

シンポジウム | シンポジウム

■ 2025年11月28日(金) 9:00 ~ 10:40 ■ 第1会場 (下関市民会館 1F 大ホール)

[SY2] シンポジウム II

「『介護事故』に対する世の中の見方・考え方・風潮を変えていこう!~安心・安全な介護を目指した事故検討会の取り組み~」

座長：平川 博之 (全国老人保健施設協会 副会長)

現職

医療法人社団光生会理事長

医療法人社団博朋会理事長

神経科精神科ひらかわクリニック院長

ひらかわクリニック、東京都指定南多摩医療圏認知症疾患医療センター平川病院にて精神科医として臨床担当。

介護老人保健施設ハートランド・ぐらんぱぐらんま

八王子市高齢者あんしん相談センター長房 (包括支援センター)

八王子市高齢者あんしん相談センターもとはち南 (包括支援センター)

八王子市高齢者あんしん相談センター恩方 (包括支援センター)

八王子市高齢者在宅サービスセンター長房等で高齢者の保健福祉業務を担当。

その他関係職

一般社団法人東京都老人保健施設協会 会長

公益社団法人東京都医師会 副会長

一般社団法人本成年後見法学会 理事

一般社団法人認定介護福祉士 認証・認定機構 理事
等

9:05 ~ 9:20

[SY2-1]

介護に生きるエビデンス~転倒予防を科学で紐解く~

○鳥羽 研二 (東京都健康長寿医療センター 名誉理事長)

9:20 ~ 9:35

[SY2-2]

転倒ステートメントについて

○秋下 雅弘 (東京都健康長寿医療センター 理事長兼センター長)

9:35 ~ 9:50

[SY2-3]

弁護士の立場から※予見可能性について

○島戸 圭輔 (二番町法律事務所 弁護士)

9:50 ~ 10:05

[SY2-4]

「介護事故」に対する世の中の見方・考え方・風潮を変えていこう!

○武田 竜太郎 (弁護士法人 おかげさま 弁護士)

10:05 ~ 10:25

[SY2-5]

全老健 事故検討会について ①団体保険の使い方 ②事例紹介

○内藤 圭之 (全国老人保健施設協会 事故検討会 委員)

10:25 ~ 10:40

[SY2-6]

全老健 事故検討会について ①団体保険の使い方 ②事例紹介

○山野 雅弘 (全国老人保健施設協会 事故検討会 委員長)

全老健 山口大会

シンポジウム 介護事故を考える

転倒は自宅では個人の責任、病院・施設の敷地に一步入ったとたんに
医療機関/介護施設の責任は妥当か

東京都健康長寿医療センター名誉理事長 鳥羽研二

施設転倒は、1ベッドあたり年間1回以上起きる

施設内転倒リスクのうち、医療関係者が介入できる項目は1/4

人員配置、ケアプラン改善でも転倒はなくせない

地域における転倒で、環境因子の関与は少ない

転倒歴、歩行速度、円背、杖、5種類以上の服薬に集約

不要な薬剤整理が最も転倒予防に効果的

重大な不注意(高齢者に不適切な薬剤リスト、

認知症薬剤ガイドライン)などによる転倒以外は、

転倒は身体的原因に起因する「疾患」「症候群」として捉え

本人、家族の共通の認識を醸成して、疾患予防に励むべきである

転倒ステートメントについて

東京都健康長寿医療センター 秋下雅弘

介護施設における転倒は、高齢者に一般的にみられる現象であり、骨折や頭蓋内出血を契機に生活機能の低下や死亡に至る重大な要因となる。その一方で、転倒は老年症候群の一つとして多因子が複雑に関与する現象であり、予防策を講じても一定の確率で発生する。これまで施設内での転倒は「事故」として扱われることが多かったが、日本老年医学会と全国老人保健施設協会が合同でまとめた「転倒ステートメント」では、科学的エビデンスに基づき、転倒を過失による事故と一概にみなさず、老年症候群の一症候として位置づけることの重要性を強調している。

本ステートメントでは、①転倒すべてが過失ではないこと、②活動性維持のためのケアやリハビリは原則継続すべきこと、③入所者・家族に事前に理解を得ること、④転倒予防策と発生時対応を整備し定期的に見直すこと、の4点を柱としている。実際、施設入所者の多くは複雑なリスク要因を抱えており、標準的に推奨できる予防策は限定的である。それでも環境整備や薬剤見直し、運動介入といった取り組みは一定の効果を持ち、また転倒後の適切な対応手順を整備することが求められる。

講演では、施設における転倒とその関連傷害の実態、日本における介護・死亡の現状、そして予防に関する最新エビデンスを概説しつつ、入所者の尊厳保持と生活機能維持を両立させるための考え方を提示する。転倒を単なる事故ではなく老年症候群の一端と理解し、入所者・家族・施設職員が事前に情報を共有し合意を形成することこそ、今後の転倒対策の基盤となる。本シンポジウムを通じて、施設の安全と入所者の生活の質を両立させる新たな視点を共有したい。

第36回全国介護老人保健施設大会 山口

「介護事故」に対する世の中の見方・考え方・風潮を
変えていこう！

～安心・安全な介護を目指した事故検討会の取り組み～

二番町法律事務所 弁護士 島戸圭輔

事案の紹介

(福岡地方裁判所大牟田支判平成24年4月24日)

介護老人保健施設における、入所者の居室での転倒

- 82歳
- レビー小体型認知症の既往
- 入所約10日後、午後3時10分～午後4時までの間に発生
- 自室ベッド横の足元側で転倒
- 下顎骨両側関節突起骨折、下顎体部骨折等の負傷

事案の紹介（利用者の状況）

- 視力障害、聴力障害あり、突進性歩行が見られていた
- 要介護1、障害自立度A1（全入所者中最も低い）
- 入所時、
 - 起き上がり：「何かにつかまれば可」
 - 座位：「背もたれがあれば可」
 - 立ち上がり：「何かにつかまれば可」、
 - 移乗：「見守り」
 - 移動：「杖・シルバーカーにて歩行」

事案の紹介（利用者の状況2）

- 入所1年半前からグループホームに入居
- GH入居時から、シルバーカー使用にて歩行しているが、シルバーカーを忘れることが頻回にある
- 入所時、家族から、「歩行不安定であり、…転倒しないよう過ごしてほしい」旨の希望
- 入所の翌日、午前2時すぎ、ドンと物音がして職員が訪室すると、利用者がベッド横でシルバーカーを持ったまま座り込んでいる様子が確認されたことがあった（外傷なし）

事案の紹介（施設サービス計画書の記載）

- 短期目標として「転倒、怪我を防ぐ」
- サービスとして
 - 1.歩行中はふらつき等に注意し、見守り又は危険のないよう介助を行う
 - 2.シルバーカーを使用せずに歩行している時はシルバーカーを手渡し、危険のないよう見守り又は介助を行う
 - 3.自室にいるときも危険のないよう見守りを行う
 - 4.自室内の環境整備（ポータブルトイレ設置、床等が濡れていないか注意）

事案の紹介（事故当日の状況）

- 14:30 看護師の入浴誘導に応じ、シルバーカー利用により自歩で浴室に異動
- 15:10 入浴疲れのため車椅子利用してダイルールの自席へ（車椅子からは自ら立ち上がり自席に着席）ダイルールでおやつ摂取
- （15:40 トイレ誘導に対し「行かん」と対応）
- 16:00 自室のベッド横（足元側）で転倒しているのを発見（シルバーカーで自室まで移動）
 - ・ ベッドの足元左側の柵に血痕が付着
 - ・ 「部屋に戻ったところフラっとして倒れた」
 - ・ 居室に他の利用者は不在
 - ・ 居室はサービスステーションの対面、サービスステーションの先にダイルールがあった。

民事上の責任（損害賠償責任）が問われる場合の概観

- 「過失」があること
- 過失と因果関係のある損害が生じたこと

「過失」とは

必要な注意を怠る→注意義務違反のこと。

すなわち、

①結果の「予見可能性」があり、

②結果の「回避可能性」があったにもかかわらず、

不注意により、適切な結果回避（防止）措置を怠った注意義務違反をいう。

このような予見可能性、回避可能性が、当該事案の事情のもとで具体的に認められたかが問題となる。

地方裁判所の判断

(争点)

- 歩行の際に付き添う義務
- 動静に注意する等の義務

- 家族への説明義務、職員への周知義務
- 大きめのシルバーカーを用意する等の義務
- 職員の員数を確保すべき等の義務
- ヘッドギアの使用、床への緩衝材の設置義務

地方裁判所の判断 1（歩行の際に付き添う義務）

- 原告はレビー小体型認知症に罹患、歩行の安定を欠いていた。被告も転倒防止を目標に掲げていた。
→常に付き添うことが最も理想的だが、それは被告において、専従職員一人を雇うことに等しく、原被告間の契約に当然含まれるとはいえない。
- また、原告の歩行の機会を制限することになり、入所者の自立を図るといふ根本目的とも齟齬
→特約があるか、原告の転倒の危険が具体的に切迫していた等の特別の事情がない限りは、常に付き添う義務はない。

