

# 令和3年度第21回地域ケア研究会 質問と回答

## 【セッション1】

### ①Vita ホールの取組について～個別メニューの作成～

井上医院デイケアセンター Casa&Vita 介護福祉士 亀澤 真奈美氏

#### Q 介護士専用のカルテは、どのようなもので構成されているのか

A ケアプラン・カルテ・リハビリ計画書を参考に原因疾患や状態、目標等の情報を記載しています。また、口腔・排泄・移動・食事・入浴など介護士視点での情報も記載しています。

#### Q HDS-Rの結果の解釈をどの職種がどのように行ったのか？

A 介護士(認知症ケア専門士)と担当作業療法士が解釈を行いました。HDS-Rの取り方、評価の仕方は事前に作業療法士より習いました。

#### Q 「私もあの人の体操をしたい」という人がいた場合の対応は？

A 個別メニューにプラスして行って頂きます。利用者様にはプラスになることは説明します。

#### Q どのようにしてプリントの難易度やトレーニングの内容を決めていたのか

A HDS-Rの結果を見ながら介護士会議で内容を選び、その後担当セラピストに確認してもらい決定しました。

#### Q 本人の状態変化にはどのように対応しているか

A 担当セラピストと連携し状態の把握を行い、トレーニング回数の増減を決めたり、新たなトレーニングを追加したりと臨機応変に対応しています。

#### Q スライド4枚目 「HDSR結果⇒課題難易度が合っていなかった」

検査結果と課題難易度をどのように結び付けて、判断したのか知りたい

A 具体例をあげますと、認知症が進んでおられ、記憶力の低下が著明な方の為、こちらの判断で簡単なトレーニングを行っていたが、HDS-Rの結果、計算や数字の部分の点数が高いこと分かり、比較的難しい計算プリントや数字の問題をして頂いている方がいました。

#### Q 認知症には様々なタイプがありますが、今回特に取組みが有効であった認知症のタイプはありましたか？

A 学習効果のある軽度のアルツハイマー型認知症に効果があるように感じております。

#### Q HDS-Rの結果と提供していたプリントやトレーニングの解離が特に大きかったものは何か

A 認知症が進んでおられ記憶力の低下が著明な方が、計算や数字の部分が出来ておられ、提供するプリントは得意な数字のものに変更しました。

Q アセスメント、多職種での検討などに費やす時間はどのくらいか

A 取り組みを開始するまでの準備期間は3ヶ月でその際の介護士会議は、1週間に2回ほど40分程度行いました。多職種との会議はなかなかかたまった時間が取れず、1人につき5~10分程度の話し合いを行いました。

Q 自発性・意欲向上がみられた利用者様の、アプローチ実施前のHDS-Rの点数はどのくらいですか？(平均でも構いません)

A 平均は取っていませんが、事例として、初回利用時に7点だったが、今では15点に上がっている方います。反対に点数が下がっている方がいるのも事実です。

Q 「実施後の身体的・精神的・生活の変化」のアセスメントの指標として、今後どのようなものを考えておられますか？参考までに教えて頂けるとありがたいです。

A 今後は、再評価を行ったあとに個別メニューの見直し・更新、家でのご利用者様の様子も確認しながら継続していく予定です。

## ②福祉モビリティ～医療介護従事者がつくる新しい移動のカタチ～

リハビリデイサービス and Reha. 理学療法士 秋山 一平氏

Q 実績を100%にする対策などがあれば教えていただきたいです。

A お試しで使ってもらえるようなキャンペーンを検討しています。どのような形でこのサービスを利用できるのか理解しにくいご利用者様もおられるため、実際に体験していただくことで継続利用につながれると考えています。

Q 利用者拡大の壁になるものはなにか？

A 「送迎のついで」であるために片道利用となってしまうケースが多いことや、友人と一緒に利用できないというような制度面の縛りが壁になり得ると考えています。

対象となる利用者の母数を増やすという視点でいえば、今回の実証実験において「利用できるのは事業所の利用者に限る」という制限も壁となります。

Q 実証実験後の見通しはどうか。

①持続可能性

②汎用性（他事業者の参入など）

A ①運用においては特別な経費が生じないことから、デイサービスの付加価値としての運用であれば問題なく持続できると考えています。介護保険制度および道路交通法等の面においても特例のような制度は用いてないため実証実験後も持続は可能と思われれます。

