

分科会Ⅱ

9月9日（土）14：10～17：00／2F ルームA

座長 特定非営利活動法人黎明 代表理事 赤星 文恵 氏

座長 医療法人松岡会 理事長 松岡 敏彦 氏

テーマ「重度化、医療連携、看取り」

開会挨拶

時間	演題 / 副題	所属	発表者 (都道府県)
14:10 }	人生の最期はどこで ～「家に帰りたい」の思いを叶える～	ぐるーぷほーむ 福の神	北出由美子 (石川県)
14:20 }	BPSDの深層心理を考察し、その人らしく看取る ～本当の姿を知る大切さ～	有限会社 ぬぐまるの家 グループホーム ぬぐまるの家	草野維久恵 (岩手県)
14:30 }	グループホームでの看取り 満足のいく最期のために	グループホーム 寿生の家	立花 裕美 (島根県)
14:40 }	介護経験のない新人が看取りを終えて ～不安と恐怖を覚えながらのケア～	有限会社 ヒューマン・ケア グループホーム ヒューマンケア富合	徳永 里沙 (熊本県)
14:50 }	グループホームでの看取り その人らしい最期に向けて	社会福祉法人赤碕福祉会 グループホーム さらり	中村寿美子 (鳥取県)
15:00 }	重度化により医療処置が増えた中でのケア ～『口から食べる・入院しない』ご本人の思いを受けて～	グループホーム 宝生苑 ユニット太陽	山本 絵理 (京都府)
15:10 }	白いご飯が1番おいしい ～経管栄養から経口摂取へ～	グループホーム はまゆうの里	刑部 和彦 (鳥取県)
15:20 }	初めての「看取り」を振り返って ～これからのより良いケアに繋げるために～	社会福祉法人優和福祉会 グループホーム ゆうわの家	古角美依子 (兵庫県)
15:30 }	突然の脳梗塞 ～私が何したって言うの…～	グループホーム アンジェロ三碓の里	村上紀代子 (奈良県)
15:40 }	看取りから学んだこと 家族の想いを理解する	医療法人 徳洲会 グループホーム 三田	猪野 典子 (大阪府)
15:50 }	寝たきりから自立へ 笑顔を取り戻したAさん	グループホーム 安らぎ	水囊 由子 (京都府)
16:00 }	介護と看護・かかりつけ医との連携 ～ターミナル期を最後まで看取る～	株式会社 陽楽 グループホーム Mボヌール	角田 貞子 (兵庫県)
16:10 }	ユマニチュードで癌と闘う認知症患者を支える グループホームでホスピスの役割を担う	グループホーム・それいゆ学園前	村中 正憲 (奈良県)
16:20 }	最期まで自分らしく ～ターミナルケアの実現～	認知症対応型共同生活介護・ グループホーム 寿限無	太田 和秀 (東京都)
16:30 }	初めての看取りから学んだこと ～看取りの指針とマニュアルの作成～	認知症対応型共同生活介護 えがお神宮寺 すまいる館	伊藤 琴美 (秋田県)
16:40 }	最期までその人らしく 私達が考える看取りの在り方	認知症対応型共同生活介護 グループホーム ほっこり庵	辻 優子 (京都府)
16:50 }	信頼関係とターミナルケア	グループホーム ユピテル三田	上本真奈美 (兵庫県)

総 評 ※各演題は発表8分、質疑応答2分

人生の最期はどこで

◆キーワード

- 1 思いを叶える
- 2 家族・職員・医療連携
- 3 自宅での看取り

～「家に帰りたい」の思いを叶える～

石川県・羽咋市

ぐるーぷほーむ ふくのかみ
福の神発表者：管理者 きたで ゆみこ 北出 由美子

共同研究者：部長 森川 みなこ

提供サービス：認知症対応型共同生活介護

開設：平成 23 年 8 月

定員：18 名（9 名×2 ユニット）

（取り組んだ課題・はじめに）

「地域の中で人として生きる力を発揮するケアの実践」を理念とする当ホームでは、ライフサポートワークの視点から入所者一人ひとりの思いを叶える支援を行っています。

94 歳の女性 I 氏（介護度 3 B2・Ⅲa）は、地元で代々続く呉服店を営んでいました。ご主人を亡くされた後も、息子さん夫婦や娘さんが店の暖簾を守り続けています。入所して 2 年、I 氏は食事面・体力面での衰えが顕著となり、「家に帰りたい」としきりに口にされるようになりました。本人の思いをご家族様とともに受け入れ、当ホームが初めて在宅での看取りに取り組んだ事例を報告します。

（倫理的配慮）

今回の発表に際して、入所者のご家族様に事例内容を説明し、同意を得ています。

（具体的な取り組み）

ホームでの I 氏は、歌が大好きで童謡を歌ったり、大好物の饅頭を買いにスーパーに出掛けたりしていました。職員によく着物や呉服店の話をされ、また地域の運動会を見学に行かれた時には、お店の顔馴染みの方々から声をかけられていました。

入所して 2 年が過ぎた頃、I 氏は次第に食が細くなり、体力の衰えが顕著になってきました。「家に帰りたい」と訴えられたことから、ご家族様の同意を得て、一時帰宅することになりました。店舗を兼ねたご自宅には、お嫁さん、二人の娘さん夫婦、お孫さんが迎えて下さいました。I 氏は「このままここに置いて下さい」とおっしゃっていましたが、その日はホームに帰ることにしました。帰り際には、お店の中で家族全員の記念写真を撮りました。

その後、ご家族様・医師を交えて、終末期をどこで迎えるか、カンファレンスを行いました。I 氏は家に帰ることを望んでいます。「昔はみんな家で亡くなっていた。孫にも人の死を見つめる機会を作りたい」と娘さんがおっしゃって、I 氏が望むように、自宅での看取りをご家族様は決断されました。

こうして自宅での看取りの準備を進めていきました。I 氏本人に対しては、看護師・介護職員が毎日 4

～5 回訪問し、バイタル測定、清潔、排泄面のケア、褥瘡予防、かかりつけ医への状態報告を毎日行うなど、準備と体制を整えていきました。

ご家族に対しては、終末期の身体変化、清潔、排泄、エンゼルケアまでの説明とアドバイスを行いました。「何かあれば 24 時間いつでもすぐに駆けつけます。心配、不安な事があれば、いつでも連絡、相談してください」と、精神面でのサポートも心がけました。

自宅に帰ってからの I 氏の状態は一進一退でしたが、裏庭で採れた柚子の果汁を口に含ませるとペロペロと口の回りを舐め、家族で大爆笑。居間から聞こえる曾孫さんの声、店から聞こえるチャイムの音、来店客の声を穏やかな表情で聞かれていたそうです。

1 週間後、I 氏はご家族に見守られて、穏やかに息を引き取られました。ホームの職員らと共に、孫の奥さんは自宅の風呂で湯灌を、長女は死化粧を、次女は着物の着付けなど、ご家族様全員がそれぞれにエンゼルケアに関わって頂きました。

（活動の成果と評価）

「自宅で最期を迎えたい」という I 氏の思いを叶えたことが一番の成果です。自宅に帰る時の I 氏は、医師が「いつ急変するかもわからない」という状態でしたが、7 日間を自宅で過ごす事が出来ました。家族との関わりが I 氏の生きる力となり、またご家族様は I 氏とのかけがえのない時間を過ごされました。看取り期間が長くなった場合の負担を心配しましたが、ご家族様は「最期まで看ます」とおっしゃっていました。「最期を自宅で、一番好きな着物を着て旅立つことができ、本人も満足でしょう」との言葉をご家族様からいただきました。

（今後の課題・考察・まとめ）

人生の最期はやはり住み慣れた自宅だと誰もが望むことです。その時々を考えると難しい事で、今回の I 氏のように自宅で看取りができた要因として、本人と家族の思いが一緒だった事、家族の決意も固くまた職員の支援体制が整っていた事や医師との連携が出来ていたことです。今後も本人の思いに寄り添った支援を実践していきたいと考えています。

グループホームでの看取り

◆キーワード

- 1 看取り
- 2 重度化
- 3 グループホームケア

満足のいく最期のために

島根県・出雲市

じゅせいのいえ

グループホーム寿生の家

たちばな ゆみ

発表者：立花 裕美

地域密着型認知症対応型共同生活介護

療養型病院・老人保健施設・居宅介護支援事業所・通所リハビリ・訪問リハビリを実施する医療法人
グループホームに地域密着型デイサービスを併設

(はじめに)

グループホーム寿生の家も開所して 17 年目を迎えた。入所期間も長期となり看取りを希望される方も多くなった。これまで何名もの方をお見送りすることができたが、そこから多くのことを学ばせていただいたと感じている。最近の事例から看取りについて考えたことを報告したいと思う。

(倫理的配慮)

発表に際しご家族へ説明し、写真・手紙の使用も含めて了解をいただいた。

(看取りの実際)