地方裁判所の判断 1（歩行の際に付き添う義務）

- 家族から、転倒の危険があるため見守りをきちんとしてほしい旨の話があったというだけでは、常に歩行に付き添うとの特約があったとはいえない。
 - 入所の翌日夜間に、ベッド横で座り込んでいた事実については、転倒の可能性もあるが、外傷等がない以上、少なくとも激しい転倒があったとはいえない。
 - 転倒が繰り返されたり、転倒によって相当な傷害を負ったなどの経緯があれば、一人での歩行を禁止するなどの措置が必要となりうるが、上記事実だけではそのようにはいえない。
- 常に付き添う義務を否定

地方裁判所の判断 2（動静に注意する等の義務）

- 認知症かつ転倒の危険がある入所者に自立的な歩行を認める以上、定期的に動静に注意を払い、具体的に予測される危険がある場合には速やかに駆けつけて対処し、実際に事故が発生してしまった場合にも速やかに駆けつけて救助ができるようにしておく必要がある。
- 但し、どの程度の時間的間隔で動静を確認すべきかは、入所者の状況や予測される危険の程度、人員の配置状況にもより、一義的に確定できない、とする。

地方裁判所の判断2（動静に注意する等の義務）

- 本件では、50分間にわたり原告の安全が確保されていなかった。
- 50分という時間間隔は、入所者に何らかの事故の危険が具体的に生じ、又は、現に事故が起きたときに速やかに駆けつけ対処し救助することができる時間とはいえない

→ 動静確認を怠った過失があったとした。

（ただし、なぜ「50分」が「何らかの事故」の危険がある時間であるかの具体的な説明はない）

転倒事故における予見可能性の判断要素となる主な事情

1 利用者の身体的状況

(1)歩行能力・歩行状態…自立歩行か介助歩行か、歩行の安定度など

(2)転倒に結びつく心身の状況

(3)日常的な基本動作…自立度など

2 転倒の既往の有無

3 転倒場所の状況

4 スタッフの認識

1 利用者の身体的状況

(1) 歩行能力、歩行状態

・シルバーカーを忘れることが頻回にある
(本件はシルバーカー使用中)

・杖、シルバーカーにて歩行

(2) 転倒に結び付く心身の状況

・82歳
・レビー小体型認知症
・突進性歩行

(3) 日常的な基本動作

・要介護度、障害自立度1 (入所者中最も低い)
・起き上がり、立ち上がりは「何かにつかまれば可」

2 転倒の既往

・入所翌日、ベッド横でシルバーカーを持ったまま座り込んでいた

・外傷なし

3 転倒場所の状況

4 スタッフの認識

・転倒・怪我を防ぐ
・歩行中はふらつき等に注意し、見守り又は危険のないよう介助を行う

・シルバーカーを使用していないときは手渡す

1 利用者の身体的状況	
(1) 歩行能力、歩行状態	
・シルバーカーを忘れることが頻回にある (本件はシルバーカー使用中)	・杖、シルバーカーにて歩行
(2) 転倒に結び付く心身の状況	
・82歳 ・レビー小体型認知症 ・突進性歩行	
(3) 日常的な基本動作	
	・要介護度、障害自立度1 (入所者中最も低い) ・起き上がり、立ち上がりは「何かにつかまれば可」
2 転倒の既往	
・入所翌日、ベッド横でシルバーカーを持ったまま座り込んでいた	・外傷なし
3 転倒場所の状況	
4 スタッフの認識	
・転倒・怪我を防ぐ ・歩行中はふらつき等に注意し、見守り又は危険のないよう介助を行う	・シルバーカーを使用していないときは手渡す

1 利用者の身体的状況

(1) 歩行能力、歩行状態

・シルバーカーを忘れることが頻回にある
(本件はシルバーカー使用中)

・杖、シルバーカーにて歩行

(2) 転倒に結び付く心身の状況

・ 82歳
・ レビー小体型認知症
・ 突進性歩行

(3) 日常的な基本動作

・ 要介護度、障害自立度 1 (入所者中最も低い)
・ 起き上がり、立ち上がりは「何かにつかまれば可」

2 転倒の既往

・ 入所翌日、ベッド横でシルバーカーを持ったまま座り込んでいた

・ 外傷なし

3 転倒場所の状況

4 スタッフの認識

・ 転倒・怪我を防ぐ
・ 歩行中はふらつき等に注意し、見守り又は危険のないよう介助を行う

・ シルバーカーを使用していないときは手渡す

1 利用者の身体的状況

(1) 歩行能力、歩行状態

・シルバーカーを忘れることが頻回にある
(本件はシルバーカー使用中)

・杖、シルバーカーにて歩行

(2) 転倒に結び付く心身の状況

・82歳
・レビー小体型認知症
・突進性歩行

(3) 日常的な基本動作

・要介護度、障害自立度1 (入所者中最も低い)
・起き上がり、立ち上がりは「何かにつかまれば可」

2 転倒の既往

・入所翌日、ベッド横でシルバーカーを持ったまま座り込んでいた

・外傷なし

3 転倒場所の状況

4 スタッフの認識

・転倒・怪我を防ぐ
・歩行中はふらつき等に注意し、見守り又は危険のないよう介助を行う

・シルバーカーを使用していないときは手渡す

参考判例

◆京都地判令和元年5月31日

重度認知症の入所者が、サービスステーション前のソファに座ろうとした際に、膝を床につき、前かがみに転倒し、左頬を床に打ちつけた事案

上記転倒の10日前に、同様の態様での転倒があり、見守りを強化することとされていた中で、入所者が廊下を歩行していた姿を確認後、約10分間動向の確認を怠った点について、入所者の動向を注視し、同人が本件ソファに座ろうとする際に付き添い、介助すべき義務の違反があったとした

参考判例

◆福岡地裁小倉支判平成18年6月29日

ほぼ全盲で認知症の症状、徘徊傾向のあった利用者について、自室での配膳中に職員が居室から離れたところ、25分後に、利用者が食堂の床で座りこんでおり、大腿骨頸部骨折の受傷をした事案

利用者は、職員との意思疎通は可能で、食事の際には、職員の指示に従わないで居室を離れたことはなく、本件事故当日の朝食の際にも、職員の指示に従わないような様子は窺えなかったこと等を理由に予見可能性はないとして責任を否定した。

地方裁判所の判断2（動静に注意する等の義務）

（補足）


被告は、転倒の20分前（15：40）にも、原告に声をかけて異常がないことを確認していたと主張した。

→ 裁判所はこの事実を否定した

- 事故約1か月半後に作成した報告書には、上記事実の記載はなかったが、事故1年8か月後に作成された調査報告書に突然上記の記載が出てきたことは不自然
- 当該看護師の証人尋問でも、全体として記憶に乏しいあいまいな供述をしているが、上記の点は具体的かつ明確に供述しているのは不自然

地方裁判所の判断をふまえたまとめ

- 転倒のリスクとの関係では、観察・見守りの方法について過失と評価される可能性
- 記録の重要性
- 事故直後に、事実関係を振り返ることの重要性



「介護事故」に対する世の中の 見方・考え方・風潮を変えていこう！

～安心・安全な介護を目指した事故検討会の取り組み～

弁護士 武田竜太郎

takeda@okagesama.jp

[045-620-5140](tel:045-620-5140)



令和7年11月28日
第36回全国介護老人保健施設大会 山口
シンポジウム セミナー

1. 自己紹介

はじめに | 自己紹介



弁護士

武田 竜太郎



経歴・趣味

- 弁護士17年目、神奈川県弁護士会所属
- 趣味：家族と過ごすこと、4人の子供の父
- これまでの歩み：大手法律事務所から、不動産会社の社内弁護士、公認会計士試験、監査法人、外資系法律事務所。
- 弁護士法人おかげさま参画（2025年1月から）
- 初任者研修修了（2025年6月）

