

## 高齢者徘徊死亡事例の実態に関する研究

研究分担者 山崎 健太郎 山形大学医学部法医学講座教授

### 研究要旨

【研究目的】 山形大学で実施した高齢者の法医解剖のうち、徘徊事例について、死亡要因の詳細な分析を試みた。

【研究方法】 2007～2010年の間に山形大学法医学講座で実施した65歳以上の高齢者の法医解剖事例257体のうち「徘徊事例」（39体）事例から年齢・性別、死因、家族構成、認知症等の精神疾患、身体疾患、死亡前後の行動、行方不明から発見までの経過時間、自宅から発見場所までの距離、行方不明届の有無等を調べた。

【研究結果】 対象事例の死因は溺死が多くを占めていた。死体発見場所では側溝などの人工水路や河川が多く、道路などの公共施設は男性の事例にのみ少数みられた。死亡者自宅と死体発見場所の距離は1km未満が最も多く、死体発見までの時間も多くは1日以内であった。既往疾患では生活習慣病の他に認知症などの精神疾患も半数以上にみられ、歩行困難などの危険因子を伴う事例も30%の事例にみられた。死者の家族構成は複数同居家族が最も多く、行方不明届けの提出も70%以上の家族が行っているが、行方不明前後の状況では「外出の目撃の無い事例」が約70%と多くみられ、この傾向は夜間でも昼間でも同数にみられた。一方、徘徊の既往がある事例は全体の約25%前後であり、認知症など危険な要素がなくても発生している事例も少数ではあるがみられた。さらに、老人施設に入所するなど福祉サービスを利用している割合は約20%と低かった。

【考察】 徘徊による死亡や事故の予測は容易ではなく、また発生事例では福祉サービスを利用している事例も少ないため、今後、徘徊による事故や死亡予防への対策の余地もある様に思われた。

【結論】 2007～2010年の間に実施された山形県の法医解剖事例のうち、徘徊死亡事例の死亡前後の状況や生活状況を調査した。

行方不明前後の状況では、「いつのまにか行方不明」となっている事例が多く、認知症や生活習慣病の既往のある事例が多かった。一方、少数ながら訪問先が既知であっても途中で突然行方不明になる事例もあることや、徘徊の既往がある事例は比較的少数で、徘徊による行方不明予測が困難な事例も一部にあった。さらに、福祉サービスを受けている事例は20%前後と低かった。これらの結果より、徘徊による行方不明後の死亡事例の予防対策としては現状に合致した福祉サービスの実施も効果がある可能性があること、また死者の異常行動のより詳細な分析も必要であると思われた。

## A. 研究目的

高齢者の検案・法医解剖事例には徘徊の結果死亡した事例もみられる。特に人口密度が低く山や河川・用水路が多い地域を多く持つ山形県では、行方不明の後死亡して発見された事例は多いと考えられる。徘徊老人の実態はあまり明らかになっていないが、「社団法人呆け老人をかかえる家族の会」会員を対象とした調査では認知症の老人の79.1%に徘徊の経験があり、月間の徘徊の頻度は30回以上が34.6%にみられたと報告もある。我々は昨年高齢者の孤独死と関連して、山形県の検案データより山形県の徘徊老人の実態調査を実施し、死因として凍死や溺死が多いこと、死体発見までに要した時間は多くの事例では1日以内で、発見場所も自宅から近距離にある事例が多いことなどを報告した。今回は前回の報告に加え、徘徊老人死亡事例の実態をより詳細に調べるため、2007～2010年の間に山形大学で実施した法医解剖事例のうち、65歳以上の高齢者のうち「行方不明となり屋外で発見され、行方不明となった理由が不明」な「徘徊事例」として、死亡要因の詳細な分析を試みた。

## B. 研究方法

本報告では高齢者徘徊事例を「年齢65歳以上で、外出後行方不明となり屋外で死亡した事例の内、行方不明となった原因が不明なもの。」と定義した。

2007～2010年の間に山形大学で実施した65歳以上の高齢者の法医解剖事例257体のうちこの基準にあてはまる「徘徊事例」(39体；男17体、女22体)を対象とした。

これらの事例から年齢・性別、死因、家族構成、認知症等の精神疾患、身体疾患、死亡前後の行動、行方不明から発見までの経過時間、自宅から発見場所までの距離、行方不明届の有無等を調べた。

(倫理面への配慮)

情報の匿名化に配慮し、事例と本文の内容が連結しないよう、事例の詳細内容の記載は控えた。

## C. 研究結果

### 1, 男女別死因 (図1)

病死は3体(男1体；女2体)で、他はいずれも外因死だった。外因死の原死因は溺死20体(男6体；女14体)が最も多く次いで臓器損傷7体(男3体；女4体)だったが、男性の場合は凍死(合計6体で男5体)も多く見られた。

### 2, 発見場所と自宅からの距離

人工水路(用水路、側溝や池)12体、河川(川や沢)10体、海上・海岸2体と水中・水際が多かった。またこれら水路の分布は住宅周辺地域から山間部まで広範囲にわたった。一方、男性の場合は道路上(3体)や畑・水田(2体)と死亡発見場所の種類の範囲が広がった。また自宅敷地も2体と身近な場所でも死亡していた。(図2)

自宅と死体発見場所との直線距離は1 km未満が21体（男8体；女13体）と最も多く、男女とも5 km未満が半数以上を占めた。一方、10 km以上も4体（男女各2体）みられ最長101 kmと徒歩以外の手段も利用したと推定される事例もあった。（図3）

### 3, 家族構成と死者の病歴

男女とも複数の同居家族がいる場合が22体（男9体；女13体）と全体の半数以上みられたが、息子や兄弟との2人暮らしと変則的な家族構成も5体（男1体；女4体）、さらに独居生活者も6体（男女各3体）見られた（図4）。

また、行方不明となる重要な誘因となりうる認知症と診断されている事例が25体（男9体；女16体）と半数以上（全体の64.1%）みられ特に女性にその傾向（女性全体の72.3%）が顕著であった。また、高齢者の調査であることから、高血圧症や糖尿病など生活習慣病を含めた身体疾患も23体（男12体；女11体）と全体の半数以上（59.0%）みられ男性では70.6%とこの傾向が顕著であった。

さらに、様々な原因により歩行困難を伴っている事例（12体で全体の30.8%）もみられた（表1）。

### 4, 死者発見前後の状況

行方不明であることが判明してから、死体発見までの経過時間は半数以上の24事例で1日以下と、男女とも75%以上は3日以内に発見されている（図5）。

### 5, 徘徊癖や福祉サービス利用状況

過去に徘徊により行方不明となった既往のある事例が10体（男7体；女3体）と全体の25.6%にみられ特に男性（7体；41.2%）にその傾向が強かった。

また、デイサービス、訪問看護、老人施設入所などの福祉サービスを受けている事例は8体（男2体；女6体）と全体の20.5%であった。（表2）

### 6, 徘徊前後の状況と家族の反応

一方、行方不明届け（捜索願）も28体と全体の71.8%で提出されており、家族側も何らかの対応を行っていることが判明した。（表3）

しかしながら、行方不明になる直前の状況を調べると、27体（全体の69.2%）で外出するところを目撃されておらず、「気がついたら居なくなっていた」事例が目立った。一方特に男性の場合、仕事や会合のため外出したきり行方不明になった事例や、その他の事例のなかには、自宅前やデイケア等の施設までの送迎バスやタクシーから降車して、目的地の目の前で行方不明になった事例等様々な状況が数みられた。そして、行方不明になる時間帯は昼間・夜間ともにほぼ同数みられた。（図6）

