

第 14 回

大老協懇話会 (事例発表会)

◆と き 平成26年7月4日(金)

◆と ころ 大阪国際会議場グランキューブ大阪

主催 公益社団法人大阪介護老人保健施設協会

1. ～心が安らぐ癒しのケアを～

施設名 堺市医師会介護老人保健施設 いずみの郷
介護福祉士 下岡陽史（しもおか ようじ）
共同発表者 杉本亮太 本田亜規

〈はじめに〉

当施設では、利用者が有効に時間を活用できるよう、午後からの余暇活動時間に、作業・運動レクリエーション、散歩、書道などを実施している。しかし、利用者から「手が痛いし、今日は何もしたくない」「作業はやめとくわ」「ゆっくりしたい」等の発言が聞かれる事が多くなった。そのため、現状での活動以外に希望に添えるような活動はできないかと職員で考案し、取り組みを始めたので紹介する。

〈取り組み〉

はじめの取り組みとして「癒し」をテーマにしたサービスを行うこととしアロマコーナーを設置した。中庭の景色を眺めながらゆったりと過ごせるよう、ソファを窓際に向け、足を伸ばしてくつろげるよう足台を置き、ゆったりとした音楽をかけ、周りの方の目が気にならないよう仕切りを置き個室空間を作った。次にネイルケア、ヘアメイクを実施。マニキュアはきれいに並べ、好きな色を選んで頂き、職員が、季節に応じたネイルカラーに仕上げた。ヘアメイクでは、ホットカーラーで髪を巻き、口紅を塗り、眉を手入れし、美容室に行った気分を味わえるようにした。ネイルカラーを好まない方や男性には、ハンドマッサージを実施。ローズ、ジャスミン、ピーチの3種類のボディクリームを用意した。また、赤外線式の足湯も実施した。

〈結果〉

癒しのケアを実施したところ、利用者の表情は明るくなり、「気持ち良かった」「良い匂いがしていいわ」「ネイルを見て気持ちが明るくなる」「ヘルパーさんに綺麗ねって褒めてもらった」など喜びの声がたくさん聞かれた。また、利用者の話をゆっくりと傾聴できる時間を持つことができた。話を聞く中で、利用者がさまざまな不安を抱えていること、自身の体調が悪くやり場のない怒りと苛立ちを感じていること、好きだったことも出来なくなる葛藤など多くのストレスを抱えていることに気づくことができた。職員からは「どう返答したらよいか悩んだ」「どうしたらストレスを軽減できるのだろうか」と、その苦しみを少しでも軽くし、明るくなれるようなケアは出来ないものかとの意見があがった。そのために、職員自身が利用者の心理状況を理解し、傾聴する技術を高められるよう勉強会を実施、会話の中から知り得た、その方の生きてこられた背景や不安などを職員間で情報共有し、利用者のメンタルケアが行えるよう、理解に努める取り組みを始めている。

〈まとめ〉

「癒し」をテーマにしたサービスは、利用者の表情を明るくし、喜びの声を多く聞くことが出来ている。今後も、ケアを実施する中で利用者のメンタルケアを行い、利用者が心から癒やされ、明るく楽しんで生活できるよう支援していきたい。

2. レクリエーションを見直し、利用者の QOL 向上を目指す

施設名 介護老人保健施設 つくも
介護福祉士 木村奈美 (きむら なみ)
共同発表者 坂本美有希

はじめに

当施設ではレクリエーション(以下、レクとする)を行っているが、一部の利用者の参加が多く、内容もパターン化している。多くの利用者がレクに参加され、利用者同士のコミュニケーションを通じて笑顔が増えれば日常生活を送る上での楽しみにつながると実施し、その成果をここに報告する。

目的

利用者がレクに参加し日中の活動量が増え、昼夜逆転予防に繋がり、生活のリズムを整える事ができる。また、残存機能を活性化し ADL の向上を図り、QOL を高める。

方法

- ・対象 一般フロア 60 名
- ・研究期間 平成 25 年 4 月 1 日～8 月 31 日
- ・方法 2 週間のレク参加人数を調査した結果、平均参加人数は 22 名で不参加人数は 60 名中 38 名であった。その不参加の理由を調査した結果、体調不良、興味が無い、入浴の時間と重なり疲れる等がわかった。その対策として曜日ごとにレクの内容を決め、興味をもってもらえるようレク開始 2 時間前に事前に告知をした。更にレク開始後でもレクに参加せずに臥床している利用者に対して声かけをした。利用者の希望を週に一度確認し内容を充実させた。入浴の時間が重なると疲れる為、60 分から 30 分にレクの時間を短縮した。参加利用者全員に声掛け出来る様レク担当スタッフを 1 名から 2 名に増員した。レク用品を活用できるようレク用品庫を整理整頓し、見易く使いやすいようにした。

結果

軽体操をレクの時間に毎回 5 分行った。参加平均人数は 22 名から 40 名に増え利用者同士、交流の場とすることができた。レクも盛り上がり「明日は何をするの」と自ら興味をもたれる利用者も増えた。職員のレクに対する意識も高まり、進行も効率よく行えるようになった。

考察

レク用品庫の整理整頓をする事で、レク用品を活用して、レクの内容のバリエーションが広がった。曜日ごとに内容を決め事前に利用者に伝える事は、内容を理解しやすく、興味が持てる方法として有効であったと考えられる。さらに、利用者の要望を知ることで、ニーズに合ったレクの内容を提供することができた。また、入浴後の疲労の軽減を図ることで、意欲的に参加する利用者が増え、昼夜逆転予防に繋がった。そして、利用者同士の交流も増え、馴染みの関係作りができたと考える。身体を動かすレクをとり入れた事で、心身の残存機能の維持、向上がより安定し在宅復帰が目指せる環境を整えることができた。よって、認知症の進行予防にも寄与すると考える。

結語

レクを見直した事で、参加人数を増やすことができた。利用者同士のコミュニケーションの場が増え QOL を向上し、軽体操を含むレクを毎日行う事は有効である。

3. 出来る事に目を向けたアプローチ ～笑顔で溢れるフロアを目指して～

施設名 介護老人保健施設 アロンティアクラブ
介護福祉士 松脇絵美 (まつわき えみ)
共同発表者 川田裕子

1、はじめに

今回報告するA氏は、入所当初リハビリに意欲を持たれていたが施設生活が長期になる事で、在宅復帰への希望もなくなり意欲の低下が見られていた。その中で私達は、ICFの視点を活用し、利用者に対して自立支援に向けた取り組みを発表する。

2、ICFを活用した取り組み

私達のフロアは4フロアの中で日常生活において介助を要する方が最も多いフロアである。ADLの低下や麻痺があり出来ない事が増え自信をなくされている利用者がある。どうすれば自信をもってもらえるのかと話し合った結果、「出来る事に目を向けた介護」を今期の目標とした。日課の中で自発的な行動をして頂けるように週間予定表を設置。予定表を見る習慣が付き、髭剃り・洗濯・入浴準備など自発的に行動される事が増えた。しかし利用者から意欲はあるが出来ないと言う声を聞き、居室環境を改善する事で現在半数の方が入浴準備を実施されている。

3、事例

A氏 67歳 男性 介護度3 寝たきり度B2 認知度II ADL一部介助
既往歴：高血圧性脳出血後遺症 左片麻痺 高次脳機能障害

[A氏のニーズ]

杖歩行➡PTから歩行は難しいと指摘がありA氏と相談。結果、歩行を長期目標とし身近な日常生活動作の自立を目指し目標を設定する事にした。

[介護の目標]

- ① 毎朝着用しているベストを自己にて着る ②靴の脱ぎ履き出来る

[介護の実際]

- ① 毎朝着用しているベストを自己にて着る

今まで手の通す位置がわからず裏表が逆になり、捻じれて着てしまう事で自信をなくし、自己にて着られることはなかった。そこで、手を通す位置に目印をつけた事で間違いなく着る事ができるようになった。

- ② 靴の脱ぎ履きができる(足を組む動作が出来ることからこの目標を設定)

(10日後) 靴の脱ぎ履きは可能。ベッド上での動作に恐怖心があり、車椅子上で靴を履く事を望まれる。しかし裸足での移乗は事故のリスクが高い為ベッド上で続ける。

(12日後) 靴下を脱いでいる最中に転倒。転倒後、意欲の低下や続行に対しての拒否は見られず。対策として足が地面に着くようベッドの高さを調整。見守りの徹底を職員間で統一。安全に行えるように、動作の見直し・決定

(A氏の希望も踏まえ靴下は車椅子上で脱ぎ、再度靴を履いてベッドへ移乗)

(20日後) 自ら高さを調整し座位を安定させ、健側の足で靴を拾って履かれるようになる。出来る事が増え自信がついたことで生活にも変化がみられ、笑顔が増えた。

4、まとめ

環境を改善する事で出来る事が増え、意欲の向上や自信に繋がることが分かった。スピード重視から考えて行う介護への意識改革とスキルアップが今後の課題である。出来ない事を介護するだけがケアではなく、どうすれば出来る事が増え自信に繋がるのかを考え、実践する。

4. リハビリになるレクリエーションへの取り組みー私の腕が上がりやすくなった！ー

施設名 介護老人保健施設 ウェルハウス協和
介護福祉士 内田典子（うちだ のりこ）
共同発表者 丸山由加里 中原靖子 芝智恵

【はじめに】

当通所リハビリテーション（以後通所リハビリ）では、午前はセラピストによるリハビリを実施し、午後はデイルームにてレクリエーション等の活動を提供している。

現状はレクリエーションを行っていてもリハビリに直結していないのでは？と感じる部分も多くあり、今回レクリエーションの内容を見直したので報告する。

【研究方法】

1. 平成25年5月1日～26年1月20日
2. 対象：通所リハビリ職員11名
3. 1) 職員に対しレクリエーションについてアンケートを研究前後で実施した。
2) 多くの職員が関われる日には、身体を動かすレクリエーションを行った。
4. 倫理的配慮：アンケートは無記名とし、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

アンケート結果より、レクリエーション業務を担当することについて、内容を考えたり、1人で実施するのが大変という意見が多かった。また、リハビリの一環であることを意識しているのかという質問に対しては「意識している」が7名に対し、「意識していない」が4名であった。にもかかわらずそれが利用者に伝わっているかという質問については、「伝わっている」が1名、「少しは伝わっている」が5名、「伝わっていない」が5名という結果であった。そのアンケート結果を職員に周知し、数ヶ月レクリエーションを実施した後、2回目のアンケートを行った。結果、7名が「以前よりリハビリを意識したレクリエーションを心がけるようになった」と答えた。レクリエーションがリハビリの一環であることを利用者に伝える工夫をしたかという質問にも同じ7名が「はい」と答え、「リハビリを意識するような一言を付け加えるようにした」など、具体的な答えも返ってきた。そこで、あらためてレクリエーションについて考え、いかにリハビリにつなげるか等を話し合った。取り組みの一つとして、職員の手がある時、利用者の少ない土曜日などでチーム戦の風船バレーやミニ運動会を実施した結果、利用者より、楽しかった、運動になった、上がりにくかった腕が上がりやすくなったとの声が聞かれた。職員からも安全面を確保し、また実施してもよいのでは、との意見も得られた。

【考察】

通所リハビリを利用される方の多くはリハビリと入浴を目的に来所される。したがって職員のほとんどが入浴介助に関わる為、現状、レクリエーションは1人の職員で行っている。担当者は参加される利用者との安全面を考え、内容を決め、実施するがリハビリにつながるのだということを説明していない為、利用者に伝わらず、なんとなく参加する利用者がほとんどであった。しかし、職員がリハビリにつながるレクリエーションをしようという意識を持ったことや、当日のレクリエーション担当ではない職員も積極的に協力するようになったことで、利用者も以前より積極的に参加されるようになったのではないかと考える。稲川¹⁾も「一般の訓練と並行して遊び・ゲームをうまく活用すれば、遊びそれ自体がより高次のレベルで統合された動作を獲得していくひとつの訓練となりうるのである。」と述べており、ゲームの中で楽しみながら身体を動かしていたことが、腕が上がりやすくなったなど身体面にも良い影響をもたらしたのではないかと考える。

5. 「スピーチロックをなくすための取り組み」～利用者と職員の信頼関係を築くために～

施設名 介護老人保健施設 きんもくせい
介護福祉士 河野隆文（かわの たかふみ）
共同発表者 氷見協子 松下奈美 木下さつき 石止諭

【はじめに】スピーチロックとは「言葉による拘束」のことである。スピーチロックには様々な言葉があるが、きんもくせいでは「ちょっと待って」という言葉を中心に、スピーチロックの発生が多くあった。スピーチロックをすることで、利用者に肉体的、精神的な苦痛が生じ、スピーチロックは認知症利用者のBPSDや不穏な状態を引き起こす原因となる。

【目的】スピーチロックについての知識や意識を職員が高めることにより、施設サービスの向上を目的としてスピーチロックをなくすための取り組みを行う。

【結果】24時間のケアの中で、朝食後の口腔ケアやトイレ誘導が重なる8:45～9:45のフロア内での使用が多いことがわかり、平成25年6月2日～6月8日の8:45～9:45に職員3名が「ちょっと待って」のカウントを実施した。結果、1日3回から7回使用していることがわかった。原因として、1.職員がスピーチロックに対する意識がない2.職員が認知症利用者に対する知識が少ない3.職員間で見守りマニュアルや、トイレ誘導マニュアルが守れていないことなどから、十分な連携がとれていないがあたり、対策を立案した。1の「職員がスピーチロックに対する意識がない」に対しては、スピーチロック防止のための標語を作成しケアステーション内で毎日朝礼で標語を読み上げ復唱することにした。またフロア会議でスピーチロックについての勉強会を実施した。2の「職員が認知症利用者に対する知識が少ない」に対しては、これもフロア会議で認知症についての勉強会を実施した。そして、認知症の理解を深めるために、認知症実践者研修修了者を中心に認知症利用者の24時間プロセスコードを作成し、職員で意見交換を実施した。3の「職員間の連携がとれていない」ことに対しては安全推進委員が作成した安全な見守りマニュアルとトイレ誘導マニュアルを、職員へ通達し共有した。結果平成25年8月4日から1週間再調査をしたところ、スピーチロックがゼロになった。

