

第 18 回 大老協懇話会

平成30年7月6日(金) 梅田スカイビル ステラホール 9:00~17:00

- 8:30~ 参加受付
- 9:00~ 9:40 一般口演 I 認知症 (5題)
- 9:40~ 9:50 休憩
- 9:50~10:30 一般口演 II 看取り・在宅復帰 (5題)
- 10:30~10:40 休憩
- 10:40~11:20 一般口演 III安全管理 (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
「介護報酬の改定とオーラルケア・栄養等について」
大阪歯科大学 医療保健学部口腔保健学科
大阪歯科大学附属病院 口腔リハビリテーション科
教授 糸田 昌隆 氏
- 座長 介護老人保健施設ケーアイ 施設長 仲田 裕行 氏
- 13:50~14:00 休憩
- 14:00~14:48 一般口演 IV栄養・褥瘡 (6題)
- 14:48~14:58 休憩
- 14:58~15:46 一般口演 V通所リハ (6題)
- 15:46~15:56 休憩
- 15:56~16:36 一般口演 VI接遇・運営 (5題)
- 16:36~ 閉会

1.心の扉を開くドッグセラピー ～リハビリテーションの試み～

介護老人保健施設 悠久苑
理学療法士 山岸久美（やまぎし くみ）
共同発表者 福川婦美恵 藤原里絵

【はじめに】

急増する認知症高齢者は、意思疎通が困難であることや、生活意欲の低下により、リハビリテーションの進行が遅れ、急速な日常生活動作の低下に至るなど様々な問題が生じる。そこで、今回は当苑に入所する認知症高齢者及び、認知機能面以外で何らかの問題を抱えている高齢者に対し、ドッグセラピー（動物介在療法とも呼ばれるアニマルセラピーの一種）を導入し、犬との触れ合いを通じて、心身のリハビリテーションを目的とし実施したのでここに報告する。

【期間・対象者】

平成30年1月より導入を開始する。

当苑入所者：9～10名 年齢：60～90歳代 介護度：要介護3～5

HDS-R：8～27点（測定困難な方2名）

犬好きである、または犬の飼育経験のある方、尚且つアレルギーの無い方を選別した。

倫理的配慮：対象者の方々及び家族、ハンドラー（犬をコントロールする人）の方々に内容を説明し同意を得た。

【方法】

1ヶ月に1回、30分～40分程度、5～6人に実施。毎回、実施前には、対象者の体調チェック、心身の問題点、アプローチ方法をハンドラーの方々と話し合い、目標を統一させてから、個別性を持った内容でドッグセラピーを実施。内容は、①触れ合い②バンドナ巻き③フラフープ④散歩の項目を行い、それぞれ対象者の問題点に着目し、目標とする反応が少しでも引き出せるよう取り組む。また、セラピー中は行動観察を行い記録する。

【結果】

導入から4回の実施を経て、生活での身体機能面の改善や認知機能面の改善に大きな変化は見られないものの、セラピー施行中には「活動量」「笑顔」「発語」「犬を含む他者との関わり」の増加が見られた。意思疎通の手段に言葉を要しない犬が、ドッグセラピーを通して対象者に与える効果は、確実に生活への潤いを増加させているとともに、犬につられて自発的な行動を起こすことができ、活動性を誘発するきっかけとなる。また、可愛い犬を目の前にして表情が和らぎ、介護されるという立場での気遣い気兼ねも軽減して、精神的ストレスが緩和される。今回、ドッグセラピーを導入した結果、犬と会うという刺激性と安定性が得られるということが経験できた。

【まとめ】

今後も多くの事例を通して、経験を積み重ねていき、生活場面での効果を検証していくことや、実施内容のバリエーションなどもハンドラーの方々と話し合っていくことが必要だと感じた。また、対象者の生き生きとした活力の一部になれるようアプローチを検討していきたい。

2.家族とのビデオ通話の効果—脳、ストレス、表情計測からの検討—

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 岡田充代 鈴木公洋 井村弥生 本多容子 太成学院大学 関西医療大学
藍野大学

1.はじめに

入所という大きな生活環境の変化の1つに、家族とのコミュニケーション機会の減少がある。家族とのコミュニケーション機会の減少は、不安やストレス、孤独感や疎外感といった入所者の心理に悪影響を与えると考えられる。ストレスによる海馬の神経細胞の変性が、学習・記憶機能を低下させるといったストレス増加と認知機能低下との関連についての報告も少なくない。家族とのコミュニケーションの機会を提供することは入所者のストレスを軽減し、認知機能を賦活させることにつながると考えられる。しかしながら、患者の家族にも日々の生活があり、面会に来る時間は限られる。

2.目的

本研究は、スマートフォン等でのビデオ通話アプリを介した家族との遠隔コミュニケーションが、入所者のストレス軽減や認知機能賦活に有効であるかについて、生理、脳、心理データから検討することを目的とする。

3.方法

参加者：コミュニケーションが可能な95才の女性1名（施設入所2年目、軽度認知症が疑われる）とその家族（4家族）。

コミュニケーション機器：家族は自身が持つスマートフォン等、入所者は画面がスマートフォンよりも大きく見やすいタブレット端末（apple iPad）を使用した。

計測機器：ストレスの計測には、ストレスによる自律神経系の賦活が反映される心拍変動の計測機器（WIN フロンティア WHS-1）を用いた。認知機能賦活の計測には、前頭前野の脳血流を計測する近赤外光脳計測装置（HITACHI HOT-1000）を用いた。表情の解析には、表情解析ソフト（ソフィア・サイエンティフィック FaceReader）を用いた。

手続き：入所者と家族は、週に1回のペースで事前に予定した曜日、時間帯（週末午前中、平日夜）に、15分～20分程度のビデオ通話アプリ（apple FaceTime、google Hangouts等）を介した遠隔コミュニケーションをとった。コミュニケーション時の、入所者の心拍変動、前頭前野の脳血流、そして表情が計測された。研究期間は6週間であった。

4.結果

コミュニケーション時の心拍変動から算出されるストレス指標（LF/HF）の値は、リラックス状態と考えられている1よりも小さい値の状態であることが殆どであった。前頭前野は、右脳左脳共によく賦活していた。表情は、コミュニケーション前と比べて笑顔だけが有意に増加し、無表情、悲しみは減少した。

5.考察

家族との遠隔コミュニケーション時の入所者は、リラックスした状態にあると考えられる。その一方で、会話をすることによって言語に関わる左脳は賦活し、笑顔が増え、感性に関わる右脳も賦活すると考えられる。

6.結語

家族とのビデオ通話アプリを介した遠隔コミュニケーションは、入所者のストレス軽減や認知機能賦活に有効である可能性が示唆される。

7.謝辞

本研究は JSPS 科研費 17K12432 の助成を受けた。

3. 集団での余暇活動の提供 ～周辺症状への効果について～

介護老人保健施設 竜間之郷

作業療法士 朝川弘章 (あさかわ ひろあき)

共同発表者 中村幸子 松尾康宏 太田鷹志 大河内二郎

【はじめに】 先行研究にて、余暇活動への参加は、活動性向上と他者との交流でポジティブな感情が増加し、認知症の周辺症状が減少するとされている。今回、余暇活動にセラピストが介入し、包括的作業分析のもと余暇活動の内容や環境調整を行った。以下に報告する。

【目的】 集団での余暇活動にセラピストが介入し、認知機能と周辺症状の改善を図る。

【倫理的配慮】 参加者には口頭で研究と発表について説明し、承諾を得た。

【対象者】 車椅子で離床可能な女性 20 名。平均年齢は 83.95 歳。HDS-R の平均点は 13.25 点。

【方法】 期間は平成 29 年 6 月から同年 9 月。お菓子作りを計 3 回実施。実施前後に HDS-R、DBD28、ICF ステージングで評価し、データ分析は t 検定(有意水準 5%)と相関分析を行った。

【セラピスト介入内容】 余暇活動に対し各工程の身体動作を分析、身体動作に必要な身体機能と精神機能を抽出、実施する為の環境設定や介助方法の設定、という包括的作業分析を行った。

【経過】 分析結果から、参加者を自立、要声かけ、要介助の 3 グループに分類し、失敗させず全員が参加できるよう関わった。また、集団の利点を生かすため他者との交流を促した。回数を重ねる毎に、余暇活動実施時に立位を取る様子や、活動に関しての会話が増えた。

【結果】 HDS-R 平均点は、初期 13.25 点から最終 12.85 点であり、統計の結果、有意差は認めなかった($P=0.6$)。DBD 平均点は、初期 13.5 点から最終 12.2 点であり、統計の結果、有意差は認めなかった($P=0.055$)。ICF ステージング社会参加の項目の平均点は、初期 5.35 から最終 5.8 であり、統計の結果、有意差は認めなかった($P=0.058$)。DBD と ICF ステージング認知機能の項目の相関係数が $r=0.4614$ であり、負の相関関係が認められた。

【まとめ】 今回、全評価項目において統計学的に有意差は認められなかった。しかし、DBD 平均点に改善を認めており、作業分析の結果から集団を活かして交流を促した事が、利用者同士の交流が盛んとなりポジティブな感情の増加が得られた為と考えられる。また、ICF ステージング社会参加の項目の平均点の改善を認めたのは、作業分析とそれに基づく計画立案を行い、参加者の能力に合わせた介入を行った事が、活動性向上に繋がった為と考える。今後、試行回数や頻度、余暇活動の内容を検討する事で、更なる効果が得られるのではないかと考えられた。

4.アルツハイマー型認知症における嗅覚障害：簡易嗅覚検査法を用いて

介護老人保健施設 ライフケアながやま

作業療法士 佐古篤彦（さこ あつひこ）

共同発表者 石原彰悟 堀田恵 田近翔 津本和寿 大崎茉美 西川依里

【はじめに】アルツハイマー型認知症（以下 AD）では嗅覚が低下している事が報告されている。嗅覚の中には、コーヒー等のおいとし、酢等の刺激臭とに分けられる。この2種類のおいしを比較した検討は少ない。さらに市販されている嗅覚検査キットは高価であり、検査も煩雑である。そこで、AD 群と年齢を対応させた対照群で、独自の簡易嗅覚検査を行い以下の事が分かったので報告する。本研究は、「永山病院倫理委員会」承認のもと、対象者には本調査の目的と個人情報に関する配慮について説明した上で同意を得ている。

【対象と方法】AD 群 42 名（男 5 名,女 37 名,平均年齢 85.7±7.2 歳,改訂長谷川式簡易知能評価スケール 15.6±7.1 点）、対照群 13 名（男 2 名,女 11 名,平均年齢 82.6±4.8 歳）に対し、目隠しをし、紙コップに入れた各指標を、鼻孔 6cm 下にて嗅いでもらい、指標が何かを答えさせた。簡易嗅覚検査のおいし刺激は、茶葉とコーヒー粉で、刺激臭は、酢とカレー粉で行った。判定は、0 点：感じない。1 点：においは感じるが、何か判別できない。2 点：正確に感じる事ができるの 3 段階評価で行った。結果は t 検定を用いて統計学的解析を行った。全ての有意判定基準は 5%未満とした。

【結果】AD 群の、におい刺激のお茶は 0.66 点、コーヒーは 0.80 点であった。刺激臭の酢は 0.90 点、カレーは 0.83 点であった。対照群は、におい刺激のお茶は 1.25 点、コーヒーは 1.41 点であった。刺激臭の酢は 1.75 点、カレーは 1.08 点であった。AD 群は、におい刺激と刺激臭共に対照群に比して有意に機能低下していた（ $p < 0.05$ ）。

【考察】においと刺激臭は、AD に特異的に機能低下していると思われる、先行研究と同様の結果が示された。私達の結果は、AD は、においと刺激臭の低下が見られ、腐った食べ物やガス漏れの区別など、食生活や安全性に影響し生活の質の低下をまねく恐れがあると考えられた。また、Iwamoto (2001) らは、認知障害を認めた症例に摂食・嚥下状態の異常を生じる例が多く、生命予後にも影響したと報告している。嚥下反射は、嗅覚刺激と温度刺激と食事感覚入力刺激で促進すると言われている。認知症に伴う誤嚥の発症には、従来から指摘されている「摂食に対する注意の低下」に加えて嗅覚機能低下も、AD における誤嚥の発症にも関与している可能性も考えられた。今後、認知症の嗅覚障害と共に摂食・嚥下機能の低下についても症例を積み重ねて、比較検討し研究を進めていきたい。

5.楽しく素敵に老いを紡ぐ ～“私の夢を叶えて”～

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
介護福祉士 谷口恵美子（たにぐち えみこ）

毎年、年始の絵馬や七夕の短冊に書いている利用者の願いと希望に溢れた言葉からは、まるで「私の夢を叶えて」という声が聞こえてくるようだった。何とかこの願いを叶えることはできないかと思案し、これまでユマニチュードやパーソンセンタードケアに触れる中で学んだ事を活かし、ケアプラン・介護発表両委員会が協働して、絵馬に託された思いを形にする活動を展開することにした。この過程と結果について発表する。

【実際の取り組み】

事例1 “パチンコ行けたし、しかも出たし”

在宅酸素を使用しながらの入所後、食事摂取も進まず、落ち着かない様子の続いていたA氏の願いは「パチンコにまた行きたい!」。禁煙ゾーンのあるパチンコ店の選択から始まり、看護師・介護士同伴でパチンコを楽しんでもらった。帰って来てからは日頃の表情と違い、「本当はこんなもんじゃないで」と、自信や希望に満ちた顔になった。

事例2 “今年こそ阪神優勝!”

B氏の夢は「甲子園へ行き阪神の応援がしたい」。会議室に甲子園球場に見立てた空間を演出し、家族も揃ってのDVD鑑賞を企画した。ユニフォームを着て涙ぐむB氏と娘の和やかな様子が印象的で、共に鑑賞した他利用者や職員との間にも、六甲おろしの大合唱と共に一体感と笑顔があふれた。

事例3 “忘れていた恋がしたい”

長年連れ添った妻に何もしてあげた事がないというC氏の願い事。そこに隠された妻への愛情と感謝の想いを形にする為、趣味の川柳を詠んで、震える手で職員と共に手作りした花束を一緒にプレゼントした。結果、夫婦の絆が更に深まり、ともに満面の笑みになって、照れくさくて言えなかった「ありがとう」が言えた。

【考察】

家族や職員だけでなく、利用者自身もどこか諦めていたからこそ、絵馬や短冊に望みを託していた「お願い事」。その夢の一つがささやかな形でも叶えられた時、どの利用者にも一杯の笑顔と元気が宿った。それは、食事を摂ろうとし、自分の足で立とうとし、周囲と繋がろうとする力、つまり今の生活に希望を持ち、「生きる力」を生み出す事につながったように思う。

【まとめ】

夢を語るのは利用者であり、夢を叶えるのもまた利用者自身である。私たちはそれぞれの願いに耳を澄ませながら、その希望の種を見つけ、諦めかけていた夢を実現する為のきっかけ作りと手助けを行ったに過ぎない。しかしその結果、願いが叶った事を実感した利用者が、精神的、身体的に向上し、相乗効果が生まれたことを実感できた。それは、職員の喜びや自信にもつながっている。

「老いてもなお楽しく、素敵に人生を紡ぐ」今後も介護を通して、それぞれの思いにしっかりと寄り添い、この支援を継続していきたい。

6. 看取りは家族とスタッフの綿密な連携により、達成される

介護老人保健施設 すこやか生野
支援相談員 佐藤愛子（さとう あいこ）
共同発表者 山中道江 青木竜太郎 浅田章

【はじめに】老健機能である『在宅復帰・在宅支援』それに相反するようにも感じられる『看取り』。当施設で看取りケアを実施するまでと実際にケアを行った中から学んだことを事例とともに報告する。

【事例紹介】

〈CASE 1〉看取りケア・未整備の段階 ◇94歳 女性 要介護 5 認知症度 IV

・2016年11月21日 家族へ施設での看取りを希望するか最終的意思確認を行う。家族間での話し合いを繰り返し、夫は少しでも長く生きていて欲しいと積極的な医療行為を希望。医療機関入院となった。

*当施設での看取りに関して、スタッフへアンケートを実施。消極的・否定的な意見が多かった。

〈CASE 2〉看取りケア・整備済 ◇95歳 女性 要介護 5 認知症度 IIIa

・2017年11月13日 家族へ施設での看取りの意向確認。苦しまず、自然な形で最期を迎えてほしいとの意向あり。同意書提出あり。当施設での初めての看取りケースとして対応開始する。

