分科会D

11月11日（水）16：00～18：00／会議室1＋2

座　長　医療法人みやうち　理事長　野村　陽平　氏

座　長　グループホーム歩風楽　及川　みき子　氏

テーマ6：重度化対応、医療連携、看取り、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）等

時間	演題 / 副題	所　属	発表者（都道府県）
16：00 〜	ミキサー食からソフト食への道のり 看多機併設だから出来るチャレンジ	ずいうんホームねりま	折橋　知恵 （東京都）
16：10 〜	多職種連携による専門的ケアと家族を含めた支援 ストーマ（人工肛門）造設による支援の取り組み	グループホーム ジョイフル新那加	石木　香奈 （岐阜県）
16：20〜　発表①〜②　質疑応答（５分間）			
16：25 〜	食べる事は生きること 入居者の重度化対応に伴う食事の課題	グループホーム　人来田の風	馬場　仁美 （宮城県）
16：35 〜	重度化しても笑顔で暮らせる我が家を目指して 〜医療連携で支えるグループホームの生活継続への取り組み〜	グループホーム モン・サン　西山	浦添　大輔 （長崎県）
16：45〜　発表③〜④　質疑応答（５分間）			
16：50 〜	グループホームの昨今の看取り 個々の希望により沿った最期	多機能地域ケアホーム ありがとうグループホーム	田丸　順子 （広島県）
17：00 〜	その人らしい暮らしを支えた多職種連携の実践 ―「来年も桜を」その人の思いに寄り添って―	グループホーム　くるま　花水木	水木　智子 （兵庫県）
17：10 〜	人生の最終段階における意思決定支援と体制作り 〜グループホームにおける多機関連携の実践〜	グループホーム縁	土田万里子 （新潟県）
17：20〜　発表⑤〜⑦　質疑応答（５分間）			
17：25 〜	グループホームにおける看取り支援の実践 家族とともに支える看取りケア	グループホーム　歩風楽　Ｃ棟	遠藤　彩子 （宮城県）
17：35 〜	Ａ氏にとって麦の家は実家となりえたのか？ －看取りケアの実践から考える－	社会福祉法人　麦の家	三宅　優佳 （長野県）
17：45 〜	あなたと暮らした６年間 実習から始まった看取りの物語	社会医療法人耕和会 グループホーム太陽の丘	野上　莉玖 （宮崎県）
17：55〜　発表⑧〜⑩　質疑応答（５分間）			
総　評			

演題番号
D－①

ミキサー食からソフト食への道のり

看多機併設だから出来るチャレンジ

◆キーワード
1　意思尊厳
2　多職種連携
3　QOL 向上

東京都・練馬区　ずいうんホームねりま

発表者：主任　折橋（おりはし）　知恵（ちえ）　　共同研究者：　久保田（くぼた）　節子（せつこ）

認知症対応型共同生活介護 開設：2024 年 8 月 1 日 定員：9 名　1 ユニット	医療法人の運営する看護小規模多機能型居宅併設施設になります。『その人らしく最期まで住み慣れた地域で暮らしを支える』をモットーに取り組んでおります。

（取り組んだ課題・はじめに）
対象者：60 代後半　女性
クモ膜下出血術後・認知症・硬化症性慢性腎症
認知高齢者自立度：Ⅱｂ

併設の看護小規模多機能を利用開始時は、経管栄養のみ。とろみ入りコーヒーはお楽しみ程度だった利用者においてご本人・ご家族のご意向であった経口摂取へのチャレンジを施設全体で行った。ミキサー食を 3 食召し上がられたタイミングで認知症共同生活介護へ入居された。

年齢が若い事もあり経口摂取の意欲も高く出来る事はしたいという気持ちを優先にした。経口摂取の再獲得は、栄養管理のみならず生活の質（QOL）の向上においても重要である。一方で、誤嚥性肺炎のリスクを伴うため、慎重な評価と段階的な食形態調整が必要とされた。その中で、ミキサー食からソフト食へと段階的に食形態を向上させた取り組みを報告いたします。

（倫理的配慮）
ご本人・ご家族様に管理者より説明し承諾は得ています。

（具体的な取り組み）

介入方法：嚥下機能の状態を評価しながら、安全性を確認しつつ段階的に食形態を調整した。

嚥下機能の評価：訪問診療の歯科医師と介護職員・非常勤看護師と併設看護小規模多機能の看護師と共に観察項目の評価を行った。
・嚥下反射の有無
・むせ込みの有無
・食塊形成の有無
・咽頭残留の有無
・食後の呼吸状態

ミキサー食を召し上がって半年程し安定して摂取できるようになり、むせ込みや誤嚥症状は認められなかった。ご本人様の意向もあり食形態の移行を検討した。ご本人の大好物のチョコレートを利用した物から食形態の向上を図りミキサー食からソフト食への形態の移行を行った。

（活動の成果と評価）

嚥下障害を有する利用者において、食形態の段階的な調整は安全な経口摂取再開のために重要である。本症例では、嗜好品であるコーヒー・チョコレートを用いた嚥下訓練を導入したことにより、利用者の食事への意欲を高めることができたと考えられる。

また、ミキサー食やソフト食への段階的移行により、嚥下機能の改善を確認しながら安全に経口摂取量を増加させることができた。嚥下機能が低下した脳血管疾患による嚥下機能低下において、急激な食形態変更は誤嚥リスクを高める可能性があるため、本症例のような段階的介入は有効であると考えられる。