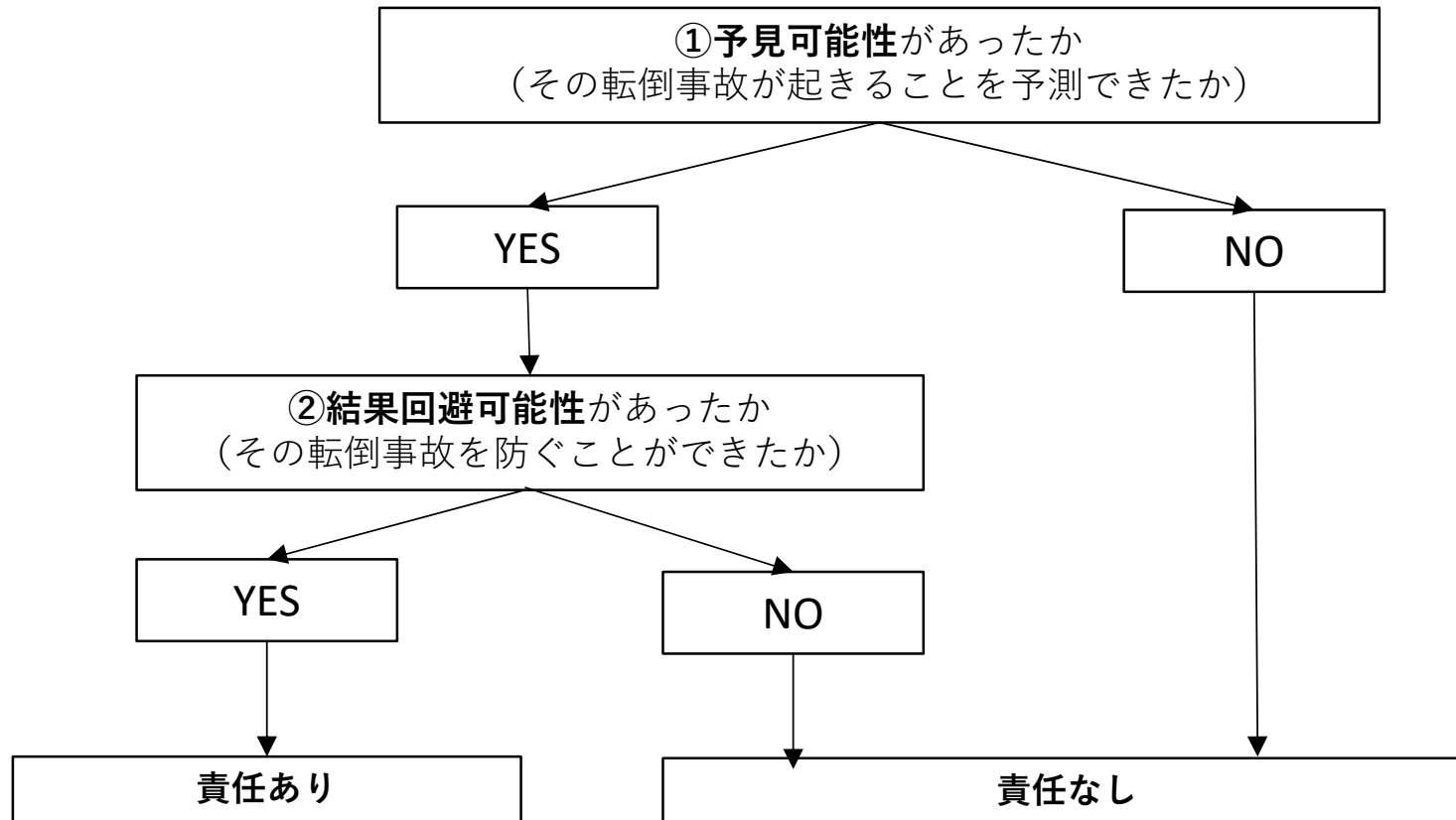
専門

- 介護保険・介護事故・未払金回収
- 労務問題（パワハラ等）
- カスタマーハラスメント・個人情報関連
- 事業承継・M&A

「やるべきこと」 (過失) ってなに

- 平たく言うと「①気づけたのに、②防ぐことができたのに、それをしなかった」
- 「**気づけたのに**」 (予見可能性) : 「そもそも気づけない」のであれば、過失は認められない。(例: とても穏やかだった利用者が、急に暴れて他の人を押し倒した。)
- 「**防ぐことができたのに**」 (結果回避可能性) : 「気づいたとしても、そもそも防げないのであれば」過失は認められない。
(例: 深夜の時間帯で、ナースコールが鳴って他の急変に対応中に、トイレに行こうとしている認知症の方がいた)

予見可能性と結果回避可能性



予見可能性はどうやって判断するか？

どのようなケースでその転倒事故が起きることを予測できたと言えるのか

利用者の心身
の状態



居室環境



生活習慣・行
動パターン



施設側の把握

- 歩行能力（杖や歩行器の使用など）
- 認知機能（認知症・せん妄、注意力の低下）
- 過去の転倒歴

- ベッドの高さ・手すりの有無
- 床や動線の安全性（段差・滑りやすさ・障害物）
- 照明や夜間の視認性

- 夜間トイレの頻度があったか
- 無断離床や独歩の習慣があったか

- アセスメントで転倒リスクを認識していたか
- 転倒リスクの情報共有や見守り体制が整っていたか

福岡高裁の判断

■ 裁判例（福岡高判H24.12.18）

事案	地裁と同様	
結論	施設側勝訴（地裁の判決を取り消し）	
判示	予見可能性	今回の事故以外に、 シルバーカー使用時の転倒事故が生じた事実はなく 、本件事故に関する予見可能性はない。
	結果回避可能性	<p>転倒はその性質上突発的に発生するものであり、転倒のおそれのある者に常時付き添うことができない以上、これを防ぐことはできない。よって、職員が一時的に被控訴人の動静を把握できなかったことが、本件事故の原因となったとは認められない。</p> <ul style="list-style-type: none">□ 緩衝マット：通路での使用はむしろ転倒リスクを増加させるため、設置義務なし。□ 介護職員の増員：常時付き添い義務がない以上、増員しても防止できない。□ センサーマット・鈴付きシルバーカーの導入：転倒防止に直接つながらない。□ 床材のカーペット化・畳化：老健施設では一般的ではなく、清掃困難で、設置義務なし。□ 転倒転落アセスメントスコアシート：事故の回避に直接つながらない。□ ヘッドギアの着用：転倒そのものの防止にはならない。

地裁と高裁の判断の違い

裁判所	結論	理由の骨子
福岡地裁（H24.4.4）	利用者側勝訴	予見可能で結果回避も回避可能。 しかし、結果回避措置を怠った。
福岡高裁（H24.12.18）	施設側勝訴	具体的な予見・回避は不可能。

地裁と高裁の判断の違い（予見可能性）

裁判所	判示	予見可能性
福岡地裁 (H24.4.4.)	<ul style="list-style-type: none">• 利用者はレビー小体型認知症に罹患し、歩行の安定を欠いており、転倒しやすい状況• 上記のような転倒しやすい状況にあることを施設側も認識していた	抽象的
福岡高裁 (H24.12.18)	<ul style="list-style-type: none">• 本件事故以外に、シルバーカー使用時の転倒事故は生じていない• シルバーカーに重りを入れて安定させていた ため、予見可能性はない。	具体的

地裁の判断

利用者の心身
の状態



居室環境



生活習慣・行
動パターン



施設側の把握

- レビー小体型認知症、要介護度1、障害自立度A1
- 入所翌日に「ドン」という音とともにベッド横で座り込んでいた
- 本件事故以外に、シルバーカー使用時の転倒事故は生じていない

- 原告の居室は、サービスステーションの通路対面に配置

- 入所直後から徘徊・混乱行動を繰り返していた

- ケアプランで転倒防止明記・家族申入れあり
- シルバーカーに重りを入れて安定させていた

高裁の判断

利用者の心身
の状態



居室環境



生活習慣・行
動パターン



施設側の把握

- レビー小体型認知症、要介護度1、障害自立度A1
- 入所翌日に「ドン」という音とともにベッド横で座り込んでいた
- **本件事故以外に、シルバーカー使用時の転倒事故は生じていない**

- 原告の居室は、サービスステーションの通路対面に配置

- 入所直後から徘徊・混乱行動を繰り返していた

- ケアプランで転倒防止明記・家族申入れあり
- **シルバーカーに重りを入れて安定させていた**

地裁と高裁の判断の違い（結果回避可能性）

裁判所	常時付き添う必要があるか	転倒に対する考え方	50分間隔という見回り時間
福岡地裁	ない	動静を適切な間隔で確認していれば、転倒を防止するか、少なくとも早期対応できた。	不十分
福岡高裁	ない	突発的に発生する点等を防ぐことは難しい	十分

地裁と高裁の判断の違い
(転倒及び介護施設の運営に対する考え方)

裁判所	転倒リスクに対する考え方	介護施設に対する考え方
福岡地裁	<ul style="list-style-type: none">• 転倒リスクを常に減らすべき	<ul style="list-style-type: none">• 施設運営について配慮が薄い
福岡高裁	<ul style="list-style-type: none">• 突発的に発生し、防ぐことは難しい• 転倒リスクはゼロにできない	<ul style="list-style-type: none">• 施設運営の現実を理解

既往歴と予見可能性に関する 他の判例の状況

裁判所	事案	既往歴	既往歴を踏まえた裁判所の考え方	予見可能性の捉え方
名古屋地裁 (R2.9.10.)	特養入居中の利用者（79歳・アルツハイマー等）が深夜に居室前の廊下で物干しハンガーとともに転倒。	入居後約10か月で転倒は6回程度あるが、いずれも椅子からの立ち上がり・着替え時等で、歩行中の転倒は確認されず。	「歩行中の転倒」という 同一事故 が頻発していた事実はない。	具体的
広島地裁 (R5.3.1)	老健入所中の利用者がお茶を飲もうとベッドから出たものの居室内で転倒。急性硬膜下出血で当日死亡。	ベッドから車椅子移乗した後、車椅子のブレーキを外して立ち上がった際に転倒	「同一事故」が発生しなくとも、 類似の事故が発生していれば予見可能性は認められる。	やや抽象的
京都地裁 (H24.7.11)	短期入所生活介護で利用者がベッドから出て車いすに向かって歩こうとした際に転倒	同施設内の居室において転倒したケースあり（詳細な状況不明）。	居室のベッドから車椅子に向かい転倒することの予見が可能であったものと認められる。	抽象的

福岡地裁 & 高裁から学ぶこと

- **やはり記録は大事。**

- 福岡高裁では、**前回事故の内容が類似のものではないこと**を踏まえ、「**予見可能性なし**」となった。**前回事故について詳細に記録化しておくことは重要。**
- 離床センサー、緩衝マットといった措置について検討した結果、それが現実的でないのであれば、カンファ等の検討結果を**記録に残しておき、家族にも説明**しておくが良い。
- 居室内の転倒事故は「**施設側に責任なし**」とされるケースも多く、事故報告書等でも**安易に責任を認めるような記載は避けるべき。**

