

特集

裁判例から介護サービスの
苦情対応を学ぶ



高村浩法律事務所 弁護士 高村 浩 氏
(東京都国保連合会介護サービス苦情処理委員会委員)

介護サービスに関係する最近の裁判例の中から、転倒事故、誤嚥事故、身体拘束及び虐待に係る裁判例を取り上げて、苦情対応上の留意点を考える。

1 転倒事故に係る裁判例

公表されている介護事故の裁判例の中でも、転倒事故の事案は最も数が多い。最近の裁判例としては、ユニット型指定短期入所生活介護事業の利用者（A）が、施設内で転倒した事故であって、離床センサー等の設置義務違反が争われた裁判例がある（大阪地方裁判所平成29年2月2日判決）。

判決によれば、A（男性、事故当時79歳、要介護2、身体障害者等級2級〈両下肢機能著しい障害2級及び両上肢機能軽度障害6級〉、判断能力には特段問題なし。）は、平成23年9月11日、ユニット型指定短期入所生活介護サービスを利用して施設で生活をしていましたが、居室のトイレ内で転倒して頭部を打撲、後頭部痛や嘔吐等の症状を生じ、同月12日、当初の予定よりも早く帰宅した。しかし、同月23日から、再び、同サービスを利用し、施設で生活していたが、同月30日午前3時55分頃、居室で転倒して、右急性硬膜下血腫を発症し、植物状態に近い状態となった後に死亡した。

Aの担当ケアマネージャーは、平成22年11月2日、施設に対する短期入所（ショートステイ）申込書の利用者連絡情報に「ふらつきあり、転倒不安あり」等と記載していた。また、施設の職員は、同年12月28日、Aについての施設サービス計画書に援助内容として「状況に応じてトイレの付き添いを行う」と記載していた。また、施設の職員は、平成23年5月9日頃、Aに係るサービス提供実施報告の排せつ方法について「自立」、歩行について「杖」と記載されている箇所に丸印をし、同報告書に「ご自身で歩かれておりますが日によって足が出にくい様子がありました。又時折1階に降りられジュースを買いに行かれております」と記載していた。さらに、同年9月23日頃、ショートステイ利用者連

絡表の排せつについて「自分でできる」、移動について「杖」、排せつの方法について「トイレ」と記載されている箇所に丸印をしていた。

施設の職員は、Aに対し、トイレに行くときは職員が付添いや介添えをするため、ナースコールで声を掛けるように伝えていた。Aは、浣腸などの希望があるときにはナースコールで職員を呼んでいたが、トイレに行きたいときは職員を呼ばずに一人で行くことがあり、職員はそのような状況に気が付いたときにはナースコールをするように声掛けをしていた。平成23年9月11日の事故後しばらくはトイレに行く際に、ナースコールで職員を呼んでいたが、再び一人でトイレに行くようになっていった。職員は、同年9月23日頃、Aに対してトイレの際にはナースコールを使用するように促したが、受け入れてもらえなかったため、細めに居室を訪室していた。

以上のような認定に基づき、判決は、事故当時、施設は、Aがナースコールをせずに一人でトイレに行こうとする可能性があること、その際に転倒して頭部に傷害を負う可能性があることを具体的に予見することができたと認められるとした。次いで、判決は、離床センサー等を設置すべき義務があったか否かを検討し、①離床センサーに関する学会等での発表、文献及び使用状況等から、ナースコールを使おうとしない利用者については、離床センサーは転倒予防に効果があることの知見を有することを施設に期待することが相当と認められること、②Aはナースコールを使わなければならないときに使おうとしない者であったといえ、離床センサーを設置することはAの転倒予防に効果があったと認めるのが相当であること、③Aがトイレに行く際には職員の付添いが不可欠であったから、Aがナースコールを押そうとしない以上、離床センサーの必要性があったこと、④施設には離床センサーの器具が使用されずに1台保管されており、Aの居室に設置することが可能であったこと、⑤離床センサーを設置すれば、職員が、Aがトイレ等に行くためにベッドから降りようとしていることに気付き、本件居室に駆けつけることによって転倒の危険を回避することができた可能性が高いと認めるのが相当であること、⑥離床センサーが反応するたびに職員が駆けつけてくるという事態をAがうっとうしく思ったとしても、重大な事故を生じかねない転倒のリスクと衡量すれば、やむを得ないことから、施設には、離床センサーを設置することが義務付けられていたというべ

