

分科会Ⅱ

10月17日(木) 9:00~12:01 / ダリアA

座長 株式会社桜梅桃里 取締役 三宅 純一 氏

座長 医療法人みやうち グループホームひまわり 管理者 小島 実寿津 氏

テーマ「看取り・医療連携・ACP・
その他（行事・レク・LIFE等）等」

時間	演題 / 副題	所属	発表者 (都道府県)
9:00 }	防災対策を利用者と一緒に 何で自分を守りますか？	グループホームひまわり	今井 恵子 (群馬県)
9:14 }	二階のみなさん朝ですよ 自力で階段昇れるように	グループホームゆたか	本田ゆり代 (愛知県)
9:28 }	トイレ誘導が進まなかった入居者へのおむつ外しの取り組み	グループホーム カサ デ ヴェルデ	廣瀬 正明 (愛知県)
9:42 }	座位行動を身体活動に置き換える取り組み 身体活動量計を用いた実践報告	グループホーム大阪緑ヶ丘	玉置 翔太 (大阪府)
9:56 }	大脳皮質基底核変性症の疑いの方への口腔ケア 病気の進行に合わせた口腔ケアを継続的に支援した取り組み	西広島グループホーム なごみの家	山口 里美 (広島県)
10:10 }	認知症診断後の透析開始・通院援助 認知症ライフサポート 介護医療連携について	グループホーム ゆとり庵	椛島明美・市村浜子 (福岡県)
10:24 }	ケアの質向上に向けた当事業所の取り組み 理学療法士が在籍する意味	グループホーム あんしんホーム	岩田 学 (広島県)
10:38 }	チーム（ケア）の大切さ チームの中での看護師の役割を再考して	グループホーム谷津苑	田中 寛子 (千葉県)
10:52 }	ACPの視点を取り入れたカンファレンスの有効性 ～本人の可能性を信じ未来へつなげるケア～	小規模多機能ホームはなしのぶ	藤原 良美 (熊本県)
11:06 }	グループホームではじめての看取り ～また明日ね～	グループホームゆうわ苑	久保山香津美 (山口県)
11:20 }	私の働く職場の強み 医療連携でみんなの不安を取り除く	グループホーム わかば	熊本 英紀 (福岡県)
11:34 }	心安らく最期のために ～最期まで母らしかった～	グループホーム五日市ひまわり	渡辺 広美 (広島県)
11:48 }	グループホームにおける重度化・看取り期の家族支援 ～認知症の人の言葉にできない想いを家族に伝えた金婚式～	グループホーム せせらぎ	北村 美咲 (熊本県)

総 評

防災対策を利用者と一緒に

◆キーワード

- 1 防災対策
- 2 防災頭巾
- 3 手作り

何で自分を守りますか？

群馬県・前橋市

公益財団法人 老年病研究所 グループホームひまわり

いまい けいこ

発表者 : 今井 恵子

共同研究者 : 職員一同 高玉真光

理念 家庭的な雰囲気の中で自分の趣味や生活のリズムを生かし、その人らしく穏やかな生活を送れるよう支えます。「出来る力」を大切に支援します。

3ユニット 利用者 27名の事業所。設立:平成13年
平均年齢;女性 91.2歳 男性 94.3歳
平均介護度 女性;2.2 男性;1.3

(取り組んだ課題・はじめに)

近年、災害について身近な問題になってきている。各地で地震・水害・火災と、いつどのような事が起こるか予想もつかない状態である。当施設を振り返ってみるとガスの使用はないが、落雷・漏電・ホコリによる火災が考えられる。施設内・外の防災訓練を通して利用者の安全を考えてみた。訓練を体験した際に気づいた事がある。スタッフはヘルメットを着用しているが利用者は何も被っていない。ヘルメットは利用者にとっては使用が難しい。せめて防災頭巾があれば頭部や肩位までは守れるのではないだろうか。いつも身近にあり、いざという時に簡単に使用でき、身を守れる防災頭巾の購入も考えたが利用者と頭巾を作成できないだろうか考えた。作成過程で利用者と防災訓練の大切さや、心構えなど話し合い、楽しみながら防災頭巾を作成することができたので報告する。

(倫理的配慮)

発表にあたり、個人が特定できないよう配慮し、ご家族に説明し同意を得た。

(具体的な取り組み)

- ① 試作品を作成しスタッフ間での意見交換をした。
 - ・適切な大きさの検討。
 - ・ゴム止め部分の検討。
 - ・各フロアで人数確認が出来るよう色分けする。
 - ・中身のクッションについて
ポリエチレン製の空気を含んだ緩衝剤を使用する。素材は変更可能である。
厚さ・大きさが変えられる。
 - ・洗濯ができる。
- ② 利用者が参加出来るよう工夫した点。
 - ・スナップ止め・まつり縫いなど針を使用する時は安全の為スタッフが一緒に行う。
 - ・布に型抜きした文字や模様を塗る。
 - ・着脱が簡単で利用者でも着けることが出来るようマジックテープを使用する。

(活動の成果と評価)

利用者の出来る力を考えながら作業を進めた。まつり縫いは同じ所を二度程縫ったりしたが最後までかかる事が出来た。針を指に刺してしまわないか、心配したが無事に縫い終わる事が出来た。スナップ付は取り組む最中は熱心に目を細めて眼鏡の奥の真剣な眼差しがうかがえた。スナップ付けやまつり縫いの作業では、はじめは少し不安そうな顔をしていたが横で声掛けし寄り添うことで、最期まで仕上げる事ができた。にっこり笑顔で、「出来た」と声に出して喜ぶ姿が見られた。最後まで自分で行うことが出来たという達成感の笑顔と思われる。模様付けには型紙を利用して縁取りを行い、色を塗って頂く。模様はどこに付けようか?配置に悩んで「どうしたらいい?」と相談される事もあった。はみ出さないように真剣に縁取りを行うが、ずれてしまうと少し残念な顔をされた。修正出来る事を伝えると、安心された表情で続けて作業を行った。

利用者と楽しく相談しながら作品に取り組む事ができた。できた頭巾を使い8月に防災訓練を実施する予定となっている。

(今後の課題・考察・まとめ)

8月の防災訓練を通して、防災頭巾をどこに置くか、使いやすさはどうだったのか、収納場所など、改めて考え直したい。また利用者の出来る力を活かし、意見を聞きながら、新しい作品作りに取り組みたいと考える。

(参考・文献など)

二階のみなさん朝ですよ

◆キーワード

- 1 職員の意識
- 2 運動習慣
- 3 人生 100 年

自力で階段昇れるように

愛知県・豊川市

ゆうげんがいしやたから ぐるーぷほーむゆたか
 有限会社高良 グループホームゆたか

かいごしえんせんもんいん ほんだ ゆりよ
 発表者：介護支援専門員 本田 ゆり代

ゆにとりーだー いわつき すみこ
 共同研究者：ユニットリーダー 岩月寿美子

認知症対応型共同生活介護
 2 ユニット（定員 18 名）
 開設 平成 15 年 11 月 1 日 昨年 20 周年を迎えた。

日本三大稲荷の豊川稲荷も同町内にあります。
 デイサービス・フィットネスデイ・居宅介護支援
 有料老人ホーム・訪問看護ステーション・訪問介護

（取り組んだ課題・はじめに）

当グループホームは、木造 2 階建て 1F に 4 室 2F に 5 室の構造になっていますが、エレベーターはなく 2 階の入居者様は必然的にフロアの中央にある階段で毎日自力昇降をしなければなりません。

