

「介護を巡る事故・紛争事例と利用者の権利擁護・権利救済」

鹿児島大学法文学部法政策学科 西田 和弘

【目次】

1. はじめに
2. 介護を巡る紛争具体例
3. 最近の介護事故裁判の分析
4. 福祉サービス利用者の権利擁護とそのシステム

1. はじめに

ここ数年、介護分野で「リスクマネジメント」という考え方が注目されています。その主たるねらいは、介護事故・紛争への対応にあります。まず、ここで注意しなければならないのは、このような考え方を重要視する背景に、現に事故・紛争の増加と顕在化という事実があるということです。同じく社会サービスである医療について、これはまず社会問題になりました。みなさんご存じのように、年々、医療過誤訴訟は増加し、最近では国立大学での患者取り違え事件や輸血の型間違えで患者が死亡するなど、「単純ミス」ともいえるような事例が多く報告されています。介護の世界でも、介護職員のミスによって、利用者が怪我をする、死亡するという例はこれまでもあったのですが、医療以上にこのことは表沙汰になりにくく、闇に葬られるか、利用者及び家族が泣き寝入りするといった形で多くが処理されてきました。

ところが、2000年の介護保険制度の創設を契機に、また、社会福祉事業法改正による苦情解決制度の法定化などを背景に、介護サービス利用者の権利意識が徐々に高まってきており、紛争化するケースが介護分野でも増えてきています。ただし、それら紛争は必ずしもすべてが介護者の過失によるものとはいえません。コミュニケーションの欠如により紛争化するケースも非常に多いのです。そのような状況をふまえ、今日の講義の目的を二つ挙げておきたいと思います。

一つは、「実際に発生した紛争事例を素材に、その原因と対応、責任について学習すること」です。そして、二つ目に、「事故や紛争の未然予防（リスクマネジメント）と権利侵害時の救済システムについて学習すること」です。

さて、冒頭に「リスクマネジメント」という考え方が重要視されていることを述べました。このリスクマネジメントとはどのような考え方でしょうか。もともとこれは産業界において発展してきた概念です。日本工業規格(JIS)では、「リスクに関して、組織を指導し管理する、調整された活動」と定義され、その行動指針は、「組織の経営資源の保全、社会的責任を果たすこと」とされています。ちょっとわかりづらい定義なのですが、要するに、組織防衛的観点からリスクを最小限化するということになるかと思えます。

ひるがえって、全国社会福祉施設経営者協議会の検討状況報告書から、福祉におけるリスクマネジメントの考え方を拾ってみますと、「リスクマネジメントとは、利用者の安全を最大の眼目とした上で、サービスの質の向上と利用者満足度の向上を目指す活動である」と述べられています。

そうすると、リスクマネジメントという概念には二つの側面があることを指摘できます。一つは、サービス管理の側面として、顧客や利用者に対する安全確保が、「サービスの質」の向上につながるものとして挙げられます。もう一つは、組織のリスク管理の側面として、職員の労働上の安全対策、自然災害に対する「危機管理」が挙げられます。

介護サービスを含めた福祉サービス全般におけるリスクマネジメントの意義・特色は「サービスの質の向上」にあるといえます。

ただし、ここで気を付けなければならないのは、マネジメントという発想は、施設・事業者側、とりわけ経営主体側からの発想であり、その視点だけで見てしまうと、単なる「事故対策マニュアル」の整備程度にとどまってしまう。

利用者の「権利擁護」という視点を持ち、サービス利用者の利益につながる（顧客満足度を向上させる）リスクマネジメントである必要があります。もちろん、「権利擁護」の立場に立つことは、サービス経営にもプラスになります。つまり、利用者の権利擁護という視点に立ってケアマネジメントを行っていけば、第三者評価によるケアの質の評価や利用者の選択行動と結びついて、中長期的な経営安定に結びつくと言うことです。

2. 介護を巡る紛争具体例

さて、ちょっと施設経営論のような話に傾いてしまいましたので、ここで軌道修正をします。実際にどのような事故が介護で発生しているかという話を、この問題を身近に感じてもらいたいと思います。

