

原告 X1（以下「原告X1」という。）

原告 X2（以下「原告X2」という。）

被告 医療法人Y会

同代表者理事長 B

### 主文

- 1（1）原告らの主位的請求をいずれも棄却する。
- （2）被告は、原告らに対し、それぞれ1408万8620円及びこれに対する平成28年7月1日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- （3）原告らのその余の予備的請求をいずれも棄却する。
- 2 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。
- 3 訴訟費用は、これを5分し、その2を原告らの負担とし、その余を被告の負担とする。
- 4 この判決は、第1項（2）に限り、仮に執行することができる。ただし、被告が原告X1のために1000万円、原告X2のために1000万円の担保を供するときは、担保を提供した原告との関係で、その仮執行を免れることができる。

### 事実及び理由

#### 第1 請求

- 1（1）主位的請求  
被告は、原告らに対し、それぞれ2290万9049円及びこれに対する平成27年11月14日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- （2）予備的請求  
被告は、原告らに対し、それぞれ2290万9049円及びこれに対する平成28年7月1日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 被告は、原告らに対し、それぞれ110万円及びこれに対する平成27年11月14日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

#### 第2 事案の概要等

本件は、原告らの父である亡C（以下「亡C」という。）が、被告の運営する介護老人保健施設D（以下「本件施設」という。）に入所中、被告の職員が付添いや近位での見守りを行う等の義務を怠ったことによって、3回転倒し、頭部骨折等の傷害を負い、その結果死亡するに至ったとして、亡Cの子である原告らが、被告に対し、主位的には使用者責任（民法715条1項）又は法人の不法行為（民法709条）に基づき、それぞれの法定相続分に

コメントの追加 [原口1]: 原告（利用者側）は利用者の子どもたちです。

コメントの追加 [原口2]: 被告（事業者側）は医療法人です。

コメントの追加 [原口3]: 結論のパートです。

コメントの追加 [原口4]: 原告（利用者側）の請求が認められています！

コメントの追加 [原口5]: 原告（利用者側）がどのような請求をしたかのパートです。

コメントの追加 [原口6]: 事案のまとめのパートです。

コメントの追加 [原口7]: 老健の事案です。

コメントの追加 [原口8]: 3回転倒した事案です。

応じた慰謝料その他の損害金各2290万9049円及びこれに対する亡Cが死亡した日である平成27年11月14日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払（前記第1の1（1））を求め、予備的には入所利用契約上の義務の債務不履行（民法415条）に基づき、それぞれの法定相続分に応じた慰謝料その他の損害金各2290万9049円及びこれに対する請求日の翌日である平成28年7月1日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払（前記第1の1（2））を求めるとともに、被告の職員が原告らに対し2回目の転倒によって亡Cに頭部骨折の傷害が生じていた事実を隠蔽し、又はこれを報告することを怠る等の不誠実な言動があったとして、原告らが、被告に対し、法人の不法行為（民法709条）又は使用者責任（民法715条1項）に基づき、慰謝料及び弁護士費用の合計として各110万円及びこれに対する亡Cが死亡した日である平成27年11月14日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払（前記第1の2）を求める事案である。

#### 1 前提事実（争いのない事実並びに掲記の証拠及び弁論の全趣旨により容易に認定できる事実）

##### （1）当事者等

ア 原告らは、亡Cの子であり、原告らのほかに亡Cの相続人はいない。

イ 本件施設は、介護保険法上の介護老人保健施設（要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設をいう（介護保険法8条28項。）」であり、その3階は認知症患者専門のフロア（以下「本件フロア」という。）である。

ウ 被告は、本件施設を開設し、同施設の入所者に対し、介護保健施設サービスを提供する医療法人である。

##### （2）亡Cの本件施設への入所

亡C（昭和8年（以下略）生まれ）は、平成27年8月15日、被告との間で、本件施設の入所利用契約を締結し、同日、本件施設に入所し、本件フロアでの生活を開始した（甲3）。

##### （3）亡Cの転倒（甲3、5、弁論の全趣旨）

ア 亡Cは、平成27年10月26日午後3時50分頃、本件施設3階のサービスステーション前のソファ（以下「本件ソファ」という。）に座ろうとした際、膝から崩れ、前方に転倒した（以下「第1転倒」という。）。

イ また、亡Cは、同年11月8日午前4時50分頃、本件ソファの前で転倒し、左側臥位の状態で発見された（以下「第2転倒」という。）。

ウ さらに、亡Cは、同月13日午前11時頃、本件ソファ付近において、仰向けに転倒した（以下「第3転倒」という。）。

コメントの追加 [原口9]: 事実確認のパートです。

コメントの追加 [原口10]: 時系列です。

H27.8.15 施設入所

H27.10.26 第1転倒

H27.11.8 第2転倒

H27.11.13 第3転倒

H27.11.14 死亡

(4) 亡Cの死亡

亡Cは、平成27年11月14日、両側前頭葉脳挫傷により死亡した(甲1、3、6)。

(5) 原告らによる請求

原告らは、平成28年6月30日到達の内容証明郵便で、被告に対し、第1転倒から第3転倒に係る損害賠償を請求した(甲13の1・2)。

## 2 争点及び当事者の主張

(1) 亡Cの損害賠償請求権について

### ア 注意義務違反の有無(争点1)

#### (原告らの主張)

(ア) リスクアセスメントを行わず、転倒リスクの周知共有をしなかったこと

被告は、介護保険老人保健施設を運営するものとして、施設利用契約上、又は不法行為法上、施設利用者の転倒等による生命、身体に侵害が及ぶことを防止する保護義務を負っている。

そして、このような義務を適切に履行するためには、その前提として、本件施設において、施設利用者のリスク評価を適正に行い、転倒リスクを周知共有する体制が必要であるところ、被告においては、亡Cに対する適切なリスクアセスメントをしていた資料はなく、そのようなものはされていなかったと考えられる。また、被告においては、施設利用者の転倒リスクを被告職員らで周知共有する体制もできていなかった。

(イ) 第1転倒の際の義務違反

前記(ア)に記載のアセスメントを適切に行い、その周知を行えば、第1転倒前における亡Cの心身の状態等からすると、同人の転倒リスクは比較的高いものと評価すべきであり、被告の職員は、亡Cの転倒リスクを認識し、又は認識できた。そうであれば、同人の転倒を防止するため、第1転倒前においても屋外歩行による負荷がかかった後の状態においては、転倒リスクが高いとして、付添いや近位での見守りといった転倒防止措置を取るべきであった。また、離床センサーの利用を再開した上で、付添いや介助、又は福祉用具による歩行補助、車椅子の使用を検討すべきであった。さらに、亡Cに頭部保護用の保護帽子を着用させておくべきであった。

しかし、被告の職員は、第1転倒前において、これらの義務を怠った結果、第1転倒が発生し、亡Cは、頭部打撲という重大な傷害を負った。

また、被告は、第1転倒後、亡Cに、速やかに頭部CTを実施できる外部の医師による診療を受けさせるべき義務を負い、また、E市に転倒事故を報告すべき義務を負っていたのに、これらを怠ったことにより、事故防止の意識が生じず、第2転倒を引き起こした。

(ウ) 第2転倒の際の義務違反

第2転倒前における亡Cの心身の状態等に加え、第1転倒が発生したことを併せ考慮すると、前記(ア)に記載のアセスメントを適切に行い、その周知を行えば、同人の転倒リスクは第1転倒当時のそれよりも相当程度高まっていたと評価すべきであり、被告の職員

コメントの追加 [原口11]: もっとも重要な安全配慮義務違反(予見可能性と結果回避義務違反)の争点です。

コメントの追加 [原口12]: まず原告(利用者側)の主張のパートです。

ここは読み飛ばしても大丈夫です。

は、そのような転倒リスクの上昇を認識し、又は認識できたのであるから、同人のさらなる転倒を防止するため、第2転倒前において、深夜に徘徊して転倒の危険のある亡Cに、付添い、近位での見守りを行うべきであった。また、離床センサーの利用を再開した上で、付添いや介助、又は福祉用具による歩行補助、車椅子の使用を検討すべきであった。さらに、亡Cに頭部保護用の保護帽子を着用させておくべきであった。

しかし、被告の職員は、第2転倒前において、これらの義務を怠った結果、第2転倒が発生し、亡Cは、頭部打撲及び頭部骨折の重大な傷害を負った。

また、被告は、第2転倒後、亡Cに、速やかに頭部CTを実施できる外部の医師による診療を受けさせるべき義務を負い、また、E市に転倒事故を報告すべき義務を負っていたのに、これらを怠ったことにより、事故防止の意識が生じず、第3転倒を引き起こした。

