らに問い合わせ等していない（浅野控訴審証人調書p20）。これは、被控訴人病院において、本件のような拘束・負傷が常態化していたこと（同調書19～20頁）及び看護師らの看護業務における人権意識が非常に低かったことを示すものである。

（3）本件身体拘束を当直看護師らが行ったことを上司も知らず、当直医師も知らなかった。本件身体拘束は、前述の態様を前提とするとき、極めて人権侵害性の高い行為であったと言わざるを得ず、現に全治20日以上の負傷を生ぜしめた「傷害行為」である。また、被控訴人の主張によれば、要するに「夜間せん妄」に対する対処として、本件拘束が行われたのであるが、夜間せん妄への対応は、医療行為以外の何物でもない（甲56・8p）。

このような本件身体拘束行為に関して、医師の判断も仰がず、上司の看護師に詳細に報告もしないという対応は、看護水準及びこれを野放しにしていた一宮病院全体の医師の医療水準が著しく低かったことを明確に示している。

（4）カルテ・看護記録の記載、医師・看護師の対応経過から見て、医師も看護師も、本件身体拘束による貞子氏の負傷直後、同負傷について的確に認識せず、的確に対応もしていない（吉岡医師証人調書p18、19）。

（5）健康チェックの重要な指標たる排便の記録に空白や不正確な点が多く、排便に基づく健康チェックが適切になされていなかった。

(6) 貞子氏の腎不全に関しては、何の顧慮もなされていないに等しい（甲 59 の 1・p 4～p 5）。

- ① インテバンの頻回な使用による腎機能の悪化が疑われる。
- ② 腎不全があるのに、水分のイン・アウトがきちんと確認されておらず、脱水状態が疑われる貞子氏について、平成 15 年 11 月 18 日には、看護側の都合で「水分を控えるよう患者に説明した」という（乙 A 3・64 p）。
- ③ 10 月 8 日の処方では、尿酸値を低下させるためにザイロリック（高尿酸血症治療剤）を使いながら、10 月 14 日の処方で高尿酸血症の副作用のあるラシックスを增量している（甲 56・34 p 参照）。

2 看護記録の問題性

(1) 看護記録の記載が全般的に非常に分かりづらく、記載されるべきことが記載されていない部分が多くある（吉岡医師証人調書 p 1～p 3）。

(2) 看護管理日誌（乙 A 18）の杜撰

看護管理日誌には数字が合わない箇所が多くある。例えば C-2 病棟について、10 月 2 日が患者数 31。翌日 10 月 3 日、入院 1、退院 1 なので、患者数は 31 のままのはずであるが、なぜか患者数は 33 である。その後は、この間違った数字がベースになってしまっている。そして同病棟の 10 月 16 日患者数 33、翌 17 日は、入院 3、退院 2 なので、患者数 34 となるべきところが何故か 35 となっている。さらに 10 月 18 日、在院数は 35。翌日 19 日は入院 1、退院 1 なので、患者数 35 のままであるべきところ 36 となっている。他の病棟も同様で、C3 病棟の 11 月 14 日は、前日在院が 37 で、当日の入院が 2、退院が 1、転科出が 1 なので、在院数 37 になるはずだが、何故か患者数 40 となっている。その翌日の 15 日は、入院 1 退院 2 だから、差し引き 1 名減の 39 となるべきところなぜか 34 となっている。全く病棟に入院している患者数が把握されていない。

3 薬剤の管理の杜撰

(1) 主治医たる多羅尾医師は、マイスリーの定期処方時期やマイスリーの副作用発生状況について、極めて不合理な内容を述べており（乙A12）、入眠剤マイスリー及びリーゼの本人に対する投与状況・内容について、その認識・管理が非常に杜撰であった（吉岡医師証人調書p14）。

(2) 医師の指示なき薬剤使用（甲59の1・p11以下）

① 投薬指示表を見ると、入眠剤マイスリーないしリーゼの定期処方は、下記のように記録されている。

記

* マイスリー 10mg・1錠（分1 就寝前）（乙A1・18, 19, 28p）。

10月 8日： 14日分

10月 18日： 10日分

10月 25日： 14日分（7日分返品とのメモあり）

* リーゼ 5mg・1錠（分1 就寝前）（乙A1・30, 31, 28p）

11月 5日： 7日分

11月 11日： 14日分

上記の記載によれば、11月5日～10日は、マイスリーとリーゼが2重投与されていたことになってしまふ。そして、主治医多羅尾医師も11月10日まではマイスリーが定期処方されていたことを前提としている（乙A12）。