②法制度については上記同様、一定の汎用性は確保されると考えています。参入にあたっては、各事業所におけるマンパワー確保と、利用者利益へのモチベーションが参入可否を分けると想定します。

Q 利用者を目的地へ送った後、その後の迎え・自宅への送りは「送迎のついで」の中で可能なのか。

A 片道の利用となるケースが多いです。ただ、半日型のデイサービスなので、「午前の送り便」と「午後の迎え便」をうまく使えば送り・迎えとも「送迎のついで」に利用が可能となるケースもあります。

片道のみ利用となる場合は、介護タクシー事業者等の紹介やバス等の時刻案内を行なっています。

Q 収支面で、収益となるのか？

A 直接の大きな収益になることは想定しておらず、リハビリデイサービスとして利用者の外出支援による生活の質向上や、「この移動サービスを使うためにデイサービスを契約する」、というような付加価値を見込んでいます。運営にあたって大きなランニングコストは生じないため、収支の面でマイナスになりにくい事業と考えています。

Q 2号店の開設に伴い、今後、豊岡市内を含めた送迎対応エリアの拡充は考えられていますか？

A 今回の「送迎ついででの相乗り・チョイ乗り」のサービスは、豊岡市街地での運用は法制度的に難しい一面があります。（自家用有償運送の制度面において）

豊岡店においては、「日高店との送迎車両のシェアリング・拠点間移動」をはじめとした新たな移動の形を模索している状況です。

Q 職員の負担はどの程度のものか？

A 業務量としてはシンプルに「送迎する利用者様が1名増える」、という考え方をしています。良くも悪くも乗車定員に限りがあるため、一定以上の業務量にはならないと想定しています。

この業務量の見返りとしては、「やりがい」という言葉で終わらせず、インセンティブ的に「報酬」が得られる仕組みにまで落とし込みたいと考えています。

### ③住民、関係機関と共にすすめる小地域福祉活動

養父市社会福祉協議会 地域福祉課 係長 小泉 一輝氏

Q 様々な地域資源づくりに携わられているが、資源と住民とのマッチングをどのように行っているのか？

A 職員が地域に積極的に入り、福祉連絡会で住民と共に生活福祉課題などを話し合うことで、顔の見える関係性ができ、情報を共有しあいながらつなぐことができている。また関係機関とも連携を密に取ることを心がけている。

Q 小地域福祉活動で、コロナの影響はどんなところに現れていましたか？

A 養父市の強みである地域のつながりが希薄化し、生活福祉課題も深刻化している状況のなか、各行政区の取り組みに温度差が表れており、つながりが強くなった地域と、弱くなった地域の差が広がった。また、地区福祉委員会や福祉連絡会が開催できない状況が続き、情報共有の場が減少した。

Q 訪問時の感染対策はどのようにしていたのか

A ボランティアには、訪問先での滞在時間を限定し、高齢者との距離を取りながら一軒一軒訪問するごとに消毒することを徹底した。

Q 訪問者、ひとり暮らし高齢者の感染に対する不安はなかったのか

A 感染への不安はあったが、コロナ禍の影響により地域の様々な活動が自粛、中止となり、高齢者の孤立や、閉じこもりによるフレイルの進行が懸念されるため、住民同士のつながりを途切れさせない取り組みとして行った。ボランティアには、事業に対する詳細を説明し、賛同を得た協力者のみで実施した。

Q 暮らし安心サポーターは、具体的にどのようなことを助けてくれるのか？ 実例など見たい。

A 暮らし安心サポーターは、買い物、ゴミ出し、除雪など生活のちょっとした困りごとをお手伝いする応援者であるが、組織化しサービスにつなげていくことは考えていない。地域には、福祉委員やボランティアなど多くの協力者が活動しているため、この暮らし安心サポーターも「地域の支え合いの協力者の一人」として協働することを目的としている。社協としては今後も地域づくりに関わる人材を養成し、身近な地域での助け合いの意識の醸成を図っていきたい。

