



『最期まで自分らしく生きる』  
を支えるために

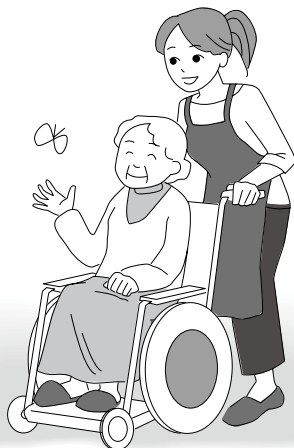
～終末期の介護と医療～

## 「最期まで自分らしく生きる」とは……



「自分らしく生きる」には、自分の意思や気持ちが尊重されたいという、それまでの暮らしの延長線上で生きていける状況であることが欠かせません。この「自分らしく」を、元気で健康なうちは自分自身の力で維持することができますが、高齢になったり病気になったりして介護や医療の助けを必要にするようになると、次第にそれができなくなります。

この冊子では、主に高齢者が介護や医療の助けを借りながら、最期まで「自分らしく」を損なうことがないようにするには、介護職や家族がどのような点に留意すればいいか、支援のポイントを整理しました。介護の現場で、また家庭の中で、「最期まで自分らしく生きる」を支えるのに役立てていただければ幸いです。



## 支え方を考える

介護職や家族は高齢者本人をどう支えていけばいいのでしょうか。「自分らしく」ということを尊重したうえで、どう対応すればいいのか考えてみましょう。

### 目次

支え方を考える	1
「自分らしく」を支える	2
事例から●「自分らしく」を考える	4
「死」を自然ととらえる	6
事例から●「老い」を考える	7
安心して看取れる体制を整える	8
近くの医療者と連携を取る	10
事例から考える	13
事例①特別養護老人ホームの例	14
事例②宅老所の例 その1	18
事例③宅老所の例 その2	20

## 「自分らしく」を支える

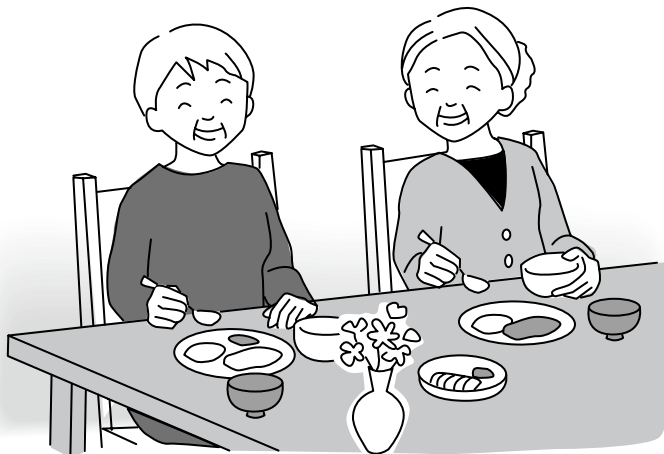
「最期まで自分らしく生きる」を支えようとしたとき、まず考える必要があるのは、損ないがちな「自分らしく」をどう維持していくか、という点です。介護職や家族など、周囲が意識しておきたい点を、以下に3つ挙げます。

「自分らしく」  
を支えるために  
その1

### 双方向の話し合いを十分に持つ

なによりまず、高齢者本人の意思や気持ちを、必要に応じて確認することが重要です。ただ、状態の変化や時間の経過などによって、意思や気持ちは変わりうるものです。疑問や迷いが生じた時には、その都度、耳を傾けていくことが求められます。

そのうえで、一緒になって、その後のことを考えていくのがいいでしょう。ただし、介護職や家族が主導的にならないように気を付ける必要があります。とすると、元気な介護職や家族が、先回りして答えを出そうとしたり、自分が良かれと思う方向に導こうとしたりしかねません。口を出すにしても、あくまでヒントの提供やアドバイスに留めるよう努めましょう。



「自分らしく」  
を支えるために  
その2

### その人の意思や気持ちを察する

話していることが、必ずしもその人の意思や気持ち通りとは限りません。「家族に負担をかけたくない」という強い思いが、「本当はこうしたい」という正直な気持ちを押し殺してしまうこともあります。

