

誤嚥に関する介護事故予防と事故発生時の対応の方針（詳解）

～介護事故をなるべく防ぎ、利用者の自立を高めるために～

平成 31 年 3 月

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

総務・組織委員会 指導監査対応室 介護事故等検証 WT

はじめに

公益社団法人全国老人福祉施設協議会では、総務・組織委員会指導監査対応室に「介護事故等検証ワーキングチーム」(以下 WT という。)を立ち上げ、平成 30 年 6 月から平成 31 年 3 月にかけて 4 回会議の場をもち、本内容を取りまとめました。

この WT が創設された背景には、特別養護老人ホームにおける要介護度が 3 以上に重点化されたことや、介護福祉士による医行為の一部が解禁されたこと、人材不足による研修機会が手薄になってしまっているといった現場における課題のほか、利用者及びご家族の権利意識の高まり、報道等によるいわば社会の監視が、以前より強まってきたことにあります。

このような状況に鑑み、本会では、①実態把握を行うこと、②必要な介護事故への対応について検証を行うこととなりました。①については、参考資料のとおり調査結果をとりまとめております。最も多い事故は「転倒・転落」であることや、過去 5 年間のうちに介護事故によって訴訟となった施設数は全体の 3.0%程度であること、顧問弁護士の配置状況は全体の 3 割程度にとどまること等の実態を把握しておりますので、あわせてご確認ください。

そして、②が、本 WT において検証してきた事柄です。①におけるアンケート結果も踏まえつつ、6 月の第 1 回 WT において、どのような情報を会員施設に提供することが望ましいかを協議しました。当初、事故件数として多いものは転倒・転落、誤嚥でしたが、

- i) 喫緊の課題として死亡事故に直結しやすい事故は誤嚥であったこと
- ii) 転倒は確かに件数も最多であり深刻な問題ではありますが、誤嚥に比べ明確な対処法の確立が困難であること

の理由により、今年度の WT の成果物として、まず誤嚥を扱う運びとなりました。

第 2 回～第 4 回の WT においては、有識者として各専門職のみなさまにも参画いただき、それぞれの立場から意見交換をいただきました。本編はここでの意見交換に基づき、内容をとりまとめたものです。第一弾は本書のとおり、主に文章による法的リスクと総論的な対処法の理解を狙いとしましたが、第二弾としてより直感的に理解しやすい、動画による対応法を策定する予定です。

今後、益々働く人材の確保は難しくなりますが、高齢者の数は相対的に増えていくことが見込まれています。しかしながら、生活される利用者の尊厳に根差した自立支援と重度化防止を目指すサービス提供が求められることは言うまでもありません。それは、要介護度の改善という端的な指標ではなく、それぞれの利用者の生活背景に根差した全人的支援が目指されるべきものです。

現場で働く皆様には、本書の情報を参考にしながら適切な内容のマニュアルを作成いただき、ケアを行うことは、まさに専門職として利用者の尊厳に携わることであって、その利用者の自立支援に挑戦することは怖いことではないという理解にたっただきたいと思います。また、施設長はじめ管理者のみなさまにも、利用者の尊厳の保持と自立支援、重度化防止に向けたサービス提供の観点からできるところから対応を進めていただき、万全な対応を図っていただきたいと存じます。

平成 31 年 3 月

公益社団法人全国老人福祉施設協議会
会 長 石 川 憲

目次

はじめに	2
第一章 誤嚥をはじめとする介護事故に関する基礎知識	5
一. 誤嚥・窒息に関するリスク	5
1) 現場における誤嚥・窒息の傾向	5
2) 事後の救命措置	6
二. 基本的なリスクマネジメントの考えかた	6
三. 防ぐべき事故とは?	7
1) 過失の構造と考え方	7
四. 介護事故に関する法的責任について	8
1) 刑事上の責任	8
2) 民事上の責任	10
五. 賠償請求の方法	10
六. 賠償認定のメカニズム	11
1) いくつかの裁判例について	13
① 事故前の状況	13
② 事故態様	14
③ 判決文より	14
2) 水戸地裁平成23年6月16日判決 食事形態に問題ありとされた事例	15
3) 横浜地裁川崎支部平成12年2月23日判決 救命措置に問題ありとされた事例	16
4) 横浜地裁平成12年6月13日判決 救命措置に問題なしとされた事例	16
七. やるべきことを決めて実践していれば、責任は否定される	17
八. 裁判所は、結果責任を問う場ではありません	18
九. 裁判は証拠が全て	18
一〇. 契約書とその説明方法	19
1) 賠償条項を改訂する場合	20
2) 損害保険の家族への伝え方について	21
3) 入所時の説明	22
4) チェックリストを読み上げ同意のサインをもらえば足りる?	23
一一. 事故が起きてしまった場合の対応法	23
1) 謝罪の種類	23
2) まず率直に謝罪する	25
一二. 誤嚥リスクマネジメントのポイント整理	27
第二章 安全な、施設での誤嚥を防ぐ取り組み編	28
1) 安全な食支援のために	28
① 摂食・嚥下について理解する	28
A) 先行期	28
B) 口腔準備期(咀嚼期)	30

C)	口腔(送り込み)期	31
D)	咽頭期	31
E)	食道期	33
②	覚醒水準	36
③	安全な食事のための姿勢	36
④	食事形態の選定について	37
⑤	口腔ケアの役割	40
⑥	利用者個別の危険性	42
	摂食・嚥下に伴うリスクを知る	42
	(1). 誤嚥	42
	(2). 窒息	45
2)	具体的なヒヤリハット活動について	46
①	ヒヤリハットケースの検証	47
(ア)	原因の追究	48
(イ)	再発防止策の整理	48
3)	事前・事後対応策について	49
A)	ステップ1・定める(マニュアルの整備)	49
B)	ステップ2・知る(人体メカニズムと救命方法の意味)	49
C)	ステップ3・習う(心肺蘇生、異物除去の手技を身に着ける)	49
	(留意点) 気道閉塞物を除去するメカニズム	50
D)	ステップ4 動く(マニュアルの現場への定着)	52
E)	救命マニュアルの詳細	53
I.	異変の発見	53
II.	意識・呼吸がある場合	53
III.	意識・呼吸がない場合	54
①	事故防止マニュアルについて	59
第三章	事業概要等	60

第一章 誤嚥をはじめとする介護事故に関する基礎知識

一. 誤嚥・窒息に関するリスク

誤嚥とは、飲食物や唾液が誤って声門を超えて気管内に入ってしまうことを指します。一方、窒息とは、気道が異物で閉鎖される等により呼吸が阻害されることによって血中酸素濃度が低下し、二酸化炭素濃度が上昇して、脳などの内臓組織に機能障害を起こす状態をいいます。

誤嚥や窒息が発生しやすいケースとしては、以下のものが挙げられます。

- ・ 普段からゆっくり食べる利用者に焦ってスプーンを次々と口に運んでしまった。結果として利用者の口に食べ物を押し込んでしまい、窒息させてしまった。
- ・ 嚥下の力が弱っている座位の利用者に対して、急いでいたので立ったまま上から食事を口に運んだ。結果として、顎を上に向けた状態で飲み込むことになったため、食べ物が気管に入ってしまった。
- ・ ご自身で食事ができる利用者のため、順調に食べていたのでしばらく油断して見ていなかった。気づいたら顔が青ざめ意識を失っていた。
- ・ 麺類の提供を禁止されている利用者。穏やかにされているのでしばらく目を離していた。そのすきに隣に座った別の利用者ところり自分の粥と麺を交換し、麺を食べ喉に詰まらせてしまった。

1) 現場における誤嚥・窒息の傾向

誤嚥・窒息（以下、断りのない限り「誤嚥等」と表現します）は、乳幼児や高齢者に特有の事故といえますが、高齢者に関して「介護度の高い人ほど窒息しやすい」、「固形物の方が窒息しやすい」といった傾向は存在するのでしょうか。

