

高齢者を地域で看取る小規模多機能ケアの分析

— 宅老所における事例を通して —

遠藤幸子

はじめに

我が国における高齢者人口の急増は、同時に亡くなる高齢者の増加を伴うことになり、2009年の死亡者数1144,000人から2040年頃には166万人に達すると予想され、その数は1.5倍に上る¹⁾。

死亡場所としては病院が全体の85%を占めるが、病院は本来、積極的な医療ケアによる救命や治療の場である。高齢のため無理な医療処置は望まない場合、また終末期にあつて治療による回復が望めない場合には、病院本来の機能とは矛盾する状況に置かれることになる。たとえ救命に成功しても、在院日数の短縮が経営安定の必須条件となっているため、病院は高齢者を最期まで受け入れる余裕を失っているのが現実である。

一方、2004年に宮田らが行った在宅高齢者の終末期ケア～全国訪問看護ステーション調査²⁾によると、「自宅での死の方が、病院での死よりも常に質が高いとはいえない」「在宅死にも質の低い死、惨めな死がある」という事実が明らかになっている。この調査によると1305例の家族のおよそ3分の1は、「在宅介護を行う意思はあるけれども最期の看取りまで在宅は望まない」という意向であった。現実問題として、在宅死は、家族の介護力、地域医療の充実、社会的なサポートに恵まれない限り困難な選択肢となっている。

そこで高齢者の最期の場として期待されているのが、特別養護老人ホームやグループホーム、有料老人ホームである。また、地域密着型介護事業として制度化された小規模多機能ケアは、介護が必要になっても住み慣れた地域で最期まで生活することを目指すシステムとして注目を集めている。このように、最期の場は医療から福祉へと重心を移行し、実際に看取りにあたる介護現場では、それぞれに方策を模索しているところである。

高齢者の多くは要介護状態を経て、その生活の延長線上で死を迎えることになる。つまり、要介護状態となった後の生活の質の高さが、終末期ケアの質の高さにつながることになる。したがって、最期の場をどこに選定するかということにとらわれるのではなく、どんな最期を迎えるのかというプロセスを重視する必要があるといえる³⁾。

では、高齢者や家族にとって、また介護職にとって、

終末期における質の高いケアとはどんなものであろうか。その要因を探るために、小規模多機能ケアを実践する宅老所における日常の介護と、そこで行われた看取りの事例を分析し、高齢者の看取りのあり方を検討する。

1. 小規模多機能ケアとは

(1) 小規模多機能ケアの定義

平成15年6月25日高齢者介護研究会による報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」のなかには、「Ⅲ 尊厳を支えるケアの確立への方策」として、「2 生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」が挙げられている。

そこには、「可能な限り在宅で暮らすことを目指す」という項目があり、認知症高齢者にも対応した体系として(1)在宅で365日・24時間の安心を提供する：切れ目のない在宅サービスの提供について、小規模・多機能サービス拠点の説明がなされている。

日中の通い、一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービス、さらには居住するといったサービスが、要介護高齢者（や家族）の必要に応じて提供されることが必要であり、さらに、これらのサービスの提供については本人の継続的な心身の状態の変化をよく把握している同じスタッフにより行われることが望ましい。このためには、切れ目のないサービスを一体的・複合的に提供できる拠点（小規模・多機能サービス拠点）が必要となる。

地域密着型の在宅サービスを実践する試みとして、宅老所と呼ばれる取り組みがある。宅老所には小規模・多機能サービスを実践しているものも多くあり、それらの中には、医療サービスなど地域の他のサービス資源を活用しながら、ターミナルケアまで実践しているところもある⁴⁾。

小規模多機能ケアは、2006年介護保険法改正により新たに創設された地域密着型サービスとして「小規模多機能型居宅介護」が普及したことで、注目されるようになった。その定義は、厚生労働省令第34号第62条によって「要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点に置いて、家庭的な環境と地域住民との交流下で、入浴、

排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に依りその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」とされている⁵⁾。

(2) 小規模ケアの変遷

小規模ケアの先駆的な実践の取り組みは1980年頃から始まった。認知症高齢者の在宅生活を支援する制度がないなか、家族の会など住民組織の自主的な運用による取り組みであった。認知症高齢者を日中の間ケアする宅老所やデイセンターが開設され、やがて居宅サービスが開設されるようになり、さらに年齢や障害の有無を問わず、幅広くサービスを提供する形態もでき始めた。

宅老所・グループホームは、通所から泊り・住居を行う「小規模多機能施設」と呼ばれるようになり、介護保険制度制定後には運営主体の多様化により、年間100か所単位で事業所数が急増した。しかし、なかには、介護保険事業に移行しながらも、これまで通り自主事業を併せ持ち、必要な人に必要なサービスを提供してきたところも少なくない。

こうした実践が、高齢者介護研究会により報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」に取り上げられたことで、注目を集め、政策用語「小規模多機能」という言葉が登場した。2007年には小規模多機能居宅介護の事業所は1000ヶ所を超えている⁶⁾。

2. 小規模多機能ケアにおける看取りの実際

住み慣れた地域で、最期までその人らしく生きることを支えるケアの実践事例として、ある事業所での看取りについて取り上げる。

海沿いの地域で小規模多機能ケアを行う事業所に、2009年9月、2010年3月、2010年5月、2010年9月の4回の取材で、延べ14日間滞在し、参加観察法を用いて日常の介護について情報収集し、看取りに関連する援助内容ごとに分類した。

また、1年間のうちに看取りを行った2事例について事業所管理者である看護師を含む職員4名、嘱託医、それぞれの家族に看取りの様子について半構成的面接を行った。職員、医師、家族の語りの逐語録は、意味、内容の類似性に従い分類した。これらをもとにして日常の介護と看取りの状況との関連性について分析した。倫理的配慮としては、対象者それぞれに研究の主旨を説明し同意を得ている。カルテ開示に関しては、家族、管理者に承諾を得ている。また、管理者には介護業務や運営状

況が公表されることについて承諾を得ている。

(1) 制度に縛られない独自の運営とケアのシステム

1997年に、築100年の民家を改修して通所施設として設立された宅老所Aの名称は「託老所A」である。「宅老所」とは「自宅のような」という意味をもつが、「託老所」という名称には、家族がここに託したいと思えるような場所にしかつたという管理者の思いが込められている。「どんなお年寄りも、当たり前に分らしく、普通の生活を続けられる場所。そして、自分もここなら入りたい、ここなら死ぬるといふ場所、そういう場所にしかつた」という思いが反映された設立理念を持っている。訪問介護事業とグループホームの運営も行い、デイサービス事業との連携を図っている。

小規模多機能ケアは制度化されたことで、経営上、運営上の制約ができた。居宅での生活を基盤にして、通いも泊りもできるというサービスの組み合わせは可能だが、制度では泊りの施設は通所施設と同一建物に併設されなければならない。宅老所Aは制度化される以前に開設された事業所であり、当初から、泊りの施設は通所の施設とは車で数分の場所に、中古の民家を利用して運営されてきた。その利点は、自宅からデイサービスに出かけて行く、また帰っていくという、通うことでのメリハリのある日常生活を継続できる点である。

夜間自宅で一人過ごすことが困難な利用者は、デイサービスで夕食を済ませた後、泊りの施設に帰る。デイサービスに通所する毎日が、日常生活であることを目標に体制づくりがされている。

(2) 日常の介護

宅老所Aに数日間滞在し、早朝から夜間にわたり職員とともに業務に参加しながら小規模多機能ケアの状況を観察し、高齢者の看取りに至るまでの介護について情報収集を行った。以下の内容(表1)は、約1年間に渡る9月、翌年3月、5月、9月の4回、延べ14日間の取材で得られた情報を、【環境】【食事】【入浴】【排泄】【認知症ケア】【送迎】【家族】のカテゴリーに分類したものである。

