

びほくいききネット 研修会

## 認知症と地域ケアの実践

認知症の方の暮らしを地域・介護・医療の力で支える

# 認知症ケアの実践 グループホームからの報告

ふれあいの家えんや

平成28年11月10日（木）

広島県三次庁舎6階601号会議室

# グループホーム～

## 認知症対応型共同生活事業所

認知症対応型共同生活介護は、認知症の利用者を対象にした専門的なケアを提供するサービスです。利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、認知症の利用者が、グループホームに入所し、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、食事や入浴などの日常生活上の支援や、機能訓練などのサービスを受けます。

グループホームでは、1つの共同生活住居に5～9人の少人数の利用者が、介護スタッフとともに共同生活を送ります

# グループホーム～

## 認知症対応型共同生活事業所

※「グループホーム：認知症対応型共同生活介護」は認知症の方が入居できる施設です。共用のパブリックスペースと自分だけの個室からなっています。家庭的な環境で日常生活を介護スタッフが手伝いながら認知症の進行を和らげます。最後まで生活することを旨とする自宅としてご利用いただけます

### 【基本方針】 <条例111条>

指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護（略）の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居（略）において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話を及び機能訓練を行うことにより**利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするもの**でなければならない。

- ・ 認知症高齢者が家庭的な環境と地域住民との交流の下、住み慣れた環境での生活を継続できるようにすることを目指すものです。
- ・ 認知症の原因となる疾患が急性の状態にある方は、共同生活を送ることに支障があると考えられることから、認知症対応型共同生活介護の対象にはなりません。

# 地域密着型サービス

- ▶ 今後増加が見込まれる認知症高齢者や中重度の要介護高齢者等が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるように、今までの都道府県から市町村が事業者の指定や監督を行い、地域の特性に合わせ、利用者のニーズにきめ細かく応えることで、まさしく地域に密着したサービスを行うためです。
- ▶ 「ちょっとご近所に行く」という感覚で利用できるサービスにより、「人との絆を失わない」介護を実現しようとしたものが、この地域密着型サービスです。
- ▶ 介護保険の対象としてサービスを利用できるのは、原則として指定をした市町村等（保険者）の住民（被保険者）のみになります。

# 地域密着型サービス

## 1.認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症の高齢者が共同で生活する住居で食事、入浴などの介護や支援、機能訓練。

## 2.小規模多機能居宅介護

通いを中心に訪問、短期間の宿泊などを組み合わせて介護や支援。

## 3.複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組み合わせによる、介護と看護が一体となったサービス。

## 4.夜間対応型訪問介護

ヘルパーによる夜間の定期巡回や、緊急時に対応できるように24時間態勢での訪問。

## 5.定期巡回・随時対応型訪問介護看護

日中・夜間を通じて、定期的に巡回する訪問介護と緊急時の訪問介護、看護師等による訪問看護が一体となった訪問サービス。

## 6.認知症対応型通所介護

認知症を持つ高齢者が食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を日帰りで利用。

## 7.地域密着型特定施設入居者生活介護

定員30人未満の介護専用の有料老人ホームなどで食事、入浴等の介護や機能訓練。

## 8.地域密着型介護老人福祉施設

定員30人未満の小規模な特別養護老人ホームで、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、健康管理。

# ふれいの家えんやの6年間

- ▶ 平成22年4月開設。1ユニット人数9人の2ユニット18人
- ▶ 今までの入居者人数49人（体験利用者1名）
  - 男性17名女性32名 入居時平均年齢85.5歳、平均介護度2.2
  - 岡崎医院の患者さん26名それ以外23名
  - もともとの住まい 十日市19名、三次町10名、その他旧三次市12名
  - 旧三次市外5名市外3名

- ▶ 退去者31名
  - えんやで看取り17名（うち2名は救急搬送後死亡
    - 癌5名 老衰9名その他3名）
  - 病院で死亡4名 療養病床へ転院3名（うち2名精神科）
  - 自宅・小規模へ2名、養護1名特養4名
  - 退去時平均介護度3.7

平成28年11月1日現在 男性5名女性13名

平均年齢89歳（58歳～102歳）平均介護度3.3

入居年数 6年～4名、5年～2名、4年～3名、

3年～4名、2年～2名、1年～2名、1年未満1名

# えんやの1日

えんやの一日を写真で紹介します。  
**認知症である前に人であり、その人の暮らしがあります。**  
暮らしには、生き方や環境などのさまざまな要素が絡みあっています。  
認知症は、暮らしの要素の一部です。  
だから、「認知症とともに生きる人の暮らし」は一人ひとり異なります。

# えんやの1年

えんやの1年を行事を通して紹介します。  
今まで生きてこられた人生が違えば、1年の過ごし方も違います。その人その人にあった1年の過ごし方があります。

# 地域とのつながり

えんやとして

地域から

とんど、盆踊り、防災訓練、コミュニティーセンター祭り、福祉祭り、草刈、溝掃除、広報誌折り込み、クリスマスイルミネーション、野菜販売、パン販売

以前は駅前に花を植えたことも...

