

第 16 回

# 大老協懇話会 (事例発表会)

◆と き 平成28年7月15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

# 第 16 回 大老協懇話会

平成28年7月15日(金) 大阪国際会議場グランキューブ大阪 9:00~17:00

- 8:30~ 参加受付
- 9:00~ 9:40 一般口演 I 管理・運営 (5題)
- 9:40~ 9:50 休憩
- 9:50~10:30 一般口演 II 栄養・褥瘡 (5題)
- 10:30~10:40 休憩
- 10:40~11:20 一般口演 III在宅復帰 (5題)
- 11:20~12:30 昼食
- 12:30~12:40 挨拶 大老協会長 川合 秀治 氏
- 12:40~13:50 特別講演  
「地域包括ケアシステムにおいて求められる老健施設の機能」  
公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎 氏  
座長 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  
施設長 中澤 秀夫 氏
- 13:50~14:00 休憩
- 14:00~14:48 一般口演 IVデイケア (6題)
- 14:48~14:58 休憩
- 14:58~15:46 一般口演 V 認知症ケア (6題)
- 15:46~15:56 休憩
- 15:56~16:36 一般口演 VIサービス向上 (5題)
- 16:36~ 閉会

## 1. 高齢者の避難行動から考える災害対策の課題

介護老人保健施設 ベルアルト

介護福祉士 山頬あゆみ（やまつら あゆみ）

---

現在、当施設では防災消防訓練を年に2回実施し、災害防火マニュアルも整備している。しかし、入所者のほとんどは日常動作に何らかの介助が必要な方ばかりであり、災害避難時には避難誘導人員が不足することは容易に想像できる。限られた人員で多くの方の安全を守るためにも、出来る範囲で入所者自身が自分の安全を守ることが必要ではないかと考えた。これまでの災害避難訓練は職員だけのロールプレイングであり、実際に災害が起きた際に高齢者がどのような行動をとるのか疑問に思った。そこで、入所者の避難行動を検証することで高齢者施設での災害対策の課題を考えた。

【方法】①対象者8名を入所者の中から選出する

②施設に大地震が来ることを想定する

③発生時間は告げずに、訓練のための警報がなったら避難してもらう

④訓練の様子を撮影し、一人ひとりの避難行動を確認する

対象者の選定基準は日常生活自立度が2以上、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱb以上とし、本人・家族に同意が得られた方とした。

【結果】対象者の行動は、戸惑っているが逃げずにただ座っている、すぐに立ち上がりまた席に戻る、すぐに席を立ちユニットの外へ出て行く、机の下へ入り揺れがおさまるまでじっとしている、テーブルを掴んだがその後すぐに立ち上がり壁側の手すりを掴み立っている、と反応は様々であった。訓練後の対象者の感想では、「逃げないといけないと分かっていたがどうすればいいのか分からなかった」、「脚が痛いから動けないし助けてくれると思った」、「施設だから安心だと思った」「以前にテレビ等で見たことのある防災の知識があったので机の下に隠れないといけないと思ったから焦らず行動できた」であった。

【考察】まず警報を危険が迫っている合図ということは認識できていた。今回は事前に「地震」と伝えていたが、警報だけでは災害の内容は理解できないと考える。そして、何らかの避難行動を起こすが、その方法が間違っていたり、あるいは正しい方法はわかっているけど身体能力が及ばなかったりしている。また、施設の中は安心、誰かが助けてくれるという過信もあった。これらのことから、避難時の正しい知識を指導する必要があると考える。また、高齢者は知識が備わったとしても行動に移す身体能力がない場合が多い。よって、自ら安全な場所まで移動することはできないと考える。その場で出来る安全確保の手段を考えていかなければならない。

【おわりに】今回の避難行動の検証で、私たちが想像していた以上に入所者の方々は「できる」部分が多いことに気付いた。危険で有ることを早くに認識する方法、自分の身を守る防災用具の活用を検討していかなければならない。

## 2.継続は経費削減なり ～節電・省エネ対策への取り組み～

介護老人保健施設 ベルアモール  
事務職員 山内宏子（やまうち ひろこ）  
共同発表者 森本浩文 吉田彩

---

近年の電気料金の値上げをはじめとする水道光熱費の増加は、施設として考えていかなければいけない問題のひとつである。この事から使用量・コスト増加を少しでも抑えられるように継続して行ってきた節電・省エネに対する取り組みについて報告する。

### 【現状把握】

- ①使用量は電気・ガス・水道ともに抑える事が出来ている。
- ②金額は年間、電気代約10%・約200万円。ガス代約10%・約140万円。水道代は約40万増加している。

### 【課題・取り組み】

上記より、職員一人ひとりが節電意識を持ち、気づいていない無駄を省く取り組みが徐々に効果が出つつある中で更に何が最大の原因かを検討した結果、原因が単価上昇にあると考え、決まった時間帯に上がる最大使用量の上昇（デマンド）を抑制、及び温度調節や使用方法の工夫を行い、更なる効果を求め節電・省エネに努め経費削減に取り組んでいく事とした。

### 【実施方法】

- ①デマンドピーク時に最も電気使用量が高い食事カートを全て同時に加熱していたが、最大デマンドを抑える為に食事カートを2つのグループに分け、30分加熱時間をずらした。
- ②空調（冷温水発生機）の稼働期間と時間を細かく見直し、季節や1日の気温変化に合わせて運転時間を管理する。
- ③入浴時間や季節に応じ、ボイラーの稼働時間を見直す。

### 【結果】

食事カートの加熱時間を30分ずらした事により、最も消費電力を使う10時～11時の使用量を見たところ実施前は1時間当たり平均163kwh、実施後は平均156kwhとなり使用量は約7kwh抑える事が出来た。空調・ボイラーの稼働時間などデマンドを細かく管理した事で昨年ピーク時の最大デマンド値237kwh、今年は224kwhまで抑える事が出来た。

全体最終結果として使用量と水道光熱費の前年比較は、電気使用量8.2%減・約69万円減、ガス使用量7.7%減・約133万円減、水道は増減なし。

### 【考察・まとめ】

水道光熱費合計金額は毎年約10%約300万円ずつ増加している。今後も料金の値上げ及び消費税も同様に10%に上がる可能性がある。施設として今まで以上に省エネ・エコ対策を行い経費削減に全力で取り組み、利用者にも少しでも還元でき、利用者にとっても私たちにとっても快適な施設を実現させたい。

### 3. ストレスケアマネジメント

～よりよい職場環境を目指して、職員も利用者も笑顔でいこう～

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

介護職員 富永善美(とみなが よしみ)

共同発表者 岡拓昭 南和伸

---

【はじめに】今回ストレスマネジメントについて取り組んだフローは、認知症を患いBPSDが多くみられるのが特徴。職員のストレスの増加、蓄積により声掛けが荒くなったり、介助が雑になったりする事が見受けられた。利用者に快適に過ごして頂くと同時に職員にも働きやすい環境を目指し今回の取り組みを行う事にした。

【目的】より良い職場環境を作ると共に利用者にもより良いケアを提供

【対象】介護、看護職員

【期間】平成27年8月21日～平成27年11月6日

【方法】アンケート方式

- ① 第1回アンケート：どのような事にストレスを感じているのかを知る為、アンケートを実施。
- ② 対策実施：ストレス軽減に繋がる5つの標語を決め、星の付箋を使用しイメージできるようにした。
- ③ 第2回アンケート：対策実施後のストレスに対する変化を調査。
- ④ 対策修正実施：標語の見直しと、各自で標語を一つ決め、星の付箋を見たら思い出したストレスの軽減を意識付け。
- ⑤ 第3回アンケート：②、④の対策実施後のストレスに対する変化を調査。

【結果】第1回ストレスに対するアンケート結果で一番多かった項目は職員間のストレス。2つ目は利用者の対応。アンケート回収後の集計結果から個々のストレス、ストレスサーを知った。

第2回アンケートの結果、ストレス軽減しない53%、軽減した47%。

第3回アンケートの結果、ストレス軽減しない45%、軽減した55%。

【考察】ストレスが身体に与える影響は心理的、行動的、身体的反応。このようなストレス反応が出る前にコーピングする必要がある。私たちは認知的再評価型を意識して対策を考えた。星の付箋を使用して実施したが「星に気付かない。」「星をあえて見なかった。」などの意見もあり星の付箋の改善も必要であった。

【おわりに】ストレスとは、人により受け取り方や強弱も違い解消方法も様々である為、一概に解決方法を見つけるのは困難であると改めて実感。小さなストレス→コーピング→解決を繰り返す事でストレス耐性ができ、同様のストレスがあった場合、ストレスを感じにくくなる。コーピングの数を増やし、様々なコーピングを行うことでストレス耐性ができ、ストレスを少なくできたと思う。今回取り組んだことを継続、より良いケアを行うために自分たちの職場環境や人間関係について深く考える必要もある。

## 4.介護スタッフのスキルアップと処遇改善

介護老人保健施設 すずらん  
介護福祉士 廣岡佐和子（ひろおか さわこ）  
共同発表者 名倉直紀

---

### はじめに

昨近、介護業界においては虐待や組織内の確執、離職率の高さ、そしてスキルの格差等が問題視されている。今回、すずらんでは人材育成の見直しとともに、スタッフのスキルアップを図るため、先ずアセッサーを育成し、厚労省が掲げている「キャリア段位制度」に着目し処遇改善に取り組んだ。

### 方法

評価する側の個人的感情が入らない様に評価カテゴリー、OJTの計画等全てキャリア段位制度の雛型を使用する。面談を通して評価者と被評価者で4段階(実際は2①、2②、3、4の4段階)での目標を決め、決定した段位に向けて取り組んでいく。最終的に評価を行い、段位取得をしていく。

### 結果

評価者は主任クラス2名、リーダークラス1名の計3名。被評価者は各評価者につき1名ずつ。管理者と評価者3名で今後の道筋を話し合い、まずは評価者Aが被評価者Bの評価を始める。随時、評価者同士で話し合いを設けてきた。決まった項目にあてはめてOJTから評価に進んで行く為、開始と同時に比較的スムーズに動き出せたと考える。Bも「常時他人から視られているようで改めて緊張感を維持できるようになったし、自身のスキルが可視化出来てやる気がでてくる」、「今後の自分の職場での位置作りに役立つ」と前向きな発言があった。一方、最初の取り掛かりには手間取り、OJTと課題評価の日程計画作成には時間がかかった。その理由はスタッフの業務分担とシフト作成は別の者が関わっており、OJTを行う日程の打ち合わせがかなり細かく必要だったからである。さらに、我々が検討した評価項目でないが為に、僅かのイレギュラーでも発生する度に評価者間での話し合いが必要となった。

### 考察及びまとめ

スタートしたばかりでスキルアップの底上げや処遇改善の結果がでるまでには至っていない。今後の課題として、まずは先陣の評価・被評価者が取り組みに対して会得熟練し、次の評価者には被評価者の疑問に自信を持って対処するように努力する必要がある。そして、処遇改善の評価とするならもう少し各現場に沿った詳細項目を見直す必要があると考える。介護に係る主任クラスと各フロアリーダーが評価者講習を受け、取り組みに係っていけば、計画の日程作成に対する問題や、全介護スタッフの人数にも対応していけると考える。段位付けにより、スキルの可視化が図れることで、目的としていた内容以外にも評価者・被評価者間で互いのモチベーションアップに繋がっていき、相乗効果が生まれてきている事実も認められる。今後も継続してキャリア段位制度を活用して、施設全体のキャリアアップを目指していきたいと考えている。

## 5.夜間帯でのストレスを軽減しよう

施設名 介護老人保健施設 ユーアイ  
介護福祉士 大江英雄（おおえ ひでお）  
共同発表者 松井祐治 大石望 堀田美往 松原稔樹 大黒奈美

---

### はじめに

当施設利用者の介護重度化と、見守りが必要な利用者の増加に伴い、スタッフから「しんどい」との声が多く聞かれるようになった。平成 27 年 12 月 1 日から労働安全衛生法の改正により、スタッフへのストレスチェックを義務づける制度が開始された。スタッフのストレスになっている業務を改善し、ストレスの軽減がみられた為ここに報告する。