事例 1 A 氏 女性

96 歳の入所時から認知症は重度で、暴言やつねる・唾を吐くなど介護への抵抗がある方だった。98 歳の時長男夫婦と長女へ看取りのインフォームドコンセントが行われた。100 歳の時よいよ終末が近づき再び方向性の確認をした際、遠くに住む二男から「点滴をしないのは餓死させること、殺人と同じじゃないか」という言葉を聞くことになる。その時再度話し合いをしてご家族も施設職員も納得のいく最期を迎えられることとなった。

事例 2 B 氏 女性

101 歳で入所され、ADL も比較的維持されていた。104 歳の時、106 歳の時、108 歳の時、109 歳の時に状態の悪化があり、それぞれ看取りのインフォームドコンセントを行った。途中、ご長男の死去によりキーパーソンの交代もあったが、意向は変わらなかった。長期間その方の状態に合わせて丁寧な介護を行った。ご家族も多かったが、とても良い関係を築くことができていた。110 歳の時、何も口にすることが出来なくなり、ご家族の付き添いと職員の見守る中静かに息をひきとられた。亡くなられた後、ご家族から連名でお礼の手紙をいただいた。

施設で看取りを行った場合、必ずデスカンファレンスを行っている。職員一人ひとりが感想や反省、思いを話し、その気持ちを共有する。そして良いことも悪いことも次に繋げられるようにしている。この方々の時も行き、「グループホームだからできた看取りだったと思う」「ご家族に満足していただいて良かった」「介護職としても人としても学ばせてもらっ

たようだ」などの意見があった。

(考察)

事例を通して言えることは、基本はまず信頼関係だと感じている。A 氏の場合、キーパーソンの長男夫婦や長女とは良い関係が築け、看取りについても同じ方向を向いていたと思うが、遠くに住む二男とはそれまで面識がなかったので問題となった。しかし、たとえ意見がくい違っていてもそういうご家族の気持ちやご本人の性格などを理解したうえできちんと話し合うことで、最終的には気持ちのわだかまりもなくご家族も職員も満足のいく看取りにつなげることも可能となった。またキーパーソンの方からその他の身内の方への説明をして方針を統一してもらうようお願いしておくことの必要性もあると感じる。B 氏は 104 歳で看取りの意向を確認してから 6 年という長い間「いつ最期を迎えるかわからない。心残りがないように」と思いながら丁寧な介護を行ってきた。日々の介護は寝たきりにせずご本人の意思を大切に必要とされるケアを統一して行ってきた。状態の変化があった時など常に家族と情報を共有し意向が変わっていないか確認するなど、思いやりを持って対応してきた。その結果ご家族とお互いに理解し合え、穏やかな最期を看取れたことは共に満足のいく結果になったと感じている。

デスカンファレンスは職員として最終的に自分たちのケアを振り返り、他の職員が感じたことを自分のこととして共有できる機会となり、次に看取ることへの糧になると感じる。

(おわりに)

グループホームケアは介護が主体で、医師や看護師は利用者様が人生を全うできるように、介護職を下から支える立場だと思う。他職種との協働ができるようコーディネートしたり、不安なく介護出来るような研鑽の機会をもって、終末期にも質の高い介護を提供できるようにしていくことが必要だと感じている。そして、認知症になっても最期まで幸せな生活が送れると感じてもらえる施設づくりを職員全体のチームワークで行っていきたい。

介護経験のない新人が看取りを終えて

◆キーワード

- 1 看取りの不安
- 2 チームケア
- 3 家族と共に

～不安と恐怖を覚えながらのケア～

とみあい

熊本県・熊本市

(有) ヒューマン・ケア グループホーム ヒューマンケア富合

とくなが りさ

発表者：介護職・徳永 里沙

共同研究者：柿坂 佳美

平成24年8月2ユニットとして開設
「1日でも長く自分の口から食べ、自分の足で歩く喜びを感じて頂けるよう支援します」を介護目標に掲げ、重度化しても医療と連携しながら様々な形態で食事を提供し、リビングで他の入居者様と過ごす時間を大切にしている。

(取り組んだ課題・はじめに)

グループホームに入職し半年の新人介護職は認知症の人との関わりでさえ戸惑う毎日。ましては重度化してくる入居者が多い現状は辛いと思うことが多い毎日です。先輩のケアを見ながら、アドバイスを受けながら頑張るしかないと自分に言い聞かせて日々の業務を遂行している。そんな折3名の方の看取り期を医師から告げられ、先輩たちはカンファレンスを重ねケアを実践している現状を目の前に、益々不安感が大きくなる。そんな不安の中でチームと共に、実際に3名の看取りに遭遇した。新人であるがゆえに陥る不安な気持ち、想いをありのままに伝え、現実を振り返る言葉こそが、これからのチーム力の強化に繋がると思う。看取りを経験出来たからこそ、悩み、苦しみが現在の何らかのケアの変化、仲間の重要性を感じ頑張れていることを報告する。

(倫理的配慮)

今回の事例発表に関して十分説明のもと発表させていただくことをご了承いただいております。

(重度化から看取りまでの不安感)

- ① 介護が初めてで自分が看取りをできるのか
- ② ご家族への連絡が間に合うか
- ③ いつの間にか息を引き取ったらどうしよう
- ④ 夜勤で1人の時、状況が変わったらどうしよう
- ⑤ 自分には無理、出来るなら夜勤を交代してほしい
- ⑥ 看取りの勉強はしてきたつもりだった

(具体的な取り組み)

- ① ケア内容
 - ・ 毎日の清拭・状態に応じて入浴
 - ・ 手浴・足浴 (アロママッサージ・リハビリ)
 - ・ 口腔ケア (肺炎予防・口腔マッサージ・吸入)
- ② 食の提供
 - 「1日でも長く自分の口から食べてほしい」
 - ・ 多種多様のゼリー食を状態に応じて提供
- ③ 環境
 - ・ 好きだった音楽を流す
 - ・ 家族の写真を見るところに掛ける
 - ・ 頻回の訪室と声掛け、爪の手入れ等
- ④ 家族支援

- ・ 夫婦時間を大事にするための高齢者の送迎
- ・ 遠方にお住まいのご家族には様子がわかるようにこまめに電話連絡や要望を聞く

⑤ 医療連携

- ・ スタッフの不安感の相談や往診援助
- ・ ご家族の意向を確認した医療の依存の範囲 (活動の成果と評価)

① 今回の看取りケアで新人がやれたこと

- ・ わからない事不安なことはすぐに先輩、上司に相談する
- ・ スタッフ間でのコミュニケーションの大切さ (カンファレンス参加で情報を共有する)
- ・ 医師への報告を介護職として相談・連絡する
- ・ 日頃からの身体・表情の観察の視点を深めいつもと違うことに気づく
- ・ 家族とのコミュニケーションから信頼関係を構築する

(今後の課題)

① チームケアを基本

- ・ 仲間の理解と何でも聞ける職場風土が大事
- ・ 日頃の観察・コミュニケーションによっていち早く状態の変化に気付く観察力

② 家族関係の調整役を担う

- ・ 家族関係の再構築に配慮する
- ・ 医療優先にならないように家族の代弁者となる
- ・ 医療と垣根のない報連相で入居者の安楽に努める (まとめ)

不安と恐怖を覚えるなかで、看取りが出来た事は仲間やご家族、医師からの支えて出来た事が大きい。しかし、不慣れな自分たちで良かったのか?の気持ちは現在も持続している。実際重度化、看取り経験を行ったときに、仲間の声掛けや家族の「ありがとう」「ここで良かった」と言ってもらえることがこれからの大きな励みになる。今後も、日常のケアが特別にならないように、常に考えて取り組んで行くことが大事なことだと実感した。

グループホームでの看取り

◆キーワード

- 1 看取り
- 2 認知症ケアの取り組み
- 3 プライド重視のケア

その人らしい最期に向けて

鳥取県・琴浦町

しゃかいふくしほうじんあかさきふくしかい ぐるーぷほーむきらり
 社会福祉法人赤碕福祉会 グループホームきらり

しゅにんかいごし なかむら すみこ

発表者：主任介護士・中村 寿美子

共同研究者：チーム一同（6名）

基本理念：利用者が人生の先輩である事を理解し、一人一人を尊重しながら、利用者のあるがままを受け止め学び、そして共に支え合い生活していきます。	当グループホームは、2ユニット(9床×2)で開設から10年経過し、100歳以上の方が3名、99歳・98歳・97歳と入居者の方が高齢となっております。
--	--

(取り組んだ課題・はじめに)

当グループホームには100歳以上の方が3名、99歳、98歳、97歳と入居者の方の高齢化に伴い、体調を崩されることも増え、その都度ADLの低下がみられる。「グループホームきらりで、最期を迎えたい」との意向を持っておられる家族が増えているなか、「体調を整えるケア+本人のプライドを大切にしたいケア」に取り組み、看取りを行った経過と結果を報告します。

(倫理的配慮)

- ・家族へ研究の趣旨・写真を掲載する事への説明と同意
- ・プライバシー保護

(具体的な取り組み)

期間：平成28年4月～平成28年9月

対象者：M・H氏 101歳 女性

介護度：要介護4

長谷川式：3点(平成28年1月)

