

介護サービスにおけるリスク対策(2)

リスクマネジメントを中心に

Risk Management in Nursing Service (2): Focusing on Risk Management

はじめに

介護サービス提供事業者は、利用者の「安全」を確保すること、「安全」で「安心」な質の高いサービスの提供により利用者をはじめとする利害関係者の信頼を得ることが最優先事項として求められる。この最優先で確保し続けていかなければならない「安全」と「安心」の裏返しは「リスク」である。

要介護者は、自分自身で危険を予測することや、安全を守ることが出来にくい高齢者であるからこそ、介護サービスの提供事業者は、介護サービス提供の全過程において事故、事件等に代表されるリスクの発現を未然防止していかなければならない。また、万が一にも事故、事件等に代表されるリスクが発現してしまった場合の対応についても事前から整えておかなければならない。

多くの介護サービス提供事業者において、「ヒヤリハット報告活動」や「苦情対応活動」などの実践が行われている。しかし、現状を俯瞰すると、それらの活動とリスクマネジメント活動とはどこが違うのか、また、「ヒヤリハット報告活動」や「苦情対応活動」とリスクマネジメント活動にはどのような結びつきがあるのか、といった疑問や戸惑いがあるようである。また、万が一にも事故、事件等に代表されるリスクが発現してしまった場合の対応であるクライシスマネジメント（危機管理）がリスクマネジメントそのものの実践であるとの誤った認識も未だ払拭しきれていないようである。

前回「介護サービスにおけるリスク対策(1)」¹では、介護サービス提供事業者として諸リスクをマネジメントしていく実践活動の根底になければならないコンプライアンスとその実践活動の方向性について概説した。本号では、「リスクマネジメント」と「ヒヤリハット報告活動」や「苦情対応活動」などとの関係性、リスクマネジメント実践上の留意点などを中心に概説する。

1. 施設での介護サービス提供における

リスクマネジメント実践の基本的視点

1.1 「理念」に基づいたリスクマネジメントの実践でなければならない

「理念」とは、組織を貫く基本的信条や指導原理のことであり、組織のトップの価値観や信念を反映しつつ、組織全体に浸透させ、組織構成員全員の行動原理として機能させていかなければならないものである²。また、理念は単なるお飾りとしてではなく、実体として組織に定着化させていかなければならないものでもある。

これからの介護サービス経営のあるべき姿は、まず、介護サービスが本来持つべき目的を踏まえた独自の理念・使命を各々の介護サービス提供事業者が確立することにある。そして、その理念・使命をより一層具現化するために、リスクマネジメントを含むマネジメント手法を駆使して、利用者の安全と安

¹ 福田隆, 2009, 「介護サービスにおけるリスク対策(1) リスクマネジメントを中心に」『SJRM リスクレビュー』4 (<http://www.sjrm.co.jp/riskinfo/images/pdf/r04.pdf>)

² 本誌参考資料1も参照。

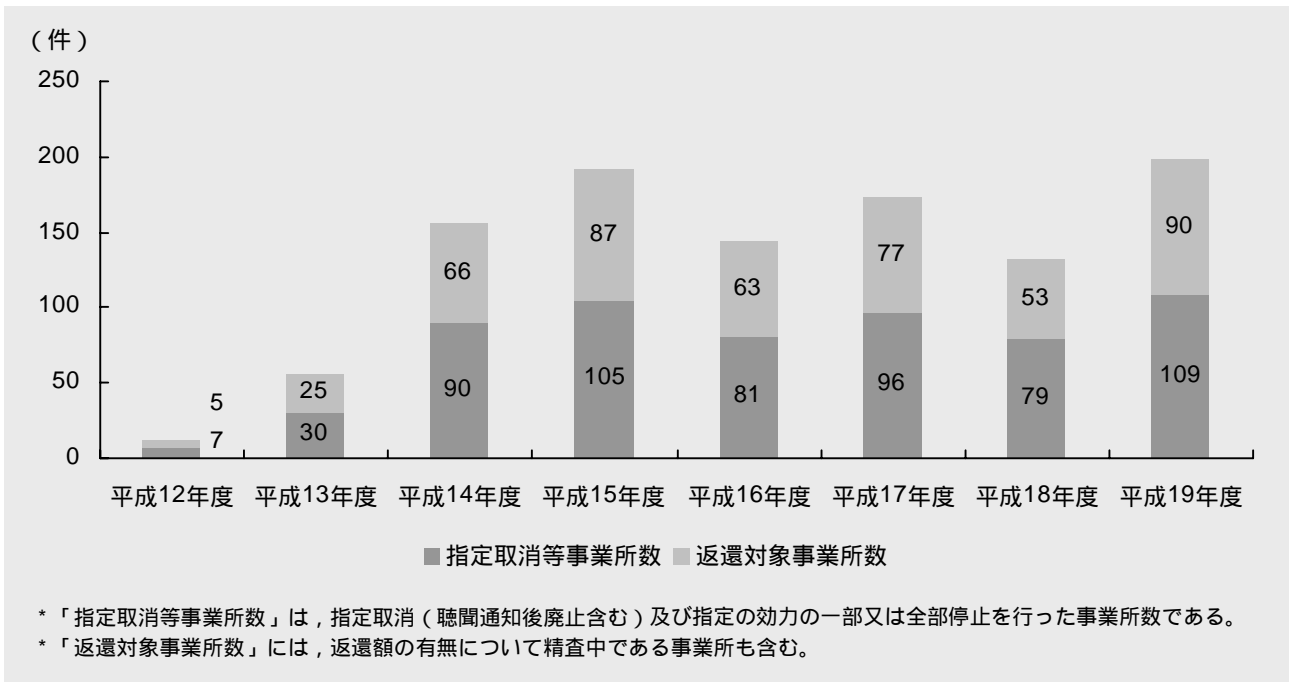


図 1 指定取消等事業所数および返還対象事業所数



図 2 返還請求額

心のより一層の確保と確固たる財務基盤の構築および安定的な組織運営に向けて、たゆまぬ努力を重ねていくことである。

「理念なき経営」は、これからの時代、組織淘汰の憂き目に立ち至らないとも限らない。また、理念なき経営こそ、組織の本質に根ざす最大の潜在的リスクともなり得る。リスクにかかわる種々のツールや体制をいかに整備しても、理念なき経営では、いつまで経っても何らリスクにかかわる問題の解決、改善をすることができない。

究極のリスクマネジメントは、組織における安全文化の醸成とそのもととなる理念の具現化にある。そのためにも、経営層は自らの言葉で理念を組織内外に語りかけていかなければならない。

組織が有する理念がもっとも重要であり、理念があってはじめて種々のリスクが組織における共通言語となりうるし、また、リスクに対する認識や理解が共通・共有化されることで迅速かつ的確な全員一丸となったリスクへの対応が可能となっていく。明確な理念を持たない組織は、その時々々の短期的な社会情勢にただ翻弄されるのみで、組織の将来を見通すこともできなければ、社会の変化にも耐えていくこともできない。また、理念は社会の求める目的、目標と一致しなければ意味をなさない。理念は、一度決めれば終わりではない。可変的なものでなければならない。また、時に応じた見直しもされなければならない³。

1.2 コンプライアンスの実践活動が伴わないリスク マネジメント活動はあり得ない

介護サービスを含む福祉事業は、法令により各種サービスの人員・運営等の基準が定められているため、コンプライアンス実践の最低基準である法令を遵守しなければサービスの提供すらできなくなる。

2009年5月1日には、介護サービス事業者に対して法令遵守等業務管理体制の整備が義務づけられた。

³ 福田(2009:7-8)の経営理念の浸透についても参照されたい。

しかし、厚生労働省による2000年から2007年度までの「介護保険における監査結果の現状」によっても、不正請求等による指定取消や介護給付金の返還対象事業所数が依然多い現状にある(図1、図2)。

- 事件は当然のこと、事故も発生してしまえば、それはリスクではない。単なる事件あるいは、事故としか捉えられない。
- コンプライアンスにかかわる諸リスク⁴には、圧倒的に能動的リスク(自らが生じさせる)と不作為リスク(やらなければならないことをやらない、中途半端に行う)に起因するものが多い。つまり、リスクマネジメントにおいて、本来対処すべきリスクにこれらのリスクはなじまない。意識、認識、組織風土や組織文化に関連して発現する事象も多い。法令等不遵守リスクや不正リスクはリスクマネジメント活動の根底に存在し、実践しなければならないコンプライアンス実践活動にて対処し、リスクマネジメント実践活動との棲み分けを明確にしていくことが望まれる。法令等遵守や不正リスクの発生防止策は、組織としての組織経営やリスクマネジメントのインフラ中のインフラであると位置づけ対処していくようにしなければならない。

1.3 リスクマネジメント実践の目的および対象とする リスクを明確にしなければならない

各事業者が明確なリスクマネジメント実践の目的を持ち、実践していくに際して、認識すべき「DO(すべきこと)」、「DO NOT(してはならないこと)」を以下に示す。

- 介護施設におけるリスクマネジメントは、「利用者の視点に立ち、利用者の安全確保を最大眼目に置いたサービスの質の向上と利用者満足の向上を目指した組織一丸となったリスクの予知・予測・予

⁴ 福田隆(2009:11)の表4を参照。

防に重点を置いた活動」でなければならない。

- 安全でないサービスはあってはならない。また、サービスの質の向上度合いを判断するのは利用者を含む組織の外に位置するステークホルダー（利害関係者）である。利用者満足を含む利害関係者の満足度を上げていくための活動がリスクマネジメント活動でもある。
- 組織の理念具現化への阻害要因もリスクであり、リスクマネジメントの実践によって解消していかなければならない。
- 介護事業がサービス事業であることを前提にしたリスクマネジメントの構築と実践が行われなければならない。サービス全般の特性や介護サービスの特性・特徴⁵を念頭に置かないと、想定外の思わぬリスクが発現してくる。契約の時代に介護サービスの本質に根ざすリスクの発現は言語道断である。最大のリスクである信頼や評判の失墜を招くことになってしまう。
- 「事故」と「事件」の違いを認識するとともに、「介護事故」および「ヒヤリハット事象」について定義をし、その定義を組織全員の共通言語としていかなければならない。
 - ・一般的に「事故」とは、偶然・偶発的に発生した出来事であり、「事件」、「不祥事」とは、人為的要因が色濃く、意識的・意図的に発生させた出来事をいう。この違いを認識しておかなければならない。しかし、こうした一般的な事故の定義がそのまま「介護事故」の定義に当てはまるかということ、あまりにも抽象的であるため組織全員の共通言語とはなりにくい。介護事故について、一義的に定義することの難しさはあるものの、ここでは「介護施設における介護サービス提供の全過程において（事業者や職員の有責・無責を問わず）利用者に生じる身体的・物理的被害」と定義する。また、「ヒヤリハット事象」とは、「事故に至らないもので、事業所や職

員の日常業務の中でヒヤリとしたり、ハットしたりした事象をいう」と定義する。

- ヒヤリハット活動もリスクマネジメント活動の一部である。ヒヤリハット活動で得られる結果をリスクマネジメント活動におけるリスクの特定（発見・把握）に組み入れ、リスクマネジメント活動の一部としていくことが肝要である。まるで別々の活動であるとの認識に基づく実践であってはならない。なお、安全にかかわるルール遵守の徹底はコンプライアンス実践活動の範疇である。これらの棲み分けと組織としての統合的活動が肝要である。
- 事故、事件に代表されるリスクの発現結果をマネジメントすることだけがリスクマネジメントではない。結果リスクを発現させる可能性のある種々の原因・要因リスクをマネジメントするのがリスクマネジメントの本来の目的の一つである。また、結果リスクが発現した場合に迅速に平常時に回復させていくためのマネジメント活動が危機管理（クライシスマネジメント）である。
- 事後対応中心のリスクマネジメントの実践であってはならない。事前対応が大切であることを忘れてはならない。リスクマネジメントは、事前対応と結果リスク発生後の事後対応の2つから構成されるマネジメント活動である。また、事後対応についても結果リスクが発現してから対応策を検討しても遅きに失する。平時に事後対応策も策定しておかなければならない（図3）。

