

平成 24 年度  
老人保健健康増進等事業  
による研究報告書

認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書

事例調査結果(別冊)

2013 年 3 月

公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

## 目次

1. 重度生活支援型	1
(1) 事例 1(重度生活支援型):介護抵抗の強い利用者へのチームでのアプローチ	1
(2) 事例 2(重度生活支援型):強い精神症状の表れに対する医療との連携とグループホームでの共同生活への可能性について	4
(3) 事例 3(重度生活支援型):周辺症状を緩和し、共同生活で役割を見つけた事例	8
(4) 事例 4(重度生活支援型):治療方法が無いなら、病院ではなくグループホームで生活を	12
(5) 事例 5(重度生活支援型):「さあ 出番だ！」特技を活かして働くことへの支援	16
(6) 事例 6(重度生活支援型):帰宅願望を訴える利用者に役割をもってもらうことで状態が安定している事例	20
2. 医療ニーズ型	26
(1) 事例 7(医療ニーズ対応型):ろうで発熱を繰り返す方の事例	26
(2) 事例 8(医療ニーズ対応型):経鼻栄養で寝たきりの医療ニーズに対応した方の事例	30
(3) 事例 9(医療ニーズ対応型):看取りの経験がもたらす職員の成長	34
3. 看取り介護型	39
(1) 事例 10(看取り介護型):周辺状況の緩和から旅立ちの感動まで共に歩む	39
(2) 事例 11(看取り介護型):看取り～グループホームだからこそできる最大限の支援	43
(3) 事例 12(看取り介護型):家族参加型の看取り介護を考える	46
(4) 事例 13(看取り介護型):「これまでの生活」を続けることで見えてきたもの	51

## 1. 重度生活支援型

### (1) 事例1（重度生活支援型）：介護抵抗の強い利用者へのチームでのアプローチ

施設の概要	
運営主体	社会福祉法人（北海道・東北地方）
利用定員	1ユニット9名
併設施設	特別養護老人ホーム、併設型短期入所、認知症対応型通所介護、ケアハウス、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護
事例執筆者	管理者

#### ■事例の概要

年齢・性別	97歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	B	認知症	Ⅲa
主な疾病：老年性アルツハイマー型認知症、胆のう炎、慢性心不全					
主な生活歴：大きな農家に9人兄弟の7番目として出生。通信関係の仕事をする男性と結婚して中国へ渡り3人の息子を設ける。終戦となり3人の子供を伴って引上げ、通信関係の会社を経営するようになったが、40代で夫が急死し、子どもを育てながら会社の経営も引き継ぐ。（会社は最終的には、他社に合併吸収してもらう）その後は長男氏と同居し専業主婦で長年過ごしてきたが、80歳ぐらいから日々口論を繰り返すようになり、記憶力の低下や理解力の低下などが目立つようになった。もめごとが絶えないため、近隣に住む三男氏家族に引き取られ、介護サービス（デイサービス・小規模多機能型居宅介護事業所など）を利用しながらグループホームの入居を待っていた。					
経済状況：年金受給している。特に困窮している状況はない。					
家族構成：三男氏夫婦とその次女氏と同居。近隣に長男氏が住んでいる。（次男氏は県外在住）					

#### ■地域の特性と社会資源分布

事例対象者の居住地は政令指定都市の中心部に近い昔からの住宅地であるため、利便性もよい。居宅での利用可能な介護サービスも豊富に存在している。施設系のサービス（とくに特別養護老人ホーム・グループホーム）は中心地にはあまり存在せず、数が少ないため待機者数が多くなっている。

医療機関も充実し、大規模病院も近隣に何か所か設置されている。定期的訪問総合診療を行う機関も数多く存在し、事例対象者自身も利用している。

#### ■事業所の特徴

介護保険事業を数多く併設する「高齢者総合福祉施設」である。中心部に近い場所で6階建ての1階部分にある。施設のコンセプトは「都市型地域密着（開放）大規模多機能型施設」であるため、時間を経る中で、利用者本人の状況に合わせて生活の場を選んでいただくことができる。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

- ・平成23年3月当ホーム入居となる。申込から入居まで3年以上かかっていたが、大きく身体状況（ADL）が変化することなく経過された様子である。（要介護度も変化していなかった。）しかしながら高齢のため徐々に歩行が不安定となり、自宅内で時折転倒なども見られていたとのことである。
- ・実地調査時には本人の理解力の低下やこだわりの強さ、生活行動障害から周囲の意見などを聞き入れることが難しく、家族にも疲弊感が見られていた。本人の行動に対して、家族より理解を得ることができず、特に入浴・更衣に対しての拒否・抵抗が強い状況であり、利用している介護サービスに一任されている状況であった。しかしながらサービス側も拒否・抵抗なく入浴などを行うことができないことが多く、入居時には「どのくらい入浴していないか把握できない」という状況であった。

## ■重度化した利用者への支援内容

- ・入居当日より、更衣や排せつ介助（汚染されたリハビリパンツの交換）、入浴に関しては激しい抵抗があり、大声を上げる・スタッフの手を振り払ったり押したりするなどの状況が見られた。特に入浴に関しては「自宅で朝入ってきた」「風邪をひくから」などとの理由から、強く抵抗する状況が見られた。しかしながら、その他の時間帯は明るく声掛けに応じたり、一緒に歌を唄う、自分のことを多く話すなどの状況が見られていた。そのことからコミュニケーションを重視した信頼関係の構築により徐々に緩和されていくものではないかと予測された。家族に状況を説明し、さまざまな手段を試行することや時間を要するかもしれない点などを理解していただいた。コミュニケーションの充実が図られてきたころより、トイレに本人が入ったのを見計らってトイレ内に一緒に入るといことができるようになり、歌を唄ったりしながら機嫌よくリハビリパンツの交換に応じていただけるようになった。
- ・折しも数日後に東日本大震災が起これ、ライフラインの寸断から一時的に本人の不安が強くなったため、焦らずできることを少しずつ行っていこうということになった。ホーム全体で給湯設備が使えず、入浴の提供が困難となったが、IH調理機器を用いて一日中大量のお湯を沸かしホーム内浴室で入浴を勧めるように努めた。
- ・当ホームでは利用者の生活を支援するために、当グループホームの「生活シート」を作成している。本人の出来ることを認めて支援していくことの均一化を図るために、本人視点で記入するシートである。本人の言葉を拾ったり、できない事や受け入れられないことは、本人がなぜそのような行動をとってしまうのかをきちんとアセスメント・分析し、本人の想いとしてシートに記入している。事例対象者のシートにも「お風呂は自宅で入りたいと思っています」、「風邪をひくかもしれないのでここでは入浴はしたくありません」、「入浴は好きではないので楽しいことがあるように誘ってください」、「歌を唄ったり、私の得意な中国語を話しながら誘ってください」など本人に受け容れられた事項を記入していった。その間、どのスタッフもできるだけ本人とのコミュニケーションを充実させる・散歩などで浴室へ行く機会を持つなど、様々な抵抗感を取り除く時間を作るような、伏線となりうる関係づくりにチームで取り組んだ。また、入浴介助に当たった職員はうまくいった・いかなかったにかかわらず、状況を詳細に記録したり、他者との情報交換・共有を進んで行っていくようになった。

徐々に本人に受け容れていただける段階や回数が増えるようになり、誰かが受け容れられるとチーム全員で喜んでいられる様子が見られるようになった。

## ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

### 【重度化対応の特徴や困難な点】

- ・ 本事例は、入居を待つ間に介護抵抗という BPSD が進んでいた状況であった。本人の想いの尊重が間違った形で周囲から理解されてしまっていたのではないだろうか？
- ・ 本人の想いの背後には認知症の症状によりできなくなってしまっていることや、理解できなくなってしまっていることなどがあり、それらを分析・整理して行くことが必要である。私たちのチームではどこまでが本人の「そのものの姿」なのかをきちんと見極める必要性を常に感じている。そのためにも疾患としての認知症の知識を確実に身につけ、常に現場での利用者の行動の分析に役立てていく必要があると考えている。言葉や用語として、介護職員の意識の中に留められていることは多いが、現場で利用者の行動に照らし合わせて理解できている介護職員はあまり居ないように感じられる。つまりは、BPSD として現れる行動のどこまでが中核症状で引き起こされていることなのかを正しく分析していく能力が求められる。同時に、何らかの形で、パーソンセンタードケアの実践を具現化するシステムをできるだけ簡略化した形で活用できるツールを確立する必要があると考える。「捉え方」「考え方」やそこから導き出される「実践すべきこと」への流れが、習慣化されることの必要性を感じている。
- ・ しかしながら前述の実践には、分析や深い物事の理解に興味を持つことができる職員の育成を進めていくことが必要と思われる。現状では多くのグループホームにおける介護職員の養成教育課程が多岐に渡るため、現場教育の一元化も困難であることが多い。OJT による現場教育トレーニングを繰り返すことで身に付いていくというプロセスの活用、教育担当者・スーパーバイザーの配置が望ましいのではないだろうか？現状では教育の必要性は理解できても、十分な教育体制を持っていないことが実情である。また、自己啓発を進んで行うという意欲を持った職員が少ないため、チームとしてモチベーションを引き上げる・維持することが非常に厳しい現状がある。
- ・ その他、初期段階で鑑別診断や家族を丸ごと支えられる医療機関からの支援体制の確立が大切と思われる。本事例対象者は超高齢者と称される年齢であり、身体的状況が重視されやすい傾向にある。そのため認知症に対する専門的な医療としての関与が行われた形跡がない状態である。当ホーム全体においても、確実な鑑別診断が行われていない入居者が存在しているため、BPSD の発現時には対応に苦慮することがある。

### 【今後の展開】

- ・ 様々な認知症に関する専門的知識を、自発的に得ていくことができる職員の育成
- ・ パーソンセンタードケアの実践を具現化できるツール (EX: ひもときシートなど) を用いた現場トレーニングによる「考え方の一連の流れ」の確立
- ・ スタッフのコミュニケーションスキルの向上、人間関係を円滑にする為の技能の習得
- ・ 理念を明確にしたチームケアの確立
- ・ 在宅医を中心とした医療受診体制にあっても、鑑別診断・相談体制を行っていただける専門医療機関との連携

**(2) 事例 2 (重度生活支援型) : 強い精神症状の表れに対する医療との連携とグループホームでの共同生活への可能性について**

施設の概要	
運営主体	社会福祉法人 (関東・甲信越地方)
利用定員	1 ユニット 9 名
併設施設	共用型指定認知症型通所介護
事例執筆者	施設長

**■事例の概要**

年齢・性別	女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	B	認知症	IV
<p>主な疾病 : アルツハイマー型認知症、大脳多発性脳梗塞</p> <p>主な生活歴 : 不動産業を営む家の一人娘として生まれ、婿をとった後は家の手伝いをしながら子供二人の子育てをし、地元での暮らしを続けていた。子供が成人後、地域でのボランティア活動に積極的に参加し、特技の裁縫や書道を教えていた。夫を 12 年前に亡くしてから独居生活を送ることになったが、次第にうつ状態で生活全般の判断能力が難しくなり、近隣居住の二男夫婦と同居し、当施設への入居となった。</p> <p>経済状況 : 子供とは世帯分離しており、自身の預貯金と年金で生活している。</p> <p>家族構成 : 息子が 2 人おり、両親及び配偶者はすでに他界している。息子達はそれぞれ所帯を持ち、うち 1 人は海外移住している。</p>					

**■地域の特性と社会資源分布**

高台低地が交互におりなす変化にとんだ町に位置し、当該グループホームはその高台の住宅地の中にある。

周辺半径約 500m に、公立保育園 2 カ所、幼稚園 1 カ所、小中学校 3 カ所、児童館 2 カ所、図書館 1 カ所などの施設があり、この範囲での人口が 1 万 5~6 千人に及ぶ住宅地域である。このエリアには、140 床規模の第 2 次救急病院が 1 カ所あり、開業医は内科、外科等 10 数院を数える。したがって、かかりつけ医との連携は比較的容易であり、精神科などの専門疾病については、1 km 範囲にある公立病院や、自治体内にある 4 つの医科大学付属病院等の受診が可能な地域である。

**■事業所の特徴**

平成 18 年 8 月に開設した単独型グループホームである。

篤志家から自宅用地を寄贈されて設立したグループホームであり、開設当初から「終の棲家」である事をめざし、開設 6 年で 5 名の方の看取りを行ってきた。また、摂食・嚥下の困難者への介護を重視し、この分野の専門家の協力を仰ぎながら、可能な限り経口摂取を行うようにしてきた。

さらに、学習療法、音楽療法などを積極的に取り入れると共に、地域との結びつきを強めるよう、事業所広報紙を年 4 回 (1 回約 3 千枚)、職員の手で地域に配り続けている。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【入居時状況（在宅から入居後の本人の変化）】

- ・在宅において徘徊や認知機能の低下が顕著になり、家族の介護を拒むようになった。また、本人の家族への認知がなくなり、他人としての生活が主になったことと、被害妄想が強く出たことにより、主治医である病院の精神科からグループホームへの入居を勧められた。入居時、認知症については、施設と連携している訪問精神科が診ることになった。
- ・当初、本人は帰宅願望があったものの、ほぼ1か月で共同生活に慣れ、職員との交流で多くの笑顔や他入居者への思いやりの言葉がたくさん出るようになった。家族が毎月の行事のたびに、「あんなに優しい笑顔や表情ができるようになり、お互いの話が通じるようになったのは驚きです」と話され、嬉しそうに本人と会話をしていた。

### 【行動・心理症状の悪化】

- ・入居後、本人は在宅時に比べて穏やかに過ごせるようになったが、施設内の徘徊・一人でいることの不安感・感情抑制が利かなくなることは在宅から引き続いていた。
- ・入居から半年が経過した頃、自室で布団にくるまり転倒したことを契機に、昼夜を問わず「痛い。来てください。殺される」といった言動や、大声を上げることが頻繁になり、他入居者への影響が著しくなった。

### 【精神科への入院】

- ・往診の精神科医から、現在の症状が認知症状によるものなのか、他の精神疾患との併合によるものなのか、早急に専門医の判断と協力が必要との指示を受けたため、入居前の主治医である専門医療機関への受診・相談が、家族と施設長同伴でなされた。この際、施設長は施設内での行動・精神症状を時系列的にメモとして作成した上で正確に医師に説明し、受診時の本人の状況を診て翌日の入院となった。医師は「このような症状でよく対応していましたね」と話され、向精神薬の服薬調整と精密検査による代謝との関連を含めた精査が必要との診断となり、2か月間の入院となった。

### 【退院後の経過】

- ・退院前に、今後の暮らしについて家族と相談した結果、可能であればグループホームで暮らしていくことが本人の幸せでないかとの話し合いがなされたことから、往診の精神科医と連携し、服薬調整と統一したケアでグループホームでの生活を支えていくことになった。
- ・病院からの退院時の指示書をもとに、往診の精神科医師と事業所側で協議し、服薬効果の注目、介護、対応の方法について検討した。
- ・退院時、歩けない状態となり、ほぼすべての生活に関して介助が必要な状態となっていた。大声を出すといった症状については、大きな回復には至っていなかったが、医師からの精神薬の調整と施設での支援により、少しずつその度合いが減少してきた。
- ・現在では、昼夜逆転も解消され、日中の不安感による大声も施設の対応で多少緩和し、他入居者との共同生活がなんとかできる状態で生活している。

## ■ 重度化した利用者への支援内容

### 【行動・心理症状等の悪化に伴うケア】

- ・ 転倒を機会に、昼夜を問わず「痛いです。来てください。殺される」等の言葉が繰り返され、常時職員の言葉かけが必要な状態となった。職員が本人から離れるとすぐに大声を出すため、夜間は他入居者への影響が大きくなり、一定期間夜勤者2名での対応となった。

### 【入院時の支援】

- ・ 入院時に本人が施設のことを忘れないよう、職員が時間を作り、お見舞いに行った。
- ・ 入院が2か月を過ぎる場合、施設は一度退去し、再登録していただくことになっていたため、本人の状態を含めて、家族に対して施設へ帰るための相談支援を提供した。

### 【退院後の事前準備】

- ・ 入院時の本人の状態は、全ての行動に対して介護を必要とする状態になっていた。
- ・ 再度事業所での生活を行うために、本人の状態から再アセスメントをとり、ホームでの生活が可能となるよう職員会議を通じて担当者会議を特別に設け、受け入れ体制を整えた。また、往診の精神科医と緊密に連携をとり、施設生活が維持できるよう医療面での支援強化を図った。

### 【退院後の経過支援】

- ・ 2か月の入院から戻り、昼夜を問わずの大声は多少緩和されたが、不安による職員の呼び寄せが強くなり、対応が遅れると机を叩いたり音をたてたりする等の行動が頻繁にみられるようになった。このため、再度、退院時の病院からの指示書をもとに往診精神科医と施設側が協議し、服薬内容の調整、職員の介護、対応方法を検討した。
- ・ 職員の介護については、本人が不安を訴える行動をとったときは
  1. 必ず、目と目を合わせて会話し、「本人を見ている」という意識を持ってもらう。
  2. 職員が離れると、お尻を動かし椅子から転倒するため、車椅子で職員のいるところまで移動してもらい、1対1での対応が取れるようにする。
  3. 入浴・トイレ介助時は二人介助を実施し、不安を取り除く（大声を出さなくとも良い環境を作る）。
  4. 他者を非難する言葉には、その言葉を職員が繰り返し言葉かけを行い、何を言おうとしているのか受け止めるよう努力する。

等の取り組みを行い、施設での共同生活を送れるよう職員間同士で連携し、他入居者へのケアに影響がないように配慮した。

- ・ 入院と精神薬の処方を変更したことで、日中の大声を出すことや夜間帯の大声は徐々に変化し、続く場合は頓服の服用でおさまる事が多くなった。また、絶えず職員を呼ぶ行動、批判的な言葉には前記のケア対応方法をとることで、ある程度改善ができた。
- ・ 現在に至っては、本人の不安を全て取り除き、楽しい生活を送れているかどうかは本人から聞き出すことができない状況ではあるが、退院後からは素敵な笑みや手拍子、優しい言葉も出るなど、実践してきた効果を確認することができている。



## ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

### 【他入居者に影響を及ぼすレベルに至った利用者の生活支援について】

- ・ グループホームという共同生活の中で、行動・心理症状が著しくなり特別な個別ケアが頻繁に行われる状態になったとき、他入居者へ物理的な障害はないものの、ケアに関して一人一人へ適切な支援ができるかどうかは難しいといった状況である。法令上、定められた報酬の中で施設を運営していかなければならない以上、支援の職員を増やす等重度化した入居者への対応が可能なように配慮される事が不可欠と考える。
- ・ グループホームは、認知症に特化した施設として地域や家族からの大きな信頼や期待を得ている。私たちはその期待に応えるためにも、また、「終の棲家」として考えている入居者の支援のためにも、地域密着型施設としてそれに応える努力と施設の可能性に挑戦し続けていかなければならないのが現状である。

