
原著論文

介護事故¹⁾にみるリスクの本質とサービス範囲の限界

山田 健司

Working out of the Risk on Accident-related Care Giving in Institutions

Kenji Yamada

Back ground: Incalculable accidents on care giving have been appeared at Elderly Home in Japan recently. It might be one of a very tough problems on care giving. It has to be discussed with matters of dramatic Population Macro-dynamics of Japan, also the definition of accident-related care giving because it is loosely defined term in Japan. That why we couldn't find any kind of public report or even a statistic around it.

Result: 1) Japanese Government has to define the accident-related care giving as the national definition immediately and declared statistical results. 2) The Administrator or Elderly Home must break down the service reveal they supply that if its could be available, and declared it before they make the contract between the care taker or their family and patients. 3) In the situation that Japanese elderly population is growing up rapidly, we will have to consider and change the point of that to advocate the right of human being which would have been impossible with institutional care service.

Conclusion: Care giving is a sort of labor should be done intensively, as needed, many times at face to face. Therefore institutional service included the limitation to supply the intensive service fundamentally. However the Japanese care giving scene has been depended on institutional care giving with the eugenic trend after World War II. When over 60 years has been passed we might have to make the shift to the field (place) that the advocate service could be possible in near future.

目 的

本論は、顕在化する介護事故が、日本の介護をめぐる状況とくにどのような時代の流れの中に位置づけられるのかを示すとともに、多発する介護事故が社会的に意味する内容を明らかにしようとするものである。事故は、偶然の産物ではない。すべての事故は、因果関係(Cause and Effects)で説明することができる、という前提がある。とくに労働集約的な介護現場における事故は、たぶん人為ミス(Human Error)による事故であるといえる。昨今このHuman Errorの解析は、多くの職業態において導入応用されており、大きな成果をあげている。

しかしながら他方で、介護保険施設(以下=介護施設)現場における事故は、Human Errorが発生するメカニズムの中核的要因として、介護労働環境自体がErrorを発生させていることが問われなければならない。意味する環境は、労働条件のみならず社会福祉施設そのものが帯びている体質、社会福祉施設という非集約的サービスシ

ステムの限界をも含んでいる。介護事故発生メカニズムをのべる部分においてこの点にも触れたい。

後段で介護事故の社会的取扱われ方および介護事故予防リスクマネジメントの手法について実例を示すことによって現代における介護事故の捉え方を把握し、求められる今後の課題についてその方向性を具体的にのべる。

1. 介護事故の背景

介護労働問題と介護事故が、近年顕在化してきている。はじめにその背景について、以下に要約的に整理してみよう。

まず最初に、日本の高齢化問題対応策の中核のひとつを担う介護保険制度をめぐる状況があげられる。人口高齢化に対応する国家施策として制度化された公的介護保険制度は、法成立以来10年を経て、介護現場に危機的状況を惹起している。この状況の内容は、つぎの3つに大別できる。そのひとつは、介護保険制度見直しによって行われた介護報酬点数の改訂、事実上の引下げにより介護労働者の労働条件とくに賃金水準が低下したこと等により、介護労働者の離職率を極度に増加させているこ

とがある。したがって、求人率も高水準にあるが、逆に求職者数は減少をつづけている。

2つめは、長年にわたる介護労働者数の絶対的な不足が、介護サービスの水準を維持していくための根本的な問題となっていることである。厚生労働省が計画的に確保を目指している介護労働者数の対人口比率は、すでに高齢化率では日本の下位に位置するスウェーデンの半分にも満たない。外国人介護労働者の受入は遅々としており、将来にわたる介護マンパワーの確保はまったく不十分な状態にあり、その予測や充当計画さへも示されていない。上の離職率とも関連する問題であるが、介護マンパワーの絶対量の不足問題である。

3つめは、介護現場とくに社会福祉施設における契約上のサービス提供者としての債務履行責任認識の不足、システムとしての社会福祉施設の旧来的体質と契約サービス提供との不整合、さらには利用者と施設間に要する権利関係の確立が困難であるなど、法規上という債務履行に対して、社会福祉施設の機能そのものがもつ不全性があげられる。

以上が、介護事故発生に直接的に関連すると考えられる事項である。

他方、介護保険制度をめぐる問題は、日本社会の様相を大きく変化させるであろう人口構造の急激な変化の趨勢によって、増幅されていく。日本の人口高齢化率は、すでに世界第1位の水準にあり²⁾、今世紀の半ばにピークを迎え、その率は約45%であると推計される。この推移と同時に進行しているのが、総人口の減少である。現存の1億2700万人が、2050年頃に6～8千万人へと急減していくのであるが、高齢化とは異なり、人口減少が底をうつのは今世紀末である。その頃には、総人口が約3千万人となり、現在の4分の1の水準に低下する。