### 活動の取り組み

自由記載でのアンケート調査を療養棟全スタッフ 46 名に実施した。仕事でどんな時にストレスを感じますか？の問いに、カテゴリー別に整理すると、利用者の対応、利用者の見守りの 2 項目に強いストレスを感じていることが分かった。さらに調査では夕食時の人員・業務量が朝食時より少なく、夕食後に夜勤スタッフが 1 人で利用者の対応・見守りを行っていた。次に利用者の対応・見守りについて 5 段階のストレス度調査（自己評価）と自由記載でのアンケート調査を実施した。利用者の対応・利用者の見守りについて具体的に記入し、5 段階のストレス度を点数化（最高 230 点から最低 46 点）した結果、利用者の対応 187 点、利用者の見守り 171 点であった。ユーアイでのマニュアルの一部である遅出業務マニュアルでは、夕食後フロアへ上がる時刻が 18 時 50 分となっているが、実際には上がっていないことがあった。その為、各フロアの遅出スタッフが早くフロアへ戻り 1 人体制から 2 人体制にすることで、スタッフのストレス軽減に繋がると考えた。

### 対策

- ①遅出が食事介助を集中して行えるように、トイレ対応や E V 前までの誘導を行うスタッフの役割を見直し、分かりやすく内容をまとめ、各フロアと食堂へ掲示した。
- ②配膳の順番を統一し、早く食事介助に入れるように、配膳車内の「食事介助・見守りが必要な利用者」の食事トレーの配置を栄養科と相談し、1 便目の配膳車に集めた。
- ③見守りや食事介助がスムーズに行えるように、対策前は「食事介助・見守りが必要な利用者」の離れていた食事席を、食堂中央に集めるように変更した。

### 結果・考察

対策後、18 時 50 分には確実に 2 人体制でケアを行えるようになった。再度、療養棟全スタッフ 46 名にストレス度調査を実施した結果、利用者の対応 187 点から 143 点（約 24% 減少）、利用者の見守り 171 点から 134 点（約 22% 減少）。以上のことから、早く 2 人体制になることで夜勤が安心してナイトケアに専念でき、ストレスの軽減に繋がったと考えられる。同時に 2 人体制になることで利用者を待たせる時間の軽減に繋がり、利用者満足度も向上されると考えられる。

### まとめ

今回ストレスの調査を行うことで、スタッフが日々ストレスを抱えながら働いていることがわかった。取り組みを通して夜勤帯でのストレスが平均 23% 軽減した。

## 6. 褥瘡発生への取り組み～飛躍的改善へ～

介護老人保健施設 なごみの里  
看護師 山下常美 (やました つねみ)  
共同発表者 中西三紀 褥瘡予防委員

---

### 【はじめに】

医療機関に比べ褥瘡に関連した物品の備えが少なく、当施設では紙オムツを利用したラップ療法が主流であり、褥瘡を合併することで症状増悪の経過を辿ったケースも少なくなかった。予防からのスタートではなく発生してからの取り組みであったが、褥瘡予防委員会での約2年間の経過を報告する。

### 【対策】

①従来の2時間毎の体位交換に加え、必要時は日中・夜間共に1時間毎の体位交換と、リハビリと連携して本人に合わせた除圧良肢位をパネルにしてベッドサイドに掲示し職員間で情報共有した。②介護・看護で情報を共有し、小発赤の段階で除圧、軟膏処置。定期的に評価し、経過を把握。③アズノール軟膏、イソジンシュガー軟膏の他、抗生剤やステロイド軟膏を適時使用。また独自に保湿液を作成し、皮膚乾燥を予防。④排泄トラブルによる創汚染についても定期的に評価し、個人の体調に合わせた調剤ができるようにした。⑤ガーゼ保護に関連した癒着・圧迫・摩擦・ズレ等のトラブルが課題であったが、浸出液の少ない創についてはガーゼからオリモノシートに替えた。浸出液の吸収効果に優れ、逆戻りが少なく、トラブルが軽減。⑥創部の経過写真をカルテに綴じ込み、褥瘡予防委員会(1回/月)で検討。⑦食事摂取量が不十分または低栄養の方々には、栄養課との連携により、個人に合った栄養補助食品を提供。⑧マットレスを従来のスポンジマットから除圧効果の優れたスーパーフレックスマットに変更し、必要に応じてエアーマットを導入。

### 【結果】

取り組みの結果、発生件数が減少。治療期間も、6～12ヶ月を要していたが、取り組み後は2～6ヶ月以内に改善することができた。今回、難治性巨大褥瘡治癒の事例を報告する。

### 【事例紹介・考察】

#### 1. 77歳 女性 身長 145 cm 体重 36.2 kg

認知症の進行により疼痛を自覚せず、夜間不眠、臥床よりも坐位を好み、多動傾向に加え、不快のためか頻回に坐面に殿部創を擦り付けて褥瘡発生を繰り返している。入所時は3×4cm、2.5cmのポケット形成を伴い、周囲皮膚は引きつり、肥厚、凸凹の状態を呈している。除圧クッション・マットレス使用、下痢傾向のため排便管理、ガーゼ交換(頻回/日)、デブリードマン、栄養補助食品提供、夜間の入浴介助(2回/週、睡眠時間の延長を期待)を行い、約1年で完治。

#### 2. 76歳 女性 身長 148 cm 体重 40.8 kg

腰椎ヘルニア OP 後に常時不特定な殿部下肢痛を伴い、徐々に下肢筋力が低下、歩行、寝返りが困難となり、疼痛で体位交換介助を拒否する事が多い。結果、両殿部に褥瘡発生、一進一退を繰り返し、3ヶ月後に原疾患の治療目的で入院となる。再入所後に、除圧クッション、エアーマットを使用、栄養補助食品提供。臥床時は1時間毎に体位交換を実施し、3ヶ月で治癒。発生時から約8ヶ月を要した。

## 7. 老健施設での褥創治癒経過の一考察

育和会介護老人保健施設 ひまわり  
看護師 辻麻理 (つじ まり)

---

<はじめに>

褥瘡とは一定の場所に一定以上の圧力が加わることにより、阻血性壊死が生じて発生する皮膚潰瘍である。

当施設では、褥瘡局所ケア選択基準ステージⅠ～Ⅳより判断すると、ステージⅠがほとんどであり、発生率は皮膚の剥離を含めると入所者 100 人に対し 17%程度。臀部・大転子部・背部の順に多く、治癒期間は3～7日となっている。持ち込みの褥瘡は少ないが、今回左踵に水泡を伴う褥瘡を発生した利用者の入所があり、栄養改善を行いながら処置方法に変更を重ね、治癒に至った事例を報告する。

<事例紹介>

A氏 91歳 女性 介護度Ⅰ

病名 アルツハイマー型認知症 右大腿骨頸部骨折 左大腿骨転子部骨折  
経過

入所後、左踵内側に内出血斑(1cm×1cm)左踵外側に水泡(6cm×1.5cm)発見。施設基準に基づきアズノール塗付、ガーゼ保護を実施するも、踵の皮膚が硬く皮膚の状態改善は見られず。その後水泡は吸収されたが、中に血腫が残り治癒困難となっていた。処置をハイドロサイトドレッシング、浮腫予防のために弾力包帯に変更すると、踵の硬皮が破れ血腫が除去された。

同じ頃、褥瘡委員会より提示された当施設基準のブレードンスケールより、低栄養状態であることが判明。除圧目的の寝具を工夫し、食事内容を変更するも、褥瘡部より悪臭を伴う浸出液が出現。処置内容を微温湯洗浄、オルセノン塗付、ドレッシング保護に変更。

翌日、皮膚排泄ケア認定看護師に褥瘡部の写真を持参し、処置内容の指示をもらう。悪臭のある間は創部洗浄し、マスクン消毒後パッド装着(穴あきではない)とし、悪臭が消失すれば、アズノール塗付の上に穴あきパッドを装着、創部に赤みが出たらハイドロサイトに変更という指示を元に処置を行った。次第に創部は乾燥し治癒がみえてきた。

<考察>

施設では介護保険の診療のもと、限られた薬剤・衛生材料を使用している。その為処置は、独自の基準で創の状態に合わせ実施している。ある程度の効果がみられるが、油断するとすぐに悪化する傾向にある。高齢者は皮膚が脆弱で、咀嚼や嚥下反射の低下による低栄養や慢性疾患の影響から、褥瘡など皮膚の病変が治癒しにくい。

A氏の場合、乾燥体質でリスクも高いが、踵以外に褥瘡の兆候は無かった。また、ブレードンスケールの活用により栄養改善・除圧を目標に対策を講じたことや、褥瘡の改善が遅延している状況に対し、皮膚排泄看護師にコンサルテーションを行った事が治癒に繋がりと、QOLを高めることができたと考える。褥瘡のケアにおいて、定期的なアセスメントと観察は重要であり長期戦で経過をみる必要がある。

<おわりに>

今後も入所者の状態の変化を捉え、施設での生活が快適に過ごせるよう他職種からの協力を得て、施設看護を充実させていきたい。

## 8. 介護職員による、胃ろう手技の実践（～準備から後片付けまで～）

介護老人保健施設 ケーアイ

介護福祉士 具志堅光茂（ぐしけん みつしげ）

共同発表者 山口佑子 辻祐也 梶本浩之 宇野新太 小林節子 徳田智浩 仲田裕行

---

### I. はじめに

介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、資格取得後一定の条件下で痰の吸引及び経管栄養の医行為を実施することができる。当施設ではその資格者が平成28年4月現在12名在籍している。老健では看護職員が24時間在中しているため、介護職員が胃ろう手技を現場で実施する機会が少ない現状があった。そこで看護職員と介護職員が業務調整を行い、介護職員による胃ろう手技実践が継続できるように取り組んだ。又、新たに胃ろう手技マニュアルも作成したので報告する。

### II. 方法

業務改善方式で行う。介護職員が胃ろう手技を実施する機会が少ない要因を分析し、その対策を立案・実施し、さらに歯止めを行った。

### III. 要因分析

1、介護職員で行う胃ろう手技マニュアルがない。2、栄養剤注入に合わせた準備、片付けの方法がわからない。3、介護職員が業務中に胃ろう手技を行う時間がない。4、胃ろう手技の知識向上を図るための勉強会がない。の4つの要因が挙げられた。

### IV. 対策の実施、歯止め

上記の1～4の要因に対し対策を立案し実施した。1、介護職員で行う胃ろう手技マニュアルを作成し、文章だけでなく写真を入れて手技を可視化することにより理解を深めた。2、栄養剤注入はイルリガートルの手法を用い、標準化してマニュアルに組み入れた。3、介護職員が胃ろう手技を行いやすいように週間予定表に実施する職員名を明記し、勤務表にも「胃ろう」と表記し、朝の申し送りの際に看護職員との業務調整を行った。4、定期的な勉強会を月に1回実施した。模型を用いて準備から片付けまで一連の手順の演習を行った。歯止め対策として、胃ろう手技を忘れてしまわないために月1回以上、介護職員による胃ろう手技が準備から片付けまで実践できるように業務調整を行い、現在も継続して手順の確認作業が実施できている。

### V. 結果・考察

手技や手順に不安を生じた際に再確認できるマニュアルを作成したことで、実施時の不安が軽減した。マニュアルに写真を入れ可視化したことで職員一人ひとりが安全に医行為を提供できることに繋がった。胃ろう手技継続を月に1回以上実施し人形を使った演習を毎回以上確保することにより胃ろう手技への自信や介護職員のやりがいに繋がっている。

### VI. おわりに

ショートステイ利用者は加圧バッグ式を対象とした利用者が多く、介護職員では実施する事が出来ない。この為入所利用者のみを対象としたが、今後予測される多様な栄養剤への対応が新たな課題である。今回の取り組みを通して介護職員の胃ろう手技を安全に実施するうえで、日頃の利用者の状態確認、家族や医療職との連携や情報共有が重要であることを再認識した。

