

目くばり 気くばり 思いやり

安全・安心ケア

第 47 回 仙台往診クリニック院長 川島孝一郎

介護員のための重度介護時代の危機管理



重介護時代突入の背景

今後は2025年がひとつの節目となる。図1に示すように、介護する側と介護される側が2025年には現在の3対1に対して2：1となり、介護する側が減少する。さらに図2のように、年間死亡者数の実に86%が後期高齢者で占められるようになる。高齢者の3分の1が独居となるのもこの時期である。これからは単に高齢社会となるのではない。独居を含め介護が重度化していく「重度介護時代」に突入するのだ。

本稿は、来るべき重度介護時代に向けての危機管理について、法令・意思決定等を踏まえた特長と対処を提示する。



重度介護の特長：ICF

重度介護とは何だろう。単に対象者の要介護度が重度なのではない。心理的・身体的・社会的側面のいずれにも生きていく困難さが現れてくる状況を意味する。すでにWHOは

2001年に「ICF：国際生活機能分類」を提示している。ICFでもっとも重要な点は、それまでの「低下した機能を元に戻す治療の概念」ではなく、「低下した機能」と見られていたものを「機能の変容と見て、あるがままに受け入れること」に意味づけを変えた点にある¹⁾。

劣化した機能の是正ではなく、機能の変容それ自体が個々に違う生き方を示しているのであり、これを社会性・活動等を通して「違う生き方が支えられるよう」にしていくダイナミックな営みと考えることである。治らない・低下する方向にしか未来が見えないと思われがちな、老化・難病・がん末期・重症者等であっても、違う生き方を謳歌することが可能な「ものの見方」が万人に根付くことが必要である。

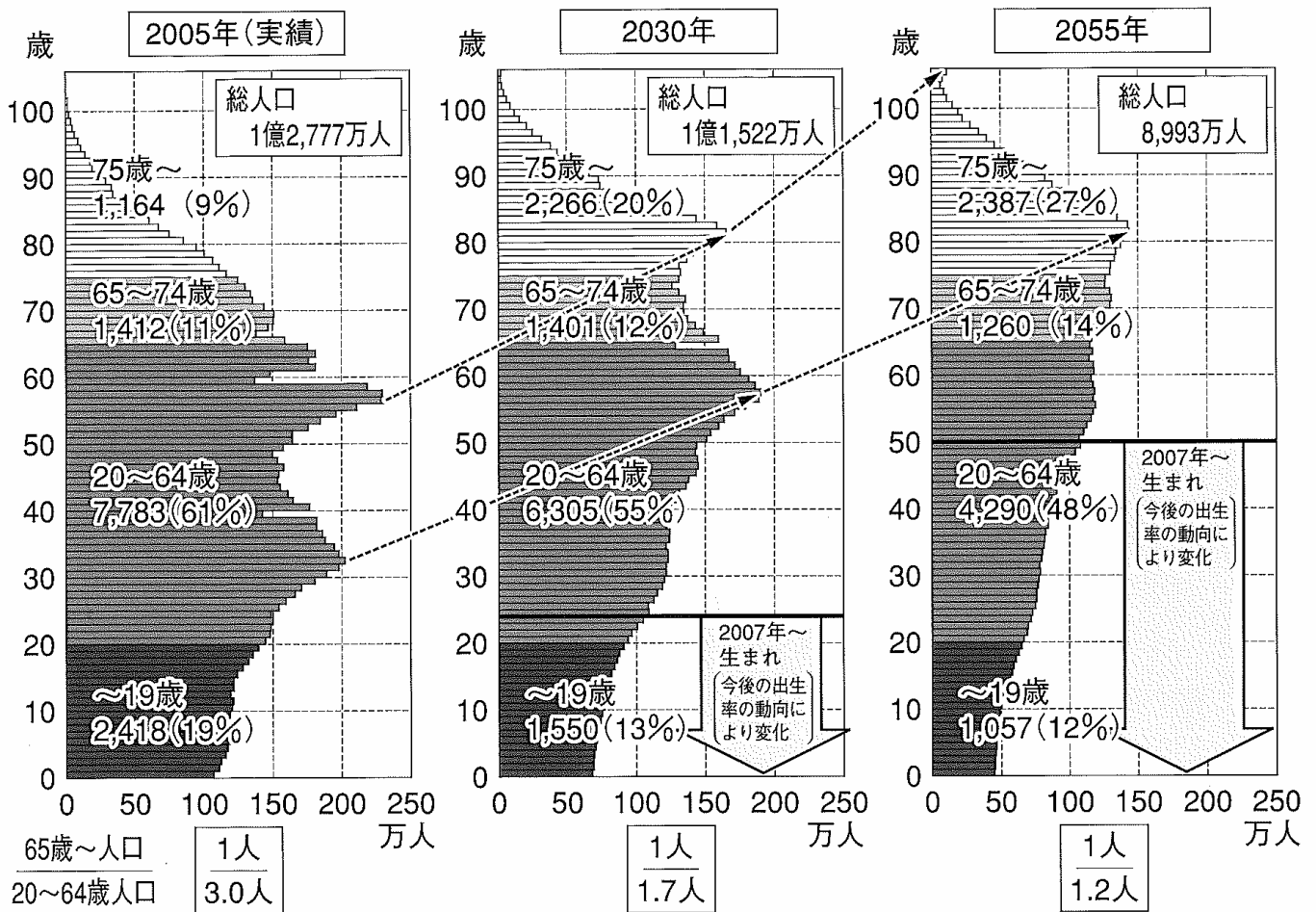
今後増大する治らない人に対する医療的処遇は、図3のように、まさにICFの概念を基本に据えていかなければならないだろう。