この2つの人口構造推移の趨勢を、人為的に変調させることは不可能である。人口の再生産年齢人口に該当する女性によって、合計特殊出生率が即時に急上昇することは現実的にありえないことであり、また仮に好転の兆しが数年継続したとしても、人口減少と高齢化の速度を劇的に緩和させることは人口構造動態的にありえない。つまり、この2つの趨勢は、今後1世紀たらずの日本において不可避なのであり、大前提として位置付けられるべき予測可能な現象なのである。

介護事故の顕在化は、このような背景の中に位置付けられる。人口減少と高齢化がますますその勢いを増しつつある時期において、国家政策の優先順位としては高位に位置付けられるべき介護政策の現場を担う介護士確保の方策は、きわめて不十分な状態にある。介護保険の介

護報酬の引下げ等を巡る状況は、介護士の量的整備を遅らせるにとどまらず、介護環境を早急に整備充実しなければならぬという時代の要請に逆行しているともいえるものである。

2. 介護事故の概観

(1) 事故の概数

介護保険制度運営基準の省令には、介護事故に関わる事故内容の報告義務³⁾あることが明記されているが、その実態は、履行の徹底が未だなされておらず、保険者による事故数の把握や件数の公表が行なわれていないケースも少なくない。したがって、現在全国ベースで平準化された介護事故内容の基準は存在せず、ゆえに公表されている介護事故に関する統計データは見当たらない。日本の介護分野において、「事故」の定義が確立されていないことは、介護サービス内容に対する「評価基準」が存在しないことと同義であるといえる。

しかしながら近年になって、民間団体等の活動により府県レベルで、介護事故の定義内容範囲がほぼ同じ領域に収斂されて、その概要が徐々にではあるが明らかになりはじめている⁴⁾。まずここでは、これらの調査結果から介護事故内容の傾向を概観する。

大阪にある「福祉・介護オンブズマンネットワークおおさか」による介護事故報告によると、2004年度府下の総事故件数は2,122件、2005年度は同2,671件である。報告書に記載されている事故の発生施設種別箇所別件数と施設種別数から概算すると、平均値では、1施設当たり指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で4.3件/年、介護老人保健施設4.0件/年の事故が発生している⁵⁾。事故全体に占める入院率は、各種調査において全体の40～50%の範囲にあり、事故全体の半数という高率である。次に死亡率をみると、全体の3.5～4.0%となり、事故被災者の25～29人に1人が死亡していることになる。これは、きわめて異常に高い率であるといわざるを得ない。また、施設箇所数との相関で推計値として介護保険施設総数を死亡件数で除すると、介護保険施設の約7～8施設において1年間に1人が、病死ではなく事故を原因として死亡していることを意味する。通院加療率も、全事故件数の約半数に及んでいる。

(2) 事故の内訳種別

調査内容からみると、事故の内訳は、転倒・転落が最多であり、誤嚥・誤飲、その他の順につづく。転倒と転落を別記載している報告もある。この場合の転落は、窓やベランダからの転落を示すものが含まれている。いずれの場合にも、その合計は、50～70%を占めている。転

倒転落によって引き起こされる傷害の主たるものは骨折であり、とくに大腿骨に多く発生する。窓等から屋外に転落し、重症を負うもしくは死亡する場合も散見される。

調査によって差があるが、死亡原因で最も多いものは、誤嚥と誤飲である。窒息など呼吸機能や心肺機能が短時間に大きなダメージを受けることによるものと考えられる。なお介護中の過失(介護ミス)は、総じて2~4%程度となっている。

事故の発生場所は、約半数が居室であり、廊下やトイレ、浴室がこれにつづいている。屋外での事故は、5%以下で推移している。

3. データによる事故内容の推察

事故の発生率は、現在の介護保険施設において発生したものが中心となっている。先にものべたが、介護事故そのものの共通した定義が存在しないために、調査者もしくはその地域でのみ一般的な定義によるデータのみが存在していることになる。通知を出している厚生労働省自体にもしたがって全国の介護事故に関するデータは存在しないはずである。

このような状態は、人の生死はもとより、介護という行為が生活の基盤を形成しかつその国や社会の人権擁護水準のメルクマールとなる重要な機能をもっていることからしても、きわめて異常な状態であるといえるのではないか。では、このような介護事故データに関する日本の状況がどうして生じているのか、まずこの点を整理しておく必要がある。介護事故を巡る日本の不透明な現状の原因とその構造は、以下のようにまとめることができる。

