

90代男性のゼリーによる窒息事故、介護施設に2,365万円の賠償命令

医師 小松秀樹

### ●報道

2023年11月7日の中国新聞デジタルは以下のように報じました(1)。

「広島市佐伯区の介護施設で2021年7月、入所していた90代の男性がゼリーを喉に詰まらせて窒息し、死亡したのは施設職員が男性の誤嚥(ごえん)を防ぐ義務を怠ったことなどが原因として、死亡した男性の長男が施設を運営する社会福祉法人に3465万円の損害賠償の支払いを求めた訴訟の判決が6日、広島地裁であった。

裁判長は施設側の責任の一部を認め、法人に2365万円の支払いを命じた。裁判長は、ゼリーを配る職員は他の利用者に配膳し、男性が誤嚥する様子を見ていなかったとした。職員らが食事の介助などの措置を講じていれば防げたとした上で『誤嚥を防止する措置を講じる義務を怠った責任は極めて重い』と指摘。『誤嚥は予見できなかった』などとする施設側の主張を退けた。」

### ●介護施設の高齢者

多くの介護施設には、入所条件があります。介護老人保健施設は要介護1以上、特別養護老人ホームは要介護3以上と認定されていなければ入所できません。高齢であることに加えて、体の不調により自立した生活が不可能な高齢者です。

介護老人保健施設は、介護を受けながらリハビリテーションを行い、自宅復帰をめざす施設です。入院をきっかけに要介護になった高齢者の大きな受け皿です。ただし、入所期間は原則として3～6か月です。自宅に戻れない場合、特別養護老人ホームなどが受け皿になります。実際には、要介護状態になって介護施設に入所した後、加齢のため徐々に健康状態が悪化するのが普通で、元気になって自宅に戻れることはまれです(2)。

私の知っているいくつかの介護施設では、80代後半から90代の入所者がもっとも多く、100歳以上の高齢者はめったにいません。90代で衰弱が進み、死に至るからだと思われます。私の実母、妻の母、妻の叔母は、いずれも独居生活の後に要介護となって介護施設に入り、90代で亡くなりました。

要介護高齢者は、個別疾患による障害、例えば、脳梗塞による片麻痺、だけでなく、視力、聴力、認知能力、心肺機能、嚥下機能、消化機能、運動能力などすべての体の機能が衰えています。皮膚が脆弱になっている人では、机などにちょっとぶついただけで、皮膚が裂けます。骨も折れやすくなっています。長期間の寝たきりで、股関節に拘縮がある場

合、おむつを替えるために、そっと開脚させるだけで骨折することがあります。全身の衰えのため、普通の人では考えられないようなちょっとしたことが事故につながります。事故が発生すること、その事故が死につながることの主たる原因は加齢に伴う体の弱体化です。

### ●食事時の風景

介護施設では、寝たきりを防ぎ、社会性を保つため、広いホールに集まって食事をとります。介護老人保健施設だと、30～50名に対して、4人ほどで配膳し、この4人で食事介助も担当します。この中に看護師が含まれています。いっせいに食事を開始すると、食事介助の人手が足りなくなるので、グループを分けて時間差を設けます。

これとは別に、寝たきりの胃ろうの入っている高齢者は、ホールではなく、ベッドで経腸栄養剤を腹部のチューブから注入します。

糖尿病食、塩分制限食、きざみ食、ミキサー食、とろみ食など食事内容は個々に異なります。きざみ食、ミキサー食、とろみ食は嚥下困難者用の食事です。大きなかたまりがないため誤嚥が生じても窒息しません。窒息事故の原因となるのは、気道閉塞しやすい大きさ、形状、材質の食品です。嚥下困難者用食事より普通の食事をとっている高齢者の方が窒息のリスクが高く、食事介助を必要とする高齢者より必要としない高齢者の方が、窒息のリスクが高いと思います。

食事が始まると、中には隣の人の食事を食べたり、糖尿病の人に自分の食事を与えたりすることがあります。食事中に急に立ち上がったたり、認知症のために食事そっちのけで徘徊したり、頻尿のためトイレに行きたいと介助を求める人もいます。認知症の周辺症状で不穏になり、大きな声でわけのわからないことを喚く人もいます。ときに、入所者同士がよくわからない理由で争うことがあります。嘔吐したり、座位が取れずに体が斜めになったり、車いすからずり落ちそうになったりと様々なことが生じます。