えんやから発信

開所記念、えんやまつり、そばうち、

もちつき

一地域住民として

美容院、散髪、信仰宗教のあつまり

通院、ひだまりの会

# 課題とこれから

アセスメントからケアの実践そしてモニタリング

「ご本人がそう言われました！」

重度の認知症で、何を言ってるかわからないという状態でも、発している言葉があるなら、それを書く、聞くことで見えてくることもある。

大切なことは、ケアプランをチームみんなで実践し、モニタリングすること！日々その繰り返し！

本人と家族の声を聴く！表面的な声や状態だけではなく、その人の真意に気づく聴き方を！

スタッフだけでなく、本人や家族、地域からの情報も大事そして、本人の視点にたったプロの見極め。

すべてのアセスメント内容は、ご本人の視点に立って行い、本人がよりよく暮らすための課題とケアを見極めてゆくこと。

重度の認知症の方でも生きるチカラをもっている！

# 課題とこれから

## 地域とのかかわり

住む場所が変わっただけで地域住民であることには変わりありません。認知症になっても、誰もが住み慣れた環境のもと、穏やかに年をとっていきたい。また、命ある限り自分らしく生き、一人の価値のある人間として存在したい、そう願っておられます。これを実現するために個々の入居者の方にとっての地域を考えること。

# 課題とこれから

地域の拠点として

法人理念である「地域とともに、地域のために」

この理念のもと地域とともにみんなで育っていく

「その人らしく、生きる力に寄り添うチカラ」

高齢になっても、人それぞれの生き方や暮らし方があり、好みや想いも違って当然です。その人なりの経験や知恵を生かしつつ、自立とつながりを大切に、支えあえる関係とは

「患者さんは、私たちの“先生”です」

医療現場では患者さん、地域では皆さん、言葉は違っても私たちは常に気持ちや想いを十分に聞き取り、求められているもの考える

えんや～縁側 昔、縁側で行われていた地域交流を目指して地域の集いの場であり、地域をつなぎ、地域を支え、常に地域とともに生きるということをお忘れずに



# 終末期ケア

- ▶ 3, ふれあいの家えんやにおける終末期ケアの具体的支援内容
- ▶ 身体状況の変化の把握
- ▶ 各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、状態観察（体温、脈拍、呼吸、血圧、意識など）の確認等により早期の発見と対応に努める。
- ▶ ふれあいの家えんや従事者と主治医所属医療機関各職種（介護支援専門員、医師、看護師、介護職、栄養士など）並びに連携医療機関看護師等が参加し、情報交換、共有する為の会議を開催し終末期ケアについて支援方針並びに計画書の変更について検討を行う。
- ▶ 主治医から、ご家族等（身元引受人等あらかじめ同意を得られている方）に対して病状の説明を行い、今後の治療方針の検討を行う。その際には、ふれあいの家えんやの従事者も同席し、ご家族が希望する終末期の方向性を決定できるよう共に考え支援を行う。（たとえば、病院で可能な限りの治療を受けたい、もしくはふれあいの家えんやにおいて終末期ケアを望む等）
- ▶ ※医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行うと同時に、入院期間中における居住費等について明確にする。
- ▶ ご本人とご家族の意向を踏まえ、終末に向けて計画書を作成する。
- ▶ 身体的ケア
  - ▶ ・医療体制、点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認を行う。
  - ▶ ・栄養と水分量の確保（食べる楽しみをどこまで維持し支援できるか）
  - ▶ ・清潔（口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・必要な被服の更衣や寝床空間の清潔を含む）
  - ▶ ・排泄（尿意便意のある方に対する適切な排泄ケアと便秘に関する調整など）
  - ▶ ・精神的ケア
  - ▶ ・疼痛ケア
  - ▶ ・コミュニケーション（感情の表出を助ける）を重んじる。
  - ▶ ・環境整備（ご本人の趣味の物を置くなどの生活空間、またはプライバシーの確保・室温空調、聞こえる音などに関して配慮する）
- ▶ ※ご家族に対する支援（精神面や負担感に配慮しながら、十分に終末期ケアに精神面で参加していただけるような支援を行う）宿泊や付き添いに関する支援。
- ▶ 終末期ケア計画書の作成及び同意。
- ▶ 終末期ケアの取り組みと実施。変化する状態に応じた介護・看護についての計画書の修正と変更を行い、ご家族・ご本人へ説明と同意を得る（記録の整備）
- ▶ 臨終時と死後の対応（エンゼルケアその他死装束などの準備・死亡診断書の作成
  - ▶ ・葬儀に関する情報提供・遺留品の引き渡しについての検討を行う）