

統合ケアマネジメント事例検討会は、国立社会保障・人口問題研究所と一般財団法人オレンジクロスにより研究事業として行われ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 ——

息子と妻を亡くした70代男性 意欲なくし体調が不安定 元気になってもらうためにどう支援するか

事例検討会の参加者

事例提出者 V代さん 居宅介護支援事業所 主任介護支援専門員
 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
 訪問看護師 PT、OT、ST
 介護福祉士 管理栄養士
 歯科衛生士 小規模多機能管理者

他、多職種の参加者40名

果たして、V代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	・男性 ・70歳代後半 ・要介護1
② 自立度	・寝たきり度：J2 ・認知症自立度：I ・身長：165cm ・体重：65kg
③ 同居者／主介護者	・独居（2年前の冬に息子、夏に妻を相次いで亡くす） （妻：多系統萎縮症 70歳代死去、息子：心不全 30歳代後半で死去） ・隣に姉（ろうあ者）とその息子（甥50代）が居住 姉：要介護3 内臓疾患等で入院中
④ 経済状況	・厚生年金（月 10万円代後半） ・預貯金（一定の金額の預金あり）
⑤ 居住環境	・木造一軒家。築30年以上。玄関中・外、階段に手すり設置済み
⑥ 連絡元 （事例の紹介者・機関等）	・妻の在宅療養時に担当。妻の死亡後、本人の介護申請を行い、そのまま担当となる。 （本人：要介護3 → 要支援2 → 要介護3 → 要介護1）
2. 生活歴／現在の生活／趣味／参加の状況	
① 生活歴・職歴	・現在の場所で出生し、高校卒業後企業に就職。妻とは30代で恋愛結婚し息子をもうける。国内で家族と共に転勤あり。他県で生活後、現在の地で自宅を建てる。 ・職業は、メーカーの営業職。 ・妻（同年代で年下。温かな美人だがしっかりもの） ・息子（優しい性格の一人息子。母親の介護中は仕事をやめて父親と一緒に介護を担う。体が弱かった）

