

福祉分野へのリスクマネジメントの導入とそれに伴う課題 ～介護分野を中心とした検討～

金子 努

1. 問題の所在

本稿では、社会保障構造改革の下で、この間推進されている措置から契約への社会福祉サービス提供の仕組みの転換によって、事業者や従事者に、新たに求められているリスクマネジメント導入の動きとそれに伴う課題について検討する。

2000年頃より介護保険制度実施を契機として、高齢者の介護分野を中心に、介護事故が表面化し、介護過誤訴訟が徐々に増加している。

こうした状況を背景に、厚生労働省は、2002年4月22日付けで「福祉サービスにおける危機管理に関する取り組み指針～利用者の笑顔と満足を求めて～」を発表した。そこでは、福祉サービスにおける危機管理の基本的な指針として、「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が回避できるという考え方（クオリティー・インプルーブメント：QI）で取り組むべき」と述べられている。

また、これよりも前に、全国社会福祉施設経営者会議「福祉施設におけるリスクマネジメントのあり方に関する検討委員会」では、医療分野におけるリスクマネジメントを参考にその検討報告（2001年3月）を行っている。その報告書によると、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うえで、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」とされている。そして、同報告書では、リスクマネジメントには、第1に、サービスの管理の側面として、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、第2に、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、自然災害等に対する危機管理が、挙げられている。そして、第1の側面に立つことを明示し、第2の側面の強調は、規則的な組織管理につながりやすく、現場の職員が萎縮し、現場の創意工夫による事故防止の取り組みが機能しにくい環境を創出し、結果として事故が減らないという悪循環に陥りかねないとしている。こうした全国社会福祉施設経営者会議の認識は、前述の厚生労働省指針の考え方と通ずるものである。

厚生労働省が公表した「福祉サービスにおける危機管理に関する取り組み指針」は従来にない画期的なものであり、その内容についても基本的には賛同するところである。指針の示す通りリスクマネジメントを推進するについては、まず、従事者個人の問題として捉えるのではなく、事業者組織の仕組みの問題として捉えその整備を行うことがまず大前提である。そして、それは「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が回避できるという考え方で取り組むべき」である。

ところで、この間の介護過誤訴訟の審理内容をみると、基本的にはこれまでの医療過誤訴訟の判例を踏襲していると思われる。そこでは、例えば介護サービスの提供について、医療や看護サービスの提供と同様に考えられているようであるが、特に急性期の医療現場と生活場面となる社会福祉現場とは異なる点が多く、その違いを踏まえた検討が必要と考える。また、医療職と社会福祉職の養成課

程の違いについても検討が必要だ。

本稿では、以上のことを踏まえ、社会福祉サービス提供におけるリスクマネジメントにかかる検討課題を介護分野を中心に整理するものである。

2. リスクマネジメントの定義

そもそもリスクとは何か、その定義を考えてみると、一般的には「損失、あるいは損失の可能性」「予想された結果と現実との結果の相違」などとされている。ここでは、ケア分野におけるリスクを、全米ヘルスケア・リスクマネジメント協会（ASHRM）発行のリスク・マネジメント・ハンドブック（Risk Management Handbook）を参考に次のように整理しておく^(注1)。①利用者のケアに関連するリスク、②ケア専門職に関連するリスク、③従業員に関連するリスク、④資産に関連するリスク、⑤財務に関連するリスク、⑥その他に関連するリスク、の6点である。これらはいずれもケアサービス提供事業者として健全な事業運営に支障をきたすという点で共通している。

そして、リスクマネジメントの目的については、介護サービスの質の確保を通して組織を損失から守ることとする。つまり、サービス提供にともなって事故が起こることが予測できた場合、その事故を起こさせないために利用者の行動制限等を行うといった対応ではなく、事故が起きないよう予防策を立てた上で利用者にサービスを利用してもらうという考え方である。利用者の利益を狭めるような対応は、利用者からは支持されない。社会的に支持される事業者を目指すには、利用者の利益を守ることと事業者の利益を守ることとを統一的に追及する姿勢が何より重要なのである。

