

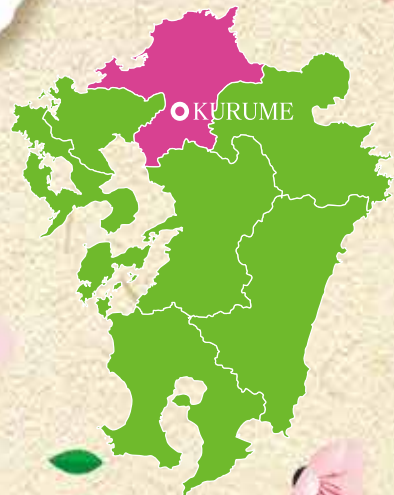
抄録集

第19回九州ブロック
介護老人保健施設大会

福岡

今こそ老健の
力を

こだわり続ける老健の役割と機能



【平成30年】
5月24日(木)・25日(金)

【会場】 久留米シティプラザ

【大会会長】 三根 浩一郎 (公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会会長)

【主催】 公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会

【大会事務局】 公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会

〒810-0005 福岡県福岡市中央区清川3-14-20 TEL:092-522-1442/FAX:092-522-1480

<http://www.frk.gr.jp/>



久留米に
くるっぱ!

久留米市イメージキャラクター

くるっぱ

シンポジウムⅠ「今こそ老健の力を ～こだわり続ける老健の役割と機能～」	2
基調講演「介護保険制度と老健施設の今後の行方」	3
教育講演「三つのキーワードで考える摂食嚥下障害への対応」	4
シンポジウムⅡ「改正道路交通法における認知症地域連携について」	5
市民公開講座「いつまでもあなたらしく輝いて ～ことばで紡ぐ心の絆～」	6

演題発表

5/24 14：40～16：00 発表分 (第1分科会) 在宅復帰	9
(第2分科会) 医療とケア	21
(第3分科会) 食事・栄養・口腔ケア関連①	32
(第4分科会) リハビリ関連①	42
16：10～17：20 発表分 (第5分科会) 管理・運営	53
(第6分科会) 認知症ケア関連①	62
(第7分科会) 食事・栄養・口腔ケア関連②	72
(第8分科会) リハビリ関連②	84
14：40～16：00 発表分 (ポスター発表①)	96
16：10～17：20 発表分 (ポスター発表②)	109
5/25 9：30～10：40 発表分 (第9分科会) 在宅支援・地域支援	121
(第10分科会) 認知症ケア関連②	130
(第11分科会) 安全管理(身体拘束・事故関連)	140
(第12分科会) リハビリ関連③	146
10：50～12：20 発表分 (第13分科会) 全般的なケア	155
(第14分科会) 入浴・排泄ケア関連	168
13：20～14：50 発表分 (第15分科会) 看取り・全般的なケア	180
(第16分科会) 様々な取り組み	192

5月24日(木)

10:30 ~ 12:00

第1会場 / ザ・グランドホール

「今こそ老健の力を ～こだわり続ける老健の役割と機能～」

座 長 : 三根 浩一郎 (公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会 会長)

シンポジスト : **村岡 達也** (介護老人保健施設ヴィラクしはら 理事長)

青見 健志 (介護老人保健施設青風苑 事務長)

林 幸恵 (介護老人保健施設ニューライフ須恵 介護主任)

福岡県保健医療介護部介護保険課

平成30年の診療報酬・介護報酬同時改定で、介護保険における入所施設の機能分担が明らかになった。介護老人福祉施設は要介護3以上の高齢者の日常生活や療養上の世話をを行う終身入所施設であり、介護医療院は長期療養のための医療と日常生活における世話をを行う、介護保険で賄われる在宅扱いの医療施設である。

では、介護老人保健施設に対し、どの様な「役割と機能」が求められているのでしょうか。この命題を、当シンポジウムにおいて議論するテーマとした。

5月24日(木)

13:00 ~ 14:30

第1会場 / ザ・グランドホール

「介護保険制度と老健施設の今後の行方」

座 長：増田 住博（公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会 副会長）

講 師：松田 晋哉（産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授）

平成30年度の医療介護同時報酬改定では、地域包括ケア推進の方向性が明確に示された。高齢者が住み慣れた地域で、必要に応じて入院や施設での介護を受けながらもできる限り在宅でQOLを保ちながら生活するという「ほぼ在宅、ときどき入院・入所」体制を実現するためのいくつかの仕掛けが設定されている。合わせて厚生労働省の研究費でも医療と介護とを総合的に評価し、そして連携を進めるための方策に関する事業が設定されている。こうした流れの中で、老人保健施設がどのようなポジショニングを地域でとるのが課題となる。在宅復帰型の評価が強化される流れの中で、地域によっては老人保健施設に別の機能が求められている場合も現実にはある。そのような類型化を政策担当者や国民が納得できる形で示すことを老人保健施設関係者は求められているように思われる。本講演では、筆者のこれまでの研究成果に基づいて、いくつかの提案を試みたい。

5月25日(金)

10:50 ~ 12:20

第1会場 / ザ・グランドホール

「三つのキーフレーズで考える摂食嚥下障害への対応」

座 長：中村 重泰（公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会 副会長）

講 師：**館村 卓**（一般社団法人TOUCH 代表理事）

摂食咀嚼嚥下障害が疑われた場合、かつては非経口的栄養法が選択されてきました。しかしながら、非経口的栄養法による消化管の廃用化が、栄養吸収機能を低下させることでサルコペニア（筋肉量の減少）を誘発し、身体機能が障害されることが知られるようになり、経口摂取の必要性が認識されるようになりました。ところが、経口摂取はQOLの改善であるとの考え方を金科玉条として、口腔機能の評価を行わずに無定見に経口摂取を進めることで、誤嚥性肺炎や窒息事故に至る場合も散見されるようになりました。

摂食咀嚼嚥下障害への対応の基本は、①呼吸路の安全性の確保、②口腔咽頭機能の賦活、③口腔咽頭機能のレベルに応じた食物調整の3つのキーフレーズの順守です。さらに、対象者の生活状況に応じて、治療的から維持的な口腔清掃と口腔機能療法の4つの組み合わせでプログラムを策定する必要があります。

今回、リハビリテーション施設である老健を利用される方々の生活参加を支援するための安全で効果的な食事提供に必要な考え方についてお話しします。

5月25日(金)

13:20 ~ 14:50

第1会場／ザ・グランドホール

「改正道路交通法における 認知症地域連携について」

座 長 : 齊藤 雅 (公益社団法人福岡県介護老人保健施設協会 副会長)

シンポジスト : **小路 純央** (久留米大学医学部神経精神医学講座 准教授)

田中 明香 (特定医療法人幸明会船小屋病院 精神保健福祉士)

田中 募 (福岡県警察本部 交通部運転免許管理課 課長補佐)

わが国は超高齢社会を迎えており、認知症高齢者も急増している。自動車技術の向上により、交通事故や死亡事故も減少してきているが、昨今高齢者が第一当事者としての自動車事故死傷件数が目立ち、平成29年3月12日改正道路交通法が施行された。本制度による主な改正点の1つは、75歳以上の高齢者は、認知機能検査で第1分類（認知症の恐れがある者）と判定された時点で、違反の有無にかかわらず医師の診断を受けなければならない。

臨時適性検査や医師の診断書により運転免許の取り消し等の行政処分を受けた場合、または自主返納を行った際にも課題は多い。車は移動手段であり生活手段でもあり、車が無いと買い物ひとつ不便であるし、仕事や趣味・娯楽など行動も制限され、生き甲斐の喪失にも繋がる。地域で支援サービスが提供されているが、いまだ対策も十分と言えない。本講演では改正道交法における認知症地域連携の在り方について、演者の意見も交えて会場で共有する。

5月25日(金)

15:00 ~ 16:20

第1会場 / ザ・グランドホール

「いつまでもあなたらしく輝いて ～ことばで紡ぐ心の絆～」

コーディネーター：林田 スマ（フリーアナウンサー、大野城まどかぴあ館長）

ゲスト：藤吉 久美子（女優）

立川 生志（落語家）

【プロフィール】

林田 スマ（はやしだ すま）

【経歴】

1947年12月16日

福岡県嘉穂郡（現 嘉麻市）出身
元RKBアナウンサー

1971年

結婚のためRKB退社。その後9年間の専業主婦を経て

1980年

フリーとしてアナウンサーの仕事に復帰

1994年11月

エッセー「ことばの花束」出版

1996年4月

大野城まどかぴあ女性センター（現・男女平等推進センター）所長に就任

1999年10月

エッセー「こころの花束」出版
主婦モニター組織 f2（エフツウ）事務局代表

筑紫女学園大学 非常勤講師

2004年3月

九州大学大学院 人間環境学府修士課程 修了

2008年10月

エッセー「ことばとこころ」出版

2009年4月

大野城まどかぴあ館長

2010年4月

大野城まどかぴあ男女平等推進センター特別アドバイザー

その他、テレビやラジオ番組を中心に、企業やPTAの講習、各種シンポジウム、対談、エッセーの執筆なども行う

【委員・役員等】

- ・マックスバリュ九州株式会社社外取締役
- ・福岡中央銀行社外取締役
- ・独立行政法人国立文化財機構理事
- ・学校法人中村学園理事
- ・財団法人福岡県教育文化奨学財団理事
- ・福岡県アンビシャス運動推進委員
- ・福岡市景観審議会委員 他

【著書・現在担当番組（RKBラジオ）】

<著書>

- ・エッセー「ことばの花束」
- ・エッセー「こころの花束」
- ・エッセー「ことばとこころ」

<RKBラジオ>

- ・「お母さんにバンザイ」
（土曜日 17:05 ~ 17:20）
- ・「林田スマのことばの花束」
（土曜日 17:05 ~ 18:00）
- ・「スマスマE-KIDS」
（日曜日 17:25 ~ 17:40）
- ・「林田スマのサンデースイートショップ」
（日曜日 20:00 ~ 21:00）

【プロフィール】

藤吉 久美子（ふじよし くみこ） 女優

【経歴】

1961年8月5日 福岡県久留米市出身
福岡女学院高等学校時代にモダンダンスに魅了され、大阪芸術大学芸術学部舞台芸術学科に進学、舞踏を専攻する。

のち演劇を、大学在学中に、NHK「連続テレビ小説」の公募に応じ、6000人の応募者の中からヒロインに選ばれ、1982年10月から半年間放送された連続テレビ小説『よーいドン』でデビュー。

その後、女優、タレント、歌手、声優、ナレーターとして多方面で活躍中。

趣味：料理 合唱 陸上 カメラ

特技：ジャズ・タップダンス ゴスペル

【テレビ・映画・ラジオ等の主な出演】

<テレビ>

代表作：「よーいドン」NHK連続テレビ小説

「しのぶ」CX 主演

「裸の大将」CX 46話ゲストヒロイン

「正しい結婚」CX 主演

大河ドラマ「毛利元就」NHK

「表層家族」TBS 主演

「分身」WOWOW

「37歳で医者になった僕」CX

「温泉㊦大作戦15」ゲストヒロイン

「まれ」NHK連続テレビ小説

「サイレン」CX

「ナオミとカナコ」CX

「広域警察9」ゲストヒロイン

<映画>

「東京交差点」「津軽百年食堂」

「コンビニ夢物語」「グッバイエレジー」

<舞台>

「女系家族」「おもろい女」

「お気に召すまま」「赤ひげ診療譚」

「ありがとうと言いたくて～椿山課長七日間」

「くちづけ」「笑う巨塔」「夕」

【プロフィール】

立川 生志（たてかわ しょうし） 落語家

【経歴】

1963年福岡県生まれ。福岡大学卒業後、大手企業に入社し一旦は営業マンとなるが、子供の頃からの夢を叶えるため2年で退社。

1988年立川談志に入門、立川笑志となる。談志も認める陽気な高座は前座時代から「賞ハンター」の異名を持ち、若手落語家の登竜門と言われる「NHK新人演芸大賞」「にっかん飛切落語会」の各賞を何度も受賞。1997年二ツ目昇進。

2008年4月、入門20年目にして落語立川流真打に昇進。立川生志と名を改めた。

真打昇進後に始めた独演会「ひとりブタ」(東京、横浜、名古屋、大阪、広島、北九州、福岡)は、各地で好評を博しているが、近年では趣味の海外旅行を兼ねて欧州や米国での公演も意欲的に行っている。

2008年「彩の国落語大賞」、2009年「横浜文化賞 文化・芸術奨励賞」、2017年「福岡市文化賞」を受賞。2010年に博多座では初となる落語公演を師匠談志との「親子会」で実現させ、2012年からは兄弟子志の輔との「兄弟会」を毎年開催している。

2017年から志の輔、談春、雲水とともに、新しい落語会「傳志会」を立ち上げ注目を集めている。

【主な受賞歴】

1994年「にっかん飛切落語会」努力賞

1995年「にっかん飛切落語会」若手落語家奨励賞

1996年「にっかん飛切落語会」若手落語家奨励賞

1998年「NHK新人演芸大賞」入賞

1999年「NHK新人演芸大賞」入賞、
「にっかん飛切落語会」若手落語家奨励賞

2001年「NHK新人演芸大賞」入賞、
「にっかん飛切落語会」若手落語家奨励賞

2002年「NHK新人演芸大賞」審査員特別賞、
「にっかん飛切落語会」優秀賞、
「彩の国落語大賞」殊勲賞

2003年「にっかん飛切落語会」日刊スポーツ特別賞、「彩の国落語大賞」技能賞

2008年 彩の国落語大賞

2009年「横浜文化賞」文化・芸術奨励賞

2016年 福岡市文化賞

【テレビ・ラジオの現在担当番組】

めんたいワイド (FBS福岡放送)

サンデーウォッチ (RKBテレビ)

立川生志の世の中こげん面白かばい！ (RKBラジオ)

開店！ウメ子食堂 (RKBラジオ)

【その他】

<CD>

立川生志 1 「朝日名人会」ライヴシリーズ 48 「元犬」「だくだく」「茶の湯」(ソニー・ミュージックダイレクト)

立川生志 2 「朝日名人会」ライヴシリーズ 65 「禁酒番屋」「短命」(ソニー・ミュージックダイレクト)

立川生志 3 「朝日名人会」ライヴシリーズ 89 「井戸の茶碗」「金明竹」(ソニー・ミュージックダイレクト)

立川生志 4 「朝日名人会」ライヴシリーズ 117 「道具屋」「品川心中」(ソニー・ミュージックダイレクト)

毎日新聞落語会立川生志「堀の内」「紺屋高尾」(ソニー・ミュージックダイレクト)

<DVD>

落語家Xの快樂 立川生志×磯山さやか (日本コロムビア)

立川生志 らくごLIVE「地獄八景亡者戯」(竹書房)

立川生志 らくごLIVE「反対陣／柳田格之進」(竹書房)

<書籍>

ひとりブタ 談志と生きた二十五年 (河出書房新社)

5月24日(木)

14:40 ~ 16:00

第2会場/大会議室1(5階)

第1分科会

在宅復帰

座長/寺岡 真一(福岡県)

演 題	施設名	発表者
コ1-1-① 他職種協働での在宅復帰支援	佐賀県 介護老人保健施設 ふるさとの森	上戸 泰鶴
コ1-1-② 在宅介護を支える家族支援を通して	福岡県 介護老人保健施設 緑の丘いわと	堀下 克彦
コ1-1-③ 私たちにできること	熊本県 介護老人保健施設 ぎんなんの里	濱島 美里
コ1-1-④ マニュアル作成後の訪問指導実態調査	熊本県 介護老人保健施設 清雅苑	松中 瞳
コ1-1-⑤ 3ヶ月で絶対在宅復帰！ ～ADL介助で日中独居～	福岡県 介護老人保健施設 カトレア	林田 良太
コ1-1-⑥ 入退所フローチャートを通して ～意向に沿った退所支援を～	福岡県 介護老人保健施設 シャンティ	川野 万理
コ1-1-⑦ 外出支援からのスタート —固定観念を取り払え！目指すは家だ！—	沖縄県 介護老人保健施設 友愛園	通事 秀一
コ1-1-⑧ 老健センターながおにできること！ ～住み慣れた地域での独居生活へ在宅復帰できた一例～	福岡県 介護老人保健施設 老健センターながお	梅野翔太郎
コ1-1-⑨ 地域の中で選ばれ続ける老健であるために支援相談員の 役割と今後の課題	福岡県 介護老人保健施設 ひのき	渡口 彩子
コ1-1-⑩ 在宅復帰に取り組んで	福岡県 介護老人保健施設 ニューライフ須恵	橋 朋典

他職種協働での在宅復帰支援

施設名：佐賀県 介護老人保健施設ふるさとの森
 発表者：上戸泰鶴
 岡暁美

【目的】

次年度の介護報酬改定では、佐老健協会でも取り組まれているとおり、在宅復帰支援機能のさらなる強化に対する評価が見込まれている。当施設では、平成27年4月より在宅復帰支援の強化に取り組んでおり、本発表では、1事例をとおり、在宅復帰支援を多職種協働で実践する中でケアプラン実行の中心となる介護職のアプローチに関する当施設の取り組みを紹介したい。

【事例紹介】

97歳 女性 要介護3
 既往歴：閉鎖孔ヘルニア嵌頓術後、廃用症候群、高血圧症、狭心症
 意欲低下による身体機能の低下に対するリハビリを目的とし、6月27日より入所。

【入所時評価】

障害高齢者の日常生活自立度：C1
 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb
 改定長谷川式簡易知能評価スケール 21点
 ブレーデンスケール 15点
 栄養状態 TP：4.6 Alb：3.3

【ケースカンファレンス】

6月27日 初回家族面談・・・「家族の自信がいたら在宅へ」
 7月7日 ケア方針決定会議・・・「意欲を向上させるアプローチ 他」
 7月10日 担当者会議・・・「トイレに自分で行きたい など」

【介護職によるサービス】

障害高齢者の日常生活自立度：C1
 ブレーデンスケール 15点
 栄養状態 TP：4.6 Alb：3.3
 ⇒低反発マットの導入、離床時間の確保

栄養管理部との食事形態検討

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb

改定長谷川式簡易知能評価スケール 21点

⇒リハビリテーション部との生活機能訓練検討・実施

排便、浮腫、食事摂取、嚥下状態の観察。

体重測定、車椅子座位時の除圧、トイレでの排泄の援助

担当者会議へアプローチ結果をフィードバック

【本事例の帰結】

障害高齢者の日常生活自立度：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb

改定長谷川式簡易知能評価スケール 23点

ブレーデンスケール 21点

栄養状態 TP：5.4 Alb：3.2

食事摂取量 5割程度⇒10割へ

【結語】

入所中の状態変化については、ケアスタッフのうち介護職がもっとも目にする機会が多い。よって、介護職がケアプランの実行者の中心となる。評価を元にアプローチを行うことで組織的・体系的なサービスとなっている。

在宅介護を支える家族支援を通して

施設名：福岡県 介護老人保健施設緑の丘いわと

発表者：堀下克彦

金納美和 徳永雅彦

【Ⅰ. はじめに】

家族・本人に老健の役割を説明し今後の意向を確認し入所となるが、その多くは方向性が定まっておらず、在宅復帰を望む家族は少ない。身体機能が回復し在宅復帰の働きかけを行うが在宅につながらないケースが多いため、今回在宅介護に対する家族アンケートを実施した。結果、核家族化による介護者不在や介護負担、介護サービスについて知らない家族や、在宅介護に不安を感じている家族が多数いたことが分かった。回答をもとに家族へアプローチを行い、自宅への在宅復帰につながった2事例を報告する。

【Ⅱ. 実施・結果】

事例1 K氏 男性75歳 病名 うつ病 認知症 要介護(2) HDS-R17点

入所期間3ヶ月

問題点 K氏の精神的訴えに主介護者がストレスを抱え在宅復帰に後ろ向きであった。

実施方法 ①入所前のK氏はデイケアのみ当施設利用され、ショートステイは他施設を利用されていた。利用先を当施設に統一することで精神的不安軽減に努めた。

②定期的な週末のショートステイとデイケア利用を固定化と情報交換

結果 自宅ではK氏の精神的訴えがあり、主介護者のストレスも増加した。定期利用や必要時の短期入所を受け入れた事で家族も安心し、在宅生活を送ることができた。

事例2 A氏女性89歳 病名 認知症 要介護度(5) HDS-R測定不能

入所期間11年

問題点 ①オムツ交換や移動移乗介護が一人で出来るか心配。

②仕事をしているため、A氏を一人にしてしまう時間がある。

実施方法 ①事前に自宅内の確認と、オムツ交換や移動移乗方法の家族指導を行った。

②介護者の生活環境に配慮した在宅生活プランの提案と説明。

結果 主介護者は余裕のない生活にストレスを感じるようになった。そこで、サービスの変更を行い、介護負担の軽減と気持ちの余裕につながり短期間の在宅生活を送ることが出来た。

【Ⅲ. 考察】

事例1の主介護者は、施設に預ける負い目を感じながらも在宅介護に不安やストレスを感じていた。家族との情報交換を行い、定期的短期入所利用が介護者の負担軽減につながり、在宅生活を送ることが出来た。事例2では介護サービスの利用方法を工夫することで、主介護者の仕事や生活スタイルの変化を最小限に留めることができ、不安を解消し、家族に寄り添い支援出来た事が在宅復帰につながったと考える。

【Ⅳ. 結論】

家族の生活スタイル、取り巻く環境を考慮し介護サービスの情報提供、家族が介護から解放される時間を作り、介護サービスの利用を進めることで退所につなげることが出来る。家族の不安に目を向け、在宅介護を前向きに考えてもらえるように働きかけていく必要がある。

私たちにできること

施設名：熊本県 介護老人保健施設ぎんなんの里
発表者：濱島美里
高宗由美子 中西ひとみ

【はじめに】

軽度認知機能障害（MCI）該当者は400万人と言われており、65歳以上の約4人に一人は認知症もしくはその予備群と推計されている。当施設でも私たちの業務は本人のみならず家族への支援が増えている。主介護者として介護を行い、日常生活を遂行し車の運転も出来ているが、その一方で書類の管理が出来ず手続きが進まない、服薬管理が不十分、病状説明を聞いても判断が出来ない、病状把握不十分等。今後このような主介護者を支えるにあたりどのような支援ができるのかを考えた。

まずはこのような主介護者へ在宅復帰支援を行った事例について報告する。

事例1

在宅復帰に向けカンファレンスを開催するが主介護者の来所無く日程の忘れや、ケアマネに対しての不信感や思い込みが見られた。本人が重介護であるため多様なサービス導入を検討したが、主介護者が混乱するため当施設が訪問し介護指導・服薬管理指導・緊急時の電話対応や訪問等ほとんどの役目を担った。

事例2

在宅復帰後、自己流のケアを行い専門スタッフの指導内容を聞き入れようとしない主介護者。主介護者のケアを尊重する他、物忘れに対しては随時声掛けを行い、病状の説明や判断が必要な時は主介護者だけではなく息子の支援を依頼している。

【考察・まとめ】

時として介護保険制度や契約内容等について家族はどれだけ理解できているのであろうか、症状について当事者の自覚があるなしに

早期診断、早期治療が望ましい。しかし、病院受診を進めるにはいささか気が引ける。なぜならMCI診断からの絶望が計り知れないからだ。しかし“主介護者”としての役割がある以上今後の人生設計を立てるには早い段階での介入によって早期に支援方法を確立させることが必要と考える。当事者やその家族の思いに配慮しながら不安を取り除き主介護者としての役割を見出すことが生きる糧となるのではないだろうか？その為には寄り添い一緒に考え支える体制が重要である。今後急速に認知症もしくは予備群と推測される家族は増え、身寄りがない利用者や、施設での看取りも増加すると予測される。当施設の体制はこのような支援が必要な方を対応するには不十分である。今後、軽度認知機能障害（MCI）について正しい理解を深めるために職員はもちろん家族への周知を行う事から取り組んでいきたい。

マニュアル作成後の訪問指導実態調査

施設名：熊本県 介護老人保健施設清雅苑

発表者：松中瞳

長友衣里 松本典子 山品佳代

野尻晋一 山永裕明

【目的】

在宅復帰を積極的に進めるには訪問指導は不可欠である。また一般に訪問指導はリハビリ専門職と支援相談員のペアで実施され、写真や図面により伝達を受ける場合が多い。しかし実際のケアに関わる看護介護職も訪問指導により自らの視点で在宅復帰する環境を見てくることは重要である。当施設では、平成25年12月より看護師・介護福祉士も訪問指導に同行し多職種協働で在宅復帰・在宅支援に取り組んでいる。訪問指導マニュアル（以下、マニュアル）を先行研究において作成し利用している。今回、今までの訪問指導を検証するため、看護師、介護福祉士へアンケート調査を行ったので報告する。

【倫理的配慮】

当法人の倫理委員会より承認を得た。

【アンケート調査対象・方法】

調査方法：質問紙法でアンケート用紙は無記名とした。対象は当施設入所職員（看護師・介護福祉士）27名で、アンケート内容は基本属性として、経験年数（5年単位）、職種の2項目、訪問指導に関して①実施状況、②マニュアル（調査票・指導書）の活用、③訪問前の情報収集、④訪問の趣旨・目的の把握、⑤調査票の活用、⑥生活行為全体の把握、⑦家族・本人の要望、介助力、⑧指導用紙の活用、⑨他職員への情報提供、⑩マニュアルに沿った記録、⑪ケアプランへの反映と生活状況の把握の11項目である。①～⑪の設問に対し回答は「できている」、「一部できていない」、「ほぼできていない」、「全くできていない」の4段階評価とした。また、①の実施状況の改善のために取り組むべき課題の優先順位をCS分析にて抽出した。

【結果】

CS分析の結果、①「訪問指導を全般的に実施できていますか」の問いに対して27名中9名（32%）が「できている」と回答した。また改善すべき課題の優先順位は⑩マニュアルに沿った記録（改善度指数12.8）⑥生活行為全体の把握（1.8）⑤調査票の活用（0.5）の順で抽出された。

【考察】

マニュアルは訪問指導の目的、用紙の使用方法は理解できるようになっているが、説明が多く確認に時間を要するため周知できていない。更に記録に関する説明が殆どなく、目的に沿った情報を整理し記録できる目安が必要だと思われる。今後は記録の書き方等、簡潔にポイントを示し活用内容も含め見直しの必要がある。そして生活行為全体の把握、調査票の活用に関しては、個々のアセスメント能力の違いから在宅での1日の生活状況の把握が不十分な職員もいる。経験年数や回数を補うため、勉強会や多職種によるカンファレンスの頻度を増やすことで改善を図ることができ、訪問指導全般的な評価としての満足率向上に結びつけるのではないかと考える。

3ヶ月で絶対在宅復帰！ ～ADL介助で日中独居～

施設名：福岡県 介護老人保健施設カトレア
発表者：林田良太
古野豊樹 藤井智之 萩谷秀平
岩瀬豊子

【はじめに】

回復期リハビリテーション病院から在宅復帰目的で入所したADL全体に介助を要する利用者に対して、在宅に合わせた環境設定・生活訓練を実施し、3か月で在宅に復帰した症例について介護現場の取り組みを中心に報告する。

症例 50代前半 男性 要介護2 工事関係自営業
脳出血（右被殻）重度左片麻痺を発症し、15日目急性期から併設病院へ転院、179日間の入院を経て入所となる

入所時：重度左片麻痺、食事以外、移乗・排泄・入浴・更衣に介助を要し、車イス自走は拙劣。FIM84 MMSE28

家庭環境：借家平屋戸建に妻（パート勤務）、次男と同居。妻の収入のみでは長期入所はできず、今後の生活に不安を抱えていた。
在宅復帰チェック表により問題点を抽出し、他部署と情報を共有し在宅準備を進めた

目標 排泄・移乗動作を獲得し、3か月後に在宅復帰

1ヶ月目

移乗は、右手で介助バーを把持し立ち上がり可能だが左下肢ステップが出来ずプッシュ現象もあり転倒リスクが高く、介助が必要であった。排泄に関して、移乗は左腋下を支え下衣操作は全介助の状態であった。車椅子自走は上達したが、意欲低下が目立ち終日臥床傾向で、自立とは程遠い状態であった。

2ヶ月目

入所後26日目、訪問指導実施。自宅トイ

レが使用できないことが判明。夫婦間の会話なく、妻は施設職員に心を閉ざした様子で、百戦錬磨の居宅ケアマネジャーが「在宅はあり得ない」と断言するほどの家庭環境であったが、ご本人にはリハビリへの良い動機づけとなった。趣味の映画鑑賞やスマホゲームを通じ離床時間も増え、在宅業者よりスライディングボード付き車椅子が提供され、車椅子ベッド双方向の移乗が自立した。排泄は下衣操作の介助量が減っていたが、自宅ではトイレが使用出来ないためポータブルトイレの導入が決まった。

3ヶ月目

空床を利用し在宅環境に似せて、ベッドサイドにベストポジションバーとポータブルトイレを設置。排泄・移乗動作の訓練を生活の場で繰り返し、遂に自立に至った。施設および居宅ケアマネジャーの介入により家族間・経済的問題も改善し、本人、家族とも笑顔がみられるようになり、当初の予定通り入所後89日で在宅復帰した。

【まとめ】

本人の意欲の低下と家族の抱えている不安、そして三か月での絶対在宅復帰が課題だった。担当リハビリ療法士と頻繁に情報を交換し、意欲を引き出せるように生活の中での訓練を行い会話や笑顔が増えていった。また在宅に似せた環境設定での訓練と2度の訪問指導を行った事で在宅へ向けた活動への意欲も引き出した。家族の不安に関しても同様に在宅生活がイメージできた事とケアマネジャーの介入により解消された。

本症例のような困難事例に関わるのは初めてだったが、徐々に形が整っていき、最終的に在宅へと至ったことにやりがいを感じ、大きな財産となった。

入退所フローチャートを通して ～意向に沿った退所支援を～

施設名：福岡県 介護老人保健施設シャンティ
発表者：川野万理
中野美紀 鐘ヶ江友梨

【はじめに】当施設は入所者の平均介護度3.4、平均年齢88歳、ベッド回転率17%、重度者割合52%、在宅復帰率63%の在宅強化型施設である。在宅復帰に向け多職種で連携し住み慣れた我が家へ安心して退所して頂くことを第一の目標としている。在宅復帰に向け、定期的な家族面談を実施していたが、スタッフにより面談内容や支援方法にバラつきがあった。面談内容・支援方法の統一とスタッフの不安感の軽減を図る為、入退所フローチャートを作成、在宅復帰支援に取り組んだ事例を報告する。

【期間】平成29年9月20日～現在

【方法】入退所フローチャートに沿って実施。

- ① 多職種による入所前訪問
- ② 入所日の入所オリエンテーション
- ③ 入所2週間後の家族との初回面談
- ④ 入所2か月後の家族との定期面談
- ⑤ 入所3か月を目安に家族の意向を確認
- ⑥ 退所日の決定と多職種での退所前訪問・退所指導
- ⑦ 退所後の多職種での退所後訪問

【事例紹介】E氏・男性・81歳・要介護5・日常生活自立度B2・Ⅱb・パーキンソン病・大腸癌・前立腺癌・脳梗塞後遺症

【利用までの経緯】平成29年6月定期受診の際、病院玄関で転倒。下肢筋力低下・歩行困難・手が上手く使えないといった症状が出現し入院、全介助状態となる。氏は妻と二人暮らしであり在宅生活は困難とのことで特養申込みをされたが「リハビリをさせたい」という家族の意向により当施設へ入所となった。

【結果】入所日にPTと相談員が自宅を訪問、

住環境と介護者の状況等を確認し、在宅復帰も見据えた目標を設定した。入所オリエンテーションでは、担当スタッフの紹介、入所期間、定期面談を行うこと等を説明すると、家族は氏の意欲が向上しリハビリを頑張りたいと希望された。また初回面談で、入所後のリハビリ状況を説明、氏のADLが改善傾向であることを知り家族の意向が在宅復帰へと前向きに変化した。2か月後の面談では、家族から在宅復帰への不安が聞かれたため、不安点の聴取後、介護指導と外出支援を実施した。実際に自宅で介護を体験した家族は、氏が自力で食事摂取できること、移乗時に協力動作があり介助量が軽減できている等の変化を確認され在宅復帰への意向が強まった。⑥⑦に関しては今後実施する予定である。

【考察】フローチャートに沿った在宅復帰支援により、家族とスタッフ間で氏の目標の共有、退所に向けた家族の不安点の聴取、指導等の関わりから信頼関係を築くことができた。また介護指導、外出支援は、家族の不安の軽減に効果的であった。さらにフローチャートの活用で面談に対するスタッフの不安感は軽減し、在宅復帰へ向けたアプローチの方法が確立、面談・支援内容の統一に繋がっている。

【おわりに】今後も入所者・家族との関りの中で信頼関係の構築に努め、介護老人保健施設スタッフとして在宅復帰支援の役割を果たしていきたい。

外出支援からのスタート —固定観念を取り払え！目指すは家だ！—

施設名：沖縄県 介護老人保健施設友愛園
発表者：通事秀一
平良巧 儀間梨恵

【はじめに】

当施設は医療ニーズの高い方が多く、要介護4、5の方が75%を占め、28名が経管栄養者となっている。そのような利用者様のQOLへのアプローチが乏しく、その意識も薄い。体調の安定を優先としたケア提供の中で、QOLの低下を招いてしまった利用者様について、職員、ご家族の意識を変え、外出支援の実践からQOLの向上に繋がったケースについて報告する

【事例紹介】

- ・女性 88歳 要介護5
- ・肝膿瘍発症にて平成28年5月入院
- ・下肢筋力・認知機能低下にて食欲不振
- ・食思低下より胃瘻造設され平成28年11月当園入所

【日常生活の様子】

- ・食事、口腔ケアはベッドで実施
- ・離床を好まずベッドで休まれる事が多い
- ・リハビリでは1時間程度車イスにて過ごされる事もあるが、心身の状況により離床出来ない日もある
- ・ご家族の面会時ベッドで休まれている事が多く、ベッドサイドで共に過ごしそのまま帰宅される
- ・帰宅願望の訴えが時折、聞かれる
- ・日中の活動量の少なさから夜間不眠がある

