

# 介護事故とリスク管理

弁護士法人  龍馬

# 目次

**第1 介護事故と法的責任**

**第2 裁判例**

**第3 訴訟の流れ**

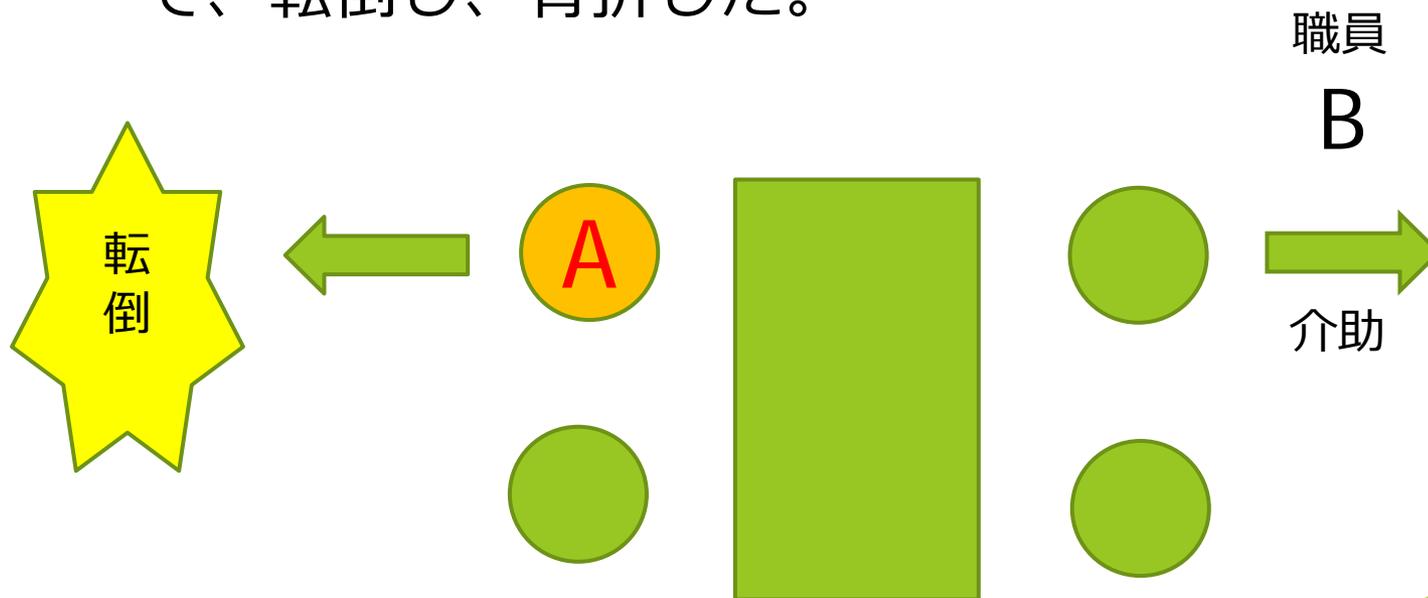
**第4 事故発生時の初期対応**

**第5 リスク管理**

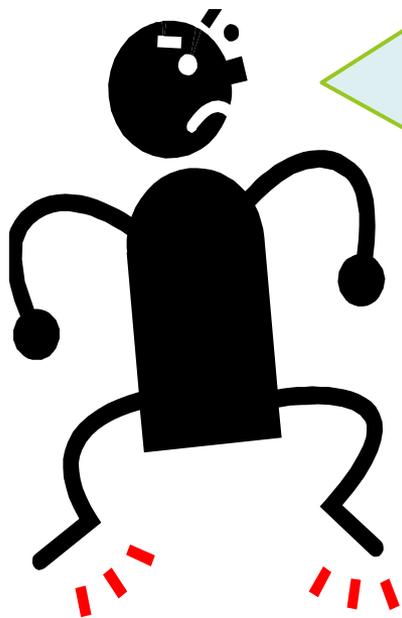
# 第1 介護事故と法的責任

# 事例

静養室において、職員Bが他の入居者の介助中、Aが椅子から立ち上がろうとして、転倒し、骨折した。



# どのように考えますか？



Aは、誰も見ていないところで転んだので、施設側に責任はありません。

高齢者なのだから、転ぶ可能性があり、常に見ておくべきだ！私はいつも気をつけていた！



# 介護事故と法的責任

- 法的責任を負う根拠は、契約上の責任（安全配慮義務）と不法行為責任（結果回避義務違反）
- どちらにしても、結果責任ではない！  
→ 安全を「保証」するものではない。

# 安全配慮義務とは？



利用者

介護契約を結んだのだから、  
身の回りの安全に配慮してもらえないはず。

契約書に記載がなくとも当然に認められる

介護サービス契約

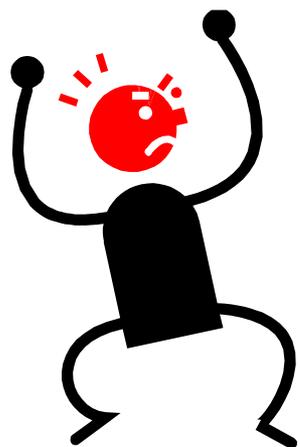
↳ 利用者の生命・身体に関わるサービス

介護サービス契約をした事業者

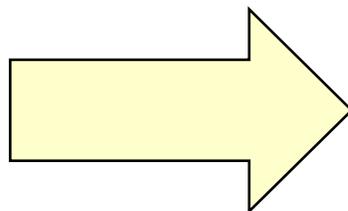
↳ 利用者の生命・身体・安全に配慮する義務

# 不法行為責任とは？

契約関係になくても，故意又は過失によって利益を侵害した場合には，損害賠償の責任を負う。



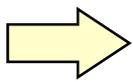
家族等



介護職員個人

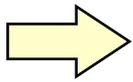
※施設は使用者責任

故意

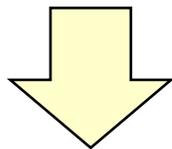


結果を認識しながら行為を行った状態

過失



悪い結果が生じるかもしれないと予測  
(結果予見可能性)しつつ、「してはならない」又は「しなければならない」義務(結果回避義務)を怠ったこと



※ 一般化した義務に違反したか？

個人の主観的事実や心理状態は問題ではない。

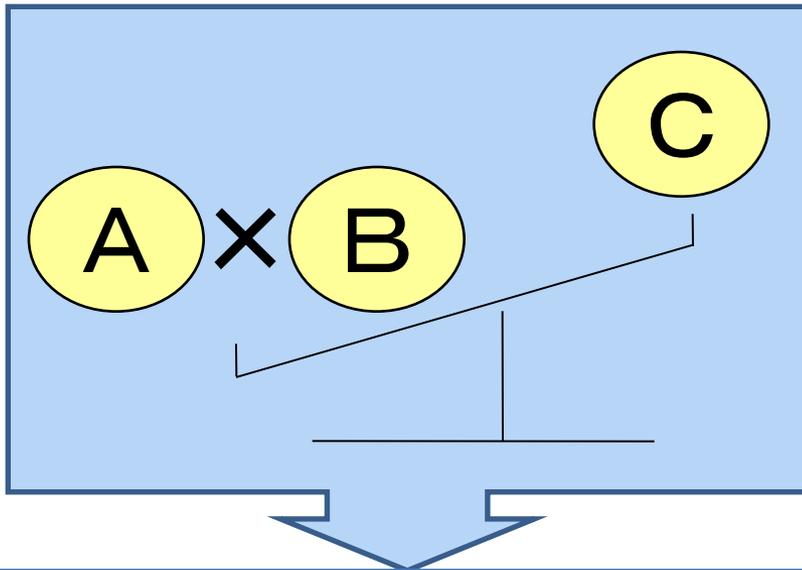
# 義務の内容は？

- 考え方

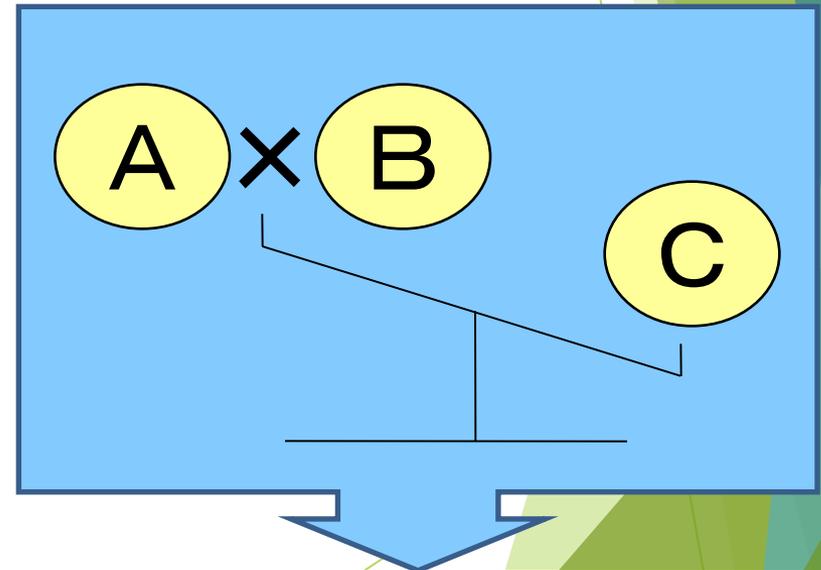
A 損害が発生する危険性の高さ

B 損害の大きさ

C 損害を防ぐための義務により犠牲になる利益の大きさ



損害発生防止のための  
義務あり



損害発生防止のため  
の義務なし

# 介護事故にあてはめると...

生命に関わる損害

加齢による能力低下(日々変化する!)

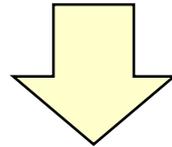
高度な義務を求められる要素

責任を限定する要素

利用者の自立・プライバシー  
コストの問題・ノーマライゼーション  
現有能力の活用

# 義務の内容, 程度は

- ①各利用者の能力・状況
- ②事故直前の状況
- ③事故状況
- ④対立する利益の大小



個々, 具体的に判断する!

→ 責任があるか, 無いかは利用者の事故状況, 事故前の能力, サービス契約の内容, ケアプラン等の情報を集めなければ判断できない!

# 転倒事故で考える

## 【損害の発生する危険の高さ】



## 【損害の大きさ】

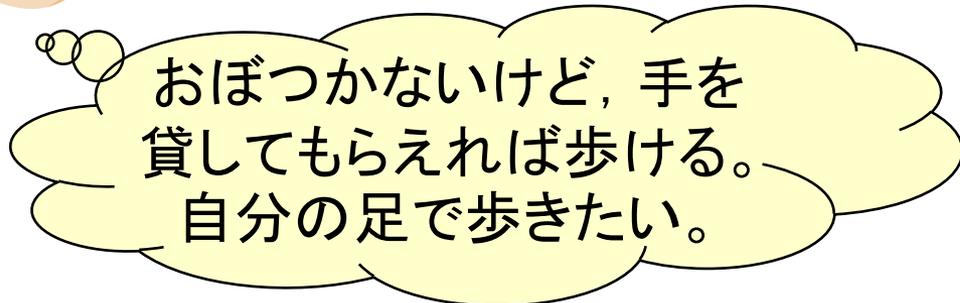


## 【損害を防ぐための義務により犠牲になる利益の大きさ】



利用者の自立を妨げ車椅子を使用

×



介護は、利用者の尊厳・自立を促す中で提供されるもの。残存能力を無視すべきではない。

# 安全配慮義務と不法行為責任（共通）



① 金銭に評価して損害を賠償

精神的苦痛

ケガ



② 損害の公平な分担。過失相殺制度



発生した  
損害合計

—

利用者自身の行為や不注意



# 安全配慮義務と不法行為責任（相違点）

## 債務不履行責任

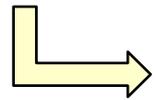
- 契約を前提とした契約責任。
- 時効は、10年
- 事業者のみが責任を負う。