テーブルに向かって座って食事するのですが、突っ伏して居眠りをする人もいます。眠っていても、目を閉じている人がいます。要介護者は、気道に異物が入っても、必ずしもむせ込むとは限りません。病院勤務のころ、調査委員会の委員でした。本来胃に挿入すべき胃管が気管に入った事例がありました。この事例では、健常人なら当然生じる咳や激しいむせ込みなどの反射は全く認められませんでした。

広島事故の詳細な状況は伝えられていませんが、窒息していても、居眠りをしている人と見分けがつきにくい状況だった可能性は十分あります。人手が少なく、作業や注意すべ

きことが多岐にわたるので、全員を常に観察して安全を確保するのは困難です。

### ●高齢者用栄養補助食品ゼリー

食事量が極端に少なくなる高齢者は珍しくありません。固形物が嚙み下せない、気道に入  
ってむせる、食事介助しても、口の中に食物をため込んで飲み込めないなどがあり、食べ  
られる量が減って、カロリー不足、栄養不足になります。普通の食事をとれるにもかかわ  
らず、食欲がなく、食事量が極端に少なくなることもまれではありません。

カロリー不足の高齢者に対して、選択肢の一つになるのが栄養補助食品ゼリーです。広島  
での事故のゼリーがどのようなものか、記事には記載されていませんでしたが、介護施設  
であること、90代であることから、栄養補助食品ゼリーの可能性が高いと思われます。需  
要が大きいためか、多くの会社から様々な製品が販売されています。カロリーが高く、通  
常の食事より食べやすいこと、嚙下しやすいこと、加えておいしいことをめざして作られ  
ています。しかし、単位重量当たりのエネルギー量を大きくすることと、嚙下しやすいこ  
とは、必ずしも両立しません。報道の後、試しに食べてみたのですが、想像していたより  
濃厚で粘度が高く、通常の商品と同様、気道閉塞の可能性があるというのが正直な感想で  
した。

大手メーカーのネット上の製品紹介を調べてみました。森永乳業グループのエンジョイち  
いさなハイカロリーゼリー（40g・100kcal）には、「嚙む力や飲み込む力が弱い方も食べ  
やすい、滑らかな舌触りのゼリータイプです」と記載されていましたが、エンジョイゼリ  
ープラス(220g・360kcal)には嚙下しやすいというプロモーションの文言はみとめられま  
せんでした。ネスレのアイソカルゼリー・ハイカロリー（66g・150kcal）については「飲  
み込みが気になる方へ向けた食事を追及。スッと届く食感を実現しました。濃さとやわら  
かさが均一なので、どこをすくってもOKです」「嚙下困難者用食品許可基準Ⅱ表示許可  
を取得しました」と記載されていましたが、同じネスレのアイソカルゼリー・もっとハイ  
カロリー（50g・200kcal）では、嚙下に関する文言は避けられていました。明治乳業のメ  
イバランス・ブリックゼリー（220g・350kcal）の使用説明書には、「嚙下障害のある方は  
ご注意ください」と書かれており、メーカーの明らかな防御姿勢がみてとれました。

### ●補助金

介護施設では、救命処置の訓練を実施している施設が多いと聞いていますが、法令上の義  
務になっていません。義務化されていないのには、理由があります。義務化して時間のか  
かる本格的な訓練をおこなうとすれば、日常業務継続のために、人員配置を増やす必要が  
あり、新たな人件費が必要になります。訓練を担当する専門家のための費用も必要です。

介護施設には普通の企業のような経営の自由はありません。介護サービスの内容と値段は、厚労省が細かく決めています。資本を蓄積できるような値段設定にはなっていません。介護施設を創設するのに、建築費、用地取得費、事務費など多岐にわたり多額の補助金が投入されています。改修にも補助金が投入されます。新たな費用が必要になったとき、費用を用意するのは施設の経営者ではなく、地方自治体・厚労省です。昨今の物価上昇に対しても、すばやく補助金が交付されました。訓練を義務化するとなれば、厚労省はシミュレーションをおこない、必要な予算を確保しなければなりません。人員配置基準の変更も必要になります。将来にわたる予算の増額を伴うので、安易に義務化できません。

本格的訓練が行われると、救命処置の要求水準が上昇しますが、救命率が上がるとは思えません。かえって、社会との軋轢が高まるかもしれません。私は、本格的訓練が介護士に嫌悪される可能性があると思っています。

