

第4回 介護現場におけるリスクマネジメント

介護施設や事業所における カスタマーハラスメント対応とその課題

「契約を解除できない」と「職員が受忍する」とことは別問題である

びわこ学院大学 教授／福祉リスクマネジメント研究所 代表 **烏野 猛**

はじめに

2026年10月1日から、カスタマーハラスメント防止のための雇用管理上の措置が事業主の義務となりました。これまでカスタマーハラスメント

る職員を守る義務を負っているという点です。この点を明確に示してきたのが、患者から職員への暴力をめぐる安全配慮義務の裁判例です。

患者からの暴力と 安全配慮義務

— 大阪地判平成16年4月12日判決

この事例では、病院に勤務する看護助手が、せん妄状態で激しく暴れる患者を看護師らとともに押さえる作業に従事していたところ、左前腕部を噛まれ、その後C型肝炎等を発症しました。

裁判所が重視したのは、事故当時、この看護助手が勤務を始めて約半年であり、患者の抑制作業を経験したことも、抑制方法や注意事項について十分な教育を受けたこともなかった点です。裁判所は、危険性を伴う抑制作業に経験の乏しい職員に従事させるのであれば、あらかじめ方法や基本的な注意事項を教育すべきであり、特に危険性の高い患者の抑制作業については、習熟していない職員に補助を命ずべきではなかったとして、病院の安全配慮義務違反を認めました。

興味深いのは、病院側が「患者に噛まれ、その結果C型肝炎に罹患することまでは予見できなかった」と主張した点です。これに対し裁判所は、結果をそこまで具体的に予見することまでは要求せず、危険な患者への対応に

への対応は、企業や事業所ごとの自主的な取組みに委ねられる部分が多いものでした。しかし今後は、方針の明確化、周知・啓発、相談体制の整備、発生時の迅速かつ適切な対応、再発防止等が、事業主として正面から問われることとなります。

ですが、介護や福祉の分野では、この問題を一般の小売業やサービス業と同列に論じることができません。介護施設や事業所がサービスを提供する相手（家族も含む）には、認知症、精神障害、知的障害等を有する者も少なくないからです。暴言、暴力、性的な言動、執拗な要求等があったとしても、それが本人の故意によるものなのか、認知症に伴う行動・心理症状、いわゆるBPSDなどによるものなのか、その判断は容易ではありません。

福祉の世界では長年、「利用者」弱者「職員」強者」という関係を前提に利用者の権利擁護が図られてきました。しかし現実には、利用者が職員を殴る、蹴る、噛むといった事態も多発しています。職員が反発的に叩き返せば虐待として問題になります。しかし、その直前に職員がどのような危険にさらされていたのか、介護方法、人員配置、応援体制等も同時に検証しなければ、真の再発防止にはつながりません。

カスタマーハラスメント対策の義務化は、従来の一方向的なリスク認識を見直し、利用者の権利擁護と職員の安全確保を両立させる契機となるは

よって職員が危害を受け、何らかの感染症に罹患する可能性があることは予見できたと判断しました。

つまり、安全配慮義務における予見可能性とは、事故の全過程や最終的な結果を完全に言い当てられたかという問題ではありません。「この状況では職員が負傷する具体的な危険がある」と認識できたのであれば、その危険に応じた回避措置が求められるということです。

応援体制の不備が問われる

— 東京地判平成25年2月19日判決

この事例では、看護師が夜間勤務中、認知症等によって不穏となった入院患者から暴行を受けて負傷しました。裁判所は、当該病棟では患者から看護師が暴行を受けることが「ごく日常的な事態」であったと認定し、患者による暴力を完全に根絶することは不可能だとしても、病院には看護師の身体への危害を回避するために最善を尽くす義務があったと判示しました。

ずです。

介護現場における カスタマーハラスメント

カスタマーハラスメントは、顧客、取引先、施設利用者その他の事業関係者による言動のうち、社会通念上許容される範囲を超え、労働者の就業環境を害するものとして整理されます。