さらに、医師、看護師、介護職員など多職種による観察と情報共有が、安全な経口摂取移行を支える重要な要素であった。

（今後の課題・考察・まとめ）

胃瘻栄養管理となっている脳血管疾患利用者においても、嚥下機能評価に基づく段階的な食形態調整と嗜好性を考慮した嚥下訓練を行うことで、経口摂取の再獲得が可能となる場合がある。

本症例は、嗜好品を活用した嚥下訓練と多職種連携が、胃瘻から経口摂取への移行を支援する上で有効である可能性を示唆するものである。

演題番号
D－②

多職種連携による専門的ケアと家族を含めた支援

ストーマ（人工肛門）造設による支援の取り組み

◆キーワード
1　介護・医療の連携
2　職員教育
3　家族も共に

岐阜県・各務原市　グループホーム　ジョイフル新那加（しんなか）

発表者：　介護職・石木（いしき）　香奈（かな）　　共同研究者：　グループホーム　職員一同（しょくいんいちどう）

家事や運動等の日常的な活動を通して体力や認知機能を維持し、出来ることを継続的に行っていただけるように取り組んでいる。利用者と清掃活動参加やスーパーへ買物に外出し、地域と繋がりが根付いている。	認知症対応型共同生活介護 平成 18 年開設　定員 18 名（2 ユニット） 平均年齢 88 歳　平均要介護度 1.6 小規模多機能型居宅介護・特定ケアハウスが併設

（取り組んだ課題・はじめに）
H様（89 歳、女性）は令和 6 年 6 月、当グループホームに入居される。令和 7 年 11 月に S 状結腸憩室穿孔の診断で入院され契約解除となったが、令和 8 年 1 月に退院し再入居される。入院前と比較して認知機能や ADL に大きな変化はみられないが、ストーマ（人工肛門）を造設された状態となった為、今後専門的な支援が必要になった。また、それに伴い家族より不安な気持ちを吐露される場面が多くみられた。ストーマ装具（パウチ）の交換について介護職員が理解を深め、ケアの統一を図ると共に、家族に対しても精神的に支えられるように取り組んだ。

（倫理的配慮）
利用者本人及びその家族に発表の趣旨を説明し、取り組みの報告を行うことと、写真の掲載について承諾を得た。

（具体的な取り組み）
〇パウチの交換は週 2 回とし、入浴後に行っているが、退院初期は交換日以外に剥がれる（便が漏れる）ことが多発した為、次の対策を講じた。
・看護職員による処置（パウチの交換）の方法を動画で撮影し、職員で共有する。
・入浴日（日曜日、水曜日）と交換日（月曜日、木曜日）を別日にする。更に別日でシャワー浴も行う。
・動画に加え、重点的なポイント（装着部の皮膚がしっかりと乾いてからパウチを貼付すること、貼付時は粘着部にしわが寄っていないか確認し 5 分程手のひらをあてがって肌に馴染ませること等）を共有する。
・毎食後にパウチの確認を行い、ガス抜きをする。
・介護職員が対応に慣れるまで、交換の際は看護職員も立会う。
・家族より「病院では自分でパウチの交換が出来ており便が漏れることはなかった。自分で換えたほうが外れにくいのではないでしょうか？」とお話があった。交換は職員が説明しながら出来る限り利用者本人に行っていただく。
・肌を締め付けるような衣類（ガードルタイプの下着等）は避け、ゆとりのあるものを家族に依頼する。
・パウチを交換する様子を実際に家族に見ていただき意見を伺うことにより、家族の不安解消に繋げる。
・利用者及び家族の主治医でもある医師と情報共有を行い、医師から家族に対して施設が行っている対応状況を説明していただくことで家族の安心感に繋げる。

（活動の成果と評価）
・4 月以降、交換日以外にパウチが剥がれることはなくなった。
・パウチの交換を看護職員の協力と家族の理解もとに行うことによって家族の不安が解消され、施設との信頼関係向上に繋げることが出来た。
・看護職員との連携強化を図り医療連携体制加算Ⅱの算定や、安定したケアを提供することが出来ている。

（今後の課題・考察・まとめ）
・パウチの装着部の皮膚が炎症したことにより 4 月に皮膚科を受診された為、皮膚観察を継続し合併症の予防に努める。
・利用者が自らパウチの排便をトイレに廃棄されるようになっている為、自主性を尊重しながら（トイレにティッシュペーパーを流されることや、廃棄中にバランスを崩して転倒されること等のリスクを洗い出しながら）状態変化に対応し、安全に行っていただけるように検討し環境を整えていく。
・職員がパウチの交換方法について確認を行う場を定期的に設けて職員間での共通理解を深め、安定した支援を行い、利用者にとって安心出来るサービス提供に繋げていく。

演題番号
D－③

◆キーワード
1　重度化対応
2　医療連携
3　ＡＣＰ

食べる事は生きること

入居者の重度化対応に伴う食事の課題

宮城県・仙台市　グループホーム　人来田（ひときた）の風（かぜ）

発表者：馬場（ばば）　仁美（ひとみ）

利用者の権利を尊重し、礼節と尊厳を大切にしながら、安心して生活できる環境を提供することを基本としています。	自然が多く静かな環境の中で、家庭的な雰囲気の生活を支援し、できるだけ長く住み続けられるよう看取りまで対応しています。