## 【セッション2】

### ④医療的ケア児が地域の学校に通う為に

訪問看護ハートステーション 看護師 丸毛 美佳氏

Q 緊急時のため、常時配置されている医療従事者以外の職員の研修などはされているのか

A 学校教員：BLSは理解されている。呼吸器の使用方法などは、入学当初の時に業者から説明を受けているが、それ以降の研修はない。

Q 各機関を繋ぐようなマネジメント・コーディネートは誰がしているのか？

A 保健師が行っている。何かあれば、病院や保健師には随時訪問看護が情報伝達・連携を行っている。

Q 学校の受け入れができた一番の要因は何でしたか？

A 根底には法律があるが、両親の思いを汲んだ教育委員会が動いた事だと思います。

Q 受け入れ体制を整える上で訪問看護が果たした役割は何か

A 小学校入学前からの児の状態・注意点などを学校に伝達。呼吸器の使用や設定なども情報伝達を行った。

Q 実際に週にどのくらい学校に通えているのか

A 週3回通学。週2回、教職員が訪問し在宅授業。

Q 学校受け入れ体制について、看護師常時2人配置について、授業中などもずっとつきっきりか？  
どのような支援が必要となっているか理解したいため、一日の支援の流れを知りたい。

A 授業中もつきっきりです。

登校後バイタルチェック。母親からの申し送り。授業中もつきっきりです。頻回な吸引が必要な事もあり、吸痰の実施。給食の注入などを行っている。14時頃に下校し、母親に引き渡しを行っています。

Q 学校に常時2名の看護師を確保されているが、どこの所属の看護師なのか？どのように確保したのか？

A 町が雇用しています。町の公立病院を定年でリタイアされた方がメインです。

Q Ns 常駐の費用はどこから出ていますか？

A 町の会計から出ています。

Q 「通学時は看護師常時2人配置」という事ですが、その際、通常の訪問看護として対応されているのか、何か特別な制度（保険など）を利用して介入されているのか(例えば プライベート看護とか)、教えて頂きたいです。

A 学校での看護師は町で雇用されている看護師です。

通常の訪問看護は定期的に曜日を決めて訪問しています。また、異常があれば適宜対応しています。小児慢性特定疾患の手帳を持っているので、その範囲で訪問看護を利用しています。懇談

会や参観日などがあれば、適宜長時間対応で対応しています。今の所自費でのご利用はありません。

## ⑤安心して暮らし続けるための地域づくり

後民生委員児童委員 中尾 和美氏

Q 今、地域の一番の心配事は何ですか？

A 若い人が少ないこと。

区民 120 人中 65 歳以下が 45 人という状況の中で、これから先見守りを主とした福祉活動をどのように続けるかという事です。

Q 地域の有志を巻き込む工夫にはどのようなものがあるか

A 普段から繋がりを大事にすること。

人それぞれの人間性を出来るだけ理解し、気持ちを伝え協力をお願いする。一人でも二人でも出来ることをする気持ちが理解者を増やす気がします。

Q 他の地区住民はどのように感じていたのか

A 一番悩む所でした。

この男性のこれまでの地域の人々との関わり方で良く思われない人も少なくありませんでした。そこまでする事はないと思われる方が、近隣の付き合いの深い方ほどありました。そこで、声かけは気軽に声かけのできそうな人をお願いしました。

近隣の方々には、機会があれば少しずつ変わってこられたことを話しています。最近は家も片付いているし、挨拶も少しずつされるようになり、皆さんの気持ちも少しずつ変わって来たような気がします。

Q 「役員」というのは、どんな役を担っているのか

A 福祉連絡会 9 名で活動しています。

区長、区評議委員 1 名を含む福祉委員会 5 名、民生委員児童委員、民生児童協力委員 2 名の 9 名で福祉活動をしています。声かけと見守りが主ですが、年間を通してふれあい喫茶、クリスマス会、冬場の友愛訪問等の活動です。定期的に気になること等の情報交換をしています。その時には、困ったことだけでなく嬉しかったこと、喜んで貰ったこと等も話し合い楽しい会にします。

Q 後区住民の助け合いの心が素晴らしいと思う。他地域でも同様な見守り体制を構築するために、中尾氏が最も大切だと感じておられるものがあれば教えてほしい。

A 声かけと人と人とのつながりを大事にすることです。

福祉連絡会では『つなげよう 笑顔で声掛け 心の和』をスローガンに上げています。高齢者だけでなく、多くの人々とのつながりを大事にする事で相手を思いやる気持ちが生まれます。少しずつですが、その気持ちが構築され、助け合いや暮らして行くための安心感が生まれてきた様に思います。