⁵ 福田隆（2009）中の「3. 介護サービスの特性」、「4. 利用者の立場に立った介護サービスの提供」を参照。

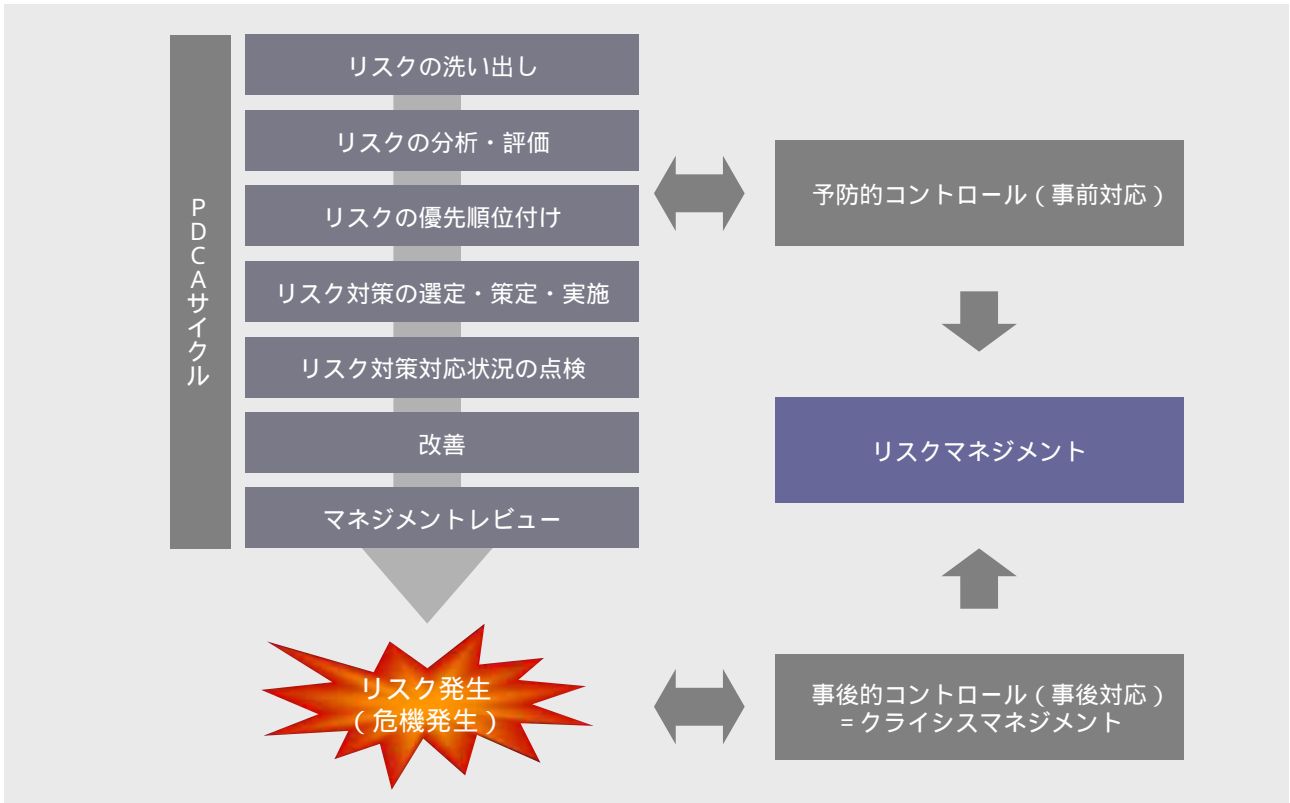


図 3 リスクマネジメント (RM) の範囲

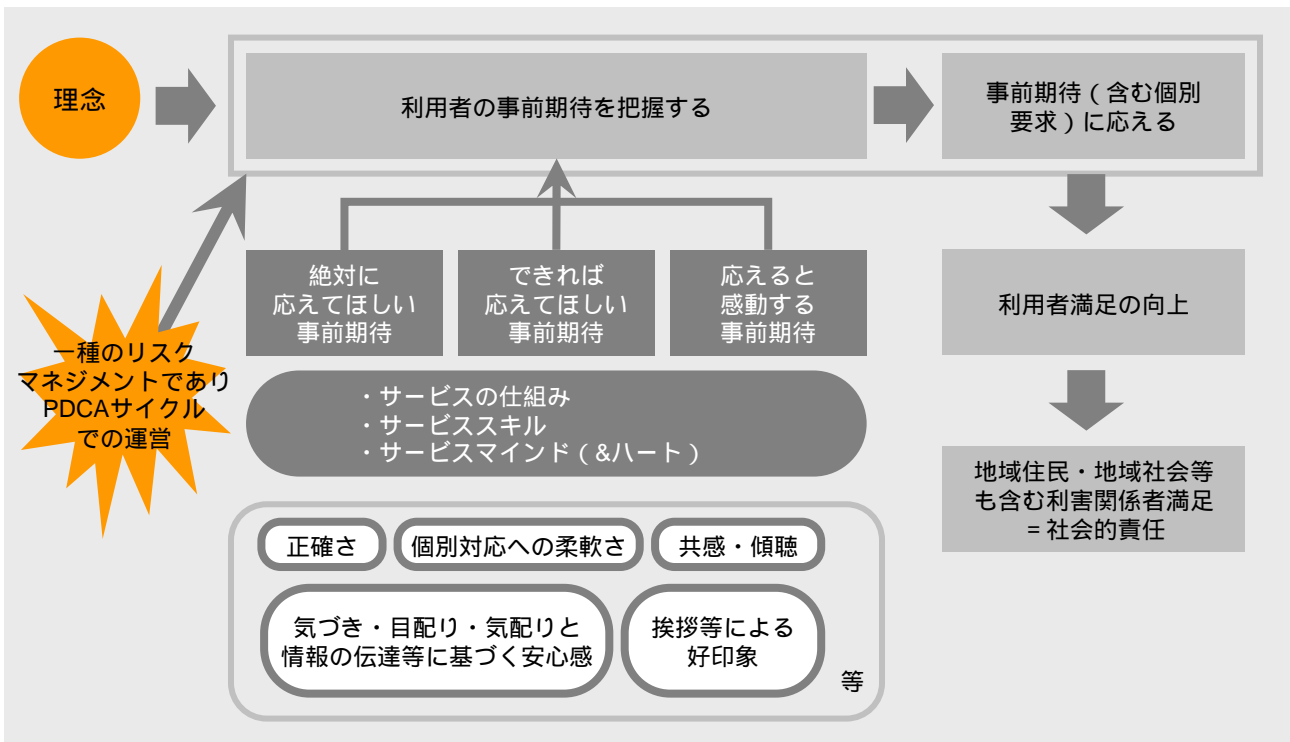


図 4 利用者の事前期待の把握と対応

- 信頼が得られる，信頼関係に基づくリスクマネジメントの実践でなければならない。信頼を得る，信頼関係を築くには，利用者の心身面の把握が必要であり，家族を含む利用者の事前期待を細かく把握し，その期待に応えていけるようにしなければならない。利用者の事前期待の把握及びその期待に応えていくこともリスクマネジメントの重要な目的の一つである（図4）。なお，事前期待の把握には「ケアマネジメント」が欠かせない。ケアマネジメントのコアであるアセスメントは，利用者の生活全般の解決すべき課題やニーズを見極めるためのアセスメントでなければならない。形式的なものであってはならない。このアセスメントに基づきケアプランの作成をはじめとするケアマネジメントが始まっていくわけであるし，また，家族を含む利用者の生活の背景や家族を含む利用者の思いや気持ちを知る重要なフェーズであることを十分に認識しておかなければならない。アセスメントをしっかりやることが，将来のリスク軽減に繋がっていくことにもなる。なお，ケアマネジメントもリスクマネジメントに包含されるものであり，ケアマネジメントの実践から得られるものがリスクマネジメント活動のリスクの特定（発見・把握）にも関係するとの認識と実践が肝要である。不十分なケアマネジメントによるリスクの発現は回避していくようにしなければならない。
- 利用者自身は予防策を講じることができず，安全について事業者に依存せざるを得ないということを念頭に置いたリスクマネジメントの構築と実践でなければならない。
- 他事業者においてどのような事故が発生しているのか，常に関心を持ち，自組織のリスクマネジメントの実践に役立てていくようにしなければならない。
- 厚生労働省 社会・援護局福祉基盤課に設置された「福祉サービスにおける危機管理に関する検討会」においてまとめられ，2002年4月に公表された「福祉サービスにおける危機管理（リス

クマネジメント）に関する取り組み指針 利用者の笑顔と満足を求めて」⁶，2001年3月に全国社会福祉協議会が公表した「福祉サービス事故事例集（福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書）」⁷，厚生労働省の2008年度老人保健健康増進等事業による「介護事故の実態と対応策についての調査研究報告書」⁸などが公表されている。なお，これらに共通して，介護施設で多く発生している事故類型として「転倒」，「転落」，「誤嚥」が挙げられる。

- 訴訟事案から訴訟に至った原因・要因とそれらに対する対応状況，責任について学び，リスクマネジメントの実践活動に活かしていくようにしなければならない。
- 介護に関わる事故が法的問題となると，様々な場面で安全にどう配慮したかとの「安全配慮義務」に違反したか否かという形で問題となることが多い⁹。「安全配慮義務」には「結果発生予見義務」と「結果発生回避注意義務」とがある。介護サービスの提供に際してリスクを予測し，それを回避するよう注意してサービスをすることにより，要介護者の安全を確保し，自立を支援し，快適さを感じてもらうことが義務づけられていることを常に念頭に置いた組織活動を行っていかなければならない。
- 「安全配慮義務」は，職員による見守りやケアなどの人の観点からばかりではなく，施設の建物，設備，什器備品類など物の設置・管理の観点も関係する。人的リスクのみならず物的リスク，つまり施設の生活空間としての安全性にも十分な対策

⁶ 福祉サービスにおける危機管理に関する検討会，2002，「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針 利用者の笑顔と満足を求めて」。

⁷ 全国社会福祉協議会（企画部），2001，「福祉サービス事故事例集（福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する調査・研究事業報告書）」。

⁸ 三菱総合研究所，2009，「介護事故の実態と対応策についての調査研究報告書」。

⁹ 本誌参考資料2及び3を参照。

を施し、事故等に至るリスクを軽減、回避していくようにしなければならない。なお、経済産業省および消費者庁が行っている重大製品事故情報によっても、電動を含む介護ベッド、介護ベッド用手すり、電動を含む車椅子、歩行補助車、電動介護リフトなどによる製品事故がみられている。これら福祉用具の安全性についても常に関心を払い、適切に使用し、事故等の発生防止に努めていくようにしなければならない。

- 事故、事件等として顕在化するまでに組織内に数多くのリスクが潜在しているはずである。潜在リスクや要因把握のためにも出された「苦情」を有効に活用していくようにしなければならない¹⁰。
- 利用者とその家族は、自己の期待と組織が実際に行う活動や対応との間にマイナスのギャップがあったときに怒りの感情を持つ。利用者とその家族の期待と組織が実際に行っている活動や対応との間のギャップがリスクと捉えられる。また、利用者とその家族からの問題提起であるとも捉えなければならない。このようなリスクや問題提起が再び発現しないように改善のための対策を常に講じていくことが「苦情対応」という名のリスクマネジメントである。「苦情対応」もリスクマネジメントの側面を持つことを忘れてはならない。
 - ・ 苦情対応において、家族を含む利用者一人ひとりの要望や苦情にすべて応えていくようにすることが理想であるが、現実には困難な場合も多い。そのような場合でも、説明して納得を得よ

うとするプロセスを踏むことが信頼の構築につながっていくことになる。

- ・ 苦情段階で適切な対応をしないと訴訟にまで発展していく可能性もあり得る。
- ・ 苦情対応は、発生していることを解決すればそれでよしとするものではない。苦情という形でもたらされた情報をもとに原因、要因を迅速に探求し、再発を防止し、将来にわたって現在の利用者のみならず潜在的な利用者離れを起こさないように改善を繰り返す。これは、組織のファンを作っていくためにも有用なものである。苦情対応は防御の側面ばかりではないことも念頭においた対応をしていかなければならない。
- ・ 苦情対応の主な対象は、利用者とその家族であるが、それ以外の職員を含む組織を取り巻くステークホルダー（利害関係者）も対象とした実践が望まれる。コンプライアンスの観点から内部通報システムの構築が必然であるが、内部通報も組織として抱える諸リスクに対する職員からの苦情である。リスクマネジメント活動にこれらの声を生かしていくようにしなければならない。
- ・ 苦情には利用者やその家族等のステークホルダーからの不満や要望等も含まれる。苦情の対象を狭く捉えるのではなく、出来るだけ広く捉えていくようにしなければならない。何のために苦情対応をするのか、苦情対応の本来あるべき目的、対象を想起していただければ現に発生しているクレーム解決のみではないことはご理解いただけるはずである。
- ・ 個人情報やプライバシーに厳重に配慮したうえでの苦情情報の組織内での共有化も必要である。共有化されなければ、組織対応の改善、是正等に繋がっていかない。なお、共有化するためにも記録の励行がなされなければならないことはいうまでもない。

¹⁰ 平成 21 年 9 月 7 日に東京都国民健康保険団体連合会から公表された平成 21 年版「東京都における介護サービスの苦情相談白書」によると、2008 年度に受けた苦情などの件数は 3654 件で、前年度と比べて 414 件の減少、2006 年度からは 2404 件の減少となっている。また、平成 20 年度に最も多かった苦情は、「サービス提供・保険給付」によるものが、1,569 件、「保険料」が 1011 件、「要介護認定」が 295 件の順となっている。「サービス提供・保険給付」による 1569 件を苦情内容別にみると、「従事者の態度」が 19.6% (307 件) と最も多く、次いで「管理者等の対応」が 19.4% (304 件)、「説明・情報の不足」が 18.9% (296 件) となっている。

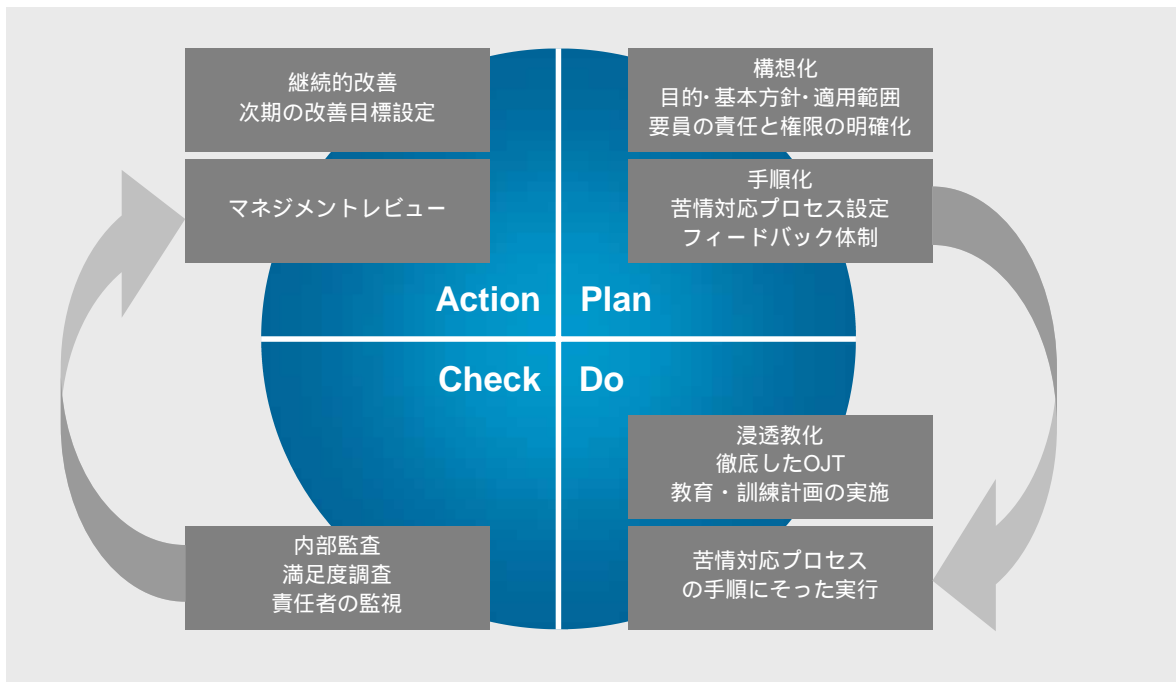


図 5 苦情対応マネジメントシステム

・なお、2005年6月20日には、「苦情対応マネジメントシステムの指針（JIS Q 10002: 2005）」が制定されている¹¹。JIS Q 10002: 2005 を活用して、自組織の苦情対応システムとのギャップを把握し、本指針が求めているシステムに苦情対応体制を合致させていくことを検討、実行していくべきである（図 5）。

- リスクマネジメントにて、対象とすべきリスクは多種多様である。リスクの洗い出しに漏れがあると、利用者を取り巻くさまざまな潜在リスクを前提にしたうえでの援助を必要とする利用者に対して、安心して生きがいを持った生活をしてもらうことへの阻害リスクともなってしまう。どのような要因・原因リスクをも含めたリスクを洗い出しするのか、組織としての確固たる指針と職員等に対する提示が大前提になければならない。リスクの洗い出しに不備があると、その後のリスクマネジメント活動の展開に欠陥が内在することになっ

てしまうので注意が必要である。また、対象とするリスクは、日常の業務活動から生ずるリスク（純粹リスク：利得の可能性はなく、起こり得る結果の範囲が損失となるリスクが大半である）のみではない。事業経営に関わるリスク（投機的リスク：事業計画に関連するリスクや資金調達戦略リスク、事業拡大リスクなど精緻な計画に基づかず実行した場合、損失を被ることもあれば、利得を得ることにまで広がり得るリスクであり、過去にリスクマネジメントの対象リスクとして実践がされてこなかったリスク）も対象としていかなければならない（図 6）。

- リスクマネジメントの実践では、諸リスクへの対応について、洗い出したリスクすべてについて、図 7 の4つのパターンの中のいずれかを組織として選択・決定し、実行していくことになる。ただし、リスクマネジメントの実践において目指す目標は、たとえば日常の業務活動から生ずるリスクについては「回避対応」、「転嫁対応」や「許容対応」ではなく、リスクの「低減対応」でなければならない。

