

「看取り」

ご本人と家族の想いに寄り添うために

グループホームようざん飯塚

発表者：木下 圭太

郷本 ギア

1. はじめに

現在の認知症対応型共同生活介護『グループホーム』は、制度化された1997年当初に比べて、入居者の要介護度も重度化しており、時代の流れで認知症にまつわるケアのみならず、重い症状に対する医療処置や看取りの支援も求められています。今回私たちは、終末期であるとの診断を受けないうちに状態が短期間で変化された、3名の利用者様を見送ることとなりました。

看取りの経験も少なく、普段はあまり意識していなかった『近い将来、死が避けられないかもしれない』という不安の中、「利用者様にとって何が必要なのだろうか。自分たちにできることはなんだろうか」と考えながら行った取り組みと、今回経験したことを次に活かすためにはどうしたらよいだろうか、と検討したことを発表します。

2. 事例対象者様

A様 享年93歳 女性 要介護度4 老衰により死去される

ご利用期間・平成26年7月から令和2年1月 5年6か月

A様はYES・NOの意思表示はできましたが、失語あり、明確な意思表示や訴え、周囲と正確なコミュニケーションをとることは難しかった。いつも笑顔で職員に話しかけてくださり、手を握ったりスキンシップもお好きな方であった。

【ご家族の意向】延命治療は行いません。食べたり飲んだりができなくなったら、そのまま静かに過ごして欲しい。

【看取りまでの経緯】主治医に食事量、水分量が減っている旨相談し、身体の状態は落ち着いているとの診断を受けていた。往診1週間後の早朝、夜勤者が巡視に行った際、呼吸をされていなかったためご家族に連絡。家族の意向で緊急搬送を行い、老衰にて死亡との診断を受ける。その後帰苑され、職員、ご利用者様に見送られご家族と一緒に苑を出られる。

B様 享年 99 歳 男性 要介護度 4 老衰により死去される

ご利用期間・平成 27 年 11 月から令和 2 年 1 月 4 年 3 か月

B様は甘いものがお好きで、好きなものはよく召し上がられていた。やりたいこと、やりたくないことは表情や行動でわかるものの、言葉での意思表示はほとんどできない。介助がないと生活はできない状態。隣に座ると、よく職員の手を握ってくださった。

【ご家族の意向】ここで最期を迎えたいとのご家族からの希望あり。本人らしく、食べたいものを食べて、穏やかに好きなように過ごして欲しい。面会に来て、歩いている姿を見ると、本当にうれしい。

【看取りまでの経緯】食事、水分が取れなくなり、立つこともままならなくなってきたため主治医に随時電話で相談。主治医より、「いつどうなってもおかしくないから、家族には連絡してください」とのことで、ご家族に連絡する。バイタル測定を 3 時間ごとに行い、ベッドに横になってもらって体を休めてあげて下さいとの指示があり居室にて過ごしていただいていた。主治医の往診後約 1 週間後の夕方、バイタル測定中に呼吸が弱まり、その後停止。主治医、ご家族に連絡し、その後主治医が来苑され、死亡確認。老衰にて死亡との診断を受ける。職員、ご利用者様に見送られ、ご家族とともに苑を出られる。

C様 享年 98 歳 男性 要介護度 5 老衰により死去される

ご利用期間・平成 26 年 10 月から令和 2 年 2 月 5 年 4 か月

ご本人は意思表示ができる方であったが、我慢強く、自分から苦痛や希望を訴えることは少なかった。歌とコーヒーがお好きで、亡くなる数日前までコーヒーを飲まれ、一緒に歌を歌ってくださった。物静かだが、人と話をするのはお好きであった。

【ご家族の意向】きっとここで最期を終えるのだろうと思っておりますが、その時になってみないと考えられない。延命処置などをするつもりは今のところないのだけれど。

【看取りまでの経緯】急に、食事、水分を取られなくなる。発熱等はみられないが、体を休めていただくため、居室でベッド対応を行う。主治医に連絡し、安静の指示を受ける。ご家族にも状態の連絡をする。食事がとれなくなって 3 日目の深夜、下顎呼吸が始まり、すぐにご家族に連絡する。家族の希望により緊急搬送となる。病院で老衰にて死亡との診断を受ける。

3. 職員で検討しあったこと

- ・下顎呼吸や頻脈、血圧低下など終末期に現れやすい兆候について勉強会を行う
- ・万が一の時の為に、主治医や家族などにすぐに連絡できるよう連絡シートを用意する
- ・利用者様の肉体的、精神的苦痛を和らげ、不安を取り除くために出来ることはなにか、個人に合わせて検討する

4. 苑で行ったご利用者様へのケア

- ・職員全員で主治医からの指示と現在の状態の情報共有を行う
- ・主治医の先生の緊急連絡先をうかがい、緊急時以外はメールで状態を伝え、指示を受ける。
- ・全職員がやるべきことを共有できるよう、1時間ごとに記入が出来るチェック表を作りケアを行う。
(保湿・髭剃りや顔を拭くなどの整容・除圧・加湿・水分補給・パット交換・清拭・バイタル測定)
- ・利用者様の好きな歌を歌ったり、手を握って声をかけたり身体をさするなど、そばにいることを伝え安心していただく

5. 今後の課題

- ・グループホームは24時間看護師が常駐しておらず、医療面が弱いため、医療との連携の仕方を工夫する(メールや電話や普段の関わり)
- ・入所施設のためご家族と接することも少なく、看取りの際の家族への支援の仕方が確立できていない
- ・ターミナル期の介護方法や技術を学ぶ

6. まとめ

3名のご利用者様をお見送りし、ご家族の方からは「ここで生活できて本当によかった」「皆さんがいたから寂しくなかったね」「良くしていただきありがとうございました」「あなたに最後を看取ってもらえてよかった。」など、本当にたくさんの温かい言葉を頂きました。きれいなものが好きなA様の為にお好きだったピンクの花を持って、苑全員でお見送りをさせていただきました。大輪の薔薇の花を見て、「ああきれいだ」としみじみとおっしゃった言葉が忘れられず、B様には、薔薇の花を飾らせていただきました。お孫様からは、「おじいちゃんとても幸せそうだったから、ここでのおじいちゃん的生活を、職員さんにぜひ聞かせてほしい」とお願いされました。

C様のご家族からは、「あなたが夜勤の時に旅立ちたかったんだね。あなたで本当に良かった」と言っていただけでした。

それと同時に、あらためて「私たちのケアは利用者様にとって、本当によかったのだろうか。」「他にもっとできることがあったのではないだろうか。」「ご家族にもっと早く状態を伝えるべきだったのではないだろうか」という思いも残ります。