（取り組んだ課題・はじめに）

近年、入居者の高齢化や認知症の進行により、介護度が高くなるケースが増えている。
それに伴い、食事に関する支援もこれまで以上に重要な課題となっている。
食事は、入居者の健康維持だけでなく、「食べる楽しみ」や「生活の質（QOL）」を支える大切な時間である。しかし、重度化が進むと、嚥下機能の低下や食欲不振、認知症による食事への意欲低下、誤嚥のリスクなど、さまざまな問題が生じる。
安全な食事介助には十分な見守りが必要だが、限られた職員数の中で対応するのは容易ではなく、重度化対応に伴い職員の介助時間が増え、人員配置や業務負担が大きくなっている。

（倫理的配慮）

食事摂取量、状況をご家族様に説明し、ご家族様に直接、食事介助していただく事で状況を理解していただく。
また、医師や看護師にも状態変化をこまめに報告し、医療連携を行う。

（具体的な取り組み）

当ホームでも、平均年齢８８歳、平均介護度３と入居者の高齢化に伴い、重度化が進んでいる状況であり、入居者の重度化により食事介助が必要な方が増えている。
当ユニットでは、９名中３名が全介助、２名が半介助であり、食事時間に職員の負担が集中している。
特に全介助の方は、身体の拘縮が強くなってきたことで、口の開きが悪くなり、食事や水分摂取も時間がかかるようになっている。
さまざまな問題点を話し合い、安全な食事介助を継続するために下記の内容を実施している。

① 一人ひとりに合わせた食形態（きざみ食、ミキサー食、トロミ剤の使用）
② 医療と連携し、経腸栄養剤やカンテン末を処方してもらう（摂取しやすい手作りのゼリーの提供）
③ 姿勢保持の為、リクライニング車椅子の導入
④ 食事器具の見直し（食べやすい食器や自助具の活用、シリコンスプーンやシリンジの使用）
⑤ 介助時間の見直し（食事作りの時間を早めて提供時間を早くする）
⑥ 介助時間の職員配置の見直し（別ユニットの職員に食事の時間だけ介助応援に入ってもらう）
⑦ 介助の優先順位を決め、介助の方法を統一する
⑧ 職員間の情報共有と技術向上を目指した内部研修

（活動の成果と評価）

さまざまな工夫で食事介助は、以前より軽減されていると思う。入所時から比べると、体重が増えた方や、栄養値の改善が見られた方もいる。
しかし状態によっては、食事や水分摂取が難しく時間がかかる方もおり、日々、試行錯誤をしながら食事介助を行っている。

（今後の課題・考察・まとめ）

当ホームでは、ＡＣＰにおける食事面として、胃ろうなどの人工的な栄養投与を望まれる方はいないため、最後まで「口から食べる」を大切にしている。
食事を摂ることは、単なる栄養補給や生命維持にとどまらず、生きる力そのものであると思う。
食事が全介助になっても「食べる楽しみ」が無くなるわけではなく、好きなものを食べる喜びや、人と一緒に食べるの楽しみなど、その人らしく食事を楽しめるよう支援する事を心掛けていきたい。

演題番号
D－④

重度化しても笑顔で暮らせる我が家を目指して

～医療連携で支えるグループホームの生活継続への取り組み～

◆キーワード
1　重度化対応
2　医療連携
3　ACP

長崎県・長崎市

もんさん　にしやま
グループホーム　モン・サン　西山

かんりしゃ　うらぞえ だいすけ
発表者：管理者　浦添　大輔

開設　平成 14 年　6 月 10 日 3 フロア―　定員 27 名	理念 COOL　LIFE　TOGETHER　～目指せ 110 歳～

（取り組んだ課題・はじめに）
近年、グループホームにおける入居者の高齢化と認知症の重度化は顕著であり、当施設においても ADL 低下や医療ニーズの高まりへの対応が急務となっていた。生活の場であるグループホームでは医療対応に限界があり、重度化に伴う退居やスタッフの不安増大が大きな課題であった。そこで当施設では、入居者が重度化しても住み慣れた「我が家」で安心して笑顔で暮らし続けられるよう、外部医療機関との連携強化に着手した。本報告では強固な医療連携体制の構築に向けた具体的な取り組みと、それによる生活継続への効果について報告する。

（倫理的配慮）
本報告にあたり、個人が特定されないよう匿名化を徹底し、対象者および家族へ事前に説明し同意を得た。

（具体的な取り組み）
まず、外部医療機関(往診医・訪問看護など)との迅速な情報共有のため、日々の状態変化を可視化する「医療連携シート」を使用した。これにより、スタッフ間で入居者の細かな体調変化や ADL 低下のサインを早期に共有可能となった。次に定期往診時におけるスタッフの立ち合いを徹底し、医師へ直接ケア上の課題や不安を相談できる体制を整えた。さらに急変時や発熱時の連絡フローチャートを明確に定め全職員が迷わず夜間や休日の初期対応を行えるようマニュアルの整備とシュミレーションを重ねた。

（活動の成果と評価）
急変時のシミュレーションや外部医療機関との事前の情報共有により、状態変化時の連絡・バトンタッチがスムーズになり、スタッフが焦らず根拠を持った対応ができるようになった。
本取り組みにより、医療ニーズが高まったり重度化したりした場合でも、慌てることなく入居者 1 人ひとりの QOL（生活の質）と笑顔を支えるケア体制を構築できた。入居の契約時から ACP を聞き取る事で本人や家族の「これからどう生きたいか」という意思を丁寧に汲み取ったアプローチは、重度化しても「その人らしい暮らし」を我が家で継続するためのきわめて有効な実践であったと評価する

