

在宅医師とヘルパーの 「往復書簡」

「死ぬ」ということ —急変対応の場合

桜井 隆

さくらいクリニック 院長

1956年8月12日兵庫県尼崎市生まれ。1981年群馬大医卒。兵庫医大2内科、大阪大細胞工学センター、大阪大集中治療部、大阪大整形外科、星ヶ丘厚生年金病院の勤務を経て、1992年さくらいクリニック開院。

医学博士、内科専門医、整形外科専門医、リウマチ認定医、リハビリテーション臨床認定医、東洋医学認定医、介護支援専門員、宝塚歌劇団主治医、阪神ホームホスピスを考える会代表、おかえりなさいプロジェクト代表



石川立美子

オアシス大和小規模多機能型
居宅介護準備室

民間訪問介護事業所にて訪問介護を実践。その後、病院の在宅支援部門で介護支援専門員となり、社会福祉協議会にて介護保険事業の統括責任者となる。その間、訪問介護従事者向けの研修会の講師として「共に育つ」をキーワードに教育活動を実践。現在は小規模多機能拠点づくりの傍ら、認知症の方を地域で支える啓蒙活動、支援者教育を展開。現場実践を理論化し、根拠あるケアを確立するため、大阪教育大学大学院で発達人間学を研究中。

「死ぬ」ということについての知識はありますか？

桜井



「病気や障害があっても、住み慣れた地域で最期まで自宅で過ごしたい」と願う人たちをサポートする在宅ケアの先には、いずれすべての人に訪れる「死」が、当たり前のこととして存在します。「生、老、病、死」という自然の死の流れにより、在宅ケアに当然組み込まれるべき「死ぬ」ということについての知識がなければ、在宅ケアの現場で働くことに対してちょっと不安になってしまうのではないのでしょうか。ホームヘルパーの研修では、病気のことには少し習っていても、「死ぬ」ということについてはあまり教えてもらえなかったと思います。

ホームヘルパーの皆さんは、「死」を身近で体験したことがあるのでしょうか。それも病院の

中で医療に完全に管理された“養殖もの”の死ではなく、自宅での自然な“天然もの”の死を…。

在宅ケアの利用者は高齢で病気を持っていることが多く、おそらくかなりの確率で石川さんよりは早く亡くなってしまおうでしょう。もちろん、ちょっとでも体調が悪くなった時に、施設や病院へ入ることを本人や家族（あるいは医療者、時にはなぜか介護職であることも…）が選択した場合は、入所・入院の時点でそのかわりは途切れてしまいます。しかし、本人が「最期まで自宅で」と願う場合、家族や本人にとって大切な人たちと共にそれをサポートすることになり、いずれ訪れる臨死期のケアにもかかわる可能性が高くなります。そのような臨死期に、ホームヘルパーはどのようにかかわればよいの

でしょうか。

もちろん、「生死にかかわる問題は医療の領域で、介護・福祉には関係ない」と言うことも可能です。しかし、実際には医療職に任せてしまえばよいということではなく、住み慣れた家での「生、老、病、死」は決して医療だけではサポートできません。むしろ、生活者を支えるためには、介護・福祉のかかわりの方が重要です。現実には、かかわる時間とその密度

を考えると、ホームヘルパーが臨死期に居合わせる可能性は大きいでしょう。

「死」には、癌の末期のようにある程度事前に予測できる場合と、突然やってくる場合があります。残された人たちが困るのは、台風のように事前にある程度予測できる死ではなく、地震のように予知できない突然死であることが多いようです。

「在宅での死にかかわる」ということが増えてきました 石川



桜井先生のお話を受けて、ホームヘルパーとして「在宅で死にかかわる」ということが増えてきた現状について、少し触れてみたいと思います。

1980年以降、大家族に看取られる「老衰による在宅での死」よりも、最後の一瞬まで病院で治療を継続し、その後に迎える「病室での死」が多くなっていました。しかし近年、「住み慣れた我が家で死を迎える」ことを望む人が再び増加してきており、死を迎える場所の選択が拡大し、多様化が進行しています。また、後期高齢者の増加により、長期にわたる介護の末の看取りが多くなっています。