4 年前の令和 2 年 4 月に 96 歳の女性(A 様)が 2 階の部屋に入居されることになりました。入居 2 年ほど前にベットからの転落で座骨骨折の既往があり歩行に不安がある人でした。短期記憶の低下はありますが、物事をポジティブに考え意欲ある人でケアマネの私は「この人がいつまでも 2 階の部屋で暮らせるように」と運動や機能訓練の時間を取り入れた施設サービス計画を作成しました。

（倫理的配慮）

ご本人及びご家族に発表の趣旨及び発表内容、関連する写真の掲載について説明し承諾を得た。

（具体的な取り組み）

2020 年 6 月、元気運動を開始 4 回/週、1 回 30 分
 対象者…2 階に居室がある人

A 様：要介護 2 97 歳・B 様：要介護 1 88 歳

C 様：要介護 2 87 歳・D 様：要介護 3 69 歳

E 様：要介護 4 61 歳

元気運動…座位にて職員の号令と動作を見て実施。

運動の内容：深呼吸→首や肩周りのストレッチ→上腕関節回し→脇腹伸ばし→上腕の筋トレ→手首や指の運動→腕の曲げ伸ばし（前上横下）→足踏み運動→大腿部筋トレ→足首、足指運動→踵落とし運動→足裏マッサージ（脳トレを兼ね同時に引き算の数を数える）

下肢運動…階段と手摺を使う

階段：ステップ運動、背伸び運動、アキレス腱伸ばし
 廊下の手摺り：もも上げ運動、足の横振り、前後振り、股関節回し、スクワット、膝裏伸ばし運動、腕立て伏せ（手すり）、10M ほどの廊下を 2 往復歩く

体組成測定… 2021 年 1 月より、1 回/週 体組成計の測定値を記録

（体重）（筋肉量）（体脂肪率）（内臓脂肪レベル）（BMI）
 （基礎代謝量）（推定骨量）

（活動の成果と評価）

職員の意識

2020 年に元気運動を始めた当初は、介護 SF に運動による QOL 向上への意識の認識はなく、「認知症の高齢者に運動なんか無駄！、身体機能の低下は自然な事なので仕方ないじゃん！」、「運動が始まるとお風呂の時間が狂ってしまう！」等、冷ややかな反応だったが、2021 年 1 月より運動の効果を数値化できないものかと、体組成計で週 1 回の測定を開始することにした。

【3 年 6 ヶ月後の体組成値の変化】

筋肉量 体脂肪 推定骨量 基礎代謝

A 様 +4.8kg -2.8% +0.5 +138kcal

B 様 +5.5kg -5.4% +0.6 +129kcal

C 様 +6.4kg -10.2% +0.5 +109kcal

A 様（100 歳）…運動を始めて 2 年半程過ぎた頃、夜間に居室前の廊下にて転倒された。CT 検査で新しい骨折はないものの既往歴がある左坐骨辺りに痛みの訴えが強く 2 階の居室での生活は困難となり、一時的に 1 階の共用部屋にての生活となった。1 か月程で痛みが和らぐと元気運動や下肢運動を再開された。根気よく続ける間に、始めは動かなかった足首や足指が徐々に動くようになった。100 歳を迎えた今もフロア内をシルバーカーで移動し自由に行きたい場所へ歩いて行くことができている。

B 様（92 歳）…正常圧水頭症があり、開脚歩行、小刻み歩行は変わらないが、排尿障害に苦しみながらも職員の家事仕事を手伝い、縫仕事で大きな作品作りにも挑戦し、意欲的な生活を続けている。

C 様（91 歳）…脳血管性認知症で物事の段取りや遂行は苦手だが運動へは意欲的で、歩行時は職員が付いて行くのも大変な程の下肢機能を維持。

（今後の課題・考察・まとめ）

当初は半信半疑だった高齢者の運動効果を、運動を続ける事と体組成測定により実証できたように思います。今後もグループホームの入居者様に楽しみを持って元気で人生 100 年を目指して頂きます。

◆キーワード

- 1 排尿日誌
- 2 残尿測定
- 3 高齢者排尿管理アル
ゴリズム

愛知県・豊橋市

グループホーム カサ デ ヴェルデ

ひろせ まさあき

発表者：理学療法士・廣瀬 正明

特別養護老人ホーム天伯は地域密着型介護老人福祉施設入所者介護のサービスを 29 床提供しているサテライト施設である

介護度 1 以上の方へ介護サービスと生活の場を提供している

(取り組んだ課題・はじめに)

高齢者入所施設において排泄状態について十分に評価されることが少ないため、定時交換などの排泄介助自体が介護の中心となっている。そのため、根拠に基づいた排泄ケアができずおむつ使用による ADL・QOL の低下、尿路感染症、失禁関連皮膚炎(IAD) など様々な問題が生じる原因となっていると考えられる。そこで、おむつ外しについて高齢者排尿管理アルゴリズムに沿って残尿測定を行った排尿日誌と排尿チェック表を十分に記録・採点して尿失禁のタイプを診断し対処方法を検討することで排尿機能に着目した高齢者の排泄ケアを考えていきたい。

(倫理的配慮)

今回の事例発表に際し、協力は任意であること、協力しないことによる不利益はないこと、協力の同意は途中で取り消すことができることを事前に説明をした。また、日本認知症グループホーム全国大会で発表することを本人・家族に説明し書面にて承諾を得ている。

(具体的な取り組み)

入所後トイレでの排泄に関心が低くトイレ誘導が進まない 95 歳の女性について、超音波による残尿測定(リリアムスポット 2)で排尿日誌を記録して、排尿チェック表を採点して診断したところ機能性尿失禁、腹圧性尿失禁が原因であることがわかった。また、排尿日誌から蓄尿・排尿の機能が保たれていること、おむつ交換では常に残尿が認められるのに対して、トイレでは残尿なく排出できること、膀胱の容量が小さいこと、尿意が乏しいことなどがわかった。そこで、16 日間のおむつ失禁量・トイレ排尿量と Vitality Index, Berg Balance Scale (BBS), FIM, 主要下部尿路症状スコア(CLSS QOL スコア), IAD-set でそれぞれ評価をおこなった。そして行動療法では定時排泄誘導から排泄パターン誘導を実施、理学療法では骨盤底筋訓練・起き上がり・移乗動作訓練を実施、スキンケアでは 1 日 1 回泡ベアテル F で洗浄、保湿ウォーターで保湿をおこなった。

(活動の成果と評価)

介入した結果、おむつ失禁量は AV. 673 ml から AV. 50 ml, トイレ排尿量は AV. 72 ml から AV. 670 ml, Vitality Index は 7 点から 10 点, BBS は 2 点から 12 点, FIM-M は 39 点から 44 点, CLSS QOL スコア 6 点から 1 点, IAD-set は 10 点から 6 点にそれぞれ改善がみられた。

残尿測定をした排尿日誌を記録したことで膀胱の状態が分かりおおよその排尿パターンをつかむことができた。機能性尿失禁に対して効果的にトイレ誘導が行えてトイレ排尿量を増やすことができた。また、失禁が減りトイレ排尿量が増えていくことで、トイレで排泄することに対して関心が高まり自らトイレに行きたいと訴えることが増えてきた。日中の活動量が高まったことで ADL の改善, QOL の向上, IAD・尿路感染症・膀胱炎のリスク軽減, 離床時間の拡大などがみられた。