3. リスクマネジメント導入の必要性

この間、政府・厚生労働省は、社会保障構造改革の名の下に、措置制度が問題の多い制度であるとして、契約に基づくサービス提供の仕組みへと転換を推進している。1997年の児童福祉法改正による保育所の契約利用化を手始めに、2000年4月の介護保険制度実施、2003年4月からの支援費制度実施など、いずれも従来の行政処分（措置制度）ではなくなり、基本的に利用者との契約締結に基づく利用になった。そのことからサービス提供に伴う責任の所在も変化した。加えて、公共施設の管理を民間に開放する指定管理者制度が2003年9月に導入され、社会福祉施設の運営に民間企業や非営利組織（NPO）も参入可能となったことも、従来にない変化の一つである。

措置制度の場合は、行政直営以外の民間の社会福祉法人が事業を受託して行う場合も、基本的には行政責任となっていた。したがって、その事業実施、サービス提供にかかわって事故等が起きた場合は、国家賠償法（第1条）に基づき損害賠償していた。そして、社会福祉法人の民間福祉施設職員は地方公務員に準じて取り扱われるため事故に関わった指導員の不法行為に対して損害賠償を請求できない仕組みとなっていたのである。

しかしながら、措置から契約へとそのサービス提供の枠組みが変化したことで、介護事業者の責任、従事者の責任が直接に問われることとなった（資料-1参照）。

資料-1 2000年以降の介護現場で起きた事故をめぐる刑事事件

事例1	<p>【担当職員の不注意により特殊浴槽入浴中の入所者が水死】</p> <p>2000年11月28日、山口県の老人保健施設にて、車椅子ごと入浴できる特殊浴槽利用中に入所中の女性（95歳）が水死した事件で、山口県警大島署は介護にあっていた女性職員（22歳）を業務上過失致死で書類送検した。</p> <p>入所中の女性（要介護状態5）を車椅子ごと入浴させた際、別の入所者に脱衣室で服を着せようと</p>
-----	---

	して約3分間、監視を怠った。このため女性の顔が湯につかっているのに気づかず、発見が遅れ水死させた疑い。入浴時は2人以上の職員が対応すべしとのマニュアルがあったにもかかわらずそれを遵守していなかった。(「読売新聞」2000年11月付け記事より)
事例2	<p>【担当職員の不注意で利用者が負傷した事件】</p> <p>2000年7月11日早朝、入所中の痴呆の女性が乗った車椅子に食卓テーブルを取り付けようとした際、誤って女性の額にテーブルをぶつけ1週間の打撲傷を負わせた。</p> <p>女性はこの他にも入所中に複数回の負傷事故にあっていたことなどから、後見人の家族から「業務上必要な注意を怠った」などとして2000年12月、業務上過失傷害容疑で刑事告訴。鎌倉署は2001年10月、同容疑で書類送検。横浜区件は、2002年4月1日までに、業務上過失傷害の疑いで書類送検されていた介護福祉士の男性職員(25歳)を過失傷害の罪で略式起訴。横浜簡易裁判所は、2000年4月1日までに罰金10万円の略式命令を出した。また、神奈川県福祉部は、同施設を運営する社会福祉法人に対して、「法人および施設の運営に適切さを欠く」として、2002年4月10日までに改善報告するよう通知している。(「神奈川新聞」2002年4月2日付け、22面より)</p>

実際には、法的責任として、刑事責任、民事責任、行政処分の3つが問われる。民事責任では、民法上の債務不履行責任(民法415条)、不法行為責任(民法709条)などが問われる。

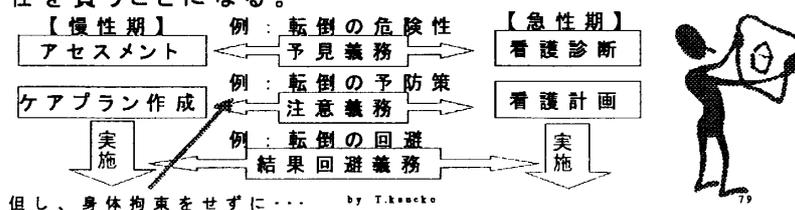
まず、債務不履行では、事業者の安全配慮義務が果たされていたかどうか問題となる。介護事業者には、利用者の権利を擁護し、それを利用者自身が行使できるように保障する配慮義務がある。そして、指定事業者として、本来あるべきすべての機能を備え、そのサービスを提供する義務がある。介護事業者はそれらの義務の一つでも違反すれば安全配慮義務を問われることになる。従って、介護保険分野における指定事業者について考えると、厚生労働省の示した人員基準、設備基準、運営基準を最低限満たしていなければならない。法令遵守(コンプライアンス)の水準を徹底させることは、リスクマネジメントの観点からも重要なことなのである。

