

平成29年度 訪問看護管理者養成研修会
～体系的に学ぶ管理者の役割～
第Ⅱ期 資料

全国訪問看護事業協会

平成29年度
訪問看護管理者養成研修会
～体系的に学ぶ管理者の役割～
第12期生
< 大阪会場 >

第Ⅱ期 資料集

日時：平成29年 10月12日（木） 10：00～17：30
10月13日（金） 9：00～17：30
10月14日（土） 9：00～16：30
会場：大阪社会福社会館

一般社団法人全国訪問看護事業協会

Supported by  日本 THE NIPPON
財団 FOUNDATION

平成29年度 訪問看護管理者養成研修会

～体系的に学ぶ管理者の役割～

Ⅱ期 資料集

< 大阪会場 >

平成29年10月12日～14日

会場：大阪社会福祉会館 大阪府大阪市中央区谷町七丁目4番15号 大阪社会福祉会館5階

発行・編集 一般社団法人全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1丁目3番12号 杏丁目参番館401
TEL 03(3351)5898 FAX 03(3351)5938

禁無断転載

訪問看護管理者養成研修会について

本研修会は平成 17、18 年全国訪問看護事業協会の研究事業「訪問看護ステーション管理者養成プログラムの開発」で開発した研修プログラムをもとに開催するものです。

この研究では、有識者と現場のステーション管理者からのヒヤリング、およびこれまでの調査研究等の文献検討から、訪問看護ステーション管理者に求められる能力を「6つの機能」(表1)と「12のスキル」(表2)に整理しました。

さらにこれらの管理者としてのコンピテンシーを獲得し、健全なステーション運営を担えるスキルを獲得すべく、具体的な研修プログラムを開発しました。

3期9日間の本研修科目のそれぞれの講義ごとに、シラバスを作成、受講生の到達目標(表3)を設定しています。

本研修会の全過程を通じて、管理者に必要な能力を取得できることを本研修会のねらいとしています。

表 1

	管理者の機能
1	訪問看護に関わる最新情報や知識の取得(制度の動向や訪問看護の最新知識・技術)
2	経営の基本的な知識・ノウハウ
3	実践的経営能力
4	人材育成
5	人材管理
6	組織の運営管理

表 2

	管理者に求められるスキル
1	論理的思考(ロジカルシンキング)の技量
2	判断力
3	経済的思考力
4	先見性
5	哲学的思考
6	柔軟性・対応力
7	交渉・折衝力
8	行動力
9	責任感・責任遂行能力
10	支援力・支援的姿勢
11	バランス感覚
12	プレゼンテーション力

平成29年度訪問看護管理者養成研修会シラバス			
分類	科目	到達目標	講義内容
(1)訪問看護制度論	①訪問看護を取り巻く制度と政策	訪問看護関連の施策・制度と動向を理解しコンプライアンスに基づいた事業運営が出来る。	訪問看護が位置づけられている老人保健法・健康保健法・介護保険法・改正介護保険法・医療制度改革等制度の概要（診療報酬・介護報酬等含む）、事業展開において準拠すべき法制度内容とその対応/情報開示/情報公表(制度)
(2)訪問看護経営・経済論	①経営状態の把握・評価(経営に関する基本的技術)	1. ステーションの適正な経営の実際/事業収入と支出額の把握と採算性を評価できる。 2. 経営状態を把握し、今後の戦略を考えることができる。	<1>経営分析の基礎知識－帳簿類のデータをどう加工し、経営分析に役立てるか？ <2>訪問看護ステーションの採算性と経営効率化の考え方
	②経理・財務の実際(経営に関する基本的技術)	1. 毎月の訪問看護の実績と保険請求額の把握と帳簿記載等の管理が出来る。 2. 利用料金及び未集金含め財務の管理ができる	<1>収入管理と支出管理の基礎知識－日々・月次の帳簿記載のあり方 <2>訪問看護ステーションの経理課題－未収金管理はどう行うか？
(3)運営管理総論	①管理者の制度的な位置づけと役割・機能	管理者の制度的な位置づけと機能・役割を認識できる。あるべき管理者像を描くことができ、実践モデルにできる。	制度における管理者の位置づけ/管理者の役割と機能/人事と経営のリスクマネジメント/コンプライアンス/個人情報の保護/倫理関連
	②看護管理概論(看護管理に必要な知識体系、看護管理者の役割と活動)	看護管理者に必要な知識体系を学び、看護管理者への活用を理解する。看護管理者の役割と活動を理解し、看護管理者のあり方を考察できる。	看護管理の概要/看護管理に必要な基礎知識/看護管理者の役割と活動
	③リーダーシップ論	リーダーシップが何かを理解できる。ステーションの状況に合わせたリーダーシップ論が考察できる。	リーダーシップに関する基礎知識や問題解決に不可欠なツールを習得。実践的な問題解決能力を涵養する
(4)実践的経営論	①マーケティング初級編	管理者に求められる経営力として、マーケティング・マネジメント・ストラテジのあり方を理解し、実践できる。	マーケティング:地域(市場)の分析/利用者確保/地域のネットワーク/連携 等
	②ストラテジ初級編		ストラテジ:訪問看護成功の手段/計画/分析/将来展望
	③経営マネジメント		マネジメント:マネジメントとは/ポリシー/利用者とサービスのマッチング/目標管理/変化への対応 等
(5)訪問看護マネジメント論/情報管理論	①効率的運営のためのマネジメントシステム	システムづくりに必要な視点が理解でき、計画できる。(地域情報・資源のコーディネートを含む)	職員体制/文書化/人員配置/会議運営/職務管理/人事管理/運営基準の遵守/利用者マネジメント/ など
	②サービスの品質管理	サービスの質を評価する指標や質評価の多様な方法が理解でき、活用できる。	サービス評価の視点と方法/自己評価/第三者評価/評価をどう使うか
	③リスクマネジメント-1	法的観点から見たリスクマネジメント	ステーションにおけるリスクとその分析/リスクマネジメントの手法/判例等からの学び
	④リスクマネジメント-2(訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実際)	訪問看護と組織におけるリスクマネジメントが理解でき、実際に活用できる。	訪問看護と訪問看護ステーションにおけるリスクマネジメントの実際
	⑤退院支援・退院調整	円滑な退院支援・退院調整について理解でき、実際に活用できる。	退院調整と診療報酬/院内の退院調整/ステーションの事業としての退院支援
	⑥グループワーク～課題の整理・分析～	自訪問看護ステーションの分析と課題を抽出し、次のステップに進む事ができる	課題の整理分析/情報の整理を行い、問題を明確化できる
(6)人材管理・育成論	①人材の確保	ステーションの管理者に必要な人材確保のための方策と留意点に関して具体的に学ぶ。	人員の確保/個々の能力の有効活用・適正配置
	②職場環境づくりとモチベーション管理	スタッフのモチベーションを高めるための取り組みに関して事例を通して学び、実践できる。	働きやすい体制/人間関係の調整/ストレスマネジメント/モチベーション管理/健康管理(身体的・精神的)/身体的・精神的支援
	③人材の育成	人材育成と人的資源を行かした組織づくりが実際にできる	個々の能力の評価と育成/組織への組込み
	④労務管理の基礎知識	訪問看護ステーションの管理者に必要な労務管理の基本を具体的に学び理解できる。	労働関係法令について/労務管理の基本(雇用契約・雇用形態・勤務時間・勤務体制・労働時間管理・健康管理(メンタルヘルス含む)・賃金体系・ワークライフバランス等)/労務管理の具体例
	⑤他分野から学ぶ人材管理	他分野(訪問看護とは異なる)の管理者が果たしている役割(人材育成・経理管理・プロデュースなど)の実際を理解し、訪問看護ステーションの管理に活用できる。	他分野の仕組/人材育成のシステム/顧客との関係のとおり方/他のサービスとの調整/経営方法/サービスの質の維持
(7)訪問看護管理技術論	①管理者の意思決定・マネジメントスキルのケーススタディ	ステーション管理者のスキルとして重要な、経営や人事管理、業務連携、利用者への看護提供等、様々な場面で求められる意思決定を具体的なケースを通して学び、管理者として成長できる。	当面している課題の分析、論理的思考力、意思決定、およびプレゼンテーション等を通じて必要なスキルを学び、実践できる。

— プログラム —

	月日	時間	内容	講師
I期	9月14日 (木)	9:50~	オリエンテーション	
		10:00~11:00	開講式	聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会副会長 上野 桂子氏
		11:00~12:00	「訪問看護制度論① 訪問看護を取り巻く制度と政策」	厚生労働省老健局老人保健課看護専門官 北澤 直美氏
		12:00~13:00	昼食休憩	
		13:00~15:30	「運営管理総論① 管理者の制度的な位置づけと役割・機能」	全国訪問看護事業協会事務局長 清崎 由美子氏
		15:45~17:45	「訪問看護マネジメント論/情報管理論⑥グループワーク~課題の整理・分析~」	聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会副会長 上野 桂子氏
		18:00~20:00	「交流会」	
	9月15日 (金)	9:00~12:00	「訪問看護経営・経済論① 経営状態の把握・評価(経営に関する基本的技術)」	税理士法人川原経営会計業務部門統括補佐 法務企画部部長 齋藤 新吉氏
		12:00~13:00	昼食休憩	
		13:00~16:00	「訪問看護経営・経済論② 経理・財務の実際(経営に関する基本的技術)」	株式会社川原経営総合センター取締役 日向野 渉氏
		16:15~16:45	看護師の特定行為研修の概要について	厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室看護サービス推進官 栗田 かほる氏
	9月16日 (土)	9:00~12:00	「訪問看護マネジメント論/情報管理論① 効率的運営のためのマネジメントシステム」	南区医師会訪問看護ステーション管理者/ 全国訪問看護事業協会常務理事 高砂 裕子氏
		12:00~13:00	昼食休憩	
		13:00~16:00	「訪問看護マネジメント論/情報管理論⑤ 退院支援・退院調整」	地域包括ケアコンサルティングあるず代表 在宅看護専門看護師 河野 政子氏
		16:05~16:30	「I期講義まとめ」	南区医師会訪問看護ステーション管理者/ 全国訪問看護事業協会常務理事 高砂 裕子氏

	月日	時間	内容	講師	頁
Ⅱ期	10月12日 (木)	10:00~12:30	「訪問看護マネジメント論/情報管理論② サービスの品質管理」	ケア・コーディネーション研究所所長 新津 ふみ子氏	5
		12:30~13:30	昼食休憩		—
		13:30~17:30	「実践的経営論① マーケティング初級編」「実践的経営論② ストラテジ初級編」「実践的経営論③ 経営マネジメント」	兵庫県立大学名誉教授・特命教授 小山 秀夫氏	37
	10月13日 (金)	9:00~15:00 (昼休憩60分含)	「訪問看護マネジメント論/情報管理論③ リスクマネジメントー1」	高村浩法律事務所弁護士 高村 浩氏	77
		15:15~17:30	「運営管理総論② 看護管理概論(看護管理に必要な知識体系、看護管理者の役割と活動)」	オフィスKATSUHARA 代表 勝原 裕美子氏	241
	10月14日 (土)	9:00~11:00	「訪問看護マネジメント論/情報管理論④ リスクマネジメントー2(訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実際)」	石心会在宅事業部統括所長 宮本 祥代氏	281
		11:00~12:00	昼食休憩		—
		12:00~16:00	「運営管理総論③ リーダーシップ論」	R&D Nursing ヘルスケア・マネジメント 研究所代表 深澤 優子氏	311
		16:05~16:30	「Ⅱ期講義まとめ」	南区医師会訪問看護ステーション管理者/ 全国訪問看護事業協会常務理事 高砂 裕子氏	—

Ⅲ期	11月16日 (木)	10:00~12:00	「人材管理・育成論④ 労務管理の基礎知識」	社会保健労務士法人日本経営主任 竹中 道代氏
		12:00~13:00	昼食休憩	
		13:00~15:00	「人材管理・育成論⑤ 他職種から学ぶ人材管理」	京都女子大学現代社会学部教授 西尾 久美子氏
	15:15~17:00	「人材管理・育成論① 人材の確保」	日本看護協会副会長 齋藤 訓子氏	
	11月17日 (金)	9:00~16:30 (昼食会90分含む)	「訪問看護管理技術論① 管理者の意思決定・マネジメントスキルのケースメソッド」	聖路加国際大学教授 山田 雅子氏
	11月18日 (土)	9:00~11:00	「人材管理・育成論③ 人材の育成」	聖路加国際大学教授 山田 雅子氏
		12:00~15:00	「人材管理・育成論② 職場環境づくりとモチベーション管理」	ひとづくり工房esuco 浦山 絵里氏
		15:05~15:25	「Ⅲ期講義まとめ」	聖隷福祉事業団監事/全国訪問看護事業協会副会長 上野 桂子氏
		15:30~16:00	閉講式	

訪問看護マネジメント論／情報管理論②
サービスの品質管理

ケア・コーディネーション研究所所長
新津 ふみ子 氏

新津 心み子 (にいつ 心みこ) 先生

略歴

- 1970年 国立療養所東京病院附属看護専門学校卒業（看護師免許取得）
1999年 仏教大学通信教育学部社会学部社会福祉学科卒業（社会福祉士免許取得）

新宿区立区民健康センターで、訪問看護に16年6ヶ月従事。その後任意団体としてケア・コーディネーション研究所を設立し、主にケアマネジメントに関する調査、研究、研修をしている。一方2000年2月にサービスの第三者評価を実施するNPO法人メイアイヘルプユーを設立し、代表となる。2004年4月より、日本社会事業大学専門職大学院教授に就任、2017年から非常勤講師。

委員会等

東京都「東京都福祉サービス評価推進機構 評価・研究委員会」委員
全国社会福祉協議会「福祉サービス質の向上推進委員会」委員など

その他・理事等

社会福祉法人うらら 評議員
社会福祉法人新宿区障害者福祉協会 理事
一般社団法人全国訪問看護事業協会 監事
一般社団法人全国福祉サービス第三者評価調査者連絡会 会長
日本インターライ・ケア研究会 会長

主な著書

- 1995年 「ケア・コーディネーション入門」 医学書院
1995年 「ホームヘルパー養成研修テキスト1級、2級、3級」(財)長寿社会開発センター(分担執筆)
1997年 「福祉用具プランナーテキスト 福祉用具総論」(財)テクノエイド協会(分担執筆)
1998年 「24時間ホームヘルプサービスの実践」 中央法規出版(編著)
1999年～2000年 「MDS方式によるケアプラン事例集1, 2, 3」 医学書院(編著)
2001年 「忙しい現場のためのMDS-HC入門」 医学書院(編著)
2002年 「モニタリングの視点と方法」 医学書院(編著)
2008年 「明日の在宅医療、第6巻在宅医療と人材養成・人材確保、第13章在宅医療とケアマネジャーの現状と課題」 中央法規
2010年 「福祉サービスの組織と経営、第2章3節特定非営利活動法人」 中央法規
2010年 「介護保険論、第11章2節介護サービスの評価方法」 第一法規
2013年 「介護福祉基礎、第6章介護における安全確保と危機管理」 実教出版株式会社



訪問看護マネジメント論/情報管理論② 「サービスの品質の管理」

サービスの質の評価から

NPO法人メイアイヘルプユー
ケア・コーディネーション研究所
日本社会事業大学専門職大学院
新津ふみ子（2017）

本日の到達目標

- ◆地域包括ケアの推進の視点から、訪問看護サービスに求められている機能・役割を認識できる
- ◆自事業所の現状を把握→課題を明確にする→改善に向かう取り組みをイメージすることができる

本日の内容

- ◆サービス評価の必要性と方法
- ◆「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」の活用

「質の評価を通して品質の管理を考える」

- ・良品質の訪問看護サービスの提供は組織的な取り組みにより実現できる
- ・品質の管理・訪問看護の機能(果たすべき役割)を、それぞれの事業所の方針に従い、いかに果たしているか
 - どのようなサービスを提供するのか
 - 目標の達成を可視化し、実行し、評価する
 - マネジメントサイクル P-D-C-A
- ・訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドラインを活用する

3

訪問看護サービス事業者の自己点検結果

(NAGOYAかいごネットより、平成12年)

- ①介護保険事業に関する運営基準(25項目)を活用した自己評価の結果。74事業所が対象で有効回答:70
- ②運営基準の中、「訪問看護サービスの質の評価の実施」は、64事業所(91.4%)・複数回答
 - ・サービス向上のためのケース検討会などの活用:36か所
 - ・利用者・家族からのサービス内容に関する意見の聴取:13か所
 - ・サービスの満足度などに関するアンケート調査の実施:9か所
 - ・在宅サービス評価基準に基づく評価の実施:9か所
 - ・管理者などの同行訪問によりサービス提供状況の確認と指導:5か所
 - ・他のサービス事業者などからの評価・意見を聴取:1か所
- ③訪問看護従事者の資質向上のための研修
 - ・法人や事業所の内部研修:49か所、外部研修:45か所

4

考えて、メモをしてください

あなたの事業所では、サービスの質の向上を課題としてどのような計画、取り組みがありますか。

5

質評価の指標(ものさし) 主なもの

訪問看護ステーションにおける事業所自己評価ガイドライン	全国訪問看護事業協会
新版 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル	日本訪問看護財団
高齢者訪問看護の質指標 ベストプラクティスを目指して	山本則子編集 日本看護協会出版会
その他 OASIS(The Outcome Assessment Information Set)日本語版 HC-QI(Home care –Quality Indication)日本語版	

6

訪問看護サービス質評価のためのガイドライン(1)

- ①日本訪問看護振興財団は、2003年「訪問看護サービスの質の向上に係わるガイドライン」を作成している
- ②その内容は、機能評価とサービス評価の分野である
 - ・機能評価:「運営理念・組織」「経営・人事・労務管理」
「看護サービス運営基準」「感染管理」「事故・緊急対策」
「記録・情報管理」「教育・研修・研究」「連携」
 - ・サービス評価:「アセスメント・計画・評価」「日常生活のケア」
「医療処置」「リハビリテーション」「感染管理」「ターミナルケア」「精神的援助・権利擁護」「家族支援」
* 自己評価として活用する。回答は5段階。
- ③本ガイドラインを活用した研究結果(管理者・看護師へのアンケート調査):
管理者及び訪問看護師が望ましいと思う評価項目を利用者・介護者の変化と捉える傾向が強く、構造・機能面への評価項目を重視する割合が低かった(2007年、山梨大学看護学会)。

7

訪問看護サービス質評価のためのガイドライン(2)

公開されている評価基準

- ①訪問看護ステーション評価マニュアル
1997年7月、全国訪問看護事業協会 編集
- ②訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル
2012年10月発行、日本看護協会出版会(日本
訪問看護財団監修)
- ③東京都福祉サービス第三者評価
- ④訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン～看取りや医療ニーズの高い在宅療養者を支える標準的な指針(ガイドライン)～ 第1版
(全国訪問看護事業協会(平成27年度老人保健健康増進事業))

8

質の評価方法

- (1) 事業者自ら実施する(自己評価)
- (2) 利用者による評価(利用者評価)
- (3) 評価機関などによる外部評価(第三者による評価)
- (4) 同業者などによる評価

* 制度化されている「福祉サービスの第三者評価」は、(1)、(2)、(3)の組み合わせ

9

第三者評価とは(福祉サービス分野を参考に)

- ・サービスの質と効率性の確保のためには、サービス提供過程やサービスの内容に関する基準を設ける必要がある
 - ・評価基準
- ・評価基準による評価・到達すべき(あるべき)状態を記述し、そこへの適合性から評価する
- ・評価基準は、専門家による合意で記述されることが多い
- ・自己評価と第三者評価
 - 自己評価・組織内部の人が基準に従って自己採点する、職種・役職などにより評価結果が違う可能性、日常的な改善活動に重要
- ・第三者評価・通常は組織の活動が分かる専門家(同業者)が評価、他の組織との比較ができる、改善のきっかけとなる
- ・利用者調査は、利用者の率直な要望・苦情を把握する機会となる

10

1、第三者評価の制度化の背景

1997年、厚生省(当時)において、検討が始まった社会福祉基礎構造改革において、その理念を実現する仕組みの一つとして位置づけられたもの。

改革の具体的内容として「質と効率性の確保」があげられ、サービス内容の評価は、サービス提供者が自ら問題点を具体的に把握し、改善を図るための重要な手段となる。こうした評価は、利用者の意見も採り入れた形で具体的に行われることが重要であり、このために、専門的な第三者評価機関において行われることを推進する必要がある。・・・「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」1998年6月。

* 社会福祉法においても、福祉サービスの質の向上のための措置が明記された。

11

2、これまでの取組み

<医療分野> ・1984年「老人専門病院評価表」(自己評価)を皮切りに、病院機能評価(自己評価)に取り組み、1995年「日本病院評価機構」を発足させ、1997年から第三者評価として「病院機能評価」を開始。2014年5月現在、2,324受審、500床以上病院が9割、約35%受審。

<福祉分野・業界団体> ・1993年「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」を作成、(自己評価・第三者評価に活用)、1990年代後半を通じて保育、障害、高齢者在宅福祉サービス分野において順次評価項目、基準等を検討。

<厚生労働省>

- ・2001年厚生労働省「福祉サービス第三者評価事業に関する報告書」、2004年から開始(現在使われている第三者評価基準)、2010年、2014年評価基準の改定。
- ・2012年、社会的養護施設(1062施設)は、3年に1回の受審義務化。2015年保育分野では、5年に1回の受審・努力義務。高齢、障害分野は検討中。
- ・2001年、認知症高齢者グループホーム・外部評価開始(地域密着型サービス一小規模多機能、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看多機は現在見合わせ)
- ・2006年「介護サービスの情報の公表」開始。

12

3、「規制緩和」による「新たな施策(規制)」としての第三者評価

- ・介護保険制度は従来の福祉制度と異なり、さまざまな事業者が公的サービスの提供を行うことを認めた(求めた)もので、規制緩和の一環である。
- ・しかし、他の分野に比べ、事業者を適切に選択できないサービス利用者が圧倒的に多い。そこで利用者保護・支援のために、以下のような仕組みが導入あるいは強調されている。

- * ケアマネジメント * 成年後見制度、日常生活自立支援事業
- * 行政の定期的な実地指導 * 苦情申立(国保連、運営適正化委員会(保険者)、事業者窓口)
- * サービスの質の自己評価
- * 介護サービスの情報の公表 * 第三者評価(外部評価)
- * 業務管理(法令遵守)体制の届け出・指導など

13

内閣府の動き

(平成29年5月23日規制改革推進会議)(第三者評価関連抜粋)

規制改革推進会議委員名簿

議長	大田 弘子 政策研究大学院大学教授
議長代理	金丸 恭文 フューチャー代表取締役会長兼社長グループCEO
	安念 潤司 中央大学法科大学院教授
	飯田 泰之 明治大学政治経済学部准教授
	江田 麻季子 インテル代表取締役社長
	古森 重隆 富士フイルムホールディングス代表取締役会長兼CEO
	高橋 滋 法政大学法学部教授
	野坂 美穂 中央大学ビジネススクール大学院戦略経営研究科助教
	長谷川 幸洋 東京新聞・中日新聞論説副主幹
	林 いづみ 桜坂法律事務所 弁護士
	原 英史 政策工房代表取締役社長
	森下 竜一 大阪大学大学院医学系研究科寄付講座教授
	八代 尚宏 昭和女子大学グローバルビジネス学部特命教授
	吉田 晴乃 BTジャパン代表取締役社長

14

「内閣府規制改革実施計画」:6月9日、閣議決定より

・第三者評価受審促進に向けた具体的数値目標の設定を支援 な度の実施

都道府県として受審率の数値目標

・第三者評価受審にかかわるインセンティブの強化

介護事業者に対して受審のメリットをわかりやすく示す

介護サービス情報公表システムにおいて、わかりやすく公開、介護事業者の同意に基づき、評価結果もわかるようにする(*)

・第三者評価の利用者選択情報としての位置づけの強化

契約締結時において介護事業者からの重要事項説明として、第三者評価の受審状況などの説明の義務化。 (* 同様)

・第三者評価機関および評価責任者の質の向上の推進

15

介護サービス情報の公表制度の仕組み

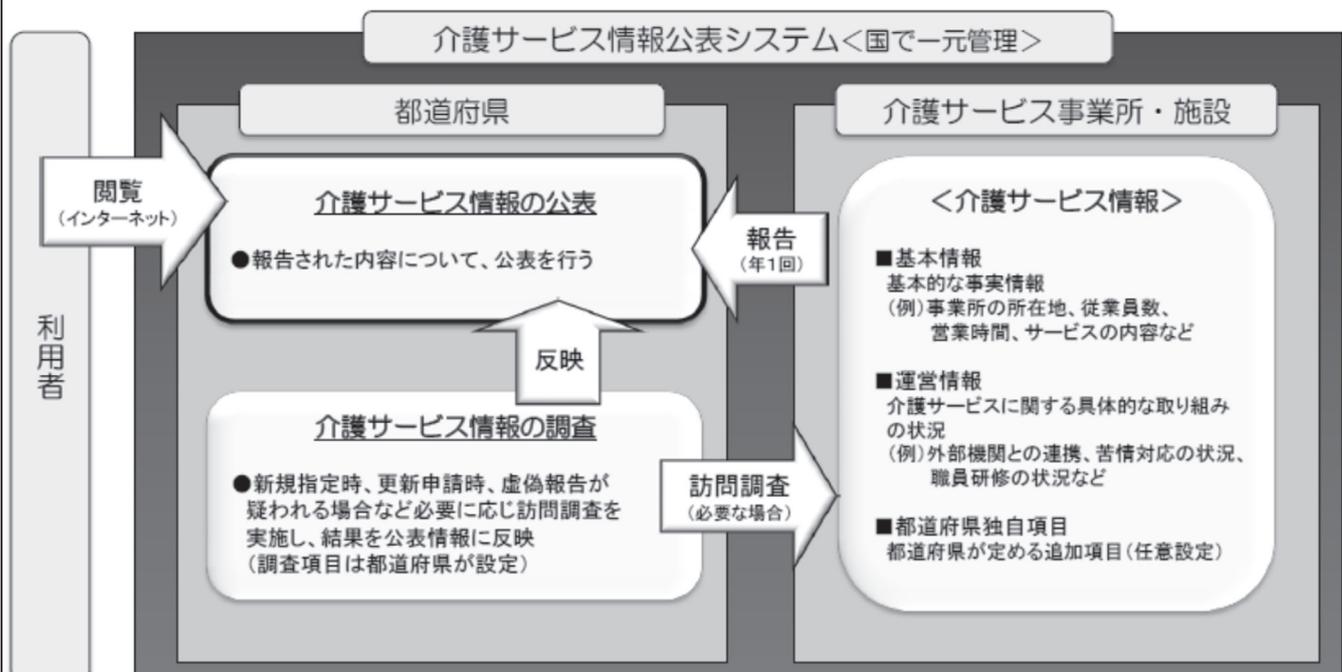
【趣旨】

○利用者が介護サービスや事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を都道府県が公表する。

【ポイント】

○介護サービス事業所は年一回直近の介護サービス情報を都道府県に報告する。

○都道府県は事業所から報告された内容についてインターネットで公表を行う。また、都道府県は報告内容に対する調査が必要と認める場合、事業所に対して訪問調査を行うことができる。(都道府県は調査にかかる指針を定める)



16

福祉サービス第三者評価の目的

第三者評価の目的

- 福祉サービスの質の向上
- 福祉サービスの選択に資する情報

⇒福祉施設・事業所が事業運営における具体的な改善点を把握し、福祉サービスの質の向上に結びつけます

⇒福祉施設・事業所の福祉サービスの質に関わる取り組みや成果等を明らかにします

⇒利用者の適切な福祉サービスの選択に資するための情報とします

⇒福祉サービスを提供する福祉施設・事業所としての説明責任を果たし、利用者や家族、地域からの信頼を高めます

17

質の評価の必要性

- ・量から質へ
- ・ケアプロセスの複雑化
- ・情報の非対称性
- ・利用者の権利
- ・「機能」と「質」・高機能＝高質ではない
- ・効率性の必要性

18

質の評価の側面

・構造・訪問看護体制の評価

投入される資源、体制

例：設備、人員、組織図（役割分担）、手順など

評価がしやすい、しかし質の高いサービスが提供できる可能性は評価できるが、実際に質が高いかは不明

・過程・訪問看護機能の評価

提供されているケアを評価する

例：ケアしているものを観察したり、ケアプランやチームケアの状況を聞く、ケースカンفرنス

現場近くにいないと評価できない、結果との関連性

・結果・訪問看護の効果の評価

サービス提供による状態の変化や満足感

例：ADL、満足度 もとの状態の調整が必要

19

外的な基準と内的な基準

評価基準には、外的な基準と内的な基準がある

外的な基準：客観的であり、評価者の判断に依存しない、評価項目が限定される

例：理念があるかどうか、マニュアル、規程などがあるかどうか

内的な基準：個々の組織の状況に応じた判断が可能、評価者の判断に依存する

例：（それぞれの組織は人員配置など様々な環境下で）理念は周知されているか、現場に必要なマニュアルはあるか、マニュアルは現場で活用されているか、規程は活用、周知されているか

20

受審の動機①

- ・職員は忙しく働いているが、利用者からの呼びかけには「ちょっと待ってください」が口癖になっていた。ある日、利用の相談に対し、理事長である私は「安心してください」と自信をもって言えなかった。
- ・中長期計画や事業計画の策定、見直しに第三者評価を組み込み、計画的に福祉サービスの内容を高めたい。
- ・ベテラン職員の定年退職が迫っており、その経験やノウハウを若手職員に伝えるためにマニュアルを整備したいが、なかなか進まない。
- ・新たなユニット方法(ユニットケアや小規模グループケア)を導入するきっかけとして、実施方法を確立したい。

21

受審の動機②

- ・経営する福祉施設や事業が増えているので、法人全体として理念や基本方針を共有し、施設間や部門間の連携を強化したい。
- ・福祉施設の開設から10年目の節目を迎えたので、マンネリ化を打開し福祉サービスの実施方法を全体的に見直したい。
- ・第三者評価の受審と結果の公表を通じて、福祉施設・事業所の福祉サービスの質の向上に向けた姿勢をPRしたい。
- ・第三者評価の受審プロセスを職員の研修(OJT)の機会としたい。

22

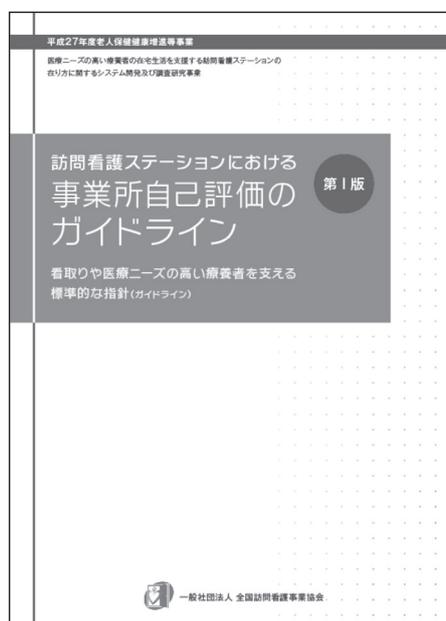
管理者に必要な能力とは(運営管理総論①清崎氏)

利用者の管理能力	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の確保 ・記録の管理 ・利用者データの把握
職員の管理能力	<ul style="list-style-type: none"> ・職員教、育成、評価 ・高度医療へ対応できる看護師教育 ・人間関係の調整
職場環境を整える能力	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用環境の整備(労務管理) ・時代のニーズに対応できる体制の整備 ・訪問看護の質の向上(業務の標準化、質の評価) ・リスクマネジメント
経営能力	<ul style="list-style-type: none"> ・現状把握とデータの蓄積 ・予算管理への参画 ・ステーションのアピール(強みは何か)
リーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・組織の方向性を決定 ・役割分担、自主性の育成、モチベーションの刺激 ・スーパーバイズ ・事故対応、苦情対応

23

訪問看護ステーションにおける 事業所自己評価のガイドライン

～看取りや医療ニーズの高い在宅療養者を支える
標準的な指針(ガイドライン)～



第1版

全国訪問看護事業協会

24

ガイドラインの目的

ガイドラインを活用することで、
○地域でより多くの看取りや医療ニーズの
高い療養者を支えることのできる体制
○地域で生活するすべての方々のライフ
ステージに合わせた支援ができる体制
を整備し、
訪問看護事業所の質の向上を図ること

*「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン」普及
・活用推進事業：全国訪問看護事業協会

25

ガイドラインの特徴

- 自己評価の積極的実施推進に向けて
利用できる
- 自訪問看護ステーションの取組みを
経年的に客観視できる
- 課題を発見、明確にすることにより、
今後の取組みにつなげられる
- 自己評価の結果を公表に使うことが
できる

26

ガイドラインの活用した評価の方法

評価項目ごとに自己評価

「評価の考え方と留意点」をみながら、
「評価の着眼点」ができているかどうか、確認し、
「判断基準(1, 2, 3)」を判断

現状と気づきの明記

「評価の着眼点」に沿って現状、気がついたことや現状
分析した内容を明記する

具体的な改善策の提案

「評価の考え方」「評価の着眼点」から考えられる具体的で
実行可能な改善策を立案する

* 優先する項目、改善点について検討する。無理なく、でも挑戦を！

27

評価の例①

項目3
P.16

事業所の運営状況や今後の方針等、定期的に事業所の運営について職員間で話し合う機会を設けており、今後の事業運営の改善に反映している

評価の着眼点の4項目すべてにチェックなし
⇒「評価基準」の1を選択

現状と
気づき

年間計画を立てても、スタッフと話し合うことなく計画だけ立てていた。
スタッフと一緒に計画を立てること、立てた計画と一緒に見直す機会を持つこと、話し合った内容を今後の事業運営に反映する必要があることを知った。

28

考えられる具体的な改善策①

評価の着眼点・考え方・留意点から考える具体的な改善策

- ✓ 運営状況や今後の方針についてスタッフと一緒に検討する会議を1か月に1回設ける。
- ✓ 会議では、「利用者に関すること」や「職員に関すること」、「経営の状況」、「苦情の有無・内容」について検討する。
- ✓ 参加できないスタッフのため、協議・検討された課題や方針を書面で作成し、職員に回覧することで共有できるようにする。
- ✓ 決定した今後の方針について、職員に周知（会議や研修会における説明等）するとともに、決定事項の進捗管理を管理者が行う。

29

評価の例②

項目7
P.20

本人の意向を反映した職員ごとの育成計画を作成し、当該計画に沿った、OJTや研修を受ける機会の確保等の必要な支援をしている

評価の着眼点の8項目中、2番目と3番目の項目のみチェック ⇒「評価基準」の2を選択

現状と
気づき

個々の目標を立てても、目標達成のための具体的な行動計画や評価、支援を行っていなかった。

30

考えられる具体的な改善策②

評価の着眼点・考え方・留意点から考える具体的な改善策

- ✓ 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・中間・年度末(期末)に面接を行い、目標達成のための具体的な行動計画について話し合い、その進捗状況や目標達成度の確認、助言を行う。
- ✓ 職員一人ひとりの目標に合わせて、外部の研修に関する情報提供を行い、参加を促す。
- ✓ 事業所内の研修内容やカリキュラムの評価と見直しを年1回行う。

31

評価の例③

項目12
P.26

管理者は事業所の財務状況を定期的にチェックし、経営の安定化に向けた具体的な取組みに反映している

評価の着眼点の3項目すべてにチェックなし
⇒「評価基準」の1を選択

現状と
気づき

財務管理を事務職にまかせており、財務状況のチェックを行っていなかった。
ガイドラインの趣旨・解説を読んで、経営安定のため管理者は財務状況を把握する必要があることがわかった。

32

考えられる具体的な改善策③

評価の着眼点・考え方・留意点から考える具体的な改善策

- ✓ 「貸借対照表」「損益計算書(正味財産増減計算書)」および「財産目録」について理解する。
- ✓ 「損益計算書」の確認は1か月に1回行う。
- ✓ 事業所の経営状況をスタッフと共有し、「経営の安定化に向けた具体的な取組み」についてスタッフと一緒に考える。
(例えば...)
 - 収入増のために利用者確保の方法をスタッフと考える。
 - 経費削減のために今無駄になっているものについてスタッフと考える。

33

評価の例④

項目19
P.35

事故を防止する、あるいは事故が発生した場合の対応方針が、「①医療事故・ケア事故」「②交通事故」「③盗難・紛失・破損等」「④災害」「⑤個人情報保護」などの観点から、マニュアル等により職員への周知・理解が図られている

評価の着眼点の5項目すべてにチェックなし
⇒「評価基準」の2を選択

現状と
気づき

マニュアルは作成しており、職員もその存在はわかっているが、いざという時にマニュアル通りに動けるか、適切な対応が可能かを確認する必要があると思った。

34

考えられる具体的な改善策④

評価の着眼点・考え方・留意点から考える具体的な改善策

- ✓ スタッフと一緒に各マニュアルの内容を確認する機会を1か月に1回設ける。
- ✓ 災害マニュアルについては、決めた通りに動くことができるか、デモンストレーションを行う。
- ✓ 個人情報保護マニュアルについては、必要な書面の書き方や保管方法などについて具体的に確認する。
- ✓ 半年にひとつずつマニュアルの見直しを行う。

35

評価の例⑤

項目26
P.42

利用者の死後、事業所内でデスカンファレンス等を行い、提供したサービスや判断の妥当性等を振り返る機会を設けている

評価の着眼点の2項目すべてにチェックなし
⇒「評価基準」の1を選択

現状と
気づき

グリーフケアとデスカンファがほとんど実施できていない。提供した看護が適切であったか振り返る機会をもたず、今後のケアに生かすことができていないと前から問題に思っていたことを再確認し、実行に移すべき根拠を得ることができた。

36

考えられる具体的な改善策⑤

評価の着眼点・考え方・留意点から考える具体的な改善策

- ✓ 利用者の看取りを実施した場合は、死後1週間を目処にお悔やみの訪問を行い、グリーフケアを実施する。
- ✓ グリーフケアに関する勉強会を行い、留意点や実施する内容を整理してマニュアルを作成する。
- ✓ デスカンファレンスを利用者の死後1か月以内に行う。その際、可能な範囲で医師・ケアマネジャー・ヘルパーなど利用者に関わった他職種にも参加してもらう。
- ✓ デスカンファレンスには、アセスメント・実施したケア・看取りの説明・エンゼルケア・利用者満足度等それぞれについて振り返りを行う。

37

評価の例⑥

項目37
P.53

自治体における地域包括ケアシステムの構築にかかる方針や計画を理解し、関連する会議等への参加や積極的な提案等を通じて、地域包括ケアシステムの構築にかかる取組みに参加をしている

評価の着眼点の6項目中、上2項目のみチェック
⇒「評価基準」の2を選択

現状と
気づき

地域包括ケアシステムの構築について理解するだけでなく、参画が必要であることがわかった。

38

考えられる具体的な改善策⑥

評価の着眼点・考え方・留意点から考える具体的な改善策

- ✓ 職員全員で以下の勉強会やグループワークを行う。
 - ・地域包括ケアシステムの概要
 - ・自地域における地域特性や地域包括ケアシステムの理解
 - ・地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割と実践すべき内容 など
- ✓ 地域ケア会議等、地域における会議の種類や内容について理解し、参加する必要性を事業所内で話し合う時間をつくる。
- ✓ 管理者だけでなくスタッフも一緒に地域ケア会議に参加し、訪問看護に関する情報提供や様々な提案をする。

39

評価の例⑦

項目38
P.54

行政やボランティア等が行っている、認知症の人が安心して暮らしていける地域づくりの取組みに積極的に参加している

評価の着眼点の5項目すべてにチェックなし
⇒「評価基準」の1を選択

現状と
気づき

質の高い訪問看護を提供することだけが役割と思っていたが、まちづくりのための取り組みも訪問看護ステーションとしての必要な業務であることがわかった。

40

考えられる具体的な改善策⑦

評価の着眼点・考え方・留意点から考える具体的な改善策

- ✓ 自地域において行われている認知症に関する取組みについて情報収集する。
- ✓ スタッフと地域における認知症の人への関わり、まちづくりへの取組みについて話し合う機会を設ける。
- ✓ 行政やボランティア等が開催する会議やイベントには積極的に参加する。

41

ガイドラインを活用する時のポイント

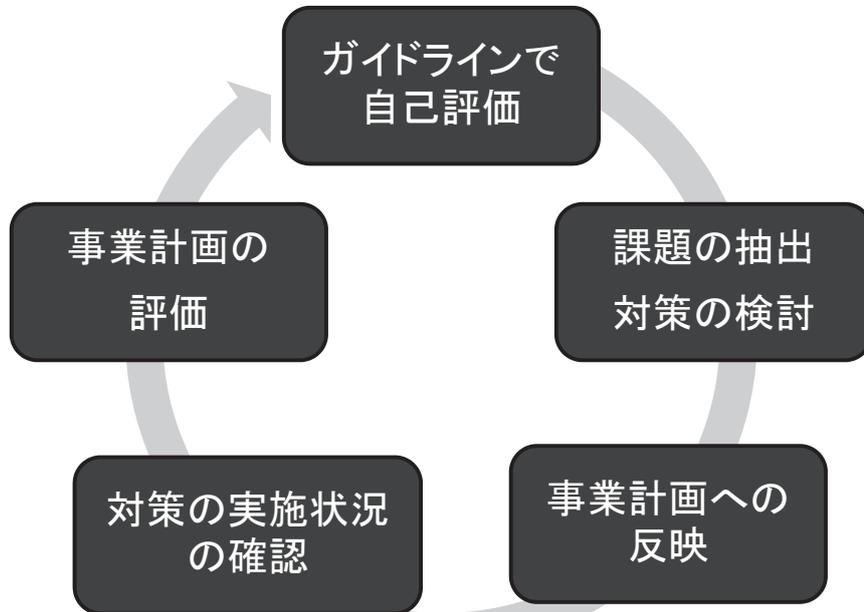
ポイントは4つ！

- ① 管理者とスタッフが一緒に評価サイクルをまわそう！
- ② 主観的判断に陥らないようにしよう！
- ③ 少なくとも年1回は実施しよう！
- ④ 自己評価の取組みや結果を積極的に公表しよう！

42

ガイドラインを活用する時のポイント①

①管理者とスタッフが一緒に評価サイクルをまわそう！



43

ガイドラインを活用する時のポイント②

②主観的判断に陥らないようにしよう！

評価の考え方と留意点

目的、趣旨・解説、留意点

評価の着眼点

判断基準の選択の際に着目する視点

判断基準

1,2,3の3段階評価

44

ガイドラインを活用する時のポイント③

③少なくとも年1回は実施しよう！

- 評価の対象となる期間は過去1年間ですが自事業所で評価の時期を定め、それが妥当か検討することが大切
- 事業所の状況について経年的に自己評価をして、強みを伸ばし、弱みを改善していくことに役立てることが大切

45

ガイドラインを活用する時のポイント④

④自己評価の取組みや結果を積極的に公表しよう！

<自己評価のプロセス>

- ・自己評価をしていること
- ・評価結果を事業運営に役立てていること

公表

<サービス内容>

- ・事業所の強み
- ・事業所の特徴
- ・職員教育

公表

- ◆ サービス内容や質が見えるものとする
- ◆ 透明性の高い事業所であることをアピールする
- ◆ 利用者や家族、関係職種へ情報提供する

46

スタッフと一緒に取組み、結果を共有するメリット(意見)

- 多くの目で客観的に評価できるので、管理者が交代しても評価の尺度が変わらない
- 管理者とスタッフが一緒に日頃の業務を振り返ることで、職員の意識改善につながり、共通の目標を持てる
- スタッフが自ステーションの運営状況を知ることで、運営に必要な内容を理解できる
- ステーションの立ち位置(役割・今後行うべきこと)の共通理解が深まる
- 年間計画に沿ってスタッフと話し合いながら体制作りに取り組むことができる
- 管理者、スタッフとも所内の課業やOJT項目に直結させて業務に取り組める

47

事業所の自己評価に活用できるメリット(意見)

- 運営上必要な項目が網羅されており、整備すべき項目を再確認できる
- 各項目ごとに評価の考え方や留意点がありわかりやすい
- 評価の考え方と留意点に沿って同じ尺度で評価でき、改善につながる
- 客観的判断ができ、業務のばらつき、強み弱みがわかる
- 事業所を多角的に捉えて評価できる
- 改善していくべきポイントが明確になり、業務改善として課題、目標にあげて取り組むことができる
- 経年で評価でき、前回と比べて改善できているかを確認できる
- 全国との比較ができ、改善へのモチベーションにつながる
- 悩んだときの指標になる

48

ガイドライン自己評価によって実現できること

- 自訪問看護ステーションの課題を発見し、改善していくことにより、質の高い訪問看護を提供できる
- 組織のビジョンを持つことができ、事業運営、人材育成、まちづくりなどの事業所体制を整備できる

49

Webによる自己評価が可能

- 平成27年度の研究事業として、Webによる自己評価を実施
- アンケート結果ではWebで行う方法はよかったという回答が91.3%
- よかった理由は「入力が簡単」「短時間でできる」「客観的評価がもらえる」「データに残すことができる」



多くのステーションに活用してもらえるよう、Webによる自己評価システムの開発中です！

50

演習

課題：

1、あなたが所属する訪問看護ステーションを評価してください。その後グループで報告します。

{判断基準} 1, 2, 3の根拠、理由について報告してください。

2、評価基準などについて質問を受けます。

活用する評価基準：

「訪問看護ステーションにおける事業所自己評価のガイドライン～看取りや医療ニーズの高い療養者を支える標準的な指針(ガイドライン)～ 第1版

—MEMO—

—MEMO—

—MEMO—

—MEMO—

実践的経営論① マーケティング初級編
実践的経営論② ストラテジィ初級編
実践的経営論③ 経営マネジメント

兵庫県立大学名誉教授・特命教授
小山 秀夫 氏

小山 秀夫 (こやま ひでお) 先生

略歴

- 1980年 上智大学大学院博士後期課程単位修得退学 (社会学・社会福祉学専攻)
- 1980年 厚生省病院管理研究所医療管理部研究員
- 1987年 厚生省病院管理研究所専攻科・研究科教育主任
- 1989年 厚生省病院管理研究所医療管理部主任研究官
(所属機関の名称変更に伴い改称)
- 1990年 国立医療・病院管理研究所マクロ経済研究室長
- 1992年 国立医療・病院管理研究所医療経済研究部長
(所属機関の組織編成に伴い改称)
- 2002年 国立保健医療科学院経営科学部長
- 2006年 静岡県立大学経営情報学部教授
静岡県立大学大学院経営情報学研究科教授
国立保健医療科学院経営科学部客員研究員
- 2007年 静岡県立大学経営情報学部学部長
- 2010年 兵庫県立大学大学院経営研究科教授
- 2017年 兵庫県立大学名誉教授・特命教授

取得学位

医療福祉学博士 (川崎医療福祉大学)

最近の著作

高齢者ケアのマネジメント論 (厚生科学研究所)
これからの高齢者の栄養管理サービス (第一出版)
訪問看護ステーションのマネジメント AtoZ (医学書院)
病院のDON (医学書院) 等、他多数





実践経営論

①マーケティング初級編

②ストラテジ初級編

③経営マネジメント

2017年10月12日13:00

兵庫県立大学大学院経営研究科
医療・介護マネジメントコース
特命教授・名誉教授 小山 秀 夫

マーケティングの視点で見ると

- ・医療・介護の需給関係が変化している
- ・入院患者増より在院日数短縮が
- ・人口減で外来は伸びないし、受診回数減が
- ・高齢者需要は介護保険へ
- ・国公立公的病院が競合し経営悪化

マーケティングの3Cと4P

Company (会社)	Product	商品
Customer (顧客)	Price	価格
Competitor (競合者)	Place	流通
	Promotion	広告

3

サービスの特徴

- ①同時性(生産と消費⇒在庫できない)
- ②不安定性(品質の安定性と評価)
- ③質の評価の方法が不確定
- ④必ずしも価格が全てではない
- ⑤情報がモノ以上に評価を左右する

4

表層サービスと本質サービス

	表層サービス	本質サービス
銀行	・職員の接遇技術 ・店内の明るさ	・安全性 信用 ・利率
病院	・職員の接遇技術 ・院内の清潔さ ・入浴 食事	・医師の見立て 腕前 ・病室の広さ ・早期治癒 早期退院
健診	・職員の接遇技術 ・食事の内容 ・アメニティ	・疾病の早期発見 ・長期的フォローによる QOL の維持向上

訪問看護では何が本質的サービスかについての議論がある

5



官製市場のマーケティングは政策動向から

- 医療政策上医療と介護の連携強化という方向は何かははっきりしているようで総花的政策展開
- 2025年の医療のあり方に進むと言っている
- 財源が確保できないと制度改革はできない
- 在宅ケア・訪問看護は長年準備されてきている
- 急性期医療には代替機能がある
- 診療報酬準拠の経営戦略は危険ではないか

6

平成30年診療報酬・介護報酬同時改正

現時点では、まったく財源が確保されていない
それゆえ、医療保険と介護保険制度改正は困難
今後の2年間の自然増すら対応できない
財源がないのであれば、費用抑制しかない
すぐにできるのはオクシーボの薬価25%引き下げ
高額療養費や高額介護サービス費の上限引き上げ
消費税2019年10月の再延期は無理。総選挙結果？

なぜ、社会保障財源が確保できないのか

社会保障と税の一体改革の長い検討の結果
消費税を10%に引き上げ、全てを社会保障費に投入
2015年10月1日に実施予定を安倍首相が延期
2017年4月1日に実施予定を安倍首相が再度延期
2019年10月1日に実施予定。
延期することが必要であったのかどうかは不明
4年間の延期で、年間約6兆円の財源不足が発生

将来確実なことは何か

- アジアの年老いたドラゴン
- 他国が悪すぎるので超債務超過国が良く見える
- 超高齢社会 人口減少社会
- 非婚・非正規就労で孤立化社会
- 医療費適正化は政策の基本
- 政治も経済も閉塞状況でビジョンを見いだせない
- 社会保障制度を崩壊させてはならない

在宅医療・在宅ケアに無理解・無関心？

- 医療政策上医療と介護の連携強化という方向は何かははっきりしているようで総花的政策展開
- 2025年の医療のあり方に進むと言っている
- 財源が確保できないと制度改革はできない
- 在宅ケアは長年準備されてきている
- 急性期医療には代替機能がある
- 診療報酬準拠の経営戦略は危険ではないか

医療介護総合確保推進法 2014年6月成立

- ①医療提供体制の再編と、医療・介護の連携強化 — 医療法・地域介護施設整備促進法など
- ②介護保険制度と地域包括ケアシステムの構築 — 介護保険法
- ③その他・医療事故に関する調査を明文化。・介護福祉士の資格取得方法の見直し・施行時期を平成28年度に延期するなど、介護人材確保 対策の検討

国民の負担を引き上げて制度の持続を目指す				
	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度
入院の食事代上げ	1食 260円	360円	460円	
紹介状のない大病 院受診に負担		5,000円		
国民 会社員らの保険料 率の上限上げ		12%→13%に		
低所得の高齢者の 保険料上げ			軽減を廃止	
大企業の高齢者 医療の負担	段階的に上げ		引き上げ完了	
保険者 国民健康保険への 財政支援	年1700億円		3400億円	
国保の運営を 市町村から移す				都道府県に
その他 患者の申し出で 「混合診療」		開始		

地域包括ケアシステムとは何か

- おおむね30分以内の日常生活圏域（およそ中学校区）において、医療・介護のみならず福祉・生活支援サービス等が一体的かつ適切に相談・利用できる供給体制。
- ニーズに応じた住宅の提供が前提
- 田中滋研究会座長の報告から引用

13

地域包括ケア研究会 報告書(平成22年3月)

2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

●地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅)にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービス(注)を24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

(注) 居場所の提供、権利擁護関連の支援、生活支援サービス、家事援助サービス、身体介護、ターミナルを含めた訪問診療・看護・リハビリテーションなどのサービスが個々人のニーズに応じて切れ目なく総合的かつ効率的に提供される。

良質なケアを効率的に提供するための人材の役割分担

●2025年には、地域包括ケアを支える人材間の役割分担と協働が図られ、人材の専門能力の一層の向上と生産性・効率性向上が図られている。また、医療や介護の専門職のほか、高齢者本人や住民によるボランティアといった自助や互助を担う者など、様々な人々が連携しつつ参画している。

14

地域包括ケアシステムとは何なんだろうか

- 地域包括ケアは和製言葉
- 2008年の社会保障国民会議で必要性を強調
- 国際的には Integrated care (WHO2002)
- 類似語はcoordinated care,
- comprehensive care,seamless care
- 「地域」には脱施設化、利用者サイド、生活者視点、連携というニュアンスがある。

15

- 政府は一般病床を高度急性期・急性期・回復期・慢性期に明確に区分したい。
- 7対1看護体制を採用する病床が増加してきたが、なんらかの方法で4分の1程度病床数を削減したい。
- 急性期病院は、紹介外来・救急を主に行い、一般の外来は、なるべく診療所に担当してもらいたい。
- 介護療養病床や25対1の医療療養病床はやめたい。
- 将来的には、在宅療養者に対応できる在宅医療・在宅看護・在宅介護を強化し、地域包括ケア・システムを確立したいと考えている。
- だが、うまく行かないので・・・地域包括ケア……………？

16

- わが国の急性期病床は多すぎる
- 急性期に医療資源を集中し在院期間を短縮化
- 一般病床数は減少し、病床利用率も低下
- 急性期病床の競争激化
- それでも急性期で生き残りたい病院が多い
- 医療がさほど必要がない患者は介護系施設へ
- 医療と介護の連携はうまくいかない
- 多くの病院職員は地域医療・介護問題に???
- 各病院はどうしたらいいのかわからない

ただいま

病院も介護施設も変革期

変化に対応できる病院や施設だけが生き残る

それでも医療介護経営は拡大傾向にある

経営形態別検討でどうなるのか誰もわからない

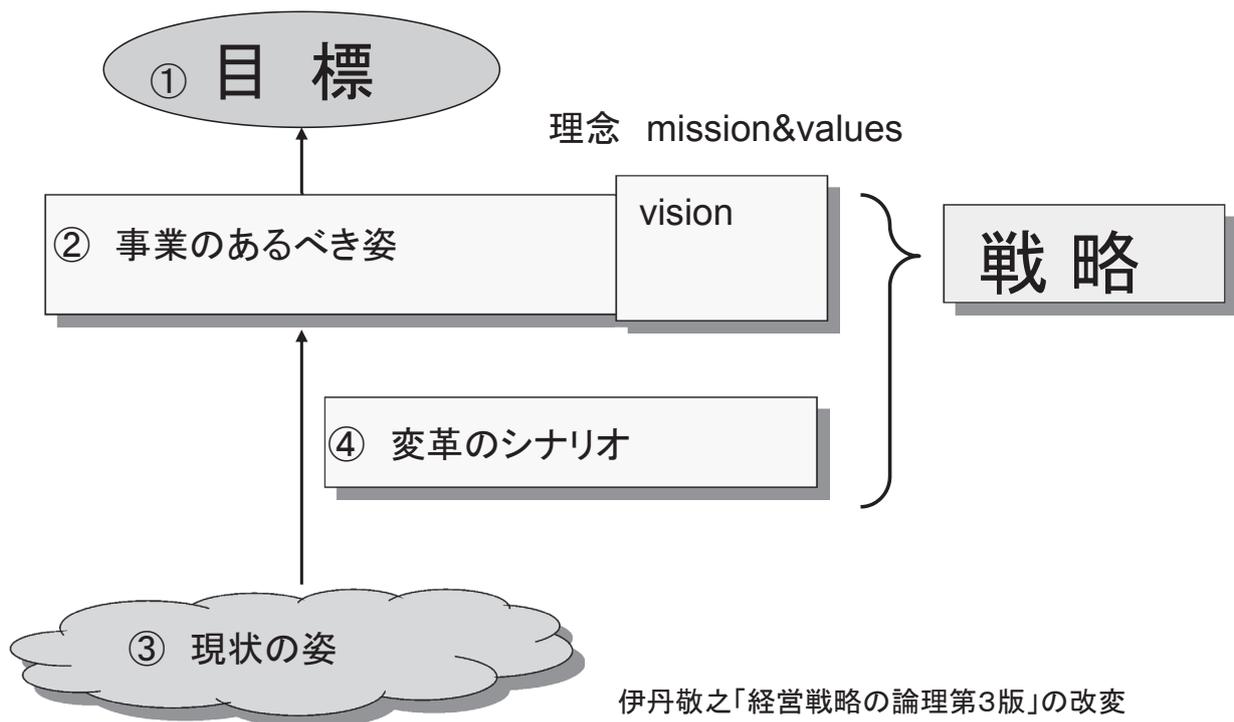
訪問看護ステーションは順風です

何が問題なのかを常に考える

- 問題とは、目標と現実とのギャップで解決できる事柄である
- 目標が明確でないと問題がわからない
- 目標が高ければ問題は大きい
- 印を高くしろとナイチンゲールは言った
- 何をどうしたいのかを常に明確にする
- 夢、目標、目的、存在理由を言語化する

19

地域における訪看護STの長期的実践のための基本設計図



20

経営戦略の注意事項

- 勝つためか負けないための戦略か
- 始めることは簡単だがOUTが難しい
- 規模拡大、キャッシュフローの改善だけではない
- なるべく戦わないことが重要ではないか
- 常に新しい挑戦者が現れてくるという現実
- 撤退(終結)戦略がなければ戦ってはならない
- 結局は、地の利人の和時の声 変化できるのか

医療・看護の経営戦略

戦略とは持続的競争優位性を達成するポジショニング

positioning for sustainable competitive advantage

C.A.デ.クルイヴァー&J.A.ピアースⅡ,戦略とは何か,東洋経済,2004.

戦略論のマイケル・ポーターや伊丹敬之をはじめ
戦略理論は全て経営戦略に適合可能ではないか
ex; 差別化,低コスト,集中戦略は病院経営でも適合
わが国の医療システムは価格競争に批判的・保護的

組織は戦略に従う

(チャンドラー)

組織成員(職員)に都合のよい、楽で心地よい戦略に変更したがる
その結果は、事故、不正などなどですよ。これが、今、大問題だな。

戦略は理念(mission&values)に従うといわれるが、理念もなく戦略もない組織
は、そもそも存在意義がないのではないかと問い直そう。

23

共同体と機能体

	共同体	機能体
典 型	家族・地域社会 趣味の会・社交クラブ	企業・官公庁・軍隊
目 的	構成員の心地良さ (好みの充足)	外的目的の達成 (利潤・行政・防衛)
良い組織の尺度	固さ(結束力・仲間意識)	強さ(目的達成力)
理想の状態	公平性と安住感	最小費用で最大達成 (効率他)
人材評価の尺度	内的評価による人格	外的評価による 能力と実績

堺屋太一「組織の盛衰」PHP研究所、1993. P.111

24

企業組織を構成するミンツバーグ5つの基本要素

戦略的トップ(Strategic Apex)

ミドルライン(Middle Line)

現業部門(Operating Core)

テクノストラクチャ(Technostructure)

サポートスタッフ(Support Staff)」

これらの要素の組み合わせによって、

組織形態(configuration)は、単純構造、機械的官僚制、プロフェッショナル官僚制(Professional Bureaucracy)、分権構造、アドホクラシー(Adhocracy)の5つに分類できるとした。

病院はプロフェッショナル組織の典型

- プロフェッショナル官僚制 現場部門において技術面の標準化が進み、専門家が配置された現場部門とサポートスタッフの役割が大きくなった組織形態。
- 機械的官僚制では病院は動かなくなる
- 戦略的トップ(マネジャー)の役割が重要
- マネジャーはゼネラリストでもありスペシャリスト
- 仕事はサイエンスというよりもアートであり、直感的プロセスや何が正しいかの「感覚」に依存している。

マネジャーの10項目の役割 ミンツバーグ

●対人関係における役割

- ・看板: 組織の代表者としてのシンボリック役割を果たす。
- ・リーダー: 前向きな雰囲気をつくり出し部下のモチベーションを高め鼓舞する。
- ・リエゾン: 外部とのコンタクトのネットワークを構築し維持する。

●情報に関わる役割

- ・監視役: 組織に関連があり役に立つあらゆる種類の情報を集める。
- ・配布者: 外部からの情報を内部の人間に伝達する。
- ・スポークスパーソン: 内部からの情報を外部の人間に伝達する。

●意思決定に関する役割

- ・企業家: 変革を起こし組織を環境に適応させる。
- ・妨害排除者: 予期せぬ出来事に対処する。
- ・資源配分者: 組織の資源利用について決定する。
- ・交渉者: 従業員と話し合い他の組織と折衝する。

組織の質向上には成功体験が必要

ただし、衰退の法則に絶えず注意することが必要

第1段階 成功からの生まれる傲慢

第2段階 規律なき拡大路線

第3段階 リスクと問題の否認

第4段階 一発逆転策の追求

第5段階 屈服と凡庸な企業への転落か消滅

ジェームズ・C・コリンズ, ビジナリーカンパニー衰退の五段階, 日経BP社(2010)

医療の質 経営の質 組織の質

医療産業は官製市場で規制産業

医療サービス市場は医療保険制度の疑似市場

でも、経営戦略はじめ経営学のエッセンスは応用可能

医療は特殊、病院経営は特殊性ありと考えられてきた

ヒト・モノ・カネを規制することにより医療の商品化阻止

最適の医療組織と経営組織になっていないのでは

医療の質だけが高いということはどうもなさそうだが？

減価償却前の営業利益率(例) EBITDA

人件費比率

民間法人の場合

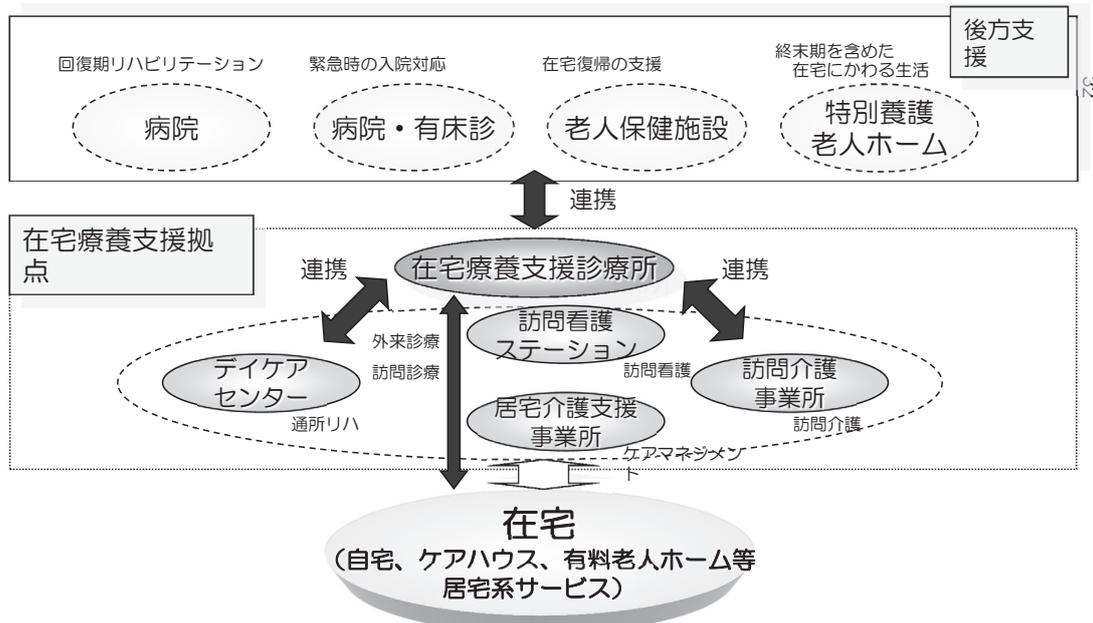
55%	急性期病院	営業利益2% + 7%減価償却費
66%	回復期病院	5% + 4%
62%	老健施設	4% + 6%
65%	特養ホーム	3% + 6%
48%	診療所	12% + 3%
80%	通所介護	5% + 4.5%
78%	訪問看護ST	6% + 1.5%

在宅医療・在宅ケアに無理解・無関心？

- 医療政策上医療と介護の連携強化という方向は何かははっきりしているようで総花的政策展開
- 2025年の医療のあり方に進むと言っている
- 財源が確保できないと制度改革はできない
- 在宅ケアは長年準備されてきている
- 急性期医療には代替機能がある
- 診療報酬準拠の経営戦略は危険ではないか

31

4. サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組みの構築



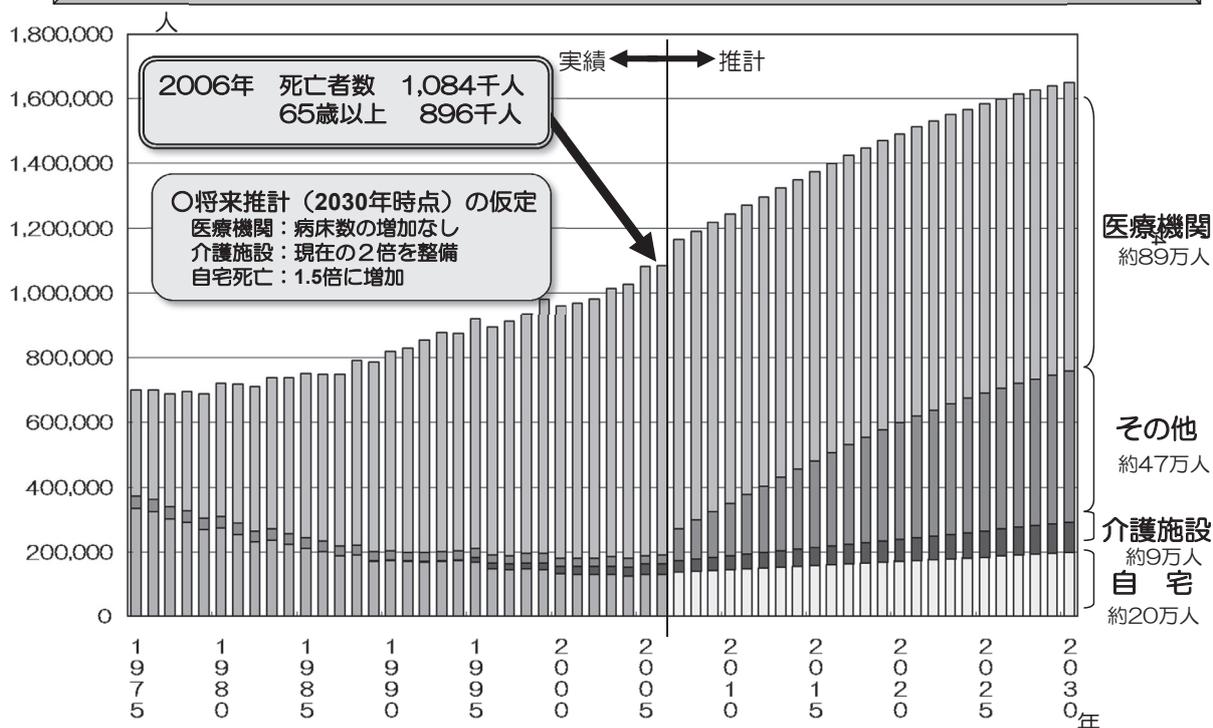
32

慢性期医療の将来

1. 多様な住まいと多様なケアの分離
2. 老健の医療は医療保険なのか
3. 個室化・ユニット化と競争できるか
4. 職員の安定的量と質を確保できるか
5. 入所より在宅を重視せざるを得ない
6. 立位置をもう一度考えてほしい
7. 在宅ケアの拠点としてのイノベーションを

24時間の地域包括ケアを確立していこう

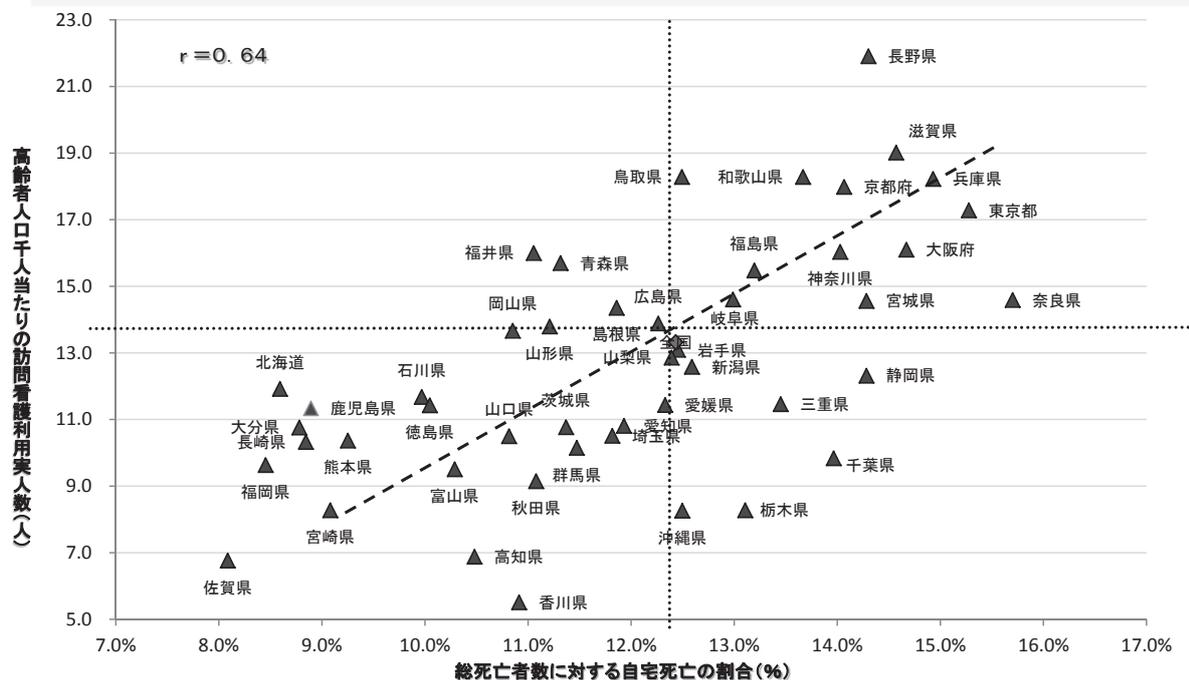
死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)。
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



医療機能別病床数の推計結果

<p>2025年</p> <p>高度急性期13.0万床</p> <hr/> <p>急性期40.1万床程度</p> <hr/> <p>回復期37.5万床程度</p> <hr/> <p>慢性期24.2~28.5万床</p> <hr/> <p>合計は115~119万床</p> <hr/> <p>29.7~33.7万人は在宅等</p>	<p>2013年病床機能報告</p> <p>19.1万床</p> <hr/> <p>58.1万床</p> <hr/> <p>11.0万床</p> <hr/> <p>35.2万床</p> <hr/> <p>123.4万床</p> <hr/> <p>機能未分化2025年場合152万床程度</p>
--	--

2025年の4機能必要病床数と現状の差

パターン3で全国で推計すると165.3千床過剰

埼玉県,千葉県,東京都,神奈川県,大阪府,沖縄県は不足

富山県4.9,石川県4.0,福井県2.7,徳島県4.6,香川県3.8,愛媛県6.4,高知県6.1(千床過剰)

在宅医療や介護施設で追加的推計患者数

富山県4.7,石川県4.4,福井県2.3,徳島県4.1,香川県2.7,愛媛県5.0,高知県5.7(千人不足する)

一億総活躍社会の実現に向けて

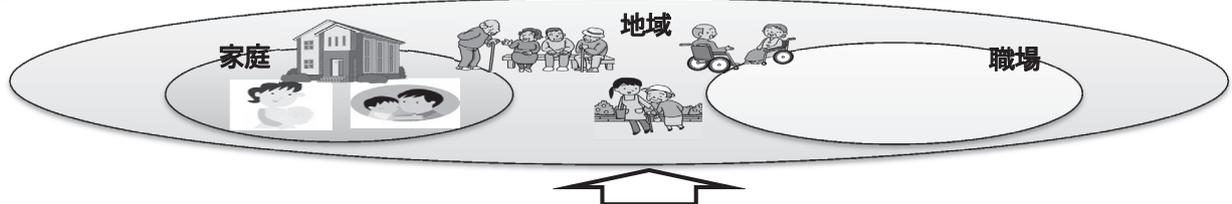
「一億総活躍」社会とは、

- ・ 少子高齢化という日本の構造的な問題について、正面から取り組むことで歯止めをかけ、50年後も人口1億人を維持
- ・ 一人ひとりの日本人、誰もが、家庭で、職場で、地域で、生きがいを持って、充実した生活を送ることができること

厚生労働省の基本姿勢

若者・高齢者、女性・男性、難病や障害のある方、生活困窮者など、誰もが社会の一員として、家庭や職場、そして地域で、それぞれ自分らしく活躍できるチャンスが得られるようにしていく。

⇒ そのために、「全産業の生産性革命」・「希望出生率1.8」・「介護離職ゼロ」・「生涯現役社会」の実現に向けて、政策を総動員して取り組んでいく。



人口減少、少子高齢化、貧困・格差などの諸課題に対応し、すべての人が活躍できるチャンスを創出

生産性革命

- ・ 生産性の向上や働き方改革を通じて、経済の好循環を生み出し、その成果を広く分配

希望出生率1.8

- ・ 結婚、出産の希望を叶え少子化の流れに終止符
- ・ 育児や介護を理由とする不本意な離職をなくし、女性をはじめとする現役世代の不安を除去

介護離職ゼロ

- ・ 高齢者、障害者、難病の方など、様々な方の健康増進・経済的自立の支援
- ・ 活躍の場となる「地域」づくり

生涯現役社会

① 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携

- 機能分化、連携促進
- チーム医療
- かかりつけ医
- 外来医療の機能分化
- 在宅医療

② 安心・安全で納得できる効率的で質が高い医療の実現

- アウトカム評価
- かかりつけ医
- かかりつけ薬剤師
- ICTの活用
- 質の高いリハビリ

③ 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含むがん医療
- 認知症対策
- 小児、周産期医療
- 救急医療
- かかりつけ薬剤師、薬局
- 医薬品の適切な評価

④ 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める

- 残薬や重複・多剤投与、長期投薬
- 在宅復帰の促進
- 患者本位の医療分業
- 費用対効果
- 後発医薬品の促進

- 経済成長
- 財政健全化との調和

財源面が
強調されて
いる

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化について

- ・ 認知症に対する主治医機能の評価
- ・ 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価
- ・ 栄養サポートチームの評価(歯科医師と連携した場合の評価)
- ・ 栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充
- ・ 退院支援に関する評価の充実



**認知症に対する主治医機能、
栄養食事指導の拡充、退院支援の強化**

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑩

医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

- 医療と介護の連携及び入院から在宅への円滑な移行を推進する観点から、介護支援連携指導料及び退院時共同指導料について、評価の見直しを行う。

現行		➔	改定後	
介護支援連携指導料	300点		介護支援連携指導料	400点
退院時共同指導料1			退院時共同指導料1	
1 在支診の場合	1,000点		1 在支診の場合	1,500点
2 1以外の場合	600点		2 1以外の場合	900点
退院時共同指導料2			退院時共同指導料2	
	300点			400点

質の高い在宅医療・訪問看護の確保について

- ・ 在宅医療における重症度・居住場所に応じた評価
- ・ 在宅医療を専門に行う医療機関の開設・評価
- ・ 在宅医療における看取り実績に関する評価の充実
- ・ 機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

**在宅の定義の拡充、**
在宅医療や訪問看護の強化



質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑥

在宅医療における看取り実績に関する評価の充実①

➤ 在宅医療において、実績に応じた評価を行う観点から、緊急往診及び看取りの十分な実績等を有する在支診・病に対する評価を充実する。

(新) 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

十分な実績を有する医療機関が、以下の項目に該当する診療を行った際に、以下に示す点数を所定点数に加算する。

緊急、夜間・休日又は深夜の往診	100点
ターミナルケア加算	1,000点
在宅時医学総合管理料	100～400点
施設入居時等医学総合管理料	75～300点
在宅がん医療総合診療料	150点

【施設基準】

- ① 機能強化型の在支診・病の届出を行っていること。
- ② 過去1年間の緊急往診の実績が15件以上、かつ、看取りの実績が20件以上であること。
- ③ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師がいること。
- ④ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。
- ⑤ 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した研修」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。
- ⑥ 院内等において、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。



質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑩

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

➤ 在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ス

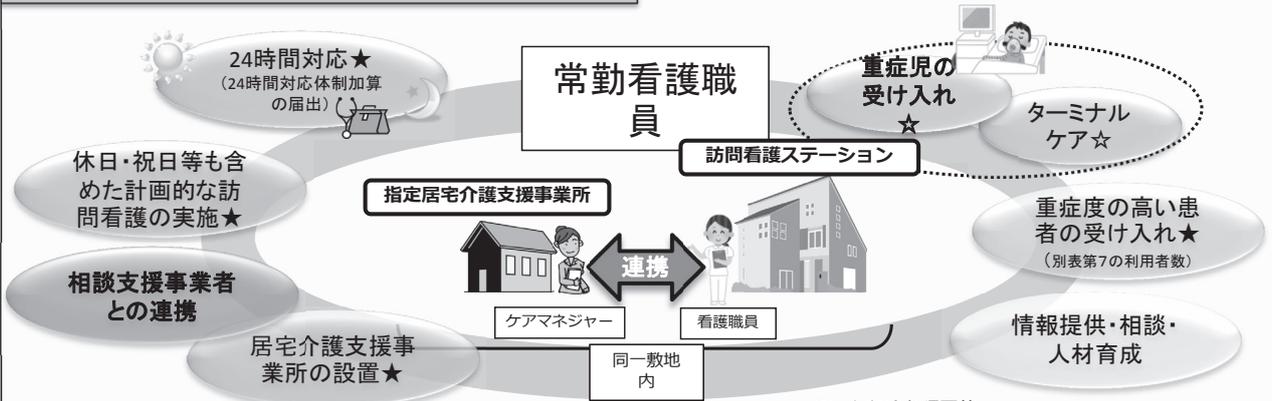
現行	改定後
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数を合計した数が年に20以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上 ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。</p>
<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。</p>	<p>【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ、超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上 ③ 超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上</p> <p>ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援事業者又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者と連携することが望ましい。</p>

※ターミナルケア件数：

訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数及び在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数を合計した数

質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪

機能強化型訪問看護ステーションの評価



※ ★印は必須要件
☆印は、ターミナルケア・重症児の受入実績のいずれかが必須要件

要件	機能強化型1	機能強化型2
1. 常勤看護職員の数	7人以上	5人以上
2. ターミナルケア又は重症児の受け入れ実績 ^注 (いずれかを満たすこと) ①ターミナルケア件数 ②ターミナルケア件数、かつ、超重症児・準超重症児の利用者数 ③超重症児・準超重症児の利用者数	①20件/年 ②15件/年、4人 ③6人	①15件年 ②10件/年、3人 ③5人
3. 別表第7に該当する利用者数	10人以上/月	7人以上/月
4. 24時間対応体制加算の届出を行っている		
5. 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置 (居宅サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成)		
6. 休日、祝日等も含めた計画的な訪問看護の実施		
7. 情報提供・相談・人材育成(地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修の実施)		

別表第7

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	脊髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

注)ターミナルケア件数は過去1年間の実績を、超重症児・準超重症児の利用者数は常時要件を満たしていること。



経営戦略を考える

どのレベルでも連携は最大の資産

高度急性期に特化するために更なる資源投下

高度急性から在宅までの垂直統合戦略は難しい

地域内専門特化型はマーケット次第

治療機能を確保し療養病床特化は療養環境優先に

療養病床は回復期と介護施設との競争に留意

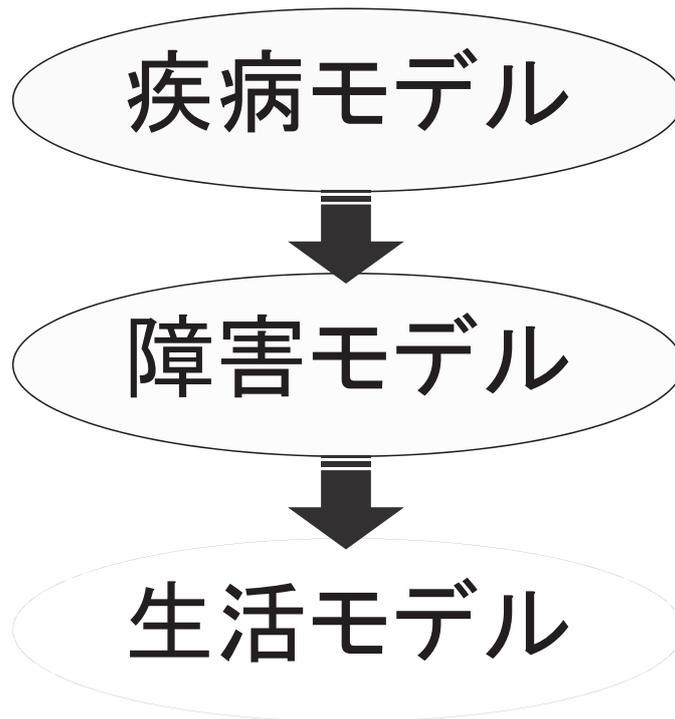
良質なターミナルケアは重要になる

お客さんはどなたですか

- 顧客意識に集中する
- 人材吸引力を高める
- 『事業はヒト』だと思いますが
- リアルなビジネスの世界では「資金調達
が勝負」で「キャッシュフローが命」
 - マーケティングは大切です
 - 戦略なくばどこ行くの ストラテジィ
 - 経営マネジメントは事業継続のため