## 9. デイケア介護職員の関わり（口腔ケア編）

介護老人保健施設 石きり  
介護福祉士 川上智子（かわかみ さとこ）  
共同発表者 大津陽介

---

### 【はじめに】

平成27年9月より、歯科衛生士がデイケアに介入し、介護員へ正しい口腔ケアの知識を伝達、指導することになった。ここに、102歳でデイケア利用者の摂食・嚥下状態が改善したので、その事例を発表する。

### 【事例紹介】

A氏 男性 102歳。この方のADLは要介護4、日常生活自立度A1、認知症レベルI、既往症は変形性関節症、大腿骨骨折などである。

### 【問題点と対策】

A氏の口腔、嚥下の問題点として、嚥下状態が悪く、痰が多く食事時のむせ込みがある。従って、食事中に休憩が増え咀嚼に疲れがみられるようになり、食事の形態見直しを行ってはどうか等の問題点が挙げられた。歯科衛生士のアセスメントの結果、上下総義歯を装着しており、お口に粘調な痰が多量に貯留している、口腔粘膜の細菌が非常に多く付着している。介護職員が行った改善点として、痰排出マッサージや発声練習、口腔ケアを個別に対応し、同時に食事形態の見直しも行った。その結果、1 食事時のむせ込み、痰の絡みが減少、2 せき込みが減少し食事量が増加、3 食事形態を変更し、食欲増進、4 ご自身で排痰ができるようになった。今回のデイケア職員が行ったことをまとめると、利用者の排痰方法を書いたノートを作成し、介護職員全員が実施できるようにした。フロアには、口腔ケア目標を掲示して、食前に利用者と一緒に復唱することで生活上で口腔ケアの必要性を意識づけできるようになった。また、歯科衛生士から受けた指導をマニュアル化し、介護職員全員で、昼食前の体操に取り入れするようになった。

### 【結果と考察】

歯科衛生士の介入により、全介護職員が嚥下や口腔ケアに対する意識が向上するきっかけとなった。介護員は、歯科衛生士から、口腔ケアや口腔内の仕組みの指導を受けケアの技術の向上ができ、自己の見直しができるようになった。歯科衛生士と連携することにより、在宅利用者における、口腔内の異常の早期発見、義歯調整、歯科受診のタイミング、食事形態の見直しなど、スムーズに行えるようになった。

事例を通して、要介護高齢者が在宅においても、肺炎を起こさず、安定的に過ごす為には、家族への口腔ケア指導が非常に有効であることが改めてわかった。

デイケアでも、摂食・嚥下に問題を抱える102歳の超高齢者に対して、お口から食べる事をあきらめず最後まで支援できるようになった。これからのデイケアは、口腔内の細菌を除去するだけでなく、楽しく歌って笑って口腔ケアをすることで、食べることの楽しさ、脳の活性化を図っていけるよう取り組んでいくことが役割だと考えています。

## 10.利用者を待たせない食事環境を整える

介護老人保健施設 サンガーデン府中

介護福祉士 北野志津香 (きたの しずか)

共同発表者 吉原ゆみ子 高田谷和幸 大浦功三 市井友洋 山口彩那

---

<はじめに>

当フロアの平均介護度は 4.3 であり、ADL の低下により食事介助を必要とする利用者が約 42%在籍している。中でも摂食・嚥下機能が低下している利用者が多く、その方に合った食事形態や正しい座位姿勢、覚醒状態の確認、自助具の活用、一口量などを多職種と連携し、できるだけ経口摂取できるように努めている。しかし、一斉に全利用者を食堂へ誘導していることで、5 名の職員では対応しきれず、食事を目の前にして待たせてしまう現状がある。

そこで利用者の尊厳を考え、システムを見直し従来型施設において集団ケアではなく、個別で朝食の提供を行うため、取り組んだことを報告する。

<調査・検討>

食事に全介助を要する長期利用者 14 名を対象とし、朝食配膳後から食べ始めるまでの時間を測定した。その結果、1 人の職員が同時に食事介助を受け持つ人数は、平均 4 名であった。また、利用者 1 人が配膳後から食事を摂取するまで、平均 13 分 45 秒待って頂いていることが分かった。

<対策>

- ・個別で朝食の提供を行うため、職員の動きの例を図式化し、手順書を作成した
- ・1 テーブル 1 名の職員で食事介助を徹底した
- ・その日によって変化する夜間の睡眠状態や朝の覚醒状況を考慮し、その方に合わせ食堂へ誘導を行う
- ・全職員に対して利用者の尊厳について啓発し、今までの生活習慣などを取り入れ、食事までどのように過ごしてもうかついて考え、ケアを行なった

<結果>

上記の取り組みによって、利用者 1 人が食べ始めるまでの時間を測定した結果、平均 1 分 57 秒となり、待たせてしまうことなく食事を提供することができた。

又、テーブル間を移動せず、食事介助を受け持つことで嚥下や呼吸状態・表情をより細かく観察できるようになった。

<考察>

利用者の状態に合わせて、食事提供を行ったことで、配膳から食事開始まで待たせることなく利用者の尊厳を考えたケアに繋がった。また、疲労感を最小限におさえることは、嚥下機能を最大限発揮することに繋がると考える。

<まとめ>

今回の取り組みを通して、個別ケアを実践することで、より利用者の立場に立って考え、自ら訴えられない方の代弁者になることや、個人の尊厳を守ることの大切さに気付くことができた。

## 11. 利用者の家族と共に在宅復帰を考える

介護老人保健施設 大阪緑ヶ丘

支援相談員・介護支援専門員 神谷和栄（かみや かずえ）

共同発表者 藤澤つよ子 大西悦也

---

### 【はじめに】

私は、施設ケアマネとして入所相談、短期入所の担当をしています。以前は、在宅で訪問介護をしてきましたが、初めての施設での仕事は敷居が高いイメージがありました。しかし、1年が過ぎたいま、このような他職種協働の職場は、何でもすぐに相談することができ、行動が起こせるという素晴らしい環境だと気づきました。入所者の中には長期入所されている方も多く、在宅復帰率の向上を目指し模索し、H27年4月から取り組みを行ってききましたので、ここに報告します。

### 【方法】

まず施設としては、毎月最低3人以上の在宅復帰を目指しました。在宅復帰できそうな対象者を選出し、積極的にリハビリや家族カンファの機会を設けました。次にケアプラン作成時に、リハビリのメニューを組み込み、セラピストからは、生活リハビリやフロアリハビリのメニューを具体的に設定してもらいました。その上で、フロアの介護職を中心に本人の残存能力を活かしたリハビリを行いました。徐々にリハビリの効果が現れ、筋力が向上し介助量の軽減にもつながりました。

また、長期入所されている方の中には、ADLが高くても、入所中に住む家がなくなってしまった方や、家では同居できない方など、在宅復帰が困難な方もいました。日中は介護サービスを利用して、夜間だけでも家族での介護をお願いし、グループホームや有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅など、様々な提案をしました。

そんな中で感じたことは、家族が介護に対して色々な不安を抱えているという事でした。家の中の環境も様々で、段差や手すり、転倒のリスク、日中独居になることなど、その都度こんな介護サービスがあると説明を行っていきました。セラピストと共に自宅訪問を行い、段差解消や福祉用具の活用、リハビリのメニューの調整など行いました。一つひとつ不安を解消していく中で、家族の理解も得られ自宅に帰るケースもありました。そして在宅復帰へとつなげていくことが出来ました。

### 【まとめ】

ケアマネジャーは、家族や入所者と現場のスタッフとのパイプ役になっていると考え、家族が面会に来られるたびにリハビリの状況を説明し、家族の不安に答えたりしていきました。このように、利用者の家族も巻き込んで在宅復帰を進めていき、H27年4月では18.6%の復帰率が、9月には33.3%になり、半年後の10月に30%の加算を取得する事ができました。一方、家族には慣れた施設での看取りを希望する方もあり、内科医、精神科医と相談しながら、慎重に安らかな最期を看取れるようにしていき、今後は50%の強化型を目指していきたいです。

## 12.家に帰れてよかった。在宅復帰を目指して。～back to the home～

枚方老人保健施設のぞみ

介護福祉士 阪本美恵子（さかもと みえこ）

共同発表者 真屋厚史

---

### 1、はじめに

介護保険改正により当施設でも在宅復帰強化型施設をめざし、平成 27 年 4 月より多職種による在宅復帰プロジェクトが発足した。介護課も入所後、退所前訪問などに取り組み成果をあげることができたので報告する。

### 2、取り組み

- ①多職種での入所後・退所前訪問
- ②フロアでの介護士による個別トレーニング
- ③毎日のカラオケ体操
- ④フロアレクレーション

### 3、結果

①により施設介護士が名刺をもち外部に出ることで、より仕事に対する責任感が湧き利用者の在宅状況もわかり、必要課題を具体的に話し合えることができるようになった。②のフロアで介護士が在宅生活に特化したトレーニングを取り入れることにより本人も在宅後をイメージしやすく、不安が軽減した。またその意欲が毎日行っている③や④にも楽しく取り組むことが出来、活気が出て ADL が向上した。

- 1) 右上下肢麻痺でリハビリ意欲が乏しくトイレでの下衣の上げ下ろしが出来なかった利用者：家のリビングと同配置にした部屋での個別トレーニングを取り入れた結果伝え歩きができるようになり、トイレでの下衣の上げ下ろし動作訓練にも意欲的に取り組めた。
- 2) オムツ対応で入所し他の方と関わろうとされなかった利用者：入所後、フロアレクなどにより他の利用者との関わりが増え、フロアにて過ごす時間が増えトイレ誘導を行えた。フロアでの歩行練習も行い在宅復帰出来た。

### 4、考察

今回、在宅復帰に取り組み以前は日々の業務の忙しさに感けてほぼ出来ていなかったフロアレクやカラオケ体操を続けることにより利用者の活動量が増え活気が出てきた。それにより利用者の笑顔が増え、レクレーションなど行っている間は以前より利用者の不穏な訴えが減り職員にも気持ちのゆとりができた。また介護職員が入所後・退所前訪問に同行することにより、外部とのつながりが出来介護職員の仕事に対しての姿勢が変わった。施設の代表として責任感が芽生え、入所中から在宅復帰への道のりを考え、他職種と具体的にどうアプローチしていくのかを話せるようになった。

### 5、おわりに

今後の課題としては在宅生活への不安が大きい方や意欲のない方などへのアプローチの方法などたくさんあるが、一人でも多くの方に「家に帰れてよかった」と言ってもらえるよう他職種、力を合わせて在宅復帰強化型老健を維持していきたい。

### 13.在宅復帰 ～老健だからこそ出来る取り組み～

堺市医師会介護老人保健施設 いずみの郷  
介護福祉士 井上舞美 (いのうえ まいみ)  
共同発表者 福山彩華

---

【はじめに】当施設では在宅復帰を目標に、入所後 1 週間以内に自宅訪問を行っている。入所後訪問を行う前の在宅復帰率は、平成 26 年度 23.4%、訪問を積極的に始めてからの平成 27 年度は 37%に達している。老健だからこそ出来る在宅復帰支援とは何なのか、一人の利用者を対象に取り組んだ事例報告を行う。

【倫理的配慮】本事例報告を公表するにあたり本人、家族に、公表する目的、内容、方法等について口頭での説明を行い、個人が特定されるような情報を公表しない事を説明し同意を得た。

#### 【症例紹介】

○A 氏 91 歳 女性 要介護 3

○病歴 偽痛風多発性関節炎

○入所時の状態：杖歩行は軽介助

歩行時は、体幹バランスが悪く左右へのフラツキがあり転倒リスクは中等度

○移動：車椅子 ○移乗：見守り ○意志疎通：可

【入所時の様子】入所時は寝返りや起き上がり動作は自立、両下肢筋力と体力の低下が見られていた。歩行については 10～20m 程度の歩行で疲労感が見られ、ややフラツキがあり近位での見守りが必要であった。A 氏は歩行訓練に意欲はあるも膝関節痛があり入所直ぐに歩行練習は行えていなかった。