もしも2重投与がなされていたとすれば、これは、本人の腎不全のことも併せ考えると、医学界の常識では考えられないことである。

また、相当量の薬剤が余分に出されていたことも窺える。

本件病院では薬剤の投与などの管理自体が大変に杜撰である。

② 処方日についても、本件一宮西病院では土曜日に処方が出されているが、実際に患者のもとに来る曜日はいつなのか、不明である。

③ 投薬指示表の間違い

処方が投薬指示表と入院診療録とで異なっている。

投薬指示表（乙A3・19p）においては、定期処方（10月18日）下段から2つ上には「センノサイド錠2錠・14回分」となっているが、入院診療録（乙A3）p26の右の欄（10月18日）には「センノサイド錠 10日分」となっている。

以上から、本件病院では、薬剤の管理が非常に杜撰であり、看護師がマイスリーなどの薬剤を自由に使えるような状況があり、投薬指示表なども改ざんせざるを得なかつたものと解されるのである。

(3) 本件病院においては、看護師が医師の判断・指示なしに勝手に投薬している。
11月10日のマイスリーの処方について、投薬指示表（乙A3・p16）の臨時処方には、11月9日（ここは最初10日と記載されているが9日に修正されている）に「マイスリー1T かのう」とあるが、入院診療録（乙A3・p30）には11月10日の日付で「坐位になっておきてているが言葉がはつきりせず。眠剤マイスリーの影響か」と記載されている。看護診断表（乙A3・p62）には11月10日0時に本人の状態についての記載は全くなしに、突然「不眠？マイスリー与薬」となっている。また、入院看護記録（乙A3・p68）にも11月10日（0：00）「マイスリー1T与薬」となっている。
以上を総合すると、次の事実が推認される。

すなわち、11月10日の0時に、本人がなかなか眠ろうとしないので、余っていて詰め所に保管してあったマイスリーを看護師が勝手に与薬した。そこで市橋医師は、診察時の記録にことを市橋医師は看護師から知らされた。そこで市橋医師は、診察時の記録に「言葉がはつきりせず、眠剤マイスリーの影響か」と記載した。そのため、臨時処方として乙A3・p16に、11月9日に処方したように、後日、市橋医師ないし多羅尾医師によって記載されることになった。

このような推認が、本件一宮西病院の実態（記録の杜撰さ）からみれば合理的である。本来であれば、臨時薬の処方は通常、医師が直接診察して、あるいは看護師からの報告を受けて、あるいは不眠が予測される場合に前もって、出しておりおかなくてはならないものである。看護師が与薬したのが0時であるなら

ば、報告を受けて処方したにしろ、前もって処方しておいたにしろ、10日ではつじつまがあわないことになる。そこで、医師のだれかが9日に修正したのである。

もしも、報告を受けて市橋医師が処方したのであれば、市橋医師はその日当直でなければならぬ（現実的には、乙B3によれば、市橋医師は当直医ではない）。しかし、看護師の知識の低さや判断能力の低さ、看護記録の杜撰などの諸状況から判断すれば、看護師がマイスリーの副作用に関して全く知らないことは確かであり、患者が不眠だからといってわざわざ医師に報告し、処方をもらうことは考えられないである。

以上から、看護師らによる勝手な薬剤投与などがなされた蓋然性が極めて強いのである。

また、野田看護師は、11月12～13日ころ、看護師の裁量でマイスリー（本人において重篤な副作用が出ていた薬剤である）を順服で貞子氏に対し投与した旨、述べている（乙A9、11）。

以上の、平成15年11月10日及び同月12～13日ころの、本件病院の看護師らの勝手なマイスリー投与行為は医師法違反といわざるを得ない。

（4）レセプトについて

なお、乙A17・p11によれば、10月にリハビリテーション総合計画評価料を算定しているが、実際に計画書を作成したのは11月8日（乙A3・p83, 84）なので不正請求である。

4 患者とのコミュニケーションの悪さ

（1）貞子氏については、軽い認知症的症状はあったものと認められ、主治医と看護師は、その治療・看護の内容、とりわけ夜間せん妄から危険性があるのなら、そのこと、すなわちマイスリー等精神安定剤の副作用や利尿剤からくる頻尿の問題などを、本人と家族にわかりやすく説明し、治療内容を理解してもらい、協力していく関係をつくるべきものであった。本人に十分な判断能力がなければ、当然に家族にはインフォームド・コンセントがなされるべきであった。

(2) 家族の承諾を得ずに本件身体拘束を行ったことの不当性に関しては、医師の診察の無いまま本件身体拘束を行ったことの不当性とともに、被控訴人側も当初から、その非を明確に認めているところである（甲6）。

5 一宮西病院の医師の体制の欺瞞性・問題性

(1) 多羅尾医師・市橋医師の勤務体制の問題点

① 多羅尾医師は、本件事件の発生した平成15年11月15日（土）～16日（日）の勤務について、「私は当直医ではありませんので、その夜および次の日は病院におりません。実際に病院に出勤したのは次の月曜の朝です。」と、明確に証言している（多羅尾証人調書p5）。この証言と乙A19の陳述書の内容は明らかに矛盾する。

