

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買い求めください。

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
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
2019年 3月	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
次回掲載 予定事例	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

事件番号：平成 15 年（ワ）第 21846 号

裁判年月日：東京地方裁判所 平成 16 年 11 月 18 日

判決の金額：なし

施設種別：知的障がい者更生施設

利用者状況

34 歳の男性で、てんかん発作の既往と中度（総合判定 3 度：知能 6 歳～9 歳程度）の知的障害がありました。生後 5 か月からてんかん発作があり、2 歳頃から抗てんかん薬が投与されていました。

てんかん発作は死亡する前から 10 年以上起きた事はなく、定期的な抗てんかん薬の血中濃度測定の結果は有効血中濃度を示していました。

時々眼球上転発作が出現しましたが、抗パーキンソン薬であるトリヘキシフェニジルを投与したところ、眼球上転発作がやや改善したことから、てんかん性のものよりも錐体外路症状であるジストニアの可能性が高いと診断を受けていました。

入所前の福祉事務所の職員による調査では、自宅で食事の配膳や後片付けができ、排便や着脱衣が一人ででき、入浴についても自分で髪が洗えるなど、基本的な日常生活は概ね自立していました。また、新聞、本などを読んである程度内容を理解し、言葉のほかにも文字を使ってある程度自分の意思を表示することができていました。

同居する両親からの指示を受け入れず、カセット・レコードや、ステレオ等、際限のない購入欲求や家庭内での暴力等があり、家庭介護が困難となっていたため、知的障害者更生施設（知的障害者福祉法（旧・精神薄弱者福祉法。平成 12 年法律第 111 号、平成 15 年 4 月 1 日施行）による改正前のもの。）に入所しました。

入所後は、他の入所者への暴力行為が頻発したため、3 ヶ月程度、施設の主治医が勤務する病院の精神科に入院していましたが、退院後は職員との間で取り決めた約束を徐々に守れるようになりました。

居室の片付けや衣類の身だしなみ等についてはアドバイスが必要でしたが、週に 1 回程度、土曜日又は日曜日に、単独で近隣の団地へ買い物に行くことができる程度には日常生活は自立していました。入浴については、自分の判断で入浴時間を選び、他の入所者とのトラブルを避けるために、相性の悪い特定の入所者と同じ時間帯に入浴するときは職員と一緒に入ったり、一人で入浴したいときは一人で入浴するなど、自分の意思で選択していました。

事故概要

当日の経過については以下のとおりです。

- 16:20 頃 職員へ施設内にある調理師棟に食缶を取りに行きたいと伝える
 （調理師棟へ 16 時 45 分～17 時 15 分の間に食缶を取りに行く必要があった）
- 16:40 頃 入所者が施設を出て調理師棟に向かった
- 16:55 頃 施設に戻った入所者へ職員が「お風呂の支度をしてくださいね。」と声をかけた。
 この時、眼球上転発作は起きていない事を職員が確認していた
- 17:25 頃 施設廊下で職員とすれ違った際に、「浴室に向かう」と入所者が声をかけた
- 18:25 頃 入所者が食堂に来ないため、職員が浴室に探しにいったところ、浴槽内で頭を蛇口側に向けて裸でうつ伏せの状態で見つかるのを発見した。
 職員が入所者の体を浴槽内から洗い場に引きずり出し、他の職員を呼び、救急車の要請と、看護師へ連絡を行った
- 18:28 頃 浴室に駆けつけた職員は、入所者の意識と脈がない事を確認し、心臓マッサージ・人工呼吸を行った夜勤看護師が浴室に到着し、交代して心臓マッサージ等を行った
- 18:40 頃 救急隊が到着し、入所者の蘇生処置を行いながら近隣病院へ救急搬送した
- 19:20 医師による死亡確認
 死体検案書には、直接の死因として「溺水吸引」、その原因として「てんかん発作時の意識障害」と記載

争点

- ① 設側の入浴時の安全配慮義務違反の有無
- ② 溺水の原因と死亡との関係

判決のポイント

1) 施設側の入浴時の安全配慮義務違反の有無について

入所者は、施設職員の介助を受けることなく単独で入浴できていたことから、単独での入浴が直ちに溺死につながると予見することはできないと認定されました。

他に入浴時の溺死を予見させるような特段の事情がない限り、本件死亡事故当時に、施設職員が入所者と一緒に入浴するか、一緒に入浴できないときは、5～10分ごとに入浴状況を目で見て確認するか声を掛ける必要があったとは認められず、施設や施設職員の義務（債務ないし注意義務）違反があったとはいえないとされました。

入所者の眼球上転発作（以下、「発作」といい、特にことわりのない場合は眼球上転発作をいう）が「特段の事情」としてあてはまるかについて、入所時のエピソードから読み取ることができます。入所者は発作が生じた時でも、食事、食器洗い、歩行、入浴、洗濯、買い物等を介助を受けることなく行うことが可能で、施設職員も、これらについて介助が必要だと判断せず、実際に介助を行っていませんでした。

入浴前に発作が生じた時には、入所者は治まるまで入浴を控え、入浴中に発作が生じた時は、早々と入浴を済ませていました。

施設職員は、平成13年に1回、平成14年に2回、入浴中に入所者が発作を起こしているのを目撃し、入所者に対して施設職員が「大丈夫か。」と声を掛けたところ、入所者はうなずき、浴槽内の段差を確かめながらゆっくりと洗い場上がり、お風呂チェアや湯桶等を避けて、躓くことなく脱衣所まで行って着替えをすることができていました。

