

原告 X
被告 社会福祉法人Y会
同代表者理事 E

コメントの追加 [1]: 原告(利用者側)は利用者本人です。

コメントの追加 [2]: 被告(事業者側)は社会福祉法人です。

コメントの追加 [3]: 結論のパートです。

主文

- 1 被告は、原告に対し、1,960万3,844円及びこれに対する平成28年1月24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 原告のその余の請求を棄却する。
- 3 訴訟費用はこれを5分し、その3を被告の負担とし、その余を原告の負担とする。
- 4 この判決は、第1項に限り、仮に執行することができる。

コメントの追加 [4]: 1,960万円の損害賠償が認められています。

事実及び理由

第1 請求の趣旨

被告は、原告に対し、3,226万7,808円及びこれに対する平成28年1月24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

本件は、被告が運営する介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入所中の誤嚥事故により低酸素性脳症に罹患した原告が、被告に対し、食事介助を担当した被告職員の過失により誤嚥事故が惹起されたもので被告には介護契約上の義務違反があるとして、債務不履行に基づく損害賠償請求権に基づき、損害額3,226万7,808円及びこれに対する訴状送達の日を翌日である平成28年1月24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た事案である。

コメントの追加 [5]: 事案のまとめのパートです。

コメントの追加 [6]: 特養の事案です。

コメントの追加 [7]: シャックリ中に食事を提供し、その後職員が離席し、結果、利用者が誤嚥して窒息し、低酸素性脳症となったケースです。

1 前提事実（当事者間に争いのない事実及び証拠＜主な証拠を括弧書きで記載する。＞又は弁論の全趣旨により容易に認められる事実）

(1) 被告は、老人総合福祉施設F（以下「本件施設」という。）を運営する社会福祉法人である。

コメントの追加 [8]: 事実確認のパートです。

(2) 原告（昭和9年（以下略）生）は、認知機能の低下により、平成24年3月7日要介護1の、平成25年8月8日要介護3の、平成26年8月13日要介護4の各認定を受けた（乙A1）。

コメントの追加 [9]: 時系列です。

原告は、平成24年3月24日、被告との間で居宅介護支援契約を締結して訪問介護及び通所介護等の提供を受けるようになり（乙A1）、平成26年1月16日被告との間で「指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護」利用契約を締結して、本件施設でのショートステイの提供を受けるようになった（甲A2）。

H26.8.13 要介護4
H26.10.11 施設入所
H26.11.4 誤嚥
一時心肺停止、意識障害
低酸素性脳症となる

(3) 原告は、平成26年10月11日、被告との間で「指定介護老人福祉施設」入所契約（以下「本件入所契約」という。）を締結して、同日本件施設に入所した（甲A3）。

本件入所契約では、被告が契約者に対し入浴、排泄、食事等の介護等を提供する旨（3条）、被告はサービスの提供に当たって契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮する旨（7条1項）、被告はサービスの提供に伴って自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償責任を負う旨（11条1項本文）、ただし、契約者の心身の状況を斟酌して相当と認められた場合には損害賠償責任を免れる旨（同ただし書き）が定められている。

(4) 原告は、平成26年11月4日午後6時30分頃から、本件施設ホールで、本件施設職員（介護職）G（以下「G」という。）の食事介助により食事を行った。

原告は、Gが席を外した後に、誤嚥による冷汗症状を呈し、救急搬送中の午後7時40分頃心肺停止に陥った（以下「本件事故」という。）。原告は、心肺蘇生法により午後7時56分頃心拍再開したが、意識障害が継続し、搬送先のH会I病院で低酸素性脳症（蘇生後脳症）と診断された（甲A6、甲A8）。

(5) 原告は、平成26年12月2日までH会I病院に入院し、同日J病院に転院した（甲A8）。

(6) 平成27年9月25日、原告について後見開始の審判がされ、原告の長女であるD（以下「D」という。）が成年後見人に選任された（甲C1）。

2 争点

(1) 原告の誤嚥の原因となる被告の本件入所契約上の義務違反の有無
（原告の主張）

ア Gには、原告の食事介助において、原告にあわせた食事介助を行わなかった過失、しゃっくりが出ているにも関わらず食事を継続した過失、原告の口の中に食べ物が残っていないことを確認せず、他の職員への引き継ぎを行うこともなく持ち場を離れた過失があり、これによって原告の誤嚥が引き起こされたもので、被告には本件入所契約上の義務違反が認められる。

イ 背景事情について

原告は、平成25年夏、大脳皮質基底核変性症（CBD）と診断され、K病院のL医師（以下「L医師」という。）は、CBDは進行が速く、誤嚥性肺炎を起こしやすいことを指摘し、平成26年8月の要介護4の認定の際のL医師の「主治医意見書」には「誤嚥に注意」等と明記されていた。

原告には超皮質性運動失語等の言語症状も認められ、誤嚥が発生しても自分から誤嚥を訴えることは殆どなく、介護職員の問い掛けに答えるときも発語開始に非常に時間がかかるため、介護職員が時間を掛けて粘り強く耳を傾けない限り原告の異常を察知することが難しかった。

ウ 事実経過

原告は、本件事故発生日の午後6時30分頃Gの介助で食事を始めた。午後6時40分頃しゃっくりが出たが、Gはしゃっくりが落ち着くのを待つことなく原告に汁物を与えて食事を

継続した。午後6時45分頃しゃっくりが強くなり、午後6時50分頃離席した。この間Gと原告の言葉のやり取りはなかった。

Gの離席後に、原告がM（以下「M」という。）と言葉のやり取りをした事実もない。

エ 原告にあわせた食事介助を行わなかった過失、しゃっくりが出ているにも関わらず食事を継続した過失について

原告は、食事時のしゃっくりによって、口の中の食物が気管、気管支を経て肺まで吸引された可能性が否定できない。

大脳皮質基底核変性症に罹患している原告の食事介護にあたっては、のどの動きに注目し、咽頭が上がったこと、食べ物が口の中に残っていないことを確認してから、次の食べ物を口に運ぶべきであったが、Gは、本件事故当日の勤務時間が午後7時までであり、入所者の就寝介助も終わっていなかったことから、原告の食事介助を早く切りあげようと考えて、原告の食事ペースを無視した早過ぎるペースで食事介助を行った。その結果、原告のしゃっくりが引き起こされたもので、Gには原告にあわせた食事介助を行わなかった過失がある。