### 【現制度上での課題と今後の展望について】

- ・ 現在の介護保険制度では、改正により看取り介護への支援が強化されたが、個別ケアで突発的に夜間の二人介助が必要となる様な行動・心理症状が出た場合、又は、重度化した方に頻繁に介護を行わなければならない状況が生じたとき、それに対応する報酬上の保障がない。
- ・ また、1ユニットの運営で、入居者が一時的に入院を余儀なくされた場合、その損益はとても大きくなる。
- ・ しかも、重い認知症状が発生した時にその方への適切な支援が提供されるためには、在宅での連携以上に、入退院の事前準備、関係機関との調整や職員間のカンファレンス、よりの確な介護計画とチームワークの支援を行えなければ、グループホームでの共同生活を提供できない状況である。ましてや、厚生労働省が強調している認知症の方の精神科病院への入院を2カ月に短縮するとの方針を現実のものにするためには、単なる「連携の強化」と言う掛け声だけでなく介護現場への医療機関側の理解の抜本的改善と、介護保険制度上の物理的支援がなければできない。
- ・ 実際、他の重度化した方の事例でも、担当する医師の介護現場の無理解がかなりの障害になっている事例があり、グループホーム等の介護現場の事例を知って頂く事が「医療・介護の連携」として不可欠の課題であると考えます。
- ・ 現在、グループホームは認知症を患った方の「終の棲家」としても大きな期待が高まっている。また、重度化しても、医療機関や専門の他職種との連携や、体制の強化や個別ケアの対応を強化してその生活を維持し、認知症状の変化に対応することが可能だと考える。その可能性を追求していかなければならないのが、私たちグループホームの介護であり、使命だと、毎日意識してサービスの提供に取り組んでいる。このサービスを提供し続けられるような介護保険制度であってほしいと切に願う。

### (3) 事例 3 (重度生活支援型) : 周辺症状を緩和し、共同生活で役割を見つけた事例

施設の概要	
運営主体	医療法人社団 (関東・甲信越地方)
利用定員	2 ユニット 18 名
併設施設	なし
事例執筆者	管理者

#### ■事例の概要

年齢・性別	88 歳・男性	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	A1	認知症	Ⅱa
主な疾病 : アルツハイマー型認知症、高血圧症、胆石術後					
主な生活歴 : 飛行機関係の仕事をしていた。スポーツマンで、柔道や陸上、野球等幅広くこなしていた。妻を亡くしてからは、子どもも自立していることから、自宅で 1 人暮らしをしていた。					
経済状況 : 厚生年金、自宅隣に住んでいる四女の経済的支援あり。					
家族構成 : 子どもが 4 人 (全て女)、孫					

#### ■地域の特性と社会資源分布

人口約 55 万人の大都市であり、高齢化率は 27%となっている。市内には数々の福祉サービスが存在し、当事業所も含めてグループホームが 18 ヶ所、デイサービスが 114 ヶ所、介護保険施設では、特別養護老人ホームが 22 ヶ所、介護老人保健施設が 8 ヶ所存在する。

#### ■事業所の特徴

本グループホームでは、医療法人の経営利点を活かし、訪問診療や訪問看護等、医療連携を充実させ、入居者が生活に必要な医療サービスを受けられる特性をもっている。また、近隣に病院・クリニックがあり、体調不良時等にすぐに受診することができる。このことを活かし、事業所の理念として最後までその人らしさを尊重し、本人や家族の希望があれば、可能な限り見取り介護まで行っている。

また、建物には保育所を併設しており、日常的に子ども達と触れ合うことができ、爽やかなひと時を過ごすことができる。

近くには公園などがあり、閑静で明るい環境で生活できる。また、住宅地の中にあることから地域と触れ合う環境にも恵まれている。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【自宅～入居までの経過】

- ・ **【不明】** 妻には70代で先立たれ、子ども達も自立し自宅で1人暮らしをしていた。畑や庭仕事、詩吟も習っていた。昔からまがったことがきらいな性格で、意志が強く几帳面であり地域の町会等の役員も行っていた。スポーツマンで身体が強く病気をしたこともなかった。脈拍が通常より少ないことがあるが、昔からそうであったため特に身体機能に問題はない。8月頃から物忘れ（特に財布に対して）が生活の中で多く見られるようになり、財布を探し続けている姿を隣に住んでいる四女が発見し、一緒に探すと押し入れの中から出てきたことがあった。また、1人暮らしということもあり、ご自身で食事の準備をされていたが最近では全く作ることもなく、小銭を持って近隣のパン屋で購入し食べていた。食べきれないほどの量のパンを買い込んでしまうこともあった。
- ・ 外出時に寒暖の差が感じられないためか、衣類を何枚も着込んで外出する姿も見られている。このころから、家族は本人の異変に気づきはじめ、四姉妹で交代に本人に付き添い、見守りや金銭管理、服薬管理を行っていた。
- ・ **【平成 18 年】** 近隣の病院を受診し、アルツハイマー型認知症の診断をうける。アリセプトの内服を10月末よりはじめる。
- ・ 在宅のケアマネジャーよりデイサービスの利用をすすめられ、最初は週に4回のペースで利用を開始し、主に野菜作りや書道等を行っていたが、女性職員では拒否されることが多く、男性職員でないとサービスを受け入れない傾向が見られていた。
- ・ 医師から施設の利用をすすめられ、主でみていた四女も仕事があり、家族でみていくことに限界を感じ、当ホームへ入居となる。

### 【入居時の本人の状況】

- ・ **【平成 21 年】** 2月に当グループホームへ入居。アセスメントツールとしてセンター方式を活用し、生活暦等情報収集につとめた。入居時は家族の協力のもと本人も納得して来られ、他入居者や職員に丁寧に話しかける姿が見られたが、「家が心配だから」、「娘の顔が見たい」、「家を見たらすぐに戻ってくるから」と入居当日から帰宅願望が多く聞かれている。特に夕方、夕食後に訴えが多い。慣れない環境であり、思うようにいかない部分があり元気がなくなっている様子である。また、生活支援の中で本人の意思ではなく役割をもたせると、手伝ってはくれるがストレスを感じているように思われる。

## ■重度化した利用者への支援内容

### 【帰宅願望への支援 入居～1年】

- ・ 入居時の本人の状況をもとに課題分析を行い、心配されている家族と支援内容について頻回にコミュニケーションをとる中で家族から情報の提供や協力依頼を行い、家族がかかえている不安軽減につとめた。
- ・ 入居から1年は、日常生活でやりがいや目的をもっていただくため、買物や園芸活動、運営推進会議への出席、地域活動への参加等、本人の好む生活支援を中心に行っていたが、本人は仕事のつもりでホームに来ており、夕方になると仕事が終わり部屋につ

けている表札をはずして帰ろうとするため、夕方に帰宅願望がよく聞かれた。また、作業等やることがなくなると帰宅願望が出ており、見守りを重視していても突然外に出ていたこともあった。夜間も自室ドアの内側に箱をおき、バリケードのように外からは入れないようにして眠られていた。ホームでは、本人との信頼関係を確立するため、コミュニケーションを多くとり、本人が住んでいた町の話や勤めていた仕事の話をし、帰宅願望があるときは、四女が家の管理をしてくれていることを伝えていた。それでも落ち着かない時は、無理には止めず一緒に散歩に出かけたり、本人が得意としているキャッチボールを行い、気分転換をはかった。食事が用意してあることを伝えることで、「食べてから帰るか」と落ち着かれることもあり、声かけを統一していた。また、全く家族に会えないことで更に帰宅願望が強くなるおそれがあること、本人の想いや心の部分を大切にし、少しでも不安を取り除いてあげたいことから家族の協力を得て定期的に面会に来て頂き、近場での外出や外食を通してできるだけ本人と会話し、家族だから言える本人の気持ちを今後のケアに活かすために職員に教えていただいた。また、家族からの不安も専門用語をつかわずにわかりやすく伝えるよう努めた。

#### 【帰宅願望への支援 2年目～3年】

- ・ 帰宅願望への支援として上記対応を続けていき、2年目になると連日のように聞かれていた帰宅願望の頻度が減っていた。また、帰宅願望が聞かれた際は単独外出のリスク回避として本人の後をついて20分程度歩いて歩行スピードを把握、移動した道のりを地図に示し、職員間の情報共有につとめた。
- ・ 本人らしさの支援の観点からも、ドライブで昔からなじみのあった場所に出かけたり、かかさずに続けていた選挙の投票にも出かけたりした。また、家族協力のもと自宅近くの床屋に出かけ、馴染みの店員と話しをした。帰りがけに自宅にも寄るが、そこに止まることもなく職員に自宅の説明をされ、そのままホームに戻られていた。
- ・ 2年をすぎた頃からホーム全体の戸締りとして夜間に鍵の点検をされるようになり、本人の価値観の中で、ホームでの生活が自宅へと変化していったと考えられる。
- ・ 地域活動でも運営推進会議委員に招待され、地域の学校で行われた防犯講演会に参加したり、学校主催の防犯パトロールに月1回のペースで職員と近隣の公園等の見回りをおこなったりし、子ども達に優しく「もう遅いから帰るんだぞ」と声をかけていた。
- ・ 日常生活では、買い物や布団干しは日課となり、入居前に毎日食べていた同じ品名のヨーグルトを希望され購入。積極的にカート押し、荷物もちを行う。また、ホームの包丁をきれいに研がれたり、家族に協力を依頼し、自宅から愛用の盆栽を持ってきていただき、ホームで手入れをされたりしていた。ユニットの入居者とも多少の口論がまれに見られるも、リビングでランプをしたり、カラオケを一緒に歌われたりと情緒の安定もみられた。
- ・ また、ユニットの入居者が入院された際には、いないことを気にされ、入院していることを伝えると「会いに行きたい」と職員とお見舞いに行き、「元気を出して一緒に頑張ろうな」と身体をさすりながら声をかけられていた。このことから、グループホームの特徴である、共同生活から生まれる家庭的な関係性の現れであるといえる。

### 【帰宅願望への支援 3年目～現在】

- このころから、入居後から活動している町会の掃除やイベント、散歩で通っていた近くの神社への参拝をするようになる。「参拝するとほっとするんだ」、「胸がすーっとするよ」と本人からもあり、家族からも昔はよく参拝をしていたとの情報があった。ケアプランに展開し、日課活動として朝に散歩を兼ね参拝に出かけるようになる。開始から1ヶ月程度で神社への外出願望は見られるも、帰宅願望はかなり頻度が少なくなっている。2ヵ月後には昔からされていたゴルフ（打ちっぱなし）を趣味活動として行う。
- 現在も本人の状態に合わせ、様々なアプローチをしている。時折帰宅願望がみられるも、入居時と比べて、表情も穏やかになり、興奮して外にでられるようなことはなくなり、回数もかなり軽減している。また、時間や場所等の見当識障害が見られるも、日常生活に支障がでるような失効、失認はでていない。

### ■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- グループホームでの周辺症状の緩和対応は、職員のもつ専門性の表れであるといえる。当ホームでは、入居者を認知症者という視点で見ることほしなくて、あくまでも我々と同じ1人の尊き人として受け入れている。入居当初から、日常生活を送る中で何に支援が必要なのか家族と時間をかけて確認し、家族の協力をもとに状態把握につとめ、本人との関係性を構築しながらケアを行っていく。緩和対応にとって家族の協力は必須であり、我々にはできない家族だけが持つ力であるといえる。
- 帰宅願望には何かしらの目的があり、バリデーション等を取り入れ、エビデンスを導き出し、ケアに活かすことが必要と言われているが、それ以外に脳の器質的障害によるものもあり、ただ付き添ってあげればよいというわけではない。入居者の発した言葉やサインを見逃さずに、職員があきらめず熱心に関わりを持ち続けることがとても大切である。職員の力量を考えながら、現場レベルでの成長を助けていく必要がある。
- また、リスクを常時ともなう仕事でもあり、職員は日々身体的・精神的なストレスの中で働いている。あせらずにゆっくり、ゆったりと職員が考えて動けるような環境作りの必要性、精神的な支援も必要となってくる。

**(4) 事例 4 (重度生活支援型) : 治療方法が無いなら、病院ではなくグループホームで生活を**

施設の概要	
運営主体	有限会社 (中部・近畿地方)
利用定員	2 ユニット 18 名
併設施設	なし
事例執筆者	管理者

**■事例の概要**

年齢・性別	80 歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	B2	認知症	3a
<p>主な疾病 : 認知症 (アルツハイマー型)、高次脳機能障害</p> <p>主な生活歴 : 関西で生まれ育ち、就職を機に関東・甲信越地方へ転居。その後、夫と二人の子どもと中部・近畿地方へ移り生活する。長女が自立し、障害を持つ長男が施設へ入所してからは夫と二人暮らし。平成 19 年に夫と死別。その後、生活上のトラブルが増加し、1 年程経過した時点で地域包括からの紹介を受け介護サービスの利用を開始する。平成 22 年に右大腿骨頸部骨折しリハビリ病院入院中の平成 23 年に右急性硬膜下血腫除去術を受ける。平成 24 年 3 月に当ホームへ入居する。性格は姉御肌で積極的。反面寂しがりやで 1 人になることを嫌う。</p> <p>経済状況 : 企業年金</p> <p>家族構成 : 長女 (関東・甲信越地方在住)、長男 (中部・近畿地方在住 : 障害者施設入所)、夫 (平成 19 年他界)</p>					

**■地域の特性と社会資源分布**

本市は人口 36 万の中核都市である。史跡などの観光名所が数多くある。また、昭和 40 年頃からベッドタウンとして活発に宅地開発が行なわれた。高齢化率は平成 24 年 1 月の時点で 23.9%に達している。

社会資源としては、32 件のグループホームがあり、各中学校区に小規模多機能型居宅介護を整備中である。医療機関については、国立、県立、市立の総合病院を有しており、精神科を専門とする病院も存在する。在宅療養支援診療所も 22 件あり、訪問看護ステーションも数多く、在宅での医療への整備が積極的に進んでいる。

**■事業所の特徴**

介護保険事業所は当ホーム 1 件のみで、他には若年認知症サポートセンターを設置している。当グループホームでは、「認知症の人の尊厳を守る」を大黒柱とし、認知症の人やその家族が安心して生活できる支援を心掛ける。また、地域の社会福祉協議会などと協力して積極的に認知症・認知症支援などについて地域への啓蒙活動を行なっている。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【認知症発症からグループホーム入居まで】

- ・平成19年に夫と死別してからは自宅で独居生活となっていた。約1年後に地域包括支援センターが介入した時点では認知症はかなり進行していた。担当の介護支援専門員と精神科へ受診し、アルツハイマー型認知症の診断を受け介護サービスの利用を開始する。デイサービス利用開始直後は、椅子を投げたり、「こんなもの食べられるか」などの暴言・暴力が絶えなかった。馴染みの関係が出来てからは、何とか週5日デイサービスを利用できるようになった。
- ・介護支援専門員が精神疾患を疑い、精神科の医師に相談するも、アルツハイマー型認知症だけの診断に留まる。
- ・平成22年に自宅で転倒、右大腿骨頸部骨折し手術後、リハビリ病院へ転院する。
- ・平成23年リハビリ病院にて意識レベル低下、右急性硬膜下血腫の診断を受け除去手術を受ける。術後、ADLの向上と共に言・動共に活発となり口論が絶えない状態になる。転倒防止のため車椅子に安全ベルトを着用して自走していた。
- ・家族が病院ではなく、グループホームでの生活を希望され入居申し込みとなる。
- ・長女は状況を把握しており、病院から呼び出しがあった場合は、都度駆けつけていた。

### 【入居までの対応】

- ・病院のソーシャルワーカー、看護師、医師を通じて情報収集を行なう。この時点で病名がアルツハイマー型認知症から「認知症」だけに変更されており、「高次脳機能障害」が追加された。
- ・本人および家族面談を行い、ホームの協力医師と相談し当グループホームに入居することになる。この時点で把握していた問題となり得る行動は、暴言・暴力および転倒のリスクであった。

### 【入居後の様子】

- ・感情の起伏が激しく、甘えるモードと興奮状態を1日の間で何度も繰り返す。興奮時には他の入居者やスタッフの顔を平手で叩くなど暴力におよぶ。他利用者とコミュニケーションを取ろうとした時、他利用者から見当違いな答えが帰ってくると「あんた何言っているかわからへん、病院行って治して来てもらい」など大声で暴言におよぶ。会話が成り立つ相手とは、他の入居者の行動などを観察し悪口を言い合ったりする。
- ・また、食への執着心が強く常に食べ物を要求する。短期記憶は無く、食事をしたことは直に忘れ他者の食事に手を出す。自身が行なった行為（暴力や他者の食事を取るなど）について質問すると、嘘で話しを取り繕う。嘘がばれたことが判るとこっそり舌を出したりする。
- ・常にスタッフの会話や行動を観察して会話に入り込んで来ようとしたり、「せんせ～」と大声を上げて注意を引こうとする。
- ・長女には日々の状況を電子メール等で随時報告している。

## ■重度化した利用者への支援内容

### 【入居直後】

- ・「高次脳機能障害」という病気や脳に関する情報を収集してスタッフで共有し、病気により何が起きているのかを確認する。
- ・家族と相談し精神科を受診して病名の再確認を行い、症状を安定させるため2週に1度の通院を行なう。家族と話し合い入院治療の可能性も理解してもらう。病院での内服薬の調整と平行して日々の様子を記録して情報を収集する。
- ・定期的なカンファレンスだけでは迅速に対応できないため、看護師を中心に都度スタッフ間で相談し支援方法を変更する。

### 【入居後3ヶ月】

- ・他者やスタッフへの暴言・暴力へ繋がらないよう様子をみながら事前察知し、声掛け・散歩・お手伝い・レクリエーションなど他のことに目を向けるよう介入した。しかし、徐々にスタッフの目を盗んで人を叩いたりするようになる。
- ・過度の食に対する要求に対しては、「今、お米を炊いている」「何時に食事にします」という声掛けだけではなく、寒天ゼリーやスルメなどを適宜提供して対応したが根本的な症状改善とはならない。
- ・継続して適宜スタッフ間で情報のやり取りをして支援方法を模索する。
- ・継続して精神科へ通院し支援方法の相談、内服薬の調整を行う。

### 【入居後6ヶ月】

- ・本人の訴え、行動、精神状態を常に意識し、適当な場面でスタッフが介入する。興奮状態のときに本人の顔の表情を伝えたり、なぜ興奮したかを聞いたりすることで暴力に至ることは多少減少したように感じる。スタッフへの暴力は確実に減少してきた。ただし、依然としてスタッフの目を盗んで沈黙しながら人を叩くことがみられる。
- ・食への執着心は特に変化は見られない。
- ・精神科への通院、支援方法の相談、内服薬の調整は継続する。