おむつが外れたことで職員にもメリットがみられた。介護職員はトイレ介助になり介護負担が軽減したこと、リハビリは日常生活がリハビリになったこと、看護師は残尿がなくなったことで尿路感染症・膀胱炎などの悪化を防ぐことができた。

(今後の課題・考察・まとめ)

今回の取り組みを踏まえ、施設で根拠に基づいたケアが行えるように排泄状態の評価を充実させる取り組みをしていきたい。

今回の事例で排泄が表に出しにくい問題であること、そのため、排泄ケアを改善することで意欲が高まり日常生活に与える影響が大きく様々なメリットがあることがわかった。したがって、残尿測定を行い排尿日誌から排泄状態を把握し根拠のあるケアをおこなうことが ADL の改善, QOL の向上につながるため、排泄状態を十分に評価することは重要であると考えられる。

(参考・文献など)

- 1) 愛知県健康福祉部高齢福祉課：高齢者排尿管理マニュアル 平成 15 年改訂
- 2) 後藤百万ほか：排泄リハビリテーション 理論と臨床。改訂第 2 版。中山書店, 2022

座位行動を身体活動に置き換える取り組み

◆キーワード

- 1 身体活動
- 2 座位行動
- 3 身体活動量計

身体活動量計を用いた実践報告

大阪府・岸和田市

しゃかいりょうほうじんじくんかい
社会医療法人慈薫会おおさかみどりがおか
グループホーム大阪緑ヶ丘

発表者：介護福祉士・玉置 翔太

共同研究者：理学療法士・高尾 耕平、
村上 達典、石垣 智也 医師・小出 純子2ユニット（定員18名）。緊急ショート（空床型）。
共用型デイサービス（定員6名）。ユニット型で、緑豊かな自然環境が自慢です。社会医
療法人であり、医療面においても安心できる環境です。

(取り組んだ課題・はじめに)

世界保健機関（以下、WHO）は2020年に「身体活動・座位行動のガイドライン」を公表し、身体活動を増やし座位行動を減らすことにより、慢性疾患のある人や障害のある人を含むすべての人が健康効果を得られることを啓発している。

グループホームの利用者は、認知症の影響から、意欲の低下がみられることがある。また、複数の併存疾患を有している場合、身体機能低下の影響により、ますます生活が不活発となり、座位行動が多くなるリスクがある。

今回、座位行動を減らし、身体活動に置き換える取り組みを、身体活動量計を用いて一症例を対象に行ったので、その有用性と課題を踏まえて報告する。

(倫理的配慮)

症例およびご家族に対し、発表の趣旨と内容を口頭と書面で説明し、同意を得た。

(具体的な取り組み)

症例は80歳代女性である。既往歴・併存疾患にアルツハイマー型認知症、糖尿病、高コレステロール血症、高血圧症、大動脈弁狭窄症、非弁膜症性心房細動があり、認知症の影響により意欲の低下が見られ、自発的な行動は乏しい状態であった。また、下肢筋力低下のため、ADLは全般的に介助が必要であった。これらが影響し、日中の大半は車いすで座位にて過ごすか、ベッド上で臥床している状況にあった。そこで、心身機能およびADLの維持・向上のため、日勤帯の排泄時はトイレまで介助歩行により移動する対策を行っていた。

この対策の評価を行うため、加速度センサを内蔵した身体活動量計（Active style PRO HJA-750C、オムロンヘルスケア社）を使用し、活動量の計測を7日間行った。

計測したデータを用いて、9時から17時までの日勤帯のデータを解析したところ、座位行動（1.5METs以下）の平均時間は455.4分（94.9%）、軽強度活動（1.5～3.0METs未満）の平均時間は22.1分（4.6%）、中高強度活動（3.0METs以上）の平均時間は2.4分（0.5%）であり、日勤帯の大半が座位行動であるこ

とが明らかとなった。また、身体活動を強度別に色分けし、日勤帯の活動を日内・日間で可視化できるヒートマップを作成した。そこから、持続した座位行動が多いことを確認でき、この結果をスタッフ間で共有した。

そこで、座位行動を身体活動に置き換える取り組みとして、①排泄後、トイレからダイルームに戻る際はフロアを1周してから席に着く、②可能な限り30分に1回は立ち上がるように促す、の2点を取り組みに追加することにした。

新たな取り組み後、改めて身体活動量計を用いて活動量を計測し、取り組み前後での比較を行った。

(活動の成果と評価)

取り組み後の計測結果は、日勤帯のデータに欠損がなく測定できた2日間のデータを採用した。解析した結果、座位行動の平均時間は430.0分（89.6%）で25.4分短縮し、軽強度活動の平均時間は46.0分（9.6%）で23.9分延長し、中高強度活動の平均時間は4.0分（0.8%）で1.6分延長した。ヒートマップにおいても、軽強度以上の活動の頻度が増えていることを確認できた。

(今後の課題・考察・まとめ)

今回の取り組みにより、約25分程度ではあるが座位行動を軽強度以上の活動に置き換えることができた。身体活動量計の計測により各身体活動の時間を数値で把握し、ヒートマップで視覚的に確認できたことで、スタッフ間での共通認識や取り組みへの協力が得られやすかったことが、肯定的な結果に作用したと考える。

WHOは「身体活動・座位行動のガイドライン」において、「少しの身体活動でも何もしないよりは良い」としている。今回、約25分の座位行動の置き換えを実施できたことは、意味のある取り組みであったと考える。一方、この取り組みを継続し、かつ、他の入居者に対しても実施していく場合は、人員配置や他の業務との調整も検討が必要である。持続可能な取り組みとして拡大していけるように、さらなる業務改善を進めることが、今後の課題である。

大脳皮質基底核変性症の疑いの方への口腔ケア

◆キーワード

- 1 歯科協働の口腔ケア
- 2 重度化対応
- 3 医療・介護の連携

病気の進行に合わせた口腔ケアを継続的に支援した取り組み

広島県・広島市

いりょうほうじんわどうかい にしひろしま

いえ

医療法人 和同会 西広島グループホーム なごみの家

やまぐち さとみ

発表者：介護福祉士 山口 里美

平成14年12月開設 2ユニット
広島パークヒル病院併設のグループホーム
医療(病院・ホスピス)福祉(老健・デイケア)複合施設

最期まで自分の口で食べるために専門的口腔ケアが必要な入居者あれば訪問歯科診療へ繋ぎ、口腔衛生管理体制加算を算定しながら入居者の口腔ケアを行っている

(取り組んだ課題・はじめに)

3年前入居されたK氏へ訪問歯科診療を受けて頂きながら口腔衛生管理に努めていた。1年前大脳皮質基底核変性症の疑いと診断され、口腔ケアがより重要となり歯科医師の助言のもと実施していたが、今年6月新型コロナウイルス感染症中等症となり併設事業所内の病棟へ転院となった。K氏の入居から退居後まで歯科と連携しながら継続的に支援した口腔ケアの取り組みについて報告したい。

(倫理的配慮)

家族に説明し書面にて同意を頂き、当法人の倫理審査委員会において承認を得た。

(具体的な取り組み)

対象：K氏 81歳 女性 介護度：要介護3

病名：アルツハイマー型認知症

大脳皮質基底核変性症の疑い

R3年4月入居(入居時：独歩・ADLほぼ自立)