#### ●窒息に対する救命措置

医師・看護師が勤務している施設では、彼らが救命処置を担当します。いなければ、介護職員が対応するか、救急搬送を要請するかになります。介護職員は、自覚的に自分の役割は介護であり、医療行為に対して怖さと越えがたい心理的障壁を感じています。障壁を低くするほどの十分な訓練はおこなわれていません。十分な訓練を受けていたとしても、時間とともに、訓練の効果は薄れていきます。裁判官を訓練しても、適切な救命処置ができるようになるとは思えません。合法的に現場から遠ざかろうとするでしょう。

気道閉塞直後、まだ意識のある状態だと、ハイムリック法がおこなわれます。座位にして後ろから救助者が抱えて、両こぶしを重ねるようにして、みぞおちを一気に強く圧迫して閉塞した食物を吐き出させます。意識がないときは、仰向けにしたまま、てのひらでみぞおちを頭側に強く一気に突き上げます。心停止があれば心臓マッサージが加わります。

これらの処置には、合併症が生じる可能性があります。高齢者は骨が脆いため、高い確率で骨折が生じるだろうことは想像に難くありません。鼓腸や極端な便秘を伴っていると、腸管破裂が心配になります。自分の実施している処置でよいのか悪いのか、いつまで実施するのか、致命的なミスがないか、不安が付きまといます。要介護高齢者の体は極めて脆弱なので、いったん救命できても、救命処置による合併症で死亡したとき、責任を問われる可能性があります。素人が安易に手をだすようなものではありません。実習するにしても危険を伴うので、人間相手にはできません。

電気掃除機に適切な形状の吸引口を装着して、気道を閉塞した食物を吸引除去する方法もあると聞きましたが、使い方と保管場所を組織全体で記憶し続けて、緊急時に1~2分以

内に実施できるような態勢を維持するのはほぼ不可能でしょう。

私は、40年間泌尿器科医としていくつかの大病院に勤務しました。病院では、飛び降り自殺に3回遭遇しましたが（現在は飛び降り可能な場所に人が入れないようになっています）、窒息事故を見聞したことはありません。介護施設では、窒息事故がありましたが、私がいなくときの出来事でした。事故の後、対処法を調べて、ハイムリック法について知りました。私自身、窒息に対する救命訓練を受けたことはありません。私が読んだものには、成功率、合併症については記載されていませんでした。実際の経験に裏打ちされたりアリティは感じられませんでした。

### ●司法判断と科学的認識

司法は、今回のような問題が生じたとき、規範を軸にした論理で問題を認識・整理し、違背を認定します。この認定に基づいて、当事者を罰し、あるいは、当事者に賠償を命じます。しかし、規範というフィルターを通すと認識がゆがみます。事故の発生や救命に関する実態の確認をすっ飛ばして、悪いのか悪くないのか、責任があるのかないのかの議論になってしまいます。民事裁判は二当事者対立構造という形式のためか、当該事例についてくわしくやりとりしますが、統計学的な検討がおろそかになりがちです。また、権威とされる医師の証言や教科書・論文の記載をもとに、安易に準則を想定して判断の根拠とします。しかし、医療の世界では、意見は多様でさまざまな論文が発表されます。論文にならない意見もあります。現場では、準則が実質的に存在しないこともしばしばあります

(3)。

社会システムは、内部で独自の言語論理体系でコミュニケーションします(3, 4)。それぞれの社会システムの進歩は内部のコミュニケーションに依存しています。システム間の齟齬は、それぞれの言語論理体系が異なるためであり、簡単に解消できるものではありません。

医学では、統計により全体像を定量的に認識したうえで、将来に向かって問題解決方法を考案します。その時点の手持ちの手段で問題発生の確率を低くする方法を考えます。通常、問題発生確率をゼロにするような方法はありません。場合によっては新しい手段を開発して解決を図ることもあります。新しい機器が発明されるかもしれません。賠償や刑事罰も問題発生を低下させる手段の一つかもしれませんが、問題発生を避ける方法がなければ、サービスの提供を阻害します。

医学を含めた科学では、実情認識も解決手段も、未来に向かって固定させることはありません。常に進歩させようとしています。科学的真理は仮説的かつ暫定的なのです。

全体像を認識するのにどのような統計データが必要なのでしょう。まず全体のサイズです。人口動態調査によると、2021年に日本全体で食物による気道閉塞で死亡した事例は4,239例です。同じ年の交通事故の死亡数が3,536人であることを考えると、決して少ない数ではありません。入手していませんが、年齢階級別の死亡数のデータもたぶん存在すると思います。介護施設における「要介護度・年齢」階級別の窒息事故の発生率、窒息事故における死亡数と死亡しなかった数。発見時の意識の有無、窒息の原因となった食物の種類、気道閉塞の部位、食物の除去成功率などが知りたいところです。

