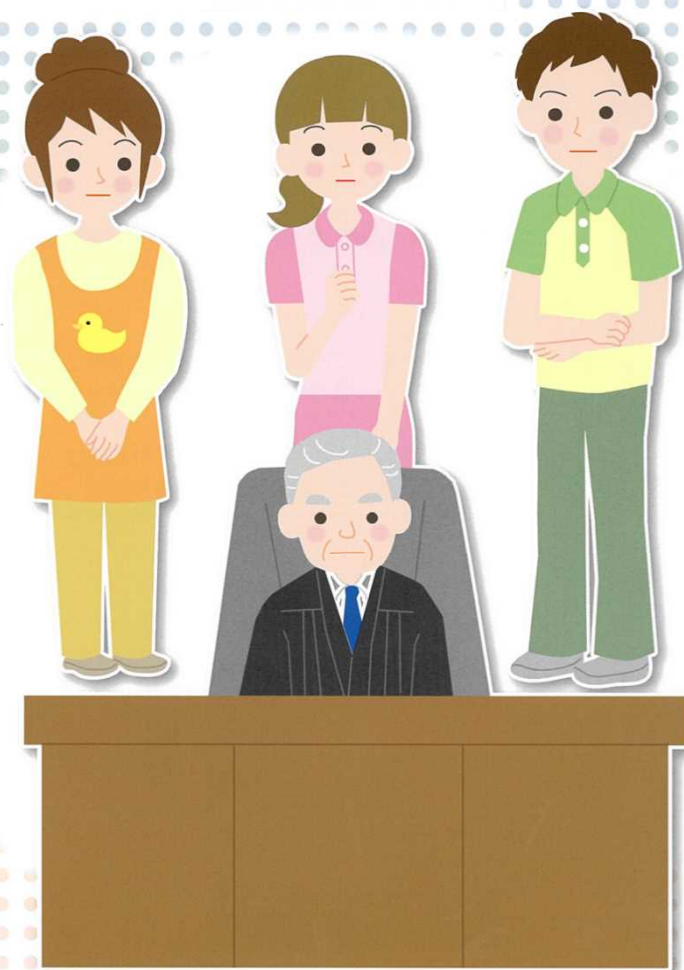


介護・福祉職が知っておきたい 裁判事例 20

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

- | 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 |
| 8 月 | 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 |

掲載予定事例

- | |
|--|
| 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

事件番号：平成 20 年（ワ）第 4453 号

裁判年月日：横浜地方裁判所 平成 22 年 8 月 26 日

判決の金額：なし

施設種別：介護老人保健施設

利用者状況

この利用者（女性）は事故当時 82 歳でした。

虚血性心疾患、逆流性食道炎、慢性動脈閉塞症、左右大腿骨転子部骨折、高血圧、骨粗鬆症、慢性動脈硬化症、心不全、椎骨脳底動脈の動脈硬化性変化、ラクナ梗塞など、内科疾患、外科疾患の多数の既往がありました。

認知症と、車いすによる移動時介助で要介護3でした。

施設入所時は、医師の診察・検査上、胸部等の異常はみられませんでした。心不全による服薬の既往がありましたが、そのことは施設に対し報告されていませんでした。

入所2週間目にベッドからずり落ち、恥骨骨折を負い医療機関にて3週間の保存療法を受け、再入所しました。

施設再入所後1カ月目に1センチ大の左臀部皮膚剥離がみられ、入眠中の体位交換や褥瘡ケアを実施。医師の診察を受けていましたが、尿パッドによる排泄のため、3週間余りで褥瘡部皮膚が黒色変化し、黒変部除去術と共に尿汚染の褥瘡ケアについてカンファレンスで対応を検討していました。

食欲は旺盛で、ほぼ全量から八割程度まで食事摂取できていましたが、時々嘔吐があり、その量は少量から多量と様々でした。

嘔吐した後は気分不快を訴えることはありませんでした。

入所後1カ月で体重が40.95Kgから50.8Kgまで増加しました。夜間帯に大量に発汗する傾向があり、下肢の浮腫も見られました。数日の間に、38度台まで発熱する日がありましたが、その理由についてははっきりしませんでした。

便秘傾向であり、複数日排便がないときは座薬や摘便などをして排泄を促していました。

事 故 概 要

事故当日の午前0時と3時の巡回時の検温で、いずれも37.3度の発熱があり、その

都度水分を取るよう促していますが、利用者は拒否しています。発熱が続きながらも朝食とともに全量摂取し、嘔吐なく、気分不快の訴えはありませんでした。

午前と午後の2回の褥瘡ケアもとくに変わらず実施されています。

午後5時に夜間担当介護士が出勤し、リーダーと引継ぎの看護師2名から、以前に5回嘔吐したことがあり、本日は気分不快はないものの、特に観察・注意をするよう指示を受けました。

