

# 第 17 回 大老協懇話会

平成29年7月6日(木) 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~ 9:56 一般口演 I 褥瘡・排泄ケア (7題)
- 9:56~10:06 休憩
- 10:06~11:02 一般口演 II 食事・栄養 (7題)
- 11:02~11:12 休憩
- 11:12~12:08 一般口演 III チームケア・看取り (7題)
- 12:08~12:58 昼食
- 12:58~13:05 挨拶 大老協会長 川合 秀治 氏
- 13:05~14:30 シンポジウム「食べない食べられない利用者の対応について」
- 14:30~14:40 休憩
- 14:40~15:36 一般口演 IV 認知症ケア・通所リハ (7題)
- 15:36~15:46 休憩
- 15:46~16:42 一般口演 V 接遇・管理運営 (7題)
- 16:42~ 閉会

## 1.介護老人保健施設における褥瘡への対応 ～多職種連携～

介護老人保健施設 コスモス楽寿苑  
准看護師 和田由多可（わだ ゆたか）  
共同発表者 奥田幸人

---

### <はじめに>

褥瘡とは長時間の座位や寝たきり状態で同一部位に一定以上の圧力が加わることにより皮膚に障害が起きた状態である。特に高齢者の皮膚は弾力性の低下により圧迫や摩擦に弱く、痩せて骨の突出がある、活動性の低下など褥瘡が発生しやすい状態である。その為高齢者施設では褥瘡の予防対策や発生時の早期対応が重要とされている。

今回事例に挙げた A 氏は当施設入所前より褥瘡が発生していた。当施設では A 氏に対し多職種で連携し褥瘡治癒への取り組みを行ったのでここにその内容を報告する。

### <事例紹介>

A 氏・86 歳・男性

疾患名＝アルツハイマー型認知症・糖尿病

グループホーム入居中、腰部圧迫骨折をおこす。以前は独歩可能であったが車椅子生活となる。歩けるようになってほしいと家族の強い希望もあり、リハビリのできる当施設へ入所の運びとなる。

### <取り組み内容>

入所時、両踵部・臀部に褥瘡あり、すぐに多職種で褥瘡対策カンファレンスを実施。当施設の母体病院である木島病院褥瘡対策チームの協力のもと毎週 1 回の褥瘡回診を実施する。腰痛に対しては医師より鎮痛剤が処方となる。ベッドには自動体位変換エアマット、車椅子にはエアクッションを設置。離床は食直前離床とし褥瘡改善と共に離床時間を確保していく事となる。

臥床時、除圧を目的とした体位ポジショニングの統一が必要との事でリハビリよりクッションを用いたポジショニングの写真を作成しスタッフ全体に伝達し情報の共有を図った。また 2 時間おきの体位変換を確実に実施し、同一部位への圧迫を予防し体位ポジショニングに乱れがないか確認を行う。処置は 1 日 2 回処置し、創部は微温湯にて洗浄、臀部は刺激の少ないおしり洗浄液にて保清を行う。

食事は嚥下状態悪いため米飯から粥へ変更、栄養状態も悪く体重の減少も認めた為血液データの観察を行いながら現在は糖尿病食（1520kcal）にて提供している。

### <考察>

A 氏は入所前より褥瘡が発生していた。その為すぐに褥瘡対策委員会を実施、病院サイドとも連携を図ることで褥瘡への治療を早期に開始できたと考える。また多職種が情報の共有を密に行うことで全スタッフが一丸となり A 氏へ統一されたよりよいケアを実施できたのだと考える。

現在 A 氏の褥瘡は治癒している。今回 A 氏の事例を通して改めて褥瘡への対応方法と多職種で連携する重要性を学ぶ事ができた。A 氏への対応について各部署で連携しケアを決定していく事で褥瘡の悪化を防ぐ事ができ新たな褥瘡発生を予防する事ができた。今後も多職種で連携し褥瘡予防に努めていきたい。

## 2. 介護施設における事例を通しての DESIGN-R®評価と褥瘡ケアの取り組み

介護老人保健施設 すずらん

看護師 小松綾 (こまつ あや)

共同発表者 山内眞佐代 中尾修平 松崎隆道

---

### 1. はじめに

すずらんでは施設一丸となり「褥瘡ゼロ」を目標に掲げ、ADL の向上や褥瘡予防に努めてきたが、職員全員が褥瘡の治癒過程が事例を通してみる機会に乏しく褥瘡を持つ利用者の状況と解決方法を把握することが困難であった。全職員が褥瘡を持つ利用者の状況を把握するべく、DESIGN-R®を用いて褥瘡の評価と情報の共有、そして解決に向けての取り組んだ事例を紹介する。

### 2. 方法

- ①対象者を毎月の褥瘡委員会で DESIGN-R®を用いて、褥瘡の状態の評価を行う。DESIGN-R®の評価は看護師が行うこととし、創面の状態を把握するため、写真撮影し写真は全職員が閲覧できるようファイルに管理とする。
- ②DESIGN-R®の説明、褥瘡の分類と褥瘡予防について、褥瘡委員会が中心となった勉強会を開催し、知識を深める。症状が悪化すると、以下の項目が小文字から大文字になるため、以下の項目が悪化したのかがわかるようになっていることを説明した。D:深さ, E:浸出液, S:大きさ, I:炎症・感染, G:肉芽形成, N:壊死組織, P:ポケット  
褥瘡の治癒過程において悪化したとされる大文字の項目を小文字にすることを説明した。

### 3. 事例紹介

A氏 81歳 女性 介護度5 日常生活自立度 B2

平成12年12月に交通事故で左大腿部中央切断 うつ病 パーキンソン症候群

### 4. 経過と取り組み

平成27年2月13日より、左坐骨部に褥瘡出現。DESIGN-R®評価を開始し、d2-e1s3i0g0n0p0(4)であった。褥瘡委員会にて DESIGN-R をもとに対策を行っていた。平成28年2月12日より創部にポケット出現。D3-E6s6I3G6N3p12(36)となっていた。DESIGN-R 評価で、大文字になった項目を小文字にするべく話し合った。褥瘡は壊死、不良肉芽、大きさの順に治療を優先されている点を考慮し、低反発クッションによるシーティング、エアマットの導入や臥床時間の見直しをした。浸出液、感染の項目にも着目し、バルーンカテーテル管理、排便管理をして排泄による汚染を最小限にした。結果3ヵ月後にはD3-e3s6i0g3n3p9(24)となり、1年後には、D3-e3s3i0g3n0p6(15)まで改善が見られた。

### 5. 考察

左大腿部切断のため、両坐骨部における体重のかかり方が不均等、日常的に車椅子を使用するため左坐骨部に圧が加わりやすくなっていたこと、パーキンソン病のため発汗が多く、皮膚が湿潤傾向でオムツ内が湿気がちであること、失禁で褥瘡が汚染されやすいなどから1年間では治癒までに至らなかったと考える。

### 6. おわりに

DESIGN-R®を取り入れ褥瘡の状態を正確に判定できることにより、会議の議題もわかりやすくなり、褥瘡の勉強会と写真を閲覧しやすくなったため委員会以外の職員からの意見も活発なものとなった。今後も「褥瘡ゼロ」に向けて DESIGN-R®を活用していきたい。

### 3. 難治性褥瘡治療に向けての取り組み

介護老人保健施設 箕面グリーンビィラ  
看護師 杉村真智子（すぎむら まちこ）  
共同発表者 北浦浩子 古財誠也

---

#### 【はじめに】

今回、高齢で終末期でもあり、褥瘡の治療は難しいのではと思われていた利用者様に多職種協働でケアを行うことにより、2年の月日がかかったが、褥瘡が治療することが出来た。この事例を通し、チームケアの重要性を再認識できたため、ここに報告する。

#### 【事例紹介】

氏名 T氏 94才 男性 疾患名 脳梗塞後 右被殻出血、肺炎等  
要介護度 5 日常生活自立度 C2 意識レベル III-200

#### 【これまでの経過】

2006年脳梗塞後より老健に入所。繰り返す脳梗塞、脳出血により意識レベルは低下、2012年には胃瘻を造設し、注入開始となる。2013年8月末、発熱・SPO2の低下・無呼吸がみられ、脳梗塞の疑いと診断されるが、家人はこれ以上の積極的な治療を希望せず、施設での看取りを希望され、ターミナルケアとなる。以後も体調は悪化、軽快が見られ、2015年、褥瘡の悪化に伴い、褥瘡計画書を作成する。肺炎の際には、酸素吸入、点滴等必要となり、体位の変動にてSPO2の低下が見られたため、体位交換が十分に行えず、褥瘡が一気に悪化した。以後も体調不良が長引くと、軽減傾向にあった褥瘡が悪化するということを繰り返すようになっていた。

#### 【取り組みの実際】

処置は、アクトシンやプロスタンディン軟膏を使用した。また壊死組織や感染徴候が見られた場合は、ユーパスタやゲーベンクリームの使用も行った。状況に応じ、穴をあけたフィルムドレッシング材を吸収パットに貼ったものを、常に居室に保管し、汚染しても、介護職員がおむつ交換時にすぐに交換できるようにした。2016年に入り、褥瘡は徐々に縮小、肉芽の盛り上がりが見られだすが、治療への進みは遅く、次の対策として、スライディングシートを必ず使用するようにし、体位交換時等の摩擦を少なくするようにしていった。また11月より、褥瘡治療に有効といわれるコラーゲンペプチド含有のハイネーゲルへ注入剤を変更した。褥瘡は一気に縮小をみせ、15週間後には消失することとなった。

#### 【考察】

当施設では、褥瘡計画書を作成している者に対し、毎週写真を撮影し、毎月褥瘡予防対策委員会にて、現在の褥瘡処置やケアが有効かどうか、検討している。今年度の勉強会としてリハビリ職員を中心に、スライディングシートの使用促進の為に勉強会を行った。栄養剤は、褥瘡予防管理ガイドライン第4版で推奨度C1のコラーゲン加水分解物含有の栄養剤に変更したことで劇的に創面の縮小効果が見られた。また、胃内でゲル化され、排便形態も皮膚への粘着が見られず、臀部清拭も摩擦が少なく済むという効果もあった。

#### 【まとめ】

褥瘡のケアのポイントはトータルケアである。スキンケア、体圧の分散、栄養管理、局所ケアのどれか一つが欠けても、褥瘡の予防も治療も上手くいかない。今回全介助で、意識レベルも低い、高齢の利用者様の長期にわたる褥瘡が治療まで結びついたのは、各職種が自分の出来ることを行うことで、いろいろな方面からのケアが出来たことが大きな要因になったのではないかと思う。今後も、再発防止や、他利用者様の褥瘡予防、治療のために、より一層適切なケアを行えるよう、努めていきたい。

## 4. 皮膚トラブル ～もち肌を目指して～

介護老人保健施設 桑の実

介護福祉士 篠原真彦（しのはら まさひこ）

共同発表者 舘健太

### はじめに

当施設は、平成11年に開設し、入所定員は、2階34名、3階34名、4階32名の計100名。2階は半数が透析療養者と半数が在宅復帰目標者や長期利用者、3階は医療重度者、4階は認知症対応フロアである。当フロア2階では、特に透析療養者の表皮剥離や、内出血等の皮膚トラブルが目立ち、皮膚の状態が良くなれば少しでも事故リスクを減らせるのではないかと考え、取り組みを行った事について報告する。

### 状況把握

当フロアの平成28年8月～10月までの総事故件は27件あり、その内受傷事故件数が23件である23件中、透析の方は16件と、受傷事故件数の7割を占めている。当フロア利用者の皮膚状態を観察したところ、透析療養者以外でも皮膚が乾燥している利用者が多いことがわかった。

### 取り組み方法

アンケートを実施し、コスト面や使用頻度、管理方法や私達が日常業務の中で、何か出来る事はないかと考え、入浴後のあがり湯に保湿成分のある入浴剤を入れて皮膚状態の改善を試みていく。入浴剤の選定方法・入浴剤を保湿成分配合の乳液タイプと固形タイプを使用する。(全6種類)・入浴剤を1種類ずつ使用し1週間毎の経過を観察、記録する。

【実施期間 平成28年10月29日～平成29年1月7日】。実施後、入浴剤決定。

### 実施内容

水分チェッカーを用いて当フロア利用者の皮膚状態の観察・記録。効果を比較する為に4グループ(通常肌・乾燥肌・鱗状の肌・事故リスクが高い透析療養者)に分け、入浴後皮膚状態の写真を撮影し、経過観察。

【実施期間 平成29年1月18日～2月23日】

### 結果と考察

通常肌の方⇒肌の水分量に目立った変化なく、肌触り効果良好。

乾燥肌の方⇒皮膚の搔痒感があり、1名使用中止。上がり湯後の数値は上昇し、肌の潤いみられるが、翌日にはもとの肌に戻る。一時的な保湿効果あり。ウロコ状の肌の方⇒皮膚の乾燥がひどく、変化みられない為1名中止。数値の上昇なし、効果低い。事故リスクが高い透析療養者⇒肌のタイプは乾燥肌に近く、同じような結果となる。取り組み期間中の表皮剥離や内出血等の皮膚トラブルが減少。

### 総合結果

当フロアの取り組み後の事故件数(平成29年1月18日～2月末)

事故総件数8件あり、うち受傷事故件数(透析療養者)2件に減少。全体の事故件数も減少する形となった。

### まとめ

取り組み後、利用者の肌のチェックと肌の水分量を測定。入浴剤使用にあたり、肌に合わない方が2名、それ以外の方は皮膚トラブルなく、数値もほとんどの方が初めより高く、効果がみられた。結果、皮膚状態が改善することによって事故減少に繋がったのではないかと考える。しかし入浴剤での効果の確認はできたが、一時的な保湿だけで、課題が残っている。今後も継続して皮膚状態の改善を目指していく。

## 5. ツールを使用した座位の褥瘡評価

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

看護師 橋本奈穂 (はしもと なお)

共同発表者 平井美加子 立本桂子 寺本緑 平尾年志子 徳重史江 西田則子

---

### 【はじめに】

施設入所後、日中の活動量増加に伴い座位で過ごす時間が長くなり、褥瘡発生リスクが高くなる。今回、老健の高齢者に適した独自のツールの作成に取り組んだので、結果を報告する。

### 【方法】

新しいアセスメントシートは、座位中心の生活を送っている利用者に合わせ、予防策として介入しやすいブレデンスケールを基に作成した。共通項目を知覚の認知・湿潤・可動性・栄養状態・浮腫・座位の状況の6項目とし、脊柱・坐骨より上の骨突出をA、下肢の変形をBとし、それぞれの項目を点数化した。合計点数により危険度を判定し、適正なクッションや靴の調整が出来るよう基準を表記した。

点数に個人差が出ないよう基準の内容を簡素化すると共に、骨突出の評価は座位姿勢で服の上から手を差し込み判定する等、基準を設けた。また多職種がそれぞれの視点で評価を行い、褥瘡発生リスクを共有するようにした。

### 【結果と考察】

新しいツールを使用し、平成29年2月から4月までの94日間、新規入所者90名を対象に実施した。

仙骨部や下肢の骨突出は、入所時全体の47%に見られた。足背の浮腫は増強も含め29%増加し、下肢拳上や適切な靴への変更等を行った。入所時よりクッションを必要とした人は20%で、再評価では22%となり、リスク上昇によるクッションの変更は16%であった。このことから、入所から5日目までの短期間で、入所に伴う褥瘡リスク上昇が明確となった。入所時以降3ヶ月後となっていたアセスメントを入所5日目で再度行う事により、より具体的な内容を本プランに反映し、入所後の環境の変化に早期に対応できた。また本プラン立案の際、多職種で情報を共有し個々の利用者に合ったケアをプランニングする事ができ、新たな褥瘡発生はなかった。