したがって、意思や気持ちを直接尋ねることはもちろん重要なのですが、その答えが本心ではない場合もある、と肝に銘じておきましょう。日常のコミュニケーションを通じて、その人が心の中ではどのように考えているのかを、察することができるように心がけたいものです。

「自分らしく」  
を支えるために  
その3

### なじみの関係を築いていく

日常のコミュニケーションが十分でない限り、相手の本心を察することは、できません。とりわけ、家族に比べると一緒に過ごしてきた時間のはるかに短い介護職は、それを、コミュニケーションの深さで補うほかありません。

なじみの関係を築けるようになるまでには、なかなかたいへんです。しかし、なじみの関係になれば、その人が最期まで自分らしく生きていくのを、自然と支えていきたくなると思います。

## 事例から

### 「自分らしく」を考える その1

病気や加齢を理由に「自分らしく」を保ちにくくなっている人がいます。「自分らしく」を保つのをどう支えればいいのか、例題をもとに考えてみましょう。

#### 例題1

喉頭がんにかかっているマサオさん。手術をすれば完治するものの、声が出なくなってしまう。手術後のリハビリでその後の人生を快適にできる可能性はあるが、高齢なだけに、判断は難しい。手術したほうがいいのかどうか。

#### 例題2

ミツコさんは塩分の多さを理由に家族から梅干を食べるのを制限される。梅干があれば、ごはんを食べられそうだが、いまはそれができないので、食べ物をほとんど口にしない。梅干は制限したほうがいいのか。

#### 例題3

黄疸のため医師から検査を勧められて、結局、入院することになったシヅコさん。死が近くに迫っていることをわかっているらしい。それでも、それまで利用していた施設を、「いいところだ、早く戻りたい」と誉めて、「病院では死にたくない」ということを暗に伝えてくる。シヅコさんの思いを尊重したい。どうすればいいのか。

## 「死」を自然ととらえる

なじみの関係になっていくほどに、その人が最期をどういうところで迎えるのか、気になっていくものです。付き合っていく中で、“別れ”はいつかやって来ます。別れるなら、最期までかかわりたいと思いませんか。

ただ、老いや死は特別なことではありません。だれもが、生まれてきたように、老いて死んでいきます。介護職として、家族として、「自分らしく生きる」のを支えてきた相手が老いた結果として亡くなるのは、ごく当たり前のことです。

「死」を自然と  
とらえるために

### 死を日常の光景に取り戻す

死というものを隠さない、遠ざけない姿勢を持ちたいものです。それには、普段から死を日常の暮らしの中にうまく位置づけていく必要があります。人の死を日常の光景として、地域に取り戻していきましょう。

例えば、施設でだれかが亡くなったとき、そのことをほかの利用者に伝えないまま、亡きがらを裏口から運び出すところがあります。しかしこれでは、ほかの利用者は「死んだらどうなるのか、わからない」と、不安を隠せないでしょう。

一方で、ほかの利用者も交えての送る場をもったうえで、正面から送り出す施設もあります。そうであれば、「自分もこうして送ってもらえるのか」と、落ち着いた気持ちになれるでしょう。

医療機関で亡くなる方が一般的になって、人の死に触れる機会がなくなってきました。そうした中で、「この施設では最期までこんなふうに暮らすことができます。そして、こうして見送ります」ということを、同じ施設で過ごす利用者やその家族、地域で暮らす方々に示していくことは、大事なことです。



## 事例から

### 「自分らしく」を考える その2

「自分らしく」を保とうにも、一定のリスクを覚悟する必要に迫られることがあります。リスクとの折り合いをどうつけていけばいいのか、例題をもとに考えてみましょう。

#### 例題1

正月になると、お餅を食べるのが楽しみのショウジさん。しかし、最近はモノを飲み込む力が弱っているので、餅をのどに詰まらせる恐れもある。本人が食べたいという意思表示をしているなかで、周囲はどのように対応すればいいのか。

