

ホームページ掲載用  
(個人情報は除いております)

県立あすなろの郷において令和2年4月1日に発生した  
利用者様の死亡事案に関する調査結果及び苦情解決助言

令和3年3月

茨城県社会福祉事業団苦情解決第三者委員会

## ＜茨城県社会福祉事業団苦情解決第三者委員会の設置＞

茨城県社会福祉事業団では、「茨城県社会福祉事業団苦情解決体制設置要綱」第3条第1項及び第4条の規定により、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために、社会からの信頼性を有し、円滑・円満な解決が図れる第三者委員を設置している。

### 【委員等】

#### 〔苦情解決第三者委員〕

(学識経験者) 元つくば国際大学医療保健学部看護学科講師	矢 花 光
(福祉有識者) 社会福祉士	小 森 弘 道
(弁護士) 弁護士	阿 久 津 正 晴

#### 〔オブザーバー〕

(行政) 茨城県保健福祉部障害福祉課 副参事	齊 藤 正 博
---------------------------	---------

### 【委員会の開催状況】

#### 〔第1回〕令和2年9月9日（水）

- ・ 苦情申立てに関する概要説明
- ・ 苦情申立者からの意見聴取
- ・ 事業団からの苦情内容に関する意見聴取
- ・ 支援にかかる関係資料確認
- ・ 損害保険会社の過失調査に関する意見聴取
- ・ 現場確認及び、関係職員等に対する聞き取り

#### 〔第2回〕令和2年10月12日（月）

- ・ 第1回委員会時の質疑項目等への追加説明等
- ・ 事業団からの苦情内容に関する意見聴取
- ・ 支援にかかる関係資料確認
- ・ 調査結果及び苦情解決助言等の内容の検討

#### 〔その他〕

- ・ 医療に関する損害保険会社の調査
- ・ 申立人からの追加資料提出

- ・調査結果及び苦情解決助言等のとりまとめ

(新型コロナウイルスの感染拡大の状況を考慮し、委員会を開催してのとりまとめ作業は行わず、資料送付に基づく意見調整等を実施)

[第3回] 令和3年3月10日(水)

- ・調査結果及び苦情解決助言の伝達等

## 1. 事案の概要

令和2年4月1日(水)に県立あすなろの郷のふじ寮に入所していた(利用者A)様(31歳)が居室において心肺停止の状態で見られ、その後搬送された病院で死亡確認がされた。

死亡当日、体温や体調についても通常と変わりの無い様子であったが、会議等のあったおよそ3時間45分の間、目視等による確認もされていなかった中で発見されたことから、支援のあり方について保護者である母親の(保護者A)様から苦情申出(第三者委員の助言を希望)があったものである。

## 2. 死亡者について

氏名：(利用者A)(女)

年齢：31歳(平成元年 月 日生まれ)

障害の状態：知的障害(療育手帳○A)、身体障害5級(先天性両足関節機能障害)

持病の状態：てんかん

保護者：母親

理解度：簡単な漢字・ひらがなは読める、伝達も簡単なことであれば可能

あすなろの郷の利用状況

① 通所利用期間：平成23年9月13日～平成30年5月31日

② 入所利用期間：平成30年6月1日～令和2年4月1日

## 3. 死亡した日の状況

6:30 起床、平熱(36.5℃)、普段と変わらない様子

7:00 服薬

7:15 食事(ほぼ全量摂取)