障害高齢者の日常生活自立度：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

既往症：アルツハイマー型認知症

慢性心不全・左膝変形性膝関節症

※本人のプライドを大切にしたいケア

※看取り経験のないスタッフへの支援

※認知症ケアの実践

※家族の意向を取り入れる

※充実した生活に向けたケア

※事故予防・リスクマネジメントとしてのケア

※医療との連携

(活動の成果と評価)

<本人を知る>

- ・大切にしてきた事、信念。
- ・どんな人生を送ってこられたか。
- ・本人にとっての幸せとは。
- ・発した言葉をききのがさない。
- ・本人・家族・医療機関とのコミュニケーションのプロセスにおいて探る。

<工夫した事>

- ・尊厳に基づいた排泄の方法。
- ・体調を整えるケアを取り入れた。
- ・環境整備・事故予防・リスクマネジメントを取り入れ、転倒せず、体調を整えていく。

<結果>

- ・寝たきりになることなく、本来の自然な流れのなか、人生を全うされた。
- ・本人の持っている力はもとより、家族・医療の支えもあった。また関わる職員の力も大きかった。

(今後の課題・考察・まとめ)

個々の状態に応じた看取りが必要である。

グループホームでの看取りとは

- 人生最後まで尊厳を保持
- 日常生活の延長線上としての関わり
- 入居者・家族・職員が納得・満足できる

方向性を定めて、関わる必要がある。

(参考・文献など)

- ・認知症重度化予防実践塾
 (森本医院・脳神経外科医院副院長 金田弘子)
- ・死を見据えた日常生活ケア1(中央法規出版)
- ・死を見据えたケア管理技術2(中央法規出版)
- ・看取りケアについて考える

(鳥取県立厚生病院認定看護師・佐々木美鈴)

重度化により医療処置が増えた中でのケア

◆キーワード

1 重度化

2 チームケア

～『口から食べる・入院しない』ご本人の思いを受けて～

京都府・京都市

ぐるーぷほーむ ほうじょうえん ゆにっとたいよう

グループホーム 宝生苑 ユニット太陽

やまもと えり
 発表者：山本 絵理

共同研究者：田中由起子・勝田裕守・安井智子・
 山岡くに子・石川仁美

社会福祉法人 ヤマト福祉会 グループホーム宝生苑
 平成 26 年 12 月 1 日開設

京都市伏見区の地域密着型特別養護老人ホームと小規模多
 機能ホーム併設の地域密着型複合型施設である。

(取り組んだ課題・はじめに)

この事例は多くの疾患を持っておられ、脳梗塞や誤嚥性肺炎で入院を繰り返し、戻られる度に徐々に重度化。夏の入院では余命 2 週間と宣告される。その後経口摂取が可能となり退院されたが、小さな褥瘡が出来ていた。平成 29 年 3 月亡くなるまで褥瘡治療が施された中、「ここに居たい」という本人の思い、グループホームで過ごす意義を探りたい。

(倫理的配慮)

今回の事例発表にあたり、ご家族様の了承を受けております。

(具体的な取り組み)

事例紹介 T 氏 86 才 男性

入居後入院歴 平成 28 年 2 月脳梗塞にて 0 病院 3 週間入院。左半身麻痺・嚥下障害。平成 28 年 6 月誤嚥性肺炎にて 0 病院 37 日間入院。その時に余命宣告を受ける。その際に褥瘡が発生。平成 28 年 8 月下旬(前回退院後 14 日目)誤嚥性肺炎・尿閉、K 病院 20 日間入院。さらに褥瘡が悪化する。度重なる入院により、本人から「もう入院はしたくない。ここに居たい。痛いことも嫌だ」との訴えがあり、退院時、K 病院と家族との間に意見の相違が生じ往診医の変更を行った。誤嚥のリスク状態と心機能低下及び末梢血行不全、いつ悪化するかわからない中でのグループホーム生活が再開された。

平成 28 年 11 月 1 日、嘔吐から全身状態、悪化の一端をたどる。同 15 日点滴 1 本/日。12 月 21 日日本人の同意のもとポート造設。翌 1 月 5 日褥瘡の悪化を受けて、T 病院外来にて褥瘡壊死切除。褥瘡ステージⅣ。創の治癒促進のため、家族了承の上高カロリー輸液開始。同 17 日創洗浄治療により外部の訪問看護が 1 日 2 回来られ、2 つの訪問看護事業所の利用開始となる。2 月 20 日頃吸引処置が必要になる。3 月 1 日往診医と家族の間で今後の方向性の確認、「入院しない」ことで看取りの話になり、在宅酸素開始。3 月 4 日ホーム側と家族の間で看取りの同意書取り交わし。同 14 日永眠。

一連の流れの中で食べるケアは継続していた。

<ケアの実際>

元々食べることが好きな方で、食事も速く全量摂取できた。11 月 1 日の嘔吐より、食事摂取がとりづらくなり、どうやったら食べてもらえるか、何やったら食べてもらえるか、どうしたら食べやすいか、どれくらいの量なら食べられるかを職員で話し合い、色々工夫した。本人も食べたいという意欲があり、少しでも多く口から食べてもらう工夫をした。お茶ゼリーを何度も作り直し、食べやすい硬さにしたり、色んな味のゼリーを試みた。口から取れる量が少ないので、エンシュアをゼリーにしたり、高エネルギーのゼリーや、褥瘡に効果があるアルジネートをゼリー状にしたものも提供した。ビールが好きだったのでノンアルコールビールを美味しくそうに少しずつすすって飲まれ、食事をするときは、匂いを伝えたり、声かけし、励まし、楽しく食事してもらえよう努力した。元々電鉄会社に勤められていたこともあり、梅小路公園の話をする、しっかり口をあけ食べて頂けた。

(活動の成果と評価)

全身の機能低下・疾患の進行により徐々に食べることが困難となり、褥瘡や心不全の悪化を招き、多岐に渡る医療行為が施される結果となった。処置に伴う痛みとの戦いの中、顔なじみのスタッフに「いやや。痛い」と思いの丈をぶつける場面もあった。スタッフに出来ることは T 氏に好きなものを少しでも食べたり飲んだりしてもらおう事。それにより褥瘡が少しでも治癒し、痛い処置が無くなること。医療行為を訪問診療・訪問看護が行う中、T 氏が不安にならないように付き添い、声掛けし背中をさすり苦みみの軽減を図った。褥瘡は治癒することなく、亡くなってしまったが懸命の介護に家族は一言の不満もなかった。

(今後の課題・考察・まとめ)

T 氏の看取りケアで一定の医療的な知識の修得や経験及びチームとしてのレベルアップが図れたが、この事例から学んだことは、早い段階での褥瘡治療を進めるべきであったことと、本人の望む過ごし方をもっと十分に話しておくべきであった。

白いご飯が1番おいしい

◆キーワード

- 1 多職種連携
- 2 経口摂取
- 3 なじみの関係

～経管栄養から経口摂取へ～

鳥取県・鳥取市

グループホーム はまゆうの里

発表者：管理者・刑部 和彦

共同研究者：田中敬子 清水由加利
永井圭介 北村香代子

はまゆうの里は、平成16年3月に2ユニット（定員18名）で開設した

特別養護老人ホーム、診療所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、居宅支援事業所が隣接

（取り組んだ課題・はじめに）

医師から「経口摂取が難しい」と診断があると経口摂取は無理だと諦めがちである。口から食べさせたいという家族の希望に応え隣接する施設とグループホーム（以下GH）が多職種連携し経管栄養から経口摂取可能となりQOLが向上した事例を報告する。（倫理的配慮）

スライドの写真使用については、研究発表大会の主旨を本人および家族に説明し同意を得ています。

（具体的な取り組み）

対象者：A氏 女性 87歳 要介護1
平成17年11月22日 はまゆうの里 入居
病名：認知症 糖尿病 高脂血症 A1 IIb
趣味：読書（歴史関係） 嗜好品：白米・コーヒー（経過）

① うっ血心不全発症

平成25年12月、胸痛を訴え総合病院を受診。うっ血性心不全と不安定狭心症の診断で入院。食欲不振で食事摂取困難、経鼻栄養となる。経鼻チューブの自己抜去があり、平成26年2月、胃瘻造設。障害高齢者の日常生活自立度はC2レベルとなった。

② 老健入所1ヶ月

平成26年3月、総合病院を退院し老健へ入所。1日3食、胃瘻より栄養剤を注入していた。医師の立ち会いのもと管理栄養士が水のみテストを実施。結果は嚥下良好。経口移行食の提供を開始したが1口2口の摂取だった。同時に理学療法士が介入し機能訓練を提供したが進まなかった。開始1ヶ月後、他者との交流がプランに追加されGHの入居者と交流を進めるうち活気が見られ経口移行食が完食できた。

③ 老健入所2ヶ月～3ヶ月

昼食に粥・常菜を提供開始。経管栄養も併用していた。管理栄養士より相談を受け情報提供した。リハビリには前向きに取り組む立位や歩行状態が改善された。3ヶ月後、床での起居動作やトイレ動作ができ、食事は5割～全量摂取できるようになった。

