

統合

ケアマネジメント 事例検討会

統合ケアマネジメント事例検討会は、一般財団法人オレンジクロスが、研究事業として行っている多職種の検討会。①利用者像の捉え方（周囲との関係性を含む）、②見立て、③課題設定、④課題の原因分析、⑤対策——に関する捉え方や考え方を話し合うことで、最適な支援方法を多職種で検討する会として行われている。

—— 今月の A さん ——

80代で透析通院を週3回 自宅で最期まで暮らしたい 最期の不安をどう支援するか

事例検討会の参加者

事例提出者 Q男さん 居宅介護支援事業所代表者
司 会 川越雅弘 埼玉県立大学大学院 保健医療福祉学研究科教授
参 加 者 ケアマネジャー
医師
看護師
作業療法士
歯科衛生士
小規模多機能（小多機）管理者

他、多職種の参加者30名

果たして、Q男さんの見立てはどう変わるでしょうか？
皆さんも、次の表から、Aさん像を想像してみてください。

Aさんの概要

1. 基本情報	
① 性別・年齢・介護度	80代 女性 要介護2
② 自立度	寝たきり度：A2 認知症自立度：自立 身長：160cm 体重：50kg
③ 同居者／主介護者	・一人暮らし。 ・夫は2年程前に他界、子はいない。 ・姉（80歳代後半）が遠方に住み電話での連絡はしている。来訪は年に数回。
④ 経済状況	・年金20万円程度 / 2カ月
⑤ 居住環境	・賃貸住宅2DK。歩道のある大通りに面しているが玄関までは土にコンクリートの石畳。ベッドを使用。トイレは和式に被せ便座で、敷居に1cm程段差がある。玄関上りかまちはレンタル手すりとステップがある。居室は固定ベッド、立ち上がり補助の手すりレンタル。
⑥ 連絡元 (事例の紹介者・機関等)	・数年前前、支援していた夫（他界）から、本人の歩行器について相談あり。

2.生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	・東北地方出身。6人兄妹の4番目。20代後半に上京後、首都圏内で事務員の仕事をしていた。30代後半で結婚。40代初め転居してすぐ腎不全を患い透析が始まった。50代頃より現住所で生活をしている。現住所では生計を支えていた。夫は病気で、2年程前に他界している。
② 現在の生活状況	・週3回透析（送迎あり）に行く。その他の曜日は自宅内でTVを見て過ごしたり、部屋で横になって過ごす。 ・週末は友人が訪ねてきて食事を食べに行くこともある。 ・6時には起床、ゆっくり身支度を整える。その後、食事。透析送迎（非透析日ヘルパー支援）、昼食の用意、午後は非透析日ヘルパー支援。夕方配食サービスがあり、夕食。22時頃就寝する。
③ 性格	・マイペース、自由気まま、けっこう頑固。「なるようになる」が口癖。ご主人が本人をととても大事にしてきた（当時は「お前は何もできない」と言っていたが）ことを窮屈に感じていた。本人曰く「籠の鳥」。もともと楽天主であり、「長年の透析生活で自分に何があっても仕方ないし、そのときはそのとき、なるようになる」と前向きに考えるようになったそうです。
④ 趣味／嗜好	・花を眺めること ・友人と出掛けること
⑤ 参加	・友人との交流（週1回） ・行きつけの美容室
3.病歴／健康状態	
① 入院歴	・一昨年、初夏の頃に転倒、左足第1趾骨折。 ・一昨年暮れ頃、自宅内転倒を透析担当が発見、1カ月入院（原因不明、打撲）。 ・一昨年冬、2週間 CRP 上昇、発熱のため。 ・一昨年秋頃、1週間 CRP 上昇、発熱のため。
② 合併症・疾患	・脳出血後遺症：13年前。 ・慢性腎不全にて血液透析：40年程前から。 ・骨粗しょう症：不詳。
③ 受診状況／服薬状況	・週3回人工透析のため、かかりつけ病院へ。 ・主治医処方：レンドルミンD錠0.25mg 就寝前1、バリエット錠10mg 朝食後1、パナルジン錠100mg 朝食後1、メインテート錠2.5mg 朝食後1、プラビックス錠75mg 朝食後1、ロカルトロールカプセル0.25μg 朝食後1、ユベラNカプセル100mg 毎食後1、メチコバル錠500μg 毎食後1、グラケカプセル15mg 毎食後1、リオナ錠250mg 毎食後1、ミヤBM錠毎食後1、コニール錠4mg 毎食後1、ディオバン錠40mg 夕食後1、ハーブジゴキシンKY錠0.125mg 昼食後1、パファリン配合錠A81 81mg 昼食後1、アローゼン顆粒就寝前1、ブルゼニド錠12mg 就寝前2 ・薬の管理は薬局が月2回訪問し服薬カレンダーにセットする。 ・月1～2回、義歯調整や口腔ケアで訪問歯科診療がある。
4.心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	・透析の影響か、不定期で発熱やCRP上昇により、透析病院に入院となることがある。 ・自宅内転倒により入院もある。転倒は入院によりADL低下してからが起きやすい。 ・午前中は眩暈が生じやすく動かないでいる（特に夏）。
② コミュニケーション	・やや耳は遠いものの1mの距離での対話ができる。携帯電話及び固定電話を使用。予定を忘れてしまうことは時折あるが、全て自身で決めて行っている。
③ 基本動作	・長年の透析によりアミロイド関節症があり、両手指先のこわばりがあり細かな作業は難しい。股関節が固くなってきており、足を上げ靴下をスムーズに履けず、ソックスエイドを使用。自宅内はつままり歩き、またはピックアップ歩行者を使用する。
④ IADL	・レンジを使用する、お湯を沸かす、食事を持ち運ぶことができる。洗濯機は回せ、干す、取り込むことはどうにか行える。買い物はヘルパー支援だが、何が必要かメモに書く。掃除・ゴミ出しはヘルパーが対応。日常生活の金銭管理は自分で行うが、出し入れや書類管理等、社協の安心サポート事業を利用。
⑤ ADL	・アミロイド関節症により、午前中や寒い時期の関節のこわばりがあり、動作はゆっくりとすり足。やや前傾姿勢。室内はピックアップ歩行者、屋外は別歩行者を使用する。朝の靴下履きはソックスエイドを活用。夏は自宅ヘルパー支援によるシャワー浴。冬はデイサービスを短時間利用して入浴したが、出掛けるのが億劫、自分のペースで過ごしたいということで、休みが続き一旦中止。冬季は美容室で髪を洗ってもらっている。※自宅内寒く冬季シャワー浴困難。

