

介護老人保健施設での高齢者転倒

メディカルオンライン医療裁判研究会

【概要】

医師会が運営する介護老人施設にパーキンソン病、神経症、抑うつ状態、眩暈症等の診断を受けた女性（当時79歳）が入所した。女性は入所時、見守りが必要であるも、杖を使えば少しよろけながらも一人で歩ける状態であった。しかしその後、転倒を繰り返し、幻覚等の症状が出てきたことから、施設側は女性を認知症専門棟へ移動させ、夜間に見守りをしやすいよう見通しの良い場所にベッドの位置をずらす等の対策を取った。しかし、夜勤の介護福祉士が気づかないうちに女性は転倒し、左大腿骨転子部を骨折した。

本件は、女性が転倒し骨折しないよう対応する義務があったとして損害賠償を請求した事案である。審理の結果、転倒回避義務違反を認め、207万円の賠償請求が認められた。

キーワード:介護施設, 転倒, 大腿骨骨折, 転倒回避義務

判決日:東京地裁平成24年3月28日判決

結論:一部認容(207万円)

【事実経過】

年月日	詳細内容
平成20年 5月29日	AはH介護施設に入所し、2階の一般棟に入った。 Aは入所時、杖を使って少しよろけながらも一人で歩けるが、見守りが必要な状態にあった。 胃癌、骨粗鬆症の既往歴があるほか、他院にてパーキンソン病、高血圧症、神経症、抑うつ状態、眩暈症との診断がなされていた。 他院からH施設宛て診療情報提供書には、パーキンソン病の重症度分類が3（両側に症状があり、前屈姿勢、小刻み歩行が見られ、日常生活ではかなり制約をうけると思われるもの）で、うつ症状を伴うとの記載がある。 入所後、Aは定期的に歩行訓練等を受けていた。
6月5日	夜中に転倒。
7月19日	娘さんが来て話していると幻覚・幻視あり。

8月28日	転倒。
9月30日	転倒。 ハサミを取ってと言うので、何に使うのと聞くと、手首を切るような仕草を見せる。「救急車で連れて行って」と話す。
11月14日	つまずいて転倒。認知症に関して、不定愁訴あり。
12月18日	転倒しおでこに腫れの受傷あり。
平成21年 1月4日, 12日	転倒。
2月24日	転倒し、頭を床に打ちつけた。
3月1日	転倒。
3月23日	エレベータで戻ってきたところを発見する。夢の中で電話をかけることになり、気が付くと1階にいたとのこと。
4月1日	ベッドから滑り落ちた状態で発見される。
4月8日	居室中央にて転倒。
4月9日	「死にたいから、カミソリ取って」と言う。
4月13日	リハビリパンツ、ズボンを脱ぎ捨て、ハサミで切っていた。

4月17日	転倒。
5月14日	コールマット作動。コールマットに手をついている。
6月10日	ベッド付近でうろろし、尻餅をつく。
6月16日	コールマット作動。チェストを背に尻餅をついている。 「うちの息子はここに来たことがありますか」と聞いてくる。「今日は来ていませんが今まで何回も来ていますよ」と答える。
6月24日	トイレに話しかけている。返事がないと言っている。下半身脱いでいる。B(Aの長男の妻)が来所中にもBの名前を間違え、またC(Aの長女)が死んだと言っている。 H施設職員が、Bに対してAを3階の認知症専門棟に移動させることについて打診した。Bは了承する意向を示した。Cは反対し、一時C宅に引き取り、別の介護老人保健施設に入所させ、特別養護老人ホームに入所させようとし、Aを7月17日に退所させる旨伝えた。
6月25日	長谷川式認知症スケールにて12点であった。
6月28日	呼出ブザーを耳に宛て、「もしもし、すみませんが」と電話のように話していた。
7月6日	H施設では、Aを3階の認知症専門棟に移動させた。夜間は、夜勤者のいるサービスステーションから見通しのよい場所にあるベッドで就寝していた。 Aのベッド付近にはポータブルトイレを置いていたが、Aは介護施設内のトイレを利用することもあった。
7月16日	3階認知症専門棟の入所者数は54名で、同日の夜は、Aを含め10名がサービスステーション近くにあるホールのベッドで就寝し、42名が多床室(相部屋の療養室)、2名が個室の療養室で就寝した。 同日の夜勤者は介護福祉士3名