介護施設や事業所では、利用者本人だけでなく、その家族、身元引受人その他の関係者も行為者となり得ます。

もともと、利用者や家族からの苦情や要望がすべてカスタハラになるわけはありません。介護事故について説明を求める、サービス内容の改善を求める、職員の不適切な対応について苦情を申し立てる、といった行為は当然に保障されなければなりません。問題となるのは、暴行、傷害、脅迫、人格を否定する暴言、土下座の強要、性的言動、長時間の拘束、同一内容の執拗な要求、契約内容や介護保険制度を著しく超える要求等です。

そして介護分野で「社会通念上許容される範囲」を判断する際には、業務の性質を無視することもできません。認知症介護では、不穏、興奮、介護拒否、暴言等が生じる場合もあります。一般の店舗で客から一度殴られた場合と、認知症利用者の身体介護中に手を払いのけられた場合とを、機械的に同一視して評価することは適切ではありません。

そのうえで、ナースコールが鳴った際には、患者から暴力を受けている可能性も念頭に置いて直ちに応援に駆けつけることを、看護師全員に十分に周知徹底していなかった点について、安全配慮義務違反を認めたのです。

この判決が介護現場に及ぼす影響は大きいものです。利用者から職員への暴力をゼロにできるかどうか問われているのではなく、危険が起き得ることを施設が認識しているのであれば、職員一人に抱え込まず、応援を呼べる体制、複数職員で対応する仕組み、管理者へ直ちに連絡するルール、危険情報を申し送る仕組み等を整えているかが問われたからです。

一方、同じ事件の復職後に起きた事故については、裁判所は病院の安全配慮義務違反を否定しました。病院側が産業医を交えて復職先を検討し、夜勤を免除し、勤務時間や業務内容を制限するなど、相応に慎重な対応をしていたためです。

この点は非常に重要です。患者から職員への暴力が起きたからといって、事業者が常に責任を負うわけではありせん。反対に、「認知症だから予測不能だった」と言えば責任を免れるわけでもありません。問われるのは、どのような危険を認識できたのか、そして、その危険に対して教育、配置、応援体制、情報共有等の具体的な措置を講じたのかという点です。

ません。

しかし逆に、「認知症だから仕方がない」の一言で、暴行、性的接触、具体的な脅迫等まで無限定に職員へ受忍させることも許されせん。介護職であることは、暴力を受けることに同意したことを意味しないからです。

ここに、介護分野のカスタマーハラスメント対応の難しさがあります。

施設や事業所は、 どこまで責任を 負い続けなければならないのか

介護施設や事業所の管理者から相談を受けていると、一つの「呪縛」を感じることがあります。「福祉施設だから断れない」「認知症だから仕方がない」「利用者を見捨てることはできない」「契約解除をすれば行政から問題視されるのではないか」といった意識です。

介護保険制度上、指定事業者は正当な理由なくサービス提供を拒むことはできず、自ら適切なサービス提供が困難な場合には、他事業者の紹介や関係機関との連絡調整等が求められることもあります。したがって、カスタハラ防止措置が義務化されたからといって、「明日からサービスを打ち切る」という単純な運用が許されるわけではありません。

しかし、ここでもう一つの法的義務を忘れてはなりません。事業者は、利用者を守る義務と同時に、雇用してい

「認知症だから仕方がない」は どこまで通用するのか

介護現場で最も難しいのは、利用者本人の認知症等が原因となっている場合です。

認知症利用者が入浴介助を拒否して職員を叩いた場合、それを直ちに「悪質なカスタハラ」と評価することには慎重であるべきでしょう。疼痛、羞恥心、不安、環境変化、職員の声掛け、介護方法、薬剤の影響等が原因となつてい

る可能性があり、まずケアの側から検証する必要があるからです。

しかし、「本人に悪意がない」ということと、「職員に危険がない」ということは同じではありません。また、「本人に責任能力がない」ということと、「職員が被害を受忍しなければならない」ということは同じではありません。

認知症や精神障害等がある場合には、少なくとも四つの視点を分けて考える必要があります。第一に、その行為を本人の責任として非難できるかという点。第二に、その行為によって職員の就業環境が現実に害されているかという点。第三に、事業者としてどのような安全対策を講ずべきかという点。第四に、その後も同じ条件、同じ方法でサービス提供を継続できるかという点です。