## D. 考察

高齢者の徘徊事例は2002～2008年の検案データでは高齢者検案総数の1.4%に相当する。もちろん異状死体の届け出が前提となるため厳密な意味で山形県の徘徊事例全数調査ではないが、事例の経過を考えると事故死や死亡経過が不明解な事例が多いと思われるので相

当数が検案対象になっているものと思われる。また前述の報告と同じく、死亡場所では河川・側溝等が多く、家族構成では複数同居家族の事例が多くみられた。また、死因も凍死や溺死が多くみられ、多くの事例で行方不明届けが警察署に提出されていた。剖検事例は検案事例で死因などが不明な“変死体”を抽出して実施するため検案データとは母集団が異なる。しかし、検案データと剖検データとを比較すると、ほぼ同様の死亡者の属性を持っていると考えられる。そこで“剖検”という抽出調査ではあるが、今回の報告はある程度徘徊事例全体の傾向を表していると思われる。

さらに、2002～2008年の山形大学における剖検データにおいても、死亡者の既往に認知症単独または認知症とうつ病等他の精神疾患の合併事例が半数でみられ、行方不明から発見までの経過時間が1日以内に発見される事例と、自宅から発見場所(死体発見場所)までの距離は1 km以下の事例が最も多かった。

しかしながら、2010年までの新たな剖検データを子細に検討すると、複数家族であっても高齢者同士の2人暮らしなど、相互に支援する体制が取りにくい家族関係である場合があることを考慮に入れる必要がある。そして、死体発見場所は全体では河川や水路等が多いが、男性では仕事など外での活動を反映して、路上や山林など発見場所は多岐に渡っている事例も多くみられた。

また、今回の新たな調査では、行方不明となる契機は「いつの間にか」という事例が多く、夜間就寝中のみならず昼間にも多く見られることが判明した。そして、予定された外出であっても、途中で道に迷うなどにより徘徊を開始し、側溝など危険箇所に入り込んだと思われる事例もみられ、また目的地到着直前に行方不明になるなど、わずかな時間で突然行方不明になる事例もあることが判明した。これらは普段は問題行動がなくても「まだら認知症」などの関与により突然異常行動を起こす事例も少なからずありうることを示唆させる。

病歴との関係では、徘徊や譫妄状態に認知症は大きな危険要因であるが、認知症の診断があっても6体では散歩や知人宅訪問など目的が明示され家族の目撃があった(表1)。さらに、過去に徘徊による行方不明の既往がある事例は10体(男7体;女3体)と全体の25.6%に留まっている。従って、徘徊の背景は様々な要素が加わることも本調査で確認された。これは、歩行困難、身体疾患、酩酊状態など死亡事故や徘徊後に疾病の急性増悪など死亡経過に影響を及ぼす多数の要因があることも示している。

一方、家族の負担軽減をはかりうる福祉サービスの利用は全体の20.5%程度と余り高率ではなかった。

このことから前述の突然の異常行動を含め、認知症などの危険因子や問題行動のみから、徘徊を予測することは必ずしも容易でないと思われる。他方、福祉サービスを利用することにより、家族が高齢者に対する支援を集中的に実施したり、独居生活者の徘徊リスクを軽減したりできる余地が未だ残されているとも思われた。さらに、福祉サービスも徘徊の危険性を含めた対策を立案したり、家族内や地域の高齢者を取り巻く人間関係を考慮に入

れて活動方針を検討することも重要であると思われた。

## E. 結論

2007～2010年の間に実施された山形県の法医解剖事例のうち、徘徊死亡事例の死亡前後の状況や生活状況を調査した。死因や死体発見場所、死体発見までの経過時間などは検案データと同様であった。

行方不明前後の状況では、「いつのまにか行方不明」となっている事例が多く、認知症や生活習慣病の既往のある事例が多かった。一方、少数ながら訪問先が既知であっても途中で突然行方不明になる事例もあることや、徘徊の既往がある事例は比較的少数で、徘徊による行方不明予測が困難な事例も一部にあった。さらに、福祉サービスを受けている事例は20%前後と低かった。

これらの結果より、徘徊による行方不明後の死亡事例の予防対策としては現状に合致した福祉サービスの実施も効果がある可能性があること、また死者の異常行動のより詳細な分析も必要であると思われた。

## F. 研究発表

### 1. 発表論文

山崎健太郎、羽田俊裕、田宮菜奈子、松澤明美、伊藤智子、梅津和夫： 高齢者徘徊死亡事例の実態調査(第2報). 法医学の実際と研究 54集, 263-269, 2011.

### 2. 学会発表

山崎健太郎、羽田俊裕、梅津和夫： 山形県における徘徊老人死亡事例の実態調査(第2報) 第95次日本法医学会学術全国集会 2011年6月 福島

## G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

表 1

		男	女	男女合計
精神疾患	認知症	9(52.9%)	16(72.3%)	25(64.1%)
	うつ病	2(11.8%)	5(22.7%)	7(17.9%)
身体疾患		12(70.6%)	11(50.0%)	23(59.0%)
歩行困難		6(35.3%)	6(27.3%)	12(30.8%)

表 2

	男	女	男女合計
徘徊の既往あり	7(41.2%)	3(13.6%)	10(25.6%)
福祉サービス利用あり	2(11.8%)	6(27.3%)	8(20.5%)

表 3

	男	女	男女合計
提出あり	12(70.6%)	16(72.7%)	28(71.8%)