(1) 事故情報の集約と対応

さきにものべたように、厚生労働者は介護保険施設に対して、当該施設において発生した介護事故について市町村への報告を求めている。実際には都道府県が、保険者である市町村からの事故内容のとりまとめを行なっている場合もある。この都道府県が掌握している情報を集約すれば全国の介護事故実態が明らかになることになる。しかし、この情報は現時点では存在しない。これは主として3つの場合が想定される。1つには、都道府県が事故情報の蒐集を行っていない場合。2つには、市町村が報告していない場合。3つには、事業所=介護施設が事故対応マニュアルを作成していないことも含め市町村に報告していない場合。このいずれか、もしくは組み合わせが想定されえるケースである⁷⁾。

当然ながら、事故情報の集約が無い都道府県は、事故内容に関する認識はもとより事故存在自体に対する認識を組織的に欠いていることを意味し、事故認識の不全は、

その対応策の不全さをも自動的に示すといえる。実際には、全都道府県のうち介護事故の対応マニュアルを作成していないのは21都道府県におよんでいる⁸⁾。事故マニュアルは、主として事故の規定範囲、報告の内容や流れ、事故の取扱いについて標準化とルール化を図るものであり、いわば事故の存在を既定化するもっとも基本的な成文である。

府県によっては、省令や各施設運営基準に準拠しているため独自のマニュアルや定義を定めていないところも少なくない。この場合では、厳格に施設にマニュアル作成を求め、市町村に対する事故報告を徹底し、全市町村からの報告を集約していれば、事故に関する情報の集約と対応が可能となる。しかし実態は、その逆である府県が多く、介護事故の実態はもとより組織的対応が未整備であるといえる。

(2) 定義の不在と介護事故認識の特異性

出来事に対する「定義」や言葉そのものが無い場合、その出来事は無いに等しいことになる。だから介護事故の定義の不在は、事故が存在しないことになる可能性を含んでいる。事実、ある自治体では複数年次における介護事故件数が一桁台である、という事例がある一方で、単年度で2千~5千件以上の報告がある、という複数の自治体があり、驚くべき幅がある。人口数や施設数の違いを勘案してもなおこの差は、介護の現場において、利用者がケガをしたり、時には死亡する出来事をどのように捉えるのか、という解釈論の中身に根本的な差異が存在することを明示している。これは、事故に関する法的解釈以前の要因をはらんでいるのではないか。換言すれば、要介護者が介護施設で受傷・死亡することを「仕方のないこと」と捉える傾向があること、もうひとつには社会福祉施設(=介護保険施設)の介護サービスが根本的に帯びている限界性、という問題が存在するということを暗示している。

前者は介護事故のもつ発生の容易性=「過失相殺の類推」つまりもともとケガをしやすい人なのであるから、サービス提供者の側の過失度は低く、事故が起きても重大な問題ではない、という方向性をもった事故認識である。問題はこの事故認識が、あたかも介護現場環境の「前提」ように捉えられていることである。この仮想的前提は、事故の過失責任が自動的に軽減される機能を果たすことで、加害者が自らを免罪する機能をも同時に果たしている。これが、事故報告を行なわないもしくは事故の範囲に入らない、という認識や行為の原因となっていることは想像に難くない。本来、過失相殺の類推は、個別の事故に対して検討されるべきものであり、介護現場の

前提となるものではない。

後者は、労働集約的な介護サービス現場において対象者に集団的なサービスを大規模に提供すること、あるいは集団的なサービス提供環境によって個別的なサービス提供行為が必然的に制約されるにもかかわらず、個別的なサービスを半強制的に志向せざるを得ないこと、という根本的に相反する事柄を「両立しうる」という無理な建前で統合しようとするのが、「これぐらいの事故はある」といった類の介護事故に対する特異な認識を生じさせているのではないか⁹⁾。

以上のような点において、介護事故に対する認識の基礎的レベルに重大な誤謬と矛盾が存在している可能性がある。

4. 発生のメカニズムの概観

介護事故を、「あってはならないもの、起こってはならないものである」というような当為性で表わすことは適当でない。介護事故は、交通事故と同じく施設サービス現場で「起きる」事故なのである。では、なぜ事故が発生することに必然性があるのだろうか。そのメカニズムはどのようなものであるのだろうか。事故の実例をひきながらその内容について検討すると以下のように問題点が集約される。

(1) 介護の労働集約性と大規模集団介護の矛盾

現時点において、全国で数多くの介護現場において発生した事故に関する訴訟が継続中である。すでに判決が出ているものも少なくない。ここでは、これらの判旨ではなく、それぞれの事故発生状況から見出される事故発生の共通性に着目する。