高齢者の誤嚥等に関する正式な調査研究結果は数少ないのですが、その中でも貴重な資料である日本摂食・嚥下リハビリテーション学会誌に掲載された調査報告書（「三次救急病院に搬送された食品による窒息 107 例の要因分析と医療コスト」（2012 年 26 巻 4 号 p. 453-459））によると、意外にもそのような傾向は存在しないとされています。

すなわち、高齢者の誤嚥窒息事故に関しては、事故前の ADL、食品の種類、食事形態等の要因と致死率には統計的な有意差は見られませんでした。言い換えれば、誤嚥等の事故は、文字通り「誰にでも起こりうる」といえるのです。

このことから、現場の予防の考え方として、「介護度の高い人にだけ注意すればよい」「こんにゃくは誤嚥しやすいので絶対に出してはいけない」といった画一的な対応は危険であり（注・比較的誤嚥しやすい食べ物について細かく刻むなど、特に配慮すること自体は当然問題なく、推奨されることです）、むしろ「この人は常食だから見守りは不要」「この人はペースト食だから誤嚥等は起きないはず」といった「思い込み」を持たず、常に誤嚥等のリスクを警戒する必要がある

ことが分かります。

2) 事後の救命措置

このように予防については「あらゆる可能性が考えられる」というスタンスで広く注意を巡らせることが大切ですが、誤嚥等の対策で同程度か、それ以上に重要なことは**事後の「救命措置」**です。上記報告書からも、最も多かった家庭内での窒息事故では何らかの処置がなされずその結果死亡率が高いのに比し、次に多い施設では何らかの措置がなされた結果死亡率が低かったことが窺えます。誰にでも発生しうる事故である以上、介護施設の誰もが誤嚥等に直面したとき最低限の救命措置ができるよう、日頃から訓練しておくことがポイントです。

二. 基本的なリスクマネジメントの考えかた

ケアを行う際には、誤嚥に限らず様々なリスクが存在します。事故の発生をなるべく未然に抑え、また起こってしまった場合にはどのような対応を行うのか、事前に取り決め、いつでも対応ができるように訓練しておく必要があります。この一連の流れをリスクマネジメントといいます。

そもそも、なぜリスクマネジメントを行う必要があるのでしょうか。それは**利用者の生命・身体**の安全を守るためです。リスクマネジメントの一連のサイクルができていれば、利用者に対する安全配慮義務やご家族への説明責任を果たすことができ、万一不幸な結果となった場合でも施設として法的責任を課されず、またコンプライアンスの要請を満たすことになります。

事故への備えと対応は、特別養護老人ホームとしての設備基準にも記載されており、当然満たす必要があります。

(事故発生の防止及び発生時の対応)

第三十五条 指定介護老人福祉施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。

- 一. 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。
- 二. 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。
- 三. 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。
 2. 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
 3. 指定介護老人福祉施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
 4. 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

しかし、どのように対策を講じたとしても、毎日多くの利用者の自立支援に向けたケアを提供している以上は、介護事故は発生してしまいます。重要なことは、本来防ぐべき事故を防ぎ、事故の発生を予防するためにどのような取り組みを実施しているか、事故が起きた際にどのような対応を行ったかです。

三. 防ぐべき事故とは？

医療の領域では、医療過誤という言葉があります。これは病院などの医療提供者の過失により起こった事故だけを対象にしている言葉です。医療においては医療従事者の判断や処置そのものが患者の死などの重大事故に直結する重要なものであることも多く、診察や施術等の専門性が高いため、医療過誤訴訟の急増に伴い事故類型ごとに「過失」の概念も整理され、「医療過誤」という言葉に発展したといえるでしょう。

一方で介護の領域では、24時間365日利用者の生活を支える業務であるところ、事故の態様も千差万別であり、類型ごとの「過失」の定義や基準が確立されていません。そのために、何をどこまですればよいのか、現場では不安を抱えてしまいます。私たちが取り組むべきは、この「過失」によって生じる事故をなくしていくということです。

1) 過失の構造と考え方

施設を運営する法人は契約上、利用者に対しその生命・身体及び財産を守る「安全配慮義務」を負うこととなります。一方現場職員は、同じく利用者の生命等を守る法的責任（民事においては不法行為責任）を負います。

民事上の責任は損害賠償責任となりますが、この責任が認められるためには、当該事故について「過失」が認められることが必要となります。過失とは本来すべきことを怠った場合を指しますが、過失は「予見可能性」と「結果回避可能性」の二つの要素で構成されます。平たくいえば、その事故が具体的に予見（予想）でき、かつ相当の注意をしていれば事故の発生ないし死亡や事故等の結果を回避することが物理的に可能であった場合には、「本来すべきことを怠った」と評価されることとなります。

具体例を考えてみます。

（事例1）

食事自立の利用者Aさんは、食事中に突然地震による大きな揺れが発生し、そのために食物を喉に詰まらせ窒息してしまいました。現場にいた職員が早急に手順に則り救命措置を施し、並行して救急車の手配等を行ったものの、災害のために救急車の出動も難しく、亡くなられてしまいました。このような場合は、利用者自身に窒息の予見可能性が認められず、自然災害という予期しがたい状況であることに加え、緊急時の対応としても迅速に対応を行っていることから、施設

側の過失は認めがたいといえます。

(事例2)

利用者Bさんは、食事介助と、適切に咀嚼・嚥下ができているか見守りが必要な方でした。見守りをしていた職員が、他の利用者が話かけてきたので、Bさんから目を離して話し込んでしまい、その間にBさんは喉に詰まらせ亡くなりました。

(事例3)

事例2のケースで、他の利用者が話かけてきたために目を離したのではなく、他の利用者が転倒しそうになり、それを防ごうとした際にBさんに事故が起きたような場合には、過失が否定される可能性が高まります。

このなかで、防ぐべき事故は事例2です。介護従事者のみなさんには、介護のプロフェッショナルとしての専門性が求められています。その専門性は多岐に渡りますが、利用者の生命に重大な危機が生じている場合には、当然のことながら利用者の命を守ることが最優先となります。

法的な観点からは、前述の予見可能性と結果回避可能性について、どのような対応を行っていたかです。予見可能性とは、危険な事態や被害が発生する可能性があることを事前に認識できていたかどうかです。事例2でいえば、常時食事介助や見守りが必要なBさんに対して、これを行わなかった場合、窒息が予見できたにも拘わらず結果回避の義務を怠ったといえるでしょう。また、結果回避義務とは、予見できた損害を回避すべき義務です。事例3でいえば、人員配置の関係から、当時他の職員にBさんの見守りの交代を頼む余裕もなかったのであれば、死亡という結果を回避することが不可能であったといえ、やむを得ない誤嚥事故であったと判断される可能性もあります。

このように、個々の状況に応じて、法的な観点からすべきこと、できないことを見極めていく考え方が現場においても重要となります。

四. 介護事故に関する法的責任について

利用者の生命・身体に被害が生じた際に施設側が負う可能性のある法的責任には、大別して刑事上の責任と、民事上の責任があります。一つの事件について、民事と刑事の両方が問題となり得ます。

1) 刑事上の責任

刑事責任は、第一義的には法人ではなく個人が対象となる点が民事との最大の違いです。また、民事の責任が主に金銭による賠償義務であるのに対し、刑事は懲役や禁固刑などの刑罰となります。刑事責任の一つである罰金刑は、民事上の被害者ではなく国に納められるものです。

現場職員が刑事責任を負う可能性がある刑罰として、業務上過失致死傷罪(刑法211条第1項)

が挙げられます。

(条文)

「業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、5年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金に処する。重大な過失により人を死傷させた者も、同様とする。」

「業務上必要な注意を怠り」とは、その業務を行う際に要求される注意義務に違反することをいいます。

裁判では個別具体的に過失の有無等が検証されるため、注意義務の内容については一概に言えませんが、例えば次のような裁判例があります。

介護老人保健施設の介護職員が、入所者にシャワーで湯をかけ身体を洗浄する際、湯温を十分に確認しないまま高温の湯を浴びせかけた結果、熱傷を負わせ肺炎、敗血症により死亡させたとする事案（平成24年4月20日静岡地方裁判所判決／平成23年（わ）第414号）