#### (エ) 第3転倒の際の義務違反

第3転倒前における亡Cの心身の状態等に加え、第1転倒から10日余りで第2転倒が発生したことを併せ考慮すると、前記(ア)に記載のアセスメントを適切に行い、その周知を行えば、同人の転倒リスクは第2転倒当時のそれよりもかなり高まっていたと評価すべきであり、被告の職員は、そのような転倒リスクの上昇を認識し、又は認識できたのであるから、同人のさらなる転倒を防止するため、第3転倒前において、亡Cの歩行時の付添い、介助を行うべきであり、特に、廊下で歩行し、立ったまま牛乳を飲むという不安定な状況においては、そうすべきであった。また、離床センサーの利用を再開した上で、付添いや介助、又は福祉用具による歩行補助、車椅子の使用を検討すべきであった。さらに、亡Cに頭部保護用の保護帽子を着用させるべきであった。

しかし、被告の職員は、第3転倒前において、これらの義務を怠った結果、第3転倒が発生し、亡Cは、頭部骨折の傷害を負い、死亡するに至った。

したがって、被告は、各転倒による亡Cの傷害及び死亡結果について、使用者責任又は債務不履行責任を負うというべきである。

#### (被告の主張)

##### (ア) 転倒リスクのアセスメントについて

被告においては、亡Cを転倒リスクはあるが、他により大きな転倒リスクを抱えた入所者もいると評価しており、亡Cの転倒リスクを適切に評価していた。

##### (イ) 亡Cが転倒する予見可能性の不存在

亡Cは、前記各転倒時において、認知症による意思能力や判断能力の衰えはあったものの、独立して歩行することができたとし、その歩行状態もおおむね安定していると評価されており、立位における転倒リスクは、本件施設の入所者の中では下から数えたほうが早いほど低いものであった。また、第1転倒及び第2転倒が、亡Cが本件ソファに腰かけようとした際に前かがみに倒れたものであるのに対し、第3転倒は、亡Cが普段どおり立っていたところ、突然、仰向けに倒れたものであり、第1転倒及び第2転倒とは全く異なる原因によるものと考えるべきである。このような亡Cの転倒リスクの程度及び第1転倒及び第2転倒

コメントの追加 [原口13]: つぎに被告(事業者側)の反論のパートです。  
ここも読み飛ばしても大丈夫です。

と第3転倒との態様等の違いからすると、被告の職員は、第3転倒の発生を予見できなかったというべきである。

(ウ) 亡Cの転倒の結果回避可能性の不存在

介護老人保健施設である本件施設は、厚生労働省の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準によって、職員の数、設備のほか、利用者から得られる対価が定められており、その枠内で職員を雇用し、設備を整える必要があるから、雇用できる職員の数には限界がある。また、本件施設は、住所として登録できる介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）とは異なり、在宅復帰又は一定期間での退所を目指し、積極的に歩行するなどしてリハビリを実施する施設であり、入所者に積極的に動いてもらう必要があるところ、特に第3転倒が発生した時を念頭に置くと、本件施設は上記人員配置基準を満たしていたし、本件施設の3階（認知症患者専門のフロア）において、合計5名の職員が、30名を超える転倒リスクのある入所者の介護を行っていたものである。このような状況に加えて、身体拘束が望ましくない手段であることを併せ考慮すると、被告の職員としては、第1転倒及び第2転倒後に講じた見守りの強化や本件ソファの交換を行うこと以上に、亡Cの前記各転倒を防止するため、同人に常時付き添うことはできなかったというべきである。そうすると、被告の職員は、亡Cの転倒を回避することができなかったといえるし、亡Cの各転倒を防止することを怠ったということとはできない。

また、亡Cは、高度の認知症であったため、車椅子などの福祉用具を正しく利用することはできないし、保護帽子を使用したとしても、脳へのダメージの程度は変わらず、各転倒による傷害あるいは死亡の結果を防止できたとは考えられないから、被告の職員には、福祉用具の利用を検討し、これを利用する義務はなかったというべきである。

(エ) 第1転倒及び第2転倒後、外部医療機関を受診させる義務及びE市への報告義務について

亡Cは、第1転倒及び第2転倒後、食事も全量完食しており、水分摂取も安定し、入浴時も異常がない等、異常の少ない状態であったのであるから、被告が、医師による診断の下、外部医療機関での受診を不要と判断したことに注意義務違反はない。また、E市への報告義務違反については、そもそも、E市への報告によって、転倒防止につながったとはいえない。

イ 損害の発生及びその金額（争点2）

(原告らの主張)

(ア) [(省略)] 亡Cは、第1転倒によって、頭部打撲という重大な傷害を負った。

それにもかかわらず、被告の職員は、亡Cについて、本件施設外の病院での適切な診療や検査を受診させることを怠ったものであり、これによって亡Cが受けた精神的苦痛は相当なものであったといえる。このような亡Cの精神的苦痛を慰謝するには、少なくとも300万円を要する。

(イ) 亡Cは、第2転倒によって、頭部打撲及び頭部骨折という重大な傷害を負った。それにもかかわらず、被告の職員は、亡Cについて、本件施設内の医師による診察を受けさ

せることさえも怠ったものであり、これによって亡Cが受けた精神的苦痛は相当なものであったといえる。このような亡Cの精神的苦痛を慰謝するには、少なくとも500万円を要する。

(ウ) 亡Cは、第3転倒によって、頭蓋骨骨折の傷害を負った結果、両側前頭葉脳挫傷を原因として、死亡するに至ったものであり、極めて重大な精神的苦痛を被ったものと考えられる。このような亡Cの精神的苦痛を慰謝するには、少なくとも3000万円を要する。

(エ) 亡Cは、第3転倒によって、上記精神的苦痛のほかに、以下の各損害を被った。

a 治療関係費

医療法人社団G会H病院（以下「H病院」という。）

治療費 4万9000円

死亡診断書料 4320円

b 葬儀費用 117万6111円

c 逸失利益 242万8667円

なお、亡Cは、生前、年額59万9600円の老齢基礎年金を受給するとともに、遺族厚生年金も受給していたのであるから、同人に係る生活費控除率は、通常よりも低い30%とすべきである。しかるに、亡Cが死亡時において82歳であったことを踏まえ、平均余命年数を7年と捉えた上で、それに対応するライブニッツ係数を前提として同人の逸失利益を算定すると、上記のとおり、242万8667円となる。

(オ) 弁護士費用 416万円

(被告の主張)

亡Cについて、第1転倒により痛みを感じ、頬に多少のはれが生じた程度の傷害を負ったくらいでは、慰謝料は発生しないというべきである。

また、被告の職員は、第2転倒後、亡Cについて、本件施設内の医師による診察を受診させた。第2転倒についても、第1転倒と同様、亡Cに慰謝料は発生しないというべきである。

さらに、原告らが主張する第3転倒に係る死亡慰謝料の金額は高きに失する。加えて、逸失利益の算定について、亡Cの生活費は、本件施設に支払うべき費用の自己負担部分のみで、同人の老齢基礎年金の年額をはるかに超えるし、同人の歯科診療代金その他の介護費用も同人の負担となっていたはずであるから、同人に係る生活費控除率を通常よりも低くすべきではない。

(2) 原告ら固有の損害賠償請求権について

ア 隠蔽行為又は報告義務違反の有無（争点3）

(原告らの主張)

被告の職員は、平成27年11月13日、H病院から、第1転倒及び第2転倒によって亡Cに左前頭側頭部打撲血腫及び左側頭骨・頭頂骨骨折の傷害が生じた旨記載された診療情報提供書を受領し、当該傷害の事実を知った。そして、被告の職員は、原告らから、亡C

の転倒の状況及び転倒後の経過に関する説明をするよう求められていたのであるから、被告の職員は、原告らに対し、第1転倒及び第2転倒によって亡Cに上記傷害が生じていたことを報告しなければならなかったというべきである。それにもかかわらず、被告の職員は、原告らに対し、第1転倒及び第2転倒が発生したことを報告し、上記傷害が発生していたことをあえて報告することなく隠蔽し、又はそれを報告することを怠った。

被告は、亡Cの転倒後、原告らに対し、上記のような隠蔽行為を含む不誠実な対応を行った。

(被告の主張)

被告の職員が、第1転倒及び第2転倒によって亡Cに上記傷害が生じたことを知りながら、これを隠蔽したということはない。

上記診療情報提供書の内容は、これを記載した医師でなければ説明することができないものであるし、亡Cの相続人である原告らは、上記医師に対し、容易に上記診療情報提供書の内容に係る説明を求めることができるのであるから、被告の担当者には、原告らに対し、本件施設内で起こった事故の結果、すなわち、亡Cが本件施設内において転倒しH病院に入院することになった旨を報告する義務を負うとしても、上記診療情報提供書の内容を報告する義務を負わないというべきである。

また、被告が原告らに不誠実な対応をとったこともない。

イ 損害の発生及びその金額(争点4)

(原告らの主張)

被告の職員は、第1転倒及び第2転倒によって亡Cの頭部に骨折等の深刻な外傷が生じていたことを知りながら、原告らにこれを隠蔽し続け、又は報告することを怠った。原告らは、被告の職員の隠蔽行為又は報告義務違反をはじめとする被告の不誠実な対応により、精神的苦痛を被っており、その精神的苦痛を慰謝するには、それぞれ少なくとも100万円を要する。