*スタッフに口頭で看取りケア実施についての聞き取りを実施。多くのスタッフより、当施設を希望されるのであれば…と受け入れ姿勢が見られた。

・本人の無理のない範囲でのケアや苦痛の緩和、状態観察・声掛け、家族への現状報告とこれから起こりうる変化の報告等をこまめに行った。

・2017年11月18日 AM2:30 永眠

〈CASE 3〉看取りケア・整備済 ◇83歳 女性 要介護 4 認知症度 IIa

・2018年1月16日 家族より、看取り同意書の提出あり。最初の面談から、同意書提出まで、悩まれ、時間がかかったが、慣れた環境で最期を迎えたいとの意向となった。

・家族は、同意書を提出したことで『今までは反応がない事に落ち込んでいたけど、今は反応してくれたことを喜べるようになりました』と気持ちの変化みられ、本人の好きだった「ももの缶詰のシロップ」を口にさせたいと進んでケアに参加するようにもなった。

・2018年2月1日 PM9:40 永眠

【まとめ】看取りケア後、家族からの言葉を聞いて、施設での看取りケアの重要性を改めて認識した。『身体にたくさんの管やコードを付けて亡くなるのではなく、テレビや話し声が聞こえる、自宅のような場所で最期を迎えられたことに感謝します。家で死にたいと言っていた母への《親孝行》が出来ました。母には《子供孝行》をしてもらえました。』

【考察】看取りとは、何か特別な事をする訳ではなく、今まで通りの事を今まで通りにする。普段の生活の延長に死があると考え、ケアをすること。最期の時を本人、家族が穏やかに迎えられるステージと考える。

7.4 日間の入所期間で願いを叶えたターミナルケア~家族と過ごす久しぶりの我が家~

介護老人保健施設 ユーアイ
介護福祉士 魚井翔太（うおい しょうた）
共同発表者 山迫ひとみ

【事例】 A氏 男性 79歳（事例発表については家族の了解を得ている）
診断名：食道癌末期 余命1ヶ月と告知済みである。食道癌による通過障害で経口摂取困難と診断され胃瘻造設を行い経管栄養開始となる。病院から自宅へ退院予定であったがADLが急激に低下した為、当施設でのターミナルケアを希望し入所となった。入所時の身体状態は、肝臓、肺、上腹部、リンパ部に転移し全身に痛み、黄疸著明で足底にチアノーゼもあり、いつ急変するかわからない状態であった。

【関りの実際】 入所した夜は、ベッドに横になってもすぐに起き上がり「家に帰りたい」「帰らないと妻が心配するから」と何度も訴える。元気な頃は、家の事をすべて自身で行っていた。息子達は遠方に在住し妻が一人で近くに頼れる人がいないと、妻を思う気持ちが強かった。

担当職員が翌日（入所2日目）に本人の思いを知り、すぐに上長へ一時帰宅が出来ないか相談を行い、来所した妻にも、A氏が家に帰りたがっていること、その願いを叶えてあげたいことを伝えると妻は「ありがとうございます。よろしくお願いします」とすぐに賛同した。当日、担当職員が自宅を訪問して環境の確認を行い、送迎等の調整をした。「少しの間ですが、家に帰りましょうね」と声を掛けると「嬉しい」「久しぶりや」と笑顔を見せた。介護士、看護師、事務員3人が付き添い、久しぶりに自宅に戻ると、施設での不安な様子とは違い、慣れ親しんだベッドに横になり寝息をたて休んだ。時折、目を開け部屋を見渡し、妻の顔をじっと見つめていた。妻が、「家に帰れてよかったね。また帰ろうね」と声を掛け二人で微笑んでいた。2時間程ベッドで過ごした後、妻と一緒に仏壇にお線香をあげ手を合わせて、お香の匂いを嗅ぎ、「いい匂い」と言っていた。施設に帰る時には、町内会の知り合いと会うことができ、思い出話をして喜んでいた。

その日の夜、顔見知りだった利用者がA氏の居室を訪れ、A氏の背中を摩りながら昔の話をして二時間ほど一緒に過ごした。

入所4日目、入院中から入浴が出来ずに清拭対応だったので入浴に誘ったところ「入りたい」と希望があった。入浴剤を入れたお風呂に入り、身体をさすっていると「気持ちいい」「久しぶりやわ」「ありがとう」とかすかな声で言われた。その日の夜間、呼吸が停止し穏やかな表情で旅立った。最期に妻が紅をさし、持参した背広を着せた。その姿は元気なころの会社に行く様子を彷彿とさせた。

【考察】 今回の事例では、身体状態からいつ急変するかわからない状態で「家に帰りたい」「帰らないと妻が心配するから」との本人の言葉を聴き、残された時間の中で少しでも家に帰り安心して欲しい、悔いを残して欲しくないと思った。本人の言葉を聞き流さず、希望を叶えたいという気持ちを担当職員から発信し、他職種が連携することで、短時間で自宅に帰る調整を行い実現できた。

8.最期まで家で暮らしたい ～在宅復帰から看取りまで～

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東部館
介護支援専門員 林 知歌子 (はやし ちかこ)

《はじめに》

老健は在宅支援の為のリハビリ施設ではあるが、なかなか本人・家族の要望を 100%かなえる事が難しい現状もある。そのなかで家に帰してあげたい、家で最期まで一緒に過ごしたいとの思いをかなえられた事例について報告する。

《事例紹介》

A 氏 90 代女性 II 型糖尿病 認知症 高血圧症 狭心症 脂質異常症

要介護 2 リハビリと糖尿病の食事管理を目的に入所。

日中独居であったが、長女が退職後は自宅で介護をしたいとの希望であった。

《支援経過》

H26 年 2 月より入所。寝たきり度 B1 認知度 II a。穏やかな方で声かけには「はあい」とにっこり笑って返事をする。本人のペースでゆったりと過ごし、リハビリ継続にて機能維持に努めていた。糖尿病に関してはインシュリン+内服でコントロール良好。H29 年長女が退職後は、ショートステイを利用しながら自宅に戻られ、その間、故郷への帰省も果たした。その後、再入所するも、徐々に ADL が低下し、血糖コントロールも難しくなっていた。同年 9 月末、急性黄疸発症、検査の結果すい臓がん(ステージ 4 多発性肝転移 肺転移疑い)と診断される。家族より「予後が良くないなら最期は家で看取りたい。でも不安も多く何を整えればいいのか分からない」との言葉があった。近隣の協力病院と早急に連携をとり、面談の翌日には一旦入院。内視鏡的胆道ドレナージや全身状態の観察調整、退院前カンファレンスにてサービス調整実施後、10 月末に自宅に戻る。自宅では毎日の訪問看護、定期的な往診、体調によっては当施設のディケアを利用しながら家族との貴重な時間を過ごした。11 月 9 日頃より食事量の低下、右下肢急性動脈閉鎖併発され、14 日に家族が見守るなか永眠する。数日後に長女が来館し、「病院とすこやかセンターに支えてもらったから自宅で安心して看取る事ができました。」「最期は私が介助するなかで息を引き取りました。できる事は全部やりきる事ができて、今でも母の思い出を笑って話す事ができます。状況が許すなら他の人にも自宅での看取りを勧めていきたいくらいです。」と話され、自宅で A 氏を看取られた事に心から満足している様子であった。

《考察》

今回の事例を通して、在宅支援において、①多職種連携の必要性、②家族との信頼関係の構築、③的確で迅速な判断と行動、が不可欠であると改めて実感した。様々なケースはあるが、本人・家族が満足できる在宅支援が提供できるよう、今後も尽力していきたい。

9.携帯機器の可能性 ～多職種連携の新しい形～

介護老人保健施設 セレーナなとり
作業療法士 岩本育也 (いわもと いくや)
共同発表者 畔上真紀

【はじめに】

他職種連携では参加が難しい場合、テレビ会議システム、携帯電話での会議を厚生労働省では薦めている。多職種連携において、各担当の時間確保の問題、利用者、家族への負担の問題は共通の課題と考えられる。今回、多職種連携に当たり、タブレット機器を使用することで情報共有が円滑に行うことができたので報告する。

【事例紹介】

A氏 女性 50歳代 要介護4 現病歴：昨年7月に右被殻出血にて左片麻痺出現。左下肢装具着用し、介助下にて杖歩行可能となったため、同年11月に自宅退院となる。キーパーソン：娘 Demand：家のお風呂に入りたい BI：65/100 トイレ、歩行、入浴にて減点。 FIM：88/126 立位動作、移乗動作、入浴にて減点

【担当者会議】

自宅の浴槽で安全に入浴が可能かどうかを評価。練習を実施し、介護士の介助にて入浴ができるか検討することとなった。

【問題点と対策】

左片麻痺があり、立位保持、装具着用なしでの入浴には介助が必要不可欠であった。住宅改修にて手摺を設置。バスボード、浴槽台を購入し、練習を行うことで、軽介助にて入浴が可能となった。しかし、各介護士への介助指導を行うためには自宅浴槽を使った動作を確認し、指示する必要性があった。

【他職種連携】

介護支援専門員、各介護士の時間を合わせることは難しく時間を要する。利用者の承諾の下、タブレット機器を使用し動画を撮影した。各事業所に持ち込み、実際の入浴時の動作、介助方法を説明した。同時に利用者の身体状況、福祉用具の使用方法などの情報共有を行うことができたことで、自宅での入浴が可能となった。

【考察】

訪問リハビリでは多職種連携は必要不可欠な業務である。多職種連携において、携帯機器を使用することは非常に有用であり、利用者の生活の質を高めるため、介護度改善にとっても重要なツールの一つになると考えられる。連携時の問題となる時間の問題、利用者、家族の負担も解決することができるため、今後、リハビリ会議開催時および情報共有、利用者、家族への指導時などに積極的に使用していきたいと考えている。

10.脱車イスへの取り組み

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
介護福祉士 増田芳貴（ますだ よしたか）
共同発表者 田中克憲 前田武士

<はじめに>

当施設は、入所者 2 階療養棟 50 名、3 階療養棟 50 名、計 100 名の入所者に対し、車イス使用者の比率が非常に高く、私たちが担当する療養棟の入所者も 50 名のうち約 8 割にあたる 39 名が車イスを使用していた。その為、施設内の生活において車イス上で過ごす時間が長く、少しでも車イスから離れる時間を作る事は出来ないかと考え、今回「脱車イスへの取り組み」を開始する事となった。

<倫理的配慮>

対象者とその家族には本発表の趣旨、匿名性の保持、参加・途中辞退の自由、公表方法について説明し同意を得ている。

<取り組み>

期間は、平成 29 年 4 月より 1 年間。フロアスタッフ、医師、理学療法士との協働により、自己では歩行できず、歩行時に介助が必要な方を対象者とし、毎月 1 名以上を選定した。今回の取り組みは、①出来るだけ車イスの使用時間を減らす。②移乗、歩行による活動量の増加を目的とした。対象者が食事を行う際は、イスに座ってもらい食事時間のみ車イスから離れて頂く。食事時間にイスを使用し継続の意欲がある対象者には、日中もイスやソファーに座り過ごして頂いた。トイレ誘導の際は、トイレ内まで車イスで誘導せず、談話ルームからトイレの便座まで手引き歩行を行った。手引き歩行は、段階を設け 1 日のうち、昼食後 1 回のみから開始し、理学療法士と相談しながら、歩行回数を増やし、その日の対象者の体調を考慮した上で、歩行距離を長くした。

<結果・考察>

食事の時間のみイスを使用する事から始め、コミュニケーションをとりながら継続した事で取り組み前と比べ、少ない人でも約 3 時間/日、車イスから離れる事ができた。又、対象者の排泄リズムに配慮し、日中もイスを使用する事で、車イスから離れる時間は拡大した。今回、対象者 17 名の実施となったが、施設全体の協力もあり、対象者のうち 4 名は、車イスを使用せず在宅復帰する事も出来た。もちろん日頃、理学療法士のリハビリテーションによる効果も大きいですが、脱車イスへの取り組みを行い、少ない時間ではあるが車イスから離れる時間を日常生活の場で行える事は、介護職としての強みであり、活動量の増加に繋がったと考察する。

<まとめ>

今回の取り組みで、フロアスタッフの意識にも変化が見られ、自発的に入所者を観察し、意見がでる事により、フロア全体のケアの向上にも繋がった。課題として、手引き歩行時は転倒リスクがあり、体調、状態の把握を他職種とより連携し実践する必要があると考える。

11.在宅復帰に向けた薬剤管理の取り組みを通しての看護師の意識の変化

育和会介護老人保健施設ひまわり
看護師 四條彩子（しじょう あやこ）

（はじめに）

当施設は在宅支援型（ベッド数100床、通所リハビリテーション40名）として稼働している。高齢者の多病により多剤併用それに伴うノルアドヒアランス（正しく薬を服用しない）が目立っている。

これらは、当施設の在宅療養支援における薬剤管理でも以前から課題となっていた。そこで、平成29年1月から協力病院の薬剤師が利用者の服薬指導、薬剤に関する職員の教育等に参画するようになった。今回は、在宅療養支援の取り組みの実際、および薬剤管理を通しての看護師の意識に変化がみられたので報告する。

（事例紹介）

A氏、80代後半の女性 変形性膝関節症 介護度4 HDS-R=9点/30点

難聴の為コミュニケーションに仲介が必要。薬をシートから取り出せず、日付が解らなくなる。入院前は自己管理していたがたくさん薬が残っていた。

・A氏の変化

自己管理をしていく中で「自分で飲みたい」自ら「薬を減らしてほしい」という言動が見られるようになった。自分の薬を自分で管理しようという意識が一層高くなり、それを承認することで自己管理の意識の定着に繋がると考えた。

・介護職の変化

以前より「薬」を気にするようになった。朝、離床を促す時、A氏と一緒に薬を準備する見守りを行う様になった。

・看護師の変化

A氏の意識が変化し、自分で考え行動できたことで、A氏の持てる力が見えた。在宅復帰支援施設として、入所中から退所後の生活での問題点や生活状況を看護の視点でイメージして関わるようになり、「とりあえず帰る」ではなく、「帰ってからのことも考えた帰るための支援」という意識が高くなった。看護師として、利用者を観る視点に変化があった。

（まとめ）

今回、薬剤師が介入する事で他職種の見解を聞き、より綿密な情報交換が出来る体制作りと薬剤に対しての知識の共有が出来た。また、三職種の協働を通して自己管理が達成できたという体験をした。

（おわりに）

利用者が在宅復帰後にも入所時と同じ生活を送ることができ、訪問看護や訪問介護等の地域サービスにスムーズに移行できるよう、老健施設の看護師として主体的な行動力が求められる。今後は、利用者の情報をより詳しく知る当施設の看護師、介護職を交えた在宅復帰後の利用者の評価が出来る体制作りを目指して、視点を広げていきたい。

12.内服薬の作業工程の見直し ―誤薬事故を防ぐ―

介護老人保健施設 ケーアイ

看護師 原田裕子（はらだ ゆうこ）

共同発表者 谷澤美保 小林節子 三藤祐子 仲田裕行

I. はじめに

ケーアイでは常勤の薬剤師は不在で、週1回系列病院から出向し、利用者の定期内服薬（以下内服）を確認している。日々の薬剤管理は看護師の業務であるが、新しい配薬カートを導入後、内服に関するヒヤリハットの件数が増加した。平成29年度上半期の内服に関するヒヤリハット件数67件中、内服セッティング間違いが40件であった。その内訳は、内服入れ忘れ15件、他利用者の内服混入が11件等であった。健康被害を招きかねない大きな誤薬事故に繋がる可能性がある内服混入事例に着目し、その改善に取り組んだ。

II. 要因分析

配薬ケースに他利用者の内服が混入した要因として、以下の7つが考えられた。

1. 内服が正しく入っていると思い込んで再確認していない。2. 臨時薬の業務内容が理解できていない。3. 内服のセット方法を理解できていない。4. 中止薬を取り除く方法が統一されていない。5. 内服の開封作業を利用者の目の前でしていない。6. 看護リーダーが1人で配薬し、その後の残薬確認作業をしていない。7. 他業務への対応で配薬作業が中断する。