今後ますます、「後期高齢者の死」が急増していくことが予測され、「死」そのものがより身近で日常的になってきます。さらに、高齢者世帯、1人暮らし世帯の増加、悪性腫瘍や認知症

の増加などの要因に加え、介護保険を主とする多様な社会資源の出現が、「死を迎える場所の選択の拡大と多様性」を不十分ながらも支援しているのです。もはやターミナルケアは、決して医療だけの問題ではありません。

私たちホームヘルパーが、日常的な地域の暮らしの中で、「死に向き合う介護のあり方」や「死生観」などを考えるべき時期が来ています。「死は人類共通の課題」であり、私たちホームヘルパーには、それを見据えた「尊厳・希望のある暮らしを支援」する介護を必要とされています。

自分らしく生きることへの支援は、自分らしい死を迎えることの支援でもあります。「看取る」とは、その人の最期を厳粛に受け止め、その人の尊厳を守ることです。私たちホームヘルパーが、ホームホスピスケア（在宅緩和ケア）のチームの一員として、本人や家族に介護を通して、「安心」を提供していく必要性は極めて高いのです。

利用者の緊急事態！ホームヘルパーとしての対応は？ 桜井



次に、事例を挙げますので、質問にお答えいただきたいと思います。

「子どもたちの世話にはなりた

くない」と1人で何とか暮らしているウメさん、もうすぐ88歳の誕生日を迎えます。多くの持病を抱えながら、何度か生命の危機を乗り越えてきました。そのお宅へ、ホームヘルパーが定時

の訪問介護に出掛けたとしましょう。

昨年、ウメさんが大腿骨頸部を骨折してから玄関まで出てくるのが大変になったので、ホームヘルパーは訪問の際、郵便受けに隠してある鍵を使ってウメさんの部屋まで入っていくことになりました。ある日、ホームヘルパーがいつものように「こんにちは、ホームヘルパーの〇〇です。調子はどうですか？」と部屋に入っていきました。そこで見たのは、いつもとは違って動かずにベッドに横たわっているウメさんでした。ホームヘルパーは思わず鍵を落とし、立ちすくみました。

ここで質問です。このような場合、ホームヘルパーとして取るべき行動はどのようなことでしょうか。そしてその優先順位は？ 予想されるホームヘルパーの行動や気持ちを次に挙げます。

- ① 「所属するヘルパーステーションへ連絡して、指示を求めよう」
- ② 「時々のそきに来ている娘さんに連絡しよう。でも、この時間に連絡が取れるだろうか」
- ③ ヘルパー講習で習ったばかりの救命救急処置を始める。「あれ、心臓マッサージってどうするんだっけ…。本当に今、心臓マッサージが必要な状態なんだろうか」
- ④ 119番へすぐ電話する。慌てて自分の住所を伝えてしまう？！
- ⑤ 「119番通報しよう。いや、急死の場合は警察…110番かな」
- ⑥ 「そうだ。訪問看護ステーションへ連絡だ」
- ⑦ 「往診に来ている医者がいた。でも誰だっけ」
- ⑧ 「このまま黙って帰ってしまおうか」

まさか⑧はないと思いますが、ホームヘルパーとしての対応はどれになるのでしょうか。もちろん、さまざまな状況によって対応は変わってくると思いますが、そもそもこのような緊急事態に対するリスクマネジメントがケアスタッフの間でできているのでしょうか。

また、①～⑧のほかにも、次のようなことを考えはしないでしょうか。

「ちょっと待って！ まず、ウメさんは本当に亡くなっているのだろうか。それとも瀕死の状態なのだろうか。大声で呼び掛けて肩を揺すれば、目を開けてくれないだろうか」

さらに、ホームヘルパーは次のように考えてしまうかもしれません。

「『死』ってどのようなこと？ 教科書には呼吸停止、心停止、そして瞳孔散大と書いてあったような…。でもそれってホームヘルパーが確認すべきことなの？ 瞳孔の大きさなんて分からない。普段から生きている人間の瞳孔を見ておくんだっだ。鏡で見て自分の瞳孔と比べてみようか」

