

表2 監査に用いられる24のQuality Indicators (ケアの質の評価指標)

主な領域	No.	Quality Indicators
事 故	1	新たな骨折
	2	転倒
行動と感情の パターン	3	他の入所者に影響を及ぼす兆候
	4	抑うつ傾向
	5	抗うつ剤を服用していない抑うつ
臨床的管理	6	9剤以上の薬物服用
認知能力	7	新たな認知機能障害の発生
排泄・失禁	8	排便・排尿障害の頻度
	9	トイレ計画のなされていない失禁
	10	膀胱留置カテーテル
	* 11	便秘による腸閉塞
感染症対策 栄養・食事	12	尿路感染の頻度
	13	体重減少
	14	経管栄養
	* 15	脱水
身体機能	16	寝たきり状態
	17	ADLレベルの低下
	18	関節可動域の低下
精神神経薬 QOL	19	診断の伴わない向精神薬の服用
	20	抗不安薬または睡眠薬の服用
	21	毎週2日以上睡眠薬の服用
	22	身体抑制
	23	活動性
皮 膚	* 24	褥瘡

*は、忌避項目であり、質の向上のためにまず避けなければいけないものとされている。

まとめ

福祉サービスも契約で選ばれるようになった介護保険下においては、サービスの質の評価・保証の対策は急務である。わが国の制度としても3つの評価システムの実施など、充実してきたところである。今後、質の評価への理解を深め、規程された外部の評価を受身で実施するのみでなく、自

らのサービス提供プロセスにあった独自の評価等も実施し、それをもとにより高いサービス提供へつなげていきたいものである。

謝辞：本章をまとめるにあたり、ご協力下さいました南大和老人保健施設事務長 須藤様、介護老人保健施設「涼風苑」主任介護支援専門員 浅野様、社会福祉法人石下福社会ケアマネージャー 林原様に感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 田宮菜奈子：保健事業評価の実際—outcome（結果）およびprocess（過程）の評価例。保健婦雑誌 54：114-119, 1998.
- 2) 田宮菜奈子, 他：わが国の訪問看護業務におけるアウトカム指標を用いた継続的質向上のための対策—実施結果報告および実施可能性の検討.日本公衆衛生雑誌47：349-363, 2000.
- 3) 機関紙「老健」Vol18 No12 全国老人保健施設協会.
- 4) Morris JN, Murphy K, Nonemaker S 著, 池上直己監訳：MDS2.1 施設ケアアセスメントマニュアル。医学書院, 東京, 1999.
- 5) Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, Clark BR, Collins T, Ross R, Sainfort F: Development and Testing of Nursing Home Quality Indicators ; Health Care Financing Review 16(4): 107-127, 1995.

(田宮菜奈子)

4章 高齢者虐待と身体拘束 (法と倫理)

高齢者への虐待および身体拘束は人権侵害であり，そのため絶対的な予防と早期発見が求められている．また，施設内においてはその施設のケアの質を評価する重要な指標となる．本章では主に施設内における高齢者虐待および身体拘束の実態とその特徴，対応・予防について述べる．

1 高齢者虐待 (Elder abuse)

1) 高齢者虐待の定義

高齢者虐待とは何かについてはこれまで様々な定義が用いられてきたが，『高齢者虐待の防止，高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』（平成17年11月9日法律第124号，以下，高齢者虐待防止法とする）によって初めて定義づけられた（表1）．

2) 高齢者虐待の分類

高齢者虐待は一般的にはその性質により，①身体的虐待，②介護・世話の放棄・放任（ネグレクト），③経済的虐待，④心理的虐待，⑤性的虐待に分類される．その他，高齢者が通常一人の人として生活において当然行うべき行為を行わないことにより，自己の心身の安全や健康が脅かされるような状態に陥る自己放任・自虐（セルフ・ネグレクト）が含まれる場合もある．また虐待が発生する場所によって①家庭内虐待，②施設内虐待に大別される．

3) 施設内における高齢者虐待の実態とその特徴

施設内虐待とは高齢者が入所している施設・病院などで受ける虐待であり，主に施設職員による施設利用者への虐待である．その他，施設内入所

表1 高齢者虐待の定義（高齢者虐待防止法第2条）

<p>第2条3項 この法律において高齢者虐待とは、養護者による高齢者虐待及び養介護施設従事者等による高齢者虐待をいう。</p> <p>第2条5項 この法律において「養介護施設従事者等による高齢者虐待」とは、次のいずれかに該当する行為をいう。</p> <p>一「養介護施設の業務に従事する者が、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ついて行う次に掲げる行為」</p> <p>イ「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」</p> <p>ロ「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」</p> <p>ハ「高齢者に対する著しい暴言又は著しい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」</p> <p>ニ「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」</p> <p>ホ「高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること」</p> <p>二「養介護事業において業務に従事する者が、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ついて行う前号イからホまでに掲げる行為」</p> <p>*「養介護施設」とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉法に規定される老人福祉施設（地域密着型施設も含む）、有料老人ホーム ・介護保険法に規定される介護老人福祉施設、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 <p>*「養介護事業」とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人福祉法に規定される老人居宅生活支援事業 ・介護保険法に規定される居宅サービス事業、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 <p>*「養介護施設従事者等」とは</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「養介護施設」又は「養介護事業」の業務に従事する者