【課題】

生活のリズムが整っておらず、QOL低下により傾眠傾向にある

【目標】

本人の在宅へ帰りたいという気持ちをくみ、短時間本人の自宅周辺をドライブする事で、生活意欲、生活リズムの変化を期待する

【ご家族へのアプローチ】

T・U様の座位時間を考慮し、ドライブを行う事で気分転換を図れないか多職種で検討し、ご家族へ相談してみたところ「今の状況を改善できるなら」と前向きで協力的であった。

【外出に向けて】

- ・面会時にはT・U様の心身の状況をご家族へ説明

【結果】

- ・本人様が笑顔で積極的に話すようになった
- ・ご家族より「親戚や友人の家を通ると指差しながら懐かしそうに話しをする姿が嬉しかった」との声が聞かれ外出の希望が増えた
- ・これまでベッドで行っていた口腔ケアは洗面台にて行う機会が増えた
- ・外出が増えた事で夜間の不眠が減った

【考察】

- ・体調の安定を優先としたケアが、利用者様の生活意欲を低下させ、日々のケアに変化が無い事からご家族にも外出はできないと思わせていた
- ・今回ドライブを行う事で、本人、ご家族の笑顔を引き出す事が出来た

【まとめ】

T・U様の意欲向上される姿が、職員一人一人の意識の変化に繋がった。「重度だから」という固定観念を取り払い、利用者様の生活のあり方を見つめ直し、ご家族の想いに耳を傾ける事で、QOLへのアプローチの大切さを改めて実感できた。外出支援を通しご家族だけの時間を作る事で笑顔が増え、より一層の

コミュニケーションを図るきっかけとなった。そこから本来の老健としての姿に立ち返り、在宅を見据えた意識への転換が重要だと気付く事もできた。

この外出支援をスタートラインとし、今後はご家族への乗降介助の技術指導も目標とし、外出先での活動範囲を広げていきたい。また外出から外泊支援にも繋げ、在宅復帰も目指して取り組みを続けていきたい。

老健センターながおにできること！ ～住み慣れた地域での独居生活へ在宅復帰できた一例～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 老健センターながお

発表者：梅野翔太郎

小井手果南 前田富美代 梁瀬正隆

江島優子 濱田建男

【はじめに】

脳梗塞発症後、ADL低下により在宅生活困難となった入所者に対し、多職種協働に重点を置いた生活リハビリを行い、在宅復帰に繋がった支援経過を報告する。

【事例紹介】

70歳代男性の独居者。家族や近隣住民の協力を得ながら在宅生活を送っていた。内科的治療の為近位に入院、3カ月の療養生活による廃用症候群を認め、当施設入所。入所時の検査所見にて脳梗塞を認め、ADL全般に中等度介助を要し、独居生活への在宅復帰は困難な状態であった。

【評価：問題点の分析(アセスメント)】

心身機能面は、全身性の筋力低下、上肢失調症状（左上肢優位の企図振戦様症状）を認め、活動・参加面は、歩行は歩行器使用し、排泄は下衣の着脱動作に介助を要した。環境因子面は、入所後訪問指導を実施、屋内は段差が多い長い生活導線であった。

しかし知的機能面は保たれており、身体機能向上を図り動作指導や環境設定を行う事で、介助量は軽減できると判断した。また病前より、近隣住民との関係性は良好、本人の在宅復帰の希望に家族からも一定の理解と協力を得られていた。

以上のアセスメントから多職種間で問題点や目標を共有し、「生活リハビリを通して移動、排泄動作を自立し、住環境と介護サービスの調整を行い、住み慣れた地域での支援を得ながら、安全・安心な独居生活を送れること」を目標とした。

【介入経過】

個別リハビリでは、廃用症候群の改善を中心に訓練し、ADLや自主訓練の指導を実施し

た。生活リハビリとして、ケアスタッフと連携して日常の生活場面で本人の能力を反映させ、在宅復帰に向けた以下の取り組みを実施した。

移動能力の自立に向け、①下肢筋力向上の為の自主訓練を指導した。排泄動作の自立に向け、②左上肢の機能訓練、③定時のトイレ誘導を実施し、1ヵ月後に排泄動作が見守りで可能となり、2ヵ月後に自立、3ヵ月後には歩行能力が向上、短距離の歩行が見守りとなり4ヵ月後は自立となった。

退所前訪問指導を実施、住環境設定として生活導線の短縮化、歩行補助装具の導入を提案した。サービス調整として、訪問リハビリによる動作の安全性確認と継続的指導、健康状態の確認と入浴を目的に通所介護を提案した。

【考察】

多職種協働で問題点や目標を共有する事で、在宅復帰に必要なADLが明確にでき、日常の生活場面で本人の能力を最大限に引き出した動作練習が実施できた。日常生活を通じて、歩行能力の向上、排泄動作の再獲得ができ、4ヵ月後独居生活への在宅復帰が可能となった。現在も家族や近隣住民のサポートにより、独居生活が継続できている。

多職種協働での日々の生活場面における生活リハビリは、在宅復帰に欠く事はできない取り組みの一つである。住み慣れた地域での独居生活を支える為には、家族や介護サービスによる支援はもとより、インフォーマルなサポートも開拓、最大限に引き出していく必要性を感じた。

地域の中で選ばれ続ける老健であるために 支援相談員の役割と今後の課題

施設名：福岡県 介護老人保健施設ひのき
発表者：渡口彩子

【はじめに】

当施設はH15年8月に開設。86床の全室ユニット型個室でひのきの木のように地域に根ざし、在宅復帰支援施設という基本理念の下に在宅復帰強化型を継続しているため、その取り組みについて報告する。

【強化型継続のための課題】

H24年4月の介護保険改正によって、当施設は在宅復帰強化型を目指すこととなる。そのために看護・介護・リハビリ・支援相談員がこれまで以上に在宅復帰支援について考えるようになった。支援相談員としては3か月先の在宅復帰者を検討調整しながら、入所者、家族や現場職員との話し合いを重ね、回転率を考えながら入退所調整を行った。H24年4月当初は在宅復帰支援機能加算を算定継続するにも苦慮していた。職員への在宅復帰支援の意識付け、受け入れる側の家族の気持ちに寄り添いながら居宅介護支援事業所との調整を繰り返し行い、やっとH25年1月に強化型達成するも半年しか継続できず。稼働率が低下しないように復帰者と新規入所者の人数を考え調整していくことだけで目まぐるしい日々となり、強化型継続していく難しさを感じた。支援相談員としての課題は、在宅復帰者の人数確保ができたとしても入所者の確保ができてなければ稼働率が低下することを考え取り組み直した。

【地域から選ばれ続けるために】

当施設は単独型老健であるため地域の医療機関や居宅介護支援事業所から紹介を受けないと入所者確保は難しい。医療機関の早期の退院調整や急な居宅支援事業所の相談依頼に迅速に対応していかなければ次の依頼につながっていかない。また、強化型老健であり続けていることを認知してもらえるようにア

ピールをしていかなければいけない。入所者、家族には「ここに入ってよかった」と安心してもらえるようにサービスの質の向上に努めていかなければならない。支援相談員としては、施設の入所窓口として重要な役割を担っている。当施設は在宅復帰強化型施設であると謳っているが入所目的は様々で、在宅復帰希望の方のみを受け入れているわけではない。入所期間が長期化する特養の待機者の方も受け入れているし、近年では看取り前提で受け入れている方もいる。入所目的が様々であると強化型継続していくことが阻害されることもあるが強化型だけに執着してしまうと地域から選ばれる施設にはなれないと考える。

【まとめ】

H30年1月現在で強化型老健として3年間継続維持している。成果としては、支援相談員の働きだけでなく、他専門職が様々な視点から在宅復帰支援について働きがあったからである。また、在宅復帰して以降も「ひのきが頼り」と思って繰り返し利用してくださる方が年々増えているおかげでもある。今後も地域から選ばれ続ける老健として地域包括ケアシステムにおいて当施設が地域の要となれるよう、支援相談員として地域とのつながりを持ち信頼してもらえる存在となり、地域へ応えていきたいと思う。

在宅復帰に取り組んで

施設名：福岡県 介護老人保健施設ニューライフ須恵
発表者：橋朋典
大浦万季

【はじめに】

当施設は入所定員100床であり、いままでも本来の老健としての役割である在宅復帰には取り組んでいたが、算定に至るまではなかった。その後、平成25年5月より、在宅復帰支援機能強化加算の算定をとるようになり4年が経過した。今回、在宅復帰の算定を継続して取って行くことの難しさや各専門職と連携をしながら取り組んだ内容を報告する。

【在宅復帰に向けての流れ】

入所相談時に今後の方向性を相談員が確認。在宅復帰か施設入所のどちらか方向性を確認する。入所約1ヶ月後、各職種と家族を含めた家族カンファを実施し、方向性を確認。

事前に、カンファ開催前に、各職種でカンファ内容をどのように進めるか検討。

- ・在宅復帰が可能であれば、具体的な目標時期を決め、自宅への訪問日程の調整。
- ・施設入所を希望の場合は、在宅系施設（住宅型、介護付有料）や特養施設を提案
各職種揃ってカンファやモニタリングを通して、今後の方向性も検討する

【在宅復帰の算定結果と退所先】

期間①H24.12月～H25.11月

在宅復帰者数：33名
在宅復帰算定回数：7回
退所先：自宅：23名 ケアハウス：0名
グループホーム（法人外）：1名
住宅型有料（法人内）：1名（法人外）：1名

期間②H25.12月～H26.11月

在宅復帰者数：27名
在宅復帰算定回数：12回
退所先：自宅：19名 ケアハウス：0名
グループホーム（法人外）：2名

住宅型有料（法人内）：2名（法人外）：4名

期間③H26.12月～H27.11月

在宅復帰者数：35名
在宅復帰算定回数：12回
退所先：自宅：20名 ケアハウス：0名
グループホーム（法人外）：1名
住宅型有料（法人内）：1名（法人外）：10名
介護付有料（法人外）：3名

期間④H27.12月～H28.11月

在宅復帰者数：29名
在宅復帰算定回数：12名
退所先：自宅：20名 ケアハウス：0名
グループホーム（法人外）：2名
住宅型有料（法人内）：2名（法人外）：1名
介護付有料（法人外）：2名

【考察】

在宅復帰を勧めていくためには、他職種との連携は不可欠であり、家族の理解・協力も必要である。しかし、入所が長期化していくと、家族は退所の気持ちが薄れていくため、退所指導も困難となってしまう。そのため、ご家族が面会に来られた際には、なるべく声かけを行い、ご家族との信頼関係をこまめに築いていくことが重要であると考えます。

【結果】

老健としての本来の役割である在宅復帰は行いながら、入所の稼働率も維持していかなくてはならない。しかし、在宅復帰の算定ばかりに力を入れすぎると、ベッドの稼働率が低下し、施設の運営自体に影響してしまう。今後、施設の入退所のバランスも含め、各職種間での連携が必要であり、利用者様・ご家族様に満足していただけるようなケアを提供していくことが重要であると考えます。

5月24日(木)

14:40 ~ 16:00

第3会場 / 大会議室2 (5階)

第2分科会

医療とケア

座長 / 池田 創 (福岡県)

演 題	施設名	発表者
コ2-1-① インフルエンザ・ノロウイルス感染者「ゼロ」を目指して!	福岡県 介護老人保健施設 伸寿苑	川崎 千夏
コ2-1-② 老人保健施設における「看取り」 ～悪性腫瘍症例の検討～	沖縄県 介護老人保健施設 「あけみおの里」	石川 清司
コ2-1-③ 感染対策に取り組んで ～インフルエンザ、バイバイ菌～	福岡県 介護老人保健施設 ニューライフ須恵	上条 華代
コ2-1-④ “どこからきたの?ノロウィルス” ～ノロと施設の2週間戦争～	福岡県 介護老人保健施設 ささぐり涸江苑	高島 幸子
コ2-1-⑤ 感染に強い施設を目指して ～過去にアウトブレイクを経験して～	長崎県 介護老人保健施設 長寿苑	岩永 茜
コ2-1-⑥ 施設における誤嚥予防 ～誤嚥のない食事姿勢のアプローチ～	宮崎県 介護老人保健施設 こんにちわセンター	中山 優子
コ2-1-⑦ 老健ならではの多職種での取り組みについて ～要介護5でもあきらめない～	福岡県 介護老人保健施設 ヴィラクしはら	谷 昭子
コ2-1-⑧ 当通所リハビリテーション事業所でのインフルエンザ感 染予防対策について	熊本県 天草中央総合病院附属 介護老人保健施設	伊藤公実江

インフルエンザ・ノロウイルス感染者「ゼロ」を目指して！

施設名：福岡県 介護老人保健施設 伸寿苑

発表者：川崎千夏

川崎美代子 西谷美菜子

【目的】

感染に関する職員の意識、現場の実情を知り、伸寿苑感染対策・ケアの課題を抽出。

【対象者】

伸寿苑職員74名、利用者ご家族104名

【分析方法】

1. 職員：感染に関する経験、認識面の調査を実施
2. ご家族：健康管理（感染への関心等）に関する内容でアンケートを実施

【結果】

1. 認識調査（職員）
 - ・ノロウイルスは飛沫及び接触感染である（73%）
 - ・感染発生時、適切な技術で対応できる（64%）
 - ・発熱等体調不良時は出勤しない（61%）
 - ・家族、来苑者に対し予防対策や情報提供を行っている（39%）
2. アンケート結果（ご家族）
 - ・風邪気味の時、面会は控えている（91%）
 - ・ノロウイルスは年間を通し発症する（67%）
 - ・インフルエンザの予防接種を受けている（64%）

【考察】

昨年、伸寿苑ではインフルエンザ・ノロウイルス感染のアウトブレイクを経験し、流行期を前に施設全体の感染に対する意識を高める必然性があった。

結果1から、体調不良時は出勤しない職員は6割、残り4割は体調不良でも出勤していた。これらの背景には仕事を休む事への申し訳なさや高齢者と毎日関わっている私達の感染予防に対する意識や媒介者になる可能性へ

の自覚の低さが考えられる。また適切な技術で対応が出来ると回答した職員は64%、直接関与する時間の多い介護職は53%と全職種の中でも低かった。知識や技術が流行時期のみで年間を通した予防を含む感染に関する基本的考え方が不十分であると推察出来る。

結果2からご家族の大半は60～80歳代で内、約7割は同居。感染に関する情報収集やかかりつけ医での健康管理は行っていたが、残りの3割は独居生活者であり、感染に関する情報量は少なかった。また、ご家族のインフルエンザ予防接種は全体の約6割しか受けていない。施設での感染経路は、外部からの持ち込みが多く職員・ご家族が媒体者となるケースが大半を占める。日頃からご家族の体調を確認し健康や感染に関する情報等を伸寿苑として積極的に発信し、感染拡大を未然に防ぐ必要がある。

当法人理念の一つである「健康の増進」は、利用者は勿論のこと、ご家族、地域で生活する方々の健康を視野に入れた関わりが求められる。高齢者施設で従事する私達は、感染予防に関する知識や技術を発信する役割を担っている。今まで以上に各々が感染予防に対する意識を高め、感染情報に敏感となり、正しい知識・技術を提供できるようにその能力を養う必要がある。利用者・ご家族、地域の方々の声や相談事に対し、丁寧かつ迅速に対応し、より安全で安心した「くらし」を継続して頂けるよう地域の情報発信源になっていきたい。

【今後の課題】

1. 流行性感染症予防、蔓延防止に関する意識教育、知識・実技勉強会の定期的実施、環境整備の徹底
2. ご家族・来苑者へ積極的に関わり、情報発信する

老人保健施設における「看取り」 ～悪性腫瘍症例の検討～

施設名：沖縄県 介護老人保健施設「あけみおの里」
発表者：石川清司
野寄奈津子 大城葉子

【はじめに】 高齢化社会をむかえ、「看取り」は老健施設における大切な役割の一つに挙げられている。急性期医療機関との役割分担の上でも意義あるものと思われる。

薬剤管理が制約因子になるため、施設の運営方針により看取り体制の充実と適応拡大が可能となる。

【目的】 老健施設における悪性腫瘍事例の「看取り」を可能にする条件を探ることを目的に自験例について検討を加えた。

【対象と方法】 平成28年10月より1年間の期間に「看取り」を実施した悪性腫瘍事例7例について性、年齢、介護を必要とした基礎疾患、併存悪性腫瘍、症状、入所期間と介護・看護上の問題点について検討を加えた。

【症例の概要】 1、男性3例、女性4例。2、年齢は62歳から92歳、平均83歳。3、介護を必要とした基礎疾患は脳血管疾患3例、進行がん3例、臓器の機能不全1例。4、併存悪性腫瘍は、食道がん、膵尾部がん、脳腫瘍、皮膚がん、耳下腺腫瘍、原発巣不明多発肝転移、乳がんの各1例で症状は多彩であった。5、認知症合併3例、意識障害合併2例。6、全例、補液を必要とした。7、看取りを目的にした事例の入所期間は1～2か月。

【結果および考察】 1、悪性腫瘍以外の看取り事例に比較して咳、発熱、喘鳴等の症状が多くみられた。2、疼痛は、NSAIDsで対応可能であった。3、全例、脱水症状緩和のため補液を必要とした。4、入所期間が短いため、頻回の病状説明を必要とした。5、家族の終末期の受容ができていたため、満足度に問題はなかった。

【結語】 麻薬を必要としない、NSAIDsで疼痛管理可能な悪性腫瘍事例の看取りは、老健施設においても可能である。介護・看護体制と

感染対策に取り組んで ～インフルエンザ、バイバイ菌～

施設名：福岡県 介護老人保健施設ニューライフ須恵
発表者：上条華代
高田奈都美 濱田直子

【はじめに】

当施設は入所定員100名の介護老人保健施設で在宅復帰支援機能加算算定中の施設である。うち3階居棟は50床の閉鎖棟であり重度の認知症の方で徘徊される方が多く入所されている。その為インフルエンザやノロウイルス等の感染拡大の対応が難しくまた、特にインフルエンザは感染力が強いことから高齢者にとって重症化し合併症を起こす恐れがある。平成27年に3階居棟でインフルエンザ発生し感染拡大の為下記の取り組みを行った結果、感染防止に繋がったので報告する

【経過】

平成27年1月 インフルエンザA型
職員 4名 入所者 12名

【取り組み】

- ①入所者の食事は対面で行わない(併設病院のICT委員会のラウンドにてDrより指導)
- ②感染時期は外部から来られる方全員に事務所で検温して頂き37.5℃以上発熱している方や明らかに咳嗽している方は面会を控えてもらう(日・祭日は棟内入口にて検温)
- ③小学生以下の面会は1階で行って頂く
- ④面会者はマスク着用をお願いする
- ⑤感染者、同室者は隔離を行う(同室者は予防薬を内服する)
- ⑥環境整備の強化(1日2回)
- ⑦職員は午前・午後業務前に検温する
- ⑧職員・入所者の手洗い、エタプラス消毒の強化
- ⑨入所者の離床時居室の換気を行う(3回/日10分間)
- ⑩感染対策マニュアルの確認の徹底
- ⑪併設病院の感染対策委員会に報告書を提出し病院や施設スタッフに感染を周知して

もらう

- ⑫ショートステイの受入れの調整(ソーシャルと相談)
- ⑬感染者がいる場合その感染者の担当スタッフを決めて対応する

【結果】

平成28年3月 インフルエンザB型
職員 1名 入所者 1名
平成29年～30年1月末
職員、入所者共 0名

【問題点】

- ・隔離すると精神状態が不安定になる
- ・面会謝絶となり家族に会えず精神不安定になる
- ・徘徊される方が多く隔離していても理解力ない為居室より出て来たり感染していない入所者様が感染部屋に入っていくことがある
- ・食事の席を対面にしていない為家庭的な雰囲気なくなった
- ・入浴、リハビリが出来なくなる
- ・ADLの低下につながる
- ・理解力がないためマスク着用をしてもすぐに外してしまう

【まとめ】

インフルエンザが発症することにより大変だったのは徘徊される方が多く隔離することが困難でアウトブレイクしてしまった。また症状が悪化し合併症を併発されADLの低下を招き対応が難しく元の生活へ戻るまでに時間を要した。

しかしスタッフがインフルエンザという感染を経験したことで重要性を理解し感染対策の取り組みに対して意識が高まったことで平成29年は入所者様・スタッフ共に感染ゼロと

いう結果に繋げられたと考えられる。

感染予防の取り組みを行うことにより入所者に様々な問題が出てくる為これらの問題をその都度対応・解決しながら継続していきたいと思う。

“どこからきたの?ノロウイルス” ～ノロと施設の2週間戦争～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 ささぐり浜江苑
発表者：高島幸子

【はじめに】

平成29年11月に当苑一般棟（50床）にてノロウイルス感染を認め、次々に感染者が増加していく中、フロア全体で感染対応し、約2週間で終息した事例について報告する。

【ノロウイルス感染者経過人数】

H29.11.14 5人発症し4日間で18人まで増加。約2週間で終息した。

【対策】

感染者隔離・面会制限・入所停止、他部署への応援依頼 共有部分の清掃・環境整備

使い捨て物品の使用見直しと徹底 非感染者・家族への対応 感染者の体調管理 保健所・県への報告 感染拡大検証勉強会

【経過】

H29.11.14ホールでA氏が嘔吐後、近くの食事席5人が発症。感染者と非感染者を区分けし、拡大防止に努めた。当初よりハイクロソフト水（次亜塩素酸水）を使用、手指消毒やテーブル・椅子など環境面を徹底的に清掃。使い捨て食器類・衛生用具も惜しまず使用したが、3日間で16人まで増加していくことに感染源が他にあるのではないかと考えカンファレンスを実施。その中で同室者B氏が“以前から下痢していた”との情報があがり、初発はB氏ではと考え、生活範囲を中心に環境面を見直した。

・共有トイレの手すりゴム撤去

B氏使用の共有トイレには、手すりにゴム製の滑り止めがついており他者の使用頻度も高く、感染源ではないかと考えられた。排泄介助後にはハイクロ水で消毒していたが、手すりごとゴムの溝までの完全消毒には不安があり感染拡大を防ぐため撤去した。利用者や職

員からは不満の声が聞かれたが、撤去後は感染者数の上り幅は少なく、最終的に18人まで増加したがそれ以降は減少に転じた。

・感染者の体調管理

食事面では、一部のスタッフ判断で下痢が治まるようにと乳製品提供を止めていた。下痢を無理に止める事で、腸内にあるウイルスを排出できず増殖し回復が遅れる事を説明。体調変化・食事形態等に十分気を付けながら腸内環境調整の為、整腸剤投与とヤクルトを追加した。幸い重症者はなく殆どの感染者は5～8日で軽快され約2週間で陰性となった。

【考察】

- ①他職種の協力があり、短期間で終息できた。また他部署への感染はなく消毒が徹底できていたと考えられる。
- ②毎日排便があった方は5日で陰性、便秘傾向の方は陰性判定が遅れ、腸内にあるウイルスを排出させないと回復しにくいとの見解は正しいと考えられる。
- ③スタッフ間の情報伝達に不備があり、初動が遅くなった。
- ④嘔吐後、「ノロウイルス感染では？」と発信はあったが危機管理意識が薄かった。
- ⑤感染は人的・金銭的に多くのリスクが生じる。

【課題】

毎年必ず感染研修を実施しているが、その内容が活かされなかった。感染の脅威やその根拠をしっかりと伝え、マネジメントできるように人材育成していきたい。また立位訓練の一環として付けたゴム製滑り止めが感染源になりえる事は、今後の感染対策をしていく中での課題となった。

感染に強い施設を目指して ～過去にアウトブレイクを経験して～

施設名：長崎県 介護老人保健施設長寿苑
発表者：岩永茜

【はじめに】

当施設は、在宅復帰50%強化型の施設で、医療依存度の高い方や認知症ケア、看取りケアの方の受け入れも行っている。過去にノロウイルスとインフルエンザのアウトブレイクを経験しており、感染流行時期の面会制限を行っていたが、平成29年度は面会制限を行わず職員の感染に対する意識の向上を図ることでアウトブレイクを防ぐように取り組みを行ったのでその取り組みをここに報告する。

【期間】

平成29年9月1日から平成30年3月31日

【方法】

- ①職員が個人で携帯する手指消毒薬の導入と使用量の確認
- ②職員の体調管理と利用者様、ご家族様の体調観察と確認
- ③感染症状がみられた際は、隔離し検査を行う（陰性なら隔離解除）
- ④毎月の感染ラウンドと、インフルエンザやノロウイルスについての勉強会の開催と嘔吐物処理コンテストの開催
- ⑤佐世保市の感染状況の把握と情報共有を行い注意喚起をする

【結果・考察】

アウトブレイクした時には、嘔吐物処理は行っても業務が煩雑になり職員一人一人の消毒のタイミングや、一処置一手洗いが十分に行えていない現状であった。根拠を考慮して対応しなかったためにアウトブレイクに繋がったと思われる。今回、手指消毒薬の導入と使用量のチェックを開始し、手指衛生の習慣化が図れ、面会制限を行わないことで来苑時には必ず体調確認を行い、体調不良の時は面会を控えて頂くように説明し利用者や御家族様

への手洗い、手指消毒をして頂いている。毎年勉強会や、コンテストを行っているが全職員が嘔吐物処理や正しい手洗いができるように各部署の感染委員が自部署職員の手技が身に付けているかを確認・指導しており、看介護だけではなく他職種も含めた全職員対象で行っている。日々業務優先になり、挨拶はするものの時間をとってゆっくりご家族様と話をすることが少ない現状があったり、外部からのウイルスの持ち込みをさせない為にも、日頃から御家族様とコミュニケーションを多くとり、体調の変化に早めに気付く事が重要であると気付けた。また感染流行時期だけではなく年間を通して一処置一手洗いの習慣化が全職員に必要で嘔吐物処理方法の確認や感染疑い時の対応方法も統一する事が重要であると考えた。

【まとめ】

安心して過ごして頂ける施設となる為には、全職員が意識・技術の向上を図る事が重要である。高齢者が感染症に罹ることで寝たきりになったり回復にも時間がかかる。二度とアウトブレイクを起こさないように感染に強い施設を目指して今後も取り組んでいきたい。

施設における誤嚥予防 ～誤嚥のない食事姿勢のアプローチ～

施設名：宮崎県 介護老人保健施設こんにちわセンター
発表者：中山優子
野崎富美子

協力者：野崎富美子 他入所看護スタッフ

【1. はじめに】

日本におけるここ数年の死因の第3位は、肺炎で、肺炎で亡くなる65歳以上の高齢者のうち、96%が誤嚥性肺炎によるものとのデータがある。

当施設においても、H27年～28年に施設入所中に肺炎で治療を要した入所者のうち、誤嚥性肺炎と思われる入所者は、77%だった。

誤嚥性肺炎とは、食べ物を飲み込むときの誤嚥が一因となり引き起こされる肺炎で、原因として、加齢や脳梗塞による嚥下機能の低下が考えられる。そのため、再発のリスクも高く、誤嚥性肺炎による生命の危機を回避するためには、日頃の予防が重要と考える。

食事姿勢を中心とした食事時の誤嚥予防の取り組みについて報告する

【2. 対象】

入所者全員

【3. 方法と実際】

①嚥下評価

入所時に嚥下障害が疑われる利用者や、食事中にムセや流涎が多く、嚥下状態が不良と判断される利用者を対象に、医師がフードテスト等の評価を行う。

②基本姿勢の周知徹底

基本姿勢を示したポスターを1階食堂及び各階の食事スペースの見やすい位置に掲示し、全職員に周知し、注意喚起する。

③個別対応

- i) 椅子、テーブルの選択（可能であれば車椅子より椅子に移乗）

- ii) 足台、クッションを用いての座位姿勢安定の工夫

iii) 車椅子の選択

※ i)～iii) いずれも医師、ケアマネジャー、リハビリスタッフ、管理栄養士、介護スタッフと協議して行う。

【4. 考察】

当施設のH29.9/1現在の入所者の平均年齢は84.6歳、脳血管疾患後遺症の入所者は75%を占めており『はじめに』で述べたように誤嚥の原因を全て改善することは困難なケースが多い。誤嚥予防に取り組んでいても、誤嚥性肺炎を発症したり、入院になるケースも見られているのが現状である。

職員の中でも基本姿勢の理解度や取り組みに関しての認識不足もあり、徹底できていない所もあるため、今後更に周知し、理解を深めていく必要がある。

車椅子の高さやテーブルの高さをすべて個々に合わせることは困難であるが、基本姿勢を理解することで、車椅子上で適切な姿勢に近づけることは可能と考える。

【5. まとめ】

今後も、食事時の観察、姿勢や嚥下の評価を行い正しい姿勢での食事摂取を継続することで、誤嚥のリスクを軽減し、安全・安楽に食事摂取していただくことで、誤嚥性肺炎を予防し、快適な入所生活を送っていただけるよう支援していきたい。

老健ならではの多職種での取り組みについて ～要介護5でもあきらめない～

施設名：福岡県 介護老人保健施設ヴィラクしはら
発表者：谷昭子
高田富美子

【はじめに】

当施設では、「笑顔」と「まごころ」をキャッチフレーズにケアに取り組んでいる。今回、要介護5、医療機関で胃瘻増設後チューブ抜去の危険性からミトンを着用した状態で、当施設に入所となった利用者に対して、その人らしさを考えながらアプローチを行った。老健の全職種が協力して取り組んだ結果、若干の改善がみられたのでここに報告する。

【入所時】

N氏 85歳 女性 要介護5
疾患名 左急性硬膜下血腫血腫術後 脊髄小脳変性症
入所時の状況

- ・長期の臥床により廃用症候群が進行
- ・左空間無視、記憶障害あり
- ・単語、うなずきなどの意思表示可能、表情乏しい
- ・胃瘻増設、経管栄養(両手にミトン着用)

【取り組み】

P Tによる車椅子ポジショニングの検討と改善

↓

看護師が状態観察しながら離床する時間を徐々に増やし、レクリエーションにも参加

↓

看護、介護職員が様子観察を強化してミトン着用時間を短縮させ、使用中止

↓

S Tによる嚥下訓練、S T、看護師による口腔ケア、唾液腺マッサージ

↓

OTによる食事摂取動作の巧緻訓練

↓

管理栄養士と相談しながら介助スプーン、介助皿の選択

↓

介護職員への左空間無視による食器の位置等のケアの統一

【結果・考察】

・ベット臥床→車椅子で離床

日中車椅子での離床時間が増えたことで、体内リズムを整えることができ、日中の覚醒反応が良くなり、夜間の睡眠状態も良くなった。

・ミトン着用→ミトン中止

その人らしさを最優先に考えることで職員の意見がまとまり、観察を強化をすることでミトンを中止することができた。

・経管栄養→経口摂取、自己摂取

とろみ付きのお茶から開始、プリンなどの柔らかいものの摂取を促し徐々に形態を変え、現在全粥、刻み食を自己摂取できるようになった。

・表情が乏しい→表情が豊かになる

全職員により、頻回に声掛けや発語の促しを行うことで、発語も増え、笑顔が見られるようになった。

・要介護5→要介護4

どんな入所者にも、本人のできる能力を見つけ目標を持ち取り組むことが良い結果につながった。

【まとめ】

これまで当施設では、病院等の医療現場で治療が終了し、入所されても身体・精神機能を維持継続することが多くみられていた。今回の症例を通して、老健だからできること、やらなければならないことを多職種で共有することで、大きな力が発揮されることが分かった。老健で働く介護職、看護職、メディカルその他全ての職種の連携を強くし、力を集結することで生活の質を高めるケアにつながっていくものとする。要介護5でもあきらめない、その人らしい生活に一步でも近づくよう「笑顔」と「まごごろ」で今後もサービスを提供していきたい。

当通所リハビリテーション事業所での インフルエンザ感染予防対策について

施設名：熊本県 天草中央総合病院附属介護老人保健施設
発表者：伊藤公実江

【はじめに】

当施設通所リハビリテーション事業所は病院併設型老健で定員40名である。感染予防対策として病院規定及び感染委員会規定に伴い業務を行っている。平成29年1月アウトブレイクし、従来の対策を基に再検討を行い、実施している現状を報告する。

【方法・対象】

期間：平成29年11月から平成30年1月まで。
対象：通所リハビリ利用者全員、家族
取り組み内容：

【体調管理】

- 1.【感染予防へのご協力】の流行期前に配布
- 2.1日2回の検温・状態観察
- 3.原則37.0度以上の方の利用制限
- 4.インフルエンザワクチン接種の状況把握
- 5.マスク着用
- 6.デイルーム・リハビリ室入退室の際の手洗い

【送迎時】

迎え時の検温
利用者及び家族へ風邪症状の有無の確認

【環境整備】

- 1.各フロアの換気
- 2.帰宅後の各フロア、使用箇所の消毒
- 3.送迎車内、歩行補助具、車椅子の消毒
- 4.アルコール手指消毒の設置

【結果】

取り組みの中で体調管理－1、4、送迎時－2が家族と信頼関係が構築出来、効果的であった。流行期前に利用者、家族へ対策に関する文書配布を行い、発熱、嘔吐・下痢、インフルエンザ罹患率との接触の有無の3項目について自宅でチェックして頂く様お願いする事で

徐々に朝の検温、体調確認が習慣化した。家族からは連絡帳や担当ケアマネへ非同居家族や周囲に感染者がいる場合の対応等の問い合わせが寄せられた。また送迎時に利用者、家族に症状の有無を早急に確認出来、異常の早期発見、利用中止と拡大防止と繋げる事が出来た。更にワクチン接種率が平成27年度65.5%、平成28年度45.8%、平成29年度71.9%と今年度は大きく向上した。この様に日頃の取り組みを理解して頂く事で、利用中の体調急変時に連絡、病院受診、結果報告と家族との連携がスムーズに行える様になった。

【考察】

流行前から取り組みを行う事で家族との連携、感染予防に対する意識向上に大きく繋がったと考えられる。自宅での予防対策、健康チェックの項目を利用者、家族に明確に提示し、情報交換やコミュニケーション作りを丁寧に行った。また他サービスを利用される方は感染拡大の要因となる場合もあり、持ち込まない、持ち出さない為にも関係事業所との連携強化、担当者会議やリハビリ会議の場を通じて呼びかける等より一層健康管理の意識、緊急時の対応に理解していただける様取り組んだ。