III. 対策の実施

上記の1～7の要因に対し対策を立案し実施した。1. 看護リーダーが1人で準備していた配薬ケースへのセットを、看護リーダーと薬担当看護師（以下ダブルチェックと略）が名前・内服内容・時間を確認しながら、翌週火曜日までの内服をセットする。2. 臨時薬もダブルチェックで同様に確認し、翌日分をセットする。3. 内服マニュアルを作成し、セット方法を統一する。4. 医師からの指示で中止になった内服をダブルチェックで確認し、各利用者のケースから取り出し再セットする。5. 配薬時、名前と内服内容を確認後利用者の前で開封（口切り）を行い服薬確認する。6. 配薬後内服が残っていないかダブルチェックで声出し・指差確認を行う。7. 配薬業務の中断過程がわかるように「やりかけ札」を使用する。

IV. 結果・考察

誤薬事故を防ぐため、内服薬の作業工程を見直し、看護リーダーと薬担当看護師によるダブルチェック・システムを構築した。その結果、内服準備や服薬確認などにおいて、ダブルチェックで確認することで、平成30年第1四半期の内服混入事例は0件となった。内服マニュアルを作成し看護師や介護士の内服取り扱いや介助方法を統一することができ、内服管理に対する責任と自覚が醸成された。

V. おわりに

今後も看護師が主体となり、見直した内服薬のダブルチェック・システムの作業工程が実施できているか確認するとともに、内服マニュアルの改訂等も行い、誤薬事故ゼロに向けて努力したい。

13.センサー対応のアセスメントから見えてきたもの

介護老人保健施設 アーバンケア
介護職員 細川健人（ほそかわ たけひと）
共同発表者 藤井宏

[はじめに]

多発する転倒・転落等、事故を未然に防ぐ為、当施設でも離床センサー・ベットセンサー・赤外線センサーなど、多く使用している。それにより慌しく動き回っている職員。しかし、鳴り続けるセンサー音。センサーに振り回され本来やるべきことが出来ていない事に気付き、本当にセンサーが必要なのか検証し、それにより得た事を報告する。

[取り組み内容]

センサーを使用している利用者を対象に調査した。

- ①基本情報の整理・把握
- ②過去の転倒歴や転倒時の場所や状況を分析
- ③センサーを使用し始めた目的、現状使用している目的
- ④24時間シートを活用し個人の生活リズム、時間別によるリスクの把握を行う
- ⑤各専門職と対象者について意見交換を行う

以上からナースコールへの理解力や単独の危険行動の有無、動作についての安全、環境に注目し、再度24時間シートにて観察をする。その情報をもとに各専門職とカンファレンスを行い再評価する。

[結果]

調査するとセンサー使用者は施設全体（99名）で28名おり配属フロアでは11名いた。使用目的としては様々だったが、センサーに頼り切ってしまうリスクマネジメントとしての正しい評価が出来ていなかった。調査・再検討の結果、11名中3名はセンサーの必要無く他の方法で対応することとなった。その他の方も今まで以上に安全に過ごせるように工夫することができた。

[考察]

介護ロボットやIOT導入と当施設でも検討しているが、今回の調査から、自分の目と足で観察することの重要性を改めて感じた。その理由としてリスクマネジメントとしてセンサーに対しての依存があった。センサーを使用していることで頼ってしまい、観察の機会が減っていた。観察の機会が減っていることで正しい評価が出来ていない。正しい評価が出来ていないことで、センサー使用に対して検討が出来ていない。というような悪循環があった。今回深く調べ、検討が出来たことでセンサーの使用の有無に関係なく、より適切な評価の上、本来やるべき適切なケアが出来るようになった。また、センサーコールは必ずしも危険を知らせるコールばかりではなく、少しの体動などで反応してしまうことも少なくない。しかしセンサーの優先度は高く、優先的に対応しなければならないケースが多く、利用者の安全の為不可欠だと考える。正しい評価・定期的な評価をする事により、利用者の安全と業務の見直し、そして職員の負担も軽減できストレスケアにも繋がると考える。

14. ノロウイルス集団発生とそこから学んだこと

介護老人保健施設 玉串すみれ苑
介護福祉士 野口香 (のぐち かおり)
共同発表者 西川昭二 金光美保

《はじめに》

昨年開設10周年を迎え、初めてノロウイルスの集団感染が発生した。普段から衛生・環境に対して感染委員会を中心に取組んでいたが、その中で起こった集団感染について今回学んだことをここに発表する。

《感染と感染拡大の状況》

1月中旬より3Fフロアにてノロウイルス感染を確認。以降1～2日おきに新たな感染者が出て2週間に10名の感染を認めた。面会制限などの対策を行って約2週間で一度は収束した。

面会を一部解除した2月中旬に2Fフロアでも職員1名を含む10名が感染し、状況的には数名の感染が確認された。その後数日空けて新たな感染者が数名出るといった状況を繰り返し、最終的に収束したのは3月中旬であった。

《取り組み》

簡易テストで陽性者は個室へ隔離を行い、感染者のケア担当を決定(NS・CW1名づつ)し接触を最小限にした。また入浴制限や面会制限の対応。外部接触を極力避けるため洗濯物の受け渡しは事務所で行った。感染が拡大したことを市へ報告し保健所の指導を受け、手洗いの徹底・排泄後のトイレの清掃や消毒、トイレの蓋は閉めて流すなど行った。消毒液はハイターとジェスパを選択しそれらの使用目的を考慮しマニュアルの見直しを行った。

《考察》

今回のノロウイルス感染は、感染状況から苑内食からの発症ではなく、苑外からの持ち込みと考えられるが具体的に“いつ”“誰が”“どのように”感染したかは不明であった。感染を拡大させたいくつかの要因として

- ① 3F一人目は入所1ヵ月目、入所当初から軟便～下痢で頻回にトイレを使用していた。二人目以降も典型的な症状ではなかった為、対応が遅れた。
- ② 隔離対応が理解出来ず部屋から出歩いてウイルスを付着拡大させた可能性がある。
- ③ 職員の感染に対する認識不足も考えられた。

《結果とまとめ》

- I. 『勉強会』今まではインフルエンザに焦点を合わせた勉強会であり、ノロウイルスに関しては詳しく勉強会を実施していなかった。今後はノロウイルス感染も含めた何れの感染症にもすぐに対応できるよう勉強会を開催する必要性を痛感した。
- II. 『持ち込みへの対応』職員ならびに面会者への啓蒙・啓発活動が必要であり、飲食物の持ち込みはもちろん、自身も含めて周りにノロウイルス感染者の有無を確認し、疑わしい場合には、勤務・面会を控えることが大切である。

15.施設における危機管理対策 ～非常時の訓練を通して考える～

介護老人保健施設 栄公苑
管理栄養士 鈴木郁代（すずき いくよ）

【はじめに】

阪神淡路大震災や東日本大震災のような大規模広域災害時の「公助の限界」が明らかになるとともに「自助・共助」の重要性が認識されている。
今後、発生が想定される南海トラフ地震や近年の記録的な集中豪雨等の災害に備え、非常時の訓練を行う事で危機管理対策について考える。

【取り組み】

当施設では、非常時マニュアルを活用し、備蓄食品や保管場所の周知徹底を行い、多職種間での連携を図るとともに、職員の災害意識の向上を高めることを目的に、平成 26 年から一年に一度非常時の訓練を行っている。
過去 3 回の訓練では、地震を想定して備蓄食品の内容、保管場所の周知について行ったが、非常時はそれ以外にも火災、台風などの風水害や雪害、またそれらに伴い交通の不通や遅延により職員が出勤できない、食料品やオムツ等が納品されないなど想定しておく必要がある。
そこで、平成 29 年に行った 4 回目の訓練では、より幅広い危機管理について、多職種で検討を行い、シーツを担架替わりにして利用者の搬送を行った。
また、職員の災害意識については、毎回訓練の時にアンケートを行っている。

【結果】

シーツを活用した搬送の訓練では、実際にやってみることで問題点と改善すべき事がわかり、訓練を行う事は非常に重要である事を再認識した。
またアンケートの結果では、非常時の訓練は備蓄内容や保管場所の周知ができ、役に立つことがわかった。
職員の個人備蓄については、少しずつ増加傾向がみられている。
マニュアルや備蓄食品の内容については、不十分で引き続き見直しをしていく必要がある。

【まとめ】

これまであまり大きな災害を経験していないためか、災害に対する意識が低かった。
しかし、今後起こりうる災害や非常時に、利用者や自身の安全のためにどう行動できるかは日頃からの訓練や自助の力によるのでないかと考える。
今回、多職種による危機管理の検討を行った事で、それぞれの視点からの問題や必要事項を確認する事ができた。
今後も全職種が危機管理について共有し、災害意識の維持、向上ができるよう訓練を継続して行っていきたい。

16.施設入所時の口腔機能と栄養状態の実態

介護老人保健施設 さやまの里
歯科衛生士 徳留美緒（とくとめ みお）
共同発表者 西田有里

背景・目的

口腔機能が低下すると、栄養状態が悪くなり、要介護状態へ陥るといわれている。実際に要介護状態である施設入所者の入所時の口腔機能、栄養状態の調査を行う。

対象及び方法

対象：2017年1月から2018年4月までの入所者を対象とした。

方法：入所時に Oral health assessment tool（以下 OHAT）を使用し口腔内の評価を行った。OHAT とは障害者や要介護者の口腔内をどのような職種でも簡便に評価できる口腔スクリーニングツールである。評価項目は、口唇、舌、歯肉・粘膜、唾液、残存歯、義歯、口腔清掃、歯痛の8項目の評価結果が、健全（0点）やや不良（1点）病的（2点）までの3段階に分類されている。すべてにおいて健全をA群、やや不良をB群、やや不良で歯科受診の検討が必要とされている項目、及び病的をC群とした。嚥下状態は反復嚥下テスト（以下 RSST）、栄養評価は Mini Nutritional Assessment-Sort Form（以下 MNA-SF）、認知評価は長谷川式スケール（以下 HDS-R）を用いた。その他年齢、性別、基本情報の調査を行った。

結果

対象者は58名（男性21名、女性37名）であった。平均年齢は84±6歳。病院からの入所が43名（74.1%）、施設からの入所が6名（10.3%）、自宅からの入所が9名（15.5%）であった。入所時のOHATの結果はA群0名、B群1名（1.7%）、C群（98.3%）であった。OHATの項目別に見て、口腔清掃55名（95%）、歯肉・粘膜49名（84%）、残存歯41名（71%）の項目に該当する入所者が多かった。

RSSTは3回以上25名（43.1%）、3回未満21名（36.2%）、認知症状などにより測定が不可能であったもの21名（20.7%）であった。MNA-SFの結果、低栄養45名（77.6%）、低栄養のおそれあり12名（20.7%）良好1名（1.7%）であった。身体計測の結果、BMIが標準内10名（17.2%）、低体重34名（58.6%）過体重4名（6.9%）であった。HDS-Rは認知症の疑いありと判断された入所者が53名（91.4%）であった。

考察

入所前が、病院・介護施設・居宅に関わらず、ほとんどの入所者が口腔内に何らかの問題を有し、歯科との連携は不可欠な状態であった。同様に、栄養状態が悪いことも判明した。栄養状態の改善には口腔機能の改善が大きく関わってくる。その為には、入所後早期に口腔内のアセスメントを行う必要がある。

17.当施設における摂食・嚥下プロジェクトチームの活動報告と事例報告

介護老人保健施設 たちばな
理学療法士 若佐雄太（わかさ ゆうた）

<はじめに>

厚生労働省の報告では、肺炎の日本全国における疾患別死因割合が 1985 年より上昇し続け、2011 年には脳卒中を抜き死因疾患別順位で第 3 位となっている。肺炎の内訳として、誤嚥性肺炎の割合が 75 歳以上で 69.0%をしめている。全国の高齢者施設の割合でも施設入所者の 30%-50%が摂食嚥下障害を抱えているといわれている。また、老人保健施設協会の報告で老健での[不測の事態]で入院したケースとして疾患別で 1 位が 70.5%で肺炎となっている。当介護老人保健施設たちばな（以下、当施設）では、2017 年度誤嚥性肺炎で利用者が 6 名入院している。当施設では食事場面に関しての問題点が多かった。トロミの基準が[大][中][小]と曖昧であった事。嚥下評価体制が無く適切な食形態で食事提供が行えていなかった事。1 口量等を考慮した食事介助が行えていなかった事。等々科学的介護という観点からも非常にエビデンスとして乏しいケア水準であり、この多くの問題が不測の事態となる引き金となっていると考えられた。今後各基準の明確化、教育、知識・技術を向上し施設全体として摂食・嚥下におけるケア水準の向上を目指し、誤嚥性肺炎を予防していく事が急務と考えた。

<方法>

摂食嚥下プロジェクトチームを発足、ミーティングを 1 回/月実施し、適切な食事が提供されているか昼食時にミールラウンド実施。経口維持加算評価チャートを基準とした記録様式の統一、水飲み・フードテストフローチャート作成。ラインスプレッドテストを基準としたトロミ段階の明確化を行った。知識・技術の向上に関しては、摂食嚥下プロジェクトチーム主催の勉強会を開催した。

<結果>

摂食嚥下プロジェクトチーム発足後、徐々に誤嚥性肺炎者数が減少し、2018 年度は 0 人となっている。その要因としては、記録様式・テストフローチャート・基準を明確化し共通言語を統一したことで、スタッフ間での情報交換がシームレスになり、勉強会の開催やミールラウンドでの助言がスタッフの知識・技術の向上となり上記結果に繋がったと考える。

<事例>

当利用者は誤嚥性肺炎で入院後当施設へ入所され家族は退所後、ペースト食は自宅では作れない・自宅で水分のトロミ調整が出来ない等の理由から特養施設希望であった。入所当初、食事はペースト食・水分トロミ段階 2・移動は車椅子介助、IADL 全般に軽度介助から中等度介助を要する状態であった。摂食嚥下プロジェクトチームにて評価後、経口維持、短期集中リハビリを算定した。約 3 ヶ月で食形態は主食軟飯副食刻み・水分ストレートにまで改善した。IADL も見守り～自立レベルとなり、移動も自宅内は 4 点杖使用可能となり自宅復帰された。この事例報告に際し、本人含め家族に個人を特定されない範囲での情報公開を承諾している。

18.小さな気づきが大きな未来 ～スプーンの大きな力・食を楽しむ一つの方法～

堺市医師会介護老人保健施設 いずみの郷
管理栄養士 甲斐あづさ（かいあづさ）
共同発表者 森本美加子

【目的】

以前より当施設で使用していたスプーンは、つぼ（食物をすくう部分）が大きく自己摂取や食事介助が上手くできない、との意見があり、介護福祉士・看護師・理学療法士・管理栄養士の関連職種（以下、関連職種と言う。）で協議した結果、つぼが大きく深く、口腔内への取り込みや適切な一口量の調整、介助が難しく誤嚥リスクが高まるなどの問題が挙がり、誤嚥リスク軽減のためスプーンの見直しを行う。

【取り組み】

（1）スプーンの見直し

見直し対象のスプーンは柄 12 cm、つぼ 5.5×4.0 cm、重さ 46 g のいわゆるカレー用の大きさで、問題で挙げたつぼの大きさ、深さ、重量の見直しを行うこととした。つぼの大きさはティースプーン程度、深さは浅く、軽量であることを選定条件とし、柄 11.5 cm、つぼ 5×3 cm、重さ 26 g のスプーンを平成 29 年 5 月に導入。

（2）スプーンの使用体験

従来のスプーンと変更後のスプーンを用い、関連職種が 2 人一組となり、自己摂取、介助摂取の違いを体験。また、体験前後と体験 1 週間後の 3 回、「変更後のスプーンのどの点が良いと思うか」「食事時にどの点を意識し支援を行っているか」等の設問アンケート調査を実施。

【結果・考察】

- （1）自己摂取の利用者では、つぼが小さくなり適切な一口量をすくうことができ、介助摂取の利用者では、つぼが浅いため口腔内への挿入・口腔外への抜き出しをスムーズに行うことができ、それぞれ誤嚥リスクの軽減が行えた。又、スプーンが軽いため口腔内まで運ぶ動作がスムーズとなり食べこぼしが減少。利用者からは従来のものと比べると「食べ易い」、関連職種からは「食事介助が行い易い」との意見が多く、快適に食事をする環境を整えることができた。
- （2）体験前に行った設問アンケート調査では、つぼが小さくなり介助が行い易いといった介助面、一口量が適量であるといった安全面への意見が多かったが、体験後に行った設問アンケート調査では、「つぼが口角や歯に接触せず不快感がない」、「重さが軽く使用時に疲れにくい」等の快適面への意見が増え、体験 1 週間後に行った設問アンケート調査では、食事支援時の「安全・快適・技術面」といった点に対する意識が向上しそれを実務に反映し支援が行えていることが分かった。