### 【入居後8ヶ月】

- ・この頃、再び興奮することが多くなり、静かに暴力に至ることが増えてきた。精神科受診時には「人格の崩壊」「ギラギラしている」などの指摘を担当医から受ける。内服薬の調整は継続する。
- ・この時期に通常認知症の支援方法ではあまり行なわない方法を試行する。暴力に至ったとき、本人を別の場所に移動し、真剣に何故そのような行為をするのか問う。何故、今グループホームで生活しているのかを説明する。本人がどのような病気を患っているかを説明する。ここでの生活が出来なくなったら、病院へ入院しなくてはならないこと、そうならないようスタッフが一生懸命になっていることなどを、時間を掛けてしっかりと説明するようにした。

### 【現在、入居後10ヶ月】

- ・適宜支援方法や本人の精神状態を看護師と共有して臨機応変に対応する。
- ・精神科への通院も継続。
- ・暴言・暴力行為が完全になくなっていない。ただ、入居当時から比較すると人を叩



くことは少なくなっており、スタッフへ手を出すことは無くなった。依然として食への執着心は強くまだまだ課題は残されている。

## ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

### 【重度化対応について】

- 本事例では、精神面の重度化を取り上げているが、病状の重度化、要介護の重度化いずれにおいても頻繁かつ迅速に支援方法を変更しスタッフで共有することが要求される。現在のグループホームでは、医師や看護師は人員配置の要件にない。当ホームには看護師が採用されていること、また精神科医も非常に協力的であったことで医療面からの対応も迅速に行なえた。医療連携体制加算の要件を満たしていても週1回の訪問看護や協力医だけではここまで綿密に対応できたか疑問である。また、精神科医は薬だけでは限界があるという。医療と介護の専門職が共同して対応することである程度の対応が可能となったと考える。
- 本事例を通してもう一つ特記すべきことは、介護スタッフの認知症に対する認識も片寄りがあることである。高次脳機能障害に伴う認知症またはそれと併発している認知症については、介護事業所ではなく病院で診るべきではないかという風潮も感じた。しかし、アルツハイマー型であれ他の病気であれ認知症は認知症であり、病院での治療を必要としない、あるいは治療ができない認知症はグループホームで対応する努力を怠らないことを説明することで、スタッフの疲労やモチベーションに大きく影響したと考える。
- 重度化に対応していくには、前述の専門性も大切であると同時に経費も無視できない。本事例においても精神科への通院は、家族が対応できないことから別途スタッフを配置しなければならなかった。また、24時間を交代制で勤務しているスタッフが意見交換をできる場は少なく、迅速かつ頻繁に行なうには記録類や意見交換の場を電子化できれば非常に有効だと感じた。

**(5) 事例 5 (重度生活支援型) : 「さあ 出番だ！」特技を活かして働くことへの支援**

施設の概要	
運営主体	医療法人社団 (中国・四国地方)
利用定員	9名×2ユニット
併設施設	医院、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護事業所
事例執筆者	ホーム長

**■事例の概要**

年齢・性別	84歳・男性	日常生活自立度			
要介護度	3	寝たきり度	B1	認知症	IIIb
<p>主な疾病 : アルツハイマー型認知症、老人性うつ病</p> <p>主な生活歴 : 裕福な農家の長男として生まれ、大切に育てられた。恋愛結婚し、3人の子どもに恵まれるが、45歳で離婚。子どもの独立後は独り暮らし。75歳まで瓦葺きの仕事に就き、退職後は農業をしていた。温厚でまじめだが、身内には頑固な性格。カラオケが好きで元気な頃には週3~4回通っていた。</p> <p>経済状況 : 国民年金</p> <p>家族構成 : 長女は大学入学時より妻のもとで暮らすようになり、現在は音信不通の状態。長男は事業に失敗し、43歳で自殺により死去。二女は物忘れがひどくなった父親を心配し、介護をするため夫と共にB市に戻り、実家近くに家を建て住んでいる。</p>					

**■地域の特性と社会資源分布**

本市は県の西北部に位置し、県の総面積の2%程の小さな市であるが、中心部には多くの公共機関を有しており、中核的存在にあるといえる。

人口は約3万3千人、高齢化率は26%であるが、平成32年度には総人口が3千人減少し、高齢化率は31.5%にまで達すると見込まれている。現在、高齢者の約15%が要介護認定を受けており、今後も認定率は増加すると予想され高齢者福祉施策および介護施策に対するニーズも高まっている状況にある。B市では老人保健福祉計画・介護保険事業計画において「健康・生きがいづくり」「社会連帯感づくり」「自立社会づくり」「信頼づくり」「快適環境づくり」の目標を掲げ、対策がすすめられている。(市の老人保健福祉計画・介護保険事業計画より)

社会資源としては、市内に総合病院をはじめとする医療機関(認知症専門医療機関や物忘れ相談医あり)、在宅サービス事業所、介護保険施設、地域密着型サービス事業所がある。

**■事業所の特徴**

平成12年開設。ご高齢になられても住み慣れた町で生きがいや役割のある暮らしを実現するための取り組みとして、地域交流や就労支援にも力を注いでいる。

また、重度化対応として、本人、家族の意向により、併設の医療機関の協力のもと、看取りケアも実施している。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【入居までの経緯】

- ・平成15年、長男の死去後、うつ病を発症し、自宅に閉じこもるようになる。平成18年頃より「鍵が無くなった」「泥棒が入った」等の被害妄想がみられるようになり、何度も自宅や米蔵の鍵を取り換え、警察に被害届を出すようになる。また、夜間30分～1時間おきに二女に電話をかけたり、夜中に一人で外出するが自宅に戻れなくなり、警察に保護され、二女が引き取りに行くことも増えていた。その頃より、近隣にも「ものがなくなった」などと訴えて回るようになり、近所からも「夜に家に来られて困る」との苦情が出るようになる。
- ・平成22年頃より閉じこもりがひどくなる。家の玄関につっかえ棒をするようになったため、訪問した二女も入ることができず、外から様子確認をして帰ることも増えていた。
- ・平成22年7月、自宅内で倒れているところを訪問した二女が発見。近所の方の助けを借りて窓ガラスを割って中に入り、救急病院に搬送される。肺炎と脱水の診断があり、入院。状態が安定し、医師からは退院を勧められたが、独居での生活を再開することは困難な状態であったため、二女よりホームに相談がある。要介護認定を申請した結果、「要介護3」となり、同年8月、グループホームに入居された。
- ・入居にあたっての職員間でのカンファレンスの場では、被害妄想や夜間の徘徊にホームで対応することができるのか、不穏な行動が他の入居者に影響しないか等、対応について、職員は強い不安を感じていた。

### 【入居後の状況】

- ・入居された際は、背中を丸めて車椅子にじっと座ったまま何もしようとせず、意欲低下がみられていた。また、うつむき加減で表情にも活気がなく、言葉をかけても返事をする程度でほとんど喋らない状態であった。移動は車椅子を使用し、おむつを着用していたが、介助により立位はとることができたため、トイレ介助を実施。移乗時の足の踏みかえもしっかりとできていたため、ホーム内は手引き歩行で介助することとなった。
- ・ご本人やご家族に伺った生活歴をもとにカラオケなどの趣味活動、野菜の水やりなどのホーム内での役割活動への支援を実施することとなった。毎日淡々とこなされ、ホームでの生活にも慣れてきたように思われたが、いま一つ表情がすぐれず、「車の鍵がない」、「仕事に行かないかん」と言いながら、何度もフロアを行き来する様子がみられるようになる。職員が声をかけても「行かないかんのじゃ」と強い口調で返答され、しばらく歩き続けるため、職員が対応に困る状況があった。そこで、再度アセスメントを実施し、今後の支援についての話し合いを行うこととなった。

## ■ 重度化した利用者への支援内容

### 【センター方式の活用】

- ・ まず、職員で、センター方式の C-1-2「私の姿と気持ちシート」と D-4「24 時間生活変化シート」を記入し、言葉や行動の意味について考えることとした。その結果、廊下を行き来して落ち着きがなくなるのは、工事の人など男性が仕事をしている姿を見た後や、男性がホームに出入りした後が多いことが分かった。また、外出支援でうどんツアーに出かけた際、若い頃に子どもたちのために家でよくうどんを打っていたことを自慢そうに話されていたとの情報があった。
- ・ 記入したシートをもとにカンファレンスを行い、今後の支援についての話し合いを行った。ホームでの役割活動には淡々と取り組まれているが、真面目で仕事一筋であった方には物足りなく感じていたのではないかと考えた。そのような中、仕事をしている男性を見ると昔を思い出し、「仕事に行かないかん」との言葉が聞かれている可能性があるのではないかと意見があり、本人の特技を生かしながら、「仕事」として打ち込むことのできるものを見出し、支援することで、ご本人の望む生活が実現できるのではないかと考えた。また、これまでの支援について、職員が「ホームでの役割＝楽しみ・生きがい」という狭い視野で捉えてしまっていたという反省点もあり、地域社会の一員として何ができるのかを視野に入れる必要があると考えた。
- ・ 自宅で子どもたちのためにうどん作りをしていたことを自慢そうに話されていたことから、その特技を生かしてホームでのうどん作りを支援し、地域の方にふるまう機会を設けることを目標とした。長年独り暮らしをされていたこともあり、男性でありながらも料理は得意とされていた様だが、職員からは「認知症の方にうどん作りができるのか」、「職員がすべてお膳立てをしないと出来ないのではないかと」、「職員の仕事が増えて大変ではないか」等の意見もあがった。しかし一方で、「本人が打ち込める何かを見つけてあげたい」、「他の入居者にも協力していただくことで、ホームを活性化の一因となるのではないかと」等の意見もあり、うどん作りへの挑戦が実施されることとなった。
- ・ 今まで行っていた水やりなどの役割活動については日課となっており、ご本人のホームでの生活ペースが維持できるよう、今後も継続していくこととした。

### 【うどん作りへの支援】

- ・ うどん作りに対する意欲はあったものの、手順等については記憶があいまいな部分も多かった。そこで、本人を含めた入居者と職員で隣町にあるうどん学校に入校し、うどんの作り方について学ぶ機会を設けた。材料の分量や作り方のコツなどの講義を受け、実際にうどん作りを行った。本人も自分のノートにメモをとりながら熱心に学ばれていた。ホームに戻ってから、職員と共にごうどん作りを行った。職員の言葉かけやサポートは必要であったが、自分で書いたメモを見ながら一つひとつの工程を丁寧にこなされていた。
- ・ できあがったうどんの味は他の入居者の方にも好評で、自分たちだけで食べるよりもできるだけ多くの方に食べていただくことで、より一層満足感や達成感を持つことができるのではないかと考え、地域の会合でふるまったり、併設（協力）機関の職員への数量限定の昼食としても作ることにした。

### 【変化と現在の様子】

- ・ 「本当にできるのだろうか？」と半信半疑で始めたうどん作りであったが、回を重ねるごとに上達してきており、頭にハチマキをしめ、一生懸命かつ丁寧にうどん作りに打ち込まれている姿がみられるようになった。
- ・ 毎週木曜日にはうどん店を開店するために、他入居者や職員の協力のもと、前日の仕込みから当日の調理までを中心となり行っている。ホームで打ったうどんを地域の方や職員にふるまい、来店された方からの「美味しくて、毎週楽しみにしています。」との声を聞いて、自身も満足感や達成感を味わうことができているようである。そして何よりも、「まだ自分にも人に喜んでもらえる仕事ができる」という自信回復に繋がっているのではないかと感じている。
- ・ 入居当初に職員が心配したうつ症状や被害妄想もなく、現在は落ち着きなく廊下を行ったり来たりする様子もみられなくなっている。また、うどん用の薬味や天ぷらとして使用する野菜を作るため、以前にも増して積極的に畑仕事にも取り込まれる姿もみられるようになっており、うどん作りへの支援が、他の活動に対する意欲の向上にも繋がっているように思われる。
- ・ 本人の意向も「寂しい、誰かと一緒にいたい」という不安感の訴えから、「仕事をせないかん！わしは忙しいんや！」と生活意欲の向上が伺えるものへと変化している。
- ・ ご家族も、入居時よりも生き生きとした表情をされている状態を見てとても喜ばれ、「このまま元気で、ここに居させてください」と話されている。

### ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・ 今回の取り組みを通して、認知症の方でも最後までやり通す力があること、その方の持っている力を引き出す支援の大切さを学ぶことができた。
- ・ また、入居者が中心となり毎週木曜日にうどん屋を開店することで、ホームの活性化はもとより、地域の方が気軽に立ち寄る事ができる場所となり、地域との関係を深める一助にもなっているように思われる。
- ・ BPSD は、その対応の困難さから職員の心身へのストレスも大きくなるといわれている。困難事例を一部の職員で抱え込むことは、職員の意欲の低下や虐待のリスクを増大させる一因ともなるので、職員全員で支援方法について考える体制づくりが重要であると考ええる。
- ・ また、認知症の方の BPSD への対応の困難さにとらわれず、その行動をポジティブな視点でとらえられ、日々の関わりを通してその人の「できること」「できそうなこと」を見極め、支援できる人材の育成が必要であると考ええる。
- ・ 認知症になっても身体で覚えた記憶は保たれやすいと言われており、ホームでの日々の生活の中でその器用さや技を発揮されている方も多い。今後は入居者の長年培われてきた知恵や技術を活かして、より多く地域に還元や貢献できる機会を作り出していきたいと考えている。そして一人ひとりが社会の一員として、最期までその人らしく生き生きと暮らし続けることができよう、職員や地域住民の方と力を合わせながら、認知症になられた方々を支援していきたい。

**(6) 事例 6 (重度生活支援型) : 帰宅願望を訴える利用者に役割をもってもらうことで状態が安定している事例**

施設の概要	
運営主体	社会福祉法人 (九州・沖縄地方)
利用定員	2 ユニット 18 人
併設施設	同一敷地内に 1 ユニットのグループホームと特定施設入居者生活介護
事例執筆者	計画作成担当者

**■事例の概要**

年齢・性別	89 歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	要介護 2	寝たきり度	A2	認知症	Ⅱ b
<p>主な疾病 : アルツハイマー型認知症、高血圧症</p> <p>主な生活歴 : 農家に嫁ぎ夫と共に農業に従事。世話好きで、家族や親せき、隣近所のお世話役でよく人から物事の処理・解決を依頼され自ら積極的に関わっていた。夫や長男家族と同居し本市で生活していた。</p> <p>経済状況 : 国民年金、主介護者である長男夫婦の経済的支援あり。</p> <p>家族構成 : 長男夫婦、孫二人と同居していた。夫は平成 18 年に自宅近くの施設に入居、平成 22 年に死去。</p>					

**■地域の特性と社会資源分布**

本市の総人口は昭和 50 年代 5 万 3 千人という時代から基幹産業である木工業の不振の影響が今日まで総人口の減少に歯止めがかかっていない。平成 23 年 9 月時点で総人口は 3 万 7 千人と未だ減少傾向で推移している。特に年齢階層別にみると 15 歳未満の年少人口が平成 18 年から 23 年の 5 年間で 15.5%の減少に対し、65 歳以上の老年人口は 6.0%増加しており、少子高齢化が進行していることがわかる。高齢化率は平成 23 年度で 28.1%で、国より 4~5%、県より 5~6%高めで上昇している。

市内には特定養護老人ホーム 2 事業所 (定員 137 人)、介護老人保健施設 2 か所 (定員 164 人)、介護療養型医療施設 2 事業所 (定員 16 人)、グループホーム 8 事業所 (定員 129 人)、特定施設入居者生活介護 (含む・介護予防) 2 事業所 (定員 48 人)、有料老人ホーム 2 事業所、軽費老人ホーム 1 事業所、高齢者向け住宅 2 事業所、養護老人ホーム 1 事業所 デイサービス 9 事業所、認知症対応デイサービス 1 事業所、デイケア 3 事業所 訪問系サービス等が複数存在している。

**■事業所の特徴**

法人の理念は、①利用者の立場に立った経営・運営を行う、②サービスの向上のため職員の知識・技術の向上に努める、③家庭的雰囲気・環境を作る、④地域や家族との結びつきを大切にする、⑤利用者の安心のため元気なお年寄りの健康増進からターミナルケアまで一貫したサービスを行う、としている。

理念の⑤を実現するために地域のニーズに合わせて基本的に介護サービス事業は総て持つという基本姿勢を取っている。したがって利用者の状態の変化に合わせて法人内での

利用場所の変更、住み替えの変更を検討している。

その中であって、グループホームは認知症高齢者の有する能力を可能な限り尊重しケアすることを基本理念としている。介護保険制度が開始される以前の認知症に対する概念は介護現場での試行錯誤の取り組みと産学官共同の研究の取り組みにより大きく変わった。

当社会福祉法人のグループホームでは拒否者以外は全員に“学習療法”を実施している。具体的には簡単な読み・書き・計算を支援者とのコミュニケーションを通して実践し、前頭葉を活性化させようというものである。前頭葉の活性化は情緒の安定、感情のコントロール、意欲、コミュニケーション能力、ADL、他者への配慮、短期記憶等々を改善、向上させることが12年間の取り組みで実証されてきた。各機能の向上は認知症高齢者の残存機能を引き出すこととなり、引き出された残存機能を活用した“役割探し”“役割作り”という次の展開つまり個別ケア計画と実践を行う一連の仕組みを構築している。この“役割”はまず自分の事が自分で出来ることから始まり、他者の為に役に立つ“役割”を生み出すというものである。

グループホームは全て平屋作りということで生活を五感で感じるよう施設周辺の緑に囲まれた環境作りや季節の花植え、野菜づくり、季節の行事な他の多くのグループホーム同様の生活プログラムも実施している。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【入居～現在までの経過】

- ・平成18年12月、夫が自宅近くの介護施設に入所した頃より物忘れがひどくなり、特に物盗られ妄想がひどくなる。近隣の医療機関を受診し、アルツハイマー型認知症と診断される。平成19年より、夫が入所している施設のデイサービスを利用開始。
- ・平成21年3月8日～3月30日までは当法人のショートステイを利用。長男の嫁が介護で体調を崩されたため地元でグループホームを探すも満床であった為、平成21年3月31日に本市へ相談し、入所となる。
- ・入居当初の状態は介護度2で身体的には自立歩行で安定、排泄はトイレにて自立、入浴は見守りと一部指示で可能。アルツハイマー型認知症によるひどい物忘れのため繰り返しの言動、帰宅願望があった。
- ・身体的には特に大きな問題がなく身体介護を受ける部分が少なかったため、グループホームという家庭の延長の環境でできるだけ自宅と変わらない生活を送ってもらうように個別計画を立てた。特に、①家事を一緒に行う、②前頭葉の活性化を目的に学習療法を実施する、という支援を行った。
- ・本人の繰り返しの言動や帰宅願望は入居以来なくなることはないが、繰り返しの言葉掛け、統一した対応や支援を継続し身体的にも精神的にも大きな低下はなくグループホームでの生活が継続できていた。
- ・平成24年6月25日 居室にて転倒し、左上腕骨大結節骨折、病院に入院。
- ・平成24年7月23日 病院退院。退院直後の状態は、車イスにじっと座っており、無言で、表情の変化がなかった。
- ・入院中はベッド・車イスでの生活であった為、退院後の身体的ケアとして家族と相談し、①転倒リスクはあるが、スタッフの付き添いにて歩行を行う、②精神的なケアとして声かけを頻回に行う、③学習療法の再開、などのケアの統一を図った。その結果、