新しいツールは簡便で、看護師の主観によるものではなく、点数による基準を決めた事で対応が統一出来た。またBMIが正常であったりADLが自立している利用者であっても、食事摂取量や知覚の認知・可動性が低い場合褥瘡発生リスクは上昇する。リハビリスタッフによるポジショニングや適切なクッション及び靴の選択、介護士による排泄の確立、栄養士による適正な食事の提供など各専門職が協同する事で、褥瘡予防に対する意識を高める事となった。

今回独自のツールを作成、対処方法を統一し、早期対応と多職種と連携したことで、褥瘡ゼロに繋がったと考える。

### 【おわりに】

今回、日中の座位時間延長による褥瘡をいかに予防するかという点に着目し、座位に特化したオリジナルツールの作成に取り組んだ。今後も全職員で褥瘡ゼロを目指すという意識の統一を図っていきたいと考える。

## 6. 『失禁 NO!!』

介護老人保健施設 大今里ケアホーム  
看護 師 石川悟子 (いしかわ のりこ)  
共同発表者 西春香 岡田充代 森崎啓介

---

### 1.はじめに

現在、当施設において利用者の高齢化及び重度化がすすみ、介護士の業務における負担も増大の一途を辿っていく現状がある。ロボット、リフト、間接業務業者委託を行ったが、更に改革をすすめていかなければならない現状があった。今回は介護士が具体的にどの場面において身体的負担が大きいと思うかのアンケート集計をおこなった。その結果、排泄業務、とくに失禁における負担は大きいとの事であった。今回膀胱内超音波測定器（リリウム）を導入し、検討した結果失禁がゼロになった経緯をここに報告する。

### 2.経緯

- (1) 排泄支援プロジェクトチーム発足（看護、介護、業者（エリエール））
- (2) 失禁定義共有化（オムツ及びリハパンツより下着への尿汚染を失禁と定義）
- (3) リリウム導入
- (4) 毎月1回合同会議実施（看護、介護、業者）

具体的には、①失禁利用者抽出②失禁利用者に対してリリウム測定（24時間）を実施③測定結果のアセスメントを行う。④適正なパット使用及び交換時間への変更（パット変更については、業者助言を受ける）以上の内容をP（計画）、D（実行）、C（評価）、A（改善）サイクルを用い、目標値（失禁ゼロ）達成及び維持に努めた。

### 3.結果

H28年10月より開始し半年が経過した。H28年度については14名の失禁利用者のすべてについて改善（下着汚染改善）が見られた。H29年1月～5月現在迄6名の失禁利用者についても改善がみられ現在失禁者はゼロである。

### 4.まとめ

失禁に対して費やす平均時間は、1日当たり3時間（フロア全体）を要していた。それと共に、物品（オムツ類やシートなど）の消耗などを考慮すると年間130万円程（人件費+物品）の経費を無駄にしていた。リリウムを導入し、現在失禁者はゼロである事からも上記経費削減の結果にも繋がった。職員業務負担軽減を最優先課題としたプロジェクトチームを発足させた。その結果、職員業務負担軽減を図る事が出来た。それとともに、本来の老健の役割である個別性のある排泄及び自立化に向け、他職種連携を行う必要性及び効果にいて職員が実感し意識を共有化出来た事が、一番意義のある事であったと思われる。今後の課題は排泄の自立化に向けた取り組みである。

## 7. 自然排便による QOL 向上への取り組みについて

介護老人保健施設 いずみの郷  
看護師 岸田智美 (きしだ ともみ)  
共同発表者 三木真貴子

---

### 【はじめに】

高齢になると加齢による腸蠕動運動の低下、食事や水分量の減少、ADL や筋力の低下など様々な理由で便秘になりやすい。当施設での利用者で 2 日以上排便が確認できない方は 10-20 人/日程あり、排便コントロールとして内服や浣腸などに頼った排便が主流となっている。内服での排便促しは不快感に伴う不穏症状や腹痛などの腹部症状、そして浣腸の場合腸穿孔の危険などを伴う事があり、無理な排便による利用者の身体面、精神面への負担、また利用者の気持ちに配慮し、便秘による QOL の低下をきたさないように自然排便が出来るための取り組みをここに報告する。

### 【目的】

薬剤に頼らない自然排便を促すために、施設全体で継続的に取り組める方法を考案出来る

### 【対象者】

- A 氏 70 代女性 要介護 4 内服あり 浣腸 週 2-3 回  
排便状況 腹圧がかけられないことによる便秘 浣腸か摘便による排便のみ  
症状 便秘による腹部の不快感があり、急な立ち上がりや落ち着きがないなどの不穏行動あり
- B 氏 80 代男性 要介護 2 内服あり 浣腸 週 1-2 回  
排便状況 排便間隔は 1 週間に 1 回程度  
症状 便の性状は硬便、浣腸と摘便で排便。排便時は強い怒責と苦痛様の表情がみられている

### 【方法】

1. 利用者が施設生活の中で毎日無理なく行えることを考え、介護士が午前に行っているレクリエーションに排便運動を取り入れ、他の利用者と一緒に行う。
2. 効果が出ない場合は、個別にて看護師が排便運動を行う。

【結果】 午前のレクリエーションでの取り組みでは A 氏・B 氏ともに自ら行うことはないが、介護士の声掛けで行うことはできており、拒否なく排便運動は行えていた。排便状況については A 氏に変化はなかったが、B 氏の浣腸の回数は週 0 - 1 回に減少がみられた。しかしそれ以上の改善がみられなかった為、排便運動開始 3 か月目からは午前のレクリエーションとは別に看護師がマンツーマンで排便運動を行った。マンツーマンで行うことで声掛けや運動の介助も行えた為、利用者の反応も良く運動だけでなく表情も明るくなった。A 氏の浣腸回数は週に 2 回と減少傾向がみられ、排便による不穏行動も見られなくなった。B 氏は排便の間隔は 3 - 5 日に 1 回であり便秘傾向はみられているが、便は普通便になり浣腸は月に 1 回程度にまで減少している。しかし A 氏、B 氏共に内服薬の減量には至っていない。

【考察】 排便状態を整えることで身体的・精神的に落ち着き、穏やかに毎日を過ごすことが出来るようになった。また一緒に運動することで利用者とのかかわりが増加したことで、利用者からの発語も増え、笑顔も見られるようになった。このことから排便状況の改善だけでなく、利用者が生活の中で楽しい時間を過ごせ、より QOL 向上につながったと考える。現在のところ内服の減量などには至っていないことから、引き続き経過の評価を行い、対象者を増やし方法の変更も含め排便状況の改善への取り組みを行う必要がある。



## 8.食事時のテーブルと座面の高さを見直そう

介護老人保健施設 ユーアイ

理学療法士 大津留美和（おおつる みわ）

共同発表者 奥村美沙 井上佐知子 徳山彩 後藤杏菜 安西直人 朴英弘 大井康史

---

【はじめに】生活期リハビリでは活動と参加に対するアプローチが重要である。活動の項目の中に食事動作がある。食べやすい食事姿勢に整えることで、利用者は安全に安楽に食事ができ、そして自立支援を促進することにつながる。

【目的】食事時のテーブルの高さと座面の高さを見直すことで、一人一人の利用者が食べやすい食事姿勢を保つことができる。

【評価対象者】初回評価は入所利用者 33 名（男性 4 名女性 29 名）、最終評価は入所利用者 33 名（男性 8 名女性 25 名）。評価を行ったテーブルは介助テーブル 4 台、自立テーブル 6 台とした。

【調査方法】昼食時に食事姿勢評価（観察評価）を実施した。また、利用者の身体計測（座高、座面高）を行った。身体計測より理想のテーブルの高さ（座高  $1/3$ +座面）と理想の座面の高さ（膝窩から足底の距離+椅子の高さ）を計算した。そして、利用者が食堂で実際に使用しているテーブルの高さと椅子（または車椅子）の座面高を測定、その値と理想の値を比較した。

【取り組みの実施】現状、食堂のテーブルの高さは 66-73 cm に設定され、高齢者が使用するには高すぎる状況でした。昇降式のテーブルも上手く活用していなかった。そこで、①テーブルの高さの調整を行った。また、昇降式テーブルの数は限られている為、すべての利用者にテーブルの高さのみで姿勢を整える事は難しい。そこで、②車椅子から椅子への変更や③適切な座面に高さの車椅子への変更、それを活用できるシステム作りのため④入所時マニュアルを作成した。利用者の個々に応じた設定を行う為に、⑤高さの違う足台を作成した。看護・介護職との連携を行う為に、⑥入所日に食事姿勢評価の情報を療養棟へ連絡、⑦看護・介護職への指導を行った。

【結果】取り組み実施前は理想と実際で差がある利用者はテーブルの高さについては 22 名、座面の高さについては 10 名だった。テーブルの高さと座面の高さの両方に差がある利用者は 21 名だった。最終評価ではテーブルの高さと座面の高さ両方について 33 名の利用者全員に適切な設定を行う事ができた。

【考察】テーブルの高さを見直すことで多くの利用者が許容範囲にはいり食べやすい姿勢を整えることができた。しかし、テーブルの高さを低くするのみでは不十分であり、利用者座面の高さの変更や足台の設置など利用者への個別の設定を行うことが必要だった。また、現状の座席配置で食事時の姿勢を整える事を考えたので、実際に介助する看護介護職に食べやすい姿勢の指導と利用者の個別の設定を伝え連携をとった。継続して行う為に看護介護職との連携は今後も必要と考える。

【まとめ】今回テーブルの高さと座面の高さを適切に設定するために、環境整備や利用者の身体特性を考慮した設定、多職種との連携を工夫し適切な設定ができた。利用者に食べやすい食事姿勢を整える事ができた。

## 9.食事介助体験による職員の意識変化について

かわちながの介護老人保健施設てらもと総合福祉センター  
言語聴覚士 村岡春香（むらおか はるか）  
理学療法士 杉村美聡 久保井敦子

---

【はじめに】摂食・嚥下障害を有する高齢者の増加に伴い、経口摂取が困難な利用者が増加している。当施設ではこのような利用者に対し、安全かつ美味しく経口摂取することが課題となっている。そこで、『誤嚥性肺炎リスクを減らし、最後までできる限り安全に美味しく経口摂取を継続できる』ことを目的とした、当施設での取り組みについて報告する。

【方法】利用者の食事場面に関わる職員（24名）を対象に、摂食嚥下や食事介助に関する共通認識を促進するための研修会を実施し、2人1組になりお互いに食事介助される体験を行った。食事内容は米飯・とろみ水で実施した。以下の3項目についてアンケート調査を行った。その効果を研修会前後で比較検討した。

研修会前：（1）食事介助をする際に注意している点、

研修会后：（2）介助された側の気持ち、（3）今までの介助方法との違いについて

### 【結果】

（1）食事介助をする際に注意している点は、「義歯の有無」、「食形態が適合しているか」、「覚醒状態」であった。

（2）介助された側の気持ちとして、「一口量が多かった」「スプーンの角度で嚥下しやすさが異なった」「正しい食事姿勢でないと飲み込みにくい」「介助する際に声掛けがないと怖い」「とろみの付き具合で嚥下のしやすさが異なった」「咀嚼中にスプーンを顔の前にされると急かされているような気持ちになった」との回答があった。

（3）今までの介助方法の違いとして、立位での食事介助はスプーンの角度に気を付ける必要があることを学んだ。また、正しい食事姿勢で、一口量の調節を行い、誤嚥性肺炎リスクが軽減することを学んだ。

【考察】今回の食事介助体験をすることで、「誤嚥性肺炎リスクを軽減し、安全かつ食事時間が楽しみとなるような介助方法の検討が必要である」との認識を持つことができた。利用者の立場になることで、各個人に合わせた食事環境の設定、スプーンを選定が必要であると考えた。今後もこのような取り組みを行うことにより、利用者が安全に美味しく経口摂取を継続できる環境作りに努めていきたい。

【まとめ】職員同士で利用者体験を行うことにより、利用者の必要性に見合った安全で美味しいと感じる食事介助方法として以下の点が考えられた。

- I 食事介助方法・食事姿勢を考える。
- II 利用者の表情・喉頭挙上・口の動きを観察する。
- III スプーン的位置を口よりも下から運ぶことにより、視線を誘導する。
- IV 利用者一人一人に合わせ、多彩な食事介助方法の検討が必要である。
- V 食事環境を整える。

## 10.水分補給ゼリーの活用による肺炎及び尿路感染症の予防について

介護老人保健施設 オアシス

看護師 田中陽子（たなかようこ）

共同発表者 西野友野

---

### 【目的】

当施設のご利用者が発熱により入院された場合の原因として、肺炎と尿路感染症が大半を占めていた。これを受けて平成 27 年に肺炎・尿路感染症の発生抑止に向け、バイタル測定回数および水分補給量を増加したところ、発熱者数・入院者数が大幅に減少した。平成 28 年においては、発熱による入院数の更なる低減に向け、状態変化の早期発見と早期治療に重点を置いて取り組みを継続・強化することとした。

### 【方法・内容】

- a) 体温 37.0 度以上または水分摂取量が少ないご利用者を「要注意者」と規定、水分摂取量を一日 1,300~1,500ml と定め、24 時間体制で対応することとした。  
水分補給を促すため、6 種類の味（モモ・リンゴ・ブドウ・ホワイトサワー・マスカット・オレンジ）の水分補給ゼリーをご利用者の希望・嗜好に応じて投与する。
- b) バイタル測定の結果および状態の経過等を速やかに医師に報告する。
- c) 水分摂取量 500ml 以下の経口摂取困難な対象者に点滴補液実施
- d) 体温 37.5 度以上のご利用者には、抗生剤（内服・点滴）を投与する。

### 【結果】

平成 26 年度の発熱者は 100 名であったが、平成 27 年度は 62 名、平成 28 年度には 37 名に。

発熱者の内、肺炎・尿路感染による入院数についても平成 26 年 33 名であったが、平成 27 年度は 9 名、平成 28 年には 3 名まで減少することができた。

### 【考察】

- ・ 24 時間体制での状態観察により、早期に変化に気づき対処（こまめで十分な量の水分補給）できたこと、ならびに医師への報告の迅速性と正確性が向上したことが、重篤化の防止に繋がった。
- ・ 高齢者は、口渇中枢の感受性が低下していることに加え、頻回な排泄を敬遠して水分摂取に対する抵抗感が強い傾向にある。また、お茶・水・イオン飲料は日常的に摂取しているため味に飽きている方が多い。それらとは味や触感の異なる水分補給ゼリーの活用により、美味しい物や珍しい物を食べる（飲む）ことの喜びや楽しみを再認識いただけたことで、水分補給量が増加した。

### 【まとめ】

- ・ 発熱の原因となる肺炎や尿路感染症の予防には口腔ケアや陰部洗浄が不可欠であるが、それらに加えて発熱に対する早期発見と早期対応が重要である。
- ・ 発熱の早期発見にはバイタル測定回数の増加が、また早期対応には水分摂取量を増加することが有用である。
- ・ 水分補給ゼリーを活用すると、高齢者が大きな負担・ストレスを感じずに、必要な量の水分を摂取することができる。