#### 例題2

排泄する力は残っているものの、骨が折れやすくなってしまっているヒトシさん。骨折する危険を押してまでトイレに誘い続けるのがいいか、逆に骨折を避けるためにおむつに替えてしまうほうがいいのか。それとも……。

#### 例題3

寝たきりでモノを飲み込む力が弱ってしまったマサヨさん。誤嚥を避けるために胃ろうをつくるのがいいか、誤嚥の危険は覚悟のうえで、これまでと同じように口から食べさせ続けるほうがいいのか。それとも……。

## 安心して看取れる体制を整える

しかしそうは言っても、目の前で人が息を引き取る姿をただ見ているのは、つらいものです。経験がなければ、こわいという思いもあるでしょう。なにかできるのではないか、なにかしなければという気持ちも、当然わき起こります。

こうした感情をコントロールするのは容易ではありません。介護職としてかわるのであれば、家族から「なぜあの時、こうしてくれなかった」と糾弾されるような事態になっても困ります。安心して看取れる体制が求められます。

安心して  
看取るために

### 医師と適切な関係を築く

具合が急に悪くなったときに、救急車を呼んだほうがいいのかどうか、判断に迷う場合は少なくありません。自分の気持ちを落ち着かせるためにも、家族に説明を求められたときにしっかり応じられるようにするためにも、まず頼るべきは身近な医師です。

改めて認識しておきたいのは、救命救急センターは、あくまで救命処置を施す医療機関という点です。いったんセンターに搬送されてしまえば、自然死を迎えようとする人に対してさえ、救命措置が施されてしまうことになりかねません。

医療処置を施す必要がそもそもあるのかどうか、あるとすれば、それはどのような処置なのか、判断するのは、医師です。もちろん、初めて目にする相手では的確な判断は難しいでしょうが、一定の付き合いがあれば、それは十分可能です。

相手のことを十分理解している医師であれば、先々なにか起きそうか、その時は介護者としてどのように対応すればいいか、教えてくれるはずです。これらが頭に入っていれば、介護職として、家族として、少しは安心していただけるのではないのでしょうか。



- 「満足死」ということが言われています。逝く側も、送る側も、こう
- ありたいと考える死のあり方です。その条件として、(1) 本人の意
- 思 (2) 支える介護者・家族の満足 (3) いまの医療水準で適切な
- 医療環境にあること——の3つが挙げられています。ここまで述べ
- てきたことは、この3つを満足させようとするものとも言えます。
- 「自分らしく」を支えるとは、まさに本人の意思を尊重することです。
- 「死」を自然ととらえることができれば、そして、安心して看取るこ
- とができれば、介護者や家族は不満を覚えることはないでしょう。
- 安心して看取ることができるというのは、適切な医療環境が身近に
- あればこそ、です。次は、この医療環境をどのように身近に整えて
- いくのか、介護者や家族にできることを中心に、看取りの体制づく
- りについて述べていきます。

## 近くの医療者と連携を取る

適切な医療環境を身近に整えるには、医療者と連携を取るほかありません。どのような医療者と連携を取るか、現実には近くの医療者は限られているので、理想ばかりを追い求めるわけにはもちろんいきません。

ただ、在宅療養支援診療所の仕組みが始まって、在宅医療にかかわる医師の存在が外から見えやすくなってきました。改めて医師との連携体制を見直すのもいいのではないのでしょうか。以下、体制づくりに向けたポイントを2つ挙げます。

### 医療者と 連携を取るために その1

#### 普段の状態をつかんでおく

介護職の場合、医療者という同じ専門家同士と連携を取ることを考えると、互いの役割分担を意識しておく必要があります。相手の職能を理解したうえで、自分の職能でやるべきことをやり遂げる気持ちがないと、連携はうまく機能しないものです。

医療者の役割はまずは、病気やケガなど異常に対して医療処置を施すことです。定期的に施設や家庭を訪問することで、相手の正常・異常を判断していきます。的確な判断が下せるかどうかは、定期訪問での診察にかかっているとと言えるでしょう。