口腔内状況：自歯が親知らず2本含め30本

歯磨きは自立(歯石付きやすい)

K氏は入居2年目頃より転倒を繰り返すようになり、左腕の動きが悪く、食事は左側のおかずが残る・塗り絵は右側しか塗っていないという場面が見られるようになった。昨年6月に脳クリニックで検査を受け「大脳皮質基底核変性症の疑い」と診断され、進行を止める治療法はなく何もしないと体の力はどんどん落ちてしまうので積極的に体を動かすことが大切と医師から言われた。むせることが増え誤嚥性肺炎のリスクが高くなっていたので、より口腔内の清潔を保つことが必要となった。歯科医師からは左頬が硬くなっているため、口腔周囲筋のマッサージを実施するようアドバイスを頂いた。

徐々に身体機能低下し歩行不可能となり、今年3月からリクライニング車椅子での生活、ほぼ全介助の状態となった。しかし本人は介助の度に「ごめんね」と申し訳なさそうに言われることがあり、重度化に伴うケアプランの見直しを行う際、なるべく自分でできることはやって頂けるよう食事と歯磨きは、全介助ではなくまず本人に行ってもらい、その後で介助する形で援助することとした。

5月頃よりうがいの水を吐き出せなくなり口腔内の残渣物も増えてきた為、当施設内の口腔ケアサポートチームにて事例を挙げ、K氏への効果的な口腔ケアについて検討した。歯科医・言語聴覚士・栄養士・薬剤師などからアドバイスを頂き、それを基に口腔ケアの手順表を作成した。手順表には具体的なケア方法を示し、その根拠・期待できる効果も記載しスタッフ全員に周知した。また歯科衛生士による口腔清掃・口腔マッサージも入り、歯科協働で口腔ケアを実施した。

しかし6月初旬に新型コロナウイルス感染症中等症で急性期病院へ搬送された。約2週間の入院中に嚥下機能がさらに低下し、廃用症候群のリハビリの為に併設の回復期病棟に転院となった。退居後も口腔ケアの支援が必要であると考え、併設の病棟へK氏のケアプランと具体的な口腔ケアの情報を提供し、家族の希望も併せてかかりつけ歯科の診療を受けられるよう依頼することで転院後すぐの歯科診療が再開された。

(活動の成果と評価)

K氏へ入居当初から歯科医療の介入をしていたことで口腔内の状態は安定し、病気の進行による口腔機能低下予防の口腔リハビリの指導も受けられ、迅速に対応が出来たのではないかと考える。また入居中に施設内の口腔ケアサポートチームの事例として検討したことで、口腔関連情報を多職種で共有し口腔ケアの手順表を作成することができ、病棟と共有できた。新型コロナウイルス感染症による入院・転院はあったものの、複合施設であるからこそ歯科診療を転院先でも受けられ、K氏のニーズに見合ったサービスが切れ目なく継続して提供できたことは、医療・介護の連携の成果であると思う。

(今後の課題・考察・まとめ)

今回の口腔ケアを継続的に支援した取り組みの成果を踏まえ、引き続き適切な口腔の管理が行われ、口腔の状態に応じ必要な歯科医療が提供されるよう、協力歯科医との連携を推進していきたい。また口腔ケアサポートチームにおいてもK氏の経過情報を共有し、その後のフォローも継続していきたい。

認知症診断後の透析開始・通院援助

◆キーワード

- 1 重度化対策
- 2 医療連携
- 3 看取り

認知症ライフサポート 介護医療連携について

福岡県・柳川市

ぐるーぷほーむ ゆとりあん
グループホーム ゆとり庵発表者：介護士 かいごし かばしま、いちむら
梶島、市村共同研究者：介護士 かいごし うちの かんごし ごうはら
内野、看護師 郷原

地域密着型グループホーム 職員・利用者ともに近隣住が多く、顔見知りのケースも多い地域。ご利用者の尊厳を大切に、経営理念「自分や自分の家族が入りたい介護施設を作る」

を実現するためのケアを目指しています。法人内に 通所介護、小規模多機能型居宅介護、訪問介護、居宅介護支援事業所、住宅型有料老人ホームを持つ。

(取り組んだ課題・はじめに)

法人内住宅型有料老人ホーム入居者 K 氏は、施設入所後に介護タクシーで透析通院が始まったが、認知能力の低下に伴い、通院拒否が始まる。病院・ご家族が透析中止を決められる中、担当ケアマネジャーよりゆとり庵に相談があり R4.10.21 より透析通院を目的にグループホームに入居。前施設の看護師と連携継続

(倫理的配慮)

キーパーソン M 氏 (長女)、K 氏に書面で同意済

(具体的な取り組み)

・「透析を受けていないと死にますよ」「死ぬとは怖いもんね、なら行かやんね」

K 氏の生きたい気持ちを確認し、透析継続のためのケアを行う事を方針とする

《日常のケアについて》

・帰宅願望、他科受診希望、外食希望の際は、職員同行で外出支援をする

「一緒に行ってもらってよかった」

《透析のケアについて》

令和 5 年 10 月～ 透析中に帰宅願望、管を抜くなどの危険行為があり中止日増加する

「透析はきついから行かん」

・透析主治医「安全・安心な医療が提供できない。透析中止か付添いをつけて欲しい」

・毎回介護士が付添っていたが、時間通り (10 時まで) に行けない日が 6 割になる

・透析主治医「当院での透析は不可。透析は本人の意思か？認知症の人はわからないですよ。継続したいなら、病院は自分たちで探してください」

・長女様

「皆さんにご迷惑はかけられない。透析やめます」

◎私たちが考えたケア

「K 氏の生きたいという気持ちに向き合おう」

長女様の了承後、通院可能な範囲の病院すべてに電話。R6.1.5～認知症に理解ある現クリニックへ介護士付き添いで通院開始 (片道 10km)

・現在も透析拒否は続いているが、拒否の日は、病院側から K 氏の状態確認があり連携をとっている。

R6.3 月より通院日朝の精神安定剤の服用開始

●透析拒否回数

R4.10～12 月 2/31 回 6%

R5.1～12 月 15/152 回 10%

R6.1～6 月 26/78 回 33%

(活動の成果と評価)

K 氏「前の病院はピリピリしとったけど、今度の病院はゆつらっとしてよかもん」

認知症患者への理解があるドクターを探したことで、透析へのストレスが K 氏、職員ともに軽減した。

「いってらっしゃい！」と見送ると笑顔で手を振り返される日も増えた。

K 氏の生きたい気持ちに寄り添うケアを行っているが、拒否回数は年々増えている。

《今後の課題》

・声がけで通院された回数 70/232 回 30%

K 氏が透析拒否の日はどう対応するか「行かせられないのは、自分の認知症ケアのスキルが低いから」

日常のコミュニケーションをどう取っていくか、充実したレクの計画をすること

・7 月現在、シャント造設のため、T 病院に入院中。K 氏手術拒否があり、ドクターより看取り期診断、退院の連絡がある。K 氏に手術を受けるために T 病院とどう連携していくか

《考察》

地域での認知症患者への理解を進めていくことは、地域密着型施設として私たちの役割でもあると考える。目的が異なる医療と介護と認知症利用者との連携の必要性を行政と話し合っていきたい。

