

介護・福祉職が知っておきたい

裁判事例 20

監修 弁護士 棚瀬 慎治(棚瀬法律事務所)

編集 SOMPO リスクアマネジメント株式会社
リスクマネジメント事業本部 医療・介護コンサルティング部



SOMPOリスクアマネジメント株式会社

監修：弁護士 棚瀬 慎治（弁護士法人棚瀬法律事務所）

編集：SOMPOリスクアマネジメント株式会社

リスクマネジメント事業本部 医療・介護コンサルティング部

■はじめに

介護・福祉施設は、病院（医療機関）と異なり、利用者の日常生活の場です。入院という非日常ではなく、利用者にとって日々の生活を送る場として機能しているわけですから、施設で働く職員にとって、いつ利用者が傷害を負ったり死亡するか分からないという切迫感を感じるケースは多くないかも知れません。

しかし、ひとたび利用者が傷害を負ったり、死亡した場合には、利用者の家族から「プロに預けていたはずなのに…」という不信の表明があることは少なくありません。

こうした不信が出発点となり、裁判まで発展するケースが今後、継続的に増加する可能性もあることから、介護・福祉施設においても過去の裁判事例を踏まえた業務運営が必要であると言っても過言ではないでしょう。

本誌は、弁護士・棚瀬慎治先生の監修の下、今後の教訓とすべき介護・福祉施設における裁判事例を選び、難解な法律用語や表現はなるべく用いず、介護・福祉施設の職員の皆様に分かりやすく読んで頂けるように編集したものです。

今回は、その中から抜粋した 6 事例についてご紹介いたします。他事例もご覧になりたい方は、下記申込みフォームよりお問い合わせください。

お申込みフォーム

販売書籍サイト：<https://www.sjnk-rm.co.jp/medical/>

SOMPOリスクアマネジメント株式会社
 東京都新宿区西新宿 1-24-1 Tel: 03-3349-3501

自施設が紛争に巻き込まれないための一助として、介護・福祉施設の皆様にご活用いただければ幸いです。

■事例内容

掲載日	タイトル
2018年 2月	1. 入居者の誤嚥事故につき、介護職員の過失とホーム開設者に使用者責任が認められた事例
4月	2. 利用者がトイレで転倒したことにつき、安全配慮義務違反が認められた事例
掲載予定事例	
	3. 利用者が食事後に死亡したことにつき、施設の責任が否定された事例
	4. 入所者が入浴中に溺水し死亡したが、施設の過失は無かったとされた事例
	5. 徘徊傾向のある入居者が浴室に入り込み浴槽内で死亡したことにつき、施設に管理義務違反があったとされた事例
	6. 職員がうつ病を発症後に自殺したことにつき、施設の安全配慮義務違反が認定された事例

事例2

利用者がトイレで転倒したことにつき、安全配慮義務違反が認められた事例

事件番号：平成 15 年（ワ）第 1512 号

裁判年月日：横浜地方裁判所 平成 17 年 3 月 22 日

判決の金額：1,253 万 719 円

施設種別：デイサービス

利用者状況

事故当時 82 歳（女性）、要介護 2、左右の下肢に麻痺あり。70 歳のころに転倒して左大腿骨頸部を骨折したことがありました。主治医の意見書には発生の可能性が高い病態等として、転倒、骨折、痛みがありました。

その対処として転倒への注意及び鎮痛剤の投与、理学療法などの治療が必要であること、また、移動については転倒に注意を要するとなっていました。

その他の特筆すべき事項として、上下肢の筋力低下が著明で、屋内も一本杖を使用しての歩行でした。階段の昇降、車の乗り降りには介助が必要で、トイレについては自立ですが、入浴は介助が必要、難聴があり、補聴器を使用中で、高血圧につき内服治療中であるとなっていました。

デイサービスを利用する日は、午前 9 時頃に職員が自宅まで迎えに来て、午後 3 時頃までサービスを提供した後、自宅まで送ることになっていました。

この利用者は何かにつかまらなければ立ち上がることができず、必ず手元にある杖を支えに立ち上がっていました。杖をついての歩行はできましたが、不安定でいつ転ぶかわからない状態でした。施設内でも常に杖をついて歩いていました。