上記事件につき職員は業務上過失致死罪により禁錮3年、執行猶予4年の判決を下されましたが、注意義務につき次の通り判決文で述べています。

「被告人は、介護福祉士として高齢者を介護する職にありながら、シャワーで被害者の身体を洗浄する際、湯温を確認するという**極めて基本的な注意義務**を怠った。

被害者が叫び声を発して、熱さから逃れようと激しく身体を動かし、その皮膚が赤く変色しているにもかかわらず、被告人は、同僚から指摘されるまでの約5分間、湯温が高いことに全く気づかず、高温の湯を浴びせ続けたのであり、過失の程度は重い。

被害者は、広範囲にわたる重度の熱傷から激しい痛みに苛まれ、ついには皮膚の壊死が進み、死亡したものであり、生じた結果は誠に重大である。本件により肉親を失った遺族らの精神的苦痛も大きい。被告人の刑事責任を軽く見ることはできない。」

介護職員個人が刑事責任を負うことは相当に重いペナルティですから、課される注意義務の程度は「基本的な注意義務」と表現されるような、いわば当たり前のことであり、後述する民事上の責任に比べれば低い水準といえるでしょう。

なお業務上過失致死傷罪を負うのは介護職員に限られず、事例によっては施設の運営法人の代表も同罪となる場合があります。

グループホームの火災により入居者7名が死亡し、運営主体会社の代表取締役の被告人が業務上過失致死罪で起訴された事案で、火災の発生原因は居間兼食堂で寝起きする男性入居者がストーブの上面に可燃物を置いたことによるものと認定できるとして有罪判決（禁錮3年、執行猶予4年）が下された事例

(判決文より)

「被告人は、グループホームの運営を統括する立場にある者として、行動の予測が困難で危険な行動をとりかねない認知症高齢者の行動特性に十分留意して、施設内の設備等の安全性に配慮して、**問題があれば速やかに改善するなど、対策を講じるべき立場にあった**。しかるに、本件ストーブは、上面等がかなりの高温になるため、他の型式のストーブと比較して、利用に当たって格段に高い危険性を伴うものであるから、入居者の火傷や火災発生を防止すべく、取り分け十分な安全対策を講じる必要があったというべきである。

…このように、被告人は、本件ストーブに係る危険性が低くないのに、状況を安易に考えて、**対策を先送りし、危険な状態のまま漫然とグループホームを運営した**ことにより、甚大な結果を生じさせるに至ったものである。」

誤嚥事故は火災のように施設全体の環境整備の不備に直結する態様ではないため、同視することとはできませんが、代表者も民事責任のみならず刑事責任も負う可能性がある、という認識は持つべきといえます。

経営責任者の立場にある方は、くれぐれも「対策を先送り」にしないよう肝に銘じてください。

2) 民事上の責任

民事責任は、刑事責任より格段に現実味があるリスクです。刑事の場合は警察や検察が動かなければ裁判になりませんが、民事訴訟は誰がどのような理由でも（最低限の事実経緯と法的根拠は必要ですが）、事情や被害の程度にかかわらず提起できるものであるため、いわゆる「裁判沙汰」を100%回避することは不可能です。

しかし、だからといって悲観することはありません。施設側としては

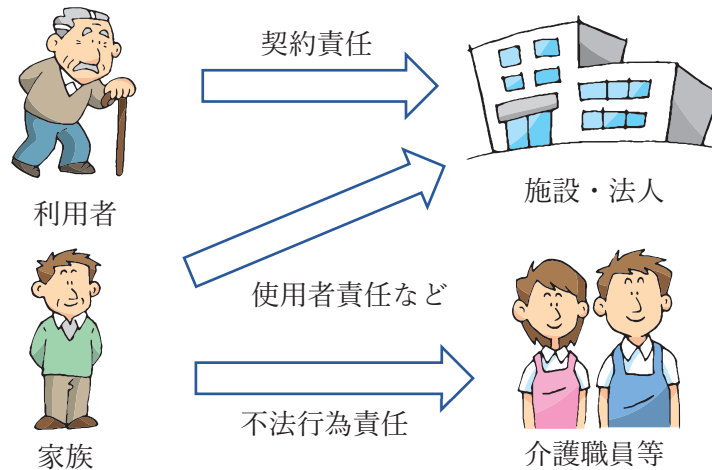
- ① なるべく裁判にまで拗れない**信頼関係**を利用者側と構築すること、および
- ② いざ訴えられても**法的責任が認められない**（言い換えれば、「やるべきことはやった」といえること）

といえるだけの対策を講じておくことが大切です。

民事上の責任とは、主に**金銭による損害賠償責任**を意味します。名誉棄損の事例等で謝罪広告等の金銭外の解決法が検討されることもあります。通常は被害者側の主張するあらゆる損失を全て金銭に換算し、加害者側へ請求することになります。

五. 賠償請求の方法

損害賠償の請求は、被害対象が物であろうと人の身体であろうと関係なく、共通して以下のルートをとります。



図の左上の利用者が現場の事故により何らかの損害を受けたとして、その賠償は論理上、施設の運営法人と介護職個人の両者に請求することができます。

法人に対しては主に「**契約責任**」(民法第415条)を、介護職員には「**不法行為責任**」(民法第709条)を追及することになります。不法行為責任とは、本来、交通事故など契約関係のない当事者間で生じた損害につき問われるものですが、法人も介護職員の使用者として同様に不法行為責任(民法第715条、使用者責任といいます。)を負う場合があります。

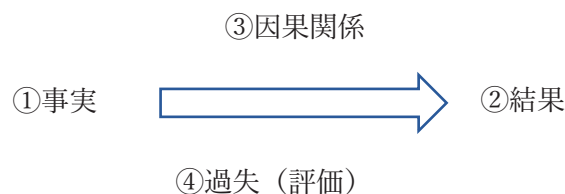
なお、利用者について生じた損害の賠償を主張し得るのは原則として利用者本人ですが、利用者が認知症の場合はその後見人が代理人として主張することになります。利用者の家族は、後見人になっていない限り利用者の代わりに賠償請求することは本来できません。

もっとも実務上では、裁判に至る手前の示談交渉の段階ではこの点は柔軟に解釈し、契約上身分保証人の立場にあるご家族(いわゆるキーパーソン)を事実上の代理人として話し合いを進めていくことが多いといえます。なお、利用者が死亡した場合はその相続人が引継ぎ賠償を求めていくことになります。

六. 賠償認定のメカニズム

誤嚥に限らず、介護事故の多くは、以下の公式により賠償責任の有無が判定されます。

裁判所から弁護士、損害保険会社まであらゆる関係者は、この図の①から④までの要件を検討して判断します。どれか一つでも欠ければ賠償は認められません。一方で全ての要件を満たせば、具体的な賠償額の算定に移行します。



順番に①から④について解説します。

①は「**事実**」、損害発生の原因となる事実が認められるか否か。

②は「**結果**」、賠償相当といえる損害が認められるか否か。

③は「**因果関係**」、①の事実と②の結果との間に、社会通念上「その事実があったからこの結果に結びついた」と判断するのが相当といえるか否か。

④は「**過失**」、①から③の要素が認められるとして、全体をみてその損害を引き起こした当事者（加害者）に「**落ち度**」があったといえるか否かを判断します。

④過失を構成する二大要素が、前述の「**予見可能性**」と「**結果回避可能性**」です。

予見については、発生した当該事故が現場において事前に「**具体的に起こることが予見（＝予想）できたか**」否かで判断されます。

この**具体的な「予見可能性**」という言葉がキーワードになりますので、覚えておきましょう。

なお、図には過失の隣に「**（評価）**」とありますが、これは裁判において裁判官が総合的に過失の有無を評価することを意味します。

これらの要素は相互に関連しており、いかなる事実を①に設定するかでその他の要素も影響を受ける構造になっています。また各要素が真実として認められるか否かは、全て「**証拠**」、当時のやり取りの記録や関係者の証言等、あらゆるものが検討の対象となり総合的に判断されます。