¹¹ 本指針は、あらゆる組織の苦情対応についての必要な要件を定めた国際規格であり、認証の目的で制定されたものではない。本指針に合致した苦情対応マネジメントシステムを実施していれば自らの責任で宣言できる自己適合宣言型である。

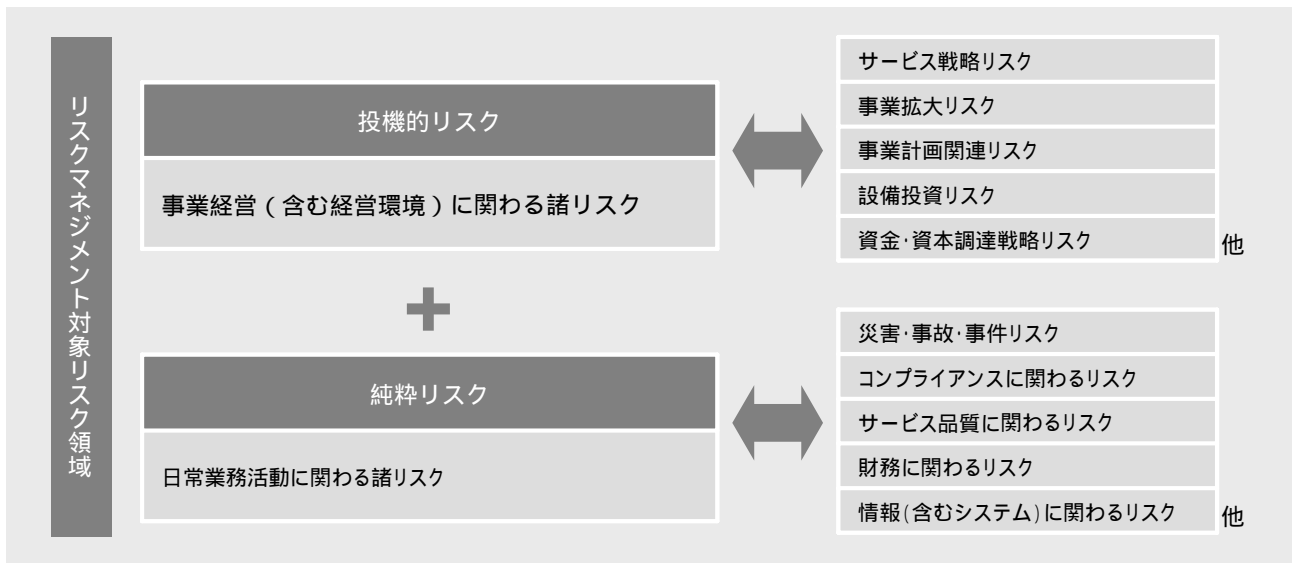


図 6 リスクの諸類型

パターン	説明	具体例
回避対応	リスクの原因、要因となる諸活動を中止あるいは見合わせる。	<ul style="list-style-type: none"> 業務の見直し 活動・業務のプロセスの見直し システム等の見直し
低減対応	リスク発生の可能性や発生した場合の影響度を低くする。	<ul style="list-style-type: none"> 内部統制の強化 未然防止策の実施 組織体制の強化 緊急時対策
転嫁対応	リスクの一部または全部を組織の外部に転嫁することで影響度を低くする。	<ul style="list-style-type: none"> 損害保険の付保
許容対応	特別な対策をとらずそのリスクを受け入れる。	<ul style="list-style-type: none"> 全面的なリスクの受け入れ 許容レベルの設定

図 7 リスク対応の4つのパターン

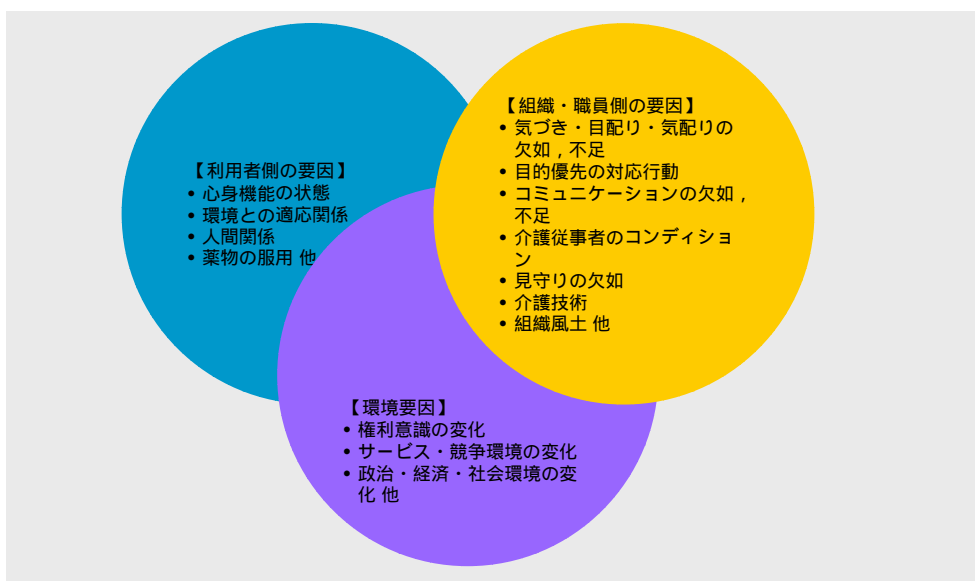


図 8 3つのリスク要因

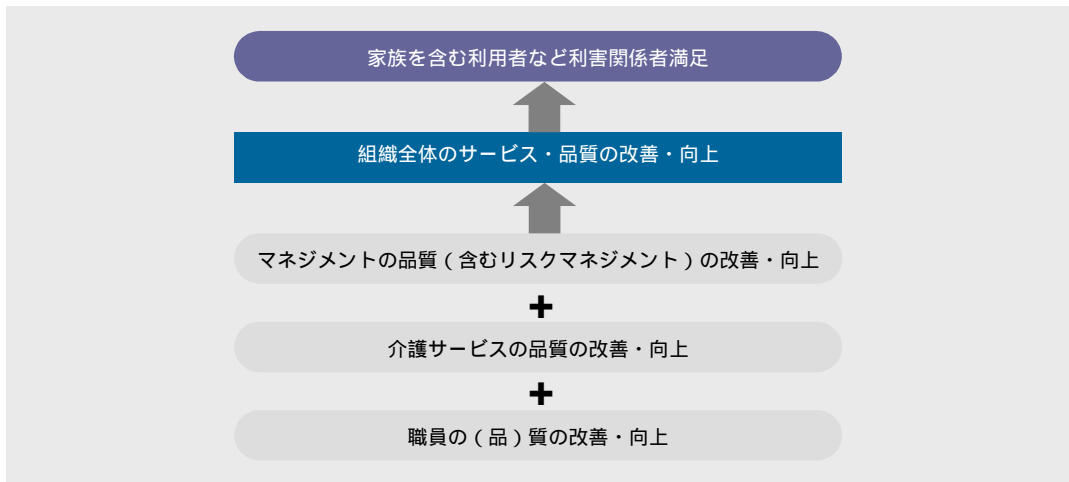


図 9 利害関係者満足へのステップ

- リスクの洗い出しの際に、リスクの発現や重大化までの時間軸も考慮しなければならない。つまり、短期的な視点と長期的な視点の両方から個々のリスクや要因を検討、検証しなければならない。窒息や転倒などは短期的なリスクであり要因も含めて洗い出しがしやすい。一方、必要なケアが提供されない、不十分なケアの提供により月日が経過するにつれて悪化していくような長期的なリスクや要因は想定外とされてしまいがちである。しかし、リスクの洗い出しの際に長期的なリスク発現の可能性や要因も検討するようにしなければならない。
- ・ リスクの洗い出しの際に、図 8 に示す 3 つのリスク要因の視点、およびこれら 3 つのリスク要因が絡み合うことによる総合的な要因からの洗い出しが必然である。

先述のとおり、「理念の確立」、「ケアマネジメントの励行」、「コンプライアンス実践活動の励行」、「ヒヤリハット活動の励行」および「苦情対応活動の充実」など、介護事業者として抱える諸リスクに関する諸活動もリスクマネジメントの実践活動の一部である。マネジメントの欠如もリスク顕在化の重要な要因の一つとなる（図 9）。

また、介護サービスは無形性、同時性、非可視性の特性を有するサービスでもある。そのため、直接

利用者と接する職員の技術は勿論のこと、家族を含む利用者に対する職員の接し方など、職員の人的資質に大きく依存するサービスである。そのため、介護に関わるリスクに関する研修や教育のみならず、職員の高い使命感やモラル、リスクマインドが求められる。

リスクに関わる一元的な活動とリスクに気づき、密室化しやすい事業所内で意見が出し合え、対策も論議でき、また、経営層に「ホウ（報告）」、「レン（連絡）」、「ソウ（相談）」が迅速かつ違和感なくできる組織風土もなければならない。情報の遅れ、欠如や時間間隔の欠如もリスク顕在化の重要要因の一つとなる。

事故、事件等リスクが顕在化すれば、リスクマネジメントの後段部分であるクライシスマネジメント（危機管理）を迅速に実践していかなければならない。なお、事故、事件等によりリスクが顕在化すれば、対処アクション如何により、利害関係者は本当にこれだけなのかとの疑いを抱くのが常である。図 10 は筆者がハインリッヒの法則を基に作成したものであるが、1 件の事故、事件等リスク顕在化の水面下には、きっと事故、事件等リスクが顕在化する予兆や前兆現象が多くあったはずである。予兆や前兆事象をリスク顕在化に至らせないためにもリスクマネジメントの実践が必要である。

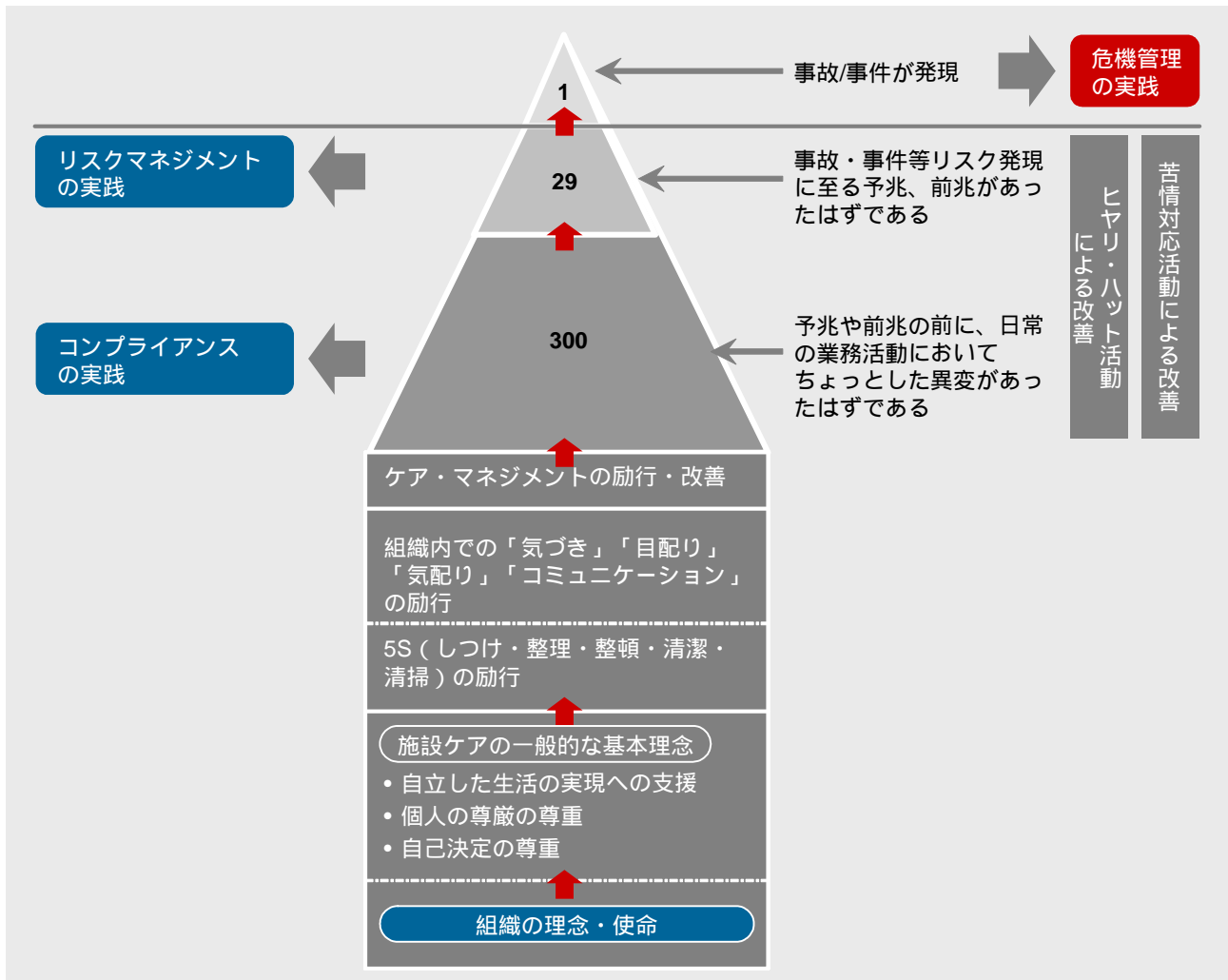


図 10 組織の理念・使命に基づき実践していくべきリスクに関わる諸活動の体系

また、予兆や前兆の前に、日常の業務活動や組織運営においてちょっとした多数の異変事象があったはずである。何故、予兆や前兆事象を沈静化できなかったのであろうかとの疑問、あるいは本当に顕在化した1件のリスクのみであろうかとの疑問を抱く。予兆や前兆事象をリスク顕在化に至らせないためにもリスクマネジメントの実践が必要である。また、予兆や前兆の前に日常の業務活動や組織運営においてちょっとした多数の異変事象があったはずである。何故経営層にまでそれら異変事象が、都度、「報告・連絡・相談」されなかったのであろうかとの疑問を持つものである。ちょっとした異変を大事に至らせないためにもコンプライアンス活動を実践していかなければならない。コンプライアンスとリスクマネジメントにて対処すべきリスクコントロール活動の

一部が「ヒヤリハット活動」でもある。コンプライアンスとの関係では、守るべき諸ルールを守らないことによるヒヤリハットが「ヒヤリハット活動」の代表的対象であり、リスクマネジメントとの関係では、職員つまり人的要因によるヒヤリハット、移動中の転倒・ふらつき、車椅子、ベッド等からの転落、配薬ミス、利用者の自力行動による転倒・転落などが「ヒヤリハット活動」の代表的対象であろう。

苦情として、利用者の家族や利用者自身、その他利害関係者からの安全や安心に関する「ちょっと変だ」、「どうもおかしいのではないか」などの問い合わせ、「納得がいかない」、「対応のやり方を変えて欲しい」、「こうして欲しい」などのクレーム、「こうして欲しい」などの要望等が寄せられているはずである。これら苦情にきっちりと対応していくことにより利害関係者との