施設職員もそのことはよく分かっており、いつ転倒するかわからず危険だったことから、日ごろから転倒防止に注力していました。

事故概要

利用者は当日の午後 3 時ころまで通所介護サービスを受けた後、施設の 2 階で送迎車が来るのを待つ間、座っていたソファから近くの身体障がい者用トイレまで歩いて行きました。

職員がトイレの入口まで付き添ったところ、トイレの入口から便器までは利用者から「一人で大丈夫だから」と付き添いを拒絶されたため、どうするか迷ったものの結局付き添いをやめました。その直後にトイレ内で利用者が転倒してしまいました。

すぐに車椅子を押して、近くの整形外科クリニックへと連れて行き、更にここから別

の病院へと搬送され、その結果、右大腿骨頸部内側骨折と診断されました。

ちなみにこのトイレは、内部は、車椅子を使用しやすいように、通常の女性用トイレと比べて広く、トイレの入口から便器までの距離は約 1.8 メートル、横幅約 1.6 メートルでした。入口から便器に行く間の壁には手すりがなく、手すりは便器のすぐ横についているだけでした。

争点

通所介護契約上、転倒を防止するために歩行介助をするべき安全配慮義務に違反しているかどうか

判決のポイント

まず通所介護契約上、施設は介護サービスの提供を受ける者の心身の状態を的確に把握し、施設利用に伴う転倒等の事故を防止する安全配慮義務を負っているとしたうえで以下のように判断をしています。

- ・事故当時、この利用者は、杖をついての歩行が可能であったとはいえ、歩行時に転倒する危険性が極めて高く、またそのような状態であることは施設職員は認識できる。よって、安全配慮義務として、送迎時や施設内にいる間、転倒することを防止するため、安全が確保されている場合等、特段の事情のない限り常に歩行介助をする義務があるとしました。

当時、ソファから立ち上がってトイレに向かう際は付き添いをしたものの、利用者からの拒絶もありトイレの中までは同行せず、一人で便器まで歩かせています。便器までの距離や、広さ（1.8m×1.6m）、また入口から便器までの壁には手すりがないことから利用者が歩行する場合、転倒するかもしれないことは十分予想が可能であるし、また、仮に転倒したときには大きな被害になることも予想できるとされました。

よって、トイレ内の同行を拒絶されたからといって、直ちに1人で歩かせるのではなく、まずは説得をして便器まで歩くのを介助する義務があったとして、「安全配慮義務違反」を認めました。

注) 職員側はトイレ内の介護を拒否したのだから義務違反はないと反論しましたが、これについては、以下の理由から認められませんでした。

「意思能力に問題のない要介護者による介護拒絶の意思が示された場合であっても、介護の専門知識を有すべき介護義務者においては、要介護者に対し、介護を受けない場合の危険性とその危険を回避するための介護の必要性とを専門的見地から意を尽く

して説明し、介護を受けるよう説得すべきであり、それでもなお要介護者が真摯な介護拒絶の態度を示したというような場合でなければ、介護義務を免れることにはならない。」

但し、利用者にも事故当時に自分からこのトイレに行くことを選択し、トイレ内部の歩行介護について、自ら介護職員に求めることはせず、「自分ひとりで大丈夫」と言って内側から戸を閉め、単独で歩いた結果、誤って転倒したと云う事で、利用者側にも過失があるとされ、過失割合として3割を認定しました。



事例から学ぶ施設対応

この事例のように、利用者から「ここはいいから」というようなことを言われることは日常よくあることと考えます。

しかしながら、この判例でも言われているように、介護職員は「介護のプロ」ですから、利用者の言い分をそのまま「はいそうですか」と、聞くわけにはいきません。

この事例の利用者であればそのアセスメントから転倒の危険性についてハッキリしているわけですから、「ここでは介助なしでの便器までの歩行はしない」という判断ができたと考えられます。

利用者のアセスメント結果を介護職員がしっかり把握をしつつ、そのアセスメントに見合った介護をすることが重要といえるでしょう。実際にはこの事例のように一度の説得のみで引き下がらず、誠意をもって、根気よく説明することが重要になるでしょう。しかし、高齢者であれば、それでも聞き入れられないという場合も多々あり、利用者の意思を無視してまでのケアは、尊厳を傷つけるものとして実施することは難しいでしょう。