そして、不法行為責任では、介護事業者が利用者に対し、事故等の危険を予見できる場合には予見義務が課せられること、そして予見すべき場合には注意義務が生じること、さらにその結果(事故、障害、損害)の発生を回避する義務が含まれる。つまり、利用者のサービス提供計画を作成するにあたっては、アセスメントの段階で、例えば転倒事故などを予見し、その事故を予見できる場合には、サービス提供計画の作成過程で注意義務が生じる(図-1)。したがって、転倒事故を予防するための対策をサービス提供計画の中に具体的に講じなければならない。さらには、その作成されたサービス提供計画に沿ってケアサービスを提供し、実際にサービス提供中、事故が起きないよう結果の回避義務を果たさねばならない。

したがって、社会福祉サービスを提供するに際しては、適切にアセスメントを行い、そのアセスメントに基づいたサービス提供計画を検討し、利用者にとって最適なサービス提供計画を作成することは、利用者の利益のためであると同時に、事業者の利益のためでもある。

不法行為責任の場合(709条)

事故等の危険を予見できる場合には予見義務があり、実際この危険を予見することができ、予見すべき場合には注意義務が生じる。さらに、結果(事故、障害、損害)の発生を回避する義務がある(結果回避義務)。これらの義務に違反した場合に、従事者及び事業者は賠償責任を負うことになる。



4. 事例検討

ここでは、民事事件で既に判決が確定している事例をもとに介護サービス提供場面における課題について検討する。事例「医療法人さくら会事件・東京地裁判決（平12.6.7）」の概要は次のとおりである。

老人保健施設に入所していた女性（70歳、全盲、痴呆症状あり）が三階居室から落下して死亡したのは、施設職員が適切な介護・看護の措置を怠ったことによるとして、女性の内縁の夫が使用者責任に基づき施設に慰謝料の賠償を求めた事例。請求1000万円に対し600万円を認容。平成九年（ワ）第一九三七号損害賠償請求事件（確定）^(注2)

本件では、次の3点が争点となっていたが、争点1のみ取り上げる。

（争点1）本件事故の原因（被告の介護・看護職員の過失によるものか。）

（争点2）R子死亡の原因（一時的処置に当たった医師に過失があるか。）

（争点3）原告の損害の有無及び範囲

この事例を取り上げた理由は、①医師ないし看護職の指示いかんとは別に、個別の場面では介護職独自の判断と責任が問われ得ることを示唆している事例であり、②介護事故を論じる際、医療事故の判例理論を参考にしているものと推察できる事例であったからである。

(1) 施設入所までの経過

被害者であるR子（当時70歳）は、1982年頃から、網膜色素変性症に罹患し、1990年頃には全盲になった。食事、衣服の着脱、入浴、排泄等身の回り全般にわたり介護が必要な状態で、内縁の夫やホームヘルパーが同人を介護していた。その後、内縁の夫が入院加療必要となり、やむを得ず施設入所となる。本件施設に入所したのは1997年2月末で、同施設の3階にある4人部屋304号室に入室した。

(2) 転落事故の発生と死亡までの状況

本件施設の1997年3月19日夜から同月20日朝まで（以下、この時間帯を「当夜」という。）の看護・介護担当職員は、本件建物の2階担当の看護師及び3階を担当する被告従業員である介護福祉士Yであった。

Yは、304号室においてR子と同室者とがはじめた口論が収まらず、R子が興奮して大声を上げるため、R子を310号室に連れて行き、同室にあったベッド上に座らせた。R子は、翌日早朝ころ、310号室の北側窓の窓付近の目隠しフェンス設置部分から転落した。R子は、この事故により、両側大腿骨開放骨折の傷害を負い、救急病院に運ばれ処置を経た後、午前6時ころ、別の病院に転送されたが、同日8時26分頃、出血性ショックにより死亡した。