高齢者ケアの原則とは

- 本人の選択
自己決定原則
- 自己能力の活用(自立支援)
残存機能の活用原則
- 地域や住宅での生活の継続
地域ケア継続性の原則
そして提供されるサービスは包括的に



都市部における急速な高齢化

○ 今後、都市部において高齢者人口が増加することが予想されている。

	2005年時点の 高齢者人口(万人)	2015年時点の 高齢者人口(万人)	増加数	増加率	順位
埼玉県	116	179	63	+55%	1
千葉県	106	160	53	+50%	2
神奈川県	149	218	70	+47%	3
愛知県	125	177	52	+42%	4
大阪府	165	232	68	+41%	5
(東京都)	233	316	83	+36%	(7)
岩手県	34	39	5	+15%	43
島根県	20	22	2	+11%	44
秋田県	31	34	4	+11%	45
山形県	31	34	3	+10%	46
鹿児島県	44	48	4	+10%	47
全国	2,576	3,378	802	+31%	

「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）について」（国立社会保障・人口問題研究所）

各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の状況

○ 我が国における、65歳以上人口に占める高齢者住宅等の定員数の割合は、欧米諸国と比較して少ない。

○ 各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

介護保険3施設等 ※2 (3.5%)	※1 (0.9%)	4.4%	日本 (2005)
ナースিংホーム、 グループホーム等 (4.2%)	サービスハウス等 (2.3%)	6.5%	※制度上の区分は明確ではなく、 類型間の差異は小さい。 スウェーデン(2005)※3
プライエム等 (2.5%)	プライエポーリ・エルダポーリ等 (8.1%)	10.7%	デンマーク (2006)※4
ケアホーム (3.7%)	シェルタードハウジング (8.0%)	11.7%	英国 (2001)※5
ナースング・ホーム (4.0%)	アシステッド リビング等 (2.2%)	6.2%	米国 (2000)※6

※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年) ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006) ※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
 ※5 Elderly Accommodation Counsel (2004)「the older population」 ※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

51



兵庫県立大学経営専門職大学院 (MBA)

地域ケアから考えてみると

- 在宅医療・在宅ケアへ追い風
- 訪問S数は横ばい伸び悩み
- 行政施策としてなんとかしたい
- マーケットから考えれば成長分野
- 地域を中心として継続性を確保する
- 利用者を中心に包み込む＝包括化？
- 今の延長から変革させられるか
- 全部をひっくるめてまとめる＝全部？
- 地域ケアシステムを編みこんでいく作業

52

昔話 高齢者医療・看護介護との出会いと 継続性,地域性,包括性

【1965年 理学療法士・作業療法士法施行】 スタート

点としての国公立リハビリテーション施設や温泉リハ病院開設

【1973年 老人医療費の支給支払制度導入】 老人医療の無料化

急増する老人病院・訪問看護やリハビリテーション伸びない

【1983年 老人保健法成立】

これからは新しいソーシャル・ビジネスの世界が広がるのかな？
保健と医療の包括化

1983年 老人診療報酬で転機

老人デイケア・訪問看護が診療報酬点数化
わずか1回 1,000円でしたが泣きました。
老人病院制度を導入したもののリハビリテー
ションはあまり評価されない。
精神科のデイがモデル、ケアの地域化
この分野で変革を起こすには
ソーシャル・イノベーションが必要だ
創る・つながる・変えていく

1980年代の笑えない話

東京障害高齢者の入浴サービス開始

医師、看護と介護職員、患者輸送車
(株)デベロが移動入浴開発

10年以上未入浴者はつけるだけですよ
リハビリテーション病院で患者さんは浴衣
ミキサー食という鳥の餌
林のような点滴支柱
腕よりも細い脚
何しろ治療モデルの限界

新しい形態の施設が必要

雑誌に老人中間施設制度が必要
1986年の老人保健法改正で制度化
翌年老人保健施設の7モデル事業
1988年 老人保健施設本格実施
OT・PT、MSW必置を獲得
検査づけ、薬づけ、付添づけなし
病院の手あかがついた老健施設はやだ

その後の話

- 1992年 老人訪問看護ステーション制度の構築
介護力強化病院
のちの療養病床の原型
- 1994年 ケアプラン研究開始
要介護認定・看護必要度に発展
- 1996年 施設入所高齢者の低栄養状態
- 2000年 介護保険制度
そして回復期リハビリテーション病棟へ

57

それでも結局出会えたのは 継続性,地域性,包括性だと思う

Continuity

継続性が確保されていない実践
であれば、独りよがりかな

Community

地域忘れた高齢者医療・介護も
リハビリテーションなんて考えられませんよ

Comprehensive

包括的なんて難しいけど治療・看護・介護・
リハ単独の成果よりチーム力が勝負なんだ

58

結局人間が欲しいものは何か

居場所 行き場所 座る場所

継続性,地域性,包括性なんて簡単だ

身体が動くようになって心は止まったまま

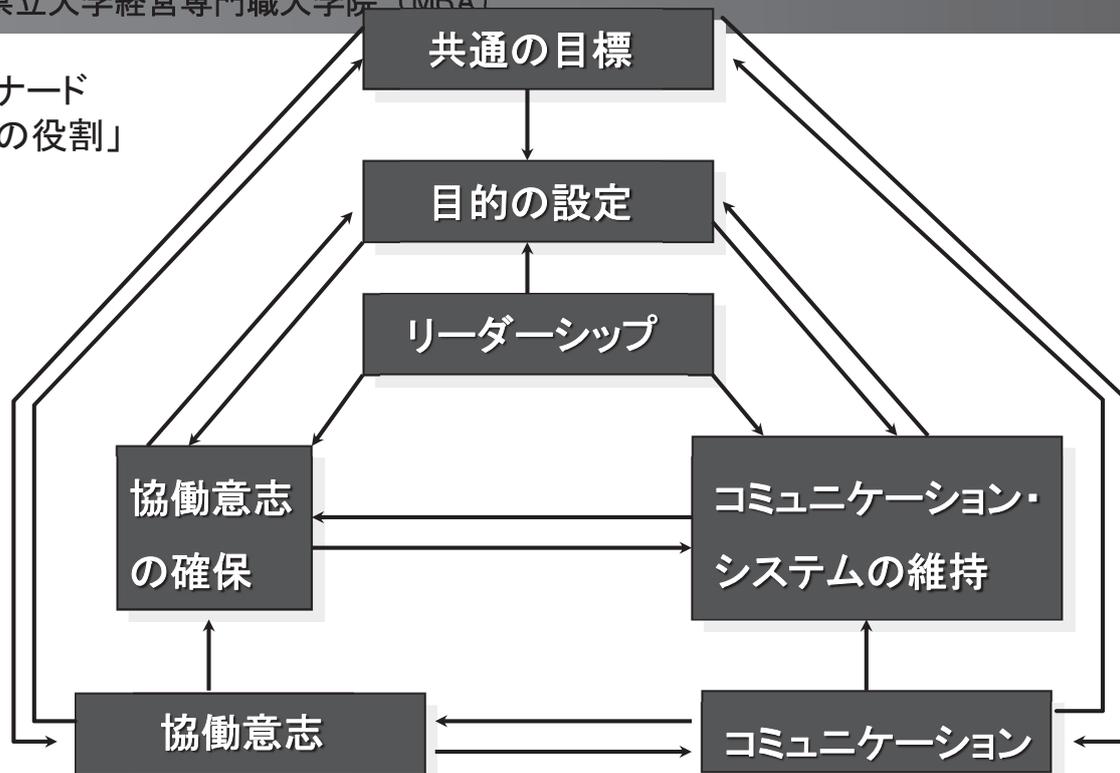
では何のための慢性期医療かわからない

ケアを通じて人の心からの理解を得るのは大

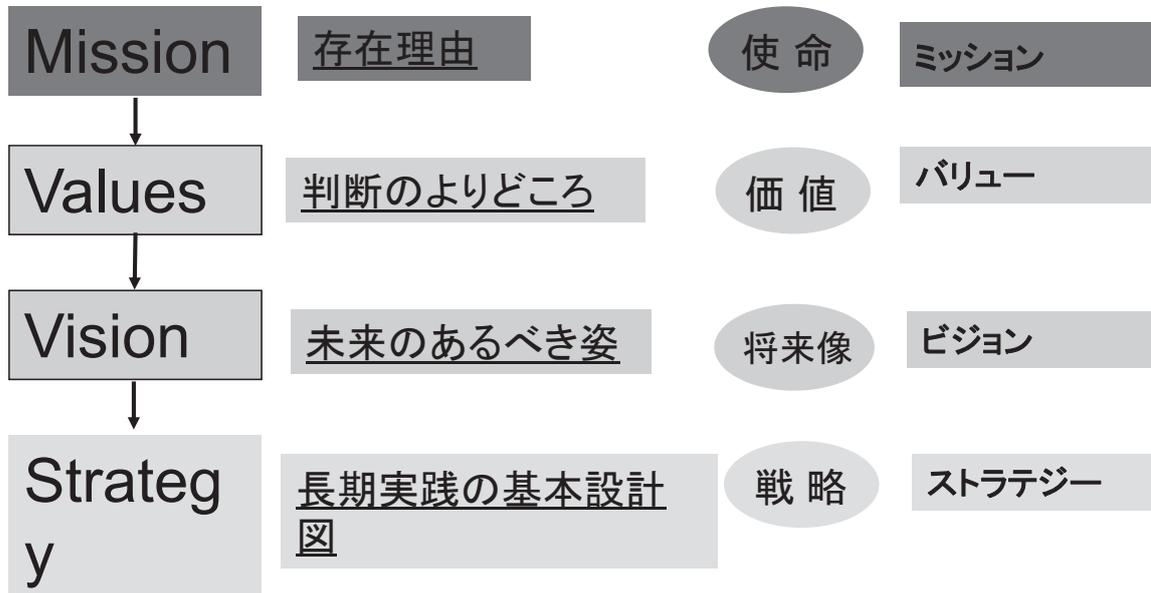
仕事 つなげるためになにをするのか

イノベーション・マインドを体得し実践しよう

C.バーナード
「経営者の役割」



Mission ▪ Values ▪ Vision ▪ Strategy

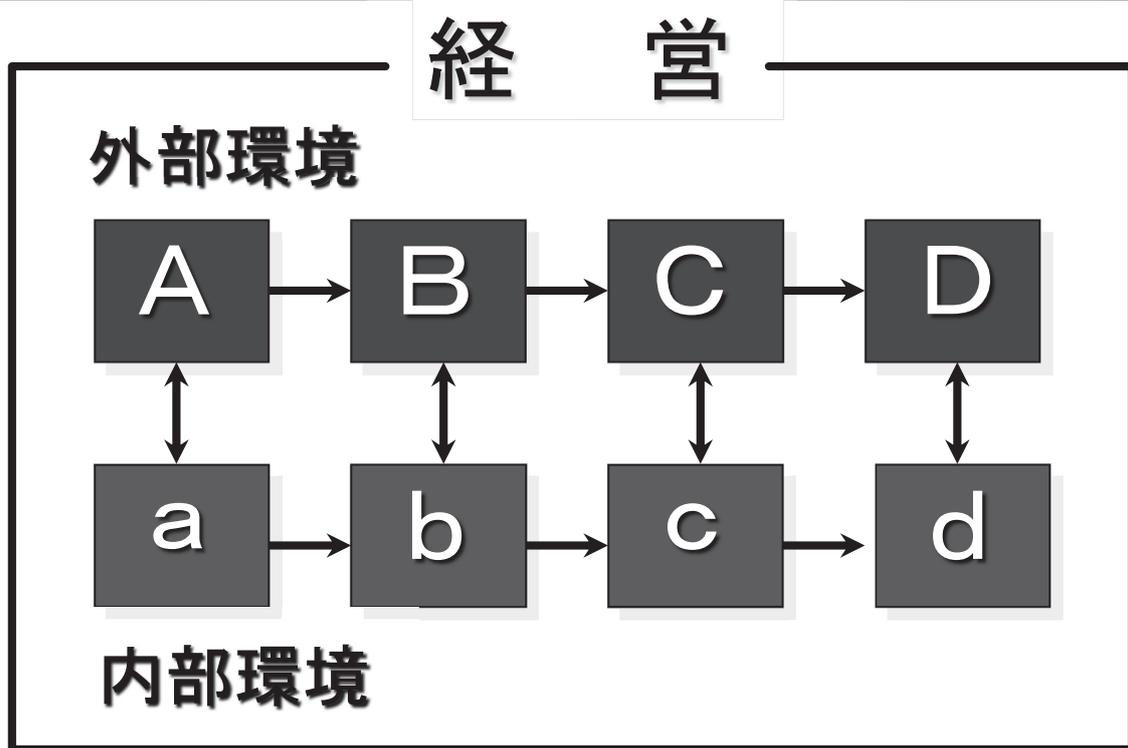


61

戦略頭に切り替えよう

- 作戦のないチームと作戦のあるチームの勝負は.
- 作戦の優劣が結果になることがあるのか.
- 戦略なき戦いは盲目ではないのか.
- 空理、空論は空虚で人は働かず.
- 単なる思いこみ、憶測で判断していないか.
- あるべき姿をしっかりと考え、そして道筋を明確に言語化しているか.

62



63

管理者への5つの質問

1. 経営変革を促しているか
2. 経営理念・方針は浸透しているか
3. 経営戦略と各職員の目標は一致しているか
4. 組織の変革をいつも考えているか
5. 職員研修は計画的に実施しているか

64

*Never tell people **how to do things.**
Tell them **what to do** they will
surprise you with
their ingenuity.*

人にどうするべきかをいうな。
何をすべきかをいえば
人は知恵と工夫で驚かせてくれる
Gen. George Smith Patton 1885-1945

65

LEADERの必要条件

- ① Listen (リッスン)……………傾聴する
- ② Explain (エクспレイン)……………説明する
- ③ Assist (アシスト)……………援助する
- ④ Discuss (ディスカス)……………話しあう
- ⑤ Evaluate (エバリュエイト)……………評価する
- ⑥ Respond (レスポンド)……………回答する、責任をとる

鎌田勝・著「リーダーシップ101の法則」p.130

66

まとめにかえて

守りに終始しないほうがいい

地域連携は経営資源

使命感を高らかに経営戦略を策定しよう

質の向上に努力しよう

訪問看護はなくなるならない

—MEMO—

—MEMO—

—MEMO—

—MEMO—

訪問看護マネジメント論／情報管理論③
リスクマネジメントー1

高村浩弁護士事務所 弁護士
高村 浩 氏

高村 浩 (たかむら ひろし) 先生

略歴

北海道大学法学部卒業
弁護士（東京弁護士会）
高村浩法律事務所弁護士



リスクマネジメント-1

弁護士 高村 浩

【目次】

1 リスクマネジメントと法的責任

- リスクマネジメントの意味
- 訪問看護におけるリスクとその分類
- 法的観点から見たリスクの分類

2 法令違反リスク

- 介護保険法に基づく運営(居宅)基準(厚生省令)(抄)
- 事例:東京地方裁判所平成22年9月10日判決
- 事例:東京高等裁判所平成23年6月1日判決
- 事例:那覇地方裁判所平成24年12月26日判決

3 契約違反リスク

(1) 契約書式

- 契約についての基礎知識
- 重要事項説明書及び契約書の「参考私案」(介護保険)

(2) 利用料未払い

- 利用料未払いについての一般的な留意点

(3) 契約の解除

- 事業者側からの契約解除の際の一般的な留意点
- 事例:東京地方裁判所平成21年9月4日判決

(4) 事故後の対応

- 事故報告書
- 事故の原因分析表及び再発防止策の立案表
- 事故調査報告書

(5) 事故の裁判例

- 事例:福岡地方裁判所平成25年11月1日判決
- 事例:東京地方裁判所平成20年1月25日判決

4 従業者に対する安全配慮義務違反のリスク

- 事例:岡山地方裁判所平成26年4月23日判決

5 苦情(期待違反)リスク

- 苦情対応についての一般的な留意点

6 個人情報保護法

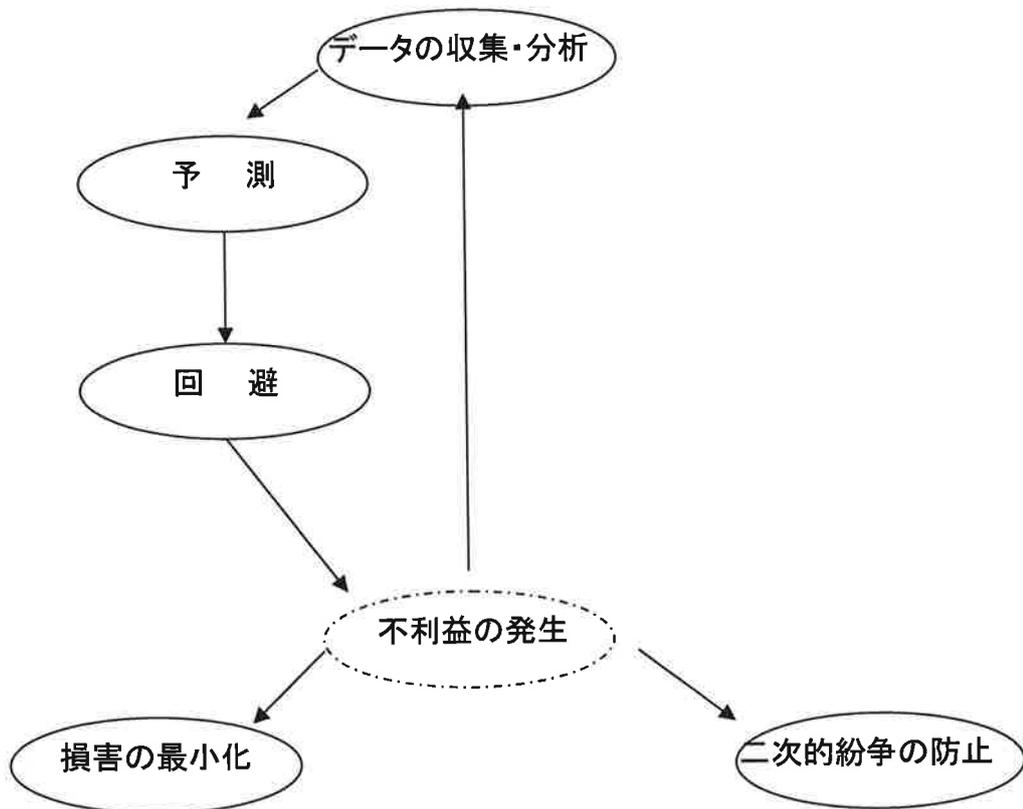
- 改正個人情報保護法の概要
- 事例:東京地方裁判所平成27年9月4日判決

7 高齢者虐待防止法

- 「高齢者虐待」の定義
- 「養護者による高齢者虐待」への対応の仕組み
- 「養介護施設従事者等による高齢者虐待」への対応の仕組み
- 事例:京都地方裁判所平成26年7月25日判決

○リスクマネジメントの意味

①事業者が、その活動の過程で発生する不利益の可能性(リスク)を予測・評価して、②その回避を図り、③それでも発生した不利益を最小化するとともに、④二次的な不利益の発生を防止し、さらに⑤発生した不利益のデータを収集・分析して、できるだけそのパターンを把握して、①の予測・評価にいかす一連の循環する作業である。



○訪問看護におけるリスクとその分類

【経営全般に係わるリスク】

- 経営判断過誤リスク：事業の選択、拡張、縮小などにおける経営判断の過誤等。
- 経営環境変化リスク：社会経済状況の変化、法令の変更、利用者ニーズの変化等。

※日本医師会総合政策研究機構HP→「ワーキングペーパー」→高橋泰・江口成美「地域の医療供給体制の現状と課題—都道府県別・二次医療圏別データ集」(2014年度版)(ワーキングペーパーNO.323)、NO. 352、NO. 353、NO. 375。

※総務省統計局HP→「平成27年国勢調査」→「人口速報集計、結果表」。市区町村別の人口の増減等が分かる。

- 業務過誤リスク：財務・会計、労務・人事管理、外部取引等における過誤等。
- 保守事故リスク：施設備品の不備、医療機器の故障等。
- 災害リスク：火災、地震、風水害の自然災害等。
- 犯罪被害リスク：盗難、交通事故等。
- 風評リスク：社会的評価の低下、利用者離れを招く風説等。
- 情報管理過誤リスク：利用者等の個人情報の漏洩その他不適切取扱等。

※個人情報保護委員会(PPC)(平成28年1月1日発足)HP。個人情報に関する法令、ガイドライン等の入手が可能。

※厚生労働省HP→「テーマ別に探す」→「雇用・労働」のうちの「労働政策全般」→「施策情報」のうちの「個人情報保護」→「その他の厚生労働分野」のうちの「厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等」→「医療・介護関係事業者における個人情報保護の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成29年4月)等の入手が可能。

【利用者との関係でのリスク】

- 表示過誤リスク：虚偽、誇大広告等の不当表示、情報公表等

※公正取引委員会HP→「審決等データベース」→「審決等データベースシステム」→「フリーワードによる検索」において「介護サービス」で検索。景品表示法に基づく排除命令の事例をいくつか見ることができる。但し、訪問看護の事例はなく、ほとんどが有料老人ホームの事案。なお、消費者庁HP→「テーマ別メニュー」→「行政処分の状況について知りたい」→「景品表示法に基づく措置等」によっても事例を閲覧できるが、現在のところ、看護、介護サービス関係のものは見当たらないようである。

- 説明過誤リスク：サービス内容、利用料等の重要事項の説明過誤・不足等
- 意思確認不足リスク：利用者又は家族の同意、意思確認の不足
- 訪問看護事故リスク：転倒、誤嚥事故等

※公益財団法人日本医療機能評価機構HP→「医療事故情報収集等事業」→「公開データ検索」→「医療事故／ヒヤリ・ハット報告事例検索画面」→項目を適宜チェックし、「本文検索」に「訪問看護」等の関係する文字を入力して検索すると、訪問看護に係る事例が表示される(但し、訪問看護事故以外のものも表示される。)

- 感染症リスク : 職員から利用者又は職員を介した利用者相互間の感染
- 高齢者虐待リスク : 利用者に対する言葉による心理的虐待等

※認知症介護情報ネットワーク(DCnet)HP→学習教材→高齢者虐待防止関連。各種の報告書その他の資料の入手が可能。

※厚生労働省HP→「テーマ別に探す」→「介護・高齢者福祉」→「施策情報」のうち「高齢者虐待」。国の調査結果を見ることができる。

※全国抑制廃止研究会HP→「資料集」。身体拘束に関する各種資料の入手が可能。

- 苦情・訴訟リスク : 利用者からの苦情・訴訟

※東京都国民健康保険団体連合会HP→「東京都における介護保険サービスの苦情相談白書」。平成27年度版から同HP上で閲覧又は電子データをダウンロードすることができるようになっている。

※独立行政法人国民生活センターHP→「相談事例・判例」→「事故情報データベース」→「訪問看護」で検索。

※介護相談・地域づくり連絡会HP→「今月の相談」→「今月の相談バックナンバー」。訪問看護の事例は少ないが、2011年3月の相談「看護計画書に『死が間近』と書いてあった」は訪問看護の事例。

※裁判所HP→「裁判例情報」→検索画面の「全文」欄に「看護」、「介護」等の関係する言葉を入れて検索すると看護又は介護に関係する一部の裁判例を見ることができる。しかし、現在までのところ、訪問看護に関係する事故の裁判例はほとんどない。

- 債務不履行リスク : 利用者の利用料不払等
- 迷惑行為リスク : 利用者又は家族による暴力行為等

【職員との関係でのリスク】

- 労災リスク
- セクハラ、パワハラリスク、マタハラ

※厚生労働省HP→「分野別の政策」のうちの「雇用・労働」の「雇用」→「事業主の方へ」→「働く人のメンタルヘルスの確保(こころの耳)」及び「パワハラのない職場づくり(あかるい職場応援団)」。セクハラ、パワハラに関する各種情報を入手可能。

- 労使紛争リスク

【他事業者等との関係でのリスク】

○主治医、居宅介護支援事業者その他の事業者との連携不足又は連携困難

○法的観点から見たリスクの分類

前掲のリスクは、何に(どのような基準に)違反するかという観点から、次のように分類できる。①及び②のリスクが、法的責任を発生させるリスクである。③のリスクも、①及び②に関する法的責任の判断に影響を与える。【対策88～90頁】

- ① 法令違反リスク⇒行政処分、刑事罰等の法的責任
- ② 契約違反リスク⇒損害賠償責任
- ③ 倫理違反リスク（「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年5月、改訂平成27年3月）等の各種ガイドライン違反）
- ④ 期待違反リスク⇒苦情

○介護保険法に基づく運営基準（厚生省令）（抄）

「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚令第37号）と「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成11年9月17日老企第25号）（いずれも一部）

- ※ 以下のゴシック体の部分は介護保険法第74条第2項に基づく「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」、明朝体の部分は同基準に対応する「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（通知）。
- ※ 平成23年改正介護保険法(平成24年4月1日施行)により、運営（指定）の基準は、都道府県（指定都市にあっては指定都市、中核市にあっては中核市）の条例で定めることになった（法第74条第1項、第2項）。条例を定めるに当たっては、以下の基準のうち、実線を引いた基準は「従うべき」ものとされている（基準第1条第5号及び第7号）。但し、実線により下線を引いた基準のうち、第69条については、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書の提出に係る部分は除く。」とされている（基準第1条第7号）。

第1章 総 則

（指定居宅サービスの事業の一般原則）

- 第3条 指定居宅サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。
- 2 指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

第2章 訪問介護

（内容及び手続の説明及び同意）（第74条により訪問看護に準用）

- 第8条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第29条に規定する運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。
- 2 指定訪問介護事業者は、利用申込者又はその家族からの申出があった場合には、前項の規定による文書の交付に代えて、第5項で定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法であって次に掲げるもの（以下この条において「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合において、当該指定訪問介護事業者は、当該文書を交付したものとみなす。
- 一 電子情報処理組織を使用する方法のうちイ又はロに掲げるもの
 - イ 指定訪問介護事業者の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法
 - ロ 指定訪問介護事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに

記録された前項に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、指定訪問介護事業者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

- 二 磁気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに前項に規定する重要事項を記録したものを交付する方法
- 3 前項に掲げる方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。
- 4 第2項第一号の「電子情報処理組織」とは、指定訪問介護事業者の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。
- 5 指定訪問介護事業者は、第2項の規定により第1項に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。
 - 一 第2項各号に規定する方法のうち指定訪問介護事業者が使用するもの
 - 二 ファイルへの記録の方式
- 6 前項の規定による承諾を得た指定訪問介護事業者は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、第1項に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りでない。

3 運営に関する基準

(1) 内容及び手続の説明及び同意

居宅基準第8条は、指定訪問介護事業者は、利用者に対し適切な指定訪問介護を提供するため、その提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、当該指定訪問介護事業所の運営規程の概要、訪問介護員等の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制等の利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項について、わかりやすい説明書やパンフレット等（当該指定訪問介護事業者が、他の介護保険に関する事業を併せて実施している場合、当該パンフレット等について、一体的に作成することは差し支えないものとする。）の文書を交付して懇切丁寧に説明を行い、当該事業所から指定訪問介護の提供を受けることにつき同意を得なければならないこととしたものである。なお、当該同意については、利用者及び指定訪問介護事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものである。

(提供拒否の禁止) (訪問看護に準用)

第9条 指定訪問介護事業者は、正当な理由なく指定訪問介護の提供を拒んではならない。

(2) 提供拒否の禁止

居宅基準第9条は、指定訪問介護事業者は、原則として、利用申込に対しては応じなければならないことを規定したものであり、特に、要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものである。また、利用者が特定のサービス行為以外の訪問介護サービスの利用を希望することを理由にサービス提供を拒否することを禁止するものである。（ただし、「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」（平成12年11月1

6日老振第76号)の1を除く。)提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合、②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切な指定訪問介護を提供することが困難な場合である。

(受給者資格等の確認)(訪問看護に準用)

- 第11条** 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供を求められた場合は、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめるものとする。
- 2** 指定訪問介護事業者は、前項の被保険者証に、法第73条第2項に規定する認定審査会意見が記載されているときは、当該認定審査会意見に配慮して、指定訪問介護を提供するように努めなければならない。

(4) 受給者資格等の確認

- ① 居宅基準第11条第1項は、指定訪問介護の利用に係る費用につき保険給付を受けることができるのは、要介護認定を受けている被保険者に限られるものであることを踏まえ、指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、利用者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確かめなければならないこととしたものである。
- ② 同条第2項は、利用者の被保険者証に、指定居宅サービスの適切かつ有効な利用等に関し当該被保険者が留意すべき事項に係る認定審査会意見が記載されているときは、指定訪問介護事業者は、これに配慮して指定訪問介護を提供するように努めるべきことを規定したものである。

(要介護認定の申請に係る援助)(訪問看護に準用)

- 第12条** 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、要介護認定を受けていない利用申込者については、要介護認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。
- 2** 指定訪問介護事業者は、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行わなければならない。

(5) 要介護認定の申請に係る援助

- ① 居宅基準第12条第1項は、要介護認定の申請がなされていれば、要介護認定の効力が申請時に遡ることにより、指定訪問介護の利用に係る費用が保険給付の対象となりうることを踏まえ、指定訪問介護事業者は、利用申込者が要介護認定を受けていないことを確認した場合には、要介護認定の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意向を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならないこととしたものである。
- ② 同条第2項は、要介護認定の有効期間が原則として6か月ごとに終了し、継続して保険給付を受けるためには要介護更新認定を受ける必要があること及び当該認定が申請の日から30日以内に行われることとされていることを踏まえ、指定訪問介護事業者は、居宅介護支援(これに相当するサービスを含む。)が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行わな

ればならないこととしたものである。

(心身の状況等の把握)(訪問看護に準用)

第13条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供に当たっては、利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第38号。以下「指定居宅介護支援等基準」という。))第13条第九号に規定するサービス担当者会議をいう。以下同じ。)等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

(法定代理受領サービスの提供を受けるための援助)(訪問看護に準用)

第15条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供の開始に際し、利用申込者が介護保険法施行規則(平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。))第64条各号のいずれにも該当しないときは、当該利用申込者又はその家族に対し、居宅サービス計画の作成を居宅介護支援事業者に依頼する旨を市町村に対して届け出ること等により、指定訪問介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができる旨を説明すること、居宅介護支援事業者に関する情報を提供することその他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行わなければならない。

(6) 法定代理受領サービスの提供を受けるための援助

居宅基準第15条は、施行規則第64条第一号イ又はロに該当する利用者は、指定訪問介護の提供を法定代理受領サービスとして受けることができることを踏まえ、指定訪問介護事業者は、施行規則第64条第一号イ又はロに該当しない利用申込者又はその家族に対し、指定訪問介護の提供を法定代理受領サービスとして受けるための要件の説明、居宅介護支援事業者に関する情報提供その他の法定代理受領サービスを行うために必要な援助を行わなければならないこととしたものである。

(居宅サービス計画に沿ったサービスの提供)(訪問看護に準用)

第16条 指定訪問介護事業者は、居宅サービス計画(施行規則第64条第一号ハ及びニに規定する計画を含む。以下同じ。)が作成されている場合は、当該計画に沿った指定訪問介護を提供しなければならない。

(居宅サービス計画等の変更の援助)(訪問看護に準用)

第17条 指定訪問介護事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡その他の必要な援助を行わなければならない。

(7) 居宅サービス計画等の変更の援助

居宅基準第17条は、指定訪問介護を法定代理受領サービスとして提供するためには当該指定訪問介護が居宅サービス計画(法第8条第21項に規定する居宅サービス計画をいう。以下同じ。)に位置付けられている必要があることを踏まえ、指定訪問介護事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合(利用者の状態の変化等により追加的なサービスが必要となり、当該サービスを法定代理受領サービスとして行う等のために居宅サービス計画の変更が必要となった場合で、指定訪問介護事業者からの当該変更の必要性の説明に対し利用者が同意する場合を含む。)は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡、サービスを追加する場合に当該サービスを法定代理受領サービスとして利用する場合には支給限度額の範囲内で居宅サービス計画を変更する必要がある旨の説明その他の必要な援助を行わなければならないこととしたものである。

(身分を証する書類の携行) (訪問看護に準用)

第18条 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

(8) 身分を証する書類の携行

居宅基準第18条は、利用者が安心して指定訪問介護の提供を受けられるよう、指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等に身分を明らかにする証書や名札等を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならないこととしたものである。この証書等には、当該指定訪問介護事業所の名称、当該訪問介護員等の氏名を記載するものとし、当該訪問介護員等の写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましい。

(サービス提供の記録) (訪問看護に準用)

第19条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、当該指定訪問介護の提供日及び内容、当該指定訪問介護について法第41条第6項の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

(9) サービス提供の記録

①居宅基準第19条第1項は、利用者及びサービス事業者が、その時点での支給限度額の残額やサービスの利用状況を把握できるようにするために、指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を提供した際には、当該指定訪問介護の提供日、内容（例えば身体介護、生活援助、通院等のための乗車又は降車の介助の別）、保険給付の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画の書面又はサービス利用票等に記載しなければならないこととしたものである。

②同条第2項は、当該指定訪問介護の提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録するとともに、サービス事業者間の密接な連携等を図るため、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならないこととしたものである。

また、「その他適切な方法」とは、例えば、利用者の用意する手帳に記載するなどの方法である。

なお、提供した具体的なサービスの内容等の記録は、居宅基準第39条第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。

(保険給付の請求のための証明書の交付) (訪問看護に準用)

第21条 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定訪問介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

(11) 保険給付の請求のための証明書の交付

居宅基準第21条は、利用者が市町村に対する保険給付の請求を容易に行えるよう、指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスでない指定訪問介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定訪問介護の内容、費用

の額その他利用者が保険給付を請求する上で必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならないこととしたものである。

(利用者に関する市町村への通知) (訪問看護に準用)

第26条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護を受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

- 一 正当な理由なしに指定訪問介護の利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。
- 二 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

(14) 利用者に関する市町村への通知

居宅基準第26条は、偽りその他不正な行為によって保険給付を受けた者及び自己の故意の犯罪行為又は重大な過失等により、要介護状態又はその原因となった事故を生じさせるなどした者については、市町村が、法第22条第1項に基づく既に支払った保険給付の徴収又は法第64条に基づく保険給付の制限を行うことができることに鑑み、指定訪問介護事業者が、その利用者に関し、保険給付の適正化の観点から市町村に通知しなければならない事由を列記したものである。

(勤務体制の確保等) (訪問看護に準用)

第30条 指定訪問介護事業者は、利用者に対し適切な指定訪問介護を提供できるよう、指定訪問介護事業所ごとに、訪問介護員等の勤務の体制を定めておかななければならない。

- 2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに、当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等によって指定訪問介護を提供しなければならない。
- 3 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

(19) 勤務体制の確保等

居宅基準第30条は、利用者に対する適切な指定訪問介護の提供を確保するため、職員の勤務体制等について規定したものであるが、次の点に留意する必要がある。

①指定訪問介護事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、訪問介護員等については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係、サービス提供責任者である旨等を明確にすること。

②同条第2項は、当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等によって指定訪問介護を提供すべきことを規定したものであるが、指定訪問介護事業所の訪問介護員等とは、雇用契約、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律（昭和60年法律第88号。以下「労働者派遣法」という。）に規定する労働者派遣契約その他の契約により、当該事業所の管理者の指揮命令下にある訪問介護員等を指すものであること。なお、社会福祉士及び介護福祉士法の規定に基づき、同法施行規則（昭和61年厚生省令第49号）第1条各号に規定する口腔内の喀痰吸引その他の行為を業として行う訪問介護員等については、労働者派遣法に基づく派遣労働者（同法に規定する紹介予定派遣又は同法第40条の2第1項第三号又は第四号に該当する場合を除く。）であってはならないことに留意すること。

③同条第3項は、当該指定訪問介護事業所の従業者たる訪問介護員等の質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものであること。

(衛生管理等) (訪問看護に準用)

第31条 指定訪問介護事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めなければならない。

(20) 衛生管理等

居宅基準第31条は、指定訪問介護事業者は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態の管理並びに指定訪問介護事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるべきことを規定したものである。特に、指定訪問介護事業者は、訪問介護員等が感染源となることを予防し、また訪問介護員等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備えるなど対策を講じる必要がある。

(掲示) (訪問看護に準用)

第32条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、訪問介護員等の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

(秘密保持等) (訪問看護に準用)

第33条 指定訪問介護事業所の従事者は、正当な事由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2 指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所の従事者であった者が、正当な事由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

3 指定訪問介護事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

(21) 秘密保持等

①居宅基準第33条第1項は、指定訪問介護事業所の訪問介護員等その他の従業者に、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密の保持を義務づけたものである。

②同条第2項は、指定訪問介護事業者に対して、過去に当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等その他の従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を取ることを義務づけたものであり、具体的には、指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等その他の従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めをおくなどの措置を講ずべきこととするものである。

③同条第3項は、訪問介護員等がサービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や他のサービスの担当者と共有するためには、指定訪問介護事業者は、あらかじめ、文書により利用者又はその家族から同意を得る必要があることを規定したものであるが、この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものである。

(広告) (訪問看護に準用)

第34条 指定訪問介護事業者は、当該指定訪問介護事業所について広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。

(居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止) (訪問看護に準用)

第35条 指定訪問介護事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

(22) 居宅介護支援事業者に対する利益供与の禁止

居宅基準第35条は、居宅介護支援の公正中立性を確保するために、指定訪問介護事業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならないこととしたものである。

(苦情処理) (訪問看護に準用)

第36条 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、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。

- 2 指定訪問介護事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- 3 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に関し、法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- 4 指定訪問介護事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。
- 5 指定訪問介護事業者は、提供した指定訪問介護に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第5項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下同じ。）が行う法第176条第1項第3号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- 6 指定訪問介護事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

(23) 苦情処理

①居宅基準第36条第1項にいう「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示すること等である。

②同条第2項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定訪問介護事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定訪問介護事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、その内容等を記録することを義務づけたものである。

また、指定訪問介護事業者は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行うべきである。

なお、居宅基準第39条第2項の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、2年間保存しなければならない。

③同条第3項は、介護保険法上、苦情処理に関する業務を行うことが位置付けられている国民健康保険団体連合会のみならず、住民に最も身近な行政庁であり、かつ、保険者である市町村が、サービスに関する苦情に対応する必要が生ずることから、市町村についても国民健康保険団体連合会と同様に、

指定訪問介護事業者に対する苦情に関する調査や指導、助言を行えることを運営基準上、明確にしたものである。

(地域との連携) (訪問看護に準用)

第36条の2 指定訪問介護事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定訪問介護に関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

(24) 地域との連携

居宅基準第36条の2は、居宅基準第3条2項の趣旨に基づき、介護相談員を派遣する事業を積極的に受け入れる等、市町村との密接な連携に努めることを規定したものである。

なお、「市町村が実施する事業」には、介護相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれるものである。

(事故発生時の対応) (訪問看護に準用)

第37条 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 指定訪問介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

3 指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

(25) 事故発生時の対応

居宅基準第37条は、利用者が安心して指定訪問介護の提供を受けられるよう事故発生時の速やかな対応を規定したものである。指定訪問介護事業者は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるべきこととともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならないこととしたものである。

また、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならないこととしたものである。

なお、居宅基準第39条第2項の規定に基づき、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、2年間保存しなければならない。

このほか、以下の点に留意するものとする。

①利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ指定訪問介護事業者が定めておくことが望ましいこと。

②指定訪問介護事業者は、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましいこと。

③指定訪問介護事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

(会計の区分) (訪問看護に準用)

第38条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

(26) 会計の区分

居宅基準第38条は、指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに経理を区分するとともに、指定訪問介護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならないこととしたものであるが、具体的な会計処理の方法等については、別に通知するところによるものであること。

(管理者の責務) (訪問看護に準用)

- 第52条 指定訪問入浴介護事業所の管理者は、指定訪問入浴介護事業所の従業員の管理及び指定訪問入浴介護の利用の申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。
- 2 指定訪問入浴介護事業所の管理者は、当該指定訪問入浴介護事業所の従業員にこの節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

(4) 管理者の責務

居宅基準第52条は、指定訪問入浴介護事業所の管理者の責務を、指定訪問入浴介護事業所の従業員の管理及び指定訪問入浴介護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、当該指定訪問入浴介護事業所の従業員に居宅基準の第三章第四節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うこととしたものである。

第四章 訪問看護

第一節 基本方針

(基本方針)

- 第59条 指定居宅サービスに該当する訪問看護（以下「指定訪問看護」という。）の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

第二節 人員に関する法律

(看護師等の員数)

- 第60条 指定訪問看護の事業を行なう者（以下「指定訪問看護事業者」という。）が当該事業を行う事業所（以下「指定訪問看護事業所」という。）ごとに置くべき看護師その他の指定訪問看護の提供に当たる従事者（以下「看護師等」という。）の員数は、次に掲げる指定訪問看護事業所の種類の区分に応じて、次に定めるとおりとする。
- 一 病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所（以下「指定訪問看護ステーション」という。）
- イ 保健師、看護師又は准看護師（以下この条において「看護職員」という。）常勤換算方法で、2.5以上となる員数。
- ロ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、指定訪問看護ステーションの実情に応じた相当数。
- 二 病院又は診療所である指定訪問看護事業所（以下「指定訪問看護を担当する医療機関」という。）指定訪問看護の提供に当たる看護職員を相当数置くべきものとする。
- 2 前項第一号イの看護職員うち1名は常勤でなければならない。
- 3 指定訪問看護事業者が指定介護予防訪問看護事業者（指定介護予防サービス等基準第63条第1項に規定する指定介護予防訪問看護事業者をいう。以下同じ。）の指定を併せて受け、かつ、指定訪問看護の事業と指定介護予防訪問看護（指定介護予防サービス等基準第62条に規定する指定介護予防訪問看護をいう。以下同じ。）の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定介護予防サービス等基準第63条第1項及び第

2項に規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前2項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

- 4 指定訪問看護事業者が指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者（指定地域密着型サービス基準第三条の四第一項に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者をいう。以下同じ。）の指定を併せて受け、かつ、指定訪問看護の事業と指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護（指定地域密着型サービス基準第三条の二に規定する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者をいう。）の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合に、指定地域密着型サービス基準第三条の四第一項第四号イに規定する人員に関する基準を満たすとき（次項の規定により第一項第一号イ及び第二号に規定する基準を満たしているものとみなされているときを除く。）は、当該指定訪問看護事業者は、第一項第一号イ及び第二号に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。
- 5 指定訪問看護事業者が指定複合型サービス事業者（指定地域密着型サービス基準第一百七十一条第十項に規定する指定複合型サービス事業者をいう。）の指定を併せて受け、かつ、指定訪問看護の事業と指定看護小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第七十条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。）の事業が同一の事業所において一体的に運営されている場合に、指定地域密着型サービス基準第一百七十一条第四項に規定する人員に関する基準を満たすとき（前項の規定により第一項第一号イ及び第二号に規定する基準を満たしているものとみなされているときを除く。）は、当該指定訪問看護事業者は、第一項第一号イ及び第二号に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

三 訪問看護

1 人員に関する基準

(1) 看護師等の員数（居宅基準第60条）

① 指定訪問看護ステーションの場合（居宅基準第60条第1項第一号）

イ 指定訪問看護ステーションにおける保健師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という）の員数については、常勤換算方法で2.5人以上と定められたが、これについては、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数として定められたものであり、各地域におけるサービス利用の状況や利用者数及び指定訪問看護の事業の業務量を考慮し、適切な員数の人員を確保するものとする。

ロ 勤務日及び勤務時間が不定期な看護師等についての勤務延時間数の算定については、指定訪問看護の場合と同様である。

ハ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、実情に応じた適当数を配置するものとする。（配置しないことも可能である。）

ニ 出張所等があるときは、常勤換算を行う際の事業所の看護職員の勤務延時間数とは、出張所等における勤務延時間数も含めるものとする。

② 指定訪問看護を担当する医療機関の場合（居宅基準第60条第1項第二号）

指定訪問看護事業所ごとに、指定訪問看護の提供に当たる看護職員を適当数置かなければならない。

③ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービスとの一体的運営について（居宅基準第60条第4項及び第5項）

指定訪問看護事業者が、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業者の指定を併せて受け、かつ、当該事業が指定訪問看護事業所と同じ事業所で一体的に運営されている場合については、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者又は指定複合型サービス事業者（以下③において「指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業等」という。）の指定を受ける上で必要とされている看護職員の員数（常勤換算方法で2.5）を配置していることをもって、指定訪問看護の看護職員の人員基準を満たしているものとみなすことができることとしている。

なお、指定訪問看護事業者が指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業等の看護職員の人員配置基準を満たしていることにより指定訪問看護の看護職員の人員配置基準を満たしているものとみなされている場合については、当該指定訪問看護事業の人員配置基準を満たしていることをもって別の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業等の看護職員の人員配置基準を満たしているものとはみなされないので留意すること。

(管理者)

第61条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事務所、施設等の職務に従事することができるものとする。

2 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師又は看護師でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

3 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

(2) 指定訪問看護ステーションの管理者（居宅基準第61条）

① 指定訪問看護ステーションの管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該指定訪問看護ステーションの管理業務に従事するものとする。ただし、以下の場合であって、当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。

イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合

ロ 当該指定訪問看護ステーションが健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合に、当該訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合

ハ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もありうる。）

② 指定訪問看護ステーションの管理者は、管理者としてふさわしいと認められる保健師又は看護師であって、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第14条第3項の規定により保健師又は看護師の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後2年を経過しない者に該当しないものである。

③ 管理者の長期間の傷病又は出張等のやむを得ない理由がある場合には、老人の福祉の向上に関し相当の知識、経験及び熱意を有し、過去の経験等を勘案して指定訪問看護ステーションの管理者としてふさわしいと都道府県知事に認められた者であれば、管理者として保健師及び看護師以外の者をあてることができるものとする。ただし、この場合においても、可能な限り速やかに常勤の保健師又は看護師の管理者が確保されるように努めなければならないものである。

④ 指定訪問看護ステーションの管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は訪問指導の業務に従事した経験のある者である必要がある。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることがのぞましい。

第三節 設備に関する基準 (設備及び備品等)

- 第62条 指定訪問看護ステーションには、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の事務室を設けるほか、指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。ただし、当該指定訪問看護ステーションの同一敷地内に他の事務所、施設等がある場合は、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けることで足りるものとする。
- 2 指定訪問看護を担当する医療機関は、事業の運営を行うために必要な広さを有する専ら指定訪問看護の事業の用に供する区画を確保するとともに、指定訪問看護の提供に必要な設備及び備品等を備えなければならない。
 - 3 指定訪問看護事業者が指定介護予防訪問看護事業者の指定を併せて受け、かつ、指定訪問看護の事業と指定介護予防訪問看護の事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合については、指定介護予防サービス等基準第65条第1項又は第2項に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、第1項又は前項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

2 設備に関する基準

(1) 指定訪問看護ステーションの場合 (居宅基準第62条第1項)

- ① 指定訪問看護ステーションには、運営に必要な面積を有する専用の事務室を設ける必要がある。ただし、当該指定訪問看護ステーションが、健康保険法による指定を受けた訪問看護ステーションである場合には、両者を共用することは差し支えない。また、当該指定訪問看護ステーションが、他の事業の事業所を兼ねる場合には、必要な広さの専用の区画を有することで差し支えないものとする。なお、この場合に、区分されていなくても業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものである。
- ② 事務室については、利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保するものとする。
- ③ 指定訪問看護に必要な設備及び備品等を確保する必要がある。特に、感染症予防に必要な設備等に配慮する必要がある。ただし、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合であって、指定訪問看護の事業又は当該他の事業所、施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができるものとする。

(2) 指定訪問看護を担当する医療機関の場合 (居宅基準第62条第2項)

- ① 指定訪問看護を担当する病院又は診療所には、指定訪問看護の事業を行うために必要な専用の区画を設ける必要がある。なお、業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものである。
- ② 指定訪問看護事業に必要な設備及び備品等を確保する必要がある。ただし、設備及び備品等については、当該医療機関における診療用に備え付けられたものを使用することが出来るものである。

第四節 運営に関する基準 (サービス提供困難時の対応)

- 第63条 指定訪問看護事業者は、利用申込者の病状、当該指定訪問看護事業所の通常の事業の実施地域等を勘察し、自ら適切な指定訪問看護を提供することが困難であると認めた場合は、主治の医師及び居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。

3 運営に関する基準

(1) サービス提供困難時の対応

指定訪問看護事業者が、指定訪問看護の提供を拒否する正当な理由としては、第三の一の三の(2)に示した理由のほか、利用申込者の病状等により、自ら適切な訪問看護の提供が困難と判断した場合が該当するが、これらの場合には、居宅基準第63条の規定により、指定訪問看護事業者は、主治医及び居宅介護支援事業者への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者等を紹介する等の必要な措置を速やかに講じなければならない。

※「第三の一の三の(2)」

前記第9条についての通知の部分。

(居宅介護支援事業者との連携)

第64条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護を提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

(健康手帳への記載)

第65条 削除

(利用料等の受領)

第66条 指定訪問看護事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定訪問看護を提供した際には、その利用者から利用料の一部として、当該指定訪問看護に係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定訪問看護事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

2 指定訪問看護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問看護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額及び指定訪問看護に係る居宅介護サービス費用基準額と、健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第1項に規定する療養の給付若しくは同法第88条第1項に規定する指定訪問看護又は高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)第64条第1項に規定する療養の給付若しくは同法第78条第1項に規定する指定訪問看護に要する費用の額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3 指定訪問看護事業者は、前2項の支払を受ける額のほか、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問看護を行う場合は、それに要した交通費の額の支払を利用者から受けることができる。

4 指定訪問看護事業者は、前項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

(2) 利用料の受領

① 居宅基準第66条第1項、第3項及び第4項については、第三の一の三の(10)の①、③及び④を参照されたいこと。

② 同条第2項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問看護を提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額及び法定代理受領サービスである指定訪問看護に係る費用の額と、医療保険給付又は老人訪問看護療養費の対象となる健康保険法上の指定訪問看護の費用の額との間に不合理な差異を設けてはならないこととしたものであること。

なお、そもそも介護保険給付、医療保険給付又は老人訪問看護療養費の給付対象となる訪問看護と明確に区分されるサービスについては、第三の一の三の（１０）の②のなお書きを参照されたいこと。

※「第三の一の三の（１０）の①、③及び④」

「① 居宅基準第２０条第１項は、指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスとして提供される指定訪問介護についての利用者負担として、居宅介護サービス費用基額の１割又は２割（法第５０条若しくは第６０条又は第６９条第３項の規定の適用により保険給付の適用率が９割又は８割でない場合については、それに応じた割合）の支払を受けなければならないことを規定したものである。

② . . .

③ 同条第３項は、指定訪問介護事業者は、指定訪問介護の提供に関して、前２項の利用料のほかに、利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合の交通費（移動に要する実費）の支払を利用者から受けることができるとし、保険給付の対象となっているサービスと明確に区別されないあいまいな名目による費用の支払を受けることは認めないこととしたものである。

④ 同条第４項は、指定訪問介護事業者は、前項の交通費の支払を受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならないこととしたものである。」

※「第三の一の三の（１０）の②のなお書き」

「. . . なお、そもそも介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の利用料金を設定して差し支えない。

イ 利用者に、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得ること。

ロ 当該事業の目的、運営方針、利用料等が、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定められていること。

ハ 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていること。」

（指定訪問看護の基本取扱方針）

第６７条 指定訪問看護は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行われなければならない。

２ 指定訪問看護事業者は、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

（指定訪問看護の具体的取扱方針）

第６８条 看護師等の行う指定訪問看護の方針は、次に掲げるところによるものとする。

一 指定訪問看護の提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び第７０条第１項に規定する訪問看護計画書に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。

二 指定訪問看護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。

三 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技

術をもって、これを行う。

四 指定訪問看護の提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行う。

五 特殊な看護等については、これを行ってはならない。

(3) 指定訪問看護の基本取扱方針及び具体的取扱方針

居宅基準第67条及び第68条にいう指定訪問看護の取扱方針において、特に留意すべきことは、次のとおりであること。

- ① 指定訪問看護は、利用者の心身の状態を踏まえ、妥当適切に行うとともにその生活の質の確保を図るよう、主治医との密接な連携のもとに訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。
- ② 指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い改善を図る等に努めなければならないものであること。
- ③ 利用者の健康状態と経過、看護の目標や内容、具体的な方法その他療養上必要な事項について利用者及び家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うこと。
- ④ 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。
- ⑤ 医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護等については行ってはならないこと。

(主治の医師との関係)

第69条 指定訪問看護事業所の管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。

3 指定訪問看護事業者は、主治の医師に次条第1項に規定する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。

4 当該指定訪問看護事業所が指定訪問看護を担当する医療機関である場合にあっては、前2項の規定にかかわらず、第2項の主治の医師の文書による指示並びに前項の訪問看護計画書及び訪問看護報告書の提出は、診療録その他の診療に関する記録（以下「診療記録」という。）への記載をもって代えることができる。

(4) 主治医との関係（居宅基準第69条）

- ① 指定訪問看護事業所の管理者は、利用者の主治医が発行する訪問看護指示の文書（以下、第三の三において「指示書」という。）に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している医師をいい、主治医以外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできないものであること。
- ② 居宅基準第69条第2項は、指定訪問看護の利用対象者は、その主治医が指定訪問看護の必要性を認めたものに限られるものであることを踏まえ、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際しては、指示書の交付を受けなければならないこととしたものであること。
- ③ 指定訪問看護事業所の管理者は、主治医と連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、定期的に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出しなければならないこと。
- ④ 指定訪問看護の実施に当たっては、特に医療施設内の場合と異なり、看

看護師等が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。

- ⑤ 保険医療機関が指定訪問看護事業者である場合には、主治医の指示は診療録に記載されるもので差し支えないこと。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書についても看護記録等の診療記録に記載されるもので差し支えないこと。

※「第三の三」

訪問看護に係る本通知の部分を指している。

(訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成)

- 第70条 看護師等（准看護師を除く。以下この条において同じ。）は、利用者の希望、主治の医師の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。
- 2 看護師等は、既に居宅サービス計画等が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って訪問看護計画書を作成しなければならない。
 - 3 看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その主要な事項について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
 - 4 看護師等は、訪問看護計画書を作成した際には、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。
 - 5 看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。
 - 6 指定訪問看護事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。
 - 7 前条第4項の規定は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成について準用する。

(5) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成

- ① 居宅基準第70条は、看護師等（准看護師を除く。）が利用者ごとに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成することとしたものである。
- ② 看護師等は、訪問看護計画書には、利用者の希望、主治医の指示及び看護目標、具体的なサービス内容等を記載する。なお、既に居宅サービス計画等が作成されている場合には、当該計画に沿って訪問看護の計画を立案する。
- ③ 看護師等は、訪問看護計画書の目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行う必要がある。
- ④ 訪問看護計画書は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないこととしたものである。
なお、訪問看護計画書を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該訪問看護計画書が居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとする。
- ⑤ 訪問看護計画書は、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、看護師等は、訪問看護計画書の作成に当たっては、その内容等を説明した上で利用者の同意を得なければならない。また、当該訪問看護計画書を利用者に交付しなければならない。
なお、交付した訪問看護計画書は、居宅基準第73条の2第2項の規定に基づき、2年間保存しなければならない。
- ⑥ 指定訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、居宅基準第69条第4項により、主治の医師への訪問看護計画書の提出は、診療記録への記載

をもって代えることができることとされているため、居宅基準第70条第4項に基づく訪問看護計画書の交付については、「訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて」（平成12年3月30日老企第55号）に定める訪問看護計画書を参考に各事業所ごとに定めるものを交付することで差し支えない。

- ⑦ 看護師等は、訪問看護報告書には、訪問を行った日、提供した看護内容、サービス提供結果等を記載する。なお、居宅基準第70条に規定する報告書は、訪問の都度記載する記録とは異なり、主治医に定期的に提出するものをいい、当該報告書の記載と先に主治医に提出した訪問看護計画書（当該計画書を居宅基準第69条第4項において診療記録の記載をもって代えた場合を含む。）の記載において重複する箇所がある場合は、当該報告書における重複箇所の記載を省略しても差し支えないこととする。
- ⑧ 管理者にあっては、訪問看護計画に沿った実施状況を把握し、計画書及び報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならない。
- ⑨ 指定訪問看護事業者は、主治医との連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を定期的に主治医に提出しなければならない。
- ⑩ 居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定訪問看護事業者については、第三の一の3の(13)の⑥を準用する。この場合においては、「訪問介護計画」とあるのは「訪問看護計画」と読み替える。

※「第三の一の3の(13)の⑥」

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第12号において、「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする」と規定していることを踏まえ、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定訪問介護事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から訪問介護計画の提供の求めがあった際には、当該訪問介護計画を提供することに協力するよう努めるものとする。」

（同居家族に対する訪問看護の禁止）

第71条 指定訪問看護事業者は、看護師等にその同居の家族である利用者に対する指定訪問看護の提供をさせてはならない。

（緊急時の対応）

第72条 看護師等は、現に指定訪問看護の提供を行なっているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治の医師への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じなければならない。

（運営規程）

第73条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下この章において「運営規程」という。）を定めておかななければならない。

- 一 事業の目的及び運営の方針
- 二 従業者の職種、員数及び職務の内容
- 三 営業日及び営業時間
- 四 指定訪問看護の内容及び利用料その他の費用の額
- 五 通常の事業の実施地域
- 六 緊急時等における対応方法

七 その他運営に関する重要事項

(記録の整備)

第73条の2 指定訪問看護事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から2年間保存しなければならない。

- 一 第69条第2項に規定する主治の医師による指示の文書
- 二 訪問看護計画書
- 三 訪問看護報告書
- 四 次条において準用する第19条第2項に規定する提供した具体的なサービスの内容等の記録
- 五 次条において準用する第26条に規定する市町村への通知に係る記録
- 六 次条において準用する第36条第2項に規定する苦情の内容の記録
- 七 次条において準用する第37条第2項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(6) 記録の整備

指定訪問看護事業所が保険医療機関である場合は、居宅基準第73条の2により整備すべき記録のうち、指示書、訪問看護計画書及び訪問看護報告書については、診療録及び診療記録の保存でも差し支えない。

(準用)

第74条 第8条、第9条、第11条から第13条まで、第15条から第19条まで、第21条、第26条、第30条から第38条まで及び第52条の規定は、指定訪問看護の事業について準用する。この場合において、これらの規定中「訪問介護員等」とあるのは「看護師等」と、第8条中「第29条」とあるのは「第73条」と、第13条中「心身の状況」とあるのは「心身の状況、病歴」と読み替えるものとする。

(7) 準用

居宅基準第74条の規定により、居宅基準第8条、第9条、第11条から第13条まで、第15条から第19条まで、第21条、第26条、第30条から第38条まで及び第52条の規定は、指定訪問看護の事業について準用されるものであるため、第三の一の3の(1)、(2)、(4)から(9)まで、(11)、(14)及び(19)から(26)まで並びに第三の二の3の(4)を参照されたい。この場合において、次の点に留意するものとする。

- ① 居宅基準第13条(心身の状況等の把握)中「心身の状況」とあるのは、「心身の状況、病歴」と読み替えられること。
- ② 準用される居宅基準第30条については、指定訪問看護ステーションにおいては、原則として月ごとの勤務表を作成し、看護師等については、日々の勤務時間、職務の内容、常勤・非常勤の別、管理者との兼務関係等を明確にすること。指定訪問看護を担当する医療機関においては、指定訪問看護事業所ごとに、指定訪問看護に従事する看護師等を明確にし、原則として月ごとの勤務表を作成し、それらの者の職務の内容、常勤・非常勤の別等を明確にすること。なお、指定訪問看護事業所の看護師等については、労働者派遣法に規定する派遣労働者(紹介予定派遣に係る者を除く。)であってはならないものであること。

○東京地方裁判所平成22年9月10日判決

主 文

- 1 原告の請求をいずれも棄却する。
- 2 訴訟費用は原告の負担とする。

事実及び理由

第1 請 求

- 1 処分行政庁が原告に対して平成21年1月19日付けでした介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者の指定及び指定介護予防サービス事業者の指定を取り消す処分並びに生活保護法に基づく指定介護機関の指定を取り消す処分をいずれも取り消す。
- 2 被告は、原告に対し、7000万円及びこれに対する平成21年7月28日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2 事案の概要

本件は、介護保険法に基づく①指定居宅サービス事業者の指定及び②指定介護予防サービス事業者の指定並びに生活保護法に基づく③指定介護機関の指定(以下これらの各指定を併せて「本件各指定」という。)を受けていた原告が、処分行政庁から、運営基準違反及び介護報酬の不正請求を理由として、本件各指定を取り消す旨の処分(以下「本件各処分」という。)を受けたが、本件各処分には法令適用を誤るなどの違法があると主張して、本件各処分の取消しを求めるとともに、原告が違法な本件各処分を受けたことにより事実上の倒産に追い込まれたと主張して、国家賠償法1条1項に基づき、被告に対し、損害の一部の賠償請求として、損害賠償金7000万円及びこれに対する訴状送達の日の日である平成21年7月28日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めている事案である。

- 1 前提事実(争いのない事実、顕著な事実並びに末尾記載の証拠及び弁論の全趣旨により容易に認められる事実)
 - (1) 指定居宅サービス事業者の指定等
 - ア 原告は、介護保険法及び健康保険法・老人保健法等による訪問看護・介護予防訪問看護に関する事業等を目的とする株式会社である。
 - イ 処分行政庁は、次のとおり、原告経営のP1(以下「本件事業所」という。)につき、原告を指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者及び指定介護機関にそれぞれ指定した。
 - (ア) 平成12年8月1日、介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者の指定
 - (イ) 平成15年11月1日、生活保護法に基づく指定介護機関の指定
 - (ウ) 平成18年4月1日、平成20年法律第42号による改正前の介護保険法(以下単に「介護保険法」という。)に基づく指定介護予防サービス事業者の指定
 - (2) 原告に対する実地指導検査の実施
 - ア 平成15年11月26日、処分行政庁の担当者は、本件事業所に対して実地指導を実施した(以下「平成15年の実地指導」という。)
 - イ 平成16年3月12日、処分行政庁は、本件事業所について、主治医の交付する指示書に関して指示のない期間が一部あったこと等を指摘する旨の実地指導結果通知書を送付した(なお、上記の「主治医」とは、介護保険法74条2項に基づき厚生労働大臣が定めた「指定居宅

サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス運営基準」という。)」69条2項の「主治の医師」をいうが、以下では、同法115条の3に基づき厚生労働大臣が定めた「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号。以下「指定介護予防サービス運営基準」という。)」77条2項所定の「主治の医師」を含め、「主治医」という。また、上記の「主治医の交付する指示書」とは、指定居宅サービス運営基準69条2項の主治の医師による指示を文書で受けたものを指すが、以下では、指定介護予防サービス運営基準77条2項の主治の医師による指示を文書で受けたものを含め、「主治医の指示書」という。)

ウ 平成16年11月8日、原告は、処分行政庁に対し、上記イの実地指導結果通知書での指摘につき、「数名の主治医について、再三指示書を送り電話で催促等をしていたが、それでも返送されないため、直接主治医の勤務先に伺い事情を説明し、その場で記入してもらうことで改善。また、指示書の管理をするための表を作成し、管理するようになりました。主治医の側に、指示書についての理解が不十分であることが多く、訪問看護開始時に理解を求める説明を徹底しています。」などと記載した改善報告書を提出した。

(3) 本件各処分に至る経緯

ア 平成20年7月29日、処分行政庁の担当者は、本件事業所に対し、介護保険法24条に基づく実地指導検査を実施したところ、訪問看護計画書が作成されていないなどの疑義が認められた。

イ 平成20年7月30日から同年8月26日までの間、処分行政庁の担当者は、本件事業所の関係者(医師4名、利用者3名)の聴取調査を実施し、その結果、一部の主治医の指示書が訪問看護の実施後に作成されていたことが判明した。

ウ 平成20年8月27日、処分行政庁は、本件事業所に対し、介護保険法及び生活保護法に基づく監査を実施するとともに、同日から同年12月2日までの間、処分行政庁の担当者が本件事業所から提出された書類の内容精査や医師、管理者、常勤職員、原告経営の居宅介護支援事業所との兼務職員から事情聴取をした。

(4) 告知聴聞

ア 平成20年12月9日、処分行政庁は、原告に対し、本件事業所に係る監査の結果を通知するとともに、本件事業所に係る指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定取消処分を予定していることを理由に、聴聞を実施することを通知した。

イ 平成20年12月17日及び平成21年1月13日、処分行政庁は、原告に対する聴聞を実施した。その際、原告代表者及び原告代理人弁護士は、原告がサービス提供の開始に当たって、主治医による指示を文書で受けず、訪問看護計画書についても適正な処理が行われないうなど、運営基準を満たしてないことや形式的、手続的ミスがあったことは認め、原告が数年にわたり適正な訪問看護を提供することができなかったこと及び請求できない介護報酬を数年にわたり請求し受領したことは否認するなどした。

(5) 本件各処分

ア 平成21年1月19日、処分行政庁は、原告に対し、次の事実を理由として、同年3月31日の満了をもって、本件事業所に係る指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定を取り消す旨の処分(以下「本件処分①」という。)をすることを決定し、原告にその旨を通知した。

(ア) サービス提供の開始に当たって、主治医の指示書を文書で受けず、訪問看護計画書及び介

介護予防訪問看護計画書についても適正な処理が行われないなど、運営基準(指定居宅サービス運営基準及び指定介護予防サービス運営基準を指す。以下同じ)を満たさず、数年にわたり、適正な訪問看護及び介護予防訪問看護を提供することができなかったこと(介護保険法77条1項3号及び115条の8第1項3号)

(イ) 報酬算定の要件である、主治医の指示書等に基づく訪問看護又は介護予防訪問介護が行われておらず、請求できない介護報酬を数年にわたり請求し受領したこと(介護保険法77条1項5号及び115条の8第1項5号)

イ 同年1月19日、処分行政庁は、原告に対し、運営基準違反(介護保険法77条1項3号)及び不正請求(同項5号)により生活保護法50条に違反したことを理由として、同年3月31日の満了をもって、本件事業所に係る指定介護機関の指定を取り消す旨の処分(以下「本件処分②」という。)をすることを決定し、原告にその旨を通知した。

(6) 本件訴訟の提起

原告は、平成21年7月10日、本件各処分の取消し及び本件各処分により被ったとする損害の賠償(国家賠償)を求める本件訴訟を提起した。(顕著な事実)

2 争点

(1) 本件各処分の適法性

(2) 本件各処分における国家賠償法上の違法性の有無及びその損害額

3 争点に関する当事者の主張の要旨

(1) 争点(1)(本件各処分の適法性)について

(被告の主張の要旨)

ア 原告の違反事実

原告は、平成20年7月29日に行われた実地指導検査及び同年8月27日に本件事業所に対して実施した監査において、次のような違反行為が認められた。

(ア) 調査対象となった利用者167名中76名に関して、指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護(以下、両者を合わせて「指定訪問看護等」という。)の提供の開始に当たり主治医の指示書を得ず、又は主治医の指示書の指示期間がその交付日より遡及して記載されていた(指定居宅サービス運営基準73条の2、69条違反、指定介護予防サービス運営基準77条、73条違反)。

(イ) 調査対象となった利用者167名全員に関して、訪問看護計画書及び介護予防訪問看護計画書(以下「訪問看護計画書等」という。)の医師提出用のもの及び利用者交付用のものが事前に作成されず、そのうち78名に関して訪問看護計画書等が事後にまとめて交付されるなど、計画策定が適正にされていなかったと推認された(指定居宅サービス運営基準70条違反、指定介護予防サービス運営基準76条違反)。

(ウ) 調査対象となった利用者167名中、①37名に関して重要事項説明書(指定居宅サービス運営基準74条において準用する8条1項(指定介護予防サービス運営基準8条)の「利用申込書のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書」をいう。以下同じ。)が存在せず、重要事項説明がされていなかったと推認され、また、②60名に関して、重要事項説明書の交付年月日の記載がないなど、適切な重要事項説明がされなかったものと推認された(指定居宅サービス運営基準8条違反、指定介護予防サービス運営基準8条違反)。

イ 本件処分①の適法性

(ア) 原告は、① 上記アのとおり、主治医の指示、主治医及び利用者の関与した看護計画の策定、指示書・計画書・報告書を通じた主治医との密接な連携を欠いたサービス提供を恒常的

に行っており、その量・質・態様において重大かつ明白な基準違反を行っていること、②平成15年の実地指導後、改善の報告をしたにもかかわらず、今回の実地指導前にも指示期間を遡及した主治医の指示書の作成依頼等がされていること等から、もはや運営基準に従った適正な事業の運営を期待することができないと認められ、介護保険法74条2項、115条の3に定められた運営基準違反として同法77条1項3号及び115条の8第1項3号に該当する。

(イ) 原告は、上記(ア)のとおり、運営基準にのっとった適切な主治医の指示及び指示書、訪問看護計画書、介護予防訪問看護計画書を欠くにもかかわらず、介護報酬を請求し受領したから、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年2月10日厚生省告示第19号。以下「指定居宅サービス費用算定基準」という。)及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省告示第127号。以下「指定介護予防サービス費用算定基準」という。)、ひいては介護保険法41条4項1号及び53条2項1号に違反するものとして、同法77条1項5号及び115条の8第1項5号に該当する。

(ウ) したがって、原告の上記行為は、介護保険法77条1項3号及び5号、115条の8第1項3号及び5号に該当し、もはや法令を遵守して訪問看護の事業及び指定介護訪問看護の事業を行うことを期待することができない程度の重大かつ明白な違反に当たることから、指導並びに勧告及び命令を経るまでもなく、原告の本件事業所に係る指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定を取り消すことが相当であり、本件処分①は、裁量権の範囲を逸脱し、又はその濫用をしておらず、適法である。

ウ 本件処分②の適法性

(ア) 前記イのとおり、原告には、介護保険法74条2項の指定居宅サービス運営基準の違反及び費用算定基準違反の介護報酬の不正請求が認められた。

(イ) したがって、原告は生活保護法50条に違反し、その基準違反の程度は重大かつ明白なものであるから、同法の規定による原告の指定介護機関の指定を取り消すことが相当であり、本件処分②は、裁量権の範囲を逸脱し、又はその濫用をしておらず、適法である。

(原告の主張の要旨)

ア 被告主張に係る原告の違反事実について

(ア) 原告は、指定訪問看護等の提供に当たり、実情としては、主治医による指示を口頭で受けていたが、主治医にはその旨の指示書を発行する意識が希薄であったため、主治医の指示書の受領が後日になるなどしたにすぎない(指定訪問看護等の提供開始から終了まで指示書がなかったケースは、主治医から直接の依頼により実施した1例のみであり、平成15年の実地指導の際にも、主治医の指示書の指示期間が指定訪問看護等の提供開始日より後になった場合、主治医による指示が全体として全期間なかったことになるとの指摘はなかった。)

(イ) また、原告は、訪問看護計画書についても、特別な事由がない限り、実際に事前作成し、主治医に提出していたが、原告の勘違いにより、その提出日を毎月10日目処とする社内の事務作業ルールを策定し、その提出日を作成日として記載したにすぎない(この作成日の取扱いは、平成15年の実地指導の際にも、処分行政庁から問題として指摘されなかった。)

イ 法令適用の誤り

原告は、上記アのとおり、指定訪問看護等の提供に当たり、実質的には主治医の指揮監督の下に行ったが、形式的に主治医の指示書がなかったという手続ミスをしたにすぎず、事業の運営に必要な設備・人員を有し、管理者の交代により適正な運営を期待することができたこと等から、介護保険法77条1項3号及び5号、115条の8第3号及び5号に該当しない。

ウ 裁量権の逸脱・濫用

- (ア) 被告は、前記アのような実情に照らすと、良好な指定訪問看護等を提供している原告に対しては、手続ミスがないように繰り返し指導すべきであったにもかかわらず、何らの指導もせず、手続ミスを理由として本件各処分をした。
- (イ) 被告は、本件について、その事案の内容に照らし、介護保険法76条の2所定の業務改善勧告又は業務改善命令を発し、原告がその命令に違反した場合に初めて本件各処分をすべきであったにもかかわらず(平成11年9月17日付け厚生省老人保健福祉局企画課長通知「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」)第1の1及び2参照)、業務改善勧告又は業務改善命令を発することなく、本件各処分をした。
- (ウ) 以上によれば、本件各処分には、処分行政庁が裁量権の範囲を逸脱し、又はその濫用をした違法がある。
- (2) 争点(2)(本件各処分による国家賠償法上の違法性の有無及びその損害額)について
(原告の主張の要旨)

ア 国家賠償法上の違法

原告は、処分行政庁から、前記(1)(原告の主張の要旨)のとおり違法な本件各処分を受け、その結果、廃業となって事実上倒産したから、被告は、原告に対し、国家賠償法1条1項の損害賠償責任を負う。

イ 損害額

原告は、本件各指定を受け、訪問介護を中心として訪問介護、居宅介護支援事業を行い、総売上として、平成17年8月期に1億5215万9000円、平成18年8月期に1億3684万2000円、平成19年8月期に1億3155万2000円、平成20年8月期に1億2384万5000円を計上していたから、違法な本件各処分により原告が被った損害額は1億円を下らない。したがって、原告は、一部請求として、その損害額のうち7000万円を請求する。

(被告の主張の要旨)

原告の主張を否認し、又は争う。

第3 争点に対する判断

1 認定事実

前記前提事実並びに掲記の証拠及び弁論の全趣旨によれば、本件各処分に至る経緯等として、次の事実を認めることができる。

(1) 平成15年の実地指導等

原告は、本件事業所について、平成12年8月1日、介護保険法に基づく指定居宅サービス事業者の指定を受け、以後指定居宅サービス事業を実施していたところ(なお、平成15年11月1日には、生活保護法に基づく指定介護機関の指定も受けた。)、同月26日、処分行政庁の担当者による実地指導を受け、実地指導結果通知書により、主治医の指示書について、指示のない期間が一部あったなどと指摘され、上記の点について改善し、報告するよう求められた。

これに対し、原告は、平成16年11月8日、処分行政庁に対し、改善報告書により、上記指摘事項のうち、主治医の指示書については、「数名の主治医について、再三指示書を送り電話で催促等をしてきたが、それでも返送されないため、直接主治医の勤務先に伺い事情を説明し、その場で記入してもらうことで改善。また、指示書の管理をするための表を作成し、管理するようになりました。主治医の側に、指示書についての理解が不十分であることが多く、訪問看護開始時に理解を求める説明を徹底しています。」などと報告した。

(2) 平成15年の実地指導後における原告の指定訪問看護等の提供状況しかしながら、原告は、

平成15年の実地指導後も、次の態様による指定訪問看護等の提供(なお、指定介護予防訪問看護の提供は、平成18年4月1日付けで指定介護予防サービス事業者の指定を受けた後である。)をするなどし、当該指定訪問看護等に応じた介護報酬を請求し受領した。

ア 主治医の指示書

(ア) 次の6名につき、指定訪問看護の提供開始日(以下「初回」という。)において、主治医の指示書がないまま(あるいは指示書による指示期間前に)、次のとおり指定訪問看護を提供した。

- a 利用者番号12-14につき、平成15年12月1日から同月29日までの全9回
- b 利用者番号9-19につき、平成20年5月2日の1回
- c 利用者番号10-15につき、平成18年2月25日の1回(主治医の指示書で指定された指示期間前の指定訪問看護の提供)
- d 利用者番号43につき、平成18年9月13日から同月29日までの全7回
- e 利用者番号44につき、平成18年4月28日から同年5月31日までの全29回
- f 利用者番号42につき、平成15年12月4日から平成17年3月31日までの全170回

(イ) 次の64名につき、実際の交付日以前の日を指示期間として記載した主治医の指示書の交付を受けた。

a その指示書が初回についてのもの

別紙1(2)記載の利用者中16名(このうち13名については、主治医の指示書の指示期間前に、現に指定訪問看護等の提供がされ、更に1名(利用者番号7)については、平成16年6月18日から平成17年10月21日までの全53回にわたり、主治医の指示書がないまま指定訪問看護の提供がされた。)

b その指示書が初回及び継続した訪問看護サービスの提供時(以下「初回以外」という。)の双方についてのもの

別紙1(3)記載の利用者中10名(この全員について、主治医の指示書の指示期間前に、現に指定訪問看護等の提供がされ、更に2名について、平成16年5月6日から平成17年3月1日までの全180回(利用者番号18-8)及び平成15年12月1日から平成16年2月23日までの全13回(利用者番号4)にわたり、主治医の指示書がないまま指定訪問看護等の提供がされた。)

c その指示書が初回以外についてのもの

別紙1(4)記載の利用者中38名(このうち36名について、主治医の指示書の指示期間前に、現に指定訪問看護等の提供がされた。また、次の8名について、次の期間・回数にわたり主治医の指示書がないまま指定訪問看護等の提供がされた。)

- ① 利用者番号9-15につき、平成19年2月1日から同年10月25日までの全38回
- ② 利用者番号10-22につき、平成16年1月6日から同年12月28日までの全106回(なお、主治医の指示書がなかったことについては、後記エ(ウ)参照。)
- ③ 利用者番号11-1につき、平成20年2月29日の1回
- ④ 利用者番号12-8につき、平成19年1月29日の1回
- ⑤ 利用者番号12-14につき、平成20年2月4日から同年6月30日までの全40回(上記期間に対応する主治医の指示書が実際に交付された日が平成20年5月24日であることは、後記エ(イ)参照。)
- ⑥ 利用者番号12-22につき、平成17年10月31日の1回
- ⑦ 利用者番号46につき、平成19年5月10日から同年6月31日までの全5回
- ⑧ 利用者番号51につき、平成18年4月8日から平成19年7月13日までの全59回

イ 訪問看護計画書等について

(ア) 利用者50名について、指定訪問看護等の提供後に、主治医に対し、訪問看護計画書等(医師提出用)を3か月分から12か月分をまとめて交付した。

(イ) 平成12年8月から平成19年12月までの利用者全員について、訪問看護計画書等(利用者交付用)を作成しておらず、また、平成20年1月以降の利用者のうち、17名についてはそもそも作成しておらず、また、28名については指定訪問看護等の提供後に利用者に対する訪問看護計画書等(利用者交付用)の交付をした。

ウ 重要事項説明書について

少なくとも利用者10名について、指定訪問介護等の提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対して説明するに当たり、重要事項説明書を交付せず、その他少なくとも24名について、上記説明時の当該書面の交付を怠った疑いがある。

エ その他

(ア) なお、P2作成の陳述書記載の東京都目黒区内にクリニックを開設するC医師(以下「C医師」という。)は、本件事業所の管理者P3(以下「P3管理者」という。)が同クリニックの元職員(訪問看護専従看護師)であったことから、以前より、本件事業所における指定訪問看護等の提供に関して、主治医による指示(ただし、その指示の具体的内容は本件全証拠によっても認定することができない。)を口頭で行い、本件事業所あての主治医の指示書は後からまとめて作成・交付すること(しかも、その交付日は、実際に指示書を書いた日ではなく、指示書の必要な日を記載していた。)を繰り返していたところ、平成20年6月30日には、原告から求められるままに、実際に利用者の診察をすることなく、主治医の指示書(指示期間同年7月1日から同年12月31日まで)を発行した。

(イ) 原告は、利用者番号12-14につき、平成20年1月12日、P2作成の陳述書記載のA医師(以下「A医師」という。)から主治医の指示書(指示期間同月1日から同月31日まで)の交付を受け、これに基づき訪問看護の提供をしたが、同日の経過後同年5月までの間、主治医の指示書のないまま訪問看護の提供をし、同月24日、当該利用者をして、A医師から同年2月から同年5月までの間の主治医の指示書を入手させた。

(ウ) そして、P3管理者らは、後記(3)の实地指導検査の数日前である平成20年7月下旬ころ、本件事業所の利用者2名(利用者番号10-22, 51)に係る主治医の指示書(前者は平成16年1月1日から同年6月30日分及び同年7月1日から同年12月31日分、後者は平成17年9月1日から同月30日分(平成17年8月31日交付))を入手するため、これらをC医師の面前で代筆するなどして作成した。