（今後の課題・考察・まとめ）
課題は ACP の定期的な見直しとスタッフの傾聴技術向上である。考察として早期から本人や家族の意向を共有し「24 時間シート」へ反映させたことが重度化しても不穏を防ぎ、笑顔と安心感を維持するうえで極めて有効であった。まとめとして、現時点で看取り実績はなくとも、未来の暮らしに他職種で寄り添うプロセス自体が重要であり、最後まで笑顔で暮らせる「我が家」のケアを今後も追究していく。

（参考・文献など）

厚生労働省：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

演題番号
D－⑤

グループホームの昨今の看取り

個々の希望により沿った最期

◆キーワード
1　グループホームケア
2　個別ケア
3　家族の思い

広島県福山市

たきのうちいきけあほーむ
多機能地域ケアホーム　ありがとうグループホーム

たまる　じゅんこ
発表者：　田丸　順子

２００４年1月開設　木造2階建　１８人定員 平均介護度4.0	共用デイ、短期入居実地、各種加算算定 ２０１７年にリビングオブザイヤーで最優秀賞

（はじめに）
当認知症グループホーム（以下GH）では、入居時に「どこで最期を迎えたいですか？」と確認をするとGHでと希望される方が多い中で、緊急時は病院へと希望される方もいる。また「うーんわからない」と悩まれ、その時がこないとわからないと言われる方もいる。毎年家族面談をする中で、みなさん日常生活の延長上での自然な看取りを希望されるようになる。今回GHでの最近の看取りについて報告をする。

（倫理的配慮）
発表、写真掲載に際し、その旨をご本人のお気持ちに寄り添い、ご家族、施設長に許可を得ている

（具体的な取り組み）
A氏：101歳　女性　要介護2　認知症自立度　2
死亡原因：呼吸器不全（胸水腫）
B氏：90歳　女性　要介護5　認知症自立度　5
死亡原因：心不全、極度貧血
GHから自宅に帰宅して7日目に死去

A氏：
家族希望：自然のまま本人の希望を叶えてほしい。
状況：往診にて胸水が溜まっているのではないかとのことで病院受診するが、本人からは「もう痛いことは嫌」と検査・治療拒否。本人から「みんながいるところに帰りたい。みんなと一緒に居たい。」と希望。
結果:本人の意向に沿いGHにて看取りをすることになる。主治医からは、現状であればベッド上にて酸素をし、横になってほしい。といわれる。訪問看護とも常に連携を取りながら職員の不安も軽減。本人が一番楽な体制を確認すると、ベッド上よりも座っている方が楽。みんなと一緒がいい。と言われ、リビングのご自分の所定地に座り、好きな物を好きなだけ食べ、常に職員や他入居者がいる中で生活音のする中で過ごされた。
亡くなる3週間前には、「家が気になる」と言われ、自宅に一時帰宅し仏壇に手を合わされる。1週間前には遠方に住んでおられる息子さん夫婦が面会に来られテラスでお話をされる。帰り際には息子さんに「気を付けて帰りよ」と笑顔で手を振る、最期まで母親としての姿に家族は安心をした。亡くなる7時間前までリビングで皆さんと一緒に過ごし、最期は職員と一緒にベッドに座り話をしながら過ごされた。

B氏：
家族希望：自宅に連れて帰り看取りたい。
状況：極度の貧血、いつ心不全を起こしてもおかしくない状態。
結果：自宅に帰れるように退所日まで主治医、訪問看護と連携を取り、少しでも食べていただき体力、栄養を付けていただき万全な体調で自宅へ帰る。GHでは時折大きな声が出ていたが、自宅に戻った瞬間は満面の笑顔で、曾孫と同じ布団で寝られた。ご家族の介護では、食べるところの支援が難しかった。GHは24時間体制での支援ができるが、自宅では家族の生活もあり、排泄食事などのお世話もある中で、なかなかGHのようにはいかなかった。特に食べる支援が難しいと娘さんから聞き、本人が飲みやすい形のコップや食べやすい形のスプーンなどをお伝え、貸与することで、口からより安心して家族が支援することができた。最期は娘さんがチョコレートムースを1口食べさせてから仕事に出勤することができ、大好きな孫・曾孫が看取る中で息を引き取られた。娘さんからは、自己満足ではあるが、自宅で自分のできることをすることができた。GHに居ればもう少し長生きできたかもしれないが時間ではなく一緒に過ごした濃さだと思うと話された。

（活動の成果と評価）
死は自然な流れであり普段の生活の中での普通の出来事ととらえる事である。ご本人の安楽の為にも多職種の連携が不可欠であり、本人はもとより家族への支援も大事でありチームで動くことが大事である。家族に対して入居当時からの信頼関係の構築、職員全員が統一したケア・説明の徹底が大事である。

（今後の課題・考察・まとめ）
入居当初より、本人家族の思いにしっかり耳を傾け、本人、家族の希望を叶え、最期まで自分らしく過ごせるよう支援できるような場所でありたいと思う。

演題番号
D－⑥

その人らしい暮らしを支えた多職種連携の実践

―「来年も桜を」その人の思いに寄り添って―

◆キーワード
1　多種職連携
2　本人主体
3　褥瘡ケア

兵庫県・淡路市

グループホーム　くるま（クルマ）　花水木（ハナミズキ）

発表者：介護士　水木（みずき）　智子（ともこ）

共同研究者：　地福（じふく）　由起子（ゆきこ）

認知症対応型共同生活介護。2ユニット・定員18名の少人数制で利用者一人ひとりの生活を支えている。隣接するサービス付き高齢者むけ住宅「ケアビレッジ」と連携し、継続した支援体制を整えている。	家庭的な環境のもとで、利用者様の思いや生活歴を尊重し、食事・入浴・排泄など日常生活の継続の支援をはじめ、多種職や家族と連携しながらその人らしい生活の継続を支援している。