## 不法行為責任

- 契約を前提としない責任。
- 知ったときから3年で時効。
- 個々人も責任を負う場合あり。
- 遺族が特別な慰謝料請求できる。

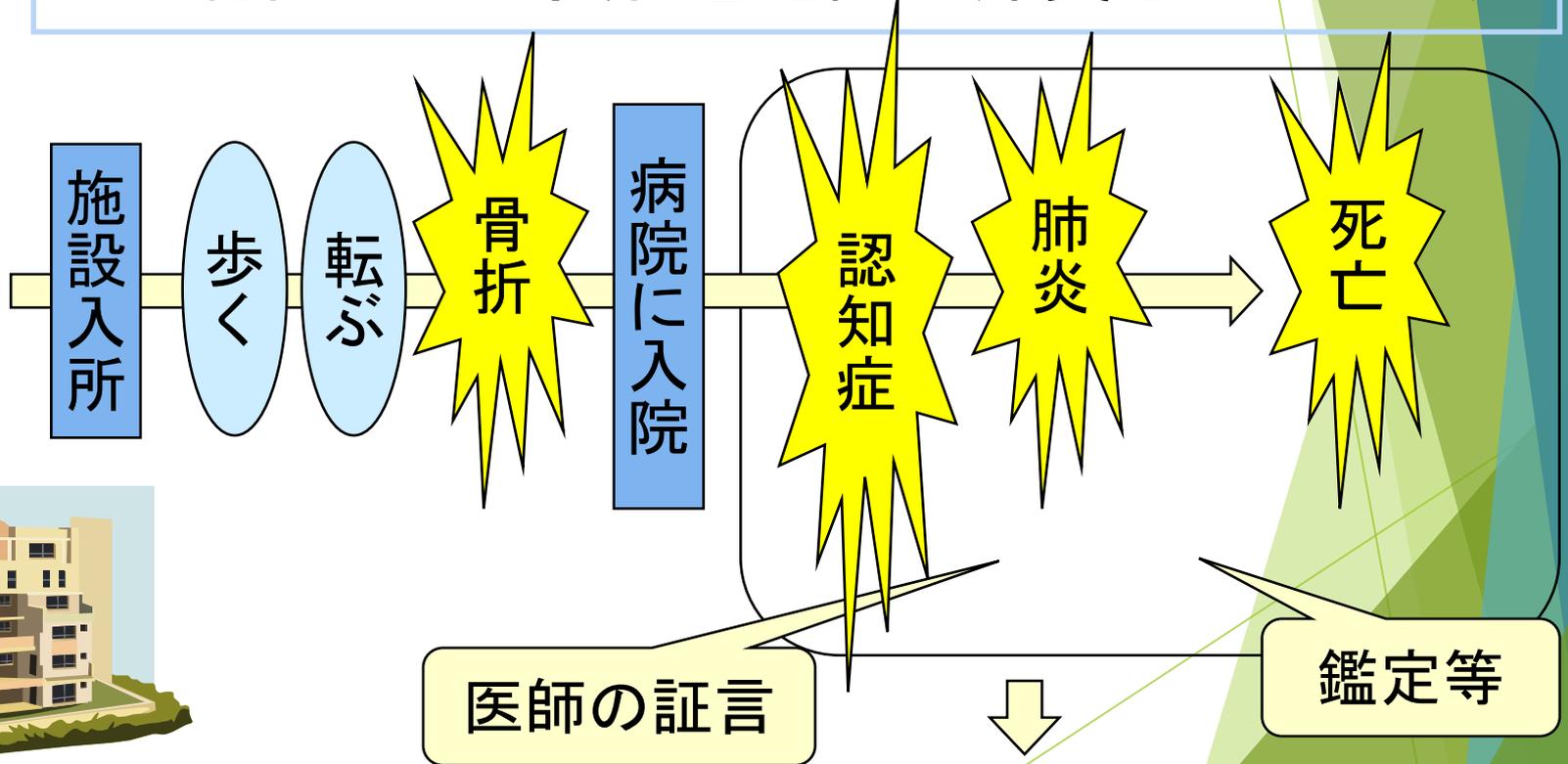
# 責任の範囲

この行為を行ったために、損害が生じた



どの範囲までの損害を施設に帰責させるのか。

【例】



利用者の歩行介助をしなかった

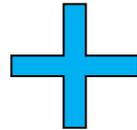
施設が負担すべき損害を判断

# 損害賠償の内容

利用者の生命・身体・健康が侵害された場合



治療費等実際にかかった費用



慰謝料

将来介護費

逸失利益

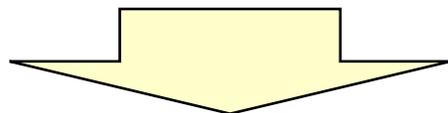
# 損害が発生しない場合・・・

転倒しそうな利用者を放置しても事故にならなければ、法律上、賠償責任は生じない

けれども・・・

## 【事故以前の取り組みが大事】

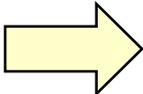
日ごろから、利用者の生命・身体を預かる者として、安全に配慮する設備作りができているかという視点を持ち、介護状況を把握する必要がある。



利用者から信頼される環境作りを！

# 介護事故において問われる責任

民事上の責任＝金銭	刑事上の責任＝禁錮等
<ul style="list-style-type: none"><li>・ 債務不履行責任 （民法415条）</li><li>・ 不法行為責任 （民法709条）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 業務上過失致死傷罪 （刑法211条1項）</li></ul>



## 民法415条

債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者はこれによって生じた損害の賠償を請求することができる

## 民法709条

故意または過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う

## 刑法211条1項

業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、五年以下の懲役若しくは禁錮又は百万円以下の罰金に処する

# 1-2 刑事上の責任・行政上の責任



## ■ 刑事上の責任

- ① 通常の「過失傷害」より重い量刑
- ② **個人に対して**責任が問われる
- ③ 実際に事故現場にいなくても、「監督」や「管理」に着目して、責任を負うことがある

## ■ 行政上の責任

- ・重大な介護事故の場合，行政へ報告の必要あり。
- ・内容に問題があれば，是正勧告。
- ・施設の指定取消，介護福祉士・ヘルパーの業務停止・資格剥奪・登録取消などもあり得る。

# 第2 裁判例

# 1 転倒・転落事故判例

東京地裁 平成25年5月20日判決  
(一部認容)

事案：

送迎車両において、職員が他の利用者を介助している時に、利用者が自ら降車しようとして転倒し、右大腿骨頸部骨折等の傷害を負った事案

本件のポイント：  
通所介護契約において、施設側は、利用者を常時見守る義務を負うのか？

## (1) 事案の概要

入所者 A	大正11年生まれの女性 認知症，要介護度1
原告	入所者A（成年後見人）
被告	介護サービス等を業とする株式会社
事故状況	宿泊送迎車両に一旦乗車したAが，職員と看護師が他の利用者の介助中に，自ら降車しようし転倒したものの。右大腿骨頸部骨折の傷害。
請求額	合計 1370万6000円 ・ 傷害慰謝料 275万6000円 ・ 後遺障害慰謝料 795万円 (大腿骨骨折8級の7) ・ 受傷状態放置に対する慰謝料 300万円

Xがトイレをすませたこと、忘れ物がないことを確認。  
Xの着席を確認後、シートベルトの着用を指示。

転倒

一人で乗車・着席

X

X

職員  
A

職員  
B

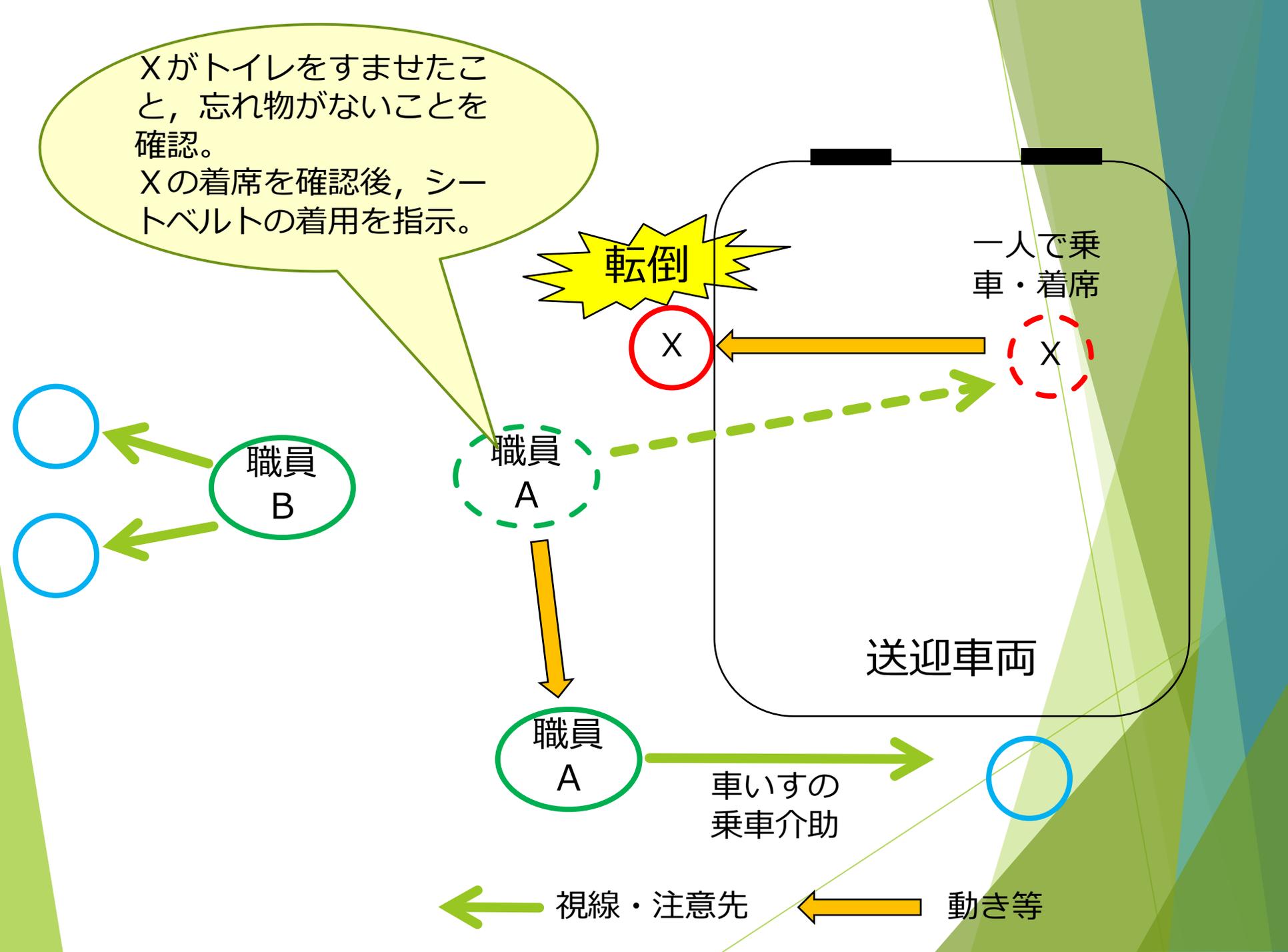
職員  
A

送迎車両

車いすの  
乗車介助

視線・注意先

動き等



## (2) 常時見守るなどして転倒を防止すべき義務に違反したか～原告と被告の主張～

原告の主張	被告の主張
<p>施設側は、介護サービスを提供する間は、常に利用者が転倒する可能性を予見し、これを回避すべき高度の注意義務を負う。</p>	<p>通所介護契約においては、施設側が、常時利用者から目を離さないようにする義務を負うわけではない。</p>
<p>具体的には、</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ Aは、容易に転倒して骨折する危険が</li><li>・ 一旦乗車しても、その後トイレに行こうとするなど、不意に移動する可能性があった</li><li>・ 少なくとも1名の職員は、継続して見守っている必要があった。</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ Aの認知症は軽度で意思疎通は問題なし</li><li>・ 自立歩行も可能で、特段の介助は不要</li><li>・ 事故前、Aを着席させ、排尿を済ませていることや忘れ物ないことも確認済み</li><li>・ Aが、不意に降車することは予見不可能</li></ul>

## (2) 常時見守るなどして転倒を防止すべき義務に違反したか～裁判所の判断～

### 裁判所の判断

#### 事故前のAの状態

意思疎通可能，要介護度1で，自力歩行可能，日常生活上の動作自立（トイレ，衣服着脱，車の乗降やシートベルトの着脱いずれも可能），過去に無断でトイレに行ったり，転倒したことはなかった。家族から，頻尿や転倒の報告を受けたこともなかった。

#### 施設側の体制

5名の利用者に対し2名の職員で送迎対応。Aに対し，着席させた後，忘れ物ないことや，排尿済ませたこと，着席したこと確認。  
Aが転倒したのは，他の者の介助のため，職員が目を離したごく短時間の隙。

Aが不意に降車しようとすることを具体的に予見するのは困難。  
他の利用者の介助のため，着席していたAからしばし目を離していたことが，介護の在り方として相当な注意を欠くものであったとはいえない。

常時Aが転倒することのないように見守るべき義務を負っていたとは認められない。事故状況からして，施設側の安全配慮義務違反によって生じたとはいえない。

# (3) ポイント

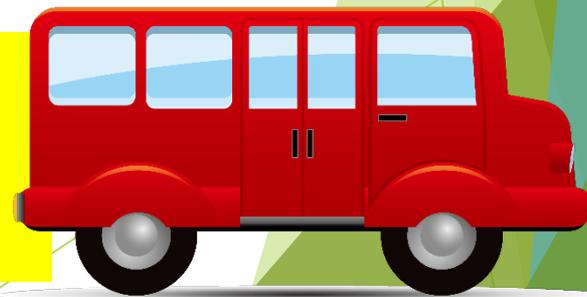
## ① Xの能力

- ・ 会話による意思疎通が可能
- ・ 自力で歩行することが可能
- ・ トイレや衣服の着脱，車の乗降・シートベルトの着脱も自立
- ・ 無断でトイレに立ったり，介護施設内で転倒したりしたことはない。

