

誤嚥事故の介護水準論

弁護士 住田 浩史

1 はじめに：介護水準と「風向き」

介護事故をめぐる介護水準論についての議論は、活発とはいえない。介護事故についての雑誌の記事や論文も、裁判例を単に羅列して「このケースでは責任が認められました」「認められませんでした」とするものが多い。これは、なぜであろうか。

古笛弁護士は、交通事故や医療事故等の類型に比べ、「介護水準が判例法理として確立しているとはいえない」「介護の実態に即して、個別に判断していくしかない」としている¹。とにかくケース・バイ・ケースだ、というのは、介護水準論そのものを放擲するものではなくとも、消極的な態度である。

また、長沼教授は、「介護水準論」と銘打った雑誌の特集の冒頭論文で「風向き」の話がされている。例えば、ごく最近の裁判を巡っては、介護業界の「厳しい環境」を所与の事実として、「旧来のイメージ『お世話していただく』というニュアンスを再び帯びてきた」「忙しい介護職員にお世話してもらっていたのに、急に文句を言うのか」「まして裁判を提起するとは」という空気感が強くなってきたとし、これは「ネオリベリズム(ないし新自由主義)的な改革や風潮」の「反映」であり、そのような「風潮に棹さすことは強く逡巡する」としつつも、結論としてはこの風潮に「まったく関係なく裁判での判決が下され続ける」ことに疑問があるとする²。長沼教授は、別の論考によれば、裁判例の傾向について「ほとんど結果責任を問うような」³ものであるとの認識を示されている。

しかしながら、私は、これらの見解について、異論を述べておきたい。

まず、介護事故をめぐる裁判において、社会の「風向き」と「まったく関係なく裁判での判決が下され続ける」「ほとんど結果責任を問うような」傾向がある(つまり施設側に厳しい)、との現状認識に、果たして明確な根拠はあるのだろうか。そもそも、現実には発生している介護事故の数は、裁判になっているものよりはるかに多い。例えば令和4年度に京都市に報告があった介護施設の事故(なお、自治体に報告のある事故ということは「軽微な治療」ではなく、医療機関での治

療を要する事故である。⁴)は実に2,157件にのぼっている⁵ところ、この大多数は訴訟になっていないものと思われる。多くの利用者や家族が「施設にはお世話になっているのだし…」と考えてあえてアクションを起こさない(裁判にすらならない)、という時点で、既に、十分すぎるほど社会の「風向き」の影響を受けているのである。誰しも批判にさらされたくはないからである。また、個別の訴訟の判決内容をみても、裁判所が決して「結果責任」を認めている傾向がある、とは思えない。長沼教授は、具体的に、どの裁判例の、どの判断部分をみて、「結果責任を問うような」と述べているのであろうか。明らかではない。

また、これは、より重要な点であるが、そのような社会の「風向き」は、ほんとうに「正しい」のであろうか。たしかに、介護事故をめぐる裁判では、施設側から「厳しい介護環境」「現場の人員不足」「利用者の主張は結果論だ」というまさに「風向き」のような主張がなされることがしばしばある。しかし、そのようなふわとした話は、本当に、利用者の生命、身体の安全という極めてリジッドで重要な権利利益とトレード・オフの関係にある(人員不足なのだから、死んでもしかたがない)のだろうか。もし、交通事故で「現代は車社会なのだから、歩行者は死んでもしかたない」と主張する運転者がいれば、強く糾弾されるべきであろう。

本来問われるべきは、「厳しい介護環境」の中で、組織として、あるいは個々の職員としてやるべきことは何であって、それをやり尽くしたといえるかどうか(それでも事故は防げなかったのか)ではないか。同じ環境の中で、毎日、地道にかつ真剣に事故防止のために取り組んでいる施設と、組織として何も事故防止策をとらず現場の職員任せにしたあげく事故が発生したら「現場は過酷だ、現場をいじめるな」とだけ述べる施設とでは、やはり責任の認められる度合いは全く違うであろう。これが、介護事故の訴訟において、被介護者側にとっても、施設側にとっても、できるだけ客観的で精緻な「介護水準」論が必要とされる所以なのである。