福岡地裁 & 高裁から学ぶこと（つづき）

➤ カンファなどで、以下のような記録を残しておくべき

〇〇様について、夜間離床時の転倒リスクを踏まえ、離床センサー及び緩衝マットの設置を検討した。

しかし、離床センサーは誤作動が多く、本人の睡眠を妨げるおそれがあること、緩衝マットは歩行補助具使用時につまずきやすく、転倒リスクを高める可能性があるため、ご家族とも相談した結果、現時点では設置は不適切と判断した（ご家族も同意済み）。

代替措置として、夜間巡視の頻度を50分間隔に設定する。

ご清聴、誠にありがとうございました。

何かご質問やご相談ありましたら、いつでもご連絡ください。

弁護士 武田竜太郎

takeda@okagesama.jp

045-620-5140

2025年11月28日

シンポジウムⅡ

『介護事故』に対する世の中の見方・考え方・風潮を 変えていこう

全老健団体保険（総合補償制度）加入施設における
総合補償制度の上手な活用法

公益社団法人 全国老人保健施設協会 事故検討会
委員 内藤 圭之

高齢者の転倒は「事故」ではなく「老年症候群」である

転倒ステートメント、事故検討会への取り組みの原点

➡ 2021年6月11日 「介護施設内での転倒に関するステートメント」
日本老年医学会と全国老人保健施設協会と共同で発表

➡ 2022年6月17日 第1回 「事故検討会」開催

「事故検討会」の構成は医師7名、弁護士2名 保険会社3社もオブザーバー参加

全老健団体保険（総合補償制度）加入施設で発生した死亡事故などの背景や要因を検討・分析し責任の考え方や解決に向けた方針について「助言書」としてフィードバックする

（転倒や誤嚥・窒息にかかわる『事故』という言葉の見直しの議論も必要！）

総合補償制度の基本プラン Ⅰ. 「賠償事故補償制度」にご加入いただくと

「事故」のために地域の医療機関に搬送し、そこで要した治療費用（入院・通院）をご家族が要求することを想定し、**過失の有無を問うことなく早期に使えるよう「利用者治療費用補償特約」**を設定しました。

上限は50万円までですが、**この特約を使っても等級の変動はなく次からの保険金の増額がないような保険商品としました。**

「誠意」をもってご家族と話し合うきっかけとして下さい。

「誠意」の証として転院先・通院先への費用の負担を検討する。この費用の負担を申し出ることをご家族の多くは「誠意」を感じて下さるケースが多い。

総合補償制度は、あくまで本格的に係争になった場合の賠償責任保険の商品です。法人一括加入にも十分対応できるものです。特に、老人保健施設に特化した保険として**使い易い特約が設定**されているところに特徴があります。

総合補償制度の基本プラン

I. 「賠償事故補償制度」と
II. 「利用者傷害見舞金制度」にも**同時に加入**していただく

「利用者傷害見舞金制度」を活用することが出来ます。この制度を使って早期円満解決を目指して下さい。この「見舞金制度」は**法律上の賠償責任が無い場合でも**見舞金が支払えます。（**死亡時最大100万円**）

「見舞金制度」には等級が設定されていないので見舞金を払っても保険料の増額はありませぬ。

「賠償事故・示談交渉支援サービス」は昨年10月から使えるようになった保険商品です。万一、事故が起こった場合、その初期対応が非常に大切です。法律の専門家である弁護士のお力が借りられるよう、弁護士の紹介やその相談費用（顧問弁護士であっても）を支援します。支払限度額は**1件につき50万円まで**ですが、これを利用してても等級は下がりにませぬ。**訴訟の前段階での示談**を目指して下さい。

特に死亡・重度後遺障害など重大案件の場合は「見舞金」の支払いも検討するが、その額や提示するタイミングが難しいので、早期に弁護士と相談することをお勧めします。

（介護事故などの場合は、自動車保険と異なり、弁護士法により保険会社は示談交渉できません）

不幸にして事故が起きてしまったら⇒団体保険の活用法

家族への連絡と説明は「**誠意**」を持って迅速、的確に、何事も隠さず、その後もフォロー。「誠意」を見せるための**道義的な「謝罪」**をためらわないこと

道義的謝罪と**法的責任**とは別物である。**過失の有無を問わず**利用できる総合補償制度の「**利用者治療費用補償特約**」を「**誠意**」の証として入院・通院費用の負担を検討する。

「総合補償制度の「**利用者傷害見舞金制度**」で見舞金も支払えるが、タイミングや金額が難しいので早期に弁護士と相談することをお勧めします。

総合補償制度の「**賠償事故・示談支援サービス**」を使って弁護士の紹介を受けたり、弁護士との相談費用も一定の支援が受けられます

度を越したクレーム、非常識な要求（カスハラ）は、**法令遵守**（コンプライアンス）の観点から一貫性をもって冷静にお断りする。

必要時、**警察へ連絡**（基本的には事件性の有無の判断） 当事者となった**職員へのサポートとケア**
全老健共済会・保険会社への連絡をお願いします。損保手続きに必要な書類の取り寄せ。
相手側の反応にもよりますが、**早めに弁護士に相談**。