【終わりに】

スプーンという一つの気づきが利用者の食事時の安全面と環境面の改善、関連職種の食事支援時の意識の向上に繋がった。小さな気づきを大切に、今後も様々な方向から問題の改善に取り組み、関連職種で共同して支援を行う。

19.経管栄養中 嘔吐のある利用者の看護 ～通常注入を目指して～

介護老人保健施設 桑の実
看護師 力津初栄（りきつ はつえ）
共同発表者 神田由美子

【はじめに】

今回、経鼻経管栄養者で頻回に嘔吐を繰り返す事例に対し、濃厚流動食と白湯を時間差に分けて注入する事で、嘔吐の症状が改善し、通常の注入が出来るようになった一例を経験したのでここに報告する。

【期間】 H29.4.3～H29.12.2 迄の約8か月。

【対象者】 90歳代、女性、要介護4 日常生活自立度 B2 認知症判定 III a
体重 47.8 kg、健常時(H28.8月) 75.8 kg

【主病名】 アルツハイマー型認知症・廃用性症候群・子宮留膿腫破裂（平成27年2月に子宮摘出術）術後 ADL・食思の低下、廃用性症状出現ではぼ寝たきりとなり、言語、発語はなし。平成27年3月に経鼻経管栄養開始となり経口と併用も、同年5月に経管栄養のみになり、体動時の嘔吐症状が出現。病院入院中は胃内の空気の貯留が多く、嘔吐の原因と判断され、注入前にエア抜きを施行、注入食 200ml を2時間近くかけて滴下注入。嘔吐症状が時々あるが、状態の安定と発語状態や体力の回復も少しずつみられ平成28年11月に当施設に入所。施設入所後も病院と同様の対応を行うも嘔吐頻回で、嘔吐⇒絶食⇒輸液治療にて症状改善⇒注入再開⇒嘔吐の繰り返し状態で、体力低下、体重減少、栄養状態の悪化で廃用性症候群の再発もあり経管栄養の限界を危惧する状態であった。

【目的】 嘔吐のリスクを軽減でき、安定した経鼻経管栄養が実施できる。

【実施】 白湯注入の目的は水分補給であり、白湯と濃厚流動食を同時や続けて注入すると、胃内容量の増加で嘔吐のリスクが高くなる。経管栄養法において、嘔吐や下痢のリスクを軽減できる目的で注入前（食間）に白湯を入れる方法が提唱されている。

白湯は胃内の停滞時間が濃厚流動食の約2分の1と短い為、白湯を先に注入した方が胃内容量の増加は少なくなると考えられる。又、先に白湯を入れる事で腸の蠕動運動（準備運動）が促進される。上記の白湯を先に入れるメリットを考慮。

【方法】 ①注入食1時間前白湯 150ml を注入 ②メイバランス（HP1.0）200ml を注入
③つきの白湯 50ml

【結果】 取り組み開始後嘔吐症状なし。取り組み終了後、メイバランス HP1.5（900kcal/日）にUP、白湯を混入し滴下注入行いトラブルなく経過している。

現在は、口腔機能向上目的でキャンディーを舐める口腔トレーニングを行っている。

【考察】 今回の取り組みにより、頻回の嘔吐の減少と誤嚥性疾患を防止でき、体力回復、精神面での向上が認められた。体調の良い時はレク・行事への参加もでき、元気な時に好きだった漫才や落語等のDVDを鑑賞している。安定した注入によりQOLの向上に繋がったと考える。

【まとめ】 経管栄養者の周辺症状の原因等を色々な角度から考え、個別にきめ細やかな対応を行い改善していく事で、安全で安楽な注入が提供出来る事を今回の事例を通じて学んだ。口腔トレーニングを継続し、更なるQOLの向上を目指したいと考える。

20.褥瘡発生率低下に向けた多職種連携の取り組み ～褥瘡委員会によるケアの標準化を目指して～

介護老人保健施設 サンガーデン府中
看護師 大仲聖子(おおなか せいこ)
共同発表者 瀧上恵子

【はじめに】

平成26年度全国褥瘡発生率は1.60%、老健施設0.81%である。
これまで当施設は、介護福祉士・リハ職が主となり褥瘡予防対策に取り組んでおり、看護師は褥瘡発生者の処置を中心に関わっていた。
H28年度、当施設の褥瘡発生率が高値であることから、今回褥瘡委員会を立ち上げ褥瘡発生率の低下を目指し取り組んできたことを報告する。

【目的】

褥瘡発生率の低下、褥瘡対策・予防の標準化、定着化

【対象】

H29 4月～長期入所者

【方法】

- ① 感染委員会の枠組みであった褥瘡予防を褥瘡委員会として発足、活動開始した
- ② 褥瘡評価として介護福祉士によるOHスケールを用いた評価から、新たに「褥瘡アセスメント表」を作成し、看護師が入所時及び2週間毎に評価を行うこととした。
- ③ 週2回の褥瘡回診(医師、看護師、介護福祉士、理学療法士、管理栄養士)では褥瘡がある入所者のみを対象としていたが、褥瘡アセスメント表からリスクのある入所者全てを対象とし、必ず褥瘡委員のメンバーが回診に加わるように変更した。
- ④ 褥瘡発生時に医師診察までの処置方法が看護師によってばらつきがあった。医師と連携しプロトコル表を作成、統一した処置が実施できるようにした。
- ⑤ 尿失禁者へのオムツパット2種類に対し、褥瘡研修会での学びを通し通気性の良いものを新たに2種類追加し、アセスメントの結果からオムツの選択を行った。
- ⑥ 全入所者を対象に入浴後および必要時ベビーオイルによる保湿を行った。

【結果】

H28年度褥瘡発生率 6.08%

H29年度褥瘡発生率 3.87%

【結論】

これまで褥瘡発生後の対策に着目することが多く、予防策は介護福祉士・理学療法士に任せているところがあった。今回褥瘡委員会が発足し、看護師が主体となり多職種と連携を図りながら褥瘡予防、対策に取り組んだことで発生率の低下につながったと考えられる。また、新たにアセスメント表を見直したことで利用者の状態を把握しやすく、早期に予防・対策が図れ、褥瘡予防だけでなく、皮膚トラブル防止にも繋がった。今後も褥瘡ゼロを目指し多職種と連携しながら努力していきたい。

21.アセスメントシートを用いた褥瘡発生予防に対する取り組み

大阪市立介護老人保健施設おとしよりすこやかセンサー南部花園館
介護職員 西田美弥子 (にしだ みやこ)
共同発表者 森寄かおり 中内麻貴 岡田良子

はじめに

地域における老人保健施設の役割は、在宅復帰へのリハビリテーション目的での利用が本来の目的である。しかし最近では自力では動けない褥瘡発生のリスクが高い利用者が増加してきている。本施設では、褥瘡予防に対する取り組みを行ってはいるものの職員間の知識の差からケアを統一できていない現状があった。そこで、今まで使用していたアセスメントシートを見なおすことで、褥瘡予防に対する意識の向上がみられたのでここに報告する。

方法

I.今まで使用していたアセスメントシートの栄養状態の項目に「食事摂取量」の項目を追加・TPは項目を削除(定期的に採血を行っていない為) II.アセスメント日を変更する 取組前：入所日・3ヶ月毎(ケアプラン更新時) 取組み後：入所日・2週間後(合同カンファレンス時)・3ヶ月毎(ケアプラン更新時) III.職員が変更したアセスメントシートについてどのように感じたか、意識を向上したかのアンケートを取る IV.期間：平成30年1月から見直しをしたアセスメントシートを使用開始

結果(アンケート結果)

①浮腫はどこにあるのか拘縮はあるかなどの項目もあればよいのでは ②以前使用していたものよりは評価しやすくなった ③自力での体位変換は殆んどないが端坐位になれる能力がある人はチェックをしていいのかどうか悩む④定期的採血をしていない為 TPはなくなって良かった⑤食事摂取量を入れる事で栄養状態もわかりやすい⑥入所日と2週間後に比較する事で早期にリスクを知る事が出来た⑦体位変換表に対する意識が高くなった

考察

褥瘡発生を予防するためには職員が褥瘡の知識を向上する事、褥瘡を発生させてはならないという意識の向上が重要である。今までは、職種や経験年数などによる知識や技術の差があり褥瘡に対するケアは職員の意識に任せているという状態であった。

当施設でも褥瘡発生を予防する為の取り組みを行っており、アセスメントシートを使用していたが、8年前に作成したものであり現在の当施設に沿ったものではなく使用しにくい状態であった。そこで、今まで使用していたアセスメントシートを評価し、「食事摂取量5割以下」という項目や具体的ケアである「体交表の作成」を入れたことが、経験年数が短く知識の浅い職員にも統一したケアに繋がったと考えられる。しかし、チェックの基準に悩む項目がある等の意見もあり今後も全職員に理解をしやすい統一したケアができるアセスメントシートを定期的に見直ししていく必要がある。

まとめ

①褥瘡発生予防の為には職員間の知識を深め、意識を向上する必要がある。②アセスメントシートを定期的に見直し施設生活を送る利用者に沿ったものを作る必要がある。

22.リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）の算定の取り組みから ～改定後のリハビリテーションマネジメント加算（Ⅲ）の算定に向けて～

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南部館
理学療法士 井上弘之（いのうえ ひろゆき）
共同発表者 斎藤美香 三浦京子 芥川裕美

【はじめに】

おとしよりすこやかセンター南部館は、一日平均 60 名強利用している大規模通所リハビリである。算定要件の厳しい、リハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を 94%の利用者に算定できている。今回、当施設が高い算定率を取得する為に医師に行なった工夫や、業務改革の一部をここに紹介する。

【取り組み】

医師にリハビリ会議に参加してもらう工夫 ①事前に利用者の説明と可能な限り施術を見てもらう ②会議では確認業務のみを行ってもらう ③スケジュールに合わせた細かい時間調整

セラピストがリハビリ会議に参加する為の工夫 ①セラピストの副担当制導入 ②カンファレンスの回数の見直し ③書類の等の見直し ④会議時に次回の日程調整

昨年度のリハビリ会議開催件数は 605 件・一日平均 3 件となっている。

【結果及び考察】

多忙な医師に会議に参加してもらう方法として、同日に複数リハビリ会議予定がある場合、続けて開催できるよう医師のスケジュールに配慮した日程調整を行なった。リハビリ会議では、利用者に関わりの少ない医師に利用者を如何に知ってもらうかが大切な鍵となっている。そこで、利用者の説明に加え、リハビリ会議時の会議室に向かう利用者の移動の様子を見てもらっている。それにより短時間でしか参加できないリハビリ会議で利用者のイメージが沸き「参加しやすくなった」と評価を得ている。医師も印象の薄い利用者の話では、参加するのに身が入らなくなる。参加しやすい雰囲気作りが何よりも大切だったと考える。

セラピスト時間捻出方法として副担当制を導入し、主・副担当どちらでも訪問や会議に出席できるようになったことで時間調整枠が増えた。もう一つの利点として、セラピスト同士の情報共有や、2つの視点からのアプローチによる利用者サービス向上にも繋がった。また、効率化のため、書類は事前に相談員や看護師・介護士が自分達の分かる情報は直接入力してもらっている。セラピストにしか分からない事、書けない事は限局されており、リハビリテーション計画書の最後の構成はセラピストの責任であるが、そこに散りばめられている情報は全員が出し合った結果でもある。他職種で協力し合う事が、情報共有に繋がりがスムーズなリハビリ会議になっている。会議後、実際のリハビリを参加者に見てもらった事もあり、より理解を深めることにも繋がっている。また、当施設での開催である分、ケアマネ・他事業所の負担軽減の日程調整に心掛け、次回の日程調整をすることで参加しやすくなっていると考える。

【おわりに】

この様な取り組みをしていた為、比較的スムーズにリハビリマネジメント加算（Ⅲ）への移行ができた。平成 30 年の改正では、セラピストは今以上に施設内に留まらず、地域への働きかけが要求されている。現状のリハ会議をよりグレードアップする為の工夫が今後の課題である。

23.リハ会議がデイケアを変えた！

～利用者が自主的に行なうアクティビティがリハ会議から生まれていく～

松下介護老人保健施設は一とぴあ
介護福祉士 安部昌彦（あべ まさひこ）
共同発表者 山住恵

【はじめに】

当施設のデイケアでは集団レクリエーションに智恵を絞るものの、定員40名から80名へ大規模化する中で全員の興味に合わせることは難しく参加しない方も多くなり、結果、デイケアに来て活動量が増えない事が課題となっていた。今回、リハビリ強化のため本格的に始まったリハビリテーション会議の中で得た情報と利用者への意識付けを行うことで、利用者が進行する色々なアクティビティへと繋がった。利用者の興味のあるアクティビティを自主的に運営・選択して参加することで生活リハビリとして大きな効果を生み、楽しみや生活意欲の向上に繋がったので報告する。

【取り組み内容】

利用者全員の興味関心シートを基にリハビリの目標・内容を話し合い、興味のあることや、やりたいことが同じ人をグループ化し、スタッフが運営補助となり、基本的に利用者が進行することを意識付けアクティビティとして導入した。回数を重ね運営がうまくいきだすとスタッフは外れ、次のアクティビティを立ち上げる形で増やしていき、利用者が参加したいものを幾つも選択できる環境づくりを行なった。

【結果】

最初はスタッフが提供する形で行なっていたフラダンス・農園に加え、コーラスなども立ち上げ種類を増やしていくと、利用者の中からリーダーシップをとる人が自然に出てきた。会議を重ねるにつれ島踊り・盆踊り・社交ダンス・詩吟・編み物などのアクティビティが増え、どれも利用者が主体に進行できるようになった。スタッフがずっと付いている必要がなく複数のアクティビティを同時に開催できるので興味のあるものを選択でき、何も参加せず座りっぱなしの人が減少しデイケア全体が活気づいた。アクティビティは利用者同士の交流の場となり、会話も笑顔も増え利用日数の追加にも繋がっている。

【考察】

これまではスタッフが提供する形で行なっていたため、幾つもアクティビティを行えず個別のニーズには答えられない上に、やらされ感もあり参加に繋がらなかったと考える。会議で掘り上げた利用者の『やりたいこと』を利用者自ら運営し、自ら選んで参加することで主体性や自主性が生まれ、身体や認知症リハビリとしてだけでなく社会参加のリハビリともなり楽しみや生活意欲の向上に繋がった。利用者が自主的に行なうことでスタッフも負担に感じず一緒に楽しめるアクティビティとなった。

【終わりに】

デイケアの全時間がリハビリとして大切と考えてはいたが、今までは一方的に提供するだけのサービスに終わっていた。今回、本人・家族を含め多職種が集まり、リハビリの目標を話し合う過程で「やりたいこと」への意識付けをすることでアクティビティが生まれ、課題であったデイケアの改革が進んでいる。今後も、利用者もチームの一員となり利用者自身が主体となれるようなデイケアを目指していきたい。

24.送迎時間の有効活用について

介護老人保健施設 グリーンライフ

介護福祉士 中居啓子（なかい けいこ）

共同発表者 久高真希 永岡弥生 石井直子 斎藤範子 小倉彩子

<はじめに>

当施設のデイケアの1日平均利用者は22名である。朝夕の送迎時間にはスタッフが送迎に出してしまう為、対応できるスタッフが少なく待ち時間が長い・退屈と感じている利用者が多いことが、課題となっていた。今回、送迎時間に行える活動を検討したので報告する。

<目的>

朝の送迎時間に、利用者が自発的に活動に取り組み、継続出来ることで送迎時間を長い・退屈と感じることを減らすことを目的とした。

<実施方法>

実施期間は、平成29年11月～平成30年1月の3ヶ月間、対象は朝の送迎時間に来所するデイケア利用者45名。方法は、パズル・塗り絵・手芸などの作業活動群とテレビ・読書などの非作業活動群の計9種類の活動を利用者が選択しやすいように机に設置した。そして、興味を示した活動で見本の提示や能力に合わせた介入を行い、変化をみた。

<結果>

活動の提供を開始した初期には、興味を示す利用者は少なかった。しかし、活動の提供場所を利用者の机に変更してスタッフの声掛けを増やし、活動を具体的に示すことにより、少しずつ興味を持つ人が増えた。また、実施している活動を見て、他の利用者も興味をしめし、利用者同士で助け合い、教え合うことで作業の輪が広がった。ぬり絵・パズル・知恵の輪などでは完成作品をスタッフや他の利用者に見せる事で、コミュニケーションが良くなった。