これに対して介護職の役割は、何でしょうか。

一つには、一人ひとりの日々の状態をつかんでおいて、いざというときには、医療者の判断を助ける材料として提供することです。体重や食欲、便通の有無など、普段の状態を知っている、ということが重要です。

### 医療者と 連携を取るために その2

#### 家族と医師の間をつなぐ

もうそろそろ危ないという時、医師は家族と話し合いを持ちます。その場で家族は、医師の言うことを、つい「はい、はい」と、いかにもわかったように聞きがちですが、必ずしも、本当には理解していない場合もあります。

それは、医師と家族との間に、専門家と素人という格差はもちろん、まさに医療者と患者家族という言い方に象徴される格差があるからです。この差をできるだけ埋めるようにする必要もあるでしょう。

具体的には、医師の伝えようとしていた内容をできるだけ丁寧に家族に補足したり、家族が医師に聞いたかったものの言い出せなかったことを、あとで医師に確認するようにしたりすることが考えられます。



## ワンポイントアドバイス

同じ施設で働く同じ介護職としても、価値観や考え方はさまざまです。役割分担を明確にする以前のこととしてまず、同じ施設内の同じ介護職であれば、看取りに関する価値観や考え方をできるだけ共有しておきたいものです。

同じ方向を向いて看取りに当たれるように、施設によっては管理職クラスがさまざまな工夫をこらしています。次のような例が挙げられます。

### 例1

「利用者と付き合いの中で、別れはいつ訪れる。その時、どこかほかの施設に行ってしまうのか、ここで亡くなっていくのか……。同じ別れるなら、最期までかわりたくないか」と、スタッフに伝えている。

### 例2

日常の介護はもちろん、看取りもチームワークでやる仕事。互いに、「大丈夫」と言い合って、一人で背負い込ませないようにしている。特に看取りが初めてのスタッフには、「なにかあっても、あなただけの責任ではない」と言い聞かせている。

### 例3

スタッフを入院した利用者のお見舞いに行かせる。すると、病院は治療の場で、生活の場ではない、ということを実感してもらえる。入院している利用者の表情を見れば、最期までかわりたくない、という気持ちが生まれるはず。



## 事例から考える

特別養護老人ホームや宅老所（小規模多機能ホーム）ではどのような実践をしているのでしょうか。具体例をもとに、自分たちだったらどうするか、考えてみましょう。





## ■事例①特別養護老人ホームの例

仙台市内の特別養護老人ホームで、老衰で亡くなった84歳男性Aさんの例を紹介する。施設入所は2007年12月1日。09年10月24日に息を引き取った。

Aさんは要介護度2。胃がんで胃を3分の1切除していたほか、大腸がんで人工肛門を造設していた。さらに、前立腺がんを患って、骨にも転移していた状態だった。日常的には抗がん剤を飲んでいたほか、月1回は泌尿器科に通院もしていた。

Aさんご夫婦はご本人たちの希望で同時に施設に入居し、一緒に住んでいた。長男と次男はともに家族をもって、別々に暮らしていた。長男夫婦はAさんとの関係は良好だったが、関東地方に住んでいた。次男夫婦は近くに住んでいたものの、次男である夫は単身赴任中で、妻が面会に訪れていた。

### 終末期に入ったことがわかって

死が差し迫ってきたとわかったのは、09年7月のことだ。Aさんを診察した施設の嘱託医はがんも進行し終末期に入っていることを妻と長男、次男の妻に伝えた。

長男は現実には戸惑い、涙を流しつつ、「ここで点滴はできないのか」「がんの痛みはさらにひどくなるのか」「自宅に戻って生活したほうがいいのか」「あとどのくらい生きられるか」……など、嘱託医に重ねて尋ねた。

長男は入居当初から、両親を自宅に戻すことができないか、と考えていた。元気なころは定期的に自宅に帰っていたが、体調を崩すようになってからは、外泊や自宅復帰は難しい状況であった。

長男の妻と次男夫婦からは、夫婦2人での自宅生活は現実的ではないという見方も出ていた。Aさん夫婦が自宅でまた以前のように生活できるのかということに関しては、介護職を交えて、家族で何度か話し合ってきた経緯がある。