【1】 躰（しつけ）	一人ひとりが決めたことを必ず守り、実行できる心がけを養成し、かつ習慣づけましょう。また、おじぎ、視線、態度などの礼儀作法をきっちりとしましょう。誰もが気持ちの良い事業所環境を作りましょう。
【2】 整理	必要なものと不要なものに分けましょう。不要なものは片付けましょう。
【3】 整頓	整理にて分けた必要なものを、すぐに使用できるように、置き場所、置き方を決め、表示などを確実にし、決められた場所に置くようにしましょう。
【4】 清掃	ゴミ、汚れなどのないきれいな状態にしましょう。
【5】 清潔	3S（整理、整頓、清掃）を徹底して実行し、汚れのない気持ちの良い仕事場を作りましょう。
【6】 誠意	何事にも誠心誠意行いましょう。心から誠意を持った業務・サービス活動を行いましょう。
【7】 スピード	時間は有限です。迅速かつ丁寧な対応をするとともに迅速に行動するようにしましょう。

* 上の7Sのうち「躰（しつけ）」の項目の太字部分が最も重要であり、その「躰（しつけ）」の習慣化が基点となり、その他の6Sがうまく機能するようになる。

図 11 7S の励行

より良い信頼関係が構築されていくことになるし、また日々刻々と変化する利用者の状況に気づかなかったことによるリスクの未然防止にも役立つ。さらに、介護サービスの質の向上にも多いに寄与する。苦情対応もコンプライアンスやリスクマネジメント活動の一部としての実践が望まれる。さらに、「リスクマネジメント活動」、「コンプライアンス活動」、「ヒヤリハット活動」、「苦情対応活動」、「ケアマネジメント活動」などのリスクに関わる諸活動実践の根底に、組織内における、お互いの「気づき」「目くばり」「気くばり」「縦横のコミュニケーション」の励行が違和感なくできる組織風土がなければならないし、7S（「しつけ」「整理」「整頓」「清潔」「清掃」「誠意」「スピード」）の励行がなければならない（図 11）。種々の問題を「生まない」「育てない」「見逃さない」組織風土や「見ざる」「聞かざる」「言わざる」の「3 ざる」が蔓延しない組織風土づくりなどを併行して行わないとリスクに関わる諸活動の実践が形だけのものになってしまう。

2. リスクマネジメント活動展開の基本的留意点

2.1 リスクマネジメント実践の発展的の目標を持ち、着実にステップ・アップしていくようにしなければならない

介護事業においても利用者に対する安全対策のみがリスクマネジメントの対象領域ではない。利用者に対する安全対策の実践は介護事業者が実践しなければならないリスクマネジメントの基盤である。

- ・一般的に、かつては、特に安全面の欠如等により事故、事件等に結びついていく個々のリスクに対するリスクマネジメントが主流であった。しかし、1990年代以降、全社的な観点から種々のリスクを包括的に評価し、管理する「全社的リスクマネジメント」もしくは「ERM(Enterprise Risk Management)」¹²と呼ばれる概念が提唱され、日本でも、会社法¹³と金融商品取引法¹⁴の2つのルートから自社のみならず企業グループ全体で

¹² 「統合リスクマネジメント」、「トータルリスクマネジメント」などの名称で紹介されてもいる。

¹³ 規模がある一定以上の会社に内部統制システムの整備が義務付けられている。

¹⁴ 有価証券報告書を提出しなければならない会社で上場している会社などに対し、内部統制報告書の提出が義務付けられている。

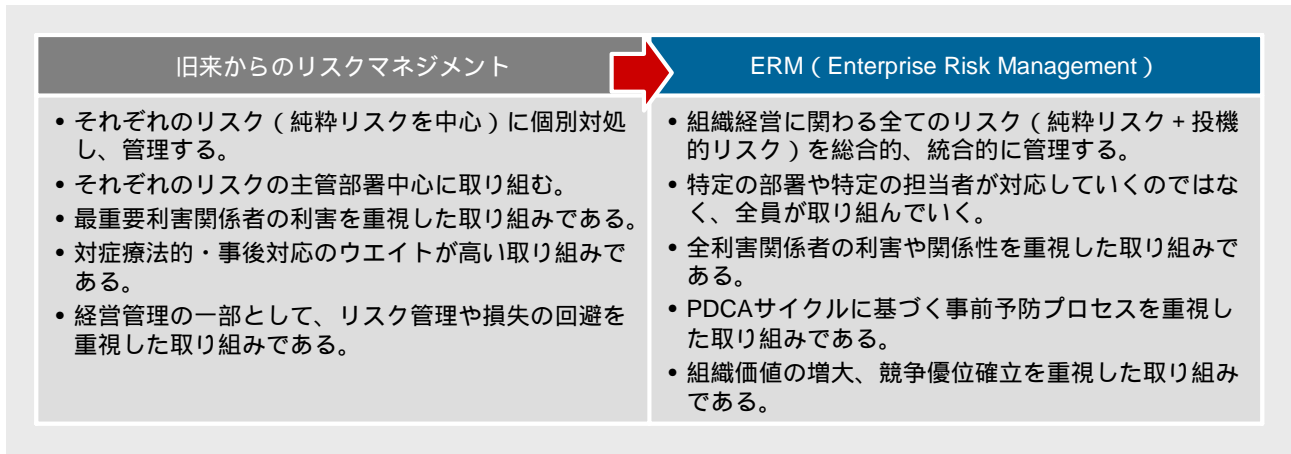


図 12 旧来型のリスクマネジメントと ERM (Enterprise Risk Management) の比較

の内部統制システムの確立が義務付けられたことにより、新たなリスクマネジメント手法として産業界を中心に定着化しつつある（図 12）。

- 介護事業者において、「全社リスクマネジメント」や「ERM」にて取り上げ、対処していくべき諸リスクは、次ページ表 1 のとおりである
- リスクマネジメント規格についても、2001 年に「JIS Q 2001: 2001（リスクマネジメントシステム構築のための指針）」が制定され、浸透が図られてきた。2009 年 12 月には、組織の目的に好ましくない影響を与える要因のみならず、好ましい影響を与える要因も組織に対するリスクと捉え、組織経営の最適化をゴールとするリスクマネジメント規格「ISO 31000(Risk Management Principles and guidelines)」が制定されており、2010 年には ISO 31000 の制定に基づき JIS（日本工業規格）化の方向性が確実となっている現状にある。

- 2.2 介護サービスに係る安全対策・事故防止策などからなるリスクマネジメント(本稿で旧来型と称しているリスクマネジメント)をまず強固なものとした上で、順次近時求められているリスクマネジメント体制及び態勢の整備へステップ・アップしていくようにしなければならない
- 利用者の直接の安全・安心を確保することが介

護サービス提供に当たっての基本であることはいうまでもない。旧来型のリスクマネジメントの強化によって利用者の直接の安全・安心確保の基盤を強固なものとしていかなければならない。特別養護老人ホームを例にあげると、「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成 11・3・31 厚令 46，最新改正平成 20 厚労令 137）」第 31 条「事故発生の防止及び発生時の対応」並びにこの基準省令に対する解釈通知である「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について（平成 12・3・17 老発 214，最新改正平成 20 老発 0410001・老発 0901002）」に規定されている内容¹⁵からもそのことが明らかであるといえる。なお、旧来型のリスクマネジメントの強化は、特別養護老人ホームのみではなく、介護サービスを提供するあらゆる形態の事業者がやらなければならないことである。

- 2009 年 3 月に東京都福祉保健局により公表された「社会福祉施設におけるリスクマネジメントガイドライン」において、社会福祉施設においてリスクマネジメントを行う目的を、「利用者またはその家族に被害を与えない」こと、つまり介護事故予防のためのマネジメントとして捉えている。また、社会福祉施設におけるリスクマ

¹⁵ 本誌参考資料 4 を参照。

表 1 介護事業者において ERM (Enterprise Risk Management) として対処していくべきリスク

事業経営に関わるリスク (投機的リスク)	日常業務活動に関わるリスク (純粋リスク / 投機的リスク)
経営戦略上の意思決定の不確実性	適正かつ効率的な事業遂行に係る不確実性
<ul style="list-style-type: none"> • 新規事業分野への進出に係るリスク • 事業分野の拡大に係るリスク • 既存事業分野への投資に係るリスク • 借入金の増大に係るリスク • 財務運用に係るリスク • 人材登用の失敗に係るリスク • 組織硬直化に係るリスク 他 	<ul style="list-style-type: none"> • 補助金の不正受給 • 介護等報酬の不正請求 • 職員による窃盗事件 • 労務・人事(差別・セクハラ・パワハラ等)リスク • 設備什器備品など組織資産の私的流用, 利益相反行為(組織の活動に仮装した個人の利益をはかる行為など)に係るリスク • 経営者等のスキャンダルに係るリスク • 苦情対応の不備などに係るリスク • 資産運用に係る財務リスク(保有 資産の売却・保留など) • 虚偽・誇大等の不当表示・情報関連(システム障害, 個人情報漏洩, 情報セキュリティ対策の不備, 電子メール, インターネットの私的利用)に係るリスク • 反社会的勢力との癒着に係るリスク • 騒音, 悪臭, ゴミの不法投棄などの環境関連リスク • 火災・漏電事故・施設・設備の瑕疵 • メンテナンス不良・故障等の事故 • 職員の暴言や暴力行為 • 感染症・食中毒・各種事故 • 職員の不適切業務遂行や安全対策等の不備による利用者が被る各種事故 • 利用者同士のトラブル • 利用者の自殺 • 火傷等自傷事故 • 野犬等の野生動物や害虫による被害事故 他
予測可能な外部からのリスク (投機的リスク)	予測が不可能な外部からのリスク (純粋リスク)
<ul style="list-style-type: none"> • 法令の改正や新設等, 制度変革によるもの • 他ライバル組織の進出や動向によるもの • 市場の潜在利用者のニーズの変化によるもの • 種々の社会情勢, 社会環境の変化によるもの(政権交代や規制緩和などの政治・経済・社会の変化によるリスク) 他 	<ul style="list-style-type: none"> • 自然災害によるもの (地震・台風・水災・風災等) • 中傷・風評によるもの 他

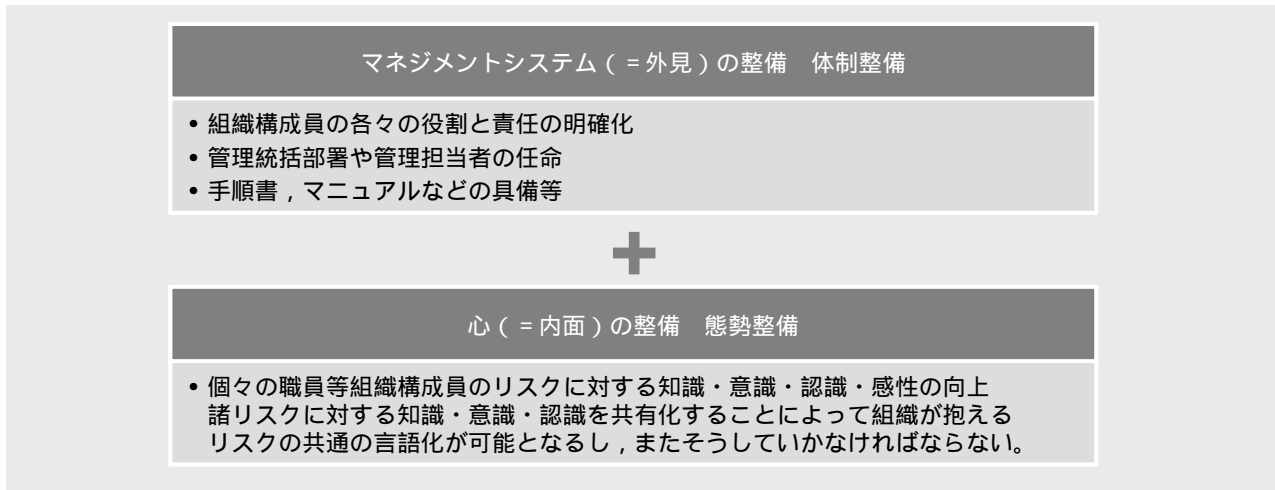


図 13 体制及び態勢の整備

マネジメントの位置づけについて、新しい取組みを求めるのではなく、従来から各施設で行われてきている介護事故予防のための個々の取組みに基づいて、リスク（利用者またはその家族に被害を与えてしまう事象）を捉え、これをマネジメントしていく活動であるとしている。まさに旧来型のリスクマネジメントの実践の強化を提唱していると理解すべきである。

- ・利用者の直接の安全・安心をより確保していくために実践強化をしなければならない旧来型のリスクマネジメントであれ、近い将来におけるERMの実践であれ、マネジメントシステムの整備は当然のこと、職員等組織構成員全員の心の整備もなされてはじめて、利用者やその家族のみならず介護サービス提供事業者を取り巻く利害関係者からの信頼を勝ち得ていけることになる（図 13）。

態勢なくして体制がうまく機能していくはずがない。介護サービスと一般のサービスには相違がある。介護は、個々の職員等組織構成員全員が個々の利用者の特性を十分に認識したうえで、個々の利用者の属性に見合ったサービスを提供していかなければならないサービスである。また、介護サービス提供事業者およびその構成員には、一般のサービスよりも個々の利用者の安全・安心に配慮する高度の注意義

務がある。こうしたことが、「体制」も大事であるが「態勢」がより重要であることの理由として指摘できる。

2.3 事前対応策であるリスクマネジメントと事後対応である危機管理（リスクマネジメントの一部である）は同じ PDCA サイクルで実行していくようにしなければならない

旧来型のリスクマネジメントの強化に際し、平時に事前対応しなければならないリスクと事故等が発生した際の事後対応しなければならないリスクに変わりはない。同一のリスクである。事前対応リスクマネジメントの各ステップにおいて留意すべきポイントを以下に記載する（図 14）。

【ステップ 1】経営トップの決意および意思の表明
リスクマネジメント（含む危機管理）の基本方針を文書化し、施設内に掲示等をする。

- 基本方針の事業所内への掲示は当然やらなければならないことである。1 箇所のみでなく例えば各階に掲示するなど、見てもらえるようにもしなければならない。また、掲示のみが可視化ではない。ホームページや広報誌などあらゆる媒体を通じて職員、利用者やその家族などの利害関係者に対して基本方針を可視化しなければならない。
- 基本方針は誰が定めたのかが分かるものでなけれ

