

## 第1 リハビリテーションの意義

### 1 リハビリテーションとは何か

「リハビリテーション (rehabilitation)」の語源は、「re (再び)」、「habilis (適した)」、「ation (にすること)」で、「再び適した状態にすること」を意味しています。それでは、医療や介護、療育等で行われる「リハビリテーション」とは具体的にどのようなものなのでしょうか。

#### ① 国際連合による定義

1968年、国際連合の専門機関である世界保健機関は「リハビリテーションとは、医学的、社会的、教育的、職業的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達せしめること」と定義しました。また、その後1981年(国際障害者年)には、「リハビリテーションは、能力低下やその状態を改善し、障害者の社会的統合を達成するためのあらゆる手段を含んでいる。リハビリテーションは障害者が環境に適応するための訓練を行うばかりでなく、障害者の社会的統合を促すために全体としての環境や社会に手を加えることも目的とする。そして、障害者自身・家族・そして彼らの住んでいる地域社会が、リハビリテーションに関するサービスの計画と実行に関わり合わなければならない」と述べています。

さらに、1982年12月3日、第37回国連総会で採択された国連・障害者世界行動計画では、それまで混同されていた「障害者の予防」、「リハビリテーション」、「機会均等化」の概念が整理され、リハビリテーションは「身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限

定したプロセスである」と定義されています。

一般にリハビリテーションというと、身体的な機能回復のための訓練がイメージされますが、それにとどまらず、精神的、社会的な面も含め、障害のある人や高齢者が主体性を持って生活できるようにするための活動として、広く捉えられているのが特徴です。

## ② 我が国における定義

こうした世界の動向を踏まえ、1981年の厚生白書には、「リハビリテーションとは障害者が一人の人間として、その障害にもかかわらず人間らしく生きることができるようにするための技術的及び社会的、政策的対応の総合的体系であり、単に運動障害の機能回復訓練の分野だけをいうのではない」と記載されました。また、「障害者対策に関する長期計画」（1982年、障害者施策に関する我が国初めての長期計画）、その後継計画である「障害者対策に関する新長期計画」（1992年）では、「ノーマライゼーション」と「リハビリテーション」が理念として掲げられ、これらの理念に基づき、各種施策が進められてきました。

## 2 リハビリテーションの分類

世界保健機関の定義（1968年）から分かるように、リハビリテーションには、主に医学的リハビリテーション、職業リハビリテーション、教育リハビリテーション、社会リハビリテーションの4分野があります。

このうち、本書の主な対象となるのは、個人の身体的機能等を伸ばすことを目的とした医学的リハビリテーションです。医学的リハビリテーションには、急性期、回復期、維持期の3段階があり、それぞれ役割が異なりますが、患者に対して、これらのリハビリテーションが適切な時期に、切れ目なく提供されることが重要です。

図表1 リハビリテーションの主要4分野

機関、1968年） リハビリテーション（医学的、社会的、教育的、職業的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して、訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的な能力を可能な最高レベルに達せしめること）（世界保健	分野	定義
	医学的リハビリテーション （急性期・回復期・維持期）	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人の身体的機能と心理的能力、また必要な場合には補償的な機能を伸ばすことを目的にし、自立を獲得し、積極的な人生を営めるようにする医学的ケアのプロセス（世界保健機関、1969年）</li> </ul>
	職業リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害者が適切な職業に就きそれを維持することができるように計画された職業的なサービス（例えば、職業指導、職業訓練および選択方式による職業紹介）の提供を含む、継続的で調整されたりハビリテーションプロセスの一部（世界労働機関勧告第99号「障害者の職業リハビリテーションに関する勧告」、1955年）</li> <li>職業指導、訓練、適職への就職など、障害者がふさわしい雇用を獲得し、または職場に復帰することができるように計画された職業的サービスの提供（世界保健機関、1969年）</li> </ul>
	教育リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害のある児童や人の能力を向上させ潜在能力を開発し、自己実現を図れるように支援することを目的とした、学齢前教育、学齢期教育、大学・大学院などの高等教育、社会人を対象とする社会教育や生涯教育なども含む、ライフサイクルを包含する幅広い教育活動</li> </ul>
社会リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会生活力（Social Functioning Ability：SFA）を高めることを目的としたプロセス。社会性活力とは、様々な社会的な状況の中で、自分のニーズを満たし、一人ひとりに可能な最も豊かな社会参加を実現する権利を行使する力を意味する。</li> </ul>	