(3) 介護保険法に基づく監査等

ア 処分行政庁は、平成20年7月29日、本件事業所に対する介護保険法24条に基づく实地指導検査を実施し、引き続き本件事業所の関係者(医師4名、利用者3名)の聴取調査を実施したところ、運営基準違反の疑いがあったことから、同年8月27日、本件事業所に対する介護保険法及び生活保護法に基づく監査を実施し、同日から同年12月2日までの間、提出された書類の精査や関係者の事情聴取等をした。

イ その結果、処分行政庁は、本件事業所における訪問看護サービスに関して、平成18年4月から平成20年3月末までに終了した利用者54名及び現在の利用者113名(合計167名。以下「本件調査対象者」という。)につき、次の事実(なお、これは上記(2)の事実を含むものである。)を確認し、P3管理者からその内容に相違ない旨の回答を得た。

(ア) 主治医の指示書につき、

- a 初回において主治医の指示書がないものが12名
- b 指示書の交付日がその指示期間より後になっているもののうち
 - ① その指示書が初回についてのものが16名
 - ② その指示書が初回及び初回以外の双方についてのものが10名
 - ③ その指示書が初回以外についてのものが38名
- (イ) 訪問看護計画書につき,
 - a 医師提出用のものは, 167名全員について事前作成がされていない。
 - b 利用者交付用のものは,
 - ① 平成12年8月から19年12月までの分は全員について作成されていない。
 - ② 平成20年以降の分は17名について作成されていない。
- (ウ) 重要事項説明書につき,
 - a 交付していないものが3名, 交付したか否かが不明のものが34名
 - b サービス提供開始後に交付したものが23名(うち, 交付年月日の記載が利用者の字でないものが3名)
 - c 交付年月日の記載がないものが18名
 - d 交付年月日の記載が利用者の字でないものが19名
- (4) 監査の実施結果

処分行政庁は, 平成20年12月9日, 原告に対し, 上記(3)の事実を踏まえ, 監査の実施結果として, 原告には, ①サービス提供の開始に当たって, 主治医による指示を文書で受けず, 訪問看護計画書等についても適正な処理が行われないなど, 運営基準を満たさず, 数年にわたり, 適正な訪問看護等を提供することができなかった(介護保険法77条1項3号, 115条の8第1項3号), ②報酬算定の要件である, 主治医の指示書及び訪問看護計画書等に基づく訪問看護等が行われておらず, 目黒区を含む特別区4区及び横浜市に対して, 請求できない介護報酬を数年にわたり請求し, これを受領した(同法77条1項5号及び115条の8第1項5号)との事実が確認され, これらの行為に対する行政処分が行われた場合の返還予定金額は, 被告が確認した167名分(平成15年10月から平成20年7月までのサービス提供分として, 平成20年9月までの東京都国民健康保険団体連合会の決定分)については1億7411万9294円(利用者負担額(1割)を含む。)であるなどと通知した。

(5) 処分行政庁による集団指導の実施

なお, 処分行政庁は, 平成13年度以来, 毎年訪問看護の事業者を集めて集団での指導を実施しており(その出席率は東京都で訪問看護を行う事業所の9割以上である。), 特に主治医の指示書及び訪問看護計画書等の主治医との関係, 訪問看護計画書の利用者への説明, 同意, 交付などについて資料を配付して説明している。

2 争点(1)(本件各処分の適法性)について

(1) 本件処分①について

ア 指定取消事由の該当性

(ア) 運営基準違反(介護保険法77条1項3号, 115条の8第1項3号)について

a 介護保険法の定め及び解釈

介護保険法77条1項3号及び115条の8第1項3号は, 都道府県知事は, 指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者が運営基準に従って適正な指定居宅サービスの事業及び介護予防サービスの事業の運営をすることができなくなったときに該当する場合においては, 当該指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者の指定を

取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる旨を定めているところ、上記各号に該当するのは、上記各号の文言から明らかなおり、指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者が、単に運営基準の定めを違反した場合ではなく、当該指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者について、運営基準の定めに従った適正な指定居宅サービスの事業及び介護予防サービスの事業の運営をすることを期待することができないような事情を生じた場合であると解される。そこで、上記の解釈を踏まえ、本件において原告が上記各号所定の事由に該当するか否かを検討するため、以下では、まず本件に係る運営基準の定めを明らかにした上、本件における運営基準違反に係る事実の有無及び上記各号の適用の可否を順次検討する。

b 本件に係る運営基準の定めは、次のとおりである。

(a) 指定居宅サービス運営基準は、指定訪問看護事業者(60条1項参照)は、指定訪問看護の提供の開始に際し、① あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項説明書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない(74条において準用する8条1項)ほか、② 主治医による指示を文書で受けなければならない(69条2項)、また、③ その看護師等において、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成し、当該訪問看護計画書を利用者に交付する(70条1項)だけでなく、主治医にも提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治医との密接な連携を図らなければならない(69条3項)旨定めている。

(b) 指定介護予防サービス運営基準は、指定介護予防訪問看護事業者(63条1項参照)は、指定介護予防訪問看護の提供に際し、④ あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、重要事項説明書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない(8条1項)ほか、⑤ 主治医による指示を文書で受けなければならない(77条1項)、また、⑥ 看護師等において、利用者の日常生活の状況及び希望を踏まえて、指定介護予防訪問看護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した介護予防訪問看護計画書を作成し(76条1項2号)、当該介護予防訪問看護計画書を利用者に交付する(同項5号)だけでなく、主治医にも提出しなければならない(同項2号)、指定介護予防訪問看護の提供に当たって主治医との密接な連携を図らなければならない(77条3項)旨定めている。

c 本件の事実関係

(a) 次に、前記1の認定事実によれば、原告は、指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者であるところ、次のとおり、指定居宅サービス運営基準69条2項及び70条並びに指定介護予防サービス運営基準74条において準用する8条1項、76条、77条に違反して指定訪問看護等の提供を行ったこと(以下「本件運営基準違反行為」という。)が認められる。

① 上記b①及び④の定めに関して、本件調査対象者167名中、少なくとも26名(前記1(3)イ(ウ)aのうち交付していないもの3名と同bの23名)については、指定訪問看護等の提供の開始に際し、あらかじめ利用者又はその家族に対して説明するに当たり、重要事項説明書を交付せず、その他71名についても、上記説明時の当該書面の交付を怠った疑いがある(前記1(2)ウ、(3)イ(ウ)参照)。

② 上記b②及び⑤の定めに関して、本件調査対象者167名中、少なくとも62名について、指定訪問看護等の提供の開始(主治医による指示書の指示期間経過後にその提供の継続を

する場合を含む。)に際し、主治医による指示を文書で受けないまま、現に指定訪問看護等の提供をした(前記1(2)ア, (3)イ(ア)参照)。

③ 上記b③及び⑥の定めに関して、訪問看護計画書等(医師提出用)については、本件調査対象者167名全員に関して指定訪問看護等の提供の開始前にその作成・交付をせず、訪問看護計画書等(利用者交付用)については、平成12年8月から平成19年12月までの間の利用者全員に関してその作成・交付をせず、平成20年1月以降の利用者のうち17名に関してはその作成・交付をせず、28名に関してはその提供の開始前の交付をしなかった(前記1(2)イ, (3)イ(イ)参照)。

(b) そして、本件運営基準違反行為は、上記(a)のとおり長期間にわたり多数の利用者に対して恒常的に反復継続してされたものといわざるを得ない上、前記1の認定事実によれば、④特に主治医による指示に関しては、原告は、処分行政庁が実施する集団指導のみならず、平成15年の実地指導において、処分行政庁の指摘を受けたことにより、主治医から適時適切にその指示書を受けなければならないことを十分認識し得たにもかかわらず、その後も上記(a)②のとおり主治医による指示を文書で受けずに指定訪問看護等の提供を反復継続していること、⑤ 本件実地指導検査の数日前には、原告は、P3管理者らをして、利用者2名に係る主治医の指示書を入手するため、当該主治医の面前で代筆させるなどの方法により作成させるなどしたことが認められ、これらの事情をも併せ考慮すれば、原告には、本件処分①の当時において、もはや上記(a)で掲げた運営基準の定め(指定居宅サービス運営基準69条2項及び70条並びに指定介護予防サービス運営基準74条において準用する8条1項, 76条, 77条)に従った適正な指定居宅サービスの事業(指定介護予防サービスの事業)の運営をすることを期待することができないような事情が生じていたものといわざるを得ない。

(c) 原告の主張について

① これに対し、原告は、指定訪問看護等の提供の開始に際し、〈ア〉主治医から口頭により指示を受けており、また、〈イ〉特段の事情がない限り、訪問看護計画書も作成していた旨主張し、これに沿う証拠もある。〈ア〉の点については、確かに、前記1のとおり、C医師がP3管理者に対して主治医による指示を口頭でしたことは認められるものの、その指示内容は、本件全証拠によっても明らかではなく、指定居宅サービス運営基準69条2項の文書による指示と同程度の指示があったとまでは認めることができないから、上記事実のみをもって実質的にみて同項の趣旨に反しないものとはいえない。また、〈イ〉の点については、証拠によれば、本件事業所に勤務して指定訪問看護等の提供に関与した看護師らは、訪問看護計画書等を訪問看護の提供後に作成すべき報告書と同時期に作成したり、後から数か月分まとめて作成したりしたこともうかがわれるところであり、これに反する原告の陳述書の信用性は低いといわざるを得ず、他に原告の上記主張を認めるに足りる証拠はない。したがって、原告の上記主張は、理由がなく採用することができない。

② また、原告は、平成15年の実地指導の際には、処分行政庁が、〈ア〉主治医の指示書の交付日が指定訪問看護等の提供の開始後であるケースを確認していたはずであるが、この点についての指導をせず、〈イ〉訪問看護計画書を事前に作成しても、その作成日を主治医への提出日とした場合には、処分行政庁として訪問看護計画書とは認めないとの指摘もしなかった上、〈ウ〉平成16年11月8日付け改善報告書では、主治医による指示を口頭で受けて訪問看護等の提供を開始した場合でも、必ず主治医の指示書を受けよう努力する旨報告したにすぎないから、原告においてこれらの点を遵守することができなかつたとしてもやむを得ない旨主張し、これに沿う証拠もある。しかしながら、訪問看護等の提供の開始に際し、

主治医による指示を書面で受けるべきこと及びその提供の開始前に訪問看護計画書等を作成して利用者に交付するとともに主治医に提出すべきことは、運営基準で明示的に定められており、前記1の認定事実によれば、この点は処分行政庁が毎年実施する集団指導でも説明されていることから、東京都において法令に従って適正に訪問看護等を行う事業者であれば当然認識し得たものといえ、平成15年の実地指導の際に処分行政庁が原告に対して個別具体的に指導等をしなければ遵守を期待することができない事項であるとは到底いえない。また、平成16年11月8日付け改善報告書は、その文言上、主治医による指示を口頭で受けて訪問看護等の提供を開始したことを前提とするものであるとは記載されておらず、また、処分行政庁も、上記bで掲げた運営基準の定めを前提として、原告に対し、実地指導結果通知書において、主治医の指示書に指示のない期間が一部あったことに関する改善・報告を求めたのであるから、上記改善報告書をもって、原告が主治医による指示を口頭で受けて訪問看護等の提供を開始することを許容したものと解することもできないのであって、単に原告が訪問看護等の提供の開始に際して主治医による指示を書面で受ける具体的改善方法を明らかにしたものであるべきである。したがって、原告の上記主張は、理由がなく採用することができない。

- ③ なお、原告は、処分行政庁が、本件各処分に当たり、本件運営基準違反行為のうち平成15年の実地指導前のものを考慮することは相当でない旨主張するが、処分行政庁は、平成15年の実地指導時には、その時点で存在した運営基準に違反する行為を基に原告に対して何らかの行政処分をしていたわけではないから、本件各処分に当たり、本件運営基準違反行為のうち平成15年の実地指導前のものを考慮したとしても、何ら不当ではないし、このうち平成15年の実地指導後のもの(前記1(2)アからウまで)だけをみても、その件数は相当数に及ぶことが明らかであるから、原告の上記主張は、前記(c)の判断を左右するものではなく採用することができない。

d 介護保険法77条1項3号及び115条の8第1項3号の適用の可否

- (a) 上記cのように、原告は、本件処分①の当時において、もはや指定居宅サービス運営基準69条2項及び70条並びに指定介護予防サービス運営基準74条において準用する8条1項、76条、77条に従った適正な指定居宅サービスの事業(指定介護予防サービスの事業)の運営をすることを期待することができないような事情が生じていた。しかるに、上記の運営基準の定めは、① 介護保険法上の「介護保険」が、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を、「医療との連携」に十分配慮し、「被保険者の選択に基づき」、適切な保険医療サービス及び福祉サービスを多様な事業者又は施設から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行わなければならないとされていること(同法2条1項から3項まで)のほか、② 同法上の「訪問看護」は、居宅要介護者(主治の医師がその治療の必要の程度につき「病状が安定期にあり、居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を要すること」に適合していると認められたものに限る。)について、その者の居宅において看護師等により行われる「療養上の世話及び必要な診療上の補助」とされ(同法8条4項、介護保険法施行規則6条、7条)、また、③ 同法上の「介護予防訪問看護」は、居宅要支援者(主治の医師がその治療の必要の程度につき「病状が安定期にあり、居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を要すること」に適合していると認められたものに限る。)について、その者の居宅において、その介護予防を目的として看護師等により所定の期間にわたり行われる「療養上の世話又は必要な診療の補助」とされ(同法8条の2第4項、介護保険法施行規則22条の5、22条の6)、いずれも医療を行う権限を有する主治医の判

断の下に実施される必要があること(医師法17条, 保健師助産師看護師法5条、37条参照)に照らし、指定居宅サービスの事業又は指定介護予防サービスの事業の運営に当たり、最も基本的かつ重要な取扱いを定めたものというべきである。したがって、指定居宅サービス事業者(指定介護予防サービス事業者)である原告が、上記の指定居宅サービス運営基準(指定介護予防サービス運営基準)の定めに従って指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)の提供を行わないだけでなく、これらの定めに従った適正な指定居宅サービスの事業(指定介護予防サービスの事業)の運営をすることを期待することができないような事情が生じている以上、原告が指定居宅サービス運営基準(指定介護予防サービス運営基準)に従って適正な指定居宅サービスの事業(指定介護予防サービスの事業)の運営をすることができなくなったものとして、介護保険法77条1項3号(115条の8第1項3号)に該当するものといわざるを得ない。

- (b) これに対し、原告は、指定訪問看護等の提供に当たり主治医による指示を口頭で受け(主治医による指示に係る指示期間を経過した後に、新たに主治医による指示を受けないままその提供を継続する場合も含む。)、その提供の開始後にその指示書を受領した場合には、実質的に当該医師の指導監督下で指定訪問看護等を提供したといえるから、その提供の開始に当たり主治医による指示を文書で受けていないという手続ミスがあったことのみをもって、介護保険法77条1項3号(115条の8第1項3号)には該当しない旨主張する。しかしながら、介護保険法の委任を受けて厚生労働大臣が定めた指定居宅サービス運営基準(及び指定介護予防サービス運営基準)は、指定居宅サービス事業者(指定介護予防サービス事業者)と主治医との連携について、指定訪問看護事業所(指定介護予防訪問看護事業所)が指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)を担当する医療機関である場合を除き、指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)の「提供の開始に際し」、主治医による指示を「文書」で受けなければならないと明文で定めているところ(指定居宅サービス運営基準69条2項, 指定介護予防サービス運営基準77条2項)、その趣旨は、指定訪問看護事業所(指定介護予防訪問看護事業所)が指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)を担当する医療機関である場合には、看護師等が医療機関との間で雇用関係上の指揮監督下にあることから、当該医療機関における主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)が行われることが客観的に担保される(この場合においても、主治医の指示は、診療録その他の診療に関する記録への記載を要することとされている。指定居宅サービス運営基準69条4項, 指定介護予防サービス運営基準77条4項, 76条15号参照。)が、上記の場合以外の場合は、指定居宅サービス事業者(指定介護予防サービス事業者)の下で指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)を行う看護師等が主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)を行うことが客観的に担保されていないため、主治医の指示を事前にかつ文書により受けることとして、確実に密接な連携が図られるようにしたものと解することができる。また、訪問看護(介護予防訪問看護)の要否及び内容は、主治医による治療の必要の程度等の判断により変わり得るところ、主治医による指示において訪問看護(介護予防訪問看護)の期間が定められた場合には、当該医師が、当該期間の経過時点において、改めて治療の必要の程度等を判断することとしたものと解されるから、指定居宅サービス事業者(指定介護予防サービス事業者)は、当該経過後に指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)の提供を開始するには、それに際して改めて主治医による指示を受けなければならないことは、上記のような主治医の指示書の解釈や指定居宅サービス運営基準69条2項(指定介護予防サービス運営基準77条2項)の趣旨に照らして明らかである。そうすると、原告が、指定訪

問看護等の提供に当たり主治医による指示を口頭で受け(主治医による指示に係る指示期間を経過した後に、新たに主治医による指示を受けないままその提供を継続する場合も含む。)、その提供の開始後に当該指定訪問看護等の内容に沿う主治医の指示書を受領したとしても、そのような事態は介護保険法の委任を受けて厚生労働大臣が定めた指定居宅サービス運営基準(指定介護予防サービス運営基準)の趣旨及び解釈に反することが明らかであるから、これをもって実質的に当該医師の指導監督下でされたものとみることができず、原告の上記主張は採用することができない。なお、原告は、指定訪問看護のほとんどは、入浴、清拭、利用者の安楽につながる援助等の「療養上の世話」であり、主治医による指示がなくても行い得る旨主張するが、上記のとおり訪問看護(介護予防訪問看護)の要否及び内容は主治医による治療の必要の程度等の判断により変わり得るものである上(介護保険法8条4項、介護保険法施行規則6条、7条参照)、弁論の全趣旨によれば、訪問看護は、医療依存の高い気管切開者、膀胱カテーテル留置者、経管栄養患者、中心静脈栄養患者、人工透析(腹膜灌流)者、家庭酸素治療者、人工呼吸器使用者、病状安定期にあるが外来通院困難な在宅療養患者等を対象とするものであることが認められるから、指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)の提供の開始に際して主治医による指示を受けることは必要不可欠といふべきであり、これに反する原告の上記主張を採用することはできない。

e 小 括

以上によれば、原告は、指定居宅サービス運営基準(指定介護予防サービス運営基準)に従って適正な指定居宅サービスの事業(指定介護予防サービスの事業)の運営をすることができなくなったものといわざるを得ず、介護保険法77条1項3号及び115条の8第1項第5号に該当する。

(イ) 不正請求(介護保険法77条1項5号、115条の8第1項5号)について

- a 介護保険法77条1項5号及び115条の8第1項5号は、都道府県知事は、居宅介護サービス費及び介護予防サービス費の請求に関し不正があったときに該当する場合においては、当該指定居宅サービス事業者及び当該指定介護予防サービス事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる旨定めている。そして、居宅介護サービス費は、同法41条1項所定の居宅要介護被保険者が指定居宅サービス事業者から指定居宅サービスを受けたときに当該指定居宅サービスに要した費用について支給するものとされ(同法41条1項。さらに、介護保険法施行規則62条1項は、訪問看護に係る居宅介護サービス費は、同規則6条に規定する基準に適合している居宅要介護被保険者に係るものと認められるものに限り支給するものとしている。)、介護予防サービス費は、同法53条1項所定の居宅要支援被保険者が指定介護予防サービス事業者から指定介護予防サービスを受けたとき(ただし、介護保険法施行規則83条の9所定の場合に限る。)に当該指定介護予防サービスに要した費用について支給するものとされている(同法53条1項)ところ、居宅介護サービス費(介護予防サービス費)の請求に当たっての訪問介護費(介護予防訪問看護費)の算定は、主治医の指示書及び指定訪問看護計画書(指定介護予防訪問看護計画書)に基づいて行われる指定訪問介護(指定介護予防訪問看護)を前提として単位数が定められていること(同法41条4項1号、53条2項1号、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の別表「3 訪問看護費」注1、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の別表「3 介護予防訪問看護費」注1参照)に照らすと、主治医の指示書又は指定訪問看護計画書(指定介護予防訪問看護計画書)に基づかずに行った指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)について居宅介護サービス費(介護予防サ

ービス費)の請求をすることは、上記各号にいう「不正」に該当すると解すべきである。

これに対し、原告は、介護保険法77条1項5号及び115条の8第1項5号が、架空請求など刑事事件の詐欺行為にも該当する程度の行為を想定したものである旨主張するが、同法上、原告主張のように解すべき根拠となる規定は存在しない上、刑事処分と行政処分とはその目的・効果が全く異なり、上記各号の「請求に関し不正があったとき」との文言を原告主張のように限定して解すべき理由はないから、原告の上記主張は採用することができない。

- b 前記1の認定事実によれば、原告は、上記(ア)cのとおり本件運営基準違反行為に当たる指定訪問看護(指定介護予防訪問看護)について、居宅介護サービス費(介護予防サービス費)の請求をし、現に当該請求に係る報酬を受領したこと(その報酬総額は、利用者負担額(1割)を含め、1億7411万9294円である。)が認められるから、介護保険法77条1項5号及び115条の8第1項5号に該当する。

イ 裁量権の逸脱又は濫用の有無

- (ア) 介護保険法77条1項及び115条の8第1項は、同項所定の事由に該当する場合には、指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部又は一部の効力を停止することができる旨定めているところ、この規定の文言及び介護保険法の趣旨(同法1条)に照らすと、処分行政庁が同法77条1項及び115条の8第1項の指定取消し又はその指定の全部若しくは一部の効力停止の処分をするか否か、いかなる処分を選択するかについては、処分行政庁に裁量権が与えられているものと解される。そうすると、処分行政庁の同法77条1項及び115条の8第1項の指定取消し又はその指定の全部若しくは一部の効力停止の処分は、処分行政庁がこれらの処分をする際にその裁量権の範囲を逸脱し、又はその濫用をした場合に限り、違法になるものと解すべきである。

- (イ) そこで、本件処分①に処分行政庁の裁量の逸脱、濫用があるか否かを検討する。

この点、原告は、前記アのとおり、介護保険法77条1項3号及び5号並びに115条の8第1項3号及び5号所定の事由に該当するところ、① 運営基準違反の点については、本件運営基準違反行為が、基本的かつ重要な運営基準の定め違反するもので、長期間に及び多数回にわたって反復継続してされていることに照らすと、原告には法令の趣旨を遵守しようとする意識が低く、その行為態様としても相当悪質であり、②不正請求の点についても、長期間に及び多数回にわたって反復継続してされたもので行為態様として悪質であり、不正請求に係る報酬総額も相当多額に及んでいるから、その結果も重大である。そして、原告は、前記アのとおり、本件処分①の時点において、もはや法令を遵守して適正な指定居宅サービスの事業及び指定介護予防サービスの事業の運営をすることができない状態にあったから、その指定を受けた状態を早急に解消する必要があるといえる。これらの事情に照らすと、原告の訪問看護サービス事業等に関係した医師らから本件事業所の存続を強く要望する旨の要望書が提出されていること等を考慮しても、処分行政庁が裁量権の範囲を逸脱し、又はその濫用をして本件処分①をしたと認めることはできない。

- (ウ) 原告の主張について

- a これに対し、原告は、① 良好な指定居宅サービス及び指定介護予防サービスを提供していたから、処分行政庁として手続ミスがないように繰り返し指導をすべきであり、② その事案の内容に照らして、本件処分①をする前に、業務改善勧告又は業務改善命令を発すべきであった旨主張する。
- b しかしながら、①の点については、原告が該当する介護保険法77条1項3号及び5号並び

に115条の8第1項3号及び5号所定の事由は、手続ミスという程度にとどまるものでないことは、前記(イ)のとおりであり、処分行政庁が本件処分①をする前にその是正に向けた指導を行わなかったことが直ちに裁量権の範囲の逸脱又はその濫用を基礎付けるものではない。

- また、②の点については、(a) 確かに、「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」(平成11年9月17日付け老企第25号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「本件通知」という。) 第一の2は、運営開始後、基準(指定居宅サービス運営基準を指す。以下この項において同じ。)に違反することが明らかになった場合には、指定取消処分等をする前に、相当の期間を定めて基準を遵守するよう勧告を行うなどするのが原則であり、次の場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すことができるとしている。

① 次に掲げるときその他の事業者が自己の利益を図るために基準に反したとき

イ 指定居宅サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき

ロ 居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品その他の財産上の利益を供与したとき

② 利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき

③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

- (b) しかし、そもそも本件通知における上記(a)の定めは、処分行政庁が介護保険法77条1項3号及び115条の8第1項3号の処分を行うに当たっての裁量権行使の指針を示したものにすぎず(この点は、同法が都道府県知事の勧告・命令等(同法76条の2、115条の7)を指定居宅サービス事業者の指定又は指定介護予防サービス事業者の指定の各取消し等の前提としていないこと(同法77条、15条の8参照)からも明らかである。)、同法77条1項5号及び115条の8第1項5号の処分を行う場合には適用されないと解されるから、本件各処分のうち少なくとも後者を理由とする部分については、上記定めが存在から裁量権の範囲の逸脱又はその濫用を認めることはできないし、この点をおくとしても、原告の同法77条1項3号及び115条の8第1項3号違反行為は、前記(イ)で指摘した諸点に加え、指定訪問看護等において主治医による指示や訪問看護計画書等・重要事項説明書を必要とする運営基準の趣旨(前記ア(ア)d(a)参照)等にかんがみれば、上記(a)の定め中の「③ その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき」に該当することが明らかであるから、処分行政庁が本件処分①に先立ち業務改善勧告又は業務改善命令を発しなかったことが直ちに裁量権の範囲の逸脱又はその濫用を基礎付けるものではない。

d したがって、原告の上記主張は、理由がなく採用することができない。

ウ よって、本件処分①は、適法である。

(2) 本件処分②について

ア 指定取消事由の該当性

生活保護法54条の2第4項において準用する51条2項(同法施行令6条による読替え後のもの)は、指定介護機関が同法54条の2第4項において準用する50条の規定に違反したときは、都道府県知事の指定した指定介護機関については都道府県知事が、その指定を取り消すことができる旨定めており、指定介護機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、懇切丁寧に被保護者の介護を担当しなければならず(同法54条の2第4項において準用する50条1項)、指定介護機関の介護の方針及び介護の報酬は、介護保険の介護の方針及び介護報酬の例による(同法54条の2第4項において準用する52条1項)ところ、前記(1)のと

おり、原告には、指定居宅サービス運営基準違反である本件運営基準違反行為や介護報酬の不正請求が認められるから、指定介護機関が同法54条の2第4項において準用する50条の規定に違反したものとして、同法54条の2第4項において準用する51条2項に該当する。

イ 裁量権の逸脱又は濫用の有無

処分行政庁が生活保護法54条の2第4項において準用する51条2項の指定取消しの処分をするか否かについても、同項の文言等に照らして、処分行政庁に裁量権が与えられているものと解されるから、処分行政庁が生活保護法54条の2第4項において準用する51条2項の指定取消しの処分は、処分行政庁がこの処分をする際にその裁量権の範囲を逸脱し、又はその濫用をした場合に限り、違法になるものと解すべきである。しかし、前記(1)イで指摘した介護サービスの内容及び報酬の請求の不正又は不当の程度等にかんがみると、処分行政庁が裁量権の範囲を逸脱し、又はその濫用をして本件処分②をしたとは認められず、これに反する原告の主張を採用することはできない。

ウ したがって、本件処分②は、適法である。

3 争点(2)(本件各処分における国家賠償法上の違法性の有無及びその損害額)について

原告の被告に対する国家賠償法に基づく損害賠償請求は、処分行政庁が本件各処分をしたことに国家賠償法上の違法があると主張するものであるところ、本件各処分が適法であることは、前記2のとおりであるから、その余の点を判断するまでもなく、原告の上記主張は、理由がなく採用することができない。

第4 結 論

よって、原告の請求はいずれも理由がないから棄却することとし、訴訟費用につき行政事件訴訟法7条、民事訴訟法61条を適用して、主文のとおり判決する。

○東京高等裁判所平成23年6月1日判決

主 文

- 1 本件控訴を棄却する。
- 2 控訴費用は、控訴人の負担とする。

事実及び理由

第1 控訴の趣旨（略）

第2 事案の概要（略）

第3 当裁判所の判断

- 1 当裁判所も、控訴人の請求にはいずれも理由がないものと判断する。（中略）

「(b) 前記認定のとおり、本件運営基準違反行為は、疑いにとどまるものを除いてもなお多数の利用者に対し、ほとんど日常的、恒常的にされていたもので、その違反は重大かつ明白である。そして、このことに加え、控訴人が、平成15年の実施指導において、主治医の指示書の不備を指摘され、これを改善して報告するよう求められながら、その後も主治医による指示を文書で受けることなく指定訪問看護等の提供を行い、更には、本件実地指導検査に備え、主治医の面前でA管理者らが代筆する方法により事後に主治医の指示書を作成するなどしていたことに照らすと、控訴人については、単に運営基準に違反したということどまらず、もはや運営基準に従った適正な指定居宅サービス事業等の運営をすることを期待し得ないような事情が生ずるに至っていたというべきである。」（中略）

「控訴人は、本件運営基準違反行為は、指定訪問看護等の提供の開始の際、主治医による指示を口頭で受け、文書では受けなかったという手続的な不備にとどまるのであり、介護保険法77条1項3号、115条の8第1項3号には該当しない旨の主張もする。しかし、介護保険法が、指定居宅サービス事業者等に対し、運営基準（指定居宅サービス運営基準、指定介護予防サービス運営基準）に従うことを求め（同法74条1項、2項、115条の4第1項、2項）、上記の運営基準が、指定訪問看護事業者等は指定訪問看護等の提供の開始に際し主治医による指示を文書で受けなければならない旨を定めるのは、指定訪問看護等が「診療の補助」（同法8条4項、8条の2第4項）であり、主治医の指示の下に行われることから、当該指示を事前にかつ文書で受けることにして、指定訪問看護事業者等と主治医との密接な連携を図り、もって、医療機関ではない指定訪問看護事業所及び指定介護予防訪問看護事業所（以下、併せて「指定訪問看護事業所等」という。）において適切な指定訪問看護等が行われることを客観的に担保しようとしたものと解される。その意味において、指定訪問看護等の提供の開始に際し、主治医による指示を文書で受けることを定める運営基準は、指定居宅サービス事業等における最も基本的かつ重要な取扱いを定めるものというべきであり、仮に主治医による指示を口頭で受けていたとしても、これを文書で受けなかったことを単なる手続的な不備ということとはできない。控訴人は、指定訪問看護等のほとんどは、入浴、清拭、利用者の安楽につながる援助等の「療養上の世話」であり、主治医による指示を受けなくても行い得る旨の主張もするが、指定訪問看護等の要否及びその内容は主治医による治療の必要の程度等に係る判断によるのであって（介護保険法8条4項、8条の2第4項参照）、主治医による指示を受けなくても指定訪問看護等の提供を行い得るなどということとはできない。指定訪問看護等の提供の開始に際して主治医による指示を文書で受けることが極めて重要であることは、上記のとおりであり、控訴人の主張を採用することは

できない。」(中略)

「(b) 本件通知の上記(a)の定めは、処分行政庁が介護保険法77条1項3号、115条の8第1項3号に該当することを理由に指定の取消しを行うに当たっての指針を示したもので(したがって、同法77条1項5号、115条の8第1項5号に該当することを理由に指定の取消しを行う場合にまで、前記の勧告等をすべきとするものではない。)、同法76条の2、115条の7の業務改善勧告、業務改善命令をしなかったからといって、直ちに指定の取消しが裁量権の範囲を逸脱しこれを濫用してされたものとなるわけではないし、仮にそうであるとしても、本件通知の上記(a)の定めは、「重大かつ明白な基準違反があったとき」には、運営基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定の取消しをすることができるとするところ、前記のとおり、控訴人の運営基準違反は重大かつ明白というべきであって、いずれにしても、本件処分①が処分行政庁の裁量権の範囲を逸脱し、これを濫用してされたものということとはできない。」(以下、略)

- 3 したがって、原判決は相当であって、本件控訴は理由がない。
よって、主文のとおり判決する。

○那覇地方裁判所平成24年12月26日判決

主 文

- 1 処分行政庁が原告に対し平成22年3月3日付けでした指定居宅サービス事業者の指定及び指定介護予防サービス事業者の指定を取り消す旨の処分をいずれも取り消す。
- 2 訴訟費用は被告の負担とする。

事実及び理由

第1 請求

主文同旨

第2 事案の概要

- 1 本件は、介護保険法(以下「法」という。)に基づき指定居宅サービス事業者の指定(以下「本件指定1」という。)及び指定介護予防サービス事業者の指定(以下「本件指定2」といい、本件指定1と併せて「本件各指定」という。)を受けていた原告が、処分行政庁から、本件各指定を取り消す旨の処分(以下「本件各処分」という。)を受けたため、本件各処分には事実誤認等の違法があるとして、被告に対し、本件各処分の取消しを求める事案である。

2 制度の概要等

- (1) (指定居宅サービス事業者について、略)
- (2) (指定介護予防サービス事業者について、略)
- (3) 本件各処分に係る根拠法令は以下のとおりである。

ア 法77条(平成23年法律第37号による改正前のもの。以下同じ。)

1項 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定居宅サービス事業者に係る41条1項本文の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

1号 (省略)

2号 指定居宅サービス事業者が、当該指定に係る事業所の従業者の知識若しくは技能又は人員について、74条1項の厚生労働省令で定める基準又は同項の厚生労働省令で定める員数(運営基準)を満たすことができなくなったとき。

3号 指定居宅サービス事業者が、74条2項に規定する指定居宅サービスの事業の設備及び運営に関する基準(運営基準)に従って適正な指定居宅サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。

4号 (省略)

5号 居宅介護サービス費の請求に関し不正があったとき。

6号ないし12号 (省略)

イ 法115条の9(平成23年法律第37号による改正前のもの。以下同じ。)

1項 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定介護予防サービス事業者に係る53条1項本文の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

1号 (省略)

2号 指定介護予防サービス事業者が、当該指定に係る事業所の従業者の知識若しくは技能又は人員について、115条の4第1項の厚生労働省令で定める基準又は同項の厚生労働省令で定める員数(支援基準)を満たすことができなくなったとき。

3号ないし12号（省略）

ウ 運営基準60条

1項 指定訪問看護事業者が指定訪問看護事業所ごとに置くべき看護師その他の指定訪問看護の提供に当たる従業者（以下、運営基準において「看護師等」という。）の員数は、次に掲げる指定訪問看護事業所の種類の区分に応じて、次に定めるとおりとする。

1号 病院又は診療所以外の指定訪問看護事業所（以下「指定訪問看護ステーション」という。）

イ 保健師、看護師又は准看護師（以下この条において「看護職員」という。）常勤換算方法で、2.5以上となる員数

ロ（省略）

2号（省略）

2項 前項第1号イの看護職員のうち1名は、常勤でなければならない。

3項ないし5項（省略）

エ 運営基準61条

1項 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

2項 指定訪問看護ステーションの管理者は、保健師又は看護師でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

3項 指定訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

オ 運営基準69条

1項及び2項（省略）

3項 指定訪問看護事業者は、主治の医師に次条第1項に規定する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。

4項（省略）

カ 運営基準70条

1項 看護師等（准看護師を除く。以下この条において同じ。）は、利用者の希望、主治の医師の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成しなければならない。

2項ないし4項（省略）

5項 看護師等は、訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成しなければならない。

6項 指定訪問看護事業所の管理者は、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行わなければならない。

7項（省略）

キ 運営基準74条(略)

ク 支援基準63条

1項 指定介護予防訪問看護事業者が指定介護予防訪問看護事業所ごとに置くべき看護師その他の指定介護予防訪問看護の提供に当たる従業者（以下、支援基準において、「看護

師等」という。)の員数は、次に掲げる指定介護予防訪問看護事業所の種類の区分に応じて、次に定めるとおりとする。

1号 病院又は診療所以外の指定介護予防訪問看護事業所(以下「指定介護予防訪問看護ステーション」という。)

イ 保健師、看護師又は准看護師(以下この条において「看護職員」という。) 常勤換算方法で、2.5以上となる員数

ロ (省略)

2号 (省略)

2項 前項1号イの看護職員のうち1名は、常勤でなければならない。

3項 (省略)

ケ 支援基準64条

1項 指定介護予防訪問看護事業者は、指定介護予防訪問看護ステーションごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定介護予防訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、当該指定介護予防訪問看護ステーションの他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

2項 指定介護予防訪問看護ステーションの管理者は、保健師又は看護師でなければならない。ただし、やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

3項 指定介護予防訪問看護ステーションの管理者は、適切な指定介護予防訪問看護を行うために必要な知識及び技能を有する者でなければならない。

3 前提事実(各掲記の証拠によるほかは当事者間に争いが無い。)

(1)原告は、居宅サービス事業等を目的とする会社であり、平成16年11月1日、「訪問看護ステーションA」の名称で経営する事業所(以下「本件事業所」という。)について、処分行政庁から指定居宅サービス事業者の指定(当該指定に係る居宅サービスの種類を訪問看護とするもの。本件指定1)及び指定介護予防サービス事業者の指定(当該指定に係る介護予防サービスの種類を介護予防訪問看護とするもの。本件指定2)を受けたものである。

(2)本件事業所の管理者は、平成21年3月16日から同年10月31日まではB(以下「B」という。)、同年11月1日以降はC(以下「C」という。)であり、いずれも看護師である。

(3)処分行政庁は、本件事業所の看護職員から、その運営について、居宅サービス計画とは違う回数でサービスを提供していることや雇用されている看護職員を把握できないことなどを内容とする通報を受けたこと、沖縄市及び宜野湾市から、それぞれ本件事業所についてサービス提供の実体がないことなどを内容とする報告を受けたことから、平成21年12月21日、原告に対し、同事業所について、法76条1項及び115条の7第1項に基づく質問又は検査による監査(以下「本件監査」という。)を実施し、同事業所から提出された書類の調査や原告代表者らに対する事情聴取等を行い、同月25日にも、追加の聞き取り等をした。

(4)処分行政庁は、原告に対し、平成22年1月27日付け聴聞通知書(以下「本件聴聞通知書」という。)により、指定居宅サービス事業者に係る行政処分についての聴聞(以下「本件聴聞」という。)を実施する旨通知した。

本件聴聞通知書には、「予定される不利益処分の内容」は本件各指定の取消しである旨記載され、「根拠となる法令の条項」として、法77条1項2号、3号及び5号並びに法115条の9第1項10号が挙げられるとともに、「不利益処分の原因となる事実」として、次のとおり記載されていた。

- ア ①訪問看護ステーションの管理者が常勤専従でないにもかかわらず、管理者として届け出ていること及び②勤務実態のない看護職員を配置しているかのように届け出ている。
- イ 訪問看護を行っていないにもかかわらず、訪問看護を行ったかのように虚偽の記録を作成し、居宅介護サービス費を不正に請求した。
- ウ 看護師等は訪問日、訪問看護の内容を記載した訪問看護報告書を作成しなければならないが、入職前及び管理者として勤務していないにもかかわらず報告書が作成されている。
- (5) 処分行政庁は、平成22年2月15日、本件聴聞を実施した。本件聴聞には、原告代表者らが出頭し、陳述書や証拠書類等を提出したほか、上記(4)アないしウについて反論するなどした。
- (6) 処分行政庁は、原告に対し、平成22年3月3日付けで、それぞれ法77条1項2号及び115条の9第1項2号、77条1項5号、同項3号を根拠法令、上記(4)アないしウの事実を理由として、同月12日をもって本件各指定を取り消す旨の処分(本件各処分)をし、原告にその旨を通知した。
- (7) 原告は、平成22年3月5日、本件各処分の取消しを求めて、本件訴えを提起した。

4 争点

本件各処分の適法性

5 当事者の主張

(被告の主張)

- (1)原告については、以下のとおり、法77条1項2号、115条の9第1項2号、77条1項3号、5号にそれぞれ該当する事実が認められたのであるから、本件各処分は適法である。

ア Bの件

原告は、平成21年3月16日から同年10月31日まで、Bを管理者として届けていたが、本件監査初日において提出された資料によると、同人の同年9月及び同年10月の勤務時間は、就業規則における常勤の勤務時間に満たず、Bが常勤でなかったことは明らかである。この事実は、常勤の管理者を置かなければならないとする運営基準及び支援基準の規定に反するものとして、法77条1項2号及び115条の9第1項2号に該当する。

これに対し、原告は、訪問看護に要する往復の時間や書類の作成を行う時間等を加味すれば常勤性を満たすと主張する。しかし、訪問看護予定表をみると、上記行為は勤務時間外に行われていたことがうかがえ、また、原告自身、これをBの労働時間としてカウントしていなかったものであり、後付けの言い訳である。

イ D(以下「D」という。)の件

原告は、准看護師のDを常勤専従の職員として届け出ていたが、社会保険労務士が提出した原告の支給控除項目一覧表にDの氏名は記載されていないこと、本件監査初日もDは出勤していなかったこと、訴外会社(有限会社E)の支払控除項目一覧表にDの氏名が記載されていること、Dの健康保険証が同社の事業所で取り扱われていたことからすれば、原告がDを雇用していなかったことは明らかであり、原告は、勤務実態のない看護師を配置しているかのように偽装していたことになる。そうすると、原告は、運営基準及び支援基準の定める員数の看護職員を満たさないものとして、法77条1項2号及び115条の9第1項2号に該当する。

原告代表者は、本件監査の2日目になって種々の弁解を始めたが、その経緯・内容からして信用できない。確かに、原告の提出したDのタイムカードには、Dが常勤で勤務をしていたかのごとき記録があるが、Dは、本件監査初日に欠勤したはずであるのに、同タイムカードに出勤の記載があるなど、信用できるものではない。

ウ F(以下「F」という。)の件

原告は、准看護師であるFを「常勤以外で専従」の准看護師として届け出ていたが、原告の平成21年11月分の支給控除項目一覧表や、訪問看護予定表にFの名前はない。Fについては平成21年10月1日から別の事業所で常勤勤務していることがうかがえ、原告代表者も、本件監査の際、Fを雇用しているのは原告ではなく、原告代表者個人であると明言しているところであり、同人が本件事業所で勤務している実態はない。

以上のとおり、原告が、勤務実態のない看護師を配置しているかのように偽装していたことは明らかであり、雇用していない者にサービス提供を行わせたことになるから、運営基準74条において準用する同30条2項に違反するものとして法77条1項2号に該当する。

エ G(以下「G」という。)の件

原告は、利用者Gに対し平成20年9月27日訪問看護を実施したとするが、Gは、同日から同月29日まで中部徳洲会病院に入院していた。Gは、入院前日の同月26日にも同病院で通院治療を受けているが、原告は、その会計時間とされる時間(午後1時51分)にも訪問看護を実施したとしている。

また、平成21年4月4日から同年10月31日まで、原告の訪問看護経過記録にGの訪問者として記載されているBは、Gを担当した記憶がない旨述べている。実際、Gに対する平成21年9月5日、12日、19日、26日の各訪問看護提供時間は午後1時から午後1時29分とされているが、タイムカードにおけるBの勤務時間と一致しない。

これらの事実によれば、Gについて、本件事業所による訪問看護を行っていないのに行ったように装い居宅介護サービス費を請求したことになり、法77条1項5号に該当する。

原告は、前記入院に際しては、訪問看護の時間を変更して対応したと主張するが、原告の経過記録には、そのような変則的な訪問看護が行われた旨の記録はなく、入院や入院の原因となる疾患についての記録もないのであるから、信用できない。

オ H(以下「H」という。)の件

原告は、利用者Hに対し、平成21年10月、本件事業所での「訪問看護2・准看」の提供を水曜日に実施したとする。しかし、Hが通所介護等の提供を受けていた別の事業所が保管する申送帳には、いずれも水曜日である同月14日、同月21日及び同月28日、Hが同事業所でのサービスを受けた旨の記録があり、同事業所の運転日報にも、同様の記録がある。これらの事実によれば、原告は、Hについて、本件事業所による訪問看護を行っていないのに行ったように装い居宅介護サービス費を請求したことになり、法77条1項5号に該当する。

これに対し、原告は、Hが、上記別の事業所の近所に住んでおり、訪問看護の日(水曜日)は、一旦同事業所に来て、居室の掃除が終わってから自室に戻って訪問看護を受けていたのであって、上記申送帳は単なるメモであってその記載は不確かであると主張する。

しかし、Hの居住先と上記事業所は900メートル以上離れており、高齢で要介護認定3のHが、容易に移動できる距離ではない。また、上記申送帳にはHらの体温、脈拍及び血圧等のほか入浴の有無なども記載されており、かかる記載をもとに通所介護計画実行表が作成されていたことがうかがわれることからすれば、同申送帳は単なるメモではない。

カ I(以下「I」という。)の件

原告は、利用者IIに対し、平成21年10月分の訪問看護として、24日分の「訪問看護3」(1時間30分、単位数1198点(正看護師))を提供したとする。しかし、当時、本件事業所の正看護師はBのみであり、同月のBの勤務日数は16日間にすぎないから、原告は、少なくとも8日分について、訪問看護を行っていないにもかかわらず、行ったように装い居宅介護サービス費を

請求したことになり、法77条1項5号に該当する。

また、利用者Iにつき、医師に提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書と事業所控えのそれらとで、記載内容や報告者が異なっているものがある。また、Iの訪問看護計画書については平成21年4月度以降、訪問看護報告書については同年2月以降、それぞれ医師への提出がない。原告は、これを過誤にすぎないと主張するが、正確な内容の報告書が作成されていなかったことに変わりはなく、運営基準に反するものとして法77条1項3号に該当することは明らかである。

以上の事実は、運営基準70条5項、6項、69条3項に反するものとして法77条1項3号に該当することは明らかである。

(2) 原告は、本件各処分は恣意的かつ不公正に行われたものであり、処分行政庁の行政裁量権を逸脱し違法であると主張するが、上記の事由は、全て法77条1項及び115条の9第1項の取消事由に当たるものである。特に、居宅介護サービス費の不正請求については、国民保険健康団体連合会の審査の仕組みを利用し、指定居宅サービス事業者たる原告が、系列の指定居宅介護支援事業者と結託することで、実際には行われていない居宅サービスを行ったかのように辻褄を合わせて不正請求することを可能としたものであって、介護保険制度を組織的に悪用した極めて悪質なものとわざとを以て得ない。これらの事実を照らせば、本件各処分が恣意的かつ不公正に行われたことはなく、本件各処分は適法である。

(3) 原告は、本件監査や本件聴聞の手続の違法も主張するが、本件監査は、原告の保険者である宜野湾市及び沖縄市が、原告に対し、法23条に基づく文書の提出を求め、その結果、被告に対し、通報情報の提供を行ったことに基づくものであり、厚生労働省老健局長の通知や沖縄県の監査要綱に照らしても、適正な手続である。

また、本件聴聞についても、本件聴聞通知書にはそれぞれ根拠法令だけでなく具体的な理由を記載しており、原告には十分に防禦の機会が与えられていたのであって、本件聴聞にも手続の違法はない。

(原告の主張)

(1) 被告が主張する原告の違反行為については、以下のとおり、いずれも否認ないし争う。

ア Bの件

Bは、本件監査において、訪問看護に従事していた時間のみを勤務時間として申告し、訪問看護に要する往復の時間、訪問看護の準備や後片付けに要する時間、書類の作成等を行う時間を申告しなかったにすぎない。本件事業所から訪問看護先に向かう際には30分、訪問看護先から帰る際には1時間30分程度かかるのであるから、これらの時間を考慮に入れて計算すると、Bは、週32時間の常勤性を満たしていた。

イ Dの件

Dは、看護師として原告で勤務している。本件監査初日、Dは体調不良で欠勤する旨の連絡をしていたものの、午前8時30分ごろ、本件事業所に顔を出し、その後、監査が始まる前に帰宅した。そのため、同日のタイムカードに午前8時30分の出勤時のみの記録がある。

訴外会社(有限会社E)の支払控除項目一覧表にDの氏名が記載され、同社が運営する事業所でDの健康保険証が取り扱われていたのは、年金関係の配慮によるものである。また、Dは、同社の宅老所で夜勤の臨時勤務をしていたことはあるが、月一、二回程度のことにすぎない。

ウ Fの件

Fは、平成21年11月当時、午前6時30分から午前7時30分まで、1日1時間勤務していた。

そして、「専従」に該当するためには非常勤であっても構わないところ、Fは、上記勤務時間帯において本件事業所での職務のみに従事していたのであるから、「専従」に当たることは明らかである。

被告が指摘する平成21年11月分の支給控除項目一覧表にFの名前がないのは、同一一覧表が内部資料にすぎないからであり、正式な支給控除項目一覧表にはFの氏名が記載されている。また、訪問看護予定表にFの氏名が記載されていないことは、同人が本件事業所で勤務していたことと何ら矛盾するものではない。

エ Gの件

Gは平成20年9月27日の訪問看護について、前日の電話連絡で時間を変更し、午前うちにその提供を受けている。同日の経過記録の記載は単なる誤記である。また、同月26日の受診についても、会計は付き添いの親族が行っており、Gは、診察終了後すみやかに自宅に戻り、訪問介護を受けている。なお、Gの入院は歯の治療を目的とするものであり、原告の提供する訪問看護の内容とは直接関わりのないものであるから、上記経過記録に入院に関する記載がないことに何ら問題はない。

被告が指摘するBのタイムカードの打刻との不整合については、配偶者控除を受けたいとの希望を有するBが、実際の勤務時間よりも早めに打刻していたという事情がある。

オ Hの件

Hは、被告のいう別の事業所の近くに住んでいるところ、毎朝午前9時前には、居室の掃除のため一旦同事業所を訪れ、同事業所を利用しない日は、30分ないし40分ほどで掃除が終わった後、居室に戻っていた。上記事業所の申送帳の記載は、Hが居室の掃除の間、一旦同事業所を訪れていたことを示すにすぎない。そもそも上記申送帳は単なるメモである。

上記事業所の運転日報には、平成21年10月14日及び同月21日、Hを朝9時20分に迎え、午後4時25分に送った旨の記載があるが、これも送りの時間を誤記したにすぎない。

カ Iの件

被告が記載内容等に違いがあるとするIの計画書又は報告書のうち、平成19年10月、同年11月、平成20年12月の計画書については、日付の違いと利用者らのサインの有無の違いがあるのみである。この相違は、原告が、保険者に対し法23条の書類等の提出を行い、その後返還を受けたところ、これらの計画書等が紛失されるなどしていたため、やむなく、再度プリントアウトしたために生じたにすぎない。日付の相違も、印刷時の指定を月初めにするか月末にするかが統一されていなかったからにすぎない。

また、その余の平成19年12月、平成21年2月の報告書については、上記と同様の理由で再度プリントアウトした際、デスクトップパソコンから出力すべきところ、別のノートパソコンに保存されていたデータを誤って出力してしまったものである。管理者氏名欄の相違も、印刷時の指定を誤ったにすぎない。

以上のとおり、計画書及び報告書については、正確な内容の書面が作成されており、単に、プリントアウト時のミスがあったにすぎないから、計画書及び報告書の提出については、主治の医師との密接な連携は図られている。

- (2) また、仮に、上記の事由のうち、外形的に認められるものがあつたとしても、それは単なる過誤によるものである。しかるに、処分行政庁は、原告に対し、本件各指定の取消しという最も重い処分を選択し、他方で、重大な法令違反を行っている他の事業者に対しては何の処分もしていない。本件各処分は、恣意的かつ不公正に行われたものといわざるを得ず、処分行政庁の裁量権を明らかに逸脱し、違法である。

(3) 厚生労働省老健局長の指針をみても、監査が対象者に与える不利益に配慮がなされており、また、監査の主眼は、事実関係を的確に把握し、公正かつ適切な措置を採ることにあるとされていることからすれば、監査をするかどうかの判断、あるいは監査をするとしてもその内容は、対象者に与える不利益を考慮しながら、公正かつ適切な措置を採るために必要最小限の範囲でなされるべきである。しかるに、本件監査は、被告がその必要性を判断するにあたって参考にした保険者からの情報の精度が極めて低いこと、対象者たる原告への事前の確認がされないまま強行され、その態様も強権的なものであったのであって、本件監査の手續自体が、上記指針の趣旨に反し違法性を帯びるといふべきである。なお、被告のいう本件監査の「2日目」は、監査であることを告知する書面の提示等もなく実施されたものである。

また、本件聴聞通知書に記載された処分理由は極めて抽象的であり、行政手続法14条1項、3項の要件を満たしていない。

さらに、被告は、本件各処分の理由として、本件聴聞において問題とされていなかった事由を本件訴訟において事後的に主張しており、不利益処分の理由付記の趣旨に明らかに反する。

以上によれば、本件各処分は、その手續に重大な瑕疵があり、違法である。

第3 当裁判所の判断

1 Bの件について

前提事実並びに証拠及び弁論の全趣旨によれば、①原告の就業規則には、従業員の労働時間を週32時間、一般勤務における始業時刻を午前8時30分、終業時刻を午後5時30分、休憩時間を午後0時から1時までとする規定が設けられていること、②本件監査に際して原告の従業員の労働時間を管理していた社会保険労務士から手書きで記入する方式のタイムカードが提出され、Bのタイムカード(以下「本件タイムカード」という。)には、平成21年9月の勤務日数は17日、勤務時間合計は105時間と記載されていること、③本件タイムカードに記載された勤務時間は週32時間に満たない(1週あたり19時間ないし29.5時間)こと、勤務日数はおおむね週4日であること、以上の事実が認められる。

しかし、原告とBとの間の雇用契約が、非常勤によるものであることを認めるに足りる直接の証拠は何ら存しない。この点、証拠中には、原告が、平成21年度入職の者の履歴書や雇用契約書の提出を拒んでいるとの監査結果の報告の記載があるが、同記載のみをもって、原告が上記提出を拒んだと認めることはできない。

もっとも、雇用契約が常勤として締結されたものであったとしても、就労の実体が非常勤と同視できる内容であれば、運営基準61条1項及び支援基準64条1項の「常勤の管理者」に該当しないといふことができる。しかし、証拠によれば、被告がタイムカードにより調査したのは、平成21年9月分の就労分のみであることが認められるところ、何らかの事情により一定期間早退を続けることも考えられ、原告においても、Bは1歳の子がいるため良く休むという弁明をしており、上記期間に早退した日が集中した可能性は否定できない。さらには、原告において用いていたタイムカードが機械により刻字する方式でなく、出勤及び退勤の時間がその都度行われていたか否かは証拠上明らかにされていないことからすれば、原告が主張するように、訪問看護に要する往復の時間等を考慮すれば、常勤性を満たしていたか、厳密には就業規則上の就業時間帯と異なる時間帯に就労することがあったとしても、おおむね常勤性を満たしていたと評価しうる実態にあった可能性も否定できない。

被告がしたその他の調査の結果をみても、常勤性を否定すべき事情があるとはいえず、他に、Bが常勤ではなかったことを認めるに足りる証拠はない。また、仮に、平成21年9月の1

か月間において、Bの勤務時間が、常勤とみるには足りなかったとして、それをもって、平成22年3月の時点で、原告が、厚生労働省令で定める従業者の員数を満たさなくなったものとして、本件各処分をすることが許されるかも疑問である。

したがって、Bの件について、本件各処分の適法性を基礎付ける事情は認められない。

2 Dの件について

被告は、原告はDを常勤専従の職員として雇用しておらず、Dを雇用していたのは訴外会社(有限会社E)である旨主張するところ、証拠及び弁論の全趣旨によれば、①本件監査に際して上記社会保険労務士から提出された原告の平成21年7月分ないし同年11月分の各給与の支給控除項目一覧表にDの氏名は記載されていないこと、②訴外会社の同年11月分給与の支給控除項目一覧表にはDの氏名が記載されているほか、本件聴聞において原告から提出されたDの健康保険被保険者証には事業者として訴外会社が記載されていることが認められる。

しかし、証拠によれば、被告の担当者は、Dが、週3回から4回、午前9時から午前11時まで本件事業所で勤務していた旨報告していること、訴外会社の上記一覧表のDの欄には出勤日数が0日と記載され、給与の支払は全くされておらず、健康保険料及び厚生年金保険料のみが計上されて差引支給額がマイナスになっていることが認められ、以上の事実によれば、Dが原告でなく訴外会社の運営する事業所で勤務していたことが裏付けられたとはいえない。

他方、D自身は、平成21年7月から、本件事業所のみで勤務していたと供述し、原告代表者及び本件事業所職員であるJも、これに沿う供述をするところ、その勤務状況や給与の支払状況が不明確であることについて、原告代表者は、本件監査2日目の段階から、Dは、常勤の職員であるが、手の痛みがあることから1日8時間の勤務時間のうち休み時間を多く設定している旨、通帳の写しを社会保険労務士に提出していないので、給与の支払を手渡しで行っている旨の説明をしており、一応の説明はなされているといえる。

以上によれば、結局のところ、Dの本件事業所での勤務実態は判然としないものの、同人が、本件事業所の常勤専従の職員として勤務していなかったことを認めるに足りる証拠はないといわざるを得ない。

そもそも、上記事情にかかる被告の主張は、いかなる点で運営基準及び支援基準で定める基準を満たすことができなくなり、法77条1項2号及び115条の9第1項2号に該当するというのが判然としない。確かに、常勤の准看護師の数が減れば、他の職員の員数、勤務状況如何によっては、原告において、運営基準60条1項1号イないし支援基準63条1項1号イの要件を満たさない計算となり、結局、上記各号に該当することになることは考えられるが、その具体的な計算結果等の主張はない。

以上によれば、原告がDを雇用していなかったことやDが本件事業所の常勤専従の准看護師ではなかったこと、ひいては、本件事業所において運営基準及び支援基準で定める基準を満たすことができなくなったことを裏付けるに足りる証拠はないといわざるを得ない。

したがって、Dの件について、本件各処分の適法性を基礎付ける事情は認められない。

3 Fの件について

被告は、Fが、平成21年10月ないし11月、本件事業所で勤務していなかったと主張するところ、証拠及び弁論の全趣旨によれば、原告から提出された原告の平成21年11月分の支給控除項目一覧表や訪問看護予定表にFの名前が記載されていないことは認められる。

しかし、証拠及び弁論の全趣旨によれば、本件監査に際して社会保険労務士から提出された原告の平成21年5月分ないし同年11月分の各給与の支給控除項目一覧表にFの氏名があり、基本給として、同年5月分ないし同年9月分は7万4500円から13万8500円、同年10月分は

3万1000円、同年11月分は2万9000円が、それぞれ支払われた旨記載されていることが認められ、原告代表者が、本件監査の2日目においても、本件訴訟においても、Fが非常勤の職員であったと供述をしていることなども併せ考えれば、Fは、原告の被用者として、本件事業所において、同年9月ころまでは常勤で、同年10月ころからは非常勤で勤務していたことがうかがえる。

平成21年10月及び11月における原告とFとの雇用関係や本件事業所での勤務時間は、証拠上明らかでないが、いずれにせよ、同人が、上記期間において、原告の被用者ではなかったこと、あるいは、本件事業所の職員として勤務していなかったことを認めるに足りる証拠はないといわざるを得ない。

以上によれば、原告がFを雇用していなかったこと、ひいては本件事業所において運営基準及び支援基準で定める基準を満たすことができなくなったことを裏付けるに足りる証拠はないといわざるを得ない。

したがって、Fの件について、本件各処分適法性を基礎付ける事情は認められない。

4 Gの件について

証拠及び弁論の全趣旨によれば、Gについては、平成20年9月分の本件事業所による「訪問看護2・准看」の提供が合計12回、いずれも午後1時から午後1時59分までの時間帯で、最終日は27日と予定されていたこと、Gは、同月26日、病院の歯科口腔外科を外来受診し、同日の会計終了時刻は午後1時51分であること、同月27日午後零時16分に同科に入院申込みをし、同日から同月29日まで入院していたことが認められる。

被告は、上記のような同月26日の通院、同月27日の入院の事実に照らせば、Gは、上記両日に予定されていた「訪問看護2・准看」の提供時間帯には病院にいたことになるから、原告が、同サービスの提供を行った事実はない旨主張する。

しかし、G方の近くに住む同女の長女Kは、同月26日のGの受診の際は、Kの子が付き添っていること、同日、Gから、翌日病院受診の予定があるので、訪問看護の時間を早めてもらいたい旨の電話連絡を受け、本件事業所に連絡したところ、対応した原告代表者は、時間を調整して看護師を向かわせると答えたこと、同月27日、病院に付き添うためにG方を訪れた長女は、Gから午前中に看護師が来たことを聞いたこと、Gの病院受診の際の会計は付き添いの者が行っていたことを供述する。そして、上記Kの供述に、同月の訪問看護は27日が最後であることも併せ考えると、同日の訪問看護については、午前中に時間変更し、入院前に行われた可能性が高く、また、同月26日の受診の際の会計については、付き添いのKの子が行った可能性も否定できない。なお、本件事業所の経過記録には、Gの上記病院受診に関する記載はないが、同記録は、実施したサービスに関する記録であることからすれば記載がないことが不自然とまではいえない。訪問時間がGの入院していた午後である旨記録されていることも、上記時間変更に伴う訂正漏れ等の可能性が否定できない。

また、被告は、Bは、平成21年4月4日から同年10月31日まで、Gを担当していなかったにもかかわらず、同人を訪問した旨の経過記録が作成されていると主張する。

確かに、本件監査において、Bは、「平成 年 月 日の介護保険法第76条第1項に基づく監査における確認事項」と題する書面を作成して提出し、同書面にはGは記憶になく、訪問看護記録の作成をした覚えはない旨の記載があることが認められるが、同書面の作成に至る経緯が明らかでない上、Bがかかる記載をしたことが、直ちに、Gにつき、本件事業所の職員による訪問看護が実施されなかったことを裏付けるものではない。被告は、本件タイムカードとの不整合も指摘するが、本件タイムカードの記録の信用性には疑いが残ることは前記1のとおりであ

る。そして、他に、Gに関して居宅介護サービス費の不正請求があったことを認めるに足りる証拠はない。

5 Hの件について

証拠及び弁論の全趣旨によれば、原告の利用者Hに対する平成21年10月分のサービス提供票には、同月の水曜日(7日、14日、21日及び28日)のいずれも午前10時から午前10時59分までの時間帯に「訪問看護2・准看」の提供が実施された旨の記載があること、訴外会社(E)のHに対する同月分のサービス提供票には、同月の水曜日以外の日の午前9時55分から午後4時までの時間帯に、同社が運営する事業所(デイサービスセンターL)の通所介護の提供が実施された旨の記載もあることが認められる。

被告は、上記「L」とHの入居先との間で使用される申送帳に、上記期間の水曜日にも、Hが、「L」を利用していた旨の記載があると主張するところ、証拠によれば、当該申送帳の同月13日の欄に「明日10/14(水)は皆L利用です。」と記載されていることが認められる。しかしながら、同申送帳をみても、どの部分の記載が「L」(午前9時55分から午後4時まで)において記載された記録なのか、あるいは、実際に「L」を利用していたことを示す記録なのか判然としない。しかも、例えば、Hが「L」のデイサービスを利用していたはずの同月15日の午前8時から午後3時の欄には、Hについて、「ずっと眠っています」などとある一方、「MさんとNさんデイに行かれました。」とある。これらによれば、同申送帳を根拠に、Hが、上記期間の水曜日において、訪問看護を受けていなかったと断じることができない。

また、被告は、被告提出にかかる「運転日報」と題する書面には同月14日及び同月21日の送迎の欄にHの名前が記載され、14日の迎え時間は午前9時20分、送り時間は午後4時25分、21日の迎え時間は午前9時20分、送り時間は午後4時25分と記載されていることをとらえて、Hは、10月14日及び21日、いずれも「L」による通所介護の提供を受けているから、本件事業所による「訪問看護2・准看」の提供は受けていない旨主張する。しかし、上記「運転日報」と題する書面は作成者や作成の経緯が明らかでない上、同書面に記載された他の利用者の名前とその筆跡等を比較すると、Hの名前だけが別の機会に追加して記載されたことがうかがえるのであり、これをもって、被告主張事実の裏付けとすることはできない。そして、他に、Hに関して居宅介護サービス費の不正請求があったことを認めるに足りる証拠はない。

6 Iの件について

- (1) 被告は、Iの平成21年10月分の訪問看護の提供については、24日分を看護師が行ったものとして居宅介護サービス費が請求されているが、当時本件事業所の正看護師はBのみであるところ、同月の訪問看護予定表によればBの勤務日数は16日であり、少なくとも8日分は訪問看護を実施していない旨主張する。

しかし、Bの同月の勤務日数を明らかにするに足りる証拠はなく、上記訪問看護予定表の記載をもって、直ちに、同月分の訪問看護が実施されなかったことが裏付けられたとはいえない。そして、他に、IIに関して居宅介護サービス費の不正請求があったことを認めるに足りる証拠はない。

- (2) また、被告は、Iの訪問看護計画書及び訪問看護報告書の事業所控えのものと主治の医師へ提出したものとで、記載内容や報告者が異なっている旨主張する。

確かに、証拠によれば、本件監査の際に提出されたIの計画書のうち、平成19年10月分につき同年9月30日付けでらの署名押印があるものと同年10月1日付けで利用者らの署名押印がないものが、同年11月分につき同年10月31日付けでらの署名押印があるものと同年11月1日付けで利用者らの署名押印がないものが、同年12月分につき同年11月30日付

けでらの署名押印があるものと同年12月1日付けで利用者らの署名押印がないものがそれぞれ存在すること、報告書のうち平成19年12月分及び平成21年2月分につき管理者氏名がBのものとOのものがあり、記載内容も一部異なることなどが認められる。

しかし、証拠及び弁論の全趣旨によれば、本件事業所における計画書及び報告書の作成はいずれもパソコンを使用して行われているところ、作成に使用されるパソコンは数台あること、作成したデータを印刷する際には、その都度指定項目を選択する必要があり、その選択によっては、異なる結果が出力される場合があることなどが認められ、これらの事実を考慮すると、被告が指摘する食い違いがいずれも印刷時における指定項目の選択の結果によるものという原告の主張は、あながち不合理であるとはいえない。他に、本件事業所において日付や管理者、内容の一部の異なる計画書等を意図的に作成したことをうかがわせる事情も理由も見当たらない。

また、被告は、計画書については平成21年4月以降、報告書については平成21年2月以降主治の医師への提出がないとも主張するが、この点については、本件監査時に提出された計画書や報告書にその旨が手書きで記載されているのみで、被告の主張を客観的に裏付ける証拠はない。

そして、被告が主張する事実が、仮に運営基準70条5項、6項、69条3項に反するとしても、法77条1項3号に該当するのは、同号の文言から明らかなおり、指定居宅サービス事業者が単に運営基準の定めに違反した場合ではなく、当該事業者について、運営基準の定めに従った適正な指定居宅サービス事業の運営をすることを期待することができないような事情を生じた場合であるから、前記認定にかかる事情に照らせば、計画書及び報告書について、運営基準の規定に従った作成提出が行われなかったことをもって、原告について、運営基準の定めに従った適正な指定居宅サービス事業の運営をすることを期待することができないような事情があるということとはできない。

- (4) 以上によれば、1の件について、処分の適法性を基礎付ける事情は認められないといわざるを得ない。
- 7 上記のとおり、本件各処分については、いずれも被告の主張する処分理由に該当する事実を認めるに足りる証拠はない。したがって、本件各処分は違法である。
- 8 よって、原告の請求は理由があるからこれを認容することとし、主文のとおり判決する。

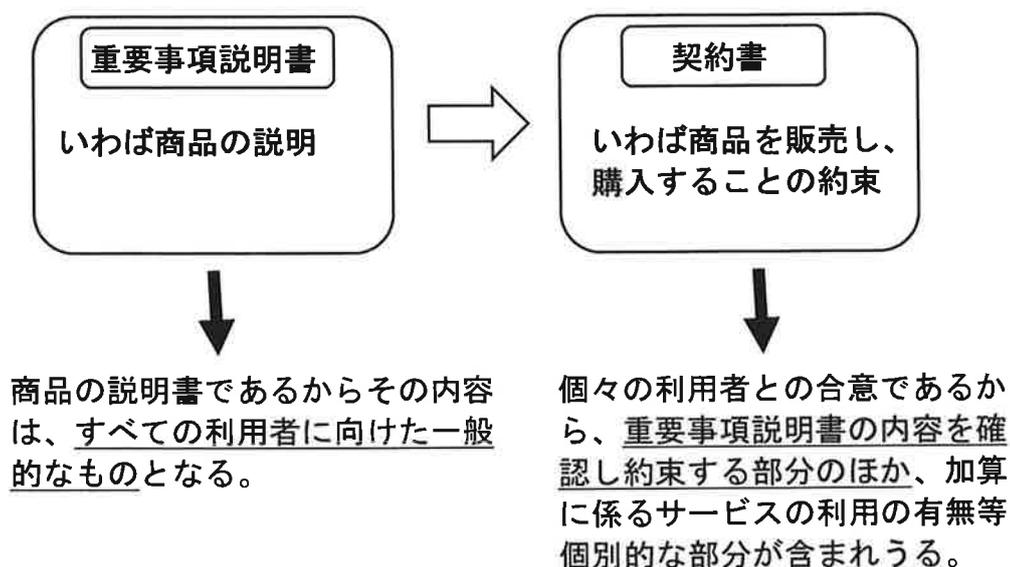
○ 契約についての基礎知識

1 訪問看護に係る重要事項説明書と契約書の関係

- 介護保険法の下での厚生労働省の運営基準上は、訪問看護については、重要事項説明書の作成、同意及び交付だけが義務付けられている。健康保険法に基づく運営基準も同じである。

このため、実際には、多くの訪問看護事業者が重要事項説明書と契約書を作成しているが、両者の関係が十分に整理されておらず、内容及び表現に混乱が見られるものもある。

重要事項説明書を訪問看護といういわば商品の説明書とし、契約書をいわば商品の販売・購入についての約束書と考えて作成することが一つの方法といえる。

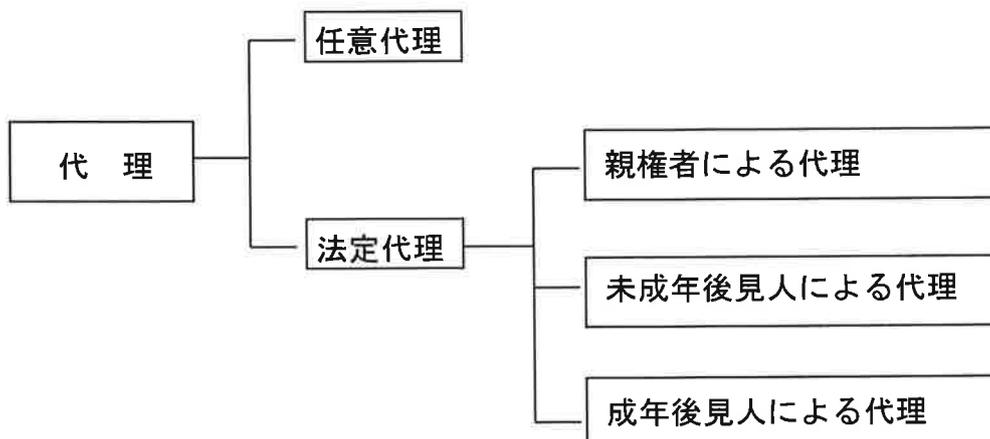


- 利用者ごとの個別的部分を除き、訪問看護という商品の説明は重要事項説明書にすべて記載する。重要事項説明書にはない商品の説明が、契約書にだけ出てくると利用者の誤解を招く可能性があるので注意する。
- 重要事項説明書における商品の説明と、契約書における記載が矛盾したり、整合性を欠くことがないように作成する。

2 代理、代筆、代行、立会い

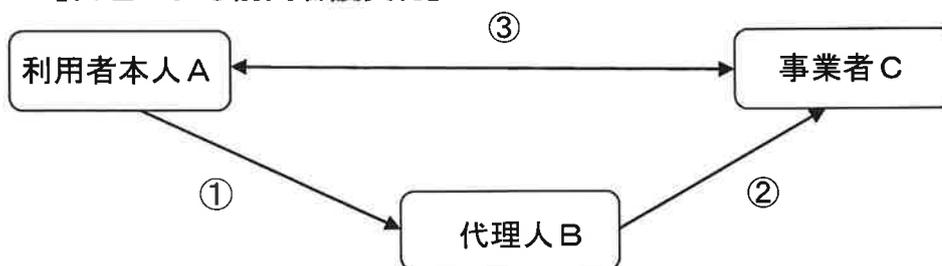
(1) 代理

【代理の種類】



※代理権を付与された保佐人又は補助人による代理もある。

【代理による訪問看護契約】



- ① 任意代理の場合は、訪問看護契約を締結（又は契約の変更、解除）することを委任し、代理権を授与する。本来は、A又はBから、Cに対し、A作成の委任状を提出する。

法定代理のうち成年後見人の場合は、東京法務局が発行する登記事項証明書によって、Bが、成年後見人の資格を有することを確認する。保佐又は補助の場合も同様である。親権者（実親）の場合は、通常は、契約申込時の状況等から親権者であることを確認できるであろう（養親の場合は戸籍等で確認が必要な場合もありうる。）。

- ② Aの代理人として、契約を締結（又は契約の変更、解除）する意思表示をCに対して行う。正確には「A代理人B」又は「A法定代理人B」とし

て表記して、Bが、訪問看護契約書に署名捺印する。

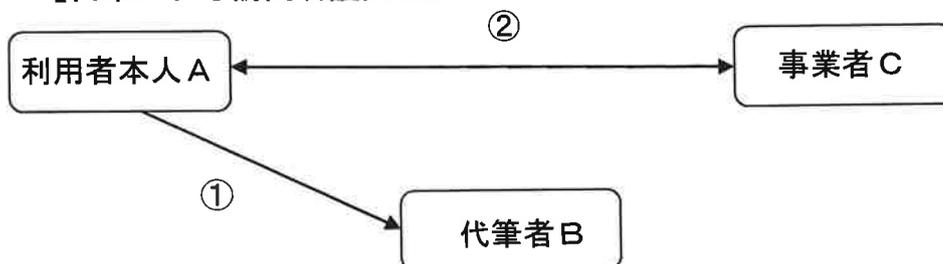
- ③ 訪問看護契約はAとCとの間に成立し、訪問看護契約に基づく権利義務はAとCに帰属する。例えば、訪問看護契約に基づき適切なサービスを受ける権利はAに帰属する。また、訪問看護契約に基づく利用料支払義務もAに帰属する。従って、Bが、連帯保証人等として、Bも利用料支払義務を負うことを約束していないときは、利用料を支払う義務を負わない。なお、Bに代理権がなかったとき（無権代理）は、Bが責任を負うこともある（民法117条1項。但し、同条2項）。

※ 訪問看護契約を締結した任意代理人Bが、訪問看護記録の開示についても代理権を有しているわけではないことに注意。「訪問看護契約の締結」についてだけ委任を受け、代理権を授与されたのであれば、代理人として、訪問看護記録の開示を請求する場合は、あらたに「訪問看護記録の開示」について委任を受け、代理権を授与される必要がある。

法定代理人である親権者又は成年後見人の場合は、原則として、代理人として訪問看護記録の開示を請求することができる（個人情報保護法施行令第8条）。保佐人又は補助人の場合は、登記事項証明書記載の代理権の範囲を確認するとともに、記録の開示についての本人からの委任・代理権授与の要否も検討する必要がある。

(2) 代 筆

【代筆による訪問看護契約】



① Aは、Bに対し、契約書への署名の代筆を依頼しているだけである。

② A自身が、契約を締結（又は契約の変更、解除）する意思表示をCに対して行う。訪問看護契約書には、Aの氏名をBが署名する。代筆の事実及び代筆者を明らかにしておくため、Aの氏名の付近に「代筆者B」とBに署名してもらうこともある。

(3) 代 行

明確な用語ではない。「代理」の意味で使われたり、「代筆」等の意味で使われたりするが、後者の意味で使われていることが多いかもしれない。

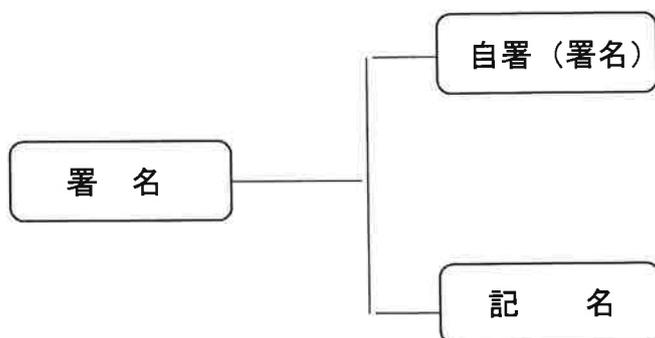
(4) 立 会 い

【立会いと訪問看護契約】



文字通り、契約締結の場に立ち会うことを意味している。後日、契約締結の有無が争われることがないように証人として立会いを求めることがある。その場合、「立会人 B」として契約書に B に署名してもらうこともある。

3 署名、自署、記名



「自署」は、文字通り「自筆の署名」である。「署名」を「自署」の意味で使用していることもある。「記名」は、パソコンによる印字、社判等のゴム判の押捺等の「自筆の署名」以外の署名である。代筆による署名は、「自筆の署名」ではないので、本人との関係では「自署」ではなく、「記名」となる。

「自筆」と「記名」を合わせて広義の「署名」ということもある。

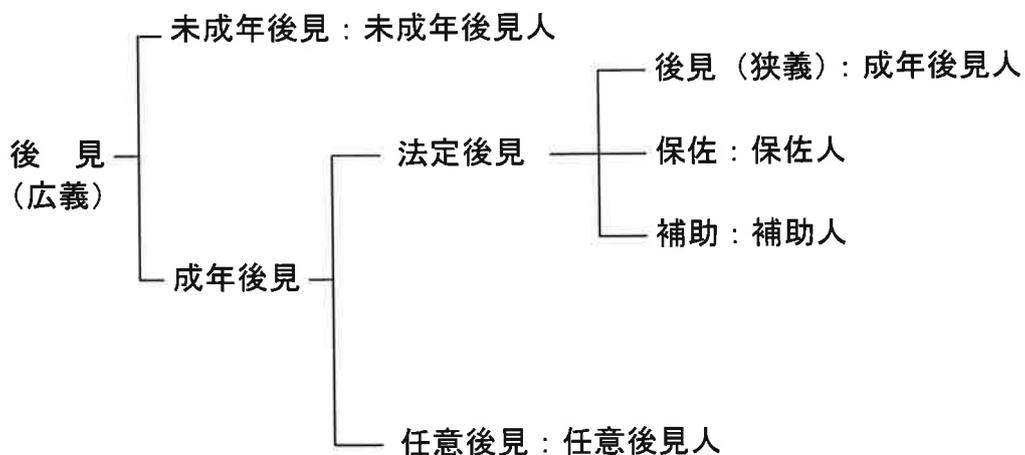
事業者側は、大量の契約事務処理の必要上、「記名」で済まし、利用者側には明確な契約意思を確認する必要上、通常は、「自筆」を求めている。