者による施設内入所者への虐待や施設に訪ねてきた家族から入所者への虐待も存在する。これまでの報告によれば、施設内虐待の主な虐待者では①専門職（スタッフ）による虐待、②利用者間での虐待、③面会者（家族）による虐待、④その他として、見学、実習生、ボランティアなどによる虐

待がある。また、虐待の発生に関連する要因としては「職種」「教育レベル」「専門性」「資格レベル」「ストレス」「バーンアウト傾向」「職員間の虐待への認識のばらつき」「施設における労働負担」「ケアスキル」などの要因が明らかにされている。

わが国では高齢者の施設内虐待については調査も少なく、実態が未だ明らかになっていないが、厚生労働省の「養介護施設従事者等による高齢者虐待についての対応状況等」では以下のように報告されている。2006年度の全国1,829市町村（特別区を含む）で受け付けた養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する相談・通報の総数は273件であり、相談・通報者の内訳では「親族」が24.5%と最も多く、次いで「当該施設職員」が23.1%、「当該施設元職員」が10.6%であった。なお、「本人による届出」は4.0%であった。最終的に虐待の事実が認められた事例は54件であり、それらの事例についてみると、施設・事業所の種別では「特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）」が35.2%と最も多く、次いで「介護老人保健施設」および「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」が18.5%であった。また、虐待の種別・類型では「身体的虐待」が74.1%と最も多く、次いで「心理的虐待」が37.0%、「介護等放棄」が13.0%であった。さらに被害者高齢者は全体の約8割が「女性」、全体の約7割が「80歳以上」であり、虐待を行った養介護施設従事者等は「40歳未満」が半数以上を占め、職種では「介護職員」85.9%、「看護職員」7.8%、その他「管理者」と「施設長」及び「開設者」が合わせて6.3%であった。

4) 施設内における高齢者虐待の対応方法

養介護施設従事者等による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者に対しては、市町村への通報努力義務が規定されている。特に当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合は、速やかに市町村に通報しなければならないとの義務が課されている（高齢者虐待防止法第21条）。なお、通報先は高齢者が入所・利用している養介護施設の所在地の市町村である。