客観的な「介護水準」をあえて論じないままに、「施設にあまり厳しくするのはどうか」と裁判所をたしなめようとするのは、悪しき自己責任主義、ネオ・リベリズムの風潮に棹さす結果をもたらすであろう(意図する、しない、あるいは逡巡する、しないはともかくとして)。

2 誤嚥事故の介護水準論

さて、前置きが長くなったが、ここからは、食事の提供に起因する誤嚥事故を例にとり、介護水準について論じることとする。

(1) 誤嚥とその予後

前提として、誤嚥という病態のメカニズムとその予後について整理しておく。

ア 誤嚥

「口頭から咽頭を経由して、気道の入り口である声門以下へ異物が侵入することを誤嚥という。」
「食物による窒息は声門を超えて誤嚥することにより生じ得る。」⁶

イ 窒息

部分的な気道閉塞ではなく「完全な気道閉塞であれば、傷病者は会話や咳、呼吸も不可能となる。」⁷気道が完全に閉塞すると「呼吸停止」となり、肺による血液のガス交換ができなくなり、血中酸素濃度が低下し、また血中二酸化炭素濃度が上昇する。「肺のガス交換が5分を超えて途絶すると、重要臓器、特に脳が不可逆的に損傷を受ける可能性がある。」「呼吸機能が直ちに回復しない限り、心停止がほぼ必ず続発する。」「呼吸停止と心停止は異なるものであるが、無治療の場合、一方により必ず他方も引き起こされる。」⁸

ウ 心停止、呼吸停止

救急救命士向けのテキストによれば「心肺停止時間が短ければ短いほど心肺蘇生法に反応し、予後が良好なのは当然のことである。」「心肺停止患者への対応は、いかに短時間で心肺停止を回復させるかにある。」「心停止の場合は3分、呼吸停止の場合は10分が経過すると死亡率は50%を超える。」⁹

誤嚥事故についての我が国の大規模な多施設後方視的研究(MOCHI-retro)においては、気道閉塞時間が5分以下の場合、神経学的転帰不良(CPC¹⁰ 4及び5の合計)の割合は6%であったが、気道閉塞時間が6～10分になると47%に急激に増加し、さらに、11～25分は68%、25分以上は70%とさらに増加が見られた¹¹。

(2) 誤嚥と介護水準

さて、かくして極めて深刻な転帰をたどることが多い誤嚥事故をめぐる介護水準はどのように考えるべきか。筆者は、かつて医療水準論(未熟児網膜症最判)と安全配慮義務違反(陸上自衛隊事件最判)の枠組みを参考にして転倒事故の介護水準論を提唱し

たことがある¹²が、ここでも、その枠組みに沿って論ずる。

ア ①介護施設の専門分野、②介護施設の性質

まず、①介護施設の専門分野、②性質についてであるが、誤嚥の前提となる食事を提供するという行為に関しては、病院、介護施設の種類(老健、特養、グループホーム)を問わず共通しており、注意義務には大きな差異をもたらさないと考えられる。

イ ③利用形態

入所と通所では食事の提供回数が異なり、そこから誤嚥リスクの情報収集のしやすさに差が出ることが考えられる。

ウ ④利用者の心身の状況

誤嚥事故については、利用者側の要因としては、何より高齢であること及び嚥下能力の低下が著明なリスクファクターとなる。「高齢者が正月に餅を食べて窒息死してしまう事故が毎年たくさん起こるが、咽頭は骨で固定されておらず、舌骨下筋群で吊り下げられているので、高齢になり筋力が衰えると咽頭が下がってきてしまうという構造的な問題を抱えていることが原因である」「さらに、加齢による反射機能の低下で嚥下のタイミングがずれてしまうことが加わってくる」¹³。「高齢者は加齢により咽頭が下垂し咽頭挙上距離が短縮するため、嚥下に不利な構造となる」¹⁴また、「しゃく力の低下だけでなく、唾液の分泌自体も少なくなるため、食べた物がスムーズに飲み込みにくくなり、「口内の感覚、舌の圧力等の低下により、食べ物を飲み込んでも、喉に残る分が生じやすくなる」¹⁵。