<考察>

スタッフが少ない朝の送迎時間に利用者が活動に取り組むためには適切な場所の提供と声掛けの工夫が必要であった。利用者が活動に興味をもつためには、使用する机を身近なものにする事や楽しめる見本を分かりやすく示すなど、利用者が気軽に活動出来るきっかけ作りが大切であったと考える。

スタッフの準備した見本をもとに利用者が活動を行う中で、利用者の新たな一面を知ることが出来、個人に合わせた声掛けが行いやすくなった。活動を通して利用者同士が交流し、協力するなど相互のコミュニケーションも広がったことが、活動を継続して行えた要因ではないかと考える。また、利用者が活動に取り組む際に、各自の能力が発揮できるように自助具などの環境設定の工夫が必要であり、それにはリハビリ・介護スタッフ間での連携がさらに重要だと感じた。この活動を継続するには、スタッフの介入が欠かせないので送迎時間外での活動も含めてデイケアの業務全体を検討する中で個人の活動を工夫して提供する必要を感じた。その上で、利用者個人の目標を決めて自発的な活動の広がりを目指したい。

<終わりに>

今後も、1日のデイケア時間を通して利用者が取り組める活動を計画し、利用者が主体的に実施できる活動を工夫して参加を促すことで、送迎時間に退屈を感じないように努めていきたい。

25.みんなで一緒に勉強しよう ～おとなの学校メソッドを導入して～

介護老人保健施設 箕面グリーンビィラ
介護職員 有村準（ありむら ひとし）
共同発表者 米田貴治 奈須まゆみ

【はじめに】

当通所リハビリテーションでは、書道やカラオケ、手工芸等のレク活動の時間とは別に毎日30分、職員自身が日替わりで企画し、利用者全員が参加するミニレクの時間を設けてきた。内容は担当する職員に任せ、「今日は何の日」「脳トレ」「音楽に合わせた体操」「間違い探し」等様々で、利用者からも好評であった。ただ担当する職員の人数も限られ、内容を考えたり準備に対する職員の負担が増大している状況であった。職員の負担は軽減し、利用者へは更に楽しめるような時間になるよう外部サービスを導入し、利用者・職員共に変化がみられたのでここに報告する。

【取り組み内容と結果】

外部サービスや教材等いくつか検討した結果、ミニレクとして実施していた30分間で毎日取り組む事ができ、今まで実施していた内容に近い「おとなの学校メソッド」を導入する事となった。おとなの学校メソッドは授業形式のスタイルで、職員が先生、利用者が生徒となり教科書を使用して、国語・理科・社会等の授業を30分実施する。スムーズに進行する為に、事前にどの授業にするか決め、先生用のテキストを読んで流れを

把握しておく必要はあるが、内容を全て考え準備する負担が大きく軽減された。また進行用テキストがある為、進行役が苦手な職員でも担当する事が可能となった。

開始当初は、職員も慣れていない為進行に手間取っていたが、回数を重ねてくるとゆとりもみられ、現在では教科書の内容をより膨らませれるよう事前に準備したり、導入前まで実施していた今日は何の日等を組み合わせたりして、職員それぞれに個性のある授業へと変化してきている。

また生徒となる利用者も、最初は一部の方のみが発言したりする事が多かったが、少しずつ発言する方も増え、開始前から「今日はどの授業をやるの」「早く始めよう」と楽しみにしている発言や、授業中持参したノートに熱心に書き写したり、問題に答えようと席から立ちあがり積極的に参加する姿が多くみられた。

【まとめ】

今回導入したサービスでは職員の負担を軽減するだけでなく、利用者の表情を明るくし学びたいという気持ちが多くみられる事が出来ていると感じる。職員にもレクの充実を図りたいという気持ちが更に強くなり、レクリエーション介護士の資格を取得し毎日のレク活動に生かすべく取り組みをしている。今後も利用者に喜びや楽しみを多く持ってもらえるよう日々努力していきたい。

26. デイケア利用者の目標達成に向け、訪問リハビリを併用し社会参加に繋がった事例

枚方老人保健施設のぞみ

理学療法士 前磨優（まえ まゆう）

【はじめに】

退院後デイケア利用者の「歩いてトイレに行きたい」という目標に対し、デイケアと訪問リハビリを併用したアプローチにより目標を達成することができた。訪問リハビリ、デイケアを修了後デイサービスへと移行できた事例を報告する。

【事例紹介】

対象 A 氏：70 代男性、要介護 4 疾患名：脳梗塞後遺症(左視床出血) 白内障(右眼)
デイケア週 3 回利用、短期集中リハビリ・リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ算定。
妻、娘と同居。自宅内はスペースが狭いも妻が車椅子を介助し移動している状態であった。

【介入経過】

1～2 ヶ月：デイケア利用開始し歩行訓練・トイレ動作訓練中心に実施。3 ヶ月：入院。4～7 ヶ月：歩行能力の向上あり四点杖導入。8 ヶ月：訪問リハビリ開始し自宅内移動訓練、トイレ動作指導中心に実施。9～13 ヶ月：自宅内移動、トイレ動作がほぼ自立したため新たな目標である「散歩」に向け訪問リハビリ・デイケア共に屋外歩行訓練も開始。14 ヶ月：屋外歩行安定し訪問リハビリを修了、デイケアではリハビリテーション会議にてデイサービスへの移行について検討。16 ヶ月：デイケアを修了しデイサービスへ移行。

【結果】

デイケアでの基本動作訓練と訪問リハビリで行う実際の場面における動作訓練の併用により目標を達成することができた。自立度が高まったことにより本人・家族の意識も変わり、新たな目標も本人より聴き取ることができ活動範囲を広げることが可能となった。目標達成後は能力も安定したこともあり、デイケアで会議を重ねデイサービスへの移行へ繋がった。

【考察】

デイケアでの基本動作訓練に加え、訪問リハビリでは実際の場面でリハビリを行なうことで新たな課題を把握しながら動作訓練を行い、デイケアの訓練へもフィードバックできた。また過介助になってしまう妻への介助方法の指導や福祉用具についても提案したことにより、自宅内移動・トイレ動作・玄関段差昇降の目標を早い段階で達成できたと考えられる。

【まとめ】

デイケアのリハビリは活動・参加への目標を掲げることが必要となってきたが、その目標に対しデイケアのみのリハビリでは十分なアプローチが行えないことが多い。訪問リハビリと併用することで生活が見え、課題の把握からよりの確なりハビリを提供することができるようになる。家族への適切な介助指導や活動への協力を仰ぐことができ、目標達成の時期を早めることが可能となった。また家族・居宅ケアマネ・福祉用具関係者との関係性も築け、デイケア卒業に対する不安も軽減することができた。

27. 社会復帰を目指して

介護老人保健施設 アザリア
介護福祉士 山野典子（やまの のりこ）
共同発表者 大迫武明

【はじめに】

利用者や家族から会社に戻りたいと社会復帰の要望があった。今回は、その要望に応える為にはどのような取り組みが必要か。また、デイケアを卒業するにはどのように対応すべきか等、本氏に関わる各専門職が取り組んだ内容をまとめ発表する。

【事例紹介】 平成 27 年の時点 氏名： A 氏 年齢：50 代 要介護度：4 寝たきり度：B2 認知症度：Ⅱa 主病名：脳出血 平成 27 年頃他県に単身赴任中に脳出血で入院。その後地元の X 病院へ転院しリハビリ開始する。

左上下肢麻痺、高次脳機能障害、左空間無視あり。平成 27 年 11 月頃に自宅へ退院となる。

【実施】

平成 29 年 1 月ごろに会社に戻って仕事場へ復帰したいと希望があり社会復帰（会社へ出勤）へ目標を設定する。担当者会議にて、本人、妻、担当ケアマネジャー、デイケア職員、福祉用具、訪問リハビリにて相談を行ない、問題点の抽出し専門分野に分かれて必要な能力や福祉用具など情報を共有し取り組む事となる。電動車いすをレンタルし出勤や会社での移動の様子を福祉用具の方が撮影を行いその様子を DVD にて確認する。A 駅～B 駅（移動時間 1 時間半程度）までの出勤と会社内での電動車いすの操作に関しての問題点に着目しデイケアは電動車いすの操作や排泄動作の能力拡大を目指した。

【結果】

デイケアでは排泄動作自立・電動車いすの操作がスムーズになり出勤に関しての恐怖心が無くなる、福祉用具では電動車いすだけでなく荷物や杖を置く台を設置（特注）、訪問リハビリでは自宅内での移動能力や玄関の階段昇降がスロープから手すり付き添い歩行、他職種と連携を図る事でデイケアだけで行なえなかった能力の獲得や拡大に繋がった。現在は週 2 回出勤できるようになるもデイケアの卒業は出来なかった。チームで取り組んだ事で本人の社会復帰に前進することが出来た。現在は要支援 2 となり継続利用をしている。現在の本人の目標が自宅で入浴したい、自宅での移動は車椅子を使用せず移動したい、職場の友人と市内で飲み会や他県の友達と一泊旅行したいなど目標の幅が広がった。

【おわりに】

今回の取り組みは、職場復帰という目標に合わせてデイケアで行なえる訓練を実施していたが、結果として卒業は行なえていないがデイケアを週 2 回の利用し個別リハビリ以外で、介護職員が行う訓練を実施し卒業に向けて取り組んでいる。他職種と関わり利用者・家族と共に少しずつでも出来る事を増やし、また不安感なく電車や勤務先までの移動できるようになったのは、一つの成果であると捉えている。今回の取り組みを今後は、若い世代の方へデイケアの利用する材料として案内する事例にしたいと考えている。老健は高齢者施設とイメージがあると思うが、介護保険を利用するどの年代の方達にもリハビリに来て、個人の目標に沿った内容を設定し、社会復帰につながるよう取り組んでいきたいと思う。

28.自分たちの手で利用者に喜んでもらえる美しい中庭を作ろう！

介護老人保健施設 つくも

介護職員 西島あゆみ (にしじま あゆみ)

共同発表者 石川裕美 前川晋一 稲垣絵美 村上幸枝 滝下智之 川村典子
鳥居富美代

【はじめに】

当施設は緑豊かな環境の中、広い中庭があり、外歩きのリハビリに最適なスロープ・花壇等も備わっている。しかし清掃や手入れができておらず、樹木や雑草は伸び落ち葉が溜まり、老朽化したベンチや園芸用品は無造作に放置されたままであった。今回、職員の手で整備・清掃を行ない、美しく憩える中庭を造ることで、利用者に良い効果があったので報告する。

【方法】

- ① 中庭に対する意識調査のアンケートを利用者家族と全職員に対して行った。
- ② 全職員が関わり、継続して中庭を整備・清掃できるシステムを作った。
- ③ 期間・場所・実施時間など詳細を提示し、全職員で実施した。
- ④ 憩える中庭となるように、パラソル・机・椅子等の必要物品を設置した。
- ⑤ 施設入所者やデイケア利用者が、リハビリの一環で職員と一緒に花の種や苗を植えた。

【結果】

利用者や家族、職員の中庭に対するアンケートの回答に、「美しく整備・清掃された中庭」、「椅子やベンチや木陰があって憩える中庭」を求めている意見や「掃除のシステムやルールを作った方が良い」、「当番制であれば参加してもよい」等の意見が多かった。そこで整備・清掃にかかる時間を職員1人あたり15分間に設定して整備・清掃をした。その結果、晴れの日日光浴で家族と一緒にくつろいでいる利用者や、昼休みに休憩している職員の姿を見るようになった。また、不穏な状態が続いていた認知症のある利用者は季節の花が多く咲いて美しくなった中庭で過ごす事で、落ち着きがみられるようになった。自分たちで植えた花苗の水やりを自分の役割とし生きがいを見つけた利用者もいた。外歩きの歩行訓練に利用者がスロープを利用するようになった。以前は荒れて雑然としていた中庭が、全職員で整備・清掃をしたことで美しく憩える場所へと変わり、散策する利用者が増えた。

【まとめ】

職員が自分たちで荒れた中庭を整備・清掃し、利用者に喜ばれる環境づくりができた。今後は、年に4回定期清掃を継続的に実施し、さらに美しい中庭作りに取り組み、今まで以上に利用者・家族が気軽に過ごせる場所になるようにしたい。またリハビリやレクリエーション・施設内の行事でも活用する機会を増やしていきたい。

29.顧客満足、施設利用の向上に向けた取り組みについて

介護老人保健施設 ベルアモール

支援相談員 中村奈津美（なかむら なつみ）

共同発表者 北川雅俊 藤岡毅彦 小林公人 源裕子 安西智子 宮川沙織

【目的】

当施設は、認知症ケアや、看取りケアなど、個々の利用者に応じたサービスの提供を強みとする在宅強化型老健である。しかし、地域住民や各事業所の方に、これらのサービス内容を十分認知して頂く為の取り組みが出来ていなかった。施設内多職種でプロジェクトチームを立ち上げ、地域の方に当施設の特徴を知ってもらい、必要時利用して頂けるよう渉外活動を行った。また、さらなるサービスの質の向上を図るべく、顧客満足度調査後の改善対策及び、長期退所者を対象にアンケート調査を実施したことについて報告する。

【方法】

- 1 既存のリーフレットだけでは、自施設の特徴や施設生活の様子を具体的に伝えるまでには至らなかった為、様々なサービス内容や利用までの流れなど、誰が見ても分かりやすく理解しやすいように作成した。
- 2 上記リーフレットを含め、施設にて実施している介護保険サービス、利用料金、申し込み様式見本など、施設についての情報を取りそろえたファイルを作成し、地域の居宅介護支援事業所のケアマネジャーや病院のソーシャルワーカー等を招いて開催する交流会にて配布し、地域と連携強化を図った。
- 3 長期入所の方が在宅復帰される際、施設満足度の確認を行うアンケートを実施。その結果を各療養棟に報告し、改善を促した。
- 4 顧客満足度調査後、分析及び公表だけでなく、その後記述式の要望及び改善が必要な内容は改善対策を関係部署にて実施した。

【結果】

- 1・2 今回新たにリーフレットを作り、利用前面接やサービス担当者会議などで活用した結果、より見やすくなり、「とても分かりやすい」との意見があった。また、必要時に適切な情報をすぐに提示出来る為、即座に対応出来た。
- 3 退所前アンケート
9月1日～1月30日までの間アンケートを実施し、配布枚数39枚、回収枚数26枚、回収率66%となった。施設の選定理由や、利用中のサービスや環境への意見など貴重な意見を得ることが出来た。
- 4 改善対策に対し、3ヶ月後に実施、定着化出来ているかをモニタリングした。各部署が創意工夫、効率化等図り、改善対策を実施していることが確認できた。

【考察】

- 1 事業所だけではなく、利用者や家族に渡すことも考慮し、認知症ケア、看取りケア、リハビリの内容、在宅復帰までの流れなど細部のケア内容を具体的に載せたことで当施設の特徴をイメージしやすかったのではないかと考える。
- 2 今まではご意見箱に投函された内容や年に1度の顧客満足度調査をもとに対策等を実施していたが、随時アンケートを行うようになり、適時、多くの意見を収集することが出来ている。アンケートで得た意見を今後の対策に活かし、より良い施設作りを目指していきたい。

【課題】

- ・地域住民や事業所等への渉外活動・PR活動の実施。
- ・退所前アンケートの定着、対策の実施。

30.こんにちは！よどの里です！～地域に根ざした老健を目指して～

老人保健施設 よどの里

介護福祉士 長崎大輔（ながさき だいすけ）

共同発表者 大山美紀 亀田昌代 江崎達哉 岡恵珠

当施設の目標に「安心して住み続けられるまちづくり」という文言がある。この目標を実現するため、施設として地域に出て様々な活動を行っている。介護職責がたてる年間目標にも例年「地域活動」を掲げ、介護職責中心の様々な地域活動を行ってきた。今回、この地域活動とその振り返りを報告する。

（地域活動の目的）

①地域へ当施設が認知されるよう宣伝する②地域とつながり信頼関係を築く③地域に選ばれる老健施設へ繋げる

（地域活動の内容）

①地域の祭りへの出店

昨年9月の町会納涼祭りでは、たこ焼き屋を出店した。3～4月前から月数回、町会の会議に参加し、祭りの前日には会場ややぐらの準備などの作業にも参加した。祭り当日は、その他有志の職員も参加し、1日かけて3000個を売り切ることになった。売り上げは次回のためストックしている。