【考察】職員が何気ない言葉掛けでスピーチロックに繋がることを意識するようになったことや、勉強会を通じて認知症の理解ができたことは、スピーチロックの使用回数の減少に繋がったと考える。また、職員間の連携をトイレ誘導マニュアルや安全な見守りマニュアルを守ることにより、連携を深めたことがスピーチロックの使用回数の減少に繋がった。利用者を待たせない環境作りの重要性を理解することができた。業務改善から半年近くが経つが、今でも標語を更新し、毎日朝礼で読み上げている。しかし、現場では何気ない一言、傾聴する態度の配慮など、少しずつ各個人、スピーチロックへの意識が薄くなっている事例も見受けられ、今後は現場で、その時に職員同士がお互いに気付き合い、その場で注意し合える環境ができるよう活動を継続していく。

【結語】スピーチロックがなくなることにより認知症利用者のBPSDや不穏な状態が減少した。今後もスピーチロックゼロを目標に、利用者が安全で安心できるような介護を実践し、利用者との信頼関係をより深めていく。

6. 移乗介助マニュアル作成による意識の変化と課題

施設名 介護老人保健施設 セレーナなとり
介護職員 横山真一（よこやま しんいち）
共同発表者 坂本健郎 松原一弘

【はじめに】昨年度、当施設において、下肢の支持が低く立位の取りづらい利用者に対して立位介助を行った際、肩関節を骨折するという事故が起こった。この事故の原因となった介助方法を検討した結果、介助者により介助方法は相当な不規則さがある事が明らかとなった。この事故をきっかけに、各利用者に対応した移乗介助マニュアルを作成し、実際の介助方法に反映させた。今回、このマニュアルを作成し運用するにあたって、職員アンケートを実施し、現状の課題と今後の対策を明らかにしたので報告する。

【方法】各職員から移乗介助の行いにくい利用者をアンケートにより選出し、マニュアル作成の優先度を順位づけた。マニュアル作成の過程において、利用者の担当セラピストが、利用者の身体能力に応じた移乗方法を実際にデモンストレーションし、介護職員が実施している方法との相違を比較検討し、意見交換を行った。また、その場にはいない職員にも伝達しやすいように、注意すべき点を写真で記録し、視覚的に心象づけるよう工夫した。当該マニュアル作成後、各職員にアンケートを取り、職員の意識・行動変化を評価した。アンケートの内容は、①マニュアル作成により何らかの意識等変化の有無②マニュアルに沿った移乗介助の実行性③移乗介助における今後の課題④マニュアルの理解度⑤自由記載、を回答し現状の課題と今後の対策を明らかにした。

【アンケート結果】①「個人にあった移乗介助を意識する様になった」等、82%の職員に意識の変化がみられた。②64%の職員が出来ている。12%の職員が時と場合によりできない。残りの職員が出来ていない。との回答であった。③「指示が入りにくい利用者に対して難しい方がいた」等、47%の職員がマニュアル通りに行っても難しいとの回答であった。④94%の職員が解り易いとの回答であった。⑤「繰り返し手本を見せてほしい」「マニュアル通りに行っても難しい人がいた」等の意見があった。

【考察】基本的な移乗介助については、勉強会等への参加により学ぶ機会が多い。しかし、利用者の心身機能と環境因子は個々で異なるため、画一的で基本的な移乗介助で行うと、対応ができない場合が多かった。個別のマニュアルを作成した事により、各利用者の特徴や変化を捉え、生活課題を共有でき、それぞれに工夫した移乗介助が浸透してきた。アンケート結果から、現状としては一定の効果が認められ、職員の移乗介助に対する観点や意識が変化してきていると思われる。

【課題】今回のマニュアル作成では、“移乗介助の統一性”ではなく、“移乗介助の個別性”を重視し検討できた事例もあった。しかし、マニュアルを通して移乗介助が困難な事例もあり、利用者の心身機能の特徴のみならず、性格や生活習慣、環境設定に合わせた工夫が必要である。利用者の生活を多面的に捉え、画一的な移乗介助から個別性のある介助方法を多職種で検討し、利用者のエンパワメントを導き出していく必要がある。

7. LIFE ～私たちの心を感じて～

施設名 老人保健施設 美樹の園
作業療法士 美濃部明子(みのべ あきこ)
共同発表者 末永京子 松下真也 角野加代子 北村健次

【はじめに】

当施設では、半数の方が車椅子を常用している。

ある日、車椅子生活をされている利用者の家族から「母は、長い時間、車椅子に座っていると窮屈で、面会の時はベッドに寝かせています」と聞いた。それは、今まで本人から聞いた事がない内容であった。何故聞いた事がなかったのかを考えると「業務に追われて気付かなかった」「思いを聞くタイミングがなかった」から、だと思われる。気持ちを理解する事が出来なければ、利用者は施設で楽しい生活が送れないのではと考えた。その為に、利用者と同じ立場になれば、気持ちを理解出来ると思い、大会メンバーで24時間の車椅子体験を行なった。その中で得られた気付きには、すぐ改善できる内容や、想像もしなかった事もあった。これらの気付きを職員に投げかけ、業務を改めようとする取組んだが、なかなか業務を改めるまでに至らなかった。そこで職員にも車椅子体験を行って貰い、業務を改められる様に取り組みを行なった。

【目的】

利用者の気持ちを理解し、業務を改める。

【方法】

- 1 大会メンバーで24時間の車椅子体験を行なう。
- 2 気付いた事を職員に投げかけ、業務を改める。
- 3 職員が車椅子体験を行い、意見を交換する。
- 4 業務を改める。

【経過並びに結果】

大会メンバーが車椅子体験で分かった事は「エレベーターに乗るとふわっとして気持ち悪い」「移動がしんどい、後ろから押してほしい」などであった。これらを申し送りノートで職員に投げかけたが「実感が湧かない」という声が多く、業務を改めるまでに至らなかった。職員が、車椅子体験を行なった感想には「自走するには、大変な力が必要と感じた」「ベッドへ移ると開放感があって心地良かった」などの感想が聞かれた。意見交換では「車椅子生活はしんどい部分が多い事がわかった。自分達が今日から出来る事を探そう」と共感していた。その結果、業務を工夫して、利用者の訴えに気付ける様に、アンテナ係の職員を置き「希望があれば、少しの時間であっても静養して貰う」「廊下を自走している利用者には声を掛け、必要があれば介助する」などの事が出来るようになった。

それ以外の職員も、利用者の訴えを聞いて対応しようとする姿勢が見られた。

【考察】

私達は、車椅子生活をされている利用者の気持ちを理解する事が出来ていなかった。職員が車椅子体験を行なった事で「車椅子生活は、職員が予想していた以上にしんどい部分が多く、自分達が今日から出来る事を探そう」という意識が持てた。また、業務を工夫して、訴えに気付き、対応する為に、アンテナ係の職員を置いたが、全職員にも利用者の訴えを聞いて対応する姿勢が見られた。利用者の気持ちを知らうという環境になっていると考える。今回の取組みで得られた利用者の気持ちを忘れず、今後も利用者の訴えに気付き、より良いケアに繋げていきたい。

8. ノロウイルス感染を教訓に

施設名 介護老人保健施設 箕面グリーンビィラ
介護福祉士 池田麻美 (いけだ まみ)
共同発表者 北浦浩子 古財誠也 杉村真智子

【はじめに】

2014年1月、当施設では2008年以來のノロウイルスによる感染を認め、職員・利用者合わせて6名の感染性胃腸炎が発生した。感染対策に関するマニュアルは施設には存在し、感染症対策の基本、及び感染症等発生時における対応法などについても記載されている。また、年に1回は必ず、感染予防対策委員会より感染性胃腸炎についての勉強会等を行ってきた。しかし、今回感染性胃腸炎が発生した際には、職員の対応に混乱が見られ、「実際にどうすればよいのかが分からない」という意見が、現場で多数見られた。そのため、今回2010年から参加し、作成している感染管理ベストプラクティスを使用し、皆が現場ですぐに使えるわかりやすいマニュアル作りに取り組んだので、それを報告する。

【取り組みの実際】

当施設では2007年に職員・利用者合わせて50人以上が集団感染するという、感染性胃腸炎のアウトブレイクを経験した。2008年は10数名と減少したものの、感染拡大を止めることは出来なかった。そのため、2010年より感染管理ベストプラクティス研究会に参加し、マニュアルを作成するとともに、以後マニュアル遵守の為に、感染予防対策委員会より、実技テストを年1回行うようにし、職員全員が「吐物の処理」などが適切に行えるよう、感染管理に取り組んできた。今回6年ぶりとなった感染性胃腸炎による感染を確認した時も、マニュアルに従い、行っていけば対応出来るものだと思っていたが、感染を確認された利用者が居室対応となった場面で苦慮している職員が多く見られた。

そのため、2014年1月末、対応終了後に感染症が発生したフロアの職員全員にアンケートを実施、感染症発生時の対応の疑問点・問題点を記載してもらった。その中から見えたものは、現在施設で使用している「吐物の処理」「オムツ交換」などのマニュアルは、平常時の対応のものであり、実際感染陽性が確定した利用者又は疑いが強く、居室での対応となった利用者に対しては、応用しなければ使用できないことが分かった。また消毒方法など、文章化されたマニュアルの中には記載されていても、実際居室の中で対応しているとわからなくなってしまったり、ゴミの持ち出し方などは記載されていないためにどのように対応していいのかが、わからなかった職員もいたことが分かった。そのため、感染症発生時における対応に関しても、現在ある文章としてのマニュアルだけでなく、「可視化されたわかりやすいマニュアル」、「職員がわからなかった細かい対応までが含まれるマニュアル」

「現場ですぐ見ることが出来るマニュアル」が必要であることがわかり、【居室準備・片付け】【居室清掃】【吐物の処理】【排泄援助】【食事の援助・片付け】に関する感染管理ベストプラクティスの作成に至った。

【まとめ】

職員一人一人が、実際の場面で適切に行動できるようなマニュアルを作ることは感染拡大防止にとっても有効である。今回作成した感染拡大防止のための居室対応時マニュアルは、ラミネート加工し、居室準備品としてすぐに見ることのできる場所に置く予定としている。今後も、疾病等に関する勉強会、実技テストを行っていくとともに、適宜見直しを行い、改定を行うことでより現場に合った、確実に実践されるマニュアルを目指し、よりよい感染対策が出来るよう、努力していきたい。

9. ノロウイルス感染を経験して

施設名 介護老人保健施設 コスモス楽寿苑
介護福祉士 山崎さやか（やまざき さやか）
共同発表者 川畑正子

【はじめに】

当施設は、入所定員 90 床の介護老人保健施設である。平成 26 年 1 月 5 日から約 3 週間、ノロウイルス感染が流行した。利用者 26 名・職員 10 名の罹患者があり、日常の生活が脅かされる日々であった。利用者の中には、認知症があり徘徊される方も少なくない中、集団発生があり、利用者の自由が阻害される環境を強いられる状況であった。この経験をもとに、施設内で認知症のある高齢者がノロウイルス感染を発症した場合、どのような対応をするべきか検討し学んだことをここに報告する。

【方法・実施】

1. ノロウイルス感染発症から終息までの感染経路や状況について振り返る
2. 認知症のある罹患者の利用者の対応について検討する
3. 感染拡大防止について検討する

【結果】

ショートステイ利用者の方が、初日より下痢・嘔吐されたことから感染性胃腸炎を疑い家族へ連絡する。その際、同居している家族が利用前日から嘔吐・下痢があったことが確認できた。この利用者は、各フロアを自由に移動される方であった為、接触者を限定することは困難であった。感染拡大を防止していく体制ではあったが、2 日後には、数名発症した。保健所にも報告し、感染対策委員会の指示指導に従い対応した。利用者の集団活動は避け、感染拡大防止に努めた。しかし、罹患者を 1 部屋に集め対応していたが、認知症があり、安静臥床の必要性や、吐物・排泄物が感染源となる事を理解してもらうことが困難であった為、感染拡大防止策が様々な原因で阻害されることが多かった。

【考察】

高齢者のいる施設では、認知症の利用者も多く、様々なリスクに取り巻かれている。しかし、利用者の尊厳を守り、安全に配慮しながら生活機能の維持・向上を目指し総合的に援助する。高齢者は症状が現れにくい傾向があり下痢・嘔吐が発症してからわかるといったケースが多い。日頃から、観察をしっかりとって細心の注意を払う必要がある。各グループで問題点や改善点を検討し、対応について苑独自のマニュアル化する予定である。

【おわりに】

ノロウイルス集団感染が発症した場合、感染を食い止めることは困難である為、外部からのウイルスの侵入をどのようにして防ぐかが重要視される。高齢者の尊厳を支え、健康で楽しい生活を送って頂けるよう、感染防止に努めていきたい。

10. ひやりはっと・事故報告書記入の改善活動から見てきたもの

施設名 介護老人保健施設 ライフポート泉南
看護師 山出谷美紀（やまでや みき）
共同発表者 村瀬裕望 木下愛 清家修

<はじめに> 平成24年度の1年間にひやりはっと・事故報告書は280枚提出されました。それまでの報告書は内容が充実しておらず、第三者が見て理解できるものではありませんでした。介護記録の電子化に伴い報告書の記入内容の充実を図るため、事故防止委員会の改善への取り組みから見てきたものを報告します。