国民生活センターが2000年3月に発表した『介護事故の実態と未然防止に関する調査研究』の中から「転倒事故」事例を抜き出して説明したいと思います。

転倒の節の『車椅子から・車椅子ごと・車椅子に移ろうとして転倒』という事例を見ますと、「車椅子から立とうとした姿勢から転倒した場合に、大腿部を打つか、骨折し、入院・手術といった事故例がありました。転倒原因としては、「足下がふらついたため」で済ませる施設が少なくありません。重要なのは、これをいかに防ぐかですが、そのような事故が発生した場合の施設側の対応例を見ますと、「居室の誘導とベッドに移る際の介助を徹底する」、「移動しているのを見たら声をかける」というように、職員の介助努力により事故防止を図る一方、「転倒を防ぐために、車椅子用ベルトを使用する」、「車椅子から落ちるのを防ぐため、車椅子用テーブルを車椅子に付ける」施設もありました。

さて、ここでこのような事故事例の論点を整理しますと、①高齢者の足下のふらつきは、十分予見可能なものです。本人の身体的問題と片づけるのではなく、「足下のふらつくおそれがある人に対して、十分な注意義務を尽くしていたか」を確認して、改善材料とする姿勢が重要です。また、②車椅子用ベルトの使用については、「拘束」にあたるという評価があり、これには慎重な対応が要求されることにも留意しなければなりません。

ちょっと本論からははずれるかもしれませんが、今、「拘束」という問題に触れましたので、少し説明しておきたいと思います。

介護保険制度においては、「当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き」身体的拘束を行ってはならないとされています。これは、「指定介護老人福祉施設の人員・設備及び運営に関する基準」12条4項、老人保健施設に

については、基準14条4項、療養型については、基準15条4項に明記されています。

何を持って身体的拘束と評価するかは、議論の分かれる部分もありますが、概ね以下のように理解されています。

- (1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (2) 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- (4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- (5) 点滴・経管栄養等のチューブを引き抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- (6) 車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルを付ける。
- (7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- (8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- (9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- (10) 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- (11) 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

こうした行為は、「拘束」として認められないという評価になってくるわけです。事故をおそれるあまり、禁じられている「拘束」手段を用いるというのは、先ほど申し上げた産業界におけるリスクマネジメントでは許容されうるとしても、福祉におけるリスクマネジメントでは、あまりにお粗末な対応と言うこととなります。「サービスの質の向上」という福祉におけるリスクマネジメントの最も重要な視点を無視する行為だからです。また、介護の対象者は人であって、モノではありません。被介護者の人権を守ることがサービスの前提に存在することも忘れてはなりません。

ただ、介護保険制度でも「例外的に」拘束が認められる場合があります。

○指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について

(平成12年3月17日) (老企第43号)

第4 運営に関する基準

8 指定介護福祉施設サービスの取り扱い方針

(2) 同条第4項において、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない旨を定めたところであるが、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録しなければならないものとする。

という行政通知が出ています。この公開講座には、福祉の現場で働いておられる方も多く参加されていらっしゃると思いますので、常に現場の苦悩と直面されておられると思います。つまりは、事故を予防することはもちろん重要ですが、その手段としての拘束は、本来的には人権侵害であり、緊急やむを得ない場合にのみ許される非常手段で、その手続きは厳

格でなければならない、ということを肝に銘じる必要があるわけです。

さて、次に同報告書から『トイレ周辺で転倒・トイレに行こうとして転倒』という項目をピックアップします。これも現実にはかなりの事故が発生しているシチュエーションだと思います。「トイレに行こうとして、トイレに座ろうとして転倒する事故は、早朝の発生が目立つ。特に明け方は、身体も頭も活動していないために転倒しやすい。大腿骨を骨折した事例もある」と報告されています。このような事故に対する原因調査で施設側が挙げた理由は、「足下のふらつき」「スリッパの滑り」、中には「夜勤者の少なさ」を挙げる施設もありました。そのような事故が発生した場合、「トイレの職員による誘導」「職員が目から離すときは、1人では動きづらいところに席を移動」「滑りにくい履物に替える」といった対応がとられています。

「夜勤者の少なさ」というのは、福祉でも医療でも深刻な問題です。福祉施設では、入所者50人に2人、90人に4人、110人に5人といった施設が多いと思います。ある施設では1人が27.5人を担当しているというところもありました。夜勤者の勤務時間は午後4時30分から翌日の午前9時30分までといったところが多いと思います。老人福祉法上3人に1人の介護スタッフが義務づけられているとはいえ、4交代制を採ると、早出・普通出・遅出・夜勤のローテーションの関係上、1人が27人の入所者に対応するという夜間態勢が発生してしまうわけです。

