

第2回

「死ぬ」ということ —予測される旅立ちの場合

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年群馬大学医学部卒業。兵庫医科大学第2内科、大阪大学細胞工芸学センター、大阪大学医学部附属病院集中治療部、大阪大学整形外科、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

社会福祉法人
ジェイエイ兵庫六甲福祉会
オアシス千歳 スーパーバイザー

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。

がん末期の在宅での看取り

桜井



前回（本誌Vol.5, No.3）は、在宅ケアの最中に利用者の容態が急変したケースを例に挙げ、ホームヘルパーとしての対応を検討し

ました。高齢者の在宅ケアの場合、緊急事態に備えて日頃から対策を立てておくことができればよいのですが、実際には、お元気な利用者に「急変時にはどうしますか？」と聞きにくいものです。

しかし、やはり緊急時の対応は地震や火事の避難訓練と同じで、何も無い時にこそ準備しておくべきものです。ケアカンファレンスの時に

でもぜひ、緊急時の対応について本人、家族、そしてサービス担当者、特に医師や看護師を巻き込んで、皆さんで話し合っって共通認識にしておくべきでしょう。

さて今回は、地震発生のような突然の出来事ではなく、台風の接近のような予測できるケースとして、利用者の最期にかかわる支援、がん末期の在宅での看取りについて考えてみたいと思います。石川さんは「がん末期のケアは在宅ケアに向いている」と言われて「はい、そうですね」と納得できますか？

不安になる材料がいっぱい

石川



「はい、そうですね」と納得したいですね。でも、不安がないと言えば嘘になります。

人は、自分の寿命が残りわずかで、期限のあるものだと感じたら、できるだけ自由に、自分の好きなように、自分らしく時間を過ごしたいと思うでしょう。その点では、長年住み慣れた家、日常生活の場での在宅ケアは、

そのような望みのあるがん末期のケアに向いていると思います。

しかし、病状の変化やそれに伴う痛みの出現などへの対応、本人や家族への精神的な支援の方法を考えると、ホームヘルパー自身に知識や技術がどこまで備わっているかなど、不安になる材料がいっぱいです。

がん末期のケアが在宅ケアに向いている理由

桜井



多くのホームヘルパーは、「がん末期のケアが在宅ケアに向いているなんて思えない。がん末期のケアは痛みやいろいろな症状が出て、病院でも大変だと聞くのに、自宅で過ごすなんてとんでもない」と思うかもしれません。

がん末期のケアが在宅ケアに向いている…その大きな理由の一つは、「期間限定」であるということです。時間が限られている、つまり、がんの末期で5年も寝たきりということはあり得ません。本人にとってはとても残念なことですが、この残り時間が限られているということが逆に、家族や大切な人たちにとっては頑張れるということにつながります。なぜなら、エンドレスの介護、老老介護でどちらが先に逝くか分からないという状態ではないからです。

がん末期の人のADLは、比較的最期まで保たれます。がんの種類や進行度、状態や年齢にも

よりますが、「ほとんどベッド上の寝たきりで、ADLも全介助」という状態は、あるデータでは最後の1週間とされており、私たち在宅ホスピス医の実感でもそのくらいか、もうちょっと短いという印象です。

がん末期の人は、亡くなる数日前まで車いすでも移動でき、介助があればトイレに行くこともできます。また、少量の食事などは工夫すれば、自分で食べられる場合が多いのです。しかも、本人の意識が最期まではっきりしていることも多く、家族といろいろな話ができて、介護する側にとっても張り合いがあります。

そして、皆さんが心配するがん末期の痛みですが、きちんとした緩和ケアと痛みのコントロールを行えば、ほとんど心配することはありません（がんの痛みのコントロールについては、また別の機会に詳しくお話しします）。



同居・独居共に、住み慣れた自宅で最期を迎えたいと望む人が増加しています。2006年4月の介護保険制度改正から、介護保険の対象特定疾病に末期がんが加えられ、国の医療改革も、いや応なく在宅医療、在宅介護、在宅ターミナルケアへと進んでいます。