高齢者の介護に携わる職員として、私たちの判断や行動がその人の命にも影響を与えるのだと言う緊張感を持って接していかなくてはなりません。グループホームという24時間365日、常に利用者様に寄り添うことが出来る環境だからこそわかることやできることがまだまだたくさんあるはずで、利用者様にはいつもたくさんのお話を教えていただいています。この経験を決して無駄にすることなく、最後まで利用者様らしい人生が送れるように、ここで生活できて本当によかったと思っただけのような介護を目指して行きたいと思います。

最後に

私たちは、静かに旅立たれたご利用者様に
心からの感謝の気持ちを伝えたいと思います
ここで生活していただきありがとうございました
ここでの生活は、幸せでしたか？

入居者とご家族への関わり

グループホームおおいど

発表者：青木邦晃

<はじめに>

大井戸診療所を母体としグループホームおおいど（以下、「GH」とする）は平成14年4月に開設され、19年目を迎えました。当法人の理念の中に「認知症の方とご家族の生活と健康を支えます」と掲げています。

そんな中、GH入居中のAさんの夫（Bさん）が去年の8月に肺癌でお亡くなりになりました。今回は、Bさんへの関わりを通じて、入居者の方々の生活を支えていくことについて考察したことを報告いたします。

<事例>

氏名 Aさん H28年4月入居

病名 統合失調症をアルツハイマー型認知症（統合失調症を合併）

趣味 貼り絵 グループホーム大会や地域の文化祭に展示させてもらう。

性格 内気で人見知りで来客があると家の奥にいつってしまう。

生活歴 養女として育てられ、19歳の時に親友の病死がきっかけで自殺未遂あり。近隣との交流はなく、内職で機織りをしていた。

家族構成 Bさん（夫）タクシー運転手の経歴があり、自動車の運転には自信があった。長女（軽度の知的障害）、長男（知的障害があり障害施設に入居中）

<経過>

Aさんは、GHに隣接するデイサービスを開設当初から利用をしており、H28(X)年4月にGH入居となりました。その時には、まだ自宅での生活は続けていられたかもしれませんが、GHの予約待機者の順番がきたこと、Aさんがある程度の方が理解できる状態で入居となる方が、早くGHの生活に馴染むことができるであろうということ、そしてBさんの持病の進行という理由があり、BさんはAさんの入居を決断しました。

AさんがGHに入居することに納得できるか心配だったBさんは、自分が病院に入院して検査をする必要があるということを入居の動機づけとしました。そして療養中ではあるが特別に外出の許可をもらってGHに面会にきていることにして、Bさんは毎日夕方に面会にきていました。しかし、次第にその滞在時間は徐々に長くなり、Bさんが自宅へ帰る時間は深夜となっていました。

Bさんは高齢ということもあり、X年7月頃夜間の運転が危険なため、明るい時間帯に運転ができるようにと相談をしたところ、夜はGHに泊まって、夜が明けてから自宅に戻るといった面会のパターンになりました。一緒にいる間は、Aさんへの介護はBさんが行なってくれました。また、夜勤者とBさんが話をする時間が増え、Bさんから、Aさんのことや家族のことなどをどんどん話してくれるようになり、BさんとGHの職員の信頼関係を築くことができました。

心臓を患っていたため定期的に受診していたBさんですが、X+1年9月頃、肺に癌が見つかり職員に相談がありました。その時、既に余命宣告もされていました。「母ちゃんには自分の病気のことは知られたくない、過酷な幼少期を過ごしてきた

から、母ちゃんは私が看取ってやりたい。癌のことを母ちゃんには言わないで欲しい。」と今までと同じように、一家の大黒柱である自分がなんとかしなければという思いが感じられました。

しかし、X+1年9月頃からBさんが咳を苦しそうにしたり、同じ会話を何度も繰り返す、財布や物を失くしてしまうなどの様子が見られるようになりました。そしてBさんは治療のため徐々に病院へ行く回数が増え、とうとう抗がん剤治療が開始されるようになりましたが、GHに夜は泊まって翌朝帰るという面会のパターンは変わりませんでした。その頃は食欲減退、吐き気や寒気、体重の減少やふらつき等の副作用がみられていましたのでBさんの内服の管理や食事の提供、巡回時にBさんの様子も確認することで何とか生活リズムを維持していました。

X+2年5月、買い物に立ち寄った後に自宅まで帰れなくなってしまったことがありました。またある日には、GHへ面会に来る途中で道に迷い、草加市まで行ってしまったことがありました。BさんがGHに来ない夜のAさんは、「今日はまだパパが来ない。」と言って、不安そうにされなかなか落ち着くことができませんでした。Bさんの自動車の運転の理由のほとんどが、GHと自宅の行き来のためだったのでその道が分からなくなってしまうことがないように、職員はカーナビゲーションの設定やその使用方法についての手順を簡単にまとめた説明書を作成しました。そして、いつでも連絡が取れるように携帯電話の充電確認や、もしもの時のために当日の服装の確認なども行なっていましたが、GHだけでBさんを支えることが難しくなったため、X+2年5月、Bさんに了承をいただき同法人内のケアマネージャーに相談しました。

運転ができなくなったBさんは、長女が仕事終業後に送迎をしてGHに来られ、朝GHから自宅へ帰る際には移送ボランティアを利用するということになりました。しかし、利用開始当初はそのことを忘れ、自分でGHまで運転してきてしまう事もありましたが、GH職員が送り出すことでなんとか移送ボランティアの利用が習慣になりました。

X+2年7月頃、Aさんへの想いから毎日GHへ通い続けてくれていたBさんですが、「もう疲れた…。」と疲労を訴える言葉が聞かれたため、Bさんは在宅療養に専念することになりました。Aさんには、「Bさんの身体の調子がよくないため、少しお家で休む時間を作るからしばらく会いに来られないみたい。」と伝え、Bさんは週一回の訪問看護を利用するようになりました。

Aさんは4人家族でしたが、AさんがGHに入居してから一家全員が揃うことがほとんどなかったため、ケアマネージャーが本人に家族集合の提案をするとBさんは「会いたいね。」と返答され、X年8月初旬に、Aさんに付き添い自宅へ同行し、家族団らんの時間を設けることが出来ました。また別の日には、Aさんが趣味で取り組まれている貼り絵を届けながら自宅で療養しているBさんを見舞うこともしましたが、X+2年8月中旬に自宅で息を引き取られました。

Bさんが亡くなられ1年が過ぎた現在では、Aさんは時々、「パパ、死んじゃった。かわいそう。」と口にすることがありますがBさんの死を受け入れ、GHで生活を続けることができています。

<考察とまとめ>

Bさんは当初、Aさんには自分の病気や死を隠してほしいと話していましたが、日に日に弱っていくBさんの姿を見るAさんもやがて来る別れを感じ取っているようにも見えたため、本当にAさんにBさんの死を隠し通した方が良いのかと確認したところBさんは伝えることを決心されました。