7:40 A支援員が食堂清掃(利用者A)様はモップや箒にこだわりをみせる

7:47 A支援員がモップ等を片付けると(利用者A)様がドア蹴りを行うため、A支援員、B支援員の2名で居室へ誘導

8:14 A支援員が居室のドア窓から動きがあるのを確認している

9:00～ 寮会議(ふじ寮支援員が支援員室で実施)。会議に出席しないA支援員が利用者支援対応

- 9 : 3 0 ~ ファミリー会議（※寮において男性利用者（東ファミリー）と女性利用者（西ファミリー）とを区分支援しており、寮全体の会議後にそれぞれのファミリー単位でも会議を実施した。）を、居室が目が届く食堂にて実施
- 1 1 : 5 9 昼食のため副寮長が居室に入り、（利用者A）様がかぶっていた布団をめくるポータブルトイレに排尿があったため、副寮長がトイレに片付けに行く
- 1 2 : 0 1 A支援員が（利用者A）様が俯せ<sup>うつぶせ</sup>で寝ていたところを肩を叩いて起こそうとした。反応が無い<sup>あ</sup>ため、心持ち右側を向いていた顔を右側に向けると、鼻血がみられたためグローブを取りに行き、再度居室に入る。  
A支援員が俯せの状態であった（利用者A）様の体を反転させて仰向け<sup>あおむけ</sup>の体勢にした。  
A支援員は、仰向けになった（利用者A）様の顔を確認し、チアノーゼ、瞳孔が開いている、呼吸をしていないことを確認し副寮長に報告
- 1 2 : 0 2 A支援員が支援員室にあるAEDを取りに行く。副寮長が支援員室からあすなろの郷病院に連絡
- 1 2 : 0 5 A支援員が（利用者A）様にAED装着、AED解析によりAED作動せず、AEDから心臓マッサージと人工呼吸の指示が出され、副寮長が心臓マッサージ、A支援員が人工呼吸を実施
- 1 2 : 0 6 副寮長の承認を得てC支援員が救急車要請
- 1 2 : 0 7 あすなろの郷病院から看護師2名到着  
心臓マッサージ、人工呼吸は看護師2名に交代して実施
- 1 2 : 0 9 他に看護師2名到着
- 1 2 : 1 1 あすなろの郷病院 医師到着（他にも看護師到着）
- 1 2 : 2 0 水戸消防署救急隊到着
- 1 2 : 2 0 保護者に連絡いれるも繋がらず
- 1 2 : 2 8 ドクターカー到着
- 1 2 : 3 5 保護者と連絡がとれ、救急車で病院に向かうことを伝える
- 1 2 : 4 0 ストレッチャーで寮を出る
- 1 2 : 4 5 水戸済生会総合病院へ救急搬送 保護者と連絡が付き、搬送先伝える
- 1 3 : 0 0 水戸済生会総合病院救急外来到着し、救急処置室に入る
- 1 3 : 3 0 保護者が水戸済生会総合病院に到着。寮長から状況を説明
- 1 3 : 4 5 医師から死亡を伝えられる
- 1 3 : 5 0 あすなろの郷に水戸警察署員2名来所。関係職員の聞き取り、現場確認
- 1 4 : 0 0 水戸済生会総合病院の医師によって死亡原因の調査（※  
水戸警察署員による検死実施。  
（※水戸済生会総合病院において採血、採尿、頭部・肺等のCT撮影の結果、死因は不詳の病死との死因となった。）

#### 4. 苦情申出の内容

○申出人：(保護者A)様(母親)

① 突然の死亡について、本人がてんかん発作を有しているにも関わらず長時間(3時間45分)様子確認を行わなかったため、てんかん発作による身体の異変に対応できなかったのではないかと思われる。このことは、利用者に対する安全配慮を怠ったために発生した事故であると考えている。

② ここ1年の間に18kgも体重が減少した。医師に医療相談した際、心配ないと言われたが、精神科薬の影響で体力的にも弱くなったのではないかなど、不審な点が残っている。

#### 5. 要求内容

- ① 賠償金の請求
- ② 関係職員の処分(副寮長、寮長、支援部長)
- ③ 事件の公表

#### 6. 主な調査項目

- 保護者と施設との利用者支援内容に関するコミュニケーションについて
- 怪我をした際の連絡について
- 寮間移動について
- 体重変化及び栄養管理について
- 在居室時の確認間隔について
- 精神科薬の服用について
- てんかん発作等の予見性について
- 保険会社による調査について