おそらく、このような心配はしなくてよいでしょう。ウメさんが亡くなっているかどうかは別にして、とにかく普段とは違う緊急事態であることに気付き、「何とかしなければ」という危機意識が持てればよいのです。多分、ホームヘルパーは見た瞬間にそれを判断できるはずで、テレビゲームの中のバーチャルな画像と違って、リセットボタンを押してもウメさんは動き出さない…ということ。

さて、鋭い直感で、ウメさんの緊急事態と判断したホームヘルパーが、次に取るべき行動はどのようなことでしょうか。

ホームヘルパーとして、このような対応ができます



それでは、桜井先生からの問い掛けである「ウメさんの死」に対する対応方法についてホームヘルパーとして考えてみます。

ホームヘルパーは「緊急事態だ！もう亡くなっているかもしれない、でも救命第一、落ち着いて、落ち着いて」と驚きながらも、気持ちを落ち着かせて次のような行動を取るでしょう。

まず、119番に電話を掛ける。そして事業所に連絡し、主治医や家族、ケアマネジャーなどへの連絡や事業所からの応援を依頼する。

桜井先生いかがでしょうか？

次に、フローチャート(図)を見ながら、ホームヘルパーとして知っておきたい3つのポイントを考えます。

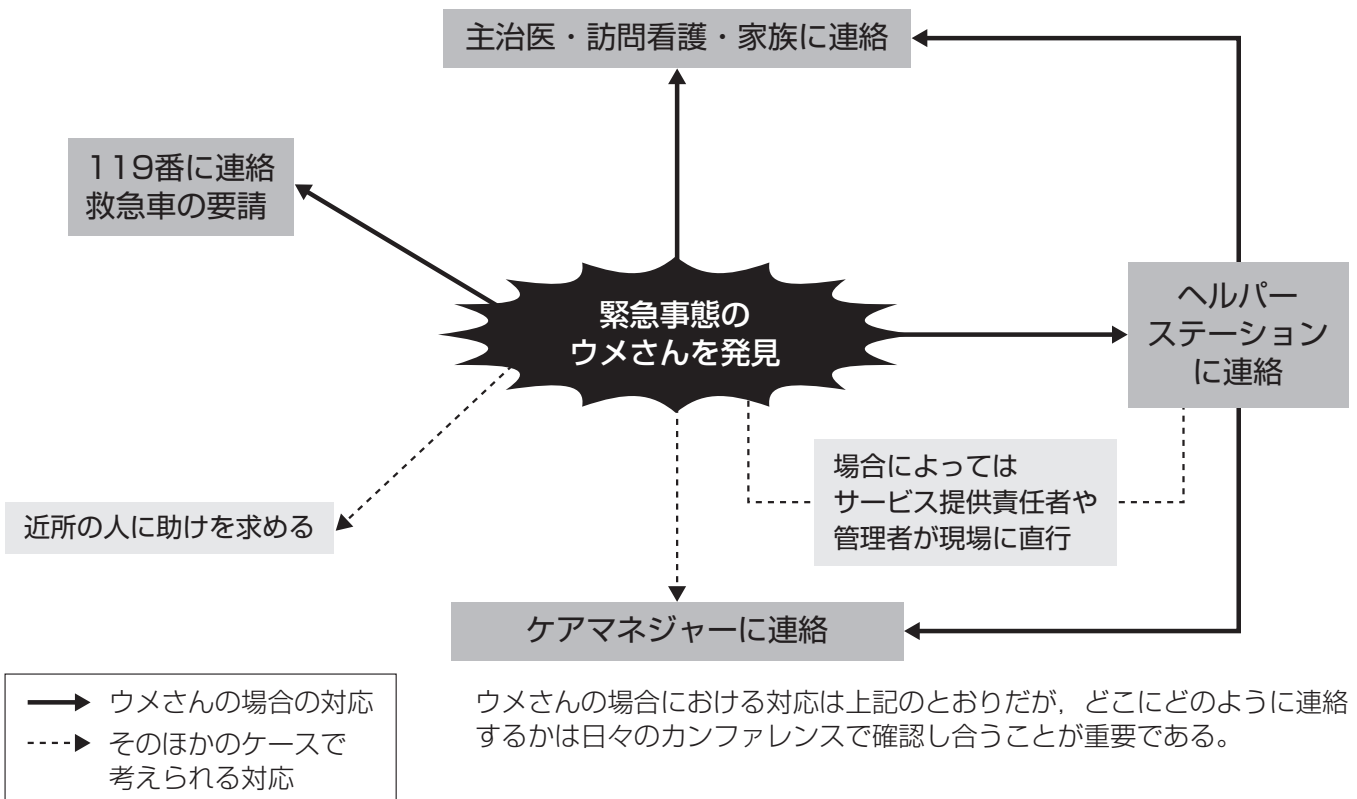
①まず「119番」あるいは主治医へ

救命第一です。「亡くなっているかも」と思っても、まずは救急車を要請します。死亡の確認は医師しかできないことであり、救命の可能性もあるかもしれません。同時に、主治医にも連絡を取り、指示を仰ぎます(主治医との連絡については、サービス担当者会議などで話し合ったり、ケアマネジャーに確認を取ったりしておきましょう)。

②サービス提供責任者としての留意点

訪問介護を行う際にホームヘルパーが鍵を開けて入室する場合、利用者が自宅におり、それをホームヘルパーに知らせるための方法を事前に確認しておきます。利用者の自宅を訪れた際

図 緊急時対応のフローチャート