もう一つ、この事例は、通常利用者が使用するトイレとは異なる、身体障がい者用の広いトイレであったことについて、職員がどの程度リスク認識をしていたかということも考える必要のあるポイントです。

おそらく、この事例の利用者は、転倒することなく排泄できていたことが、介助の拒否へとつながったのでしょう。利用者がトイレ内での歩行介助を拒否したとしても、介護職員が「ここはいつものトイレと異なり、つかまり歩行が難しいところであるから見守りが必要なのだ」という説得を試みる必要があります。

このような意識を持つには、日頃から、施設内の危険箇所の認識を持つような体制が必要と考えられます。

施設内で提出されたヒヤリ・ハット情報をもとに、トイレの場所別の転倒率などについては検討されたことがあるでしょうか。せっかくヒヤリ・ハットの報告制度があったとしても、リスクを洗い出すという本来の目的で使われていなければ、対応できません。この場合、トイレの場所によって、見守りの度合いを変えなければならないという職員の意識が生まれる手助けになると思います。そのうえで「このトイレだけは見守りが必要です。」といえることが可能ではなかったでしょうか。

そのうえで、利用者が拒否をした場合は、それ以上本人の意思を無視して見守りをすることはできません。ただし、どれだけ意を尽くして危険であること、心配であることを説明したのか、それに対して利用者がどのように受け止め理解したのか、その結果どのように判断したのか、そのことをしっかりと記録に残しておくことが重要になります。

また、ご家族に対しても、「見守りが必要であるのに拒否されることがあり、心配をしています。ご家族からも説得をお願いします」という説明がされていた場合、転倒したことに對して裁判にならなかったかもしれません。

平成 26年 8月 ヒヤリハット集計表(トイレ事例)

施設	入所・通所	発生年月日	発生時刻	発生場所	職種	経験年数	専任経験年数	性別	年齢	既往症	種別
1	ひまわり荘 入所	平成26年8月5日	16:30	西館3階トイレ	介護員	3年	3年	女性	91歳		転倒・転落・ずり落ち
2	ひまわり荘 入所	平成26年8月7日	16:30	東トイレ							転倒・転落・ずり落ち
3	ひまわり荘 入所	平成27年8月2日	9:30	西館3階トイレ	介護員	3年	0.8年	女性	91歳		転倒・転落・ずり落ち
4	ひまわり老健 入所	平成27年8月4日	16:40	4階 旧館 女子トイレ	介護員	1年	1年	女性	98歳	アルツハイマー病・認知症・右大腿骨骨折の術後	転倒・転落・ずり落ち
5	ひまわり老健 入所	平成27年8月8日	8:30	5階 トイレ	チーフ介護員	10年	10年				転倒・転落・ずり落ち
6	ひまわり老健 入所	平成27年8月19日	10:20	4階 新館トイレ							
7	たんぽぽ老健 入所	平成27年8月19日	18:10	東3階トイレ	介護						
8	たんぽぽ老健 入所	平成27年8月19日	8:20	東3階トイレ前廊下	介護						
9	たんぽぽ老健 入所	平成27年8月21日	8:35	3階東女子トイレ前	介護						
10	たんぽぽ老健 入所	平成27年8月22日	11:20	西4階トイレ	介護						
11	たんぽぽ老健 入所	平成27年8月23日	8:00	西3階トイレ	介護						
12	ケアハウス 入所	平成27年8月30日	14:50	居室トイレ	介護員						

発生場所や発生時間、発生様態などをデータ化し、トイレの場所ごとに特化した

ヒヤリハット別見守り強化リスト(1/15~3/15)

転倒多発トイレ	ヒヤリハット状況	強化方法
3階東トイレ	手すりに引っかかる	便器に座るまでは見守りする
4階 旧館	便器までの間	便器に座るまでは誘導する
4階 新館トイレ	コールがない	コールの確認 ドア外から声掛け
5階 トイレ	ずり落ち	終了までそばを離れない
西3階トイレ	ずり落ち	終了までそばを離れない
西4階トイレ	ずり落ち	終了までそばを離れない
東3階トイレ	便器と手すりの間	便器に座るまでは見守りする

※転倒アセスメントに関係なく、対応すること。