このような流れの中で、がん末期の在宅ケアに訪問介護がかかわる機会は、今後さらに増加していくでしょう。まして、これまでホームヘルパーの支援と共に生活していた利用者ならなおさらです。

しかし、医療行為ではないにしろ、ターミナルケアはそれに近い領域を支援することになるので、基礎知識・技術が必須です。病状の変化に対して経験や勘に頼るのではなく、「何をどのように観察すべきか」ということを明確にするために医療従事者と連携を取り、適切な指導助言を受けて、疾病の状況変化に応じた介護の方法を選択する必要があります。

訪問介護では、生活の質の向上という大きな役割を認識し、日々の生活を快適に整えるケアに取り組むことが重要です。共に過ごす家族やホームヘルパーは、利用者の安心や信頼につながり、利用者の思いを受け止めることのできる存在となることができます。ターミナルケアを行うに当たって、「本人にとっての尊厳とは何か」「何がつらいのか」「何を望んでいるのか」などを常にアセスメントすることは、日常的に利用者とかかわることの多いホームヘルパーの大切な役割です。

とりわけ、認知症高齢者のターミナルケアにおいては、本人の意思確認が困難なことが多く、日常生活の様子や大切にしていることなど、利用者の身の回りのことをよく知っているホーム

ヘルパーは重要な役割を担っています。

また、サービス提供責任者の役割として、次に示すような家族へのケアとホームヘルパーの支援が必要になります。

①家族とのかかわりと支援

「病院から家に帰りたい」と本人が希望したため、自宅に連れて帰ってきたものの、病状の変化や看取りが近づくにつれて「介護に疲れてきた」「介護で夜も眠れない」「どうなっていくのか不安」と、心身共に疲労が生じている家族に出会うことが多くあります。そのような時、ホームヘルパーは、家族の歴史を尊重しながら、あくまでも「主体は本人と家族」であることを忘れずに支援していくことが重要です。

介護者が就労できず医療費がかさむなどの経済的な負担から、在宅ケアが悲観的になることもよく見られます。このような時にはケアマネジャーなどに連絡を取り、ケアプランの見直しや各種の助成制度などが活用できるように情報を提供する必要があります。

当たり前のことではありますが、ほとんどの家族が看取りを経験したことはありません。私たちは引き続き看取りまで在宅ケアを行うために訪問看護師などと連携し、介護の知識や技術、福祉用具の紹介などを行います。

このように、本人だけでなく、家族のつらさや悩みを受け止めて支援していくことも訪問介護の大切な役割です。そして、がん末期の在宅ケアだけではなく、本人や家族が今までと同様に、地域の中で普通の暮らしを継続できることを視野に入れて支援することが不可欠です。

また、普通の暮らしには、例えば、趣味の仲間との交流、祭りなど地域行事への参加、孫との触れ合いなどが挙げられます。これは「生活の質の向上」に大きくかかわってきます。

さらに、看取りの後に訪問するなど、家族には「グリーフケア（悲嘆のケア）」をケアチームの一員として計画的に行います。

②ターミナルケアにかかわるホームヘルパーの支援

サービス提供責任者としての大事な役割の一つに、ターミナルケアにかかわるホームヘルパーを支援することが挙げられます。

がん末期のケアは病状の変化や対応の難しさと共に、看取りを行うという心理的重圧も大きく、非常につらいケアでもあります。そのような中で、「お花見に連れて行ってあげたい」「もっとおいしいものを食べさせてあげたい」「1人にするのはかわいそう」など、利用者への思いが次々とわいてきます。

しかし、ホームヘルパーは自分のしたいケアをするのではなく、チームの一員として必要な支援を提供することが求められます。この葛藤は、ホームヘルパーのストレスになることがあ