まず第1に、介護労働の性質を確認する。介護という個人の生活行為（動作）に介入する作業は多種多様な介入を必要としていること、また不定時に複数の回数にわたって行なわれる必要性を併せもつ、きわめて集約的な労働である、ということである。居宅での家族による介護や訪問介護がこの典型にあたる。介護者は、要介護者の生活行為に対して多くの種類の援助を多数回にわたり随時に行なっている。一定の援助提供のリズムも存在するが、あくまでもそれは目安であり、要介護者本人の欲求や要請に合わせて常に変更されることを基本としている。個人の生活行為（動作）を対象として介入し、日常生活行為を維持することが介護の目的であるという原則にしたがうならば、その行為はきわめて集約的な労働にならざるを得ないのである¹⁰⁾。

第2に、特別擁護老人ホームや老人保健施設に代表される介護施設では、介護の種類ごとに定められた時間帯によって1日のスケジュールが構成されており、起床、着替え、食事、移動、入浴などに対して、集団を単位として援助が実施されている。この特徴は、介護行為自体は労働集約的であることから、同じ時間帯内に集中的に集約的労働が行なわれている点ならびに複数の要介護者を対象として介護が行われる点である。換言すれば、介護行為の対象者の規模は拡大し、それとは相対的に介護者の規模（人数）は縮小した状態において集約的介護労働が行われているのである。介護事故の共通した状況の原点は、以上に記したいわば相矛盾する2つの事柄が施設環境下で実施されることによって発生している点にあるといえる。

(2) 判例からみる事故内容と判旨の役割

実際にはどのような事故場面に当てはまるのか、事例から検討してみる。

もっとも事故例の多い「転倒」の状況を訴訟において判決が出ているいくつかの事例から抽出すると、その状況の共通性には、介護士の視野の範囲中に対象者が存在せず視認していない場合と、視認しているが転倒の防止や回避に間に合わない、という点があげられる。東京地裁1996.4.15では、78歳の女性が心筋梗塞治療入院中にベッド右側に倒れているのを看護婦が発見。8日後に頭部打撲傷害によるくも膜下出血で死亡した事例である。判決では病院に不法行為による200万円の損害賠償命令がでていいる。福島地裁白川支部2003.6.3では、95歳女性が老人保健施設においてポータブルトイレの汚物を捨てに行こうとして転倒。大腿頸部骨折で入院。後遺症が発生した事例である。判決は、債務不履行および工作物の保存または設置の瑕疵により540万円の損害賠償命令。福岡地裁2003.8.27では、95歳の男性がデイサービスにおいて昼寝後に段差で転倒して大腿骨骨折、後遺症発生。判決は、債務不履行責任により470万円の損害賠償命令が下された。これらの事例では、たとえば介護者の目前で転倒したケースでは、他の要介護者の介護にあたっていたために手が届かなかった、駆け寄ったが転倒が先じた、という現場の状態が報告されており、また視認できる範囲外に介護者がいた場合では、夜間に倒れていた、見回り巡回の合間に転倒していた、転倒の音で駆けつけた、という事例が見受けられる。判決は多くの場合、病院や施設の債務不履行、不法行為、工作（施設構造や設備）の瑕疵等を認定しており、賠償命令を下している場合が多い。当然ながら判旨は、被害者の救済を重んじた内容になることが通常であり、介護者の過失は

もとより施設・病院の職員管理体制が問われることも珍しいことではなく、主として責任の軽量が問われることが一般的である。

ここで留意を要することは、裁判によって扱われる事件は、司法による公正な取扱いを原則としており、判決内容もこの原則に沿った内容を伴っていることになる訳である。ただ他方では、判決内容の公正性とは別に、判旨自体が介護現場に対して何らかの機能を果たしていることへの着目は重要である。換言すれば一罰百戒的側面であり、ある種のメッセージ性を訴訟の存在と判決が介護現場に対して有している点である。たとえば、交通事故は厳格な意味において無くなる事は想定しにくく、つねに事故が発生する必然性をもっているといえる。つまり必ず起きるメカニズムを内包している不完全なシステムである、という側面であり、しかもわれわれの社会は、その不完全なシステムを欠くことは事実上できないのである。現代の交通システムは不完全であり事故発生メカニズムがあるけれども安全運転を怠るともって事故が起き、訴訟になるとこのように厳しく罰せられますよ、だからより注意すべきである、というメッセージ性である。