法令・通知と医療行為

重症者に対する危機管理は、第一に生命の

図1 人口のピラミッドの変化



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」

(注) 2005年は総務省統計局「国勢調査報告」に基づき、年齢「不詳人口」を按分補正した人口による

図2 後期高齢者における死亡数・死亡割合

2025年(平成37年)
後期高齢者人口(推計値) ⇒ 21,667,000人

$$\frac{\text{後期高齢者死亡数(推計値)}}{\text{死亡総数(推計値)}} = \frac{1,282,226人}{1,481,000人}$$

後期高齢者の死亡割合=86.6%

注1) 平成18年総死亡者数・後期高齢者死亡者数、鹿児島県における死亡者数・後期高齢者の死亡者数は厚生労働省統計表データベース 人口動態調査に基づく

注2) 2015年75歳以上の死亡者数は都道府県別将来推計(国立社会保障・人口問題研究所)による推計データに基づく

危険が生活の中で常に起こりうることを想定することから始まる。生命の危険を防ぐために種々の法令・通知があることを介護する人は知っておかなければならない。

1. 刑法第7章37条(緊急避難)表1

介護員にとって最も重要な法令である。

「自己または他人の生命、身体、自由または財産に対する現在の危険を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が、避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り罰しない」というものである。

刑法37条は居宅訪問・施設介護員に限ら

図3 支える医療

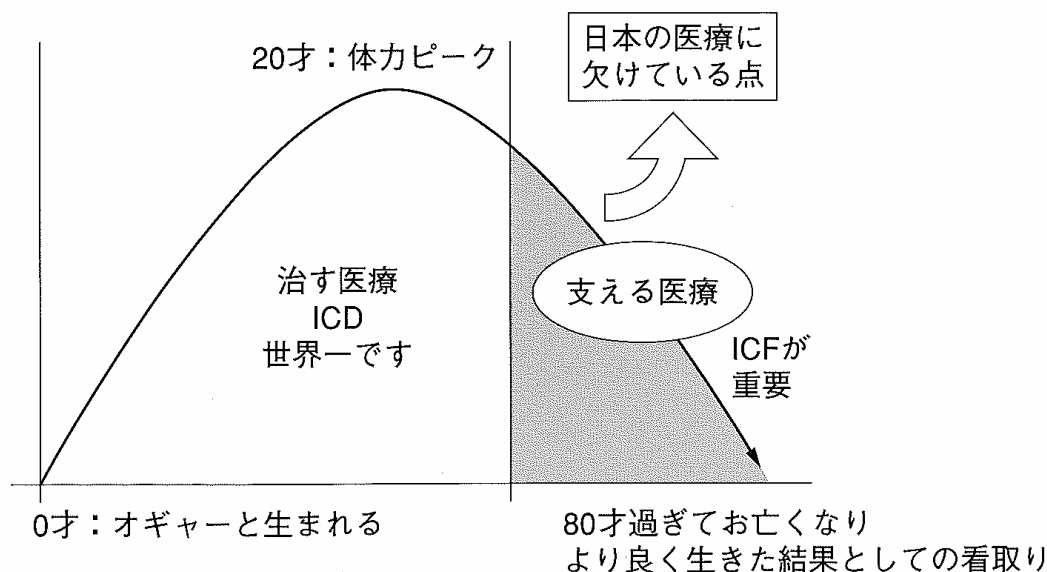


表1 刑法第7章37条

<p>刑法</p> <p>第7章 犯罪の不成立及び刑の減免</p> <p>(緊急避難)</p> <p>第37条 自己又は他人の生命、身体、自由又は財産に対する現在の危難を避けるため、やむを得ずにした行為は、これによって生じた害が避けようとした害の程度を超えなかった場合に限り、罰しない。ただし、その程度を超えた行為は、情状により、その刑を減輕し、又は免除することができる。</p>
--

ず日本国民すべてに適応される。この法律の重要点は、現在の危難（今危ない）事態にあつては、それを避ける行為に限定条件がないこと。つまり、どんなことをしても人を助けることが結果として可能である。

もしあなたが吸引の知識と技術があり、さらにその場に吸引器があれば、窒息しそうになっている本人を吸引によって救うことは何も問題にならない。刑法37条は古い法律で明治13年に施行されている。あなたは100年以

上も前から「危ない!」と思ったなら迷わず吸引を行ってもよかつたのである。

2. ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について

平成15年7月17日老振発第0717001号、厚生労働省老健局振興課長通知である。内容は、在宅ALS患者さんに限りたんの吸引を家族以外の者に例外的に認めるといふものである。

3. 在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて

