



### 人は奇跡と言うけれども 心不全末期からの生還

82歳の元栄養士のフミさんはパートナーがお亡くなりになったあと、1人で長岡京市のご自宅で暮らしています。

昨年頃から物忘れや不安感が強くなりご近所さんとのゴミ出しなどでのトラブルも起き始めていました。また通っていた開業医の先生が出すお薬もきちんと飲めなくなりました。

そして立ち上がりも困難。

福祉倶楽部がケアプランの作成依頼を受けたのはちょうどそんな問題が顕著になった頃でした。当時の介護保険の要介護度は「2」。

利用していたサービスは週数回のホームヘルプさんだけです。床面からの立ち上がりも危険なのにベッドもありませんでした。

彼女はそれでも自分で調理をし、生協での注文をこなすなど一生懸命に生きていました。それでもこのプランでは早晚生活が立ちゆかなくなるのは明らかでした。

ご家族と相談をして、全面的な計画の変更を断行しました。

毎日ホームヘルパーが支援に入るようになりました。それは飲めなかった薬をきちんと飲んでいただくために。それに計画的に購入できない生協の注文書も一緒に作るようにしました。そして認知症の診断を受けてもらいました。同時に日常の意志決定支援と金銭の管理を行うために成年後見人の選任のための支援も行いました。

そしてようやく薬も確実に飲めるようになった矢先に心不全が悪化しました。それもそのはずです。ようやく利尿剤が飲めるようになったばかりですから。

心不全は急遽の入院で落ち着きました。

### 病状は改善したのに

そこでまたフミさんに大きな試練が訪れます。入院先の病院がこれまで大きなプラン変更で薬も確実に飲めるようになって生活が安定し始めた事も理解しないで「この人は認知症で薬の管理も出来ないから一人暮らしは無理」と決めつけ、わたしたち支援者や後見人の意見を聞くこともなく、長期療養病院への入院を押しつけたのです。

選任された後見人とわたしたちはフミさんが自宅での暮らしか、娘さんの家で暮らす事を望んでいたことを事前に聞かされていましてからこのままこれを容認することは出来ません。そこで、ご家族とも協議をして病院から老人保健施設を経由してご自宅に戻すことを計画します。

### 「看取り」ケアのはずだった

老人保健施設に入ったフミさん、やっぱり薬を飲んでくれません。施設のスタッフは薬を食事に混ぜて飲ませるなど精一杯の工夫をします。でも、再び心不全は悪化します。そして再び医療機関へ。だけど、フミさんは病院駐車場で大騒ぎです。明確に入院を拒否しました。そして医師からは「心不全末期」「入院対象ではない」と宣告。そしてフミさんはここでも自宅に帰る意思をしっかりと表明しました。その意思をかなえるために後見人、施設相談員、ケアマネージャーの連携作業が始まります。皆の意思は「自宅で看取る」という事でした。そこからわずか3日で施設を退所。あらたなケアプランで「看取り」が始まったはずでした。

ところがそこからもいろんな出来事がフミさんに襲いかかります。

家に帰ったフミさん、もう歩くことも出来ません。

そしてせっかく家に帰れたのに「ここはわたしの家ではない！」と。ケアマネージャーや後見人からフミさんが大切にしていたご主人の飾られた写真を見せてられも変わりません。薬を飲むことも拒否します。わたしたちも訪問する医師も看護師さんも言葉にはしませんが、あっという間に自宅での時間は終わるだろうと考えていました。

ですのでお医者さんもいったんは「飲めないのなら」と処方中止します。

裏面につづく