



京都大学 超高齢社会デザイン価値創造ユニット
産官学コンソーシアム PEGASAS
2019 年度 特別シンポジウム

安心して暮らせるまちづくりに向けて
**高齢者と介護をめぐる
トラブルとリスク**

ごあいさつ

京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授
京都大学 超高齢社会デザイン価値創造ユニット ユニット長
産官学コンソーシアム PEGASAS 会長

今中 雄一

2020 年の年頭に当たり、特別シンポジウム『高齢者と介護をめぐるトラブルとリスク』を開催いたします。当シンポジウムの主催は、京都大学の超高齢社会デザイン価値創造ユニットと産官学コンソーシアム PEGASAS です。

京都大学では、平成 28 年度に学際融合教育研究推進センターのもと、「超高齢社会価値創造ユニット」を立ち上げ、全世代のより生き活きとした健康な生活のため、地域・まちづくりや保健医療介護システムの再構築という社会的課題に取り組んできています。健康・医療・介護・福祉に関わるあらゆるデータと情報の利活用を土台とし、多彩な異分野が領域横断的に研究・開発・社会実践を通じ、エビデンス創出と可視化から、地域コミュニティや制度政策の形成プロセスを、探求し協創しようとしています。また、超少子高齢社会が進展し国内の生産年齢人口の減少が確実である中、高齢者だけに焦点を当てた産業育成では不十分であり、「健康・医療・介護の視点で全世代まちづくり」に、企業、行政、アカデミアらが革新的なスタイルで協働して力を発揮し貢献していくことえを目指し、産官学民のコンソーシアム PEGASAS を設立し研究開発活動を行っています。

その趣旨は、安心して元気に暮らせる社会（制度・政策やまちづくり）を、産官学民協働で創っていかうというものです。今回のテーマは、法学部・法学研究科の山田 文 教授の発案によるものです。高齢者と介護をめぐる実際のトラブルやリスクとその対応について、弁護士の児玉安司先生、九州大学の入江秀晃先生に法律的な側面から、行政からは京都市社会福祉協議会と京都市保健福祉局から、臨床現場からは社会福祉法人美郷会からお越しいただき、京都大学の調査研究結果も含め、具体的な議論を進めていきたいと思っています。どうぞよろしくお願い致します。

はじめに

京都大学 大学院法学研究科 教授
産官学コンソーシアム PEGASAS 理事

山田 文

この共同研究の目的は、今中先生からお話がありましたとおり、超高齢社会におけるさまざまな課題について、医療分野のみならず、私が専攻しております法分野を含めて多様な分野の理論的・実践的知見を展開し、総合的に研究し実務や具体的な政策立案に繋げていこうというものです。現代社会の複合的な問題にアプローチするためには、文系・理系を超えた学際的研究が必要であることはもちろんですが、現在進行中の超高齢社会の問題は、システムの問題でもありつつ、何より今生きておられる方の尊厳に関わる問題であり、かつ、未知の問題でもあります。そのため、より一層、現に高齢者や家族・関係者に携わり、手触り心触りを実感している実務家や企業の方から、実際のなご意見・ご提言をいただくことがとても重要と考えております。また、今回のパネリストにもいらっしゃるように、行政実務から政策の立案、実践、及び検証の過程を具体的に教示いただくことにより、共同研究の成果としての政策提言にもリアリティが増すものと期待しております。これらの意義において、本研究は、極めて貴重な産官学協働・共同研究の場となっているように思います。

さて、PEGASAS は、このような目的のもとでこれまで19回にわたりシンポジウムを重ねてまいりましたが、今回は超高齢社会において避けがたいトラブル・紛争とその解決に焦点を当てることとしました。例えば、福祉・介護サービスについての苦情や介護における事故対応、高齢者向け住宅のあり方についての不満や共同生活における人間関係のトラブルなど様々な衝突が想定されますが、いずれにしても、福祉・介護サービスは高齢者の生活全般、場合によっては生死にかかわる重要性を有しているため、何らかのトラブルが生ずると、高齢者やその家族・関係者にとり大きな影響を及ぼすことは明らかと思われます。また、トラブル等が生じた場合にはサービス提供者や第三者による解決が必要となります。この際、見落とされがちなことは、解決結果が重要であることはもちろんですが、解決にいたる手続、すなわち苦情の申立て、調査、解決に向けた手続、当事者（高齢者）の手続への関与のあり方、結果の妥当性、及びその確実な実現といった流れが使いやすいか、トラブルに見合ったものか、高齢者を尊重して行われるかもまた、高齢者等のQOLに大きく影響するということです。このようなトラブル・紛争の予防や解決は、基本的には法分野の仕事ですが、福祉関係の法制が複雑であることや、当事者たる高齢者に寄り添いつつ尊厳を守る難しいアプローチが要求される分野であり、その専門家はまだ少ないと言わざるを得ません。また、紛争解決においても、伝統的な法的枠組みで、すなわち合理的かつ自己決定権を専有する近代人を前提とする枠組みとは異なり、第三者による援助を受けつつ合意を紡ぎ、きめ細かな解決を目指す柔軟な枠組みを模索すべきではないか、とも考えられます。

そこで、本日は、前半で、この難しい法分野で第一人者であられる児玉安司先生と、柔軟な紛争解決方法を研究・実践しておられる入江秀晃先生から、問題の本質についてご講演を頂戴したく存じます。そして、後半のパネルディスカッションでは、福祉・行政及び介護実務に関して、始田知大様、谷利康樹様、及び矢部典子様、順番は前後しますが介護現場を対象とする調査研究について原広司先生から、それぞれご報告を頂戴し、政策と実情を概観していただきます。最後に、フロアからのご質問を踏まえたディスカッションに進みたいと存じます。

長丁場になりますけれども、恐らくそれを超える盛りだくさんの内容となると存じます。どうか最後までお付き合いくださいますようお願いを申し上げます。

当書籍は、2020年1月17日（金）に開催されました PEGASAS2019 年度特別シンポジウムの講演をもとに書籍化したものです。

目 次

ごあいさつ.....	2
今中 雄一（京都大学大学院医学研究科 教授）	
はじめに.....	3
山田 文（京都大学大学院法学研究科 教授）	
基調講演 高齢者と介護をめぐるトラブルとリスク.....	9
児玉 安司（新星総合法律事務所 弁護士）	
講 演 高齢者をめぐるトラブルとリスク：裁判外紛争手続（ADR）の有用性.....	27
入江 秀晃（九州大学大学院法務研究科 准教授）	
パネルディスカッション	
司会：今中 雄一（京都大学大学院医学研究科 教授）	
山田 文（京都大学大学院法学研究科 教授）	
介護現場での高齢者をめぐる生活問題とその対応.....	37
始田 知大（社会福祉法人 美郷会 介護療養部 部長）	
介護現場における組織文化と利用者の QOL.....	43
原 広司（京都大学 産官学連携本部 助教）	
高齢者の介護と権利擁護の取組.....	53
谷利 康樹（京都市 保健福祉局 介護ケア推進担当部長）	
高齢者に対する権利擁護支援の実際.....	61
矢部 典子（京都市社会福祉協議会 長寿すこやかセンター相談部長）	
フロアを交えたパネルディスカッション.....	71



基調講演

基調講演 高齢者と介護をめぐるトラブルとリスク

弁護士・一橋大学法科大学院客員教授

児玉 安司

社会福祉基礎構造改革の出発

私は医療機関側の弁護士として長らく仕事をしてきています。1999年から2000年にかけて、医療は大きな変わり目を迎えていましたが、介護・福祉の世界も社会福祉基礎構造改革という非常に大きな改革が行われた時期でした。この社会福祉基礎構造改革は、「措置から契約へ」が標語になっていました。これより前には福祉の現場に契約書というものはほとんどありませんでしたので、介護福祉の現場をすべて契約で作り変えるという大プロジェクトが進んでいきました。東京都が独自の契約書案を作成するというときに担当のコンサルタントが原案を作れないといって私にサポートを求めてきたことがありました。結局、全部のテンプレートを私が作ることになりました。全国社会福祉協議会の方も契約書の独自案を検討しており、升田純先生が本人と親族と施設の三者契約パターンでの契約書案をたくさんお作りになり、最後に取りまとめの委員会に私も委員の1人として参画させていただきました。

さらに、福祉のリスクマネジメントは、2002年ぐらいから急速に進んでいきましたが、それにも携わるようになりました。「利用者の笑顔と満足を求めて」という報告書にもまとめられているとおり、福祉リスクマネジメントの改革の中心を担ったのは、厚生労働省の福祉基盤課と全社協、特に全国社会福祉法人経営者協議会の皆さんでした。

昨今、社会福祉法人のガバナンスについて議論されています。社会福祉法人の再編の必要性を指摘する声はあるものの、制度としてあるのは合併だけであり、多様な事業譲渡を伴う自由度の高い再編に困難があるので、地域の社会福祉法人の組織法の構成と事業譲渡の方法をどのようにしていくかワーキングを今やっているところです。この20年間、社会福祉に関する法的な骨格が大きく変化していく中で、いくつかプロジェクトに参画させていただく機会がありました。

今日のシンポジウムには、医療関係者、法律関係者、福祉関係者など、それぞれに異なる立場の方が参加しておられます。私の知る限り、医療関係者や法律関係者にはどうも福祉制度のことが通じないという面があります。また、法学部では福祉に関する法制度の講義は非常に少ないですし、福祉に関係する司法制度がどのように変化してきているか、また、変化すべきか、という課題をフォローしている法律関係者も非常に少ないというのが実情です。地域包括ケアが制度化されていく中で、医療、福祉、法律がそれぞれの立場から歩み寄り、連携して新しいシステムを創造していく必要があります。地域包括ケアであれ、高齢者が安心して暮らせる街づくりであれ、今、難しい論点をたくさん抱えているので、課題についての問題意識を共有できるように、社会福祉基礎構造改革以来の動きを追いながら、高齢者の事故と法的対応について、これから話しさせていただこうと思います。

今、医療機関でも介護福祉施設でも、転倒・転落事故、食事やおやつの最中の誤嚥・窒息事故、あるいは、入浴中の転倒・溺死事故などが多発しています。ADLが低下するにとどまらず、死亡や遷延性植物状態などの深刻な結果を招くこともあり、高齢者の医療・介護に関連して、たくさんの事故や紛争が発生しています。一昨年、厚労省の老健局が介護老人福祉施設の全国調査を施行したところ、その前年1年間に損害賠償請求を受けたことのある施設が全体の22パーセントという衝撃的な結果が出てきました。

また、昨年は、大きな議論を呼んだ刑事事件がありました。介護施設で食事介助を担当していた准看護師

がちょっと目を離したすきに、おやつにゼリーを提供する予定だった高齢の利用者がドーナツを食べて、死亡しました。死因が窒息かどうかについても争いがある事案ですので、簡略化した事案の概要のご説明はしにくいのですが、一審では、担当の准看護師さんに有罪判決が下され、控訴審で係争中になっています。現場の見守りの不備について、刑事処罰までされるというような状況になっています。法律関係者の「何をやるべきか」という規範的な判断と、「何ができるのか」という介護現場の実状との間の乖離、「やるべきこと」と「できること」の乖離が生じています。法的判断として裁判官も検察官も学者も「やるべき」とおっしゃるけれど、超高齢化と介護施設内の重症化（要介護度の重度化）が進行する中で、現場では、やるべきことができなくなっているという実状があります。

さらに、入江先生がご専門でいらっしゃる裁判外紛争解決手続（ADR: Alternative Dispute Resolution）は、裁判外の自主的な手続で民事の紛争を解決します。私は日本弁護士連合会の設置する ADR センターで、医療 ADR 特別部会長を務めています。医療や介護の紛争解決に裁判というような手荒な手段を使わずに、歩み寄って相互理解を重視しながら紛争を解決してきます。裁判外の紛争解決手続ができないかという取り組みは、この 15 年ほどの間、関係者各位の努力で支えられ、発展してきましたので、その経緯についてもお話ししたいと思います。

さて、それではまず、社会福祉基礎構造改革についてお話しします。厚生省（現・厚生労働省）の政策の方向性がはっきり示されたのが 1999 年の 4 月です（スライド 1・2）。社会福祉事業法が改正されて社会福祉法という法律になりました。翌年、2000 年には介護保険法が施行されました。

社会福祉基礎構造改革というのは量の増大と質の多様化が見込まれる国民の福祉需要に対応するために、社会保障制度全体を見直すものでした。提供主体の社会福祉法人のあり方や民間の株式会社の参入のあり方も変わりました。サービス提供の法的性質について、提供している事業・サービスそのものについても、それまでは特別養護老人ホームであれ何であれ、行政措置として行われていたのですが、「措置から契約へ」の

社会福祉基礎構造改革について

（社会福祉事業法等改正法案骨子）

1999（平成11）年4月15日 厚生省

I 趣旨

○ 本改革は、昭和26年の社会福祉事業法制定以来大きな改正の行われていない社会福祉事業、社会福祉法人、措置制度など社会福祉の共通基盤制度について、**今後増大・多様化が見込まれる国民の福祉需要**に対応するため、見直しを行うものである。

○ この見直しは、**介護保険制度の円滑な施行**（平成12年4月1日施行）、**成年後見制度の導入**（平成12年4月1日施行予定）、**規制緩和推進計画の実施**（平成11年度以降）、社会福祉法人による不祥事の防止、**地方分権**の推進などに資するものであり、早急に実施する必要がある。

社会福祉基礎構造改革について

（社会福祉事業法等改正法案骨子）

1999（平成11）年4月15日 厚生省

II 理念

- **個人が尊厳を持ってその人らしい自立した生活**が送れるよう支えるという社会福祉の理念に基づいて、本改革を推進する。
- 具体的な改革の方向
- (1) **個人の自立を基本とし、その選択を尊重した制度**の確立
 - (2) 質の高い福祉サービスの拡充
 - (3) **地域での生活を総合的に支援するための地域福祉**の充実

大きな制度改革

- ▶ 介護保険
- ▶ 成年後見
- ▶ 地方分権
- ▶ 規制緩和（株式会社等の参入とイコール・フットイング）
- ▶ 社会福祉法人のガバナンス（←公益法人改革）
- ▶ 地域福祉

標語どおり、契約に基づいて代金を支払ってサービスを買っていただく民間契約に移行することになりました。これと併せて、契約としての介護福祉サービスを自費だけで個人が購入ことは難しいので、費用負担を社会化するために介護保険という社会保険制度をひとつ新しく作りました。これが2000年にスタートします。介護保険制度によるサービス提供が「契約」に移行するにあたっては、判断能力が十分とはいえない高齢の当事者と事業者との間で契約を結ぶ必要があるため、それまでの禁治産者・準禁治産者という明治時代からある制度を、成年後見制度に置き換えようとしていました。

高齢者や障害者に必要なのはドイツ法のことばでいえば「世話」、平たく言えばサポートが必要です。世話はサポートは、もちろん財産管理だけにとどまるものではなく、身上監護といわれているものよりもっと大きな広がりがあります。人と組織についても、公的機関や法人後見、法律専門職や福祉職、医療チームの関与、有償無償を含めたボランティアなど、地域包括ケアの全体にかかわる有機的な連携が行える組織形成が必要です。成年後見制度は、まだまだそこまで成長していない状態にとどまっています。

契約、成年後見、規制緩和そして地方分権、この4点セットが社会福祉基礎構造改革の土台となるはずでした（スライド3）。福祉関係者の方にとって、今お話ししているようなことは、かつて皆の話題になったことなのですが、多分、法律関係者の方や病院関係者の方にとっては、あまり耳にされることのない新鮮な話題かもしれないと思ってあえてお話をしています。

目指す目標は、個人が尊厳をもってその人らしい自立した生活を送ることです。自立を基本として、自己選択を尊重します。ハンディキャップを持つ人の地域での生活を総合的に支援するのが地域福祉です。日本の法制度は、介護保険と成年後見（財産管理制度）で2000年にスタートしたのですが、1990年代のドイツでは世話法と呼ばれる法律が、「ハンディキャップを持つ人の世話をどうするか」といういかにもドイツ人らしいリアルな現状認識に基づいて作られていました。

例えば今、ひとりの認知症の高齢者を想定します。自立生活できないから何らかのサービスを受けようとしています。家族が安心できないから、本人も家族に頼れず日々安心して暮らしていけないから、何らかのサポートを必要としています。超高齢化という人口構成の変化とともに、家族とのつながりが途絶えた独居高齢者が急増していこうとしている時代の中で、「自立」というのは実は二面性のあることばです。

憲法25条をめぐる堀木訴訟や朝日訴訟などをみても、社会保障制度は行政の裁量で決められているものであって、ハンディキャップを持つ者が自分らしく自分の選択で生きていくことが許されない時代が長らく続いていました。自己決定・自己選択ができ、自立を社会がサポートして、施設収容ではなく、地域の普通の暮らしができるようにしなければならない。まさにノーマライゼーションの課題の目標として、自己決定・自己選択という理念が掲げられているわけです。

福祉関係者の方なら『こんな夜更けにバナナかよ』という本を皆さんご存じだと思います。映画にもなりました。筋ジストロフィーでずっと施設暮らしを強いられていた青年が、ある日、自分は施設の外で暮らすと決めて、北海道大学の学生たちなどのボランティアとともに地域で暮らし始めます。恋愛をしたり、結婚をしたり、裏切られて離婚をしたり、そういう普通の暮らしを人生の最後まで続けた実話です。タイトルは、夜更けにバナナが食べたいと要求されたボランティアが「こんな夜更けにバナナかよ」とぼやく場面からとられています。自己決定・自己選択と自立支援は、ときに「支援者がわがままとどう向き合うか」という課題も含みます。

規制緩和は、「支援者」の中に、営利企業である株式会社等の参入をイコールフットINGで促進しようとする構想を含みます。それと並行して社会福祉法人の財務管理・人事管理・組織管理全体に係るガバナンスを強化する公益法人改革などが進んでいきました。

障害の有無にかかわらず、就労支援や生活保護などの地域のセーフティーネットとしての地域福祉の中核を担ってきたのは社会福祉法人ですが、さらに、イコールフットINGで営利企業の地域福祉への参入を促すというのは、微妙なバランスをとる配慮が必要な制度改革でした。このような様々な要素が複合しながら社会福祉基礎構造改革が進行していきました。

ある社会福祉法人の現状をご紹介します（スライド4・5）。障害福祉部門と高齢者福祉部門に分かれています。障害者福祉部門では、福祉作業所、就労移行支援、自閉症のお子さんのサポートを含む発達障害支援事業、親の育児支援、さまざまな形の地域の引きこもりへの対応、失業から中途障害、例えば、病気や事故

ある社会福祉法人の現況 (1)

障害者福祉部門

○就労移行支援・就労継続支援A型・B型 ワークセンター(定員40名)○自立訓練・生活介護ワークセンター(定員40名)○生活介護デイセンター(定員40名)○生活介護デイセンター(定員20名)○児童発達支援事業ウィズ(定員20名)○地域療育相談室○地域開放型施設○地域活動支援地域生活支援センター○障害者就労支援センター○共同生活援助グループホームA(定員5)、B(定員5)、C(定員15)、D(定員13)重度身体障害者グループホームRENGA(定員5)○就労移行支援・就労継続支援・生活介護 福祉作業所(定員80)○就労継続支援B型ワークステージ(定員20)○専門相談支援・自立訓練・生活介護障害者相談支援事業 高次脳機能障害相談支援事業(定員20)○就労移行支援事業(定員20)○障害者地域生活支援ステーション 施設入所支援・体験入所(定員40)短期入所(定員2)生活介護(定員50)○障害者ショートステイ事業(定員2)

引きこもり、失業から、発達障害の育児支援、重度心身障害の入所施設まで

4

ある社会福祉法人の現況 (2)

高齢者福祉部門

○軽費老人ホーム(定員30)○老人デイサービスセンター(定員25)○在宅介護・地域包括支援センターE○居宅介護支援事業○特別養護老人ホーム(定員30)○ショートステイ(定員2)○老人デイサービスセンター(定員40)○在宅介護・地域包括支援センターF○居宅介護支援事業

障害者部門・高齢者部門あわせて22施設

5

で急に視力を失った人をはじめいろんなトラブルを抱える人のサポート、グループホームや重度心身障害児(者)の入所施設などなど、このような極めて多様な種別のサービス提供が行われています。高齢者福祉部門では、軽費老人ホーム、グループホーム、デイサービスセンター、在宅地域包括、居宅介護支援などのサービスがあります。障害者福祉部門と高齢者福祉部門の22施設が多様なサービス提供を行い、サービス類型ごとに多様な「契約」が締結されています。

ひとつの社会福祉法人がこれだけ幅広いサービス提供で地域の福祉を支えているのですが、企業運営の観点からいうと、不採算部門がいくつかあります。ただ、採算、不採算を問わず、その地域で安心して暮らせる足場が必要なのは、高齢者も障害者も児童も同じです。法律は縦割りに分かれてしまっていますが、地域の中の福祉はひとつです。障害のある60歳の人を80歳、90歳のおばあちゃんが一緒に支えているような老老介護の世帯が少なからずあります。そういう家族を一生懸命支えながら、引きこもってしまった40代、50代の人を街のお祭りに参加していただいて地域社会とつながることのできる生活への一歩を踏み出させてあげて、それから自立した生活に導いていくような仕事を、社会福祉法人は地域の中でたくさん担っています。それにやりがいを持って一生懸命仕事をしているのが社会福祉法人の職員の実状です。

社会福祉法第1条は、「社会福祉を目的とする事業の全分野における共通的基本事項を定め」とし、「福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉(地域福祉)の推進を図る」と定めています(スライド6)。

「地域福祉」というのは、社会福祉法制を考えるとときに最も重要なキーワードになっています。先ほどの法人について22施設もあることをご紹介しましたが、それぞれのサービスが準拠する根拠法が違います。これは高齢者福祉法、これは児童福祉法、これは障害者福祉法など、それぞれ法制度が違っていると縦割り行政になりがちです。

そこで、地域の中で、法令区分と縦割り行政を超えて、高齢者の方もお預かりする、障害のあるお子さん

社会福祉法第1条(目的)

この法律は、

社会福祉を目的とする事業の全分野における**共通的基本事項**を定め、社会福祉を目的とする他の法律と相まつて、

○福祉サービスの**利用者の利益の保護**及び地域における社会福祉(以下「**地域福祉**」という。)の**推進**を図るとともに、

○社会福祉事業の公明かつ適正な実施の確保及び社会福祉を目的とする事業の健全な発達を図り、

もつて社会福祉の増進に資することを目的とする。

社会福祉法第24条 社会福祉法人の経営の原則

社会福祉法人は、

社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行うため、

・自主的にその**経営基盤の強化**を図るとともに、

・その提供する福祉**サービスの質の向上**及び

・事業経営の**透明性の確保**

を図らなければならない

6

7

ケインズ・ベヴァリッジ的福祉国家

- ▶ 法制度: 憲法25条《社会権》
健康で文化的な最低限度の生活の保障
- ▶ 経済政策: ケインズ「一般理論」1936
完全雇用政策、経済成長計画
- ▶ 福祉政策: ベヴァリッジ「報告書」1942
ゆりかごから墓場まで



8

福祉国家の変容

- ▶ 法制度: 憲法13条《自由権》
自己決定権
取引法: 契約自由の原則
→ サービス市場での市場原理
- 組織法: 透明性(transparency)
説明責任(accountability)
ガバナンス(governance)
→ 資本市場での市場原理



9

もお預かりする、普通の保育園のような役割も持たすというようなことを、もっと自由に、例えばお寺の本堂でやれるようにできないかというようなアイデアが出てくるようになりました。富山県で特区としてこれを始めたので、「富山型」と呼ばれているのです。

福祉の世界には、法規制と縦割り行政で「地域」としての統合性を失いがちになるという懸念がありました。社会福祉基礎構造改革によって「措置から契約へ」移行していった自由なサービス競争が始まるのが期待されたのですが、なかなかそう簡単には進みませんでした。

社会福祉法人は社会福祉法に基づいて設立される公益法人のひとつです。社会福祉法 24 条は、経営基盤の強化を図るとともに、サービスの質の向上と事業経営の透明性の確保を目指す条文が入れられて、株式会社のガバナンスと同様の考え方が社会福祉法人に浸透しつつあります（スライド 7）。

少し大きな議論をしますと、憲法 25 条に社会権というものが定められていて、あらゆる国民は健康で文化的な最低限度の生活の保障を受ける権利があるとされてきました。これを社会権と呼んでいて、憲法の中でも社会福祉・社会保障の根本原則とされていました。

法制度を後ろから支えているのは、経済政策と福祉政策です。ケインズ・ベヴァリッジ的福祉国家ということばがあります（スライド 8）。大恐慌から脱出するためのケインズの経済政策は、財政出動によって経済成長と完全雇用を目指しています。それと同時に、人が安心して暮らせる土台をつくって労働力の再生産を行うことに経済的な合理性があるので、経済政策の基盤を形成するための福祉政策としてベヴァリッジ報告書が出されます。「ゆりかごから墓場まで」の標語で知られるイギリス型の社会福祉政策が発端します。ケインズの経済政策とベヴァリッジの福祉政策が一体となっています。同情に基づく慈善としての福祉政策ではなく、経済成長のための経済政策と一体となった福祉政策です。今もよくいわれていることですが、経済成長をするためには国民皆が安心してお金を使って消費ができるようにする必要があります。社会保障で安心の土台をつくりながら、国民全体を労働者かつ消費者としてどんどん強化していくのが、ケインズ・ベヴァリッジ的福祉国家モデルであり、2000 年ころまで、憲法 25 条の社会権を経済的に力強く支えてきました。

ただ、このような福祉国家モデルが、財政支出を大きくして「大きな政府」をもたらし、超高齢社会という問題に直面するようになりました。国が税金をどんどん投入しながら果たして失業のない社会、老後に憂いのない社会を作れるのか、財政収支のバランスや世代間の公平ははかれるのか、などの問題意識が登場してきます。従来は、行政措置として社会福祉を行ってきましたから、社会保障の給付水準が低すぎて健康で文化的な最低限度になっていないではないかという議論があっても、行政の裁量が広く認められていました。もうひとつ、憲法 13 条には自由権の規定があります。憲法 25 条の社会権とは異なり、およそ人には自己決定で幸福を追求していく権利があるとされています（スライド 9）。

取引法の世界では、契約自由の原則や私的自治の原則が重要です。契約に基づく福祉サービス市場は、自己決定・自己負担で福祉サービスを購入する自由が認められるはずで

組織法の世界では、株式の取引を支えるガバナンスとアカウンタビリティが重要です。株式会社の株の取引のルールの基本は、会社の業績の適時適切に透明性のある形で公表することです。アカウンタビリティの「ア

カウント」というのは、財務諸表などの帳尻のことであり、その会社の財務状態をきちんと説明するのが説明責任、アカウンタビリティです。社長や理事長に出資者への説明責任を尽くさせ、透明性のある経営をさせるチェック体制を整えるのがガバナンスです。

福祉サービスに、取引法や組織法の世界のロジックがどんどん移入されるようになってきましたが、その土台にあるのは、憲法 25 条の社会権ではなくて、憲法 13 条の自由権であると思われます。

憲法 13 条の自由権と憲法 25 条の社会権という、二つの異なる憲法上の原理が福祉サービスの上で交錯するようになりました。国の責務としての社会福祉が超高齢社会と国家財政の逼迫の中で後退し、自己決定・自己負担に基づく医療・福祉サービスの自由権の再構成は次第に進んでいます（スライド 10）。

これは、行政裁量に基づく措置によって自由を制約されている障害者の側から自由を求める声として出てきたものでもあり、また、サッチャー首相による、いわゆるサッチャリズムに基づく福祉改革に用いられたロジックでもあります。ケインズ・ベヴァリッジ的な社会保障政策を転換し福祉を自己決定・自己負担に向けて路線変更をやっているというとするがサッチャリズムだったわけです。

わが国も、昨今の介護保険導入や医療法改正などの動向を見ると、憲法 25 条の社会権に基礎をおくものとして構成されてきた医療・福祉サービスが、患者や利用者の選択を重視する憲法 13 条の自由権に基礎を置く制度に移行しつつあるとみることができます。

「措置」から「契約」へ

行政が手を差し伸べる措置から、契約によってサービスを提供し代金を受け取る契約へ移行する、「措置から契約へ」というのが、社会福祉基礎構造改革の根本的な命題です。説明と同意とともに自己決定・自己負担が拡大していきます（スライド 11）。

社会福祉は行政措置からスタートしました。公が困っている人つまり受益者に救いの手を差し伸べるというモデルです（スライド 12）。（福祉の世界では、困っている受益者の側を「当事者」と呼び、手を差し伸べる側を当事者とは呼ばないというのが 2000 年以前のなraidでした。契約ならサービスを提供するものも提供されるものも「当事者」ですが。）

受益者は公の保護のもとにある反面、行政の裁量に依存しています。受益者や家族は「やっていただいている、だから気に入らないことがあっても我慢しなければ仕方がない」という、権利意識が非常に低い状態にありました。