資料) 財団法人日本障害者リハビリテーション協会「厚生労働省平成22年度障害者総合福祉推進事業 知的障害者・精神障害者等の地域生活を目指した日常生活のスキルアップのための支援の標準化に関する調査と支援モデル事例集作成事業」(平成23年3月)より作成

<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu/suisin-h22/index.html>

### 3 地域リハビリテーション

障害のある人や高齢者がその人らしい、尊厳ある人生を送るためには、住み慣れた地域で安心して生活できることが必要です。このような観点から、一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会は1991年、「地域リハビリテーション」の概念を定義しました。地域リハビリテーションとは、「障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活を送れるよう、医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて」を言い、同協会は2001年にこの目的を達成するための活動指針を定めています。

#### 地域リハビリテーションの活動指針

##### 活動指針

- これらの目的を達成するためには、障害の発生を予防することが大切であるとともに、あらゆるライフステージに対応して継続的に提供できる支援システムを地域に作っていくことが求められる。
- ことに医療においては廃用症候の予防および機能改善のため、疾病や傷害が発生した当初よりリハビリテーション・サービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、維持期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。
- また、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できる限り社会参加を可能にし、生あるかぎり人間らしく過ごせるよう専門的サービスのみでなく地域住民も含めた総合的な支援がなされなければならない。
- さらに、一般の人々が障害を負うことや年をとることを自分自身の問題としてとらえるよう啓発されることが必要である。

資料) 一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会ホームページ

<http://www.rehakyoh.jp/data01.php>

なお、1997年に厚生省（現厚生労働省）で作成された「地域リハビリテーション支援活動マニュアル」によれば、地域リハビリテーションは上記の維持期リハビリテーションを包括する概念であり、現行法の保健・福祉の領域および地域住民やボランティアまで含めた生活に関わるあらゆる人々が実践する、地域における総合リハビリテーションサービスであるとされています。

## 9 起立訓練中の転倒

### 事例

脳出血で入院中のAさんに起立訓練を行うことになりました。ベッドをギャッジ・アップして上半身を起こした姿勢をとり、Aさんの話し相手をしながら、様子を観察しました。Aさんが落ち着いていたため、Aさんの手首をマジックテープで固定し、その両端をベッド柵に2回かた結びで結んで、その場を離れました。なお、Aさんには心電図モニターを装着して、必要以上の体動を行った場合は心電図モニターが外れてアラームが鳴るようにしていました。5分後にアラームが鳴って駆けつけると、Aさんが足をベッドの柵に乘せる形で床に仰臥位で転倒していました。転倒前にはベッドの柵を乗り越えようとする大きな体動はなく、また、柵の高さは47cmのものでした。

### ポイント

起立訓練の際に抑制帯の結び目が緩み患者さんが、ベッドの柵を乗り越えようとしてベッドから転倒してしまいました。このような事故において、転落を予見できたか、転落防止に十分な予防措置を講じたかが問題となります。

## 解説

### 1 抑制帯の使用について

リハビリの際に転倒・転落などの事故が発生すると骨折などによって、事故前よりもっと深刻な状態がもたらされる危険性があります。しかし、転倒・転落事故を懸念して、むやみに拘束をすると、患者さ

んの人権侵害になってしまうおそれもあります。

この点、心筋梗塞の疑いで入院した78歳の女性が入院19日目にベッドから転落し、さらに、入院28日目にベッドから再度転落して死亡した事案において、東京地裁平成8年4月15日判決（判時1588・117）は、①予測される結果の重大性、②結果発生の蓋然性、③結果発生を防止する措置の容易性、④有効性、⑤その措置を講ずることによる医療上・看護上の弊害等を総合的に考慮して拘束の必要性を判断すべきとし、当該事案においては病院側に抑制帯を使用すべき法的義務はなかったと判示しています。

身体拘束に関するリーディングケースである一宮身体拘束事件の最高裁平成22年1月26日判決（判時2070・54）が、ミトンで入院患者の身体を拘束した看護師の行為について診療契約上の義務に違反するものでもなく、不法行為法上違法ともいえないとしたとおり、身体拘束が一切否定されるわけでもありません。

厚生労働省は平成13年3月に「身体拘束ゼロへの手引き－高齢者ケアにかかわる全ての人に」を発表し、「緊急やむを得ない場合」に限って身体拘束は認められるべきとし、「緊急やむを得ない」という判断基準として、切迫性（利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと）、非代替性（身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと）、一時性（身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること）の3つの要件を全て満たす必要があるとしているように、諸般の事情が考慮され身体拘束の必要性、相当性が判断されます。

