



第17回

在宅での看取りへ その2  
「無理と思われた自宅退院」を支える

前

前に続き郁代さんのお話です。病院では「自宅退院は無理」と言われ転院したものの、翌日には自宅へ戻り、認知症のある夫との老々二人暮らしを何が支えたのでしょうか。在宅ケアや病院や施設などのサポートの種類や頻度を、家族とケアマネジャーが相談しながら2人の状況変化に応じて柔軟に変えていった様子を、詳しく見ていきます。

\*

急な自宅退院になった当初、ケアマネジャーと娘は大慌てで、郁代さんの在宅ケアを強化しました。それまでは区のシルバー有料ボランティアヘルパーを週2回利用していましたが、介護保険サービスを追加し、訪問看護とヘルパーを週1回導入。薬を確実に飲むよう訪問薬剤師も(薬の一包化)。外出はヘルパーが車いすです。仕事が忙しい娘の役割は、電話で世間話や愚痴の話し相手と、通院付き添いです。

3歳年上の夫は軽い認知症でしたが、調理や片付けや掃除洗濯などは「それくらいできるよ。こうすればいいんだろ」とうれしそうです。郁代さんも自宅だと「自分たちでやらねば」と主婦力を発揮し始めました。住宅改修で廊下や室内に手すりをつけたので伝い歩きで結構動けます(写真)。自由に冷蔵庫から好きなものを探して食べたり、電話をかけたり。

そんなことが生活リハビリになったのか、身体の動きや言語障害がずいぶん改善し、ヘルパーを週2回に減らし、訪問看護は終了できました。

\*

その後、徐々に認知症が進み身体の動きも鈍くなり……通院が難しくなった頃、訪問診療を月2回導入。デイサービスやショートステイや有料老人ホームもいろいろ試しましたが、続きません。そうするう

ち夫の認知症が進んで暴言・暴力が出るようになり、夫婦で口げんかが絶えない苦しい日々が続きました。

あまりに厳しい状況に、夫婦は別々のグループホームに移り、夫はそこで穏やかな最期を迎えました。

\*

でも郁代さんは「自分の家になんとしても帰る！」と、娘が止めるのも聞かず、グループホームから自宅へ戻ってきたのです。

90歳の一人暮らしなので、訪問看護が復活して週1

回。ヘルパーは自費サービスも入れて毎日2回。その後毎日3回+夜間対応コールを増やしました。

91歳の秋ごろ、室内で転びがちになり、夜間のSOSコールでヘルパーさんをお呼びすることも頻回に。転んだあとの痛みが強く、検査のために1週間入院した時は(検査結果は無事でしたが)、退院時には伝い歩きができなくなっていました。一人暮らしはもう無理では？と、ケアマネジャーと娘は特別

養護老人ホームに申し込み、小規模多機能在宅サービスを探しました。でも郁代さんは、近くの施設を見学した後「自分の家でベッドがあるのに、なぜよそに行かないといけないの」と怒り出す始末。

結局、訪問看護を週2回に、ホームヘルプは朝、昼、晩、深夜の毎日4回に増やしました。この費用負担(自費サービスと介護保険限度額オーバー分)をケアマネジャーは心配しましたが、娘は「必要なサービスは入りたい。有料老人ホームの費用と比べれば何でもありません」と言い続けました。

本人の意思を軸にして状況変化に応じて在宅ケアを変化させることで、人生終わりの一人暮らしの日々を支えられていました。(つづく)



人生終わりの日々——自宅の狭い廊下の手すりや家具が伝い歩きの支えに

むらかみきみこ◎ターミナルケア・医療安全・在宅ケアのテーマで、国内各地、海外10か国を継続取材。主な著書に『患者の目線—医療関係者が患者・家族になってわかったこと』(医学書院)、『納得の老後—日欧在宅ケア探訪』(岩波新書)。