

入院・入所等における高齢者の状況変化への対応の限界と家族関与

―公的保険制度等の公的支援の拡充と家族の希薄化について―

石 尾 賢 二

はじめに^①

医療、介護には複数の要請がある。介護医療共に保険適用される制度であることから、病院・施設に対しては正しい治療・介護を行うことが要望され、厳格な注意義務が課される。ただし、医師・介護従事者には自由な裁量を認めなければならない^②。

また、治療・介護等の諸措置は本人の生命身体にかかわる問題であることから、本人の選択に基づくものとしなければならない。終末期に延命措置をとるか自然に生活するかも本人が選択する。すなわち、延命措置が可能な場合でも本人の自然経過、緩和ケアの要望が優先しうる。本人のこれらの判断の際に家族の支援状況が問題となると共に本人の意思決定の際にも家族の支援がかかわる（本人が判断できない場合は家族が決定する）。

このことは医療契約、介護契約において以下のように述べることができる。

医療契約は医師が最善の方法を判断できる（選択がない）場合はそれが契約内容となる（患者は医師の判断に同意する―説明義務は尽くされなければならない）。治療方法に選択がある場合、医師の説明の下に患者が選択する。

高齢者が施設に入所する場合、施設の目的・内容に照らして本人が選択する。当該施設内での容態変化について、選択した施設の医療行為が前提となる（施設内でできるのか転院するのか）。医療行為の内容については同様に医師の判断による場合、本人が選択する場合がある。

終末期の過ごし方をあらかじめ判断しておく場合もある。延命を希望しない場合は緩和ケア、ターミナルケアが行われる。ターミナルケアは病院、施設双方でなされうる（加算されるが、数は少ない）。終末期か否かは医師が判断する。延命治療を選択した場合でも途中で緩和ケア等に切り替えることができる。

これらの医師の治療決定、本人の選択決定についても家族の支援状況が影響する。また本人の判断能力によつては家族が判断することになる場合もある。

このように個々に事故が生じた場合に注意義務の問題と自己決定の問題がかかわる。治療を行う決定がなされた場合（医師の裁量あるいは本人の選択）、注意義務は医療水準から判断される。治療以外の措置を行う場合は個々の病院、施設の体制の問題がかかわる。人員等による限定が認められうると共に本人の選択が広く認められうる。

転倒等の事故の際に病院・施設内でなされた措置については必ずしも明確でない場合があると共にブラックボックス的体質から確認が困難である。そのために安全管理体制構築も必要となる（医療安全）。安全管理体制には厚労省の指導の下での病院・施設自体の体制と共に市町村等様々な組織がかかわる。そして外部の評価がなされる。ただし、安全管理の実効性に問題があると共にそれに重きを置くあまり、硬直的となつてはならない。こうして注意義務の問題には安全管理体制がかかわり、安全管理体制の不足としての過失も認定されうるが、安全管理体制も形式的なもの

となる危険性があり、限界がある。また組織の体制の問題についてはそれを容認している本人・家族の選択の問題がかかわる。

自己決定の問題について、本人の判断能力、諸措置の難解性、家族支援の不十分性から、病院においてはワーカー等の支援が存する。施設において本人の施設選択の際にケアマネジャー、地域包括支援センター等の意見が参考とされる。ケアプランはケアマネジャーが本人の意見をもとに作成する。施設では医療体制に限界があるが、その点も自己決定の問題とされうる。ただし、ここでも意思決定の問題には家族支援がかかわる。

病院・施設の安全体制に限界があり、本人の意思決定に問題がある状況が多いと考えられるために、様々な支援制度がある。この様々な支援は、保険制度のように福祉問題として諸措置に対する公的介入をもたらすものであると共に意思決定支援として本人・家族を支援するものである（ソーシャルワーク、権利擁護）。

医療介護が保険適用制度であること、様々な公的支援が存することは家族負担を軽減するものであるが、逆に家族の絆を希薄にするものである。このことは核家族化（さらに単身世帯化）の問題でもあり、扶養義務自体金銭扶養で良いとされている。どのような制度設計、支援の在り方が良いのかについて、措置の適正さを確保する方向、予防を重視し、地域での包括支援、小規模施設の設置を認める方向があるが（措置に対する公的支援）、自己決定の問題を重視する場合には、外部支援よりも家族の関わりを重視すべきであり、この点に関する支援を重視すべきである。家族による放置・虐待事例が多いとしても、基本的には家族の関与が重要となる。

本稿では、高齢者の施設、病院での容態変化対応に関する裁判例が新たにいくつかあるので、前稿の例と併せて考察する。取り上げる例は治療の限界に関するものが多く、説明義務の問題が含まれているが、延命に関する意思決定が問題とはなっていない（前稿は終末期の問題も扱う）。病院での対応について医療水準の問題となるが、本人の自己

決定もかわり、その際、家族の関与状況もかわる。施設においては状況変化への対応、医療行為の問題、転院判断の問題があるとともに、本人の自己決定もかわり、その際、家族の関与状況もかわる。いずれも本人の判断能力が疑わしい状況の問題である。施設対応の限界の問題と家族への説明義務の問題でもある。多くの事例において、医師・施設の判断の優位が見られるが、家族への説明義務など家族との関係も問題とされなければならない。この説明義務に関しては家族側から状況把握すべきという点も考慮すべきであるが（扶養義務の再考）、一次的には病院施設側からの家族に対する説明義務があると解すべきである。

以下、まず新たな事例群を見たいので、前稿の事例と併せて考察する。

一 近時の判例

「1」 病院での対応と家族への説明に関する事例（対応に関しては過失がないとされる場合の説明義務）

東京地判令和二年七月二〇日 LL I / DB

亡Aの相続人であるXが、Y法人の開設・運営する病院において、AがS状結腸の進行癌及び上行結腸の早期癌疑いと診断で大腸癌の切除手術を受け、その後、術後イレウスに対する外科手術を受けたが、後に死亡したことについて、本件病院に勤務する医師であり大腸癌切除手術及び術後イレウスに対する外科手術を執刀するなどAの診療を担当した亡Bには、①大腸癌の切除手術の際、直腸癌と同時に上行結腸癌の切除を行った過失、②適切な時期に術後イレウスに対する外科手術を行わなかった過失、③術後イレウスに対する手術としてより侵襲度の低い術式を選択しなかった過失及び④説明義務違反があると主張して、債務不履行又は不法行為（使用者責任）に基づき、Y法人、Yら（Bの相続人）に対し、損害賠償を求めた事案。

裁判所は、亡Bには、上行結腸癌に対しては同時開腹手術を避けて内視鏡的粘膜切除術を選択すべきであったのにこれを行わなかったなどの過失があるとは認められず、説明義務違反があったとも認められないとし、債務不履行又は不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償請求を棄却した。

以下、説明義務に対する主張、判断を見る。

1 Xの主張

(1) 患者本人の状態について

Xは、B医師から、患者本人の経過、治療方針や治療方法等について、患者本人に対する説明と同程度の適時適切な説明を受けられなかった。B医師は、Xに対して、大腸癌切除術前に、既存疾患（糖尿病、狭心症等）についての治療計画、治療方法（狭心症の治療を先行させ、血管状態を良好にしてから大腸癌の手術を行うという選択）、大腸癌や術後イレウスに対する二度の外科手術を行うことの血管状態への影響及び各疾病（糖尿病、狭心症）に罹患しているという全身状態から手術を実施した場合に想定される術後合併症のリスクについて説明をすべきであるにもかかわらず、それらの説明をしなかった。

(2) 大腸癌に関する手術時の説明

B医師は、患者及び家族に対して、大腸癌について、術前に内視鏡的粘膜切除術の術式選択が可能かつ有用であること、手術選択によるメリット、デメリットに関する説明、大腸癌に対する同時開腹手術という手術選択のリスク（外科的侵襲が大きく術後合併症の可能性が高いこと）を説明すべきであったのに、何ら説明せず、患者及び家族の治療選択の機会を喪失させた。

(3) 術後イレウスに関する手術時の説明

B 医師は、患者及び家族に対して、術後イレウスの治療経過及び術後イレウスに対する手術のリスク（緊急手術となつたため、術後合併症の発生がしやすくなつたこと等）を説明すべきなのに、これを怠つた。

(4) 術後の容態

A が平成二七年二月八日から下血を繰り返し、X が A に話し掛けても、全く応答がなく、意思疎通ができないほど意識が朦朧とした状態となつた際、X が B 医師に A の容体を尋ねたものの、B 医師は、X に対し、A の状態について分からないと回答するだけで、A の術後の縫合不全の状態や虚血性腸炎の状態などの容体に関する説明や今後の治療についての説明を怠つた。

(5) A の死亡後

B 医師は、A の死亡後も、X に対し、A の容体が悪化した原因について説明しなかった。

2 裁判所の判断

(1) A に対する説明

A は、死亡当時八〇歳と高齢であり、診療録に記載された A の言動等から判断して、本件病院に A が入院した時には、既に中等以上の認知症であつた。また、A に対する医療行為に関する説明は、A の弟、C 又は X に対して主に行われており、本件病院に対して提出された平成二六年一〇月二二日付けの C の代理署名による入院時意思確認書には、病状の説明を希望するかととの質問に対して「はい」との回答があるものの、治ることが困難な病氣（癌等）であつた場合、病状の説明を希望するかととの質問に対して「いいえ」との回答がされていたことも考慮すると、A には本件当時、医療行為の意義、内容及び危険性について認識し、判断する適切な能力があつたと認めることは困難である。したがつて、B 医師が、A に対して医療行為に関する説明をしていなくとも、B 医師に説明義務違反があつたとは認め

られないというべきである。

(2) Xに対する説明

B医師がA本人に対して医療行為に関する説明をしない場合でも、Aの利益を擁護し、その意思を代弁できる家族に対して医療行為に関する適切な説明がされる必要がある。本件病院は福島県内に所在するところ、本件当時、AはCと福島県内で同居していたが、他方、Xは、本件当時、福島県から比較的遠方の東京都内に居住していた。また、本件病院に対して提出されたCの代理署名による入院時意思確認書には、家族等に病状の説明をする場合は誰に説明してよいかとの質問に対して、Cとするとの回答が記載されていた。

以上の状況下では、Aの弟、C又はXのいずれかに対して、Aへの医療行為に関する説明を行っていれば、Xに対して、Aへの医療行為に関する完全な説明をしていなくとも、B医師に説明義務違反があったとは認められないというべきである。

(3) 大腸癌の手術について

Xの、B医師が狭心症の治療を先行させ、血管状態を良好にしてから大腸癌の手術を行うという選択を説明すべきとの主張について、大腸癌の手術を先に行い、手術創が治癒してから狭心症の治療をするとのE医師及びB医師の判断は不合理でなく、B医師が、狭心症の治療を先行させ、血管状態を良好にしてから大腸癌の手術を行うという選択を説明すべきであったと認めることはできない。

Xは、B医師が、Aの糖尿病についての治療計画及び治療方法の説明を怠ったと主張するが、Xが説明すべきと主張する具体的な説明内容が必ずしも明らかになっているとはいえない。Xの主張が、B医師が、糖尿病の治療を先行させてから大腸癌の手術を行うという選択を説明すべきであったというものであったとしても、多くの併存疾患（大

血管障害、腎不全）を抱える高齢者糖尿病に対する血糖コントロール目標基準値を下回っていて、血糖値の測定及び糖尿病の評価は適切に行われており、本件では、糖尿病の治療を先行させてから大腸癌の手術を行うべきであったとは認められない。

Xは、B医師は、術後合併症のリスクについての説明を怠ったと主張するが、B医師は、Xに対して、全身麻酔下に直腸切除術及び結腸部分切除術を施行する予定であること、狭心症であるため、術中に狭心症発作を起こす可能性があること、合併症として出血、感染及び縫合不全等が考えられること、年齢的な合併症や麻酔による合併症も考えられることを説明しており、術後合併症のリスクについて適切な説明がされている。

Xは、B医師は、大腸癌について、内視鏡的粘膜切除術の術式選択が有用であることなどの説明を怠ったと主張する。しかし、X自身が、B医師に対し、内視鏡的粘膜切除術が可能か質問し、B医師が、同時切除が妥当である旨回答したことを認めており、B医師が、Xに対して、内視鏡的摘除の選択肢について情報提供を全くしなかったと認めることは困難である。また、本件においては、直腸癌と上行結腸癌の同時切除を選択することにも一定の合理性はあり、内視鏡的摘除をすべきであったとは認められないから、内視鏡的摘除が有用で、同時切除はデメリットが大きいことを前提とするXの主張は採用できない。

(4) 術後イレウスの手術について

Xは、術後イレウスの治療経過や手術リスクの説明を怠ったと主張するが、B医師は、Xに対し、術後イレウスに対してイレウスチューブを挿入して加療を行ったが、保存的加療が限界であり、全身麻酔下に解除術を施行すること、癒着剥離術や腸切除術を行う可能性があること、合併症として、出血、感染及び縫合不全等が考えられること、心臓の合併症や年齢的な合併症も考えられること、全身麻酔による合併症も可能性があることを説明しており、術後イレ

ウスの治療経過や手術リスクについて適切な説明がされているから、Xの主張は採用できない。

(5) 術後の容態について

Xは、B医師は、Aの術後の縫合不全の状態や虚血性腸炎の状態などに関する説明などを怠ったと主張する。

B医師は、平成二十七年二月二日、CとAの弟に対し、下血に対し輸血を行ったこと、感染性腸炎で出血したと思われる、胃潰瘍等はないこと、現在は整腸剤と心臓の薬のみ胃の管から入れていること、出血が続けば大腸カメラ検査を検討すること、出血していれば止める治療もしなければならぬこと、術後イレウスに対する手術後の経過が長い原因は、手術自体の影響や縫合不全を起こしたこと、本人の体力低下等が考えられることを各説明している。また、同月二四日、B医師は、Aの弟に対して、大腸内視鏡検査で小腸に虚血性腸炎を認めたこと、手術よりも保存的に絶食で経過を見る方がいいこと、多量出血の場合、止血は困難で生命の危険があることを説明した。B医師は、以上のとおり術後イレウスに対する術後の経過に関して適切な説明をしているから、Xの主張は採用できない。

(6) Aの死亡後について

Xは、B医師は、Aの死亡後も、Xに対し、Aの容体が悪化した原因について説明しなかったと主張する。しかし、B医師は、同年六月一九日、Aの弟及びXに対し、死因について、直腸癌に対する手術後の経過が不良で、虚血を起こし、出血してから状態が回復できなかった旨説明しており、B医師は、死因に関して適切な説明をしているから、Xの主張は採用できない。

(7) そのほかB医師に説明義務違反があったと認めるに足りる事情はない。

3 検討

本人の判断能力によっては本人に対して説明義務を負わないとするが、本人の判断能力の認定は困難であるために

説明すべきと考えられる。また、本人の家族の一人に説明することで良いとする。AはCと福島県内で同居していたが、他方、Xは、本件当時、福島県から比較的遠方の東京都内に居住していた。また、本件病院に対して提出されたCの代理署名による入院時意思確認書には、家族等に病状の説明をする場合は誰に説明してよいかとの質問に対して、Cとするとの回答が記載されていた。以上の状況下では、Aの弟、C又はXのいずれかに対して、Aへの医療行為に關する説明を行っていれば、Xに對して、Aへの医療行為に關する完全な説明をしていなくとも、B医師に説明義務違反があったとは認められないとしている。この点からは、Xの方で積極的に医師に説明を認めるべきであったと考えられる。

措置内容に關する説明義務について、まず、この裁判では措置に過失がないとされ、措置に過失がないとされる場合の措置内容に關する説明義務（狭心症・糖尿病の治療後に手術するという選択肢の説明）について、手術先行で問題なく、いずれも説明義務違反はないとされる。この点は問題であり、措置の適切さについては別に手術先行に關する説明が必要と考えられる（緊急の必要性）。

〔2〕施設での転倒事例（施設対応の限界の問題と説明義務）

東京地判令和二年七月三日LLI／DB

亡Aの子であるXが、入居していた老人ホームを経営するYに對し、Aが上記老人ホームの居室内で転倒し受傷したのは、Yが、転倒を防止すべき義務を怠ったためなどとして、損害賠償を求めた事案。

裁判所は、Yは本件入居契約及び本件居宅介護支援利用契約に基づき、利用者であるAに對し、その健康を保持し、日常生活を円滑に送ることができるよう配慮すべき義務を負い、Aの能力に應じて具体的に予見することが可能な危

險から、その生命及び健康等を保護するよう配慮すべき義務も負っているとした上で、Yは、Aに対し、必要などときにはナースコールを使うようにとの指導をしていたことが認められ、A自身がこれを利用しなかったにすぎず、Yにおいて義務違反があったとはいえないとし、Aの居室に離床センサーを設置する義務はないとし、Yには契約上の義務違反はなく不法行為も成立しないとして請求を棄却した。

1 一般論としての施設の義務

本件入居契約は、普通借家契約ではあるものの、施設類型は住宅型有料老人ホームであり、Yは、入居者に対し、居室及び共用施設を利用する権限を与えるとともに、本契約に定める各種サービスとして、健康管理、治療協力、食事提供サービス、生活相談・助言、生活サービスを提供すること、契約の内容となっている。そうすると、Yは、本件入居契約に基づき、利用者であるYに対し、その健康を保持し、日常生活を円滑に送ることができるよう配慮すべき義務を負うことができる。

また、AとYは、本件居宅介護支援利用契約も締結しているところ、これは、介護保険法に基づき、要介護認定を受けた高齢者が、その要介護度に応じた介護サービスを受けることを目的とするものであるから、Yは、Aの介護を引き受けた介護事業者として、本件居宅介護支援利用契約に基づき、Aの能力に応じて具体的に予見することが可能な危険から、その生命及び健康等を保護するよう配慮すべき義務も、負っているというべきである。

そして、これらの義務の具体的内容は、本件当時のAの状態等やYの認識、人的物的体制等に照らして、判断すべきである。

2 入所高齢者の容態に基づく施設の義務

Aは、本件老人ホームに入居する時点において、右上腕に可動域制限があり、要介護三の認定を受けていた。また、

本件老人ホームに入所する前に入所していた本件老健施設において、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡaであると判定されていた。Yは、こうしたAの状態について情報提供を受けており、本件居宅介護支援利用契約に基づいて入居時に作成された居宅サービス計画書によれば、生活全般の解決すべき課題（ニーズ）のひとつとして、「生活全般については自立傾向にあるが歩行のフラツキや転倒・骨折の経緯がある。骨折により右腕が上がりにくい事もあり不安なため、支援を受けながら安心した生活を送りたい」との事項を挙げるに至っている。

そうしたところ、Yの職員は、平成二九年五月一八日頃までに、Aの歩行に異変を認め、同月一九日、Aは、E医師の臨時往診を受けた。その結果、Aには、左足にわずかな筋力低下が認められ、左下肢に単麻痺があるとの診断がなされた。証人Cは、E医師から、かかる診断結果について報告を受けている。また、E医師が作成した同月分の居宅療養管理指導書においても、上記診断を踏まえ、転倒への注意が喚起されている。

これらに鑑みれば、Yは、同日頃までには、Aにつき、元来ふらついて転倒する可能性があったところに、左下肢の単麻痺により、左右の下肢に均等に荷重することができなくなっており、歩行時に介助又は補助を受けなければ、転倒する可能性があることを認識し、又は認識し得たといえる。そうすると、Yは、同日頃において、本件入居契約、本件居宅介護支援利用契約のいずれにおいても、Aが歩行する際には、転倒を防止するため、不均等な荷重を補正できるよう介助又は補助を施す義務を負っていたといえるべきである。

3 Xの主張に対する判断

(1) 歩行時にナースコールで介護士等と呼ぶよう指導すべき義務違反、介護士等の歩行を見守る義務違反の主張確かに、Aの転倒防止のためには、不均等な荷重を補正すべく、介護士等が歩行を介助することは有効といえる。そして、居室内にはナースコールが設置されており、本件老人ホームには介護士等も常駐していたことからすれば、

Yには、Aが特段の補助具も使わずに単独で歩行する際には、その歩行を介助すべき義務があったといえ、その前提として、単独で歩行する際には、ナースコールで介護士等と呼ぶよう指導すべき義務や、介護士等が呼ばれたときには歩行を見守る義務もあったといえる。

しかしながら、Yは、Aに対し、必要なときにはナースコールを使うようにとの指導をしていたことが認められるところ、A自身がこれを利用しなかったにすぎない。そうすると、Yにおいて、義務違反があったとはいえない。