② 現在の生活状況	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行：室内は自立しているがふらつきが多い。外出時は、杖歩行。排泄：自立 ・入浴：自宅は段差が多いため、週2回デイサービスで入浴 ・IADL：洗濯は自立。PCの簡単な操作ができる。
③ 性格	<ul style="list-style-type: none"> ・もともとは明るくて社交的な性格。冗談もうまく会話に取り入れられる。 ・一昨年相次いで妻と息子を亡くし、心身とも落ち込んで機能が低下した。 (妻が自宅か施設か選択を迫られたとき、涙をこぼし自宅に連れて帰りたいと言ったことがある。また、息子が集中治療室にいたときに、妻を息子に会わせたいと希望した。妻も亡くなった後は、食事もほとんどらずお酒を飲み、ぼーっとして泣いていた) ・デイサービスではスタッフや他の利用者と楽しく過ごし、女性利用者から人気がある。 (デイサービスでは冗談を言い行事には積極的に参加し、いつも皆を笑わせている。女性にも優しく接している。スタッフとも関係は良い) ・本人の性格は、常識があり皆と仲良くできる。ただ納得がいけないことがあると不機嫌になることがあるが、説明すれば理解し、もとの穏やかな性格に戻る。妻がまだ車いすでデイサービスに行っていたとき、筋力低下で行事に参加できなくて困っていたのに、スタッフが「どうして参加しないの?」と言い、ものすごく怒ってスタッフに文句を言ったことがある。
④ 趣味／嗜好	<ul style="list-style-type: none"> ・酒やタバコはもうやめている。特に趣味がなく、一人のときはぼーっとテレビを見ている。 ・高校時代は剣道初段を持っていた。また、社会人になってからはゴルフやボーリングを付き合いで楽しんだ。 ・現在はデイサービスでカラオケが楽しみである。
⑤ 参加	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスでは積極的にレクリエーションに参加しているが、そこ以外の出かけたい場所や会いたい人はいない。ご近所付き合いはないが、姉の通訳としての役割はときどきある。
3. 病歴／健康状態	
① 入院歴	<ul style="list-style-type: none"> ・妻の介護中、4年前に脳梗塞で2週間入院。後遺症なし。 ・2年前、低血糖・腎機能低下で1カ月入院（退院後要介護3）。 ・1年前の夏頃に、菓の飲み合わせ不良で、意識障害・蜂窩織炎で入院
② 合併症・疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病：服薬治療　　・高血圧：服薬治療　　・脳梗塞：服薬治療　　・眼底出血：経過観察中 ・グルメピリド　1mg 2錠・朝夕　　・エリキユース錠　5mg 2錠・朝夕 ・イーケブラ錠　500mg 2錠・朝夕　　・カルベジロール錠　100mg 1錠・朝 ・トランゼンタ錠 5mg 1錠・朝　　・ヒルドイドクリーム　（下腿に塗布）
③ 受診状況 服薬状況	<ul style="list-style-type: none"> ・通院：月1回近所の内科に通院。3カ月に1度、総合病院の眼科外来通院
4. 心身機能／基本動作／IADL／ADL	
① 心身機能	<ul style="list-style-type: none"> ・妻と息子の死亡直後は喪失感が大きかったが、現在はデイサービスや訪問看護師等の交流もあり少しずつ元気にはなっている様子あり。 ・今後の生活の方向性がまだ分からないため、そのときどきでの生活の選択で毎日を過ごしている。また、夜間不眠が見られる。 ・少しずつ書類やお金の管理が億劫になってきたとの発言が見られる。
② コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・問題なくできている。冗談が好きで、さりげなく面白い会話ができる。
③ 基本動作	<ul style="list-style-type: none"> ・体力の低下と右肩痛がある。下肢の筋力低下もあり、室内でもときどき転倒している。
④ IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・お金の管理は自分でできている（詳細がだんだん不明になってきている）。 ・役所等からの郵便物の内容の意味がよくわからないため、ケアマネジャーや訪問看護師に聞いている。書類や通帳は決まった引き出しに入れているが、整理ができておらずぐちゃぐちゃに入っている。 ・服薬は飲み忘れがあるため、訪問看護利用時にお薬カレンダーに入れてもらい、確認してもらっている。
⑤ ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行はふらつきがあるが自立、ときどき家具につかまる程度。室外は杖歩行。ふらついて室内で2回ほど転倒している。 ・食事や排泄、更衣は自立。入浴は自宅では不安が大きいため、デイサービスで一部介助。
5. 本人・家族の意向／専門職の援助方針	
① 本人	<ul style="list-style-type: none"> ・いつまでも自宅で暮らしたい。
② 家族（甥）	<ul style="list-style-type: none"> ・もともと家族同士で仲良くしていた。食べ物等にこだわりがあるので、一緒にずっと生活することは考えていないが、何かあったら協力はしていきたい。
③ CMの援助方針	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携を図り体調管理をしっかり行うことで体調が安定し、自宅で少しでも楽しみを感じられる生活が送れるように支援する。今後の生活の場や方向性を本人と一緒に考える。

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食事や運動・睡眠等の管理がうまくできないことで体調が不安定になる。	・体調が安定して、一人暮らしでも元気に生活できる。	・栄養がきちんととれる。 ・規則正しい生活が送れる。 ・転倒しないで、安全に生活できる。 ・受診や服薬がきちんとできる。
②外出や楽しみの機会が少なくなり、意欲が低下してしまう。	・体調を整えて、楽しみを持つ生活ができる。	・定期的な外出の機会がある。 ・気の合う仲間や近所の人と交流する。 ・亡き家族との思い出を語る場ができる。・今後の生活のことを考えられる。
7. サービスの利用状況		
① 訪問看護	・週2回（1回：訪問看護師による体調管理…服薬・栄養・皮膚等の管理） （1回：PT/OTによるリハビリ、筋力低下防止や室内環境のアドバイス等）	
② 通所介護	・週2回（送迎・体調管理・入浴・排泄・食事・レクリエーションの参加・他者との会話）	
③訪問介護	・週2回（調理・買い物・環境整備） ・必要時は自費にて通院介助を対応	
④ 福祉用具レンタル	・自費で特殊寝台・付属品（マットレス・サイドレール）をレンタル	
⑤ 配達弁当サービス	・週2回デイのない平日の昼食で利用	

● 課題の確認

司会 本人が介護していた奥さんと元気だった息子さんが亡くなって心身ともに意欲をなくしている70代後半の男性の事例です。本人の意向は、「いつまでも自宅で暮らしたい」と思っている。介護をしている甥御さんは、「家族間で仲良くしていたし、できればずっと何らかの形で協力していきたい」という思いを持っている。

ケアマネジャーが設定した課題は大きく二つあって、「食事、運動、睡眠等の管理がうまくできていない」ということで「体調不安定になる」ことを避けていきたい。それが一つ。もう一つは「外出とか楽しみとかの機会が少なくなって、意欲が低下してしまっている」状況をなんとかあげたい。この二つの課題ということでよろしいですね。

