

介護事故①：誤嚥

弁護士 井上 博隆

1、はじめに

平成12年(2000年)4月に介護保険が施行され、いわゆる「措置から契約へ」となって10年目を迎えようとしている。今後、ますます高齢者が増え、介護事故も増加することが予想される。介護事故は、転倒・転落、誤嚥等が多いといわれており、これらを中心に介護事故に関する裁判例も散見されるようになってきた。

そこで、これまでの裁判例から、高齢者の介護事故について、注意義務や過失がどのようにとらえられているかを考え、今後の介護事故予防への道筋を考えてみたい。今回は、誤嚥について考える。

2、誤嚥

誤嚥とは、食物や唾液が、嚥下(飲み下す)されて食道から胃に入るべきところ、誤って気道(気管、肺)に入ることをいう。

食物が口に取り込まれるときを口腔期といい、口蓋が鼻腔を閉じる。咽頭に押し出された食物は、咽頭筋の収縮による蠕動運動で押し出される(咽頭期)。喉頭蓋が下に倒れ気道が閉じられ、食物が食道に入る(食道期)。誤嚥は、咽頭期と食道期に起こる。

誤嚥は、高齢者特に脳血管障害や認知症の高齢者に多く、むせて苦しい、窒息したり誤嚥性肺炎となる。窒息した場合は、数分で死に至るか重篤な状態となるといわれている。

3、高齢者の誤嚥事故の裁判例

高齢者の誤嚥事故の裁判例は、別紙の通りである。

この内、判決1と判決2は介護保険施行前の、判決3は介護保険施行直前の、判決4と判決5は介護保険施行後2年以内の、判決6と判決7は介護保険施行後4年以降の裁判例である。但し、判決6は病院のものであるが食事介助の事故であり、注意義務・過失を考える上で基本的には変わらないものと考えられる。判決1、判決3乃至判決5、判決7は特別養護老人ホームの事故であり、この内、判決1と判決5はショートステイの事故である。判決2は老人保健施設の事故である。

4、誤嚥の注意義務・過失

別紙の裁判例からも明らかなように、誤嚥についての注意義務・過失は、大きく分けると①食事前、②食事中、③誤嚥後の各段階で争点となっている。

①食事前の段階では、i、食事の経口的摂取の是非、ii、食材の選択(誤嚥を起こしやすい食材を使用したか否か等)、食物の大きさ、調理方法(とろみをつける等誤嚥を起こしにくい調理方法をとっていたか等)、iii、誤嚥の予防措置を取っていたか(覚醒の確認、姿勢、手・口腔内ケア、義歯の装着等)等が争点となっている。

②食事中の段階では、i、食事中の介助の方法(1対1か、量が適切か、一口ごとにゆっくり食べさせているか等)、ii、食事中の嚥下状態の確認(一口ずつ嚥下を確認しているか、口腔内に食物が残っていないか等)、iii、監視体制(嚥下の状況を確認する人数、頻度、注意の仕方等)等が争点となっている。

③誤嚥後の段階では、i、誤嚥の予見義務、ii、適時の救急救命措置(タッピング、ハイムリッヒ法、吸引器の使用、医師や119番通報等)、iii、救急救命措置の仕方の妥当性、iv、救急救命措置後の観察・監視等が争点となっている。

④また、①②③を通じて、施設・病院側の教育・指導の適切性等も争点となっている。

5、裁判例へのコメント

(1) 判決1、判決4乃至判決7は、注意義務違反・過失を認めて原告の請求を認容している。一方、判決2と判決3は、従前摂食障害・誤嚥の兆候が見られず誤嚥の予見可能性がなかったこと、誤嚥後も適時に救急救命措置がなされていることを理由に、原告の請求が棄却されている。特に、判決3では、食道期の誤嚥であることを強調している。

(2) 判決1と判決4は、誤嚥後の注意義務違反・過失を認めている。判決1は、誤嚥の予見義務と適時の救急救命措置義務違反を、判決4は、救急救命措置後の観察・監視義務違反を認めている。