## ② 周辺事情

- ・ 送迎車両への乗車は一人で行った。
- ・ トイレや忘れ物がないことを確認。

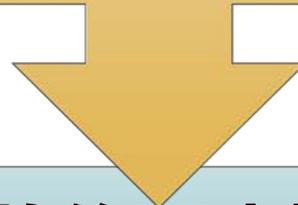
Xの転倒の危険性は低い  
→ 見守りの程度も軽減



## (4) 請求内容と結果

### 利用者の請求：

見守り義務と、事故直後の医療措置を怠ったことを理由とし、1370万6000円の損害賠償を求めた。



結果：一部認容(事故後医療機関に搬送する義務違反のみ肯定。)20万円の損害賠償

## 2 その他転倒事故判例まとめ

判決年月日	東京地裁平成15年3月20日 (一部認容事例)
事案の概要	被告設置医院のデイケア利用者が、デイケアからの帰宅時送迎バスを降りた直後、転倒・骨折し、更には肺炎を発症して4ヶ月後に死亡した事案
利用者	事故当時78歳の男性 アルツハイマー型老年性痴呆であったが、簡単な会話は理解可能で、自立歩行も可能 他方、貧血状態、体重は減少傾向
施設	小規模精神科デイケア承認施設
請求内容	注意義務違反を理由に債務不履行又は不法行為に基づき慰謝料等1657万8813円を請求
裁判結果	6割の過失相殺の上、慰謝料等308万707円につき認容

判決年月日	福島地裁白河支部平成15年6月3日 (一部認容事例)	福岡地裁平成15年8月27日 (一部認容事例)
事案の概要	介護老人保健施設において、自室のポータブルトイレ中の排泄物を捨てに行こうとして自ら汚物処理場に赴いた際に、出入口の仕切りに足を引っかけて転倒・骨折した事案	被告の運営する介護サービス施設内で転倒し骨折の傷害を負って入院し、右下肢短縮、歩行不能、痴呆状態の増悪の後遺障害を負った事案
利用者	事故当時、95歳、要介護2の女性 日中はトイレを使用していたが、夜間はポータブルトイレを使用	事故当時95歳の男性 独立歩行は困難だが、ものに捕まる等しての歩行は可能 痴呆により意思伝達は困難
施設	介護老人保健施設	介護サービス施設
請求内容	債務不履行又は工作物設置・保存の瑕疵があったとして民法717条に基づき、慰謝料等1054万7970円を請求	介護サービス契約上の安全配慮義務の債務不履行に基づき、損害賠償として慰謝料等合計1340万円を請求
裁判結果	慰謝料等537万2543円につき認容	慰謝料等470万円につき認容 (後遺障害慰謝料について素因減額をした)

判決 年月日	福岡地裁小倉支部平成18年6月29日 福岡高裁平成19年1月25日 (棄却事例)	京都地裁平成18年5月26日 大阪高裁平成19年3月6日 (棄却→一部認容事例)
事案の 概要	特別養護老人ホームにおける転倒・骨折事故につき第1審・第2審ともに事業者の責任を否定した事案	グループホームにおいて、利用者が、職員の待機指示後に転倒・骨折し、その2年余り後に死亡した事案
利用者	事故当時88歳の女性 ほぼ全盲で、老年性痴呆 意思疎通は可能で介助による自力歩行も可能	事故当時79歳の女性、要介護3 平坦な場所はつかまりなしに独立歩行可能 事故前独立歩行による転倒なし
施設	特別養護老人ホーム	グループホーム
請求内容	主位的に不法行為、予備的に債務不履行に基づき、慰謝料等2000万円を請求	債務不履行に基づき慰謝料等合計4300万円を請求
裁判結果	第1審・請求棄却 控訴審・請求棄却	第1審・請求棄却 控訴審・652万9070円につき認容 (死亡との因果関係は否定)

判決年月日	結果	主な理由
東京地裁 平成23年6月14日判決	一部認容	センサー設置等転落防止措置義務違反 (特養でのベッドからの転落事故)
東京地裁 平成24年7月11日判決	請求棄却	転倒の予見可能性なし (介護付き老人ホーム体験入所時の事故)
東京地裁 平成24年11月13日判決	請求棄却	転倒の予見可能性なし (デイケア施設での事故)

# 2 誤嚥事故判例

水戸地裁 平成23年6月16日判決

事案：

利用者が、昼食時に常食で提供された刺身を誤嚥し、その後死亡した事案。

本件のポイント：

利用者側が、常食の提供を強く希望した場合でも、施設側は責任を負うのか？

# (1) 事案の概要

入所者 A	大正7年生まれ（当時86歳）、パーキンソン病に罹患
原告	Aの子ら3名
被告	病院及び介護老人保健施設の経営等を目的とする医療法人
事故状況	刺身を誤嚥して窒息し、心肺停止状態となり意識不明のまま、約4ヶ月後に死亡。
請求額	合計 1名あたり1159万5894円（合計3478万7682円） 内訳 逸失利益 285万5682円 傷害慰謝料 120万円 死亡慰謝料 2500万円 葬儀費用 150万円 付添看護費 107万2000円（日額8000円で算定） 弁護士費用 316万円

## (2) 請求内容と結果

### 利用者の請求：

刺身の提供や見守りに懈怠があり，安全配慮義務違反を理由に，1人あたり，1159万5894円の賠償を求めた。

### 結果：

1人あたり，734万5227円の限度で**請求認容**

## **(3) 争点**

**(1) 常食提供についての安全配慮義務違反の有無**

**(2) 見守りに関する安全配慮義務違反の有無**

**(3) 損害額について**

## (4) 常食提供についての安全配慮義務違反の有無 ～原告と被告の主張～

原告の主張	被告の主張
<p>刺身の常食提供は、介護契約上の安全配慮義務に違反する。</p>	<p>Aに対し、刺身を常食で提供したことに、過失はない。</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>・ Aに嚥下障害があり、自宅ではペースト状の食事であったことは、予め施設に伝えていた。</li><li>・ Aは、入所時より、嚥下機能の低下が顕著であった。</li><li>・ 事故前は特に身体機能が悪化していた。</li></ul>  <p>Aに常食を提供すべきでなかった。</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 常食の提供は、Aの強い希望による。</li><li>・ 常食の提供は、QOLの確保、リハビリに資する。</li><li>・ Aの健康状態や摂食状態は、良好で安定していた。</li><li>・ 入所時から事故まで、Aの摂食状態は、良好であった</li></ul>

## (4) 常食提供についての安全配慮義務違反の有無 ～裁判所の判断～

### 裁判所の判断

施設側は、Aが誤嚥する認識可能性あり

- ・ Aは食事時むせるとの**医師**の指摘
- ・ **家族**は「全粥きざみ食」の提供を希望
- ・ **施設サービス計画書**に、「嚥下能力低下、嚥下障害があり食事時にムセがある、誤嚥の危険性が高い」との記載
- ・ **事故前の食事**は、全粥、ペースト状の副食
- ・ 認定調査票、ケアチェック表にも、上記と同様の記載
- ・ 医師、介護士の**サービス担当者会議**で「誤嚥注意」との発言あり
- ・ 事故前の食事時にひどくむせていた

提供された刺身に、嚥下しやすくするための**工夫なし**  
刺身は、筋があり咀嚼しづらくかみ切りにくく、嚥下能力低下した高齢者に**適さない**

Aが刺身を誤嚥する可能性高いこと**十分予想**しえたのに、Aに刺身の常食を提供したことは、誤嚥等の**事故**を防止する安全配慮義務違反にあたる

## (5) 見守りについての安全配慮義務違反の有無

原告の主張	被告の主張
施設側は、事故当日、Aの見守りを怠った安全配慮義務違反がある。	施設によるAの見守り体制は十分であった。
・施設側は、Aの食事中付き添って見守り、誤嚥が疑われる場合には、即座に対応できる体制を整備すべきであった。	・食事中、職員5～6名が、90名の利用者を見回っており、緊急時に即座に対応できる体制を整えていた。 ・パーキンソン症候群のAは、特に見守りやすい位置に配置していた。

### 裁判所の判断

刺身を常食で提供したことに、安全配慮義務違反が認められるから、事故当日の見守りについての安全配慮義務違反については、判断するまでもない。

## (6) 損害額について

	請求額	認容額
逸失利益	2 8 5 万 5 6 8 2 円	2 8 5 万 5 6 8 2 円
傷害慰謝料	1 2 0 万円	0 円 (死亡慰謝料内で斟酌)
死亡慰謝料	2 5 0 0 万円	1 5 0 0 万円
葬儀費用	1 5 0 万円	1 5 0 万円
付添看護費	1 0 7 万 2 0 0 0 円 (日額 8 0 0 0 円)	6 7 万円 (日額 5 0 0 0 円)
弁護士費用	3 1 6 万円	2 0 1 万円
合計	1 人あたり 1 1 5 9 万 5 8 9 4 円 (合計 3 4 7 8 万 7 6 8 2 円)	1 人あたり 7 3 4 万 5 2 2 7 円 (合計 2,203 万 5 6 8 1 円)

# 2 誤嚥事故判例

神戸地裁平成24年3月30日判決（1審）

大阪高裁平成25年5月22日判決（控訴審）

## 事案：

有料老人ホーム入所3日目の利用者が、  
自室内で朝食のロールパンを誤嚥し  
窒息死した事故。

## 本件のポイント：

- ・ 1審と控訴審で、判断が分かれた事案
- ・ 施設に提供された**診療情報提供書**からの誤嚥の予見可能性



## (2) 請求内容と結果

利用者側の請求：

①パンの提供や②居室配膳としたことの過失を理由に、1人あたり641万6724円の賠償を求めた。

結果（1審神戸地裁）：

請求棄却

逆転  
勝訴

結果（控訴審大阪高裁）：

1人あたり、309万6724円の限度で請求認容

### (3) 争点

Aの誤嚥についての**予見可能性の有無**

**安全配慮義務違反の有無**

**損害額について**

## (4) Aの誤嚥についての予見可能性の有無 ～原告と被告の主張～

原告の主張	被告の主張
<p>施設側は，Aの誤嚥の危険性につき，予見可能。</p>	<p>誤嚥の危険性につき，予見可能性なし。</p>
<p>医師作成の診療情報提供書，看護・介護サマリー，紹介書</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>嚥下障害の原因となり得る病名，既往歴が記載され，誤嚥の可能性が明確に指摘されていた。</p>	<p>①診療情報提供書には難治性逆流性食道炎，紹介状には食道裂孔ヘルニアとの各記載があるが，食事時の誤嚥とは関連性はない。</p> <p>②紹介状には「時折嘔吐を認めています。誤嚥を認めなければ経過観察でよい。」と記載されているだけ。</p> <p>③介護・看護サマリーは，看護師作成文書ゆえ，記載内容を強調すべきでない。</p> <p>④事故前2日間の摂食状況も問題なかった。</p> <p>家族が作成した入居申込書にも，食事につき何の要望もなかつた。</p>

## (5) ポイント～第1審神戸地裁の判断～

### ① 病院から施設に提供されていた情報

- ・ 診療情報提供書・看護サマリー・紹介状に、Aに嚥下障害ありとの記載なし

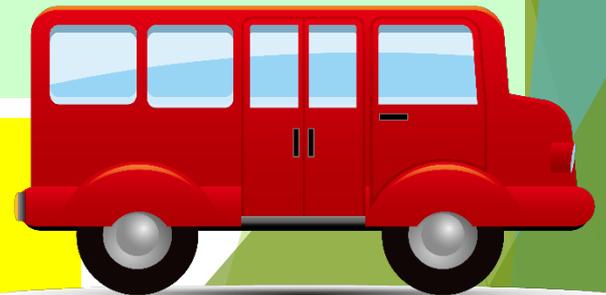
### ② Aの心身状態

- ・ 自立して食事可能
- ・ 誤嚥を伺わせる具体的症状なかった
- ・ 症状軽快傾向にあったこと

### ③ 医師の指示，家族の要望他

- ・ 主治医から，特別の食事を提供すべきとの注意なかった
- ・ 家族らからも食事につき特別の要望がなかった
- ・ 食道裂孔ヘルニアによる嘔吐は，食後嘔吐に関するものであり，誤嚥との直接の関連性は低いとされていること

**Aが誤嚥する危険について  
予見可能性なし**



## (5) ポイント～控訴審大阪高裁の判断～

### ①病院から施設に提供されていた情報

- ・ 診療情報提供書，本件看護サマリー及び紹介状に，  
「Aには，難治性逆流性食道炎，食道裂孔疝ヘルニア等の既往歴あり」「入院中全粥食であったが食後嘔吐あり」との記載ある。
- ・ 主治医から「食道裂孔疝ヘルニアにより，時折嘔吐を認める。誤嚥を認めなければ経過観察でよい。」との伝達