## 11. 食事が楽しめる1分間の魔法！

介護老人保健施設 ライフポート泉南

介護福祉士 横山雄紀（よこやま ゆうき）

共同発表者 平元悦子 燃杭亜矢 中谷江利 大江健太郎 楠瀬理恵子

---

### 【目的】

当施設では開設当初から食事前の嚥下体操は昼食前のみ行っていたが、実際、実施できている利用者は6割程度であった。経口維持加算が始まり口から食べる支援が重要視されている。そこで、食事を安全に美味しく食べ続ける事を目的に、栄養サポート委員が嚥下体操の見直しや経口維持支援対象者に対する個別ケアを行ったので報告する。

### 【活動内容】

#### ① 食事動作が自立した利用者に対して

身体が目覚めていない朝食前に、1分間の嚥下体操と献立名の復唱を行った。

#### ② 経口維持支援対象者に対して

対象者ごとに個別性をもったケアを実施した。効果を検証する為、期間は3週間とし、個別ケア実施前後1週間の朝食時のムセの回数をカウントした。

A氏) 朝食前に1分間、嚥下マッサージを実施

B氏) 朝食前に1分間、口を大きく開口し「アイウエオ」の発声を実施

C氏) 朝食前に1分間、「パタカラ」の発声練習と献立名の復唱による発声の実施

### 【結果】

#### ① 食事動作が自立した利用者に対して

昼食前のみの実施では参加率が6割程度だったが、朝食前の嚥下体操では、食事直前に短時間で実施した事や実施内容の簡単さなどの工夫により、ほぼ10割参加。朝食前から会話が増え、覚醒している利用者が増えた。

#### ② 経口維持支援対象者に対して

A氏) ムセの回数は減った。朝食前は頬が冷たかったが、マッサージにより血色が良くなった。食事中に開眼することが多くなり、声掛けにも反応するようになった。

B氏) ムセの回数は減った。関わりを持つことで活気や食欲が増した。3か月後では、食事中に手が止まることが少なくなり、50分程かかっていた食事時間が40分程度で食べられるようになった。

C氏) ムセの回数には大きな変化はなかったが、はっきりと発声できるようになった。

3か月後では、今までむせて出来ていなかったうがいが出るようになり、好きなコーヒーにトロミを付けずに飲めるようになった。

### 【考察・まとめ】

利用者や職員から「朝から目が覚めたわ」「簡単に取組めて、メリハリがついてよかった」等の意見が聞かれた。朝食前の嚥下体操も効果的だという意識が根付き、嚥下能力向上へ取り組む姿勢が高まった。1分間のケア（魔法）を継続したことが活気ある食生活に繋がったと考えられる。高齢者にとっておいしく口から食べ続ける事はQOL向上に繋がり、今後も食事をする楽しみを長く続けられるよう、支援を継続していきたい。

## 12.アーバンでイキイキ！ ～食活～

介護老人保健施設 アーバンケア  
管理栄養士 平川麻実（ひらかわ まみ）

---

### 【はじめに】

ヒトは生まれてから命絶えるまで食に関わる。老健の理念、その使命に基づいて当施設では食からのアプローチ(食活)を設立当初から行っている。食活は種を植え、水をやり育て実を収穫しそれを調理して食べる一連の食の活動をいう。日常活動を促進するとともに、生活機能維持向上させたり、認知機能を改善に向ける等、多くの効果をもたらす食活の活動内容について報告する。

### 【取り組みの目的】

・高齢者の衣食住を考えたとき最大の関心と言っても良いであろう「食」を通して出来る「食活」は楽しみながら様々な効果を期待できる活動となることを目的としている。作業の中で効果的な質問をすることで幼き頃の記憶を回想させ認知機能の改善をめざす。五感をつかって楽しみながらできる調理作業や日々の水やりは作業療法、運動療法となることを目的としている。

### 【取り組みの内容】

・食活として月に1回の料理クラブとホームクッキング、月に2回の喫茶を行っている。日々の作業として入所者が介護士と共に水やりをしたり、料理クラブ、ホームクッキングで行う作業や、調理方法、参加する入所者について介護士と相談しながら勧めている。何を作るかにおいては入所者の意向を聞きながら決めている。

### 【成果】

・料理を作ったり種を植えたり水をやることは過去を回想し認知機能の改善に繋がった。  
・配膳時お皿の数を数えたり調理の手順を考えたりする事は脳を活性化させた。  
・細かい作業で手先を使う、かき混ぜる、普段使わない筋肉を使う、調理の間立位する、毎日水やりをする。これらは作業療法、運動療法に繋がった。  
・調理の際の匂い、野菜や生地の感触、生地を焼く温度や音、匂いは五感を刺激し脳や食欲を刺激した。  
・料理は入所者の意見を参考に企画するため、毎月の楽しみとなり、生活の潤いに繋がり利用者のQOLが上がった。  
・喫茶のコーヒーの香りはほっと和めるひと時をつくる。会話や読書は生活の潤いとなった。

### 【まとめ】

・開始当初よりも入所者の介護度は上がっているが、その中でできる事に気付かされることが多くある。危ないから、大変だからと尻込みせず、できる事を増やしていきたい。安全で楽しい企画とその方法を介護士と共に考えこれからも取り組んでいきたいと思う。

### 13.食べることは生きること ～よどの里の食事革命～

介護老人保健施設 よどの里  
管理栄養士 掛久美（かけ ひさみ）

---

入所者の高齢化が進み、加齢により咀嚼や嚥下機能が低下するため食事量が減り、十分な栄養状態が保てなくなる入所者が増えている。当施設では、利用者に安全なテクスチャーと食べる楽しさを提供できるよう、様々な食形態の工夫と取組を行ってきた。

日常の水分不足から起こる夏場の脱水予防対策に、増粘剤を使用し糖分も加えたオリジナルの『お茶ゼリー』を提供。増粘剤を加えたトロミ茶では水分摂取が進みにくい入所者も、好んで摂取するようになり、脱水改善につながった。

義歯使用者の口腔内の残渣を減らすことを考え、食材ごとの酵素剤や重曹の使用量を調整したところ、食材をしがんで吐き出すことが減った。食形態に『やわらか食』を加え、食べやすい食事を提供している。

一般のきざみ食は食塊を形成しにくく、誤嚥性肺炎のリスクが高まると指摘されてきた。言語聴覚士のアドバイスの元、食材の大きさを見直し、スプーン大の大きさに統一し『きざみ食』の基準とした。食材や料理が見た目にもわかりやすくなり、安全性も配慮した食形態となっている。利用者の嚥下機能によっては、あんかけも積極的に取り入れている。

お粥の形態には、アミラーゼ分解酵素を使用したつぶ粥を加えた。米粒がコーティングされることで、嚥下障害のある入所者に対しても、より安全な形態のお粥が提供できるようになった。

カレーライスやちらし寿司は入所者に人気のあるメニューだが、お粥では食べにくさが伴う。お粥であっても違和感なく食べられるよう、ゼラチン粥を用いて、他の利用者と同様に料理を味わってもらっている。

様々な工夫を凝らしても、重度の嚥下障害の入所者にはミキサー状でなければ摂取が難しいことがある。少しでも食欲が増す工夫ができないかと考え、ミキサー食を魚型や星形など、様々な形に固形化し、安全性と見た目にこだわった『ミキサー食』を提供している。

施設生活の中で食事が楽しみの一つになるよう、バイキングなど様々な取組みも行っている。毎年テーマを設定して月1回実施している『イベント食』は、季節の料理を楽しめる内容になっている。今年のテーマは「弁当シリーズ」。「今日は御馳走の日やなあ」と『イベント食』を楽しみにしている入所者も多い。また、月1回夕食に選択メニューの日を取り入れ、「天井と牛丼」「うどんとそば」などの2種類のメニューから選んでもらっている。昼食バイキングとおやつバイキングは、隔月で交互に実施し年12回の食事イベントとなっている。名物の「回転寿司」では、職員が人力で回すシートの上を、寿司職人がその場で握った寿司を乗せた小皿が回るといふ本格的なもので、入所者の人気も高い。

療養食としての食事であることと共に「美味しく食べることはなによりの栄養になる」ことを形にした様々な取組みが、栄養状態の改善と入所者の生きることを支援する取組みにつながっていると考えている。

## 14. 在宅復帰～もとの生活に戻りたい～

介護老人保健施設 パークヒルズ田原苑  
介護福祉士 丹波若奈（たんば わかな）

---

### 【はじめに】

“もとの生活に戻りたい”という利用者本人の気持ちに寄り添い、“もとの生活”を送る為のアセスメントを繰り返し行い、問題点を挙げて他職種で協働し、在宅での“もとの生活”へ安心して戻っていただけるような取り組みを実施した。

### 【対象者紹介】

A氏 87歳 女性 要介護3 平成28年7月13日当苑入所  
《病歴》 脳梗塞 心房細動 平成28年3月14日 誤嚥性肺炎のため入院  
平成28年4月28日胃瘻造設手術

### 【入所理由】

長女家族と同居し生活していたが、入院中にADLの低下、食思低下もあり注入食になり、自宅での介護が難しくなった為、施設でのリハビリでADLの回復を目指し、在宅へ戻りたいという理由で入所。

### 【取り組み及び経過】

#### ①食事 注入食（2回／日）～経口摂取へ（H28.8.8～H28.9.23）

STによる経口摂取訓練開始。ゼリー摂取からはじめ、その後8月11日からゼリー粥と軟菜を少量摂取に変更となる。SP02 97%～99%維持、食思良好である事から昼食・おやつを8月17日から経口摂取開始。10日間ムセなく嚥下良好で本人の希望もあり、朝食・昼食を経口摂取に変更し注入食を夕方1回に変更する。順調に食事摂取できており、嚥下状態もよく20日間ほどで注入食を中止し、3食経口摂取へと移行する。徐々に食事内容を変更し、最終的に1200kcal軟飯・中刻みになり在宅へ帰れるレベルとなる。

#### ②移動 車椅子～杖歩行へ（H28.8.8～H28.9.23）

PTによる週6回短期集中リハビリ実施。入院中下肢筋力が低下した為、集中的に歩行・立ち上がり訓練をする。歩行安定してきたことからU字歩行器にて歩行開始。その後付き添いにて杖歩行となる。フロアでの生活リハビリを実施する事で常に安定した歩行ができるようになる。

#### ③誤嚥性肺炎予防

STによるリハビリ実施（口腔体操・嚥下訓練）

フロアでの生活リハビリも1日1回昼食前に実施。在宅でも一人でできるメニューを考え覚えて頂く。

#### ④自宅環境

家族とのカンファレンスを行った結果、3か月での退所が難しく12月中旬に退所できるようスケジュールを調節する。退所後、デイケア週3日利用。月1回ST訪問。

### 【考察】

利用者の気持ちに寄り添いながら問題点に取り組んだ事で、在宅へ戻られてからの生活のイメージができ自信に繋がった。他職種との情報共有をすることでチームとして、その方にあった個人支援ができた。本人・家族からも『リハビリで状態がよくなり不安なく家に帰れた』と喜びの声を聞く事ができた。

## 15.統一したチームケアを目指して

吹田市介護老人保健施設

介護福祉士 荒木将広 (あらか まさひろ)

共同発表者 宗林香里 壺井歩見

---

(はじめに)

認知症のBPSD(周辺症状)で見られる、昼夜逆転や介護抵抗は問題と捉えがちであるが、今回、チームで検討し、統一したケアに取り組んだことで、穏やかに施設生活を送ることができた事例について報告する。

(事例紹介)

A氏 女性 70歳代 要介護度3 日常生活自立度A2 認知症度IIa

既往歴 アルツハイマー型認知症 糖尿病 慢性胃炎 腰痛 アルコール依存症

入所当初から日中は傾眠傾向にあり、活動されることはほとんど無いが、夜間は活動的となる昼夜逆転状態で、不眠と徘徊行動があった。また、他の利用者の部屋に入り、激しい口調で口論となることや、排泄介助を行う時など、スタッフに対して殴る蹴るといった暴力行為や焦燥した様子で「うるさい！」等の攻撃的な返答も多くみられていた。

(経過)

まず、A氏の行動を理解するために「ひもときシート」を用いて現状把握を行った。その後、カンファレンス・勉強会を開催して、どのようなケアが望ましいのかを検討したところ、焦燥しているのは、十分に睡眠できていないからではないかと考え、日中の活動促進と休息を考慮したケアを提供することとした。

具体的には、スタッフやご家族と共に、施設に隣接する公園へ気分転換を図るために外出・散歩をすることや、A氏が取り組みやすい作業として、おしぼりたたみやテーブル拭きを行ってもらったこととした。

これらは、日々のスケジュールとして提供できるよう、スタッフに協力を依頼し、統一したケアとして継続したところ、夜間の睡眠時間に関して、次のような改善傾向がみられた。

・入所からカンファレンス等開催日までの状況(17日間)

6時間以上：6日、6時間未満：8日、0時間：3日

・ケア実施後の状況(19日間)

6時間以上：14日、6時間未満：3日、0時間：2日

また、おしぼりたたみ等の作業では、他の利用者から指摘されると苛立たれ、落ち着いて作業に集中できなくなることもあるため、なるべく個別で作業できる環境を提供した。結果、興奮状態も軽減し、集中して作業に取り組むことが出来た。

(結果・考察)

日中に活動するケアを増やし、継続したことで、徐々に昼夜逆転の生活が改善され、夜間の睡眠時間を獲得した。夜間の睡眠の獲得は、焦燥している状態を軽減させ、他利用者とのトラブルやスタッフに対する介護抵抗による暴力行為等も減少させた。また、リハビリやレクリエーション等、他の活動にも意欲的に参加されるようになり、穏やかに施設での生活を過ごされるように変化した。

今回「ひもときシート」を用いて問題を抽出し、チームで統一したケアを行ったことで、A氏の穏やかな施設生活を送れるように援助できたといえる。今後も、利用者一人ひとりの状態を適切に把握し、良質なチームケアの提供を目指し、努力していきたい。



## 16.生活リズムの改善から見られた生活状況の変化 24時間行動把握シートを活用して

介護老人保健施設 ニューライフガラシア  
介護福祉士 室留圭吾 (むろとめ けいご)  
共同発表者 重信嘉彦 中家翼

---

### I. はじめに

昼夜逆転し不穏状態であるA氏に対し、生活リズム改善の為の支援を行ない、24時間行動把握シートを活用した事で、生活リズムがデータ化された。そして、職員間で情報共有し、ケアの時間や実施内容を評価して見直しを行ない、取り組んだ内容を報告する。

### II. 対象者

A氏 99歳 女性 介護度：要介護4 自立度：B1 認知症度：Ⅲa HDS-R：14  
移動：車椅子(他操) ADL：見守り～介助 昼夜逆転し不穏状態となり、帰宅願望を強く訴え、見守りや付き添い対応が必要。立位や危険な車椅子操作で転倒を繰り返している。

### III. 支援過程と結果

昼夜逆転の要因を把握する為、24時間行動把握シート(以下シート)を作成。日中・夜間の支援時間を統一し提供した内容を記入し評価。実施期間：2016年5月1日～8月31日