特に、判決4は、介護職員らは医療に関する専門的知識・技術はなく、吸引しても適切に異物が完全に除去されたか適切に判断することは困難であることから、1回目の急変に際し吸引し容態が安定したように見えても引き続き常時そばについて様子を注意深く観察し、再度容態が急変した場合は医師に適切な措置を求めたり、119番通報することを求めていることが注目される。

従前、誤嚥か否かの判断や吸引を医療資格のない介護職員に求めるのは適切ではないのではないかという議論があったが、これに対する一つの判断を示したものといえよう。

一方、医事資格のある者は医学的観察及び措置の注意義務が加重されるものと考えられる。

- (3) 判決5と判決6は、食事時の嚥下動作の確認に注意義務違反・過失を認めている。

いずれも、嚥下障害があったことを認めながらも、誤嚥の危険性のある食材を使用したことや義歯を装着しなかったこと自体を過失とはせず、誤嚥の危険性のある食材を使ったり、義歯を装着しないで摂食させることは、より誤嚥の危険性が増すことから、より高度の食事時の監視・観察義務を認めている。

判決5では、中腰でやや見下すような姿勢での観察では足りないとしている。判決6では、一口ごとに咀嚼して飲み込んだか確認する義務があるとしている。

- (4) 判決7は、食事時の誤嚥予防措置違反を認めている。厚生労働省の福祉サービスにおける危機管理に関する検討会「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」を引用して、施設が、指針記載の留意事項を、経験のない契約職員であった介護職員に指導教育しておらず、介護職員もこれをしていなかったことに注意義務違反を求めている。

この点に過失を求めることは、下記の参考文献にも記述されていない。今後、介護にあたる施設や関係者は留意しておいた方がよいと思われる。医療事故裁判においてガイドラインが過失判断の大きな要素となっていることと同じ流れにあるように思われる。

特に、介護保険制度・「措置から契約へ」が制度的に熟してきて、誤嚥予防の方法が標準化され共通の認識となっていると考えられ、今後も、前記指針や参考文献2の82頁の「誤嚥防止のための介護技術」記載の内容を行っていないときは、その点をとらえて過失ととらえられる可能性があるのではないかとと思われる。

- (5) (1)(2)(3)(4)を見ると、もとより、高齢者の嚥下障害の程度等事例によって異なることは当然としても、従前は誤嚥後の措置が主たる争点とされてきたが、最近では、より前の段階の、食事時の誤嚥予防措置や食事時の介助方法・監

視観察に注意義務・過失を求められる傾向があるのではないかと考えられる。

前記のように、誤嚥の判断が医学的判断を伴うことや吸引等医学的措置を介護職員にこれを求めることに疑問視する見解があること(参考文献6の37頁、9の19頁)、誤嚥して窒息すれば緊急救命措置をとっても数分で死亡等することから、判決2や判決3のように誤嚥後の措置に過失を求めることが難しい事例があることが理由であると思われる。

- (6) 判決3乃至判決7のいずれもが、食事時の食材や食物の調理方法・摂取の方法の過失を認めていない。食事介護の基本は、自分で食べる、口から食べる、嗜好などが満たされることとされており、誤嚥の蓋然性が高くない限り、裁判例の判断は当然ともいえ、その代わり、食事時の介助の方法や見守りについての注意義務が加重されることになる。

- (7) 食事時の監視体制について、判決2は、自立して食事をしてきた40名に対して、介護職員3名が食堂内を巡回し介助をしていたが、事故発生直後に救急救命措置をしていること等を理由に過失はないとし、判決3は吸引を4、5分後にしたことが遅きに失したとはいえないとしている。

一方、判決6は、7名の重症患者と個室患者(但し、複数名は経管栄養管理等のため食事介助の必要なし)を1名の看護師と他のチームと掛け持ちの看護師1名で食事介助していた場合に、誤嚥の危険性の高かった患者に対しては、一口ごとに咀嚼、飲み込み等を見守るとともに、誤嚥の場合に即時に対応する義務があるとし、他の患者の世話などのために離れる場合にも見守りは5分おきではならず、より頻回にすべきであったとしている。

前記の通り、窒息した場合数分で死亡又は重篤な状態となることを考えれば、利用者の嚥下能力を勘案しながら、嚥下状態の監視観察と、異常時には重篤な状態にならないように、数分内に救命措置がとれる人数や見守り体制をとる必要があるということが出来る。