Aは，食道に疾患があり，食物が逆流し，嘔吐することがあること，これにより誤嚥が危惧されるとの意味内容を感じ得ること可能。

### ②医師の指示，家族の要望

- ・ 食事につき，主治医からの指示や家族からの要望がなくても，誤嚥が予見できないことにならない。

**Aが誤嚥する危険について予見可能性あり**

## (6) 安全配慮義務違反の有無 ～原告と被告の主張～

原告の主張	被告の主張
<p>パンは、水分が少なく、誤嚥の危険が高い食品。 Aにパン提供すべきでなかった。</p>	<p>医師や家族から、食事について特段の指示、要望はなかった。</p>
<p>・粥以外の食事を提供するなら、職員の目の届く範囲で、食事をさせるべきだった。</p>	<p>・居室配膳としたのは、医療ソーシャルワーカーや家族からの強い要望による。 ・入所以来、介助を受けず全量を摂取していた。</p>
<p>・事故当日、施設側は必要な見守りを怠った配膳後、20分もの間Aを放置した。</p> <p>・居室配膳を行うなら、ナースコールを手渡すなどすべきであった。</p>	<p>・施設側は必要十分な見守りをしていた ・Aは、食事摂取は「自立」、要介護1の状態。1人で食事可能。</p> <p>・Aの居室のドアは開放し、職員が前を通れば様子を確認できる状態にしていた ・配膳後も職員はAを見回りに行った。</p>

# (6) 安全配慮義務違反の有無 ～控訴審 大阪高裁の判断～

## ① 予見可能性を前提とする注意義務

- ・ Aは誤嚥について特に注意が必要。
- ・ 介護施設に新しく入所する者には、環境の変化により心身に負担が増す。



- ・ 介護事業者は、協力医療機関と連携を図り、少なくとも、医療機関の初回の診察・指示があるまでの間、Aの誤嚥防止に意を尽くすべき注意義務があった。
- ・ 居室配膳であれば、食事中的見回りを頻回にし、ナースコールの手元配置等を講じ、誤嚥に対処すべき義務があった。

## ② 注意義務違反の有無

しかし、施設は、ナースコールを手元に配置せず、見回りも配膳後20分以上放置した。



**誤嚥防止に対する適切な措置を講じていたといえず、安全配慮を欠いた過失がある**

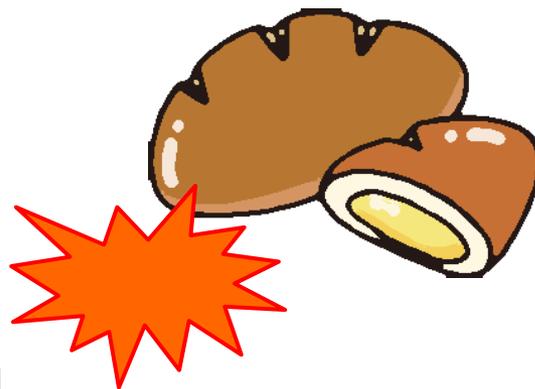
## (7) 損害額について

	請求額	認容額
死亡慰謝料	2 0 0 0 万円	1 0 0 0 万円
遺族固有の 慰謝料	各 1 5 0 万円	各 5 0 万円
入院費用	各 3 4 3 8 円	各 3 4 3 8 円
葬儀費用	各 3 1 万 3 2 8 6 円	各 3 1 万 3 2 8 6 円
弁護士費用	各 6 0 万円	各 2 8 万円
合計	1 人あたり 6 4 1 万 6 7 2 4 円 (合計 3 2 0 8 万 3 6 2 0 円)	1 人あたり 3 0 9 万 6 7 2 4 円 (合計 1 5 4 8 万 3 6 2 0 円)

# 3 過失判断のポイント ～誤嚥事故を例に～

# ある事例

特別養護老人ホームに入所していたA（80歳）が、朝食に出されたロールパンを喉に詰まらせて窒息死してしまった。



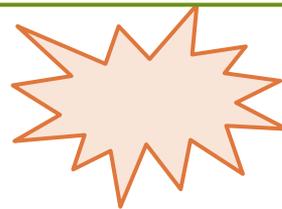
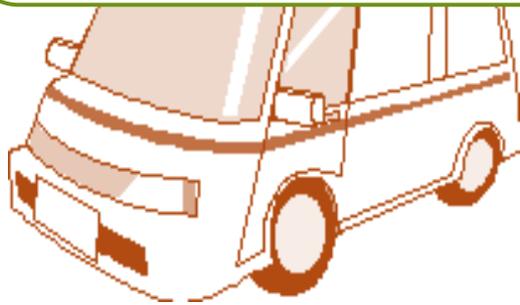
特別養護老人ホームに入所していたA（80歳）が、朝食に出されたロールパンを喉に詰まらせて、病院に緊急搬送された。Aは窒息により低酸素脳症を発症し、意識の戻らないまま、3日後に多臓器不全により死亡した。

Aの家族は、施設側からAの食事は、「全粥、きざみ食」との説明を受けていたため、驚いた。

施設側に説明を求めたところ、Aがパンを強く希望しており、Aの健康状態や食事状況を見て、1ヶ月ほど前からパンを提供していた、とのことであった。



具体的にどのように  
過失=安全配慮義務違反の有無を判断したらよい  
のか？



# (1) 誤嚥事故において問われる注意義務違反

注意義務違反 =  
誤嚥の予見可能性と  
結果回避義務違反の有無

有

損害賠償責任

①提供の過失

②見守り・介助  
義務違反

③救護措置義務  
違反

## (2) 注意義務違反の内容

### ① 提供の過失

- 当該食物を，提供したこと自体に問題があるか。提供の方法は適切であったか。

### ② 見守り義務違反

- 食事の際，見守りや食事介助を適切に行っていたか。

### ③ 救護義務違反

- 事故発生後，直ちに緊急処置をとり，医療機関に搬送するなど，適切な救護を行ったか。

## (3) - 1 過失の判断要素

### ①提供の過失

★誤嚥の危険が予見可能であったか

- ・事故前の身体機能の状況
- ・認知症の程度
- ・嚥下機能の状況
- ・咀嚼機能の状況
- ・食事の摂食状況
- ・過去の誤嚥の有無，誤嚥の徴候（痰の発生等）の有無

★提供物の形状，性質

# 松山地裁平成26年4月17日判決

## 2 争点1（調理方法における過失の有無）について

### （1）ア 本件事故当時、

- ① Aは87歳の高齢者であり、食事の際の窒息事故の発生が危惧される年齢であった。
- ② Aの身体機能は、被告による訪問介護サービス開始後も徐々に悪化していた。
- ③ 本件事故前の平成21年12月2日及び同月4日には、嚥下障害の徴表としてこれを疑うべき痰の発生が認められた。
- ④ 本件事故の4日前には、現実に誤嚥事故が発生していた。
- ⑤ Aの歯は、上下とも、前歯はなく、2、3本しか歯が残っていない状態であり、入れ歯も使われていなかった、
- ⑥ 本件揚げ物は、円形で直径6cmないし7cm程度のさつま揚げ様の揚げ物であり、噛み砕き損ね、誤って呑み込んでしまった場合、重大な窒息事故が発生する危険性の高い形状であった。

これらの事情に照らすならば、本件事故当時、本件揚げ物を原型のままAに提供することは、客観的にみて、本件事故のような重大な窒息事故を発生させる危険性のある行為であったと認めることができる。

したがって、Aに食事を提供するに際しては、このような事態を避けるべく、本件揚げ物を原型のまま提供するのではなく、一口大程度の食べやすい大きさに切って提供するなど、本件事故のような重大な窒息事故を発生させないような配慮がなされる必要があったといえる。

・・・したがって、上記ア①ないし③並びに⑤及び⑥の事情を認識していた被告としては、本件揚げ物を原型のまま提供した場合に発生するおそれの結果、つまり本件事故のような重大な窒息事故の発生を予見することができたと認められる。

そうすると、本件訪問介護契約に基づく訪問介護サービスの提供として本件うどんを提供しようとした被告のヘルパーであるCには、本件揚げ物を一口大程度の食べやすい大きさに切って提供するなど、本件事故のような重大な窒息事故が発生しないよう配慮すべき注意義務があったといえる。

しかるに、Cは、これを怠り、Aに対し、本件揚げ物を切って提供することをせず、原型のままこれを提供したのである。この点につき、Cには、調理方法における過失が認められる。

# 東京地裁平成22年 7月28日判決

入居申込書には、入居者の家族が、被告に対し、入居者の状態や注意事項等を伝えるための記載欄・・・に、Bの食事介助に関して、食事の内容は**常食である旨記載**しており、Bに**誤嚥のおそれや兆候があるとの特段の記載はない**。

また、Bが本件施設に入居した後、本件事故に至るまでの間に、Bの家族らから、被告に対し、**Bに誤嚥のおそれや兆候がある旨の連絡**がなされたことを認めるに足りる証拠**はない**。

そして、前記のとおり、Bは、本件施設において、**常食を提供され、時折、食事介助を受けることがあったものの、通常は自力で食事をして**いた。Bが食事介助を受けたのは、本件事故前の約3か月間で10日程度であり、本件施設の介助職員等が記録していた介護日誌や看護記録を見ても、**むせやせきを始めとする、嚥下機能の低下をうかがわせる具体的症状が観察されたとの記載は存在しない**・・・。

また・・・Bは、・・・医師からの診察を受けていたが、  
医師から、Bについて、誤嚥のおそれがある旨の指摘がされたり、誤嚥防止のため、食事内容の変更や食事の際の介助の方法について具体的な指示がされたことはうかがわれない。

その他、Bに、本件施設に入居後、誤嚥の兆候が存在したことを認めるに足りる証拠はない。

以上の状況に照らせば、被告が、Bについて、誤嚥による窒息が生じる危険があることを具体的に予見することは困難であったというべきである。

そうすると、被告が、本件契約に基づき、Bについて、誤嚥防止のために、具体的に食事の調理方法や食事形態を改善すべき義務や、常時食事の介助を行い、又は食事の開始から終了までを逐一見守るべき義務を負っていたと認めることはできない。

## (3) - 2 過失の判断要素

### ②見守り・介助義務違反

★誤嚥の危険が予見可能であったか

※上記(3) - 1に同じ

★利用者に対する介護・看護体制

- ・利用者の誤嚥の危険の可能性を適切に把握し、事故前の身体状況に対する評価が適切であったか
- ・適切な評価に基づいて、適切な介護・看護体制を組んでいたか

★ 事故当時の介護・看護体制

# 大阪高裁平成25年 5月22日判決

本件診療情報提供書，本件看護サマリー及び本件紹介状・・・の記載内容から察するに，食道に疾患があり，食物が逆流し，嘔吐することがあること，これにより誤嚥が危惧されるとの意味内容を感得することは，医療の専門家でない読み手であっても，必ずしも困難なことではない。

高齢者事故の中で転倒と誤嚥が多いことは周知の事実であるところ，高齢者を扱う介護事業者スタッフが前記意味内容からしてAに対しては通常の入所者に比して誤嚥について特に注意が必要であることを把握できないはずはない。

とりわけ，介護施設に新しく入所する者にとっては，環境が変化すれば，心身に負担が増すことになるのであるから，持病がどのように現れるのか注意深く観察する必要があり，介護事業者としては，協力医療機関と連携を図り，**少なくとも，同医療機関の初回の診察・指示があるまでの間は，Aの誤嚥防止に意を尽くすべき注意義務があったと解するのが相当である。**

そして、本件においては、Aを居室において食事させ、入所者に異状が生じても気付きにくいという事情があったのであるから、このような状況下においては、食事中の見回りを頻回にし、ナースコールの手元配置等を講じるなどして誤嚥に対処すべき義務があるというべきである。

しかるに、被控訴人においては、前記Aの既往歴や本件紹介状の記載に顧慮することなく、居室で食事をさせるにもかかわらず、ナースコールを入所者の手元に置くことなく、見回りについても配膳後約20分も放置していたのであるから、誤嚥が起こっても発見できる状態ではなかったといえ、Aの誤嚥防止に対する適切な措置が講じられたということとはできず、Aの身体に対する安全配慮を欠いた過失がある。

# 松山地裁平成26年4月17日判決

## (1) 見守りについて

ア 原告は、本件事故発生時、Cは、食事中的Aの見守りをせず、他の作業を行うなどしていた、そのため、Aの異変に気付くのが遅れ、Aが本件事故後、相当長時間にわたって放置されたと主張する。

イ しかしながら、かかる事実を認めるに足りる証拠はない。

上記1(3)で認定したとおり、Cは、本件居宅の台所にあるテーブルに本件うどんを配膳した後、同テーブルで食事をするAに声を掛けるなどしながら、同じ台所内にある流し台で洗い物をしていた。本件居宅の台所が小さな台所であり、Aが食事をしていたテーブルと、Cが洗い物をしていた流し台がすぐ近くにあり、その間を隔てる物が何もないことに鑑みれば、他の作業をしつつ、声掛けをしながら見守るといふCの行動は、見守りの方法として不適切であるとはいえない。

ウ したがって、見守りにおける過失は認められない。

## (3) - 3 過失の判断要素

### ③ 救護措置義務違反

- 当日の介護・看護体制
- 事故発見までの時間
- 発見後の応急処置の有無, 内容
- 医療機関への引継ぎの判断とその時期

# 東京地裁平成22年 7月28日判決

(3) 被告が本件事故発生後に迅速・適切な措置をとる義務に違反したか否かについて

・・・検討するに、・・・被告は、本件事故当時、介護職員7名及び看護師2名の合計9名の職員が、それぞれ配膳、介助あるいは薬剤の配布等をしながら、90名を超える入居者の食事の状況を見守るという態勢をとっていたということが出来るが、上記(2)のとおり、被告が、**Bについて、常時食事の介助を行い、又は食事の開始から終了までを逐一見守るべき義務を負っていたと認めることはできないのであるから、上記の態勢が、Bに対し適切な介助をすべき義務に違反するものであるとはいえない。**