表1. 日常の介護

日常介護の構成要素		観察内容
環境	地理的環境	<ul style="list-style-type: none"> ・豪雨や台風などの自然災害が少ない温暖な気候 ・瀬戸内海沿岸で小さな漁港がある ・地方の県庁所在地で観光都市に位置している ・由緒ある数々の霊場があり神仏を深く敬う風土 ・県内高齢化率 25.55% (2009年データ)
	地域環境	<ul style="list-style-type: none"> ・民家が立ち並び、入り組んだ路地の奥にある ・高齢化の結果、住人が不在のままの空家が急増 ・周囲にはいちじく畑が多く野菜の畑も多い ・近隣住民が新鮮な野菜・魚などを寄付してくれる ・伝統ある祭りなど地域の行事が盛ん ・隣近所のつきあいなど昔ながらの庶民の暮らしが息づいている
	住居環境	<ul style="list-style-type: none"> ・木造建築、瓦屋根の日本家屋で平屋建て ・敷地内には様々な樹木、草花を育てている ・神仏を敬う和風のしつらえ ・足を踏み入れた瞬間に心が安らぐ空気を醸し出す ・2年前までは築100年の民家を活用していたが老朽化のため新築移転した ・床に座って和めるフロア、ソファ、腰かけの工夫 ・引き戸を開け放つといくつかの部屋が解放される ・採光・風通し・介護上の動線を意識した設計
食事	その人の食事	<ul style="list-style-type: none"> ・その人の食欲、体調に合わせた調理方法、形態、量の調整
	経口摂取のためのケア態勢と調理方法	<ul style="list-style-type: none"> ・咀嚼が困難でも、誤嚥防止のために必ず座位で摂取 ・ミキサー食はボトルに入れ少しずつ口に注入し、1回量として、お椀に1～2杯分は摂取 ・ミキサー食は普通の形態の食事内容と同様、軟飯、野菜の煮物、煮魚や焼き魚のほぐしたもののほか、バナナ2本、リンゴ、はちみつ、砂糖を加える(甘味があることでスムーズに摂取できる)
	食卓を囲む	<ul style="list-style-type: none"> ・職員も一緒に食卓を囲み、談笑しながら食事の時間を楽しむ ・食後は利用者が洗った食器を拭き、片づけをする
入浴	浴室設備	<ul style="list-style-type: none"> ・浴槽は総ヒノキの一人入浴用の家庭風呂 ・歩行が困難でも座位が可能なら狭い浴槽なので姿勢が維持でき、湯につかることができる ・普段の家庭での入浴に近い状況にするため、大規模施設にあるような機械浴やリフト浴はない
	体調管理 清潔にして自己免疫力維持	<ul style="list-style-type: none"> ・その日の利用者の体調や機嫌を考慮して順次行う ・看護師である事業所管理者曰く、身体中の穴という穴はきちんと清潔に保つケアを行う
排泄	トイレ設備	<ul style="list-style-type: none"> ・洋式トイレが浴室とドア続きに隣接 ・排泄時の皮膚汚染を洗い落とすのに都合がよいような設計
	自力排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・便座の高さは高齢者の身長に合わせて注目で子ども用便座設置 ・適宜排泄の声かけや誘導を行う自力排泄を妨げない介護
認知症	認知症対応型デイサービスセンターの特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の半数以上が90～100歳の高齢者 ・他の事業所、施設では介護しきれなかった重度認知症の人も通所 ・認知症が進行した寝たきり高齢者数人が通所 ・こだわりが強い認知症の人への対応、ケア計画の変更が臨機応変 ・利用者の様子、天候などにより周辺の神社や公園に外出するなどケア体制が柔軟
送迎	生活リズムの確保	<ul style="list-style-type: none"> ・誘導があれば車の乗り降りや移動ができる人がほとんど ・寝たきりの人でも車の座席では座位になれるので通所は可能 ・送迎中のコミュニケーションにより状態把握
家族	情報共有と理解	<ul style="list-style-type: none"> ・日常の送迎、適宜相談、面談により情報交換や状態説明を行う ・普段の職員同士のコミュニケーションで家族ケアの内容を調整 ・日常のケアに理解が得られるよう時間をかけた人間関係作り

【環境】

宅老所Aのデイサービス事業所は、民家が立ち並び入り組んだ路地の奥にある。周囲には畑があり、採れた野菜や果物を寄付してくれる隣人に恵まれている。また近くには小さな漁港があり、新鮮な魚が手に入りやすく、しばしばさしみが食卓に上る。由緒ある霊場があり、神

仏を敬う風土を持っている。祭りなどの地域の行事も盛んであり、昔ながらの庶民の暮らしが息づいている環境である。

宅老所Aは木造建築の日本家屋で、足を踏み入れた瞬間に心が安らぐような空気を醸し出している。介護施設のために設計されたのではなく、もともと住まわれて

いた民家を活用したため普通の家の感覚が保たれる環境であった。設立当初から10年ほどの間は、築100年以上の古屋敷を借り、施設として使用していたが、老朽化が激しくなったため、現在は2年ほど前に新築した木造で瓦屋根の平屋建ての日本家屋でデイサービスを運営している。

フローリングにソファや椅子、テーブルは配置されているが、畳に座って和めるような居間も造られている。採光と風通しが工夫され、夏でも冷房をつけない。台所とリビングがつながっており、調理・配膳をしながら利用者の様子が観察できる点はグループホームに見られる家庭的な環境と同様の様相である。引き戸を開け放つと3つの間がつながって広くなり、一望に見渡せる解放感がある。

【食事】

その人の食欲や体調に合わせ、職員が調理方法や形態、量を調整して配膳する。咀嚼が困難でも、誤嚥防止のために必ず座位にして、ミキサー食をボトルに入れ少しずつ口に注入し、1回量として、お椀に1～2杯分は摂取する。ミキサー食は普通の形態の食事内容と同様、軟飯、野菜の煮物、煮魚や焼き魚のほぐしたもののほか、バナナ2本、リンゴ、はちみつ、砂糖を加える。甘味があることでスムーズに摂取できるという。職員も一緒に食卓を囲み、談笑しながら食事の時間を楽しむ。食後は洗った食器を利用者が拭き、片づけをすることで、高齢者であってもそれぞれが役割をもって過ごす空間になる。

【入浴】

入浴は、その日の利用者の体調や機嫌を考慮して順次行う。浴槽は総ヒノキの一人入浴用の家庭風呂である。歩行が困難でも座位が可能なら狭い浴槽なので姿勢が維持でき、湯につかることができる。普段の家庭での入浴に近い状況にするため、大規模施設にあるような機械浴やリフト浴はない。管理者曰く、身体中の穴という穴は

きちんと清潔に保つようにする介護を行っている。清潔を保つことで感染を防ぎ、自己免疫力を維持することができる。

【排泄】

洋式トイレが浴室とドア続きに隣接し、排泄時の皮膚汚染を洗い落とすのに都合がよいように設計されている。便座の高さも高齢者の身長を考慮し、特注で子ども用の低さに設置してある。適宜排泄の声かけや誘導を行い、自力排泄を妨げない介護を行っている。

【認知症ケア】

認知症のため、こだわりが強くなり混乱し始める高齢者がいる時などは、室内での介護に固定せず臨機応変に対応する。集団で屋外へ移動し、花見や神社への参拝などで気分転換を図り、認知症特有のこだわりから解放する介護がなされている。

【送迎】

デイサービスの利用者は1日約10人、その半数が90歳代から100歳を超える高齢者である。誘導があれば車の乗り降りや移動ができる人がほとんどであるが、寝たきりの人でも車のシートで座位になり通所している。

【家族ケア】

大家族の日常のような宅老所A独特の雰囲気について、利用者の家族は「認知症の高齢者でも和める居場所がやっと見つかった」という。レスパイトケアのために、コミュニケーションの中から家族の思いを受け止め信頼関係を構築している。

(4) 宅老所Aにおける今日までの看取りの経緯

表2、表3、で示されるように、平成17年以降の看取り件数はこの数年での4事例である。また、看取りの実際については、職員、家族の語りをまとめ、表4.に示した。

表2. 死亡場所、死亡(退所)者数

死亡場所・その他	人数	
宅老所(デイサービス)	2	1名は事例1のAさん(平成22年)
宅老所(泊りの施設)	2	1名は事例2のBさん(平成21年)
他事業所・施設へ	18	宅老所Aから別の施設・事業所へ移動
入院	7	入院後1週間から1カ月で7名とも死亡
自宅で急変し入院	4	入院後に4名とも病院で死亡
グループホームへ移動	2	1名は入院して死亡
不慮の死、不明	2	1名は不慮の死、1名は自宅で介護、その後は不明