9月は区民祭りに参加。子供向けのスーパーボールすくいを出店した。

②地域の認知症学習会の講師引き受け

昨年度は診療所や一般からの依頼、こちらから宣伝による学習会を計3回行った。講師は介護職責に限らず、中堅介護職員も派遣した。「ユマニチュード」と「パーソンセンタードケア」に絞り、まとめたものに添って進めていった。内容は各派遣先の希望に合わせその都度調整した。学習会には介護職だけでなく、それ以外の職種、利用者、家族、地域の住民などの参加があった。

③毎月の施設周辺の清掃作業

月に1回、職責会議を開催しており、その会議前の30分間、施設周辺の清掃活動を行った。施設行事などで職員が多く出勤している日にも、介護職責以外で不定期に行った。

（まとめ）

祭りへの出店は毎年恒例となっており、担当職員は町会とも顔馴染みになっている。「たこ焼きやったらよどの里に」という祭りを通しての信頼関係は築けている。

講師を派遣することで、担当職員は改めて専門分野についての振り返りができ、スキルアップに繋がっている。「次は〇〇についてお願いします」と派遣先からも高評価を得ている。参加者の多さからも、認知症への関心の高さがわかり、地域に講師を派遣することの必要性を感じている。

清掃活動については、特に地域からの評価はないが、施設周囲の環境をきれいに保つことが、よどの里のイメージアップに繋がっていると思う。

「地域活動」を行っていくことでの宣伝効果や、地域とつながり、信頼関係は築けたように感じる。しかし、「老健として利用したいよどの里」「勧めたいよどの里」という感覚にまでは達していない。占床率の低下や、ボランティアさんの人数も減少していることにも少なからず関連しているように思う。

地域に複数の介護施設が開設し、今後利用者の獲得も厳しいものになってくる。今後も「地域活動」を継続し地域とのつながりをさらに強くしていきたい。そして「介護が必要になったら頼れる」「他人に勧めたい」老健としてのよどの里をアピールできる活動を進めていきたい。

31.ショートステイ利用者による退所時の忘れ物を減らす為に

介護老人保健施設 ベルアルト
社会福祉士 立石雄大（たていし ゆうだい）
共同発表者 佐々木智弘

私達はショートステイの利用者が退所後、施設に忘れ物がないように日々荷物の確認を行っているが、時々忘れ物が発生してしまう為、パートナー及び、御家族の信頼低下が懸念される現状がある。

そこで、退所時の忘れ物を減らすことにより利用者・家族との信頼関係の維持及び向上へと繋がると考え、活動として取り組む事とした。

まず各ユニット内において入退所者の荷物の忘れ物の現状把握の為に必要な情報を、ケース記録、ヒヤリハットの件数、各ユニットにおける申し送りより情報収集を実施した。その結果、平成29年4月15日～5月31日迄において、退所者338名中、30件の忘れ物があった。

忘れ物の詳細内容については、長期利用者1件、ショート利用者29件あり、全ユニット共通して、特に偏りなく、あらゆる場所で様々な物品を忘れていた事が分かった。そこで、全ユニットでショート退所者の忘れ物を29件から0件にするという目標を設定し、ショート利用者の退所時の忘れ物を減らす対策を検討する事にした。

「なぜ忘れ物をしてしまうのか？」を、特性要因図を用いて分析した結果、主な要因として、「ショート利用者の退所日に朝一番で荷物チェックをするので、午後の帰る時間までにタイムラグがある。」「持ち物チェックリストが見にくく、使いにくい」という2点の原因があがり、改善が必要だと考えた。まず、①ショート利用者の持ち物チェックリストを、物品名の表記や枠組みを分かりやすく使いやすい物に更新し、全ユニットで使用した。②退所直前に忘れ物がないかを再度確認する為の確認表を作成し、退所直前に全ユニットで使用した。その結果、忘れ物の数は、対策前の29件から、対策後14件に減少したが、目標達成度は54.4%であり、目標の0件に至らなかった。そこで再度忘れ物の情報を分析した結果、最も多かった状況として、預かり物品の返し忘れが多く、次いで利用者が自身の荷物を動かしたり、救急搬送でチェックが行き届かなかった等の予測困難なケースが多い結果となった。

再対策として①退所直前忘れ物確認表に、預かり物品の見落としがちな項目を具体的に追加した。②予測困難なケースに対応する為、活動チームの担当者が、各ユニットで毎月1回忘れ物と忘れた状況をリストアップし、忘れ物リスクが高いケースを、ユニット職員に周知し、共有した。再対策の結果、忘れ物の件数は6件に減少し、目標達成率は79.4%になった。この結果により、利用者・家族との信頼関係の維持及び向上へ繋がったと考える。

また、付随効果として、忘れ物が減ったことで、忘れ物発生時に発生する、御家族への連絡や、記録等の業務負担が減らすことができた。

32.介護技術評価の取り組み

巽病院介護老人保健施設

介護福祉士 在本裕子（ありもと ゆうこ）

共同発表者 網井美希 河合博美 田淵順子

【はじめに】

新入職員や実習生のケアの指導では、指導介護職員が共通認識をもって行うことは大切なことである。そこで、実際に指導する職員に基本技術の実技評価を実施したのでその取り組みについて報告する。

【目的】

指導介護職員の技術の標準化

【方法】

期間：平成 29 年 7 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日

対象者：当施設入職後、3 年目以上の介護職員 15 名

評価方法：評価表にて自己評価を実施後、教育委員会がモデル（利用者役）と評価者となり実技評価をおこなう

合格基準：評価表 2 項目が 100 点満点中 80 点以上で合格とする。

【実施内容】

平成 29 年 7 月より教育委員会にてどのような技術評価表が良いかを検討し、評価表作成後デモンストレーションを委員の中で実施し、再度見直し、9 月に評価表が完成した。

評価内容は体位変換とベッドから車椅子の移乗介助とし、「一部介助が必要な利用者の場合」と「全介助が必要な利用者の場合」の 2 項目とした

10 月に評価の対象となる介護職に介護技術評価を実施する事を周知し、評価方法を説明し 11 月より自己評価を開始した。

計画では 12 月より技術評価の実施を目標としていたが、介護職の多くが交代勤務を実施しており、評価日時は勤務表作成後に対象介護職と評価者である教育委員との日程調整をしたため、計画通りに進まず、2 月、3 月に集中的に技術評価を実施した。

合否の結果は、対象者 15 名中、14 名が合格した。

不合格となった 1 名に対しては個別の指導を実施し、4 月に再評価をし、合格した。

【結果】

対象者全員において基本的な声掛けや移乗介助における一連の動作はスムーズにできているが、ベッドや車椅子の安全確認や移乗介助する前の環境整備が不十分であることがみえてきた。

【終わりに】

今回の取り組みは自己評価、他者評価を行ったことで、介護職自身の介護技術を振り返る機会となった。基本的な介護技術の実施評価を通して、指導の標準化に繋がったと考える。今後は新入職や実習生の指導に当たる職員には、指導前の技術指導や指導後の振り返りの場をもつことで認識を共有し、指導の質の向上につなげていきたい。

33.褥瘡 0 件を目指して

介護老人保健施設 ベルアルト
介護福祉士 木村洗季（きむら こうき）
共同発表者 森中春美

A 施設では平成 28 年度の褥瘡発生件数が年間 22 件であった。施設内で褥瘡対策チームが発足したが、委員会との連携ができておらず、活動も不足していた。状況を評価し、「褥瘡発生件数が多い」という結果が出た。発生者の特徴として新規発生より再発者が多く、脆弱な皮膚状態からオムツ内環境の悪化、摩擦による臀部の褥瘡発生件数が高い傾向にあった。また、陰・臀部のスキンケア不足・不適正なオムツの使用・ポジショニングが不十分であり、高リスク者に対してケア統一ができていないことがわかった。そこで、年間褥瘡発生 0 件を目標として活動を強化した。入所者の苦痛を軽減でき、労力とコスト削減に繋がる。また、褥瘡予防ができるという介護、看護のケアの質の向上になると考えた。

特性要因図にて各項目の要因を掘り下げた。スタッフの要因からはケアの統一が出来ていない。マニュアル通りの陰・臀部洗浄方法ができていない。褥瘡発生者の要因からは、高齢で皮膚状態が脆弱であり、オムツ内環境の悪化や摩擦が起きている。真の要因として「職員の知識にばらつきがあり、褥瘡予防の十分な個別ケアが行えていない」ことが判明。

対策として毎月褥瘡対策チームの会議で、委員会と協力し各ユニットの再発者・高リスク者に対して個別ケアの検討を行うと共に 3 つのグループを立ち上げた。

①陰、臀部洗浄のマニュアル作成グループ

統一したケアが行えるようにマニュアルを作成し直し各ユニットに配布した。

②オムツの見直しグループ

各入所者に適正なオムツ使用が行われているかオムツ適正確認表を使用しアセスメント調査を実施。適切なオムツの選定、統一を行った。

③ポジショニンググループ

セラピストより助言を得て、ベットマット・車椅子クッションの検討、ポジショニング・背抜き・スライディングシートの活用方法の勉強会を実施。スタッフの意識と知識の向上を図った。

各グループで上記の対策を実施。またチームメンバーが外部研修へ参加し、スタッフへ伝達、啓蒙活動も行った。(活動期間 5 月から 9 月末)

その結果毎月の褥瘡発生件数は、6 月 11 件 7 月 7 件 8 月 0 件 9 月 4 件となった。6 月は発生者が増加したが、利用者の状態把握や個別アセスメントが不足していた等スタッフの要因が高かったと考える。しかし、活動後発生件数は減少の経過をたどり 8 月では 0 件と効果が表れた。9 月は新規入所者の発生 2 件、入院から再入所の方の発生 1 件高リスク者の再発 1 件となった。入所日数の短い方や高リスク者の予防対策が不足していたと考える。

今後も褥瘡発生 0 件を目標に活動を行っていくと共に入所者に適切な個別ケアが行えているかの確認とスタッフ指導を行っていく。また外部研修に積極的に参加し知識を深めケアの向上に努めていきたい。

34.褥瘡ケア（栄養アプローチ）

大阪市立介護老人保健施設おとしよりすこやかセンター南部花園館
介護福祉士 平野裕子（ひらのゆうこ）
共同発表者 前田尚美 萬代哲也 酒井寛子

はじめに：高齢者の褥瘡発生の多くは加齢に伴う栄養不良に起因しているといわれている。今回、褥瘡発生状態にある利用者に対し栄養アプローチとして栄養機能食品を朝食時に 2 週間提供。その結果を報告する。

方法：栄養機能食品 200kcal を朝食時に提供、期間は 2 週間。褥瘡部を週 1 回評価

対象者：1.A氏 77 才男性肝障害・摂食障害・廃用症候群身長 165 cm体重 44.3kg 要介護 5 B 2 2.B氏 80 才女性胆嚢癌末期・糖尿病身長 146 cm体重 47.5 kg 要介護 5 B 2 3.C氏 96 才女性左上腕骨近位外側骨折術後・高血圧身長 146 cm体重 47.2 kg 要介護 3 B 1

実施・結果：1.A氏 H28.6.29；仙骨部 30×15 mm大 stage II、7.20；38×13 mm大 stage III、7.23 栄養機能食品開始、8.3；22×7 mm大乾燥傾向、8.5 提供終了、8.10；24×11 mm大、9.13；40×25 mm大。BEE(基礎代謝)994kcal TEE(必要エネルギー)1193kcal 必要蛋白量 55.3～66.4g 摂取エネルギー1400kcal 摂取蛋白量 65.5g（提供期間）褥瘡悪化のため提供開始、軽快傾向となるが終了後に変化はなく悪化する。2.B氏 H29.5.7；左臀部 15×15 mm大 stage II 表皮剥離、5.8；左臀部 30×40 mm大 stage III 壊死、右臀部 15×20 mm stage II 表皮剥離、5.9 栄養機能食品開始、5.17 左臀部 30×30 mm・右臀部治癒、5.22 提供終了、6.7；40×50 mm大ポケット形成。BEE1004kcal TEE1204kcal 必要蛋白量 59.3～71.2 g 摂取エネルギー1640kcal 摂取蛋白量 67.5g（提供期間）褥瘡発見より早期に悪化。栄養機能食品提供で右臀部はすぐに治癒。左臀部は一旦縮小傾向になるが終了後より悪化する。3.C氏 H29.1.5；臀部 6×8 mm大 stage II、1.6 栄養機能食品開始、1.11 治癒、1.19 提供終了。BEE927kcal TEE1019kcal 必要蛋白量 59～70.8g 摂取エネルギー1700kcal 摂取蛋白量 67.5g 食事摂取量低下・疼痛による体動減少・利用者の性格を考慮すると体交等ケアの受け入れ困難の可能性高く早めの介入により早期に治癒

考察：褥瘡を有する場合は基礎エネルギーが亢進している事が多く必要エネルギーは増加する。また創傷治癒の過程では通常より多くの蛋白質が必要であり微量栄養素の補給も必要とされている。栄養機能食品の提供後全員の褥瘡は縮小傾向がみられた。上記より提供によりエネルギー・蛋白質・微量栄養素を補うことで褥瘡縮小の効果があったと考えられる。C氏は提供終了前に治癒。A・B氏は提供終了時に縮小みられたがその後悪化した。C氏は基礎疾患があるが自己にて体動可能であり栄養・全身状態に大きな問題はない。B氏は癌末期・糖尿病があり栄養・全身状態の不良が考えられる。A氏は肝障害・摂食障害があり、疾患からも全身状態が良好とはいえない。褥瘡発生要因から考えると A・B氏は複数の基礎疾患を有しており肝障害・癌末期・糖尿病など特に発生リスクとなりうる疾患であり、褥瘡の悪化につながったと考える。

おわりに：褥瘡治療での栄養管理の必要性は理解していたが、今回重要性を再確認する事ができた。現在は栄養機能食品の提供は褥瘡悪化などにより開始することが多く明確な基準は設けていない。提供期間終了後の対応についての検討も必要であり今後の課題である。

35. 頸髄損傷を患った方への在宅復帰に至るまでの支援～多職種協働の重要性～

介護老人保健施設 ニューライフガラシア
介護福祉士 大藪容子（おおやぶ ようこ）

I. はじめに

頸髄損傷はその後遺症として、身体・感覚麻痺と共に、直腸膀胱障害を伴うことが多く、排泄という基本的な動作ができないために、人間の尊厳が失われてしまうことがある。また在宅復帰が果たせた場合でも、自宅で介護する家族の負担も大きくなる。今回我々は、頸髄損傷後の排泄障害を持ちながらも、多職種協働による様々な試みで、機能の改善が見られ、前向きな気持ちで在宅復帰を果たすことができた事例を経験したので、報告する。

II. 事例紹介

69歳 女性 要介護度：5 自立度：B1

自宅の階段から転落し、頸髄損傷（C3～C5）を負った。身体不全麻痺、直腸膀胱障害、感覚障害を認め、日常生活動作全般に一部介助を要した。家族構成は夫、姑との3人暮らしであり、自宅へ帰りたいとの希望があった。

III. 支援過程と結果

課題として以下の2点に取り組んだ。

1) 排便のコントロール

失便への対策として、まず排便時間や便の性状の調節を試みた。看護師から排便を促す目的でオリーブオイルの提案があったが、本人が好まれなかったため、代わりに青汁の飲料を勧めた。また下剤を定期服用し、さらに便秘時には下剤を追加した。それでも反応便が見られなければ、浣腸・坐薬挿肛を施行した。その結果、毎日の排便には至らなかったが普通便から軟便での自然排便が増えた。看護師は、下痢に傾かないように、また、排便時間が夜間にならないように薬剤調整を行った。

2) 排泄動作の自立

当初、頸髄損傷の後遺症で四肢麻痺・手のしびれがあったため、指先の細かな動きが難しく、下衣の上げ下げが困難であった。そのため、上げ下げしやすい総ゴムのズボンを提案し、親指でゴムの部分を持って操作するように促した。尿取りパットに関しては、テープ式ではテープを剥がしパンツに固定することが難しかったため、取り外ししやすいマジックテープ固定式を提案し、自分自身で取り外しできるようになった。毎日の排泄介助を行う中で、本人が何に困っているのか、何が出来るようになったのかを考えながら、また本人の言葉に耳を傾けながら介助の工夫をした。また、リハビリスタッフは個別リハビリの中で立位保持のための筋力強化、バランス感覚の向上に努めた。