Q 役員の任期を2年とされており、毎年半分を任命されていると思うのですが、受任してもらう上での声かけ等の工夫はございますか。なかなか受任してもらえない地域もあるので、今後の参考にさせていただきたいです。

A 福祉連絡会が楽しくスムーズに活動できることを一番に考えます。

役をお願いする時は、あの人にさせたら良いとか無理矢理させられるという気持ちは避けて、この人なら出来る、この人にして欲しい気持ちを伝え、お願いしてもらう様に話しています。活動する時は、自分達も楽しみ、忙しい役員の負担を少なくして『出来る人が出来る事をする』を心掛けています。

## ⑥少子高齢化の限界集落が取り組む 奥八田地域の村づくり

奥八田地域づくり協議会 会長 中村 幸夫氏

Q 移送サービスなど様々な取り組みを実施することに対して、どのように区民の同意を得たのか

A 奥八田地域の過去の事業実績をもとに再編成した組織が新たに取り組んだ広域的(旧小学校区)組織結成の成果である。初めて地域の福祉課題を具体的にとらえた福祉部会の活動であり、区民アンケートの実施結果も参考としての事業化である。多くの課題を抱えるが、喫緊の課題であり実践行動を優先し組織で決定した。地域への説明を実施中である。

各集落での民生委員・福祉委員をはじめとする区民の日常的な関わり(週1回の体操行事も)がもたらす人間関係も理解の底辺にある。

Q 地域づくり協議会が始まって、地域が変わったことはありますか？

A 新たに活動への理解と協力者も出てきた。新たな分野である福祉課題への関心も高まりつつある。各地域での小福祉的活動もあり、連携の必要性は感じていると思う。

Q 今後のドライバーの担い手の見通しはどうか

A 現在19名のボランティアドライバーの申し込みがあり、実践活動の具体化と研修会を計画中である。単なる移送事業ではなく、求めるは「自立支援」の活動としてドライバー含め関係者の福祉意識の醸成をはかりたい。

Q 実際の地域課題を必要なサービスに結びつけ実行に移すことは、地区住民の力だけでも可能なのか。今回、このようなサービスを作り出すために、どのような支援が必要か。

A 事業は収益性に欠ける面もあり、運営状況を点検しながら改善が必要となる。事業への指導助言も戴きたい。出来れば財政的な支援があれば助かる。

### 【セッション3】

#### ⑦香美町におけるオーラルフレイル対策の取り組み

香美町 健康課 歯科衛生士 吉田 美穂氏 西谷 真悠子氏

Q 課題にある主観的にしか評価できないことについて、今後の取り組みや客観的評価として何を考えているのでしょうか

A 質問票で評価をするために、R4年度より質問項目に「フレイルを知っているか」「健康のために何か取り組んでいるか」の2項目を追加する予定にしている。客観的評価としては、口腔ハイリスク対象者には口腔内状況・口腔機能（RSST・オーラルディアドキネシス）で評価を行っている。

Q 課題にも記載してあったが、未受診者へのアプローチについて今後の展望があれば教えてほしいです

A 事業対象者は単年度で終了するが、ケースカンファレンスを通して包括・地区担当保健師などと連携しながら、切れ目ない関係づくりを図りアプローチしている。また、受診に繋がらなくても、早急受診が必要な症状を伝え、SOSの出し方やキーパーソンを本人と話し合っている。

Q ハイリスクアプローチの効果はどうでしたか？

A ハイリスクアプローチの方法（スライド⑩）の事業実績の表で目標達成者16人は全員改善がみられました。未達成者の6人中5人は状態維持で1人は悪化がみられました。悪化の人は今年度継続アプローチを行っています。

Q 通いの場の人とそうでない人で予防活動の継続性に違いはありましたか？

A データをとっていないため回答できません。

Q 口腔リスク該当者が多い理由はなにか

A ハイリスク対象者選定のための聞き取り確認で判明した理由としては

- ・現在、治療中だから噛みにくい
- ・入れ歯だから、自分の歯と比べると噛みにくい
- ・歯周病で歯が動いているため、気を付けて噛んでいるため（歯科定期受診している人も含む）
- ・ごくたまにあるむせでもチェック（1か月1回でも）  
等でチェックが入りやすいため、口腔リスク該当者が多くなる。