V代さん はい。

司会 この検討会は多職種の専門職が参加していますので、この場で聞いてみたいこと、今困っていることがあれば、一言お願いします。

V代さん 家族の死という、生活環境が大きく変わった場合の精神的な支援をどのようにしていけばいいのか分からなくて、教えてほしいです。困っていることとしては、一人だと意欲低下が見られるし、体調不安もあります。これからの生活の目標も見つけられていないので、どのように支援していったらいいのか悩んでいます。

司会 はい。資料の読み込みを5分ほどお願いします。

● 本人像への質疑

妻を介護していたとき
元気で前向きだった

司会 それでは、まずご本人の状態像や家族の関係性を含めて、本人の周辺状況などの確認をしていった後に、捉え方とか課題のアドバイスをさせていただくという形で進めていきたいと思います。最初に事実関係の確認を行いますので、ご質問のある方、挙手をお願いします。

歯科衛生士 食事が心配とのことですが、実際にどんな食事の作り方、とり方をされているのでしょうか。

V代さん 週2回ヘルパーさんに入っていて、ご本人も認識している野菜不足を補うため、野菜を中心とした調理をしていただいています。それにプラスして、デイサービスで週2回昼食をとっています。デイサービスのない日は、配達のお弁当をとって栄養のバランスを考えていますが、それ以外は菓子パンを食べたり、お菓子を食べてたり。割と好きなものを召し上がっています。

OT 息子さんが先に亡くなってから奥さんが亡くなったのですよね。この方に対して、V代さんはどういうふうにかかわっているかをお聞きしたいのですが…。

V代さん もともと奥様が多系統委縮症という神経難病で、まだ要支援で歩いていたときから要介護5で経管栄養され

るまで6年近く担当していました。ご本人は元気で、とても前向きに一生懸命介護されていたことも知っています。息子さん急死された後に、奥様が誤嚥性肺炎で病院で亡くなられた。それらが半年の間に続けざまに起こった後、お酒に走ってしまっただけで入院という経過を見ています。私自身、今の状態はもともと本人ではないという思いが強い。元気なご本人に戻れるのではないかと支援しています。

O T IADLをみると認知症なのか？ただ、うつの可能性もある。その判断がつかかねるのですが、V代さんから見てどうですか？

V代さん 正式な診断を受けたわけではありませんが、意欲の低下からみるに、一時的なうつ状態なのかと…。

CM1 お酒に走って入院して今はやめているのですか。どういう意志を持ってやめられたのでしょうか。

V代さん 奥様が亡くなられて食事ほとんどとらず、糖尿病ということもあり、低血糖症状、アルコール依存で1カ月入院しました。退院するときに「お酒を飲まない」と約束し、強い決心をされて退院した経緯があります。私も訪問のときには、必ず飲んだ形跡がないか確認し、ヘルパーさんや訪看さんも、現在は飲んでいないという確認をしています。

CM1 お酒を飲んでいないという強い意志があるので、意欲低下という見立てに違和感があります…。

CM2 食事のことをもう少し詳しくお聞きしたい。週2回ヘルパーは3食のどの食事を作っているのか。デイに行っているとき、他の食事は菓子パンで済まされているのか。

V代さん この方は自分で電子レンジを操作できます。ヘルパーさんは昼夕2食分のおかずを作ってくれます。デイサービスは昼食だけなので、夕食は冷蔵庫にあるものや、また近くまで買い物に行けるので、出来合いのものを買って温めて食べることもあります。朝は概ね菓子パンです。

● 本人像への質疑

意識障害で入院、要介護3に 退院後お酒をやめる

CM3 この方は社交的だと感じましたが、地域、ご近所さんとの付き合いは？

V代さん サラリーマンで定年まで仕事をしていて、近所付き合いは奥様がされていました。友人や地域活動のことを確認しましたが、今はまったくないとのことです。

栄養士 甥御さんが一緒に暮らせない理由に、「食べ物等にこだわりがある」とあります。「こだわり」とは？

V代さん 今は中肉中背ですが、元気なときは太っていて、それが原因で糖尿病を発症されています。お酒、たばこに加え、グルメだったと聞いています。甥御さんは親がろうあ者で、本人と生活様式がだいぶ違うとのこと。