- (8) 不顕性誤嚥

被告側から誤嚥は不顕性誤嚥であり誤嚥予見可能性がなかったと抗弁されることがある。判決5は、不顕性誤嚥についての文献の記載から、食事中に食物をのどに詰まらせるような症例を

番号	判決	事故年月	訴訟の結果	事故の概要	施設の種類	誤嚥以前の状況
1	横浜地判 川崎支部 H12.2.23賃金 と社会保障 1284	H7.12	認容(過失あり； 選択的に、債務 不履行責任と不法 行為責任を求め、 いずれを認めたか 不明)	73歳。 ごはん、なめたけお ろし、茄子、みそ汁 の食事時、誤嚥した ものは具体的には不 明。死亡。	特別養護老人ホーム (ショートステイ)	多発性脳梗塞等の既 往症。 紙おむつ、食事と入 浴時以外はベッドで 過ごし、食事は常食 を全面的に介助され ており、食べ物を嚥 んでいる時間が長く、 なかなか飲み込まな い傾向があった。
2	横浜地判 H12.6.13 賃金 と社会保障 1303.14	H9.9	棄却(過失なし； 主位的に債務不履 行責任、予備的に 不法行為責任を求 める)	75歳。 こんにゃくの田楽。 死亡。	老人保健施設	中等度の痴呆症。 常食常菜とされた が、本人の希望によ り全粥常食と変更さ れた。食べ残すこと もあったが、主食、 副菜ともに全量食べ ていた。
3	神戸地判 H16.4.15 賃金 と社会保障 1427/45	H12.3	棄却(過失なし； 不法行為責任を求 め、これを否定)	82歳。牛乳に浸した パン。死亡。	特別養護老人ホーム	老人性痴呆症、全盲 等。 事故前は、食事を全 量摂取することも多 く、近接した時期に は誤嚥の兆候を認め られなかった。 包括的自立支援プロ グラムに「嚥下機能 面での問題点：有」 「食事のすすめ方に 注意」等の記載があ った。 事故当時はパン粥を 口にため込み、食塊 をなかなか飲み込め なかった。

過失についての争点と裁判所の判断

①飲み込みが悪いことを十分に認識して食事の監理と監視をするべきであったか

→判断なし

②誤嚥の発見が遅れ、また、救急救命措置をとるのも遅れたか。

→○ 飲み込みが悪く、食物を口のためにため込む時間がかかっていたこと、朝食直後の事故であることから、真っ先に疑われるのは誤嚥であるのに、誤嚥の措置をしていない。吸引器を取りに行くこともしていない。また、異変発見後15分後まで救急車を呼ぶこともなく、適切な措置を怠った。

①誤嚥の危険性のあるこんにやく提供に過失があるか。

i、こんにやくを食材にしたことや料理方法に過失があるか。

→× 便通を良くする等の理由で食材としたこと、小さく切り分ける等高齢者に配慮していたこと等から過失があるとはいえない。単に誤嚥の危険性があるという一事で食事に供したこと自体に過失があるとはいえない。むしろ、食事について自立した者に通常の家庭料理に近い食事を提供することは老人保健施設の目的に合致している。

ii、こんにやくに加え、事故当時、ゴボウ、きゅうりが食材に使われ、硬い食材を同一機会に提供したことに過失があるか。

→× すべて通常の家料理で用いられる食材であり、組合せも不自然ではなく、高齢者の特質に応じて調理され、嗜好にも合致し過失はない。

②入れ歯をせず、食欲不振であり、全粥を提供されていたことにより咀嚼力が低下していたのに常食のメニューを提供し付き添って介助しなかった過失がある。

→× 入れ歯をしなかったといえず、咀嚼力の低下は明らかではなく、格別摂食障害があったと認められず、付き添って介助する義務は認められない。

③食事時の監視体制や監視状況に過失があるか。

→× 自立して食事をしていた40名に対して、介護職員3名が食堂内を巡回し必要な介助をしていたこと、食材により付き添って摂取させることが必要な入所者に対しては料理を事前に取り上げておく等の措置を講じていたこと、事故発生直後、職員3名が直ちに駆け寄り救急救命措置(タッピング、病院への連絡、入れ歯をとる、吸引器)を開始していることから過失はない。