	で、交代で各自3時間の仮眠をとっていた。 ・介護福祉士Oは16日午後11時30分～17日午前2時30分まで仮眠。 ・介護福祉士Pは午前2時30分～午前5時30分まで仮眠。 ・介護福祉士Qは午前0時30分～午前3時30分まで仮眠。 午後10時と午前2時にオムツ交換をし、褥瘡のある入所者につき2時間ごとに体位の交換をし、1時間に1回フロアを巡視したり、入所者が動いたりした場合には声をかけたりトイレに誘導するなどした。 Oは、他の男性入所者のベッドを置くために、Aのベッドを移動させた。夜勤者のいるサービスステーションから距離は若干遠くなるものの、見通しは比較的良好であった。 Oは、Aのベッドの近くに別の男性入所者が複数就寝しており、ポータブルトイレを使用させることが憚られたことやAがH施設内のトイレを使用していたこともあったため、ポータブルトイレを置けなかった。Aは、リハビリパンツをはいていた。
午後7時30分	Aは就寝した。
午後8時30分	Aに体動があったため、OはAが車いすですぐトイレに行き排尿し、ベッドに戻り就寝するまで付添介助した。
午後10時	Aに体動があったため、OはAが車いすですぐトイレに行き排尿し、ベッドに戻り就寝するまで付添介助した。
7月17日 午前0時30分	介護福祉士Pは、Aがベッドから1メートル離れた場所で歩いているのを発見し、Aを車いすにのせ、Aがトイレで排尿し、ベッドに戻り就寝するまで付添介助した。
午前1時～5時	Aは就寝していた。
午前5時30分	Aに体動があり起床したため、OはAが車いすですぐトイレに行くのに

	付添介助した。Aは、自力でトイレブース内の手すりを使って車いすから便座まで移動して排尿した。この際、Aは、「転んじやったの」と述べた。H施設職員は、この時初めて本件転倒の事実を知った。
午前8時	OがAの左足を上げると痛みを訴えた。
午前10時30分 ころ	下肢痛の訴えあり、左側頭に腫脹が認められた。
午後0時	施設長R医師(常勤医)がAを診察し、左下肢を動かすとAは痛みを訴え、また股関節に疼痛があったが、出血や腫脹がないことを確認した。
午後4時30分	AはH施設を退所し、直後にI大学総合医療センターに通院し、左大腿骨転子部骨折と診断された。

【争点】

H施設において、Aが転倒して負傷しないよう対応する転倒回避義務違反があるか。

【裁判所の判断】

1. H施設は、Aが本件介護施設入所後多数回転倒しており、転倒の危険性が高いことをよく知っていたのであるから、入所利用契約上の安全配慮義務の一内容として、Aがベッドから立ち上がる際など転倒することがないように見守り、Aが転倒する危険のある行動に出た場合には、その転倒を回避する措置を講ずる義務を負っていた。

しかるに、H施設は、平成21年7月17日未明、Aがベッドから立ち上がり転倒する危険のある何らかの行動(例えば、ベッドから出て歩行する等)に出たのに、Aの動静への見守りが不足したため(仮に職員による見守りの空白時間に起きたとすれば、空白時間帯に対応する措置の不足のため)これに気づかず、転倒回避のための適切な措置を講ずることを怠ったために、本件転倒事故が発生したとい

うべきである。そうすると、H施設は転倒回避義務に違反しており、債務不履行責任を負う。

2. H施設は、Aが転倒しやすいことを踏まえ、夜勤者のいるサービスステーションからの見通しが良好である本件介護施設の3階認知症専門棟のホールにAのベッドを置き、見守りを続けるなどしており、転倒回避のための種々の措置を相応に講じてきたが、本件転倒事故については事故発生時に何ら気付かなかったことは前示のとおりである。このような事実関係の下では、本件介護施設の3階認知症専門棟のホールにAのベッドを置きながらAの動静への見守りが不十分であったといわざるを得ず、そのためにAの本件転倒を回避できなかったというほかはない。

【コメント】

1. 医療機関、介護施設等においては、院内および施設内での転倒事故により、患者または入所者(以下、「患者等」とする)の身体が傷害されないように適切な措置を講ずるべき安全配慮義務が課せられている。

転倒防止措置としては、一般的に、看視、付添、柵・手摺の設置、センサーの設置、マットの設置などが挙げられる。ケースによっては、最小限度の抑制帯の使用が許されることもある([最高裁判所平成22年1月26日判決](#)参照)。

