

【A5-① 複雑な事例(困難事例)への対応】

コントロール不可能な在宅療養阻害要因を複数もつ認知症夫婦への関わり

近年、少子化や核家族の増加に伴い高齢者夫婦だけの世帯も増えてきている。厚生労働省の報告によると65歳以上の夫婦のみの世帯数は、昭和61年には18.2%だったものが、平成22年には29.9%と増加傾向である¹⁾。高齢者夫婦のみの世帯は、子世代の若い介護力を期待しにくく、高齢者同士が介護し合う老老介護となる。今回提示する症例はそういった老老介護の世帯であり、かつ両者が認知症をもつ「認認介護」世帯でもある。両者の認知症の進行と夫の身体能力の低下という問題がある中、子世代の家族関係が複雑であり家族のサポートが得られなかったことで非常に困難な事例であった。在宅医療の現場では複雑な要因がいくつも絡み合っている困難な事例が少なくない。それらの要因がいずれも改善しがたいコントロール不能なものであれば、患者・家族にとっても医療者にとっても非常に負担の大きなものとなる。そういった事例に対しての経験は在宅医として成長する上で重要なものであると考え、報告することとした。

経過の解説

<夫(92歳)>
訪問開始時の長谷川式認知症スケールは15点、ADLは着替え、入浴以外は自立、要介護1。

<妻(82歳)>
訪問開始時の長谷川式認知症スケールは19点、ADLは全て自立、要介護1。

高血圧で外来通院中であったが、車などの手段がなく通院が困難という理由で訪問診療を開始した。

<家族>
息子1人(県外在住)、娘2人。息子は疎遠で十数年間患者とは会っていない。娘たちは県内だが車で数時間離れたところに住んでいる。

今回の症例を大きく4つのステージに分けて右図にまとめた(左から右へ時系列に並んでいる)。

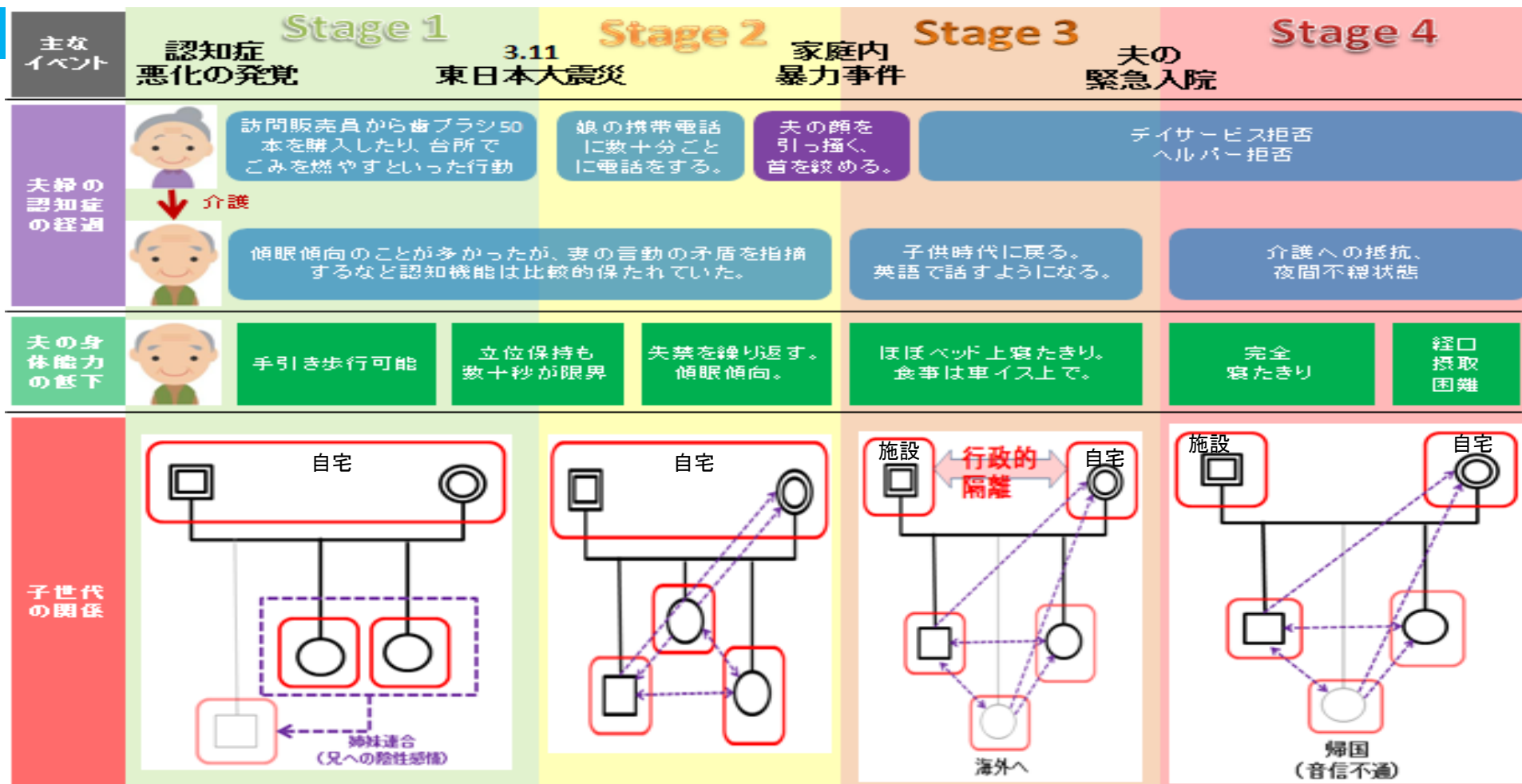
初めは夫婦ともにADLはほぼ自立していたが、数年の経過で妻は認知症が進行し、夫は認知機能とそれ以上に身体的な能力が低下していった。子供たちは初めから「両親は最後まで家で過ごさせてあげたい」と言っていたが、状況から現実的にこの夫婦の二人暮らし継続は不可能であると告げ、施設入所を強く勧めていた。しかし、子供たちの理解を得ることは難しく、一旦は施設入所直前までこぎつけたが施設職員との面接時に「親を入所させるつもりはない」と断ってしまった。