5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針		
① 本人	・家で最後まで暮らしていきたい。透析がどうなるのか心配。施設や病院は共同生活でいろいろ検査されたり、ご飯も自由に食べられるか分からない。家では食事を1時間くらいかけてゆっくり食べている。人に頼まないといけませんが、自由で自分で決められる。それが一番のメリット。私は枯れたように逝けることを望んでいる。	
② 家族（姉）	・「あなた（本人）が延命をしたくないというならそれがいいと思う」（本人が姉来訪時に相談したときに、そのように言われた）。	
③ CMの援助方針	・本人の意向を尊重したいが、終末期の透析はどこまで続くのか知る必要がある。 ・今後、意思疎通が困難となった場合に備え、遠方の家族に本人の意向を理解してもらうことや、そのときにどのような段取りをする必要があるかの調整が必要。	
6. CMが設定した解決すべき課題		
【課題内容】	【長期目標】	【短期目標】
① 腎不全と付き合っ て最後まで家で暮らしたい。	・入院したとしても自宅に戻って生活する。	・体調不良が起きないように過ごす。
② 友人と外に出掛けたい。	・屋外を歩くことができる。	・自宅内を転倒せずに過ごせる。
③ 自分で決めて生活できる。	・自宅で最期まで過ごせるための体制を整える。	・身支度や食事といった日常生活で必要なことを行える。
7. サービスの利用状況		
① 訪問介護	・掃除、ゴミ出し週1回。買い物週1回。調理週1回。	
② 福祉用具貸与	・玄関上りかまちに手すり、ベッド横手すり、室内用ピックアップ歩行器、屋外用歩行器。	
③ 居宅療養管理指導（薬局）	・月2回 内服確認、服薬カレンダーへのセット、本人への助言。	
④ 訪問歯科診療	・月1回 義歯調整、口腔ケア。	
⑤ 安心サポート事業	・月1回 支払い、書類管理、生活費の管理、手続き等。	