きであり、離床センサーを設置しなかったことは結果回避義務の違反に当たると認められるとして、施設の損害賠償責任を認めている。

職員の確保が困難な状況が続き、他方で介護関連の機器の開発が進む中で、今後、介護ロボット又はセンサー等の機器の介護現場への導入が進む可能性がある。平成30年の介護報酬改定においても、介護福祉施設及び短期入所生活介護の夜勤職員配置加算の算定要件が改正され、夜勤を行う介護職員又は看護職員の最低基準にプラスして1名以上の人員を配置すべき夜勤職員数について、入所者（利用者）の動向を検知できる見守り機器を入所者（利用者）数の15%以上に設置すること及び施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われることを条件に、夜勤職員の最低基準にプラスして0.9名分以上の配置でも夜勤職員配置加算の算定が可能となった。見守り機器をいわば0.1名分として計算する扱いである。

事業者としては、介護関連の機器についての最新の情報の入手に努めるとともに (①)、機器の適合性又は有効性 (②)、機器の必要性 (③)、導入の可能性又は容易性 (④)、事故回避の蓋然性 (⑤) だけでなく、機器の弊害又は副次的影響の有無、内容、程度及び利害得失等 (⑥) も検討した上で、導入する場合には、利用者側への機器の説明及びその理解又は同意を得ることが、事故の防止とともに苦情を予防する上でも必要であろう。

2 誤嚥事故に係る裁判例

公表されている介護事故の裁判例の中では、転倒事故に次いで、あるいは転倒事故に並んで多いのが誤嚥事故の事案である。最近の裁判例として、医療法人が開設している介護老人保健施設の入所者（G）が誤嚥した事案で、ロールパンを提供したこと等について施設側の過失の有無が争われた裁判例がある（鹿児島地方裁判所平成29年3月28日判決）。

判決によれば、G（男性、事故当時78歳位）は、平成26年1月27日、2泊3日のショートステイで入所し、同月28日午前8時から朝食が開始され、Gに対し、ロールパン（6～7cmのもの）2個、牛乳200mlパック、具入り卵焼き（石垣卵）及びオニオンスープが提供された。Gは、午前8時15分頃から20分頃にかけて、鼻から牛乳を出してむせているところを職員により発見され、食事を

中止した。Gは、20分程度の間、食堂の席に座っていたところ、午前8時45分頃から午前8時55分頃まで、口腔ケアをする場所に移動して義歯を洗浄してもらい、自分でうがいをした。その後、Gは、職員に付き添われてトイレに行き、午前9時10分頃、居室に戻った。この時、Gの喉が「ゴロゴロ」と鳴っていたため、施設長（医師）が呼ばれ、体温及び経皮的動脈血酸素飽和度（SpO₂）が測定されたところ、その値は、それぞれ37.7度、86～88%であった（正常値は96%以上、95%未満は呼吸不全の可能性があり、90%以下の状態は呼吸不全）。施設長からの指示を受けた看護師がGの口内の吸引をしたところ、牛乳及び残渣物が吸引された。そして、SpO₂の値は91～92%に上昇したが、体温は37.7度のままであったので、職員は、午前9時20分頃、氷枕を取りにGの部屋を出た。看護師が、午前9時30分までに、再度、Gの様子を見に行ったところ、Gの様子が急変しており、直ちに施設長を呼んだが、施設長が駆け付けた時までに、Gはチアノーゼを呈し、心肺停止の状態になっていた。施設長が挿管し、パンの塊（約5cm）を指で取り除き、気管挿管及び心臓マッサージを行ったところ、心拍が再開し、呼吸も回復したが、意識は回復しなかった。Gは、ベッドに乗せられたまま病院に搬送されたが、低酸素脳症により現在も入院しており、意識は戻っていない。