4 実印、三文判、契印

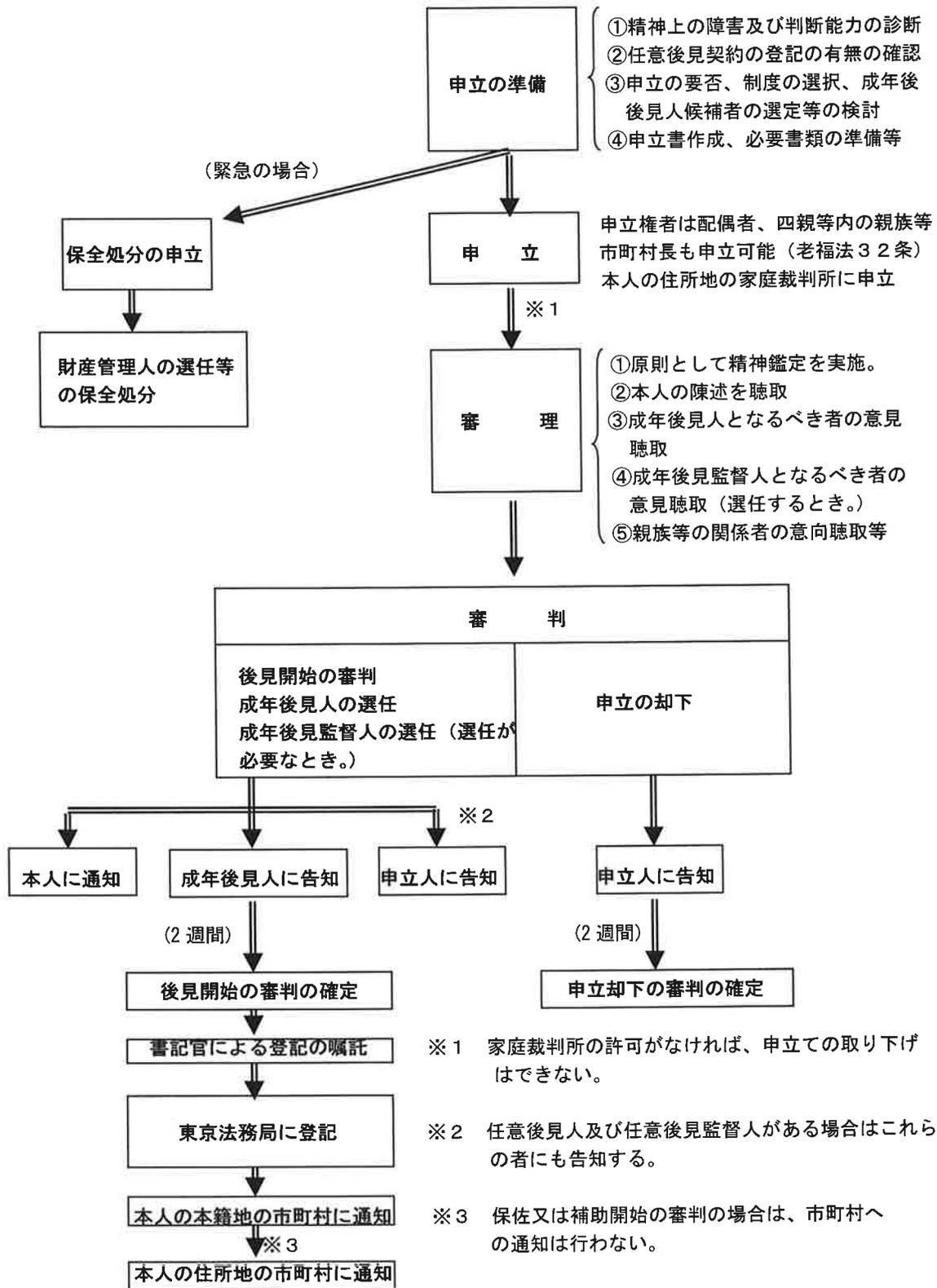
- 契約の成立のためには、必ずしも捺印（押印）は必要ではないが、習慣的に契約書に捺印（押印）がされている。
- 実印は、印鑑登録をしている印。事業者も利用者も、訪問看護に係る重要事項説明書又は契約書については実印を用いる必要はなく、むしろ使用すべきではない。
実印以外の印として、銀行に届出ている銀行印があるが、これも重要事項説明書又は契約書には使用すべきではない。
実印でも銀行印でもない印として、俗に三文判と呼ばれるものがあるが、利用者の印としてはこれで十分である。事業者は、訪問看護契約用の印を用意しておけば良い。
- 契印（割印）は、契約書類が二枚以上ある場合に、それらがひとつづきの一体のものを証明するために、又は一部の差し替えを防止するために印を押すこと若しくは押されたその印影をいう。
契約の成立のためには、契印（割印）は必要なものではない。

5 成年後見

【後見制度の概要】



【後見開始の審判の手続】



○老人福祉法

(審判の請求)

第三十二条 市町村長は、六十五歳以上の者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法第七条、第十一条、第十三条第二項、第十五条第一項、第十七条第一項、第八百七十六条の四第一項又は第八百七十六条の九第一項に規定する審判の請求をすることができる。

6 Q & A

従来¹⁾の質問例。具体的な状況によって回答内容は変わりうる²⁾ので、回答はあくまでも参考であり、一般的な正答を示すものではない。

- Q 1 当法人では、契約書と重要事項説明書をこの順番で一つづりにしているが、重要事項説明書を先につづらなければならないか。
- A 重要事項説明書を商品説明、契約書を商品購入の約束書と考えるならば、一つづりにする場合、重要事項説明書を先にするのが自然とも言える。しかし、契約書の内容自体が重要事項とも言えること、運営基準は契約書の作成を義務付けていないことから、つづり方の順番に合理的な理由があれば、順番自体は特に問題にならないと考えられる。但し、重要事項説明書を説明することなく、先に契約書だけ説明して署名を得ることはできない。
- Q 2 利用者の署名を一度で済ませるため、利用者用の契約書と事業者用の契約書の間に市販のカーボン紙をはさんで利用者に署名して頂いているが、問題があるか。
- A 同一内容の契約書であれば、問題ない。
- Q 3 利用者本人は手が震えて署名できないため、家族に代筆して頂くことがあるが、その場合、「代筆者〇〇〇〇」と代筆者に付記して頂く必要があるか。
- A 契約の成立のためには、「付記」は必要ない。しかし、後日、代筆の有無、契約の成否が争われるおそれがあれば、「付記」して頂いた方がよい。
- Q 4 訪問看護の利用料の不払いに備えて、契約書に連帯保証人の欄を設けて例えば利用者の家族に連帯保証人として署名して頂く必要はないか。

- A 一般的には必要ないのではないかとと思われる。常に連帯保証人を求める扱いをすると、利用者希望者の利用を阻害するおそれがあること、保険給付があること、利用料の不払い率が不明であること等による。但し、利用料の不払い率又は額が高い等の事情があれば、連帯保証人を求めざるを得ないことはありうる。なお、契約書では連帯保証人を求めず、実際に不払いが生じた利用者に支払いを約束させる場合に限って、連帯保証人を求める方法もありうる。
- Q 5 事業者（法人）の代表者が変更した。既に重要事項説明書に同意を頂き、訪問看護契約書も締結している既存の利用者についても、代表者名を変更した新たな重要事項説明書に同意を頂き、訪問看護契約書も締結し直す必要があるか。
- A 必要ない。代表者が変更した旨の挨拶文を利用者に配布する等して周知を図ればりる。契約は事業者（法人）としているのであって、代表者個人としているのではないこと、また、一般的に言って代表者が誰であるかはサービスの選択に資する重要事項ではないと考えられるからである。
- Q 6 介護保険制度の改正に伴い重要事項説明書と訪問看護契約書の内容を変更しなければならないが、契約締結済みの既存の利用者についても、変更した新たな重要事項説明書に同意を頂き、訪問看護契約書も締結し直す必要があるか。
- A 同意済みの重要事項説明書及び締結済みの訪問看護契約書はそのままにして、例えば「重要事項説明一部変更書」、「訪問看護契約一部変更合意書」のような表題の書面（複数又は一つづりの書面）を作成して、説明し、同意又は署名を頂く方法と、新たな重要事項説明書に同意を頂き、新たな訪問看護契約書を締結し直す方法がある。いずれにするかは、変更部分の量と理解のしやすさ等による。

〇〇訪問看護ステーション

訪問看護（介護保険）

【本冊子の目次】

第1	重要事項説明書	2～17頁
(内容)	1 事業者（〇〇法人〇〇〇〇）の概要	2頁
	2 事業所（〇〇訪問看護ステーション）の概要	2頁
	3 訪問看護の意味及び提供方法等	5頁
	4 利用料等の額及び支払方法	7頁
	5 訪問看護利用に当たっての留意事項	13頁
	6 訪問看護契約の契約期間	14頁
	7 訪問看護契約の終了	14頁
	8 守秘義務及び個人情報の取扱い	15頁
	9 苦情への対応	16頁
	10 事故発生時の対応	16頁
	11 訪問看護の提供記録	17頁
第2	訪問看護契約書	18～20頁
第3	署名欄	21頁

※ 本冊子中の【 】内の頁数は、本冊子の頁数です。

ご利用者様

〇〇法人〇〇〇〇

(平成29年10月13日書式第一号)

第1 重要事項説明書

訪問看護サービスのご利用者様（以下「利用者」と表記させていただきます。）が、訪問看護の事業者又はサービスを選択する上で必要な重要事項を次のとおり説明いたします。利用者のご家族様（以下「家族」と表記させていただきます。）もご確認ください。

1 事業者の概要

〇〇法人〇〇〇〇（以下「事業者」といいます。）の概要は次のとおりです。

表1：事業者の概要

事業者の名称	〇〇法人〇〇〇〇
事業者の代表者名	代表者 〇〇〇〇
事業者の所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
事業者の代表電話番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
事業者の設立年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
事業者の事業概要	介護保険の訪問看護事業、介護予防訪問看護事業及び居宅介護支援事業のほか、医療保険の訪問看護事業を運営しています。

2 事業所の概要

〇〇訪問看護ステーション（以下「事業所」といいます。）の概要は次のとおりです。

(1) 事業所の名称・所在地等

表2：事業所の名称・所在地等

事業の種類	指定訪問看護事業（介護保険）			
施設等の区分	訪問看護事業所（訪問看護ステーション）			
事業所名	〇〇訪問看護ステーション			
事業所の所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
管理者の氏名	〇〇〇〇			
電話番号（代表）	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
指定年月日、指定番号	平成 年 月 日指定 〇〇〇〇県〇〇〇〇〇〇〇〇〇号			
開設年月日	〇〇年〇〇月〇〇日			
通常の事業の実施地域	〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇、〇〇〇〇。			
事業所の営業日	月曜日から土曜日（祝日及び12月29日～1月3日を除く。）			
事業所の営業時間	〇：〇〇～〇：〇〇			
サービスの提供日	事業所の営業日と同じ。			
サービスの提供時間帯	通常時間帯	早朝時間帯	夜間時間帯	深夜時間帯
	8：00～ 18：00	6：00～ 8：00	18：00～ 22：00	22：00～ 6：00
サービスの提供体制	サービス提供体制強化、緊急時訪問看護、特別管理、ターミナルケア及び看護体制強化の各加算に係る体制を整備しています。【4頁】			
併設事業所	指定介護予防訪問看護及び指定居宅介護支援の各事業所を併設。医療保険の訪問看護ステーションも兼ねています。			

注) 上記の「通常の事業の実施地域」以外にお住まいの利用者もご相談下さい。

(2) 訪問看護事業の目的

利用者が、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復及び生活機能の維持又は向上を図ることを目的としています。

(3) 訪問看護事業の運営方針

- ① 介護保険法その他関係法令を遵守します。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って訪問看護を提供します。
- ③ 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に訪問看護を提供します。
- ④ 定期的に、訪問看護の質の評価を行い、常に改善を図ります。
- ⑤ 訪問看護を提供するに当たっては、主治医、居宅介護支援事業者その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(4) 事業所の設備及び備品

事業所には、訪問看護事業を行うために必要な広さを有する専用の事務室を設けており、また、訪問看護の提供に必要な設備及び備品を常備しています。

(5) 職員の配置状況等

事業所には、以下の職員を配置しています。

① 職員の配置状況

表3：職員の配置状況

職 種	保有資格	常勤	非常勤	合計
①管理者	看護師			
②訪問看護の提供に当たる従業者	看護師			
	保健師			
	准看護師			
	理学療法士			
	作業療法士			
	言語聴覚士			
③事務員				

② 職員の職務内容

管理者：従業者及び業務の管理を行います。但し、適宜、訪問看護も行います。
訪問看護の提供に当たる従業者：実際に訪問看護を行います。
事務員：事業所の業務に関連した事務を行います。

(6) サービス提供体制

事業所では、以下のサービス提供体制を整備しています。

① サービス提供体制強化加算に係る体制

- イ) 全ての看護師等（前掲表3の①及び②の職員。以下①において同じ。）に対し、看護師等ごとに研修計画を作成し、その計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定しています。
- ロ) 全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的実施しています。
- ハ) 看護師等の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が3割以上です。
加算の内容については、後記4の表4の注7、表5の注2をご参照下さい【8頁】。

② 緊急時訪問看護加算に係る体制

利用者又は家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に24時間対応できる体制を敷いており、計画的に訪問することになっていない緊急時訪問を必要に応じて行います。この対応は、利用者の同意を得て行います。

加算の内容については、後記4の表9をご参照下さい【10頁】。

③ 特別管理加算に係る体制

特別の管理を必要とする利用者に対して、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行える体制を敷いています。

加算の内容については、後記4の表10をご参照下さい【10頁】。

④ ターミナルケア加算に係る体制

- イ) ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて、訪問看護を行うことができる体制を整備しています。
- ロ) 主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者又は家族等に対して説明を行いターミナルケアを行います。
- ハ) ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項を適切に記録します。

加算の内容については、後記4の表11をご参照下さい【10頁から11頁】。

⑤ 看護体制強化加算に係る体制

医療ニーズの高い利用者への訪問看護の提供体制を強化しています。

加算の内容については、後記4の表15をご参照下さい【12頁】。

3 訪問看護の意味及び提供方法等

(1) 訪問看護の意味

訪問看護は、要介護状態にあつて居宅（注1）において介護を受ける利用者（注2）について、その居宅において、看護師等（注3）により行われる療養上の世話又は必要な診療の補助をいいます。

注1） 養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームにおける居室を含みます。

注2） 主治医が、治療の必要の程度につき、病状が安定期にあり、居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を要すると認めた利用者に限ります。通院が困難な利用者に限りますが、通院の可否にかかわらず、療養生活を送る上での居宅での支援が不可欠な者に対して、ケアマネジメントの結果、訪問看護の提供が必要と判断された場合も利用できます。また、下欄に記載の疾病等の利用者は、医療保険の訪問看護の対象となるため除かれます。

後記5(1)参照。【13頁】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態。

注3） 看護師のほか、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士を含みます。

(2) 訪問看護の提供方法

事業者は、前記2(3)の「事業の運営方針」の下に、利用者に対し、以下のように訪問看護を提供します。

① 主治医の文書による指示

事業者は、訪問看護の提供の開始に際し、主治医による指示を文書（指示書）で受けます。

② 訪問看護計画の原案の作成

看護師が、主治医の指示及び心身の状況を踏まえて、訪問看護計画（療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した書面をいいます。本冊子において同じ。）の原案を作成します。

居宅サービス計画が作成されている場合には、それに沿って、訪問看護計画の原案を作成します。

③ 利用者の同意

看護師が、訪問看護計画の原案について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。

④ 訪問看護計画書の利用者への交付

看護師が、利用者の同意を得た訪問看護計画書を利用者に交付します。

⑤ 訪問看護計画書の主治医への提出

事業者は、訪問看護計画書を定期的に主治医に提出します。

⑥ 訪問看護の提供

事業者は、主治医と密接な連携を図りながら、訪問看護計画書に基づいて、医学の進歩に対応した適切な看護技術をもって訪問看護の提供を行います。

訪問看護の提供に当たっては、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について分かりやすく説明します。

訪問看護の提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。

訪問看護の提供に当たる看護師等は、身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示します。

緊急時訪問看護、特別管理及びターミナルケアについては前記2の(6)の②から④をご参照下さい【4頁】。

⑦ 訪問看護報告書の作成及び主治医への提出

看護師は、訪問看護報告書(訪問日、提供した看護内容等を記載した書面をいいます。)を作成し、定期的に主治医に提出します。

⑧ 訪問看護の実施状況の把握等

事業者は、訪問看護計画の実施状況の把握を行い、主治医と密接な連携を図りながら、必要に応じて訪問看護計画の変更を行います。

⑨ 訪問看護を担当する職員

それぞれの利用者の訪問看護を担当する職員は、事業所において定めます。担当する職員を変更する場合は、事前に、事業所から利用者に連絡します。

(3) 緊急時等の対応

看護師等は、現に訪問看護の提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治医への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じます。

(4) 要介護認定の更新申請の援助

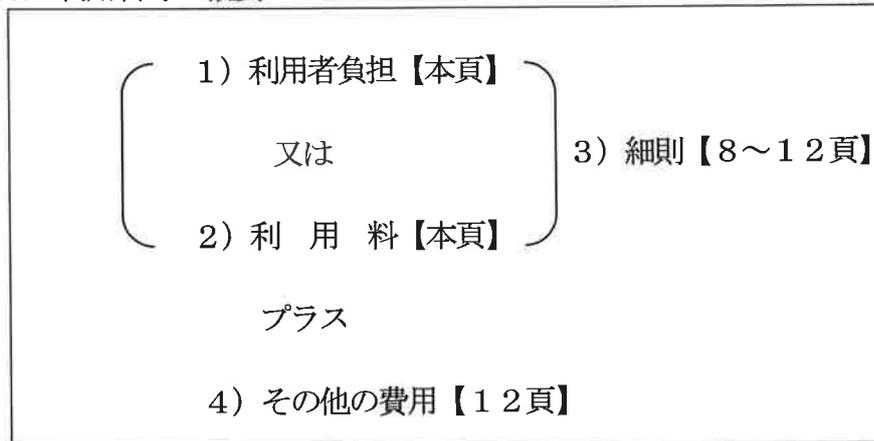
事業者は、必要と認めるときは、利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに要介護認定の更新の申請がなされるよう、必要な援助を行います。

4 利用料等の額及び支払方法

(1) 利用料等の額

利用者には、1)の利用者負担又は2)の利用料に4)の「その他の費用」を加えた合計額のお支払い頂きます。本冊子では、これらを「利用料等」と総称します。

※ 利用料等の概要



1) 利用者負担

介護保険法の保険給付が利用者に代わって事業者を支払われる場合は(注)、訪問看護の利用料の一部として、3)の表4又は表5記載の「利用者負担」を利用者にお支払い頂きます。3)の表6から表14記載の各加算事由があるときは、各加算に係る「利用者負担」もお支払い頂きます。

「利用者負担」の割合は、平成27年7月31日までは1割、同年8月1日からは市町村から交付される負担割合証に記載の割合(1割又は2割)となります。

注) 次の2)の注)の①から⑥のいずれの場合にも該当しないときです。

2) 利用料

介護保険法の保険給付が利用者に代わって事業者を支払われない場合は(注)、3)の表4又は表5記載の「利用料」をお支払い頂きます。3)の表6から表14の各加算事由があるときは、各加算に係る「利用料」もお支払い頂きます。利用料のお支払いを頂いたときは、事業者は、利用者に対し、「サービス提供証明書」を交付します(市町村に対し保険給付を請求できる場合に限ります。)

注) 次のいずれかの場合に該当するときです。

- ① 利用者が要介護認定を受けていない場合、
- ② 要介護認定の有効期間を経過している場合
- ③ 居宅介護支援を受けることにつき市町村に届け出ていない場合
- ④ 居宅サービス(ケアプラン)に当該訪問看護が位置付けられていない場合
- ⑤ 当該訪問看護が利用者の要介護状態に応じた支給限度額を超過したものである場合
- ⑥ 保険料の滞納等により介護保険法の保険給付の制限を受けている場合

3) 利用者負担及び利用料の細目

以下の細目について、ご不明な点若しくはより詳しい内容は、事業所又は訪問看護を担当する職員にお問い合わせ下さい。

表4：所要時間別の利用者負担及び利用料（1回につき）

所要時間 利用料等	20分未満	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満
利用者負担	利用料の1割又は2割			
利用料	3,160円	4,690円	8,200円	11,120円

- 注1) 金額は、看護師又は保健師の場合です。准看護師の場合は注4) のとおりです。
 注2) 利用者負担の算定方法：利用料÷利用料×100分の90により算定します。但し、保険給付の率が100分の90でない場合は、その割合によって算定します。
 注3) 利用料の算定方法：厚生労働大臣が定めるところに従い、1単位の単価（10円）に所定の単位数を乗じて算定しています。単位数算定の際は小数点以下を四捨五入し、金額換算の際は1円未満を切り捨てて算定しています。
 注4) 准看護師が訪問看護を行った場合は、所定単位数の100分の90に相当する単位数で算定します。
 注5) 事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一建物に居住する利用者又は事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対し、訪問看護を行った場合は、所定の単位数の100分の90に相当する単位数を算定します。
 注6) 所要時間は、実際に訪問看護に要した時間ではなく、訪問看護計画書に位置付けられた内容の訪問看護を行なうのに要する標準的な時間です。
 注7) 利用料の金額は、サービス提供体制強化加算（1回につき6単位加算）をした後の金額です（前記2(6)①参照。【4頁】）。

表5：理学療法士等による訪問の場合の利用者負担及び利用料（1回につき）

回数 利用料等	1日に2回以下の場合	1日に2回を超えた場合
利用者負担	利用料の1割又は2割	
利用料	3,020円	2,720円

- 注1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が訪問看護を行った場合の利用料等です。これらの者による訪問看護は、1回当たり20分以上訪問看護を実施します。
 注2) この場合も表4の注2)、注3)及び注5)から注7)の算定によります。

表6：早朝・夜間・深夜に訪問看護を行った場合の加算（1回につき）

加算事由 (時間帯)	早朝 (6:00 から8:00)	夜間 (18:00 から20:00)	深夜 (20:00 から6:00)
加算される利用者負担	表4及び5記載の各利用者負担の25%加算	表4及び5記載の各利用者負担の25%加算	表4及び5記載の各利用者負担の50%加算
加算される利用料	表4及び5記載の各利用料の25%加算	表4及び5記載の各利用料の25%加算	表4及び5記載の各利用料の50%加算

- 注1) 加算される利用者負担の算定方法：加算される利用料÷加算される利用料×100分の10により算定します。但し、保険給付の率が100分の90でない場合は、その割合によって算定します。
- 注2) 加算される利用料の算定方法：基本となる単位数÷基本となる単位数×加算割合により得られる単位数に1単位の単価（10円）を乗じて算定します。単位数算定の際は小数点以下を四捨五入し、金額換算の際は1円未満を切り捨てて算定します。
- 注3) 訪問看護のサービス開始時間が加算の対象となる時間帯にある場合に加算になります。
- 注4) 表9の注3)の緊急時訪問との関係について、同注をご参照下さい。

表7：複数の看護師等が同時に訪問看護を行った場合の加算（1回につき）

所要時間		
加算される利用料等	30分未満の場合	30分以上の場合
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割	
加算される利用料	2,540円	4,020円

- 注1) 複数の看護師等による訪問看護は、利用者又は家族等の同意を得ている場合であって、
 ①利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合、
 ②暴力行為、著しい迷惑行為、器物損壊行為等が認められる場合、③その他利用者の状況等から判断して、①又は②に準ずると認められる場合のいずれかに該当するときに行います。
- 注2) 訪問を行うのは、両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士です。

表8：長時間訪問看護を行った場合の加算（1回につき）

加算事由 (通算時間)	訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対し、所要時間1時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後に引き続き訪問看護を行う場合であって、当該訪問看護の所要時間を通算した時間が1時間30分以上となる場合
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割
加算される利用料	3,000円

注) 「訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、次のいずれかに該当する状態です。

- イ 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気道カテーテル若しくは留置カテーテルを使用している状態。
- ロ 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態。
- ハ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ニ 真皮を超える褥瘡の状態
- ホ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

表9：緊急時訪問看護加算（1月につき）

加算事由 加算される 利用料等	利用者の同意を得て、利用者又は家族等に対して、24時間連絡できる体制にあって、かつ、計画的に訪問することになっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割
加算される利用料	5,400円

注1) 緊急時訪問看護加算に係る体制の整備について、前記2(6)②参照【4頁】。

注2) 事業者による対応の方法は、状況に応じて、電話での対応、次注の緊急時訪問の実施等があります。必ず、次注の緊急時訪問を実施するものではありません。

注3) 「計画的に訪問することになっていない緊急時訪問」を実際に行った場合には、その緊急時訪問に応じた所定単位数（准看護師による緊急時訪問の場合は所定単位数の100分の90）による利用料等を算定（表4又は5記載の利用料等。但し、「20分未満」の場合は「30分未満」で算定）します。この場合には、早朝・夜間・深夜の訪問看護に係る加算は行いません（表6を参照）。但し、次表の特別管理加算を算定する状態の利用者に対する1月以内の2回目以降の緊急訪問については、早朝・夜間・深夜の訪問看護に関する加算を算定します。

表10：特別管理加算（1月につき）

加算事由 加算される 利用料等	訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して、事業所が、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合	
	特別管理加算（Ⅰ）	特別管理加算（Ⅱ）
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割	
加算される利用料	5000円	2500円

注1) 特別管理加算（Ⅰ）は、前掲表8の注のイに記載する状態にある利用者に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の加算です。

注2) 特別管理加算（Ⅱ）は、前掲表8の注のロ、ハ、ニ又はホに記載する状態にある利用者に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合の加算です（前注及び本注につき、前記2(6)③参照。【4頁】）。

表11：ターミナルケア加算（死亡月）

加算事由 加算される 利用料等	在宅で死亡した利用者に対して、事業所が、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（死亡日及び死亡日前14日以内に当該利用者に対して訪問看護を行っている場合にあつては、1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）。
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割
加算される利用料	20,000円

注1) 「当該利用者」は、末期の悪性腫瘍その他次のいずれかの状態にある利用者に限ります。

イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限

る。)をいう。)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシヤイ・ドレーガー症候群をいう。)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

ロ 急性増悪その他当該利用者の主治医が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

注2) ターミナルケア加算に係る体制の整備について、前記2(6)④参照【4頁】。

表12：初回加算（1月）

加算事由 加算される利用者料等	事業所において、新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、初回若しくは初回の訪問看護を行った日の属する月に訪問看護を行った場合
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割
加算される利用料	3,000円

注) 利用者が過去2か月間において、事業所から訪問看護(医療保険の訪問看護を含む。)の提供を受けていない場合であって新たに訪問看護計画書を作成した場合の加算です。

表13：退院時共同指導加算(原則として、退院又は退所につき1回)

加算事由 加算される利用者料等	病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の利用者が退院又は退所するに当たり、事業所の看護師等(准看護師を除く。)が退院時共同指導を行った後に、その利用者の退院又は退所後に初回訪問を行った場合
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割
加算される利用料	6,000円

注1) 「退院時共同指導」とは、利用者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治医その他の職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することを言います。

注2) 退院又は退所につき1回加算しますが、特別の管理を必要とする利用者(厚生労働大臣が定める状態にある利用者。前掲表8の注参照)について、複数日に退院時共同指導を行った場合は2回に限り加算します。

注3) 前掲表12の初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しません。

表14：看護・介護職員連携強化加算(1月に1回)

加算事由 加算される利用者料等	事業所が、社会福祉士法及び介護福祉士法の規定に基づく登録を受けた訪問介護事業所と連携し、当該事業所の訪問介護員等が当該事業所の利用者に対し、特定行為業務を円滑に行うために支援を行った場合
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割
加算される利用料	2,500円

注) 「特定行為業務」とは、「社会福祉士及び介護福祉士法」の規定に基づく、喀痰吸引等のうち厚生労働省令で定める行為(特定行為)の業務を言います。

表15：看護体制強化加算

加算事由	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た事業所が、医療ニーズの高い利用者への訪問看護の提供体制を強化した場合
加算される利用者負担	利用料の1割又は2割
加算される利用料	1か月につき3,000円

- 注)「厚生労働大臣が定める基準」とは、次に掲げる基準のいずれにも適合することです。
- ① 算定日が属する月の前三月において、事業所における利用者の総数のうち、緊急時訪問看護加算(表9)を算定した利用者の占める割合が100分の50以上であること。
 - ② 算定日が属する月の前三月において、事業所における利用者の総数のうち、特別管理加算(表10)を算定した利用者の占める割合が100分の30以上であること。
 - ③ 算定日が属する月の前十二月において、事業所におけるターミナルケア加算(表11)を算定した利用者が一名以上であること。

4) その他の費用

表16記載の各費用は、利用者の負担となります。

表16：その他の費用

サービス内容等	費用
交通費 表2記載(【2頁】)の「通常の事業の実施地域」以外の地域に居宅において行う訪問看護	交通費の実費
複写物の交付 利用者は、訪問看護の提供についての記録の複写を請求することができます。	複写1枚につき、10円

(2) 利用料等の支払方法

事業者は、各月ごとに利用料等の合計額を計算し、訪問看護を利用した月の分の請求書とその翌月20日までに送付いたします。

利用者には、訪問看護を利用した月の分をその翌月末日までに、利用者が指定した金融機関の口座から口座振替によりお支払い頂きます。

1か月に満たない期間の利用料等は、利用日数に基づいて計算した金額となります。

(3) 利用料等の変更

- ① 事業者は、介護保険法及び同法に基づく厚生労働大臣の定めその他の制度の変更があった場合には前記4(1)の利用者負担及び利用料の額を、変更することができるものとします。
- ② 事業者は、物価の変動その他やむを得ない事由が生じた場合には前記4(1)の「その他の費用」の額を、それぞれ変更することができるものとします。
- ③ 事業者は、①又は②により利用料等の額を変更する場合においては、利用者に対し、事前に変更の理由及び内容を説明するものとします。

5 訪問看護利用に当たっての留意事項

(1) 医療保険の訪問看護の対象

下欄に記載の疾病等の利用者は、医療保険の訪問看護の対象となるため、介護保険の訪問看護は利用できません（前記3(1)の注2参照。【5頁】）。この場合には、事業所にご相談下さい。

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態。

(2) 主治医の特別指示がある場合

主治医が、利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別指示（特別指示書の交付）を行った場合は、交付の日から14日間を限度として医療保険の対象となるため、この間、介護保険の訪問看護は利用できません。この場合には、事業所にご相談下さい。

(3) 他の訪問看護ステーションを利用する場合

他の訪問看護ステーションを利用する場合は、サービスの調整等が必要になりますのでお知らせ下さい。

(4) 利用者の病状及び心身の状態等に関する正確な情報のご提供

利用者の病状及び心身の状況等に応じた適切なサービスを提供するために、これらにつきできるだけ正確な情報をご提供下さい。

(5) 訪問看護の提供に当たる担当者

訪問看護の提供に当たる担当者は、職員の配置状況及び訪問看護の内容等を踏まえて、事業所において決定させていただきます。また、基本的に、複数の担当者の中から交替で訪問当日の担当者が訪問します。担当者は事前にお知らせしますが、予告なく、担当者を変更することもあります。

利用者又は家族から担当者についてのご希望をお申し出頂くことはできますが、特定の看護師等のご指名はお受けすることができません。また、ご希望に沿えないこともあります。

(6) 電気、ガス又は水道等の無償使用

- ① 看護師等が、訪問看護の提供のために電気、ガス又は水道を使用する必要があるときは、無償で使用させていただきます。
- ② 看護師等が、訪問看護の提供に関して事業所等に連絡する必要があるときは、無償で電話を使用させていただきます。

(7) 訪問看護の利用の中止（キャンセル）の場合のご連絡

利用者側のご都合により、特定の日時における訪問看護の利用を中止（キャンセル）する場合は、中止する日の前営業日の〇時までにご連絡下さい（連絡先電話番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）。但し、利用者の緊急の入院その他やむを得ない事由がある場合はこの限りではありません。

なお、月曜日の利用を中止する場合は、前日の日曜日は営業日ではないので、土曜日が前営業日になります。同様に1月3日の利用を中止する場合は、前年の12月28日が前営業日となります。

(8) 禁止行為

訪問看護の利用に当たっては、次に掲げる行為は行わないで下さい。

- ① 看護師等の心身に危害を及ぼす行為
- ② 事業者又は事業所の運営に支障を与える行為
- ③ 以上のほか、訪問看護の提供を困難にする行為

6 訪問看護契約の契約期間

利用者と事業者との訪問看護の提供に関する契約（以下「訪問看護契約」といいます。）の契約期間は、契約で定めた日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。契約期間の満了により、訪問看護契約は終了します。

ただし、契約期間満了日までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出がない場合は、同一の条件で契約は自動更新されるものとします。更新後も同様とします。

7 訪問看護契約の終了

(1) 訪問看護契約の当然終了

契約期間中であっても、訪問看護契約は、次に掲げる事由によって当然に終了します。

- ① 利用者の要介護状態区分が、自立又は要支援と判定されたこと。
- ② 主治医が訪問看護の必要性がないと認めたこと。
- ③ 利用者が介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは療養病床に入所又は入院したこと。
- ④ 利用者が認知症対応型共同生活介護の利用を開始したこと。
- ⑤ 利用者の死亡
- ⑥ 事業所の滅失又は重大な毀損により、訪問看護の提供が不可能になったこと。
- ⑦ 事業所が介護保険法に基づきその指定を取り消されたこと。

(2) 利用者の契約解除による終了

利用者は、事業者に対し、訪問看護契約を終了させる日から起算して○日前までに解除を申し入れることにより、契約を終了させることができます。

但し、利用者は、次に掲げるいずれかの場合には、解除の申し入れにより、直ちに本契約を終了させることができます。

- ① 利用者が入院(療養病床への入院を除く。)したとき。
- ② 事業者がその責めに帰すべき事由により訪問看護契約の条項に違反したとき。
- ③ その他やむを得ない事由があるとき。

(3) 事業者の契約解除による終了

事業者は、次に掲げるいずれかの場合には、訪問看護契約を解除することができます。

- ① 利用者が利用料等の支払いを3か月以上遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらずその支払いをしなかったとき。
- ② 利用者が前記5記載の各留意事項に違反したことその他の事業者の責に帰すことのできない事由により、当該利用者に対して訪問看護を提供することが著しく困難になったとき。

(4) 事業の廃止等を理由とする事業者の契約解除による終了

事業者は、訪問看護事業の廃止、休止又は縮小(営業地域の縮小を含む。)をするときは、訪問看護契約を終了させる日から起算して少なくとも30日前に解除の申し入れを行うことにより、訪問看護契約を解除することができます。

(5) 契約終了の際の連携等

事業者は、訪問看護契約の終了に際し、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めます。

8 守秘義務及び個人情報の取扱い

(1) 守秘義務

事業者は、訪問看護を提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏洩しません。契約が終了した後も同じです。

(2) 個人情報の取扱い

事業者は、利用者又はその家族等の個人情報は、「個人情報の保護に関する法律」その他関係法令を遵守して適切に取り扱います。

9 苦情への対応

(1) 事業者の苦情対応体制

事業者は、下欄に記載のとおり、苦情に対応します。

苦情対応責任者	事業者の管理者
苦情対応体制	受付時間 事業者の営業時間中(表2参照。【2頁】) 申出方法 電話番号 ○○○○-○○○○-○○○○ ファックス ○○○○-○○○○-○○○○ 面接 事業者又は利用者の居宅において。
苦情対応の基本的な方法	事業者は、苦情を受付後、速やかに苦情に係る事実の確認を行い、その結果に基づき、必要な改善策を検討立案し、利用者又は家族に説明するとともに、改善策を実施し、その後も、適宜、改善策の実施状況を点検し、再発防止に努めます。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

事業者以外の苦情対応機関として、下欄記載の機関があります。

〇〇市 介護保険課	所在地： ○○○○○○○○ 電話番号： ○○○○-○○○○-○○○○
〇〇県国民健康 保険団体連合会	所在地： ○○○○○○○○ 電話番号： ○○○○-○○○○-○○○○

10 事故発生時の対応

(1) 緊急連絡その他必要な措置

事業者は、利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合には、速やかに、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 事故原因の分析と再発防止策

事業者は、訪問看護の提供により発生した事故の原因を分析し、再発防止策を講じます。

(3) 損害賠償

事業者は、事業者の責に帰すべき事由により訪問看護契約の各条項に規定する義務に違反し、これによって利用者に損害を生じさせたときは、利用者に対し、その損害を速やかに賠償します。

11 訪問看護の提供記録

(1) 記録の整備保存

事業者は、利用者に対する訪問看護の提供に関する記録を整備し、その完結の日から○年間保存します。

(2) 記録の閲覧又は謄写

利用者は、事業者に対し、訪問看護の提供に関する記録の閲覧又は謄写を請求することができます。この場合において、事業者は、「個人情報の保護に関する法律」その他関係法令に従って適切に応じます。謄写に要する費用は、前記4(1)の4) (【12頁】) のとおり、利用者の負担となります。

事業者は、以上の重要事項につき説明し、利用者はこれに同意した。

(事業者説明者)
(利用者)
(利用者代理人)

}

署名捺印は署名欄 (【21頁】) へ

第2 訪問看護契約書

様（以下「利用者」という。）と前記第1の重要事項説明書（以下「重要事項」という。）の1記載の〇〇法人〇〇〇〇（以下「事業者」という。）は、次のとおり契約（以下「本契約」という。）を締結する。【 】内の数字は本冊子の関係する頁数を示す。

（契約の目的）【3頁】

第1条 事業者は、利用者に対し、介護保険法に従い、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、重要事項2記載の事業所（以下「事業所」という。）による訪問看護を提供することを約し、利用者は、これを委託した。

（訪問看護の意味）【5頁】

第2条 訪問看護の意味は、重要事項3(1)記載のとおりとする。

（訪問看護の提供方法）【5頁から6頁】

第3条 事業者は、利用者に対し、重要事項3(2)記載の提供方法に従い、訪問看護を提供する。

（緊急時等の対応）【6頁】

第4条 事業者は、重要事項3(3)記載のとおり、現に訪問看護の提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、速やかに主治医への連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じるものとする。

（要介護認定更新申請の援助）【6頁】

第5条 事業者は、利用者に対し、重要事項3(4)記載のとおり、必要と認めたときは、要介護認定の更新の申請がなされるよう、必要な援助を行うものとする。

（利用料等の支払及び変更）【7頁から12頁】

第6条 利用者は、事業者に対し、重要事項4(1)記載の利用料等（加算に係る利用者負担又は利用料を含む。）を同4(2)記載の支払方法に従って支払う。但し、重要事項4(1)記載の加算に係る利用者負担又は利用料のうち下記のものについては、□にチェック(☑)したものを支払うものとする。

記

- 早朝加算（重要事項4(1)の3）の表6、【8頁から9頁】
- 夜間加算（重要事項4(1)の3）の表6、【8頁から9頁】
- 深夜加算（重要事項4(1)の3）の表6、【8頁から9頁】
- 複数訪問加算（重要事項4(1)の3）の表7、【9頁】
- 長時間訪問看護加算（重要事項4(1)の3）の表8、【9頁】
- 緊急時訪問看護加算（重要事項4(1)の3）の表9、【10頁】
- 特別管理加算（Ⅰ）（重要事項4(1)の表10、【10頁】）
- 特別管理加算（Ⅱ）（重要事項4(1)の3）の表10、【10頁】）
- ターミナルケア加算（重要事項4(1)の3）の表11、【10頁から11頁】）
- 初回加算（重要事項4(1)の3）の表14の表12、【11頁】）
- 退院時共同指導加算（重要事項4(1)の3）の表13、【11頁】）
- 看護・介護職員連携強化加算（重要事項4(1)の3）の表14、【11頁】）
- 看護体制強化加算（重要事項4(1)の3）の表15、【12頁】）

- 2 事業者は、重要事項4(3)記載のとおり、利用料等の額を変更することができるものとする。

(利用者の留意事項)【13頁から14頁】

第7条 利用者は、重要事項5記載の各留意事項に従い、訪問看護を利用するものとする。

(本契約の契約期間)【14頁】

第8条 本契約の契約期間は、平成〇年〇月〇日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとする。

- 2 前項の契約期間満了日までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出がない場合には、重要事項7記載のとおり、本契約と同一の条件で契約は自動更新されたものとする。更新後も同様とする。

(本契約の当然終了)【14頁】

第9条 本契約は、前条の契約期間中であっても、重要事項8(1)記載のとおり、次の各号のいずれかの事由が生じたときは、当然に終了する。

- ① 利用者の要介護状態区分が、自立又は要支援と判定されたこと。
- ② 利用者について、その主治医が訪問看護の必要がないと認めたこと。
- ③ 利用者が介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは療養病床に入所又は入院したこと。
- ④ 利用者が認知症対応型共同生活介護の利用を開始したこと。
- ⑤ 利用者の死亡
- ⑥ 事業所の滅失又は重大な毀損により、訪問介護の提供が不可能になったこと。
- ⑦ 事業所が介護保険法に基づく指定を取り消されたこと。

(利用者による解除)【14頁】

第10条 利用者は、重要事項8(2)記載のとおり、本契約を終了させる日から起算して〇日前までに解除の申し入れをすることにより、本契約を終了させることができる。但し、同記載のとおり、利用者は、次の各号のいずれかの場合には、解除の申し入れにより、直ちに本契約を終了させることができる。

- ① 利用者が入院（療養病床への入院を除く。）したとき。
- ② 事業者がその責めに帰すべき事由により本契約の条項に違反したとき。
- ③ その他やむを得ない事由があるとき。

(事業者による解除)【15頁】

第11条 事業者は、重要事項8(3)記載のとおり、次の各号のいずれかの場合には、本契約を解除することができる。

- ① 利用者が利用料等の支払いを3か月以上遅延し、事業者が相当の期間を定めて催告したにもかかわらずその支払いをしなかったとき。
 - ② 利用者が、第7条に規定する義務に違反したことその他の事業者の責に帰すことのできない事由により、利用者に対して訪問看護を提供することが著しく困難になったとき。
- 2 事業者は、重要事項8(4)記載のとおり、訪問看護事業を廃止、休止又は縮小（営業地域の縮小を含む。）するときは、本契約を終了させる日から起算して少なくとも〇〇日前に解除の申し入れを行うことにより、本契約を解除することができる。

(契約終了の際の連携等)【15頁】

第12条 事業者は、重要事項8(5)記載のとおり、本契約の終了に際し、利用者又はその家族に対し適切な指導を行なうとともに、主治医及び居宅介護支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めるものとする。

(守秘義務等)【15頁】

第13条 事業者は、重要事項9(1)記載のとおり、訪問看護を提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏洩しない。本契約が終了した後も同様とする。

2 事業者は、重要事項9(2)記載のとおり、利用者又はその家族の個人情報を適切に取り扱う。

(苦情への対応)【16頁】

第14条 事業者は、重要事項10記載のとおり、訪問看護の提供に関する苦情に対応する。

(事故発生時の対応)【16頁】

第15条 事業者は、訪問看護の提供により事故が発生した場合には、重要事項11(1)及び(2)記載のとおり、必要な措置を講じるものとする。

(損害賠償責任)【16頁】

第16条 事業者は、事業者の責めに帰すべき事由により本契約の各条項に規定する義務に違反し、これによって利用者に損害を生じさせたときは、重要事項11(3)記載のとおり、利用者に対し、その損害を速やかに賠償する。

(記録の整備保存等)【17頁】

第17条 事業者は、重要事項12(1)記載のとおり、利用者に対する訪問看護の提供に関する記録を整備し、保存する。

2 利用者は、事業者に対し、重要事項12(2)記載のとおり、前項の記録の閲覧又は謄写を請求できる。この場合において、事業者は、個人情報の保護に関する法律その他関係法令に従って適切に応じる。

3 前項の謄写の費用は、重要事項4(1)の4)記載のとおり、利用者の負担とする。

(協議事項)

第18条 本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者と利用者は、介護保険法その他関係法令の定めるところに従い、誠意をもって協議するものとする。

本契約の成立を証して、本契約書2通を作成し、事業者及び利用者が各1通保有する。

(利用者) }
(利用者代理人) } 署名捺印は署名欄 (【21頁】) へ
(事業者) }

第3 署名欄

※ 該当する□をチェック (☑) して下さい。

1 事業者署名欄

- 事業者は、訪問看護の提供の開始に際し、ご利用者様又はご家族様に対し、第1の重要事項説明書により重要事項の説明を行うとともに、第2の訪問看護契約書によりその契約内容を説明しました。

平成 年 月 日

所在地 ○○○○○○○○
事業者 ○○法人○○○○
事業所 ○○訪問看護ステーション
事業者代表者 代表取締役 ○○○○

説明者名 _____ 印

- 事業者は、第2の訪問看護契約書によりご利用者様と契約を締結しました。

平成 年 月 日

所在地 ○○○○○○○○
事業者 ○○法人○○○○
事業所 ○○訪問看護ステーション
事業者代表者 代表取締役 ○○○○ 印

2 ご利用者様ご署名欄

- 私は、事業者から、第1の重要事項説明書により重要事項について説明を受け、同意しました。

平成 年 月 日

- 私は、事業者から、第2の訪問看護契約書によりその契約内容について説明を受け、同契約書により事業者と契約を締結しました。

平成 年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

○利用料未払いについての一般的な留意点

① 支払日に支払いの有無の確認

- 支払日又はその翌日に確認する。
- 未払いを重ねさせ、滞納額を増やさない。
- 滞納額が少ないうちに解決を図る。

② 未払いの場合は、速やかに(再)請求書を送付

- 支払日からおおむね7日以内には(再)請求書を送付する。
- 請求書の控えを保存する。
- 次回の支払日までに解決を図る。
- 請求の相手方に注意。家族には当然には請求できない。家族に請求ができるのは、家族が契約当事者又は保証人になっている場合である。あるいは、訪問看護契約が「日常の家事」(民法761条)と言える場合の配偶者に対して請求するとき又は家族が相続(但し、相続放棄の可能性もある。)したときである。

③ (再)請求書を送付しても、未払いの場合は、電話又は訪問で確認

- (再)請求書を送付後、おおむね7日以内に支払いがない場合は、電話又は訪問で支払いの有無を確認し、支払い予定等を問い合わせる。
- 「取り立てる」姿勢ではなく、「ご相談に応じます。」という姿勢で問い合わせる。
- 同じような請求書を何度も送付し、時間と労力を空費しない。

④ 未払いの理由1－経済的困窮の可能性

- 減免措置の適用又は生活保護の受給の可否等について利用者又は家族等と相談する。
- 保険料未払いの場合は、全額自己負担になる可能性にも留意が必要。

⑤ 未払いの理由2－独居・認知症等で財産管理困難の可能性

- 市町村長申立てによる成年後見制度の利用を検討。

→市町村又は地域包括支援センターに相談。

⑥ 未払いの理由3－親族による経済的虐待の可能性

→高齢者虐待防止法により、市町村又は地域包括支援センターへの通報又は相談を検討。

⑦ 未払いの理由4－支払いの合意の有無に争いがある可能性

→例えば、加算料について利用者との間で契約がない場合は、加算料の不払いは利用者の支払義務違反にならない。

⑧ 未払いの理由5－不適切なサービス提供の可能性

→例えば、サービスの開始直後に不適切な看護が原因で事故が発生し、その後のサービスの利用ができなかった場合には、その日のサービス利用料又は利用者負担の支払義務が発生せず、従って、不払いは支払義務違反にならない可能性がある。

⑨ 支払いの猶予又は分割払いに応じる場合の留意点

→できるだけ書面にする。

→家族を保証人とすることも検討。

→実現可能な支払日、支払金額（分割金額）、支払回数とする。

⑩ 時効にも注意

保険給付の時効期間は2年（介護保険法第200条、健康保険法第193条、国民健康保険法第110条等）。

自己負担分については、「労力の提供に係る債権」と見れば1年（民法第174条1号）、「医師の診療に関する債権」と同視すれば3年（民法第170条1項）、訪問看護事業を営む会社の債権と見れば5年（商法第522条本文）、以上の適用がないとすれば10年（民法第167条1項）となる。

なお、平成29年5月26日に成立した改正民法によれば、5年である（改正民法第166条1項1号）。但し、3年以内に施行予定であり、現在は未施行。

○事業者側からの契約解除の際の一般的な留意点

① 契約書、重要事項説明書における事業者の約定解除権の規定の有無。

→規定がない場合は、民法が規定する法定解除権の行使の可否の問題となる。

② 約定解除権の規定は有効性。

→無効の場合は、民法が規定する法定解除権の行使の可否の問題となる。

③ 約定解除権又は法定解除権の発生事由の有無。

㊦ 解除事由の有無、内容及び程度の検討（解除の必要性）

① 解除事由が生じた原因の検討

㊧ 解除が利用者に与える不利益の有無、内容及び程度の検討

㊨ 解除回避の努力の有無、内容及び程度の検討等

※複数訪問の可否の検討

※ 訪問介護、訪問看護においては、「暴力行為、著しい迷惑行為、器物損壊行為が認められる場合」又はこれに「準ずる場合」については、複数訪問加算（平成24年厚労告95）が用意されているので、少なくとも、この利用可能性の検討が必要であろう。

※認知症その他の精神上的障害の有無

利用者に認知症その他の精神上的障害があるために利用料の支払の手续が行えていない可能性がある場合は、解除を検討する前に、家族又は地域包括支援センター等と相談し、成年後見の利用を促すことが必要なきもある。

※経済的な困窮の有無

支払能力がないために滞納している可能性があるから、解除を検討する前に、減免措置の適用又は生活保護の受給の可否等について利用者又は家族等と相談することが必要なきもある。

※高齢者虐待の有無

高齢者虐待（経済的虐待）のために滞納が発生している可能性があるから、解除を検討する前に、市町村又は地域包括支援センターへの通報又は相談を検討すべきときもある。

※利用料又は利用者負担の支払合意の有無

例えば、加算料について利用者との間で契約がない場合は、加算料の不払いは利用者の支払義務違反にならない。

※不適切なサービス提供との関係

例えば、サービスの開始直後に不適切な看護が原因で事故が発生し、その後のサービスの利用ができなかった場合には、その日のサービス利用料又は利用者負担の支払義務が発生せず、従って、不払いは支払義務違反にならない可能性がある。

- ④ 運営基準上の「正当な理由」（居宅基準第9条参照）の有無。
- ⑤ 約定解除権又は法定解除権の行使の適切性又は有効性。
 - ㊦ 契約書、重要事項説明書に記載された解除手続を履践。
 - ㊧ 必要に応じ解除についての説明。
 - ㊨ 原則として即時解除は避け、解除の予告期間を置く配慮。
 - ㊩ 代替サービス確保のための猶予期間等の不利益を軽減措置
- ⑥ 運営基準（居宅基準第63条参照）の遵守。

【参考条文】

(消費者契約法)

第3条 事業者は、消費者契約の条項を定めるに当たっては、消費者の権利義務その他の消費者契約の内容が消費者にとって明確かつ平易なものになるよう配慮するとともに、消費者契約の締結について勧誘をするに際しては、消費者の理解を深めるために、消費者の権利義務その他の消費者契約の内容についての必要な情報を提供するよう努めなければならない。

第10条 民法、商法（明治三十二年法律第四十八号）その他の法律の公の秩序に関しない規定の適用による場合に比し、消費者の権利を制限し、又は消費者の義務を加重する消費者契約の条項であつて、民法第1条第2項に規定する基本原則に反して消費者の利益を一方的に害するものは、無効とする。

(民法)

(基本原則)

第1条 私権は、公共の福祉に適合しなければならない。

2 権利の行使及び義務の履行は、信義に従い誠実に行わなければならない。

3 権利の濫用は、これを許さない。

(公序良俗)

第90条 公の秩序又は善良の風俗に反する事項を目的とする法律行為は、無効とする。

(履行遅滞による解除権)

第541条 当事者の一方がその債務を履行しない場合において、相手方が相当の期間を定めてその履行の催告をし、その期間内に履行がないときは、相手方は、契約の解除をすることができる。

○東京地方裁判所平成21年8月28日判決

主 文

- 1 被告は、原告に対し、10万円を支払え。
- 2 原告のその余の請求を棄却する。
- 3 訴訟費用は、これを6分し、その5を原告の負担とし、その余を被告の負担とする。
- 4 この判決は、第1項に限り、仮に執行することができる。

事実及び理由

第1 請求

被告は、原告に対し、59万0279円を支払え。

第2 事案の概要

本件は、被告との間で身体障害者居宅介護契約を締結し、同契約に基づき被告から居宅介護サービスの提供を受けていた原告が、被告は、一方的に上記契約を解除したと告げて原告に対する居宅介護サービスの提供を打ち切り、また、被告の派遣するヘルパーは、連絡なしに予定の日に来なかったり、仕事を拒否あるいは途中で放棄したほか、無心行為、器物損壊行為、守秘義務違反行為等をしたなどと主張して、債務不履行又は不法行為に基づき、慰謝料等合計59万0279円の損害賠償の支払を求めた事案である。

1 前提事実

(1)被告は、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業、相談支援事業、地域生活支援事業等を目的とする株式会社である。

(2)障害者自立支援法において、「障害福祉サービス」とは、居宅介護及び重度訪問介護等を行い(同法5条1項)、「居宅介護」とは、障害者等につき、居宅において、入浴、排せつ又は食事の介護その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう(同条2項)。上記の「厚生労働省令で定める便宜」とは、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助とされている(同法施行規則第1条の3)。

(3)原告は、平成16年3月31日、被告との間で、概要下記約定で身体障害者居宅介護契約(以下「本件契約」という。)を締結し[「身体障害者居宅介護契約書」、以下「本件契約書」という。]、同年4月から平成18年11月末ころまで、同契約に基づき、被告の派遣するサービス従業者(ヘルパー)から、居宅介護サービスの提供を受けた。

ア 契約の目的(第1条)

被告は、原告に対し、身体障害者福祉法令の趣旨にしたがって、原告が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう居宅介護を提供し、原告は、被告に対し、そのサービスに対する料金を支払う。

イ 契約期間(第2条)

(ア)契約期間は、平成16年3月31日から原告の支援費支給期間満了日までとする(第1項)。
(イ)契約満了日の30日前までに、原告から被告に対して、文書により契約終了の申出がない場合、かつ原告の支援費支給期間終了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとする(第2項)。

ウ 居宅介護サービスの内容(第4条)

被告は、サービス従業者を原告の居宅に派遣し、居宅介護計画に沿って、居宅介護サービスを提供する(第1項)。

エ 料金(第7条)

原告は、サービスの対価として契約書別紙に定める料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払う(第1項)。

オ 契約の終了(第10条)

(ア)原告は、被告に対して、30日間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解除することができる。ただし、原告の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができる(第1項)。

(イ)前項の規定にかかわらず、第9条第2項に規定する事由(①被告が正当な理由なくサービスを提供しない場合、②被告が守秘義務に反した場合、③被告が原告やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合)に該当した場合及び被告が破産した場合は、原告は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができる(第2項)。

(ウ)被告は、事業所の廃止・縮小等、やむを得ない事情がある場合、原告に対して、30日間の予告期間において、理由を示した文書で通知することにより、この契約を解除することができる(第3項)。

(エ)被告は、次の事由に該当した場合は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができる(第4項)。

① 原告のサービス利用料金の支払が正当な理由もなく1か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14日以内に支払われない場合

② 原告又はその家族が被告やサービス従業者に対して本件契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合

カ 秘密保持(第11条)

被告及びその従業者は、サービス提供をするうえで知り得た原告及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業者及び第三者に漏らさない。この守秘義務は、契約終了後も同様である(第1項)。

キ 賠償責任(第12条)

被告は、サービスの提供に伴って、被告の責めに帰すべき事由により原告の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、原告に対してその損害を賠償する。

ク 連携(第15条)

被告は、居宅介護の提供終了に際しては、原告又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める(第2項)。

2 争点及びこれに関する当事者の主張

(1)債務不履行又は不法行為に基づく被告の損害賠償責任の有無(略)

(2)損害額(略)

第3 当裁判所の判断

1 前提事実に加え、後記各証拠及び弁論の全趣旨によれば、以下の事実を認めることができる。

(1) 被告は、平成16年4月から平成18年11月末ころまでの間に、原告のもとに、約13名のヘルパーを派遣した。原告宅へ派遣されるヘルパーが変更されたのは、原告が交代を希望した場合と、ヘルパーから辞退を申し出た場合とがあった。

なお、被告の登録ヘルパーは、約150名いる。

- (2) 原告は、被告から居宅介護サービスの提供を受けていた間、被告に対し、被告のヘルパーが、予定していた日に来なかつたり来る日を間違えてやってくる、アイロンかけや爪切りを拒否したり、掃除の仕方など仕事に様々な不備があること、金銭や物品等の無心行為をしてくることなどについて、メールや電話により頻繁に苦情を述べていた。
- (3) Dは、平成18年11月30日午後7時57分、原告に対し、「お返事が遅くなりまして申し訳ございません。X1様からのご指摘やご意見等をヘルパーに対して指導してまいりましたが、残念ながら現在入らせて頂いておりますFヘルパーは、来月からX1様のケアに入ることが出来なくなりました。今後、後任のヘルパーを探させていただきたいと思っております。なるべく早い段階で後任をご紹介できるように手配させていただきたいと思っておりますので宜しくお願い致します。」との内容のメールを送信した。これに対し、原告は、同年12月1日午前3時6分、Dに対し、Fヘルパーが辞めることは構わないが、原告は以前から被告に別のヘルパーを手配するように言っていたのに、被告が事前に別のヘルパーの手配をしていなかったことはなぜなのかを問責するとともに、早急に別のヘルパーを探すよう要請する旨のメールを送信した。上記メールに対し、Dは、同日午後9時52分、原告に対し、「夜分に大変失礼致します。X1様のご希望されるようなヘルパーを探しておりますが、現在みつからない状況です。Hヘルパーにも打診しましたが、本人のスケジュールが合わず入れないとの事でした。ご迷惑をおかけして大変申し訳ございませんが、明日からのサービスにつきましては、ヘルパーが見つかるまでの間、派遣を見合わせていただきたいと思います。誠に不本意ではございますが宜しくお願い申し上げます。新任のヘルパーが決まり次第ご連絡させていただきたいと思っております。」との内容のメールを送信した。このメールに対し、原告はさらに、同月4日、Dに対し、「(前略)私がヘルパーがこないと困るのを知っていて、あえてヘルパーを派遣してこないとしか思えません。(中略)以前から、Fヘルパーに改善が見られないときには、新しいヘルパーを派遣するように言っておいたのに、どうして先に次のヘルパーが決めなかったのか、という私の質問に答えていません。Y1は利用者の立場に立ったサービスを提供していません。(中略)Y1が利用者の立場に立ったサービスをしない限り、なんどでも苦情を言います。(中略)きちんとした人を早急に派遣しない場合、告訴も辞さない考えでいます。(後略)」などという内容のメールを送信した。
- (4) Bは、平成18年12月ころ、原告から、被告が事前の説明なしに時間帯を変更したことなどについて苦情を述べられた。Bがこれを被告に伝えたところ、被告からは、原告に対するヘルパー派遣を中断していることについて、原告に説明したいとの申入れを受けた。そこで、Bは、原告に対し、平成18年12月14日付けの書面により、被告から、ヘルパー派遣を中断している事について原告に説明したいとの申入れがあったことを伝えるとともに、福祉事務所としてもヘルパー派遣が円滑に行くように援助をしたいと考えているので、原告、被告及び中部福祉事務所の三者で、話合いの機会を設けたいと思う旨伝えた。上記書面では、話合いの予定日は平成18年12月21日とされていたが、その日は原告の病院の予約が入っていたため、翌日の同月22日に変更された。
- (5) 平成18年12月22日、足立区中部福祉事務所内の会議室において、原告、被告代表者、C、D及びBが話合いの機会を持った。
- 被告は、そこで、原告に対し、ヘルパー交代が頻回で人員が不足しており、原告の希望に添うヘルパーがいなかったため、今後、原告への居宅介護サービスを継続することは難しいと伝えたが、原告は憤慨した。Bは、その際、原告に対し、Y1にヘルパーがいらない以上、他の事業所を探した方がよい旨述べて、足立区と近辺の介護サービス事業所の一覧リストを渡した。原告は、上記リストの中から数社を選択して電話をかけてみる旨述べた。

(6) 原告は、平成19年1月上旬ころ、Cに対し電話で、他の事業所の人から、本来は被告が次の事業所を探さなければならないと聞いたことを話した。そこで、Cは、同月10日、G株式会社（以下「G」という。）に連絡をとり、原告に対して同社の担当者を紹介した。

原告は、同月12日、同社との間で、居宅介護サービス提供に係る契約を締結した。

(7) 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年9月29日号外厚生労働省令第171号。以下「基準」という。）では、以下のとおり規定されている。

ア 提供拒否の禁止（第11条）

指定居宅介護事業者は、正当な理由がなく、指定居宅介護の提供を拒んではならない。

イ サービス提供困難時の対応（第13条）

指定居宅介護事業者は、指定居宅介護事業所の通常の事業の実施地域（当該事業所が通常時にサービスを提供する地域をいう。）等を勧案し、利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護を提供することが困難であると認めた場合は、適当な他の指定居宅介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない。

(8) 平成18年12月6日付けで、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長より、各都道府県知事あてに「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」という通知がされた。同通知では、基準11条について以下のとおり記載されている。

「提供拒否の禁止（基準第11条）

指定居宅介護事業者は、原則として、利用申込みに対して応じなければならないことを規定したものであり、特に、障害程度区分や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することを禁止するものである。提供を拒むことのできる正当な理由がある場合とは、

- ① 当該事業所の現員からは利用申込みに応じきれない場合
- ② 利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合
- ③ 当該事業所の運営規程において主たる対象とする障害の種類を定めている場合であつて、これに該当しない者から利用申込みがあった場合、その他利用申込者に対し自ら適切な指定居宅介護を提供することが困難な場合
- ④ 入院治療が必要な場合である。」

2 争点(1)(被告の損害賠償責任の有無)について

(1)本件契約の解除について

ア 被告は、平成18年12月22日の解除申入れについて原告から納得が得られたものと認識していた旨主張する。しかし、上記1(3)、(5)で認定した事実によれば、平成18年12月22日の話し合いまでの原告及びDのメールの内容、及び、同日、被告から介護サービスの提供を継続できない旨伝えられた原告が憤慨していたことなどからいって、原告が、平成18年12月22日の被告からの解除の申入れについて納得していなかったことは明らかであるから、被告の上記主張を採用することはできない。

イ 被告は、原告に派遣されるヘルパーの交代が頻回で人員が不足しており、原告の希望に添うヘルパーがいなかったことから原告へのサービス提供継続が困難となった旨主張する。

確かに、上記1(1)、(2)のとおり、原告は被告に対し、頻繁に、ヘルパーについて苦情を述べており、原告宅へ派遣されるヘルパーの交代も多数回に及んでいたことが認められる。

しかし、前提事実(3)及び上記1(7)、(8)のとおり、基準においては、事業者は、当該事業所の現員から利用申込みに応じきれない場合や、利用申込者の居住地が当該事業所の通常の

事業の実施地域外である場合等の「正当な理由」がないにもかかわらず、居宅介護の提供を拒んではならないとされ(基準第11条)、事業者が、利用申込者に対し適切な居宅介護を提供することが困難であると認めた場合であっても、当該利用者に対して適当な他の事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならない旨規定されていること(基準第13条)、本件契約においても、原告から文書による終了の申出がない場合、支援費支給期間中は契約が自動更新され(本件契約書第2条第2項)、また、利用者から30日間の予告期間において契約を解除する場合は、事業者からの場合と異なり、「やむを得ない事情」は必要とされず(同第10条第1項)、さらに、居宅介護の提供終了に際し、被告は、利用者及びその家族に対する指導とともに保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めなければならないとされていること(同第15条第2項)など、基準及び本件契約上、居宅介護サービスの性質を考慮して、事業者からの解除が制限されていることに照らすと、本件契約書第10条第3項にいう「やむを得ない事情」があるというためには、「事業所の廃止・縮小」及びこれに類する事情を必要とするものと解される。そして、上記1(1)のとおり被告に登録しているヘルパーが約150名いることをも考慮すると、上記1(1)、(2)の原告からの苦情及びこれに伴うヘルパーの交代という事情が上記の「やむを得ない事情」に当たるものとは認められない。また、「やむを得ない事情」が認められないことからいって、無催告解除について定める本件契約書第10条第4項2号の「本件契約を継続しがたいほどの重大な背信行為」を原告が行ったとも認められない。さらに、上記のとおり、基準第13条によれば、事業者が居宅介護サービスの提供を終了するに際しては、事業者は利用者に対し、他の事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じなければならないとされている。しかし、上記1(6)のとおり、被告従業員のCは、原告に対して契約解除を伝えた後の平成19年1月上旬ころ、原告から連絡を受けて初めて、Gの担当者を紹介したにとどまり、これをもって、被告が原告に対して居宅介護サービスの提供を終了するに際し、「必要な措置」を講じたものと認めることはできない。

ウ 以上によれば、被告は、平成18年12月22日、原告に対し、正当な解除原因がないにもかかわらず本件契約を解除する旨伝え、以後、正当な理由なく原告に対する介護サービスの提供を打ち切り、その際に必要な措置も講じなかったものと認められるから、この点について、被告は、原告に対し、債務不履行に基づく損害賠償責任を負う。

(2)ヘルパーが連絡なしに予定の日に来なかったり、来る日を間違えてやってきたことについて原告は、被告のヘルパーが連絡なしに予定の日に来なかったり、来る日を間違えてやってきた旨主張する。居宅介護利用者は、日常生活を送るに際しヘルパーによる居宅介護を必要とし、これを生活設計に組み込み、これが予定された日及び時間帯に提供されることを前提として、日常生活の予定を立て、日常生活を営んでいるから、これが予定された日及び時間帯に提供されない場合には、利用者の生活に影響を及ぼすことはもとより、その生活に重大な支障を来したり、不測の事態に陥らせる場合もあり得ることは容易に推測し得るところである。このような居宅介護サービスの性質上、予定された日及び時間帯にヘルパーを派遣することは、居宅介護事業者にとって基本的な債務であり、これを履行しないことが債務不履行となることはいうまでもない。もっとも、債務不履行があった場合、直ちに損害賠償請求権が発生するものではなく、これによる損害が発生した場合に初めて債務不履行に基づく損害賠償請求権が発生するのである。そこで、予定された時間帯にヘルパーが来ないために、サービスの提供を受けられなかったとしても、これによって、利用者に何らかの損害が発生した場合に、初めて、債務不履行に基づく損害賠償が認められる。本件において、ヘルパーが連絡なしに予定の日に来なかったり、来る日を間違えたことによって、原告に一定の不便を生じさせたことは認められるとして

も、これを超えて、被告に賠償させるべき何らかの損害が原告に発生したとの具体的な事情はうかがえないから、被告の債務不履行により原告に損害賠償請求権が発生したと認めるまでには至らず、原告の主張には理由がないといわざるを得ない。

(3) ヘルパーの無心行為について

原告は、被告のヘルパーが無心行為をした旨主張する。しかしながら、この点について原告の主張する被告のヘルパーの行為が適切性を欠くものといえるかは措くとして、これらの行為によって、原告のいかなる権利が侵害されたのか明らかではなく、原告が不快の念を覚えたことを超えて、被告に賠償させるべき有形あるいは無形の何らかの損害が原告に発生したとは認められない。したがって、原告の主張する被告のヘルパーの無心行為によって、原告の被告に対する債務不履行ないし不法行為に基づく損害賠償請求権が発生するとまではいえない。原告の主張には理由がない。

(4) ヘルパーが仕事を拒否又は途中で放棄したことについて

原告は、被告のヘルパーがアイロンかけ、足の爪切り、買物等を拒否したり、浴室の清掃等を途中で放棄した、他の利用者宅で小火があったという理由で仕事の途中で帰ってしまったなどと主張する。証拠及び弁論の全趣旨によれば、具体的なサービスの内容として、アイロンかけや足の爪切りが本件契約の内容に含まれていたものとは認められないが、原告は家事援助の支給決定を受けていたところ、アイロンかけや爪切りも家事援助の範囲に含まれることに照らすと、これらも被告が家事援助として居宅介護の一環として行うべき業務の一つに含まれていると認められる。もっとも、被告のヘルパーがこれらの援助を行わなかったのはその器具の操作に不慣れだったことや足を傷つけることをおそれて躊躇したことによること、原告から指示されたこれらの援助を行わなかったことが複数回に亘るものではないことに照らすと、仮に原告の主張する事情を前提としても、その程度・態様等からいって、被告のヘルパーが原告から要求された仕事の一部を行わなかったり、仕事のやり方に不十分な点があったことによって、直ちに、被告に不法行為が成立するというべき違法性があるということとはできないし、また、原告に賠償すべき損害が生じたと解することもできない。したがって、原告の被告に対する債務不履行ないし不法行為に基づく損害賠償請求権が発生するとはいえない。他の利用者宅の小火に対応するため、被告の家事援助の提供が途中で切り上げられた点についても、他の利用者宅の小火に対応する必要性や緊急性の程度、原告が一応同意したものと認められること(弁論の全趣旨)に照らすと、これをもって、直ちに、被告に債務不履行があったということとはできないし、不法行為が成立するというべき違法性があると認めることはできない。他の原告の主張もいずれも被告に債務不履行があったとまでいうことはできないし、また、不法行為が成立するというべき違法性があるものとまで認めることはできない。したがって、原告の主張には理由がない。

(5) 守秘義務違反について

原告は、被告が守秘義務違反行為をした旨主張するが、具体的に原告自身の個人情報が第三者に流出したことを認めるに足りる的確な証拠はない。したがって、原告の主張を採用することはできない。

(6) ヘルパーの不潔行為について

原告は、被告のヘルパーが不潔行為をした旨主張するが、被告のヘルパーの行為が適切性を欠くものといえるかは措くとして、同行為によって原告の身体に被害が及んだとの事実を認めるに足りる証拠はないし、他に、原告に有形ないし無形の何らかの損害が発生したとまでは認められないから、原告の主張には理由がない。

(7)ヘルパーの器物損壊行為について

原告は、被告のヘルパーが器物損壊行為をした旨主張するが、トイレブラシを壊した者が被告のヘルパーであると断定できるまでの的確な証拠はなく、その余の原告の主張についても、被告のヘルパーの行為によって、原告が財産的損害を受けたことを認めるに足りるまでの的確な証拠はないから、原告の主張には理由がない。

(8)時間変更による割増料金について

原告は、ヘルパーの自己都合で時間変更したことにより割増料金がかかった旨主張する。

この点、前提事実(3)エのとおり、本件契約書第7条第1項には、利用料金について「契約書別紙に定める料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払う。」とされているところ、上記「契約書別紙」に割増料金についての記載がされていたか否かは証拠上明らかではないが、仮にこの点について契約書別紙に記載がされていたとしたら、ヘルパーが原告に対して事前に割増料金がかかる旨を伝えていなかったからといって、原告に対する債務不履行ないし不法行為が成立するものとは認められない。

また、「契約書別紙」に割増料金についての記載がなく、原告がそのことを知り得なかったとしても、割増しになった料金のうち利用者負担分は、東京23区で取り決められている介護利用金の10分の1に当たる39円にすぎないと認められること(弁論の全趣旨)に照らすと、ヘルパーが原告に対して事前に割増料金がかかることを知らせていなかったことが信義則等に反する違法な行為に当たるとまでは評価し難く、これにより、被告の原告に対する債務不履行ないし不法行為が成立するとまで認めることはできない。したがって、原告の主張には理由がない。

3 争点(2)(損害額)について

(1)上記2(1)のとおり、被告は、平成18年12月22日、原告に対し、本件契約を解除する旨伝え、以後サービス提供を行わなかったことについて、原告に対する損害賠償責任を負うものと認められる。そして、被告の上記行為による損害額としては、原告は、被告からサービスの提供を受けられなかったことによって、Gと契約を締結するまでの間、生活上支障を来したものと考えられ、そのことによる精神的苦痛に対する慰謝料として10万円の範囲で認めるのが相当である。

(2)上記2(2)ないし(8)のとおり、その余の原告の主張については理由がない。

4 結論

以上によれば、原告の被告に対する本件請求は、10万円の支払を求める限度で理由があり、その余は理由がないからこれを棄却することとし、主文のとおり判決する。

- 事故報告書
 ヒヤリ・ハット事故報告書

管理者 乙山幸子様

報告日時 平成29年10月13日午後5時

報告者 丙川竹子

事故の種別		1. 転倒・転落 2. 転倒・転落以外の原因によるケア中の骨折 3. 誤薬 ④ カテーテル・チューブ事故 5. その他 ()	
利用者		甲野花子(A)	男・女 ① M ② T S 4年9月30日生 (80歳)
事故の発見	発見者	丁原病院の医師	
	発見日時	平成29年10月13日 午前 ③ 午後1時0分 ころ	
	発見場所	丁原病院	
	発見時の状況	下記の「事故の状況」のとおり。	
事故の状況	発生日時	平成29年10月13日 ④ 午前・午後11時30分 ころ	
	発生場所	A自宅寝室	
	経緯と態様	午前9時30分頃、Aの家族から「MGチューブが抜けてしまったので、入れて欲しい。」との連絡を受け、丙川(B)がA宅を訪問。 MGチューブを挿入後、胃内容物を吸引したが、吸引物なし。注射器で空気を数回送ったが胃部で聴診器による音が聞き取れず。5回位で弱い音を確認。胃部における音と考え、胃内への挿入ができたと判断。Aの吐き気の訴えはあったが、栄養剤を注入。事業所に戻る。 午後1時頃、A発熱。家族が救急車で丁原病院に搬送。診察の結果、MGチューブが気管内に挿入され、栄養剤が肺に注入されたことが判明。	
	事故の結果	肺炎	
発見後の対応	発見後の措置	丁原病院で入院治療中	
	発見後の連絡	午後3時頃、Aの家族から、事業所にいたBに電話連絡があった。直後にBから、管理者に電話連絡。その後、主治医、ケアマネにも電話連絡。	
報告時の状況		丁原病院に入院中。	
今後の予定		明日、Aの病状を再確認する。また、家族に説明、陳謝に行く。	

※ 平成16年度社団法人全国訪問看護事業協会研究事業『訪問看護ステーション事故事例作成検討事業 平成16年度報告書』(主任研究者上野佳子)50~51頁の事例をもとに創作して作成した。

事故原因の分析表及び再発防止策の立案表

事故原因として検討が必要な事項	再発防止策
<p>【利用者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 咳き込むことができないなど挿入ミスを見落としやすい状態であった否か。 <p>【職員】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MGチューブを適切に挿入できるだけの能力、経験を有していたか。 ○ 咳き込むことができないなどの利用者の状態を把握できていたか。 <p>【職員間の連携協力】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員間で利用者の情報を共有できていたか。 ○ 挿入困難な時に、管理者や他の職員に相談し協力支援を得られる体制、状況であったか。 <p>【主治医との関係】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 挿入困難な時に、主治医に連絡して指示を受け、又は医師に実施してもらえる関係、状況であったか。 <p>【器具】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MGチューブ等の器具は適切なものであったか。 <p>【手順】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 適切な挿入手順を踏んだか。 <p>【挿入後の注意】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 家族に注意点を説明したか。 ○ 利用者宅に電話するなど異常の有無の発見に努めたか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急対応の看護師は、事前に、担当看護師に注意点を確認することとする。 ○ 困難や不安を感じた時は、いつでも管理者に電話で相談できる体制をつくる。 ○ 事業所の器具の再点検。 ○ MGチューブの挿入手順について職場で再研修をする。 ○ 注意が必要な場合は、訪問終了後に利用者宅に電話して状態を確認する。

※ 平成16年度社団法人全国訪問看護事業協会研究事業『訪問看護ステーション事故事例作成検討事業 平成16年度報告書』（主任研究者上野佳子）50～51頁の事例をもとに創作して作成した。

事故調査報告書

平成29年10月31日

株式会社〇〇〇
代表取締役 戊 原 一 郎 様

△△△訪問看護ステーション
管理者 乙 山 幸 子

当ステーションのご利用者様である甲野花子様(以下「甲野様」と表記)につき、平成29年10月24日に発生した事故(以下「本件事故」と表記)の調査結果を以下のとおり報告いたします。

1. 調査責任者

調査責任者 乙山幸子

2. 調査期間

平成29年10月24日から同月30日まで

3. 調査資料

- (1) 平成29年10月24日付け丙川竹子看護師作成の事故報告書(本報告書に添付。以下「事故報告書」と表記する。)
- (2) 甲野様に係る〇〇〇〇医師の指示書、居宅サービス計画、訪問看護計画書、訪問看護報告書及び訪問看護サービス提供記録
- (3) 本件事故に係るMGチューブ(本報告書に写真を添付)
- (4) 本件事故に係るMGチューブの取扱説明書
- (5) 調査責任者によるMGチューブの製造元からの聞取内容(平成29年10月28日電話)
- (6) 調査責任者による丙川竹子看護師からの聞取内容(平成29年10月24日、同月25日及び同月27日に面接)
- (7) 調査責任者による甲野様の担当〇〇〇〇看護師からの聞取内容(平成29年10月26日に面接)
- (8) 調査責任者による〇〇医師からの聞取内容(平成29年10月28日電話)
- (9) 調査責任者による甲野様のご家族様からの聞取内容(平成29年10月24日、同月25日及び同月29日に面接)
- (10) MGチューブの使用方法に関する文献(〇〇〇〇)

4. 調査方法

調査責任者において、前記各調査資料に基づき本件事故に係る事実関係を調査確認(平成29年10月24日から同月29日)の上、調査責任者、〇〇〇〇看護師及び〇〇〇〇看護師において、本件事故の原因及び今後の再発防止策について検討(平成29年10月30日午後3時30分頃から午後5時頃まで)した。

5. 調査結果

(1) 事実関係

1) 本件事故の態様

訪問看護サービスのため訪問した丙川竹子看護師が平成29年10月24日午前11時30分ころ、甲野様の寝室において、甲野様にMGチューブを胃内に挿入しようとして、気管内に挿入した上、胃内への挿入ができたと判断して、栄養剤を肺に注入し、注入後これに気がつかずに、当ステーションに戻ったというものである。

- 2) 本件事故の発見時の状況—事故報告書記載のとおり。
- 3) 事故発生時の状況—事故報告書記載のとおり。
- 4) 事故後の対応

事故報告書記載の対応のほか、同報告書作成後の対応は以下のとおり(略)。

- (2) 本件事故の原因についての検討結果(略)
- (3) 今後の再発防止策についての検討結果(略)

6. 今後の対応

- (1) ご家族様への説明(略)
- (2) 医療費等の損害賠償について

損害賠償については、法的判断及び医療調査が必要なため、ご家族様への説明及びその同意を得た上で、速やかに、損害保険会社に法的責任の有無及びその範囲について調査を依頼する。

- (3) 前記5(3)記載の再発防止策の実施(略)
- (4) 職員に対する支援(略)
- (5) 市への報告(略)
- (6) 主治医及び居宅介護支援事業者への連絡(略)

※ 平成16年度社団法人全国訪問看護事業協会研究事業『訪問看護ステーション事故事例作成検討事業 平成16年度報告書』(主任研究者上野佳子)50～51頁の事例をもとに創作して作成した。

○福岡地方裁判所平成25年11月1日判決

主 文

- 1 被告は、原告Aに対し、100万円及びこれに対する平成22年3月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 被告は、原告Bに対し、50万円及びこれに対する平成22年3月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 3 被告は、原告Cに対し、50万円及びこれに対する平成22年3月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 4 原告らのその余の請求をいずれも棄却する。
- 5 訴訟費用は、甲事件・乙事件ともに、これを10分し、その1を被告の、その余を原告らの負担とする。
- 6 この判決は、1項から3項までに限り仮に執行することができる。

事実及び理由

第1 請 求

1 甲事件

- (1) 被告は、原告Aに対し、2014万円及びこれに対する平成22年3月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- (2) 被告は、原告Bに対し、1007万円及びこれに対する平成22年3月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- (3) 被告は、原告Cに対し、1007万円及びこれに対する平成22年3月5日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 乙事件

- (1) 被告は、原告Aに対し、722万4000円及びうち700万円に対する平成21年4月2日（不法行為の場合）又は平成23年2月3日（債務不履行の場合）から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- (2) 被告は、原告Bに対し、350万円及びこれに対する平成21年4月2日（不法行為の場合）又は平成23年2月3日（債務不履行の場合）から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- (3) 被告は、原告Cに対し、372万4000円及びうち350万円に対する平成21年4月2日（不法行為の場合）又は平成23年2月3日（債務不履行の場合）から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2 事案の概要等

1 事案の概要

本件は、被告の訪問診療及び訪問看護を受けていたDの相続人である原告らが、被告に対し、①Dが大腸癌で死亡したことについて、被告の医師に検査義務違反があったとして（甲事件）、②Dが気管切開部の気切カニューレ交換の際に出血し、呼吸不全に陥ったことについて、被告の医師に手技上の過失があったとして（甲事件）、③Dが左大腿骨骨折を負ったことについて、被告の医師に安全配慮義務違反又は説明義務違反があったとして（乙事件）、不法行為又は債務不履行に基づき、損害金及びこれに対する民法所定の年5分の割合による遅延損害金（甲事件については、平成22年3月5日（不法行為

日後であり、訴状送達日の翌日)から支払済みまで、乙事件については、平成21年4月2日(不法行為日)又は平成23年2月3日(訴状送達日の翌日)から支払済みまでの支払を求める事案である。

2 争いのない事実等(争いのない事実、各項末尾記載の証拠又は弁論の全趣旨により認められる事実)