④救急救命措置に過失があるか。

→× 職員は、速やかに、通常一般的に用いられる救急救命措置を行い、症状の改善が見られなかったため、速やかに隣接の病院に搬送のうえ医師の措置に委ねているのであるから救急救命措置違反ということとはできない。

①包括的自立支援プログラムの記載を理解し実施する義務を怠った過失があるか。

→× 介護保険の適用を受けるためのケアプランであり、介護保険により提供される介護内容が記載されており、少しでも問題点があれば記載されているのであって、嚥下能力等を反映した措置を示しているのではないから、実行されていなくても直ちに義務違反といえない。

②抗うつ剤を投与されており、その嚥下困難等の副作用による誤嚥を回避すべき注意義務があるか。

→× 抗うつ剤の副作用が現れた事実はなく義務はない。

③2,3日前からむせることがあり、

i、横向き嚥下等の方法による介助すべき義務

ii、パン粥等を飲み込めなかったことを認識していたから観察する義務

iii、パン粥等を飲み込めなかったからはき出すように促す義務

iv、パン粥にせず食事性状の変更、体位変換、嚥下方法の工夫をする義務

v、すぐに口の中に指を入れてかき回す、ハイムリッヒ法(横隔膜の圧迫によってはき出させる)、吸引する義務、があるか。

→× 2,3日前からむせることがあったと認める的確な証拠がない。

i iv 誤嚥が起こるのは、咽頭通過・食道への送り込みの際と、食道通過の際であり、前者は誤嚥が食塊が飲み込まれて即時に起こるが、後者は食塊が飲み込まれて一定の時間が経過して起こり、嚥下反射は良好であり、食塊が胸につかえたり、のどを通らない症状があり、食塊が呼吸とともに気管に流れ込んで誤嚥を引き起こす。本件は後者による誤嚥である。i ivは前者の誤嚥の注意義務であるから前提を欠く。

ii iii これまで後者の誤嚥の兆候を認識していないのであるから誤嚥の可能性を認識することは不可能であり、認識する義務があるとすると食事介護中常に肺・頸部の呼吸音を聞く必要があり、そのような義務は認められない。

v かき回す、ハイムリッヒ法は、後者の誤嚥には功を奏しない。吸引は、本件での有効性に疑問である上、4,5分後にしており遅きに失したとはいえない。

4	東京地判 H19.5.28 判時 1991/81	H13.8	認容(過失あり； 選択的に、債務 不履行責任と不法 行為責任を求め、 後者を認める)	98歳。出前の玉子丼の かまぼこ片等。死亡。	特別養護老人ホーム	肺気腫、うっ血性心不全 等の既往症があったが、食 事を自ら摂取していた。 施設では、月1度選択メ ニューで入所者の希望の 出前の丼を提供していた。
5	名古屋地判 H16.7.30 賃金 と社会保障 1427/54	H13.12	認容(過失あり； 選択的に、債務 不履行責任と不法 行為責任を求め、 後者を認める)	75歳。こんにゃくとは んべん。 死亡	特別養護老人ホーム (ショートステイ)	軽度の痴呆があり、総入 れ歯、車いすを使用し、食 事等や座位保持にも介助 を必要。 過去6回の利用があった が、いずれも嚥下障害あり と調査票に記載されてい た。
6	福岡地判 H19.6.26 判タ 1277/306	H16.10	認容(過失あり； 主位的に不法行 為責任、予備的 に債務不履行責 任とを求め、前 者を認める)	80歳。おにぎり。死亡	病院	老人性痴呆・誤嚥性肺炎 等の既往症。 食欲低下改善のため、介 護老人保健施設から個室 に入院。 軽度の嚥下障害が続い ていた、また、歯の欠損状 態から看護日誌に「食事摂 取時は必ず義歯装着のこ と。誤嚥危険性大」と記載 され申し送られていた。基 本的には看護師が食事介 助する看護プランであっ た。 誤嚥時、看護師は病室を 30分間離れていたと認定 されている。
7	松山地判 H20.2.18 判タ 1275/219	H17.7	認容(過失あり； 選択的に、債務 不履行責任と不法 行為責任を求め、 後者を認める)	年齢不詳。 おもゆ、きゅうりとも やしの酢の物、みそ汁 等の食事時、具体的 には不明。死亡。	特別養護老人ホーム	医師から、加齢にとも なうもの、又は小さい脳梗 塞・脳血管障害等によって 食事の飲み込みが悪くな っており、嚥下障害が進行 したり、誤嚥性肺炎の可能 性があると説明されてい た。 ベッドで食事介助を受 けて摂食していた。 むせ状態が続いていた。