平成17年3月24日医政発第0324006号、厚生労働省医政局長通知である。内容は、在宅におけるALS以外の療養患者さんや障害者の方々に対して、家族以外の者がたんの吸引を行うことを認めるものである。これにより、すべての療養者・障害者が吸引を受けることが可能になった。

4. 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について

表2 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈

医政発第 0324006号
1：痰の吸引
医政発第 0726005号
2：水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること。
3：自動血圧測定器により血圧を測定すること。
4：新生児以外の者であって入院治療の必要がない者に対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着すること。
5：軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）。
6：皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
7：爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及びヤスリでやすりがけること。
8：重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、電動ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること。
9：耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）。
10：ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること（肌に接着したパウチの取り替えを除く）。
11：自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと。
12：市販ディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること。

平成17年7月26日医政発第0726005号、厚生労働省医政局長通知。内容は、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において医行為ではないと考えられるものを列挙してある。通常居宅・施設介護員いずれにも適応される（表2）。

一般的にいわれる「医療行為」という法律用語はない。医業もしくは医行為の文言で統一されている。たんの吸引に関しては上記2、3にあるように、平成15年・17年に家族以外の者に対して初めて認められたものである。しかし、緊急避難として考えれば「今危ない窒息を回避する行為」として吸引を行うことは明治13年から許容されていたのである。

厚生労働省は上記4のように「おこなえる行為」について列挙しているが「おこなってはいけない行為」はあえて列挙していない。緊急避難を制限してしまう恐れがあるためである。なぜなら、刑法が医師法よりも上位法律であり、刑法は医師法の制限を受けないためである。