これと同様のことが、介護事故に当てはまる。判決文は、このメッセージ性を強く帯びている。その内容がどのように構成されているのかは後にのべる。しかしながら、交通事故との比較を待たずとも明らかなことは、他方で①事故の定義と把握、②事故の検証と統計、③事故発生メカニズムの研究が全くといっていいほどなされていないことである。事故の定義と把握については、さきにも述べたが、ここで論じてきたことは、介護というきわめて集約的に人の行為動作に介入する労働が、介護労働を自動的に非集約化する施設という場において行われることによって生じる、事故発生メカニズムという介護施設が本質的に包含する不全性＝危険性についてである。この不全性への強い着目が充分とはいえない状況が、日本の介護を巡る状況にあることは否めないだろう。もちろん、施設介護の不全性の認識が、介護事故対策の必要充分条件であることは明らかである。しかしながら、介護事故に関する検証や研究が行われてこなかった背景に、介護提供者側が自らの内側に対しては「過失相殺の類推」を「介護現場の前提」と捉え「それくらいは起こり得る」といった姿勢で自らを免罪しつつ、同時に利用者家族を含めた社会という外側に対しては、事故自体は「あってはならないもの」という、いわば福祉的な倫理姿勢を示すことによって、事故の実態と施設が有する不全性＝危険性という不可避な根本課題を封印してきた経緯があるのではないだろうか。

介護事故とくに施設内において勃発する事件を上記のように取り扱うことは、もはや不可能な時期となっており、事実上すでに対応が迫られているといえる。では、現実的にどのような対応が可能であろう。介護施設の存在は交通システムと同じく、根本に不全性を有しているという認識から改善に向けて出発しなければならないのである。

上にのべてきた、原理的に介護施設現場が包含する不全性と介護事故に関する現行の対応態度に関する認識とを所持したうえで、現状ではどのような対応策が想定され得るのか、そのいくつかの基礎的要点について、以下にまとめる。

5. 介護保険下での責任関係とその妥当性

(1) 契約と責任関係の鳥瞰

介護保険制度下において、これに直接関係する者は、①被保険者＝サービス利用者、②保険者＝市町村、③サービス提供者＝認定事業者および④都道府県と⑤国である。このうち③のサービス提供者は事業者＝経営者と被雇用者＝職員に分けられる。介護事故に関してそれぞれが負う責任は、過去の事例や判例で問われた内容から整理するとおおむね表1のようになる。ここに示す内容は、現在省令や都道府県が作成している介護事故定義の内容範囲に該当する事故を想定している¹¹⁾。横方向が責任を負う側（問責される者）、縦方向がその対象者を表わしている。たとえば、利用者同士の喧嘩や諍いによって、一方が相手の所有物を棄損した場合や直接相手に対して暴力行為に及んだ場合には、損害賠償責任と刑事責任（過失傷害・傷害罪）が問われることになる。

そもそも国法である介護保険制度における被保険者＝利用者は、任意に保険に加入しているものではなく、現行では40歳以上の国民は原則として被保険者となる。つまり半自動的に契約を締結している。1号2号被保険対象者は、一定の事故内容要件を満たして受給権を得て、保険者＝市町村からサービスを受給するのであるから、保険者はサービス供給と内容について主として責任を負っている。府県は事業者の許認可権を事業運営内容に指導権をそれぞれ有しており、また国は法規によって制度総体を規定していることから、行政は介護保険制度の全般に管理監督責任があるとともに、被保険対象者および被保険者＝利用者に対して市町村が充分かつ安全な介護サービスを提供できる条件環境を整備する義務を負っているといえる。これらの債務を直接的に履行する場ひとつに介護施設が位置付けられるのである。

利用者に対して直接サービスを提供する介護施設は、

表1 介護保険化における介護事故責任の内容

	被保険者＝利用者	保険者＝市町村	サービス事業者(事業主)	サービス事業者(職員)
被保険者＝利用者	損害賠償責任 刑事責任(過失・傷害罪)	行政責任(許認可・管理 監督瑕疵・不作為責任等) 損害賠償責任	債務不履行責任(契約違反) 損害賠償責任 不法行為責任 職員の管理監督瑕疵責任	損害賠償責任 刑事責任(過失致死傷・ 傷害罪)
保険者＝市町村		—	債務不履行責任	
サービス事業者(事業主)			—	損害賠償責任
サービス事業者(職員)				—

したがって行政が国民に約束し契約した内容を履行しなければならないのである。施設＝サービス事業者は、行政が国民に対して契約した内容を実行者として請け負う、という契約を行政と利用者との両者に結んでいることになる。介護職員等は、利用者に物理的直接的にサービスするために、その仕方の中身が問われる場合があり、介護方法が不適切であったことが事故と事故結果の事由とみなされるときは、職員個人に刑事責任が問われることになる。

このような介護サービスに関連して生じる事故の責任は主として裁判において判断されることになるが、さきに紹介した複数の事故調査結果からみると、介護事故総数に占める訴訟率は1%以下であり、判決におよぶ事例は少数派である。訴訟以前にその多くは、示談によって事業者から被害者側に示談金が支払われ終結している。提訴後の和解率は10%程度である。また、判決においても示談においても事業者側の過失の量刑や不履行の責任の度合いを検討の対象としている場合が主であることは同様である。判旨の中に介護施設において介護事故が生じるメカニズムに関する文致を読み取ることはできない。