また、上記の態勢の下でも、Bから2メートル程度離れた位置に介護職員がいたのであり、同介護職員は、Bが声を発するなどすれば、これに気付いたはずであるが、本件事故の際にBが声を発するなどしたことを認めるに足りる証拠はなく、この点においても、Bの誤嚥に気付くことができずに適切な介助ができなかったということとはできない。

なお、介護職員が、Bが意識を失っているのを発見した後の対応は、前記1(4)ウ及びエのとおりであるが、被告の介護職員及び看護師らは、本件施設においてできる限りの措置を速やかに講じ、発見から10分程度の間にはBを救急隊員に引き継いだと認められ、発見後の対応が不適切であったということもできない。

# 松山地裁平成26年4月17日判決

## (2) 救護について

ア 原告は、Cが、Aの異変に気付いた後も、適切な救護措置をとらなかったと主張するが、これを認めるに足りる証拠はない。

イ 上記1(3)で認定したとおり、Cは、**Aの異変に気付いた後、直ちに、背中を叩いたり、ハイムリッヒ法を実施するなどの救護措置をとり、**また、救急車を呼ぶ手配をしているのであり、この点につき、格別不適切な点は見あたらない。

ウ したがって、救護における過失も認められない。

# 4 賠償額の実際

## (1) 主な賠償項目

- ▶ 医療費
- ▶ 付添看護費
- ▶ 逸失利益
- ▶ 傷害慰謝料
- ▶ 後遺障害慰謝料
- ▶ 死亡慰謝料
- ▶ 相続人固有の慰謝料
- ▶ 葬儀費用

## (2) 賠償額の実際

- ▶ 医療費 ...入院費, 通院治療費
- ▶ 付添看護費 ...入院一日あたり5000円程度
- ▶ 逸失利益 ...※認められることはまれ
- ▶ 傷害慰謝料 ...※入通院期間による
- ▶ 後遺障害慰謝料 ...※後遺障害等級による
- ▶ 死亡慰謝料 ...1000万円~1800万円程度
- ▶ 相続人固有の慰謝料 ...50万円~200万円
- ▶ 葬儀費用 ...実費~150万円程度

誤嚥 事故	松山地裁 H20.2.18	さいたま 地裁 H23.2.4	水戸地裁 H23.6.16	大阪高裁 H25.5.2 2
傷害慰謝料	180万円	—	0	—
死亡慰謝料	1800万円	1500万 円	1500万円	1000万円
固有の慰謝 料	各200万円	各100万 円	—	50万円
逸失利益	0	0	285万5682 円	—

転倒事故	東京地裁 H24.3.28	東京地裁 H25.5.20	東京地裁 H23.6.1 4	福岡地裁 H15.8.2 7
傷害慰謝料	150万円	20万円	46万7000 円	120万円
後遺障害慰謝料	0	0	—	350万円
死亡慰謝料	—	—	—	—
固有の慰謝料	—	—	—	—
逸失利益	—	—	—	—

# 第3 訴訟の流れ

# 介護事故の訴訟はどのように進むか

## 1 訴訟提起から判決に至る流れ

(1) 訴訟提起～裁判所から訴状が届く～

(2) 口頭弁論期日

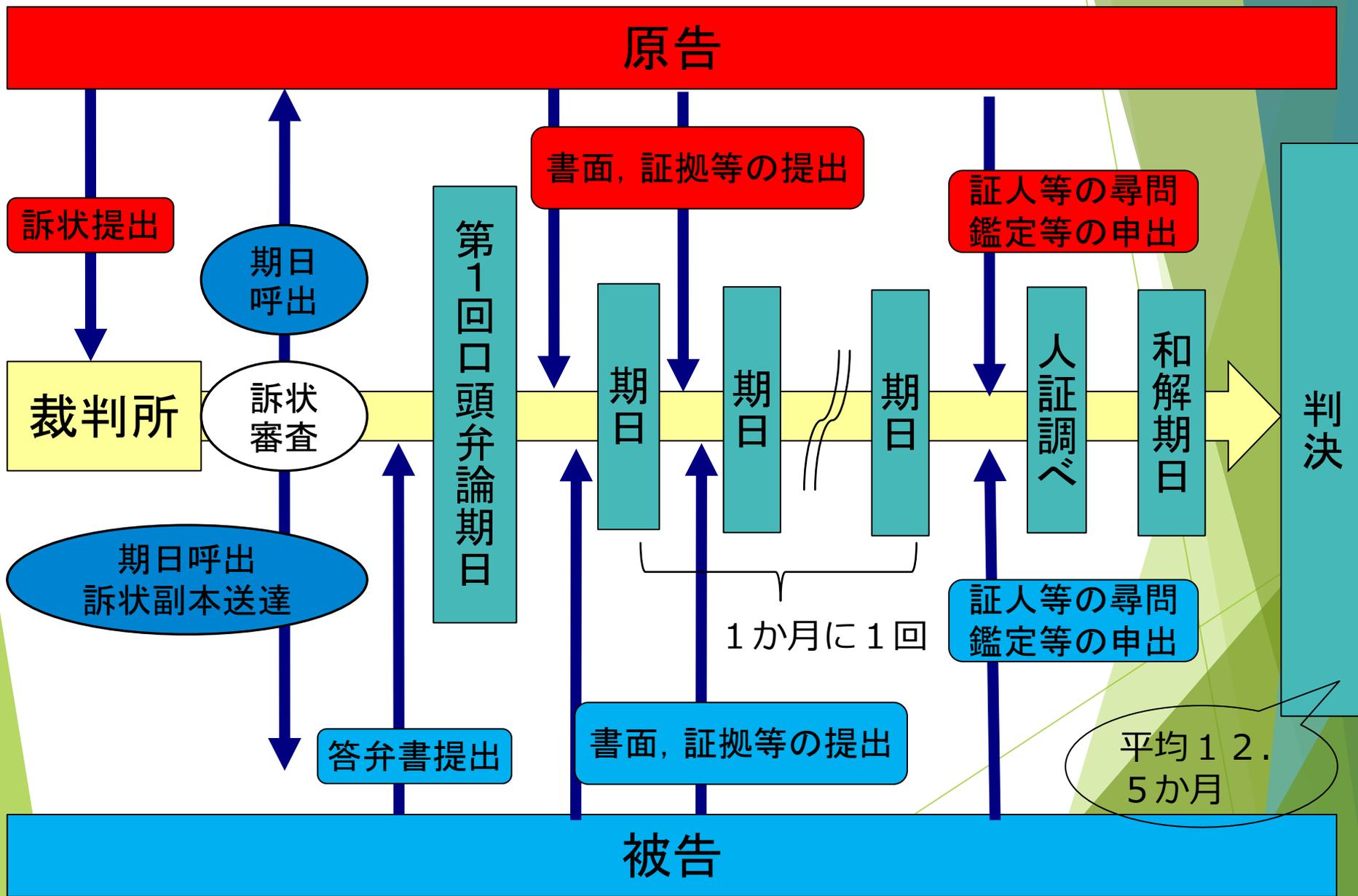
～互いの主張・立証を行う～

(3) 和解期日～互いに譲歩～

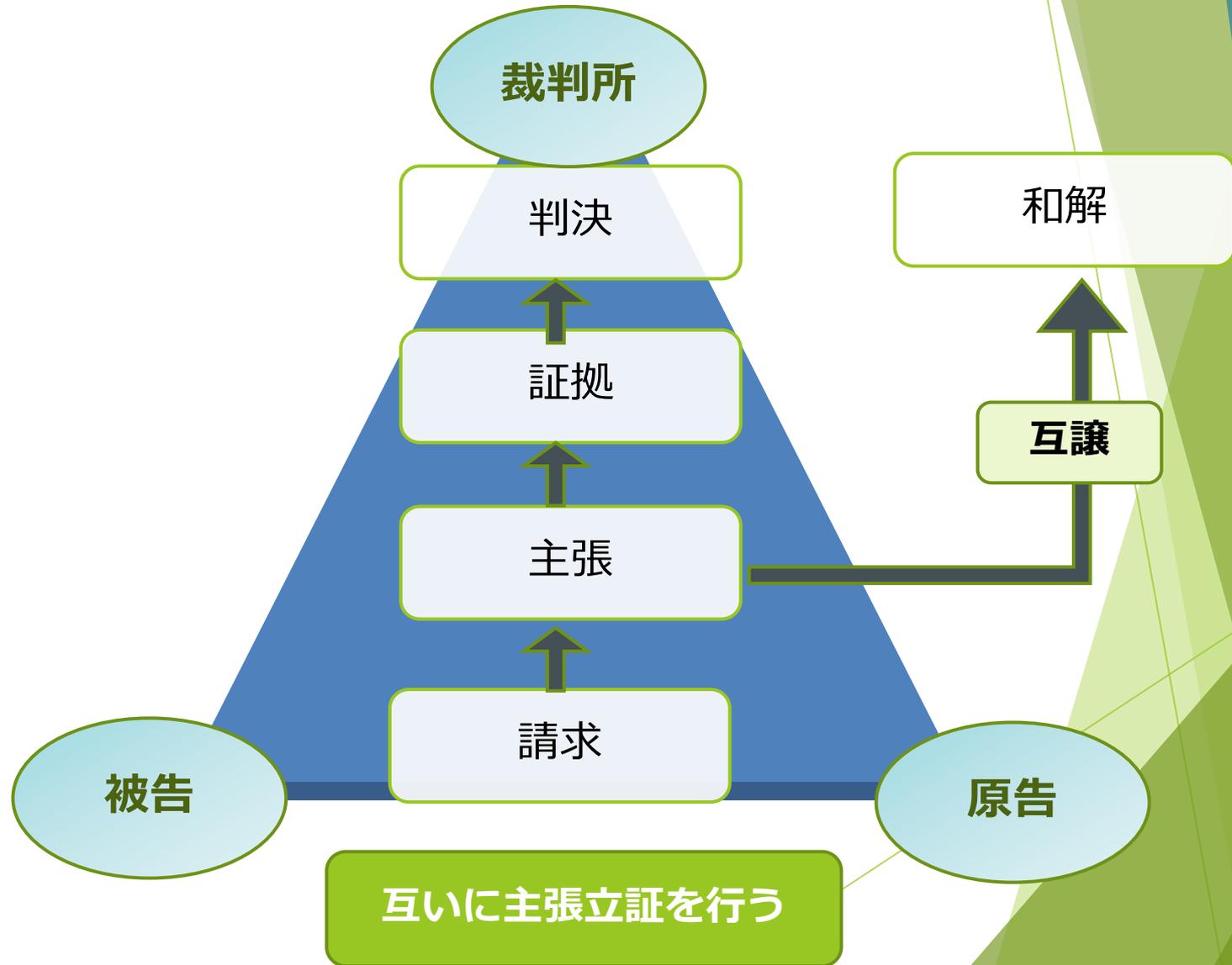
(4) 証拠調べ～自らの主張を裏付ける証拠～

(5) 判決～裁判所が判断を下す～

# 民事訴訟手続の流れ



# 訴訟構造のイメージ



# 立証方法

## 書証

- 書類の記載内容を利用する
- 例) 介護日誌, アセスメントシート, ケアプラン, 診断書

## 人証

- 体験した事実を供述してもらう
- 例) 事業者側の職員

## 鑑定

- 専門的な意見を述べてもらう
- 例) 医師

## 検証

- 五感の作用を利用して行う
- 例) 現場検証

## 調査囑託

- 裁判所が官庁等の団体に照会し, 書面での回答を得る
- 例) 照会書面



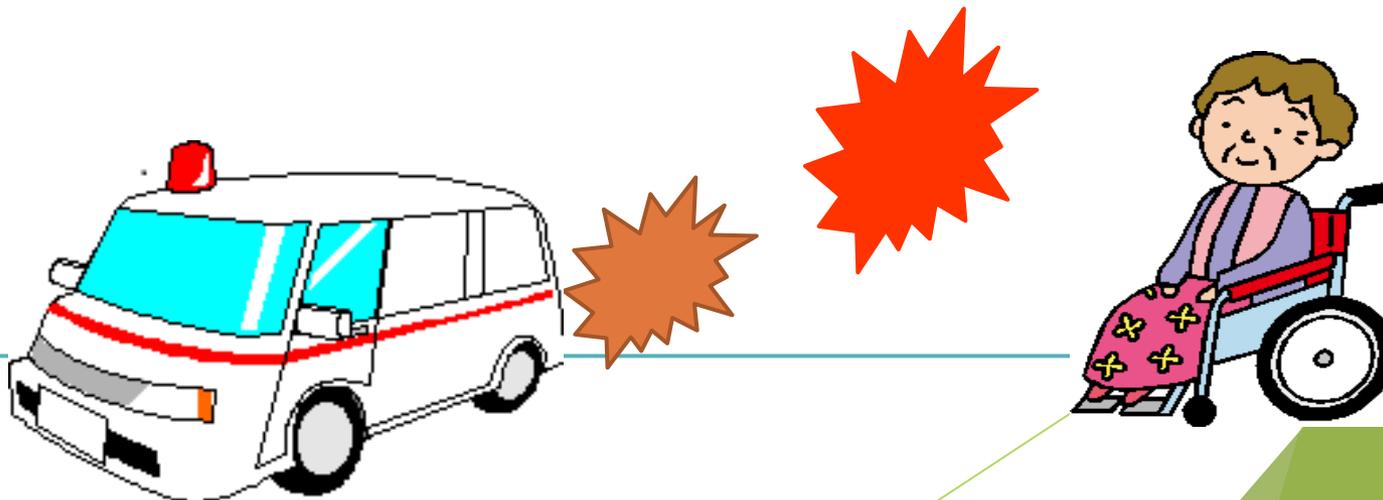
# **第4 事故発生時の初期対応**

## **～もしも介護事故が起きてしまったら～**

# なぜ，訴訟に発展してしまうのか？

## 事例 1

利用者がバスからの降車後に車椅子ごと転倒し意識不明の重体となった。当初施設側は，利用者家族に対し，利用者自身の車椅子の操作ミスにより転倒したと説明していた。ところが，その後家族は，事故は，職員がブレーキをかけ忘れたためにスロープから車椅子ごと転落したものであることを知った。