介護事業所において、しばしば「たんの吸引はうちの事業所ではやりません」と公言するところがあるが、国民の基本的な「緊急避難という人を助ける行為」までも妨げてしまう危険性がある。胃ろうの栄養注入に関してはおこなえる行為には入っていない。しかし、家族が注入した後に嘔吐があったなら、その場に居合わせた者が栄養の滴下をやめること

が必要である。そのときにやめる行為は緊急避難として認められると考えてよい。

このように、厚生労働省が「おこなってはいけない行為」を列挙していない以上は、緊急避難に鑑みて、勝手に介護事業所が「やってはいけない」とその行為を介護員に対して意図的に制限することは好ましくないので、注意していただきたい。



意思決定・権利擁護

重度介護を受ける人の多くは意思表示が困難であったり、意思決定を自分でできない人である場合が多い。家族がもっとも本人の意思を反映しているかという、そうでもない場合がある。むしろ、介護員がもっともよく本人の心情を理解している場合すらある。成年後見制度を利用して後見人になった人が、本人の財産を勝手に利用してしまうことがある。後見人をさらに監督する後見監督人が指名される場合がある。

このように、意思決定や権利擁護には種々の複雑な問題がからみ、認知症・重度の介護を要する人に対してはDV：家庭内暴力の回避のために介護員の監視の目が重要となる。

医療倫理の原則には、

- ① 善行原則：患者の利益を最優先する。
 - ② 無危害原則：患者に危害を加えてはならないという提供者の責務。
 - ③ 自律尊重原則：患者自身に対する医療を選択する権利を尊重する。
 - ④ 公平原則：公平に治療するための医療資源の適正配分。
- がある。

介護においても、従事者が倫理的視点を基に介護行為を行うことが求められる。種々の問題は医療以上に複雑で、しばしば療養者本

人と家族との利害が対立する場合がある。そのようなときには必ずサービス担当者会議を開き、なるべく多くの人数により対話を積み重ねることが重要である。さらに必要な場合には、弁護士、社会福祉士、行政の専門家等が入ることによって問題解決への糸口を探ってほしい。