栄養士 朝は菓子パンでなければいやだとか、そういうこだわりではないのですか。

V代さん そうです。

PT1 要介護度が変動していますが、その経過を教えてください。

V代さん 介護保険申請したときは、入院中だったので、要介護3。その後家に戻ってきて、要支援2に改善しました。それから要介護3になったのは1年前の夏です。最初は熱中症だと思ったが、薬の影響による意識障害と下肢に蜂窩織炎にかかった関係で、区分変更申請をして要介護3になりました。最近は落ち着いて要介護1になりました。

S T お仕事はいつまで何をされていたのでしょうか。

V代さん もともとメーカーの営業で全国を転勤して、60歳まで勤めました。それ以降の仕事は分かりませんが、何もされていないようです。

S T 今70歳代後半で、6年間奥様の介護をしていたと聞きましたので、空白期は何をされていたのかと。

V代さん そこは私も確認できていません。

PT2 サービスが入った経緯について教えてください。

V代さん 一番最初は、2年前に体調崩して入院して要介護3になって退院したときに入れました。訪問看護も通所介護も週1回くらいだったが、要支援になって要介護3になった後に回数を増やしています。メンバーは通所介護以外は、奥様にかかわっていた事業所に入っていました。

PT2 体調の変化や身体変化は？機能が落ちたとか転倒が増えたとか？

V代さん 食事が偏って栄養不足とか薬の飲み忘れがあったり、転倒しやすくなったり、本人はなんとなく体調不良を感じて病院に行って、そのまま意識障害が出て即入院となったことが1年前の夏にありました。

介護福祉士 訪問介護の買い物とあるのは、代行でしょうか同行でしょうか。

V代さん 買い物代行です。

介護福祉士 同行にしない理由はありますか。

V代さん この方は通院の帰りに自分でスーパーで好きなものを買ったりすることがまだできます。ヘルパーさんには水

質疑応答から
見えてきた A さん像

とか牛乳など重いものや、自分で買わない野菜とか買って来てもらうようにしています。

CM4 サービス利用は、週2回ずつになっていますが、それぞれ別の日で週6日サービスが入っているのですか？

V代さん はい。日曜以外は必ず誰かの目が入るようにしています。

● 多職種からのアドバイス

かつて営業マンで周りに気を遣ってきた
うつでなく「何もしたくない」素の姿では

司会 事実関係はだいぶ分かってきました。対策とか、提案を含めてご意見をいただければ…どうぞ。

OT 確認です。この人自身は、前のように元気になりたいと思っているのでしょうか？

V代さん 口ではそうおっしゃるので、私はそう思っているのですが…本当のところは分からないかもしれません。

OT なるほど。というのは、この人はうつか認知症か。両方ともあるのではないかという気がします。うつとして考えると、よくがんばっている印象がとても強い。人とも社交的にできているし、カラオケをやっているし、買い物もできる。

酒・たばこをやめているのに意欲低下といえるのかということとか…意志はちゃんと持っている。そのなかで脳梗塞も糖尿病もやっているので、認知的な低下が出てきているのではないか。そうすると、この人が本音でしゃべれる人がどこにいるのか。奥さんを亡くされ、息子さんも先に亡くされているのがすごく痛い。自分のつらいところを吐き出せる場というところに、誰がいるのかが気になります。そういった誰かが必要なのではと思います。

小多機管理者 コツコツまじめにサラリーマンで営業をされていた方だから、自分が介護を受ける立場になっても、デイサービスに行くと、スタッフを気遣う。営業マンゆえに、人がいてこそ自分がいるという考えでずっと生きてきた方かと思えます。デイサービスのスタッフさんに喜んでもらおう、自分がつらいところを見せたくないようにしようとか、心配かけないようにしようということが、「冗談言いながら積極的に参加している」という姿なのかと推測しました。

聴覚障害のある姉がいて、なるものはならないし、どうしようもできないという人生観もある。達観しているというか、無理しないというか。その両面をお持ちの方ではないか。

① つらいライフイベントが続き
反応としては自然
むしろ、よくがんばっている

② 今の姿が「素のまま」の本人ではないか

③ うつかもしれないが、
脳血管性認知症も疑われる

そう考えると、この状態はうつというより、ご本人本来の姿に近いような気がします…。いろいろなものから年々解放たれて、一番自分らしい精神の状態だが、人から見るとうつ傾向のように見える。しかし実は、「もう何もしたくない」というところを本来的にお持ちになっている。

それでも障害のあるお姉さんはいるし、かつて妻は病気だった。そのときそのときの役割のなかで、営業をコツコツやってきたように、自己犠牲的に自分の仕事をずっと見つめてきたのではないかと推測します。