# なぜ、訴訟に発展してしまうのか？

## 事例 2

利用者が施設内で転倒し重傷を負った。

家族らは当時の状況を知りたいと、施設側に対し、担当職員に直接話を聞きたいと求めた。

これに対し施設側は、施設内部の対応マニュアルに沿って、「職員保護のため担当職員は家族への説明の場に同席させない」「謝罪の言葉は口にしない」などの対応をとった。



# 1 介護事故被害者Aの家族の質問 ～家族は何を求めているのか～

① 「事故が起こった経緯について教えてほしい。」  
「市町村への報告はしたか？」  
「対応した職員が誰だったのか知りたい。」

⑤ 事故の報告書を見たが、Aが本当にこのような行動をとったとは思えない。入所日から事故前日までの記録を見たい。

② 施設での利用者の情報共有の仕方や申し送り方法について知りたい

家族が求めること

④ 本件事故に対して、施設で加入している賠償保険が適用となるか？

③ 施設の人員配置等の体制はどのようになっているか？

## 2 初期対応の重要性

～訴訟に発展させない事故後の対応～

① 事故発生時における説明  
責任を果たす

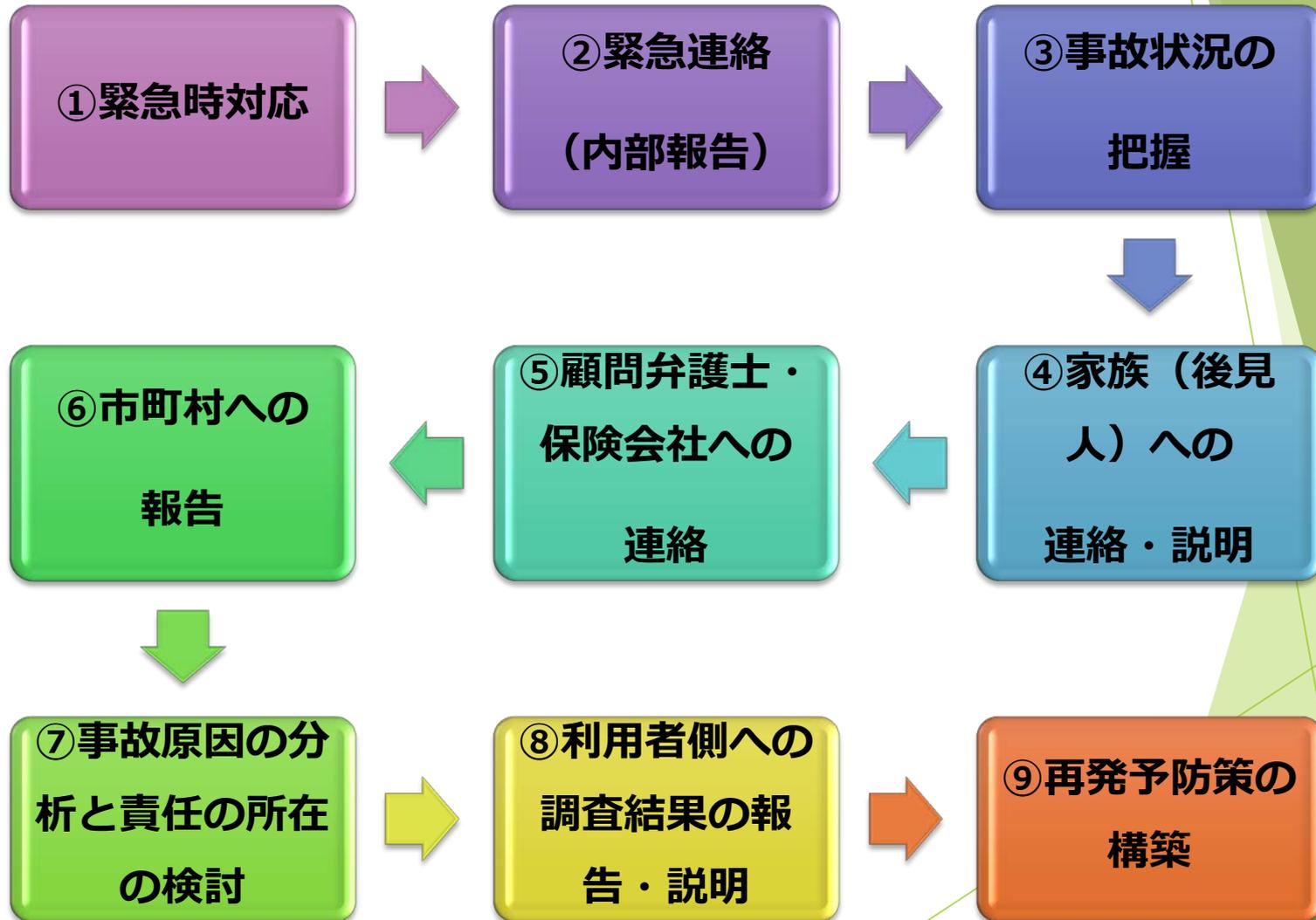
② 虚偽が訴訟を招く→

正確な報告と誠意ある行動  
を

③ 迅速な保険対応 → 訴  
訟の回避につながる

④ 家族との信頼関係を構築  
せよ

### 3 事故発生時の具体的対応



※ここまで速やかに行う！！

## ① 緊急時対応 (事故そのものへの対応)

応急処置, 主治医・看護師への連絡,  
医療機関への搬送

事故の発見の遅れ, 医療機関への連絡  
や緊急搬送の遅れ



- ・ 日頃の介護そのものが疎かだったとの推定される
- ・ 事故直後の対応の過失（救護措置義務違反）が問われる

※日頃からの観察と緊急時訓練を！

## ② 緊急連絡（内部報告）

現場担当者から施設長等, 責任者への速やかな報告・連絡・相談。

※内部報告は, 全ての事故について行う。報告をするかどうかについて, 現場職員の判断に委ねない！



### ③ 事故状況の把握

現場担当者から報告を受けた責任者は、速やかに事故状況の把握に努める



職員間で、事故状況について共通認識を持つ

※職員毎で説明が異なると、不審を招くことに！

### ④ 家族（後見人）への連絡・説明

速やかに、事故発生 の報告と今後の対応について説明する。

事故発生直後は、

- i 事故発生 の事実
- ii 簡単な事故状況
- iii 取った対応
- iv 利用者の現在の状態
- v 今後の対応

について簡潔に説明を！

## ⑤ 顧問弁護士・保険会社への連絡

### ■ 顧問（かかりつけ） 弁護士

法的観点からの判断と対応が必須  
訴訟に至らずとも、早期に連絡・相談  
をすること

### ■ 保険会社

賠償保険の他、**お見舞い金**、**傷害保険**  
**の支払可否を相談**

### ※賠償保険の支払条件

- ・ 法律上の責任があること
- ・ 保険会社の「同意」「承認」

## ⑥ 市町村への連絡

市町村に速やかに報告する  
状況を的確に把握した上で、事故報告  
書を提出する



## ⑧ 事故原因の分析と責任の所在の検討

事故状況のみならず、  
事故前の利用者の状態・介護状況等、  
総合的に検討



安全配慮義務違反の有無を判断

※日頃の介護記録の重要性



法的責任判断にあたり、事故前の  
利用者の状況、従前の介護状況を  
速やかに把握できる

## ⑨ 利用者側への調査結果の報告・説明

法的責任の有無にかかわらず。調査  
結果を丁寧に説明

## ⑩ 今後の対応

事故高齢者・家族へ、今後の対応に  
ついての説明と協議。

# 介護事故被害者Aの家族の質問 ～家族は何を求めているのか～

① 「事故が起こった経緯について教えてほしい。」  
「市町村への報告はしたか？」  
「対応した職員が誰だったのか知りたい。」

⑤ 事故の報告書を見たが、Aが本当にこのような行動をとったとは思えない。入所日から事故前日までの記録を見たい。

② 施設での利用者の情報共有の仕方や申し送り方法について知りたい

家族が求めること

④ 本件事故に対して、施設で加入している賠償保険が適用となるか？

③ 施設の人員配置等の体制はどのようになっているか？

## ① 事故状況の説明

「事故が起こった経緯について教えてほしい。」「市町村への報告は？」「対応した職員が誰だったのか知りたい。」

✗ 対応した職員を隠す → 利用者側の不信感を招く

裁判となれば、当該職員に対し、証人申請がなされる。とするなら、直後の対応にあっても、施設責任者と当該職員の2名がA被害者家族に説明をすべき。

※職員保護は別途の観点で行うべき（職員はプロとしての意識を確立すべき。）

✗ 市町村の報告と説明が違う → 虚偽を疑われる

## ② 施設の情報共有体制

「施設での利用者の情報共有の仕方や申し送り方法について知りたい。」

「誰がどのように見ていたのか」について、説明がないと、不満に思う。

見知らぬ人であったり、新人であったりすると、利用者にあった介護サービスを提供していたのか、疑問に思う。

→ 日ごろから職員間で「情報共有」し、リスクを把握していたことを徹底しておけば、十分な説明ができる。

### ③ 施設の人員体制

「施設の人員配置等の体制はどのようになっているか？」

入居者1名に対し職員2名とのことであったが、実際には2名もいないのではないか？

※ 常勤換算という概念を把握していないのが通常。契約時における説明が曖昧だと「常時」職員人数がいる者と誤解される（基準どおりであっても同様）  
また、上記基準による人員配置を行ったとしても、24時間の見守り実施が困難であること、プライバシー上問題であることの事前説明が必要である。

#### ④ 事故の補償について

「本件事故に対して、施設で加入している賠償保険が適用となるか？」

※ 施設に損害賠償責任があることが条件

<注意点>

- ・ 事故による損害 **≠** 全て保険対応
- ・ 保険会社に客観的な資料を添えて報告する
- ・ 責任の有無について安易に結論を出さない

## ⑤ 記録開示

「事故の報告書を見たが、Aが本当にこのような行動をとったとは思えない。入所日から事故前日までの記録を見たい。」

介護記録は、利用者の開示請求が認められている。

→ 開示に応じることは当然

→ 日ごろの利用者の状況は、義務の内容・程度を明らかにする最も重要な要素。

# 利用者・家族に果たすべき説明責任とは

## (1) 事故直後に説明すべき事項

- ① 事故発生的事实
- ② 簡単な事故状況
- ③ 施設側が取った対応
- ④ 利用者の現在の状態
- ⑤ 今後の対応について（対応窓口の案内，調査の実施，調査結果の報告時期）