<方法>

- 1、平成23年4月と9月に記入方法の統一を図るため勉強会を開催。
- 2、事故防止委員会メンバーの1年間に亘る報告書の点検と指導を実施。
- 3、平成24年2月報告書記入について、スタッフへの聞き取り調査を実施。

<報告書から見える問題点> 発生時の状況は、文章を読んで状況がわかるものでなくてはならないが、ほとんどが説明不足で「車椅子の横で左側臥位に倒れている」など1～2文だけで記入されている。事故原因では、反省文や状況とも言える内容である。今後の対策では、「見守り強化」と書かれていることが多く、立てられた対策が具体的ではなかった。

<スタッフへの聞き取り調査> 報告書記入に対して、負担と感じるスタッフは「面倒くさい」「時間の無い時は書きたくない」「ここまで書く必要があるのか」といった強制されているような感想であった。反対に負担でないスタッフは「報告書は記録の一環なので苦ではない」「必要な事なので負担とは思わない」「見た通りを書くだけ」といった感想であった。報告書のどの部分が難しく感じるかについては、報告書記入に対し負担と感じるスタッフは、漠然と「どう書いたらいいのか見たままが書けない」「わかりやすく書くのが難しい」と、文章や言葉が思いつかず、発生状況の記入について難しく感じていた。負担でないスタッフは「転倒した場合の体位やベッドとの位置をどのように表現すればいいのか」「入所間もない利用者は情報が少なく難しい」など、具体的な内容で難しさを感じていた。

<考察> 事故発見時の内容を詳細に記入する事は大切であり、発見時の「何故」の疑問が事故原因へ結びつく。発見時にどのような「疑問」を持ちながら観察をしたかが重要になる。疑問意識を持って観察することができるスタッフもいれば、ただ単にその場をやり過ごすスタッフもいる。後者は詳細な観察が出来ず、状況を把握できないので書く事が難しくなるのである。「何故」と言う疑問意識を持つか否かで、両者の報告書の内容には大きな違いが生じている。

介護・看護をするうえで「疑問」を持つことは、問題解決の糸口であり、「疑問」を持たなければ何も解決できないのである。方法を教えるのではなく、「疑問」を持つことを教えるのが重要である。

<おわりに> 疑問を持つこと、観察力を養うことは事故防止のみでなく、日々のケアや業務に反映される要素があり、スタッフの介護力の向上にも繋がると考えます。今後も「何故」という「疑問」を持つ事を忘れないよう、事故防止に取り組んでいきたいと思えます。

11. 事故防止に向けた取り組み～事故報告書を活用して

施設名 介護老人保健施設 ベルアルト
看護師 堀川尚子（ほりかわ なおこ）
共同発表者 伯井信美 阿部昌子 三浦美穂 有田一希

当施設は堺市堺区に位置する多床室・個室を備えた 100 床からなる一部ユニット型施設である。

ユニット型での利点も多いが、死角が多く事故を防ぎきれない現状がある。そのため、様々な事故に関心を持って事故防止に発展できるように事故報告書を活用した取り組みを行ったのでここに報告する。

（活動内容）

実地期間：平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

- ①毎月事故防止のためのスローガンを掲示
- ②毎月安全対策レターを各ユニット・各職種に発行
前月の事故報告内容件数・種類別ハットヤリ提出件数・ユニット別ハットヒヤリ報告提出の件数・主な事故を紹介
- ③安全対策レターの事例を通して各ユニットで検討し、その検討内容を提出。翌月の安全対策レターで公表
- ④事故報告書・ハットヒヤリ報告書の年間集計を事故内容別以外にユニット別でも作成し各ユニットに配布
- ⑤事故報告書・ハットヒヤリ報告書の年間集計分析報告勉強会の開催

（結果）

毎月のスローガンを出勤時に職員が目にする場所に掲示し、それに関連した啓発を安全対策レターにも記入していたため職員がスローガンを意識することができた。また、安全対策レターはユニット別だけでなく先月との比較も行い、事故報告書・ハットヒヤリ提出の状況を全職員が把握することができた。職員によっては安全対策レターを「毎回楽しみにしている。」とのコメントがあり、担当外のユニットの出来事にも関心を持つようになった。主な事例を紹介した結果、担当外ユニットに関心を持つだけでなく「担当ユニットだったらどうするか」を職員間で話し合う機会を設けることができた。年間集計ではユニット別内容の割合を表示し、転倒を繰り返す利用者の分析も行ったことで各々のユニットでの反省点を見つけ出すことができた。

（考察）

毎月の報告件数や事例を配布することで職員が担当ユニット外での事故やハットヒヤリ報告に対して関心を持ち、検討することで以後の事故防止への意識向上に繋がったと考える。さらに担当外ユニットと比較し、他ユニットを意識してハットヒヤリ報告書を積極的に提出するようになり、職員の事故予防のための気付きも向上していると考えられる。しかし、褥瘡の再発・悪化を繰り返す利用者の報告が行われていないこともあり、褥瘡の分析は十分に出来なかった。また、この 1 年の取り組みを行ってもハットヒヤリ報告件数は月ごとに変動し、それと関係なく重大事故は発生しており必ずしも事故が減少したとは言いきれない。今後、継続することで職員の更なる知識・意欲・関心を磨き少しでも事故防止に繋がっていききたい。

12. 理学療法士と介護職員の介助に対する考え方の違い

施設名 介護老人保健施設 アーバンケア
介護士 細川健人（ほそかわ たけひと）
共同発表者 西田将之

[はじめに]

当施設では、毎月事故防止委員会を実施し、各課よりヒヤリハット・状況報告・事故報告を上げ、事例検討している。その中で通所リハビリテーションが行っている介助方法・言葉の認識に相違があることがわかった。今回は歩行介助に着目し内容と取り組みを報告する。

[相違内容]

① 介助に対する考え方の相違

利用者ごとにカンファレンスを行い、その内容を全職員で共有していた。介助内容を統一したつもりでいたが、1つの事故の事例を検証するうちに職員それぞれに認識の違いがあることがわかった。その中でも大きく相違していた部分として理学療法士と介護職員の介助に対する考え方に違いがあり、理学療法士は「歩行する為の介助」と考え介助をしていたのに対し、介護職員は「転倒しない為の介助」と考え介助していた。歩行する為の介助とはその人が歩きやすい状態を作り歩行を介助する。その中でも歩けない人に対し介助をする歩行とリスク管理だけの歩行がある。それに対し介護職員は転倒だけさせないように介助する歩行をしていた。理学療法士との歩行とは違い過剰に介助をしてしまうことがあり、利用者自身の歩行を妨げ、歩きにくくさせてしまっていた。またそれにより余計に介助量が増えてしまっていた職員もいた。

② 言葉（単語）に対する理解の相違

介助方法の中に使われる言葉一つ一つの理解に相違があった。

[取り組みの目的]

- ① 利用者ごとの介助方法を統一し日常生活動作の維持向上を図る。
- ② 適切な介助方法を理解し、統一することで利用者の安全を確保する。

[取り組み内容]

理学療法士・介護職・看護師・介助員、通所リハビリテーションに関わる職員に介助方法について再度聞き取りを実施し、相違点や言葉の理解に違いがないかをより明確にした。カンファレンスにて今まで以上にわかりやすい具体的な言葉で介助方法を定め、相互理解を深めた。

[まとめ]

今回の歩行に対する介助の違いを理解することができたことにより職員どうしの統一ができ利用者ごとの介助方法が明確になり、「安全かつその人に合った歩行介助や付き添い」ができるようになった。また今回の取り組みにより介助に対する意識の向上がみられ転倒防止につながっている。しかし今回は歩行のみに着目し取り組んでいたため、その他の動作に対する介助に関しては今後の課題として考えている。

13. 「教育から共育」～プリセプター制度の活用～

施設名 介護老人保健施設 やまき苑
介護職員 山内裕子（やまうち ゆうこ）
共同発表者 廣橋誠

はじめに

介護現場における職員の離職は社会問題ともされており、優秀な人材の育成は常に課題とされている。離職の主な原因は労働条件によるものも大きいが「職場の人間関係」がTOPに立っているのが現状。当苑のこれまでの新入職員指導は指導係（1名）を中心にフロア全体で指導していく体制をとっていたが、離職率は高くないものの新入職員から「教えてくれる人によって言う事が違う」「指示がなく何をしたいのか分からない」などの声があがり、フロア職員は指導係に放任する形の現状となっていた。2012年より医療現場では主流のプリセプター制度を導入し、介護が楽しいと思える人材の育成に取り組んだ結果を報告する。

取り組み

- ①プリセプター制度を理解するため役職者を中心に会議内で制度に対する説明を行う。
- ②プリセプター制度のメリット・デメリットを把握し新入職員指導の年間計画を作成。
- ③2012年4月からの新入職員（中途採用含）を対象に実施。
- ④2012年の年度末に取り組みの評価・改善（チェックシート作成）を行う。

結果

制度導入後1年間は、指導が計画的に行えたことで新入職員の精神的負担軽減に繋げることが出来たが、指導側の制度に対する理解や指導意識の低さからプリセプターの各役割が正しく機能せず混乱を招くことがあった。また、プリセプターの知識や技術不足が露呈し、これまでの指導体制の欠点が明確になった。2013年度からはチェックシートを活用する事でプリセプターとエルダーの役割が明確になり、細かな業務にも抜けなく指導が行き届くようになった。またチェックシートはフロア内で共有する事でフロア全体で指導するという意識が継続できた反面、制度について細かく理解していない職員もいた。

今後の課題

初めてプリセプターやエルダーを経験する職員でも安心して指導が出来る研修体制を整える。

医療現場でも課題とされているプリセプターへの負担集中を軽減し、制度を活かしつつ施設全体で新入職員を育てる体制を整える。制度の特徴でもあるOJTによる現場指導を施設全体の指導計画に活用する。

考察・まとめ

医療現場でこの制度はもう古いという声も上がっている中で取り組み実践した結果、短時間で制度のデメリットを実感する事が出来た事で当苑の環境にあった指導方法の確立に繋がった。また、制度上の役割があることでより多くの職員が指導に携わることができ、中堅職員のモチベーションの向上にも繋がった。新入職員をみんなで支え新入職員のモチベーションを維持する事でマンネリ化を防止し初心を忘れず誰もが楽しく介護が出来る環境作りが出来ると考える。

14. 介護学生実習指導について その1

施設名 育和会介護老人保健施設 ひまわり
介護福祉士 今本恵二 (いまもと けいじ)
共同発表者 平塚勝也 奥野雅喜 亀井義人 三宅秀和

【はじめに】

当施設では毎年、介護学生の実習を受け入れている。そこで実習指導を経験している職員の指導に対する意識調査を実施した。

その結果、経験年数や「実習指導者講習」の受講者と非受講者で、実習指導に対する考え方や捉え方について特色が見られたので報告したい。

【実施内容】

＜調査期間＞平成26年2月1日～2月28日

＜対象者＞介護職員16名（実習指導者講習受講者6名非受講者10名）

＜調査方法＞

アンケート作成、集計、結果の分析 アンケート8項目、複数回答可、自由記述、無記名

【結果】

回答として多かったもの

1.困っている項目…受講者「介護過程の指導」「指導に関する職員間の情報伝達」、非受講者「指導する時のいい言葉が見つからない」「どこまで指導したらいいか分からない」「自分の介護に自信がない」

2.共通している項目…「学生指導するので自分も勉強になる」

3.良かったと思う項目…受講者「入職に繋がる」「自分が思っていた以上を学生が感じてくれる」「利用者への理解が深まる」、非受講者「学生に刺激され介護の楽しさを改めて感じる」「プランの参考になる」であった。

【考察】

①受講者は、その学生の性格や特徴、精神面、実習意欲や理解度等を個性として受け止め、介護に対しどのように興味を持ち、楽しさを感じてもらえるかという学生を主体とした視点で指導に取り組んでいる。その為、職員間での学生の情報や課題等の共有や伝達の方法に苦慮していることが分かった。

②非受講者は、実習指導経験が浅い中で、自分の言葉や介護技術を伝えている。しかし、指導する事に対し不安が大きく、自信がない為に、画一的な指導をしている事が多く、指導者自身を主体とした視点で指導している事が見えてきた。

③実習指導者全体で、実習指導は自分への気づきや学びに繋がり、自身の実習指導に対する方法や姿勢、利用者の自立支援に向けた取り組み、ケアの向上を見直すきっかけになっていると考えられる。

【まとめ】

今回、アンケート調査を実施し、実習指導に対する様々な考え方、捉え方を知る事ができた。実習指導者講習を受講し、学生への理解や向き合う大切さを知り、指導する難しさを改めて痛感すると共に、当施設が掲げる「寄り添う指導」、「寄り添う介護」を再認識する事が出来た。今後は、施設全体でより良い実習指導を目指していきたい。

最後に、当施設では介護業界の人材不足、離職率が多い中で実習を通し、入職につながっている事は、私達の実習指導と日々のケアに対する一つの評価であると受け止めている。

15. 家に帰る！！

施設名 大阪市立介護老人保健施設おとしよりすこやかセンター南部館
理学療法士 笹山真実（ささやま まみ）
共同発表者 寺本緑 秋葉幸子

[はじめに]

2012年介護保険制度改正により在宅強化型の介護保険施設サービスが導入された。在宅復帰へのアプローチをするためには、リハビリスタッフだけでなく他職種が一丸となって利用者のADLを向上する必要があった。今回、自立支援のフロアで新たな取り組みを行い、良い結果が得られたのでここに報告する。

[取り組み内容]

- | | |
|-----------------------|------------------|
| ①他職種での入所前後訪問、退所前訪問 | ②ポイントを絞った生活リハビリ |
| ③身体機能別運動レクリエーション、起立訓練 | ④介護士による歩行練習などの実施 |
| ⑤食事の際の利用者による配膳、調理訓練 | ⑥利用者が講師となる勉強会 |

[結果]