④ GH再入居

平成26年7月、再入居当日、主治医が「1日3食、経口摂取に変えてみましょう」と本人に話し、本人も「白いご飯が1番おいしい」と話していた。必要カロリーが摂取可能か管理栄養士へ相談しカロリー

不足分は補助食品か経管栄養を併用することが検討された。同日昼食時、主治医が様子を見て経口摂取のみとなった。環境も配慮し、食事は入院前と同じ席・馴染みの入居者と同席にした。会話しながら食べることで情緒が安定し生活意欲向上に努めた。

⑤ GH再入居・移動面

車椅子で移動していたが、本人より歩行に意欲が見られ始めた。実際に老人車歩行ができるか不安だったので、理学療法士に相談して歩行状態の確認と下肢筋力低下予防の体操指導を受けた。平成27年2月、介護保険更新で要介護4から要介護1になった。

⑥ 現在 99歳 要介護2 A1 IIIa

食事：主食は全量摂取 趣味の読書も継続
平成28年7月胃瘻チューブ自然抜去後に胃瘻閉鎖（活動の成果と評価）

医師の診断に加え、管理栄養士による水飲みテストや嗜好調査、看・介護職による食事摂取状況の把握により食欲不振が改善し食事摂取量が向上。理学療法士による下肢筋力低下予防の体操指導とGHでの生活リハビリで活動範囲が広がった。多職種連携によりADL向上に結び付くことができた。カロリーや水分摂取量の医療的管理が必要な方であったが、本人の嗜好を重視し医師・管理栄養士等と連携を取りながら緩やかな制限として摂取を勧めたことにより、老人車歩行・食事摂取できるまで回復した。

（考察）

GHの馴染みの関係と隣接する施設による専門職とのスムーズな情報共有が、本人にとって歩く・食べるといった行動にも良い影響が与えられたと考える。

（まとめ）

口から食べさせたいという家族の希望に応えた事例であったが、入居者にとって食事の匂い、調理の際の様々な音など食事に伴うこれらが五感を刺激し、食事の場面を思い起こす役割を担っている。当GHは昼食時に日替わりで様々な職種の職員を検食として招き相談しやすい環境である。今後も多職種連携し個別ニーズを可能な限り受け入れていきたい。

初めての「看取り」を振り返って

◆キーワード

- 1 初めての「看取り」
- 2 職員の思い
- 3 重度化への対応

～これからのより良いケアに繋げるために～

兵庫県・三木市

ゆうわふくしかい
社会福祉法人優和福祉会 グループホームゆうわの家

発表者：介護福祉士 古角 美依子

共同研究者：介護支援専門員 時枝 亘

ゆうわの家は平成 17 年に開設し(2 ユニット)共用型
デイサービスも行っている。併設施設に特別養護老人
ホームがある。

「愛情と根気と忍耐」「母なるやさしさ」の理念のもと、
利用者の尊厳を損なうことなく、個々の能力を生かすこ
とが出来よう援助している。

【はじめに】

ゆうわの家が開設して 11 年目。一人の入居者様が
徐々に重度化し、平成 28 年 11 月に初めての「看取
り」への対応を行った。

「看取り」を実施するにあたり、職員からは、初
めてで不安がある、GHで行う必要があるのか等
様々な意見があった。また、「看取り」を終えた後も、
これでよかったのかどうか、不安も少なからずあ
ったので、全職員で今回の「看取り」を振り返り、こ
れからのより良いケアへつなげて行く為の取り組み
を報告する。

【倫理的配慮】

発表に関し、ご家族様に承諾を得ている。

《対象者》

- ・ A 様 (97 歳 女性 要介護 3)
- ・ 障害高齢者の日常生活自立度 B1
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度 IV
- ・ 病歴：アルツハイマー型認知症・左大腿骨骨折

《A 様の経過》

平成 20 年 3 月に入居される。その後転倒され大腿
骨骨折後は車椅子を自走し生活される。入居当時は
時間があると「なにかさせて」と積極的にいろいろ
な事をして頂ける活発な方であった。その後は認知
症の進行と共に昼夜逆転や、異食等も見られるよ
うになった。

平成 28 年 11 月に入ると、突然食事や水分が摂取
できなくなり、臥床される時間が長くなった為、主
治医、ご家族との話し合いを行い「看取り」の対応
となる。

平成 28 年 11 月 10 日に安らかに旅立たれる。

ご家族からは「スタッフの皆さんは本当によくや
ってくれたと思います。ありがとうございました」
との言葉が頂けた。

しかし、職員の気持ちとしては、A 様の状態変化
も急だったため、不安が大きく、気持ちの整理が
つかないままの「看取り」であった。「看取り」後
もその時のケアを引きずっている様子が職員から
見られたので、振り返りを行い、今の気持ちを
整理し、職員間で共有しようと考えた。

【具体的な取り組み】

『反照的習熟プログラム』の「看取りケア確認シ
ート」を使用し、全職員に「看取り」の振り返り
をしてもらう。その後、シートを回収、集計し、職
場会議内で結果を公表し検討会を実施した。

【活動の成果と評価】

集計の結果、「起こった症状のケア」という項目
では、半数以上が「適切かどうかわからない」と
しており、不安が残っている現状が分かった。また、
「家族の満足度」は半数以上が満足していたと思
うと回答しご家族、主治医との連携はしっかりと
とれていたため、この結果になったと思う。「看
取りケアの総合評価」としては、「まあ十分」が約
半数に対して「どちらでもない」「やや不十分」も
半数の結果だった。

この結果を踏まえた検討会では、やはり「看取
り」の際、不安が大きかったとの思いや、本当に
ここでの「看取り」で良かったのか、これからも
ゆうわの家で「看取り」をしていくのか等の意見
が出た。

【今後の課題・考察・まとめ】

今回初めての「看取り」を経験して、ご家族の
思いへ応える事や、主治医との連携はしっかり行
えた。

しかし、突発的な「看取り」となってしまっ
たため、介護職員一人一人に対するフォローが不
足していたと感じた。今まで、併設に特養があ
るという環境から、「看取り」に対して学ぶ機会
や、ここでも「看取り」を行う時にはどのような
対応が必要か等の話し合いが不足していたと実
感した。

今後、ゆうわの家で「看取り」に対してどの
ような対応をしていくかをしっかり検討してい
くと共に、もっと「看取り」に対して話し合
いの機会をもち、研修等を実施していく。そ
して、職員一人一人が入居者様の人生に向
き合い、その本人やご家族の思いに対応
できるよう、日々考えてケアをしていき
たい。

【参考文献】

『看取りの振り返りを有効に実施するためのガイド
反照的習熟プログラムのすすめ』

東京都健康長寿医療センター研究所

突然の脳梗塞

◆キーワード

- 1 隠された想い
- 2 その人らしく
- 3 私達にできる事

～私が何したっていうの・・・～

奈良県・奈良市

ぐるーぷほーむ あんじえろみつがらすのさと
グループホームアンジェロ三碓の里

むらかみきよこ

発表者： 村上 紀代子

共同研究者：野口 敦史

医療法人あすか会アンジェロ三碓の里は
平成 25 年に開設し、2 ユニット 18 名入居されている。

「一人ひとりの季節に寄り添いたい」地域の中でいつまでも自分らしく生活していけるよう支援しています。

(取り組んだ課題・はじめに)

突然発症した脳梗塞により、右側麻痺となられた S 様。利き腕だった右手が動かなくなり困惑され悲しまれる本人様、その姿を見た家族様の思いを受け、私達に何が出来るのかを考え取り組んでいる経過を報告する。

(事例紹介)

S 様(女性、85 歳、要介護 3)

現病歴：アルツハイマー型認知症、脳梗塞

グループホーム入居前は、当法人の老健に入所。

家事のお手伝いを日課とされていた。精神的不安定から一度悩まれると悩みの原因を無くさない限り落ちつかれない。

(倫理的配慮)

研究発表にあたり S 様並びに御家族様に事例内容の写真掲載の承諾を得た。

(具体的な取り組み)

身体面ではほぼ自立されておられたが、突然の脳梗塞により、右半身に麻痺が残ったことで言葉が出にくい、歩行や排泄などの日常動作に介助が必要となった。今まで出来ていたことが思うようにいかない自身の体に苛立ちを感じられ、無表情な時間が多くなされた。本人が望んでいる慣れ親しんだ環境のままでできる範囲での筋拘縮予防を行い今できる事を継続し、本人が今以上に落ち込んだり精神的に不安定にならない生活を送りたいと本人様や家族様の思いをくみ取り、施設での今後の生活における問題点の抽出とそれに対して今私たちが出来る事はなにかと考えた。

(活動の成果と評価)