#### 7. 保険会社の調査結果について

○損害賠償について

死因は不明であること、以前行われていた検査からも問題は指摘されていないことから、施設側があらかじめ死亡を予見できたとは考えがたく、また、施設側の対応についても問題は見受けられないことから、賠償責任は生じないと判断。

○てんかん発作の予見性について

てんかんについては、過去にも回数は少なく、それを予見することは難しいと考えている。

心電図や尿検査の異常は指摘されているが、その後それぞれ再検査が実施されており、心電図については心電超音波検査(心エコー)を実施したが、すぐに問題がある状況ではなく、また、尿検査については検査時に潜血が見られたものであったが、再検査を実施したところマイナス判定であったなど、その結果については大きな問題はないとの判断がされており、そこからも今回のことを推測することは難しい。

## 【保険会社の医療調査結果について】

第1回の委員会において、保険会社に追加で医療調査を実施依頼することとした。

書類審査（※審査資料は後述）及び脳神経外科専門医による検討結果を踏まえた医療調査の見解は下記のとおり。

### ○てんかん・その他検査結果に表れた症状と死亡との因果関係

事故前に施行された検査では明らかな死因に繋がるものはございませんでした。

令和2年2月25日のCTでは明らかな異常はなく、また、令和1年12月26日には洞性徐脈、陰性T波などがありエコーが施行されていますが、そこでも明かな問題は指摘されておりませんでした。

よって、突然死の可能性が高かった（あらかじめ死亡が予測できた）とは言えず、また、水戸済生会でのCT検査でも明らかな異常所見は確認されていないことから、てんかん発作による死亡である根拠はなく、死亡診断書の通り原因不詳の病死と考えます。

### ○主治医からの指示の有無・指示に対する施設の対応について

主治医からの厳重な観察指示等、施設への特別な指示はなく、施設の対応に問題は見受けられませんでした。

施設の対応において論点となっております「3時間観察しない時間」があった点について、通常通りの観察回数で観察を行い、その中で発作を発見した場合には素早く対処する必要はございますが、てんかん発作を起こす可能性があるからといって通常以上の観察を要するものではないと考え、今回の3時間ということに関しても問題ないと判断いたします。

また、体重減少の中での薬の投与が不適切であったのではないかと指摘がございますが、体重は50kg前後あり、体重減少に伴って必要以上に血中濃度が上昇した事実もなく、投与量もかなり少なめに投与を開始して増量されていることから、薬の投与に関しても問題はないと判断いたします。

### ○結論

上記のとおり、死因は不明であること、以前行われていた検査からも問題は指摘されていないことから、施設があらかじめ死亡を予測できたとは考え難く、また、施設の対応についても問題は見受けられないことから、賠償責任は生じないと判断させていただきます。

#### （※）書類審査資料

（第1回 苦情解決第三者委員会資料）

- ・ 苦情受付書
- ・ あすなろの郷 入所者死亡事案にかかる苦情申し立てについて
- ・ 茨城県への死亡報告書

- ・死亡検案書
- ・死亡時 建物平面図
- ・死亡時 会議開催場所と居室場所の位置関係が分かる写真
- ・急変時の対応手順
- ・(利用者A) 様 支援サービス計画書 (1年分)
- ・(利用者A) 様 ケース記録 (1年分)
- ・(利用者A) 様 行動記録表 (1年分)
- ・通院・健康記録 (1年分)

(あすなろの郷病院への請求資料)

- ・茨城県立あすなろの郷病院 診療記録 (2018年5月29日からの記録)
- ・胸部検査記録 (2018.7.4、2019.6.12)
- ・CT 頭部検査記録 (2020.2.25)
- ・血液検査記録 (2018.5.29～2020.3.12)
- ・心エコー検査記録 (2018.8.20、2018.11.1、2019.10.8、2019.12.26、2020.8.27)
- ・保菌検査記録 (2018.5.29)
- ・梅毒検査記録 (2018.5.29)
- ・腫瘍マーカー検査記録 (2019.9.5)
- ・インフルエンザ検査記録 (2019.12.22)