質問に対して嘱託医は、一つひとつ

答えていった。

まず、施設で点滴することに関しては、「できない」との回答だった。ただ、食欲が低下して水分が取れなくなると脱水の恐れがある、とも補足説明した。

がんの痛みは見通しを立てにくい問題だった。嘱託医は「人それぞれ違いがあって、Aさんは骨に転移しているだけに、何とも言えない」と答えた。

長男の望んでいた自宅に戻るということに関しては、それまでの話し合いと同じ経過をたどった。Aさん家族と一緒に住むことは現実的ではないので、結局、妻が夫をみることになる。Aさんの妻自身、自宅で夫を一人で支えることには戸惑いを見せた。

さらに、妻はこう話した。「私たちはここにいたほうがいい。限りある命なのだから、最期まで楽しんで生活できるようにしていきたい」と。

やり取りを重ねる中で、病院に移ったらどうなるかという話も出たが、嘱託医は「老衰で亡くなるのだから、入院することは難しい」との見解だった。長男は「この場で結論は出せないで、家族と話し合う」と、ひとまずその場を引き取った。

施設側ではこの話し合いを受けて、

施設内でもこのまま生活ができるように、また看取ることになっても迅速に対応できるように、話し合いを進めた。ケアプランはターミナル期用に作成し直し、それまでと同じ生活が可能になるように準備していった。

### 施設としての対応を整える

その後も、長男とはやり取りを交わし続けた。「特養での生活がAさんにとって良いのか」「病院に入るのは良いのか」「自宅生活は可能なのか」と、話し合いを重ねた。

施設側では、家族の考え方を否定したり誘導したりしないよう留意していた。そして、家族から出てきた具体的な話に対しては、これまでこういう例は受け入れたことがある、と過去の事例を紹介したり、それに対する提案を投げ掛けたりした。

長男の結論としては、住み慣れた特養で暮らすのがいい、と考えて、父親が最期を特養で迎えることを選択した。Aさんはこうして、施設でターミナル期を過ごすことになった。

施設として一貫して意識したのは、で

きるだけそれまでと変わらない生活を送れるように、という点だった。例えば、食欲がない時にはなにが食べたいかを聞いて、それを通常のメニューに代えて食事の時に出すなど、食事の形態を随時調整した。好物の果物はご飯より食が進んだことから、いつでも食べられるように買い置きするようにした。

食欲が落ちてくると脱水の心配もあった。そこで、栄養士と話し合ったうえで、身体に吸収の良い電解質のものを補給してもらった。これを、時間にとられることなく、Aさんが飲める時に勧めるようにした。

大きな心配は、がんの痛みが強くなったときにどうすればいいか、という点だったが、幸いなことに、Aさんが毎月通院していた泌尿器科の医師が、いざというときには処置を施す、という手はずになっていたので、落ち着いていられた。

長男夫婦や次男夫婦には、日々の体調や過ごし方がわかるように、施設側から定期的にAさんの様子を報告した。長男や次男夫婦は面会に随時訪れて、両親と一緒に食事をするなど、家族の団らん風景が見られた。

医療者としては、施設勤務の看護師が日常にかかわっていた。介護スタッフから体調に関して報告があったときには、随時看護師がAさんのもとへ出向いて体調の確認や精神面のサポートに努めた。嘱託医は毎週金曜日の往診を続けていたほか、体調に変化があったときには、随時看護師から電話やFAXで連絡を受けて指示を出した。

### 人生最期のステージを終える

Aさんは次第に、身体状態が低下していった。家族は最期を迎える過程の中で、

Aさんが老いていく場面を見ることのつらさもあったけれども、家族と職員が一緒になって考えていくことができた。

食欲がなくなってくると、食べ物として固形のものを出すのは無理があるように思える。しかし、家族から「好きなものを食べさせて」と言われていたこともあって、Aさんの好物の果物や寿司などを安心して出して、結果、食べてもらうことができた。