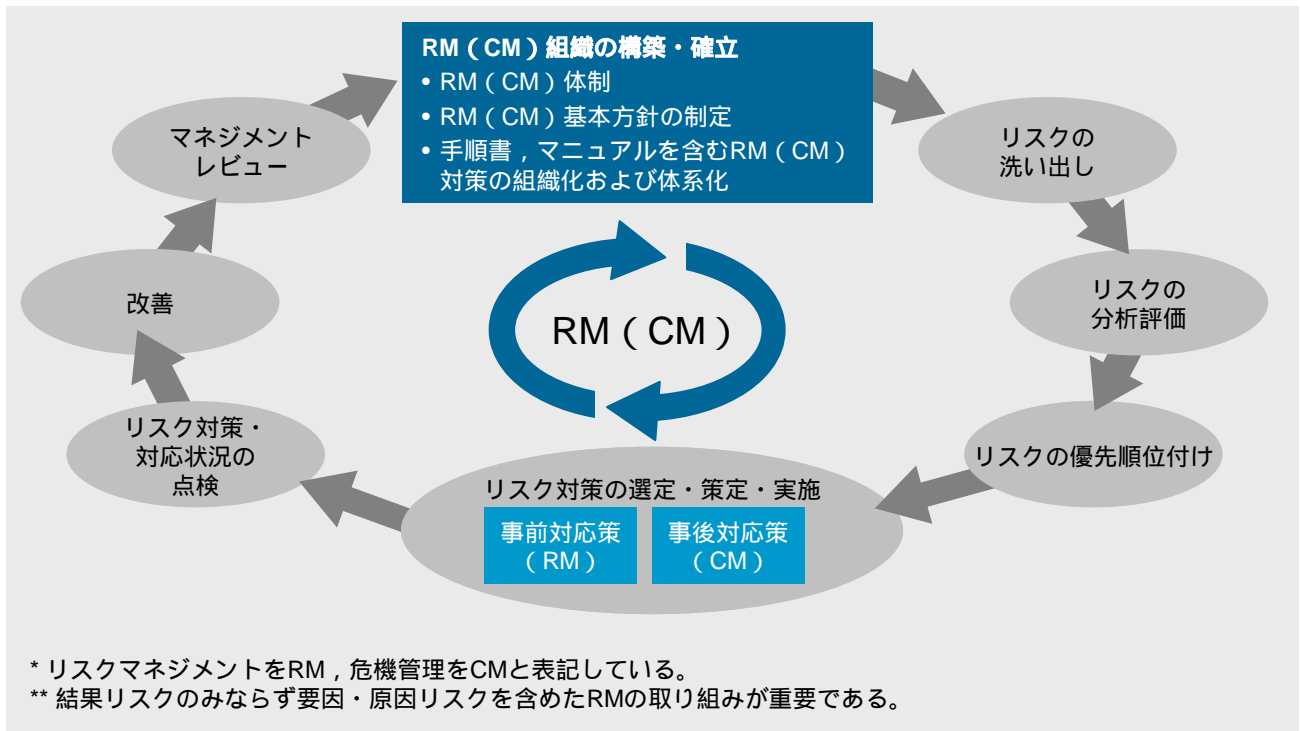


図 14 リスクマネジメントの取り組み方法

ばならない(事業所名, 肩書, 顕名)

- 職員の全体会議や朝礼などでの唱和, 採用時研修や組織内研修などの既存カリキュラムへの付加等により周知徹底していかなければならない。周知徹底がなされなければ基本方針策定の意味がなくなってしまうことになる。

【ステップ2】リスクマネジメントの体制づくり

リスクマネジメント委員会を設置する。リスクマネジャー(管理責任者)を任命する。

- 例えば, 理事長の諮問機関あるいは理事会の諮問機関とするなど, リスクマネジメント委員会の組織内での位置づけを明確にしたうえで, 組織内外に公表するようにしなければならない。
- 既にいくつかの委員会が存在しているかもしれない。既存の類似委員会との関係も明確にしなければならない(リスクマネジメント委員会を既存の類似委員会の最上位に位置づけ, 既存類似委員会から報告を求める, 指示をするなど)。
- 施設が複数ある場合には, 本部のリスクマネジメント委員会の派生機関として本部以外の施設にも

リスクマネジメント委員会を設置し, 情報の共有化を図るとともに, 方針や対策などの統一化を実現していくようにしなければならない。

- リスクマネジメント委員会, およびリスクマネジャーが中心となってリスクマネジメントの実践を行うが, 職員の意見等に耳を傾けることなく独断・独自にて実践を進めていくことがあってはならない。
- リスクマネジメント委員会規定, リスクマネジメント実践の組織体系図の作成のみならず, 理事長などの経営トップ, 経営層, リスクマネジャー, 委員会メンバーがリスクマネジメントの実践にて果たす役割と責任を職務分掌規定に明記しなければならない。リスクマネジメントの実践は組織としてやらなければならない必須の業務の一つであることを職務分掌規定などで表明することが肝要である。

【ステップ3】リスクの発見・確認(リスクの洗い出し)

リスクマネジメント委員会を中心に, 過去発生し

表 2 リスクの評価基準例

発生頻度 \ 損害の大きさ	死亡・重傷（症）・重度の後遺症となるような致命的事象，重大な社会的信用・評判の失墜に繋がる等	致命的事象に至らない重大事象，社会的信用・評判に大きな影響を与える等	軽度な損傷に留まる，信頼関係の喪失に繋がる等	左記のいずれにも至らない事象等
1. 確実に発生する、現在発生している等	16	15	12	8
2. 過去に経験がある、発生の可能性が高い等	14	13	10	5
3. 自組織では経験がないが、他社で発生しているなどから発生の可能性がある等	11	9	6	3
4. ほとんど発生の可能性はない等	7	4	2	1

* 数値が大きいかほど重要度が高い

た事故・事件，ヒヤリハット事例，苦情対応記録，他事業者での過去の事故・事件，他業種での過去発生の事故・事件で参考となるものなどのデータを収集・整理する。これによって，発生が想定され得る結果リスクおよび要因・原因リスクをすべて洗い出し，一覧化する。

● 記録として残されていないものがあるかもしれない。今までの報告等記録を整理することは当然であるが一定期間を設け，職員等に対してヒヤリハット事例や報告していない事例などの報告を改めて要請し，補完していくようにしなければならない。その場合，洩れなどがあったことに対して職員等を罰することがないことを明示したうえで要請をすることが肝要である。

・ 組織としてリスクを分析・評価していくに際して，洗い出しをした諸リスクに重なりや抜けなどがないように，体系的に一覧化する必要がある。

表 3 リスク評価レベルの例

発生頻度 × 損害の大きさの積	評価レベル
14～16	組織にとってあってはならない問題であることなどから，直ちに改善あるいは中止などする
10～13	組織にとって重大な問題を内包することなどから，優先的に改善を速やかに実行する
6～9	改善，教育，研修等により現状を変える
1～5	現状維持とする

【ステップ 4】リスクの分析・評価（リスクの優先順位づけを含む）

リスクマネジメント委員会を中心に洗い出しをしたすべての結果リスクおよび要因・原因リスクを分析

するとともに各リスクの重要度を評価し、取り組む優先度を決定する（表2、表3）。

- リスク評価に際しては、あらかじめ設定したリスク評価基準に照らして、洗い出しをしたすべてのリスクをリスク評価レベルに基づいて評価しなければならない。そして、どの評価レベルの範疇に入る諸リスクの対策を強化していくのかの優先順位づけをしなければならない。現状維持と決定されたリスク以外について対策を一度に出来ればよいが、人を含む資産は有限であることから、優先順位づけに沿って対策を強化していかざるを得ない。対策を強化していくと組織決定をしたリスクについては速やかに低減対応が図られていくことになるが、それ以外のリスクについては、一時的にしる許容対応とならざるを得ないことを理解、認識しておかなければならない。

【ステップ5】リスク対策の策定・実施

優先的に取り組むことを組織決定したリスクについて、対策を分析・検討したうえ、安全・安心対策などを立案し実行する。その際、現状の手順書、マニュアルなどの見直し、不足する手順書、マニュアルなどの作成や職員への周知と実践を行わなければならない。

【ステップ6】リスク対策実施状況の点検と改善

手順書やマニュアルなどの遵守状況、体制および態勢などを含むリスクマネジメントの実施状況、リスクの改善状況を検証・評価する。

- リスクマネジメント委員会による点検（検証）は当然のこととして行わなければならないが、リスクマネジメント委員会による点検（検証）が形骸化しないようにしなければならない。形骸化を防ぐためにも、リスクマネジメント委員会による点検（検証）結果を内部監査するべきである。

【ステップ7】マネジメントレビュー

検証、評価した結果を経営トップや理事会などに

報告し、リスクマネジメント活動の見直し・改善を定期的に行う。

- リスクマネジメント活動は、P（活動）・D（実施）・C（検証）・A（見直し）サイクルの定期的活動であり、経営トップが最高責任者として見直し・改善を行わなければならない、これは、永遠に実践していかなければならない活動である。
- 経営トップによる見直し・改善が行われているか否かについても内部監査するべきである。

【その他】

各ステップに記載したすべてについて記録（含む文書化）しなければならない。

- 記録がなければ何が問題であったのか、どんな不備などがあったのかも判明しないし、また、訴訟等紛争が生じた場合の立証活動にも多大な困難が伴うことになる。

【危機管理】

危機管理を実践する上で留意すべきポイントを以下に記載する。

- 危機は「危（danger）」と「機（opportunity）」から構成される。組織の危機時には危機の「危（danger）」にしか関心が向かないものである。しかし「機（opportunity）」を忘れてはならない。危機の「危（danger）」の時を機会の「機（opportunity）」の時でもあると捉え、組織の再構築を図るとともに、職員等の教育・訓練をし、危機を組織としての前向きなチャンスでもあると捉えていく気構えがなければならない。
- 完璧なまでの各種手順書やマニュアルを具備していたとしても、常に望ましい実践ができるとは限らない。手順書やマニュアルに不備がある場合や、それら自体が手元にない場合もある。また、手順書やマニュアルで想定していない事態の発現もあり得る。そうしたときに、組織やその構成員がどのような対処をするのか、それが問われることになるのが危機でもある。危機は想定したシナリオ

通りにやってこない。それ故に予見不可能という意味で危機であり、その危機をうまく乗り切るための組織としての諸活動が「危機管理」というものである。

- 手順書やマニュアルは詳細に定めれば定めるほど部厚くかつ煩雑なものとなるため、日常業務に慣れた現場では、手順の一部を省き時間短縮を図ろうとしたり、マニュアルに規定していることを省略しようとしたりすることがある。このような事象により組織自らが危機を招かないように平時から注意していくようにしなければならない。
- 手順書やマニュアル等が意図したとおりに機能していくか否かは、職員の心の持ち方次第であることを常に念頭に置いておかなければならない。また、職員の行動や利用者に対する対応などはある程度手順書化やマニュアル化ができるが、利用者の日常行動等の要因はマニュアル化できない。気づき、気配り、目配り等によってしか対応できないといっても過言ではない。施設の設備等に起因するものも、すべて手順化やマニュアル化はできない。手順書やマニュアルにのみ依存しては危機事象の防止はできない。利用者の日常生活そのものの支援である介護サービスが手順書化やマニュアル化になじまない部分も多いことを肝に銘じておかなければならない。
- 手順書やマニュアルは一度作れば終わりではなく、定期的にチェックし内容等の改善を行っていく（これもPDCAサイクルにおいて定期的な検証の対象とする）ことも忘れてはならない。
- 発生した事象が重大であればあるほど、責任者への第一報が遅れる、情報伝達が前もって決めたとおりに行われないことが多い。情報伝達ルートが複数となりがちなため時間がいたずらに経過してしまう、あるいは内容に歪みが生ずることも多い。また、過度の精査を厳密かつ厳格に行おうとするため時間の浪費や決断の遅延につながることも多発しないように注意していかなければならない。組織として危機事象発生時にこれらのことが発生

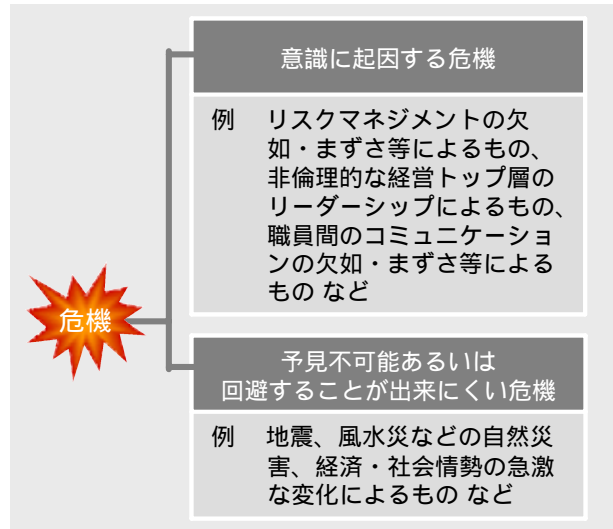


図 15 危機事象発生 of 2 つの要因・原因

しないように注意していかなければならない。

- 危機事象は、図 15 のような 2 つの要因・原因からも生ずる。組織や職員の意識に起因する危機事象は絶対に招かないようにしなければならない。介護サービスの提供において意識に起因する危機事象の招致があると、事業者として致命的なダメージを受けることになってしまう。
- 危機事象が発現したとき、事前に用意している危機事象対応マニュアル等に基づき迅速に行動し速やかに危機事象発生前の状態に回復しなければならないことはいうまでもない。時間が勝負でもある。たとえば、地震等の自然災害は 72 時間、自然災害以外の危機事象は 24 時間が一つのタイムリミットであると認識すべきである。そして、いずれの危機事象の発生においても、発生後 1 時間以内に経営トップ層に情報が入っており、対応の初動が開始されていなければならない。また、危機事象発生前の状態への回復が最優先であるが、利害関係者への刻々と動く現状などの情報の受発信（双方向リスクコミュニケーションの励行）や説明責任の履行も行っていかなければならないことも忘れてはならない。双方向リスクコミュニケーションや説明責任履行のためにも図 16 のような疑問に迅速に応えられるよう平時からの準備が肝要である。