子供たちの直接的な介護力も得ることができなかった。長男は「遠方に住んでいる、仕事が忙しい、持病を持っている」とのことで、長女は「危険なことはわかっているが、両親を家で過ごさせてあげたい。でも自分が世話をしたり、責任をとるのは嫌だ」と言って患者夫婦に積極的に関わろうとはしなかった。

震災後、次女は患者宅近くに避難したため、一時は積極的に介護してくれたが他の兄弟の支援が得られず、介護負担に耐えられなかったために次女の娘のいる海外へ移住してしまった。以前から兄弟仲は良くなかったため、十分なコミュニケーションも取れていなかったようであった。

医療者側としては、認知症夫婦のみの世帯なので火事や失踪などの事件に発展しないかという不安の中、この夫婦に関わりつづけなければならなかった。子供たちとも連絡がなかなか取れず、誰をキーパーソンとして頼ったらいいのかさえわからなかった。

認知症によりヘルパーやデイサービスの利用も拒否され内服治療も継続困難であったため、認知症症状(BPSD含)の薬物治療にも限界があった。



[紫色の破線矢印は、陰性感情の向きを表す]

Gloubermanらは臨床問題の構造を大きく4つに分類している²⁾³⁾。それは、①Simpleな問題(プロトコルに沿って行えば対応できる問題)、②Complicatedな問題(いくつかのSimpleな問題の組み合わせだが、相互に影響関係がありプロトコルはない。しかし、一般的な対応のコツはある)、③Complexな問題(Complicatedな問題に加えて、個別性の高い要因が多く影響している。時間軸や地域性も関与し、一般化可能な対応法を絞り込むことができない)、④Chaoticな問題(問題群がコントロール不可能な問題を多く含み、それらが無秩序に絡み合っているため、今後の展開を予測することができない。良い対応法は、問題が落ち着いた後の振り返りでしか見出すことができない)、の4つである。今回の症例はまさに④Chaoticな問題であった。この患者夫婦の生活環境、認知症、夫の身体的能力の低下、子世代の不仲、介護力不足など、この患者夫婦をケアする上では解決せねばならない非常に重要な問題だが、どれもコントロール困難であった。

このようなchaoticな症例への対応は「解決を目標とせず、安定化を目標とするべきである」と言われている²⁾³⁾。問題を問題として残しながらも、少しでも今の状況(望ましくない状況でも)を維持することを目標とするのである。そのために医療者には不確実性に耐える強い忍耐力、多職種で協働する優れたチーム力が不可欠である。今回も多職種で頻回に連絡を取りながら、サービス担当者会議も何回も行った。チームでこの症例に臨んだために困難な症例であっても耐え続けることができた。

今後も複雑な、chaoticな症例に出会うこともあるだろうが、解決策を模索し続けることはもちろん、解決策が見つからない場合も在宅医として患者家族に付き添う心構えを持ち続けたい。しかし、その負担により医療者自身が疲弊してしまわないように、患者に関わる多職種で協力しながら対応できるよう日頃から職種間のコミュニケーションを密に行っていきたい。

1) 世帯数と世帯人員数の状況。厚生労働省ホームページ。

< <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/1-2.html> ><アクセス:2013/2/28>

2) Glouberman S, Zimmerman B. Complicated and complex systems: what would successful reform of Medicare look like? Discussion paper No 8. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

3) Martin C, Sturmberg P. General practice - Chaos, complexity and innovation. Med J Aust 183(2): 106-109, 2005

考察・今後の課題