「措置から契約へ」

- 行政が手を差し伸べる「措置」から
- 契約によってサービスを提供し代金を受け取る「契約」へ

説明と同意

自己決定
(自己責任)
(自己負担)

措置から契約、さらに消費者保護へ (1)

- 第1のステップ 《行政措置…上下の関係》

公



受益者(当事者)

- * 受益者は公の保護のもとにあり、行政裁量で決定できる範囲が広い。
- * 受益者や家族の権利意識は低い

医療法学のイノベーションの 必要性 (1)

憲法論:

- 憲法13条 医療・福祉の自由権的構成の二面性

「自己決定・自己責任・自己負担」

サッチャリズム／我が国の介護保険／医療法改正

→医療・福祉の効率化や市場原理の導入と表裏一体

- 憲法25条 医療・福祉の社会権的構成の限界

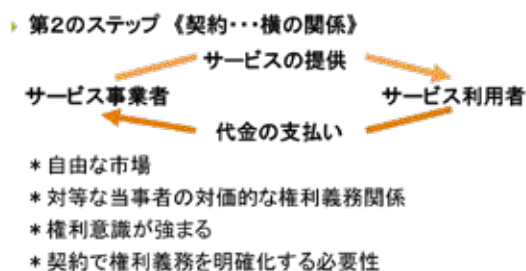
→超高齢社会と国家財政の逼迫

10

11

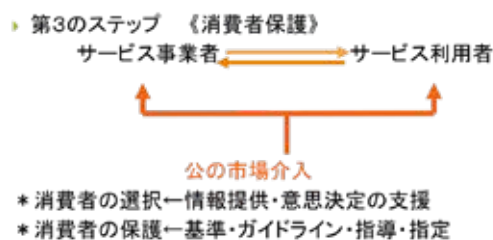
12

措置から契約、さらに消費者保護へ (2)



13

措置から契約、さらに消費者保護へ (3)



14

介護保険導入に先立ち、行政措置を契約に切り替えていこうという動きが始まります。サービス事業者もサービス利用者も、どちらも対等な契約の当事者であり、一方はサービスを提供し、他方は代金を支払う関係です。自由な市場と、対等な当事者の対価的な権利義務関係を導入しようします。そうすると、サービス利用者側は権利意識が強まってくるから、契約条項を定めて相互に権利義務を明確化する必要が出てきます（スライド 13）。

ただ、本当に社会福祉を市場原理と契約自由の原則のもとで事業者の自由競争と利用者の自己選択、自己責任、自己負担でやっていけるのかというと、やれるはずがないということで、社会保障としての修正、消費者保護としての修正をかけていかなくてはいけません。消費者保護の観点をサービス事業者とサービス利用者の間の契約に盛り込んでいって、公の立場から市場介入をして、消費者が適切な選択をできるような情報提供や意思決定の支援をするという修正がなされるようになりました（スライド 14）。

福祉に市場原理と契約という観念を導入しようすると、消費者保護の観点からの修正が必要になります。また、もともとの土台は「社会保障」ですから、市場での自由競争や契約自由をそのまま認めるわけにはいかず、「社会保障」の観点からも修正が必要になります（スライド 15）。

社会福祉法 77 条は、社会福祉サービスを利用するための契約が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、福祉サービスの内容等を記載した書面を交付しなければならないと定めています。契約を締結するにあたって、書面や捺印は必ずしも必要ではなく、合意があればよい、というのが原則ですから、「契約書」で権利義務関係を明確化するという政策がとられたことになります（スライド 16）。

ただ、鉄道に乗るときでも「旅客運送契約」は必要ですが、そこでは、契約書も権利義務に関する同意も署名捺印もありません。「旅客運送約款」が権利義務関係を規律しています（スライド 17）。

契約を破った時の法的制裁は、債務不履行に基づく損害賠償と契約の解除です（スライド 18）。ただ、生活インフラを支える福祉サービスにおいて、例えば入所契約において事業者の提供するサービスが契約どおり

福祉における契約の自由



15

社会福祉法第77条 利用契約の成立時の書面の交付

社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用するための契約（厚生労働省令で定めるものを除く。）が成立したときは、その利用者に対し、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した書面を交付しなければならない。

- 一 当該社会福祉事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地
- 二 当該社会福祉事業の経営者が提供する福祉サービスの内容
- 三 当該福祉サービスの提供につき利用者が支払うべき額に関する事項
- 四 その他厚生労働省令で定める事項

16

本当に契約書が必要か？

- ▶ 鉄道
- ▶ 水道、電気
- ▶ 銀行口座

生活インフラは標準取引約款と行政規制

◎契約

- 「解除権」は、現実には、どんな意味を持つか
- 「損害賠償請求権」は、現実には、どんな意味を持つか

→必要なのは、生活の保障ではないか

17

医事法学のイノベーションの 必要性 (2)

▶ 医療・福祉における損害賠償

公的医療制度・社会保険のもとでの医療・福祉のサービス提供をどのように契約法で規律するのか
情報の非対称性とFD(fiduciary duty)をどのように制度に織り込むか、
債務不履行と過失責任主義の射程をどのように捉えるか
社会保険と公的ADRを密接に結合するフランス型の無過失補償制度などの海外の動向などをどのように視野に入れていくか などなど

実体法・手続法に大きな変革の波

18

公助・互助・自助の組み合わせ

- ▶ 高齢化と高齢者福祉（10兆円規模、益々膨らむ）
医療を軽減→介護を増強→年金から負担を徴収
互助：社会保険
自助：「措置から契約へ」自己負担の増強
- ▶ 少子化と障害者福祉（1兆円規模）
高齢者の影響を受けたくないが
「措置から契約へ」は同様に

19

公と私／公共性と企業性



20

行われていないからと言って、入所者の側から契約を解除するのは非現実的です。また、入所者が求めているのは、損害賠償金ではなく日々の生活のサポートです。

高齢化はますます進んで行き、高齢者福祉に要する公的な資金は年間10兆円を超えて、ますます膨らんでいきます。高齢化の中で、公助・共助・自助をどのようなバランスにしていけるかが、これから高齢者福祉を考えていく上で重要です。他方、少子化の中で、障害者のサポートを家庭だけが担うことには限界があり、障害者福祉にも「措置から契約へ」の波が押し寄せています（スライド19）。

福祉サービスの市場は、当初は公の提供する行政措置だけだったのですが、社会保険である介護保険の提供するサービスが、準市場（quasi-market）を形成し、その外側に、自己決定・自己責任・自己負担の私的サービス市場が広がっていきつつあります（スライド20）。

福祉における意思決定支援

意思決定支援が注目を浴びようになったのは、平成26年1月30日に「障害者の権利に関する条約」が締結されたことを契機にしています。同条約の十二条3項には「締約国は、障害者がその法的能力の行使に当たって必要とする支援を利用する機会を提供するための適当な措置をとる。」との定めがあり、この後、障害者基本法、知的障害者福祉法、障害者総合支援法などの法規定の整備が行われてきました（スライド21）。

法律家の世界では、障害者の意思決定支援というと、まず「判断能力」が問題になります。判断能力に欠けるところのある本人の保護と取引の安定をはかるために、成年後見制度があるということになっています。ただ、成年後見制度が高齢者や障害者のニーズに合うサービスを提供しているかという点、さまざまな懸念があります。年金受給のために重度心身障害者から認知症の高齢者まで、皆銀行口座をもって銀行取引をしており、そのうちどれだけの範囲で成年後見のサポートが行われているか、心もとない状況にあります。また、成年後見人は身上監護についての判断を行わないということが強調される中で、実際に高齢者に必要なサー

意思決定支援のための法規定整備

- 障害者基本法改正
23条「障害者の意思決定の支援に配慮しつつ」
- 知的障害者福祉法改正
15条の3「知的障害者の意思決定の支援に配慮しつつ」
- 障害者総合支援法
1条の2「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され」
42条「障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに…」
51条の22「障害者等の意思決定に配慮するとともに…」

21

意思決定支援と成年後見

- ▶ 判断能力
 - 本人の保護
 - 取引の安定
 - 判断を支援し取引をさせる制度であつて
 - 判断を否定し取引をさせない制度ではない
- ▶ 成年後見制度は機能しているか
 - ◎銀行口座は、重度心身障害者から認知症まで
 - ◎必要な「世話」は身上監護から財産管理まで
 - ◎「権利擁護」と「成年後見」のギャップ

22



23

意思決定支援とは

- ▶ 意思決定の支援
 - ▶ 意思表出の支援
 - ▶ 意思実現の支援
- 「自分の意思が実現される」と伝え続けること
- ▶ 自己決定権の意味
 - 福祉の世界 …「こんな夜更けにバナナかよ」…
 - 法律の世界 …説明と同意、成年後見

24

ビスは、財産管理よりも医療介護に関する同意や、もっと広く、日常生活の「世話」一般に広がっています。高齢者や障害者の権利擁護のために必要なサービスは何かという視点から、抜本的な制度の見直しが求められています（スライド22）。

私が理事を務めさせていただいている社会福祉法人では、年に1回、市の公会堂をお借りして、市民に公開で実践報告をしています。20以上の施設から実践報告を募り、予選を通過した4テーマが発表となります。最近、最優秀賞をとったのが、写真のとおり、「タッチパネルを利用した意思決定支援」という取り組みです。重度の知的障害のある方を対象とします。自分が「何をしたい」という願いをもち、願いを表現すると、願いがかなうという経験を積み重ねることによって、人は自分の意思決定の楽しさ、自己実現の楽しさを学習していきます。しかし、意思決定と自己実現の経験が乏しいと、自分が何をしたいかに気づくことができません。自分の意思にどうやって気を付かせてあげたらいいだろうか、どうやって意思決定を表現させてあげたらいいかということが、意思決定支援の最重要ポイントになります。

この福祉施設では、タッチパネルを用意して、こんなものを食べたいと思うとそれが食べられる、自分には選ぶことができる、自分の願いはかなえられる、という学習を、福祉職が一生懸命サポートしながら積み重ねていったら、きょうは何を食べたいか、きょうはどんな遊びをしたいかというようなことを決められるようになっていって、こんな明るい笑顔になりました（スライド23）。

法律家の世界だと、「この人には判断能力がない」ということになり、成年後見が必要ということになります。しかし、福祉の世界では、取引のための判断能力の有無は問題ではないのです。この人の人間としての尊厳を尊重するためには、この人が日々の生活の中で、食事も遊びも選ぶことができるように、意思決定を支援する、意思表出を支援する、意思が実現していくことを支援するということが大切です。そのサイクルを回すことによって人は尊厳を取り戻し、笑顔が生まれてきます。自分には意思があり、自分は願うことができ、その意思は実現されるのだということを伝え続けるのが、福祉における意思決定支援です（スライド24）。

「こんな夜更けにバナナかよ」という映画にもなったドキュメンタリーがあります。筋ジストロフィーの青年が、学生ボランティアの手を借りながら、施設を出て地域で生活を始めます。喧嘩もあり、恋愛も結婚もあり、離婚と別れもある普通の生活の中で、青年は人生の最後の日々を迎えます。青年は、ボランティアに、夜更けに「バナナが食べたい」とわがまを言います。ボランティアは、「こんな夜更けにバナナかよ」とぶつくさ言いながら、どうしても夜更けにバナナだと求めているのなら、コンビニに行って買ってきてやろうじゃないかと思ひ始める。そういうサポートを続けるのが福祉の世界です。法律の世界では、意思決定支援というと、説明と同意、成年後見に問題をひからびさせ、矮小化させてしまう傾向がありますが、そうであってはいけないのではないかなと思います。

リスクマネジメントとガバナンス

リスクマネジメントとガバナンスのお話をします。措置から契約に移行して、多くの社会福祉施設では「黒船がやってきた」という大騒動が始まり、厚生労働省福祉基盤課の検討会で「福祉サービスにおける危機管理に関する取り組み指針」をつくらうということになりました。私も委員を務めさせていただきました。

当時、あえて「危機管理」ということばを使うことについて、私自身には違和感がありました。契約に基づいてサービスを提供していれば、苦情も出るだろうし紛争も起こるだろうが、「危機管理」というような表現を使うのは、あまりにも危機感がありすぎるのではないか、という違和感です。平常のサービス提供の中に内在するリスクがあるのだから、苦情や事故の情報を起点としてPDCAサイクルを回していくような「リスクマネジメント」という表現がより適切だと思いました。また、サブタイトルには、リスクマネジメントの目的を明示したいと思いました。リスクマネジメントの目的はサービス利用者の沈黙ではないのだから、「利用者の笑顔と満足を求めて」というサブタイトルを入れていただきました（スライド25）。

「福祉サービスにおいては利用者の安心や安全を確保することが基本であり、事故防止対策を中心とした福祉サービスにおける危機管理体制の確立が急務となっている」とあります。安全対策と顧客満足度の向上を中心としたリスクマネジメントがスタートしたという報告書でした。

企業活動がPDCAサイクルを回しているのであれば、医療機関でもPDCAサイクルを回そうという政策が確立したのは2002年の医療法施行規則から2006年の医療法改正でした。医療でやっているPDCAサイクルのモデルが、次第に福祉の世界に浸透していった、福祉リスクマネジメントのスタイルができてきました（スライド26）。

社会福祉法人のガバナンスについては、経営組織、事業管理、財務管理、人事管理などの社会福祉法人全体の企業統治、ガバナンスを求めるという動きが急速に進みました。これは公益法人改革の一環として行われたことです（スライド27）。

営利法人・公益法人を問わず、企業組織のガバナンスというのは、アカウンタビリティ（accountability）と不可分の概念として発展してきました。バブルが崩壊後銀行が破綻して、土地などを担保として銀行からお金を借りる間接金融による資金調達ができなくなりました。1990年代半ばの金融ビッグバンの改革を通じて、証券取引所で株などの証券を発行して資金を調達するという直接金融が主流になるようになりました。

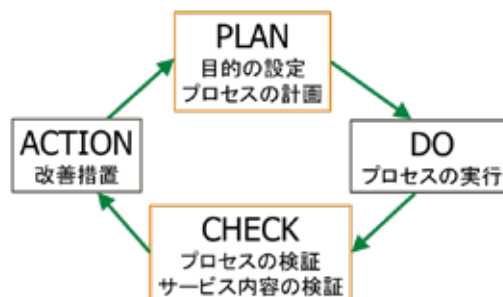
リスクマネジメントの目的

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～

- 福祉サービスにおいては利用者の安心や安全を確保することが基本であり、事故防止対策を中心とした福祉サービスにおける危機管理体制の確立が急務となっている。
- 一方、福祉サービスは利用者の日常生活全般に対する支援や発育の助長を促すことを目的に提供するものであり、危機管理体制のあり方についてこうした福祉サービスの特性を踏まえた視点と対応が必要である。

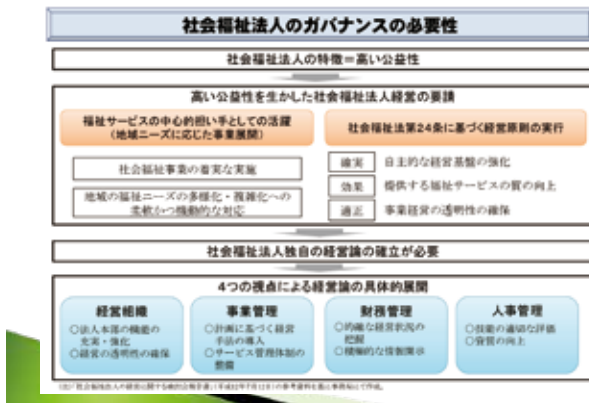
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/04/h0422-2.html>

企業活動のPDCAサイクル



社会福祉法人のガバナンスについて

平成25年11月18日 厚生労働省第3回社会福祉法人の在り方等に関する検討会資料



27

金融から財政へ

金融の問題

バブル崩壊 銀行の破綻

証券取引所での資金調達（情報開示と株価・格付け）

説明責任を尽くさないと資金調達ができない

企業は株主のもの

財政の問題

低成長 税収低下 財政危機

公的予算からの資金調達

説明責任を尽くさないと資金調達ができない

公法人は国民のもの

28

企業の適時適切な情報開示と株価や格付けというのは証券取引所での命です。説明責任を尽くさない企業に資金調達はできない、これがアカウンタビリティの議論でした。株主が企業の所有者であることが協調されました。

金融でのアカウンタビリティは財政でのアカウンタビリティの議論に展開していきました。バブル崩壊後の低成長期には税収が低下して財政資金がなく公的予算からの資金調達はできなくなっており、説明責任を尽くさないと資金調達が許されないというような状況になっていました（スライド28）。

公益法人は、これまで補助金として税金が投入されたり、税金の減免を受けたりしてきたのだから、国民や地域住民のものとする考え方です。社団法人・財団法人から始まった改革は、独立行政法人や学校法人、公益法人などに展開していきました。

財政危機に対応して、新しい透明性（transparency）と説明責任（accountability）を基軸とする資金調達に全ての公益法人が移行しつつあります。その中で、「ガバナンス」という考え方が社会福祉法人などにも拡張されて行きました（スライド29）。

高齢者の「事故」の法的対応

高齢者の事故の法的対応の話をさせていただきます。まず、コンプライアンス（法令遵守）における「トレード・オフ」、ルールを守ることと引き換えに何かを得たり、失ったりするというお話をします（スライド30）。

西村あさひ法律事務所の梅林啓先生は、「コンプライアンスというのはトレード・オフされるものだ」という議論をしておられます。ルールを守ると引き換えに何かを失う、ルールを守らないことで引き換えに何かを得るとすると、人は皆ルールを守らなくなります。現場に二律背反を強いると不祥事や事故が起こります。例えば、鉄道の運行について、「絶対に安全な列車の運行をやれ」と言いながら、その一方で、「1分も遅れるな。定時運行をやれ」というと、間に合わなくなったときにスピードを出しすぎて大事故が起こります。

ガバナンス論の拡張

- 公益法人改革
 - 社会福祉法人改革
 - 一般投資家（株主）に相当するものは何か
 - 一般国民・地域住民ではないか
 - 医療法人へ
 - 情報発信のポイント
 - 価値評価のポイント
 - 資金調達のポイント
- 「医療の質と安全」

29

企業不祥事

- トレードオフされるコンプライアンス（法令遵守）
 - （西村あさひ法律事務所 梅林啓弁護士）
 - ルールを守ること、引き換えに何かを失う
 - ルールを守らないことで、引き換えに何かを得る
 - 人はルールを守らなくなる
- 現場に二律背反を強いると、不祥事や事故が起こる
 - 安全な運行 ⇔ 安定的な定時運行
 - 安全コスト ⇔ コスト削減
- 現場が無理をすれば、いつか鉄道事故が起こる
 - 国民の理解を得れば、無理なく計画運休ができるはず。
 - その話は現場にムリをさせていませんか

30

安全を保つためにコストは必ず必要ですが、コスト削減と安全を同時に現場に強いると現場に破綻が生じます。現場が無理をすれば、いつか鉄道事故が起こります。どちらかという国民の理解を得て、無理なく計画運休をできるようにするほうが合理的ではないか、どこまでも 100%の安全を追求するというのは本当に正しいことなのか、という議論が出てくるようになっていきます。

医療も介護福祉も、質の向上と安全の向上が常に求められています（スライド 31）。供給量は高齢化と共に増加が求められています。質と量を共に上げる手段は、コストを上げ人手を増やすということしかありませんが、現実的には不可能を強いられているということがあります。医療や介護福祉の現場におけるやりがいというのは、先ほどご紹介した「意思決定支援」の笑顔の写真を見ていただくと分かると思います。知的障害がある利用者さんが、自分で自分のご飯を選んでいいんだということに気付いたら、あんな笑顔になるわけです。現場のやりがいはいつもその人らしさを守ることなのですが、人間性を無視するようになると、介護の現場は絶望工場になってしまいます。

人間性を引き出そうとして介護の現場は頑張っています。拘束しないで歩かせるから転倒・転落事故が起こります。胃瘻にしないで最後までご飯を食べさせようとするから誤嚥・窒息の事故が起こります。お風呂に入れようとするから入浴事故が起こります（スライド 32）。

拘束せずに歩かせ、胃瘻にしないで食べさせ、できるだけ最後の最後までお風呂に入れてあげようとしている、頑張っている、無理をしている現場で事故が起こります。どうやってバランスを取ったらいいのか。バランスの取り方は、急性期医療や慢性期医療、介護福祉の中で、どこが同じでどこが違うか。例えば、急性期医療の現場である医療現場では、手術後のリスク等を回避するために拘束は非常に頻繁に行われています。それに比べて介護の現場では、拘束はタブーに等しいことになっています。「やっていいよ」と言い出すと、どこまでも絶望工場に崩れていってしまうかもしれないが、他方、「やってはいけない」というだけではもはや回らなくなっている、そういう実情があると思います（スライド 33）。

一般的にも安全性とコストの間にはスライド 34 のような関係があると言われています。安全性を上げよう

医療のおかれた状況

- ▶【質】医療の質・安全の向上が、いつも求められる
- ▶【量】医療の供給量は、高齢化と共に増加が求められる

質・量ともにあげる手段は、コスト↑&人手↑

少子化と税収？（アベノミクスで何とかもっているが）
人手不足の中の働き方改革
看護師の業務が多様化して人材がとられる
介護との接点が増大する地域包括ケア
介護現場の離職率が高く、離職ドミノが起こる
→二律背反を超えるイノベーション？

31

人間の尊厳を守るために

- ▶ 現場のやりがいは、「その人らしさ」を守ること
 - 人間性を無視すると、介護の現場は「絶望工場」になる
 - 人間性を引きだそうと、介護の現場は頑張っている
 - 拘束しないで歩かせるから、転倒転落が起こる
 - 胃瘻にしないで食べさせるから、誤嚥窒息が起こる
 - お風呂に入れるから、入浴事故が起こる

→どうやってバランスを取ったらいいか
急性期医療、慢性期医療、介護福祉の違いはないか

32

拘束廃止と転倒防止

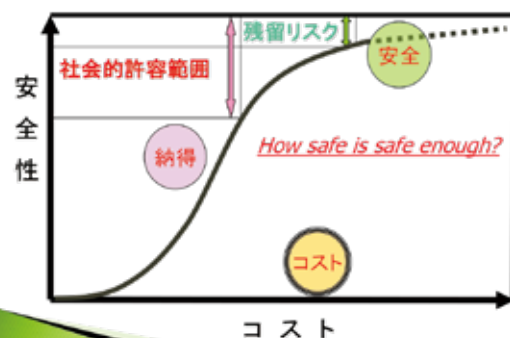
「完全に」両立するためには果てしなくコストがかかる
「見守り」「人の注意力」は最大のコスト要因

急性期、慢性期、在宅、入所介護それぞれに
【拘束の許容】 拘束を どの程度 許容するか
【転倒の許容】 転倒を どの程度 許容するか

コストか、社会的許容か

33

安全性とコスト



34

としてもなかなか上がってこないコストの立ちあがりの時期があって、コストをかければかけるほど安全性が上がる時期があって、最後の最後、無限にコストをかけても事故はゼロにならない。最後に残るリスクを残留リスクといいます。あらゆる事故で、”How Safe is Safe Enough?”という議論がなされます。安全学の世界の定義によれば、「残留リスクが社会的許容範囲内にあることを安全」といいます。事故ゼロがもし安全ということならば、世の中に安全なものはありません。安全を議論するためには、どこまで安全でどこまでリスクが残っているか、もう少し頑張るためにはどれぐらいコストがかかるか、安全とコストとのバランスを社会が納得するか、安全とコストと社会の納得というコミュニケーションが必要となってきます。拘束廃止、転倒防止のために「見守り」をしろという議論はいつも出てくるのですが、人の注意力というのは最大のコスト要因です。急性期、慢性期、在宅、入所、それぞれで、拘束をどの程度許容するかという議論も、転倒をどの程度許容するかという議論も、いずれもきちんとしていかなければなりません。

事故と紛争の実状

実際の医療現場でどれくらいの人が転倒するかということが、ネット上で公表されています。ある5000床ほどの病院群で、1年間に起こる転倒・転落のインシデント・レポートが3791、食事関連の誤嚥・窒息になりかけたというのが1537。医療現場では、毎日毎日転倒転落や誤嚥窒息が起こっています（スライド35）。

介護福祉、老人福祉施設における、安全管理体制のあり方についての調査研究時、これは一昨年から去年にかけて介護老人福祉施設について、今は有料の老人ホームについてやっていますが、社会保障審議会として1万の事業所について大規模な調査をやりましたら、過去1年間に「損害賠償請求を受けたことがある」と答えた事業所が22.0パーセント。介護現場には紛争があふれています（スライド36）。

これは去年（平成31年）の事例ですが、3月に報道がありました（スライド37）。2013年の事故だったのですが、准看護師さんが入所者にゼリーを食べさせるべきだったのにドーナツを出してしまって、6年間の争いを経て罰金20万円の有罪判決が言い渡されて、朝日新聞いわく、この有罪で、「介護現場に動揺『事故は毎日のように起きている』」。この事件は、2020年になって東京高裁で無罪となりましたが、食事介助や転倒・転落をめぐる民事紛争が激増し始めています。

やるべきことをやらなかったというのを過失と言うのですが、やるべきことは教科書やガイドラインに書かれているとされています。やるべきこととできることとのギャップが広がると、裁判所に過失と認定される範囲が広がっていきます。本音と建前に差があると現場は困ります。誤嚥・窒息も転倒・転落も入浴事故も同じような話で、いつもレポート見ると『ちょっと目を離したすきに』という言葉が出てきます。どうしてちょっと目を離すのかというと、その背景ははっきりしています。人手不足です。ずっと見てられない人手不足が事故の原因です（スライド38）。

見守りでそもそも転倒が防止できるのかというのを、『日経ヘルスケア』という雑誌が去年特集しました。3メートルの距離でじっと見えていても、なかなか転倒は防止できない。いわんや、離床センサーとか、何とかマットとかいろんなことをガイドラインには書いてありますが、見たり見なかったりでは防げない。作業

普通の急性期病院のアクシデント

- ▶ 4997床の病院群
- 27300通／年のインシデント・アクシデントレポート
- （1床あたり5.46通／年、
- （アクシデントは1327通で全体の4.86%）

転倒転落 3791通
食事関連 1537通

病床数ほどの転倒転落、
500床なら月に1、2回以上の事故

介護老人福祉施設における安全・衛生管理体制等の在り方についての調査研究事業

（結果概要）（案）①

社会保障審議会 介護給付費分科会
介護報酬改定検証・研究委員会

- ▶ 介護老人福祉施設調査
- ▶ 【母集団】全国の介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設10075事業所
- ▶ 【発出数】無作為抽出（系統抽出）（被災地を除く）の2519事業所
- ▶ 【回収数】1188事業所 【回収率】47.2%
- ▶ 【有効回収数】1164事業所【有効回収率】46.2%

食事介助の裁判例

朝日新聞平成31年3月25日報道

入所者がおやつ詰まらせ死亡、介助の准看護師に有罪判決

2013年12月、長野県安曇野市の特別養護老人ホームで、女性入所者(当時85)がおやつをのどに詰まらせ、1カ月後に死亡したとされる事件があった。長野地裁松本支部(野沢晃一裁判長)は25日、食事の介助中に女性に十分な注意を払わなかったなどとして、業務上過失致死の罪に問われた長野県松本市の准看護師〇〇被告(58)に、求刑通り罰金20万円の有罪判決を言い渡した。

有罪、介護現場に動揺「事故は毎日のように起きている」

起訴状などによると、〇〇被告は同年12月12日午後、同ホームの食堂で女性におやつのドーナツを配った。検察側は女性には口に食べ物を詰め込む癖があったのに、被告は他の利用者に気を取られ、女性への十分な注意を怠ったほか、窒息などに備えておやつがゼリーに変更されていたのに、その確認も怠ったなどと主張した。

一方、被告側は女性は脳梗塞で死亡したと考えるのが最も合理的で、ドーナツによる窒息が原因で死亡したとの検察側の主張を否定。その上で女性の食べ物を飲み込む力には問題がなく、食事の様子を注視しないといけない状況ではなかった▽ゼリーへの変更は女性が食べ物を吐いてしまうことが理由で窒息対策ではなく、確認の義務はなかった、などとして無罪を求めている。

食事介助中の出来事を罪に問うことは介護現場での萎縮を招くとして、裁判は介護関係者の強い関心を呼んだ。無罪を求める約44万5500筆の署名が裁判所に提出された。弁護団も結成され、公判はこの日の判決も含めて23回に及んだ。(佐藤靖)

37

食事介助の論点

- ▶ 「過失」
やるべきことをやらなかった
- 「やるべきこと」：教科書、ガイドライン、マニュアル…
「できること」とのギャップが生じれば、「過失」が広がる
→ 本音と建前に差があると、現場が困る
食事介助、転倒転落、入浴事故…
- 「ちょっと目を離した隙に」
→ ちょっと目を離す背景要因は人手不足

見守りで転倒が防止できるか

(日経ヘルスケア2019年10月号 特集 介護訴訟をどう防ぐ)