虐待の早期発見においては通報等が十分に機能することが重要であり、

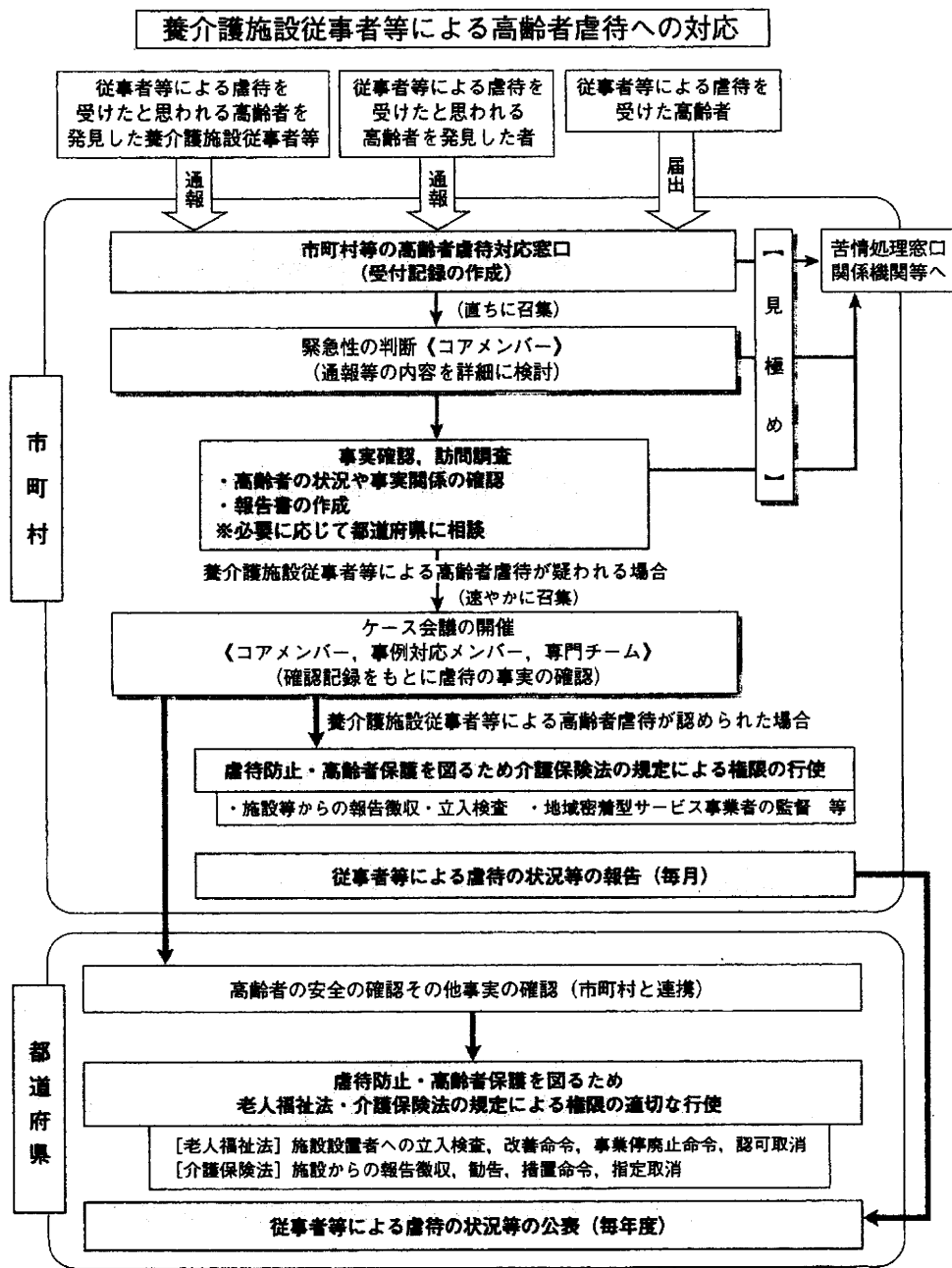


図1 養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応

厚生労働省：全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料
「高齢者虐待・養護者支援への対応について」. p.94, 2007.

そのため高齢者虐待防止法には通報等による不利益取り扱いの禁止として、刑法の秘密漏示罪その他の守秘義務に関する法律の規定は、養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報を妨げるものと解釈してはならない（高齢者虐待防止法第21条6項）、養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報を行った従業者等は、通報等をしたことを理由に解雇その他不利益な取扱いを受けない（高齢者虐待防止法第21条7項）という規定がある。通報・届出を受けた場合とその後の対応の流れについては図に示す（図1）。

養介護施設従事者等による虐待が疑われ、事実が認められた場合、市町村または都道府県は指導を行う。それに従わない場合、勧告、命令、指定取消処分などの権限行使、緊急一時保護を行う。その他、家庭内にて虐待が発生した場合の対応として、措置による特別養護老人ホームの入所が規定されており、虐待を受けている高齢者に対して、措置入所させることが可能である（老人福祉法第11条2項）。ほとんどの市町村において、この措置入所を活用している例は少なく、問題と指摘されてきたが、高齢者の生命と安全を守る最終手段であり、確実に運用されることが重要である。

2 身体拘束 (Restrains)

1) 身体拘束の定義

身体拘束とは一般に「何らかの用具を使用して、利用者の自由な身体活動、あるいは利用者自身が自分の身体に通常形で触るのを制限すること」と定義される。身体拘束については、厚生労働省から1999年『身体的拘束の禁止規定』、2001年『身体拘束ゼロの手引き』が出され、その防止に向けた取り組みが急速に広がってきたが、高齢者虐待防止法の中では定義されなかった。しかし、2006年厚生労働省の『市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について（第1版）』では、身体拘束も虐待とされている。身体拘束の具体的内容については表に示す（表2）。

身体拘束の実施については「サービスの提供に当たっては、当該入所者（利用者）等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者（利用者）の行動を制限する行為を行ってはな

表2 身体拘束の対象となる具体的行為

- ①徘徊しないように、車椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ②転落しないように、車椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ③自分で降りられないように、ベッド柵（サイドレール）で囲む。
- ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける。
- ⑥車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ⑧脱衣やオムツ外しを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- ⑪自分の意思で開けることのできない居室に隔離する。

厚生労働省：全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料
「高齢者虐待・養護者支援への対応について」. p.110, 2007.

表3 「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件（すべて満たすことが必要）

- ①切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ②非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

厚生労働省：全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料
「高齢者虐待・養護者支援への対応について」. p.111, 2007.