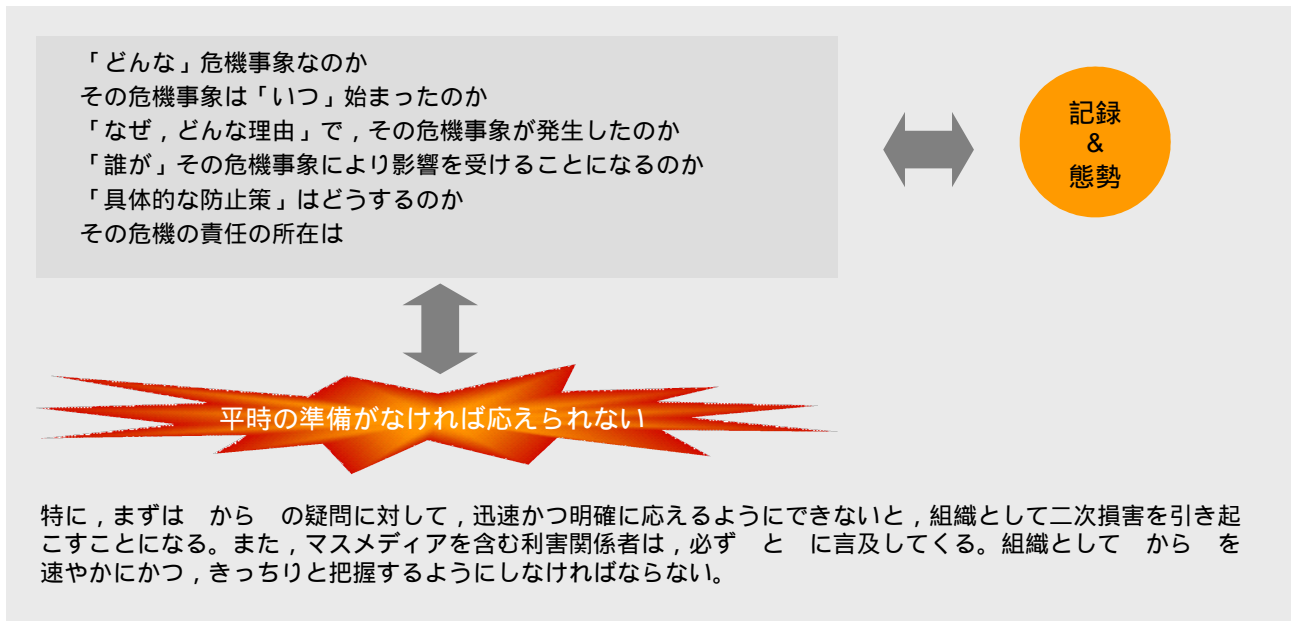


図 16 危機事象発生時に、利害関係者（ステークホルダー）がもつ6つの疑問

- 次ページ図 17 が示すとおり、組織の危機には 2 つの型が存在している。組織にとっての真の意味の危機は予期しない出来事が組織に突然降りかかってくるものであり、本稿でコブラ型と称している種々の事象だけである。それ以外の危機事象は自らの組織が創り出したものであり、マスメディアなど組織を取り巻く利害関係者から糾弾されることになるばかりか、対応の如何により二次被害を招き、悪くすると介護事業分野からの撤退などの事態に至ることになってしまう。本稿でいうニシキヘビ型危機の招致を未然に防ぐためには ~ の要因に対処できる組織にすることであり、リスクマネジメントに対する態勢の構築が肝要である。
- 介護事業者としての事故対応も含む危機管理の実践において、特に次のことに平時から留意しておかなければならない。
 - ・ 利用者の生命・身体の安全確保が最優先事項である。
 - ・ 些細なことでも必ず責任者等に報告させる習慣づけをしておかなければならない。
 - ・ 危機事象発生時、および発生後の対応も両者と

その家族の立場に立った行動でなければならない。また、事業者の責任の有無に関わらず、利用者の家族に対して誠意をもって事実等の連絡を行うとともに、対応窓口を一元化しておかなければならない。

- ・ 緊急時の指揮命令体制の構築と連絡網の整備が必然である。「日中・平日の危機時」と「夜間・休祭日の危機時」の緊急対応フロー図の作成も必然である。責任者が不在、連絡がとれない時に誰がどのような判断を下すことができるのかということについてもあらかじめ決めておかなければならない。警察署や消防署に連絡すべき事項を壁などの目立つ場所に貼るなどし、危機時に職員が落ち着いて対応できるような工夫も講じておかなければならない。医療機関の名称、電話番号等を常に最新のものとし、目立つ場所に貼っておく工夫も必要である。
- ・ 危機事象によっては県・市・町等の行政への報告も行わなければならないが、原則、責任者が行うようにしなければならない。
- ・ 危機事象に至らないちょっとした事故の類であっても、記録を忘れてはならない。緊急を要する場合も多いはずである。そのような場合には、

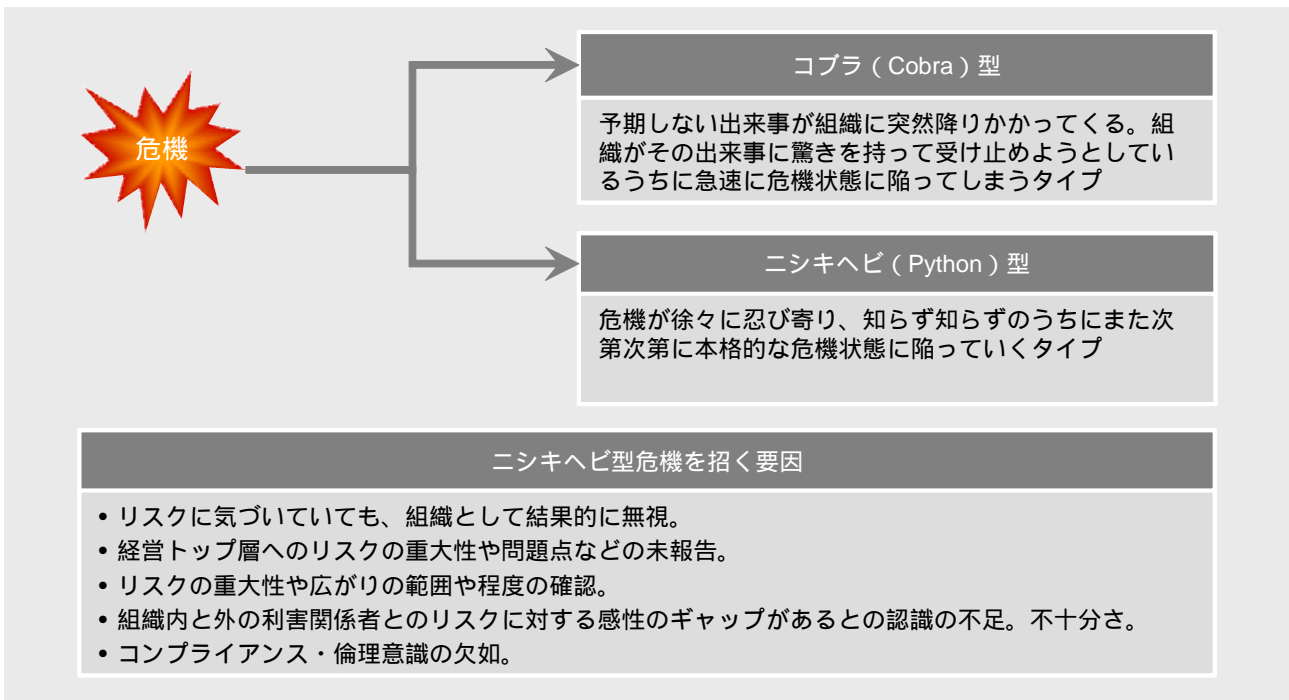


図 17 危機の2つの型

所定の報告書式への記載にこだわらず、メモだけでも可とする、あるいは口頭でもSWIHを報告することを平常時から職員にも徹底しておかなければならない。記録化のポイントは以下のとおりである。

when (いつ), who (誰が), where (どこで), what (何が), why (なぜ), how (どのようにして) 発生したのかを記録するようにしなければならない。

現場の写真なども撮影し、事故の客観的記録として残すようにすることも忘れてはならない。

第三者の目撃がある場合は、第三者の了承を得たうえで住所・氏名等を確認し、状況の説明を受け記録に残すようにしなければならない。

被害にあった利用者と当該職員との状況だけを記録化するのではなく、事業所の勤務体制、他の職員が従事していた業務内容等の周辺事情も記録に残すようにしなければならない。利用者の家族に対する説明の記録も残すようにしなければならない。

記録は想像や憶測を排除し、事実のみを正確に記載しなければならない。また、記録に残した事故等の原因・要因や対策についての情報を職員全体で共有していかなければならない。

「喉元過ぎれば熱さ忘れる」であってはならない。当該事象を「他山の石」として組織の安全・安心のマネジメントに万全を期していく一助としなければならない。

危機事象が発生した際の組織としての対応の如何により、平常時に実践しているリスクマネジメントの成果と経営トップ層の力量が利用者やその家族をはじめとする利害関係者から問われることになる。

おわりに

組織の内部にて違法行為や業務上の過失・不正などが発生しないように規定や業務プロセスなどを整備する内部統制の構築が必然となっている。リスクに関する諸活動を体系化し組織一丸となったマネジメントを実践していかなければならない時代となっている。本稿でいう旧来型のリスクマネジメント

の実践からの脱皮も求められている。介護サービス事業者もこれらの動向に無縁ではない。ヒヤリハット活動がリスクマネジメントそのものではない。本稿でいう旧来型のリスクマネジメントの実践のみでは真の意味での利用者の安心・安全の確保はいささか心もとない。資金、財務面も健全であって経営が安定することになるし、また利用者のより一層の安心・安全にも注力できることになる。将来的に ISO 31000 が求めるリスクマネジメントの実践に移行していただきたい。そのためにもまずは、本稿でいう旧来型のリスクマネジメントの実践を早急に定着化することが望まれる。筆者は介護サービスについて専門に研究しているわけではない。要介護者を抱える一家族として介護サービスとはどんなものなのだろうとの関心を持ち、「こうであって欲しい」、「こうあるべきではないだろうか」と種々考えたことを2回に渡り執筆した次第である。介護事業者の皆様の本稿がいささかでもお役に立てれば幸いである。

執筆者紹介

福田 隆 Takashi Fukuda

研究開発部 主席研究員

専門はリーガルリスク、コンプライアンス、CSR など

日本経営倫理学会 正会員

社団法人消費者関連専門家会議（ACAP）正会員

参考資料

1. リスクマネジメントに関係する介護サービスを含む福祉サービスの基本理念の例

1.1 社会福祉法第3条（福祉サービスの基本的理念）

福祉サービスは、個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なものでなければならない。

1.2 社会福祉法第80条（福祉サービス利用援助事業の実施に当たっての配慮）

福祉サービス利用援助事業を行う者は、当該事業を行うに当たっては、利用者の意向を十分に尊重するとともに、利用者の立場に立って公正かつ適切な方法により行わなければならない。

1.3 社団法人全国老人保健施設協会「介護老人保健施設の理念と役割」（2005年1月）¹⁶

介護老人保健施設は、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら、生活機能の維持・向上をめざし総合的に援助します。また、家族や地域の人びと・機関と協力し、安心して自立した在宅生活が続けられるよう支援します。

1. 包括ケアサービス施設

利用者の意思を尊重し、望ましい在宅または施設生活が過ごせるようチームで支援します。そのため、利用者に応じた目標と支援計画を立て、必要な医療、看護や介護、リハビリテーションを提供します。

2. リハビリテーション施設

体力や基本動作能力の獲得、活動や参加の促進、家庭環境の調整など生活機能向上を目的に、集中的な維持期リハビリテーションを行います。

3. 在宅復帰施設

脳卒中、廃用症候群、認知症等による個々の状態像に応じて、多職種からなるチームケアを行い、早期の在宅復帰に努めます。

4. 在宅生活支援施設

自立した在宅生活が続けられるよう、介護予防に努め、入所や通所・訪問リハビリテーションなどのサービスを提供するとともに、他サービス機関と連携して総合的に支援し、家族の介護負担の軽減に努めます。

¹⁶ 全国老人保健施設協会ウェブサイト（<http://www.roken.or.jp/generalize/idea.html>）。

5. 地域に根ざした施設

家族や地域住民と交流し情報提供を行い、さまざまなケアの相談に対応します。市町村自治体や各種事業者、保健・医療・福祉機関などと連携し、地域と一体となったケアを積極的に担います。また、評価・情報公開を積極的に行い、サービスの向上に努めます。

1.4 全国社会福祉施設経営者協議会「社会福祉法人の行動規範」¹⁷

会員法人は、社会福祉法人の使命を果たすため、次の行動規範に基づき、公共的・公益的かつ信頼性の高い経営を実践する。

1. 人権の尊重

利用者の自己決定と選択を尊重し、その権利擁護を実現するとともに、個人の尊厳に配慮した良質かつ安心・安全なサービス提供に努めます。

2. サービスの質の向上

個人の尊厳に配慮した良質かつ安心・安全なサービス提供の実現のため、リスクマネジメント体制の構築、人材育成等に努めます。

4. 社会的ルールの遵守（コンプライアンス）の徹底

関連法令、法人の定めた諸規定はもとより、法人の理念や社会的ルールを遵守した経営に努めるとともに、その実現のための取り組みを推進します。

5. 説明責任（アカウンタビリティ）の徹底

利用者、地域とのコミュニケーションを図るとともに、積極的な情報開示、情報提供等に努め、説明責任を果たします。

11. 組織統治（ガバナンス）の確立

社会的ルールの遵守を徹底し、公正かつ適正な経営を可能にする実効性のある組織体系を構築します。

12. 財務基盤の強化

信頼性の高い効果的・効率的経営の観点から、安定的な財務基盤の確立と適切な財務管理・会計処理を行います。

14. 経営責任の明確化

本規範に違反するような事態が発生した場合は、経営者自らが問題解決にあたる姿勢を明確にし、原因

¹⁷ 全国社会福祉施設経営者協議会、2006、「社会福祉法人の行動規範 実践のポイント」(<http://www.keieikyo.gr.jp/data/k-kjp.pdf>)。ここに列挙した他に、3.地域との共生、6.利害関係者との適切な関係の保持、7.行政との連携・協力の促進、8.国際化への対応、9.人材育成、適切な人事・労務管理の実践、10.公共的・公益的取組みの推進、13.経営者の役割の遂行が本行動規範に明記されている。

を究明するとともに説明責任を果たし、再発防止に努めます。

2. 介護関連の主な裁判事案 | 誤嚥^{ごえん}リスクに関する事案

2.1 横浜地裁川崎支部 2000 年 2 月 23 日判決¹⁸

【概要】

社会福祉法人の経営する特別養護老人ホームに 3 日間の予定で入所した事故当時 73 歳の男性高齢者(多発性脳梗塞及び重度の認知症, 全介助)が, 入所 3 日目の午前 8 時 23 分頃, 介護職員らが, 朝食時に, 水分ゼリーを一口取って, その上に薬を乗せ, 口の中に入れたところ, 午前 8 時 25 分頃, 意識レベルなく, チアノーゼをを起こしていた。午前 8 時 36 分, 男性高齢者の自宅に電話するとともに午前 8 時 40 分頃, 119 番通報し, 午前 8 時 50 分頃, 救急車が到着。午前 9 時 40 分頃, 死亡する。死因は誤嚥による窒息。朝食・与薬後に意識を失い死亡に至ったのは, 介護職員が適切な処置を怠ったためで, 特別養護老人ホームに過失があるとして, 遺族に対して, 2200 万円の損害賠償が認められた事案である(なお, のちに控訴審で和解。和解金 1800 万円)。

2.2 横浜地裁 2000 年 6 月 13 日判決¹⁹

【概要】

財団法人が開設運営する老人保健施設に 3 ヶ月の予定で入所した男性高齢者(軽度の認知症)が, 入所後 1 ヶ月半弱たった頃, 夕食に副食として出された小さく切ったこんにゃく田楽をのどに詰まらせ死亡。死亡した男性高齢者は, 夕食を始めて数分後に突然, 声もなく, 座席から後ろに反り返った。その異変に介護職員全員が, 駆けつけ, 准看護師がサービスステーションへの移動を指示し, 介護職員がタッピングをしながら車椅子のまま, 移動。病院に到着後, 吸引すると, こんにゃくが 1, 2 個出てきた。裁判所は, 「本件誤飲事故発見後, 介護職員らは, 当該男性高齢者に対し, 速やかに通常一般的に用いられている救急救命措置を行い, 症状の十分な改善が見られなかったため, 速やかに併設の病院に搬送の上, 医師の処置に委ねているのであるから, 右一連の救急救命措置が不適切であったとか, 老人保健施設に要求される注意義務に対する違反が存在するとまでは認められない」とし, 遺族らの請求を棄却した事案である。