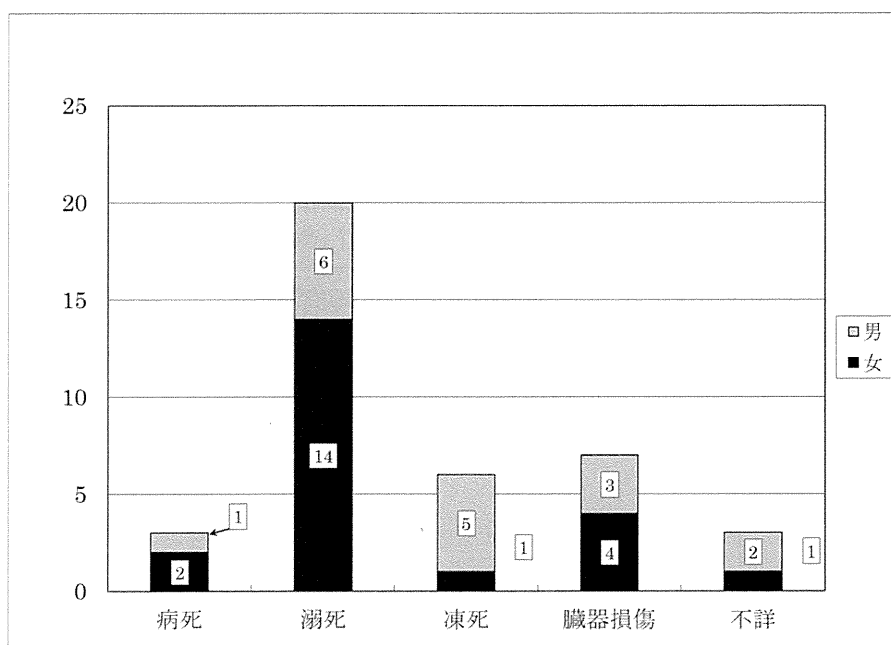


図 1

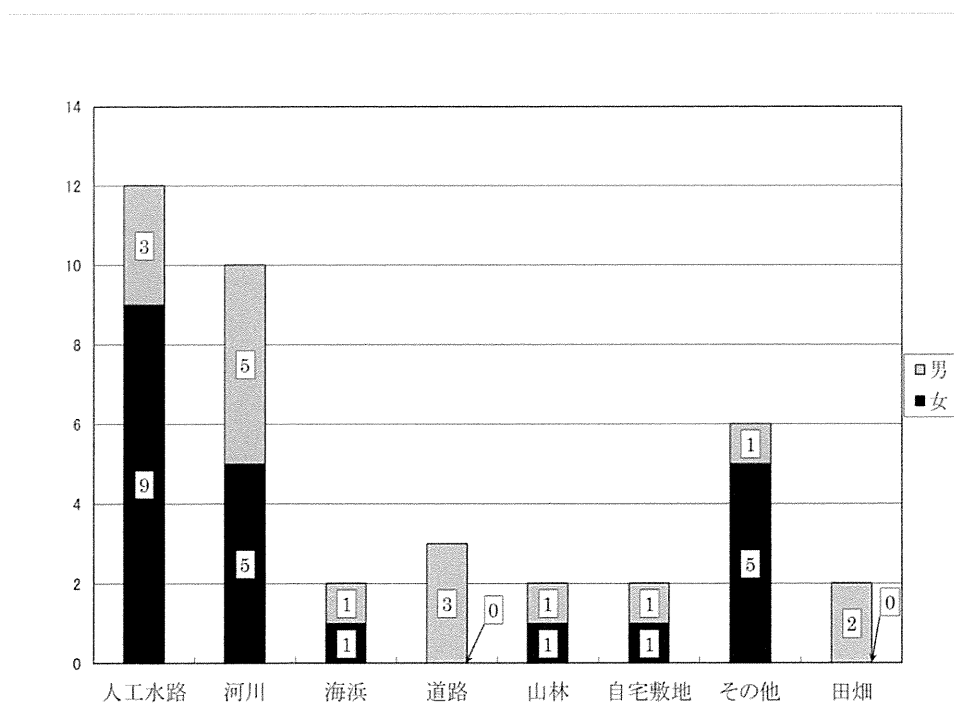


図 2

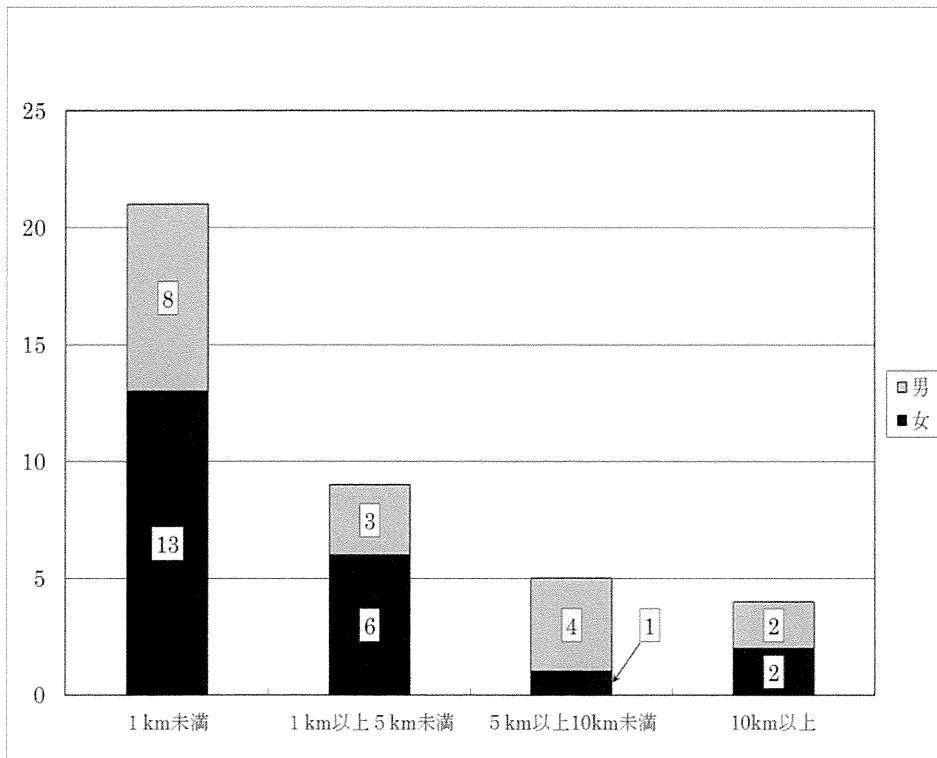


図 3

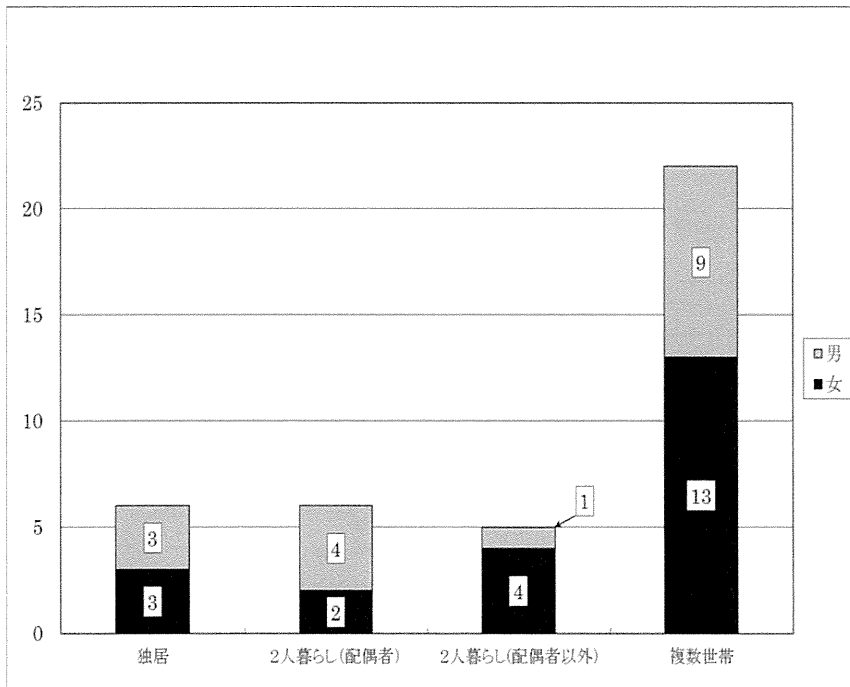


図 4



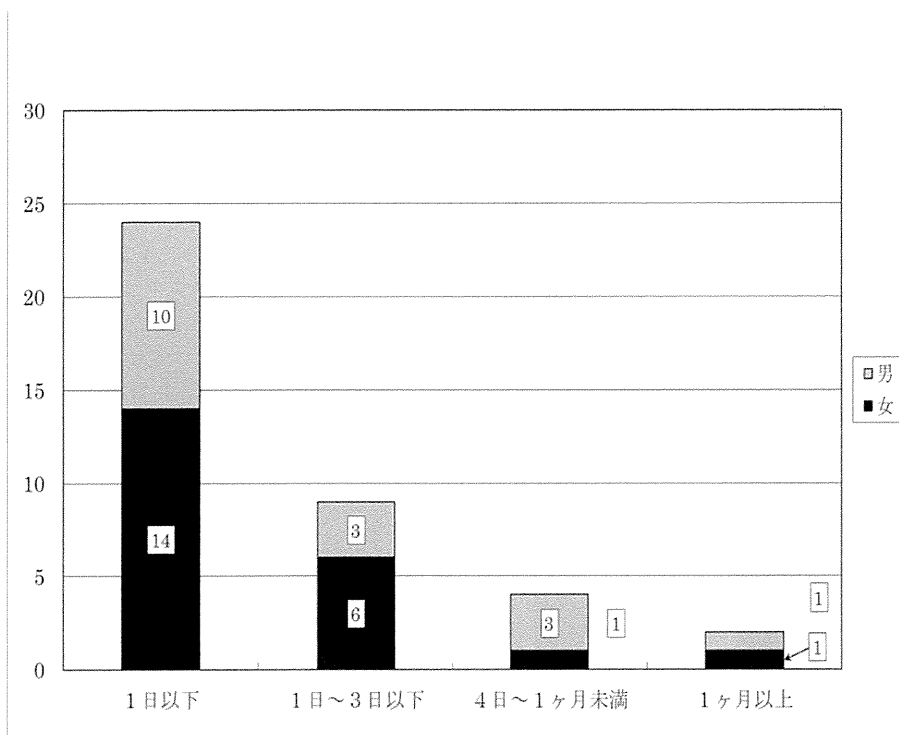


図 5

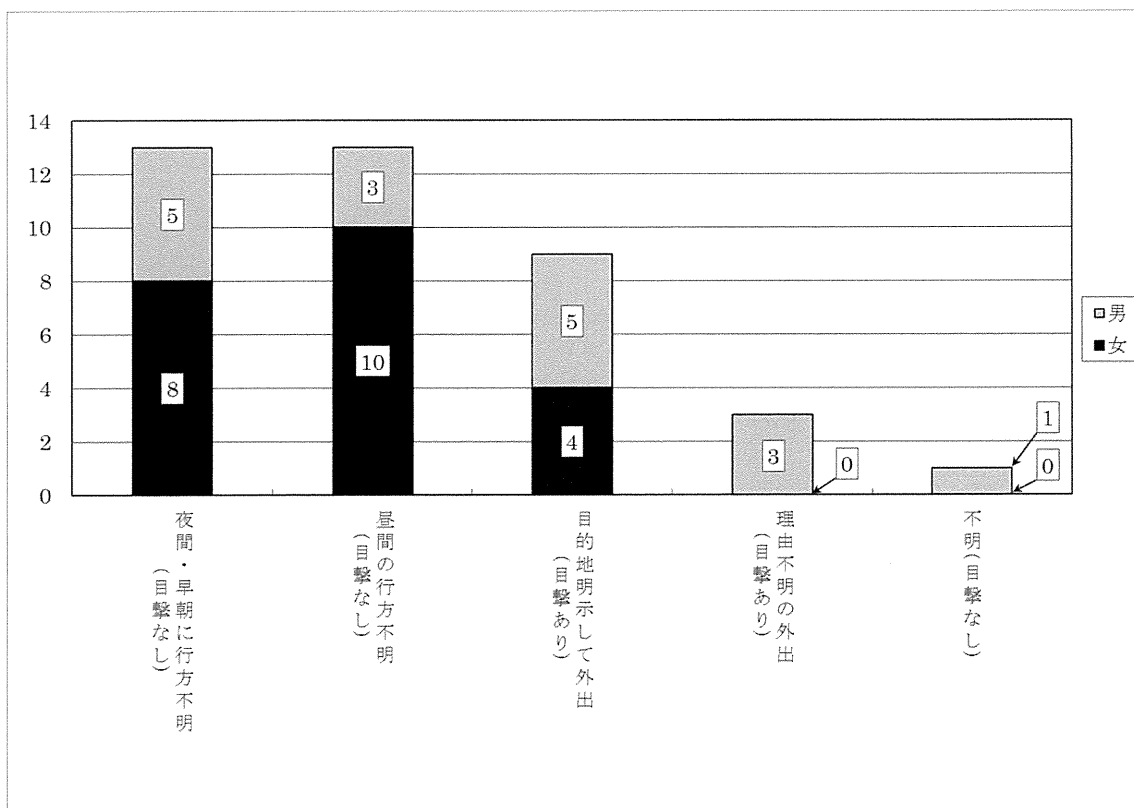


図 6

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)）  
分担研究報告書

わが国における福祉・介護サービスの質向上のための Sentinel Event 評価  
— 事故に関する判決の定性的分析より —

研究分担者 松澤 明美 茨城キリスト教大学看護学部看護学科 講

研究要旨

【研究目的】

本研究の目的は、わが国における福祉・介護サービスの質評価および向上に向けて、福祉サービスの質にかかわる判決のうち、事故による死亡や重大な負傷等に至った判決の定性的分析により、事例の背後にどのような要因が潜在しているのかを明らかにすることである。

【研究方法】

分析対象は、第一法規法情報総合データベース D1・Law.com を使用し、「高齢者」・「介護」をキーワードとして検索した判決のうち、最も有害事象と考えられる死亡もしくは重大な負傷にいたった事故の判決である。それらの判決文の全文を詳細に読み、裁判所が認定した事実と裁判所の判断部分からデータを抽出した。そして、各事例の発生の実態について、SHEL モデルの4つの要因ごとに情報を整理し、カテゴリー化し、事例発生に至った要因を分析した。

【研究結果】