また、難聴の者や認知症等で指示の入らない者に対しては、「ゆっくり食べるように」などと指示をしても効果はないため、特別の配慮を要する。

エ ⑤利用者がおかれた具体的状況

これは、誤嚥を防止する局面と、誤嚥がおきたのちにその重大な結果発生を回避する局面とで全く異なってくる。

まず、前者で重要なのは、個室か食堂かであり、これによって介護者の目が行き届くかどうか異なってくる。次に、食事の性状や形態も重要である。例えば、餅は、誤嚥をおこしやすい食材であることは、広く知られている。「餅は、表面温度が体温に近い40度以下に低下すると、硬さが増す特質」がある。「調理後の熱い餅も、口に入

れると体温に近い温度となり、硬くなり始め」る。「特に、冬は餅を食べるときの室内の温度が20度程度で、食べて口から喉に入っていく過程で、体内に入る息の温度が低いために餅の温度は体温よりも更に低い温度(30度から35度程度)となって、一層硬くなりやすくなる。そして、「餅の温度が体温やそれ以下になると、くっつきやすさ(付着性)も増し」、「口腔内で餅同士がくっつきやすくなったり、喉の粘膜に張り付きやすくなり、さらに、くっつく剥がれにくくなり」そのため、場合によっては気道入り口に餅がくっついて剥がれず、気道が塞がれて窒息につながることもある¹⁶。上記のとおり、季節や気温も重要なファクターとなる。

次に、後者の場面では、上記のとおり、誤嚥は、放置すると致命的な事態の招来が予想されるため迅速な措置が必要となる。

オ 具体的注意義務

以上、①～⑤のファクターをもとに、誤嚥事故の注意義務とその水準を考える。

(ア) 誤嚥防止義務

まず、誤嚥という事故の発生そのものを防止する義務(誤嚥防止義務)である。誤嚥はいったん発生してしまうと短時間で窒息から心肺停止という重篤な病態に陥るので予防が最も重要である。そのためには、③利用形態に応じて、④誤嚥リスクについてのアセスメントを行って個々の利用者の誤嚥リスクの程度について職員間で周知共有した上、⑤その人にとって誤嚥リスクが高いものは提供しない、あるいは、大きなかたまりのまま提供しないなど、形態の変更などの工夫をすることが求められる。また、「誤嚥・窒息発生時の安全対策として、職員による摂食場面の見守りと観察を行うことも重要である」¹⁷。「しっかりかんで」「ゆっくり」という指示をしたとしても、高齢者、とくに難聴の者や認知症等で指示の入らない者に対しては、そのような指示をしても効果はないため、誤嚥を起こす様な食べ方をしている場合にはこれを制止すべきであり、そのためは、よりいっそう食事に見守りを行う必要がある。

(イ) 誤嚥による重大な結果発生回避義務

次に、(ア)とは全く別の義務として、ひとたび誤嚥が発生した場合の、誤嚥による重大な結果発生回避義務も重要となる。

まず、⑤利用者がおかれた状況は「気道異物に

よる窒息」という極めて危険な病態であって、当然、その場のいきあたりばったりの職員の判断に任せられるものではない。あらかじめ、組織的に、誤嚥時の対応マニュアルを整備するなどして、前もって、これに迅速に対応できる体制が整えられているべきであろう。これは「組織過失」の一種である。潮見教授によれば、「組織過失」は、「狭義の組織過失(システム構築義務違反)と監視義務・監督義務違反(管理義務違反)」に分けられ、「他人の権利・法益の直接侵害行為を問題とするというより、他人の権利・法益への侵害を回避するために何らかの組織編成上の措置やシステムの構築が要請される場面で、こうした組織編成行為(広義)に対して無価値評価をする局面で問題となる。こうした前提を充たす限りで、対象分野上の限定はない。交通事故、医療事故、運送中の事故、製造物責任、マスメディア・出版関係での人格権侵害といった事実的不法行為」や「取引的不法行為の場合をも含む」とされる¹⁸。

そして、実際に、現場職員が行うべき具体的な義務としては、早期発見義務と救命措置義務に分けられるが、前者は、摂食場面の見守り、観察義務が重要であり、上記の誤嚥防止義務とその内容が一部重なることとなる。後者は、とにかく早期の119番通報が重要である。「救急蘇生法の指針2020」によれば、気道異物による窒息に対する対応として、反応がある場合には「救助者はただちに大声で助けを呼んで、119番通報を依頼し、以下の順で異物除去を試みてください」(としてまずは119番通報が最優先とされており、また、反応がない場合には「119番通報を行い」心肺蘇生を試みるとしており、いずれにしても、早期の119番通報が何よりも肝要である¹⁹。