しゃっくりが発生すると、口の中の食物をしゃっくりとともに吸引し、誤嚥を引き起こされる危険性が高いため、しゃっくりが出ているときは、食事を中止するのが介護職員の常識であるが、Gは、しゃっくりが収まるのを十分に確認しないまま、安易に食事を継続した過失がある。

オ 原告の口の中に食べ物が残っていないことを確認せず、他の職員への引き継ぎを行うこともなく持ち場を離れた過失について

誤嚥事故の予防のためには、食後に口の中に食べ物が残っていないか確認することが重要であるが、Gは、持ち場を離れるにあたり、「口腔ケアは夜勤の仕事だ」として口腔ケアを実施せず、原告が口の中の食物を飲み込むのを確認しておらず、最低限行うべき原告の口の中の食物の確認さえ行わなかった過失がある。

介護職員が持ち場を離れる際には、他の職員に声を掛けるといった基本的な動作が不可欠であるが、Gは、就寝介助を行うために、他の介護職員に原告の見守りの引き継ぎを行うこともなく持ち場を離れた過失がある。Gが離席してから、Nが原告の異常に気付くまでの十数分間、本件施設職員の目は全く原告に届いていなかった。

（被告の主張）

ア 被告の義務違反の有無は、資格を習得した人だけが老人介護職に就くものではないなどの介護現場の実情も踏まえて判断すべきである。Gは、本件施設の食事マニュアルに基づき、原告の身体状況、食事に対する原告の意欲などに注意しながら食事を提供しており、Gには食事介助における過失はなく、被告の本件入所契約上の義務違反はない。

嚥下機能が低下している高齢者の誤嚥自体を防ぐことは困難である。誤嚥から窒息に至るのは極めて稀であり、本件施設の職員が負うべき注意義務も、誤嚥の有無に着目するのではなく、窒息の有無すなわち原告の呼吸状態等に焦点を当てて検討を進めるのが相当である（福岡

高裁平成27年5月29日判決)。

また、原告が口腔内に残っていたものを嚥下する際に喉に食物を詰まらせたのか、それともしゃっくりにより、一旦食べたものを戻し、それが喉に詰まったのか、それとも単に逆流性の誤嚥を引き起こしたのか、誤嚥の原因が不明である。

イ 事実経過

Gは、本件事故発生日の午後6時30分頃原告の食事介助を開始し、ご飯が喉を通りやすくするため、すまし汁につけて食べさせ、おかずは細かく崩して与えていた。10分位経過し4割ほど摂取されたところ、しゃっくりが出たため、いったん食事介助を止め、しゃっくりが止まるまで様子を見ながら同じテーブルの入所者の食器をまとめた後、しゃっくりがなくなったので、声かけをし、食事を続けて良いか尋ねた。原告が「食べる。」と返答したため、しゃっくりが出た後は、汁物を中止して、ご飯を汁につけて、しゃっくりが出る以前のスピードに比べて遅くする方法で、食事介助を継続した。10分位経過し7割ほど摂取したところでしゃっくりが強くなったため、再び食事を継続するか聞いたところ、原告は「うん、もうよか。」と返事をし、その際、手を一緒に動かした。Gは、お茶を一口飲んでもらった後、2分位して大丈夫だろうと思い、午後6時54分頃席を外した。食事中にしゃっくりは出たが、ムセや発汗、胸の痛み等の誤嚥を疑うような異常な状況は認められなかった。

Mは、午後7時頃、食事が残っていたので、原告に、「もう食べないんですか。」と尋ねたが、原告は「うん、もう食べん。」と答えた。

午後7時3分から5分の間、Nが、原告が何かを訴えているような表情を見せ、様子が違うことに気付いた。

原告に通常どおりの会話能力がなかったとしても、「食べる」とか「うん、もうよか」程度の会話ができていることは、本件施設の介護記録、H会1病棟の診療録からも明らかに認められる。

ウ 原告にあわせた食事介助を行わなかった過失、しゃっくりが出ているにも関わらず食事を継続した過失について

Gは、食事マニュアルに従い、原告の状態に合わせて食事介助を行った。口の中に食べ物をごんごん詰め込んだり、無理に食べさせようとする行為は決して行っていない。食事を飲み込んだか、飲み込んでいないかの判断は、原告には、歯を食いしばる癖もあり、その都度、口腔内を確認することは難しかったが、最低限の声かけ・咽頭の動きを見ながら安全であるかの判断をしており、原告にあわせた食事介助を行わなかった過失は認められない。

Gには、しゃっくりが出ているにも関わらず食事を継続した過失も認められない。Gがしゃっくりが収まるのを待って食物を原告の口に運んだ行為は、原告の食事をしたいという明確な意思、意欲に適応したものであり、何ら非難される行為ではない。

エ 原告の口の中に食べ物が残っていないことを確認せず、他の職員への引き継ぎを行うこともなく持ち場を離れた過失について

口腔ケアは食後すぐに実施するものではなく、数分経ってから行うものである。Gは、原告の食事終了後、すぐに口腔ケアをして休んで頂くことは原告にも負担をかけると思い暫く座って頂くことにした。原告の「うん、もうよか」と返答した時の発語が普段と同じく鮮明であり、原告が一口お茶を飲み、Gが席を離れる際には原告は口を全く動かしておらず、口の中に食事が残っているような様子は見られなかったため、Gは、口腔内には残渣物が残っていないと判断したもので、原告の口の中に食べ物が残っていないことを確認しなかった過失はない。

原告の食事に関する介護計画は一部介助となっており、自力摂取を念頭においた介助であったこと、しゃっくりは止まっていたこと、過去にも何度か食事時のしゃっくりがあったものの、特に問題もなく食事を完了していたこと、喉に物を詰めたような動作、表情などが見られず、誤嚥の徴候となる異常がなかったこと、異常があれば、原告自身意思表示できる身体状況であったこと、ホール内には他のスタッフもいたことから、就寝介助するために席を離れた行為に問題があったとは考え難い。

(2) 被告の本件入所契約上の義務違反と原告の後遺障害との相当因果関係の有無
(被告の主張)

被告の本件入所契約上の義務違反によって原告の誤嚥が引き起こされたものであるとしても、Nが原告の異変を知り、他の介護職員に連絡してからは、速やかに応急措置(救護措置)をとったことなどを考慮すると、被告の本件入所契約上の義務違反と現在の原告の後遺障害の発生につき、相当因果関係があるとはいえない。

(原告の主張)

争う。

(3) 原告の損害

(原告の主張)

ア 入院費用 77万2212円

平成26年12月2日から平成27年11月30日まで364日間J病院に入院したことによる入院費用

イ 入院雑費 54万6000円

上記期間入院したことによる入院雑費(日額1500円)