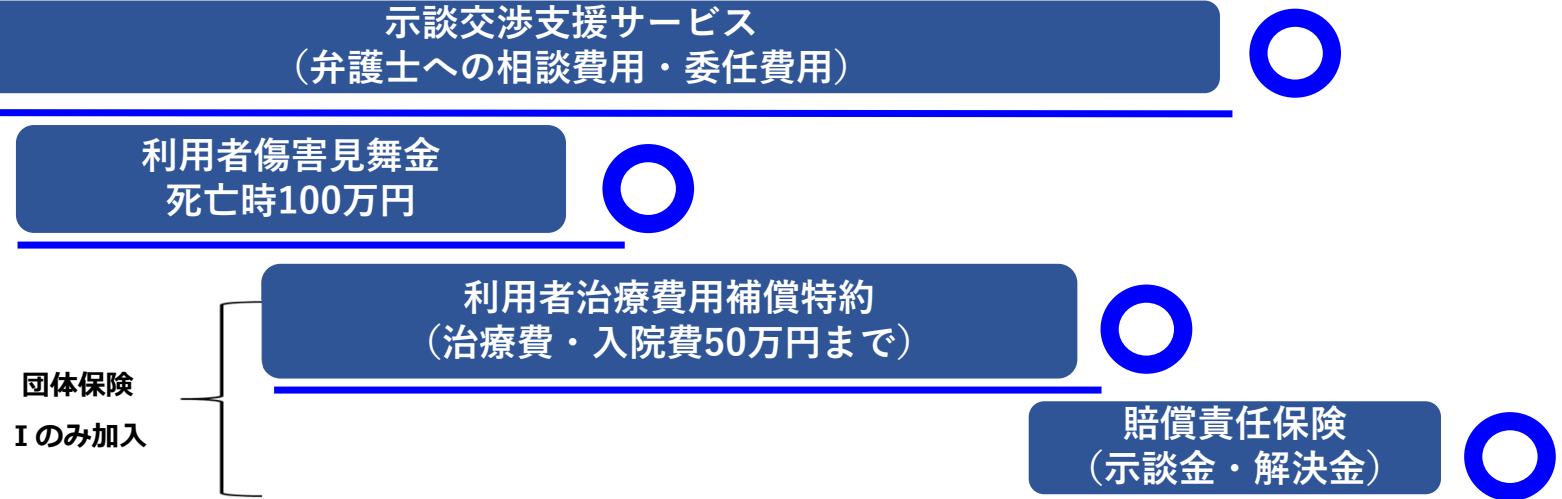
競合他社との比較 保険料も他社より安く、等級に影響せず示談交渉へ

事案対応
の流れ



団体保険の補償

団体保険
I + IIセット加入



団体保険
Iのみ加入

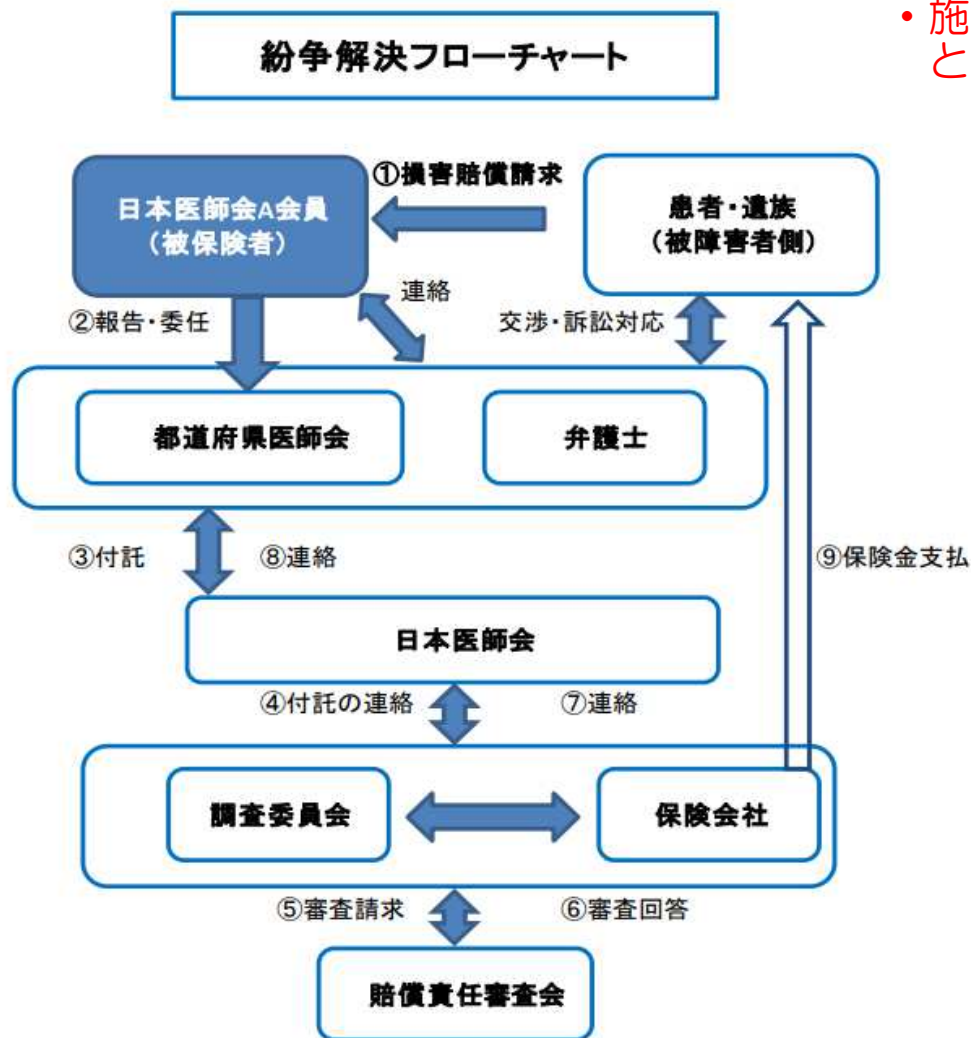
特約を付ける場合→



他の保険会社に加入している場合は、この図を参考に比較して下さい

他社の補償

事故対応（紛争解決フロー）：医師会



デメリット：

- ・時間がかかる。
- ・審査会提出資料作成の手間
- ・施設が「見舞金等や治療費用で円満解決を図りたい」と思っても、自由に話が進められない。

- ①患者・遺族から日本医師会A会員に賠償請求があると、A会員は都道府県医師会に報告の義務がある。
- ↓
- ②都道府県医師会は、それにとりまとめ、日本医師会（本部）に提出する。この段階で、都道府県医師会に属する弁護士が交渉や訴訟対応を開始する。
- ↓
- 日本医師会（本部）が、以下の場で検討を行う。
- ↓
- ③調査委員会
（1次審査的な役割（病院長等の現場目線の先生が多い））
- ↓
- ④賠償責任審査委員会
（二次審査的な役割（学識を持った先生が多い））
- ↓
- ⑥その結果を受けて保険会社が保険金支払い等対応を行う。



医師会の決定を受け家族に説明

施設賠償保険と医師賠償責任保険の違い

	施設の 法人 責任	職員の 個人 責任
介護事故	対象	対象
医療事故	対象	対象外

総合補償制度では、医療行為に起因する事故は、施設賠償保険ではなく、2009年度より導入した「医師賠償保険」で法人対象の補償となります。

医療行為に起因する事故の場合は、賠償事故補償制度における**医師賠償保険の補償対象者**は、「介護老人保健施設を運営する**法人**」となります。
施設の代表者や施設長などであっても「**個人**」は**補償対象者にはなりません**。
(**介護事故**を補償する施設賠償責任保険は、**法人・個人ともに補償対象**になっています。)

医療事故の場合、施設や病院だけが訴えられるだけでなく「**医療従事者**」の**個人が訴えられるケース**が増えており、個人で「勤務医師賠償保険」、「看護職（医療従事者）賠償保険」に加入したり、法人で勤務医師や医療従事者に対して包括的に加入するケースもあります。

なお、**日本医師会 A①、A②会員(B)**の方は日医医賠責保険にて**個人責任が補償**されています。
(A①、A②会員(B)の方は、医師会の会費に日医医賠責保険の保険料が含まれています。)

全老健団体保険：総合補償制度について

全老健共済会は、全老健とともに、不幸にして起こってしまった「重大事案」の早期円満解決を目指すため、使いやすく施設の負担をできるだけ軽減できるよう老健施設に特化した保険商品の開発を続けてきました。是非、施設基本プランⅠ、Ⅱ、その他へのご加入を

総合補償制度は「施設基本プラン」「施設オプションプラン」「職員補償プラン」から構成されています。

施設基本プランは

- I. 賠償事故補償制度
- II. 利用者傷害見舞金制度
- III. 見舞客・ボランティア傷害見舞金制度

（施設内で見舞客・ボランティア・研修者・施設見学者がケガを負った場合、保険金を支払われます。）

施設オプションプランは

- IV. 情報漏えい損害補償制度
（コンピュータシステム復旧費用として、データ等復旧費用、コンピュータシステム損傷時対応費用への補償です。）
- V. トルネード・サンダーガード
（竜巻・落雷・風水害等による什器備品損害補償制度）
- VI. 廃棄物排出者賠償補償制度

職員補償プランは

- VII. 業務災害補償制度
（政府労災保険の上乗せ補償として保険金を支払うものです。）
- VIII. 職員傷害見舞金制度
（更なる福利厚生の一環として、通勤途上も含め急激かつ偶然な外来の事故で傷害を負った場合等に保険金が支払われるのでVIIと合わせての加入をお勧めします。）

引受保険会社 東京海上日動火災保険（株） 三井住友海上火災保険（株） 損害保険ジャパン（株）

この保険会社3社と全老健、全老健共済会とで年に1回企画コンペを行い、新たな保険商品の開発に努めています。

どの施設でも起こりうる『不幸にして起きてしまう事故』

交渉ステップ1



「利用者治療費用補償特約」を活用（上限50万円）

施設・家族共に歩み寄り、早期円満解決を目指す

交渉ステップ2



「利用者傷害見舞金制度」を活用（死亡時最大100万円）

「賠償事故・示談交渉支援サービス」で弁護士相談費用を支援

交渉ステップ3



訴訟になった場合の「賠償事故補償制度」

50万円超の補償、訴訟費用、弁護士費用が補償

団体保険（総合補償制度）の基本プランⅠ、Ⅱに**同時加入**していただくと、賠償事故補償制度の保険料が**30%割引**となります。是非ともセット加入をご検討ください。

全老健リスクマネジャー資格取得者が1名在籍している施設には基本プランⅠ、Ⅱの保険料を**20%割引**、**2名以上**在籍する場合は**25%割引**します。セット割引と合わせて**最大55%の割引**となります。

介護事故などの場合は、自動車保険と異なり保険会社は示談交渉できません。

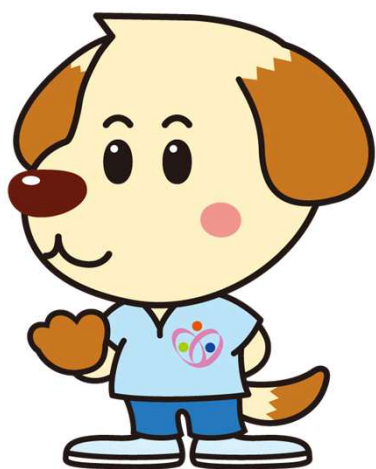
団体保険（総合補償制度）の活用で早期円満解決の事例が実際に増えてきています。



2025.11.28 全国大会 シンポジウムII

『介護事故』に対する世の中の
見方・考え方・風潮を変えていこう！

～安心・安全な介護を目指した事故検討会の取組み～



全老健 理事 管理運営委員会 委員長

全老健 事故検討会 委員長

介護老人保健施設 紀伊の里 施設長

医療法人 明成会 理事長 山野雅弘

(金沢大学 医学部 臨床教授)

老健施設で起こった利用者の出来事



- 施設の責任（過失） → 事故報告 → 謝罪・損害賠償

ではありません！！！！

- 転倒骨折・嚥下障害 窒息 → 保険にお任せ

ではありません！！！！

(転倒) 事故はゼロにはできません！！

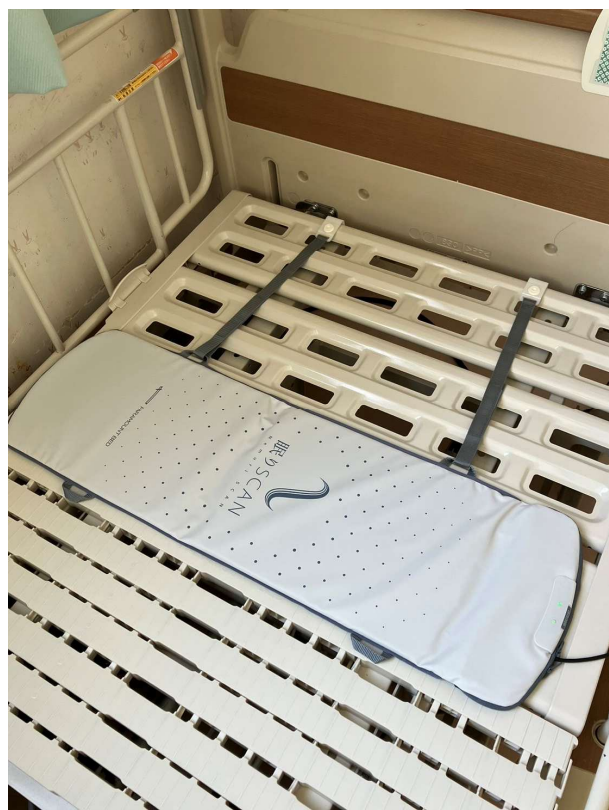
- しかも、老健施設内で起こるさまざまな出来事は、全てが事故ではありません！
- 例えば、転倒の9割以上が居室などで座り込んでいる状態で「発見」されています
- そもそも「**事故報告書**」という名称は 施設に責任があるかのような
思わせるので厚労省に名称変更を求めています (山野私見)