注：延べ60名の利用者(現時点での25名を含む)について H17以降のデータ

表3. 看取り件数

	平成17年	18年	19年	20年	21年	22年
デイサービス				1名	1名	
泊りの施設						2名

表4. 2つの看取り事例

事例1	Aさん (90歳代後半 女性) 要介護5	
利用期間	5年7カ月	
情報項目	看取りの状況	
	事項・keyword	具体的な状況
利用に至るまでの経過	たどり着いた居場所	認知症のため老人保健施設に入所中、大腿骨頸部骨折で入院。退院後グループホームに入所したが疥癬に感染していたため、一晩で自宅に戻ることになった。自宅では適切な介護が得られず、認知症の症状が悪化。受け入れてくれる施設を方々探し、やっと宅老所Aにたどり着いた。
人となり	世話好きな性格	若いころは、産休明けの教員の子どもを預かる仕事をしていた。いつも大勢の人の中での生活だった。認知症になってからは、人形を抱いて背中をトントンと拍子をとってあやす動作がよく見られ、昔の子守の名残であると思われた。
	周囲に愛される人柄	人に世話されるのではなく、自分でやる、という気持ちが生きる力になっていた。宅老所Aではアイドル的存在だった。認知症があっても言葉のやり取りが成り立ち、会話のつぼが分かっている人だった。自分よりまず周囲の人を気遣う。 挨拶する職員に「遠いところからわざわざ来てくれとるん」「みんなで食べてるうまいのう」など、周囲をほのぼのとさせるコミュニケーションがとれていた。
日常生活の様子	認知症のコントロール	骨折のため歩行困難はあったものの、日常生活動作は誘導されればできる状態であった。できることは自分でやりたいという思いが強いため職員に言うことが聞き入れられないことや、排便コントロール不良による弄便行動があったが、職員の地道な介護により、宅老所Aでの生活に慣れることができた。
	大病をしない免疫力	身体的な不調としては加齢による心機能低下がみられたが、嘱託医に経過観察してもらう程度の状態であった。
	周囲の人との温かい交流	認知症のため記憶はその瞬間に消えていくが、周囲への配慮やトントンのきいた受け答えは職員たちを感心させる毎日であった。
サービス担当者会議の記録より	安定している体調	A医師(嘱託医) 本人さんはよく会話をされ、積極的に生活されています。心臓の状態も安定しています。近いうちに血液検査をします。これからも続けて介護をよろしくお願ひします。
亡くなる6カ月前の記録	穏やかな生活	本人 おかげさまで皆さんようしてくれます。しっかり生きています。
	予測できる経過への対応策	介護職員 生活の中のちょっとしたことで骨折の危険もあると思いますが、本人さんの意欲を尊重して、役割を持ち楽しく過ごせるように支援していきたいと思ひます。 ケアマネジャー その都度、娘さんには確認しているのですが、場合によっては救急車対応になることは覚悟しているとのこと。十分してもらっているので、本人も幸せだと思うから、とされています。
看取りの経過	衰弱の過程	亡くなる数カ月前、風邪が引き金になって体調が回復しなくなり、弱りが進んだ。食欲低下、活気なく、自分でできた入浴時の着脱も職員に任せるようになってきた。あの手この手で経口的摂取を試みてもだんだん摂れなくなっていった。嘱託の医院には2日おきに補液のため200mlの点滴注射に通っていた。
	補液をしながら最後まで普段の日常生活	亡くなる3日前から肩呼吸、喘鳴が見られたが、トイレで排泄し、前日にも点滴を受け、入浴し、ごく少量であるが経口的に食事をした。泊りの施設で夜勤の職員に見守られながら、午前6時過ぎいつもの側臥位の姿勢で亡くなる。

高齢者を地域で看取る小規模多機能ケアの分析

Aさんの看取りに対する思い		
語り手	カテゴリー	語られた内容
看取りをした泊りの職員	馴染みの職員による夜間の看取り	長いお付き合いのうちには、こちらの意志が伝わらず困ったこともあったが、 <u>布団を並べて寝る</u> ことで、Aさんは落ち着いて過ごされていた。
	身体的苦痛への対応	最期の夜も隣に横になって、背中をさすったり、声をかけたりして一緒にいた。 <u>苦しそうな息使いや体の動きがあり、背中や手足をさすって、なだめながら過ごす。苦しがる様子を見てみると、もしかして、点滴の量が多すぎて心臓に負担がかかって苦しんでいるのではないかと気がかかった。</u>
	看取りの不安	徐々に体動がなくなり、4時ごろには握った手を自分から握り返してきた。無呼吸の後の呼吸が弱くなって、どの時点で所長に知らせようか、家族に連絡しようか、 <u>迷いながら過ごしていた。</u> 父と姉を看取った経験があるが、そのときは全然違っていた。これでいいのだろうかとても不安だった。
	最期の対応	6時に大きな喘ぎ呼吸を2回した後、呼びかけても呼吸がないため、管理者に電話。管理者と孫娘がすぐ駆けつける。孫娘の家族、職員らがかけつけ、お別れをする。
C介護職員	日頃からの死に対する覚悟	死ぬときはどんなふう に 死にたいの?と日頃から声をかけることができるような間柄になっていた。
	日常と変わらぬ介護	最後の入浴は <u>ぜひわたしが介助したいと申し出た。</u> すっかり衰弱して自分では動こうとしない状態になっていて、肛門から何か出ていた。それは脱肛で、筋弛緩がすでに起こり始めていたのだ。死の兆候が現れているようなぎりぎりの時期に来ていた。それにも関わらず、いつも入る浴室で入浴ができたことは素晴らしいと思う。
管理者（B看護師）	過去の教訓	以前に呼吸停止状態の利用者を蘇生し救急病院に搬送、2ヵ月の入院の後、亡くなったケースを宅老所での看取りの教訓として、 <u>老衰で死にゆく高齢者には、自然な死の過程を妨げない看取りがしたい</u> と思う。
	医療処置の必要性	水分補給が経口的にできない状況では、点滴が必要。点滴による水分補給が可能だと判断できる場合には行うべきだ。 経口摂取が困難になった場合、水分補給の意味で1回に200ml程度の補液をする。浮腫や喘鳴の状態を見ながら、その人に必要な <u>最低限の医療処置（点滴静脈注射）は行う必要がある。</u>
	死と向き合う姿勢	家族は死の兆候が現れる時期になると、その状況を受け入れ難くなる。そこできちんと向き合えないのなら、病院に搬送して最期を任せる道を選ぶことになる。宅老所で死ぬと決めたからには、 <u>向き合う辛さから逃げてはいけない。</u>
	看取りに関する介護職員の教育	最期の対応については <u>家族に決定権があるが、職員はここで最期まで暮らしてほしいし、自分たちで看取りたいという思い</u> で日々の介護を行っている。しかし、状態悪化時や急変時、介護職員は、どのような判断をして対応をすればいいのか、日ごろから勉強会を重ねていても、いざとなると動転してしまい、周囲の <u>ことや先々を考慮した冷静な判断</u> ができない。救急搬送したら病院での治療を行うことになり、それが果たして本人にとって必要なことかどうか、広い視野のもとでの判断力が介護職にも必要だ。
家族A（孫娘）	満足できる看取り	祖母は生き切ったと思う。これでいいか?とみんなに確認して逝ったかのようだ。こんなにみんなに看取られて死んだばあさんはおらんやろな。
	皆が納得する看取りがよい看取り	看取りとは、 <u>周囲のみんなが納得しないといけな</u> いと思う。宅老所の職員も家族同様に暮らしているので、職員が納得する方法をとることも必要になってくる。看取りとは、 <u>家族、親族の気持ちと職員の意志との折り合いをつけていく作業</u> でもある。最期まで引き受けてもらうとは、 <u>看取りの方針やケアの判断を</u> 任託すということでもある。