今回は、ケアマネと連携して B さんに最期の援助をしていくことができました。そして、A さんは、B さんの最期を見届けたことで、「夫の死」を受け入れることができ、B さんのことを思い出しながらも GH で継続して生活することに繋がったと考えます。また、「癌が見つかった」と相談にみえた時の B さんは、残される家族のことを思い、不安や悩みは尽きなかったと思います。当初は B さんの、「A さんや家族に心配をさせたくない」という強い意志もあり、それを尊重していくのがよいと考えていましたが、その一方で B さんのことを GH で支えていくことには限界もありました。

日に日に状態が変わってくる B さんの様子を見ている A さんの心が乱れてしまう様子を目の当たりにし、このままでは、A さんらしい生活を支えていくことも B さんへの支援も中途半端になってしまうと考えるようになりました。B さんに予後伝えることについて戸惑いはありましたが、「A さんのことは、私たちの GH に任せてほしい。」ときちんと言えたこと、そして、B さんの支援は、居宅介護支援事業所のケアマネと連携し任せたことで、B さんは限られた時間の精一杯を「妻の介護」と「闘病」をしながら過ごすことができたのだと思います。

当法人では、「認知症の方とその家族の生活と健康を支えます」と理念に掲げており、利用者だけでなく家族を取り巻く状況にも意識する必要があります。GH は、その中で色々なことを完結しようとしてしまいがちですが、多職種連携でこれからも入居者の方々の生活を支えていきたいと思えます。

『自宅で暮らしたい』『トンカツが食べたい』

N様回復への日々

小規模多機能型居宅支援事業所ケアサポートセンターさとの花

発表者：生子由美

【事例対象者】

N様 年齢 95歳 女性 要介護3 孫(男性)、娘婿と三人暮らし

《既往歴》慢性心不全 発作性心房細動 左変形性膝関節症 フレイル 難聴

軽度認知症疑い

《利用までの経緯》

娘を早くに亡くし、多感な時期の孫を支えて生活していた。

飲食店を経営していたことがあり、濃い味を好んでいた。

2019年5月 事業対象者として週2回通所サービスを利用されていたが、身体レベル低下、認知症の進行の為、介護保険を新規申請し、要介護3に認定される。通所サービスを週3回に増やし、サービス利用を継続されていた。曜日の感覚を無くし、自宅内の尿臭が強くなり、着替えもできないなど急激に低下していた。

9月 心不全で2か月ほど入院される。介護者の孫は仕事が多忙で、日常生活に介護を必要とするN様を、自宅で介護することが難しくなった。

11月 生活全般をサポートしてくれるケアサポートセンターさとの花に登録となる。

《利用開始時の状況》

- ・入院中は車椅子利用で下肢筋力が低下され、歩行ができない(手すりにつかまりやっとの歩行)
- ・歩行が不安定な状況では、玄関外の長い階段を上がれない為、自宅に入れない
- ・入院により受け答えが曖昧で認知症が進行し、日中独居の日常生活を送れない
- ・心不全の為、塩分制限があるが、濃い味のものを好む
- ・総義歯の手入れが出来ていない
- ・汚染リハビリパンツの始末が出来ない
- ・家族の介護力介入が乏しい

《利用開始時のサービス》

泊まりサービスの利用、本人は「家が良い」「もっとゆっくりしたい」と話される

【生活課題】

- 1) 下肢筋力が低下している為、自宅玄関前の10段程度の階段を昇り降りできず外出ができない。

2) 本人には「とんかつを食べたい」という希望があるが、総義歯のため固いものが食べられない。心不全による塩分制限がある。(6g/日)

【目標】

- 1) 自宅玄関まで10段程度の外階段を昇る
- 2) 念願のトンカツを食べる

【具体的な取り組みと成果】

1) 杖歩行の安定と歩行練習

① 施設内回廊の歩行訓練 (回廊約 50m)

1周/1日 → 2周/1日 (朝・夕)

退院直後は臥床して過ごす時間が一日の大半であったが、立位保持時間の延長、ホール内の歩行訓練、職員の「自宅に帰ろう」の声掛けで、回廊を使用した見守り歩行を実施し、歩行に不安定さがなくなる。

退院2週間後 (この間小規模多機能で連泊)、自宅外階段の昇り降りを介助により実施した。手すり杖で職員がN様の体を支えることにより段を昇ることができたが、下り時には杖が安定せず、転落の危険が予見された。

② 個別機能訓練の追加

再度下肢筋力向上を目的とした運動を追加した。

毎日夕方、手すりにつかまり、立位でのかかと上げ運動、つま先上げ運動、スクワット (浅め) を実施した。最初は10回もできなかったが、体調を見ながら回数を増やすことができた。

10回×1セット → 10回×2セット

《成果》

- ・退院から一か月後、介助で外階段乗降を行い、週末自宅で過ごすことが出来た
- ・娘婿の自慢の自宅庭を鑑賞することができ、笑顔が増えた
- ・「まだまだ元気でいなくちゃ」と前向きな言葉が多くなった

2) 塩分制限食の調理

- ・塩分測定器の使用により1食2gに調整

毎食の調理担当が「薄味でも美味しく」を念頭に個別調理を開始。味付け前に取り分ける、塩味に代わる味付けを模索し、食事を楽しんで頂ける味に挑んでいる。とんかつはソースをかけるので、塩分高になることを考え、一日の他の食事の塩分量を下げ調整した。

- ・総義歯でかみ切れるトンカツ作り

軟飯・一口大の食形態、総義歯でも食べることが出来る食材を使つてのトンカツ作り。薄切り肉を重ねることで歯触りを維持する。

《成果》

- ・「トンカツを食べられるなんて思わなかった」との喜びの言葉を頂戴できた
- ・栄養の状態もよく、体調も安定している

【現在のご様子】

2020年6月に尿路感染症で入院を1か月ほどされたが、退院の翌月の介護保険更新申請で、要介護2になった。送迎時「美味しい食事もある」「歩くことも頑張らなきゃ」と話され、前向きに利用している。自宅玄関前の階段も、職員の見守りで本人が手すりにつかまりながら、乗降することができている。食事も全量摂取できている。

【取り組んで良かった事】

- ・退院直後、臥床時間が長く、少し歩けば疲れていた。職員の継続した声掛けと働きかけにより、歩行距離を伸ばしていく事ができた。継続した声掛けが功を奏したと感じる。
- ・味覚は最後まで衰えないので、いつまでも食事を楽しめる環境を提供することの重要性を感じた。同時に、少しの工夫で、若者向け料理を高齢者向けにアレンジできることも学べた。

【今後の課題】

- ① 今後自宅で過ごす時間を長くする。内服（朝・夕食後）が出来ていないことが散見され、訪問による内服支援をしていく。
- ② 何か実践してみたいことを聞いても具体的な回答がない事が多い。若い頃に行っていた編み物など、本人の生き甲斐を探す。
- ③ 「もう95歳 たくさん生きたわよ」という口癖を、「世界最高齢を目指してギネスブックにのるよ！」の合言葉に変え、本人のQOL向上に取り組んでいきたい。