ケアマネジャーさんががんばっているので、安心してそもそもその素の状態が出ていないのではないかと解釈すると、支援はこのままでいいのではないかと？という方向性が見えてくるのですが、いかがでしょう。

司会 ご本人をどういう風に理解するのか。営業をずっとやってきてまわりに気を使われる方という印象が強いですね。そのなかでケアマネさんとの関係性は良いので、救われているのかなという感じを受けますね。

● 多職種からのアドバイス

筋肉をつけるためにたんぱく質を
糖尿病と脳梗塞の予後予測を

栄養士 栄養不足の根拠を教えてください。

V代さん 糖尿病で内服治療だけなのですが、食事制限については、入院していたときに一日の摂取カロリー1500kcalに抑えたと聞いています。測っているわけではありませんが、実際そこに達していないのではと思われま。訪看さんによると、バランスよく食べているようではないし、一人だと食欲がないので、甘いお菓子を食べて終わっているという情報があります。なので栄養不足なのではないか。ただ体重は減っていないので矛盾しますが…。

栄養士 そうですね。体重が変わっていないのであれば、特に栄養不足ではないような気がします。糖尿病の薬が2種類出ていて、食事していないと低血糖を起こす方が心配なのではないか。

昔太っていてやせてきた場合、一番心配なのは、サルコペニアといって筋肉が落ちてしまう状態です。それを考えると、野菜よりたんぱく源で、菓子パンを食べてもいいけど牛乳を飲んでほしいとか、そういう内容の食改善でも随分違ってくると思います。肉等を食べないと意欲は低下する。胃腸の動きも悪くなりますし、ホルモンの影響もある。

菓子パンで済ますというのは、面倒くさいからですよ。たった一人自分のためにだけご飯を作るのは面倒です。そこはヘルパーさんと相談して、ご飯は冷凍して、あとは納豆を買っておいて、「朝はご飯と納豆でいかがですか」などのアイデアは、管理栄養士を入れていただくとよいかもかもしれません。栄養士を入れるのは食事制限のためにでなく、食を楽しみながらその人の体に合った食事というのを一緒に考えていくことができると思います。

司会 今のことと絡めて、A先生、薬についてはいかがですか。

医師A 糖尿の薬が2種類出ていて、低血糖になるというほどではないかなと思います。ヘモグロビンA1cとか検査データは分からないですか？ 気になるのは下肢筋力低下とふらつきで、筋力がないからふらついてしまうのか、脳梗塞の後遺症があるのかなのか。それから認知機能が低下していないかなど、そこは表に出てきていないだけなのかもしれません。

司会 先生は可能性としてどういう見立てをされますか。

医師A もしかしたら、脳梗塞で脳血管性認知症があるのかもしれない。重度ではないけれど。随所に認知症のような雰囲気があります。先ほど目が離せないで見守りのようにサービス入れているというお話がありましたが、その目が離せない根拠とつながるのですが、たぶん何か心配で入れられているのではないのでしょうか。

V代さん 週6日サービスを入れているのは、私は認知症かどうかは分からなかったのですが、一人のときは気分が落ち込むと聞いているためです。誰かかかわっていれば、かなり明るく振る舞われる方なので、元気を出していただくということ、最近転倒やベッドから落ちたりすることが出てきましたので、その原因は分からないのですが、とりあえず誰かがいれば、部屋の中で会話をしながら一緒に動くことで筋力が維持できるのではないかと考えました。

医師A 目が離せないというより、元気が出るためなんですね。

V代さん そちらが大きいです。

訪問看護師 これを読んで、ケアマネさんがこの方をよくご存知で、そのことをすごいと思いました。ケアマネさんの支えがあるからやっていけるのではないかと。

看護師として、この人のライフヒストリーをみて、当たり前の反応だと思いました。すごがんばってらっしゃったから、今のこの状況を知ってケアマネジャーがなんとかしてあげたいと思ったのではないかと。ただ、老齢でだんだん体が衰えて、認知機能が下がってきて、これは不可逆的で、変えられない現実です。

私がもし介入するとしたらどうしたらいいかと考えました。低血糖で、腎機能が低下している。糖尿病の度合いと、腎機能にどれだけ予備力があるかによって、透析になる人かならないかを予測を立てなければいけない。意思決定支援を徐々にしていかなければならないので、この人がどんな価値観をもっているのかを知りたい。蜂窩織炎になると、糖尿病が悪さをしているし、免疫力も落ちている。病気を総体的にみていったとき、血管病変があって、腎臓も悪くなって、目にまできている。特に脳梗塞等を発症した人は、脳は全身を統括するところなので、食べるための食事の調整、動くための人の支えが必須になります。