また、Yは、E医師の診察を受けて、Aに対し、同月二二日に歩行器を貸与している。この歩行器は、別紙の通りの形状で、体型に合わせて高さなどを調節でき、肘置きに肘を置いて、体全体のバランスを保ちながら、四つのキヤスターを用いて移動することができ、Aの不均衡な荷重を補正するものとして適切な補助具といえる。そうしたところ、Aは、同月二六日には、歩行器を使って自身の居室からホールまで自力で来ることができるようになっており、その後、本件事故が起こるまでの二週間以上の間、通常の生活を送っているが特段の問題も起きていない。そうすると、Aは、本件事故が起きた同年六月一四日の時点では、歩行器を使用することで問題なく移動ができるようになっていたものといえる。そして、Aは、歩行以外の日常生活については自立傾向にあり、認知症の程度も重くなく日常生活に支障はなかったものであるから、これに重ねて、介護士等による歩行介助までは必ずしも要しなかったというべきである。よって、Xの主張が、歩行器を使用する際においても、ナースコールで介護士等と呼ぶよう指導すべきという主張であるならば、そこまでの義務は認められないというべきである。

(2) 居室内に離床センサーを設置すべき義務違反の主張

離床センサーは、ベッドから床に降りたことを知らしめるためのものであり、このことからすれば、本来、ベッド上での安静な療養を必要とする者や、立つこと自体が困難な者を主な適応としているものと解するのが相当である。

また、センサーが発動してから施設の職員が駆けつけるまでに一定の時間間隔があることから転倒を完全に防止できるものでもない。そして、本件においては、Aの歩行を補助するものとして歩行器が貸与されており、それによってAは問題なく移動できるようになっていた。そうすると、本件においては、Aの居室に離床センサーを設置する義務はないというべきである。

(3) Aが歩行する際には適切に歩行器を使用するよう指導すべき義務違反の主張

Yは、歩行器の貸与に際しては、まず、Aの体格に合わせて歩行器のサイズを調整し、Y所属の機能訓練士が、Aに対し、使い方を教えたことが認められる。そして、前記のとおり、Aは、同年五月二十六日には、歩行器を使って自身の居室からホールまで自力で来ることができるようになっており、その後、本件事故が起こるまでの二週間以上の間、本件事故時と同様の、トイレに行ったり、洗面台を使うなどといった日常動作を、毎日行っていたはずであるところ、特段の問題を起こしていない。そうすると、Aは、日常生活において、歩行器を正しく適切に使用しており、このことは、Aに対するYの指導が適切であったことを推認させる。よって、Yに義務違反は認められない。

(4) その他の主張

ア Xは、証人Bが、同年六月九日にAの様子を見に行ったところ、Aは、歩行器を使用してもとても一人では歩けない状態であったと主張するが、本件老人ホームにおいては、入居者に訪問しようとする者は、建物の入口において、訪問者名簿に日時や氏名等を記録しなければならないところ、同日に証人BがAを訪問した記録は見当たらない。

また、仮に訪問していたとしても、証人Bは、このときのAの様子として、急いでいたので面会時間は五分ほどであった、Aは、二分間に三、四メートルしか進むことが出来なかった、証人Bは、二分間、Aが歩く様子を黙って見守

っており、これじゃ歩けないねと声をかけただけで、付き添っていた職員に何ら声もかけずに帰ったと述べる。しかしながら、二分間に三、四メートルという歩き方は、すでに同年五月二六日の時点で、ホールまで自力で来ることができているという診療録の内容と整合しない。また、証人Bは、このとき、Aが歩けない様子を見て何とかしてほしいと思っていたとも述べるところ、そのように思うのであれば、直ちに職員やYに要望を伝えるはずであるところ、証人Bは、側で付き添っていた職員に何も訴えておらず、その後も、Yに電話連絡等もしないままであったというのは、本件老人ホームの利用料を滞納していて連絡するのが後ろめたかったという言い分を踏まえても、不自然、不合理である。

イ さらに、証人Bは、本件当時、Aには脳梗塞の疑いがあつたのだから、一人で歩かせるべきではなかったという趣旨の供述もする。

この点、E医師は、同年五月一九日の診察の結果、証人Cに対し、脳梗塞の疑いがあるとの話はしているものの、診療録にはその旨の記録を残していない。また、E医師は、証人Cに対し、脳梗塞を踏まえた何らかの対応の指示もしていない。加えて、証拠によれば、確かにE医師が他院に対し脳梗塞の有無についての診断を求めたことがあるものの、その理由として「家族が、脳梗塞の有無について貴院にて診察希望されております。誠に心苦しいのですが、御高診よろしくお願いいたします。」とあるとおり、あくまで家族の強い希望で診断を求めたにすぎず、むしろ、この書きぶりからすると、E医師自身としては、脳梗塞の有無について診断をするまでの必要はないと考えていたことがうかがえる。また、検査の結果、実際に異常はなかった。

そうすると、脳梗塞の疑いがあつたとしても、何らかの対応が必要な程度のものではなかったといえ、これをもつて、Yに何らかの義務が生じるものとはいえない。

ウ また、Xは、Yには、臨時往診の結果をAの息子に連絡、説明する義務があったにもかかわらずこれを怠ったとも主張するが、転倒を予防する義務としてかかる義務を負うものとはいえない。本件入居契約上の身元引受人に対する説明義務違反を主張するものと解したとしても、Yは、歩行器の貸与に当たり、Aの息子から同意を得ていることからすれば、その際に、Aの歩行状況や診察結果も伝えたものと認めるのが相当である。よって、Xのこの点についての主張にも理由はない。

エ さらに、Xは、Yが、本件老人ホームの案内パンフレットにおいて、介護の不安ありませんか、と呼びかけており、これによってYにはAを介護すべき高度な注意義務が発生するかのような主張もする。しかし、本件老人ホームには、様々な要介護度の利用者が存在し、Yの注意義務は、それぞれの利用者の状況に応じて定まるものであって、案内パンフレットに「介護の不安ありませんか」とあるからといって、Xが主張するような注意義務を負う根拠となるものではない。

4 検討

容態変化時以降、Yは、本件入居契約、本件居宅介護支援利用契約のいずれにおいても、Aが歩行する際には、転倒を防止するため、不均等な荷重を補正できるよう介助又は補助を施す義務を負っていたが、歩行時にはナースコールで介護士等と呼ぶよう指導すべき義務について、本件事故が起きた同年六月一日の時点では、歩行器を使用することで問題なく移動ができ、歩行以外の日常生活については自立傾向にあり、認知症の程度も重くなく日常生活に支障はなく、介護士等による歩行介助は必要でないとされ、Aの歩行を補助するものとして歩行器が貸与されており、Aの居室に離床センサーを設置する義務はなく、歩行器使用も適切であり、臨時往診の結果をAの息子に連絡、説明する義務についても、歩行器の貸与に当たり、Aの歩行状況や診察結果も伝えたものと認めるのが相当であるとし、

施設の通常対応が適切であるとする。問題があると考える家族の側から積極的な関与がなされるべきとするものである。

「3」転倒事故については前稿で以下の事例を見た。

1 入所後、繰り返し転倒事故のあった事例^③

京都地方裁判所判決令和元年五月三十一日LLI/DB(Xら(亡父の子ら)が、Y運営の介護老人保健施設に入所していた亡父Aが、Yの職員の見守り等の注意義務違反により負傷し死亡したとして、Yに対し、(一)使用者責任等に基づく慰謝料、(二)①入所利用契約上の債務不履行に基づき、②Yの職員による二回目以降の転倒事実の隠蔽等に対し、不法行為等に基づき損害賠償の支払を求めた事案^④

裁判所は介護老人保健施設での第二、第三転倒事故についての予見可能性、結果回避可能性を認める。また、施設は人的体制が厳しいことを認識しながら、歩行困難者を受け入れたとする。

一回目の介護事故による被害の責任問題については事業者の通常の対応の際の予見可能性の問題とされるが、複数回事故が生じた場合の責任問題は予見可能性は認められるものの結果回避可能性の問題となると共に人的体制についての説明義務の問題ともなる。一回目の転倒時点ですでに容態の変化がみられると考えられるが、その後の事故について人的体制から結果回避困難な場合には、あえて受け入れた事業者の責任となるか、家族側でそれを了解の上で入所を求めたのが問題となる。施設の対応が困難と思われる場合には施設側からの家族への説明によって家族の積極的な対応を求める等話し合う必要があると考えられる。

2 病院入院中の転倒事故事例^⑤

広島地三次支判平成二六年三月二六日判時二三三〇号五五頁（Aは平成二二年六月二三日、慢性腎不全、胸腔水の加療のため、Y病院に入院したが、平成二二年八月二六日、同病院内で死亡した。Aの相続人であるXらが、民法七一条に基づいて、AはYの運営に係る病院に入院していたが、ベッドから転落し、またはベッドの傍で転倒して死亡した、Yには転落又は転倒防止義務違反があった等として損害賠償の支払を求めた）

治療入院患者の転倒事例である。一回転倒しており、認知症の傾向もあり、病院側は転倒の危険性を認識していた事例であるが、実際に生じた夜間の転倒について予見可能性はなく、転倒防止措置実施義務違反もないとする（施設の過度の転倒対応（拘束）は虐待となる）。早期の対応が可能とも考えられる事案であるが、避けられない事故と認定されている。その場合には家族への説明と家族に対応を考える機会を与えることが必要となる。本件では転倒に関する家族への説明もなされており、付き添い対応は可能であったと考えられるが、より早期の説明も可能であったと思われる（完全看護の誤解があったとされる）。

〔4〕診療情報提供書と施設・施設医師のできることと説明義務（施設対応の限界の問題と説明義務）

東京地判令和三年九月二四日LLI／DB

1 事実関係

Yが運営する介護老人保健施設に入所していた亡父の相続人であるX（長女）が、医師らの過失により亡父が死亡したとして、Yに対し、損害賠償金の支払を求めた事案。亡Aは、平成二二年頃からは、認知症の進行により着替えや介助なしでの排泄ができなくなるなど日常生活に支障を来すようになっており、平成二三年九月一三日、要介護四

(要介護状態(身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な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と見込まれる状態をいう。以下同じ。)のうち五段階の要介護度で上から二番目に重いもの)の認定を受けた。Xは、亡Aと、同じく認知症で要介護五(要介護状態のうち五段階の要介護度で最も重いもの)のCの二人を在宅で介護していたが、介護疲労が蓄積して、在宅介護が困難となったため、平成二十三年一月二四日、G医師がY施設に宛てて診療情報提供書を作成し、平成二十四年一月二六日にY施設に入所した。

Y施設の入所利用約款には以下のような条項がある。

(ア) Y施設は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が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するとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保険施設サービスを提供することを目的とする(一条)

(イ) 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、Y施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合には、本約款に基づく入所利用を解除終了することができる(四条③)。

(ウ) Y施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがある(九条一項)。

(エ) Y施設は、利用者に対し、Y施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態又は専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介する(九条二項)。

Y施設の入所利用約款「施設入所サービスについて」と題する書面には、その概要として、医療については、老健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としているが、医師・看護職員が常勤しており、利用者の状態に合った適切な医療・看護を行う旨が記載されている。

老健施設は、要介護者であつて、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要な者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設として、都道府県知事の許可を受けたものをいう（介護保険法八条二八項）。老健施設は、医療法にいう病院や診療所ではないが、同法の病院や診療所に関する規定が適用される（介護保険法一〇六条）。

介護保険法九七条の規定に基づき定められた「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成一一年厚生省令第四〇号）によれば、老健施設には、常勤換算で入所者一〇〇人に対し一人以上の医師を配置することとされ（二条一号）、診療は、一般に医師として必要性があると認められる疾病又は負傷に対して、的確な診断を基とし、療養上妥当適切に行い（一五条一号）、検査、投薬、注射、処置等は、入所者の病状に照らして妥当適切に行うとされている（同条四号）。また、老健施設は、入所者の心身の状況、病状、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討することとされ（八条四項）、この検討は少なくとも三か月ごとに行うこととされている（平成一二年三月一七日老企発第四四号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）。

Xは、①D医師は、亡Aの慢性腎不全又は慢性腎臓病についての確に診断し、Y施設入所に際し、亡Aを腎臓専門医に受診させる注意義務を負っており、また、②Y施設は、亡Aに対し、少なくとも年に一回は特定健康診査を受診させるか、これに代わる尿検査、血液検査を実施して、同人の腎機能の状態を把握しながら、腎機能の悪化を防止する注意義務を負っていたところ、D医師及びY施設がこれらの注意義務を怠ったと主張する。

2 裁判所判断

裁判所は、腎疾患等の記載がない診療情報提供書の提供を受けた医師が、当時八七歳で脳血管性認知症等の疾患を抱えていた患者を施設入所時において、慢性腎臓病等と診断する注意義務等を負っていたとは認められまいとし、また、X主張の入所にあたつての説明義務の内容は、亡父が慢性腎不全の急性増悪により死亡したことを踏まえて、後方視的な観点から設定されたものであり、併存疾患を多く抱える高齢者においては、説明義務の範囲が極めて広範なるおそれがあり妥当でなく、説明義務違反は認められないなどとして、請求を棄却した。

(1) D医師の、腎機能障害を的確に診断し、腎臓専門医に受診させる注意義務違反の有無について
亡Aの腎機能は、平成一七年以降、相当悪化していた一方で、亡AがY施設入所前に継続的に受診していたE病院やF医院において、高血圧症及び高脂血症に対する治療は行われていたものの、腎機能の低下に対しては積極的な治療が実施されていなかったことが認められる。G医師がY施設宛てに作成した本件診療情報提供書においても、亡Aの現病名として高血圧及び脂質異常症が記載されていたが、亡Aに腎疾患や腎機能の低下があることは一切記載されていないかった。

本件診療情報提供書には、亡Aのクレアチニンが 2.01 mg/dl であり、尿蛋白が「+」である旨が記載されていたところ、当該情報から少なくとも亡Aが慢性腎不全の基準に該当するといえるから、D医師がこの点を認識しなかったことは医師としての知識不足によるものであったといわざるを得ない。

他方で、腎機能は加齢によって低下するものであるところ、亡Aは当時八七歳であつて、そのクレアチニンは、慢性腎不全の基準値をわずかに超える数値にすぎないものである。また、慢性腎臓病は、①尿異常（特に尿蛋白）、画像診断、血液、病理で腎障害が明らか、②GFR基準値未満が三か月以上持続するものと定義されるが、本件診療情報

提供書の記載から、上記①又は②の状態が三か月以上持続していたものかは明らかでないから、本件診療情報提供書から直ちに亡Aを慢性腎臓病と診断することができたとはいえない。

そして、本件診療情報提供書は、亡AがY施設に入所することの可否を判断するための資料として作成されたものであると認められ、亡Aを継続的に診察していたG医師は、本件診療情報提供書に高血圧及び脂質異常症の点を記載する一方で、腎機能に関する特段の記載を一切しなかったものである。また、老健施設は、そもそも入所者が居宅における生活を営むことができるようにするためにリハビリテーションを提供することを目的とする施設であり、必ずしも長期入院が予定されておらず、亡Aについても、今後の見通しとして特別養護老人ホームに移る予定とされていた。そして、亡Aは、認知症の進行により介護を要する状態にあったところ、D医師は、亡Aの入所判定会議において、本件診療情報提供書の内容等から、亡Aの腎機能の低下については認識しなかった一方で、亡Aが当時八七歳と高齢であり、脳血管性認知症、高血圧、脂質異常症等の疾患を抱えていることを認識した上で、日常生活動作や症状等から入所可能と判断したものである。これらの点に鑑みると、D医師において、上記のとおり医師としての知識不足があった点は否定できないものの、本件診療情報提供書の記載（上記クレアチニン及び尿蛋白のほか、尿素窒素の値も基準値を上回っていた）のうち亡Aの腎機能の点に特段の注意を払わなかったことには、やむを得ない側面があったといえるべきである。

次に、本件ガイド二〇〇九では、一定の基準値未満の場合には、腎臓専門医に紹介することが望ましく、ステージ四の慢性腎臓病では腎臓専門医に委ねるとされている。しかしながら、腎臓専門医への紹介については、基準値未満の場合に、腎臓専門医に紹介することが望ましいとするにとどまり、その内容が直ちに医師の注意義務を構成するものとはいえない。また、証拠によれば、本件ガイド二〇〇九ないし二〇一二を踏まえた、臨床現場におけるかかりつ

け医と腎臓専門医の連携は、平成二五年時点で必ずしも十分になされているとはいえない状況にあったものと認められる（本件でもE病院やF医院における診療経過において、亡Aの腎機能低下について、本件ガイドに沿った腎臓専門医との連携は図られていなかった。）。

以上の事実を前提とすると、医療水準が規範的に判断されるものであることを踏まえても入所者にリハビリテーションを提供することを目的とする施設であつて長期入所が予定されておらず、医師の配置も常勤換算で入所者一〇〇人に対し一人で足りるとされ、経済的に十分な医療の提供に限界のある老健施設であるY施設での、本件当時の臨床医学の実践における医療水準に照らし、本件診療情報提供書の提供を受けたD医師が、当時八七歳で脳血管性認知症等の疾患を抱えていた亡Aを、Y施設入所時において、慢性腎臓病（及びこれに包含される慢性腎不全）と診断する注意義務を負っていたとはいえず、したがって、同注意義務違反も認められない。また、慢性腎臓病と診断する注意義務が認められない以上、慢性腎臓病との診断を前提として、亡Aを腎臓専門医に受診させる注意義務も認められず、同注意義務違反も認められない。

(2) Y施設の腎機能の悪化を防止する注意義務違反の有無について

老健施設においては、法令の規定により入所者の健康管理が図られていることから、老健施設の入所者は特定健康診査の対象者から除外されている。しかるに、老健施設においては、入所者の状態に応じて適切な検査等の健康管理がされることが予定されているのであつて、上記のように入所者が特定健康診査の対象者から除外されているからといって、直ちに特定健康診査に代わる定期的な検査等を実施する法的義務が生じるものではないし、法令等によりこれらが義務付けられているものでもない。

そもそも、老健施設は入居者にリハビリテーションを提供することを目的とする施設であり、必ずしも長期入所は

予定されておらず、医師の配置は常勤換算で入所者一〇〇人に対し一人で足りるとされているものである。このような老健施設の特性に鑑みても、Xが主張するような年に一回以上の特定健康診査又はこれに代わる検査の実施義務が一律に老健施設に課されていることは相当でない。

また、本件ガイド及び本件ガイドラインに、ステージ三ないし四の慢性腎臓病患者に対し、定期的な血液検査及び尿検査を実施することを推奨する旨の記載はなく、そのほかに、本件においてステージ三ないし四の慢性腎臓病患者に対し定期的な血液検査及び尿検査を実施する注意義務を基礎付ける医学的知見を認めるに足りる証拠はない。

以上より、本件において、Y施設は、亡Aに対し、年に一回以上の定期的な血液検査及び尿検査を実施する注意義務を負っていたとはいえない。

本件ガイド二〇〇九では、治療介入のポイントとして生活習慣の改善や食事指導等が挙げられている。もつとも、これらの治療介入は、慢性腎臓病との診断を前提とするものであるから、E病院やF医院において慢性腎臓病と診断されておらず、Y施設においてもそのように診断すべきであったとはいえない亡Aに直ちに適用されるものとはいえない。また、上記の治療介入は、ステージ三以降においては腎臓専門医と連携しながら又は腎臓専門医に委ねて実施していくものとされているが、平成二五年当時、臨床現場におけるかかりつけ医と腎臓専門医の連携は必ずしも十分でなく、亡Aは、Y施設入所までにステージ四の慢性腎臓病となっていたものの、積極的な治療を受けていなかったものである。このような従前の診療経過及びY施設における平成二四・二五年当時の医療水準に照らせば、Y施設が、亡Aに対し、腎臓病食の提供等の援助を行うべき注意義務も認められない。

以上によれば、Y施設が、亡Aに対し、特定健康診査を受診させ、又はこれに代わる検査を実施するなどのXの主張する注意義務を負っていたとはいえず、同注意義務違反も認められない。

