

# ゆたか

9・10  
2017  
September・October



2 ● 誕生物語——唐澤 剛 内閣官房総括官

4 ● **特報** 審議会レポート——窪倉憲子

事業者団体ヒアリング／河崎会長が陳述人として出席

8 ● 特集 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会

第19回日本認知症グループホーム大会

## “<sup>とき</sup>結束の秋”

## 広がる認知症支援の輪



### [連載]

19 ● 第21回 **グループホーム探訪**～ようこそ、わが家へ～  
—— **グループホームいずみ** (神奈川県横須賀市)

22 ● **ゆったり食堂**——宗像伸子

28 ● 第22回 **千思万考**～経営現場からの便り～  
—— **林田貴久** 社会福祉法人恵仁会 法人統括本部長

30 ● 第10回 **実践! グループホームケア**  
—— **山口晴保** 認知症介護研究・研修東京センター センター長

32 ● 第4回 **新・認知症ケアの現場から**  
—— **青木 瞳** 有限会社ケアワークス 看護部長

### [インフォメーション]

17 ● 協会の動向 新規入居者の調査(重要な調査)にご協力を!

18 ● トピックス 小池都知事がグループホームこもれび家族を視察 他

34 ● 読者参加型企画 「創」利用者に秘められた力

23 ● **現場発信** ～輝きびと～ ⑳

**中辻 和馬**さん 社会福祉法人由寿会  
グループホーム香寿庵(大阪府)



巻頭言  
日本認知症グループホーム  
全国大会を顧みて  
下田 肇 日本認知症グループホーム協会 副会長

3

### グループホーム経営 Q&A 24

- <人材確保・定着>③  
新入職員と信頼関係をつくるには?
- <助成金>④  
教育制度をつくるのに役立つ助成金は?
- <医療介護連携>④  
利用者の家族と連携するコツは?
- <教育>③  
学んだことを実践してもらうには?



**Q** 利用者のご家族と連携する際のコツを教えてください。  
なかなか会いにきてくださらないご家族と、どのようにして連携すればよいのか、悩んでいます。特に終末期になるとクレームが心配です。

**A** メールやケア会議を通じて何事も家族に相談することで、自然と連携が深まります。

### コミュニケーションを地道に重ねる

グループホーム利用者の家族との連携は、私たち在宅医にとっても大きな課題です。毎日のようにきていただける場合はコミュニケーションがとりやすいかと思いますが、なかなか会えない家族の場合、とても困ります。遠方や多忙でこれられない、関係性が希薄などさまざまな理由があるのでしょうか。こうした連携が難しい家族の特徴を把握しておきましょう。

1点目は「お金を払っているから十分にやってもらって当たり前」という意識があるケース。2点目は「終末期になるとクレームや入院希望が出てくる」とことがあるケースです。

1点目に当てはまる家族とは、普段からさまざまなツールで連絡を取ることが大切。よくデイサービス事業者が写真を添えた簡単な報告書を帰宅時に渡していますが、それをまねましょう。普段の落ち着いた時の笑顔をしっかりと写真に撮り、プリントアウトして簡単な手紙を添えて郵送してはどうでしょうか。あるいは入居時にメールアドレスを聞き、こまめにメールに写真を添えて報告してみてください。一般の会社ではよく「ほうれんそう」と言われ、何かあれば上司に「報告・連絡・相談」します。

実は、これはグループホームと家族との連携にもいえることです。なかでも「相談」が大切で、何かとスタッフと主治医だけで決めてしまいがちですが、何事も家族に相談しているという実績を重ねることが重要です。認知症になっても本人の意思を尊重することが大切ですが、必ず自己決定できない状態に陥ります。それを見越して、小さなことでも相談をするというプロセスを重ねることで、自然と連携が深まるのではないのでしょうか。

次に、2点目の「クレームや入院指示」についてです。遠方に住んでいて、普段あまりくることができない家族の心には必ず大なり小なり「会いに行けていない」という「思い」があります。それがいざ急変したり、徐々に看取り期に移行した場合などに、「クレーム」や「なんとなく入院を希望」という形で噴出して、こちらも慌てます。1点目で述べた小さなコミュニケーションを地道に重ねていると、そうした事態を予防できるでしょう。

家族に「最近、徐々に口から食べる量が減った」と報告すると、必ず「入院」や「胃ろうや点滴」の希望が出てきます。これは医療の領域ですから、主治医にしっかりと相談に乗って

もらうしかありません。たまにしかくることができない家族であっても、きた時には必ず、主治医にも会ってもらってください。できればケア会議のようなものをグループホームで開いてください。本人・家族の意思を尊重した終末期医療を提供するために必須のプロセスです。

### 元気うちからシミュレーションを

最近、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)が盛んに論じられています。アドバンスとは「あらかじめ、元気うちに」という意味です。ギリギリになって話し合いの機会を持っても、信頼関係が構築できていなかったり、パニックに陥っていたりして家族は冷静な判断ができません。比較的元気うちから、「もしも」の時のシミュレーションを皆でしておくことが大切です。

「もしも」とは、老衰で口から食べられなくなった時とは限りません。「転倒して大腿骨を骨折した時」や「誤嚥性肺炎を繰り返して、治療しても効果がなくなった時」や「安定していたが、部屋に入ったら虫の息になっていた時」などです。「縁起でもない」と怒る家族もいるかもしれませんが、「いや、よくあることですから、念のため想定しておかない」と説明してください。当院では主治医が本人からさまざまな希望を聞いて、それを携帯の動画に録画してDVDに焼いて家族に郵送しています。予想される変化への対応策を、平時から一緒に練っておくことです。

そして、こうしたやりとりこそ、しっかりと記録に残してください。医療・介護はすでにACPの時代に入りました。みんな複数回の話し合う機会を持ち、家族も主治医も、そしてグループホームも「覚悟」を持つことが大切です。目の前の雑事をこなすだけでなく、いざ、その時になってから慌てないための準備をしておくことも、「家族との連携」において大切だと思います。

私たちは普段から在宅患者さんや家族と連携していますが、グループホームの皆さまも積極的に加わってください。もし可能なら、ICTを利用して皆で情報を共有する工夫もお願いします。そのような経過を経て、「老衰での平穏死」にしっかり寄り添ってください。



なお・かずひろ ● 東京医科大学卒業。長尾クリニック院長。日本尊厳死協会副理事長、エンドオブライフ・ケア協会理事、日本ホスピス・在宅ケア研究会理事、抗認知症薬の適量処方を実現する会代表理事。東京医科大学客員教授。『はあちゃん、介護施設を間違えたらもっとボケるで!』、『痛くない死に方』など著書多数。