- ▶ 見守りの距離3.0mでの実証実験
すぐに倒れる／一歩踏み出して倒れる
- 「じっと見守っている」でもすぐに倒れたら防げない
「見たり見なかったり」ではほとんど防げない
「作業をしながら」では全く防げない

38

39

乖離とリーガル・リスク

- ▶ 「やるべきこと」と「できること」の間の乖離が生じたら、それがリーガル・リスクに直結する
- ▶ 「場合」が特定しなければ、「常に」なのか？
そのルールはどこまで一般化できるのか？
そのルールはどこまで現実化できるのか？
そのルールで本当に「再発防止」ができるのか？

医事法学のイノベーションの 必要性 (3)

- ▶ 医療・福祉における刑事処罰
当事者の人権保障
謙抑性、定型性、
過失犯処罰の政策的位置付け
刑事政策、司法政策、社会保障政策
法人処罰の理論
…など、検討課題が山積

40

41

しながらでは全く防げない。マンツーマンで見守らない限り転倒・転落は防止できないという実情があることは、ちょっと調査をしてみれば分かることです（スライド 39）。

医療機関側で紛争対応の仕事をたくさんしてきましたが、医事紛争では、患者さんや利用者様と戦っている気はしません。弁護士相手に戦っている気もしません。弁護士さんとは紛争解決と一緒にやっていくパートナーだと思っています。裁判官と戦っているとも思いません。本当の戦いは、医療関連の文献、ガイドラインやマニュアルの「言い過ぎ」との戦いです。やれないことがたくさん書いてあります。過剰な一般化、現実との乖離、見守りや注意力などマンパワーに依存してコストを見ず、現実を無視した精神主義が医療介護の現場から消えない限り、こういう紛争は限りなく続きます（スライド 40）。

やるべきこととできることとの間の乖離が生じたら、それは刑事処罰に直結するし、場合を特定しないマニュアルというのは本当に困ります。そのルールはどこまで一般化できるのか、そのルールはどこまで現実化できるのか、そのルールで本当に再発防止ができるのかというのが問われていて、医事法学に関連する方には、法理論として刑事処罰を社会保障の中でどこまでどうやって使うのか使わないのか、この会場におられるかどうか分かりませんが、刑法の先生にも考えていただきたいような気がします（スライド 41）。

紛争解決への模索

介護がトラブルなく進むためには、お金とマンパワーと支え合う地域コミュニティが必要です。かつては家庭が介護を支えていたのですが、もう家庭には介護力がなくなっています。お嫁さんにやってもらうというスキームは 1980 年代以降の男女雇用機会均等の流れの中でもう消え去ってしまいました。他方、寝たきりの高齢者を抱えたら、自己負担は月額 20 万円程度かかることがよくあります。これはどのような形のサービスを利用して、自己負担をなくすことは難しいです。紛争になったときに、何に困っているかということ、寝たきりになった人を抱えて働きにも行けなくなって、この状況をどう打開したらいいのかという、福祉サービスと連携した紛争解決を構築していく必要があります（スライド 42）。

民事紛争について、裁判所で判断するのが裁判、民間の第三者が判断するのが仲裁、裁判所で第三者が調整するのが調停、民間で調整して歩み寄りを進めていくのを和解あっせんといいます（スライド 43）。和解あっせん人を間にに入れて、この辺は入江先生のお話でいただくところですが、間に人が入ることで合理的な意思決定を次第に形成していく、人間ならではのスキルがあります（スライド 44）。

東京には、東京弁護士会、第一東京弁護士会、第二東京弁護士会の 3 つの弁護士会があります。ここでは、東京三会型医療 ADR というものが行われています。仲裁や和解あっせんで専門でやってきた弁護士と、患者側の運動を担ってきた弁護士と、医療機関側の介護をやってきた弁護士が、3 人でチームを組んであっせん人をやるということを平成 19 年（2007 年）からスタートいたしました（スライド 45）。

多様で重層的なコミュニケーションというのが東京三会型医療 ADR の特徴です。医療機関側がおいでになると、医療機関側の経験が豊富な弁護士がじっくりと話を聞く、患者側がお出でになると患者側の経験の豊富な弁護士がじっくり話を聞く。双方に突っ込んだりブロックしたりする、そういうやりとりの中で最後

介護の 3M

- ▶ Money
 - ▶ Man Power
 - ▶ Municipal Community
- かつては、「家庭の介護力」
→ 寝たきりを支える月額 20 万円の負担
→ 福祉サービスと連携した紛争解決の模索

第三者による民事の紛争解決

	第三者の判断	第三者の調整
裁判所	裁判 (civil action)	調停 (conciliation)
民間	仲裁 (Arbitration)	和解あっせん (mediation)

和解あっせん・ADR



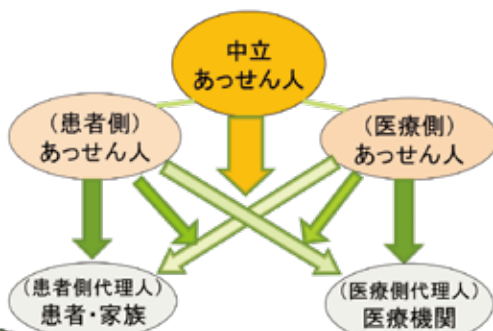
44

東京三弁護士会の特徴

- ▶ 仲裁+患者側+医療側
- ▶ それぞれの経験を生かして、話し合いの多様化
- ▶ ひとりの力よりも、三人寄れば文殊の知恵

45

医療ADR(3人型)



46

医事紛争に関する フランスの選択／アメリカの選択

- ▶ フランスの選択
ONIAM: Organisation national d'indemnisation des accidents médicaux 健康保険財源で無過失補償
CCI: Les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux 公的ADR
- ▶ アメリカの選択
日本の数十倍の賠償、数十倍の免許停止
外国人医師Foreign Medical Graduatesの市場参入
医療の高額化と医療費による患者個人の破産

48

弁護士会医療ADR 運用状況

ADRセンター 医療ADR特別部会 資料11
(2018年7月末時点)

弁護士会名	医療ADR 設置年月日	設置からの 年数(年)	申立		応諾		和解成立		
			累計申立件数 (件)	年平均 (件)	累計応諾件数 (件)	応諾率 (%)	累計和解件数 (件)	和解率(対応事件 数)(%)	平均審理日数 (日)
東京	2007年9月1日	10	307	30.7	188	61.2%	109	58.0%	184.8
第一東京	2007年9月1日	10	85	8.5	64	75.3%	40	62.5%	197.2
第二東京	2007年9月1日	10	214	21.4	132	61.7%	91	68.9%	222.8
大阪 (公益社団法人 民間総合調停セン ター)	2009年1月30日	9	188	20.9	87	46.3%	47	54.0%	175.7
京都	2000年3月17日	18	26	1.4	20	76.9%	10	50.0%	163.8
愛知県	1997年4月1日	21	558	26.6	486	87.1%	238	49.0%	204.0
広島	2010年1月1日	8	29	3.6	22	75.9%	13	59.1%	215.2
岡山	2009年9月1日	8	34	4.3	8	23.5%	4	50.0%	400.5
福岡県	2009年10月1日	8	116	14.5	55	47.4%	33	60.0%	138.9
仙台	2006年4月1日	12	166	13.8	110	66.3%	72	65.5%	148.5
札幌	2005年10月1日	12	48	4.0	35	72.9%	25	71.4%	194.2
愛媛	2013年3月1日	8	15	1.9	7	46.7%	1	14.3%	91.0

47

の最後、中立なあっせん人が「こんなふうにとまとめたらどうだろうか」というようなサポートをする。

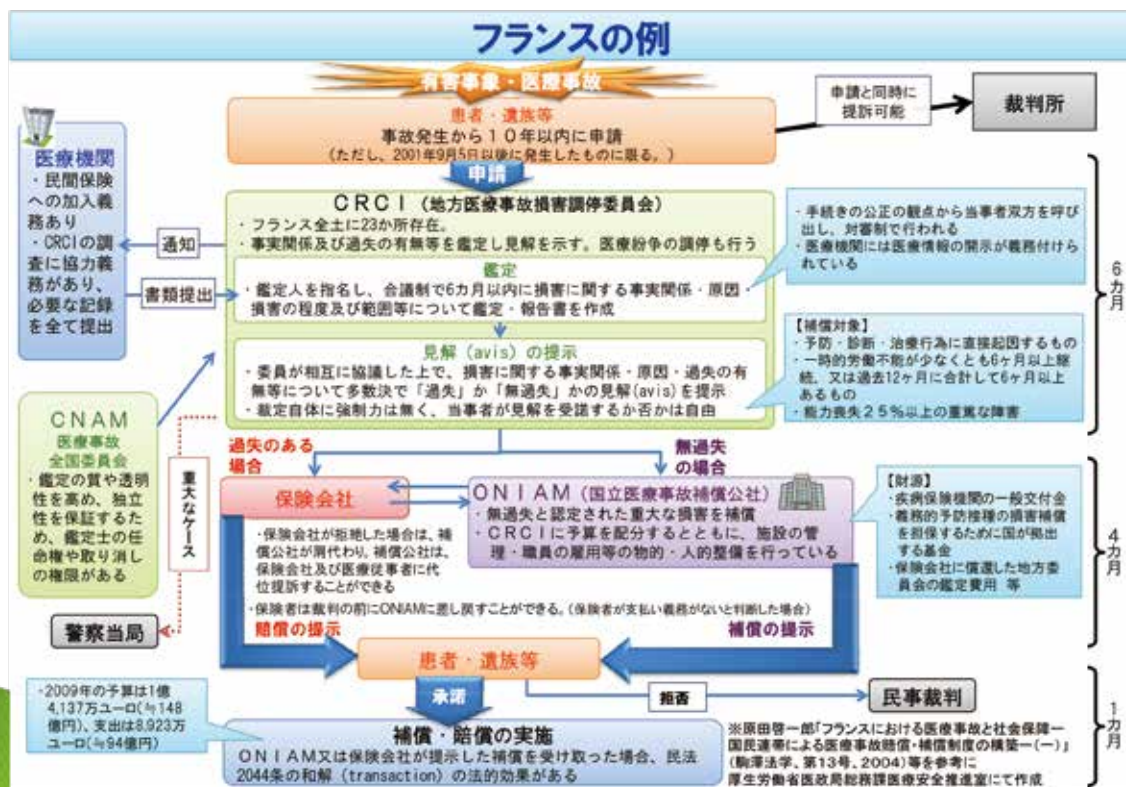
このようなスキームは医療 ADR 3 人型と呼ばれています(スライド 46)。多様で重層的なコミュニケーションによって、切羽詰まった紛争を何とかソフトランディングさせるというアイデアの下で、だんだん話し合いのスキルが発展してきたものです。

細かい数字で恐縮ですが、年間、例えば仙台では、仙台地裁でおきる医療訴訟が十数件で、それを上回る数でのADRでの解決があります。東京ですと、医療ADR、医療訴訟が起こる数が年間140件ぐらいであるのに対して、医療ADRの申立件数が年間80件ぐらいということで、なかなかの底力が出てきているようです(スライド47)。

ただ、本当に損害賠償というだけで片付くんだろうか、これはもともと介護福祉の話ではなかったかという疑問を感じる事案が多々あります。医療も介護福祉も、全部が社会保険と公助・共助・自助の混じり合った公共の資金の話ではないのか。もともと医療機関が持っているお金は公的なお金、社会保険のお金です。介護福祉の施設が持っているお金も同じです。そうだとすると、全部を社会保険の中に取り込んでしまえばいいではないかという考えにがかり得ます。

フランスでは ONIAM(Organisation national d' indemnsation des accidents medicaux) (国立医療事故補償公社) という組織が作られました。無過失補償制度と共に地域ごとに行政 ADR を設置して、生活保障を目的として、損害賠償を回避するという選択をフランスは選択しています (スライド 48・49)。行政が関与して紛争解決の仕組みをつくるというのも、決してファンタジーではありません。行政が関与する紛争解決手続きで最も成功しているのが原発 ADR です (スライド 50)。東日本大震災の後、原発事故をめぐって、東京電力を相手方とした多数の損害賠償紛争が起りましたが、原子力損害賠償紛争解決センターを文部科学省が設置して、日弁連始め多くの専門家が協力することで、震災以来、既に 2 万 3000 件にのぼる原発関連の紛争を解決しました。これを、全部裁判にしていたら今頃福島地裁は、第 1 福島、第 2 福島、第 3 福島、第 4 福島、たくさんの地裁をつくらないと処理できないほどの大変なことになっていました。

厚生労働省 医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会
第2回(平成23年9月30日)資料



行政の関与するADR

国内の例

原子力損害賠償紛争解決センター
文部科学省・原子力損害賠償紛争審査会のもとに設置。
文部科学省、法務省、裁判所、日本弁護士連合会出身
の専門家によって構成される

→東日本大震災以来、2万件を超える取扱い

高齢者と介護をめぐるトラブルとリスク ～いま、必要な政策は何か

刑事処罰?? 損害賠償?? 契約?? 解除権??

健康で文化的な最低限度の生活を保障する仕組み

→自助・共助・公助の地域福祉

→成年後見から生活の「世話」への広がり

紛争解決の手続・組織・財源の整備

50

51

最後に、高齢者の介護をめぐるトラブルについての政策を考える必要があると思います。今必要な政策は刑事処分ではないと思います。さらに、完備した契約書でも損害賠償請求権でも解除権でもないと思います。健康で文化的な最低限度の生活を保証する仕組み、公助・共助・自助の地域福祉、成年後見よりもっと広がりのある生活の世話への広がりを持つ制度構築が必要であり、諸外国にはモデルとなる制度が山ほどあります(スライド51)。

介護保険が始まった当時、成年後見人が必要になる人は将来1000万人を超えるだろうという予測がありました。弁護士、社会福祉士、司法書士などの各士業の方が成年後見に手を挙げておられて、当時、大体、1か月1万円から2万円程度、年間10万円から20万円ぐらいの費用をとって成年後見人になろうとしておられました。そうすると1000万人の人の成年後見の費用は年間2兆円程度と推測されます。介護本体を10兆円でやっているところで、成年後見の契約書のハンコのために2兆円は使えないということで、成年後見がきちんとした福祉事業の中に位置づけられないまま、福祉制度の内部でのさまざまな権利擁護事業の模索に至っているというのが実情です。

紛争が急増している高齢者福祉の中で、紛争解決の手続、組織、財源を整備し、それが本当の安心・安全のために使われていくような制度を丁寧に皆で考えていく必要があるのではないかと思います。

講演 高齢者をめぐるトラブルとリスク： 裁判外紛争手続 ADR の有用性

九州大学 大学院法学研究院 准教授

入江 秀晃

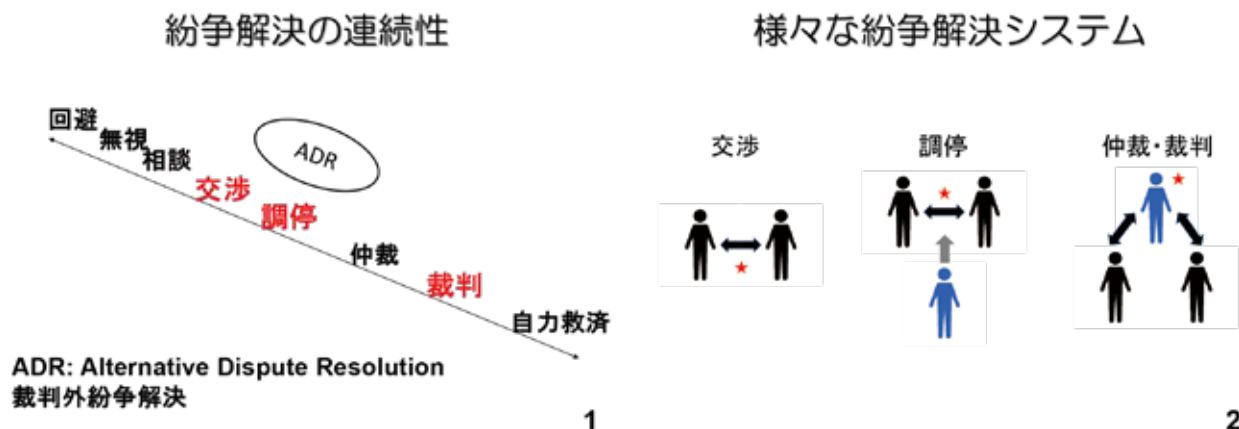
ただいまご紹介いただきました九州大学の入江と申します。どうぞよろしくお願いいたします。私からは ADR の使い道を、もう少しお話しさせていただきたいと思います。児玉先生からお話しいただいたいろいろマクロな視点、歴史的な視点、実務的な現場のお話など、私自身、もっと聞いていたいなと感じました。児玉先生の話では 21 パーセントの介護施設で損害賠償を訴えられているということですから、何らかの紛争処理とか紛争予防が現場の喫緊の課題になっているだろうということですね。私は ADR、主に調停、メディエーションについて、それをどういうふうに考えていったらいいのかということをご一緒に考えるために、その材料を少しだけお話しできればと思います。

まず調停、ADR と申し上げましたが、それらの言葉についての話を若干させていただいて、その上で、高齢者トラブルとリスクへのアプローチということで、少し考えているところをお話しできればと思っております。私が普段行っているのは、調停者養成のための技法のトレーニングが一つです。もう一つは、実際に紛争解決の現場で、どういう事件をどういうふうに扱っているのかという、実証的、empirical と言いますか、法社会学的な研究です。私自身は、山田先生の御紹介にもありましたように、基本的に調停トレーニングと法社会学的なところ、その二本柱でやっているということです。

ADR とは

ADR とか調停という言葉の説明なく使ってきましたが、ADR (Alternative Dispute Resolution) とは、もともと裁判外の紛争解決の手段ということで、裁判以外の紛争解決のさまざまな手続きを広く指して言っています (スライド1)。ですが、どこまでの範囲を指しているのか、例えば仲裁を含んでいるのかいないのか、かなりいろいろな使われ方がされています。まずは、裁判以外のさまざまな紛争解決の手続きのことを言っていると理解して頂ければと思います。ただ、ADR の言葉が指している中で、調停を含んでいるというのが一般的です (スライド2)。

調停の定義としては、当事者 2 人の話し合いを第三者が支援するという、第三者が当事者の自己決定

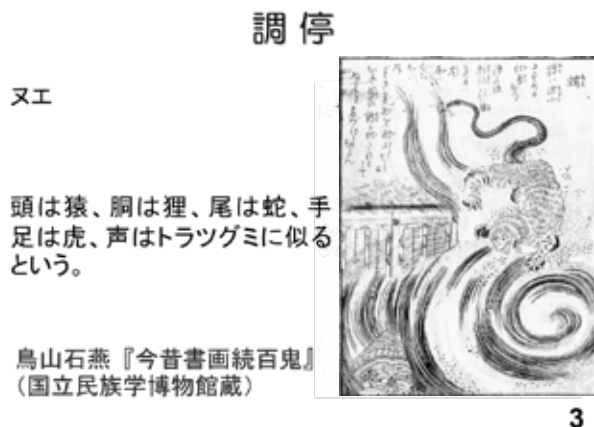


を支援するということです。たとえば、国語辞典で調停と引くと、仲裁という説明が出てきて、まだ日本とかアジアの社会ではやや混同があることがわかります。調停という概念自体は実はやや混乱しています。少し古い文献を見ると、調停というのは「鶴(ヌエ)のようなものだ」というような記述に出会います。鶴というのは、頭はサルで、胴はタヌキで、しっぽはヘビのような得体のしれないものです(スライド3)。要するに、同じ言葉で調停という言葉を使っている、どういう手続きをイメージしているかというのは、言う人によって全く違うという現状があるわけですね。この講演の前にも少し児玉先生と話し合っていたのですが、例えば、介護とか医療の現場の人からすると、弁護士というのは紛争解決の専門家だから、当然 ADR とか調停ということについては何でも知っているだろうと思うわけですが、実は意外と、法律の専門家でも人によってかなりイメージが違うということがあります。これが一つ、ぜひ今日来ていただいた方々には知っておいていただきたい、意識しておいていただきたいところになります。「鶴のようなものだ」という説明だけで終わるとなんですので、もう少し具体的なお話をします。

これは、アレキサンダー(Nadja Alexander)というシンガポールの学者の議論の紹介です(調停のメタモデル)(スライド4)。一つの立場は、調停というのは専門家が実質的に判定していくものだと考えます。例えば、東京とか大阪とかの地裁で医者が調停に入るといって、たとえば^{ちやうてい}付調停するとき、専門家判定ということが期待されています(専門家型調停)。また、WIN-WINの結論が助言されるのだというイメージもあります(賢人助言型調停)。あるいは、「まあまあ、けんか自体、あんまり賢明じゃないよね。お互い、矛を収めなさい」というような、調和社会というのをイメージして話し合いをおさめていく、こういうイメージも一つある(伝統に基づく調停)ということですね。もう一つの方向性としては、結果を助言していくということではなく、結論は当事者が決めてくのですが、話し合いのプロセス自体を調停人がコントロールして、良い話し合いを実現させるということです。現代型の調停というのはどちらかというと、図の上の、話し合いのプロセスに働きかけていくということが調停人の役割だというふうに考えられるようになってきています。私が調停技法を教えるときには、このプロセスとしての調停技法というのを中心に扱っているということになります。ただ、図の下側の、特に、結果の判定であるとか結論に対する示唆というものは、実質的には、例えば日本の弁護士会内であればほとんど必ずされているものですので、「そういうことはいらない」とは申し上げません。が、世界的に見れば、図の上側のプロセスを管理する、話し合いの結果より過程を管理するのが調停、メディ

エーションであるということかと考えています。

現代型の調停というのは「鶴のようだ」と言いましたが、世界的にはかなりある程度の合意というものはあります。たとえば、ヨーロッパでも EU はディレクティブ(Directive)を出していますし、アメリカでも UMA(Uniform Mediation Act) というような統一の調停法もあったりしていて、ある程度像が結ばれています。それは何かといいますと、ボイスとチョイスです(スライド5)。児玉先生のお話でも、福祉における自立と選択という話がありましたが、それに関わり近い概念だろうと思います。当事者が自分の声を出す、話をする。その後に自分で具体的な選択をしていって解決していくのを目指していくということです。要は、書面主義、これは日本であれ世界であれ、裁判手続きになると書面というものが飛び交って、当事者にとっ



てはよく分からない書面が交換されているうちに、いつの間にか結論が出てしまうということになる。そうすると、当事者自身もコストがかかっていますし、裁判所としてもコストがかかっているのですが、当事者があまり紛争解決の結果を大事にしないということになる。そうすると、いろいろな意味でもったいないということです。そうであれば、当事者にしっかり話してもらって、しっかり選んでもらえるような手続きをつくっていくことが大事なのではないかといえます。これが現代型調停をものすごくシンプルに言った考え方かなと思います。主体的解決を目指すエンパワメントによる調停と言っても良いかも知れませんが、福祉分野の方にとっては、エンパワメントというのはもともと中心的な概念だと思いますが、法学では紛争解決の現場には比較的新しく入ってきているということかなと思います。

基本的にはアメリカで 1970 年代ぐらいに ADR が着目されて、そこで行われた議論が一つのベースになっているところがあります(スライド6)。実は海外でも ADR は二つの方向性による緊張関係があつてなかなか議論や理解が難しいところがあります。一つは、「上からの ADR」ということで、例えば、交通事故なんかの訴訟が爆発的に増えたというようなことへの対応のために、裁判所の混雑を避けるためのトップダウンの動機で ADR を作ろうというものです。日本では原発 ADR がまさにそうかもしれないですね。国家の中枢の権力にとっての都合でつくる ADR、こういう動機が一つあります。もう一つは、「下からのボトムアップの ADR」です。これは、公民権運動というのが 1960 年代から 70 年代にかけてありましたが、そういう影響を受けて、要は市民が市民の手で紛争解決を、自分たちの手でしていくんだ、アクセスと質を追求していくんだ、エンパワメントによる紛争解決を実質的にやっていくんだというものです。この二つの方向性がある意味、同床異夢みたいなものとして ADR が広がっていったという、アメリカの歴史があるということです。この緊張関係性を少し理解しておくことが大事になるかなと考えます。

ちょっと時間の関係で米国での調停評価の成熟についての細かい議論は飛ばしますが、アメリカでも 80 年代ぐらいの古典的なメディエーションの議論から、2000 年代にかけて議論の様子 が少し変わってきてはいるということを少しだけコメントしておきます(スライド7)。アメリカでは ADR や調停を理解するときに、

現代型調停の特徴

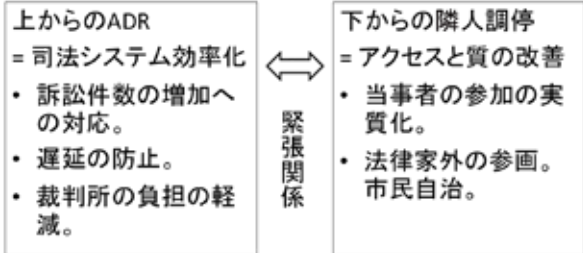
ボイス（声）とチョイス（選択肢）を当事者に取り戻す

- 口頭手続の重視：書面中心主義からの反省
- 当事者の自己決定の重視：専門家へのお任せ主義からの反省
- 処理でなく支援としての紛争解決手続。
当事者の能力による**主体的**解決を目指す。
エンパワメントによる調停。

5

米国のADRの発展

70年代頃からの2つの流れ



入江 (2013)『現代調停論』p.24以下

6

(参考)米国での調停評価の成熟

古典的議論(1980年代頃)

- 分配型交渉から統合型交渉への転換
- 競争から協調への転換
- 問題解決指向 (problem solving)
- 関係改善指向 (amicable solution)
- 非公開秘密手続のメリットの強調

現代的議論(2000年以降)

- 分配型交渉と統合型交渉の並存
- 協調を目指しつつも競争を否定しない
- 関係改善というより噛み合わせ (engagement) の専門家
- 制度的透明性、ステークホルダーへの説明責任

7

(現代型)調停の位置づけ

- 裁判より略式だが、交渉よりは堅い**セミフォーマル**な手続。(Menkel-Meadow 2013)
 - 裁判に比べ、未来の約束事を決めたり、気持ちの面の整理ができたりする柔軟性がある。
 - 交渉に比べ、むき出しの力関係による解決ではない、公共性・客観性を調達できる。
- 様々な手続を組み合わせながら、健康な組織運営に役立てる**紛争システムデザイン**(後述)の考え方に発展。現場の人々の心構えやスキルセットをも含めて働きかけていく。

8

1980年代くらいに出てきたときには、裁判の限界を超えるといった威勢の良い話が非常に強かったわけですが、2000年代以降では、むしろ裁判より略式だけど交渉よりはフォーマル度が少し高いセミフォーマルみたいなおとなしい位置づけがなされています。具体的に言うと裁判はフォーマルだけれど、過去の過失で損害賠償の認定みたいなことをしないとイケないので、非常に後ろ向きで、コストがかかるという、現場を混乱させるという限界があるわけです。もう一方で、交渉ではむき出しの力関係での解決になりがちです。調停では、第三者が入ることであまりむちゃなことは言えない、そういうセミフォーマルな話し合いを実現するという位置づけに留まるということかなと思います。

紛争解決システムデザインの話の後でしますが、現代型のADRを考える上では、単に手続きを設定して規定を作りましたというだけではなく（病院でも医療メデイエーションというのはトレーニングでも重視されていると思いますが）、トレーニングの技術であったり、心構えであったり、組織文化であったり、そういうところにもあわせて働きかけていくということ自体がADRの取り組みだという認識が、現代型の調停、現代型のADRの調停を理解する上で一番大事なところになるかなと思います（スライド8）。

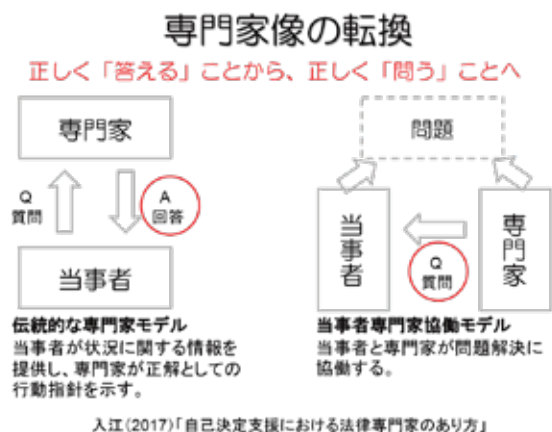
トレーニングする中で話をしているところとしては、「専門家像の転換」ということですが、従来の法律家というのは、素人の当事者から質問されたら質問に答えてあげる、正しい情報を教えてあげるという、こういう関わりだったわけです。が、現代の専門家というのは、むしろ当事者が、何が問題かよく分からないような曖昧な状態で質問していて、その状態で一緒に当事者と同じ水平面の高さに立って、むしろ専門家の方が当事者に適切な質問をしていくという、こういうスキルセットを開発していく。あるいはこういう当事者と同じ水平面の高さに立つ立ち方、構えを学べるということかなと思います（スライド9）。医療とか介護の考え方と言うと、どちらかというとお医者さんは従来型の左の縦関係での患者との関わりだったかもしれないところが、福祉の分野では比較的昔から、当事者と専門家が横並びで立つのが基本だという。医学的なモデルからケア的なモデルに転換するというようなことが、法学の世界でも起きているのだという話をもう少ししたいと思います。ぜひ、医療関係者とか介護関係者の方とも共有して、議論できるといいかなと思っています。