（取り組んだ課題・はじめに）

グループホームは、認知症高齢者が住み慣れた地域で、その人らしい暮らしを継続するための生活の場である。

本事例は、８９歳女性(要介護４、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa)の支援について報告する。入所時より仙骨部に褥瘡を認め、創部洗浄を継続していたが改善が難しく、2025年12月15日に主治医診療所でデブリードマンを実施した。その後、特別指示書による訪問看護を開始したが、体力低下に加え、年末年始の医療体制や褥瘡悪化の可能性を考慮し、本人・家族・主治医で話し合った結果、同年12月19日に入院となった。

病院では陰圧創傷治療システムによる治療を受け、2026年2月9日に退院した。家族は引き続き病院での治療を希望されたが、病院側から治療には年単位を要する可能性があると説明を受け、グループホームでの生活を再開することとなった。そのため、多職種と家族が連携し、その人らしく住み慣れた場所で暮らし続けられる支援を目指した。

（倫理的配慮）

本発表にあたり、本人および家族へ発表の趣旨を説明し、個人が特定されないよう十分に配慮したうえで同意を得た。

（具体的な取り組み）

医師は全身状態の管理と創部評価、訪問看護師は創傷処置と観察、介護職は日常生活支援、２時間ごとの体位変換、創部観察を担当し、ケアマネジャーは関係機関との連絡調整を行った。家族は毎日の面会を継続し、本人への精神的支援を担った。

情報共有はタブレットを中心に、訪問看護記録や申し送りを併用した。また、利用者専用の変換表を作成し、タブレットとともにリビング横のテーブルへ設置することで、全職員が確認しやすい環境を整え、ケアの統一を図った。

栄養面では、訪問看護師の助言により栄養ゼリーと栄養補助飲料（イノラス）を導入した。水分は本人の嗜好に合わせ、お茶や薄めたスポーツドリンクを提供した。白飯が進まない様子がみられたため、炊き込みご飯やチキンライス、ふりかけなど本人の好みに合わせた提供方法へ変更した結果、主食を含め毎食ほぼ全量摂取できるようになった。

仙骨部痛による前傾姿勢から転倒が危惧されたため、レクリエーション時にはテーブルを設置し、車椅子座面にはバスタオルを２枚用いて姿勢保持を行った。また、排泄介助を拒否される際は本人の気持ちを尊重し、男性職員から女性職員へ交代した。オムツ外しやズボンを脱ぐ行為がみられた際には、暑さや不快感など身体的要因も考慮し、室温や寝具を調整しながら対応した。

（活動の成果と評価）

退院翌日の2026年2月10日より訪問看護が毎日開始され、創部改善に伴い同年6月29日から週4回へ変更となった。創部は2.5ｃｍ×2.6ｃｍ、ポケット0.3ｃｍまで改善し、DESIGNR-R総合点は12点となった。

入所当初は食事を途中で中断し介助が必要であったが、退院後は自ら最後まで食事を摂取されることが増えた。笑顔や発語も増加し、娘様との会話や散歩を楽しむ姿がみられ、春には桜を鑑賞することができた。また、疼痛を伴うケアの場面でも「ありがとうなぁ」と職員への声をかけられる姿がみられ、信頼関係の深まりを感じた。

（今後の課題・考察・まとめ）

本事例では、褥瘡改善そのものを目標としたのではなく、住み慣れたグループホームでその人らしい暮らしを支えることを目標に、多職種と家族が連携して支援を行った。その結果、褥瘡改善に加え、食事摂取量や活動性、笑顔や発語などの生活の質の向上につながったと考える。

一方、最近では加齢に伴う食事量の低下もみられるため、今後も栄養状態や全身状態を継続的に評価し、多職種で支援を続けていく必要がある。

私たちは「来年も桜をみていただきたい」という思いを共有しながら支援を続けている。本事例が、多職種連携による本人主体のケアを考える一助となれば幸いである。

演題番号
Ｄ－⑦

人生の最終段階における意思決定支援と体制作り

～グループホームにおける多機関連携の実践～

◆キーワード
1　意思決定
2　アドバンス・ケア・プランニング
3　他機関連携

新潟県・燕市

ぐるーぷほーむ　えにし
グループホーム縁

つちだ　まりこ
発表者：計画作成　土田　万里子

共同研究者：　看護師　かざま　たかこ　風間　貴子

社会福祉法人桜井の里福祉会 信濃川と桜とおいらん道中で有名な燕市（旧分水町） 木造２階建て２ユニット１８名	「笑顔でやさしくゆったり寄り添いながら穏やかに」の運営理念に基づき、出会った人とのご縁を大切に地域交流も力を入れています。