らない」。この「緊急やむを得ない場合」の要件すべてを満たし、かつそれらの要件の確認などの手続きが極めて慎重に実施されているケースに限り、身体拘束を認める（表3）。またその判断は担当職員又はチームではなく、施設全体で判断し、身体拘束の内容等を高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることも必要である。

2) 高齢者施設における身体拘束の実態とその特徴

身体拘束をされる高齢者側の特徴としては「高年齢」「重度の認知症」「低い見当識レベル」「低い日常生活動作」「在院日数が長い」「自傷他害のおそれ」「身体的虚弱」「治療器具の使用」「徘徊（特に夜間徘徊患者）」「社交性のない患者」「攻撃的な患者」「暴力・暴言」「睡眠薬・抗精神病薬・増減量」「転倒の既往」「夜間せん妄」が指摘されている。また身体拘束しやすい組織の特徴としては「急性期」「公的施設」「1日あたりの患者のコストが低い施設」「スタッフ数の少ない施設」「大きい施設」「尿トレーニングの少ない施設」がある。

身体拘束によって起こりうるリスクとしては「褥瘡」「日常生活動作の低下」「廃用性症候群」「循環器系の低下」「便秘」「脱水」「食欲不振」「失禁」「骨粗鬆症」「電解質のアンバランス」などの身体的障害や「見当識の障害」「認知症の進行」などの精神的障害が起こりうる。このように身体拘束には重大な弊害があり、医療・介護の現場において、援助技術の一つとして、対象の安全確保の視点から行われてきた経緯があるものの、必要最低限の場合に限り、実施すべきである。既に施設において廃止に向けての取り組みが始められており、それらの報告では廃止のメリットとして「アセスメント能力の向上」「個別性を重視した看護」「看護者・介護者のやりがい感」「高齢者の生活の質の向上」が報告されており、身体拘束による転倒・転落等の事故の増加の報告はほとんど見られない。むしろ抑制実施による弊害や抑制を廃止したことにより対象者の体力が増強し、転倒・転落が減少したという報告や道具（胴衣やひもなど）で死に至ったという報告がある。これらのことから、身体拘束は必ずしも対象者の安全を守ることにはつながらないと考えられる。

3 施設内における高齢者虐待の防止に向けて

施設内における虐待を防止するためには、管理職・職員の資質の向上が必要不可欠である。そのためには定期的に研修などを実施し、職員自らが意識を高め、実践していくことが重要である。また虐待発生に関しては

「職員間の認識のばらつき」が関与しているとの報告があるが、職員間で何が虐待であるか、何が身体拘束であるかの共通の認識を持つことは大切である。さらに、対人援助職の一つである「介護職員のストレス」や「バーンアウト」も指摘されているが、個々の職員のストレスとそれに伴うケアへの意欲低下は、当然、ケアの質の低下を招くため、職員個人および職員間にストレスをためない工夫が必要である。その他、実際にケアを実践する職員のみではなく、事業者自身の苦情処理体制の充実、第三者委員の活用、管理体制の充実など、管理職も含めた組織全体の取り組みが重要である。そして、高齢者の尊厳を尊重する視点から、高齢者一人ひとりに対する個別的ケアを実践し、ケアの質を向上させていくことが求められる。

4 高齢者施設に従事する専門職の職業倫理

施設内における虐待をどのように発見、介入し、予防していくか、そしてどのように身体拘束を廃止していくかは、高齢者ケアに関わるすべての専門職の人権意識とそれにもとづく倫理観にかかっている。特に虐待はその問題の性質から極めて顕在化しにくい側面を持っており、また身体拘束は「仕方がない」や「対象者の安全のため」などの理由によって実施されていることも多い。対象者にかかわるすべての専門職は、ケアを提供する場合や人権侵害にあたる行為を発見した場合、その専門性の下で積極的かつ倫理的に責任を持った対応をしなければならない。専門職の高い人権意識と倫理観の下、すべての高齢者の人権と尊厳が守られるケアが実践されることが急務の課題である。

引用・参考文献

- 1) 高齢者虐待防止研究会編・津村智恵子・大谷昭編集代表：高齢者虐待に挑む—発見、介入、予防の視点（増補版）。中央法規出版，東京，2007。
- 2) 日本弁護士連合会高齢者・障害者の権利に関する委員会編：高齢者虐待防止法活用ハンドブック。民事法研究会，東京，2006。

- 3) 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/index.html>
全国高齢者虐待防止・養護者支援担当者会議資料「高齢者虐待・養護者支援への対応について」, 2007.
- 4) 厚生労働省ホームページ
<http://www-bm.mhlw.go.jp/houdou/2007/12/h1219-1.html>
平成18年度高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果(確定版). 1-9, 2007.
- 5) 高崎絹子編著:「身体拘束ゼロ」を創る—患者・利用者のアドボカシー確立のための知識と技術—. 中央法規出版, 東京, 2004.
- 6) 吉岡充, 田中とも江編著:縛らない看護. 医学書院, 東京, 2000.
- 7) 西元幸雄, 小林好弘, 紀平雅司, 他:高齢者施設における虐待の構造的分析. 老年社会科学第28巻第4号: 522-537, 2007.
- 8) 中川翼, 大塚宣夫, 吉岡充, 他:「抑制」についての考え方とその現状—「老人の専門医療を考える会」全国アンケート結果の分析より. 病院第58巻9号892-894, 1999.
- 9) 吉川悠貴, 加藤伸司:介護施設における身体拘束の禁止. 老年社会科学第28巻4号: 538-544, 2004.
- 10) 斎藤真弓, 新澤安江, 松岡恵子, 他:「精神科老人専門病棟における身体拘束の決定要因に関する検討」. 老年精神医学雑誌12(9): 1057-1062, 2001.
- 11) 星野典子, 中尾久子:高齢者の抑制廃止の取組みに関する研究—既に取組んでいる施設の調査を通して. 山口県立大学看護学部紀要第8号: 69-74, 2004.
- 12) 志自岐康子, 習田明裕, 恵美須文枝, 他:抑制(身体拘束)廃止による患者の変化—高齢者アセスメント表(MDS)を用いて. 東京都立保健科学会誌5(4): 217-224, 2003.