第一の問題で本人の責任能力が否定

されたとしても、第二から第四までの問題が消滅するわけではありません。むしろ介護事業者としては、利用者を「加害者」としてただ排除するのではなく、まずBPSDの可能性、介護方法の問題、疾病や薬剤、環境要因等を検討し、それでも職員への重大な危険が継続するのであれば、介護方法、人員配置、サービス提供方法そのものを変更する必要があります。

ここで重要になるのが、組織内での「合意形成」です。

どの程度の行為を「認知症等の介護技術の延長」として受容するのか

現場では、同じ利用者の同じ行為について、職員によって評価が大きく異なることがあります。ある職員は「認知症だから仕方がない」と受け流し、別の職員は「怖くてもう対応できない」と訴えます。この差を放置すると、最終的には「我慢できる職員」に対応の上手な職員」に負担が集中します。そして、その職員が限界を迎えるまで問題が表面化しないわけです。

これはリスクマネジメントとは言えず、単に、組織が負うべきリスクを個人へ移転しているだけです。

必要なのは、「職員はどこまで我慢すべきか」を決めることではありません。どの段階から個人対応をやめ、組織対応へ切り替えるのかについて、あらかじめ合意しておくことです。

例えば、単発の軽微な拒否行動で、声掛けや時間帯を変えることで収まるのであれば、介護技術の範囲で対応できることもあります。一方で、反復する殴打、噛みつき、物を投げる行為、具体的な脅迫、性的接触、職員を長時間拘束する行為等については、個々の職員の介護技術や忍耐力の問題として処理すべきではないでしょう。

「介護として受容すべき範囲」と「組織的な安全対応に切り替える範囲」の境界を、管理者を含めた職場全体で共有しておく必要があるのです。

その際、重要なのは結論そのものを一律に標準化することではありません。利用者の状態や行為の背景は一人ひとり異なるからです。標準化すべきなのは、判断に至る手続きです。

すなわち、「何が起こったのか」「誰から事情を聴くのか」「どの記録を確認するのか」「認知症等の影響をどのように評価するのか」「介護方法に問題がなかったか」「再発可能性はあるか」「誰が最終判断を行うのか」といったプロセスを共通化することです。

カスハラによってサービス提供を中止・中断できるのか

実務上、最も重要な質問の一つが、利用者や家族によるカスハラが発生した場合に、サービスをその場で中止・中断できるのかという問題です。

ここでは、「その場での安全確保」と

「契約関係を終了させること」を分けて考える必要があります。

例えば、訪問介護職員が利用者宅で一對一となり、利用者や家族から殴られた、刃物を示された、性的接触を受けた、具体的な殺害予告を受けたという状況を考えてみましょう。この場合に、「介護保険サービスだから途中で帰ってはいけない」と職員へ命じることが、適切な安全管理とはいえません。

生命・身体への危険が切迫しているのであれば、まずその場から離れ、安全を確保します。必要に応じて警察へ通報し、管理者へ連絡する。その後、サービスをどのように再開するのかを組織として検討すればよいのです。

したがって、緊急時のサービス一時中断・退避と、長期的な契約解除とは、同じ次元の判断ではありません。

危険から退避した後は、複数対応への変更、担当職員の変更、訪問時間の変更、家族の同席、医療との連携、ケア方法の変更等によって再開できるかを検討する必要があります。

逆に、契約を解除できるかどうか判断できないことを理由に、重大な危険がある現場へ同じ職員を再び一人で行かせるのであれば、今度は職員側から事業者の安全配慮義務違反が問われる可能性があります。

契約を解約・解除できるのか

更する、時間や場所を変更する、家族等の同席を求める、医療へつなぐ、ケア方法を変える、行政や警察と連携する等、事業者には他の選択肢があるはずです。

それにもかかわらず、「契約解除できないから」という理由だけで、同じ職員を再び危険な環境へ送り込むとすれば、それは利用者保護の問題ではなく、事業者の安全管理の問題となります。

そして最も避けなければならないのが、被害を受け続けた職員が限界に達し、利用者へ反撃してしまうことです。その瞬間、それまで被害を受けていた職員が「虐待を行った職員」という立場に変わります。利用者も傷つき、職員も傷つき、施設も重大な責任を負います。