問題点を大きく 3 つに分けて考える。1 つ目は身体機能の変化による精神面の落ち込みであり、2 つ目は身

体機能の維持と回復である。セラピストなどの専門職がない中でご本人の身体状況を見て、どのような機能維持回復プログラムを組めばよいのかという点である。3 つ目は、身体機能の変化による新たに予測される事故の回避。これら 3 点を支える事で、自分らしい生活の維持が少しでも長く出来ることを図る。取り組みを続けて少しずつご自身の体について理解され他の利用者様や職員との談笑で笑顔が見られたり、以前のように自身からお手伝いをしようされるようになった。また劇的に変化があったのは、僅かしか動かなかった右手が現在では少しずつ動きが大きくなっており、手を洗う際も右手も一緒に挙げられ、体操中も一生懸命右手を動かそうとされる様子が見られた。その様子に、家族様も驚きと喜びの言葉を仰っている。80 歳代の S 様に起こった体の異変、その困難を懸命に受け止めようと日々葛藤し、少しずつ前向きになられているご様子に私達はとても勇気を頂いている。私たちは関わっている利用者全員に突然何が起こるかわからない状況である事をしっかりと意識し、普段の体調やわずかな心身の変化にも早急に気づかなければならない。またそれらの点の向上は今後も課題であり目標である。

看取りから学んだこと

◆キーワード

- 1 看取り
- 2 本人の思い
- 3 家族の理解

家族の想いを理解する

大阪府・岸和田市

医療法人 徳洲会 グループホーム三田

発表者：管理者 猪野 典子

共同研究者：介護支援専門員 田中 充子

認知症対応型共同生活介護
平成13年6月開設 1ユニット（定員9名）

介護老人保健施設岸和田徳洲苑に併設、近隣には摩湯古墳がある。緑豊かな自然環境と小学校やスーパーも隣接、地域との交流を大切にしている。

1. はじめに

平成24年11月、隣接の訪問看護ファミーユと連携、協力を依頼し看取りの体制を整えた。平成29年6月現在まで4名の看取りを行った。今回、事例からの学びを報告する。

2. 倫理的配慮

発表に際し、入居者や家族に個人情報の保護や不利益がないことを説明し、同意を得て倫理的配慮をおこなった。

3. 取り組み

Y氏 76歳 女性 要介護2
障害高齢者の日常生活自立度 J-2
認知症高齢者の日常生活自立度 II b
既往歴 平成23年 腰椎圧迫骨折
病名 ① 不安障害
② 逆流性食道炎
③ 石綿肺
④ 認知症

4. 経過

隣接の介護老人保健施設から、平成25年10月グループホームへ入居。入居時、家族へ看取りを行っている事を説明し、「医療連携体制」「急変時・終末期の対応についての意識調査」「看取りケアにおける対応指針」「看取りケアについての事前同意書」を提示し説明し、同意を得て署名を受けた。

入居時は隣接の介護老人保健施設に、夫が入所していたので、日に何度も面会に行っていた。しだいに、石綿肺による呼吸不全が悪化し、体調不良を訴える事が多くなった。職員が、居室での臥床を促しても不安障害があり「皆といる方が安心する」とすぐに食堂に出てきて呼吸不全は、続いていた。

家族の面会時、状態の説明と同時に看取りの説明も行っていたが、本人が笑顔で過ごしているの、「何かあれば連絡して下さい」との事だった。

平成28年3月7日、両下肢浮腫、食欲無く、血中の酸素濃度低下し、受診し入院になった。入院中は、不安を強く訴えベッドから飛び降りようとする危険行為があり、家族から「なじみの職員や仲良しの入居者がいる施設に戻りたい」希望があり入院か

ら4日後の3月11日 グループホームへ帰宅した。

- 病名 ① 慢性呼吸不全
② 石綿肺
③ 間質性肺炎

退院後、酸素療法が開始になった。施設の職員も初めての酸素療法なので、急いで取り扱いについて研修をおこなった。そして、Y氏の親戚を含め兄弟や家族全員がグループホームでの看取りを了解しているかの再確認をおこなった。平成28年3月11日「看取りについての同意書」、家族へ主治医と訪問看護師から病状を説明。「看取りケアカンファレンス」、「スタッフミーティング」、情報の共有、本人・家族の意向に沿うケア、身体的ケア（苦痛の緩和、安楽、清潔保持）、精神的ケア（不安の軽減）、医師および訪問看護師との医療連携体制の確認、家族のケアと状態報告を実施した。それから、約5カ月が経過した。呼吸状態は、不安定だが酸素を継続し、気分が良くなるとすぐに食堂の定位置に座っていた。

しだいに、起き上がりもできなくなったが、本人の思いも考え、居室のドアを開け放し、職員や他の入居者の顔が見え、声が聞こえるように不安の軽減を図った。平成28年8月9日より意識レベルも低下、8月12日午前1時20分永眠。8月13日「看取り後のカンファレンス」を実施した。

5. 活動の成果と評価

家族は、8月7日の夏祭りには、車椅子を押して踊りの輪に入り笑顔だった。亡くなる前日も面会があり看取りの準備を伝えたが、十分な認識はなかった。そのため、12日急変時も「こんなに早いと思わなかった」と新しいパジャマや栄養剤、靴も購入していた。家族は、状態の急変が理解できなかったのではないだろうか。Y氏本人からは、呼吸苦があり意思の確認が困難であった。職員は、他にも出来ることがあったのではないかという想いが残った。

6. 今後の課題

書類を提示し何度も家族に説明をしたが、家族は看取りまでの心の準備が不足していた。今後、時間の経過と共に病状の変化が現れることを説明し、理解の確認をおこない、安全で安楽な看取りケアを継続したい。

寝たきりから自立へ

◆キーワード

- 1 グループホームケア
- 2 生活支援
- 3 認知症ケア

笑顔を取り戻したAさん

京都府・京都市

グループホーム^{やす}安らぎ

発表者：管理者 ^{みずのう よしこ} 水囊 由子

共同研究者：職員一同

地域密着型認知症対応型共同生活介護
(2ユニット・14名)

理念：心生き活き・心楽しく・その人らしく

(取り組んだ課題・はじめに)

元々ほぼ自立で生活されていたAさん。左下肢蜂窩織炎になり、敗血症と慢性心不全のため2ヶ月入院された後、左下肢蜂窩織炎の状態改善も認められないまま、寝たきりの状態となってホームに戻って来られました。介護度も要介護3から5となられ、ご家族様が声かけされても反応も少なく、壁に向かって手をふったり、食事介助をしても食べようとされない状態でした。そんなAさんを見て、「とにかく元気になってもらいたい」「また笑顔を取り戻したい」という気持ちから自立支援の取組を行いました。

【対象者】

Aさん 92歳 女性 要介護5
障害高齢者の日常生活自立度 B2
認知症高齢者の日常自立度 IV
既往歴：脳血管性認知症、高血圧症、高脂血症、
胃潰瘍、逆流性食道炎、慢性心不全

(倫理的配慮)

この取組発表に際し、ご本人様、ご家族様に説明をし、発表する事に承諾を得ています。

(具体的な取り組み)

ご本人の状態に合わせて段階的に支援を行いました。まず初めに取り組んだ事は、反応がなくても声かけを続ける事。笑顔で接する事。そして離床して頂く事。リビングに出て来て他の利用者さんや職員と一緒にテーブルを囲んで食事をする事でした。

Aさんの様子を見ながら無理のない程度に1日1～2時間くらいから、少しずつリビングで過ごして頂く時間を増やしていきました。

食欲が戻ってから、少しずつスプーンやお箸を手渡し、一口でもご自分で食べる事が出来るように促していきました。自分で食べれるようになった事を一緒に喜び、励ましながら、一人でも食べやすいように、ごはんを一口サイズの小さなおにぎりにしたり、おかずも取りやすい器に入れてお出しするよう工夫しました。

次に車イスからイスへの移乗やトイレで排泄する際

の移乗動作を増やしていきました。そしてトイレのドアから便座まで、たとえ2～3歩でも両手引きで歩いて頂く事を続けていき、その歩数を少しずつ増やしていきました。

(活動の成果と評価)

寝たきりの状態から現在ではほぼ自立の状態まで回復されたAさん。職員からの声かけにより反応が増え、返事が返ってくるようになり、会話を楽しむ事が出来るようになりました。また他の利用者さんと一緒に食卓を囲み生活する喜び、多くのコミュニケーションや刺激を受けることが豊かな生活へと繋がり、笑顔を取り戻す事が出来たのではないかと感じています。また少しずつでも歩くことで、自ら立ち上がられる頻度も増えていき、ご自分からトイレに行こうとされる意欲が出てきました。調子の良い日にはリビングのテーブル席からトイレまで5～6メートル、両手引きにて歩く事が出来るようになりました。現在93歳という年齢からは信じられないような回復ぶり、ご家族様も「また歩けるようになるなんて思ってもみなかった。なにより表情が違うわ。こんなに笑顔になるなんて」と、喜びの言葉を頂きました。

自分で出来る事を増やし続けていくことが達成感となり生きる活力に繋がったと思います。

(今後の課題・考察・まとめ)