その結果として、排泄機能の改善が見られ、入所後、約3ヶ月で在宅復帰が可能となった。

IV. 考察

頸髄損傷後の後遺症に関して、在宅復帰のためには、排泄の自立は重要な鍵となる。今回、看護師、介護士、リハビリスタッフなど多職種協働の様々な試みで無事在宅復帰を果たされた事例を経験した。徐々に機能が改善していく中で、本人の「出来る」という喜びは人としての尊厳を取り戻し、生きる力を引出した。それはまた、我々の大きな励みとなった。本人の声に耳を傾けつつ、排泄の自立という一つの目標の達成するために、それぞれの専門職が創意工夫しながら、チームとしてケアにあたることの重要性を再認識した。

36.在宅復帰のパワー ～経口摂取への取り組みを通して～

介護老人保健施設 ライフポート泉南
介護支援専門員 中谷江利（なかや えり）
共同発表者 楠瀬理恵子 大江健太郎

【はじめに】

胃瘻造設後も口から食べたいと希望する入所者や家族は少なくない。しかし、体調や病状により経口摂取への移行が困難である入所者がいる中で、在宅復帰が実現したことにより活動性が向上し、経口摂取の実現や食事形態のレベルアップができた事例について報告を行う。

【事例紹介】

A氏…77歳、男性、要介護度5、寝たきり度C1、認知度IV、ADL全介助、脳梗塞を発症し、構音障害や左片麻痺がある。胃瘻造設後に当施設入所。

【背景】

声掛けに対しての反応は少なく、終日ベッドに臥床しており、覚醒状態を確認することさえ困難であったが、家族から経口摂取の強い希望があり、入所中に経口移行支援が開始となった。

【取組内容】

入所中の食事は3食ともが経管栄養であったが、経口移行支援としてゼリー（1日1個）の提供を行った。体調は安定していたことから、在宅復帰に向けての支援を行い、在宅復帰後は定期的なショートステイ利用となった。在宅復帰後6ヶ月目のショートステイ利用時に、入所中ではみられなかった感情の変化や発語等が現れるようになったことから、家族や他事業所等と連携を図り、カンファレンス開催や栄養指導の実施により、食事の提供や食事形態のレベルアップ、又経口摂取の頻度増加を図る支援を行った。

【結果】

ショートステイ利用時の昼食にムース食が摂取できるようになり、粥やトロミを含んだ刻み食へと食事形態の向上が図れ、ショートステイ利用時の全ての食事を経口で摂取することが可能となった。自宅での食事は3食とも経管栄養であったが、昼食のみ経口摂取となった。在宅復帰後は表情の変化、挨拶や声掛けに対しての返答、覚醒している状態の持続や協力動作が得られるようになった。

【考察】

入所やショートステイと区別をつけず、本人や家族の意向に沿って途切れのない支援を行ったことが、多大なる状態の変化をもたらしたと思われる。このことより、重度介護者においても在宅復帰は可能であり、スタッフの意識改善も図れたと考える。

【おわりに】

在宅復帰により得られる生活の刺激は大きく、ADL向上を図る可能性を秘めていることから、今後も他職種と連携を図りながら、途切れのない支援を行っていきたい。

37. 『やってみよう』家に帰る方法はある!!～はーとぴあの挑戦～

松下介護老人保健施設はーとぴあ
看護師 松本香織（まつもと かおり）
共同発表者 面谷知一

【はじめに】

挑戦とは困難に立ち向かうことである。今回の事例は在宅復帰が極めて困難と思われたが、本人の「家に帰る」という強い願いに答えたいと利用者自身の残存能力を最大限発揮できる環境調整を始めとした様々な取り組みに挑戦し、在宅復帰ができた。この事例は我々のこれまでの在宅復帰支援の在り方を見つめ直すきっかけとなった。

【事例紹介】発表にあたり、本人・家族の承諾を得ている。

A氏・81歳・女性・要介護3・認知症度：正・障害者自立度：B2

全盲・右耳失聴、幼少期より左足が短く尖足のため歩行困難、全盲の夫と2人暮らし。自宅内は四つ這い移動、トイレ等での起立時は両手で手すりを持って右脚を支えに立ち上がっていた。自宅内で転倒し右大腿骨転子部を骨折、術後リハビリ目的で入所。

【取り組み内容】

当初、元通り「床から立ち上がり、トイレに独りで行く、家に帰る」ことを目標とした。しかし、元々左脚が使えず立ち上がりや立位時に支えとなった右脚が膝折れで体重をかけられない。介助なしでは立ち上がりも立位保持も困難だった。高齢で全盲の夫が介助するのも難しく、家族も私達も家での生活は無理だと一度は考えた。しかし、A氏の「家で過ごしたい」という意思是固かった。そこで、トイレの代替案として、オムツを装着し床上でのパッドの自己交換を提案した。家と同じ畳の部屋へ転室、壁伝いに四つ這いで移動、着替えや内服管理、そしてパット交換も一人で行えるようになったが、何としてもトイレで排泄したいというA氏の思いがあった。カンファレンスを行い、電動昇降座椅子とポータブルトイレ（以下Pトイレ）を考えた。寝室と居間を兼ねた部屋に両方を並べて置く場所はないと家族は難色を示したが、廊下への引き戸を取り払い、部屋を広くする案で納得した。居室に電動昇降座椅子とPトイレを設置。全盲であり、畳から電動昇降座椅子への移動、昇降操作、電動昇降座椅子からPトイレに横移動する訓練は時間がかかったが、終にトイレでの排泄が可能となった。試験外泊でも問題無く、在宅復帰ができた。

【考察】

「見えない」「立てない」「だからトイレに行けない」。支援者側が先入観に囚われると家に帰るのは難しいと考えてしまう。しかし、A氏の強い意思を目の当たりにして、やってみよう！と挑戦する思いが湧き、A氏の思いを多職種で共有し、知恵を出し合うことで自由な発想が生まれ、在宅を想定した環境調整ができた。加えて、早期から本人や家族と話し合いを重ねて関係性が強化されたことも、本人・家族・職員が一丸となり困難を解決する力となったと考える。

【おわりに】

「家に帰れない利用者はいない」今、私たちはそう考える。利用者の持つ能力に目を向け、課題を整理、そして多職種で知恵を出し合う。「やってみよう！」という思いが家へと帰る道を作る。これからも様々な困難に挑戦し、在宅復帰の願いを叶えていきたい。

38.笑顔で自宅に帰ろう！～家族をチームの一員に～

介護老人保健施設 コスモス楽寿苑
支援相談員 奥村誠治（おくむら せいじ）
共同発表者 江藤佐友里

<はじめに>

『住み慣れた我が家で暮らしたい』と考える高齢者は多い。超高齢社会と呼ばれる現代において、特に一人暮らしの高齢者は年々増加している。しかし、高齢者の一人暮らしには、認知症の進行によって引き起こるトラブルや、孤独死などの問題が付きまとうため、一人暮らしを望む高齢者の暮らしを地域で支えるための仕組みが求められている。今回、多職種・家族の連携を図り、在宅復帰・在宅支援の取り組みを行った内容を報告する。

倫理的配慮として、個人を特定する情報についてプライバシーが保護されるよう配慮し、症例発表をすることに本人及び家族の承諾を得た。

<事例紹介>

A氏・70歳・男性

単身生活を送っていたが、脳梗塞後遺症で歩行不安定なうえ飲酒の習慣があり、自宅内での転倒が増えたことから、居宅ケアマネジャーから入所相談があった。家族とは、離婚により関係性が薄い為介護協力は得にくい状況にあった。

<取り組み内容>

入所当初、在宅生活に比べ飲酒の機会が減少したストレスからか、他の入所者と口論になるトラブルもみられた。そこで、今までは関わりが薄かった主介護者である長男に、嗜好品の用意や面会頻度の増加を依頼し、精神面の安定を図るとともに、家族の支援体制の構築を図った。当初は協力的とは言い難い状態であったが、長男へのアプローチを続けるうちに、徐々に面会の頻度が増え、A氏のトラブルも減少した。

数か月の入所期間で、A氏は車椅子対応から杖歩行となった。個人面談を行い、本人の意向を尋ねたところ、「もう少し歩けるようになったら、家に帰りたい。」との要望があった。A氏の意向を長男に伝えたところ、「本人が望む生活をさせたい。」と返答があり、在宅復帰に向けて多職種によるカンファレンスを開催した。

後日、自宅への退所前訪問を実施し、居宅ケアマネジャーを含む多職種と連携をとり、退所後の居宅サービスの調整と確認を行った。当日は階段昇降を問題なく行えたことが、A氏にとって在宅復帰への意欲がさらに高まった様子で笑顔が多くみられ、訪問から数週間後に在宅復帰ができた。

退所後、A氏は通所リハビリテーションや訪問介護といったサービスを利用し、単身生活に戻ったが、定期的に長男がA氏の自宅を訪問して支援は継続していると、居宅ケアマネジャーより情報提供があった。

<考察>

在宅復帰を支援するには、多職種の連携は非常に重要である。今回、A氏に関わる全てのスタッフが一丸となり、情報を共有したことでスムーズな連携が図れ、在宅復帰に繋がったと考える。特に、家族と連絡を密に取り合うことで、家族がA氏と関わる時間が多くなり、一人暮らしに向けての支援協力を得ることができたと思われる。

在宅復帰の支援方法に、『これが正解』というものはないかもしれないが、今後も利用者が笑顔で自宅に帰れるように支援していくことを心がけていきたい。

39.筋力低下と認知症で転倒・転落を繰り返す方の介護

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
看護師 菊澤小代美（きくざわ さよみ）
共同発表者 松田美香 岩下寿々子 岡拓昭 森川昌子 大星喜美代

事例紹介：A氏 86歳

既往歴：認知症・高血圧症・廃用性筋力低下・左足首硬縮

入所までの経過：肺炎で10か月入院。独居で在宅生活は困難にて当施設入所。入院前は81歳まで仕事していた。以前グループホーム入所中は徘徊が多かった。

情報提供書には眠剤や安定剤の使用の記載なし。入所前訪問ではベッドに拘束されていた。PTの診断では、立位バランスは悪く持久力低いが、左脇腹から腕を支えれば手すりを持って30mほど歩行可能であった。認知症により自立歩行できないのに歩こうとするリスクが想定された。施設では拘束はしないので、解放感によりBPSDが起こる可能性は高いと推測し、ベッドからの転落事故防止に、低床ベッド・離床センサー・ベッド柵カバー使用。床にはマットレスを補強した。また、初日車椅子からの立ち上がりがあり、転倒予防に車椅子センサーも使用した。実際、車椅子からの急な立ち上がりが頻繁にあった為、そばを離れる際は、必ずブレーキをしてフットレストは上げてから離れるようにした。車椅子センサー音が鳴るとすぐにつけるが、動きが素早くすでに歩き出そうとされている事が多々あった。よって、職員が常に近位見守りを要した。

会話が困難な為、立ち上がってなにをしたいのか不確かであったが、そのまま手すりを伝って一緒にフロア歩行をした。広告をちぎって夢中になる様子を見てその作業を勧めたり、紙と鉛筆を渡して筆記をしたり。他の事に注意をそらせて転倒予防に努めた。

日中は他数名と一緒に風船バレーなどのレクを実施。PTは体操を実施した。職員が業務を行うのに同行して気分転換を図った。

夜間の離床センサー反応は平均5.6回あり訪室すると端坐位または、すでに立ち上がっていた。声かけで治まる事もあったが、全く理解なく数分毎にセンサー反応を繰り返す時は、眠くなるまでサービステーションで過ごした。また明け方であれば早めに起きて近位見守りをした。入所36日目。夜間ベッドから転落し受傷した。その日より床対応とした。床対応になってからも夜間の動きは激しかった。夕方、テレビを熱心に観ていると思って少しそばを離れた際、A氏を振り返ると、いつの間にか車いすを自走し3mほど移動しており次の瞬間、両足でそばにあったソファを突然蹴り車椅子ごと後方に傾き、転落しそうな瞬間を走って受け止める、という場面があった。そのような予測不能なひやりはつとが何度かあった為、マンツーマンで近位見守りすることになった。入所78日目。朝4時離床センサーがなり訪室すると頭から流血して倒れているA氏を発見。頭皮裂傷し縫合したが、骨折はなくその日に帰室された。すぐにカンファレンスを開催した。

・限られたスタッフでマンツーマン介護に無理がある。他者介助にもリスクが伴う。床に寝ていても床から立ち上がり今回転倒した。床対応以上にどうしたらいいのか。・薬を服用して昼間傾眠になりADLが低下するのではないか。・ADLが下がると怪我も重大になるのではないか。様々な意見がでたがA氏の安全を考え医師から眠剤を処方された。

40.全職種が一つになって～不安のある利用者との関わりを通して～

吹田市介護老人保健施設

看護師 荒木剛志（あらか たけし）

共同発表者 長井昌大 渡邊まり子 森本和子

【はじめに】

高齢者のうつ病は、認知症と並んでよく見られ、様々な喪失体験がきっかけで発病する。今回、うつ病原因の強いヒステリー症状により、職員は対応にとまどったが、統一した関わりを行う事で老健施設での生活が送れた事例について報告する。

【事例紹介】

A氏。80代女性、うつ病、要介護2、認知症度I、寝たきり度A2、性格は真面目。夫の死後、独居生活を送っていたが、気力低下、不安、焦燥感等からうつ病を発症、症状悪化のため精神病院に入院するが、抗精神薬の過剰投与により一般病院に転院、状態改善し再度精神病院に戻った。その後、症状軽快し、当施設に入所となった。

【経過】

入所当初は、表情も良く、自立した入所生活を送っていた。入所後1ヶ月頃から過呼吸が出現し、食事を拒否するようになり次第に症状が悪化していった。そこで心療内科を受診、身体表現性疾患（以下、ヒステリー症状）と診断を受けた。過呼吸等のヒステリー症状の要因は強い不安感が考えられた。A氏の強い不安は「在宅復帰できず、娘の家では一緒に暮らせない。老健では永く暮らせず、どこかに移らなければいけない」という思いであった。職員は、A氏のケアカンファレンスを開いて情報を共有する事で職員間のケアの統一を図った。そしてケアマネジャーは早めの懇談会を開き、定住できる場所を家族と一緒に探し支援した。また、食事は栄養科と連携し、A氏の好むパン食とし形態を工夫した。

【結果・考察】

最初はA氏への関わり方がわからない職員もいた。しかし、ケースカンファレンスで、全員がヒステリー症状は寄り添い過ぎても依存心を増し、症状悪化につながる事を理解した上で、過剰対応せず見守りの対応をした。結果、A氏に向き合い接する事ができ、職員一人ひとりが判断して関われるようになった。また、ケアマネジャーや栄養士と連携し、A氏の不安を和らげるよう支援を迅速に図った事や、嗜好や本人に合わせた食事形態の工夫をした事で、不安を軽減させ症状の悪化を進行させる事なく施設生活を送れたといえる。

【おわりに】

老健は在宅復帰を目指す施設であるが、A氏は在宅復帰する事ができない現実と終の棲家にはらない現実において大きな不安がヒステリー症状として表現された。様々な環境の利用者がいる中でその方にあった住環境を他職種協働で整えていく支援をする事も私たちの役割であるといえる。在宅復帰支援施設である老健の役割をいかに発揮するかは私たちの使命ではあるが、この事例の様にご本人の思いと沿わない選択をしてしまう事も多々あるといえる。私達は、今後も地域に開かれた施設として地域住民の支援、その方の個別性を大切にしたい援助を継続させていきたい。

41. 『睡眠を通して学んだ家族との関わりの大切さ』

介護老人保健施設 みあ・かーさ
介護福祉士 松村康平（まつむら こうへい）

《はじめに》認知症の周辺症状の一つとして、睡眠障害がある。その症状は、在宅生活において家族には、かなりの介護負担を強いられている。今回、A氏の不眠や断続的な睡眠で夜中の対応が大変であるという家族の思いがあった。『安易に薬は使用せず、日中の過ごし方の見直しと睡眠出来る環境作りを再構築する』ことを目的とし、家族と施設との生活パターンの相違を浮き彫りにし、そこから、ケアの構築を行い、睡眠時間の確保と家族の負担軽減につながった事例を発表する。

