



介護リスクマネジメントNEWS

特別養護老人ホーム入所中に誤嚥事故により死亡した事案

運営法人が2,490万円の損害賠償を命じられた。

Aさんの状況

- AさんはS8年生まれ、事故発生当時は88歳であった。
- H27年3月23日にパーキンソン病と診断されたほか、アルツハイマー型認知症の症状も有していた。
- Aさんは、H30年11月28日に要介護3の認定を受けた。Aさんの主治医は、摂食や嚥下についてサービス提供に医学的観点からの留意事項はないと判断していたが、介護保険の認定調査においてはいずれも見守り等が必要とされた。
- Aさんは、H30年12月に別の介護施設に入所した後、H31年3月8日に特別養護老人ホームX（以下、Xホーム）と介護老人福祉施設サービス利用契約を締結して入所し介護を受けていた。
- Xホームの職員は、別の介護施設からXホームへ移る際にAさんとの面談を含む事務手を担当し、嚥下については異常なしと判断をした。
- XホームにおけるAさんの介護については、ケース記録、生活記録および看護記録等の記録が随時作成されていた。
- Aさんは、R3年4月20日から元気がなくなり、食事を自分で摂れず食欲もなくなっていた。そこで、介助をしたり無理に食べさせないように対応をしたところ、4月29日から少しずつ元気を取り戻し始めた。
- Aさんは、R3年5月13日には吸引を受けることがあったほか、この頃も含めて、服薬しているパーキンソン病薬の効果が切れてパーキンソン病の症状が強くて、調子が悪いときには職員による介助が行われていた。

事故発生前後の状況

- Aさんは、R3年10月12日の朝食（主食はバターロール）をとっていた際、7割ほど食べた時点で、急にエプロンを握り、苦しそうにむせ込んだ。Xホームの職員がAさんの義歯を外し、口の中の物を出し、タッピングをしたが、ソーセージ型ではなく、ドロツとした物が出た。Aさんは、むせ込み後は、いつもと変わらない様子で時々立ち上がろうとしていた。
- むせ込みがあった10月12日に作成された看護・介護サマリーや3日後に行われた栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリングにおいては、Aさんの嚥下には問題がないとされ、むせ込みの発生について全く触れられておらず、ヒヤリハット報告書等も作成されていなかった。
- R3年11月26日8時20分ごろ、AさんはXホーム内で、朝食に提供されていたロールパンをのどに詰まらせた。Aさんは、窒息状態で、車いす上で脱力状態になり、意識がなく、職員が義歯を外して口腔内に指を入れても反応がなかった。Aさんの口腔内には食物残渣があり、吸引が行われた。
- Aさんは、救急隊から気道内異物の除去を受け医療機関に救急搬送されたが、心臓が止まっていた時間が長かったこともあり、同日10時34分、窒息に伴う低酸素脳症により死亡した。
- Xホームが自治体に対して提出した事故報告書には、今回の事故の原因として、「Aさんに特に普段と変異のある事象は確認されていなかったが、見守り切れなかったことに尽きると考えられる」と記載されていた。

主な争点

○Xホームの安全配慮義務違反・使用者責任の有無

争点に対するAさん家族の主張

- Xホームには、将来の誤嚥事故を回避するため、食事の提供方法を普通食ではなくきざみ食、軟菜食、ミキサー食などに変更すべき注意義務があった。
- また、食事形態の変更を行わず、普通食を提供し続ける場合には、Aさんが食事をする際に随時見守りと随時介助では足りず、常時見守りおよび常時介助をすべき注意義務が存在した。
- しかし、Xホームの職員は、4等分にカットしたロールパンをAさんに提供し、常時見守りおよび常時介助をせず、この義務を怠った。
- 以上のことから、Xホームには、今回の誤嚥事故について、介護老人福祉施設サービス利用契約の債務不履行責任または使用者責任がある。

争点に対する事業者の主張

- Xホームは、今回の誤嚥事故における誤嚥の可能性を予見できていなかった。
- Xホームでは、一口大の（6等分にカットした）ロールパンをAさんに提供していた。Aさんは、それを上手に食べており、食事形態を変更すべき事情はなかった。
- また、Aさんは、普通食を自分で食べることができていたため、常時見守りをしたり常時介助をすべき義務はなかった。
- 以上のことから、Xホームは今回の誤嚥事故について責任はない。

判例の概要

『Xホームには安全配慮義務違反があり、職員の使用者責任も成立する』

- Aさんの摂食や嚥下については、継続的に配慮すべき事柄の一つであり、事故前の10月12日のむせ込みは発見が遅ればより重篤な結果になっていた可能性が高かった。
- このことから考えると、Xホームの職員は、ロールパンの大きさが4等分であれ6等分であれ、これまでと同じ方法で食事を提供すれば、嚥下機能が低下したAさんにむせ込み等の事故が再び発生し、より重篤な結果が生じるといふ具体的な危険を認識することができたはずである。
- そうすると、Xホームには、少なくとも10月12日のむせ込みの後には、常時介助などの方法により、そうした事故が発生しても職員は速やかに対応できるような体制を整えてAさんに食事を提供しなければならない注意義務が生じていたというべきであり、また、その注意義務を果たすことは可能であった。○今回の誤嚥事故の際に、Xホームが上記の注意義務を果たしていれば、実際に発見された状態よりかなり早くXホームの職員がAさんの状態に気付き、適切に対処できたはずであり、死亡には至らなかった。
- 以上のことから、Xホームには誤嚥事故によりAさんを死亡させたことについての安全配慮義務違反があり、Xホームの職員への使用者責任も成立する。

皆さんで考えてみましょう！

Q. 事前の事故予防の観点から、事業所では何ができたでしょうか？

<情報提供元>

東京海上日動ベターライフサービス株式会社
ソリューション事業部

◆許可なく、転送・転載・複写はご遠慮願います。

特別養護老人ホーム入所中に誤嚥事故により死亡した事案

運営法人が2,490万円の損害賠償を命じられた。

この事例から学べること

<トラブル予防の観点から、何ができたでしょうか>

■ 危険予測と対策

- パーキンソン病や認知症などの持病があるAさんに起こると考えられるリスクの整理ができていたか。また、そのリスクを回避する対応を検討し、職員に共有できていたか。
- 事故ではない、いわゆる「ヒヤリハット」が起こった場合、職員はどのように対応し、どのように事故防止に活かしていくかといったマニュアルが作成されていたか。
- 「ヒヤリハット」を報告することの意義や効果について施設内で共有できていたか。その必要性を伝え、職員の「リスク感度」を上げる研修等が実施されていたか。
- 職員一人ひとりがご利用者の状況をしっかり観察し、変化があれば遠慮なく介護方法の変更などを提案できる風土が醸成されていたか。

■ 事故後の対応

- あらかじめ定められた緊急時対応マニュアル等に沿って、誤嚥事故が起こった際の対応をすみやかに実施できていたか。
- Aさんが亡くなってしまったという結果を受けて、事故原因の究明と再発防止策の検討は当然ながら、あわせて担当した職員への精神的フォローも実施されたか。

■ ご家族とのコミュニケーション

- Aさんの身体状況や既往歴等をふまえた介護方法をあらかじめご家族と共有し、それを了承してもらっていたか。

<情報提供元>

東京海上日動ベターライフサービス株式会社
ソリューション事業部