(水戸済生会総合病院への請求資料)

- ・診療記録 (R2.4.1)

## 8 調査の報告及び助言

本委員会においては、苦情申し出のあった(利用者A)様の死亡事案に対する調査のほか、申出人からのヒアリング時及びその後等に申し出のあった事項等について調査を行った。

### (1) 調査項目ごとの調査結果等

#### ○保護者と施設との利用者支援内容に関するコミュニケーションについて

利用者への支援内容・支援計画については、個別支援計画に定めており、「支援サービス計画書」として保護者に示した上で了解を取ってはいるが、本案件については保護者の支援に対する個別具体的な要望に対し、本人の障害の状態や障害特性等も含めた施設側で実際に対応できる支援レベルとの間に差が生じていたが、この差が保護者の不満の原因となっていた。

今後は、重要な個別的支援の方法及び内容については、施設側の考えや判断基準なども含め、これまで以上に十分に保護者に説明を行ったうえで支援方法等について同意を得ておくべきである。

## ○怪我をした際の連絡について

あすなろの郷において利用者が怪我をした際の保護者へ連絡するか否かについては、病院受診が必要となった場合に連絡することとしており、病院受診の必要性の有無で判断していた。同様のケースでの対応について、他のいくつかの社会福祉法人が運営する障害者支援施設における判断基準を確認したところ、あすなろの郷と同様に病院受診の必要性を保護者への連絡を行う判断基準としている施設と、怪我をしたすべてのケースで報告連絡している施設とが両方存在していることや、一律にすべての怪我の報告が法令等で義務づけられていないことなどから、あすなろの郷の判断基準が著しく不適切であったとまでは言えないと思われる。

怪我をした場合、すべてのケースで報告することが望ましいと思われるが、施設において軽微な怪我は保護者へ報告連絡しないなどの判断基準を定める場合であっても、保護者に対して当該報告基準を説明し事前に同意を得ておくべきである。

## ○寮間移動について

保護者からの寮間移動の要望・相談に対し、保護者に他寮を見学してもらう機会を設けるなど、寮間移動の検討はしたものの、本人の障害特性や移動先となる寮に空きがないなどの理由から、結果的には寮間移動は行うことが出来なかった。しかし、空きが無いなどの理由ですぐには寮間移動が出来ない旨は保護者にも説明をしており、説明を行った職員は説明時には保護者から了解をしてもらえたとの認識であったことなどから、対応を怠って放置していたとの事情は伺われなかった。

## ○体重変化及び栄養管理について

(利用者A)様は、入所時に身長は145cmで69.7kgと肥満傾向であり、施設では、入所時に保護者からダイエットの要望を受けていた。また令和元年6月には、保護者より相談を受け、血液検査の結果でも異常が見られなかったため、引き続き、適正体重まで減量を行うことについて保護者も了承していた。

施設では、管理栄養士によるマネジメント等を行い必要な食事を提供していたことや、本人は好き嫌が多い状況であったことから、あすなろの郷病院の医師にも相談しながら栄養管理を行っていた。

また、寮における日常の支援においても、食事はもちろん水分、おやつなどの摂取についても細かに記録を取るなど体調や健康管理には他の利用者以上に特別に気を配っていた。

体重変化について過去の体重の記録をみると、約1年9ヶ月の間に69.7kgから最も減った時点で47.3kgまで約22.4kgの体重減少があった。

記録からは、急に痩せたのではなく、肥満傾向にあったものについて、毎月一定割合で体重減少し標準体重になったことが確認でき、この間、特に健康上の問題も生じていなかったことから、直接、体重減少が死因と関係するものとは言えない。

また、保護者から、体重減少について精神科薬の影響ではないか心配であることから担当の医師と話しがしたいとの要望があったことから、医師が保護者と面談し、服薬調整(薬の変更等)を行いながら様子の観察を行ってきたが、特に問題は生じていなかった。