（取り組んだ課題・背景）
近年、単身世帯の増加や家族関係の希薄化、家族の高齢化や遠方化等を背景に、人生の最終段階における意思決定や医療同意が困難となる事例が増えている。グループホームには本人の日常生活を支えるだけでなく、本人の意思を尊重しながら人生の最終段階まで支える役割が求められている。
本事例を通して、本人・家族・関係機関による話し合いを重ねながら支援体制を構築した実践と、その後のホーム全体への展開について報告する。
（倫理的配慮）
発表にあたって、ご家族に発表内容や目的を説明し、個人が特定されない配慮をすることを伝え、写真等の掲載のご了解を得ている。
（具体的な取り組み）
Ａ様は入所当初より心疾患・リウマチ・腎機能障害など複数の疾患を有し、急変リスクの高い利用者であった。家族は存在するものの関係性は希薄で、可能な限り関わりたくない意向にて成年後見制度（補助類型）を利用。又積極的な医療介入も望まれていなかった。
本人の認知機能は比較的保たれていたことから、本人の終末期に対する考えや希望を入所時より何気ない会話の中や定期的なサービス担当者会議の際に意図的に確認。家族へは時折状態報告も兼ねて意向の聞き取りを実施。Ａ様が新たに鼠径ヘルニアを発症し急変リスクがさらに高まった事をきっかけに、双方の意向を基に、本人・家族・補助人・行政担当者によるカンファレンスを実施し、急変時の医療同意や各関係者の役割、連絡体制などを事前に整理・共有した。
又本事例には入居前から訪問看護師として本人・家族に関わっていた看護師が継続して支援に携わっており、在宅生活からの生活歴や病状の経過、本人・家族の価値観、関係性を継続して把握していたことで本人らしさを踏まえた意思決定支援に繋げることが出来た。
又主治医ともタイムリーに病状の報告、アドバイスがもらえるよう地域の医療連携サービスを使用し情報の共有を図った。
カンファレンスではＧＨ職員だけでなく関係機関が同席したことで話し合いの間は本人・家族も終始落ち着いており、家族としての役割を確認し了承を得ることが出来た。
（活動の成果と評価）
その後Ａ様は大動脈解離により急変し急逝された。家族との連絡がすぐには取れない状況であったが、事前に本人の意思や家族の意向、関係者の役割を共有していた事で他機関が連携し混乱なく対応することが出来た。
本事例を契機として、家族が速やかな対応を取りにくい利用者についても、急変時を想定した話し合いや、本人・家族の意向確認を進め、平時から支援体制を整える仕組みへと発展している。
（今後の課題・考察・まとめ）
本人・家族・関係機関が平時から繰り返し話し合い、本人の価値観や希望を共有しながら支援方法を検討する過程はＡＣＰの理念にも通じるものだと思う。
終末期支援では、意志決定そのものだけでなく、それを支える体制を事前に構築することが重要であり、本事例では入居前からの支援経過を知る専門職を含めた継続的な本人理解がＡ様らしい最期を支える上で大きな役割を果たしたと感じる。
グループホームには暮らしを支える場としてだけでなく、人生の最終段階まで本人の意思を尊重し、他機関と協働しながら支援体制を構築していく役割が求められると考える。今後は急変時に限らず、入居時から本人・家族・関係機関で話し合いを重ね、本人の価値観を継続的に共有できる仕組み作りが出来るよう取り組んでいきたい。
（参考文献）
特になし。
地域の医療版コミュニケーションツールを使用

演題番号
D－⑧

グループホームにおける看取り支援の実践

家族とともに支える看取りケア

◆キーワード
1　看取り支援
2　家族との信頼関係
3　交換ノート

宮城県・美里町　　グループホーム　歩風楽（ぽぷら）　Ｃ棟

発表者：課長　看護師　遠藤（えんどう）　彩子（あやこ）　　共同研究者：　和賀（わが）　華加（はるか）

有限会社ポプラは平成１７年にグループホームを開所する。３ユニット目となるＣ棟を平成２８年に増設した。同敷地内に有料老人ホーム２か所、デイサービス３か所、保育所２か所、ケアプランセンター一か所がある。Ｃ棟の平均年齢９３歳、平均介護度２．６となっている。	グループホーム歩風楽は長い人生を歩んできた人々に風のように自然に楽しみながら過ごす家のように、入居者一人ひとりの生活リズムやプライバシーを大切にしながら、安心して過ごせる環境つくりを行っている。

（取り組んだ課題・はじめに）
認知症高齢者グループホームでは「住み慣れた場所で最期まで暮らしたい」という利用者や家族の想いに寄り添い、その人らしい生活を継続できるよう支援することが求められている。一方で、看取りに対する不安や判断の難しさ、家族との意見の共有、他職種との連携など、多くの課題もある。本報告では、当ホームで実践した看取りの事例を振り返り、本人・家族に寄り添った支援のあり方について報告する。

（倫理的配慮）
本報告は、対象者および家族に発表の趣旨を説明し、学会発表への同意を得て作成した。個人が特定されないように氏名や属性等は匿名化し、プライバシーの保護に十分配慮した。

（具体的な取り組み）
主治医から終末期であると説明され、その場でご家族の意向を確認した。グループホームでの看取りを希望されたため、看取りの承諾を得た。この時点で看取り支援に切り替えて実施した。本人が穏やかに過ごせるよう職員間でケアカンファレンスを実施した。食事や水分の摂取、安楽な体位などについて話し合い、その時々の状態に合わせたケアを実施した。看護師から介護職員へ具体的なポイントやケア方法を助言した。看取り支援開始後は、本人とご家族ができるだけ多くの時間をともに過ごせるよう面会方法の見直しを行った。毎日の面会時に面会者の名前と時間を記入する面会ノートを作成した。
本人の妹も同じグループホームに入居していたため、状態に合わせて過ごす場所や時間を工夫し、姉妹が穏やかに過ごせる機会を設けた。
ご家族も往診に時間があえば立ち合いをしていただいた。