歩行状態は見守りで対応できるようになり表情も入院前の状態に戻り、会話も入院前のようにできるようになった。

- ・入居して3年8か月を過ぎ、今現在まで、介護度を維持、症状が安定している。

#### 【入居から現在までの数値の変化】

	介護度	寝たきり度	認知度	FAB	MMSE
入所時（学習開始時） 平成21年4月	2	Ⅱb	A1	14	22
平成23年10月	2	Ⅱb	A1	10	12
平成24年12月	2	Ⅱb	A1	9	18

### ■重度化した利用者への支援内容

#### 【学習療法を導入するまでの1か月】

- ・入居前まで約1か月間、当法人のショートステイを利用しそのままグループホームへ入居となった。入居初日、介護の抵抗や拒否はなく、すぐにスタッフや他の入居者と会話できた。夕方になると「どうしてここに連れてこられたとやろうか」「ちゃんと説明して欲しい」などの訴えが出てきたが、スタッフが本人の訴えに合わせた返答で対応すると落ち着き自室で休むことができた。
- ・入居2日目には昼夜ともに「いつ帰られるか」「主人のことが心配だ」等の訴えが頻回にあり、本人が訴えるたびに会話をして対応した。気分転換のために家事手伝いを依頼すると積極的に洗米などを実施。
- ・日によって頻度は違うものの、毎日帰宅願望や夫を心配する訴えがあり、会話で納得できることもあれば、荷物をまとめて外に出ようとしたり、自宅に電話をかけようとしたりすることがあった。会話で落ち着きを取り戻せない時には、家族と電話で話をする、内線電話でスタッフが長男や長男嫁になり「明日迎えに来ます。」等の会話をする、気分転換に居室の掃除、食事の準備の手伝い（洗米、食材の下ごしらえ、食材切り）、洗濯物干しやたたみ、ドライブ・散歩など本人の状態に合わせて毎日対応を行った。
- ・入居後28日目の平成21年4月27日から学習療法を開始。目的は、①簡単な読み書き・計算に取り組んでもらい本人が集中し落ち着いた時間を作ること、②学習療法の時間でスタッフがコミュニケーションを図ることで本人の能力をより知る機会を作ること、とし、1日15分～20分、週5日実施した。

#### 【安定期① 9か月】

- ・学習療法に取り組むようになり本人とスタッフの密なコミュニケーションが増え、教材内容から自分の若かった頃を思い出し、懐かしく話すようになった。
- ・入居2か月目には帰宅願望はなくならないも（毎日訴えはあり）、表情が安定し、精神的に落ち着いている時間が多く、会話や日課の学習療法や家事を実施することで対応できた。家族への電話やスタッフが家族になりかわって対応することはひと月に4



日間程度であった。その後も1か月に1回は家族の協力で別の施設に入居している夫へ面会に出掛け、週に1回程度は長男嫁や娘の面会があり、本人が安定してグループホームで生活できるようになった。

### 【混乱期 3か月】

- ・平成22年2月14日、夫の死去により、長男嫁と共に自宅へ外泊。2月23日に帰所する。夫の死を理解しており、施設に戻って何度も話をするが落胆はなく、外泊中のADLの変化もなかった。帰所後も夫の法事の度に外出することを繰り返すことになり「今度はいつやろうか」と何度も訴える日々となった。また、自宅と施設の行き来により混乱が生じ、自宅にいても「帰る、帰る」の訴えが出るようになった。この期間も施設での支援方法は安定期と同様に継続し、「いつ？」の訴えには帰宅予定日を家族より話してもらい、スタッフが「明日ですよ」と返答することで落ち着かれることがわかり、統一の対応をとった。

### 【安定期② 2年3か月】

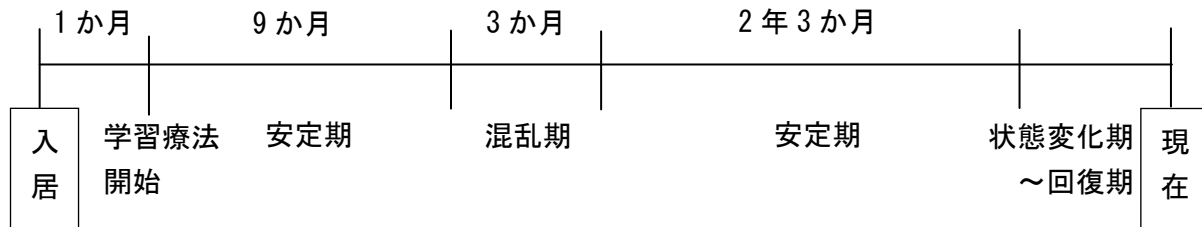
- ・夫の法事の外出を繰り返すことが本人の混乱につながっていたため、家族で相談され、平成22年4月2日法事の外出は最後となった。その後も帰宅願望の言葉「明日は迎えに来るか」、「誰がくるのか」の訴えは続くが、安定期①の状態と同じで会話や気分転換の家事などで対応できた。
- ・もともと家事が得意な方で、入居当初からスタッフが声をかければ積極的に家事を行っていたが、本人が家事手伝いを実施しているときは帰宅願望が減少し、自ら「〇〇しところか」とスタッフに言われることも出てきた。そのため、その場その場で声をかけるのではなく、毎日の本人の役割（＝役割作り）として家事（洗米・食材切り・おかずのつぎ分け・お膳ふき・洗濯物干し・洗濯物たたみ）を実施してもらい方法をとるようにした。毎日決まった家事を一緒に行うスタッフが多くの声かけを行うため、本人の笑顔も増え、精神面の安定につながっていた。特にスタッフが感謝の言葉をかけ、気持ちを態度で示すとより喜ばれるということもわかり、常に本人に伝えるように対応した。また、季節に応じた手伝い（梅のヘタとり、豆の皮むき、大豆の選別）や気分転換のドライブ、買い物、園内外への散歩、隣棟での体操参加などを毎日声掛けしスタッフとともに実施してもらいことで安定した。

### 【状態変化期～回復期】

- ・平成24年6月25日 居室にて転倒し、左上腕骨大結節骨折し病院入院となる。
- ・平成24年7月23日 退院される。退院直後の状態は車イスにじっと座られており、無言で、表情の変化がなかった。精神面のケアとして、学習療法の再開、できるだけ声掛けを行うこととした。身体的ケアとして、入院によりベッドと車イスでの生活になった為、家族に転倒のリスクを理解してもらい、リハビリスタッフに相談し、立ち上がりや歩行開始時のふらつきに注意しながら日常生活の移動を付き添い歩行とし、スタッフのケアの統一を図ることとし支援した。
- ・就寝時の動きが不安定で転倒・転落のリスクがあったため、家族に相談し、安定するまでは夜間は居間で休んでもらい、見守りを強化し対応した。しかし居間にベッドを置くことで夜間の睡眠が確保されず、昼間に入眠する時間が増えていたため、状態を見ながら安全に見守りができる場所に居室変更を行う、夜間の転倒防止にセンサーを

使用するなどの対応へ変更した。

- ・精神面とともに身体面のケアを行うことにより、現在は帰宅願望が入院前と同じように訴えがあり、表情の変化もみられるようになり、家事手伝いも声掛けで行うようになった。日中の入眠はなく歩行状態も見守りで対応できるまで回復している。



### ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

#### 【入居から現在までの帰宅願望の変化】

	本人の帰宅願望を訴える言葉 (表出される発言内容)	帰宅願望の頻度と行動	スタッフのかかわり
平成 21 年 3 月～4 月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「どうしてここに連れてこられたとやろうか」</li> <li>・ 「ちゃんと説明して」</li> <li>・ 「お金はどうなっている」</li> <li>・ 「主人のことが心配」</li> <li>・ 「帰ります」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 3/31 の入居直後より昼夜問わずの訴え (繰り返し)</li> <li>・ 特に夕方～就寝前の 21 時頃までがひどく夜中も目を覚ますたびに訴える</li> <li>・ 荷物をまとめる行動</li> <li>・ 施設の外に出ていく</li> <li>・ 自宅へ電話しようとする</li> <li>・ 電話を要求する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訴えの度に返答、会話する</li> <li>・ 掃除や家事を手伝ってもらおう</li> <li>・ 強い帰宅願望には家族に連絡する (電話する)</li> <li>・ 外に出るときはそのまま散歩として同行する</li> <li>・ 4/27 より学習療法</li> </ul>
平成 21 年 5 月～ 平成 22 年 1 月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「気が気じゃなく眠らん」</li> <li>・ 「送ってもらわれんならここにはおられん」</li> <li>・ 「家の者にいらんもんにされとる」</li> <li>・ 「主人のことが心配」</li> <li>・ 「いつ迎えに来るやろか聞いてみらんやん」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訴えは毎日であるが日中は訴えをしない日もあり</li> <li>・ 夜は就寝前 (21 時) まで何度も「いつ帰られるか」と聞く</li> <li>・ 夜間起きた時には訴えなし、朝起きるなり帰宅願望を訴えることはあり</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訴えのたびに会話⇒落ち着くことが多い</li> <li>・ スタッフが家族になりかわり電話で話す</li> <li>・ 月に 1 回程度自宅近くの施設に入所中の夫の面会に連れて行ってもらう</li> <li>・ 家事手伝いを声かけ (役割探し)</li> <li>・ 草取り、畑仕事</li> <li>・ ドライブ、買い物</li> <li>・ 季節の行事に参加</li> <li>・ 新聞を渡す</li> <li>・ 学習療法の継続</li> </ul>
平成 22 年 2 月～4 月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夫が亡くなったことを何度も話す、落胆はない</li> <li>・ 次の法事はいつかを聞く</li> <li>・ 「夫が死んだとに私が家におらんならでけん」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訴えが毎日 (昼夜) 続く、同じことを何度も 1、2 分と持たずに聞く</li> <li>・ 法事で外出中に自宅でも「帰る」と訴える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ レクリエーションの参加、バスハイク</li> <li>・ 隣の棟に連れて行く</li> <li>・ 観音様へ参拝、散歩</li> <li>・ 家事手伝いを声かけ (役割)</li> </ul>

<p>平成 22 年 5 月～ 平成 24 年 6 月</p> <p>平成 24 年 7 月～ 12 月</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「明日が葬式」</li> <li>・ 「明日は迎えに来るのか」</li> <li>・ 「いつくるのか」</li> <li>・ 「だれがくるのか」</li> <li>・ 骨折にて約 1 か月入院</li> <li>・ 「うちからいつ来るかね」</li> <li>・ 「お金はよかね」(お金のことも家族はわかっているだろうか?という事)</li> <li>・ 「泊まらやんち聞いたばってん」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外へ行きたがる</li> <li>・ 電話を要求する</li> <li>・ 毎日の訴えだが聞くのみ</li> <li>・ 外に出る行動はない</li> <li>・ 退院直後は訴えも行動も消失 ⇒レベル低下していた</li> <li>・ 同じことの繰り返しは変わりないが聞くのみ</li> <li>・ 夜間は入居当初より早く就寝する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>探し)</li> <li>・ 梅のへたとり</li> <li>・ 学習療法の継続</li> <li>・ 折り紙</li> <li>・ 「迎えは明日です」で返事を統一する</li> <li>・ 必ず本人の訴えに会話する</li> <li>・ 家事手伝いを本人の役割とし、日課にする ⇒役割作り(洗米、食材切り、おかずのつぎわけ、お膳ふき、洗濯物干し、洗濯物たたみ)</li> <li>・ 役割を実施してもらう時にはスタッフが一緒に会話しながら行う</li> <li>・ 役割に対し、毎回お礼の言葉をかける</li> <li>・ 季節に応じた手伝いを声かけ(梅、大豆の選別、豆の皮むき)→四季の感受</li> <li>・ 本人が動くとき側につき、会話する</li> <li>・ 学習療法を再開</li> </ul>
--	---	---	--

#### 【本事例の特徴及び今後の展開】

- ・ 身体的には自立に近い入居者が、アルツハイマー型認知症により自宅での生活が困難になったためにグループホームに入居。認知症周辺症状の典型である“帰宅願望”“夕暮れ症候群”と呼ばれる症状が、グループホームという小規模の施設だからこそきめ細かい対応で症状軽減が見られた事例である。
- ・ 対応として心がけたことは、①本人の出来る事を見つけて、本人に合わせた日課を組み立てた、②生活史の中で得意としてきたことを施設生活で継続できるように支援した、ことであり、これらのことで安定した精神状態を保ち状態を維持することが可能となる事例である。

## 2. 医療ニーズ型

### (1) 事例7（医療ニーズ対応型）：ろうで発熱を繰り返す方の事例

施設の概要	
運営主体	社会医療法人（北海道・東北地方）
利用定員	1ユニット9名
併設施設	グループホーム、デイサービス、小規模多機能型居宅介護事業所
事例執筆者	管理者

#### ■事例の概要

年齢・性別	80歳代・男性	日常生活自立度			
要介護度	2	寝たきり度	BA	認知症	Ⅱb
<p>主な疾病：レビー小体型認知症、右内頸動脈閉塞、前立腺肥大・膀胱がん、全ろう（2級）</p> <p>主な生活歴：3歳頃、高熱が原因で耳が聞こえなくなった。印刷会社で定年まで勤務。妻と娘の3人暮らし。平成13年に妻が脳梗塞で入院。退院後、在宅で妻の介護をしながら過ごす。本人は平成15年に膀胱がんの手術、平成16年に脳神経外科で右内頸動脈閉塞と診断。平成18年、妻が死去。以前は妻とデイサービスに通っていたが、その後はサービス利用せず。平成21年頃から室内、外で転倒する事があったが、デイサービスを利用しながら在宅生活を続ける。平成23年9月にレビー小体型認知症との診断をうける。</p> <p>経済状況：厚生年金、障害者年金で170,000円程/月</p> <p>家族構成：一人娘</p>					

#### ■地域の特性と社会資源分布

本市は、人口190万の都市で10の行政区に分かれおり、本グループホームは、市の北東部に位置する。平坦で山が少なく、公園、博物館等の観光スポットがあり、農業・工業・商業の3拍子揃った地域である。人口は、25万人、65歳以上の人口は、4万人位である。医療機関・介護保険サービス事業所もたくさんあるが、量・質とも充足しているとはいえない状況である。

#### ■事業所の特徴

母体病院を中心に、医療・保健・福祉のトータルケアを目指して、介護老人保健施設、グループホーム、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、指定居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等の複数のサービスを展開しており、地域包括支援センター、介護予防センターも委託されている。

本グループホームは、平成11年に開設、2階建の単独型（定員9人）で、開設当初から、認知症の人に優しい居住空間にもこだわり、認知症ケアに取り組んでおり、「終の棲みか」として、ターミナルケアも実践している。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【入居前の経過】

- ・ 妻、娘と3人暮らし。平成13年に妻が脳梗塞で入院。退院後は在宅で介護をしながら暮らしていた。その間ご本人も膀胱がんの手術や、右内頸動脈閉塞の診断をうける。平成18に奥さまが亡くなられるまで一緒にデイサービスも通われていたが、以降はサービスの利用はしていない。
- ・ 平成21年10月頃から屋内で転倒したり、ジェスチャーでの意思疎通が徐々に難しくなり、幻視も現れるようになった。平成22年7月からデイサービスの利用を再開。平成23年9月にレビー小体型認知症との診断を受ける。平成24年2月に肺炎となり、繰り返すかもと言われていた。

### 【入居当初、生活の把握が出来ない中での体調不良についての戸惑い】

- ・ 平成24年4月後半にグループホーム入居となるが、月が変わる頃からたびたび発熱がみられるようになる。意思疎通がうまくとれない中で、生活の把握、体調不良の様子についての対応に困難さを感じた。

### 【繰り返す発熱とレビー小体型認知症によるパーキンソン症状への影響】

- ・ 発熱を繰り返し、炎症反応も高いため、抗生剤を中心とした内服で対処するが、回復傾向見られず。歩行困難や転倒等の心身機能の低下が見られるようになり、食事動作の緩慢さ、食欲の低下、痰がらみも合わせて増えてきた。
- ・ 複数の医療機関を受診、検査するが炎症反応の原因は不明。検査入院して精査しなければ判明出来ずと言われる。認知症やろうである事で入院は困難と言われ対処療法で対応していく事になる。

### 【がんと診断】

- ・ 入居して5カ月、主治医より改めて検査の検討の打診があり、受診。肺がんの末期と診断される。先生からは入院治療の対象ではないとの話があった。腫瘍熱に合わせた薬の処方一時発熱やそれに伴う身体機能等も改善。表情も豊かになるが、幻視の出現頻度が増してくる。

### 【グループホームでの生活】

- ・ グループホームで対処できない時は病院で受けると言われ、医療機関の支援を受けながらグループホームでの生活を続けている。

## ■重度化した利用者への支援内容

### 【入居当初】

- ・ 入居して間もなく、まだグループホームでの日中の生活サイクル、夜間の入眠状態も分からない時期から発熱が見られだした。職員は「〇〇さんってこんな人」「普段の〇〇さん」をまだ掴みきれていなかった為、体調不良についてもどう捉えて良いのか分からない事が多く戸惑った。
- ・ 新たな主治医と相談しながら抗生物質の内服を継続した。改めてレントゲンを撮って「肺炎」との診断もあり、「内服を続ければ回復する」「レビー小体型認知症の為、体

調不良が歩行や動作に影響すると考えられるため注視していこう」と話しはしていたが、転倒事故を何度か起してしまう結果になった。夜勤帯で職員が1名の時もあれば、離床センサーのつけ忘れが原因の時もあり、その都度対応策を確認し周知するように努めた。

- ・ 内服治療を中心に行なっていたが、発熱は続き炎症反応も収まらない為、5月後半から2週間点滴治療を行った。本人も調子の悪さは自覚しており一度針を入れてしまえば2時間程静かに目を閉じているが、職員はつきっきりとなった。
- ・ 38℃の熱があっても調子のよい時もあり、座位を保つのも困難な時もあり、その時の状態に合わせてながら車椅子を使用したり食事の介助を行ったりしていた。