② 多羅尾医師は、乙A19の陳述書においては、自分は休日でも外来患者の診察や処置をしていると述べている。しかし、多羅尾医師の休日は、医師勤務報告書（乙B3）によると、土曜の「半ドン」、火曜の「半ドン」、日曜日及び祝日である。そして、平成10月・11月分の看護管理日誌（乙A18）によれば、日曜・祝日の外来患者はゼロ、土曜の午後、火曜の午後の外科の外来患者もゼロである。多羅尾医師の陳述書は、まったく「場当たり」的で、「いい加減」である。

③ また、市橋医師の公休も、日曜・祝日である。外来もなく、手術のある日でもない。11月9日などは、外泊で不在の控訴人のカルテ記載としてわざわざ「不在」とだけ記されている。しかし、休日になって、ご丁寧にこんなカルテを書く医師はいない。

④ また、被控訴人のカルテの異常箇所は、「規則正しく異常」であり、それがずっと続いている。すなわち、2人とも医師勤務報告書では日曜や祝日を休みとしながら、休日返上で、毎日カルテを記載している。おそらく、一宮西病院

のカルテを見ると、10月も同様に毎日2人のいずれかが記載しているから、やはりこの2人の医師たちは10月も「休日を返上して書いていた」と主張するのであろうが、非常に不自然である。しかも、2人だけで毎日書くという、いかにも不自然極まりないカルテである。

(2) オンコール（宅直制度）の問題

平成15年11月15～16日の早朝にかけては、当直医がいなかつた可能性が高く、いわゆる「オンコール」（宅直制度）でまかなっていた可能性が高い（甲60・p8）。

- ① 前述のとおり、日曜日や祝日のカルテ記載を多羅尾医師か市橋医師のいずれかが行ったことになっている。しかも、記載内容は、特段何かがあったというものではなく、「不在である」とか「good」などという他愛もないものである。通常、いかに管理職だとしても、わざわざ休日に出勤してきて、変化のない患者のカルテまで書いたりしない。ましてや外泊中の人のカルテまで書いたりしない。それをこの病棟では2人の医師が行っていたというのである。多羅尾医師に至っては、外科だけの医師ではなく、当時、この病棟だけではなく病院全体の副院長だったのにもかかわらず、である。
- ② 何故、市橋医師・多羅尾医師のいずれかが、日曜・祝日などのカルテ記載を行ったにしなければならなかつたのか。

ここで甚だ疑問になるのは、外科系の日曜や祝日の当直医の存在である。

一宮西病院は、当時定床数131に対して2名の内科系当直と外科系当直の医師をおいていることになっている（乙B3）。これが事実ならば、多い医師配置というべきである。しかし、看護管理日誌（乙A18）を見る限り、一宮西病院には、平日も含めて救急車による入院、救急入院が1件もない。さらに日曜・祝日においては、外来・時間外の外来も1件もない。そんなところに、当直医師が2人いて、乙B3によれば「救」のマークを付された医師もいることになっている。その上、さらに勤務医師も出てきている、などということはありえない。

131床を2人で分ければたかだか65床である。重症患者も51日間で、延べ18人しかいない。休日の当直医がいれば、十分に診療でき、カルテも書ける。常勤医が出てくる必要などまったくない。常勤医が出ているなら、反対に当直医など、在宅待機・オンコールで足りる状況なのである。

当初、控訴人栗木満里子に対して、一宮西病院の事務関係者が「11月15日の夜は、6000円で雇用した医師が確かいたはずだ」と口走ったのは、オンコール医師であったということを示しているものと解される。

③ 一宮西病院は、愛知県尾張西北部広域二次救急医療病院のひとつとして、自治体より交付金を得ている。

当番病院であれば、当日の朝から翌日の朝まで24時間対応しなければならず、当然であるが、当直医師が1名では対応できない。交付金規定として明確な医師配置規定はないが、当番日には2名の当直医師が必要である。

また、一宮西病院は、そのホームページにおいて、『急患は、時間外・深夜・休日を問わず24時間受付けています。』としていて、当番以外の日でも、非常に積極的に救急を行うことを明示している。従って、毎日、夜間も、休日も複数医師の配置を行っていなければならず、仮に複数医師の配置がなければ、急患に随時対応できず、上記文言が虚偽内容となるだけでなく、診療報酬の算定においても疑義が生じる可能性がある。

それゆえ、医師勤務報告書には、常に当直医師が2名配置されたように記されるものと思われる。しかし、実態は、1名はオンコール状態、また休日の当直も2名ではなく、1名はオンコールである、と思われるるのである。