【各部署の関わり】入所後 1 週間以内に本人と一緒に相談員やケアマネ、理学療法士、介護職員で自宅を訪問、その日の内に撮影した動画や写真を見てカンファレンスを開催。在宅へ帰る為の具体的な課題を検討し施設で取り組むケアプランを作成している。

自宅の住環境は玄関まで階段が 5 段、玄関の上がり框 13 cm 2 段、廊下 10m、寝室の間には 2 cm の段差があり自宅内は杖歩行で移動される。実際に行っている訓練としては週 5 回理学療法士による短期集中リハビリでの杖歩行練習 (25m 廊下) と、介護士と一緒にいう手摺り体操、段差昇降運動を週 2 回実施。1 ヶ月後体力の改善がみられ、A 氏の「杖歩行の練習をしたい」という強い希望を理学療法士と相談し、現在は毎日昼食前に付き添い 20m の杖歩行練習を実施。今後杖歩行が安定し、物を持って運ぶ動作や方向転換の練習等生活場面で必要な動作を生活リハビリとして取り組んでいく。

【まとめ】入所後訪問を行う事で利用者の住環境に合わせた動作をイメージし居室環境を整える事、利用者が在宅復帰しても生活に困らない様に介護士や看護師、医師、管理栄養士、理学療法士など利用者に関わる全ての職種と情報を共有する事でチームとして在宅復帰に向けた支援が行えている。個別のリハビリに加え日々の施設生活の中で取り組める運動や生活動作を練習する事が利用者の在宅復帰への意欲の向上に繋る。さらに、具体的な在宅復帰への取り組みを行う事で、職員の意識やモチベーションも上がり、利用者の笑顔も見られるようになってきた。今後も住み慣れた在宅へ戻りたいと希望する利用者の声を受け止め、活気ある生活の場を提供し家族と共に在宅復帰に向けたケアに取り組んでいきたい。

## 14.入浴介助における在宅復帰を意識したケア

介護老人保健施設 ライフポート泉南  
介護福祉士 大西隼司（おおにし じゅんじ）  
薮中美樹共同発表者

---

### （目的）

在宅での入浴に対する不安を取り除くための取り組みを行ったので、ここにその経過と結果を報告する。

### （対象者）

- ・A氏 77歳 介護度 1 自宅：団地1階 家族：いない 本人：独居生活に不安がある  
移動：歩行器使用、一般浴入浴時は手引き介助
- ・B氏 91歳 介護度 2 自宅：シルバーマンション5階 家族：遠方に在住  
本人：独居生活に不安がある 移動：シルバーカー、一般浴入浴時は手引き介助

### （取り組みの経過）

メンバー間で在宅生活において不安や心配に思う事について検討した。意見として挙げたものが、「排泄」と「入浴」であった。今回の取り組みでは、「入浴」に関して在宅復帰を視野に入れた、より自宅での生活を意識したケアの方法を検討した。まず、家族介護教室内の家庭用浴槽を使用する。家庭用浴槽を使用する事で利用者自身が、より自宅での生活をイメージでき、尚且つ一般浴では実践できない浴槽を跨ぐといった、自宅での入浴で当たり前に行う動作の強化も狙えるのではないかと考えた。環境整備として、浴槽用手すりや市販されている滑り止めシートなど手に入りやすい物を選択した。対象利用者は4名に絞り、本人と家族への説明と了承を得た。ケア内容は、洗身と洗髪は自身で行い、入浴中は浴室外で待機し移動や浴槽への出入りと更衣の見守りを行う。取り組み当初は、4名とも慣れない浴室や入浴動作に不安感や恐怖心が見られ、動作もぎこちなく不安定であった。しかし、回数を重ね次第に動作がスムーズになっていき安定性も増していった。取り組みの中で在宅復帰が決定したA氏とB氏。退所前の自宅訪問に同行して浴室での入浴動作を実際に行い、在宅生活への自信につなげていった。在宅復帰後には、自宅での生活に関してや今回の取り組みについて意見を聴取したA氏B氏以外の2名はその後とも取り組みを継続しており、動作の安定性も向上し、入浴動作に対して自信が持てたとの事で、以前に比べて不安感や恐怖心は軽減された。

### （結果）

取り組みの中で、「だいぶ慣れてきたわ。もう一人でも入れるで」や「だんだん怖くなくなってきた」等自信に繋がった声が聞かれた。実際に自宅訪問へ同行し入浴動作を行ってみる事で、利用者自身もより自宅での生活がイメージできた。動作面では、一般浴での入浴では得られないレベルの動作が獲得できた。対象者の声として、「練習して良かった」というポジティブな意見が多く集まった反面、浴槽の広い一般浴での入浴が良いと、一般浴での入浴に切り替える方もいた。家庭用浴槽での入浴を実際に行ってみて、不安感や恐怖心が強まり、取り組みを終了する方もいた。職員の声として、施設生活でのADLと在宅生活に必要なADLの大きな相違に気づけた、自宅での入浴の危険要素の確認ができた。在宅復帰支援に対する意識も高まり、現在では在宅復帰が決定した利用者への個浴対応も行っている。

## 15. 在宅復帰強化型老健としての2年間の取り組み

介護老人保健施設 ライフケアながやま  
支援相談員 小林千恵（こばやし ちえ）

---

### 「はじめに」

当施設は平成26年1月より在宅強化型の算定を開始した。在宅強化型の基準と稼働率を維持するために多職種連携による関わりは必須である。当施設における在宅復帰支援の取り組みを、支援相談員が担っている役割を中心に報告する。

### 「取り組み内容」

加算型を算定していた平成25年は稼働率が99.3%・在宅復帰率65%・回転率16%。26年から強化型を算定し99.75%・67.4%・15%となった。27年は99.09%・68.5%・11%であった。

取り組みの特徴は、第一に早期からの家族に対する在宅イメージ作りの支援、第二にリハビリテーションサービスの充実にある。

インテーク段階から、「いかに在宅生活をイメージしていただけるか」というイメージ作りに重点を置き取り組んでいる。さらに入所後2週間以内に家族を交えたカンファレンスで目標設定を行い、家族とスタッフで共有している。リハビリテーションは入所後3か月以内の全ての利用者に週6日の短期集中リハビリテーション、認知症の確定診断を受ければ週に3日の認知症短期集中リハビリテーションを施行している。リハビリスタッフと看護・介護職で毎日15分間の集団リハビリテーションも行っている。それらを提供するリハビリスタッフは8名在籍しており、リハビリテーションの提供量が多いため近隣の病院、居宅のケアマネジャーからの紹介に繋がっている。

支援相談員が行う支援・活動は、家族の在宅生活の不安解消、チームアプローチへの貢献、退所後の安心感の提供、経営の安定化の貢献の4点である。

第一に家族にとって先が見えない在宅生活の不安解消の為に、退所後も施設の通所リハビリテーションや短期入所、さらに状態の悪化や変化に伴うリピーター利用も可能なことを説明し、安心して在宅へ戻れるよう意識付けを行う。第二に面談では言えないこと、カンファレンスでは同意してもいざ退所が迫ると不安になる家族の気持ちに寄り添って、その気持ちを引き出し、多職種にそれらの情報をフィードバックし情報共有する。第三に利用者・家族にはいつでも、誰に話しても支えられているという安心感を持ってもらい、退所後の自宅生活で困難なことが起きても見放されることはないという信頼関係を担う。第四に稼働率維持の取り組みとして短期入所は空床利用のため定期利用はできないが、リハビリ目的・家族のレスパイトとして受け入れを行えるよう居宅のケアマネジャーと連携強化をしている。

### 「まとめ」

在宅復帰率の向上を優先したこれまでの取り組みの結果、回転率が低下し強化型の算定基準ぎりぎりの11%へと低下している。今後は回転率も意識しながら、高い在宅復帰率確保を目標とした退所支援の取り組みが課題である

## 16. 介護保険改正における新たな動き

介護老人保健施設 アザリア

作業療法士 大久保順之（おおくぼ のぶゆき）

---

### I はじめに

平成27年4月に介護保険が改正されて1年が過ぎた。その中でリハビリテーションマネジメント（以下リハマネ）のあり方が大きく変わったことを実感している。今回はそのリハマネのあり方がどのように変わったのか、症例を交えて発表する。

### II 事例紹介

氏名：A氏 性別：男性 年齢：60歳代 介護度：要介護2⇒要支援2 病名：視床出血  
経過：平成26年12月31日バイクを運転中、左半身に違和感が出現し、バイクを止めようとして転倒。B病院に救急搬送され入院となる。平成27年1月29日に回復期リハビリテーション病棟へ転入となった。平成27年6月27日退院し、7月6日より当施設利用となる。要介護2でありリハビリテーションマネジメント加算Ⅱで開始となる。

支援経過【リハビリテーション会議（以下リハビリ会議）の内容から】

7月21日【初回】①『身体を動かすににくい・立ちにくい』との要望からベッド柵をL字型へ変更を福祉用具業者とその場で確認⇒後日変更。②近所のかかりつけ医まで歩くのを次回までの目標にしてはどうかと共有する⇒後日、妻と達成する。

8月19日【第2回】③本人・妻よりデイケア以外は外へでる機会がもてない。来ない日に安全に歩くためには。⇒家のすぐ前の廊下を歩いてはどうかと共有し実行に移す。④麻痺側に亜脱臼（2横指）があり、三角巾使用し保護に努めてほしいと伝える。

9月16日【第3回】⑤屋外歩行（家の前）が定着、訓練では屋外（600M）歩行が可能。⇒家の前だけでなくより遠くへ・・・、との声かけ。裏道は坂だが車は少ない。『もう少し自信がつけば一人でいこうかなとも考えている。』⇒後日達成する。

3ヶ月の利用を経て、10月より要支援となり、現在も利用している。

### III まとめ

今回のケースを通して学んだ事は、リハビリ会議の役割は大きく、翌月の会議で確認するため課題が取り残されることなく確実にサポートする事が可能となった。具体的には、

①その場で具体的な目標を立て共有する事が可能・実現できる。

②課題に対して事業所ごとに解決策を提案・実行できる。

### IV おわりに

リハマネⅡにおけるリハビリ会議開催は、希望にそったリハビリテーションを進めていく上で重要である事を実感した。また、他事業所まで含める事でチームアプローチが具体的にこなしている実感をもつ事ができた。現在はリハビリ会議の際にアンケートを配布して、会議自体の質を高められるよう取り組んでいる。今後もリハマネⅡを推進していき、質の高いリハビリテーションを提供していきたいと考えている。

## 17.主体的な行動を引き出した買い物レクリエーション

介護老人保健施設 グリーンライフ  
介護福祉士 安井亜希子（やすい あきこ）  
共同発表者 近藤正美

---

### <はじめに>

通所リハビリ（以下、デイケア）でのレクリエーションの大半は、スタッフからの提案の形で行われており、利用者が主体的に決定することは少ない。主体的な行動を促すために、どのようなレクリエーションを望んでいるのか、アンケート調査した。その結果、希望の多かった買い物レクリエーション（以下買い物レク）を企画・実施したので、その取り組みについて報告する。

### <目的>

レクリエーションを決定する段階から利用者が参加し、選択の機会を持つことで主体的な行動を引き出す。生活行為である買い物において、認知及び運動機能の状況を把握し、結果をデイケアの活動に役立てる。

### <対象>

希望者：19名（男性9名・女性10名）

移動レベル：車椅子14名・独歩5名

### <方法>

- ① 当日までに目的地の写真や売り場の案内等の説明を行う。  
利用者・家族にアンケートを実施し、当日の希望などを聞き取りながら当日のイメージが持てるように準備する。
- ② 買い物レク当日は、1回の参加者は4～5名として、スタッフがマンツーマンで付く。  
目的地での行動時間は1時間として、行動内容は利用者の選択を尊重する。
- ③ 買い物後、同行スタッフが利用者の運動及び認知機能の評価を行い、利用者は感想と今後の要望のアンケートに答える。