「当たり前前の生活を当たり前」

グループホームようざん八幡原

発表者：福島佳枝

新井祐次

《はじめに》

私たちは、どれだけ利用者様の事を知っているのだろうか。入所される際に得た利用者様の情報は、実はほんの一握りであり誰よりもご本人様の事を知っているのは、ご家族様です。利用者様にとって当たり前前の存在はご家族様なのです。私達の一握りの情報から行うケアよりも、ご家族の思いや協力が一番大切な時間だということを実感した事例を紹介させていただきます。

《事業所紹介》

グループホームようざん八幡原は高崎市八幡原町という所にあります。

2019年4月開設の2ユニット型グループホームです。

《利用者様紹介》

氏名：A様

年齢：73歳 女性

要介護度 3

既往歴：腰椎圧迫骨折 アルツハイマー型認知症 高血圧 骨粗鬆症 尿閉塞

《生活歴》

渋川市で4人兄弟の末っ子として生まれる。

結婚後、一女をもうけてしばらく東京で暮らしていたが、18年ほど前に現在の新町に移り住む。H30年5月ころより物忘れ等が出現。浴室やトイレの場所が分からなくなり、夕方以降は怒り出す事多かった。渋川の実家に毎日電話を掛け、玄関から飛び出してしまう事もあった。興奮状態が収まらない時は旦那様が渋川の実家まで連れて行き、日に2回行くこともあった。症状悪化に伴い、デイサービスの利用を試みるがほとんど通う事はなかった。R1年8月に有料老人ホームに入居されたが、介護への拒否強く、入浴も一度しかできなかった。少人数での生活の方が合っているのかもしれないと、旦那様の希望もありR1年10月入居となる。

《入居後の様子》

入所当時、渋川の実家と自宅への帰宅願望が非常に強く、繰り返し職員に尋ねる姿多くありました。旦那様はA様の現状を受け止める事ができず、面会はほとんどありませんでした。笑顔の素敵でA様であったが、職員、他利用者様の言葉や行動が少しでも気に入らなると突如として怒り出し、手を叩き、床を踏み鳴らし「おバカちゃん。消えろ。」と怒りを露わにする姿多く見られました。介護への拒否も強く、職員に対する暴言暴力も多くありました。携わっているうちにアルツハイマー型認知症とは違うのではないかと感じるようになり、A様の行動を考察すると、前頭側頭型認知症（ピック病）に見られる症状に当てはまるのではと考えました。

ピック病特有の症状強くあり、声掛けしようとも拒否が強くトイレ介助もほとんど出来ず、1週間以上更衣出来ない事も多くあり、一度も入浴することができませんでした。

夜間も放尿があり、トイレにご案内しても怒り出し、排泄出来ない事や他利用者様の居室に入り起こしてしまう事もありました。手を叩き、床を踏み鳴らし「殺してやる」と居室に戻れない時も多くありました。

時は経つばかり。声を掛けるだけで怒り出し、衣服に触れるだけで暴力行為になってしまう。他利用者様への暴言暴力も改善されず、職員も疲弊してしまっていました。

ケアに限界が来ていた入所 3 か月。専門病院へ内服薬の調整入院を勧めようかという間際にありました。

「入院させるのは簡単なこと。だからこそ、もう少しみんなでケアしてみよう。」

所長の一声で、挫折しそうだった私たちは、力を合わせて頑張ってみようという気持ちになりました。職員一丸となって模索している中、A様が唯一怒る事なく穏やかでいられる時間がありました。それは、旦那様との時間でした。旦那様と会話をしているA様は旦那様を気遣うごく普通の「妻」でした。そして、気づいたこと。

本物の旦那様に会っていただいた方が安心するのではないかと…

《取り組み》

- ① 全職員でA様の訴えを全て受容する事、親切丁寧な声掛けとA様のペースに合わせていく事、絶対に無理強いをしない事徹底しました。
- ② 旦那様に現状を根気強く説明し理解してもらい、A様との面会をしていただきました。時には一緒に昼食を召し上がって頂き、夫婦の時間を作っていける環境を整えました。
- ③ A様は、男性職員を見ると全ての男性が旦那様に見えて【お父さん】と話しかけ、女性職員が【古くからの友人】に見え、「〇〇ちゃん」と話しかける事多くありました。そこで、男性職員は【お父さん】として、友人として声を掛けられた女性職員は、【古くからの友人】になりきり、夫婦、友人としての会話を成立させました。
- ④ トイレ介助はA様の訴え時のみご案内する、怒り出してしまった時は無理強いせずに行ったん離れ、A様が気持ちよく受け入れてくださる時まで何度も繰り返しました。

- ⑤ 洗髪の代替えとしてドライシャンプーの声掛けを毎日行いました。
- ⑥ 入浴の代替えとして、温かいタオルでの清拭と足浴の声掛けを毎日行いました。また、入浴も毎日お誘いし夕方もお誘いいつでも入浴できるように準備しました。
- ⑦ トイレ、脱衣場に常時着替えを用意しA様が希望された時にいつでも更衣ができるようにしました。
- ⑧ 内服調整は入院ではなく旦那様同行の元、通院にて内服調整行いました。
- ⑨ コロナウィルスによる面会制限時はベランダの窓越しに顔を合わせながら電話をして頂きました。

《結果》

旦那様と会う時間を増やした事で帰宅願望どころか、確実に安心しているA様がいらっしやいました。旦那様も日々表情が明るくなるA様を見て、多い時は週3回来てくださいました。職員も【お父さん】と【古くからの友人】ケアを繰り返しているうちに、1週間に一度くらいのペースでドライシャンプーが成功するようになってきました。更衣も毎日ではできませんでしたが、3日に一度は行えるようになりました。その時に清拭も行える事もありました。トイレ介助も怒りだす事も少なくなり、お手伝いさせて頂ける回数が格段に増えました。

所長の「入院ではなく、みんなでケアしよう」という言葉を聞いた時は正直、耳を疑いました。しかし、【お父さん】と【古くからの友人】になりきり、丁寧なケアを心掛け、旦那様との接触もあったお陰で不穏になる事が日に日に少なくなっていきその分A様から笑顔で「ありがとう」や「あなたがいてくれて本当に良かった」と言って頂けるようになり、達成感を感じる事ができました。

そして、入所4か月経ったある日の夕方。A様から、「あの、お風呂に入りたいんですけど。」と、声を掛けて下さいました。夕方に入浴というのは、認知症になる前の生活において、いつもの事だったことがわかりました。旦那様との関りが心に大きく安心感を下さったのだと思いました。