Q KDBで明らかになったリスクはあるか

A 介護認定者の有病状況や医療費、健診状況を見ると血圧と認知症と筋骨格が課題になっています。R4年度は後期高齢者質問票回答をKDB入力し、各地区等分析をすすめていく予定です。

Q 健康状態不明者について、どのような理由から健康状態不明者が生じるのか

A 免許返納等のため交通手段がなく受診しなくなった人、健康に自信があり自覚症状もないため、経済的理由、高齢だから必要ない等理由は様々。

コロナの影響として整形外科（腰痛）や歯科定期受診を控えていたために対象者となった人もいました。

Q ハイリスクアプローチでは、具体的にどのような問題を抱えた人にどのようなアプローチ（提案・指導）を行っているのか

- A
- ・口腔清掃不良の課題には、歯磨きの回数・タイミング・歯磨きの仕方を指導。正しい知識を伝えたいので、対象者が出来ることを提案します。  
例えば、歯磨きが1日1回朝のみの人には夜にすること、夜の歯磨きの必要性を理解してもらいます。
  - ・口腔機能の課題には、口腔機能低下を予防する必要性を伝え、口腔体操をいくつか紹介し対象者が取り組みやすい体操を1日5回でもいいので、まずは毎日継続して行うことを提案し、食べる時の姿勢も指導します。
  - ・口腔清掃不良と口腔機能の両方に課題があった場合は、口腔清掃を優先に取り組んでももらいます。
  - ・対象者には、正しい知識を伝え目標は取り組みやすいように簡単なものにするので行動変容につながりやすいです。最初に正しい知識を伝えておくと、自ら次の目標をたて取り組む人もいます。  
また、ハイリスクアプローチは3～6か月を1クールとし基本3回訪問にしていますが、対象者に合わせ3回訪問の合間に電話や中間訪問の支援を行う場合もあります。

### ⑧朝来市の自立支援型地域ケア会議の取り組み

～利用者・家族と共に多職種で自立支援を考える～

朝来市 ふくし相談支援課 主任介護支援専門員 夜久 美由紀氏

Q 自立支援型ケア会議にあげる対象者の選定はどのようにしているか？CMに任せているのか？市も関わっているのか？

- A ケアマネジャーが支援に困っているケース。身体的・精神的自立についての支援を多職種の視点で検討する必要のある事例を対象とする。

Q ニーズ把握の割合よりケアプラン掲載の割合が低い項目が多いのはなぜか

- A
- ①口腔・栄養が低いのは、身体・認知症と比べるとサービスが少ない
  - ②口腔・栄養については、専門職とつながることが少ない

Q ニーズ把握の割合が低い項目に対応するアドバイザーを今後も適切に選定することができるのか。そのための工夫は何かあるのか。

- A 職能団体に声をかけて、アドバイザーとして活動できる方を紹介していただいた。フリーランスの方へ依頼した。

Q 「誰も責められなかった」の項目について、感じ方は人それぞれだと思いますが、特に責められたと感じさせないような接し方のポイントがあれば、今後の参考にしたいので教えてください。

- A
- ルール・基本姿勢を提示した。
  - ①時期尚早の助言・アドバイスはしない
  - ②非難・批判をしない

- ③自分の考える解決法や推測がより現実に即していたとしても、押し付けない
- ④情報が足りない部分は、質問によって問いかける
- 枠組みとして、本人・家族を入れた
- 質問に係わる研修会をした

⑨朝来市の自立支援型チキケア会議の取り組み～本人・家族とケアチームの力～

朝来市自立支援型地域ケア会議アドバイザー 管理栄養士 中島 むつみ氏

Q 食事などの今までの生活習慣を急に变えることは大変難しいと感じているが、行動変容を促すためのアドバイス方法の工夫があれば教えてほしい

A 現状を続けていると、半年～1年後に起こってくるリスクを話し、命や持病に応じた優先課題から簡単に出来て継続可能なことを質問で問いかけ3個位提案し、本人に決めて貰っています。  
※半年継続できれば習慣化する事。1つ改善すると成功体験を次の課題に自ら取組可能。