5月1日～7月13日…日光浴や散歩、エプロンたたみ、数字並べなどの活動に取り組んだ結果、帰宅願望や不穏が減少し会話内容が支援前より改善した。夜間の不眠は減少したが、何度も覚醒し排便の訴えがあった為、日中に排便を促した結果、排便の訴えは減った。

7月14日～8月1日…梅雨や外気温の上昇で日光浴や散歩の時間、回数が減少した結果、傾眠が多くなり活動に取り組めず帰宅願望や不穏、不眠が増加。意思疎通が難しくなった。

8月2日～8月31日…新たに活動項目を追加した結果「私でも役に立てて嬉しい」などと会話ができる様になり、帰宅願望や不穏が減少し、穏やかに過ごす時間が増加した。

### IV. 考察

シートに行動を記録した事で、生活状況が把握できた。職員間で情報共有し、ケアの時間・実施内容の見直しを行い、活動項目を増やした。毎日同じ時間に継続してケアの提供を行った。すると、昼夜逆転や不穏が減少し会話ができるようになり、穏やかに過ごすことが増えた。このことから、生活リズムの改善には生活状況を把握した上で、職員間の情報共有、ケアの時間・実施内容の見直しが大切であることが学べた。

しかし、生活リズムが改善した事でA氏の行動が速くなり、転倒リスクが更に高くなった。そこで、シート上で危険な車椅子操作や、不穏などが多くみられる時間帯や要因の予測を行った。付き添いや声かけ、訴えを傾聴することで転倒件数が減少した。

シートを作成し、生活リズムをデータ化し統一したケアを提供した事で、生活リズム改善の為の支援内容の重要性に改めて気付く事ができた。

### V. おわりに

生活リズムの改善には、対象者の状況を把握することが重要である。そのために、職員間で情報共有、統一したケアを提供する事が重要であると学んだので今後活かしたい。

## 17.ハンドケアを通じた身体ケアの向上 ～セラピューティック・ケアの実践を通して～

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 許斐良子（このみ よしこ）

共同発表者 松本さとみ

---

はじめに

人間は一生の間、人とのスキンシップを必要とする。特に幼児期と高齢期における必要量は高いという研究結果もある。これらがないと、孤独感や不安を感じ、自分は必要とされていないとか、生きる価値のない人間なんだというネガティブな感情に襲われる。よって、高齢期にある利用者には豊富なスキンシップが必要であると考えた。

そこで、知覚・感情・言語による包括的コミュニケーションに基づいたケアの技法、ユマニチュードの3つ目の柱「触れる」に着目した。さまざまな機能が低下し介護が必要となった利用者、「広く」「柔らかく」「ゆっくり」「なでるように」「包み込むように」というポジティブな触れ方を意識し、ハンド&アームケアに取り組んだ。“手のぬくもりは、心のぬくもり”というスピリットを届ける、セラピューティック・ケアの活動過程と結果について述べる。

### 【セラピューティック・ケアとは】

「治療力のある介護」と直訳される。がその実は、触れること（手当て）に簡単なテクニック（撫でる）を加えただけの、技術的にシンプルなもので心のケアを目的としている。施術を受ける時、衣服の着脱もいらず椅子に座ったままで受けられる。この技術は、マタニティーからターミナルケアまでをカバーし、「癒し癒されるケア法」である。

### I, バラの香りに導かれ、癒しの空間へ誘う活動ステップ

- ステップ1：セラピューティック・ケア研修後ハンド&アームケアで“触れる”に決定
- ステップ2：ハンド&アームケア施術を習得する研修会を7回開催した。
- ステップ3：テキストを参考に北部館試用「ハンド&アームケア手順書」を作成した。
- ステップ4：癒しを高める相乗効果グッズを選択した。
- ステップ5：「かるがもの会」（家族会）で、家族にハンド&アームケア施術を披露した。
- ステップ6：療養階で利用者のハンド&アームケア施術計画を立案し実施した。

### II, 結果

ハンド&アームケア施術者である私たちの心が安らかになる、そして家族も利用者もリラックスでき、幸せな気分・良い顔になる。ケアしながらスキンシップがとれ、相手と気持ちの交流ができる両手で伝えるやさしいコミュニケーションの効果は絶大である。

### III, 考察

快・不快の情動を頼りに生活している利用者、思いやりを込めた両手で直接触れ、手のぬくもりで抑圧された感情を解き放つ“広く、優しく、ゆっくり”を意識した“触れる”介護を今後も追究し続ける。

## 18.家族の悩みと利用者の希望に向けた取り組み～老健の存在意義を考える～

介護老人保健施設 セレーナなとり  
作業療法士 樋口勇弥 (ひぐち ゆうや)

---

### 【はじめに】

今回、在宅復帰の希望があったが娘が在宅復帰に対しての不安があった為、特別養護老人ホームに妻と一緒に入所することが決まっていた症例を担当した。在宅復帰へ向けた、その後の多職種の間わりと家族支援の経過について、以下に報告する。

### 【事例紹介】

【氏名】：A氏 【性別】：男性 【年齢】：80代 認知症の妻と二人暮らし、O氏が妻の介護を行い、在宅生活を行っていたが妻が施設に入所。その後、A氏が多発性脳梗塞を発症し、B病院に入院し、治療安静後、妻と同じ施設に入所。【疾患名】：起立性調節障害、多発性脳梗塞 【キーパーソン】：娘 【Demand】(本人)：家に帰って一人で住みたい。

(娘)：施設に入所してもらおうと安心。【ADL】：FIM：124/126 減点項目：移乗、階段：修正自立、BI：100/100【介護度】：要介護4、HDS-R：22/30 MMSE：29/30

### 【問題点】

A氏の在宅復帰への問題点としては、①A氏は、危険管理が乏しく、在宅復帰すると無理をし、血圧の変動で倒れる恐れがある。②血圧が上昇し、道端で倒れていたことがあり、何かあったとしても安否確認ができないことに対して不安がある。③生活能力が高いにも関わらず、娘がA氏の能力の理解が不十分で、一人暮らしは無理だと決めていた。

### 【対策】

多職種、家族に今後の方向性について話し合う機会をつくった。①リハビリ時に自身で血圧を測定し血圧管理をしてもらう。低血圧、高血圧による身体へのリスクを説明し、危険管理を促す。②娘の自宅に近い距離の有料老人ホームに入所することを提案した。③A氏の生活能力を説明し、居宅サービス利用しながら生活が行えるように提案した。

### 【結果】

A氏の生活能力を理解し、不安が解消され、意見が変わり、現在、A氏の「一人で住みたい」という希望を叶えることができるように話は進み、娘の自宅に近い有料老人ホームを探してくれている。リハビリ時は自己にて血圧を測定するようになり、血圧に対しての危険管理もできている。

### 【考察】

娘の自宅に近い有料老人ホームに入所することで、A氏の緊急時に娘も行きやすく、不安の軽減に繋がった為、特別養護老人ホームから有料老人ホームに方向性が変わったと思われる。

今後の課題としては、家族の介護サービスに対する理解が乏しいことから介護サービスの知識を増やし、家族に伝え、多職種と連携をとり、今後の方向性について細めに話していく必要があると実感した。また、一人で悩むことなく、相談できるような環境を作り、可能な限り在宅生活ができるよう支援し、老健の存在意義を再度自覚しながら、今後も在宅復帰に向け支援していく必要があると考える。

## 19. エンド・オブ・ライフケア（看取り）の構築をめざして

高石市立老人保健施設 きやら（伽羅）の郷  
看護師 松井幸法（まつい さちのり）  
共同発表者 奥野隆司 岡田薫 三宮由美子

---

### 【はじめに】

迫りくる2025年の超高齢化社会問題を見据えて、エンド・オブ・ライフケア(看取り)の需要が大きくなっていくのは必至である。その受け入れ先となるのは病院などの医療の場だけではなく、地域社会に根付いた我々の勤務する介護老人保健施設においても、少なからず積極的に受け入れていかねばならない状況である。

本来、在宅復帰支援を目的とする介護老人保健施設ではあるが、その時々時代の背景や地域の需要に応じて、支援の在り方も検討していく必要があると考える。利用者や家族の立場からみても、住み慣れた地域社会の中で家庭的な生活環境を提供し支援をしている介護施設で、最期を迎えることが出来るという安心感と、頻度が多くなるであろう面会などの利便性からみても、そのニーズが高くなっていくものと考えられる。

### 【目的と方法】

当施設でも、積極的にかつ、前向きに検討する必要があると考え、昨年度にエンド・オブ・ライフケア（看取り）の準備委員会を発足し具体的な取り組みを始めた。活動内容は、①看取りケアの資料集め ②外部研修 講習会 近隣施設との交流会などに参加しての情報収集 ③全スタッフへのアンケートによる意識調査を始めた。

その中で、まずは我々看護職が主導してアンケートを作成し、全職員に配布して個々の看取りケアに対する意識調査から始めた。調査では、それぞれの死生観や尊厳死の考え方、看取りケアを開始した場合に不安に思う事などを設問して、それらを重点的に話し合う勉強会を行ってきた。勉強会のテーマを『意識改革と心構え』とし、伝達講習や情報交換を繰り返し、説明と話し合いによって理解を求めた。援助支援の過程や、いざという臨終の場面で利用者や家族の方々から「ありがとう」のお言葉をいただけるよう、これまで以上に心のこもった暖かい対応、そして、気持ちに寄り添ったチームケアを全スタッフが一丸となって実践できるようなケアの必要性を訴えた。

### 【結果】

繰り返し行った勉強会の後に、スタッフの意識の変化について再度アンケートを実施したところ、少しずつではあるが不安感の軽減やエンド・オブ・ライフケア（看取り）に対する考え方の認識に変化がみられていった。

### 【おわりに】

エンド・オブ・ライフケア（看取り）の構築をめざして、まずは受け入れ態勢に必要な情報の共有と認識の統一を図れたことで、受け入れ側の精神的なベースを作ることが出来たのではないかと思う。

多種職が勤務する介護老人保健施設だからこそ出来るという看取りケアを、各専門職との意見交換も重ねながら連携し、利用者や家族の気持ちに寄り添い、あらゆる場面での援助ができるような環境づくりを続けたい。

## 20.グリーンライフにおける看取りについて

介護老人保健施設 グリーンライフ  
介護支援専門員 稲葉泰峰（いなば たいほう）

---

### <はじめに>

平成27年5月よりグリーンライフにおいて、看取りが開始された。  
これまで、亡くなる前提としての対応は行っておらず、新たなケア分野が生まれたことになる。  
その過程と取り組みについてまとめてみた。

### <内容>

#### ●平成27年、28年の看取り実施状況。

実際に施設側と家族とが「看取り」を同意の上で進める場合は、契約を交わし実施した。

- ・契約を交わした看取り介護実施者…10名。
- ・契約を交わさず看取り介護実施者…1名。
- ・在宅での看取り者…1名。

#### ●看取り介護はどのように行われていたか。

- ・状況説明…施設医師より利用者の身体状況をもとに、延命か看取りの分岐点である旨の説明。
- ・意向確認…直接本人に確認できたケースはない。家族が決定している。
- ・看取り場所の希望…看取り場所の検討。（結果的にグリーンライフを希望することが多かった。）
- ・居室状況…個室1名。多床室10名。
- ・家族が付き添う時間…面会時間内。
- ・生活状況…ほぼ全ての方がベッド中心の生活となり、生活全般介護を要する。  
入浴は清拭へ。トイレ誘導者は床上排泄へ。食事は点滴実施へ。  
全ての方がモニターを装着してはいないので、頻回に巡回を行った。

特性として、

- ・延命か看取りの決定が、本人の意思確認が出来ない為、自然と家族が担う事になる。
- ・家族にとっては、急な看取りであっても、老健施設として看取り場所を提供できた。
- ・看取り機能は備えつつも、介護施設であり、設備には限度がある。（霊安室、家族控室など。）
- ・看取りの中心は、もちろん利用者本人であるが、施設と家族との「協同作業」の側面が大きい。

#### ●グリーンライフと家族の協同としての看取り。（一事例を通して）

- ・看取りケア実施にあたり、勉強会を実施。関わる職員の不安を減らし、積極的な関わりを促した。
- ・家族の面談を通して、本人の意向を酌み取り、その思いを具体的な形として提供を検討した。  
（聴きたい音楽の提供。好きな食べ物の可能な範囲の提供。居室での装飾などの工夫。）
- ・家族と職員が本人の人生をより理解できるツールとして「人生ノート」の作成。

#### ●取り組みの過程を通して。

- ・グリーンライフの看取りは、本人の意向を辿りつつ、家族が決定する現状。
- ・看取りとなっても、家族はいかに進めるかわからない事が多く、主体的に考える事が難しい。
- ・より良い終末期を過ごすためにも、職員が歩み寄り、介入し支援を行う必要があるのではないか。  
そうした関わりが、亡くなった後の満足感につながると思われる。

## 21.看取り対象者における個別的な食事支援について

介護老人保健施設 サンガーデン府中  
介護福祉士 松下直史（まつした なおふみ）  
共同発表者 北野志津香 成重直仁

---

### 【はじめに】

看取り計画において、「できる限り口から食べて欲しい」と家族からの希望をもとに、好きな物を少しでも食べて頂けるように介護福祉士が中心となって多職種と連携し経口摂取支援に取り組んだ事例を報告する。

### 【事例紹介】

A 氏 女性 85 歳 要介護度：5 病名：アルツハイマー型認知症、糖尿病  
障害高齢者の日常生活自立度：C2 認知症高齢者の日常生活自立度：IV

認知症の進行と共に、食べ物への認識力の低下、機能的原因による摂取障害があり、食事摂取量に変動が見られ、平成 28 年 6 月頃より食事摂取量が顕著に低下。同年 8 月に健康状態が悪化し、家族との話し合いの結果、施設での看取りを希望されていた。食事介助は、口腔内に入った食物が口角から流れ出てくる状況であった。

### 【対策】

言語聴覚士の食事条件は以下の 2 点である。

1. ベッドの角度を約 30 度にし、重力を利用して送り込みの補助を行い、嚥下反射を促すために咽頭マッサージを行う
2. スプーン介助後に右頬全体を掌で円を描くように大きく動かししっかりマッサージを行う

言語聴覚士の評価内容と共に、介護福祉士が行ったケアは以下の 5 点である。

1. 家族に嗜好品を聞き、献立に嗜好品を取り入れる
2. 一度に摂取できる量や時間に限界があり、食事時間以外にも補食やジュースを提供する
3. 時間別で食事摂取量のアセスメントを行い、多く食事摂取できている時間に水分摂取を促し、嗜好に合わせながら、高カロリーの栄養補助食品を提供する
4. 疲労等で、食欲に影響が出ないように入浴時間を調整する
5. 覚醒状態の不良や溜め込みが見られた時は、食事を中止することを職員間で統一する  
上記の対策を加えて、管理栄養士と随時、食事内容について検討や変更を重ねケアを実施した。

### 【結果】

取り組み開始 1 ヶ月程度で食事摂取量が増加し、1 日約 500～700kcal 摂取できるようになり、次第に状態が安定した。そして、毎食食堂で食事を摂っても、疲労なく摂取ができるまでになった。

現在では、在宅復帰へ向け、担当者会議を開催し、居宅サービス事業者へ介護指導を実施している。家族は「これほど状態が良くなると思っていませんでした。」と話され、ご自宅に帰ることに向けて「帰って来るのがとても楽しみです。」と喜んでいる。