高齢者のトラブルとリスクへのアプローチ

高齢者の問題は、私自身はあまり専門的にやっておりませんが、私の父も、実は要介護4の障害があって、それを母が老々介護している状況です。つまり、専門家というより当事者に近い関心を持っています。

これはボイスとチョイスという口頭主義の話をするときにお見せしたりしている絵ですが、鎌倉時代ぐらいに中国から入ったものらしいですが、閻魔様が書面を見て判定しているというものです（スライド10）。書面主義ということでは、日本は骨がらみということですね。十数世紀から何百年も書面主義の紛争解決をやっているところで、もう一回口頭主義と取り組むんだという、それくらい難しい話ではあるかなと思います。

介護の分野、高齢者介護の問題を考えると、やはり専門家と当事者がペアで考えるのが大事でしょう。しかし、いちいち、ちょっと事故があるからといって過失があったかどうかを法律家が認定していく、第三者が認定していくということが頻発すると、現場が回らなくなります。専門性というのをどのように考えて



9



10

いくのか、そして、当事者というのをどのように考えていくのか。先ほどの児玉先生の話でも、要するに法学的な観点では当事者能力がないような判定をされている人であっても、きちんと自分が好きなものは選ぶことができるわけです。こういう0とか1ではない、当事者の意思を尊重するということに、人としての尊厳を大事にするということがあります。それがエンパワメントの実体化ということにもなってくると思います。日常的である一常在化という話ですが、介護施設の紛争にもかなりいろいろなケースがありますので、最終的には裁判するというところまで含めて、さまざまな紛争解決のプロセスが必要なわけですが、全てが全て、非常に重たい紛争解決手続きにするのは良くないだろうということです（スライド11）。

多職種連携の話ですが、これはある医療とか福祉分野の方にとっては聞きなれている話かもしれませんが、法学的な分野では非常に新鮮に捉えがちな部分かもしれません。医学の分野で、医学モデルでの問題解決よりも、社会モデル的にいろいろな業種がネットワークを組みながら問題解決していくということが必要になってきていて、例えば、事例検討会というようなスキームで、同じ水平面の高さに立って検討していくというような考え方が重要であるというふうになってきたということです（スライド12）。こういうネットワークの中に法律関係者も入っていかないといけないという、そういう時代になってきているのではないかと私は考えております。

エンパワメントという話ですが、ADR、調停ではエンパワメントを実体化していくという、そういう技法を追求していくわけです（スライド13）。バイステック（Felix P. Biestek）は社会福祉の基礎理論を作った1人ですが、紛争解決でもバイステックのようなことを考えていくということですね。エンパワメントという考え方を日本語に訳すとどうなるか。私が時々言っているのは「寝た子を起こす」という考え方が、エンパワメントという概念に非常に近いのではないかとということです。「寝た子を起こす」ということですから、非常に危ないわけですね。それまで縛り付けられていた人を解くということです。児玉先生がお話しされた、まさに頑張っている介護施設でこそ事故が起きるという話につながってくるわけです。一生懸命エンパワメントすると寝た子が起きるわけなので、問題が顕在化していく可能性がでてきます。これは非常に危ない、

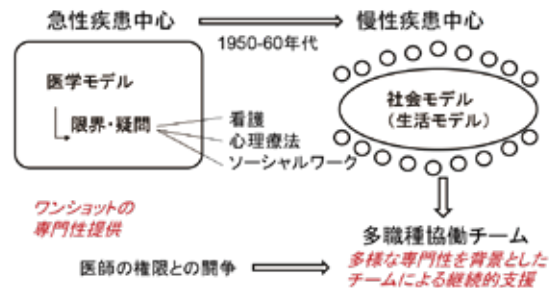
支援の日常性

専門性と当事者性の活用の常在化

- ・ 専門性
効率化の要請。多職種連携の必要性。社会モデル（後述）。専門家自身や家族の当事者性。
- ・ 当事者性
当事者能力はゼロイチではなく連続的。エンパワメントの実体化（後述）。
- ・ 常在化
簡易から本格的なものまで連続的な葛藤対処。
未来（例：再発防止）。納得性（例：謝罪）。

11

多職種連携の誕生



出典：野中猛『多職種連携の技術（アート）：地域生活支援のための理論と実践』（中央法規出版・2014年）11頁を改変

12

エンパワメントの実体化

- ・ ケア分野では、もともとエンパワメントを実体化する理論と技法が蓄積。（Biestek1957など）
- ・ 管理色あるいは「押込」傾向が強いられていた日本でも、近年、高齢者医療福祉、精神医療福祉分野等での様々な取り組み。医療対話推進者・院内メディエーション、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）、当事者研究、オープンダイアログ、リフレクティング、WRAP、ユマニチュード、介護民俗学、PCAGIP.....。
- ・ 他方、現実の難しさ。制度、社会環境、マインドセット.....。クライアントからの介護者らへの暴力・ハラスメント.....。

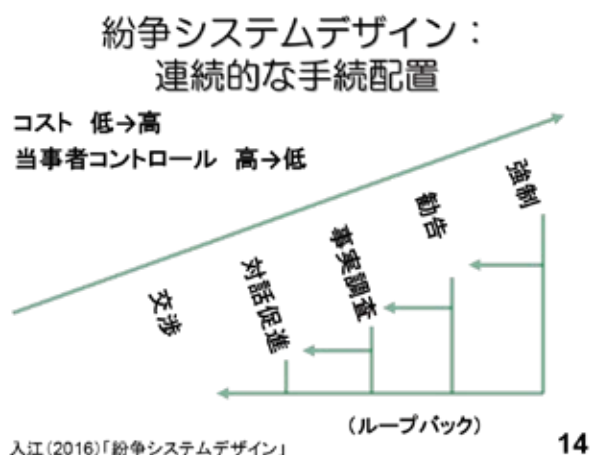
13

危険な香りがするという話になるわけです。ただしそれをやらないと、やるべきこととやることが乖離した、モラル低下につながりかねない、そういう方向になってしまうという話です。

医療とか介護分野では、いろんなアプローチが、当事者研究とか、ユマニチュードとか、こういうさまざまなアプローチが試みられていて、昔は管理するということが主題であった現場で、理想に燃えた人たちが改革しようという動きがたくさん出てきたのだろーと思ひます。それがエンパワメントの方向性とリンクしているわけだ。ただ、もう一方で、「措置から契約へ」ということで、利用者の消費者意識が肥大化していくと、利用者、クライアントから、介護者あるいは看護師への暴力とかハラスメントといった方向での非常に大きな問題につながっています。逆に、相変わらず、高齢者とか障害者が施設で虐待を受けているということもあります。どちらが弱い立場なのかというのが、あまり外からは分からない。法学分野では弱者を保護するというのが法律家の使命だというふうには教えられているわけですが、誰が弱者か分からないような状況が生まれているということです。これはかなり慎重にやっていかないと、バランスを崩してしまうことになりかねないということです。

紛争システムデザインという考え方は、対話型の当事者同士の話し合いの場を持つことであったり、関係者がモラルを持って環境整備のための話し合いをしていくことであったり、そういう開かれた組織文化を作っていく方向です(スライド14)。もちろん、必要に応じて何があったかという事実を検証していくとか、あるいは、最終的には勧告したり、強制的に従業員を辞めさせたり、利用者に退居してもらったり、そういうある種の強制力も含めて行使していくというような手続が必要な場合もあるでしょう。コストと当事者コントロールについて、さまざまな手続を連続的に、ある一つの紛争解決手続が万能であると捉えないで、さまざまなメリット、デメリットのある手続を連続的に配置して、それらをうまく組み合わせて、その組織で働いている人あるいは利用者が笑顔を取り戻すために活用していくという考え方が紛争システムデザインというものです。

紛争システムデザインの考え方は、メタ調停、メタメディエーションとも言われますが、重要なステーク



14

紛争システムデザイン： メタ調停の発想

- 利害に基づく手続を設置するだけでなく、ステークホルダーとの対話を進めながら、ステークホルダーの利害に基づいてデザインする。(ステークホルダーによるステークホルダーのための手続設計)
- 参加性、開放性、フィードバックの確立。
- 現実的なスコープ、反対意見の歓迎、紛争管理システム担当へのアクセスの提供。
- トレーニングの重視。組織文化へ働きかけ。

Costantino & Merchant 1996 Designing Conflict Management System

15

日本での紛争システムデザイン

- 法律家が少なかった日本では、裁判を含め、調停すら非日常。調停理解の又エ性(法律家自身の調停理解も統一されていない)。
- 内部通報などのシステムも手続だけ作られて使われないケースが多い(ハリボテ)。正直に通報した者が不利益を被る場合さえもある。
- 現実の難しさ、複雑性。
- 現場の人々のモラルの向上、報われる実感が持てるシステムデザインが求められる。

16

終わりに

医療福祉分野、法実践領域ともに困難な現実を前提としつつも、様々なエンパワメントの実体化を目指す動きが見られる。流行にふりまわされる必要はないが、本質的な社会動態の変化への対応は進めていきたい。

高齢者医療福祉分野は、日常的な支援が求められる分野であり、関係する人々が気持ちよく過ごせ、働けるように、人々の気持ち・モラルに配慮した漸進的な取り組みが求められる。

17

ホルダーと話し合いをしながら現場にあったシステムをつくっていくというものです(スライド 15)。これが海外では研究されたり、大学院で教えられたりしています。日本における紛争システムデザインということ考えたときに、冒頭に申し上げましたように、調停に対する理解が専門家も含めて像を結んでいないという現状があって、ADR 機関の会合なんかで私が多くの ADR 機関の実態が「ハリボテ」とかいうと顰蹙をかってしまうのですが、紛争処理のシステム、紛争予防のシステムが、日本の場合、しばしばハリボテ化します。単に手続きをつくっただけで全然利用されない、あるいは、利用しようとした人が非常に不利益を被る。実際、ひどい内容の事件があったりします。(たとえば、内部通報者が不利益を受けた裁判で、会社側敗訴の事件があります(光前幸一「オリンパス・内部通報事件[東京高判平 23.8.31] 特集 職場のパワーハラスメント：ワーキンググループ報告と提言を受けて」『労働法律旬報』1776 号、2012 年、34-36 頁。浜田正晴『オリンパスの闇と闘い続けて』光文社、2012 年)。下手に紛争解決や紛争予防のシステムをつくったがために、かえってモラルが下がるということさえあり得るので、そういうことも含めて、いろいろな面を考えていきながら慎重に作って運用していくということが必要になります(スライド 16)。

最後に、法学の分野も医療福祉の分野も、どちらもエンパワメントの実体化という方向性は、長い目で見えて避けて通れないと考えます。これはある種の社会的な動態としての方向性だろうと思うのです。ただ、利用者の権利を保護するんだというだけではすまないようなさまざまな話がありますので、利用者の笑顔といえますか、気持ちも大事ですし、働く人の気持ちも大事だということで、双方を大事にしながら、なるべく丁寧に、現場の人とよく分かっている人が一緒に、メタメディエーションみたいな形で、漸進的にしっかりとした使えるものを作っていくということが求められているのだと思います(スライド 17)。若干抽象的な話が多かったかもしれませんが、話としてはこのぐらいで終わらせていただきます。ありがとうございました。

パネルディスカッション

講演 介護現場での高齢者をめぐる生活問題とその対応

社会福祉法人美郷会 介護療養部 部長

始田 知大

まず初めに、私が所属します法人グループのご紹介になります。当法人グループは枚方市を拠点としますが、医療と保健、福祉のサービスを複数展開している事業所になります。特に福祉のニーズが非常に高い地域での事業展開でしたので、平成10年ぐらいから急激に事業所が拡大していき、個人的な印象としてはがむしゃらに走り続けた法人だったのかなと感じています（スライド1）。

法人内事業所における事故の発生状況

法人の福祉事業における事故についてのお話ですが、まず利用者がどのように推移していったのかというグラフをご覧ください。平成10年に介護事業を始めてから、現在では施設系のサービスの定員が1017人、通所系のサービスの定員が640人というような規模で、毎日ご利用者さんと生活を共にさせていただいております（スライド2）。

事故の発生状況のご報告に当たり、われわれが事故の定義とした基準は、大きく重度事故と軽度事故に分かれます。重度の事故のほうは記載のように骨折、切創等、医療機関での治療、または施設の看護師による医療的処置を実施した場合、具体的には仮に1センチの傷であっても、看護師が皮膚接合テープ等で処置をした場合は重度事故に含めております。また看取り以外の死亡もこちらに含んでいます。軽度事故では医療機関での治療は不要で、クーリングやガーゼ保護等、軽微な処置もしくは経過観察を実施した場合を含めた形とさせていただいています。それ以外の事例に関してはインシデントとして扱い、別にカウントさせていただいています（スライド3）。

事故の件数のご報告としては、2011年から2018年までの8年間で発生した軽度事故と重度事故の発生件数と割合になります（スライド4）。8年間で事故が1万5280件発生しています。すごく多い数ですので誇れる数ではないのですが、たくさんこういう事例を抱えながら施設運営がなされていると理解していただければありがたいです。その中で重度事故の割合が6パーセント、845件になります。以下には重度事故にクロー

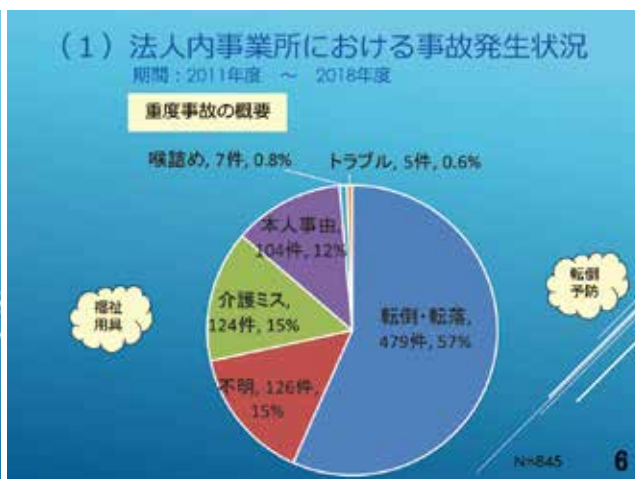
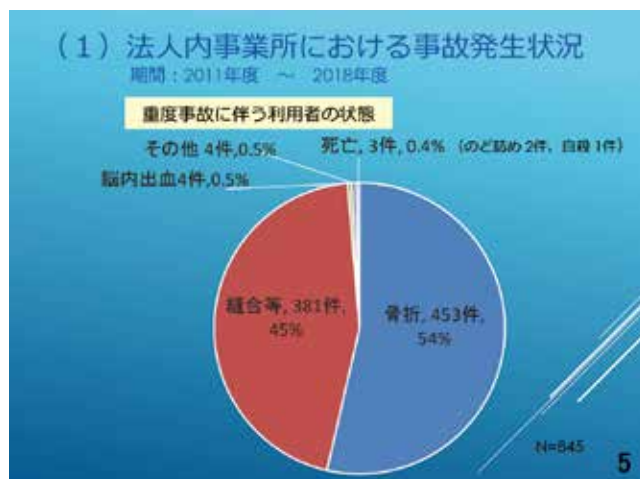
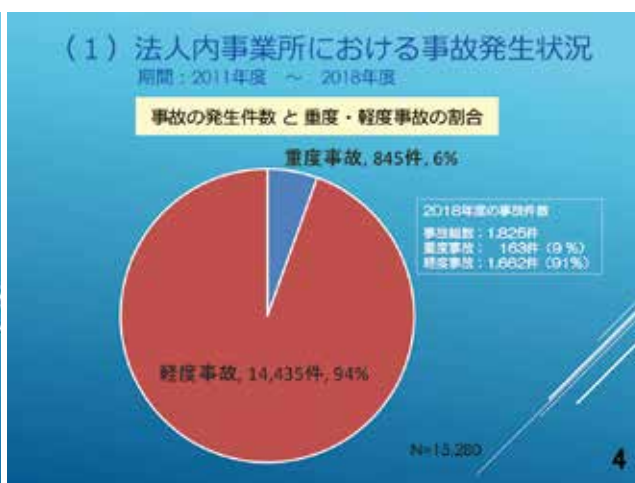
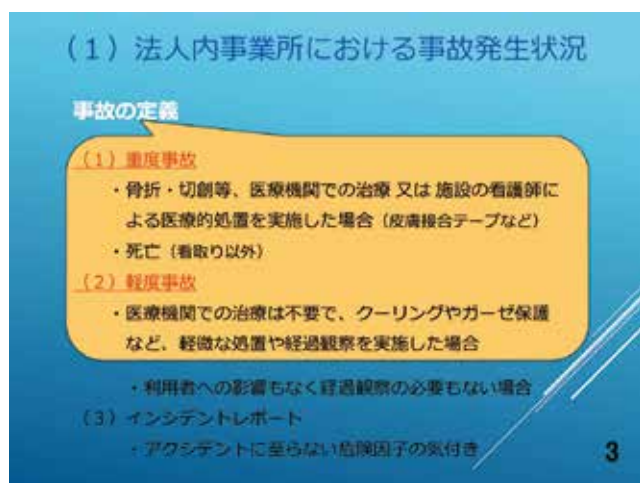


ズアッしながらご報告を進めさせていただきます。2018年の1年間で発生した事故の件数も左肩に載せておりますので、参考にいただければと思います。こちらが重度事故に伴う利用者さんの状態を示したグラフになります。事故845件の内、54パーセントが骨折、45パーセントが縫合等、傷を与えてしまった事故になります（スライド5）。見てのとおりほとんどの事例が骨折と傷というような事例になります。それ以外としましては脳出血が4件、あと死亡が3件発生しています。死亡の3件の内訳としましては喉詰りによるものが2件と、自殺が1件ということでした。お話が前後しますけれども、喉詰りの事例件数は少なかったのですが、非常に重症化しやすいという特徴がありまして、介護の行為の中では特に注意が必要な部分であるということがいえると思います。

続きまして二つ目は事故の概要になります（スライド6）。なぜ利用者がけがをしたのかということなのですが、一番多いのはやはり転倒転落で全体の57パーセント、また恐らくですが不明の中にも転倒転落が含まれていると思います。原因が追求しきれないケースがあるためこのようなグラフになっているのですが、それだけ高齢者の生活には転倒が多い、高齢者施設では転倒予防が重要だというようなことが分かります。あと恥ずかしい話になりますが、介護ミスによって利用者にけがを負わせるような事例も多く発生しております。私も20年間の介護の経験があるので、福祉用具がすごく発展しておりそれを実感しながら介護に当たっているのですが、本来であれば介護ミスがもっと少なくなればいけないと思いますが、現状ではこのようなグラフとなっています。

続きまして三つ目が重度事故のサービス別の分類になります（スライド7）。どこで事故が発生しているのかということですが、ご覧のように老健、特養、有料老人ホーム、ショートステイ、グループホーム等、一般的には施設系サービスと呼ばれるところで事故が多く発生していることが分かります。さらに日中と夜間のデータも出してみたのですが、大きな差はありませんでした。若干、活動時間帯である日中の事故が多かったという結果となっています。

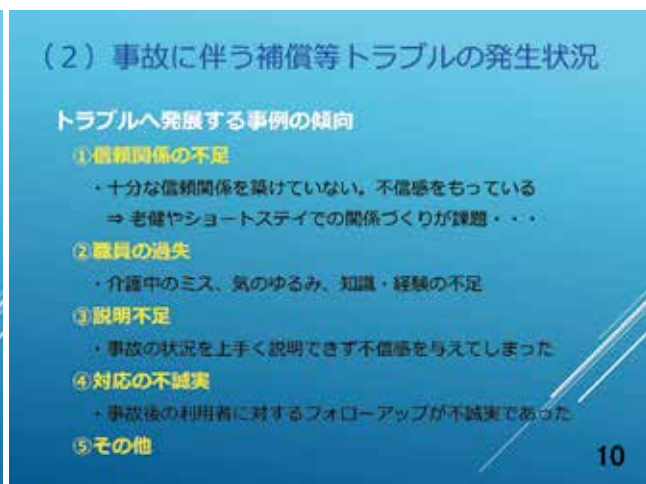
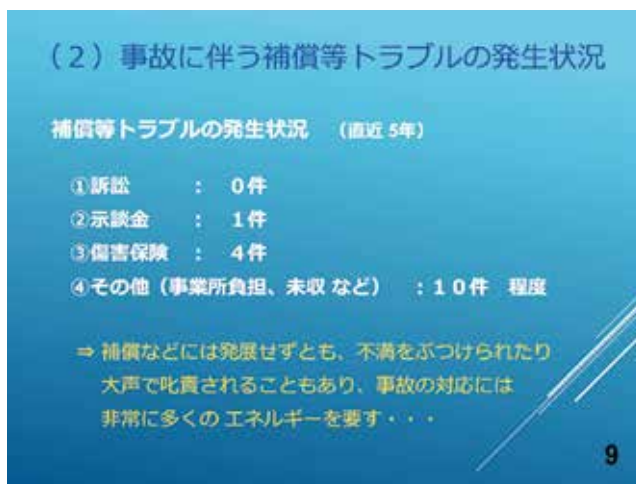
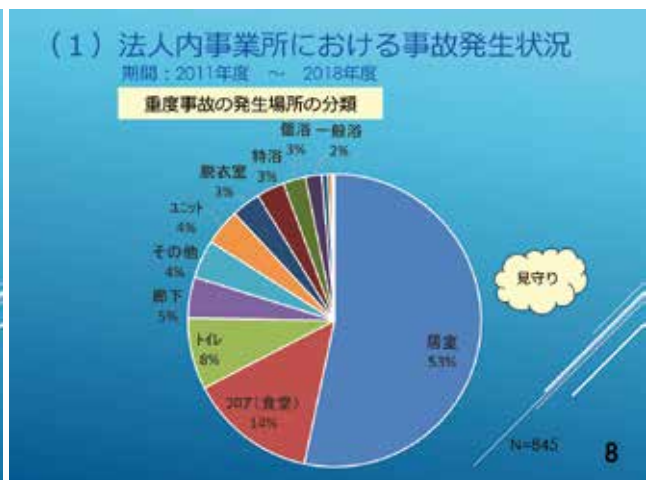
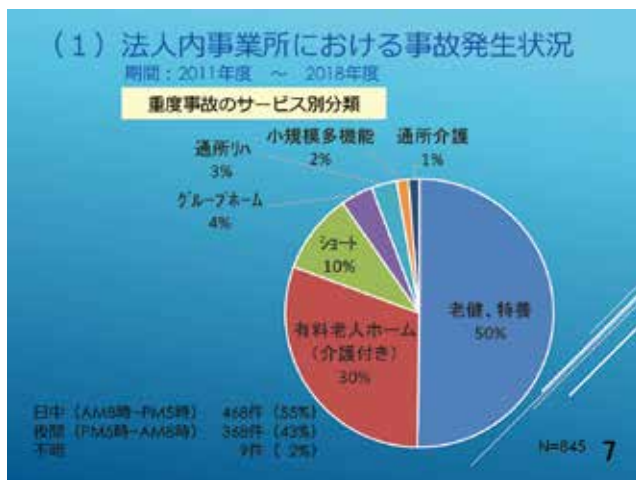
続きまして最後が事故の発生場所です（スライド8）。一番多いのは居室になります。その次にフロアや廊下



等の共用部となっています。あと細かく分かれていますのですが、入浴関連の場所での事故も多く発生しているということがよく分かると思います。われわれ施設の職員にとって居室はかなり死角になりますが、この死角での事故をどのように防ぐのかということが大きな課題になっているのが現状になります。

事故に伴う補償等トラブルの発生状況

ここからは事故がきっかけで、補償等トラブルの発生状況を調べたデータになります (スライド9)。直近5年しか調べなかったのですが、この期間には訴訟はありませんでしたが、示談で和解をしましょうということで示談金をお渡しした例が1件ありました。あとは傷害保険等で治療費の補償をした事例が4件、その他としましては少額の治療費等を事業所で負担させていただいた事例、ご家族が治療費の支払いを納得されないということで未収拾状態になっているようなものがありまして、それが10件程度というような結果でした。調べてみて、私の個人的な感想としては感覚よりも少ないかなと思ったのですが、ただ現場にいて思うことは、不満やお叱りを受けることがあるため、補償等のトラブルにはなっていないですが、かなりのエネルギーを使っているということが影響しているのだと思います。訴訟もこれまでのキャリアの中ではいくつか経験しておりまして、その中で自分自身の黒歴史になるのかも分からないのですが、困ったという事例がありましたのでご紹介させていただきます。事例の利用者はすごく重度の寝たきりの方で、経管栄養で気管切開されているような方でしたが、時々、介護負担の軽減目的でショートステイに来られていました。痰の多い方でしたので吸引とかその辺りの観察はすごく注意して見回りを実施するようにしていたのですが、夜間の巡視の合間にお亡くなりになっている状態で発見しました。すぐに救急搬送したのですが、間に合わず、お亡くなりになったという事例でした。そういう事例に対してなんですけれども、ご家族が「なぜそんなことになったのか」とものすごく激高されました。結果としては、当日夜勤が4名いてその中の2人が刑事告訴されるというような事につながりました。最終的には不起訴に終わったのですが、その後は民事のほうで争い越しになって、そちらも不起訴という形で事業所としてはやれやれでした。私はその当時のチーム主任というこ



とで矢面に立ちながら間を仲介していたのですが、一番つらかったのは、ご家族が「当日夜勤をした人からお話を伺いたい」ということで、その4名のスタッフも含めて丁寧に説明させていただいたつもりだったんですけれども、結果が刑事告訴になりました。それから周りのスタッフがかなり混乱しまして、「この施設は私たちを守ってくれないんだ」と、当事者ではなくて周りの一部のスタッフから言われまして、そのスタッフを中心に何名かの職員を失ってしまったということです。こういった黒歴史があったので紹介させていただきました。この対応が正しかったのか間違っていたのかというのはいまだに分かりません。そういう中で、現在もトラブルになった場合には誠実に対応しなきゃいけないという気持ちと過去のトラウマに悩んでいます。

次に、トラブルに発展する事例の傾向ですけれども、これはあくまでも私の分析にすぎないのですが、信頼関係の深さというところが一番大きいなと思います（スライド10）。これは長い年月を共にした施設サービスの場合では信頼関係をつくる上で時間が十分にあるのですが、信頼関係を築けるまでの時間が足りなかった、努力が足りなかった、不信感を与えてしまったというところが何例か重なり、トラブルに発展するのかなと思います。また、職員の過失という部分に関しましては本当に申し訳ない限りで、とことんなくしていかなければいけないという感じです。あとは事故が発生した後の説明不足、対応の不誠実からトラブルにつながるケースもあるかなと思います。その他では、最近、権利意識からなのか理不尽なクレームが増えてきたかなという印象があります。あとはものすごく過剰な愛情のご家族がいらっしゃるので、そのような温度差の中でトラブルに発展する事例もあるのかなというふうに思います。

リスクマネジメントの重要性

こちらは事業所で行っているリスクマネジメントの実践なのですが、事業所で一番時間を費やしてるのが、事故を未然に防ぐ努力として、本人をよく知って対策を立てるというケアプラン、さらに当日の体調やご本人の気分によって対応を変化させていくというような連携の中で、1件でも事故を減らす努力をしているというのが、一番時間を使っているリスクマネジメントになります（スライド11）。ただそれでも事故が発生しているという現状であるということです。あとは事故後の考察といたしまして、事故を前に本人の苦痛を最初に和らげてあげたいと、その辺りの最善の努力に努めているところではあります。事故は起こるべくして起こるのか、予期せず起こるのかなんですけれども、信頼関係があればある程度ご理解いただけるという、この辺りの努力もするのですが、なかなかこれも職員の能力差という部分で管理する側としては悩ましいところになります。関係づくりの重要性として、先ほど1万5000件ぐらいの事故が発生しましたというお話をいたしました。ほとんどの事例で、「こういうことがありまして」というご連絡をさしあげても、ご家族のほうから「いつもありがとう」という声で理解していただける事例が多いのです。不十分であるとそうは受け止めていただけないという現状がありまして、スタッフとご家族の関係性で大きく変わるのが実際のところ（スライド12）。

あとリスクマネジメントの落とし穴なんですけど、度を過ぎて事故がないように頑張れと言いつけても、危ないからしなきゃいけないとか、危ないからやらないほうが無難だというような形でサービスの質

（3）リスクマネジメントの重要性

事業所におけるリスクマネジメントの現状

- ①事故を未然に防ぐ努力（予見・対策）
 - ⇒本人の個性を知り、対策する（ケアプラン）
 - ⇒1件でも事故を減らしたい!!
- ②事故後のフォローアップ
 - ⇒本人の苦痛を和らげるために最善をつくす
- ③信頼関係の築き
 - ⇒利用者の健全な日々の生活と満足度
 - 利用者の状態変化とリスクの相談・報告

11

（3）リスクマネジメントの重要性

※ 関係づくりの重要性

- ①良好な関係性
 - 「迷惑かけてすみません・・・」
 - 「いつもありがとう。引き続きよろしくお願いします・・・」
- ②不十分な関係性
 - 「介護のプロに任せて、何故そんなことになるのか？」
 - 「十分なケアをしていなかったんじゃないか？」

スタッフと家族の関係性だけで、反応は大きく変わる!!