- (1) 被告は、診療所の経営、訪問看護事業、居宅介護支援事業等の事業を営むことを目的とする医療法人であり、訪問診療等を行う被告クリニック及び訪問看護等を行う被告看護ステーションを運営している。
E医師は、被告代表者理事長であり、被告クリニック院長である。(争いが無い)
- (2) Dは、昭和9年1月2日生まれ的女性である。原告Aは、Dの夫であり、原告B及び原告Cは、Dの子である。
- (3) Dは、平成18年1月26日以降、被告クリニックによる訪問診療を受けるようになった。Dは、当時、72歳であり、ピック病(前頭葉・側頭葉萎縮)のため寝たきりに近い状態であった。
- (4) Dは、平成19年10月25日、F病院において胃瘻造設術を受けた。
- (5) Dは、同年11月20日以降、被告看護ステーションによる訪問看護を受けるようになった。
- (6) 被告クリニックの医師は、平成20年1月22日、Dを消化管出血の疑いでF病院に紹介した。Dは、同月23日、同病院に入院し、精査を受けたが、特に病変は認められず、同月30日に退院した。
- (7) Dは、同年6月6日以降、被告看護ステーションによる訪問看護時に、四肢への関節可動域運動(以下「ROM運動」という。)を受けるようになった。
- (8) E医師は、同年7月3日、Dに大腸癌の可能性があることから、腫瘍マーカー検査であるCEA検査、腹部エコー検査を実施しようと考えた。
- (9) 被告クリニックの医師は、同月11日、呼吸促進・微熱があったDをF病院に紹介した。Dは、同月12日、同病院に入院し、腎盂腎炎と診断され、同月25日、症状軽快により退院した。
- (10) 被告クリニックの医師は、平成21年1月26日、Dについて、腸閉塞の疑い等でG大病院に紹介した。
Dは、同月27日、同病院に入院し、腹部CTにより上行結腸癌及び多発性肝転移が認められ、同年2月4日、回盲部切除術を受けた。Dには、術中所見にて腹膜播種も認められ、癌の進行度はステージIV(末期)と診断された。また、Dは、術後に右肺炎を合併し、同月7日、気管切開術を受けた。
その後、Dは、同月26日にG大病院を退院した。
- (11) Dは、同日以降、被告クリニックによる訪問診療、被告看護ステーションによる訪問看護を再び受けるようになった。
- (12) 被告看護ステーションのH看護師は、同年4月2日、Dの左足に、ROM運動を行った(以下「本件ROM運動」という。)
- (13) Dは、同月10日、Iクリニックの往診を受け、左大腿部骨頸部骨折と診断された。
- (14) E医師は、同月30日、Dの気管切開部に挿入されていた気切カニューレの交換(以下「本件カニューレ交換」という。)を試みたが、新たな気切カニューレを挿入することが困難であった。このため、Dは、G大病院に救急搬送され、同日、同病院に入院

した。

(15) Dは、同年5月8日、G大病院からJ病院に転院し、同年10月16日、死亡した。

3 争点及び当事者の主張

(1) 検査義務違反の過失（①Dが大腸癌で死亡したことにに関して）

ア 原告らの主張（略）

イ 被告の主張（略）

(2) 因果関係（①Dが大腸癌で死亡したことにに関して）

ア 原告らの主張（略）

イ 被告の主張（略）

(3) 手技上の過失（②本件カニューレ交換に関して）

ア 原告らの主張（略）

イ 被告の主張（略）

(4) 因果関係（②本件カニューレ交換に関して）

ア 原告らの主張（略）

イ 被告の主張（略）

(5) 安全配慮義務違反又は説明義務違反の過失（③本件ROM運動に関して）

ア 原告らの主張

(7) 安全配慮義務違反

Dは骨粗鬆症に罹患していたのであるから、被告クリニックの医師には、被告看護ステーションの看護師がDに初めてROM運動を行った平成20年6月6日よりも前に、関節可動域検査を行い、担当看護師に限度を超えたROM運動を行わないよう指導・教育すべき注意義務があった。

それにもかかわらず、被告クリニックの医師は、関節可動域検査を一度も指示しておらず、しかも、漫然と担当看護師らに限度を超えたROM運動を継続させている。

(1) 説明義務違反

Dは骨粗鬆症であったことから、被告クリニックの医師は、ROM運動をすれば骨折の危険があることを事前に原告らに説明すべき注意義務があった。

それにもかかわらず、被告クリニックの医師は、原告らに何ら説明をすることなく、ROM運動を行わせた。

イ 被告の主張

(7) 安全配慮義務違反

被告看護ステーションの看護師らは、単にDの膝を、マッサージの延長で柔らかく伸ばす動作を行っていたに過ぎず、このような動作をするに当たって、関節可動域を検査すべき義務があるとはいえない。また、関節可動域検査自体、関節を可動域限界まで動かす危険な検査であり、むしろ行うべきではないものである。

(1) 説明義務違反

Dに対して実施されていたROM運動に原告らが主張するような危険性はないので、被告クリニックの医師には、原告らに骨折の危険性を教示すべき義務はない。

(6) 因果関係（③本件ROM運動に関して）

ア 原告らの主張

(7) 安全配慮義務違反と結果との間の因果関係

被告クリニックの医師が、Dに対する可動域検査を怠り、看護師らに十分な指導・

教育を行わなかったことから、看護師らはDに対し十分な注意を払うことなく限度を超えたROM運動を行い、その結果Dの左大腿骨にダメージが蓄積し、本件ROM運動によって骨折の結果が生じた。

(イ) 説明義務違反と結果との因果関係

被告クリニックの医師が、ROM運動による骨折の危険性を事前に説明していれば、Dは、骨折の危険を伴わない治療を受けられるとの期待を抱くことはなかった。

イ 被告の主張

Dの骨折は、本件ROM運動により生じたものではない。

(7) 損害の有無及びその額

ア 原告らの主張

(7) Dの精神的損害

A ①Dが大腸癌で死亡したことに

Dの死亡による慰謝料は2300万円が相当である。

B ②本件カニューレ交換に

Dは、気切カニューレ交換時に多量出血と呼吸不全により緊急入院・治療を強いられており、その慰謝料としては300万円が相当である。

C ③本件ROM運動に

Dは、本件骨折により、後遺障害等級5級7号に相当する状態になっており、かかる後遺症の慰謝料は1400万円を下らない。

(イ) 葬儀代（①Dが大腸癌で死亡したことに

62万円

(ウ) 原告らの精神的損害（①Dが大腸癌で死亡したこと及び②本件カニューレ交換に

原告ら3名は、Dが本件カニューレ交換の失敗による出血多量及び呼吸不全によって緊急入院した際、苦悶に満ちたDを見て心的負担を受け、さらに、Dを早期に亡くしたことにより、深い悲しみを負っている。

以上の原告らに生じた精神的苦痛を金銭的に評価すると、原告Aが500万円、同Bは250万円、同Cは250万円とするのが相当である。

(イ) 介護費用（③本件ROM運動に

原告A 22万4000円

原告C 22万4000円

(ウ) 弁護士費用（①大腸癌で死亡したこと及び②本件カニューレ交換に

原告A 183万円

原告B 91万5000円

原告C 91万5000円

イ 被告の主張

争う。

第3 当裁判所の判断

1 ①Dが大腸癌で死亡したことに

(略)

被告クリニックの医師には、同年7月末頃において、Dに対し、CEA検査や腹部エコー検査を実施すべき義務があったにもかかわらずDに対し、CEA検査及び腹部

エコー検査を行わなかったものであり、過失が認められる。

(略)

そして、上記認定事実のとおり、被告クリニックの医師は、C E A 検査及び腹部エコー検査を行っていないのであるから、被告には、同月末頃、C E A 検査及び腹部エコー検査を実施すべき診療契約上の債務不履行があると認められ、それについて責めに帰すべき事由がなかったと認めるに足る証拠はないというべきである。(略)

被告クリニックの医師が、平成20年7月末頃にC E A 検査及び腹部エコー検査を行い、Dの上行結腸癌が発見され、同年8月にその確定診断がされたとしても、その時点では、Dに対する有効な治療法が存在しなかった可能性が高く、Dが死亡した平成21年10月16日の時点において、Dが生存していた高度の蓋然性も、相当程度の可能性も認めることは困難であるといわざるを得ない。

しかし、他方、被告には、上記のとおり、C E A 検査及び腹部エコー検査を実施するという具体的に特定された診療契約上の債務についての不履行があったことが認められるのであって、それにより、実際に大腸癌に罹患していることの確認が約半年遅れたのであるから、Dは、著しい精神的苦痛を被ったものと認められる。これは、一般的抽象的に「患者が適切な医療行為を受けることができなかつた場合に、医師が、患者に対して、適切な医療行為を受ける期待権の侵害のみを理由とする不法行為責任を負うこと」(最高裁平成23年2月25日判決参照)を認めるものではなく、医師(医療法人)と患者との間の診療契約上、具体的に発生した債務の不履行責任の問題として捉えられるべきものである。そして、被告の債務不履行の態様、結果、Dの症状等の事情を総合勘案すれば、その精神的苦痛を慰謝するには180万円が相当であるというべきである。また、被告の債務不履行と相当因果関係を有する弁護士費用は、20万円が相当である。

以上によれば、Dは、被告に対し、債務不履行に基づき、200万円の損害賠償請求権を有していたと認められる。なお、被告は、Dに対する診療契約上の債務不履行に基づき、原告らの固有の損害を賠償すべき責任は負わない。

2 ②本件カニューレ交換に関して

(略) 本件カニューレ交換にあたって、E医師に過失があったとは認められない。

3 ③本件ROM運動に関して

(1) 各項末尾記載の証拠又は弁論の全趣旨によれば、次の各事実が認められる。

ア Dは平成18年2月2日には骨粗鬆症と診断されていた。

イ Dには、平成21年2月23日の時点で、大腿骨頭頸部に骨折はなかった。

ウ H看護師は、同年4月2日、本件ROM運動を実施した。H看護師は、本件ROM運動において、Dの足趾に対して、指によるマッサージを行い、踵に対して、内旋、外旋を実施し、下腿に対して、末梢から中枢へ揉むようにマッサージを行い、膝蓋骨に対して、左手で膝窩を支えて、右手の平で膝蓋骨を包み込むように回転させる運動を行い、膝に対しては、踵を左手で支え、膝を右手で支えて、膝の屈曲による抵抗を感じない程度に5回程度屈伸を行った。

エ Dには、同月3日、左大転子部周囲の皮膚に10cm程薄い黄色に変化した内出血跡が確認された。(注1)

- オ （注2）原告らは、同月9日、Dの足が開きにくくなっていることを認識した。
被告看護ステーションの看護師は、同日、Dの左大転子部に腫れがあり、前面に向
かい腫れて内転、内旋しており、左膝を自力で曲げられないことを確認した。（なお、
原告らは、同月9日には、Dの左大転子部付近に赤黒い内出血跡が確認された旨主張
し、原告Cが、これを現認した旨供述するが、Dの状況が記録されていたノートにお
いて、同月3日に黄色の内出血が確認された旨の記載はある一方、同月9日に赤黒い
内出血跡が確認されたことを示す記載は存在せず、その他に原告Cの供述を裏付け
る証拠はないことからすると、原告Cの供述はにわかには信用できず、この他に原告
らの主張する事実を裏付ける証拠はないことから、同日に赤黒い内出血跡があったと
は認められない。）
- カ Dは、同月10日、Iクリニックにおいて、左大腿部骨頸部骨折と診断され、同月
14日、N整形外科においても同様の診断を受けた（以下、Dに生じた骨折を「本件
骨折」という。）。
- (2) 医学的知見について、各項末尾記載の証拠によれば、次のとおり認められる。
- ア 関節可動域とは、四肢を動かしたときの関節の運動範囲のことであり、ROM(range of motion)と呼ばれる。関節可動域の測定の目的は、測定することにより関節の動きを障害している因子を発見すること、障害の程度を判定すること、治療法への示唆をあたえること、治療、訓練の評価手段となることが挙げられる。
- イ 高齢者の大腿骨近位部骨折の原因として、「寝ていて・身体を捻って」とするものが1.4%、「立った高さからの転倒」とするものが78.4%、「階段・段差の踏み外し」とするものが5.2%、「転落・交通事故」とするものが7.9%、「記憶なし」とするものが1.3%、「不明」とするものが5.8%とする研究報告が存在する。
- ウ 寝たきりの入院高齢患者の場合、関節拘縮が骨折を引き起こす危険要因の一つであること、患者のおむつを替え、体を拭き、歩行器に乗せて座らせるなどの際の僅かな外力が骨を骨折閾値へ導く十分な強い変形力を生み出すことがある。
- エ 皮下出血の色の変化は、血色素（ヘモグロビン）が壊れ、変性していくことによるもので、受傷から約7日はヘモグロビンの紫～赤紫色、約10日でヘモジデリンに変化して緑紫色となり、約14日でヘマトイジンの緑黄色に変色し、その後2週間から4週間で消失するとされている。また、出血の量と出血部位の深さによって、色の濃淡があるとされ、浅くて量が多いほど濃い紫色になるとされている。
- オ 紫斑とは、皮膚内又は可視粘膜内の出血であり、何らかの原因により、血球成分が血管外に漏れ出ることによって発生する。紫斑の色調は、表皮に近い浅い部位のものは赤紅色、真皮深層以下の深いものは紫赤色から青色となり、時間経過とともに赤色から紫色、次いで黄色褐色（注3）、淡黄色へと変化するとされている。
- (3) 争点(5)（安全配慮義務違反及び説明義務違反の過失）及び争点(6)（因果関係）について
- ア 本件ROM運動により本件骨折が生じたかについて、検討する。
- イ 上記認定事実のとおり、本件ROM運動は、平成21年4月2日に行われたのであるから、その際に本件骨折が生じたのであれば、同日から近接した日に、原告らが異常を認識するのが相当と考えられるにもかかわらず、上記認定事実のとおり、原告らがDの足の異常を認識したのは9日であり、被告看護ステーションの看護師がDの左大転子部の腫れを認識したのも同日（注4）と、本件ROM運動から1週間が経過し

た後である。(注5) また、上記認定事実のとおり、Dは骨粗鬆症に罹患しており、上記医学的知見によれば、高齢者の大腿骨近位部骨折の原因として、「寝ていて・身体を捻って」とするものが1.4%、「立った高さからの転倒」とするものが78.4%、「階段・段差の踏み外し」とするものが5.2%、「転落・交通事故」とするものが7.9%、「記憶なし」とするものが1.3%、「不明」とするものが5.8%とする研究報告が存在し、この研究報告は骨粗鬆症の患者以外の高齢者も含めたものであることからすれば、本件骨折は、おむつ交換やその他の行為が原因で生じた可能性も否めない。そうすると、本件骨折が(注6)、本件ROM運動によって生じたものと認めることはできない。

- ウ これに対し、原告らは、平成21年4月3日にDの左大転子部周囲付近に認められた内出血が確認されており、この内出血は、本件ROM運動によって生じた本件骨折を原因とするものであると主張する。しかし、上記認定事実のとおり、Dに認められた内出血の色は薄い黄色であるところ、上記医学的知見によれば、黄色の内出血は、受傷後約14日間が経過した場合にみられるものである。一方、内出血が確認されたのは、本件ROM運動の翌日である平成21年4月3日であることからすると、この内出血の原因は、本件ROM運動以前の活動に求めるほかはなく、内出血があった事実は、本件ROM運動によって本件骨折が生じたことを裏付ける事実とはいえない。(注7)

また、原告らは、H看護師は、本件ROM運動によりDを骨折させてしまったことから、原告らに謝罪したと主張する。しかし、H看護師の謝罪は、骨折という診断結果が出たことに対するものと考えられ、本件ROM運動の態様に問題があったことを自認する趣旨とは考えがたい(現に、H看護師が謝罪した日の報告書においては、「骨折という結果」について謝罪する旨が記載されているにとどまっている。)。したがって、H看護師の謝罪は、本件ROM運動によりDが骨折したことを推認させる事情とはいえない。

さらに、原告らは、Dを平成21年4月14日に診察したN整形外科の医師が、同年5月19日に原告らに対し、Dの骨折に関して、おむつ交換で生じる程度を超えている旨述べたと主張する。しかし、同日の面談の報告書には、N整形外科の医師が「オムツ交換時になったかもしれない」旨発言したとも記載されていることからすれば、N整形外科の医師が、本件ROM運動によってDが骨折したと評価し、又は、Dの骨折がおむつ交換等の日常動作により生じたとはいえないと評価しているとは認められない。したがって、同日の面談時におけるN整形外科の医師の発言は、本件ROM運動により本件骨折が生じたことを裏付けるものにはならない。

- エ よって、本件ROM運動により本件骨折が生じたと認めることはできず、この事実を前提とする、争点(5)及び(6)に関する原告らの主張は、その前提を欠く。

4 結 論

以上によれば、Dは、被告に対し、債務不履行に基づく200万円の損害賠償請求権を有しており、原告Aはその2分の1である100万円を、原告C及び原告Bはそれぞれその50万円ずつを相続したものであるべきである。したがって、原告らの請求は、主文記載の限度で理由があり、その余は理由がないから棄却することとし、仮執行免脱宣言については、相当でないからこれを付さないこととして、主文のとおり判決する。

※ 本判決についての控訴審判決である福岡高等裁判所平成27年1月30日判決は、本判決のうち被告敗訴部分を破棄し、原告の請求を棄却した。最高裁判所平成27年11月27日判決も原告の上告を棄却し、原告の敗訴が確定している。なお、控訴審判決において、本判決の事実認定の一部が修正されているので、以下に、その修正箇所の一部をあげる

(注1)の「確認された。」の次に「同月4日から同月9日までは、被告看護ステーションの看護師による訪問看護が毎日行われている(同月9日の訪問看護時間は午前9時30分から10時20分まで)が、その際、Aの脚部に異常が存するまたは左大転子部周囲に内出血跡が存する旨の記録は存在しない。」を加える。

(注2)「オ 被告看護ステーションの看護師は、同月10日、一審原告X3から、昨夜からAの足が開きにくくなっている旨の訴えを聞き、Aの様子を確認したところ、Aの左大転子部の腫脹が著明であり、前面に向かい腫れて内転、内旋しており、左膝を自力で曲げられない状態であることを確認した。

なお、一審原告X3は、陳述書及び原審本人尋問において、同月9日の時点で、Aの左足の付け根部分に赤黒い内出血跡が存しており、その内出血跡は同月3日に認められた内出血跡とは異なる位置であった旨の陳述及び供述をしている。

Aは、同月10日、D外科クリニックにおいて、左大腿骨頸部骨折と診断され、同月14日、E整形外科においても同様の診断を受けた(本件骨折)。」

(注3)の「黄色褐色」を「黄褐色」に改める。

(注4)の「同日」を「同月10日」に改める。

(注5)末尾の次に「他方、同月4日から同月9日までの間、Aの脚部には特段の異常は認められていない。」を加える。

(注6)の「本件骨折が」を「本件骨折は、時期的にみて同月9日頃に生じたものである可能性が高いものと推認され、また、その発生原因としてROM運動以外の要因が考えられる以上」に改める。

(注7)末尾の次に「そして、一審原告X3の供述等によれば、同月3日にAの左大転子周囲付近に認められた内出血の跡は、同月9日に存していたそれとは異なる位置であったというのであるから、両者の連続性を認めることはできない。」を加える。

○東京地方裁判所平成20年1月25日判決

主 文

- 1 被告は、原告X1、原告X2及び原告X3に対し、それぞれ16万2182円、原告X4に対し、6万9507円、原告X5及び原告X6に対し、それぞれ4万6337円、並びに上記各金員に対する平成16年10月15日から各支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 原告X1、原告X2及び原告X3は、被告に対し、それぞれ2万2052円及びこれに対する平成16年5月1日から支払済みまで年6分の割合による金員を支払え。
- 3 原告X4は、被告に対し、9450円及びこれに対する平成16年5月1日から支払済みまで年6分の割合による金員を支払え。
- 4 原告X5及び原告X6は、被告に対し、それぞれ6300円及びこれに対する平成16年5月1日から支払済みまで年6分の割合による金員を支払え。
- 5 原告らのその余の本訴請求及び被告のその余の反訴請求をいずれも棄却する。
- 6 訴訟費用は、これを4分し、その3を原告らの負担とし、その余を被告の負担とする。
- 7 この判決は、第1項ないし第4項に限り、仮に執行することができる。

事実及び理由

第1 請求

【本訴請求】

被告は、原告X2、原告X3及び原告X1に対し、各1601万9674円、原告X4に対し、686万5574円、原告X5及び原告X6に対し、各457万7049円、並びに上記各金員に対する平成16年10月15日から支払済みまでそれぞれ年5分の割合による金員を支払え。

【反訴請求】(略)

第2 事案の概要

- 1 本件本訴事件は、被告から派遣されたヘルパーが寝たきり状態の亡A(以下「亡A」という。)をその自宅において訪問介護中、移動式便器上に亡Aを移動させて用便をさせた後、ベッド上に横たえさせたが、亡Aがベッドから転落して(以下「本件事故」という。)左上腕骨骨折の傷害を負い、入院した挙げ句に約4週間後に死亡したことにつき、亡Aの相続人である原告らが、本件事故は上記ヘルパーの不注意によるものであり、亡Aが死亡したのも本件事故が原因であると主張して、被告に対して不法行為(使用者責任)ないしは訪問介護契約の債務不履行に基づき総額6407万8694円の損害賠償を求める事案である。(以下、略)

2 前提事実

(1)ア 亡A(1914年(大正〇年)〇月〇〇日生)は、在日の韓国人であった。

原告X1(以下、2度目からは原告らを「原告X1」のように名のみで表記する。)は亡Aの長女、原告X2は長男、原告X4は亡Aの生前に死亡した次男訴外Bの妻であり、原告X5及びX6は上記次男夫婦の子である。原告X3は亡Aの3男であり、訴外Cは4男である。

イ 被告は、介護保険法70条1項の規定に基づいて東京都知事の指定を受けた居宅サービス事業者であり、身体上の障害があるために入浴、排泄、食事等の日常生活の基本的動作の全部又は一部について、継続して常時介護を要する要介護者に対して訪問介護等の居宅サービスを行う事業者(有限会社)である。

- (2) 亡Aは、平成10年ころから関節リウマチ(慢性関節リウマチも同義である。)を発症し、平成11年ころからはベッド上で常時起臥するいわゆる寝たきり状態になった。
- (3) 原告X3は、平成16年1月29日(以下、特記なき限り、月日は平成16年のものである。)、亡Aの代理人として、被告との間で、被告が対価を受けて、歩行不可能な亡Aがその居宅において自立した日常生活を営むことができることを目的とする訪問介護を行う(住み込みで身体介護(食事介助、入浴介助、排泄介助、清拭、体位変換等)及び生活援助(買い物、調理、掃除、洗濯等)などをするをいう。)旨の契約(以下単に「訪問介護契約」という。)を締結した。
- 被告は、訪問介護契約に基づき、亡Aのヘルパーとして、1月31日からD(以下「D」という。)を派遣した。
- (4) 亡Aは、Dの全部介助により排泄に関する基本的動作を毎回行っていたが、2月9日午後5時ころ、Dが、移動式便器をベッド脇まで移動し、ベッド上から亡Aを便器上に身体ごと移動させ、亡Aの排泄終了後に再び便器上からベッド上に同人を身体ごと移動させた後、便器を移動させている間に、亡Aがベッド上から転落する本件事故が発生し、亡Aは、左上腕骨骨折(以下「本件骨折」ということがある。)の傷害を負った。
- 亡Aは、救急車で東邦大学医学部附属大橋病院(以下「大橋病院」という。)に搬送され、そのまま、同病院整形外科に入院した(以下「本件入院」という。))。
- (5) 亡Aは、3月7日午前5時45分、大橋病院で死亡した(死亡時90歳)。死亡診断書上、直接死因はうっ血性心不全でその原因は高血圧とされている。

3 争点

【本訴請求関係】

- (1) 本件事故に関するDの過失の有無(争点1)
- (2) 本件事故と亡Aの死亡との因果関係(争点2)
- (3) 損害の発生及びその数額(争点3)

【反訴請求関係】

- (4) 入院前後を通じ、介護を有償で行う旨の合意の有無(争点4)
- (5) 不当利得の成否(争点5)
- (6) 債権放棄の有無及び相殺(争点6)

4 争点に対する当事者の主張(略)

第3 争点に対する当裁判所の判断

1 事実経過・診療経過等

前記前提事実、証拠及び弁論の全趣旨によれば、次の事実を認めることができる。

ア 本件事故以前の亡Aの体調等(略)

イ 訪問介護契約の締結等

亡Aは、かねてヘルパーの介護を受けてきたが、原告X3は、平成16年1月29日、亡Aの代理人として、被告との間で、訪問介護契約を締結した。訪問介護契約に定められたサービス内容は、身体介護(食事介助、入浴介助、排泄介助、清拭、体位変換等)、生活援助(買い物、調理、掃除、洗濯等)などであった。

被告は、訪問介護契約に基づき、亡Aのヘルパーとして、同月31日からDを派遣し、Dは契約に基づくサービスを開始した。

ウ 本件事故の状況

亡Aは、Dの全部介助により排泄に関する基本的動作を毎行っていたが、亡Aが用便を希望したため、2月9日午後5時ころ、Dは、亡Aの寝室で、亡Aが寝ているベッドの足下右側の同室隅に置かれていた移動式便器をベッド左側まで運び、便器の前方をベッドの足下側に向けて、便器右側がベッドの左側に接するように置いた。便器は後ろ側にのみ移動用の車輪が2つ付いていた。Dは、ベッド柵を外して床上に移動させたのち、リクライニング装置により上半身を起こしているベッド上の亡Aの身体をベッド上に敷いたビニールシートに乗せベッド左側に引き寄せて、亡Aの身体を便器上に置き、亡Aは排泄した。その後、Dは、亡Aの右側面を下にしてベッド上のビニールシートに乗せ、その臀部をベッドの中寄りに向かって押し、亡Aは、ベッド右側の柵に結びつけられた紐をつかんだ。亡Aも自分で紐を引っ張ることで、Dが亡Aの体をベッド上に上げる介助の負担を軽くするためにこのような手順で行うこととされていた。このような操作により、亡Aはベッド上に右側面を下にして横たわる状態となった。そして、Dは、下着を着替えさせるために、便器の後部背もたれ部分を手前下側に押すようにして便器の前側を上げ、便器前側がベッドから離れるようにして左回りで前方に移動させた。そのためDはベッドに対して背中を向けるようになったが、こうしてDが亡Aから目を離している間(未だ柵は外したままの状態にあった。)に、亡Aは、左側面を下にしてベッドから転落し(本件事故)、左上腕骨を骨折した。

エ 大橋病院への搬送とその後の診療経過等(略)

2 書証の成立、上記認定に反する主張・証拠について(略)

【本訴請求関係】

3 争点1(本件事故に関するDの過失の有無)について

(1) 前記認定のとおり、亡Aは、排泄後、自らはベッド右側の柵に結びつけられた紐をつかんで引っ張り、Dが亡Aの右側面を下にしてベッド上のビニールシートに乗せ、その臀部をベッドの中寄りに向かって押すことで、左側のベッド柵が外された状態にあるベッド上に乗せられたが、その後、Dが便器の位置を動かすために目を離していた間に、左側面を下にしてベッドから転落したものである。

この転落の原因について、被告は、亡Aが握っていた紐を離して左向きに勢いよく回転したことにある旨の主張をし、Dも概ね同旨を述べる。しかしながら、Dの供述は憶測を述べるものに過ぎず、寝たきり状態で排泄時には完全介護が必要であって、関節リウマチを患っていた亡Aに勢いよく回転するなどといった上記行動が果たしてとれたのかについては疑問の余地が大きいし、証拠上、何らそのような行動をとるべき必然性もうかがわれず、左肩の化膿性関節炎の後遺症もあったことからすれば、亡Aが左側面を下側にするような行動をとるとは考えがたい。

むしろ、その後、Dの介助によって下着の着替えが予定されていたことからすれば、ベッド上に上げられた亡Aが仰向けになることは自然であるところ、他に転落の原因が想定しがたいことにも照らすと、亡Aは、Dが便器を移動するために亡Aから目を離している間に下着の着替えのために仰向けになろうとしたところ、亡Aの左側には仰向けになれる十分なスペースがなかったため、Dが亡Aから目を離している間にベッドから転落したものと推認するのが相当である。

亡Aの介護を行うDとしては、亡Aがベッド上から便器側の床面に転落することがないように、その身体が完全にベッド上にあることを確認し、亡Aの身体のベッドからの転落等を防止すべき業務上の注意義務があるというべきであるが(当事者間においても争いが無い。)、着替えのために亡Aが仰向けになることはDにおいて当然に予想できたにもかかわらず、Dは、亡Aの左側

に同人が仰向けになるのに十分なスペースをとらず、柵も設置しないままで亡Aから目を離したのであるから、Dに上記注意義務を怠った過失があることは明らかである。

- (2) 被告は、亡Aが自らの落ち度によりベッドから転落したことを自認していたとか、亡AがDの付添いを強く希望したために本件事故後もDは付添いを継続したのであって、この事実は本件事故がDの過失によるものではないことの証左であるとの趣旨の主張をし、Dは同旨を述べる。しかしながら、亡Aが本件事故の原因がDにあるとして同人を責めていたことや、D自身、本件事故の原因が自分にあるとして誠意を持って亡Aに付き添うなどと述べていたことに照らしても、被告の上記主張はその前提を欠くものというべきである。
- (3) そして、Dは、訪問介護契約についての被告の履行補助者であり、被告の被用者でもるところ、自らの過失により亡Aをベッドから転落させて左前腕骨骨折の傷害を負わせたものであるから、被告は、本件事故と因果関係を存する範囲内において亡Aに生じた損害について、訪問介護契約上の債務不履行ないしはDの使用人としての不法行為責任を負うものというべきである。

4 争点2(本件事故と亡Aの死亡との因果関係)について

- (1) 本件に関連する医学的知見(略)
- (2) ところで、原告らは、亡Aが死亡するに至ったのは本件骨折を原因とするものであるとして、その機序につき次のとおり主張する。(以下、略)
- (3) むしろ、これまで認定した事実を踏まえ、大橋病院消化器内科のJ医師や内科医であるK医師の各意見書等の証拠及び弁論の全趣旨を総合すると、亡Aの関節リウマチは、平成15年10月の東京専売病院への入院のころから活動性の状態にあったのみならず、亡Aは、プレドニゾロンの長期投与による副作用や高齢も相俟って、本件入院以前から、低栄養、低蛋白血症の状態にあるなど、全身の機能低下が見られていたところ、プレドニゾロンの副作用としての胃腸障害による嘔気・嘔吐・下痢や摂食障害の出現、免疫力の低下による感染症の合併等により全身状態が悪化して、死亡するに至ったものと推認するのが相当である。(以下、略)
- (4) そうすると、結局、本件事故と亡Aの死亡との間の因果関係は認めるに足りないものというべきである。

5 争点3(損害の発生及びその数額)について

- (1) 前述のとおり、本件事故と亡Aの死亡との間の因果関係は認められないが、本件事故により亡Aが左上腕骨骨折の傷害を負ったことについては当事者間に争いが無い。したがって、本件事故がDの過失に基づくものであると認められる以上、被告は、上記傷害に関する損害について賠償すべき責任を負う(なお、法の適用に関する通則法附則3条3項、4項により、訪問介護契約の債務不履行に基づく損害賠償の場合は法例7条によって、不法行為(使用者責任)に基づく損害賠償の場合は法例11条1項によって、いずれも日本法が適用される。)
- (2) そこで損害額につき検討する。
- ア 治療費について
被告は、本件骨折に関する治療費について賠償の責めを負う。
- (ア) (略)
- (イ) (略)
- (ウ) 結局、治療費全体としては、合計4万8727円を損害として認める。
- イ 付添看護費について
前述のとおり、亡Aは本件骨折により入院する必要はなかったものであり、また、本件事故以前から常時介助を要する状態にあったのであって、本件事故により全身が消耗状態に陥ったも

のとは認められないから、本件事故によって付添看護費の損害が発生したものとは認められない。

ウ 入院雑費について

この点についても、入院の必要がなかった以上、認める余地はない。

エ 葬祭費について

前述のとおり、本件事故と亡Aの死亡との間の因果関係は認められないから、葬祭費を損害として認めることはできない。

オ 逸失利益について

これも上記エ同様認めることができない。

カ 亡Aの慰謝料について

亡Aが死亡するに至ったことについての慰謝料は認められないが、本件骨折自体やその治療の必要等に対する慰謝料は認められてしかるべきである。

そこで検討するに、亡Aは、かねて関節リウマチを患い、また、高齢かつ寝たきり状態で自由に身体が動かないような状態にあったところ、Dの不注意によりベッドから転落した際も、十分な受け身も取れないまま骨折に至ったものと推認されること、本来Dはヘルパーとしてそうした事態を防止すべき立場にあったのにそれを怠ったのであって、過失の程度も比較的大きいものというべきこと、一方、亡Aに本件事故について落ち度があったとは認められないこと、だんだん痛みは軽減していったとはいえ、亡Aが2月9日の受傷から10日以上も本件患部の疼痛を訴えていたこと、3月7日の死亡時においても未だ本件骨折は治癒しておらず、本来は引き続き治療を要したものと推認されることなど、本件に現れた全ての事情を総合考慮すると、亡Aの慰謝料としては、50万円が相当である。

キ 家族ら固有の慰謝料について

本件事故と亡Aの死亡の間には因果関係を認めることができず、また、本件事故(本件骨折)自体によって、原告らが亡Aの生命侵害の場合に比肩すべき精神上の苦痛を受けたとまでは認めるに足りないから、家族ら固有の慰謝料は認められない。

ク 弁護士費用について

本件事案の難易、請求額、認容額その他本件に現れた全事情を総合考慮すると、本件事故と相当因果関係にある弁護士費用相当損害金としては、10万円が相当である。

(3) 亡Aに生じた損害額については上記のとおりであって、その合計は、64万8727円となる(なお、不法行為の場合も債務不履行の場合も同額となる。)。ところで、亡Aは既に死亡し相続が開始しているところ、亡Aは韓国人であったから、その相続については、亡Aの本国法たる韓国法が準拠法となる(法の適用に関する通則法36条、附則3条1項)。(以下、略)

(4) したがって、原告らの本訴請求については、原告X1、同X2及び同X3は、各16万2182円、原告X4は6万9507円、原告X5及び同X6は各4万6337円と、上記各金員に対する訴状送達の日(平成16年10月15日)から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由がある。

【反訴請求関係】(略)

6 争点4(入院前後を通じ、介護を有償で行う旨の合意の有無)について(略)

7 争点5(不当利得の成否)について(略)

8 争点6(債権放棄の有無及び相殺)について

9 結局、亡Aは、被告に対し、訪問介護契約に基づき、8万8206円を支払うべき義務を負うことになる。(中略)

そうすると、前述したところに照らせば、原告らの相続分は、亡Aの子である原告X1、同X2、同X3及び訴外Cは各4分の1、訴外Bを代襲相続する原告X4は28分の3、原告X5と同X6は各14分の1となるから、被告に対し、原告X1、同X2及び原告X3はそれぞれ2万2052円、原告X4は9450円、原告X5及び同X6はそれぞれ6300円並びに上記金員に対する支払期限経過後である平成16年5月1日から支払済みまで商事法定利率年6分の割合による遅延損害金を支払う義務を負う。

第4 結論

以上のとおり、本訴請求については、原告X1、同X2及び同X3は各16万2182円、原告X4は6万9507円、原告X5及び同X6は各4万6337円と、上記各金員に対する平成16年10月15日から支払済みまで年5分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由がある。

反訴請求については、被告は、総額8万8206円(原告X1、同X2及び原告X3はそれぞれ2万2052円、原告X4は9450円、原告X5及び同X6はそれぞれ6300円)と、上記各金員に対する平成16年5月1日から支払済みまで年6分の割合による遅延損害金の支払を求める限度で理由がある。その余の本訴・反訴の各請求は、いずれも失当である。

よって、主文のとおり判決する。

○岡山地方裁判所平成26年4月23日判決

主 文

- 1 被告は、原告X1に対し、2500万円及びこれに対する平成23年5月22日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 被告は、原告X2及び原告X3に対し、それぞれ1250万円及びこれに対する平成23年5月22日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 3 訴訟費用は、被告の負担とする。
- 4 この判決は、第1項及び第2項に限り、仮に執行することができる。

事実及び理由

第1 請求

主文と同旨

第2 事案の概要

本件は、デイサービスセンターに介護員として勤務していたA(以下「A」という。)が自殺したことに関し、Aの相続人である原告らが、被告には安全配慮義務違反があり、これによりAは精神障害を発病し自殺したと主張して、労働契約上の安全配慮義務違反に基づく損害賠償の一部請求として、被告に対し、Aの妻である原告X1(以下「原告X1」という。)につき2500万円、Aの子である原告X2(以下「原告X2」という。)及び原告X3(以下「原告X3」という。)につきそれぞれ1250万円並びに各金員に対する訴状送達の日翌日である平成23年5月22日から支払済みまでの民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めている事案である。

なお、本件は、岡山地方裁判所平成23年(行ウ)第9号事件の口頭弁論に併合して審理を行い、その後分離をした経緯があり、本判決で摘示する証拠番号は、特に断りのない限り、上記事件の証拠番号である。

1 前提となる事実(当事者間に争いが無い。)

(1) Aは、昭和40年〇月〇〇月生まれの男性であり、原告X1は、Aの妻、原告X2及び原告X3は、Aの子である。

被告は、備前市が設置した特別養護老人ホーム〇〇(以下「特養〇〇」という。)及びデイサービスセンター〇〇(以下「デイ〇〇」という。)につき、備前市から地方自治法244条の2第3項の指定を受け、その管理を行う社会福祉法人である。

(2) Aは、平成15年2月、被告に、特養〇〇の介護員として臨時採用され、同年5月からはデイ〇〇に異動となり、平成16年4月には、被告の正職員となった。

Aは、デイ〇〇において、介護員として、バスによる利用者の送迎、食事介助、入浴介助、ケアプラン作成等の業務に従事していた。

(3) Aは、平成19年9月3日、焼身自殺を図り、救急車で病院に搬送され、入院治療を受けたが、同月7日、死亡した。

2 争点及び当事者の主張(略)

第3 当裁判所の判断

1 前記前提となる事実のほか、証拠(甲2ないし甲5, 甲8ないし甲13, 甲15ないし甲17, 甲19の1, 甲19の2, 甲57, 乙6の1ないし乙12, 平成23年(ワ)第753号事件の乙1, 乙2, 証人B, 証人D, 証人E, 原告X1本人)及び弁論の全趣旨によれば、次の事実が認められる。

(1) デイ□□の業務内容

デイ□□は、在宅で介護の必要な高齢者を対象に、通所により入浴や食事などの各種サービスを提供する施設である。

デイ□□には、管理者(荘長)の下、生活相談員、看護師、介護員、調理師が配置されていた。生活相談員は、利用者及び利用者家族の相談を受け、対応することが主な仕事であり、生活相談員になるためには、社会福祉士の資格が必要である。デイ□□の荘長は、特養□□の荘長を兼ね、特養□□に常駐しているため、デイ□□の業務は、生活相談員が中心となって動いており、生活相談員が介護員等のその他の職員に指示、指導をしていた。介護員は、利用者の食事、入浴、トイレの介助が主な仕事である。介護員になるために特段の資格は必要ないが、利用者は介護の必要な高齢者であり、転倒、誤飲等のおそれがあるため、介護員は、常に利用者に目を配り、声をかけ、利用者の動静をある程度予測して、臨機応変に対応する能力が必要であり、また、利用者の心身の状態を把握するために、利用者家族との情報交換、同僚との情報交換をすることが必要である。

職員の所定始業時刻は午前8時30分、所定終業時刻は午後5時15分、休憩時間は正午から午後1時30分までの間に交替で45分間、所定休日は土曜日、日曜日、祝日と年末年始であった。

デイ□□の利用者数は、定員を上回ることがあり(平成16年3月までの定員は25名であったが、実際は平均して月28名の利用があった。)、デイ□□の職員1人にかかる負担は大きく、手の足りないところがあれば、職員同士で、声を掛け合い、補い合って仕事をする必要があった。

(2) Aの業務内容

Aは、介護員としてデイ□□に勤務していた。その具体的な業務内容は、午前8時30分から職員同士のミーティングに参加した上、大型バスを運転して、利用者を送迎し、降車介助を行った後、午前10時頃から、施設内において利用者の入浴介助、食事介助、レクリエーション等の介助、記録付けなどを行い、午後3時30分頃には、大型バスを運転して利用者を各戸に送り届け、午後5時頃、施設に戻り、ミーティング、記録付け、翌日の準備などをして、業務を終えるというものであった。

(3) Aの人となり

Aは、真面目で、優しく、一生懸命であったが、介護の技術にはやや劣った面があり、また、ケアプランなどの文書を作成することや、期限までに何かをすることが不得意であった。そのため、利用者家族からのクレームなどもあり、その分、他の介護員に負担がかかることがあった。

(4) Bの人となり

Bは、平成13年10月からデイケアで生活相談員として勤務している女性であり、社会福祉士の資格を持ち、介護員としての経験もあった。デイケアの業務はBを中心に回っており、Bが介護員に指示、指導をしていた。

Bは、仕事に対する責任感が強く、利用者の状態を見て、一つ二つ先を読んで、事故が起こらないように素早く指示する能力のある人物で、仕事もよくできたが、その分、他人に対しても厳しく、完璧を求める傾向にあった。Bの言うことは正論であったが、その言い方については、厳しいと感じる職員が多かった。

(5) Aに対するBの指導

Bは、Aが正職員となった平成16年5月頃から、Aに対し厳しく指導するようになった。Bは、どの職員に対しても厳しく指導していたが、とりわけAは、他の人と比べて仕事ができなかったため、指導する回数が多く、その口調も厳しいものであった。Bによる指導は、Aが報告事項を忘れて、利用者に対して口調がきつくなったりするなど、業務上のミスをきっかけに行われており、周りからみてAの仕事ぶりでは叱責されても仕方がないという側面もあったが、叱責の態様はBの気分によって波があり、ときには、その時の失敗のみならず、過去の失敗を持ち出し、「どうしていつもあなたはそうなの」、「なんでできないの」などと問い詰めるような口調になることもあり、長いときは10分くらい叱責し続けることがあった。また、叱責は、利用者にも聞こえる場所で、職員間のミーティングの時にも行われることがあった。Aは、Bに言い返すことはせず、謝るだけであった。また、AはBから質問されたとき、おどおどして、うまく答えることができず、そのためにBの口調が強くなっていくこともあった。一方、Aがうまく仕事ができるときには、Bは、褒めることもあった。

Aは、他の職員に対してBのことを悪く言うことはなく、自分が悪いから仕方がないと言っていた。

(6) Aの変化

平成18年11月頃、利用者が増え始めたことも重なり、Aの判断能力と作業能力は落ちていき、自分が担当すべき仕事ができず混乱するようになった。そのため、他の職員は、Aができない部分を担当しなければならなくなり、仕事が回らず、他の職員のストレスが溜まるようになり、Aの仕事ぶりにつき、Bに愚痴をいう職員もいた。Bも、Aにしっかりしてもらいたいという気持ちから、前にできていたのに何でできないのかと更に叱責するようになった。この頃から、Aは、Bに叱責されたとき、顔色が変わり固

まっているのがよく目につくようになり、Bから叱責された後は、いらいらして、送迎の運転が荒いときがあった。他の職員が声かけをしても、「僕が悪いよ、僕にはできない」と落ち込んでいた。Bの叱責によっても、Aの仕事ぶりは改善することはなく、ますます仕事ができなくなっていった。

また、家庭においても、怒りっぽくなって、原告X2や原告X3に対して常にいらいらし、原告X1に対しても、「おまえもBと同じで俺を責めるんか」と怒ることが多くなった。弁当を食べずに帰ることもあり、夜遅くまで、テレビをつけた状態で、呆然と考え事をすることが多くなった。Aは、以前からストレスがあると腰が痛くなり、コルセットをすることがあったが、この頃からコルセットをするようになった。

Aは、平成19年4月頃になると、注意しても、同じ失敗を繰り返すようになり、職場の雑談にも加わらなくなった。Bは、Aがあまりに同じ失敗を繰り返すため、ふざけているとしか思えないと感じることがあった。家庭においても、ひどく落ち込み、お笑い番組を見ても笑わなくなり、原告X2や原告X3にも当たり散らし、会話を避けるようになった。休日も、何も言わずに急に出かけたり、一人で部屋にこもったりするようになり、好きであった時計の本も見なくなった。同年夏頃から、朝なかなか起きてこず、トイレからもなかなか出てこなくなった。

(7) 荘長の対応

平成18年4月に、デイ□□の荘長がFからC荘長に代わった。C荘長は、介護の知識、経験がなく、職員の指導についてはBに任せきりであった。同年11月頃に、BからAの仕事ができなくて困っていると相談を受け、Aらに対し、意識を高めるために、野球のイチローの父親を題材にするなどして研修を行ったが、効果はなかった。

平成18年末頃、介護員らは、Aのフォローをしながら自分たちの業務を行うのが限界に近くなったため、C荘長に相談に行き、AかBのどちらかを配置転換してもらえないか、配置転換が無理なら、介護の正職員をもう一人入れてもらえないかとの申出をした。その際に、Aはこれ以上できないのに、しろしろと言ってはいけない、うつになっても困るし、自殺してもいけないという話も出たが、C荘長は、Bには実績があるという理由でBの異動には難色を示した。

(8) 平成19年4月期の異動

Aは、Bの叱責に思い悩み、異動の希望を出すことを原告X1に相談していたが、今の職場の職員間の信用を取り戻したい、もう少し頑張りたいという思いで、最終的には異動の希望を出さなかった。

C荘長は、被告の事務局長を兼務し、人事異動の立案権限を有していたが、平成19年4月期に、B及びAいずれについても、配置換えを立案せず、両名について配置換えはされなかった。

(9) 自殺に至る経緯

Bは、Aに対し、「デイでは声かけをしながらじゃないと介護はできんよ」とよく言って

いた。Aは、平成19年8月9日、原告X1に対し、「Bより、声掛けができんのなら、デイにおる必要ないが…で言われた。落ち込むわ、もうダメなんかな。」というメールを送った。原告X1は、すぐにAに電話をかけたが、Aの声は沈んでおり、「わしはもう無理なんかな」と言った。また、原告X1は、Aから、「自分の顔をみるとイライラするか」と問われたことがあり、なぜそのようなことを言うのかと問うと、Aは、「Bにあんたの顔を見るとイライラすると言われた」と言った。

Aは、平成19年9月3日午後9時42分頃、原告X1に対し、「ゴメンね。やっぱり、Bに人間失格とか、あんたの顔見るとストレスがたまって、仕事が手につかないとか、Dさんもストレスたまるとか…。その言葉、けっこう、きつくこたえました。気のきかないダメな亭主でゴメン。」とメールを送った。原告X1は、心配で「何しとん」とメールを送ったところ、Aは、「ゴメン」というメールを送り、その直後にガソリンをかぶり、焼身自殺を図った。

Aは、救急車で病院に緊急搬送されたが、その車内で、消防職員に対し、次のように述べている。

「いつも職場で上司にいじめられているので毎日がとてもつらいです。今日もいじめられました。仕事が終わり家に着いたのは夜の7時頃でした。それから食事をして、地区の獅子舞の練習を約2時間しました。9時頃いつも職場でいじめられていることを思い出し、自殺しようかどうしようかと迷いました。2リットルほどの缶にガソリンを半分ほど入れ、家にあったライターとガソリンの入った缶を車に積んで吉井川の河川敷に向かいました。その時は自殺するかしないかまだ迷っていました。時間は時計を見ていないのでわかりません。到着してからもしばらくいろいろ考えましたがいつもいじめられていることを思い出し、缶に入れていたガソリンを自分の体に掛けて家から持ってきたライターを体から少し離れたところにつけました。」

2 争点(1)(Aの精神障害の発病及び業務との因果関係の有無)について

前記認定事実によれば、Aは、平成18年11月頃から、判断能力、作業能力の低下とともに、自信も低下し、家庭においてもいらいらして、食欲の減退がみられるようになり、平成19年4月には、ひどい落ち込みや、喜びの喪失、活力の減退等がみられており、証拠(甲18、甲36、乙20)によれば、同月頃には、少なくともうつ病エピソードを発病したことが認められる。

Aは、平成16年5月頃から、Bによる厳しい指導を受けるようになった。Bの指導は、Aの仕事ぶりが不十分であり、Bが利用者のことを考え、責任を持って仕事をしてきたがためにされたものであり、業務に関連したものではあるが、Bの指導は、口調が厳しく、気分によって波があり、過去の失敗を持ち出したり、10分間にわたって叱責し続けたり、他の職員の前で叱責することもあった。Bの指導は、Aの能力や性格に応じた指導ではなく、平成18年11月頃には、Aの判断能力や作業能力が低下し、叱責されたとき、顔色が変わり固まっているのが目につくようになったにもかかわら

ず、Aの判断能力や作業能力が低下している原因を十分見極めることなく、仕事ができなくなっているAに対し、更なる叱責を繰り返した。C荘長も、職員からAとBの関係性、Aの異変について相談があり、どちらかの異動等を求められたにもかかわらず、何の対処もしなかった。そのため、精神的に落ち込んでいる状態のAに対するBの叱責は止まることなく、これにより、平成19年4月頃、上記精神障害を発病したということが出来る。

以上のとおり、デイ□□が提供する通所介護サービスに過誤や疎漏があつてはならないという強い責任感の下に行われたものであつたとはいえ、Aの能力や精神状態を考慮することなく繰り返された叱責の態様に鑑みれば、Aの心理的負荷は、社会通念上、客観的にみて上記精神障害を発病させる程度に過重であつたといわざるを得ない。そして、Aには、業務以外の心理的負荷や個体側の脆弱性、遺伝素因など他に発病因子となり得るような事情が証拠上明らかにはうかがわれぬ（Aの義母の薬物事故や原告X1との関係による精神的負担が上記精神障害の発病に寄与したものと認められない。）ことからすれば、上記精神障害の発病と業務との間に相当因果関係を認めることができる。

3 争点(2)(Aの業務についての被告の安全配慮義務違反の有無)について

使用者は、労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、労働契約上の安全配慮義務として、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して労働者の心身の健康を損なう結果の生じないように注意する義務を負うと解するのが相当である。そして、使用者に代わって労働者に対し業務上の指揮監督を行う権限を有する者は、使用者の上記注意義務の内容に従ってその権限を行使すべきであり、その者がその権限の行使を誤り、上記結果を生じさせたときは、使用者において、上記安全配慮義務違反による債務不履行責任を免れないものというべきである。

これを本件についてみると、前記のとおり、デイ□□の管理者であつたC荘長は、被告の事務局長も兼務して人事異動の立案権限を有していたところ、遅くとも、介護員らからAの状態やAとBの関係について相談を受けた平成18年末頃の時点までには、Bの指導によりAが精神的に落ち込み、仕事ができなくなっている状態であること、このまま放置すると、Aが心身の健康を損なうおそれがあることを認識し得たというべきであり、それにもかかわらず、AかBの配置転換を立案するなどのAが前記精神障害を発病することを回避するための対策を何ら採っていなかったことが認められる。これは、使用者である被告に代わって職員に対し業務上の指揮監督を行う権限を有していたC荘長が、使用者の前記注意義務の内容に従ってその権限を行使すべきであつたところ、これを誤つたものであり、その人事異動等に関する権限の行使が適切に行われていれば、前記精神障害の発病を回避することができた可能性は十分にあつたものと認められる。したがって、被告は、労働契約上の安全配慮義務違反による債務不履行責任として、前記精神障害の発病によりA及び原告らに生じた損害を

賠償する責任を免れないものというべきである。

4 争点(3)(原告らの損害の有無及びその額)について

(1) 過失相殺について

被告は、Aには業務以外においても義母の薬物事故による心理的負荷があったこと、Aの労働能力が劣っていたこと、A自身の性格や脆弱性も自殺の一因になっていること、A及び原告X1はAの心身の変調に対して心療内科へ通院するなどの適切な対処を怠っていたことなどの事情を考慮すれば、過失相殺をすべきであると主張する。しかしながら、Aの義母の薬物事故による精神的負担が前記精神障害の発病に寄与したものとは認められないことは先に指摘したとおりであり、また、Aについて同種の業務に従事する労働者の個性の多様さとして通常想定される範囲を外れる労働能力の低さや脆弱性などの特性を有していたことを認めるに足る証拠はなく、さらに、精神障害が一般に通院への動機付けが困難な疾病である上、Aの場合は心身の変調から5か月程度で発病に至っていることを考慮すれば、被告の主張する事情はいずれも損害賠償の責任及びその額を定めるに当たり考慮すべき債権者側の過失に当たらないものというべきである。

(2) Aに生じた損害

ア 休業損害 0円

証拠(平成23年(ワ)第753号事件の乙6、乙7)によれば、Aが休業した平成19年9月4日から同月7日までの間についても、被告から給与が支給されていることが認められるから、Aに休業損害は生じていない。

イ 入院慰謝料 10万円

Aが発病した前記精神障害は、一般的に強い自殺念慮を伴うICD-10のF3に分類される精神障害であると認められることから(甲40、乙5)、Aは、上記精神障害により、正常の認識、行動選択能力が著しく阻害され、又は自殺行為を思いとどまる精神的抑制力が著しく阻害されていた状態で自殺を図ったと推定でき、上記精神障害が原因となって入院、死亡に至ったと認めることができる。

入院4日間の慰謝料としては、10万円が相当である。

ウ 死亡による逸失利益 2967万0455円

前記認定事実のほか、証拠(甲16、平成23年(ワ)第753号事件の甲20)によれば、Aは、死亡の前年である平成18年中に350万8664円の給与収入を得ていたが、妻である原告X1も、生命保険会社の外務員として稼働していたことが認められる。

これらの事実に現れた諸事情を総合勘案すれば、Aには、基礎収入を350万8664円、就労可能年数を死亡時(42歳)から25年(ライプニッツ係数14.0939)、生活費控除率を40%として計算される2967万0455円の逸失利益が生じたものと認められる。

エ 死亡慰謝料 2800万円

前記認定の各事実に現れた諸事情を総合勘案すれば、死亡慰謝料としては、2800万円が相当である。

(3) 相続による取得

前記(2)アないしエの金額を合計すると、5777万0455円となり、原告X1はその2分の1(2888万5227円)を、原告X2及び原告X3は4分の1(1444万2613円)ずつをそれぞれ相続により取得したものと認められる。

(4) 弁護士費用

本件事案の難易、請求額、認容額その他諸般の事情を総合考慮すると、被告の債務不履行と相当因果関係のある弁護士費用としては、原告X1につき288万8522円、原告X2及び原告X3につきそれぞれ144万4261円が相当である。

これらの金額と前記(3)の金額との合計額は、原告X1につき3177万3749円、原告X2及び原告X3につきそれぞれ1588万6874円となる。

5 よって、原告らの請求(一部請求)はいずれも理由があるから認容することとし、主文のとおり判決する。

○ 苦情対応についての一般的な留意点

1 法令上の留意点

- 苦情窓口を設置すること。
- 苦情処理の体制を定めていること。
- 苦情処理の手順その他必要な措置の概要を定めていること。
- 以上を、重要事項説明書に記載して説明し、同意を得ていること。
- 同じく、事業所に掲示していること。
- 苦情の内容等を記録していること。
- 苦情の内容等の記録を契約終了の日（サービス完結の日）から●年間保管していること。
- 苦情に迅速かつ適切に対応すること。
 - ◇ 利用者又はその家族等から事情を聞くこと。
 - ◇ 苦情に係る問題点を把握すること。
 - ◇ 改善策を検討すること。
 - ◇ 改善策を実施すること。
 - ◇ 利用者に説明すること。
- 苦情の内容を踏まえ、サービスの質向上に向けた取り組みを自ら行うこと。
- 市町村への協力等
 - ◇ 市町村の職員からの質問又は照会に応じること。
 - ◇ 市町村の調査に協力すること。
 - ◇ 市町村から指導又は助言を受けた場合は、それに従って改善を行うこと。
 - ◇ 市町村からの求めがあった場合には改善内容を報告すること。
- 国民健康保険団体連合会への協力等
 - ◇ 同連合会の調査に協力すること。
 - ◇ 同連合会から指導又は助言を受けた場合は、それに従って改善を行うこと。
 - ◇ 同連合会からの求めがあった場合には改善内容を報告すること。
 - ◇ 指定居宅介護支援事業者は、居宅サービスに位置付けたサービスに対する苦情の申立に関し、必要な援助を行わなければならない。

2 実際上の留意点

(1) 予防上の留意点

- ① 重要事項説明書・契約書の内容が不十分であると、事業者側の説明不足と利用者側の理解不足を招くリスクがある。
- ② 1回説明した後、即時に契約を締結するときは、事業者側の利用者に関する状況把握不足と利用者側の理解不足を生むリスクがある。
- ③ 契約の締結と初回の訪問看護を同時に行うときは、利用者側がサービス利用の認識を持ってないことがある。
- ④ 契約内容だけでなく、制度の内容及び認知症等の疾患の特性についてもできるだけ説明し、理解を得ておく。
- ⑤ 主治医のほか、サービス担当者会議等を通じて他のサービス事業者との連携を図らずに、事業者と利用者の一対一の2当事者関係だけを続けていると、両者間の認識又は理解に齟齬が生じやすくなったり、他の事業者との間でも誤解等を生み、また、苦情発生時に解決が困難になったりすることがある。
- ⑥ 通常の営業地域外からの利用申込み時には、他のサービス事業者との連携が図れるかについて検討が必要である。
- ⑦ 訪問看護の提供過程においては、口頭による説明のほか、できるだけ書面による情報提供を行い、サービスの内容を可視化、透明化する。
- ⑧ 記録は原則開示であることを理解した上で、口頭による説明及び書面による情報提供の内容と記録内容との間で食い違いが生じないようにする。
- ⑨ 連絡又は説明等の利用者側の窓口となる中心人物（キーパーソン）を予め確認又は確保する。ただし、苦情をこの者に限定することはできない。利用者に認知症がある場合であって、家族が保護できていないとき（ひとり暮らしで身近な親族がいないとき、家族はいても虐待を受けているとき等）サービス開始前又は開始後に、成年後見の利用を市町村又は地域包括支援センターに促すべきときもある。
- ⑩ 法令又は「適切な看護技術」（居宅基準第68条第3号参照）に反する訪問看護サービスは行なわないこと。違法又は不適正なサービスの提供は、「誤った期待」を生み、苦情の種となる。

(2) 対応上の留意点

- ① 予断をもたない。
- ② まず傾聴する。
- ③ 苦情の申立「人」で即断せず、苦情の「内容」にまず注意を払う。
- ④ 苦情の申立「人」の立場に立って、苦情の「背景」を想像する。
- ⑤ 苦情の「内容」のうち「評価」よりも、「事実」にまず注意を払う。
- ⑥ 「事実」の調査と「評価」、必要に応じた「改善策」の立案を行う。
- ⑦ 調査結果を苦情申立人に説明する際は、まず、「事実」を丁寧に説明する。
- ⑧ 調査の結果、苦情申立人の「評価」と反対の「評価」に至った場合でも、苦情申立人の「評価」に対し、事業者側の「評価」だけを対抗させない。
- ⑨ 法的判断、特に事故に係る法的責任の判断については、損害保険会社、弁護士の判断が示されるまで、独自の判断を示さない。
- ⑩ 感情的にさせない、感情的にならない。
- ⑪ 苦情の際の利用者側の暴力又は暴言は黙過しない。
- ⑫ 苦情に係る職員を支援又は交替する。
- ⑬ 苦情に対応する職員も支援又は交替する。
- ⑭ 事業者相互間で協力して解決すべき苦情もある。
- ⑮ 行政の協力又は対応を得ながら解決すべき苦情もある。

○改正個人情報保護法の概要

I 個人情報保護法の改正と施行

1 平成27年改正個人情報保護法

個人情報保護法は平成27年9月3日に改正され、同月9日公布、平成29年5月30日から改正法が全面施行されている。

2 主要な改正法令及び新ガイドライン等

(1) 主要な改正法令等

- ①個人情報の保護に関する法律(個人情報保護法)
- ②個人情報の保護に関する基本方針(基本指針)
- ③個人情報の保護に関する法律施行令(施行令)
- ④個人情報の保護に関する法律施行規則(規則)
- ⑤行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(番号法)
- ⑥自治体の個人情報保護条例

(2) 主要な新ガイドライン等

- ①個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(通則編)
- ②個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(第三者提供時の確認・記録義務編)
- ③「個人データの漏えい等の事案が発生した場合等の対応について」(平成29年告示第1号)
- ④個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成29年4月)

3 主要な改正点

- ①「個人情報」の定義規定の改正:法第2条1項及び2項
- ②「要配慮個人情報」の定義規定の新設:法第2条3項
- ③「匿名加工情報」の定義規定の新設:法第2条9項
- ④「匿名加工情報取扱事業者」の定義規定の新設:法第2条10項
- ⑤小規模事業者の適用除外規定の削除:法第2条5項、附則第11条
- ⑥利用目的の変更可能範囲の改正:法第15条2項

- ⑦ 「要配慮個人情報」の取得制限:法第17条2項
- ⑧ 不要となった個人データの消去の努力義務:法第19条
- ⑨ 「要配慮個人情報」のオプトアウト方式禁止:法第23条2項
- ⑩ オプトアウト方式の事前届出制度:法第23条2～4項
- ⑪ 外国にある第三者への提供制限:法第24条
- ⑫ 第三者提供に係る記録の作成・保存義務:法第25条
- ⑬ 第三者提供を受ける際の確認、記録の作成・保存義務:法第26条
- ⑭ 開示請求権の明確化(法第28条)
- ⑮ 訂正等請求権の明確化(法第29条)
- ⑯ 利用停止等・第三者提供停止請求権の明確化(法第30条)
- ⑰ 開示等の請求後、2週間経過後に出訴可能と規定(法第34条)
- ⑱ 匿名加工情報取扱事業者の義務を規定(法第36～39条)
- ⑲ 新設の個人情報保護委員会による監督(法第40～43条、第5章)
- ⑳ 事業所管大臣への監督権限の委任(法第44、46条)

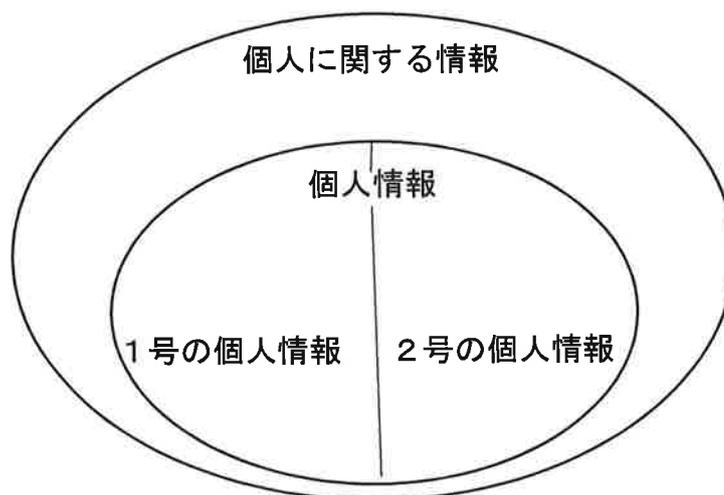
II 「個人情報」等の用語の定義

1 「個人情報」の定義

「個人情報」は、次のいずれかに該当するものである(法第2条第1項)。

第1項第1号に該当する個人情報:生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの(他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。)

第1項第2号に該当する個人情報:生存する個人に関する情報であつて、個人識別符号が含まれるもの



(1) 「生存する個人に関する情報」

死者に関する情報は、個人情報保護法上の「個人情報」ではない。遺族に対する診療情報の提供については、「診療情報の提供等に関する指針」(平成15年医政発0912001)によって従って行うものとされている(前掲「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」)。

個人番号(マイナンバー)も、個人情報(個人情報保護法上は「2号個人識別符号」であって、番号法上は「特定個人情報」)であるが、死者の個人番号は、個人情報ではない。しかし、番号法上は、死者の個人番号も個人番号であって、同法上の安全管理義務等の対象である。

(2) 「当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの」

「記述等」とは、文書、図画、電磁的記録に記載若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項(個人識別符号を除く。)をいう。「電磁的記録」とは、電磁的方式(電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式をいう。)で作られる記録をいう。

「特定の個人を識別することができる」とは、「情報単体又は複数の情報を組み合わせる保存されているものから社会通念上そのように判断できるものをいい、一般人の判断力又は理解力をもって生存する具体的な人物と情報の間に同一性を認めるに至ることができるかどうかによる」(ガイドライン:匿名加工情報編4頁)ものと解されている。

(3) 「他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。」

「特定の個人を識別することができる」とは、「事業者の実態に即して個々の事例ごとに判断されるべきであるが、通常の業務における一般的な方法で、他の情報と容易に照合することができる状態をいい、例えば他の事業者への照会を要する場合等であって照会が困難な状態は、一般に容易に照合することができない状態であると解される。」(ガイドライン:通則編6頁)と説明されている。

(4) 「個人識別符号」

「個人識別符号」とは、次のいずれかに該当する文字、番号、記号その他の符号のうち、施行令で定めるものをいう(法第2条第2項)。

1号個人識別符号:特定の個人の身体の一部の特徴を電子計算機の用に供するために変換した文字、番号、記号その他の符号であって、当該特定の個

人を識別することができるもの。

2号個人識別符号:個人に提供される役務の利用若しくは個人に販売される商品の購入に関し割り当てられ、又は個人に発行されるカードその他の書類に記載され、若しくは電磁的方式により記録された文字、番号、記号その他の符号であって、その利用者若しくは購入者又は発行を受ける者ごとに異なるものとなるように割り当てられ、又は記載され、若しくは記録されることにより、特定の利用者若しくは購入者又は発行を受ける者を識別することができるもの。

① 1号個人識別符号

施行令は、1号個人識別符号の「身体の特徴」として、下欄記載のものを掲げる(施行令第1条第1号)。

また、施行令は、1号個人識別符号は、「当該特定の個人を識別することができるもの」として規則で定める「基準」に適合するものであると規定し(施行令第1条第1項)、これを受けて、規則は、「基準」について、「特定の個人を識別することができる水準が確保されるよう、適切な範囲を適切な手法により電子計算機の用に供するために変換することとする」と定めている(規則第2条)。

①細胞から採取されたDNAを構成する塩基の配列
②顔の骨格及び皮膚の色並びに目、鼻、口その他の顔の部位の位置及び形状によって定まる容貌
③虹彩の表面の形状により形成される線状の模様
④発声の際の声帯の振動、声門の開閉並びに声道の形状及びその変化
⑤歩行の際の姿勢及び両腕の動作、歩幅その他の歩行の態様
⑥手のひら又は手の甲若しくは指の皮下の静脈の分岐及び地点によって定まるその静脈の形状
⑦指紋又は掌紋

② 2号個人識別符号

施行令は、2号個人識別符号の「文字、番号、記号その他の符号」として、下欄記載のものを掲げる(第1条2～8号)。

①旅券の番号
②基礎年金番号
③運転免許証の番号
④住民票のコード

⑤個人番号（マイナンバー）
⑥国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律又は介護保険法の被保険者証に記載された個人情報保護委員会規則で定める文字、番号、記号その他の符号
規則は、⑥の「文字、番号、記号その他の符号」について、国民健康保険法の被保険者証については、「記号、番号及び保険者番号」とし、高齢者の医療の確保に関する法律又は介護保険法の被保険者証については、「番号及び保険者番号」としている（規第3条）。
⑦その他個人情報保護委員会規則で定める文字、番号、記号その他の符号
規則は、⑦の「文字、番号、記号その他の符号」として、㊦健康保険法施行規則の被保険者証の記号、番号及び保険者番号、㊧健康保険法施行規則の高齢者受給証の記号、番号及び保険者番号を定めている（規第4条）。

2 「要配慮個人情報」の定義

「要配慮個人情報」とは、本人の人種、信条、社会的身分、病歴、犯罪の経歴、犯罪により害を被った事実その他本人に対する不当な差別、偏見その他の不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして政令で定める記述等が含まれる個人情報をいう（法第2条第3項）。

「政令で定める記述等」について、政令（施行令）は、下欄記載の事項のいずれかを内容とする記述等（本人の病歴又は犯罪の経歴に該当するものを除く。）とする。

①身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の個人情報保護委員会規則で定める心身の機能の障害
「その他の個人情報保護委員会規則で定める心身の機能の障害」については、規則が、㊦身体障害者福祉法別表に掲げる身体上の障害、㊧知的障害者福祉法にいう知的障害、㊨精神保健福祉法にいう精神障害（発達障害者支援法の発達障害を含み、㊩の知的障害を除く。）、㊪治療の方法が確立していない疾病その他の特殊な疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障害の程度が同項の厚生労働大臣が定める程度であるものと定めている（規則第5条）。
障害者総合支援法第4条第1項の政令で定める特殊の疾病は、治療方法が確立しておらず、その診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっておらず、かつ、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものであって、当該疾病の患者の置かれている状況からみて当該疾病の患者が日常生活又は社会生活を営むための支援を行うことが特に必要なものとして厚生労働大臣が定めるものとする（障害者総合支援法施行令第1条）。

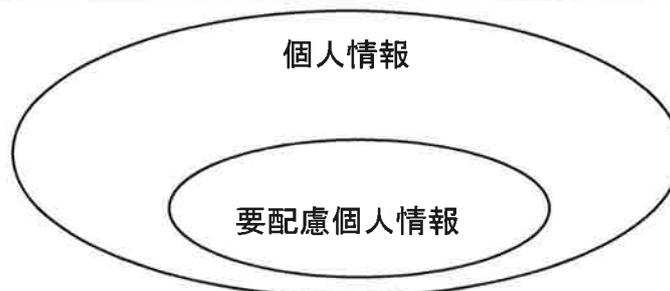
障害者総合支援法第4条第1項に規定する厚生労働大臣が定める程度は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病(平成27年厚生労働省告示第292号)に掲げる疾病による障害により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度とするとされている(平成25年厚生労働省告示第7号)。

障害者総合支援法施行令第一条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病は、次の各号に掲げるとおりとされている。

アイカルディ症候群、アイザックス症候群、IgA腎症、IgG4関連疾患、亜急性硬化性全脳炎、アジソン病、アッシャー症候群、アトピー性脊髄炎、アペール症候群、アミロイドーシス、アラジール症候群、有馬症候群、アルポート症候群、アレキサンダー病、アンジェルマン症候群、アントレー・ピクスラー症候群、イソ吉草酸血症、一次性的ネフローゼ症候群、一次性的膜性増殖性糸球体腎炎、1p36欠失症候群、遺伝性ジストニア、遺伝性周期性四肢麻痺ひ、遺伝性障すい炎、遺伝性鉄芽球性貧血、VATER症候群、ウィーバー症候群、ウィリアムズ症候群、ウィルソン病、ウエスト症候群、ウェルナー症候群、ウォルフラム症候群、ウルリッヒ病、HTLV-1関連脊髄症、ATR-X症候群、ADH分泌異常症、エーラス・ダンロス症候群、エプスタイン症候群、エプスタイン病、エマヌエル症候群、遠位型ミオパチー、円錐すい角膜、黄色靱じん帯骨化症、黄斑ジストロフィー、大田原症候群、オクシピタル・ホーン症候群、オスラー病、カーニー複合、海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん、潰瘍性大腸炎、下垂体前葉機能低下症、家族性地中海熱、家族性良性慢性天疱瘡ぼうそう、化膿のう性無菌性関節炎・壊れえそ性膿のう皮膚症・アクネ症候群、歌舞伎症候群、ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症、加齢黄斑変性、肝型糖原病、間質性膀胱炎(ハンナ型)、環状20番染色体症候群、関節リウマチ、完全大血管転位症、眼皮膚白皮症、偽性副甲状腺機能低下症、ギャロウェイ・モワト症候群、急性壊え死性脳症、急性網膜壊え死、球脊髄性筋萎縮症、急速進行性糸球体腎炎、強直性脊椎炎、強皮症、巨細胞性動脈炎、巨大静脈奇形(頸けい部口腔咽頭びまん性病変)、巨大動静脈奇形(頸けい部顔面又は四肢病変)、巨大膀胱ぼうこう短小結腸腸管蠕ぜん動不全症、巨大リンパ管奇形(頸けい部顔面病変)、筋萎縮性側索硬化症、筋型糖原病、筋ジストロフィー、クッシング病、クリオピリン関連周期熱症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、クルーゾン症候群、グルコーストランスポーター1欠損症、グルタル酸血症1型、グルタル酸血症2型、クロウ・深瀬症候群、クローン病、クローンカイト・カナダ症候群、痙攣けいれん重積型(二相性)急性脳症、結節性硬化症、結節性多発動脈炎、血栓性血小板減少性紫斑病、眼局性皮膚異形成、原発性局所多汗症、原発性硬化性胆管炎、原発性高脂血症、原発性側索硬化症、原発性胆汁性肝硬変、原発性免疫不全症候群、顕微鏡の大腸炎、顕微鏡的多発血管炎、高IgD症候群、好酸球性消化管疾患、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、好酸球性副鼻腔炎、抗糸球体基底膜腎炎、後縦靱じん帯骨化症、甲状腺ホルモン不応症、拘束型心筋症、高チロシン血症1型、高チロシン血症2型、高チロシン血症3型、後天性赤芽球癆ろう、広範脊柱管狭窄さく症、抗リン脂質抗体症候群、コケイン症候群、コステロ症候群、骨形成不全症、骨髄異形成症候群、骨髄線維症、ゴナドトロピン分泌亢こう進症、5p欠失症候群、コフィン・シリス症候群、コフィン・ローリー症候群、混合性結合組織病、鯛さい耳腎症候群、再生不良性貧血、サイトメガロウィルス角膜内皮炎、再発性多発軟骨炎、左心低形成症候群、サルコイドーシス、三尖せん弁閉鎖症、CFC症候群、シェーグレン症候群、色素性乾皮症、自己食空胞性ミオパチー、自己免疫性肝炎、自己免疫性出血病XIII、自己免疫性溶血性貧血、システロール血症、紫斑病性腎炎、脂肪萎縮症、若年性肺気腫、シャルコー・マリー・トゥース病、重症筋無力症、修正大血管転位症、シュワルツ・ヤンバル症候群、徐波睡眠期持続性棘きよく徐波を示すてんかん性脳症、神経細胞移動異常症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、神経線維腫症、神経フェリチン症、神経有棘きよく赤血球症、進行性核上性麻痺ひ、進行性骨化性線維異形成症、進行性多巣性白質脳症、心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症、心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症、スタージ・ウェーバー症候群、スティーヴンス・ジョンソン症候群、スミス・マギニス症候群、スモン、脆弱X症候群、脆弱X症候群関連疾患、正常圧水頭症、成人ステル病、成長ホルモン分泌亢こう進症、脊髄空洞症、脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)、脊髄膜瘤りゆう、脊髄性筋萎縮症、全身型若年性特発性関節炎、全身性エリテマトーデス、先天性横隔膜ヘルニア、先天性核上性球麻痺ひ、先天性魚鱗癬りんせん、先天性筋無力症候群、先天性腎性尿崩症、先天性赤血球形成異常性貧血、

先天性大脳白質形成不全症、先天性風疹症候群、先天性副腎低形成症、先天性副腎皮質酵素欠損症、先天性ミオパチー、先天性無痛無汗症、先天性葉酸吸収不全、前頭側頭葉変性症、早期ミオクロニー脳症、総動脈幹遺残症、総排泄腔遺残、総排泄腔外反症、ソトス症候群、ダイヤモンド・ブラックファン貧血、第14番染色体父親性ダイソミー症候群、大脳皮質基底核変性症、ダウン症候群、高安動脈炎、多系統萎縮症、タナトフォリック骨異形成症、多発血管炎性肉芽腫症、多発性硬化症／視神経脊髄炎、多発性嚢のう胞腎、多脾ひ症候群、タンジール病、単心室症、弾性線維性仮性黄色腫、短腸症候群、胆道閉鎖症、遅発性内リンパ水腫、チャージ症候群、中隔視神経形成異常症／ドモルシア症候群、中毒性表皮壊死症、腸管神経節細胞僅少症、TSH分泌亢こう進症、TNF受容体関連周期性症候群、低ホスファターゼ症、天疱瘡ぼうそう、禿とく頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、特発性拡張型心筋症、特発性間質性肺炎、特発性基底核石灰化症、特発性血小板減少性紫斑病、特発性後天性全身性無汗症、特発性大腿たい骨頭壊死症、特発性門脈圧亢こう進症、特発性両側性感音難聴、突発性難聴、ドラベ症候群、中條・西村症候群、那須・ハコラ病、軟骨無形成症、難治頻回部分発作重積型急性脳炎、22q11.2欠失症候群、乳幼児肝巨大血管腫、尿素サイクル異常症、ヌーナン症候群、脳髄黄色腫症、脳表ヘモジデリン沈着症、膿疱のうほう性乾癬せん、嚢のう胞性線維症、パーキンソン病、パージャー病、肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症、肺動脈性肺高血圧症、肺胞たん白症（自己免疫性又は先天性）、肺胞低換気症候群、パッド・キアリ症候群、ハンチントン病、汎発性特発性骨増殖症、PCDH19関連症候群、肥厚性皮膚骨膜炎、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、肥大型心筋症、ビタミンD依存性くる病／骨軟化症、ビタミンD抵抗性くる病／骨軟化症、ピッカースタッフ脳幹脳炎、非典型溶血性尿毒症症候群、非特異性多発性小腸潰瘍症、皮膚筋炎／多発性筋炎、びまん性汎細気管支炎、肥満低換気症候群、表皮水疱ほう症、ヒルシュブルング病（全結腸型又は小腸型）

- ② 医師その他医療に関連する職務に従事する者（医師等）により行われた疾病の予防及び早期発見のための健康診断その他の検査の検査（健康診断等）の結果
- ③ 健康診断等の結果に基づき、又は疾病、負傷その他の心身の変化を理由として、本人に対して医師等により心身の状態の改善のための指導又は診療若しくは調剤が行われこと
- ④ 本人を被疑者又は被告人として、逮捕、捜索、差押え、勾留、公訴の提起その他の刑事事件に関する手続が行われたこと
- ⑤ 本人を少年法第3条第1項に規定する少年又はその疑いのある者として、調査、観護の措置、審判、保護処分その他の少年の保護事件に関する手続が行われたこと



3 「個人データ」の定義

「個人データ」とは、「個人情報データベース等」を構成する個人情報をいう（法第2条6項）。

(1) 「個人情報データベース等」

「個人情報データベース等」とは、個人情報を含む情報の集合物であって、次に掲げるもの(利用方法からみて個人の権利利益を害するおそれが少ないものとして政令で定めるものを除く。)をいう(法第2条4項)。

- ① 特定の個人情報を電子計算機を用いて検索することができるように体系的に構成したもの
- ② 前号に掲げるもののほか、特定の個人情報を容易に検索することができるように体系的に構成したものとして政令で定めるもの

(2) 「利用方法からみて個人の権利利益を害するおそれが少ないものとして政令で定めるものを除く。」

政令(施行令)は、「政令で定めるもの」について、次のいずれにも該当するものと定めている(施行令第3条1項)。市販の電話帳、住宅地図等が例示されている(ガイドライン:通則編17頁)。

- | |
|---|
| ①不特定かつ多数の者に発行することを目的として発行されたものであって、かつ、その発行が法又は法に基づく命令の規定に違反して行われたものでないこと。 |
| ②不特定かつ多数の者により随時購入することができ、又はできたものであること。 |
| ③生存する個人に関する他の情報を加えることなくその本来の用途に供しているものであること。 |

(3) 「前号に掲げるもののほか、特定の個人情報を容易に検索することができるように体系的に構成したものとして政令で定めるもの」

政令(施行令)は、「個人情報を一定の規則に従って整理することにより特定の個人情報を容易に検索することができるように体系的に構成した情報の集合物であって、目次、索引その他検索を容易にするためのものを有するものをいう。」と定めている(施行令第3条2項)。

4 「保有個人データ」の定義

「保有個人データ」とは、「個人情報取扱事業者が、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を行うことのできる権限を有する個人データであって、その存否が明らかになることにより公益その他の利益が害されるものとして政令で定めるもの又は一年以内の政令で定める期間以内に消去することとなるもの以外のものをいう。」(法第2条7項)。

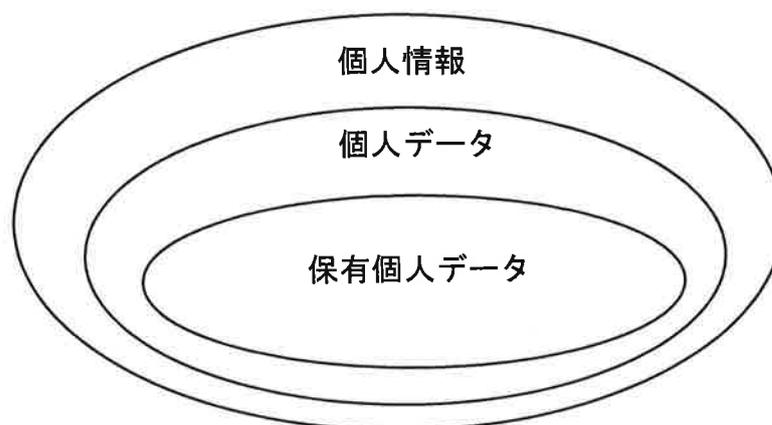
- (1) 「その存否が明らかになることにより公益その他の利益が害されるものとして政令で定めるもの」

政令(施行令)は、以下のものを「保有個人データ」から除外している(施行令第4条)。

①当該個人データの存否が明らかになることにより、本人又は第三者の生命、身体又は財産に危害が及ぶおそれがあるもの
②当該個人データの存否が明らかになることにより、違法又は不当な行為を助長し、又は誘発するおそれがあるもの
③当該個人データの存否が明らかになることにより、国の安全が害されるおそれ、他国若しくは国際機関との信頼関係が損なわれるおそれ又は他国若しくは国際機関との交渉上不利益を被るおそれがあるもの
④当該個人データの存否が明らかになることにより、犯罪の予防、鎮圧又は捜査その他の公共安全と秩序の維持に支障が及ぶおそれがあるもの