これだけがつりサービス提供者が入っているから支えられているが、私がもし訪看だったら、地域資源の人、モノ、場を見て、社会参加につなげます。例えば、私が行っているのは、野菜の直売所にオープン10分前になると、野菜を買うおばちゃんたちのコミュニティができる。そこに精神疾患のある人を連れて行って、話す場を提供して、私たち専門職でなく、コミュニティの支えをつくることをやっています。この方は生活する力もあるし、人とかかわる力もあり、実際に「いつまでも自宅で暮らしたい」とおっしゃっているので、支える力をどう支援するか、そういうアプローチを試みたいですね。

多職種のアドバイスで
V代さんが
気づいた手だて

- ① 糖尿病や腎機能低下についての具体的な確認
- ② 本人と本音で話す
- ③ 妻や息子が亡くなったことへのグリーフケア的にかかわりの検討

V代さん 訪問看護のリハビリで実際に「外を歩きましょう」ということをしていますが、時間制限もあるのでなかなかできていない。地域の資源もないわけではないが、なかなか外に出るという機会をつくれないうという現状です。

訪問看護師 時間をちょっと長いプランにして、そういう場をつくるサービス提供にしてみることを話し合われてはいかがでしょう。

● 多職種からのアドバイス

毎日のルーチンをつづけられる支援
悲嘆過程へのグリーフケアを

司会 F先生いかがですか。

医師F うつ病か認知症かについては、うつ病の中核症状は、精神病理学的には能力低下なんです。つまり、普段できていることができなくなる。例えば、いつもやっている仕事に時間がかかるようになるとか、普段だったらできていたことが、なぜかできなくなる。中核症状自体は認知症と非常に似ている。うつ病には投薬が必ず効果があるとはいえませんが、処方して一定の効果があればうつ病の要素があるといった投薬による治療的診断も悪くないと思います。

N先生の専門領域だと思いますが、悲嘆過程にしては長いのではないかと。2年続くと病的悲嘆反応ということにな

る。悲嘆反応が長引いてうつにならないことはないのですが、病的悲嘆反応の可能性を考えたほうがいい。

ライフストーリー上でいうと、僕は高齢者の一人暮らしの家に往診に行くと、果たしてこの人は自分の人生を総括しているのか——に関心があります。持ち家があって専業主婦がいて、子供二人とかが昭和世代の成功モデル。そういう人だと、一人暮らしの家に行っても「俺は勝利者だ」という感じでいられる。この人は、自分の人生を、良くない人生だとは思っていないんじゃないか。

あと、人づきあいは僕も好きじゃないんで、年をとってコミュニティで話してみるというのは必ずしも喜びにはならなかったりする。むしろ毎日のルーチンワークに注目します。どんな地味なことでもいいので、一日の行動パターンで必ずやっていること、それをどうやったら続けさせてあげられるかを考えます。それは本人が本人である主体の一貫性を保つということです。例えば、朝必ずここに水をやるとか、必ず何かを買いに行くとか、必ずマーケットのあそこにたたくむとか、それをどうやったら続けさせてあげられるかを考えるといいと思います。

司会 N先生いかがですか。

医師N 僕も悲嘆のことが気になっています。複雑性悲嘆があるのであれば、脳機能・認知機能の低下はありうる話です。死後の前後での変化がなかったのかとか、死後グリーフケアを担当してくれる方、例えば奥さんを看取ったドクターや看護師さんが継続的に一緒に入っていて、奥さんが亡くなったことがあなたにとってどういう意味があったのかといったような話をされる方がいたのかどうか。また、それをどう評価されているのかなどが気になりました。

司会 V代さん、一言感想をお願いします。

V代さん 私はこの方と長くつきあっていて、もっと元気になるではないか？という思いが強かったのですが、果たして本音で話していたのか——に気づかされました。病気については理解していたつもりでしたが、もう少し細かいところ、糖尿病の今後の予測とか、腎機能低下についても確認したい。またグリーフケアについてはほとんどできていないままこの方ご自身の介護に突入してしまったということもあるので、サービスでかかわる人は同じにしていますが、もう少し深いところがかかわっていかねばいけなかったんだと気づかされました。ありがとうございました。

(※事例は個人が特定されないよう改変を加えてあります)