原告らは、被告に対し、これらの慰謝料を請求するため、弁護士に依頼せざるを得なくなったものであるから、それぞれ上記慰謝料100万円の1割に相当する10万円の弁護士費用相当額の損害を被った。

(被告の主張)

争う。

### 第3 争点に対する判断

#### 1 認定事実

前記前提事実に加えて、掲記の証拠及び弁論の全趣旨によれば、以下の事実が認められる。

##### (1) 本件施設への入所

ア 原告X2は、平成20年1月24日から亡Cが本件施設に入所するまでの間、フルタイムの社員として勤務しながら、必要に応じてショートステイやデイサービスなどを

コメントの追加 [原口14]: 裁判所の判断のパートです。

コメントの追加 [原口15]: まず事実確認のパートです。

利用しつつ、亡Cと同居し、同人の介護を行っていた（甲3 1、原告X 2本人、弁論の全趣旨）。

イ 亡Cは、本件施設に入所する以前、肺結核のため、肺の左上葉を切除する手術を受けた。また、同人は、遅くとも平成22年2月19日頃から、アルツハイマー型認知症を患っていたところ、平成27年頃からその病状が著しく進行し、在宅での介護が困難な状態となった。そこで、原告X 2は、亡Cを特別養護老人ホームに入所させようと考えた。亡Cは、同年6月20日、医療法人I会Jクリニックにおいて、同クリニックの医師であるK（以下「K医師」という。）による介護サービス共通健康診断を受け、認知症の進行が著しく常に介護が必要である旨診断された。ところが、原告X 2が亡Cの入所を申し込んだ特別養護老人ホームがいずれも順番待ちの状態であったため、亡Cは特別養護老人ホームに入所することができなかった。また、原告X 2は、複数の介護老人保健施設にも申し込んでいたが、亡Cの心身の状態に不安があるという理由で断られていた。そのため、原告X 2は、亡CのケアマネージャーであったL（以下「L」という。）に相談し、同年7月21日、被告に対し、Lを通じ、同人作成の同年6月5日付け日常生活動作確認表及びK医師作成の同年20日付け介護サービス共通健康診断書等を添付した京都府介護老人保健施設共通申込書を提出し、本件施設の入所利用を申し込んだ。

（甲3〔20、54から62、89、142頁〕、31、原告X 2本人、弁論の全趣旨）

ウ 上記京都府介護老人保健施設共通申込書については、「要介護3」の欄にチェックがされ、入所後の方向性として、「在宅復帰」の欄にはチェックがされず、「他施設への申し込み」の欄にチェックがされているほか、現在申請中の施設として、「老健」及び「特養」の欄にチェックがされている（甲3〔54、55頁〕）。また、上記日常生活動作確認表については、移動としては「自立」、移動手段としては「独歩」、転倒歴としては「なし」、行動障害としては「徘徊」及び「介護への抵抗」、日常生活自立度として、障害自立度は「A2」（外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。）、認知症は「IV」（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。）の欄にそれぞれチェックがなされている（甲3〔56頁〕）。さらに、上記介護サービス共通健康診断書には、亡Cが平成22年2月19日からアルツハイマー型老年認知症を患っていること、最近その進行が著しく常に介護が必要であること、同人が過去に肺結核で左上葉を切除したこと等が記載されている（甲3〔57、58頁〕、甲4）。

エ 被告の職員は、本件施設の入所利用申込みを受け、平成27年7月27日、亡C方において、亡C及び原告X 2と面談し、亡Cの日常生活動作について、結核治療後片肺となり、片方の肋骨が切除された状態であること、短期記憶障害及び見当識障害が見られること等を聴取した（甲3〔20頁〕）。

オ その後、被告の職員は、平成27年8月5日、亡Cに係る入所検討会議を開き、亡Cが要介護3の認定を受けていること、同人の障害高齢者日常生活自立度がA2、認知症高齢者日常生活自立度がIVであること等を踏まえた上で、同人の本件施設の入所利用を承諾

コメントの追加 [原口16]: 利用者が、特養や他の老健に入所できなかった事情が認定されています。しかし、だからといって被告（事業者側）が責任を負わないことにはならない、と流れていきます。

コメントの追加 [原口17]: 入所前の転倒リスクのアクセスメントです。



した（甲3〔50頁〕）。

カ 亡Cは、同月15日、被告との間で、本件施設の入所利用約款（以下「本件約款」という。）に基づく入所利用契約を締結した上、同日、本件施設に入所し、本件フロアでの生活を開始した（甲3〔16、19頁〕、弁論の全趣旨）。

本件約款には、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保険施設サービスを提供することを目的とする（1条）と謳われているほか、本件施設は、利用者及びその家族に対し、利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、本件施設での適切な介護老人保健施設サービスの提供を超えると判断された場合には、本件約款に基づく入所利用契約を解除・終了することができる旨（4条〈3〉）、本件施設は、利用者に事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な処置を取る旨（12条1項）、本件施設の医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要とされた場合、協力医療機関等での診療を依頼する旨（12条2項）定められている（甲3〔30から32頁〕）。

## （2） 本件施設に入所してから第1転倒発生までの経過

ア 原告X2は、平成27年8月15日、被告に対し、亡Cの足が弱っている気がする旨、同人の肺活量が少ないため、運動負荷は気にしてほしい旨を申告した（甲3〔41頁〕、31）。

被告の職員は、同日、亡Cに対し、長谷川式簡易知能評価スケール検査を実施したところ、亡Cのスコアは、30点満点中2点であった（甲3〔97頁〕）。また、被告の職員は、同日、亡Cの認知症高齢者日常生活自立度をIVと判定した上、その判定表に、認知症の周辺症状・行動として、「見当識障害」、「理解・判断力の低下」、「介護への抵抗」及び「徘徊」の欄にチェックを入れた（甲3〔94頁〕、弁論の全趣旨）。

そして、被告の職員は、亡Cについて、立ち上がり時は見守り、移動は独歩で遠位見守りレベル、不意な行動をとることがあるため所在確認は必要である、転倒歴はないものの時折内出血ができており、ふらついている可能性があるなどと評価した（甲3〔103頁〕）。

同月17日の亡Cの歩行時、左側へのふらつきが見られた。

イ 原告X2は、平成27年8月18日当時、亡Cのために、本件施設以外の介護老人保健施設2か所及び特別養護老人ホーム4か所への入所を申請しており、Lは、同日、被告に対し、原告X2が亡Cにつき他の介護老人保健施設2か所及び特別養護老人ホーム4か所の入所利用の申込みをしていること、同人の認知症が進行しているため、区分変更をすれば、要介護4程度は出る可能性があることを申告した（甲3〔46頁〕、31）。

ウ 被告の職員は、同月20日、亡Cが夜間に起きた場合であっても歩行が安定していると判断し、同人の離床センサーを解除した（甲3〔64、103、125頁〕）。

また、被告の職員は、同月28日、亡Cの日常生活動作確認表を作成し、室内移動については「見守り」、移動手段については「独歩」、転倒については「なし」の欄にチェックを

コメントの追加 [原口18]: 約款が証拠となります。

コメントの追加 [原口19]: 約款の記載として、  
①老健はあくまで居宅復帰を目指す施設であること  
②もはや老健で対応できない場合は契約を解除できる  
こと  
が認定されています。

したほか、動作能力に関する特記事項として「少し左肩上がりで歩行。遠位で見守り。歩行状態常に確認している。」、身体に関する特記事項として「歩行安定しているも徘徊時の他者トラブルに注意。」、その他情報に関する特記事項として「徘徊まではいかないがよく歩く。」と記載した（甲3〔64、65、137頁〕）。

さらに、被告の職員は、同年9月3日、亡Cに係るサービス担当者会議を開催し、自立歩行でよく歩くが、遠位での見守りにより常に確認していること等が検討された（甲3〔66頁〕）。

そして、被告の職員は、同月8日、亡Cに係る施設サービス計画書を作成し、短期目標として「転倒しないで過ごす。」、サービス内容として「常に居場所、歩行状態を確認する。状態に合わせて着座見守り、付き添うなど行い、安全に経過していただく。ベッドから起きた時には、すぐに駆けつけられるようコール（判決注：コールとは、離床センサーのことを指す。）を設置、転倒を防ぐ。」ことを掲げた（甲3〔63頁〕、証人N）。

被告の職員及び原告らは、同月21日、亡Cに係る1か月ケア会議を開催し、リハビリについては歩行等動作での問題はないこと、介護については夜間たまに部屋から出て本件ソファで話をして部屋に戻ることがあること、本件施設に入所する前に、他の介護老人保健施設及び特別養護老人ホームへの入所利用を申し込んだこと等が確認された（甲3〔19、24、80、128頁〕）。

エ 亡Cが本件施設の3階に入所してから第1転倒が起こるまでの間における同人の歩行状態等について、同人のリハビリテーション経過記録、看護記録及び介護記録（以下「経過記録等」という。）には以下の内容の記載がある。