2.3 名古屋地裁 2004 年 7 月 30 日判決²⁰

【概要】

社会福祉法人が設置経営する特別養護老人ホームに 6 回目のショートステイにて入所した男性高齢者(事故による後遺症で身体が不自由。高血圧, 脳梗塞等で寝たきりとなったり, 肺炎や床ずれ手術のために入院したことあり。慢性心不全の治療を受けていた。歩行できず介助により車椅子使用。軽度の認知症ありなど)が, ホームでの年忘れ会の昼食として, 寿司やおでん等が提供されたが, 介護職員が介護しながら食べさせたこんにゃく, はんぺんを喉に詰まらせ窒息死した事故について, 利用者の遺族らが社会福祉法人に損害賠償請求を提起した結果, 請求が一部認容され, 約 2426 万円の損害賠償が支払われた事案である。

¹⁸ 『賃金と社会保障』1284号, 2000年。

¹⁹ 『賃金と社会保障』1303号, 2001年。

²⁰ 「平成 14 年((ワ))第 2028 号損害賠償請求事件」

(<http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/39984DD2376D294F49256F240025D575.pdf>) を基に筆者がまとめた。

2.4 東京地裁 2007年5月28日判決²¹

【概要】

社会福祉法人が設置運営する特別養護老人ホームで、女性高齢者（入所後に転倒骨折や気管支炎及び肺気腫の診断を受けたことあり。ホームの提供する食事をスプーン等の使用にて自ら摂取することが可能であった）が、ホームにて、選択メニューの中から月に一回昼食に出前を取る日に、自らの希望で玉子丼を取り食べたところ、かまぼこ片等を誤嚥したことにより窒息し、病院に搬送、転送されたが死亡。直接の死因は老衰と死亡診断書には記載されていた。食事摂取時にはむせはないが嚥下状態の観察が必要である旨記載された院外看護要約について介護職員らも知っていたこと、介護職員らは医師免許や看護師資格を有しておらず、医療に関する専門的な技術や知識を有していないこと、誤嚥したと疑われるような場合に応急処置を施したとしても必ずしも気道内の異物が完全に除去されたか否かを的確に判断することが困難であったと考えられること、介護職員らは一回目の急変の際に吸引の処置を施し容態が安定したように見えても、引き続き状態を観察し、再度容態が急変した場合に直ちに嘱託医等に連絡して適切な処置を施すよう求めたり、119番通報をして救急車の出動を直ちに要請すべきであったのに、それらをしなかったところに過失があるとして、遺族が社会福祉法人の使用責任等を追及する訴訟を提起し、約292万円の損害賠償が認容された事案である。

2.5 松山地裁 2008年2月18日判決²²

【概要】

社会福祉法人が設置運営する特別養護老人ホームに入居している男性高齢者（本施設に入所中に職員の不注意により熱湯の浴槽に入れられ火傷事故にあっている。事故後本施設に戻るが食事について全介助となっている。加齢および小さい脳梗塞などのため嚥下障害の進行及び誤嚥性肺炎の発症可能性ありとの医師からの説明があり職員もそれを聞いていた等）が、介護職員の食事介助により朝食をした際に、食べ物が気管に詰まり、呼吸困難となり、病院に搬送されたが、死亡。遺族が、火傷事故について不法行為責任又は債務不履行責任に基づき損害賠償請求をするとともに、誤嚥事故についても不法行為責任又は債務不履行責任に基づき損害賠償請求をし、男性高齢者の状態からすれば、実際に同人の食事の介助を行う職員が、覚醒をきちんと確認しているか、頸部を前屈させているか、手、口腔内を清潔にすることをやっているか、一口ずつ嚥下を確かめているかなどの点を確認し、これらのことが実際にきちんと行われるように介護を担当する職員を教育、指導すべき注意義務が社会福祉法人にあったにもかかわらず、教育、指導を特に行っていないなど注意義務に違反しているとして、1318万円強の損害賠償が認容された事案である。

3. 介護関連の主な裁判事案 II 転倒・転落リスクに関する事案

3.1 東京地裁 2000年6月7日判決²³

【概要】

老人保健施設に入所していた女性高齢者（70歳、全盲、認知症状あり）が、施設の3階居室から落下して

²¹ 『判例時報』1991号、2008年。

²² 『判例タイムズ』1275号、2008年。

²³ 『賃金と社会保障』1280号、2000年。

死亡したのは、施設の職員が適切な介護・看護の措置を怠ったことによるとして、女性高齢者の内縁の夫が施設側に損害賠償を求め提訴した結果、600 万円が認容された事案である。

裁判所は、老人保健施設等の一定の介助、介護等を必要とする高齢者を多数収容する施設にあっては、入所中の者それぞれに対し適正な介護を施し、かつ、円滑にその業務を進めることが必要である。一方、入所に一定の危険、不利益等が生ずることが予想される場合には、その介護に携わる者において、予想される危険や結果の重大性、その切迫度や蓋然性、その回復又は防止措置を施し得る可能性や容易度、さらにはその有効性、その措置により介護上(広くは医療上)特定の入所者に対し又は一般的に生ずべき影響、不利益、弊害等の諸事情を総合考慮し、看護師、介護福祉士等その資格に相応した専門的見地からその裁量的判断を適切に行い、選択した方途を実行することが求められると考えられる。そうすると、興奮して大声を上げる女性高齢者を 310 号室に移動させた処置については、他の入所者の迷惑になることを考慮したためであると認められ、その措置そのものに非とすべき点は見出されない。また、本件施設にあっては、夜間二人体制で当たっていたことについて、体制上の不備があるとも認められない。そして、介護職員としては、入所者全部の介助に当たらなければならないことは明らかであり、当該女性高齢者に終始付き添う措置を執らなかったからといって、格別の緊急性が存する場合は別として、それが直ちに不当又は違法となるとはいえない。しかしながら、当該女性高齢者は、従前、失禁したり、...あるいは時折興奮して会話が支離滅裂になり、なかなか収まらないといったことがあったり、精神的不安定に陥り、妄想を抱き、時折精神安定剤の服用を受けるなどしていたことが認められる。...これらの点に、当該女性高齢者は全盲であり、たびたび家に帰りたいたいと述べ、当夜も同様の声を上げていたことを併せ勘案すると、一定の危険を回避防止すること、すなわち、心神の障害等が反映した行動に出て第三者に迷惑を及ぼすことを避けると同時に、周囲の状況を視覚的に認知することができない当該女性高齢者自身の行動に配慮し、その身体の安全や心神の安寧を確保することが求められ、それなしには、当該女性高齢者にも一定の危険が生じることが合理的に予想されることが考えられる。そして、入所者の状況等は、刻一刻と変化することも稀ではないから、臨機の判断や対応も必要である。また、310 号室に移動する原因を作出したのは当該女性高齢者であるとしても、室内の状況を知らない 310 号室に移動させ、一人同室に残して言葉のやり取りもしないで単に様子を見ろという環境又は状況を設定したのは、介護職員及び当直看護師であることにかんがみると、介護職員にあっては、同室の状況を踏まえ、当該女性高齢者の動静にできる限り注意を払い、要介護の心身の常況にある当該女性高齢者の身体の安全について配慮すべき義務が生ずるものというべきである。...介護職員は、当夜の介護職員として、当該女性高齢者が視覚に障害がなく、また、心神の状況に問題がない通常人とは異なった行動、意外な行動に出るなどの可能性があることに思いを致し、これに配慮した措置を講じる義務があるというべきであり、同人を 310 号室に留めることは、興奮した当該女性高齢者を鎮静化させるという所期の目的に照らし、なるべく短時間にとどめ、できるだけ速やかに通常の状態での睡眠をとることができるよう配慮すべきものと解される。...そうすると、既に 310 号室に移動させてから数時間が経過した状況において、なお単に室外から様子を定期的にみるといった対応を継続することの適否が問われるべきことは否定し難い。すなわち、少なくとも当該女性高齢者を 310 号室に移動させてからしばらくの時間が経過した後には、興奮の鎮静化が図られているか試みに声を掛けるなどしてこれを確認するほか、排泄、就寝等の介助を要する状態に至っていないか等通常の状態にある者に対しても当然必要となる配慮をすべきであり、...当該女性高齢者がベッドに腰掛けて視認したというのであるから、その機会は存したものと推量されるところである。のみならず、通常であれば睡眠中であると考えられる深夜の時間帯において、寝具が用意されず、また、介護職員からも

声を掛けられず情報が途絶したに等しい状況において、数時間が経過すれば、眠気や尿意を催す等心身に何らかの反応が生じたり、そうでなくとも、どの程度時間が経過したのか、自分がどこにいるのか等が案ぜられたりすることは通常起こり得る変化であって、そのために他の場所へ移動することを試みることは、通常人でも自然な行動として大いにあり得ることである。…本件窓及びその鍵に触れて開口部の存在を覚知すればこれに意を得てそこから室外に出ようとすることは、当時の心身の状況を前提とすれば必ずしも突飛な行動とは解されない。…当該女性高齢者にあっても、開けた際に触れたであろう外気の状態等から、戸外に面する開口部であることを了知しえたものと推断されるものの、その先にある物が落下防止用フェンスであり、それを超えれば危険であることを認識し、又は認識し得たことを認めるべき確な証拠は見出されない。…介護職員にあっては、深夜相当時間過ぎた段階に至っても、なお、当該女性高齢者を就寝させる頃合いを見図る等介護又は介助の要否やそのタイミング等について検討した様子はないのであって、しかるときは、いつ就寝させ、あるいは 304 号室に戻すか等、爾後当該女性高齢者をどのように処遇するかについて確たる見通しや方針もなかったのではないかと疑問が払拭されない。…当直看護師及び介護職員は、夜勤担当として相当な繁忙状況にあると認められ、当該女性高齢者にのみ時間と労力を割く余裕はなかったであろうことも推量されるけれども、通常の介護、たとえば、排泄介助やおむつ交換等でも数分間を要すると合理的に推認されることにかんがみると、少なくとも同程度の時間を当該女性高齢者への対応に当てることが不可能であったとも認められない。以上を総合すれば、介護職員にあっては、当該女性高齢者が落ち着きを取り戻しているか確認すべく当該女性高齢者に何らかの働きかけをしたり、寝具等がなく一睡もしていないと認められる当該女性高齢者の不安定な状態を解消させる措置を試みるべきであったところ、室外から気づかれないよう様子を見るにとどめる措置を継続させ、就寝可能な環境を提供せず、声を掛ける等もしなかったものであり、それがなおその裁量的判断の範囲にあるとはいえず、適切な介護をすべき義務を怠ったものといわざるを得ない。…介護職員（当直看護師の指示に基づく措置が含まれるとしても、行為の関連共同性は認められる。）は、適切な介護を怠ったことについて不法行為責任を負い、その使用者である社会福祉法人は使用者責任を負うものと解されるなどと判示している。家具が高さ 80 cm 近くあり、ベッドに接して置かれ、これを踏み台にすれば窓に上れる状態にあったから、家具を踏み台にして窓に昇り、施錠してあったとはいえ一所為で容易に外れる鍵を外し、窓を開けて出窓に出てフェンスを乗り越えて転落するかもしれないことを予見すべきであった。介護職員としては、310 号室を離れるとしても、窓から転落しないように窓付近に柵や机等容易に足を掛けられるような物を置かず、かつ、窓を開閉できないように施錠し転落事故を防止すべきであったのに、家具を移動させず、窓の鍵の開閉操作を防止する二重の施錠装置（いわゆるロック）を解放したままとし、危険な状態に置いたまま長時間にわたり放置したとの原告側の主張は、施設の物理的リスク要因として参考となるし、このような状態を現出させないようにすることが一般的にも求められるところである。

3.2 福島地裁白河支部 2003 年 6 月 3 日判決²⁴

【概要】

介護老人保健施設において、介護サービスの内容として明記されていたポータブルトイレの清掃義務を施設側が怠ったことから、女性高齢者（95 歳、要介護度 2）が自らポータブルトイレを清掃しようとして、利

²⁴ 『判例時報』1838 号、2004 年。

用者の立ち入りが予定されていないトイレ併設の洗い場に赴いた際に、洗い場入口の仕切りにつまずいて転倒し、手術を含む入院、通院を要する大腿部頸部骨折の重傷を負い、要介護度が 3 になった事故について、同施設を運営する福祉法人に対し債務不履行責任または民法 717 条（土地工作物責任）に基づき損害賠償を請求し、約 537 万円が認容された事案である。

裁判所は、施設側が、本件契約に基づき、介護ケアサービスの内容として入所者のポータブルトイレの清掃を定時に行うべき義務があったこと、本件事故当日、定時清掃がなされなかったこと、そのため当該女性高齢者がこれを自ら捨てようとして、本件処理場に行った結果、本件事故が発生したことが認められる。居室内に置かれたポータブルトイレの中身が廃棄・清掃されないままであれば、不自由な体であれ、老人がこれをトイレまで運んで処理・清掃したいと考えるのは当然であるから、ポータブルトイレの清掃を定時に行うべき義務と本件事故との間に相当因果関係が認められる。この点、施設側は、ポータブルトイレの清掃がなされていなかったとしても、自らポータブルトイレの排泄物容器を処理しようとする必要性はなく、ナースコールで介護職員に連絡して処理してもらうことができたはずであると主張するが、ポータブルトイレの清掃に関する介護マニュアルの定めが遵守されていなかった施設の現状においては、当該利用者ら入所者がポータブルトイレの清掃を頼んだ場合に、施設職員が、直ちにかつ快く、その求めに応じて処理していたかどうかは、不明であるといわなければならない。したがって、入所者のポータブルトイレの清掃を定時に行うべき義務に違反したことと本件事故との間の相当因果関係を否定することはできない。したがって、施設側は、本件事故に関して、被害者に対して本件契約上の債務不履行責任を負うなどと判示している。なお、洗い場入口の仕切りについて、本件施設は、身体機能の劣った状態にある要介護老人の入所施設であるから、その特質上、入所者の移動ないし施設利用等に際して、身体上の危険が生じないような建物構造・設備構造が特に求められているというべきである。しかるに、現に入所者が出入りすることがある本件処理場の出入口に本件仕切りが存在するところ、その構造は、下肢の低下している要介護老人の出入りに際して転倒等の危険を生じさせる形状の設備であるといわなければならない。これは民法 717 条の「土地の工作物の設置又は保存の瑕疵」に該当するから、損害賠償責任があるとして施設の物理的リスク要因を指摘している。

3.3 福岡地裁 2003 年 8 月 27 日判決²⁵

【概要】

通所介護サービスを受けていた女性高齢者（95 歳）が、静養室での昼寝から目覚めた際、従事者が十分にその動静を見守っていなかったことから、静養室入口の段差（約 40 cm の段差）から転落し負傷した結果、介護施設の債務不履行責任があるとして 470 万円の損害賠償が認容された事案である。