【まとめ】

高齢者のインフルエンザ感染は症状が重篤化することがあり、認知症も悪化する場合がある。この事から早期予防対策は必要不可欠である。今年は【かくれインフル】と呼ばれ、症状が出難い傾向があるので利用者の変調を早めに気付く為にも利用者、家族とのコミュニケーション効果を重視した。今後当事業所では、利用者の体調管理把握の為一年を通じて取り組むべき項目は継続していく方針である。

5月24日(木)

14:40 ~ 16:00

第4会場/中会議室(4階)

第3分科会

食事・栄養・口腔ケア関連①

座長/下釜 時子(長崎県)

演 題	施設名	発表者
コ3-1-① 誤嚥性肺炎を疑われたが、絶食せずに経口摂取を続けられた症例	鹿児島県 介護老人保健施設 愛と結の街	興 良裕
コ3-1-② 黒田式高齢者ソフト食導入の取り組みについて	福岡県 介護老人保健施設 舞風台	石橋 有紀
コ3-1-③ 食形態見直しによるより良い食事提供への取り組み	福岡県 介護老人保健施設 やすらぎ	原田加奈子
コ3-1-④ あやめの里における「シンバイオティクス」の効果 ～感染症予防と排便コントロールへの影響について～	福岡県 介護老人保健施設 あやめの里	花田 礼香
コ3-1-⑤ 口から食べる喜びを支えたい ～他職種協働による食事支援～	熊本県 介護老人保健施設 ぼたん園	飯干 伸治
コ3-1-⑥ 家族とつながる昼食会 —知ってほしい施設の食事—	福岡県 介護老人保健施設 すこやか	野村 伸子
コ3-1-⑦ 干渉波電気治療器を使用し摂食嚥下機能が改善した症例	長崎県 介護老人保健施設 燦	川原すずか
コ3-1-⑧ 口から食べる楽しみを支援するために ～摂食嚥下サポーター育成の取り組み～	熊本県 介護老人保健施設 ぼたん園	永野 トシ
コ3-1-⑨ 安全な食事提供を目指して ～長芋編～	福岡県 介護老人保健施設ケア センターひまわり苑	越智由紀子

誤嚥性肺炎を疑われたが、 絶食せずに経口摂取を続けられた症例

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設愛と結の街

発表者：興良裕

大脇万喜

川口陽子

今西由香

坂口淳子

【はじめに】

近年、高齢者の不必要な絶食は健康回復への弊害となり、廃用・サルコペニアの嚥下障害のトリガーになると考えられている。しかし、嚥下内視鏡検査や嚥下造影剤検査が即座に行なえない施設では、誤嚥性肺炎等を呈した場合、絶食という方法を取られる事が多い。今回、誤嚥性肺炎を疑われたが、経口摂取を療養棟全体で取り組んだので、その事例を報告する。

【倫理的配慮・同意と説明】

今回の発表に関しては、症例とご家族に説明を行い、同意を得、ヘルシンキ宣言に則り報告する。

【症例】

80歳代後半、女性、要介護2。既往歴には老人性うつ病があり、平成25年より抗精神病薬（エビリファイ錠3mg）が処方されていた。入所前情報では普通食を食べており、飲み込みは支障なくできているとのこと。

【入所時評価】

JCS：I-3。ヤールの重症度分類：V度。BMI：18,4。摂食・嚥下能力のグレード（藤島）：I.重症。嚥下Gr.3。普通食では、むせ込み等を認め、誤嚥が疑われた為、普通食での経口摂取が困難な状態であった。

【取り組み・方法】

言語聴覚士により評価を行ない、条件を整えることで経口摂取が継続できることを多職種に伝え、食形態の提案を行ない、介助方法や食事時のポジショニング等を伝える。言語聴覚士の評価を基に、医師・看護師・介護福祉士・言語聴覚士で話し合い、薬剤の中止及び食形態の変更を行ない、経口摂取の継続を

決定した。はじめは看護師、言語聴覚士で介助を行ない、昼食のみ経口摂取を継続し、経過観察とした。その後、言語聴覚士を中心に多職種で連携・情報共有を行ない、介護福祉士・歯科衛生士も介入し、療養棟全体で経口摂取を継続していった。

【経過・結果】

ミキサーソフト食を昼食のみ継続し、評価を行ないながら、食事の回数を増やし、食形態をアップすることができた。その後は症状も軽快し、退所時には3食全て普通食での経口摂取が可能となった。

【考察】

本症例は、入所時より薬剤性パーキンソニズムとともに嚥下障害が生じ、誤嚥性肺炎が疑われた。また、入所時の栄養状態からサルコペニアの嚥下障害もあったのではないかと考える。療養棟は誤嚥のリスクへの不安やマンパワーの問題もあり、経口摂取には消極的であったが、言語聴覚士が早期より介入し、療養棟に一つ一つ具体的に働き掛けることで、療養棟スタッフの協力を得ることができた。そして、多職種が連携・情報共有を行ない、療養棟のチーム全体で取り組むことで経口摂取を継続することができ、不必要な絶食を回避することができたと考える。それにより、廃用と飢餓を回避することができ、更なる廃用・サルコペニアの嚥下障害を助長することなく、スムーズに症状の改善に繋げることができたと考える。

黒田式高齢者ソフト食導入の取り組みについて

施設名：福岡県 介護老人保健施設 舞風台
発表者：石橋有紀
伊藤静香

【はじめに】

食べることが一番の元気と笑顔の素。年齢を重ねると噛む力や飲み込む機能が、今まで通りにいかなくなる方も出てくる。介護老人保健施設舞風台では、そのような方にも、見た目に美しく、食感やのどごしも安全で安心な食事を、私たちが普段食べている食事とできるだけ同じような形で提供できるよう取り組んでいる。本日はその成果を発表する。

【方法】

- ①当初ソフト食＝ゲル化剤で固めたイメージが強くまずはミキサー食をミキサー固形食へ移行。きざみとミキサーをなくしたが、きざみの方から味・食感に不満が出てきた。
- ②そこで黒田式高齢者ソフト食を導入したいと思い、黒田留美子先生の前で勉強し平成25年から少しずつ導入してきざみ食を廃止。
- ③高齢者ソフト食を導入したい思いを強く持ち全ての職種にあきらめずに伝えていく。
- ④栄養課スタッフへ負担がかかりすぎないように、できる1品から献立に取り入れる。
- ⑤数品できるようになったら調理法と野菜の切り方を一つ一つ指示。
- ⑥黒田式ソフト①（軟菜同等）から全品対応するように変更。
- ⑦今年度から黒田式ソフト②（きざみ同等）の対応を開始。

【結果】

高齢者ソフト食導入前、平成24年4月、常食41%、軟食22%、きざみ食23%、ミキサー食6%、経管栄養8%。高齢者ソフト食導入後、平成30年1月現在、常食22%、黒田式ソフト①（軟菜同等）57%、黒田式ソフト②（きざみ同等）10%、ミキサー固形食7%、

ペースト食1%、経管栄養3%。常食と軟食の割合が逆転し高齢者ソフト食の必要性を感じる。喫食状況を見ていく中で不完全な部分も多々あり試行錯誤中だが、高齢者ソフト食を導入することで、食べなかった方がしっかり食べ、体重が増えた例もある。また常食と見た目の差が少なくなり、入所者や面会時の家族、介助を行う職員から、何を食べているかわかるようになったと喜ぶ声が聞こえるようになった。そのおかげで栄養課スタッフのモチベーションもあがり、よりよい食事を提供しようという前向きな意識付けにつながった。

【考察、まとめ】

できることからあきらめず、少しずつ高齢者ソフト食を導入することで、テーブルを囲む誰もが同じメニューを食べることができるようになった。高齢者ソフト食は、口から食べる喜びと、目で見ておいしそうと感じる心をいつまでも持ち続けてもらうことができる。一口でもたくさん口にしてもらい、一瞬でもたくさんの笑顔が増え、そして元気いっぱい舞風台になるよう、高齢者ソフト食の取り組みは続けたい。高齢者ソフト食の導入は決してすぐに達成できるものではない。長い目で見て今、できることから一つずつ取り組んでいくことが大切だと思う。これからも見た目も美しく安全で安心な、尊厳を守った食事の提供を続けて行きたいと思う。

食形態見直しによるより良い食事提供への取り組み

施設名：福岡県 1 介護老人保健施設やすらぎ
2 西野病院

発表者：原田加奈子¹
木村由香²

【はじめに】

当施設では以前より、食形態として①形②硬いもの刻み③一口大④刻み⑤極刻み⑥極刻みゼリー形態⑦ミキサー⑧ミキサーゼリー形態と8段階に分けて提供していた為、調理や盛付の工程が複雑化し、禁止食などの個人対応の増加とも相まって、近年では予定された配膳時間に間に合わなくなってきた。そこで既存の食形態が現在のご利用者様に本当に合ったものなのかを調査した上で、食形態の整理・見直しを実施した。今回は食形態の整理・見直しによる厨房業務・ご利用者様への改善面について報告する。

【改善のポイント】

1. 食事する側（ご利用者）の安全性や満足度向上
2. 時間短縮の為の作業の効率化や出来上がりの安定化、コスト面
3. 食事を作る側（施設側）のトロミ剤の変更による品質の安定化・時間短縮

【改善の方法】

1. 刻み形態の廃止
2. 極刻み・ミキサーはゼリー形態に一本化
3. 食形態を既存の8段階から5段階（①形②硬いもの刻み③一口大④極刻みゼリー形態⑤ミキサーゼリー形態）に変更
4. ゼリー形態の安定化・調理時間短縮目的でのトロミ調整剤の種類を見直し
5. 系列病院との連携（クックチル方式を利用した一部調理の委託・短縮化）

【取り組みの結果】

- ・ 調理面では、作業工程の省略化・調理時間短縮につながり、配膳遅れは解消された。
- ・ トロミが短時間で安定し、微調整しやすくなりトロミ状態のばらつきが改善された。

- ・ 極刻み・ミキサー食はゼリー化する事によって盛付けやすくなり、見た目・すくいやすさ・飲み込みやすさにもつながった。
- ・ 食形態を整理した事により、一部硬さが合わないご利用者がいたが、食事介助時に水分を調整する事で対応した。

【まとめと今後の課題】

〈まとめ〉

1. 食形態の整理・見直しを行うことで形態毎のベストな状態の再確認が出来た。
2. 時間の余裕が出て丁寧な作業ができ、安定した状態で提供出来るようになった。
3. 極刻み・ミキサーのご利用者に対しては、誤嚥防止・飲み込みやすさにつながった。

〈今後の課題〉

1. トロミ調整剤は食材の種類・食品温度によって使用量やトロミ安定までの時間が異なる為、さらに検討する必要がある。
2. 口から食べるという行為は人として最も基本的な要求の一つであるが、それが難しくなってきたご利用者様にとっても、美味しく感じる食事・楽しみのある食事・少しでもQOL向上につながる様な食事の提供を目指し、これからも工夫していきたい。

あやめの里における「シンバイオティクス」の効果 ～感染症予防と排便コントロールへの影響について～

施設名：福岡県 介護老人保健施設あやめの里

発表者：花田礼香

中崎香菜子 岩田綾子 原澤あゆみ

【はじめに】

乳酸菌やビフィズス菌などの腸内善玉菌とその餌となるオリゴ糖を一緒に摂取する「シンバイオティクス」は、腸内環境を整え整腸作用のほか免疫力の増強などの効果があるとされている。そこで、乳酸菌とオリゴ糖を含む飲料の飲用による感染症の予防や排便コントロールへの影響を検証したので報告する。

【目的】

介護老人保健施設は、高齢者が集団で生活する場であり、日々の感染症予防が入所者の健康状態を左右する。高齢者は感染症罹患後の体力回復に時間を要し、ADL低下や低栄養を招くことがある。また、食事量の減少や筋力の低下などから便秘になりやすい。そこで、乳酸菌とオリゴ糖を含む飲料を用い、感染症への感染リスクがどの程度低減できるのか、また便秘の改善に効果があるのかを検証する。

【方法】

- ① 施設内、3つの療養棟のうち1つの療養棟において、昼食時に「ヤクルトACE」を提供する。
〈飲用期間〉平成29年1月16日～3月30日
〈対象者〉
飲用群 3階療養棟入所者 30名
非飲用群 2階・4階療養棟入所者 53名
- ② 体温、排便頻度、抗菌薬・便秘薬の使用状況などを記録する。
- ③ 飲用群と非飲用群別に、飲用期間前と飲用期間中の発熱日数を比較する。飲用群における飲用期間前と飲用期間中の排便状況を比較する。
- ④ 介護や看護職員へのアンケートを行う。

【結果】

飲用群で、発熱日数が減少した。冬季の感染症流行時期と重なったため、非飲用群ではインフルエンザの流行があり多くの罹患が出たが、飲用群での罹患はなかった。抗菌薬や抗ウイルス薬の使用においても、飲用群は非飲用群に比べ使用量が少なかった。排便への影響は、飲用期間前と飲用期間中での変化はほとんどなかった。しかし、職員へのアンケートでは、排便状況の変化を感じた方が多かった。

【考察】

飲用群でインフルエンザの罹患がなかったことは、感染症の予防に有効な可能性があると思われる。排便状況の明らかな変化はなかったが、排泄介助を行っている職員からは、下剤使用量が減り自然な排便につながったとの意見が多く、排便コントロールにも有効な可能性があると思われる。一方、昼食時の提供で、介助を要す方や食事量が少ない方には負担であり、提供方法の見直しが必要との指摘があり、今後の課題となった。

【結語】

あやめの里において、シンバイオティクスの有効性を確認できたので、課題を改善しながら、食を通じた健康管理に役立てていきたい。

口から食べる喜びを支えたい ～他職種協働による食事支援～

施設名：熊本県 介護老人保健施設 ぼたん園

発表者：飯干伸治

坂本直子 永野トシ 橋口玲子

【はじめに】

認知症や脳梗塞など様々な事情により、経口摂取が困難になった方も、「口から好きなものを食べたい」「みんなと食事がしたい」と思っている。今回、N氏が他入所者の食事に関心を示す様子があり、またご家族から「出来る限り口から食べ続けてほしい」という気持ちを伺った。多職種協働にて食事支援に取り組み、食形態の向上が図れ、職員の意識の向上、学びの機会となったので、ここに報告する。

【事例紹介】

氏名：N氏 年齢：92歳

既往歴：多発性脳梗塞（嚥下障害）、心不全

【研究方法】

期間：平成29年7月11日～現在

方法：・食事介助方法表を作成

- ・「摂食状況チェックシート」を作成し記入
- ・摂食状況チェックシートを基にフィッシュボーン図で問題点を抽出

【倫理的配慮】

今回の発表にあたりN氏のご家族に同意を得た。

【結果・考察】

フィッシュボーン図の結果、問題点として「①昼食時覚醒出来ていない」「①集中力が持続しない」「②好きな物が分からない」「③スタッフの摂食嚥下に関する知識不足（介助方法が分からない）」ということが挙げられた。

- ①「昼食時覚醒できていない」「集中力が持続しない」に対し、夜間の良質な睡眠と日中の覚醒を促すために余暇活動への参加を促しOTとともに活動性の向上を図り、また医師に相談し睡眠導入剤を開始し調

整を行ったことで、日中の覚醒が良くなり摂取量も増加した。さらに食事に集中して頂く為に、STと相談し静かな環境で食事を提供することとした。

- ②「好きなものが分からない」に対し、コミュニケーション不足を感じ、余暇活動の中で関りを持つようになり、食事介助時の表情の変化から、N氏の気持ちを汲み取る努力が増えた。また、ご家族へ嗜好を聞き管理栄養科とともに提供内容の検討、変更を重ね、ペースト食から果物ペースト食へ変更した。
- ③「スタッフの摂食嚥下に関する知識不足」に対して、長崎嚥下リハビリテーション研究会の“摂食嚥下サポーター養成講座”を受講、勉強会を開催し、食事介助法表の周知を図ったことで、細かな注意点、介助や観察ポイントを知ることが出来、安全に食事の提供が出来ている。そして、今回の取り組みにより多職種での情報交換や共有する機会も増え、食事介助に必要な知識、介助技術を学び、実践するきっかけとなった。

【まとめ】

私たちは、言葉で明確に訴えられない方でもその希望を汲み、出来る限り実現に繋げるためにできることを追及する役目も担っている。

枝広は『「心に共感」「心に寄り添う」ことは、なかなか難しい。解決するカギは「想像力」で、認知症の方の心の中を想像する事、反応を確認して日々のケアに生かしていくこと、これらのカギになるのは想像力だ』と言っている。

このことから今後も、各職種の専門性を活かし協働し、知識や技術を深め、今後も認知症の方の気持ちに寄り添う支援を行っていきたい。

家族とつながる昼食会 — 知ってほしい施設の食事 —

施設名：福岡県 介護老人保健施設 すこやか
発表者：野村伸子

【はじめに】

当施設は定員80名で平均要介護度は3.2、在宅復帰療養支援機能加算を算定している。入所期間は数カ月の方が多く、入所中に身体状態のレベル低下で退所がのびたり、ご家族の事情で数年にわたり入所されている方もいる。

栄養課は栄養管理業務と給食管理業務を担っているが、入所者と直接かわるのは栄養ケアマネジメントやレクリエーションとなっている。また、家族とのかわり方は面談や入退所時指導や施設行事参加時と限られている。

入所者・家族・栄養課や各施設職員をつなぐことはできないかという思いから、平成19年より年に2回家族昼食会を行っているので報告する。

【栄養課業務】

施設管理栄養士1名は栄養管理業務を行い、給食業務は委託で、最多給食は数朝食80名＋職員2名、昼食入所80名＋通所35名＋職員20名、夕食入所80名＋職員2名の食事を調理師2名、補助作業員3名、栄養士1名が6時30分から19時業務を交代制で行っている。

【取り組み動機】

粥・刻食で嚥下も良くない90代の女性に、正月の外泊時、雑煮の餅を食べさせ「おいしいとたくさん食べてくれました」と喜ぶ家族と「無事でよかった、詰めずによかった」と思う、職員の受け取り方の違いから「ご本人の現状を家族がわかっていない」と感じ家族に現在の食べている状態を知る場を作りたいと思った。また、日頃より家族に施設の食事を知ってほしいという思いがあり、厨房で働く職員には食べている状態を見てほしいと思っていた。

【実施内容】

毎年4月と11月に家族昼食会を実施

開催日は月曜から土曜日の6日間

費用は各入所者家族1名無料、2名からは一食300円の食事代をいただく

告知方法は請求書発送度、チラシを同封する。施設内にポスター掲示する。来所された家族に職員がお声掛けしお誘いをする。

喫食場所 普段より食事をしている同じホール内での別席

食事中に管理栄養士、委託栄養士と調理師がお声掛けに行く

【まとめ】

平成30年4月までに22回開催している

参加家族は1回の開催で8人から16人と多くはないが、①家族に入所者の食べている様子から、食べ方、食器の種類、噛み方飲み込み方を理解してほしい②施設の食事の切り方、味付け、食事の風景などを見ていただきたい③栄養士と調理師に直接食事について聞く機会なので、話しあい多くの情報を持って帰っていただきたい、また調理師もご家族と意見交換ができる④施設職員が食事中に見守りやどのような介助をしているか知っていただきたいという目的を果たしており、今後もスムーズな在宅復帰や家族が入所者の状態の理解を深めるため食事会で入所者・家族・職員をつなぎたいと思う。

干渉波電気治療器を使用し摂食嚥下機能が改善した症例

施設名：長崎県 介護老人保健施設燦

発表者：川原すずか

佐藤由季 中野隆介 岩本寛貴

北島春菜 上中里紗

【はじめに】

当施設では、嚥下機能低下による誤嚥性肺炎のリスクを抱えた利用者が増えてきている。今回、新しい取り組みとして干渉波電気治療器（以下、ジェントルスティム）を使用した摂食・嚥下訓練を導入した。その効果を検証したので結果をここに報告する。

【ジェントルスティムとは】

2000Hzの中周波領域の2つの異なる周波数の電流を使用。2種類の電極を使用し、1組の電極から2050Hzを出力、もう1組の電極から2000Hzを出力し、重なり合う範囲には2つの周波数の差である50Hzの干渉波を利用して治療を行うことができる治療機器。

【方法】

ジェントルスティムを1日20分、12週間実施。ジェントルスティム開始前後に簡易型唾液分泌測定シートにて唾液分泌量の評価。口腔構音機能評価（標準ディサースリア検査の舌、口唇の運動を一部抜粋）、反復唾液嚥下テスト（以下RSST）、食事形態の評価、STによる食事評価。

【症例】

年齢/性別：78歳 男性

診断名：左被殻出血（H22）誤嚥性肺炎（H24）

障害名：右片麻痺、失語症、構音障害、嚥下障害

食形態：ペースト粥、ムース食、トロミ（ヨーグルト状）

問題点：右顔面神経麻痺による口唇閉鎖能力の低下、舌の運動機能の低下、摂食嚥下機能の低下、流涎。食事時の食べこぼし、ムセの出現。

【結果】

唾液分泌量：大きな改善なし

舌の運動範囲：突出時に運動範囲の拡大

口唇の運動範囲：大きな改善なし

RSST：1回/30秒から2回/30秒に増加

食事：ペースト粥から全粥に食形態の向上

嚥下：安静時、食事時のムセの回数、流涎の量の減少

口腔内環境：舌苔が減少し、口臭も減少

コミュニケーション：挨拶など有声音の増加

【考察】

嚥下反射惹起の回数が増加し、食事中や安静時の唾液でのムセの減少がみられた。これは干渉波の刺激が嚥下反射惹起を促進する神経に直接作用したことが考えられる。唾液分泌量の変化は認められなかったが、ジェントルスティム使用中や使用直後は唾液嚥下の回数は増加され、安静時の唾液のムセが減少したのではないかと考える。このようにジェントルスティムを使用した摂食嚥下訓練によって嚥下機能の向上につながったのではないかと考える。

【まとめ】

ジェントルスティムを使用した摂食嚥下訓練により、嚥下反射の回数の増加や嚥下機能の改善が認められた。ジェントルスティムは操作方法も簡単であり、ベットサイドなどにて使用でき、ST訓練が毎日実施できない介護老人保健施設での訓練として活用できる。当施設では、食事前の嚥下体操や歯科衛生士による口腔ケア指導、Mパタカラを使用した嚥下訓練など摂食嚥下障害に対する取り組みを積極的に行っている。今後も更に嚥下訓練の質の向上を目指しジェントルスティムを継続して行うことで、誤嚥性肺炎の予防と経口摂取期間を長く維持できるように支援をしていきたい。

口から食べる楽しみを支援するために ～摂食嚥下サポーター育成の取り組み～

施設名：熊本県 介護老人保健施設 ぼたん園
発表者：永野トシ
江並和代 橋口玲子

【はじめに】

高齢者にとって食べることは最大の楽しみであり、生命維持に必要不可欠なものである。

多職種によるミールラウンドで食べることへの支援に取り組んでいるがスタッフの多くは食支援に関する学びの機会がなく不安を抱えている。しかし、そのような中でもスタッフは入所者に「安全に、負担が少なく、楽しく、おいしく」食事を食べて頂きたいと考えている。

そこで今回、長崎嚥下リハビリテーション研究会の協力を得、当施設にて摂食嚥下サポーターの育成を行い、スタッフの意識の向上が図れた為ここに報告する。

【研究方法】

1. 期間：平成28年4月～現在
2. 方法：・摂食嚥下サポーター養成講座開催・受講者に講座終了後アンケートを実施。

【結果・考察】

○摂食嚥下サポーター養成講座に関して

平成28年より3回の講座を開催している。講座内容は3講義を1セットとし、講義だけでなく実習を交え、1回目摂食嚥下障害について、2回目は口腔ケアについて、3回目食事形態・食事介助について行った。

受講者は看護・介護職だけでなく栄養科やケアマネージャーや事務職も受講し、看護職に関しては75%が摂食嚥下サポーターを取得した。そして現在、当施設の約半数の44名のスタッフが摂食嚥下サポーターを取得し、H29年度は同グループ施設である特別養護老人ホームみゆき園でも受講の希望があり14名のスタッフも摂食嚥下サポーターを取得した。

○摂食嚥下サポーター養成講座終了後アンケートに関して

講義内容に関して「とてもわかりやすかった」が67%「わかりやすかった」が33%で、実習があったことで体感することが出来、口腔ケアや食事介助はどのようにすればいいのか具体的に学ぶことが出来たという意見があった。介護の現場で役に立つと思うかの問いに「とても役に立つ」「役に立つ」が95%であった。受講後、ミールラウンドで食事形態や介助皿やスプーンの検討の意見が挙がるようになり、またトロミ茶の準備時トロミ剤の適正使用が守られるようになった。また、まだ受講していないスタッフへ受講を勧めるかの問いに「とても思う」「思う」が96%で、他の摂食嚥下に関する資格取得へも関心を示す回答が多くあった。

現在、ミールラウンド以外でも食事介助や食形態の相談があり、個々の入所者の状態に応じた支援を行う為の検討がなされ食支援への関心が高まっていると考える。

そして、今回実際に他施設から認知症で拒食の方が入所され、栄養改善の検討や関わり方・食事形態などの工夫を行ったことで3食経口移行が図れた事例があった。

【まとめ】

多職種にて入居者に対し口腔機能・全身状態・認知機能だけでなく全人的に関わることで、今ある機能を最大限に引き出しつつ、安全に楽しく経口摂取を続けて頂ける食事支援となるように今後もケアの質の向上に努めていきたい。

安全な食事提供を目指して ～長芋編～

施設名：福岡県 介護老人保健施設ケアセンターひまわり苑
発表者：越智由紀子
小野真子 吉田実希子

【はじめに】

当施設は入所100床、通所30名の介護老人保健施設で、1日の食数は関連のグループホーム等を含め約400食を提供している。

私たちは、平成25年2月より年に2回、衛生管理の専門業者による定期診断を受け、自主衛生管理の向上に努めている。今回、その一例として食材の消毒方法の改善事例を報告する。

【調査方法】

対象食品：長芋

下処理前の長芋と下記（①～⑤）の方法で消毒を行った長芋をサンプリングし、一般生菌・大腸菌群・黄色ブドウ球菌の培養検査を実施。

- ①水洗い→酸性水で消毒→水洗い
- ②水洗い→次亜塩素酸Naで消毒→水洗い
- ③水洗い→中性洗剤で洗浄→酸性水で消毒→水洗い
- ④水洗い→中性洗剤で洗浄→次亜塩素酸Naで消毒→水洗い
- ⑤水洗い→熱湯で消毒→水冷

この検査結果をもとに専門業者と報告会を行い、検査→検証→改善を重ねた。

《評価基準》

(cfu/g)

一般生菌	<1000
大腸菌群	陰性
黄色ブドウ球菌	陰性

【結果・考察】

(cfu/g)

	一般生菌	大腸菌群	ブドウ球菌
下処理前	1.7×10^6	4.5×10^5	陰性
①	1.6×10^5	1.8×10^4	陰性
②	4.6×10^6	5.4×10^5	陰性
③	1.2×10^6	1.2×10^5	陰性
④	1.1×10^4	4.4×10^3	陰性
⑤	0	陰性	陰性

①②の酸性水と次亜塩素酸Naはどちらも効果を得られなかった。

③④は①②の前に中性洗剤で洗いを強化することを目的としたが、差異はほとんどなかった。

⑤は①～④で課題となった一般生菌数と大腸菌群は陰性という結果が得られた。

【まとめ】

①～④は長芋のぬめりによって十分に消毒液が行きわたらず、消毒効果に限界があったのではないかと推測した。⑤の熱湯消毒が最も効果を得られた。

今回の研究を通して、消毒方法のマニュアルに決められている次亜塩素酸Naや酸性水は他の生野菜等には効果があるが、長芋に関しては十分な消毒ができているとは言えなかった。

これらの結果から当施設では、長芋に関して今後は熱湯で消毒を行うこととした

第4分科会

5月24日(木)

14:40 ~ 16:00

第5会場 / Cボックス (4階)

第4分科会

リハビリ関連①

座長 / 芳野 秀樹 (佐賀県)

演 題	施設名	発表者
コ4-1-① 排泄機能向上による意欲の変化 - 「トイレに行きたい」その想いを受け止めて-	福岡県 介護老人保健施設 アルテンハイムヨコクラ	藤間 康子
コ4-1-② 余暇活動が主観的幸福感に与える影響 ~興味チェックリストを用いた検討~	福岡県 介護老人保健施設 水郷苑	溝口 貴之
コ4-1-③ 足の浮腫軽減に向けて - 本人も意識して -	鹿児島県 介護老人保健施設 希望の里	古江 孝之
コ4-1-④ 当通所リハビリにおけるリハビリマネジメントの取り組みの紹介~2症例を通して~	福岡県 介護老人保健施設 こが21	中村 光治
コ4-1-⑤ 当施設利用者の在宅復帰関連要因について ~在宅復帰(自宅群・施設群)2群間での比較検討より~	宮崎県 介護老人保健施設 ひむか苑	今村 貴志
コ4-1-⑥ 短期集中リハビリテーションの効果 ~Timed Up & Go Testと身体機能の関係性~	長崎県 介護老人保健施設 長寿苑	萩原 綾乃
コ4-1-⑦ バスタオルを使ったシーティングの実践	福岡県 介護老人保健施設 あけぼの荘	中尾 洋介
コ4-1-⑧ 介護予防・日常生活支援総合事業における取り組み ~短期集中予防サービス通所型に健康教育プログラムを取り入れて~	長崎県 介護老人保健施設 恵仁荘	山口 竜介
コ4-1-⑨ 利用者・職員が手に取り目標達成を目指して	大分県 玖珠郡医師会立 老人保健施設はね	宿利めぐみ
コ4-1-⑩ 重度要介護状態等にある利用者への外出支援の効果 ~自宅で家族と過ごすひととき~	福岡県 介護老人保健施設 西寿	篠原 千裕

排泄機能向上による意欲の変化

— 「トイレに行きたい」その想いを受け止めて—

施設名：福岡県 介護老人保健施設アルテンハイムヨコクラ

発表者：藤間康子

坂口陽一 荒木麻里 徳永すま子

【はじめに】

ADL全介助状態で入所された方が、本人の「トイレに行きたい」という強い思いに対し、オムツからトイレでの排泄への取り組みを行なった事で、短期間でQOL向上、意欲の向上が見られたのでここに報告する。

【目的】

本人の要望であるトイレで排泄が出来るようになる

【事例紹介】

H様 99歳 女性 要介護4

既往歴

右大腿骨転子部骨折 慢性硬膜下血腫

MMSE：高度難聴の為測定不能

【方法】

1、期間

平成29年3月11日（入所）～現在

2、短期集中リハを実施し機能向上を図る。

3、リハビリ科と情報交換を行い、トイレへの移行

4、生活状況の変化を評価する為、月一回、FIMと意欲の指標を記録する。

乗動作は一部介助で可能。

5月：FIM 51点 意欲の指標 10点

・リハビリ内容：歩行練習

・生活状況：簡単な意思疎通可能。本人より発語が増え笑顔あり。トイレ誘導開始。日中の活動量増加。夜間良眠

6月：FIM 58点 意欲の指標 10点

・リハビリ内容：歩行練習

・生活状況：ADLは更衣と入浴以外は自分で出来るレベルに向上。車椅子自力駆動しトイレまで行かれる。

【考察・まとめ】

今回の取り組みの結果、排泄向上だけでなくADL、QOLの向上、意欲の向上を実現する事が出来た。

ADL全介助状態と思い込んでいたH氏の思いに気づき、本人の思いを達成するためにフロア、リハビリスタッフに向け発信し続けたことがこの成果の要因の一つだと思う。

入所する前の情報や、既往歴、要介護度から画一的なケアを行なうのではなく利用者に寄り添いその想いに気づき、少しでもその方らしい生活ができるようなケアをこれからも継続していきたい。

【倫理的配慮】

本人、家族に研究の説明を行い、同意を得て取り組んでいます。

【経過及び結果】

3月：FIM 26点 意欲の指標 2点

・リハビリ内容：座位練習

・生活状況：食事、一部介助。昼夜逆転があり、日中の活動量少ない。

4月：FIM 32点 意欲の指標 6点

・リハビリ内容：座位練習～歩行練習

・生活状況：食事は自力摂取。起居動作と移

余暇活動が主観的幸福感に与える影響 ～興味チェックリストを用いた検討～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 水郷苑

発表者：溝口貴之

池末真紀 田中公平 東頼孝

森脇悦子 大田明英

【はじめに】

リハビリテーションのゴールは、利用者の包括的な生活の質(QOL)の向上である。近年、福原らはQOLの概念として健康関連QOLと生きがいや幸福・人生の満足などを含めた健康に関連しないQOLから成るモデルを提案している(福原ら, 2001)。原田らは高齢者の生活習慣の研究において、余暇活動が生きがい感・主観的幸福感と密接に関係すると報告している(原田, 2011)が、余暇活動と他のQOL領域との関連についての研究はほとんどない。本研究では、興味を持つ余暇活動(やってみたい活動)に着目し、独居高齢者1例において、この余暇活動を行うことで健康関連QOL(主観的健康感)と健康に関連しないQOL(生活満足感, 生きがいや幸福・人生の満足などの主観的幸福感)がどう変化するかを検討した。

【方法】

興味チェックリストとカナダ式作業遂行測定(COPM)を用いて対象者に興味がある余暇活動を選定し、その後余暇活動実施前後(平成28年6月～平成29年12月)に主観的健康感、生活満足感、主観的幸福感を測定し比較した。主観的健康感と生活満足感の測定にはVASを用い、主観的幸福感はPGCモラールスケールを用いて測定した。日常生活能力の評価にはFIMを用いた。

【事例紹介】

85歳、女性、要介護1、独居、診断名:右大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術後)
受傷前役割:専業主婦 職歴:縫製業の就労経験あり
サービス利用:通所リハ・訪問介護