12

を落としてしまうような現状も見えてきます。これでは利用者の満足度は上がってこないですし、何よりも介護職員自身のモチベーションが低下してしまいますので、そうならないように伸び伸びとお仕事をする環境をつくることも、一つのリスクマネジメントなのかなというふうには考えております (スライド 13)。

介護現場からみる高齢者の生活問題と研究への期待

本日は介護現場での課題として、たくさん事故が発生していますというお話でしたが、これはあくまでも私たちに見えている課題であって、地域であったり隣の施設であったり、周りにはもっとたくさんの生活課題があるのだろうということが容易に予測できます。そこで、われわれが今後どうあるべきなのかというようなことで、介護施設は介護サービスが始まってからではなくて、サービスが必要になる前から地域とつながれるような環境が第一かなというふうに思っております。なかなか努力が報われないで、実際にオープンになり切れていない部分があるのかもしれませんが、施設で仕事をしていますと必要に迫られてから相談に来る方がほとんどだなと思ひまして、このようなテーマを出させていただいています。本当に施設という所はもっと開かれるべきだと考えているのですけれども、なかなか地域の皆さまにとっては入りにくいのか、まだまだ交流ができていないのが現状だということをお伝えしておきます (スライド 14・15)。

最後になりますが、今回資料を作る機会を与えていただいたことに関して、あらためて気付いたことがあります。事故の基準というものが事業所や研究ごとに違うので、私も今回あらためて振り返ってみて他と比べてみたいと思っても、なかなか比較材料がなかったという気付きがありました。せっかくデータとして取っていても、それをうまく使えていなかったという反省もありまして、今後、発展的に考えると、国レベルで議論するのであればうれしいと思う人はいるのではないのでしょうか。例えば、事故の基準も一定であれば比較しやすいのかなというような思いがあります。またこういった研究分析は、われわれはすごく苦手なのですけれども、ビッグデータとしてたくさんの情報が集まれば、研究機関等と連携しながらいろんなことができる、あわよくば住環境や福祉用具などの研究等にも活かしてくれるんじゃないかみたいな甘い希望的な

考察で終わらせていただきます。みんながワンチームになって暮らしを支えられるような園をやれば良いと考えながら、現場からのご報告とさせていただきます (スライド 16・17)。

(3) リスクマネジメントの重要性

※過剰なリスクマネジメントは生活の質の低下を招く
リスクマネジメントも度を過ぎると・・・

- ①利用者の尊厳、行動の制限
 - ・ 危ないから一人で歩いてはいけない
- ②娯楽や温かみのないサービス
 - ・ 危ないから何もしない
- ③サービス利用の制限、拒否
 - ・ 危ない利用者はサービスの利用をNG

⇒ 事故を恐れるあまり「何もしない」「何もさせない」は逆効果
利用者の満足度、介護職員のモチベーションの低下

13

(4) その他 介護現場からみる高齢者の生活問題

①介護人材の問題
このままでは高齢者が十分な介護を受けられない可能性が・・・

人材確保は事業所の責任という時代ではない!!

有効求人倍率 H29年 人材確保対策センター
全産業 : 1.22
介護 (全国) : 3.15
介護 (京都) : 2.85
介護 (大阪) : 4.21

- ・ 介護ロボット
- ・ 外国人人材の雇用
- ・ 業務の効率化 など

介護のイメージ
過酷・重労働・低賃金・人手不足 など

実態
笑顔・やりがい
賃金も悪くない!!

14

(4) その他 介護現場からみる高齢者の生活問題

②お金の問題

- ・ お金がない
- ・ 利用者の年金を頼りに、複数の家族がギリギリの生活 (間がいの子、引きこもりなど)
- ・ お金を使わせない家族 (与奪取)

③認知症の問題

④虐待の問題

⑤身寄りの問題

⑥特殊詐欺

15

まとめ

介護現場での課題 = 多数の事故（見えている課題）

⇒ 地域社会には潜在する生活課題が山積み

（介護事業所の今後の在り方）

介護サービスが必要になる前からの繋がり

施設の敷居が高い
必要に迫られて
事業所に相談する



気軽に相談できる居場所
介護・健康教室、地域貢献活動 などを通じて
地域課題の明確化と対応
↓
安心して暮らせる街づくりに貢献

16

さいごに

資料作成にあたり感じたこと

- ①事故の基準が事業所ごとに違うので比較が難しい
- ②データの有効活用ができていない
- ⇒事故は個別に対策しているが、それ以上に発展が必要!!

発展的に考えると・・・

- ・国レベルの事故基準があれば比較しやすい
- ・研究機関との連携により、正しいデータ分析と対策を期待
- ⇒ 住環境や福祉用具などの研究にも活かせるのではないかな？

「産・学・官・民」がワンチームになる!!

17

講演 介護現場における組織文化と利用者の QOL

京都大学 産官学連携本部 助教

原 広司

ご紹介ありがとうございます。京都大学産官学連携本部の原と申します。私はこれまでのお話とは少し違った視点で、これまで行ってきたアンケート調査の結果をさまざまな形でまとめているので、まだ速報的ではありますが少しでも皆さんの参考になる情報があればと思い、ご報告させていただきます。

これまでのお話のトラブルと連結するところですけども、これをいかに減らしていくかという視点も大変重要かと思っています。そこに一つキーワードとして重要なのは、介護施設の職員さんの組織文化ではないかと考えています。また一方で、介護の質の測定というところももう一点重要な視点でして、それを可視化していかなければいけない。そのときのキーワードは利用者の QOL と考えていまして、この二つの点から 2017 年頃からずっと調査を進めているところです。

皆さまご承知のとおりだと思いますが、介護施設数は年々増えてきています。特別養護老人ホーム（以下、特養）のところが定員でいうと、少し古い、平成 26 年までのデータですけれども 53 万人分ぐらいの定員数があります。実はそこに迫るぐらいの勢いで有料老人ホームが非常に加速的に増えてきている状況があります。またそれに併せてサービス付き高齢者住宅（以下、サ高住）も急な伸びを示していまして、これまで特養が一番多かったのですが、現在は有料老人ホームとサ高住を合わせた数というのは特養を超えているという状況になってきております。そんな形で介護施設が非常に増えてきている一方で、いい介護施設というのがいまだになかなか分かりづらい状況というのが続いています。児玉先生のお話の中にもありましたけど、利用者さんが選べるということは大変重要な点ではあるのですけれども、ここはいい施設なのかどうかということがまだまだ分かりにくい状況が続いています。そういったところもありまして、組織文化、あるいは利用者の QOL というのを可視化して、その質を見て行こうという取り組みをしているところです。

組織文化の調査とは

そもそも組織文化とは、皆さまもよくご承知かとは思いますが、組織で共有されている価値観、信念、行動規範といわれるものです。組織文化というものが職員の満足度を超えて、さまざまなサービスと質に影響してくるということで経営学から始まった概念ですが、今では医療分野中心にさまざまなところでこの組織文化が重要であるということが指摘されています。実際に医療の現場においても、医療の質も組織文化に関連があるという論文が多数報告されていまして、組織文化が良好なほうが医療のサービスが高いということが分かっています。一方で介護に関しては、組織文化と介護の質の関連の研究というのはまだまだ少ない状況ではあるのですが、医療と介護の近い関係性がありますので、例えば専門性が必要であること、身体機能が低下した利用者が対象であること等々、また職種で列挙をしなければならない、さまざまな意味で介護と医療というのは非常に似通っているということを考えますと、介護における組織文化というのは、介護の質と恐らく深く関連してるだろうと考えているところです（スライド 1・2）。

そこでわれわれは今、介護版の組織文化調査票というものを開発しています（スライド 3）。既存の病院版の組織文化の調査票というものがあまして、それは既に論文等で多数報告しているのですが、それを介護

版に改訂して、実際に介護施設のほうで調査分析をしています。具体的にどういったことを調査しているかといいますと、ここにありますような主に 16 の領域を調査しています。組織文化といひましても、組織文化を大きく捉えるわけではなくて、その中には 8 つの領域を定めています。例えばチームワークであったり情報共有、職員さんの士気ややる気、職場でのプロとして成長できる環境かどうか、そして組織での価値観、あとはケアの質を支えるような資源、責任と権限、利用者安全、改善のシステム、インシデントレポートであったりそれを活用するための情報収集の取り組みといったものになります。そういうものを 1 領域につき 2 項目から 7 項目ぐらい質問を用意して、そこからスコアリングをして点数を出すという形で 8 つの領域を定めています。一方でこちらは業務、職場環境領域として、組織文化とも近いところですが、利用者さんの安全の確保の状況、職務満足、仕事量の負担、業務の改善、ここは業務に関する PDCA (plan-do-check-act) がうまくいってるかどうか、または施設の使命感や将来像、そういったことも同時にお伺いしています(スライド 4)。

これまで調査をどういった形で進めてきたかといいますと、2017 年頃からこの介護版での調査というのを本格的に始動して、現在およそ 14 法人、事業所でいうと 160 事業所の調査をさせていただいています。職員が 2400 名、利用者 5400 名程度を対象にしています。これは延べ数ですので重複もありまして、回答者はもう少し少ないのですが、そういった形で関東、関西、四国、九州とさまざまにいろんなご縁のあった所で調査をさせていただいています。いろいろな介護施設がありますので、さまざまな違いもあるだろうと、いろんな所の調査をしています(スライド 5)。例えば、これから本格化していきますが、特養での質調査、サ高住、通所への訪問看護、居宅介護支援を含めたさまざまな介護サービス事業所に対してこのアンケートを実施しているところです(スライド 6)。

組織文化とは

組織文化：組織で共有された価値観や信念、行動規範

Schein. Organizational culture and leadership. 1985(1st). 2017(5th).
北居. 学習を促す組織文化-マルチレベル・アプローチによる実証分析. 2014

医療・介護分野において、組織文化のうち、利用者(患者)の安全面に配慮する安全文化に着目されることが多い。

Gartshore et al. BMC Health Services Research, 2017;17:752

2020/3/17

1

組織文化とサービスの質との関連

医療の現場では、医療の質と組織文化に関連があるといわれてきた。

Ukawa et al. International Journal for Quality in Health Care. 2015;27(1): 37-45
Waterson. Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application. 2014
Zhou et al. Health Serv Res. 2011;46(6 Pt 2): 2139-2160



- 介護分野において、専門性の必要性、身体機能が低下した利用者が対象、など医療分野との共通点が多い。
- 虐待防止や安全確保が益々重要視される。

介護事業所における組織文化も介護の質に関連しうる重要な指標となる可能性がある。

2020/3/17

2

介護版組織文化調査票の作成

①Kobuse & Imanakaら(2014)により開発された病院組織文化調査票の介護施設用への改訂(全 58 項目)

②改訂した調査票について、医師等専門職種を交えて協議

③実施後の職員へのインタビューや施設見学での意見を参考に改訂

2020/3/17

3

組織文化及び業務・職場環境領域

組織文化領域	業務・職場環境領域
チームワーク	安全の確保
情報共有	職務満足度
士気・やる気	仕事量と負担
プロとしての成長	業務の改善
組織の価値観	計画実施
ケアの質を支える資源	改善の成果
責任と権限	利用者の満足度
利用者安全の改善のシステム	使命感・将来像

2020/3/17

4

調査スコア

ここまでの調査の概要になりますが、ここからこれまでの結果をお示ししていきたいと思います。

〈介護施設と病院の組織文化〉 今回介護施設で調査した結果と、これまでの病院での調査の結果を比較しました。この病院サンプル数は3323ありますが、およそ4つの病院にご参加いただき、主には急性期の病院を対象にしたデータではありますが、その4つの病院のデータを使っています。介護施設のほうは調査にしてはまだ数が少ないのですが、248人の職員の方にご協力いただいたスコア、それを比べたときにどんな違いがあるかを比較しました。実は介護施設のほうが病院よりも少しチームワーク、情報共有、士気やる気が高いという結果になっています。あと組織の価値観が少し高いような結果ですね。

〈介護施設と病院の職場環境〉 同じく職場環境について介護施設と病院を比べました。こちらで見ると職務満足であったり、業務改善、PDCAの部分というのが実は病院よりも少し高いという結果が出ていました。これは必ずしも病院よりも介護施設のほうが優れているというわけではなくて、比べるところの違いがあります。病院は患者さんが、2、3週間入院で入れ替わりますが、それに比べて介護施設のほうが、利用者さんは数年間暮らされています。また、利用者さんの状態を把握できているという状況の違いであったり、あるいは規模もかなり違いますので、介護施設のコンパクトなところというのがこういった違いに出てきているのではないかと考えられます。

〈職務満足を目的変数にした重回帰分析〉 今、介護施設で最も重要なのは人手の確保となっています。ですので、人手をどう確保するかというところにおいて、一つの重要なキーファクターは職務満足になると考えています。ご紹介するのは、職務満足に対して組織文化あるいは職場環境のどの部分が効いているのかということを重回帰分析した結果です。介護士の方に限定して、533人ぐらいのサンプルだったのですが、533人の方の職務満足に対して組織文化の8領域、あるいは職場環境のこういった項目で、どこが統計的に関連があるかということを確認してみました。

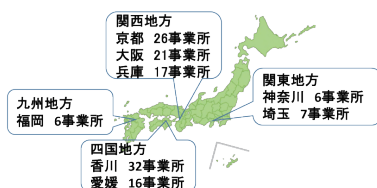
組織文化に関しては、プロとして成長できる環境が整っていれば整っているほど職務満足は高くなりやすい、また仕事量の負担は小さければ小さいほど満足度は上がりやすいというところと、あと給与に満足しているほうが職務満足は上がりやすいというような結果になっています。ここまではある程度想定どおりだったのですが、この将来像というところでも非常に強く効いていることが今回分かりました。将来像というのは、介護施設が目指している介護の在り方がしっかり浸透していて、それに自分たちも共感している、自分たちも同じような方向性を向いているということが非常に満足度に効いているという結果になっています。その点、専門性や皆さんの考えている介護士としてのプロフェッショナリズムというところに一致しているのか、非常に重要な要素なのだということが分かったことです。

また介護職員の3年未満と3年以上で分けた場合、表の色が付いているところで異なるわけですが、3年未満の職員であれば自分たちの仕事が社会から必要とされていると認識すると、職場満足は高くなりや

調査対象施設

2017年9月～ 介護事業所組織文化調査(職員対象)
利用者の生活とケアの満足度調査

調査対象:14法人 のべ 160事業所
職員 2414名 利用者 5462名 (2019年12月現在)



セッティング

研究デザイン: 横断研究

方法: 無記名自記式質問紙調査

- ☐ (特別養護老人ホーム(6施設))
- ☐ サ高住・有料老人ホーム(19施設)
- ☐ 通所介護(7事業所)
- ☐ 訪問介護・訪問看護(16事業所)
- ☐ 居宅介護支援(8事業所)
- ☐ その他(2事業所)

すい。一方で3年以上になるとあまりそこは関連が出なくて、むしろ事業所内で自分が認められていることが重要、その違いも見えています。

〈安全確保に対する組織文化の構造〉 続いてまた違う条件で、違う結果をお示しします。こちらは安全確保の状況に対する組織文化の構造を検討しました。ここで示します「安全確保の状況」とは、例えばインシデントレポートをしっかりと回収してそれを分析に役立てているか、利用者さんの安全のためにさまざまな取り組みをしている施設かどうかということを職員自身に評価していただいたものです。その職員自身、評価していただいているスコアに対して、組織文化のどの要素が関連しているのかを構造的に分析したのになります。ここの「組織基盤」は、例えば人や物や時間というものがちゃんと整っているか、責任や権限がちゃんと整っているかどうかという、組織の基盤がしっかり整っていることが安全確保の状況を高める要因として、0.4 ぐらいの値で直接的に効いているということがわかりました。しかし、実はその間に職員たちのチーム力、職員自身の士気・やる気というものと間接的に関係があって、これが安全確保に効いており、その関連性が高いということがわかりました。そういう意味では人や物や時間というものをしっかり確保し、組織という体制を整えるということと同時に、個人個人のやる気、成長、チーム力を強化するということが利用者さんの安全につながる、当然といえば当然なのですが、それがデータの的にも出ているというようにことがわかりました。

〈年代別の EQ-5D〉 ここまで、職場、職務、組織文化について中心的にご説明させていただきましたが、今度は利用者さんの QOL についてご報告させていただきます。利用者さんの QOL に関しては、まず一つは EQ-5D というものを利用者さん自身にご回答いただいて回収しています（スライド 12）。EQ-5D というものは QOL、生活の質を測る世界的な指標として使われていまして、五つの項目から構成されています。0 点から 1 点までのスコアを取り、点数が高いほど QOL が高いというものになっています。年代別の QOL の差を比較しました。また、これまでの既存の研究の中で各年代の QOL のスコアがどれぐらいになっているかということを見ますと、大体 60 代以下で 0.941 ぐらいのスコアになる、60 代だと 0.911、70 代以上だと 0.866 という値になっています。それに対して施設と在宅というところは、今回われわれが調査した利用者さんで、施設は施設に入所されている方の値、在宅は施設に入所せずに、訪問あるいは通所サービスを利用されている方の値を比較しますと、一般に比べて介護サービス利用者の QOL は少し低い傾向にあるということが分かるかと思います。年齢が上がるにつれてスコアが下がるとかそういった傾向は見られないのですけれども、全体的に少し施設より在宅のほうが低かったりするような傾向があります。もうちょっとサンプル数を増やさないと比較はできないのですが、一般に比べると介護サービス利用者は QOL スコアが少し低い、そんなことが分かってきております。

〈年代別の WHO-5〉 あるいは WHO-5 というスコアがございまして、これは WHO が開発した精神的な健康状態を測る指標になっています。こちら五つの項目から構成されていて満点が 25 点なのですが、点数が高いと精神的な健康状態がいい状態だということを示しています。既存の研究からは、大体この年代の方の WHO-5 のスコアは大体 16 点、80 代で 14 点、そういった結果になっています。今回われわれが調査した施設入所者の方のスコアでいうと、13 点から高くても 15 点ぐらい、一般に比べるとちょっと低い、在宅の方も同様に少し一般の方よりも精神的な健康状態は低い結果になっています。一応、WHO-5 に関しては 13 点未満というカットオフ値がありまして、13 点未満を切ると精神的な健康状態が不良な状態であるといわれていますので、そうなると多くの方がこれは該当してしまうということになるのですが、必ずしも高齢者がそれに当てはまるとは限りません。断定はできないのですけれども、少し介護サービス利用者の方が値の低い結果が今回得られています。

〈施設利用者の QOL ならびに精神的健康状態〉 先ほどの EQ-5D といわれるスコアの要支援 1 から要介護 5 までの段階別の点数を示しますと、要介護度が上がると、EQ-5D は少しずつきれいに下がるというような結果になっています。これは EQ-5D というものがそもそも身体的な機能の状態を評価する項目と、精神的な

状態を評価する項目で構成されているので、これが下がるというのはあまり不思議ではないのですが、これぐらい減少していくというような傾向が見られます。一方で精神的健康状態に関しては、今あまり要介護度に影響されないという状況になっています。

〈事業所ごとのサービス満足度、精神的健康〉 われわれの今まで調査した事業所のサービス満足に関して箱ひげ図で示しました。サービス満足の箱ひげ図では、黒色の点はその事業所の平均値を表していますが、0点から5点までありまして、高いほうがいいのですが、3点ぐらいから5点ぐらいまでばらついてきています。事業所によって、もちろんまっすぐ真ん中、大体みんな4点になるわけではなくてばらつきはあるのですが、大体4点ぐらいで集約しながらばらつきが見られる。また、同様の箱ひげ図で精神的な健康状態のばらつきを示しました。0点から25点までのスコアですが、低い所の平均値は9点だったのですけれども、9点ぐらいから19～18点ぐらいまで、事業所によって利用者さんの精神的な健康状態にばらつきが見られるということが新たに分かってきています。必ずしもこれは事業所の評価に直接的に結び付くのかどうか、さらに検証が必要ですが、これが一つの事業所ごとのばらつきを見るというような体系化になっています。

〈施設利用者のサービス満足および精神的健康に対する調整済みオッズ比〉 これまで組織文化と利用者の QOL というのをそれぞれ別々でご説明させていただいたのですが、この組織文化と QOL は関係があり、組織文化を高めていって利用者さんの QOL や満足度を高めていくことは一つのゴールと考え、これらを組み合わせた分析を行いました。利用者さんのサービス満足というところに対して、組織文化が効いているかどうか、関連しているかどうかというものを示しています。チームワーク、情報共有、士気、やる気、プロとしての成長、連携、資源、権限、改善、全体的な総合評価、総合的な組織文化というものが、サービス満足に対してポジティブに効いているかを検討しました。つまり組織文化のチームワークが高い所はサービス満足も高くなる、あるいは情報共有と同様に情報共有の高い組織文化の高い所は利用者さんのサービス満足も高くなる、そのような傾向が見られて、およそほぼ全ての領域において、サービス満足と組織文化の関連が見られます。

まとめ

今回、介護事業所における職員の組織文化と利用者の QOL というのを急ぎ足で確認いたしました。介護サービスの利用者の QOL とか精神健康状態に関しては、一般的な同世代に比べてやや低い傾向というのが見られました。職員の組織文化と職員の職務満足、利用者のサービス満足、利用者の精神的健康との関連も一部見られました。すなわち、組織文化の改善というのが利用者にプラスの効果を与えるような可能性というのが示唆されたと考えております。

※当調査研究は、京都大学大学院医学研究科医療経済学分野をベースとした、原広司（京都大学産官連携本部）、中部貴央（京都大学医療経済学分野）、田中将之（日本医療経営機構、京都大学超高齢社会デザイン価値創造ユニット）、今中雄一（京都大学医療経済学分野）との共同研究です。

講演 高齢者の介護と権利擁護の取組

京都市保健福祉局 介護ケア推進担当部長

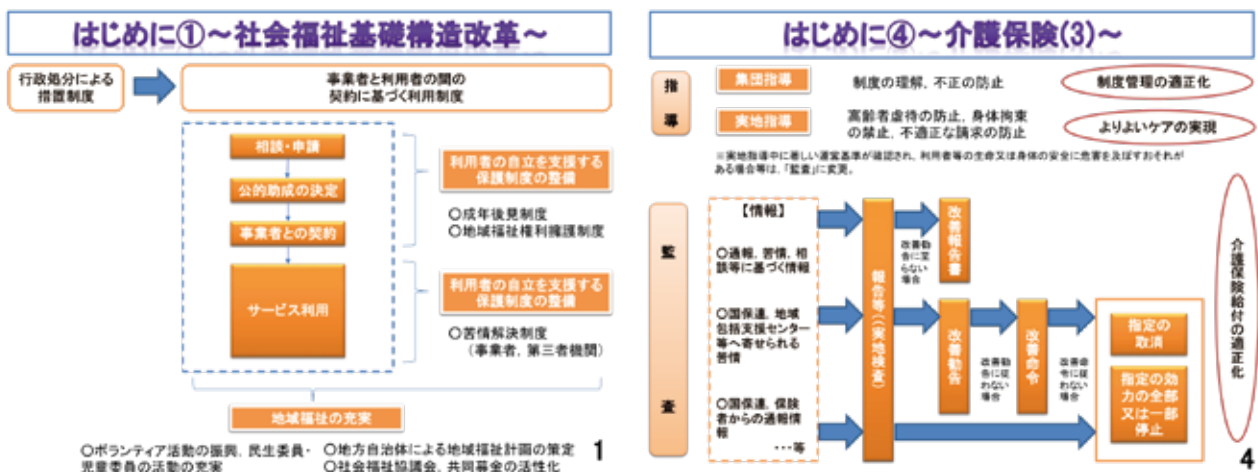
谷利 康樹

はじめに

京都市役所の谷利でございます。初めにこのスライドで、本日も話したい主な内容につきまして簡単に触れておきたいと思っております。先ほどの講義の中にもありましたけれども、介護保険制度は、措置から契約への大きな流れの中で創設されています。その創設に併せ、当事者間の契約で必要なサービスが利用できるようにしていくために、いくつか仕組みが設けられています。一つは成年後見制度のように、判断能力の不十分な方の財産管理や身上監護を行う仕組みです。また利用者のサービスに関する苦情や意見を、サービスの改善あるいは適正化につなげていく、そういう仕組みも設けられています。それから、地域福祉の充実を図ることによって、地域の暮らしを支えていくということが、これまで以上に求められるようにもなりました。本日はこの三つの観点から、最初に介護保険の苦情や通報とその対応についてお話しさせていただきます。その次に成年後見制度の利用支援の取組みについてお話しします。最後に地域福祉の範疇で本市が独自に行っている、広い意味での権利擁護の取組みについてお話ししたいというふうに思います。

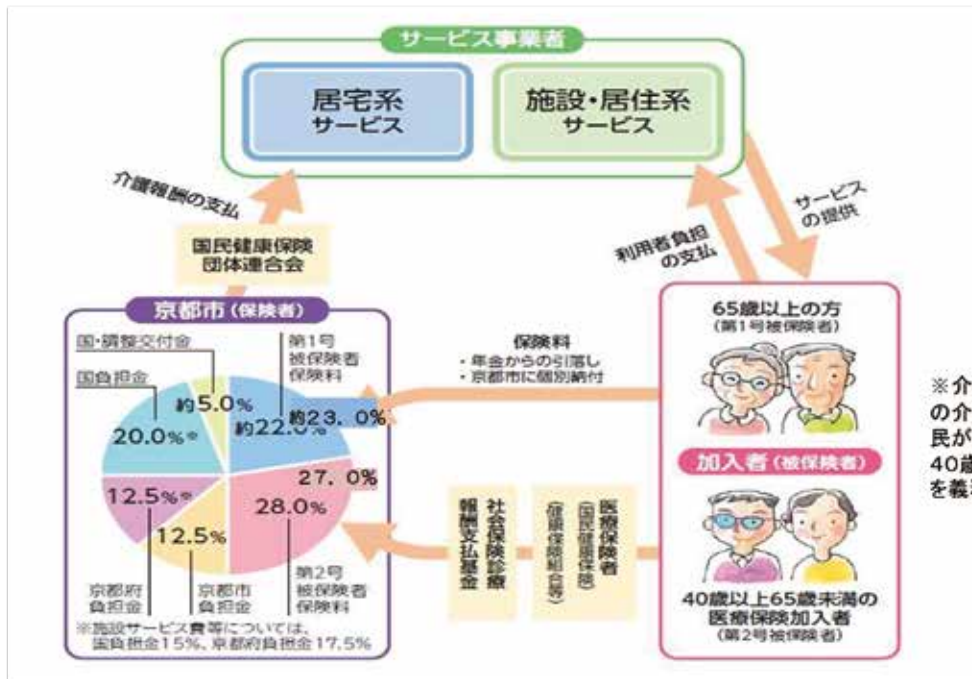
初めに介護保険に関する本市の状況を簡単にお話ししておきます。第一号被保険者数は大体40万人ぐらいで、うち要介護者は9万人余り。要介護認定率は約22パーセント。全国平均が18パーセント台ですので少し高めになっています。その理由としてはいくつかあるのですが、一番大きいものとして被保険者に占める75歳以上の割合が高いということがあげられると思います。右のほうのグラフですけれども、これは5歳刻みの年齢層別の要介護認定率を表したものです。ご覧のとおり74歳までは1桁台なのですが、75歳を超えたと2桁になります。75歳以上の人口に占める要介護者の割合は4割ぐらいですが、85歳以上ですと7割ぐらい、95歳以上ですと実に9割が要介護者ということになります。このように年齢が上がるにつれて確実に要介護リスクは高まってまいりますので、要介護リスクの高い年齢層の集団がボリュームとして膨らんでいきますと、どうしても全体として認定率も高くなっていくということになります（スライド1・2・3）。