分析対象となった判例は、14 判決であった。判決の内容の内訳は、「転倒・転落」に関する判決が 7 判決、「誤嚥・誤飲」に関する判決 4 判決、「褥創・管理」に関する判決が 3 判決であった。またこれらの事故発生による有害事象としては「死亡」が 4 件、「負傷後に死亡」した事例が 2 件、「負傷（後遺症の残る）」8 件であり、負傷の内容としては大腿骨骨折が多くを占めていた。判決にみられた事故の本人の状況としては 80 歳代が 例、90 歳代が 例であった。性別では男性 5 例、女性 7 例（記載がないため不明であった事例が 2 例あった）。また認知症をもつ事例が 9 例であった。SHEL モデルに基づいて、事故の発生の要因について多角的に分析した結果、転倒・転落事例では、すべての事例に段差やベッド柵の不備をはじめとする転倒対策の不十分などのハード面・環境面の要因が潜在していた。また誤嚥・誤飲事例では、食事介助している介護職の複数の利用者への介助、介護職の教育の不足などの人的要因が潜んでいた。さらに褥創管理に関する事例では、対象者の身体的状況に応じた対応の遅れや褥創予防が充分になされていなかった。

【考察・結論】

本研究の結果から、これらのような事例の発生予防に向けて、サービス提供のもとにな

る利用者へのアセスメントの向上が必須であり、そのためには看護職および介護職への教育の充実と連携の強化が必要であることが示唆された。またサービスの質を保障するためには、福祉現場における適正な人員配置とそれに対する監視システムの強化の必要性が示唆された。このような有害事象の予防に向けて、更なる多角的な福祉サービスの質の評価とそれに基づく対策を講じることが求められている。

## A. 研究目的

利用者の予期しない事故による死亡および重大な負傷の発生は、サービスの質をダイレクトに反映しており、これらの事故発生を未然に防ぐことは、福祉サービスの現場の最重要課題である。そのため、このような事故の発生を限りなくゼロに近づけるためには、残念ながら起こってしまった事例への多角的かつ詳細な検討を加えていくことが必要不可欠である。米国の非営利団体である **The Joint Commission** は警鐘事例 (Sentinel Event)、つまり死亡もしくは身体的・精神的に重大な障害を伴う予期しない出来事を予防するためには、その背景に潜む要因を見極めるための事例の根本的な要因の分析手法を推奨している。