## (2) 調査終了後に説明すべき事項

- ① 調査方法と調査事項
- ② 調査の結果判明した事実
- ③ 事故原因
- ④ 施設側の法的責任と対応
- ⑤ 今後の事故予防策

# 訴訟にならないために

## ・ 家族目線に立った説明を

- ・ 事故発生事態を深刻に受け止め、組織一体となって対応する姿勢で！
- ・ 説明の際、専門的知識を当然の前提とした説明や、専門用語の多用は避ける。

## ・ 日頃からの情報共有と信頼関係の構築を

### ・ 日頃からの情報共有

➡ 利用者の状況や事故発生の可能性についての、施設側・利用者側の認識のギャップを埋める

➡ 信頼関係の構築



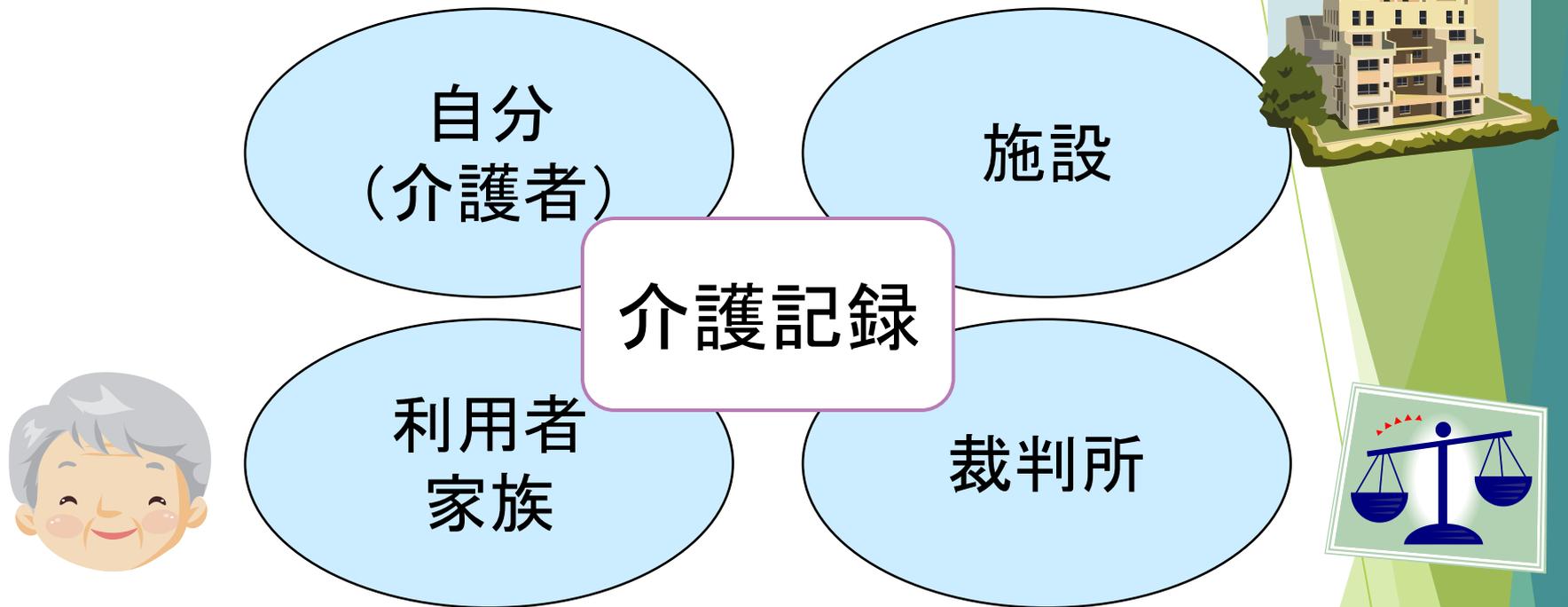
# 第5 リスク管理

# 1 介護記録とリスク管理

介護記録は

- 誰が見るか？
- 何のための記録か？
- どのように記録すべきか？

# 誰が見るのか？



- ① 介護している記録者自身が見る。
- ② 施設に所属している者すべてが見る。
- ③ 請求があれば，利用者やその家族が見る。
- ④ トラブルとなれば，裁判所が見る。

# 何のための記録か？

介護者

介護者の行った介護の実記録となる。

施設

利用者にどのような介護が行われていたか施設職員全員が把握する資料となる。

利用者  
家族

利用者に行われた介護がどのようなもので、誰が行ったのか正確に知ることができる。

裁判所

介護事故等に適切な対応だったか判断する材料。当時の記録は信用性が高い。

# 施設等の視点からの介護記録

専門職としてきちんと記録をする

利用者の状況を正確に把握

方針や支援について軌道修正

施設全体で利用者にあったサービスを提供・事故防止

## 【役割】

介護現場の共通資料

目標や方針の正当性を示す基礎資料

サービスの質の  
維持・向上の記録となる

- ①生活の継続性を図り、同一の方針で関わる
- ②変化に伴う柔軟な対応
- ③最新情報の把握共有、質の高いケアの継続

# 利用者・家族の視点からの介護記録

主観的な記録が多い  
ほとんど何も記載がない。

こんなことになるとは  
聞いてなかった

施設に対する不信感や反発を招く  
(トラブルの火種, 拡大の元になる)

施設入所前は違った

日常的な情報不足が原因

「客観的具体的事実」を「専門的知見」として記し、日常的に利用者や家族に対し、記録を提示し丁寧な情報提供をすることが求められる。

つまり、施設にとって介護記録は、利用者・家族との

**信頼関係構築のための記録**となる。

# 介護記録の見え方

介護者

食事○

体温36.5

○薬が医師より処方

特になし。



←利用者の状況  
が良く分からない。

介護者

18時食事開始。姿勢はやや前のめりで、詰め込むよう。一つずつ食べるように促すと、一口ずつ召し上がるように。19時完食。

19時10分処方された○薬の服用を促す。「薬ばかりで嫌」との発言。元気になるためと説明。10分後服用。

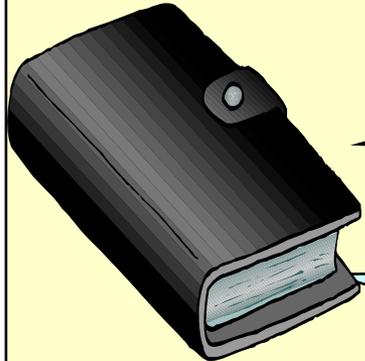
「時間」「状況」「判断」「対応」「結果」を記す記録

実践したサービスの証明

内容の正当性の根拠

# よりよいケアのために書く

利用者に関する個人日記 → 介護専門職による公的文書



利用者に関する新たな発見  
「食事のときの姿勢」

他の職員と共有したい情報

利用者の生活課題の解決に繋がる情報

誤嚥の  
リスク

※「考察」「判断」は「事実」と区別して明記

→食事中の姿勢について気をつける。

「〇日20時, A(責任者)に報告」

# 利用者の視点で書く

【実際の現場記録は・・・】

精神的支援  
人との関わり  
暮らし方



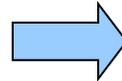
身体状況の記録



失禁

暴言

異食



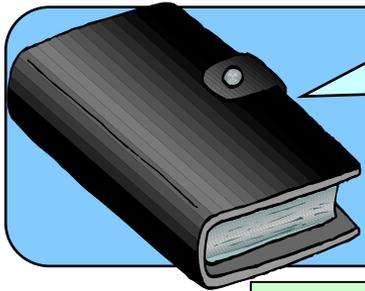
問題行動の集積のような記録



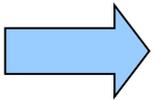
本人の感情, 生き方が分かる  
ような記載も必要。

「特になし」「変化なし」 → 本当に見ているか？

# 証拠としての介護記録・事故報告書

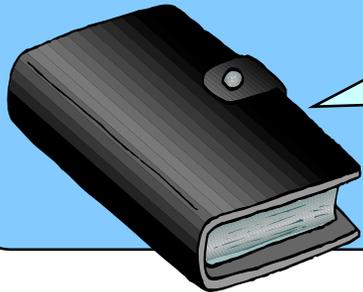


19時Aさんが転倒したのを発見

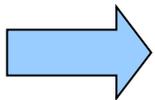


本当に「転倒したのか」は事実か？

床に横たわっていたことしか知らないのでは？



目を離した隙に転んでしまった。  
しっかりと見ておくべきでした。



介護記録も事故報告書も始末書ではない。

「目を離した隙」→ 直前の様子はどうだったのか。いつまで確認したのかの方が重要

# どのように記録すべきか？

## 「記録をする際の考え方と注意点」

- ・ 誰が何のために読むかを考える。

### ※ 共通認識

- 誰が見ても、共通理解が得られる表記  
主観は極力排除する。

### ※ 家族・利用者目線

- 「特になし」「変化なし」 本当に見ている？
- 暴言はもつてのほか。

### ※ 裁判所目線

- 客観的な事実を記載。体験したことと想像したことは異なる。**修正の仕方：修正液×**

## どのように記録すべきか？2

「記録をする際の考え方と注意点～続き

普段の状況が過失・義務違反を基礎づける！

当時の記録の信用性は高い！

例) つかまり立ちができる方について、「今まで一人で立ち上がることはなかった」との説明。しかし、記録には「立ち上がりそうだったので、トイレですか？と声をかけた」と書いてある。

※ 利用者の行ったことだけでなく、行わないことへの記載。

例) 着席すれば、そのまま座位を保持。○時誘導。

## 2 サービスの説明による リスク管理

- (1) 利用者と施設側の思惑の違い
- (2) 何を説明することが大切か  
～所定の重要事項説明書記載の事項では足りない。
- (3) 説明すれば責任はなくなるのか

# 介護サービス契約

情報の質と量

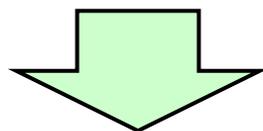
交渉力

高齢者  
(消費者)

大きな格差

事業者

高齢者側の理解を得るために、事業者側は介護サービスにつき、説明と同意を得る手続と努力が必要となる。



契約書と重要事項説明書の内容充実

# 利用者と施設の思惑の違い・・・



介護に任せれば、  
全部やってもらえる！安心だ。

利用者の思惑

考えに大きな乖離がある→事故時，問題を大きくしてしまう

どうしても防げないものはある。  
残存能力も活用しなければ・・・



施設側の思惑

サービス説明により，そのギャップを埋めていく

# 何を説明するべきか。

## (1)入所時

- ・日々の状態変化により、リスクがあること
- ・利用者の状況を確認し、家族と連携とること
- ・利用者の状況に合わせて、対応が変化する際、相談すること  
(食事内容の変化, ベッドパットを設ける等)



利用者固有の事情聴取

家族からも気付いたことがあれば積極的に聞く。

## (2) 定期報告

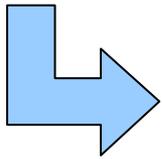
- ・利用者の状態
- ・利用者の生活に対して行った対応の報告
- ・精神状態や施設内の人との関わりなど

# 説明すれば責任がなくなるのか



説明すれば責任はなくなる??

リスクの実現だから仕方ない??



説明はあくまでも信頼関係のためであり、  
配慮義務を免除するものではない。

ただし、

日々、こまめに報告や相談を行っていることにより、利用者やその家族の納得を得られやすくなる。

信頼関係の構築が最大のリスクマネジメントとなる

### 3 職員教育によるリスク管理

専門家であることの自覚



ケアプランに沿った介護サービスが提供されているか。

介護事故が発生しやすい時間帯・場所についての共通認識を持っているか。

(例えば早朝や夕方、利用者がトイレを利用する時間帯に介護事故が発生しやすい)

## 4 介護に関わる保険によるリスク管理

### 介護に関わる保険の種類

賠償責任保険

傷害保険

約定履行費用保険

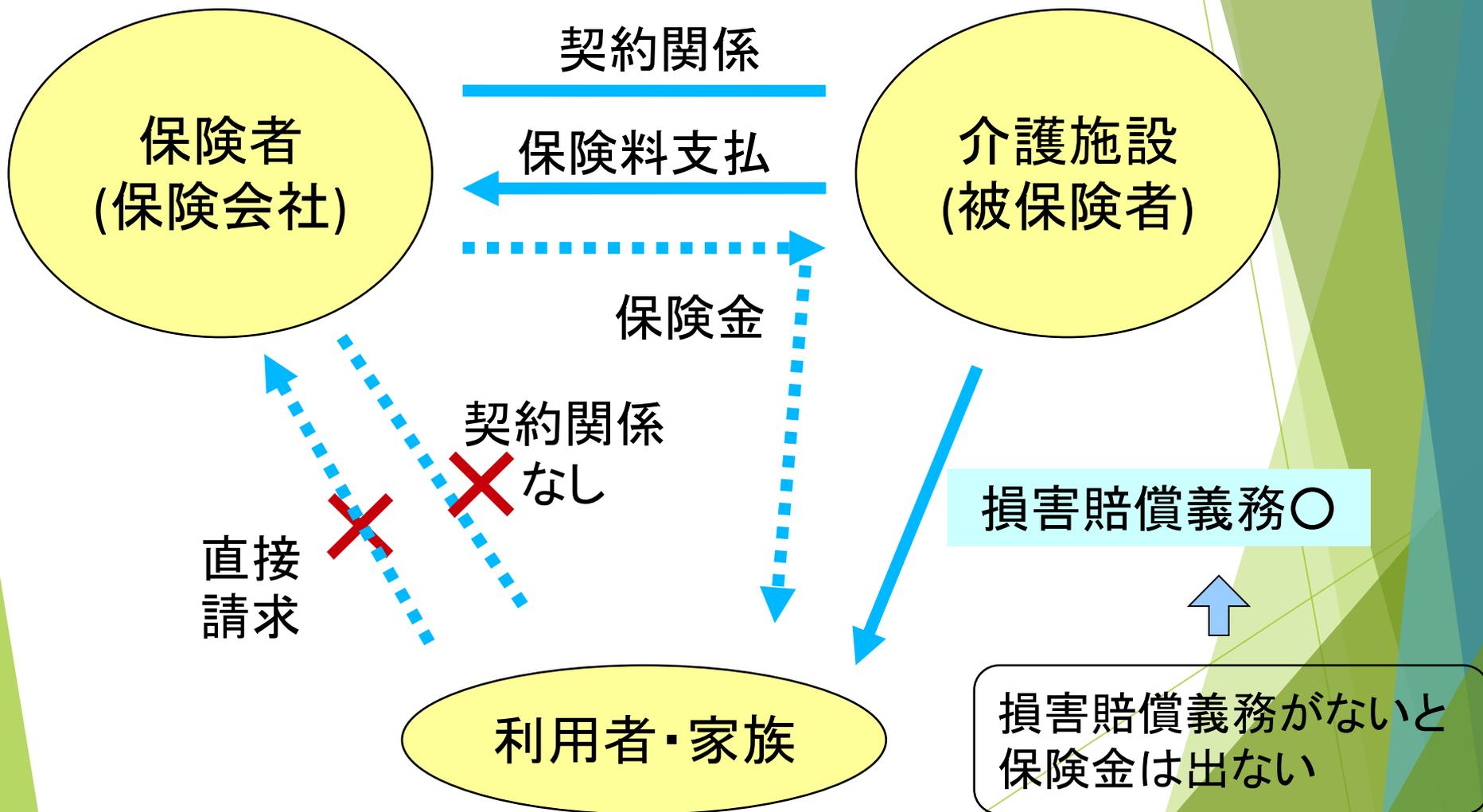
### (1) 賠償責任保険

#### 「責任保険契約」

被保険者である施設や職員、パート等が、不法行為などによって責任を負う場合、その損害賠償額を約定された範囲内で保険金が支払われる制度。



# 賠償責任保険の仕組み



# 賠償責任保険の注意点

## □ 保険会社に任せれば良い？

- ・ 保険会社は、利用者との間で事故について示談代行をすることはできない！
  - ※ 交通事故のように、「**保険会社任せ**」では**足りない**。
    - 相談窓口を設けていることは多い。