ウ 将来の入院費用 641万4302円

年額77万2212円、原告の平均余命11年(ライプニッツ係数8.3064)による。

エ 将来の入院雑費 453万5294円

年額54万6000円、原告の平均余命11年(ライプニッツ係数8.3064)による。

オ 慰謝料 2000万円

(被告の主張)

原告の主張のうちアないしエは不知。オは争う。

将来の入院費用について、平成28年の入院費用額は不明であり、原告の請求額が相当額

と認めることはできない。

原告の明確な意思により、原告の身体状況に配慮しながらの食事介助中に本件事故が発生したこと等の諸事情を考慮すると、2000万円の慰謝料は高額に過ぎる。

第3 当裁判所の判断

1 医学的知見等

誤嚥、口腔ケア、大脳皮質基底核変性症（CBD）、超皮質性運動失語及びしゃっくりについての医学的知見等は別紙「医学的知見等」のとおりである。

2 原告の本件施設入所に関する経緯等

証拠（甲A1、乙A1、4ないし6、25、証人G、同M、原告法定代理人D）及び弁論の全趣旨によれば、原告の本件施設入所に関する経緯等について、次の事実が認められる。

（1）原告は、平成24年3月7日に要介護1の認定を受けた際にはアルツハイマー型認知症等と診断されていたが、同年9月20日に診察したK病院医師により認知症を伴うパーキンソン病と診断された。原告は、要介護3の認定を受けた平成25年夏頃、言葉の出にくさ、右上肢の固縮の明らかな増強、右手の把握反射、右半身の感覚低下等の左半球前方を中心とする病変の存在を示す症状が目立ってきたため、同年10月頃I大学病院神経精神科で精査を受け、MRI及びSPECT上の所見や超皮質性運動失語等の言語症状が認められたため、大脳皮質基底核変性症と診断された。

（2）原告は、従前、夫、長女D及び同人の子と同居していたところ、平成26年1月13日夫が死亡したことから、同月16日、被告との間で「指定短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護」利用契約を締結し、同月23日から概ね毎週月曜日から土曜日まで本件施設でのショートステイの提供を受けるようになった。

ショートステイの提供開始前の同年1月17日、本件施設職員は、原告、Dら原告の親族、担当ケアマネージャーとの間で、食形態は普通食とし、配膳と見守りを行えば、時間がかかるが原告がスプーンと箸を用いて自力摂取できることを確認した。

しかし、原告は、同年夏頃から食事を自力で摂取しないことが増え始め、本件施設の「サービス経過記録」には、同年7月9日の朝食の際に手が止まっていたため介助した旨の記載（記載者はG）があり、同月10日の昼食の際に手が止まっていたため介助した旨の記載がある。

（3）原告が平成26年8月13日に要介護4の認定を受けるに際して、K病院のL医師は、主治医意見書（乙A1の54頁、55頁）において、診断名の項を「大脳皮質基底核変性症」（前年8月8日の要介護3の認定の際の別の医師の主治医意見書（乙A1の63頁、64頁）は「認知症を伴うパーキンソン病」と、認知症以外の精神・神経症状の項を「右上下肢運動機能低下」（前年は特記なし）と、関節の拘縮の項の部位を「右手関節」、程度を「重」（前年は特記なし）と、食事行為の項を「全面介助」（前年は「自立ないし何とか自分で食べられる」と、栄養・食生活上の留意点の項を「誤嚥に注意」（前年も「誤嚥に注意」と、

コメントの追加 [10]: 本件事故の約3ヵ月前、主治医の意見書にはすでに、「誤嚥に注意」との記載があります。

摂食についての医学的観点からの留意事項の項を「特になし」（前年「特になし」）と、嚥下についての医学的観点からの留意事項の項を「誤嚥に注意」（前年は「特になし」）と記載又は選択した。また、介護認定審査会資料（乙A1の51頁）の嚥下の項には特記がなく（前年も特記なし）、食事摂取の項には「全介助」（前年は「見守り等」）と記載されている。

（4）原告は、前提事実のとおり、本件入所契約を締結して平成26年10月11日本件施設に入所した。

ア 本件施設の同月9日付け「栄養ケア計画」（乙A5の4頁）には、「本人の嚥下状態に適した食事の提供を行う。食事摂取量・嚥下状態等を考慮して必要なときには提供内容を変更する。」「食事中は自力摂取ができるように見守りや声かけを行い、食事を摂られない場合やできない部分は本人の摂取リズムに合わせて食事介助する。」「食事前後の口腔内を確認し、口腔ケアを行い、自歯による咀嚼の維持を図る」と記載されている。

イ 本件施設の同月11日付け「施設サービス計画書」（乙A5の5頁ないし7頁）には、「自分から体調不良を訴えることは難しいので表情や顔色、受け答えから体調を読み取れるよう観察する。」「体調に変化がみられた際には家族、主治医と連携し早急に対応する。」「食事は本人の状態にあった形態で提供する。」「配膳時、青い茶碗への移し替えを行い食べやすい状態で提供する。」「食事の途中で手が止まった時には声掛けや介助を行い全量摂取を目指す。」「毎食後食事量のチェックを行い取れているカロリー数を把握する。」「毎食後の口腔ケアにより誤嚥性肺炎を防ぐ」と記載されている。同書面の同意欄に原告又はその親族の署名押印はない。

ウ 本件施設の「課題分析」（乙A5の8頁、9頁）の食事摂取の項には、介助の有無は「一部（中）」、食事用具は「スプーン」、「その他」、主食形態は「普通」、副食形態は「普通」、水分補給は「水分のみ」、嚥下状態は「見守りが必要」の選択がされ、備考欄に「手の拘縮が強く、いつも握りしめておられる。スプーン、介助皿を使用するが介助が必要。」と記載されている。

エ L医師が本件施設の協力医療機関であるO医院医師宛で作成した同月14日付け診療情報提供書（甲A1）には、「現在は、誤嚥などはまだ明らかではありませんが、ご家族にはCBDは進行が速いこと、誤嚥性肺炎を起こしやすいことを説明しております。」と記載されている。

（5）被告が整理した本件事故発生日である平成26年11月4日在住の本件施設利用者一覧表（乙A25）では、原告について、食事形態は「常食」、食事（嚥下状態）は「自力摂取・見守り必要」の選択がされている。