の問い掛けに対する応答方法、電話による応答内容、ベッド柵をたたき・枕元の鈴を鳴らすなどの合図を訪問介護計画などに明示しておきます。なぜなら、留守家庭にはサービス提供はできないし、自宅にいるはずなのに応答がない場合、倒れているなどの異変が起こっている可能性が大きいからです。

ホームヘルパーが利用者宅を訪問した際に、玄関から声を掛けても返事がない時には、近所の人、民生委員、サービス提供責任者などに連絡し、必ず複数人で入室するようにします。事前に、緊急時に協力してもらう人を利用者と共に選定し、利用者・協力者の双方から同意を得ておきます。事業所の緊急時の連絡先一覧など、個別の対応マニュアルも準備しておきます。

③ 応急手当の基本

① 観察

意識状態、呼吸状態、脈拍、顔色、出血など、利用者の全身状態を冷静に観察する。日頃から利用者の状態を把握しておくことが重要である。

② 意識の確認

肩を軽くたたきながら名前を呼び、「大丈夫ですか」と呼び掛ける。呼び掛けに対して何らかの反応があれば「意識あり」、何も反応がなければ「意識なし」と判断する。

首や頭にけがをしている場合は、体を揺すったり、首を動かしたりしてはならない。

③ 呼吸状態の確認

胸腹部の上下の動きで確認できる。鼻に鏡や濡れた指先を当てて、呼吸の動きを確認する方法もある。その際、口腔内の異物の確認と除去が大切である。

正常な呼吸数は、成人で毎分15～20回である。

④ 脈拍の確認

脈拍を手首の動脈や頸部の総頸動脈で確認する。正常な脈拍数は、成人で毎分60～80回である。

⑤ 体位

利用者に意識がある時は、本人が最も楽な体位にする。心臓疾患や呼吸困難がある場合は、一般的には上体を高くする（起座位）方が、呼吸が楽になる。また、利用者に意識があり、ショック症状*がある時には、頭部を低く下肢を上げた状態（ショック体位）にし、頭部に流れる循環血液量を改善させる（ネクタイ、ベルトを緩める）。

意識がない時には、舌根沈下や嘔吐物による気道閉塞を防止するために側仰位にする。下顎を前に出し、両肘を曲げ、上側の膝を約90度曲げた状態（回復体位）にする。この時に、口腔内に異物があれば、口の中に指を入れ、下側の口角を引き下げると、液状物は流出する。ただし、この対応は頸椎損傷が疑われる場合は適用外・厳禁である。