（活動の成果と評価）
看取り開始にあたり、本人・家族の意向を確認し、多職種で情報を共有しながら支援を継続している。面会方法を見直したことで、家族が本人と過ごせる時間が増え、同じグループホームに入居している妹も自然な交流を続けることが出来ている。また、面会ノートは面会表としての利用だけでなく、日々の様子などその時の出来事を記入する交換ノートへと変化した。交換ノートを通して、家族との信頼関係が深まり、ケアにも繋げることが出来ている。
さらに主治医による往診やグループホームの看護師との連携によって、状態変化に応じた対応を行いながら、利用者が住み慣れたグループホームで安心して過ごせるよう支援を継続している。看取り支援を行うにあたり、介護職員だけでなく、施設看護師が橋渡し役となって支えている。今後も本人・家族の想いに寄り添い、多職種で連携しながら、その人らしい生活を支えていきたい。

（今後の課題・考察・まとめ）
今回の取り組みを通して、本人・家族・多職種が思いを共有しながら支援することの重要性を改めて実感した。グループホームにおける看取りでは、医療的支援だけでなく、本人や家族の想いを共有し、多職種が同じ目標をもって支援することが重要であると再認識した。また、日ごろから本人との信頼関係を築いている介護職員だからこそ、小さな変化に気付き、安心できる環境を整える役割を果たせることも確認できた。一方で、看取り支援に対する知識や技術の向上、職員の精神的負担への支援、看取り後の振り返りの充実などは、今後も継続して取り組むべき課題である。

（参考・文献など）

・中央法規：グループホームケアの理念と実践

演題番号
Ｄ－⑨

A 氏にとって麦の家は実家となりえたのか？

－看取りケアの実践から考える－

◆キーワード
1　家族・医療・GH 協働による看取りケア
2　家族関係構築のための GH の役割
3　看取り期の家族支援

長野県・中川村　　社会福祉法人　麦の家（むぎのいえ）

発表者：三宅（みやけ）　優佳（ゆうか）

共同研究者：田中（たなか）　美保子（みほこ）　山名（やまな）　敦子（あつこ）

指定認知症対応型共同生活介護：６人の小集団３ユニット、うち１ユニットは福祉型ホスピス棟（H21 年）	平成 10 年４人のボランティアにより「麦の家」を開設。翌年５月、単独型の社会福祉法人 GH の認可を受ける。

（取り組んだ課題・はじめに）

中川村は、人口 4,500。法的に指定された過疎村である。当 GH では、「人は老いの過程においても最期の瞬間まで成熟へ向かう」という E.エリクソンの考えに立ち、創設時より看取りケアを重視している。その理念を具体化するため、原則として週１回の面会を入居契約事項としており、診療所との連携を含めて看取り期に向かう入居者と家族の関係をケアの中心に据えている。本事例を通して、認知症と癌を併せ持つ A 氏が、家族との関係を途切れさせることなく過ごし、「実家」＝麦の家となりえたのかを考える。

（倫理的配慮）

本事例の公表にあたり本人代理人から同意を得た。

（具体的な取り組み）

A 氏：男性　80 代　要介護１

A 氏は、中川村で生まれ育ち、実家の田畑や山仕事をしながら生活してきた。結婚後も、実家で材木店勤務と子育てを両立しながら生活を営んできた。晩年、妻が足の痛みを抱えたことから、長男が本宅敷地内に増築した別宅へ転居。その後も材木店勤務や畑仕事を継続していた。物忘れが進行してからも、実家は A 氏の中に息づいている。空き家となった実家へ徒歩で向かう外出が頻回となり、妻への心身の負担が大きかった。R7 年、胆管癌、余命半年とされた。治療は行わず告知もしない方針となったが、外出傾向の強さと妻の介護負担から、地域での継続的な生活を希望し GH 入居となった。**入居後の経過：**急な家族との分離により孤独感が強まり、居室窓からの無断外出が発生。麦の家から約３㎞離れた実家の方向に真っすぐ歩いて向かっていた。A 氏にとっては実家を求めての外出である。入居面接時には家族から語られることがなかった外出傾向について、インテーク面接がいかに重要かを学ぶ機会となる。家族の同意を得て家族会にて勉強会を開催。「認知症の行動には必ず理由・意味がある」という視点を職員間でも共有する大きな契機となった。その後も A 氏は「家の仕事は俺がやらないと」と外出を訴えたため、生活史に基づき、職員が同行し実家の筍掘りや中庭の畑づくり等、A 氏が地域との繋がりも感じられるように役割と達成感を得られる活動を行った。週末には自宅へ帰省し、家族との交流が継続。また、村の総合事業サービスを活用し、妻が週２回麦の家を訪れることで夫婦の絆も保たれた。生活の場は変わったが、穏やかな生活の維持にも繋がった。並行して診療所と連携し、疼痛マネジメントを行った。**看取り期の支援：**病状進行に伴い、長男・妹が交代で宿泊し、最期は家族に見守られる中、穏やかに息を引き取られた。A 氏の看取りケアが軸となって家族関係が再構築される一つの機会となったように思う。また、看取りは残された家族の支援も含まれる。

（活動の成果と評価）

地域・妻との繋がりの継続を経て、家族全員が集まり穏やかに最期を迎えることが出来たという入居期間半年の経験から、中川村という過疎地域に所在する麦の家が、僅かながらも A 氏の人生最後の生きがいの住まい＝実家となる、GH としての役割を担うことが出来ただろうか？今回の報告が、そのアセスメントの機会となるよう考えている。