### 【まとめ】

日常の介助を行う介護福祉士が、チームの一員として 24 時間連続的にケアを実践したことで食事摂取量が増加した。日々の状態の変化や食事の摂取状況を積極的に多職種と意見交換しながら、タイムリーに情報を繋ぐことでケア方法の更新が随時でき、身体状態の安定に繋がったと思われる。

取り組み当初は、状態が低下し看取りを意識していたが、A 氏に合った食事支援の継続が在宅復帰の実現に繋がり QOL の向上に繋がったと考える。

## 22. 利用者の立場から見た認知症介護 ～利用者の立場を体験する～

介護老人保健施設 ベルアルト 通所リハビリテーションセンター  
介護福祉士 高塚祥彰（たかつか よしあき）

---

### 【目的】

当センターでは、日々の業務が繁雑であり、介護者は利用者に関わりを持つ時間が少なく毎日が同じように感じ、認知症介護に関しては流れ作業に見えることがある。不快なく、楽しんで過ごしているのか疑問に思う時もあり、利用者の立場に近づく方法を実際に介護の現場で行い、視えていない事が視えてくるのかを実践することで認知症の介護を考えてみた。

### 【実施方法と結果】

1. 介護職員21名に「あなたが利用者であるなら認知症フロアかその他のフロアかどちらで過ごしますか」とアンケートをとり、結果、認知症フロアで過ごしたい職員が11名、それ以外の職員が10名となった。認知症フロアで過ごしたい理由として「体調が悪いときすぐに気付いてくれる」「自分のペースで過ごせる」「他の人に気を使わないで過ごせる」だった。反対にそれ以外と答えた職員は「友達ができるのか不安」「活動は自分では分らないので職員の声掛けがないと行けない」「拘束される感じがする」等の意見だった。

2. 私が認知症フロアで利用者として一日を過ごすことを体験した。その中で「時間」「環境」「人的要因」をポイントとして視ていくこととした。利用者として体験した結果、職員の大きい声や元気な挨拶は空間の空気を変える事がわかった。待っている時間や何も活動していないとき、時間は10分でもつらく感じた。職員同士の会話で本人を目の前にしての言葉遣いや声の大きさ、皮膚赤外線体温計での検温時、声掛けがなく測定していたことに違和感をあつた。利用者との会話をすると周りの利用者も聞いていて動く人に利用者の視線は追っている事が多かった。他にも多数の気づきがあつた。

### 【考察】

1. 認知症フロアで過ごしたい職員が11名で半数がそれ以外と答えが出たが、答えの数字に関しては特に大きな意味を持たず、(認知症利用者の過ごすフロアを職員が決めているが、私たち同様どちらで過ごすのか選びたい方もいる。)という事を職員に伝達した。それ以外と答えた意見は、どの職員も感じるものであり、配慮が必要と感じた。

2. 認知症フロアで利用者として一日を過ごすことを体験したことから、今までは、介護者の立場から一方的に関わっていたと反省することができ、利用者の立場を経験しないと視えない事があるという大切なことを認識した。

また、このことは以前学習した「パーソン・センタード・ケア」に基づいた、一人の人として尊重した対応をするという考え方をさらに深めていくきっかけになった。これらの体験をもとに、今後は利用者によりしっかりとした対応を意識して関わり、親身になって考えられるように認知症介護について学習を深めたいと考える。

### 【まとめ】

利用者の立場を体験して、その状況を理解することは、認知症介護を考えるうえで良い経験になった。

## 23. ‘触れる’ ことによる BPSD 緩和への援助 ～タクティールケアを用いて～

介護老人保健施設 きんもくせい  
介護福祉士 近藤志穂里（こんどう しほり）  
共同発表者 大屋奈々恵 西口雄大

---

### 【はじめに】

タクティールケア（以下ケア）とは背中や手足を柔らかく包み込むようにゆっくり触れるケアであり、認知症のある利用者の徘徊や攻撃的言動などの周辺症状に効果があり、また癌患者の疼痛緩和にも実施され、効果が認められている。当施設入所中の帰宅願望・不眠を訴える利用者2名と疼痛のある癌末期利用者の3名に対しケアを実践した事例を報告する。

### 【事例紹介】

事例1 A氏 80歳男性 アルツハイマー型認知症 帰宅願望や徘徊・攻撃的口調がある。

事例2 B氏 97歳女性 アルツハイマー型認知症 在宅より不眠が続き、夜間の中途覚醒時は帰宅願望の訴えが強い。

事例3 C氏 95歳女性 膵臓癌 ステージIV 余命2ヶ月 腰背部・下肢痛の訴えが強い。

### 【実施方法】

事例1.2は、ソファーに誘導し、リラックスさせ両膝を施術者の両足で包み込むようにして向かい合って座り、優しい口調でゆっくりと声掛けしながら実施した。

事例3は、ベッド上で仰臥位のまま実施。施術者はベビーオイルを手に取り、片手ずつ5分を目安に、手の甲から指先に一方方向で、ゆっくりと撫でるように指先に向かい指で円を描くようにマッサージした。手を払いのける動作等の拒否がある場合には中止とした。

### 【結果】

A氏は帰宅願望が出現する15～17時に30日間ケアを実施。ケア誘導時はスタッフの声掛けに対し「ほっとけや」等の強い口調で表情も険しい様子であった。しかし、ケアを拒否することはなく手には力が入っていたものの終了時までじっとケアの様子を見ていた。実施6日目には笑顔で家族の話をしたり、目を閉じ「眠くなってきた」「ありがとう」「気持ち良かった」と穏やかな表情が見られた。家族からも「話を聞いてくれる事が増えた」等好意的な感想があった。本やTVに集中し、誘導の声掛けに対し強い口調になることが減少した。

B氏は夜間中途覚醒時ケアを行った。始めの3日間は帰宅願望が強くケアに対し、手を払いのける等の行動がありケアを中止したが、後半の2日間は、目を閉じ穏やかにケアを受け、終了後は「ありがとう、気持ちいいわ」とすぐに入眠できた。

C氏は2日間しか実施できなかったが、ペインスケール5段階評価で4～5のレベルから2～3レベルに改善した。

### 【考察】

認知症のある利用者にとってタクティールケアは、精神的・身体的安楽をもたらす言葉以上に安心感を与えることができると言われている。人の手には温もりと、施術者の相手への思いが込められており、馴染みの介護者がこのケアを実践することでより効果があったと考えられる。

### 【終わりに】

ケアは認知症のBPSDの緩和効果を検証できた。認知症のある利用者にも精神的・身体的安楽をもたらしてくれるケアをこれからも広げていきたい。

※あてはまる箇所をそれぞれ一つずつ選んで○印で囲んでください



## 24. 認知症高齢者も『自由』に『わたしらしく』暮らしたい ～認知症フロア再考～

松下介護老人保健施設はとぴあ

介護福祉士 品山尚美（しなやま なおみ）

共同発表者 松浦和孝 森田真央 近藤沙織

---

### 【はじめに】

「自己決定」と「自分の体を使い続ける」ことが高齢者の自立を促すために重要といわれる。それは認知症高齢者にとっても同じである。私達は、『できない・危ない』など介護する側の一方的な考えからのケアとなっていないか再考し、本人がやりたい事を尊重し個々に合った役割を自由に自然な形で行える場を支援し、利用者個々の『わたしらしさ』を表出できるよう取り組んだので報告する。

### 【取り組み期間と内容】

期間：2016年4月～2017年3月

#### 1. 環境の調整

- ① 閉鎖的であった認知症フロアを大型テラスがある階へ移動した。テラスを日中開放し、園芸・日光浴やカフェができるように環境調整をした。
- ② ソファなどくつろげる空間を増やし、編み物・化粧品などを設置、趣味・手作業が自由に行えるようにした。
- ③ センサーを全廃、利用者の行動の制止は原則なくした。

#### 2. 生活リハビリを含めた適切なケアの実践

ユニットを再編成し、専属のリハビリスタッフをフロアに配置して多種の小集団リハビリを展開、さらに全職種が1日24時間の生活行為すべてをリハビリと認識してケアを行った。毎日多職種カンファを行い、ミニ勉強会も開催した。

### 【結果】

テラスに自由に出入りして外気や日光に触れることで概日リズムに好影響を与え、さらに、行動を制止しないケアとあいまって拘束感が薄れ、フロア全体が穏やかな雰囲気となった。テラスに出る方も多く、自発的に花や野菜の世話や洗濯物を干したりテラスの掃除をすることで利用者同士の会話も増え表情もいきいきしてきた。

日々の多職種カンファは情報共有の場となり、個別的なケアの調整や課題解決がタイムリーに行え、独居は困難と思われた方が在宅復帰できた。また、センサー全廃後も事故件数の増加はなく、スタッフのアセスメント力の向上にも繋がった。気楽に参加でき意見交換のできるミニ勉強会を行った事でスタッフの認知症ケアへの意識がより高まり、スピーチロックがなくなり、利用者・スタッフ双方の表情も明るくなった。

### 【考察】

これまでは、「できない・危ない」など安全を優先するあまり「わたしらしさ」の表出を支援できていなかったため、そのストレスから発生したBPSDや生活の乱れも多かったと考える。しかし、24時間の全てが生活リハビリと認識し、利用者個々にあった役割発揮の場を支援することや、スタッフの対応を含め利用者を取りまく環境を色々な視点から調整したことで、BPSDやその負の連鎖を軽減できただけでなく、「わたしらしい自由な生活」の支援に繋がったと考える。

### 【終わりに】

個々の役割発揮の機会をもち、「わたしらしい自由な生活」へと調整することで意欲や自発性を高め、いきいきとした生活を支援することができる。認知症高齢者でなく一人の人間として本人の意思決定を尊重した支援を忘れずに、ひとり一人の『わたしらしさ』を実現していきたい。

## 25.懐かしさから元気を取り戻そう ～昭和を再現したリフォームから～

介護老人保健施設 なごみの里  
介護福祉士 勝木大介（かつき だいすけ）  
共同発表者 尊田幸一

---

### 【はじめに】

当施設の認知症専門棟は、昨年12月に昭和20～30年代を再現したリフォームが完成した。これは、入所の利用者層が70～80歳代が中心であるため、その世代の方々が最も元気だった時代を再現し、懐かしさから当時の元気を取り戻してもらおうというコンセプトである。今回、リフォーム後の取り組みにより意欲の向上がみられた利用者の事例を紹介する。

### 【対象者】

男性 70歳代 要介護度：3 寝たきり度：B2 認知症度：Ⅲa  
移動は車椅子で、日中は食堂で過ごしているが、トイレ以外、自発的な行動はほとんどなく、ついでにテレビを眺めたり、うたた寝をしていることが多い。その場に「居たい」というよりは、仕方なくその場に「居る」と感じる利用者で、表情も乏しい。

### 【研究方法】

昭和を再現した和室（レクリエーションルーム）で臨床心理士の指導のもと、決まった時間に週1回のグループ回想法を実施。それとともに習字、生け花、ハンドマッサージ、おやつづくりを選択プログラムとして毎日提供し、本人の発言内容の変化と Vitality Index の介入前後（3ヶ月間）の得点比較を行った。

### 【調査に際しての倫理的留意】

発表の対象者とその家族へ研究の目的や、個人情報取り扱いについて説明し、協力の同意を書面にて得た。

### 【結果】

和室では「懐かしいわ、昔はどこもこんな感じやったわ」「母親がミシンを使って洋服を作ってくれたわ」等と様々な回想が展開した。回数を重ねるごとに「今日も行くんやろ」「今日は何するんや」等の言葉もあり、笑顔が出ることも多くなった。また、職員に自発的に挨拶をしたり、多くはないが、食堂で他利用者との会話が生じるようにもなった。Vitality Index は7点から9点の向上がみられた。

### 【考察】

決まった時刻に決まった場所でレクリエーションを行うことで、習慣化され、その空間が自分の馴染みの場所となったと思われる。さらに、レクリエーションを実施する場所自体が懐かしさを再現し、回想が引き出されるようになっているため、対象者が第一線で活躍していた時代と重なり、自発的な発言の表出や意欲指標得点の向上がみられたと考えられる。以上のことから、職員の積極的な関わりと懐かしい空間を再現した場の提供の両方が対象者に良い影響を与え、意欲を引き出すことができたのではないかと考えられる。

## 26. デイケアでやりたいことをみつけよう～進化する活動パネルはあなたの未来予想図～

介護老人保健施設 つくも

介護福祉士 白数美紀子（しらす みきこ）

共同発表者 平野裕子

---

### はじめに

当デイケアでは、毎日、疾病や ADL・社会背景等の異なる 50 名前後の方が利用されている。中には入浴・リハビリ・食事など決まったプログラム以外の時間を持て余している利用者もいる。そこで、「活動ボード・パネル」というツールを用いて、個々のニーズや希望に合わせた新しい取り組みを行ない、良い結果が出たので報告する。

### 目的

利用者が余暇時間を有効に使い、生きがい・やりがいを見出して自己決定し、利用者同士の交流の活性化や社会参加ができるように職員が支援する。

### 方法

取り組み前後に、利用者へ余暇時間についてアンケートを実施し、満足度調査を行う。

「活動ボード・パネル」を作成し、見えた情報を基に活動、交流へのアプローチを行う。

「活動ボード」とは、利用者の過去・現在の情報に加え、これから、やってみたいことを加味し、分かりやすく、曜日ごとに書き記すものである。

「活動パネル」とは、現在どんな活動があるか写真を中心に紹介しているものである。

スタッフ、利用者の双方が「活動ボード・パネル」の情報を基に活動に繋げていく。新たな情報があれば都度、追加、更新していく。

特徴は、大きく 4 つある。

- ① カルテからの情報の視覚化。（手芸・書道・麻雀・囲碁・詩吟など）
- ② 何ができるか、何をやってみたいか、直接利用者に聞き取りを行う情報の掘り起こし。
- ③ 利用者が実行できる役割をみつけるアプローチ。（喫茶店補助、ポット洗い、エプロンたたみ、机拭きなど）
- ④ 利用者同士を結びつけるきっかけ作り。

### 結果

「活動ボード・パネル」を見て自分から「～をしたい。やってみたい。」との声が出てきた。

自分からアクションを起こさなかった方も自ら参加するようになった。

利用者同士で話をするきっかけ作りが出来て、会話することが増えた。

満足度に関するアンケート結果も取り組み前は 34%であったが、取り組み後は 94%と大幅に向上した。

### 考察

リハビリ・入浴・食事以外の余暇時間を充実させることが満足度の向上に繋がったと考える。スタッフも ADL だけではなく IADL にも目を向けることで今までと違うアプローチをすることが出来て、QOL の向上にも繋がった。利用者同士で活動を進めていくケースもある。今後の課題として、一人で静かな時間を過ごしたい方への取り組みを検討する必要がある。

### 結語

今回「活動ボード・パネル」によって、目標や役割を見つけ、チャレンジする喜びを持つようになった。「好きな事をする→楽しみ続ける→出来るようになる→自信を持つ→自身の存在感→生きがい」となるような関わりをこれからも継続し、今後も魅力あるデイケアを目指してパネルを更新していきたい。