ります。また、「死への不安」で押しつぶされそうになることもあるかもしれません。サービス提供責任者は、そのようなホームヘルパーの心理面や身体状況に配慮し、支援することが重要です。

また、看取りを無事終えても、ショック、後悔、むなしさなど、ホームヘルパーが感じていることはそれぞれ異なります。看取りの経験を共有し、ケアの内容を振り返り、心の整理をして次につなげるために、「デス（死）・カンファレンス」を開催していくことも必要です。

一つひとつの事例を丁寧にしっかりと振り返ることで、チームケアの一員としての訪問介護の役割、訪問介護の意義、仲間との支え合い、死生観、看取りの理念の共有化、医療知識、技術の整理、家族の役割、利用者の強さをはじめとするその人らしさといったことを再確認でき、ホームヘルパーの質の向上、やりがいにつながります。

いわゆる“余命の告知”の問題

桜井



本人や家族にとって大切な人、医師、看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパーは、「自分はこの人がもうすぐ亡くなってしまおうということを知っているのに、本人だけが、はっきりと知らない」と思うと、とてもやりきれない気持ちになるかもしれません。

「本人から『私、もうすぐ死ぬの?』『あとどのくらい生きられるの?』と聞かれたらどうしよう」と悩んでしまうホームヘルパーもいることでしょう。そういった場面での対応は、いろいろなマニュアルで「黙って聴く」「傾聴」、あるいは「もうすぐ死ぬ…そう思われるのですね」といったおうむ返しのような受容が望ましいと

書かれています。もちろん、そのような対応が自然にできればよいと思いますが、そこまで気の利いた対応ができなくてもよいのです。自分の心のまま、その時自分が感じたままに行動してよいのです。ホームヘルパーは、心のケアの専門家ではないのですから。

利用者も、きっとホームヘルパーに杓子定規な答えは期待していないでしょう。「そんなこと言わないで頑張って!」と励ましたり、何も言えなくて黙ってしまったり、思わず涙ぐんでしまったり…感性そのままに対応すればよいのです。素顔の自分で接すれば、きっと本人や家族に気持ちが伝わるでしょう。

住み慣れたご自宅でご家族を看取られる方へ

さまざまなご苦勞を乗り越えて、ご自宅での療養を続けてこられました。症状の変化から少しずつお別れの時が近付いてきていることは、ご家族の皆さまにも察していただけることと思います。

人生最期の時を住み慣れたご自宅で、ご家族や大切な人たちに囲まれてゆったりと過ごす中、いろいろな思いが走馬灯のように駆け巡ると同時に、これからの症状の変化にどのように対処すればいいのか、いろいろな心配になる時期と思います。できる限り落ち着いて、ゆったりとお別れできるように、心の準備をしていただければと思います。

ただし、ここに書かれていることは、1枚の不確かな案内図に過ぎません。それぞれの人の性格が異なるように、旅立ちへの道のりはさまざまです。つまずいたり、ちょっと立ち止まったり、走ったり…。道を歩いていく様子もまたそれぞれ異なります。どの道が正しいのか、どの道が素晴らしいのか、誰にもそれを決めることはできません。あなたとあなたの大切な人たちが、それを探ることができるだけです。

【死が近付いてきた時の様子】

- ・ 外の世界に対する関心がなくなり、自分の世界に入っていられるようになります。
- ・ 新聞、本、テレビなどに興味がなくなり、一緒におられるご家族以外の方との面会をあまり好まれなくなってきました。
- ・ うとうと寝ていることが多くなりますが、呼ぶと目を開けて反応なさいます。
- ・ 食事の量が減り、ほおや目などのやせが目立つようになります。
- ・ 食物や水分が飲み込みにくくなり、むせることがあります。
- ・ わけの分からないことをしゃべったり、興奮したりすることがあります（せん妄）。
- ・ 便や尿を失敗することがあります。
- ・ 口が乾燥して言葉が出にくくなり、痰が切れにくくなります。
- ・ 手足が冷たくなってきます（血圧が下がるため）。