例2	Bさん (80歳代後半 女性) 要介護5	
利用期間	5年7カ月	
情報項目	看取りの状況	
	事項・Keyword	具体的な状況
利用に至るまでの経過	居場所	独居であり、宅老所Aを利用するまでの7年間は家政婦が日常生活の援助をしていたが、その家政婦が高齢になったことや認知症の進行による夜間の徘徊が激しくなったことで、家族の介護力では対応が困難になった。地域の様々なデイサービスセンターでの介護ケアを試してみるが、どこにも馴染むことができず家族は困り果てていた。そこで制度に囚われない独自のケアをしている宅老所Aを、担当のケアマネジャーに紹介された。Hさんは宅老所Aの環境にごく自然に馴染むことができ、職員の手厚い介護を受けながら、亡くなるまでの6年間で過ごすことになった。
心身状態の経過	病状悪化	事業所を利用し始めて数カ月後に、脳内出血のため歩行不能となり、その後も多発性脳梗塞のために四肢の運動機能は低下、徐々に寝たきりの状態となった。言語的な意思表示はできなかったが、周囲の状況やこちらの言うことは、よく分かっていると思われる表情や動作が見られた。
	寝たきり生活	食事はミキサー食を経口的に摂取。入浴、排泄など日常生活全般にわたって全面介助が必要な状態であった。終末期においては、しばしば痙攣をおこしたり、意識レベルが低下したりして、嘱託医の診察を受けていた。また、誤嚥性肺炎にかかり、仙骨部にはポケット形成するような褥瘡も発症した。
人となり	誇り高い性格	かつて小学校で洋裁の教員をしていたことがあり、認知症になっても誇り高い人だった。高齢者の施設の状態について、精神病院に自分も入院させられているようだと言って、馴染むことができず脱走を繰り返していた。幼稚園のようなしつらえのデイサービス、ゲームなどのレクリエーションは参加する気持ちが全くなく、人に何かしてもらいより自分に役割がほしいという思いがあった。宅老所Aでは、家事をいろいろと指示されることに対し、なんでこの年で働かすん？と言いつつも、その状況については別にいやがっていない様子だった。
	慕われる存在	脳内出血後には発語が困難になり、四肢の機能が低下したが、花見や祭り見物、食事、入浴、昼寝など、宅老所での生活は変わりなく、小さな顔をくしゃくしゃにして喜怒哀楽を表す愛くるしい姿は職員からは「センセイ」と呼ばれ、アイドルのように慕われていた。
日常生活の様子	意思疎通の可能性	食事、入浴以外はベッドで横になりデイサービスに来ている利用者や職員の気配を感じ取りながら、過ごした。気に入らないと口元を閉じてプープと息を吹き、その都度の意志表示をした。
看取りの経過	衰弱の過程	褥瘡が悪化し回復しなくなった時点で、自然治癒力が非常に衰えており、死期が近づいていると判断された。末梢血管が細く点滴注射は困難であるため、経口的にミキサー食で水分栄養補給を行った。亡くなる前日まで呼びかけに対する反応があり、いつものミキサー食を3口摂取できた。
Bさんの亡くなる6カ月前の記録 (サービス担当者会議の記録より)	すべて託す介護	家族(孫娘) おばあちゃんがこんなに元気に医療的な処置を必要とせず元気に過ごすことができていることが驚いています。これもできる限り口から食べること、毎日入浴すること、夜はよく眠れるように昼に声かけていること、わたしたちが生活しているのと同じことをしてもらっているからだと思います。でも、高齢なのでいつどうなるかわかりません。この先何が起きたとしても本人の運命だと思うので、今後は何があっても宅老所Aで過ごすことを望みます。
	予測できる経過への対応策	A医師 呼吸音もよいし、今は落ち着いた生活ができていますが、今後何が起こるかわかりません。できる限り関わろうとは思っていますが、夜間帯や休診日にはなかなか難しいので、救急病院に行ってもらうこともあります。本人さんは日赤病院にかかっているの、何かの時には連携できると思います。
	心のこもった介護	管理者(B看護師) 何かあったら医師と家族(孫娘)にすぐに連絡を取ります。寝たきりではありますが、スタッフは本人の気持ちがわかるくらいの関わりをしていると自負しています。普通の生活が自然にできるように、孫のKさんが納得できるように一緒に関わりたいと思っています。
看取りの状況	亡くなる前夜の介護	亡くなる前夜、呼吸状態が悪化するなど、死の兆候が徐々に出現してきたが、孫娘や職員が集まり和やかな空間で過ごした。深夜から翌朝にかけて呼吸が弱くなるBさんに、宿直の職員が「明日になったら息子さんが訪ねてきてくれるから頑張ろうね」と声をかけ続けた。
	いつもの居場所での死	亡くなる当日の朝も、いつも通り日課であるデイサービスに車で移動。午前10時には遠方より長男が来所。デイサービスでは他の利用者は普段と変わらぬ時間を過ごし、のれん一つ隔てた定位置のベッドという日常と変わらぬ環境で家族や職員に見守られ、午前11時過ぎ、静かに亡くなる。嘱託医が死亡確認。
	他の利用者への配慮	その日の午後からは利用者全員が、屋外に出かけるデイサービスプランに切り替え、利用者が出かけた後に見送りをした。デイサービスの利用者は、Bさんの死に誰も気づくことなく、いつも通り過ごした。

高齢者を地域で看取る小規模多機能ケアの分析

Bさんの看取りに対する思い		
語り手	カテゴリー	語られた内容
管理者（B看護師）	擬似のような家族でも縁	<p>長年連日介護に携わった職員で、特別Hさんに強い愛着を抱く職員がいた。亡くなった後の心情を思うと、うつ状態になりはしないかと心配になるほどだった。家族以上の感情が生まれていたと思う。</p> <p>お孫さんの花嫁衣装の前撮りの日に、花嫁とHさんを囲んで記念写真を撮った。結婚式の日には利用者みんなで式場にお祝いに駆け付けた思い出もある。大家族でお祝いできた。</p>
	その人に合った見送り方	<p>遠方から駆けつけた息子さんが臨終に間に合うために、Bさんが待っていたかのようなようだった。亡くなったときにその眼からは一筋の涙が流れていて、職員は皆感慨深かった。自分たちの介護を受け入れてくれて、心から感謝して逝かれた気がした。</p> <p>日常のなかで亡くならせてあげたかったので、長男が「ここでは他の人に悪い、別室に移りましょうか」と言われた時、「みんながおる所でいいですよ」と促した。</p>
D介護職員		<p>亡くなった日はいつもと何も変わらぬ穏やかな状況だった。昼食の準備をしながら臨終の状況を見ていたが、他の利用者はいつものように般若心経を唱え、歌を歌っているときに、Bさんは息を引き取った。いつもの皆の声に包まれて逝ったのだと思った。他の利用者たちは昼食をいつも通り食べ、皆で外に出かけた。その後Hさんのお見送りが静かに済まされた。とにかくすごい、としか言いようがない情景だった。</p>
E介護職員	介護者の誇り	<p>こんなふうにとことん面倒をみて、家族にも納得してもらって最期を迎え、見送ることができたのは、職員みんなの誇りと思っていと思う。</p>
家族B（孫娘）	死に場所の所在	<p>もともと施設での看取りはできないものだという認識があったので、最期までここでいいかと所長に聞かれた時、<u>そんなんできるのかまんの？</u>という気持ちだった。寝たきりの上、看取り介護は職員に負担がかかって迷惑になり、周囲からよくしてもらえなくなったら、本人に不利益にならないか、という家族の立場としての懸念はあった。</p>
	看取りの受容	<p>でも、職員に看取りまでちゃんと介護をやり切りたい、という強い意志、真剣な思いがあることがわかったので、これまでにどこにもないような、<u>看取りのモデルケース</u>にしてもらってもいいと思えるようになった。</p>
	看取り方針への同意	<p>職員の方針に任せようと思った。亡くなる時に、別の部屋に移した方がいいかと思ったが、デイサービスの仲間の声や様子が感じ取れるいつもの場所で<u>最期の時間を過ごす</u>のもいいかと思っ、そのままにもらった。</p>
	今後の希望	<p>将来自分もこんな介護を受けたい。そのためには小規模多機能ケアがもっと社会的に認知されていくことが必要だと思う。</p>
職員（ケアマネジャー）	看取り体制の確立	<p>AさんもBさんも、本人の今ある状態をできる限り継続させ、日常生活が成り立つようにサポートし、<u>看取りのぎりぎりまでその姿勢を崩さないで職員が頑張る</u>点は、皆の意思統一は自然とできていたと思う。</p> <p>看取りに至るまでの体調管理に関しては、看護師である管理者がその都度の判断を下し、その責任を持っていた。</p> <p>基盤となるケア方針に従いながら、職員間で情報交換し、どんな配慮が必要か意見を出し合っ、その時々状況に合わせたケアを行っていた。事務所が施設環境的にオープンな状態で、常に利用者の様子が目に入るので、<u>連絡や確認が取りやすい</u>体制である。そんな小回りが利くのは、小規模の利点であると思う。</p>
	経済的な問題	<p>制度外のサービスが増えればそれだけ利用者さんの<u>経済的負担</u>が増すが、家族の理解や経済力があれば、在宅での生活を主にしながら、その人や家族にとって必要なケアが受けられる。でも現実的には、<u>制限された経済の範囲内</u>で、いかにその人らしく安全に生活できるかを考えるのは、至難の業。</p>

3. 看取りの構成因子

宅老所Aにおける日常の介護、そして看取り事例から得られた小規模多機能ケアにおける看取りを可能にする要因としては、(1)事業所の理念のもとに(2)環境因子、(3)人間関係因子、(4)ケア体制因子、(5)身体的因子が挙げられる。これらの因子は看取りにどのような影響をもたらしたのか、分析し考察したい。