最大の問題は、人員基準が雇用されている人数という形式で計算されており、介護現場の実態、特に夜間態勢を考慮していないことです。夜間は人の動きが少なく、介護量が少なくすむだろうというのは、いかにも机のうえで計算したかのようで、老人福祉施設での高齢者の早朝活動や痴呆による徘徊といった実態が全く計算されていないわけです。

このような話を聞くと、福祉職以外の方は、「では、施設が積極的に人員を増やして、企業努力すればよいだけではないか」と思われるかもしれませんが、入所している人に対して報酬が出るという基本的な仕組みがありますから、そうやって「人を増やしてよいサービスをしよう」という「よい施設」ほど経営が苦しくなってしまうというばかげた現象が起こってしまうわけです。

なぜ、この話をしたかということ、介護事故というのは、施設・職員側からは如何ともしがたい、制度それ自体の不足・欠陥に起因するものもあることを指摘しておきたかったからです。もちろん、このトイレ転倒の事例では、施設側も自分の施設・設備を再点検し、構造上の要因は直ちに是正すべきであり、これを怠ると民事上の賠償責任問題にも発展しかねません。

ほかにも、誤嚥・誤飲事故、行方不明事故、移送時の事故など多くの事故が発生しています。

3. 最近の介護事故裁判の分析

そのような事故が不幸にして起きてしまった場合で、施設側・職員側の過失が大きかったり、対応がまずかったりすると、訴訟に発展することもあります。これからいくつかの裁判例を取り上げますが、介護事故判例を分析することの意義は、大きく二つあります。

一つは、「今後同様の法的紛争を処理するにあたっての具体的な適法・違法の判断基準

の明確化」

二つ目に「介護職員が実際にサービスを提供するにあたって依拠すべき行為基準の明確化」ということです。

法律を学んだことのない方も多くおられると思いますので、簡単に介護過誤訴訟を説明しておきますが、介護事故・過誤が発生した場合、民事責任・刑事責任・行政責任の三つが問われる可能性が出てきます。このうち、もっとも中心になってくるのは損害賠償責任という民事責任の部分です。時間の関係上、この民事責任だけお話ししますが、福祉施設が国公立施設である場合には、国家賠償法が適用され、社会福祉法人等の民間施設の場合には、民法415条と709条以下が適用され、賠償責任の有無が判断されます。

では裁判例を見ていきましょう。

①横浜地裁川崎支部判決平成12・2・23（賃金と社会保障1284号43頁）

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高齢者（多発性脳梗塞及び重度の痴呆症、全介助）が、入所3日目の朝食・与薬後に急変し死亡した事例。遺族に対して、2,200万円の損害賠償が認められた（のち控訴審で和解。和解金1,800万円）

②横浜地裁判決平成12・6・13（賃金と社会保障1303号60頁）

財団法人が開設する老人保健施設に3ヶ月の予定で入所した高齢者（軽度の痴呆症）が入所後1ヶ月半弱たったころ、夕食に出されたこんにゃくをのどに詰まらせ死亡した事例。遺族らの請求は棄却された。

この①②の事例はいずれも食事時の誤嚥に関する事例ですが、②では事故発生に至るまでの施設側の過失の有無が問われている点でも大変参考になる事例です。つまり、こんにゃくを食材として選択したことについて、「通常食材として使われ、身体にとって有用であるものについて、単に誤飲の危険性があるという一事によって食事に供したこと自体に過失があるとは言えない」として注意義務違反はないと判示しました。これは、介護従事者の積極的取り組みの阻害とならないようなごく常識的な判断であったと思います。食事の楽しみをできるだけ奪わないように工夫する施設側の取り組み自体は、損害賠償法上の過失責任においてマイナスに評価されるものではないと言えます。

結局のところ、①と②の結論を分けたのは、事故発生直後の救命時の対応、つまり結果回避義務を尽くしたか否かでした。

①は、「B（死亡した利用者）は食事の際に、飲み込みが悪く、口にため込んで時間がかかる者であったこと、本件事故が朝食直後に起きていることなどからすれば、Bの異変を発見した際に、真っ先に疑われるのは、誤飲であったというべきである。しかしながら、（施設）職員は、誤飲を予想した措置をとることなく、吸引器を取りに行くこともせず、また午前8時25分頃に異変を発見しながら、午前8時40分頃まで救急車を呼ぶこともなかったものであり、この点に適切な処置を怠った過失が認められる」は判示しました。

②は、「本件誤飲事故発見後、職員らは、当該高齢者に対して、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みられなかったため、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」と判示しました。