### <結果>

買い物レクでの移動には、多くの介助を必要とし、自立度は30%と低く、コミュニケーションは同行スタッフに依存しやすく、52%であった。支払管理は金額の把握に加え、小銭を出す、商品を受け取る等、手先の技巧性も必要だったが、自立度は68%と比較的高く、何をかうか、どの商品を選ぶかの意思決定は、はっきりしており、73%と1番高かった利用者は、自身が選んだ物を購入できた満足感があり、次回に向けて行きたい場所や新しい要望がでてきた。家族からは、「買い物での様子が色々と聞けた」、「孫にお土産を渡して嬉しそうであった」、「家庭でのリハビリも積極的になった」等の報告があった。

### <考察>

店内の情報を提供し、アンケートで希望を調査したことで、事前に行動の予定をたてることができた。そして実際の買い物レクでは計画を基に主体的な行動を引き出した。スタッフはマンツーマンで付き添ったことで落ち着いて個別対応が行え、利用者の選択を尊重できた。買い物レクは利用者を選択を委ねる場面が多く、それが主体的な行動につながった。通常の活動においても、自己選択し、実現していく過程を支援していくことが大切だと感じた。

### <おわりに>

買い物レクに計画的に参加することで、デイケアの活動に目標ができ、新たな意欲が生まれた。今後も利用者が主体的に参加できる活動を提供していきたい。

## 18.デイケアにおけるリハビリテーションマネジメントⅡ取得にあたっての取り組み ～スタッフの連携による業務改善を試みて～

介護老人保健施設 コスモス楽寿苑  
作業療法士 梅田信吾（うめだ しんご）  
共同発表者 相徳 隆之

---

### 「はじめに」

2015年4月に介護保険法が改正され、当施設でも通所リハビリテーションにおいてリハビリテーションマネジメントⅡ（以下リハマネⅡ）の取り組みを開始し、一年が経過した。その中で出てきた問題点として、施設内における他職種間の連携不足、居宅介護支援専門員（以下ケアマネ）や家族とのリハビリ会議の日程調整の難しさが多く挙げられた。今回、これらの問題点について焦点をあて、改善に向けての取り組みについて報告する。

### 「方法」

グループ内において、リハマネⅡの取り組みから半年が経過したところで振り返りを行った。KJ法を用いて、準備期間からの経過について考えを出し合い、整理してまとめた。

今回は、成果と問題点で多く挙げられた「連携」について焦点をあて、他職種協働での運営会議を開催し、各職種の仕事内容をフローチャートにして作成することにより、各職種で業務全体の把握と役割分担を試みた。また、リハビリ会議の日程調整や書類のもれをなくし、整理を行っていくため管理表を作成し経過を追った。

### 「結果」

運営会議により、フローチャートを作成した結果、各職種が改めて業務全体の流れや業務内容について、明確に把握できるようになった。また、会議外での情報交換も増え、リハビリ会議の日程調整や書類のもれなく円滑に遂行できるようになってきており、新たに判定会議用の情報シートを作成したことで、利用者の情報をより正確に把握できるようになった。

以前は会議や訪問などの実施月を各担当リハビリスタッフが単独で管理していたため、確認ミスなどが生じてしまうこともあり、ケアマネや家族に対しての連絡が急なものになることがあった。しかし、管理表作成後は、互いに声を掛け合い確認しあうことで各職種の責任感が増し、確認ミスなく管理できている。

また書類の作成に関しても、会議終了時に期日を決定し管理表に記入している。計画書・アセスメントなど書類に関しては、リハビリ、看護、介護が分担して作成することで、業務時間の短縮と、利用者の把握にもつながっている。

### 「結論」

今回、上記の問題点が挙げられた理由として、リハマネⅡを取得するにあたり準備会議を行ったが、その後定期的な振り返りと修正を行わなかったことが原因として考えられる。今回の取り組みにより、スタッフ間のコミュニケーションが増え、連携が深まり業務を改善することができた。今後も定期的な振り返りと修正を継続していくことが、利用者にとって質の高いサービス提供につながっていくと考える。

## 19. ♪ Let' s Begin! リズム体操 ♪

介護老人保健施設 アーバンケア  
介護職員 鶴田一貴 (つるた かずき)  
共同発表者 前田代良

---

### [はじめに]

当施設では、施設入所者・デイケア利用者を対象に集団体操を楽しく、効果的に行う為に介護予防運動指導員の指導で週二回の集団体操を行っている。

リハビリ以外の体操は「効果がない・楽しくない」など敬遠されがちで、体操に参加しない利用者がみられていた。

運動指導員の行う集団体操では、単調で一般的な体操だけではなく、利用者が馴染みのある音楽を流してリズムに合わせながら身体を動かしている。

音楽を使った体操は利用者に好評で参加者も増えてきているので、ここにリズム体操について報告する。

### [リズム体操とは]

- ・単なる運動指導ではなく音楽を取り入れる事で、楽しく運動を提供することにより、参加者の自発性を促せる。
- ・馴染みのある曲や懐かしい曲を用いることにより、活力・やる気を誘発して心身共に解放することが出来る。又、記憶への刺激にもなり認知機能維持・改善にも効果がもてる。
- ・曲に合わせて楽しみながら運動することで、普段は行わない動作や動かしていない筋肉を自然と動かすことが出来る。

### [取り組みの目的]

- ・普段から身体を動かす機会の少ない利用者に対して、体操を通し運動する機会を確保する。
- ・楽しめる体操に取り組むことにより、ストレスの発散や身体機能の維持向上に繋げる。
- ・利用者に馴染みのある曲を使用することにより、興味を持ってもらい体操に参加してもらおう。

### [結果]

- ・リズム体操に参加することで、身体を動かしていない・動けない利用者であっても、表情の緩和や笑顔が多くみられた。つまり、意識や気持ちは体操に参加しており、身体的な運動にはなっていないながらも、心が穏やかになって自律神経が整うような場になった。
- ・利用者にとって馴染みのある曲や懐かしい曲を用いることにより、興味を持てる体操になった。その為、今まで体操に参加しなかった利用者も楽しんで参加するようになった。

### [まとめ]

当施設では現在、週二回のリズム体操を行っており、施設利用者に定期的な運動が出来る場になっている。定期的な運動は、身体機能の維持・向上やストレスの発散になり、QOLの向上にもつながると考えられる。一方で、運動する機会や場所が少ない地域の方々に向けても啓発し、運動できる場を提供していけるような取り組みを行っていきたい。

## 20. リハビリテーションマネジメントⅡをきっかけにケアの質を考える

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 松島寛仁（まつしま ひろひと）  
介護福祉士 良元玉美 塩谷奈津子 山中晶子

---

### 【はじめに】

平成27年度介護報酬改定にてリハビリテーションマネジメントⅡの新設等、支援プロセス強化の方向性が明示された。現在、当通所リハビリテーションは定員65名、登録150名、リハビリテーションマネジメントⅡは85名となっている。今回リハビリテーションマネジメントⅡを通して、本来あるべき通所リハビリテーションについて見直したので報告する。

### 【取り組み内容】

リハビリテーションマネジメントⅡ開始当初は、リハビリテーション会議（以下リハ会議）後に施設内でカンファレンスを行い、リハ会議での内容を報告していた。すると、①通所リハビリテーション内での活動種類が乏しい、内容も形骸化したものが多いため活動内容が提案出来ない。②介護職が受け身なかたちになり意見を出し合うカンファレンスになっていない。リハ会議の席で本人の可能性を十分に情報提供出来ないなどの問題が浮き彫りになった。そこで、①については、レクリエーション、自主練習、グループ活動、クラブ活動などを見直し、内容に各専門職の視点を盛り込み、活動場面でのリハビリテーションを考えるようにした。②については、リハ会議前のインテークとカンファレンスが重要と考え、各職種が分担し、利用者・家族の希望、困りごとの聞き取り、居宅訪問など様々なかたちでの情報収集を行った。それにより、カンファレンスでリハビリテーション計画に対する意見が活発に出るようになり、リハ会議で利用者についてより深く話が出来るようになった。

### 【考察】

効果的にリハビリテーションを提供するためには、リハビリテーションマネジメントを介して専門職が生活への助言、介護者への助言、自主練習に対する助言など様々な方法が必要である。今回の取り組みでスタッフが基本に立ち返り、まず正確な情報を収集し、利用者に「何ができるか」という前向きな視点で考えられるようになった。そうすると意識して利用者を見ること、かかわることが出来るようになった。バラバラであった利用者情報のピースが少しずつ合わさり、目標達成のために意味のある活動を行うようになったことで、目に見えて変化していく利用者が出てきた。専門職の得意分野や視点は異なるが、それを具体化出来る仕組みをつくることが、チームとしてアプローチすることに繋がった。その結果、通所リハビリテーションフロア全体がいきいきと活気づき、ケアの質が向上したと考える。

### 【まとめ】

今回の取り組みにより、利用者を知ること、その上で行なう活動、利用者が主体となるリハ会議が出来ているようで出来ていなかったことを認識した。今後も基本的なことを大切に、手間暇をかけた地道な取り組みにより質の高いリハビリテーションが提供出来るよう努力を続けていきたいと思う。

## 21.この西成で緑の風と青い空を感じたいねん

介護老人保健施設 やまき苑  
介護福祉士 橘聖樹 (たちばな せいき)  
共同発表者 渡邊裕利子

---

【はじめに】利用者は何が楽しみで何を求めるのか。人は自然失くして生きられないと言われるように、都会でも緑を取り入れる様々な取り組みがされている。その中で私たちは「我々はすべて自然を觀賞することばかりが多く、自然と共に生きる事があまりに少ないように思われる」という名言をヒントに、見るだけの自然でなく利用者と一緒に作る自然。それが施設の利用者や地域の方々にとどのように影響し、関わりが持てるのかを考察した。

対象者として加齢や疾患で無気力になり、家事もしなくなり、母親と共にデイケアに通うことになった、草花に興味のない利用者（A氏 76歳）と一緒に園芸をしながら、それぞれがどう変化をしていくのか経過をおった。

【準備】まず興味を引くよう裏庭に畑を作り、玄関の花壇を四季の花で彩る。施設外に出なくとも、施設内から季節を感じるように、中庭にも季節の花木を持っていく。

もともと園芸をしていたが今はしていない理由や、植物を育てるリスク等を聴き取りし、栽培しやすい環境等を工夫して、先ずは成長が視覚的にとらえやすい発芽を見る為、A氏と種まきからはじめた。

【経過】種まきをした当初は、職員と一緒にするレクリエーションの一環だと思っていたA氏が、発芽を機に植物の成長に合わせて少しずつ変化を始めた。

母親以外とあまり会話の無かったA氏が他利用者との会話が増え笑顔も増えた。植物の水やり等職員に聞き、他の花にも興味を持つようになり、裏庭から玄関の花壇までの行き来で活動量が増えた。また家庭内の生活にも変化が起こり、家族の会話が増え、少しずつ家事をするようになり、ヘルパーと買い物に行くようになった。

その行動を見ていた他利用者も裏庭に行く事が増え、他の曜日の利用者も裏庭に興味を持ち、一緒に作る参加型の庭になった。また裏庭を開放的にすることで、入所者や家族も遊びに来る回数が増え、大型のベンチを利用者と一緒に木材から作った。

玄関の花壇には足を止める地域住民の方も増え、近隣住民と職員や見学している利用者や家族と会話をする機会ができ、畑で野菜を育てれば、噂を聞き近隣の園児たちが野菜を収穫しに来て、デイ利用者は園児と触合い楽しく過ごした。