例えば以下の事例で、①～④の要件を当てはめてみましょう。

80代女性利用者（要介護度3）。ヘルパーが食事介助中、一口ずつ飲み込んだことを確認せずスプーンで食事を口元に運び続けた結果、煮物のこんにゃくを喉に詰まらせ、意識喪失状態になる。タッピング、吸引等をして窒息物を除去できず。心肺停止状態のまま搬送先病院にて死亡。

まず①「**事実**」は「ヘルパーが、一口ずつ飲み込んだことを確認せずスプーンで食事を運び続けた結果、利用者が煮物のこんにゃくを喉に詰まらせ」たこと、ですね。

次に②「**結果**」となる損害は、利用者の死亡に基づく全ての金銭的損失です。利用者の葬儀費用、平均余命まで得られたはずの年金等の逸失利益、その他慰謝料等が計上されます。

③「**因果関係**」については、ヘルパーが口に運んだ食べ物が利用者の気道に詰まり、その結果窒息死したと医学的見地からもいえるのであれば、「**因果関係あり**」といえます。一方で、例えば利用者が食事中にたまたま脳梗塞により意識喪失したといった別の原因がある場合には、因果関係が認められない可能性が高くなります。

最後の④「**過失**」が現実に最も大きな争点になりやすいのですが、誤嚥事故については特に、**何を過失と「設定」するか**で議論が大きく異なってきます。それは責任を追及する側である利用者・家族が設定することになりますが、大別してA 食事提供前の準備段階、B 食事時の介助段階、

C 異変後の救命段階に分けられます。

A 食事提供前の準備段階

「事故前の予防段階における措置が不十分であった」という主張であれば、利用者の嚥下能力の把握、それに応じた食事形態の適切さ、当日の身体状況の異変の見落とし等が争点となります。

B 食事中の介助段階

食事中の介助方法が問題であったとされれば、ヘルパーがスプーンを運ぶ速さやタイミング、嚥下動作の確認の有無などが問題となります。先の当てはめでは、この点を過失と想定しているため、①に当てはまる事実もヘルパーの食事介助行為とされています。

C 異変後の救命段階

異変後の救命措置につき過失が問われる場合には、発見時点から声掛け、異物除去、気道確保、救急隊の要請までの一連の対応が、事前に定められたマニュアルに沿って適切に行われたか否かが集中的に検証されます。この点を過失に据えるのであれば、①の事実の当てはめも「必要な救命措置を怠ったこと」と設定されることになります。

1) いくつかの裁判例について

実際の裁判では、これら各段階における事実が複合的に争われることが多いといえます。一件、誤嚥裁判例を紹介しましょう。

特養の入居者であるAさん（97歳男性）が食事中に誤嚥し死亡した事案（平成20年2月18日松山地方裁判所判決／平成18年（ワ）第150号）です。結論として、遺族の請求額2217万1750円のうち、1318万6250円が施設側の支払い義務として認容されました。なおこの裁判で提訴されたのは法人のみであり、担当ヘルパー個人は訴えられませんでした。

① 事故前の状況

Aおよび家族は、医師からAの状態について「加齢にともなうもの又は小さい脳梗塞、脳血管障害等にて食事の飲み込みが悪くなってきているようです。今後も嚥下障害の進行及び誤嚥性肺炎の発症の可能性があります。このまま経過観察を行います。今後肺炎等の発症があれば、入院加療の可能性もあります。」という内容の説明を受け、この説明については被告職員も聞いていました。

Aは事故の前日まで、食事をするもムセ込みがあり、途中で中止してしまうことが多かったのです。

Aの担当職員Bは、平成15年9月から介護職の契約職員として勤務していますが、それまでに介護職としての経験はなく、本件施設においても嚥下障害のある入所者に対する食事介助についての教育、指導を体系的に受けたことはなく、少量ずつ食べてもらう、しっかり飲み込んだことを確認するという点について注意するようにと口頭で言われているだけでした。

平成17年7月18日、Bは午前7時40分ころから約40分かけて別の人の朝食介助を行い、午前8時20分ころからAの朝食介助を始めました。

② 事故態様

Aの朝食の献立は、主食はおもゆ、副食はきゅうりともやしの酢の物をミキサーにかけたもの、みそ汁は具の白菜、しめじ、ゆずをミキサーにかけ、トロメイクという粉末のとろみ調整食品であんかけ程度のとろみをつけたものでしたが、Bは、大きめのスプーンに2分の1から3分の2の量をすくい、一口目は副食、2口目から4口目はみそ汁を、**約30度起こされたベッドの中で後頭部を枕につけた姿勢**をとっているAの口に入れたところ、同人はムセ込んでしまい、BはAの体を起こし加減にしてタッピングをしたり、口の中に指をいれたりしたが何も出てこず、Aの顔色が悪くなってしまい、他の職員に吸引器による吸引を依頼しました。

准看護師はAについて吸引器での吸引を始めましたが、10cc程度のものが吸引できただけであり、顔面は蒼白、呼びかけにも反応がないので、病院に搬送することとしました。

Aは搬送時には呼吸停止、血圧もなくほとんど心肺停止状態であり、気管内挿管、吸引、心マッサージなどの措置によって心拍が再開しましたが、意識レベルはもどらないまま8月8日死亡しました。

③ 判決文より

「Aの状態からすれば、被告としては実際に同人の食事の介助を行う職員が①覚醒をきちんと確認しているか、②頸部を前屈させているか、③手、口腔内を清潔にすることをやっているか、④一口ずつ嚥下を確かめているかなどの点を確認し、これらのことが実際にきちんと行われるように**介護を担当する職員を教育、指導すべき注意義務があったもの**というべきである。

しかし、被告は上記のような教育、指導を特に行っておらず（担当職員は少量ずつ食べてもらう、しっかり飲み込んだことを確認するという点について注意するようにと**口頭で言われただけ**である。）、担当職員がAについて朝食介助を行った際にも、①覚醒の確認は十分に行っておらず、②頸部を前屈させるということは全く行っておらず、③手、口腔内を清潔にするということも行っていないのであるから、被告は上記の注意義務に違反したものである。したがって、被告は、民法709条及び民法715条により不法行為責任を負うものといえることができる。」

本件判決では、法人（施設）の現場職員に対する教育・指導不足のみが取り沙汰されています。マニュアルがあるのにこしたことはないですが、他方、口頭であっても具体的な指導を行っていれば問題がないと結論づけている判例もあります。

この訴訟において原告は、それ以外にも①事前の食事内容の変更や経管栄養への変更をしなかったこと、②Bヘルパーの事故当日における不十分な食事介助方法、③事故後の救命措置における不備（病院搬送の遅れや誤嚥物を吸引できなかったこと）についても主張していました。

もしBヘルパーも同時に訴えられていれば、判決において②についても詳細に検討されていた

ことでしょう。また、③についても事実経緯や搬送の時刻等に原被告間で争いがあり、或いはBが看護師を呼ばずその間にAが死亡したといった特徴的な事実が存在したのであれば、大きな争点となり裁判官も検討していたかもしれません。しかし本訴において裁判官は、Bが明らかに不適切な食事介助をしていたことを前提として、「では、なぜ法人は職員を日頃教育していなかったのか？」という点を集中的に審理したといえます。

なお、本訴において教育・研修内容に関する参考資料とされたのは、厚生労働省内に設置された「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」が平成14年にまとめた「福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～」でした。

本指針のようなリスクマネジメントを怠る事の恐ろしさが、十分に伝わってくるのではないかと思います。

その他、ご参考までに誤嚥事故裁判例を掲載します。なお、次の3) 横浜地裁川崎支部平成12年2月23日判決や、4) 横浜地裁平成12年6月13日判決から読み取れることとして、仮に何らかの要因により窒息事故が発生したとしても、適切な救急救命措置を迅速に実施すれば法的責任は問われないということです。よって現場に携わる介護職員は専門職として、気道閉塞物を除去するメカニズムを理解(p50)し、またその実践練習を行うなど、その実践力を確実に身につけることが必須と言えます。

2) 水戸地裁平成23年6月16日判決 食事形態に問題ありとされた事例

介護老人保健施設において、入所中のパーキンソン病利用者が昼食として提供された刺身を誤嚥して窒息し死亡した事故につき、介護施設側に安全配慮義務違反があるとして損害賠償責任を認めました。