①により在宅状況が分かる事で、在宅生活をする為に何が必要かイメージ出来やすくなった。家族・本人の意向を踏まえ、実際に在宅生活するための具体的な話し合いが出来る様になり個々に応じて②を行えるようになった。そして③④⑤を行なう事によって筋力・バランス感覚が付きADLも必然と向上した。

症例(1)認知症状が重度で車椅子だった利用者：認知症状の改善が得られ独歩レベルまで回復し在宅サービスを利用しながら生活している。

(2)病院でもう歩けないと言われ、尿意も無く褥瘡もあった利用者：入所3週間で杖歩行(介助)、トイレで排尿する事が出来るようになり褥瘡も治癒した。

(3)車椅子生活であったが自転車に乗りたいと強く希望された利用者：自転車を持参し、乗れるようになりスーパーでの買い物も出来る様になって家に帰られた。

[考察とまとめ]

今回在宅復帰を目標に全職員が一丸となって取り組んだ結果、在宅復帰率50%を維持できている。リハビリ職を中心に利用者の身体機能やADLの向上を目指すため、徹底的に話し合い、介護・看護職と方向性の統一を図っていくうちに自然と在宅復帰の考えに就いてくるようになってきた。活動する機会をどんどん増やし、立つことが出来ると歩くことへと進みADLが確実に向上した。その姿にスタッフが楽しさを感じ、当たり前のように「まず在宅で暮らすには」と考える事が出来る様になった。そして、私たちの気持ちの変化が、利用者・家族を巻き込んで在宅復帰への意欲を向上させ、良い結果が得られたのではないかとと思われる。

[おわりに]

⑥は1件であるが「生きがいになる」「役に立ってうれしい」と喜ばれている。今後は更に自分の存在価値や、生きる意欲を持って在宅へ帰れるような関わりをしていきたい。

16. 在宅復帰への初期カンファレンスの意義

施設名 介護老人保健施設 玉串すみれ苑
介護支援専門員 中林恵美子（なかばやし えみこ）
共同発表者 中川優子 小高光二

【はじめに】

老健は在宅支援を義務づけられているが、経済的、住環境及び社会資源不足等の理由で本人の希望である在宅復帰が困難となり、長期施設生活を送らざるを得ない現状である。開設当初、平成20年度の在宅復帰率が10%と低率であったため、平成21年度から利用者家族を交えた早期カンファレンスを開始し家族との信頼関係の構築に努めた。

【原因追究】

病院から退院の話があると利用者は自宅に戻れるものだと思うが、大半は家族のみの意向で老健の入所を希望されるケースが多い。入所判定会議時の面会記録だけでは、十分な目的が見えない現状があり、最初の意向と違うことが多くみられた。

【在宅復帰できない理由】

- ①病状の悪化→医療機関への入院・看取り
- ②認知症の進行→全てに介助が必要な場合
- ③介護力の不足→独居・老老世帯

【対策の実施】

上記うち在宅復帰可能なケースは②③であり、在宅復帰のためには利用者家族の協力が必要不可欠であると考え、下記の対策を行った。

- 面談時に利用者家族に老健の役割を認識してもらう。
- 入所から1、2週間後に利用者及び利用者家族と多職種とのカンファレンスを実施。入所後の生活の状況説明をし、どのような生活を取り戻したいのかに向け問題点に対し、家族側と施設側ができることを分けて共有していく。
- 3ヵ月毎のサービス計画書見直し時に退所後の具体的方法の説明、再利用の方法等、家族介護負担軽減サービス利用方法の紹介。
- 退所前外出外泊、排泄等の介護指導・PTによる家屋調査を行い住宅改修の指導。
- 退所前カンファレンス時に居宅サービス事業所、必要に応じて知人、地域包括センター及び行政職員等の出席の上で現状のADL等から在宅生活を想定した具体的なアドバイス。

【結果】

現在、在宅復帰率27%、リピーター（SS含む）75%、看取り者19名と実績上の数値も改善が見られる。

これは、利用者家族が初期のカンファレンスにほぼ参加し、各担当者の役割分担を提示したことで、家族と施設との一体感が生まれ、退所後のリピーターや終末期を施設で送りたいという看取り希望につながったためであり、家族が我々の方法を理解し信頼した結果と考える。

今後さらに努力してより良い信頼関係を確立していきたい。

17. 退所前訪問時の指導内容を家族に理解してもらおう

－在宅生活を安心して送っていただくために－

施設名 介護老人保健施設 ユーアイ
理学療法士 緒形友梨絵（おがた ゆりえ）
共同発表者 土井田京子 永田まり子

I はじめに

ユーアイでは、在宅復帰を予定している利用者に対し、退所前訪問を実施している。これにリハビリ専門職が同行し、家屋環境に沿った動作の確認と生活方法の指導を行っている。その際、退所前訪問報告書を作成しているが、他職種や利用者家族から「記載量が多く要点がわかりにくい」などの意見が聞かれた。そこで、指導の充実を目的に報告書の指導内容の理解度についてのアンケートを行い、報告書を改訂し訪問前カンファレンスを設定し、成果を挙げたので報告する。

II 調査・結果

退所前訪問報告書内容の理解度について、過去に退所前訪問を実施した家族3名に調査を行い、内容の理解度は50%と半数の内容しか理解できていないことがわかった。また、見やすさについて、過去に退所前訪問を実施した家族8名に調査したところ、見やすいと答えた割合は25%であった。一方リハビリスタッフへの調査では、退所前訪問指導内容を口頭で簡単に説明している割合は33%、退所前訪問報告書を用いて説明している割合は0%であり、指導内容を家族に十分説明できていないことが分かった。以上の調査結果から家族が指導内容を十分理解できていないのは何故かを考え、①報告書のフォーマットが見にくい②問題点が絞れていない③家族に分かる報告書に統一されていないという要因を抽出した。

III 対策の立案・実施

- ①退所前訪問マニュアルを改訂した。
- ②退所前訪問報告書のフォーマットを変更した。
- ③新入職員にも分かり易いように報告書の見本の作成をした。
- ④退所前訪問実施前に指導要点を絞れるようにリハビリカンファレンスの実施・ルールの作成を行った。

IV 考察・まとめ

カンファレンスでの討論で、在宅生活の問題点とその対応策を明確にすることができた。さらに家族・他職種からの意見を参考に新しいフォーマットで退所前訪問報告書を作成し、リハビリスタッフも退所前訪問報告書を用いて家族に指導内容を直接伝えたことで、利用者家族が指導内容を理解しやすく、退所後の在宅での具体的な動作方法や介助方法が分かりやすくなった。

今回の取り組みにより、自宅で生活する上での指導の要点を家族に理解していただけるようになったことは、利用者が在宅生活を送る上で安心して過ごすことができることに繋がったと考える。

18. 多職種協働で、様々な要因の解決を図り、在宅復帰が達成できた脳梗塞事例

施設名 吹田市介護老人保健施設
理学療法士 西郷祥史（さいごう ただし）
共同発表者 白石久富 佐上雅宣

【はじめに】

脳梗塞発症より急性期病院、回復期病院の5か月間では在宅復帰ができずに老健施設入所に至り、入所より9か月後に独居生活を開始できた事例について、アプローチを振り返り報告する。

【事例紹介】

A氏、脳梗塞発症にて重度の右片麻痺（Br. Stage：上肢Ⅱ、下肢Ⅱ、手指Ⅰ）と軽度の運動性失語が出現した67歳女性である。在宅復帰ができずに老健施設入所に至った要因として、能力面では①室内移動の未獲得、②セルフケアの未自立、③生活管理能力の低下が挙げられた。環境要因では④家屋がマンション2階でエレベーターが無いこと、⑤家族（夫、長女、次女）が自宅での生活は不可能と捉えていたことが挙げられた。夫は発症する以前からマンションの住み込み管理人として自宅近くで別居し、入院後は週2回の洗濯物の世話等の関わりであった。長女は府内在住であるが育児世代であった。次女は遠方に居住しているが、発症後の急性期時に介護休暇を取得して介護していた。A氏は在宅復帰の思いが強く、リハビリに意欲的に取り組んでいた。一方、焦りも強く、現実検討の甘さもみられた。

【取り組みと経過】

上記の老健施設入所に至った要因⑤に対して、施設ケアマネが主に夫と本人の仲介と精神的フォローに取り組んだ。理学療法士は主に要因①④に対して、四脚杖歩行・立位バランス・階段昇降の訓練を積極的に用い、精神面の配慮も留意し、A氏と共に現実と目標を確認しながら細かく段階的に進め、訓練室での自主訓練も毎日行うように奨励した。また、要因②③に対して、訓練室や入所フロアでのセルフケアに看護・介護・リハ職員が積極的に立ち会う「相互乗り入れ型」チームアプローチにて情報共有を図り、「できるADL」が「しているADL」に至るまで時間をかけて関わり、徐々にADLの難易度を上げていった。結果、施設内ADLはほぼ自立に至り、危険に対する自己認識が可能となった。この段階で、退所前懇談会を実施したが、夫は自宅環境の階段を理由に在宅復帰の可能性を閉ざしていた。そこで、娘2人に実際に施設非常階段等の訓練場面を見学する機会を設け、階段昇降等の在宅生活での不安解消を行った。次女をキーパーソンとして、在宅生活への家族の承諾と居宅介護支援事業所のケアマネとの契約に至り、自宅訪問指導を経て在宅復帰ができた。

【考察】

症例は能力向上への介入と環境因子へのアプローチが必要であり、精神面の焦りに対して理解を示しながらも現実的な動作訓練や自主訓練を誘導することで、本人も周囲も納得できるようになった。家族関係の調整では「今伝えるべきこと、遅らせて伝えるべきこと」など、時期を見極めながら情報提供することで家族を受容姿勢へと導けたと考える。また、キーパーソンとなった次女に着目して在宅生活への道筋を的確に伝達支援できたことが、今回の目標達成の大きな糸口となったと考えられる。

19. 出来ること (Capacity) を行なえる (Performance) ようにすることで QOL の向上を図るケアプラン

施設名 介護老人保健施設 竜間之郷
介護福祉士 中川至古 (なかがわ ゆきこ)
共同発表者 吉村文子 福田省二 南口英昭 戸高義孝 畦崎英樹 鳥橋政一 小川節子

【はじめに】

在宅生活において、自宅内では伝い歩きや杖歩行などで移動している利用者は、耐久性の低下、歩行不安定などという理由から、屋外移動は車椅子を使用することが多く、施設内でも車椅子で移動する事が当たり前となっている。このことが、在宅生活支援の妨げになっているのではないかと考えた。そこで、出来る能力を活かした歩行を施設内でも実施する事により、在宅生活においてさらなるQOLの向上へつなげることができると考察し、R4システムにおけるICFステージング評価をもとに取り組んだ結果を報告する。

【研究期間】 H25年7月15日～9月30日

【研究対象】 ICFステージング「歩行・移動」が自宅内と施設で相違のある7名

【研究方法】

1. 出来る能力(Capacity)と行なうこと(Performance)を区別して立案する。
2. 利用者に応じた歩行移動のアセスメント評価を多職種で行い、出来る能力を普段から行なえるようなケアプランを実施する。(リハビリや器具の変更)
3. ケアプランの実施前と実施後のICFステージングの変化を評価する。
4. 実施後の在宅での変化の聞き取り調査を行なう。

【結果】

実施前Performanceレベル②の利用者6名中2名がレベル③に向上し、4名がレベル②のままであった。実施前レベル①であった利用者1名はレベル③に向上した。また、レベルに変化はなかったが、移動手段が車椅子からサークル歩行器に向上した利用者が1名いた。在宅生活での聞き取り調査の結果、レベルに変化のなかった利用者も施設内での歩行機会が増えた事で、活動性が増し、外出の機会も増えた。また自宅内での立ち上がりスムーズにできた利用者や、2階へ上がり洗濯ができるようになった利用者など、日常生活の中でも変化がみられた。しかし、活動性が増した事で、見守りが必要な利用者も見守りがない環境の中、一人で無理な動作をするなど、転倒のリスクが高くなったという回答も得られた。

【考察】

在宅での生活状態と常に照らし合わせながら、出来る能力(Capacity)を最大限に活かして行うこと(Performance)に繋げるケアプランを実践した結果、歩行移動レベルの向上がみられた。生活の質向上につなげるために、日頃より家族と密に情報共有を図り、在宅での環境や生活を意識し援助していく事が必要であるといえる。また、本人が思うような回復には到達しなくても、生活の中で、出来る能力を実践していく事で、日常生活に変化をもたらす事ができる。在宅生活を支援する通所リハビリにおいては、生活の中で主体的に取り組める事をアセスメントし、実践していく事が大切である。

【結論】

1. 出来る能力を活かした歩行移動を実践した事で、在宅生活において生活の質向上へつながった。
2. 歩行能力が向上し活動量が増える事により、転倒のリスクが高くなるという新たな課題が見つかった。

20. 新規入所受けの円滑化～時間の有効活用～

施設名 介護老人保健施設 サンガーデン府中
介護支援専門員 紀之定咲子（きのさだ さきこ）
共同発表者 坂口始津代 小川晴文 阪野久実 峯匠

（はじめに）

当施設は在宅復帰支援に積極的に取り組んでおり、在宅復帰率60%以上を維持している。そのため入退所が多く、新規利用者の受け入れも増加しているが、新規の受け入れ時に時間を要し、職員だけでなく利用者や家族の負担も大きいものとなっている。利用者の身体状況や持っている疾患、既往歴、生活環境によってもアセスメントに要する時間に差がある。また、不安を軽減し安心して利用していただく為にも、利用者や家族の話を傾聴し、思いを汲み取る時間も重要である。利用者個々のアセスメントを行いニーズに応じたサービス提供を行うためにも、単に時間を短縮するというのではなく、時間を有効活用し新規入所受けの円滑化を図るために取り組んだことを報告する。