(3) Y施設入所に当たつての説明義務違反の有無について（Y施設は、亡Aの身元引受人でありかつキーパーソンと認識されていたX及びB成年後見人に対し、亡AをY施設に入所させるか否かを適切に判断できるように、本件診療情報提供書に記載された内容から亡Aにどのような健康上の問題点があり、当該健康上の問題点、とりわけ高度の腎機能障害（慢性腎臓病）に対して、Y施設入所後、同施設における種々の制約から、どのような医療、医学的管理、対応をとることができ、又はできないのかを十分に説明する義務を負い、具体的には、亡Aの腎機能障害について、Y施設では定期的な血液検査による腎機能の評価や食事等のケア、腎臓専門医の受診等の対応をとることが困難であることを説明する義務を負っていた。ところが、Y施設は、亡Aの入所に当たり、X及びB成年後見人に対して、本件診療情報提供書から亡Aが高度の腎機能障害を有していると判断されることを説明しなかった。また、Y施設においては、亡Aの腎機能障害に対して、①専門医を受診させること、②定期的な尿検査、血液検査等により腎機能を管理すること、③食事制限（腎臓病食の提供等）、投薬等による治療、腎機能悪化を防ぐ介護等をいずれも行う予定がなく、又は行うことができないことを説明しなかった）

D医師に、亡AのY施設入所時において、同人を慢性腎臓病又は慢性腎不全と診断する注意義務は認められない。また、本件診療情報提供書からは亡Aの腎機能が低下していたことが示唆されるものである一方、これについて従前積極的な治療は実施されておらず、かかりつけ医であるG医師は、本件診療情報提供書に亡Aの腎機能が低下していることを一切記載しなかったものである。そうすると、本件において、Y施設が、亡Aの入所時に、同人の腎機能の低下に焦点を当てた説明をすべき義務を負っていたということではない。

Xは、Y施設の担当者から、Y施設の入所利用約款、その別紙及び重要事項説明書の内容（Y施設の概要、施設入所サービスの内容等）について説明を受けていたものと認められ、その説明が、亡Aを入所させるか否かを判断する

に当たつての説明として不十分であつたとはいえない。

Xの主張する上記説明義務の内容は、亡Aが慢性腎不全の急性増悪により死亡したことを踏まえて、後方視的な観点から設定されたものであるといわざるを得ないが、このような観点に立つと、特に併存疾患を多く抱える高齢者（亡Aには、腎機能のほかにも複数の異常値があつたものである）においては、説明義務の範囲が極めて広範になるおそれがあり妥当でなく、前方視的な観点からは、上記のとおりXの主張する説明義務を認めることはできない。

3 検討

入所者にリハビリテーションを提供することを目的とする施設であつて長期入所が予定されておらず、医師の配置も常勤換算で入所者一〇〇人に対し一人で足りるとされ、経済的に十分な医療の提供に限界のある老健施設であるY施設での、本件当時の臨床医学の実践における医療水準に照らし、本件診療情報提供書の提供を受けたD医師が、当時八七歳で脳血管性認知症等の疾患を抱えていた亡Aを、Y施設入所時において、慢性腎臓病（及びこれに含まれる慢性腎不全）と診断する注意義務を負わないとする。また、X主張の入所にあたつての説明義務の内容は、亡父が慢性腎不全の急性増悪により死亡したことを踏まえて、後方視的な観点から設定されたものであり、併存疾患を多く抱える高齢者においては、説明義務の範囲が極めて広範になるおそれがあり妥当でないとする（Xは、Y施設の担当者から、Y施設の入所利用約款、その別紙及び重要事項説明書の内容（Y施設の概要、施設入所サービスの内容等）について説明を受けていたものと認められ、その説明が、亡Aを入所させるか否かを判断するに当たつての説明として不十分であつたとはいえない）。

高齢者一般の疾患の問題であり、老健施設の医療措置は不十分ではあるとしつつ、施設の性格上不当ではないとし、説明義務も同様に特に当該疾患についてする必要はないとする。ここでも家族側からの関わりが必要とされるのであ

る。

〔5〕施設医師等のできることと説明義務（施設対応の限界の問題と説明義務）

東京地判令和元年七月一八日LLI/D B

Yが開設、運営する介護老人保健施設「A」に入所していたBが、「呼吸不全」によって死亡するに至ったことについて、再入所以降、発熱と解熱を何度も繰り返すなどしていたものの、発熱以外に肺炎を疑うべき所見はなかったといえ、ひとりの医師がラ音を聞いているものの、このラ音が継続して聞かれたことや、喀痰、呼吸困難、胸痛といった肺炎を疑わせるその他の呼吸器症状があったことは認められない上、食思不振もないまま推移していたと認められ、肺炎を疑うべきであったとまで認めることはできないとして、請求を棄却した事例

1 Xの請求

亡Bの子であるXが、Yの医師らには、①抗菌薬の投与又は医療機関への転送に係る注意義務違反、②転院事務手続に係る注意義務違反、及び③亡Bの病状、治療方針等に係る説明義務違反があると主張し、Yに対し、債務不履行に基づく損害賠償を請求した。

2 裁判所の判断

(1) Yの医師は、①亡Bが八月二〇日に発熱した時点、②同月二六日の時点又は③遅くとも九月七日の時点で肺炎を疑い、ガイドラインに従った適切な抗菌薬の投与又はそれが可能な医療機関への転送をすべきであった旨の主張について、八月二〇日、二六日の時点において、亡Bは肺炎ではなかったと認められる。とし、九月七日の時点においてYの医師が、亡Bについて肺炎を疑うべきであったとまで認めることはできないとする。

(2) 転院事務手続の懈怠に係る注意義務違反の有無について

Xは、九月一日、Yの職員（I看護師）に対し、亡BをF病院に転院させる旨申し出たにもかかわらず、同職員は、速やかに転院させる義務を怠った旨主張する。

しかし、Xは、九月一日、F病院の担当者に対し、Y入所後認知症が進み、最近微熱が続いているという亡Bの状態などを説明して入院の可否を尋ねたところ、同担当者から、診療情報提供書を送付するよう指示され、それをI看護師に伝えたものであるが、同日の時点で亡Bの状態は一刻を争うような状況ではなく、上記の同日の一連のやり取りも、特段の緊急性のあるやり取りではなかったと認められる。X自身、実際に転院する時期がいつになるかというのは、同日の時点ではまだ明確ではないような話であった旨供述しているところである。

このような事情を考慮すれば、Xの依頼に対するI看護師ないしYの対応が不当に遅滞し、Yとして、Xの申出に速やかに対応すべき注意義務があったのにこれを怠ったと認めることはできない。

(3) 説明義務違反の有無について

Xは、Yの医師は、十分な理解力がない亡Bの家族であるXに、亡Bの健康状態及び病状、それに対応した医療行為及びその方針等を説明すべきであったのに、そのような説明を全くしなかった旨主張する。

しかし、Xないし亡Bの家族は、九月一日から同月六日までは毎日Yを訪れて亡Bに面会するなどしていたのであるから、亡Bの状態等に疑問があれば、いつでもYの職員に確認することができたはずであり、再入所時である八月一〇日から同月三十一日までの期間を含め、老健施設であるYにおいて、ことさらに亡Bの状態等について説明すべき状況であったともいえない。また、九月七日には、Yの看護師ないし職員が、Xに対し、亡Bの同日の様子を伝えるためXないし家族に電話をしたが、応答がなかったため、留守番電話に伝言を残したものであり、翌日以降、再び毎

日Xないし家族がYを訪れていると認められることなどからすれば、Yの医師その他の職員につき、Xに対する亡Bの状態等に係る説明義務違反があったと認めることはできない。

3 検討

Xは、Yの医師は、十分な理解力がない亡Bの家族であるXに、亡Bの健康状態及び病状、それに対応した医療行為及びその方針等を説明すべきであったのに、そのような説明を全くしなかった旨主張するが、Xないし亡Bの家族は、九月一日から同月六日までは毎日Yを訪れて亡Bに面会するなどしていたのであるから、亡Bの状態等に疑問があれば、いつでもYの職員に確認することができたはずであり、再入所時である八月一〇日から同月三一日までの期間を含め、老健施設であるYにおいて、ことさらに亡Bの状態等について説明すべき状況であったともいえない。また、九月七日には、Yの看護師ないし職員が、Xに対し、亡Bの同日の様子を伝えるためXないし家族に電話をしたが、応答がなかったため、留守番電話に伝言を残したものであり、翌日以降、再び毎日Xないし家族がYを訪れていると認められることなどからすれば、Yの医師その他の職員につき、Xに対する亡Bの状態等に係る説明義務違反があったと認めることはできないとする。ここでも老健施設の医療行為の限界を認めると共に家族の積極性不足とする。

〔6〕施設の安全管理体制・説明義務と家族の慰謝料（施設対応の限界の問題と説明義務）

東京地判令和三年九月六日LLI／DB

Xらが、Xらの母が入居していた介護付有料老人ホームの運営会社であるYに対し、Yの安全管理体制整備義務違反により母が負傷したことにより、精神上多大な苦痛を受けたなどとして、損害賠償を求めた事案。

裁判所は、Xらは、本件事故により、母が負った傷害の内容やその後の症状の経過からすれば、母が生命を害され

た場合にも比肩すべき、又はその場合に比して著しく劣らない程度の精神上の苦痛を受けたとまではいい難く、Xらが、Yに対し、自己の権利として慰謝料を請求することはできないとし、また、Yの対応について、YにXら主張の安全管理体制整備に関する説明義務違反及び当該説明における誠実対応義務違反があるとはいえないなどとして各請求を棄却した事例

1 子らの慰謝料請求について

Xらは、本件事故によりAが頭部に皮下血腫の傷害を負ったことにより大きな精神的苦痛を受けたということができるものの、Aが負った傷害の内容やその後の症状の経過からすれば、Aが生命を害された場合にも比肩すべき、又はその場合に比して著しく劣らない程度の精神上の苦痛を受けたとまではいい難い。

したがって、Xらが、Yに対し、自己の権利として慰謝料を請求することはできないといふべきであり、Xらの請求のうちYの安全管理体制整備義務違反を理由とする慰謝料請求は理由がない。

2 安全管理体制整備に関する説明義務違反及び誠実対応義務違反による不法行為の成否

① Yが、本件事故の翌日、Xらからの監視カメラ映像の閲覧請求に応じず、それから一〇日ほど経過した後でようやく応じた際、実は、本件事故現場である一階共用部については監視カメラによる撮影管理をしていなかった旨説明したことで、② Yが、Xらからの平成三〇年九月一九日付け照会及び開示請求に、Xらから再三対応するように求められたのに回答せず完全に無視したことについて、Xらに対する安全管理体制整備に関する説明義務違反及び誠実対応義務違反がある旨主張する。

(1) 家族に対する説明義務

Aは、本件事故当時、認知症の症状が進行し見当識障害もみられたことが認められ、AがYに対し、自己又は身元

引受人であるXや子であるX₂に本件施設の安全体制整備に関して説明するよう求めることは困難であったということができる。しかし、このような事情にかんがみても、Yが本件入居契約の契約者ではないX₁らに対し、身元引受人に對する連絡義務に含まれる義務又は本件入居契約に付随して発生する義務として、法的に、本件施設における安全管理体制整備に関する説明義務及び当該説明における誠実対応義務を負っていたとはいえない。

(2) ①及び②に係るYの対応について、YにX₁ら主張の安全管理体制整備に関する説明義務違反及び当該説明における誠実対応義務違反

①については、本件施設の職員は、本件事故の翌日、X₁から、一階共用部の監視カメラの映像の閲覧を求められた際には、施設長不在のため施設長に報告の上で返答する旨回答して、X₁の求めに応じなかったものの、その九日後の同月二五日、X₁に対し、上記カメラの映像を閲覧に供するとともに、本件事故が発生した場所付近は映っていない旨説明し、X₁は、上記カメラの映像に上記場所付近が映っていないことを確認している。このようなYの対応をもって、YにX₁ら主張の安全管理体制整備に関する説明義務違反及び誠実対応義務違反があるといえることはできない。また、本件入居契約において、監視カメラにより共用部における入居者の行動を撮影・録画することはYの義務とされていないこと、監視カメラによる撮影管理は、本件事故のような突発的な転倒を回避する手段とはならないことからすれば、一階共用部のカメラに本件事故の状況が撮影・録画されていなかったからといって、YにX₁ら主張の安全管理体制整備に関する説明義務違反があるといえることはできない。

②については、Yは、X₁ら代理人弁護士からの平成三〇年九月一九日付け照会及び開示請求には応じていない。しかし、Yは、X₁ら代理人弁護士からの求めに応じて、本件事故に関する報告書、Aの介護記録、本件施設の管理規程、平成二六年一月から平成三〇年一月までに開催された本件施設の運営懇談会の議事録等を送付しており、本件施設に

おける安全管理体制整備に関して相当詳細に説明しているといえることからすれば、上記照会及び開示請求に応じなかったことから直ちに、YにXら主張の安全管理体制整備に関する説明義務違反及び誠実対応義務違反があるということはできない（しかも、その時点では、本件入居契約が終了していたことからすれば、尚更、Yに上記義務違反があるということはできない。）。

Xらは、認知症が進み意思表示が困難となった入居者であるAの子としての人格権に基づいても、本件施設の運営主体であるYに対し、安全管理体制整備に関する説明を求め、各種資料の開示を求める固有の請求権が根拠付けられる旨主張する。

しかし、Xらの人格権に基づいて、XらがYに対し、安全管理体制整備に関する説明を求め、各種資料の開示を求める固有の法的請求権が根拠付けられるとは認め難く、この点を措くとしても、Xらが主張するYの対応をもって、Yに安全管理体制整備に関する説明義務違反及び誠実対応義務違反があるということとはできないから、Xらの上記主張は、結論を左右するものではない。

3 検討

安全管理体制とその説明について、基本的に家族に対する安全管理体制の説明義務はないとする（入居契約者本人の判断能力が劣ってきた状況においても）。また、事故が監視カメラに写っていないこと、開示請求に応じなかったことも説明義務違反ではないとする（本件事故に関する報告書、Aの介護記録、本件施設の管理規程、平成二六年一月から平成三〇年一月までに開催された本件施設の運営懇談会の議事録等を送付しており、本件施設における安全管理体制整備に関して相当詳細に説明している）。認知症が進んだ段階での家族に対する説明義務を否定することは、家族側からの関与を要求するものである。ただし、事故の様子を知る権利がどのように満たされるのかの問題は残る。

〔7〕施設医師の対応については前稿で以下の事例を見た。⁽⁶⁾

東京地判平成三〇年二月二六日LLI／DB

遺族Xが①社会福祉法人Y₁は、一）Aに両胸の内出血・両足首下の腫脹・左足第三指の爪の剥離等の傷害を負わせ、二）傷害等に対する適切な対応を怠り、三）Aに食事を誤嚥させ、四）誤嚥発生後に適切な処置を怠り、これらによってAを誤嚥性肺炎及び急性心筋梗塞の発症により死亡させたほか、五）虐待行為及びその隠蔽を行い、六）傷害等及び誤嚥の発生原因等につき顛末の報告を怠ったと主張し、また、②一般社団法人Bが開設・運営していたC病院に雇用され、本件病院に勤務していた医師であるY₂は、一）Aの両胸の内出血の診察を行わず隠蔽し、二）顛末の報告を怠ったと主張し、Y₁とBのXに対する債務を免責的に引き受けた独立行政法人Y₃機構に共同不法行為による損害賠償を請求した事案である。

特養でのあざ・爪の傷害の発生・治療についての事業者の責任、医師の責任、誤嚥の発生・治療についての事業者の責任が問題となり、事業者の不適切な行為は認定されず、医師の不適切な行為も認定されない。家族による当初からの情報、事業所の当初の状況把握に基づく行為をすれば適切な行為となるが、入所後、短期間での死亡事故であるので、家族の伝達ミスか、事業者の対応ミスか、どちらかにミスがあることが疑われる事例である。事業者側の責任が否定されているが、立証の点では入所者側が不利であるために事業者としては常に状況説明しない限り、不利益を課されると解すべきではないのか問題となる（立証責任の転換）。ただし、家族側がイニシアティブをとらなければならぬと考えることもできる。家族側が無関心であったのか、施設側の説明不足の問題か、それぞれの対応問題が検討されなければならないが、基本的には個々の問題発生について施設側から積極的な説明をなすべきである。治療方法の最終的判断は医師が行うのであるが、本人・家族への説明は必要となる。当初対応において事業者が家族との連

絡、話し合いに基づく適正な対応をとっていた場合には誤嚥事故も生じなかった可能性も認められうる。終末期の過ごし方については本人意思の明確化のために家族との話し合いも重視されることになる。

〔8〕病院と施設の連携について（施設対応の限界の問題と説明義務）

東京地判令和三年三月四日LLI/DB 医療判例解説九六号二頁

被相続人が、Y₁運営の病院で右大腿骨頸部骨折に対する人工骨頭置換術を受け、退院後、Y₂運営の介護老人保健施設に入所し、その後、施術後の感染症による敗血症を原因とする多臓器不全で死亡したことにつき、相続人のXらが、Y₁に対し、損害賠償を求める事案。裁判所は、病院が、被相続人及びX₁らに対し、炎症反応について詳しく説明し、炎症反応が出たらずに連絡するように指導し、かつ、退院後に入所した施設にもその旨申し送るべき義務を怠ったとは認められず、施設が、施術後の感染症及びこれによる敗血症を疑い、施術を実施した病院に被相続人を救急搬送すべき義務を怠ったとも認められないとして、請求をいずれも棄却した。

1 施設の措置についての判断

Y₁は、Y病院を運営している社会医療法人である。Y₂は、Y施設を運営している医療法人社団である。Y施設は、介護保険法八条二八項（平成二九年法律第五二号による改正前のもの）に定めのある介護老人保健施設であつて、要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設である。

Y施設において、通常であれば予後への悪化につながる医学的に不適切な医療行為（敗血症、高ナトリウム血症に對し致死の疾患の可能性があるとの認識が不明であること、不適切な治療）を認める。ただし、Y施設は最善の医学

的治療が患者一人一人にとって必ずしも最善の医療ではないという治療方針である可能性が高く、治療自体への批判は困難である可能性がある。ただその後の経過から、家族に対し十分に説明がなされていないのではと推測される。

E病院搬送後、三月二日頃までは改善を認め、同月二三日以降悪化を認めている印象である。悪化の理由としては、治療上必要であった薬剤の副作用、衰弱した全身状態に対する治療侵襲等が疑われるが、明らかではない、また昇圧剤の投与を中止したことにより、本症例の敗血症が治癒可能な疾患であったかの評価は困難である。難治性のMRSAによる人工物感染であり、急性期を脱したとしても慢性的な感染に難渋した可能性も考えられる。

したがって、Y施設における不適切な治療が本症例において実際に致命的であった可能性は、通常の症例と比較して、低いと判断される。

2 Y病院の亡A及びXらに対する説明指導義務違反とY施設に対する申し送り義務違反の有無

Xらは、「骨・関節術後感染予防ガイドライン二〇一五」によれば、人工関節置換術が行われた際の手術部位感染については、術後三〇日以上、九〇日程度追跡することが望ましいとされており、かかる記載からすれば、Y病院は、本件施術後三〇日以内に当たる三月一日の時点において、亡A及びXらに対し、炎症反応について詳しく説明し、炎症反応が出たらすぐに連絡するように指導し、かつ、退院後に入所したY施設にもその旨申し送るべきであった旨主張する。

しかし、前記ガイドラインは、患者への説明や他の医療機関等に対する申し送りについて定めたものではなく、また炎症反応についての指摘もないから、Xら主張のガイドラインの記載をして、本件施術を施行した医療機関に対し、炎症反応についての説明義務や申し送り義務を課す根拠になるとは認められない。

その他にXらの主張を裏付ける証拠はなく、本件において、Y病院は、本件施術自体や施術後の亡Aの状態等につ

いてY施設に連絡した上、退院後に診察を予約して亡Aの状態を確認する機会を設けるなどして、本件施術後の術後管理を行っているから、Y病院に説明義務や送り義務違反があったとするXらの主張は認められない。

3 Y施設が、本件施術を実施したY病院に亡Aを救急搬送すべき義務を怠った過失の有無

亡Aは、Y施設入所以降、発熱が続き、三月一五日には体温三八・五度となった上、本件採血結果からすれば、白血球数が増加し、CRPも異常値となっていたのであるから、感染症を疑うべき状態にあり、実際に、Y施設も抗菌薬治療を行っていた。