判決では、「〇〇センター(施設)が利用者Aに刺身を常食で提供したことについて安全配慮義務違反、過失が認められるかについて検討する。本件事故日にAに提供されたまぐろ及びはまちの刺身の大きさは概ね縦二五ミリメートル、横四〇ミリメートル、厚さ五ミリメートル程度のものであり、健常人が食べるのとそれほど異ならない大きさであるが、施設は嚥下しやすくするための工夫を特段講じたとは本件証拠上認められない。

刺身、特にまぐろは筋がある場合には咀嚼しづらく噛み切れないこともあるため、嚥下能力が劣る高齢の入所者に提供するのに適した食物とはいえず、施設の職員は、上記認定のAの嚥下機能の低下、誤嚥の危険性に照らせば、Aに対しそのような刺身を提供すれば、誤嚥する危険性が高いことを十分予想し得たと認められる。以上のことなどから、施設がAに対し刺身を常食で提供したことについて、介護契約上の安全配慮義務違反、過失が認められる。」とされています。食べ物の素材としての特徴や利用者の咀嚼・嚥下能力等に応じ、きめ細かい配慮が求められることが分かります。

3) 横浜地裁川崎支部平成12年2月23日判決 救命措置に問題ありとされた事例

特別養護老人ホームのショートステイにおいて、重度認知症の利用者が朝食後、菓を飲んだ直後に異変を起こしチアノーゼ状態になった後に死亡した事故につき、介護施設側の事故後の対応に注意義務違反があるとして損害賠償責任を認めました。

判決では、「利用者Aは、食事の際に、飲み込みが悪く、口にためこんで時間がかかる者であったこと、本件事故が朝食直後に起きていることなどからすれば、Aの異変を発見した際に、真っ先に疑われるのは、誤飲であったと言うべきである。しかしながら、施設職員Bらは、誤飲を予想した措置をとることなく、吸引器を取りに行くこともせず、また、午前八時二五分ころに異変を発見していながら、午前八時四〇分ころまで救急車を呼ぶこともなかったものであり、この点に、適切な処置を怠った過失が認められる。証人Iは、施設では、緊急時には、まず家人に連絡をして、その指示を受けることになっていたと証言するが、それが、一刻を争い、生命にかかわるような場合にまで、家人への連絡を優先させるとの意味であるならば、家人への連絡に手間取るなどして、適切な処置をとることが不可能となってしまうことも考えられるのであり、そのような硬直した体制を取っていたこと自体にも問題があると言うべきである。そして、本件において、仮に、速やかに背中をたたくなどの方法を取ったり、吸引器を使用するか、あるいは、直ちに、救急車を呼んで救急隊員の応急処置を求めることができているならば、気道内の食物を取り除いて、Aを救命できた可能性は大きいというべきである。」と述べています。

緊急時の対応方法を事前に決め、いざというとき瞬時に動けるよう訓練していれば、仮に利用者が死亡していたとしても裁判において責任は否定されていた可能性が高いといえます。

4) 横浜地裁平成12年6月13日判決 救命措置に問題なしとされた事例

老人保健施設において、利用者が夕食に提供されたこんにゃくを喉に詰まらせ、隣接する病院に搬送され、こんにゃくを取り出した後、治療が続けられたが死亡した事故につき、介護施設側に監護義務違反、監視義務違反、本件事故後の措置に関する過失等があるという原告の主張を棄却しました。

判決では、「本件誤飲事後発見後、被告職員らは、利用者Aに対して、速やかに通常一般的に用いられている救急救命措置を行い、症状の十分な改善がみられなかったため、速やかに病院に搬送の上、B医師の処置に委ねているのであるから、右一連の救急救命措置が、不適切であったとか、老人保健施設に要求される注意義務に対する違反が存在するとまでは認められない。

原告らは、救急救命措置の手段、方法等について、被告に過失が認められると主張する。しかし、前記のとおり、食堂からサービスステーションまでの移動時間は、数秒と短く、しかも直線距離で移動したのであるから、狭い食堂から、救急救命措置を円滑に実施するために、サービスステーション前にAを移動させたことが、医学上、介護上不適切であったとはいえないこと、一刻を争う救急救命措置の現場において、複数存在する救命方法の選択は、患者の容態等をふまえて、実施者が適切と思われる方法を適宜選択して実施されるべきものであって、その手段方法が、

医学上通常行われる方法で行われていた以上（前記のとおり、C職員は、救急救命措置に関しては、介護に関する資格取得の際に修得しており、実技の経験も有していた。**施設では、救急救命措置に関する訓練も行われていた。**）、それをもって相当とすべきであって、吸引機の使用が先行して行われたのは救急救命措置の順序として適切でなかった、鼻をつまめば口を開くから鼻をつまむべきであった、右の過程で人口呼吸を速やかにするべきであった等の原告らの主張は、いずれもそれだけを取り出して論じるのであればともかく、前記本件事故発生に至る一連の経過の中での施設の救急救命措置が不適切であったことの指摘としては当を得たものではない」と述べています。

予防措置だけでなく、救命措置も施設全体で訓練しておくことの重要性が分かります。

七. やるべきことを決めて実践していれば、責任は否定される

そもそも「介護」とは挑戦、チャレンジの連続であるといえるでしょう。人にとって食事は最も根源的な生きる上での営みであり、食の喜びは誰にとっても他に代えがたいものであるといえます。一方で、嚥下力が低下すればそれだけ誤嚥等のリスクも高まります。胃ろうを造設すれば介助は楽になり安全かもしれませんが、そこを敢えて経口摂取に拘るところに介護の専門性が発揮されるといえます。

利用者の喜びや幸せの追求と生命・身体安全保護のジレンマの中で、介護現場ではあらゆる手を尽くし利用者一人一人の生きる喜びを最大限に引き出そうとチャレンジしています。

そのような中で、例えば施設にムセの強い利用者がいたとして、誤嚥のリスクにも拘わらず通常の食事を提供するという「チャレンジ」を選択したとします。そのこと自体は称賛されるべきかもしれませんが、一方で、万一その利用者に誤嚥等が発生したときの対処法を全く考えていなかった、或いはマニュアルはあるが定期的な研修やチェックを怠っており実際に身動きが取れなかったとしたら、どうでしょうか。それでは法人として、安全配慮に関する責任を問われても致し方ないといえそうです。

車でいえば、アクセル（チャレンジ）を踏むときは、必ずブレーキ（リスクマネジメント）も備えていなければ意味がありません。

逆にいえば、適切な予防策・事後対策をしっかりと実践していれば、何も恐れることはないのです。

介護事故の訴訟で最多の類型は転倒事故であり、次に多いのが誤嚥と思われまます。

転倒については、いつでもどこでも起こり得るものであり、利用者の状態や事故時の職員配置、状況など個別性が強いものです。裁判においても、過失の有無を始め責任認定が非常に困難です。そのため裁判結果にもばらつきがあり、同じような事故態様でも責任が否定されるものもあれば、高額な賠償が課されることもあります。

裁判事例を積み重ねていっても、結論として施設・事業所の側が「何をどこまでやれば免責されるのか」が明らかになってこないのです。全国の訴訟事例全体の傾向としては、最終的に施設が敗訴することが多く、賠償額も高額化の傾向にあるといえるでしょう。

一方で誤嚥の場合は、比較的責任の有無の判断基準がはっきりしています。繰り返しになりますが、以下の全てのポイントでミスが無ければ、裁判でも責任は否定される可能性があります。

- ・施設全体として 全職員に対する定期的な教育・研修
- ・事前措置 利用者の状態把握、適切な食事形態の選択、情報共有
- ・食事介助 適切な方法での実施 観察を怠らないこと
- ・異変時 誤嚥等が疑われるときは直ちに適切な処置に繋げること

八. 裁判所は、結果責任を問う場ではありません

残念ながら転倒においては、結果責任を問う場である傾向が無いとも言い切れないのですが、少なくとも誤嚥については「常食を提供し、窒息死させたから」という結果論だけで有責とされることはありません。それは前述の裁判例からも分かります。