(3) 争点に関する当事者の主張と裁判所の判断

裁判所は、原告と被告のそれぞれの主張および当該施設の記録等から、Y（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（理由①）、その使用者である被告は、使用者責任を負うものと判断した。従来、医療現場の事故等では、医師はもちろん看護師の不法行為責任が問われることはあった。しかしながら、介護福祉士の不法行為責任が直接に問われることはなかったのではなかろうか。しかもこの事案では、看護師との行為の関連共同性を認めた上で、個別の場面では介護職独自の判断と責任が問われ得ることを示唆している。そして、介護サービスの提供にあたって、どのような判断がなされ、その判断に基づきどのような見通しをもっていたかが問われている。

介護福祉士が介護職の国家資格であり、専門職であれば当然の判決とする見方もあろうが、介護福祉士の養成課程の現状や有資格者の質の格差の問題などを考えるならば、大変厳しい判決であったとの見方もできよう。

裁判所の指摘した点は次の11点であったがその1点目を見ると次の記述がある。

「1 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、入所者に一定の危険、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、その回避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、看護婦、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の判断を適切に行い、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。（理由2）^(注3)」（下線は筆者による）

下線を引いた部分は、医療事故である「痴呆症状のある患者が病院的ベットのマットから転落して死亡した医療事故の事案」（東京地裁、1996年8月判決）の判決文「一般に、病院に入院中の患者に一定の危険が生じることが予測される場合、その患者の担当医師はその結果発生を防止するために一定の作為義務を負うか、また具体的にいかなる作為義務を負うかは、医師の専門的判断に基づく裁量の範囲があることを前提とし、予想される結果の重大性、予測される結果発生蓋然性、結果発生を防止する措置の容易性、有効性、その措置を講ずることによる医療上ないし看護上の弊害などを総合考慮して判断すべきである」と考える。」を参考にしたものと推察できる。

資料-2 判断とそれに基づく行為の適切さ

（被告側の主張）「転落事故は予見不可能だった」「したがって不法行為には当たらない」「施設として適切な対応をしていた」

裁判所の判断

①本人の居室から使用していない部屋へ移動	他の利用者への配慮も必要	○
②本人に気づかれないように巡視し続けた	声をかけるとかえって興奮するから	×

（当時の状況）0時頃には落ち着いていた（入眠への対応なし）、部屋を移動後一度も外へ出ていない（のどが渇いたり、トイレに行きたいなどの要求行動はなかったのか）

（過去の記録から）帰宅要求があった、自分がどこにいないかわからなくなることがあった、興奮して薬剤を投与して落ち着いてもらうこともあった

by T.kaneko

90

資料-3 原告と被告の争点にかかる主張^(注4)

原告	被告
ア R子は、本件施設において、たびたび興奮状態に陥り、精神的不安を募らせ、介護職員に対し家に帰りたく述べていた。	ア YがR子を310号室に移動させた理由は、本件施設の開園直後入室者がなく、R子が騒いでも他の入所者等の迷惑にならない上、R子は他人から声を掛けられると一層興奮して騒ぐため静かな場所が必要だったからである。
イ R子は、当夜午後9時30分ころ、自宅に「帰る」と言い、Yに説得され、304号室で横になったが、当夜午後	イ Yは、その後、同室及びR子の状況を5分から10分ごとに巡視した。R子は、310号室に移動

金子 努 リスクマネジメント

10時ころ、同室の安田がうるさいと興奮し、大声を上げ始めた。Yは、他の入所者の迷惑になるため（前記一三（二））、当直看護師の指示により、同日午後10時30分ころから同日午後11時ころまでの間に、310号室に移動させ、同室内のベッド上に座らせた後、同人を残して室外に出、他の入所者の介護に当たった。

ウ Yは、仕事の合間にR子の様子を見に行っていたが、R子は、1、2時間ほど叫び続けた後、同月20日午前零時ころ、叫ぶのを止めて静かになり、ベッドから立ち上がって歩き回ったりすることを繰り返した。

エ R子はしばらく後にはベッドに座っていたが、当夜午前3時30分ころ、窓を開けてこれによじ登り、出窓のフェンスを乗り越えて転落し、当夜午前4時30分ころ、窓の下の地面に転落した状態で発見された。