これら①②の事件を通して、誤飲・誤嚥事故に際し、職員に求められる行為準則の一つを読みとることができます。つまり、「食事時の誤嚥事故に際しての一次的救急処置として、タッピング、誤嚥物の掻き出しなどを行い、それと平行して一刻も早く救急車の出動を求めるなど、各施設の置かれた状況に応じて、医師・救急隊員などの専門職による本格的救急救命活動へと速やかにつなげること」です。

もう一つ事例を挙げておきます。

③東京地裁判決平成12・6・7（賃金と社会保障1280号14頁）

老人保健施設において、夜間、同室者との口論が収まらなかったため、夜勤の介護福祉士が看護婦の指示により、高齢者（全盲、痴呆症）を他の居室に移動させ、同人を一人残して他の入所者の介護にあたっていたところ、同日未明、高齢者が窓を開けて3階から転落死した事例。遺族に対し、600万円の慰謝料支払いを命ずる。

この事例は、当該介護福祉士の不法行為責任を直接問責したという特色があります。ある意味、これは先程述べたような、夜間介護体制に関する問題に起因する不幸な事故とも言えます。

さて、これら①②③の事例は、いずれも利用・入所後3日目、1ヶ月半、3週間という時期に発生しています。このことから、介護職員が介護にあたって遵守すべき行為準則を発見することができます。

「入所にあたっての十分なアセスメントによる状態把握の必要性和、入所後における慎重な観察・見極めの必要性」です。また、「入所後短期間での家族との信頼関係の構築がいかにか困難であるか」ということも示唆してくれます。事故の発生が法的な紛争にまで至るかどうかは、多分に相互の信頼関係の存否に左右されます。

さて、ここまで、いくつかの事故例と3つの裁判例を見てきましたが、まだこうした事故は「まれ」なことと、みなさんお思いでしょうか。もっと具体的にイメージをつかむために、ここでビデオを見ましょう。

（筆者注：介護施設での事故を取り扱ったNHKクローズアップ現代を放映し、随時解説を加えた。）

こうした介護過誤訴訟が提起された場合に、実際には個々の介護者を相手どって争うというよりは、使用者である施設（厳密には社会福祉法人や医療法人ですが）に対して賠償を求めるという形式がしばしばとられます。これは、賠償能力のある者に賠償を求めなければ、勝訴したとしても、結局1円にもならないという結果になるために、使用者を、あるいは使用者と共に介護事故の行為者を訴えるという戦術を採るからです。民法715条を根拠にこれは請求可能です。ただし、使用者が十分な監督責任を果たしている場合には、使用者責任は問えません。

このような話をすると、個々の職員に誤った安堵感を与えかねませんので、念のため申し上げておきますと、民法715条3項には使用者から労働者への求償権が定められており、介護過誤訴訟で敗訴し、使用者が賠償を行った場合に、事後的に事故を起こした本人に求償するというのも可能なのです。ただし、これは判例法理により制限されています。最高裁の昭和51年7月8日判決（民集30巻7号689頁）は、タンクローリーを運転中に自動車事故を起こした運転手（労働者）への求償を

「使用者が、その事業の執行につきなされた被用者の加害行為により、直接損害を被り又は使用者としての損害賠償責任を負担したことに基づき損害を被った場合には、使用者は、その事業の性格、規模、施設の状況、被用者の業務の内容、労働条件、勤務態度、加害行為の態様、加害行為の予防もしくは損失の公平な負担という見地から、信義則上相当と認められる限度において、被用者に対し右損害の賠償又は求償をすることができるものと解すべきである」と判断しました。

介護分野にこれを当てはめてみると、職員自身に問題があり、業務の適性を欠くとか、故意による事故であるといった場合でなく、「通常の」介護事故において、職員に対する賠償ないし求償が認められる場面は、おそらく相当限定的だろうと言えます。

というのも、先の最高裁判決の文脈にあてはめてみると、「事業の性格」は、介護という業務自体に危険が内在するものであること、「被用者の業務の内容」は、専門性が医師等ほど高くないこと、「労働条件」は、リスクの相対的な高さに照らして、必ずしも十分な処遇を受けていないこと、「加害行為の予防もしくは損失の分散についての使用者の配慮の程度」は、リスクマネジメント対策が不十分で、賠償責任保険にも未加入であることを職員に転嫁すべきではないことが指摘できるからです。

最初のあたりで話しましたように、「サービスの質の向上」が福祉におけるリスクマネジメントの目標なわけです。そうすると、まず、現場の職員ひとりひとりの介護技術の向上、プロ意識の醸成が必要不可欠ですが、同時に、施設（使用者）と職員との信頼関係の醸成も不可欠と言わなければなりません。