（実施内容）

- ① 療養生活についての説明の仕方や順番が担当職員間で統一されていなかった。具体的には新規利用時に説明する際に用いる「療養生活のしおり」は、相談課と重なっている説明部分があった。また、活字ばかりで単一色で挿絵もなく、利用者や家族だけでなく職員にとっても見にくく、記憶に残りにくい物であった。そこで「療養生活のしおり」を見直し、相談課と説明が重複している箇所を修正・簡素化する。「療養生活のしおり」を活用し、職員間で統一した説明をしながら一連の流れで情報収集できるようにレイアウトを変更する。また色付けや挿絵も挿入し見やすく記憶に残りやすいように変更した。
- ② 相談課と質問が重複している入所前アセスメント用紙に、療養棟が使用するカーデックス用紙の順番を合わせて、効率よく情報収集ができるよう変更した。
- ③ 新規利用時、介護老人保健施設のしくみと当施設での療養生活についての理解を目的として、「療養生活のしおり」を家族に配布できるよう冊子を作成した。

（結果）

新規利用時、利用者本人及び家族に対して職員間で統一した説明をすることができた。また、新規入所受け全体にかかった時間は平均13分の短縮にも繋がった。

（まとめ）

この活動を通してカーデックスの内容を見直したことで、他職種が情報収集に対する効率化が図れた。また、しおりを冊子化し配布したことで、介護老人保健施設の役割や当施設での療養生活についての理解に繋がった。効率良く新規入所受けを行い、利用者や家族の話を傾聴することで、初めての利用で不安がいっぱいの利用者や家族の思いを受け止めることの必要性を感じることができた。今後も限られた時間で生活環境や利用に至るまでの背景をより深く理解し、利用者には不安を感じることなく安心して気持ちよく過ごしていただけるように、家族にも安心して当施設を利用していただけるように、関わりをもっていきたい。

21. いつまでも在宅生活を～居宅訪問の効果～

施設名 介護老人保健施設 桑の実
理学療法士 畑山宏一郎（はたやま こういちろう）
共同発表者 柴田淳 今屋憲司 武田雅子

《はじめに》

平成24年度より、デイケア新規利用者に対してリハビリマネージメント加算居宅訪問を実施することが可能となった。これまで当施設では、リハビリスタッフが利用者の居宅を訪問する機会がなく、書類での情報のみであり、在宅生活を十分に把握できていなかった。今回、居宅を訪問し、デイケア職員と連携を図りながらリハビリを実施し、良好な結果がみられた一例を報告する。

《症例紹介》

年齢：85歳 性別：女性 要介護度 3 デイケア：週3回利用（月・水・金）
主病名：右変形性膝関節症（H24年10月29日 右人工膝関節置換術）
右変形性股関節症（H25年6月3日 右人工股関節再置換術）
生活自立度：B1 認知度：正常 HDS-R 28点
移動：車椅子自走（施設内）見守り 固定型歩行器（在宅）見守り
ADL：整容・食事・排泄・・・自立 更衣・入浴動作・・・一部介助

《居宅訪問の実施》 実施日（平成25年10月4日）

1. 意向の確認と現状の把握

- ①キーパーソンは長男（独身）で隣に住んでいるが、仕事のため昼間独居
- ②ADLは排泄も自立しているが、歩行器歩行が不安定
- ③玄関の段差も外出時に必要
- ④ヘルパー利用は掃除のみで簡単な家事動作が必要

2. 在宅での目標設定

- ①歩行の自立（固定型歩行器）→トイレや玄関までの移動に必要
- ②玄関の段差昇降の自立 →通院時やデイケア利用時に必要
- ③簡単な家事動作 →ヘルパー利用は掃除のみである為

3. 在宅環境の把握（同意の上、写真撮影）

《リハビリプログラム》取り組み期間：平成25年9月9日～平成26年3月9日（半年）
利用開始当初、歩行練習は恐怖心もあり平行棒内での練習を中心に実施したが、3ヶ月後には慣れてこられ歩行器歩行練習へ移行した。また、玄関の段差昇降能力向上を目標にして、ステップ台を用いた段差昇降練習を実施。当初は慣れない様子だったが、3ヶ月後は平行棒内にて歩行しながらの段差昇降練習へ移行した。デイケアでは、簡単な家事動作としてデイケアで使用するコップを拭いて頂いた。

《結果》

在宅での固定歩行器歩行は安定し、玄関の段差昇降も自立となった。以前は出来なかったリフト車への乗車昇降も可能となった。さらに在宅内での活動性が向上したことにより簡単な家事動作が出来るようになった。また、デイケアでの作業により他利用者様からお礼を言われる場面もあり、役割作りや意欲向上がみられた。

《まとめ》

今回、居宅訪問を実施し、在宅生活を把握することや職員間で連携を図ることで目標達成だけでなく、意欲や活動性向上に繋がった。今後は他職種や事業所と定期的な連携を図ったり、在宅で本当に必要なサービスを提供していくことが大切と考える。

22. 集団による BPSD 軽減を試みて ～みんなで楽しく指体操～

施設名 介護老人保健施設 ながやま
介護福祉士 植田雅也（うえだ まさや）
共同発表者 吉川美穂 田近翔

【はじめに】

認知症高齢者を取り巻く環境やケアのあり方によって BPSD は引き起こされる。BPSD の関わりは、個別でのケアが有効とされているが、17 時以降はスタッフの数も 3 名に減り、個別での関わりが困難な時間帯でありながら、BPSD が出現しやすい時間帯でもある。そこで、試みた集団での関わりが BPSD 軽減に有効であったことを報告する。

【方法】

指体操：マニュアルに準じて約 20 分間行う。

対象：入所者 30 名 認知症の割合 93% 平均介護度 3.76

期間：平成 25 年 9 月 24 日～10 月 7 日の 14 日間（17～18 時）

分析方法：指体操実施前 7 日間と実施 7 日間で BPSD 出現状況を時間毎に比較する。

【結果】

指体操実施前 7 日間での BPSD 出現延人数 64 名

指体操実施 7 日間での BPSD 出現延人数 29 名

特に実施開始から 3 日目以降については、指体操を開始すると、BPSD が出現していた入所者もスタッフに合わせて指を動かし始めるようになり、BPSD が 0 人となった。

【考察】

指体操を行う前の入所者は、夕食をただ待っているだけの退屈な時間を過ごしていた。また、スタッフの「座ってください」「さっきトイレへいきましたよ」などの関わりがさらに、BPSD を悪化させていたと考えた。落ちつかない環境の中で周囲に影響され、『BPSD の連鎖』により、悪循環を起こしていたと考えられた。

集団指体操を行ったことにより、スタッフは行動を抑制する関わりから、指体操へ参加出来るように支援する関わりへ変わった。また、BPSD が頻繁にみられる入所者が指体操に集中し、『BPSD の連鎖』がなくなったことで、集団指体操の参加が困難な高度の認知症入所者にも、楽しい雰囲気伝わり、表情も穏やかで指体操中 BPSD を発生させることはなかったと考える。

集団指体操を行った事が入所者を取りまく環境やスタッフの関わりを変化させ、これらの相乗効果が、BPSD 軽減に繋がったと考える。

【おわりに】

今回の試みを通して、個別での関わりが出来にくい環境でも、集団の中でスタッフが関わり方を工夫することで、BPSD が軽減できる事を実感できた。今後も入所者が不安なく入所生活を送れるような個々に寄り添った関わりを課題としていきたい。

23. 施設での落ち着いた穏やかな生活を目指した、学習療法の活用

施設名 介護老人保健施設 ケーアイ
介護福祉士 岩本章義 (いわもと あきよし)

I. はじめに

学習療法は音読や計算の教材を用い学習者と支援者が十分にコミュニケーションを取りながら楽しく学習し、認知症の維持改善を目的とする。行動に問題を抱える認知症の利用者に学習療法を実践し効果を研究した。

II. 事例紹介

A氏 女性90歳 要介護3 障害自立度B2 認知症自立度Ⅲa

B氏 女性86歳 要介護2 障害自立度A2 認知症自立度Ⅲa

III. 介護の実際

A氏は、電話欲求や物盗られ妄想が多く見られていた。電話をかけても忘れ、欲求が続く際に感情が昂りイライラを爆発させることもあった。B氏は、日中も臥床される事が多く活動への参加頻度は低く、依存的になり訴えが続くことが度々見られていた。そこで、少しでも穏やかに毎日を過ごしてもらえるよう学習療法を実践した。訴えが続いたり臥床されていることが多い夕方時間帯に、計算問題、文章の音読、質問や漢字の書き取りをそれぞれ5分～10分程度行い、効果を高める為即時フィードバックとコミュニケーションを行った。簡単で見やすい文字の大きな教材を用意し、達成感や自信を持ってもらう為に間違いに×はつけず見直し後○をつけ全て100点とした。約一カ月間計18回の実施期間前後に、学習問題の難易度調整と効果測定の為MMSEを測定した。

IV. 結果・考察

MMSEの点数においては、A氏は見当識と書字指示、図形模写で、B氏では時間の見当識で向上が見られた。見当識向上の為に学習時に日付時間氏名を記入したことの継続が、向上に繋がったのではと考えられた。初めは参加拒否や集中を欠き中座する場面も見られたが、次第に集中して取り組み、支援スタッフの顔を覚えてくれた。得意分野の傾向から振り返りが活発化し、学習意欲に繋がる場面も見られた。また、振り返り時に自ら多くのことを話し、A氏はここで初めて本当の出身地の話が出てくる場面も見られた。B氏も家族との思い出や故郷の話を多く話し、予定時間を大きく超えることも度々見られた。実施期間終了後からは、少し寂しいねとの言葉が二人から聞かれている。夕方時間帯の二人の不穏状態や意欲低下気味な様子は改善が認められ、集中する学習への参加の習慣化と、スタッフとの充実した関わりから精神的に落ち着いたからと考えられた。ただ、A氏の電話欲求等は今も他の時間帯にも見られているため今後の課題として挙げられる。

V. 終わりに

学習の習慣化はできたが全ての不穏等の解決迄には至らなかった。しかし、対象利用者との関係性に明らかな変化が現れ、少しずつでも深く関わる時間を設けた学習療法の成果を感じられた。介護では信頼関係の構築は基本であり、相手を丁寧に理解しようとする姿勢が大切であることが研究を通じ改めて気付かされた。今後の介護に活かしていきたい。

24. カレーを作ろう！（新たな取り組み・利用者との関わりを考えて）

施設名 介護老人保健施設 みあ・かーさ
介護福祉士 高山幸夫（たかやま さちお）

<はじめに>

利用者：A氏 73才男性アルツハイマー型認知症 週2回デイケア利用

「どうすれば、他者と上手くコミュニケーションが図れるのか？」等を悩まれ、活動以外の時間も、どう過ごせばいいのか悩んでいる状態であった。

少しでも悩みが軽減出来ないかと思い、実家が料理屋をされ若い頃におかもちをしておられた事などを話されていて、その経験を活かした新たな取り組み・関わりが出来ないかと考え、種まきから野菜作りを行い、収穫できた野菜でカレーを作ろう！との思いで野菜作りに取り組んだ。野菜を育てていく過程で特定のA氏との関わりを通じて学んだ事を報告する。

*実施期間：平成25年 4月5日～ 7月5日

<取り組み>

土を耕すところから、種まき・苗の植え替えを行い、A氏が来られる日には必ず同じ時間、同じスタッフが付き添い、水やり・草引き等を一緒に行う。他の利用者様とも同じ作業をする機会を設け、収穫できた野菜を使って、カレー作りに挑戦した。

<結果・考察>

自発的に「今日は水やりをしなくてもいいのか？」との発言に繋がり、他の利用者との作業を共に行う事で、コミュニケーションを行う場所ができ、他者との話をする事への自信につながった。水やり・収穫・カレー作りといった過程を通じて、同じスタッフが関わり、A氏がどのような思いで過ごされているかを聞く事で信頼関係ができ、同じ目的で野菜を栽培している感覚と成長する野菜に喜びを感じられたのではないかと考える。A氏に対して、役割や居場所を提供するのではなく、野菜作りを通じて、A氏自ら、デイケアでの居場所や役割を持って頂けた。

<終わりに>

今回、カレー作りに重きを置いたのではなく、過程での利用者との関わりを大切にし、喜びや楽しみに繋がられるように野菜作りに取り組んだ事で、利用者に対しての関わり方を考える機会になった。居心地の良い時間や落ち着ける居場所を利用者と共に作る為には、利用者の思いを引き出せるような関わりや利用者から学ぶといった姿勢が必要であり、こちらから提供するばかりではない。すべての利用者に対して同じ対応をするのではなく、個々の利用者の状態に応じた関わりが必要であるとA氏との関わりを通じて学ぶ事が出来た。

私達スタッフは、利用者がどのように感じ、どのような思いでおられるかを察知できる感性も磨いていき、様々な利用者とういった関係を築き上げて行けるような関わりを行い続けたいと思う。

25. 楽しく炊き込みご飯を作ろう

施設名 介護老人保健施設 パークヒルズ田原苑
介護福祉士 上馬場富恵（かみばば とみえ）
共同発表者 北村美穂

〈はじめに〉

認知症専門棟とは、認知症のため日々の生活を送るのに支援が必要な方に対し、個性や心身の状況、生活歴などを把握し、それぞれのニーズに合った日常生活の援助を行うところである。本棟では月1回テーマを決め、過去の体験を話していただくという取り組みを行っている。今回「楽しく炊き込みご飯を作ろう」をテーマに、実際に使用する食材の買い出し・調理・盛り付けの一連の流れを利用者主体で行うことにより、かつての思い出や記憶が引き出され、行動や周辺症状の改善につながるのではないかと考え取り組んだ内容を発表する。