(1) 根本になる理念

「どんなお年寄りも、当たり前に分らしく、普通の生活を続けられる場所。そして、自分もここなら入りたい、ここなら死ねるという場所、そういう場所にしたかった」という管理者(看護師)の言葉をここで分析する。

「どんなお年寄りも」という言葉には、宅老所Aが認知症対応型デイサービス事業所として運営されている点からも言えるように、高齢で認知症があっても、という意味がある。また、日常生活動作に支障が生じていても、という障害の程度を示している。

「当たり前に分らしく、普通の生活を続けられる場所」とは、個人が尊重され、支障ある心身機能面は補いながら、援助のもとで今までの状態を保つという意味がある。

「ここなら入りたい、ここなら死ねるという場所」という言葉には、その人の居場所として居心地よい環境が整えられ、最期まで居てもよい安心感がある場所という意味がある。それは、従来から備えられた環境ではなく、職員や利用者、家族等との人間関係作りの中で様々な体験を共有し、「必要とし、必要とされる」関係ができあがることによって安心できる居場所となっていくものである⁶⁾。

ここで注目すべきは、「ここなら死ねる」と思ってもらえる場所という部分である。利用者や家族が看取りを望み諸々の条件が整うのならば、最期まで介護する方針で日々の関わりをしていくという意志が示されている。自宅に近い状況下にある宅老所での高齢者の死とは、その人にとって必要な医療ケアを含む、認知症のある高齢者の終末期ケアが可能であることを意味している。

では、高齢者にとっての終末期ケアとはどのようなことか。死亡原因の3分の2が「がん」である現在、終末期ケアというと「がん」患者のケアを想定しがちである。ターミナルケアと呼ばれるように、がんの場合は、余命がおよそ数カ月とか数週間というように終着地点が予測できるケアである。がんの終末期ケアでは、疼痛や呼吸困難などの苦痛症状緩和が重要な課題となるが、90歳を超えるような高齢者では、がん終末期であっても、疼痛や呼吸困難といった明確な主訴が現れにくく、基本的生

活が保たれていることが多い。

一方、老年症候群をともなった高齢者は、生活が侵されるところからケアが始まる。要介護高齢者の半数以上は認知症であるが、認知機能が侵されることは、家族関係や基本的生活の安全が侵されてしまうことになる。がんとは違い、人としての基本的な日常生活の維持、自尊心や感情への対策が、肉体的苦痛対策より先に求められるのである。日常的な介護を続けながら、できる限り本人の生命力が保てるような医療が必要となる。

また、循環器、呼吸器障害、肝不全、腎不全などの慢性疾患があり、脳血管障害にこのような病気が合併しているような高齢者の終末期像は、がんの看取りとは違い、最善の医療を行いながらも、つまり病気の治療を行いながらも結果としてそれが看取りになる⁸⁾。

このように、高齢者の終末期像は大きく3つに分けられるが、小規模の高齢者施設にとって、どのような終末期像にも対応できるかということ、そこまでには至らない現状がある⁹⁾。

宅老所での看取りとしてここで取り上げた2つの事例は、認知症や脳血管障害による日常生活の障害が基本にあり、生命力が徐々に弱り死を迎える、老衰に部類されるパターンである。すべての終末期像に対応することを目指しながらも、宅老所という環境において可能な範囲での看取りを、家族や職員、連携する医療機関と模索しながら取り組んでいる。

(2) 環境因子

《建物の持つ力》

日本家屋が高齢者の介護に適している部分は、靴を脱いで上がり、畳の間で座ったり寝ころんだりできる、従来の住まいの気楽さがあるところだといえる。また、日本人特有の保健衛生習慣と文化の視点から、履物を脱いで上にあがる、「内」は清浄、「外」および「下」(床)は不浄という家環境に対する考え方¹⁰⁾にも配慮された環境である。

一方、高齢者の移動動作や姿勢の安定、介護者側の介護のしやすさから考えると、滑りにくい靴を履くことや、体勢に無理のないベッドや椅子の生活のほうに適している。

宅老所Aには、90～100歳という認知症の高齢者にとって心が落ち着き懐かしさを与える昔ながらの生活空間として、神棚が祀られた畳の座敷や床に敷物が敷かれ座ることができる居間がある。一方、介護上の設備として機能面での配慮があるフローリングの和風ダイニングがある。その両方が自然にバランスよく組み合わせられて

いる。

「この建物の持つ力は確かにある」という、家族や職員という言葉にあるように、施設ではなく「木造の住まい」という佇まいは、気候風土に適した昔ながらの民家の懐かしさが漂い、利用者や職員を、何気なく包み込んで癒してくれるような雰囲気がある。介護の場でありながらもごく普通の民家であることを意図した、心地よい生活空間作り¹¹⁾の仕掛けがいたるところにあり、その効果をあげている。最期までこの環境のもとで過ごした2事例は、まさに生活の延長線上の死である。いよいよ終末期になったとき、住み慣れた心地よい場を離れ、病院での最期を迎える選択にならないようにという周囲の願いが達成できた2事例の看取りであった。

(4) ケア体制因子

《制度にとらわれない独自の体制づくり》

地方新聞に掲載された宅老所Aのインタビュー記事には、「何かと取り決める公的制度は介護の一部で使えばいいわけで、コミュニケーションに制限はない。あんまり合理的な人はうちでは働けんね」という管理者の言葉がある。また、事例のBさんの家族は、「宅老所Aで看取りが可能になった大きな要因は、独自の体制作りである」と答えている。

理念にある「ここなら死ぬという場所」とは、ホスピス・緩和ケア病棟のような、苦痛苦悩を緩和し、残された時間を穏やかに過ごし安らかな最期を迎えるためにある医療提供の場ではない。その人が生きていくために必要な日常の場を提供し、日常生活の延長線上に結果として死が訪れる場である。このことは必然であるのにもかかわらず、死の部分だけを切り取って別の医療やサービスを提供するようなシステムが認知症高齢者の老衰には適切でないことが、一般に認識されていないところがある。その人にとって必要であっても、制度内での利用範囲では困難な部分は、一人ひとりの利用者に合わせたケアを制度外で行うしか方法がない現状なのである。

ケアマネジャーが語った内容には、「制度外のサービスが増えればそれだけ利用者さんの経済的負担が増すが、家族の理解や経済力があれば、在宅での生活を主にしながらも、その人や家族にとって必要なケアが受けられることになる。しかし現実的には、それぞれに制限された介護保険や経済力の範囲内で、いかにその人らしく安全に生活できるかを考えなければならず、ケアマネジメントは至難の業である」という言葉がある。

宅老所Aでは、利用者が泊りのサービスを利用し始めた時点で、泊りの家はその人の仮の自宅になる。そこに

住まいながらの看取りなされるわけであるが、亡くなる時期が確定できない認知症の老衰の場合は、その経過すべてに相応する経済力が必要となる。制度でカバーしきれない経済的負担を個々が負う現状については、高齢社会が抱える重要な課題の一つといえる。

(3) 人間関係因子

《地域住民との関わり》

見学者、ボランティア、地域の人たち、地域の子もたちというように、さまざまな人が宅老所Aを訪ねて来るが、その人たちは大抵は利用者がくつろいでいる居間に通され、あたかも一般のお宅に上がるように、自然のうちに宅老所の雰囲気に溶け込むことになる。宅老所内には駄菓子屋コーナーが設けられており、地域の子もたちが気軽に立ち寄れる高齢者との交流の場となっている。1軒の家に子どもも大人もお年寄りもいるという、「或る大家族」の日常のような、誰が利用者で誰が職員かわからない、介護者、要介護者という区別がしにくい様相である。

また、地域の祭りや幼稚園の行事に参加するなど、宅老所から出かけて社会参加することで、住民の認知症高齢者への理解が深まる機会になる。このように、地域に開放される高齢者介護を熱心に行っている施設や事業所は全国各地に多くみられるが、宅老所Aでも、世代や障害を越えた共生の考え方のもと、様々な仕掛けを講じている。

病院においては、終末期を面会謝絶の閉鎖された環境で過ごす場合がほとんどであるが、普段とまったく変わらぬ馴染みの人々に見守られ、最期を迎えた宅老所の2事例であった。衰弱は進んでも、激しい苦痛症状を伴うことのなかった終末期であったため、個室環境を要しなかったという理由もあるが、宅老所Aは、意図して「或る大家族」の一員として最期まで過ごすための環境作りをしてきた。その結果がこれらの看取りに至ったといえる。