今後の課題は、Aさんがご自分1人で歩いてトイレに行き排泄出来るようになる事です。まだまだ歩行は不安定で転倒のリスクは高いですが、Aさんが立ち上がられた時、転倒のリスクを考えて行動を制限するのではなく、行きたい時に行きたい場所へ行けるよう環境を整え、最小限の介助でその方の持てる力を最大限に活かす取り組みをこれからもチームが一丸となって続けていきたいと思えます。

介護と看護・かかりつけ医との連携

◆キーワード

- 1 かかりつけ医との連携
- 2 ホーム長が看護師
- 3 その人らしさ

～ターミナル期を最後まで看取る～

兵庫県・神戸市

ようがく
(株) 陽 楽 グループホームMボヌール

発表者：介護福祉士 かくた さだこ
角田 貞子

共同研究者：徳永 八生・古郡 千恵子

兵庫県神戸市垂水区に平成23年10月1日平屋の一戸建て2ユニット、入居者18名で開設
関連施設には介護付き有料老人ホームがあります

29年度＝法人目標「入居者様を主体に考えよう」
～まずは言葉遣いから～
グループホーム目標「笑顔のあふれる施設にします」

(取り組んだ課題・はじめに)

当ホームは医療・看護・介護の連携が十分に取れ最期の看取りまでさせて頂く事をコンセプトに入居者様の支援をさせていただいております。経営者が地域でクリニックを開業しており、現在は入居者様14名のかかりつけ医として(4名は他のかかりつけ医)相談ができています。又、ホーム長が看護師として常勤で勤務しております。介護職員は常勤・非常勤を合わせて17名、その内介護福祉士は13名です。開設して6年目を迎え、14名の入居者様の看取りをした事をここで報告させていただきます。

(倫理的配慮)

今回の発表に際し、関係者の方々に内容について同意を頂いております。

(具体的な取り組み)

看取りについては、入居契約説明時に契約の内容と共に説明を行い、同意を得た上で同意書に記入をさせていただきます。看取りの開始は、かかりつけ医・看護・介護・家族様とカンファレンスを行い看取りの支援が始まります。ケアプランの変更もこの時に行います。1週間に一度、看護・介護で看取りのカンファレンスを実施します。定期的にかかりつけ医も参加します。当ホームでは毎日16時からカンファレンスがあるため、看取りの入居者様についても両ユニットで情報を共有します。可能な限り入居者様を一人にしないように、他の入居者様と一緒にリビングで過ごして頂くことを一番に考えています。レクリエーションなどにも参加、ベランダのお花や屋上の菜園を見に、車椅子の方も毎日のように外に出ています。笑顔が見られるように外気浴を楽しんで頂いています。居室での対応になった時には、家族様の了解を得て居室ドアを開放し、他の入居者様のお声や過ごされている様子など見て頂けるようにしています。食事に関しては無理のないようにキザミ食から、極キザミ食、ペースト食に変更、おやつにはプリンやヨーグルトなど、ご本人の嗜好品を家族様と相談しながら無理なく食べれる時、飲める時にゆっくりと最後まで経口摂取を支援していきます。家族様の面会時には、介護職と一緒に介助もされます。とても穏やかな表情を見せて下さいます。入浴

に関しては、臥床式浴槽がない為、介護職員2名とホーム長が見守る中で入浴をしています。入浴が困難となってきた時には、沐浴剤やドライシャンプーなどを使用して清潔を保持しています。排泄に関しても、入居者様の状況を確認しながら、排便コントロールを最後まで行います。最期を迎える時には、ホーム長をはじめ、介護職員も入居者様に寄り添い、家族様には早めにお話をして、できるだけ多くの家族様にお会いできる様に居室の環境を整え、最期と一緒に過ごして頂けるようにしています。

(活動の成果と評価)

当ホームは常に医療・看護・介護と連携を密にして特変の早期発見に努めています。6年目を迎えましたが一度も救急搬送をしておりません。また、他のかかりつけ医とも、ホーム長が中心となって、密に情報共有を行い、対応しております。医療・看護・介護との連携において入居者様には最後まで安心して穏やかに過ごして頂けるように、家族様には入居者様が安心してゆっくりと過ごし最後には穏やかにのお見送りが出来るように取り組んでおります。入居者様の最期をホーム長、介護職員が当ホームからお見送りし、お通告告別式にも参列させて頂いています。入居者様より「いつもありがとう」の笑顔が見られ、家族様からは「大変良くして頂いて感謝しています」など、お手紙を頂く事で、看取りを通して関わる事が出来て良かったと思っています。

(今後の課題・考察・まとめ)

以前、看取りについて介護職員にアンケートを行いました。看取りの経験がない職員には不安が強く、経験があっても夜間帯は不安と回答がありました。当ホームは夜間帯も常にホーム長とオンコールで早急に対応ができ、私達リーダーは勤務体制を不安が無いように心がけています。看取りをしていく中で、まだまだその人らしさを中心としたケアが不足している事もありますが、入居者様一人一人のケアの対応が異なる事を踏まえ、今後も医療・看護・介護の連携をとり「笑顔のあふれる施設」にしていきたいと思っております。

ユマニチュードで癌と闘う認知症患者を支える

◆キーワード

- 1 高齢者の癌
- 2 ホスピス
- 3 ユマニチュード

グループホームでホスピスの役割を担う

奈良県・奈良市

ぐるーぷほーむ ・ それいゆがくえんまえ
グループホーム・それいゆ学園前

かいごふくしし ・ むらなか まさのり

発表者：介護福祉士・村中 正憲

共同研究者：管理者 土川嘉代・職員一同

本社京都府宇治市（社会福祉法人・営利法人）
マイクロ㈱ ケアセンターそれいゆ学園前
グループホーム（2ユニット 18名）
通所介護（定員30名）・居宅介護支援

平成16年12月開設。13年目を迎える事業所。
基本理念「心はずむ・優しさの輪」。尊厳を重んじ、「全ての人が大切な存在」。「あなたのことを大切に思っています」を届けられるサービスの提供に努めている。

（取り組んだ課題・はじめに）

高齢者における癌の発症が急増していると感じられる。当ホームでも医療連携体制を整えてから毎年数名の方がホームで最後の時を過ごされる。中でも消化器系の癌を発症される方が大変多い状況となっている。病気の無い老衰での看取りは静かな最後を迎えることができるが、病気を発症されると状況は大きく変わってくる。認知症という病気の影には発見されにくい癌という病が潜んでいることが多いと感じる。早期発見をしてもなかなかリスクが高く治療を受けられるケースは少ないのが現状となっている。今回の発表は胃癌を発症され、手術を受けることができた88歳を迎える男性ご利用者M様の事例を通してグループホームが担う責任と役割を考えていきたいと考える。

（倫理的配慮）

今回の発表に使用する写真や名称については、関係者よりご承諾を頂いた物のみを使用している。また、個人が特定されないよう配慮を行っている。

（事例紹介）

M様、88歳男性。要介護5

アルツハイマー型認知症、胃癌術後

医師として生涯を送り引退。平成20年妻に先立たれた頃から物忘れを発症。日中独居の生活の中、認知症が進行。在宅介護が困難となりH28年2月にグループホーム入居される。本来明るく活動的な性格で音楽が大好きである。理解力の低下もあり介護されることに大きな不安感を抱かれる状態である。

（具体的な取り組み）

健康が自慢で病気知らずの暮らしを送って来られたが、日中独居生活を送るの中で認知症の進行が早く、入居時には精神科薬のみの処方であった。介護に対する大きな不安を抱く中、根気強く暖かい関わりを続けホームでの生活が安定された頃の5月頃より食事摂取量の減少がみられてきた。時を同じく義歯の不具合もみられ、感情の変化も多くなり大きな声を出すことや陰しい表情が見られることが増えてきた。様々な原因を考える中、歩行状態の急激な悪化、突然の嘔吐と続くこととなる。内視鏡検査を受け進行

性胃癌との診断。状態を見極め手術を決断。体力強化のための支援を行う。傾向摂取では足りず、栄養点滴を続ける。手術前には1週間中心静脈栄養を受け8月18日手術を受ける。術後すぐにリハビリ開始。10日後には座位保持、立位踏ん張りができるまで回復。流動食が摂取できるようになり9月7日退院。体力強化のため、1回100cc以下の流動食を1日7回と点滴を継続。経口摂取量が1回250cc、自身の手で食されるまでに回復。トイレでの排泄も続け音楽を楽しむまでに生活が戻ってきた。安心感のある介護（ユマニチュード）を全員で取り組む中で自分から「立ち上がる」という行動までも見られるようになり家族も職員も皆で回復を喜んだ。しかし、半年を過ぎる頃、排便状況から採決検査を実施。癌の再発が疑われ、徐々に腫瘍マーカーの数値が上昇。今度は治療は望まないとの家族の思いで終末期医療を行うこととなる。

（活動の成果と評価）

介護職員の役割、看護師の役割、主治医の役割、家族の役割、みんなでご本人を支え、苦痛のない環境と看護そして介護を実践する。誰もが納得し家族が大きな安心の中でホームを利用していただくことができた。

