

### Q 利用者を看取るに当たって、知っておくべき法律の知識があれば、教えてください。

利用者をできるだけ最期まで看たいと思います。しかし以前、看取り寸前で怖くなった職員が救急車を呼んだ結果、警察がきて大騒ぎになりました。これが職員のトラウマになり、なかなか看取りに至りません。

### A 医師法第20条に看取りについて書かれているので、その内容を理解し、看取りに臨んでください。

#### 看取りも法律に基づいて行われる

同じような悩みを全国の介護職員からいただきます。警察沙汰が怖くて一度も看取りを経験したことがない特養や、看取りのたびにパトカーが並ぶという特養もあります。さて、グループホームはかつては生活の場でしたが、現在では最期まで看ることが普通になってきています。認知症ケアも大切ですが、看取りケアも求められる時代となりました。

日本は法治国家ですから、看取りも法律に基づいて行われています。法律の知識さえあれば、警察沙汰にはなりません。「看取りのはずが、警察がきてしまった」は、すべて法律を知らないために起きています。交通ルールを知らないまま車で道路を走るようなものなので、トラブルが起きて当たり前です。「私は介護職だから、看取りの法律なんて興味がありません」という人がいますが、法律を知らないと自分自身が警察の事情聴取を受ける羽目になります。だから、次のことをよく頭に入れておいてください。

看取りは医師法第20条に基づいて行われています。医師法第20条とは診断書や処方箋の発行について、「医師は診察すれば診断書を発行できる」となっています。逆に言えば、「診察しないで診断書を書けば」、罪に問われます。つまり、死亡後であっても患者さんを診さえすれば、死亡診断書を書くことができます。

この「診る」とは2つの意味があります。1つは呼吸停止、心停止、瞳孔散大の死の三徴を確認すること。もう1つは裸にして、体表面を目で見て、刺し傷や締め傷がない、つまり「異状死体」でないことを確認することです。もちろん、まったくの一人さんの患者さんの死亡診断書を書くことはできません。老衰や肺炎やがんなどで、徐々に衰弱していく過程を主治医が定期的に診察して、死期が近いことが分かっていることが前提です。グループホームには、主治医が2週間に1回程度訪問診療をしていますが、それはイザという時に死亡診断書を書くための条件でもあります。

ややこしいことに、医師法第20条には「但し書き」の文言があります。「但し、診察後24時間以内に死亡した場合はその限りではない」と書かれています。これは「最後に診察をして24時間以内に亡くなった場合は、医師がそこに行かなくて死亡診断書を書いてよい」という意味です。「人が

死んだのに、行かないで死亡診断書を書いてもいいの?」という素朴な疑問が浮かぶでしょう。でも、本当に「行かなくて書いてもいい」のです。医師法第20条はなんともおおらかな法律なのです。昭和24年施行ですが、当時は医師も少なく、交通網も発達しておらず、離島やへき地だらけ。その時代の法律で今も看取りをしているのです。

#### 利用者が亡くなった際は主治医に連絡を

しかし、医師法第20条に続く医師法第21条は、「医師は殺人死体を診たら、24時間以内に警察に届けなさい」という内容です。20条は診断書の法律で21条は殺人死体の法律で、両者はまったく関係ありませんが、偶然にも両方に「24時間」という数字が出てきます。両者の意味は違うのですが、いつのまにやら20条と21条が混同されて、「わしは24時間以内にこの患者を診ていない。だから死亡診断書を書けない。だから警察に届けなければいけない」と誤解をしている医師が実に多いのです。この誤解が、都市伝説のように全国津々浦々に広がったままです。この誤解を解くため、私は何冊もの本を書き講演をして回っていますが、一向に改善されていません。救急や消防や警察も誤解しています。

当たり前ですが「看取り」は事件ではなく、自然なこと。警察はまったく関係ありません。看取りの承諾がある利用者が亡くなった場合は、主治医に連絡して何時間でも待ってほしいだけです。医師がくるまでに体に触れても構いません。死亡時間は医者が到着する時間ではなく、息が止まった時間。よく分からない時は、推定でも構いません。しかし、誤解が蔓延した結果、あなたが経験したような不要な警察介入が毎日、全国各地で起きています。救急隊が到着した時に、死亡から時間が経っていると判断された時、あるいは病院に死亡到着となり、蘇生処置に反応せず死亡確認となった時、自動的に警察に連絡されているのが現状。ここまで書いていることは、平成24年の参議院の予算委員会で確認されて周知文書も出ています。どうか正しい知識を習得し、万が一主治医が誤解していたら、このコピーを見せてください。



ながお・かずひろ ● 東京医科大学卒業。長尾クリニック院長。日本尊厳死協会副理事長、エンドオブライフ・ケア協会理事、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、抗認知症薬の適量処方を実現する会代表理事。東京医科大学客員教授。『ばあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで!』、『痛くない死に方』など著書多数。

# ゆったり



## 2 ● 巻頭言

佐々木 薫 日本認知症グループホーム協会 副会長

## 6 ● 審議会レポート——窪倉憲子

## 9 ● 特集 “今、できること”への挑戦



10 ● 事例1 石川県 皆が生み出す共生社会の実現  
社会福祉法人弘和会 理事長 畝 和弘

13 ● 事例2 北海道 育成、離職防止、雇用延長で人材確保  
ハピレ株式会社 総合施設長(統括管理者) 押野雅佳

16 ● 事例3 大阪府 5市1町で取り組む認知症相談支援事業  
社会医療法人慈薫会 グループホーム大阪緑ヶ丘 事務長 柴尾慶次

### [連載]

19 ● 第22回 グループホーム探訪～ようこそ、わが家へ～  
—— グループホーム木かげ (千葉県千葉市)

22 ● ゆったり食堂——宗像伸子

28 ● 第23回 千思万考～経営現場からの便り～  
—— 松浦昭雄 株式会社清音金型製作所 グループホーム総社中央 管理者

30 ● 第11回 実践! グループホームケア  
—— 山口晴保 認知症介護研究・研修東京センター センター長

32 ● 第5回 新・認知症ケアの現場から  
—— 青木 瞳 有限会社ケアワークス 看護部長

### [インフォメーション]

34 ● 協会の動向 35 ● 全ブロックで意見交換会開く

36 ● トピックス 181万筆の署名集まる 他

38 ● 読者参加型企画 「創」利用者に秘められた力

39 ● 誕生物語——唐澤 剛 内閣官房総括官

## 巻頭インタビュー グループホームの 報酬改定の概観

田中規倫 厚生労働省老健局総務課  
認知症施策推進室 室長

3



23 ● 現場発信 ～輝きびと～ 22

荒木優香さん

有限会社勝法  
グループホーム中川のより道  
(長崎県)



## グループホーム経営 Q&A 24

- <人材確保・定着>④ 新入職員の育成方法とは?
- <助成金>⑤ 高年齢者が長く働くために役立つ助成金は?
- <医療介護連携>⑤ 看取りの際に知っておくべき法律知識は?
- <教育>④ 教育体制を見直して離職防止に繋げるには?