《家族との意思疎通》

施設・事業所を利用する高齢者の介護方針は、家族の意向によっておおよそ決まると言っても過言ではない。特に終末期においては、たとえ職員が最期まで看取りたいと望んでも、家族が病院に搬送するという決定をすれば、あくまでもその方針に従うことになる。

しかし、高齢者本人は、一体どうしてほしいのだろうか。意思疎通が十分行えない認知症の終末期に、家族はどのように判断したらよいのか、その心情は複雑である^{12) 13)}

Bさんのキーパーソンである孫娘は、「まさか宅老所

での看取りが可能だとは思ってもよらなかった。人が死ぬのは病院と決まっているのかと思っていた」と述べている。また、Aさんのキーパーソンである孫娘は「宅老所Aを利用しなかったら、こんなに長生きはできなかつたろう。もし病院に入院していたら、たぶん満足のいくようなケアを受けられず亡くなっていたら」と述べている。

このように、家族の認識としては、できれば住み慣れた場で看取られることを望みつつも、現実的には介護施設・事業所には看取りの態勢は整っていないと解釈している傾向がある。Bさんの孫娘が「祖母のケースがモデルになって、今後の看取り介護の役に立てばいいと思った」と述べたように、病院以外での死は、家族にとっては一般的ではないケースであり、それを実践することは一種の挑戦であったといえる。

Aさんの孫娘は、「家族が納得するだけでなく、医師も介護職も周囲のみんなが納得する死であることが、本人が一番望んだ死のかたちだったと思う」とくり返し述べている。この2事例の特徴は、親身になって長年介護を続けてきた介護職員たちの気持ちを家族が慮り、また、介護職員のメンバーも家族の思いを汲み取ろうと努力して看取りがなされたところである。つまり、日常の介護のなかに、家族と介護職員との意思疎通の場が存在し、そのなかで自然に看取りの方針が確認されながら、生活の延長線上で看取りが成立したのである。

(5) 身体的因子

《基本的な介護ケア》

F. ナイチンゲール¹⁴⁾は、1800年代に生きた近代看護教育の祖であるが、著書『NOTES on NURSING - What it is and What it is not - (看護覚え書-何が看護であり、何が看護でないか-)』の序章で、現代日本の介護における最も基本となるものに相当する「看護の普遍的な要素」について、次のように述べている。

一般には病気にはつきもので避けられないと考えられている症状や苦痛が、実は全くその病気の症状などではなくて、(中略)新鮮な空気や陽光や温かさ、また静けさや清潔さ、さらには食事を管理するうえでの時間の規律や気配りなど、こういったことの一部または全部がかけていることが原因となっているのです。(中略)

看護とは、新鮮な空気や陽光、温かさや清潔や静かさを適性に保ち、食事を適切に選び管理する一すなわち、患者にとっての**生命力の消耗が最小**になるようにして、これらすべてを適切に行うことである、という意味を持つべきなのです。

次第に進む認知症や身体の衰弱を、本人および周囲の人が自然の摂理として受け入れ、「生命の消耗を最小に」するためのケアを続けていくことが、高齢者の介護の基本であるといえる。宅老所Aで実践されている介護ケアは、F. ナイチンゲールが述べるように、新鮮な空気や陽光を取り入れ、温度調節し、入浴によって清潔を保ち、老廃物、排泄物はすべて出し切る。高齢者に適した旬の食材を使った食事を一同で食する環境は、生命力の消耗を防ぐというよりもむしろ、高齢者の生命力の増強に作用している。

介護の目的は、利用者の自立支援であると声高に言われる昨今であるが、徐々に衰弱が進み、看取り期に入った高齢者にとっての自立とはいかなるものか。幾多の苦難を乗り越えて生きた100歳近くになる人にとって、残されたわずかの時間の過ごし方はどうあるべきかと考えた時、それはやはり、生命力の消耗を最小にするケアを受けながら、平常に静かに過ごすことではないであろうか。看取り期といっても、そのために特別なケアの要員や場が必要なわけではなく、日頃から行われている介護がそのまま継続されることこそ、死にゆく高齢者には必要なことなのである¹⁵⁾。治療の場である病院では実現が困難な、生活の場である介護施設ならではの看取りが、この宅老所では実現している。

表5. 医療連携

Keyword	カテゴリー	嘱託医の語り
お年寄り宝	高齢者を見つめる視線	・宅老所Aに行くとき、お年寄りが皆幸せそうな顔をしているのに出会う。これは一体なぜだろうと思う。そんな様子を見られることは嬉しいことであり、自分がパワーをもらえる場になっている。お年寄りは「宝」だと思う。
命のターニングポイント	高齢者の生命力	・Bさんが肺炎でチアノーゼが出現するほど悪化し、意識レベルも低下した状況のとき、すでに治療の効果はなく最期になるかと思われたが、目を見て呼びかけると反応が見られたので、これは元気になれる可能性があると感じた。徐々に回復し経口摂取ができるようになった様子を見て、あきらめなくてよかったと思った。 ・命を救うというのとは違って、その人の 生命力を損なわないように手を尽くすことが自分の役割 である。高齢者の場合は、救急車で病院への搬送は逆効果になることがわかっているので、避けたいと思っている。

	高齢者医療の境界線	<ul style="list-style-type: none"> ・ Bさんの褥瘡がどうしても回復せず悪化するばかりで、点滴が入っていかない状態を見ていて、意識レベルは変わりなくとも、代謝機能の低下など全身状態が悪化していくという、<u>肉体が精神より先に衰弱していく様相に、命のゴールはもともと決まっているのかもしれない</u>と思えた。 ・ 自然に亡くなるとは、よいターニングポイントを見極めることである。そのターニングポイントとは、<u>医師が、助けるかあきらめるかという基点</u>である。しかし、どっちがよかったのかは人間の判断することなので、わからないとしか言いようがない。 ・ ただし、医療がどこまで出て行っていいのかという、そこには限界があり、<u>生命には自然のゴールがあることを知らなければならない</u>。スピリチュアルな観点からの言い方だが、<u>命のゴールは神様が決めていることだ</u>と思える。Hさんだけに言えることではなく、<u>点滴が入らない、胃瘻からの逆流など、もう生きることを拒否している肉体を前にして、ここであきらめないといけな</u>いという終着地点があることを実感する。
町医者として	かかりつけ医の立ち位置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 役割として診療にあたっていているというよりは、いつも気にかかっている、<u>ただ心配なので自然に足が向いてしまうという感じ</u>である。介護を通して「人」を見ている宅老所の職員と同様、医療を通して「人」を見ている自分があり、宅老所Aとの日々の関わりの中で、自分はこのような町医者¹⁷⁾に育ててもらったと思っている。
	医療連携の重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日常の中で亡くなるための条件とは、医師と本人、家族、職員との信頼関係である。もうこれ以上の医療処置はやめよう、ここまででいいよね、という最期の決定をどこでするのか、互いが納得できるような意思疎通は、普段の関わりの中で出来るものである。医師、看護師、介護職が協力し合っていないと看取りは成り立たない。

《医療連携の重要性》

宅老所Aの開設当初からの嘱託医であるA医師は、心身を診て治療を施す医学の専門家でありながら、常にその人の生活面に関心を向けて診療にあたる人間味あふれる「町医者」である。看取りに至るまでに、A医師と利用者との間に築き上げられた関係性の基盤にあるものは、厳しい医療現場で培ってきたA医師の人間観や死生観であり、宅老所Aが行っている認知症高齢者への介護に対する深い理解である。長年に渡る診療で感じていることは「宅老所Aのお年寄りがとても幸せそうな顔をしている」とインタビューに答えているが、それは疾病を抱えた多くの患者を診療してきた医師ならではの視点から述べられた言葉であり、疾病の治療目的の患者の様子と宅老所で生活する高齢者を比較したところの感想であろう。

生命の消耗を最小にするためには、その人の生命力を支持する目的での医療処置を施すことになる。その必要性の判断は、最終的には医師によるものであり、看取り期を迎えている現実を職員や家族が理解し、最期に向けてどのような態勢をとっていくか、その指針を決めて行く過程で大きな影響力を与える¹⁶⁾。

高齢者においては、活動量が減少して食事が摂れない状況から、衰弱が進んで死期が近づいていると判断する人が多い。しかし、この段階ではその状況をただ見守るだけではなく、経口的な水分補給が困難な場合は脱水状態に陥らないように、静脈点滴注射を行い補液する。いわゆる「自然な死」とは、何も医療処置をしないで死を待つという状況を想起しがちであるが、あくまでも、死を免れることを目的にした過剰な治療をしないという