裁判所は、通所介護契約は、事業者が利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう通所介護サービスを提供し、利用者は、業者に対しそのサービスに対する料金を支払うというものであるところ、同契約の利用者は、高齢等で精神的、肉体的に障害を有し、自宅で自立した生活を営むことが困難な者を予定しており、事業者は、そのような利用者の状況を把握し、自立した日常生活を営むことができるよう介護を提供するとともに、事業者が認識した利用者の障害を前提に、安全に介護を施す義務があるというべきである。前記認定のとおり、原告は、本件事故当時 95 歳と高齢であり、両膝関節変形性関節症を有しており、歩行に困難を

²⁵ 『判例時報』1843 号、2004 年。

来たすとともに、転倒の危険があり、このことは、通所介護の開始に当たって示された居宅サービス計画書等で被告に知らされていた。本件事故までに、被告は、原告の 52 回にわたる被告施設の利用状況及びその記録から、原告の被告施設内での活動状況を把握しており、それによれば、原告は、風船バレーのレクリエーションでは立ち上がることもあり、尿意を催すと自らトイレを探し、ものに掴まるなどして歩行を開始することがあった。前記のとおり、原告は、通所介護を重ねていくことにより、活動能力が回復してきたことが窺われ、さらに、布団で寝て上体から起きあがること、そこから一人でいざって移動することもできた。以上の諸点に鑑みれば、原告が、静養室での昼寝の最中に尿意を催すなどして、起きあがり、移動することは予見可能であった。さらに、居宅サービス計画書にあるとおり、原告は、視力障害があり、認知症状もあったのだから、静養室入口の段差から転落するおそれもあったといわざるを得ず、この点についても被告は予見可能であった。そして、本件事故時、被告従業員は、原告に背を向けてソファに座っており、原告の細かな動静を十分に把握できる状態ではなく、さらに、原告の状態を確認することなく、他の被告従業員に静養室近くでの見守りを引き継ぐこともなく、席を外して、玄関に移動してしまい、他の被告従業員は、本件事故が発生した静養室が死角となる位置で見守りをしていたのであるから、原告が目を覚まし移動を開始したことについても、気づく状況になく、当然、原告の寝起きの際に必要な介護もしなかった。そうすると、本件事故は、被告が、原告の動静を見守った上で、昼寝から目覚めた際に必要な介護を怠った過失により発生したといわざるを得ず、被告には、本件事故により原告に発生した損害を賠償する責任があるなどと判示している。

3.4 大阪高裁 2006 年 8 月 29 日判決²⁶

【概要】

亡き女性高齢者 e (認知症で要介護 3) が、社会福祉法人 a の経営する特別養護老人ホームの指定短期入所生活介護事業所利用契約に基づくショートステイを利用した際、他の利用者である j に車椅子を押されて転倒して後遺症を負ったとして、被控訴人 a に対して、ショートステイ利用契約上の債務不履行 (事故を未然に防止できなかった安全配慮義務違反及び事故後に適切な治療を受けさせなかった義務違反) を主張し、また、転倒後に治療を受けた病院である被控訴人医療法人社団 d に対し、その経営する g 病院及び h 病院の医師の診療契約上の債務不履行 (迅速かつ適切な治療を怠った義務違反) を主張して、被控訴人らに対し、損害賠償を求め、e の死亡により、その相続人である控訴人らが訴訟承継した結果、社会福祉法人 a に対して控訴人 b、控訴人 c それぞれに 527 万円強の損害賠償を認容し、医療法人社団 d に対する請求を棄却した事案である。

裁判所は、ホームでの入所者の管理について、適切な管理を行わなかった安全配慮義務違反の有無に関して、本件事故発生時 3 名の介護職員のみが勤務していた状況について、このような人員配置自体が介護保険法や老人福祉法及びその他の関係法令に違反するのであれば格別、このような事実を認めることができない本件においては、そのような人員配置の結果、入所者に対して十分な配慮や対応ができず、その結果、安全配慮義務違反が生ずる結果となったとの事情の一つとして考慮されることはあり得るとしても、このことが直ちに、違法なものであり、社会福祉法人 a の負う安全配慮義務に違反するということはできないものというべきである。その一方で、社会福祉法人 a においては、事業者の義務として、サービスの提供にあたり、

²⁶ 「平成 17 年 ((ネ)) 第 2259 号損害賠償請求控訴事件」(原審神戸地方裁判所姫路支部平成 15 年 ((ワ)) 第 1005 号) (<http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/20061116093631.pdf>) を基に筆者がまとめた。

契約者の生命，身体の安全に配慮すべき義務を負うことは当然のことであり，本件における具体的状況の下で，社会福祉法人 a において，このような義務を怠ったとの事実が認められるか否かについて検討する。…勤務している 3 名の介護職員の手はそれぞれ塞がっている状態であった。..j は，2 度，3 度と重ねて執拗に e の乗っている車椅子が自分のものであると主張し，しかも，その行為も，単に車椅子を掴むというのではなく，これを揺さぶり，さらに，e の背中を押したりと直接有形力を行使していたものである。そして，このような j の行動に照らせば，j は，介護職員 o の説得には納得せず，その後も継続して e に同様の行為を行うことが予測可能であったというべきであり，このことは，社会福祉法人 a においても自認するところであって，むしろ，このような経過に照らせば，j の行動は，さらにエスカレートしていくことも十分に予測可能であった。しかも，j は，日頃から，不機嫌となって介護職員に対し暴言を吐いたり暴力的な行為をしたり，更衣に際し，興奮，立腹し，暴言を吐いたり，職員の手や体を叩いたりして抵抗した。また，大声を出したり，職員に手をあげ，足で蹴ろうとした。職員が着替えさせようとする時，引っ掻く，叩くなどして抵抗し，着替えをさせることができなかつた等の暴言や暴力行為を行っており，f 園の職員はこのような j の言動を承知していたはずである。加えて，j は，本件事故当時 92 歳で，自力歩行はできなかつたが，若いときから肉体労働をしていて腕力が強く，他方，e は身長 140 cm に満たず，体重約 33 kg 程度の小柄な体格であり，j が e の車椅子のハンドルを揺さぶったり，e の背中を押したりすれば，前方へと転落させ，本件のような事故が発生しうるとは容易に予見可能であったというべきである。そうであれば，o は，単に，j を自室に戻るよう説得するというのみでなく，さらに，e を他の部屋や階下に移動させる等して，j から引き離し，接触できないような措置を講じて e の安全を確保し，本件事故を未然に防止すべきであったというべきところ，このような措置を講ずることなく，本件事故を発生させたものであり，社会福祉法人 a には，安全配慮義務の違反があるといわざるを得ないと判示している。

3.5 大阪地裁 2007 年 11 月 7 日判決²⁷

【概要】

グループホームに入所していた女性高齢者（86 歳）が，入居中に，ベッドから転落して負傷したとして，不法行為又は債務不履行に基づく損害賠償と施設を退去するにあたってなされた敷引が不当であるとして敷引分の 40 万円の返還等を求め提訴し，602 万円強の損害賠償及び 30 万円の返還が認容された事案である。

裁判所は，原告が入居したわずか 2 日後にベッドより転倒し，打撲などの傷害を負っている。本転倒については女性高齢者の長女に連絡がされている。しかし，それを契機として転落事故再発防止のための具体的な有効策が施された形跡は窺えない。最初の転落から 7 日後に再度ベッドから転落しているが，そのことについて家族には連絡されていない。その後も夜間に 2 度ベッドから落ちそうになっていることが発見されているが有効な策は何ら講じられていない。女性高齢者の長女と孫夫婦が施設を訪問した際に，最初の転落から 7 日後の転落やその後の転落しそうになったことの報告や説明がされていない。家族との事故防止に向けた協議がなされず，その結果，事故防止策なども全く講じられていない。その後平成 16 年 1 月 30 日午前 1 時 20 分に，ドンという音で職員が女性高齢者の居室に駆けつけたところ，ベッドの床横側に長座位の状態で見られ，応急措置，様子観察の後，翌 31 日午前 9 時 30 分に家族へ連絡，報告。その後，近隣の病院での診察で手術の必要があると診断され，転医・入院して手術を受けた。手術前の医師からの説明では，手術後

²⁷ 『判例時報』2025 号，2009 年。

3 日目から立位訓練開始。ゴールは杖又は車椅子との予後の見通しであったが、女性高齢者の認知症のため手術前後の適正な安静が保てず、また手術後のリハビリも進まないこともあって、寝たきりの状態になった。施設との契約は、平成 16 年 3 月 10 日付けで女性高齢者側から解約の意思表示がなされ、同月末日に本件施設を退去して終了しているが、退去時において、先に入所時交付していた敷金 80 万円については、敷引き後の残金として 40 万円のみが返還されている。これらの事実認定に基づいて、平成 15 年 11 月 20 日の事故が発生してからも、転落防止に向けた十全の措置が採られた形跡がうかがえないばかりか、それ以降に 11 月 27 日に転落し、12 月 4 日及び 23 日に転落しそうになっていた事態についての情報提供とそれを踏まえた転落防止対策もおよそ採られていなかったといわざるを得ないのであり、被告が介護事業者として、本件契約上負っている安全配慮義務や情報提供義務等を履行していなかったものと評せざるを得ず、被告には債務不履行責任が生ずるといふべきである。そして、被告が自立支援組織としてのグループホームであるとの介護施設の性質を考慮したとしても、まさに現実的かつ具体的に転落の危険性が生じている場合に、そのことをもってして、被告が事故防止のための有効策を講じないことを正当化する理由にはならず、またベッド柵の設置は身体拘束を意味するものではなく、本件では家族への十分な説明等情報提供やそれに基づく協議すらもなされていないのであるから、ベッド柵が有効な策でないことの一事をもって被告の責任が軽減されるべきものではないこと、被告が主張する緩衝材を敷くことや布団の利用等の対策は、再度ベッドから転落する危険性が現実的かつ具体的に高まっている状況のもとで、事故回避のための抜本的かつ有効な対策とは到底認めがたいなどとし、被告の安全配慮義務違反を争う反論全てを排斥する判示をしている。なお、敷金返還について、本件契約の敷引特約が消費者契約法 10 条により無効であるとまではいうことはできないが、いかなる場合にも一律全額敷引されると解するのは相当ではなく、諸般の事情を考慮して 10 万円のみ敷引を認めるのが相当として 30 万円の返還請求を認容している。なお、本件では、情報提供義務を怠ったことなどとともに、被告側からの本件事故以前の過去の転倒事故において、原告がいずれも大きな怪我もせず、大事には至っていなかったことから、その程度では、安全配慮義務は発生しないとの被告側の主張に対して、怪我の有無、程度によって、安全配慮義務の存否が決まるものではなく、あくまで、原告が転落し又は転落しかかっていた事実そのものとの関係で安全配慮義務の存否が問題とされるべきである。原告が自ら備品を持ち込んだからといって、被告の安全配慮義務が軽減されるべきいわれはなく、その主張は理由がない。ベッド柵の設置は直ちに身体拘束を意味するものではない...ベッド柵設置の策が有効なものであるか否かは、前提として、利用者の家族に対し十分な情報を提供し、事故防止に向けて十分な協議が尽くされたうえで、決せられるべきところ、本件ではそのような情報提供やそれに基づく協議すらも行われていない。ベッド脇に椅子を置いて対応したことがあり、その程度の対応で適切であったのであって安全配慮義務を尽くしているとの被告の主張に対しても、その程度で事故防止のための有効かつ抜本的な対策にならないことは経験則上も明らかであるなど何ら安全配慮義務を尽くしていなかったことを批判している。リスク対策上、参考とすべきである。

4. 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準

4.1 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準²⁸

第三十一条 特別養護老人ホームは、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講

²⁸ 下線部引用者。

じなければならない。

- 一 事故が発生した場合の対応，次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生防止のための指針を整備すること。
 - 二 事故が発生した場合又はそれにいたる危険性がある事態が生じた場合に，当該事実が報告され，その分析を通じた改善策について，職員に周知徹底を図る体制を整備すること。
 - 三 事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行うこと。
- 2 特別養護老人ホームは，入所者の処遇により事故が発生した場合は，速やかに市町村，入所者の家族等に連絡を行うとともに，必要な措置を講じなければならない。
 - 3 特別養護老人ホームは，前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
 - 4 特別養護老人ホームは，入所者の処遇により賠償すべき事故が発生した場合は，損害賠償を速やかに行わなければならない。

4.2 特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準について²⁹

第一 一般的事項

〔中略〕

17 事故発生防止及び発生時の対応（基準第三一条）

（1）事故発生防止のための指針（第一項第一号）

特別養護老人ホームが整備する「事故発生防止のための指針」には，次のような項目を盛り込むこととする。

施設における介護事故の防止に関する基本的考え方

介護事故の防止のための委員会その他施設内の組織に関する事項

介護事故の防止のための職員研修に関する基本方針

施設内で発生した介護事故，介護事故には至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておく介護事故に結びつく可能性が高いもの（以下「介護事故等」という。）の報告方法等の介護に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針

介護事故等発生時の対応に関する基本方針

その他介護事故等の発生防止の推進のために必要な基本方針

（2）事実の報告及びその分析を通じた改善策の職員に対する周知徹底（第一項第二号）

特別養護老人ホームが，報告，改善のための方策を定め，周知徹底する目的は，介護事故等について，施設全体で情報共有し，今後の再発防止につなげるためのものであり，決して職員の懲罰を目的としたものではないことに留意することが必要である。

具体的には，次のようなことを想定している。

介護事故等について報告するための様式を整備すること。

介護職員その他の職員は，介護事故等の発生ごとにその状況，背景等を記録するとともに， の様式に

²⁹ 強調引用者。

従い、介護事故等について報告すること。

(3)の事故発生の防止のための委員会において、により報告された事例を集計し、分析すること。事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等を取りまとめ、防止策を検討すること。

報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。

防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

(3) 事故発生の防止のための委員会（第一項第三号）

特別養護老人ホームにおける「事故発生の防止のための検討委員会」(以下「事故防止検討委員会」という。)は、介護事故発生の防止及び再発防止のための対策を検討する委員会であり、幅広い職種（例えば、施設長（管理者）、事務長、医師、看護職員、介護職員、生活相談員）により構成する。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、専任の安全対策を担当する者を決めておくことが必要である。

なお、事故防止検討委員会は、運営委員会など他の委員会と独立して設置・運営することが必要であるが、感染対策委員会については、関係する職種、取り扱う事項等が事故防止委員会と相互に関係が深いと認められることから、これと一体的に設置・運営することも差し支えない。事故防止検討委員会の責任者はケア全般の責任者であることが望ましい。

また、事故防止検討委員会に施設外の安全対策の専門家を委員として積極的に活用することが望ましい。

(4) 事故派生の防止のための職員に対する研修（第一項第三号）

介護職員その他の職員に対する事故発生の防止のための研修の内容としては、事故発生防止の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該特別養護老人ホームにおける指針に基づき、安全管理の徹底を行うものとする。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該特別養護老人ホームが指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な教育（年二回以上）を開催するとともに、新規採用時には必ず事故発生の防止の研修を実施することが重要である。

また、研修の実施内容についても記録することが必要である。研修の実施は、職員研修施設内での研修で差し支えない。

(5) 損害賠償（第四項）

特別養護老人ホームは、賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償しなければならない。そのため、損害賠償保険に加入しておくか若しくは賠償資力を有することが望ましい。