- ① 食事中の食物の性質・大きさ・量等と嚥下状態の監視に過失があったか。→判断なし
- ② 常時、医療関係職員の配置義務があったか。→判断なし
- ③ 看護職員不在の際の誤嚥に備え、介護職員らに対する吸引の仕方、誤嚥者の状態の把握の仕方等の指導に過失があったか。→判断なし
- ④ 誤嚥に際する吸引後の観察・吸引義務、119番通報等の措置義務に過失があるか。
→○ 病院退院時に食事中の嚥下状態の観察が必要であると記載され、また、介護職員らは医療に関する専門的知識・技術はなく、吸引しても適切に異物が完全に除去されたか的確に判断することは困難であった。食事中泡を出し、吸引した(1回目)。その後、また、泡を出し、呼吸が苦しそうでチアノーゼが見られた(2回目)。その後顔面蒼白でぐったりしたので119番通報等した(3回目)。1回目の急変の際に吸引し状態が安定したように見えても、引き続き観察し再度状態が急変した場合は、直ちに、嘱託医等に連絡して適切な措置を求めたり、119番通報して救急車の出動を要請すべき義務があった。しかるに、介護職員が常時そばについて様子を見ていたわけではなく、他の入所者の介助をしながら様子をうかがう程度であったので過失がある。
- ① 誤嚥の危険性の高いこんにゃく・はんぺんを食べさせたことに過失があったか。
→判断なし
- ② 家族がこんにゃくを食べさせないよう依頼していたのに介助者に伝えなかったことに過失があるか。
→判断なし
- ③ 嚥下障害の程度の判断を誤り、「きざみ」としないで「一口大」としたことに過失があるか。
→判断なし
- ④ 嚥下の危険性の高いこんにゃく・はんぺんを食べさせる場合は、小さくしたり、嚥下動作を確認して食べさせる義務があったか。
→○ 高齢、総入れ歯、嚥下障害があったこと、こんにゃくやはんぺんは嚥下障害のある人に向かない食品であることから、誤嚥しないよう細心の注意を払う必要があり、口の中の確認、嚥下動作の確認をする義務がある。中腰でやや見下ろすような姿勢で介助していたことは食物が口の中に残っていたことを見過ごした可能性がある。また、嚥下動作を確認していたと認められない。
- ⑤ 誤嚥後、正対して背中をタッピングするのではなく、立たせて背後からタッピングする義務。→判断なし
- ⑥ 不顕性誤嚥であったか。
→× 不顕性誤嚥は、少量を気付かないうちに吸引するもの、夜間睡眠中に唾液が下気道や肺に不顕性誤嚥され肺炎の発症原因となること等と文献に記載されており、食事中に食物をのどに詰まらせるような症例を対象として理解されているとは考え難い。
- ① 誤嚥の危険性のあるおにぎりを提供したことに過失があったか。
→× 嚥下状態が悪いのに、嚥下しやすく工夫されていないおにぎりを提供したことは適当ではなかった。しかし、食欲不振解消が重要事項となっており、本人の希望に添って提供され、約2週間おにぎりでもせたことはなく、歯科医も歯肉を使用するなどして咀嚼すれば嚥下可能としていたことから、注意して嚥下する限り誤嚥はないから、おにぎりを提供したこと自体に過失はない。
- ② 義歯を装着しないと咀嚼能力が劣り、食塊形成がうまくできないため誤嚥の危険性があるのに、義歯を装着しなかったことに過失があったか。
→× 食事の際に義歯の装着を勧められたが拒否し、いやがる本人に強制的に義歯を装着することもできないので、義歯を装着する義務があったとはいえない(但し、この場合、誤嚥の危険性が増すので、より一層摂食状況を見守る注意義務がある)。
- ③ 誤嚥しないように、また、誤嚥した場合には直ちに吐き出させるために見守りをする必要があるか。
→○ 軽度の嚥下障害があったこと、前日にも牛乳をむせたこと、義歯を装着させないまま嚥下しにくいおにぎりを提供したことから、誤嚥の危険性を認識していた。このような場合、摂食する際に一口ごとに食物を咀嚼して飲み込んだか否かを確認するなどして見守るとともに、誤嚥した場合には即時に対応する義務がある。他の患者の世話などのために離れる場合にも頻回に摂食状況を見守る義務があった。仮に、病院らの主張のように5分間隔で見守っていたとしても、誤嚥する危険性が高かったのであるから、準夜帯で看護師の人数が少なく、世話をすべき患者が多いことを考慮に入れても、5分おきではならず、少なくともより頻回の見回りをすべきであった。
- ① 経口摂取を一時停止して経管栄養の方法をとるか、経口摂食を継続するのであれば、誤嚥の危険性の少ないものに変更した上、観察態勢を一層強化すべきであったか→判断なし
- ② 食事の介助をする場合、口腔ケアの徹底、覚醒の確認、頸部を前屈させて、ゆっくり食事させる、複数回嚥下させるかの確認義務があるか。
→○ 厚生労働省の福祉サービスにおける危機管理に関する検討会「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～」(平成14年)の「食事に関する介護マニュアル(臥床状態で自力摂取ができない人の介助)の一例」の留意事項を引用した上、医師から嚥下障害の進行等の説明を受けており、むせ状態が続いていたから、施設としては、i 覚醒をきちんと確認しているか、ii 頸部を前屈させているか、iii 手、口腔内を清潔にする、iv 一口ずつ嚥下を確かめているか等の点を確認し、実際に行われるように職員に教育、指導すべき義務があった。施設は、教育指導を怠り、職員も i ii iii をしなかった。
- ③ 誤嚥事故発生後の緊急対応に過失があったか→判断なし
- ④ 吸引措置に過失があったか→判断なし