(2) 民法上の責任の検討—債務不履行(民法第415条)

介護保険事業における介護施設の債務は、施設が備えるあるべき機能、つまり法に定められている施設設備や人の配置陣容が発揮する機能によって、被保険者＝利用者にサービスを提供することがあげられる。当然ながら、一般にサービスの提供は、利用者がそのサービスの機能を十分に享受するための「配慮」が提供者によってなされていることが、利用の前提条件となっている(＝配慮義務)。介護サービスも例外ではなく、利用者単独での日常生活自立が困難であるという特性によって、とくに安全配慮の義務が介護施設の債務には基本的に含まれている(＝「安全配慮義務」)。実際の損害賠償請求訴訟においてもこの安全配慮義務の履行が問われている。

介護施設においては、提供されるサービスの方針や内

容は「施設サービス計画」の作成によって具体化され、個人に対して計画は設計され実施されることになり、これが事実上、利用者と施設間の契約内容となっている。この計画の書面内容は、サービス提供の具体が中心であるから、訴訟ではたとえ計画＝契約のなかに安全配慮に関する記述がない場合でも、一般社会通念上において介護施設が配慮すべきことは明らかであり、その責任は問われるべきである、という姿勢は判然としている。

しかしながら、この計画＝契約がどのような意図や目的によって構成されているのか、その内容の検討はきわめて重要である。施設介護が何らの自己限界性をもたない万能全能であるかのような感覚を既定としているのであれば、安全配慮義務や事前情報提供＝説明義務がなされていれば事故は発生しないのであり、単純にこの債務不履行のみを問えば、事件は十分に解決されるはずである。だが事実は大いに異なる。

(3) 民法上の責任の検討—不法作為責任(民法第709条)

介護サービスにおける不法行為責任の内容は、大別して3段階の義務によって構成されると解釈されている。まず、事故が起きることが予め予想され場合にその危険性を認識(予見)する「予見義務」。つぎに予見と同時に問題への対応の必要性が生じるから、これへの対処に義務が2つ生じる。そのひとつが、危険性に着目しどのように対処するのかを考慮する「注意義務」であり、もうひとつは事故発生の危険性に対する対応策を実行する「回避義務」である。介護現場の業務においては、これらの義務は個人を対象に主として施設サービス計画の実施によって実施されることになる。

実際には、計画＝契約内容と施設のサービス提供の実体機能との間には大きな落差がある。この落差こそが、①計画＝契約に安全配慮に関する記述の欠落、②訴訟によっても安全配慮義務の不履行＝債務不履行のみが問われる、という現象を生み出しているといえる。つまりそれは、やろうと思っても理論上も構造上も不可能なこと

を「何故やらなかったのか」「責任をとりなさい」と施設は断罪され、完全な履行が不可能なことに対して「申し訳ありませんでした」「今後気をつけます」と互いに表明し続けているのである。介護事故の根本にある施設機能の検証を迂回することが、示談による事故の終結数の多さにも現われているのではないか。このような実態を除いて債務不履行責任を扱うことは、もはや現実的ではない。そのうえで、利用者個人を対象とした介護の計画の作成に当たり、事前に情報を蒐集するアセスメントと、これにより介護方針を練り実際のサービスを策定するケアプランがこれら債務不履行責任と不法行為責任に大きく係わるいわばポイントとなるのである。

6. 再定義を要する介護サービス計画と契約

(1) 施設サービス計画の課題

「施設サービス計画」は、指定介護保険施設においてサービス提供する際には、予め作成しなければならないものであり、介護保険施設の運営基準（たとえば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）にその詳細が同様に定められている¹²⁾。指定介護老人福祉施設の運営基準では、総合的な援助方針、生活全般の解決課題、サービスの目標と達成時期、サービス内容、サービスを提供する上での留意事項を記載した計画原案を作成することを介護支援専門員に義務付けている。

施設介護は、アセスメントの実施、ケアプランの作成、計画に基づく介護の実施の3段階によって行なわれることになっている。アセスメントでは予見義務、ケアプランでは注意義務、介護サービスでは回避義務のそれぞれが段階的に履行されると解釈される。その基本となるアセスメントと介護計画では、介護支援専門員は計画原案を作成し施設職員と具体的な実施計画に原案を落とし込んでいくのである。この際に運営基準が求める内容で介護事故に関わる部分の中心は、「サービスを提供する上での留意事項」に当るだろうし、それぞれの項目にも安全配慮義務が含まれるものと考えてよい。だが、そのように理解してもよく、理解すべきではあるが、介護事故の予見や注意と回避のためにアセスメントとプランがあり、その内容を誠実に実行することつまり計画にそった介護を実施することが、事故防止の基盤となる、という認識が必要である¹³⁾。事実、省令の条文からは読み取ることが難しく、また実際の介護現場においてもアセスメントやケアプランに対しこのような認識が充分にあるとは決していえない。