転倒・転落はゼロにはできない
介護事故でもない！！

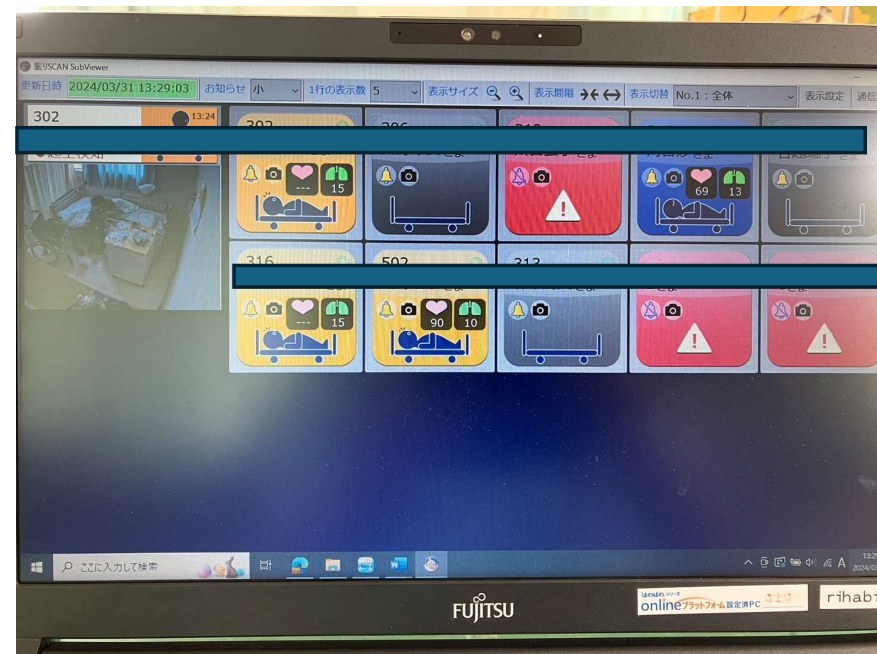
•防げない転倒の動画



眠りスキャンで分かったこと



- ・転倒は一瞬で起こる
- ・アラートが鳴って 30秒以内でスタッフは駆けつけている
- ・それでも 転倒は防げない



現状 まだまだ そういう認識は 残念ながら . . .

施設職員にもなかったり ましてや国民（家族）にはない

- 利用時（開始前でも）正しくアセスメントして（R4システムがおすすめ）心身機能から起こりうる**リスクの事前説明**（文書で、利用途中も、リスクが上がった時はこまめに それなりの役職が行う）
- 自分の**身を守る**のは、**普段の観察**、変化に**気づき**、**正確に記録**する
- そして できる**予防対応**（個別に） それも記録（**やった証拠は記録**）
- **個別に予防策とっても残念ながら「事は起こる」**
- 「事」**いわゆる介護事故**が起きたら**初動対応**が大事（人命優先・家族に事実の説明）そして対応したこと**正確に経時的に記録**しておく

3つの老年症候群

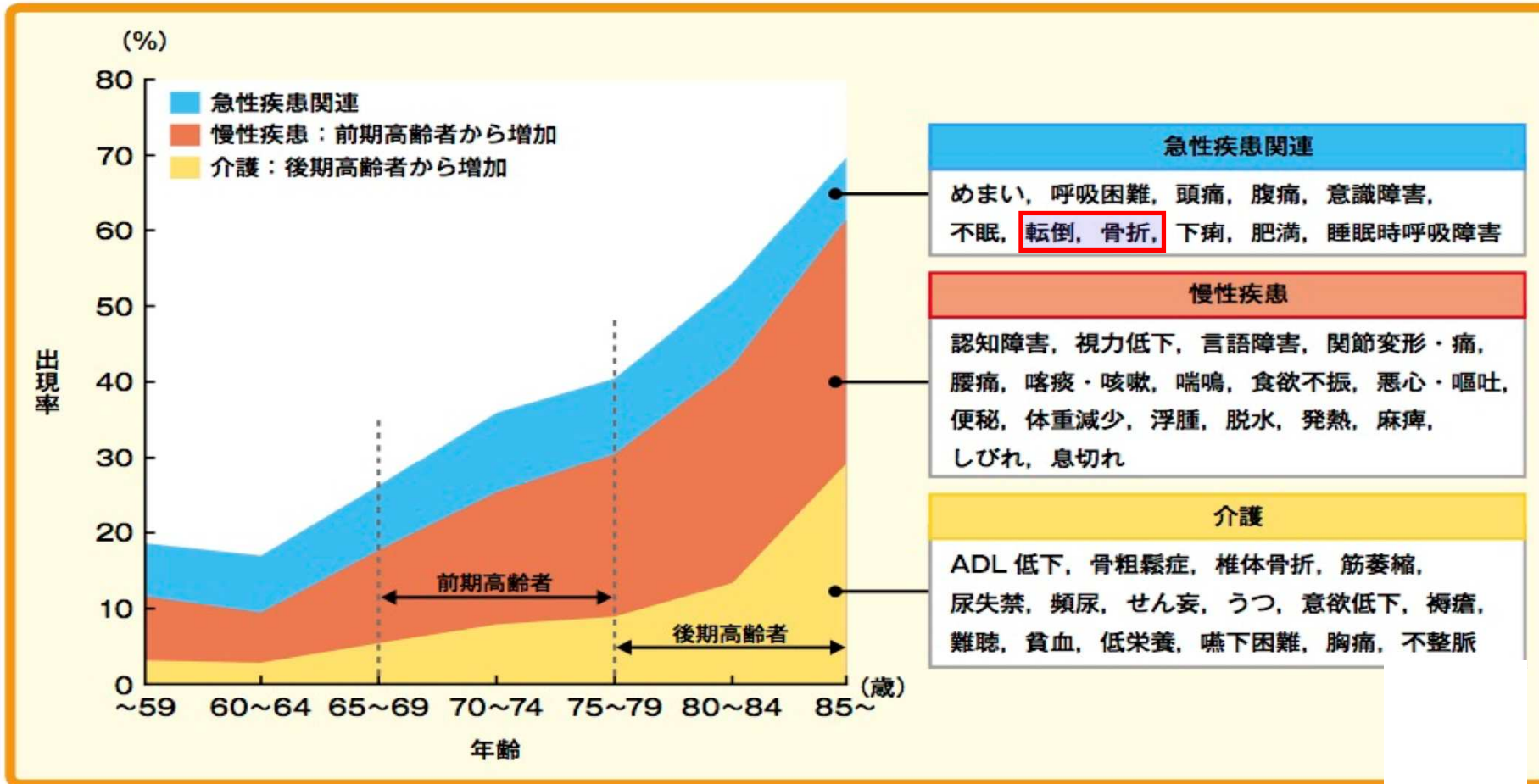
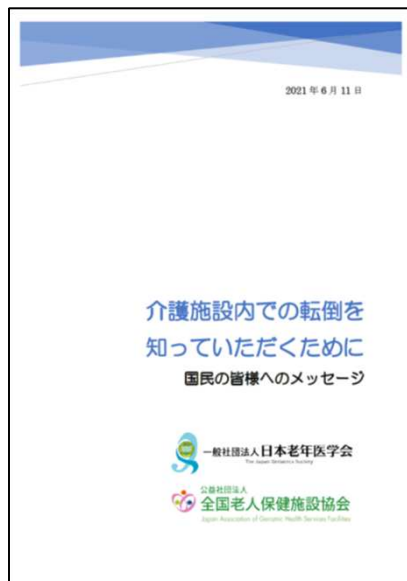


図1 加齢による老年症候群の特徴 (文献¹⁾より引用改変)

廃用症候群:筋萎縮, 関節拘縮, 褥瘡, 便秘, 失禁, 認知機能障害 (認知症), 抑うつ, 不眠, 摂食嚥下障害, 廃用性骨萎縮 (骨粗鬆症), 心肺機能低下, 起立性低血圧.

ご存知ですか？



- ◆日本老年医学会内に、「**老年症候群の観点から見た転倒予防とその限界に関する検討WG**」を設置
- ◆施設における転倒の状況、ならびに転倒予防に関する介入研究のエビデンスを整理し、転倒が老年症候群の一つであることの理解を促すステートメント作成を予定した。
- ◆介護施設職員を主な対象に想定していたが、広く国民の理解を得ることが必要な内容を記載することになった。
- ◆外部委員の助言により、国民の皆様へのメッセージを作成することになった。

DOI: 10.1111/ggi.14332

Geriatr Gerontol Int 2022; 22:193–205.