Q 管理栄養士として他職種から学んだこと

特に、自立支援型地域ケア会議以外の場でも活かせるものがあれば、具体的に教えてほしい

A 他職種集まったのケア会議は、考えもしないことを気づけた。

○薬剤師⇒本人の自覚のない疾病・合併症を確認。薬の飲み合わせによる副作用の程度。

○理学療法士⇒本人の体の可動域を共に確認し食事が自力摂取可能となった。食具を右用・左用・箸・スプーン・フォーク等の選択。食事時の姿勢や食事時間。運動に見合う食事内容と食事量。

○公認心理師⇒家族の負担を考慮した食事提案。病名により、エプロン・食器の柄が不要、食事のタイミング・誤嚥の状況等が一律ではない。

○歯科衛生士⇒口腔状況に応じた食事形態（一口大・あら刻み・細かい刻み・とろみ付・ミキサー・舌でつぶせる硬さ(圧力鍋使用)。

○管理栄養士⇒高齢者の生命維持に必要な水分摂取方法・筋肉となる良質蛋白質の摂取・骨折を防ぐカルシウム補強と筋力維持等。

Q 栄養管理が必要な対象者をどのように判断しているか。また、どのような項目に注目しておけば良いか教えて欲しい。

A ①本人の困りごとを優先に対応。

②BMI・体重変動・直近の生化学検査から栄養状態指標項目：総蛋白・アルブミン・総コレステロール・ヘモグロビン・BUN・クレアチニン・K・尿PH等)を診て脱水・浮腫を確認し栄養状態を把握。

③食事量と排便量が伴っているか。

※老化した体の組織や血管を守る総コレステロールも大切な栄養素なので、下げすぎないよう多剤の高齢者の服薬状況を確認。

## 【セッション4】

### ⑩R3 介護報酬改定後の老健のリハビリテーションマネジメント 現状と今後の課題

公立八鹿病院老人保健施設 理学療法士 吉田 一正氏

#### Q LIFE が導入されて、入力にかかる業務負担はどのように変わったか？

A 確かに LIFE 導入による職員の入力作業負担は増えていますが、共通の評価ツールで担当職員が評価出来るプロセスを皆が共有することが出来たことはいい側面であると思います。開始当初は、なかなか厚労省指定の様式に慣れることに苦慮し時間を要しましたが、当施設採用の記録システム上で職員間で意見交換し工夫を重ね対応しています。

#### Q リハ職のマネジメント力とはどんなものですか？

A 日々「リハビリマネジメント」という言葉の持つ意味の理解に正直私も悩んでいます。リハビリテーションを S(情報収集、調査)P(計画)D(実行)C(評価)A(改善)サイクルを回していく事、よくよく考えてみれば、どの業界でも当たり前の事なのかもしれません。やはり今日の前の利用者様の、この時期(維持期・生活期)におけるリハビリ対応に対して本人、ご家族のニーズを確認し、セラピストがきちんと現状を評価し、多職種で協議された内容を実践し、地域に情報として返していくプロセスが大切で、目の前の利用者へのリハビリに結果と責任を持つ事だと思っています。その為に、臨床判断と発信力を高められるよう努力していきたいと思っています。

#### Q 現場が LIFE に期待することは何か

A 現在は、入力していくプロセスに焦点が当たっています。今後よりデータが蓄積されていき送られてくるフィードバックデータをいかに各事業所や各利用者様に活かしていくかが期待と同時に今後の課題であると思います。

#### Q 在宅復帰、在宅継続支援について、老健が特に責任を果たすべきだと考える利用者像(疾患、要介護度など)はあるか

A 当施設利用目的のトップニードは、在宅生活での介護不安や介護疲労、多忙等による在宅生活継続不安です。その次のニードは、セラピストが存在し提供できる老健でのリハビリテーションの継続です。

利用者様の対象疾患、要介護度は様々で医療依存度はより高く、認知症を有する方は増えていくと感じます。老健があるから、在宅介護を頑張れる、リハビリを続けて頑張れると感じて頂けるように職員一同取り組んでいきたいと思っています。

#### Q マネジメントに主眼を置くことで、提供するリハの内容はどのように変化しているか知りたい

A 我々が日々提供するリハビリ内容自体に大きな変化はありません。算定要件でもある週3回以上の個別リハビリテーションを実施していることにも努力しています。

より本人やご家族、担当のケアマネジャーが求められるニードにどれだけ即した内容が提供できるか、又特に入所前訪問や退所後訪問活動を通じ利用者様の環境をいかにイメージしてリハビリ内容を組み立てていけるかを忘れずに対応しています。