【初回評価】 平成28年6月

FIM: 117/126, VAS: 主観的健康感8/10, 生活満足感4/10, PGCモラールスケール7/15

【取り組み】

興味チェックリストより、してみたい活動として料理と掃除があげられた。COPMを用いた活動に対するニーズ分析では、重要度順に①料理(遂行度8/10, 満足度8/10)②掃除(遂行度7/10, 満足度9/10)③おやつ作り(遂行度1/10, 満足度5/10)であった。料理と掃除は訪問介護にて、一部実施しており遂行度と満足度は高かったが、おやつ作りは未実施で遂行度は低かった。料理の経験を生かすことができ、手先の作業を好む事例と考え、おやつ作りに取り組むことにし、同年代女性の集団活動として提供した。

【再評価】 平成29年12月

FIM: 117/126, VAS: 主観的健康感8/10, 生活満足感8/10, PGCモラールスケール10/15

【考察】

今回の事例では、してみたいが実施できていなかった「おやつ作り」を集団活動として提供したことで、生活満足感や生きがい感・主観的幸福感が上昇し、健康に関連しないQOLを向上させたと思われる。リハビリテーションのゴールは利用者の包括的なQOLの向上であり、このためには多面的なマネジメントが重要である。今後は、このような取り組みを施設の利用者に拡大していくと共に、1施設だけでなく広く地域の活動などにも広がっていききたい。

足の浮腫軽減に向けて －本人も意識して－

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設 希望の里
発表者：古江孝之
岩山剛

現在、当施設の通所リハビリ利用者の中に下肢の浮腫が著名にみられる方がいる。そこで、浮腫の著名な方に対して利用時と自宅での統一した運動と下肢拳上を行うことで浮腫軽減が図れないかと考え、取り組みを行った。その結果に若干の考察を加えて報告する。

当通所リハビリにおけるリハビリマネジメントの取り組みの紹介 ～2症例を通して～

施設名：福岡県 介護老人保健施設こが21
発表者：中村光治

【はじめに】

通所リハビリテーション（以下、通所リハ）では、リハビリマネジメントとして、調査（Survex）、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（以下SPDCA）の構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハビリテーションの提供を目指している。今回、当通所リハにおいて意欲低下を認める2症例に対しリハビリマネジメントの取り組みを行い、ADL、QOLが改善したので報告する。

【症例紹介】

症例1は90代男性、L3/4化膿性椎間板炎、T6椎体骨折で古賀病院21へ入院。4週間の安静臥床後、離床開始となるもリハビリ意欲低く、積極的訓練困難。退院時ADLは車椅子移乗中等度介助レベル。約2カ月間の入院後、老健こが21へ入所。リハビリ意欲は向上傾向であり、退所時ADLは車椅子移乗見守り、平行棒内歩行1往復可能（約1か月間入所）。退所5日後より当通所リハ利用開始。歩行器歩行監視で連続5分間歩行可能となり、Barthel indexは通所リハ利用開始時50点から3ヶ月後75点へと改善した。症例2は80代女性、左大腿骨頸部骨折術後、パーキンソン症候群。骨折術後のリハビリ目的に当通所リハ利用開始。ADLは4点支持歩行器歩行監視レベル。元々、生け花の先生。リハビリ意欲低く、抑鬱傾向あり。利用者・家族・多職種で行うリハビリ会議にて意欲向上を目的に、他利用者に対し生け花をレクチャーして頂く事を提案。長女の協力の下、お花教室を開催。生き生きとした表情で取り組まれ、リハビリ意欲・活動性向上に繋がっている。今後も毎

月開催する予定。

【おわりに】

平成27年度介護報酬改定でリハビリテーションマネジメントの見直しにより、リハビリ会議や居宅訪問等の設定が行われたことで利用者家族や他事業所との関わりが増え情報の共有が強化され目標達成が以前に比べ容易になった。

今回の取り組みを経て、利用者の身体機能面の改善だけを目指すのではなく、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、これによって日常生活の活動を高め、家庭や地域・社会での役割を果たす、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現を支援していくことが重要であると考えられる。

当施設利用者の在宅復帰関連要因について ～在宅復帰（自宅群・施設群）2群間での比較検討より～

施設名：宮崎県 介護老人保健施設 ひむか苑

発表者：今村貴志

木村一美 小川洋平 西哲史

宮元沙八佳 前田緑

【はじめに】

介護老人保健施設（以下、老健）は中間施設の役目を果たすべく、平成24年度の介護報酬改定で「在宅強化型」なるサービス費が創設された。在宅復帰として有料老人ホームや、小規模多機能施設など在宅復帰率にかかわる施設は多岐に及ぶ。本研究では在宅強化型老健施設において在宅復帰にかかわる自宅群とその他入居施設群（以下、施設群）の2群間の比較検討を行い、要因について検討することとした。

【目的】

在宅強化型老健での在宅復帰に関連する自宅群と施設群の比較要因を抽出し、在宅復帰の予後予測を目的とする。

【対象】

研究デザインは後ろ向き観察研究とし、平成27年4月から平成29年3月に当老健を退所された308名のうち在宅復帰率に関わる186名（年齢 82.2 ± 7.6 男性42%）を対象としその他を除外基準とした。

【方法】

調査項目は性別、年齢、入所時BMI、退所時BMI、BMI変化度、入所期間、入所時Function Independence Measure運動項目合計点（以下、FIM-M）、退所時FIM-M、FIM-M改善度、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度（以下、寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知度）とした。これらの項目について在宅復帰率に関わる自宅群と施設群での2群間での比較検討を行った。統計処理は単変量解析として2群間を比較。多変量解析として従属変数を自宅群・施設群とし独立変数を調査項目にて多重ロジスティック回帰分析を行った。統計ソフトはR2-8-1を用い有意水

準は5%未満とした。

【結果】

自宅群94名（ 81.6 ± 7.8 男性40名）施設群92名（ 82.8 ± 7.3 男性42名）であった。単変量解析において入所期間（ $p < 0.01$ ）、認知度（ $p < 0.01$ ）で有意であり2群間の差を認めた。多変量解析においては、入所期間、退所時FIM-M、認知度が抽出された。

【考察】

当施設からの在宅復帰にかかわる自宅群・施設群の2群間比較で、在宅復帰要因として、入所期間が短い（中央値：109日）、認知度が重度でないこと（II a）、退所時FIM-M（61.5）の影響が示唆された。先行研究からは在宅復帰の要因として、ADLが高いこと、認知度が重度でない、介護側の要因などがあり介護側の要因は今後の課題とする。今回の研究から、FIM-M（61.5）は監視～軽介助で在宅復帰の傾向であった。セラピストの役割として短期集中リハビリテーション期間に利用者の予後予測を立て介護者への指導・説明支援することで、より在宅復帰方向性への一助になることが考えられた。

短期集中リハビリテーションの効果 ～ Timed Up & Go Testと身体機能の関係性～

施設名：長崎県 介護老人保健施設 長寿苑 リハビリテーション科
発表者：萩原綾乃

【はじめに】

当施設では、短期集中リハビリテーション（以下集中リハ）実施者の効果判定を身体機能に加え、Timed Up & Go Test（以下TUG）の測定を実施している。今回、集中リハによりTUGのタイムが向上した入所者の身体機能の変化について報告する。

【対象と方法】

平成28年10月から平成29年9月までに当施設へ入所、集中リハを実施し、TUG測定においてタイムが向上した者22名（男性5名、女性17名、平均年齢84歳、平均介護度2.1）の、起立・移乗・歩行・排泄動作の4つの項目を評価した。

集中リハ実施者は週4から5回の個別リハビリにて歩行訓練、筋力増強訓練、階段昇降訓練、日常生活動作訓練等を実施した。

【結果】

TUG測定においてタイムが向上した22名は、起立・移乗・歩行・排泄動作の機能低下が認められなかった。起立は22名中7名、移乗は22名中9名、歩行は22名中12名、排泄は22名中12名において機能向上が認められた。

【考察】

今回の結果により、集中リハ後にTUGのタイムが向上した入所者においては、特に歩行・排泄動作能力の向上が認められることが分かった。TUGでは、下肢筋力・動的バランス・歩行能力・易転倒性といった日常生活動作能力との関係性が高いと言われており、特に歩行・排泄動作において機能が向上した入所者はTUGのタイムに影響を与えたと考える。また、集中リハ終了後から施設で転倒し

た入所者は22名中1名のみという結果であり、TUGのタイムが向上した入所者の転倒リスクは少ないことが確認された。

【まとめ】

今後も集中リハ実施者の効果判定にTUGの測定を用い、身体機能の向上とTUGの関係性について継続して研究していきたい。また、TUGのタイムが低下した入所者に関しての身体機能の変化についても確認し、より効果的な集中リハを実施していく必要があると考え

バスタオルを使ったシーティングの実践

施設名：福岡県 介護老人保健施設あけぼの荘
発表者：中尾洋介

【はじめに】

車いすのシーティングは平成30年度診療報酬改定で加算が新設されるなどその効果が期待されている。今まで車いすのシーティングは座面に何かを敷く程度の方法で、転落防止や座面のズレ防止、体圧分散による褥瘡予防などを目的に日常的に介護現場で行われてきた。しかし車いすのシーティングを“正しい座位姿勢が取れること”に着目しリハ職が適正に行うことで、腹式呼吸が促され、食事中の疲労感を軽減し自力摂取や食事量UPという効果、また全身の筋肉の過緊張を減らし認知症のBPSD軽減や関節拘縮の予防などの効果も期待できると言われている。今回老健施設の利用者に対して入所後の短期集中リハの中でバスタオルでの車いすシーティングを実践し日常生活に良い影響が確認されたので報告する。

【実践内容】

対象者

標準タイプの車いすを椅子として日常的に使用している方。

実践内容

バスタオル4～5枚を使用（坐骨結節サポート・仙骨部サポート・座面およびバックレストのクッション性向上）。その他に車いすのサイズ選びやフットレスト高の調整も行った。

短期集中リハは入所翌日から週5回の計画で3カ月実施した。短期集中リハ後は週1回調整した。

実践事例

- ①主病名
- ②シーティング内容
- ③短期集中リハ開始1週間の状態

④短期集中リハ終了時の状態

事例1

- ①脳梗塞後遺症、左上下肢麻痺
- ②坐骨結節サポート・仙骨部サポート・座面補高
- ③車いす自走しない、スタッフへ大声
- ④車いす自走能力UP、精神状態安定

事例2

- ①両下肢関節拘縮、BPSD
- ②坐骨結節サポート・仙骨部サポート
- ③怒りやすい、座位が崩れやすい
- ④笑顔が増える、車いす自走能力UP

事例3

- ①重度認知症、廃用症候群
- ②坐骨結節サポート・仙骨部サポート
- ③仙骨座り、食事要介助、怒りやすい
- ④食事動作改善、会話の頻度が増す

事例4

- ①重度認知症、廃用症候群
- ②坐骨結節サポート・仙骨部サポート
- ③介護拒否多い、移乗の介助量多い
- ④拒否が減り会話増える、移乗動作改善

【考察】

今回の実践は大淵哲也先生によるセミナー「高齢者のシーティング」の内容を参考に行った。

今回の実践を通じ、正しい座位姿勢が取れることに着目したシーティングは、食事や排せつ、精神状態などの自律神経系に加え、車いす自走や食事動作などの日常生活動作にも良い影響があることが確認できた。課題としては、バスタオルで行うと崩れやすいこと、短期集中リハ終了後にシーティングを継続するために介護スタッフとの連携体制が必要であること、が挙げられる。

介護予防・日常生活支援総合事業における取り組み ～短期集中予防サービス通所型に健康教育プログラムを取り入れて～

施設名：長崎県 介護老人保健施設恵仁荘
発表者：山口竜介
秀嶋敏和 深川朋子

【はじめに】

平成27年4月より介護予防・日常生活支援総合事業が開始され、より社会や地域に根付いた介護予防の視点が求められるようになってきている。長崎県諫早市は平成29年4月より総合事業がスタートし、当施設でも要支援・事業対象者が参加できる運動機能向上短期集中予防サービスC通所型（以下、通所C型）が開始となった。通所C型では対象者の身体機能だけでなく、生活機能全般の向上を目的とし、修了後も生活機能を維持できるよう、運動機能訓練に併せて健康教育を取り入れ展開している。

今回、通所C型で取り組みを実施する中で、主観的健康感や転倒不安感、心身機能への影響を評価し、効果を検討したので報告する。

【対象】

対象は平成29年4月～平成30年1月の期間に、通所C型を修了した10名（平均年齢83.9±5.0歳、要支援1：3名、要支援2：2名、事業対象者：5名）。

【方法】

週1回2時間、全12回の3ヶ月間を1クールとし、運動器機能プログラム（90分）、健康教育プログラム（30分）を実施。健康教育プログラムは講話形式にて行ない、参加者同士のディスカッションも交え、健康について学習を行なった。成果を検証する為、開始時および修了時の主観的健康感、転倒不安感、運動・精神機能評価（4項目）を実施した。また、アンケートにて意識調査を行い、開始時に「期待している成果」、修了時に「参加して得られた成果」を選択式にて回答を得た。

【結果】

対象者における主観的健康感が改善した者100%、転倒不安感が維持・または改善したものの90%であった。運動・精神機能評価で数値の向上を得たのは開眼片脚立位：70%、握力：50%、Timed Up and Goテスト：70%、GDS-15：66.7%であった。アンケートで「通所C型に対し期待している成果」として最も多い回答であったのは「他者との交流機会の確保」であり83.3%であった。「通所C型に参加して得られた成果」では「他者との交流機会」が60%、「痛みの緩和」が60%との回答が多い傾向にあった。

【考察】

今回、運動機能向上を目的とした通所C型の中に、健康教育も取り入れ事業の展開を行った。杉澤秀博らによると、主観的健康感とは日常生活動作の予後予測指標として妥当性が高い事を報告しており、社会的健康指標群との関連も示唆している。アンケートの結果からも他者との交流機会を期待している事がわかり、これらの事から、介護予防の一環として他者との交流機会（学習や互助グループの発足等）を促す事は、健康観を助長する手段として有用であると考えられる。今回の通所C型においても、主観的健康感や転倒不安感、心身機能の改善が得られた方も見られ、通所C型を肯定的に取り組む様子が見られるようになった。これらの事から、健康教育を通じて健康観の改善を図る事は、対象者の健康活動を促す一助となれたのではないかと考えられる。

利用者・職員が手に取り目標達成を目指して

施設名：大分県 玖珠郡医師会立老人保健施設はね
発表者：宿利めぐみ
松尾美保

当施設は入所定員82名、通所リハビリテーション（以下、通所リハと略す）の定員34名で運営している。通所リハでは今年度の年間目標を「その人らしい在宅生活を支援するために利用者様個々の能力を把握し、機能の維持向上を図る」としている。具体策として利用者様の個人目標を立て、意欲の向上や楽しみを持つとした。しかし、職員間での情報共有ができていなかったため目標が日々のケアに反映されていないという問題があった。利用者様からも個人目標に対する不満や要望があったため、利用者様と職員で目標を達成するための取り組みを行ったのでここに報告する。対象者、通所利用者79名。取り組み期間、平成29年6月～12月。内容、まず、現状把握を行った。①職員の情報共有率（アンケート調査）、共有できている、61.7%、共有できていない、38.3%。②個人目標に対する利用者様の不満・要望件数（聞き取り調査）目標が達成しているが見直していない、18件③目標が提供されていない17件④目標を変えてほしい11件④担当職員が不在時に対応してくれない10件という結果だった。結果を踏まえ、取り組み内容として①個人リハビリカードに目標を表記する（既存のリハビリカードに目標を表記し、全職員が目標を共有する）②対応する職員の分担を行う（テーブル毎に職員を配置して個人目標が確実に実施できるようにする）③個人目標を定期的に見直す（見直しは基本3か月毎、または状態に変化が見られた時に行い、意思表示が困難な方はリハマネ会議等でご家族の意見を聞き、その方にあった目標を提供する）④他職種と一緒に目標を立案する（夕のミーティングで意見を出し合い検討する）結果、①職員の情報共有率、共有できている100%、②個人目標に対する利用者様の不満・要望件数・目標が達成しているが見直し

されていない9件・目標に対するケアが提供されていない4件・目標を変えてほしい2件・担当職員が不在時対応してくれない0件。個人目標に対する不満・要望件数が取り組み前56件であったものが、取り組み後は74%減少した。考察、今回の取り組みにより職員間で目標共有ができ、利用者様とのかかわりの時間も増えた。また、意思表示のできない方について、会議等でご家族の意見を聞き目標にそれを目標に反映させたことで、利用者様の言葉が増えたり、表情が良くなるなど状態の改善に繋がった。自立度の高い利用者様は自宅でも活動に取り組むようになっており意欲の向上に繋がった。今後は、他職種との連携強化をさらに進めていきたい。

重度要介護状態等にある利用者への外出支援の効果 ～自宅で家族と過ごすひととき～

施設名：福岡県 1 介護老人保健施設 西寿
2 医療法人 西福岡病院

発表者：篠原千裕¹
上栗幸子¹ 岩崎幸平¹ 高岸珠美¹
馬渡加夜子²

【はじめに】

私たちの生活の中では、外出はごく普通の生活行為であるが要介護状態にある高齢者にとっては容易なことではない。しかし、先行研究では生活に対する満足感や幸福感は外出群は非外出群より高いことが示され外出しないと寝たきりへの移行率が高まると考えられている。今回、外出支援を試みその効果について再認識できたので報告する。

活動期間;H29年7月～12月

【活動内容】

1. 対象者選定

7月、当施設の一フロアにポスター掲示と利用者35名に案内状を配布。積極的な参加希望がなかったため、家族の面会が少ない利用者や在宅復帰を検討している8名の利用者または利用者家族に呼びかけを行った。

2. 支援方法

事前に家族と面談を行い希望を取り入れた支援方法を提案。外出希望先が自宅の場合は、家族は自宅待機、送迎は施設職員が行った。利用者の状態に応じて介護職員が付き添うことにした。

【結果】

8名のうち4名が外出支援に同意、残り4名は日程調整し再アプローチすることにした。

【事例1】

84歳男性 要介護度5 HDS-R;0点 入所期間;19ヶ月 キーパーソン;妻 本人の意思は確認できなかったが妻に「施設に預けていることに悔いがある」という気持ちがあり外出支援を受けることになった。自宅に2時間の滞在であったが妻より「少し気持ちが解けた」と、再度外出支援の希望を受けた。

【事例2】

78歳女性 要介護度3 HDS-R;8点 入所期間;10ヶ月 キーパーソン;長女 外出先は自宅で約1時間滞在した。家族と昔話に花が咲き利用者及び家族ともに施設とは異なる笑顔が見られた。家族より「公園に連れていきたい。友人に会わせたい」と次の希望も聞かれた。

【事例3】

82歳男性 要介護度1 HDS-R;15点 入所期間;19ヶ月 キーパーソン;妻 外出先は自宅で2時間滞在し工事予定の家の周りを介助して歩いた。施設内ではリハビリに対して受動的であったが「一人で歩けるようになりたい」という自発的な発言が得られた。

【事例4】

101歳女性 要介護度5 HDS-R;6点 入所期間;7ヶ月 キーパーソン;長女 在宅は諦めていたが、「自宅で食事を食べさせたい」「在宅復帰させたい」と家族に気持ちの変化が見られた。

【考察】

事例1では、利用者のケアだけでなく家族の心理的支援も重要であると再認識した。

事例2では、住み慣れた地域や場所でこそ本来のその人らしさを知ることができこれからの利用者と家族に接する上で新たな発見ができた。

事例3では、外出の機会そのものがリハビリ目標の動機づけとなり外出の重要性と意義について実感できた。

事例4では、家族が在宅復帰の決断をする後押しのお機となった。

今回の外出支援を通して、外出そのものが利用者や利用者家族の心理面の刺激となり社会性を取り戻すきっかけになることを再確認できた。今後より積極的な外出支援を行う事としたい。

5月24日(木)

16:10 ~ 17:20

第2会場 / 大会議室1 (5階)

第5分科会

管理・運営

座長 / 永廣 研二 (熊本県)

演 題	施設名	発表者
<p>コ5-1-① 厨房直営化でなにが変わったか？ ～施設給食の現状と今後の取組み～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 M・T奈多ケア院</p>	<p>淵上 裕臣</p>
<p>コ5-1-② 「待遇向上委員会をなくそう！！」 ～様々な取組みを試みて～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 フォスター島原</p>	<p>松崎 美幸</p>
<p>コ5-1-③ ストレスの環境から楽しく仕事ができる環境へ</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 サンブライト愛宕I</p>	<p>熊 優来</p>
<p>コ5-1-④ 「R4システム導入に伴うケアプラン作成業務の変化と効果」 ～導入後のアンケート調査から～</p>	<p>宮崎県 介護老人保健施設 ひむか苑</p>	<p>中村 滉平</p>
<p>コ5-1-⑤ 人材難に対する高齢者雇用の活用</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 久英荘</p>	<p>中村 まみ</p>
<p>コ5-1-⑥ 人材確保と離職者を減らす取組み ～自分たちで動いたことで～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 サクラ</p>	<p>野口 宏治</p>
<p>コ5-1-⑦ 事務業務マニュアルづくりを通して ～業務改善における第一歩～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 恵仁荘</p>	<p>村田麻理恵</p>
<p>コ5-1-⑧ おむつのアイテム統一化からみえたもの ～管理システムを導入して～</p>	<p>大分県 介護老人保健施設 岡の苑</p>	<p>森 俊也</p>

厨房直営化でなにが変わったか？ ～施設給食の現状と今後の取組み～

施設名：福岡県 介護老人保健施設M・T奈多ケア院
発表者：瀧上裕臣
梅崎智美

【はじめに】

当施設は入所定員300名、通所定員50名の介護老人保健施設である。同じ創生会の系列施設として介護老人福祉施設や軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホームがある。この度、平成27年度の介護報酬改正による大幅な減収に向き合うため同年8月に厨房の直営化を図ることとなった。厨房直営化で何が変化したのか、現状と今後の取組みについて報告する。

【直営化のねらい】

- 労務費の見直し⇒完全調理品の効果的導入
食材費の見直し⇒食材の質の向上及び仕入れ価格の適正化
- 労働環境の改善⇒慢性的な人員不足の解消

【取組み】

- 作業の効率化（下処理、調理作業の見直し）
 - ・下処理・調理作業の効率化（カット野菜・完全調理品の導入）
- 作業区分と適正な人員配置の見直し
 - ・リーダー制の導入（勤務体制：3交代）
 - ・調理未経験者・シニア世代の雇用（人員確保）

【メリット】

- 下処理時間の短縮
 - ・委託時は5時間かかっていた下処理が現在は3時間に短縮できた
- 食材費⇒委託時に比べて削減
 - ・パック数で管理できることで無駄がなくなり廃棄ロスが減少した
- 完全調理品を効果的に取り入れることで、味付けや硬さが安定
 - ・経験が浅い職員でもある程度指導すれば調理ができる⇒ベテラン調理員の負担が軽減
- 残業・休日出勤の解消

- ・離職率が低下し職員が定着した
- ご利用者の満足度
 - ・H28年度は過去5年間で最も良い評価を得ることができた

【デメリット】

- 完全調理品の問題点
 - ・サイズが大きい：大きいものはご利用者に適したサイズにカット
 - ・味が濃い：野菜等を加え、出汁で調整をする
 - ・アイテムの選別が難しい：サンプルを取り寄せて、食感や味の確認
 - ・生鮮野菜を取り入れにくい：積極的に取り入れる
- 厨房職員の高齢化
 - ・早朝パート等短時間労働への移行

【今後の取組み】

委託時は厨房職員と施設の職員との関わりはあまりなかったが、直営直後に深刻な人手不足に陥った際、施設一丸となって他部署の職員もフォローしてくれたことは忘れがたい。今は、施設サービスを担う一員として自覚と責任感を感じるようになった。リーダーとして、知識・技術を経験が浅い調理員に伝え、技術の向上をはかっていきたい。

また、人員確保が第一である。シニアスタッフの健康やケガがないよう安全管理にも気遣っている。余裕がないと忙殺されてしまい、心も体もどうしようもなく疲れてしまうのは否めない。職場環境を整え離職を防ぎ定着することに努める。

今後の目標として、手作り料理や行事食を積極的に取り入れていく。ご利用者お一人おひとりが適正な衛生管理の下、安全・安心をモットーに健やかにそして食べる喜びを感じて頂けるようサポートしていきたい。

「接遇向上委員会をなくそう！！」 ～様々な取り組みを試みて～

施設名：長崎県 介護老人保健施設フォスター島原
発表者：松崎美幸

【はじめに】

当施設は今年で接遇向上委員会の発足より10年目を迎える。私たち職員自身も接遇のさらなる向上が必要であると日々感じており、療養者様、ご家族においても少数ながらも、接遇に対する意見が聞かれている。日々の業務の忙しさや、マンパワー不足等から不適切な対応をしてしまうことがある。一度でも療養者様、ご家族に対して不満を持たれるような行動をとった場合、その事が施設全体のイメージとして捉えられてしまう。

療養者様、ご家族が安心して過ごせるよう接遇の見直しが必要であり、また「接遇向上委員会をなくそう」という新たな視点から接遇向上に向けて取り組んできたのでここに報告する。

【取り組み】

アンケートの実施（ご家族対象）
職員の接遇自己チェック
接遇スローガンの設定
接遇の日の設置（腕章を付け施設内を巡回）
振り返りメモBOXの設置
療養者・職員の笑顔DVD作成

【結果】

アンケートの結果から、研修会で改善に向けてのグループワークを行い、改善点を見出すことができた。

委員会からの働きかけで、全職員に定期的な自己評価の実施を呼びかけ、改善点を抽出することができた。

月毎のスローガンを設定し、毎日、声に出して読むことで、職員の意識付けにつなげることができた。

接遇の日に、職員が持ち回りで腕章を付けて巡回することで、他の職員の意識が高まり

適切な対応を心がけることができた。

振り返りメモに投稿された、職員の素晴らしい対応を報告することで、職員のモチベーションを向上させることができた。また、療養者様の訴えを代弁することで、療養者様の立場に立って対応を検討する事が出来た。

客観的に療養者様の笑顔に触れることで、各職員が何のためにこの仕事に就いているのかを振り返ることが出来、療養者様へ対する接し方に変化が現れた。

【考察】

全体的に取り組み内容に慣れが生じていることもあり、時にはツールを変更する等、意識を高める工夫を行う必要がある。また、職員間で直接注意が出来ない場合が多く、書面での報告となり、当人へは伝わりづらい事が多いと考える。そのため、改善が見られない場合には、継続して委員会を通して当人と面談を行い意識の改善を図っていく必要がある。さらに、各職員が自分自身の接遇に自信をもって業務に就けるよう、委員会としても接遇の向上とともに、職員のケアも必要と考える。

【まとめ】

これまでの結果をもとに、接遇に対する取り組みの推進、定期的な効果判定を行うことで、さらなる接遇の改善に努めていきたい。職員一人一人が当施設の顔であるということ認識していくことが重要であり、療養者様やご家族にとって選ばれる施設でなければならないと考える。接遇とは最低限のマナーである。接遇マナーの向上は療養者サービスの向上に直結する。今後も接遇向上委員会を必要としない施設を目指し、取り組んでいきたい。

ストレスの環境から楽しく仕事ができる環境へ

施設名：長崎県 介護老人保健施設サンブライト愛宕Ⅰ
 発表者：熊優来
 毛利史代 野口瞳 里由美子

【はじめに】

どの職場にもストレスはつきものである。しかし、介護施設にはその仕事の性質上、特有のストレス構造があると言われている。当施設では既に人員不足がこの2～3年の間に続いている現状であり、何故離職していくのかに着目し、職員（看介護）にアンケートを実施した。その成果をここに報告する。

【方法】

2階 入所者数44名に対して介護職員13.5人
 3.4階入所者数56名に対して介護職員15人
 看護職員全入所者数100人に対して12名
 職場でのストレスを感じたことがあるか、アンケートを行いました。

【結果】

（1）勤務年数について

0～3年未満 14名
 3～5年未満 7名
 5～10年未満 7名
 10年以上 10名

中間の職員が少ないことがわかる。

（2）ストレスの感じ方

・強く感じる 11名
 ・少し感じる 13名
 ・あまり感じていない 6名
 ・感じてない 1名

半数以上がストレスを感じている。

（3）当施設を離職したいと思ったこと

はい 22名
 いいえ 11名
 未回答 5名

【考察】

今回アンケートを実施し離職とストレスが

大きく関わっていることが考えられた。中でも仕事量の多さに対して賃金が低いという不満が多くみられた。将来に対する不安と仕事量が多い方に人数が集まり、ストレスを感じていました。

その他では職員不足で負担が多いとの意見も聞かれています。その為、中間の職員が離職していくのが多いのではないのでしょうか。

【おわりに】

この種のストレスは職場で常態化している。

と言われています。今後、要介護高齢者の増加に伴い、老健や他の高齢者施設の存在が必要不可欠になると思われます。その為、施設入所者の増加に対応した質の高いケアを求められることとなり、負担は増大します。仕事の量は増え、しかも質の高さが要求され、職員自らが工夫して成し遂げなければならず、疲弊してしまっている現状です。しかし、「仕事へのモチベーション」を高めるためにも介護の仕事を行う上で、

眉間にしわを寄せ、ため息をつきながらケアを行うよりも、職員1人1人が笑顔で生き生きと仕事に向かう方が、利用者側にとっても、良い影響を与えるのではないかと、私達自身も初心に戻り自分自身を見つめ直す時間も大事なことはないかと考えました。職員一同より良い介護を提供したいという思いは強く、毎日試行錯誤しながら対応していきたいと思います。今後、ストレスが軽減される職場を目指して、改善していきたいと思います。

「R4システム導入に伴うケアプラン作成業務の変化と効果」 ～導入後のアンケート調査から～

施設名：宮崎県 介護老人保健施設ひむか苑
発表者：中村滉平

【はじめに】(現状と背景)

A施設では、包括的自立支援プログラム(以下包括と略す)でのケアプラン作成を行っていたが、平成29年6月にR4システム(以下R4と略す)を導入した。導入後3カ月で、約70%の利用者のケアプランをR4へ移行し、同年12月では、全利用者のR4への移行が完了した。ケアプラン作成業務を担う職員それぞれがR4での作成業務を経験したなかで「ケアプラン作成に費やす時間が減った」「負担が減った」という声が聞かれるようになった。また、ICFステージングを活用したアセスメントはイラスト化され、日常で行っているADLは測定スケールを用いてアセスメントしやすいという効果も見られてきている。そこで今回、具体的な変化としてどのような効果が現れているのかを確認するために行った、アンケート調査結果を報告する。

【研究期間】

平成29年6月～12月末の約7カ月間

【研究対象】

A施設でケアプラン作成業務を担う介護職員(以後プランナーと略す)3ヶ月時27名、7ヶ月時25名

【研究方法】

- 1.プランナーに対してアンケート調査を実施した
- 2.アンケートを集計し、結果・分析を行った

【倫理的配慮】

対象に対し研究の主旨について説明し了承を得た。また、得られた結果は個人が特定できないように配慮した。

【用語の定義】

ここで指すケアプラン作成業務とは、A-3「生活機能(ICF)アセスメント」とA-3を活用した他職種合同評価、A-4「専門職アセスメント(総合計画書)」「ケアプランの実施と確認(モニタリング)」とする。

【結果】

- 1.ケアプラン作成に費やす時間では2時間以内、包括26%、R4(3ヶ月)59%、R4(6ヶ月)68%、2時間以上が包括74%、R4(3ヶ月)41%、R4(6ヶ月)32%だった。
- 2.包括でのケアプラン作成業務では約7割、R4では3カ月後が約3割、6カ月後が約2割「負担である」と回答していた。

【考察】

- 1.ケアプラン作成時間の比較から、R4移行後の時間短縮は、包括で行っていた7項目におけるアセスメントが、R4ではICFという測定スケールを用いて行う事で、簡潔かつ明瞭に文章化する項目も少なくなっていることが関与しているのではないかと思われた。
- 2.包括からR4へ移行後6ヶ月時には、4割の職員が負担感を感じていた。他職種への連絡調整等を一番の負担と感じ、この課題が改善すれば大幅な負担感の減少に繋がることが期待された。

【おわりに】

A施設では、在宅強化型施設として約6年の実績経験を経てきた。今年度のR4導入は、今後も在宅支援を行うなかで必要不可欠であると準備期間を設けて計画的に進められてきたものでもあった。R4の利点でもある「他職種平等を基本としたケアマネジメント」が発揮出来るよう、今回の調査結果を活かした運用と、業務時間内でのケアプラン作成時間の確保の業務改善にも取り組んでいきたい。

人材難に対する高齢者雇用の活用

施設名：福岡県 介護老人保健施設久英荘

発表者：中村まみ

吉野祐一 浅井完太 藤吉香織

【はじめに】

現在、わが国における総労働人口は、約5900万人といわれ、労働人口は年々減少傾向にある。その中でも過酷な労働環境の影響で、新規就業者の減少や離職率の高さが原因となり、介護業界における労働人材不足は特に顕著な問題である。それは当施設においても例外ではなく、正規介護職員の離職に始まり、新規介護職員の採用は困難で、職員1人当たりの業務量が増加する、そして更なる離職につながるという状況に陥ってしまった。人材に限られる中で、正規職員の業務負担の軽減を優先的に考え、その1つとして、身体介護以外の業務を高齢者雇用で補えないかと考えた。その経過を報告する。

【導入内容・検証方法】

導入時期 平成28年3月から

雇用者数 6名(平成29年11月現在)