ことが「自然な死」を意味している。

ただし、老衰の場合は、その医療処置が過剰な治療ではなくとも、どの時点で医療の効果がないと判断するか、どこまで手を下すか、どこから手を引くかという線引きは非常に難しい。命を救うことを使命として医療を行ってきた医師にとって、その事態への対応には大きな苦悩が伴う。終末期医療のガイドライン整備の遅れが医療現場では大きな問題となっているが、ガイドラインがあればその苦悩は取り除かれるかという、決してそうとも言いきれない。家族関係や経済的なことをはじめ、複雑な事情が背景にある場合など、千差万別でさまざまなケースがあるため、そのケースによって対応も異なり、一様には語れない問題である¹⁷⁾。

しかしA医師と宅老所Aにとっては、看取りに直面して互いに深く苦悩するほどの関係性が出来上がっているという解釈もできる。当人や家族、家族同様に介護を続けてきた職員の心情を押し量るがゆえに起こる苦悩なのである。Bさんの場合は末梢血管が細く硬くなり、注射針が血管にうまく穿刺できないため、点滴静脈注射による補液は困難であった。点滴ができず、経口的にしか水分や栄養を補給する手立てはなかったが、医療処置が介在しない最期であったかという、それはまったく違う。皆に見守られて穏やかな最期をむかえられたのは、適宜、嘱託医による診察を受け、適切な健康管理が継続的に行われてきたからである。また、Aさんの死亡の前日に行った点滴静脈注射は、経口的な水分摂取を補うため、補液として医師が必要と判断した生命力の消耗を最小にするための処置である。

このように、高齢者施設での看取りが可能になる最も大きな要因は、医療連携である。看取りの要になる嘱託医との連携が十分に行われない限り、どのような施設・事業所であっても、看取りは不可能になる¹⁸⁾。看取りの時期がいずれ訪れることを、平素より職員も家族も十分に自覚しながら、介護の現場と医療が連携を図っていくことが重要である。

4. 日常生活の延長線上の看取りを可能にするには

(1) 看取り介護の構造

看取りの構成要素は、それぞれに関連しあうことで看取りが成立していた。それはどのような構造で関連し合っていたのだろうか。

図1に示すように、まず人々の生活の大前提にあるの

が、自然環境とそこに根差した日本文化である。その土地の気候や精神風土は、日常生活にも人間関係にも大きな影響を与える。気候風土に適した日本家屋と周囲の豊かな自然、なじみの人が集い住まう場の力、神仏を敬う霊的な環境が基盤にある。そこには小規模の特性を活かした職員間の連携、地域との交流や職員との人間的なふれあい、家族への説明と同意を得られるようなコミュニケーションができる人間関係がある。また、地元で取れる旬の食材による個々の状態に合わせた食事、身体各部の清潔保持、経口摂取を主体に嘱託医による補液を取り入れた水分栄養管理などの身体的なケアがある。訪問介護とデイサービスや宿泊サービスとの連携体制、状況に応じたその時々ケア計画の変更などができるケア体制がとられている。

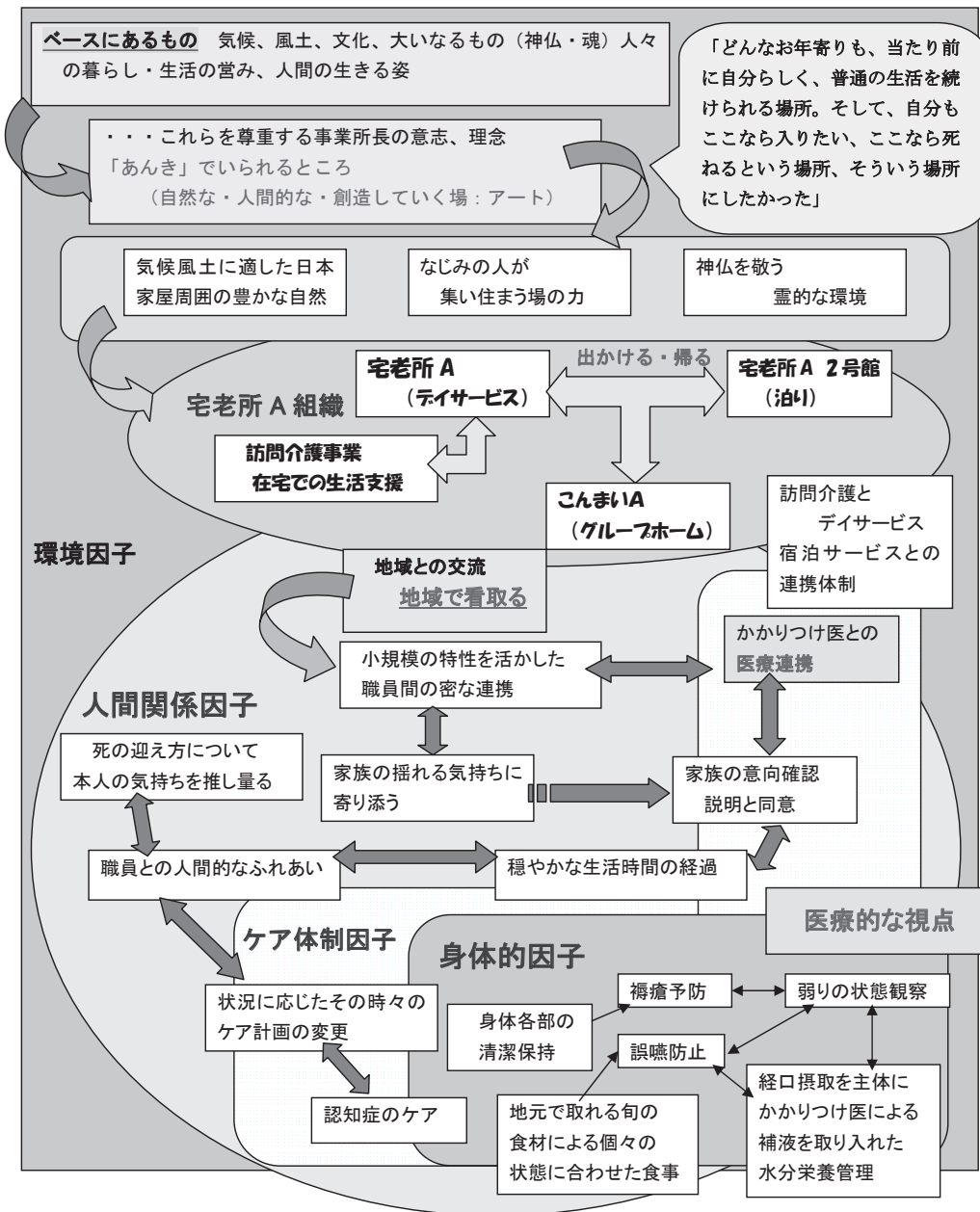


図1. 宅老所Aの看取り構成 「生活の延長線上にある看取り」を可能にする因子

(2) 看取り介護のあり方

—看取りの状況、思いについての職員・家族へのインタビューより—

《死の兆候の見極め》

看護師である事業所管理者は、利用者の老衰が進み、死期が近づいていることを観察し、囑託医との連携の下、介護職員たちにもその旨を理解できるように伝達している。医療から福祉へと終末期ケアの重心が移行しつつある現在、医療的視点から人間が死に至る過程を客観的に観察する看護師の役割が、介護職にも求められるようになった。

2事例の場合、利用者の衰弱の進み具合を見て、死が近くなったことを職員たちは十分察していた。職員全員に死の兆候についての医学的な知識が備わっていたとはいえないが、最期の時間を有意義に過ごし、死に備えるような態勢をとっていた。

明け方、Aさん(事例1)の危篤の報告を受けた管理者は、「報告のタイミングは最適だった」と臨終の介護を成し遂げた職員を高く評価した。しかし、Aさんの臨終を体験した職員は、父も姉も自分が看取ったが、その時とは容態がまったく違ってたと述べている。Aさんの体動がなくなり、無呼吸時間が長くなってきた状況のなか、やがて呼吸停止が来ることを承知していても、いつ上司に報告すればよいのか思い悩み、不安が強かったと述べている。