（今後の課題・考察・まとめ）

認知症を発症するという事は自身の体調の異変を伝える術を失うこととなる。周囲の介護者は知識を駆使して観察力を極めること。日々の生活の中で少しの変化を重く受け止め看護と協働し、主治医（医療）へ繋げていくこと。ご利用者様本人の思いや苦痛を知り最善の道を共に考えていく。家族の思いや願いを受け止め、満足と安心を提供すること。尊敬の念と人を思う優しさの介護（ユマニチュード）の教えに尽きる現場がホームの使命である。認知症高齢者が安心して医療と介護を受けることができる心のよりどころ（ホスピス）の役割を担い、人として幸せな環境を全職員で提供していくサービス、質の向上を更に目指して多くの認知症高齢者のために最たる支援を続けていきたい。

最期まで自分らしく

～ターミナルケアの実現～

◆キーワード

- 1 その人らしく
- 2 意識の統一
- 3 意思の尊重

東京都・八王子市

にんちしょうたいおうがたきょうどうせいかつかいご ぐるーぷほーむじゅげむ
認知症対応型共同生活介護・グループホーム寿限無

発表者：介護職・太田 和秀

共同研究者：石井 啓輔

医療法人社団 永生会 グループホーム寿限無

めじろ台地区の中心に位置した丘の中腹にあり、2 ユニット 18 名の入居者様が生活されています。近くに病院・クリニックなどがあり医療連携が充実しています。

(取り組んだ課題・はじめに)

平成 21 年 2 月に当ホームは開設し、9 年目となります。開設時から入居され、歌や踊り、外出することが大好きで、時には強い口調で怒られることもありました。最後には必ず笑顔を見せてくれていた A 氏が、グループホームだからこそ最後まで自分らしく普段と変わらない日常生活の中で静かに旅立たれた事例を報告します。

(倫理的配慮)

今回の発表にあたり、ご家族様へ説明し承諾を得ています。

(対象者)

A 氏 96 歳 女性 要介護 3
認知症日常生活自立度 IIIa
障害高齢者日常生活自立度 B1
性格はとても几帳面で活動的
診断名 アルツハイマー型認知症 慢性心不全
慢性腎疾患 三尖弁閉鎖不全 僧帽弁閉鎖不全 両側下肢静脈血栓症 心房細動
肺高血圧 心嚢液貯留 左乳房腫瘍

(支援方法)

- ①ターミナルケアの勉強会、ターミナルケア後の振り返りを行うことで、職員の意識の統一を行う。
- ②生活支援の中での必要に応じた医療連携の実施。
- ③体調を考慮しながら、本人の意思を尊重し最期まで、今まで通りの生活を見守りながら支援する。

(活動の成果と評価)

当ホームでは、質の高いターミナルケアの確立を目標に勉強会を行い、一人一人に沿ったターミナルケアが実施できる体制作りに取り組んでいます。当ホームの理念を元にターミナルケアの本質、方向性を理解し、実際に行った過去のターミナルケアの事例をもとに今のユニットの状況でどう取り組んでいくべきかなど話し合いをしたり、ターミナルケア実施後に振り返りを行うことで、次に繋げていける取り組みをしてきました。その中で当ホームは生活の

場であることなど、普段から意識して関わられるよう話をしてきました。そして、徐々に食事が摂れなくなっていく中でも、入院や点滴など医療的な関わりに頼るのではなく、A 氏が好む物、食べられそうな物を時間を問わず、食べられそうときに提供していきました。また、食事の雰囲気を変え、外食をしたり、食事の提供する量や見た目も考え提供し、一時的には食事量が増えることもありました。しかし、徐々に身体は衰弱し食事も摂れなくなり、自己にて立ち上がることもできない状態になりました。その中でも A 氏は車椅子を自走し、トイレの中まで何度も行かれたり、横になられたり起きたりを繰り返される事もありましたが、出来る限り A 氏の意思を尊重し関わり続けました。外出も散歩やドライブの途中で傾眠されている事が多くみられるようになりました。それでも、外に行きたいという A 氏の意思を尊重し、亡くなる前日まで車椅子で散歩に行かれました。そして、最後は夜中に何度も声で呼ばれることがあり、出来る限り寂しくないように職員も関わりを持ち、職員がまだ朝方であることを伝えると「しょうがねえな。まだ寝ているか。」といったものに休まれ、そのまま眠るように亡くなりました。

(今後の課題・考察・まとめ)

職員のターミナルケアに対する意識が統一されたことで、未経験の職員も自然に関わられたこと、また、A 氏の状態が変化しできないことが増えていく中でも、A 氏の意思を尊重し関わり続けたことが生活の中でのターミナルケアに繋がったと考えられます。A 氏のターミナルケアを通して、特別何かを望まれているのではなく、A 氏自身はターミナルとされていないのではないか、今まで通りの生活を続ける事が A 氏にとって、望まれるターミナルケアの形ではなかったのかと思います。在宅で過ごすように自然な形で亡くなられた A 氏を見て、ターミナルケアという言葉は本当に必要なのか？職員が心持ちにしておくだけでもいいのではないかと考えさせられました。

初めての看取りから学んだこと

～看取りの指針とマニュアルの作成～

◆キーワード

- 1 初めての看取り
- 2 指針
- 3 マニュアル

秋田県・大仙市

にんちしょうたいおうがたきょうどうせいかつかいご じんぐうじ かん
 認知症対応型共同生活介護 えがお神宮寺 すまいる館

いとう ことみ

発表者：介護員 伊藤 琴美

共同研究者：えがお神宮寺すまいる館職員

認知症対応型共同生活介護
 ほほえみ館、すまいる館の2ユニット

定員9名。「地域と共に」の理念のもと、地域の中で、地域の方々と共にその人らしい生活を送ることが出来るような支援をモットーとしている。

【取り組んだ課題・はじめに】

今日における看取りとは、その人らしさや生きがいを最期まで尊重しようという考え方が広く支持されるようになってきている。えがお神宮寺でも平成28年に初めての看取りを経験した。この経験を通して職員が感じた不安や学んだことをもとに指針の見直し・マニュアル作成を行い、その後の職員の看取りケアに対する意識の変化について報告する。

【倫理的配慮】

今回の事例研究に際し、ご家族様に本研究の主旨を説明し、同意を得ている。

【事例紹介】

対象：A氏 女性 90歳代 (H21 入居)

既往歴：慢性腎不全・認知症・糖尿病

7月中旬に、持病の慢性腎不全の悪化により総合病院に入院となる。入院中、医師より「ターミナルである」との診断を受けた。ご家族の「住み慣れたホームで最期を」との希望と、遠方のお住まいであった事もあり、7月下旬よりホームにて過ごす。

9月初め、死亡確認受ける。

【アンケートの実施（1回目）】

A氏お見送り後、現場職員を対象に、看取りケアを経験し学んだこと・不安に思ったことについてアンケートを実施した。

アンケート結果をもとに、看取りケアにおける職員の不安解消・軽減のために必要なことを6つの項目にまとめた。

- ①パターン別（バイタル等）の細かいマニュアル
- ②勤務体制について
- ③水分・食事摂取について
- ④看取りの受け入れ条件について
- ⑤急変時の心肺蘇生について
- ⑥研修や話し合いを行いケアの統一を図ること

【指針・マニュアル作り】

指針について、他施設の看取り指針を参考に、管理者と相談のうえ作成した。また、①～⑤の項目について、参考書籍をもとに管理者と相談のうえマニュアル作成した。作成した指針とマニュアルを1冊のファイルにまとめ、職員の見やすい場所に置くことで、情報共有を行った。

【アンケートの実施（2回目）】

1回目のアンケート回答職員を対象に、指針・マニュアル作成後の看取りケアに対する意識の変化についてアンケートを実施した。

【考察】

2回目のアンケート結果によると「指針・マニュアルを作成したことで、より濃いケアができるのではないかなと思う」など以前より前向きな意見がみられた。指針・マニュアルを作成したことにより、施設で可能なケア・不可能なケアの線引きがされ、ケアをするうえでの不安軽減に繋がったのではないかな。

一方で、想定外の事態や夜間の急変が起こった場合、的確な対応ができるか不安に思う職員もいた。今後、定期的なカンファレンスを行うことで、ケアをしていくうえで起こり得る状態の把握や対処方法の周知ができるのではないかなと思う。

指針・マニュアル作成前と作成後では、職員の意識に大きな変化は見られなかった。その理由として主に2つがあげられると考えた。1つ目は、看取りケア期間中に夜間の急変がなかったため、具体的な夜間急変時の状況・対処方法が分からなかった。そのため、夜間の急変に対する不安が消えなかったのではないかな。2つ目は、以前よりグループホームでの看取りに対し「行わざるを得ない」と考える職員もいたため、指針・マニュアル作成後も看取りケアに対する意識に大きな変化がなかったのではないかな。

【まとめ・今後の課題】

今回、A氏の看取りを経験し、「その人らしい生き方」の大切さを学んだ。看取りケアが決まった時、不安や心配も感じたが、看取りを終えた後、ご家族から感謝の気持ちを伝えられ、最期の場所にえがお神宮寺を選んでもらえた、ということに喜びと責任を感じた。そのような気持ちを事業所全体で感じられるよう、今後も取り組みを続けていきたい。