しかし、①三月一五日までの間、亡Aは局所の疼痛を訴えておらず、腫脹や排膿も確認されておらず、熱感等の急性炎症症状も認められないといったように、手術部位感染の外部的徴表がみられなかったこと、②術後、Y病院退院・Y施設入所までは、手術部位感染を疑わせる症状があったと認めるに足りる証拠はなく、むしろ、Y施設入所時の血液検査の結果では、白血球数が正常範囲であると確認されていること、③亡Aはかなりの高齢で複数の既往症もあり、元々全身状態が良好であるとはいえないことに加えて、Y病院やY施設においては認知機能の低下もあつて昼夜が逆転するなど不規則な生活を送っていたこと、Y施設入所後、食事を拒否してほとんど摂取しない状態が続いていたことなどにも鑑みれば、手術部位感染以外にも、感染症を含む様々な症状を生じる可能性があったこと、④実際、本件採血結果に係る採血がおこなわれた頃には、亡Aにつき肺炎による状態の低下がみられ、少なくともこれによる発熱、白血球増加及びCRP値の異常があり得たこと、⑤E病院においてもその後の本件施術部位からの排膿と培養検査の結果をもつて、本件施術後の手術部位感染と判断するに至ったことからすれば、発熱、白血球増加及びCRP値の異常がみられたことを考慮しても、三月一五日の時点において本件施術後の術後感染と判断すべきであつたとまではいえず、亡Aの認知症状に対応する必要性やY施設の性質等を踏まえれば、本件施術後の施術部位感染疑いを理由に、

三月一五日の時点で亡Aを救急搬送すべき義務がY施設にあったとは認められない。

そして、敗血症の診断に至るプロセスは、病院前救護、救急外来、一般病棟における場合は、感染症が疑われる患者に対しては、①意識変容、②呼吸数二二回以上（一分当たり）、③収縮期血圧一〇〇mmHg以下かについて評価すべきであって、このうち二項目以上が存在する場合は敗血症を疑うべきとされているところ、亡Aについては、本件施術前後より認知症様症状が認められて意識変容の評価は容易でないものの、三月一五日時点でアイスカップ一杯を食べて「おいしい」と述べることはできている上、Y施設の従業員が亡Aの呼吸苦症状を認めた事情もなく、同日の収縮期血圧も一〇〇mmHgを超えていたことからして、同日の時点で、Y施設をして敗血症を疑うべきであったとは認められない。したがって、敗血症を理由に亡Aを救急搬送すべき義務があったとも認められない。

4 検討

病院の申し送りの過失、施設の早期の転院に関する過失は否定される。施設の不適切な医療行為を認めるが、施設の最善の医学的治療が患者一人一人にとって必ずしも最善の医療ではないという治療方針がある。家族に対し十分に説明がなされていないのではと推測されるが、結果的に不適切な治療が本症例において実際に致命的であった可能性は低いと判断され、責任がないと判断している。不十分な点を認めつつ、了解事項とすること、説明義務を果たさないことについて結果として不利益がないことから責任がないとすることが問題である。

〔9〕訪問看護と訪問診療（施設対応の限界の問題と説明義務）

大阪地方裁判所判令和三年二月一七日L L I / D B 医療判例解説九三三〇頁

甲事件は、Aの子であるX₁及びX₂において、AがY会社の設置するCステーションの訪問看護、Y医療法人の設置

する本件診療所の診察を受けたことについて、①平成二七年九月一二日、Y₂（Y会社の代表取締役を務める看護師）及びY₁（Y医療法人の代表者理事長を務めていた医師）が、Aの骨折を見落とした過失（Y₂については、未必の故意又は重過失）並びに②同年四月から七月頃、Y₁及びY医療法人が、Aに対して適切な精神疾患治療を行わなかった過失（うつ病の診断及び治療等を行わなかった過失、PTSDの診断及び治療等を行わなかった過失）により、Aは骨折の治療が遅れ、また、適切な治療を受けることができず、転倒し死亡するに至り、死亡等慰謝料の損害を被り、X₁及びX₂がこれを法定相続分に從つて相続するとともに葬儀費用相当額の損害を被り、さらに、③少なくとも平成二七年九月頃以降にされたY₁による診療録への虚偽記載及び平成二八年一月頃以降にされたY₁による診療記録等の開示拒否によって、X₁は慰謝料一〇〇万円相当の損害を被ったと主張して、不法行為及び使用者責任又は債務不履行に基づき、損害賠償を求める。

乙事件は、Aの夫であるX₃が、上記①及び②の過失により、Aは慰謝料合計二八〇〇万円の損害を被り、X₃が法定相続分に從つて相続したと主張して、不法行為及び使用者責任又は債務不履行に基づき損害賠償を求める。

1 骨折についてのXらの主張と裁判所判断

Y₁に、九月一二日の時点でAの左大腿骨骨折を検査・診断し、専門医療機関での治療又は受診を助言すべき注意義務違反が認められるか（Y₂のY₁への報告義務違反は認められていない）。

Y₁は、かねてから、AがX₃からDVを受けている旨の情報提供を受けていたし、九月に入ってから、Aに対する問診の過程でX₃がAに暴力を振るっていることを把握していた。また、Y₁は、遅くとも八月までにはA自身にも認知行動が見られる旨の報告に接し、介護認定における主治医意見書中にも「転倒・骨折」の可能性を自ら指摘している。そうであれば、Y₁は、九月の時点では、Aについて、X₃からの何らかの暴力により、又はA自らの認知行動のほずみ

によるなどして、転倒の上骨折する可能性を相応に認識していた。

また、Y₁は、自らの働きかけによって本件事業所による訪問看護をスタートさせ、Aを含む訪問看護の対象者について、本件事業所から毎日午後六時ないし七時頃にその日の訪問看護の状況について記録した訪問看護記録をファクシミリで受信していたところ、九月一日の夕刻に受信した訪問看護記録にAが左足の付け根付近の痛みを訴え、Y₂がGケアマネとともに急遽再訪し、屈伸可、外内転可、立位可であることを確認したなどと記載されていた。そうであれば、九月一日におけるAの言動やY₂が確認した内容については、九月一二日の時点では認識可能な状態にあった。

さらに、Y₁は、九月一二日午前、訪問看護に当たっていたIの求めに応じて往診したというのであるから、それまでにIが見聞した結果（体動にて苦痛様表情が強く見られ、左足の痛みを訴えたこと、左下肢に腫脹等は見られず、外傷も見当たらなかったが、内出血斑が体のいたるところに認められたこと）についてIから報告を受けたものと認めるのが合理的である。加えて、Y₁は、往診時にした問診の結果、Aから、X₃に突き飛ばされて腰を強打して歩けない旨、受傷機転と目すべき内容を聴取した。

Y₁は、少なくとも整形外科を専門とする医師ではない。Y₁は、九月一二日に往診した結果を踏まえ、遅くとも前同日には、Aについて少なくとも大腿骨近位部骨折を疑い、単純X線検査に基づく整形外科医師による診療を受けさせるべき注意義務を負っていたものというべきである。

2 うつ病についてのXらの主張と裁判所判断

中等症以上のうつ病においては、①自傷他害の危険性が切迫しているが、予防するため注意深く見守ってもらうことを依頼できる家族がいない場合、②水分や食事をほとんど取れない場合、③重篤な身体合併症が併存している場合、

④服薬アドヒアランスが不良の場合、⑤十分な休養が取れない場合、⑥うつ病の症状によって患者の家族や友人との関係や社会的立場が著しく破綻する可能性がある場合等に、入院治療を考慮しなければならないということが出来る。そうしたところ、Aは、五月以降、家事や身の回りのことができなくなっていき、七月頃には、介護認定調査の結果、認知能力に関わる複数の項目について、いずれも「できない」と判定され、服薬も十分にこなすことができなくなっていた。また、Aは、かねてから夫（ X_1 ）及び息子（ X_2 ）と同居していたが、 X_3 は、自身も介護を要する状況であった上、Aに対して暴力を振るっていたこと、 X_4 は、日中、Aと過ごすことはほとんどない状態であった。Aは、遅くとも七月頃の時点で、服薬を適当に行う能力を欠いていたのであるから、上記④に該当することは明らかである。また、Aは、上記時点で、認知症状が相当程度進行しており、転倒・骨折の危険因子を抱えているのに、それを防ぐための同居の親族による見守りはおよそ期待できない状態にあったから、患者本人の自制が及びづらく、周囲の見守りも得られないために、患者本人の生命身体が害されるおそれがあり、上記①に準じる状況にもあった。したがって、 Y_1 は、七月頃の時点で、Aについてうつ病と診断し精神科での入院治療を検討すべき注意義務を負っていた。

そして、 Y_1 は、四月二八日の診察において、Aから、精神科医への受診の勧めを拒否され、 X_4 、子である X_5 や X_6 から助力を得ることも後ろ向きな発言に接したものの、診療録中には、 Y_1 において、その後七月頃までの診療期間中に、Aの精神科への入院治療の必要性について検討する等の記載は見当たらない。そうであれば、 Y_1 は、上記注意義務を怠った過失がある。

中等症以上のうつ病に対する抗うつ薬の使用については、低用量で使用していて反応がない場合、①有害作用が臨床問題にならない範囲で十分量まで増量を行う。②十分量まで増やしてから四週間程度を目安に、ほとんど反応がない場合は薬物変更を、③一部の抑うつ症状に改善が見られるがそれ以上の改善がない場合（部分反応）は増強療法

を行う。単剤主義を原則とするが、場合によっては、例外的に、④抗うつ薬の併用を考慮するという方法を取るべきとする知見があることが認められる。 Y_1 は、抗うつ薬（サインバルタ）の処方を経四月二十八日から開始し、六月二二日から増量し、七月六日から減量し、同月一三日から再び増量している。Aに係る診療録中には、抗うつ薬の処方量をめぐる治療計画に関する限り、上記のとおり増減変更することにした契機となる主訴及び客観的所見並びにそれらを基にした Y_1 の評価に類する記載は全く見当たらない。結局のところ、 Y_1 は、場当たりに、うつ病ガイドラインと整合しない態様で抗うつ薬の処方をしていった。

一方、 X_1 は、 Y_1 は、遅くとも七月中には、看護者等に対し、Aの健康異常の原因がDVによるストレスであり、病気はうつ病であることを説明して認識を共有すべき注意義務を負っていた旨主張するけれども、主治医と訪問看護師等との間における患者の病態をめぐる認識の共有の在り方に関する医療水準のいかんを認めるに足りる的確な証拠はない。

また、 X_1 は、 Y_1 は、遅くとも七月中には、Aと X_0 を分離すべき注意義務を負っていた旨主張するけれども、患者が了解したり希望したりしないのに、医師において分離を実施することまでが医療水準であると認定するに足りる的確な証拠はない。この点に関する X_1 の主張は採用することができない。

3 Y_1 の、PTSDの診断及び治療等をすべき注意義務違反の主張と裁判所判断

Aは、二月下旬に精神不安等を理由に訪問看護が開始されたのであるから、 Y_1 は、遅くとも、三月中旬に、PTSDに対する適切な診断治療（PTSDに対する適切な治療は、CBT（認知行動療法、曝露療法）、自立訓練療法、薬物療法等である。）を開始し、四月中に、Aに対し、精神科専門医を受診し、入院治療を受けるよう助言し、また、看護者等に対し、Aの健康異常の原因がDVによるストレスであり、病気はPTSDであることを説明して認識を共有し、

さらに、AとXを分離すべき注意義務を負っていた。しかし、Y₁は、不適切で不十分な投薬を行ったのみであり、上記注意義務に違反したと主張する。

上記主張に係る注意義務は、要するに、Y₁において、AがPTSDに罹患しているという客観的な状況にあることを前提に、それに対する治療を自ら開始し、専門医の治療を受けるようにAに助言し、看護者等に対してAがPTSDに罹患していることなどについて認識を共有し、又はXとの分離の処置を講ずべき注意義務と解される。しかるに、少なくともAが本件診療所を受診していた期間中にAがPTSDを発症していた事実を認定できない。

4 Y₁は、Aの診療録及び九月分の診療報酬明細書中の各「傷病名」欄に、いずれも九月一日を診療開始日とする「仙骨部重度褥瘡」と、後者にはさらに「真皮を超える重度褥瘡」と記載したが、Aには、少なくとも仙骨部に真皮を超える重度の褥瘡はそもそも認められなかった（誤記載の主張と裁判所判断）。

Y₁は、Y会社に対し、八月三十一日付けの「特別訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書」を作成・送付し、九月一日から三〇日までの期間中、「仙骨部重度褥瘡」にて「点滴が必要」として、ソルデム及びビースリミンの点滴注射を指示したこと、本件事業所の看護師は、九月一日以降、Aに対する訪問看護の際、上記指示どおりの点滴を実施したことが認められる。これらの事実によれば、「仙骨部重度褥瘡」に対する診療行為としてソルデム及びビースリミンの点滴注射が現実に施行されたものというべく、診療録や診療報酬明細書中の記載が単なる誤記に過ぎないと看過することはできない。

また、上記用量による点滴注射は八月五日から既に開始されていたし、それよりも用量の少ない点滴注射に至っては五月七日から開始されていたものの、八月以前の点滴注射が仙骨部重度褥瘡に対する診療行為として指示された事実は見当たらないし、これらの点滴注射が仙骨部重度褥瘡に対する治療方法として一般に認知されている旨の医学的

知見の存在を認めるに足りる証拠もない。

してみると、上記診療録及び診療報酬明細書中の各記載は、単なる誤記ではなく、そうかといって、保険診療の枠内でソルデム三A及びビーススリミンの点滴注射を継続するための便法でもなく、結局のところ、もっぱら診療報酬請求の都合上「真皮を超える重度褥瘡」であることを指摘するべく、Y₁においてあえて「仙骨部重度褥瘡」などと事実と異なる傷病名を記載したもののというほかはない。

5 Y₁（Y医療法人）、Y₂（Y会社）が診療録、訪問看護記録を開示しなかったことについての裁判所判断

X₁の主張は以下である。医療機関は、診療契約に基づき、患者に対して、診療録及び看護記録の開示を含む診療経過等の説明義務を負い、また、患者の死亡後は、遺族が当該患者の診療経過等について個人情報開示請求権（個人情報の保護に関する法律（以下「個人情報保護法」という。）二十八条）を有する。したがって、Y₁は診療録についてY医療法人とAとの間の診療契約に基づき、Y₂は訪問看護記録についてY会社とAとの間の訪問看護サービス契約に基づき、また、両者ともAの死後は遺族の個人情報開示請求権に基づき、いずれもAの相続人であるX₁らに対し、これらを開示すべき義務を負う。X₁が、Y₁（又はY医療法人）及びY₂（又はY会社）に対し、Aに係る診療録又は訪問看護記録の開示を求めたこと並びに上記Y₁らがいずれもこれに応じなかったことが認められる。

Y₁及びY医療法人は、上記開示請求を受けた時点では、Aが既に死亡したことを認識していなかった。Y₁は、Aに対するDVが疑われるものの、X₁を含む親族からの助力を得ることはAが消極的である旨認識していたし、上記開示請求を受けた時点で、Aやその親族に説明を要するような医療事故等の存在を認識していたものとも考え難い。そうであれば、Y₁又はY医療法人が、X₁からの開示請求に対して、患者本人であるA以外の者に対する診療録の開示の求めに応じなかったことが、直ちに不合理であるということとはできない。

また、個人情報保護法二八条に基づいて開示請求をすることができる「保有個人データ」(二八条一項)とは、個人情報取扱事業者が、開示等を行うことのできる権限を有する「個人データ」をいい(二条七項)、「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」をいうところ(二条六項)、「個人情報」とは、「生存する個人に関する情報」である(二条一項柱書)。そうであれば、上記開示請求の当時、既に物故者であったAの診療録が、個人情報保護法二八条に基づいてX₁が開示を請求することができる「保有個人データ」に該当すると解する余地はない。

次に、Y₂又はY会社が開示請求に応じなかったことの違法性について検討する。

X₁は、Y₂又はY会社に対して、Aの訪問看護記録の開示を求めるに当たり、Aが死亡し、X₁が相続人である旨を併せて告げたことが認められるけれども、その際、Aの死亡に関する客観的な証拠をY₂又はY会社に示したことまで認めるに足りる証拠はない。しかも、Aは、左大腿骨転子部骨折と診断されてE病院に入院した九月一九日の後死亡するに至るまで、Y₁による診療や本件事業所による訪問看護を再び受けずじまいであったから、Y₂又はY会社が、上記開示請求を受けるまでに、Aが死亡した事実を把握していなかったとしても何ら不自然ではない。

そうであれば、Y₂又はY会社が、X₁からの開示請求に対して、Aが死亡した旨を聞き及んでいないとしてその求めに応じないことが直ちに不合理であると決めつけることはできない。その上、Y₂において、AについてDVがあるケースであると認識していたのであれば、なおさらである。

また、Aに係る訪問看護記録が個人情報保護法二八条に基づいてX₁が開示を請求することができる「保有個人データ」に該当するといえないことは説示したとおりである。

6 過失と死亡との相当因果関係

仮に、九月一二日には、Aについて少なくとも大腿骨近位部骨折を疑い、単純X線検査に基づく整形外科医師によ

る診療を受けさせるべき注意義務違反がなく、かつ、客観的にも九月一二日の時点でAに左大腿骨転子部骨折が認められ、したがって、前同日から左大腿骨転子部骨折に対する治療行為が行われたからといって、そのような治療行為が、九月一九日に現実に開始された治療行為とその効果に有意な差があり、Aが平成二八年二月二三日を超えて生存した高度の蓋然性や相当程度の可能性を認めるに足りる証拠はない。また、九月一九日にAが左大腿骨転子部骨折の確定診断を得たとはいえ、その具体的、直接的な受傷機転については、X₃の故意行為（暴行）が示唆されるほかは、これといった事象の存在を認めるに足りる証拠はないから、上記①の注意義務違反によってAの上記骨折が惹起されたものと認めることはできない。

7 慰謝料について

Y₁にあつては、①九月一二日には、Aについて少なくとも大腿骨近位部骨折を疑い、単純X線検査に基づく整形外科医師による診療を受けさせるべき注意義務を怠った過失、②七月頃の時点で、Aについてうつ病として精神科での入院治療を検討すべき注意義務を怠った過失、③Aの診療録及び九月分の診療報酬明細書にあえて事実と異なる記載をした行為が認められることになるが、これらの各行為による慰謝料については、死亡を前提とした慰謝料を認める余地はない。

そして、①ないし③の各注意義務違反または故意行為は、いずれも、Aの診療契約に基づく適切な医療行為を受ける期待権を侵害するものであるところ、患者が適切な医療行為を受けることができなかった場合に、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があるか否かは、当該医療行為が著しく不適切なものである事案について検討し得るにとどまるべきものである（最判平成二三年二月二五日）。

①の注意義務違反については、大腿骨近位部骨折の症状の現れ方には一定の幅があるところ、Y₁において、九月一二

日に往診し、Aの左下肢の痛みや歩行困難の訴えに対し、坐位や足挙上の可否を自ら確かめるなど、ある程度の診察によって所見を得ていたというのであるから、前同日のY₁の医療行為が著しく不適切なものであるとはいえない。

③の行為は、診療録等に仙骨部に真皮を超える重度褥瘡がある旨事実と異なる記載をしたとはいえ、それに基づく九月分の医療行為は、結局のところ、それ以前から実施されていた点滴注射と同内容のものであって、Aにとって有害無益な医療行為が追加されたとか、必要不可欠な医療行為が中止されたり、着手されなかったりしたわけではない。

③の行為は、報酬加算事由がないのにこれがあるかのように装うものであるという点で、診療報酬請求の在り方としては極めて不適切であるといえても、Aに対する関係で著しく不適切な医療行為であるとはいえない。

一方、②の注意義務違反にあっては、七月から九月中旬にかけて、Aが、中等症以上のうつ病に罹患していると判断されるべき状況においても、うつ症状への対症療法的な投薬をするにとどまり、うつ病と診断した形跡すらないのであって、このような本件における医療行為の内容及び態様に鑑みれば、上記注意義務違反に係るY₁の医療行為は著しく不適切なものであるというほかない。

したがって、Aの適当な医療行為を受ける期待権は、Y₁による著しく不適切な医療行為である②の注意義務違反により侵害されたものと認めるのが相当であり、Y₁はAに対する不法行為責任を負うものというべきである。そして、上記期待権侵害の態様とこれによる侵害の内容や程度等本件に顕れた一切の事情を勘案すると、その慰謝料額は、六〇万円とするのが相当である。