このように小規模施設においては、夜間一人で対応する職員の不安や負担感に対し、どのような配慮や対策が必要か、多くの検討を要する。

《看取りの役割意識》

介護職員は日常の介護のなかで、どんなふう死にたいか、どこで死にたいかなど、元気なうちから何気ない会話の中で、利用者の意向を知ろうと努力している。毎日の介護の中で、その人らしい人生の終わり方はどうあったらよいのか考えて行くうちに、この人の最期は自分たちが看取るという自覚が徐々に備わってくる。「Aさんの最後の入浴介助は自分がするという事は以前から決めていた」という職員の言葉にあるように、自分が引き受けるという覚悟をすることで職員もその役割を意識し、共に死に臨むことができるのである。

《自然な死の受容》

Aさんの事例にあるように、死の兆候として現れる努力呼吸は、外見的に非常に苦しうに見えるため、介護するうえで何か無理をさせてしまいそれが影響しているのではないかと、過剰な医療処置を行っているのではない

かという迷いや心の揺れが、往々にして介護職員の心のなかに生じる。できる限りの自然な死とは、一体どんな死なのか。そこには明快な答えはないであろう。最後まで手を尽くすことを使命としている医療職と、苦しみを最小限にしたい介護職が、それぞれの立場を理解しながら死に向き合っており、葛藤しながら導き出すものである。

《家族間の調整の困難さ》

キーパーソンは2事例とも孫娘であったが、事例1のAさんの場合、親族間の意見調整には苦勞が絶えなかったという。事例2のBさんの場合は、長年キーパーソンの孫娘がひとりで介護してきた経緯があり、遠方の息子に当たる男性は決定権を持つには及ばなかった。キーパーソンが本人の代弁をしたり重要な決定を行ったりする場面で、親族の異なった意見により混乱してしまう場合がある。普段から意思疎通ができており、看取りの方針を了解している家族であれば問題がないが、本人の容態などについて十分理解できていない場合、事態の收拾が困難になることも起こりうる。家族の意思決定が困難な場面には、介護職員が家族の気持ちに寄り添い、専門的な立場から選択肢を提示し、それによる成り行きとしてはどうなる可能性があるのかを理解できるよう説明する能力が必要となる。

《後悔のない看取り》

「看取り」とは、元来「看病」という意味がある。終末期ケアにおいては、亡くなる本人がどんな死を迎えたいかという意向が、ケアを進める上で最も重要なことであるが、認知症の終末期においては、看取りという言葉が示すように、本人の意思よりは、むしろ周囲の者がどのように見送るかという側に、視点が置かれる傾向がある。

事業所管理者は、かつて「呼吸停止した利用者の蘇生を行い、救急病院に搬送したが、その後2ヶ月に渡る病院での終末は、その利用者にとって果たして幸せだったのかと後悔する日々が続いた」と述べている。その体験後は、遺された者が後悔しない看取りのあり方を、常に模索しながら介護にあたってきた。意思疎通の困難さを理由に、どうしても看取る側の意志が優先されがちであるが、優先順位のあるケアではなく、皆がそれぞれの立場で納得できるよう、同列の位置に立って看取りに進むことができる配慮が必要である。

また、「Aさんは、みんなが納得してくれればそれでええよ、と言っているかのように、職員の温かい介護やA医師の医療を受けて、生き切ったと思う」という家族の言葉が表わすように、周囲のそれぞれが看取りへの意見を持っていながらも、互いの立場を配慮することに

よって、在宅所における終末期ケアが成り立っていった。意思疎通の極めて困難な高齢者への配慮や、職員と家族の関係性についても、日本人特有の行動様式¹⁹⁾による「察し」と「思いやり」が大きく作用していたといえる。ここでは自己主張より「いたわり」や「ねぎらい」「励まし」などの情意を伝えるものが重要になってくる。

認知症を介護する家族が価値を高めていくプロセスについて、北山²⁰⁾は4段階に分けて説明している。第1段階の介護対象者の心理状態・機能を理解する、第2段階の介護対象者の要望を理解する、第3段階の介護対象者に適した介護方法・技術を習得する、そして第4段階では介護の意味、価値を認識し、社会の一員としての自身のあり方を考えるとしている。

いつも利用しているデイサービスの場で看取られたBさんの場合、家族はこの第1段階から第4段階までを緩やかにステップアップしながら、モデルケースとなり今後の介護に役立ててほしいという意識が高まった。看取り後には長年に渡り十分手を尽くして見届けたという充足感があつた。家族は「自分も将来はこんな介護を受けたい、そのためには小規模多機能ケアがもっと社会的に認知されていくことが必要だ」と語っていた。

しかし、このような満足度はあくまでも主観的な指標であるため、そのときの心理状況や感情的な影響を受けやすい。また、満足度は要求水準の影響を受けるため、ケアの質評価の指標とするには留意することが必要といわれている²¹⁾。後悔のない看取りを目指すには、家族の希望と期待度を確認し、それらに応じたケアマネジメントを実施し満足度が高まるようなサポートが重要になる。

終わりに

なじみの職員や家族に見守られて亡くなった2事例の様子から、その死に至るには、施設環境や人間関係、日常介護や医療連携、職員の説明力と家族の理解など、多くの要因が必要であったといえる。その構造としては、要因が単独にあるのではなく、それぞれに大きな役割を果たしながらも他の要因と綿密に絡み合っていて関連していることが分析できた。

看取りとは、死の瞬間に立ち合うという短いスパンではなく、そこに至るプロセスという長いスパンを意味している。その途上での様々な出来事はすべて看取りに関連し、結果として最期を迎えることになる。家族や職員の日常の介護の中にこそ、高齢者の安らかな死の要因が存在するため、常に最期のときを意識した施設・事業所の運営や支援の方法を講じていく必要がある。

謝辞

この研究にご協力いただきました医師、施設・事業所の職員の方々、事例提供していただきました利用者のご家族に、心から感謝いたします。

付記

本研究は、第34回日本死の臨床研究会年次大会で発表した内容に加筆、修正したものである。

参考引用文献

- 1) 厚生労働省統計情報部『人口動態統計』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)』
- 2) 宮田和明 近藤克則 樋口京子 編著『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ—』中央法規出版2004 133-135 参照
- 3) 樋口京子 篠田道子 杉本浩章 近藤克則編著『高齢者の終末期ケア ケアの質を高める4条件とケアマネジメントツール』中央法規出版2010 10-16 高齢者の終末期ケアの特徴
- 4) 在宅所・グループホーム全国ネットワーク 小規模多機能ホーム研究会 地域共生ケア研究会編『在宅所・小規模多機能ケア白書2010』CLC 148
- 5) 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」2003.6.26
- 6) 前掲4) 153-154
- 7) 佐藤眞一 大川一郎 谷口幸一 編著『若いところのケア—老年行動科学入門—』ミネルヴァ書房2010 44-48
- 8) 前掲3) 27-31
- 9) 永田千鶴 松本佳代「エイジング・ブレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題」熊本大学医学部保健学科紀要第6号2010 43-62
- 10) 坂田三允編集『日本人の生活と看護』中央法規出版1998 33-35
- 11) 遠藤幸子「日本人の霊性を見つめたスピリチュアルケア」人間総合科学会誌 Vol2.No2 2006 44-50
- 12) 齋田綾子 小泉美佐子「意思確認が困難な終末期高齢患者の看護—家族との話し合いによりそのひとりしさを看護に取り入れることを目指した終末期看護支援手順導入の効果—」老年看護学 Vol.14 No.1.2010 42-50
- 13) 鳥海房枝『高齢者施設における看護師の役割—医療と介護を連携する統合力—』家族の心は揺れる 雲母書房 2007 201-203
- 14) F・ナイチンゲール 小玉香津子訳『看護覚え書』現代社 1968 7-12
- 15) 前掲10)176-177 生活モデルのターミナルケア 老いを拒む社会になっていないか
- 16) 新田國夫 編著『家で死ぬための医療とケア 在宅看取り学の実践』医歯薬出版2007 132-137 延命治療の差し控え・中止する(=看取り)の条件
- 17) 前掲12)109-113 「利用者家族へのケア—医師の役割」
- 18) 遠藤幸子「施設における高齢者ターミナルケアのあり方」東海女子短期大学紀要34号2008 79-88
- 19) 前掲10) 48-49 日本人の特性の理解 日本人の行動様式「察し」と「思いやり」
- 20) 寺崎明美『対象喪失の看護 実践の科学と心の癒し』アルツハイマー病や認知症患者の家族のケア 中央法規出版2010 208-209
- 21) 前掲3) 38-39 高齢者の終末期ケアの質を高める4条件と構成要素 満足と期待度