〈目的〉

過去の経験を通してあらゆる角度から五感を刺激することにより、生活意欲の向上や精神的な安定を図り、在宅復帰へとつなげる。

〈取り組み〉

在宅復帰が具体的に決まっている利用者の中から買い物に行く4名を選出した。利用者と職員がペアで買い物を行えるように、5名の職員が同行することにした。調理、盛り付けには買い物へ行ったメンバー以外の利用者も参加した。

- ・**買い物前日** 利用者に翌日買い物へ行くことを伝え、食材の写真を見てもらいながら、炊き込みご飯の具や秋の味覚について話をしていただき、「買い物メモ」を作成した。
- ・**買い物当日** 利用者は施設で過ごしている服からお出かけ着に、また職員も制服から普段着に着替えて商店街に行った。そこで利用者と職員がペアになり、予め用意したメモを見ながら食材を選び買い物をして代金を支払った。
- ・**調理当日** 利用者を4つのグループに分け、炊飯器を使用し、炊き込みご飯、雑炊の2種類を作った。各自エプロンを着け、①お米を研ぐ、②購入した食材を包丁で切る③炊飯器をセットする、という作業を分担して行った。炊きあがったご飯の盛り付けは見本を参考に利用者がよそった。

〈結果〉

不安傾向があり「出来なかったらどうしよう」と表情がいつもこわばっていた利用者が買い物へ行くと、自ら進んで食材を選びスムーズに購入した。また調理に関しては、皆手際が良く、表情も生き生きとしていた。今まで無関心だった方から「何か手伝うことはありますか」と積極的な発言があった。また当日の事を思い出し「美味しかったわ、楽しかったわ」と話す利用者や、短期記憶が保てない方が「買い物良かったで、スカートええのあったなあ」と数日前の事を覚えていた。

〈考察・まとめ〉

この企画を実行するにあたり、認知症の症状が重い利用者に来れるのかと不安はあったが、皆楽しんで取り組んでいた。取り組み後は、行動が積極的になった、記憶の保てない利用者が炊き込みご飯のことを覚えていたなど、一連の取り組みにより心理的な安定と記憶が改善されたのではないかと考えられる。

これからも季節の食材にまつわる話やそれらを調理することにより、心の安定を図り認知症の症状の進行を少しでも遅らせることが出来ればと思う。

26.調理で輝く☆高齢者たち ～調理活動＝リハビリテーションにおける作業療法～

施設名 介護老人保健施設 アザリア
作業療法士 遠池貴也（とおち たかや）
共同発表者 吉川里恵

【はじめに】

近年、「調理活動＝リハビリテーションにおける作業療法の訓練の一つ」として取り上げられている施設が増加しつつあります。「調理する」ということは、前頭前野の活性化を促し、認知機能の維持・改善に効果があると言われていています。今回、作業療法士【以下OT】は調理活動を通じて、楽しみや生きがいを持てる場の提供及び認知機能の維持・改善を図ることを目標に『話し合い』・『買い物』・『調理』の一連の作業活動を基に約1年間携わってきた内容を発表します。

【取り組み紹介】

平成24年12月に調理グループをOTで立ち上げました。活動の流れを『話し合い』・『買い物』・『調理』の3工程に分類し、行なってきました。

『話し合い(約30～50分)』：買い物・献立については参加者と職員が話しあって決定する。

『買い物(1時間)』：話し合いで決まった食材を近くのスーパーに買い物に行く。

『調理(1～2時間)』：参加者が主体となるよう、料理の補助を行いながら作りあげていく。一連の作業工程を1サイクル(約1か月)で、達成できるように設定しました。

【結果】

グループ参加前と2013年12月に評価判定（グループ活動における参加者の変化、HDS-R、NMスケール）を行ないました。結果、①これまでリハビリに拒否があった利用者が参加するようになった②グループ開始当初と比較すると、利用者より積極的な意見が出るようになった③調理実習においてそれぞれが率先して取り組まれるようになった④「昔、料理を作っていたときの頃を思い出す。このグループに 参加させてもらって本当に良かった。」との感想が聴かれた⑤お正月に外泊した際、娘と一緒に台所に立ち、料理の手伝いをした、等の変化が見られました。また、HDS-R、NMスケールではすべての参加者の点数が維持・向上していました。

【考察】

調理活動開始当初は、参加者に話し合いの場で意見を求めても、消極的でしたが、3工程を数回実施したあたりから、積極的な発言・行動が見られてきました。これは参加者がグループの流れを理解したことや、自身が提案した献立が選ばれ嬉しいという気持ちから、次回も選んでもらおうと話し合いまでに準備するようになったことが影響していると考えます。また、互いに顔なじみの関係となったことや買い物・調理を通してグループの結束が高まったことにより、話し合いの場においても発言しやすい雰囲気になったのではないかと考えます。そして、これらの活動を通して脳の活性化が促され、HDS-RやNMスケールの点数向上にも繋がったと考えます。

【おわりに】

調理グループを通して、参加者の中で過去の経験から自分の活動を認識したり、料理を他者に振舞うことで、人の役に立つ喜びや楽しさを体験することができました。そして、楽しみや生きがいを持てるようになり、生活の質の向上に繋がったのではないかと考えます。

27. 『個人ノート』はみんなの宝！！

施設名 松下介護老人保健施設 は一とぴあ
介護福祉士 合田明史（ごうだ あきひと）
共同研究者 新井友紀子 近藤沙織 浅田久子

【はじめに】

認知症リハビリとして『くもん学習療法』を平成 25 年 2 月に、グループ回想療法を 8 月に導入したが、この療法の参加者各人に、開始時にアセスメントシートを作るだけでなく、個人ノートを用意して療法中に得た情報などを記録、ケアやリハビリに生かす試みをおこなっているのを報告する。

【取り組み内容と結果】

くもん学習療法とは、20～30 分間、すらすらできるレベルの簡単な読み書き・計算問題をスタッフと 1 対 1 若しくは 1 対 2 でコミュニケーションを図りながら行うことにより、脳を活性化するものである。グループ回想療法では、児童期、青年期など人生の各時期を象徴する写真等を題材に話し合いを重ねていくことでそれぞれの人生を振り返っていただき、自分の人生を肯定的に受け止めることで認知症状の緩和をはかろうとするものである。

両療法ともに 1 対 1 や 1 対 2、あるいは少人数で会話を重ねながら行うので、参加者の生い立ちや家族、好きなこと嫌いなことなどさまざまな事柄を深く話し合う機会がよくある。各療法の本来の効果を求めるのはもちろんであるが、このような療法中に得られた情報は、ケアにもリハビリにも宝であると考え、各参加者に一冊個人ノートを用意、話のなかで得られた情報を記録し、スタッフが閲覧、情報を共有できるようにした。

印象に残っている事例としては、A 氏（88 歳男性）はアメリカやドイツに留学されて語学が得意との情報から学習療法に英語を加えることでさらに楽しんで学習療法に励まれるようになった。留学中の話を聞いたりすることでよく会話をされるようになり、入所すぐには排尿・排便への執着があり、抗鬱剤を多剤服用されていたが、すべて中止、明るく穏やかに過ごされるようになっていく。B 氏（88 歳女性）は「もう何もしたいことがない」と言われリハビリも進まなかったが、ノートの中から「お墓参りにいきたい」の言葉を拾い出し、これをリハビリ目標とし、プログラムを組み、「がんばってお墓参りに行きましょう」と声かけをすることで、リハビリに積極的に参加されるようになった。C 氏（94 歳男性）は『大声』『机をドンドンと叩く』等、BPSD がかなり強いかたであったが、学習療法を続けるうちに BPSD が減少、さらに歌が好き、そして好きな歌などの情報を使って声かけをすることで集団レクリエーションにも参加されるようになった。

【考察】

高齢者を支援するには、そのかたの人生や考え方を理解し、それらに沿った形でおこなうのがよいと考えられるが、忙しい日常業務の中ではなかなか難しい。今回、関わりの密度の濃い時間をもてるくもん学習療法と回想療法を導入、個人ノートを用意することで、本来の効果だけでなく、そのなかで得られたたくさんの情報を、リハビリをはじめ、種々の支援につなげていくことができた。

28. 口腔ケアに対する意識の向上

施設名 大阪市立介護老人保健施設おとしよりすこやかセンター南部花園館
介護福祉士 平田彩（ひらた あや）
共同発表者 森川昌子

はじめに：「口腔ケア」には器質的ケアと機能的ケアがあるが、我が施設では職員の口腔ケアに対する認識不足や知識に差があり口腔ケアが十分に行えていなかった。今回、職員の口腔ケアに対する意識調査やチェック表を用いた口腔ケアを実施する事で器質的ケアが定着し、口腔マニュアル作成により機能的ケアに対する職員の意識が向上したのでここに報告する。

期間・方法：・平成25年9月13日～12月24日

職員自身の口腔ケアに対する意識調査、利用者の口腔ケアに対する意識調査①・②
チェック表の作成・実施、口腔マニュアルの作成

対象者：フロアー職員11名（ケアワーカー8名、看護師3名）

経過・結果：まず初めに職員自身が行っている自分の口腔ケアに対する意識調査を実施した。結果、ケアの的確な方法が分からない、口腔マッサージや嚥下体操、病気との関連が知りたい等の意見があり口腔ケアに対する興味がある事が分かった。

次に利用者に行っている口腔ケアに対する意識調査を実施した。口腔ケアは必要だと職員全員が思っており毎食後口腔ケアを実施していきたい意見も多く見られたが、45%の職員は方法・目的を十分に理解出来ておらず、36%の職員は口腔ケアが実施出来ていなかった。その理由として「忙しかった」との回答が多くその他には利用者に声掛けしても拒否があり行えなかったという回答があった。

そこで、統一したケアが出来る様に口腔チェック表を作成し介助が必要な利用者5人を選出し実施した。口腔チェック表は、歯ブラシを使用したケアを実施してもらい、実施後は印をつけ責任の所在を明確にした。また、ケアを行った時の口腔状態・気づいた点を記入する欄を作成し、単に口腔ケアを実施する事だけに意識がいかない様にした。

再度意識調査を実施した結果「起床時や臥床前に洗面所に誘導・介助する事が一連の動きとして定着した」「毎食後口腔ケアを行うようになり磨くときに残渣が多ければ気になる様になった」等の意見があり忙しい中でもチェック表を使用せず器質的ケアが定着してきている事が分かった。機能的ケアに関しては口腔マッサージや嚥下体操の仕方を盛り込んだ口腔マニュアルを作成し昼食前やレクリエーション時に実施する様にした。

考察：介助の必要な方は自らの的確な訴えを出来ない方が多く、職員の観察から始まりその人に応じた方法を選択出来る力が必要になる。

日々の業務に追われ、口腔ケアがついおざなりになっていたという現実があったが、チェック表を用いる事で確実な口腔ケアの実行ができ、ケアの統一を図る事が出来た。口腔マニュアルを作成した事は、機能的ケアにも取り組む機会が増え有効的であったと考える。

おわりに：今回の器質的ケアの取り組みは、介助の必要な方を中心としたものであったが、今後は自立者にも十分な口腔ケアが出来るように取り組んでいきたい。

29. トイレでの自然排尿を目指して

施設名 介護老人保健施設 グリーンライフ
介護福祉士 木下恵里（きのした えり）
共同研究者 土井紀子 新井貴子

<はじめに>

私たち2階フロアでは、排泄の訴えがない利用者に対して定時のトイレ誘導を行っている。利用者様の中には、トイレ誘導時パットがすでに湿潤し、皮膚に排泄物が接触している状態である方も多くいた。そこで個々の排泄パターンを知り、トイレでの自然排尿を目指そうと取り組んだ結果、効果と今後の課題がみられたのでここに報告する。

<対象者>

A様男性 80才 認知症度Ⅳ 介護度 5

B様女性 82才 認知症度Ⅱb 介護度 5

C様女性 96才 認知症度Ⅲa 介護度 4

<研究期間>

平成25年6月から10月まで

<方法>

・誘導時にパット内失禁が多い利用者を3名選出。

・対象者の排泄状況から、排尿障害のアセスメントを行い、3名とも機能性尿失禁であると推測。

・機能性尿失禁の行動療法を排泄ケアに取り入れ、排尿状況を評価。

（定時誘導の時間の見直し、排尿自覚刺激行動療法）

・パットへの失禁が減り、トイレでの排尿が増えた利用者は、中パットから小パットへ変更。

<結果>

規則的な間隔をおき、毎日決まった時間に排泄介助を提供する事により、トイレでの自排尿、自排便がみられることが多くなった。また、排尿を促す声掛けを継続することにより、尿意の有無がはっきり聞かれるようになった方もおられた。しかし排尿のある時間が日によってちがうため、パット内の失禁を無くすまでにはいたらなかった。また対象者の排尿のサインを見つけることもできなかった。

<考察>

失禁とは、排泄物が不随意に漏れる状態である。しかし一言で失禁といっても、複数の要因が存在するため、排泄物の性状や頻度、身体状況、生活上の支障に関するアセスメントが重要である。

今回取り組みの対象であった利用者様は排泄チェック表、また各々のADLの状態から3名とも機能性失禁のタイプであると推測された。そこで機能性失禁に対する行動療法を用いたところトイレでの排尿回数が増えたり、衣類までの失禁回数が減ったりと排尿障害を改善させることができた。よって高齢者の排泄ケアで必要なのは、利用者様全員に同じ排泄ケアをするのではなく、介護者側が排泄に対する適切な知識をもち、失禁のタイプに沿った排泄ケアを実践する事であると考えている。

<おわりに>

今後は排泄チェック表や利用者各々のADLの状態から排尿障害のタイプを分類し、そのタイプによって個々に応じた排泄ケアを提供できるようにしていきたい。

30. できる喜び～排泄動作の自立に向けた取り組み～

施設名 介護老人保健施設 ニューライフガラシア
介護福祉士 江南久美子（えなみ くみこ）
共同発表者 井上豊

【はじめに】

神経因性膀胱による頻尿と環境の変化による不安感の為、一人ではトイレを使用する事ができない事例に対し、職員・家族が統一したケアを行い、排泄動作が自立した事で精神的不安やストレスが軽減したので報告する。