その後、続けて3度の入浴が成功し、順調にケアが良い方向に向いていた、ある日。

コロナウィルス感染予防の為、面会禁止。

面会禁止になり、ケアは振り出しに戻ってしまいました。2か月でBPSD悪化、食事量低下、ADL低下。ついには、食事量低下が原因でR2年7月、専門病院へ入院となってしまいました。入院中、食事が自力摂取できず、歩行も困難な状態となり車椅子での生活になってしまう。入浴もストレッチャー浴であれば拒否なく可能になったが、グループホームにはストレッチャー浴がなく対応可能な特別養護老人ホームへ住み替えとなりました。

《まとめ》

住み替え当日に旦那様がグループホームに来てくださり、「無事退院出来ました。グループホームの職員さんがいつも明るく接してくれたから、、本当にありがとうございました。」と涙を浮かべ、言葉を詰まらせながら話して下さいました。

全員で力を合わせたチーム力。介護は正解のない仕事ですが、旦那様と一緒に乗り越えようとしてきた日々が間違っていなかったのだと確信しました。

家族の協力を得て、家族とチームになる事が、生活や行動に結果が表れることを今回の事例を通して強く感じました。

当たり前前の生活を当たり前前、これからも。

自分らしく生活して頂く為に 私達が出来る事

複合型サービスはなき
発表者：宮原ちあき

『はじめに』

複合型サービスはなきは、今年で開設して6年目を迎えました。
「デイサービス」「ショートステイ」「訪問看護」「訪問介護」4つのサービスを柔軟に組み合わせ、利用者様と家族様が共に安心して在宅で過ごして頂けるように取り組んでいます。
今回紹介させて頂くのは看多機ならではのサービスを利用し、利用者様1人1人にあった支援を私達がどのように行っているかを紹介します。

『以前発表したA様のその後の様子』

【対象者】

名前：A様 女性 当時85歳	⇒	現在88歳
要介護度：要介護5 歯…自歯		
障害高齢者の日常生活自立度：C2		現在B2
認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲb	⇒	Ⅳ

既往歴：平成16年8月痙性斜頸
平成28年5月左大腿骨転子部骨折
平成28年7月脳梗塞疑い

【生活歴】

独居にて生活を送っていました。平成28年5月に左大腿骨転子部骨折で入院中に脳梗塞を発症されました。

状態が悪化、嚥下能力低下し経口摂取出来ない為PEG造設し3食経管栄養となりました。
自宅に戻る事が困難の為、その年の11月から当施設を利用開始となった利用者様です。

【経過】

・入院時ゼリー摂取されていた為、はなき入居利用開始と共に昼食時に看護師の介助にてゼリー摂取を行いました。

傾眠やムセ込みがみられ、3日ほど試すも誤嚥の危険性がある為中止となりました。

- ・平成29年1月頃より、「お腹空いた」などはっきりした言語となり聞きとれるようになりました。
- ・4月頃に他利用者様の昼食を食べている姿をみてA様が「食べたい」と希望があり、4月21日から看護師の介助にてミキサー食を摂取開始となりました。その後徐々におやつにゼリー以外の、カステラ・アイスクリーム・フルーチェ・ソフトせんべいなど摂取できる様になりました。
- ・A様の嚥下機能が着々と回復していき、ミキサー食開始から3カ月経過した7月中旬に主食：おかゆ、副食：刻みで提供しむせ込みなく摂取され、さらに1ヶ月後には夕食もおかゆ食で提供開始となりました。
- ・時折しゃべりながらご飯を食べてしまいむせ込んでしまうことがありました。ですが、A様の食への意欲が徐々に上昇されました。
- ・熱発されることがあり、その際は無理に経口摂取せずPEGからエンシュアや水分を滴下しました。解熱後はミキサー食で経口摂取していきA様の回復に合わせておかゆ食に変更していきました。
- ・現在では昼食・夕食に主食：おかゆ、副食：刻みで提供させて頂きむせ込みなく全量摂取出来ています。食事中は満足そうな表情で様々な会話をし、笑顔で楽しまれながら召し上がられています。
- ・食事量・水分量を補う為、朝食はPEGよりエンシュアと水分を滴下しています。

【考察・まとめ】

経口摂取開始当初はゼリーで、むせていたが他利用者様の食べている様子を見て「お腹すいた」と発言され、ミキサー食から摂取開始され嚥下能力や食欲の向上につながり今現在では、主食：おかゆ、副食：刻みでの摂取可能となったと考えられます。

朝食は、A様がきちんと覚醒されておらず誤嚥する可能性が大きい為PEGでの経管栄養をしています。

このようにA様の食に対する意欲向上が、昼食を経口摂取で開始してから1ヶ月後に夕食も経口摂取開始する事が出来ました。

今回のA様の事例を通して複合型サービスの良さである、利用者様1人1人にかかわる時間を持ち、多職種連携で利用者様が自分らしく生活する為に声掛け・傾聴していきながら家庭的な環境で看護と介護の一体化したサービスを提供していくことが出来ると思います。そうしていくことで質の良い介護を提供していき自分らしく生活して頂く為に私達が出来ると事だと思えます。

『脳トレで見えてきた日常の変化』

～不機嫌からご機嫌だしん～

グループホーム サンシャインわたらせ

発表者：金子 昌代

【はじめに】

グループホームサンシャインわたらせは、平成26年4月に桐生市街地に開設しました。利用者様とご家族様、そして地域の方々のご協力をいただきながら、ここで生活する皆さんが毎日楽しく過ごし、生きがいをもって暮らしていただけるよう職員一同努めております。

【テーマ選定】

評価項目 課題	利用者様の満足度	緊急性	重要性	取り組みやすさ	経済的な効果	合計
A様の昼夜逆転傾向	○	△	○	◎	△	13
ぶつかり合いが多い	◎	○	◎	◎	△	19

◎5点 ○3点 △1点

【テーマ選定理由】

利用者様一人ひとりの人生経験が異なり、共同生活の中で入所して長くなると、利用者様同士の言葉や思いの交錯により何かしらのぶつかり合いが生じ、本来の「わたらせの理念」と相違ある場面が見られるようになった。

そのため、利用者様のストレス軽減と共に〈作る喜び〉〈できる喜び〉など心身機能の向上や笑顔を増やし、今一度「わたらせ理念」に基づける展開として今回のテーマを選びました。