（6）本件事故発生当時の本件施設の職員数は46名、うち介護職は23名、入所定員は50名、ショートステイ利用定員は8名である。

本件施設の利用者（入所者及びショートステイ利用者）は、ホール内のテーブルに4ないし8名程度ごとに分かれて食事をとる。

本件施設の職員向け食事マニュアル（乙A6）には、「ひと口目は汁物か、水分を多く含むものをすすめ、口腔内が適度に湿るようにする。」「残存機能を最大限に活用するために介助が必要な方であっても手添えを行い、ひと口でも自分で食べて頂く。」「口腔内の残渣物に注意し口腔内に食べ物がたまらないようにする。」「食事がすすまないときには、水分やデザートなどをすすめる。」「食事後は、口腔ケアを行い口腔内を清潔にする。」と記載されている。

(7) Gは、ホームヘルパー2級資格を取得して平成25年5月1日から本件施設で介護職員として勤務を開始し、本件事故発生当時21歳位であった。

Gは、原告のショートステイ利用時に、原告の見守り等の介護に携わり、複数回原告の食事介助を行ったことがあった。

3 証拠（甲A6、8、10、乙A5、7、8、11ないし22、証人G、同M、同N、同R）及び弁論の全趣旨によれば、本件事故発生前後の状況について、次の事実が認められる。

(1) 本件事故発生日の原告の昼食の献立は、主食がさつま芋と塩昆布のおにぎり、副食が太平燕、青梗菜のかき油炒め、フルーツ杏仁であった。

原告は、Gの介助で昼食を摂り始めたが、主食と副食をそれぞれ4割程度摂った時点でしゃっくりが出始め、Gが原告に食事を継続するか尋ねたところ、原告が否定したため、Gは食事介助を中止した。

(2) 本件事故発生日の夕食の際に約50名の利用者の食事介助等に従事した本件施設職員は7名である。なお、食事に時間がかかる利用者5名は、他の者よりも30分程度早く配膳を行い、他の者の配膳を行う前に食事介助を終了することが目標とされていた。

本件事故発生日の原告の夕食の献立は、主食が米飯、副食が魚の田楽風、人参、ブロッコリーのマヨネーズ和え、豚レバーのケチャップ炒め、すまし汁（そうめん）であった。

原告は車いすでテーブルに着き、原告に対する配膳は午後6時頃に行われた。原告のテーブルには他に3名の利用者が着席しており、その中には要介助者と自力摂取が可能な利用者がいた。要介助者については本件施設職員が食事介助を行い、原告や他の利用者は食事を自力で摂り始めた。

(3) 午後6時30分頃、原告のテーブルの原告以外の利用者は食事を終えていたが、原告は1割程度の食事を摂ったのみであった。

Gは、それまで他のテーブルの要介助者の食事介助を行っていたが、原告の食事の状況に気付いて、原告に声をかけて傍に座って食事介助を開始した。

原告がさらに4割程度の食事を摂った時点で、原告にしゃっくりが出始めた。Gは、原告にすまし汁をすすめて、原告はすまし汁を飲んだ。Gが原告に食事を継続するか尋ね、原告が「食べる」などと肯定したことから（原告が発語せず身振り等で意思を示した可能性も否定できない。本項及び下記（4）項の他の原告の応答も同様である。）、原告のしゃっくりは収まっていなかったが、Gは食事介助を継続した。原告が、さらに2割程度の食事を摂った時点で、

コメントの追加 [11]: 食事介助をした職員は、21歳の若者でした。

原告のしゃっくりが強くなり、Gは原告に再び食事を継続するか尋ねたところ、原告が「もうよか」などと否定した。Gは食事介助を中止して、原告の口腔に食物が残っていないか確認することなく離席した（なお、Gが離席した時刻を的確に認定できる証拠はない。）。原告が最終的に摂取した食事は、主食が7割程度、副食が5割程度であった。

この間、原告のテーブルの他の3名の利用者は席に座ったままであった。

(4) 本件施設職員（介護職）Mは、原告の隣のテーブルで食事介助を行っていたところ、原告のしゃっくりが聞こえて、Gが原告の背中を叩いたりしていたこと（しゃっくりが始めた時点か、しゃっくりが強くなった時点かは明らかでない。）には気付いていたが、Gが原告のテーブルから離席したことには気付かなかった。

Mは、午後7時前頃、ホールから出ようとして原告の近くを通りかかった際、原告の食事が残っていることに気づき、原告に食事を継続しないのか尋ねたところ、原告は「もう食べん」などと否定した。原告のしゃっくりは収まっており、Mはそのまま移動してホールを出た。

この頃、ホールには約20名の利用者が残っており、本件施設職員（介護職）Pが食事介助を継続しており、本件施設職員（介護職）Qがテーブルを回って食事を確認していたほか、ホールに隣接するサポータールームで本件施設職員（生活相談員）Rがパソコン入力作業をしていた。

(5) 本件施設職員（栄養士）Nは、午後7時数分過ぎ頃、ホールに入り、原告が苦しうに汗をかいているのに気づき、PやQに知らせ、PやQはRや本件施設職員（看護師）S（以下「S看護師」という。）に知らせた。S看護師は、午後7時10分頃、原告の口腔内を指で確認し、少量の残渣物を掻き出したが、固形物はなかった。S看護師は、原告をホール内のベッドに側臥位で前屈様に臥床させ、背部を叩き、原告が口を固く閉じていたため喉頭鏡を使用して開口し、大型吸引器を用いて口腔及び鼻腔から吸引を開始したところ、米粒状の流動食様残渣物が少量ずつ中等量吸引された。

原告の経皮的動脈血酸素飽和度（SPO₂）が低下したため、午後7時15分頃、1分あたり10リットルの酸素吸入を開始したが、SPO₂が59%にしか上がらなかったため、午後7時19分頃救急通報を行った。

(6) 午後7時24分頃、救急隊が本件施設に到着し、マスク換気を継続するなどの処置を施した上で、午後7時38分頃搬送が開始されたが、前提事実のとおり、原告は午後7時40分頃心肺停止に陥り、午後7時56分頃心拍再開した後、午後7時59分頃H会I病院に収容された。

午後8時46分頃、胸腹部のCT検査が行われ、その後の読影により、右肺上葉気管支内に異物と思われる物体があり、気管支も狭細化していること、左主気管支、右肺下葉気管支内にも異物が疑われること等の所見が得られた。