ア R子は、日ごろから帰宅指向が強く全盲であった上、本件施設の介護職員は、R子の状態について、同人に接し、あるいは他の介護職員から引継報告を受けてこれを承知していたものであるところ、R子は、本件事故当時、口論により興奮し、精神的に不安定な状態にあり、その直前に「家に帰る」と言っていたから、室内の様子もわからず、ひんやり冷たく、ベッドには布団もなく、雑然と物が置いてある埃のたまった310号室に同人を一人置くことは極めて危険であり、右介護職員は、R子が不安と家に帰りたい気持ちから家具等につづかって怪我をしたりドアや窓を開けて外へ出ていったりし、更に大きな危険に遭遇する恐れがあり、また、手段を選ばず同室を脱しようとして窓を開けるなどして怪我をする危険があることは、容易に予見することができた。

してから約1時間、大声を上げ続けていたが、その後、室内を徘徊するようになり、徐々に興奮も収まり、徘徊もしなくなり、午前4時20分ころにはベッド上に座るようになった。その間、R子は、同室から出ようとする態度を示したことはなく、本件窓を開けたり、これに昇ろうとしたことはなかった。

Yが約10分間他用を処理している間、R子は、本件窓からフェンスの設置部分へ出、これ乗り越えて転落した。

ウ 本件事故当時、本件建物の部屋は外側から施錠できる構造となっておらず、310号室の入口の施錠はされていない。本件の窓の手動式の鍵は施錠されていたが、いわゆるロックはされていなかった。

エ さらに、R子は、従前、家に帰りたいと述べることはあっても、現実に行動に移したことはなかった。

オ R子は、自分がいる部屋が本件建物の三階にあることは知悉していた。本件事故が偶発的なものか、R子の意図的な行動によるものか、あるいは両要素が併存するかは不明であるが、いづれにしても、被告及びその職員にとって、全盲の老年女性であるR子が310号室の出入口から外に出ようとせず、わざわざ施錠してあり、高所にある本件窓を開けて、その付近にあった本件家具等を利用して外へ出た上フェンスを超えることを予見することは不可能であり、この点について、被告又はその介護職員に予見可能性は存しない。

また、次のとおり、YのR子に対する措置は、当を得ており、非難すべき点は存しないし、被告の体制にも不備はない。

ア 本件施設における夜間職員2名の看護体制は、標準的なものであり、行政当局の指導にも合致している。夜間介護は、入居者の排泄補助、就眠介助等が主要なものである。

また、本件家具は、高さが80センチメートル近くあり、ベッドに接して置かれ、これを踏み台にすれば本件窓に上げられる状態であったから、右介護職員は、R子がこれを踏み台にして本件窓に昇り、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、本件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は予見すべきであった。

イ このような場合、老人保健施設における介護の専門家である介護職員としては、あらゆる場合を想定して盲目で興奮しがちなR子の安全を確保する義務がある。

すなわち、R子の興奮を鎮めるために同人を一時居室から出すのであれば、一人放置せず傍らにつき添うなどして興奮を鎮めてから同人を居室に戻すべきであり、R子の徘徊について、同人を注意したり、あるいは同人の手を取ってR子から目を離すことのないようにしたり、同人を抱きかかえて直ちに止めさせたりしなければならない。

また、介護職員としては、310号室を離れるとしても、R子が窓から転落しないように窓付近に棚や机等容易に窓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る。

そして、介護職員にあつては、精神安定剤セルシン等を使用するなどしてR子の気持ちを落ち着かせ、一刻も早く自室に戻して同人の安眠を確保すべきである。

ウ にもかかわらず、Yは、右の各義務を怠り、R子を310号室のベット上に座らせたまま措置を採らず、同人の監視もしなかつたし、同室の窓際の本件家具を移動させず、あるいは、本件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）を開放したままとし、R子を危険な状態に置いたまま、長時間にわたり放置した。

また、Yは、当直看護婦の指示でR子に刺激を与えないようにと、310号室の引き戸を音を立てないように開け、様子を見てはその場を離れることに終始し、同人に声をかけず、R子は、Yが様子を見に来たことすら気付かず、一人孤独な状態に置かれた。

さらに、R子は、一睡もせず310号室内を徘徊したり、ベット上に座ったり立ち上がったりを繰り返した。当時、R子は、自分の置かれた状況を理解することができず、原告が病気で入院しているため本件施設にいることもすぐ忘れてしまう状態であった上、盲目であったため、自分が本件建物の三階の部屋に居ることが分からず、その結果、本件事故が発生した。