なお、保護者からの体重減少に対する不安の申し出に対し、「食事が食べられず体重が減っても栄養剤がある」との説明が職員からなされ、保護者は職員の言い方があまりにも事務的であったと感じていたことについては、医師が「体重が46kgを割り込むことがあれば栄養剤の処方を検討する旨」の判断をしていたことがカルテの記録で確認でき、栄養剤は医師が必要と認めた場合に処方されるものであったが、職員が医師から今後の方針として聞いた内容の一部を断片的に保護者に伝えていたことが原因である。

保護者から相談を受けた時点で、医師の処方による栄養剤の投与が必要な状態であったわけではなく、体重減少を心配する保護者に対しては、まずは食事による必要十分な栄養摂取に努める旨を伝えるなどの説明と共に、今後も体重減少が続いた場合で、万が一十分な栄養等が確保出来ない場合の補助としての栄養剤の処方も担当医が検討しているなど、保護者の心配に応えるような説明が必要であったと思われる。

結果として、栄養剤があれば、栄養補給の基礎となる食事を与えなくても良いと施設が考えているかのような誤解を保護者に与えてしまい、不信感を増幅することとなった。

今後は、施設としても保護者の不安や意向に寄り添った必要かつ正確で丁寧な説明を心がけるよう職員教育を行うべきである。

#### ○在居室時の確認間隔について

亡くなられた当日、居室に近いスペースで職員が会議を実施しており、大きな物音があれば気がつく状況ではあったが、異常を発見するまでの約3時間45分間、職員が居室に入ったり目視による状況確認がなされていなかった。

当日の（利用者A）様の健康については、朝6時半に起床し、朝の健康チェックを行い検温では36.5度と確認していること、朝食はほぼ全量摂取していること、そのほかの行動状況からも普段と変わらない様子であった。

各種法令等や厚生労働省通知等において、目安とすべき状況確認の間隔の定めや義務づけは無く、個々の利用者の状況に応じて個別具体的に対応する必要がある中、寮においてはこれまで、本人は物音に敏感である、静かな環境を好む、外部からの刺激に対し行動が変わる、他害行為があるなどの特性を有することや、居室では布団をかぶって寝ていることが多いため、部屋で寝ている時は起こさずに静かに寝かせておくという支援がなされていた。

なお、当日は、新年度初日であったため申し送り等が多くファミリー会議等は比較的長時間に及んでいたが、過去にも会議等の際にも居室で問題なく長時間を過ごしていたことや、当日の健康状態などの様子からは、特段、短時間で確認すべき状況では無かったとの認識であった。

また、従前も、昼間に居室に入り寝ている時に3時間以上、確認間隔があくことが相当回数あったが、これまで特に問題も起きていなかった。

また、当施設において、過去においててんかん発作が原因で死亡した者の記録もなかったうえ、本人が過去にてんかん発作を起こしたケースにおいても、発作はおよそ1分程度でおさまり、何度も連続で発作が続くようなことも無かった。（てんかん発作については後項目参照）

以上からすると、法的には確認間隔があいたことをもって、直ちに過失及び違法であるとは言えない。しかし、一般的な感覚から鑑みてもおよそ3時間45分というのは確認間隔としては長かったのではないかと考えられる。

今後、施設において居室での就寝時等の状況確認方法や見守り支援方法について改めて検討を行ったうえで、早急に基準やマニュアルを定める等を行って支援にあたるべきである。

### ○精神科薬の服用について

精神科薬については、あすなろの郷に入所する以前から服用していた薬が継続して処方されていたところであり、その後本人の身体の状況など様々な状況も考慮のうえ服薬量や薬の種類を変更するなどされていた。