午後6時の夕食時、利用者のいる2階フロアは3名の介護士、4階フロアに1名の看護師という勤務体制でした。2名の介護士は、トイレ誘導と口腔ケアを実施しており、食堂にいる介護士は1名でした。

与薬を担当していた介護士が、利用者に与薬をしようとしたところ、「口の中に食べ物が残っているからちょっと待っててね。」と笑顔で言われたため、他の利用者の与薬をした後、再び利用者の口内を見て、食物が残っていないことを確認し、薬を渡しました。利用者が自ら内服した後で、介護士は再度、口の中に何も残っていないのを確認しています。

その後、他の利用者の与薬をしながらこの利用者の様子を観察していましたが、特にむせたり、体を前後したり、頭を後屈するなどはありませんでした。

介護士が約3m離れた「立ち位置」に戻る間に、利用者が頭を後屈し天井を見ていたため、同じ卓の利用者が「お姉さん」と声をかけましたが、返事はありませんでした。

介護士が振り返ると、利用者が反り返っている様子で、駆け付けると目は一点を見つめている状態でした。苦しそうな表情ではありませんが、大声で呼びかけ、肩を揺さぶっても反応はありませんでした。

嘔吐の跡はないものの、介護士は他の介護士を大声で呼びつつサービスステーション前に車いすごと利用者運び、4階の看護師を呼びました。他の介護士がベッドと吸引器を用意しているところ、看護師も駆けつけました。

看護師は顔面蒼白、口唇チアノーゼを認めたため口内の食物をかき出し、ベッドに移乗させて吸引を実施しました。その際に少量の食物が吸引されています。

その間に、介護士は、救急車を要請するとともに、全館放送で緊急放送である「Aコール」をかけました。

舌根沈下に対し、エアウェイを挿入し吸引をかけつつ、パルスオキシメータで測定したところ、血中酸素飽和度（SPO2）が80%であったため、酸素全開でマスク吸入と、吸引を交互に実施しました。

「Aコール」により、残業していた看護師1名と別のフロアの介護士2名が駆け付け、脈拍触知不可であったため、心臓マッサージを開始しました。

救急隊により気管内挿管が行われ、病院搬送されました。



救急隊が挿管した時も、医療機関で再び挿管した時も大量に食物が引けています。
病院で心拍が一度は再開しましたが、自発呼吸はなく、人工呼吸器を装着したものの、翌日早朝に死亡しました。通常施設では、医師2名（常勤・非常勤）が勤務し、看護師10名と介護士31名の合計41名で98名の利用者に対応していましたが、当日は日曜日のため医師は不在でした。

 争点

- ①死因が誤嚥による窒息か否か
- ②施設と職員の過失の有無
- ③上記過失と死亡との因果関係の有無

 判決のポイント

- ・この事例では、多重の既往症を持つ利用者の死亡につき、事故前の利用者状態に対する施設対応、管理体制、事故時の見守り状況、事故発生時の対応など利用者の状態、施設対応1つずつに対し過失が主張され、すべてが過失なしと判断されています。
- ・死亡原因について、搬送された病院が出した死亡診断書には、「直接死因」が「低酸素症」、「その原因」に「窒息（誤嚥による）」とされています。
それを根拠に誤嚥を引き起こした過失を問われましたが、事故前の本件利用者の既往症を中心とする疾患の情報提供がなく、施設では内服治療をしていなかったこと、日常状態および事故発生時の状況から、窒息ではなく脳梗塞あるいは心筋梗塞の発作が発症したことによる吐き戻しの誤嚥である可能性が高いと判断されています。
- ・事故後21日目に事故時間取りで「苦しそうな顔をしていた」と同じ卓の利用者が話したことを誤嚥で死亡した証拠として挙げられていますが、施設の事故直後の調査では、同利用者が「ふっと見たら頭を後屈して上を見ていた」「声をかけたが返事がなかった」等話している結果が記載されています。その他の施設記録と合わせて、この利用者の「苦しそうな顔をしていた」との発言は、証拠として否定されています。
- ・施設の過失の有無を問われた各項目に対し、
 - ①応急措置に対する職員教育の有無について
救急救命マニュアル、年1回の定期的勉強会、日常業務における急変時対応指導が行われていることが認定され、教育が不十分であることは否定されました。
 - ②AED設置を怠った過失の有無について
事故当時介護施設に設置の義務はなく、この利用者に心疾患があるという情報を受けていない施設で、脳梗塞や心筋梗塞を予見することは困難であるとして過失を