このような誤嚥事故の事案では、①嚥下障害の有無及びその程度、②窒息の原因、③誤嚥の形態（不顕性誤嚥か、逆流によるものか）を前提問題として、④食材選択、⑤調理方法、⑥献立内容、⑦食べ物の形態、⑧食事の介助方法、⑨見守りの体制又は⑩誤嚥事故発生・発見後の対応の適否等が争われる。

嚥下障害が否定されれば（①）、誤嚥があったとしても、施設側の過失は消極に傾くが、本件では、嚥下障害の存在については特に争いはない。Gが入所する前の平成26年1月23日頃、介護支援専門員がG方を訪問し、Gの妻と面談をしたが、この際、Gの妻は、介護支援専門員に対し、Gは噛み切る力や飲み込む力が弱っており誤嚥を起こしやすいため、パンは小さくちぎって食べさせていること等を説明していた。そして、入所時のアセスメントシートには、嚥下につき、Gは顎の力が弱っており、溜め込むような食べ方をし、水分でむせることがあることから、見守りが必要であるとの記載がされていた。また、短期入所連絡票にも、時々水分でむせることがあり誤嚥に注意してほしいと記載が

されていた。

窒息の原因についても (②)、パンが窒息の原因であることについては争いが
ない。しかし、窒息に至る経緯又は誤嚥の形態 (③) については、朝食でパン
を摂取してから相当の時間が経過していたこと等から、食道内又はその先の胃
等に残留していたパンの塊が気道入口に逆流した可能性が問題となっている。
食道内又はその先の胃等に残留し、逆流した場合は、その予測が困難なことか
ら、施設側の過失は否定される可能性がある。この点について、判決は、大量
の嘔吐をした事実がない本件では、約5cmのパンの塊が食道を逆流してくるこ
とは考えられないこと、Gにおいて、むせが生じた後、喉から「ゴロゴロ」と
音が鳴り、SpO₂が低下していたなど、不完全な気道の閉塞がされたことによる
症状がみられたことから、食道内からの逆流が生じ、これにより気道が閉塞さ
れた可能性は考え難いとしている。そして、Gは、朝食の食事中に誤嚥を生じ、
不完全な気道閉塞の状態であったところ、看護師の吸引により誤嚥物の一部が
除去され、SpO₂の軽度の改善がみられたものの、その後、食道との境界部まで
の下咽頭に存在していたパンの塊が移動して気道をほぼ完全に閉塞し、窒息が
生じたと認められる旨を判示している。

食材の選択 (④) については、パンは、パサパサした性状であり、一口の分
量が大きくなりがちであることから、嚥下障害のある者にとって食べにくく、
飲み込みにくい危険性のある食物であると指摘されており、実際に、パンを原
因とした窒息事故が多数発生していると認定している。また、調理方法 (⑤)
又は食事の形態 (⑦) に関しては、食事箋において、食種は一般食、主食は米
飯おにぎり、形態は一口大とされ、備考欄に「おにぎりを10個に分けてくださ
い。」との指示が記載されていたことを認定している。

そして、判決は、Gの嚥下の状態 (①) から、施設は、Gにつき誤嚥のリス
クがあることを認識していたのであるから、飲み込みやすい食物を選択して提
供し、パンを提供するにしても、小さくちぎったものを提供する義務があった
ところ、これに反し、ロールパンをそのまま提供し、これにより、その塊が気
道を閉塞して窒息を生じたのであるから、ロールパンの提供に関する過失があ
り、誤嚥事故の発生について施設には責任があるとしている。

この裁判では、誤嚥事故の発生・発見後の対応の適否 (⑩) として、看護師

による吸引後も、不完全な気道閉塞、誤嚥性肺炎の疑いを示す症状（SpO₂が92%、体温37.7度、喘声）があったのであるから、その時点（午前9時20分頃）で直ちに医師による診察を受けさせるべきであったか否か、Gはチアノーゼを呈して意識がない状態で発見された時点で、直ちに心臓マッサージを行うべきであったか否かも争われた。しかし、ロールパンをそのまま提供した点で過失が認定されたため、これらの点については判断する必要がないとして、判決は判断を示していない。