さて、市町村では、介護保険のサービスの質や保険給付の適正化を図っていくために、サービス事業者に



はじめに②～介護保険(1)～

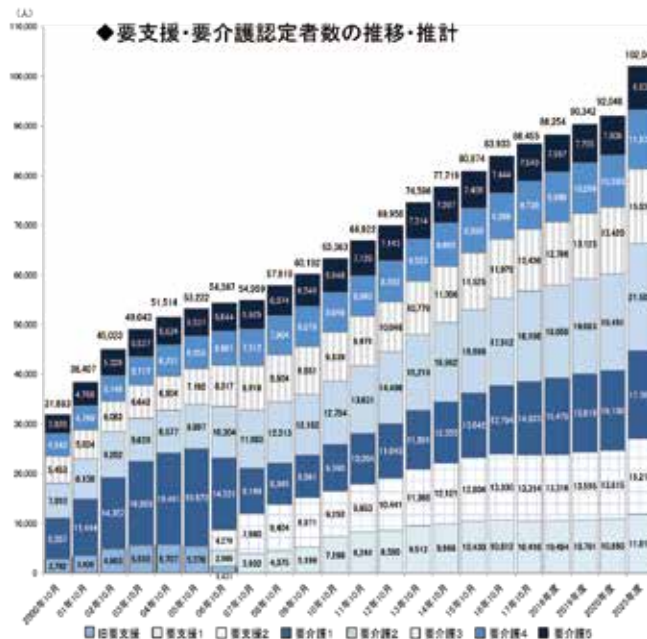
- ☑ 介護保険制度は2000年に創設。基本理念は、高齢者の「自立支援」と「尊厳の保持」。併せて、成年後見制度も創設。基本理念は「自己決定の尊重」と「残存能力の活用」。
- ☑ 介護保険は、高齢者の介護費用を国・都道府県・市町村による公費(税金等)と、40歳以上の収めていただく保険料を財源として、市町村(保険者)が運営。



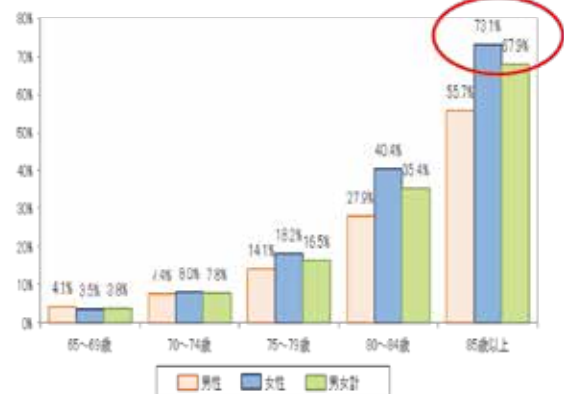
2

はじめに③～介護保険(2)～

- ☑ 高齢者の増加、単身高齢者の増加、認知症高齢者の増加、要介護者の増加・・・。
- ☑ 要介護者は9万人余、認定率は22.5%(平成31年4月末現在)。年齢が高くなるほど認定率も高くなる。85歳以上では約7割が認定を受けている。



◆性・年齢別認定率(2017年10月)



3

対する指導や監査を行っております（スライド4）。指導につきましては、制度の理解、あるいは不正の防止を図るといったことを目的に行うものです。一方、監査につきましては、著しい基準違反が疑われる場合に、行政処分あるいは不当利得の返還請求等を視野において事実確認等を行うもので、通報、苦情、相談等に基づく情報等がきっかけになっております。行政処分の中で一番重いのは事業者指定の取消しです。2000年に介護保険制度が始まってから20年経ちますけれども、京都市内では26件の指定取消し事案がございました。直近の指定取消しは2016年のことですが、この事例では人員基準を満たさないままサービス提供が行われていたもので、きっかけになったのは通報です。通報を受けて無通告で立入検査を行い、事実確認ができたので行政処分を行うと共に、不当利得の返還請求も行ったという事例です。このように通報や苦情につきましては、保険者がサービスの質や保険給付の適正化を図っていく上で貴重な情報源の一つになっていると言えます。

介護保険の苦情・相談とその対応

介護保険では、苦情相談の仕組みが制度上明確にされております。スライド5の※印の所ですが、介護サービス事業者は、省令により苦情の窓口等を設置する義務がございます。また義務ではないのですが、介護サービス事業所では、例えば目安箱のようなものを置いたり、利用者に対するアンケート調査、あるいは第三者委員会の設置等、介護サービスの改善につなげて行くための自主的な取組みがこの間ずっと広がってきております。それから、法令の規定によりまして、市町村の窓口、それに都道府県ごとに置かれている国民健康保険団体連合会、国保連と申しておりますけれども、この二つが苦情相談の窓口になっております。本市の場合ですと、区役所・支所が主な苦情相談の窓口になっております。受け付ける相談が介護保険そのものに関するようなもの、保険料とか要介護認定とかそういったものであった場合には、職員が制度の説明を行い、理解が得られるよう努めております。一方、本市が行う要介護認定とか、そういう決定処分行為について不服があるという場合には、法に基づく審査請求を行うことができます。審査庁は京都府になります。この間、20年間で京都市関係の審査請求は大体1600件余り行われていますが、これまでのところ請求内容が認容された事例はございません。

苦情相談の内容が事業者の提供するサービスに関するものにつきましては、必要に応じて本市から聞き取り、あるいは指導等を行っているところです。右表（スライド6）は昨年度の区役所・支所の苦情相談の実績でして、全体56件の7割以上がご家族からのもので、ご本人からのものは1割です。苦情相談に至った要因としては、職員の対応、それからサービスの質に関するものが合わせて5割。ちなみに京都府国保連の昨年度の実績は130件余りで、分類の仕方は違いますが、職員の対応やサービスの質に関するものが大体5割ぐらいと、同じような傾向を示しています。

相談内容につきましては実に様々です。必ずしも理由のあるものばかりではございません。ただこういう通報、あるいは苦情の中から基準違反が疑われて事実確認の上行政処分に至る場合もありますし、そこまで行かなくても何らかの改善を求めて指導を行う場合もございます。いずれにしても、権利擁護の観点からは、相談される方の小さなサインを見逃さないように丁寧に聞きとることが大切なだろうというふうに思っています。

介護保険の苦情・相談①～主な相談窓口～

区役所・支所 保健福祉センター (高齢介護保険担当)	○介護保険制度全般についての相談を受け付けています。 ○サービス内容への苦情については、事業者を確認・調査し、今後のサービスの改善に向けた指導・助言を行っています。
京都府国民健康保険 団体連合会	○サービス内容について苦情があるときは、京都府国民健康保険団体連合会へ申し立てることができます。 ○利用者や家族からの苦情申立に基づき、事業者のサービスの質の向上等を目的として、個別の案件について、調査・指導・助言を行います。
京都府 介護保険審査会	○京都市が行った要介護認定に関する処分や保険料の賦課・徴収等に関する処分について不服があるときは、京都府に設置された京都府介護保険審査会に審査請求することができます。 ○審査請求は、要介護認定の結果通知等、処分の内容を知った日の翌日から起算して3箇月以内に行う必要があります。

※介護サービス事業者は、厚生労働省令により、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない、とされています。

介護保険の苦情・相談②～区・支所～

- ☑ 区・支所への苦情・相談（平成30年度実績）は7割以上が家族からで、本人は約1割。
- ☑ 苦情・相談の内容は、「サービス内容」と「保険給付」がそれぞれ約3割。
- ☑ 苦情・相談に至った要因は、「職員の対応」が約3割、「サービスの質の低さ」が約2割。

◆苦情・相談に至った要因

	計
制度への不満・無理解	3
説明・情報不足	6
職員の対応	16
要介護認定結果に不服	4
保険料の賦定に不服	0
サービス量の不足	0
サービスの質の低さ	10
運営費や増収の疑い	2
権利侵害	0
その他	13
計	56

おります。

高齢者虐待

次に、行政に寄せられる様々な通報や相談のうち、高齢者虐待につきましてお話させていただきたいと思っております。高齢者虐待防止法というのがございまして、この法律では、養護者、つまり家族による虐待と、従事者による虐待、この二つに虐待の種類が分類されております。この虐待防止法の目的とするところは、虐待している人を処罰することではなく、一つには虐待を受けている高齢者を保護するということがあります。これに加えて、養護者虐待の場合ですと、認知症に対する無理解あるいは介護疲れ等、家族の抱えている課題を理解して家族支援につなげて行くということが目指されております。また、従事者虐待の場合ですと、サービスの改善を通じて、再発防止に努めていくというようなことが求められています（スライド7）。

本市では、区役所・支所、地域包括支援センター、そして長寿すこやかセンターを養護者虐待に関する通報窓口としております。通報を受けた場合には区役所・支所と地域包括支援センターが中心となりまして、事実確認の上で高齢者の保護、家族支援等を行っているところです。

29年度でいうと認定件数は480件余りで、通年で上昇傾向にございます。それから通報者の約8割は職務上知り得た者ということで、これは介護、医療、あるいは福祉の関係者を指しております。養護者虐待というのは、お家の中で起こっていますから、外部にはなかなか分かりにくいということがございます。そうしたこともあって、この法律の第7条第3項で、守秘義務に対する通報義務の優先が規定されています。本市では、年に1回、サービス事業者に集まっていただいて集団指導を行っているのですが、その際にもこういう通報義務が優先するというをお伝えした上で、高齢者虐待の早期発見に向けた協力要請を行っているところです。

スライドの一番下に対応例を書かせていただいております。高齢の女性が息子さんとお二人で住んでいらっしゃるのですが、息子さんの訪問拒否がございまして、地域包括支援センターが高齢女性の安否確認ができ

高齢者虐待①～基本事項～

- ☑ 平成18年4月「高齢者の虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」施行。
- ☑ 法では、「養護者による高齢者虐待」と「要介護施設従事者等による高齢者虐待」に分類。
- ☑ 「養護者による高齢者虐待」関係の主な規定
- 第9条第2項 ⇒ **高齢者の保護**
市町村又は市町村長は、(略)養護者による高齢者虐待により生命又は身体に重大な危険が生じているおそれがあると認められる高齢者を一時的に保護するため迅速に老人福祉法第二十條の三に規定する老人短期入所施設等に入所させる等、適切に、同法第十條の四第一項、若しくは第十條第一項の規定による措置を講じ、又は、適切に、同法第三十二條の規定により審判の請求をするものとする。
- 第14条第1項 ⇒ **養護者の支援**
市町村は、第六條に規定するもののほか、養護者の負担の軽減のため、養護者に対する相談、指導及び助言その他必要な措置を講ずるものとする。
- ☑ 「要介護施設従事者等による高齢者虐待」関係の主な規定
- 第24条 ⇒ **高齢者の保護・適正な運営の確保**
市町村長又は都道府県知事は、要介護施設の業務又は要介護事業の適正な運営を確保することにより、当該通報又は届出に係る高齢者に対する要介護施設従事者等による高齢者虐待の防止及び当該高齢者の保護を図るため、老人福祉法、又は介護保険法、の規定による権限を適切に行使するものとする。

報告徴収、立入検査、
改善命令、事業停廃
止命令、認可取消 等

報告徴収、立入検査、
勧告、指導命令、指定
取消 等

7

高齢者虐待②～養護者による虐待～

- ☑ 本市では、区・支所(14か所)、地域包括支援センター(61か所)及び長寿すこやかセンター(1か所)に相談・通報窓口を設置。
- ☑ 通報・届出を受け付けた場合、区・支所と地域包括支援センターが中心となり、関係機関等との連携の下、速やかに事実確認を行った上で、被虐待者の保護や養護者への支援等を実施。
- ☑ 平成29年度の相談・通報件数は671件、うち、虐待認定件数は485件。
- ☑ 通報者の約8割は「職務上知り得た者」、本人・家族はそれぞれ約1割<重複あり>。
- 第7条 養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
- 2 前項に定める場合のほか、養護者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。
- 3 刑法(明治四十年法律第四十五号)の秘密漏洩罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前二項の規定による通報をすることを妨げるものと解釈してはならない。
- ☑ 虐待種別で最も多いのは「身体的虐待」約6割、次いで「心理的虐待」約4割<重複あり>。
- ☑ 被虐待者は約8割が女性。虐待者で最も多いのは「息子」約4割、次いで「夫」約3割<重複あり>。被虐待者の約8割は虐待者と同居。
- ☑ 被虐待者の約7割は要介護認定者。被虐待者の約4割は認知症日常生活自立度Ⅱ以上。
- ☑ 老人福祉法に基づく措置入所等で、被虐待者を分離保護した件数は94件。

(対応例)

・長男と同居する高齢女性。長男の拒否があり、地域包括支援センターが安否確認できなくなって数年が経過。ネグレクトによる生命の危険性が高いと判断し、高齢者虐待防止法第12条による警察等への援助要請をいたうえで立入調査を実施。

8

高齢者虐待③～要介護施設従事者等による虐待～

- ☑ 本市では、市役所(介護ケア推進課)が相談・通報窓口。
- ☑ 通報・届出を受け付けた場合、関係機関等との連携の下、速やかに事実確認を行った上で、老人福祉法・介護保険法の規定による適切な権限の行使等、必要な対応を実施。
- ☑ 平成29年度の相談・通報件数は41件、うち、虐待認定件数は10件。
- ☑ 通報者の約6割は「関係者」、次いで約3割が「家族」。
- 第21条 要介護施設従事者等は、当該要介護施設従事者等がその業務に従事している要介護施設又は要介護事業(当該要介護施設の設置者若しくは当該要介護事業を行う者が設置する要介護施設又はこれらの者が行う要介護事業を含む。)において業務に従事する要介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
- 2 前項に定める場合のほか、要介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに、これを市町村に通報しなければならない。
- 3 前二項に定める場合のほか、要介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに、これを市町村に通報するよう努めなければならない。(中略)
- 4 刑法の秘密漏洩罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、第一項から第三項までの規定による通報(虚偽であるもの及び漏洩によるものを除く。次項において同じ。)をすることを妨げるものと解釈してはならない。
- 7 要介護施設従事者等は、第一項から第三項までの規定による通報をしたことを理由として、解雇その他不利な処置を受けることがない。
- ☑ 虐待種別で最も多いのは「身体的虐待」約5割。
- (対応例)
・施設管理者から、虐待疑い事案について内部調査結果の報告があった。後日、市が施設に立入検査を行い、職員からの聞き取り等、必要な調査を実施した。市は、職員からの不適切性や目撃証言等を基に、身体的虐待と認定した。
・虐待認定を受けて、原因分析と再発防止の取組を指導した。後日、提出された改善報告書により改善状況を確認した。

9

なくなった。地域の民生委員さんもお会いできていない。介護サービスも利用されていない。近所の方も数年来お会いしたことがないといったようなことから、ネグレクトによる生命の危険性が高いと判断し、警察に事前に協力要請した上で立入調査を行ったという事例でございます。この事例では、結果としてこの高齢女性とはお会いできています。お会いできたことによって、医療あるいは介護サービスにもつなげて行くことができたというふうに思っています。今後もこうした虐待が疑われるような事例がありましたら、同様の対応をしていくことになるものと思っています（スライド8）。

それから今度は従事者虐待のほうですけれども、これも通報を受けましたら事実確認の上で関係法令の規定による適切な権限行使等、必要な対応を行っているところでございます。養護者虐待に比べて件数自体は少ないのですが、これも上昇傾向にございます。通報の約6割が関係者ということで、この場合の関係者というのは当該サービス事業者の管理者であったり、従事者であったりあるいは元従事者であったりということでございます。こちらのほうも外部からは分かりにくいということがございまして、どうしてもこういった方々の情報に頼っていかざるを得ないということがございます。法令におきましては第21条の第1項におきまして、こうした関係者の通報義務が定められております。同じく第7項では、通報したことを理由とする解雇その他不利益な取扱いの禁止が規定されております（スライド9）。

成年後見制度の利用支援

次に、成年後見制度の利用支援の取組みについてお話をさせていただきたいと思います。成年後見制度自体は、法務省・裁判所の管轄になりますので、市町村で担当しておりますのはその利用支援ということでございます。三つ目の所ですけれども、京都市では平成24年度に成年後見支援センターを設置いたしまして、相談から利用に至るまでの一貫した支援、それから市民後見人の養成等を行っております。またこの他、身寄りのない高齢者に代わりまして、市長が審判開始の申立てを行ういわゆる市長申立て、それから低所得者に対し、申立て費用や、後見人報酬を助成する等の取組みを行っております。平成30年度には、成年後見制度利用促進法の趣旨を踏まえ、京都市としての成年後見制度利用促進計画を策定したところです。令和元年度になりまして、この計画に基づき、成年後見支援センターを国が言うところの「中核機関」として位置付けまして、相談支援の充実、あるいは関係職能団体等との連携強化を図っているところです（スライド10）。

スライドにはいろいろ書いていますけれども一番下の所の身元保証人の話ですね。入院・入所に関しては事実上、身元保証人が求められるといったことがございます。ただ介護保険の世界では身元保証人がいないということは、正当なサービス提供の拒否事由にはなりません。そういったこともありますので、今後、成年後見人等の果たせる役割の範囲等につきまして、改めて医療機関等への周知を行い、身元保証に関するトラブルの抑制に努めていきたいと思っています（スライド11）。

ところで、この身元保証人については、入院・入所だけではなく、民間賃貸住宅への入居の際にも問題になることがございます。ここからは、地域福祉の範疇で京都市がやっている取組みについて、二つお話ししたいと思います。

成年後見①～基本事項～

- ☑ 平成12年4月、「成年後見制度」施行。
- ☑ 平成12年度、「京都市高齢者・障害者権利擁護ネットワーク連絡会議」設置（一関係団体が実施している権利擁護の取組を共有する等、総合的に推進する体制を構築）。
- ☑ 平成24年度、「京都市成年後見支援センター」設置（→ 成年後見制度に関する相談から利用に至るまでの一貫した支援と、市民後見人の養成を実施）。
- ☑ 平成28年4月、「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行。
- ☑ 平成30年度、「京都市成年後見制度利用促進計画」策定。

◆主な平成30年度実績（認知症高齢者分のみ）

市長申立て件数	93件	
市長申立て審判決定数	85件	後見74件、補佐10件、補助1件
申立て費用助成件数	104件	市長申立て91件、市長申立て以外13件
申立て費用助成金額	2,673千円	市長申立て2,379千円、市長申立て以外294千円
後見人報酬助成件数	523件	市長申立て157件、市長申立て以外366件
後見人報酬助成金額	114,185千円	市長申立て32,399件、市長申立て以外81,786件
市民後見人登録者数	82人	平成30年度末時点
市民後見人受任件数	48件	平成30年度末までの累計

10

成年後見②～新たな利用促進の取組～

～京都市成年後見制度利用促進計画（抜粋）～

☑「チーム」への支援（チームへの専門職相談派遣事業）

認知症高齢者の生活を日常的に支える地域の方や専門職等で構成される「チーム」に対し、成年後見制度の利用に係る問題について、京都弁護士会（弁護士）、リーガルサポート京都支部（司法書士）、京都社会福祉士会（社会福祉士）からの専門的な助言などが得られる仕組みを構築します。

☑「協議会」の設置

「チーム」への支援や、支援を通じて見えてきた地域課題、その他成年後見制度の広報や相談支援の状況等を共有するとともに、今後における取組の検討や、関係団体・機関間の連携強化を図ります。

☑「中核機関」の設置

京都市成年後見支援センターを、成年後見制度の利用促進を図る「中核機関」に位置付け、「チーム」・「協議会」・「中核機関」で構成する地域連携ネットワークのコーディネートを行うとともに、同センターの体制充実を図り、親族後見人への支援や市長申立て窓口の一元化を行います。

☑日常生活自立支援事業からの円滑な移行

成年後見制度の利用が望ましいと考えられる、日常生活自立支援事業利用者については、補助人・保佐人が必要とされる段階から、適切に成年後見制度につなげていきます。

☑入院等の際の身元保証の取扱い

入院等の際に求められることのある身元保証等に関し、後見人等の果たせる役割の範囲等について、医療機関や福祉施設への周知を行い、身元保証等に起因するトラブルの抑制につなげていきます。

11

高齢者の居住支援

一つ目は高齢者住まい・生活支援事業というものについてです。この事業は見守りを必要とする一人暮らしの高齢者の住み替えを支援するとともに、併せて空き家ストックの流通促進も図っていくというものです。高齢者に対するアンケートの結果、住み替えニーズの高いのは元気な方よりむしろ要支援、要介護の方のほうが多い。また、こうした方が探される物件の価格帯としては大体2万円から5万円ぐらい、低予算の物件を探されています。それから仲介業者に対するアンケートの結果、家主から高齢者の入居を断るよう言われたという事例が50パーセント、受け入れやすくするための方策として安否確認等、見守りに関する意見が多くなっています。こうしたことから低所得の高齢者にも手が届くような住まいと見守りサービスを一体的に提供できないかという問題意識からつくられたのがこの事業です（スライド12・13・14・16）。

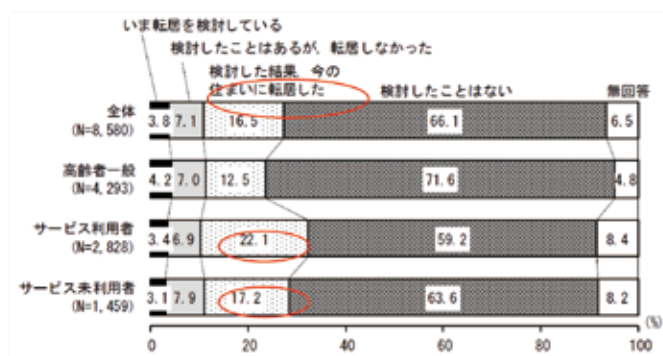
この事業は二つの支援プロセスからなっていて、一つは住居に関する支援で、社会福祉法人と仲介業者が住み替えニーズを持っている高齢者と面談いたしまして、ご希望に沿った物件がありましたら三者で一緒に下見をして、気に入れば契約につなげて行くという支援です。住み替えが済みましたら、その地域を担当する社会福祉法人が、居住の継続に関する支援として、見守り、生活相談といったサービスを提供します。これにより、5年間で大体100件ぐらいの住み替えが実現して、事例にあるように90歳代の一人暮らしの方の住み替えも実現しております（スライド15）。ただ課題もあります。安否確認を行いますので、家主さんにとっては貸しているお部屋が、例えば孤立死等で事故物件化するリスクは低減するのですが、一方で身寄りのない高齢者がお亡くなりになったときに「葬儀をどうするのか」「家財をどうするのか」といったリスクは残ったままになっています。また、この事業を使っても、結局身元保証人なしで住み替えができたのはこれまで全体の2割しかないということもございます。

こうしたこともございまして、昨年末から市内の葬儀業者の協力を得て始めたのが、高齢者万一あんしんサービスです。社会福祉協議会が相談窓口になって、身寄りのない低所得の単身高齢者を対象として、生前に社会福祉協議会と葬儀業者とご本人さんとで死後事務委任契約を締結します。その上で利用者から預かっ

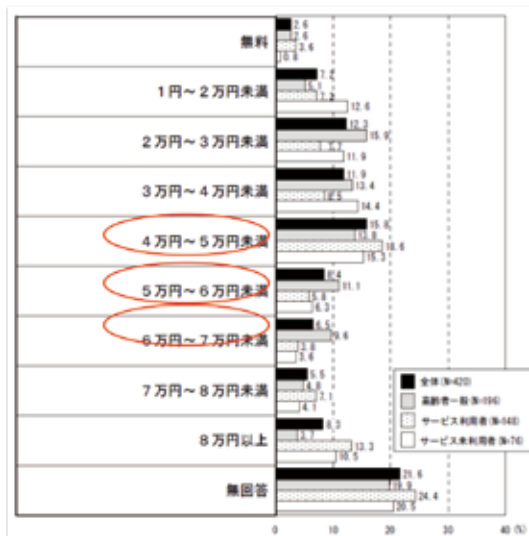
居住支援①～高齢者すまい・生活支援事業(1)～

- ☑ 平均寿命の伸び、高齢化の進展、一人暮らし高齢者の増加。
- ☑ 平成25年度すこやかアンケート結果では、60歳以上で転居を検討し、実際に転居した方は元気な方よりも、生活支援ニーズの高い要支援・要介護高齢者の方が多い。また、高齢者が転居先として検討する物件(持家以外)の住居費は、多い順に4～5万円未満、2～3万円未満と低額な物件を検討する傾向がある。

(問)60歳になってから、転居を検討したことがあるか。



問 転居先として検討している(検討した)物件の居住費(月額、共益費含む。)

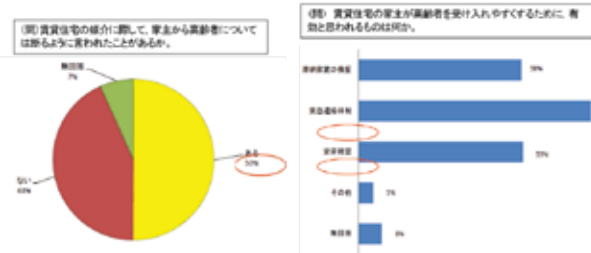


た費用により、亡くなられた後の利用者の葬儀や納骨、あるいは家財の処分を行うという事業です。サービス内容としては主に三つありまして、一つは定期訪問ということで、社会福祉協議会の職員が利用者を定期的に訪問し、必要に応じて介護サービスの利用や成年後見制度等の支援につなげていきます。また利用者さんには緊急連絡先を書いたカードを常時携帯していただくようにしまして、急変があれば社会福祉協議会もしくは葬儀業者が連絡を受け付けます。リビングウィルを預かっている場合には、医療機関等に対して開示します。またお亡くなりになったときには、契約に基づいて葬儀業者が葬儀、納骨を行います。社会福祉協議会は、契約内容の履行確認の上で預託金から葬儀業者へのお支払いをするというものです。年末に受付を始めてまだ1か月しか経っていないのですけれども、NHKのニュースで取り上げていただいたこともありまして順調に滑りだすことができたと思っております（スライド17）。

私どもとしましては、介護保険、成年後見といった全国一律の制度に加えまして、こういう地域ニーズに即したローカルな取組みも併せて、できるだけ最後まで高齢者の意思が尊重されるような地域づくりをこれからも進めて行きたいというふうに思っております。

居住支援②～高齢者すまい・生活支援事業(2)

- ☑ 平成22年度に京都府が府内の宅地建物取引業者約3,500社を対象として実施したアンケート結果では、家主から高齢者の入居を断るよう言われた事業者が50%。また、高齢者を受け入れやすくするための方策として、「緊急連絡体制」、「安否確認」など見守りに関する意見が多かった。



13

居住支援③～高齢者すまい・生活支援事業(3)～

- ☑ 事業のイメージ



14

居住支援④～高齢者すまい・生活支援事業(4)～

(事例)

- ☑ 社会福祉法人による安否確認等が行われることで、家主側の不安感が軽減され、通常であれば困難な80～90歳代の一人暮らし高齢者の住み替えにつながっている。
- ☑ 住み替え後の家賃は、約8割が4万円台以下。生活保護受給者が半数程度で、市民税課税世帯はわずかと、低所得高齢者の住み替え支援につながっている。

<事例>

属性	女性(80歳代)、介護保険等サービス利用なし。
住み替え理由	住宅取り壊しのため住み替え先を探していた。
経過	区役所に紹介され、平成27年3月下旬に初回相談。4月中旬、3階の下見に行き、そのうちの1軒を申し込むも、保証人がいない為、審査が通らなかった。その後、再度物件を探し、6月中旬に転居。モデル事業契約となる。

転居前



転居後

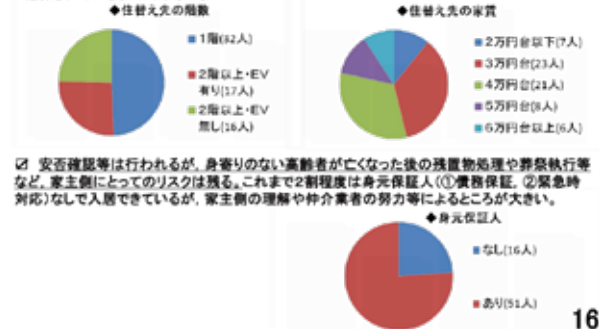


15

居住支援⑤～高齢者すまい・生活支援事業(5)～

(課題)

- ☑ 高齢者の要望に沿った住み替え物件(一階、二階以上はEV有り、かつ低価格等)が十分に確保されているわけではない。



16

居住支援⑥～高齢者万一あんしんサービス～

☑「高齢者すまい・生活支援事業」を実施し、家主の負担を軽減し、低所得高齢者の民間賃貸住宅への住み替えを支援しているが、身寄りのない低所得高齢者が亡くなった後の葬祭執行や残置物処分等、高齢者自身の不安、家主や地域のリスクにつながる課題もある状態。

☑一方、主に身寄りのない高齢者を対象として、身元保証や死後事務等に関するサービスを提供する民間団体もあるが、28年には、公益財団法人日本ライフ協会が、利用者からの預託金を不正流用し、経営破綻した事例もあり、現状では身元保証ビジネスに関する公的な関与の仕組みが不明瞭な面もあり、今後も類似の消費者被害が発生しないとは言えない。

☑このため、本市では、京都市社会福祉協議会が相談窓口となって、身寄りのない低所得の単身高齢者を対象として、生前の死後事務委任契約に基づき、利用者から預かった費用により、亡くなられた後の利用者の葬儀や納骨、家財等の処分を行う「京都市高齢者万一あんしんサービス事業」を開始（令和元年12月23日受付開始）

☑契約（サービス）の内容

（1）定期訪問（安否確認）

市社協職員が利用者を定期的に訪問。必要に応じ、介護サービスや成年後見等の支援につなぐ。

（2）急変したとき

市社協と葬儀社が緊急連絡を受け付ける。利用者からリビングウィルを預かっている場合は、医療機関等関係者に対して開示。

（3）お亡くなりになったとき

死後事務委任契約に基づき、葬儀社が葬儀と納骨（残置物処分はオプション）。市社協は、死後事務委任契約内容の履行確認後、葬儀社に対し、利用者から預かった預託金を支払う。