第6 まとめ

以上繰々述べてきたとおり、一宮西病院看護師らによる本件身体拘束について、これを止むを得ないものとして、被控訴人の損害賠償責任を否定した原審判決は、証拠判断においても、社会通念に照らしても、著しく不

当である。

- 1 身体拘束は基本的に、暴行であり、虐待・人権侵害と評価されうる違法行為であって、緊急避難的な場合以外は、絶対に許されないのである。
- 2 本件身体拘束は、強い腰痛のために仰向けに寝ることができない（いつも横向きに寝ていた）80歳の患者（貞子氏）に対し、両手にミトンをはめて、ミトンをベッドに括りつけて、仰向けの形で少なくとも数時間縛り付け、その結果として、右前腕皮下出血（11月20日から起算して約20日間の治療を要する）及び下口唇擦過傷（11月20日から起算して約7日間の治療を要する）の傷害を負わせた、という非常に残酷な傷害行為である。
- 3 そして、この身体拘束は、定員41床のところ、27床しか患者がいない状態下で、しかも3人の夜勤看護師のうち1人が休憩に入っているときに行われたものであった。これだけ余裕があれば、貞子氏に1人の看護師が寄り添い、十分に話を聞き、穏やかに落ち着かせる対応は十分に可能であったのであり、貞子氏がナースコールを頻回行い、何度か車椅子でナースステーションに来て、オムツへの排尿に関する訴えを繰り返し、多少大声を出したことがあったとしても、身体拘束をしなければならない状況など全く無かった。
- 4 しかも、本件当夜の貞子氏の不穏・夜間せん妄様状態は、被控訴人側の医療水準の低さや看護の拙劣さ（マイスリーの過剰・不当投与、不当な水分管理、不当なトイレ介助・オムツ使用・ポータブルトイレ不使用、患者や家族とのコミュニケーションの悪さなど）が招いたものであった蓋然性が高いのである。
- 5 以上の1～4のことを踏まえるとき、貞子氏が受けた肉体的苦痛、さらにそれ以上に傷つけられ踏みにじられた、人間としてのプライド、人権を

考えると、金600万円の慰謝料請求は、決して過大な請求ではないのである。

6 原審判決は、上記1及び2の点を軽視し、上記3について重大な事実誤認を犯し、上記4の点を看過したものであり、社会通念に照らしても、到底容認できるものではなく、是非とも控訴審において、適正な判断を賜りたい、と控訴人らは切望している。

以上

平成20年9月5日判決言渡 同日原本交付 裁判所書記官

平成18年(ネ)第872号 損害賠償請求控訴事件(原審 名古屋地方裁判所
一宮支部平成16年(ワ)第392号)

口頭弁論終結日 平成20年5月16日

判 決

愛知県稲沢市国府宮4丁目3番18号

亡吉田貞子訴訟承継人

控訴人 栗木 満里子

岐阜県大垣市三塚町1123の3

同 吉田 端亮

上記2名訴訟代理人弁護士 別紙代理人目録記載のとおり

愛知県一宮市奥町字下口西89番地の1

被控訴人 医療法人杏嶺会

同代表者理事長 上林 弘和

同訴訟代理人弁護士 中村 己樹

同 同後藤 昭博

同 同太立 岡之亘

同 同服吉 岡千鶴子

同 同太岡 千彩

同 同野田 成博

同 同水野 吉

主 文

- 1 原判決を次のとおり変更する。
- 2 被控訴人は、控訴人栗木満里子に対し、35万円及びこれに対する平成16年11月10日から支払済みまで年5分の割合によ

る金員を支払え。

3 被控訴人は、控訴人吉田端亮に対し、35万円及びこれに対する平成16年11月10日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

4 控訴人らのその他の請求をいずれも棄却する。

5 訴訟費用は、第1、2審を通じて、これを10分し、その1を被控訴人の負担とし、その余を控訴人らの負担とする。

事 実 及 び 理 由

第1 当事者の求めた裁判

1 控訴人ら

(1) 原判決を取り消す。

(2) 被控訴人は、控訴人栗木満里子に対し、300万円及びこれに対する平成16年11月10日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

(3) 被控訴人は、控訴人吉田端亮に対し、300万円及びこれに対する平成16年11月10日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

(4) 訴訟費用は、第1、2審とも被控訴人の負担とする。

2 被控訴人

(1) 本件控訴をいずれも棄却する。

(2) 控訴費用は控訴人らの負担とする。

第2 事案の概要

1 本件は、亡吉田貞子（亡貞子）が被控訴人と診療契約を締結し、被控訴人が設置した一宮西病院に入院していたところ、入院中の平成15年11月16日未明、同病院の看護師らによってミトン（抑制具）を使って身体を拘束された上、同病院関係者から亡貞子の親族に対する報告や説明が行われなかつたなどとして、亡貞子（原審の口頭弁論終結後死亡したため、控訴人らが