

第2回目 連載

**介護事故の実態**  
**—介護事故裁判の争点からみた考察—**

(株)福祉リスクマネジメント研究所 所長  
びわこ学院大学 准教授  
烏野 猛

**はじめに**

「介護事故…」と聞くと、介護現場で働くスタッフは、すぐさま「転倒・転落」「誤嚥」「薬の誤配」などが頭を過るでしょう。介護事故の実態という意味では、先ほどの「転倒・転落」「誤嚥」「薬の誤配」「溺水」などをイメージしますが、厳密に「介護事故とは…?」という介護事故の定義について、いまだはっきりとしたものは存在しません。

国も、数年前に介護事故の定義も含めた実態把握のための調査に乗り出しましたが、「何を以て介護事故とするのか?」、「『ヒヤリ・ハット』というインシデントと一体何が異なるのか?」という疑問に対する考え方が、各都道府県によってあまりにも違うものですから、調査を断念した経緯があります。

しかし、介護事故そのものの定義などがいまだ不確定であったとしても、介護保険制度の誕生によって契約の当事者性が高まったことを受け、保険契約との考え方にもとづき、介護中での事故に対して責任の所在が問われ、賠償のあり方についても論議されるようになった頃から、介護業界ではリスクマネジメントという発想が定着するようになってきました。

つまり、介護保険制度の取り扱い事業所にとっては、介護サービスの提供業務が民法上での契約関係におかれることから、介助中の事故が発生した場合、その損害の補償については第一次的にサービス提供者である事業所がその責を負うことになります。

その結果、介護事故をめぐる争いが避けられず、裁判にまで至るケースが多く現れることになります。

**1 介護事故裁判の特徴**

介護事故の特徴を、介護事故裁判の特徴と置き換えて話を進めた方が、争点が明確になるものから、以下に介護事故裁判の特徴を説明したいと思います。

介護事故における裁判は、医療における事故とのそれと比較した場合、検証が非常に難しい点の特徴的です。医療事故における検証作業では、まず期間が定められた治療という目標、言い換えるならゴールが明確ですから、その疾病やけがに対して、どのような経過でどんな施術が、また何の薬剤の投与が必要か、という流れがある意味では合理的に決まっているわけです。つまり、ある一定程度においてマニュアル化が可能なのです。

しかし介護事故の場合、自立した生活を支援するというのが目的となりますので、ほとんどの場合で継続性が主となる日常生活上の世話に力点が置かれることになります。

医療との比較で考えてみても、介護が食事、排泄、入浴、就寝といった日常生活上の世話の過程で事故が起こることから、家族ではない職業専門職の者が実施する際の専門家たる行為についての論議も、医療関係者のそれよりも遅れているというのが実情です。ですから、「誰の指示で、どこまでの介護をすればいいのか?」という点で、介護スタッフだけではなく、指導する立場にある管理者も同じように悩んでいることでしょう。

また、「どこまで介護をすればいいのか…」、といった介護行為そのものをめぐる専門性の不確定性に加え、高齢者層の劇的な変化という視点も、介護事故をクローズアップさせる要素の一つです。

最近の介護事故裁判をめぐる傾向を鳥瞰しても、今の高齢化を反映したものとなっており、「保護の対象としての高齢者」ではなく、「権利の対象=消費者としての高齢者」の像が浮かび上がります。つまり現在、介護サービスを利用している者が、70～100歳といったいわゆる戦争経験者である層から、今後、団塊世代をはじめとしたシニアといわれる介護予備軍の出現が、介護サービスを提供する際のリスクという点で拍車をかけている傾向も否めません。

また、高齢者の層の変化だけではなく、介護現場で働くスタッフにも変化が現れてきています。介護事故の当事者という意味で、利用者や家族が、施設なり事業所である法人を訴えるという従来のパターンだけではなく、認知症の利用者が認知症の利用者に害を与えて訴える(遺族や家族も含む)ケースや、また最近では介護スタッフが利用者や家族を訴える(実際には判断能力のない利用者の加害行為であることから、彼らの責任能力を問えないため、結果として管理者である法人が職員から訴えられることになる)ケースまで、介護事故の際における当事者とそのベクトルに変化がみられます。

このようなことから、数量的にも介護事故は増加していると実感として思われますが、介護事故の定義がまだ確立しておらず、当事者も含めた問題の現れ方も多様化していることから、統計的な把握は難しいのが実情となっています。

## 2 介護事故が裁判にまで持ち込まれた場合には…

一昔前であれば、利用者や家族も「世話になっている」という意識から、法人に対して法廷での争いなど想像もつかなかったことでしょう。しかし、現在、介護労働が民法上の契約として位置づけられ、かつ利用者負担が強化される中、当然のことながら「サービスとしての介護」をめぐって、争いが多発するも理解できます。

ここでは、実際の介護裁判事例を手がかりにして、介助行為の何がいま争点になっており、「どこまでの介護が求められるのか」について整理したいと思っています。

最近の高齢者施設で、かつ法人側が勝訴した事例から、勝った事実だけではなく、「このような視点で争われていれば…」という切り口からも、分析を試みたいと思っています。

皆さんが日々の業務で行っている介護のレベルに引きつけて、考えて頂ければと思っています。

この事件は、当時82歳の女性が、高齢者施設に入所し3か月目の夕食時に誤嚥、死亡した事件で、利用者である高齢女性の死因と施設および介護スタッフらの過失が争点となったものです(横浜地裁 平成22年8月26日判決 棄却 確定)。

争われた点としては、まず一つに死亡に至った原因です。夕食時に食事を詰まらせたことによる誤嚥なのか、それとも利用者の持病であった心筋梗塞または脳梗塞によって意識がなくなり、それに伴って吐き戻しの誤嚥を原因とするものなのか、といった点でした。