ANNOUNCEMENT

Statement on falls in long-term care facilities by the Japan Geriatrics Society and the Japan Association of Geriatric Health Services Facilities

Hiromi Rakugi,¹ Ken Sugimoto,² Hidenori Arai,³ Koichi Kozaki,⁴ Yasumoto Matsui,⁵ Katsuyoshi Mizukami,⁶ Yasumasa Ohyagi,⁷ Jiro Okochi⁸ and Masahiro Akishita⁹

老年症候群の観点から見た転倒予防とその限界に関する検討WG

委員長：	楽木 宏実	大阪大学大学院医学系研究科老年・総合内科学 教授
委員：	秋下 雅弘	日本老年医学会 理事長、東京大学大学院医学系研究科老年病学 教授
	荒井 秀典	日本老年医学会 副理事長、国立長寿医療研究センター 理事長
	大河内 二郎	全国老人保健施設協会 常務理事、介護老人保健施設竜間之郷 施設長
	大八木 保政	愛媛大学脳神経内科・老年医学 教授
	神崎 恒一	日本老年医学会 副理事長、杏林大学高齢医学 教授
	杉本 研	川崎医科大学総合老年医学 教授
	松井 康素	国立長寿医療研究センターロコモフレイルセンター センター長
	水上 勝義	筑波大学人間総合科学学術院 教授

外部査読委員

転倒に関する専門家
医療安全の専門家
介護に詳しい医師
弁護士
市民代表
メディア

浅井 文和	日本医学ジャーナリスト協会 会長
江澤 和彦	日本医師会 常任理事
黒川 美知代	武蔵野赤十字病院看護部 看護師長
児玉 安司	新星綜合法律事務所 弁護士
鈴木 みずえ	日本転倒予防学会 理事、浜松医科大学臨床看護学 教授
中島 和江	独立行政法人労働者健康安全機構 理事、大阪大学医学部 招聘教授
本田 麻由美	読売新聞東京本社 医療部次長
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長

介護施設内での転倒に関するステートメント

1. 転倒すべてが過失による事故ではない

転倒リスクが高い入所者については、転倒予防策を実施していても、一定の確率で転倒が発生する。転倒の結果として骨折や外傷が生じたとしても、必ずしも医療・介護現場の過失による事故と位置付けられない。

2. ケアやリハビリテーションは原則として継続する

入所者の生活機能を維持・改善するためのケアやリハビリテーションは、それに伴って活動性が高まることで転倒リスクを高める可能性もある。しかし、多くの場合は生活機能維持・改善によって生活の質の維持・向上が期待されることから原則として継続する必要がある。

3. 転倒についてあらかじめ入所者・家族の理解を得る

転倒は老年症候群の一つであるということを、あらかじめ施設の職員と入所者やその家族などの関係者の間で共有することが望ましい。

4. 転倒予防策と発生時対策を講じ、その定期的な見直しを図る

施設は、転倒予防策に加えて転倒発生時の適切な対応手順を整備し職員に周知するとともに、入所者やその家族などの関係者にあらかじめ説明するべきである。また、現段階で介護施設において推奨される対策として標準的なものはないが、科学的エビデンス（医学・医療に関する信頼性の高い研究成果に基づく科学的事実）や技術は進歩を続けており、施設における対策や手順を定期的に見直し、転倒防止に努める必要がある。

1. 老年症候群としての転倒についての基礎知識

複合的な転倒・骨折のリスク因子

個人の要因



睡眠薬
色々な薬
うつ病
注意力低下
難聴・めまい
ふらつき
失神
起立性低血圧
バランス能低下
反射能低下
筋力低下
脳卒中による麻痺

せん妄（環境変化、
病気、薬剤性など）
認知機能低下
視力低下
狭い視野
骨折しやすい骨
腰痛・膝痛
小刻み歩行
前かがみで足が
上がりにくい
夜間頻尿や失禁の経験
(焦ってトイレに行く)

スリッパ

住環境の要因

滑りやすい床表面
目の粗いじゅうたん
カーペットのほころび
固定していない障害物
家財道具の不備・欠陥
照明の不良
戸口の踏み段
慣れない施設のトイレ



出典：介護施設内での転倒を知っていただくために～「介護施設内での転倒に関するステートメント」の解説～，2021年

いわゆる事故が起こった時の傾向 1

事故報告会の検討でみえてきたこと

事故の中には…、

家族－利用中の事故は施設の責任

施設－お預かりしている間の事故は施設の責任
その為の保険だろ！

判決－裁判官は老健の現状を理解しているの？

医療機関の対応－救急搬送先の医師の意見がその後を左右してしまう。

いわゆる事故が起こった時の傾向 2

老健の役割・機能を理解いただけていないのではないか。

→家族へのアプローチ：

期待値と満足値の不一致（こんなはずじゃなかった）を解消。

家でも起きる事故、やむを得ない事故もある。

入所時リスク説明とサービス開始後 丁寧な説明・信頼関係の関係性の構築。

→社会・法曹界へのアプローチ：

老健の現状（現場の「限界」）を知ってもらう。

おかしい判例が連発すれば 介護萎縮が起こり、ケアの質の低下を招き自立支援の妨げになる。

→協力医療機関へのアプローチ：

老健利用者の特徴と日常生活を知っていただく。

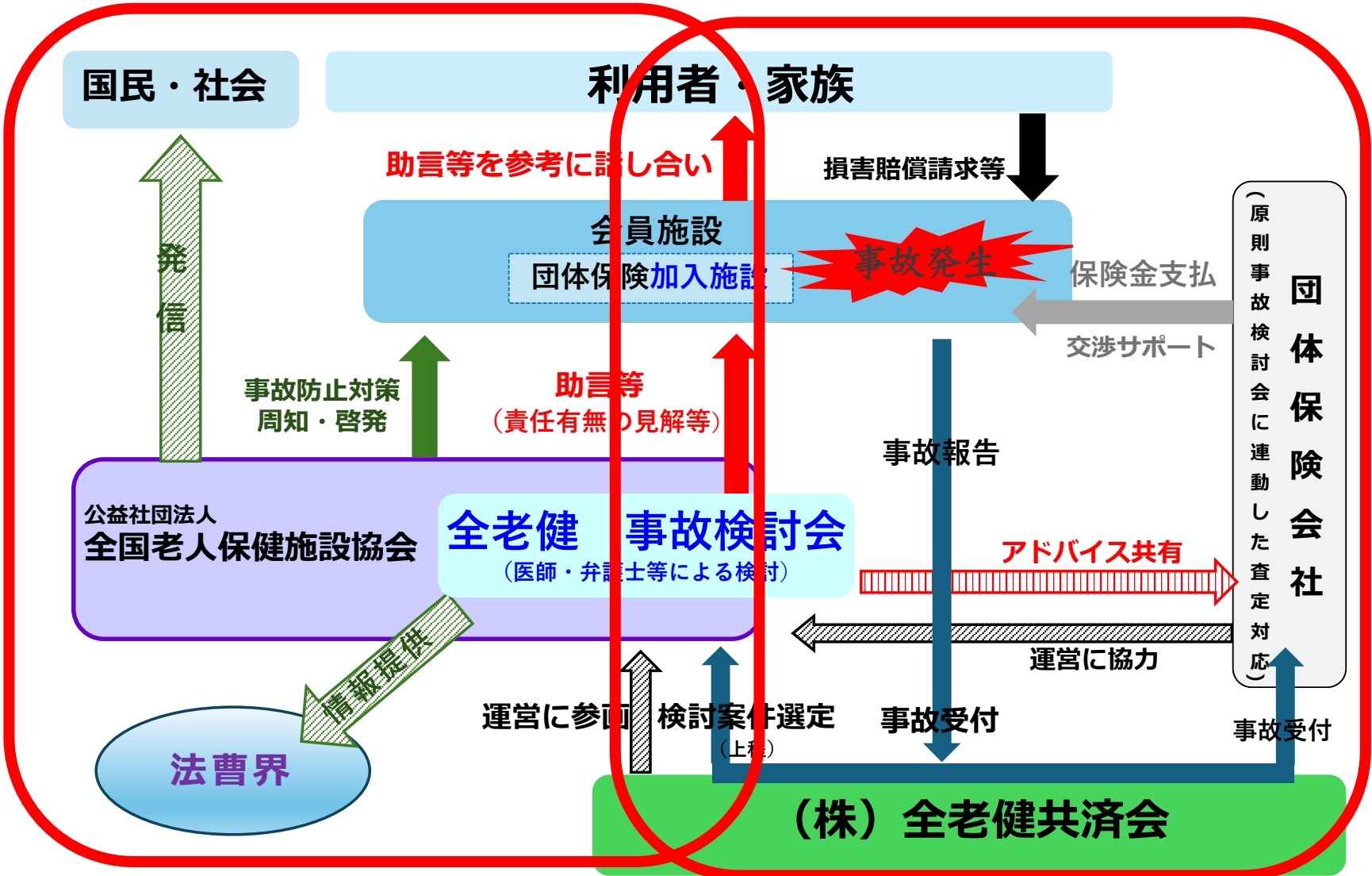
救急受入時の家族対応。

全老健事故検討会の創設

設置目的（抜粋 一部省略）

- 公益社団法人全国老人保健施設協会会員施設（総合補償制度加入施設）で発生した重大事故を対象に事故内容等を検討し、該当施設において適切な対応が取れるよう助言等を行う。
- 事故検討会で取り上げられた事件事案を整理し、施設における介護事故の減少および事故防止対策の一助となるよう公益社団法人全国老人保健施設協会会員施設に対して広報する。
- 利用者およびその家族、国民、法曹界等に対して、老健施設の機能、役割、リスク等について、正確な情報を発信していくことで、「より良い介護を取り巻く環境」をつくり上げる一助とする。