（今後の課題・考察・まとめ）

GH は、「地域密着型サービス」として制度づけられている。A 氏の行動は、無断外出というよりも、生まれ育ち、家族と仕事に精出し築いた、自然の恵み豊かな「実家」＝ふるさとにあって、日々重ねられている日常の行動なのだろう。老いゆく過程とは何であろうか？私たちは誰しもが、喪失・分離の体験を重ねてきている。社会的な役割や親しい人々の別れ、自分の健康を失い、命を喪失する。喪失を受容し、これまでの自分の人生を振り返り、そこに価値を見出だしていく、その老いの過程を過ごす事の出来る看取りケアの「場」なることが出来るよう努力したい。

（E, エリクソン「人間の発達段階において達成されるべき心理社会的課題」参照）

演題番号
D－⑩

あなたと暮らした6年間

実習から始まった看取りの物語

◆キーワード
1　実習での出会い
2　関係性の再構築
3　無意識の意識化

宮崎県・宮崎市

しゃかいいりょうほうじんこうわかい　たいようのおか
社会医療法人耕和会 グループホーム太陽の丘

のがみ　りく
発表者：介護福祉士　野上　莉玖

おかだ　こうき　　のざき　たかふみ
共同研究者：　岡田　光生　　野崎　敬史

理念：ただいまと帰れる場所を創ります	事業所方針：微笑は最高のお化粧 行動指針　：トライ＆エラー

（取り組んだ課題・はじめに）
介護の仕事を始めて4年目、私は学生時代、太陽の丘で実習し、夜勤実習も経験した。その際に出会ったのがK氏である。日中の声掛けに「うん」と短く答えることが多かったが、夜勤では「あんた見らん顔やね、どこから来たとね」と熊本弁で流暢に話された。その瞬間、私の中にあった「認知症の人」という見方が揺らぎ、一人の生活者として向き合うことの大切さを感じた。その後、介護福祉士となった私は、K氏と約6年間、暮らしを共にし、最期の時間にも関わった。振り返ると、日々何気なく行っていた関わりの積み重ねが、本人の意思や価値観を支え、家族と共に最期を考えるＡＣＰにつながっていた。本発表では、K氏と約6年間の関わりを振り返り、太陽の丘が大切にしてきた看取り介護と本人・家族との関係性の再構築について報告する。
（倫理的配慮）
発表にあたり、本人が特定されないよう個人情報を匿名化した。また、法人および関係者に発表の趣旨を説明し、同意を得た。
○対象者の概要
K氏、86歳女性。要介護4，アルツハイマー型認知症されていた。熊本県湯前町で次女と生活されていたが、認知症の進行により、介護負担が増し、次女も心身ともに疲弊していた。令和2年6月にレスパイトを契機に太陽の丘へ入居した。入居当初、家族は「もう家では介護できない」「何もしてあげられない」という自責と葛藤を抱えていた。
（具体的な取り組み）
○生活歴と関係性を基盤としたケア
看取りの時期だけ本人の希望を尋ねるのではなく、「どんな人生を歩んできた人か」を家族と職員で共有した。生活歴、好きな食べ物や音楽、生活習慣、こだわりなどを聞き取り、日々の暮らしに取り入れた。特別なケアではなく、日常の生活の中で自然に関わることを大切にした。実習時の夜間の会話や、初めての入浴介助で本人から叱られた経験、道の駅フェニックスまでドライブがてらアイスを食べに出かけたことなど、K氏と私の間に積み重ねた経験が、本人らしさを理解する手がかりとなった。
○家族との関係性の再構築
長女が主に、病院受診等対応し、遠方に住む次女は入居当初、面会がほとんどできない状況であった。職員は、K氏の日々の様子や小さな変化を継続的に伝え、家族の負担感や罪悪感を否定せずに受け止めた。その結果、次女は少しずつ面会へ足を運ぶようになり、家族の気持ちは「もう介護できない」という距離を置く思いから、母の暮らしを知り、最期までそばにいたいという思いへ変化した。家族の言葉や表情は「逃避」から受容、そして「感謝」へと変化していった。
（活動の成果と評価）
K氏は、慣れ浸しんだ太陽の丘で、穏やかな最期を迎えた。6年間の何気ない日々の積み重ねが、最期の時間を支えたと考える。旅立つ前夜、夜勤中に私が声をかけると、K氏は涙を流した。言葉による意思決定が難しくなっても、6年間で築いた関係性が最後まで続いていたことを実感した。最期の時間、次女からK氏へ「産んでくれてありがとう」との言葉があり、家族から職員へ「ここで最期を迎えることができて、本当に良かった」との言葉をいただいた。入居時に介護から距離を置かざるを得なかった家族が、再び本人と向き合い、感謝を伝えられたことは、本人と家族の関係性が再構築された一つの成果である。
（今後の課題）
これまで私は、経験や感覚をもとに「その人らしさを支えるケア」を無意識に行ってきた。しかし、K氏との6年間を振り返ることで、その一つひとつの関りに意味があったことに気づいた。今後は、生活歴や価値観、好きなこと、家族との関係性、日々の小さな変化を記録、言語化しチームで共有できる仕組み作りが課題である。「丁寧にケアする」だけでなく、その人の暮らしの中に入り、共に生活する。何気ない日常を「あたりまえの関わり」として積み重ねることが信頼関係をつくり、看取りにつながる。理念「ただいまと帰れる場所を創ります」のもと、入居者と家族が最後までその人らしく暮らし続けられるように、トライ＆エラーを重ねながら実践を継続していきたい。