### 【最初の検査】

- ・ 6月に入り主治医の指示でCTを撮るが、最初の病院では原因不明。次の病院でも「検査をしないと分からないが、検査にはリスクがある」「癌、無気肺、感染症など可能性は様々」等の説明を受けた。「原因が分からないまま対応をされていて生活が守れるのか?」「病院の先生と家族が直接話をして出した結論なら受け入れよう」等職員間でも意見は様々だったが、家族の意向を尊重し検査は受けず、表出した状態に合わせての対処療法を中心に関わる事になった。
- ・ 熱が上がった時には解熱剤、炎症反応に対しては抗生物質の処方を繰り返していたが、目立った効果は認められず、週に1~2度の往診を繰り返していた。日常の状態にはムラはあるが、調子が悪そうな日が増えていった。
- ・ 9月に入って主治医からステロイドの内服の打診があり、家族にも相談し内服を開始した。内服後発熱はあっても高熱にはならず、ふらつきもあるが、一部介助で歩行も可能になったり、食事動作もスムーズで食べこぼしも減ったり、痰がらみの軽減が見られるなど一定の効果があった。職員も「もっと早くから内服を始めれば」との話をしているが、結局1週間程で以前の状態にもどってしまった。

### 【がんと診断】

- ・ 10月の中旬、主治医より今迄の対応について何も解決されない事を理由に、改めて呼吸器科での検査の打診があり家族と相談する事になった。家族は以前の病院で言われた検査のリスクについて気にしていたが、経過も踏まえた主治医の提案も理解できるとし、「無理のない検査であれば」と言う事で、まず受診をして医師の話を聞くことから始める事に同意してくれた。
- ・ 主治医が呼吸器科病院と連絡をとってくれたが、「診断をつけるためには入院」「早目にグループホームへは帰る方針」と言う話が聞かれた。再度グループホームから認知症の有無や、ろうである事、現在の生活状況を説明すると「入院は難しい」「まず受診して出来る検査を検討する」という事になった。
- ・ 11月中旬には家族、本人と共に呼吸器科を受診。当日CTの検査を行い、以前の画像と見比べてもらう。「肺がんの末期」との診断がでた。
- ・ 家族は大きな動揺は見られず、別の病院受診の時「がんかも」と言われていた事を挙げ「覚悟しなくちゃいけない」と話されていた。腫瘍熱に効くと言う薬を処方してもらい内服を開始すると、発熱や痰がらみ等の症状は見られなくなり日中も自分から起き上がろうとする姿が見られるようになった。発熱が無くなった為、歩行や食事動作、

痰がらみ等は改善が見られた。しかし、替わりに幻視の表出頻度が増し、食事に集中出来なくなったり、様々な促しの場面でもそれらが影響をして動きが止まってしまったり、拒否につながる事も増えた。そういった場合には、本人の納得がいくまで時間をかけてからの促しを中心に関わっていくしかなかったが、そうする事で笑顔や冗談めいた反応が見られるようにもなった。

- ・ 病院からは「がんが進行して最期どうしようも無くなった時は看られるから」との話も聞け、グループホームとしても状態が許せば看取りを行う事を基本に「どういった経過をたどるか分からないが変化が有るたび相談をしながら考えていく」事を家族と話をした。

## ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

### 【状態の把握の困難さ】

- ・ 認知症の方の場合、体調不良を適切に伝える事が難しく、ろうもありコミュニケーションの困難さを持つ方の入居の場合、入居前に居宅のケアマネジャー、利用しているサービスの関係者、本人、家族とグループホームの管理者、計画作成担当で担当者会議を開催しスムーズな環境適応が出来るような情報交換、連携が必要である。
- ・ 入居間もなく体調不良を繰り返し、ろうである事でのコミュニケーションの難しさ、状態の把握に困難さを感じた。その際、生活歴等のバックグラウンドアセスメントの情報を基に気付く事の必要性、洞察力を高める必要性についても大切であると学んだ。

### 【疾患別病態の理解をケアの連動】

- ・ レビー小体型認知症の特徴を理解し、体調不良がどういった影響を及ぼすのかを理解する事で事故を未然に防いだり、より適切な対応につなげる事が出来るようになる。入居者の認知症や病気の理解を深くする事が大切であると考えている。

### 【医療との連携】

- ・ 主治医、看護師、病院との連携を強化する事でより適切な対応が行えるようにする事に努めたいが、認知症があることで入院、検査、その後の治療等が難しい事も事実であると考えている。
- ・ 肺炎や炎症反応の改善が見られず入院検査もままならない状況の中で対処療法しかできないジレンマを感じた。

### 【家族への支援】

- ・ 状態が変化した時に互いの意見を交換し、何を感じたり、考えているかを理解し合う事が大切。入院の話が出た際、家族の付き添いを求められる場合も多く負担を感じる家族は少なくない。看とりが直結する場合、グループホームがどこまで対応できるか、その幅を出来るだけ広げる事で家族の負担軽減につながる事もあるのではないかと考えている。

**(2) 事例 8 (医療ニーズ対応型) : 経鼻栄養で寝たきりの医療ニーズに対応した方の事例**

施設の概要	
運営主体	医療法人社団 (中国・四国地方)
利用定員	2 ユニット 17 名
併設施設	外来診療所、在宅介護支援事業所、デイサービス、通所リハビリ
事例執筆者	管理者

**■事例の概要**

年齢・性別	88 歳・女	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	C2	認知症	IV
<p>主な疾病 : 慢性心不全、アルツハイマー型認知症、高血圧症</p> <p>主な生活歴 : 夫が漁師をしていたので手伝っていた。5 人の子どもを育てる。平成 11 年に夫を亡くし、その頃から物忘れが出現。夫が死亡した半年後に次男が帰り、同居を始め、家を新築する。平成 12 年頃からデイサービス利用していたが、平成 19 年 10 月グループホームへ入居。</p> <p>経済状況 : 国民年金 身障 1 級</p> <p>家族構成 :</p>					
<p>The diagram shows a family tree. At the top, a black square represents the father and a grey circle represents the mother. They are connected by a horizontal line. Below this line, a vertical line descends to a horizontal line representing the children. Five boxes represent the children, from left to right: a square labeled 'Y市', a circle labeled 'K町', a circle labeled '県外', a square labeled 'K町', and a square labeled '県外'. A dashed rectangular box labeled 'KP' at the bottom encloses the mother (grey circle) and the child in 'K町' (square).</p>					

**■地域の特性と社会資源分布**

本町は、人口約 2 万人の農村部で、高齢化率は 30.5% となっている。町内には、当事業所も含めてグループホームが 6 ヶ所、デイサービスが 11 ヶ所、デイケアが 1 ヶ所、居宅サービスは福祉系のサービスが多い。介護保険施設は、特別養護老人ホームが 2 ヶ所、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護事業所はない。

**■事業所の特徴**

経営規模は、母体が医院で、2 ユニット、介護度 3~5 の入居者を多く受け入れており、医療との連携体制が整っている為、開設当時より看取りも行っている。又、閉じこもり予防の為、社会交流目的にデイサービスに出てもらっている。家族会結成、年 2 回活動を行っており、家族との絆を深めている。



## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

- 平成19年10月11日 入居、介護度4。歩行：車椅子、排便：ラキソベロン使用で1回/3～4日、排泄：一部介助（リハビリパンツ＋パット）、食事：居眠りで手が止まったり、興奮がある時は一部介助、水分：900～1000ml 吐き出してしまい困難。  
認知症症状：日中夜間、大声が出る、机を叩く、つねる、噛む、唾を吐く、夜間、服を脱いでしまう。  
難聴の為、コミュニケーションがとりづらい。（補聴器使用）  
運動：立位訓練、パワーリハビリ
- 平成20年1月 パワーリハビリ中、大声が出るので、個別リハビリに変更→歩行器で歩行できる（トイレへは歩行器使用）。グループホームで毎日、立位、歩行訓練を実施。
- 同年4月 水分拒否あり、ゼリー対応する。排泄は二人介助へ。一行為毎に了解を取り、大声が出ないようにする。補聴器は外して投げてしまう。右足第2趾の痛みがあるも発赤や変色等はない。主治医に相談するも様子観察となる。
- 同年5月 夜間の大声続く。「鉄砲持って男の人が殺しに来た！」と、布団にもぐる。パット交換時、大声、つねる、噛む等あり、排泄ケアの時の興奮が強い。水分は1000～1500ml 摂取できるようになる。
- 同年7月 右足指の痛みにより日中の大声がひどく、他入居者への影響がある為、居室で見守る。レクリエーションはボール投げ、歌に参加。食事、更衣時に興奮があると進まず。「勝手に薬飲まされた！」と、コップをひっくり返すが、直ぐに落ち着いて、自己紹介をしたり、話したりする場面もある。排泄時の介助で、興奮、大声となる。気分転換に車椅子で散策すると落ち着かれる。
- 同年10月 要介護認定で介護度4→介護度5となる。
- 同年12月 右足裏と親指、踵周辺が赤く、痛みを訴える。主治医に相談するも様子観察となる。
- 平成21年2月 「足が熱い！火がついとる！」と言う。冷やしタオルや水入りペットボトルを当て冷やす（巻き爪部の変色あり）。
- 同年5月 「薬に毒が入っている」と言って吐き出す。状態的には時々思い出したように痛みを訴えるが、落ち着いていた。
- 平成22年5月 体力低下が目立ち元気がなくなる。水分が入らず、400～1000ml とムラがあり、点滴も外してしまう為、施行出来ず（家族へ了解）。家族・主治医・職員等でカンファレンスを開催し、「飲めるだけ、食べられるだけ、延命はしない」と決定する。右足内側に褥瘡あり、ラップ処置開始する。食事量は減少し、点滴を外す事も無くなったので、再度開始する。口のアセスメントを行い、歯科衛生師からは問題ないとの診断を受けたため、介助で昼食摂取を試みる。夜間ナーセントパットで除圧し、体位変換するも、臀部・仙骨・腸骨・外架部に次々と褥瘡が出現する為、体位変換の回数を増やす。微熱もある為、お茶ゼリーやラコールゼリーを作り、様子を観ながら摂取してもらうように努める。排便もない為、看護師と連携をとり下剤の調整をする。褥瘡も悪化、看護師に報告し処置方法が変更となる。
- 同年6月 活気なし、傾眠状態。水分殆ど入らず。家族がぶどう、素麺を持参し、介助される。褥瘡悪化の為、家族と話し合い、エアーマットをレンタルで使用開始する。

- ・ 同年 6 月 4 日～21 日 訪問看護で点滴施行する。
- ・ 同年 6 月 25 日 医院に入院、病状悪化により、主治医、家族、職員でカンファレンスを行い、家族了解のもと、バルンカテーテル留置とする。家族は延命希望された為、鼻腔栄養となる。右足広範囲に壊疽があり、家族と相談し保存的加療となったが、後日、壊疽が右下腿裏面の下半分～右足にて限局し、家族の強い希望で下肢切断に同意。
- ・ 同年 7 月 13 日 別の医療機関に入院、右足大腿部より切断手術する。
- ・ 同年 7 月 21 日 仙骨部褥瘡を搔爬。
- ・ 同年 7 月 29 日 医院に帰院。
- ・ 同年 9 月 8 日以降 日中はグループホームで過ごす。鼻注、処置方法が看護師より伝達あり。
- ・ 同年 9 月 15 日 終日傾眠状態ではあるが、病状管理の為バルンカテーテル留置、経管栄養のままグループホームへ帰る。左足踵部等変色あり、仙骨部褥瘡は悪化傾向、7×4 cm IV度。
- ・ 同年 9 月 16 日 訪問看護で処置の継続。カンファレンスを行い、家族より、少しずつでも元気になって穏やかに暮らして欲しいとの希望あり。PT による個別リハビリ開始。歯科衛生師に口腔内をみてもらい、乾燥を防ぐ為にも、日中義歯を入れる事と、口腔ケアの指導を受ける。週 2 回、医院で入浴し、処置は看護師、訪問看護で対処する。食事：ツインライン 200ml×2 (朝・夕)、白湯 100ml×2、尿測を実施する。発熱するようになり、クーリング、坐薬使用、口腔内乾燥しやすくなる。左手、左下肢に浮腫 (+)、家族より、無理せず日中も居室で安楽にさせて欲しいと申し出あり、家族の辛い思いを尊重し受け止め、日中はほとんどベッド臥床とする。それでも非日常的な行事の敬老会や誕生会には家族同伴で参加するが、ほとんど閉眼。
- ・ 同年 10 月 舌苔、奥の方にあり、粘り強い。口腔ケア、クルリーナブラシとリステリンを使用する。褥瘡はラップ処置となる。
- ・ 同年 11 月 入浴は 1 回となり、清拭をこまめに実施。左踵部変色あり→ラップ処置。
- ・ 同年 12 月 ボランティアを活用し散髪をする。
- ・ 平成 23 年 1 月 踵悪化→ラップ処置へ。水分 200ml/日～400ml/日へ。左下肢内側 2×5 cm 発赤→ガーゼ保護→ソフラ処置。
- ・ 同年 2 月 処置、仙骨・左下肢・踵にあり。水分 400 ml 日～600 ml /日へ変更
- ・ 同年 4 月 痰が多くなり、咳き込みがある為、吸引を開始する。体を動かすと、眼球が左右に動く。呼吸荒く、痰がらみの咳が出る。朝・昼・夕、クルリーナ吸引ブラシで口腔ケアし、ツインライン・白湯を注入する。介護職員との連携を密にしながら看護師が対処する。
- ・ 同年 5 月 褥瘡はほとんど完治、訪問看護終了、今後はグループホームで処置。状態は一喜一憂、褥瘡は良くなったり悪くなったりを繰り返す。両手を握っている為、手の平はむせて皮がむけ、ラミシール塗布し、握り棒にスパンクロスを巻き、握る。痰が粘く、血が少し混じる。細い泡状の唾液が多量喉の奥にある。息が荒い。
- ・ 同年 9 月 24 日 カンファレンスにて、家族から「とにかく苦痛なく逝かせたい」、「最期までグループホームで看取りを、入院はしない」との思いを聞き、記録にサインを頂く。
- ・ 同年 10 月 口腔内乾燥しており、唇に潰瘍状のもの出来る→頻回に水で湿らし、家

族が持ってこられたリップクリーム塗布する。

- ・ 同年 11 月 夜間の吸引回数増える (4~7 回)。11 月 19 日に入院予定とするも、19 日 9 時 52 分、多臓器不全で死亡。家族とともに死後処置をする。通夜、葬儀に参列し、家族に労いの思いを伝える (※入院は主治医の判断であり、これ以上は職員の精神的な負担が大のため)。

## ■ 重度化した利用者への支援内容

### 【BPSD】

- ・ 補聴器を付け、意思疎通をしっかりとらえ、子どもの心配事等を話されるので、共感し、話をよく聞き、安心される言葉掛けを耳元とする
- ・ ゆっくり関わり、了解をとりながらケアする。
- ・ 痛い事、辛い事がないように気を付ける。
- ・ 足の痛み時の興奮は、さすったり手を握ったりする。
- ・ 甘味を付けた温かい牛乳等を飲んでもらう。
- ・ 便秘対策の為、カスピ海ヨーグルト+バナナ、腹部マッサージをする。

### 【医療ニーズ】

- ・ 訪問診療 2 回/月、訪問看護 (入浴・褥瘡処置)、PT の個別ケア、パワーリハビリ、バイタルチェック、服薬管理、浮腫の確認、排便管理 (ラキソベロン・浣腸・摘便)、バルンカテーテル留置、経鼻経管栄養 (注入前、空気音でチューブの確認をする・声掛け・顔色確認)、痰吸引、看取り介護への対応を実施。
- ・ 口腔内乾燥→スパンクロスを水で湿らせ、口腔内拭いて湿らせる。体位変換・除圧。
- ・ 朝、昼、夕、クルリーナ吸引ブラシで口腔ケアを丁寧にする・褥瘡処置と予防・発汗時、清拭と更衣・室内の温度調節・頻回に来訪のある家族に労いを伝え、ケア内容や状態等を話し、少しでも安心してもらえるように努める。

### 【事業所の方針】

- ・ 医療と連携をとりながら、出来る限り最期迄グループホームで看る。
- ・ 医療との連携体制。母体の医院との連携で、訪問診療、訪問看護を入れる。
- ・ 24 時間、随時連携がとれる家族との連携体制をつくる。変化時の連絡と、来訪時には状態を説明。食事介助、パット交換、清拭など進んで支援して下さる。結果として、頻回に来訪あり。

## ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・ 朝、昼、夕の丁寧な口腔ケア実施で、肺炎になる方がほとんどいない。
- ・ 興奮時は、時間をかけ、ボディタッチをしながら話し、根気よく関わる事を積み重ねていく事で心を開いて下さるが、現状では時間をかける事は難しい。
- ・ 水分摂取が大切な事は理解しており、形態、時間、タイミングを把握し、少しずつでも摂って頂く努力をしている。
- ・ 最後まで寝たきりにさせない介護を目指し、離床に心掛けた。
- ・ グリーフケアは、入居時より家族とのコミュニケーションを取りながら行った。

### (3) 事例 9 (医療ニーズ対応型) : 看取りの経験がもたらす職員の成長

施設の概要	
運営主体	有限会社 (九州・沖縄地方)
利用定員	2 ユニット 18 名
併設施設	小規模多機能型居宅介護事業所、デイサービス
事例執筆者	管理者

#### ■事例の概要

年齢・性別	90 歳・男性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	C2	認知症	IV
<p>主な疾病 : 老人性認知症、脳梗塞後遺症、うっ血性心不全、びまん性汎細気管支炎          主な生活歴 : 定年まで国鉄に勤務され、退職後は公民館の館長、区長、保護司などを歴任。5 年程前より三女の家族と同居されるようになった。野球や相撲などのスポーツ観戦が好きで、野菜作りなどにも勤しまれていた。          経済状況 : 退職金や年金である程度不自由なく暮らされている。          家族構成 : 妻 (入院中)、三女夫婦、孫二人と同居中。</p>					

#### ■地域の特性と社会資源分布

本市は人口 7 万人の小都市であるが、隣県との県境に位置しており、人口の割に介護施設が乱立している現状にある。市内には当事業所も含めてグループホームが 33 ヶ所、デイサービスが 48 ヶ所 (うち、認知症デイサービスは 3 ヶ所)、小規模多機能型居宅介護事業所が 5 ヶ所存在し、その他特別養護老人ホームが 7 ヶ所、介護老人保健施設が 3 ヶ所存在する。また最近是有料老人ホームが急速に増加している。

#### ■事業所の特徴

どの事業所も規模は小さく、きめ細やかなサービスをモットーとしているが、もう一つの特徴としては、オープン当初より重度の方が多く、入居者の約 90% 以上がターミナルケアとなっている現状がある。これはグループホームを開設するにあたり、疾病のためグループホームに入居出来ない方々の受け皿となるべく、医療と介護の連携を柱としたグループホームを目指したことにより、自然に重度の方が増えてきたという結果に至ったものと思われる。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【グループホーム入居までの経過】