《まとめ》

法人では、ケアの方法に迷ったとき、ご利用者が自分の親だったら自分の家族だったら。私はどういう対応をする？と自問自答することを心掛けている。

今後も、経営理念に沿ったケア、ご家族のお気持ちにも寄り添ったケアを行っていききたい

ケアの質向上に向けた当事業所の取り組み

◆キーワード

- 1 ケアの質向上
- 2 スタッフ教育
- 3 医療介護連携

理学療法士が在籍する意味

広島県・広島市

いりょうほうじんこうりんかい

医療法人光臨会 グループホーム あんしんホーム

かんりしゃ いわた まなぶ
 管理者：岩田 学

医療法人が母体のグループホーム 2 ユニット 18 名。
 2000 年開設、2023 年 6 月新規移転。
 法人内病院が訪問診療、24 時間 365 日緊急時対応可。

理学療法士：1 名(管理者兼務)、看護師：1 名在籍。
 入居者介護度平均：3.2。看取り介護：4 件(令和 5 年度)

(取り組んだ課題・はじめに)

当事業所は平均介護度 3.2 と重度入居者も少なくなく、「その人らしい生活」実現のために、ケアの質向上やスタッフの身体的負担の軽減が課題であった。5 年前より理学療法士が管理者となったことから、上記課題について様々な取り組みを行ってきた。今回は、その取り組み内容と成果、振り返りから見えてきた課題を報告する。

(倫理的配慮)

入居者本人・家族様に対し、取り組みに際して、協力は任意であること、協力しないことによる不利益はないこと、協力の同意は途中で取り消すことができること、写真の掲載について、書面にて同意を得ている。

(具体的な取り組み)

1. 楽な姿勢で毎日を過ごそう
 - ①ベッド上・車いすでのポジショニング
入居者のベッド上や車いす上でのポジショニング方法を、写真を用いて見える化し、スタッフに助言を行った。
 - ②体交や移乗方法の検討
基本的な介助方法助言だけでなく、スライディングシートなどの福祉用具や浴室にチェアインリフトバスを導入し、介助方法の助言を行った。
2. いつまでも口から食事が摂れるようにしよう
法人内の言語聴覚士と連携し、食事姿勢や食形態、トロミ量、物品活用に取り組んだ。
3. 転倒・転落を予防しよう
転倒・転落スコアシートを入居者毎に作成。結果をもとに環境調整を行った。

4. 家族と外出できるようになろう。

車いす利用入居者の自宅にて家族で正月を祝うため、自宅環境を確認・介助方法を家族へ指導。

(活動の成果と評価)

1. 姿勢に対するスタッフの気づき向上
 - ①ポジショニングの汎化
どの入居者にも一定のポジショニングができるようになった。
 - ②褥瘡発生低下
新しい褥瘡発生は 5 年間で 1 件のみ。
早期発見・予防が可能に。
2. 職員の身体的負担軽減
介助方法の統一と福祉用具活用が進み、移乗や体交時の身体的負担が軽減。
3. 誤嚥に注意し、楽しめる食事の提供へ
 - ①適切な姿勢や食形態、トロミ量での食事提供
言語聴覚士の助言から、スタッフが自主的に検討できるようになった。
4. 環境調整に積極的に取り組めるように
 - ①転倒・転落リスクが高い入居者を把握しやすくなり、スタッフが率先して予防策を講じることが増えた。
5. 家族や本人の希望を叶えようとする意識向上
 - ①これまで難しいと諦めていた希望に対して、何とか叶えられないかと相談・検討することが増加。

(今後の課題・考察・まとめ)

スタッフが自ら行っているケアへの自信が付き、気づきや意識が向上したことでより良いケアに近づいている。現状、医療介護連携については、管理者である理学療法士や看護師が中心に取り組んでおり、今後はスタッフ全体で情報交換や相談等が行えるようにしていきたい。

チーム（ケア）の大切さ

◆キーワード

- 1 グループホームケア
- 2 重度化対応
- 3 家族の思い

チームの中での看護師の役割を再考して

千葉県・習志野市

ゆうげんがいしゃ

やつえん

有限会社ウエルフェア グループホーム谷津苑

たなか ひろこ

なかむら まさや

発表者：看護師 田中 寛子

共同研究者：管理者 中村 昌也

千葉県習志野市にて平成16年5月開設。

1 ユニット 定員9名のグループホーム
社員寮を改築した鉄骨造2階建ての2階部分。1階には認知症対応型デイサービスと小規模保育事業所が併設。

「『楽しい』と感じることでできる暮らしを目指します」の理念のもと、地域とのかかわりを重視しながら取り組みを進めている。小規模保育事業所が併設していることから、子どもと高齢者の関りを大切にしている。

（取り組んだ課題・はじめに）

グループホームの入所者やその家族、そこで働く職員や関係機関から必要とされる看護師を目指し、看護師として求められる役割とはなにか？ 一人の職員としてどのような存在であることが望ましいのか？ 家族を含みチームとしてケアが実践できた一つの事例を通して自分自身がその考えを深めるきっかけとなった取り組みを報告する。

（倫理的配慮）

今回の発表にあたり、家族及び関係者の同意を得ている。

【事例紹介】

S様 女性 90歳 要介護4

アルツハイマー型認知症

認知症高齢者日常生活自立度 IIIa

夫を亡くし戸建てにて独居生活を送っていたが認知機能の低下から様々な生活障害が発生し、1人での生活が難しくなりグループホームへ入所。在宅時から三人の娘が協力して支援をおこなっており入所後も頻りに面会に訪れていた。家族関係は良好。

（具体的な取り組み）

以下の1～3の状況に対して支援の方法を検討し、家族含めたチームケアを展開した。

1. チャレンジング行動（BPSD）への支援

- 1) 腰痛から臥床時間が増え徐々に歩行が不安定となる。その頃から①興奮がみられ介助されることを拒む ②いつも怒った表情 ③頻りに「お兄ちゃん」と言葉発する。
- 2) ベッド上での動きが激しく転落の危険性

2. 疾患への支援

- 1) 胆管炎を発症し入院。経口摂取が進まず、病院では「看取りの時期」と判断される。
- 2) 下腿の血腫形成を繰り返し医療的ケアが必要

3. 終末期～看取りの支援

てんかん発作の出現、短時間の座位で意識消失、経口摂取不可等の状態になる。

（活動の成果と評価）

病状や行動の変化を職員みんなで情報共有することで状況にあったケアを提供することができた。医療依存度が高くなった時には、介護職員の不安を聞き取りホームで出来るケアの方法を共有し継続した処置が治癒につながった。看取りの時期と評価され退院した後にミキサー食が摂取できるまで回復した。家族との関りを大切に信頼関係を築けたことで自宅にいるような落ち着いた雰囲気家族・職員の皆で見守ることができた。最期の時には前日から長女と一緒に過ごし、翌日には三人の娘と孫に囲まれて賑やかなことが好きなSさんらしい最期を迎えることができた。チームの中で看護師としての役割を考えながら、チームでできるケアを考え提供していくことができた。

（今後の課題・考察・まとめ）

看護師という立場で業務として入所者にケアを提供していくことは絶対に必要なことであるが、グループホームでの生活の中で、「ケア」という言葉に違和感をもつことがある。ケアをする、ケアをされるという相互の関係は、本人、家族、職員のそれぞれに存在しており、私たちもたくさんのケアを受けていると感じている。

私たちが本人にとって身近な存在となり、日々の生活を一緒に楽しむ時間を大切に、それぞれの入所者から、その人を中心としたチーム作りができるように今後も学びながら実践していきたい。