- (2) 「一年以内の政令で定める期間以内に消去することとなるもの」

政令(施行令)は、「期間」を「6月」としている(施行令第5条)。



Ⅱ 個人情報取扱事業者の義務

1 「個人情報取扱事業者」

「個人情報取扱事業者」とは、「個人情報データベース等を事業の用に供している者をいう。ただし、次に掲げる者を除く。」(法第2条5項)。

①国の機関
②地方公共団体
③独立行政法人等（独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成十五年法律第五十九号）第二条第一項に規定する独立行政法人等をいう。）
④地方独立行政法人（地方独立行政法人法（平成十五年法律第百十八号）第二条第一項に規定する地方独立行政法人をいう。）

2 「小規模の事業者」

改正前の個人情報保護法は、「その取り扱う個人情報の量及び利用方法からみて個人の権利利益を害するおそれが少ないものとして政令で定める者」を適用対象から除外していた（改正前の法第2条3項5号）。

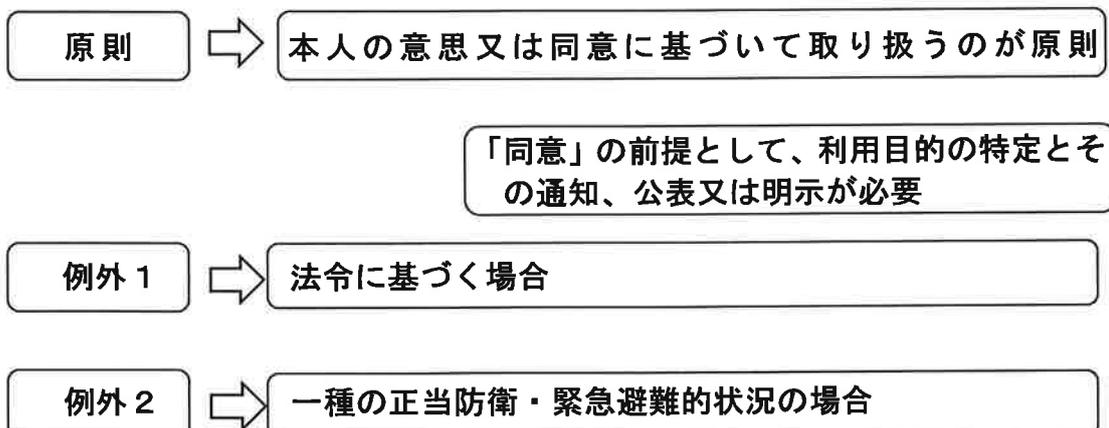
しかし、改正法は、この適用除外規定（同号）を廃止した。但し、「個人情報保護委員会は、…事業者等が講ずべき指針を策定するに当たっては、…特に小規模の事業者の事業活動が円滑に行われるように配慮するものとする。」（法附則第11条）とされている。

そして、ガイドライン（通則編）の別添「講ずべき安全管理措置の内容」は、「中小規模事業者」について、安全管理措置の「手法の例示」を行っている（86頁以下）。「中小規模事業者」とは、従業員の数が100人以下の個人情報取扱事業者とされている。但し、次に掲げる者を除く（ガイドライン：通則編86頁）。

①その事業の用に供する個人情報データベース等を構成する個人情報によって識別される特定の個人の数の合計が過去6月以内のいずれかの日において5,000を超える者
②委託を受けて個人データを取り扱う者

3 個人情報を取り扱う際の基本的な考え方

(1) 自分の情報は、原則として自分がコントロールできるという考え方が基本。



- (2) 「個人情報を取り扱う」(自己情報コントロールが及ぶ範囲)とは、個人情報の取得、加工、利用、提供、保存、開示、廃棄等の一切の行為である。
- (3) 個人情報取扱事業者としては、
- ① あらかじめ特定した利用目的のために個人情報を取得し、原則として、その利用目的の範囲内で取扱うこと
 - ② 要配慮個人情報を取得するときは、原則として、あらかじめ本人の同意を得ること
 - ③ 個人情報を第三者に提供するときは、原則として、あらかじめ本人の同意を得ること
 - ④ 本人から開示請求があったときは、原則として、開示すること等が必要である。

4 事業者としての基本方針の作成及び公表

「個人情報保護を推進する上での考え方や方針(いわゆる、プライバシーポリシー、プライバシーステートメント等)を明確化する」(閣議決定による個人情報の保護に関する基本方針の6(1))。

5 利用目的の特定

- 第15条 個人情報取扱事業者は、個人情報を取り扱うに当たっては、その利用の目的(以下「利用目的」という。)をできる限り特定しなければならない。
- 2 個人情報取扱事業者は、利用目的を変更する場合には、変更前の利用目的と関連性を有すると合理的に認められる範囲を超えて行ってはならない。

6 利用目的による制限

- 第十六条 個人情報取扱事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、前条の規定により特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。
- 2 個人情報取扱事業者は、合併その他の事由により他の個人情報取扱事業者から事業を承継することに伴って個人情報を取得した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前における当該個人情報の利用目的の達成に必要な範囲を超えて、当該個人情報を取り扱ってはならない。
- 3 前二項の規定は、次に掲げる場合については、適用しない。
- 一 法令に基づく場合
 - 二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
 - 三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
 - 四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務

を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

7 適正な取得

第17条 個人情報取扱事業者は、偽りその他不正の手段により個人情報を取得してはならない。

2 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、要配慮個人情報を取得してはならない。

一 法令に基づく場合

二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

五 当該要配慮個人情報が、本人、国の機関、地方公共団体、第七十六条第一項各号に掲げる者その他個人情報保護委員会規則で定める者により公開されている場合

六 その他前各号に掲げる場合に準ずるものとして政令で定める場合

※「その他前各号に掲げる場合に準ずるものとして政令で定める場合」(第2項6号)

- 一 本人を目視し、又は撮影することにより、その外形上明らかな要配慮個人情報を取得する場合
- 二 法第23条第5項各号に掲げる場合において、個人データである要配慮個人情報の提供を受けるとき。

8 取得に際しての利用目的の通知等

第18条 個人情報取扱事業者は、個人情報を取得した場合は、あらかじめその利用目的を公表している場合を除き、速やかに、その利用目的を、本人に通知し、又は公表しなければならない。

2 個人情報取扱事業者は、前項の規定にかかわらず、本人との間で契約を締結することに伴って契約書その他の書面(電磁的記録を含む。以下この項において同じ。)に記載された当該本人の個人情報を取得する場合その他本人から直接書面に記載された当該本人の個人情報を取得する場合は、あらかじめ、本人に対し、その利用目的を明示しなければならない。ただし、人の生命、身体又は財産の保護のために緊急に必要がある場合は、この限りでない。

3 個人情報取扱事業者は、利用目的を変更した場合は、変更された利用目的について、本人に通知し、又は公表しなければならない。

- 4 前三項の規定は、次に掲げる場合については、適用しない。
- 一 利用目的を本人に通知し、又は公表することにより本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
 - 二 利用目的を本人に通知し、又は公表することにより当該個人情報取扱事業者の権利又は正当な利益を害するおそれがある場合
 - 三 国の機関又は地方公共団体が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、利用目的を本人に通知し、又は公表することにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。
 - 四 取得の状況からみて利用目的が明らかであると認められる場合

9 データ内容の正確性の確保等

第19条 個人情報取扱事業者は、利用目的の達成に必要な範囲内において、個人データを正確かつ最新の内容に保つとともに、利用する必要がなくなったときは、当該個人データを遅滞なく消去するよう努めなければならない。

10 安全管理措置

第20条 個人情報取扱事業者は、その取り扱う個人データの漏えい、滅失又はき損の防止その他の個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない。

※ 講ずべき安全管理措置の内容

ガイドライン(通則編)41頁及び同別添の「講ずべき安全管理措置の内容」参照。

11 従業員の監督

第21条 個人情報取扱事業者は、その従業者に個人データを取り扱わせるに当たっては、当該個人データの安全管理が図られるよう、当該従業者に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

12 委託先の監督(第22条)

13 第三者提供の制限

第23条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

- 一 法令に基づく場合
- 二 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の

同意を得ることが困難であるとき。

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき。

2 個人情報取扱事業者は、第三者に提供される個人データ(要配慮個人情報を除く。以下この項において同じ。)について、本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止することとしている場合であって、次に掲げる事項について、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置くとともに、個人情報保護委員会に届け出たときは、前項の規定にかかわらず、当該個人データを第三者に提供することができる。

一 第三者への提供を利用目的とすること。

二 第三者に提供される個人データの項目

三 第三者への提供の方法

四 本人の求めに応じて当該本人が識別される個人データの第三者への提供を停止すること。

五 本人の求めを受け付ける方法

3 個人情報取扱事業者は、前項第二号、第三号又は第五号に掲げる事項を変更する場合は、変更する内容について、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置くとともに、個人情報保護委員会に届け出なければならない。

4 個人情報保護委員会は第二項の規定による届出があったときは、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、当該届出に係る事項を公表しなければならない。前項の規定による届出があったときも、同様とする。

5 次に掲げる場合において、当該個人データの提供を受ける者は、前各項の規定の適用については、第三者に該当しないものとする。

一 個人情報取扱事業者が利用目的の達成に必要な範囲内において個人データの取扱いの全部又は一部を委託することに伴って当該個人データが提供される場合

二 合併その他の事由による事業の承継に伴って個人データが提供される場合

三 特定の者との間で共同して利用される個人データが当該特定の者に提供される場合であって、その旨並びに共同して利用される個人データの項目、共同して利用する者の範囲、利用する者の利用目的及び当該個人データの管理について責任を有する者の氏名又は名称について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置いているとき。

6 個人情報取扱事業者は、前項第三号に規定する利用する者の利用目的又は個人データの管理について責任を有する者の氏名若しくは名称を変更する場合は、変更する内容について、あらかじめ、本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態に置かなければならない。

14 第三者提供に係る記録の作成等

第25条 個人情報取扱事業者は、個人データを第三者(第二条第五項各号に掲げる者を除く。以下この条及び次条において同じ。)に提供したときは、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、当該個人データを提供した年月日、当該第三者の氏名又は名称その他の個人情報保護委員会規則で定める事項に関する記録を作成しなければならない。ただし、当該個人データの提供が第二十三条第一項各号又は第五項各号のいずれか(前条の規定による個人データの提供にあつては、第二十三条第一項各号のいずれか)に該当する場合は、この限りでない。

2 個人情報取扱事業者は、前項の記録を、当該記録を作成した日から個人情報保護委員会規則で定める期間保存しなければならない。

※「個人情報保護委員会規則で定めるところにより」(第1項)

(第三者提供に係る記録の作成)

第12条 法第25条第1項の規定による同項の記録を作成する方法は、文書、電磁的記録又はマイクロフィルムを用いて作成する方法とする。

- 2 法第25条第1項の記録は、個人データを第三者(同項に規定する第三者をいう。以下この条、次条及び第15条から第17条までにおいて同じ。)に提供した都度、速やかに作成しなければならない。但し、当該第三者に個人データを継続的に若しくは反復的に提供(法第25条第2項の規定による提供を除く。以下この項において同じ。)したとき、又は当該第三者に対し個人データを継続的に若しくは反復的に提供することが確実であると見込まれるときの記録は、一括して作成することができる。
- 3 前項の規定にかかわらず、法第23条第1項又は法第24条の規定により、本人に対する物品又は役務の提供に関連して当該本人に係る個人データを第三者に提供した場合において、当該提供に関して作成された契約書その他の書面に次条第1項各号に定める事項が記載されているときは、当該書面をもって法第25条第1項の当該事項に関する記録に代えることができる。

※「その他の個人情報保護委員会規則で定める事項」(第1項)

(第三者提供に係る記録事項)

第13条 法第25条第1項の個人情報保護委員会規則で定める事項は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

- 一 法第23条第2項の規定により個人データを第三者に提供した場合 次のイからニまでに掲げる事項
- イ 当該個人データを提供した年月日
- ロ 当該第三者の氏名又は名称その他の当該第三者を特定するに足りる事

- 項(不特定かつ多数の者に対して提供したときは、その旨)
- ハ 当該個人データによって識別される本人の氏名その他の当該本人を特定するに足りる事項
 - ニ 当該個人データの項目
 - 二 法第23条第1項の規定により個人データを第三者に提供した場合 次のイ及びロに掲げる事項
 - イ 法第23条第1項又は法第24条の本人の同意を得ている旨
 - ロ 前号ロからニまでに掲げる事項
 - 2 前項各号に定める事項のうち、既に前条に規定する方法により作成した法第25条第1項の記録(当該記録を保存している場合におけるものに限る。)に記載されている事項と内容が同一であるものについては、法第25条第1項の当該事項の記録を省略することができる。

※ 「個人情報保護委員会規則で定める期間」(第2項)

(第三者提供に係る記録の保存期間)

第15条 法第25条第2項の個人情報保護委員会規則で定める期間は、次の各号に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ当該各号に定める期間とする。

- 一 第12条第3項の規定する方法により記録を作成した場合 最後に当該記録に係る個人データの提供を行った日から起算して1年を経過する日までの間
- 二 第12条第2項ただし書に規定する方法により記録を作成した場合 最後に当該記録に係る個人データの提供を行った日から起算して3年を経過する日までの間
- 三 前二号以外の場合 3年

※ ガイドライン(第三者提供時の確認・記録義務編)参照。

15 第三者提供を受ける際の確認等

第26条 個人情報取扱事業者は、第三者から個人データの提供を受けるに際しては、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、次に掲げる事項の確認を行わなければならない。ただし、当該個人データの提供が第二十三条第一項各号又は第五項各号のいずれかに該当する場合は、この限りでない。

- 一 当該第三者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあっては、その代表者(法人でない団体で代表者又は管理人の定めのあるものにあつては、その代表者又は管理人)の氏名
- 二 当該第三者による当該個人データの取得の経緯
- 2 前項の第三者は、個人情報取扱事業者が同項の規定による確認を行う場合において、当該個人情報取扱事業者に対して、当該確認に係る事項を偽って

はならない。

- 3 個人情報取扱事業者は、第一項の規定による確認を行ったときは、個人情報保護委員会規則で定めるところにより、当該個人データの提供を受けた年月日、当該確認に係る事項その他の個人情報保護委員会規則で定める事項に関する記録を作成しなければならない。
- 4 個人情報取扱事業者は、前項の記録を、当該記録を作成した日から個人情報保護委員会規則で定める期間保存しなければならない。

※ 「個人情報保護委員会規則で定めるところにより」(第1項)

(第三者提供を受ける際の確認)

- 第15条 法第26条第1項の規定による同項第1号に掲げる事項の確認を行う方法は、個人データを提供する第三者から申告を受ける方法その他の適切な方法とする。
- 2 法第26条第1項の規定による同項第2号に掲げる事項の確認を行う方法は、個人データを提供する第三者から当該第三者による個人データの取得の経緯を示す契約書その他の書面の提示を受ける方法その他の適切な方法とする。
 - 3 前二項の規定にかかわらず、第三者から個人データの提供を受けるに際して既に前二項に規定する方法による確認(当該確認について次条に規定する方法による記録の作成及び保存をしている場合におけるものに限る。)を行っている事項の確認を行う方法は、当該事項の内容と当該提供に係る法第26条第1項各号に掲げる事項の内容が同一であることの確認を行う方法とする。

※ 「個人情報保護委員会規則で定めるところにより」(第3項)

(第三者提供に係る記録の作成)

- 第16条 法第26条第3項の規定による同項の記録を作成する方法は、文書、電磁的記録又はマイクロフィルムを用いて作成する方法とする。
- 2 法第26条第3項の記録は、第三者から個人データの提供を受けた都度、速やかに作成しなければならない。但し、当該第三者から継続的に若しくは反復的に個人データの提供(法第23条第2項の規定による提供を除く。以下この項において同じ。)を受けたとき、又は当該第三者から継続的に若しくは反復的に個人データの提供することが確実であると見込まれるときの記録は、一括して作成することができる。
 - 3 前項の規定にかかわらず、本人に対する物品又は役務の提供に関連して第三者から当該本人に係る個人データの提供を受けた場合において、当該提供に関して作成された契約書その他の書面に次条第1項各号に定める事項が記載されているときは、当該書面をもって法第26条第3項の当該事項に関する記録に代えることができる。

※ 「その他の個人情報保護委員会規則で定める事項」(第3項)

(第三者提供を受ける際の記録事項)

第17条 法第26条第3項の個人情報保護委員会規則で定める事項は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める事項とする。

- 一 個人情報取扱事業者から法第23条第2項の規定による個人データの提供を受けた場合 次のイからホまでに掲げる事項
 - イ 当該個人データを提供を受けた年月日
 - ロ 法第26条第1項各号に掲げる事項
 - ハ 当該個人データによって識別される本人の氏名その他の当該本人を特定するに足りる事項
 - ニ 当該個人データの項目
- ホ 法第23条第4項の規定により公表されている旨
- 二 個人情報取扱事業者から法第23条第1項の規定により個人データの提供を受けた場合 次のイ及びロに掲げる事項
 - イ 法第23条第1項又は法第24条の本人の同意を得ている旨
 - ロ 前号ロからニまでに掲げる事項
- 三 第三者(個人情報取扱事業者に該当する者を除く。)から個人データの提供を受けた場合 第1号のロからニまでに掲げる事項
- 2 前項各号に定める事項のうち、既に前条に規定する方法により作成した法第26条第3項の記録(当該記録を保存している場合におけるものに限る。)に記載された事項と内容が同一であるものについては、法第26条第3項の当該事項の記録を省略することができる。

※ 「個人情報保護委員会規則で定める期間」(第4項)

(第三者提供に係る記録の保存期間)

第18条 法第26条第4項の個人情報保護委員会規則で定める期間は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める期間とする。

- 一 第16条第3項の規定する方法により記録を作成した場合 最後に当該記録に係る個人データの提供を行った日から起算して1年を経過する日までの間
- 二 第16条第2項ただし書に規定する方法により記録を作成した場合 最後に当該記録に係る個人データの提供を行った日から起算して3年を経過する日までの間
- 三 前二号以外の場合 3年

※ ガイドライン(第三者提供時の確認・記録義務編)参照。

17 保有個人データに関する事項の公表等(第27条)

18 開示

第28条 本人は、個人情報取扱事業者に対し、当該本人が識別される保有個人データの開示を請求することができる。

2 個人情報取扱事業者は、前項の規定による請求を受けたときは、本人に対し、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人データを開示しなければならない。ただし、開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を開示しないことができる。

- 一 本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合
- 二 当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
- 三 他の法令に違反することとなる場合

3 個人情報取扱事業者は、第一項の規定による請求に係る保有個人データの全部又は一部について開示しない旨の決定をしたとき又は当該保有個人データが存在しないときは、本人に対し、遅滞なく、その旨を通知しなければならない。

4 他の法令の規定により、本人に対し第二項本文に規定する方法に相当する方法により当該本人が識別される保有個人データの全部又は一部を開示することとされている場合には、当該全部又は一部の保有個人データについては、第一項及び第二項の規定は、適用しない。

19 訂正等(第29条)

20 利用停止等(第30条)

21 理由の説明

第31条 個人情報取扱事業者は、第二十七条第三項、第二十八条第二項、第二十九条第三項又は前条第五項の規定により、本人から求められ、又は請求された措置の全部又は一部について、その措置をとらない旨を通知する場合又はその措置と異なる措置をとる旨を通知する場合は、本人に対し、その理由を説明するよう努めなければならない。

22 開示等の求めに応じる手続

第32条 個人情報取扱事業者は、第二十七条第二項の規定による求め又は第二十八条第一項、第二十九条第一項若しくは第三十条第一項若しくは第三項の規定による請求(以下この条及び第五十三条第一項において「開示等の請求等」という。)に関し、政令で定めるところにより、その求め又は請求を受け付ける方法を定めることができる。この場合において、本人は、当該方法に従っ

- て、開示等の請求等を行わなければならない。
- 2 個人情報取扱事業者は、本人に対し、開示等の請求等に関し、その対象となる保有個人データを特定するに足りる事項の提示を求めることができる。この場合において、個人情報取扱事業者は、本人が容易かつ的確に開示等の請求等をすることができるよう、当該保有個人データの特定に資する情報の提供その他本人の利便を考慮した適切な措置をとらなければならない。
 - 3 開示等の請求等は、政令で定めるところにより、代理人によってすることができる。
 - 4 個人情報取扱事業者は、前三項の規定に基づき開示等の請求等に応じる手続を定めるに当たっては、本人に過重な負担を課するものとならないよう配慮しなければならない。

23 手数料

- 第33条 個人情報取扱事業者は、第二十七条第二項の規定による利用目的の通知を求められたとき又は第二十八条第一項の規定による開示の請求を受けたときは、当該措置の実施に関し、手数料を徴収することができる。
- 2 個人情報取扱事業者は、前項の規定により手数料を徴収する場合は、実費を勘案して合理的であると認められる範囲内において、その手数料の額を定めなければならない。

24 事前の請求

- 第34条 本人は、第二十八条第一項、第二十九条第一項又は第三十条第一項若しくは第三項の規定による請求に係る訴えを提起しようとするときは、その訴えの被告となるべき者に対し、あらかじめ、当該請求を行い、かつ、その到達した日から二週間を経過した後でなければ、その訴えを提起することができない。ただし、当該訴えの被告となるべき者がその請求を拒んだときは、この限りでない。
- 2 前項の請求は、その請求が通常到達すべきであった時に、到達したものとみなす。
 - 3 第二項の規定は、第二十八条第一項、第二十九条第一項又は第三十条第一項若しくは第三項の規定による請求に係る仮処分の申立てについて準用する。

25 個人情報取扱事業者による苦情の処理

- 第35条 個人情報取扱事業者は、個人情報の取扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない。
- 2 個人情報取扱事業者は、前項の目的を達成するために必要な体制の整備に努めなければならない。

【参考私案1】

個人情報の利用目的

〇〇法人〇〇〇〇は、ご利用者様、その代理人又はご家族様等の関係者の個人情報を、以下の目的に必要な範囲で利用させていただきます。

- (1) 訪問看護、介護予防訪問看護及び居宅介護支援を提供するため
 - ① 訪問看護、介護予防訪問看護及び居宅介護支援(以下「訪問看護サービス等」と言います。)の利用申込みに係る調整及び利用に係る契約締結のため。
 - ② 訪問看護サービス等を提供する上で解決すべき課題を把握するため。
 - ③ 居宅サービス計画、訪問看護計画等の介護サービスに係る計画を作成するため。
 - ④ 訪問看護サービス等の提供に関わる職員に対する情報伝達、指示監督のため。
 - ⑤ 市町村、他の介護サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との間で協議、照会その他連絡調整を行い、必要な連携を行うため。
 - ⑥ 利用者の状況及び訪問看護サービス等の実施状況を把握し、利用者又はその家族に説明するため。
 - ⑦ 利用者の病状が急変した場合又は利用者に事故が発生した場合の関係者への連絡、対応のため。
 - ⑧ 訪問看護サービス等の評価を行うため。
 - ⑨ 訪問看護サービス等の質の維持向上のため事業者内で調査研究及び職員研修を行うため。
 - ⑩ 以上のほか、訪問看護サービス等の提供に必要な事務のため。
- (2) 介護報酬等を請求し、支払いを受けるため
 - ① 市町村又は審査支払機関に介護報酬又は診療報酬を請求し、支払いを受けるため。
 - ② 市町村又は審査支払機関からの照会への回答のため。
 - ③ 利用者に利用料等を請求し、支払いを受けるため。
 - ④ 介護報酬等の計算管理その他会計及び経理事務のため。
 - ⑤ 以上のほか、介護報酬等を請求し、支払いを受けるのに必要な事務のため。
- (3) 市町村等に対し法令で定められた報告等を行うため
 - ① 訪問看護サービス等の提供により利用者に事故が発生した場合の市町村への連絡又は報告のため。
 - ② 市町村又は都道府県知事から報告、帳簿書類の提出等を求められ、又は立ち入り調査を受けた場合にこれに応じるため。
 - ③ 国民健康保険団体連合会から利用者の苦情に係る調査への協力又は報告等を求められた場合にこれに応じるため。
 - ④ 以上のほか、市町村等に対し、法令で定められた報告等を行うため。
- (4) その他の目的のため
 - ① 損害賠償保険の保険会社への連絡又は届出。
 - ② 訪問看護サービス等を学ぶ学生等への実習の協力。

【参考私案2】

個人情報の取得及び第三者提供同意書

(事業者) ○○法人○○○○ 御中

(ご利用者様)

住所 _____

氏名 _____ (印)

(ご利用者様代理人)

住所 _____

氏名 _____ (印)

下記1の私の個人情報を取得し、下記2のとおり私の個人情報を第三者に提供することに同意します。

記

1 取得する個人情報

別紙「個人情報の利用目的」の達成に必要な個人情報（次の①から④の要配慮個人情報を含む。）。

- ① 病歴
- ② 身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の個人情報保護委員会規則で定める心身の機能の障害
- ③ 医師その他医療に関連する職務に従事する者（医師等）により行われた疾病の予防及び早期発見のための健康診断その他の検査（健康診断等）の結果
- ④ 健康診断等の結果に基づき、又は疾病、負傷その他の心身の変化を理由として、本人に対して医師等により心身の状態の改善のための指導又は診療若しくは調剤が行われこと

2 個人情報の第三者提供

(1) 提供する個人情報

前記1の個人情報（前記1の①から④の要配慮個人情報を含む。）。

(2) 提供先の第三者

市町村、都道府県、主治医、介護サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者。

【参考私案3】

個人情報の第三者提供同意書

(事業者) ○○法人○○○○ 御中

(ご利用者○○○○様のご家族様)

住所 _____

氏名 _____ (印)

下記の条件で、私の個人情報を第三者に提供することに同意します。

記

(1) 提供する個人情報

別紙「個人情報の利用目的」の達成に必要な個人情報。

(2) 提供先の第三者

市町村、都道府県、主治医、介護サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者。

以上

○東京地方裁判所平成27年9月4日判決

主 文

- 1 第1事件被告Y1は、原告に対し、150万円及びこれに対する平成26年7月19日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 第2事件被告株式会社Y2は、原告に対し、130万円及びこれに対する平成26年7月7日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 3 原告のその余の請求をいずれも棄却する。
- 4 訴訟費用は、これを5分し、その1を第1事件被告及び第2事件被告の負担とし、その余を原告の負担とする。
- 5 この判決主文第1項及び第2項は、仮に執行することができる。

事実及び理由

第1 請求の趣旨

1 第1事件

第1事件被告Y1(以下「被告Y1」という。)は、原告に対し、1000万円及びこれに対する平成26年7月19日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 第2事件

第2事件被告株式会社Y2(以下「被告会社」という。)は、原告に対し、1000万円及びこれに対する平成26年7月7日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2 事案の概要

本件は、原告が、原告が訪問介護サービス利用契約を締結した被告会社の従業員であった被告Y1が、インターネット上に原告のプライバシーを侵害し、名誉を毀損する記事を掲載し、これによって原告が損害を被ったと主張して、被告Y1に対しては不法行為に基づき、被告会社に対しては不法行為(使用者責任)又は債務不履行責任に基づき、それぞれ損害賠償1000万円及びこれに対する遅延損害金の支払を求める事件である。

第3 前提となる事実

本件の前提となる事実(争いのない事実、証拠又は弁論の全趣旨により容易に認められる事実)は、以下のとおりである。

- 1 原告は、大正14年生まれ脚本家、映画監督である。
- 2 被告会社は、介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業等を目的とする株式会社である。
- 3 被告Y1は、平成24年10月16日から平成25年6月23日まで、被告会社の従業員であった者である(争いのない事実)。
- 4 原告は、平成25年5月21日、被告会社との間で、指定訪問介護サービス利用契約(以下「本件契約」という。)を締結した。
- 5 被告会社は、本件契約に基づき、平成25年5月27日、同年6月3日、同月6日の3回、訪問介護員として被告Y1を原告宅に派遣したが、その後、本件契約は解除された(以上について、争いのない事実)。
- 6 被告Y1は、インターネット上に開設した自己のブログサイト(「Y1 (以下略)」と題するもの。)に、平成25年6月8日午後7時36分ころ、「〇〇歳のX1と故A」との表題の記事(以下「6月記事」という。)を、同年9月5日午前0時47分ころ、「訪問介護の個人情報漏洩」との表題の記事(以下「9月記事」という。)をそれぞれ掲載した(争いのない事実)。

第4 原告の主張(略)

第5 被告Y1の主張(略)

第6 被告会社の主張(略)

第7 当裁判所の判断

1 認められる事実

前記前提事実のほか、各掲記の証拠及び弁論の全趣旨によって認められる事実は下記のとおりである。

- (1) 指定居宅サービスにおける利用者の秘密の保持に関する法令の概要は、別紙3記載のとおりである。
- (2) 本件契約には、秘密の保持について別紙4の1記載の定めがあり、被告会社は、本件契約締結の際、原告の成年後見人に対し、同2記載の内容のある重要事項説明書を交付した。
- (3) 被告会社の従業員のB(以下「B」という。)は、平成24年10月12日ころ、求人募集に応募してきた被告Y1の採用面接を行った。Bは、面接で、被告Y1が介護員養成研修2級の課程を修了していること、デイサービスの会社で二、三年働いていたことがあることを確認し、被告Y1を採用することにした。
- (4) 被告会社では、新規に採用された者について座学等の研修は行わず、担当の引継ぎと研修を兼ねて、キャリアの長い従業員に同行して訪問介護を行わせることとしており、被告Y1も、被告会社に採用されたあと、引継ぎも兼ねて、キャリアが15年程度の従業員と一緒に3回程度訪問介護を行った。しかし、被告会社において、被告Y1に対し、利用者等のプライバシーや名誉を侵害してはならないことについて、研修を行ったことを示す証拠はない。
- (5) 被告Y1が、Bの指導を無視するといったことがあったことから、被告会社は、平成25年6月23日、被告Y1を解雇した。
- (6) 被告Y1は、平成25年6月8日、別紙1記載の各記述のある6月記事をインターネット上に掲載し、不特定多数の者が閲覧できる状態にした。

被告会社は、平成25年8月31日、〇区役所から6月記事の存在を知らされた。

Bは、被告Y1に対し、6月記事の削除を求めるとともに、原告宅に謝罪に行くよう求めた。被告Y1は、Bから連絡があった後、6月記事を削除した。

その後、被告Y1は、平成25年9月5日、別紙2記載の各記述のある9月記事を掲載し、不特定多数の者が閲覧できる状態とし、同日中に同記事を削除した。

2 被告Y1の不法行為責任について

(1) プライバシー侵害について

ア 人の私生活を公開することがプライバシー侵害として不法行為となるには、その公開された内容が、私生活上の事実又は私生活上の事実らしく受け取られるおそれがあることがらであること、一般人の感受性を基準にして被侵害者の立場に立った場合公開を欲しないであろうと認められることがらであること、一般の人々にまだ知られていないことがらであることが必要である。

イ 6月記事は、原告が認知症に罹患していること、歯磨きや服の着替え等日常生活の動作を1人でこなすことができないこと、服薬の理由がわからなくなっていること、部屋を歩き回っていることなど、認知症を患っている原告の自宅における日常の様子を公開するものであって、その内容は、原告の私生活上の事実又は私生活上の事実らしく受け取られるおそれがあるもので、かつ、一般人の感受性を基準とすれば、かかる事項は秘匿し、公開を欲しないであろうと認められるものであるといえる。また、原告の養女である、Cの著書である「Aが愛した男」には、原告が「多少ボケた」旨の記載があるが(甲第4号証)、これによっても、上記の原告の私生活

上の事実又は私生活上の事実らしく受け取られるおそれのある事実が一般の人々に知られていない事実でないとはいえない。

ウ 9月記事についても、6月記事と同様、原告が認知症に罹患していること、歯磨きを一人ですることができないこと、部屋を歩き回っていることなど、認知症を患っている原告の自宅における日常の様子を公開するもので、その内容は、私生活上の事実又は私生活上の事実と受け取られるおそれのある事実で、一般人の感受性を基準として被侵害者の立場に立った場合、公開を欲しないものである。

エ 被告Y1は、プライバシー侵害となる記事を自ら掲載し不特定多数の者が閲覧できる状態にしているから、不法行為の故意が認められる。

オ したがって、被告Y1が、6月記事及び9月記事を掲載した行為は、原告に対するプライバシー侵害にあたり、一連の不法行為を構成する。

(2) 名誉毀損について

ア 名誉毀損とは、公然と事実を摘示して、人の品性、徳行、名声、信用等の人格的価値について社会から受ける客観的評価の低下をもたらす行為であり、ある記事の内容が摘示している事実がどのようなものであるか、また記事が人の社会的評価を低下させるか否かについては、一般の読者の通常の注意と読み方を基準として判断すべきである。

イ 6月記事には、原告が名誉毀損に該当すると主張する別紙1「記述目録1」2記載の各記述部分があり、これは一般の読者の通常の注意と読み方を基準とすれば、原告が認知症に罹患していること、それが薬を服用する理由がわからない程度に進行していること、の各事実を摘示するものと認められる。

そして、一般の読者の通常の注意と読み方を基準とすれば、上記の事実の摘示は、原告の社会的評価を低下させるものである。

ウ これに対し、被告らは、6月記事中には、「性格は出る。X1は、どこまでも穏やかな人」「天使のように優しく穏やかなX1のことは」、「高名な方だけあって…上品さは失われていない」、「こんな素敵なお家で、養女やヘルパーのケアを受けて、何不自由なく余生を送るX1氏は、幸せですね。」の記載があり、6月記事全体をみれば、原告の社会的評価を低下させるものではない旨主張し、6月記事中にそのような記述のあることは認められる。

しかし、一般の読者の通常の注意と読み方を基準とすれば、上記のような記述の有無にかかわらず、6月記事中における具体的な事実の摘示は、原告の社会的評価を低下させるというべきである。

エ 9月記事にも、原告が名誉毀損に該当すると主張する別紙2「記述目録2」2記載の各記述があり、これは原告が認知症に罹患しているとの事実を摘示するもので、かかる事実の摘示は、6月記事と同様に、原告の社会的評価を低下させるものである。

オ したがって、被告Y1が、6月記事及び9月記事を掲載した行為は、原告に対する名誉毀損にあたり、前記(1)オと一連の不法行為を構成する。

(3) 損害

上記のとおり、6月記事及び9月記事の掲載は、原告のプライバシーを公開し、社会的評価を低下させる行為であり、これにより原告は精神的苦痛を被ったと認められる(このことは、原告が成年被後見人であっても否定されない。)

そして、原告が著名な脚本家、映画監督であること(甲第3号証、第4号証)、6月記事及び9月記事中のプライバシー侵害又は名誉毀損に該当する記述部分の内容、6月記事及び9月記事が原告から訪問介護の依頼を受けた被告会社から派遣された訪問介護員である被告Y1に

よって掲載されたことその他本件の経緯を考慮すれば、原告の精神的苦痛に対する慰謝料としては、150万円が相当である。

(4) 結論

したがって、被告Y1は、原告に対し、不法行為に基づく損害賠償150万円及びこれに対する不法行為の日の後である平成26年7月19日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金を支払う義務がある。

3 被告会社の責任について

(1) 不法行為責任について

ア 被告会社は、被告Y1の行為は、私的に開設したブログサイトにブログ記事を掲載したもので被告会社の事業の執行についてなされたものであるとはいえないと主張する。

まず、6月記事は、被告Y1が被告会社の原告担当の訪問介護員として原告宅に3回目の訪問をした翌々日にかつ被告Y1が被告会社の従業員であった間に掲載したもので、その内容も被告の事業である訪問介護中に知ったとする事実であり、被告Y1の行為は、被告会社の事業の執行行為を契機としてなされたこれと密接関連性を有する行為であるから、事業の執行についてなされたものであるというべきである。

しかし、被告Y1が9月記事を掲載した時点では、被告Y1は既に被告会社を解雇されていて被告会社の被用者ではなく、もはや原告を担当する訪問介護員としての実態もなかったのであり、被用者でなくなってから2ヶ月以上経過した後の被告Y1の行為を被告会社の事業の執行についてなされたということは困難である。

イ 被告会社は従業員の私的な時間におけるブログの書込み行為まで制御することはできず、選任及び監督について、相当の注意をした旨主張する。

しかし、訪問介護事業は利用者の私的領域である自宅にて介護を行う以上、必然的に利用者のプライバシー等に触れることになること、近年では個人がインターネット上に情報発信を行うことも容易にできる状況にあることを考慮すれば、訪問介護事業者としては、その従業員の選任及び監督にあたっては、利用者のプライバシーや名誉を侵害することがないように従業員を十分に指導監督する必要があるというべきであるのに、被告会社においては、被告Y1に関しては、前記1(4)のとおり、この点について何らの注意が払われていなかった。

したがって、被告会社は、被告Y1の選任及び監督について相当の注意をしたとは認められない。

ウ したがって、被告会社は、被告Y1が6月記事を掲載した行為につき、使用者責任に基づき損害賠償責任を負うが、9月記事の掲載については、使用者責任は認められない。

(2) 債務不履行責任について

ア そこで、被告Y1による9月記事の掲載についての被告会社の債務不履行責任について検討する。

イ 被告会社は、本件契約14条に基づき、従業員をして利用者の秘密を漏洩させない債務を負っており、東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例34条2項の趣旨に照らせば、被告会社の上記義務は、従業員であった者に利用者の秘密を漏洩させない義務を含んでいると解釈できる。

また、守秘義務の性質上、被告会社は、本件契約が解除された後も、原告に対し、同様の債務を負い続けると解すべきである。

しかし、前記2(1)ウのとおり、9月記事が掲載されたことにより被告会社の従業員であった被告Y1が被告会社の業務上知り得た利用者原告の秘密が漏洩しているのであるから、被告会

社には上記債務の不履行がある。なお、被告会社が被告Y1を解雇するにあたり、被告Y1に秘密保持の指導をする等した事実も認められないから、上記債務不履行が被告会社の責に帰することができないものともいえない。

- ウ 他方、本件契約が、被告会社の元従業員が原告の名誉を侵害しないようにする債務を、被告会社が本件契約の終了後も原告に対して負い続けるとの内容を包含するとまで解釈することはできず、9月記事による原告に対する名誉毀損が被告会社の原告に対する本件契約上の債務不履行となるとはいえない。

(3) 損害について

以上のとおり、被告会社は6月記事によるプライバシー侵害及び名誉毀損について不法行為責任(使用者責任)を負い、9月記事による秘密の漏洩について債務不履行責任を負う。

そして、原告が著名な脚本家で映画監督であること(前記2(3))、6月記事中のプライバシー侵害又は名誉毀損に該当する記述部分の内容、9月記事中のプライバシー(秘密)侵害に該当する記述部分の内容、6月記事に関する不法行為が、訪問介護員である被告Y1により行われたこと、被告会社が指定居宅介護事業を営む会社であり本件契約上の秘密保持義務は重要な義務であること、6月記事と9月記事の掲載の先後関係やインターネット上への掲載期間の長短その他本件の経緯を考慮すると、6月記事に関する不法行為に該当する慰謝料としては、100万円が相当であり、9月記事に関する債務不履行による原告の精神的損害に対する慰謝料としては30万円が相当である。

(4) 結論

以上によれば、被告会社は、原告に対し、不法行為に基づく損害賠償130万円及びこれに対する不法行為の日の後である平成26年7月7日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金並びに債務不履行に基づく損害賠償30万円及びこれに対する訴状送達日の翌日である同日から支払済みまで同法所定の年5分の割合による遅延損害金を支払う義務がある。

第8 結語

よって、原告の請求は、被告Y1に対し、150万円及びこれに対する平成26年7月19日から支払済みまで年5分の割合による金員の支払並びに被告会社に対し130万円及び同月7日から支払済みまで年5分の割合による金員の支払を求める限度で理由があるからこれを認容し、その余はいずれも理由がないからこれを棄却することとして、主文のとおり判決する。

(別紙1)記述目録1

- 1 プライバシー侵害(略)
- 2 名誉毀損(略)

(別紙2)記述目録2

1 プライバシー侵害

(1) 訪問介護の個人情報漏洩

訪問介護職の人！もしお客さんが有名人だった場合。その情報をインターネットに公開すると、こうなりますよ。参考に！！

※ この記事＝他者例ですが、ひょっとして私例かもしれません。

文中使用名は、仮名ですが、ひょっとして実例かも知れません。どちらであるかは内緒にしますが、勝手に察してください！話は99%実話です。便宜的に、私例的な表記にしま

す。

※ 文中の役所名を中央区役所としておりますが、こちらは仮名で実際は〇区役所です。

私の登録している訪問介護事業所Dより連絡があった。「ブログ記事が訪問介護客の個人情報漏洩に当たる、と中央区役所から指摘されたので記事を削除して欲しい」とのこと。(その記事は★のところ)

(2) ★記事内容★(略)

(3) 「X1ちゃん@認知症」の情報漏えいなんてさ、実害あるか？

SMAPほど有名な訳ではないし、X1ちゃんなんて今回初めて知ったくらいだし。第一、当のX1ちゃんは認知症だから、損害賠償なんてしないわ！

(4) 本当に勉強になったが、おしゃべりが過ぎるぞ、私。ちょい反省です。といいつつ、ここでもX1ちゃんなんて引っ張り出してるんだから、懲りてないね、私。なあに、X1ちゃんなんてジジイ、他にもたくさんいらあ。

2 名誉毀損(略)

(別紙3)

1 介護保険法(平成9年法律第123号)抜粋(略)

2 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準抜粋(略)

3 東京都指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する条例抜粋
(趣旨)

1条 この条例は、介護保険法74条2項の規定に基づき、東京都の区域(八王子市を除く地域をいう。)における指定居宅サービス等の事業の運営に関する基準を定めるものとする。

(秘密保持等)

34条1項 指定訪問介護事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2項 指定訪問介護事業者は、従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

(別紙4)

1 個人情報の保護及び管理(第14条)

(1) 事業者およびサービス従業者は、サービス提供上で知り得た利用者やその家族に関する秘密、個人情報等について、利用者の生命、身体に危険が及ぶような正当な理由がない限り、個人情報に関連する法令その他関連法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守(ママ)し、契約中および契約終了後も第三者に洩らすことはありません。

(2) 事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録資料を厳重に保管し、また保存期限が過ぎたものは、第三者への漏洩することなく処分いたします。

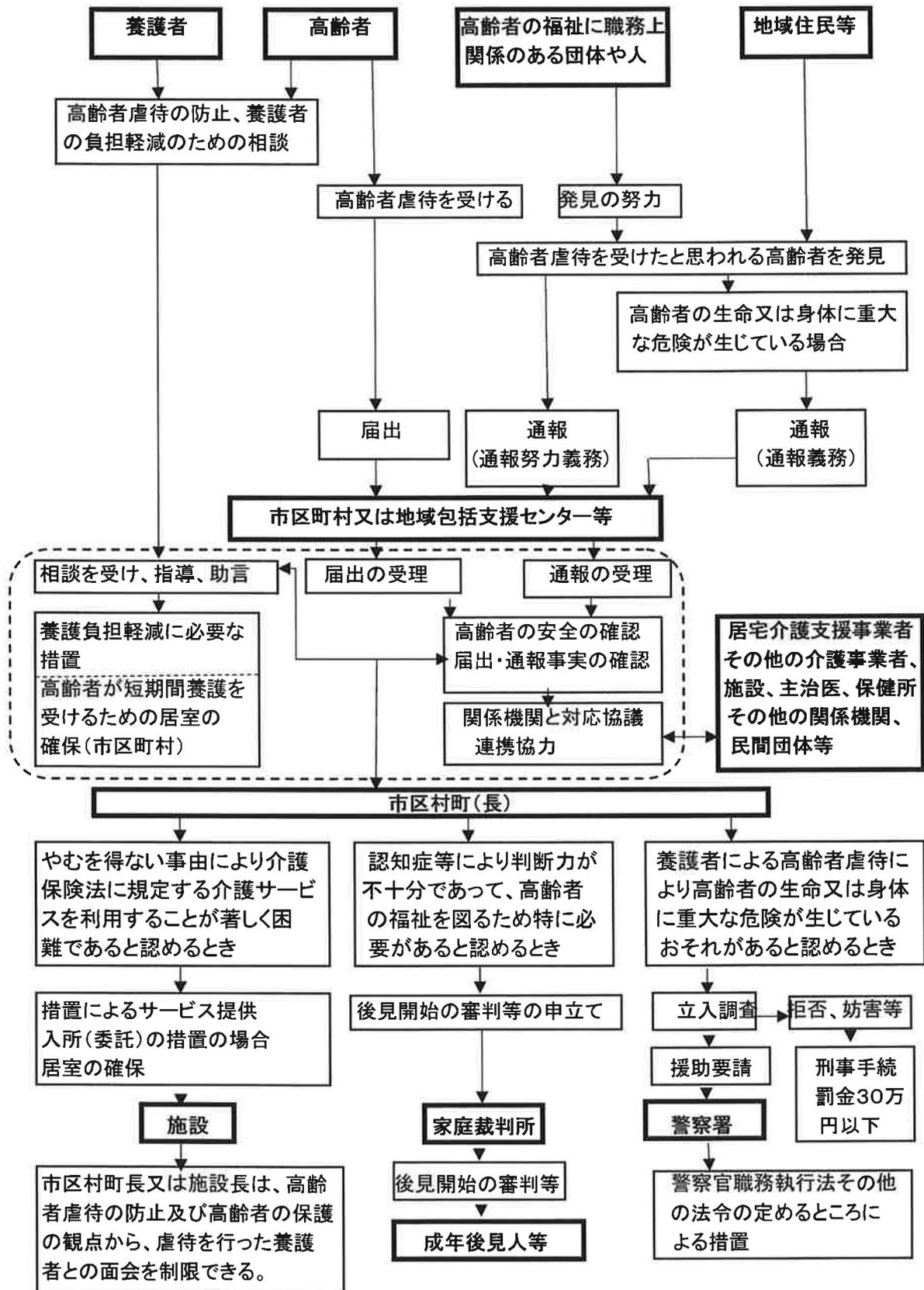
2 当事業所は、お客様にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らすことはありません。契約終了後も同様です。

○「高齢者虐待」の定義

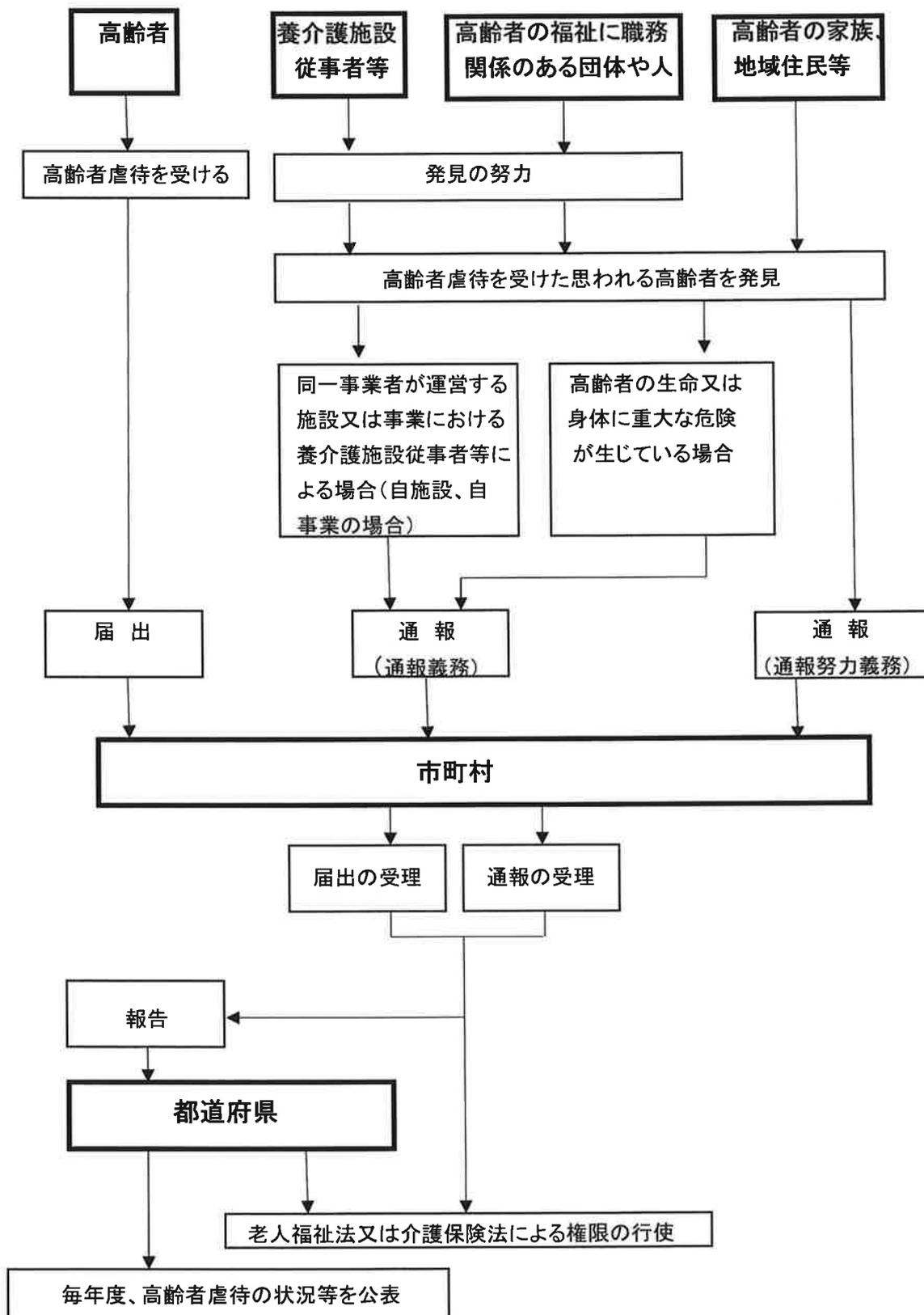
	誰が (虐待の主体)	誰に対し (虐待の客体)	いかなる行為をすることか (虐待の態様)	種別
養護者による 高齢者虐待	養護者(高齢者を現に養護する者であつて養介護施設従事者等以外の者)が (第2条2項、同条第4項第1号)	その養護する高齢者(65歳以上の者)に対し (第2条1項、同条第4項第1号)	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること (第2条第4項第1号イ)	身体的虐待
			高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人による身体的虐待、心理的虐待、性的虐待と同様の行為の放置等養護を著しく怠ること (第2条第4項第1号ロ)	ネグレクト
			高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと (第2条第4項第1号ハ)	心理的虐待
			高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること (第2条第4項第1号ニ)	性的虐待
養護者又は高齢者の親族が (第2条第4項第2号)	当該高齢者 (第2条第4項第2号)	高齢者の財産を不当に処分することその他高齢者から不当に財産上の利益を得ること (第2条第4項第2号)	経済的虐待	

養介護施設従事者等による 高齢者虐待	老人福祉施設、有料老人ホーム、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域包括支援センター(養介護施設)の業務に従事する者が (第2条第5項第1号)	当該養介護施設に入所し、その他当該養介護施設を利用する高齢者に対し (第2条第5項第1号) ※平成24年10月1日からは65歳未満の者にも適用。	高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること (第2条第5項第1号イ)	身体的虐待
			高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、その他の高齢者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ること (第2条第5項第1号ロ)	ネグレクト
			高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと (第2条第5項第1号ハ)	心理的虐待
			高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること (第2条第5項第1号ニ)	性的虐待
			高齢者の財産を不当に処分することその他高齢者から不当に財産上の利益を得ること (第2条第5項第1号ホ)	経済的虐待
老人居宅介護支援事業、居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、居宅介護支援事業、介護予防サービス事業、地域密着型介護予防サービス事業、介護予防支援事業(養介護事業)において業務に従事する者が (第2条第5項第2号)	当該養介護事業に係るサービスの提供を受ける高齢者に対し (第2条第5項第2号) ※平成24年10月1日から65歳未満の者にも適用。	身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待、性的虐待又は経済的虐待を行うこと (第2条第5項第2号)		

○「養護者による高齢者虐待」への対応の仕組み



○「養介護施設従事者等による高齢者虐待」への対応の仕組み



○京都地方裁判所平成26年7月25日判決

主 文

被告人を懲役3年に処する。

この裁判が確定した日から5年間その刑の執行を猶予する。

その猶予の期間中被告人を保護観察に付する。

理 由

(犯罪事実)

被告人は、子供の頃から学業が優秀であったため、実母であるA(以下「母親」という)の期待を一身に担い、大学卒業後もいわゆるキャリア官僚の道を順調に歩んでその期待に応えていたが、平成11年頃、病気になるなどして、職場において降格させられるなどして、母親の期待に応えられなくなったことなどから挫折感を味わい、精神的に落ち込むようになった。

そして、被告人は、その実家において母親と二人で暮らすようになったが、平成19年12月に母親が脳内出血で倒れて以降は、介護を行いながら勤務を続けざるを得ない状況となり、平成20年12月には、精神的に落ち込み職場に行けない状態になった自分の苦しさを母親が理解してくれず、心ない言葉を投げかけられたとして母親の首を絞めるといった傷害事件を起こして執行猶予付きの懲役刑判決を受け、職も失うことになった。その後、被告人は、母親以外の者との交流を絶ち、母親と二人だけの生活の中で母親への依存を一層強めるとともに、母親の介護をする者は自分しかおらず、母親も自分の介護を望んでいるとの思いから、強い義務感の下、一部ヘルパーの援助などを利用する以外は、母親の介護を一身に引き受ける毎日を送っていた。

ところが、平成25年9月以降、母親の健康状態が悪化し、介護の負担が増す中、母親から「あなたが首を絞めたせいで、こんな体になった」等の言葉を浴びせかけられたり、介護施設を利用することを拒否されたことなどから、次第に母親を介護することにストレスを募らせ、介護の限界を感じるようになった。被告人は、訪問看護の看護師等に対して介護疲れについて頻繁に相談したが、母親が介護施設への入居を強く拒んでいたことや被告人自身も母親と離れがたく思っていたことなどから、状況が打開されることはなかった。

そのような中、平成26年2月5日午前2時頃、被告人は、階下の物音に目を覚まし、母親を心配してその様子を見に行き、母親が床にこぼした水を被告人において拭いていた際、このようなことをしなければならぬのは、母親が車いすを使って欲しいとの自分の頼みに従わず、杖に頼って歩こうとするせいだと情けなく思い、母親に対し、「こんなことやったら、入院するか、施設に入るか、どっちかにして」などと言ったものの、「嫌よ」とすげなく拒絶されたことから、いよいよ自分にできる介護の限界を超えていると感じ、このような生活を終わらせるため、母親を殺害しようと考えた。被告人は、一度冷静になろうと思い自室に戻る等したものの、それでもなお、このような生活

が続くことには耐えられないとの思いが頭から離れず、母親を殺害しようと決意し、同日午前5時42分頃、京都府長岡京市(以下略)の当時の被告人方の母親の居室において、ベッドで横になっていた母親(当時77歳)に対し、殺意をもって、その腹部に馬乗りになった上、その頸部にドライヤーのコードを巻き付け強く絞め付けたが、母親の苦しむ姿を見るなどして自分の意思で犯行を中止したため、母親に加療約1か月間を要する頸部索状痕等の傷害を負わせたにとどまり、殺害するには至らなかった。

(証拠)(略)

(法令の適用)(略)

(量刑の理由)

本件は、長年にわたり母親の介護を続けていた被告人が、自分のできる介護の限界を超えていると感じながらも、その状況を打開できないまま、思い詰めて母親を殺害しようとしたが、我に返って犯行を自ら中止するとともに、110番通報して自首した殺人未遂の事案である。被告人は、本件以前にも母親の首を絞める傷害事件を起こして執行猶予となったり、その後、更に、母親の首を絞めて起訴猶予となりながら、上記執行猶予期間が満了して2年も経たないうちに、更に犯行をエスカレートさせて、確定的な殺意をもって、被害者を死亡させる危険性の高い本件犯行に及んでいる。この点は強く非難されなければならない、実刑に処すことも十分に考えられる。

しかし、前記のとおり中止未遂が成立することに加え、その経緯において、被告人のみを非難できないところもある点を重視すべきであると考えた。すなわち、なるほど、検察官の指摘するとおり、客観的にみれば、被告人は専門家の援助を容易に受けられる状況にあり、本件犯行を避けるために取り得る手段はあった。しかし、被告人と母親が相互に強く依存し合い、母親が被告人と同居し、その介護を受けることを強く望み、介護施設への入所を強く拒絶していた当時の状況に照らせば、被告人において、母親を介護施設に入れて別々の生活を歩むということは現実には相当困難であったと考えられる。それができず、本件犯行に至ったことについて、被告人のみを強く非難するのはいささか酷である。

以上のほか、被害者である母親が被告人の処罰を求めていることや、犯行直後に自首し、以後、一貫して、罪を認めて反省の言葉を述べていること、本件を機に、被告人と母親が長年同居していた実家を売却し、住居を別にする手段を講じるなど再犯防止のための環境調整がある程度なされていること、被告人が約半年間身柄を拘束されており、一定の制裁を受けていると評価しうることなども、被告人に有利に考慮した。

そうすると、被告人に対し、実刑判決を科すのは、若干のちゅうちょを覚えることから、今回については、保護観察に付して、専門家の援助が得られるようにした上で、社会内で更生する最後の機会を与えるのが妥当との結論に至った。

(求刑 懲役5年)

—MEMO—

—MEMO—

—MEMO—

運営管理総論② 看護管理概論

看護管理に必要な知識体系、看護管理者の役割と活動

オフィスKATSUHARA 代表
勝原 裕美子 氏

勝原 裕美子（かつはら ゆみこ）先生

学歴

1985年	3月	同志社大学文学部英文学科卒業	文学士
1993年	3月	聖路加看護大学卒業	学士（看護学）
1997年	3月	神戸大学経営学研究科博士課程前期終了	経営学修士
2003年	3月	神戸大学経営学研究科博士後期課程修了	博士（経営学）

職歴

1985年	4月	株式会社 京阪百貨店入社	
1993年	4月	国立循環器病センター看護部	勤務
1994年	4月	兵庫県立看護大学	教育・管理看護学 助手
1999年	4月	//	講師
2003年	4月	//	助教授
2004年	4月	兵庫県立大学看護学部	看護基礎領域看護システム学 助教授
2007年	4月	聖隷浜松病院	副院長兼総看護部長
2016年	3月	同病院	退職
2016年	11月	京都岡本記念病院法人顧問	
		上尾中央総合病院看護顧問	
2016年	12月	オフィスKATSUHARA	代表

主な研究テーマ

- ・医療機関における倫理
- ・看護師のキャリア発達
- ・医療の質向上
- ・ベンチマーク

著書

「組織で生きる：管理と倫理のはざままで」（医学書院）「看護師のキャリア論」（ライフサポート社）、「語りと騙り間」（共著：ナカニシヤ出版）、「看護師になるには」（共著：ペリかん社）、「看護サービス管理」（共著：医学書院）、「社会の中の看護」（共著：日本看護協会出版会）、「ライフサポート」（共訳：日本看護協会出版会）、「臨地実習のストラテジー」（監訳：訳 医学書院）、「困難に立ち向かう看護」（監修：エグゼビア・ジャパン）、「ピー・アサーティブ」（医学書院）、「コード・グリーン：利益重視の病院と看護の崩壊劇」（翻訳：日本看護協会出版会）、「看護理論の臨床活用」（編集：日本看護協会出版会）、「看護管理学習テキスト：看護管理基本資料集」（編集：日本看護協会出版会）、「看護管理学習テキスト看護組織論」（編集：共著 日本看護協会出版会）、「看護管理学習テキスト看護における人的資源活用論」（共著：日本看護協会出版会）など その他、論文は多数

その他

日本看護管理学会理事、日本看護倫理学会評議員、日本医療・病院管理学会社員他



平成29年度
訪問看護管理者養成研修「看護管理概論」

平成29年10月13日（金）

オフィスKATSUHARA
代表 勝原裕美子

THINK GLOBAL ACT LOCAL

- 木を見て森を見ず・・・にならぬように
- 管理者だからこそ、全体を知って、目の前の事象に向き合ってほしい

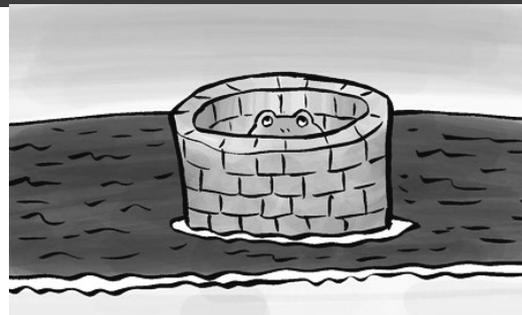
- 不妊治療
- 在宅医療の推進
- がん対策
- 地域包括システム
- 特定行為研修
- 2035年問題に関連する地域連携
- 地域偏在
- 認知症予防、対策 新オレンジプラン
- 看護体制
- WLB 子育て+介護
- 潜在看護師再就職支援
- 免疫療法の新薬開発
- パートナーシップ
- 診療報酬・介護報酬同時改定
- 虐待対策
- 出生前診断

3

たとえば、

- 日本の医療制度はどのような方向性なのか？
- 最近の日本看護協会HPIにはどのようなことが書かれているか？
- 自分の所属する学会が、今一番力を入れて取り組んでいることは何か？
- 所属組織のめざしている方向性は？

といったことに、
どのくらい答えられますか？



井の中の
蛙の
大海を
知らず

4

講義内容

- 看護管理とは
資源、マネジメントサイクル
- 看護管理の実際
- 看護を社会に役立てるための管理
可視化、ベンチマーク、診療報酬・介護報酬
- 行政や他団体、他機関との関係性を考慮した管理
政治への関心、情報、パワー

5

オープン・システムとクローズド・システム



6

組織を取り巻く環境

内部環境

外部環境

7

組織管理を考えるにあたって 一組織は何のためにあるのでしょうか

- 皆さんは、「組織」と聞くと、どのような事を思い浮かべますか？
- 皆さんは、なぜ「組織」に属しているのでしょうか？
- 皆さんは、「組織」の中の自分の役割をどのように理解していますか？

参考資料：多様な組織観と人間観 金井壽宏「経営管理」p.14-15

8

組織とは

- 二人またはそれ以上の人間の意識的に調整された行動または諸力のシステムである。

By バーナード

9

組織の基本要素

- 共通の目的
- 協働の意思
- コミュニケーション

10

組織論の系譜

- 科学的管理法
- 官僚制組織
- 人間関係論
- 人間資源論
- 近代組織論
- コンティンジェンシー理論

11

管理プロセスと看護過程

(「看護サービス管理第3版」P.64図3-5一部改変)

■ 管理プロセス

1. 組織情報の収集
2. 問題点の洗い出し
3. 問題点の分析
4. 目標設定
5. 計画化
6. 組織化
7. 行動
8. 統制

■ 看護過程

1. 患者情報の収集
2. 問題点の洗い出し
3. 問題点の整理・明確化
4. 解決目標の設定
5. 計画立案

6. 実施
7. 評価

12

「管理」って

- なんだか、難しい言葉に思うかもしれません。
- あるいは、管理者だから当然やっているわよって思うかもしれません。
- どちらもアタリです。簡単なことではありませんが、誰もがやっていることです。
- すなわち、やり繰りをすることです。
- でも、自転車操業のやり繰りはしんどいです。
- できることなら、余裕を持ってやり繰りしたいし、時には投資もしたいし、余剰が出れば美味しいものも食べたいですね。
- いやいや、逆かもしれませんね。美味しいものを食べたいから、ゆとりあるやり繰りをしたいですね。

13

管理（マネジメント）って...？

- ふだんの皆さんの生活の中に「管理（マネジメント）」：つまりやり繰りはいっぱいあります。

例) 仕事をしながら子育てをする
月収や年収に応じた生計を立てる
ストレス発散のために旅行する

などなど

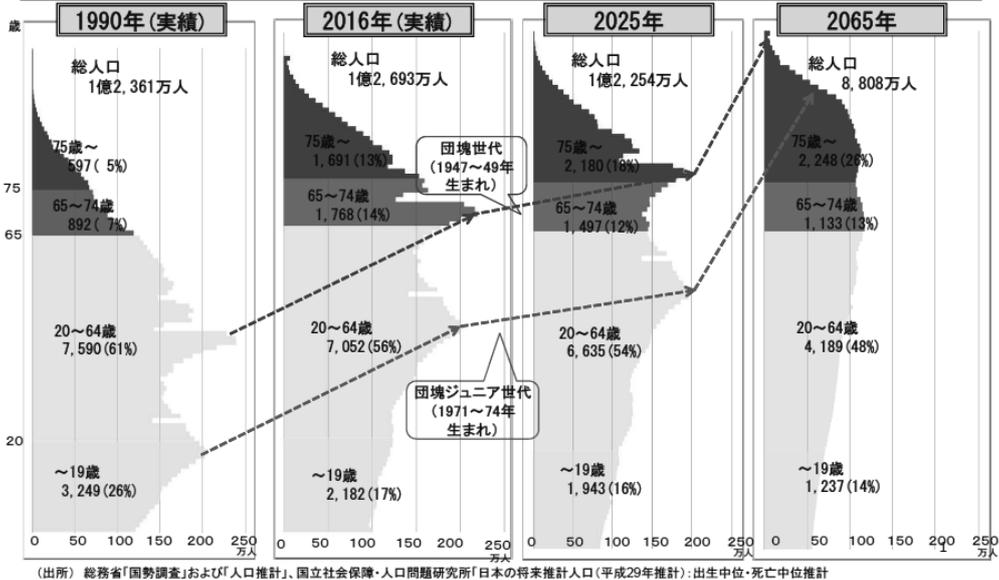
14

まず、国のやり繰りから

■ 日本の財政状況と社会保障

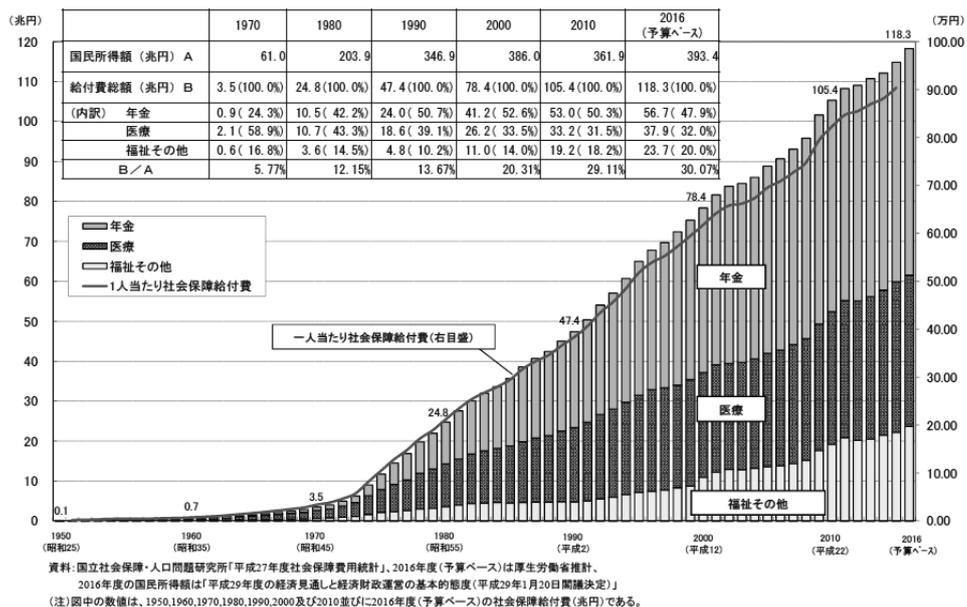
日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
 ○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



出典 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html

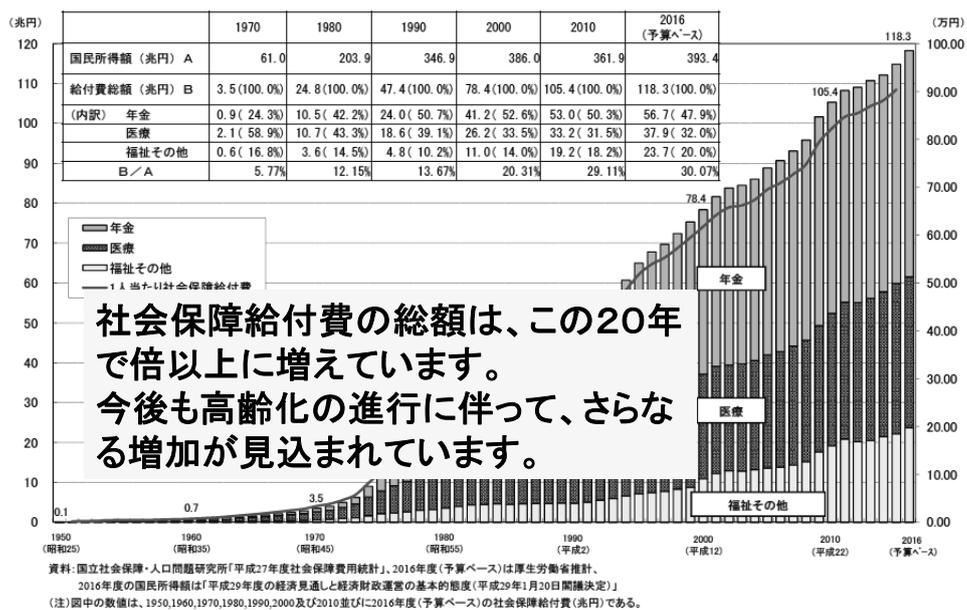
社会保障給付費の推移



出典http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html

17

社会保障給付費の推移



出典http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html

18

日本の財政を家計に例えると

日本の財政

平成27年度一般会計予算



こうした借金が累積して、年度末には…

公債残高 840兆円

日本の財政を月々の家計に例えてみます。

家計に例えると…

1か月分の家計



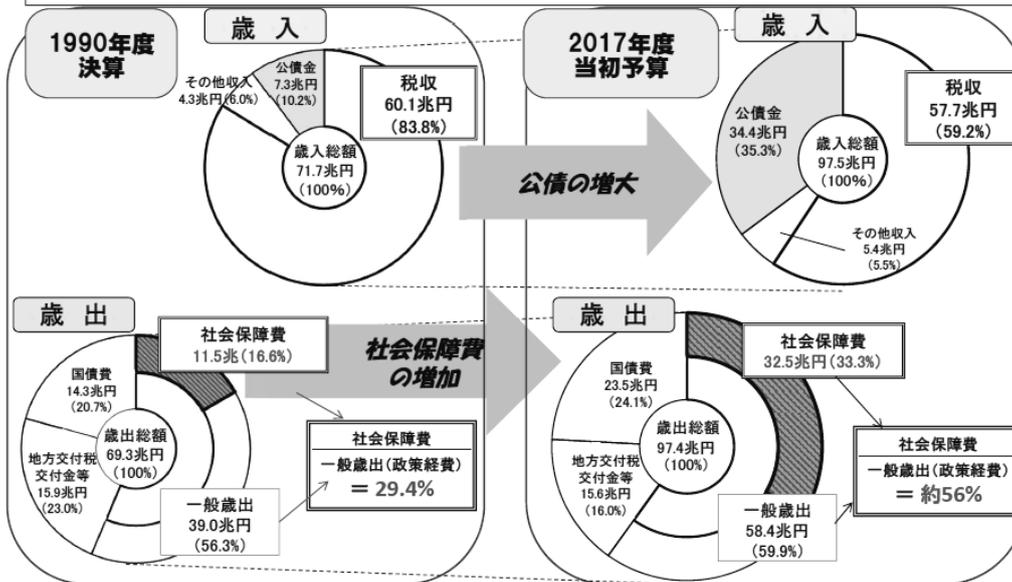
こうした借金が累積して、年度末には…

ローン残高 8,400万円

8,400万円のローン残高を抱えていることになります。

歳出・歳入構造の変化

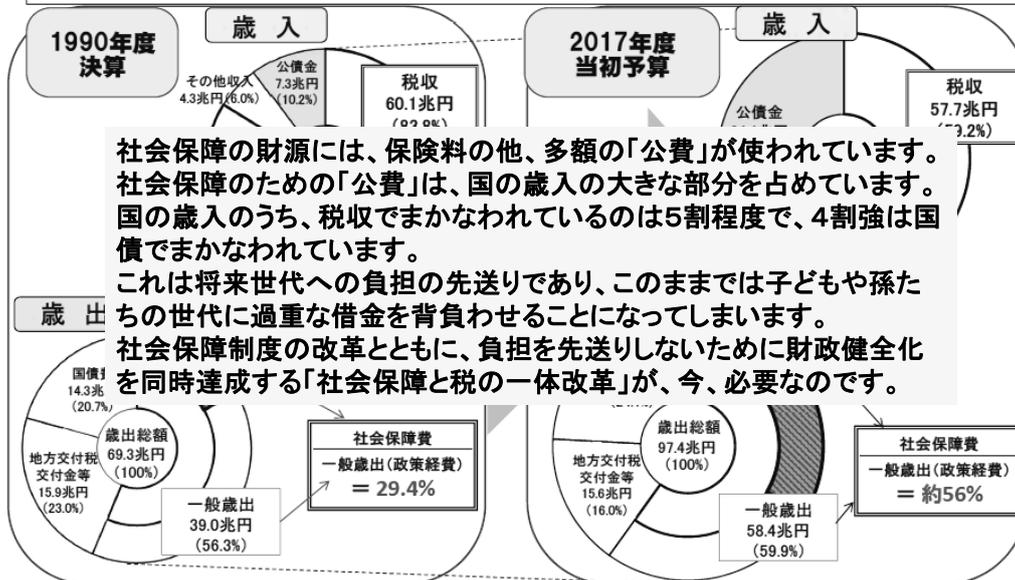
○平成2(1990)年度と平成29(2017)年度の国の一般会計の構造を比べると、公債金が大幅に増加するとともに、社会保障関係費も大幅に増加し、国の一般歳出(政策経費)の半分以上を占めるようになった。



出典 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html

歳出・歳入構造の変化

○平成2(1990)年度と平成29(2017)年度の国の一般会計の構造を比べると、公債金が大幅に増加するとともに、社会保障関係費も大幅に増加し、国の一般歳出(政策経費)の半分以上を占めるようになった。



出典http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku_1.html

21

2035年に向けて国全体が動いている

- 2025年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に
(ちなみに、団塊の世代とは、第一次ベビーブームと呼ばれる1947年～49年生まれの約700万人)
- 2025年以降は2200万人(4人に1人)が75歳以上
(2015年は団塊の世代が前期高齢者になった)
- 高度経済成長を引っ張り、これまで国を支えてきた団塊の世代が給付を受ける側に回るため、医療、介護、福祉サービスへの需要が高まり、社会保障財政のバランスが崩れる、とも指摘されている。

保健医療2035提言書

22



2035年、
日本は
健康先進国へ。

5 疾病・5 事業および在宅医療

- 平成19年に施行された改正医療法
- 医療計画制度の下で、4疾病5事業ごとに医療連携体制を構築
- 平成20年度より新しい医療計画がスタート
- 平成25年度からは、「5 疾病・5 事業および在宅医療」の医療連携体制の構築がスタート

【5 疾病】がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患

【5 事業】救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療（その他）

医療・介護総合推進法 (平成26年6月18日)

■ 正式名称

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律

■ 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

消費税増税（5－8％）と引き換えに、持続可能な社会保障制度の再構築の一環として、「社会保障制度改革国民会議の報告書」（平成25年8月6日）に基づいて粛々と進められている

25

主な改正事項

法の交付日	改正・新設事項	改正する法律
2014年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関の勤務環境改善マネジメントシステムの創設 ・ 病床機能報告制度の創設 	医療法 医療法
2015年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療構想（ビジョン）の策定 ・ 地域支援事業の充実、予防給付の見直し 	医療法 介護保険法
2015年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「特定行為に係る看護師の研修制度」の創設 ・ 看護職員確保対策としての都道府県ナースセンターへの届け出制度の創設 ・ 医療事故に係る調査制度の創設 	医療法 看護師等の人確法 医療法

26

地域医療構想（ビジョン）の策定

- 各都道府県が行なう
 - 病床機能報告情報や2025年の入院/外来/疾患別患者数など地域の医療需要を推計。
 - 概ね2次医療圏ごとの医療機能別の必要量と、それを実現するための施策を盛り込んだ地域医療構想を策定。
 - そのためには、各県に「協議の場」を設けて検討し、医療計画に新たに盛り込む
 - 平成27年度からビジョン策定
- 地域医療構想を注視。
 - それによっては、各医療機関の病床数や機能のさらなる見直しもありうる

27

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担。「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分自身を自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。

●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。

●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。

●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

28

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

資料1

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒(新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七
つ
の
柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

1

29

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）で推進する主なポイント

参考資料1

総合戦略に関連するH27年度予算(案) 約161億円

- * 消費者被害の防止など、他の事業と一体的に予算計上されているため、総額に含まれていないものがある。
- * 他に、介護保険サービスの確保で2.6兆円等がある。

I 医療・介護等の連携による認知症の方への支援

(1) できる限り早い段階からの支援

・ 医療・介護専門職による認知症初期集中支援チームを、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。(消費税増収分を活用) *現在は41市町村でモデル的に実施
・ 認知症の方の声に応え、2015(H27)年度から初期段階認知症のニーズ調査を実施。

(2) 医療・介護従事者の対応力向上

・ かかりつけ医向けの認知症対応力向上研修を、2017(H29)年度末までに6万人に実施。等 *現在の受講者目標5万人から引上げ

(3) 地域における医療・介護等の連携

・ 連携のコーディネーター(認知症地域支援推進員)を、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。(消費税増収分を活用) *現在は217市町村でモデル的に実施

II 認知症の予防・治療のための研究開発

(4) 効果的な予防法の確立

・ 2020(H32)年頃までに、全国1万人規模の追跡調査を実施。認知症のリスクを高める因子(糖尿病等)やリスクを軽減させる因子(運動等)を明らかにし、効果的な予防法の確立を目指す。 *現在は1町で年間2-3千人規模

(5) 認知症の治療法

・ 各省連携の「脳とこころの健康大国実現プロジェクト」に基づき、2020(H32)年頃までに、日本発の認知症根本治療薬の治験開始を目指す。

III 認知症高齢者等にやさしい地域づくり

(6) 認知症サポーターの養成

・ 正しい知識と理解を持って認知症の方・家族を支援する認知症サポーターを、2017(H29)年度末までに800万人養成。 *現在の養成目標600万人から引上げ

(7) 認知症の方の安全対策

・ 徘徊等に対応できる見守りネットワークの構築、詐欺など消費者被害の防止等を、省庁横断的に推進。

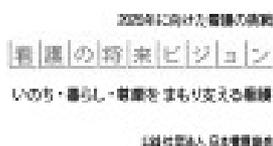
30

厚生労働省 医政局 平成29年度 予算案の概要 (看護関連抜粋)

- I. 地域医療介護総合確保基金による医療介護提供体制改革
- II. 質が高く効率的な医療提供体制の確保
- 特定行為に係る看護師の研修制度の推進 432百万円
- 在宅医療の推進 64百万円
- 人生の最終段階における医療の体制整備 101百万円
- 在宅看取りにおける体制の整備 22百万円
- III. 医療分野の研究開発の促進及び医療関連産業の活性化
- 医療の国際展開の推進 1,493百万円
- IV. 各種施策
- 看護職員の多様なキャリアパス周知事業 19百万円

31

日本看護協会による「看護の将来ビジョン」



- 健康でできる限り自立した生活の実現を支える
- 最期までその人らしい生涯を送ることを援助する
- 自立、選択・意思決定の支援を通じて尊厳を保持する

医療と介護をつなぎ、治療・療養と生活の有機的な関係をつくり、住み慣れた地域で高齢期を過ごすことを実現する

→ 地域における看護の再構築

(個別ケア + 社会全体をみる視点)

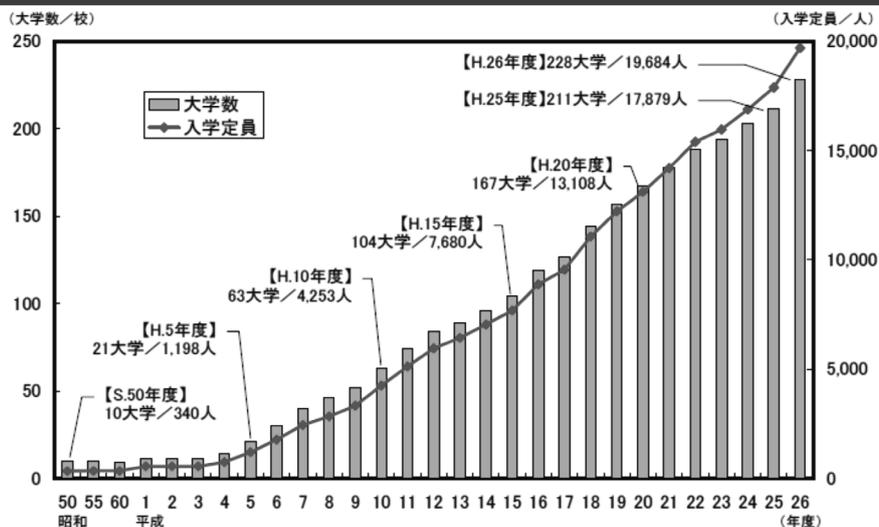
32

日本看護協会 平成29年度重点施策・重点事業

- 看護基礎教育制度改革の推進
 - 看護師基礎教育の4年制化
 - 准看護師制度の課題解決に向けた取組み
- 地域包括ケアにおける看護提供体制の構築
 - 在宅・施設等の長期療養者を支える看護の機能強化
 - 包括的母子保健推進における看護機能の強化
 - 健康寿命の延伸に向けた地域連携推進
 - 地域包括ケアシステム構築に対応する保健師のキャリアラダー策定・活用の支援
- 看護職の労働環境の整備の推進
 - 勤務環境改善の推進
 - 看護職の就業と定着の推進
- 看護職の役割拡大の推進と人材育成
 - 認定看護師制度の再構築
 - ナースプラクティショナー（仮称）制度の構築の推進
 - 「看護師のクリニカルラダー（日本看護協会版）」活用の推進

看護学科大学数と入学定員

旺文社教育情報センター 26年11月の資料より

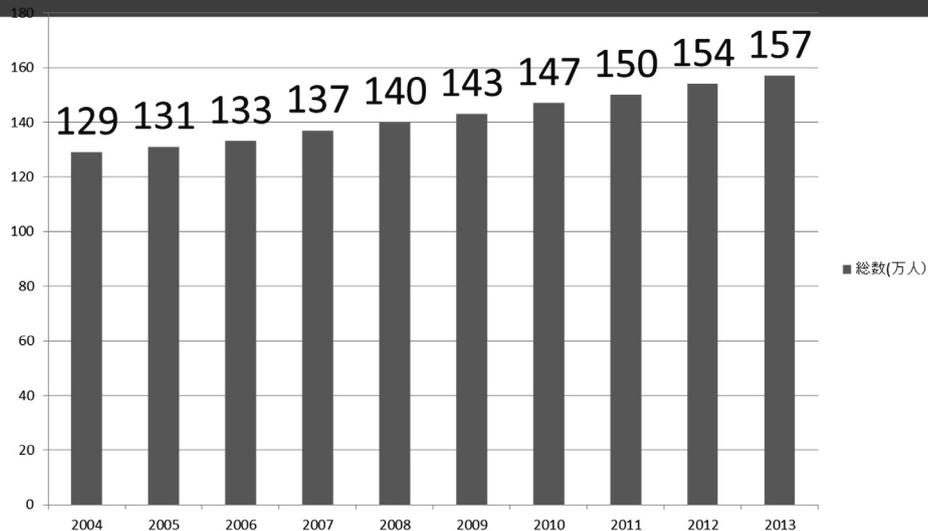


※H.23年度までは文科省資料、H.24年度
※大学数は、1大学で複数学科を設置して

日本の大学の数は約750校。看護学科を持つ
大学が228。大学の3校に1校は看護学科あり

就業看護師数の年次変化

総数(万人)



35

日本社会の課題と医療

- 財政赤字が続き、借金の残高は累増
 - 社会保障費の財源確保のため増税
 - デフレ脱却
 - 国民皆保険を維持しながら費用抑制
- 2035年問題への対応
 - 少ない若者で増える高齢者をどう支えるのか
- 地域包括システムの体制整備
 - 地域特性に応じた隙間のない医療・介護体制
- 医療専門職の労働環境改善
 - 理想と現実のギャップ。原資が不足
- 大災害への対策
 - 被害を最小限に食い止める努力

36

2025年→2035年に向けて国全体が動いている

- 団塊の世代が、75歳以上の後期高齢者になる年。
(ちなみに、団塊の世代とは、第一次ベビーブームと呼ばれる1947年～49年生まれの約700万人)
- 2025年以降は2200万人(4人に1人)が75歳以上という超高齢社会が到来。
(ちなみに、2015年は団塊の世代が前期高齢者になる)
- 高度経済成長を引っ張り、これまで国を支えてきた団塊の世代が給付を受ける側に回るため、医療、介護、福祉サービスへの需要が高まり、社会保障財政のバランスが崩れる、とも指摘されている。
- 保健医療2035提言書(平成27年6月)

37

日本健康会議が発足 2015 7月

「日本健康会議」とは、少子高齢化が急速に進展する日本において、国民一人ひとりの健康寿命延伸と医療費適正化について、行政のみならず、民間組織が連携し実効的な活動を行うために組織された活動体です。経済団体、保険者、自治体、医療団体等民間組織が連携し、具体的な対応策を実現していくことを目的としています。

関係各所が連携し課題解決に向けた具体的な活動を行い、その成果を継続的に可視化させることで、勤労世代の健康増進および高齢者の就労・社会参加を促進し、ひいては経済の活性化にもつなげることを目指します。

38

日本健康会議が発足 2015 7月 「健康なまち・職場づくり宣言2020」

宣言1 予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする

宣言2 かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進協議会等の活用を図る。

宣言3 予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言4 健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言5 協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言6 加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言7 予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言8 品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

39

管理（マネジメント）とは

■ 組織目標に到達するために、資源を使って計画、組織化、方向づけ、統制を行う継続的な取り組み

- 組織目標とは
- 資源とは
- 計画とは
- 組織化とは
- 方向付けとは
- 統制（評価）とは
- 継続的な取り組み

40

資源

- 人
- もの
- 金
- 技術
- 文化
- 時間
- . . .