8 検討

訪問看護・訪問診療に関する事例である。本人の認知症は進行し、同居者の暴力が疑われる対応困難な事例である。骨折に対する対応、うつ病に対する対応、いずれも医療法人側に過失が認められる。会社側の報告義務違反は認めら

れない。また両者の開示義務違反は認められない（本人の死亡事実を知らず、家族との関係を認識していたため）。医療法人側の誤記載は認められる。ただし、いずれも死亡との因果関係は認められない。医療行為に対する期待権の侵害については著しく不適切な場合に限られ、うつ病対応の遅れについてのみ認める。保険適用のための誤記載など不適切な対応は著しく不適切には当たらないとする。

対応困難な事例であり、本人の意見を参考に家族と関わってきた経緯があると認められる。医療法人のうつ病対応の不十分さを認定、医療行為に対する期待権侵害を認めるが、その他の過失については、因果関係を否定することで、実質的に対応の限界を認める。訪問看護の責任は問われない（対応の限界）。

〔10〕 終末期に関する事例については前稿で以下の事例を見た。

1 終末期前の医療行為と終末期判断⁷⁾

（1） 甲府地判令和元年二月二六日判例時報二四七二五号二五頁、東京高判令和二年八月一九日判例時報二四七二号一八頁（特別養護老人ホームA荘に入所中の平成二八年二月一〇日に死亡したBの相続人であるXらが、Bが死亡したのは、同日にBを往診した社団医療法人Y₁の経営する病院の医師であるY₂が、Bに適切な医療行為をすべき義務を怠ったことなどが原因であり、Xらは、Y₂に対する七〇九条に基づく不法行為損害賠償請求権及びY₁に対する民法七二五条一項に基づく損害賠償請求権を相続により承継したと主張した事案）

特養入所者に対して医師が終末期と判断し、手の施しようがないと判断したのであるが、診断時に終末期であることとの証明がなされず（記録がない）、医療過誤があったと判断された事例である（問題となった診察を行ったのは担当医ではない）。ただし、適切な治療行為によって改善の見通しがあるが、救命の可能性については肯定的ではなく、延

命の可能性のみ認める。家族は終末期治療のアンケートについては自然経過と回答している。本件では不可逆的な状態で改善の見通しがない状態にあったとまで認められなかったものであるが、医師としてはできる限りのことをした上で家族の判断を仰ぐべきだったのであろう（行為義務を強調する判断である）。

終末期を厳格に判断することは妥当な場合が多いと考えられるが、延命に傾くことになる（生存の相当の可能性判断は延命を導くものである）。また、終末期において自然経過を広く認める場合は安楽死判断が関連する。積極的安楽死について、患者本人の明確な意思表示がある、死に至る回復不可能な病気・障害の終末期で死が目前に迫っている、心身に耐えがたい重大な苦痛がある、死を回避する手段も、苦痛を緩和する方法も存在しない場合に違法性が阻却される。治療中止（消極的安楽死）は、患者本人の明確な意思表示がある、患者本人が事前意思表示なしに意思表示不可能な場合は、患者の親・子・配偶者などの最も親等が近い家族の明確な意思表示がある場合に可能とされる。終末期の判断は困難であり、衰弱していった容態の変化について、医師側が説明し、家族の意見を聞くべきと考えられるが、家族側で積極的に状況把握に努めるべきと考えられることもでき、家族側から容態変化に対する対応変化を要請すべきと解することもできる。

（２）終末期判断について、在宅事例である東京地判令和三年一月一四日LLI/DBは、Y診察後翌々日に救急搬送され、死亡した事案について、以前医師が高次医療機関の受診を勧めていたが、受診せず、往診時点の状況では、本件患者が高次医療機関の受診に同意しないだろうと考え、とりあえず血液検査及び在宅酸素療法を実施し、その時点では高次医療機関に本件患者を搬送させる旨の判断をしなかったことがYの裁量の範囲を逸脱するものではないとする。患者は適切な判断ができない状態ではなく（往診時に家族は立ち会っていない）、家族への説明は不要であるとされた。

2 終末期前の医療行為と緩和措置についての家族の要望⁸⁾

那覇地方裁判所判平成三一年四月一六日判例時報二四二九号五五頁（Xの妻であるAは、Y₁が開設するY病院において、膠原病等の治療を受け、ペインクリニック担当の麻酔科医Y₂から、経皮吸収型麻薬性鎮痛剤であるデユロテックPMTパッチを断続的に処方され、その後、がんで死亡した。Y₂は三叉神経痛による激痛に苦しむAに本件パッチ（P）の使用を継続する義務、Pの使用を取りやめる際にA及び家族であるXに対してその理由を説明して同意を得る義務に違反してPの使用を取りやめたことから、Aは死亡する直前まで耐え難い身体的、精神的苦痛を被ったと主張して、Y₂に対しては、不法行為責任に基づき、Y₁に対しては、使用者責任又は診療契約上の債務不履行責任に基づき損害賠償の支払を求めた事案）

医療用麻薬である鎮痛剤の入院患者への使用中止について、緩和ケア医師の一般的な家族対応と家族による措置の容認から説明義務は果たされていた、副作用を伴う薬剤の使用の判断は医師に委ねられるために自己決定のための説明が不要であるという判断がなされている（家族の黙認が認定されている）。医師の決定事項と説明義務の関係については、医療用麻薬のような医師の専権事項についても説明は必要と考えられ（本件のような苦痛の緩和）、本人が判断できる状況であればできる限り説明し、そうでなければ家族に説明する必要が生じる。麻薬であっても苦痛回避のための使用判断に本人の意見は必要と考えられる。延命判断と同様に苦痛回避（緩和ケア）も基本的には自己決定の問題と考えられる（副作用の危険性についての医師の専門的判断事項は存するが）。また緩和ケア（自己決定事項）について、判断能力の問題から家族が判断しなければならない場合に承諾が得られないときは本人の利益のために医師判断が優先しうる場合もあると考えられる。

3 退院に関する事例

本人が退院を求めていた事例（家族支援と本人の意思の関係が問題となる―家族への説明義務が争点となる）

東京地判平成二七年七月三一日LLI/DB（Aが、アルコール性肝硬変に罹患し、Y₁組合の運営するY病院を受診し、診療を受けていたところ、肝不全により死亡したことについて、Aの損害賠償請求権の相続人であるXが、Aの担当医であったY₂には、①Aの肝硬変の病状が重篤で禁酒の必要があり、Aの退院を許可しないか、入院加療を継続するよう強く説得すべき義務にもかかわらず、漫然と退院を許可した過失、②退院に当たり、Aが肝硬変の重症に至っており飲酒は厳禁であること等につき、Xに対して療養指導すべき義務を怠った過失、③Aの重篤な症状についてXに対し説明すべき義務を怠った過失がある旨主張して、Y₂に対しては不法行為による損害賠償、Y₁組合に対しては使用者責任又は不法行為による損害賠償を求める事案）

退院判断、療養指導に義務違反はないとする。家族への説明が必要か問題となるが、本人判断が可能な場合に本人への説明があれば家族への説明は不要とする。この点について、判断能力について不明確な可能性のある、あるいは家族の支援が必要な状況である限り、家族に説明すべきである（アルコール中毒についてはその他の支援の必要な場合がある）。介護施設における終末期前の過ごし方についても同様の問題となる。地域連携の場合はこれに複数の主体が関与し、専門的な判断がなされるが、あくまでも本人判断を中心とする家族支援が重要となる。

4 説明不足のために退院を希望した者が再入院後死亡した事案¹⁰

大阪地判平成二七年五月一日判例時報二三〇四号六二頁（Xらの夫ないし父であるAが、Yの経営する病院（Y病院）に入院中、播種性血管内凝固症候群（DIC）と感染性心内膜炎を発症していることが明らかに、多臓器不全及び敗血症性ショックにより死亡したことについて、Aの相続人であるXらが、Yに対し、Aが感染性心内膜炎

等を発症していることが判明していない時期にあっても、少なくとも重大な疾患を有している可能性が高い状態にあることを認識していたにもかかわらず、その旨説明することなく、必要な検査を実施することもないままに同人を退院させた上、その後の再入院以降においても適切な検査を行わず、的確に病態を把握しなかったことにより、D I C や感染性心内膜炎の診断及び治療の開始が遅れ、上記診断後の処置も不適切であったと主張して、配偶者X₁、長男X₂、次男X₃、三男X₄、四男X₅が診療契約上の債務不履行ないし使用者責任（七一五条）に基づく損害賠償の一部の支払を求める事案）

治療行為の過失は認められないが、退院の際の院長の本人家族への説明義務違反により、本人の自己決定権が侵害されたとして慰謝料請求を認める。患者が医師による治療行為の結果を自らの合理的な判断として受け止めるためには、診療行為の終了時において、当該患者の有する病態の現状や治療に至っていない場合の将来的な治療の必要性及び治療の可能性等を踏まえ、その時点において診療行為を終了させることの可否を自ら検討するに足りる程度の情報提供を受ける必要があるとする。この点についての家族への適切な説明がなかったことから本人の自己決定権侵害を認める（末期症状と認められるために、違反と死亡とが必ずしも直接関係せず、自己決定権侵害による慰謝料のみ認めらる）。家族支援のための家族に対する説明義務も認められうる。

5 震災時の施設の対応と家族の過失⁵¹⁾

仙台地判平成二七年三月二六日L L I / D B（本件は、高次脳機能障害を有するVが、Yが運営する自立訓練通所施設内で東日本大震災に遭い、その後、親族の迎えが来なかったため、Yの本部において職員に付き添われて避難生活をしていたが、東日本大震災の約一〇日後にYが運営する別の施設に移されて一人で宿泊したところ、その日の夜間に外出して河川で溺水し死亡したことに付き、Vの子であるX₁及びX₂並びに義兄であるX₃が、Yに対し、主位的に、

YがVを一人で宿泊させたことが安全配慮義務に違反すると主張し、予備的に、Vを一人で宿泊させることをXらにあらはじめ告げなかったことが説明義務に違反すると主張して、債務不履行又は不法行為による損害賠償請求の支払を求める事案である）

自立支援訓練所において契約上の被災時保護義務は家族が引取り可能となった時点で終了する。事実上保護下にある者に対する事務管理上の善管注意義務である一人にしてはならない義務違反による被害発生についての予見可能性、結果回避可能性がみとめられ、家族には家族が引き取ることが可能であったのに引き取らなかった過失、状況把握し対応に協力する義務違反が認められる。施設は家族からの連絡がなくとも平時と同様に保護し続ける（あるいは他施設に移す）義務があるのかという問題（事務管理であるのかも問題となる）と施設被災の際には家族側が主となって対応を考えなければならぬのかという問題である（どちらにも困難な状況がある）。この事例の引取者は未成年子である（叔父が援助する）。判決は震災後、自宅居住可能な認知症高齢者について、施設の保護義務、家族の引取義務を認める。引取義務は一般的な引取義務であるのか、震災後の特殊事情の下での引取義務であるのかも問題となる（高齢者の扶養義務については一般論として金銭扶養でよいとされる）。また引取義務を認定したとしても強制困難である。さらに、複数施設を運営するため、一定の場合の引き取りを前提とした契約と考えることもできる。地域包括システムは高齢者の一人暮らしを他業種支援の下でセンター主体で図るものでもあるが、現実的な検討が必要となる。自立支援訓練所において契約上の被災時保護義務は家族が引取り可能となった時点で終了する。事実上保護下にある者に対する事務管理上の善管注意義務である一人にしてはならない義務違反による被害発生についての予見可能性、結果回避可能性がみとめられ、家族には家族が引き取ることが可能であったのに引き取らなかった過失、状況把握し対応に協力する義務違反が認めら

れるとする。

二 考察方法

入院・入所中の容態変化への対応に対する責任問題は病院と施設で異なる。病院は治療を目的とし、施設は生活を目的とする点の相違が第一にある（本人の内容決定が異なると共に対応の限界等の認定も異なる）。終末期にターミナルケアが選択される場合、施設・病院共にケアに基づく生活が目的となる。基本的に、本人の自己決定の問題である。病院では主として治療方法の承諾、決定であり、施設では主として生活方法の選択、決定である。この本人の自己決定については家族の支援が関係する（さらに支援する各種機関がある）。本人の判断能力の問題もあり、場合によっては家族が決定する。

医師の責任問題については医師の行為義務の問題と本人の自己決定の問題がある。

従来から医師の医療行為について最善の注意義務、高度の蓋然性、生存の相当の可能性など高度の行為義務を設定するかのような特色ある判断がなされ、インフォームド・コンセントが患者の自己決定という側面でも、医師の責任回避という側面でも重要な問題とされてきた（各種「診療ガイドライン」（診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書）が作成されている）。自己決定については、治療方法の確定としての承諾、患者の自己決定事項としての承諾の区別が重要である⁽¹²⁾。

医師の医療行為以外に病院関係者の医療行為・日常業務行為の際の注意義務問題もある（転倒等の問題）。人的限界もあり、それを確保する手段として安全管理体制が行われている。開設者に対する都道府県知事などの監督機関が存

する。

治療方法について自己決定が優先する場合、単に承諾を求める場合の説明義務の問題があり、自己決定を要する事項かどうかの判断が重要となる。また、医師については自発的な行為を広く認める必要性があるために裁量判断を尊重すべきである。

介護施設においても職員等の介護行為、施設医師の医療行為・転院判断等についても注意義務の問題と自己決定の優先する場合等の説明義務問題がある（専門医師の不在の問題の場合の対応方法の問題）。

自己決定については、要介護度等の相違による入所施設の決定（重要事項説明）、その際の生活方法の確認としての承諾がある（前提としてケアプランが作成されている）。施設では看取りを行う施設と行わない施設がある。

施設医師の医療行為については高度の注意義務が求められるものの、専門外の場合もあり、施設選択の際に了解事項とされうる。入所者の自己決定事項としての承諾・選択の区別が重要である。そして、同様に治療方法の裁量判断も重要である。

施設職員等の行為義務については、設置要件、虐待防止法、安全管理体制が存する。開設者に対する都道府県知事などの監督機関が存する。ここでも同様に職員等の裁量判断を尊重すべきである。

自己決定事項については本人の判断能力の問題、時間の経過による判断の変化の問題があり、判断能力が認められない場合の家族決定だけでなく、そもそも不十分な判断能力に対する等家族支援が重要となる。すなわち積極的な家族関与を求めるための説明義務を措定しうる（家族の現実の支援に応じて治療方法も異なる）。問題は家族がいる場合の家族の関わり方であり、家族としての決定事項が存在するのである。家族がいる場合には、判断能力を補充するために家族に説明しなければならない場合があると共に、家族関与を求めるためにも説明しなければならない場合があ

る（家族決定事項）。

家族の現実の支援のあり方によって本人の判断内容も異なる。苦痛の緩和を選択する場合等については、家族の現実の支援が重要な考慮要素となる（チーム医療も実施される）。病院施設の対処には限界があるためにこの点の説明も必要となるが、本人だけでは状況が改善しないことがあるために、家族への説明が必要となるとともに、状況変化についても、家族の関与が少ないからといって家族への説明を省くべきではない。

さらに終末期前後の過ごし方の決定も問題となる。終末期前は緩和ケアを実施する状況にない限り、通常業務（医療は治療を目指す）となり、治療行為について医療水準から過失判断される。治療行為選択の余地があるとき、自己決定事項とされる。終末期に近くなる、治療に苦痛を伴う等、緩和ケアを実施するか否かは医師の説明に基づく自己決定事項である（家族支援のために家族にも説明される）。終末期前の過ごし方について、延命措置を実施するのか、自然経過に委ねるのか（ターミナルケア）は自己決定の問題である。終末期前の個々の治療、介護措置の妥当性を判断する場合にこの終末期前の過ごし方についての自己決定判断が基準となる。ただし、終末期の認定は困難であると共に個々の事項ごとの説明と判断が必要となる場合もあり、時間の経過とともに判断が変化する場合も考慮しなければならぬ¹³⁾。

以上の検討方法を具体的事例で見る。転倒事例において、予測されうるものの施設対応を是認する事例、何度も転倒したが対応できない場合に介護施設の過失を認める事例と病院の過失を認めない事例がある。当日までの様子から予見可能性がないとされる場合もあるが、予測される場合でも人員の点から対応不能な場合として責任を認めないとするのか、不能を知りつつあえて引き受けた施設の責任を認めるのか問題となる。病院についてはその点の本人・家族の一般的な了解があると考えられ、介護施設についてはその点の説明が不足していたという相違点が考えられる。

対応困難な問題についての両者の責任は同様の問題として考えるべきである。予測しうる事項について結果回避困難な状況がある場合に、施設としては対応について家族と話し合う必要があると考えられる（付き添いなどの現実の支援を求める必要がある場合もある）。この点、施設状況から対応不能な場合があることの一般的了解を認定すべきではない（安全管理体制の問題ともなる）。こうして施設の人的対応の限度の問題は了解の問題となり、説明義務の問題となり、付添い等の家族対応に関する判断を求めることになる（施設対応の限界について家族と相談すべきである）。いずれの事案も家族の対応を求める説明が不足していたと考えられるが、この点も家族側からの積極的な関与を前提とすると考えることもできる¹⁾。

入院・入所中に病気になった場合、容態が変わった場合に介護施設、施設医師等の過失を認めない事例がある（対応を変える必要がない、対応に不備がないと判断する）。訪問診療の過失を認める事例はあるが、期待権侵害として著しく不適切な場合に限られるとする。施設の定型的対応は当初施設が把握した状況に基づくものでよいとするものと考えられる。容態変化の際の施設側の対応について基本的に従来通りの対応でよいと考えられるが、裁量判断が必要となる場合もある。容態変化に伴う医療対応の変化については医師等の裁量判断が重要となる（施設医師についてはこの点の限界も問題となるが、その点了解事項とする―老健施設は、そもそも入所者が居室における生活を営むことができるようにするためにリハビリテーションを提供することを目的とする施設）。これらの場合に家族が常に様子を把握している場合には家族の意見をもとに考察されることになる（本人の判断能力が不十分なときには家族に説明する必要があるものの、家族は代表者の一人で良いとされる）。いずれの事案も容態変化を本人・家族に説明し、家族対応を求めることは可能であったと考えられ、説明に不十分な点があったと考えられる（そもそも家族に対する説明義務を認めない事例もある）が、ここでも、施設側がイニシアティブをとるのか、家族側からの積極的関与が前提であ

るのかという問題がある(家族の積極性を問題とする事例が多い)。一般的には入院入所中の変化への家族の対応は困難であり、施設側から家族への説明義務が重要となると考えられるが、家族の積極性も重要である。入院・入所中の状況・容態変化については付き添いによる家族介護の可能性、転院の可能性が認められなければならない(震災事例のように家族の引取り義務が認められる場合もある)。入院入所中の容態変化はまず施設側から説明すべきであり、このことが施設側の裁量行為の正当化ともなる。¹⁵⁾

終末期に自然経過を希望する患者の終末期判断が問題となる事例があり、終末期でなく、医師の過失が認定された事例がある。終末期認定と治療中止が結びつくので判断は困難である。この点について安楽死判断も影響すると共に医療の高度な注意義務(行為義務)も影響する。このことから終末期判断は延命治療に傾く可能性がある。¹⁶⁾

終末期に痛みを緩和する麻薬の使用を家族が希望する場合に医師の判断が優先するとする事例がある(家族の黙認があるとされるが、治療行為に対する家族の承諾がとられる場合は多い)。苦痛の緩和(緩和ケア)と副作用問題についても本人判断が優先すると考えられるのであるが、本人の判断能力が不十分な場合に医師の判断と家族の判断のどちらを優先させるのかの問題で、医師の役割を重視する事例である。医師の裁量判断は優先すべき場合が多いと考えられるが、ここでも延命に傾く可能性がある。

終末期に本人が退院希望する場合、適切な説明の実施によって本人判断での退院が可能と考えられるが、判断能力が問題とされる場合のほかに、アルコール中毒のように特別の支援を要する場合もあり、適切な家族支援等が問題となり、いずれも家族への説明義務が問題となる。¹⁷⁾

多くは過失がないと判断されるが、体制の限界の問題であり、病院・施設側から家族への説明を必要とすべきであると共に家族側からの相談援助を活性化すべきである。措置の適正さを確保する公的関与よりも家族支援をもたらし