（ア） 平成27年8月16日午前6時45分 起床。廊下を歩き、東、西側の窓をあけようとされている。歩行安定。出口を探しておられるのか？やはり所在確認必要。申し送る。（甲3〔192頁〕）

（イ） 同月17日午前10時10分 左肩甲帯拳上位にての歩行となる。左側へのふらつき、歩行時に見られる。（甲3〔103頁〕）

（ウ） 同月24日午前12時 歩行は安定している。（甲3〔103頁〕）

（エ） 同月25日午前7時50分 夜間2時間おきに居室へ誘導するが入眠されず、フロアへ出て来られ、ソファにすわってすごされる。（甲3〔195頁〕）

同日午後2時40分 屋内歩行安定。フラつきなし。（甲3〔103頁〕）

（オ） 同月27日午前0時 一度、入床されるもしばらくすると起きてこられたとの事。入床すすめるも眠たくないと言われているとの事。しばらく談話室の椅子に座っていたが、サービスステーション前まで来られ時計や貼り紙を見ている。転倒しないか注意し様子見る。（甲3〔124頁〕）

（カ） 同年9月1日午後2時40分から午後3時 廊下徘徊中声をかけると「調度よかった」と笑顔。階段使用し2階へ。手すり使用し1段1足で降りられる。（甲3〔104頁〕）

コメントの追加 [原口20]: リハビリテーション経過記録、看護記録、介護記録などが証拠になります。

(キ) 同月3日午前9時50分 3F廊下歩行。ふらつきなく歩行安定している。(甲3〔104頁〕)

(ク) 同月5日午後8時 フロアを歩き回られたりソファやイスでウトウトしてすごされる。居室で休まれないだろうか。1時間に1度のペースで居室へ誘導するがフロアに出て来られる。(甲3〔197頁〕)

(ケ) 同月6日午前0時30分 サービスステーションの前で立っている。疲れませんかと問うもいや…。入眠促すもなかなか…何で寝なあかんの、分からん、分からんと考え込む。様子みる。(甲3〔126頁〕)

(コ) 同月7日午後1時40分 歩行、安定している。会話はなかなか成立せず。(甲3〔104頁〕)

(サ) 同月10日午前10時10分 壁に貼ってある写真を興味深く見ている。歩行安定しているも、細い所を歩こうとする事がある。(甲3〔104頁〕)

(シ) 同月11日午前10時10分 歩行安定。(甲3〔104頁〕)

(ス) 同月14日午後2時5分 階段昇降。手すり把持にて見守りで可。(甲3〔104頁〕)

(セ) 同月15日午前2時から午前3時30分 覚醒(パット交換時)以降サービスステーション前ソファに座ったり廊下を往復され経過。入床促しにもなかなか応じず。再三の説明にてようやく再入床する。(甲3〔127頁〕)

(ソ) 同月18日午前9時50分 歩行安定。(甲3〔104頁〕)

(タ) 同月24日午前9時35分 歩行安定しており、下肢筋up目的で1kgの重いをつけて2階の廊下を往復した。(甲3〔105頁〕)

(チ) 同月30日午前9時50分 歩行安定している。見当識↓。意思疎通は困難。(甲3〔105頁〕)

(ツ) 同年10月1日午後4時20分 屋内歩行する。歩行安定している。席から立ち上がるまでに時間がかかるがしばらく傾聴するとスムーズに移動可能になる。(甲3〔105頁〕)

(テ) 同月5日午後2時30分 3階屋内廊下歩行2往復実施。ふらつきなく安定している。(甲3〔105頁〕)

(ト) 同月8日午後1時30分 3階廊下2往復する。歩行安定。(甲3〔105頁〕)

(ナ) 同月9日午前9時40分 3階廊下傾聴しながら4往復する。ふらつきなし。(甲3〔105頁〕)

(ニ) 同月14日午後2時50分 外へ散歩を誘うが入り口前で拒否されたため、屋内歩行する。ふらつきなく安定。(甲3〔105頁〕)

(ヌ) 同月19日午後2時20分 2階と3階の屋内歩行。ふらつきなく安定している。(甲3〔106頁〕)

(ネ) 同月23日午前9時35分から午前9時55分 本件施設敷地内の公園である

Mまで散歩実施。ふらつきみられ注意。(甲3〔106頁〕)

(ノ) 同月25日午後2時 転倒・転落なし。歩行状態まずまず安定も転倒リスクあり。注意必要。(甲3〔130頁〕)

### (3) 第1転倒の発生及びその対応

ア 亡Cは、同月26日午後2時20分頃、リハビリのため、本件施設3階から階段を手すりを使用し1段1足で降り、本件施設の敷地内にある公園(M)の手前のベンチまで、リハビリ担当職員の付添いを受けながら歩行した。屋外の坂道ではふらつきが見られた。亡Cは、同日午後3時過ぎ、本件施設3階の食堂において、おやつを食べ、同食堂の東側の窓から外を見た後、同食堂内を通過し、本件ソファに座ろうとしたところ、膝から崩れ、同日午後3時50分頃、膝を床についた後、前かがみに転倒し、左頬を打った。(甲3〔106、130、155、203頁〕、証人N〔以下「証人N」という。〕)

イ 第1転倒の際、O介護士は亡Cがいたフロアで他の利用者の介助、P介護士(以下「P」という。)は他の利用者のトイレ介助、Q看護師(以下「Q」という。)は本件施設2階で他の業務を行っていた(甲3〔155頁〕)。

ウ Qが、第1転倒後、亡Cの状態を見たところ、同人の左頬部には縦4cm、横3cm程度の血腫が生じていたが、意識レベルに著変はなく、血圧127/69、脈拍84であった。Qは、本件施設内の医師に対し、第1転倒が発生したこと及び亡Cの状態を報告したところ、同医師は、亡Cの診察をし、骨折はしていないと思われるとして、経過観察と判断した(甲3〔93、130、155頁〕)。

エ Pは、第1転倒発生後、第1転倒に関するヒヤリハット報告書を作成し、再発防止策として、「野外歩行後はリハビリ職員と連携を取り、ケアスタッフが見守りの強化を行う(ふらつきや歩行の状態を報告し合いケアワーカー間でも共有する。)」旨記載した(甲3〔155、156頁〕)。

オ 被告の職員は、第1転倒発生後、同月26日午後4時5分と同日午後4時50分の2度、原告X2に対し、第1転倒が発生したことを報告すべく電話をかけたが、つながらなかった。原告X2からの折り返しの電話を受けた被告の職員は、同月27日、原告X2に対し、第1転倒について謝罪するとともに、亡Cが本件ソファに座る際に前のめりに転倒して左頬を打ったが、医師の診察を受けたため現状では大丈夫であろうから、様子を見る旨報告した。(甲3〔130、131、155頁〕、甲31、原告X2本人、弁論の全趣旨)

カ 被告の職員は、同日午後4時頃、亡Cの入浴介助時において、同人の全身を確認したところ、同人に内出血等はなく、左眼頭から左頬にかけて内出血痕があり、左頬に腫脹があることを認めた(甲3〔131頁〕、弁論の全趣旨)。

### (4) 第1転倒から第2転倒までの経過

ア 被告の職員は、同年11月2日、第1転倒について、再評価の機会を設け、リハビリ職員と連携を取り見守りを行っていること、今後も連携を取り、少しの変化にも気づいた上で、亡Cが転倒しないよう見守りを続けていくことを確認した(甲3〔156、205

コメントの追加 [原口21]: 第1転倒が認定されています。

コメントの追加 [原口22]: 第1転倒後のヒヤリハット報告書の作成が認定されています。これにより、第2転倒の予見可能性は高まります。

コメントの追加 [原口23]: 家族への報告・謝罪はよいと思います。

頁))。

イ 第1転倒から第2転倒までの間における亡Cの歩行状態等について、経過記録等には以下の内容の記載がある。

(ア) 同年10月29日午後1時30分 ソファからの立ち上がりは注意し、見守りする。(甲3〔131頁])

(イ) 同年11月2日午後2時20分 3階→1階へ階段で移動。手すり+片手介助にてスムーズに降りること可。玄関まで行くも雨が降っていることを伝えると屋内への誘導もスムーズに可。2階まで階段で昇りフロアを歩き着座をすすめるも拒否あり。歩行距離延びると体幹傾き強くなる。(甲3〔106頁])

(ウ) 同月5日午後1時40分 外への散歩誘うが拒否みられ、屋内歩行おこなう。歩行ふらつきなく安定している。(甲3〔107頁])

#### (5) 第2転倒の発生とその対応

ア R介護士(以下「R」という。)は、同月8日午前4時40分頃、本件施設3階の(省略)号室の前において、亡Cが歩行しているのを確認した後、本件施設3階の洗濯室において、おむつの便汚染を水で洗い流していたため、約10分間、亡Cの動向を確認していなかった。なお、夜勤であったN(旧姓N')看護師(以下「N」という。)は、休憩時間中であった。(甲3〔157頁]、証人N)