全老健 事故検討会（運営体制イメージ）



全老健共済会への事故報告内容

事故報告書

事故ID	[REDACTED]						
事故状況							
事故日	R5 [REDACTED] 27	時間	4時	0分			
事故場所	居室	事故場所備考	-				
事故状況	<p>【概要】</p> <p>27(金) 4時10分頃、居室内のベッドから少し離れた場所に左側臥位で倒れているところを発見。左股関節の疼痛を訴えたため、ご家族に連絡し災害医療センターへ搬送し、入院。</p> <p>30(月) 手術。</p> <p>31(火) 14時に心肺停止で発見され、心臓マッサージ等を試みたが死亡。 ※死因は「肺塞栓」とのこと。</p> <p>2(木) ご家族は、当初、手術ミスを疑い病院へ問い合わせをしたものの、そもそも施設で骨折しなければこのようなことにならなかったと説明を受けた。</p> <p>4(土) 病院からの説明もあったため、ご家族は施設に事情説明を依頼。</p> <p>【備考】</p> <p>病院側の「そもそも施設で骨折しなければこのようなこと（死亡）にならなかった」との意見を受け、老健施設が賠償の対象になってしまっているとのこと。</p>						
賠償請求	有り						
傷病名	左大腿骨骨折	死亡日	R5 [REDACTED] 31				
その他連絡事項	当該施設は、Ⅰ、賠償事故補償制度に加入。賠償請求あり。						
利用者情報							
受傷者名	[REDACTED] 様	年齢	94	性別	女		
受傷者区分	入所者	要介護度	要介護度Ⅲ	障害自立度	A-2	認知症自立度	Ⅲa
既往症	左上腕骨骨折 うっ血性心不全 認知症 高血圧症 骨粗しょう症 静脈瘤 肋膜炎 帯状疱疹						

様

日頃より、全老健正会員用団体保険制度（以下、団体保険制度）の運営にご理解ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

令和5年11月6日付けで受付いたしました、以下の事故につきまして、『事故検討会』にて協議・検討を行い、以下のとおり本件に対する検討会の考え、助言等を取りまとめましたので、ご案内申し上げます。以後の事故防止、利用者家族等との示談、補償の在り方等話し合いのご参考となり、本事故の早期解決の一助となれば幸いです。

事故日

令和5年 〇〇月 27日

利用者（イニシャル）

様

1. 本事故における施設側の責任の考え方（意見）

本検討会では、「死亡」と「転倒」の責任について検討を行いました。

先ず「死亡」についてですが、「肺塞栓」は術後合併症としての頻度が高く、合併症の予防対策は病院側にあると考えられること、その上で、術後の「肺塞栓」は現在の医療において治療が奏功する事は困難であり、医療者ましてや老健施設に責任があるとは言えないということ、加えて転倒と死因（肺塞栓）との間には相当因果関係は認められないこと、以上の観点から、施設側に死亡についての責任は無いとの結論に至りました。

次に「転倒」についてですが、当該利用者は、以前は転倒リスクの高い方でしたが、当該施設入所以降、特に本年9月後半頃からは、①自ら動くこととは全くなくなっていること、②施設内での転倒・転落事故は一度もなかったこと、の観点から、本件のように自ら動いて転倒するといった具体的な危険性・可能性を予見することは困難であったと思慮いたします。

懸念点として、8月に一人でトイレに行ったところを発見されると言ったヒヤリ・ハット報告があり、自ら動くことができていること（8月30日4:43「起き上がり端坐位になろうとしている」）や、以前の施設において転倒歴が認められることから、離床センサーを継続して使用すべきだったとの考え方があるかもしれません。

しかしながら、94歳の高齢者が、その間はほぼ臥床し続けている以上、筋力の低下も相当なものがあり、「自ら動くことで転倒することはない」と考えることに不合理な点はなく、施設側に転倒についての過失は無いとの結論に至りました。

2. 本事故における施設側の責任割合 死亡・転倒

有無責

有

無

過失割合

0%（死亡）、0%（転倒）

賠償請求額や訴額に対する妥当と思われる補償割合



0%

25%

50%

75%

100%

3. 今後の対応方針（案）

病院側の意見により、利用者家族の視点は、「転倒がなければ手術は行われなかった、手術を行わなければお亡くなりになることはなかった」という考えを持たれておりましたが、転倒と死因である「肺塞栓」との間には、相当因果関係はないことを説明し、理解を求めることが肝要と考えます。

しかし、ご家族の思いとして、「施設に当然責任がある」という認識が強いようであれば、道義的責任としてのお見舞金のお支払いや最終的には提訴等で第三者に判断していただくことも必要と考えます。

【ご家族へのご説明についてのポイント】

- ・ 転倒と死因である「肺塞栓」に因果関係がないこと
- ・ これまでの介護記録やADL記録等を基に、本件事故が具体的に予見不能であったこと

様

日頃より、全老健正会員用団体保険制度（以下、団体保険制度）の運営にご理解ご協力をいただき、誠にありがとうございます。

令和5年11月6日付けで受付いたしました、以下の事故につきまして、『事故検討会』にて協議・検討を行い、以下のとおり本件に対する検討会の考え、助言等を取りまとめましたので、ご案内申し上げます。以後の事故防止、利用者家族等との示談、補償の在り方等話し合いのご参考となり、本事故の早期解決の一助となれば幸いです。

事故日	令和5年11月27日	利用者（イニシャル）	様
-----	------------	------------	---

1. 本事故における施設側の責任の考え方（意見）

本検討会では、「死亡」と「転倒」の責任について検討を行いました。

先ず「死亡」についてですが、「肺塞栓」は術後合併症としての頻度が高く、合併症の予防対策は病院側にあると考えられること、その上で、術後の「肺塞栓」は現在の医療において治療が奏功する事は困難であり、医療者ましてや老健施設に責任があるとは言えないということ、加えて転倒と死因（肺塞栓）との間には相当因果関係は認められないこと、以上の観点から、施設側に死亡についての責任は無いとの結論に至りました。

次に「転倒」についてですが、当該利用者は、以前は転倒リスクの高い方でしたが、当該施設入所以降、特に本年9月後半頃からは、①自ら動こうとすることは全くなくなっていること、②施設内での転倒・転落事故は一度もなかったこと、の観点から、本件のように自ら動いて転倒するといった具体的な危険性・可能性を予測することは困難であったと思慮いたします。

懸念点として、8月に一人でトイレに行ったところを発見されると言ったヒヤリ・ハット報告があり、自ら動くことができていたこと（8月30日4:43「起き上がり端坐位になろうとしている」）や、以前の施設において転倒歴が認められることから、離床センサーを継続して使用すべきだったとの考え方があるかもしれません。

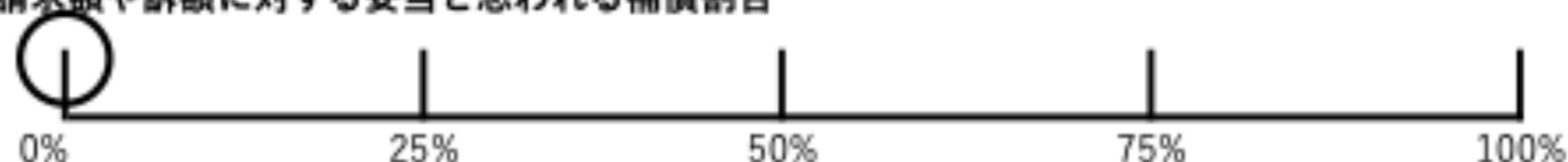
しかしながら、94歳の高齢者が、その間ほぼ臥床し続けている以上、筋力の低下も相当なものがあり、「自ら

論に至りました。

2. 本事故における施設側の責任割合 死亡・転倒



賠償請求額や訴額に対する妥当と思われる補償割合



3. 今後の対応方針 (案)

病院側の意見により、利用者家族の視点は、「転倒がなければ手術は行われなかった、手術を行わなければお亡くなりになることはなかった」という考えを持たれておりますが、転倒と死因である「肺塞栓」との間には、相当因果関係はないことを説明し、理解を求めることが肝要と考えます。

しかし、ご家族の思いとして、「施設に当然責任がある」という認識が強いようであれば、道義的責任としてのお見舞金のお支払いや最終的には提訴等で第三者に判断していただくことも必要と考えます。

【ご家族へのご説明についてのポイント】

- ・ 転倒と死因である「肺塞栓」に因果関係がないこと
- ・ これまでの介護記録やADL記録等を基に、本件事故が具体的に予見不能であったこと

11団体の共同声明『介護・医療現場における転倒・転落～実情と展望～』

(2023年11月17日)

学究期回本ビ括同転。日、行
防研性、日ハ包共るた同を
予学慢会、リ域のけし、見
倒法本議会議本地体お表い会
転療日協協日、団に公な者
本医、設棟、会11場をも記
日、会施病会協計現』として
は、学設福ヨム施に医望表室
会、会協社ン協設、療～にに
学療健老一ホ院と護との会た。
全治保国テプ病と介情明者し
安集中人全リオン会『実声記信
療集老、ビルヨ協て～同省発
日本国会ハグシ棟し落共働に
日本、療期知テア明・た生社
会、会医復認リケ声倒ま厚い