Aさんはこうして、2年近くを過ごした施設で、食べたいものを食べながら、静かに息を引き取った。初めのうち心配していたがんの強い痛みには、幸いなことに、最後まで苦しめられることはなかった。

#### 【スタッフから一言】

「老衰で亡くなることは、若くして病気で亡くなったりすることとはまた別で、人生の最期のステージです。その最期の時に、『好きなものを食べて、のどに詰まらせたりしたら』『無難に最期を迎えるために、やりたいことをがまんしてもらおう』というのとは違った向き合い方を、たくさん学ばせていただきました。老衰は、がんばってきたそれまでの人生の最後の場面、人生をまっとうする場面だと思います。そういう場面に、ご家族に加えて私たち職員も参加し、良い過ごし方ができたにご本人もご家族も思えるような支え方ができれば良い、と思います」

## ■事例②宅老所（小規模多機能ホーム）の例 その1

千葉県木更津市内の宅老所で亡くなった82歳の女性Bさんの例を紹介する。併設のデイサービスを利用し始めたのは2003年3月。それから3年9カ月、最後は泊まりで利用していた宅老所で、日常と非日常の時間が交錯する中、静かに息を引き取った。

Bさんは夫と二人暮らしだった。夫婦の間には娘が二人いるものの、ともに市外の家で別々に暮らしていた。

初めて宅老所を訪れた時は、「奥様はどこから。ご挨拶させていただかない」と告げるかと思うと、中を案内しようとするスタッフをかわして、玄関から台所のほうへと向かった。台所にいるであろう「奥様」に挨拶しようとしていた。

足下は脳出血の後遺症でおぼつかなかった。しかし、物腰は毅然としていて、気品に満ちあふれていた。それが、スタッフには第一印象として強く残った。

Bさんはその後、体調を崩して入院を重ねた。すると、目に見えて自分でできることが減っていった。そのうち、食べることを拒むようになってしまった。人一倍の努力家で、誇りを持って生きてきたBさんにとって、身の回りのことすらできなくなっていくというのは、不安で屈辱的な出来事だったに違いない。

入院中、食事介助に対して口を閉ざすたびに、鼻に管を入れて輸液を送り込んで栄養分を取るよう病院から勧められた。宅老所のスタッフはその都度、病院に頼み込んで、宅老所に連れて帰るようにした。

宅老所ではBさんに、身の回りのことができなくなってきたという現実と何とか折り合いをつけてもらって、食べてもらおうと工夫をこらした。

ある時は、Bさんの好きなピザの宅配を頼んだ。スタッフは電話口の向こうで対応する店員にこう頼んだ。「玄関が上がって中に入って来てください。ご婦人が座ってますから、その方にピザを渡して、お金を受け取ってください」と。

スタッフは一方で、Bさんの手に1万円札を握らせて、宅配ピザが届くのを別の部屋に隠れて見守った。他人に食べさせてもらうという屈辱を味わわせるのではなく、自分でお金を払って食べるという誇りを取り戻してもらおう作戦だった。

宅配ピザが届く。配達の若い男性は指示通り、しかし怪訝そうに上がり込む。Bさんを目の前に、若い男性は「奥様、どうぞ」と、持って来た箱を開けてピザを差し出す。そして、Bさんの手から1万円札を受け取る。お釣りを置いて、部屋をあとにした。

すると、Bさんは間もなく、目の前のピザを一切れ手に取って、口に運んでいく。自身の手で、好物のピザを食べ始めた。

排せつはトイレに連れて行くようにした。病院では付けっぱなしにされてしまうおむつを外して便器に座ってもらうと、Bさんはしっかりと排尿した。トイレでできることを自ら認識すると、以降、おむつの中にすることはなかった。

こうしてプライドを保つことができるとわ

かると、Bさんは生きる気持ちを取り戻したのか、食べることを再開するようになった。

それでも、Bさんは着実に老いていった。体は弱っていった。起き上がることもできなくなった。利尿剤を用いても尿の出が悪く、体のむくみが取れない状態に入った。

二人の娘やBさんの夫は、医療の力にどこまですればいいのか、絶えず揺れていた。1日でも長く生きてほしいと思う反面、自然な死を迎えさせたいとも思っていた。宅老所のスタッフに日に何度も電話で相談を持ちかけた。多い時には20回にも及んだ。