ACP の視点を取り入れたカンファレンスの有効性

◆キーワード

- 1 ACP
- 2 チームカンファレンス
- 3 家族支援

～本人の可能性を信じ未来へつなげるケア～

熊本県・南阿蘇村

しょうきぼたきのうほむ はなしのぶ
小規模多機能ホームはなしのぶかいごふくしし ふじわら よしみ
発表者：介護福祉士 藤原 良美かんごし こてがわ まりあ
共同研究者：看護師 小手川 マリア株式会社南阿蘇ケアサービス
小規模多機能ホームはなしのぶ阿蘇の大自然に包まれ地域に密着した共生型福祉施設を
運営しています

(取り組んだ課題・はじめに)

長期宿泊利用の男性利用者が誤嚥性肺炎で入院となり、3週間後の退院時には、大幅な体重減少とADL低下がみられた。入院前の状態との違いに戸惑うスタッフはケアに対して不安があったため、家族の思いを聞きながらACPの視点を取り入れたカンファレンスを重ねた。結果ケアの方向性が統一し、本人の状態が改善に向かった取り組みをここに報告する。

(倫理的配慮)

本研究協力者に、口頭で研究目的と研究内容についての説明を行った。データを研究目的以外で利用しないことを伝え、写真等使用の了承を得ている。

(具体的な取り組み)

体重が入院前に比べ-8.3kg減少し、誤嚥性肺炎の再発リスク、食事がほとんど摂取出来ないことによる生命の危機を感じ、急変時の対応やケアに対しての不安があった。綿密なカンファレンスを重ね、全スタッフの考えを表出できるようオンラインミーティングも活用した。ケアの優先順位を抽出し、①食事②活動③今後の方向性について主に話し合いを行った。①食事については、覚醒時はホールに出てもらい少量でもできる限り経口摂取を勧めた。また1回/2Wの体重測定と、飲水、尿量確認のin・out表を作成し可視化した。②活動については、体力の消耗を考慮し退院直後は清拭対応となっていたが、入浴がとても好きだったとの情報から、状態安定時はシャワー浴を開始し、訪室した際には上下肢の他動運動を実施した。③今後の方向性についてはACPの視点を取り入れ本人の最期の在り方についても検討した。ACPとは将来の変化に備え、医療及びケアについて本人と家族主体で支援チームが現在の医療や介護について繰り返し話し合いを行い終末期を含めた今後について本人の意思決定を支援するプロセスだが、自己決定が表出できなくともこれまでの言動から推定し、家族との意見交換も行い、関わる全員で本人にとって最善を常に意識した。

(活動の成果と評価)

帰所1ヶ月半後に体重は5.7kg増加し、覚醒時間も改善した。声掛けにも反応があり、湯船に浸かることもある。食事はムセが減少し、ゼリー飲料を自ら摂取する場面も見られている。スタッフ全員でカンファレンスを重ねた事により不安が減少し、何よりB氏が回復傾向になってきた事は、家族からの信頼が深まり、行ってきたケアが昇華されたと感じた。

(今後の課題・考察・まとめ)

スタッフが感じた不安要因の一番は体重減少し車椅子で戻ってきたB氏の姿だったが、ケアの方向性の統一により不安は払拭された。藤島¹⁾らは「食事ができなくなったら、人は混乱する」と述べている。利用者の可能性を信じた取り組みは早期の経口摂取とケアのモチベーション向上に繋がった。家族が良くなってほしいと思うことは当然であるが、家族以外のものが可能性を信じ関わりを持って利用者へと接する事は家族にとって嬉しさであり、スタッフへの安心感や信頼感につながる。高橋らは²⁾「患者や家族が医療機関や施設を判断する基準は、医療・介護従事者が人間として扱ってくれるかどうかという要素が大きい」と述べており、家族にとって、スタッフが利用者にとどれだけ向き合っているかは最も重要なことの一つであると考えられる。今回の件はスタッフ全員がACPの重要性について深く考え直す機会にもなった。ACPは本来本人の意思に基づいて決定されるものである。スタッフが今回の取り組みについてどのように感じたか、アンケート結果に基づく発表を行う。今後の課題として早い段階から、本人が望む生き方を実現できるよう、これからの未来について利用者、家族、最期をスタッフ、施設全体で積極的に考え意思決定に寄り添い、同じ未来を見つめケアの方針を決めていきたいと考える。

(参考・文献など)

藤島一郎、柴本勇『動画でわかる摂食・嚥下リハビリテーション(第3版)』中山書店、高橋啓子『看護・介護職員用 接遇テキスト(第4版)』日総研出版

グループホームでの初めての看取り

◆キーワード

- 1 看取り
- 2 介護抵抗
- 3 認知症

～また明日ね～

山口県・柳井市

えん
グループホームゆうわ苑かいごしょく くぼやま かづみ
発表者：介護職 久保山 香津美

認知症対応型居宅介護（1ユニット9名）

認知症により自立した生活が困難になった方へ、家庭的な環境の下でその人らしく自立した生活を営むことができるようにすることを目的としたサービス提供を行う。

（取り組んだ課題・はじめに）

グループホームでも看取りを行う施設が年々増えてきた。グループホームゆうわ苑でも、今回はじめての看取りを行うことになった。医師、訪問看護師のご協力のもと戸惑いや不安をもちながらも看取りを行なった報告を行う。

（倫理的配慮）

当苑理事長に承認を得たのち、ご本人のご家族に説明を行うとともに同意を得て、プライバシーに配慮を行う。

（具体的な取り組み）

98歳 女性 認知症 介護3（R6. 3. 1～）

グループホーム入居 R6. 3月～R6. 5月

入居当初の課題

介護抵抗が激しく、暴れて剥離なども度々起こり、処置が度々行われていた。足の浮腫は、皮膚の色も変わっていたが受診をしておらず入所後初めて往診を行い、薬の処方となるも服薬拒否もあり、浮腫の軽減は見られず。食事に手を付けられないことも増え、ご家族の要望より週2回の点滴が開始。ご家族より最後まで見てほしいと言われ、看取りとなる。訪問看護師より勉強会を行う。ミーティングの実施、フロアの声が聞こえる様にし、声かけも行う。有料老人ホーム（以下、有料）での友達、職員に遊びに来てもらう。なじみの職員との変わらぬ毎日を送る。ご家族の気持ちを考えた声かけを行う。などできることを考え行動することとする。

（活動の成果と評価）

有料からの来客には笑顔がこぼれ「また来てね」とうれしそうな表情はみえる。

意識レベルが低下し声かけに反応もなく焦点が合わないことも時折見られ始める。

介護抵抗は継続してあり血圧測定をしようとした介護者の腕を信じられないような強さでつかみ「出て行ってちょうだい」と大声をあげることもあった。なじみの職員には変わらず受け入れはできる。

「帰るね。また明日来るからね」と声かけると「また明日ね。待ちよるよ」と返事をしてバイバイと手を振る日々が続く。

ある朝、「やっぱり起きないですね」と帰ろうとするとご家族にでくわしたため、「おはよう。来たよ」といつものように声をかけると、目を大きく開けられ「きた？」と大きく頷かれる。