資源の分析

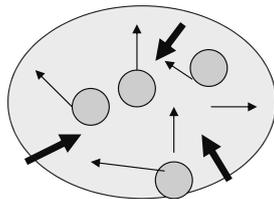
- 目標達成に適切な資源量/質か
- 足りない場合はどうするのか
- 強み・弱みは

41

今まで何をしてこなかったのか

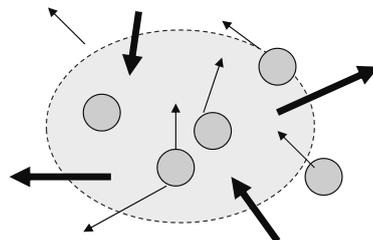
<これまで>

- 日常看護業務は一生懸命やってきた
- 限りある資源を有効利用してきた

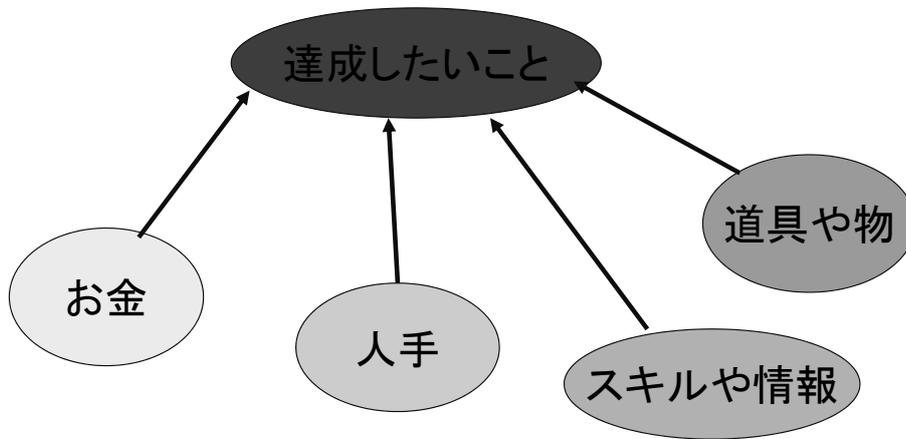


<これから>

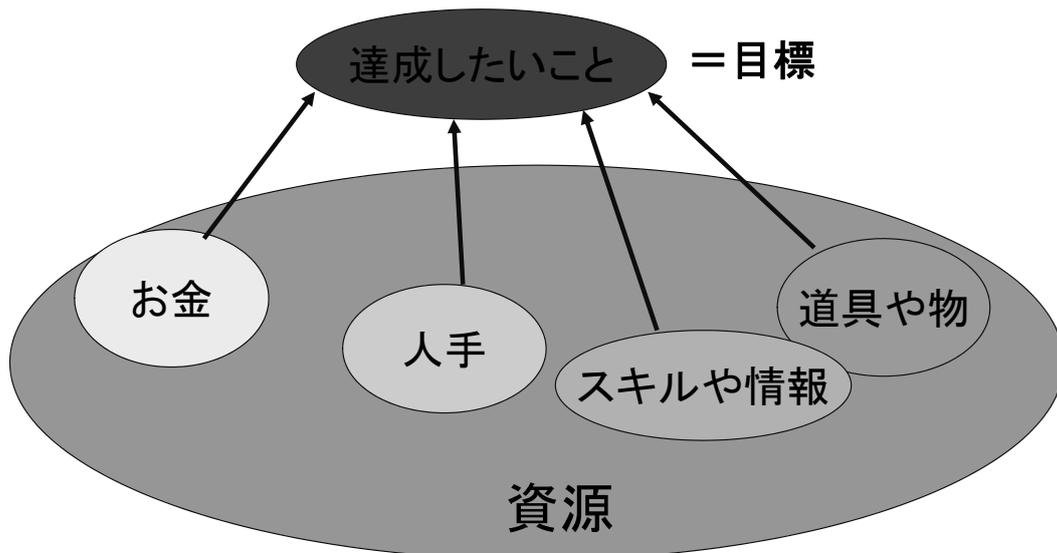
- 問題の本質を見抜く
- 時代を読み先取りする
- 戦略的思考で資源を増やす
- 外向きに行動する



42



43



目標達成のために、限りある資源をどう有効に使うか、資源をどのように増やすか → マネジメント

44

目標設定

- どのように設定しているのか
- いつ設定しているのか
- 目標が正しい方向に向いていることを説明できるか
- 目標はみんなが知っているのか
- 目標管理が有名無実化していないか
- 目標は修正されるか
- 早くに目標達成できたときはどうするのか
- その次の目標をどのように設定するのかなど

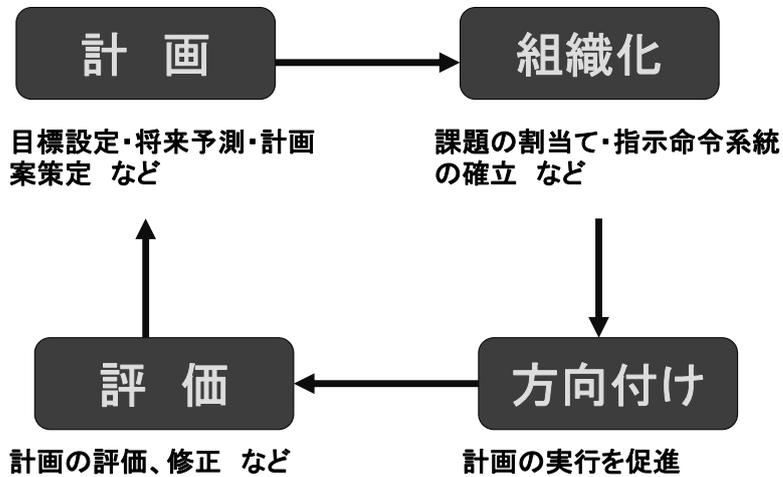
45

目標設定

- どのように設定しているのか
(組織の中長期目標、前年度の振り返り、緊急・重要課題、資源の見積もり)
- いつ設定しているのか
(最もマネジメントサイクルが回りやすい時期)
- 目標が正しい方向に向いていることを説明できるか
(振り返り、見直し、フィードバックの受け入れ)
- 目標はみんなが知っているのか
(浸透方法、組織文化)
- 目標管理が有名無実化していないか
- 目標は修正されるか
- 早くに目標達成できたときはどうするのか
- その次の目標をどのように設定するのかなど

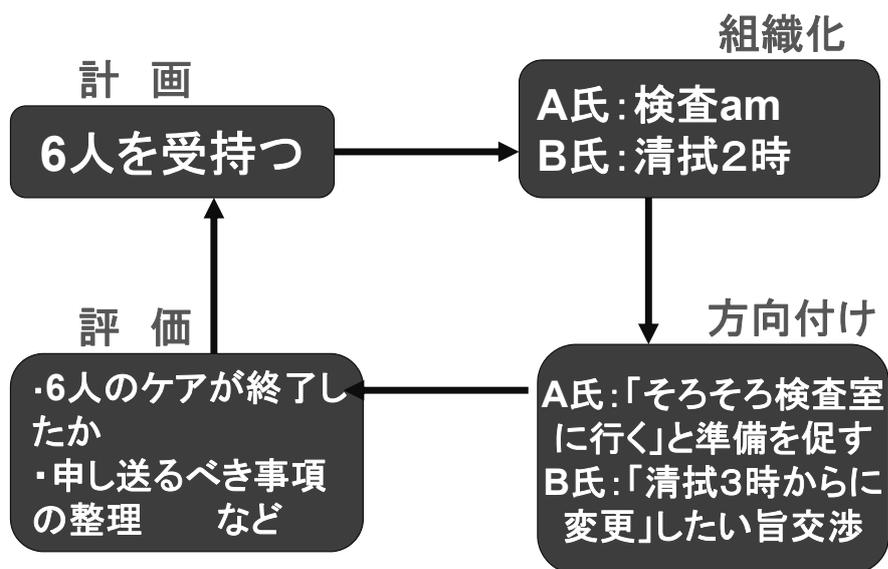
46

マネジメント機能とプロセス



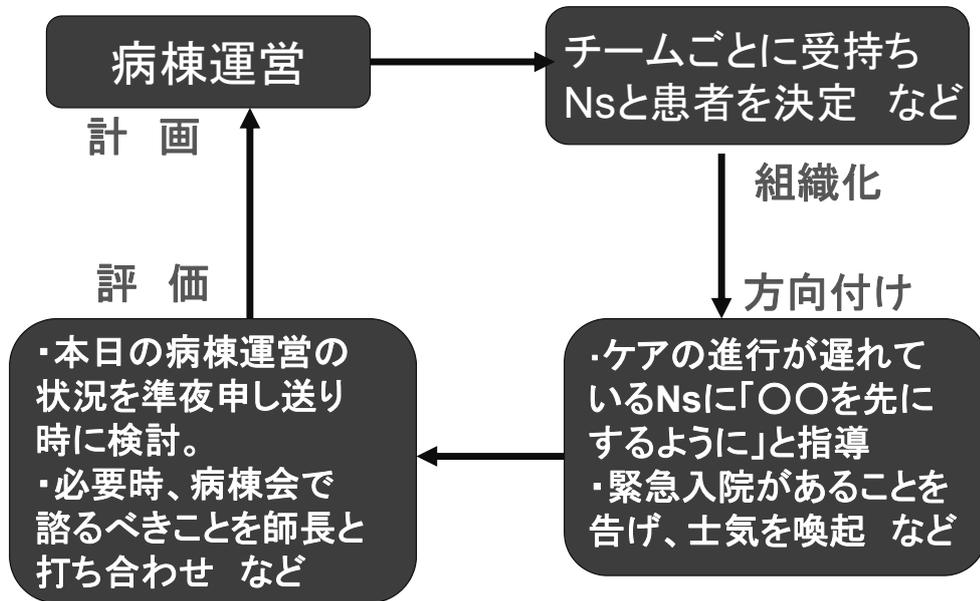
47

患者マネジメント(メンバー)



48

患者マネジメント(リーダー)



49

継続的な取り組みは質評価が必要

なぜ質評価が必要なのか？

質を高めるといっても、
どこに向かえばよいの
かわからない。

- 専門職としての水準の維持・
向上
 - ・客観性
 - ・妥当性
 - ・継続性 など

質が高いといっても、何
をさしているのかわから
ない

- サービスの受け手への質保証
 - ・明確
 - ・理解のしやすさ
 - ・一般的 など

- ・医療環境の変化、技術の進歩、研究に基づくエビデンス
- ・免許を持つ者・団体としての責任
- ・医療界、看護界、介護界全体の質の底上げ(高い水準での均一化)

50

「看護サービスの質評価」の論点

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 看護サービスとは何か？
（看護サービスの特徴） | → | <ul style="list-style-type: none"> ■ 定義する |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 何を評価すれば質評価になるのか？
（人数？空間？食事？接遇？看護行為？倫理観？） | → | <ul style="list-style-type: none"> ■ 決める |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 誰が、いつ、どのように評価するのか？
（自己評価・同僚評価・第三者評価・診療報酬による評価・国民からの評価やイメージ） | → | <ul style="list-style-type: none"> ■ 定期的・継続的に |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 評価の妥当性はどのように判断するのか？ | → | <ul style="list-style-type: none"> ■ EBN |

51



図:モデル1(ドナベディアンの様組み)

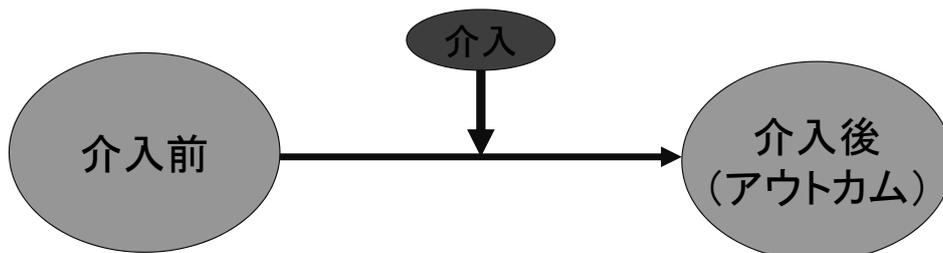


図:モデル2

52

質改善の方法

- 構造指標

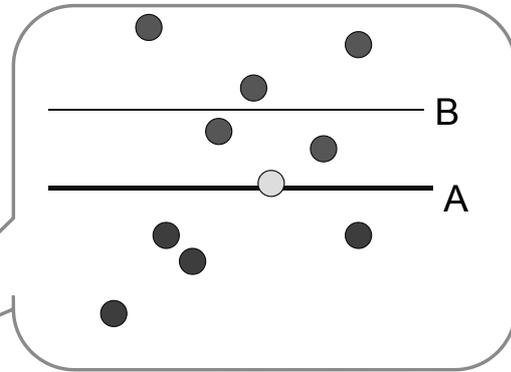
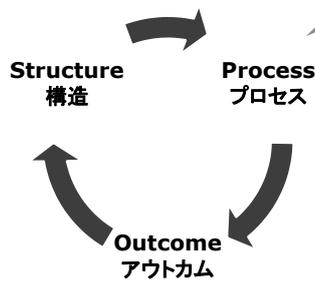
看護サービスが提供される条件を構成する因子

- 過程指標

具体的看護実践のプロセスを構成する因子

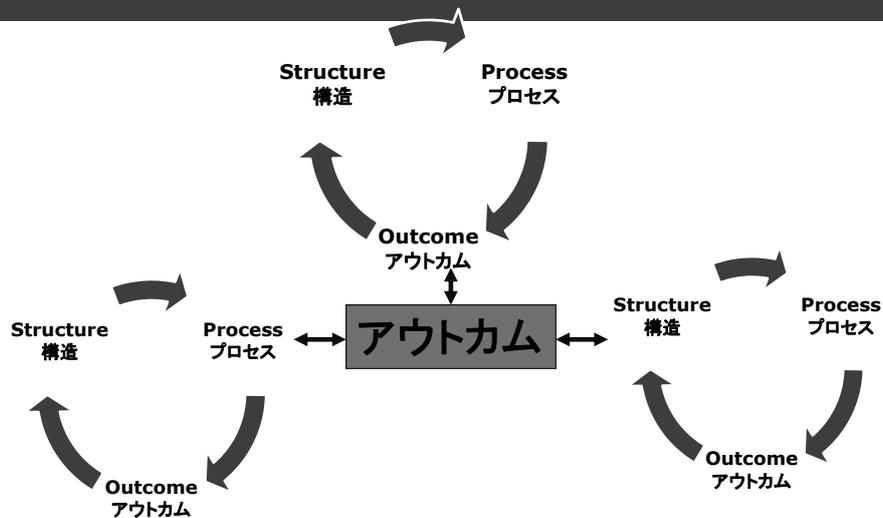
- 結果指標

看護サービスに起因する患者・家族の変化を構成する因子

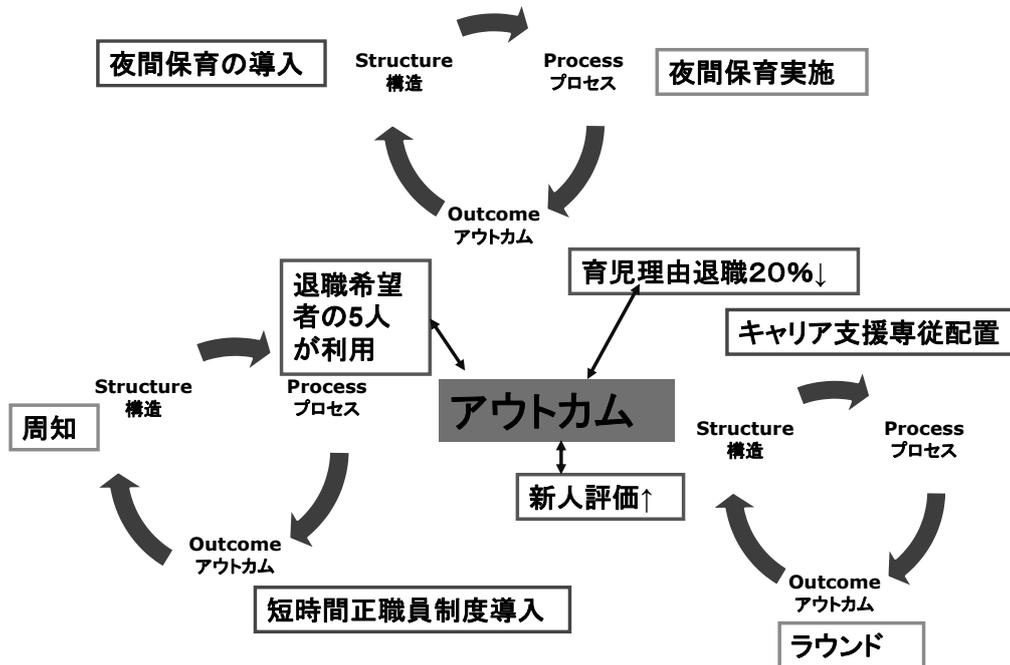


ベンチマーク

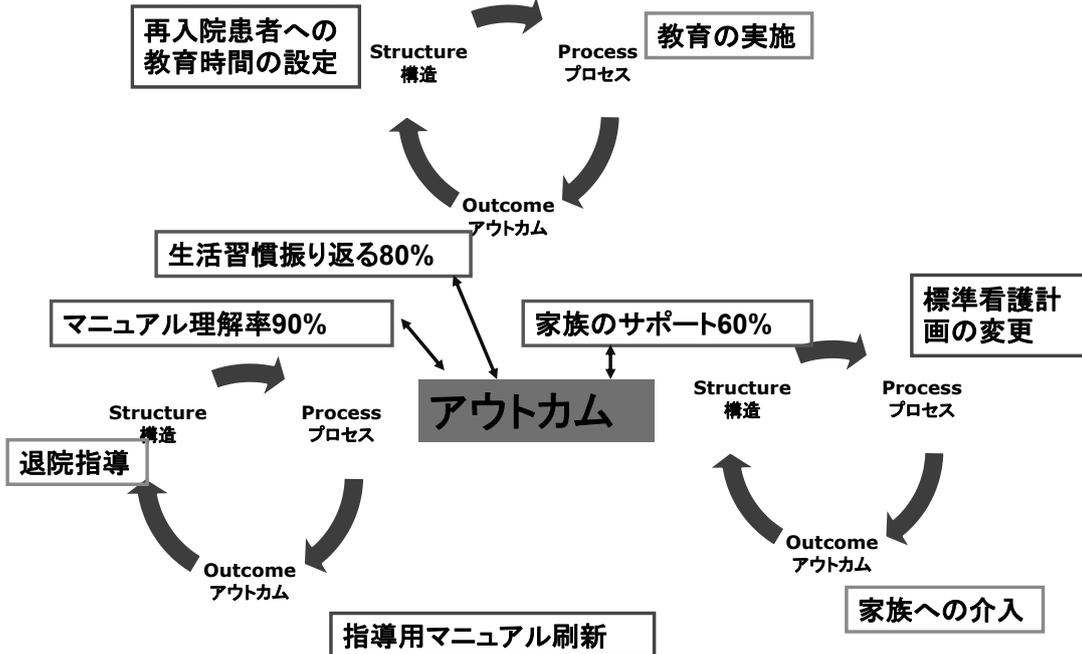
質のサイクルは複数同時発生



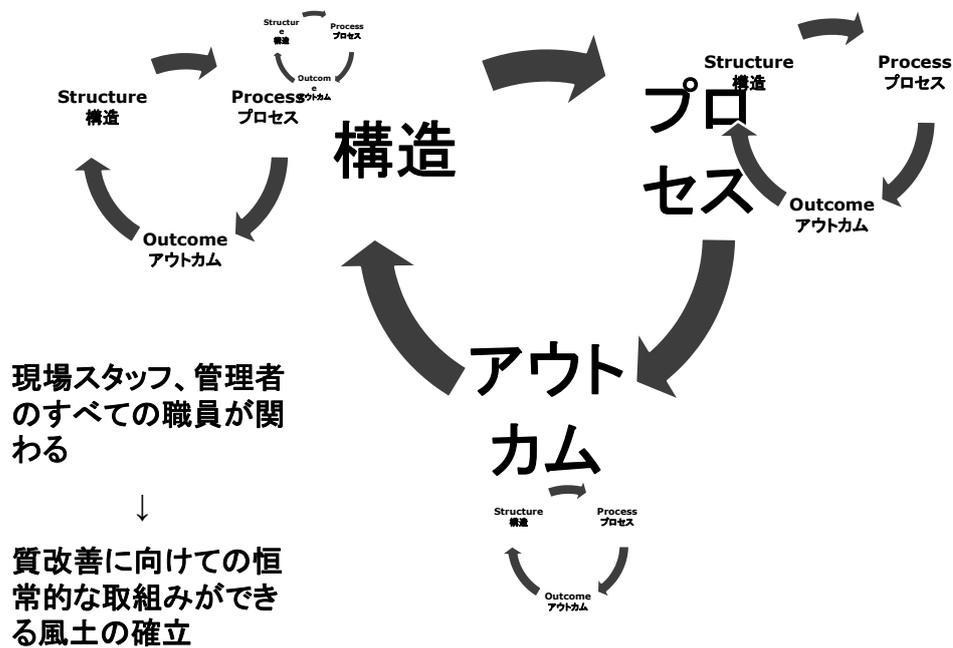
例) 離職率 9%→7%



例) 心筋梗塞による再入院率を10%減らす



質のサイクルは複数同時発生



57



- よい流れを日本チームに持つてくることが役割だった
- 僕の仕事はその位置をキープして、3走の桐生くんに渡すっていう仕事だった
- 練習から僕たちはチームワークも良くてバトンミスをしなかった
- バトンの技術だけではなく個々の走力がかなり高かった
- あの舞台上で戦えたことをすごく誇りに思っています

- ルールがある
- 時間や資源は限られている
- 誰もができることもあれば、得意な人に任せることもある
- 一人一人が役割を理解している
- 一人一人の技能が磨かかれてる
- そして、誇り

58

組織構造：分業（分化）と調整（統合）

■ 分業（分化）

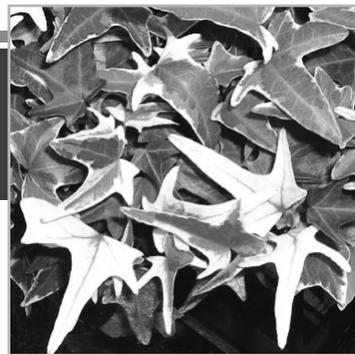
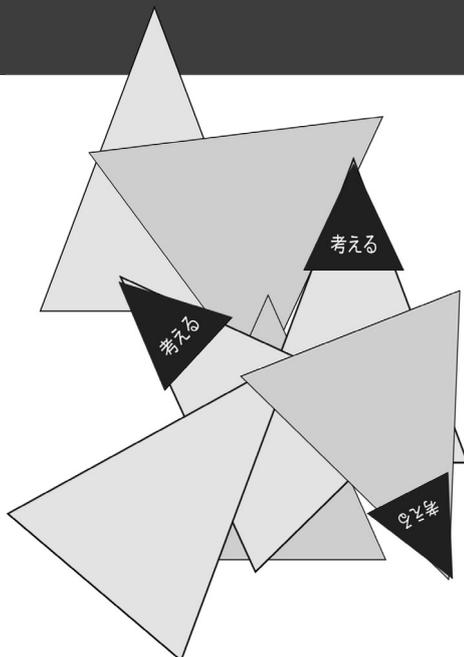
役割を分けることで、それぞれの専門性等を発揮させるなど、何らかのメリットを追求

■ 調整（統合）

分業活動が、時間的・空間的に調整され、多数の人々の行動が、あたかもひとつの全体であるかのように連動して動く

沼上幹「組織デザイン」p.16-17

59



60

聖隷浜松病院スペシャリスト領域別チーム編成2012

責任者:スペシャリスト次長(CNS)



領域別チームの目的:
各領域におけるキャリア支援と看護の質の向上を目指す

61

管理者は、変革者であってください

- 訪問看護ケアの方法
- 訪問看護体制
- 訪問看護チーム
- 地域連携のあり方

■ . . .

これまで、当たり前だと思っていたことの見直し

62

変革すべき事と、変革してはならない事 → 歴史・文化の理解

- 強みはさらに強くし、弱みを変革

63

変革すべき事と、変革してはならない事 → 現場力の把握

- 関連職場のケア力は？
仕組み、文化、人、その他資源、サポート体制
など
- 比較対象の指標
よいケアかどうか、どうやってわかるのか。
- ジェネラリストとスペシャリスト
ジェネラリストの定義・スペシャリストに求められていること

64

変革理論



組織文化によって、このスピードが異なる
プロセスをまちがえると、途中でストップする。

65

変革理論



例：スペシャリスト増加、医療秘書課立ち上げ

文化の解読

環境の変化

→ 見極め

チャレンジ

柔軟

→ 芯がぶれない

新文化の周知

→ 確認・徹底

66

望むこと

1. ベンチマークを用いた継続的看護の質改善活動
2. エビデンスの蓄積
3. 看護の可視化
4. 変革の推進者

—MEMO—

-MEMO-

—MEMO—

—MEMO—

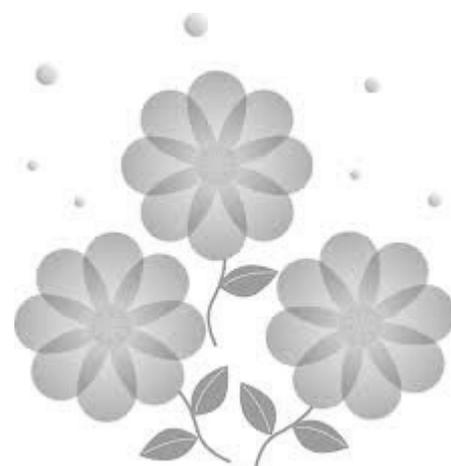
訪問看護マネジメント論／情報管理論④
リスクマネジメントー2
(訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実際)

石心会在宅事業部統括所長
宮本 祥代 氏

宮本 祥代(みやもと さちよ)先生

略歴

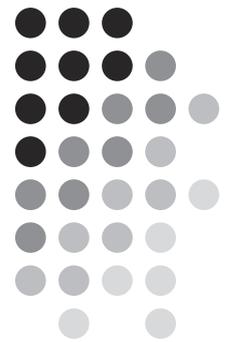
- 1980年 3月 国立療養所東京病院附属高等看護学院 卒業
- 1980年 4月 防衛医科大学病院
- 1987年10月 財団法人結核予防会 秩父宮記念診療所
- 1995年 5月 社会医療法人財団石心会 さいわい訪問看護ステーション
- 1997年 7月 社会医療法人財団石心会 さいわい訪問看護ステーション管理者
- 2016年 4月 社会医療法人財団石心会 在宅事業部統括所長
地域コーディネーター



訪問看護ステーション リスクマネジメントの実際

社会医療法人財団石心会
在宅事業部
宮本 祥代

平成29年10月14日(土)大阪



ー本日の内容ー

1. 訪問看護ステーションのリスクマネジメントの実際
2. 訪問看護ステーションの事故事例
3. ひやりはっと検証事例
プチ演習

1. 訪問看護ステーションの リスクマネジメントの実際

- ・医療安全の取り組み
- ・訪問看護における指定基準通知等
- ・リスクマネジメントの目標や考え方
- ・ひやりはっと報告書導入について



3

医療安全の取り組みの経緯

- ・1999年 患者取り違え事故、薬剤取り違え事故を
きっかけとして取組が始まる
- ・2000年 介護保険制度 措置から契約へ
- ・2006年 医療機関に対する医療安全対策加算が
評価
- ・2007年 無床診療所及び助産所へも安全管理体制
拡大
- ・2010年 診療報酬改定「医療安全対策加算」を
すべての医療機関に拡大



4

訪問看護における指定基準通知等

【介護保険法】

- ・事故発生時の「連絡等必要な措置を講じること」が義務づけられている(厚生労働省令)
- ・事故の状況及び事故に際してとった処置の記録は2年間保存しなければならない

【医療保険】

- ・安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法が文書化されていること
 - ・インシデント等が報告されその分析を通じた改善策が実践される体制が整備されていること
- ※医療保険の管理療養費の算定要件に含まれている

(2010年4月改定)

5

訪問看護における指定基準通知等

- * リスクマネジメントの取り組みは、訪問看護ステーションの規模に関係なく訪問看護ステーションを運営する上で必須事項となっている



6

訪問看護ステーションの安全管理マニュアル整備 (どのようなことを準備すればよいのか?)

- ・ステーションの使命・理念
- ・事故防止・安全管理に向けての基本理念
- ・用語の整理
- ・ステーションにおける安全管理体制
- ・事故発生時の対応
- ・苦情発生時の対応
- ・知っておくべき保険の知識
- ・手順書
- ・事例集



7

リスクマネジメントの目標

「すべてのミスを一ゼロに近づけること」

「事故になっても被害を最小にする」

8

リスクマネジメントの基本的な考え方

1 人は必ず間違える・事故を起こす・・・

職員の努力だけでは限界

2 組織で事故予防に取り組む

事故予防対策のシステム構築

PDCAサイクルを回す



3 事故が起きても被害は最小に

事故発生しても対応により被害を最小に

9

ひやりはっと・事故につながる要因・原因

①ヒューマンエラー（認知・判断・操作）

・人間だから犯すエラー、人は誰でも間違える

②手順・マニュアル・ルールの不備

・未整備または内容に問題がある

③使用物品の不具合

・医療機器・ケア用品など

④環境的制約

・活動スペース・照明等・時間的制約など



10

ヒューマンエラーを理解する

1. 生理的特性

- ・疲れていたり、眠かったりすると能力が低下する

2. 集団的特性

- ・集団の中で頼る。遠慮する。誰かがやると思い込む

3. 認知的特性

- ・忘れる。見たいように見る。聞きたいように聞く



11

ヒューマンエラー対策

1. 5S

- ・整理 ⇒ いる物といらぬ物をはっきり分けていらぬ物を捨てる
- ・整頓 ⇒ いる物を使いやすいようにきちんと置き誰もがわかるように明示する
- ・清潔 ⇒ 常に掃除をしてきれいにしておく
- ・清掃 ⇒ 整理・整頓・清潔の3Sを維持すること
- ・しつけ ⇒ 決められたことをいつも正しく守る習慣

12

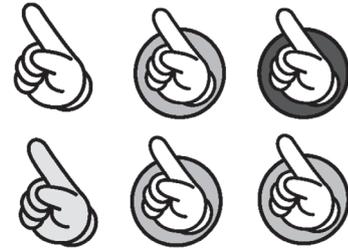
ヒューマンエラー対策

2. 指さし呼称

- ・指をさし、声を出すことで意識を集中させる

3. 色をつける・ポスターを貼る

- ・感覚刺激を働かせる



4. ダブルチェック

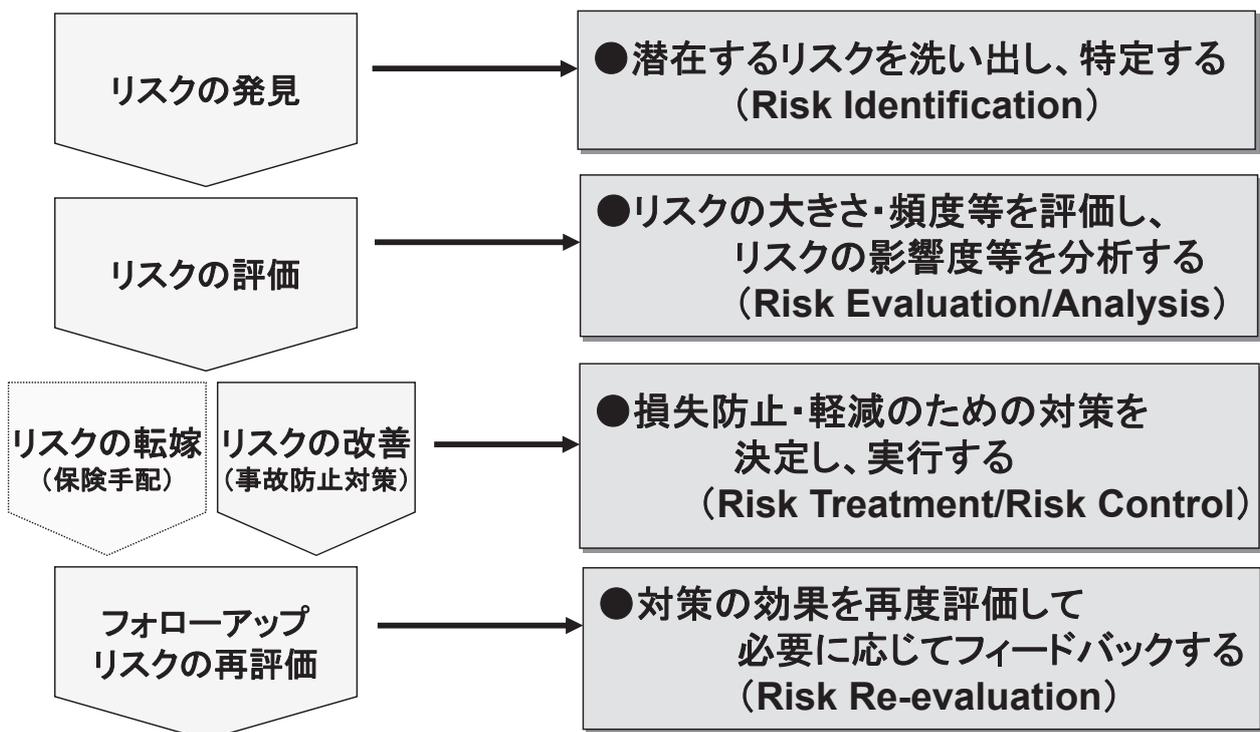
- ・利用者や家族とも行えるとよい

5. メモをとる・時間を与えよく考える

- ・記憶に頼らない

13

リスクマネジメントのステップ



14

訪問看護ステーションのリスクマネジメント

経営上のリスクを最小限に抑える管理活動

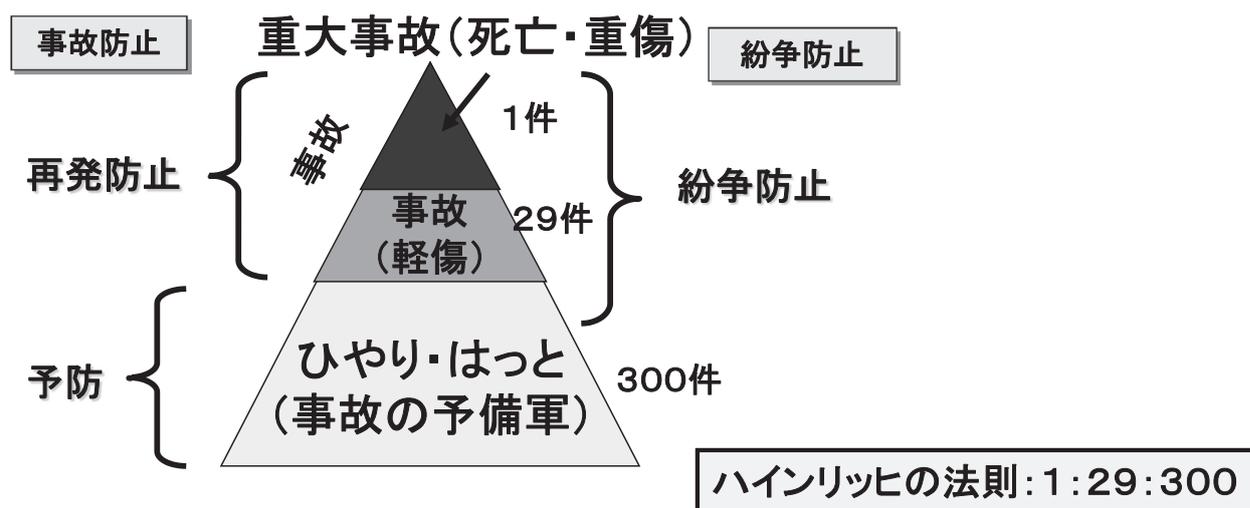


利用者の立場に立った上での「サービスの質向上」
が目的である。

その第一歩は、事故報告をすること
そして、報告を分析して再発予防をすること
「原因・責任追及」ではなく「要因追求」で！

15

ひやり・はっと報告制度の導入

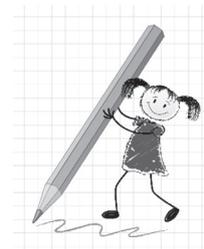


重大事故を予防するためには、背後に潜在している
ひやり・はっと事象の発生要因を分析して、事故につながる
可能性のある様々な要因を取り除くことが重要

16

ひやりはっと報告書の必要性

- ①文字にすることで行動や心理を整理することができる
- ②ひやり・はっとの時点で何故事故に至らずに済んだのかをスタッフと共有でき業務改善に役立てられる
- ③事故であれば何故事故が起こったのかをスタッフと共有でき事故を繰り返さないようにできる
- ④年間のひやり・はっとの傾向を知ることができ振り返りができると共に統計が残せる

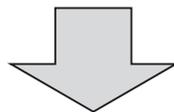


17

ひやりはっと報告書の提出を促すために

事故再発防止のための古い考え方

ミスを起こした個人を処罰
(Who)



事故予防のための新しい考え方

ミスを起こさせた安全管理システム
を追求, 改善

(What ・ Why)

18

ひやりはっと報告書の提出を促す

- ①大切なのは「書くこと」「習慣づけること」
- ②書く習慣がついてきたら、一定毎に集計・分析に繋げる
- ③ステーション毎、業務の中で記入する時間を設けるなどルール作りをする



19

提出されたひやりはっと報告書を活用しよう！
書いたら終わりではなく

- ①ひやりはっと報告書は、「何が学べるか」という貴重な情報源である ⇒ 皆で共有すべきもの
- ②様々な視点から要因を出し合い、要因に対する対策を皆で考え共有する

↓
ひやりはっと検証会の実施

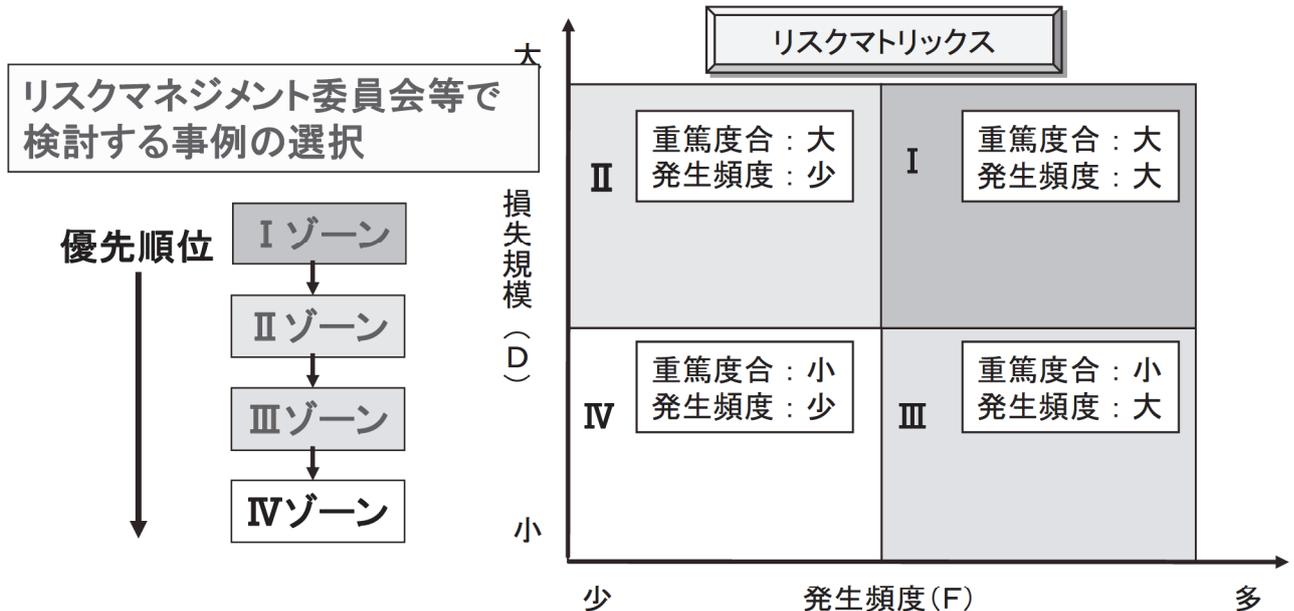


- ↓
- ③マニュアルや手順書、事例集に繋げ活用する

20

ひやりはっと検証会優先順位の方

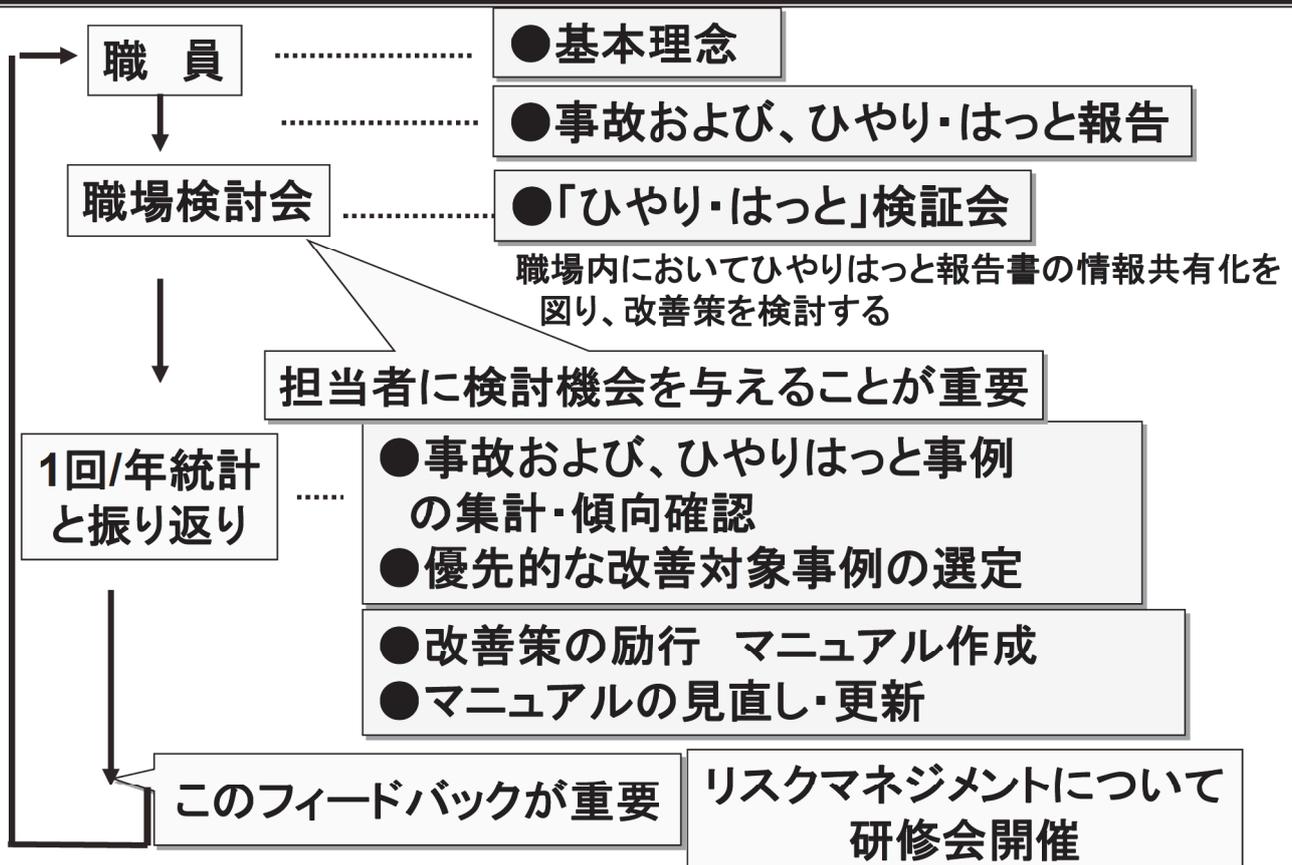
STEP 1 ひやり・はっと情報の優先順位付けを行う



発生頻度が高くかつ重篤度合の高い事柄について早急に対策を講じることが重要である。

21

ひやりはっと報告からマニュアル更新までの流れ



22

2. 訪問看護ステーション 事故事例について



23

訪問看護ステーションにおけるリスク

【利用者】

- ①利用者宅での事故発生(医療事故・ケア事故など)
- ②利用者・家族からの苦情
- ③個人情報に関するリスク
- ④利用者家族からの契約以外のサービス要請

【職員】

- ①感染発生のリスク(疥癬・結核・肝炎等)
- ②交通事故(加害者・被害者)
- ③利用者からの暴力・脅迫(セクハラ・パワハラ)

24

当訪問看護事業所でのこれまでの事故内容

医療事故： バルン・気管カニューレ関連、浣腸、
摘便時の出血、薬剤投与、量等不備

看護ケア： 入浴・移動時の転倒等、爪切り出血

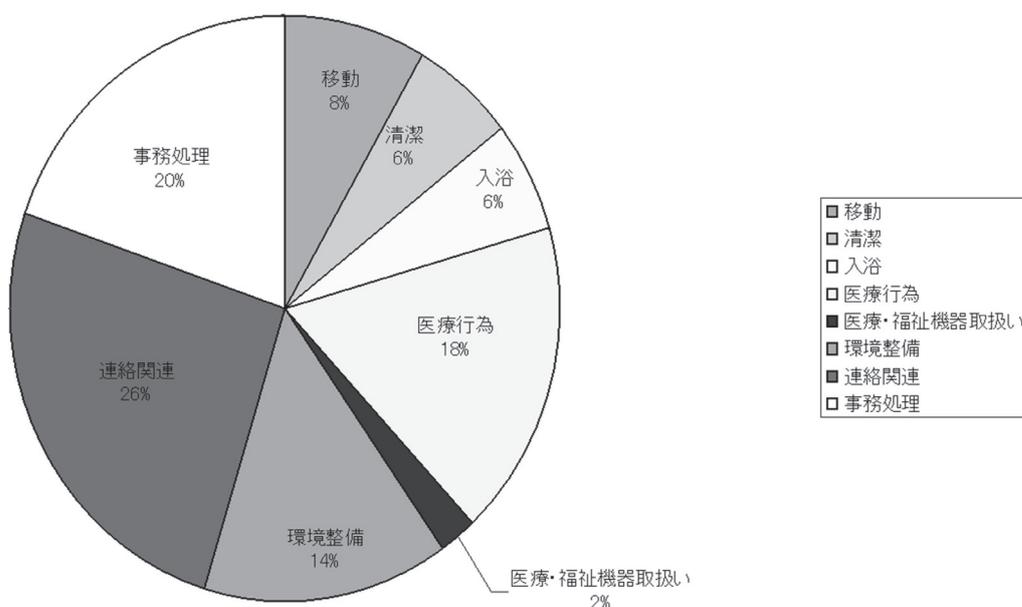
交通事故： 自転車・車両事故（訪問移動時）

紛失・物損： 利用者宅の鍵紛失、障子物損等

その他： 個人情報漏洩

25

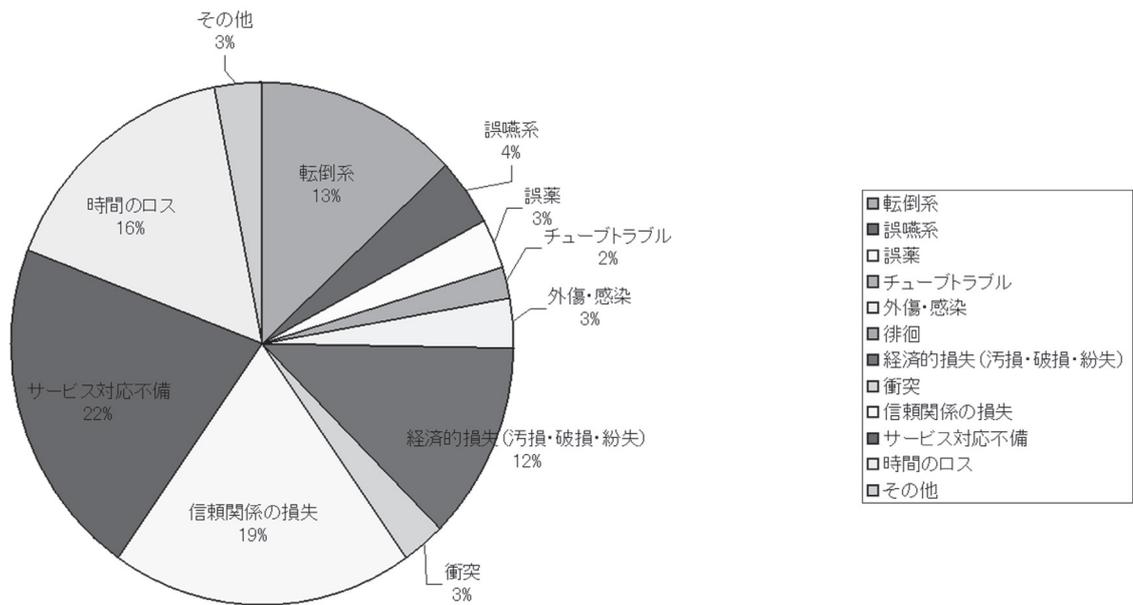
行為別件数 H28年度



ヒヤリハット報告書統計より

26

リスク形態別件数 H28年度



ヒヤリハット報告書統計より

27

医療処置事故要因

- ①常に医師の目が届いていない場でのケア
 - ・個別性(療養環境・療養の考え方等)
- ②指示書1枚でのケア
- ③医療処置の範囲が広い(業務範囲)
 - ・高度医療の増加
 - ・各病院によって物品が違う
- ④オールマイティーを求められ出来ないと言えない状況も考えられる(プロでしょ?)

28

安全に医療処置を行うためには

- ① 経験の有無を明らかにする
- ② 安易に医療処置を受けない
- ③ 得手・不得手を認識し対策をたてる
- ④ 在宅で必要な医療処置技術の習得
 - ・ 習得方法の検討(実習やデモンストレーション)
 - ・ 経験のあるスタッフと同行訪問
 - ・ 医療処置マニュアルの読み合わせ
 - ・ 処置ケア実施チェックシートの活用
- ⑤ 物損事故、労災事故対策も念頭に置く

29

医療処置チェックリスト

チェック日 年 月 日

		経験の有無		習熟度			対応策		経験の有無		習熟度			対応策	
		あり	なし	できる	できない	不安			あり	なし	できる	できない	不安		
1	注射	抗生剤内注						17	外用薬処置	教育					
		S-C								シップ					
		IM								点眼					
		IV						18	CAPO管理	包交(確認)					
		DIV(翼状針)								操作方法					
		DIV(ワープロ・ジェルコ型)								ルート交換					
2	IVH	ルート交換						19	人工呼吸器管理	回路交換					
		バック交換								設定の確認					
		側注								気管切開部の包交					
		霧注								気管カニューレ交換					
		へばりロック						20	検査	BSチェック					
		フラッシュ								サチュレーションの測定					
		刺入部の消毒								静脈採血					
		ポンプ交換								血ガス(対処方法)					
3	ポート	針刺								採尿					
4	胃瘻管理	バルン注入時のチューブ交換								採痰					
		創部の包交								咽嚥培養					
		フラッシュ								鼻腔培養					
		固定水の確認・注入								排便					
5	胃管管理	サフイドチューブの交換						21	PTCD管理	挿入部の包交					
		アトムチューブの交換								排液の確認					
6	バルン管理	男性:導尿						22	胸腔ドレーン管理	挿入部の包交					
		男性:バルン挿入								排液の確認					
		女性:導尿								流出不良時の処置					
		女性:バルン挿入						23	ペースメーカー管理						
		膀胱洗浄													
		尿管・皮膚瘻のパウチ交換						24	麻薬の取り扱い	MSコンチン					
		膀胱瘻挿入部の包交								アンベック					
		膀胱瘻の交換								注射薬					
7	ストマ管理	パウチ交換						25	輸血の管理						
		スキングア								クモセラビー(注射)の管理					
		ブジー						26	クモセラビー(注射)の管理						
		座薬の挿入						27	蘇生						
		腸洗浄						28	死後処置						
8	浣腸														
9	排便														
10	洗腸														
11	座薬挿入														
12	吸入														
13	吸引	口腔													
		鼻腔													
		気管切開													
14	HOT管理	フィルター交換・洗浄													
		流量の設定・確認													
15	瘻瘻処置	洗浄													
		デブリートメント													
16	創処置														

さいわいSTグループ 2002.5.31作成

30

事故発生時の対応の基本の徹底

- 利用者の安全確保を最優先に
- 関係者に迅速な報告をする
- うそつかない
- 隠さない
- 責任転嫁しない

31

事故発生時の対応ポイント

- 1.利用者の安全確保を全力で尽くす
 - 2.説明と誠実な対応
 - 3.当事者から管理者等への報告
 - 4.管理者等からの指示、サポート(現場へ出向く)
 - 5.事実確認
 - 6.外部の関係機関への対応の検討
 - 7.再発防止の検討
- ※実務的サポートと精神的サポートを当事者へ

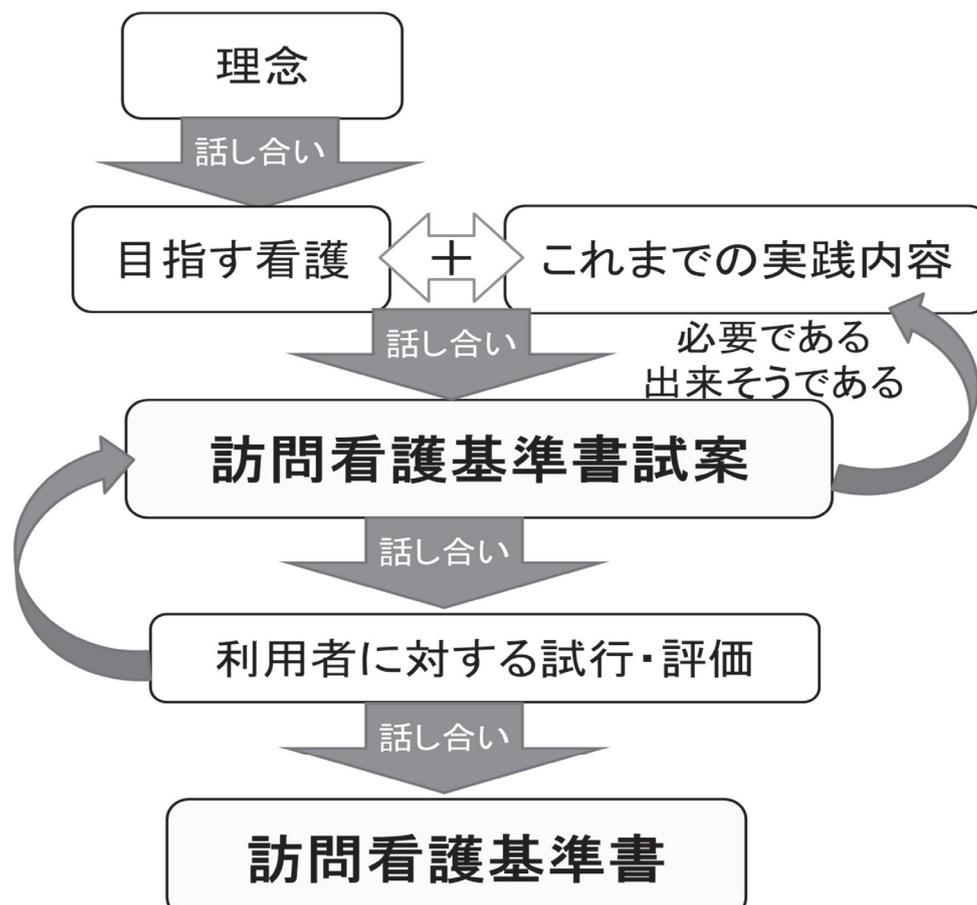
32

苦情事例からステーション体制を検討

- ①ひやりはっと報告書の検証会開催
 - ・何故苦情につながったか要因確認
- ②背景要因に対して対策を検討
 - ・苦情に対するリーダー・メンバーの行動
 - ・苦情を受けた看護師の行動
- ③主担当、チームメンバーが一貫したケアを行うためにはどうするか話し合い訪問看護基準書を検討、作成「組織としての対応方針」の徹底

33

訪問看護基準書の作成プロセス

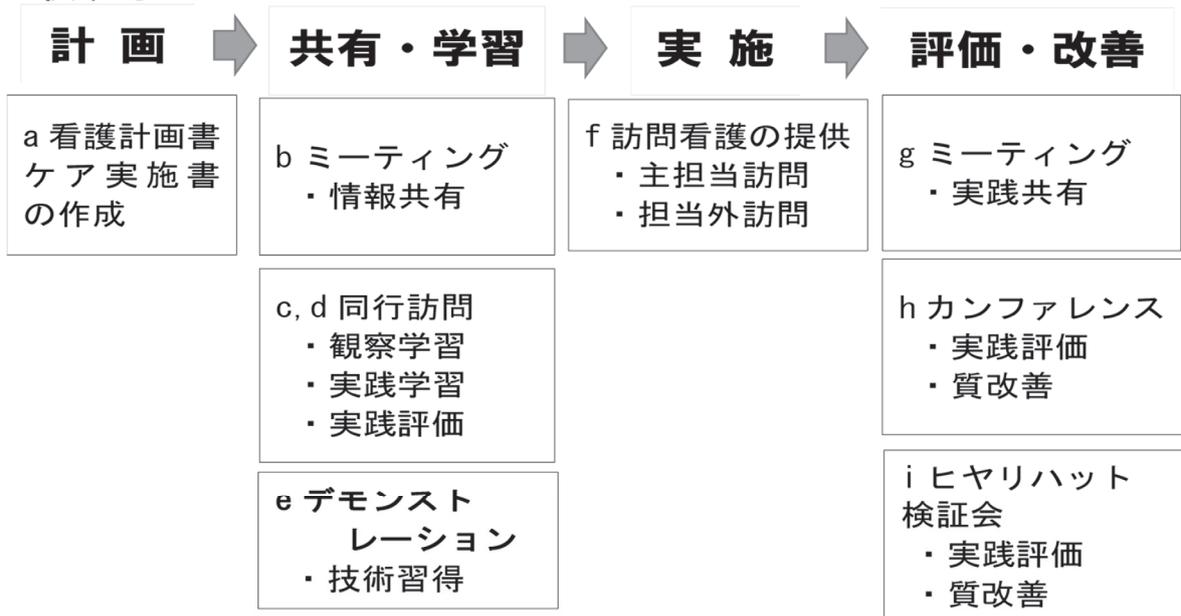


34

出典：黒木由美子「利用者主体のケアを組織的・継続的に提供するための訪問看護のしくみづくり」図1

訪問看護提供体制

1. 訪問看護ステーションは、以下の図に示す訪問看護提供プロセスの実践により、チームによる利用者主体の一貫性のある訪問看護を提供する



☆チームによる訪問看護提供プロセスとは、ステーションそれぞれを1チームとし、利用者一人一人に主に担当する看護師（以下、主担当）と主担当以外の看護師（以下、チームメンバー）全員が交代で行う体制をいう

さいわい訪問看護ステーショングループ訪問看護業務基準書 35

しくみを機能させて解決を図った事例

【課題】

チームメンバーとして同行訪問した看護師に対して「あの看護師には来てほしくない」という苦情があり、管理者が謝罪と共に理由を確認したところ「態度が不愉快だった」としか聞くことができなかった。

基準書に則って
課題解決するための学習行動
(表1)

【結果】

全看護師が利用者に必要なケアの提供をできるようになり、苦情のあった看護師も含めて、訪問看護を継続して受けたいという言葉が聞かれた。

出典：黒木由美子「利用者主体のケアを組織的・継続的に提供するための訪問看護のしくみづくり」図3改編

表1 苦情に対するリーダー・メンバーおよび看護師の行動

	苦情の状況確認	ヒヤリハット検証会	カンファレンス
リーダー メンバー	<ul style="list-style-type: none"> ●謝罪と共に苦情の理由を利用者に確認 ●苦情対象の看護師と面接し、苦情の要因や解決したいことを確認 ●リーダーとメンバーで苦情の要因、検証会の進め方を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●基準書に則って、看護師全員が当事者意識をもち、利用者の視点で要因分析できるように進行 ●検証会の振り返りにより、今後の看護師支援を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●カンファレンスの企画、時間調整 ●担当看護師とカンファレンスの進め方の打ち合わせ ●メンバー間でカンファレンスの進め方の検討 ●基準書に則って進行 ●実施後に苦情対象看護師と面接し、個別課題対応について検討
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ●ヒヤリハット報告書を記入 ●看護師なりの苦情の要因を言語化してヒヤリハット報告書を修正 	<ul style="list-style-type: none"> ●基準書に則って実施 ・待遇、看護技術、利用者の個別性という点で、利用者に不利益を及ぼしている要因を検討 ・利用者のニーズに必要なケアを提供するための看護師の対策を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ●基準書に則って実施 ・利用者の個別性の把握(コミュニケーション方法、ケア時の留意点、利用者の快と不快など) ・要因を解決するためにデモンストレーションと同行訪問を企画 ・看護師個々の課題と対策をすり合わせる

出典：黒木由美子「利用者主体のケアを組織的・継続的に提供するための訪問看護のしくみづくり」表1

37

表1 苦情に対するリーダー・メンバーおよび看護師の行動

	デモンストレーション	同行訪問	変化
リーダー メンバー	<ul style="list-style-type: none"> ●検討された対策を実践できるよう支援 ・時間と場所の確保 ・実施内容の確認と評価 	<ul style="list-style-type: none"> ●検討された対策を実践できるよう支援 ・利用者へ同行訪問の承諾を得る ・同行訪問の計画、目的の確認 ●実施結果を担当看護師や他メンバーと評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題意識をもって意図的に看護師を支援した ・基準書に則って役割を遂行した ・利用者の視点で検討を行う支援をした ・理念と看護実践を結びつけるように支援した
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ●ケア実施書を確認しながら利用者に合ったスキューピング方法を習得 	<ul style="list-style-type: none"> ●利用者への個別性への対応実践 ・声のかけ方 ・看護ケアの実施 ・利用者の反応の把握 ●実施後に主担当と評価 	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の視点で課題を捉えた ・利用者主体の要因分析や検討をした ・利用者のニーズに必要なケアを提供するための個別課題を決定した ・学習により課題解決した

出典：黒木由美子「利用者主体のケアを組織的・継続的に提供するための訪問看護のしくみづくり」表1

38

苦情対応のポイント

1. 迅速な対応
2. 苦情を申し出て頂いたことに謝辞
3. 謝罪（不快な思いをさせたことなどに）
4. 相手の言い分を聞ききる
5. 事の本質は何かを判断する
6. 事実確認
7. 記録
8. 当事者職員のフォロー
9. 再発防止に向けた検討

39

リスクマネジメントと生活の質保証

【質保証】

- ・リスクをコントロールすること
- ・できるだけ高いレベルのケアの確保を追求
- ・利用者の身の上にかかる損害のリスクを減らすことは安全の確保につながりケアの質向上において必須である

【結論】

- ・利用者のQOLの視点を大切に
- ・事故の可能性があっても、事故にならないように最大限の工夫と対策を講じ本人の望む生活や生き方を支援すること

40

3. ひやりはっと検証会例と プチ演習

41

ひやりはっと検証会例(KJ法)



場所: 看護師自宅(利用者さんより電話で聞く)

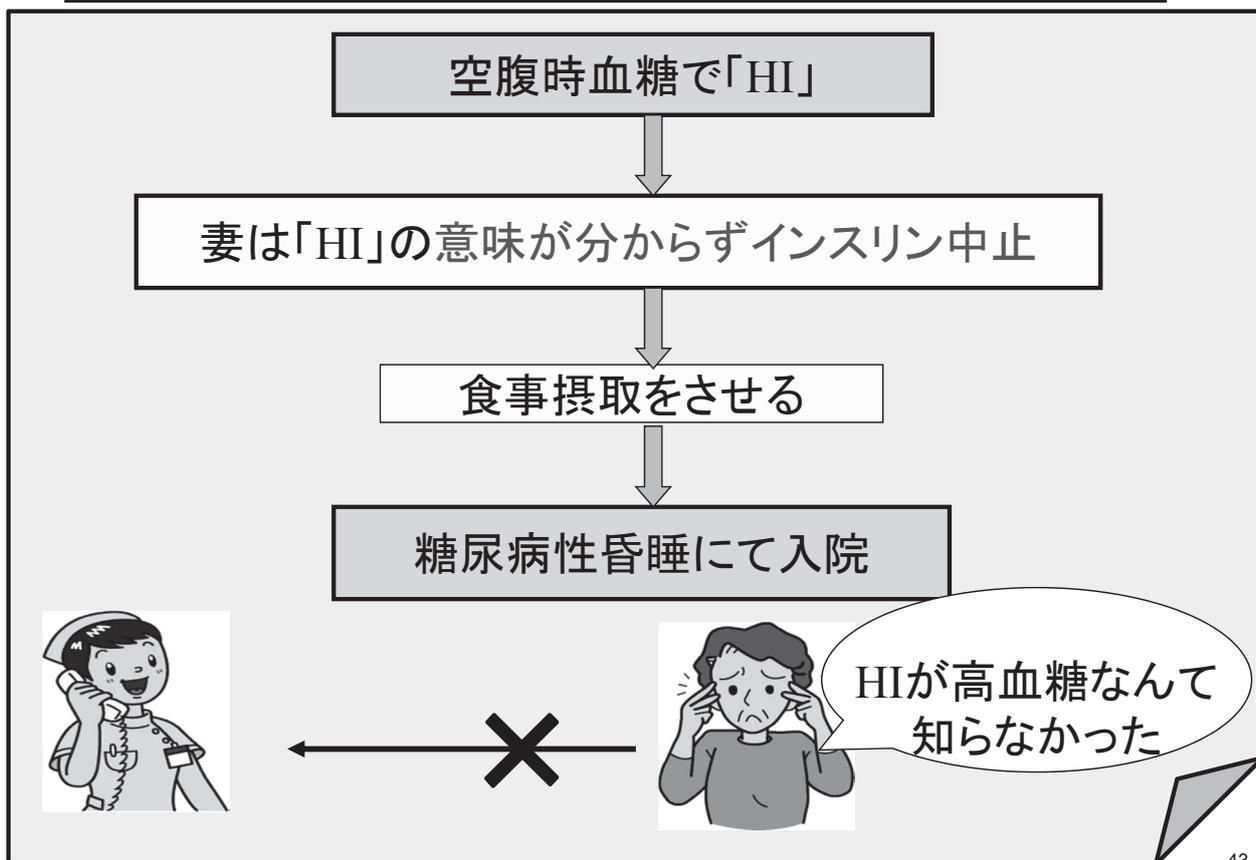
内容: ○月×日 FBS測定時「HI」と出たが、妻は意味が解らず自己判断でインスリンを中止し、食事摂取促した。翌日、DM性昏睡で入院

HI、LOについて説明していたが、妻は今まで実際その測定値になったのを見たことなく、忘れてしまっていた様。

妻は「HI」が高血糖ということを聞いたことがないと言っていた。

42

①ひやり・はっと報告書の内容をよく読み込む



43

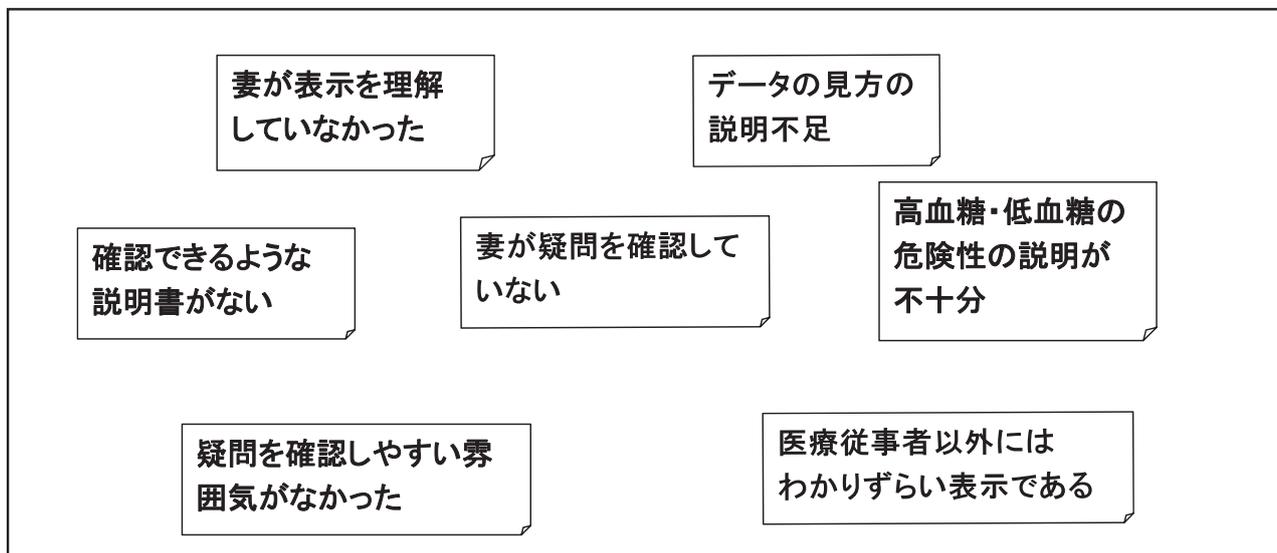
②内容から各自思いついた問題点を付箋に書く

KJ法

(文殊カード)

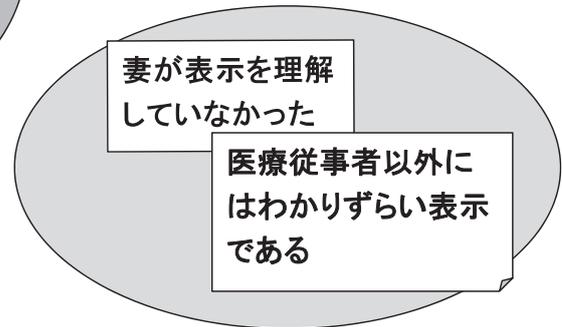
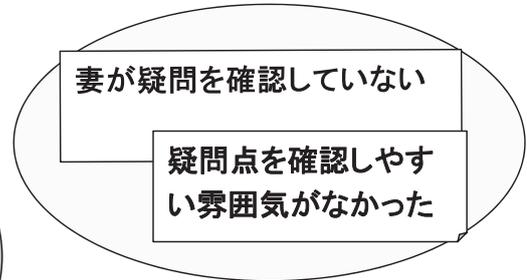
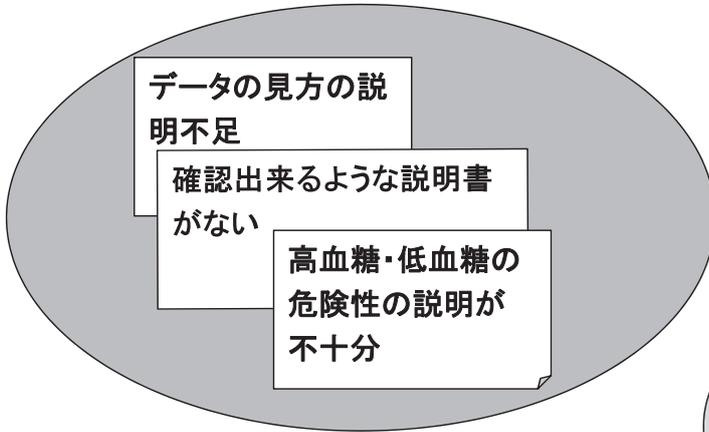
※川喜多二郎氏の考案

1枚の付箋にわかりやすく大きく問題点を書く。



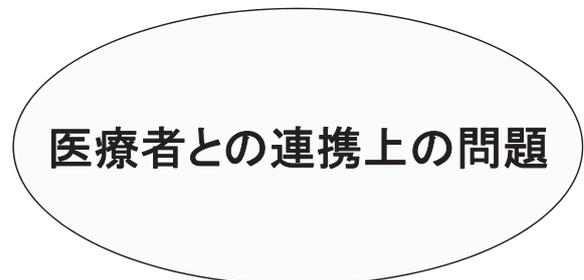
44

③グループ内で問題点を読み上げて同類のものを集める(グルーピング)



45

④グルーピングされたものに適切な名前をつける
(タイトル付け)



46

課題背景要因と対策

タイトル	背景要因	対策
家族指導上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・データーの見方の説明が不十分 ・確認できるような説明書がない ・高血糖、低血糖の危険性への説明が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ・データーの見方や数値の意味を大きく書き室内に貼っておく ・低血糖や高血糖の症状をチェックできるような表を作成し訪問時に確認を行う
医療者との連携上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・妻は「HI」の意味が分からないのに医療者へ確認しようとしていない ・疑問点を確認しやすい雰囲気がない ・可能性があった 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護師に確認する手順を妻と話し合い連絡する事項を書きだす ・いつでも電話をしてもよいよう緊急連絡先の電話暗号を貼っておく
機器表示上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・妻が表示を理解していなかった ・医療従事者以外の人にはわかりにくい表示 	<ul style="list-style-type: none"> ・表示について機器の箱に意味を記入し説明を行う ・機器取り扱い説明書を取り寄せ看護師と共に確認を行う

47

プチ演習



【演習方法】

ひやりはっと内容から要因分析を行う

- ①内容を読み込む
- ②利用者の状況や報告内容からカーペットを汚染してしまい弁償に至った考えられる要因を付箋に記入する(1つの要因を1つ記入)
- ③記入した付箋を前後両隣のメンバーで順番に発表しながらワークシートの背景要因欄に並べていく(同じような内容毎に並べるグルーピングする)
- ④グルーピングした付箋の山に課題タイトルをつける
- ⑤一番の課題と思われる要因について対策を考える

48

ひやりはっと報告書内容

【タイトル】

Pトイレ片付け中にトイレのバケツに躓き
汚水をこぼしカーペットを弁償した件

【報告区分】 アクシデント

【利用者の状況】

- 90歳 男性 要介護3
脳梗塞後遺症 左不全麻痺
慢性的な便秘症



ADL：立位、ベッド周辺つかまり歩行程度、
外出は、介助で車イス利用

環境：本人のこだわりから、介護用ベッドではなく
家庭用ベッド利用

49

内容：〇月×日 介護保険で1時間未満の訪問。
Pトイレでの排便介助を実施。浣腸後の反
応便に時間を要し45分かかってしまった。
危なっかしいと思いながらも見守りながらP
トイレの片付けをした。バケツを取り出し床
に置いた所で本人がふらついたため支えよ
うとしてバケツに躓き汚水をこぼしてカー
ペットを汚染してしまった。

本人は転倒することなくベッドに戻ることが
できたがカーペットは交換が必要になりス
テーションで弁償した。次の訪問先にも遅
れが出た。



50

—MEMO—

-MEMO-

-MEMO-

運営管理総論③ リーダーシップ論

R & D Nursing ヘルス・ケアマネジメント研究所代表
深澤 優子 氏

深澤 優子 (ふかざわ ゆうこ)先生

株式会社プライムワークス 代表取締役

R&D Nursing ヘルスケア・マネジメント研究所 代表

医療法人社団福寿会 副看護部長・営業統括部長・教育部長

略 歴

- 1991年 3月 弘前大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程卒業
1991年 4月 日本医科大学付属病院勤務（看護師）
1995年 4月 神奈川県立衛生短期大学（助手）
1997年 4月 米国ボストン日本人補習校（非常勤教員）
2001年 4月 日本大学大学院グローバル・ビジネス研究科入学
2002年11月 株式会社 Medical CUBIC 設立・代表取締役就任
2003年 3月 日本大学大学院グローバル・ビジネス研究科修了
（経営学修士・MBA 取得）
2011年 3月 株式会社 Medical CUBIC 代表取締役辞任
2011年 4月 R&D Nursing ヘルスケア・マネジメント研究所 代表*
2014年 4月 株式会社プライムワークス 代表取締役就任*
2015年12月 医療法人社団福寿会 営業統括部長*
2016年 2月 医療法人社団福寿会 教育部長*・副看護部長*