なお、本件事故発生の3日後のCT検査では、気道内の異物はほとんど消失していた。

(7) 上記(3)及び(4)の認定の補足説明

ア 原告のしゃっくりが収まるまでの食事介助の中断の有無について

Gは、本件事故発生日の原告の夕食の状況について、原告にしゃっくりが出始めた時点で食事介助を中断し、「大丈夫」などと言って背中を叩くなどし、二、三分間原告の様子を見守りながら他の作業を行い、しゃっくりが収まった後に食事介助を再開した旨、再開後はスプーンにすくったすまし汁にご飯を浸けて食べさせる方法で食事介助をしていたところ、原告が食物を飲み込んだ後にピクッと体が動いて強いしゃっくりが出たため、「もう食べませんか」などと尋ねると原告が「もうよか」などと答え、二、三分間背部をさすったりしてしゃっくりが収まった後、原告にお茶を飲ませて、飲み込むのを確認してから離席した旨証言する。

しかしながら、証拠（甲A9、証人G、原告法定代理人D）によれば、Dは本件事故の翌日にGから前日の夕食の状況を聴取した際、「食事中にしゃっくりが出ても、そのまま食事を続けるのか？一旦中止して様子を見たりとかしないのか？」などと尋ねたことが認められるところ、Gは、その数日後に自ら「サービス経過記録」に本件事故発生日の夕食の状況について、「食事介助行う。本人のペースに合わせて声かけ行う。5割程摂取した時点でしゃっくりが出始める。すまし汁飲んで頂き、『食べれますか？』との問いに『食べる』との返答あり。続けるも、しゃっくり止まらず、再度問いかけると『もうよか』と返答あった為、食事中止する。口腔ケア準備の為席を外す。」と記載したことが認められる（乙A5の14頁。以下「Gの本件事故記載」という。）。Gが上記記載を行ったのは、Gの食事介助が本件事故の発生に関連している可能性があり、Gの食事介助の状況を記録しておく必要があったためであると考えられるが、Gは上記記載を行う時点でDの上記問題意識を認識していたのであるから、原告のしゃっくりが収まるまで食事介助を中断した事実があるのならば、その旨は特に注意深く記載するのが自然である。それにもかかわらず、しゃっくりが収まるまで食事介助を中断した事実を明確に記載しなかった理由についてGは合理的な証言をしていない。

また、被告代理人がDらに対して損害賠償を拒絶する旨通知した平成27年2月20日付け通知書（甲A13）にも、しゃっくりが収まるまで食事介助を中断した旨は明確に記載されておらず、かえって「食事介助を開始し、10分位経過し4割ほど摂取されたところ、しゃっくりが出てきたため、声かけをし、食事を続けて良いか尋ねたところ、食べると返答されたため、食事を継続した」、「食事介助を続け、5分位経過した時点で7割ほど摂取したところで、しゃっくりが強くなった」とのしゃっくりが出始めた後も食事介助を継続したものと解する記載がされており、原告が本訴訟においてGにしゃっくりが出ているにも関わらず食事を継続した過失がある旨主張した後に作成されたGの平成28年11月28日付け陳述書（乙A11）の記載も同様である。

なお、Mは、Gは原告のしゃっくりが出ている間は食事介助をしていなかったと思う旨証言しているが、Mは他の要介助者の食事介助をしながら、原告のしゃっくりが聞こえた際にGと原告の様子を見たのみであり、上記証言は要介助者のしゃっくりが出ている間は食事介助を行ってはならないという知識に基づく推測に過ぎず、Gと原告の様子を継続的に観察していた

ものではないと解される。

以上によれば、しゃっくりが収まるまで食事介助を中断した旨のGの証言は信用することができない。介護に関する知識及び経験が十分でないGが、しゃっくりによる誤嚥の危険についての的確な認識を欠き、原告のしゃっくりが収まっていないにもかかわらず、すまし汁を飲ませれば原告が落ち着いてしゃっくりが収まるのではないかと考えるなどして、すまし汁を飲ませるなどの食事介助を継続することが不自然とは言えず、上記（3）のとおり認定するのが相当である。

イ G及びMの問いかけに対する原告の発語の有無について

Mは、原告の発語能力はその時々で異なり、「あっあっあって感じで困られるときもあるし、スッと出てくるときもある」旨証言するところ、大脳皮質基底核変性症及び超皮質性運動失語の特性に照らして不合理な証言とは言えず、「サービス経過記録」には原告が発語したことを示す記載がしばしば見られること、Mは平成18年10月から被告で勤務しているもので、介護に関する知識及び経験も相応にあると考えられることに照らすと、Mの上記証言は概ね信用することができる。

Mが、上記（4）の際に原告が「もう食べる」などと発語した旨証言していることや、Gの本件事故記載の態様に照らすと、上記（3）及び（4）のG及びMの問いかけの際に原告が「食べる」、「もうよか」、「もう食べる」などと発語することが不可能であったとまでは認められない。

もっとも、GやMの問いかけは、原告の意思を確認する点に主眼があるから、原告が発語したか否かを特に意識して注意深く記憶するとは考え難く、GやMの問いかけに対して、原告は発語せずに身振り等で意思を示したもので、この点に関するG及びMの記憶が混乱しているおそれも否定できない。

4 争点（1）（原告の誤嚥の原因となる被告の本件入所契約上の義務違反の有無）について

（1） 被告の本件入所契約上の義務違反の有無及び内容について

食事中にしゃっくりが出始めた場合には、咽頭に食物が残っているタイミングでしゃっくりが生じると嚥下のタイミングがずれ、食物を誤嚥する危険が大きいため、直ちに食事介助を中断し、しゃっくりが収まるまで水分を含む一切の食物の提供を停止する必要があると考えられる。また、原告は嚥下障害を生じうる大脳皮質基底核変性症と診断され、K病院医師が特に誤嚥の危険を指摘していたのであるから、原告の食事介助を行うにあたっては、一口ごとに嚥下を確認し、少なくとも食事介助の終了時には口腔に食物が残っていないことを確認する必要があり、とりわけ食事介助の終了時にしゃっくりが継続している場合には、口腔に食物が残っていないことを確認する必要が非常に高いと考えられる。

Gは、原告の食事介助中に始まったしゃっくりが収まっていないにもかかわらず、すまし汁等の流動性の高い食物を与える食事介助を継続し、その継続中にしゃっくりが強くなったに