否定されています。

③適切な人員配置を怠った過失の有無について

法令上の基準を十分満たしていること、2階フロアに5名以上の配置が必要であったと訴えられましたが、上記同様、脳梗塞や心筋梗塞の予見が不可能であったため、職員を増員する義務はないとされました。

④病院にて治療を受けさせなかった過失の有無について

発熱、便秘、褥瘡、体重増加、嘔吐すべての症状に対し、日常記録状況から、体調は良好ではなかったが、医療機関に受診が必要とはいえないと過失が否定されました。

⑤利用者を良好な位置で食事させ注意深く観察する義務を怠った、注意するよう指導すべき責任を怠った過失の有無について

前任・リーダーからの引き継ぎがあったこと、それを受けて見守りを実施していたことが認定され、過失が否定されました。

⑥適切な救命措置を取らなかった過失の有無について

事故当時の担当介護士が自らエアウェイを挿入し吸引すべきという訴えに対し、施設マニュアルで看護師が行うべきとされていること、法令上介護士が実施してはならない医行為にあたることでその責任は否定されました。ただし本件利用者は、事故時に苦痛の表情がなかったため、介護士が誤嚥と判断をすることが難しかったからであり、誤嚥が明らかな場合は実施すべきであったとされました。

⑦アンビューバックを使用しなかった過失の有無

吸入にアンビューバックを使用しなかった看護師の判断は正しいと認められました。

⑧適切な心臓マッサージをしなかった過失の有無

特に不十分な点があったとは認められませんでした。

⑨吸引時掃除機用力カテーテルを使用しなかった過失について

異物の状態から、吸痰用力カテーテルを使用した看護師の判断は過失がないと認められました。

以上、訴えのすべてが否定され、死因も誤嚥が原因ではなかったと判断されたことが因果関係の否定となり、本事故の責任はないという判断となりました。



事例から学ぶ施設対応

この事例は、特筆すべきものがあると思われます。

利用者状況から非常に具体的な項目を多数挙げての訴えとなっています。

このような状況であれば、施設としては、1つ、2つ程度は過失を否定できない項目があり、一部分の責任が認められることがあります。この事例では、すべての項目に対し、過失が否定できるだけの証拠が施設側にあったということです。

この裁判の資料は、その内容のほとんどが、利用者の日常状態の細かい記録です。それが、裁判の内容にかかわることだけを抜き出しているにも拘らず、非常に詳細で、施設の利用者の状態に合わせたケアが詳しくプランニングされ、実施されていた上に、その状況も記録が残されています。

「夜間発熱がある場合は、巡視毎に再検し、補水を促す」「嘔吐があった場合は、その性状のみならず前後の利用者状況の記載」「事故発生時対応した職員複数が対応内容を記載」「事故後に事故状況を調査し記録する」などなど、それぞれあえて本件事故のためではなく日々の実践で残っていた記録により、施設や職員の対応について評価されています。

このような詳細な記録は、長期間かけ「何を書くべきか」「効率的に記録へ残すには」等の検討がされていなければ、一朝一夕に実施できるものではありません。その点でこの事例は、介護施設にとって「記録の重要性」と「どのような記録を残すべきか」という参考になるべきものです。

特筆すべきことのもう1点が、事故発生時の対応です。判決文の中に「救命救急マニュアル」があり、定期的な訓練がなされていたとありますが、発見から応援者要請、救急車要請、心臓マッサージなど役割分担ができていた素晴らしい対応状況が見えてきます。

マニュアルがあるだけではこのような対応は困難であり、もしもの際の対応について、教育が行き届いていたことが見えます。とにかく、事故発生時対応マニュアルはあれど、「看護師を呼ぶ」といった記載があるだけで、後は施設の連絡体制図になっているという状況を多く見かけます。

実際の対応すべき内容を具体的に描き、訓練することで、このような事故発生時の対応、記録が適切になされることにつながります。

裁判で、事故発見者である介護士が、エアウェイを挿入し、吸引する責務を問われています。

この裁判では、利用者が苦悶している状況でなかったため、誤嚥の判断ができなかったと介護士の責任を否定していますが、「もっとも、現に入所者が窒息による苦痛を訴えており、医師又は看護師の到着を待っていたのでは救命が不可能となるような特別な場合には介護福祉士であってもエアウェイ挿入や吸引等の救命措置が求められる場合もあると考えられる」とされています。

介護士による吸引等、医的行為として、研修を受けなければならないのは日常のケアで実施する場合です。利用者が生命の危険にさらされている場合、そばにいる職員が救命措置を実施しなければ過失を問われることがあります。