これまでの2年間、わが国における福祉・介護サービスの質の確保および向上のための検討に向けて、福祉サービスの質にかかわる判決がどの程度、どのような内容で起こっているのか、定量的な分析を試みてきた。初年度は「高齢者」、昨年度は「障害児」にかかわる判例を用いて、福祉・介護サービスの質の問題に関する実態把握を試みた。その結果、福祉にかかわる多様な問題の存在が明らかとなり、そのうち、死亡や重大な負傷などの深刻な事例が発生していることが明らかになった。

そこで、最終年度である今年は、これまでに検索した福祉サービスの質にかかわる判決の中で、事故によって死亡や重大な負傷等の有害事象に至った判例を用いて、定性的分析を実施し、その後どのような要因が潜在しているのか明らかにすることを目的とした。そしてそのデータに基づいて、福祉サービスの質の向上に向け、このような事例を未然に防ぐためにはどのような対策を講じていくかについて検討したい。

## B. 研究方法

### 1. 分析対象

本研究の分析対象となる判決の選定にあたっては、第一法規法情報総合データベース **D1-Law.com** を使用した。第一法規法情報総合データベース **D1-Law.com** の概要および収録範囲についてはこれまでの報告書において記載したとおりである。この **D1-Law.com** を使用して、「高齢者」・「介護」のキーワードでヒットし、かつ福祉サービスの質にかかわる事例のうち、最も有害事象と考えられる死亡もしくは重大な負傷にいたった事故の判例を抽出し、最終の分析対象判決とした。

## 2. データ収集方法および分析方法

最終分析対象となった判決文の全文を詳細に読み、判決文のうちから、裁判所が認定した事実と裁判所の判断部分からデータを抽出した。そして、各事例の発生の事実について SHEL モデルの4つの要因ごとにカテゴリー化を行い、情報を整理し、発生に至った要因を分析した。

SHEL モデルとは、Root Cause Analysis (RCA : 根本原因分析) の手法の一つである (図1)。RCA は、事件・事故・紛争の事例、ヒヤリハット報告や内部・相互・外部監査を始めとするリスクアセスメントの結果を端緒として、これらの問題現象に関連する背景要因や原因を分析し、より有効な安全対策を策定するための基礎情報を得るための手法である。

複数ある RCA のうち、本研究では SHEL 分析を実施した。SHEL 分析とは SHEL モデルを使用した分析手法であり、航空業界・産業界の事故分析において利用されはじめたモデルである。図1のように、①ソフトウェア (S) ・②ハードウェア (H) ・③環境 (E) ・④当事者以外の人 (L) の4つの要因と中心の当事者の要因との相互関係に注目するものである。具体的には、ソフトウェアは、手順書・マニュアル・規則など、ハードウェアは、医療機器、器具、設備、施設の構造など、環境とは温度、湿度、照明などの物理的環境、仕事や行動に影響を与えるすべての環境、当事者以外の人、当事者以外の人々、事故などにかかわった他のスタッフ、患者自身や家族などを指している。SHEL モデルの外縁が不定形な形になっているのは、状況によって人間の能力や限界がさまざまに変化するのを表現しているとのことである。

- ・ソフトウェア (Software: S)
- ・ハードウェア (Hardware: H)
- ・環境 (Enviroment: E)
- ・当事者以外の人 (Liveware: L)

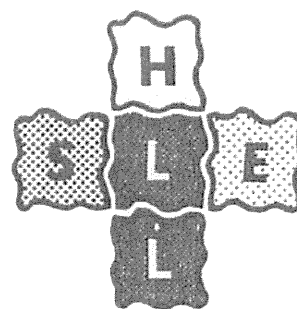


図1  
Hawkins, H. F.のSHELモデル

## C. 研究結果

### 1. 最終分析判決の概要（表1）

最終分析対象となった判決の概要を表1に示す。対象となった判決は14判決であった。分析対象となった判決の内容の内訳は、「転倒・転落」に関する判決が7判決、「誤嚥・誤飲」に関する判決4判決、「褥創・管理」に関する判決が3判決であった。またこれらの事故発生による有害事象としては、「死亡」が4件、「負傷後に死亡」した事例が2件、「負傷（後遺症の残る）」8件であった。またそれらの負傷の内容としては大腿骨の骨折が多くを占めていた。

裁判の争点は1例を除いては、何らかの福祉サービスを利用していた利用者の家族および相続人が原告となり、サービスを提供している社会福祉法人等の過失や債務不履行、安全配慮義務等の責任、それに伴う損害賠償を問うものであった。1例については、保険会社が原告となり、発生した事故の社会福祉法人等の過失責任を問う内容であった。裁判の結果では、4判決を除く10判決において、被告となっている社会福祉法人の過失もしくは債務不履行、安全配慮義務が認定され、その責任が問われていた。

判決にみられた事故の本人の状況としては、60歳代が2例、70歳代が1例、80歳代が4例、90歳代が6例であり、1例は判決文中には明確な年齢の記載はなかった。性別では、男性5例、女性7例、記載がないため不明であった事例が2例であった。また本人の身体状況では、認知症をもつ事例が9例であった。

### 2. SHELモデルに基づく事故発生の要因

以下に、それぞれの事例の発生の背景にあった要因について、「転倒・転落事例」、「誤嚥・誤飲事例」、「褥創管理に関する事例」の3つのカテゴリーごとに分けて述べる。

#### 1) 転倒・転落事例（表2）

7件の転倒・転落事例をみると、すべての転倒・転落事故の発生には何らかのハードウェア要因または環境要因が潜んでいた。事故発生につながっていたと考えられる具体的な要因としては、判決3にみるように、本来、利用者が利用すべきではない場所に利用者が入っていた事例や判決4のように、静養室の段差に転倒防止対策が施されていない事例がみられた。また判決6のように、トイレ内部が通常のトイレよりも広いにもかかわらず、トイレ入り口から便器までの間に手すりが設置されていない事例もあった。

また、当事者以外の人的要因としては、判決5のような暴力的傾向や他の人の物と自分の物との勘違いする傾向のある認知症をもつ他の利用者によるゆさぶりや判決7のように、本件事故発生以前にも転倒・転落が起こっていた事例など、明らかに本件事故発生の予兆があったと考えられる事例が含まれていた。一方、判決3のように、介護職がポータブルトイレの中の廃棄を怠ったことが直接的な転倒の引き金になった事例もあった。

その他、事故は介護職などのスタッフが目を離した一瞬の隙や死角のため、介護職から

利用者が見えにくくなっている場所で発生していた。特に判決5では、70人の入居施設に3人の職員しか勤務しておらず、明らかな施設職員の人員配置の少なさが裁判上、指摘された。さらに、判決4のように、当事者のアセスメント表と本人の現状にずれが生じている事例もみられた。

## 2) 誤嚥・誤飲事例 (表3)

誤嚥・誤飲の事例では、すべての事例に当事者以外の人的な要因が潜在していた。判決8および判決9の事例では、食事介助をしている介護職が複数の食事介助を同時に担当している事例であった。判決11の事例では、食事介助を行っている介護職は介護の経験も浅く、食事介助についての体系的な指導を受けたことがなかった。また4例のうち2例は明確に当事者の嚥下障害が本件事例発生前から指摘されていた事例、さらに、判決9の事例は嚥下困難やのどの渴きを副作用とする抗うつ剤の投与を受けていたなど、そもそも嚥下障害のリスクの高い対象であった。