施設サービス計画を作成する場合には、対象となる利用者の事故を防止するための、①すべての予見内容、②

予見に基づき注意すべき内容、③注意内容に基づいた事故回避の方法、以上の3点をすべて欠かさずに検討のうえ記載することが重要である。さらに付け加えるべき必須事項がある。それは、上記①から③までを明示した後に、当該施設においてとくに③の事故回避の方策がどの程度まで実際上のサービスと安全配慮において可能であるのか、という事柄である。当然ながらここには、「できない」（不確定部分を含む）範囲が検討され含まなければならない。

(2) サービス契約の見直しと課題

たとえば、施設内における身体拘束は、人権侵害防止の意味からも禁止されてはいるが、実際には行なわれている。この現象もやはり介護というきわめて集約性を要す労働行為が、施設という非集約的な労働にならざるをえない場所において実施されていることに起因していると言い切っていいたいだろう。これは、施設内における介護労働と人権侵害（介護事故を含む）の防止の両立であるとか、できるだけ問題が顕在化しないようなバランスであるとか、ましてや「あってはならないこと」というような当為性で語られるものではない。これらはすべて原理的に矛盾する問題への直面を一時的に忌避するための虚論でしかない。

重要なことは、施設で介護することの必要性とともに、そこに存在するサービスの可能性と範囲つまり限界性についても明確に説明することである。このことを介護保険施設は、利用者との契約時において、明示すべき前提として位置付けるべきである。これは一般に、消費者と販売供給者との間に交わされるもっとも基本的な事前合意事項であり、きわめて社会通念上も特別なことではない通常の事柄である。逆にこれを欠いていること自体が異例であり、介護事故に関するさまざまな問題を惹起する根本原因となっている。

アセスメントとケアプランの作成の前に（仮に同時であったとしても）これらの前提として、契約時においてサービスの可能性と限界性について利用者本人とその代理となる者に対してこれを説明する責任を負っているのであり、この責務を果たすことが債務不履行責任と不法行為責任が問われ得るサービス提供当事者の条件＝資格形成ということであるといえよう。

結 語

本論では、介護事故が起こるべくして起こる重大な事故であるということとともに、それを管理監督する行政においては、共通した定義さへも存在しないこと。よって、統一された介護事故に関する統計情報も存在しない

ことから、介護現場における事故認識にも大きな差異があることをのべた。

このような介護事故を巡って見えてくるのは、日本人の介護施設における利用者や介護そのものに対する姿勢や観念である。介護事故がその件数を一定減少させることができたとしても発生を無くすことができないのであれば、その事実とメカニズムを明らかにし、サービス利用者であり消費者である要介護者やその代理人にその内容を事前に説明することは、至極当然の前提である。購入を決定する主体は消費者である。そしてその結果には、消費者も責任を負うのである。その前提には、公正な情報開示と提供が必須条件として存在している。これを充分に行っていない介護事故を巡る現状は、換言すれば消費者が負うべき適切な責任の歪みという側面をも結果的に生じさせている。

介護サービスにおいては今日まで、主に利用者＝消費者の権利擁護に焦点が当たってきている。これは当然であろう。介護利用者の特性を勘案すれば擁護が過ぎる、ということはない。しかしその一方で、サービス提供側つまり施設の側の権利性は、正当に擁護されているだろうか。矛盾する内容であり限界が原理的に存在する施設サービスの現状に完全無欠のような前提を付され、事故が生じればその過失と責任の度合いがいわば自動的に問われているのではないか。この状況は、公正さを欠如しているといわざるを得ない。不公平であり正される必要がある。整合性をもった施設側の権利擁護の必要性がある、と言ってもいいだろう。

このような介護を巡る権利擁護は、双方に対する方策があつてこそ可能となる。この原則はきわめて重要であり、その意味においても、契約内容に介護サービスの可能性と限界性を記載して相互に合意することによって、たえず介護事故の減少に対応していくことが、はじめて可能になるのではないだろうか。

*

本稿の執筆にあたっては、民間団体、行政機関や報道機関から多くの情報の提供を受けた。介護保険施設からは、その内容や確度についても助言を受けることができた。これらの出所の記載を控えた記述があるのは、介護事故がもつ性格や定義が一定ではないという現状から生じる誤解等に配慮し、これらの協力団体機関名の非公開を条件に情報提供を受けたケースがあることが理由である。

参考文献

○ 山本雅司・石尾肇「医療・介護のためのリスクマ

ネジメント」じほう、2003.