ただし、そのためには、専門職が連携し誤嚥のリスク等につき十分に検討し、その対策を講じ、それでも常食を選択するという「検証」や「悩み」が事前になければなりません。

ですが、そうしたアセスメントやカンファレンスは、本来施設で当たり前のこととして実施されていることでなければなりません。つまり、裁判所は現場の真摯な努力、口から食べる取り組みのチャレンジそのものを否定することはないのです。

「おやつや行事食は危険だから、全面禁止」「少しでもリスクがあれば胃ろう造設」等といった極端なリスク回避策に逃げてばかりでは、結局現場の利用者が不幸になるだけです。ですから現場においては、安心してそうした取り組みを行い、利用者にとって本当に良いケアを目指して行ってください。

一方で裁判所は、万が一誤嚥事故が起きてしまったときに、どれだけその事故を想定して準備してきたかを厳しく問いかけます。「何かあったらこうしよう」と前向きに考え、然るべき対策を講じ、少しずつで良いので実践していくことです。その上で、生き活きとした介護を実現させてください。本書がそのきっかけになることを願っています。

九. 裁判は証拠が全て

裁判所は初めて見聞きする持ち込まれた介護事故につき責任の有無を分析し、判定しますが、「六.賠償認定のメカニズム」でご紹介した①事実から④過失（評価）の要素は全て「証拠」から認定されます。裁判官も神様ではありませんから、当事者から提出されたあらゆる証拠を総合的にみて、責任が認められるか否かを判断します。

裁判所で検証される証拠としては、文章だけでなく写真や音声データ、イラスト、または当事者の肉声（証人尋問で得られた証言）など多岐に渡りますが、何と云っても**当時業務としてつけられていた記録が重要視されます。**

記録に書かれていれば事実として認められ、逆に記録していないケアについては「記録しなかったが確かに実施した」と幾ら後から主張したところで認められない可能性が高いのです。

だからこそ記録は重要であり、いざというときの責任判定の重要な証拠となります。毎回「これは裁判所で証拠になる」と意識しながら書く必要はありませんが、介護保険制度上作成が必要という理由だけでなく、そのような側面も有していることは理解しておいていただきたいと思います。

現場で実践すべきマニュアルには、効果的な記録の方法として、誤嚥後に利用者の口から検出された食物残渣等を証拠として保存し、固形物であれば最低限**写真に撮っておく**ことを盛り込んでいます。このように写真に残しておくという方法は、転倒事故の場合も効果的です。その他、救命時は1秒を争うため正確な時刻のカウント、随時のバイタルサインの記録等も重要です。

誤嚥対策で身に着けた技術や知識を、他のリスクマネジメントにも生かしていきましょう。

一〇. 契約書とその説明方法

より実践的な話として、主に利用者家族との関係で裁判にまで拗れない**信頼関係**を構築する方法について説明します。

まずは入口となる、契約書を取り交わす場面です。リスクマネジメントの観点から最重要条項である「損害賠償」の規定をチェックしましょう。

例えば次のような定め方が一般的ですが、実際に事故が起きたとき何が問題となるのでしょうか。

(損害賠償責任)

第〇条 事業所は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。

2 事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

(損害賠償がなされない場合)

第〇条 事業所は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

- (1). 契約者およびその家族が、契約締結に際し、その心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- (2). 契約者およびその家族が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- (3). 契約者の急激な体調の変化等、事業所の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合
- (4). 契約者が、事業所もしくは職員の指示等に反して行った行為に起因して損害が発生した場合

正解は「速やかに」という文言です。

損害賠償はなるべく速やかに履行すべきという点については、人権擁護の理念としては確かに

そうあるべきであり、各種運営基準にもそのように定められています。

しかし「速やかに」という言葉は飽くまで**主観的な言葉**であり、具体的に何日、あるいは何か月以内に履行すれば「速やか」といえるかは立場によって全く異なります。

例えば、転倒事故で受傷したケースを考えてみましょう。

怪我をして長期入院となった利用者側からすれば一刻も早く賠償して欲しいところですが、施設としては、まず損害保険が下りるかどうかが調査が必要となるため、おいそれと入院費等を支払う訳にもいかない…結論を出すまで、1、2か月はどうしてもかかってしまうものなのです。このように文言から受け取る印象と実態のギャップが大きく悩ましい問題について、わざわざ誤解を生むような主観的な文言を入れる必要はありません。

更にいえば、あらゆる事故は①事実から④過失（評価）の要件にあてはめ個別具体的に検討されるため、第2項、「損害賠償がなされない場合」の規定は必須とはいえません。

結論として賠償規定は、シンプルイズベストであるといえます。それよりも重要なことは、契約時に事故のリスクについて如何に利用者家族に上手に伝え、また利用者側の要望や不安を引き出すかという現場でのコミュニケーションにあります。この点については後述します。

1) 賠償条項を改訂する場合

もし損害賠償条項を改訂する場合、どのような定め方が理想でしょうか。一つの参考例としてお示しします。

(損害賠償責任)

第〇条 事業所は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。

2. 事業所は、民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。前項規定の賠償に相当する可能性がある場合は、契約者又はご家族の方に事前調査等の手続にご協力頂く場合があります。

第1項は最初に見たものと同じです。「速やかに」と謳う規定は、条項ごと削除しています。ポイントは第2項の、損害保険の調査に関する規定です。実際に事故が起きると、その後どのような手続きで進んでいくかを説明するという趣旨になります。

必ずしもこのように定めなければならないという意味ではなく、あくまで利用者側への事前アナウンスという位置づけです。

トラブルを予防するために最も重要な要素は「先手」（せんで）です。文字通りトラブルを想定し先んじて手を打ち、備えるという意味です。

例えば第2項のように、事故が起きてしまう前に「私たちの施設では事故が起きた場合このように対応していきます。そのときはご協力をお願いします」と先回りして説明しておくのです。事故が起きる前であれば利用者側も、快く承諾して下さるでしょう。

このように、契約段階から日常業務まで、あらゆる場面で先手を意識的に実践していきましょ

う。

なお、損保会社の調査とは、例えば誤嚥事故で搬送された先の病院に対し、ご利用者のレントゲン写真やカルテ、診断書等の提出を求めることが典型的です。これらは個人情報になりますので、ご家族に個人情報開示に関する合意書面にサインして頂く必要があります。

こういった説明は面倒に思われるかもしれませんが、いざ事故が起き「加害者と被害者」の関係になってから家族側に依頼しても、「保険なんて、施設の都合だろう。契約書には速やかに賠償すると書いてあるじゃないか。今月からの入院費の請求は、施設で負担して頂きます。」等と反発されてしまう可能性が高くなってしまいます。その分、解決は遠ざかります。

なお「重大な過失が認められるときに限り賠償する」という記述に修正するのは効果的か、という疑問もありますが、このように、一方当事者にことさらに有利な条項は消費者契約法等に違反し無効であるとされる可能性が高いといえます。また、最終的に責任の有無は当該事件に沿って個別具体的に検討されるため、一律に契約書で責任を狭めたからといって責任認定のプロセスに影響することにはならないのです。

その意味でも、賠償に関する規定はシンプルなもの、余計な誤解を生じさせず、一方で手続に関して「先手」で説明するような内容がベストといえます。

2) 損害保険の家族への伝え方について

前述のように、事故が起きた後でご家族に「保険で対応します。」等と機械的に伝えると「誠意が無い」と見做されることもあり、保険会社の話はデリケートであることが多いといえます。

しかしながら施設は、正に賠償責任を負う事態になったときに備え施設の賠償保険に加入し、それが施設届け出時の義務とされているのですから、「保険で対応する」こと自体は何も責められるべきことではなく、当然の話です。

問題は、たいていの場合その「伝え方」にあります。話の流れや相手の捉え方にもよりますが、「事故の責任の有無については自分達には分かりません。保険会社が決めることです。」等とあたかも「他人事」のように説明してしまうと、それはご家族からすれば「誠意が無い」と映ってしまうことでしょう。