*：現職

その他

日本医療バランスト・スコアカード研究学会理事・事務局長・企画研修委員長

著 書

- ・20代ナースに伝えたい職業人としての心得（日本看護協会出版会）
 - ・看護事例でわかる部署目標・戦略策定 SWOT クロス分析（日総研出版）
- 「看護」「ナースマネージャー」「臨床看護」など看護系専門誌への連載等多数あり



2017.10.14土 12:00-16:00
全国訪問看護事業協会

リーダーシップ論

R&D Nursing ヘルスケア・マネジメント研究所 代表
株式会社プライムワークス 代表取締役
医療法人社団福寿会 営業統括部長・教育部長・副看護部長

深澤優子

|

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

自己紹介



- 北海道室蘭市出身。夫と2人の息子(大学生)の息子とオスのトイプードル6歳
弘前大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程卒業、日本医科大学付属病院、神奈川県立衛生短期大学、ボストン日本人補習校、日本大学大学院グローバル・ビジネス研究科修了(MBA)
- 2002年11月(在学中)に(株)Medical CUBIC設立・代表取締役就任
医療専門職の人材紹介・派遣会社
大学院同期の看護師と起業、WEB中心の集客で月間300人の看護師登録
- 2011年4月～現職
人材採用に関するコンサルティング
看護管理者・病院・看護部を中心に各種研修等
- 2014年4月～現職
介護保険請求ソフト開発・販売の(株)プライムワークス代表取締役就任
2015年12月～ 医療法人社団福寿会 営業統括部長
2016年2月～ 医療法人社団福寿会 教育部長、副看護部長
- 日本バランス・スコアカード研究会理事・企画研修委員長、事務局長
- 著書等
「看護事例でわかる部署目標 SWOTクロス分析(日総研出版)」「20代ナースに伝えたい職業人としての心得(日本看護協会出版会)」他BSC関連書籍(共著)。その他、看護系雑誌での総説・連載等多数。「生き残る看護・生き残るナース(看護)」、「深澤優子のここだけの話(臨床看護)」「日常で見かけるヒントで磨く!師長のメンタリスト(ナースマネジャー)」等。



スケジュール

▶ 12:00～12:45

【講義】リーダーシップ、リーダーシップ
フレームワークの上手な活用

▶ 12:50～13:20

【ワーク】SWOTクロス分析を使って
ステーションの課題を明確にする(ケース)

▶ 13:20～14:00

発表・演習解説・まとめ

▶ 3

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

1. リーダーシップとは

リーダーシップとは

- ▶ 集団に目標達成を促すよう影響を与える能力
- ▶ その集団の目標を達成するために、その時の状況において最も効果的な方法で、集団の成員が自主的に最大の努力をするよう働きかけるリーダーの影響力
- ▶ リーダーシップは、階級属性ではなく、地位や役職や権限などの要素に頼らず発揮するもの

リーダーシップとは、フォロワーに意識の変化を積極的に促す行為

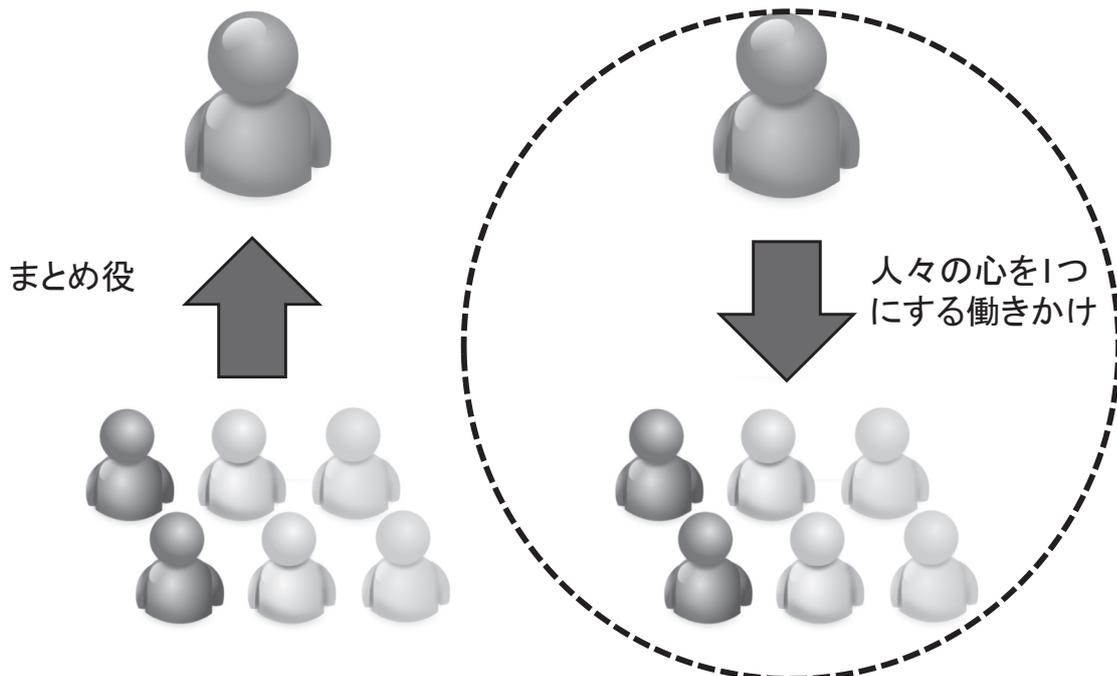
▶ 5

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

リーダーとリーダーシップ

リーダー

リーダーシップ



小野善生：リーダーシップ理論，p19，日本実業出版社，2016.より一部改変

▶ 6

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

リーダーとリーダーシップ

▶ リーダーとリーダーシップの混用

◆Aさんは素晴らしいリーダーシップを発揮している。

⇒正しい使い方

◆このプロジェクトのリーダーシップは、B師長さんによって担われている。

⇒ここでいうリーダーシップは、リーダー(指導者)と混用されている

さらに、リーダーを務める地位にある者を「マネジャー」と呼ぶことがあるが、リーダーとはあくまでも職位を示す言葉。

▶ 7

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

フォロワーに意識の変化を積極的に促すとは フォロワーが自らの意思で変わっていくこと

▶ リーダーが無理やり意識を変えさせるわけではない。

▶ フォロワーに対して、従わないと罰を与えるとか、逆に従ってもらうように目的にふさわしくない都合のいいことを言っただけでいいのとは全く違う。

▶ 圧制を強いるリーダーの下では、どうしても服従させられてしまい、状況を打開するために革命や反乱を起こそうと考えるケースも。

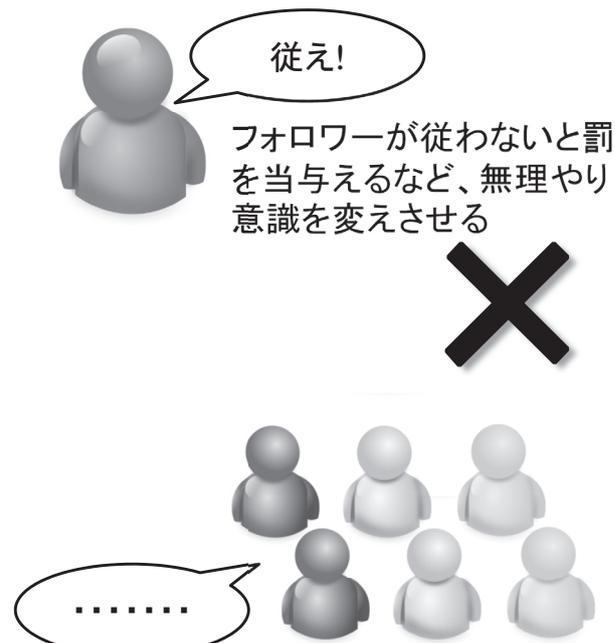
▶ 聞こえのいいことばかり言うリーダーには、どうしても身を任せたくなる=依存関係は組織がうまくいっている時にはよいが、ひとたびうまくいなくなると「リーダー降ろし」も。

▶ こうした組織は、何かあれば、すぐにリーダーの首をすげ替えることの繰り返しで安定感の欠ける脆い組織となってしまう。

▶ 8

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

リーダーシップの本質



小野善生：リーダーシップ理論，p21，日本実業出版社，2016.より一部改変

リーダーシップとパワー

リーダーシップ

- ▶ リーダーの目標と部下の目標の一定の適合性を必要とする
- ▶ リーダーはどの程度援助的であるべきか、意思決定を部下とどの程度共有すべきか、といった疑問に応えようとするもの

パワー

- ▶ 依存を必要とするだけで目標の適合性を要求しない
- ▶ 他者を追従させるための戦術に主眼をおく

パワー ①公式の力

- ▶ **組織における個人の地位に基づき、強制する能力や報酬を与える能力、公式の権限、情報のコントロールから生じる力**

- ▶ **強制力**

恐怖心に依存する。身体的拘束や心理学上の基本的欲求や安全欲求の制限を課すこと、あるいはそうすると脅すことによって成立している。組織的レベルでは解雇・停職・降格・いやがる業務活動の命令・不当な扱いなど。

- ▶ **報酬力**

強制力の逆。従うことがプラスメリットをもたらすような場合。金銭的報酬・非金銭的報酬(認知・昇進・興味のある仕事に割り当て・親切・優遇された勤務時間など)。他者が価値を見出すものならば何でも報酬になりうる。

- ▶ **正当権力**

組織の公式の階層における地位の結果として得られる権力。権威ある地位は強制力も報酬力も有しているが、正当権力はさらに範囲が広い。

- ▶ **情報力**

情報へのアクセスと情報のコントロールから生じる力。組織において他人が必要とするデータや知識を有する人は他人を自分ら依存させることができる。

パワー ②個人的な力

- ▶ **力を手にするためには必ずしも公式の地位を必要としない。個人の持つ独自の特性から生じる力をいう。**

- ▶ **専門力**

専門技術、特殊なスキル、知識を有する結果として行使される影響力。世界的に技術志向が高まる中で専門技術は最も強力や影響力となり、仕事が専門化するにつれて人々は目標達成のために一層「専門家」に依存するようになってきた

- ▶ **同一化による力**

好ましい資質や個性を備えた人物との同一化(アイデンティフィケーション)である。同一化による力は、他人への称賛やその人のようにになりたいという欲求から生じる。

- ▶ **カリスマ性**

個人のパーソナリティや対人スタイルから生じる同一化のよる力の延長線上にある。組織には、公式のリーダーとしての地位にないものの英雄的な資質を強みとして他人に影響力を及ぼしている人がいる。

組織成立のための秩序・・・3つの支配

▶ ウェーバーの支配の3類型

①合法的支配	・規則に従う、支配と服従の関係 ・官僚的組織
②伝統的支配	・伝統に従う、伝統に対する尊敬の念 ・女性が土俵に上がることを禁じる
③カリスマ的支配	・カリスマに対する民衆の帰依 ・社会や組織が危機的な状況に陥った時に見られる

- ▶ 組織が成立するためには「秩序」が必要であり、権力と支配がキーワードとなるが、それが成立するには根拠(正当性)が必要。正当性として合法的支配、伝統的支配、カリスマ的支配がある。

2. 代表的なリーダーシップ理論 —理論を知って実践で活用する—

リーダーシップ理論研究の変遷

- ▶ 普遍的なパーソナリティ特性を見出そうとするもの
- ▶ リーダーはどのような行動をするのかになるリーダーシップ説明
- ▶ 条件適合(コンティンジェンシー)理論による説明
- ▶ 特性説への回帰に新たなひねりの追加、カリスマ的リーダーの備える特質あるいは特性を見出そうとするもの

(1)特性理論

- ▶ 1940年代以前・・・リーダーと非リーダーを区別する特徴・特性
 - ①動機と意欲
 - ②他者を導き影響を与えようとする欲求
 - ③正直さと誠実さ
 - ④自信
 - ⑤知性
 - ⑥責任分野に関する深い専門知識

(2)行動理論

- ▶ 1940年代後半～1960年代・・・リーダーが好んで示す行動スタイルを重視。
- ▶ 特性理論は「生まれながらにしてリーダーはリーダー」でリーダーシップは生まれつき決まっている・・・育成が難しい。
- ▶ 特定行動が解明されれば、「教えること」が可能である。リーダーが増やせる。

(2)行動理論 ①オハイオ州立大学の研究

「構造作り」と「配慮」のいずれも高い程度を示すリーダーの下で部下の業績と満足度が高まる可能性が高い。

構造作りとは：リーダーが目標達成を目指す中で自分と部下の役割を定義し構築すること

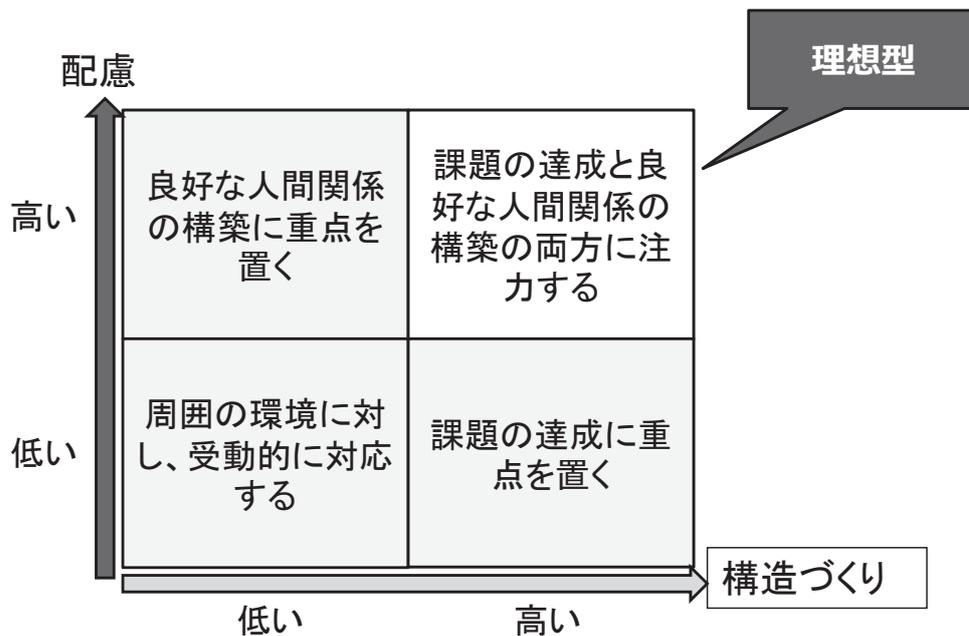
※業務・業務関係・目標を組織的にまとめようとする行動。

配慮とは：ある人物が相互信頼・部下のアイデアの尊重・部下の感情への気配りを特徴とするような職務上の関係を持つ程度のこと

必ずしも良い結果ばかりではない

- ◆ 構造作り「高」: 不平や常習的欠勤、離職率の上昇、仕事への満足度低下。
- ◆ 配慮「高」: 上司によるリーダーの業績評価と反比例。

(2)行動理論 ①オハイオ州立大学の研究

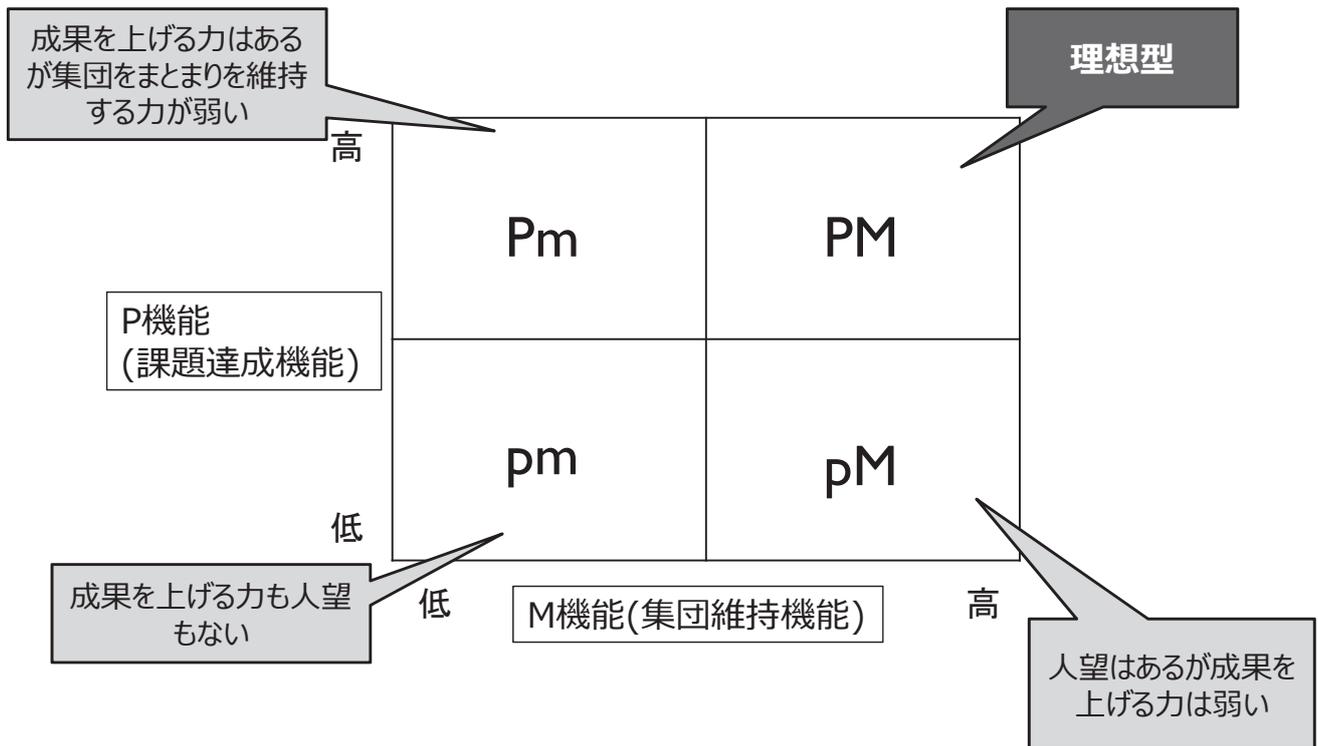


(2)行動理論 ②PM理論 三隅二不二

- ▶ 集団が発展するための機能
- ▶ ①目標達成・・・P機能(Performance)
- ▶ ②集団維持・・・M機能(Maintenance)
- ▶ P機能を充足するためのP行動とM機能を充足するためのM行動の両方を満たすことがリーダーシップを発揮すること。

P(目標達成)行動	<ul style="list-style-type: none"> ・目標達成に向けて計画を立てる ・立案した計画を遂行するために指示を出したり、規則の遵守を徹底したり、期限を設定したりする
M(集団維持)行動	<ul style="list-style-type: none"> ・メンバー間の葛藤や緊張を緩和する ・各メンバーに対して個々の尊厳を重んじ、自主性を促し、メンバー間の相互依存関係を促進する

(2)行動理論 ②PM理論



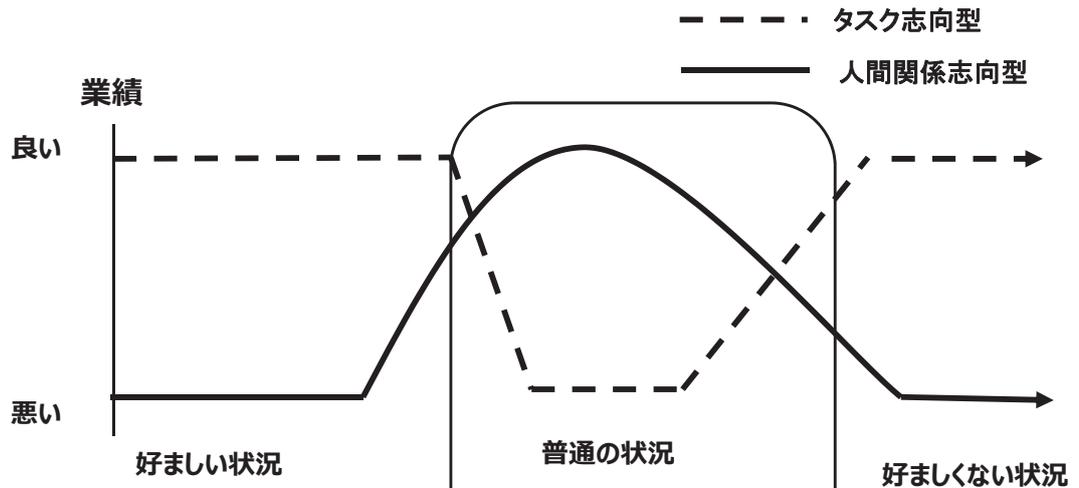
(3)条件適合理論(状況対応型理論)

- ▶ 状況によってどのようなリーダーシップが有効なのか。状況要因を特定しようとするもの

①フィドラー理論

② SL理論

(3)条件適合理論 ①フィドラー理論

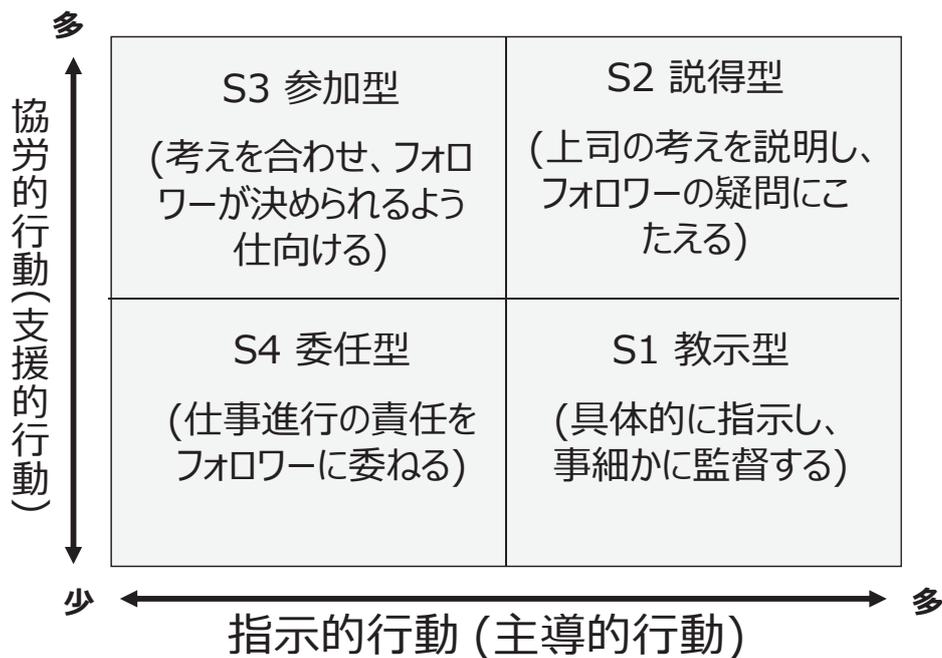


カテゴリー	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
リーダーとメンバーとの関係	良い	良い	良い	良い	悪い	悪い	悪い	悪い
タスクの構造	高い	高い	低い	低い	高い	高い	低い	低い
地位勢力	強い	弱い	強い	弱い	強い	弱い	強い	弱い

▶ 23

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

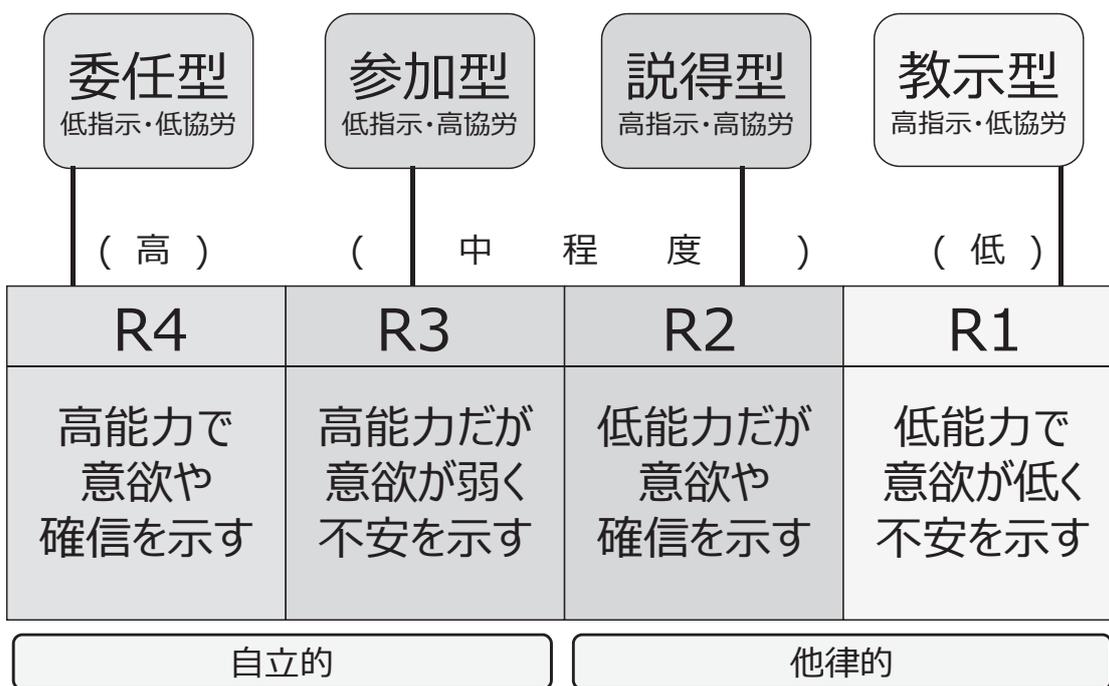
(3)条件適合理論 ②SL理論(リーダー行動)



▶ 24

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

(3)条件適合理論 ②SL理論(フォロワーのレディネスに適したリーダー行動)



(3)条件適合理論 ②SL理論(フォロワーのレディネスに適したリーダー行動)

委任型 仕事を委任する ゆるやかに監督する フォロワーが決める 成果を認めほめる 過度な仕事は与えない 自立(自律)を推奨する 支援しリソースを与える	参加型 決定の責任をフォロワーにも 分担させる 仕事の結果に焦点を当て 重視する 意思決定を協同で行う 先を読んで次のステップを決め ておく 励まし支援する	説得型 何を、いかに、いつ、どこで、誰が を示す 課題の理解度をチェックする 質問を奨励する 詳細を話し合う なぜかを説明する ハウツー(やりかた)を強調	教示型 事実を具体的に説明・ 良い方向の進歩を強化する・ やらなければどうなるか考えさせる・ 冷静さを保つ 失敗に対する恐れを減らす 一歩ずつ教え助ける
R4	R3	R2	R1
仕事の進行状況について 十分上司に知らせている・ リソースを効率的に使って いる・知識や情報を他人と 分かち合う・喜んで他人を 助ける・仕事の責任をとる・ 概して早めに仕事を完了 する・高い水準の仕事をする	能力あるが関心なし ：躊躇する・抵抗する・義理でやらされていると感じている・励ましや慰めなど他人の支援を感じている 能力があるが不安 ：自分の能力を疑っている・起こるかもしれない問題を気にしている・自負心にかけられている・リーダーの介入を求める	早口で話す・明快な説明を 求める・関心を示し打つ と響く・質問に表面的に答 える・仕事を積極的に受け 取る・素早く行動する。進め 方より最終結果に気を取 られている	意欲が低い ：防衛的・言い訳・苦情不満・仕事遅れ・言われたことしかやらない 不安が強い ：落ち着きがない・混乱したはっきりしない態度・行動・取り越し苦労

(4)カリスマ的リーダーシップ理論

組織のために自己利益を超越するよう部下を啓発し、根深く絶大な影響を与えうるようなタイプのことを変革型リーダー、カリスマ的リーダーという。

※リーダーシップ理論の大半は業務処理型リーダーに関するもの

特性

- ▶ **ビジョンと明確な表現**
- ▶ **個人的リスクを負うことをいとわない**
- ▶ **環境に対する配慮**

環境的制約と変革をもたらすために必要なリソースについて、現実的な評価することができる。

- ▶ **フォロワーのニーズに対する配慮**

部下の能力をよく理解し、部下のニーズや感情に敏感に対応する。

- ▶ **並はずれた行動力**

カリスマ的リーダーに率いられる部下は、自己確信が強い、仕事にやりがいを感じている、リーダーをダイナミックな人物とみなす、業績評価が高いといった特徴があるとされている。

(5)サーバント・リーダーシップ

- ▶ **サーバント・リーダーシップとは、「まず相手に奉仕し、その後、相手を導くもの」と定義される。リーダーが「奉仕」の精神を持つことから始まるとされ、リーダーシップに対する根本的な考え方、理想、あるいは哲学といえる。**

<特徴>

- ① “引っ張っていきたい”が最初ではなく、“奉仕したい、尽くしたい”がスタート。そのような気持ちで接することを通じて、やがて導いていきたいという気持ちがわく。
- ② 地位や権力と言ったパワーに訴える行動ではなく、奉仕の精神に基づいて、フォロワーの気持ちを慮る行動。
- ③ 単なるフォロワーに対する気遣いだけで成立するのではなく、フォロワーが組織の目的の達成に向けて献身的になることによってなされるものでなければならない。将来的には、サーバント・リーダーシップを発揮しようという心構えを持つようにフォロワーの成長を促していくこと。

サーバント・リーダーに求められるもの

①	モチベーション	組織上の地位にかかわらず、他者に奉仕したいという欲求
②	マインドセット	組織に参加する人々が協力して目的を達成する環境で、Win-Winの関係になることを重視
③	影響力の根拠	部下との信頼関係を築き、彼らの自主性を尊重することで組織を動かす
④	コミュニケーションスタイル	部下の話を傾聴することが中心
⑤	業務遂行能力	部下へのコーチング・メンタリングから部下とともに学び、よりよい仕事をする
⑥	成長についての考え方	他者のやる気を大切に考え、個人と組織の成長の調和を図る
⑦	責任についての考え方	責任を明確にすることで、失敗からも学ぶ環境をつくる

サーバント・リーダーとフォロワーのWin-Winの関係とは

▶ サーバント・リーダー

- ✓組織の目的に向けて邁進できる
- ✓フォロワーが成長する喜びを感じる

▶ フォロワー

- ✓組織の目的に向けて一步を踏み出せる
- ✓自分自身の成長を実感できる

3.実践編：リーダーシップとマネジメント

日々の業務の中での実践のポイント

マネジメントの役割とは ピーター・ドラッカー

- ▶ 組織の特有のミッションすなわち目的を果たすこと

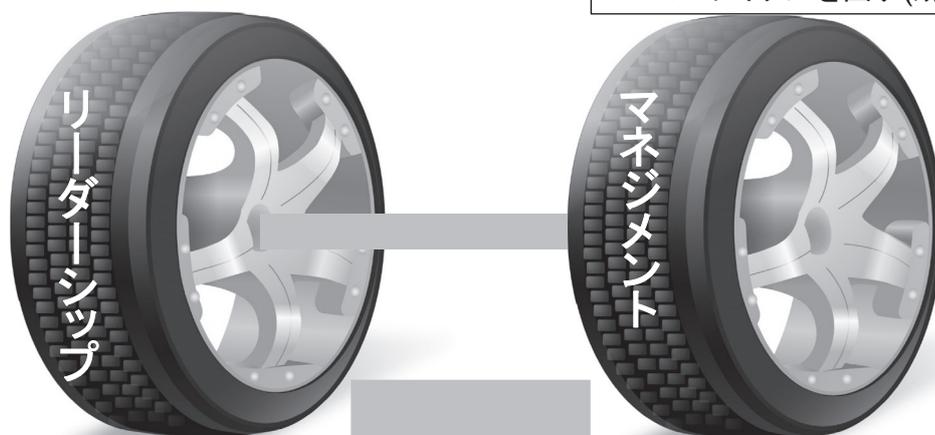
- ▶ 組織に関わりのある人たちが生産的な仕事を通じて生き生きと働けるようにすること

- ▶ 自らの組織が社会に及ぼす影響を処理するとともに、社会の問題の解決に貢献すること

リーダーシップとマネジメントは車の両輪 (補完的關係にある)

フォロワー(部下)の意識に
変化を促す

・ビジョン達成に向けた体制づくり
・PDCAサイクルを回す(効率的な運営)



・想定外の事態が発生した場合の見直し
・異動・新卒・中途採用による新規メンバーへの意識変化

経営活動

ビジョンに巻き込んだ
フォロワーをビジョン達成に向けて維持・発展させていく

小野善生：リーダーシップ理論，p29，日本実業出版社，2016.より一部改変

▶ 33

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

優れたリーダーが実践している4つの戦略

日常業務における生産性や効率性を追求するリーダーシップから、組織変革を実現し、フォロワーの意識改革を促す変革型リーダーシップに議論の焦点がシフトしてきた。

1.人をひきつけるビジョンを描く

✓ビジョン構築の手かがりとなるのは、【過去】【現在】【未来】という時間軸
✓先見力・洞察力・世界観・立体認知・周辺視野・ビジョン修正能力が必要

2.あるゆる方法で「意味」を伝える

✓インパクトのある言葉・メッセージを伝えること
✓実際に行動すること(率先垂範)

3.「ポジショニング」で信頼を勝ち取る

✓自らの立場、立ち位置を明確にして、そこからブレない姿勢を一貫していくこと
✓リーダーとフォロワーが信頼の絆で結びつかないとリーダーシップはその第一歩が踏み出せない

4.自己を創造的に活かす

✓肯定的な人物が自己を創造的に活かして効果的なリーダーシップを発揮できる



▶ 34

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

結果を出しているリーダーの共通点

課題設定

組織が解決すべき問題を大まかに決めて、具体的に戦略を立てて解決の方向性を示すこと

ミッション(理念)・ビジョンに基づいて戦略立案と実行

人脈(ネットワーク)づくり

▶ 課題達成のために直属の上司や部下という直接的な関係で結ばれた人々だけでなく、経営幹部や他部門の職員、さらには協企業や連携先、時にはマスコミ関係者などのような相互依存関係にある様々な人々と通ずること

リーダーへの道の障害は自分が原因

▶ 「リーダーへの道の障害は自分が原因のものがほとんどである」とし、その具体的行動として次の3点が挙げられている。

- ①リーダーは生まれついでのものだと思う。
- ②リーダーシップは学べるものではないと思う。
- ③リーダーシップに伴うリスクや責任を恐れる。

D・クイーン・ミルズ

よって、よいリーダーシップを発揮するためには、

- ▶ リーダーは生まれついでのものだという先入観を捨て、学んで身に付けることができるものとして捉える。
- ▶ リーダーシップに伴うリスクや責任を恐れない。
- ▶ 自分はリーダーとして振る舞ってよいのだと自覚し、そのように振る舞うことでリーダーとしての経験を積む。

井部俊子編：実践家のリーダーシップ,p79-81,ライフサポート社,2009.

自己を創造的に活かすための2つの指標 肯定的自己観とワレンダ要因

- ▶ 肯定的自己観・・・自らの能力を構築すること(自信)
 - ①自分の強みと弱みを意識して強みはさらに伸ばし、弱みを補う努力
 - ②自分の強みを伸ばすスキルを身につける
 - ③自覚している能力と職務に求められている能力が一致しているかどうかを見極める

- ▶ ワレンダ要因・・・結果に対するイメージ(外的な環境の見通し)

肯定的 自己観	肯定的	反抗・不満・転職	効果的 リーダーシップ
	否定的	辞任・無関心	自己評価の低下・ 落胆

否定的 肯定的

ワレンダ要因

小野善生：リーダーシップ理論，p105-108，日本実業出版社，2016.

マネジメント機能とリーダーシップ機能

	マネジメント	リーダーシップ
進むべき方向を定める	計画と予算設定—予定された成果を達成するための詳しいステップと予定表を作り、それらの進行に必要な資源を割りつけていく	方向を設定する—将来に向けてのビジョンを作り、これらのビジョンを達成する上で必要な変革を実現していくための戦略を設定する
目標を達成するための人的ネットワークを作り出す	組織化と人材配置—計画からの要請を達成していくための組織構造をつくる。さらに、組織に適切な人材配置を行い、計画遂行の責任と権限を割りつけていく。人材をガイドするためにポリシー、規則を作り、また、実行過程をモニターする方法とシステムを作る。	人材をある方向に向け整列させる—協力を求めるべき人材に対して進むべき方向を言語と行動でコミュニケーションしていく。さらに、ビジョンと戦略をきちんと理解し、かつ、その妥当性を認めるチームと協力関係を作り上げていくことに努める。
目標達成に向け実行する	コントロールと問題解決—詳しく計画に対する実績をモニターする。計画からの逸脱を発見して、これらの問題を解決するための計画化、組織化を図る。	モチベーションと意欲昂揚—基本的ながら満たされていない人間のニーズに応えることによって、変革の前に立ちふさがる大きな政治的、官僚主義的、資源上の障害を乗り越えていくよう人材を勇気づけていく。
達成する成果	確実性と秩序を築きあげる。また、各種のステークホルダーの期待する 主要な成果をいつの場合にも実現していく能力を示す (たとえば、顧客に対して納期を守る、株主に対して予算内でビジネスを進めるといった例)	かなり大規模な変革を進める。また、極めて望ましい変化を生み出す (たとえば、顧客の喜ぶ新製品を開発する。企業の競争力を高めることら役立つような新しい労使関係の方法を導入するといった例)

つまり・・・

- ▶ リーダーシップがビジョンを示し、変革を行うのに対し、マネジメントは計画し、秩序を築くもの。
- ▶ リーダーは両者を持ち合わせている必要があるし、実際に両者の特に意識せずに発揮している場合もあるが、だからといってリーダー(指導者)がリーダーシップを発揮しているとも限らない。
- ▶ リーダーシップは職位・役職・権限に関わらず発揮するもの。

マネジャーの役割 ヘンリー・ミンツバーグ

対人関係 の役割	①フィギュアヘッド	組織の顔として活動する役割。マネジャーの肩書に付随して生じる必然的な仕事。
	②リーダー	部下の動機づけと活性化に責任がある。部下を引き込む管理活動のほとんど全部。フォロワーに対して絶えず注意を払う。
	③リエゾン	連結役・つなぎ役。様々なネットワークを維持する。
情報関係 の役割	④モニター	組織内外の動きに関連する情報の収集。内部業務・外部の出来事・分析・アイデアとトレンド・プレッシャー(顧客やその他からの陳情など)を収集。
	⑤周知伝達役	モニター活動を通じて得た情報は組織内に伝達する必要がある。目に見えない価値をいかに言葉にして表現し、組織に浸透させていくのが大事。
	⑥スポークスマン	組織の計画・方針・結果などについての情報を外部に伝える。組織の業種に関して専門家の働きをする。

意思決定の役割	⑦企業家	組織に変革に置いて創発者と設計者を演じる。組織と環境に機会を求める変革をもたらす「改善計画」を始動させる。プロジェクトのデザインを監督する。
	⑧障害処理者	組織が重要で予期せざる困難にぶつかった時、是正措置を取る責任。※
	⑨資源配分者	重要な決定を下したり、承認したりすることによるあらゆる種類の組織資源の配分に責任がある。スケジュールづくり、予算化、定型化に関わる活動。
	⑩交渉者	主要な交渉に当たって組織を代表する責任。

※障害のタイプ

- ①部下の間での対立・・・経営資源の獲得に伴う対立、性格上の不一致、専門性からくる衝突など
- ②部門の間での対立・・・部門間での利害関係の衝突が表面化する
- ③経営資源の喪失およびそこから来る脅威
・・・部下の辞職・天災や事故による施設の喪失、顧客の逸失など

リーダーシップに必要な能力

1. 適応力と強靱な精神

厳しい試練に耐え、そこから自らの成長につながる教訓を学ぶという高い学習意欲を支えるのは、目的を達成したいという「意志力」。特定のアプローチに固執する(持論を曲げない・他者の意見を受け入れない等)ことは異なり、目的達成のためには手段を変える柔軟性も必要。

2. 意味の共有化と他者の巻き込み

リーダーシップは、リーダー一人だけのものではなく、リーダーが掲げる目的にたいするフォロワーの共鳴と協力が不可欠。

3. 意見と表現

組織を代表して組織内外に情報発信する。

情報の中身：伝えるべきメッセージが明確であること、発信方法：メッセージに対するフィードバックが得られることが必要

4. 高潔さ

「志・コンピタンス・倫理性」の3つの要素から成り立つ。

コンピタンス：事を成し遂げるほどの能力。高潔さにつながるコンピタンスとは、目的達成に向けて自らをささげる奉仕的な態度、目的達成のために率先して行動する率先垂範の姿勢、フォロワーを同志とみなす協力的な姿勢。

リーダー(マネジャー)に求められる能力

1.時間管理能力

業務にどのくらいの時間がかかるか、どれくらいの知識と技術を要するか、どれだけの負荷が発生するかを予測し、適正かつ公平に業務を振り分けることが必要。当然、リーダー自身が時間の時間管理ができていなければならない。

2.ミーティング能力

建設的な話し合いの場の運営。そのためには円滑なコミュニケーションのためのスキルが必要。また、ミーティングを通して決定した事項の実現にあたり、組織と交渉できる力を持つことも必要。

3.問題発見・解決能力

問題を予知し、解決策を見出し、迅速に対処する。時に、今までのすべてのやり方をいったんリセットし、一からやるようなエネルギーが必要とされることもある。柔軟性のある思考によって、新しい解決方法を生み出す能力も必要。

4.コーチング能力

一人ひとりの動機づけをし、それを高める能力。様々な理論を知っていると、スタッフの特性に応じた理論を選択し、コーチングに役立てることができる。

5.業務改善能力

業務の効率化を図る一方でケアの質を保証するためには業務改善能力が求められる。業務改善を行うための方法について学び、PDCAサイクルを実践的なまわるスキルが必要。

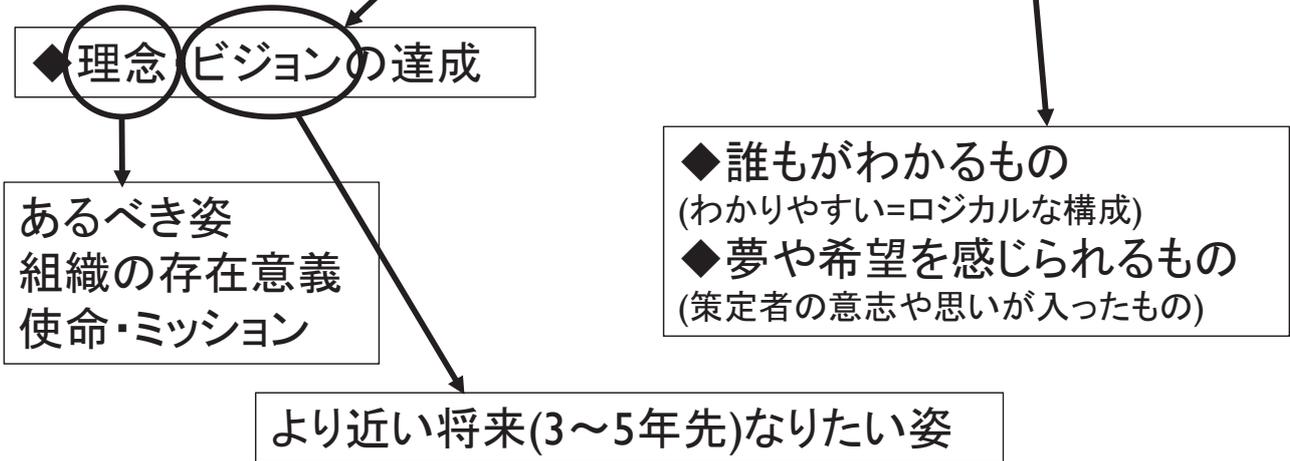
▶ 43

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

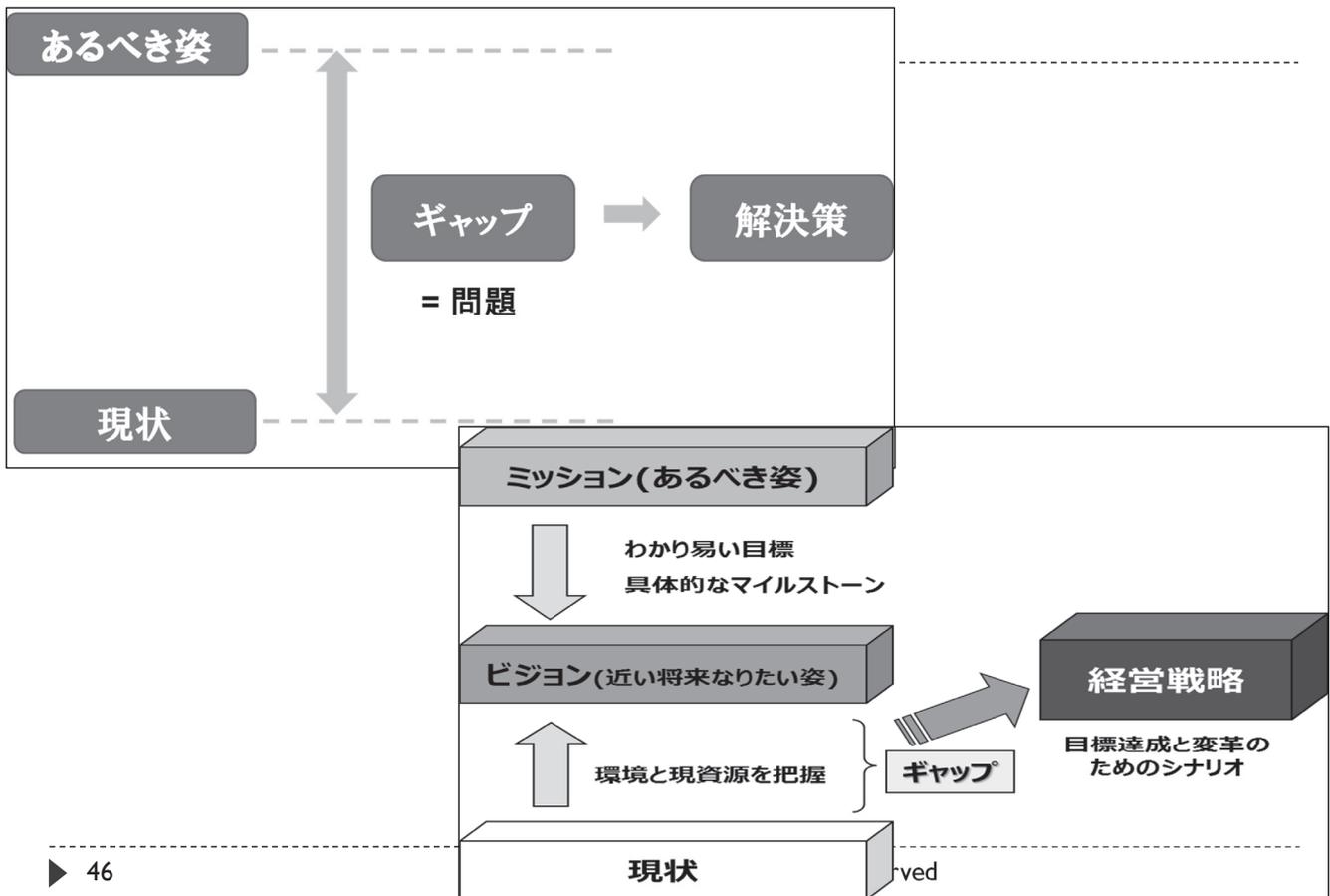
4.リーダーとしてビジョンを示すために —問題解決の基本とフレームワーク活用—

経営戦略とは

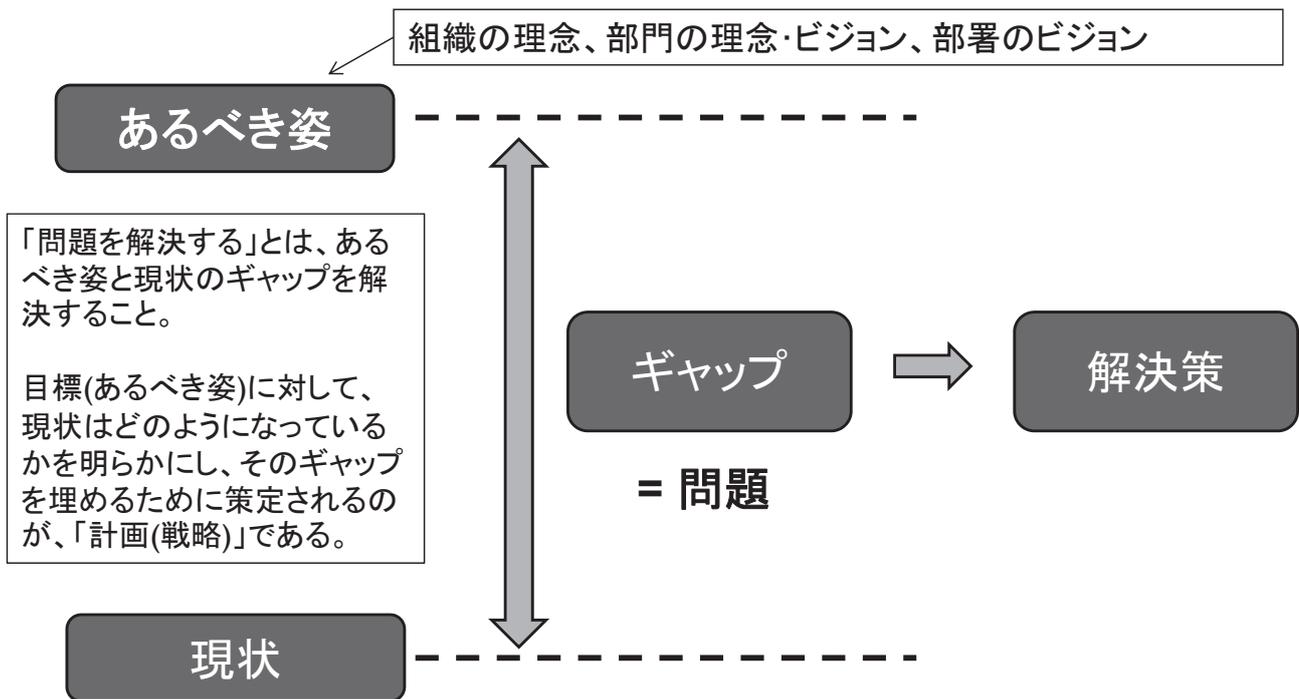
組織を(成功)に導くためのシナリオ



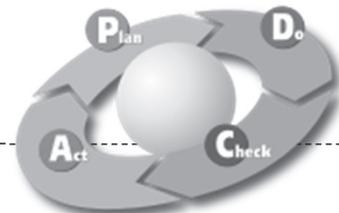
問題の基本構造と戦略(目標)



そもそも問題とは



実は...看護過程はまさに論理的思考=戦略策定



看護計画立案

- ▶ 患者の把握
- ▶ アセスメント
- ▶ 看護計画作成
- ▶ ケアの実施
- ▶ 評価
- ▶ アセスメント
- ▶ 修正

戦略策定

- ▶ 組織・部門の現状把握
- ▶ (アセスメント)
- ▶ 戦略立案
- ▶ アクションプランの実施
- ▶ 評価
- ▶ (アセスメント)
- ▶ 修正

①戦略提示のスタートは、「現状分析」 現状をきちんと把握することが重要

⇒SWOT分析を活用する

SWOT分析

環境を内部と外部/プラス要因とマイナス要因で整理する統合型の環境分析ツール

	プラス要因	マイナス要因
内部環境	強み(Strength) ★自分たちの組織の優位な点、さらに強化していきたい点。	弱み(Weakness) ★自分たちの組織の問題、課題となっている点、強くしたい点。
外部環境	機会(Opportunity) ★自分たちの組織にとって「追い風」になるもの、好ましいもの。	脅威(Threats) ★自分たちの組織にとって「向かい風」になるもの、好ましくないもの。

SWOT分析とは

- ▶ SWOT分析は外部環境分析と内部環境分析を同時に行うことができる統合型の環境分析(現状分析)ツール。
- ▶ 便利なツール(道具)ではあるが、正しく使いこなさないと、ただの主観的な情報が書き込まれただけのもの・全体網羅ではなく偏った情報リストになってしまう。
→必要データは手元におく。PESTや7Sなども活用してMECEになるよう心がける。
- ▶ SWOT分析でわかること=現在の組織を取り巻く環境と組織の状態=ここには何も方策は出てこない。
→先の方向性を整理するためのツールが「クロス分析」

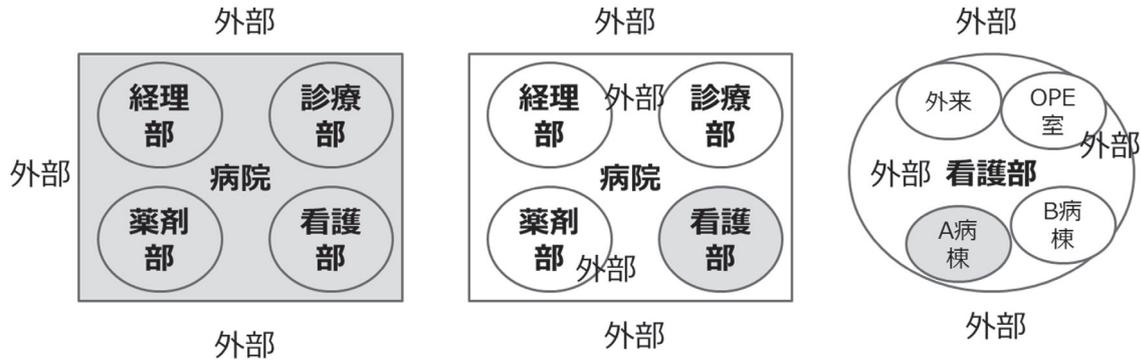
SWOT分析 NG例

- ▶ **1.正しくない・網羅されていない**
主観的な事柄だらけ?
偏った視点・同じ視点の事柄だらけ?
- ▶ **2.捉え方の間違い**
内部と外部の捉え方を誤っていないか?
「言葉」に惑わされてプラス・マイナスの捉え方を誤っていないか?
- ▶ **3.意味の共有ができない**
単語だけの表現になっていないか?
曖昧表現になっていない?(正しく伝わる表現になっている)か?



SWOT分析の要点

- ▶ 偏った視点ではなく全体網羅を意識する
- ▶ 記載する事項の正確性・重要性を意識する(多ければよいわけではない)
- ▶ 内部環境と外部環境を混同せずに明確にする



病院の目標(戦略)を立てる場合には、病院全体が内部、その他が外部。

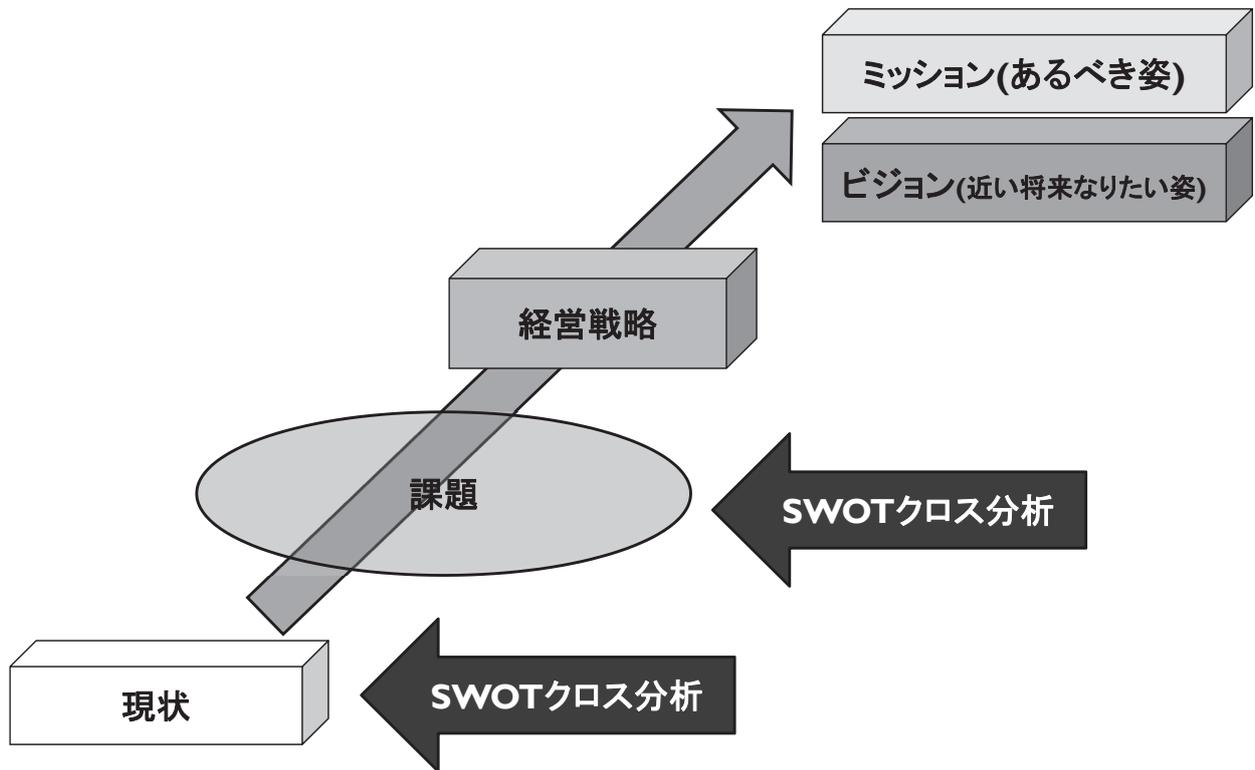
看護部の目標(戦略)を立てる場合には、看護部が内部、その他が外部。つまり、院内の他部門も病院外も外部。

部署の目標(戦略)を立てる場合には、部署が内部、その他が外部。つまり、看護部も他部署も院外も外部。

②あるべき姿と現状の間にあるギャップを明確にする(=経営課題の抽出)

⇒クロス分析を活用する

SWOTクロス分析は「今」から「その先へ」



▶ 55

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

クロス分析とは

- ▶ SWOT分析の内部環境と外部環境をクロスさせて、今後の方向性を見出すためのプロセス。方向性・経営課題を抽出・整理するためのフレームワーク。

それぞれの思考のポイント

- ▶ 強み×機会→強みを活用して機会を取りこむには?
- ▶ 強み×脅威→強みで脅威を回避するには?
- ▶ 弱み×機会→弱みで機会を取りこぼさないためには?
- ▶ 弱み×脅威→弱みで脅威が現実にならないようにするには?

▶ 56

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

SWOT分析 クロス分析		外部環境分析			
		(3) 機会(Opportunity)		(4) 脅威(Threat)	
SWOT分析(現状)をもとに方向性を整理する		機会1	機会4	脅威1	脅威4
		機会2	機会5	脅威2	脅威5
		機会3		脅威3	
内部環境分析	(1) 強み (Strength)	積極的攻勢		差別化戦略	
	強み1 強み2 強み3	強み4 強み5	当院の強みで取り組める 事業機会の創出 (伸ばす)	当院の強みで脅威を回避 または事業機会の創出 (際立たせる)	
	(2) 弱み (Weakness)	弱点克服・転換		業務改善または撤退	
	弱み1 弱み2 弱み3	弱み4 弱み5	当院の弱点を克服して 強みに転換し、 機会を逃さない (捉える)	当院の弱みと脅威で 最悪の事態を招かない対策 (改善する)	

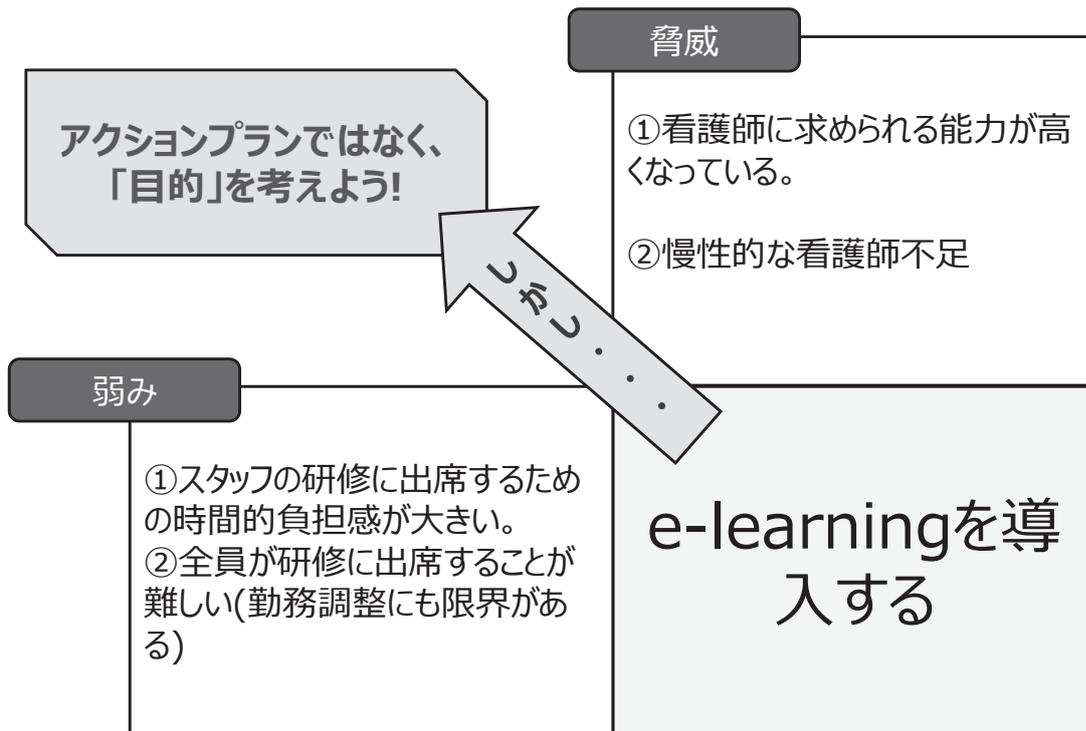
57

Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

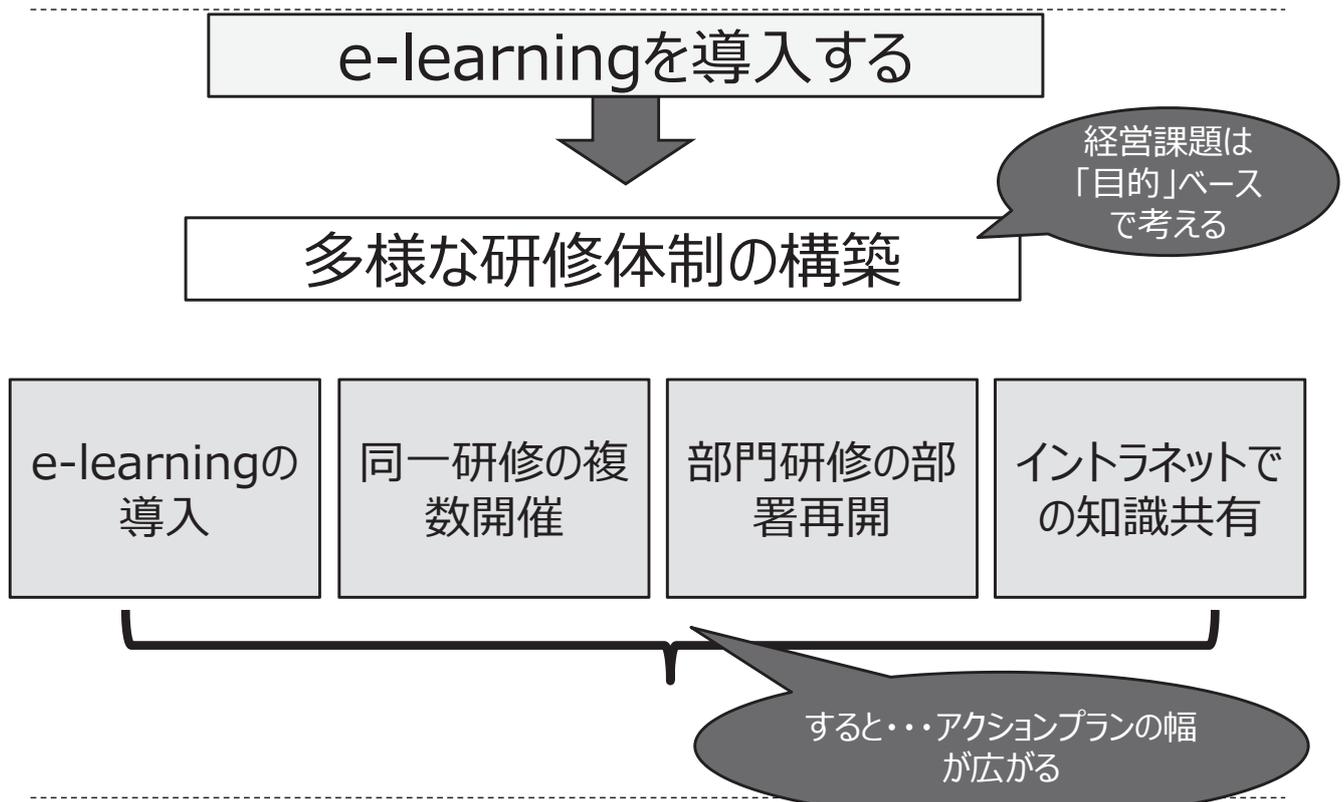
クロス分析の注意点

- ▶ ①ここで行うのは、「これから」どんな方向性を持ってやっていこうか、どんな風にしていこうかということを確認にすること。
- ▶ ②クロス分析の後、戦略目標(部署目標)に展開していくことを考えると、「やることリスト」にならないように表現方法に気をつける。やること(アクションプラン)の羅列ではなく、「何のために」ということを意識して表現をする。
 - × 広告を出す
 - 認知度を高めるための広報手段を検討する、地域の人にもっと知ってもらうための広報活動を強化する
 - × マニュアルを作る
 - 業務水準を上げるためにマニュアルの整備更新を行う、業務を標準化するためにマニュアルを整備し遵守する体制を構築する

参考例 e-learningを導入した方がよいのでは？ →それはなぜ？ を考える



参考例 アクションプランでなく「目的」で考える





クロス分析の要点

- ▶ 病院の戦略・看護部の戦略に沿う形部署の戦略の方向性を確認する
- ▶ 「部署の問題解決」を意識する(部署外の問題解決ではない)
- ▶ 「あれこれ、細々」を避ける
- ▶ 「やること(アクションプラン)」と「目的」を混同しない⇒目的を常に意識すること
- ▶ 「難しい」という言葉で思考することを避けない⇒戦略を決めることは難しいことではない。良い方向に行くための道筋をシンプルに構成することが大切。方向性を決めるのは「自分なのだ」という自覚と当事者意識を持つこと。

よくある「クロス分析が難しい」

【経営課題がなかなか出てこない・・・】

- ▶ 普段のマネジメントで感じている・考えている経営課題があるはず。
 - ①強み・弱み・機会・脅威に何かは抜けていることがある
→その場合には、
後から「強み・弱み・機会・脅威」を追加する
 - ②プラス要因・マイナス要因の捉え方が逆の方が良い場合がある
→その場合には、
「機会」と「脅威」、あるいは、「強み」と「弱み」を逆に(記入場所の変更)して考える

よくある「目標を立てるのが難しい」 【私たちだけではどうしようもない】

- ▶ 今、考えているのは、自分の部門・部署の戦略(目標)であることからズレないこと。
- ▶ 他の部門や部署のせいにして考えるのではなく、自分の部門や部署として何をすべきかを考えること。
- ▶ 何から何まで、戦略や目標にする必要はない。現場で対応できること・日々の業務の中で解決されることは無理に戦略にする必要なし。

③経営課題の優先順位づけをする ⇒二次元展開法を活用する

④優先度の高い経営課題(=主要な経営課題)について、解決策を示す(=戦略提示・目標設定)

効果的・効率的な問題解決のために

優先度

解決すべき問題がたくさんありすぎる。
何から手をつけたらいいのか・・・

課題がたくさんある時・・・

二次元展開法で優先度を確認する

複数の問題点を解決する時、どの問題点から解決するか、その優先度を決定する方法の一つ。

緊急度

二次元

重要度

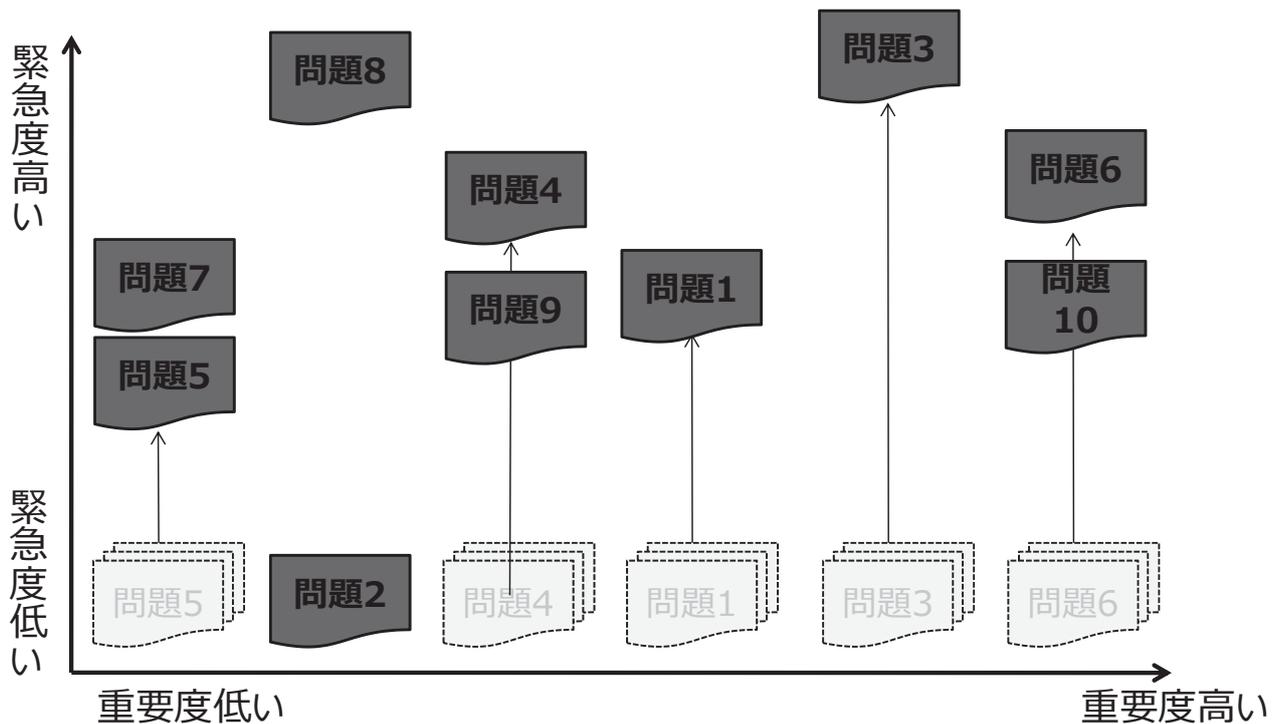
はじめに、横（重要度）に並べる

「重要度」別に並べる
(このとき「緊急度」) は考えない

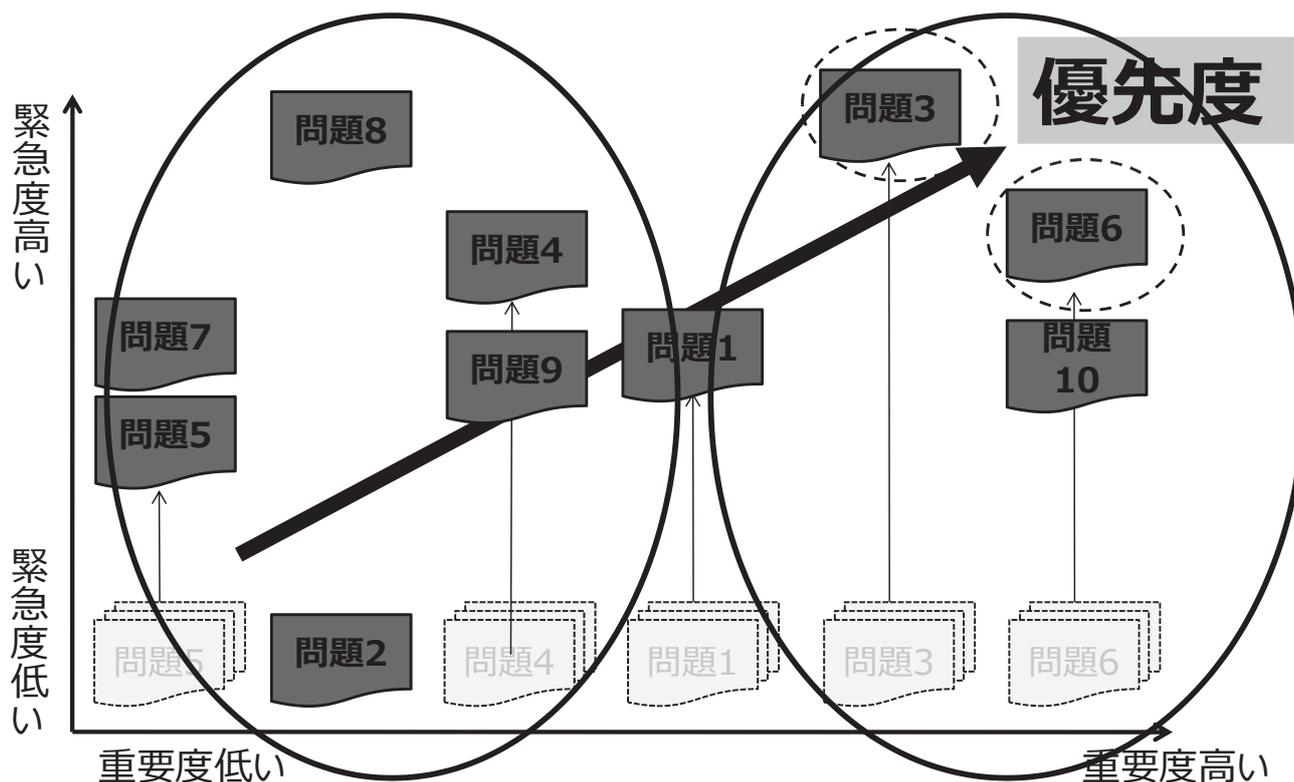


次に、縦（緊急度）に動かす

※重要度の位置から垂直に動かす



これらの問題の中では、右上にあるものが優先度の高いもの



緊急かつ重要：
重要な「目標」として取り組む

重要しかし緊急ではない：
ほどなく取り掛かる目標として捉える

緊急しかし重要ではない
日々の業務の中で対応していく

緊急度が低く、重要度も低い
時間的余裕ができたなら取りかかる

5. 演習

限られた時間内”の重要性を意識して、結論を出す

演習—グループワーク—

- ▶ 「演習用ケース」を読み、このステーションの所長として戦略立案(簡易版)をするための現状分析と経営課題の抽出をする。
- ▶ 演習ケースにある訪問看護ステーションをどのような方向で改善していくか、もっとよくするためには何を行うのか等の視点で経営課題を整理してください。

⇒SWOTクロス分析を行う

- ▶ この訪問看護ステーション理念は、「看護を通して地域に安心を提供する」。ビジョンは、「いつでもどんなことにも対応できる安心ステーション」

SWOTクロス分析		外部環境分析	
		(3)機会(Opportunity)	(4)脅威(Threat)
病院 内 分 析	(1)強み(Strength)	積極的攻勢	差別化戦略
	(2)弱み(Weakness)	弱点克服・転換	業務改善または撤退

▶ 73 Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved

ステップ①(30分)

☆現状分析 SWOT分析

- ▶ 内部環境(強みと弱み)、外部環境(機会と脅威)を書き出してください。

【強み】・・・ステーションの良さ、他と比べて優れている点

【弱み】・・・ステーションが他と比べて劣っている点、改善が必要と思われる点

【機会】・・・ステーションにとってプラスとなる外部要因。

【脅威】・・・ステーションにとってデメリットと考えられる外部要因。

【外部環境要因】ステーション以外のこと全て。例えば、法令、人口、地域特性、競合病院や地域医療機関、法人内の他の部署のことなど

【内部環境要因】ステーションのこと

ワークシート SWOTクロス分析	機会 ステップ①	脅威 ステップ①
強み ステップ	積極的施策	差別化戦略
弱み ① 75	段階的施策 Yuko FUKAZAWA All Rights Reserved	撤退・リスク回避策

ステップ②(50分) ☆この先の方向性の整理

▶ クロス分析にて今後のステーションの方向性(課題)を見出して下さい。

- ①機会をとらえて強みをさらに活かすようなもの
- ②機会を捉えて、弱点を補強するようなもの
- ③強みを活かした差別化をもって脅威に対抗するようなもの
- ④弱みと脅威で最悪の事態を避けるためのもの

まとめ

見る、書く、見せる、話す

キャリアの階段を1段上がった瞬間から、
自分の考えを
文書や口頭で伝える力があるかどうかで、
あなたの実力は判断される

ピーター・ドラッカー

自分の話したいこと<相手の聞きたいこと

プレゼンテーションの基本は
“相手のニーズ” に沿うこと

部署の目標も「聞き手」を意識して聞き手が
納得するための書き方・見せ方・話し方を。

リーダーシップ論まとめ①

- ▶ リーダーシップとは、集団に目標達成を促すよう影響を与える能力であり、フォロワーに意識の変化を積極的に促す行為である。
- ▶ リーダーシップとは、階級属性ではなく、地位や役職や権限などの要素に頼らず発揮するものである。必ずしも管理者はリーダーとはいえないことはあるが、管理者にはリーダーシップは欠かせない。
- ▶ リーダーシップ理論には、特性理論、行動理論、条件適合理論などがある。
- ▶ 行動理論においては、良いリーダーシップには、業績(成果・目標達成)と人間関係の両方で機能発揮することが必要とされている。
- ▶ 条件適合理論においては、組織の状態やフォロワーの状態に応じてリーダーシップスタイルを変えることでよい結果をもたらすとされている。

リーダーシップ論まとめ②

- ▶ サーバント・リーダーシップとは、「まず相手に奉仕し、その後、相手を導くもの」と定義される。リーダーが「奉仕」の精神を持つことから始まるとされ、リーダーシップに対する根本的な考え方、理想、あるいは哲学といえる。リーダーとして行動する際に心掛けたいものであるが、奉仕とは、犠牲のようなものではなく、組織の目的に向かってチームが一つになり、リーダーとフォロワーがwin-winの関係となることを目指すものである。
- ▶ リーダーシップとマネジメントは、補完的な関係にあり、車の両輪のようなものである。しっかりと組織のビジョンを示し、メンバーがそのビジョンに向かっていけるように働きかけるもので組織の目的を達成することにつなげていくことが大切である。
- ▶ 成果を出しているリーダーの共通点は、課題設定を行い課題解決について示すことと人間関係ネットワーク(人脈づくり)を両立していることである。組織の課題を把握し、的確に解決策を示すと同時にその達成に向けて駆使できる様々なネットワーク(人間関係)を持つことが大切。

リーダーシップ論まとめ③

- ▶ 管理者の役割とは、部門を成功に導くこと。
- ▶ 部門の目指すべき方向性(成功の道筋)を示し、組織の協働意欲を高めるための働きかけを行う。
- ▶ 管理者は、リーダーとマネジャーの両方の役割を行う
(戦略は大胆に、実行は緻密に)
- ▶ リーダーシップ理論は多数あるが、代表的なものの理解をして、理論を実践に活かす。
- ▶ 様々な知識を活用することが上手なマネジメントにも、リーダーシップ発揮にもつながる。

スタッフが同意して動くためには

- ▶ それで、組織がよい方向に向かうために**必要だと感じる**。それができれば良くなると**希望を感じる**。
- ▶ **わかりやすい**。
現場と組織全体(部門全体)の関連性
自分の役割
問題となっていることと解決策の関連性
- ▶ 意思決定者(管理者・経営者など)の**強い意志**が感じられる。

新たな事を始める時

- ▶ 組織はもともと保守的であるという特徴を持つ。大きな組織であればなおさらその傾向が強い。したがって、今までと異なることを始める時、変化する時には当然の反応として「抵抗」がある。
- ▶ 個人の中にも「変化を好むタイプ」と「変化を好まない体タイプ」の両方が存在する。
- ▶ ミサイルは打ち上げに95%の力、飛び続けさせるのに5%の力を使う
→組織も新たなことを始める時には大きなパワーが必要。“**スタッフに任せる**”の名の下の丸投げは禁忌!

批評家ではなく、
Go-Getter (活動家・結果を出す人)
であること

—MEMO—

—MEMO—

—MEMO—

-MEMO-