介護施設へのアンケート調査などで、要介護高齢者の食物による窒息事故事例を調べることは可能です。窒息事故の実像を浮かび上がらせるのに、死亡例と共通の母集団の、事故はあったが救命できた事例が重要です。大量の不正確なデータより、適切なサイズの正確なデータが役立ちます。適切なサンプリングをおこなえば、膨大な作業は必要ないでしょう。

何人かの知人が経験したごく少数の事例では、食物による窒息事故は、病院ではなく介護施設のみで発生しており、救命できた事例はありませんでした。救命例はあったとしても少ないだろうという印象でした。死亡した事例の記憶が強くのこっただけかもしれません。この印象が正しいかどうか、調査する必要があります。

#### ● 検察

2000年代初頭、1999年の杏林大学病院割りばし事件、2001年の東京女子医大事件、2002年の慈恵医大青戸病院事件、2004年の福島県立大野病院事件と大きな事件が相次ぎ、医療が崩壊するのではないかと大騒ぎになりました。私は、何冊かの本を出版し、多くの論文を執筆しました。法律の専門雑誌に投稿したこともあります(4)。私の主な主張は、先に書いたように、法律の世界と医療の世界は使用する言語論理体系が異なるというものでした(3,4)。

当初、私は、医療事故については、専門の調査委員会を設立して、医療の専門家が裁判所に代わって、医療の適否について判断することを考えていました。しかし、この考えはすぐ放棄しました。絶大な権力が生まれ、適切な判断ができなくなるだけでなく、大きな弊害が生じることが予想されたからです。事務を担当するであろう厚労省の権力が、大きくなりすぎるのも問題でした。医師も官僚も権力を持ちすぎると暴走します。医師の適性審査と処罰の権限をもったイギリスの総合医療評議会(GMC)の実情は、惨憺たるものでした(5)。罰を与える権限を持つのなら、裁判官のようにそれに特化させて、社会から隔離しておく必要があります。

法律家で最も強く反応したのは検察でした。最高検察庁によばれて、検事総長をはじめ、検察の首脳10人ほどに対し、大量の資料を用意して、長時間の講演を行いました。この講演が『医療崩壊 立ち去り型サボタージュとは何か』（朝日新聞社）という本になりました。東京地検の次長検事とは何度か議論しました。最も交流が大きかったのは、東京地検の医療問題を担当する検事たちでした。東京地検によばれて講演し、彼らの依頼で救急医療の専門家を紹介しました。虎の門病院の調査委員会で扱った事例を、院長の許可を得て、くわしく説明しました。彼らの要請で、いくつかの処置を見学してもらいました。刑事事件になったか、なる可能性があった処置だと思います。医療現場の実情は彼らの想像とはかなり違ったものだったようです。

あるとき、東京地検の連絡係の検事さんに、質問したことがあります。

私「東京地検には実務をこなしていくためのさまざまな日常的な決まり事があると思うのですが、不要になった決まり事をどのように廃棄しているのですか。」

私自身、病院のルール作成にかかわることがあり、廃棄を現実的な課題と感じていたからです。

検事：「困っているがきちんとしたルールはありません」

私：「古代ローマのように新たなルール優先で積み重ねて、過去を忘れるスタイルになるのでしょうか。多くの人が必要だと思えば、維持され、不要だと思えば、忘れ去られる。」

廃棄のための手続きを設けるとなれば、煩雑になり日常業務を妨げます。過去の記憶を、時代の変化の中でとどめるのは難しいし、いつまでもとどめられるものではありません。東京地検でも、日常業務を適切にこなしていくのに、固定した重い正しさより、環境の変化に合わせて自然に忘れ去られるルールが有効だったのでしょうか。このルールは善悪を判断するのではなく、業務をこなすためのものです。

#### ●今後どうなるのか

私の現時点での認識としては、それなりのサイズの固形物を経口摂取している限り、現実的な人員配置の範囲内で、窒息事故の発生を防ぐのは不可能です。また、実際に事故が発生すれば、救命するのは困難です。

