

3 転倒事故の発生について施設の責任が否定された事案

東京地判令3・4・27令元(ワ)23961号



#介護事故 #転倒
#排せつ介助

事案の概要

本事案は、ショートステイ先の施設におけるトイレ内での転倒事故について、介護職員が過失により転倒させたのか、入居者が単独で転倒したのか争われた事案です。

本件入居者は、当初、自身で転倒したと話していました。しかしながら、本件入居者は、事故後約1週間後に「トイレ内で介護職員が転倒し、それに巻き込まれて転んでしまった。介護職員から、『入居者がトイレ内で転倒し、そこに介護職員が駆けつけたことにしてくれ』と頼まれ、『うん』と答えてしまった」と説明(以下、「本件説明」といいます)するようになりました。そこで、転倒事故の対応がどのようなものであったのかが争われました。

原告は、この入居者の遺族です。

1 裁判所の判断

本件の主たる争点は、本件転倒事故がどのような態様であったのかという点、認定された事故態様において施設に安全配慮義務違反があるかという点です。

(1) 本件転倒事故の態様

原告は、本件転倒事故の態様は、トイレ内で介護職員が転倒し、それに本件入居者が巻き込まれたとして、その根拠として主に以下の点を主張しました。

- ① 介護職員は、本件入居者に対し、「ごめんね。」などと述べて許しを請い、懸命に謝罪しており、自身が本件入居者を転倒させたことを自覚していたからこそ、このような謝罪をした。
- ② 本件入居者は、直接の被害者であり、本件発言に信用性がある。本件入居者は、当初は介護職員を庇っていたが、怪我の程度が重大であったため、真実を話すことになったと考えられ、変遷に理由がある。

これらの点につき、裁判所は以下のように指摘をし、事故態様を認定しました。

まず、①については、謝罪の態様については争いがあるものの、介護職員が謝罪したのは、自身が夜勤担当者を務めていた際に本件転倒事故が発生したことについて道義的な責任を感じたからと考えて矛盾するものではないため、介護職員が謝罪をしていたとしても、本件転倒事故の態様が原告の主張する態様であるとは推認できないとしました。

次に②については、本件入居者の説明が不実のものから真実のものへ変遷したと仮定した場合、そのことについて合理的な根拠は見出し難く、変遷後の本件入居者の説明を根拠にして、本件転倒事故の態様が原告の主張する態様であるとは推認できないとしました。

他方で、本件入居者は、1人で立ち上がる・座る・トイレで用を足すことが可能な状況にあり、トイレ内介助を不要とする本件入居者の希望およびケアマネジャーとの協議を踏まえ、本件入居者に対するトイレ内介助については不要と定められていました。

以上を考慮すると、本件転倒事故は、排泄後にブザーで呼び出されるまでド

アを開けないという約束に従って介護職員がトイレの外で待機していたところ、本件入居者が排せつを終えた後、自ら立ち上がり尻を拭く時に手すりから手が離れて転倒したという事故であると認められると判断しました。

(2) 安全配慮義務違反の有無

裁判所は、上記のとおり認定した事故態様を踏まえると、施設が、本件入居者が転倒するのを防ぐべき安全配慮義務に違反したとはいえないと判断しました。

2 本事案のポイント（排せつ介助に問題があったのか）

介護施設においては、排せつに関する転倒事故が多く発生しています。本事例では、そのうち、トイレ（個室）内での転倒事故が問題となりました。

排せつ介助は、排せつという利用者のセンシティブな面に触れる介助ですので、付きっきりで介助することは必ずしも正解ではありません。介護施設としては、利用者の身体的・精神的な状況、判断能力の程度などを考慮した上で、介護職員がどの程度介助をすべきかを判断する必要があります。

他方で、その判断を誤れば事故が発生し、介護事業所の責任問題に発展する可能性もあります。そのため、排せつ介助については、事業所側がどの程度関与すべきかという点について、極めて慎重な判断が要求されます。

例えば、自立できない、座位を保てない状況なのであれば、事故防止の観点から、トイレ内での介助が必要になってきます。ところが、利用者は、自身の身体的な状況を必ずしも正確に把握しているわけではありませんし、当然トイレ内での介助には抵抗を示されることも多くあります。そのため、介護職員からすれば、トイレ内で介助をすべき状況であるにもかかわらず、利用者がトイレ内での介助を拒むため適切な介助を行えないというケースも多くあります。このような場面では、事業所側がどの程度関与すべきか、あるいは、関与すべきではないのかという判断は、非常に難易度が高くなります。

本事案の判決文からは、本件入居者の身体的・精神的な状況、判断能力の程度は明らかではありません。ただ、利用しているサービスがショートステイで、ショートステイの利用契約から約半年後の事故であることや、1人で用を足すことが可能だったということからすると、身体的にも、判断能力としても、トイレ内での介助までは不要であったのだと推測されます。実際、ケアマネジャーと本件入居者との間でトイレ内での介助は不要との取り決めがされていた。

そうだとすれば、本事案で認定された事実からすれば、施設側の排せつ介助には問題がなかったと判断されるべきだったのでしょうか。原告側が、トイレ内での介助をすべきであったかという点を争っていないのも、このような観点からの判断だったのかもしれませんが。

3 実務上のポイント

本判決で気になったのは、争点となっているのは事故態様であるのに、事故報告書が証拠として引用されていないことです。また、トイレ内介助が不要だという協議内容も、経過記録などではなく証人による供述をもって認定されています。このように、本来存在するはずの書類が証拠になっていないということは、十分な書類が作成されていないからであると考えられます。

裁判では客観的な証拠が最も重要です。この観点から、平日頃より書類、資料をしっかりと作成するということを意識していただきたいです。

例えば、事故が起こった際には、複数の職員が立ち合いをした上で多角的な視点から事故報告書を作成したとします。他の利用者も見ている中で、「介護職員がトイレ内に入った後に転倒した」という事故について、「トイレ内で利用者が転倒した気配があったので、トイレ内に入って確認すると利用者が転倒していた」との事故報告書を作成することは極めて困難だと思います。もちろん、それでも実態と異なる内容の報告書を作成することは技術的には可能ですし、事業所側に保身の意識がある可能性も否定できませんが、事故報告書を作

成すること自体で様々な牽制が働きますので、トラブルの直後に作成される事故報告書には一定の信用性が認められます。

このような観点から、介護事故が起こった後に、事実経過を正確に記載した事故報告書を作成することは、介護事業所が無用な責任を負わないためにも非常に重要なことだと認識してください。

介護事故が起こった際には、利用者の安全確保や緊急通報、ご家族への報告が最優先ですが、これらの対応が一段落ついた後は、すぐに事故報告書の作成に取り掛かりましょう。人の記憶は曖昧ですし、時間が経てば経つほど、どんどん記憶は薄れていきます。記憶が新しいうちに詳細な事故報告書を作成することが、事業所を救うこともあるということを理解してください。

