

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
11月	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
次回掲載 予定事例	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、施設側に管理義務違反があったとされた事例

事件番号：平成 21 年（ワ）第 223 号

裁判年月日：岡山地方裁判所 平成 22 年 10 月 25 日

判決の金額：441 万 7,182 円

施設種別：介護老人保健施設

## 利用者状況

81 歳の男性。既往歴として交通事故による急性硬膜下血腫後に、言語障害と高度の認知症（改訂長谷川式簡易知能評価スケール 4 点）があり、入居後に施設内の徘徊行動がありました。

## 事故概要

事故当日の午後 0 時 30 分ごろ、2 階食堂で昼食中に入居者が居眠りをしていたため、介護職員らが声を掛けあって、介助して食事を終わらせました。その後食堂内で過ごしていましたが、所在が分からなくなりました。

午後 3 時 10 分になって、髭剃りのため居室を訪れましたが不在であったため、他の職員にも声掛けをし、探しました。10 分後の 3 時 20 分、この入居者が自ら湯をためて、浴槽内に横向きになって入っているところを発見しました。職員 2 名で引き揚げ、直ちに看護師へ連絡をしましたが、心肺停止状態で意識がなく、四肢末端チアノーゼ症状が見られました。看護師による心肺蘇生法を実施、AED 装着など救急車到着までの時間、継続しましたが改善はしませんでした。救急車によって近隣病院へ搬送後、医師により死亡が確認されました。死因は「致命的不整脈疑い」と診断されました。

## 争点

- ① 設側の注意義務違反の有無
- ② 各注意義務違反と死亡との間の因果関係の有無

## 判決のポイント

### 1) 施設側の注意義務違反の有無について

①この施設の入居者の多くは認知症に罹患し、徘徊傾向がありました。事故当日の入居者数は34名でした。当日勤務していた5名の施設職員で、すべての入居者について間断なくその動静を見守ることは事実上困難でした。しかし、職員が入居者の動静を見守る努力をし、更に、施設において入居者が勝手に入り込んで利用すると入居者の生命身体に危険が及ぶ可能性がある設備や場所を適正に管理する義務があったと判断されました。

②浴室は、認知症の入居者が勝手に利用すれば、濡れた床面で転倒し骨折する可能性や、浴室内で急激な温度の変化により血圧が急変したりして、心臓に大きな負担がかかる事があります。また、お湯の温度調整を誤ればやけどの危険性もあります。利用者が浴槽内で眠ってしまうと溺死してしまうなど、事故が発生する可能性もあり、危険性がある設備に該当します。施設側がその危険性を認識していたからこそ、廊下側から入居者が死亡した浴室に続く扉には施錠が実施されていました。

しかし、事故当日は入居者が死亡した浴室と、隣接する浴室との間の扉には施錠されておらず、脱衣所から入居者が死亡した浴室へ入る扉にも施錠されていませんでした。

どちらかの扉が施錠されていたとすれば、事故は発生せずまた、徘徊傾向がある入居者が浴室に入る事は予見することができるので、施設側の管理注意義務違反があったと認定されました。

### 2) 前記注意義務違反と死亡との間の因果関係

当日は年末の12月29日であり、使用予定のなかった浴室内の気温は低かったと考えられます。入居者が下着シャツと紙おむつの姿で42度の湯温の浴槽内に入れば、急激な血圧の変化が生じて心臓に負担がかかり、結果として不整脈が発生した可能性が高いとされ、施設側の注意義務違反と死亡との間には因果関係があるとされました。



## 事例から学ぶ施設対応

この事例では、施設側が認知症、徘徊傾向の入居者の動向を把握しておらず、思いもよらぬ場所で入居者が死亡していた事について、管理上の問題があったと認定されています。

施設内を徘徊する入居者を1対1で見守る事や、動向をくまなく把握することは、限りある人員体制のなかでは困難だと思われます。

しかし、2時間もの間、利用者の動向をつかめない状況があったという点については問題がないとはいえません。職場内で職員同士の連携を密にし、入居者の動向を見るのは不可能ではありません。

特に徘徊する入居者の場合は、その動向に注意しできるだけ一緒に行動する等、工夫することはできるのではないのでしょうか。

また、この施設では徘徊する入居者が入り込むと危険な箇所については、浴室以外の場所も(リネン室、洗濯室、医務室)施錠管理を実施していました。

「施錠したから安心」ではなく、思いもよらない場所から入り込む事も考えてみる必要があったといえます。

溺水は施設事故の第3位に挙げられる件数となっています。

徘徊などの利用者が浴室に入り込み溺水する事象は、以前から周知されており、この事例でも事故発生前からその危険性について認識を持っていたと思われる。しかし、実際は、入り込むと危険な扉への施錠がなされずに事故が発生しました。施設が、廊下などから入り込める扉だけ施錠すれば、認知症のある利用者は入らないと考えていたとしたら、認識が甘いと言わざるを得ません。

過去の事案で、奥に続く部屋に入り込んでしまった場合、発見が遅れ事故につながるという事例が多く報告されています。センター奥の休憩室の小窓から転落死した事例、リネン庫内の高さがある小窓から転落した事例など、施設側が予測していなかった場所での事故発生です。

表面的には、施錠管理ということで対策が立てられていたのですが、前記のような事故があったという情報を捉えたときに、施設として、同じような危険性はないかということ振り返って、リスクを改めて洗い出す必要があります。

施設内の危険性のある場所のリストアップや、過去のヒヤリハットから利用者が入り込んだことが一度でもあるところを洗い出し、施錠管理をする方策が必要です。また、最後の人が施錠するというような対策だけでは、最終退出者が施錠を忘れた場合、防止策がなくなってしまう。

施錠済と思い込むと利用者が不在の時に離設の可能性や浴室での溺水などを想起することが遅れます。

入浴介助が終わった後、施錠をダブルチェックする、利用者が全員集合している飲水の時間に、施錠必要箇所の確認をするなど体制整備をしましょう。

人間的に難しいということであれば、開窓されたらアラームが鳴るなど、機械による安全管理策の導入を検討する必要があります。

また、職員が繰り返し出入りするところを施錠すると業務上の負担となることから、日中は施錠していないということもよく聞きます。しかし、利用者の離脱などは、夜間帯より日勤帯に発生していることが多いのです。

日勤帯では誰かが見ているから大丈夫であろうという感覚が働くことが考えられます。

さらにこの事例のもう一つの課題として、徘徊のある利用者の見守り体制です。昼食時の介助から3時過ぎまで利用者の動静が不明です。徘徊傾向があることが明確な利用者の動静確認はどのように、どのくらいの間隔で行うことになっていたかが問題です。

徘徊で自力歩行する利用者は、定期的な動静確認が必要です。徘徊のために動静確認が必要な利用者一覧をテイルームなどに設置し、時間ごとに確認するなどの体制が必要です。

時間ごとに全利用者の動静確認を行う体制があれば、自立の方がたまたま入浴中やトイレ使用時に心臓疾患などを発症した、という場合でも最短時間で発見することが可能です。高齢者の施設では、常にリスクがゼロではないことを根拠に、定期的な動静確認を実施することが有効です。

この事例からは、施設の危険性を洗い出し、施錠の管理、及び確認体制が整備されること、利用者の徘徊度をアセスメントし、定期的な動静確認を実施することが重要であることが分かります。

事故発生後に実施するのではなく、本資料のような事例集や、他施設の事故事例を踏まえて、予防体制を敷くことで、このような不幸な事故を未然に防ぐことにつながります。