重度介護の危機管理

1. 生命維持装置の危機を防ぐ

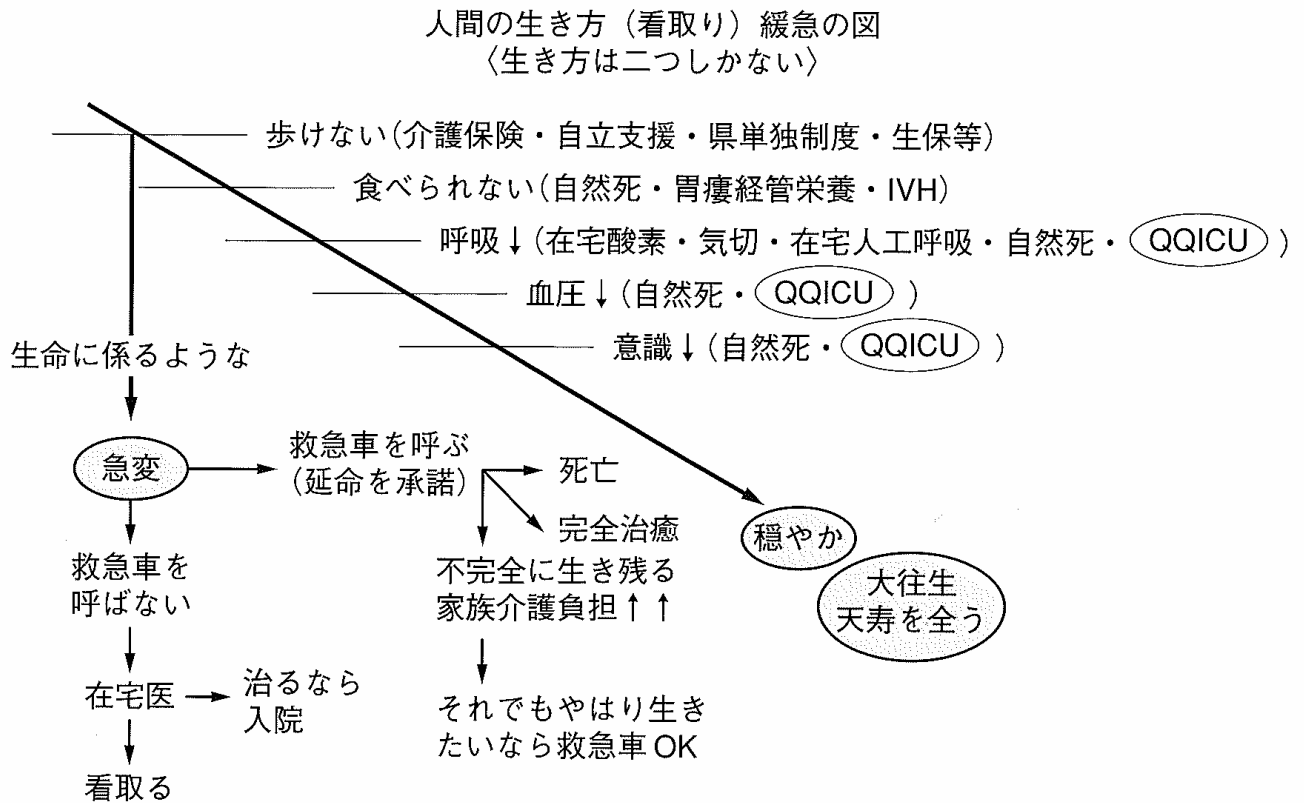
第一に何が生命の危機に直結するかを常に考慮すること。もっとも重度である療養者は自分で生命の維持ができない人である。特に人工呼吸器を装着しているALS、筋ジストロフィー症、頸髄損傷等の療養者の人たちは、常時生命維持を機械に頼っており、自発呼吸がある人とは一線を画す。

たんの吸引については原則的には気管カニューレの内部だけの吸引とされている。しかし、たんは気管カニューレよりも奥につまる場合が多い。とすれば、文書に記載されていることにこだわらず、十分に奥のたんを吸引すべきである。窒息するからである。

人工呼吸器を装着している人でもっとも重大な危機は「気管カニューレ」が抜けたときである。対策は、①抜けた気管カニューレを再挿入する、②鼻孔・口・気管切開孔の3つの開口部のうちいずれか2つをふさぎ、残った1つから空気を注入（吹き入れる）のいずれかが必ず必要である。呼吸できなければ3分で意識消失、5分で死亡する。救急車を待っても10分かかるので、ただ待っていればよいわけではない。

人工呼吸器が止まっても通常は内部バッテリーが作動する。1時間弱は持つのでその間に対処すること。アンビューバッグを使用して

図4 新たな生命の危機が発生した場合の対応



呼吸補助を行う。吸引器が止まった場合の対策としては、①介護保険の使用器具カタログの中に手動式吸引器が3,000円ほどで販売されているので購入しておく、②注射器に吸引チューブをつけて何度も注射器を引いて吸引を行う等の手法がある、③内部バッテリー付の吸引器を購入しておく——ことが望ましい。