【考察】利用者とはただ見るだけでなく、一緒に始め、発育状況や変化を誰かと共に実感する事で、達成感や満足感を共感することが出来た。

又、緑の心理的効果の緊張の緩和から、他者とのつながりが増え意欲的に変化し、植物に興味が無い方も状況を見て日曜大工など出来ることに参加した。

自然と生きる事で、利用者や家族も変化し、地域との繋がりも増加したと考える。

【まとめ】都会の施設の中でも、緑を身近に感じる事が出来、共に生育過程を見守る事が緑の心理的効果との相乗効果で、意欲向上、参加者や地域との繋がりに結び付くと感じた。

## 22.家族も支援を求めている！ ～介護者の苦悩と孤独を見捨てない～

介護老人保健施設 セレーナなとり

作業療法士 長谷川誠（はせがわ まこと）

共同発表者 嚴慳真由美 遠山美智留 定本一美 西岡圭世子 廣澤公男

---

【はじめに】今回、在宅生活と入院生活を繰り返しながら、徐々に心身機能と活動低下を来し、家族関係が破綻寸前の高齢利用者とその家族を担当した。当施設の入所サービスの利用を通して、介護老人保健施設での家族支援の経過を考察したため、以下に報告する。

【事例紹介】A氏：90代 女性 腰椎圧迫骨折 娘夫婦 孫と6人暮らし 主介護者は長女  
なお、A氏と長女の間柄には、数十年来に渡って秘匿されていた複雑な家族背景が存在する。

X年Y月に腰椎圧迫骨折にてB病院入院、Y+3ヶ月後に在宅復帰するが、常時「助けてー！お母ちゃん！怖いー！」など一晩中の放声等の周辺症状が徐々に増悪し、Y+6ヶ月後に当施設入所。HDS-R：7/30点 MMSE：12/30点 DBD：33/112点 Zarit-8：26/32点

### 【支援経過および結果】

入所前に全職種でのインタビュー面接を行い、入所5日後には、作業療法士・介護支援専門員・支援相談員で入所前訪問指導を実施。また、初回サービス担当者会議では、長女の参加を依頼し、支援目標を昼夜生活リズムの適正化と排泄動作が軽介助で行うことで合意形成した。入所初期は、娘の介護疲労が蓄積し困憊している状況から、A氏との関係での距離感を保ち、家族成員間の情緒的関係を調整する働きかけを行った。長女がやや落ち着きを取り戻した入所中期には、長女へのリハビリテーションへの参加呼びかけや、家族の認知領域にも介入し、A氏の行動心理症状の原因を予測し、長女の対応でのA氏の反応変化を共有した。A氏と家族の関係性による課題は外在化され、客観視できるようになった。入所後期には、家族の行動領域に介入し、関係性再構築の強化に努めた。車いす座位にて宝塚歌劇の写真や演劇動画を鑑賞すること、面会時に娘や孫と一緒におやつを食べること、馴染みの作業活動を継続した。入所から3ヶ月が経過し、娘や孫の関わり増加と共にA氏の愁訴が徐々に減少、昼夜の生活リズムも整う。入所5ヶ月目には自宅近くのグループホームへの入所に至り、長女は日々の面会に勤しみ介護に励んでいる。

HDS-R：8/30点 MMSE：12/30点 DBD：19/112点 Zarit-8：8/32点

### 【考察】

長女はA氏との関係性において少し距離を置き客観的に見つめることで、家族連関性を取り戻すことができた。長女的心情や行動の変容は、A氏にも伝わり情緒の安定をもたらし、それに気づいた長女も新たな考えや信念を強化していく要素と成り得た。

後日、長い在宅生活の中で危機的状況にあった長女は、家族の混乱と葛藤、動揺や悲嘆など様々な感情が交錯し、不安定な心情を処理できず、行動に表出していたことを吐露した。長女的心情理解とその思いに寄り添う協働支援は、長女自らが問題に気づき、その解決能力を身に付け、新たな正の円環パターンを習得できる機会となった。高齢者生活支援の場においては、家族を単に資源的存在や背景的存在と捉えるだけでなく、支援を求めている対象として捉えることが重要である。

## 23.夏野菜のプレゼント ～役割を持っていきいきとした生活を～

介護老人保健施設 みあ・かーさ  
介護福祉士 金子麻衣子（かねこ まいこ）

---

### 【はじめに】

A氏の受け持ちになり2年がたち、日中ぼんやりとされ、食事中手が止まり傾眠されている事が多くなってきていた。夫の体調不良があり「今は何もしたい事がない」と本人の気分の落ち込みがみられた。夫の為に行う取り組みであれば、本人もやりがいや楽しみを持って取り組み、少しでも活気が上がり、傾眠状態が改善されるのではないかと考え、入所中に野菜を育てて夫にプレゼントする事を目標に取り組んだ内容を報告する。

### 【対象者プロフィール】

A氏 女性 74歳 要介護4 生活自立度B2  
主病名：脳出血後遺症 左片麻痺 高次脳機能障害  
高次脳機能障害の影響と考えられる注意機能の低下や傾眠がみられる

### 【取り組みと結果】

毎日午前中にA氏と一緒に野菜の水やりを行い、発言や表情の記録を行う。昼食事の状態の観察を行い、声かけや食器位置を変える等の工夫を行う。水やりを行う際、自主的な参加はなく、こちらからの声かけに対し実施していた。実施した事が本人の記憶に残っておらず「一言日記」をつけてもらい、野菜が出来始めると水やりを手伝ったスタッフにも食べてもらいたい、料理を作りたいと、発言がみられた。料理を行い他の利用者にも振る舞われ「美味しい」との言葉に本人は喜んでいた。食事中育てている野菜の話で会話が弾み、育てている野菜が食事に出ると興味を持って摂取されていた。しかし、ぼんやりとされ傾眠傾向は変わらず、覚醒の割合や食事摂取量は大きな変化は見られなかった。取り組みによる生活場面での傾眠傾向の改善には繋がらなかったが、笑顔や意欲的な発言が多く見られた。退所時プレゼントする為に育てた野菜を持ちかえり夫に喜ばれたと後日報告を受ける。長谷川式簡易知能評価スケール検査にて取り組み前20点、取り組み後27点と変化がみられた。

### 【考察】

今回の取り組みでA氏の活気が上がり、刺激を持つ事で傾眠傾向が改善されるのではないかと考えていたが変化はみられなかった。出来た野菜を見て、当初は夫へのプレゼントをする目的だけであったが「料理を作りたい」と自ら調理方法を考えられ、自発的な発言が増えた事から「人に喜んでもらう為に何かを行う」「自分で出来ること」が、楽しみや意欲に繋がったのではないかと考える。

### 【おわりに】

利用者自身が意欲をもつことでいきいきとした生活が送れるのだと感じた。利用者の思いを汲み取り、その人らしい生活が送れるよう支援していきたい。

## 24.前頭前野の活性化による夜間睡眠への援助～くもん学習療法を用いて～

介護老人保健施設 きんもくせい  
介護福祉士 大屋奈々恵（おおや ななえ）

---

### 【はじめに】

アルツハイマー型認知症の利用者の睡眠の特徴は、連続して眠ることができなくなり夜間の不眠とともに昼寝が増え、昼夜逆転の不規則な睡眠・覚醒リズムに陥る。学習療法の研究では、簡単な計算や音読をしているとき、また人とコミュニケーションをしているときに前頭前野を中心とした脳が活性化し、昼夜逆転に効果的であると言われている。今回アルツハイマー型認知症の昼夜逆転の利用者にくもん学習療法の効果があったので報告する。

### 【ケース紹介】

A氏 96歳 要介護度4 認知症ランクⅢa 病名:アルツハイマー型認知症  
在宅と当施設を繰り返し利用しており平成27年7月に再入所。前入所時より認知症の進行が認められている。今回の入所前から在宅では3日のうち1日は7～8時間睡眠が得られていたが、2日は夜間の覚醒があり、2～3時間しか睡眠がとれていなかった。昼夜逆転の日々が続きキーパーソンの長女への介護負担が多かった。

### 【介護の実施・結果】

平成27年9月にくもん学習療法を1か月間実施した。その内容は、日曜日を除く週6日、16時半～17時までの約30分を目安に、静かな場所で職員と1対1で読み書き・計算のプリントを各3枚ずつ実施した。くもん学習療法を実施する前は、HDS-R 6点、FAB 6点、MMSE 11点、Vitality Index 7点であり、実施後 HDS-R 6点、FAB 6点、MMSE 14点、Vitality Index 8点であり、実施前後で検定では有意差は見られなかった。一方で、睡眠状況は、入所時からくもん学習療法をはじめまでの期間(44日)は、2～3時間しか眠れない日が12日あったが、くもんを実施した期間(26日)は2～3時間しか眠れない日が5日となり、7～8時間の持続した睡眠時間を確保できるようになった。また日中は傾眠なく、レクリエーションに参加できるようになった。在宅でもくもん学習療法が継続できるように長女に学習療法の効果を説明し、入所中の様子を見学してもらい、コミュニケーションを取りながら毎日実施してもらおうよう依頼した。平成27年11月に退所後、在宅でも学習を継続し、夜間7～8時間の睡眠がとれるようになっている。

### 【考察】

くもん学習療法は、スケール上では有意差が認められなかったが、夜間の睡眠状況には効果が得られた。くもん学習療法を実施する前は日中体操やレクリエーションに参加を促しても傾眠していたが、日中短時間集中してコミュニケーションを取りながらくもん学習療法を実施したことで夜間睡眠への効果が確認できた。老健の役割である在宅復帰を見据えた家族との連携などの働きかけも重要であると思われる。

### 【終わりに】

くもん学習療法を用いた前頭前野の機能への働きかけは、夜間不眠のアルツハイマー型認知症の利用者の睡眠の改善に有効であり、今後も利用者のQOLの維持・向上に活用していきたい。

参考文献：くもん学習療法センター社会福祉法人「道海永寿会」山崎律美：学習療法の秘密 認知症に挑む、くもん出版、2011年 【はじめに】

## 25.ユマニチュードの手法を用いた認知症ケアの統一を目指して －職員への意識調査から見えてきた変化－

介護老人保健施設 ウェルハウス協和  
介護職員 大本真吾(おおもと しんご)  
共同発表者 下野俊 田中優

---

【はじめに】当施設では、認知度Ⅱb以上の利用者が9割を占めている状態で、認知症ケアが最も重要になっている。しかし、職員のケアにばらつきがあり、統一したケアがされていない現状があった。そこで、コミュニケーション技術として「ユマニチュード」を用いてケアの統一を目指し、認知症ケアの重要性を改めて考え、職員への意識を変える機会を得られたので、ここに報告する。

【研究方法】1. 研究期間：平成27年4月～10月 2. 対象：療養棟A階職員全員 17名  
3. 研究方法 1) ユマニチュードについて勉強会の実践前後に職員へアンケート  
2) ユマニチュードについて勉強会を実施 3) 倫理的配慮

### 【結果】

(実践前のアンケート結果)

1. 認知症ケアについて学習した事がありますか？ はい12名、いいえ5名。
2. 1.で「はい」と答えた方、具体的にどんな学習をしましたか？  
ユマニチュード3名、その他9名。
3. 認知症利用者に意識していることは？
  - 1.の「はい」と答えた12名からは、声かけの方法、傾聴、観察。
  - 1.の「いいえ」と答えた5名からは、傾聴、声かけ、否定をしない。

(実践後のアンケート結果)

1. 認知症ケアに対する意識の変化は？ ある13名、ない4名。
2. 十分な認知症ケアが行えていますか？ いいえ17名。
3. 「いいえ」と答えた理由  
「忙しく利用者に充分に向き合えるだけの時間も心の余裕もない」など。
4. 自由な意見をお書き下さい。