- ・平成22年6月24日、自宅にて脳梗塞発症し救急病院へ搬送される。その時点では左片麻痺、構音障害が出現している。その後リハビリを目的として転院されたが、その頃より認知症が進行し、暴言、暴力等のBPSDの出現もあり、平成22年10月長期療養型病院に転院された。この頃より身体機能は徐々に低下し、嚥下障害も出現、肺炎等を繰り返す度にADLも低下し、全介助レベルとなってきた。介助量の増大に伴い、ご家族にとってこの病院の介護内容に、徐々に不信や不満が募られ、当グループホームに相談に来られた。そして「残りの人生を家庭的な環境の中で、穏やかに過ごして欲しい」「本人の現状に合った介護をしてもらいたい」「出来れば最後までこのホームで過ごさせて欲しい」というご家族の願いを聞き入れ、当初よりターミナルを視野に入れて、平成23年2月12日当グループホームへ入所となった。

### 【入所時の本人の状況】

- ・入所の当日は、娘さんご夫婦と一緒に車椅子で来所された。しかし病院より10分ほどの移動時間にも拘わらず、かなりの疲労感を訴えられ、ベッド臥床された。その後も長時間の座位保持は難しく、構音障害のため指差しやうなずき等で意思を示され、自室でのベッド臥床を希望されることが多くなっていった。この頃の問題点としては、①体力、耐久性の低下が強く、長時間座位保持が困難。②食事や水分にムセがあり、摂取量が十分に確保できない。③痰が粘調で絡みやすい。④尿量も少なく濃縮している等が挙げられた。全体的な筋力の低下、持続的な脱水等、今後円滑な介護を行うためにも、まず医療面での支援が不可欠との判断のもとに、当初より医療と介護の連携を密にしたケアプランの作成に当たった。

## ■重度化した利用者への支援内容

### 【平成23年2月11日入所】

- ・入所時より、去痰困難が時折認めるとの情報もあり、看護師にて吸引器の設置を行う。全介助状態ではあったが、意思表示は目や表情、口の動きからなんとか汲み取れる状態であった為、介護にあたる際には必ず言葉かけを行いながら、御本人の意思を確認したりして、支援に対して理解をして頂ける様に配慮に努めた。又、御家族の意向で「家庭的な雰囲気を感じてもらいながら生活させたい。」との思いをくみながら、日中は体調に合わせて、リクライニング式車椅子に移乗して頂き、他入居者と一緒にホールで過ごす事が出来る様に努め、レクや体操など出来る動作はないか、楽しんでもらえるかなど観察しながら参加して頂いた。

### 【入所から1、2ヵ月～】

- ・当初より、食事はミキサー、水分にはトロミを調整しながらの食事摂取状態であったが、ムセや咽頭ゴロ音などの症状が頻回に認められるようになってきた。より経口摂取には注意を払う必要があり、一口一口を安全に摂取出来る様に努める。看護師より痰の吸引をしてもらうなどの状況も増している。水分も経口では思う様に確保出来ない状態がみられはじめた。御家族の面会も頻回にあり、状況や状態については医師から

必要に応じ説明して頂くと共に、看護師・介護スタッフからも変化があれば必ず伝達出来る様に配慮し情報の共有に努めた。脱水による発熱や痰量の増加なども認め、点滴治療が必要な日も増えた。そんな中でも、体調の変化に応じて無理のない様にホールのベッドやソファで過ごして頂き、孤独感を感じる事の無い様に配慮した。

- ・ 食事摂取への意欲を低下させない為や、嚥下機能の維持の為にも口腔内のアイスマッサージを食前に行ったり、嗜好品（あんこなど甘い物）をご家族に聞き、食べて頂くなどの支援に努めると、笑顔が見られる事もあった。
- ・ 発熱などの症状も認め、状態に合わせて身体の清潔保持の為に入浴・清拭・部分浴など日頃からの整容とあわせて実施した。

#### 【入所から3ヶ月（平成23年5月）】

- ・ 食事・水分摂取が思う様に入らなくなった。また、脱水や低蛋白による全身の浮腫みと貧血の為、体力の低下が著しく認められる様になり、主治医よりご家族に対して身体状態について説明がおこなわれる。嚥下状態もかなり悪く、経口での摂取が困難な状況である事なども説明。「医療施設での延命治療か本人の生きる力に任せ、グループホームで出来る事を行うか」どちらかの選択をする事になると話され、御親戚・御姉妹の方と相談して頂くように説明がなされる。後日御家族より、「最後まで、ここでお願いします。」とのお返事を頂く。医療的には、IVHにて高カロリー輸液が開始となる。尿道留置カテーテル挿入。
- ・ 主治医より指示を受けながら、看護師・介護スタッフと支援の見直しを行い、身体状況が安定するまでは、体調管理に努め各スタッフが身体状況の把握出来る様に、また、申し送りの徹底と異常時は医師・看護師への報告が出来る様に努めた。点滴や尿道カテーテルのルート管理・褥瘡予防や苦痛の軽減の為に体位交換を確実にを行い、訪室時や支援時には必ず言葉かけを行い、寂しさや不安の軽減に努める。平行して、食べる事を忘れない様に、体調が良い時は経口から好きな物を少しでも食べられる様にとの指示で誤嚥に注意しゆっくり摂取して頂いた。口腔ケアも残された歯のぐらつきがある為、御家族の希望にて歯科往診を依頼し、抜歯する。その後も定期的な訪問を継続してもらい、介護スタッフへ口腔ケアの指導を受けたり、相談するなど、歯科との協力のもとケアに努めた。

#### 【入所から5か月（平成23年8月）】

- ・ 徐々に高カロリー輸液により身体症状も小康状態となり、ホールに出て他者と過す時間も短時間ではあるがとれるようになる。経口からの食事摂取は実施できず。
- ・ 寝て過ごす時間も増し、入所時の四肢の拘縮も悪化傾向であり苦顔表情も認め、体位交換・おむつ交換などの際は努めて、屈伸運動・クッションでの対応で少しでも進行しない様に継続実施を行う。
- ・ その後も発熱や痰量の増減・尿量の減少などの変動は認めたが、その時々状態を把握出来る様に御家族・医師・看護師・介護スタッフ間での情報交換を行いながら治療・支援を行い、経過を見守り、自室に居る時は、音楽をかけたり、訪室時の言葉かけや御家族が持って来られたボードを使用してコメントを書き、御本人がいつでも読める様に見える場所に掲げるなどして関わりを常に持てる様に配慮した。

#### 【平成24年7月】

- ・再度状態の悪化が認められるようになる。血液検査にて造血機能の低下が著しく、出血傾向や血圧変動も認められ、尿量の減少も見られる様になる。医師・看護師からの病状の説明と起こり得る症状の変化などを介護スタッフに伝えながら、出来る限り支援の継続に努める。介護スタッフの不安もあり、看護師も頻回に訪室しながら支援状況を確認し、質問等にも答えながら昼夜フォロー出来る様に配慮する。又、御家族に対しても主治医よりの説明と面会時には必ず経過報告を行いながら要望等を含め、話が出来る様に努める。御家族からは、「父が頑張ってる生きようとする気持ちが感じられる以上は、長生きをしてもらいたい。」と話される。御本人の苦顔される表情に声かけを行いながら、心身の苦痛が少しでも軽減出来る様に支援に努める。

#### 【平成 24 年 8 月】

- ・ 8 月に入り、徐々に意識レベルの低下が認められる様になり、血圧の低下もあり思う様に体位交換も出来ない日もある。酸素吸入の開始。御本人に負担をかけないようにゆっくり体位をかえながらの清拭やおむつ交換など支援にも時間を要す。部屋に入る際には、ホールスタッフに声をかけ協力を得る。口腔内の出血傾向や分泌物や痰による窒息防止に努め、口腔内の観察ケアを継続する。出来る限り、頻回に訪室し状態変化に早く気付ける様に努める。室内環境の整備にも努める。御家族の面会も頻回であり、その都度状態についての説明を行い、御家族より「本人に、以前ここ（当グループホーム）でいいのか。」と尋ねた時、しっかりうなずき答えられた事を聞き、介護スタッフにも伝達する。最後まで悔いが残らない様にとあらためて気持ちを引き締める事ができた。

#### 【平成 24 年 8 月 21 日】

- ・ 日中、状態は悪いながらも経過するが、利尿剤での反応尿もほとんどない状態で、夜勤者へ申し送り、医師・看護師といつでも連絡が取れるように配慮する。
- ・ 19 時 45 分 訪室時、顔面蒼白、呼吸停止バイタル測定できず。医師・看護師連絡。御家族へ連絡。蘇生試みるも反応なし。
- ・ 20 時 30 分 死亡確認。御家族のみを残し退室。看護師・駆けつけてくれた職員と共に、死後の処置を行い、御見送りをさせて頂く。
- ・ お通夜へ参列し、多くのスタッフが最後のお別れをさせて頂き、御家族より有難い感謝のお言葉を頂く事が出来た。

### ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・ グループホームでの看取りは特別なものと考えられている施設も数多く見受けられるが、当グループホームでは設立当初から、入所してこられた以上ご家族の要望があれば、ターミナルケアはごく自然なことと受け止め、職員もそれに対応してきた。人間誰しも死を迎えるものであり、それまで一生懸命介護を行ってきた方が、人生の最後を当ホームで迎えるという選択をしていただくことは、本当にありがたいことと受け止めている。そしてターミナルの一例一例を経験するたびに、職員が成長していくのが、手に取るように分かる。経験の長い職員の中には、死を間近にした利用者さんに対し、「明日私が夜勤だから、私が見送ってあげるね」と言葉掛けをして帰宅する人もいます。当ホームでは、亡くなられたのがたとえ夜中であっても、全職員に連絡

し、駆けつけてきた人全員で最後の処置（エンゼルケア）を行い、お見送りをすることが常となっている。そして時間の許す限りお通夜にも参加し、最後のお別れをしている。この悲しみが明日へのよりよい介護へと繋がっているといても決して過言ではない。

- 一方、数多くのターミナルを経験させるためには、職員の対応力を常に向上させるための教育が不可欠となっている。当ホームでは新人教育の中に、救急処置も含めてある程度の医学的知識や対応力の強化等を取り入れ、いざというときに困惑しないよう日々訓練も行なっている。
- しかし、時には重症者が重なることもあり、他のグループホームに比べ、看護職員や基準以上の職員の配置も必要になってくる。今後円滑な重度化対応やターミナルケアを行うにあたって、ぜひ重度化加算等の経済的配慮を考慮していただきたいと切に願うところである。



### 3. 看取り介護型

#### (1) 事例 10 (看取り介護型) : 周辺状況の緩和から旅立ちの感動まで共に歩む

施設の概要	
運営主体	NPO 法人 (関東・甲信越地方)
利用定員	1 ユニット 9 名
併設施設	単独型
事例執筆者	介護主任

#### ■事例の概要

年齢・性別	85 才 女	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	C2	認知症	M
<p>主な疾病 : アルツハイマー型認知症、続発性パーキンソン症候群</p> <p>主な生活歴 : 農家の長女として生まれ育つ。近所でも評判の働き者だった。20 才で県内大農家 (果樹園) に嫁ぎ 2 人の娘をもうける。娘達は早くから独立し、都市部に嫁ぐ。65 才で夫が死亡後 1 人で果樹園と農業を営み、娘達からは、がむしゃらに働いていた・と評されている。73 才より物忘れが甚だしくなり、次女宅に同居する。</p> <p>経済状況 : 古くから大農家の本家で資産あり。本人の貯えもある。</p> <p>家族構成 : 次女夫婦 孫 2 人と同居</p>					

#### ■地域の特性と社会資源分布

歴史ある旧住宅地と、急速に発展している新興住宅地が混在する市街地である。人口 85,000 人、高齢化率 18.4%となっている。

社会資源としては、特別養護老人ホーム 4 ヶ所、介護老人保健施設 2 ヶ所、グループホーム 6 ヶ所、介護付有料老人ホーム 2 ヶ所、短期入所先 6 ヶ所、特別養護老人ホーム入所希望の待機者 190 名のため新設中である。通所サービス事業所は小規模 7 ヶ所、中規模併設 6 ヶ所と通所サービスは充足している。医療機関は、大学付属病院 1 ヶ所、開業医 (診療所) 20 ヶ所あり急増中だが入院できる総合病院は 1 ヶ所のみである。

#### ■事業所の特徴

当法人は平成 13 年に事業を開始。地域密着型、小規模の運営にこだわり、主として認知症の人の生活支援に力を注いで来た。

現在は、グループホーム (単独型) 2 ヶ所、デイサービス 1 ヶ所、小規模多機能型居宅介護事業 1 ヶ所、居宅支援事業 1 ヶ所を職員 60 名で運営している。

自主的な活動として、地域まちづくり支援で今までの経験、知識、人材を生かして、認知症の介護予防を実施している。法人の劇団による、地区住民や小、中校への出張講座等も好評である。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【平成 12 年】

- ・ 本人 (73 才) から長女への TEL にて同じことのくり返しが多くなり、異変に気づいた。娘が行くと押入れに貴金属などが多量にかくしてあり、訪問販売の被害額がかなりあった。近所の人は気づかなかった。

### 【平成 13 年】

- ・ (約 2 年) 近隣の医療機関を受診してアルツハイマー型認知症と診断されたため、千葉の次女宅へ同居する。環境に慣れず「帰る、帰る」と徘徊、暴言、夜間不眠が頻繁になり抗精神薬が増量されていった。失禁、ふらつき、幻覚、どんよりした表情となり、夜間の大声や物を投げるなどが続き家族介護が限界となり、介護老人保健施設に 10 ヶ月程入所。
- ・ (約 1 年) 徐々に下肢が弱り車椅子利用が多くなった。要介護 4 に認定。

### 【平成 16 年】

- ・ (約 1 年) 5 月 (75 才)、グループホーム入居後 4 ヶ月程で穏やかに過ごされる時間が増え、手引き歩行が可能となり、要介護 3 に改善された。徐々に四肢拘縮が始まり続発性パーキンソン症候群と診断され、再び要介護 4 に認定。
- ・ (約 5 年) リハビリ等開始。急速に車椅子利用となり身体介護に要する時間が増え、スプーンも持てなくなり、寝返りも出来ず、食事、排泄すべて全介助となる。言葉の反応も少なくなるが、表情は明るく、いつも笑顔で返応される。

### 【平成 22 年】

- ・ (約 2 年) 3 月に突然全身硬直後ケイレン発作が出現。CT 結果では脳の委縮による痙攣発作との由、デパケン開始。後も月に 1 回程度の発作が続いた。
- ・ 9 月に 82 才で安らかに永眠された。

## ■重度化した利用者への支援内容

### 【入居時、周辺症状に対する支援 (1 年)】

- ・ 生活見直しシート：本人の 1 日の流れ等をスタッフ間で検討、状況を整理。
- ・ 生活環境：自室に夫の仏壇、お気に入りの赤ちゃん人形、孫の写真。
- ・ 24 時間の見守りケア：1 人の時間を作らないことを徹底。同時にお勝手のお手伝い、洗濯物たたみ、お買い物、毎日の散歩を実施。
- ・ 大声や陰しい表情は全く見られなくなり、笑顔で歌を口ずさむ。要介護 3 に認定され改善、手引き歩行も可能となった。

### 【続発性パーキン症候群に対する支援】

#### ○約 2 年

- ・ 月 2 回の受診同伴。理学療法士の指導のもと、毎日のリハビリ等を実施するが効果なく、2 年も経過すると四肢拘縮、スプーンも持てなくなり、寝返りも出来なくなる。週 2 回の訪問マッサージに切り替え、介護職員も毎日のマッサージ、日中はリビングのソファで過ごしていただき、戸外散歩 (車椅子) も欠かさず実施。

### ○約3年

- ・ 日帰りドライブ、レクリエーションも他の入居者と同じ様に参加。自発語も徐々に少なくなるが終日にこやかに過ごし、時に歌を口ずさんだりもした。
- ・ 食事：きざみ食を食事スプーンで少量ずつ介助し30～60分要する。毎日の全身清拭。
- ・ 入浴：週2回、2名の職員の介助で実施。

#### 【全身けいれん発作の支援（2年間）】

- ・ 突然全身硬直させ大きな痙攣発作を起こすため、すぐに脳外科を受診。CT結果で脳の委縮によるものとの由、デパケン服用開始後も月1回程度の発作を繰り返す。発作時の対応マニュアルを作成。職員一丸となりケアする。
- ・ 主治医は訪問診療の医師に変更し、24時間の連携契約にさせていただく。
- ・ 家族とは重度化、今後の対応や緊急時の対応等について再三話し合いを持った。

#### 【看取りケアの支援（準備期）】

- ・ 痙攣発作が頻回となり（2～3回/日）ADLも急速に低下。流動食に変更となる。口唇を軽く刺激すると、口を開け飲み込まれるため、ゆっくり介助した。
- ・ 家族は延命治療を望まず、終末もこのままグループホームで看取ってほしいとの強い要望を示される。主治医、家族、職員の3者で話し合い、急変時の対応等充分話合った。職員は家族との共通の思いを持ち「ご本人らしく安らかな終末のお手伝い」をさせていただくことの決意を新たにした。1日の流れに（計画書）に添って可能な限り柔軟に対応する。体調が良い時は寝かせきりにしないで、リビングで他の入居者と同じ空間で過ごす。

#### 【終末期28日間】

- ・ 8月12日から血圧80mmHg、喘鳴続く。体温37.2℃、5日間の抗生剤注射。経口摂取300ml/日程度となり、終日傾眠状態、時により舌を動かし飲み込む時もある。
- ・ 喘鳴が強い時は看護師を呼び吸引する。看護師は2階で宿直体制を開始する。
- ・ 主治医（訪問診療所）と家族とはほぼ毎日連絡を取り合う。主治医・看護師は頻回訪問あり。
- ・ 8月18日SP02=60%のため酸素吸入開始。家族が頻回に来訪。

#### 【旅立ち】

- ・ 9月8日（朝）体温37.1℃あるが、脈が触れなくなり、静かに呼吸停止された。主治医の死亡確認後入居者もお別れをした。
- ・ 家族は朝の出勤途中だったため40分程遅れて駆けつけられたが、昨日も会いに来ており、見慣れた職員さんに「旅立ちを看取っていただいたので、全く悔いはありません」と却って感謝された。

### ■重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・ 当グループホームは平成12年開所、12名の看取りを実施している。旅立ちの平均年齢は88.5才、入居期間は5.2年間である。病院入院で永眠された方は3名。
- ・ グループホームでの看取りで大切なのは、人間性ある温かな介護と容態に応じた柔軟な対応ができること、グループホームで家族同様に生活して来た信頼関係と本人