二つ目の争点としては、施設ならび介護スタッフの過失です。具体的には、「誤嚥等の緊急時における職員教育」、「食事介助中の介助者の立ち位置、見守りを含めた観察」、「誤嚥後の救命措置の方法」があげられていました。

裁判所は、一つ目の争点である「死因」について、既往症から考えて脳梗塞もしくは心筋梗塞による発作からの吐き戻しによる窒息死と判断しました。

また、二つ目の「施設ないし介護スタッフの働き方からみた過失」については、「職員教育」のところで、救急救命マニュアルの作成、急変時にとるべき内容及び方法、医師及び看護師への連絡、コールの手順、救急搬送の手順書が存在し、年一回の定期的な勉強会の実施等から、スタッフ教育が不十分であるとまでは評価できない、という判断を下しました。そして「適切な人員配置」についても、事故当時の当施設において介護保険法上の基準省令上の人員基準(利用者3人に対し、職員1人)は満たしているという認識です。

さらに「食事中の見守り」についても、「入所者を適切な位置で食事をさせ、注意深く観察することの義務」に関し、介護士が突然の意識消失を予見することができず、観察の程度も不十分ではなく、席替えをしなかった点についても過失はない、との判断を下しました。

とくにこの「見守り」については、誤嚥や転倒のおそれのある利用者に対して、ケアプラン上の「実施するサービス内容」の項目に、この表現が頻繁に使用されているのではないのでしょうか？ このケアプラン上記載されている約束(債務)が、実施されているのか(履行)が問われる中で、ファジーでありながらも表現上使いやすいこの「見守り」をどう解釈し、実施するのか、参考になろうかと思えます。

### 3 もし、次の視点で控訴されていれば… —争点に関する考察—

結果として、この裁判では高齢者施設である法人側の勝訴で確定しました。

しかし、次のような点から控訴されていれば、二審の高裁でどうなっていたか…。

まず「死因」についてですが、判決文をみると、施設に入所中、心疾患および脳疾患に関する投薬はなく、また脳梗塞や心筋梗塞の発症を抑制するための対応もとられていないこと、さらに食事による誤嚥ではないことの理由として、「…仮に食物を誤嚥し、窒息して意識消失に至ったのであれば、当人は苦しんだり、むせ込んだり、胸を叩いたりするなどの動作をしたり、音を立てたりするのが自然な成り行きと考えられるところ、当人にこのような動作をしたことを認めるに足る証拠はない…」という判断から、死因を食物による誤嚥ではないと結論づけました。しかし誤嚥というのは、皆さんも経験があらうかと思えますが、「むせない誤嚥」も実際の介護事故では多く、過去にもむせない誤嚥を経験したことがないヘルパーが誤嚥であることに気づかず救急対応が遅れ裁判になったケースも存在します(名古屋地裁一宮支部 平成20年9月24日判決 一部認容・一部棄却 確定)。

このようなことから、亡くなったことへの直接的な原因について、かなりの疑問が残ると考えられます。

次に、「食事の際の見守り義務」については、「入所者を適切な位置で食事をさせ、注意深く観察する

この義務」を、介護士が予見することができず、観察の程度も不十分ではなく、席替えをしなかった点について過失はない、と裁判所は判断しています。しかし利用者のアセスメントから、脳梗塞や心筋梗塞などの持病を把握することは十分に可能ですし、また事故がおきた一週間程度前から5回の嘔吐の事実を認識していることから、見守り等も含めた食事の誤嚥を予見できなかったと断言することまでは言えないように思われます。

さらに、「職員教育」についても、根拠となる手順書やマニュアルがいつ頃つくられたもので、事故当時でも有効なものであったのか、また研修の内容や報告書、研修頻度、到達度等、効果測定なるものがあるのか、といった研修や教育実施の有効性が問われるべきであったと思われる。つまり年に一回の勉強会で事足りる知識・技能であったものなのか、高齢者施設の場合には交代勤務が通常なものですから、一回の研修ではなく、同じテーマであったとしても複数回の実施をしなければ職員全員への研修にはならない、といった視点。このあたりについても、詳細な議事録などの書類が必要となります。

最後に、「適切な人員配置」についても裁判所が言う通り、事故当時の当施設において介護保険法における基準省令上の人員基準は満たしており、一見この部分では問題はないように思われます。しかし、人員の基準ではなく、たとえ利用者との割合で人員基準は満たしていた場合でも、「ヒヤリハット報告書」などから、事故当時の同時間帯また繁忙時間における職員配置に無理がなかったのか、報告書などからも職員配置が手薄な場面でのヒヤリ・ハットが頻発していたのではないかと、といった視点が今後の争点となってもおかしくはないと思われます。

## おわりに

「介護事故の実態」として、第2回目の連載を進めてきましたが、介護事故についての裁判から浮かび上がる争点をもとに、「どこまでの介護が求められるのか…?」についての考察を行いました。

利用者や家族の意向に沿って、また彼らの望む通りの介護を行っていれば、それが「いい介護」につながるのでしょうか？ そうではないはずです。

介護保険法の目的や趣旨にもある「自立支援」を考えた際、「利用者のできることはご本人で行ってもらおう」という介護が、時として「前の職員はここまでやってくれたのに…」と利用者やその家族からなじられる場合もあろうかと思えます。

「利用者や家族が望む介護」ではなく、介護のプロとしてどこまでの介護が業務上の責務なのか、ということ介護事故の裁判事例から浮かび上がる項目や、その項目に対する判断を素材に、日々の介護業務のあり方を問い続ける習慣が必要であるように思います。

次回の第3回目の連載は、「法的な考え方とリスクヘッジ」について、お話ししたいと思っています。