## 27. レクリエーション楽しんでいますか？

介護老人保健施設 ライフケアながやま  
介護福祉士 田端由美子（たばた ゆみこ）  
共同発表者 布藤晶子

---

**【はじめに】**当施設デイケアで毎日行っているレクリエーションを本当に利用者たちが楽しんでいるのだろうか？‘あーよく笑った！’‘楽しかった’‘ありがとう’と言う利用者も確かにいるが、‘また同じゲームか’‘という声も耳にする。マンネリ化をなくし、利用者を楽しんで参加していただくための方法を考え、その結果と今後の課題を報告する。

**【方法・結果】**全利用者101名中レクリエーション利用者62名を対象にアンケートを実施した。介護度別には要支援4人・要介護Ⅰ13人・要介護Ⅱ27人・要介護Ⅲ9人・要介護Ⅳ8人・要介護Ⅴ1人

I. レクリエーションには参加していますか？

1 イエス 55名89% 2 ノー 7名11%

II. どのようなレクリエーションを行ってほしいですか？

A 上肢を主に使う運動 20名32%

B 下肢を主に使う運動 13名22%

C 音楽 5名8%

D 脳トレーニング 20名32%

E 少人数制のグループ分けレクリエーション 4名6%

F ボランティア集会

III. 具体的にレクリエーションで何を希望しますか？

将棋・トランプ・麻雀 4名6% 脳トレーニング20名33% 外出3名6%

体を動かすレクリエーション33名53% その他2名3%

アンケートをもとに以下の改革を行った。I. スタッフが共通の認識を持つため1週間に2回残存機能の維持・向上について基礎知識を学習した。II. 使う筋肉を意識してもらうためデイルームに全身の筋肉図を貼った。III. 今までの1週間レクリエーション予定表を1か月単位のレクリエーション予定表に変更した。その結果参加者が増えた。

**【考察】**利用者の希望を考えずレクリエーションを組み立てていたが、全身の筋肉図を貼ることで分かりやすく説明することができ、興味と関心が得られた。アンケートを調査した結果から利用者が何を求めているかが明確になり、また1か月の予定表を配布することによってレクリエーションに対する楽しみができたことが、参加利用者が増えた要因と考えられる。

**【結論】**当施設利用者にレクリエーションに対するアンケート調査を行うことでマンネリズムを排除し、新しい気分を感じさせ目的のある時間へ変えることができた。これからも通所される利用者の介護度・認知度の状況を把握した上で、それぞれのニーズに応じたレクリエーションを展開していきたい。

## 28. 在宅での生活状況を多職種で共有し通所リハビリテーションを実施できた一症例 ～ICT ツールを活用した法人内連携～

介護老人保健施設 ケーアイ

理学療法士 榎本有希（えのもと ゆき）

共同発表者 苅谷浩志 中村光晴 徳田智浩

---

【はじめに】通所リハビリテーション(以下通所リハ)利用開始後 6 か月で、本人・家族の希望であった端座位での自己導尿を獲得したにも拘らず、訪問看護との情報共有不足により仙骨部褥瘡が悪化し、端座位保持が困難となった症例を経験した。そこで ICT ツールを活用した連携により、褥瘡予防のための環境の再調整と、端座位での自己導尿再獲得に向けた通所リハを実施出来たので報告する。

【症例紹介】79 歳男性。要介護度 3。脊髓空洞症による両下肢の運動麻痺、殿部～下肢の感覚鈍麻あり。動作能力は、起居動作は電動ベッド・ベッド柵使用し自立。端座位保持は両手支持あれば自立。移乗動作は環境設定のもとトランスファーボード使用し自立。移動は車椅子自操自立。排泄動作は車椅子上で自己導尿自立。端座位保持が支持なしでは困難であるため自己導尿時には毎回車椅子の移乗が必要であることから、本人・家族の希望は自己導尿が端座位で行えること。サービスは通所リハ週 2 回、法人内の訪問看護・訪問リハを週 1 回利用。定期的に法人内のリハ病院にレスパイト入院している。事業所の各担当者間の情報共有は相談員やケアマネジャーを通じて実施していた。通所リハではリハマネジメント加算Ⅱを算定し、定期的なりハ会議の開催や訪問指導において各担当者と情報共有を図っていた。

【経過】端座位での自己導尿獲得に至ったが、仙骨部に褥瘡が発生した。訪問看護では発赤の出現に対して処置を行っていたがその情報を共有できていなかった。褥瘡の発生を機に、ICT ツールを活用してケアやリハ内容を各担当者が記載・閲覧後、それに対するコメントを双方向で行えるようにした。その結果、相談員やケアマネジャーを経由せずに全担当者が情報を共有できるようになり、在宅や通所リハ中の離床時間や運動負荷量の調整、ポジショニングの確認、除圧の指導、車椅子クッション等の福祉用具の再選定など状況に即して迅速に対応できた。リハ病院と連携しレスパイト入院の際に在宅で使用するマットレスを試すこともできた。褥瘡は治癒に至ったが、治療に伴う活動性低下のため筋力・動作能力が低下した。再度端座位での自己導尿獲得を目標に、通所リハを継続中で、ICT ツールを活用した多職種連携によりリハ内容の検討や福祉用具の調整を行っている。

【考察】今回、各担当者と迅速に情報共有ができたことで環境を再調整し端座位での自己導尿再獲得に向けたリハを継続できた。在宅生活や通所リハでの状況を ICT ツールによりリアルタイムに共有し、利用者を多角的に把握する事で、より在宅生活に即したリハが提供できると考える。

## 29. ナースコール鳴りすぎ！

介護老人保健施設 アザリア

介護福祉士 大谷祥子（おおたに しょうこ）

共同発表者 山野真由香

---

〈はじめに〉

介護業務において、ナースコールは利用者にとっても職員にとってもストレスの原因と成り得る。ナースコールを減少させ、業務効率をあげる事は永遠の課題とも言えるのではない。人手不足、入所者の介護量の増加等により増え続けるナースコールを分析し、業務の見直しで減少させる事は出来ないかを検証した結果を報告する。

〈実施〉

- ・1週間のナースコール数を調べる。
- ・ナースコール総数を時間帯、内容に分け分析した。
- ・定時トイレ誘導での誘導順位、職員の割り振りを見直し誘導方法を改善した。
- ・3日間、トイレのみのコール数を調べた。

〈結果〉

- ・1週間のナースコール総数は640件、そのうちトイレ希望のコールは448件だった。
- ・トイレ使用者を介助レベルごとに分けると「偶始終了共に希望し介助の必要な者」が最もi数を占めている。
- ・トイレ希望は日中が多く、特に朝昼夕の食事後が多い。
- ・一人介助を行う職員、二人介助の対応を行う職員に分け、無駄を省く工夫を実施した結果、ナースコール数は一日75件から30件まで減らす事が出来た。
- ・ナースコールの減少により、対応に追われる事無くゆとりを持った接遇を心掛ける事が出来、各利用者との関わりを持つ時間が増えた。

〈考察〉

定時トイレ誘導についてコールが鳴りやすい一人介助者、二人介助者を出勤職員の役割毎に分け、案内する順番も細かく「コールを減らすためにどういう意図で動けばいいか」を指定する事でコールが減少した。この事から職員の無駄な動きを省くことが出来、ナースコール数も減り、利用者を待たせてしまうストレスの減少に繋がると感じる。トイレのコール対応に掛かる時間が平均2分であり、一日のトイレのコール数が平均70件から30件に減少した事から約1時間の時間短縮に繋がった。これらの事より各担当利用者に関わる時間が増え、ケアプラン実施する時間が増えた。

〈まとめ〉

ナースコールの減少を課題とし、職員総員で取り掛かった内容であり、業務効率の改善、ケアプランの促進へと繋がったが、その一方で認知症進行を防止し、危険認識の改善」という利点を失くしてしまう課題も残る。ナースコールを押さない事が一概に良い結果を生むとは限らない為、常々変化する利用者の状態に合わせ業務効率が維持でき、ケアプランを促進し在宅復帰に繋がるよう一つの課題として取り組んでいきたいと思う。

## 30.スピーチロック廃止を目指して

枚方老人保健施設のぞみ  
介護福祉士 眞屋厚史（まや あつし）

---

### 1. はじめに

当施設では身体拘束ゼロを掲げ日々のケアを行っている。その中でスピーチロックについて介護職員だけでなく施設全体で考えスピーチロックを廃止する為に取り組んだ経過を報告する。

### 2. 取り組み

- ①フロア職員を対象にアンケートを実施。アンケート内容「スピーチロックを知っていますか？実際にスピーチロックをしていますか？それはどんな場面ですか」アンケート実施部署 入所課全部署対象 スピーチロックを知っている 87% 使っている 65%使っていない 12%わからない 23% 場面 急な立ち上がり時 49% 業務に追われている時 46%その他 5%
- ②その結果からスピーチロックに対しての認知が全職員に徹底できていないことがわかり、スピーチロックについての内部研修を実施
- ③実際に使用している場面についてフロア会議で話し合い立ち上がりに関する対応、言葉選びを行った。立ち上がり時には「どうされましたか」と伺う事を徹底する。
- ④半年後再アンケートを実施。前回のアンケート内容に加え個人、フロアの変化を記入してもらう。スピーチロックの認知 100% スピーチロックをしている 45% 個人の変化を感じる 65% フロアの変化を感じる 75%
- ⑤毎月の身体拘束委員会に各職種が参加しフロアや職員の状況について検討する。

### 3. 結果

- ①アンケートを実施することで職員の現状を把握することができた。また、実際の使用場面をある程度特定でき、その場面での対応方法を施設全体で統一が図れた。
- ②内部研修実施によりスタッフの意識変化が見られた。
- ③実際にスピーチロックをしている場面での立ち上がり時には「どうされましたか」と統一して声掛けを行うことによりその後の対応に変化が出た。
- ④再アンケートの結果一年間の取り組みによりスピーチロックの認知が 100%になり各職員、フロア全体でも使用度が大幅に減少し当施設での今後の課題が明確にわかった。

### 4. 考察

これまでスピーチロック対してはスタッフ個人のスキルの問題と捉え改善を図っていたが大きな成果を上げる事が出来なかった。今回、施設全体で問題点を把握し明確な対応方法を考える事で職員の意識が向上しスピーチロックの場面が減少した。また、日頃の利用者への声掛けやケア方法についても考える機会が増え、自己の介護に対する姿勢を考えるよい機会となったと考える。ただ実際の場面で意識していても「つい言ってしまう」と言う事があるのでその部分について今後の課題と捉えていく。

### 5. 終わりに

スピーチロックを含む身体拘束については、当法人の「利用者の意思を尊重します」と言う理念に沿って私たちは常に施設全体で高い意識を持ち日々のケアを行っていく。

## 31. 「グレーゾーン」の視点に着目して見えてきたもの

育和会介護老人保健施設 ひまわり

介護福祉士 中本英夫（なかもと ひでお）

共同発表者 三宅秀和 平塚勝也 奥野雅喜 小島友良

---

（はじめに）

拘束・虐待とは4本柵や暴力行為などの身体拘束禁止規定や明確な表にでていた悪質な行為だけをいうのではありません。グレーゾーンと呼ばれる表にでてきていない意図的な虐待や非意図的な虐待が存在し、フィジカルロック・スピーチロック・ドラックロック等もグレーゾーンに含まれ、些細な事だと思いつつ見過ごすことが多い不適切なケアとともに虐待の芽だと広く捉えることが重要である。

今回日々の関わりを振り返り、一つの事例をとおしてグレーゾーンに着目した結果、相反する2つの考え方と課題がみえてきたので紹介する。

（事例）

A氏 要介護度 4 障害自立度 B2 認知症自立度 II b

車いす使用。リハビリでは意欲的に手足を動かしているが、日常生活ではできることもできないと思ひ込み介助を求めることが非常に多い。両肩、肘、右手背に屈曲、両膝拘縮あり。短距離なら自操可能。

（場面） 自席から居室までの移動場面における職員対応

【対応①】「車椅子を自分でこげないから手伝ってほしい。しんどいからもうできない。」と介助を求めるが、A氏の力を活用し生活の場を広げる為に見守りをしながら自操を促している。

【対応②】「自分で動かさない。しんどいから早く寝かせて。」と訴えられると、リハビリや集団体操では意欲的に体を動かしている為、自操を促さずに移動介助している。

（考察）

【対応①】自立支援を行いA氏のQOLを高めようと考え介入していることが不快な思いだけをさせていた。A氏が自操に不快感を表したのであればアプローチを変えていき、納得できるように模索していく必要があった。

【対応②】利用者の訴えを聞き入れてそのまま介助をしたことで、A氏の有する能力を奪ってしまい不利益となった。A氏の有する力はどの程度あるのかを見極め、また思いを探りながら無理なく活用できることを模索していく必要があった。

【対応①②】の最初のアプローチは間違っていないが、職員間で評価することなく対応①②の関わりを継続して行っていたならば不適切なケア（無視・時間短縮等）につながっていたと考えられる。私たちは常日頃から自分たちのアプローチ方法が正しいのかを振り返り、本人の気持ちを尊重し、その都度修正して情報共有することが重要であると改めて気付くことができた。

（まとめ）

今回、グレーゾーンに着目しながら事例を振り返ってみた。第一に利用者が不快に感じていないか、不利益が生じていないか、又職員の関わりに関する一人ひとりの考えや情報を共有し評価することの大切さ、日々の中で不適切なケアが存在することを意識する事の大切さを改めて気付くことができた。私たちの目的である利用者のQOLの向上、満足を達成する為には利用者の思いに寄り添い利用者の気持ちを正確に受けとめ、職員間で評価し、共通の認識を持ち、グレーゾーンに着目した関わり方を施設全体で今後も取り組んでいきたい



## 32.人間関係とバーンアウト

介護老人保健施設 ベルアモール

介護福祉士 利光則子（としみつ のりこ）

共同発表者 歴利健介 今木伸一 石田美子 梅川美穂 堀口佐和子

---

### 【目的】

認知症利用者が対象の場合、繰り返される欲求と対応を余儀なくされる。そのような職場環境で職員が極度の精神消耗をきたしバーンアウトとなりやすい。平成 27 年度の離職率は施設全体の 4%と比較しても認知症フロアは 14%と高値であった。離職率が高い原因を調べるためにバーンアウト尺度での調査を行った。76.6%の職員がバーンアウトの得点が危険であったため、職員の職場環境の調整と離職防止をはかり 1 年間の対策の結果バーンアウトを回避することができたため報告する。

### 【方法】

対象は介護職全職員で平成 27 年 6 月から職場環境の見直しを下記の対策にて実施した。  
1.ベストサービスカードの活用 2.役職者が 1 人 1 人の職員を認め、長所、短所を見極め役割の明確化。3.残業労働を見直しシフトを大幅に変更。4.多職種連携。5.職員が自ら考えて行動できる取り組み 6.BPSD 時対応の統一。平成 29 年 3 月にバーンアウト調査を再度行う。倫理的配慮として、調査協力者には事前に趣旨を伝え倫理的事項を説明し同意を得て実施した。

### 【結果】

27 年のバーンアウト尺度調査では、バーンアウトの 3 つの因子として①情緒的消耗感の得点が危険に該当している職員は 90%から 0%、②脱人格化の得点が危険に該当している職員は 60%から 0.5%、③個人的達成感の得点が危険に該当している職員は 80%から 22%と減少した。減少した要因については聞き取り調査を行った。また離職率も平成 27 年度が 14%対して平成 29 年度は 0%に減少した。