イ Rは、同日午前4時50分頃、音を聞いたことから、本件ソファ付近を見に行ったら、亡Cが左側臥位で転倒しているのを発見したため、同人に声をかけて意識を確認した上で、Nに報告し、2人で同人を本件ソファに座らせた(甲3〔132、157、205頁]、5)。

ウ Nが亡Cの状態を見たところ、第1転倒による左頬部の打撲痕に、再度縦4cm、横3cm程度の血腫を生じ、「痛い…そやな、痛いな…」などと訴えていたが、意識レベルの低下はなかったことから、冷湿布を貼り、様子を見ることにした。

同日午前9時20分頃、Qが亡Cの状態を見たところ、左眉から額にかけて血腫ができていたが、意識レベルの低下はなく、引き続き、経過を観察することとした(甲3〔132、157、205頁]、5)。

エ 被告の職員は、同日午前8時50分頃と午前9時30分頃、原告X2に対し、第2転倒の発生を報告すべく電話をかけたが繋がらなかった。その後、原告X2から折り返しの電話を受けたQは、原告X2に対し、第2転倒について謝罪した上で、亡Cがサービスステーションの前で前のめりに転倒して左頬をかなり強く打った旨報告した。(甲3〔132、157頁]、31、原告X2本人)

オ Rは、第2転倒発生後、同転倒に関するヒヤリハット報告書を作成し、事故原因として「ソファは座面が低く立ち上がったたり座ったりしにくい。立ち上がる時に持つところがなかった。ソファに座ろうと思いき前かがみになり転倒したものと思われる。」、再発防止策として「サービスステーション前のソファを少し高めのものに交換する。見守り強化継

コメントの追加 [原口24]: だれも見守っていなかったことが認定されています。

コメントの追加 [原口25]: 第2転倒が認定されていません。

コメントの追加 [原口26]: 家族への報告・謝罪はよいと思います。

コメントの追加 [原口27]: 第2転倒後のヒヤリハット報告書の作成が認定されています。これにより、第3転倒の予見可能性は高まります。

続。」と記載した（甲3〔157、158頁〕）。

#### （6） 第2転倒から第3転倒までの経過

第2転倒から第3転倒までの間における亡Cの歩行状態等について、経過記録等には以下の内容の記載がある。

ア 平成27年11月8日午前11時 食堂・廊下など歩行されている。歩行自体に異常なし。歩き出しや動作停止時なども問題ない様子。着座促す声かけするも譲られるのみまた歩行される。（甲3〔133頁〕）

イ 同月9日午前9時30分 食堂から廊下と歩行されている。着座動作も問題なし。（甲3〔133頁〕）

同日午後1時20分 雨のため廊下歩行おこなう。側方介助（手をつないで）。ふらつきなく安定している。（甲3〔107頁〕）

ウ 同月12日午前9時50分 お地藏さままで屋外歩行する。少しふらつきあり。（甲3〔107頁〕）

#### （7） 第3転倒の発生及びその対応

ア S介護士（以下「S」という。）は、同月13日午前11時頃、本施設3階のサービスステーション前において、亡Cがパック入りの牛乳を手を持ち、それを飲みながら歩行しているのを確認した。その際、Sはサービスステーション前で新規入所の準備、T介護士は洗濯物のチェック、a a介護士はフロアでレクリエーション、Nはサービスステーション内で新規入所の書類整理をそれぞれ行っていた。そうしたところ、Sは、同時刻頃、ドゴンという音を聞いたため、音がした方を確認すると、亡Cがサービスステーションから約1mの地点で仰向けに転倒しているのを発見した。Sは、亡Cに声をかけたが、同人から反応がなかったため、Nに報告し、職員数人で同人を静養室に運んだ。（甲3〔134、159、206頁〕、5、証人N）。

イ 亡Cは、静養室において、意識レベル低下、後頭部の腫脹、嘔吐が見られた。本施設の医師が亡Cを診察し救急搬送を指示したことから、亡Cは、H病院に搬送され、同病院に入院した。（甲3〔19、93、134、135、159、206頁〕、5、証人N）

ウ 被告の職員は、同日、原告X1に連絡し、第3転倒前後の事情を説明した上、亡Cの搬送先であるH病院に向かうよう伝えた。また、被告の職員は、同日、原告X2に電話したがつながらず、同人からの折り返しの電話を受けた際に、同人に対し、第3転倒が発生し、亡CがH病院に搬送されたこと、原告X1に連絡をし、同人にH病院に向かってもらっていることを伝えた。（甲3〔159頁〕、31、原告X2本人）

エ H病院の医師は、同日午後0時15分頃、午後1時34分頃及び午後2時15分頃、亡Cについて、CT検査を実施した上で、同日、被告に対し、亡Cの「頭部CTではおそらく10月26日と11月6日の転倒が契機と思われる左前頭側頭部の打撲血腫と左側頭骨・頭頂骨骨折と、本日11月13日の転倒が契機と思われる左頭頂後頭部の打撲血腫、後頭骨骨折、両側前頭葉脳挫傷、外傷性くも膜下出血、両側急性硬膜下血腫を認めた。」と記

コメントの追加 [原口28]: 利用者がパック入り牛乳を手を持ち、それを飲みながら歩行していることを介護士が確認したことが認定されています。

コメントの追加 [原口29]: だれも見守っていないなか、第3転倒が発生したことが認定されています。

載された診療情報提供書を送付した（甲3〔43頁〕、乙9）。

#### （8） 亡Cの死亡

亡Cは、平成27年11月14日午前10時30分頃、H病院において、両側前頭葉脳挫傷により死亡した（甲1、3〔3、7、42頁〕、6）。

#### （9） 亡Cの死亡後の経過

原告X2は、平成28年1月11日、被告に対し、第1転倒から第3転倒までの状況とそれらに対する対応等を記載した書面を送付するよう求める依頼書を送付した。当該依頼書には、「〈1〉入所から亡くなるまでの父の様子 ※日報等コピーもあれば頂きたい 〈2〉持病（糖尿病・高血圧等）の状況と対応 ※薬の名称等も教えてほしい 〈3〉1～3回目転倒（亡くなる）までの状況と対応 ※医師の対応、診断書のコピーも頂きたい 〈4〉亡くなった時の役所提出の事故報告書コピーを頂きたい 〈5〉傷害保険に加入していた、手続に死亡診断書のコピーをほしいとの事でしたが、詳しく説明が頂きたい 〈6〉亡くなる1日前にインフルの注射をしたとの事（領収証にて）だが転倒してから5日後だったが問題ないとの診断だったのか？気になったので教えてください。」「父が亡くなるまでの状況が知りたいです。」等と記載されている（甲8）。

これに対し、被告は、同月22日、第1転倒から第3転倒に至る状況と対応等を記載した報告書を送付したところ、当該報告書には、「3、1回目から3回目までの転倒に至る状況と対応について **10月26日** 15時におやつを食べられた後、サービスステーション前のソファに座ろうとされた際、前かがみに姿勢が崩れ、膝を床についたあと左頬部を打撲されました。14時すぎよりリハビリスタッフ付き添いでまごくーるまで歩行練習されていたため、歩行状態は安定しているように見えていても、疲労によりバランスが崩れたと考えました。このため、再発防止として野外歩行後は、リハビリスタッフと連携をとり、歩行の状態を報告しあい、見守りをおこなうようにしました。左頬に打撲の腫れがあり冷やそうとしましたが、協力得られず血圧変動もなかったため、医師の診察後、食堂までお連れしました。その後も歩行状態変化なく、経過していました。 **11月8日** 4時50分 夜間眠られず廊下を歩かれていた際、スタッフが声をかけると笑顔もあり、眠られる様子がなく、歩行も安定されていた。夜勤スタッフは他の利用者様の排泄介助を終えてステーションに戻ると、ステーション前のソファの前で左を下にして転倒されているのを発見しました。すぐに看護師を呼び、状態観察後ソファに座っていただきました。前回同様、左頬部を打撲されましたが、他の部分は打撲もなく直後から歩行されようとされ、安静が保てず、付き添いしようとしても強く拒否され振り払うような様子もあった。時間をかけ、なんとか部屋まで案内し、横になってもらおうとしてもすぐに部屋から出てこられるため、歩行にスタッフが付き添い対応していました。血糖測定を試みましたが、強く拒否され施行できませんでした。再発防止としてソファを座面が低く、立ち上がりや座るときに持つところが低く、ソファの高さも原因の一つと考え、交換させていただき、座られるときや立ち上がられるときはしっかりと見守りするようにしました。 **11月13日** 11時 この時間は相談

コメントの追加 [原口30]: 遺族の感情の高ぶりがうかがえます。



員や介護士、看護師がステーション近くで作業していて、C様がステーションの前で牛乳を飲まれていたのは直前に確認していましたが、突然大きな音がしたため、振り向くと仰向けに転倒されているのに気がつきました。呼びかけに反応がなく、直後に嘔吐が見られたため医師に報告、診察後救急要請しました。」等と記載されている（甲9）。