- 柴尾慶次「介護現場におけるリスクマネジメント」中方法規、2005.
- 大塚康男「介護施設職員の債権管理術」ぎょうせい、2005.
- 森山治・藤原泰・朴美蘭「ホームヘルパーのためのリスクマネジメント」萌文社、2007.
- 渡辺信英編「介護事故判例から学ぶ福祉リスクマネジメント」南窓社、2006.
- 京都福祉サービス協会「ホームヘルパーひやりはつと事例集」ミネルヴァ書房、2005.
- 横田一「福祉が裁かれるとき」岩波書店、2007.
- 近藤労働法研究所「介護老人保健施設リスクマネジメント法律顧問シリーズ人事・労務」ぎょうせい、2005.
- 金子努「介護分野におけるリスクマネジメント」中央法規、2005.
- 介護労働安定センター「介護サービスのリスクマネジメント」介護労働安定センター、2006.
- 山田滋「安全な介護Q&A」筒井書房、2007.
- Clarification of a Family Care giving Leave (2006), University of Iowa.

注

- 1) 介護事故の定義については、現時点で集約および合意が形成されていないが、本論における一定の枠組みとして、国立病院が作成した医療事故の定義を採用し、ここでは以下のように定義しておく。
 - 介護に関わる場所で、介護の全過程において発生する全ての人身事故および人権侵害をさし、かつ以下の場合を含む。なお本定義は介護者および管理者等の過誤、過失の有無に関係しない。
 - ①死亡、生命の危機、自立度の低下等を惹起する身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合
 - ②被介護者が転倒し、負傷した事例のように、介護行為とは直接関係しない場合
 - ③被介護者についてだけでなく、介護従事者に被害が生じた場合
 - ④食中毒および感染症の発生
- 2) 総務省速報値 21.4% (09/2007)
- 3) 介護保険下における施設運営基準 1999年厚生労働省令第39号
 - ①事故の報告義務 第35条1項 指定介護老人福祉施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サー

ビスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の加増苦闘に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じなければならない(事故報告を含む)。

②賠償義務 第 35 条 2 項 指定介護老人福祉施設は、入所に対する指定介護福祉施設サービスの提供により、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なわなければならない。

- 4) 国民生活センター「介護事故の実態と未然防止に関する調査研究」2000 年、横浜市調査 2000-2001 年、神奈川県統計 2001 年度、福祉・介護オンブズネットおおさか「大阪府介護事故」集計 2004 年度 2005 年度などがある。
- 5) 2005 年度の指定介護老人福祉施設における事故件数を同施設総数で除した数値。介護老人保健施設も同様に算出。
- 6) 神奈川県調査 (2001) においても、事故の発生率は、1 床当たり年 5% と推定される。これは概ね 80 床の施設において、4 人/年となる。
- 7) 介護保険法では介護保険施設を指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設の 3 つに区分しており、それぞれの運営に関する基準のなかに介護事故対応方法について同様の内容で定めている (老人福祉施設 35 条、介護保険施設 36 条、療養型医療施設 34 条)。
- 8) 毎日新聞調べ (2007.10.24)
- 9) 交通事故件数と死亡者数は交通事故の内容や事故原因の内容や特性の分析内容と相関している。たとえば、飲酒後の車の運転について「多少の飲酒後の運

転は想定される」という認識下と「飲酒運転は絶対に許容されない」という認識下の差と件数と死亡者数との間に明らかな関連が認められている。しかしこの相関のダイナミクスは、法・制度の改訂や交通施設の整備に直接的に因っている点は重要である。

- 10) 「日常生活」とは、①精神的身体的動作の自己決定性、②精神的身体的動作の自己完結性の 2 つの要件の充足を成立の条件としている。つまり行為の動機を自己が最終的に決定すること、その行為を自己が最終的に終了することである。この一方もしくは両方を欠いた行為によって成り立っている生活は、日常生活とはいえない。
- 11) 都道府県が定義する介護事故の内容範囲は多種多様ではあるが、いくつかのパターンに概括できる。事故の範囲が詳細・多岐な例としては、介護サービス中も含め施設内に利用者が所在すること自体、職員の負傷・法令違反・不祥事を含める例。感染症、食中毒、結核等を含める例。利用者による暴力、妨害、棄損。災害による死亡や受傷およびサービス支障などを含める例がある。狭義・抽象的な例では、受診受療を条件に伴う負傷、死亡が受傷後の一定日数以内に限定、緊急性・重大性のある事故、当事者間で解決不可能な事故、などの定義がある。
- 12) 指定介護老人福祉施設運営基準 12 条、介護老人保健施設運営基準 14 条、指定介護療養型医療施設 15 条。
- 13) 介護福祉士養成施設における教育内容においても介護事故の防止とアセスメント、ケアプランニングとの関連を講義演習する課程内容は見当たらない。