いかなる転倒防止措置をとるべきかについては、個々の患者等の転倒の危険性の程度や、具体的な措置の容易性などの事情から、個々のケースに応じて総合的に判断される。

2. 個々の患者等の転倒の危険性の程度については、患者等の日常生活動作(ADL)がどのように評価されていたか、これまでの転倒の頻度・転倒時の受傷の程度などが判断要素となる。

ADLについては介護老人保健施設入所の際に評価されており、ADLの評価は容易に行い得る。また、医療機関においても、高齢者の入院患者に

関しては転倒防止アセスメントを行うことが多く、その過程でADLの評価は容易に行いうるであろう。

また、患者等において過去に転倒の事実経過があれば、再び転倒して受傷する危険性は高まる一方で、施設側においても転倒のリスクを認識することから、転倒防止措置を講ずるまたは措置の変更の契機となる。特に、転倒の頻度、受傷程度が高まれば、再度の転倒の際には重症となりうるから、より高度の転倒防止措置が必要となるであろう。

3. 本件裁判では、7月16日夜から17日未明にかけて、どのタイミングでAが転倒したのか、また大腿骨転子部骨折が転倒によるものなのか、という点についてH施設側は特に争わず、裁判所はAが7月17日未明に転倒し骨折したことを前提事実とした。

また、AはH施設入所時には杖を使用して一人で歩けるが見守りが必要な状況であり、また入所後にも頻回に転倒を繰り返していることから、転倒の危険性が高かった事例であることについても、H施設側は特に争っていない。

4. 本裁判例は、Aの転倒の危険性があったこと、H施設側が危険性を十分に認識していたことを認定したうえで、Aへの見守りが不足し、Aの体動に気づかず転倒回避に適切な措置を講じることを怠ったとして、転倒回避義務に違反していたと判断した。

5. 本裁判において、H施設は十分な転倒回避措置を講じていると主張し責任を争っているところ、本裁判例は、サービスステーションから見通しの良い場所にベッドをおいて見守りを行っている限度ではH施設の転倒回避のための措置を評価している。

実際、Aについて、16日午後8時30分、午後10時、17日午前0時30分、午前5時30分に体動が認められトイレまで付添介助した記録が残っていることから振り返ると、Aは相当にサービスステーションから見通しが良い場所に就寝していたものと考えられ、夜勤勤務の職員からは、サービスステーション

内において作業していてもAのわずかな動きに容易に気付くような状況であったと推測される。

そのような看視体制であるにもかかわらず、3名の夜勤職員は、翌朝にA本人から申し出がなされるまで転倒の事実すら気づかなかったということになる。仮に3名の夜勤職員が他の入所者の介助等にかかりきりであったためにAの体動に気づかなかったのであれば、H施設側からの転倒回避措置を越えた不可避的事故という主張も受け入れられる可能性があるが、そのような事情は判決上認められていない。

6. 夜勤の際に交代で仮眠をとる場合には、看視中の職員が他の入所者の介助等でサービスステーションを一時的に離れるのであれば、他の職員へ一声かけて看視を引き継ぐことも大事である。

また、転倒の危険性を認識しているのであれば、入所者および家族に対し、転倒の危険性と身体拘束の心理的影響について十分に説明し、入所者・家族の選択に沿って対応するののも一つの方法であろう。

本件は、オムツ交換、体位交換、フロア巡視、他の入所者のトイレ付添といった多くの業務を抱えるなか、日勤帯に比して少ない人員の夜勤帯で生じた残念な事例であるが、ベッドの位置を変更するだけでは十分とはいえないことを示す一例である。

【参考文献】

判例時報2153号40頁

【メディカルオンラインの関連文献】

- (1) [パーキンソニズムの歩行障害—すくみ足と重心移動—***](#)
- (2) [施設入所高齢者における転倒・転落事故の発生状況に関する調査研究***](#)
- (3) [骨折防止のための運動療法 —筋力・バランス改善をめざして—**](#)
- (4) [3. 骨・関節疾患—骨粗鬆症、骨折、関節症な](#)

どー**

- (5) 第15回 夜勤に必要な知識, 夜勤での発見***
- (6) 高齢者骨折の発生機序とその予防***
- (7) 〈解説2〉施設での転倒予防, ここに注意する

- (8) 転倒の疫学と予防対策 一ロコモティブシンドロームの視点から**
- (9) 高齢者の大腿骨近位部骨折 看護の落とし穴
**
- (10) 第27回 介護関連資格の新しい仕組み**

「*」は判例に対する各文献の関連度を示す。