(松澤明美)

5章 異状死体への対処

1 異状死体の概念

どのような死体を異状死体とするかについては、日本法医学会の作成した異状死ガイドライン¹⁾がある。このガイドラインについては一部異論もあるが、高齢者施設における異状死体への対処を考える上では、これに沿って判断すれば問題はない。すなわち、①外因による死亡、②外因による傷害の続発症、あるいは後遺障害による死亡、③前記①または②の疑いがあるもの、④診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの、⑤死因が明らかでない死亡、のいずれかに該当するものが異状死体と考えればよい。各群の詳細については文献に記されているが、端的な言い方にすれば、「明らかな病死とは言えない全ての死体」が異状死体ということになる。

高齢者施設で発生し得る異状死体を想定して例示すると、食事を喉に詰まらせたことが原因で死亡するのは上記①の典型例である。某入所者が朝起きてこない様子を見に行ったら死亡していたというのは⑤に該当するが、3日前に階段で転倒した、前夜に別の入所者ともめごとを起こしていたといったような事実があれば、③にも該当する。高齢者施設ではやや発生しにくいのが、食事を喉に詰まらせたものが一旦は蘇生したが、寝たきりのまま肺炎になり死亡したような場合が②である。④もまた高齢者施設では発生しにくい類型ではあるが、医療機関で胃瘻を造設後に施設に戻って間もなく突然死した、というような場合は、⑤にも該当するが④にも該当することになる。

1) 異状死ガイドライン。日本法医学雑誌 48 : 357-358, 1994.

2 異状死体の届出義務について

1) 基本的な考え方

医師法は、その第21条で異状死体の届出義務を規定しており、ここに言う異状は法医学的な異状を指すと解されている。したがって、医師が死体を検案した最終結果として、前記①～⑤に該当する場合は警察への届出義務が発生する。医師でない者に届出義務を課す法令はないが、警察への通報は常識に属するものと言えよう。入所者の施設内死亡という事態に対して諸事隠蔽等のあらぬ嫌疑を掛けられないためという観点からも、捜査機関の介入を受けることは無難な対応と言える。

医師が警察へ連絡をした際に、「適切に処理して下さい」と言われて終わることがある。このような事態は、大抵は「念のため届け出ますが病死で問題はありません」という内容の場合に生じている。届け出は異状を認めた場合に行うものであるから、問題がないという判断とは本質的に相容れない。医師に「問題がない」という確定的判断があれば、医師としては届け出のつもりで連絡をしても、届け出の要件を満たしていないものは、ただのお知らせにしかならない。したがって、捜査機関としては届け出として受理する理由がなく、「適切に処理して下さい」という話になってしまうのである。「病死とは思いますが、万が一があるといけないのでよく捜査して下さい」という内容の連絡であれば、捜査機関は届け出と解釈して、適切に対応するものと考えられる。

2) 異状死体という言葉の多義性と届出義務

異状死体はすべて届出義務があるとしばしば考えられているが、これは適当ではない。なぜならば異状死体という言葉は、実は広義と狭義の2通りに使われているからである。これは、死体検案がどこまで進んだ時点で異状を判断するのかということに依存している。検案とは死体の外表検査などを行って（法）医学的な判断を下すことであるから、これは医師が死体のある現場を確認した時点で始まっているとも解される。この時点で外因死の疑いがあったり死因が明らかでないものは広義の異状死体に該当す

る。しかしその後死亡直前の様子や病歴等を情報として得て、検案の最終段階で明らかな病死と判断された場合は、医師法の規定による異状死体には該当しなくなり、届出義務も発生しない。換言すれば、医師法第21条の届出義務に該当する死体が狭義の異状死体である。

3) 直接死因と届出義務の関係

たとえば肺炎のように、疾病概念に入るものが死因になっている場合は異状死体には当たらず届出義務も生じないと考えている医師がいるが、これは誤りである。異状死体に該当するか否かは、死因の種類（manner of death）に従って判断されるものであるが、これは直接死因によってではなく原死因によって決定される。たとえば、入所者が食事を詰まらせて窒息状態となった場合を考えると、蘇生処置により一命は取り止めたが低酸素脳症で寝たきりになり、後に嚥下性肺炎を直接死因として死亡した場合でも届出義務はある。肺炎の原因は長期臥床、長期臥床の原因は低酸素脳症、低酸素脳症の原因は窒息という具合に、直接死因と窒息との間に因果関係が連続しているからである。このような場合に届け出を怠ると、食事の監督に不行き届きの責任があるとして遺族に告訴された場合、併せて医師法にもとづく届出義務違反を問われても仕方がない。