「頭ではわかっているが、なかなか冷静に出来ない事もある」「ユマニチュードは全ての利用者とのコミュニケーションでも使えるのではないかと思う」など。

【考察】実践前のアンケートの結果から大半の職員が、認知症ケアに対する学習を行っていたが、知識不足を感じていた。しかし、学習経験があるないに関わらず「声をかける」「話を聞く」という2点が共通していた。実践後のアンケートの自由記載では「頭ではわかっているが、なかなか冷静に出来ない事もある」などの意見が多かった。これは「自分のことを常に冷静に見つめているもう一人の自分を作れ」と田中<sup>1)</sup>が言われているように必要な事だと言える。自分自身の感情のブレに左右されない思考力を維持する力や、認知症に対する専門的な知識を、職員一人ひとりが身につけることで、より高い認知症ケアを提供できるのではないかと考える。また、「全ての利用者とのコミュニケーションでも使えるのではないか」という意見があったように、ユマニチュードの手法は高齢者のみならず、ケアを必要とするすべての人に使えるたいへん汎用性の高いものだと認識できた。

【結論】①勉強会を行ない、職員の意識統一図った事で知識が深まり意識も高まった

②認知症ケアには思考力を維持する力と専門的な知識が必要である

引用文献:1) 田中元:認知症ケアができる人材の育て方,第3刷発行,ぱる出版,2015年,P82

## 26. 団塊世代が求める通所リハビリテーションを目指して一庭仕事を続けたい

介護老人保健施設 岸和田徳洲苑  
介護福祉士 平瀬紗矢香（ひらせ さやか）  
共同発表者 皆川朋子

---

[はじめに]

施設のあるK市の高齢化率は、10年間で7.3%も上昇し現在25.3%である。しかし、通所型介護施設は、98カ所もあり施設間での競争は激化していて、団塊世代が75歳以上になる平成37年に向けてニーズも多様化することが予想される。そこで、現行のプログラムや利用時間では多様化したニーズに対応できず、施設間競争に生き残りをかけて、平成25年10月より筋力強化を重視した短時間デイを開始した。結果、筋力・体力の向上に加えDBD（認知症行動障害尺度）にも効果が得られ「自分らしい生活」を獲得し庭仕事を再開できた事例を紹介する。

[事例紹介]

氏名：A氏 男性 78歳

病名：アルツハイマー型認知症・脳梗塞・糖尿病

要介護度：1 DBDスケール：18点 障害老人自立度：A-1 認知症老人自立度：II-a

利用頻度：火・木・土 週3回

[倫理的配慮]個人が特定できないよう、研究発表以外に使用しないことを家族・本人に説明し同意書を頂く。

[経過]

自宅では意欲なく指示しなければ動かない。主介護者の妻のレスパイトと認知症状の改善、進行予防のため利用開始。開始後トレーニング、将棋クラブにも興味を示し、参加を促すと積極的に取り組み他者との交流も出来、「他の人も色々な病気を持ちながら頑張っているから頑張りたい」と表情も明るくなった。一方、自宅でも庭仕事や家事の手伝い、買い物が出来た等の報告があった。その後、利用開始から2ヶ月後自宅での役割が増え、週3回の利用が週2回に減少した。

[結果]マシントレーニング負荷(H28.1～H28.3)

レッグエクステンション 7kg～17.5kg・ヒップアブダクション 8kg～30kg

ローイング 8kg～26kg

日常生活も活動性が高まり、生きがいや役割を獲得でき認知症状の改善にも効果があった。

DBDスケール評価 18点～7点

[考察]

A氏は、集中的なトレーニングで早期に効果が現れ心身共に自信がついた。負荷を上げトレーニングを継続したことで筋力、体力を再び獲得し庭仕事を続けるための活動性を得ることが出来た。A氏のニーズを理解しリハビリ職員との連動でプログラムの作成を効果的に実践し自信がついたA氏は周りに関心を持ち、モチベーションも上がり、家事の手伝いや買い物も自発的に出来るようになった。

[まとめ]

週3日で開始した短時間デイは週4日となり、更に増日・定員増が求められる。今後は、選択できる多種多様なプログラムが必要となり、たとえ重度な要介護者となっても自分らしく生き、役割を持って生活できる援助が求められる。今後、送迎・職員の配置・業務内容の見直し等体制の整備が必須となるがこれからも、「団塊世代」が求めるサービスを追求し、選ばれる施設づくりを目指してサービスの質の向上に努めたい。

## 27.認知症フロアでの看取りに対するスタッフの思い ～老健での看取りは特別なケアをするわけではないんだ！～

松下介護老人保健施設 は一とぴあ  
看護師 西本美香 (にしもと みか)  
共同発表者 東野奈都

---

### 【はじめに】

高齢化が進み重度要介護者や認知症高齢者が増え、「死」を迎える場所として介護老人保健施設が選ばれるようになった。そこで今回、「このフロアで看取りは困難」とスタッフ全員が答えた認知症フロアで職員の看取りケアに対する意識改革に取り組んだ結果、生活の延長線上にある死は自然な過程で特別なケアをする訳ではないと理解でき、看取りに前向きに取り組めるようになったのでその経過を報告する。

### 【研究方法】

- (1) 対象 認知症入所フロアスタッフ 16名 (看護師 3名 介護スタッフ 12名)
- (2) 方法
  - 1) 看取りケアに対する無記名での意識調査 (平成 27 年 7 月と 12 月)
  - 2) インタビュー形式での聞き取り (平成 27 年 8 月)
  - 3) みとり通信の発刊 (平成 27 年 10 月と 12 月)
  - 4) 看取りに関する勉強会 (少グループで数回実施)

### 【結果】

7月の意識調査では、看取りケアをできないと思う 16/16 したいと思う 4/16 インタビューでは「認知症高齢者は身体的・精神的苦痛を言葉で訴えることが困難なのでここでは看取りは難しい」「怖い」「仕事量が増える」など否定的な意見が多かった。12月の意識調査では、看取りケアをできると思う 11/16 できないと思う 4/16であった。

### 【考察】

7月の意識調査とインタビューでは、全てのスタッフが認知症高齢者の看取りケアに対し否定的な想いを持っていた。これは認知症高齢者の日常生活のケア、また BPSD への対応だけで精一杯と感じていることが大きいと思われた。そこで本来の看取りケアを理解してもらうために、まず“入所者の多くは住み慣れた馴染みの場所で最期を迎えたいという思いがある、近年最期の場所は病院から施設・在宅へと変化してきている”という内容のみとり通信を発刊し、認知症高齢者の気持ちや社会の流れを理解してもらった。次に看取りの勉強会では“生活の延長線上にある死は自然な過程であり、特別なケアを行うのではなく普段から行っているケアがそのまま看取りケアに繋がっている”という内容から、老健施設での看取りは在宅生活の支援の一環として自然な流れであり、それは認知症高齢者であってもかわりはないと理解できたと考える。同時期に、今まで関わってきた親しみある利用者が施設での看取りを希望され、日々のケアをしていく中で、こういうケアをしたい、こんな風を感じて最期まで過ごしてもらいたいといった気持ちが自然に芽生え、実際に看取りを経験することができた。啓蒙活動と実際の成功体験による達成感から看取りに対する思いに変化が生まれ、さらに死は特別なものではなく自然なものとして捉えることができ、12月の意識調査では肯定的な意見が多く聞かれたと考える。

### 【まとめ】

高齢者の死が、生活の延長線上にある自然な事であると理解し体験できた事で、認知症高齢者の看取りケアに対して肯定的な想いを持つことができた。

## 28.訪問リハビリにおける在宅生活を支えるアプローチ

介護老人保健施設 パークヒルズ田原苑  
理学療法士 山田和央（やまだ かずひさ）  
共同発表者 中井一行

---

### 【はじめに】

現在、国が完成を目指している地域包括ケアシステムとは重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることを目的としている。今回、訪問リハビリにおいて、ICF の考えを元に、御本人のニーズを尊重しながら在宅生活を支えるアプローチを行ったので報告する。

### 【症例紹介】

**疾患**多系統萎縮症・蜂窩織炎 **ニーズ**2階自室での生活を続けたい **心身機能**四肢固縮が強く、下肢の浮腫・筋力低下・関節可動域制限が生じている **活動**自宅内伝え歩き＋歩行器にて自立～軽介助で可能も、下肢のすくみや姿勢反射障害の影響で、時間がかかり、洗面台付近や自室、廊下にて転倒頻回。階段昇降では、上肢のすくみが強くなる為時間を要し、転落のリスクあり **参加**車椅子にて息子家族と買物や映画などに出かけている。デイケア（週2回利用）。 **環境因子**2階自室にて生活しており、方向転換を必要とする箇所多い。奥様との二人暮らし **個人因子**自室へのこだわりが強い。

### 【訪問リハビリ開始経緯と目標】

自宅にて転倒が多いことから、主治医より勧められ週2回の訪問リハビリを開始。転倒回数を減少させ安全に在宅生活をおくることを目標とした。

### 【経過及び結果】

心身機能・活動面に対して、リラクセーション・関節可動域訓練・筋力増強訓練や動作訓練等を実施するも心身機能の向上は認められず、維持レベル。階段での転落や自室ベッドまでの動線での転倒リスクが高い為、自室を1階へ移す事を勧めるが強く拒否される。環境因子に対しては、「どのような環境で転倒しやすいのか」「どのようにしたらすくみが生じにくいのか」を評価し、①床へ立体的な目印を設置②廊下のマットの色を交互に入れ変える③階段の手すりに目印をつける。といった設定を行った。その結果、動作がスムーズになり転倒回数が減少（月15回→7回）し2階での生活を継続することができた。

### 【考察】

2階自室の使用を継続するメリットとして、階段昇降等によって活動量を減らさない事で、身体機能が維持できるということがある。今回のケースでは、本人の意思により、1階への転室が困難だったということもあり、環境面へのアプローチを行い転倒回数が減少したうえで2階での生活を継続することで、結果的には身体機能が維持でき、在宅生活や外出等も継続できたのではないかと考える。しかし、今後は疾患の進行や認知面の低下等により、転倒リスクが高まり1階への転室を余儀無くされる可能性が高い。そのため、心身機能や動作能力・認知機能・転倒状況などの情報を家族やケアマネジャーとも共有しながら継続的に支援していく必要がある。

## 29.QCサークル活動によるショートステイの荷物チェック時間の短縮

介護老人保健施設 たちばな  
介護福祉士 中村大輝（なかむら だいき）  
共同発表者 田中秀幸

---

はじめに

当施設では、ショートステイ入退所時の荷物チェックに非常に時間を要している現状があった。入所時の荷物チェックを実施する事で、退所時の返却忘れがないようにとチェックを行っていたが、入所時と退所時のチェックに関わる職員が違うなど、いろいろな問題が挙げられた。そこで、QCサークル活動を通じて改善を行なった。当施設のチェック方法を分析し、業務改善を図ることで時間を短縮することができたので報告する。

〔方法〕

QCストーリーに沿って活動を展開

対象者・・・当施設ショートステイ利用者

現状把握・・・平成27年11月10日～11月20日までの荷物チェックに掛かる時間を分析

対策・・・チェック表の簡素化

写真撮影による荷物チェック方法の導入

〔結果及び考察〕

当施設では、ショートステイ入退所時に荷物チェックを行っている。荷物の返却忘れがないようにとチェック表を活用しているが、荷物チェック時間に要する時間は増加傾向にあり、職員への精神的負担、業務負担があった。そこで、QCサークル活動を通じて業務改善を図ることとした。

QCストーリーに沿って展開してみると、平均利用期間4.8日に対し、平均38分もの時間を入退所時の荷物チェックに要していることがわかった。職員についても、入職期間によって大きな違いが観られ、慣れない職員が荷物チェックを行い、入退所が重複するような日は、荷物チェックに1時間以上もの時間を要していることもわかった。荷物チェックの際、職員個々の色柄の表現の難しさや、入所時と退所時のチェック職員の違いなどから、チェック表のみでは把握が難しく、荷物チェックに要する時間を増加させていた。

そこで、ショートステイ荷物チェック時間の短縮をするために対策を行った。入所時と退所時の職員による表現の難しさをなくすために、一目で物、色柄が確認できるように写真撮影を導入することにした。また、写真では写すことが難しい物については、荷物チェック表を簡素化し手書き量を少なくした。対策を行ったことで、入職期間による違いもなくなり、入退所時の荷物チェックに要する時間も大幅に短縮することができた。