介護事故責任の求償や懲戒処分は、職員を萎縮させ、施設（使用者）と職員の間を複雑なものにし、それが利用者にも跳ね返って質の低いサービスにつながるという反作用があることを使用者は理解しておく必要があるでしょう。

ここには、福祉の現場職員の方も、使用者的立場の方もおられるようなので、このような話をしていますが、再度繰り返すと、法の世界では、求償や懲戒はきわめて限定的に解されています。事故が発生した場合に、個々人の責任を問うのではなく、原因究明と再発防止こそが最優先されなければなりません。経営サイドにいる人はこのことを肝に銘じていただきたいと思います。

以上のように、事故を起こさないことも含めてサービスの質を向上させるリスクマネジメントに重要なのは、

- ①事故に関与した職員に対する適切なアフターケアないしカウンセリングのための施策をも考える必要があること。
- ②利用者及び家族との信頼関係の構築に心を砕くこと。そのために苦情解決システムの適切な運営や家族との情報共有、家族への積極的な働きかけが必要でしょう。

さらに②との関係でアセスメントを十分に行った上でのケアマネジメントの実行、適切な見直しを行って行かねばなりません。

結局のところ、どんなに立派な事故対策マニュアルがあっても、専門委員会があっても、それだけでは何の意味もありません。また、さきほど介護職員の専門性は医師等に比べて相対的に高くはないといいましたが、介護の専門性が今後高まっていけば、個々の介護職員の法的責任も高まっていくことになります。また、今日はお話しする時間がありませんでしたが、民事責任以外に、刑事責任や行政責任が問われる可能性があることにも留意してください。

4. 福祉サービス利用者の権利擁護とそのシステム

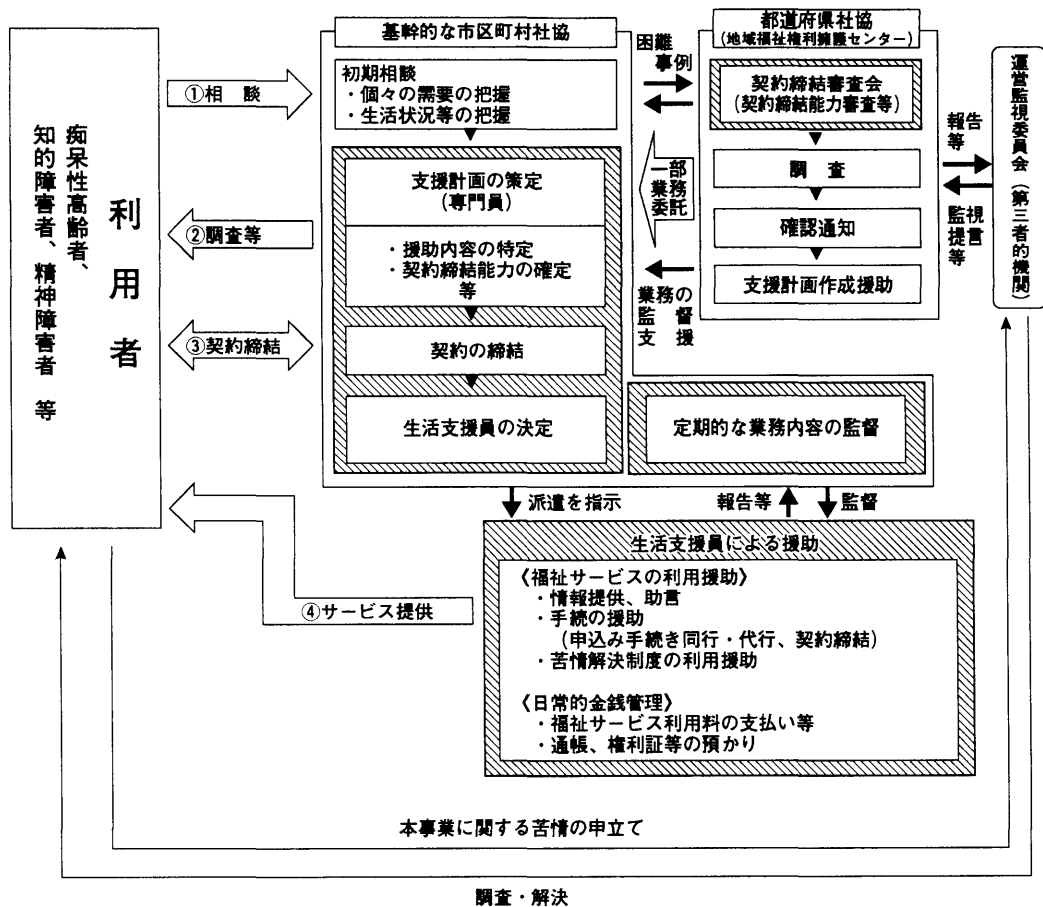
では、次に権利擁護についてお話しします。時間の関係上、かいつまんでご説明いたします。突然違うテーマに変わったように思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、じつはこのテーマは先の介護事故と大きく関わっています。介護事故は他人の権利利益を侵害したと判断される場合に、法的責任が問われるわけですが、逆に見ると、権利侵害の状態から事故が発生するということも言えるからです。たとえば、先ほどの③の事例を思い出してください。うるさいから隔離・監禁した、そうしたら転落死したという事案でした。権利侵害が事故に結びついている典型的な事例だと思います。また、サービスの質の高低を判断する指標として最近重要視されているのが、利用者の「満足度」です。ではどのようにすれば満足してもらえるのか。簡単です。利用者個々人の人権・サービス利用者としての諸権利を守るサービスを提供すればよいのです。