導入前の介護職の非身体介護業務

リネン交換、ごみ廃棄、配膳・下膳、清掃・消毒、車椅子整備、タオルたたみ、洗濯、入浴衣類準備、ベッド周辺の環境整備、業務日誌作成、ケアプラン業務、消耗品補充管理

高齢者雇用への委託業務内容

リネン交換、ごみ廃棄、配膳・下膳、清掃・消毒、タオルたたみ、入浴衣類準備、ベッド周囲の環境整備

検証方法

導入前後に当施設に看護・介護業務に従事しており、現在も施設に従事している職員17名へ無記名にてアンケートを実施する。

検証結果

高齢者雇用により業務軽減につながったと思いますか。

思う 13名

どちらでもない 3名

思わない 1名

具体的に改善されたと思う点

- ・リネン交換をしてもらえることで、利用者との関わりを増やすことができた。
- ・時間外の業務が減少した。

導入によりみえてきた問題点

- ・直接身体的な介護をさせられない分、見守りをお願いしてよいか判断が難しい。
- ・正規職員に随時、清掃をする意識が薄くなった。

【考察】

検証の結果、業務軽減を感じた職員は過半数を超えたことから考察すると、高齢者雇用の導入により正規職員の業務負担の軽減につながったものと考えられる。介護職員はより直接介助やコミュニケーションに時間を割くことができるようになった。高齢者雇用は体力・身体機能低下を考えると当施設では直接介護は事故のリスクがあると考えた結果、非身体介護業務を委託するに至った。その結果として、介護サービスの質を向上させることを目的とするならば、高齢者雇用は大いに活用できると思われる。しかし本質の介護人材不足という課題については、身体的な介護ができ得る人材が必要となってくる。そのためには、潜在的な介護職の発掘・柔軟な雇用形態への対応さらには外国人就労者の受け入れなど多角的な視野をもってマネジメントすることが必要となってくるのではないかと考える。

人材確保と離職者を減らす取組み ～自分たちで動いたことで～

施設名：長崎県 介護老人保健施設サクラ
発表者：野口宏治

【はじめに】

当施設は平成10年に開設。一般棟・認知専門棟、合わせて90名の在宅強化型施設である。これまで単発的な人材不足は、ハローワークに募集をかける事で補ってきた。しかし、平成26年以降、職員の離職者が増え、ついには、在職4.5年以上の中間の管理者を担う中心的な立場の離職者も出た。これでは当施設で働く者がいなくなってしまう、なんとかしなければと思い。人材確保・離職者を減らす取組みの2つの取組みを行ったことを報告する。

【取組み】

- ・人材確保への取組み 経営者へ状況報告し現場の深刻な現状を知ってもらった。部署内の問題ではなく、法人全体の問題として同法人内の代表者と話し合いを行った。人材確保委員会の立ち上げ。現場の主任達と専属の事務員で求人活動始める。職業安定所の担当者の方や高校の進路指導の先生、市内の看介護部会で他施設より助言をもらい活動の参考にした。また、企業説明会や名刺交換会へ参加し、高校の先生方に顔を覚えてもらい、インターンシップの定期的な受け入れを行った。県内の高校や短大をまわり求人票配り、当施設のアピール活動行った。
- ・離職者を減らす取組み 現場のスタッフへアンケートを取り、不満の改善。法人内の部署移動。内外部でバイトを募ったことで、残業勤務を減らした。

【結果】

- ・平成29年度は5名が就職。その内、4名が高卒者。離職者は4名。平成30年度は7名が現在就職内定。その内、高卒者6名、大卒者1名。平成29年6月以降、正社員の離職

者は0。人材は少しずつ増えており、離職者は減少傾向にある。一時期の毎月のように離職者が増えた時期は打開できている。

【考察】

離職者が毎月のようにでて、現場が混乱している問題を経営者に知ってもらい、法人全体の問題として取り上げ、人材確保委員会を立ち上げたことで、助言や協力を得ることができた。主任達で求人活動を行い、高校への求人活動、広告でのPR、企業説明会へ参加し顔つなぎや情報を得ることができた。また、現場の職員へアンケートを取り、給料やきつだけの問題ではなかったことが分かり、仕事のきつさ、大変さを共感できる場と仲間が必要だったことに気付いた。定期的に他部署も交えた交流会を開催し意見交換を行い、不満や現状を話して貰った。こういった取組みが直接的に関係しているわけではないが新入社員が増え、離職者が減っている事は取組みの成果と考える。

【まとめ】

これまで、人材確保と離職者は自然の流れとしてとらえていた。人が居ないという危機的な状況。介護現場の実際侵されている状況を経営者に分かってもらい、一緒に取り組んだことで色々な活動ができた。人が入ってくることで、現場の意識も高まり、離職者を減らす事ができた。今後の課題として、新人職員が増えていく中、次の中間管理者を育て、新人教育と現場の底上げに力を入れたい。

事務業務マニュアルづくりを通して ～業務改善における第一歩～

施設名：長崎県 介護老人保健施設 恵仁荘
発表者：村田麻理恵

【目的】

恵仁荘の事務部門では、今までマニュアルがなく、退職・産休時の引き継ぎや新入職員への指導の際は、在籍職員が直接申し送る方法をとっていた。しかし、今後緊急に職員が不在となる場合、業務に支障をきたす可能性が高い。また、当施設は事業が複数あるため、事務業務は多岐に渡る。業務量も膨大だが、今まで業務内容の可視化、整理・見直しが不十分だった。

そこで本取組みでは、緊急時に支障なく業務を遂行できるようマニュアルを作成するとともに、業務を可視化させ、事務部門の業務改善に生かすことを目的とする。その取組みの結果と考察を報告する。

【方法】

業務マニュアルを作成し（期間：半年間）、客観的評価を得るため、職員にアンケートを実施した。回答項目としては、「どれくらいできそうか?」、その理由、わかりやすい点・わかりにくい点等（自由記述）を設定し、回答結果をもとに評価を行った。

【結果】

アンケートは24名から回答を得た（事務4名、他部署20名）。マニュアル評価（どれくらいできそうか?）には、ばらつきが見られたが、他部署で低評価傾向だった。

マニュアル問題点（低評価理由等）としては、「業務量・マニュアル量の多さ」「パソコンソフトの取り扱い」「具体的な記載（手順等）がない」が主に挙げられた。

一方、評価点（わかりやすい点等）としては、「スケジュール（年間・月間・1日の流

れ）」「業務担当の記載」「表や写真を用いた説明（一部）」の声が多かった。その他、「マニュアルの構成（分冊）」や「更新などの課題」等の意見があった。

業務効率化の視点から回答を見ると「業務量が多い」「減らせるものは減らした方がいい」等の声があった。効率化に対する他部署からの提案に関する記載も見られた。

【考察】

アンケート結果より、作成したマニュアルは改善が必要とされた。改善点の概要としては、簡潔にわかりやすく（伝わりやすく）しながら、実際に業務に取り組むことができる工夫が必要とされる（表や図等の効果的な使用、パソコンソフトの手順説明、分冊等）。一方で、業務内容の可視化ができたことは、一つの成果と考えられる。膨大な事務業務の整理・改善のための基礎資料を作ることができた。しかし、本取組みは道半ばであり、今回の結果をもとに、今後マニュアルの改善を行っていく。あわせて事務部門の業務改善に取り組んでいきたい。

おむつのアイテム統一化からみえたもの ～管理システムを導入して～

施設名：大分県 介護老人保健施設 岡の苑

発表者：森俊也

村上俊彦 リブドゥコーポレーション

【はじめに】

岡の苑療養棟は68床の介護老人保健施設である。入居者の平均介護度3.71となっている。介護保険制度施行後、制度の見直しや介護報酬の改定が行われていく中で福祉サービス運営に関わる経費削減について考え、おむつ担当者として年間コストの見直しを検討した。療養棟介護では、おむつアイテムをそれぞれ他社製品と組み合わせて使用していた為、同一社製品を使用して提供する事ができないかと考えた。そこで、リブドゥコーポレーション(以下、リブドゥ)と共同し、オムツ管理システムを導入し、一年間のコスト管理を行い、利用者に快適なおむつの提供とコストの削減に取り組んだ。実施した取り組みとその結果について以下に報告する。

【対象・期間】

対象者 療養棟入所者68名

2、実施期間 2016年4月1日～

2017年3月31日

【実施方法】

2016年4月 アイテムの統一検討
現場指導研修

2016年7月 アイテムの仮決定
初回発注

2016年8月 スキントラブル対応

2016年9月 最終アイテムの再選定

2016年10月 管理システム導入
アイテムをすべてリブドゥへ統一

【結果】

リブドゥと連携しプロセスを実施していく中で問題点として、チェック表の記入漏れやおむつ交換時の個別アイテムの間違い等がみられたが、おむつ担当者が中心となり話し合いと、指導・研修を行うことで介護スタッフ

と連携を図り、問題点を解決した。導入当初は、スキントラブルが発生したがリブドゥへ相談行い対応した。管理システムを使用し、個人の特性に合わせたアイテムの選定をすることで日々の使用枚数・価格を把握し、無駄の無い発注を実現する事ができた。一年間、大きなトラブルもなくコスト削減に繋がった。

【考察】

管理システムを導入した当所はスタッフの意見で『手間が増えた』等が聞かれていた。しかし、今回の取り組みを通して個別アイテムの選定に関わることで徐々に積極的な意見が聞かれるようになってきた為、スタッフ1人1人の意識改革が進んできたのではないかと感じた。また、コスト削減プロセスに沿い他職間と連携し基本を再確認できたことで、介護技術の向上に繋がった。これから介護職として何かできないかと考えていた中で、今回の取り組みは良い結果になったのではないかと。今後も管理システムを使用することが決まり、更なるステップアップにつなげられる様に、介護スタッフ一丸となり、利用者1人1人に合ったアイテムを提供していきたい。

5月24日(木)

16:10 ~ 17:20

第3会場/大会議室2(5階)

第6分科会

認知症ケア関連①

座長/斗山 睦(長崎県)

演 題	施設名	発表者
<p>コ6-1-① 「どうして分かってくれないの・・・」 ～分析シートを使って認知症ケアに対する認識を深める～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 さざなみ</p>	徳永 絢香
<p>コ6-1-② 重度認知症者に対する多職種で取り組んだ協働アプローチ ～「できるADL」の探索、健常部の賦活性を目指して～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 夢織りの里</p>	堀田 博行
<p>コ6-1-③ 前頭側頭葉変性症の二症例について</p>	<p>熊本県 介護老人保健施設 樹心台</p>	生森 恵
<p>コ6-1-④ 「素敵な笑顔に戻ったね」 ～ユマニチュードケアを取り入れて～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 アルデンハイムヨコクラ</p>	松藤美智代
<p>コ6-1-⑤ 帰宅願望のあるA氏との関わりを通じて ～「佐多行きのバスは何時ですか？」～</p>	<p>鹿児島県 介護老人保健施設 ヴィラかのや</p>	川畑 裕二
<p>コ6-1-⑥ 『偶然から学んだこと』 ～認知症の進行かと思いきや～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 ヴィラくしはら</p>	牟田 りえ
<p>コ6-1-⑦ 利用者との関わり方を通じて学ぶこと ある認知症高齢者のケースから</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 にしきの里</p>	福田 理恵
<p>コ6-1-⑧ 入所者と職員の笑顔が増える</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 ビハーラ光風</p>	野中 恵理

「どうして分かってくれないの・・・」 ～分析シートを使って認知症ケアに対する認識を深める～

施設名：長崎県 介護老人保健施設さざなみ
発表者：徳永絢香
 芝郁美 野田ゆかり

【はじめに】

介護老人保健施設さざなみは、2F・3Fフロアに50名ずつの入所があり、平均認知度Ⅲaである。私達は日々の業務の中で認知高齢者に対する中核症状への対応は出来ているが、物取られ妄想や介護拒否、帰宅願望が強いなどの周辺症状に対する対応は十分に出来ていないのが現状である。

そこで経験が浅いスタッフを対象に独自の分析シートを使って認知症ケアに対する理解を深めたのでその取り組みを報告する。

【方法】

- 1・認知症の症状について
- ・コミュニケーション方法についての冊子の配布
2. 勉強会の実施 5、6、10月
 - ・認知症発症のメカニズムと病態・治療
 - ・認知症患者に対するアセスメントとケア
 - ・認知症患者に対するコミュニケーション
3. 全スタッフ対象アンケート 6月
 - ・認知症ケアに対する自分たちのケアを振り返る為のアンケート実施と結果報告
4. 分析シートの記入 7～9月
 - 一回目 8名
(経験1年未満の新人、他部署からの異動者、1年以上～3年未満の経験者を対象に)
 - 二回目 5名(新人と異動者) 三回目 2名(新人のみ)

【経過と結果】

初め1人で分析シートを記入してもらった。次にその分析シートに記入できなかった所をプリセプターがマンツーマンで利用者様の気づきなども合わせて埋め込んでいった。分析シートの記入率を8割と目標設定し、それに合わせ分析訓練を行った。その結果、訓練回数は経験者1回、異動者は2回、新人は

3回となった。経験が浅いスタッフも分析回数を重ねる事で観察力がアップし利用者様の全体像の把握を出来るようになった。

【実施後の感想】

(プリセプティ、プリセプター)

分析シートに取り組んだことで、利用者様の生活状況や内面的なものがわかった。どうしたら安心してもらえるのか、声のかけ方や接し方を改めて考えるようになった。プリセプターとの話し合いで普段の利用者様の生活を違う人の視点で見ることができた。普段は余り深く考えないことでも文字にする事でその人が何を求めているかもっと真剣に考えてケアしないといけないと思った。指導するという難しさも学んだ。ここまで深く分析したことが無かった。プリセプター自身もここまで深く分析したことはなかった。

【考察】

横浜総合病院臨床研究センターの長田 乾先生は「BPSD(行動・心理症状)の対応には介護者の教育が最も重要である。」と述べている。

介護に関わる従事者は日々人の気持ちに寄り添い、自己啓発に努める努力が必要である。

今回の分析シートを記入することで色々な視点から利用者様を理解し援助する、その一つ一つが今までと違った介入・介護になってきたと感じる。この成果を今後につなげていきたい。

重度認知症者に対する多職種で取り組んだ協働アプローチ ～「できるADL」の探索、健常部の賦活性を目指して～

施設名：長崎県 介護老人保健施設 夢織りの里
発表者：堀田博行
松本淳子 林明子

【はじめに】

H29年10月上旬より当施設の通所リハビリ利用を開始した重症度の高い認知症者に対し、看護、介護、リハビリなど多職種での介入により、立ち上がりや歩行機能など若干でもADL能力の改善に寄与できた事で、ここに報告する。

【事例紹介】

69歳の男性で要介護4である。H29年9月下旬まで、高度脱水や腎不全等の診断で入院。その後も妻との二人暮らしだが、65歳未満と比較的早期発症である重度のアルツハイマー型認知症を呈し(行動観察尺度においてFASTはstage7、NMスケール1点、GBSスケールは116点)、記銘力など中核症状は無論、発動性も乏しくアパシーも顕在的で、失行や失書など遂行機能障害や失語も著明に、更衣、排泄、食事、移動などADL全般に介助をきたす状況。主介護者の妻も介護の難渋性を示すが、「出来るだけ在宅で看たい」という希望志向が先行的となる。

【取り組み】

集団体操では周囲の状況に無関心的に、早急に腕や足を組むなど集中力や注意力の低下と共に無為的な常同行為など前頭葉症状も突出され、模倣動作も困難など観念運動性失行も表出。

①立ち上がりでは前方に重心が偏位する事に拒絶性を示すため、「何のために立ち上がるのか?」といった明示的な声かけによる安心の保障や前方からの支持で、比較的円滑性が増進。また住居がアパート2Fという事もあり、階段昇降訓練やエルゴメーターなど粗大運動も展開。

②以前は鉄工所勤務で組み立て作業など手先の器用性や、丁寧で真面目な病前性格との生活史からも手続き記憶の活用、代替手段による構成的作業としてブロックのはめ込みやネジ回しなど上肢巧緻動作を介在した興味・関心の拡大化における注意持続性の訓練等。

③実際の食事や更衣、入浴など動作場面での看護・介護との連携。それぞれのADL場面における遂行状況や気付いた点などを一定書式に記載、その情報の共有化を図り、今後の対応の方向性など共通認識を図る。

【考察】

発動性の欠如や失行・失語など重度の認知症者に対し、対象者個々の特性を把握する着眼性として、その日の遂行状況や些細な変化、気付いた点などを列挙し積み重ねては、看護・介護などそれぞれの専門性で情報の交換や共有を図り、状態像の認識等を補完・検討していく多職種連携・協働型でのアプローチが重要であるかを改めて実感した。今回定性的な検査数値変化は期待できず、発動性改善の反映までも至らなかったが、妻からは介護負担の軽減や「表情が柔和になった」などの声も聞かれており、今後も症例が集中して持続的に遂行可能な活動や動機付けの提供と同期して、実際のADL場面における多職種協働でのアプローチなど刺激流入を図り、全般的な身体・精神機能の賦活・活性化など転移効果として「健常部の増強」「できるADL」の積み重ねによる「困難な動作への補完」に僅かながらも繋げていければと思う。

前頭側頭葉変性症の二症例について

施設名：熊本県 1 介護老人保健施設樹心台
2 城ヶ崎病院

発表者：生森恵¹
横山凌¹ 赤松拓哉¹ 衛藤光明¹
城勇士² 藤田英介²

【はじめに】

前頭側頭葉変性症（以下FTD）とは、大脳の前頭葉あるいは側頭葉の病変が主体となる進行性の行動異常、人格変化、遂行能力の障害、あるいは言語障害をきたす種々の疾患の包括的な疾患群である。某病院で脳CT撮影を行いFTDと診断して、当施設で経過観察を行っている二症例について報告する、

【倫理的配慮】

症例呈示に際し、個人の特定に関する内容は削除することで、ご家族の承諾を得ている。

【事例紹介】

症例1)：83歳、女性（要介護度1）。平成21年頃から被害妄想が始まり、数年後は被害感が強まり、場にそぐわない言動が認められFTDを疑い、頭部MRIを施行するも、加齢に伴う脳萎縮のみであった。HDS-R: 27/30点。平成25年、某病院を受診した。妄想性障害は軽減していたが身体愁訴は持続。物忘れは無く、排便や緩下剤へのこだわりが続いていた。平成29年、脳CT撮影でFTDと診断された。当施設では毎朝その日に予定をスタッフにたずねる。入所時は自床で過ごしていたが、最近はダイルールの自分に席に座し、他利用者との交流はないが、異常行動をスタッフに伝える。

症例2)：82歳、男性（要介護度1）平成20年頃まで仕事をしていたが、職場で事故を起こす事が多く、退職して家で過ごしていた。自宅に居たが、隣家の女性の下着やドアの把手に自分の精

液をつける性的逸脱行為の他、スーパーショップでの万引きも何度かあった。平成23年に某病院に入院。1) 性的逸脱行為 2) 常同行為があり、HDS-R:23/30点。物忘れは見られなかった。平成27年、脳CT撮影でFTDの所見が確認できた。精神病院での治療で性的逸脱行為は軽減して、当施設では自分本意の日常生活を過ごす。

【まとめと考察】

FTDには行動・精神異常型と側頭葉萎縮の強い原発性進行性失語症型に分類される。今回呈示の二症例は、側頭葉萎縮は見られていないので、失語症は無く、意思疎通は可能である。FTDの治療は精神病院の治療薬が奏効しており、当施設入所後は穏やかで、特に介護に対する抵抗は無い。入所中の一日の行動パターンが決まっているのが特徴である。

【参考文献】

佐藤 猛、服部信孝、村田美穂編：パーキンソン病・パーキンソン症候群の在宅ケア合併症・認知症の対応、看護ケア。中央法規（2016）。

「素敵な笑顔に戻ったね」 —ユマニチュードケアを取り入れて—

施設名：福岡県 介護老人保健施設アルテンハイムヨコクラ

発表者：松藤美智代

小宮梓 角真三夫 中園朋子

【はじめに】

当施設では、利用者のその人らしさを尊重したケアを提供する為、ユマニチュードケアを取り入れている。今回、認知症によるBPSDのある利用者に対し、ユマニチュードケアを取り入れ、一人の人として向き合った結果「ありがとう」という言葉が出てきたので報告する。

【研究目的】

ユマニチュードケアを実践し、BPSDの軽減を図る。

【倫理的配慮】

対象利用者家族へ、研究では個人が特定されない事、研究以外の目的で使用しない事を説明し合意を得た。

【研究方法】

1. 事例紹介

女性 90歳 要介護度4

MMSE 測定不可

アルツハイマー型認知症

意思疎通が困難で、ケアに対し抵抗、大声があり、強くつねったり、つかんだりする。

2. 研究期間

平成28年9月～現在

3. 取り組み方法

1) ユマニチュードケアの実践

(1)スタッフに向けた研修の開催

(2)正しいケアレベルの設定

(3)5つのステップで利用者に近づく

(4)4つの柱のうち「見る」「話す」「触れる」を
実践

【結果】

- ・正面からアイコンタクトをとり、敏感でない場所から触れている。
- ・声掛けの言葉は、ポジティブな言葉が増えた。
- ・睡眠を妨げるケアは行わない。
- ・正面から視線を合わせる事でスタッフの声掛けに対し、対象者は話をする。
- ・食事を自力摂取出来るようになった。
- ・対象利用者からスタッフに触れる。
- ・ケアに対し「ありがとう」という言葉が聞かれる。

【考察】

スタッフが4つの柱を意識し、正面から視線を合わせる事で声掛けに対し、会話を行う事が出来た。視線がずれるとBPSDが出現し、見る事の難しさを痛感した。何事も相手の反応を見てからケアする事で、安心感を与えられたのではないかと考える。ユマニチュード技法を用いる事で認知症の方の変化を見る事が出来た。しかし、ユマニチュードの技術を全スタッフが理解し、実践しているとは言い難い。

【まとめ】

1. 私達の支援が、利用者に対し大きな影響を与えている事を再認識した。
2. 相手の反応を見てからケアする事で、利用者に安心感を与える。
3. スタッフ全員が「害を与える人」ではなく「ケアする人」になるようユマニチュードケアを学び続けていく。

帰宅願望のあるA氏との関わりを通じて ～「佐多行きのバスは何時ですか？」～

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設ヴィラかのや
発表者：川畑裕二
中島あゆみ

【はじめに】

当施設は鹿児島県の鹿屋市にある恒心会おぐら病院に併設された入所者定数80床の老人保健施設である。1階は通所リハビリテーション、2階3階がショートステイを含む入所施設からなっている。私の所属するフロアは「帰らないといけない」という思いにかられ行動に移すことで、転倒や離脱、他者とのトラブルなどのリスクがある方が多い。

今回、それらのリスクが考えられる方の中でも「佐多行きのバスは何時ですか？」と不安そうに廊下を歩き来され、記憶・見当識障害があることで繰り返し同じ訴えをされる方に対する取り組みを行ったのでここに報告する。

【期間および対象者】

- 期間：H29年8月～H29年11月
- 関わった職員
 - ・介護員、看護師、PT、施設ケアマネ
- 対象者
 - ・A氏 80歳代 女性 要介護1 旧佐多町(鹿屋市から約50km。日本本土最南端の町)
 - ・アルツハイマー型認知症
 - ・左大腿骨転子部骨折術後で杖歩行。荷造りをして歩かれたり、杖の置き忘れもあり転倒リスク高い。
 - ・障害自立度：A2 認知症自立度：Ⅱb
 - ・HDS-R：13点(H29年8月)
 - ・性格：穏やか。人との交流は好まれるが置かれている状況の理解が難しく、廊下の行き来以外では自室にこもりがち。自宅では、洋裁の内職や趣味の生花を楽しんでいた。

【取り組み方法】

- ひもときシートを活用し、私たち職員が感じている困り事を本人にとっての困り事へ展開。
- レク活動以外で洋裁や花に関われる時間の提供。
- 存在意義の持てる役割作り。

【考察】

転倒リスクがあるにも関わらず、いろんな方に同じことを訪ねながら廊下の往來を繰り返されるA氏。「佐多行きのバスは何時ですか？」と尋ねるA氏に「(転倒しなけりゃいいけど)」と心配しつつ、「(言ってもまた同じことの繰り返し)」と、当たり障りのない受け答えをしその場を離れる私たちスタッフ。その姿を目で追うA氏の不安げな表情。

今回の取り組みを通じて、A氏の思いを私たちなりに寄り添いながら考えられたことで、以前よりもじっくりとA氏の言葉に耳を傾け、少しでも施設での生活に馴染んでいただけるといふ姿勢で接することが増えたと考える。

【まとめ】

- 日々の業務に追われることで、じっくりと関わるができなかった。
- HDS-R：13点(8月)→13点(11月)
- 大きな変化は見られなかったが、できるだけ立ち止まってゆっくり話を聞き、私たちなりにA氏の思いを汲み取ることで、訴えが聞かれたあとでも安心されたような表情が以前より見られるようになった。
- 取り組みを通して、私たちスタッフの意識の変化に繋がった。

『偶然から学んだこと』 ～認知症の進行かと思いきや～

施設名：福岡県 介護老人保健施設ヴィラクしはら
発表者：牟田りえ
荒巻絵理香 川原由梨花

【はじめに】

難聴になると、聞き返しや聞き間違いが増え会話が嫌になることでコミュニケーションが減り、疎外感を感じてしまったり、抑うつ状態になってしまう可能性がある。このような悪循環が認知症につながったり、認知症を進行させる可能性がある。

入所後、意思の疎通が困難となり、食事の自己摂取が出来なくなった為認知症の進行によるものと思っていた利用者が、耳鼻科への受診をきっかけに聴力が戻り、介護職員のケアと相まって意欲の向上、ADL拡大につながったのでここに報告する。

【対象者】

86歳 女性 要介護5 アルツハイマー型認知症 高血圧症
90歳代のご主人と、息子との3人暮らし
2人の娘は市内在住で面会回数が多い
平成26年3月に認知症ケアとリハビリテーション目的にて入所
ADL全介助 難聴あり ほとんど発語聞かれず

【経過】

入所後より徐々にADLの低下みられ、食事の自己摂取が困難となっていた。また、発語数が減り声掛けに反応があまりないような状況になったので、認知症の進行が原因ではないかと考えていた。

平成29年2月副鼻腔炎、同年5月に外耳炎にて耳鼻科受診し治療を受けたことで、難聴が改善され声掛けに対し反応が見られるようになった。声掛けに対し当初「うん」「はい」のみの返事であったが、徐々に「わからん」「ありがとう」などの発語が聞かれるように

なり、スタッフや家族とも会話が成立する様になった。

コミュニケーションが可能になったことがきっかけとなり、介護スタッフで検討し、今までのリハビリ意欲の低下が少しでも改善できるのではないかと考えた。はじめに、家族の希望でもある食事の自己摂取を目標に取り組みを始めた。スプーンを長い時間持つことができない為、ピンチ訓練を開始した。ピンチ訓練を繰り返すことで、スプーンを持つ時間は延長できたものの、上肢の筋力や可動域、意欲が十分でないため口に運ぶ動作がうまくいかなかった。そこで、スプーンの柄を長くし、実際の食事の際は、声掛けや励ましをしっかりと行うことで、徐々に食事の自己摂取が可能になった。

【考察・まとめ】

今回聴力の改善をきっかけに他者とのコミュニケーションが出来るようになり、意欲向上につながったと考える。同時に介護スタッフもケアに対する意欲が向上し、自分たちにできることは何かを考えるきっかけとなった。

今回の症例を通し高齢者が持つ様々な障害を見直し、改善可能なことであれば積極的に取り組むことで、ADL向上につながることを学ぶことができた。そして、適宜入所者の視力、聴力、口腔機能の観察を行うこと、状況に応じ専門医のアドバイスを受けることを施設の方針とするようになった。

今後も利用者の身体的側面、精神的側面と様々な角度から観察を行いたい。そうすることで、その人らしい生活につながり、本人や家族の多くの笑顔と出会えるはずだ。

利用者との関わり方を通じて学ぶこと ある認知症高齢者のケースから

施設名：長崎県 介護老人保健保険施設 にしきの里
発表者：福田理恵

【はじめに】

通所リハビリテーションを利用するにあたり、強い来所拒否と帰宅欲求を示す認知症高齢者に対し、いかにして朝から拒否なく来所し、楽しく1日を過ごして頂けるか、職員の課題である。ある男性利用者への働きかけの経過の一事例をここに報告する。

【事例紹介】

利用者名 A氏 81歳 男性 要介護度2
疾患名 アルツハイマー型認知症
HDS-R 平成27年7月（4点） 平成29年7月（6点）
認知症高齢者の日常生活自立度 IIIa
家族構成 妻、長男と同居

【利用開始当初の課題】

- ①来所拒否 「用事がある」「具合が悪い」と訴える。
- ②帰宅欲求 落ち着きなく徘徊する。

【来所拒否への取り組みの経過】

- ・当日の送迎担当者が、各自声かけを工夫し、その具体的内容と反応を、毎日の申し送りにおいて細かく報告した。
- ・休みなく利用するも、迎え時の説得には時間がかかり、初めのうちに有効だった声かけでも、拒否されることが増える。
- ・ある職員が「あなたに会いたいという人がいます」と言ったところ、スムーズに来所したとの報告があった。その後同じ言葉で来所を促す職員と、独自の声かけを続ける職員がおり、対応は統一されていなかった。休みなく利用するも、拒否があり時間がかかることもあった。
- ・ある時、妻より「この言い方（会いたい人がいる）が一番いいようだ」とのコメントがあり、当日の送迎担当者が申し送りにて

報告する。以降この声かけで統一する。

- ・その2か月後、妻より「最近喜んで行くようになった」と言われ、その後は拒否はみられない。

【帰宅欲求への取り組みの経過】

- ・カンファレンスにて、バックを見ると帰宅欲求が強くなるのではないか、との意見が出る。バックを預かり、目に触れないようにしたところ、明らかに徘徊が減少し「やや落ち着いた」状況となった。
- ・A氏が他者に優しく、感謝されると嬉しそうな表情になること、作業療法には熱心に取り組むことから、役割を持つと落ち着くのではないかと考え、いくつかの作業を頼んだところ、徘徊回数に減少がみられた。
- ・A氏の席を、徘徊の多い男性B氏（認知症高齢者の日常生活自立度IV）の隣に配席したところ、何かと気遣う姿がみられ、A氏が落ち着いてきた。

【考察】

人の個性はさまざまである。よく関わり、よく観察し、ひとりひとりに個別の対応が必要である。本人のみならず、家族からも情報を引き出し、さらに職員間でその情報を共有したことが、今回の結果につながったと考えられる。また、誰かに「会いたい」と思われること「感謝」されることは、誰にとっても嬉しく、認知症になっても例外ではない。必要とされたい、愛されたいという思いが満たされたことが、利用中の落ち着きをもたらしたのではないかと考えられる。「認知症は治らない」と言われるが、よく観察して情報収集し、その人にあった関わり方を工夫しながら、笑顔になって頂けるよう、励んでいきたい。

入所者と職員の笑顔が増える

施設名：福岡県 介護老人保健施設 ビハーラ光風
 発表者：野中恵理
 植松里彩

【はじめに】

当施設の概要は、一般療養棟と認知症専門棟（以下A療養棟）で構成されている。A療養棟では、平成28年9月から入所者と職員が笑顔で過ごせることを目標にあげ、取り組みを行ってきた。しかし、現状は、入所者の気持ちを理解して、安心できる笑顔と対応を行なえているか評価ができていない状況である。

武田は、「介護される方が、今、この時をその人らしく、笑顔で過ごすことができる、介護する側も笑顔で、同じ時間を一緒に過ごすことができる。そんな寄り添った介護ができれば最高です。」と述べている。

【目的】

職員が笑顔で接することができるか、入所者の笑顔が増えたかの評価を行い、安心した生活環境が提供できているかを確認することを目的として研究を行った。

【研究方法】

<対象>

A療養棟職員27名

A療養棟入所者35名～40名

<評価実施期間>

平成29年9月～平成29年12月

レクリエーション実施時

月1回実施

<評価方法>

1. 職員が入所者へ接する際の表情を笑顔評価スケール（以下スケール）にて自己評価を行い、留置き法にて回収し、各職員の同意を得た。
2. 他部署職員よりレクリエーション時の入

所者の表情をスケールにて評価を行った。

3. 「笑顔」の心得90の一部を張り出して啓蒙活動を行った。

1) 笑顔の程度は表現選択法を用いた。

表情は、LorishのScale法を参考に5段階の表情図形の中から笑顔のレベルを選択する形とした。

【結果】

1. 9月の時点では、無表情や表情が硬いまま入所者と接している職員がいたが、12月は笑顔で接する職員が増えてきた。
2. 入所者の笑顔に関しては、大きな変化は見られなかった。
3. 貼り出し時期が遅くなり、今回は効果を得られなかった。

【考察】

1. 良い結果となった要因としては、月に1回職員が自己評価を行ったことが意識づけとなり、入所者へ各職員が笑顔で接することに繋がったと考える。
2. 入所者においては、カラオケ時等は笑顔が多く見られるようになった。計算問題やパズルは真剣に取り組まれる為、笑顔があまり見られなかったが、入所者1人1人がしたいことに取り組むことで、集中力は上がったのではないかと考える。
3. 啓蒙活動期間が短かった為、あまり効果は見られなかったが、各職員の意識づけには繋がったと考える。今後は、職員個人への働きかけではなく、施設全体の問題と捉え、介護に関する倫理感を高める教育の必要性があると考えられる。

【まとめ】

1. 各職員が月に1回スケールを使用し、自己評価することで意識づけに役立ったと

考え、今後も継続していく。

2. 入所者1人1人がしたいことに取り組むことで、充実した時間が過ごせると考え、今後も個々に応じたレクリエーション材料の提供を行っていく。
3. 啓蒙活動は、継続し、申し送り時に唱和を実施する。職員の介護に対する思いを話し合い、倫理教育に繋げる取り組みを施設全体で検討する。

5月24日(木)

16:10 ~ 17:20

第4会場 / 中会議室 (4階)

第7分科会

食事・栄養・口腔ケア関連②

座長 / 大城 祥子 (沖縄県)