## 3) 褥創管理等に関する事例 (表4)

3例の判決のうち、2例は褥創の管理に関する事例、残り1例は急変時の対処が問われている事例であった。褥創の管理に関する判決12では、仙骨部にできた褥創の手当、管理方法、タイミングの妥当性、判決13では褥創の発生の責任が問われていた。また判決14では、急性硬膜下血腫の発症という急変時の対処の妥当性が問われていた。裁判結果では、判決12のみ、細菌培養検査のタイミングをもう少し早めるべきであったという理由により、医師の注意義務違反が認められた。他の2事例については、負傷と死因との関係や施設側の債務不履行は認められなかったが、判決13については褥創発生の要因として、エアマットの使用や体位変換などの発生予防が充分ではなかったことが要因として挙げられた。

## D. 考察

### D. 考察

本研究では、第一法規法情報総合データベース D1-Law.com を使用して、過去2年間で定量的に検討した判決のうち、最も有害事象と考えられる死亡もしくは重大な負傷等に至ってしまった事故の判決を抽出し、定性的な分析を試みたものである。分析の結果、死亡および負傷などに至った事例では、転倒・転落、誤飲・誤嚥、褥創管理に関する判決がみられた。SHELモデルに基づいてそれらの事故の発生の要因について分析した結果、転倒・転落事例では、すべての事例に転倒予防対策の不備をはじめとするハードウェア要因および環境要因が潜在していた。また誤嚥・誤飲事例では、介護職による複数の利用者への食事介助、介護職の教育の不足などの人的要因が潜んでいた。褥創管理に関する判決では、の状態に応じた対応の遅さやエアマットの使用や体位変換などの褥創発生予防が充分ではなかったことが要因として挙げられた。

高齢者にとっては、転倒・転落、誤嚥・誤飲など、そのどれもが生命や予後に直結する場合が少なくない。このようなリスクが福祉現場では常に日常のサービスの中に存在している。これらのような事故の発生を未然に防ぐためには、どのような対策が必要だろうか。本研究の結果から明らかになった要因を踏まえて検討したい。

本研究の対象となった事例では、ほぼすべての事例に共通して人的要因が潜在していたことから、このような事例の発生予防に向けては、サービス提供のもとになる利用高齢者に対するアセスメントの向上が必要不可欠と考えられる。各事例をみると、転倒事例においても、誤嚥・誤飲事例においても、本件事故発生前に既に転倒の経歴のある事例や嚥下障害を指摘されている事例など、何らかの予兆のある事例が複数みられた。また、認知症や歩行障害、嚥下困難が副作用にある薬の服用など、リスクの高い事例も多く含まれていた。福祉サービスを利用している人の多くは、積極的治療を必要としていない高齢者ではあるが、現在では疾病や障害を抱えている高齢者も増加しており、また高齢であるがゆえ、加齢に伴って身体には日々変化している。そのため、日々状態が変化する高齢な利用者の身体状況ににあったケアを提供していくためには、サービス提供のもとになる専門職のアセスメントの質の向上は必須であろう。

このような身体的なアセスメントについては、介護職はもとより特に看護職が担うべき役割と考えられるが、わが国の福祉施設では看護職の人員配置については決して充分とはいえない。そのため、福祉施設に勤務する看護職のアセスメント能力の向上に向けた教育が必要不可欠である。またそのアセスメントを看護職及び介護職のチーム全体で共有するための連携も重要であろう。

加えて、転倒・転落、誤嚥・誤飲事例に共通する問題として、人員配置の問題がある。判決5では施設の人員配置の少なさが指摘されており、また誤嚥・誤飲事例4例のうち、2例は食事介助している介護職が同時に複数の食事介助を担当していた。これらにみるように、現在の福祉現場においては必ずしも十分な専門職の配置がなされているとは言い難い。人員配置の不足は、当然、サービスの質に直結することから、適性な人員が配置されること、そのための第三者評価システムは重要と考えられる。

本研究の限界としては、以下の点があげられる。まず、本研究の分析対象としている判例は、裁判という形態で争われているという性質がある。この裁判で争われているという性質上、選択バイアスの可能性は完全には否定できない。しかし、本研究は定性的な分析方法をとっていること、分析したデータは判決文の中から裁判所が事実認定した情報であり、情報の信頼性は極めて高いと考えられる。

今回は分析対象を死亡および負傷した事故事例に限定しているが、今後の課題としては、事故事例以外のサービスの質向上にかかわる判例の定性的分析も必要と考える。また、事故発生の要因分

析の継続的な定量的分析，本研究で明らかになった要因の検証も必要であろう。

## E. 結論

本研究の結果から，事故による死亡および負傷など発生の予防に向けて，ハード面において転倒・転落防止対策を講じることはもとより，サービス提供のもととなる専門職の利用者へのアセスメントの向上に向けて，看護職および介護職の教育の充実と連携の強化，福祉現場における適正な人員配置とそれに対する監視システムの必要性，褥創や急変時へのタイムリーかつ的確な対応の必要性が明らかになった。このような有害事象の予防に向けて，更なる多角的な福祉サービスの質の評価とそれに基づく対策を講じることが求められている。