具体例を出しましょう。ある高齢者の方が食事の際にうまく食事がとれず、ぼろぼろとこぼしてしまう。こうしたときに、「おばあちゃん、何やってるの、スプーンで食べさせるから、はい、口開けて、早くして。もう、こんなにこぼして掃除が大変なのよ」これは極端な例かもしれませんが、権利を尊重したサービスを心がければ、「〇〇さん、食べにくいですか？ お手伝いしましょうか？ 急がなくていいですよ、楽しく食べましょうね。いいですよ、お掃除するのは簡単ですから、気にしないで」ということになるはずですよ。

施設職員もそれぞれが立派に権利擁護者になりうるわけで、そうならなければ「サービスの質が低い」「満足できない」サービスとなってしまうわけです。

また、痴呆性高齢者の増加・独居老人の増加、福祉サービスの契約化に伴い、何らかの法的支援がなければ、権利を実現できないあるいは権利を侵害されてしまう高齢者をどうささえるかが課題となりました。そのため権利擁護が重要課題となったわけです。

ところで、「権利擁護」とは、「判断能力が不十分な人々の立場に立って、虐待を防止し、福祉サービスの利用を援助し、あるいは財産を管理するなど、総じて権利行使を擁護すること」と一応定義されています。そのために、狭義のシステムとして、福祉サービス利用支援事業（地域福祉権利擁護事業）や成年後見制度、広義のシステムとして、苦情解決、サービスの自己評価・第三者評価、監査・監督行政、情報提供等が不可欠とされています。次の表をご覧ください。

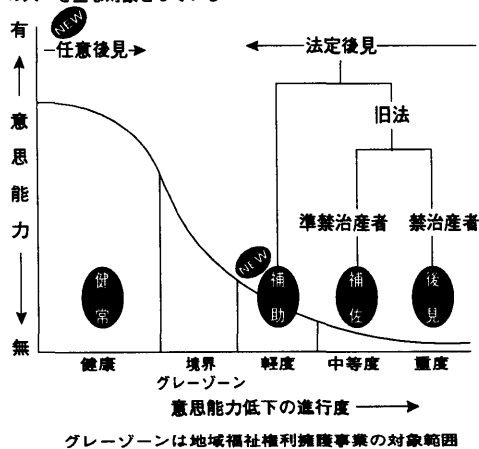


(表の説明を行った)

時間をオーバーしてしまいましたので、後の講義で緒方教授が担当される「成年後見制度」とこの権利擁護事業との関係をお話しまして、私の講義を締めくりたいと思います。

成年後見制度と地域福祉権利擁護事業の関係

地域福祉権利擁護事業は“意思能力がグレーゾーン (健康と痴呆の中間) の人”を主な対象としている



上記関係図を説明（説明略）し、のち救済法上の問題点を指摘して、予定時間のため講義終了。

注記：本講義ノートを作成にあたっては、多くの資料・論文を参照したが、公開講座の紹介という本稿の性質上、逐一挙げることはしなかった。特に、菊池馨美早稲田大教授が「賃金と社会保障」（労働旬報社）に掲載された論文から大きな示唆を受けているが、在外研究中のため、掲載号の確認ができないことをお許し願いたい。

以上