コメントの追加 [12]: 安全配慮義務違反に関する判断です。

コメントの追加 [13]: まず、原告（利用者側）にしゃっくりが出たときに食物を提供すれば誤嚥を引き起こすことの**予見可能性**はあると認定しています。

（理由）

① 咽頭に食物が残っている**タイミング**でしゃっくりが生じると嚥下の**タイミング**がずれる（一般的な予見可能性）。

② 原告（利用者側）は嚥下障害を生じうる**大脳皮質基底核変性症**と診断されていた（具体的な予見可能性）。

コメントの追加 [14]: そこで、**結果回避義務**としては、

① 「しゃっくりが収まるまで水分を含む一切の食物の提供を停止する義務」

および

② 「一口ごとに嚥下を確認する義務、食事介助終了時には口腔に食物が残っていないことを確認する義務」

を認定しています。

もかわらず、食事介助の終了時に原告の口腔に食物が残っていないことを確認せずに離席したもので、Gの食事介助の態様は誤嚥を引き起こす危険の大きい不適切なものである。被告は、本件入所契約に基づき、原告の身体の安全に配慮して適切な態様で食事介助のサービスを提供する義務を負っていたところ、被告の履行補助者であるGは上記義務を履行しなかったものといわざるを得ず、被告には、以上の点において、本件入所契約上の義務違反が認められる。

(2) 本件事故における原告の誤嚥発生の機序について

本件事故後の吸引処置によって吸引された残渣物が米粒状の流動食様のものではあったことに照らして、原告は本件事故発生日の夕食で提供された食物を誤嚥したものと認められる。

原告の誤嚥が発生した時期については、原告が食事終了時のGの問いかけに対して「もうよか」などと発語し、その後のMの問いかけに対して「もう食べん」などと発語した可能性が高いことに鑑みると、これらの時点では原告の口腔に流動性の高い食物が残っておらず、〈1〉Gの食事介助の継続中に誤嚥が発生し、食物が気道を不完全に閉塞し、時間が経過した後に窒息に陥った蓋然性が高いというべきである（なお、食物が気道を不完全に閉塞した場合には、不十分ながらも相当量の呼吸は可能であるため直ちには窒息時の症状を示さず、徐々に血液中の酸素が減少し、二酸化炭素が増大した後に窒息時の症状を示すものと考えられるから、誤嚥が発生しても窒息時の症状を示すに至るまでは発語することも可能であると考えられる。）。

仮に、GやMの問いかけに対して原告が身振り等で意思を示したとすると、〈2〉Gが食事介助を終了した時点で原告の口腔に少量の流動性の高い食物が残っていたため、Gが食事介助を終了した後に、原告が食物を嚥下しようとした際又はしゃっくりによって食物を誤嚥し、時間が経過した後又は直後に窒息に陥ったと考えられる。また、口腔に少量の固形状の食物が残っていても発語することは可能であると考えられるから、〈1〉食事介助の継続中に流動性の高い食物を誤嚥した後に、〈2〉食事介助の終了後に固形状の食物を誤嚥し、その両方が相まって窒息に陥ったものとする余地もある。

他方で被告は、原告がしゃっくりにより、一旦食べたものを戻し、それが喉に詰まった可能性を指摘するが、しゃっくりは横隔膜が痙攣することで起こる異常呼吸という呼吸器の現象であり、これが食道から咽頭への食物の逆流という消化器の現象を招く機序は明らかでない。被告が、しゃっくりにより逆流した食物を誤嚥した事例を示すなどの具体的な反証を提出できていないことに鑑みると、原告がしゃっくりによって逆流した食物を誤嚥した可能性は低いといわざるを得ない。

また、被告は、原告が単に逆流性の誤嚥を引き起こした可能性を指摘するが、一般に逆流性の誤嚥とは、就寝中等の横臥した状態で食物や胃液が重力の作用により咽頭に逆流し、これを誤嚥することをいうと解される（乙B1の15頁、100頁）ところ、原告は終始車いすに座った状態だったのであるから、食物が咽頭にまで逆流するとは考え難く、原告が逆流性の誤嚥を起こした可能性は低い。仮に被告のいう逆流性の誤嚥に嘔吐物の誤嚥が含まれるとしても、本件事故の対処に当たったS看護師ら本件施設職員が原告の口腔内外又は衣服等への嘔吐物

コメントの追加 [15]: そして、被告（事業者側）は、

- ① しゃっくりが収まっていないのに、すまし汁を与え、
- ② 食事介助終了に口腔に食物が残っていないことを確認せず離席したから、

結果回避義務違反があると認定しています。

の付着といった嘔吐の痕跡を認めていないことに鑑みると、原告が嘔吐物を誤嚥した可能性も低い。

(3) 被告の本件入所契約上の義務違反と原告の誤嚥発生の因果関係について

以上のとおり、原告の誤嚥が〈1〉食事介助の継続中に発生したものである場合には、Gが、原告のしゃっくりが収まっていないにもかかわらず、すまし汁を飲ませるなどの食事介助を継続するという誤嚥を引き起こす危険の大きな態様の食事介助を行ったことによって、原告がしゃっくりによってすまし汁等の流動性の高い食物を誤嚥したものと認められる。

原告の誤嚥が〈2〉食事介助の終了後に発生したものである場合には、Gが、食事介助の終了時に原告の口腔に食物が残っていないことを確認せずに離席するという誤嚥を引き起こす危険の大きな態様の食事介助を行ったことによって、原告が口腔に残っていた食物を誤嚥したものと認められる。

したがって、原告の誤嚥が食事介助の継続中と終了後のいずれに発生したものであるにせよ、Gが誤嚥を引き起こす危険の大きい不適切な態様の食事介助を行ったことによって原告の誤嚥が発生したもので、被告の本件入所契約上の義務違反と原告の誤嚥発生との相当因果関係が認められるから、被告は、原告の誤嚥による損害について損害賠償責任を負う。

(4) ア 被告は、嚥下機能が低下している高齢者の誤嚥自体を防ぐことは困難であるとして、誤嚥から窒息に至るのは極めて稀であり、本件施設の職員が負うべき注意義務も、誤嚥の有無に着目するのではなく、窒息の有無すなわち原告の呼吸状態等に焦点を当てて検討を進めるのが相当である旨主張する。しかしながら、被告が依拠する福岡高裁平成27年5月29日判決は、誤嚥が起きるに先立つ時点で職員に注意義務違反があったとはいえない旨の第一審判決の判示を是認した上で、誤嚥が生じた時点で誤嚥を解消すべき注意義務があった旨の主張を排斥したに過ぎず、誤嚥を生じさせないように適切な態様で食事介助を行うべき注意義務の存在を否定するものではない。

Gは原告の食事の自力摂取を見守るにとどまらず食事介助を行っていたものであるから、原告の誤嚥の原因となるGの食事介助の態様の不適切の有無を検討し、これが認められる場合には被告は誤嚥によって生じた原告の損害について賠償すべき責任を負うことは当然である。