3 異状死体への具体的対処

高齢者施設における入所者死亡では、死亡していると認識される以前に「倒れている」「起きてこない」といった異変が認知されるのが通常である。すなわち、まず判断されねばならぬのは、その死体が異状死体に該当するか否かではなく、当該入所者が死亡しているか否かである。ここで注意せねばならぬことは、ある人が既に死亡していると判断することを法的に認められているのは医師に限定されていることである。したがって、高齢者施設における異状死体への具体的対処を考える上では、入所者の異変を認知するのが医師であるか否かを分けて考える必要がある（図1）。

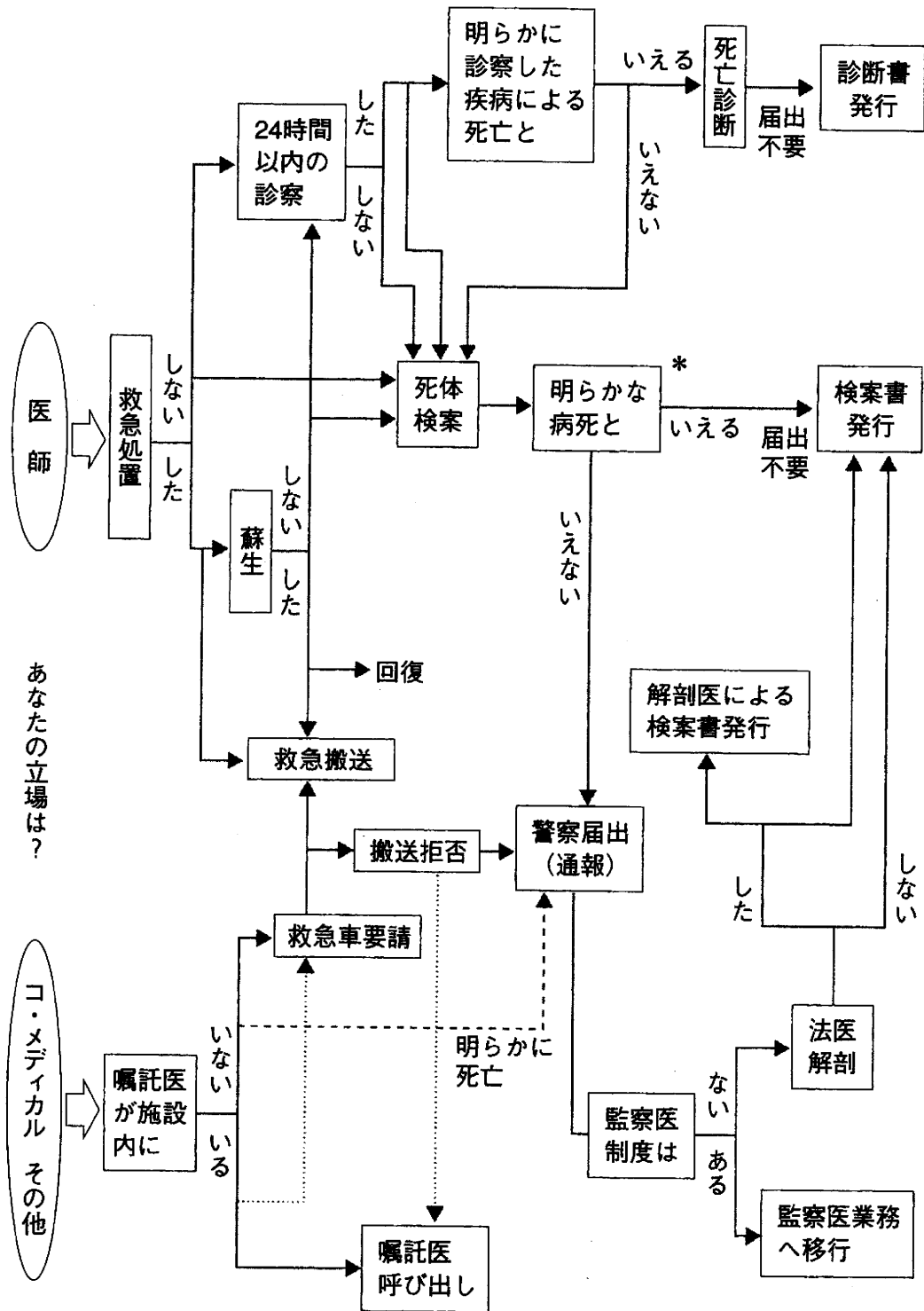


図1 入所者の異変を発見した場合の対処

* 明らかな病死の場合は、死後改めて診察した上であれば死亡診断書が作成できるとの解釈もあるが、そのような場合でも死体検案書の作成で何ら問題はない。

1) 医師以外の職員が入所者の異変を認知した場合

前述のとおり、ある人が既に死亡していることの判断は、法的には医師以外には認められていない。したがって、医師以外の職員が入所者の異変を認知した場合は、医師が当該者を診るまでの時間が最も短くなる手段を講ずることが必要で、嘱託医等がその時施設内にいればその医師を呼び出すこと、そうでなければ救急車を要請することが第一選択となる。医師を呼び出す場合でも、施設の医療設備により救急車の同時要請が必要となり得るので、医師との意思疎通は十分に図っておくことが望ましい。近年は、高層建築の2階以上を施設として使用し、1階の開業医が嘱託医になっている場合がある。そのような場合に、嘱託医が施設内にいると解し得るか否かは法律判断ではあるが、通常よりは高度な応召義務（医師法第19条）が課されていると考えた方がよいであろう。

死亡していることが医師以外の者にも歴然としている場合は、救急車を要請せず警察に通報するケースも多い。しかし、救急搬送していれば蘇生できたのではないかという疑義が後日生じると、「歴然」という見極めの妥当性が問題となり得るので注意が必要である。

当該入所者が医療機関へ搬送されれば、施設職員の責務は果たされたことになる。しかし救急救命士が蘇生の可能性はないと判断して搬送を拒否し、警察への通報を指示される場合がある。救急救命士の判断が誤っている場合はほとんど見受けられないが、蘇生の可能性について判断する法的資格は救急救命士にも付与されていないので、蘇生の可能性があると感じられるときは搬送を強く要請した方がよい。

死亡が歴然としていて救急車を要請しなかったり救急搬送を拒否されたりした場合は、警察に通報すべきである。入所者の施設内死亡という事態に対しては、諸事隠蔽などのあらぬ嫌疑を掛けられないためにも、捜査機関の介入を受けた方が無難な対応と言えよう。一方、警察への通報が先になった場合も、嘱託医に臨場を促すことが望ましい。嘱託医は、死体検案に際して重要な死者の病歴に関して、最も正確で多くの情報を持っている。また監察医制度のない地域ではそのまま検案医として社会的責務を果たすことが望まれる。なお医師を呼び出した場合には、届出義務はその医師が

判断することになる。

2) 医師が入所者の異変を認知した場合