大きな病院の医師から、「もうこのままでもいいじゃないか」と聞かされると、このまま死を迎えさせたい、と考えた。診療所の医師から、「まだまだやれることはありますよ」と聞かされると、もっとがんばろう、と考え直した。

Bさんの顔を見ると、なおさら、揺れた。「1秒でも長く」という思いと、「これ以上の医療はやめてあげたい」という思いの間で、引き裂かれるかのような思いだった。

### 【スタッフから一言】

自分で表現することすら思うようにならなくなったとき、とりわけ認知症であると思われるようになってからは、それまで送っていた自分らしい生活を続けるのがとたんに困難になります。一人での暮らしや家族との暮らしがなくなるとき、どうしても、介護や医療の管理のもとに自身を委ねなければならなくなります。そのとき、介護は、医療は、「自分らしく」なんてことに、果たしてどれだけこだわってくれるのだろうか。まだまだ私たちの社会では、そこまで思い届いていないのかと思います。「自分らしく生きる」ために、必要な介護や医療のあり方を伝えていきたいなあと思っています。

ここまで来ると、ほとんど食べることはなかった。栄養分は中心静脈から取っていた。最低限の水分を、口から確保する程度だった。座位の姿勢で、一口、二口、口に大好きなアイスクリームを含むこともあった。

体に水分を取り込むと、その分、体がむくんでしまうような状態ではあった。それでも、Bさんがこの宅老所を訪れるようになってから3回目の年末を迎えることができた。

そのおかげで、ヨーロッパに滞在するバイオリニストの孫娘が駆けつけることができた。溺愛していた孫娘が枕元でバイオリンを演奏すると、言葉を発せなくなっていたBさんは、音楽に合わせて首を左右に振った。喜びを、そして生きていることを表現して、コミュニケーションを図っているようだった。

新しい年を迎えた。2週間余りたったある日、宅老所のみみんなと一緒にテレビを見て、ああでもない、こうでもない、と雑談していた。Bさんはそうしたいいつものにぎやかな暮らしの中で、静かに息を引き取った。

## ■事例③宅老所（小規模多機能ホーム）の例 その2

栃木県栃木市内の宅老所で亡くなった77歳の女性Cさんの例を紹介する。退院後、この宅老所を利用するようになったのは、2000年8月から。それからほぼ1年にわたって、離れのような6畳一間で寝起きし、01年9月、家族に見守られながら亡くなった。

Cさんは退院後、一人住まいの自宅に戻れるようになるまで、どこで過ごすか、適切な場所を探していた。軽度の右足麻痺が残っていることから、親族である兄弟姉妹と一緒に暮らす自信がなかった。かつて老人保健施設を利用していたことはあるが、Cさん自身、施設で過ごすのは拒んでいた。

もっと小さくて自由の利く場所を、Cさんは探していた。グループホームという存在を知って、県内のグループホームに問い合わせしてみたものの、「認知症専門」を理由に断られてしまった。宅老所のことは、そこで紹介を受けた。

まず、主な介護者である妹が宅老所を訪ねて、責任者と話し合った。そこでは、宅老所に往診に訪れている医師に主治医を替えることは可能か、いよいよという時期を迎えた時、延命治療をどこまで望むか、最期をどこで迎えたいと考えているのか、といった点に関して、確認を求められた。

妹は当初の考えを変えることなく、Cさんが宅老所で過ごすことを望んだ。そこで今度は、責任者が、入院中だった本人の意思を確認しようと、病室に見舞った。

宅老所の広報誌を手に、Cさんは「いいところね、お願いします。きょうはわざわざ、ありがとう」と、笑顔で話した。責任者は「お待ちしております。頼りないと思うでしょうが、そんなときは一緒にいい方法を考えてくださいね」と、思わず答えた。