演 題	施設名	発表者
コ7-1-① 食生活に問題を抱える症例への多職種連携アプローチ	佐賀県 介護老人保健施設 ふるさとの森	森 逸朗
コ7-1-② 個別性のある効果的な食事介助方法の検討 ～家族と職員の介助方法の違いから～	宮崎県 介護老人保健施設 ひむか苑	高橋 朗
コ7-1-③ ご利用者満足度アップの為に ～セレクト食の取り組み～	鹿児島県 介護老人保健施設アメニティ国分 通所リハビリテーション	榎 愛
コ7-1-④ 口腔ケアによる誤嚥性肺炎発症率の違いについて ～黒岩メソッドを用いた口腔ケアを実践して～	大分県 介護老人保健施設 大分豊寿苑	小野 幸代
コ7-1-⑤ 不安症がある利用者との関わりを通じた栄養改善支援	大分県 ヴァル・ド・グラス くじゅう	大賀 眞子
コ7-1-⑥ 経口移行への取り組み	鹿児島県 介護老人保健施設 ケアセンターやごろう苑	今山 久志
コ7-1-⑦ 医療介護が連携し在宅へつなげる食事支援を目指して	大分県 介護老人保健施設 大分豊寿苑	吉良 明代
コ7-1-⑧ KTバランスチャートを指標とした食事姿勢におけるリ ハビリの介入	福岡県 介護老人保健施設 弥生園	福田 淑子
コ7-1-⑨ 口腔ケア研究会の取り組み ～口腔アセスメント表を活用して～	福岡県 久留米総合病院附属 介護老人保健施設	諸藤 誠哉

食生活に問題を抱える症例への多職種連携アプローチ

施設名：佐賀県 介護老人保健施設 ふるさとの森
発表者：森逸朗

【はじめに】

食生活などに問題がある症例に対し、栄養部を含めた多職種連携アプローチを行なった事例について、入所から在宅復帰までの取り組みと経過を報告する。

【症例紹介】

S氏 女性 80歳代 要介護1
平成29年2月入所 食物の嗜好の偏りあり、特定の惣菜を繰り返し購入するなど見られる。T字杖歩行軽介助。
病名：両膝変形性膝関節症 高血圧症 不整脈 狭心症疑い 胸部大動脈瘤 眩暈
入所経過：平成26年より独居。当施設デイケアに通いながら普段は家にこもりがちな生活をしてきた。平成28年12月、不整脈・徐脈にて入院。その後、当施設ショートステイを経て平成29年2月入所となる。

【取り組み】

◎担当者会議

担当者会議を入所直後、施設にて開催。在宅復帰に向けての問題点とプロセスの確認を行ない、以下の3つの問題点が挙げられた。

- ①：仏壇に供えるお茶等（約1.5kg）を持つための段差（17cm×3段）昇降が困難
- ②：長年に渡り偏食をしており、高血圧悪化。

薬や栄養についての知識も乏しい。

- ③：以前のように調理できるか不安あり

◎取り組み

- 1) 自宅で実際に使用するトレイに重錘（1.5kg）などを載せての階段昇降訓練
- 2) グループホーム調理場を使用しての調理練習
- 3) 管理栄養士同伴での買い物指導
- 4) 食生活上の注意点を利用者・家族に配布

【結果】

S氏は当初、手すりを使用し17cm×3段の段差を一部介助にて昇降していた。介入後は、手すりを使用し21段の施設の階段を1.5kgの重り（コップに入った水を含む）を持ちながら見守りで昇降可能となった。

調理においては当初、自宅での調理に不安が見られたが、調理練習により以前の調理の感覚と自信を取り戻すことができた。

食生活は当初、漬物を1日で1パック食べたり決まった惣菜を続けて食べたりする生活が問題だった。買い物指導により食事と体に対する関心が高まり、健康状態に合う食材選びができるようになった。また、買い物指導を2回行なうことで、より知識の定着を図ることができた。

以上の結果、平成29年4月在宅復帰された。

【考察】

この事例では、入所後早期に在宅復帰に向けての課題を明確にできたことが、栄養部を含めた多角的アプローチにつながったと考えられる。この事例に限らず、早期に在宅復帰に向けての課題をどれだけ明確にできるかが、アプローチの質の重要な決定要因となると考えられる。

S氏の例においては、以前から当施設デイケアを利用されていたことや、認知機能が保たれていたことなど、課題を明確化しやすい要因が多く見られた。しかし、課題が見えにくい事例においても、入所後早期の課題分析の重要性を認識し、取り組んでいく必要がある。

地域包括ケアシステムの中で、介護老人保健施設の役割がより重要になっている状況を踏まえ、今後も入所後早期の課題分析に力を注ぎ、一層在宅復帰へとつなげられるよう努力を続けていきたい。

個別性のある効果的な食事介助方法の検討 ～家族と職員の介助方法の違いから～

施設名：宮崎県 介護老人保健施設ひむか苑
発表者：高橋朗

【はじめに】

認知症専門棟に入所しているA氏は、元来、食事に対する意欲の低い利用者であった。転倒による左大腿骨骨折術後、認知症の症状が進行し、食事に対する意欲がさらに低下した。しかし、食事摂取量にはムラがあり、特に主介護者である次男が食事介助をすると、職員の介助と比較して摂取量が多かった。この食事摂取量の差が、何に起因するものか検討した結果を報告する。

【研究期間】

平成29年6月～平成29年9月

【研究対象】

A氏（97歳 女性）
要介護度：3
老年期認知症 胃切除（幽門前庭癌）
両大腿骨骨折

【研究方法】

- 1.職員・家族に食事介助方法についてのアンケートを実施
- 2.アンケートの結果から職員と家族の食事介助方法にどのような違いがあるのかを検討
- 3.効果的と考えられる食事介助方法を実践
- 4.実践前後の食事摂取量の比較・分析

【結果】

1. 食事介助方法についてのアンケート結果

1) 職員

本人の様子を観察し、食事前の声掛けの仕方を工夫する、口腔体操の実施、口腔内の清潔、正しい姿勢で食べることを、箸を持ってもらい自分で食べる様に促した。

2) 家族

食べないときは食事をまず見てもらい、潰

したり、刻んだり食事形態を変える、少量のお茶を一口毎に飲むようにしていた。口を開けないため一口を少量にしていた。

2. アンケート結果から立案した食事介助方法

- 1)食事前、舌ブラシで舌磨きを実施、裏に突起物のあるスプーンを使用した
- 2)一口ごとに少量のお茶を飲んでもらい口の中を潤す
- 3)皿の上にある食事をまず見てもらい、すり潰して提供する（野菜は刻む）
- 4)下唇にスプーンを当てて開口を促す。一口はスプーンすりきり半分程度にする

3. 実践前後の食事摂取量の比較

1) 6月

職員介助：平均3割 家族介助：平均7割

2) 9月

職員介助：平均6割 家族介助：平均8割

【考察】

A氏が食事を食べないときは、口を開こうとしない、口の中に溜め込む等の様子が見られた。よって、A氏は認知症の進行から、食べ物を認識する「先行期」と食塊を咽頭に押し出す「口腔期」に問題があると考えられた。しかし、職員は、嚥下機能に有効な介助方法である口腔体操の実施や姿勢調整を行っていた。それに対し、家族がしていた、「一口ごとにお茶を飲んでもらう」行為は、温度や味を感じやすくし、嚥下反射を引き出すといった、「口腔期」に効果があったと考えられる。また、まず食事を見てもらい、「食物を潰したり、刻んだりする」行為は、視覚的な刺激を与え、「先行期」に有効な介助方法であったと考える。

今回、家族の食事介助方法に加え、「先行

期」と「口腔期」に焦点を当て、食事前の舌磨きと、突起物のあるスプーンの使用を行なった。また、スプーンを下唇に当て、刺激し、開口を促した。結果、今回検討した食事介助方法は、A氏が食事を認識し、食べるリズムを作る助けになり、食事摂取量の増加に繋がったと考えられる。

ご利用者満足度アップの為に ～セレクト食の取り組み～

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設アメニティ国分 通所リハビリテーション
発表者：榎愛

【はじめに】

現在、通所リハビリの利用者の中では高齢者の一人暮らしや高齢者だけの世帯が多く、食事が簡素になりがちという声も多く聞かれており、また、利用の際に特に楽しみにしていることで食事が楽しみという声も多く上がっていることより、今回セレクト食を行い利用者の満足度アップにつながった為報告する。

【対象と方法】

対象→木曜日に利用される通所リハビリ利用者様全員とする。

方法→前月に配った献立表でセレクト食の実施を告知。実施の一週間前に施設内にメニューを掲載

当日は投票所を設置し、施設着後事務職員や栄養士にて注文を受けた。その際、文字だけでは想像がつかない利用者の為に実際の食事を用意し目で見てわかるように配慮した。

自己決定が難しい利用者に対しては禁止食のない方を勧めたり、嚥下・咀嚼機能を考慮してメニューを決定した。

禁止食を選ばれた利用者にはその場で代替食品に変更することをお伝えし対応した。

【結果】

- ・事前告知で利用者の「選ぶ楽しみ」と「食べる楽しみ」を持って頂けた。
- ・在宅では敬遠しがちな手の込んだ料理やあまり馴染みのない料理を選ぶ利用者も多かった。
- ・料理を選ぶ基準はメインだけではなく副菜や汁物、さらに器の違いでも選ばれていた。
- ・当初は固定の曜日だけの実施だったが、施設内に掲示してあるセレクト食の告知を見た他曜日の利用者からの声を受け、現在では全曜日で実施。「セレクトの日を楽しみ

にしていた。」「選べるのがいいね。セレクトがあると利用したくなる。」など好評の声を頂いている。実際行った聞き取り調査でも今後も続けてほしいという方が殆どであった。

【考察、まとめ】

「高齢になるほどあっさりした味を好むようになる」というイメージがあったが、セレクト食を実施して必ずしも当てはまらなと感じた。高齢者の一人暮らしや高齢者だけの世帯が多い中、在宅での料理にかかる手間や時間は減り、食事も簡素な物が増えつつあると考える。その為和食よりも洋食、簡単な料理よりも手の込んだ料理を選ぶ利用者が比較的多い結果になった。

今回のセレクト食を通して、自分で食べたい料理を選ぶ楽しみや盛り付けを目で味わう楽しみ、そしてもちろん食べる楽しみを提供することが出来た。また、同じテーブルでも選ぶ料理が違ふとそれだけでも利用者間のコミュニケーションのきっかけにもなった。これにより、食事は単に栄養を摂るだけではなく、会話のツールにもなりさらにセレクト食という特別なイベントでさらなる交流が生まれたと考える。

今後は、今回行ったセレクト食だけではなく、現在取り組んでいる「食べもんそ会」や「作りもんそ会」でも、食べたい・作りたい物を利用者が自ら考え選択し、実施出来るような取り組みを行っていききたい。いつまでも選ばれる施設である為に、利用者を飽きさせない取り組みや満足のいくサービスを提供できるように、職員一同努めていきたい。

口腔ケアによる誤嚥性肺炎発症率の違いについて ～黒岩メソッドを用いた口腔ケアを実践して～

施設名：大分県 介護老人保健施設大分豊寿苑
発表者：小野幸代
 秦夕貴 是永弘子 衛藤恵美

○小野幸代 (Ns), 秦夕貴 (CW), 是永弘子 (ST), 衛藤恵美 (法人統括DH)

明らかとなった。このことから黒岩メソッドによる口腔ケアが誤嚥性肺炎の予防に非常に有効であることが示唆された。

【はじめに】

高齢化がさらに加速する我が国において、誤嚥性肺炎は高齢者の主な死因の一つである。当施設においても入所利用者の誤嚥性肺炎による医療機関への入院や加療後のQOLに大きな影響を及ぼすことから、誤嚥性肺炎予防を課題として取り組みを行ってきた。

平成26年度より、歯科医師であり口腔リハケアの第一人者でもある黒岩恭子先生を定期的にお招きし、黒岩メソッドを用いた口腔リハケアの定着に向け取り組んできた。黒岩メソッドを用いた口腔リハケアが定着したことで誤嚥性肺炎の発症率の減少につながったためここに報告する。

【結論】

黒岩メソッドを用いた口腔リハケアは重度化する高齢者医療介護領域において、誤嚥性肺炎予防に有効である。黒岩メソッドを用いた口腔ケア・口腔リハビリ・咽頭ケアの実践を多職種で取り組むことで、口腔機能の向上や口腔内環境の改善にアプローチでき、最後まで食べられる口作りに向けた質の高い口腔リハケアが提供できるといえる。

【目的】

黒岩メソッドの定着前、定着後の誤嚥性肺炎発症率の比較検討を行うことで、その効果と重要性を確認し、今後の誤嚥性肺炎の予防と対策につなげる。

【方法】

全利用者を従来の口腔ケアを実施していた時期に入所した者248名（平成27年12月31日までに退所）と、口腔ケアについて黒岩メソッドの考え方や方法がほぼ定着した時期に入所していた者287名（平成29年11月30日までに退所）の2群に分け、誤嚥性肺炎による医療機関への入院件数の割合を比較した。

【結果】

黒岩メソッドの定着前後を対象に誤嚥性肺炎の発症率を比較した結果、従来の口腔ケア群が0.112%、黒岩メソッド群が0.048%で定着後の誤嚥性肺炎による入院件数の減少が

不安症がある利用者との関わりを通じた栄養改善支援

施設名：大分県 ヴァル・ド・グラスくじゅう
発表者：大賀眞子

【はじめに】

不安症による気分の浮き沈み、体調等により食事摂取量が低下した利用者に対し、本人の気持ちを確認しながら栄養状態の改善に取り組んだ事例を報告する。

【事例紹介】

氏名:A氏

性別:女性

年齢:87歳

病名:肺炎 脳梗塞後遺症 アルツハイマー型認知症 慢性胃炎

高齢者自立度:Ⅱb

認知症高齢者自立度:Ⅲa

性格:頑固で気分が落ち込みやすく、介護依存が強い。

食事形態:常食

嚥下状態:良好

体重:40kg

BMI:23.3

【経過】

〈平成29年9月〉

肺炎発症後より食欲不振となる。食事摂取量5割以下が続き、飲料系の栄養補助食品を提供開始。

〈同年10月〉

栄養補助食品の摂取も拒否。食事摂取量は変わらず5割以下であり、通常量からハーフ量へと減量。

〈同年11月〉

医師、看護師が家族に病状説明を行い、胃瘻造設についての検討を行う。その後、管理栄養士が嗜好の確認をし、本人よりヨーグルトが好きとの発言があった。飲料系の栄養補助食品ヨーグルト味をコップに移して提供す

ると、全量摂取可能であった。しかし、食堂で他利用者に強い口調で「ご飯を食べなさい」と言われた事で気分が落ち込み、食事摂取量が更に低下した。すぐさま介護職員と検討し、座席変更を行った。栄養補助食品と座席変更をきっかけに食事摂取量の改善が少しずつ見られた。

〈同年12月〉

本人希望により副食をハーフ量から通常量へ増量する。その後は毎食全量摂取可能となった。

【結果】

平成29年9月～11月には5割程であった食事摂取量が12月には概ね10割摂取となり、体重、血清アルブミン値の改善も見られた。

◆初回介入時〈平成29年9月〉

食事量:毎食5割摂取程度

摂取エネルギー量:800kcal

体重:34.6kg

BMI:20.2

血清アルブミン値:2.7g/dl

◆介入終了後〈同年12月〉

食事量:概ね全量摂取

摂取エネルギー量:1600kcal

体重:37.4kg

BMI:21.9

血清アルブミン値:3.3g/dl

【考察】

定期的に食事状況を観察し、不安症がある利用者への関わりを増やした事で、信頼関係の構築や安心感の提供へ繋がった。その結果、本人の食べたいという気持ちを引き出せたのではないかと考える。

栄養面や食事環境に関しては本人の嗜好に合わせた栄養補助食品を提供した事や、利用者同士のトラブル後に座席変更をした事で、本人が落ち着いて食事をする事ができるようになった。それにより食事摂取量と栄養状態の改善に繋がったと考える。

【まとめ】

加齢に伴う身体機能の低下や気分の浮き沈みによる食欲不振は低栄養に繋がる恐れがある。在宅復帰を目指す利用者にとって栄養管理は身体機能を維持する上でも非常に重要である。

今後も老健施設の管理栄養士として食事場面のみならず、本人の性格や生活史、生活環境に着眼し、利用者との信頼関係を築きながら多職種協働での栄養状態の維持、改善に努めていきたい。

経口移行への取り組み

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設 ケアセンターやごろう苑

発表者：今山久志

新保忍 清水美里 宮原亨大

神宮司朝子

経口摂取とは食べ物を口から食べて咀嚼して噛み砕き、飲み込みやすい形状にして飲み込むという、いわゆる一般的な食事によって栄養を摂ることであり、人間にとって人生を豊かにする要因のひとつである。経口摂取におけるメリットとして、(1) 口で噛むことで咀嚼機能が鍛えられる (2) 匂いを感じることで刺激を受けて食欲が湧く (3) 味覚を感じる (4) 見た目を楽しめる (5) 食べるという行為が楽しみや癒しにつながるがあり、デメリットとして (1) 嚥下障害が見られる場合、誤嚥性肺炎を招く (2) 噛む力が弱まったなどの理由で、食事が面倒になり低栄養に陥ることがある。

れんげ棟では経管栄養者（経鼻経管栄養、胃瘻）が10名おり、その内2名（経鼻経管栄養）が1日1食経口摂取を行っている。今回経口移行の取り組みを行っている利用者は入所当時（平成29年7月29日）、経鼻経管栄養で1日1食経口摂取であったが、平成29年10月18日より経口摂取に完全移行しており評価継続中であるが報告する。

医療介護が連携し在宅へつなげる食事支援を目指して

施設名：大分県 1 介護老人保健施設大分豊寿苑
2 日清医療食品株式会社

発表者：吉良明代¹
是永弘子¹ 松田和也¹ 渋谷智子¹
岸川正純¹ 安部好美²

【はじめに】

当施設は在宅強化型施設として入所者の在宅復帰支援を行っており、その中でも食事支援は在宅に向けてしばしば検討される生活課題である。当施設における食形態の段階付けとして、常食摂取が困難な方には食材を刻んだ刻み食（2cm大の大刻み食、0.5cm大の小刻み食）、舌と口蓋で押しつぶしができるソフト食を提供していた。しかし、退所先によって食形態の基準や名称が異なり共通認識の食事支援として食形態の段階付けを見直す必要があった。そこで、安全性を考慮した段階付けには日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013のコード表記（以下コード）コード4に相当する軟菜食の導入することにした。今回行ったコードを用いた食形態変更の取り組みについて、以下に報告する。

【対象】

食形態の検討時期は平成28年7月～9月に行い、利用者84名のうち常食以外の食形態である49名（ソフト食1名、小刻み食11名、大刻み食34名）を対象とした。

【方法】

コード4に不適切とされる食材の抽出と食材の切り方や下処理の方法など調理方法について検討した。その後、ミールラウンドチームによる試食会と対象となる利用者へ試食期間を設けた提供を実施。個々への評価は摂食嚥下学会分類2013（食事）早見表の各項目を元に評価した。食形態変更後の体重変動や誤嚥性肺炎の発生、排便状況等の経過についてミールラウンドでの確認や多職種にて情報共有し経過に注意した。

【結果と考察】

ソフト食を提供していた1名は軟菜食へ変更、小刻み食11名のうち1名がソフト食、10名が軟菜食へ変更、大刻み食34名のうち9名が軟菜食、28名が常食へ変更した。食形態の変更に伴い使用する食器具に変化がみられた。それにより認知機能や四肢の運動障害などの理由で刻み食が提供されていた利用者に対し介助方法や環境調整などの視点で自立支援やリスクを検討するようになった。経過について食形態を変更したことによる利用者への不利益は生じなかった。また食材を除去することによって不足する栄養素への配慮や軟菜食に適した調理の工夫が必要となり高齢者の特徴により特化した食事となった。

【結語】

コードを用いた食事提供により摂食嚥下機能を中軸に多職種で食事支援について検討するようになった。一方で他施設や医療機関より刻み食にて新たに入所する現状があり入所時の食形態の評価や経過には注意が必要なことや嚥下食提供者の退所時には家族への食事指導が必要となっている。しかし摂食嚥下機能にあった食形態の提供は低栄養予防の条件である。施設内にとどまらない包括的な食事支援が今後も課題である。

KTバランスチャートを指標とした食事姿勢における リハビリの介入

施設名：福岡県 介護老人保健施設 弥生園

発表者：福田淑子

田中謙伍 中山僚 下川明子

平野光咲 吉村修一

【はじめに】

介護老人保健施設(以下老健)では入所者数に対してリハ専門職の比率が低いことが多く、スタッフ間での情報共有や連携によるチームアプローチが必須となる。今回、食事姿勢の崩れから摂食に影響をきたす恐れがあると考えられる利用者様に対し、総合的に評価し成果を可視化するためKTバランスチャート(以下KT)を用いてアプローチを行い、若干の改善が得られたので以下に報告する。

【対象者】

80代男性 診断名：脳梗塞後遺症、右硬膜下水腫、腰部脊柱管狭窄症
麻痺:あきらかな麻痺なし
関節可動域制限:肩屈曲右150度、左120度
疼痛:腰背部(NRS3点)
HDS-R:17点
意識レベル：JCS I -2-3
全体像・基本動作:
円背で前方重心傾向。自発的言動が殆どなく日により覚醒に変動と動作遂行に緩慢さを認める。
寝返り-自立 起き上がり・座位-見守り
起立・移乗・移動-要介助(覚醒良好時は、トイレ誘導を手引き歩行にて可)
ADL:FIM 41点(運動項目30点、認知項目11点)
食事・栄養：食事内容-二炊き・刻み
BMI-21.9 Alb-2.7mg /dl
覚醒良好時は声かけにて時間はかかるがほぼ全量自己摂取可能も、前傾姿勢強く、食べこぼし(+)

【倫理的配慮、説明と同意】

今回、対象者への同意を包括的に得たうえで検査・測定を実施。

【方法】

- ①初回利用者様の食事動作撮影
- ②リハスタッフ(ST・OT・PT)が集まり、動画の確認とKTバランスチャートを使用し評価
- ③昼食時30分/回/ 1週間介入し、姿勢調整及び経過・反応を確認
- ④最終利用者様の食事動作を撮影しKTバランスチャートで再評価

【結果】

初回時のKTは、①食べる意欲 5、②全身状態 4、③呼吸状態 5、④口腔状態 4、⑤認知機能 5、⑥捕食・咀嚼・送り込み 4、⑦嚥下 5、⑧姿勢・耐久性 4、⑨食事動作 4、⑩活動 3、⑪摂食状況レベル 4、⑫食物形態 4、⑬栄養状態 2であった。具体的介入として、太柄スプーンへ変更したことで食物がすくいやすくなり、食べこぼしが少なくなった。また、椅子から車椅子へ座位変更したことで、テーブルとの高さの調整を図り、前方、側方への傾きが減少、自己修正も可能となった。最終時のKTの変化点は、⑨食事動作 4→5であった。

【考察】

今回、点数の大きな変化は得られなかったが、介入により安楽な食事摂取姿勢を提供する事ができ、利用者様の生活の質向上につながれたと考える。また包括的視点で多職種による評価とアプローチを可能とするKTバランスチャートを活用したことで、専門性の異なるリハスタッフ(ST・OT・PT)と食事姿勢の改善に向け情報共有・交換の場が増えたことは有意義であった。KTバランスチャートの持つ可視化による分かり易さや、専門職以外の誰でも評価が可能である点を活かし、今後は更に看護・介護等多職種との連携・共働も図っていきたいと考える。

口腔ケア研究会の取り組み ～口腔アセスメント表を活用して～

施設名：福岡県 1 久留米総合病院附属介護老人保健施設
2 あいかわファミリー歯科

発表者：諸藤誠哉¹
小山路幸恵¹ 田代綾子¹ 千住由美子¹
佐藤郷子¹ 岩下拓生²

【はじめに】

当施設では、平成24年に口腔ケア研究会が発足し、口腔ケアに対する職員の意識向上を図る目的で活動を行ってきた。しかし、平成27年に義歯誤飲による呼吸状態の変化で入院に至った症例を経験した。これは、口腔内の観察と職員間の情報共有不足が原因ではないかと考えた。そこで、訪問歯科医と協働し口腔アセスメント表を作成し活用した。結果、入所時から口腔内のアセスメントが定着したことで、職員の観察力向上と義歯の誤飲防止に繋げることが出来たので報告する。

【方法】

実施期間：平成27年10月～平成30年1月
対象者：看介護職員
実施内容：

- ①平成27年10月～訪問歯科医と協働し口腔アセスメント表を作成
- ②平成27年12月～活用開始
- ③平成28年8月～3ヶ月毎の評価を開始

【倫理的配慮】

対象者に研究目的と主旨を文章並びに口頭で説明し、今回得られた情報は本研究以外の目的で使用しないことを説明した。

【結果】

- ①口腔アセスメント表は、訪問歯科医と協力しながら歯式図を用いて職員が簡潔に記入できるように作成した。観察項目は、義歯装着や清掃状況、舌苔の有無を記入する欄を設け、義歯や自歯は視覚的に確認できるように工夫した。
- ②入所時の口腔内の観察は、職員が口腔アセスメント表の活用を行い、義歯の不具合等の早期発見となり訪問歯科医との連携を図ることで早期治療と繋がった。更に、

利用者が義歯誤飲や紛失の可能性がある時は、毎食後に義歯を預かることや舌苔にはスポンジブラシを使用するなどアセスメントし、自ら早期に対応することができるように変化した。

- ③口腔内の観察を継続的に行う目的で、平成28年8月より3か月毎の評価を開始した。導入したことで、入所者の口腔衛生と義歯の状態変化など口腔内の観察が継続可能となり、ケアの見直しができるようになった。平成27年10月～30年1月まで、義歯の誤飲は0件である。

【考察】

口腔内のアセスメント表は、入所時より口腔状態が理解できるように歯式図を活用し作成することで、職員の観察を統一することができたと考える。また、観察項目を定めることで、義歯の装着や清掃状況を確認し、個別ケアを検討する事ができ、異常の早期発見と訪問歯科医の治療に繋げることができたと考える。利用者の口腔状態を観察し継続したケアの必要性を考え、3ヶ月毎の口腔アセスメントの評価を取り入れた事が、職員の観察力とアセスメント能力の向上に繋がり、早期対応が可能になったと考える。今回、口腔内のアセスメントが定着し、職員間で口腔内の情報を共有することで、ケアの統一を図ることができ、義歯の誤飲防止に繋げることができたと考える。

【結語】

認知症高齢者の口腔ケアは、職員が共通認識のもと統一した方法でケアを継続していくことが大切である。今後も口腔ケア研究会が中心となり、訪問歯科医と協働し、個々の状態に応じたケアを継続して提供していけるよう取り組んでいきたい。

5月24日(木)

16:10 ~ 17:20

第5会場 / Cボックス (4階)

第8分科会

リハビリ関連②

座長 / 重吉 邦寿 (鹿児島県)

演 題	施設名	発表者
<p>コ8-1-①</p> <p>自立支援のために出来る事を考えて</p>	<p>鹿児島県 介護老人保健施設 高原ナーシングホーム</p>	<p>瀬戸口 亨</p>
<p>コ8-1-②</p> <p>「ふたいできばっど!!」 ～FIM評価から自立支援に繋がったケース～</p>	<p>鹿児島県 介護老人保健施設 ナーシングホームひだまり</p>	<p>川崎 絹枝</p>
<p>コ8-1-③</p> <p>家族の理解がもたらす効果 ～在宅生活を続けていく為に～</p>	<p>大分県 介護老人保健施設 和光園</p>	<p>奥野 真美</p>
<p>コ8-1-④</p> <p>在宅復帰に向けた取り組み ～家族の思いをリハビリに～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 ひのき</p>	<p>前田 麻子</p>
<p>コ8-1-⑤</p> <p>音楽のある豊かな暮らしを目指して♪ ～MTと介護・看護スタッフの連携～</p>	<p>佐賀県 介護老人保健施設 ケアコートゆうあい</p>	<p>矢野 利香</p>
<p>コ8-1-⑥</p> <p>アクティビティが利用者に及ぼす影響について</p>	<p>大分県 介護老人保健施設 陽光苑</p>	<p>津野富美枝</p>
<p>コ8-1-⑦</p> <p>「仕事ができる喜びをふたたび」 ～生きがいのあるライフスタイルを再考する～</p>	<p>鹿児島県 介護老人保健施設 スイートケアなかよし</p>	<p>太崎 諭</p>
<p>コ8-1-⑧</p> <p>パワーリハビリ機器を利用した客観的な筋力評価による トレーニング</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 サンダイヤル</p>	<p>黒岩 誉之</p>
<p>コ8-1-⑨</p> <p>やってみよう音楽体操!</p>	<p>佐賀県 介護老人保健施設 ケアポート楽寿園</p>	<p>松永 鮎子</p>

自立支援のために出来る事を考えて

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設高原ナーシングホーム
発表者：瀬戸口亨

【はじめに】

当施設の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）では、定期的な歩行能力の評価をすることで、リハビリの効果判定や施設内での移動手段の検討に利用している。一般的なカットオフ値は参考にしているが、当施設内での一定の基準を設けているわけではないので、今回体力測定歩行能力の結果で移動手段に対する基準を設定できないかと考えた。そこで、『要介護者で歩行自立されている方』と『施設内の移動は車椅子使用している方』で比較した。当初予想していた結果とは違う結果となり、移動手段に対する方法を今回検討し直す機会となった為、今後の課題もまとめたのでここに報告する。

【方法・対象者】

1. 方法：歩行能力テストの結果から歩行自立群（10名）・車椅子群（10名）を分別した。
2. 歩行自立群（男性2名 女性8名 平均年齢86.2歳 要介護Ⅰ：6名 Ⅱ：2名 Ⅲ：2名）
車椅子群（男性1名 女性9名 平均年齢87.8歳 要介護Ⅰ：4名 Ⅱ：3名 支援Ⅰ：2名 Ⅱ：1名）
3. 体力測定の種類：①5m歩行②Timed Up and Goテスト（以下、TUG）にて検証

【結果】

Mann-Whitney U検定を使用

①5m歩行

歩行自立群 平均値7.86秒 最大値14.03秒
最小値5.47秒

車椅子群 平均値9.74秒 最大値19.84秒
最小値6.60秒

[判定] 両側検定：有意水準5%有意差なし：
p値0.06%

②TUG

歩行自立群 平均値22.05秒 最大値40.88秒
最小値14.54秒

車椅子群 平均値26.59秒 最大値53.06秒
最小値14.40秒

[判定] 両側検定：有意水準5%有意差なし：
p値0.2568%

【考察】

今回、歩行自立群、車椅子群の2群を歩行能力で比較し、有意差は見られない結果となった。有意差が出なかった理由として、車椅子群も自宅内では歩行での移動をしており一定の活動量があること、また通所利用時は今回対象の10名全員が歩行訓練を実施していることで、明らかな差が出なかったと考えられる。その為、車椅子群においても移動手段を歩行へ変更可能であると考えられる。しかし、車椅子を使用している別の問題点として、①転倒のリスク ②移動距離（体力面の低下） ③疼痛・本人様の意欲 ④認知機能が挙げられ歩行能力の比較だけでは、移動手段の変更は難しいと考えられる。

【まとめ】

今回、歩行能力の結果は明らかな有意差は出ず基準を設定することは出来なかった。しかし、この取り組みを実施したことにより、移動に対して改めて考える機会となった為、今後の業務に生かしていきたい。

当通所リハ利用者は平均年齢が83.9歳と後期高齢者の方が多い。疾患・身体的・精神的・社会的等の多様性から個人差が非常に大きいため、各個人に合わせた環境設定をする事が重要であり、その為にリハスタッフ・通所スタッフと問題点を共有し、施設内での移動が付き添いや見守りで可能となるように検討していくことが必要と改めて感じた。

「ふたいできばっど！！」 ～FIM評価から自立支援に繋がったケース～

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設ナーシングホームひだまり
発表者：川崎絹枝
立本享子

【はじめに】

当施設では、自分らしく生活できるように多職種連携を図り、医療ケアと生活サービスを提供している。

今回の事例では、利用者の希望を目標とし、その目標達成までの訓練内容にFIM評価を用いて、必要な支援内容に

焦点をあて、利用者・家族・多職種間での情報共有に努め、自立支援への取り組みを行ったのでここに報告する。

【対象と方法】

(取り組み期間) 平成29年10月10日～平成29年11月5・10日。

(方法) I) 目標とFIM評価目標 II) 課題の検討と把握 III) 訓練内容の検討と実施
IV) 多職種連携

事例①) K様 81歳 女性 要介護度：2
認知自立度：I 障害自立度：B2
FIM評価：初回80点
既往歴：脳梗塞後遺症（左不全麻痺）
左変形性膝関節症

(方法)

I) 目標 「墓参りに行く」

FIM評価 排尿管理：3点 歩行：3点
階段：3点

II) 課題

FIM評価 排尿管理：2点 歩行：1点
階段：1点

墓周辺 緩やかな坂道・入口段差3段

III) 訓練内容

骨盤底筋訓練・スクワット・段差昇降・歩行・階段昇降

IV) 多職種連携

介護：自主訓練サポート・生活リハビリ・家族へ情報提供

医師・看護師：全身状態の管理・排便管理

セラピスト：個別リハビリ・自主訓練の検討・生活リハビリ指導

栄養士：栄養管理・体重コントロール

事例②) H様 82歳 女性

要介護度：2 認知自立度：なし

障害自立度：B1 FIM評価：初回70点

既往歴) 心筋梗塞 脳梗塞

左右大腿骨骨折

(方法)

I) 目標 「在宅生活を想定した自宅訪問をする」

FIM評価 歩行：5点 階段昇降：5点
トイレ動作：6点

II) 課題

FIM評価 歩行：1点 階段：1点
トイレ動作：2点

自宅 入口段差3段・自宅内手すりなし・居室⇄トイレ10m

III) 訓練内容

自助具の活用・起立・段差昇降・歩行・階段昇降

IV) 多職種連携

事例①+支援相談員：入所前訪問・自宅訪問同行・在宅復帰へのアプローチ

【結果】

事例① FIM評価 歩行：1点→2点 階段昇降：1点→3点 排尿管理：2点→5点
総合点：80点→94点

平成29年11月10日墓参りへ外出。

事例② FIM評価 歩行：1点→2点 階段昇降：1点→2点 トイレ動作：2点→2点
総合点：70点→89点)