エ 仮に、この間、Yが5分又は10分の間隔でR子を巡視したとしても、その時点でR子に異常がないことが確認されるにすぎず、前記危険性が存することに変わりはない。

イ R子を他の部屋に移動しなければ、他の入居者の安眠・休養が妨げられ、YがR子に終始付き添えば、他の入居者への排泄補助や就眠介助が疎かになり、あるいは極めて困難となる上、YがR子をなだめようとして声をかければ、一層興奮し、暴力を振るい、他の入居者とのトラブルが再発し、あるいは他の入居者の介護に支障が出るおそれがあったため、Yは、R子が310号室に移動させた上、R子を刺激しないように声を掛けずに同人の落ち着くのを待った。Yの右行爲は、適切であるのみならず、同人にはそれ以外にとる術はなかつた。

5. リスクマネジメント導入と今後の課題

先にみた事例検討は、医師ないし看護職の指示いかんとは別に、個別の介護場面では介護職独自の判断と責任が問われ得ることを示唆していた。介護サービスの提供にあたって、どのような判断がなされ、その判断に基づきどのような見通しをもっていたかが問われている。こうした考え方は、医療や介護分野で、最近、強調されている「根拠に基づく医療」(EBM: evidence based medicine)、「根拠に基づくケア」(EBC: evidence based care)に通ずるものである。

そして、注意義務の基準となる介護水準は、平均的な介護職が行っている介護とは必ずしも一致しておらず、規範としての「あるべき」介護水準から判断されるものと考えられる。こうした基準の考え方は、介護福祉士等の養成の現状や現場の実態を十分反映したものではないが、介護福祉士が一般人(素人)とは区別され専門職として見なされ、その責任を問われているという点はむしろ歓迎すべきことであろう。したがって、介護福祉士をはじめとする介護職が、自ら専門職であることを主張するのであれば、当然それを裏付ける専門的力量(専門知識、専門技術)を身につけ、現場で発揮していなければならないことは言うまでもない。4の事例であったように「声をかけると興奮すると思い、本人がわからないように巡視していた」という被告側の説明は、専門職としての対応を考えたときあまりにも短絡的な判断で、専門職としてのアセスメントとそれに基づくケアの工夫が伺われない。

勿論、専門的力量の確保の問題を専門職個人の問題にすべてを帰す考えは毛頭ないが、それにしても、専門職と名乗る以上はいわゆるプロ意識を持った行動をとるのは当然のことであろう。

介護福祉士については、現在その複数ある養成課程を見直し、養成校修了者であっても基本的に国家試験の受験を義務づける方向で動いているが、質の確保の観点からも重要な動きである。

今後、介護を含む社会福祉分野で、事業者がリスクマネジメントを仕組みとして導入することは必要不可欠な動きである。と同時に、実際のサービスの担い手が人間である以上、その担い手の質の確保を図ることも喫緊の課題といえる。

資料-4 裁判所の指摘事項(2点目から11点目までの内容)

「2 そうすると、Yが興奮して大声を上げるR子を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(前示第二の一3(二)、第三の一1(二))、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は二人体制で当たっていたこと(前示第二の一3(一))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、YがR子に終始付き添う措置を執らなかつたからといって、格別の緊急性が存する場合を別としては、それが直ちに不当又は違法となるとはいえない。」

「3 しかしながら、R子は、従前、失禁したり、朝目覚めた際自分がどこにいるのか分からない。あるいは、時折興奮して会話が支離滅裂となり、なかなか収まらないといったことがあったり、精神的不安に陥り、妄想を抱き、時折精神安定剤セルシンの服用を受けるなどしていたことが認められる(証拠略、弁論の全趣旨)。また、本件記録(乙三)の同年3月4日の欄には「つきっきりではなくとも大丈夫ではないかと思える」との記載があり、その具体的状況は本件証拠上確定し難いものの、R子から目の離せない状況になったこともあったことがうかがえるところである。