● 課題の確認

司会 課題は、腎不全がポイントになっています。「病気とつき合いながら最後まで暮らし続けたい」と、「友人と外に出掛けたい」という思いをお持ちで、「自分のことは自分で決めたい」という思いの強い方です。ケアマネジャーとしては、「それに沿った形で支援はするが、リスク管理もちゃんとしなければいけない」と思っている。そういった課題認識でよろしいでしょうか。

Q男さん はい。

司会 本人は自分のことは自分で決めたい。家で暮らし続けたいし、病院等に入ると自由にならないので、それはできるだけ避けたいという思いがあります。家族は「本人がそう言っているのなら、そうするしかない」という感じでしょうか。

Q男さん 「それでいいのでは」とおっしゃっているそうです。

司会 では支援する上で困っていること、専門職の方に

聞いてみたいことがあれば、どうぞ。

Q男さん Aさんは血縁者としては遠方に住んでいる高齢のごきょうだいだけになります。自宅で最期を迎えたい。いつまで透析をしていなければいけないのか。自分が動けなくなったり、意思が言えなくなったときには、透析をして生かされ続けるということにしたくないという思いは、強く持っていらっしゃる。

とは言うものの、そこに向けて支援をしていく上で、今現在、意識がはっきりし、理解力もかなりお持ちの方が、どのような準備をしていくべきなのか。例えば、医療とのかかわり方や、透析をいつまで受けるのかという相談をしていかなければならないのではないかと。

ケアマネジャーやその他の専門職、サービス事業所、友人、知人もそこに手が出せない状況です。ぜひ、専門職の皆さんにアドバイスをいただけたらと思っています。

司会 ありがとうございます。では、資料（p.42～44の表）の読み込みを、5分程よろしく願います。

● 本人像への質疑

遠方の姉と姪が唯一の家族
透析仲間の友人がいる

司会 事実関係の確認を進めていきます。質問のある方は、挙手をお願いします。

歯科衛生士 お姉さんの他に社会的なつながりは？

Q男さん 友人がいます。週に1回は来てくれて、Aさんも楽しみにしている。病院で知り合った元透析仲間の方です。

司会 結構、重要な支援をされていますか。

Q男さん かなり助けてもらっています。

ケアマネ1 延命を希望しないこととか、透析の最後はどうなるかとか、透析の先生とお話をされることはありますか？

Q男さん 本人は、まだできていないと言っています。透析中に診察をされてしまい、話す時間が持てないそうです。もしかしたら今後、CRPが上昇して入院が定期的に起こり、その中で、ドクターと話す時間をとっていきようになるかもしれません。

ケアマネ1 亡くなった後、どうしたいと本人は思っているのですか？

Q男さん 実家の方の墓に入りたいという思いは持っています。

ケアマネ1 何かあったときに誰に連絡を？

Q男さん 姉です。ただ姉も90歳近いので、姉か姪ということでおっしゃっています。

ケアマネ1 お姉さんとケアマネは、話ができますか。

Q男さん できれば顔合わせしたいのですが、不定期で来られるのでまだできていません。

歯科衛生士 入院歴では前回1カ月入院されていた。その退院のときのカンファレンスで、医療スタッフから注意事項等、話し合いがありませんでしたか。

Q男さん 透析週3回で、医療面のフォローは十分にしてもらっていますので、「ADLの低下からの転倒を気をつけてください」というところです。

看護師 Aさん自身が40年間、透析を受けているので、透析を受けている患者が、最後にどうなっていくのかという認識がどうなのか？と、身近なご家族等が、亡くなったときのことを聞いてらっしゃいますか。

Q男さん 透析の患者の中で一番仲がいい仲間が、亡くなっていくところを見えています。ある男性が先生に、「もう動けなくなってきたから、自分で亡くなりたい。透析をしなくて

くれ」と言ったそうです。透析を止めて亡くなった方を見ていて、「私もそんなふうには、枯れるように亡くなっていきたいわ」という思いは、語ってくれています。

身近な人の死でいえば、2年前、私もケアマネをしていたのですが、Aさんのご主人が心不全で、入院先の病院で亡くなったのを看取っています。

● 本人像への質疑

「延命されたくない」は
いつの時点のことか？

司会 非常にたくさんの薬が処方されていますので、先生の方から薬の説明をお願いしますか？

医師1 レンドルミンDは睡眠薬です。パリエットは胃の薬です。あとパナルジンは抗血小板薬。メインテートは、この量だとたぶん心不全に対するもの。プラビックスも、抗血小板薬。ロカルトロールはビタミンD、ユベラNはビタミンEです。メチコバルはビタミンB12で、グラケーはビタミンK。透析をやっている関係で、いろいろ補っています。