平成29年11月5日自宅訪問。

【まとめ】

取り組み当初は消極的な姿勢が見られたが、目標やFIM評価に基づき環境設定を行い、統一したケア展開、利用者同士の相乗効果により自信・意欲・ADLが向上した。ニーズに応じた目標設定や家族に現状を踏まえたアプローチを行い、協力体制を整えることで双方が積極的に物事の選択・決定・自己主張されるようになった。その結果、短期間の訓練で、FIM点数の向上・利用者の希望である目標達成が出来たと考えられる。今後も、利用者ひとりひとりのニーズに応じた支援を行っていく。

家族の理解がもたらす効果 ～在宅生活を続けていく為に～

施設名：大分県 介護老人保健施設 和光園
発表者：奥野真美

【はじめに】

年々認知症の方が増加傾向にある中、認知症の方が在宅生活を継続する為には、家族が認知症を理解した上で向き合い、その上で共に生活し支えていく必要がある。

今回アルツハイマー型認知症を発症しADL・IADLの低下がみられた利用者に対し、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ、認知症短期集中リハビリ加算を算定しリハビリを進めた結果、改善に繋がった一例を経験した。

本事例を通して家族の認知症への理解がもたらす効果について報告する。

【利用者情報】

性別：女性 年齢：80歳 病名：アルツハイマー型認知症 既往歴：脳梗塞

本人の主訴：友達が欲しい

家族の主訴：主婦としての役割の再獲得

ADL：概ね自立

排泄：失禁有(毎日) 汚れた衣類を隠す
失禁時に家族が注意する

IADL：調理、洗濯、買い物、食事の準備・後片付けなど夫の役割、本人の外出機会もない

【経過】

◆担当者会議(H29/2/15)

アプローチ1か月目

本人の主訴から目標を「通所リハビリテーションに通えるようになる」とした。信頼関係の構築を行うプログラムを設定。

■第2回リハビリ会議(H29/4/17)

アプローチ2～3か月目

第2回リハビリ会議にて1か月目の目標が達成できた為、新たな目標設定を行う。家族より料理が出来るようになってほしいとの相談があり目標を「一品料理を作れるようになる」とし、机上でのプログラムや実際に調理の練習を施設でも実施。

▲第1回訪問(H29/5/22)

■第5、6回リハビリ会議(H29/7.8)

アプローチ4～6か月目

自宅を訪問し家族と一緒にカレー作りを実施。しかし自宅で出来る事が増え、家事の際に転倒。プログラムの見直しを行い、身体機能訓練を追加し体幹の安定性を図る。また認知機能の維持の為、学習療法を取り入れフォローアップを行っている。自宅で出来る事を増やして頂く為座位でできる家事動作を提案。

【結果】

認知評価：HDS-R10→12点 MMSE23→23点、FAB14→15点

ADL：排泄の失敗は軽減(1/2W)

失禁時も家族が注意しなくなった

IADL：

全介助→一部介助：調理、買い物、食事の準備

全介助→自立：洗濯、食事の後片付け

【考察・まとめ】

本事例はアルツハイマー型認知症を発症し、ADL・IADLの低下がみられていたが、習慣化の定着、家族への指導を行い、認知症の理解をしてもらうことでADL・IADLの向上に繋がり、自宅で出来る事が増えた。また本人らしさを取り戻すことができ、得意であった

カラオケに取り組めるようになった。この結果は本人にアプローチすると同時に家族にも積極的な関わりが行えた効果と考える。「その人」をとらえ関わりを持つ事で「その人らしさ」を引き出すことが出来る。その結果、周辺症状の安定化、介護負担の軽減に繋がる。また家族も認知症への理解を更に深める事ができ、在宅生活の継続へと繋げる事ができると考える。

在宅復帰に向けた取り組み ～家族の思いをリハビリに～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 ひのき
発表者：前田麻子
村永真衣 古川志穂

【1.はじめに】

今回「家で暮らしたい」と希望するが、AD進行に伴う食欲低下の為、当設入所となった症例を経験。訓練と並行し不安を抱えた家族に随時向き合った事で、在宅復帰強化型を取る当設の役割も果たす事が出来た。その経過を以下に報告する。

【2.事例紹介】

90歳代、女性 長男嫁と2人暮らし アルツハイマー型認知症 介護度：要介護4
日常生活自立度：Ⅲb 入所時HDS-R：5/30点 周辺症状有。既往：腰椎圧迫骨折（H27.2、H28.5）。H29年3月食欲低下し近医受診。消化器所見に異常無いがADの進行指摘有。同年4月下旬当設入所となる。

【3.問題点】

- #1：在宅復帰の必須条件である自力摂取が困難
- #2：口腔～咽頭期嚥下障害、義歯の不適合
- #3：KPは日中勤務で不在となることもあり、生活イメージがつかず漠然とした不安を抱えていた

【4.経過】

- 1) 食欲回復：食思低下は既往に麻痺や嚥下障害が無いことよりAD由来と仮定。KPに生活歴を詳細に伺い「好物・蟹グラタンを自力摂取出来たら家に帰る」ことを本人と約束し意欲向上を図った。
- 2) 機能訓練と義歯作成：入所時評価で筋緊張を伴う舌動作不良、口唇閉鎖力・嚥下反射の減弱有り、特に口腔前庭に水分が貯留しがちでムセを伴う。その為口腔体操や巻笛等で、摂食時に必要な動作の反復練習を実施。同時に在宅時、形があるものを摂取出来るようKPと相談、下義歯作成を

歯科に依頼。完成時は本人も「10年若返った」と喜ばれ食思向上に繋がった。これを機に食事形態を刻み食から一口大カットにアップし機能訓練を食事場面で継続強化。最終的に家族が持ち込んだ好物の自力摂取が叶い、KPが受入可能と判断するきっかけになった。

- 3) 家族の希望に向き合う：義歯作成後、KP手作りの献立を持込んで頂き、嚥下状態をその都度確認しKPに説明、口腔ケア・服薬指導も行い、不安軽減を図る。一方で在宅復帰が具体的になるにつれ、KPより食事以外でのADL動作への不安の訴えが聞かれ始めた。担当OTやユニットCWが中心となりFaの不安点を抽出し、本人・家族への動作指導を行った。指導内容の確認の為のカンファレンスを4回行いKPの受入体制が整った。

【5.考察及びまとめ】

今回は初期時から家族の要望が明確であったが、リハビリの進み具合と共に、新たな不安や要望も出てきた。ユニットケア体制を取る当設の担当OTとCWが、来訪する家族との日常的な会話の中から家族の思いを日々吸い上げ、多職種で方向性をその都度定め生活リハで実践し、期待に添えることと添えないことを明確に提示したことが在宅復帰の要となった。本症例を通して、在宅復帰実現には本人の機能維持向上と同様に家族との密な情報交換が重要であることを再確認できた。

音楽のある豊かな暮らしを目指して♪ ～ MTと介護・看護スタッフの連携～

施設名：佐賀県 1 介護老人保健施設 ケアコートゆうあい
2 レジデンスゆうあい

発表者：矢野利香¹
中村仁美² 谷川真実² 前田美恵子²
社頭雅也¹ 三原悠輔¹

【はじめに】

高齢者に対する音楽療法はストレスケアや情緒の安定、また心身の活性化への効果が期待できるとして多くの施設などで取り組まれている。しかし、専門的な音楽療法士(以下、MT)の配置は少なく、効果的な活動に向けては介護・看護スタッフ(以下、スタッフ)との連携が重要となっている。当施設でも入居施設において、より効果的な活動内容の提供を目指した取り組みの結果を報告する。

【音楽療法の方法】

実施期間：H29年7月～H30年3月
日時：2回/月 45分間
場所：特定施設2階共同スペース
形態：集団音楽療法(オープン形式)
参加人数：20名前後
参加スタッフ：MT1名 スタッフ3名

【取り組み】

音楽療法の理解度や関わり方に関するスタッフアンケートを基に、効果的な関わりや活動実施に向けて以下の取り組みを行った。

- ①音楽療法方法の見直し。活動時の隊形を円形から扇形へ変更。
- ②入居者の生活史や音楽嗜好を把握するためにスタッフが聞き取り調査を実施。
- ③音楽療法に関する目的や関わり方を共有・統一するために勉強会を実施する。
- ④活動終了後にスタッフ・MT間での情報交換会を実施。

【結果】

- ①MTからは全体を見渡すことができ、座席は難聴の方をピアノ傍に配置する等個別的な考慮が可能となった。
- ②調査で得た情報をプログラムに反映し、個人の思い出の曲や生活史に即したエビ

ソードの提供が可能に。

- ③スタッフの音楽療法の理解度が向上。
- ④毎回の楽器活動の実施や使用曲に関してスタッフから提案があった。また、入居者の日常の様子や活動中の変化、スタッフの気付きなど情報を共有する機会となった。

【考察】

今回の取り組みにおいて、座席の変更や活動内容の見直しが入居者により参加しやすい環境が提供できたのではないかと考える。勉強会や情報交換会の機会によりMTとスタッフの連携が強化され、効果的な活動実施に近づいたと考えられる。音楽によってもたらされる入居者の変化にスタッフが気付くことで、充実した交流が可能となり音楽のある豊かな生活に繋がったと考察する。

【今後の課題】

今回の取り組みでは、介入の頻度が少なく関わるスタッフも限定的であったため、その他スタッフへの浸透が不十分であった。今後は情報交換会など情報共有の方法を見直していきたい。

【まとめ】

今回の取り組みを通して、限られた専門職である音楽療法士の活動を看護・介護スタッフと連携することで、より具体的なスタッフ教育の機会となった。今後も効果的な活動の実施に向けて、スタッフの音楽療法に対する理解を深め、音楽療法の活動を老健関連施設でも広めていきたいと考える。

アクティビティが利用者に及ぼす影響について

施設名：大分県 介護老人保健施設 陽光苑
 発表者：津野富美枝
 共同研究者：Bチーム職員

発表者 津野富美枝（介護福祉士）

【はじめに】

多くの人が集まる食堂では、時折利用者が寝ている姿がみられ「何かやる事がないかな」との声が聞かれる。クラブ活動や行事、チーム企画、リハビリはケアプランにて実施できているが、それ以外のアクティビティは提供できておらず、利用者の何もしない時間ができている。この時間の積み重ねは刺激が少なく、何かをする気持ちもなくなり、認知機能が低下して行くのではないかと危惧した。そこで今回、アクティビティのあり方を検討し利用者の認知面に及ぼす影響を調査した。

【対象と方法】

1実態調査

期間：2016年4月～12月

対象：チーム利用者36名

計画的アクティビティ実施前後の6月と12月で、食堂で過ごしている利用者の状況、アクティビティ実施状況、K-CDRを調査し比較

2全職員ができるアクティビティ実施の手順作成

3職員勉強会：アクティビティの効果、学習療法、体操について

【結果】

1実態調査

1) 食堂で過ごしている利用者の連続3日間の調査

①総延べ数6月54名、12月51名

②傾眠傾向の利用者延べ数6月18名33.3%、12月13名25.5%で7.8%減少

③聞き取り調査

「楽しい・する事がある」6月16名29.6%、12月34名66.6%で37%増加

「つまらない・する事が無い」6月38名70.3%、12月17名33.3%で37%減少

2) アクティビティ実施状況

平均実施率は4月～6月12.4%、7月～12月57.8%で45.4%増加

3) K-CDR測定

・入所時、認知症自立度Mの方は除外し3ヶ月毎に測定

・6月：1回前の測定値と比較

・12月：6月測定値と比較

①K-CDR測定可能な利用者数6月24名、12月9名

②認知レベルの障害が軽快6月20.8%、12月45%で24.2%増加。変化なし6月41.7%、12月22%で19.7%減少。悪化6月37.5%、12月33%で4.5%減少

2全職員ができるアクティビティ実施の手順作成

1) 計画表を作成し食堂に掲示、全職員が周知できた。実施状況は電子カルテのレクリエーション項目に整理できた。

2) 物品を移動可能な棚に設置した事で誰でも提供できるようになった。

3勉強会は3回実施し「何を行えば良いのか分かるようになった」と声が聞かれた。

【考察とまとめ】

1アクティビティ実施率が45.5%と4倍以上になったのは、勉強会で実施目的が明確になり、計画表の可視化で職員に周知され、物品の整備で誰でもいつでも実施できる環境が整ったからだと考える。

2アクティビティ実施率が増加したため、つまらない・する事が無いと言っていた方の37%が楽しいという感情を持つようになったと考える。

3計画的アクティビティ実施後の比較でK-CDR認知レベル障害の悪化した方が4.5%減少し、軽快した方が24.2%増加した事から、アクティビティは認知面に少なからず良い影響を与えているのではないかと考える。

「仕事ができる喜びをふたたび」 ～生きがいのあるライフスタイルを再考する～

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設スイートケアなかよし
発表者：太崎諭

【はじめに】

平成27年度の介護報酬改定では、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱが導入され、生活行為や社会参加を重視するようになった。今回、生きがいであった「自営の内装業に関わりたい」という目標がありながらも実現できず、退院後に活動性低下や内装業に関わる自信を失いかけていた方に、当通所リハで社会参加の目標に向けた取り組みを開始した。小さな成功体験を積み重ねた結果、自信を取り戻し、病前まで営んでいた内装業への関わりを再開でき、生きがいのあるライフスタイルへと転換することができた事例を報告する。

【事例紹介】

80歳 男性 要介護1 脳梗塞後遺症（右片麻痺Br.stage：上肢Ⅳ・手指Ⅳ）右利き
ADL自立 右肩、腰臀部痛あり
30歳から妻と内装業を経営（現在は息子が引き継ぐ）妻・息子と3人暮らし
平成27年6月脳梗塞発症 平成28年7月（退院後10ヵ月）通所リハ開始
希望：「右肩痛が軽減し右手がもう少し動かせるようになりたい」「自営の内装業の仕事にかかわりたい」

【取り組み内容】

1.右肩や腰臀部痛へのアプローチ 2.居宅訪問による内装業の調査・課題分析 3.課題指向型訓練 4.道具の工夫 5.セルフコンディショニング指導

【結果】

- ・通所系サービス：通所リハ週2回+通所介護週1回 ⇒ 通所リハ週1回+通所介護週2回
- ・内装業開始：現場でのクロス張り、障子の

張り替え（週1～2回）、軽トラックから仕事道具の荷降ろし（毎日）

- ・身体面：右肩、腰臀部痛軽減により上肢使用頻度向上、生活範囲拡大、右片麻痺：Br.stage手指Ⅳ⇒Ⅴ
- ・希望：「右手が動くようになりたい」⇒「右手でへらやカッター等の道具が使えるようになりたい」

活動参加に向けた具体的な内容に変化

【考察・まとめ】

通所リハ利用前は、自己流の自主トレにより、内装業再開に繋がりにくい機能訓練を行っており、疼痛が出現し活動性低下・自信を喪失し、ただ身体が動けばいいという身体的改善のみの意識が高くなっており、活動参加に繋がる動作を経験する機会も軽減していた。今回、「内装業に関わりたい」という活動参加に焦点を当てアプローチを行ない、内装業務に必要な動作を具体的に課題分析し、運動の結果が見えやすく情動系にも働きかけやすい課題指向訓練での改善を体感することで、少しずつ内装業務ができそうという気持ちやこれだったらできるという自己効力感が高まり、前向きに取り組める意欲が引き出せたと考える。また、内装業を再開することで、息子の手伝いとなり役割を取り戻した喜びや仕事のできた喜びを感じることができた。これら一連の流れはマズローの5欲求段階に当てはめて考えると、自分らしく生きることへと繋がっており、生きがいのあるライフスタイルへと転換できたと考える。今後も、身体機能の確認及び活動・参加に視点を向け、利用者が自分らしく生きる為に積極的な支援を継続していきたい。

パワーリハビリ機器を利用した 客観的な筋力評価によるトレーニング

施設名：福岡県 介護老人保健施設サンダイヤル
発表者：黒岩誉之

【はじめに】

医療法人社団堀川会介護老人保健施設サンダイヤルでは、平成25年10月6種類のパワーリハビリ機器を導入しリハビリを実施している。今回、4機種のパワーリハビリ機器で最大筋力を測定・評価。客観的・数値化された負荷での筋力トレーニングにて、最適化されたトレーニングが実現化した為ここに報告する。

【対象】

- ・当施設入所者、(介護予防)通所リハビリテーション利用者
- ・平均年齢74.16歳 18名
- ・トレーニング3ヶ月以上継続実施した方

【方法】

- ・ミナト医科学株式会社ウェルトニックシリーズ 4機種 (leg press/hip abduction/leg extension/rowing)利用した最大筋力の測定
- ・運動負荷は最大筋力の3割で設定。・初期評価時に最大筋力を測定 3ヶ月ごとに再評価を行い、運動負荷の調整を行った。・測定姿勢を一定とした(各関節の角度)

【結果】

18名中 筋力増加13名 筋力維持2名 筋力低下3名 leg press：平均34% UP hip abduction：平均9% UP leg extension：平均17% UP Rowing：平均11% UP

【考察】

18名中、15名に筋力の改善・維持ができた理由として、最大筋力の測定によって最適化された運動負荷によるトレーニングを継続して実施できたことが挙げられる。筋力低下した3名の理由としては、長期欠席にてトレ

ニングが途中継続できなかった現状がある。パワーリハビリによる数値化された運動負荷設定による運動効果は、いかに継続したトレーニングが実施できたか、できないかで最大筋力の増減が二分された結果として考える。

過負荷となる運動は、疼痛や疲労により継続した運動が実施し難い。逆に物足りない運動は、効果を実感し難く、トレーニングに対する意欲が減退しがちである。最大筋力の3割で運動負荷を設定したことで、リスク管理を行いながら、継続して運動することが出来た。最適化された筋力トレーニング、数値化された筋力評価は、運動効果を残しながら継続した運動が可能となる1つの方法として有用性は高い。

【まとめ】

老年期リハビリテーションにおいて、筋力トレーニングの負荷は、疾患などを多く抱える高齢者には過負荷となるリスクがある。運動目標において筋力維持・筋力強化を目的とするトレーニングは、負荷量が違い、個人の目標にあった運動負荷を実施する必要がある。リスク管理やエビデンスに基づく為には、主観的な評価から客観的・数値化された筋力評価を行い、運動負荷を適切に決める必要がある。筋力が数値化されることで、自身の身体評価を利用者自身が行え、筋力の数値が上がった・膝が強くなったと自信に繋がりと、買物や結婚式に出席するなど、生活圏の拡大を図れるようになった。結果から、加齢で諦める必要はなく、リハビリテーションではまだまだ、潜在能力が発揮できるサービスが実現できている。

やってみよう音楽体操！

施設名：佐賀県 介護老人保健施設ケアポート楽寿園
発表者：松永鮎子

【はじめに】

介護老人保健施設は、在宅復帰・在宅療養支援施設としての機能が強化され、当事業所では日常のケアの充実は元より、ご利用者様のモチベーションや意欲の向上を図りリハビリの効果を高める為、カラオケ機材を活用した機能改善プログラムを行っている。開始当初は利用者の参加も少なかったが、最近では多数の利用者が参加するようになり、身体機能においても一定の改善が見られるようになった為ここに報告する。

【対象者】

当事業所利用者93名。最初は希望者のみで実施していたが、次第にほぼ全員参加されるようになった。

【実施期間】

平成28年4月～現在

【取り組み内容】

午前中の入浴前の時間（30分）を活用し音楽体操や認知症予防訓練を実施。当初は一ヶ所に集合していただいていたが、誰でも気軽に参加していただけるよう、各席にて参加できる環境に変更した。

【効果】

- ・周りと一緒に行うことで、利用者同士の交流も増え、特に新規でのご利用にとっては、輪に入りやすい環境となっている。
- ・利用者の歩行状態の安定に繋がり、近位監視から遠位監視への移行者が増えた。
- ・各席で座った状態で実施できるため、大きな移動を伴わず比較的気軽に行うことができ、機材の準備後は職員1名で対応できる為、他のスタッフはバイタル測定 や入浴準備、排泄介助を効率よく行うことができた。

（利用者へのアンケート調査結果）

音楽体操は楽しく行っているという意見が多くあり、体操を始めて体の変化や調子が良いと感じる方も多くあった。しかし一方では楽しいけど疲れる、どこでも痛いから出来ない時もあるとの意見もあった。

【考察】

音楽に合わせて運動を行うことで、無理なく楽しく出来るため、リハビリに対する意欲が少ない方も機能改善の効果が見られた。また、体を動かしながら脳トレも実施出来るため、認知症予防も期待できる。

【まとめ】

今回の取り組みにより機能改善など一定の効果がみられたが、利用者の状態に応じた内容が時間やマンパワーの問題にて実施できていない面もある。今後ご利用者主体でのプログラムに移行することで、更なる意欲向上と生きがい作りに発展させるとともに、個々に応じたプログラム作成にて全利用者に楽しみながらリハビリに参加していただき、さらに活気ある事業所作りを目指したい。

5月24日(木)

14:40 ~ 16:00

ポスター会場／ホワイエ(3階)

ポスター①

座長／小野 幸代 (大分県)

演 題	施設名	発表者
ポ1-1-① プリセプター制度を取り入れて ～教育環境の見直しと介護業務の標準化について～	福岡県 介護老人保健施設 光	松尾 絢子
ポ1-1-② 繰り返す褥瘡に対し、多方面からのアプローチ方法を見直す ～ユニットケアで生活される超高齢者の褥瘡事例について～	福岡県 介護老人保健施設 ひのき	小川 雅美
ポ1-1-③ それインシデントやなあ ～スタッフの意識改革を目指して～	大分県 介護老人保健施設 サンテラスながとみ	甲斐 愛子
ポ1-1-④ 事故減少を目指しての新たな取り組み	福岡県 介護老人保健施設 グリーンビュー希望ヶ丘	江崎 春花
ポ1-1-⑤ レクリエーションの提供により、生きがいの再獲得に繋がった症例	熊本県 介護老人保健施設 八祥苑	那須 恵
ポ1-1-⑥ 「誕生日サプライズ」 ～その人らしい暮らしを考える～	福岡県 介護老人保健施設 さんぼ	緒方秀一郎
ポ1-1-⑦ 活動意欲の減退を示す認知症高齢者に対するグループ訓練の効果「色カルタを活用した作業療法を通して改善した1症例」	福岡県 久留米総合病院附属 介護老人保健施設	近藤 修一
ポ1-1-⑧ 自信・意欲が低下した利用者へのアプローチ ～ココロが動けばカラダが動く～	宮崎県 介護老人保健施設 さくら苑	平水 勝也
ポ1-1-⑨ トイレ動作獲得に向けたポイント抽出 ～自立支援に向けた今後の対応～	大分県 介護老人保健施設 ヴァル・ド・グラスくじゅう	吉竹 将大
ポ1-1-⑩ すべり座位による車椅子座位の姿勢崩れに対するクッションの作成～車椅子5m駆動時間、圧分布計を指標として～	福岡県 介護老人保健施設 弥生園	中山 僚

プリセプター制度を取り入れて ～教育環境の見直しと介護業務の標準化について～

施設名：福岡県 介護老人保健施設光

発表者：松尾絢子

副島廣樹 小林美由紀 川口梢

【はじめに】

新人職員の指導は主に介護主任及び各フロアリーダー、サブリーダーが行っていたが、専任の担当者を任命していなかったことと業務マニュアルを長期間更新していなかったことから指導にばらつきが生じ、その為新人職員は習得に時間がかかり、指導内容の違いから不安を抱いている現状があった。またそのことが標準的なケアを提供できない要因の一つとなっていた。

そこで今回私達は新人職員に対する教育環境を見直し、プリセプター制度を取り入れて指導をすることにした。マンツーマンによる指導を取り入れることにより今後の新人職員の受け入れ態勢の充実や教育環境における効果・改善策が見えてきたので報告する。

【目的】

新人職員が職場に早期に順応できるように援助し、介護職員としての自覚と責任を持って働けるようにする。またプリセプターは指導をすることで自己を振り返るとともに技術・知識の向上や責任感・積極性の向上を図り成長へと繋げることを目的とする。

【取り組み】

- ・教育研修委員会にて現行マニュアルを一から見直し、標準的なケアに従った作業手順・書式の統一を行い、ケア手順をリスクマネジメントの視点を含めて作成することで指導時のポイントを絞れると共に現状の確認が出来るようにする。
- ・プリセプターは各フロア2名ずつ、3年以上の職員を対象とした。
- ・振り返りシートの活用（取り組んだ項目に○をつけ、週、月ごとの自己評価を記入しそれに対してのプリセプターの意見、評価

を記入。記入後は教育研修委員にシートを提出し現状報告を行う。振り返りシートを活用し今後の指導指標として更なる教育に活かす)

【考察・まとめ】

新人職員からは業務上不明な点、不安な点を相談する相手が明確になったことで不安は軽減されたが、不在時に他職員に聞きづらいという意見があった。また、プリセプター以外の職員は新人職員に対してプリセプターの指導とズレがあるといけないという思いから指導を言いづらいという意見があった。

プリセプターからは責任の比重が大きくなり精神的な負担になってしまった。所属長に相談することで負担軽減につながることもあるが、フォロー体制が今後の課題である。一方教えることで指導方法について学ぶことも多くありプラスになったという意見があった。

以上の意見をふまえ、今後教育研修委員会ではプリセプター育成研修の開催や指導方法の統一を図る為の新人育成計画の作成を検討中である。またプリセプター制度の正しい理解についての周知活動やマニュアルが形骸化しないよう教育研修委員会内で随時内容確認を行っていくことが必要と考える。職員にとって働きやすい職場が利用者へのケアの質の向上に繋がると考え、取り組みを継続していきたい。

繰り返す褥瘡に対し、多方面からのアプローチ方法を見直す ～ユニットケアで生活される超高齢者の褥瘡事例について～

施設名：福岡県 介護老人保健施設ひのき
発表者：小川雅美
浅尾久美子

【Ⅰ. はじめに】

当施設は平成15年に開設。入所者約80名でユニットケアを行なっている。2年程前より同一部位の褥瘡を繰り返している対象者へ、ケアスタッフと共に日常のケアを見直し、取り組んだことで変化がみられたのでここに報告する。

【Ⅱ. 対象】

A氏 102歳 女性 ADL全介助 右上下肢麻痺 頸部・左上下肢の緊張強い 全盲 発語なくコミュニケーション困難 食事の際に1～2時間、リクライニング車椅子使用 2年程前より左右坐骨部の褥瘡を繰り返している。

【Ⅲ. 結果】

左右坐骨部の皮膚剥離に対し、看護師により1日1回の洗浄とアズノール+ゲーベン塗布を行なった。リハビリスタッフが介入し、移乗時の圧迫・ずれをなくす為、ベッドとリクライニング車椅子間は、2名で移乗介助することとした。これまでテープ止めオムツと尿取りパット400mlを使用していたが、ケアスタッフへの聞き取りにより、1回尿量が多く、パットの吸収量が合っていないことが分かり、尿取りパットを600mlへ変更した。剥離部は徐々に縮小してきたが、上皮化する前に浸軟がみられ、数日経つと浸軟部の中心に亀裂を生じた。浸軟を軽減する目的でこれまでの軟膏塗布に、夕食後のベッド臥床時にワセリン塗布を追加した。日中座位の際に坐骨部が圧迫されていると考え、日中は尿取りパットを使用せず、吸収量の多いテープ止めオムツのみを使用することとした。また座位時間が1～2時間と長いため、リハビリスタッフが座位時のポジショニングとエアークッションを見直し、ケアスタッフへの指導も行った。

た。座位時にはタイマーを使用し、確実に30分毎に除圧を行なった。その後もしばらく同部位の浸軟と乾燥を繰り返したが、①日中はテープ止めオムツ1枚の使用、②座位時は30分毎に除圧、③夕食後のベッド臥床時に左右坐骨部にワセリン塗布することを継続しており、左右坐骨部は上皮化し、現在は剥離や浸軟もみられていない。Ⅳ. 考察 褥瘡治療は看護師だけで行うことが多かったが、A氏へ関るケアスタッフ、リハビリスタッフそれぞれの意見を取り入れることにより、看護師だけでは気付けなかった改善点を見出すことができた。今回の事例では、浸軟した皮膚を何度も見かけており、褥瘡治療の妨げとなっていた。オムツや尿取りパットの吸収力が不十分であることは明らかである。A氏自身、湿ったオムツによる不快を感じていたと思われる。排泄量に対し、使用するオムツや尿取りパットが適切であるかを見極めることで皮膚トラブルの軽減につながる。A氏と関る時間が最も長いケアスタッフへ、分かりやすく、具体的なケアを示すことで、必要なケアが確実に継続して行えたと考える。

【Ⅵ. まとめ】

施設における褥瘡治療は、日常生活の中にある改善点を見出し、他職種で関る事により効果が得られる。

それインシデントやなあ ～スタッフの意識改革を目指して～

施設名：大分県 介護老人保健施設サンテラスながとみ

発表者：甲斐愛子

加藤友紀 三重野裕子 木山千枝

小岩知仁

【はじめに】

今回、電子カルテのソフト変更をきっかけに、アクシデント・インシデント集計ツールを取り入れたことで、毎月のインシデント報告数が事故件数よりも少ないことが分かった。そこで、事故防止対策委員会でインシデント報告書の重要性を改めて認識し、インシデント報告書提出への啓発活動を行ったことで、事故予防に対してスタッフの意識改革につながったのでここに報告する。

【取り組みに至った経緯】

H28.4～ソフト導入により報告書の様式変更。また、手書きからパソコン入力となったことで、「入力方法が分かりにくい」「どんな事を入力してよいか分からない」「入力する時間がない」など、インシデント報告書の提出に対して消極的なスタッフが多く、事故予防への意識が低い状況であった。また、ソフト導入前は手作業での集計だった為、毎月のインシデント報告数の把握までは行っていなかった。今の状態では、インシデント報告の本来の目的である「危険をあぶりだすツール」として活用するには程遠く、重大事故を招きかねない状況だった。

【取り組み内容】

- ① H28.6～ アクシデント・インシデント報告書の書き方マニュアルを作成。個別に入力方法の指導等を実施。
- ② H28.12～ 集計ツールを利用して、データの可視化を行う。アクシデント報告書に比べて、インシデント報告書の提出枚数が極端に少ないことに着目。各部署にインシデント報告書提出の呼びかけ実施。
- ③ H29.3～ 月1回、事故防止対策委員会より毎月のアクシデント・インシデント報告書の件数を各部署に提示。インシデント

報告書提出の呼びかけを継続。

- ④ H29.6～ 施設内の勉強会にて、半年に1回インシデント報告の目的等に関する講習を実施。
- ⑤ H29.10～ 提出状況にあまり変化はなく、更なる取り組みとして、毎月1人1枚以上インシデント報告書を提出の呼びかけ実施。
- ⑥ H29.12～ 全職種が集まる朝礼にて、インシデント報告書提出の呼びかけを毎日実施。
- ⑦ H30.1～各部署で名簿を作成し、提出状況を掲示。

【結果】

今回の取り組みを続けるうちに、スタッフ同士で「それインシデントやなあ」など、声をかけ合う姿が見られるようになった。取り組み前は月に5枚程度だったインシデント報告書の提出が30枚まで増え、事故予防に対するスタッフの意識改革につながった。

【まとめ】

今後は、提出されたインシデント報告書を現場へ迅速にフィードバックできる体制を整えていく必要がある。また、事故予防に対するスタッフの意識向上を図る為に、危険予知訓練などを取り入れながら利用者様が、より安全で快適に過ごすことができるように、事故ゼロを目指して施設全体で取り組んでいきたい。

事故減少を目指しての新たな取り組み

施設名：福岡県 介護老人保健施設グリーンビュー希望ヶ丘
発表者：江崎春花

【はじめに】

当施設では日々の入所生活の中で様々なヒヤリ・ハットと事故の報告が挙げられており、未然に事故を予防することが重要な課題となっている。今回、当施設で提出された過去の報告書を分析し、それに対する取り組みの実施と今後の課題を検討したため報告する。

【分析結果】

対象期間内（H27.4～12、H28.4～12）では、522件のヒヤリ・ハットと事故の報告が挙げられている。事故内容としては転倒・転落、次いで外傷の順に多い状況であり、移乗時に受傷しているケースが多い事が分かった。また所見としては所見なし、創傷、打撲の順に多い状況である。

【取り組み概要】

上記の分析結果を踏まえ、平成29年度で以下の取り組みを行った。

①車椅子周囲の保護

皮膚の脆弱性に対して、フットレストカバーや、本人へのレッグウォーマーの着用にて皮膚剥離防止に努めた。

②リハビリスタッフの療養棟内ラウンド

月に1回の頻度でベッド周囲の環境確認を実施。療養棟スタッフと連携し、ベッドのL字バー設置の必要性や、設置の優先順位の検討を行った。また、必要に応じて動作確認や動作指導を行った。

③介護機器の管理・点検

ベッドや車椅子の不具合が事故につながったケースが報告されている為、介護機器の点検や毎月の事故防止委員会にて修理を要す物

品の確認を行い、環境整備に努めた。

【取り組み結果】

平成29年4～12月までの9ヶ月間での報告件数は155件であり、過去2年間の対象期間内の報告件数の平均261件と比較し減少を認めている。また、事故内容や所見に関しての報告件数に対する割合はスライド参照。

【考察】

今回の全体の結果として、報告件数の減少や所見の減少を認めている。また、項目ごとでは事故内容の外傷や所見の創傷の減少、所見なしの増加を認めている。①や③の取り組みにおいて、環境面のみから生じる外傷のリスクの減少を図ったことで、それに伴う創傷の減少も図れたのではないかと考えられる。転倒・転落に関しては増加しており、それに伴う打撲の増加も認めているおり、②の取り組みにおける一定の効果は得られたが、不十分であったと考えられる。

今後の課題としては、結果として不十分であった転倒・転落の予防があげられる。当施設では長期間の入所の方が多く、それに伴う身体機能や認知面の低下が影響していると考えられる。また、「身体拘束0」を掲げており、死角や認知面の低下から生じる突発的なヒヤリ・ハットと事故が多い現状がある。その為、ラウンドの頻度を高くし、日々変化していく身体機能や認知面に合わせた環境設定を行うことが重要だと考える。また、職員研修において各職員の技量向上を図ることやスライディングボードなどの介護機器の導入の検討を行うことで、介助時の事故リスクの軽減に努めていく。