さらに、服薬支援の際に気分によっては服薬を拒まれることがあっても、必ず時間をずらして服薬させるなどしており、投薬支援にも問題はなかった。

また、保険会社による医療調査において「体重減少の中での薬の投与が不適切であったのではないかと指摘がございますが、体重は50kg前後あり、体重減少に伴って必要以上に血中濃度が上昇した事実もなく、投与量もかなり少なめに投与を開始して増量されていることから、薬の投与に関しても問題はないと判断いたします。」との調査結果が報告されている。

(※詳細は、「7 保険会社の調査結果について」参照)

### ○てんかん発作等の予見性等について

あすなろの郷において、令和2年7月1日時点で施設の入所者456名のうち、てんかんの診断がされている方は190名、約41.7%の方がてんかんを持病としている。

そのうち抗てんかん薬の服用などにより発作を押さえられている方がいる一方、抗てんかん薬の服用等はしているものの過去1年間で57名の方は発作が1回以上おきている。

また、年に10回以上の発作を起こしている方も20名以上いる状況であり、てんかん発作は施設内で頻繁に起こっているのが現状であることから、あすなろの郷病院の医師の診断、服薬管理や健康診断等による健康管理を行いながら、職員は各利用者のてんかん発作がいつでも起こりうるものと認識して利用者支援にあたってはいるが、各利用者のてんかん発作が何時起きるかを予見し、事前に対応することは困難である。

これまで過去1年間に(利用者A)様はてんかん発作を3回起こしていたが、いずれも発作は何度も繰り返す重篤なものではなく、約1分程度で収まっており、他の発作を起こす方と比べても特別なケースではなく、てんかん発作が起きた場合には、その都度医師に状況等を報告し対応の指示等を受けていた。

さらに定期的な健康診断においても特に異常は認められず、当日も体調が悪いということもなかった。

従って、本人にてんかん発作の持病があったとはいえ、事前にてんかん発作を予見することは困難であり、てんかん発作による身体の異変を予見した特別な対応を取ることは困難であったし、亡くな

られた当日にてんかん発作があったかどうか不明である。

### ○保険会社による調査について

事業団へのヒアリングや行動記録表などの関係の書類審査に加え、調査に慎重を期すために医療調査を実施し、あすなろの郷病院並び水戸済生会総合病院での診療記録、検査記録等の書類審査及び脳神経外科専門医による検討を行った結果、「死因は不明であること、以前行われていた検査からも問題は指摘されていないことから、施設があらかじめ死亡を予見できたとは考え難く、また、施設の対応についても問題は見受けられないことから、賠償責任は生じないと判断させていただきます」との調査結果が報告されている。

(※詳細は、「7 保険会社の調査結果について」参照)

### (2) 苦情申出並びに要求内容に係る調査結果のまとめ及び助言

(利用者A)様の死因については、死体検案書によると「不詳の病死」であり、死因が特定されておらず、持病のてんかん発作や体重減少と死因との因果関係は見いだせない。また、保険会社の調査結果では、あすなろの郷病院で以前行われていた検査からの問題は指摘されていないことから、施設があらかじめ死亡を予見できたとは考えがたいと判断されたところである。

よって、死因が特定されていない状況では、施設に注意義務(予見義務、結果回避義務)違反があったかどうか判断することが出来ない。

したがって、法的違反を前提とした損害賠償を施設側に求めることは困難であると思料される。

また、利用者の状況確認を行う間隔についても、法的な定めもないことから法的責任を前提とした損害賠償を施設側に求めることも困難であると思料される。

さらに、法的責任を前提とした職員の処分や事案の公表を求めることも困難であると思料される。

しかし、異常を発見するまでの間、およそ3時間45分という間隔については、居室で眠っていたという状況を鑑みても長かったのではないかと思われる。

よって、施設側においては、賠償義務は発生しないとしても発見が遅れたことについての、誠意ある謝罪を行うことが適当であると考ええる。

さらに、施設においては本案件を踏まえ、支援方法に関する職員間及び保護者との情報共有や利用者が居室にいる際の確認方法をマニュアル化するなど、支援方法の改善・向上に努めることが必要であると考ええる。

以上