医師の場合には、施設職員からの呼び出しにより臨場して認知する場合が多いと考えられるが、大別して救急処置をした場合としない場合とに分かれる。前者の場合には回復後の診療体制等の観点から、救急車要請も行うことになるであろうが、救急車到着前に蘇生不可能という判断に移行することも考えられる。この場合の対処としては、後者の救急処置をしない場合と同じになる。

救急処置をしない場合、すなわち既に死亡していると判断した場合には、死体検案を行うことが勧められる。法令解釈上は、死体検案を行わずに死亡診断書作成まで進むことが可能な場合もあるが（医師法第20条）、死体検案はすべての場合で可能な対処であり迷う必要がない。死体検案の結果として明らかに病死であれば、届け出は不要で死体検案書を作成することになり、そうでなければ届け出が義務となるが、入所者が死亡した状態で

side memo

監察医制度のある地域は政令で5箇所が定められている。そのうち実際に機能しているのは、東京都（23区内）、横浜市、大阪市、神戸市の4都市である。

■医師法（抄）

第19条 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

2 診察若しくは検案をし、又は出産に立ち会つた医師は、診断書若しくは検案書又は出生証明書若しくは死産証書の交付の求があつた場合には、正当の事由がなければ、これを拒んではならない。

第20条 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

第21条 医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めたとときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

発見されるというような場合では、届出義務が発生することが多いと考えておいた方がよい。

届け出の後には、監察医制度のある地域とない地域で対応が異なる。前者では監察医による検案（再検案ということになる）が行われ、以後の書類作成も監察医の業務となる。後者では一般の医師が死体検案を行うことになる。捜査の一環としての死体検案（再検案となる）を嘱託医が行う法的義務はないが、死者の病歴等に関する情報を最も豊富に有しているのであるから、そのまま検案にあたるのが望ましい。死体検案を含む捜査の結果により、法医解剖が行われる場合と行われない場合とに分かれる。前者では、死体検案書の作成者にはさらに2つの場合があり得る。第1は検案医が作成する場合で、この場合は解剖の結果を待って作成するのが妥当である。解剖結果を待たずに死体検案書を作成することは禁じられてはいないが、書類が証明する事項の性質から考えて、解剖結果を待たずに死体検案書を作成することは良識が疑われる。第2は解剖医が死体検案書を作成する場合で、このこと自体に法的問題はないが、検案医と解剖医とが別々に死体検案書を作成する事態は避けなければならない。一人の死者について複数の死体検案書が存在することは混乱の原因となるし、同一人が2回死亡する行政手続きはあり得ない。法医解剖が行われない場合は、検案医がそのまま死体検案書を作成すればよい。（宮石 智）