損害賠償に係わる裁判は、損害の公平な分担を図って紛争を解決することを基本的な目的としているから、損害賠償責任の有無に必要な範囲で判断を示せば足りるが、将来の事故防止のためには、法的責任の有無の判断とは異なり、事故の発生又は拡大の防止に必要と考えられる点を幅広く、また、予防的見地から検討し、対策を講じる必要がある。苦情の対応においても、誤嚥事故に係る苦情であれば、前述の諸点について多角的に、また、サービスの質を向上させる観点から検討して、必要な対策を講じた上で、利用者側に説明することが、サービスの改善のために苦情を活かし、利用者側の納得を得る上で必要であろう。

3 身体拘束に係る裁判例

病院内の刑事事件であるが、入院中、体幹抑制器具による身体拘束を受けるようになった実父（Q）をその子（P）がふびんに思っただけで殺害した事案に関する裁判例がある（旭川地方裁判所平成29年3月9日判決）。

Pは、平成11年頃に実父Qが脳梗塞を患って以降、ほぼ一人きりで同人を介護するようになり、平成16年に実母が死去した後は、Qと2人で暮らしていた。Qは、平成28年7月25日に体調を崩して病院に入院し、入院中、体幹抑制器具による身体拘束を受けるようになった。Pは、身体拘束を嫌がるQをふびんに思い、その姿を見るのをつらく感じて適応障害を発症し、さらに、Qを身体拘束から解放するにはQを殺すしかないのかと思いつめるようになった。そして、同年8月4日にQが転院する際、包丁をバッグに入れて持参して、Q（当時90歳）とともに転院先の病院を訪れたが、医師からQについて身体拘束の同意書に署名するよう求められたことなどから、適応障害による心理的な視野狭窄の

ために柔軟に物事を考えることが困難となっていたこともあって、Qを身体拘束から解放するとともに、身体拘束されているQのことを考えて自分がつらい思いをする状況をなくすためには、やはり被害者を刺し殺すしかないと決意し、同日午前10時54分頃、同病院内において刺殺した。

身体拘束が、それを受ける本人だけでなく、家族も苦しめるものであることを改めて考えさせる事案と言える。ところで、判決によれば、医師から身体拘束の「同意書」に署名するよう求められたことが犯行のきっかけの一つとなっているが、厚生労働省の『身体拘束ゼロへの手引き』（平成13年3月）が示す書式では、「利用者・家族」が「確認」するとはなっているが（24頁）、「同意」するとは表現されていない。むしろ、この手引きは、かつては家族の同意を身体拘束の根拠としていたことに対する反省をその出発点としている（4頁）。

「同意」と言う場合は、身体拘束をする権限を「利用者・家族」がその責任において与える意味合いに取られる可能性があるが、身体拘束の可否は、「同意」という主観的な条件ではなく、あくまでも「当該入所者（利用者）又は他の入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合」という客観的な条件によって決まる（22頁）。従って、「利用者・家族」が「確認」する対象は、身体拘束をする「権限」ではなく、緊急やむを得ない場合でなければ身体拘束は「できない」という「原則」であり、また「しない」という「義務」である。書式上も、この趣旨が明確になるように工夫する必要がある。実際にも、「同意」という言葉を使用するときは、「同意」に依存し、「緊急やむを得ない場合」か否かの客観的な判断が疎かになるおそれがある上に、身体拘束に「同意」したという意識が家族を苦しめることにもなりかねない。

平成30年の介護報酬改定によって、介護保険施設の施設サービスに係る「身体拘束廃止未実施減算」について、従来からの減算事由である身体拘束に係る記録義務違反の場合に加え、「身体的拘束の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催していない、身体的拘束適正化のための指針を整備していない又は身体的拘束適正化のための定期的な研修を実施していない事実が生じた場合」が減算事由として追加された。また、減算の幅も「1日つき5単位を所定単位数から減算する」から「所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数から減算する」に大幅に拡大された。さらに、同内容の身体拘束