人工呼吸器・気管切開・吸引等の実際の手技・注意点については、筆者の総説を参照すること。

2. 新たな生命の危機が発生した場合

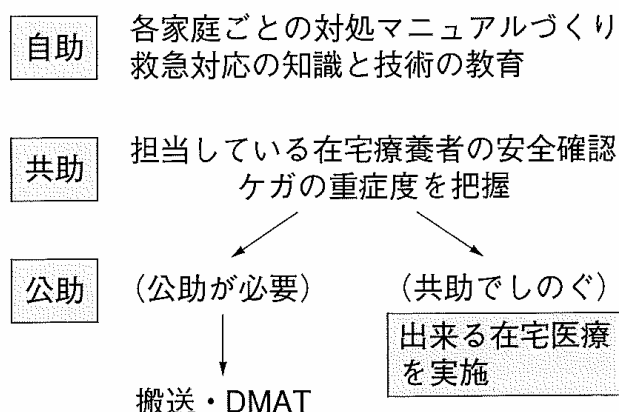
比較的安定していた療養者が、突然に急変して生命の危機が訪れた時、一般的には、意識・呼吸・循環等の生命維持に必要な身体兆候が消失した場合を意味する。意識がない、呼吸していない、同時に脈が触れない等の尋常ではない状態に介護員が気づいたならどう

すべきか。図4は、療養者本人・家族等の生活者が、新たな生命の危機が発生したときにどこまでの生命維持を希望するのかについて示したものである²⁾。

特に命に関わる急変が発生したときには、救急車を呼んで延命治療を開始する選択がある。このときに救急車を手配すれば、すでに延命を希望したこととほぼ同義である。「助けて!」と連絡するのだから。しかし、延命を希望したとしても救急センターでおこなわれた処置の甲斐なく、①死亡する場合、②とりあえず復帰する場合、③不完全に生き残る場合、の3つの結果が待っている。

もっとも問題なのは不完全に生き残った場合、つまり「血圧は保たれたが意識が出ない、人工呼吸器を付けた、栄養の管が必要」等々の不完全な状態を容認しなければならなくなることが想定される。したがって、事前に新た

図5 災害時の危機管理



な生命の危機が起こったときのために「どこまでの医療を希望するのか」について、日頃生活者・医療関係者・介護関係者等によって十分な話し合いの上で決定しておくことが望ましい。どのように身体が変わってしまっても支えていくのであれば問題ない。ただし、人の心は常に流動的であり、決定はいつでも変更可能であることが重要である。

救急車は呼ばないで在宅の可能な範囲で医療をおこなう選択がある。この決定をおこなっている場合には、直ちにかかりつけ医に連絡し、往診してもらい対処が始まる。在宅での看取りになる場合がある。かかりつけ医が到着する前に亡くなられたとしても、あわてて蘇生を開始してはいけない。延命治療開始となってしまう。

むしろ、「最期まで自宅で生活できてよかったね」というねぎらいが必要である。施設、居住系、通所においても同様で、その場における緊急の対処について事前に打ち合わせをおこなっておかなければならない。



災害時の危機管理 (図5)

① 自助：災害発生の初動時期には誰も助け

てくれないと考える。緊急避難が活かされるときである。常日頃医療的な内容の処置を身につけておくことによって余裕ある対応が可能となる。生命の維持に全力を注ぐ。電話はほとんどつながらない。Eメールもしくはインターネットが比較的温存されているので、いずれかで通信するほうがよい。

- ② 共助・互助：近隣の住人と共同しての対処となる。避難所への療養者の搬送等。
- ③ 公助：DMAT等が駆けつけることによっておこなわれる対応である。災害時の対応については多くの指針・総説等があるので列挙しておく。



おわりに

重度介護時代に介護員は何をすべきかと問われれば、①生活者との良好な関係を作り上げ、②生活者の意思に沿う介護を心がけ、③生命の維持を第一に考慮し、④急変時にはあわてずに合意されている対処をおこなうことである。そのためには、法令・通知がわかって行動できなければならない。特に緊急避難は重要で、すべてに先んじて能動的におこなわれるようにしてほしい。

災害は特殊な状態だが、日本に住む限りは必ず遭遇することとして常日頃対策を怠らせずに用意しておく必要がある。

●文献

- 1) 上田敏著：ICF (国際生活機能分類) の理解と活用。pp40-41、きょうされん、東京、2005。
- 2) 川島孝一郎 (分担研究者)：在宅医療のグランドデザイン。「平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業 (18指-3分担)」