の居心地の良い環境が継続できること。家族の強い希望と本人の意思を尊重し、今まで当グループホームで旅立たれた方は、皆とても安らかに永眠された。ご家族の感謝の言葉とたくさんの感動をいただき職員の意欲にもつながっている。

### 【困難だったこと】

#### 1. 看取りケアに医療ニーズは不可欠？

- ・ 延命治療を望まない方にグループホームのケアだけで苦痛や不安をどこまで緩和出来るのか……。リスクを考えると前進できなかった。また、急変時、主治医の休日に連絡がとりにくい……。いくら書面で契約しても不安は除けなかった。
- ・ 平成 22 年より 24 時間連携可能な訪問診療所と家族の契約により、現在は不安なくケアできる様になった（医療チーム）。

#### 2. 介護職員のリスク

- ・ 初めて看取りケアをする職員は必ず戸惑う。夜勤で 1 人の時に急変したら困るとの思いが強い。対応として宿直看護師の補充をするが、人件費が運営にひびく。しかし、一度終末ケアの感動を味わうと、却ってモチベーションが上がり、自分の仕事に誇りを持てるようになった。

### 【今後の展開】

- ・ 旅立ちの後、その家族や職員に喪失感が残る場合が多い。当グループホームでは、お通夜に必ず出席し、死に顔を見せていただく。家族と職員が心よりお別れと悲しみを共有させていただき配慮と、お互いにねぎらいの言葉が必要である。
- ・ 家族には、旅立ちのあともグループホームに来ていただき、思い出を話し合う時間を持つことにより、命日には親の供養ですと訪問して下さるようになり、7 年も続けて支援して下さる方もいる。グループホームはその方の家であり、今までの人生の終末期を安らかに過ごせる場である。最期の時まで暮らすためにはグループホームでの看取りは当たり前になってほしい。

## (2) 事例 11 (看取り介護型) : 看取り～グループホームだからこそできる最大限の支援

施設の概要	
運営主体	社会福祉法人(関東・甲信越地方)
利用定員	2 ユニット 18 名
併設施設	なし
事例執筆者	ユニットリーダー

### ■事例の概要

年齢・性別	98 歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	B1	認知症	IV
<p>主な疾病 : アルツハイマー型認知症、心不全、心房細動</p> <p>主な生活歴 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 昭和 52 年ご主人を亡くされて以来、一人暮らしを続けられる。</li> <li>・ 平成 12 年 6 月より居宅介護支援所にてケアマネジメント開始。訪問介護を中心にケアプランを施行する。</li> <li>・ 平成 15 年 1 月頃より認知症の症状が出始め、服薬管理・金銭管理をケアマネジャー、ヘルパーで行うようになる。</li> <li>・ 平成 16 年 4 月グループホーム入所。</li> </ul> <p>心臓疾患があるため無理な運動は控えて頂き、ご本人も疲れたら自ら座って休まれるなどご自分のペースで生活をされている。月に 1 度掛かりつけの病院に受診があり職員が送迎を行っている。</p> <p>経済状況 : 生活保護</p> <p>家族構成 : 独居生活。隣県に義妹が在住。</p>					

### ■地域の特性と社会資源分布

政令市の北部に位置し、区人口は 207,639 人である。市内でも 1 番年齢層が若い区であり、平均年齢は 38 歳である。区内にはグループホーム 25 ヶ所、デイサービス 41 ヶ所、小規模多機能型居宅介護施設 2 ヶ所、有料老人ホーム 12 ヶ所、特別養護老人ホーム 4 ヶ所、介護老人保健施設 7 ヶ所を有している。

### ■事業所の特徴

平成 16 年 3 月開設、2 ユニット木造平屋建て。社会福祉法人であり、グループホーム事業としては 4 事業所、系列施設はその他 5 ヶ所を有し、医療との連携体制も整っている。

## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

- ・平成16年4月、当グループホームへ入居される。要介護度2。心臓疾患があるため無理な運動は極力禁止とし、体調不良や心臓の痛みを自ら訴えて来られる事も時折あるが、身体機能に関してはほぼ自立されご本人のペースで生活を送られている。月に1度かかりつけの病院へ受診を行い検査を受けており内服薬も処方されていた。
- ・平成18年頃より、少しの歩行や運動などでも膝の痛みや息苦しさを訴えられる場面が見られるようになるが、依然身体機能は自立され介護度も変更なし。
- ・平成23年6月頃より、移動の困難さを考慮した結果、月に1度の受診を止め2週に1度の内科医による往診に切り替えを行う。同年10月頃よりふらつきが目立ち、歩行時に要観察、手引きなどの介助を要し、又、居室内などでも転倒が見られるようになる。
- ・平成24年3月、往診時の採血にてカリウム値が異常に高いとの結果により内服薬が追加となり、翌4月頃より下肢の浮腫みも顕著に見られるようになる。
- ・平成24年5月、下肢の浮腫み、咳など心不全の兆候が続く為往診ドクターによる内服薬の見直しを行う。
- ・平成24年6月1日より終末期対応となる。個別の生活日誌での記録とし、又、在宅酸素、パルスオキシメータにて酸素濃度の測定・記録も同時に開始となる。身体機能の低下や衰弱が徐々に目立つようになり、食事・水分量の低下も顕著であった。この頃要介護認定により要介護度2から5と認定される。  
居室の位置も廊下奥からフロアの正面へと変更となる。離床は困難なためベッド上での介助とし、食事・水分は介助にてスプーンで数口。紙オムツとパッドの使用でベッド上での交換となる。

## ■重度化した利用者への支援内容

### 【開始期】

1. 終末期対応となった時点から、他入居者とは異なる記入内容の日誌へ変更。記入欄を広く設け細かい変化も記録に残せるようにする。又、通常1日1回のバイタル測定を3回に増やし体調の変化にも気を配る。
2. 内服薬はドクターの指示により(血圧を下げる薬と心臓の働きを調節する薬の)2種のみとし、その他の薬は中止とする。

### 【安定期】

1. 居室内にて在宅酸素吸入機を設置。パルスオキシメータによる酸素濃度の測定。酸素吸入のためのカニューラ確認、酸素濃度の測定は共に1時間おきに行い記録に残す。しかし、カニューラにおいては本人自ら煩わしさから外してしまう事が多いため数十分おきの確認を行う。酸素濃度が70%台まで下がった場合はすぐに管理者へ連絡を取り、管理者指示のもと吸入数値を増やす等の対応を行った。本人はベッド上で寝がえりをうたれたり、体調が良いと自ら起き上がり端座位にて過ごされる事もあった。
2. もともと死角になっていた居室から、フロア正面の部屋へと変更し、目視ですぐに確認できるよう配慮する。その際変更となる他入居者の方のご家族にも状況を説明し了承を頂く。

3. 2週間に1度の往診とは別に、不定期ではあるが様子観察と状況説明のためドクターが訪問して下さい。
4. 食事は、本人の体調が良い時は、車椅子にてフロアまで誘導し介助にて召し上がって頂いた。その他は居室内でマンツーマン若しくは2人介助にて行う。ミキサー食を主とし、ゼリーやジュースなど数口ずつ召し上がって頂く。
5. 入浴は行わず下肢清拭又は、全身清拭のいずれかを毎日行う。
6. 排泄は比較的スムーズにされていた為、ベッド上でのパッド・オムツ交換を定時間で行う。

#### 【終末期】

1. 職員の配置人数を増やすなどの対応は行えないが、職員各々が休憩時間をご本人の居室内で過ごしたり、夜勤中にご本人の居室内で待機を行うなどの配慮をした。
2. 食事・水分もほとんど受け付けなくなり、唇を潤す程度の水分にとどまった日の翌朝、夜勤者が訪室した時には息を引き取っていた。

#### 【死別期】

1. 医師により死亡が確認され、葬儀業者の方が見えるまでの間に義妹、出勤していない職員へ連絡を行い、殆どが最後のお別れをすることが出来た。又、他入居者の方々にも報告をし、数名ずつ線香を上げるなどお別れをして頂いた。ホームから出棺される際には皆で外まで見送りを行う事ができた。

### ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・ 当ホームでの看取り介護を行った事例は、本件を含め3例目であった。
- ・ 終末期として対応を行う事で一番に変化が見られたことは、職員の介護に対する心構えではないかと考えている。いずれの例も約1年の間に行われた対応であったこともあり、集中的に看取り介護に対する考え方・支援方法を模索することが出来た事と、介助にあたる職員の意識を高く保つ事が出来たのではないかと感じている。
- ・ 日々介助にあたる職員の意識を高く保ち、精神的疲労を感じさせ過ぎないようにしていくことは容易ではないが、グループホームでできる支援方法、又、グループホームだからこそできる方法を見極めながら、看取られる本人の気持ちに寄り添った最大限の支援を行ってこられたことは大変貴重な経験となった。
- ・ 今後の看取り介護においてより一層、本人・家族が求めていることを探り、より具体的な希望に応えられるような支援が出来るようにしていかなければいけない。

### (3) 事例 12 (看取り介護型) : 家族参加型の看取り介護を考える

施設の概要 運営主体 利用定員 併設施設	有限会社(中部・近畿地方) 2ユニット 18名 (介護予防)認知症対応型通所介護 ※共用型
事例執筆者	計画作成担当者

#### ■事例の概要

年齢・性別	92歳・女性	日常生活自立度			
要介護度	5	寝たきり度	C2	認知症	IV
<p>主な疾病 : アルツハイマー型認知症、圧迫骨折</p> <p>主な生活歴 : 東北地方に2人姉妹の次女として出生。幼少期より父と生活し母姉と離れていた。父の再婚により異母兄弟と生活する。20代前半に仕事を通じ夫と結婚。夫の転勤に伴い各地を転々とする。金銭的に豊かな生活をし、夫の好きな和装で生活していた。子どもに恵まれず、実姉の子を(当時10歳)養女とした。昭和50年頃から本県に定住し、専業主婦として暮らす。平成14年の夫死別後より単身で生活するも認知症を発症し、娘夫婦の介護が必要となってきて同居となる。その後、介護サービスを受けながら在宅で生活。家族の介護負担が増え、平成20年には平成18年から2年半、共用型デイサービスで通っていたグループホームへ入居となる。</p> <p>経済状況 : 遺族年金、主介護者である娘夫婦の経済的支援も有り。</p> <p>家族構成 : 入居前は娘夫婦と同居、近隣に孫娘家族も生活している。</p>					

#### ■地域の特性と社会資源分布

本区は政令市の中に位置し、丘陵地帯に広がる閑静な新興住宅地である。比較的地元色が薄い地域である為、当地方の出身者のみならず他地方からの新住民や転勤族家庭、学生なども多く在住している。本区は16万人の人口に対し高齢化率は17.9%である。区内には地域密着型サービスのグループホームが18ヶ所、小規模多機能型居宅介護事業所が5ヶ所、認知症デイサービスが5ヶ所(4ヶ所が共用型)、地域特定施設が1ヶ所存在する。居宅サービスでは居宅介護支援事業所42ヶ所、訪問・通所系サービスも事業所が混在している。介護保険施設では特別養護老人ホームが2ヶ所、介護老人保健施設が5ヶ所、療養医療施設が2ヶ所存在する(平成24年3月1日現在)。

#### ■事業所の特徴

介護保険の始まりと同時にグループホームを開設し、3軒目が当グループホームである(他の2施設は、1ユニット9名と2ユニット18名の規模)。3軒すべてが本市の東部に存在し、ホーム間の連携も取りやすくなっている。開設時より本人・家族の意向に沿った終末期を迎える、送るための取り組みを行っている。また、若年性認知症の方の受け入れや生活保護者なども受け入れを行っている。本区内にあるクリニックと24時間の連携体制もとれている。



## ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

### 【認知症発症から入居までの経過】

- ・平成14年2月 夫が他界後独居となる。その頃から買い物に行くと戻れない、家にゴミがたまっていく、お財布を取られたと繰り返すなどの認知症状始まる。同じマンションに住む娘が食事を作る、部屋の掃除をするなどして何とか生活を続けていた。
- ・平成17年2月 介護認定の申請を行う(要介護2)。同月デイサービスの利用を週2回のペースで開始。入浴のお断りと貴重品を色々な場所に置いてしまい、「盗られた」と大騒ぎすることが続いた。デイサービス以外は外に出ることがなくなり、足腰が弱り始め、昼夜逆転の症状が出現したことから眠剤の服用が始まる。
- ・同年4月 自宅トイレで転倒し、腰椎圧迫骨折を起こす。トイレ誘導が必要となり、会話がかみ合わないことが増えてきた。介護のため、娘が本人宅に泊まることになった。6月からは娘の介護疲れにより、月1回2泊3日の短期利用を開始する。
- ・同年8月 要介護5となる。9月からは介護を手伝うため、娘婿も本人宅に同居となる。しかし、12月には歩行不安定ながらウロウロと動くことにより目が離せず、短期利用の受け入れを断られる。同月グループホームに入居も含めて相談の運びとなる。
- ・平成18年1月 すぐの入居が困難かつ、娘の介護したい気持ちが強く、他の家族と意見の相違が大きかったため、在宅で娘の負担を減らせるよう共用型デイサービスを週5日利用し始める。不安定ながらも歩かれるため、目が離せない状況が続いた。食事作りや洗い物などを進んで行っていた。入浴の拒否はなく、意思疎通もいい時と難しい時があった。空室利用のグループホームの短期利用も6回体験した。同年8月には要介護4となる。
- ・平成20年2月 活気の低下と歩行が困難となる。眠剤を中止すると1週間ほどで活気が戻り、意思疎通や反応が良くなった。また不安定ながらも歩かれるようになり、目が離せない状況が家庭内外で著明となった。急な立ち上がりによるヒヤリハットが増えた。同年5月には自宅で転倒、2度目の腰椎圧迫骨折が起こる。同年8月、主介護者の娘は家族の説得を聞き入れ、グループホーム入居を決意する。この時点で要介護5であった。

### 【入居から看取り介護までの経過】

- ・平成20年8月 入居時は手引き歩行で多少の意思疎通の困難さはある状態。変わらず家事活動や歌など楽しんでいる。入居によるストレスは本人から見受けられない。逆に娘は入居したことにより本当に良かったのか、悩んでいた。娘は週に2回会いに来て、月に2泊自宅で一緒に過ごすことを続けた。
- ・平成21年5月頃より家事活動などへの興味が薄らぎ始め、自分の世界で過ごすことが増えてきた。意思疎通の困難さと歩行の不安定さから自宅に泊まるのが難しくなってきた。娘も一緒にレクに参加し、グループホームで過ごす時間が増えた。
- ・平成22年11月 歩行困難となり車イスの生活となる。体重の低下があり、ラコールを1日1本処方される。
- ・平成23年3月 尿意の低下と座位保持の困難さからおむつの使用開始。水分のむせが続くためとろみ剤の使用開始。同年4月より食事の介助が必要となり、ソフト食開始。週に2回娘が食事の介助にきてかわわりを持ち続けた。同年5月、家族の意向に

よりホームで過ごすべく看取り介護を開始し、家族や医師、看護師の協力のもと 59 日間の看取り介護を行った。

## ■重度化した利用者への支援内容

### 【準備期】

- 平成 23 年 3 月 体調の衰退が見られるため主治医と家族、ホーム(管理者、計画作成者)との話し合いを行った。体力低下が著明となり生活全般に介助が必要で、水分のむせが目立つようになる。体を起こしていられる時間が食事の前後 2 時間程度となった。食事には促しや一部介助を要するも、箸を使用し、自己摂取を続けている。娘は「そろそろ家族で今後について話し合わなきゃいけない。最期は私が看たいと思うけど、一人では無理だし家族は巻き込めない。」と話す。この先、看取り時に「どこで」「だれが」という部分での協力をホーム、主治医が連携できる形を検討し「どのように」寄り添っていくのか家族に考えてもらうこととした。
- 同年 4 月 看取り前勉強会を実施。“看取り介護とは”から“エンゼルケア”、過去の事例検討を行い、これから実施するにあたっての不安や緊張などを皆で話し合った。経験職員は「看取りも個別対応だと思う」と話し、初めての職員は「人が亡くなることを目の当たりにすることが怖い」など率直な気持ちを述べ、自分はどうかわることが出来るのかそれぞれ考えてもらうことにした。
- 同年 5 月 発熱が続き、肺炎もないため、娘、医療機関(主治医、看護師)、ホーム(管理者、計画作成者)との話し合いを行った。
  - ①現在の身体状況の把握と共有、②看取りに対しての家族の意向確認、③今後の方針について、を話し合った。
  - ①生活全般において全介助を要し、寝返りが打てない。意思疎通は常に困難で嚥下機能の低下が著明。現在肺炎や脳梗塞の症状は確認できないため、看取り介護の状態に入ったと思われる。
  - ②胃ろうや延命行為は考えていない。近いうちにこういった話を詰める時が来ると思っていたが…家族と話し合ったが、母にとって今はここが家である。さみしい思いをさせないよう、こちら(ホーム)で一緒に母を看ていきたい。私(娘)ができることを最期まで考えたい。
  - ③家族の思いを汲んだ最期をホームで過ごすべく看取り介護を開始し、家族や医師、看護師の協力のもと、51 日間の看取り介護を行った。
- 同月 5 月 看取り直前勉強会を実施。自分はどうかわることが出来るかについて話し合う。家族の思いを職員に伝え、「不安はあるがとにかくやってみよう」「家族の思いを形にしよう」と一つずつやってみることで職員間の一致ができた。

### 【開始期】

- 微熱が続き、食事量が平均 5 割程度となった。水分も 500~800ml がやっとの状態となり、娘の訪問も 1 日置きに 3~4 時間ほど居室やリビングで一緒に過ごした。他入居者から「おばあちゃんは幸せね。私も娘を産めばよかった。」と言われ、泣いていた。「ここに来て他の方と話をすることで気持ちが休まる。私もこの一員に入れてもらったのかしら」と笑顔で話した。また、孫やひ孫も会いに来る機会が増え、食事

や水分の摂取を積極的に介助されることが増えた。娘は「娘(本人の孫)とね、母の悪口言っていたら怒っちゃって口開けてくれなくなった」と、その日その時のやり取りで一喜一憂したり、職員と一緒に着替えなどの介護を行うことで気持ちの安定を図っているように見えた。本人の気に入っていた浴衣を持参し、終日浴衣で過ごした。仙骨部に赤みができており、体位変換時に注意が必要となり、塗薬の塗布を開始。ホームから家族に、本人に合わせたい人を連れてきてもらうように声をかけた。