### 【考察】

①情緒的消耗（仕事によって疲れ果てたという感情）は繰り返される欲求と介護拒否の日々のやりとりの中で、疲弊、消耗していたが、勉強会を行い BPSD 時のケアを統一したことで効果があった。また、義務的な残業をなくしライフケアバランスを図ったこともストレス軽減に至った。

②脱人格化（利用者や同僚に対する人間性を欠いた対応）まで陥っている職員が 0%まで減少したことは、フロア責任者が長所、短所を見極め役割の明確にし、看護師、作業療法士、理学療法士が連携しケアを行うことで精神的余裕が生まれた。

③職務に関わる達成感、有能感（仕事上の成し遂げたという気持ち）では職員同士が認め合い協力したことで達成感を得やすくなったと考えた。

職員が精神の疲弊状態から改善しケアの質が向上したことで、利用者の BPSD は減少した。利用者の笑顔がみられることで職員もやりがいを感じる相乗効果が生まれた。

また聞き取り調査でももっとも多かったのは、「多職種の協力」や「風通しのいい職場風土」が職員にとってモチベーションにつながった。

以上のことから認知症フロアでバーンアウトの要因は利用者よりも、職員同士の問題と言える。職員の能力にあった役割を与え職員同士が助け合い肯定することでバーンアウトは予防できるといえる。

### 【課題】

職務に関わる達成感での危機的状態の職員は 22%残存しており、職員間の円滑をさらに改善していきたい。

### 33.腰痛なんて怖くない！腰痛になりにくい身体作りをしよう

介護老人保健施設 やまき苑  
介護福祉士 重松真美（しげまつ まみ）  
共同発表者 石葉優

---

#### 【はじめに】

介護の現場と腰痛は強い関連性があり、厚生労働省による職場における腰痛予防対策が推進されている。当苑もこれまで腰痛予防に対して、古武術を応用した体に負担の無い介護技術を取り入れる事や、移乗アシストロボット「SASUKE」を導入し介護負担の軽減を図るなどの取り組みをしてきた。しかし、職員の腰痛予防に対する意識が低く、腰痛を改善するには至っていない。改善する事を目的にするのではなく、「腰痛になりにくい身体作り」を目標にすると共に慢性腰痛をもつ職員に対しては痛みの軽減を目的に取り組みを行った内容を報告する。

#### 【方法】

- ①全職員にアンケートを実施。職種別、年齢別に腰痛の有無、痛みの状態や原因などを確認すると共に職員の腰痛に対する意識調査を行なった。
- ②アンケートの結果をもとに、全職員を対象として始業前のラジオ体操、終業後のクールダウンを目的としたストレッチを行い腰痛に対する取り組みを実施する。
- ③取り組み後の変化について、全職員を対象に再度アンケートを実施する。

#### 【結果】

アンケートから、「腰痛を感じている」と答えた人は全体の70%に達しており、「腰痛を感じていない」と答えた人には共通して、ストレッチなどの自主的な取り組みを行っているという結果が現れた。始業前のラジオ体操は業務上の関係で参加できていない事も浮かび上がり、全体でラジオ体操に取り組む為の業務見直しを行うことになった。また、正しいラジオ体操の方法を提示したことで「仕事をするための準備」としてラジオ体操に意識的に取り組む職員の姿が増えた。終業後も「クールダウン」としてのストレッチに取り組み、疲労感を溜め込まず、自分の身体に対するケアの重要性に気付くきっかけを得る事が出来た。

取り組み後のアンケート結果では、ラジオ体操やクールダウンストレッチを行ったことで大幅な腰痛改善が見られたという結果には至らなかった。

#### 【考察・まとめ】

取り組みを通して職員の腰痛予防意識は高くなっており、日常生活内での身体の使い方にも目を向け、歩き方や姿勢などとの腰痛の関連性も考えられる。これらを今後の研究課題とし、腰痛や自分の身体としっかり向き合っていくことで「腰痛になりにくい身体作り」を心掛けていきたい。

### 34.通所介護サービス質の向上 ～施設間交流体験活動を通して～

牧老人保健施設 スワロー会

介護福祉士 藤井美智代（ふじい みちよ）

共同発表者 山下善希 廣田直子 高橋千歳

#### <はじめに>

清翠会では法人内に4カ所の通所サービスの事業所があります。通所サービスならではの問題や悩みなど、法人内で共有し話し合い、現状の分析、業務改善していく為に『通所事業所介護職責任者交流会 通称：スワロー会』を発足した。

スワロー会メンバー共通の課題は、“今さら言えない”ベテランスタッフの再教育であると認識し合った。これを解決する為に他施設へ出かけ、違う環境で自分を振り返る方法はあるのか…と考え、施設間交流体験活動を計画的に展開していく事にした。

この取り組み過程と結果について発表する。

①ベテランスタッフが初心に戻り現状の自分を振り返る。

②他施設の良い所を吸収し、自施設の良い所を知る。

を、主な目的に活動を展開した。

#### <活動>

中堅スタッフ中心の人事交流を実施できるシステム作りから進めた。

①目的に合わせて 3つのコースを作った。

【Aコース1日 イベント体験】【Bコース3日 振り返り】【Cコース5日 吸収】

②参加したくなるような案内をポスターにし自主的参加希望を募った。

ポスター作り→参加者の興味を引くために、各事業所の自慢や強み等を載せた。

③参加者決定後、自分の課題、上司の期待を明確にして体験に臨むよう面接をした。

④明確になった自分の課題、再教育となる課題を体験先へ事前に伝達し、効果的な交流体験を目指した。

#### <結果>

①対象者46名中15名が参加。そのうち13名が自主的に参加を希望した。

②再教育が必要と思われるスタッフは、交流体験には消極的だった。結果、再教育の機会を作ることが出来なかった。

③参加した全員が『行ってよかった』と感じた。

④各職場も他施設からスタッフを受け入れる事により、緊張感が高まり襟を正す姿勢等、環境に良い変化が見られた。

⑤吸収コースと振り返りコースは交流する体験日が3～5日と日数を要するため、実施困難であった。

#### <考察>

①交流体験に消極的なスタッフの中には、現状に満足しており、仕事上の困り事もなく、改善策も持ち合わせていない傾向がある。

②他施設の業務の流れを見たり経験する事で、参加者の経験値がUPした。更に視野が広がり積極的な意見も述べる等、仕事へ向う姿勢に変化が見られた。

③自施設の良い所を伝える為には自分たちのやっている事を根拠づけて説明しなければならない苦勞もあった。自施設の良さを再確認できる機会となった。

#### <まとめ>

今回の交流体験の結果は、参加したスタッフの自己の振り返りや、自施設での仕事のやり方や考え方の見直しや改善への意欲等に繋がった。しかし、施設間の交流体験を通してのスタッフの再教育には課題が残った。今後はこの課題を解決に導く活動にする。

## 35.ISO9001-2015 品質マネジメントシステムを受審して

介護老人保健施設 吹田徳洲苑

事務職員 並河俊弘（なみかわとしひろ）

共同発表者 酒井敬 竹下清代 森岡かおり 船津彩津咲

---

### はじめに

吹田徳洲苑は今年1月24日にISO9001の認定を受けた。ISO9001品質マネジメントシステムは長期的、安定的に存続・発展するためのシステムである。医療介護の質の向上へ向けたマネジメントを行うことで質の高い医療介護を「ミスなく」、「効率良く」利用者に提供できる組織を作り上げることを目的としている。今回吹田徳洲苑では併設の病院と合同で昨年4月から8か月をかけて受審の準備を行った。その取り組みを振り返り施設にとって役に立った点、改善された項目、今後の課題を報告する。

### 方法と結果

昨年4月にキックオフミーティングを開催し準備を開始した。その際に「購買管理」、「教育管理」、「リスク管理」、「文書管理・フロー図管理」、「目標・指標管理」、「接遇・満足度測定」、「内部監査」の7項目のプロジェクトチーム(以下PJ)に分けて、それぞれ代表者と副代表者、およびPJの構成メンバーとチーム委員を決めて、たくさんのスタッフがISOに何らかの形で関わるスタイルを構築した。構成メンバーは代表者とともにもPJの方針を決定し、チーム委員はそれを各部署で実行していく中心メンバーという役割分担で行うこととした。各PJの中で施設として最も重要視したのは「教育管理」と「内部監査」であった。「教育管理」では看護介護職員をはじめリハビリ職員の力量評価を主目的とした。業務内容ごとに到達目標を定めて個々の力量を自己評価と上司の評価をつけていくことで各々の職員の現在の力量とこれからの教育課題を明確にするものである。上司の評価後に面談を行い、できるようになったことを褒め、これからの教育課題を明確にして共有することでモチベーションの向上と帰属意識が高まったように考える。「内部監査」は内部監査委員としての教育を3か月間かけて行い、ISO9001の基準に見合う内部監査の視点と実施方法を学んだうえで監査に臨んだ。さまざまな職種のスタッフ3人一組になり各部署を監査した。監査項目はマネジメントマニュアルに沿った業務内容を行っているか、各部署のマニュアルが活かされているかを中心に行った。自分たちでは「できている」と思っていたことが他職種からの目から見ると、業務が非効率的であったり、マニュアルからずれているといった指摘があり業務改善に参考になった。他にも「文書管理・フロー図管理」では使用していたマニュアル類を再度見直して、現状にそぐわなくなっているマニュアルの修正を行った。それに加えて業務ごとにフロー図を作成して手順を「見える化」した。これによって人によって少しずつ違っていた実施方法や手順が統一されていった。

### 結論

今回ISO9001取得に向けて、様々な視点から業務を見直していくことで、安全でミスなく、効率的に業務を行っていくことの大切さがわかった。今後はこのシステムをますます有効に活かしていくことができるように絶え間ない改善をしていきたいと考える。

## 36. コミュニケーションがとれた

介護老人保健施設 ライフケアながやま  
介護福祉士 下中栄子（しもなか えいこ）

---

**【はじめに】**通所リハビリテーション（以下、デイケアという）は、身体機能の改善を目的に利用されるが、“自分らしく生きること”や“社会生活を取り戻すこと”が重要で、そのために行われるすべての活動がリハビリテーションとなる。人は人と関わり社会生活を営み、様々な人生を過ごしているが、互いに意思・感情・思考を伝達することで関係性ができ、コミュニケーションの扉が開く。今回、職員の話しかけにも首を振る程度、ひとり自室で過ごすことが多く、妻との会話もなかった利用者A氏が「ゴルフ」というキーワードからコミュニケーションに変化がみられた事例を報告する。

**【事例紹介】**A氏 78歳 男性 要介護2 疾患名：左下肢閉塞性動脈硬化症 変形性腰椎症 水俣病独歩でゆっくり歩行可能、両下肢にしびれがあり、持久力の低下あり、屋外歩行は見守りを要する。職員と利用者でゴルフの話題が持ち上がっていた時、話の内容に耳を傾けるA氏の様子が見受けられた。その時のA氏の表情にいつもと違う印象を感じケース会議で検討した結果、パターゴルフができる空間を作ることを計画した。A氏の利用日に合わせて進行計画を立て打ち合わせを行った。

**【経過】**雑草を抜き、花木を移動させ、歩行練習を兼ねながら整地を行なった。また手芸が得意な利用者は率先して旗作りを協力してくれた。一方A氏は自ら進んで屋外に出ようになり、作業状況を見てはアドバイスをされ積極的に自分から他者に挨拶されるようになった。妻やケアマネジャーから家庭でも表情が明るくなり会話も増え、生活に活気が出てきたと感謝の言葉を聞くようになった。

**【結果・考察】**職員の熱意ある介入で、利用者のライフスタイルやリハビリに対するモチベーションが上がり、身体機能の観点からも歩行機能やバランス機能の維持向上に役立ったと考える。趣味・楽しみを引き出すことで心や気持ちが通い合い、理解し合うことができて始めてコミュニケーションが成立する。コミュニケーションとは、情報のやりとりである。また毎日の営みは作業の連続で成り立っているという。人の生活の作業には①日常の身の回りの作業②家事などのIADLを維持するための作業③仕事などの生活的作業④地域活動などの作業⑤趣味などの余暇的作業。その人にとって「意味のある作業」を続けることで「その人らしさ」が見えてくる。利用者一人ひとりの楽しみは違うが、私たち職員は常にアンテナを張って利用者の表情の変化を見逃さずアプローチしていきたい。

**【まとめ】**利用者が充実した社会生活を送るために、「楽しむ」ということが何よりのモチベーションの向上に繋がるものと考え。これからも利用者目線で楽しみを見つけ、生きがいを感じてもらえるようなサービスを提供していきたい。

## 37. 在宅復帰に向けたアセスメント

介護老人保健施設 ベルアルト  
介護福祉士 鹿毛政孝 (かげ まさたか)

---

### 【はじめに】

在宅復帰を支援するにあたり、在宅での生活を見据えた援助が必要不可欠となる。しかし、実際は施設での生活に重点をおいた援助になりがちになる。今回、在宅での家族の負担の軽減と在宅生活を重点においた援助方法の統一のため、在宅での情報をアセスメントし、在宅復帰に必要な援助内容を検討、実施した内容を報告する。

### 【事例紹介】

A氏 男性 85歳 介護度5 自立度B2 認知度Ⅱa 介護負担軽減のため、短期入所と長期入所を繰り返し利用している。在宅生活を送る上で、排泄介助が家族の介護負担となっている。

### 【方法】

今回、排泄動作に対して自宅と施設での環境や、本人の援助内容を当施設で活用しているアセスメント用紙を使用し、現在の本人の状態の再確認、面会時に家での様子や困っている事などアセスメントした。アセスメントで得た情報を基に援助内容を再検討した。再検討した内容は全スタッフに周知し、援助内容を統一した。日々の情報は介護記録やND記録のケース、申し送り用紙に残し情報共有を行った。在宅でポータブルトイレを使用しており、施設でも夜間のみ使用するようにした。

### 【結果】

アセスメントの結果から、スタッフ間で把握している情報の違いや介助方法のバラつきが見られた。また、自宅での介助方法や移乗の時のトイレの向き等も違っている事が分かった。この事から施設でも自宅と同様の環境にし、援助内容を統一した。結果、過剰介護がなくなり、残存能力を生かした援助が提供できた。トイレ動作も日々向上し、見守りレベルまで改善した。また、失禁の回数も減少した。ポータブルトイレの使用については、夜間トイレに起きた際に使用するよう声を掛けしたが、本人の拒否が強くあまり使用することができなかつた為、今後の課題となった。

### 【考察】

今回の取り組みを行った事で、スタッフによって介助内容にバラつきがあり、適切なケアが提供できていなかったことがわかった。残存能力を活かしたケアの方法に統一した事で、下肢筋力の向上に繋がり、他者に手伝ってもらわなくても、自分ですることが出来るという意欲も出てきたと考えられる。在宅復帰支援を行う上では、施設の状況だけをアセスメントするのでは不十分である。自宅の状況等をアセスメントし、自宅と同じ環境下で日々の生活を送ったことで、施設と自宅でのギャップが少なくなり、自宅を想定したケアが行えたと考える。在宅での状況を把握し家族の思いや意向等をアセスメントし、ケアを検討する必要がある。そのためには、利用者本人や家族の考え、要望等をしっかりと聞き出す事ができるような、信頼関係を築き上げていく事も重要ではないかと考える。