後述するように事故が起きたときは、まずきちんと道義的謝罪を行い、あくまで施設が当事者として主体的に進めていくことを前提に、利用者側から保険会社についての説明を求められた場合などには、「事故が起きたときのために加入している保険会社の判断を仰ぐこととなっている」との説明をすれば特段、問題はありません。契約時に予め概括的にでもお伝えしておくことで良いでしょう。

その大原則を曲げてしまうと、「保険は下りないが施設が自腹で賠償する」といったおかしな事態に陥ってしまいます。

誠意をもって事故の前後においてそのシステムを説明しておけば、ご家族のスムーズな協力を得られるでしょう。

3) 入所時の説明

契約時の損害賠償に関する規程は、例えば次のような説明が効果的です。

「第1項の「サービスの実施に伴い」生じた損害とは、例えば、**勿論あってはならないことですが**、利用者様が歩行中に転倒されたり、夜間にベッドから落ちたり、食べ物を喉に詰まらせるという事故が考えられます。

こうした事故の原因は、スタッフが一瞬目を離したり、見ていない間に居室で、ということが多いのですが、私どもの施設では特に利用者様の見守りや、ご家族との連携に力を入れておりまして、今まで大きな事故が起きたことは、おかげさまで一度もありません。

ですが、当施設では、他の事業所でも皆さんそうしておられるようですが、**利用者様のご意向・自由や尊厳・プライバシーを最大限に尊重するという方針**を取らせて頂いております。また、できるだけ日常生活の中でリハビリを実践し体力を維持・回復して頂きたいため、歩行困難でも敢えて歩いて頂くことも御座います。

事故を完全に防ぐには、極端な話利用者様をずっとベッドに縛り付けておけばいいということにもなりそうですが、そのようなことはしない、ということです。ところがご自宅におられるのと同じ要領で生活して頂きますと、やはりお一人お一人に**マンツーマンで職員が張り付くことができない以上**、当然、スタッフの目が行き届かないという状況も生まれてきます。

どうしても手の届かない所で、不意にバランスを崩して転倒されるということも考えられるわけです。或いは、ちょっとした衝撃で怪我をされてしまい、いつどのようにしてお怪我をされたのかが分からない場合も考えられます。

端的にいいますと、施設で事故が起きても、客観的にみて「自己の責に帰すべき」とは評価されない場合も実際には御座います。

つまり、**事故であればどんな場合でも直ちに賠償責任が発生するとは限らない**ということです。

ただし、骨折等の大きな事故が発生した場合で、入院先の医療記録等が必要となることもあるため、その開示に必要な同意書等をご家族様にお書き頂くこともあるのですが、予めご了承頂けますでしょうか。

そういった事情をご理解頂きたく、その上で利用者様の安全を守るために最大限気をつけて実施して参りますので、ご理解・ご協力頂ければと思います。

私どもは介護のプロではありますが、〇〇様のことを一番ご存知の方、〇〇様のプロはご家族しかおられません。是非、〇〇様のことをこれからも教えて頂ければと思います。

今までのご説明の中で、ご不明な点は御座いますか？

先ほど〇〇様に関するリスク分析をご説明しましたが、何かご不明点等は無かったですでしょうか。」

技術としてのポイントは、①生じ得る事故を具体的に説明しイメージして頂く一方で、その防止策をセットで伝え家族に安心して頂くこと、また②家族に改めて質問を投げかけることで個別の注意点や心配ごとを引き出し、これを現場のリスクマネジメントに取り入れることです。

ご家族によって気になる点は千差万別ですが、定型的なアセスメントからは漏れてしまう情報も多々あります。

例えばパンが好きで、むさぼる傾向がある利用者について、家族が「うちの父はパンを一気に食べてしまうので怖い」と相談員に話したとします。ところが相談員はこの情報を「パンが好き」としかアセスメントシートに記載しなかったとしたら、どうでしょうか。「パンの窒息を防ぐために、できるだけ小さくちぎって提供しよう」といった現場での対策に繋がらない可能性が出てきます。こうした抜け、漏れを回避するためにも、契約時に再度リスクを家族と共に「洗い出す」意識で臨むと効果的です。

4) チェックリストを読み上げ同意のサインをもらえば足りる？

「高齢者は骨が脆く骨折しやすいこと」「嚥下能力が弱まり誤嚥の可能性があること」など高齢者特有のリスクを羅列し、契約時にこれを読み上げ、説明した上で「上記リスクにつき了解致しました。」という形でご家族のサインを頂くというやり方があります。

これ自体、全く無駄という訳ではないのですが、前述のとおり、ある事故についていざ法的責任が問われれば、そのケースについて徹底して個別具体的に検証されることとなります。そして、①事実から④過失（評価）の要件に各事情を当てはめ、第三者的見地から客観的に結論が下されます。

そこに、例えば「利用者やご家族が誤嚥のリスクについて同意した」ことは考慮される余地は基本的にありません。たとえリスクそのものについて「了解」したところで、損害賠償請求権そのものを放棄したわけではない、と言われてしまえばそれまでなのです。

この「リスト方式」では、ただ機械的に項目を読みあげサインを求めるだけという気休めの「儀式」になってしまい、真の意味でご家族側の理解と協力を得られる成果に結びつかないという懸念もあります。

事故リスクを説明するときは、これまで説明してきた方法で具体的に起こり得る事態をご家族にイメージして頂き、その上で「いかなる場合も賠償義務が生じるものではなく、その判定には保険会社の調査が必要である」という事情を理解して頂くことが大切です。

一一. 事故が起きてしまった場合の対応法

1) 謝罪の種類

もし現場で誤嚥事故が起き、マニュアルに沿って救命措置を施したにもかかわらず利用者が亡

くなってしまった場合、施設として家族に対してはどのようなスタンスで臨むべきでしょうか。大別して二通りが考えられます。

- A やるべきことはやったのだから、こちらに非は無い。謝罪すると、責任を認めたと誤解されるので、謝らずにお見舞いの言葉をかけるに止める。
- B 施設利用中に起きてしまった事故である以上、素直に謝罪したい。

訴訟（民事訴訟）を回避するという観点からは、どちらが望ましいでしょうか。

正解はBです。利用者の家族としては、やはり施設に対しまず「謝罪して欲しい」と願っているものなのです。本冊子では、事故が起きたときは原則として謝罪することをお奨めします。

ここは実務に直結する重要な点ですので、詳しく解説します。

「そうはいつでも、現場の判断で不用意に謝ってしまってもいいの？」

「責任が生じてしまうから、絶対謝ってはいけないと上から言われた」…

謝罪の重要性についてお話すると、そんな疑問の声も聞こえてきます。

お気持ちはごもっともですが、心配には及びません。

法律上、**謝罪すること**と「**法的責任を認める**」ことは**別問題**であり、明確に分けられます。

一つ実際の裁判例をご紹介します（平成22年12月8日 東京地方裁判所立川支部判決）。

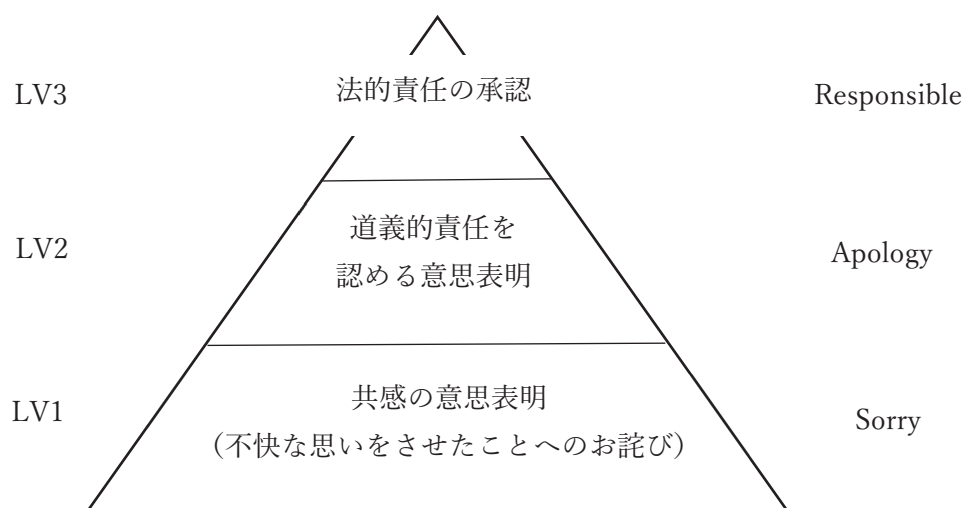
これは、デイサービスの利用者が食事中に誤嚥し死亡した事案で、後に遺族が施設を提訴したのですが、裁判において原告ら遺族は、「被告施設の施設長が当初は責任も認めていたにもかかわらず、後日被告が法的には責任がないという態度を明らかにしたこと」を不当と主張しました。