【目標設定】

《わたらせ理念》

- ・わ 和やかに
- ・た 楽しくいきいきと
- ・ら よく笑い
- ・せ 積極的に地域と関わり
尊厳を守る生活が送れるよう支援していきます



脳トレ活用

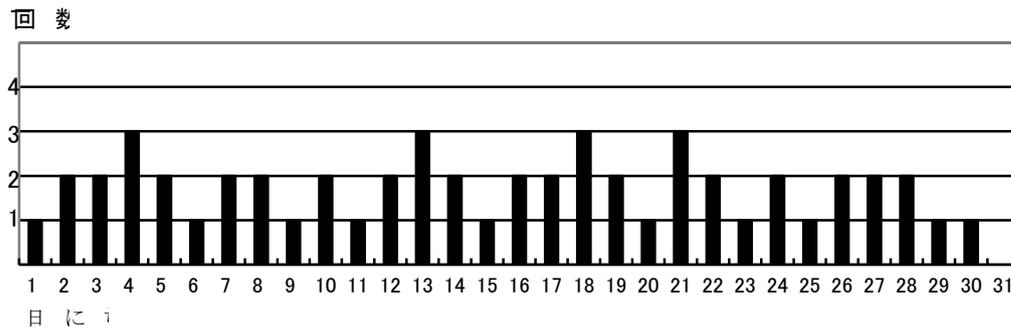


～不機嫌からご機嫌だしん～

※全スタッフで理念を元に話し合い検討した結果、ADL等の個人差はあっても身体において多くの機能活性化につながるという観点から「脳トレ」を取り入れ実施する事にしました。

【現状の把握】

令和元年 11 月 不穏、トラブル件数



※令和元年 11 月から 12 月までの 1 カ月間で利用者様同士で発生したぶつかり合い（難事件数）を調査し、発生概要、時間、場所、回数を詳細に記録しました。
内容は様々ですが 1 カ月で 54 件のケースがありました。

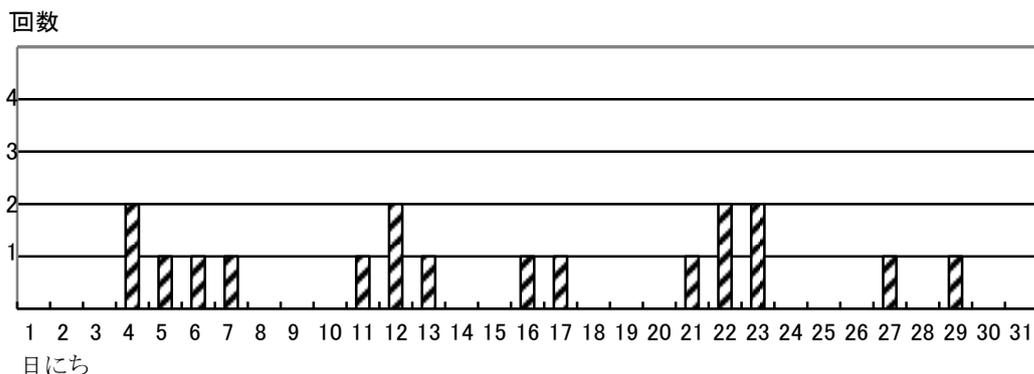
- ・ねぎらいの言葉を嫌味な言葉と勘違いし一方的に怒っている
- ・勘違いをかう
- ・落ち着きなくモップや布巾を持ち出す
- ・聞き違い
- ・言葉のキャッチボールにならず、お互い言っている事が違う
- ・モップ掛け中、指摘され怒る
- ・聞こえていない
- ・かみ合わない
- ・モップを奪おうとする
- ・不穏

【対策の実施】

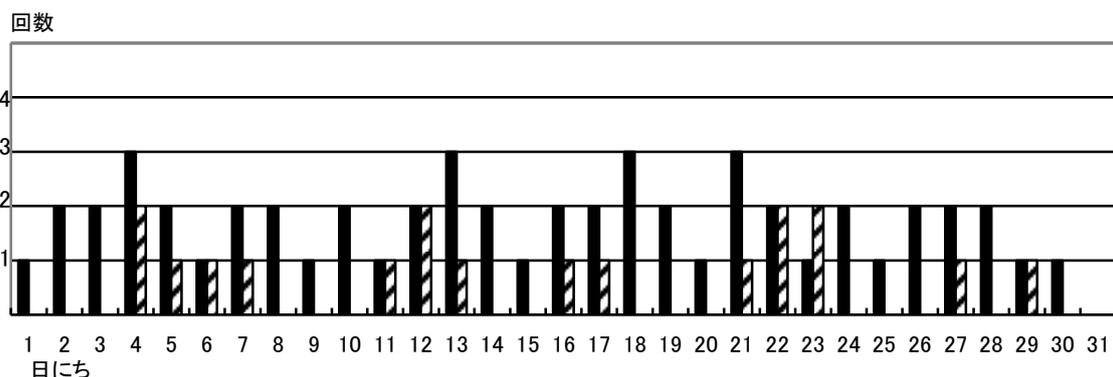
※「脳トレ」とは

ボード上に区切られたマス目に数字やアルファベット、漢字などをバラバラに書き込み、同じ文字の書かれたペットボトルのキャップを置いて行くというパズルを手作りしました。

令和元年 12 月 「脳トレ」 提供実施件数



※12月の1カ月間、日常生活の中で決められた時間や集団で行うだけでなく、「個」を大事にして取り組める脳トレメニューを用意し提供させていただいた。興味を示す方、興味を持つまで時間がかかった方もいましたが、ご自分の生活リズムや身体状況によって個人差はあっても、その日その時の気持ちや感情をともに共有していると承認欲求が満たされ、スタッフとも信頼関係が構築されました。そして件数は1/3に減少し18件となりました。さらに脳トレを取り入れたことで他社との仲間意識ができ、以前と比べると緩和されている傾向がみられます。



黒棒グラフ 11月不穏・トラブル発生件数 54件（脳トレ提供なし）

斜線棒グラフ 12月不穏・トラブル発生件数 18件（脳トレ提供あり）

【効果の確認】

- ※利用者同士のコミュニケーションを図るきっかけとなった
- ※利用者様の日常の行動の選択肢が増えた
- ※完成する度に「できた！」と喜ばれる姿を見られた
- ※脳トレを日課にする利用者様もいる
- ※自ら脳トレをされ意欲的になった方もいる
- ※モップや布巾などの奪い合いをタイミング良く脳トレを勧めて回避できた
- ※不穏時の気分転換になっていた

【まとめと考察】

今回、短い期間ではありましたが〈ぶつかり合い〉〈難事ケース〉における対応方法のひとつとして「脳トレ」を実施したことで、私たちスタッフも再度、利用者様の好みや個性も把握することができました。

※脳トレが与える効果として

- ・脳の活性化
- ・身体機能の向上
- ・QOL（生活の質）を高める
- ・他者との話題も増えコミュニケーションが活性化した
- ・利用者様の思いに寄り添い、職員との信頼関係を築いていくきっかけとなったが上げられます。

利用者全員が脳トレに対し前向きな気持ちなのか？ と問われますと、まだまだアイデア等の努力が必要ですが、一人でも「またやってみよう」という印象を抱いてもらうことを維持、継続していける取り組みを行い、「わたらせ理念」の目的や思いを全スタッフで反映していきたいです。