これらの点に、R子は全盲であり、たびたび家に帰りたいと述べ(前示一1(一))、当夜も同様の声を上げていたこと(前示一1(二))を併せ勘案すると、R子に対しては、一定の危険を回避防止すること、すなわち、心身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R子自身の行動に配慮し、その身体の安全や心身の安寧を確保することが求められ、それなしには、R子自身にも一定の危険が生ずることが合理的に予想されると考えられる。そして、入所者の状況等は、刻一刻と変化することも希ではないことから、臨機の判断や対応も必要である。」

「4 また、310号室へ移動する原因を作り出したのはR子自身であるとしても、室内の状況を知らない310号室

へ移動させ、R子一人を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、Y及び当直看護婦であることにかんがみると、Yにあっては、同室の状況を踏まえ、R子の動静にできる限り注意を払い、要介護の心身の状況にあるR子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。」

「5 そして、R子の心身の状況は、逐一本件記録に記載されており(乙三)、また、Yも、R子が盲目であり、痴呆症状があったことを知っていたことが認められる(証人Y、弁論の全趣旨)から、Yは、当夜の介護職員として、R子が視覚に障害がなく、また、心身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を思いを致し、これに配慮した措置を講ずることが義務で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R子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、R子ができるだけ速やかに通常の状態での睡眠を取ることができるよう配慮するべきものと解される。」

「6 (一) そこで、検討するに、R子は、310号室において、1、2時間大声で騒いでいたものの、当夜午前零時ころ叫ぶのを止めて静かになり、ベットから立ち上がって歩き回ったり、座ったりすることを繰り返していたと認められるところ(前示一1(二))、証人Yの証言中には、R子は当夜午前4時20分ころにベット上に座っていたとする部分があり、これに従えば(正確な時刻を除く)、R子は、深夜以降はそれなりに落ち着きを見せるようになっていた様子がうかがえる。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(前示一1(三))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。

(二) すなわち、少なくともR子を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、R子の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的心身の状況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、かつ、Y証言によれば、R子がベットに腰掛けているのを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ことである。

(三) 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(証人Yの証言には、R子はベットの上に立ち上がることはあったものの、一人でどこかへ行ってしまう様子はなかったとする証言部分があるが、数時間を経てなお同じ状態が継続する高度の蓋然性が直ちに肯認されることにはならないと思料される。)

加えて、R子は、全盲であった上、310号室の状況は知らなかったと認められるから、例えば、ナースコールを用いる等介護する側にとって有用な方法で反応を示すことは必ずしも期待することができない(再度大声を出すことで介護職員側でそのシグナルを読み取ることが期待され得たかについては、本件証拠上不明である。)

とすれば、R子がベット、本件家具等を伝って本件窓の鍵を開けて室外に出るといふ所為に及ぶ明白かつ具体的な危険が切迫していたとは認められないとしても、一晚を寝ずに明かしたに近い状態に至れば、R子が室内を歩き回ることのみならず、手探りで室外に出る方途を模索したり、さらには右のような所為に類する事態が出来ることはR子の自然な身体的又は精神的反応としてこれを予想すべき余地がなかったとはいえないと思料される。加えて、証人Yは、その証人尋問において、R子はベット上に立ち上がることもあった旨、Yは本件窓が施錠されていることは確認した旨各証言しており、これによれば、盲目のR子が落下したり、そうでなくとも危険な状況に至ったりすることは具体的に予想し得たものと認められる上、Y自身も、R子が本件窓に接近する等によって生ずる危険を想定していたこともうかがわれないではない。

もちろん、R子が最初に310号室の出入口に触れていれば同所から出ることを試みたであることが推認されるけれども、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R子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。本件窓の形状、位置、これを開けた際に触れたであろう外気の状態等から、R子にあっては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的確な証拠は見出されない。

この点、被告は、R子が三階にいることを知っていた旨主張するが、当夜のR子の心身の状況に照らし、自分

の所在する場所や階数等を記憶を辿り論理的かつ冷静に判断し得たかについては疑問を留保せざるをえない。

なお、R子が自ら主体的に三階の本件窓から出たこと（R子の転落が事故ではないこと）を認めるべき確かな証拠は見出されない。」

「7 しかるところ、Yにあっては、深夜相当時間が過ぎた段階に至っても、なおR子を就寝させる頃合いを見図る等介護又は介助の要否やタイミング等について検討した様子はいかがえない（310号室に寝具等を持ち込んで同室を一時的な就眠の場所としようとした様子もない。）のであって、しかるときは、いつも就寝させ、あるいは304号室に戻すか等、爾後R子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の疑問が払拭されない。これをR子の側からみれば、身体を休める寝具はなく、他方、自己の意向を表明する術を知らないまま時間が経過したものというべく、結局、特段の措置が講ぜられない状態が継続したものと評せざるを得ない。