介護従事者向けの現場マニュアル書籍でも、「反応がある」場合には「救急車を要請」してから異物除去等を行う、「反応がない」場合には「救急車を要請」してから一次救命措置(胸骨圧迫)を行う、としており、いずれの場合であっても救急車の要請を第一とし、反応がない場合には(異物除去ではなく)胸骨圧迫や心肺蘇生を行うべきとしている²⁰。

3 むすびに

医療事故や介護事故の判決がニュースになるたびに、「大変なのに現場の人間を責めるのか、なり手が

なくなるぞ」「自宅で死んだらお金はもらえないのに施設や病院で死んだら高額のお金がもらえるのか」というコメントをSNSで見かけるのが、もはや、恒例になっている。そして、それらのコメントは、報道をみただけで、判決そのものを一文字たりとも読んではいないものがほとんどである。そして、弁護士の中には、そのようなコメントをプリントアウトして、証拠として裁判所に提出する者もいる。このような風潮は、とても残念なことである。

私は、多くの裁判官は、そのような「風向き」に決して流されることなく、法律と良心にしたがって、真摯に介護事故事例の審理に取り組まれていると信じているし、利用者も、また介護施設側も、客観的で明快な介護水準論に基づいた司法判断を受けることで、納得のいく解決が得られるものと考えている。今後も、「風向き」ではなく、介護水準論そのものについての活発な議論を期待したい。

- 1 古笛恵子『改訂版 事例解説 介護事故における注意義務と責任』新日本法規、2019年、75～76頁
- 2 長沼建一郎「介護事故裁判と社会の『風向き』」法律のひろば77巻3号、2024年、15頁
- 3 長沼「地域包括ケアと介護事故」保健医療社会学論集 第29巻1号、2018年、4頁
- 4 京都市「介護サービス提供等により事故が発生した場合の京都市への報告について」
<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/cmsfiles/contents/0000259/259960/jikoyoryo.pdf>
- 5 京都市「介護保険事業所・施設における事故報告について(令和4年度分)」
<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/cmsfiles/contents/0000259/259960/R4shuukei.pdf>
- 6 永田智子「窒息の予防と早期発見・対応 摂食嚥下リハビリテーションの重要性」救急医学47巻第3号、2023年、286頁
- 7 木下浩作「救急医療の現状と気道異物による窒息への対応」耳鼻咽喉科展望57巻2号、2014年、60頁
- 8 MSD製薬ウェブサイト・Vanessa Moll「呼吸停止の概要」MSDマニュアル プロフェッショナル版、2020年
- 9 厚生省救急救命士教育研究会『改訂5版 救急救命士標準テキスト』2001年、368頁
- 10 CPC4：遷延性意識障害、CPC5：死亡をさす。
- 11 五十嵐豊『気道異物による窒息の対処法』日本医事新報社、2021年、6頁
- 12 住田浩史「介護施設における転倒による入所者の死亡事故について施設を運営する医療法人に賠償が命じられた事例－京都地裁令和元年5月31日判決」賃金と社会保障1750号、2020年、46頁
- 13 奈良貴史「窒息に関する基礎知識 人類の“負の進化”と窒息」救急医学47巻第3号、2023年、266頁
- 14 永田、前掲書、287頁
- 15 消費者庁ウェブサイト・消費者庁「高齢者の餅による窒息事故に気を付けて！」、2017年
- 16 前掲消費者庁ウェブサイト。なお、昭和大学の向井美恵(よしはる)名誉教授(歯学者、口腔衛生学)にインタビューした結果を消費者向けにわかりやすくとりまとめたものである。
- 17 永田、前掲書、288頁

- 18 潮見佳男『不法行為法 I〔第2版〕』信山社、2009年、313頁
- 19 日本救急医療財団心肺蘇生法委員会(監修)『改訂6版 救急蘇生法の指針2022 市民用・解説編』へるす出版、2021年、48頁
- 20 前川美智子(監修)『現場で役立つ！ 介護技術&急変時対応の知識』ユーキャン学び出版、2021年、176頁