【いよいよ死が訪れ、息を引き取られる時の様子】

- ・ ほとんど眠っておられるようになってきます。
- ・ そのうち、呼んでもさすっても反応がなく、ほとんど動かなくなります。
- ・ 大きく呼吸をした後、10～15秒止まって、また呼吸をするという、波のような息の仕方になります。
- ・ 肩や下顎を上下させて浅い呼吸をするようになります（少し苦しそうに見えますが、ご本人はすでに意識がなく、苦しみはないと思われます）。
- ・ 呼吸が止まり、胸や顎の動きがなくなります。
- ・ 脈が触れなくなり、心臓が止まります（医師、看護師がそばにいない場合は、だいたいこの時間を亡くなられた時間として記憶にとどめておいてください）。
- ・ 手足が冷たくなり、次第に固くなってきます（室温などにより異なりますが、急に固くなってしまふことはありませんので、慌てず、ゆっくり最期のお別れをなさってください。どの時点で医師を呼ぶかは、ご家族の判断にお任せいたします）。

“余命の告知”に対しホームヘルパーとして

石川



本人に告知をするか、しないかは、医師や家族が本人のことを熟慮し決定したものだと思っておりますので、ホームヘルパーとしてはその決定を尊重することが大切です。

「死んでしまうのかしら」「今後どうなるのかしら」と、本人は不安になってくることと思います。そのような時は、やはり信頼関係がより重要になってくると考えます。旅立ちに近くなればな

るほど、1人の人として尊ぶことが大切です。

ホームヘルパーとして、本人の言葉の背後にある気持ちに留意し、「何を訴えたいのか」を感じ取ることが必要です。気持ちが落ち着き、考えがまとまって混乱が治まり、そして生きている意欲がわくような支援をしたいものです。告知の有無を問わず、ホームヘルパーとして、目の前で今日を精いっぱい生きておられる本人や家族の現況に応じた自然な対応をすることが大切です。

そして旅立ちの時

桜井



いよいよ旅立ちの時がやってきます。私たち在宅ホスピス医は、台風情報のように、本人の状態によってある程度その旅立ちの時期を予測します。「そろそろ短い週単位です」「短い日数単位です」そして「時間単位でお別れです」というように。

予測された看取りの場合は、救急車を呼んだり、慌てて医師や看護師を呼んだりする必要は

ありません。もし、利用者のご臨終の場面に立ち会うことになったら、家族そして大切な人たちに囲まれて旅立っていかれる姿をゆっくりお見送りしてください。その後で継続して診療している在宅医に連絡し、死亡診断書を書いてもらいます。

筆者が家族（時には本人にも）に渡している看取りのプロセスを書いたものを資料に紹介します。看取りの現場での参考になれば幸いです。

現場での看取りのプロセスを読んで

石川



予期していたこととは言え、やはりお別れの時が迫ってくると混乱したり、何も考えられなくなったりする人がほとんどだと思います。

ただ、人間はいつか必ずこの世から旅立ちます。

ホームヘルパーとして、本人が「これまで生きてきて本当に良かった」と実感できる最期を

迎えていただけるよう、また家族にも「良い看取りができた」と思ってもらえるように在宅ケアにかかわっていくことが大切だと思います。

そのために、桜井先生がご紹介してくださった看取りのプロセスをよく理解し、その人その人で異なるであろうプロセスに「寄り添っていくケア」を行うことが重要だと考えています。

引用・参考文献

- 1) 吉田利康：がんの在宅ホスピスケアガイド—ただいま おかえりなさい，日本評論社，2007.
- 2) 井形昭弘，遠藤英俊監修，特定非営利活動法人シルバー総合研究所編：ケアマネジャー実務入門 在宅ホスピス緩和ケア 在宅ターミナルのケアマネジメント，日総研出版，2007.