## ⑩人生の最終段階を支える～ターミナルケアの取り組み～

特別養護老人ホーム はちぶせの里 介護福祉士 中川 絵梨香氏

Q ターミナルカンファレンスについて、実際の学びや今後の活かし方があれば、具体的に教えてください

A ケアに対する要望の高いご家族があり、無理難題と感じてしまうような要望も多々ありました。介護する側としては、そういった要望に疲弊するところもあり、カンファレンスでは、お看取りの場面でのできなかったこと探しが始まりました。しかし、お元気な頃からの振り返りをしたことで、外出や娘さんの居室でのお泊りなど、お手伝いできたこともたくさんあることに気づくことができました。できなかったこと探しのカンファレンスじゃなく、がんばったことも振り返ることができることが大事だと思います。

Q 入所時に利用者が文書を書かれているが、入所中に見直し等は行っているのか？

A 「入所時の見直し」とは、「看取りの意向の変化の確認」ということでしょうか。発表の中にあるリビングウィルは、あくまでも、お元気な頃に書かれた ACP の範囲なので、この意向に変化はないかの確認については、お看取り期になった時点で確認をとります。この方の場合には重度の認知症になられたので、代理判断者としてご家族に確認したところ、このリビングウィルに沿って看取りをしたいとの意向を得て現在も進めています。

Q 認知症が進行していくにつれて、どの段階まで本人の意向を聞いて良いのかわからない。その線引きはどのようにしているのか？

A 認知症の人でも、意向の確認をしたところで、理解力や判断力が低下していたり、忘れてしまうので意味がないといった向きもありますが、そういう決めつけが一番問題だと思います。文献を読むと、たとえ認知症の人でも、繰り返し意向の確認をすることで、本当の意向が見えてくると書かれています。どこまで確認し、どこからご家族の代理判断に変更するのかはケースによりけりですが、そういった意識を持つことが重要だと考えます。しかし、当法人でもそういった取り組みがシステム化されているとは言えません。今後さらに検討していかななくてはならない重要課題です。

Q 入所者の方は、ほとんどが重症の方だと思うのですが、本人の意思確認の難しさはなかったですか？家族の意向に左右されませんでしたか？

A おっしゃる通りです。ほとんどのご利用者は、入所の時点で重度の認知症もしくは寝たきりの状態で、ご本人の意向の確認ができない状態です。入所時の意向確認（ACP にしろ、看取り期の意向確認（アドバンスディレクティブ）にしろ、ほとんどがご家族の代理判断です。ご利用者の意向が正しく反映されているかがわかるすべはなく、そこが大きなジレンマになっています。この問題を解決するには、ACP がさらに社会に浸透し、意向の確認が人生のもっと早い段階から、繰り返し行われる慣習が根付くことが重要だと思います。

Q ACP に対する利用者本人・家族の抵抗はないのか。気持ちの変化がどの程度あるのか。

A 入所時の ACP には確認するこちらとしても大きな抵抗があります。ご家族の中には、家で介護したかったけど、追い詰められて仕方なく入所の選択はしたけれども、これからもできるだけ長生きしてほしいと願っているご家族もおられます。発表にあった入所時の意向の確認

は、国からの施設運営上の指導があり実施していますが、1次救命、2次救命の意向を確認するようになっていて、確認事項としては不適切ではないかと感じています。本来は「もしもとのきにどのようにお考えですか？」ぐらいの柔らかい確認でいいのではないかと考えています。

Q 実際に看取りを経験され、事前の合意を達成する上で対応に苦慮した点等あれば知りたい

- A ①看取りの合意をとる時点で、ご家族の中で意向が異なることがあります。こういった場合は丁寧に説明を繰り返すことで、看取りの共通理解をしていただきつつ、家族内での話し合いをお願いして方向性を定めていただきます。
- ②ご家族も高齢の場合、看取りの合意形成ができていながらもかかわらず、血圧の低下が始まった時点で、「救急車を呼んでくれ」とおっしゃられ、娘さん方に諫められるといった事例があります。丁寧に説明はするのですが、ご家族も高齢の場合は看取りの理解が難しいこともあります。そういった場合には説明を繰り返しつつ、子どもさん方に同席して意向の確認をさせていただいています。
- ③意向の確認をするときに、「あなたならどうしますか？」といった質問があることがあります。そういった場合には、誘導的にならないように自分の考え方は絶対に言わないようにしています。代わりに「このような家族もあります」といったように事例の提供をするように努め、併せて代理判断ができるのはご家族だけという説明をして理解していただき、判断を促します。