#### 【安定期(約1か月)】

- ・ 微熱はあるもバイタルが安定し、表情の良い時は娘が車いすを押して15分程度の散歩を行った。
- ・ 仙骨部の赤みは皮膚めくれ程度の進行で止まっており、塗薬の塗布を続けている。短時間の入浴も実施する。気分を表す表情やしぐさなどがあり、娘からは「私の爪切りは嫌みたくて、手に力が入るの。顔色も変わるからすぐわかる」との話があり、職員と交代するなどの一幕もあった。食事が嫌なときは顔を背けるなどの意思表示があり、食事の回数が少量ずつ1日6回程度になった。

#### 【終末期(5日間)】

- ・ 血圧が測れない、食事が摂れないことが続く。意思表示が困難となり呼吸も下顎呼吸となる。ベッド上での生活となり、痰がらみも出てくる。主治医、看護師から簡易の吸引器の使用方法を学び、娘が実施する(実際の使用は1回)。また、娘は居室内に宿泊を開始し、2日に1回2時間ほど自宅に戻った。ホーム側はベッドや寝具等をそろえ、娘に負担がかからないように身体介護はこちらでさせていただくことを話した。家族(孫、ひ孫など)が集まり日中を過ごす。主治医・看護師への連絡は毎日行い、往診は1日置きに行われた。娘は「覚悟はできてきたけど、最後まで自分でできることをしたい」と話す。介護職員は身体介護を主に行い、娘の思いを傾聴した。娘は本人に寄り添い、顔を拭く、話しかける、居室や口腔内の保湿を行った。他入居者は居室で過ごす本人に会いに部屋を訪れ、話しかける、お茶を運ぶなど「このおばあちゃん具合悪いからなんか手伝わんとね」と外で摘んできた花を活けて部屋に届けたりした。ベッド上での清拭や体調のいい時に訪問理美容を受け、髪を切り整えた。

#### 【臨終期】

- ・ 最期の日、食事は摂れないものの夕方より呼吸が穏やかになったため、19時ごろから2時間ほど娘は自宅に戻る予定でホームを出たが、その1時間ほど経ったころ呼吸が早くなり様子が一変したため連絡し、すぐに駆けつけてもらった。同時に主治医に連絡を取る。職員、入居者、医師の見守る中、娘家族の到着後十数分で息を引き取る。

#### 【死別期】

- ・ 職員は亡くなった本人に声をかけ、家族にはお礼と共に一緒に思い出話をした。交流のあった他入居者も部屋で本人に手を合わせ、家族に「おばあちゃんは幸せに天国に行ったね」と話しかけた。娘は「私がいると天国に逝きづらかったのかも。でも最後に“ありがとう”って言えてよかった。長いこと一緒に母をみてきてくれてありがとう」と話した。医師と職員でエンゼルケアを行う。翌日のお通夜には入居者、職員で参列し、最後のお別れを行った。

## ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

### 【本事例の対応の特徴と看取り介護の課題】

- ・ 特徴として、家族が“最期まで本人とかかわりを持ち看取りたい“という意志がはっきりしていたため、①自宅で介護をしているような気持ちで、負担をかけずに”自分が看取る”と思えるようなかかわりをもってもらう、②他家族(娘婿、孫)も交え、家族のどんなかかわりが入居者本人にとって喜ばれるのかという視点で何度も話し合い、身の回りの整容や適宜の水分補給など行ってもらう、③家族が無理しないように困ったことや気づいたことがないかこまめに話を傾聴する、ということに留意し、対応した。
- ・ 今回、元気で自宅にいる頃からかかわり、家族が気持ちを随時伝えてもらえる関係性があったが、もともと家族とのつながりの薄い方や独居の方の看取りでは、今回のような家族だからこそできる細やかな気配りや対応が困難となる。介護職員の人数の問題だけではなく、看取りに対する職員の不安感の軽減などを目的とした研修の必要性を感じた。
- ・ 看取り介護では、普段以上に入居者本人だけでなく家族の気持ちに寄り添う、理解する、実現(対応)する仕組みや人員配置が個別に必要なだと感じた。
- ・ 他入居者の反応への配慮や手伝いたいと思う方への対応にも職員の気配りや雰囲気づくりが必要だと感じた。

#### (4) 事例 13 (看取り介護型) : 「これまでの生活」を続けることで見えてきたもの

施設の概要	
運営主体	株式会社 (中国・四国地方)
利用定員	2 ユニット 18 名
併設施設	なし
事例執筆者	代表取締役

##### ■地域の特性と社会資源分布

温暖な瀬戸内海特有の風土のより、春秋は快晴の日が多く、冬は厳しい季節風を中国山地がさえぎって積雪をみることはまれである。夏本土を襲う台風も山脈が防壁になって勢力が弱められ、影響が比較的少ないなど非常に恵まれている政令指定都市であり、人口約 70 万人、高齢化率は 21.6% である。

本市は、第 5 期高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画において、高齢化社会が進行する中、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域で住宅を基本とした生活の継続を支援することを目指し、地域包括ケアシステムの実現に向け地域での体制強化に取り組んでいる。

##### ■事業所の特徴

市の高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画に基づいた認知症対応型共同生活介護事業所の整備計画として公募申請し、平成 23 年 1 月 1 日に指定を受けた事業所である。

市南部に位置した事業所は、四方を田んぼに囲まれ、暖かな陽差しと風をいっぱいに浴び、四季を五感で感じることのできる環境が何よりの強みである。また開所当初より地域の方々との交流に力を入れ、地域のホームとしての理解、支援などあたたかい目で見守っていただけるようになってきている。

スタッフの経験はまだ浅いが、ご入居者さま、ご家族さまにとっての安心、安全を確保した「第 2 の家」「暮らし続けられる家」を目指している。自らのケアの質向上、住環境、地域との関わり、防災意識など取り組むべき課題は後を絶たず、やりがいと不安を同時に持ちながら一つずつ丁寧に取り組んでいるところである。事業所は単独型であり、医療職の配置もしていないが、グループ法人として医療法人があり、医療連携体制を確保し、ご本人、ご家族のご意向のもと看取り介護を行っている。

##### ■利用者の重度化の変遷・本人の状況

###### 【実践報告① A さんの場合】

- ・ 女性 101 歳 11 ヶ月 要介護 3 グループホーム在籍期間 : 3 年 3 ヶ月
- ・ 平成 24 年 10 月 8 日に老衰にて逝去。
- ・ 平成 24 年 10 月 1 日に看取り同意。
- ・ ユニット人員換算 : 6.4 人 夜間 21 時～翌 7 時ユニット一人体制 (他 1 ユニットあり) (経緯)
- ・ 平成 24 年 9 月 20 日に 37 度の熱発、21 日には 38 度超 (看護師訪問により点滴施行)。23 日 36 度台に下がるも車いすへの移動も困難となり、ベッド上での生活が主となる。食欲が一気に低下、1 割充たず。それまでは、トイレ立位可、食欲あり、車いす生活

にて、笑顔とその発する言葉一つひとつに周囲を明るくさせるユーモアたっぷりの暮らしぶりであった。

- ・ 9月27日の往診時、体力回復見込みなく看取り判断あり。家族に連絡調整。10月1日に主治医より看取り時期の判断説明、グループホームより看取り介護の説明を行い、同意を得る（主治医、グループホーム管理者、グループホーム代表、ご家族）。常々、終末期に関してのご家族意向は伺っており、看取り介護への移行は自然の流れと言える状況であった。
- ・ 現場に於いては、環境整備（室温、湿度、採光）に気を配り、ほぼ1時間おきの訪室。声かけ。バイタル確認。水分補給。体位変換。保清。毎日主治医（クリニック）、管理者、代表への状態報告。
- ・ 10月7日（日）主治医訪問状況確認。20分空くことなくスタッフ訪室。
- ・ 10月8日（月・祝）主治医訪問。スタッフ1名ができる限り常駐（他ユニット協力あり）し、状況を見守る中でご家族の面会がある。状況を説明し、再来所の準備をしてくると一時帰宅中に息を引き取られる。
- ・ 本ケースは、101歳という年齢とご本人のそれまでの暮らしぶりから、このままの姿で最期までと、ご家族はもちろん我々スタッフも皆が迷うことなく思いを寄せていたケースである。それまでも食事量が減るたびに「そろそろ…」と案じながらも、数日後にはご本人の力で食事が摂れるようになり回復していたものが、今回はまったく回復の兆しみられず、食事が摂れなくなって（ベッド上での生活になって）2週間で、あっけなく、というよりは見事に逝かれたというべき最期であった。

### 【実践報告② Bさんの場合】

- ・ 男性 85歳 2ヶ月 要介護2 グループホーム在籍期間：2年2ヶ月
- ・ 平成24年9月6日に老衰にて逝去。
- ・ 平成24年7月18日に看取り同意。
- ・ ユニット人員換算：6.4人

#### （経緯）

- ・ 入居以前より「鬱病」も併発されており、内服とケアにて見守りを継続していた。妄想や気分の落ち込み、意欲低下が出現してくると食事が摂れなくなり、寝たきりの状況に陥りやすく、内服調整によって時に興奮により転倒することもみられていた。
- ・ その繰り返しから、心身機能の低下が進み、徐々に日常生活全般に介助を要するようになっていく。7月頃より、意欲低下から絶食に近い状況もみられ、看取りに関しての具体的な意向を確認し、グループホームでの看取り同意となる。
- ・ それから2ヶ月余り、寝たきりに近い状況でケアを続ける。寂しさを和らげようとスタッフの訪室回数を増やし、ときに気分の良いときには少しでも皆と過ごす時間を設けようと離床を促しながら、常にバイタル、全身状態の確認と経過報告、カンファレンスを繰り返していた。
- ・ 過度な医療を望まないという意向から、グループホームでの看取りを行いながらも徐々に衰弱していくご本人を看ながら、スタッフは「点滴をすれば少しでも」、「ご本人はもっと生きていたいと思っているのでは」と思うことも多々あった。
- ・ 2ヶ月後、自室にてお一人で静かに息を引き取られる。

- ・ 元来、気持ちの優しい社交的な方であり、戦争体験や自営業を営んでいた頃の話などをよくされていた。早くに妻を亡くされ、以後、意欲の低下から鬱病を発症されたようである。二人の息子は、「子どもの頃から父親らしいことをしてもらったことがない」と父親に対しての愛情を現すことはなく、長男は「最低限のことはするが、それ以上は何も望まない」と治療や介護に対しても消極的であり、次男は一度も姿を見せたことはなかった。
- ・ 終末期に対してのご家族（長男）の意向も、入居時より「ここで最期までお願いします」と一貫して変わらず。グループホームが父親にとって最良という積極的なものではない面もあり、ご本人へのケアの一方でなんとか息子さんとの関係を、と入居時よりご家族との対話も積極的に行っていた。ご家族（長男）との関わりを深めていく中で、長男が話す父親像が必ずしも愛情のないものではないことは明らかであり、何かあると即対応されるようになり、告別式でのご家族（長男）の挨拶と流された涙にすべて報われた気持ちになった、とスタッフは言っている。

### 【実践報告③ Cさんの場合】

- ・ 女性 82歳 11ヶ月 要介護2 グループホーム在籍期間：1年5ヶ月
- ・ 平成24年6月26日に膵臓がんにて逝去。
- ・ 平成24年5月21日に看取り同意。
- ・ ユニット人員換算 6.7人

#### （経緯）

- ・ 平成24年4月2日 膵臓がんの診断。余命3ヶ月宣告、緩和ケアへ。
- ・ 同年5月21日 痛み・苦痛なし。積極的に家事を手伝う。食事量低下、グループホームでの看取りを希望。
- ・ 同年5月28日 苦痛なし、本人の意思に反して思うように動けず、浮腫あり。
- ・ 同年6月10日 離床は可能だが、発熱、四肢の浮腫、腹水、食欲低下あり。
- ・ 同年6月17日 離床困難、水分一口程度となり、モルヒネ使用開始する。
- ・ 日々活動的にご自分の暮らしを営んでいたところに突然のがん宣告であった。自覚症状はもちろん他覚症状も何もなく、定期の採血で異常数値を示し詳しい検査を行った結果である。その時点で余命3ヶ月の宣告を受け、痛み、苦痛の激しいと言われる膵臓がん。医師、ご家族、そして我々もその時が来れば「緩和ケア病棟」へ、それまで僅かな時間でもグループホームで過ごせるようにと方向性を決める。親族が次々に会いに来られ始める。
- ・ ところが、それから一ヶ月以上経過してもご本人に苦痛はまったく現れず、食事量が明らかに低下していても気にもされず、変わらず楽しげに日常生活を営んでいる。
- ・ 数値はどんどん悪化している。スタッフの状態観察はさらに細やかなものになる。
- ・ ご家族、スタッフの気持ちが揺れ始める。こんなに元気に楽しく過ごしているのなら、ここで最期まで居られないものか、医師に相談する。「認知症であることが幸いしている面と、今の生活が本人にとっての生きる張りとなり、苦痛なく過ごせるのかもしれない。数値上、余命は変わらないと思うがこのまま最期を迎えさせてあげられるかもしれない」となる。不安はあるものの、ご家族の強い希望、何よりご本人の「ここが幸せ」という声に、看取り介護を行うことを決める。看取り介護同意時には、余命

1ヶ月であった。

- ・ 6月に入ると、離床が困難になる。四肢は腫れ、腹水でお腹は膨れあがっている。食事は殆ど摂れなくなる。それでも本人はスタッフとの会話を楽しみ、他入居者の訪室を待ち、静かに眠る日々。6月中旬、痛みが急速に出始め、その苦しみようは尋常ではなかった。穏やかな時間と苦しみの時間が交互にやってくる。吐物で寝衣が汚れる。苦しんでいてもスタッフに「ありがとう」の声をかける。毎日ご家族が会いに来て背中をさすり語りかける。
- ・ その日、ご家族がいつものように来られ、行事を予定通り実施するために全スタッフが出勤していたその時間、ご家族、仲の良い入居者、全スタッフ、部屋から溢れんばかりの皆の見守る中で息を引き取られる。

### ■ 重度化した利用者への支援内容

- ・ 以上は、今年度、当グループホームで行った看取り介護の報告である。これは、決して特別なケースを取り上げたものではない。日々の生活を送る中で誰にでも訪れるその方の人生の最後を一緒に過ごさせていただくこととなった、その日々の記録に過ぎない。看取り介護を行っている一つのホームの実情として、今後も継続したいと願うからこそ、ご理解いただきたいものとして、ご報告の協力をさせていただこうと思ったものである。
- ・ 当グループホームでの医療体制は、連携医療機関による定期的な訪問診療と、看護師訪問による健康管理があり、緊急時は電話連絡による指示を仰ぎ、必要に応じた受診を行うことがスタッフの役割となっている。グループホームには、看護職員他医療職は配置していない。病院からグループホームは車で15分、医師の自宅からは1時間要する。
- ・ グループ関係となる医療法人との連携体制のため、連携看護職員だけでなく、医師と直接24時間連絡が取れる体制があるが、医療職の配置のない中での看取り介護を行っている。
- ・ 入居時に医療連携体制の説明とともに、看取り介護を行っていることはご家族に伝え、意向を随時確認していくようにしている。実際にその時期が近づいた際、医師の判断を受けた管理者は、ご家族との連絡調整を行い、医師、ご家族、グループホーム管理者、当社代表と看取り介護についての説明を行う場を設けている。看取り介護を行うことが決まった後は、最期まで、ご本人のお世話と同時にご家族への配慮を継続していく。
- ・ 管理者は、通常勤務のローテーションに入りながら、現場管理（他入居者8名の通常生活を営むケアは継続の上、入居者とともに見送ることのできる体制を整えていく）、主治医、家族との連絡調整、代表報告を継続している。
- ・ 医療機関との連携体制が確保できているとはいえ、診療時間中、夜間、休日となれば即対応ができにくい場面も多々あり、ご家族の理解、了承を得ているといっても、管理者、スタッフの不安はぬぐいきれないものもあることと思われる。
- ・ 看取り介護が開始されたからとはいえ、この間人員配置を変更する（手厚くする）ことはなく（できず）、スタッフは当然ながら、他8名の通常ケアを継続しながら、看取り介護を行っている。時間外での出勤数も増加し、夜勤者から管理者への連絡が増



え、夜間緊急出勤もある。看取り介護を行っているとき、スタッフの意識は当然その方に集中しがちとなり、認知症の方はそのスタッフの空気に敏感である。これまで落ちていた方が突然落ち着けなくなることはままあることである。スタッフは看取り介護だけでなく、さらに周囲のケアへの配慮が必要となる。

#### ■ 重度化対応の特徴や困難な点及び今後の展開等

- ・ ケース① (Aさんの場合) のように、寝たきりとなって2週間ということは稀であろうと思われるが、このケースでさえ、スタッフの心身の疲労は通常とは異なる。また、ケース② (Bさんの場合) のように、衰弱していく高齢者を看取ることを覚悟しても、その期間が長くなると、「自然の流れ」と頭で理解することと、他に何かできるのではないかという気持ちは錯綜し、スタッフは辛い思いを持ち続ける場合もある。ケース③ (Cさんの場合) は、看取り介護をするか・しないか (させるか・させないか) を悩んだケースである。皆の想いは十分解ったが、それをすることによるリスクというものも考えた。
- ・ 看取り介護は、それまで一緒に暮らしてきたその方に対する想いや、ご家族との信頼関係を築いてきた中で、その信頼に応えたい想いで実施できているものである。いずれも、スタッフのその「想い」に支えられたケースばかりであり、この間の「働く実務」としては、通常勤務だけでは到底賄えず、時間外の勤務が続いていたことはいうまでもない。その時間に対して、代休であったり、報酬であったりという形で十分に報いることもできないのが現状である。現実、その後体調を崩してしまうスタッフも現れ、最悪のケースとしてバーンアウトしてしまったスタッフもいる。
- ・ グループホームのケアは、一人の看取り介護で完結するものではない。常に入居者は生活しているし、退去後は次の方を受け入れなければならない。そのホームとしての体力を維持していかなければならない。グループホームの重度化、看取り介護の必要性は、現場であれば十分理解できることであるが、スタッフの気持ちだけに支えられている看取り介護のありようでは、いずれ破綻してしまうのではないかという懸念はいつもある。
- ・ 認知症高齢者を最期まで支えられるグループホームでありたいと、願い、取り組む日々であるが、その認知症高齢者を支えるスタッフをきちんと支えられなければ、その願いも叶えられない。一つの事業所として、そこで働くスタッフの心のケアは勿論必須であり、これからも継続して取り組まなければならない。しかし、事業所内での取り組みには、体制としての限度がある。もっと根本的な部分として、現状を理解いただき、この気持ちや取り組みに報いるだけの報酬であれ、人員配置体制であれがもう少し確立できればと願うところである。

認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書  
事例調査結果(別冊)

---

2013年3月発行

■発行 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会  
東京都新宿区大京町 23-3 オーキッドビル 8F  
TEL 03(5366)2157 FAX 03(5366)2158

禁無断転載