【事例紹介】

A氏 76歳 女性

病名：脳出血後遺症（左被殻出血/右半身マヒ）・運動性失語症・嚥下障害・高次脳機能障害
高血圧・神経因性膀胱

介護度：要介護4 寝たきり度：B2 認知度：ⅢA

ADL：短下肢装具使用で立位は可能 移動は車椅子で自操 頻尿

その他：性格は几帳面 夫・娘の面会・協力あり

【入所までの経過】

脳出血の急性期治療・リハビリテーションを経て、機能訓練・心身機能維持を目的に入所となる。

【入所時の様子】

立ち上がり動作・立位保持は共に安定していたが、排泄動作は不完全な為、見守りまたは軽介助が必要であった。頻尿の為1時間に3～4回誘導を行なったが、排尿が無い事もあった。活動参加中や食事中であっても尿意があり介助していた。他者がトイレを使用中でも待つ事ができず、大声を出して感情失禁に至る事もあり、夫の介助に対しても拒否する事があった。頻尿に関しては、検尿検査の結果、異常はなかった。

夜間はナースコール対応で装具は使用せず介助していた。

【目標】排泄が自立できる

排泄の自立能力はあり、排泄動作の自立を目標に挙げた。

【経過】

- ・使用トイレを固定した。・尿汚染はなくリハビリパンツのみとした。
- ・車椅子のブレーキに、ラップの芯とテニスボールを付けて意識づけした。
- ・車椅子の停止位置にマーキングした。・フットレストを上げる様に声かけした。
- ・排泄マニュアルを作成して上記の介助を職員・家族が統一して実施した。

以上の取り組みを継続し、リハビリを実施する事で、排泄動作が安定した。決められたトイレを使用するようになり、ブレーキのかけ忘れ、フットレストの上げ忘れもなくなってきた。

【結果・考察】

右半身マヒや高次脳機能障害があるが本人の残存機能を活かし、職員・家族が統一して排泄方法を徹底する事で習慣化され、本人なりの排泄動作を獲得し、A氏の自信となった。排泄動作で得た自信から、施設生活における不安感は安心感へと変わり、笑顔で職員と接してくれる事も増え、夫の関係も改善した。活動への参加も増え、集中できるようになった。一人で自由にトイレに行き排泄できるようになった安心感から精神的な余裕も生まれてきたのではないかと。安心感と余裕が生まれた事により、排泄動作の自立だけではなく、活動性の向上や表情の変化へとつながったと考える。

【まとめ】

できる喜びというテーマでの取り組み、A氏が自由にトイレに行ける様になり、表情も明るくなって、喜びを感じて頂けるようになった。私たちもケアする喜びを実感した。

31. 気持ち良く入浴していただくために。現場での気づきと取り組み

施設名 高石市立老人保健施設 きやらの郷
介護福祉士 松本英幸（まつもと ひでゆき）
共同発表者 丹本崇 大月みちる

【はじめに】

当通所リハビリテーション（以下デイケア）では、利用者の重度化に伴い、日々の入浴介助に支障をきたす様になってきた為、どの部分で支障があるのかも含め、業務内容を見直すこととした。現場で負担となっている部分を見直していくなかでの気づきや職員の意識の変化につながった事例を報告する。

【問題点の抽出】

平成25年4月の会議にて、以下の意見が出た。

- ① リフト浴が平均15名/日であるが、昇降機が1台しかない。
 - ② 待たされるのが嫌な方が多く、我先にと次々に浴室に来られ職員が慌ててしまう。
 - ③ 職員に余裕がなく、事故やひやりが増加している。
- ①～③について、介護量が増大し各利用者に細かい配慮が必要になってきたことや、時間を要するリフト浴の人数が増加したことで、利用時間内に入浴が終了できないのではと焦り、職員に余裕がなくなった。バイタル測定をせず入浴したり、転倒リスクのある利用者から目を離してしまう等の単純なミスによる事故やひやりが続いた。

【改善策】

- ① [時間調整] 入浴開始時間を早める。
- ② [環境調整] レイアウトの変更。一般浴の座席を減らし、ゆとりあるスペースを確保。リフト浴の移乗スペースは2か所から3か所に増設。
- ③ [役割分担]
 - (ア)当日の入浴リーダーを決め、利用者の体調に合わせて誘導の順番を調整。浴室内が混雑しない程度の人数に留める。
 - (イ)浴室、脱衣室の職員数の偏りが無いようバランスをとり、人数が偏る時は全員で互いに声を掛け合い調整する。
- ④ [ルール化] 洗い場の泡を流す、脱衣室の足元の水を拭き取る、衣類は都度入れ替え、オムツはゴミ箱に捨てる。それができない時は余裕がない時！と職員間で取り決め、浴室、脱衣室の準備が整ってから誘導することを徹底する。
- ⑤ [リラックス効果] 鳥のさえずりの音楽を流す。

【結果とまとめ】

入浴リーダーを設置することでチームとしての連携が強化され、ひやりや事故が減少し、入浴サービスの質の向上を目的とした取り組みを通して全スタッフが共通認識を持つことができた。また、定例の満足度アンケートで、取り組み途中ではあるがおおむね満足と評価をいただいた。今後もチームとしての質を高めていけるよう取り組んでいきたい。

32. 情報共有が影響する介護～私達がセンサーになる～

施設名 介護老人保健施設 クローバー悠苑
介護福祉士 北井賢登（きたい けんと）
共同発表者 東加代子 奥郁代 谷口宜応 小谷知映 新谷葵

〔目的〕3F フロアー利用者 36 名の方を日勤帯 Cw2 名 Ns 1 名・準夜帯 Cw2 名・夜勤帯 Cw1 名で対応している。3F 介護士が情報交換を行うのは、月 1 回のミーティングのみとなることから予測できる事故への対応策が遅れ事故へ繋がるという問題点が挙げられる。4 月のフロアー移動に伴い CW 同士が情報を共有し、こまめに話し合いが出来れば、各専門職への評価変更依頼を即時にかけられ・事故・身体拘束・クレームなどの予防・利用者の体調管理・精神的ケア ADL 及び・職員の質の向上につながると考え取り組んだ。

〔取り組み〕3F 全体に対し① 1 日 2 回の検討会（10 分～20 分）②毎日の夜勤カルテ記録の充実（情報の共有を図る）③面会時の家族対応を細目に行う④苑の物とは別に 3F 専用のヒヤリハットを作成し毎日検討⑤家族への月 1 回手紙を送付

事例 A 氏 84 歳女性 要介護 2 病名胸腰椎圧迫骨折・変形性脊柱症・不眠症 転倒歴多数 ADL 自立～一部介助 在宅復帰希望 レンドルミン 1 錠服用 夜間ふらつき強度（終日トイレ）

〔結果〕

A 氏→①P トイレの使用時間を絞り込み見直しをかけコールがなくても対応できた②眠前薬を 0.5 錠まで減量できた③疼痛などの発見が早く移動手段の判断が早く行えた④センサーを使用せず退苑まですごされる⑤座り込みなどが起こったが早めの対応により特に歩行や生活に問題なく過ごせた⑥家族の在宅での不安等の相談を入所中に聞き取ることができ退苑までに十分な話し合いを各専門職と共に行えた⑦他者交流や活気も見られるようになった

3F 全体→事故件数の減少・センサーの使用は家族希望の 1 名のみ・20 代職員の気配りに変化がみられ意見が増加・利用者全員の状態把握ができた・評価見直しの回数の増加・業務や対応に対する意見が増加・情報交換から業務調整を行い利用者に関わる時間が増え 3F 利用者全員が義歯の自己管理が出来るようになった・家族からの感謝の言葉の増加

〔まとめと考察〕

結果から介護士の基本となる対応と業務を見直し強化することで、情報の共有ができ各専門職、家族とのつながりが生れ利用者への対応に大きく影響することがわかった。介護職は現場の一番近くで利用者に関わり一番近くで変化を感じなければならない、介護職がいち早く変化に気付き各専門職への変更をかけなければ ADL の向上や事故防止、体調の管理も難しい、その上で介護職員同士の情報の交換や話し合いは大きな役割をはたしていると言える。しかしまだまだ利用者への理解が足りないのも現状である。これからも利用者の変化をいち早く気付き対応していけるように基本をベースとして新しい取り組みを試みていきたい。

現在新しい取り組みとして信頼関係を図るために、週に 1 回職員が利用者と昼食をとることを試みている。

33. 看取り委員会の取り組み

施設名 介護老人保健施設 よどの里
支援相談員 森部富美子（もりべ ふみこ）
共同発表者 大西君恵 大山美紀

<はじめに>

2009年老健施設もターミナルケア加算の算定が可能になるが、当施設では、書類整備や医療内容の検討はなかなか進まなかった。2011年医師体制の充実をきっかけに、2011年看取り委員会がスタートした。

<看取り委員会発足の経過>

2008年10月 学習会「終末期をどうするか」
2009年10月 学習会「生活の場の終末期」
2010年 5月 看護部会で指針・手順の検討を提案
2011年 6月 全職員対象に「偲びのカンファレンス」を開催
7月 よどの里看取り委員会発足
8月 よどの里看取りケアはじまり・・・の集会 開催
2012年 学習会「看取りケア」

<2013年度の活動報告>

- ① 定例の委員会開催（3ヶ月に1回の開催を目安に、月例の運営会議後に開催）
- ② 学習会の開催
 - ・DVD「悔いのない看取り 死に対する向き合い方を育む」全6講座を鑑賞
 - 方法： 全職員対象で DVD鑑賞後、グループワークと感想文の提出
 - 評価： 全6回の学習会終了した職員、1度も参加しなかった職員がいた。
 - 改善点： 学習教材の吟味する必要がある
- ③ ドキュメンタリー映画「エンディングノート」上映

<看取り介護の実施状況>

2011年度 → 2名 2012年度 → 13名 2013年度 → 12名

<2014年度の看取り介護の課題>

- ① ケアプランの内容の充実
- ② 看取り委員会の継続的な開催
- ③ 研修の実施
- ④ 偲びのカンファレンスの充実

34. 利用者の五感を満たす“食”の改善

施設名 大阪市立介護老人保健施設おとしよりすこやかセンター北部館
介護職員 山下善希（やました よしき）
共同発表者 利用者の“食”を考える会

はじめに

食は、年齢・性別を問わず人を笑顔にする。そして、食べることは生きる喜びとなる。おいしいものを食べる時の幸福感や感動は何にも代えがたい経験を、私たちは日常のごく当たり前に繰り返すことができる。

しかし、施設の利用者はどうだろう。私たちは、利用者の溢れんばかりの笑顔を見たことがあるだろうか。「食べること」が「生きる喜び」に繋がっているだろうか。

「食べるペースをその人に合わせる」「安全に食事を摂取して頂く」という食事介助の基本に忠実になるが余り、【食卓づくり】を疎かにしてはいないだろうかという思いに至った。

そこで、「私が食べたいものを、私が選んで、私が食べる」という利用者一人一人を主役にした、温もりと命の輝きが溢れる“食”の改善を目指した。この過程と結果について発表する。

I, 活動方法

「利用者の“食”を考える会」を発足し、毎月1回の会合を持つ。介護職・看護師・管理栄養士・言語聴覚士・支援相談員・事務職員、そして委託業者の調理師と栄養士を含む職域を超えたメンバー構成にし、企画から運営の拠点になる会とした。

II, 活動の実際

- 1, どんな“食”の改善にするか具体的なイメージを出し合う
- 2, 「利用者の五感を満たす“食”の改善」にテーマ決定
- 3, 利用者の「私が食べたいものアンケート調査」実施
- 4, 利用者の「私が食べたいものランキング上位5位」の決定
- 5, 「私が食べたい〇〇〇を私が選んで食べる」を5週連続提供
 - 5位：カレーライス+トッピング 《coco 壺カレーをほうふつさせて》
 - 4位：鶏のから揚げ実演+4種の味付け 《揚げたての香りを楽しむ》
 - 3位：うどん(湯きり実演)+トッピング 《素うどんが〇〇うどんに変身》
 - 2位：焼きそば実演 《ジュージュ音、ソースの香りで食欲アップ》
 - 1位：ハンバーグ+ソース選択 《ソースを変えて、イタリアン?フレンチ?和風?》
- 6, 高まる期待に答えています。帰ってきました!“楽しい食卓づくりと自分で選ぶ楽しみ”

III, 結果・まとめ

「おかわり!」「あんたどのソースにする?」「全部のせて、全のせー丁」と楽しい声が響く食卓。利用者一人一人が主人公になれる瞬間である。配膳と実演に参加している委託業者に送られる利用者の温かい拍手は、職員の眠っていた五感を見事に開花させてくれた。食べたいものを選ぶこと、好きな物をおいしく食べること、それは生きる力の源である。食べることを最後まで楽しみにできる、笑顔一杯な【食卓づくり】の取り組みは続く。

35. 「姉ちゃん。」「はあい。」～人と人との繋がりを大切に～

施設名 介護老人保健施設 真秀ら
介護職員 木村渉（きむら わたる）
共同発表者 赤松尚史

【入居者情報】

名前：A氏（85歳）

主な既往：認知症、肺炎、たこつぼ心筋症

認知症高齢者自立度：IV 障がい高齢者自立度：B2

入居時の希望：本人：「・・・（不明）」 家族：「今より元気になって欲しい」

課題：食事・水分自力摂取困難、栄養状態低下、日中傾眠、夜間独語、不眠

処方・処置：睡眠導入剤、バルーンカテーテル留置、トロミ食、シリンジ使用での食事摂取

【経過】

入居時より拒否が多く摂取量にムラがあり、食事形態を刻み食→トロミ食に変更、シリンジでの提供を開始する事で、口に運ぶ事は容易になったが、拒否の頻度が増え、入居3ヶ月目には、一日平均摂取量：主食1.5割、副食3.1割に低下。家人より「トイレでの排泄」「孫の結婚式への参加」の希望があったが、食事時の抵抗による疲労から、日中の傾眠、夜間の不眠、尿量低下が発生していた為、管理医師より希望の実現は困難との判断が下された。