	内容	金額	備考
利用者負担金 （預託金）	葬儀＋納骨費用	25万円	契約必須
	家財処分費用	葬儀社による見積額	オプション

講演 高齢者に対する権利擁護支援の実例

京都市社会福祉協議会 長寿すこやかセンター相談部長

矢部 典子

京都市社会福祉協議会の矢部と申します。私からは、所属している長寿すこやかセンターの取り組み、そして社協でやっている取り組みの中で、権利擁護に関する内容をいくつかご紹介したいと思っております。

長寿すこやかセンター

長寿すこやかセンターは、京都駅からバスで3駅ぐらいの所にある、スライド1に書いている目的で京都市が設置した機関です。事業は、元気な方の生きがいづくり、認知症に関すること、そして権利擁護の推進と、三つの柱で実施しています。

スライド2にありますのが、長寿すこやかセンターの実施する権利擁護に関する事業となっています。危機対応から市民啓発まで幅広く事業を実施しています。また、専門職のみを対象としているものと、広く市民を対象としているものがあります。加えて、相談事業には、高齢者に関するいろんな相談が寄せられますので、センターの職員が対応する一般相談と、複雑な問題などで専門職のお力をお借りする専門相談で対応しています。そして先ほど谷利部長からも説明がありました成年後見支援センターの事業も実施しています。

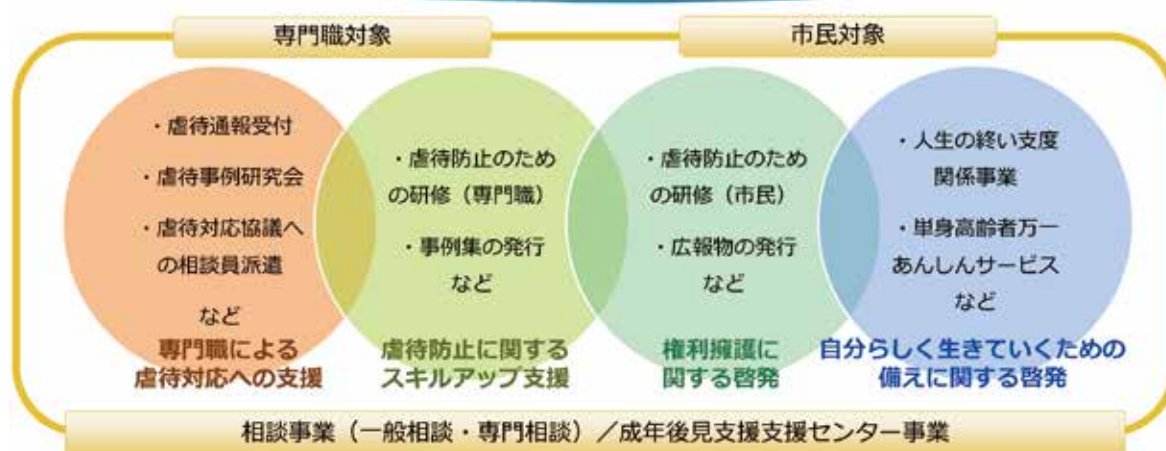
京都市長寿すこやかセンターについて

高齢者の皆様が住み慣れた地域で安心して、いきいきと健やかに暮らせるよう、各種相談をはじめ、認知症（若年性認知症を含む）についての正しい理解の普及・啓発、専門職の方への研修、社会参加の促進、高齢者に係る虐待や権利侵害をはじめとした権利擁護事業の推進に取り組んでいます。



長寿すこやかセンターが実施する 権利擁護に関する事業

2



権利擁護に関連する相談の受付状況

3



権利侵害・虐待相談

スライド3は、当センターで受け付けております相談の内訳です。権利擁護に関するものは、権利侵害・虐待等、成年後見、生活相談まで、幅広くなっており、当センターに寄せられる相談全体から見ると、かなりの割合を占めています。どんな相談に対応しているのかということを紹介させていただきます。これは権利侵害や虐待に関係するご相談になりますが、スライド4に「まさか詐欺？」とあります。これは最近ちょこちょこあるのですけれども、高齢のご両親、親御さんに対して言い寄る方がいて、その方が言葉巧みにお金を引き出して、物を買わせている。その方から場合によっては虐待を受けているというケースについて、ご当人、つまり親御さんは子どもさんの言う言葉を全然聞いてくれないので、どうかならないのかというようなご相談をお受けすることもあります。さきほど介護事故のお話等をお聞きすることができましたけれども、施設のミスでけがをしたけれども施設側の対応が不誠実であり、納得が行かない。施設側の対応を改めさせるためにはどうしたらいいか」というようなお話もお聞きします。

また、虐待通報の話ですが、「隣のおうちからお年寄りの痛いとか泣き声とか家族の怒鳴り声とかが聞こえてくる。近所づき合いもないのでよく分からないけれども放ってはおけないし、取りあえず連絡はしたけれども私のことは絶対言わないでね」というような通報。それから最近多いのですけれども、高齢者間のDV

4

相談例（権利侵害・虐待等）



まさか詐欺？

- 別居の父が親しくする女性に対し、多額の金銭を渡しているようだ
- 父をたしなめるも、聞く耳を持たず、困っている
- 父は騙されていると思うので、何とかしたい

- 入所する施設の実態でケガをしたが、施設側から報告がなかった
- 施設に苦情を言うと、「どうぞ訴えてください」という態度であり、納得がいかない
- 不誠実な施設の対応を改めさせたい

許せない！



5

- 隣の家から、時折「痛い」という高齢者の声や大きな物音、その家族の怒鳴り声が聞こえてくる
- 隣とは付き合いもなく、詳しい事情等は分からないが、放っておけないので連絡した
- 通報した事実を隠して、対応してほしい

- 夫婦喧嘩が絶えず、警察沙汰になることもしばしば
- 喧嘩の原因はいつも些細なことだが、大声で怒鳴ったり、暴力を振るってしまう
- 配偶者が家を飛び出すと寂しくなり、自分の行動を反省するが、同じことを繰り返してしまう

- 家族から、度々金銭を要求され、応じないと暴力を振るわれる
- 金銭を家族に渡すことで生活に困窮している
- 家族と別れて暮らせという人もいるが、愛着のある家なので、自分から家をでることはしたくない

- 近隣住民からいじめを受けている。
- 引越しも検討したが、引越しに伴う費用負担が重い
- 夫は引越しに反対している



6

- 長期に渡り、子の事業資金や生活費への援助を続けた結果、入所施設の利用料も滞納するほどに生活が困窮している
- 見かねた親族が本人を経済的に援助し続けてきたが、これ以上の援助は望めない
- 本人は判断能力を保っており（認知症高齢者日常生活自立度Ⅰ）、子を信じて金銭管理を任せたいと明確な意思表示を示している
- 関係者は対応に苦慮しているため、何か良い知恵はないか



- 子が認知症の本人の預金を管理している
- 子は多額の借金を抱えており、本人の年金等の収入を子の借金返済に充てるため、家賃や公共料金を滞納している
- 家賃滞納により退去勧告を受けているが、本人、子ともに行先がない状況となった
- 本人に安定した生活を送ってもらうためには施設入所が必要であるが、利用料支払いのめどが立たず、関係者は頭を抱えている
- 本人は施設入所を拒否していない

のご相談もあります。恐らく若い時からずっとDVがあつてしょっちゅう警察沙汰になって、いったん別れたけれども、またお互いに求め合つて一緒になって、そしてまたDVになってしまう。高齢者なので、どちらの方が認知症であつたり、体力的に弱っておられたり、今までと同様に殴ったら大けがになったりとか、問題が深刻化しています。ただ、ご本人さんたちの気持ちは揺れ動いていて、本人の意思を尊重するのと安全の確保との間でどうバランスを取るのかという非常に難しい話になっています。

家族からの金銭的な要求あるいは暴力を受けているというものでは、「家族からたびたびお金をせびられる。応じないと殴られてしまう。たくさんお金を渡しているのに生活が苦しい。周りの人からはあんたが1人で暮らしたらどうやと言われることがあるけれども、愛着があるおうちなので自分からは出て行きたくないけど、この状況はつらい、なんとか助けてくれないか」というのがありますね。あと、ご近所からのいじめを受けているとか。あるいは、ご近所の方と関係がこじれてしまつて大変いつらい状況になつて方もいらっしゃいます。お引越しもしたいけれども、お引越しするにはお金がかなりかかるし、配偶者は「なんでうちが出て行かなあかんの」ということで同意してくれないけれども、この地域で安心して暮らすことができないというようなご相談を受けることがあります（スライド4）。

また、かなり難しいケースのため、多職種でカンファレンスもしたケースですが、長年にわたつて、お子さんに求められるまま経済的な援助を続けてこられた結果、今に至つては施設の入所費用も滞納するほど自らの生活が困窮している。これまで、見かねたご親族がかなりの金額を援助してこられましたが、「もうこれ以上は無理です」というケースです。ただ、ここが難しいところなんですけれども、ご本人さんは判断能力を保っておられて、成年後見などの第三者による金銭管理の提案には応じない状況で、ご本人さんは「子どもを信じてお金を託したい」と今でも明確におっしゃっています。ただ、ご本人さんが安心・安全に暮らすためには、せめて年金だけでもしっかり確保して施設に入所費用を払わないと生きていけない。これに対してどういう対応があるのかということで、多職種、法律家や福祉の専門家も入れて検討したような事例になっています（スライド5）。

多職種で検討したほかの事例なんですけど、お子さんが、認知症の親御さんの預金を管理している。ところが、お子さんがたくさん借金を抱えていて、親御さんの年金等収入を自身の借金返済に充てるために、家賃とか公共料金を滞納している。親子で同居しておられるのですが、大家さんから「出て行ってくれ」と言われてしまった。で、親御さんお子さん共に行き先がない状態。お子さんのほうは自分自身で頑張ってもらわないといけないのですが、親御さんに新しいおうちを探す力はないような状態なので、施設入所を検討したのですが、お金があまりにもなくて、入所費用の支払いのめどが立たず、なかなか受け入れ施設が見つからないというような状況です。親御さんは施設入所を拒否していない。進んで入りたいとは明言されないのですが、施設に入るのもいいと思っている、そういう所があれば行きたいという意思を示されるけれども、なかなかお金の部分がうまく追いつかない、そういう事例です（スライド6）。

成年後見相談

成年後見の関係では、昨年度は1000件の相談に対応しております。成年後見の相談は増えております。スライド7はお子さんからの相談です。別居するお母さんの家を訪問すると、賞味期限切れの健康食品が大量に放置されていて、預金が大きく減少している。お母さんに経過を確認すると、「私はちゃんとお金を管理してる」と言つて怒つてしまつて詳細を聞けない。「お母さんは認知症ではないかと疑つて病院を受診したら認知症と診断され、病院から、ご本人さんだけの金銭管理は難しいし、いらない契約を結んだときに取り消す権限が必要ということで後見の制度を紹介されたけれども、どんなものなのか、どんな手続きがいるのか」というようなお話ですね。また、高齢の配偶者の方から、ご主人が認知症のために施設に入つていて、施設費用を支払おうと思つてご主人名義の銀行の定期預金を取り崩そうとしたら、銀行から、「本人でないとその手続きはできないし、奥さんでもできませんよ、このお金は出せませんから後見人連れてきてください」と言われたというような話です。銀行は、基本的に名義人本人以外の手続にブロックをかけてしまうので、今後の生活が不安というご相談をいただくことも多くあります。

こちらのケースは、なかなか難しいところなんですけど、本人の浪費が止まらない。金銭の支払いが滞るために支援者がみんな困っている。でも、本人は困っていないという事例ですね。本人は嫌がっているけれども、

7

相談例（成年後見）

お金の管理が
できない



- 別居する母の家を訪問すると、消費期限切れの健康食品が大量に放置され、預金が大きく減少していた
- 母に経過を確認すると、「お金はちゃんと管理してる」といい、怒ってしまった
- 認知症を疑い、母を連れて医療機関を受診したところ、認知症と診断され、成年後見制度の利用を勧められた

なぜ家族では
ダメなの？



- 夫は、認知症のため、施設に入所中
- 施設費用を支払うため、夫名義の定期預金を取り崩そうとしたところ、金融機関から、夫による払戻手続きが困難なら、成年後見制度を利用するよう告げられた
- 制度内容や手続き方法、必要となる費用等がわからず、相談する人もなく、困っている

- 本人の浪費が止まらず、必要な支払いが滞るため、支援者は皆困っている
- 本人は嫌がっているが、後見人にお金を管理してほしい



8

- 母に対し、誰かが勝手に後見人を付け、家族の承諾もなしに施設入所させた
- 母の居場所も財産状況も、後見人は一切教えてくれない
- 家族の気持ちを汲まず、報酬だけ受け取るような後見人は信用ならないので、解任したい

- 父の後見人に、父名義の不動産の売却を要望しているのに、対応してくれないので困っている

- 妹が父の財産を狙っているので、後見人を選任したい
- 後見人には、息子である自分が適任だ



- 兄は、父に無理やり遺言を書かせて、財産を独り占めしようとしている
- 父の支援をしているのは、娘である自分なのに、許せない

- 弟の後見人に親族が就任しているが、金銭管理や財産処分に対して不審な点がある
- 通帳を見せてもらいたいと伝えたが、「後見人は自分だ」と言って見せてくれない

後見人にお金を管理してほしいというような相談を受けることがあります。本人の意思とは全く相反する形で制度利用を周りが考えているという事案ですね。

また、ご家族の係争に後見制度を活用したいというものもあります。

スライド8のケースは、お兄さんは、「妹がお父さんの財産を狙っているので、後見人を付けたい。後見人には息子である自分が適任だ」。一方、妹さんからもご相談をお聞きしていて、「お兄さんはお父さんに無理やり遺言を書かせて財産を独り占めしようとしている。お父さんを支援しているのは私なのに、そんなこと許せない」と。結局、相続の前哨戦みたいな係争がベースにあって、そこをコントロールするために後見制度を使うというような検討がされているケースもあります。

また、親族の後見人に別の親族が就任しているのだけれども、お金の管理とか財産の処分に関して不審な点がある。そのため、後見人に、「通帳を見せてくれ。どんな財産を管理してるのか。なぜあの不動産を売ったのか教えてくれ」と言っても、「後見人は自分だ。報告する義務はない」とにべもない。「こんな状態ではとても安心できない。どこに訴えたらいいのか。どうやったら後見人を首にできるのか」というような話もあります。

後見に関する相談はこんな感じで、「どんな制度ですか」というところから係争に発展しているようなもので、かなり幅広くお話を聞いているような状況です。

生活相談

最後に生活相談なのですが、これは先ほど谷利部長がおっしゃった万一あんしんサービス、にも関連するのですが、高齢者の方の相談窓口ですので、自分の行く末、これ以上弱ったとき、そして亡くなったとき、亡くなった後、そういうことについてのご不安を訴えられるケースがあります。スライド9の事例のように、例えば、身元保証の話でいうと、アパートを借りるために保証人が必要だけれども、なってくれる人がいないから今の大家さんからは更新できないと言われていて、不動産屋さんに行っても相手にしてもらえない。延命治療を拒否したいのだけれどもどうしたらいいのかとか、お一人暮らしになって孤独死はしたくない。孤独死しないためにはどうしたらいいのか。亡くなった後、葬儀や納骨のことを託す人がいないとか、そういう切実なお話が多くあります。

今申し上げたようなご相談に関して、私どものほうで、また関係機関で実施されているさまざまな事業や相談窓口におつなぎしたり、民間サービスとして希望に合うようなものの情報を提供したり、そういう形で対応しておりますが、なかなかすっきり解決するというのは難しいといえます。

9

相談例（生活）

- 一人暮らしで、親族とも疎遠なので、将来のことが不安
- 延命治療を拒否するには、どうしたらいいのか
- 子どもはいるが、頼れない／頼りたくない
- 一人暮らしなので、亡くなったとき発見されないのではないかと不安になる
- アパートを借りるために保証人が必要だが、なってもらえる人がいない
- 葬儀や納骨のことを託す人がいない
- 施設入所には保証人2人が必要だが、関わりのある家族は自分だけ
- 墓じまいをしたい
- 他に頼れる人もなく、どうしたらいいのか



10

日常生活自立支援事業

- ▶ 社会福祉協議会が実施する、判断能力が不十分な人との契約に基づき、福祉サービス利用や日常的な金銭管理を支援する事業
- ▶ 事業の利用対象は、判断能力が不十分であるが、本事業の契約の内容について判断できる能力を有していると認められる方（認知症や知的障害、精神障害等の診断や手帳の有無は問わない）



日常生活自立支援事業

この事業は、全国の社会福祉協議会で実施しています日常生活自立支援事業、社会福祉法でいうと福祉サービス利用援助事業になります。それについて、京都市の状況を含めてお話ししたいと思います。事業の概要については皆さまよくご存じだと思いますが、判断能力は不十分だけれども、日常生活自立支援事業を利用することで、どんなサービスをどんなときに受けられるのかということがご理解できるぐらいの方、法定後見制度でいうと、補助・保佐程度の判断能力の方が対象の、福祉サービスの利用や日常的なお金の管理を支援する事業となっています（スライド10）。

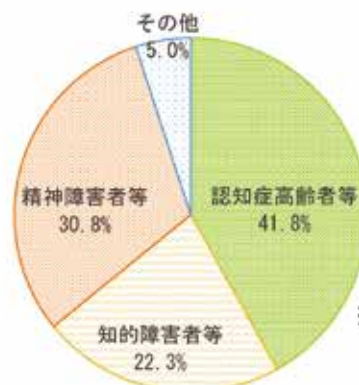
全国の指定都市の利用者の比較では（スライド11）、大阪市が別格なのですが、京都市は834件で、人口が140万ほどの都市ですので比較的多いと言えます。京都市は、高齢者の人口が多いというのと、この事業は低所得の方が利用されていることが多くて、京都市は生活保護を受給されている方も比較的多い都市ですので、こういった状況になっています。利用者としては、認知症高齢者の方は4割程度で、あとは、知的あるいは精神に障害のある方となっています。この事業は、成年後見の制度が始まる半年前からスタートしてい

利用者の状況



利用者の内訳

障害区分別利用者割合 (H31.3)



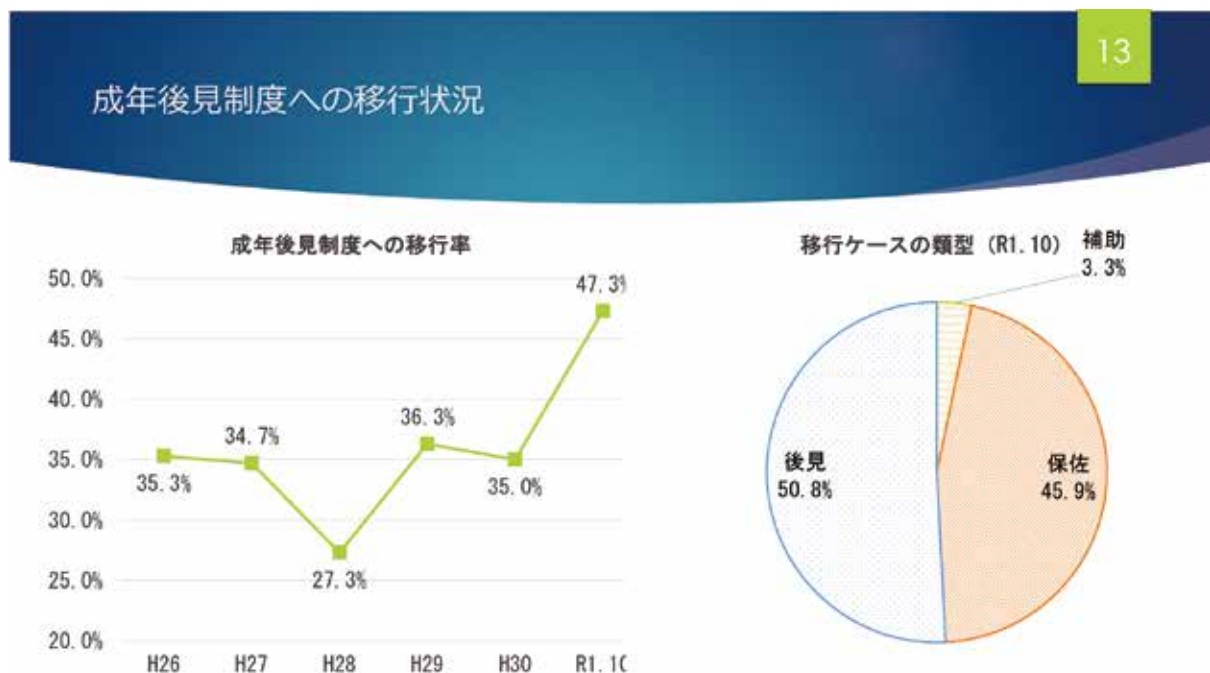
※ 認知症高齢者の割合は年々低下する一方で、知的障害者や精神障害者の割合が増加

ますが、当初は認知症高齢者の方が利用者のほとんどを占めていたのですが、徐々に知的あるいは精神に障害のある方の利用の割合が増加をしてきております（スライド12）。

この日常生活自立支援事業は、成年後見制度と近いといわれたり、何が違うんだという質問を受けたりすることがよくあるのですが、日常生活自立支援事業はご存じのとおり権限の付与というのがありませんので、代理権とか同意権もございません。また判断能力が著しく低下して日常生活自立支援事業の契約内容すら理解できなくなった場合は、利用を続けることができません。そのため、必要に応じて後見制度へ移行していくというケースがあります。

成年後見制度への移行

スライド13の折れ線グラフは、成年後見制度への移行率を示しています。日常生活自立支援事業利用契約終了者に対する移行率ですけれども、今年10月では終了者の内、約半数が後見制度に移行しているという状



14

成年後見制度への移行例

＜保佐類型／在宅＞

- 親族からの権利侵害の防波堤となるため、本人が申立人となり、保佐開始を申立て（申立書類は、成年後見支援センターの支援を受け、本人が作成）
- 法人が保佐人に選任され、日常生活自立支援事業利用契約を解約
- 保佐人は、日常的な金銭管理や転宅に伴う契約等の支援や、親族との間の契約トラブルにも介入する等の支援を実施

＜後見類型／在宅→病院→介護施設＞

- 日常生活自立支援事業を利用し、安定して生活してきたが、体調悪化により入院
- 認知症も進行し、在宅生活が困難に
- 本人の支援者からの相談を受け、市長により後見開始を申立て
- 市民後見人が成年後見人に選任され、日常生活自立支援事業利用契約を解約
- 病状が安定したため、後見人の支援を受けて病院を退院し、介護施設に入所

況です。実際に移行したケースですが、後見類型に移行された方は判断能力の著しい低下ということでご理解いただけたらと思うのですが、保佐類型、補助類型に移行された方というのは、契約上の問題を抱えておられて消費者被害に遭いやすいとか、あとは転居のときに成年後見制度の利用がどうしても必要になったというようなところで、後見類型と保佐類型が大体半々ぐらいの割合になっています。全国的にいうと、日常生活自立支援事業の終了者の内、2割程度が後見制度に移行しているという形になっていますので、京都市は移行の割合が非常に高いといえます。

どんな移行例があるのかということですが、一つ目は、ご親族さんから経済的な虐待を受けておられたケースで、その防波堤としてもっとしっかり守ってほしいというご本人さんの意向もあって、本人申立てで、保佐の審判を受けられたケースです。また、判断能力がものすごく低下してこられたため成年後見制度に移行し、施設に入られたというケースもあります（スライド14）。

権利擁護支援の課題

最後に、権利擁護支援の課題についてです。ご本人さんの意向と周囲の意向との乖離というのがすごく多く見られます。その中で、ご本人さんの意思尊重と安全との間でどうやって折り合いを付けて行くのか。また、ご本人さんだけの問題ではなく、例えば8050の問題（「80」代の親が「50」代の子どもの生活を支える問題）であるとか、障害のあるご家族がいらっしゃるとか、世帯として複合的な問題を抱えているというところで、ただ高齢者を守るだけではとても権利擁護とはいえないというような問題もあります。縦割りの制度の中であって、支援者同士がしっかりと横で手をつないで隙間の問題に対してどうやって力を合わせていくか、そういうことが必要になっています。あとは養護者（家族）に対する支援、虐待をしているご家族への支援ですが、結局、今の高齢者虐待に対する支援でいうと、虐待を受けておられる高齢者も虐待をしている養護者（家族）も、支援をする機関というのは同一なので、そここのところの難しさというのがあると思います。

最後に、近年の高齢化の進展に伴って認知症高齢者も増加しています。さらに、世帯規模が小さくなり、高齢者のみの世帯も増加しています。そうした状況下で、地域社会の中で関係がうまく築けていない、社会的に孤立されている高齢者は少なくありません。問題が発生してもそれが可視化されない、誰も気づかないうちに問題が深刻になってどうしようもないようになってから見つかる。そうなると対応に非常に苦慮することになります。いかに早い段階で、いろんな権利侵害につながるような大きな問題に発展しない間に見つけていくのか。社会の変容の中で新しい道を探っていく必要があるのかなと思っています。

権利擁護支援の課題

15

- ▶ 本人の意思と安全との折り合い
- ▶ 複合的な問題への対応
- ▶ 養護者に対する支援
- ▶ 認知症高齢者や独居・高齢者のみ世帯の増加
- ▶ 社会的孤立への対応

フロアをまじえたパネルディスカッション

今中 それではパネルディスカッションを開始したいと思います、初めにパネリストの先生がたの間で何かご質問とか、パネリストからご意見とか、追加のご発言とかございますか。

児玉 全体の話聞かせていただいて新境地に至り、本当に勉強になりました。そして今思ってる以上に制度のきしみが大きい中で、何とか現場の工夫で、日々の地域生活の安心を必死に守っているという状況の中で、もう少し高精度な動きができないかなと思います。私は弁護士として仕事をしているのですが、ちょっと伝え聞くところによると、法務省と最高裁事務総局に成年後見制度を委ねる可能性があったのが、いよいよ厚労省が一步前に出るのではないかという話をお聞きして、そういう法制度の整備を一層進めるべきニーズと、それから着想のシーズと、きょうはたくさん聞かせていただけたと思います。本当に勉強になりました。ありがとうございました。

今中 児玉先生、どうもありがとうございます。先生がたのほうで何もございませんでしたら、質問をお受けしますけれども、よろしいでしょうか。それでは、ちょうど熱いディスカッションをするのにいい具合の人数かと思しますので、ご用件とかご質問とか、いかがでしょうか。

児玉 ちょっと一つ問題提起よいですか。私が個人的に、介護保険制度に入るときに、どういう成年後見の施行がなされたのか、制約の部分もいろいろ考えました。例えばドイツ世話法は、こんなふうに進んでいるというような情報もたくさん出たタイミングでした。それから、確か愛知県立大学の大曾根寛先生がバルドワーズ地域のモデルについて本に書かれて、大変感銘を受けました。法人後見であり、しかも、しっかりした法律家はきちんとした役割を果たす。例えば、それが認知症の人の財産管理であれば、その役割を果たしてもらい、また、刑事事件や虐待や人権擁護に必要な豊富な知識を以て専門家として発揮してもらおう。ただ、法人と異なり自然人に後見をゆだねるというのは、その方の命が尽きたときに一体どうするのか。特に障害児・者の親にしてみると、専門家の弁護士の先生というのは自分の子どもより必ずうんと年上のこともありますので、先に死ぬ人に子どもはゆだねられないでしょう。ただ、なかなかそのへんが進まないという経緯があってですね、あまり法人後見、法人後見と言うと、誤解を受ける、もしくは、叱られるわけなんです。本当に先生によって、ケアも含めて理解をしてくださるとしてもです。手弁当で頑張ってください立派な後見人もいらっしゃる、うまくいかない人もいるという実情です。権利擁護をして人の生活を支えるには、どんな制度がいいのだろうかというようなことについて、ご意見でもコメントでも質問でも何でも、会場の方からもちょっと聞いてみたいような気がします。

今中 はい。非常に重要な課題がでてきましたけれども、いかがでしょうか。

フロア① 昨年まで公立病院で院長代行をしておりました。成年後見人の先生は、医療方針の決定ができないうでしょう。恐らくお一人さまのときに、例えば医者や家族の後援がない方に、例えば緊急手術をするというとき、非常に困るんです。成年後見人に相談しても、それは私が決めることじゃないということになりますよね。恐らく京都市の方もそういうことで困っておられることがあるのではないかなと思うんですけれども、そういうのはどうでしょうか。