だからカスハラ対策は、利用者を排除するための仕組みではないのです。利用者を守るためにも、職員を守らなければならない、ということです。

そのためには、職員個人の忍耐力や介護技術だけに頼らず、危険を早期に把握し、情報を共有し、組織として判断し、必要に応じてサービス提供方法そのものを変更する仕組みが必要になります。

2026年10月から始まったカスハラ法の施行は、介護施設や事業所に「利用者（家族等）と対立する視点」を提供するものではありません。むしろ、

さらに難しいのが、契約の解約や解除です。

2026年10月の法施行によって、カスハラがあれば当然に介護サービス契約を解除できるようになるわけではありません。カスハラ対策の法制化は、介護契約の解除権を新たに創設するものではないからです。

他方で、介護事業者が将来にわたって、どのような危険があっても全く同じ条件でサービス提供を続けなければならない、ということもありません。

契約解除の可否を判断する際には、契約書や重要事項説明書におけるハラスメント禁止条項、行為の重大性や反復性、本人の認知機能、介護方法の改善可能性、本人や家族への是正要請、家族等の協力状況、担当変更や複数対応等の代替策、再発危険性、他の利用者への影響、職員の安全、代替サービス確保の可能性等を総合的に検討する必要があります。

原則としては、問題行為を具体的に示して是正を求め、改善されなければ段階的に対応を強めます。ただし、暴行、凶器の使用、重大な性的加害等、生命・身体への危険が大きい場合にまで、複数回の注意を機械的に要求すべきではありません。重要なのは解除の結論そのものではなく、そこに至る判断過程の合理性を確保することです。

講演等で私は、この手続を「発生」↓「事実確認」↓「第三者を交えた組織判断」↓「必要に応じた契約解除」

利用者の権利を守るために、職員の安全、事業者の責任の限界を改めて整理する契機と考えてください。

最初に取り組むべきは、契約の解約や解除を容易にすることではなく、「何が起こったら、誰が、何を確認し、誰が判断するのか」という合意を組織内につくることです。その考え方を利用者や家族にも契約時から説明し、重大事案では担当職員一人に背負わせず、事実確認と組織判断を経て、サービス継続、条件変更、一時中断、契約の解約や解除までを判断します。

「発生」から「事実確認」へ、「事実確認」から「組織判断」へ、そして必要な場合には「契約の解約・解除」へ。

この手続をあらかじめ仕組みとして制度化しておくことこそ、「（利用者が）認知症だから、仕方がない」と、その行為や発言によって我慢を強いられがちな職員に対する救済であり、仕事を継続するうえでのリスクヘッジになると考えます。

参考判例

- 大阪地方裁判所平成16年4月12日判決（平成11年（ワ）第6678号）
- 東京地方裁判所平成25年2月19日判決（平成23年（ワ）第2535号）
- 福岡地方裁判所令和元年9月10日判決（平成28年（ワ）第4094号／平成30年（ワ）第1319号）

という流れで説明しています。

まず発生直後には職員の安全を確保し、必要であればサービスを一時中断します。事故報告書を作成し、録音、録画、写真、目撃者、診断書、ケア記録等を可能な範囲で確保します。

次に、行為者が利用者本人か家族かを区別します。本人であればBPSD、疾患、薬剤、介護方法等との関連を、家族であれば要求の正当性と手段・態様の相当性を確認します。重大事案では第三者を含む調査委員会等で、事実、介護方法、再発危険性、職員の安全、サービス継続可能性等を検討し、是正要請、担当変更、複数対応、一時中断、警察・行政への相談、契約解除等を判断します。

この手続を記録として残しておくことも重要です。

内部のハラスメントも同時に考える

介護現場のハラスメントは、利用者や家族から職員へのものだけではなく、

社会福祉法人千草会事件（福岡地判令和元年9月10日判決）は、特別養護老人ホーム等を運営する社会福祉法人の施設長が職員らに「ばか」「泥棒さん」などと発言し、学歴を侮辱したほか、職員に便器掃除用ブラシをなめるよう指示するなどした行為について、職務上の叱責・指導の範囲を超え、人