【対応】

あいさつによる顔を合わせる機会、言葉を交わす機会を増やし、家人や孫に関する話題を中心とした会話を実施。職員が会話の主体にならぬよう、開いた質問を使い、時間をかけて傾聴を徹底し、得られた話題を、次の会話の際に繋げ、よりA氏が話しやすくなるよう対応した。家人とA氏の会話の輪に、職員も加わり、関係構築に努めた。

食事時にも、会話を交え、時間をかけて介助し、話の途切れた時に摂取を促し、提供する順番にも工夫を加え、成功したアイデアを職員が共有し実践し続けた。

【結果】

対応2週間後には、職員に笑顔で話すA氏の姿が増え、食事開始時より口が開くようになり、スプーン使用での介助を再開、食事時の拒否も無く、笑顔も増えた。摂取量の安定から、バルーンカテーテル留置を終了し、自然排尿が実現。食事時の疲労の減少と、会話による日中の活動量増加により、夜間の睡眠時間も増え、薬剤の使用も無く良眠できるようになった。入所5ヶ月目には、主食9.6割、副食9.5割迄改善した。家人の希望でもあった孫の結婚式への参加も実現した。

【考察】

- ・職員とA氏との間に、気軽に会話を交わせるような、信頼関係が生まれた
- ・食事の合間に会話を継続する事で、良い雰囲気を楽しめるイメージが生まれた
- ・疲労の減少から日中傾眠が減り、覚醒した状態で意思を表示するようになり、その意思を尊重する事で、無理強いされない安心感が生まれた
- ・ストレスが無くなった事、日中の活動が増えた事で、夜間の入眠が実現し、生活にリズムが生まれた

これらが循環し続け、A氏の状態の回復に繋がったと考えられる。

36. 施設入所者のサルコペニアと骨密度およびビタミン D 不足についての概要調査

施設名 介護老人保健施設 だいせん
理学療法士 今岡真和 (いまおか まさかず)
共同発表者 増栄あゆみ 中村貫照 黒崎恭兵 池内まり 七川大樹 寺島由美子
(株) コナミスポーツ&ライフ光明池; 児玉加奈子

【目的】

サルコペニアは生命予後を短くし、骨密度の低下は骨折リスク増大を招く。そのため、移動能力や筋量、骨密度を維持することは大変重要とされている。近年、このサルコペニアや骨密度の維持にビタミン D の有効性が報告されている。

しかしながら、介護老人保健施設（以下：老健施設）に入所する虚弱高齢者のサルコペニア有病率、骨密度、ビタミン D 血中濃度は十分調査されておらず、その実態は不明である。そのため、本研究の目的は入所者を対象にサルコペニア有病率、骨密度、ビタミン D 血中濃度の実態を調査することである。

【対象および方法】

老健施設入所者 91 名（女性 69 名）、平均年齢 84.3 ± 8.7 歳を対象とした。なお、本研究は対象者に口頭で説明を行い書面にて同意を得て実施した。

調査期間は 2013 年 9 月 1 日から 2 週間とし、調査項目は筋量を骨格筋量指標(SMI : skeletal muscle mass index)、筋力は握力 (2 回測定 of 平均値)、骨密度は超音波骨密度測定法を用いて若年成人比較%(YAM : Young Adult Mean)を測定した。ビタミン D 血中濃度は看護師による採血を行い、25 ヒドロキシビタミン D (以下 : 25(OH)D) を測定した。その他、基本属性として年齢、身長、体重、BMI、長谷川式簡易知能評価スケール、FIM はカルテから情報収集した。

【結果】

対象 91 名のサルコペニア有病率、筋量、筋力、骨密度、25(OH)D を測定した。サルコペニア有病率は 44 名 (48.3%) であった。筋量は SMI 平均 $7.4 \pm 1.0 \text{kg/m}^2$ であった。握力は平均 $10.2 \pm 5.5 \text{kg}$ であった。骨密度は YAM 平均 $61.3 \pm 14.5\%$ であった。ビタミン D 血中濃度は 25(OH)D 平均 $13.0 \pm 5.0 \text{ng/ml}$ であった。

【考察】

サルコペニア有病率は 48.3% と在宅高齢者と比較して高く、筋力や筋量の改善をリハビリテーションプログラムに十分反映させて実施する必要があると考える。骨密度は YAM 平均 61.3% と低値を示し、骨粗鬆症治療の対象となると考えられる者は 73 名 (80.2%) に昇った。しかしながら、実際に骨粗鬆症治療を実際に行っている者は 6 名 (6.6%) に留まり老健施設入所者は骨粗鬆症の未治療率は高いことが示唆された。25(OH)D は平均 13.0ng/ml であり、厚生労働省の推奨値 20ng/ml 以下のビタミン D 不足者は 94.5% に昇ることから通常の食事以外、つまりサプリメントなどからも栄養補助を行い、筋量や骨密度を維持改善していく必要があると考えられた。

37. 楽しい食事時間の提供～全職種協働での支援～

施設名 介護老人保健施設 ベルアモール
管理栄養士 横田暁子（よこた ときこ）
共同発表者 松永寿 長谷川勝己 中塚香 勝綾央

「食べる」ことは、生命維持や活動する為のエネルギーを得るという目的の他に、美味しく楽しく食べる事により幸福感や精神的な充足感を得るという大きな意義がある。そこで、食事を通して利用者の生活意欲が向上するような支援ができないかと考え、楽しい食事時間の提供をテーマに活動した。

どのようにすれば利用者に食事を楽しんでいただけるのか？医師・看護職・介護職・リハビリ職・支援相談員・事務職・管理栄養士といった様々な職種で意見を出し合い検討を重ねた。その結果「マンネリ化している普段の食事風景を変えよう」にまとまった。

食事を「おいしい」「楽しい」と感じるには心理的要因・生理的要因・環境的要因といった様々な要因が考えられるが、主に環境的要因にスポットを当て取り組んだ。

まず、どの献立の日に行うかを検討した。食事の嗜好は人により異なるが、出来るだけ嗜好の個人差が少ない献立で取り組もうと、利用者に好評なカレーの日に実施した。

次に、食事の空間的環境について検討した。普段の食事は1人分ずつトレーにセッティングされ、毎食決まった食事量が利用者まで配膳される。そういった普段の配膳方法からご飯・カレーを職員が利用者の体調や好みなどの確認をしながら喫食直前に盛り付ける。又は、自立支援という目的から、利用者自身でご飯・カレーを盛り付け、利用者と職員がテーブルを囲んで一緒に食べるという方法を取った。普段の食事と空間的環境を変えらるるにしても、これまで慣れ親しんできた環境や利用者の習慣を崩さないように個々人の条件に応じていかなければいけない。そこで、利用者の性格や食行動の特性・身体機能レベルに配慮した座席の配置や院外調理施設との調整などを全職種がチームとなり準備を進めた。

実施後は、食事摂取量が改善した利用者や、認知症専門棟では普段は食事時間に徘徊される利用者が最後まで席を立たず過ごされていたという BPSD の軽減に繋がる場面もみられた。利用者・職員に行ったアンケートでは「利用者の笑顔が多くみられた」「普段は自分から食べようとしない利用者のご飯に手をのばしていた」という意見がきかれた一方で「いつもと違う雰囲気戸惑う利用者がいた」という意見もきかれた。この様な反省点を活かし、今後は他の献立での実施やバイキングといった方法も検討していきたいと思う。

食事の質と生活の質は密接に関係しており、食事から得られる満足感は生活におけるさまざまな活動の意欲向上につながる。これからも全職種で力を合わせながら「食べる」ことを楽しめるような支援を行っていききたいと思う。

38. NST 委員会による在宅復帰支援～栄養が支えるリハビリテーション～

施設名 介護老人保健施設 ヴァンベール
理学療法士 川島康裕 (かわしま やすひろ)
共同発表者 山本徳子 光田尚代

【はじめに】

当施設における在宅復帰支援の中で、低栄養状態による身体機能低下を呈し、在宅復帰が困難であった症例を担当した。本症例に対し栄養サポートチーム（以下 NST）による体重増加と身体機能向上を図る支援を行った結果、在宅復帰が達成できたので報告する。

【症例紹介】

症例は 80 歳代女性でケアハウスに夫と入所していたが、夫の介護を行う中で介護疲れにより食思と体重の低下、さらに ADL の低下を認めた。平成 25 年 4 月に腰椎圧迫骨折により入院し、同年 6 月に継続的なリハビリと在宅復帰を目的に当施設入所となる。入所時身長 135cm、体重 23.0kg、BMI12.6 の低体重であった。ADL は起居動作全て中等度～全介助で咀嚼力低下と発話困難を認めた。食事は常食 3~4 割摂取で疲労感により終了していた。

【経過】

在宅復帰時期を 6 ヶ月後に設定し、栄養状態の改善のため管理栄養士から 1 ヶ月 1kg ペースでの体重増加を目標とした。食事はハーフ食に変更し、1 日 2 本栄養補助食品を付加し 1500kcal の提供とした。また食事の際、周囲のペースに合わせると摂取量が低下する傾向にあったため、静かな空間で食事ができるような環境設定を行った。リハビリでは体重増加まで積極的な筋力強化や動作訓練は避け、寝返り、起き上がり訓練を中心に行った。支援開始から 2 ヶ月目には体重 3kg 増加し、食事は常食に変更となった。ADL は寝返り、起き上がりが見守りとなり、活気も出てきたため積極的な運動を開始した。3 ヶ月目では初期より体重 4kg 増加し、ADL ではシルバーカー歩行を導入した。また、この時期より個別リハビリ以外に自主練習としてマシントレーニングを導入し、運動量の増加を図った。その後 6 ヶ月目で初期より体重 6kg 増加し、起居移乗動作、シルバーカー歩行見守りで可能となったため同年 12 月に在宅復帰された。

【考察】

低栄養状態での負荷をかけたリハビリは更に筋萎縮を助長すると報告されており、病院や施設の入所者は低栄養状態であることが多いことも実態として挙げられている。本症例では NST が中心となり栄養状態の改善に努めた結果、それに比例して身体機能や ADL においても大きな改善が得られた。また体重増加に伴い、発話量の増大やリハ意欲の増大など精神面での改善もみられた。

【まとめ】

本症例から維持期であっても、リハ栄養の観点から支援を行なうことで十分に身体機能の向上に効果が得られることが認識できた。今後は施設全体で栄養管理に努め、在宅復帰支援に繋げていきたいと考える。

39. 認知症対象者のリハビリテーション評価について

施設名 介護老人保健施設 グリーンライフ
作業療法士 小倉彩子（おぐら あやこ）
共同発表者 山中恵美 岩本麻美 山原史裕 深川博史 小林美穂 久野直子 小高知穂

<初めに>

当施設では、認知症対象者のリハビリテーションを実施するにあたり、長谷川式簡易知能評価スケール（以下HDS-R）の結果に基づき目標の設定、プログラムの立案を行ってきたが、対象者の認知面の問題を焦点化する事が難しく、アプローチがADL動作練習や運動プログラム等の分野に偏りがちになっていた。

今回、認知症対象者に対する評価について検討したので報告する。

<取り組み>

- ① HDS-Rの評価方法や解釈の再確認
- ② 追加する評価についての検討
- ③ ①、②を基に対象者に評価を実施、分析し今後の課題などについて検討

<内容報告>

以上の取り組みによって問題点の焦点化が行えた一例を紹介する。

A氏80歳代の女性。最近歩行などの運動機能低下が目立ち、日常生活の中で物品の管理が難しく混乱が見られ、依存的・易怒的になることが増えてきた。

結果、HDS-R（評価18/30点）では、記憶面は比較的保たれているものの注意課題が難しかった。FIM：機能的自立度評価（76/133点）で、以前に比ベトイレ動作や移動能力などの運動面の低下。意欲の指標（8/10点）で、レクリエーション等では意欲が高さを再確認した。DBD：認知症障害行動尺度（24/108点）で、A氏の行動特性が見つけやすくなり、持ち物に対する不安や物品管理能力への問題が大きいことが分かった。

その上で、A氏がひとつの事に拘る事に着目し追加で前頭葉簡易機能評価：FAB（評価9/18点）を実施、注意の切り替えの難しさを再確認した。

この事より、A氏は記憶障害より判断力や実行機能の障害が大きいと分かった。

客観的な評価から抽出された問題点と、実際の現象をする合わせる事で問題点の焦点化が図れ、新しい視点を持ちアプローチする事が出来た上、日常生活においての工夫を他職種にも伝達する事が可能となった。

この事より今後、認知症対象者に対してHDS-R以外にFIM・意欲の指標・DBDの評価を行う事を基本とし、必要に応じてその他の追加評価を実施する等、対象者の認知面の問題に対し客観的に経過を追って評価できる環境を整えた。

<まとめ>

今回の取り組みを通し、今までの評価の少なさや内容の統合と解釈も不十分で、目標設定やアプローチに反映出来ていなかった事を痛感させられた。

今回評価を追加した事で、対象者の全体像を把握する事ができ、アプローチすべき事柄に焦点を当てやすくなり、対象者個人にあった目標設定やプログラム立案へ繋げていきやすくなると考える。

<今後の課題>

対象者に合わせた目標設定や日常生活に繋げていけるプログラム立案を行える指標作りに取り組み、スタッフによるアプローチの偏りを減らしていく他、対象者が安心して過ごせるよう他職種との情報共有に努めていきたい。