今後これらを踏まえて日々のケアを提供していくことが、在宅復帰支援を行う上で重要であると考えられる。

## 2.食べない食べられない利用者の対応について

介護老人保健施設 サンガーデン府中  
言語聴覚士 小川理子（おがわ あやこ）

---

【はじめに】当施設は入所定員 120 床(うち認知症専門棟 38 床)、通所リハビリ定員 120 名、訪問リハビリとヘルパーの事業所が併設されている。施設入所者の平均介護度 3.64 で重症階では平均 4.09 である。利用者の重症化に伴い経口摂取困難な利用者も増加傾向にある。平成 18 年度より ST が配置され、「可能な限り口から食べる」という施設方針のもと摂食嚥下障害に積極的に取り組み多職種と連携し経口摂取能力の維持改善に努めている。

当施設では「食べない」とは摂食嚥下機能に問題はないが認知症や精神疾患などにより食欲がなく拒否等みられ経口からの栄養が困難になる場合と捉え、「食べられない」とは食欲はあるが全身機能や脳機能の問題や摂食嚥下障害により経口からの十分な栄養が困難になる場合と捉える。今回は「食べられない」場合における当施設の対応を以下に報告する。

【施設の取り組み】「食べられない」利用者に対し、日常の食事場面から変化を捉え食事場面及び摂食嚥下機能評価を行う。その後、経口摂取可能と医師が判断した場合は本人・家族へ状態やリスク説明をし、希望を確認した上で誤嚥予防のため食事姿勢や食物形態や量、環境、介助方法等を設定し経口摂取のリハビリを実施。必要に応じて精密検査(VF・VE)を協力病院・歯科などに依頼。嚥下反射の消失などにより全く経口摂取が困難な場合には本人・家族の希望を確認し経管栄養の必要性や看取りについても説明してケア方針を決定する。経口摂取困難と判断されても医師の指示のもと口腔ケアの一貫にて味覚刺激や咽頭マッサージの継続などは実施する場合もある。絶食から最終家族介助で一部経口摂取が可能となる症例や、ショートステイを利用しながら食物形態をあげていく症例もある。ST だけの介入では実現できず、毎日のケアに関わる職種との連携の上達成された結果である。本人の苦痛軽減を大前提とし、誤嚥性肺炎の既往があっても現在の状態を評価し、本人、家族、医師、看護師、介護福祉士、施設 CM 等と協働して生活リハビリを実践している。

【課題】未だケアの統一徹底が不十分な現状がある。日々のケアである食事介助や口腔ケアがリハビリとしての意味を持つことが上手く現場に浸透できていない。そこでそれらの意義や観察項目、評価方法等を明記したマニュアルの作成に取り組んでいる。また、老健では何事も精査が困難であり、経口摂取の可能性があっても積極的にアプローチできず、絶食またはお楽しみ程度の経口摂取のまま経過せざるを得ない例もあり今後の課題である。

【まとめ】入院中の評価では経口摂取困難で胃ろう造設し入所に至る場合でも状態が回復する可能性はある。「食べない」と判断されていても何かのきっかけで食べられる場合もある。そのため、本当に「食べない・食べられない」のかを評価検討し、常に客観的に状態を捉えるよう努め、本人・家族のニーズや QOL を念頭に今後も発展させていきたい。

## 1. 摂食嚥下障害に対する経口摂取援助について

介護老人保健施設 吹田徳洲苑（松原徳洲会病院リハビリテーション科）  
言語聴覚士 番場康治（ばんばこうじ）

---

### 【はじめに】

脳卒中や認知症、廃用症候群などへの罹患により摂食嚥下障害を発症し、誤嚥性肺炎や食欲不振に陥る高齢者が多い。いったん病院で集中的治療が行われても、退院先の施設や自宅で誤嚥や拒食を繰り返す例も多い。医療機関から自宅退院を目指すうえで中間施設となる老健においても、いかに利用者の嚥下機能を評価して、その後の安心な食事提供を進めていくかということは、援助サービスのなかで最も重要なものの一つである。

### 【摂食嚥下障害の評価】

まず摂食嚥下障害の程度・原因を探ることが大切である。もし障害が重度であったり、原因をアセスメントできないまま食事の援助を行なったりする場合は、障害への対応に難渋する場合が多くなる。以下に述べる2つの症例を通して、摂食嚥下障害への対応を考えたい。

### 【症例A：うつ病により胃瘻造設された摂食障害例】

79歳の女性。自宅で肺炎に罹患し入院。治療後もうつ病と拒食が続き、胃瘻造設されて老健へ入所。入院中からの臥床により四肢拘縮が進みADLは全介助。意欲低下により開口が難しく、口腔器官の動きは殆ど見られなかった。しかし老健でゼリー等の嚥下訓練を始め、さらにVF（嚥下造影検査）により嚥下機能がほぼ正常であることが認められた。その後、段階的摂食訓練を進め、自力摂食が十分に可能となり、胃瘻造設から21か月後に自宅へ退所された。退所前、HDS-Rは30点に、ADLは部分自立にまで回復した。

### 【症例B：胃瘻造設を考慮された認知症を伴う嚥下障害例】

72歳の男性（67歳から腎不全により人工透析治療を導入）。老健入所中に肺炎に罹患して入院。肺炎の治療後、老健再入所のためリハビリを開始。しかし廃用症候群に伴って嚥下機能は低下し、喀痰による口腔内の汚れが強く、経口摂取は断念。また認知症が強く、暴言や拒絶が続き口腔ケアの受入れが困難であった。ADLは全介助。主治医は経鼻経管栄養・胃瘻造設など代替栄養を導入することを提案したが、ご家族は拒否された。このような状況で、まず病棟スタッフ全員が口腔ケアを継続する方針とした。口腔用ジェルを一塗りでも出来れば、「お口がキレイになったね」等と「褒めて伸ばす」行動療法を実践し、家族の協力も得られた。ケア実施時に強制的、脅迫的な声かけは一切を禁じた。リハビリでは棒付き飴を啜る嚥下訓練を行い、ゼリー飲料からの段階的摂食訓練を開始した。その後、ペースト食で3食経口摂取が可能となり胃瘻造設は不要となった。

### 【考察】

2例とも肺炎を契機として経口摂取困難に陥った。しかし嚥下障害の原因を探り、口腔ケアや嚥下機能評価で障害の程度を見きわめ、行動療法的な声かけ援助を有効に行うことで、ゼリー等からの段階的摂食訓練が可能になった。とくに初期段階での口腔ケアを行う援助者の声かけや態度は大切である。摂食嚥下障害に根気よく対応していくためには、これらのアセスメントの実施と継続がとくに重要であると考えられる。



#### 4.食事摂取困難な利用者への系統別対応とその結果について

介護老人保健施設 玉串すみれ苑  
介護福祉士 永見美樹 (ながみ みき)  
共同発表者 松久保さゆり 西川昭二 堂貴善

---

《はじめに》

食事とは生命維持の為に必要なエネルギーや栄養を補給する手段であるが、それ以外でも生活の中の団欒・コミュニケーションの場でもある。しかし利用者の中には認知症状で食事を拒否する方や、医療度が高く嚥下障害を伴う方、加齢に伴う衰弱などから食事を摂取しない、出来ない方が増加している。当苑に於いても同様の利用者が増加している中で、『認知症：A』『嚥下障害：B』『加齢・衰弱：C』と系統ごとにグループ分けし実施した内容と結果を報告する。

《取組み》

対象利用者…A：5名 B：6名 C：9名 実施期間…平成28年1月～平成29年6月

A…拒食の原因を調べ対応の検討。

B…嚥下障害の程度を把握し対応の検討、誤嚥性肺炎を繰り返す人には胃瘻を勧めた。

C…利用者の状態を把握して家族と相談、あくまでも延命を希望する場合は病院での治療を。望まない場合は当苑での看取りを勧める。

《結果》

A グループの利用者は食事を提供しても食事と認識せず、食べ物で遊ぶ、吐き出す等の行為が見られた。その為まず利用者に食事を摂ってもらう環境・雰囲気を作り、家族に協力してもらい好きな食べ物を提供した。使い慣れた食器を用い、しっかり食べ物を見せてから食事を促す等といった方法をとった。また口腔ケアの方法を口腔衛生士より指導をして、口腔内環境を整え「おいしい」という感覚を取り戻す事に務め介助が必要だった方も食べる行為を思い出し、少しずつ自分で食べる事や、摂取量が増加する結果が見られた。

B グループはSTにより一口量の複数回嚥下・咽頭挙上の遅れ等の嚥下の問題点や食形態・量・ペース等を嚥下評価した。また他の職員に嚥下体操・食事介助方法などを指導し、訪問歯科医や口腔衛生士の協力で義歯適合や口腔内残渣・痰の除去といった口腔内環境の向上に務めた。その結果3食注入食をしていた方が3食経口摂取可能になり、注入しか出来なかった方が1回/日おやつを食べる事が出来るようになった。

C グループは加齢や病状の進行により食事摂取が困難な方には、まず医師の診察で利用者の年齢や病状を考慮し、食事摂取が困難な方は看取りを提案した。看取りの場合は食事環境を見直し、利用者の満足の為に関わった結果家族から「体調が悪くなってからは笑顔も無かったが、食べている時は嬉しそうやった」「ここまで色々考えて対応してくれて家族みんなで本当に感謝しています」等と言葉をもらう事が出来た。

《最後に》

食事は生きていく上で欠かす事の出来ない行為だが、様々な理由でそれを行うことが出来ない事がある。様々な対応を試みても食事が出来ない、栄養状態の改善が出来ない場合は老健では限界がある。その中で年齢的且つ医療的に見て必要に応じて胃瘻の話をする。胃瘻の対応でない方は家族の意向を踏まえ看取りを行っている。看取り中でも可能な範囲で経口摂取をしながら最期を迎える手伝いをしている。

### 3. 「食べない」「食べられない」ときも利用者・家族の思いに寄り添って

松下介護老人保健施設 は一とぴあ  
介護福祉士 松浦和孝（まつうら かずたか）

---

#### 【はじめに】

当施設では、以前は、利用者が「食べない」「食べられない」状態が続いた場合、医療的処置が必要と考え療養型病院等への転院を促していた。しかし、リハビリを行い機能向上を図るだけでなく、利用者の人生により添う場でもあるのが老健であるとその役割を再考したとき、「食べない」「食べられない」とき、必ずしも老健対象者でないと考えず、個々のニーズに合わせて対応したいと考えた。

#### 【取り組み】

入退所を繰り返すうちに、認知症の進行により食べることを忘れてしまう、進行性疾患により嚥下が出来なくなる、老衰や癌などで食事が取れなくなるなど利用者は様々な経過をたどるようになる。当施設では、食べなくなったり、食べられなくなったときには、まず、多職種で原因の検討を行う。その原因の治療が困難であるとき、病院への転院がよいのか施設内で看取りを行うか看取り委員会で討議する。さらにどのような経過をたどり最終的にどうなるのか家族にイメージできるように注意しながら本人・家族を含めて話し合いを行う。この段階で、状況によっては胃瘻などを勧める場合もある。当施設で最後まで過ごすことを選ばれた場合には、無理に勧めるのではなく「食べたいものを食べられるだけ」という方針となる。原則、輸液は行わない。嗜好に応じ、ふだんミキサーや極きざみの方でも寿司や天ぷらなどを普通の形態で提供したり、少しでも食事の楽しみを得ることができるよう努めている。利用者や家族に寄り添い、食べることを含め施設での生活をどのように送るのかを本人・家族が決定できるように支援している。また、肺炎などで入院後嚥下困難となり、病院で胃瘻やIVHの提案を受ける方もいる。しかし、それを望まれず、住み慣れた施設での自然な経過を希望した場合も看取り対象として受け入れている。

#### 【結果】

「食べない」「食べられない」場合、意思か？体力の衰えか？認知症か？炎症や心不全などが隠れていないか？嚥下困難となる原病がないか？また、一時的なものなのか？恒久的なものなのか？など、多職種で様々な視点からアセスメントを行い、個々の状況に応じ本人や家族の思いに寄り添った対応を提案できるようになった。また、「食べたいものを食べられるだけ」の方針で、嗜好に応じた内容の食事を無理強いせずに提供することで、食事に笑顔がこぼれ食欲が増し、再び少量ずつであっても摂食を始める方もでてきた。胃瘻を作らず最後まで口から食べることを選択した家族と「最後まで好きなものを口にできて良かった」と施設で最期を迎えられた事を共に喜ぶことができた。

#### 【考察】

今まで、「食べない」「食べられない」ときは終末期であっても医療的対応が必要と思っていた。しかし、私たちに何ができるのか、どういった生活を送りたいのかを本人・家族と共に考えていくことで、人生の最期までよりよく生きる支援ができると今では感じている。

## 5. 食べることへのアプローチ

介護老人保健施設 ライフケアながやま  
看護 師 安枝三恵 (やすえだ みえ)  
共同発表者 畠中奈生美 高尾とよか

---

【はじめに】当施設は医療法人運営の独立型、在宅復帰強化型として地域住民の生活をサポートしている。高齢化と認知症利用者の増加に伴って、摂食嚥下機能の低下に関する事柄が重要な問題となっている。そこで、当施設における摂食に関する介入と現状について報告する。

### 【調査対象と方法】

I 調査対象 平成 28 年 9 月～平成 29 年 3 月における当施設の入所利用者 115 名。

1) 要介護度、認知症高齢者の日常生活分類（以降認知症分類とする）の関係性  
入所時の主な基礎疾患、入院退所に至る原因疾患、誤嚥性肺炎の発生率、認知症分類と食事形態の関係性について調査を行う。

2) 食事アンケートを使用し嗜好調査を行う。

### II 介入方法

1) 嚥下状況に応じた形態の選択、認知症の利用者の食事支援、嚥下体操・口腔ケア

2) 食事向上委員会を中心に食事の現場で摂取状況の観察を行ない、自助具の選択、ポジショニングなど他職種との連携を図り、個々の介入を行う。

3) 摂取困難になれば、施設内で必要な治療を行う。医療提供に限界となれば医療機関（永山病院）に入院。

### 【結果】

1) 認知症分類では、介護度が高くなるにつれて認知症分類Ⅲa以上の占める割合が高い。利用者の基礎疾患うち脳血管性疾患 19%、パーキンソン関連疾患 11%である。

入院退所に至る原因疾患は肺炎が 54%、肺炎と診断された利用者数は 14 名。そのうち誤嚥性肺炎と診断された利用者は 9 名（64%）である。

重度の認知症では、普通形態ではなくキザミ食、ミキサー食が提供されている。

2) 嗜好調査の結果では、80%以上が「おいしい」の回答。

3) 食事時間に落ち着いて摂取出来ない時は、可能な限り食事時間をずらし 1 対 1 の関わりを持った、また嚥下機能の評価を行うと共に利用者の希望を踏まえ食事形態を変更した事で食事量の増加に繋がった。

4) 肺炎と診断された 14 名の利用者のうち 8 名が入院となった。

### 【結論】

・認知症が重症化するにつれ、摂食に関する支援の必要度が高くなる。

・個々に応じた支援を行なう為には他職種との連携が重要である。

・食事形態の変更は、嚥下機能の評価と利用者の満足度とが食事量の増加に繋がる。

【終わりに】食べることの支援を必要としている利用者には、その人が求める支援を提供する事が私達の役割であり、この支援によってどれだけ長生きしたかではなく、どう長生きするかを支えていきたい。