本事例においては、転落によって骨折などの可能性が高いこと、起立訓練の間中、見守り続けることは不可能で、拘束に非代替性があること、拘束は起立訓練の行われている間の一時的なものであることなどから、抑制帯の使用そのものは必ずしも不適切ではないといえるでしょう。

## 2 転落の予見可能性

Aさんは見当識障害はあるもののスタッフと話ができ、様子も安定していました。また、それ以前に大きな体動もなかったことから、起立訓練を実施している間に大きく体を動かして上肢の手首を結んだ紐を外し、47cmもの高さのベッド柵を乗り越えて転落してしまうということは予見ができなかったことといえるでしょう。

なお、Aさんの手首を固定したマジックテープの両端の紐が緩んでしまって外れていますが、あまりにもきつく結びつけると、患者さんのストレスになってしまいます。拘束は必要最小限にとどめるべきで、Aさんの従前の状態からはある程度余裕を持たせた結び方をしたことはやむを得なかったと考えられます。

脳内出血などにより入院中の患者のベッドからの転落を防止するため利用していた抑制帯が外れてベッドから転落した事故について、大阪地裁平成19年11月14日判決(判時2001・58)は「全く上肢を動かすことができないほどにきつくベッドの柵に本件抑制帯を縛りつけることは、原告に対する大きなストレスとなるものであって、ある程度上肢の自由が利くような結び方をしたことは、原告の当時の状態からすると相当であったというべきである。そして、原告は上肢を動かしているうちにベッドの柵に結びつけた部分がほどけ、立ち上がろうとする等して、ベッド上から転落したものと考えられるが、本件事故前の原告の状態からすると、そのことを予見することができたということはない」と判示しています。

## 3 回避可能性について

本事例では大きな体動があれば心電図モニターのアラームによってスタッフに知らせるシステムになっていましたが、アラームを聞いて



駆けつけても間に合わなかったことから、Aさんの行動は敏速だったと推測されます。このような突発的な行動について防止策をとることは困難です。離床センサーなどを装着していても、同様の結果が生じたと考えられます。起立訓練の際にベッドからの転倒を完全に防ぐためには、スタッフが付きっきりで監視することが必要になりますが、リハビリを行う全ての患者さんのそばにスタッフが付きっきりになるということは物理的に不可能です。本事例については、転落について予見可能性も回避可能性もなく、施設側は責任を負わないと考えられます。

なお、上肢のみの抑制であったことから、下肢について抑制する必要があったのではないかが問題になります。しかし、抑制は必要最小限にすべきであり、四肢全ての拘束はAさんの状態からは過剰抑制に当たると思われます。

### [参考となる判例]

- 入院患者がベッドから転落して死亡した事故につき、看護婦が頻繁に巡回していれば転落を防止し得た可能性が否定できないとして、慰謝料200万円の支払を認めた事例  
(東京地判平8・4・15判時1588・117)
- 脳内出血で入院患者がベッドから転落して後遺障害が残存した事故につき、病院の過失が否定された事例  
(大阪地判平19・11・14判時2001・58)
- 入院中の患者をミトンで身体拘束した行為について、病院の責任が否定された事例  
(最判平22・1・26判時2070・54)

## 第2 運動による外傷

### 11 関節可動域訓練中の事故

#### 事例

Aさんは、肩関節骨折後のリハビリのため、病院で右肩関節可動域訓練を受けていました。

理学療法士が上記訓練を行っている際、肩を持ち上げている途中で急に抵抗感がなくなったため、レントゲン撮影の検査をすると、Aさんは右肩関節部分を骨折していました。

理学療法士は約1か月前からAさんのリハビリを担当しており、可動域についても認識していましたが、訓練ではこれまで問題が生じたことのない角度まで持ち上げた際に骨折が生じてしまいました。また、リハビリのメニューについては担当医と協議した上で決めていましたが、リハビリが順調に進んでいたことから、事故が起きたリハビリを実施する前に医師に相談するといったことは特段行っていませんでした。

#### ポイント

関節可動域訓練中に骨折事故が生じた場合、訓練を担当した理学療法士や担当医がどのような注意義務を負うか、また、当該注意義務に違反したといえるのかが問題となります。

## 解 説

### 1 関節可動域訓練実施者の注意義務

関節可動域訓練は、関節可動域を維持・拡大するために行われる訓練のことをいい、骨折などの治療に際して、治療部分の機能障害を回復させまたは機能障害を最小限にとどめるといった目的のために一般的に行われているものです。ROM (range of motionの略) 訓練とも呼ばれています。このリハビリテーションは、実施の時期や実施方法を誤ると、患者の機能障害の回復が十分になされなかったり、再度骨折をしてしまったり、場合によっては重篤な後遺症を残してしまうこともあるため十分な注意が必要な訓練の1つです。