リオナは、抗リン血症の治療薬。リンがなくなるのを防いでいます。ミヤBMは整腸剤でコニールは血圧の薬とカルシウム。ディオバンも高血圧の薬。ハーフジゴキシンは強心薬です。バファリンも、この量だと抗血小板薬。アローゼン、プルゼニドは下剤です。

司会 この処方を見られて、先生はどう思われますか？

医師1 透析をやっているので、栄養等を補うための薬が大半で、あとは胃の薬と睡眠剤があって、心不全や高血圧の薬が出ている。透析をやった後は、ガツッと血圧が下がる人がいます。もしかしたらこの他に、透析の後だけ使う薬などがあるかもしれません。人によって、透析の後に血圧が下がってしまうための昇圧剤が出ます。めまいがするとか、低血圧になったりするのかなど。かなり薬が多い状態で、たぶんずっと透析をして、ずっとそういう生活で来てしまったのではないかと。

司会 Q男さん、いかがでしょう。

Q男さん 透析の患者さんは、皆さんそうだと思うのですが、そのときの数値によって、薬の微調整がかなり行われていますね。今処方されているものが、次の週は違う場合もあります。血圧についても、夏に低くなってしまいう傾向があり、そのときは血圧の薬を抜いたりして、病院側でも調整をかけてくれています。

質疑応答から
見えてきた A さん像

司会 先生はどうみられますか？40年間透析をずっと受けてこられたこの方の状態像が、今後どうなっていくのかといった見通しも含めて。

医師2 この症例で気になるのは、本人は「延命治療をしたくない。自然に」と言っているのですが、考え方によっては、透析自体が延命治療のようなものです。その一方で、本人は「友人と外出したい」と言っており、どれくらいのリアリティをもって延命治療をしたくないと言っているのか？80代で透析をしていれば、いつ死んでもおかしくないと思います。でも本人にとっては、先の話のイメージで言っているのか？それとも、いつ死んでもいいと準備ができているのか？結構そこは大事だと思います。

司会 いかがですか、そのあたりは？

Q男さん 意識がなくなった場合、自分の意思が言えなくなった場合に、透析をして生かされ続けることは希望していない。でも、動けなくなったら透析をやめたいのかというと、そうでもない。おそらく、この先で歩行困難になって、移動にどうしても介助が必要になってくる。だからといって、施設に入っただけの生活ではなくて、自宅で介護を受けながら生活はしたい。

自らの意思が言えなくなった状態のときに、生かされ続けたくないという思いが強いという印象です。

司会 そうすると、本人は「今切実に」という感じではないかもしれないですね。

Q男さん 「今切実に」でなく、将来に対しての不安ということですね。

● 多職種からのアドバイス

「在宅で最期」には
社会資源とチームケアが必要

O T 主治医は人工透析の先生ですか。

Q男さん そうです。

O T 今の話を聞くと、完全にリビングウイルの話になってくると思うのですが、主治医はどう考えていますか。

Q男さん 透析のときに、先生に「いつまで透析を続けなければいけないのですか」ということを、最近1回聞いたことがあるそうです。残念ながら、向き合っただけで話をしてもらおうというよりは、はぐらかされる感じだったそうです。先生もとてもご年配だそうで…。

- ① 遠方の家族は、本人の気持ちを尊重している
- ② 「延命してほしくない」は現時点のことでなく、将来意思確認が難しくなったときのことである
- ③ 40年の透析生活で透析が日常生活の一部である

病院にはとてもお世話になっていて信頼はしているのですが、私もそこが悩みどころです。病院の透析の主治医が、その先生しかいらっやらない。

O T リビングウイルとかそういう話にもたぶん行かないということですね。

Q男さん そこまで至っていません。

小多機代表 うちの小規模多機能10年で、50名弱の看取りをさせていただいている中で、こういう方もいらっやいます。今の暮らし方は終わり方のイメージと直結するので、訪問診療の先生、在宅医の先生にリードしてもらいながら、環境を整えています。小規模多機能が、急な泊まりを受けたり、訪問したりというように柔軟に関係性をつくれるのが有効です。過去にも、透析で一人暮らしという事例の経験がありました。そういう意味では、医師を含めたチームケアの構築がとても有効という印象です。