矢部 困っています。後見人が医療方針を決められないということは近年周知されつつありますが、以前は病院と何回かトラブルになりかけました。特養などの施設でしたら、ご本人さんが施設に入られた段階で、最期までどういうふうに暮らしたいと思うか、どのような医療を受けたいのかというようなことを、少しずつご本人さんから聞き出していかれるところもあります。ご本人のそういう意思を確認しておられると、最終的なところで、担当医を交えたカンファレンスで方針を決める手がかりになるというケースが増えてきています。最期の意思決定を後見人1人がするというのも変な話ですから、ご本人に関わるチームで、ご本人の意思を踏まえてどういうふうにやっていくのかを検討する形が広がっていけばいいかなと、私は思っています。

フロア①（続き） 実は、私の妻が介護保険施設の訪問診療を、昨年まで在宅医療として行っていたのですが、そのときにリビング・ウィルというのは遺言書みたいに効力を持つものなのかどうかと思ひまして。自分はこのことはしてほしくないというものを書き出してあるわけです。そうすると、違う家族が来て「こんなことはわしゃ知らん」ということがいっぱいあるんです。ですから、リビング・ウィルを示す、終活をするということの意思決定を、ある程度尊重するということが制度としてやってもいいのではないのかということと、成年後見人には、医療に関してアドバイスできる人がもう一人どこかにいれば非常にありがたいなというふうに私は思います。

児玉 二つ、別の論点があると思います。成年後見人というのは、どういう役割を果たすべきか。これは二つに分かれています。また、成年後見人のような役割の人を、諸外国のリビング・ウィルと比較して、どういう役割のものとして成形すべきか、日本では現状どうなっているのか、こういう成年後見に関する論点の一つあります。もう一つは、医療におけるインフォームド・コンセント、説明と同意というのは何かという部分が、別の論点としてあります。例えば、最近本当によく聞かれることなんですけれども、ある方が最期の看取りの医療をしたいという希望を持っていて、だんだん、判断能力も意識も遠のいておられる。そのとき、同席しておられたのは長男のお嫁さんであって、実はいつもこうしてほしいと言っていました、と言っていると。付き合いのない人ほどもめやすいというのが最近の経験で、大体そこへ10年ぶりにやって来て、「こんなんってしまった」と号泣している遠い親戚が突然やって来て、自分にも相続権があるはずだと。自分は絶対この相談の仕組みは賛成または反対だとか、延命治療も「早く止めろ」とか、「ずっと続けろ」とか、いろんなことをおっしゃるわけなんです。

元々医療の同意というのは、相続権者全員の一致でなくてはいけないというのは、例えばアメリカ全州で1州もそんな法制度をとっている国はないんです。相続権とは違う。医療における同意というのは、本人の判断能力が不十分なときに、本人の権利擁護のために誰かがその医療者の独断的な判断をチェックする機能を果たすことができれば、それこそがインフォームド・コンセントなのです。親戚のどこに電話かけても電話に出てくれない。「とにかくうちは何も言いたくありません」。携帯電話で構わないと病院からかけるとつながらないというような親戚しかいない中で、付き添っていただいている介護福祉施設のヘルパーさん1人でも、話をし、その方に手術が今必要だという話を説明していく。その方に、普通の常識として、それは必要なことですねと言ってもらって、カルテに残そうと。それでも心配だったら、倫理委員会にかけよう。今このまま見殺しにするのがいいのか、連絡が取れない家族を待って相続人全員一致という架空の前提を追求するのがいいのか、手術がいいのか、みんなで考えてみて、多分結論はゴーになるから、僕もゴーに一票入れるから、倫理委員会行って一緒に一票入れるから一緒に頑張ろうというような助言をしていることが多いです。

インフォームド・コンセントが、相続権と混同されているという日本の法律論の間違いを、まず正さないとはいけない。もう一つ、成年後見を財産権だけなんだと、身上監護にはしないんだと言って、制度を作ってしまったという、二つの法制度上の不備があって、こんなことになっているのではないかと、私は思います。

フロア①（続き） 結局、自分がそういうふうになったときに相談されて、どうしたらいいですかと聞かれたとき、俺が責任取るのは嫌ですと言ってみたのですが、もし変なことになってしまうと結構重いことですね。そういうことがありましたので、質問させていただきました。どうもありがとうございました。

今中 ありがとうございました。では、つぎどうぞ。

フロア② まず、きょうはお話をありがとうございます。在宅医療、訪問診療をやっているもので、ちょっと今のお話に関連しているかもしれないのですが、どうしても聞いておきたいことがありまして。その医療における同意を誰がとるのか、権利と言うか義務というか、あまり法的に規定がなくて、誰がとってもいい。ご家族の方ではなくても、法律的には間違っているというようなことではないという理解でいいのでしょうか、インフォームド・コンセントというのは。

児玉 日本の法律ですと、何もちゃんと決まっていないます。ではアメリカの法律は極めて厳格に決まっているのかというと、一応目安として相続とは別のネクスト・オブ・キンという。キン（next of kin）という身近にいるような人との間で、インフォームド・コンセントを取る。同居している配偶者からスタートして、順位づけを法律で決めている。医療の場合、緊急の対応が必要ですので、そういうその身近にいて同意をしてくれる人に第三者的にチェックをしてもらうことこそがインフォームド・コンセントの本質だという議論が、アメリカではすごくはっきりしてるんですけども、日本では、ほとんどごちゃごちゃになっています。全員一致の同意を取っていないからできないのだという議論をされる方がいます。特に手術の内容にもよるんだろうし、治療法にもよるんですけども、法制度できちんと整備をするべきと、僕は思います。これは必要な手術をしないで死なせたときの責任と、必要な手術をして日本型「インフォームドコンセント」に反するという形式的だけの問題で責められたときの責任とを比べると、はるかに形式だけの責任の方が小さい。しかも、それが医療チームと、それから倫理委員会や、近隣の人も含めた倫理委員会でやるべきという声をいただいているのであれば、連絡はつかなかったものの同意を取っていなかったからその手術は違法だと言う判断は裁判所にはできないはずで。現実的な解決で前へ進んでいくしかない。ただ残念なことに、裁判例もばらばら、法律の整備もないというところで、実は、この成年後見と同意をめぐる問題というのは、法制度の不備があるからこんな混乱が起こっているのだというのが私の結論です。

フロア②（続き） 法律とかのガイドラインが近日でできるような見込みというのは、あつたりするのでしょうか。

児玉 終末期に関しては、法律で規律しなくとも、介護者を含めた医療チームが情報を共有しながら、一步一步教訓を残しながら進んでいくということでもいいというのが厚労省の終末期のガイドラインの考え方です。ほぼ問題ないのに死なせてしまったときについては、たくさん内容の似たような判決文で、川崎協同病院事件の控訴審判決等は、とにかく法律またはこれに代わりうる明瞭なガイドラインを作ってもらわないと裁判所も判断ができないのだというようなことを、異例のことですけれども、そういう嘆きを判決文で書かれたこともあります。今では決まっている話でも、一步一步事例を頼りに、厚労省の今のガイドラインは、みんな話し合いながらその時々一步一步ずつ進んできた、その考えを尊重しようと言っている。それで足りないならば、まさに ACP、アドバンスド・ケア・プランニングで、それを補充していこうという。いわゆる^{ほふくぜんしん}匍匐前進で、状況を打開するようなことを今やっているところです。法律で一刀両断にこれこれの条件がそろったときは OK とか、こんな条件がそろったときはアウトとかという線引きの議論をしてみると、多分 100 年ぐらいはかかりそうな気がするので、それはなかなかできないのではないかな。むしろ、厚労省のガイドラインを軸にしながら、一步一步前進していくしかないかなというふうに思います。

フロア②（続き） 先生のおっしゃるような、すごい現場のちょっとしょぼい話を結構したんですけど。例えば、ACP に関わることでいえば、手術とかかなり大きな侵襲的なことについてだったらいいのですけれど、

現場で結構手身近なことで煩雑なことが生じていまして。シーズンは終わりましたけれど、インフルエンザの予防接種のときとか、同意書のサインがないと公費をもらえない。自己負担が1000円ぐらい発生する予防接種なのですが、そういうときにサインを誰にもらうかということで、この手の医療機関はそれでその医療以外のすごく煩雑な事務作業が発生します。例えば、施設に合わせて、施設でもその施設長の代理のサインでOKとしている施設もあり、施設ごとに対応も結構現場に任せられて違ってきます。家族を探さなきゃいけないケースとかもあったりして、医療機関が、そういう確認にすごく煩雑な手続きを取られてしまうことがあります。こういった医療以外の業務が生じてくるのが、手術というような侵襲的じゃないプライマリーなことで起きています。これは高齢者だけではなくて、例えば養護施設にいらっしゃる子どもさんの予防注射についても同じようなことがあるんですけども。かえってその現場に任せるよりは、ルールを確認するのが大変なので、法律ができたらうれしいなというふうに、現場としては思います。

児玉 一言だけ。今、権利擁護のために誰かの手は必要です。医療者と、それから物言わぬ患者だけの関係で決めないといけないのははっきりしています。私は自分の顧問先の病院からヘルパーさんが連れてきた人でサインをもらえないんだけどってというような相談がしばしばあります。そういう予防接種とかであれば、日本の制度の中で、患者の権利擁護インフォームド・コンセントで、施設長さんやケアをしておられる方のサインがあって、それが違法になることがあるはずがないということを申し上げています。ただこれは、また別の弁護士が出てくると、違うことを言うかもしれない。もしそういう非現実的なことを現場に要求するのが法律だとすれば、法律が間違っているのだと思います。法律の間違ひは法廷で正さないといけない、それがわれわれ弁護士の仕事、間違った法律を許さないのが、われわれの仕事だというふうに思います。

フロア③ お話ありがとうございました。西京区のほうの在宅医療のクリニックで経理を担当しています。まず、クリニックができてまだ3年目なのですが、その成年後見人制度を知らないドクター、先生たちがすごく多いなと感じています。実際そのクリニックを継続していく中で、その後見人が付くとなったときに、「後見人って何なん」みたいな話から始まり、その人がどんな役割を持っているのかを、医学の中で生きてきた人たちは全然知らなかったりする。先ほど、先生がおっしゃっていたのですけれど、実際かかりつけ医がいるのに後見人さんが勝手に違う病院に連れていったり、患者さんが独居で天涯孤独なんですけど、最後家で亡くなりたいと言っているのに、いやいや連れて行きますというようなケースが出てきたり。その認知度、成年後見人ってどういう役割があるのかというのを浸透させる必要がもっとあるのかなと思います。医療サイドと法律サイドの歩み寄りというか、情報提供というのがもっと必要になってくるのかなというふうには思ったんですけど、これに関して、どういう工夫が必要だと思われますか。

児玉 どちらかと言うと、谷利さんであれ矢部さんであれ、現場の施設の方が間に入ってうまく調整役をいろいろな立場で何とかしておられる。医学部で基本的な社会常識となる制度の知識を全然教えられていないので。そういうことを教えるプロセスが必要なんじゃないかなとも思います。あと、法律家になる人たちに、福祉に関して教えているのかなということにも懸念があります。このような人の生活を支える法制度についての最低限の知識を、法学部でも法科大学院でもあまり教えていないので、それは何とかならんもんかと思っています。

入江 児玉先生が全部あちこち行けばいいですけども、それは言っても仕方ないので、では、どういうふうに考えたらいいのだろうかと思うんです。やはり一番問題なのが、医者と弁護士が先生と呼ばれていて、人に教えるということが前提になっていて、自分が知らないということをなかなか言えない、そういうことが一つはあるということだと思います。何が言いたいかというと、さっき矢部さんとかもおっしゃっていただいたと思うのですけれども、要は、現場の中で、相談、カンファレンスみたいな形で、医者がいつもカンファレンスに参加するというのはなかなか難しかったりするかもしれませんが、看護師であるとか、コメディカルの方と、医者もそういうところに顔を出す、そこに弁護士も入ってもらう。弁護士や福祉の人とか医者が何を考えて何に困っているのかという、そういうことをお互いに学べるような、そういう場づくりみたい

なことができる。

法学の、弁護士の分野でもリーガル・ソーシャルワークというキーワードで、社会福祉士と弁護士と両方資格を取るという人も少しずつ増えてきております。そういう形で、橋渡しができる法律家を育てる、育てながら一緒に考えていくということを、一方でやらないといけない。恐らく、新しい制度で一刀両断にという話は100年かかるだろうと思うので、その現場レベルでのある種の今までの関わり方とはちょっと違う関わり方を開発していきながら、少しずつ解決する、あるいはできるやり方を広げていく。そういうボトムアップのアプローチが求められていて、そこに参加できるように気概を持つ、あるいは、柔軟性を持つ若い弁護士なんかにはポテンシャルのある人はいると思うので、そういう方を巻き込んで活動していくことが大切だと思います。実際社会のいろんなところにそういう方が出てきていると思います。今のところ、そういう輪を広げていくということでは、なかなかできないのではないかと。例えば、その措置が契約に変わったと言っても、働いている人々のマインドというのは、そんなすぐに変わるわけではありません。良いケア、良い意思決定ということができる場を少しずつ広げていくということです。広げていった上で、最後は原さんが統計的な分析で証明してくださったように、明確化された上でより現場が安心できる制度ができればいいのではないかと思います。

フロア④ 恐らく医者というのは、今までの急性期の医療で行けると思っているんです、まだ。これからは今のケアマネージャーの能力がいるんですということを言ってきたのですが、一部は分かっても、検査して手術してちょっと急性期医療をやれば、医者はずっと生きていけるとまだ信じこんでいます。本当はあと20年したら、治すこと、対象がいなくなってしまうということが考えられます。それから、130万ですか、20年頃になったら160万ぐらい、そんなになりますから。それをどうするかちゃんと考えておかないと、病院ではもう死者を受け入れることができないんです。明らかに分かっていることですが、まだ現場の医者は分かっていない。そこが一番問題なんです。

今中 今までの課題につきましては、谷利さんや矢部さんのほうからお願いします。

矢部 確かに、お医者さんとの関係は難しいこともあるのですけれども、すごく変わってきているのは肌で感じています。というのは、後見の申立てに必要な診断書の作成を患者さんのご家族から頼まれたお医者さんから、ここの部分をどういうふうに、この設問もどういうふうに解釈したらいいのかということ、うちの長寿すこやかセンターに聞いてくださるということがあります。ほかには、自分の患者さんに後見人をつけたほうがいいか、今関係者で話し合っているのだけれども、医師としてはこう思うとか、カンファレンスでどういうふうに患者に提示したらいいかというようなことを言うてくださるような方もおられます。電話がかかってきて、ちょっとびっくりするときもありますのですけれども。私は、成年後見の関係の今のセンターに異動して6年目なのですが、その前から権利擁護の関係の業務を社会福祉協議会の中で担当していました。後見制度は創設から20年ですが、この間、やはり全国的にまだまだ制度が周知されていないと言われてはいますけれども、市民の方とお話している立場としては、結構分かってくくださる方が増えて来たという実感はすごくあります。私たちの普及啓発の課題でもありますが、医師などの専門職の方にはしっかりと制度を理解していただくことが大切だと思います。また、一般の市民の方に、より広く知っていただくというところに取り組むこともセンターの重要な役割だと思います。今おっしゃっていただいたことは、京都市とも課題を共有して取り組みを進めていきたいと思っています。

今中 谷利さんのほうから、何かありますでしょうか。

谷利 成年後見制度の普及の話なのですが、今回、成年後見制度の利用促進に関する地域の協議会を設けまして、その中に弁護士会や医師会をはじめさまざまな職能団体等から参画していただいています。そういう場で協議したことを各団体で持ち帰っていただいて、各団体の中で周知していただくことも考えられます。そうした機会を通じて、制度の理解が広がるようにしていければと思っています。それと、先ほども少し申し上

げたのですが、身元保証人に関する理解が、医療機関等でまだ広がっていないように感じられます。国の調査では、受入側が身元保証人に求める役割として、緊急連絡先やお金の支払いが多かったと思いますが、身柄の引取りや医療同意等もあります。法改正後は、成年後見人も被後見人の死後の埋火葬の契約手続きですとか、支払い等の事務もできるようになりましたが、医療同意等はできません。近々、そういうことを改めて医療機関等にも周知させていただきたいと思っていますが、そうした機会を通して理解を広げていただくことができればと思っています。

フロア⑤ 今の後見人制度に関係することでも、他の事例でも、現場でお困りのこととか提案とかご質問とかございますか。

始田 福祉の介護の立場なのですが、医療職との連携の中で、私たちは後見人ではないのですが受診の付添いの際にはその役割を求められることがあります。また施設の利用者はこの先長期的に施設で生活することを前提に看取りを希望している方がたくさんおられます。そういう方が急な病変で急性期の治療を求めた場合に、その方の ACP など延命に関する方針などの確認が付添いの者にあたりします。病院としては当然の確認と思いますが、延命が不要な人に何を治療するのか？など、私たちからすれば今熱さえ下がればまた施設で元気に過ごせる思いで診察することもあるのですが、最終的に看取りをするのであれば、何もすることがないみたいに冷たくあしらわれるようなことがあったりします。そういったところで、まだまだチームにはなっていないのかなというような思いを感じることがあります。

今中 他にご意見等、ございますでしょうか。どうぞ。

フロア⑥ 今、介護従事者が非常に不足している中で、介護の施設に、医療でもそうですけれども、サービスの要求水準が年々高くなっていく中で、トラブルも非常に多い中で、介護従事者の方々がなかなかやりたい介護に集中できないと言いますか、恐れてしまって、なかなか介護のサービスが提供できなかったり、介護の大変さから介護離れにつながっていったりしています。そういうところで、これからどんどん介護従事者が増えていく中で、この介護従事者を守るような視点での法制度、施設の中での仕組みづくりがこれから必要なのではないかなと感じています。そういった視点で、例えば、国や行政の立場あるいは視点からの法制度のあり方であるとか、施設の立場からの施設内での仕組みづくりのあり方など、可能でしたら先生がたからお話をお伺いできればと思います。

始田 施設の立場からの話になります。明らかに介護従事者は足りなくなると思いますので、その準備をこれからしっかりとしていかなきゃいけないというのは感じています。ただ、働く人の気持ちはこれまで通り、ご利用者さんの生活の質を守るという意味で維持していかなきゃいけないという考えではあります。過剰なリスクマネジメントにならないような医療運営をしっかりとしていかなきゃいけないのかなと思っております。ただ、その気持ちが法に守られているか、その辺り話はまた別になってくると思います。精神論になりますが、いかにご利用者さんの生活を支えるバックグラウンドの皆さんのいい環境を作っていくかというのが課題なのかなというふうには考えています。少なくとも、介護職員のモチベーションを下げるようなことだけはしたくないと考えています。

入江 私のプレゼンテーションの中でも、ちょっとだけコメントさせていただいたのですが、最後に、利用者からの介護士への暴力とかハラスメントみたいなことが、ユニオンの調査でかなりの割合の方がそういうものを経験しているということが、データに出ています。そういうものをどう考えるかという話があると思います。多分、実際にそのシステム、紛争システムデザインという考え方が、そういう問題が起きたときの対処の手続きを作るという上で一つ重要ということです。問題としては、現場で働いている人を組織が守ってくれなかったみたいな意識をどうすれば持たせないようにできるのかということです。そういう話が、もう一つ重要なところとしてあるだろうと思っていました。具体的に何をするかと言うと、やはりそれぞれの

患者側の言い分、それからその介護者側の言い分というのを、話し合えるようなある種の間づくりということの一つやるということ。それから、今までどちらかと言うと日本社会というのは「けんか両成敗」という言葉もあるように、問題が起きたということ自体で、担当していた人が責められるという、そういうある種の社会的な常識というのがあります。紛争管理の理論と言われているのは、そう言うときれいごとに聞こえるかもしれませんが、紛争があったということ自体で誰かが責められるということではなく、むしろ、それを学習の機会として、今後組織としても学んでいけるような方法としていく考え方です。そういう一つの出来事を、誰か1人の責任ということではなくて、組織のものとしていくというような流れを作っていくということになれば、1人の担当者が守ってもらえなかったという意識を持つことなく、自分としては苦い経験だけでも、これを糧にこれからもやっていこうという話につなげていくことができる。理論的な考え方はそういうところがあるのかなと。決してその話し合いだけですべての問題が解決するというようなイメージではなくて、当然、話し合いでは納得しない方がいらっしゃるの、そこは例えば2時間の話し合いが終わったらもうそこで終わり、納得できないのだったら次のプロセスに誘導するというような形で、次の手続が用意されている必要があります。それぞれの手続では無理をせずにやっていくという、そういう発想で取り組むべきです。組織単位でできるような考え方はあるんじゃないかなと。医療メディエーションでやろうとしていることも、もともとはそういうことだったはずなので、それに類するようなことを介護の現場でもやっていく余地というのはあるのではないかなというふうに思います。

谷利 高齢者の権利擁護を進めていくためには、法や制度の整備が望まれるものもあります。例えば、今日少しお話しさせていただいた、身寄りのない高齢者が亡くなった後の葬儀や残置物処分等をどうするかという問題です。身元保証や死後事務等のサービスを提供する民間団体もありますが、以前利用者の預託金を使い込んで破綻した民間団体の事例もあります。現状ではこういうサービスへの需要はあっても、法制度が整っている状態ではないと思いますので、こういう所で安心して利用できる仕組みを作っていくことが望まれます。地域ニーズを見つけて、その地域でローカルな仕組みを作って、そうした事例が積み重なったり広がったりして、法や制度の整備につながっていくということもあるのかなと思っています。

矢部 即効性はないのですが、これからの課題として、やはり地域で孤立されている方を見ていますと、もともとそんなに社会とのつながりがなく、もともとそんなに社交的でない方、お家の中にいて、そこがご夫婦であったり、家族であったりする、そのクローズな関係の中で、歳を取ってだんだんと体が動かなくなったりして、課題が発生するというところがあります。今、結構どこでも言われていますけれども、引きこもりが問題となっています。引きこもりの高齢者でも、元をたどると結構前から引きこもりだったというような方がいらっしゃいます。社会的な課題として、そういう社会とのつながりを断っておられる方に対して、外に出てきていただくような取り組みは、地域それぞれの住民の力や介護施設等の力でやってはいますけれども、外に引っ張り出していく人というのが、すごく必要だと思ってます。地域において顔が見えるようなつながりの中で、できるだけ高齢期になる前から、引きこもりの方に対してしっかりとサポートをして行く。その方が歳を取られても、そのつながりの中で周囲の関係者の方に話をしていけるような。地域の人と話ができればいいのですが、たとえそれができなくても、どこかの施設とつながっているとか、包括的にお話しできるとか。そういうような糸口をできるだけ早くに、認知症であるとか、本当に高齢になって力が弱ってしまう前に作っていくという取り組みが大切です。だから、今、引きこもりの若者とか壮年の方に行っているような取り組みを、しっかり強化していくということが、高齢者の社会的孤立への今後の対応になるのではないかなというふうに私は思っています。

始田 私も施設の存在意義という観点から、施設はプロフェッショナルの集まりになるのかなというふうに考えております。現状であればどうしても、サービスが必要になってから相談に来るケースがほとんどなのですが、もっと活用していただいたらなという思いの中で、ただ具体的にどうすればいいのか、どうあればいいのかというようにところで悩んでいるのが現状です。結構、自治会や老人会の皆様に、こんなことができますよと、単発で健康教室のお手伝いや認知症のフルケアであるようなセミナーのお手伝いだとか、

そういうものはさせてもらうのですが。もっともっと気軽に開かれた施設であるような、市民の理解なのか、何がされてるのか分からないですけども、そういう施設でありたいなという思いから、お話をさせていただきました。

今中 ありがとうございます。では、最後に一言ずつ。児玉先生、入江先生、今後についての一言をお願いしようと思います。

児玉 福祉の話に向き合って、私は問題がたくさんあるとは思いますが、皆さんのお話をお聴きして、前向きな明るい気持ちになりました。私が弁護士という仕事を始めるときにある人から「一燈照隅^{いっとうしょうぐう}」という言葉をおそわりました。一つ明かりがあれば、一つの隅が明るくなる。全部を一度で解決するような制度は決めてないのですが、いろんな人の思いが、この隅を自分が照らそうという決意の連なりが、多分少しでも住みやすい町づくり、安心できる町づくりに繋がっていくんじゃないかと思いました。ありがとうございました。

入江 ちらっとうちの父が要介護を取りましたという話をしましたが、その利用者側に立つと、いろんな制度がありそうなのに、実は気の利いた施設を探すのもなかなか大変みたいなのがあったりします。本当に実際、社会保障法を勉強すると、制度が出来上がっているみたいに見えるのですが、いざ、1歩利用者の側に行くとほころびだらけとか、なんでこんなことになっているんだろうみたいな、そういうことが日々あるなというふうに思っています。ただ、児玉先生がおっしゃっていたように、明るい兆しみみたいなのも同時にあるような気もしているのです。様々な地域の努力が、ボトムアップに丁寧につながっていくということで、同時に、上のほうの制度を動かしていくみたいな、そういう両面でやっていくということが必要なのかなと思います。ありがとうございました。

始田 すごく勉強になりました。こういう場所は慣れないのでうまく言えないのですが、もっとスマートに、地域力をもっと上げられるような関係ができればいいなという、ただただその思いです。ありがとうございました。

谷利 本当に勉強になりました。高齢者の権利を擁護していくためには、これからも法や制度を進化させていくことが必要になると思っています。例えば、虐待認定をして高齢者を被虐待者から分離し、面会制限をかけることがあるのですが、以前、面会制限の解除を求めて民事調停の申し立てがなされたこともありました。行政訴訟ならともかく、民事調停になじむものではないと思っています。現場の実情にそぐわない面があれば、よくしていくような取組みはこれからも必要だろうと、個人的には思っています。

矢部 きょうはありがとうございました。例えば、成年後見制度一つとっても、本当にうまく本人の権利が守られている事例もあれば、制度を使うことによって本人の権利が侵害されている事例というのも実際にございます。今日は、そういう事例をお話しできませんでしたが、法制度が悪いというような話ではなくて、うまくいっている事例について、私たちの機関の職責でもあろうかと思っておりますけれども、こういうふうにする関係者も関わりやすくなるし、負担も軽減される。そして、ご本人さんに後見人が付いていてよかったというケースを、しっかりと社会に発信していくことが必要です。その上で、課題のある後見人の対応について、改めていただけるような流れができればいいかなというふうに思っています。ですので、できるだけいい取り組みを広く発信していきたいなと思っております。以上です。ありがとうございます。

原 きょうは大変貴重なお話をたくさん聞けて、とても勉強になりました。きょうのお話を聞いて、これからの医療介護福祉というところで、さまざまなデータや分析を提供させていただきましたが、実際現場の方と行政の方、公立の方、私が研究としてやるべきテーマもあったと思いますので、今後お話をいただきながら、いろいろな研究、実際に役立つところを成果として出していきたいと思っています。どうぞよろしくお願いします。

山田 本日は、大変貴重なお話をたくさんいただきまして、本当にありがとうございました。私自身、全く不勉強でございまして、実はこの企画を最初に考えたときには、かなり伝統的な法律の考え方にのっとり、紛争というのは個人の意思とかあるいは自由だとかということをまずは前提にして、しかし高齢者の方だからいろいろと印象もあるだろうと、それで紛争解決や成年後見もいいんじゃないかというぐらいの、安易な気持ちもややあったのでございます。ただ、本日の皆さまのお話を伺いまして、法の考え方そのものに鋭い刃を突きつけられたというか、個人の自由とか意思決定と安易に言っているものが、いかに児玉先生の言い方を借りれば、法による力にさせられたものであるか。今のコメントにありましたように、紛争の前にどうするのか。それから、関係者の気持ちをどうするのか。さらには、高齢者の方の意思をいかに凝縮できるようなネットワークを作っていくのか、というあたりまで目配りをしないと、法というのは今後意味がないものになっていくのではないかと。かなり人間的な法というものを考えていかないといけないということを、つくづく思いまして、いろいろと考え直さなきゃいけないと思った次第です。

今中 本日は、高齢者と介護をめぐるトラブルとリスク、お並びの先生がたから教えていただきました。私にとっては非常に新しいことばかりだったのですが、安心して暮らせる町づくりに向けて、いかに共通の問題が重要かということをはっきりと認識されました。きょうはこのような会合ができ、課題も見えてき、それなりに共有できたと思いますので、それを今後、解決に向けて積み上げていくようなことも重要だと思いますし、そういうところに国際的に力を合わせるように、また実際にちゃんと連携して進んでいけるような仕組みを積み上げていきたいと思います。引き続き皆さんからお教えやご協力をいただきたいと思います。

きょうは大変お忙しい中、お並びの先生がたには非常に貴重なお話をいただき、ありがとうございました。また、きょうご参加いただきました方には、貴重なご意見ご質問がありまして、本当にありがとうございました。今後もこの課題については積み上げていって、解決に向けて少しでも取り組んでいければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

産官学コンソーシアムPEGASAS 2019年度特別シンポジウム記念誌
安心して暮らせるまちづくりに向けて 高齢者と介護をめぐるトラブルとリスク

2021年3月31日発行

編集・発行：京都大学 超高齢社会デザイン価値創造ユニット
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町
京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野内TEL 075-753-4454（代表）
<http://super-ageing.kyoto-u.ac.jp/>

ISBN：978-4-9911880-1-5