では、関節可動域訓練の際に、実施者は具体的にどのような義務を負うのでしょうか。この点について、上腕骨付近骨折の治療としてのリハビリにおいて、リハビリの実施過程で患者に後遺症が残ってしまったという事案で、裁判例 (名古屋地判平15・12・25 (平12ワ3828) 裁判所ウェブサイト) は、上腕骨付近骨折の治療としてリハビリを行うに当たっては、一般的に、①開始時期については、肩関節の拘縮を改善または防止するために、できる限り早期からリハビリを開始し、②リハビリの実施に際しては、患者の状況に応じた方法を検討した上で、医師、理学療法士および看護師が連携してこれを行うとともに、疼痛などの患者の訴えに注意して慎重に経過観察を行う必要があると述べています。

このように、肩関節のリハビリにおける注意義務としては、一般的に開始時期および実施方法の2点につき慎重な配慮のほか、個々の患者の様態に併せた注意が必要であるといえます。

### 2 注意義務を負う者の範囲

関節可動域訓練の実施可否の判断やメニューの場面においては、高度な医学的知識が必要となる場合が多いため、基本的には注意義務を

負うのは医師であると考えられます。

もっとも、具体的なリハビリ実施の際の施術方法や状況判断については、リハビリ担当者の専門的知識に委ねられているといえますので、実施時において注意義務を負うのは主として担当者になるといえるでしょう。

### 3 リハビリの開始時期の適否

本事例においては、理学療法士や担当医がリハビリの実施に際し、上記のようにリハビリの開始時期の決定に関する注意義務を果たしたといえるかが問題となります。

リハビリの開始時期は、これが遅すぎることは、結果として関節の機能回復が妨げられる可能性があるため問題ですが、他方、早すぎる場合にも、症状の悪化につながる可能性があるため、問題があると考えられます。本事例では、具体的な骨折の治癒の度合いなどにもよりますが、事故の以前約1か月前から問題なくリハビリが実施されていたというのであれば、開始時期はAさんの骨折には関係がなく、この点についての注意義務違反はないと考えられます。

### 4 実施の場面における注意義務違反の有無

次に、実施の場面において、理学療法士に注意義務違反があったといえるかどうかは、リハビリの方法として適切な選択がされているか、医師や看護師との十分な連携がとれているか、慎重な経過観察がされているかといった点が考慮されます。本事例では、理学療法士は、医師の指示の下リハビリのメニューを組んで実施をしており、連携としては問題がないと考えられます。

なお、事故が起こったリハビリ実施の前に医師の指示を仰いではいませんが、リハビリの経過が順調であって、気になる問題がない場合には、実施毎に医師の指示を受ける義務まではないと解されますので、

そのことをもって注意義務違反となる可能性は低いと思われます（もっとも、逆に、少しでも経過に問題が見られる場合には、速やかに担当医に相談すべきであると考えられます。）。

また、理学療法士は約1か月前からAさんのリハビリを担当しており、可動域についての認識を前提に通常どおりのリハビリを実施していたこと、その間Aさんから疼痛の訴えはなかったことを考慮すると、経過観察を怠ったという事情がない限りは、注意義務違反は認められないと考えられます。

### 〔参考となる判例〕

○右上腕骨骨折に対する治療としてリハビリテーション等を受けたものの、右肩関節の拘縮が十分改善せず、不可逆的な可動域の制約が存在することになった場合において、かかる後遺症が残存したのは、担当医がリハビリ実施における注意義務に違反したことが原因であるとして、損害賠償の請求を認めた事例

(名古屋地判平15・12・25(平12ワ3828) 裁判所ウェブサイト)

## コラム

### 関係者間の連携の重要性

リハビリの現場においては、実際にリハビリに当たる担当者と、担当医、看護師との連携が事故防止のためには極めて重要で、上記裁判例でもその重要性が指摘されているところです。

具体的には、担当者が医師の指示を仰ぎ、カルテに患者の状態を記載して共有し、個別の場面に応じて医師に報告するのはもちろんのこと、評価会議など担当者全員が患者の評価につき、意見交換を行う場面を設けることの必要性も主張されています(齋藤宏「チームアプローチ」上好昭孝・土肥信之編『医学生・コメディカルのための手引書 リハビリテーション概論 改訂第2版』118～123頁(永井書店、2011))。