しかしながら、利用者が激しく苦悶している際に単独で吸引等を実施するのは、訓練教育がなければ難しいと考えられます。

さらに、判決文からは明確ではありませんが、食堂で利用者の見守りをする場合、特に介助などが必要ないときは職員はどの位置で利用者の見守りをするかについて定められていた様子が、「立ち位置」という言葉からうかがえます。

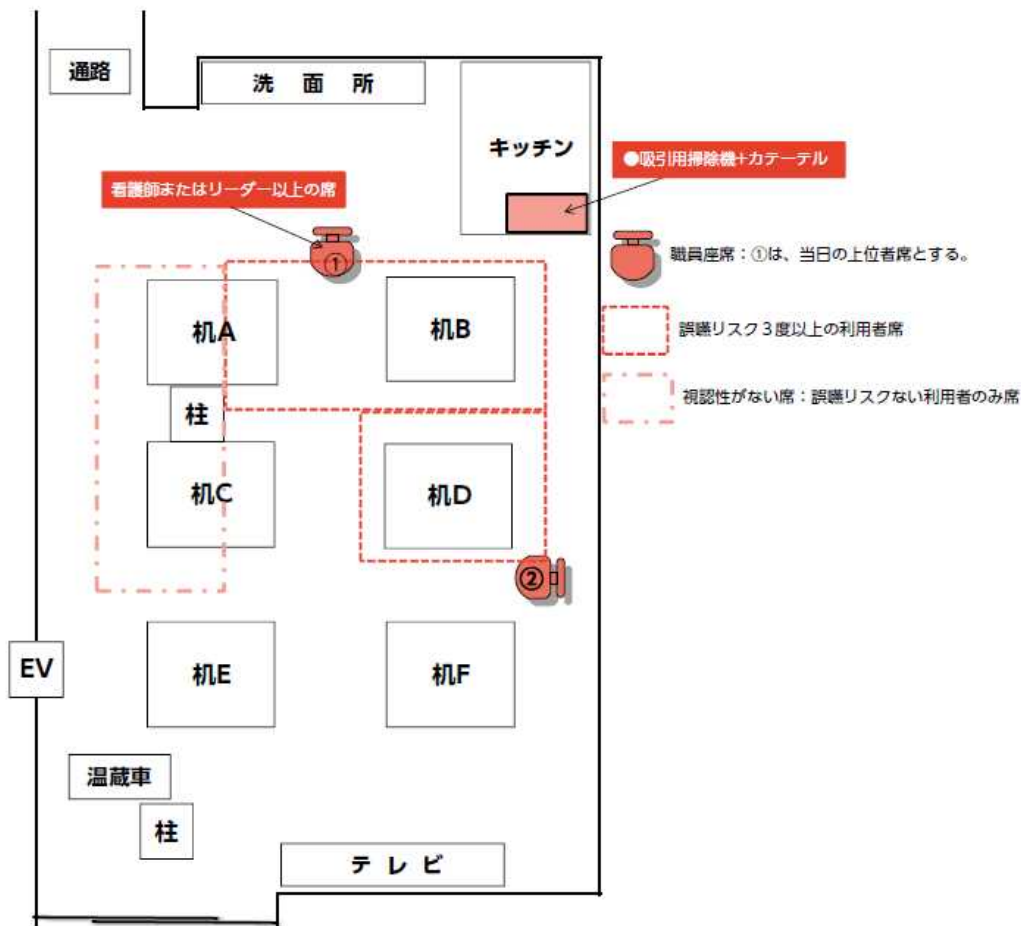
日ごろから、介護施設で起こりやすい「誤嚥事故」の早期発見のために、漫然と食堂の状況を見守るのではなく、おそらくテーブルや利用者の座り位置から、最も効果的な見守り位置を施設が決めていたと思われます。

そのことが、この事故の発生時の対応の過失を否定した要素でもあり、この施設では組織的なリスクマネジメントについて十分な検討のうえ、体制作りができていたと思われます。

過失を問われた項目をすべて否定できたという、施設のレベルの高さを証明する判例です。是非、参考にさせていただきたいと思います。



[食事介助職員配置図]



1. 食事放送直後に、掃除機・カテーテルを確認する。
2. 「食事介助時見守り責任」
※食事確認表を確認してから、座席に着く
①席担当・・・机 A、B、D
②席担当・・・机 D、C、E、F
※両者10分に一度程度立ちあがり、責任範囲外も目を向けること。
※席を立つ、視線を上げられない、見守り範囲を見られないときは「見守りお願いします」と他方に声をかける。
※席場所は視認性の観点で選定しているため、移動の場合は、責任範囲が視認できることを確認できてから移動する。
3. 誤嚥リスク3度以上の利用者数、赤枠席の数を超えた時、食事見守り担当を1名増員する。
4. 食事介助は、「誤嚥・窒息対応研修」を終了した職員が担当する。