ご家族を呼び、ご家族が顔をのぞかせて「わかる？」と尋ねると、その声に大きく頷かれるとご家族に笑顔がこぼれた。

「元気でおりいよ」と続けると小さく頷き目をとじる。

その数時間後、呼吸の乱れがありその後呼吸停止とみられたため訪問看護、医師、ご家族への連絡を行う。医師より死亡が確認される。

その後、看護師とともにエンゼルケアをおこなう。やさしい笑顔で安らかに旅立たれた。

ご家族から「最後に起こしてもらって良かったです。」「最後に自分がちゃんとわかってもらって本当に良かった」と何度も感謝の言葉をもらう。

（今後の課題・考察・まとめ）

期間としては3か月という短い期間だったが、ご家族の意向に寄り添いながら、主治医、訪問看護、グループホーム職員と連携をとり初めての「看取り」を行ったことは貴重な経験となった。

看取りを通して職員が何を感じたか、しっかりと意識することで亡くなられたという事実と向き合い、気持ちを消化して今後のケアや人としての成長への機会ともなるため、職員で振り返りを行う。自分が何かを行っているという満足度ではなく、ご利用者様がいつものように変わりなく、安心できる空間を作ることも大切な介護の仕事であることを学んだ。一言で「看取り」とはいうが、それぞれケースは異なるため、ふりかえりを行いその思いを経験とともにこれから先につなげるように今後も頑張っていきたい。

（参考・文献など）

該当分権なし

私の働く職場の強み

◆キーワード

- 1 医療連携
- 2 多職種連携
- 3 看取り

医療連携でみんなの不安を取り除く

福岡県・北九州市

しゃかいふくしほうじんけんびかい ぐるーぷほーむ わかば
 社会福祉法人健美会 グループホーム わかば

かいごりーだー くまもと ひでき
 発表者：介護リーダー 熊本 英紀

しゃかいふくしほうじんけんびかいしよくいんいちどう
 共同研究者：社会福祉法人健美会 職員一同

社会福祉法人 健美会
 平成 24 年 開設 グループホームわかば
 定員 18 名 (2 ユニット)

運営の方針である。「医療ニーズが必要になってもその人らしく生きていける、あたたかいケアサービスの確立」
 ご入居者様にあった生活を送れるよう支援しています。

(取り組んだ課題・はじめに)

ご入居者様の自立した日常生活を支援していく中で、医療ニーズの高いご入居者様に対する適切な対応や、医療機関との連携を強化、看護職員の配置などご入居者様のニーズに適切に対応できる体制を整備することが求められています。当事業所は医療ニーズの高いご入居者様の受け入れも行っており、母体でもある佐々木病院も徒歩圏内にあることから医療機関が近い存在としてある当事業所の取り組みを紹介しようと思います。

(具体的な取り組み)

当事業所は母体が病院という事を掲げることができており、当事業所の強みになっていると考えます。その強みは以下のことだと考えています。

- ① 入居時にはすぐに医師が面談をしてご本人様とご家族様の思いなどを聞き取ることを行っています。そのことで、今後の終末期における心情をくみ取ることにより信頼関係が生まれ、入居後の生活に安心感を持っていただけています。
- ② 24 時間夜間のオンコール体制及び医師による診察が行える環境を整えていることです。そのことにより、病院の当直医がすぐ来ていただける施設となっています。急変時や看取りの際など、医療と連携をしていることで、入院などの対応が円滑に執り行えます。
- ③ 月に一度施設で行われる連携会議には病院の医師も参加しています。内容としては、ご入居者様の待機の状況、入院状況や退院期限、ご入居者様の情報や看取りについて施設と病院のやり取りについて話し合う機会を設けています。
- ④ 週に三日間は施設に医師が常駐し、ご入居者様の健康管理を整えています。また、常勤看護師 3 名の配置をしており看護師が日頃の健康管理を医師とご入居者様の情報共有がスムーズにいき、医師が病院との懸け橋を築いてくださっています。

- ⑤ 担当者会議には、協力機関でもある調剤薬局のスタッフも参加され、内服についての意見をいただいています。

またご入居者様の状態変化があった際、調剤薬局のスタッフがご入居者様の状態を理解することでご入居者様に合った服薬形態や服薬方法を即座に対応できています。

更に病院の看護師が施設のカンファレンスに参加され、ご家族様からご入居者様が終末期の過ごし方が施設なのか病院なのか気持ちの揺れにも対応できる環境を整える事ができています。

(活動の成果と評価)

法人の母体が医療機関であったため、平成 24 年の開設当時から、医療連携が図ることができており医療ニーズの高い方の受け入れが持続して可能となっています。

ご入居者様が必要な医療を都度受けられることにより、重度化を防ぐことができるとともにご家族様にとっても安心して頂けています。

しかし、ご入居者様は高齢であり急な体調の変化もございですが、そのようなときでも 24 時間診療をしていただけていることが介護スタッフにとっても安心して働ける環境となっています。

以上のことから、医療連携がもたらす効果として、ご入居者様やご家族様、施設職員にとっても誰もが安心できる環境となっています。

(今後の課題・考察・まとめ)

今回の医療連携の強みを調べていく中で、介護スタッフと看護師との情報共有とコミュニケーションの不足、介護スタッフの中でも医療機関と面識がない者もいる事が現状にあるという課題が見えてきます。継続して終末期や看取りと向き合い働く中で、多職種のコミュニケーションを更に図っていく必要がある。今後も施設の方針である「医療ニーズが必要になってもその人らしく生きていける、あたたかいケアサービスの確立」を提供していけるように多職種連携を強化し続け、ご入居者様を支援していきたいと思ひます。

心安らぐ最期のために

◆キーワード

- 1 看取り
- 2 医療連携
- 3 家族支援

～最期まで母らしかった～

いつかいつ

広島県広島市佐伯区

グループホーム五日市ひまわり

わたなべ ひろみ

あまの ともみ

発表者：介護職 渡辺 広美

共同研究者：天野 友美

当施設は2004年1月1日に開設
木造2階建て一般家屋のような作りになっており
入居者定員18名、全室個室でこれまでお使いの家具
や生活用具を持ち込んでいただき、出来るだけ今まで
暮らしていた生活環境に近い状態で生活支援、介護サ
ービス、レクリエーション、医療連携、安全管理、家
族との連携をとり、入居者が安心して生活出来る環
境を整えています。

当施設は駅から徒歩3分のところに位置しており、近隣
には公園や商店がたくさんあります。生活環境に恵まれ
た地域の中で家事・買い物・散歩・畑と家庭的な日常生
活をしながら、ご本人に合った個別ケアに取り組み自立支援
させていただいています。

月に1～2回認知症カフェを行いボランティアさんや地
域の人との交流をしています。近隣の保育園の園児との
交流や中学生の職場体験、看護学生の実習受け入れもし
ています。訪問口腔ケアや個別機能訓練計画に基づいて
機能訓練にも力をいれております。また太陽の下のひま
わりのように、明るく楽しく元気良くお過ごしいただけ
る暮らし作りをモットーにしています。

(取り組んだ課題・はじめに)

当グループホームでは「グループホームの看取りに
関する指針」をもとに看取りにあたっている。本症
例では、より良い最期を迎えるために多職種の医療・
介護従事者が問題点や成果を共有することでA氏と
そのご家族にとっての最善とは何かを考える機会を
得た。今後のケアに活かすことを目的に事例検討を
行ったのでここに報告する。

(倫理的配慮)

症例対象者に対し本大会での研究発表について文書
を用いて説明し同意を得た。法人の倫理委員会に倫
理研究実施報告書を申請し、承認を受けた。

(具体的な取り組み)