参考文献：「看取りケアと重度化対応ケアマニュアル 特養・グループホーム編」、2007年、特定非営利活動法人シルバー総合研究所、日総研出版

最期までその人らしく

◆キーワード

- 1 看取り
- 2 医療連携
- 3 家族支援

私達が考える看取りの在り方

京都府・京都市

にんちしょうたいおうがたきょうどうせいかつかいご あん
 認知症対応型共同生活介護グループホームほっこり庵

かいごふくしし つじ ゆうこ
 発表者：介護福祉士 辻 優子

共同研究者：大田 慶一 徳田 雄亮

グループホーム

認知症の高齢者が少人数で共同生活を送りながら、専門スタッフによる身体介護や機能訓練などが受けられる施設

(はじめに)

当事業所は京都市北区に位置し、自然豊かで恵まれた環境にある。又、当事業所の母体は医療法人で、24時間365日体制で医師・看護師・セラピスト等の医療専門職からフォローを受けることができる体制が整っている。

そういった環境のなか当事業所は開設16年目を迎え、入居者の高齢化や重度化の中、看取りも重ねている。すでに高齢でADLが低く、身体的重度化が進行した方が入所されることも多く、看取りに関しては重要なテーマの一つとなっている。今回は脳腫瘍を発症して亡くなられたAさんの看取り介護について発表する。

(倫理的配慮)

この発表をするにあたり、前もってご家族には了承を得ている。

(具体的な取り組み)

平成27年にパーキンソン病と診断され車椅子生活となったAさんは、在宅での生活が困難となり、同年当事業所に入所されることとなった。Aさんは明るく社交的な方で、周りのご入居者や職員と毎日笑って過ごされていた。またフラダンスがご趣味のAさんは、毎日音楽に合わせて踊られていて、周りのご入居者や職員にもフラダンスを教えられていた。そして食べる事が何より好きな方で、特にお肉や海産物が食べたいと話されることが多かった。

そのAさんが、ある日から左への身体の傾きや話す時に呂律の回らない等の症状が見受けられるようになった。検査の結果、Aさんの右脳に腫瘍が発見された。すぐに家族に連絡し、家族、医師、介護士等の関係者を交えたカンファレンスが開かれた。ご家族からは「無理な延命治療は望まない、自然な形でよいと希望している」と話され、その本人に気持ちを尊重したいとの事。

私達は法人内の医師や看護師をはじめとする医療職と綿密な連携を取り、日々のAさんの様子や状態についてアドバイスを受け、Aさんの体調変化に考慮しつつ、安楽で配慮ある希望にそったケアに努めた。

カンファレンスの後、時間の経過と共にAさんは少しずつ、言葉数も減り活気や食欲も無くなっていった。

そんなある時「家に帰りたい」「焼肉が食べたい」と言われたAさん。すぐに私達はAさんの状態を医師に確認、外出可能かの判断の上、家族と相談の上事業所スタッフ付き添いのもと自宅へ戻られた。慣れ親しんだ自宅と家族、そして大好きな焼肉を前にしたAさんは、娘さんがびっくりされるほど食べられた。

それから間もなく、Aさんは週単位で身体状況が悪化、医師・看護師・ご家族・スタッフとカンファレンスを重ね、現在の状況とケアの方向性を確認することとなった。

Aさんは次第に座位を保つことも困難になったため、ベッド上での生活が主となった。褥瘡の予防のためエアマットを導入し、より安楽な体位の保持に努めた。又、徐々に自分で食事が摂取できなくなってきたが、スタッフが好きなココアを介助すると「美味しい。」と笑顔で答えてくれた。

(活動の成果と評価)

その頃から2日後、Aさんはご家族が見守られる中最後の時を迎えられた。「私たちが来たことは分かってくれました。さっきなんてココアが飲みたいって」「最後までお母さんらしくかった」とご家族が仰るほど穏やかな最期だった。

(まとめ)

看取りとは、その方の人生を締めくくる大切な時間である。本人も家族も決して後悔は残したくはない。勿論、入居者の生活に寄り添う私たちスタッフにおいても同じである。私が考える看取りとは、終末期において残された時間をどのように過ごしたいのか、何を望むのかを本人・家族・関係するスタッフがしっかりと共有したうえでしっかりとケアにのぞむことが大切であると考えます。

◆キーワード

- 1 看取り
- 2 重度化
- 3 家族協力

兵庫県・三田市

グループホーム ユピテル三田^{さんだ}発表者：介護福祉士 班長 上本 真奈美^{うえもと まなみ}

共同研究者：田辺 智子 三島 理恵

平成 15 年 8 月開設 3 ユニット定員 27 名共用デイ 9 名
平成 29 年 6 月開設 定期巡回随時対応型訪問介護看護

介護の工夫を追求しながらターミナルケアまで行っている。スタッフ力を活かし定期巡回事業を開始。

(取り組んだ課題・はじめに)

平成 15 年 8 月に開設した当 GH も、居住年数の経過と共に重度化が進んでいる。看取りに対するニーズは高く、多くの方は GH の中で最期を迎えたいと話される。ご家族の希望に寄り添いながら GH にしか出来ないターミナルケアを行ったことを報告する。

(倫理的配慮)

発表にあたり個人が特定出来ないよう配慮を行い、ご家族様に説明し了承を得ている。

(対象者)

A 様 97 歳 要介護 5 アルツハイマー認知症
自宅の畑にビニール袋に入れた下着が埋められていたことを、手伝いに来た娘様が「おかしい」と気づいてから 8 年間在宅生活を続けられた後、H26 年 11 月に入居となる。小柄で明るく冗談を言う A 様の周りにはいつも人が集まり人気者だった。

H28 年 7 月 27 日大腿骨頸部骨折により入院し 8 月 18 日退院。入院中から食欲も落ち、日常生活全般に介助が必要となる。10 月上旬、呼びかけに対し明らかに反応が鈍いことにスタッフが気づき、娘様とわかりつけ医に相談。娘様は「救急車は呼ばず、自然な形で最期を望みます」と話されターミナルケア開始となる。

(具体的な取り組み)

取り組み①医師から経口摂取は禁止されたが、口腔内を湿らす程度なら良いと言われる。娘様が兼ねてから「母の病気知らずの長生きの秘訣は故郷の『世知原茶』のお陰です」と話されていたことから、濃い目の世知原茶をスポンジブラシに含ませ口腔内を湿らせた。

取り組み②座位をとると血圧が下がり、車椅子への移乗が難しく、一日中パジャマで過ごすことを余儀なくされる。寝たきりであっても、生活にメリハリをつけることを娘様が希望された為、毎日洋服に着替えることにした。娘様は「いつでも動き出しそうですね」と嬉しそうであった。更衣の際、A 様は閉眼したままで発語もなかったが、袖を通すときに肘を曲げたり伸ばしたりして下さりスタッフと心が通じ合っていることを実感した。

取り組み③スタッフは日中のわずかな時間でも寄り

添うことを考え歌好きの A 様の居室に CD ラジカセを置き、音楽を掛け側で声を掛けながらカルテを書いた。すると、他入居者様が A 様の居室に集まるようになり一緒に歌うようになった。A 様を囲み、他の入居者様たちが歌い「早く元気になって」と声を掛けると A 様が開眼されたり添えた手に力が入ることがあり歓声が上がった。

取り組み④身体の清潔の保持の為に、全身の清拭を行った。看護師からは、緊急時の対応の為に、スタッフの人数が多い日中に行ったほうが良いのではないかと意見があった。介護スタッフは他の入居者様が就寝された夜間の方が A 様のケアにしっかり関わられること、ゆったりとした時間の中で A 様に話しかけながら清拭を行いたいという思いが強かった。スタッフ同士の話し合いでは答えが出ず、娘様にスタッフの気持ちを伝えると「夜間で構わない。ゆっくり母に関わって綺麗にしてあげて下さい」と返事があった。A 様が逝去されるまで清拭は夜勤スタッフが言い、少しでも不快感を緩和できるようにした。

(活動の成果と評価)

H28 年 11 月 24 日、娘様ご夫妻が面会に来られた深夜、A 様は安らかに息を引き取られた。当 GH ではターミナルケアを行う際、日中・夜間急変時の対応について細かく何度も申し送りをし、周知徹底を図っている。又、責任者三人に 24 時間電話が繋がる体制になっている為、スタッフは不安を感じることなくケアにあたる事が出来た。スタッフが慌しくなる夕方の時間に、娘様が GH に通い思い出話をしたり手足をマッサージして下さり、スタッフにとっては心強い協力者もいた。スタッフは A 様に寄り添い、残された時間を心穏やかに過ごしてもらおうように努める事が出来た。娘様は「本当に親子共々良かった、幸せでした」と話された。

(今後の課題・考察・まとめ)

最期までご家族様と一緒にになり入居者様を支えることは GH だからこそ出来るものだと考える。