対象として理解されているとは考え難いとして、この抗弁に対して否定的に判断している。

- (9) 判決3は、食道期の誤嚥であることを強調して、誤嚥の予見可能性を否定している。しかし、現在では食道期の誤嚥も一般に知られていると考えられ、今後、事情によっては過失があるとされる場合もあるのではないかと考えられる。

6. まとめ

最近の裁判例をみると誤嚥の注意義務過失は食事前の誤嚥予防措置や食事時の介助方法、監視観察に求められる傾向にある。

このためには、厚生労働省の取り組み指針等、標準化された方法を指導し守ること、誤嚥の危険性の高い利用者には高度の監視、観察が必要とされることが、数分内に救急救命措置がとれる体制を整えること等が求められよう。

参考文献

- 1、古笛恵子「事例解説 介護事故における注意義務と責任」新日本法規出版(株)平成20年
- 2、介護支援専門員テキスト編集委員会「四訂介護支援専門員基本テキスト」第3巻「高齢者保健医療・福祉の基礎知識」(財)長寿社会開発センター平成19年
- 3、菊池馨実「高齢者介護事故をめぐる裁判例の総合的検討(一)」賃金と社会保障1427-23/2006年
- 4、大阪弁護士会高齢者障害者総合支援センター「介護事故マニュアル」大阪弁護士協同組合2006年
- 5、兵庫県弁護士会消費者保護委員会・兵庫県国民健康保険団体連合会編著「これで安心介護トラブルの処方箋」兵庫県社会福祉協議会2005年
- 6、高野・青木編「介護事故とリスクマネジメント」あけび書房(株)2004年
- 7、拙稿「相談・苦情解決に必要な法律知識」福祉サービスに関する苦情解決事業・研修会報告書～福祉サービスの質の向上をめざして～所収・沖縄県福祉サービス運営適正化委員会平成14年
- 8、厚生労働省・福祉サービスにおける危機管理に関する検討会「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～」平成14年
- 9、菊池馨実「介護事故とリスクマネジメント(一)」経営協218号16頁社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国社会福祉施設経営者協議会2002年