医師1 透析を止めて、家で腎不全の緩和ケアをすると決まっているのなら、在宅でできると思います。ただ増悪したら入院し、再び復活することもある。腎不全の軌跡の読むのは難しい。悪くなってストンと落ちてまた持ち直して、徐々に落ちていくというが、最後がどこなのか？ストンと落ちたきりになる場合もあり、そういう場合は A さんの本意ではないが、病院で最期を迎えることもあります。

A さんの望むような、枯れるように…というのは、なかなかです。「透析に行くのも疲れるし、もう家で死にたい」となったら、在宅医療が非がんの緩和ケアを行えばよいでしょう。両方を選べるようにできるとすてきなと思いますが、それ

をしてくれる在宅医がいるのかとか、チームが組めるのかとか、面倒見の良い小規模多機能があるのか等、社会資源にもよります。予後予測も難しいと思いますので。

● 多職種からのアドバイス

意思決定支援は「最後はどうしたい」という話をしながら記録に残す

司会 Q男さん、何か聞きたいことがあったらどうぞ。

Q男さん 姉は90歳とはいえ新幹線で来られるようなアクティブな方ですが、本人の近くで意思決定の支えができる人が、今はいない状況です。任意後見契約なども考えたのですが、それを使うと、年金だけでは生活が成り立たなくなってしまう。代理人になる方を立てられない状況で、支援する上でネックです。

今でも、本人の能力と友人のサポート、社協の安心サポート事業を使って、家族に近いところまでの支援はできていますが、その先ができずにいます。

おそらくこの先なっていくだろうというところに対しての支援がまだできていない。できる資源がない状況で、良い知恵をいただきたいです。

司会 どなたか提案、助言はありますか。

ケアマネ2 意思決定支援のサポートがうまくいかないのですね。

Q男さん そこですね。お姉さんがすぐ来られるかという、そうでもない中で…。

医師1 私たちにもすごく難しい人がいました。認知機能がちょっと低下してきていて、病院で入院するのは絶対いやである。でも身寄りがほとんどなく、電話で連絡しか取れない。行政にも入ってもらって、複数でその人の意思を尊重して、法人を決めて、家族に電話で了解を得てという形で、在宅で看取っています。

Q男さん そのケースの状況だと、おそらく成年後見制度の市長申立てで行けるんです。今のAさんは、認知機能が低下しているわけではない。そこに至ってない状況なのが、とても難しい。

医師1 その事例の方は、任意後見契約をしていなかったのですが、本人は意思があるので、先に一筆書いておけば、判断能力が低下したときに、それが生きました。

Q男さん 「判断能力が低下した」という判断を誰がする

かという問題が出てくると思います。医師もケアマネジャーも、その判断がつかない。一筆だけで、どこまで効力が得られるか。そのためには、公的なところを通していかないと…。

司会 この場合は結論を出すというより、いろいろなアイデアをいただきましょう。他の方はいかがですか。

小多機代表 小規模多機能ではだんだん泊まったりするようになります。そうすると、テレビドラマでもみながら、「こういう生き方どうだよ、ああいう生き方どうだよ」と、ナラティブの話をたくさんするんです。

そういう話を、かぎカッコつきの言葉で記録に残すのです。たくさん積み重ねておくと、意思決定支援のエビデンスが残ります。訪問診療の先生と小規模多機能スタッフ、訪問看護師の人たちと一緒に、その人の方向性というのが見えてきますので、一つの案かなと思っています。

司会 そういった流れを作っていくのですね。

ケアマネ2 私は、主治医の先生と透析のナースや関係者を集めて、こうなったらこうするという決まりごとを、本人がしゃべれるうちにしゃべってもらい、記録に残します。

亡くなったときは誰に電話をして、財産は誰がどうするというのも、全部決まりごとをある程度作っておくと、精神的な安定感をつくれますし、それにのっとって支援をできるところまでできます。遠方ながらも身内の方がいらっしゃるの、最終的には身内の方にお問い合わせできると思います。