栄養補助食品ゼリーが危険だとして、使用を禁止するとすれば、気道を閉塞させる大きさの他の食品もやめないとはいけません。そうなれば、カロリー不足、栄養不足が増えます。一部の高齢者は嚥下障害があっても、きざみ食、ミキサー食、とろみ食など固形物のない食物を極端に嫌って食べようとしません。強く抗議するので、対応に苦慮することがあり

ます。

今回のような裁判所の判断が続けば、紛争になりかねない経口摂取は避けられるようになります。その分、胃ろうが増えるかもしれません。胃ろうは一時より減ったと思いますが、今も決して少なくありません。寝たきり状態の胃ろうについては、終末期が長くなるだけだとして必ずしも日本人は望んでいません (6)。

日本人の多くは、「びんころり」すなわち、元気に生き、病気になったらころりと死ぬ、寿命と健康寿命の差を短くしたいと望んでおり、要介護状態が長引くことを望んでいません。かつて、国際医療福祉大学の高橋泰教授に教えてもらったことですが、北欧で寝たきりが少ないのは、自分で食事を摂取できなくなったときは、多くの人が死にどきだと考えており、食事介助が一般的に行われていないからだとのこと。

高橋教授は、介護サービスの乏しい愛媛県旧大三島町と介護サービスの手厚い熊本県相良村とを調査し、旧大三島町では自立、死亡がともに多いこと、相良村では軽度障害が多く、それが維持されることを見出しました (7)。これを受けて、高橋教授は以下のように結論づけています。十分な介護サービスが提供されないとすれば、『できる限り自立を続ける覚悟と、食べられなくなったときに、自然死を受け入れる覚悟』を持つことが重要となります。このような覚悟ができているならば、『適切に医療・介護の提供量が減らされる』ことは自分の望むような老い方、死に方ができる可能性を逆に高めるので、必ずしも悪い話ではありません。』

#### ●介護を守るための対応

今後、同様の訴訟の頻発が心配されます。90代の要介護高齢者が死にきわめて近い存在であることを、遺族にはなかなか実感してもらえません。日本では貧困化が進んでいます。お金の苦労はつらいものです。遺族が生計に苦しんでいた場合、2365万円の賠償命令は、訴訟を検討するのを後押しするかもしれません。

介護施設は医療機関ではありません。本格的な治療は病院にまかせます。病院で死亡したとき、病院に適切にコンサルトしていなかった、病院に送るのが遅かった、などつけ入るきっかけを見出すのは難しくありません。制度上、大きな利益が得られない介護施設にとって、2365万円は重い負担です。

私は、今回の判決のニュースを読んで、あらためて2004年の福島県立大野病院事件 (3) を思い出しました。大野病院事件では、妊婦が癒着胎盤による出血多量で死亡しました。担当医が逮捕され刑事責任が問われました。医療業界で議論が沸騰し、最終的に無罪にな

りました。裁判所が社会の現実と乖離した不適切な判断をして、社会に負の影響を与えることは珍しくありません。

社会の健全性を保つのに、言論活動は必要不可欠です。裁判所の判断を検討し、必要があれば批判しなければなりません。民によるチェック・アンド・バランスは想像を超える力を発揮することがあります。

#### 引用文献

- 1) ゼリー喉に詰まらせ窒息死 判決で被告の介護施設側に 2365 万円支払い命令 広島地裁  
<https://news.yahoo.co.jp/articles/8debd2a40a7d040f5a5cb39b79b1cc2b0e80c016>
- 2) 小野沢滋：急性期病院からの退院—あなたの望みがかなうとは限らない。『看取り方と看取られ方』，小松秀樹他編，国書刊行会，2018 年。
- 3) 小松秀樹：社会と医療の軋轢. pp169-197. 『社会的共通資本としての医療』宇沢弘文，鴨下重彦編，東京大学出版会，2010 年。
- 4) 小松秀樹：司法と医療 言語論理体系の齟齬. ジュリスト，1346，2-6，2007.12.
- 5) 小松秀樹：医師の自律（その 1 / 2）. MRIC by 医療ガバナンス学会 メールマガジン;Vol. 374，2010 年 12 月 10 日。
- 6) 熊田梨恵：胃ろうはなぜ社会問題になったか。『看取り方と看取られ方』，小松秀樹他編，国書刊行会，2018 年。
- 7) 高橋泰：医療・介護の提供量が少なくなると、負い方、死に方はどのように変わるのか。『看取り方と看取られ方』，小松秀樹他編，国書刊行会，2018。