また、施設職員と共に宿泊旅行に行った際には、ホテル内で発作を起こしながらもカラオケを1曲歌うことができていました。

発作時に転倒したという報告はないことなどを踏まえ、発作が直ちに浴槽内での転倒につながると予見することは難しいといえます。

仮に、発作のため下方の視野が狭くなり、浴室の洗い場や浴槽内で足を滑らせたり、躓いたり、段差を踏み外したりして浴槽内に転倒した場合でも、浴槽の深さが60センチメートルに対して、入所者の身長は約170センチメートルであること、さらに、運動障害がなかったこと、溺水時に水面から顔を出すのは本能的、反射的な危機回避行動であるといえること等に照らすと、入所者に中度の知的障害があり、発作時に動作が緩慢になること等を考慮しても、水面から顔を出すことができないということは容易に想定し難く、発作による転倒が溺死につながると予見することは難しいといえます。

したがって、入所者に発作がしばしば生じていたとしても、そのことから施設職員が入浴時の溺死を予見することが可能な特段の事情があったとはいえません。

入所者は抗精神病薬レボトミンを服用していましたが、その副作用として生じ得る脱力、転倒、歩行困難等の顕著な運動障害や突然死につながる心電図異常（QT変化等）は見られませんでした。

また、てんかんの疾患があり、過去てんかん発作（意識障害を伴うもの）が生じていましたが、てんかんの発作は平成2年9月を最後に10年以上も生じていなかったことから、死亡事故当時において、入所者が入浴時にてんかん発作を起こすことを施設職員が予見できたとはいえないとされました。

2) 溺水の原因と死亡との関係について

このことから、溺水の原因について、発作による転倒に起因する可能性は低いとされました。てんかん発作（意識障害）等や、脳出血や脳梗塞による可能性も否定できないものの、死亡時に解剖を実施していないため、死亡原因については不明といえます。

よって、溺水の原因と死亡の因果関係は可能性があるといった程度であり、証明する証拠はありません。



事例から学ぶ施設対応

こちらの施設では入所者の日々のエピソードが記録に残っていたことが、結果として、入所者の入浴が自立できており（眼球上転状態で入浴が問題なく可能であり）、施設側の問題はなかったと認定されたことにつながっています。問題があったときのみ記録するのではなく、日々の生活がどうであったかを具体的に記録する事が重要です。よくみる記録の内容で、「特に変わりなし」と記載されているものがあるかと思いますが、記録者（書き手側）が、何を以て変わりがないと判断したのか、その理由が客観的データや観察結果に基づくものなのか記載されていなければなりません。

本施設においても、いつもこうしているから、前日とかわりないからと、その時の記録者の感情や漫然とした記録のみで、その根拠（観察した事実・事象）が書かれていなければ、施設側の責任が認められる結果になっていたかもしれません。この事例では、眼球上転があっただけでなく、その時の歩行状態や入浴の状況、更にカラオケの時のエピソードなど、状況が手に取るようにわかる記録が残されていました。

日々多忙な業務の中で記録を残す際、「何を」「残すか」について、とても苦慮されていると思います。特に変わりがないと判断したのであれば、その観察した内容を残してください。観察の状況が職員の経験年齢によるものではなく、誰でも同様の観察ができるように観察する項目を決めておく、測定をする等、具体的な対応を決めておくのも一つの方法です。

事故が発生して即裁判に訴えられるとは限りません。事故から何年も経て提起される事もあります。当時、入所者のケアに関わった職員が退職していたり、記憶が曖昧になっていることも多いでしょう。「いや、あの時はこうでした・・・。」と、口頭で言っても証拠となる記録に何も残っていなければ、施設側が責任を負う事にもなります。記録は入所者の情報を共有するためのものではありませんが、施設側を守ることもつながります。

また、この施設では入所者が浴室で溺水したのを発見して、即時救急車を要請しています。溺水等事故が発生した時の施設の対応が決められており、またそのとおりに実践できていました。

どの施設でも事故発生の際の対応は決められていると思いますが、それは職員全員に周知されていますか。周知された内容は実践できるものでしょうか。

何か起きた時に実行できなければそれは絵に描いた餅です。事故が発生したと仮定して、職員全員で対応訓練を事前におき、万が一に備える事が必要です。

救急車の要請の際には電話をかける職員が焦っていたり、慌てている事もあるでしょう。正しい情報を即時に伝える事ができるように、要請方法を記載した文書を電話のすぐそばに用意しておくのも良いでしょう。

救急車要請時の対応（例）

*** 救急車要請時、そばを離れない！**

*** 必ず外線用電話でかける。**

救急車要請時の電話対応

- ①救急隊員：「火事ですか？救急ですか？救助ですか？」
- ②施設職員：「救急です。」
- ③救急隊員：「どうされましたか？」
- ④施設職員：「氏名・年齢・性別・現状・実施した処理・かかりつけの病院」
- ※救急隊員に伝える内容は分かる範囲で報告
- ⑤救急隊員：「住所を教えてください。」
- ⑥施設職員：「施設名・住所。」
- ⑦救急隊員：「あなたの名前、電話番号を教えてください。」

救急車要請をしたことがない職員がイメージできるよう実際のやり取りを入れて作成する。

救急車到着対応

※事務職員へ救急車要請をしたことを連絡
発見者が救急車要請した後→応援者が事務所に PHS で連絡

※事務職員

- ①外に出て、救急隊員を施設に誘導。
- ②救急隊員を現場に案内する。

※事故対応職員

- ①救急隊員に経過報告を申し送る。
- ②外線用携帯・利用者カルテ（ケース）を持参して救急車に同乗する。