● 多職種からのアドバイス

40年間透析というのは
珍しいケース

司会 最後にF先生、いかがですか？

医師3 意思決定・意思の確認に対して言うと、判例的には、本人の確認能力があるときに下した決断を、家族がひっくり返すことはできません。救急の現場では、ほぼそうです。必ずしも家族の同意が必要ではないというのが原則です。でも実際は、そううまくは行きませんが。

このケースで珍しいと思ったのは、透析40年間というのがすごく長いということです。

長期透析患者の看護研究があって、長期透析患者には3つのファミリーがあると書いてありました。一つは「一次家族」といって、同居している一般的な家族です。もう一

Q男さんが
気づいた手だて

- ① 毎日の日常生活を続けていくことが本人にとって一番重要
- ② 本人が先々どういうことを望んでいるかを確認し、チームで共有
- ③ 本人が判断力に自信がなくなった場合に備え、成年後見について本人・家族と話し合う

つは「拡大家族」といって、親戚などの離れている人も含んだ家族。3番目は「医療家族」といって、医療スタッフ自身が非常に家族的になるという分析です。

透析の現場を知っている人は分かると思うのですが、極めて静かで、言葉の少ない世界です。機械の音しか聞こえないくらい。うなずきや目配せだけで、非言語的なコミュニケーションが増える。コミュニケーション量が非常に少なく、家族内で暮らしているような感じで、「医療家族」になってしまうというのです。

40年というのはもともと、おそらくDM（糖尿病）などがない人でしょう。一次性的な腎臓疾患の方ではないか。

それに関連して、最近、末期がんの人はどういう生活を望むかというシンポジウムをしたのですが、すごく面白かったのは、オーディナリーライフ（普通の生活）という毎日同じことの繰り返し極めて重要だということでした。いわばマンネリの生活というか、目的もなく、意味もなく続けるということこそが重要なのです。

よく病院から家に帰るのに、「帰る目的は何ですか？」「意味のある生活ですか？」と聞くことがありますが、家に帰るのに目的や意味は必要ないというのが、研究として出てくるんです。

そうするとAさん本人にとって、透析というのはオーディナリーライフではないか。日常生活の中の一要素なので、それがなくなること自体が、日常生活から離れてしまうことになる。Aさんはおそらく「入院しても透析します」と言うと思います。そのとき、入院するのを「止めてください」と

は言わないのではないか。長すぎるがゆえに。そういう予感がするので、本人は透析を延命処置だとは思っていないと思います。オーディナリーライフだから。食事やトイレと同じ、普通の生活のパターンなのです。

だから、透析をいつ中止するかという判断は、Aさんにとっては重要ではないのかもしれない。ずっと続けると思います。むしろ、「呼吸が止まったときにどうするんですか？」とか、「重大な感染症になって意識がもうろうとしたときにどうしますか？」等を聞く方が良いと思います。

透析40年という特殊な例だからです。これが例えば、合併症がたくさんあって糖尿病で苦しんでいたが、いよいよ透析になってしまって、透析自体が自分の普通の生活を崩しているなら、「数日でもいいから、普通に帰りたいたので止めたい」という人とは違うかもしれません。

司会 ありがとうございます。Q男さん、最後に一言お願いします。

Q男さん 今、先生がおっしゃっていたように、Aさんが何か取り組みをしたいとかではなくて、日々淡々と過ごすことに意味を持っている人なのかなと思っています。40年のつき合いですから、透析がどうAさんに影響を及ぼすのかというのは、本人にしか分からない。

できることとしては、本人が先々の漠然とした不安について準備をしていくことなのかなとは思っています。家族と話を通しておくことはしていきたい。先ほどおっしゃったように、医療スタッフにも本人の意向を伝えておく。Aさんが何を望んでいるのかということ、あらためて関係者で共有する場面が必要なかなと思います。

そのことに加えて、Aさんが何らかの理由で、物忘れが進んでしまったり、判断力に自信がなくなったりした場合は、一人暮らしの方を支援してくれる行政書士の協力者も知っていますので、その人を後見候補人として家族申立していただくことを、「こうした方法もあります」と示していくこともできるかなと思っています。

今、本人が漠然と不安を持たれていることに対して、具体的な映像でイメージできるようにしていきたいと思っています。

とても80歳に見えないくらい若々しく、生き方などもすてきな方だと思って支援しているので、私としては最後までAさんに向き合っていきたい。参考になるお話をいただきました。ありがとうございます。

(※事例は個人が特定されないよう改変を加えてあります)