## 2 争点1（注意義務違反の有無）について

### （1）第1転倒について

原告らは、第1転倒前における亡Cの心身の状態等からすると、同人の転倒リスクは比較的高いものと評価すべきであり、被告の職員は、亡Cの転倒リスクを認識し、又はそれを認識できたのであるから、同人の転倒を防止するため、第1転倒前においても付添いや近位での見守り等の転倒防止措置を取るべきであったと主張するので、以下検討する。

ア 前記認定事実によれば、亡Cは、第1転倒時82歳と相当高齢であった上（前記前提事実（2））、平成27年頃から持病のアルツハイマー型認知症の症状が進行し、在宅での介護が困難な状態となり（前記認定事実（1）イ）、同年6月5日及び同年8月15日における亡Cの認知症高齢者日常生活自立度がⅣ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とし、常に目を離すことができない状態）と判定され、遅くとも同年6月5日には亡Cが要介護3の認定を受け、同年8月18日には同人が要介護4程度の認定を受けられる可能性もあったこと（前記認定事実（1）ウ、（2）イ）、同月15日時点における同人の長谷川式簡易知能スケール検査のスコアが30点満点中2点であったこと（前記認定事実（2）イ）を併せ考慮すると、第1転倒前における亡Cの認知症は相当程度進行しており、重度のものであったといえることができる。

そして、認知症高齢者については、ほかの高齢者と比べて転倒のリスクが一般的に高いと考えられていること（甲23、甲25）からすると、亡Cは、第1転倒前においても、一般的に重度の認知症高齢者に見られる歩行時の転倒リスクがあったと認められる。

さらに、亡Cは、本件施設入所後において、過去に肺の左上葉を切除する手術を受けたため片肺の状態であったこと等から、本件施設内外を歩行する際に左側に傾いたりふらついたりすることがしばしば見られ（前記認定事実（1）イ、（2）ウ、エ（イ））、亡Cは、本件施設において、比較的頻繁に一人で自立して歩行していたのであるから（前記認定事実（2）ウ、エ）、本件施設の職員としては、亡Cについて、一定の転倒リスクがあることを前提に、その動向を注視しておくべき義務は有しているといえることができる。

一方で、本件施設入所前に亡Cと同居し同人の介護を行っていた原告X2の供述を含む本件全証拠及び弁論の全趣旨によっても、第1転倒前に亡Cが転倒した形跡はないし、経過記録等の記載からすると（前記認定事実（2）エ）、亡Cは、本件施設に入所してから第1転倒前までの間、基本的には安定して歩行していたことがうかがわれる。

そうだとすると、亡Cについては、第1転倒前において、一般的に重度の認知症高齢者に見られるような歩行時の転倒リスクがあったとしても、それは抽象的なものにとどまり、**重大な傷害や死亡を招来するような危険な態様で転倒することが具体的に予見できた状態**

コメントの追加 [原口31]: 事故報告書の記載が認定されています。

コメントの追加 [原口32]: いよいよ安全配慮義務違反（予見可能性と結果回避義務違反）の判断のパートです。

コメントの追加 [原口33]: 第1転倒前にも、利用者に一般的な転倒リスク（予見可能性）はあったと認定しています。

理由：重度の認知症があった。



にあったということではない。

したがって、第1転倒前の時点では、被告の職員としては、亡Cが転倒する可能性を認識して、同人を自己の視野に入れておくべき義務は有するものの、常に亡Cに付き添ったり、近位で見守る等の義務までを負うものではないというべきである。

イ しかるに、前記認定事実によれば、Pが第1転倒後に同転倒に関するヒヤリハット報告書を作成しているところ、その内容が第1転倒の前後を通じてかなり詳細かつ具体的なものであることからすると、Pは、平成27年10月26日午後3時50分頃、他の利用者のトイレ介助を行いつつ、亡Cが本件ソファに座ろうとしたところ、膝を床についた後、前かがみに転倒し、左頬を床に打ちつけた様子を目撃していたものと認められる。

したがって、亡Cの動向を注視し、自己の視野に入れていたといえるから、Pを含む被告の職員に亡Cを自己の視野に入れておく義務の違反があったということではない。

ウ 以上から、被告の職員につき、第1転倒の発生に係る注意義務違反があったということではない。

なお、原告らは、第1転倒及び第2転倒について、被告が亡Cを外部の医療機関に受診させていないこと及びE市に報告していないことを義務違反として主張し、これらの義務を履行していれば、以後の転倒を防ぐことができた旨主張するが、第1転倒から第3転倒が生じるまで18日間しかないことからすると、仮に、被告にこれらの義務がありそれを履行していたとしても、その結果、次の転倒が避けられたということは証拠上明らかではなく、原告らの主張は理由がない。

## (2) 第2転倒について

原告らは、第2転倒前における亡Cの心身の状態等に加え、第1転倒が発生したことを併せ考慮すると、同人の転倒リスクは第1転倒当時のそれよりも相当程度高まっていたと評価すべきであり、被告の職員は、そのような転倒リスクの上昇を認識し、又は認識できたのであるから、同人のさらなる転倒を防止するため、第2転倒前において、近位での見守りを行う等すべきであったと主張するので、以下検討する。

ア 第1転倒前における亡Cの心身の状態等については、前記(1)で説示したとおりであるところ、第1転倒から第2転倒までの間に亡Cの心身の状態について、それが特段改善したり悪化したりした形跡はない。

しかし、第1転倒は、亡Cが、平成27年10月26日午後2時20分頃、リハビリのため、本件施設3階から本件施設の敷地内にある公園の手前のベンチまで、被告のリハビリ担当職員の付添いを受けながら歩行し、その後食堂でおやつを食べた後、同日午後3時50分頃、本件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ものである(前記認定事実(3)ア)。このような第1転倒の態様に鑑みると、同人につき、この時点で、本件ソファに着座しようとする際にバランスを崩し、手を床につくことなく、頭部を直接床に打ちつける危険な態様で転倒する危険性があったものということができる。

コメントの追加 [原口34]: しかし、第1転倒前には、利用者に具体的な転倒リスク(予見可能性)はなかったと認定しています。

理由: 歩行が安定していた。

コメントの追加 [原口35]: そこで、第1転倒前の結果回避義務として、「利用者を視野に入れておく義務」を認定しています。

コメントの追加 [原口36]: そして、利用者を視野に入れていたから、結果回避義務違反はなかったと認定しています。

コメントの追加 [原口37]: よって、第1転倒については、安全配慮義務違反はなかったと認定しています。

そして、被告においては、第1転倒を目撃したPが、同転倒発生後、第1転倒の態様を詳細に記載したヒヤリハット報告書を作成し、再発防止策として、ケアスタッフの見守りの強化が記載されていたのであるから（前記認定事実（3）エ）、被告の職員においては、当然、亡Cが本件ソファ付近で着座する際に、危険な態様で転倒する可能性があることは十分に予見できたといえることができる。

そうすると、被告の職員としては、同人が歩行していることを確認した場合には、同人の動向を注視し、同人が本件ソファに座ろうとする際には、同人に付き添い、介助すべき義務があったといえることができる。

イ しかるに、Rは、平成27年11月8日午前4時40分頃、本件施設3階の（省略）号室の前において、亡Cが歩行しているのを確認したのであるから、同人が本件ソファに座ろうとしているのかもしれないと考え、同人の動向を注視すべきであったにもかかわらず、その後、本件施設3階の洗濯室でおむつの洗濯をし、約10分間亡Cの動向を確認することを怠ったものであり、Rを含む被告の職員には、亡C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いわざるを得ない。

ウ そして、亡Cが歩行していることを確認した後、Rが亡C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、介助していれば、第2転倒の発生を防止することができたことは明らかであるし、第2転倒が発生してなければ、亡Cが左眉から額にかけての血腫及び左頬部の血腫の傷害を負うことはなかったのであるから、Rの上記注意義務違反と亡Cの上記傷害との間には因果関係があると認められる。

なお、亡Cの左側頭骨・頭頂骨の骨折については、前記認定事実によれば、H病院の医師が、亡Cの頭部CT検査を行い、第1転倒及び第2転倒が契機となって同人の左前頭側頭部に打撲血腫が生じた上、同人の左側頭骨・頭頂骨に骨折が生じたと思われる旨の診断をしたこと（前記認定事実（7）エ）、第1転倒後において、本件施設の医師が、亡Cについて、骨折はしていないと思われる旨診断していたこと（前記認定事実（3）ウ）は認められるものの、第1転倒後及び第2転倒後、いずれも亡Cの左頬部に縦4cm、横3cm程度の血腫が生じていたこと、第1転倒後及び第2転倒後には亡CについてCT検査等の検査が行われていないこと（弁論の全趣旨）からすると、亡Cの左側頭骨・頭頂骨骨折の傷害が第2転倒により生じた可能性は相当程度あるものの、いつの時点で生じたものか証拠上明らかでないといわざるを得ない。