「外国人スタッフを迎えて」

グループホームあおなし

発表者： 笠井 康夫

《はじめに》

今年の4月より、インドネシア人のAさんが当ホームに異動となりました。当法人では、すでに様々な事業所において外国人スタッフをアルバイトやパートとして採用し就業しております。Aさんは留学生のアルバイトとして働いていましたが4月1日より我がグループホームあおなしに新入職員として配属されました。外国人スタッフを受け入れるにあたり、グループホームあおなしでの取り組みを紹介したいと思います。

《事例紹介》

Aさんのプロフィール

インドネシア人（23歳）2016年に来日し、東京の八王子の日本語学校で日本語を学ぶ。2017年、N2取得。2018年、日本語学校を卒業。その後、介護福祉士を目指し2018年4月、群馬パース大学福祉専門学校へ入学する。同年5月より当法人の老健にてアルバイト開始する。2020年、正職員となりグループホームあおなしに配属となる。

《取組内容》

1 外国人スタッフを迎えるにあたり、職員に聞き取り調査を実施。

（対象職員 19名）

質問として、職員に不安なことはどんなことか尋ねた。

結果は①言葉はどのくらい通じるのか？ ②ご入居者様は怖がらないだろうか？ ③日本食は作れるのだろうか？との三点に、職員の不安は集中していた。

2 不安要素を解消していくための取り組み。

①言葉はどのくらい通じるのか？

日本語検定でN2を取得しているので、漢字の読み書きもでき、日常会話はほぼ問題ないレベルである。と思われました。また、専門学校で介護を勉強してきているので、ある程度は専門的なことを理解していると考えられますが、専門的な会話がどのくらいできるのかは不安がありました。これについては、当法人の他施設でも導入している「ポケットク」、いわゆる自動翻訳機を導入しました。これは話し言葉の翻訳だけでなく、写真に撮った部分の言語も訳してくれるという優れものです。

②ご入居者様は怖がらないだろうか？

日本人・外国人に係わらず入職後はある程度の期間、役職や職員が同行し教育しているので、Aさんとご入居者様の双方の関係性を確認しながら同行を少しずつ外していくこととした。

③ 日本食は作れるだろうか？

どのくらい日本食についての理解があるか、また調理経験はどうかを面談にて確認した。

《取り組み結果》

Aさんとの面談の結果、日本語の会話は介護現場の内容を含めても、日本人と変わらない程度の能力がありました。ただ、やはり馴染みの少ない漢字の読み書きは苦手のような感じでした。それに関しては、導入したポケトークを活用することで解消できました。現在も使いこなせています。職員との会話や、ご入居者様との会話はほとんど問題が無い感じでしたが、時々聞きなれない言葉などがあるとすぐに職員に説明を求めており、職員も快く答えており良い連携が取れていました。不安要素であったご入居者様が怖がってしまうのではないかという点ですが、施設でのアルバイトの経験もあり、Aさんのいつも笑顔を絶やさない人柄から、誰一人怖がるご入居者様はいませんでした。

日本食に関しては、来日以来、飲食店で日本食の食事はしてきているのですが、日本食の調理はしたことが無かったようでした。また、宗教上、豚肉を使用した物の摂取は一切していないとのことでした。

調理はレシピを教えれば問題なくできていました。ただ、検食をする時などありますので、豚肉を使用している料理は、他の職員が行うように周知しました。

グループホームあおなしに来て、5ヶ月ですが、給食の担当業務も立派に実施しています。

《考察》

Aさんは外国人スタッフとしては日本語のレベルも高く、介護の専門学校を卒業しており、他施設にて指導も受けておりましたので、日本人スタッフが考えていた不安要素はほぼなかった状況でした。現在はともに歩むことが出来る大事なスタッフです。

今回、Aさんを迎え入れて感じたことは、入職時にAさんほどの能力の高い人ばかりではないであろうことをしっかりと受け止めて、共に仕事をしていく中でAさんのように成長できるよう支援することが「外国人スタッフとの共生」の第一歩であると感じました。当ホームにて第2第3のAさんを生み出すことで「外国人スタッフとの共生」の第二歩が踏み出せると思います。そのためにAさんと共に外国人スタッフの育成に取り組むことも大事な共生であると考えます。

「縁起でもない話を、もっと身近に」

～もしものための、話し合い～

ケアサポートセンターようざん双葉

発表者：道下 未南美

【はじめに】

近年、在宅支援の場においても当たり前となってきた「看取りケア」。

ケアサポートセンターようざん双葉でも、訪問看護・在宅医療と連携し看取り支援を行い、今年3月に事業所にてお看取りをさせて頂きました。

人生の最後にどう在りたいか。

皆さんは自分の家族と「人生の最後」について話し合いをする事がありますか。

誰もが大切だと分かっています。でも、なんとなく「縁起でもないから」という理由で話しづらいつらいつら感じる方もいらっしゃると思います。

「縁起でもない」から避けるのではなく、「縁起でもない」事をもっと身近に。

看取りケアを通じ、誰もが「まだ先の事」ではなく、多くの方が早い段階から「人生の最後」について話し合いの場を持つことの大切さを感じました。今回の私たちの取り組みは、利用者様に対し、アドバンス・ケア・プランニングのきっかけとして効果を実感できただけでなく、私達自身の家族に対しても「人生の最後」について気軽に話しあえるきっかけを作ることができる実感することが出来ました。「もしもの時」の為の話し合いを、楽しく気軽に行う為の取り組みについてご紹介させていただきます。