本人には知らされていなかったが、「がんて余命半年」との診断をCさんは受けている。宅老所では看取りを経験してはなかったが、「生きる場所として選んでくれたのなら、その気持ちに応えよう」と考えて、受け入れを決めた。

医療に関しては、数カ月前から近くの在宅医が往診に来てくれていたことから、大きな不安は感じないで済んだ。スタッフに関しては、宅老所を「終の棲み処」と考えていこう、と日ごろ方向性を確認し合っていたので、受け入れに拒否反応は見られなかった。

宅老所の中でみんなが集う場所から少し離れた6畳一間に住むようになって、Cさんは次第に元気を取り戻してきたように見えた。そして、各地の特産品を買い集める趣味に精を出すようになっていた。

移動にはもともと車いすを利用していたが、杖を片手に歩く日も見られるようになってきた。退院して宅老所を利用し始めたころは、排尿にはバルーンカテーテルを用いていたが、そのうち、トイレで排尿ができるようになっていた。

2001年7月には、2泊3日で試みに自宅に戻ってみた。Cさんはそして、9月に

は自宅に戻る、という目標を立てた。

ところが、8月に入ると、Cさんの体には変化が現れ始めた。「薬が飲みにくくなった」と訴えるばかりか、時々、嘔吐するようになった。中旬になると、食欲が落ちてきた。食べたものはすぐ戻すようになってしまった。

8月の終わりに近付くと、妹と往診医とスタッフとで以降の治療に関して相談する機会を持った。いよいよターミナルの時期であることを確認し合ったうえで、本人に告知するか、延命治療をどこまで希望するか、といった点を検討した。

Cさんの意思は固まっていた。かつて脳梗塞で死に直面した時、自らの死に方を考えていた。それは、「延命はしないで、自然に逝きたい。管につながれて、病院で逝くのは嫌だ」というものだった。

周囲は「本人の意思を尊重しよう」と話し合った。告知はしないものの、Cさんの不安が頂点に達したとき、Cさんの気持ちをきちんと受け止める必要が生じたとき、そのときには逃げないで、妹の口から告知

しよう、と決めた。妹、往診医、介護職、それぞれの役割を確認し合った。宅老所の責任者はこの日、Cさんのこと、スタッフのことを考えたうえで、「悔いのない介護をしよう」と、Cさんのそばを離れないことを決めた。

もうじき9月という時期になると、Cさんはベッドから起き上がれなくなった。夜は眠れない時もあった。ただ、やつれてはいるが、表情は穏やかで、痛みや苦痛はないように見えた。「そばにいてあげたい」と、妹が泊り込むようになった。

9月1日。Cさんの血圧は下がってきていた。夜9時、宅老所に泊まり込んでいた妹に呼ばれて、部屋に行くと、Cさんの呼吸に変化が見られる。宅老所の責任者は心配して電話をくれた往診医に報告した。夜10時過ぎ、妹に見守られながら、Cさんは息を引き取った。

日付けの変わった0時半、「9月になったら自宅に戻る」という自ら立てた目標通り、Cさんはスタッフに見送られながら、動かぬまま帰っていった。

### 【スタッフから一言】

ターミナルケアは初めてのことでしたが、家族、医師、宅老所といったCさんを取り巻くさまざまな人が、それぞれの立場でCさんのことを一番考えていました。本人の意思を大事にし、かかわるみんなが同じ目的を持ってその人を見ていく——そこに、本人中心の良いケアが生まれてきます。そしてそれが、介護のあり方ではないでしょうか。Cさんの死を経験して、その人らしい暮らしを支えることの重要性を考えました。介護が必要な人になじみのスタッフがどこでも同じ介護を提供してくれること、そして、いざとなったら待っていてくれる場所があること、それが、どこにいてもその人らしく生活できるように必要である、と気づかされました。

## 独立行政法人福祉医療機構「長寿・子育て・障害者基金」助成事業

発行：特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター

〒983-0932 宮城県仙台市青葉区木町16-30 シンエイ木町ビル1階

TEL 022-727-8730 FAX 022-727-8737 E-mail [clc@clc-japan.com](mailto:clc@clc-japan.com)