A氏は当グループホーム入居中に誤嚥性肺炎に罹患
しB病院で入院加療を受けた。食事が摂れない状態
となり、終末期の療養についてご家族の意向を確認
し、当グループホームでの看取りを希望された。訪
問診療、訪問看護は引き続きB病院が担当すること
となった。当グループホームでは事前にスタッフミ
ーティングを行い、B病院との情報共有、看取りまで
に起こり得る経過と緊急時の対応の学習、連絡体制
を確認し、A氏を迎え入れた。安らぎの環境づくりの
為、居室には音楽をかけ、アロマセラピーやハンド
マッサージ、訪問入浴を実施した。スタッフも訪室
や会話の機会を増やし、ホームの行事にもリモート
参加できるよう環境を整え、寄り添うことを心がけ
た。同時に、コロナ禍ではあったがご本人とご家族
が十分な時間を共有でき、ご家族の葛藤や不安を和
らげるような支援も行った。一方、飲水の強い希望
が続き、嚥下障害のためにその望みを叶えられない
というジレンマに直面した。ご家族、医師、訪問看

護師、管理栄養士、グループホーム職員によるカン
ファレンスを複数回開催し、ご本人の意思を尊重す
るために何が出来るかを話し合った。医師立会いの
下ごく少量の飲水を試みたが苦痛の緩和にはつな
がらず、肺炎を発症し中断せざるを得なかった。

(活動の成果と評価)

看取りケアを通して入居者との深い信頼関係の構築
や、希望に応じた個別ケアをするためのスキルを高
めることができた。看取りケアには、医師、看護師、
家族などとの連携が不可欠であり、本症例を通して
チームケアの重要性と多職種連携のスキルを学び、
介護職員自身の仕事に対する自信が高まったと考
える。デスカンファレンスの際、ご家族からは感謝
ともに「最期まで母らしかった」との言葉をお聞きし、
少なからず「その人らしい最期」をお迎えするお手
伝いができたと感じた。きめ細やかなケアと個別対
応が出来た事例であった。

(今後の課題・考察・まとめ)

グループホームでその人らしい生活を送るための活
動をし、尚且つ住み慣れた環境で最期まで過ごすた
めの支援ができた。一方、重度化による個別対応の
増加と職員の不足など課題があり、持続可能なケア
の提供には改善が必要だと考えた。また、職員の専
門性向上のための継続的な教育と訓練の強化も不可
欠である。ご本人、ご家族、職員、医療機関が共通
の認識をもち、よりよいケアの体制の構築を目指し
て改善していきたい。

◆キーワード

- 1 認知症重度化
- 2 看取り期の家族支援
- 3 金婚式の企画

-認知症の人の言葉にできない想いを家族に伝えた金婚式-

熊本県

グループホーム せせらぎ

きたむら みさき
発表者：北村 美咲

たかはし けいこ
共同研究者：高橋 恵子

熊本の県央の農村地帯にある古民家改修のグループホーム

9名のワンユニット、介護保険創設年度より開設し、早期より、重度化・看取り期のケアを行ってきた。平均、年に1～2名の看取りを行っている。

(はじめに) グループホームせせらぎは、熊本県上益城郡の農村にある古民家改修型グループホームである。9名のワンユニットで介護度Ⅴが3名、Ⅳが3名、Ⅲが2名、Ⅱが1名の重度ケアユニットである。(以下せせらぎとする)

今回、若年発症で認知症重度、体動や発話困難となったTさんとご主人の金婚式を企画した。当初、「今月、実は、妻と結婚して50年目なんです。本日は金婚式なんですよ。」と寂しそうにご主人が話されたことがきっかけだった。スタッフ間で話し合う中、重度となられたTさんもきっと、一緒に祝い、感謝の気持ちをご主人に伝えたかっただろうと考えた。開催までには、いくつかの課題があったが、最後は、スタッフ、家族とも貴重な思い出になった。Tさんは、5ヶ月後に永眠された。

(倫理的配慮) 死亡退去された後、グリーフケアを行い、その後、ご家族に連絡を取り、事例発表の趣旨を説明し、同意を得た。

(事例紹介) Tさん、女性、73歳、介護度Ⅴ、X-12年、アルツハイマー型認知症・前頭側頭型認知症の診断を受ける。62歳の時から物忘れが始まる。子どもは二人、それぞれ既婚、夫と共に熊本から老後の豊かな生活を夢見て長野に移住後、発症している。X-7帰熊後、X-6年、せせらぎの共用型デイサービス利用開始、当初はかなり多動で、若年性アルツハイマー型認知症の人の家族の思いを傾聴した。翌年入居、徐々に症状が進行し、コミュニケーション困難となり、X-3、新型コロナウイルスワクチンを施注し、発熱後、より歩行困難となった。X年、ミキサー食を少量づつ摂取していたが、嚥下困難となり、家族も延命処置は望まず、永眠された。

(具体的な取り組み) ご主人の言葉をきっかけに、担当スタッフとして、せせらぎのミーティング時に、「Tさんの意識があるうちに金婚式が行えないか」と相談した。大切な着物を持っていること、日頃の身体状況から、イベントなどになかなか参加できていないこと、ご主人に本人も感謝を伝えたいと思うことなど、スタッフからは、肯定的な意見が出た。

しかし、ご主人に金婚式の企画を伝えると、「別に

やってもらおうと思っているんじゃない。重度だし、本人もわからないのでは？大変でしょう。」と拒否的だった。その後、担当者や管理者からも、「きっと、本人もわかると思う。何しろ、みんなが協力するので。」と説得されて、ご主人も承諾された。その後は、協力的で、自宅から本人の着物や帯を多数持参された。「断捨離の意味もあるので、処分してもらっても良い」と聞かされたが、大切な着物は、娘さんやご本人に取っておくことにした。

当日は、地域の有償ボランティアのスタッフも含め、調理担当、介護担当、進行担当と、皆が協力し、可能な限りで、着物の着付けとお化粧をおこなった。本人が好んでいた藤色の訪問着で、帯などは、リクライニング車椅子に移乗し、緩く前から包み込む形にして整えた。金婚式の飾りは、担当者が準備し、ご主人に向けた感謝の言葉も今までのご主人の苦労を労って、きっとTさんだったら、こんな想いを伝えたいだろうという言葉と並べ、ご主人に伝えることができた。

その後、ご主人とTさんは、見つめ合い、一緒に食事をとられた。その日は、少しずつだったが、準備したミキサー食を上手に食べられた。

(活動の成果と評価) ご主人の感想は、「これは本人が言ったんですか…？本当にありがとうございます。ありがとうございました。」と言われた。せせらぎからは、「何より本人が嬉しかったと思います。」と伝えた。その日の、Tさんの表情や状態そのものが、通常より、良い覚醒状態で、笑顔も見られ、スタッフからも「開催できて感動した。」と聞かれた。

(考察・まとめ) 認知症重度になっても、心は生きている。グループホームケアだからこそ、できた、今回の金婚式の企画は、夫婦の絆を取り戻すきっかけになったのではないかと。対話できない妻に毎週寄り添っていた夫の気持ちは、計り知れないほど、辛いものだったと思う。老後を共に楽しく過ごすはずだった夫に向けて、人生最後の時期に、何を伝えるべきなのか？グループホームは、認知症の人の代弁者として、今後も真摯に向き合っていきたい。