【アンケート】

「人生の最後」について10名のご利用者様より、お話を伺いました。

利用者様への聞き取りは下記の通りとなりました。

1. ご自身の「人生の最後」についてお考えはありますか。

考えている・・・8名 特に考えてない・・・2名

考えていると答えた方の意見

- ・できるだけ家族に迷惑はかけたくない ・管につながれてまで生きたくない
- ・病院にお願いしたい ・家族がそばにいてほしい など

2. 家族と「人生の最後」について話をしますか？

話をする・・・3名

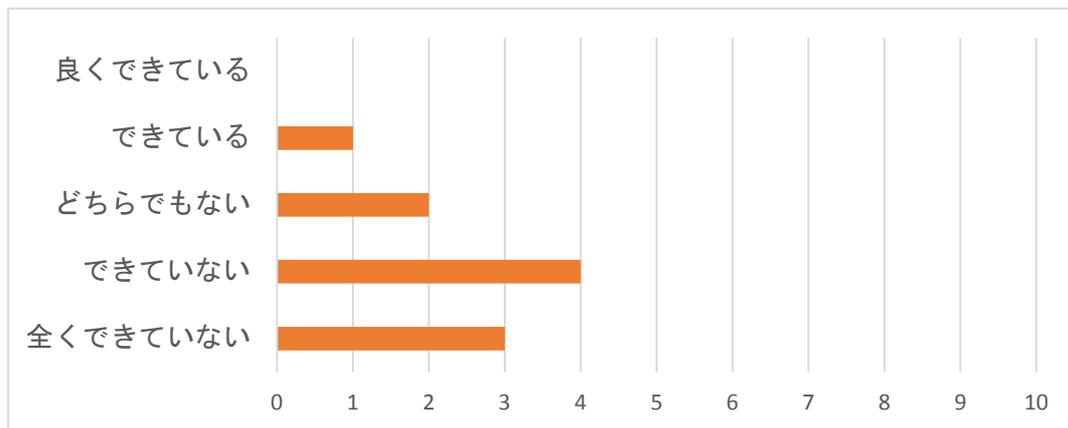
あまり話が出来ていない・・・7名

話が出来ていない方の意見

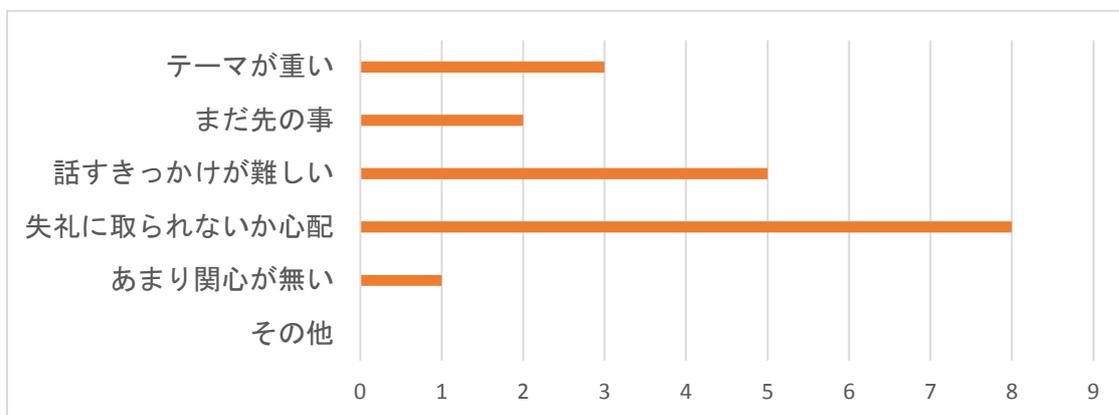
- ・何となく話しづらい。話すきっかけが難しい
 - ・向こうから聞いてきてくれると話しやすい
 - ・真剣に聞いてくれるか心配
- など

続いて今回聞き取りをした10名の利用者様のご家族を対象に、アンケートにご協力いただきました。アンケートの結果は以下の通りとなりました。

質問1. 「人生の最後」について、家族で話し合うことはありますか？



質問2. 家族間で「人生の最後」をテーマに話し合いがし辛い要因として考えられる事はどんな事でしょう。(複数回答可)



ご家族へのアンケートと利用者様への聞き取りの結果

「大事なこと」と分かっており「伝えておきたい」「知っておきたい」とそれぞれ気持ちはあるが、お互いに遠慮してコミュニケーションが取り辛い状況となっているような印象を受けました。

【もしばなゲームの提案】

今回の聞き取りに協力いただいた、利用者様とご家族へ「もしばなゲーム」を提案。

「もしばなゲーム」とは、「自分はどんなことを大切にしたいか」「残りの時間を過ごしたいか」といった話を、利用者様やご家族、医療スタッフや私たち介護職員とできるだけ気軽に、かつ率直に話し合うきっかけになればとの思いから作られたカードゲームです。

このゲームを行うことで、

- ・相手が大切に考えている「価値観」が見えてきます
- ・自分の考えを整理する事ができます
- ・「人生の最後にどう在りたいか」をお互いに知ることができます

一度やるだけではなく、何回も繰り返し「その時」の価値観・考え方を共有していく事が大切です。

【もしばなゲームのやり方】

- ① カードは全部で 36 枚。
一人に 5 枚ずつカードを配ります。
次に、残りのカードを中央に積み、その周りに中央のカードから 5 枚のカードを表向きに置きます。
- ② 自分の順番が回ってきたら、手札の中から不要なカードを 1 枚、置かれたカードと交換していきます（なければパス）
- ③ 全員がパスをした時点で置かれた 5 枚のカードを流します。
積み札から新たに 5 枚のカードを表向きに置きます。
- ④ これを繰り返し、中央の積み札がなくなって、置くカードがなくなったらゲーム終了。
- ⑤ 各自が手元にある 5 枚のカードから、特に大切なカードを 3 枚選び、

その理由を考え他の参加者に説明します。

◆職員でやってみました

職員間で聞かれた感想。

- ・利用者様の要望を知る一つのツールとして、かしまらずゲーム感覚で楽しみながらできるので良いと思う。
- ・いざ親とこういった話をしようとするすると正直し辛い。「まだ先の事だろ」と言われたこともある。これだったらゲーム感覚のできるので今度親とやってみたい。

◆利用者様とやってみました

テーマは重いですが、笑顔も見られ普段のレクと変わらない雰囲気で行うことができました。

実際にやって頂いた利用者様の感想

- ・大事なことですね
- ・手伝ってくれる人がいれば楽しくできる
- ・これだったら希望を伝えやすい
- ・家族でやってみたい

◆自分の親とやってみました

私自身「人生の最期」について、家族と話す機会が持てていませんが、「もしばなゲーム」を行うことで、変にかしまることなくリラックスした雰囲気、初めて両親の考えや思いを聞くことが出来たととても貴重な機会となりました。

【考察】

今回行った「もしばなゲーム」はアドバンス・ケア・プランニングのきっかけとして、とても有効だと感じました。

実際に職員同士、利用者様と、職員の家族と、利用者様とご家族とでやってみました。それぞれの場面で、お互いの価値観や考えを共有できる効果を実感することが出来ました。

※アドバンス・ケア・プランニングについて

将来の意思決定能力の低下に備えて、利用者様やそのご家族とケア全体の目標や具体的な支援や治療について話し合うプロセス（過程）。のことです。

【おわりに】

アドバンス・ケア・プランニングは利用者様とご家族様と介護職だけでなく、医療職も含め双方が考える最善を達成するための一つのツールになり得るものです。

「人生の最期に、どう在りたいか」

人間誰しも心が変わることもあります。この話し合いは一度で終わりとはせず、折に触れて継続していく事が大切です。そのきっかけとして「もしバナゲーム」を活用していくことで、かしまって構えることなくご本人の意思を尊重する支援の方向性が見えてくると実感しました。

今回の取り組みを通じ、「まだ先のこと」「縁起でもない」ではなくもっと身近に将来の事を気軽に話し合うきっかけとして活用していけると良いと感じました。