この点、Y又は当直看護婦において、R子に声を掛ければ再度興奮するおそれがあるとの配慮（前示一1（三））がなお継続していたのであれば、それは、R子にとっては、鎮座して夜を明かすか、あるいは寝具のない状態で就寝せざるを得ないことを意味することにならないか疑問なしとしない。」

「8 もっとも、本件事故の態様としては、R子が本件家具を昇るなどして、本件窓を開けて戸外へ出た蓋然性がうかがえるところ、そのような行動自体は通常容易に想定されるものではないことは確かである。しかし、それが室内外の状況及び引き戸、本件窓の状況等を知らず、又はこれを視認することができない者についても同様であるかはいささか疑問であり、かえって、盲目であり、310号室の状況を知らなかったR子にあっては、何も情報を与えられなければ、どのような行動をとればどのような危険が生ずるかはほとんどわからなかったであろうことが推認される。」

「9 他方、当直看護婦及びYは、夜勤担当として相当な繁忙状況にあると認められ、R子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（証人Y、弁論の全趣旨）、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定されることにかんがみると、少なくとも同程度の時間をR子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。」

「10 以上を総合すれば、Yにあっては、R子が落ち着きを取り戻しているか確認すべくR子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（Y証言、弁論の全趣旨）R子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、Y及び当直看護婦において、室外からR子に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、R子に声を掛ける等もしなかったのであり、それがなおその裁量的判断の範囲にあるとはいい難く、適切な介護すべき義務を怠ったものといわざるを得ない。」

「11 もっとも、R子が何らかの働きかけに対し従順に応じたり、再度興奮しなかったであろうとの確実性はなく、また、R子が再度興奮した場合にどのような事態が招来されるかは必ずしも判然としないことを勘案すると、R子に対する積極的な対応がされなかったことと本件事故との間に端的な因果関係があるかは問題ではある。

しかしながら、そのような働きかけがあればR子自身も、どのような形態であれ、身体的あるいは精神的反応を示し、R子が従前の興奮状況から脱しているか否か、何を欲しているか等を探り、あるいはそれが介護職員において爾後どのような対応をとるべきかについての判断材料となり、相応に対処し得た相当の蓋然性は否定し得ない。しかるときはこのような働きかけがなかったことは、R子が適切な介護を受ける機会を失しめたものであって、そのためにR子自らが行動を起こし、本件事故に至ったという限りにおいて、本件事故もその因果の流れにあることは否定されないと思料される。」

〈注〉

（注1） United States General Accounting Office : Health Care-Initiatives in Hospital Risk Management, WashingtonDC、1989

また、アンドリュウ・D. ワインバーグ著、橋本宏子訳・解説『介護サービスとリスクマネジメント』ミネルヴァ書房、2001年146頁では、次のように述べている。

「リスクマネジメントとは、簡単にいえば、現実には起こっている、あるいは起こりそうな問題を、その解決方法とともに明確に提示することによって、質の高いケアを供給することで。…中略…すべてのリスクを避けることはできませんが、リスクマネジメントの効果的な

戦略は、ケアの質を改善しながら、事故の発生を減らし、居住者の損傷を最小限にすることができるのです。」

(注2) 出所：『賃金と社会保障』No.1280、2000年8月下旬号、尚、引用した箇所については、一部略したり、漢数字を算用数字に改変している。

(注3) 注2前掲書に同じ

(注4) 注2前掲書に同じ

金子 努 リスクマネジメント

Abstract

Introduction of Risk Management into Welfare Field and Problem in it :
Examination-center on-care-work Field

Tsutomu KANEKO

Hiroshima Prefectural Women's University, Hiroshima

Because the service provision system has become contract-based, (*S) both employers and individual workers now have direct responsibilities. Risk management should be introduced not by the workers, but by the employers, and workers need to improve their assessment abilities and increase their responsibilities as specialists. Specialist personnel are also required to secure the quality of specialized assessment.