エ 以上から、被告は、第2転倒による亡Cに生じた上記各血腫の傷害について、同入所との間の入所利用契約上の債務不履行責任を負う。

### （3） 第3転倒について

原告らは、第3転倒前における亡Cの心身の状態等に加え、第1転倒から10日余りで第2転倒が発生したことを併せ考慮すると、同人の転倒リスクは第2転倒当時のそれよりもかなり高まっていたと評価すべきであり、被告の職員は、そのような転倒リスクのさらなる上昇を認識し、又は認識できたのであるから、同人のさらなる転倒を防止するため、第3

コメントの追加 [原口38]: 第2転倒については、ソファに座ろうとする際に転倒することは予見できたと、具体的な予見可能性を認めています。  
理由: すでに第1転倒があった。

コメントの追加 [原口39]: そこで、ソファに座ろうとする際の結果回避義務として、「付き添い、介助する義務」を認定しています。

コメントの追加 [原口40]: そして、付き添い、介助していないから、結果回避義務違反があったと認定しています。

コメントの追加 [原口41]: よって、第2転倒については、安全配慮義務違反があったと認定しています。

転倒前において、亡Cの歩行時に付添い、介助を行う等すべきであったと主張するので、以下検討する。

ア 第2転倒は、第1転倒からわずか14日後に発生している。そして、第2転倒においても、亡Cが左側臥位で転倒しており、左頬部に血腫が生じ、さらに、左眉から額にかけても血腫ができていたこと（前記認定事実（5）イ、ウ）からすると、第1転倒と同様、手を床につかずに頭部から直接床に打ち付けたことが推認され、被告の職員も、亡Cが第1転倒と同様の態様で転倒したことは容易に認識することができたといえる。

そして、第2転倒から第3転倒までの間における経過記録等によれば、同人が屋外歩行において少しふらついたりしていたのであるから（前記認定事実（6）ウ）、同人の歩行状態が第2転倒前よりも改善していたというような状況ではなかったといえる。

このように14日という短期間の間に2度に渡り、バランスを崩して転倒しており、いずれも手をつかずに頭部を直接床に打ち付けていることからすると、亡Cは、認知症の悪化等によりバランスを崩しやすい状態にあり、また、バランスを崩して転倒した際には、頭部を直接床に打ち付け、重大な結果を生じさせる危険が極めて高い状態にあったといえることができる。

このように、亡Cが転倒した場合には、極めて危険な状況になることが十分に予想される状況にあり、また、バランスを崩しやすい状況にあったことも容易に認識できたのであるから、被告の職員としては、亡Cがバランスを崩しやすい状況にあった場合には、バランスを崩したときに直ちに対応できるよう亡Cに付き添い介助すべき義務があったといえるべきである。

イ Sは、第3転倒が発生する直前において、亡Cが本件施設3階のサービスステーション前で紙パック入りの牛乳を片手に持ち、それを飲みながら歩行しているのを確認している（前記認定事実（7）ア）。亡Cについては、何も手に持っていない状態であっても、左側にふらつくことがあり（前記認定事実（2）エ）、第1転倒後には、歩行距離が延びると体幹の傾きが強くなっており（前記認定事実（4）イ（イ））、さらに、第2転倒後には、歩行時にふらつきも見られたのであるから（前記認定事実（6）（ウ））、歩行時にバランスを崩して転倒する危険性が一定程度あったといえることができる。まして紙パック入りの牛乳を片手に持ちつつ、それを飲みながら歩行することは、手を挙げることで体のバランスを失うおそれがあるのみならず、重度の認知症である亡Cが2つの行為を同時並行で行うことを意味し、それによって亡Cが身体バランスを崩しやすくなる可能性は相当程度高かったものといえることができる（本件施設の療養部長であったNも、何かを手に持っていた場合、歩行時の転倒リスクが高くなる旨を述べている（証人N・43頁））。

しかるに、前記認定事実によれば、Sは、第3転倒前において、亡Cが牛乳を飲みながら歩行しているのを確認しながら、同人に付き添うこと、あるいは、他の職員に亡Cへの付添いを求めることをしなかったものであり、被告の職員には、亡Cに付き添う義務の違反があったといえるべきである。

コメントの追加 [原口42]: 第3転倒では、常にバランスを崩して転倒することは予見できたと、具体的な予見可能性を認めています。理由：短期間の間に第1転倒・第2転倒があった

コメントの追加 [原口43]: ここで、バランスを崩しやすい状況にある場合の結果回避義務として、「付き添い、介助する義務」を認定しています。

コメントの追加 [原口44]: 特に、利用者が紙パック入り牛乳を手を持ち、それを飲みながら歩行していることを介護士が確認しており、バランスを崩しやすい状況にあったことを認定しています。

コメントの追加 [原口45]: そして、付き添い、介助していないから、結果回避義務違反があったと認定しています。

ウ そして、被告の職員が、亡Cが牛乳を飲みながら歩行していることを確認した際に、亡Cに付き添い、介助をしていれば、第3転倒を防止することができたのは明らかであるし、第3転倒が発生していなければ、亡Cが後頭骨骨折、両側前頭葉脳挫傷の傷害を負うことはなく、死亡することもなかったのであるから、被告の職員の上記義務違反と亡Cの死亡との間には因果関係があると認められる。

エ これに対し、被告は、亡Cの立位における転倒リスクが本件施設の入所者の中では下から数えたほうが早いほど低かったものであったこと、第3転倒が第1転倒及び第2転倒とは全く異なる原因・態様によるものであったと考えるべきであることからすると、被告の職員は、第3転倒の発生を予見することはできなかったと主張する。

確かに、第1転倒は、亡Cが歩行後に本件ソファに座ろうとした際に左側にバランスを崩して転倒したものである。また、第2転倒は、同転倒後亡Cが左側臥位で本件ソファ付近に倒れていたこと（前記認定事実（5）イ）からすると、第1転倒と同様に、亡Cが本件ソファに座ろうとした際に左側にバランスを崩して転倒したものと推認できる。これに対し、第3転倒は、同転倒前に亡Cが片手にバック入りの牛乳を持ち、それを飲みながら歩行していたこと、同転倒後に亡Cが仰向けに倒れていたことからすると、亡Cが歩行時に何らかの理由でバランスを崩して後ろ向きに転倒したものと推認できるから（この点、本件施設の医師は、第3転倒の原因として、亡Cが脳内出血により意識喪失に陥ったことを指摘しているものの（甲3〔159頁〕）、第2転倒後第3転倒に至るまで亡Cに意識レベルの低下は生じておらず（甲3）、また、H病院の医師による診療情報提供書においても、第1転倒及び第2転倒により脳内出血が生じていたとの指摘はされていないこと（甲3〔43頁〕）からすると、そもそも、第1転倒及び第2転倒により脳内出血があったということではできず、その他、亡Cの転倒が脳内出血による意識喪失によるものであると認めるに足りる証拠はない。）、第3転倒は、第1転倒及び第2転倒とは異なる態様によるものであったということではできず。

しかし、前記のとおり、亡Cは、短期間に転倒を繰り返しており、バランスを崩しやすい状態にあったといえること、亡Cが転倒した場合には、手をつかずに頭部を直接床に打ち付ける可能性が高く、このような態様で転倒した場合に死につながる重大な傷害を負うおそれが高かったことからすると、第3転倒が第1転倒及び第2転倒と異なる態様によるものであったとしても、そのことで直ちに被告の義務が否定されるものではなく、亡Cがバランスを崩しやすい体勢にある場合には、亡Cがバランスを崩し転倒するおそれがあり、それにより重大な結果が発生する可能性が高いことは容易に予見できるのであるから、それに対処すべく、近位で付き添い介助すべき義務を有するものというべきであり、被告の主張は採用できない。

オ また、被告は、本件施設が、介護老人保健施設であることから、厚生労働省の定める報酬基準の枠内で職員を雇用する必要があるため、雇用できる職員の人数には限界があること、本件施設が、介護老人福祉施設である特別養護老人ホームとは異なり、在宅復帰又

コメントの追加 [原口46]: 被告（事業者側）の言い分：  
第3転倒は、第1転倒・第2転倒とは違って仰向けに  
転倒しているから予見できません！

コメントの追加 [原口47]: 裁判所の判断：バランスを崩  
しやすい状況にある場合は転倒は予見できたから、被  
告（事業者側）の言い分は通りません。

は一定期間での退所を目指し、積極的に歩行する等してリハビリを実施する施設であること、少なくとも第3転倒時においては、本件施設は、厚生労働省の定める人員配置基準を満たしていたし、本件フロアでは、合計5名の職員が、30名を超える転倒リスクのある入所者の介護を行っていたことからすると、被告の職員としては、亡Cの転倒を防止するため、同人に常時付き添うとは不可能であり、同人の転倒を回避することはおよそできなかったというべきであるとも主張する。

しかし、前記のとおり、被告の職員は、亡Cの転倒リスクが高まっていたことを十分認識できたのであり、また、仮に亡Cが転倒した場合には、頭部を直接床に打ち付ける可能性が高く、その際に死につながる重大な傷害を負うおそれ十分に認識し得たといえることからすると、被告の職員としては、牛乳を飲みながら歩行している亡Cを発見した際に、亡Cの近所で付き添いを行うべきであることはいうまでもなく、前記認定事実によれば、本件フロアには、少なくとも4名の職員がおり、そのいずれかがその当時行っていた作業を中断すれば、亡Cに付き添い、介助することは十分に可能であったことは明らかであり（上記4名のいずれもが当時行っていた作業を中断できなかった事情は証拠上認められない。）、亡Cに対し、近所で付き添い、介助する対応を取ることに期待可能性がなかったということではできない。