Q ある特養で「ターミナル期の利用者ですから、リハの介入は結構です」と言われたことがある。安楽なポジショニング・シーティングや呼吸姿勢など検討できることはあるのではないかと考えるが、中川さんの施設・ユニットとして、リハ職に期待されることやこんなこと出来そうじゃないかと思われることがあるか。

- A おそらくその施設は、リハビリテーションは機能的な改善が目的と理解しているのだと思います。老化による看取りは、状態像的にゆるやかに寝たきりの状態になるのと合わせて、認知症が伴うことがほとんどです。

リハビリテーションに期待することとしては、安楽や褥瘡を作らない（治す）ためのポジショニングや、介護職でもできる範囲のROMの指導、認知症の人のQOLを改善するためのコミュニケーションなどのガイドラインも示してもらえたらいいと思います。看取り期には在宅ならベッド上の生活になってしまうことが多いですが、施設の場合はぎりぎりまで離床して人中で過ごすことが可能です。勝手都合で寝たきりにさせないケアの指導もリハビリテーションの範疇だと思います。

**⑫豊岡健康福祉事務所における難病の現状と患者支援について**

豊岡健康福祉事務所 保健師 藤井 萌加氏

Q 災害対応マニュアルを使用した成功事例はあるのでしょうか

- A 台風接近の際に、マニュアルにそって事前避難を判断した事例があります。災害対応マニュアルがあることで「安心する」という声も、患者・家族から聞いています。

災害等緊急時に落ち着いて避難行動が取れるよう、支援者と共に定期的に見直しを行っています。

Q 災害時の対応について、市町や担当ケアマネジャー・相談支援専門員との連携はどのようにな  
されているのか。

A 災害対応マニュアルについては、更新毎に関係機関と共有しています。発表にもあったよう  
に、災害を想定した訓練を行う際には一緒に確認していただいています。

Q 病気が進行していく中で、少しでも希望や目標を持って暮らしていくことが大切と考えるが、  
そのためにしている支援があれば教えてほしい。

例) 旅行に行きたい

A 特に人工呼吸器装着難病患者は外出がほとんどなくなってしまうので、患者・家族の集い、医  
療相談会のような場を外出機会とされている方もおられます。「桜や紅葉、海を見に行きたい」  
「実家に帰省したい」といった希望があれば、保健所保健師も支援者の一人として、同行などの  
支援を行っています。

患者・家族の中には自分の経験を他の患者や家族、支援者に伝え、参考にしてもらいたいと  
思う方もおられ、患者・家族のつどいや学生の訪問等の場で体験等を伝えてもらっています。

Q 難病患者を取り巻く環境で、最も課題だと思うものは何ですか？

A 難病患者に関わる関係機関が抱える課題の共有化を図り、ネットワークの強化をしていくこと  
です。また、在宅療養を望む患者が、在宅で暮らせる選択ができるよう、基盤整備を進めてい  
ます。

Q スライド4 難病患者への支援内容

○面接・電話相談

○家庭訪問

⇒どのような流れで支援を行っているのか、介護支援専門員などの支援者がいる場合、どの  
ように役割分担しているか

A 特定医療費受給者証の新規申請時には必ず保健師が面接し、更新の際にも本人・家族におた  
ずね票を記載してもらい、内容に応じて相談や家庭訪問を行っています。電話相談では、体調  
や福祉サービス、受給者証申請に関する相談が多く、その中で必要なサービスの調整を行っ  
ています。病状の進行が早い疾病や人工呼吸器装着患者には定期的に電話や家庭訪問を行い、在  
宅療養支援を行っています。

病状の進行を予測して、タイムリーなサービス等の導入のために介護支援専門員等とはサー  
ビスの相談をしたり、連携を強化するために同行訪問を行ったりしています。

また、介護支援専門員が患者・家族支援に役立つように研修等の場の企画をしています。