これに対し裁判所は「施設長が謝罪の言葉を述べ、原告らには責任を認める趣旨と受け取れる発言をしていたとしても、これは、介護施設を運営する者として、結果として期待された役割を果たせず不幸な事態を招いたことに対する**職業上の自責の念**から出た言葉と解され、これをもって被告に本件事故につき法的な損害賠償責任があるというわけにはいかない。」としてこれを退けています。

ここにいう「自責の念」こそが、現場において積極的に表明すべき意思であり、これは賠償責任とは本来異なる次元なのだということがポイントです。この自責の念は「**道義的謝罪**」と言い換えられます。

下図「謝罪の種類」をみて下さい。

(参考) 謝罪の種類



謝罪には三つの段階、レベルがあります。まずこのような構造になっていることを理解し、自分がどのレベルの謝罪をしているのかを自覚できるようにすることが必要です。

三角形の右側をみると、各レベルに相当する英単語が存在します。これらの言葉を意識的に使い分けることで、「法的責任については留保しつつ、被外者への共鳴の意思と同義的責任を認め謝罪する」という伝え方が可能となっています。

一方日本語はどうかというと、「御免なさい」「申し訳ありません」「反省しています」等々フレーズは数あるものの、ではその言葉が何を意味し、何を「意味しない」のか、という対象はどれも曖昧であり、先に挙げた例の様にすぐ誤解を生じさせてしまうという問題があります。

しかし、私たちが日本人である以上、日本語を使うことは避けられないことですから、対策としては「道義的責任」を認め謝っていると意識しながら「すみません」と謝ることになります。重要なことは、もしご家族から「法的責任も認めるのか(金銭を支出するのか)」と聞かれたときに、安易にその場で自分だけの判断で認めてしまわないことです。その追及を想定した答え方が、次の謝罪例になります。

「今回の事故が起きたことについては、心から申し訳なく思います。ですが、法的責任の所在は別途正確に検証すべき問題であると理解しております。法的責任については、ご契約の際にご説明したとおり、私共の調査(或いは保険会社との事前調査)を行う運びとなります。ご家族様の方でも手続きがいくつ必要となりますので、ご協力をお願い致します。」

もちろん、適切な介護を行っていた点があるのであれば、そのことも丁寧に説明する必要があります。「法的責任はどうするのか」とご家族から尋ねられたら、上記のように施設、或いは保険会社等の事前調査が必要であること、その際の手続等にご協力いただきたいことを丁寧に説明し、改めてご協力をお願いすれば良いのです。

2) まず率直に謝罪する

家族の側から見ると、「何があっても頑なに謝罪しない施設(事業所)」はどう映るでしょうか。

想像してみるとすぐ分かるかと思いますが、例えばご自分の大切なお母様が特養で食事中に窒息、搬送先病院で死亡したとしましょう。

家族が涙ながらに、何度呼びかけても、母は反応が無い。最後に会ったときはあんなに元気だったにもかかわらず。施設のせいで、母の穏やかな余生が台無しにされてしまった。親の死に目にも会えなかった。心の準備も無い状態で、突然今生の別れを突きつけられた…頭では理解しているつもりでも、やはり最後までこのような恨みの思いや、「施設の方で落ち度があったからこのようなことになってしまったのではないか」という不信感が拭い去れないものなのです。

そんな変わり果てた母の前で施設長は、「この度は、残念でした」としか言わない。それ以外のことは、まるで上から命令されているかのように不自然に口をつぐんでいる。このような頑なな態度では、「お世話になっている施設だから、責める様なことはやめておこう」といくら頭では自制しようとしても、感情面で「許せない。窒息させたことについて自覚があるのか。徹底的に追及してやる」と怒りを覚えてしまうのではないのでしょうか。

皮肉なことに、事故前の関係が良好であればあるほど、事故後の対応が不自然な印象を与えるものであると、家族は「あんなに親切だった施設長さんが、手の平を返したかのように冷酷になってしまった。裏切られた」と感じるものなのです。ですから、施設としてはむしろグリーンケア（身近な人と死別する等して悲嘆に暮れる人が、その悲しみから立ち直れるよう精神面で寄り添い支援すること）の観点から、まず道義的な意味で謝罪することが肝心なのです。

「私たちがついていながら、このようなことになってしまい、本当に申し訳ありません。」と自分達の側から言い頭を下げれば、家族としても幾分か安心して「いえいえ、よくやって下さったと思っています。仕方のない事故だったのです。」と返すことができるのです。

その上で、保険会社も交えた調査検討の結果を踏まえ、施設が過失などが認められない事故であると判断した場合には、家族にそのことを説明し、「法的に賠償義務は認められないものと考えます」とはっきりと当方の見解を伝えれば良いのです。こればかりは法に則り客観的事情に基づき判断されるものですから、事実を曲げてまで家族の要求に合わせることはできません。家族側で納得いかなければその後民事訴訟などの法的手段に及ぶかもしれませんが、それはこちらでコントロールできることではない以上、淡々と対応していく他ありません。やるべきことをしっかりしてきたのであれば、何も恐れることは無いのです。

このように介護事故というものは、事業所・家族の両方の立場で見え方、感じ方が全く異なるという構造的な問題があり、そのため感情面ですれ違いが生じ、家族側の怒りを生じさせやすいという危うさがあります。

だからこそ施設事業所側としては、ご家族にかける言葉、特に初期対応における謝罪の言葉に細心の注意を払い、心理面でのケアを実践していく必要があります。ところが現実には、「責任を認めるような言動をして、賠償請求されたらどうしよう」という恐怖が先立ち、どうしても自分達の防衛に走ってしまいがちです。しかし、一方で現場の事故を全て未然に防止することはできません。

だからこそこういった**事故を普段から「想定内」とし、事故前後になすべきことを決め実現していこう**というのが、先手の発想であり本冊子の意図に他ならないのです。

一ニ. 誤嚥リスクマネジメントのポイント整理

- ✓ 「何かあったらどうするの」→「何かあったらこうしよう」
- ✓ リスクを知り、対策を講じることで不安は消え、チャレンジできる。
事故の結果問われる法的責任：
 - 刑事…業務上過失致死傷罪
 - 民事…契約責任・不法行為責任
- ✓ 民事責任への対策：
 - ①なるべく裁判にまで拗れない**信頼関係**を利用者側と構築する
 - ②いざ訴えられても法的責任が認められない（「やるべきことはやった」）レベルの対策を講じておく
- ✓ 責任認定のメカニズム：4つの要件
 - ①事実 ②過失（予見可能性と結果回避可能性） ④結果 ③因果関係やるべきこと（適切な内容のマニュアル）を決めて実践（職員の教育と研修を含む。）していれば、責任は否定される。
 - * 職員の教育と研修については、事故発生時にマニュアルに沿った介護を実践していたかどうか重要
- ✓ 裁判は証拠が全て：文章以外にも、**残渣物の写真**を撮るなど工夫を。
- ✓ 契約書とその説明方法：
 - 「**先手**」の意識でトラブルを想定し先んじて手を打ち、備えること。
 - 条項はシンプルに、事故発生後の保険の手続きについて**予め協力を求める**。
 - 「**全ての事故につき賠償責任が生じるものではない**」ことをご理解頂く。
- ☞ 事故が起きてしまった場合の対応法：
法的責任 ≠ **道義的謝罪**
道義的な謝罪をし、ご家族の悲しみに**寄り添う**こと。