公的関与を重視すべきである。以下、公的関与の問題を見る。

三 安全管理体制

〔1〕医療機関の安全管理体制

1 医療安全推進総合対策―医療事故を未然に防止するために―（以下引用―医療法が改正される）¹⁸⁾

(1) 総論

医療機関においては、管理者の指導の下で、医療安全のための組織的な管理業務が確実に行われることが重要であり、医療安全管理者により安全管理が実施されるとともに、組織全体としての内部評価活動の推進、安全に関する情報の管理などが積極的に取り組まなければならない。

部門や職種ごとの安全管理体制のみではなく、組織の安全管理に関する各部門等からの意見の取りまとめや、安全対策の方針を決定する医療安全管理委員会を設置しなければならない。また、委員会の方針に基づき組織横断的に安全管理を担う医療安全管理部門（医療安全対策室など）を設置することが必要である。

「医療安全管理者」は、安全対策を確実に実施するために必要である。医療の現場では多職種が協力して行うサービスが多いにもかかわらず、部門間の連携が必ずしも円滑でない場合も多いため、医療安全管理者等が組織横断的立場で調整を図り、医療安全対策を進めなければならない。このため、医療安全管理者は医療機関内で一定の権限を与えられ、医療機関内の問題点の把握、対策の立案、関係者との調整、実施結果の評価などの業務を行う必要がある。なお、医療安全管理者は、医療機関の機能や規模によっては専任とすることが望まれる。

さらに、院内の安全対策を実践するためには、病棟等の部署単位での「医療安全推進担当者」を明確に定める必要

がある。

客観的な内部評価を実施するためには、医療安全管理部門は他の部門から独立して設置しなければならない。そして、ヒヤリ・ハット事例や事故事例を報告させるとともに、複数の部門・部署間にまたがるシステムの問題により誤りが発生している事例や、各部署内では分析が難しいような事例について改善策を検討し、関係の部署に徹底を図る必要がある。また、診療録や看護記録等の記載状況、マニュアル等の整備、指針や手順の遵守状況や改善策の実施状況、ヒヤリ・ハット報告の活用状況等について、日常的な院内の巡回を活用して確認を継続していくことが重要である。このほか、症例検討会、部門間の連絡会議なども、組織内の活動を見直す場として有効であることから、これらの内部評価活動としての活用も図るべきである。

また、第三者機関等の外部評価により、内部からの評価だけではわからない安全管理上の問題点を明らかにすることも有効であり、積極的に活用することが望まれる。

医療安全に関する情報は、必要な情報が全ての医療従事者に行き渡ることが重要である。このためには情報の収集・提供などを担当する部署ごとの窓口（医療安全推進担当者等）を明確にするとともに、これらの情報が関係者に迅速かつ確実に共有されるよう、医療安全管理委員会等はそれぞれの担当窓口との連絡・調整に努めなければならない。

一人の患者が複数の医療機関を受診している場合も増えているため、診療内容や処方内容に関して他の医療機関のみならず訪問看護ステーションや薬局等との積極的な情報の共有を図るべきである。

医療安全を確保するためには、業務の質や量、及び職員の資質や能力に応じて人員体制を整備することが重要である。すなわち、適正な人員配置を検討するに当たっては、リスクの高い部署、リスクの高い時間帯、職員の能力等を把握し、必要な人員配置を考えていく必要がある。例えば、救命救急のように短時間に高度な医療処置を集中して行

う部署や、ICU（集中治療室）等、重篤な状態の患者に対し継続的に集中治療を施す部署にあつては、その機能に必要とされる人員を配置する必要がある。

また、多様で複雑な業務を少人数で遂行しなければならない早朝など、リスクの高い時間帯における適切な人員配置も、各医療機関の勤務体制を踏まえながら、検討されるべきである。

さらに、新人や部署異動直後の職員は、不慣れだけでなく、心理的重圧を受けやすいことから、指導・監督に留意するとともに、特に、新人看護師が夜勤を行う場合には、一定の経験を有する看護師との組み合わせを行うなど、十分な配慮を行うことが必要である。

これに加え、医療の高度化、複雑化が進んでいる中で、がん看護の専門看護師等、専門領域で高い技能や判断力を持つ医療従事者の積極的な活用についても考慮することが望まれる。

医療安全の確保のためには、各々の業務を医療安全の観点から見直し、その結果に基づいて医療機関全体で安全対策に取り組むべきであるが、特に標準化、統一化、規則化の推進、正確で効率的な情報管理の促進などが重要である。

これらの対策は、一度講じれば十分というものではなく、計画・実施・評価という一連の過程から、さらなる改善活動を通じて常に見直していくことが重要である。また、誤りがあっても患者への障害に至らない仕組や誤りが起こりにくい仕組等を構築することが必要である

さらに、医療機関内の事故等の報告体制は、こうした改善活動の一環として重要であり、医療機関は積極的に取り組を実施しなければならない。

(2) 標準化等の推進と継続的な改善

医療安全の確保のためには、各々の業務を医療安全の観点から見直し、その結果に基づいて医療機関全体で安全対

策に取り組みべきであるが、特に標準化、統一化、規則化の推進、正確で効率的な情報管理の促進などが重要である。

(a) 標準化等の推進

標準化や統一化等の推進は、個々の業務における誤りの減少につながるとともに、発生した誤りの発見を容易にすることから、医療の安全性の向上に寄与する。

ア 医療行為等の作業手順の統一化

医療従事者が行う診療、看護その他の各種医療行為等について、可能なものは作業手順を統一化し、医療従事者に徹底を図ることは、安全性を高めるうえで重要であり、各医療機関における取組が進められるべきである。

イ 入院時診療計画（クリティカルパス）活用 の推進

現在、各医療機関において、医療の標準化の一環として入院時診療計画の導入が進みつつあるが、この入院時診療計画の作成には、関係する全ての職種が話し合いながら共通の認識を持つことが必要となるため、職種間の連携が促進され、業務の手順について関係職種が全体の流れを理解できるなど、医療の質の向上と安全性の向上に資する点が大きいが指摘されている。また、これにより患者も入院中の診療過程を理解できるため、インフォームド・コンセントに寄与し、患者の主體的な医療への参加を促すことも期待されるため、医療機関はその導入に積極的に努めるべきである。

ウ 採用する物品の保管や配置等の統一化（省略）

(b) 規則化の推進

業務を安全に遂行できるよう、全ての職員の業務を明確にするとともに、医療機関内の活動を出来る限り規則化すべきである。これが必要に応じて見直し、簡素かつ常に実効性のあるものとしていく必要がある。

医療機関内の各部門にまたがる業務、特に誤りが多い薬剤関連の業務においては、指示の変更や中止は伝達の誤りが生じやすいため、確実に伝達されるよう、各部門の役割と責任を明確にし、診療部門、看護部門、薬剤部門など関係部門間の合意に基づく規則作りとその遵守が必要である。

(c) 正確で効率的な情報管理の促進

医療が高度化、複雑化する中で、情報の適切な取扱いや伝達が、医療の安全対策上極めて重要となってきた。特に、診療情報の管理の在り方、情報伝達の在り方、情報技術（IT）の活用が重要となっている。

まず、診療録を始めとする診療の諸記録については、一患者一番号（I-ID）を基本とし、一人の患者の必要な診療情報に全ての医療従事者が適切にアクセスできるようにする必要がある。

また、情報伝達における誤りの防止の観点からは、記録用紙、伝票類、指示書、処方せんなどの様式について医療機関内において統一化を図るとともに、記載方法についても医療機関内において一定の標準化を図ることが必要である。さらに、処方せん等については、医療機関の枠を超えて標準化の推進を検討する必要がある。

なお、ワークシートなど業務内容を一覧化したものを用いて業務を行う場合は、指示変更が生じた際の取り決めが行われていない場合、指示変更の内容が看護師等の実施者に伝わらず、正しい行為が実施されない可能性があるため、指示変更の伝達方法について取り決めをしておく必要がある。

オーダーエントリーシステム等の情報システムの導入は、情報の伝達の際の誤りのみならず、医療行為の指示、準備、実施などの全ての段階においての誤りを防ぐ機能を持っている。例えば、薬剤の過剰投与や併用禁忌薬の投与を防止するシステムも実用化されており、指示入力等の際の誤りの防止に活用することも有用である。また、手書き処方における記載漏れや、誤記、誤読の防止も図ることができ、伝達も確実に、実施時のチェックも可能とな

る。

さらに、バーコードシステム、電子カルテシステムなども導入されつつあるが、このような情報技術を利用した病院全体のシステム化は、医療の質と安全性の向上に今後大きな役割を果たすものと考えられる。

(d) 事故事例等の情報を活用した安全管理

医療事故につながる可能性のある問題点を把握して効果的な安全対策を講じるためには、全職員を対象とした事故事例やヒヤリ・ハット事例などの報告体制を構築し、その結果得られた知見を組織全体で学び続けることが重要である。

収集した情報を活用するためには、的確な原因分析に基づく改善策を講じ、必要な情報を関係各部署に迅速に還元し、その後、改善策が遵守されているかを監視する仕組みが必要であり、遵守されていない場合は、その原因を分析してより実効性のある改善策を再検討する必要がある。

また、改善策によって新たな誤りが発生しないよう、全体的な視点から精査することが必要であり、改善策の実施にあたっては常にその結果を評価し改善していくことが重要である。

(3) 医療機関における信頼の確保のための取組

医療の信頼を確保するためには、医療への患者の参加を推進し、医療の透明性を高めることが必要である。このためには、患者と医療従事者の対話により、相互理解をより一層深める必要がある。また、医療機関内に患者の苦情や相談に対応する窓口を設置し、患者の意見を聴くことや、安全対策への患者の協力を得ることも重要である。

(a) インフォームドコンセントのより一層の徹底等

患者が自ら治療方法等を選択できるようにするため、医療従事者は、患者が理解し納得できるまで、分かりやす

く説明するとともに、その説明内容を診療録や看護記録等に記載しなければならない。その際には、患者個々に対して理解を深めるような資料を用いることが有効である。また、医療を提供する際にも、その内容を日々の診療の場で患者に説明していかなければならない。特に、想定しない結果が生じた場合には、患者に対して速やかに十分な説明をすることが必要である。また、重大な事故が発生した場合には、管理者は、患者・家族に対してより一層詳細に説明するよう指示し、その確認を行うとともに、組織内に調査委員会等を設置し、事故原因の究明及び改善策の策定を行い、事故の再発防止に努めなければならない。

(b) 患者からの相談窓口の設置

医療の信頼性を高めるためには、医療機関内で患者の苦情等について迅速に対応するとともに、患者の医療機関への意見や期待を聴き、それを運営の改善に積極的に活用していくための相談窓口を置くことが必要である。

この相談窓口は、患者の相談に当たる担当者が、管理者や医療安全管理委員会などに相談状況や未解決問題などを直接報告できる体制とすることが有効である。また、その他の関係機関と連携をとりながら、問題解決に当たることが必要である。

(c) 患者への情報提供と医療安全

患者に対し、医療に関する情報を提供し、医療への積極的な参加を求めることが今日の医療にとって重要となっている。患者も自らが受ける医療の内容や服用する薬剤の種類等をよく理解し、医療従事者とともに情報を共有する一員として医療に参加することが、医療の安全性の向上に貢献できることを医療提供者は認識する必要がある。

2 質評価^①（以下引用）

① 医療の質の評価

医療の効率化と質向上を目指して、医療の質評価の仕組みが急速に進みつつある。

医療の成果（アウトカム）は、視点により多様である。すなわち、一）最終生産物（診療の結果・アウトプット）だけではなく二）生産過程・サービス提供の過程（診断・治療・看護・事務処理・プロセス）三）事後（治療後）の経過観察・苦情処理（アフターサービス）四）最終処理（死亡・死後の病理解剖・診断書記載）等の全経過を含む。

② 臨床指標

臨床指標には、プロセス指標と、アウトカム指標がある。プロセス管理手法として、診療ガイドライン、EBM（Evidence Based Medicine）、パス法などがある。

効率性や公平性等の多面的な評価指標のパフォーマンス・インディケーター（PerformanceIndicator）は、アウトカムの概念で、組織活動全体の指標である。

③ 医療への質管理導入の社会的要請

医療の透明性、質保証、安全確保等の社会の要請が高い。これらに対応するには、事実やデータに基づいた医療・経営（EBM：Evidence Based Medicine/ Management）が必要である。すなわち、質管理を導入し、効率化と継続的質向上をしなければならない。

④ 医療の標準化

医療の標準化による効率化と継続的質向上を目的に開発されたものが、ケースミックスとしての DRG（Diagnosis Related Groups）や DPC（Diagnosis Procedure Combination）である。医療制度改革や診療報酬請求への小手先の対応ではなく、組織基盤の整備が必要である。総合的質経営（TQM）の考え方の導入が必要である。

我が国のDPCには問題があるが、他施設や自施設の時系列の比較検討が可能となり、質の評価に用いることが出来る。共通の物差し（基準）という意味で極めて有用である。

⑤ 質評価とデータマネジメント

多様な医療データ、経営データを収集、分析するには、情報システム構築、データウェアハウス (DWH) 構築、データ分析ソフト (MEDI-TARGET) が必須である。また、診療や経営に役立つデータ分析能力を有するデータマネジャーが必要である。全日病では、データマネジャーの養成に着手している。

日本医療機能評価機構は病院を対象に、組織全体の運営管理および提供される医療について、当機構が中立的、科学的・専門的な見地から評価を行い、病院機能評価を通じて、病院の質改善活動を支援する。²⁰⁾

3 医療事故調査制度²¹⁾

平成二六年六月一八日医療法改正により医療事故調査制度が創設される。

医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげる。制度目的は、医療の安全を確保するために医療事故の再発防止を行うことであり、責任追及を目的としたものではないとされる。

4 公益通報者保護制度

公益通報者保護制度により窓口が設置され、通報者の保護が図られるが、医療への適用問題について、「医療事故についてみるとそもそも当該医療事故が犯罪行為に当たるか否かは、告発の時点では不明確なことが多い」、「まさに生じようとしている」場合に限定してしまうと、不正を未然に防ぐことは困難になってしまう、内部告発制度の趣旨を實現できない」、「外部への公益通報の要件を緩和することは、密室性・閉鎖性の高い医療機関においては、急務な課

題」とされる。⁽²²⁾

5 医療安全支援センター

医療に関する苦情に対応し、相談に応じ、必要な情報提供を行う公的機関であり、病院等の管理者は助言に対し、適切な措置を講じる。⁽²³⁾

6 監督強化

平成二九年医療法二四条の二の新設、二五条二項の改正により、病院、診療所又は助産所の開設者に対する監督が強化された。

二四条の二（一）都道府県知事は、病院、診療所若しくは助産所の業務が法令若しくは法令に基づく処分に違反し、又はその運営が著しく適正を欠くと認めるとき（第二十三条の二又は前条第一項に規定する場合を除く。）は、この法律の施行に必要な限度において、当該病院、診療所又は助産所の開設者に対し、期限を定めて、必要な措置をとるべきことを命ずることができる。（二）前項の開設者が同項の規定による命令に従わないときは、都道府県知事は、当該開設者に対し、期間を定めて、その開設する病院、診療所又は助産所の業務の全部又は一部の停止を命ずることができる。

第二五条（二）都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、病院、診療所若しくは助産所の業務が法令若しくは法令に基づく処分に違反している疑いがあり、又はその運営が著しく適正を欠く疑いがあると認めるときは、この法律の施行に必要な限度において、当該病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者に対し、診療録、助産録、帳簿書類その他の物件の提出を命じ、又は当該職員に、当該病院、診療所若しくは助産所の開設者の事務所その他当該病院、診療所若しくは助産所の運営に係る場所にある場所に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査

させることができる。

7 患者家族・医療従事者との対話の推進

医療機関は患者・家族支援体制の調整と対話促進のために医療対話推進者を設置する。²⁴⁾

〔2〕施設の安全管理体制

1 介護保険法、老人福祉法により定められている介護の安全の確保のための措置²⁵⁾

介護保険施設は、厚生労働省令で定めるところにより、利用者の安全を確保するための指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の当該施設における安全を確保するための措置を講じる。

また、介護保険施設は厚生労働省令において、事業類型毎に定める基準に基づいて、サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。

要介護者のための生活施設である介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設であり、老人福祉法一七条（施設の基準）、介護保険法八八条（指定介護老人福祉施設の基準）、特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準三一条、指定介護老人福祉施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準三五条がある。

要介護者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設である老人保健施設（介護老人保健施設）は要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設であり、介護保険法九七条（介護老人保健施設の基準）、介護老人保健施設の人

員、施設及び設備並びに運営に関する基準三六条がある。

要介護高齢者の長期療養・生活施設である介護医療院は要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設であり、介護保険法一一一条（介護医療院の基準）、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準四〇条がある。

2 具体的に例えば介護老人保健施設では、以下のように定型化される²⁶⁾

(1) 個別サービスの質に関する事項

① 厚労省令三条、四一条で定められる施設であるかを平面図から目視により合致しているか確認し、使用目的に沿って使われているか目視によって確認する。

② 構造設備の基準（第四条）について平面図から目視により合致しているか確認し、使用目的に沿って使われているか確認する。

③ 内容及び手続の説明及び同意（第五条）について重要事項説明書（入所（入居）申込者又は家族の同意があったことがわかるもの）、入所（入居）契約書から、入所（入居）申込者又はその家族への説明と同意の手続きを取っているか、重要事項説明書の内容に不備等はないか確認する。

④ 入退所（第八条）について、入所検討委員会会議録から、サービスを受ける必要性が高いと認められる入所（入居）申込者を優先的に入所させているか、入所（入居）者の心身の状況、生活歴、病歴等の把握に努めているか、入所（入居）者が居室において日常生活を営むことができるか、多職種（医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、介護支援専門員等）で定期的に協議・検討しているか確認する。

⑤サービスの提供の記録（第九条）について、サービス提供記録、業務日誌、モニタリングシートから、施設サービス計画にある目標を達成するための具体的なサービスの内容が記載されているか、日々のサービスについて、具体的な内容や利用者の心身の状況等を記録しているか確認する。

⑥指定介護老人保健施設サービスの取扱方針（第一三条、第四三条）について、身体的拘束等廃止に関する（適正化のための）指針、身体的拘束等の適正化検討委員会名簿、身体的拘束の適正化検討委員会議事録、（身体的拘束等がある場合）入所（入居）者の記録、家族への確認書から、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、身体的拘束等（身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を含む）を行っていないか、身体的拘束等の適正化を図っているか（身体的拘束等を行わない体制づくりを進める策を講じているか）、やむを得ず身体的拘束等をしている場合、家族等を確認しているか確認する。

⑦施設サービス計画の作成（第一四条）について、施設サービス計画（入所（入居）者又は家族の同意があったことがわかるもの）、アセスメントシート、サービス提供記録、モニタリングシートから、入所（入居）者の心身の状況、希望等を踏まえて施設サービス計画が立てられているか、アセスメントを適切に行っているか、サービス担当者会議等により専門的意見を聴取しているか、施設サービス計画を本人や家族に説明し、同意を得ているか、施設サービス計画に基づいたケアの提供をしているか、目標の達成状況は記録されているか、達成状況に基づき、新たな施設サービス計画が立てられているか、定期的にモニタリングを行っているか確認する。

⑧栄養管理第一七条の二）について、栄養ケア計画、栄養状態の記録から、各入所（入居）者の状態に応じた栄養管理を計画的に行っているか確認する。

⑨口腔衛生の管理（第一七条の三）について、口腔衛生の管理計画から、各入所（入居）者の状態に応じた口腔衛

生の管理を計画的に行っているか確認する。

⑩看護及び医学的管理の下における介護（第一八条、第四四条）について、サービス提供記録／業務日誌から、入浴回数は適切か、また、褥瘡予防体制は整備されているか確認する。

(2) 個別サービスの質を確保するための体制に関する事項

①従業者の員数（第二条）について、勤務実績表／タイムカード、勤務体制一覧表、従業者の資格証から、入所（入居）者に対し、従業者の員数は適切であるか、必要な専門職が揃っているか、専門職は必要な資格を有しているか確認する。

②受給資格等の確認（第六条）について、介護保険番号、有効期限等を確認している記録等から、被保険者資格、要介護認定の有無、要介護認定の有効期限を確認しているか確認する。

③利用料等の受領（第一条、第四二条）について、請求書、領収書から、入所（入居）者からの費用徴収は適切に行われているか、領収書を発行しているか。医療費控除の記載は適切か確認する。