《事例紹介》A氏 89歳・女性・アルツハイマー型認知症・認知症ランクⅢb・自立度A-2、認知症が進み食事の食べ遊びの増加、夜間睡眠リズムが不安定。

《状況把握》在宅生活の3日間を24時間生活表の記入を家族に依頼。また、短期入所中にもA氏の24時間の行動を記録するようにした。

《取り組みの実施》状況把握を踏まえて睡眠に悪影響を及ぼしていると思われる要因を分析し、統一したケアが実施できるようにした。特に重要と思われる項目の3点を紹介する。
①在宅では23時頃より睡眠をとっているため、21時からの睡眠という時間に囚われない、強要しない、不眠時は、ベッドサイドに付き添い一緒に過ごす②活動量を増やすのと同時に太陽光により体内時計が良い生活リズムに変換する為、光階段で昇降訓練やフロアの散歩をする③空腹による寝つきの悪さや中途覚醒を防ぐため、食べ遊びが多い夕食時にスタッフが介入する

《結果》光階段の昇降訓練の実施により22時頃より入眠、7時起床という一定の睡眠リズムの構築に繋がった。食事に介入することで『お腹が空いて寝れん』という訴えも減少した。娘に在宅での睡眠状況を尋ねると「以前よりも夜間睡眠出来るようになった」「夜間覚醒がほとんどないので助かりました」「一番びっくりしているのが、階段が以前に比べてとてもスムーズに昇降出来るようになりました」との返答を得る。

《考察》長期入所と違い短期入所は在宅と施設の環境変化が著しく、施設の生活リズムや就寝時間の適応が難しい場合もある。施設の時間に合わせた環境ではなく、A氏と家族のライフスタイルに合わせる事が重要であると考え、施設の時間に囚われず、睡眠パターンが確立されたことにより在宅に戻ってもそのパターンが上手く適応出来た為ではないかと考えられる。

《おわりに》A氏と家族の睡眠を取り戻すことは、住み慣れた自宅で同居できる時間を長くし家族の笑顔、明るさを取り戻す事に繋がるのではないかと考えられる。また、家族との関わりが無ければA氏の睡眠について重く受け止めることはなかった。家族と常日頃から関わり、何気ない会話の中から家族が抱えている悩みや不安を汲みとり、ケアに反映する事や、家族とA氏がより良い在宅生活を送れるように支援していく事が、老健の役割であり課題であると気付かされた。

42.線から円へ ～ひろがる交流・人の縁～

介護老人保健施設 やまき苑

介護福祉士 渡邊裕利子（わたなべ ゆりこ）

共同発表者 太田めぐみ

【はじめに】やまき苑デイケアでは、デイフロアで横長のキャスターテーブルを使用し、利用者が横並びで手作業を行っていたが、テレビの音が入り混じり、スペースが手狭になり、顔を見合わずことなく、会話も少なく、他者との交流がなくなっていた。やまき苑デイケアは専用の食堂を持ちスペース的に恵まれている。大きなテーブルがある食堂に手作業の場を移動し、実施することにした。利用者が集まって顔を合わせ、言葉を掛け合うことで、黙々と手を動かす作業場から、対人交流の場にできるように考えた。

【準備】利用者に食堂への移動を促し、興味を持てる工夫として、何種類かのメニュー（色塗り、折り紙、計算問題、間違い探し、季節ごとの壁飾り作品づくり等）を用意した。画一的に皆が同じメニューをこなすのではなく、それぞれが好きなもの、得意なものを選んで取り組めるようにした。

【経過】当初は、女性利用者がほとんどだった。連れ立って座り、顔を見合わせ、挨拶を交わす、自分の作業に取り組みながらも、他者の作業にも目が向く。他者への問いかけやアドバイスが飛び交うようになり、笑い声も聞こえる楽し気な場に人が集まるようになった。A氏（男性・89歳）もその中の一人で、独居のため息子の嫁が食事や身の周りの世話に訪れるが、毎日のことで負担が大きいため、家族のレスパイト目的での利用開始だった。利用開始当初は、デイフロアにて一人で過ごし、対人交流もなく、帰宅願望が強く、眠剤の管理がうまくいかずに転倒リスクも高いため、個別に見守りを行っていた。A氏の趣味が絵を描くことであるのがわかり、個別で手作業を提供すると、熱心に取り組み、帰宅願望が軽減した。この時点では、デイフロアの一角で黙々と手作業を行う姿が見られた。賑やかな食堂での手作業に視線を向けているのに気づき、参加を促し、他利用者の輪の中に入れてもらったところ、当初は緊張した様子で、会話もなかった。A氏が描く絵を見て、感心した他利用者が話しかけるようになり、A氏からの声掛けも見られるようになった。冗談の飛ばし合いも聞かれ、今では手作業の場が利用者の談笑の場になっている。A氏の帰宅願望はなくなり、手作業だけではなく、他のプログラムにも積極的に参加するようになった。

【考察とまとめ】手作業の場を移動したことで、A氏はデイケアでの居場所を見つけ、他者との交流の機会を持てるようになった。今回、その経過を追うことが出来た。A氏の参加により、男性利用者に敬遠されがちな手作業の場の、環境づくりの工夫も必要だと考える。人にはさまざまな背景があるが、年を重ねても何かを共に作る楽しみや達成感、その過程での対人交流に楽しみ、喜びを見い出すことができる。今後も手作業の可能性を模索していきたい。

43.デイケアのリハビリをチームで行う事で見えてきたもの

高石市立老人保健施設 きやらの郷
介護福祉士 丹本崇 (たんもと たかし)
共同発表者 佐伯亜希 前田和樹

【はじめに】

当デイケアでは要介護者 84 名に対し、リハマネジメント加算 I を算定している。リハビリと言えば一般的にはリハ専門職が行うものというイメージがあるが、デイケアを利用することで ADL が改善し、在宅生活が継続できたケースから、リハ職員と他職種チームで協力して実施したリハについて気づいた点を報告する。

【対象者】

A 氏 男性 要介護 3 障害自立度 B2 認知症自立度 I HDS-R : 15 点
仕事上の事故で左大腿部を切断。義肢により歩行ができていたが、転倒を繰り返し、健側膝の痛みと黄色靭帯骨化症による上肢の痛み、可動域制限があり寝たきりの状態となり、週 1 回、入浴目的で当デイケアを利用している。

【対応】

リハ計画作成まで 3 回居宅訪問。本人は排便でポータブルトイレに座る以外はベッドで臥床している。主介護者の妻にとって本人は大柄で、痛みが強いため移乗介助が 1 番の負担になっていることがわかった。座位も短時間しか取れず臥床時間が長くなり認知症状の進行も心配された。この情報を元にベッドと車いす間の実用的な移乗動作の検討と、離床時間・活動量を増やす方向でリハを進めることとなった。個別リハでは、自宅と同じ環境になるように車いすと電動ベッドを配置し、本人へ自力で移乗できる様に指導を行った。また、生活リハとして臥床時間を減らすために車いすの自走と集団体操への参加を促した。移乗動作は自宅で継続して行う必要があるため担当のリハ職員から全スタッフへ生活場面を想定しての移乗が行える様手順を説明して周知徹底を図り移乗練習を積み重ねた。

【結果】

利用開始から 6 か月後、自宅でもセッティングのみで車いすへ自己移乗できるようになった。ベッド上で痛みがある時でも自分で寝返りが可能になり、妻が頻繁に呼ばれる事が減り、妻の負担が軽減した。座位時間が拡大したことで送迎中も痛みなく乗車でき、今ではデイケアも週 3 回利用できるようになった。外出の機会が増え、他者交流が増えたことで本人の気持ちも前向きになり、現在は家の中ではおむつを外したいと希望している。

【考察・まとめ】

A 氏のケースは 3 回の訪問により問題把握ができ、介護・看護スタッフがリハ職員と連携し A 氏の能力を把握し、デイのタイムテーブルの流れの中で統一したケアが実施できた事例であった。デイケアでのリハビリはリハ職の個別での機能訓練に加え、介護士、看護師全スタッフが在宅生活のイメージを持ち、デイケアの利用中、送迎を含めてすべてがリハビリであると意識してケアに当たること、ケア内容を全員が理解していることが大切である。日々の業務ではどうしても画一的なケアに陥りがちであるが、今後は業務の流れの中で統一した個別ケアが実践できる様に取り組んでいきたい。

44. マットレス更新による業務改善

介護老人保健施設 大阪緑ヶ丘

介護職員 大高沙也加（おおたか さやか）

共同発表者 藪佳用子 野本和美 山本香子

【目的】

制度改正、報酬改定に伴い、介護の質の見直しが問われている。集団リハビリをPT、OT、STが担当していたが、平成30年4月から介護職員が担当することになった。そこで、介護職員の業務を効率化し、利用者には快適な生活環境を整えるため、ベッドのマットレスを体圧分散マットレスに変更した。その結果、マットレスの手入れや洗濯等に費やす時間短縮と、感染症予防など業務改善につながったので報告する。

【方法】

期間 : 平成29年10月～平成30年4月

対象 : 従来のベッドメイキングと、体圧分散マットレスでの比較検討

【結果】

従来のベッドメイキングの順序は、マットレス⇒マットレスパッド⇒マットレスカバー⇒シーツ⇒ラバーシーツ⇒布団⇒布団カバー⇒枕⇒枕カバーで、平均6分30秒かかった。体圧分散マットレスは、マットレス⇒シーツ⇒布団⇒布団カバー⇒枕⇒枕カバーで、平均4分50秒だった。

汚染時や退所後、従来のマットレスの場合、ラバーシーツを外し、洗濯の工程が必要だが、体圧分散マットレスはシーツを外し、70%アルコールで拭いた後、シーツを敷くだけで良い。

体圧分散マットレスは、試用期間を置き、導入した結果、ラバーシーツを洗濯しない分、洗濯時間が2時間短縮された。また、汚染時のシーツ交換も楽になった。従来のマットレスは、運搬時重く、職員への負担が大きかった。

介護職員は、洗濯時間短縮等で集団体操、レクリエーション、個人リハビリ等に充てられるようになった。

【考察及び結論】

介護の質の向上は、利用者により多くかかわる時間を作り出すことで、心身機能の向上や維持をすることだと考えている。PT、OT等専門職によるリハビリテーションにプラス、介護職員の日常の働きかけが増え、その結果、在宅復帰につながる利用者の意欲向上につながり、集団体操へ誘導しても参加しなかった利用者も、参加するようになった。

体圧分散マットレスの導入による、利用者の変化は、体位変換がしやすくなり、体の負担も軽くなり、寝ている状態も楽になったという意見も聞かれた。

また、手入れがしやすく、アルコール消毒が可能で、感染症予防にも有効である。

マットレスの取扱も、従来のものより軽く、腰痛予防や肩こりの軽減など、職員の負担も軽くなった。

洗濯時間の短縮等によるゆとりの時間を作り出すことで、職員の利用者に向き合う時間が増え、職員のモチベーションの維持と、利用者の意欲向上につながったことは、マットレスの更新という道具の見直しが、業務改善に有効であることが分かった。

45.地域包括ケアシステムの構築に向けた健康運動指導士の役割 ～地域向けあおぞら教室開催報告と今後の展開について～

介護老人保健施設 パークヒルズ田原苑
健康運動指導士 今本愛 (いまもと めぐみ)

【はじめに】

集団での運動指導を得意とする健康運動指導士は、生涯を通じた国民の健康づくりに寄与する目的で創設された。現在では介護の現場においても活動の場を広げているが、どのように関わっていくかが課題である。そこで、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも元気に過ごせる（高齢者のニーズ）ように見守るという「地域包括ケアシステム」の中の生活支援サービスの充実について焦点を当て、その取り組みと共に報告する。

【対象及び方法】

高齢者のニーズの一つでもある健康寿命の延伸に向けて、運動指導に関わる事を考えた。介護保険サービスと保険外サービスを一緒に提供することで、利用者の増加につながるようサービスの質を向上させる事を検討した。そこで、保険外サービスである地域住民を対象とした屋外での運動教室「あおぞら教室」を昨年春と秋に開催した。専門学校の芝生グラウンドという非日常的な場所にて、皆で一緒に体を動かす事を目的とし、当苑と地域の方との交流の場を設けた。春は好天の青空の下、芝生の上でダイナミックストレッチを皆で掛け声とともに行う運動を実施し、秋は雨天の為体育館で運動会を実施した。

【結果】

春はフィットネス利用者が多かったが、秋はロコミ等もあり、今まで当苑を知らなかった方に多く参加していただくことができた。健康運動指導士として運動指導のイベントを行う事により、健康寿命を延ばしたい高齢者同士のつながりという新たな地域コミュニティを形成することができた。また、フィットネス利用者の増加・家族の介護相談の増加・要支援に近い自立の方の相談を受け、地域包括支援センターに紹介する等、今まで介護とは無縁の方が当苑を知るきっかけとなった。

【まとめ】

健康運動指導士が運動指導で地域コミュニティの形成に関わることにより、保険外サービスの充実を図ることができた。これにより、要介護・要支援になってから関わりを持つのではなく、介護認定を受けていない時から関わりを持ち、顔見知りの関係を築くことで、将来的な利用者増加に繋がる可能性がみえた。これがニーズに沿った地域貢献となり、生活支援サービスの充実に繋がると感じた。

今回のイベントを運動指導者として、「地域包括ケアシステム」の構築に向けて役割を持った第一歩として捉え、今後も生活支援サービスの充実や健康寿命延伸に努めていきたいと思う。そのために、多職種・地域包括支援センターと連携しながら、介護予防や自立支援の為に地域コミュニティ形成に携わっていきたい。そして、高齢者が安心して住み慣れた地域で暮らしていけるよう、さらなる保険外サービスの充実に向けて取り組む事が必要だと考える。

46.宿便性潰瘍の既往を持つ利用者に対して、自然排便を促すケア ～排便コントロールへのアプローチについて～

介護老人保健施設 きんもくせい
介護福祉士 村野宏幸（むらの ひろゆき）

【はじめに】高齢者は、加齢による腸の蠕動運動の低下が現れ、活動量・食事量・水分量の減少、筋力の低下など、様々な原因で便秘を引き起こす。宿便性潰瘍とは高度な便秘の一つであり、その既往がある利用者に対して、自然排便を促すケアに取り組み、効果を確認したため報告する。

【事例紹介】 A氏 女性 94歳 要介護度1 日常生活自立度B2 認知症自立度Ⅱb
病名：認知症、宿便性潰瘍

食事は毎食全量摂取、水分は1日の必要水分摂取量1,100ml（体重×0.25%）を飲水できている。排便状況は一ヵ月間調査したところ10回で、そのうち自然排便は5回、下剤の使用後で5回、下剤使用回数は13回、そのうち浣腸は2回、坐薬は1回使用していた。排便の時間帯は不定で性状は普通便だった。

【介護の目標】 下剤を使用せず、自然排便を促す。

【介護の実践】 胃・大腸反射を起こすために、毎朝起床時、冷水1杯（150ml）を飲水後、朝食を提供した。毎日体操・レクリエーションを行い、その中で便秘予防体操・腸の動きを良くする手のツボを自身で押せるよう誘導し実施した。又、朝9時の排泄時、腹部マッサージを自身で行ってもらい、正しい姿勢で便座に座り、前傾姿勢の保持ができるようにクッションを抱えるようにした。以上の内容が記載された実施チェックを作成し、職員全員でできるように協力を依頼した。

【結果】 平成29年9月1日から1ヶ月間、実施・調査を行った。起床直後の冷水とその後の朝食は全量摂取でき、体操・レクリエーションもほぼ連日参加できていた。排泄時の姿勢・腹部マッサージは、10日間のみだった。排便回数は16回で自然排便が12回、下剤使用後で4回、浣腸・坐薬は未使用。便の性状は普通便と変わらず、排便の時間帯は9時から10時の間が8回であった。

【考察】 A氏は「毎朝冷水を飲むことは、腸の蠕動運動を活発にし、さらにこの後しっかり朝食を摂取することで排便力はアップする」また「排便の際、最も使うのが腹直筋で運動不足や加齢によって衰えていく」と述べている。実践前は終日居室で臥床し過ごしていたが、実践後は毎朝冷水・朝食を摂取し、体操・レクリエーションに参加し活動時間が増えることで、腸の動きが良くなり、また腹直筋が鍛えられたと考えられる。そして排泄時の姿勢を正すことにより、腹圧が掛かりやすくなり、自然と排便を促す結果となった。しかし排泄時の姿勢・腹部マッサージは10日しか実施できていないため、効果の評価ができなかったが、9時～10時台に排便が多くなったことから、習慣がついたと考えられる。

【おわりに】 一律に「〇日排便がなければ下剤内服」といった、単に「便を出す」というケアではなく、下剤内服による苦痛や不快感を軽減できるように、自然排便へのケアを促していきたい。