廃止未実施減算が、認知症対応型共同生活介護及び特定施設にも導入された。この改定は、身体拘束の「適正化」を制度的に担保するため、「緊急やむを得ない場合」という客観的な根拠を組織的かつ継続的に確認することを求めたものと言える。しかし、身体拘束の「ゼロ化」のためには、「緊急やむを得ない」という事態が発生する原因の分析を踏まえた上で、このような事態の発生自体を防止する取り組みも必要であろう。そして、そのような取り組み自体が、サービスの質の向上につながるとともに、身体拘束又は転倒事故等の事故に対する苦情を予防することになるのではないかと考えられる。

4 虐待に係る裁判例

特別養護老人ホームの職員Sが、入所者(U)に対して、暴言及び暴力的行為に及んだとして、施設を運営する社会福祉法人の損害賠償責任を認めた裁判例がある(大阪地方裁判所平成27年7月2日判決)。

判決によれば、Sは、平成21年8月31日午後8時過ぎ頃から同日午後9時30分頃までの間に、U(71歳、身体障害者1級)から何度も繰り返されるナースコールに苛立ちを募らせ、薬と水を強引に入所者の口に流し込もうとするなど介助行為も荒っぽいものとなったり、これに抵抗をしたUに対し、その着ていたパジャマが破れるほど服を強く引っ張ったり、手で叩いたりするなどしたほか、ナースコール直後のインターホン越しに、「お前、死ね、殺すぞ。」などと発言したというものである。同日午後8時40分頃以降は、Sのほかに相談員Tも、Uから繰り返されるナースコールに対応することがあったが、Uは、特定の介助を求めるというよりは、なかなか眠りにつけなくて困るとか、施設の職員による介護態度等についての不満や苦情をつぶやいたりすることが多かった。そのようなことから、Tも、Uに対し、介助を求める以外はナースコールを止めるよう厳しく叱責する一方で、Sと同様に、発言が声を荒げた感情的なものになることもあったが、Uに対し、叩いたり胸ぐらをつかんだりするなどの暴力的行為に及ぶことはなかった。

判決によれば、施設長は、同年7月下旬頃、施設の職員から、Uが職員に対して暴言、暴力的行為に及ぶことがある旨の報告を受け、これをUの二男に伝えたところ、二男が謝罪したことがあったということである。そして、二男は、

謝罪する一方で、施設の職員がUに対して適切な対応をしているのか不審に思い、同年8月31日、Uが入居する施設の居室のベッド下にボイスレコーダーを設置し、これに音声記録されていたということである。

判決は、Uのナースコールは、約1分ないし数分おきという高頻度で繰り返されたものであって、しかも、職員から、夜間は職員の数が少ないのでナースコールは控えてほしい旨求められたにもかかわらず、その後もナースコールを止めず、なかなか眠りにつけなくて困るとか、施設の介護等に対する不満があったとはいえ、特段の緊急事項とはいえない不満に基づく苦情をつぶやくことを繰り返したことからすると、Sとしては、夜間勤務の負担感等も相まって、Uの態度等に対し、苛立ちのあまり、突発的に感情的な言動に及んだものと認められるとしている。その上で、特別養護老人ホームの職員としては、たとえUから夜間の時間帯において特段の緊急的な事情もないのにナースコールが何度も繰り返されたことにより、苛立つ感情が生じたとしても、それによって声を荒げたりするなどの態度は抑制し、理性的に冷静な対応に努めるべきであり、Sが、自らの感情を抑えられず、介護も荒っぽいものとなり、Uの着ていたパジャマが破れるほど服を強く引っ張ったり、手で叩いたりしたことについては、介護に携わる職員として許容される裁量を逸脱した有形力の行使として暴力的行為に該当するものというほかなく、また、Sが、インターホン越しに、「お前、死ぬ、殺すぞ。」などというUの身体等に危害を加えるかのような発言をしたことは脅迫行為に該当するものといわざるを得ないとしている。