*ショック症状…うつろな目付き、ぼんやりした表情、蒼白で冷たい皮膚、冷や汗、浅く速い呼吸、弱く速い脈拍、うすい紫色の唇

⑥ 利用者の保温

利用者が寒さを訴えている時は毛布などで保温を行うが、積極的な加温は体調を悪化させることがあるので、原因が明確でない場合は慎重に保温する。

⑦ 飲食物の摂取

利用者が飲食を希望しても、状態の原因が明らかでない間は飲食物摂取の介助は控える。

臨機応変に対応しましょう

桜井



ウメさんの緊急事態は、台風の接近のようにある程度予測できるものではなく、地震発生のように急変したという設定です。この場合、基本的には救命を目的として行動すべきで、家族への連絡と同時に、主治医あるいは訪問看護師の指示を得るか、それが困難なら即座に消防に救急対応を依頼すべきです。

いずれにしても、石川さんが書かれているように「落ち着いて行動する」という対応が大切でしょう。ホームヘルパーが落ち着くためには、「所属のヘルプステーションに電話して、職場の仲間と話しながら対応すること」が最も良い方法かもしれませんね。また、連絡先が即座に分かるとは限らないので、主治医や訪問看護師にはヘルプステーションから連絡してもらった方が早いかもしれません。

119番へ電話すると、まず「火事ですか、救急ですか」と聞かれ、その次に状況、病状、そして住所、電話番号を尋ねられます。この時に、「消防署のすぐ裏のウメさん宅です!」と言っても、119番通報はセンターで受けているから通じないので、情報を詳しく正確に伝えましょう。

救急隊や主治医が到着するまでは随分長く感じられるでしょう。救急隊や主治医が到着した時点で、ウメさんが残念ながらすでに亡くなっ

ている場合は、在宅で継続して診療している医師が「病死」「自然死」と判断し、死亡診断書を発行します。「24時間以内に診察していなければ、死亡診断書は書けない」と誤解している人（場合によっては医療者でも）がいます。しかし、決してそうではなく、継続して診療（訪問診療）を受けていれば、原病に関連する原因で死亡した場合は、死後診療の上、死亡診断書の発行が可能です¹⁾。救急隊や主治医が異常死（病死ではなく、風呂での溺死や転落死といった場合）と判断した場合は警察の検視になります。

実際は状況に応じて臨機応変に、その瞬間、瞬間で最善と思われる判断をしていくしかなく、正しい答えはないでしょう。日常からケアカンファレンスの場で、緊急時の対応、主治医などへの連絡方法などについてシミュレーションを行い、ケアスタッフ間で共有しておく必要があります。そのケアカンファレンスの場で、ウメさんに「何があっても救急車で病院へは運ばないで。この家で死にたい」と言われてしまうと困ってしまうのですが…。

引用・参考文献

- 1) 医師法第20条（平成19年6月27日法律第96号）
- 2) 厚生労働省統計情報部：「平成17年人口動態統計」, 第1-25表
- 3) 日本介護福祉士会編：介護福祉士初任者のための実践ガイドブック, 中央法規出版, 2007.

information ▶ 総研会員制・定期刊行物

季刊 **高齢者ケア** 生活支援技術上達とケアプラン作成・活用の実践誌

春号内容 入会金 3,000円 年間購読料 13,200円(共に税込)

特集① 気持ち良い入浴介助のヒント

●気持ち良い入浴を実現するための介助のポイント
吉良健司 在宅りはびり研究所 所長 / 理学療法士

●安全な入浴介助のための福祉用具の活用
中山初代 板橋区おとしより保健福祉センター 作業療法士 ほか

特集② 目標設定・課題設定を早く正確に行うポイント

●利用者・家族の気持ちに沿った課題設定・目標設定

日向野則子 医療法人社団友志会 介護老人保健施設ひまわり荘 介護・看護部 部長 介護福祉士 / 介護支援専門員 ほか

連載 高齢者の薬の知識

宮崎美子 総合高津中央病院 薬剤部長 薬剤師

スタッフも利用者も楽になる福祉用具の活用術

加島 守 高齢者生活福祉研究所 所長 理学療法士

利用者の生活に彩を加えるアクティビティ

尻無浜博幸 松本大学 総合経営学部 観光ホスピタリティ学科 准教授

介護施設で行う感染症の予防と対策

福野聖子 医療法人社団星晶会 介護老人保健施設 伊丹ゆうあい Care Navi Center 室長 看護師 ほか