## □ 示談を勝手にしても良い？

- ・ 保険会社の「同意」「承認」なく示談をした場合、**示談金が支払われない可能性がある！**
  - 事故発生直後から連絡をする。
  - 示談前に承認手続を取る。

# 賠償責任保険の適用範囲

「保険金が支払われる条件」

- 約定された「事故」の範囲内であること
- 施設側が損害賠償責任を負うこと

## 適用される範囲

施設業務(サービス)

## 適用されない範囲

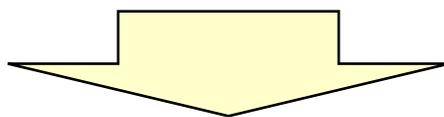
~~配食サービス~~

~~医師等が行う医療行為~~

# 入っておくべき「特約」

## 「特約加入のメリット」

- 損害賠償責任の有無にかかわらず見舞費用支払
- 利用者死亡時、遺族の請求により弔慰金支払



- ・ 損害賠償責任を負わない場合でも**利用者**に**一定の保険による給付**を行える。
- ・ 事故の初期段階で見舞金等の支払ができるため、利用者や遺族の**不信感を和らげる**ことができる。

結果的に紛争の拡大を防止できる！

## (2) 約定履行費用保険

### 「約定履行費用保険」

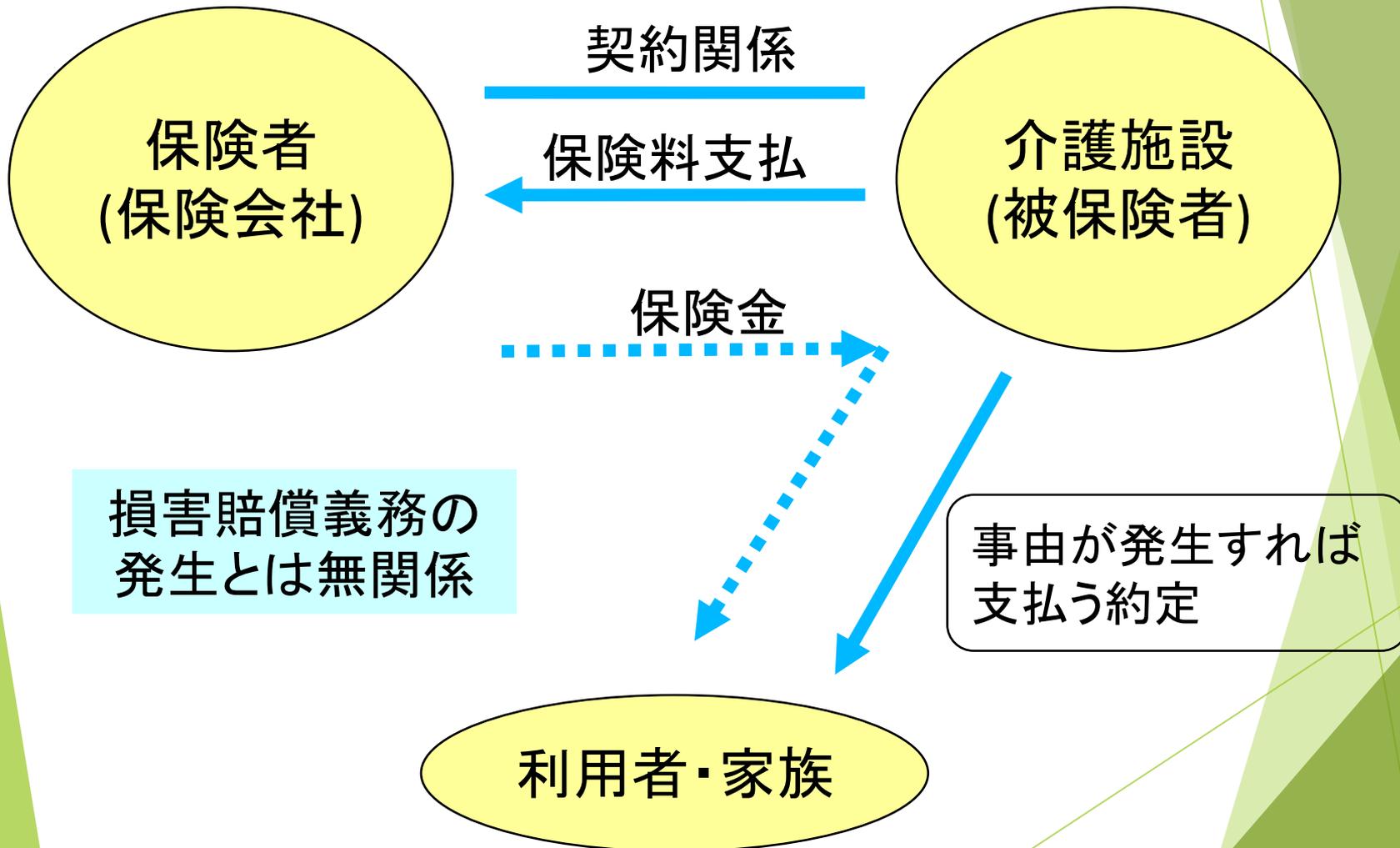
被保険者が一定の事由が発生した場合に金銭を支払うことをあらかじめ約束している場合に履行をしたことによって、被る損害を支払う保険制度。

### 「ポイント」

- 被保険者及び保険金受取人は施設
- 施設に賠償責任があるかないかに左右されない



# 約定履行保険の仕組み



### (3) 傷害保険

#### 「傷害疾病定額保険」

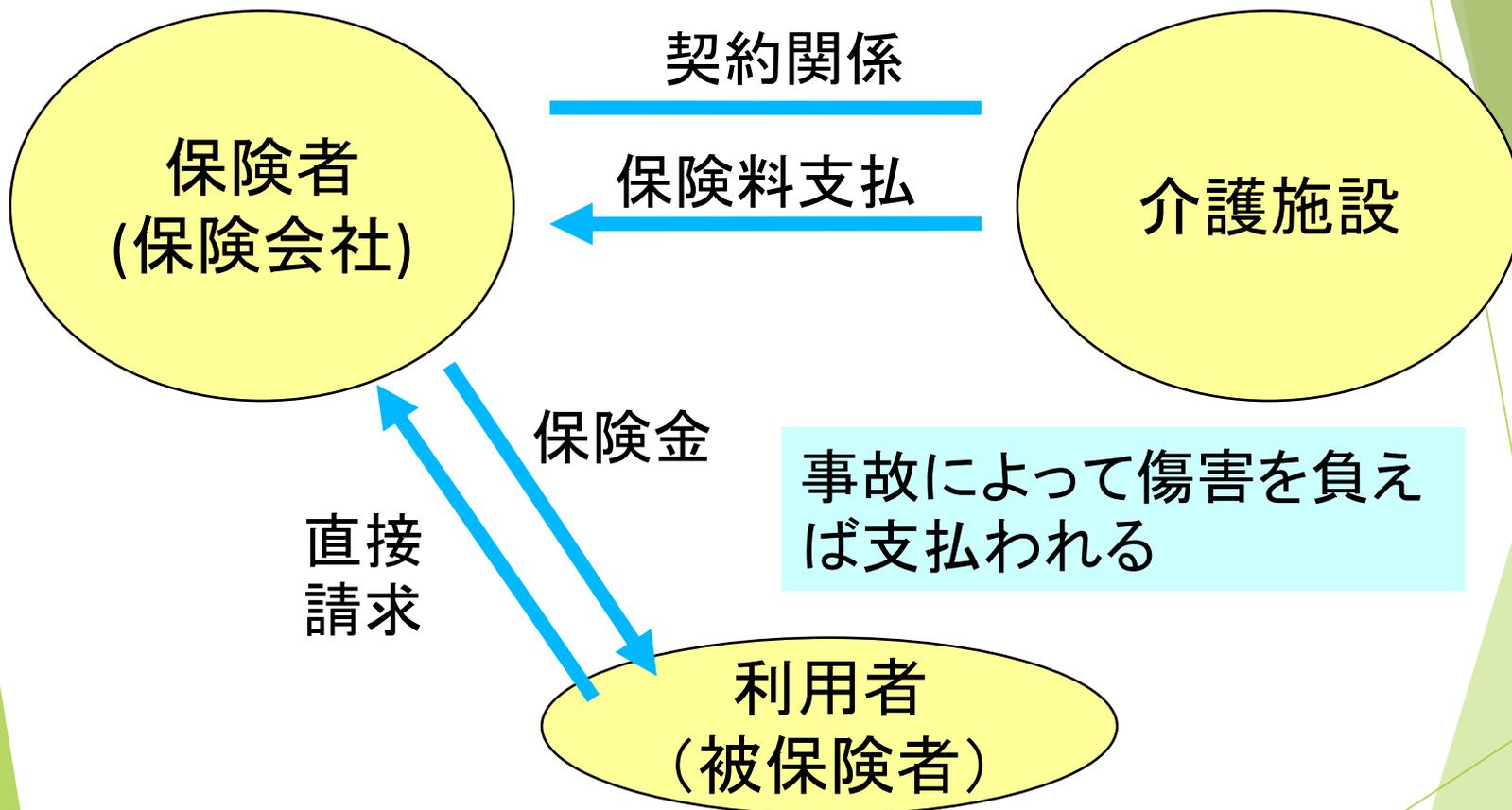
利用者が施設の管理下で事故により身体に傷害を被った場合、利用者又は遺族に一定の保険金が支払われる制度。

#### 「ポイント」

- 被保険者及び保険金受取人は利用者
- 施設入所と同時に保険に加入（保険料支払は施設）
- 施設に賠償責任があるかないかに左右されない



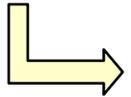
# 傷害保険の仕組み



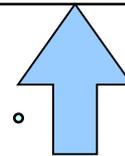
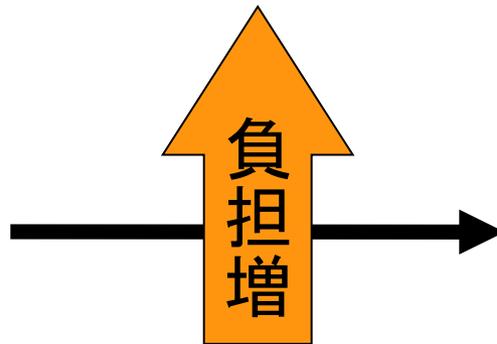
- ・利用者自身が請求をする必要  
→ **利用者への情報提供が必須**

## (4) 事故対応場面において・・・

- 介護事故



利用者の能力低下に相まって24時間発生しうる

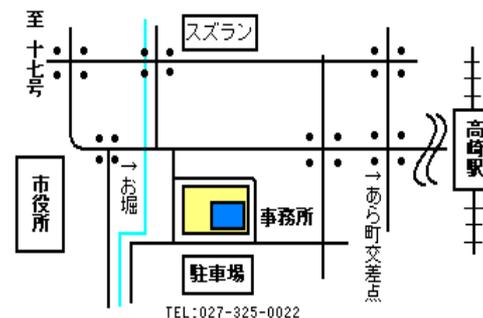


- ・契約締結時に保険に加入していることを説明
- ・事故後は、保険金請求手続きに協力

# ★ 弁護士法人龍馬 おこのぎ法律事務所

〒370-0828 高崎市宮元町292番地ザ・グランクープス1階

電話:027-325-0022 FAX:027-325-2210



# ★ 弁護士法人龍馬 ぐんま事務所

〒370-3511 高崎市金古町1221番地

電話:027-372-9119 FAX:027-372-2210