## F. 研究発表

### 1. 発表論文

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし



表1 分析対象判決の概要

判決	内容	裁判所	日付	事案の概要	裁判結果	裁判の結果	有害事象
判決1	転倒・転落	静岡地方裁判所浜松支部	平成13年9月25日	重度の老人性痴呆であるデイサービス利用者が、デイサービスセンター1階の窓から脱出し、1ヶ月後に砂浜で死体となって発見された事例	一部認容、一部棄却	センター職員の過失が一部認められたが、死亡との相当因果関係は否定	死亡
判決2	転倒・転落	東京地方裁判所	平成15年3月20日	病院でデイケアを受けていた高齢者がデイケアから帰宅するため医院の送迎バスを降りた直後に転倒して骨折し、その後肺炎を発症して死亡した事例	一部認容、一部棄却	医師・患者間に診療契約と送迎契約が一体となった無名契約が成立し医院による同契約上の安全確保義務違反が認められ、骨折のみならず肺炎及び死亡と当該義務違反との間に相当因果関係があるとして、医院の設置運営者である医師の不法行為責任を否定しつつも債務不履行責任を認めた事例	負傷(大腿部頭部骨折)→肺炎により死亡
判決3	転倒・転落	福島地方裁判所白河支部	平成15年6月3日	介護老人保健施設に入所中の女性が、自室のポータブルトイレ中の排泄物を捨てるため汚物処理場に赴いた際に、仕切りに足を引っかけて転倒、負傷した事例	一部認容、一部棄却	施設の介護職員による汚物処理義務の懈怠と事故との間に相当因果関係を認め、施設経営法人の債務不履行に基づく損害賠償責任が認められた事例	負傷(右大腿骨頭部骨折)
判決4	転倒・転落	福岡地方裁判所	平成15年8月27日	原告Aが被告の運営する介護サービス施設の段差で転倒し、右大腿骨頭上骨折の傷害を負って入院後遺障害を負った事例	一部認容、一部棄却	事業者は利用者の状況を把握し、自宅で自立した日常生活を営むことができるよう介護を提供するとともに、安全に介護を施す義務があるとして、被告の損害賠償責任、施設従業員の過失が認められた事例	負傷(右大腿骨頭上骨折)
判決5	転倒・転落	大阪高等裁判所	平成18年8月29日	特別養護老人ホームのショートステイを利用し、トイレで過ごしている際、他の利用者に車椅子を押されて転倒して後遺症を負った事例	原判決変更	社会福祉法人には安全配慮義務の違反があり、Aに生じた損害について、これを賠償する責任があるとされた事例	負傷(左大腿骨頭部骨折・頭部・顔面打撲)
判決6	転倒・転落	横浜地方裁判所	平成17年3月22日	介護老人施設でデイサービスを受けていた高齢女性が、施設内の便所で転倒受傷して後遺症が残った事故につき、施設職員の歩行介護に過失があるとして、施設経営法人に損害賠償責任が認められた事例	一部認容、一部棄却	施設経営法人に損害賠償責任/施設管理運営法人の安全配慮義務違反が認められた	負傷(右大腿骨頭部骨折)
判決7	転倒・転落	大阪地方裁判所	平成19年11月7日	グループホームの入居者が入居中にベッドから転落して負傷した事例	一部認容、一部棄却	被告施設に対し、債務不履行に基づく損害賠償請求が認められた	負傷(左大腿骨転子部骨折)
判決8	誤嚥・誤飲	神戸地方裁判所	平成16年4月15日	特別養護老人ホーム入所者が食事中にパン粥を喉に詰まらせて死亡した事例	棄却	介助していた職員に過失はなく、施設運営者である法人についても使用者責任および法人自身についての責任は認められないとして損害賠償請求が棄却された事例	死亡
判決9	誤嚥・誤飲	名古屋地方裁判所	平成16年7月30日	特別養護老人ホーム入所者が職員による介助を受けて食事中に、こんにやくはんぺんをのどに詰まらせて窒息死した事例	一部認容、一部棄却	運営者である社会福祉法人の使用者責任が認められ、損害賠償請求が一部認容された事例	死亡
判決10	誤嚥・誤飲	大阪地方裁判所	平成18年11月29日	認知症と診断されて特別養護老人ホームに滞在しており誤嚥事故のおそれのある高齢者が職員の介添えなしにメロンパンを食してこれをのどに詰まらせて窒息死した事例	一部認容、一部棄却	判断力の程度や事故の発生した状況などに照らせば、事故の発生は予知できなかったものであり、偶然的事故に当たるとされた事例	死亡
判決11	誤嚥・誤飲/やけど	松山地方裁判所	平成20年2月18日	特別養護老人ホームに入居しているAの誤嚥事故(原因は具をミキサーにかけ、トロメイクであんかけ程度のとろみをつけたみそ汁)、入浴の際、被告職員の不注意により熱湯の浴槽の中に入れられたことによるやけどを起こした事例	一部認容、一部棄却	不法行為責任又は債務不履行責任に基づき損害賠償を請求するとともに、本件施設での誤嚥事故について不法行為責任又は債務不履行責任に基づき損害賠償を請求した事案	負傷(両肘に1度熱傷、背部・臀部・両上肢・下肢の一部に2度熱傷)
判決12	褥瘡	東京地方裁判所八王子支部	平成17年1月31日	病院の介護病棟に入院していた高齢者への褥瘡に対する栄養管理の方法及び褥瘡に由来する感染症の治療方法等が争われた事案	一部認容、一部棄却	褥瘡に対する栄養管理の方法及び褥瘡に由来する感染症の治療方法について医師の注意義務違反が認められた事例	負傷
判決13	褥瘡	東京地方裁判所	平成19年4月20日	老人保健施設に入所していたAが、左下肢骨折、右大腿骨骨折、左大腿骨骨折及び仙骨部褥瘡の傷害を負い、両下肢機能障害の後遺症を生じ、死亡した事例	一部認容、一部棄却	被告の過失と死亡(死因・褥瘡感染症)との間に因果関係は認められない	負傷(左下肢骨折、右大腿骨骨折、左大腿骨骨折及び仙骨部褥瘡)→死亡
判決14	救急	名古屋地方裁判所	平成17年6月24日	自立支援型ケアハウス入居者が体調不良となり、病院へ搬送され、同病院で急性硬膜下血腫と診断され、緊急手術を受けたが、左半身麻痺、嚥下障害、左眼視力喪失等の後遺症を負い、その後肺炎を起して約半年後に死亡した事例	棄却	債務不履行があったということはいかなる理由から、原告の請求は理由がない→棄却	死亡(急性硬膜下血腫)

表2 SHELモデルに基づく転倒・転落事故発生の要因

判決	本人の状況			ソフトウェア	ハードウェア	環境	当事者以外の人
	年齢	性別	身体状況	Software	Hardware	Environment	Liveware
判決1	65歳以上	男性	失語を伴う重度の認知症・身体障害者4級	法令等に定められた限られた適正な人員	施設の北側玄関は内側からは2つのアルファベットと6～7桁の暗証番号を押さなければ開かず、裏口は開けると大きなベルとブザーが鳴る仕組み 廊下北側の網戸付サッシ窓を廊下面より約0.8メートルに設置し、この窓から外へ出るのを防止する設備をしていなかった		被告施設の職員は廊下でうろろしているところを目撃していた  寮母は亡Aに遊戯室に戻るよう促し、女性2名の用便をすませた後、亡Aの失踪に気付いた。亡Aを最後に見かけから失うに気付くまで3分程度
判決2	78歳	男性	認知症・右足痛・腰痛・体重低下・低栄養状態	送迎バスには原則、2人の介護士を乗せているが、亡Aのようにある程度の事理弁識能力を有する者の送迎は1人の介護士の低栄養状態		送迎バスに歩道から乗降していたが、その歩道の一部は舗装されていなかった	送迎するバスに1人しか職員を配置せず、送迎バスから路上に降りるための踏み台を出して亡Aをそのバスから降ろした後、介護士が踏み台を片づけるなどの作業をしていた
判決3	95歳	女性	要介護3	ケアチェック表の「排泄に関するケア」欄には日中はトイレ使用し、夜間ポータブル使用とあった 「看護・医学的管理のもとに利用者の心身の状況に応じた医療・介護としてポータブルトイレの清掃は、朝5時と夕方4時の定時に1日2回行う」とされていた		処理場内の汚水等が処理場外に流出しないための仕切りが汚物処理室にあった  汚水処理場は本来入所者・要介護者が出入りすることが予定されていない場所	施設職員がポータブルトイレの中の廃棄を怠った
判決4	95歳	女性	要介護4・認知症・難聴	「アセスメント表」によれば、原告の日常生活動作(ADL)は、寝返りや起きあがりには介助なしでも「つかまればできる」、歩行に関しては「トイレまで杖使用」として自立と認定	静養室は入口付近で床との間に四〇センチメートル以上の段差があり、転落防止柵の設置やクッション材の設置といった設備上の転倒防止対策がなされていない	畳敷きの静養室は食堂兼機能訓練室とカーテンで区切られ、カーテンは半分くらい開められ、介護職の位置から静養室の内部を見ることはできない	利用者は原告を含めて七名おり、当日は八四歳から一〇二歳の高齢者、うち認知症のある者がAを含め五名、一人で歩行すると転倒の危険のある者がAを含め五名いた  従業員は原告を静養室に誘導した後、ソファから少し離れたところの机に座って記録していた
判決5	92歳	女性	要介護3・認知症			デイルームは廊下との間が壁で仕切られておらず、廊下から見透せるつくり。テーブルが3列に置かれ、テレビが置かれており、入所者の憩いの場として使用されていた  転倒の恐れのある利用者は畳敷きの和室を使用していた  事故発生時は家族の迎えを待っていたが、予定の時間より遅れ、そのままデイルームで待っていた	園全体(入居者70人)で3名の介護職員しか勤務しておらず、デイルームには誰もいなかった。1人は温度確認に巡回、1人はゴミを捨てに廊下に降り2階にいなかった。もう1人は別の人のおむつ交換を行っていた  本件発生前から手に血のついたガーゼを貼られて掃拭したり、青あざを作って帰ってくるがあったが、園からの報告はなかった  他の認知症をもつ利用者は以前から不機嫌の際、暴力的行為があり、攻撃性を発揮しやすい傾向。園の職員も処遇記録に「目が離せない状況」と記載しており、他人の物を自分の物と勘違いしたり、徘徊傾向もあった
判決6	85歳	女性	要介護2(杖をついてからうじて歩行可)・両膝痛		トイレの入口から便器まで行く間の壁には手すりがなく、手すりは便器のすぐ横に付いているだけである	トイレの内部は車椅子を使用して利用しやすいように通常の女性用トイレと比べ広く、トイレの入口の戸から便器(洋式)までの距離は約1.8メートル、横幅は約1.6メートル。	職員は迷ったが、結局戸を開けず、Aがトイレから出る際にまた歩行の介護を行おうと考え、同所から数メートル離れた洗濯室に行き、乾燥機からタオルを取り出そうとした  ソファからトイレ入口までの数メートルの間、右手で杖をつく左側の直近に付き添って歩き、左腕を持って歩行介助をしたり見守ったりした。このとき歩行に不安定さはなかった
判決7	86歳	女性	認知症・要介護度2	事故報告書が使用されていた	ベッドに柵を設けたり、ベッドから布団に変更したり、ベッド下に緩衝材を敷いたり、ヘッドギアを付けたりするなどの転落防止の措置はとっていなかった	ベッドの高さは三六〇cmあり、その上にマットや布団を引いていたので、実際の高さは約四四〇cm	夜間、巡回時、原告がベッドすすれに寝ていたのが発見され、職員が移動させた  以前にもドスンという音がして職員が原告の居室へ行くと、ベッド横でうつぶせになっていたところを発見され、ベッドから転落していた