そして、Uが、何度注意を受けてもナースコールを止めず、介護に対する不満や苦情をつぶやくなどの行為を繰り返したのは、午後8時過ぎ頃、Sから薬の服用について介助を受けるにあたり、Uの口に薬と水を強引に流し込まれ、それらが口からあふれ出したことによってUの着ていたパジャマが濡れたものの、そのまま放置されたという出来事が発端になっていることが窺われるとして、SがUに対して暴力的行為に及んだことや脅迫的な発言をしたことについては、正当な理由もなければ、その経緯において特段酌量すべき事情があるともいえないとしている。

以上のような認定判断に基づき、判決は、慢性的な人員不足で身体的にも精神的にも過酷な介護事業の現場における実情も併せ考慮した上で、施設を運営

する法人の使用者責任として、身体的及び精神的苦痛に対する慰謝料の支払い義務を認めている。なお、TのUに対する言動は、介護に携わる職員として必ずしも適切であったとはいえないが、暴力的行為は認められず、声を荒げた感情的な発言もUに対する叱責にとどまるものであって、脅迫に該当するとまではいい難いとしている。

家庭内でも、家族介護の過程で介護者である家族が要介護の家族に対して暴言又は暴力等の虐待を加える事案があるが、そのような事案の裁判例を分析すると、前記3の事案のように、介護者が1人で要介護者が1人の場合が多く、中には介護者が1人で要介護者が2人以上の場合まである。これらの場合は、介護サービスを利用し、また、同居人等がいても虐待が発生することがあり、1人で介護する介護形態（単独介護型）自体が危険性を孕んでいる可能性がある。介護サービスの場合は、一見、複数の職員が関わっているように見えるが、施設の夜間帯のように職員配置が少ない時間帯では、実際上は、1人の職員による単独介護型又はこれに類した状態が長時間継続しているとも言える。

そこで、施設・事業所における虐待防止の対策としては、一般的には、職員研修及び労働環境の改善が必要とされているが、これらの一環として又はこれらと併せて、介護サービスにおいても、単独介護型には限界又は危険性があると仮定して対策を講じることが必要ではないかと考える。本裁判例に即して言えば、①施設長は、7月下旬頃に、Uによる暴言、暴力的行為の報告を受けた際に、Uの二男に伝えてその謝罪を受けているが、むしろ、単独介護型となる時間帯にUと職員との間に軋轢又は摩擦等による緊張関係が生じないように、Uの言動の原因を検討して、二男も含めて対策を講じておくことが必要ではなかったかと考えられる。また、②8月31日の夜間の職員配置状況は不明であるが、可能であれば、少なくともUについては、夜間の居室訪問を複数の職員で同時に行う又は複数の職員が交互に交代で行う体制を工夫することが望ましかったと考えられる。少なくとも、③同日午後8時過ぎ頃の服薬介助によって緊張関係が生じた時点以降は、他の職員が訪室することを検討すべきであった。④同日午後8時40分頃以降に対応に入った相談員Tの発言も感情的になってしまっているが、緊張関係が生じた場合には、当該職員が、速やかに他の職員に相談等の支援を求め、又は報告することを義務付け、相談等を受けた職員が緊

張関係を緩和する役割又は仕組みを予め設けておくことも考えられる。さらに、⑤Sが、どの程度の期間又は頻度でUを担当していたか不明であるが、特定の職員と特定の利用者との間の固定的な関係を長く続けることを避けることも必要ではないかと考える。以上のように、単独介護型又はこれに類した状態が継続する時間及び空間をできるだけ避けることによって、虐待を防止するとともに、虐待又は虐待の疑いによる苦情を予防することが必要ではないかと考える。なお、単独介護型を問題とする観点からは、前記1の見守り機器を0.1人分に換算し、その分の職員を減らす措置には注意が必要となるであろう。