イ 被告は、介護現場の実情を踏まえて、被告の義務違反の有無を判断すべきである旨主張する。

しかしながら、介護業務従事者も人の生命及び身体の安全に関わる業務に従事する以上、その時点の介護サービス提供の実践における技術水準に照らして必要な注意義務を要求されると解すべきところ、食事介助中にしゃっくりが出始めた場合にしゃっくりが収まるまで食事介助を中断すべきことや、嚥下障害を生じうる要介助者の食事介助の終了時に口腔に食物が残っていないことを確認すべきことは、本件事故発生当時の介護サービス提供の実践における技術水準に照らして高度な要求ではない（したがって、原告の誤嚥に係る被告の損害賠償責任は本件入所契約11条1項ただし書きに該当するものでもない。）。

コメントの追加 [16]: 原告（利用者側）は、①食事中に誤嚥したか、②食事後に誤嚥したかであるが、いずれにせよ、結果回避義務違反と誤嚥との因果関係は認められるとします。

仮に介護事業者が介護に関する知識及び経験の不足している未熟な職員を雇用せざるを得ない社会的事実があるとしても、このような社会的事実によって介護事業者が介護契約上負担する義務の内容が軽減されるとは解されない。

5 争点(2) (被告の本件入所契約上の義務違反と原告の後遺障害との相当因果関係の有無)について

原告の誤嚥と原告の窒息、心肺停止、低酸素性脳症発症との間に相当因果関係があることは明らかであるから、被告の本件入所契約上の義務違反と原告の誤嚥の発生との間に相当因果関係が認められる以上、被告の本件入所契約上の義務違反と原告の低酸素性脳症発症との相当因果関係が認められ、被告は原告の低酸素性脳症発症による損害について損害賠償責任を負う。

本件事故は、もっぱら、Gが原告に対する食事介助を不適切な態様で行ったことによって惹起されたもので、原告の窒息様の症状に気付いた後の本件施設職員の対処に不適切な点が認められないからといって、上記相当因果関係が否定されるものではない。

6 争点(3) (原告の損害)について

(1) 入院費用及び入院雑費について

証拠(甲C3の1ないし12、原告法定代理人D)及び弁論の全趣旨によれば、原告は本件事故により平成26年12月2日以降J病院に入院し、入院費用等を負担していることが認められるところ、検査、処置、投薬に係る医療費の計上は平成27年2月分まで、食事療養費の計上は平成27年4月分までであることに鑑みると、原告の症状は平成27年4月30日に固定したものと認めるのが相当である。

J病院の請求書兼領収書(甲C3の1ないし12)に計上された諸費用のうち、医療費、生活環境療養費(食事療養費、居住費)、個室料・設備使用料を入院費用として実費により算定し、オムツ代等のその余の費用は日額1500円によって算定する入院雑費に含めるのが相当である。

以上を前提として検討すると、原告の入院費用及び入院雑費は次のとおり認められる。

ア 平成26年12月2日から平成27年4月30日まで150日間

(ア) 入院費用 計16万3756円(甲C3の1ないし5)

(イ) 入院雑費 計22万5000円(1,500×150=225,000)

イ 平成27年5月1日以降の将来分

(ア) 入院費用年額 32万1118円

原告が平成27年5月1日から平成27年11月30日までの214日間に負担した入院費用18万8272円(甲C3の6ないし12)を按分計算する。(188,272÷214×365≒321,118)

(イ) 入院雑費年額 54万7500円(1,500×365=547,500)

(ウ) 平均余命 11年(ライプニッツ係数8.3064)

平成27年4月30日時点の原告の年齢(81歳)の平成27年生命表の女性の平均余命

コメントの追加 [17]: 被告(事業者側)は、言い分として、以下のことを主張しました。

(言い分)

① 嚥下機能が低下している高齢者の誤嚥自体を防ぐことは困難である。

② 知識・経験不足の職員を雇用せざるをえないという、**介護現場の実情**を踏まえるべきである。

コメントの追加 [18]: しかし、裁判所は、被告(事業者側)の言い分を認めませんでした。

(理由)

① 嚥下機能が低下しているからといって、誤嚥が生じさせないようにする義務を免れられるわけではない。

② シャックリが収まるまで水分を含む一切の食物の提供を停止したり、一口ごとに嚥下を確認したり、食事介助終了時には口腔に食物が残っていないことを確認したりすることは、**介護サービス提供の実践における技術水準に照らして高度な要求ではない。**

による。

(エ) 入院費用 計266万7334円 (321,118×8.3064=2,667,334)

(オ) 入院雑費 計454万7754円 (547,500×8.3064=4,547,754)

(2) 慰謝料額について

証拠(甲A1、乙A1、5、証人M、原告法定代理人D)によれば、本件事故発生前の原告は、失行や短期記憶上の障害等の認知機能の低下があり、右手関節の拘縮等により食事介助を要することが多くなっていたほか日常生活全般について一部介助を要し、日常の意思決定や意思伝達が困難な場面もあったものの、見守りがあれば杖を使用せずに歩行することができ、本件施設入所後も、本件施設の運動会や踊り鑑賞等の行事に参加して楽しそうな表情を見せ、本件施設職員に自宅での外泊の話をするなど、日常生活を楽しんでいたところ、本件事故により寝たきりの状態になり、声かけに対して顔を向けて頷いたりすることがある程度で、その行動能力のほとんどを失うに至ったものである。その精神的苦痛は甚大であり、被告の本件入所契約上の義務違反の程度が著しいものとはいえないことを考慮しても、慰謝料額として1200万円を認めるのが相当である。

(3) 以上によれば、原告の本件事故による損害額は1960万3844円である(上記(1)ア(ア)、(イ)、イ(エ)、(オ)、(2)の合計額)。

なお、原告にしゃっくりが出始めた際、原告はGから食事を継続するか尋ねられて肯定したものであるが、Gが原告にすまし汁を飲むようすすめたのは原告が肯定する前であること、原告は複雑な意思の伝達は困難な状態にあり、しゃっくりが収まるのを待って食事を継続する旨の意思を有していても単に「食べる」などと肯定するほかなかったもので、Gは原告の意思の伝達能力にも配慮して食事介助を行うべきであったことに鑑みると、原告が食事を継続する意思を示したことをもって原告の過失を考慮するのは相当ではない。

7 よって、原告の請求は、債務不履行による損害賠償請求権に基づき、損害額1960万3844円及びこれに対する訴状送達の日翌日である平成28年1月24日から支払済みまで年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から認容し、その余の請求は理由がないから棄却することとし、主文のとおり判決する。