④管理者による管理（第二三条）について、管理者の雇用形態が分かる文書、管理者の勤務実績表／タイムカードから、管理者は常勤専従か、他の職務を兼務している場合、兼務体制は適切か確認する。

⑤運営規程（第二五条、第四七条）について、一、施設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、入所定員、四、入所者に対する指定介護保健施設サービスの内容及び利用料、その他の費用の額、五、施設の利用に当たつての留意事項、六、非常災害対策、七、虐待の防止のための措置に関する事項、八、その他施設の運営に関する重要事項（ユニット型も同様）が定められているか確認する。

⑥勤務体制の確保等（第二六条、第四八条）について、雇用の形態（常勤・非常勤）がわかる文書、研修計画、実

施記録、方針、相談記録から、サービス提供は施設の従業員によって行われているか、入所（入居）者の処遇に直接影響する業務を委託していないか、資質向上のために研修の機会を確保しているか、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるため必要な措置を講じているか、性的言動、優越的な関係を背景とした言動による就業環境が害されることの防止に向けた方針の明確化等の措置を講じているか確認する。

- ⑦業務継続計画の策定等（第二六条の二）について、業務継続計画、研修及び訓練計画、実施記録から、感染症、非常災害発生時のサービスの継続実施及び早期の業務再開の計画（業務継続計画）の策定及び必要な措置を講じているか、従業者に対する計画の周知、研修及び訓練を実施しているか、計画の見直しを行っているか確認する。
- ⑧定員の遵守（第二七条、第四九条）について、業務日誌、国保連への請求書控えから、入所定員（又はユニット毎の入居定員）を上回っていないか確認する。

- ⑨非常災害対策（第二八条）について、非常災害時対応マニュアル（対応計画）、運営規程、避難・救出等訓練の記録、通報、連絡体制、消防署への届出、消防用設備点検の記録から、非常災害（火災、風水害、地震等）対応に係るマニュアルがあるか、非常災害時の連絡網等は用意されているか防火管理に関する責任者を定めているか、避難・救出等の訓練を実施しているか確認する。

- ⑩衛生管理等（第二九条）について、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会名簿、委員会の記録、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修の記録及び訓練の記録から、必要に応じて衛生管理について、保健所の助言、指導を求め、密接な連携を保っているか、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を講じているか、感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を三か月に一回開催しているか確認する。

⑪秘密保持等（第三二条）について、個人情報同意書、従業者の秘密保持誓約書から、個人情報の利用に当たり、入所（入居）者から同意を得ているか、退職者を含む、従業員が入所（入居）者の秘密を保持することを誓約しているか確認する。

⑫苦情処理（第三四条）について、苦情の受付簿、苦情者への対応記録、苦情対応マニュアルから、苦情受付の窓口があるか、苦情の受付、内容等を記録、保管しているか、苦情の内容を踏まえたサービスの質向上の取組を行っているか確認する。

⑬事故発生の防止及び発生時の対応（第三六条）について、事故発生の防止のための指針、事故対応マニュアル、市町村、家族等への報告記録、再発防止策の検討の記録、ヒヤリハットの記録、事故発生の防止のための委員会議事録、研修記録、担当者を設置したことが分かる文書から、事故が発生した場合の対応方法は定まっているか、市町村、家族等に報告しているか、事故状況、対応経過が記録されているか、損害賠償すべき事故が発生した場合に、速やかに賠償を行うための対策を講じているか、再発防止のための取組を行っているか、事故発生の防止のための委員会及び従業員に対する研修を定期的に行っているか、上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか確認する。

⑭虐待の防止（第三六条の二）について、・委員会の開催記録、虐待の発生・再発防止の指針、研修及び訓練計画、実施記録、担当者を設置したことが分かる文書から、虐待の発生・再発防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、従業員に周知しているか、虐待の発生・再発防止の指針を整備しているか、従業員に対して虐待の発生・再発防止の研修及び訓練を実施しているか、上記の措置を適切に実施するための担当者を設置しているか確認する。

3 形式的手続

介護サービス事業者が整備すべき業務管理体制は、指定又は許可を受けている事業所又は施設の数に応じて定められており、業務管理体制の整備に関する事項を記載した届出書を関係行政機関（厚生労働大臣、都道府県知事、市長）に届け出る

また、厚生労働省は「介護保険施設等における事故の報告様式等について（令和三年三月一九日老高発〇三一九第一号）」において、「市町村によって事故報告の基準が様々であることを踏まえ、将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資する観点から、国において報告様式を作成し周知する。」とする。

質確保のしくみとしては、都道府県指定情報公表センターでの介護サービス情報の公表、社協の運営適正化委員会、国保連の診療報酬等の校正・適正な審査支払業務、都道府県介護保険審査会の不服審査がある。^②

4 介護報酬における安全対策（厚労省HP）

介護保険施設には、運営基準において事故防止に向けた指針の整備や委員会の開催、研修の実施などが求められている。これに加えて、看取り対応、医療介護の連携、在宅サービス等の強化、ケアマネジメントの質の向上等を目的とする二〇二一年四月の介護報酬改定では、介護保険施設における事故発生防止と発生時の適切な対応を推進するために、事故発生防止等の措置を適切に実施するための担当者（安全対策担当者）を選任することが義務化され、その評価として「安全対策体制加算」が新設され、取り組みが未実施の場合には減算されることになり、「安全管理体制未実施減算」が新設されている。施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じなければならない。一事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備すること。二事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、

その分析を通じて改善策を従業者に周知徹底する体制を整備すること。三事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）及び従業者に対する研修を定期的に行うこと。四前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

5 高齢者虐待防止法（厚労省H P）

高齢者虐待防止法は病院・施設双方に適用される。高齢者虐待防止法における介護・世話の放棄・放任とは、①意図的であるか、結果的であるかを問わず、介護や生活の世話を行っている者が、その提供を放棄又は放任し、高齢者の生活環境や、高齢者自身の身体・精神的状態を悪化させていること、②専門的診断や治療、ケアが必要にもかかわらず、高齢者が必要とする医療・介護保険サービスなどを、周囲が納得できる理由なく制限したり使わせない、放置することである。

自宅や施設での介護をおこなう介護福祉士などの介護職、介護職からの報告を受ける立場にあるケアマネジャーだけでなく、医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士等の医療機関従事者も地域包括支援センター（保健師、社会福祉士）やケアマネジャーに報告する必要がある、社会福祉協議会も関連する。

6 地域包括支援センター

地域包括支援センターで働く専門家は、社会福祉士（ソーシャルワーカー）、保健師、ケアマネジャーや社会福祉主事（ケースワーカー）等である。²⁸⁾

地域包括支援センターとは、高齢者の暮らしを地域でサポートするための拠点として、介護だけでなく福祉、健康、医療など様々な分野から総合的に高齢者とその家族を支える機関である。

主な設置主体は市町村などの自治体であり、各地域のセンターには保健師（もしくは経験豊富な看護師）や社会福

社士、主任ケアマネジャーが配置され、地域に暮らす高齢者の介護予防や日々の暮らしの困りごとなどを様々な側面からサポートすることを主な役割としている。

地域連携の窓口であるので、高齢者本人はもちろんのこと、家族や地域住民の悩みや相談を、適切なサービスや機関と連携して解決を目指す。

介護サービスについても地域資源を総合的に活用するための橋渡し役を担っている⁽²⁹⁾。

施設が地域包括支援センターと連携する、地域包括支援センターを兼ねる場合もある。

7 ケアマネジャー⁽³⁰⁾

ケアマネジャーは、正式名称を「介護支援専門員」といい、介護職員だけでなく、医療従事者や福祉用具専門相談員など、複数の職種の人がチームになって実施する介護の中で、リーダー的な役割を果たす。

ケアマネジャーの仕事内容として、要介護認定のための調査差を行い（被介護者本人や家族から心身状態などを聞き出す）、また、要介護認定についての相談支援、手続きが困難な人のために代行業務を行う。

ケアマネジメント業務として、被介護者の状況やニーズに合わせてケアプランを作り、サービスを提供してくれる事業者と連携を取って、適切な介護サービスを受けられるように手配する。途中で被介護者の介護度が変化したり、達成したい目標が変わったりした場合は、その都度ケアプランを作り直す。

給付管理業務として、介護保険が適用され、給付金が支払われる場合、事業者がケアプランに書かれた計画通りにサービスを提供したかどうかを確認し、必要書類を作成して国民健康保険団体連合会に送る。

施設ケアマネの仕事内容⁽³¹⁾とは、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）や介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホームなど）で勤務するケアマネジャーであり、入所者

のケアプランの作成・更新を行う。入所希望者の状況を把握して、施設で生活を送る上での希望や課題をアセスメントし、ケアプラン案を作成し、施設の介護職員、看護職員、栄養士、生活相談員などと入所者やその家族が参加するサービを担当者会議を行い、ケアプランを修正する。ケアプラン完成後は、入所者・そのご家族にケアプランを説明し、同意を得る。そして施設でサービスの提供が開始した後は、入所者の生活の状況を確認して、必要に応じてケアプランの見直しなどを行う。それ以外にも、入所者の地域とのつながりを継続するためや、在宅復帰の際に支援が継続されるために、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などと連携を取れる体制を構築する。利用者やその家族が施設に関して疑問や不安、トラブルがあった場合、ケアマネージャーは相談に乗り、解決策を模索し、施設と円滑なコミュニケーションをとる。ケアマネージャーは、施設が提供するサービスの評価を行い、利用者のニーズに合致しているかどうかを確認し、必要に応じて施設に対して改善提案を行う。³²⁾

8 市町村と施設の関わり³³⁾

高齢者虐待防止法においては、市町村を第一義的に責任を有する主体として、地域包括支援センターを市町村の業務を委託する主体として位置付けているため、市町村が同法に規定する業務を主体的に行う。実際には地域包括支援センターが、対応の中心となることが考えられるが、市町村が地域包括支援センターに「任せきり」の状態になるとが懸念される。

四 自己決定の問題

治療方法は基本的に医師が決定するが、選択可能な場合は本人が選択する。終末期に延命措置をとるか自然に生活するかは本人が選択するため（生命の危機がある場合でも）、延命措置が可能な場合でも本人の自然経過、緩和ケアの

要望が優先しうる。施設選択、ターミナルケアでの施設・病院選択は本人が決定する。施設等での生活プランも本人が決定する。その際家族の支援状況が影響すると共に判断能力によっては家族が決定する。

「1」医療

1 医師の説明義務

説明義務については、医師に厳格な責任を課すことになる治療に関する問題について、あらかじめ患者に了解を得ておく方法として、いくつかの治療方法のある場合に方法選択を委ねる方法として、また延命治療か自然経過の選択を求める方法として用いられる（がん告知などの問題は事実告知の上での本人ケアが重要とされている³⁴）。自己決定権の問題か否かが重要となる。その際に家族への説明も問題となる。

これらの場合に医師の裁量によって判断する場合と患者に判断を求める場合がある（輸血拒否事件は自己決定権を尊重するが、判断能力の問題はある）。説明内容については「診療情報の提供等に関する指針の策定について（二〇〇三年）」で示している事項が目安となり、「①現在の症状及び診断病名、②予後、③処置及び治療の方針、④処方する薬剤名、服用方法、効能及び特に注意を要する副作用、⑤治療方法が複数ある場合には各々の内容とメリット・デメリット、⑥手術方法、執刀者及び助手の氏名、手術の危険性・合併症、手術しない場合の危険性、⑦臨床試験の場合はその旨及び内容等」とされる³⁵。

終末期においては特に延命の可否をめぐる、医師の判断か患者の判断か問題となる。真実告知の問題も自己決定の問題も基本的には家族の協力姿勢が重要な意義を持つ。その上で医師の裁量判断を優先させるべきかという問題となる³⁶。ホスピス緩和ケア病棟は原則として医療保険によって利用される。

医療について厳しい義務が課される（行為義務）と共に、医療に対する公的支援・医療経営の合理化（入院から在宅へ切替え）等の政策的な事柄が過大な義務をもたらすことになる。治療方法について医師の裁量判断で実施する場合と説明義務に基づく了解が必要な場合がある。医療水準の高度な基準を回避するために説明義務が用いられる危険性があると共に医療機関の治療行為を中心の措置に対する患者ケアの観点からの説明義務が認められうる。正確な情報に基づき結果が明白な場合には裁量判断で問題がないと思われ（ただし結果に対する責任が生じる）、結果が不明確な際に患者が判断すると考えられる（医師の責任回避としてではなく、自らの生活判断のための自己決定としても）。終末期にはさらに延命治療の選択が患者側に委ねられる。⁽³⁷⁾

2 家族等への病状説明（医療・介護関係事業者における個人情報適切な取扱いのためのガイドライン）⁽³⁸⁾

個人情報保護法は、個人データを第三者提供する場合には、あらかじめ本人の同意を得ることを原則としている。一方、病状によっては、治療等を進めるに当たり、本人だけでなく家族等の同意を得る必要がある場合もある。家族等への病状説明については、「患者（利用者）への医療（介護）の提供に必要な利用目的」と考えられるが、本人以外の者に病状説明を行う場合は、本人に対し、あらかじめ病状説明を行う家族等の対象者を確認し、同意を得ることが望ましい。この際、本人から申出がある場合には、治療の実施等に支障を生じない範囲において、現実患者（利用者）の世話をしている親族及びこれに準ずる者を説明を行う対象に加えたり、説明を行う対象を家族の特定の人に限定するなどの取扱いとすることができる。一方、意識不明の患者の病状や重度の認知症の高齢者の状況を家族等に説明する場合は、本人の同意を得ずに第三者提供できる場合と考えられる。この場合、医療・介護関係事業者において、本人の家族等であることを確認した上で、治療等を行うに当たり必要な範囲で、情報提供を行うとともに、本人の過去の病歴、治療歴等について情報の取得を行う。本人の意識が回復した際には、速やかに、提供及び取得した個人情報

報の内容とその相手について本人に説明するとともに、本人からの申出があった場合、取得した個人情報の内容の訂正等、病状の説明を行う家族等の対象者の変更等を行う。

なお、患者の判断能力に疑義がある場合は、意識不明の患者と同様の対応を行うとともに、判断能力の回復にあわせて、速やかに本人への説明を行い本人の同意を得るものとする。

〔2〕相談援助機関

相談援助を行う仕事としては医療ソーシャルワーカー、ケアマネ、保健師、社会福祉士、民生委員、生活相談員などがあるとされ、介護はケアマネ、保険指導や健康診断は保健師、地域住民の相談は民生委員、特別養護老人ホームなどに配置されているのが生活相談員であるとされる。

1 医療

医療ソーシャルワーカーは、医療チームの一員であり、怪我をしたり、病気になるったり、高齢者が要介護状態になった場合、その後のことについて誰に相談したらいいかというような方に、必要な情報提供を行ったり援助を行う仕事を行う。^⑨ 患者、家族に対し、受診や受療の援助を行い、患者の状況に適した医療の受け方、病院、診療所等の情報提供を行ったり、必要に応じ診療に参考となる情報を収集し、医師や看護師へ提供する。^⑩

認定医療ソーシャルワーカーとは、「医療ソーシャルワーカーの業務指針に従い、倫理綱領を遵守して社会福祉士及び介護福祉士の法の定める相談援助を行うものであって、保健医療分野においての社会福祉実践に関する専門知識と技術を有し、科学的根拠に基づいた業務の遂行、及びスーパービジョンを行うことができる能力を有することを認められた」者である。^⑪

医療対話推進者は、患者・家族が安心して医療を受けられるよう、患者・家族からの相談等への一次対応として、院内各部署と連携のもと、以下の対応を行う。

(1) 患者・家族からの相談や苦情内容に応じた適切な対応を行う。

① 疾病に関する医学的な質問に関する相談に対応すること

② 生活上及び入院上の不安等に関する相談に対応すること

③ 医療者の対応等に起因する苦情や相談に対応すること

(2) 発生した医療事故や医療事故を疑った患者・家族からの申し出に対応すること

(3) 院内巡視などをした際など、上記以外の機会に患者・家族から寄せられた相談や苦情に適切に対応を行うこと⁽⁴⁾

2 介護

施設に入所する場合、市町村の審査を経て介護認定を受け、地域包括支援センター等のアドバイスから入所施設を検討し、入所契約を締結し、ケアマネジャーがケアプランを作成する

看護師や介護士に加え心理士や、ソーシャルワーカーなどと連携して本人や家族の精神的なケアを行い、死期の近い方の苦痛を和らげる治療やケアを行うホスピスのある施設もある。⁽⁵⁾

〔3〕施設

1 入所契約

民間施設として、介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム、公的施設として、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院と、ケアハウス（介護型）、介護医療院な

どがある。要介護度によって利用できる施設が限られる場合がある。また、看取り対応している施設もある。

ケアマネジャーの支援を受け、決定することになるが、入所後も支援を受け、また地域包括支援センター等様々な相談援助制度がある。この問題については家族の支援がかわる。

重要事項説明書（枚方市のモデル抜粋）⁴⁾

- (1) 施設概要において建物の構造、広さ、居室、設備、併設事業所などが記載される。
- (2) サービス提供時間、利用定員
- (3) 職員体制（常勤・非常勤の人数も記載される）

管理者は、従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行い、従業者に、法令等において規定されている遵守すべき事項において指揮命令を行う。

医師は入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行う。

介護支援専門員は適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成する。

支援相談員・入所者の入退所、生活相談及び援助の計画立案、実施に関する業務を行う。

看護職員は医師の診療補助及び医師の指示を受けて入所者の看護、施設の保健衛生業務を行う。

理学療法士等はりハビリテーションプログラムを作成し、運動療法、日常生活動作訓練、物理的療法等の訓練を実施するほか療養指導を行う。

介護職員は入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。

管理栄養士（栄養士）は食事の献立、栄養計算等入所者に対する栄養指導等を行う。

薬剤師は医師の指示に基づき、調剤、薬剤管理及び服薬指導を行う。

(4) その他職員は事務等、その他業務を行う。
提供するサービスの内容について

施設サービス計画の作成・介護支援専門員が、入所者の心身の状態や、生活状況の把握（アセスメント）を行い、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、援助の目標、サービス内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画を作成する。作成した施設サービス計画の内容について、入所者又はその家族に対して、説明し文書により同意を得る。施設サービス計画を作成した際には、入所者に交付する。計画作成後においても、施設サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行う。

食事は栄養士（管理栄養士）の立てる献立により、栄養並びに入所者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供する。可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援する。

入浴又は清拭を週二回以上行う。入所者の体調等により、当日入浴ができなかった場合は、清拭及び入浴日の振り替えにて対応する。寝たきりの状態であっても、特殊機械浴槽を使用して入浴することができる。

排せつの自立を促すため、入所者の身体能力を利用した援助を行う。

機能訓練として入所者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施する。

栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を行う。

入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた口腔

衛生の管理を計画的に行う。

医師や看護職員が、健康管理を行う。

その他自立への支援として、寝たきり防止のため、入所者の身体状況を考慮しながら、可能な限り離床に配慮する。清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助を行う。

(5) 緊急時等における対応方法

施設において、サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師へ連絡し必要な措置を講じる。入所者の病状からみて、当施設において自ら必要な医療を提供することが困難な場合には、協力医療機関その他適当な医療機関への入院のため措置、又は他の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じる。入所者のために往診を求め、又は入所者を医療機関に通院させる場合には、当該医療機関の医師又は歯科医師に対し、入所者の診療状況に関する情報を提供する。また、当該医療機関等から入所者の療養上必要な情報の提供を受け、その情報により適切な診療を行う。

(6) 施設の協力医療機関及びに歯科医療機関が定められている。ただし、協力医療機関において、優先的に治療等が受けられるものではない。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものではない。

また家族への案内文として、協力を求める以下の記載例がある。一人でトイレに行こうとする入居者がいらっしやいますのでご家族から遠慮しないで介護職員を呼ぶようにお話しください、入所されてしばらくは自重されるようにもベッド上の動作に関して注意を喚起してください、自宅で安全に歩行できた方でもしくは自重されるようにお話しください、認知症や健忘があり転倒などの危険を忘れてしまう入居者様はご家族の協力が欠かせません、歩行補助具があっても転倒する危険が高いことをご家族からお話しください、転倒の危険が高くなる薬を服