■法医解剖について

side memo

法医解剖は大きく司法解剖とそうでないものに分けられる。前者は刑事訴訟法を法的な根拠とする解剖である。後者は死体解剖保存法を根拠とし、かつては監察医制度のある地域だけで行政解剖として行われてきた。しかし、司法解剖だけが行われてきた監察医制度のない地方においても、十数年前から死体解剖保存法を根拠とする解剖が導入されるようになり、これは一般に承諾解剖（遺族の承諾を得て行う解剖）と呼ばれている。法医解剖が司法となるか承諾となるかは捜査機関の判断に依っている。上述のように、法医解剖は司法解剖と行政解剖だけであったことから、行政解剖という言葉は、司法解剖ではない法医解剖の代名詞的な意味を帯びるようになり、各地方で承諾解剖が行われるようになった頃には、これを行政解剖とも呼んでいた。その影響で、現在でも、行政解剖という言葉が「司法解剖ではない法医解剖」の意味で用いられることがある。（広義の行政解剖）

8章 施設ケアにおける訪問看護

1 訪問看護とは

訪問看護とは、病気や障害を持った人が住みなれた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送ることができるよう、病院・診療所、訪問看護ステーションから看護師などが生活の場を訪問し、看護ケアを提供し、自立への援助を促し、療養生活を支援するサービスのことを言う。具体的には、「病状の観察」清拭・洗髪などの清潔ケア、食事・栄養・排泄のケアなど「療養上の世話」「医師の指示による医療処置」「医療機器の管理」「在宅でのリハビリテーション」「認知症ケア」「ターミナルケア」「褥瘡予防・処置」「本人・家族などへの介護支援・相談」「社会資源の活用」「介護予防」などのサービスを提供している。

看護は、心身の状態、治療状況、日常生活などの状況をアセスメントし、これらと結びつけて必要な看護を実施することに専門性がある。たとえば、「排泄のケア」では、利用者の排泄時のお世話や介助方法を家族に指導するだけでなく、食事・栄養状態、運動、服薬、療養環境の影響などを総合的に判断し、状態の変化を予測して目標やケア計画を立て、看護を行い、その結果を評価する。つまり、利用者や家族に対して直接援助を行うだけでなく、こうした一連のプロセスが訪問看護である。訪問看護師による的確な情報収集アセスメントや介入は、高齢の在宅療養者の死亡率の減少や施設入所の減少に結びついている^{1,2)}。

2 訪問看護の利用

訪問看護には、医療保険と介護保険によるサービスがある。医療保険では、かかりつけ医が交付した「訪問看護指示書」に従い、必要なサービス

を提供している。したがって、訪問看護の利用には、かかりつけ医や訪問看護ステーションなどへの相談が必要である。介護保険では、要介護認定を行っていることが前提となる。認定審査による「要支援1～2」または「要介護1～5」の該当者は、介護支援専門員（ケアマネジャー）に相談し、居宅サービス計画に訪問看護を組み入れることにより、訪問看護サービスを利用することができる。介護保険の場合も、訪問看護の利用に当たっては主治医が交付した「訪問看護指示書」が必要である。

また、主治医による診断の結果、急性増悪・ターミナル期などにより、週4回以上の頻回の訪問看護を、一時的に行う必要性があると認められた場合、利用者の同意を得た上で、「特別訪問看護指示書」が交付され、1ヵ月に1回限り14日間を限度として連続訪問が可能となる。

3 自宅以外への訪問看護

1) 医療ニーズの高い入所者への訪問看護（表1）

少子高齢化の進展に伴う老老介護や高齢者単独世帯の増加により、自宅での介護や看取りが困難になる高齢者が増えることが予測されている。こうした中、近年、グループホームや特定施設などの居住系施設や介護老人福祉施設（以下、特別養護老人ホームとする）が、「自宅に変わる居住の場所」として、自宅と同じような「居宅」と考えられるようになってきた³⁾。

居住系施設や特別養護老人ホームは、介護を必要とする高齢者が生活する場であり、医療機関や他の介護保険施設などに比べ、看護職員よりも介護職員に重点をおいた人員配置基準になっている。しかし、介護度をみると、他の介護保険施設に比べて高く、また近年、何らかの疾患や障害を抱えている入所者が増え、重症化が進み、死亡退所も増加している。こうしたことから、入所者やその家族から「終の棲家」としての機能を求められるようになってきた。

居宅、つまり生活の場における終末期ケアでは、その人らしい生活を継続し、必要以上の医療的な介入によって身体的な苦痛を増強させることな