別紙

医学的知見等

1 誤嚥について(甲B6、乙B1ないし3)

(1) 人の摂食は一般に、食物を認知して口腔に取り込み(先行期)、咀嚼して食塊を形成し(準備期)、口腔から咽頭に送り込み(口腔期)、嚥下反射によって咽頭から食道に送り込み(咽頭期)、食道の蠕動運動と重力の作用で胃に送り込む(食道期)ことにより行われる。嚥下とは口腔期から食道期までをいい、嚥下の機能の低下による摂食の困難を嚥下障害という。

嚥下反射は、咽頭期において、食物を食道に送り込む際に、舌根部が上咽頭及び口腔を遮

コメントの追加 [19]: 後遺障害慰謝料として1,200万円が認められています。

断し、咽頭が収縮し、喉頭と舌骨が挙上し（外表から喉仏の動きとして見える。）、喉頭蓋が翻転して喉頭腔を遮断し、食道入口部が開大するという多数の筋肉による一連の動作であり、これによって食物が咽頭から食道に通過する間だけ気道が一過性に遮断される。多くの嚥下障害は**咽頭期**が主因である。

嚥下障害の主な原因としては、〈1〉老化に伴って起こる生理的な変化、〈2〉脳梗塞・脳出血等の脳血管障害、〈3〉パーキンソン症候群、〈4〉認知症、〈5〉口や咽喉等の炎症や腫瘍、〈6〉神経や筋肉の疾患による嚥下に関与する神経や筋肉の機能低下、〈7〉医療処置の影響（気管切開、経鼻胃チューブの留置、胃瘻等）、〈8〉薬物（睡眠薬、精神安定剤、向神経薬等）等が挙げられる。

（2） 誤嚥とは、食物や液体が声帯を超えて気管に流入することである。健常者でも誤嚥することはあり、嚥下障害のある者は誤嚥を起こすリスクが高い。

誤嚥には、むせを伴う**顕性誤嚥**とむせを伴わない**不顕性誤嚥**がある。

摂食時の誤嚥には、嚥下反射が起こる前に食物が気管に入る**嚥下前誤嚥**、嚥下反射の際の喉頭腔の遮断が不十分で食物が気管に入る**嚥下中誤嚥**、嚥下反射にもかかわらず食物の一部が食道に通過しきれずに食道入口部に残った状態で喉頭腔が開通したことによる**嚥下後誤嚥**、嚥下反射が起きなかったことによる**嚥下不能型誤嚥**がある。摂食時の誤嚥であっても、咳反射が低下している場合にはむせを伴わない。

摂食時以外の誤嚥には、夜間等に唾液や逆流した胃液を誤嚥する場合や、嘔吐後の誤嚥がある。

（3） 誤嚥がもたらす身体状態として、窒息がある（なお、誤嚥が必ず窒息に至るものではない。）。

窒息は、気道閉塞や呼吸抑制に起因する低酸素血症又は高二酸化炭素血症を伴う低換気状態をいう。窒息時には、真っ赤になって咳き込む、顔色が不良（血の気が引いている）、呼吸が苦しう・もがいている、声が出ない、のどの違和感を訴えるなどの症状が観察される。

食物等による窒息は、食物等が気管を閉塞する場合のほか、食物等が口腔奥や咽頭を閉塞する場合がある。高齢者の場合には、食物等が気道を完全に閉塞して直ちに窒息時の症状を示す場合のほか、食物等が気道を不完全に閉塞して次第に窒息時の症状を示す場合がある（乙B1の13頁）。窒息に至った場合には、異物を取り出し、人工呼吸を施さない限り、5分程度で心肺停止に陥るといわれている。

（4） 誤嚥の防止に関する食事介助上の留意点としては、〈1〉食事時間は45分以内とすること、〈2〉介護者は座って相手と目線を同じにすること、〈3〉1さじの量はティースプーン1杯を目安にすること、〈4〉水分をまず含んでもらうこと、〈5〉スプーンを下唇にのせ、食べ物を上唇につけるようにすること、〈6〉唇が閉じたらやや斜め上に向かってスプーンを引き抜くこと、〈7〉口の中にマヒがある場合には、健側の口角から食べてもらうこと、〈8〉のどの動きに注意し、咽頭が上がったこと、食べ物が口の中に残っていないことを

確認してから、次の食べ物を口に運ぶこと、〈9〉食べ物を上手く飲み込めない場合は、重力を利用して食べ物を食道に落とせるよう姿勢を直すこと、〈10〉食事の様子を観察し、食後は口の中に食べ物が残っていないか確認すること等が指摘されている。

食事介助中にむせた場合の対応法は、十分に咳をして落ち着くのを待つ必要があり、水を飲ませたり、食事を再開してはならない。背部を叩く場合には、座位90度では気管が垂直状態で誤嚥物がそのまま肺に入ってしまうため、前屈位にするか、横向きに寝かせなければならない。

2 口腔ケアについて（乙B4）

口腔ケアとは、口腔内の観察及び口腔清掃（歯ブラシによる歯垢除去、デンタルフロスによる歯垢除去及びうがい）をいう。

3 大脳皮質基底核変性症（CBD）について（甲B2）

大脳皮質基底核変性症は、大脳皮質と基底核で淡蒼球と黒質の神経細胞が変性、消失することにより生じる疾患であり、大脳皮質症状（失行、失語等）と基底核症状（パーキンソン病類似の症状）が強い左右差をもって見られる。病態の進行により、嚥下障害（飲み込みの障害）が出現するが、手足の障害に比べ、軽い傾向が見られる。

4 超皮質性運動失語について（甲B3）

超皮質性運動失語は、構音障害はなく、復唱はよく保たれているが、会話を持続的に継続する能力を喪失し、自発的な発話は著しく減少し、質問には正しく答えられるが、発話の開始に非常に時間がかかり、ごく短い文章しか話せないことを特徴とする失語類型である。

5 シャククリについて（甲A16、甲B8）

シャククリは、横隔膜が痙攣することで起こる異常呼吸である。横隔膜が痙攣し、声帯の筋肉が収縮し、狭くなった声帯を息が通ることで、「ひっく」といった声を発声する。

食事介助の注意点として、シャククリは、次出ることを予測できないため、嚥下のタイミングがずれ、誤嚥する可能性があるとして、シャククリが出た場合は一度食事を止め、シャククリが落ち着くことを待ってから再度食事を再開することが指摘されている。