また、亡Cに対し、上記のような対応を継続することは、本件施設の職員に一定の負担を課することになることは被告の指摘するとおりである。しかし、転倒リスクがどの程度高いものを、何人程度受け入れるかについては、当該施設の人的態勢等を踏まえ、施設において判断することができる事項であると考えられること（実際、亡Cの心身の状況を考慮し、同人の入所を断った介護老人保健施設が複数存在しており（前記認定事実（1）イ）、前記前提事実のとおり、本件約款には、被告は、利用者及びその家族に対し、利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、本件施設での適切な介護老人保健施設サービスの提供を超えると判断された場合には、本件約款に基づく入所利用を解除・終了させることができる旨の規定（4条〈3〉）も存在している。）、被告が、少なくとも10名の入所者について、亡Cよりも転倒リスクが高いと評価しつつ（弁論の全趣旨）、これらの者を含めて、少なくとも第3転倒時には、本件フロアの定員34名に迫る31名の入所者を受け入れていたことからすると、人的態勢が厳しい状況であったことは、これらの入所者を受け入れ、継続的に介護していた被告の判断の結果であるともいえ、亡Cの特別介護老人ホームへの入所が順番待ちであったため本件施設に入所したといった事情（前記認定事実（1）イ）を考慮しても、なお、本件施設における人的態勢が厳しいことをもって、被告の責任を否定する理由ということではできない。

か したがって、被告は、第3転倒による亡Cの死亡について、同人との間の入所利用契約上の債務不履行責任を負うというべきである。

なお、前記のとおり、被告の職員は、被告と亡Cとの間の入所利用契約に信義則上付随する安全配慮義務として、亡Cの動向を注視した上で本件ソファ付近において付き添う

コメントの追加 [原口48]: 被告（事業者側）の言い分：職員の数に限りがあるので、常に付き添うのは無理です！

コメントの追加 [原口49]: 裁判所の判断：職員のだれかが作業をやめて付き添うことはできたのだから、被告（事業者側）の言い分は通りません。→厳しい判断ですね！

コメントの追加 [原口50]: 裁判所の判断：また、人的態勢が厳しいならば、そもそも受け入れをしないこともできたとし、契約を解除することもできたのだから、被告（事業者側）の言い分は通りません。→厳しい判断ですね！



ことにより、第2転倒の発生を防止し、また、バランスを崩しやすい状態で歩行している亡Cにつき添い、介助することにより、第3転倒の発生を防止すべき義務を負うが、それ以上に不法行為法上の義務まで負っているとはいえないから、被告の職員について、亡Cに対する不法行為が成立することはない。

### 3 争点2（損害の発生及びその金額）について

#### (1) 慰謝料について

被告の職員の第2転倒における動向注視等義務違反及び第3転倒における付添義務違反の内容及び程度、第2転倒による受傷後、第3転倒を経て、死亡に至るまでの経過、亡Cの年齢及び心身の状態並びに亡Cの家族関係等の事情に鑑みると、亡Cの慰謝料は2300万円と認めるのが相当である。

#### (2) 逸失利益について

前記前提事実、前記認定事実に加えて、証拠（甲12）及び弁論の全趣旨によれば、第3転倒当時、亡Cが82歳であったこと、亡Cが本件施設3階で生活を送っていたこと、亡Cが本件施設の利用料金を負担していたこと、亡Cは年額59万9600円の老齢基礎年金と年額20万7100円の遺族厚生年金を受給していたこと等が認められるところ、これらの事情に鑑みれば、亡Cの老齢基礎年金の年額59万9600円について、平均余命7年（対応するライブニッツ係数は5.7864である。）につき逸失利益を認めることとし、生活費控除率は6割として算定するのが相当である。そうすると、亡Cの逸失利益は、138万7810円（ $\approx 59万9600円 \times (1 - 0.6) \times 5.7864$ （1円未満切り捨て））となる。

#### (3) H病院の治療費 4万9000円

証拠（甲10）によれば、亡Cが第3転倒の結果としてH病院に搬送され、治療費として、4万9000円の支出があったことが認められ、この費用は第3転倒と相当因果関係のある損害であるというべきである。

#### (4) 死亡診断書料 4320円

証拠（甲10）によれば、亡Cが第3転倒の結果として死亡し、死亡診断書発行料として4320円の支出があったことが認められ、この費用は第3転倒と相当因果関係のある損害であるというべきである。

#### (5) 葬儀費用 117万6111円

証拠（甲11）によれば、亡Cの葬儀が行われ、その費用として117万6111円の支出があったことが認められ、この費用は第3転倒と相当因果関係のある損害であるというべきである。

#### (6) 前記(1)から(5)の小計 2561万7241円

#### (7) 弁護士費用 256万円

前記(6)の認定に係る損害額、本件事案の性質及び内容その他諸般の事情を総合的に考慮し、第3転倒と相当因果関係のある弁護士費用としては、256万円の限度で被告に負

コメントの追加 [原口51]: 2300万円という高額な死亡慰謝料が認められています。

担させるのを相当と認める。

(8) 弁護士費用加算後の総計 2817万7241円

(9) 原告らが相続により取得する損害賠償請求権の元本額 各1408万8620円

#### 4 争点3（隠蔽行為又は報告義務違反の有無）について

原告らは、前記第2の2（2）のア（原告らの主張）のとおり、被告の職員が第2転倒によって亡Cに重篤な傷害が生じた事実を隠蔽し、又はその報告を怠ったと主張する。

前記認定事実によれば、H病院の医師が、平成27年11月13日、前記認定事実（7）エに記載された内容の診療情報提供書を送付し、原告X2が、平成28年1月11日、被告に対し、前記認定事実（9）に記載された内容の、第1転倒から第3転倒までの状況とそれらに対する対応等を記載した書面を送付するよう求める依頼書を送付したところ、被告が、同月22日、前記認定事実（9）に記載された内容の報告書を送付したことが認められるところ、確かに、被告の職員が原告X2に送付した報告書には、H病院の医師作成の診療情報提供書に記載されている情報に関する記載はない。しかし、被告の職員は、第3転倒後、原告らに対し、亡CがH病院に搬送されたことを報告しており（前記認定事実（7）ウ）、亡Cの相続人である原告らであれば、H病院に対し、亡Cが受けた検査の内容や結果について容易に照会することができるし、上記報告書の記載内容は、各転倒後に作成されたヒヤリハット報告書の記載内容や経過記録等の記載内容とおおむね一致するものである上、原告X2の依頼書の質問内容に対する回答として必要十分なものであるといえることができるから、被告の職員が、上記報告書にH病院の医師から送付された診療情報提供書に記載された情報を故意に記載せずに隠蔽したということとはできないし、その他に、被告の職員による隠蔽行為があったことを認めるに足りる証拠はない。

また、前記認定事実によれば、本件約款には、被告は、利用者に事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族に連絡を行う旨の規定が存在することが認められるところ、本件約款には、利用者に事故が発生した場合において、本件施設外の医療機関の医師から当該事故に関する情報を得たときには、利用者の家族にその情報を提供しなければならない旨の定めはない以上、第1転倒及び第2転倒に関する報告としては、原告らへの事故発生連絡で足り、被告の職員は、それ以上にH病院の医師から送付された診療情報提供書に記載された情報を原告らに報告する義務を負うものではないと解するのが相当である（なお、被告の職員は、第1転倒後において、原告X2に対し、第1転倒について謝罪するとともに、亡Cが本件ソファに座る際に前のめりに転倒して左頬を打ったが、医師の診察を受けたため現状では大丈夫であろうから、様子を見る旨報告した上（前記認定事実（3）オ）、第2転倒後においても、第2転倒について謝罪した上で、亡Cがサービスステーションの前で前のめりに転倒して、左頬をかなり強く打った旨報告したところ（前記認定事実（5）エ）、これらの報告内容は、転倒事故の発生及びその後の対応に関するものであり、本件約款上の報告義務の履行として必要十分なものであるといえることができるから、この点についても被告の職員

に報告義務違反があったとはいえない。)

その他、被告の原告らへの各転倒後の対応に、原告らの権利を侵害する違法な行為があったと認めるに足りる証拠はない。

#### 第4 結論

以上によれば、被告には亡Cとの間の入所利用契約上の債務不履行があるから、原告らの請求は、各自1408万8620円及びこれに対する請求日の翌日である平成28年7月1日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由があるが、その余は理由がない。

なお、被告の仮執行免脱宣言の申立てを相当と認め、被告が原告X1のために1000万円、原告X2のために1000万円の担保を供したときは、担保を提供した原告との関係で、その仮執行を免れることができるものとする。

よって、主文のとおり判決する。