\*各事例の本人についてはアルファベットの「A」と表示した

表3 SHELモデルに基づく誤嚥・誤飲事故発生の要因

判決	本人の状況			ソフトウェア	ハードウェア	環境	当事者以外の人
	年齢	性別	身体状況	Software	Hardware	Environment	Liveware
判決8	82歳	男性	全盲	ケアチェック表包括的自立支援プログラムでは「食事等の摂取介助」に今後は食事の見守り、食事介助(切る、すりつぶす等)、食事摂取介助、食事摂取・水分量チェック、飲み物摂取介助等を予定していると記載。嚥下機能面での問題があるととして、水分摂取の際、誤嚥する傾向にあり、とろみ材を用いて摂取しやすくと記載		姿勢は、リクライニングの背もたれをおおむね60度起こし、枕を後頭部にあてがって前屈状態にしていた	介護者は食事介助が必要な利用者兩名の間のテーブルの角のところに座って2名の食事の介助をした(もう1人の利用者は自力摂取が可能であった)
判決9	91歳	男性	経度認知症・嚥下障害	入所時一般調査票およびショートステイ用一般状態記録に、嚥下障害がある旨が記載	車椅子に乗乘していた	抗うつ剤であるミラドールの投与を受けており、嚥下困難や喉の渇きという副作用の可能性	介護職は亡Aの動静を注視するだけであり、医務室に亡Aが運ばれた午前8時12ないし13分ごろに吸引したり、背中を叩いたりした
判決10	60歳	女性	認知症・高血圧・嚥下障害			食堂のテーブルに着席していた	介護職は亡Aの動静を注視するだけであり、医務室に亡Aが運ばれた午前8時12ないし13分ごろに吸引したり、背中を叩いたりした 介護者は正面にたち、中腰でやや見下ろすような姿勢で食事介助をし、同時にもう1人の入所者の食事介助も担当していた もう1人の入所者は椅子に座って自力で食物を摂取することが可能であった
判決11	記載なし	記載なし	記載なし	「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」の食事介助の留意事項(①覚醒の確認 ②頭部の前屈 ③手・口腔内の清潔 ④一口ずつ嚥下を確認 ⑤水分・汁物は少しずつ)5点が記載			家族はAが食べ物を喉に詰め易いため、パンなどの食事にあたっては留意するよう施設に申出をしていた 職員は5人の入所者に対して、着席順に配膳した 職員がAに市販のメロンパンをそのままの状態で提供し、配膳後、食数を確認するため、席から約5メートル離れた配膳車に向かい、目を離した Aは椅子から立ち上がりふらふら歩いた後、頭部からうつぶせに倒れ、呼名反応はなかった。職員は主任を呼び出したが、この時、職員は窒息に気が付かなかった 主任はタッピング・蘇生を実施したが改善なく、救急車を呼び、病院搬送された 介護職はそれまで介護職の経験はなく、本件施設で嚥下障害のある入所者に対する食事介助についての教育、指導を体系的に受けたことはなく、少量ずつ食べてもらい、しっかり飲み込んだことを確認するという点を注意するようにと口頭で言われているだけ 准看護師は吸引器で吸引したが、顔面蒼白・呼名反応ないため、救急搬送となった

\*各事例の本人についてはアルファベットの「A」と表示した

表4 SHELモデルに基づく構創管理等に関する事故発生の要因

判決	本人の状況			ソフトウェア	ハードウェア	環境	当事者以外の人
	年齢	性別	身体状況	Software	Hardware	Enviroment	Liveware
判決12	97歳	男性	認知症、高血圧、脳梗塞	シルバー病棟の看護体制は病棟設置基準に従い、患者一人に対し、看護師六人、看護補助者四人を配置するものとされている	看護師は仙骨部に褥瘡と思われる発赤と熱感を認めたので、デユオアクティブを患部に貼付 褥瘡部分に壊死組織が生じ、周囲の表皮が剥離し、茶色・淡血性の滲出液が認められたため、看護師がイソジン消毒とゲンタシン軟膏の塗布	細菌培養検査の結果、MRSAに感染していることが判明。同日、シルバー病棟から被告病院の一般病棟へ転棟	医師がAを診察し、褥瘡の診察を外科医に依頼。外科医師は創面の黒色変性部位が硬くなっていること、周囲の皮膚が発赤していることを認め、滲出液の状態から緑膿菌感染を疑って培養を指示 デブリッドマンを行うまで、医師による適切な経過観察、処置を行わなかった
判決13	91歳	女性	認知症・自力歩行不可能		骨折判明後、無圧布団に寝かせることによって、身体の一部に圧迫が加わらないようにして、体圧を分散させていた エアマットは使用していなかった	ベッドを壁側によせ、ベッド柵を設け、転落防止対策を講じていた	婦長によれば、Aは体動が激しき、食事きちんと取っていたこと、日中は車いすに乗っていたためエアマットを使用しなかった 自宅ではエアマットを使用し、2、3時間に1回体位交換していた。夜中は巡回サービスの職員が自宅に来て体位交換をしていた
判決14	83歳	記載なし	身体障害者手帳(1種3級)・狭心症・クローン病	居宅サービス計画(ケアプラン)は作成されており、ケアプランの内容は家事援助週2回・身体介護週2回であった			寮夫(母)3人、事務員2人、ケアマネジャー(看護師資格あり)1人が勤務 事務員はAに対し、どうしたかと尋ねると、Aは「部屋が分からない」と答えたので、一緒に居室に向かい、途中でヘルパーに引き継いだ。ふらふらしていたが会話はできる状態 ケアマネがヘルパーからAの様子をみて欲しいと言われ、訪ねたところベッドに臥床しており、ベッドの横には薬が散乱していた。会話に問題はなく、バイタルサインも異常なし ヘルパーは予定の訪問介護サービスを行ったが、自力歩行・更衣が困難であったため、ケアマネの運転する自動車にてAを病院搬送

\*各事例の本人についてはアルファベットの「A」と表示した