用された場合はご相談させていただきますのでご協力ください、ベッドからの立ち上がりのときの転倒を防ぐために家族からもベッドの高さにご注意をお願いします。⁽⁴⁵⁾

2 ケアプラン

介護保険施設を選び、施設のケアマネジャー（介護支援専門員）がケアプランを作成する場合とケアマネジャーがケアプランを作成し、施設についてアドバイスする場合がある。

ケアプラン作成の流れ⁽⁴⁶⁾

(1) まず、被介護者とその家族が信頼できるケアマネジャーを見つける。市区町村や地域包括支援センターの窓口相談し、常駐しているケアマネジャーと話をし、自宅近くのケアマネジャーを紹介してもらう。あるいは、「介護相談の受け付け」や「ケアプラン作成の代行」などの看板を見て、介護サービスの利用を検討していることを説明し、そこにいるケアマネジャーと実際に話をしてみる。

(2) ケアプランの作成を依頼する場合、ケアマネジャーが被介護者とその家族の状況を確認するために話を聞き、生活状況を見る必要があるため、多くの場合、自宅訪問を行う。

(3) 「今はどういう状況で、どのような生活を送りたいのに、どういう問題があって介護が必要なのか」を明確にする。これを「アセスメント」という。そして、「利用者は運動が好きなので、体を動かす機会を増やしたい」「人と話すことが好きなので、そういう場所に行きたい」など、利用者や家族の希望に合わせて、長期的、短期的な目標を作る。

(4) 設定した目標を達成するために必要なサービスを検討する。例えば「半日のデイサービスに週二回通い、訪問介護のサービスを週二回、一時間ずつ利用する」など、計画を具体化する。本人や家族の同意が得られれば、ケ

アプランが完成する。

- (5) 実際にサービスの提供が始まると、設定した目標の達成に近づいているか、利用しているサービスの内容が適切かどうか、経過を観察する。現状を正確に把握するためにアセスメントを行い、必要があればケアプランを修正する。このようにケアプランは定期的に見直され、被介護者が最適なサービスを受けられているかどうか、随時確認していく。

3 アドバンス・ケア・プランニング

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインも検討されている。このガイドラインでは終末期の意思決定における家族の関与が必要とされている（繰り返し話し合う⁽⁴⁷⁾）。人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインで、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われるために医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等について適切な情報に基づく本人による意思決定に基づくものであり、その後の本人の意思変化、判断能力低下状況にも対応し、家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返しなしてなされていく。⁽⁴⁸⁾

五 結語

病院・施設対応について、対応の限界とされる事例、対応困難な事例が問題となる。その場合に病院・施設の注意義務を厳格化すべきか、本人・家族の自己決定を重視する制度とすべきか問題となる（延命からケア⁽⁴⁹⁾、措置から契約へと自主的判断が重視されていく）。そして、その際には両制度が保険適用制度であること、福祉として多様な公的支

援が存することの意味が問題となる。介護保険制度の実施（措置から契約）から、介護における予防重視、地域包括ケアシステム、アドバンス・ケア・プランニングの流れを公的保護の重視とみるのか、家族関与の重視とみるのかについては、後者とみるのが一般的と考えられるが（介護の社会化から再家族化。ただし介護保険制度自体に直接の家族支援は組み込まれていない^④）、労働政策と合わさった総合的な公的保護の拡充と考えることもできる。少子高齢化の下で、労働従事者の増加が重視され（生産性重視政策^⑤）、子育て支援、高齢者就労支援等が実施されている。

医療保険、介護保険等様々な国民負担による公的生活支援制度は個人の負担を軽減するものであるが、依存的社会を形成する。即ち、自ら行うべき家族関係に基づく負担等が公的負担によって支えられることは、個人の生活面の自由度を上げるものであるのに比例して国家への依存度を高めるものである。問題は本人と家族との関わりをどう考えるのかである。医療保険制度がない時代、すなわち限られた人（裕福な人）しか医療を受けられなかった時代から、医療保険制度により国民全員が医療を受けることができることになり、高齢者も医療の名の下に病院で過ごすことができ、この問題の修正として介護保険制度が創設され、介護について措置であった時代からすべての人が契約による介護を受けることができるようになった。このように医療介護が保険適用制度となると共に様々な公的支援が存することは家族負担を軽減するものである。しかし、保険制度がない時代には多くの高齢者が家族との関係を継続せざるを得なかったものであり、このような公的支援は逆に家族関係を希薄にするものである（扶養義務自体金銭扶養で良いとされていた）。ただし、公的支援は、古い時代の家族に関する負担をもつばら母親が担っていた偏りを、男女平等の進展とともに、是正するという意義も有するものであったのであるが、公的支援に頼らない家族全体の繋がりの在り方が再考されるべきである（再家族化か総合的な公的支援の拡充か）。そして、それは責任問題に影響する。公的支援は医療関係者・介護関係者に重い義務を課すこととつながりうるが、公的支援の重点を自己決定支援、そのための家

族支援、家族決定支援に変更することが考えられなければならない。公的負担の問題もあり、少子高齢化における財源をどこに求めるのか問題となり（在宅・予防重視は公的負担減を意図するものとも考えられるが、施設側の現実の負担は増加する）、この点からも家族支援の要請がある（労働政策と異なるものである）。

具体的には、訪問看護等を含む入院・入所中の事故対応について、施設等の人数等の状況に基づく対応の限界による事故が施設の責任となるのか本人・家族の了解事項・負担すべき事項であるのか問題となる。病院での治療行為については医師の注意義務が問題となるが、病院でのその他の事故における注意義務については人数等の対応の限定が認められる状況の下で病院の責任となるのが問題となる。施設では医療行為についても限界があるために施設の責任となるのが問題となる。その際、容態変化に対して病院・施設において裁量による対応が必要となるが、人的限界から定型的な対応にならざるを得ない場合もある（この点も了解事項とされうる）。裁量的対応については本人に説明すべきであり、本人の判断能力などの問題もある。容態によっては時間的な問題もあるが、家族に説明すべきである（柔軟な現実的家族対応の可能性がある）。いずれにしても本人の判断が不十分な場合が多いと考えられる。⁽²⁾このように基本的には自己決定の問題と考えた上で家族の支援を重視すべきであり、そのために家族への説明が重要となる（家族決定事項もある）。

病院・施設の責任については医師等の過失、施設職員等の過失等の問題となり、総合病院での治療に対する注意義務は高いのであるが、施設等によっては容態変化対応等に人数的問題等から責任の限定が認められるのが問題となる。その際には安全管理体制も問題となる。病院・施設の安全管理体制の確保のために、自主管理を厳格にする、安全管理体制のモデル設置を義務付ける、第三者監督を厳格にするなどの方法があるが、いずれも実効的になされない可能性がある（人的限界があると共に強制力ある措置は委縮させるために必ずしも良い結果をもたらさない）。病院・

施設側にとつても過度の負担を避けるべきと共に硬直的な対応を回避すべきであり、自由で柔軟な裁量を認めるべきである（説明は必要）。

また自己決定が強調されるべきであり、説明義務が強調されると共に様々な相談援助機関がある（ワーカー、ケアマネ等）。医療についてはワーカーに支援を求めることができる。介護についてはケアプランの決定、施設対応内容の説明・了承に基づく施設決定が重要であり、ケアマネ、地域包括支援センターに支援を求めることができる。重要なのは病院・施設の説明義務であり、本人だけでなく、家族支援のための説明も必要となる。病院・施設は家族の全体像を把握すべきである（あくまでも中心は本人であるが）。

終末期に延命治療を希望するのか、終末期前はどのように過ごすのかは（苦痛を伴う治療を行うのか、緩和ケアを行うのか）自己決定事項であり、それに基づきその後の治療方法等が決定される。医療チームが終末期判断すると、本人意思が確認できる場合は本人と話し合い、方針決定する（がん告知等、余命の告知の問題もある）。本人意思が確認できないが、事前指示書がある場合は家族に確認し、方針決定する。いずれにしても本人の判断能力が不十分な場合が多いと考えられるために家族の関与が必要となる。また、事前指示書がない場合、家族による意思推定が可能なときは、それに基づき家族と話し合い、方針決定する。意思推定できないときは家族と話し合い方針決定する。家族が判断を医療チームに委ねるとき、または家族がいないときは医療チーム化方針決定するとされる⁽³⁾。本人が成年後見制度を用いている場合で家族が後見人のときは後見人が判断することになり、任意後見制度を用いている場合も後見人が関与しうるが（任意後見人の場合はどの事務に設定されているのか、いつから職務が開始するのが明確に認識しうるのか問題となる）、後見人が家族外であり、財産管理を主たる任務とする場合、後見人その他の意思決定者が指名されていない場合で本人の判断能力が不十分な場合に家族の関わり方が問題となる。基本的に本人が誰に自己の終

末期の生活についての判断を委ねているのが重要である。指定されていないときには、実際に介護する家族の意思が優先すると解され、実際に介護する者がいないときは扶養義務を負う家族全員の意思的支援が必要となると解される。⁵³そして、アドバンス・ケア・プランニング、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインも検討されている。このガイドラインでは終末期の意思決定における家族の関与が必要とされている（繰り返し話し合う）⁵⁴。人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインで、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われるために医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等について適切な情報に基づく本人による意思決定に基づくものであり、その後の本人の意思変化、判断能力低下状況にも対応し、家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返しなしてなされていく。⁵⁵

地域包括ケアシステムは介護予防、在宅支援を意図し、在宅介護を強調するものであるが、一人での在宅を念頭に置くのか、家族と同居での在宅を念頭に置くのかで内容は異なる。介護資格者、医療資格者、施設、病院、公務員の統合的な関与が図られ、より専門的な対応が企図されており、介護については在宅を中心とするものであり、一人での在宅でも十分な対応ができるようにすべきとも考えられるが、単身生活はやむを得ない場合に限られるべきであり、家族の役割の重視し、家族との同居の下での在宅を原則と考えることもでき、家族扶養を原則とするものと考ええるべきである。そして施設入所においても同様の連携支援が必要であると共に同居在宅の場合と同様の家族の積極的な関与をもたらず支援が必要と考えられる。⁵⁷

多様な支援が存するが、公的関与に基づく家族支援とそれに基づく意思決定が重要となる。病院・施設等の対応の限界の問題についても自己決定のための家族支援を求める必要がある。すなわち、転院転施設が困難であり、施設と

しては対応が困難な場合、退所してもらうことができない場合には家族支援を積極的に求めなければならない（引取を含む家族の積極的支援義務）。家族の義務については震災後の施設の不注意による認知症者の死亡事故について、施設対応ができない場合の家族の引取義務を認め、過失相殺する事例がある。震災の場合のように受け入れ先のないときで扶養義務者のいる場合には引取義務が認められなければならない。その他、柔軟に現実的な支援義務が認められなければならない。従来の扶養義務の考え方、認知症者のJ・R事故の際の家族の責任問題等との整合性が問題となるが、本人支援について積極的な扶養義務を認める必要性はあると考えられる。金銭支援に限らない現実の支援義務としての扶養義務が認められるべきであり（実際に施設に入れない場合も扶養義務は存する）、認知症者に対して家族（配偶者と子）が監督義務者であることが認められるべきである（注意義務は軽減されうる）。精神保健福祉法の保護者制度も廃止されているが、この点も問題となる。また、判断能力が不十分な者、未成年者の医療問題について親権者などが判断しない医療ネグレクト問題も同時に考察されなければならない。これらの問題については以前から問題であった家族の過重負担の問題が少子高齢化社会において一層問題となることへの対応が必要となる。核家族社会の問題であるとともに公的支援拡充による家族支援の希薄化の問題である。福祉は家族の繋がりを強化するものでなければならない。

こうして病院・施設側の義務を重視すべきか、家族の関わりを重視すべきかの問題となる。施設側の義務を重視すべきである、医療保険、介護保険・税という国民負担の制度で利益を上げている病院・施設は厳しい義務を課されるべきである（安全管理体制の充実）という考え方は公的負担の重視となり、高齢者の増加もあり、他の福祉医療制度と合わさって公的財政負担の増加をもたらす（増税（消費税、法人税、相続税、所得税、市民税等）か、保険料の増加）。経済成長あつての福祉である。家族の積極的なかわりを重視すべきということは、扶養義務を金銭扶養に限ら

ず、現実化・具体化すべきという考え方となるが、強制することが困難であると共に少子化、核家族化の進展において家族に重い負担を課すことになり、労働政策と異なるものであり、さらに虐待等の問題を引き起こすものである。⁽³⁸⁾

公的介護にすべてを求めることはできず、私的介護がすべてを行うこともできないが、あくまでも中心は家族の現実的な支援である（相談支援の充実だけでなく、介護保険制度による直接の家族支援）。そのもとで医師、介護士等専門家には広範な裁量の尊重が認められるべきである。病院・施設側の行為義務に過度の義務をもたらず公的施策を求めるのではなく、家族側の支援とそれに基づく自己決定を中心として考えるべきである（自己決定事項、家族決定事項を広くとらえる）。⁽³⁹⁾ 依存的社会を目指すか自立的社会を目指すかである。

権力は土地や金銭等富の把握を目指し、安定的に取得するための制度を武力を背景に創設し、固定化する。イデオロギー、宗教等も利用される（癒着）。現代日本の特徴として戦後経済発展後の福祉の拡張による権力の安定化が図られているところであるが、福祉の拡張は経済発展の継続による税収等の継続的増加に基づくものであり、公共事業の拡大、金融の拡大、雇用の拡充等が必要とされる。その後の生産経済の停滞、少子高齢化の進展の下ではこのような公的支援拡充による依存的社会（核家族社会から一人でも生活できる社会へ）⁽⁴⁰⁾ がもたらされるべきではなく（公共サービス民間化は公共の拡大であってはならない）、経済情勢の変化に伴う雇用関係の変化、女性の地位の変化、少子高齢化等による家族関係の変化⁽⁴¹⁾の中で多様な社会問題を私人間の問題に引き直すと共に地域の連帯、自由な自立の組織の拡充が目指されなければならないと共に家族負担を女性に押し付けることなく、家族間でくり返し話し合い、家族の繋がりが強化される社会（自立的社会）が目指されるべきである。

- (1) 高拙稿「入院・入所中の高齢者の状況変化への病院・施設対応と家族関与の問題について―終末期前の治療・介護における自己決定と家族支援のための説明義務―」法政研究二六巻一号一頁。
- (2) 病院と施設の区別について、病院での介護療養型と医療療養型の区別の不明確さから、介護医療院が創設され、療養型病院が廃止されたが、依然として医療療養型での入院と施設入所という病院と施設の両面での長期支援は継続する（医療中心か否かの区別は存する）。
- (3) 拙稿前掲一一頁。
- (4) 住田浩史・賃金と社会保障一七五〇号四二頁。
- (5) 拙稿前掲一六頁。
- (6) 拙稿前掲二〇頁。
- (7) 拙稿前掲二四頁。
- (8) 拙稿前掲三一頁。
- (9) 拙稿前掲三七頁。
- (10) 拙稿前掲四二頁。
- (11) 拙稿前掲四七頁。
- (12) 拙稿前掲五四頁。
- (13) 拙稿前掲五六頁。
- (14) 拙稿前掲五六頁。
- (15) 拙稿前掲五七頁。
- (16) 拙稿前掲五八頁。
- (17) 拙稿前掲五八頁。
- (18) 医療安全対策検討会議平成一四年四月一七日 <https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html>
- (19) 全日本病院協会「病院のあり方に関する報告書」 <https://www.aiha.or.jp/voice/arikata/2016/02.html>

- (20) 日本医療機能評価機構 <https://www.jq-hyoukajicqhc.or.jp/>
- (21) 日本医療安全調査機構 https://www.medsafe.or.jp/modules/about/index.php?content_id=24
- (22) 斎藤実「医療事故の事例から見た病院における公益通報者保護法の限界」自由が丘産能短期大学紀要二九号七三頁。
- (23) 大坪寛子「我が国の医療安全施策の動向」https://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-cgw/ingai/seminar/pdf/2013_002_ooubo_kouseirod.pdf
- (24) 前掲注 (23)
- (25) 日本看護協会 https://www.nurse.or.jp/nursing/anzen/nc_safesys.html
- (26) 厚労省 <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000949270.pdf>
- (27) 大塩まゆみ・奥西栄介『高齢者福祉』（第二版）九四頁。
- (28) さがしこくす <https://www.sagasix.jp/column/care/improvement-organization-quality-47684/>
- (29) 日本経営 <https://nkgr.co.jp/useful/care-improvement-organization-quality-47684/>
- (30) 全国社会福祉協議会『高齢者福祉』二〇二二年一一頁、イリーヤ <https://www.irs.jp/>
- (31) カイゴジョブ <https://www.kaigojob.com/professions/care-manager/article-facility-management.html>
- (32) 中田勇司「施設のケアとケアマネージャーにうつ」https://www.iwate-shakyo.or.jp/kaigoshien/cgi_data/news/shibu09_1351991477_file1.pdf
- (33) 厚労省 <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/dl/04.pdf>
- (34) 丸山英二『医事法判例百選（第二版）』三〇事件、国立がんセンター病院「がん告知マニュアル」平成八年。
- (35) <https://www.jimedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=3761>
- (36) 治療中止と延命の問題について、多くの文献があるが、参照、佐伯仁志「末期医療と患者の医師・家族の意思」ジュリス
ト増刊ケース・スタディ生命倫理と法八六頁。
- (37) 説明義務について、治療方法の選択、療養指導、転医勧告の説明、治療後の説明、終末期における延命等の説明義務があら
るとされる。米村滋人『医事法講義』（二〇一六年）二二六頁以下が詳しい。

- (38) 厚生省 <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/dl/170805-11a.pdf>
- (39) 医療二一 https://www.iryu111.jp/shokushu/shokushu_msw.html
- (40) 日本医療ソーシャルワーカー協会 https://www.jaswhs.or.jp/about/sw_gyounu.php
- (41) 日本医療ソーシャルワーカー協会 https://www.jaswhs.or.jp/about/sw_shikaku.php
- (42) <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000904032.pdf>
- (43) ロイヤル介護 <https://r-guide.jp/guide/after/iryu/8653.html>
- (44) 枚方市 <https://www.city.hirakata.osaka.jp/0000002511.html>
- (45) 山田滋「防ぐべき事故の明確化と実情に応じた対策が重要」コミュニティケア二〇二〇年三月二〇頁。
- (46) イリーゼ <https://www.its.jp/>
- (47) 日本医師会 https://www.med.or.jp/doctor/rinri/_rinri/006612.html
- (48) 日本医事新報社 <https://www.jimedi.co.jp/journal/paper/detail.php?id=3761>
- (49) 参照、会田薫子『長寿時代の医療・ケア』（二〇一九年）六七頁以下。拙稿前掲六二頁。
- (50) 斎藤暁子「家族と介護」永田夏来・松木洋人編『入門家族社会学』（二〇一七年）七七頁。
- (51) 生産者重視政策は原発再起動等についてもみられる。
- (52) 代諾権者の問題について、参照、樋口範雄・関ふさ子編『高齢者法』（二〇一九年）四七頁以下（小野太一・樋口範雄・川久保寛）。拙稿前掲六〇頁。
- (53) 日本クリティカル看護学会・日本救急看護学会監修『救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド』（二〇二〇年）四四頁。拙稿前掲六〇頁。
- (54) 参照、上山泰「医療行為の同意と自己決定」二宮周平編集代表『現代家族法講座第四巻後見・扶養』（二〇二〇年）一三五頁。拙稿前掲六〇頁。
- (55) 日本医師会 https://www.med.or.jp/doctor/rinri/_rinri/006612.html
- (56) 日本医事新報社 <https://www.jimedi.co.jp/journal/paper/detail.php?id=3761>

説

(57) 山脇貞司「高齢者介護と扶養法理」石川恒夫・吉田克己・江口隆裕編『高齢者介護と家族』一九九七年七八頁。拙稿前掲六三頁。

(58) 参照、三輪まどか「高齢者・障害者虐待と保護のあり方」二宮周平編集代表前掲書一九二頁。拙稿前掲六三頁。

(59) 拙稿前掲六四頁。公的扶養と私的扶養の関係について、多くの文献がある。参照、山脇貞司「高齢者介護と扶養法理」石川恒夫・吉田克己・江口隆裕編『高齢者介護と家族』一九九七年七八頁、利谷信義「家族法と社会保障」沼田稻次郎・小川政亮・佐藤進編『現代社会と社会保障』一九八二年三五頁。

論

(60) 稲葉昭英・保田時男・田渕六郎・田中重人「二〇〇〇年前後の家族動態」稲葉昭英・保田時男・田渕六郎・田中重人編『日本の家族1999-2009』（二〇一六年）三頁。