〔おわりに〕

この取り組みを行ったことで、他職種との連携もスムーズになり業務が円滑に行えるようになった。今後も、QCサークル活動を通じてより質の高いケアを提供できるように努力する。

### 30.下肢浮腫の軽減と継続できるケアを目指して

介護老人保健施設 つくも  
介護福祉士 中谷亜希(なかや あき)  
共同発表者 浅井大輔

---

#### 【はじめに】

日中車椅子で生活している入所者は、下肢を下垂した状態で過ごしている事が多く、浮腫が生じやすい傾向にある。しかし下肢挙上や利尿剤以外に行えるケアは少なく下肢浮腫軽減に繋げることができていなかった。北村は「一日の多くの時間を車椅子等での座位で過ごす者も少なくない。このような高齢者は下垂したままの座位姿勢を継続することになり、下肢骨格筋によるポンプ作用が働かず静脈・リンパ還流もできないため、下肢浮腫が起こることは容易に推測できる」と述べている。そこで看護・介護スタッフが行えるケアを施設独自に考案し、下肢の血液循環を促し浮腫を軽減することで入所者の QOL や ADL 向上にも繋げる事ができるのではないかと考え、介入研究を実施した成果を報告する。

#### 【目的】

下肢浮腫の状態を把握し軽減に向けた、足浴と保湿・マッサージ機を組み合わせた施設独自の方法を考案し看護・介護スタッフが継続できる方法を見出す。

#### 【対象】

日中車椅子で過ごし、自ら歩行せず、下肢浮腫軽減目的での利尿剤を服用しておらず、下肢挙上では浮腫軽減の効果が見られない 69 歳から 90 歳の 5 名の入所者を対象とする。対象者と家族に対して同意書を用いて研究の目的・情報が個人を特定しない事に留意する事・研究に伴うリスクについて説明し同意を得た。

#### 【方法】

前半の 1 ヶ月間は、入浴日以外に足浴バケツに炭酸水素ナトリウム配合の入浴剤を 1/4 個入れ 15 分間足浴をし、その後血行促進・皮膚保湿剤の軟膏(以下エアリートとする)を片足につき 2g 塗布した。後半の 1 ヶ月間は前半のケア実施後、フットマッサージ機にて足底とふくらはぎのマッサージを各 15 分間実施した。毎週日曜日の起床時と入眠前に、筋肉量が左右されない足背を測定し、浮腫の状態を観察した。ケア実施終了後、ケアの継続に向けた方法を見出す為スタッフにアンケートを実施した。

#### 【結果】

対象者 5 名のうち 2 名は期間中に退所。1 名はケア内容に拒否があり中止した。A 氏は右足 -0.5 センチ、左足 -0.2 センチ。B 氏は左右共 -2.6 cm 浮腫が軽減した。スタッフ 25 人にアンケートを配布し回収率 40%であった。

#### 【考察】

足浴とエアリートの塗布・足底とふくらはぎを機械マッサージする事により、血流障害の改善が図れた事で浮腫が軽減し効果があったと考えられる。入浴剤の香りにより、日頃急な立ち上がりや大声を出される入所者に対してリラックス効果があるという気付きにもなった。毎週日曜日に足背の測定を行う事により、ケアの効果の把握・浮腫に対する認識の向上に繋がったと考えられる。スタッフへのアンケート結果により、週 1 回浮腫に対するカンファレンスを開催し、適宜対象者を選び入所者の浮腫を軽減できるのではないかと考えた。

#### 【結語】

浮腫の軽減を図るには、足浴・保湿・マッサージ機を併用し継続していく事が有効である。またカンファレンスを行う事で、スタッフの認識向上とケアの継続にも有効である。

## 31. 事故防止への新しい試み ～過去8年間で踏まえて～

介護老人保健施設 玉串すみれ苑  
介護福祉士 川崎忠博（かわさき ただひろ）

---

### 【はじめに】

重大事故を含めた事故件数全般の増加傾向について、従来より生じていた「事故-ヒヤリ件数比」の逆転した状況の改善が課題として挙げられた。必ずしも一貫した取組みとして行えなかった節はあるが、当施設での事故防止の試みにつき報告する。

### 【問題点】

「なぜ、ヒヤリが少ないか？」

ヒヤリを書く作業の煩わしさ（原因から今後の対策の立案まで）・決定的な対策がない・ヒヤリを書くことで事故が少なくなるかどうかわからない・ヒヤリを書く動機がない…

### 【ヒヤリハット作成件数増加に向けた試み】

ヒヤリハット様式の見直し① <ヒヤリ・メモ>のお試し使用

簡易式の様式を用い細かな事例を収集、台帳に転記（必要な事例検討を行う）

→ 事象の記入が主となるため、原因や経緯がくみ取りにくい

ヒヤリハット様式の見直し② 「チェック式様式」のお試し使用

作成作業の簡素化・発生原因の整理等行い、職員の「書く動機」への働きかけ等実施

→ お試しの後アンケートを実施、あらためて様式の修正を行った

### 【事故-ヒヤリ・区分の見直し】

他方、事故およびヒヤリの適正な取扱い期し他施設での規準も参考に<事故-ヒヤリ>区分の見直しを行い、新たな規準の設定を行った。

### 【経過した状況の分析】

① ヒヤリの増加・事故の減少についての評価

② 事故区分見直しに伴う計数上の変動・異動

様式や区分の見直しを経て、発生件数比は適正な値を示しつつあるといえる。件数の推移や個々の事例から推察するに、要因は下記のように考えられる。

a. (区分見直しにより) 従来事故扱いであったものがヒヤリに計上されている

b. (区分見直しにより) 線引きが明確化したこと

c. 施設をあげての取組みであったことによる啓発効果

① については、リスクへの早期対応の成功やその時々による利用者のリスク状態の変動等、具体的な状況が集計表からは読み取ることが出来る。

### 【まとめ】

制度的な改正はあくまでも手段であり、本質的な状況の改善には「意識の改革」やノウハウが必要である。職員のミスや「見落とし・見過ごし」を減らせて行くこと、各自の判断・分析力の向上、また「なぜその事故は起きたのか？」の考察がなければ「事故のなくなる」ときはADLの低下するとき」という命題を克服することは出来ないと思われる。

## 32.回想法ボランティア養成を通じた地域活動への支援～追跡調査からみえたこと～

吹田市介護老人保健施設

介護福祉士 壺井歩見 (つばい あゆみ)

共同発表者 上田智之 佐上雅宣 永井一成 岩田敬子

---

### 【はじめに】

当施設は、懐かしい暮らしの生活用品を展示した「想ひ出の間」を設け、利用者とのコミュニケーションツールとして回想法を活用している。また、高齢者が語る回想の聴き手となる支援者を養成するため、平成 22 年から回想法ボランティアの養成を手懸け、6 年が経過した。今回、回想法ボランティア養成講座（以下、講座）の修了者に対して行った追跡アンケート調査の結果を報告し、今後の地域活動の展開について考察する。

### 【目的】

過去 5 回開講した講座修了時点では、修了者 100 名のうち 9 割が「今後回想法を活用したい」との結果であった。講座修了者が継続して回想法を活用できているかを確認するため、講座修了者を対象に追跡調査を行い、活用方法を確認した。

### 【方法】

講座修了者に対し、2 回調査を実施した（1 回目：対象 51 名、2 回目：対象 96 名）。調査内容は、1) 回想法の活用有無について、2) 活用方法について、3) 今後の希望について、それぞれ設問項目を設定した。なお、2 回の調査項目は同一とした。

### 【結果】

アンケートの回収率は、1 回目 60.7%、2 回目 57.3%であった。設問の返答結果は、1) 回想法を活用している：1 回目 74.2%・2 回目 70.9%、回想法を活用していない：1 回目 25.8%・2 回目 29.1%、2) ボランティアとして活用する：1 回目 50.0%・2 回目 49.1%、家族・親族との交流に活用する：1 回目 26.7%・2 回目 23.6%、地域の交流の場で活用する：1 回目 13.3%・2 回目 12.7%、仕事として活用する：1 回目 10.0%・2 回目 12.7%、3) スキルアップ研修に参加したい：1 回目 73.3%・2 回目 66.7%であった。また、「いきいきサロンで取り入れていきたいのでご指導をお願いしたい」との希望があった。

### 【考察】

講座は、地域で活動する人材を増やすことを目的としており、今回の調査結果より、講座を修了した受講者は、何らかの方法で継続して回想法を活用していることが確認できた。一般的に受講後は、時間の経過に伴い、関心や活用頻度は低下すると考えられるが、本講座は、受講後も活用しやすいものであったと思われる。それは、回想法がどの年代の方にとっても、人とのコミュニケーションツールとして自然に受け入れられるものであり、人間関係を作るきっかけとして、ボランティア活動に生かしやすい内容であったと考えられる。また、認知症サポーターのスキルや認知症カフェの活動種目としても活用でき、地域づくりに活かせる内容であると考えられる。地域包括ケアシステムの構築に向けて老健は、地域住民と連携した地域づくりに貢献することが求められている。現在、近隣地域の「いきいきサロン」などの活動にも支援を行っており、今後も更に回想法ボランティアが地域に根付いた活動が展開できるよう支援していきたい。

### 33.おいしく食べてもらうための取り組み

介護老人保健施設 すずらん  
看護師 高埜昌子 (たかさこ まさこ)  
共同発表者 小松綾 小川真理子 小林奈美子

---

#### 【はじめに】

介護老人保健施設すずらんでは、H27年8月よりNST委員会を立ち上げ、利用者の栄養サポートに取り組んでいる。利用者には食堂で一斉に食事をとってもらっており、そのことから他のフロアのスタッフが食事介助に関わる仕組みを取っている。利用者の摂食・嚥下には個人差があり、同様な対応では利用者が戸惑うばかりではなく、食べることに對する利用者の楽しみを阻害してしまう。そこで、利用者の食事環境を整え、介助の方法を統一することで利用者に楽しく食事をしてもらう、つまり、おいしく食べてもらうことを目的に看護師、介護スタッフの介助方法を検討した結果、成果がみられたので報告する。

#### 【取り組みの方法】

具体的な食事介助の方法をリーフレットにし、車椅子に取り付け、介助者に介助方法を周知徹底してもらった。必ず、マンツーマンで食事介助し、毎朝食時には、看護師が食事介助を行い、評価表を使い介助方法を検討した。

#### 【事例紹介】

A氏 女性 99歳 老年期認知症 介護度4 るい瘦が激しい (BMI 14.1)  
取り組み期間 H27年8月13日から10月10日

#### 【結果】

A氏は、B施設より自己摂取が困難で、食思も乏しく半量しか摂取できないといった状態で入所された。入所後も開口は不十分で、食事摂取に時間がかかり、疲労感が顕著であった。そこで、A氏と対面して座り、しっかり声かけし、目を開けて介助者の顔を見てもらうよう促すと、しっかり開口が得られた。また、手を握ったり、A氏の出身地の話など会話をしながら介助すると、笑顔も見られるようになった。さらに、「おいしい」「もう要りません」など、はっきりご自分の意思表示をされるようになった。両上肢の麻痺はないため、小皿に取り分け、プラスチックの軽いスプーンをもってもらいと、調子が良い時には、ご自分で半量は摂取できるようになった。

#### 【考察】

今回の取り組みでは、マンツーマンで食事介助を行ったことで、A氏の食べたいタイミングを逃すことなく、疲労感も軽減でき笑顔が引き出せた。また、声かけ、タッチング、スプーンを持ってもらうなど先行期に働きかけたことは、高次脳機能を刺激し、本来持っている自分の手で食べたいといった欲求や能力を引き出すことができたと考える。また、リーフレットを使用したことは、A氏に合った介助方法をスタッフに周知徹底してもらえ、統一したケアにつながったと考える。今後も、利用者の個別性をふまえ、おいしく食べてもらえるよう取り組んでいきたい。