レクリエーションの提供により、 生きがいの再獲得に繋がった症例

施設名：熊本県 介護老人保健施設 八祥苑
発表者：那須恵

【はじめに】

今回、通所リハビリで他者との交流も無く、無気力に過ごされていた方に対し、レクリエーション(以下、レク)を提供・実施した事で生きがいの再獲得に至ったため、以下に報告する。

【症例紹介】

A氏：90歳前半男性，要介護2。
既往歴：慢性心不全・腰部脊柱管狭窄症
日常生活自立度B1・認知症自立度I
三年前に腰部脊柱管狭窄症になり，生活に対する意欲低下が見られるようになる。

【介入期間】

平成X年Y月～6か月間

【初期評価】

介入目的:生きがい(俳句，川柳，短歌)の再獲得
本人希望:俳句・川柳・短歌を作って，出展したい。
家族希望:意欲を持って生活して欲しい。
ADL評価：Barthel Index(以下BI):25/100
意欲の評価：Vitality Index(以下VI):7/10
背景因子:妻と二人暮らし。
活動前の状態：週2回の通所リハ利用。他利用者とのコミュニケーションを図る事もなく，楽しみもなく机に肘をつかれて寝ている場面を多く見かける。

【介入内容】

目標:本人の意欲向上の獲得。趣味を通しての社会参加。他利用者とのコミュニケーションの拡大。
形態:A氏と職員との1対1で実施
時間:1回の活動時間を2時間とし，俳句・川柳を作成

環境：フロアで実施

頻度：月1回

毎月1回，俳句・川柳の作品を，雑誌に応募する。俳句のお題は，担当職員が季節のものを3つ提供する。

【介入結果】

雑誌への応募は6ヶ月間で6作品を出品し2回が雑誌への掲載となった。

活動頻度が月1回から月2回に増加し，寝る事もなく，熱心に取り組まれる姿が見られるようになった。

また，フロアという他者がいる環境での活動であったことから，他者が興味を示し「何をしているのか」「どんな作品が出来たのか」等のコミュニケーションが見られるようになった。

BI指数の変化は見られなかったが，VI指数ではリハビリ・活動・意思疎通項目において向上が見られた。

【考察・結語】

文献によると，レクの目的は，身体を気持ちよく使う，精神機能をほどよく刺激する，情緒的な対人交流を楽しむ，日常生活や施設生活にメリハリをつけるなどが挙げられると述べられている。

本症例においても，レクの介入を通して，リハビリに対しての運動意欲の向上，俳句・川柳等の作成による精神機能への刺激入力，周囲に対する興味や関心が改善され，他者とのコミュニケーションの拡大，寝ている場面を見ることがなくなり，メリハリのある生活の獲得に繋がった。現在，本症例は，俳句・川柳の作成に精力的に取り組まれている。

おわりに，今回レクを実施していく中で，

活動性の低下が心身機能の低下や参加制約を引き起こし、生活不活発病を進めている事が分かった。

活動性の向上を図る事で、身体機能の向上、参加拡大に繋がり、生きがいを持った生活を獲得することが出来る考える。

「誕生日サプライズ」 ～その人らしい暮らしを考える～

施設名：福岡県 介護老人保健施設さんぽ
発表者：緒方秀一郎
川崎優弥

当施設では、ユニットケアの一環として平成24年6月より、療養棟の全利用者様に対して、誕生日サプライズの企画を提供させていただいています。

企画の内容としましては、利用者様の“お誕生日”に担当スタッフがサプライズ企画を考案し、お一人お一人の希望（行ってみたい・やってみたい・食べてみたい・・・）を伺い、ご家族ご協力のもと担当スタッフが中心となって願い実現のための活動を実施しています。

また、外出などが困難な利用者様には、施設内で素敵なプレゼントを用意し、ご家族と共にスタッフ一同でお祝いをさせて頂いております。

これは普段外出の機会が少ない利用者様、自分たちだけでは出来ないと諦めていたご家族様に対し、“好きなところへ連れていきたい、好きな物を食べてもらいたい”というスタッフの提案から個別性を重視した企画への取り組みが始まりました。

活動意欲の減退を示す認知症高齢者に対するグループ訓練の効果「色カルタを活用した作業療法を通して改善した1症例」

施設名：福岡県 久留米総合病院附属介護老人保健施設

発表者：近藤修一

永田博明 千住由美子 佐藤郷子

【はじめに】

色カルタの発案者、折茂らは認知症高齢者のグループを対象として色カルタを行い、笑顔が多くなり意欲の向上に効果があると述べている。当施設でも、意欲の減退や介護抵抗といった症状を示す認知症の入所者に対し個別訓練で色カルタを実施したところ症状の改善がみられた。この結果をもとに当施設では、入所者のグループ訓練として色カルタの導入を検討した。今回は、認知症に伴い活動意欲の減退を示す1症例に対して色カルタによるグループ訓練を行った結果について報告する。

【症例】

A氏（70代男性、要介護2）診断名：脳血管障害、アルツハイマー型認知症等。臥床傾向が強く、排泄以外に自発的な行動はない。拒薬や介護抵抗があり、行事への参加や他者との交流は全くない。個別対応での色カルタ実施後にBPSDは一時改善したが、腎機能の低下により入院。加療後再入所となったが、BPSDの増悪があり作業療法介入となる。

【方法】

色カルタとは、読み札の内容に沿って読み手が色に関する設問（赤はどんな色、今日の天気はどんな色、好きな色はどんな色、など）を出題し、参加者は80色のカードの中から設問にふさわしいと感じた色カードを選び取り、連想や過去の体験を語り合いながら交流を楽しむ遊びである。読み札は3つのカテゴリーに分類されており、日常生活で目にする色の印象を答える、感情や過去の体験などを色で表現する、といった内容で構成されている。A氏を中心とする小グループ（上限5名）を構成し、1回30分のグループ訓練を週3回、2週間実施。A氏以外のメンバーは固

定せず、出来るだけ多くの入所者と交流できるよう配慮した。作業療法士が読み手となり、特定の参加者に発言が偏らないよう調整し、発言しやすいよう言葉かけを工夫しながら実施した。進行上の注意点として、発言の強要や否定的なコメントは行わず、受容的な態度で接するよう留意した。

【評価】

活動場面の様子については観察による評価を行い、意欲の指数（V I）、認知症行動傷害尺度（DBDスケール）、うつ評価尺度簡易版（GDS15）を用いて介入前後の点数変化を比較検討した。

【結果・考察】

A氏は訓練に抵抗なく参加し、初参加者にA氏自らルールを説明するなど他者と会話をする場面が多くみられた。個別訓練に参加した経験から、色カルタの持つ娯楽の要素が興味や関心に繋がったことで会話が活発化したと考える。V Iの値はほとんど変化しなかったがDBDスケールとGDS15では、気分や生活場面の行為、社会性に関係する項目に改善を認めた。グループ活動を通して他者との関わりを持ったことが、A氏の意識に影響を与えたと推察された。

【結論】

グループ訓練に色カルタを活用する事は、うつ症状の改善や社会性の回復に繋がることが示唆された。また、色を媒介とすることで、言葉だけに頼ることなくコミュニケーションを深められることが示唆された。

自信・意欲が低下した利用者へのアプローチ ～ココロが動けばカラダが動く～

施設名：宮崎県 介護老人保健施設さくら苑
発表者：平水勝也
平野真

【はじめに】

今回、廃用による身体機能、日常生活動作（以下、ADL略）が低下した症例に対し、自信・意欲の向上を目的にアプローチを行った結果、ケアハウス（以下、CH略）への復帰が可能となった。以下に経過と考察を交え報告する。

【事例紹介】

90歳代女性 要介護度3 日常生活自立度B2-Ⅲ H24.7 介護者不在、独居生活困難の為、同法人CH入居。H27.11 肺炎により2ヶ月間、入院。廃用症候群の進行により身体機能・ADL低下。H28.1 リハビリ目的で当施設入所。

【主訴】

今の自分ではCHに戻れない

【身体機能評価】(初期:H28.1)

・HDS-R:11/30点 ・ Vitality Index:6/10点
・BI:55/100点（移乗・起居動作、中等度介助）

【精神面】

・リハビリ誘導するも拒否がみられた
・ADL時に介護依存がみられた
・自信、意欲の低下が著明にみられた

【問題点】

#1.自信・意欲の低下 #2.筋力低下
#3.起居・移乗動作困難

【目標】

Short Goal:自信・意欲の向上
Long Goal：起居・移乗動作の修正自立
Final Goal：CHへの復帰

【方法】

①CHの話題での関わり
②CH職員との面会
③定期的なCH訪問
④身体機能訓練（筋力訓練、起居・移乗動作訓練）

【身体機能評価】(最終:H28.5)

・HDS-R:20/30点 ・ Vitality Index:8/10点
・BI:60/100点（移乗・起居動作、修正自立）

【精神面】

・リハビリに対する拒否、介護依存も消失。
・自信、意欲の向上が図れた

【結果】

H28.6 CHへ復帰

【考察】

入所当初、廃用改善を第一に機能訓練を中心としたアプローチを実施した。しかし、リハビリ（以下、リハ略）に対し拒否がみられ、スムーズなりハ介入が困難であった。

そこで、自信・意欲の向上を図ることが先決であると考え、精神面へのアプローチを実施した。方法①、②を行う事で、楽しかった思い出の想起を促した。また以前、出来ていたことが出来なくなったことが自信の低下に大きく影響していると考え、ADLの中で、職員全体で褒める声掛けを実施した。少しずつ自信・意欲が向上し、本人から「CHの利用者・職員に会いに行きたい」と発言が聞かれ、方法③を導入。訪問時は自らCHの職員や利用者に関わりを持ち、活動へ参加する等、表情良く過ごしていた。訪問を実施する中で、「CHに戻れるなら戻りたい」と発言が聞かれた。これは、実際にCHで活動し、その

場に適応出来た事が成功体験となり自信の向上に繋がったと考える。そして、CHでなじみの利用者に関わった刺激も相乗効果となり、意欲的な発言が出てきたと考える。

自信・意欲の向上に伴い、リハに対する拒否、ADL時における介護依存も消失し、スムーズなリハ介入ができた。その結果、廃用も改善しケアハウスへの復帰に至った。

ココロが動けばカラダが動く事を再認識した事例であった。

トイレ動作獲得に向けたポイント抽出 ～自立支援に向けた今後の対応～

施設名：大分県 介護老人保健施設ヴァル・ド・グラスくじゅう
発表者：吉竹将大
新地義昭 右田徳幸 帆足美奈

【はじめに】

片麻痺の症状を有する方の生活課題として、トイレ動作の獲得が必要な事例は多く、その動作の獲得は、本人の負担軽減、さらには家族の介助量軽減となる。今回、右片麻痺を呈する利用者の中で、下衣引き上げ動作が自立できている方と、介助が必要な方の差を分析し、その要因を考察したので以下に報告する。

【調査方法】

対象は中枢神経疾患により右片麻痺を呈し、罹患3年以上経過している利用者で、調査に同意の得られた4名である。

評価は①左肩関節の伸展可動域②肩関節伸展・内旋位での左前腕完全回外の可不可、③左指尖から右腸骨稜までのリーチ距離④左肩甲骨内側縁と脊椎間の距離⑤立位保持時間(60秒cut off)を測定。立位保持に関しては、手すり把持、頭部支持等を許可した。

介助群においては、個別リハビリとして徒手的に肩甲骨モビライゼーション、棘下筋・円回内筋筋膜リリースを実施し、同評価を実施した。

【結果】

〈I. 自立できない原因の選定〉

単位：①(°) ③・④(cm) ⑤(秒)

①A：35	B：40	C：10	D：10
②A：可	B：可	C：不可	D：不可
③A：0	B：2	C：7	D：8
④A：7	B：5	C：8	D：8
⑤A：60	B：60	C：32	D：16

自立しているA・Bと比較すると介助を必要とするC・Dでは①②③が特に制限されてい

た。④に関しては、円背もあり肩甲骨が内転しにくいことが原因と考え、⑤に関してはトイレ動作に必要な立位時間は確保できていたため、治療対象から外した。

〈II. 介助が必要なC、Dへのアプローチ後〉

- ① C：25° D：30°
- ② C：改善 D：改善
- ③ C：4cm D：4cm

リハビリの介入により、各項目全てにおいて改善みられた。下衣引き上げ動作も、見守りで8-9割の引き上げ動作が行えるようになった。

【考察】

ADL能力改善に向け、動作練習の反復練習は大切であると言われているが、まずは身体機能の改善が不可欠である。機能面が改善していなければ動作練習を反復練習しても、その動作能力を持続するのは難しい点もある。

下衣の引き上げ動作には腰部までのリーチ動作の可動性が必要である。動作が自立できていない2名においては、腰部までのリーチ動作は肩甲帯から前腕までの機能面改善が必要であり、回内筋や棘下筋の癒着、伸長性低下が下衣引き上げ動作の妨げの要因となっていた。徒手療法での治療プログラム実施だけでも下衣引き上げ動作は概ね可能となった。しかし、週2～3回のリハビリでは即時効果は得られるが持続性は低く、習得までに時間を要するという課題も残る。

自立支援に向けた取り組みとして、肩関節伸展可動域向上に向けた運動プログラムを掲示し、看護・介護と連携を取りながら実施していきたいと考える。

すべり座位による車椅子座位の姿勢崩れに対するクッションの作成 ～車椅子5m駆動時間、圧分布計を指標として～

施設名：福岡県 1 介護老人保健施設 弥生園
2 丸山病院

発表者：中山僚¹
吉田大地² 烏山海樹² 吉村訓志¹
吉村修一¹

【はじめに】

高齢者では、車椅子座位時に姿勢不良となっている状況をしばしば見かける。高齢者の座位姿勢の崩れはすべり座りが多く、様々な要因が指摘されている(2013大淵)。今回は、坐骨結節に体重が強調され痛みが生じ、片側への姿勢の変調をきたしていたため、車椅子のシートと症例が使用していた柔らかいクッションに着目し、自作のクッションを作成した。その結果、坐骨の前方すべりが抑制され疼痛が軽減するとともに、車椅子自走時間の短縮に寄与したため、知見とともに以下に報告する。

【対象者】

80代女性

診断名：左大腿骨転子部骨折術後、第6・7胸椎圧迫骨折

関節可動域(右°/左°):両肩屈曲90/90、両股屈曲100/100P、両膝伸展-10/-20

疼痛評価(NRS):頸部後面5点、殿部7点

HDS-R:23点(減点項目：見当識、短期記憶、想起)

基本動作:寝返り・起き上がり・移乗

…一部介助

起立・立位…見守り 移動

…車椅子自走(55.72秒/5m)

ADL・活動:食事…見守り

全体像：車椅子上での姿勢は体幹の前傾が強く、介助者が姿勢を整えても時間が経過すると右側方への倒れこみがみられる。食事の際はサイドテーブルにて高さ調整を施したが、体幹の前傾が強く、食事を見渡すことが出来なくなる。

【倫理的配慮、説明と同意】

今回、対象者への同意を包括的に得た上で検査・測定を実施した。

【方法】

対象は車椅子上肢駆動可能だが乗車時に不良姿勢となり、仙骨座りからすべり座位となっていた。また、摂食時に右へ側方崩れを起こしていた。すべり座位と疼痛の軽減を目的とし、以下のようにクッションを作成した。

低反発クッションとウレタンの2種類の素材を使用し、局所への持続的な圧をコントロール、身体に合わせて調整した。座面は正方形型にすることで、用途に合わせてクッションの向きを変え、前方すべりや片側への傾き等に対応した。座面のたわみ防止のため、クッション下の基盤に木材板を用い隙間を埋めた。

【結果】

クッション作成後一週間使用し、車椅子自走時間 5 mは47.06秒で、痛みはNRSにて頸部が3点、殿部は2点と軽減し問診では違和感がある程度まで軽減した。乗車時の仙骨座りや、摂食時の前・側方崩れが軽減し、食事の時に「食事(内容)が見えるようになった。」と訴えがあり、介入前9割だった食事摂取量も10割に改善した。

【考察】

今回、側方への崩れに対して、対象に合わせたクッションを作成し座面を整える対応を行ったことで、痛みの軽減・座位持続性向上が図れ、食事摂取量の向上・車椅子駆動時間短縮に繋がったと考える。クッションの作成という作業を通し、安価で個別対応ができ持続的な効果が得られるという長所も経験することができた。

5月24日(木)

16:10 ~ 17:20

ポスター会場／ホワイエ(3階)

ポスター②

座長／下地 亮太 (沖縄県)

演 題	施設名	発表者
ポ2-1-① 当施設における多職種連携での在宅復帰支援の取り組みについて	熊本県 介護老人保健施設 愛・ライフ内牧	宮崎 勝識
ポ2-1-② 在宅支援推進チームを立ち上げて	福岡県 介護老人保健施設 湯乃里まとば	隈元 慶子
ポ2-1-③ 食べたい意欲を引き出すお手伝い	福岡県 介護老人保健施設 済生会くれたけ荘	市来 加奈
ポ2-1-④ 経口摂取移行へ向けたチームアプローチ	福岡県 介護老人保健施設 こが21	原 和広
ポ2-1-⑤ FAB・MMSEのデータ分析による学習療法の効果と弱点克服	大分県 介護老人保健施設 和光園	仲島 千秋
ポ2-1-⑥ 薬に頼らない認知症ケア	福岡県 介護老人保健施設 はなぞの	平野 幸渉
ポ2-1-⑦ 新しい介護レク導入の取り組み ～導入後のアンケート結果と現状報告～	福岡県 介護老人保健施設 グリーンビュー希望ヶ丘	内藤 清人
ポ2-1-⑧ 通所リハビリ大規模事業所での自立を支援する環境づくりへの取り組み	大分県 介護老人保健施設 大分豊寿苑	甲斐 若菜
ポ2-1-⑨ 化粧療法への取り組み ～導入後の現状と課題～	福岡県 介護老人保健施設 グリーンビュー希望ヶ丘	堤 彩子

当施設における多職種連携での 在宅復帰支援の取り組みについて

施設名：熊本県 介護老人保健施設 愛・ライフ内牧
発表者：宮崎勝識

【はじめに】

今回、多職種で連携した支援を行なったことで、在宅復帰に繋ぐことが出来たため、その取り組みについて報告する。

【事例紹介】

70代男性、要介護3、妻と二人暮らし、脳梗塞後遺症（左片麻痺）、Br.s：上肢V手指V肢V（左側）、高次脳機能障害（遂行機能障害）を認める。移動は歩行車を使用して可能だが、左下肢の筋出力が弱く、ふらつきや膝折れが見られるため介助を要す。

【取り組み内容】

1) 家族をふまえた多職種カンファレンスの開催。

カンファレンスにて在宅復帰の时期的な目標を決定。また、在宅復帰するにあたり、自宅内の移動が妻の一人介助で安全に行えるようになることが必要なため、在宅復帰に向け、妻の介助で歩行（歩行車）が自立で行えるようになることを移動手段の目標とし、支援方法も含めて妻および多職種で共有した。

2) 介護スタッフとリハビリスタッフで連携し、生活リハビリの視点でスタッフによるケアの提供を行う。

移動手段の目標の達成のため、リハビリ以外の時間でも歩行の機会を作り、下肢機能の改善を行っていく必要性を多職種で共有し、施設生活での移動をスタッフ介助で歩行の支援していくことをケアプランに入れて実施。なお、実施にあたり、介護スタッフへリハビリスタッフより歩行時の介助方法や注意点等の指導を行った。

【結果】

左下肢の筋出力に向上が認められ、ふらつ

きが減少、膝折れも見られなくなり、施設内の移動は歩行車を使用した歩行で自立レベルに改善した。高次脳機能障害の遂行機能障害の影響により、常に見守りは必要であるが、妻も仕事の調整を行い、在宅での介護が行える状況となった。また、外泊試験においても妻の介助にて移動を含む生活動作が問題なく行えたため、当初の目標としていた時期に在宅復帰となった。

【考察】

家族をふまえた多職種カンファレンスを行ったことで、在宅復帰に対する家族の不安や問題点が明確になり、より具体的な目標や支援の計画を立てることが可能になった。また、その目標に対して多職種で共通の認識が持てるようになったことで、施設内の生活においても生活リハビリの視点でケアが積極的に行えるようになった。当事例においては、多職種カンファレンスで掲げた移動手段の目標に対し、多職種で協働して施設生活における移動をスタッフ介助のもと支援を行なったことで、下肢機能が向上し、歩行の安定性が向上したことで妻の介助での生活が可能となり在宅復帰することが出来たと考える。

【おわりに】

今回の事例を通して、多職種との連携・協働の重要性を再認識した。今後も多職種カンファレンスにおいて、在宅復帰するための問題や目標、また、その目標に対する支援をどのように行なっていくのか等の情報共有を徹底し、多職種で連携・協働して個々の入所者の目標に合った在宅復帰への支援が行えるよう取り組んでいく。

在宅支援推進チームを立ち上げて

施設名：福岡県 介護老人保健施設湯乃里まとは
発表者：隈元慶子
山野しげ子 竹村裕美

【1. 目的】

これまで在宅強化型老健としての基準を満たすため、試行錯誤しながら在宅復帰に取り組んできた。しかし、近年国が地域包括ケアシステムに向けた整備を進めていくなか、はたして私たちの施設は今の世の中に求められる施設であるのか、本来の老健の役割を果たしているのか疑問が沸いた。今回、老健施設としての発展を目指し、多職種協働での計画的・効果的な支援の実施と、老健の役割である地域に根差した施設づくりを目的として、「在宅復帰支援推進チーム」を創設し取り組みをおこなったので報告する。

【2. 方法】

- 1) 職員の専門性を引き出す為に、各部署より選抜された在宅支援推進チームのメンバーに対して社会情勢を踏まえた老健の役割についての研修を行う。
- 2) 専門性をもった個別ケアを通して、多職種の活発な意見の抽出を目的に、在宅復帰を予定している数名の入所者に対し、チームとして支援方法を検討し本人の生活訓練と並行し協議の方法を変えた。
- 3) 地域の社会資源について、ご利用者とご家族及び職員を対象にアンケートを実施する。また、公民館や社協からの地域資源に関する情報収集後、アンケートの内容を基にチームメンバーが実際に地域サロンに参加し、その後家族会を開催し情報発信を行う。また、在宅復帰を予定されているご利用者と職員で地域サロンに参加する。

【3. 結果】

職員の意識に関してはアンケートの結果から『地域の活動に参加したいと思う』と回答した職員は、取り組み前58人中26名だったのに対し、取り組み後は58人中43人と30%増え

た。ご家族への講座を行った後のアンケートにて、「地域での活動について知らなかった」「今後活用したい」と興味を示していた一方で、地域社会への地域包括システムの浸透の薄さも窺えた。チームとして在宅復帰に向けた個別支援を行ったご利用者については、心身の変化に伴い在宅復帰に繋げることはできなかったが、本人の生活状況を踏まえた支援内容の充実を図ることができ、地域資源の不足や認知症のある高齢者の在宅復帰の困難さについても改めて実感することができた。地域のサロンに参加して頂いたご利用者に関しては、参加したサロンは自立レベルの方が対象となっており、在宅復帰後の利用には活かせず、地域で支えていく難しさ・現実を実感する結果となり老健や地域に対する課題を見出すことができた。

【4. 考察・まとめ】

今回の取り組みにより、チームとしての活動が在宅復帰・在宅支援を行う中で「どうやったら家で暮らせるか」と考えるきっかけとなり、不足していた専門性に働きかけることに繋がった。まだ、チーム内での活動メンバーにしか伝わっていないため、他職種にも広げていくことが今後の課題となっている。また、地域における社会資源の活用と地域に根差した施設づくりを目的とした取り組みでは、これまで施設内のケアしか興味がなかった職員の目線が変わり、地域での活動に興味を持ち、在宅復帰・在宅支援を行う中で地域資源を意識するようになった。高齢者が地域で生活するためにインフォーマルサービスの増々の利用が不可欠であるといえるが、周知されていないサービスも多く、事業所と自治体がニーズや必要性をすり合わせ充実化させていくことが課題と感じた。

今後も多職種協働の中で専門性を発揮し、

個別ケアの充実を図っていく必要がある。また、地域に根差した施設として役割を担っていくためには、地域カフェや専門職としてのセミナー開催等を通じて、事業所・自治体からの情報発信を行い地域の現状を把握すると共にサービスを多様化させ地域包括ケアシステムをより発展させる必要があると考える。今回、知り得たことは地域ケア会議等で共有し老健の役割を果たしていきたい。

食べたい意欲を引き出すお手伝い

施設名：福岡県 介護老人保健施設済生会くれたけ荘
 発表者：市来加奈
 栗田麻由

【はじめに】

当施設では、食事を作り・選ぶ機会がない利用者の方々のために、食事を作り、選ぶ機会をつくる事により利用者の食欲・意欲の向上に繋がるよう栄養課が取り組んでいるセレクトメニュー・クッキングリハについて報告する。

【取り組み】

対象者：入所者100名、デイケア20名

〈セレクトメニュー〉年2回

栄養課職員で担当を決め、担当者が2つ異なるメニューを考える。

2つのメニューの中から、食べたいメニューを利用者に選択してもらおう。(どちらか選ぶことのできない方は、日頃の食事状況を見ながら、介護士、看護師と話し合い、職員が選択する。)

以前は、主食・主菜・副菜・デザート全てを別のメニューで提供していたが、利用者が隣の席と違う食事が出てきたと混乱を招く事があった為、今回は主食または主菜を選択できるようにし、副菜・デザートは同じメニューで提供する事にした。

平成29年度セレクトメニュー

9月 ホワイトソースグラタンorミートグラタン

2月 和風パスタor明太子パスタ

〈クッキングリハ〉年4回

各療養棟、年1回行う。年度ごとにテーマを変え、利用者の目の前で作り、利用者と一緒に丸める・かき混ぜる・味見などの作業を行い、出来立てを食べて頂く。

平成29年度は鍋料理を行った。担当者が1～2種類の鍋メニューを考え、昼食の一品として提供した。1つのテーブルを5～6名と

し、各テーブルにカセットコンロを置く。栄養課職員を各テーブルに1名配置し、利用者の目の前で利用者と一緒に鍋料理を作っていく。

平成29年度クッキングリハ

6月 とんこつ鍋

7月 キムチ鍋・とんこつ鍋

10月 みそバター鍋・みぞれ鍋

11月 お好み焼き

【結果および考察】

日々の食事よりもセレクトメニュー・クッキングリハでは喫食率が高く、ボリュームがあるメニューでも残食率が少なかった。日頃食事が取れない方でもほぼ100%食べられており、クッキングリハではおかわりされる方も多く見られた。クッキングリハ後に行った嗜好調査結果では、「楽しかった」「よかった」と回答された方が8割以上を占め、「皆と一緒に作れて楽しい」「毎日してほしい」という意見もあり、食欲・意欲の向上に繋げる事が出来た。また、日頃利用者と接することが少ない調理員が多い為、実際に利用者が嬉しそうに食べられている姿を見て、接することで、栄養課職員の仕事に対する意欲・やる気に繋げることが出来た。好評であったメニューは日頃のメニューに取り入れる事で、メニューのバリエーションを増やす事が出来た。

【まとめ】

利用者が「美味しい」「楽しい」と喜んで食べて頂く事は、栄養課職員の仕事の意欲・やる気に繋がり、日頃のメニューのバリエーションを増やす事も出来た。今後も継続し、今はセレクトメニュー年2回・クッキングリハ年4回の実施だが、今後は回数を増やし、今以上に利用者の食べる意欲の向上に繋がっていききたい。

経口摂取移行へ向けたチームアプローチ

施設名：福岡県 介護老人保健施設こが21
発表者：原和広
山口朋香 磯本浩晴

【はじめに】

介護老人保健施設（老健）では暮らしの継続、在宅復帰を目標としたケアの提供を理念としている。在宅復帰を阻害する一要因として経口摂取困難が挙げられる。今回、多職種と連携し経管栄養から経口摂取への移行を行った2症例について報告する。

【事例紹介】

症例1) 80歳台、男性、要介護5 支援経過として、マーゲンチューブ(以下MT)挿入した状態にて当施設入所されるが、再三自己抜去を認めていた。入所から4日目言語聴覚士(以下ST)へ評価依頼。ペースト状であれば経口摂取可能との判断により、1日2回(朝・夕)の経管栄養を継続し、昼のみミキサー食開始。昼食前の嚥下体操、カンファレンスを通して多職種での情報共有を行い、安全な食事摂取の継続に努めた。その後も定期的なST評価を行いながら、嚥下機能改善認め入所後17日目より3食経口摂取(ミキサー食)へ移行した。12月より軟織食全粥となり、むせ込みなく経過。経口摂取することで離床時間も増え、入所当初より表情も改善。レクリエーションや活動にも参加されるようになり、日常生活動作の改善が認められた。身体機能の改善に伴い、介護保険更新後は要介護3となり、在宅復帰後は小規模多機能を利用しながら現在も在宅での生活を継続できている。

症例2) 80歳代、男性、要介護3 支援経過として、1日2回の経管栄養対応の状態にて老健こが21に入所となる。本人より経口摂取の強い希望あり、入所後ST評価を依頼。入所時より楽しみレベルでのゼリー食から開始。入所後90日より経管栄養と昼のみミキサー食を提供した。食事開始後30日から1日3回ミキサー食へ変更となったが、食事開始後44日目より体重減少出現し、高カロリー

栄養補助食品を追加するも効果は認めず、食事開始後60日より朝・昼食事摂取、夕食のみ経管栄養へ変更となった。その後は体重減少も見られず、経口摂取量も徐々に増え、本人・家族の経管栄養に対する負担も減ったことにより在宅復帰することが出来た。

【考察】

今回の2症例を通し多職種で協力する事で徐々に経口摂取へ移行し、職員間での情報共有を徹底していく事で入所者に負担なく経口摂取が可能となったと考える。

【まとめ】

経管栄養のリスクとして、MTの自己抜去や拘束時間が長いことから入所者への負担の軽減を考えSTを交え経口摂取への移行を試みた。自ら食べるという行為から「ご飯はまだ」という言葉も聞かれる様になり、食べるという楽しみを提供する事ができた。食事の習慣がでることで、生活のリズムも整い日常生活にも良い影響を与え在宅復帰に繋げることが出来た。今回の症例を通じて、STや多職種と連携しながら利用者のADLの拡大に繋がっていきたい。

FAB・MMSEのデータ分析による学習療法の効果と弱点克服

施設名：大分県 介護老人保健施設 和光園
発表者：仲島千秋

【はじめに】

当施設は学習療法を導入しており、3ヶ月毎にFAB・MMSEを測定して教材選定をしている。今回、入所・通所の学習者のFAB・MMSEを検査項目毎に分析したことで、ご利用者・ご家族・職員の弱点克服に繋がったので報告する。

【取り組み・結果】

3年間91名の学習者のFAB・MMSEの開始前後の平均推移は向上傾向にあった。今回は、各認知症検査別数値を分析し、低下要因を抽出し改善策はないか試みた。

- ・対象期間：平成26～29年の学習登録者
- ・共通要件：6ヶ月以上継続学習者
- ・対象人数：入所・通所の学習者で直近20名
 1. 対象各20名のFAB・MMSE平均点推移
 - ・入所／FAB 3.9→6(2.1)
MMSE 13.8→14.6(0.8)
 - ・通所／FAB 10.6→12.3(1.7)
MMSE 19.5→20.4(0.9)
 2. 入所の認知症機能検査別数値分析(直近20名)

<FAB検査項目別推移>

- ・①②④⑤⑥→6検査中5検査で改善・維持
- ③は4名が重複して模倣検査の低下

<MMSE検査項目別推移>

- ・①②③⑤⑥⑦⑧⑨⑩→11検査中9検査で改善・維持④⑩引き算等の計算に関しては出来る人が少数
- *学習効果：FAB④⑤⑥の指示の理解力や自主性改善は機能訓練にも効果

3. 通所の認知症機能検査別数値分析(直近20名)

<FAB検査項目別推移>

- ・①②③④⑤⑥→6検査全て改善・維持

<MMSE検査項目別推移>

- ・②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪→11検査中10検査で改善・維持の中①の時間の見当識低下
- *学習効果：FAB④指示の理解力が大幅に改善し機能訓練にも効果

4. 進行予防・改善への取り組み

入所：開始6ヶ月間での改善は全員で、特に指示の理解力や短期記憶が改善。低下が重複したのはFAB③行動プログラム(模倣検査)で4名 →ゲー・チョコキ・パーを使って楽しみながら集団レクと4名には個別アプローチ
通所：指示の理解力や即時想起等は改善したが、MMSEの①時間の見当識のみが重複して4名に低下 →毎日、新聞から二つのニュースを掲示しアプローチ。PT・OTと連携し機能訓練開始前後に全員と低下者に個別の見当識訓練実施。2名は家庭学習に問題があり、模擬学習療法開催して実践ルールを家族に周知

【考察】

入所学習者の低下時の状況は、体調不良や配偶者が亡くなる等、身体的・精神的トラブルがあった。模倣訓練的レクや個別アプローチ等を8月より開始すると、4名中1名は改善傾向にある。低下は関わってほしいのシグナルであったと反省できた。

通所学習者は時間の見当識のみ低下があり、転倒等のトラブルや週1～2回利用の家庭学習者に低下がみられた。低下時の関わり不足を反省し、家庭学習の理解不足等を解決することで、ご家族との連携強化にも繋がった。

以上の事から、FAB・MMSEの低下には何らかの原因があり、タイムリーな分析と対応が急務であると改めてデータ分析から学ぶ事ができた。

薬に頼らない認知症ケア

施設名：福岡県 介護老人保健施設 はなぞの
発表者：平野幸渉
土藏亜矢子 吉田麻衣

【はじめに】

不穏がある利用者に薬などの投与を行うのではなく、「利用者本人のできること」「自分たちができること」に着目し作業レクなどアプローチを続け、不穏行動の改善に繋げることが出来た結果、多くの学びを得たので報告する。

【倫理的配慮】

発表をするにあたり本人、家族に同意を得ている。

【取組み内容】

事例A 94歳 女性 入所後に転倒骨折し心身機能の低下を認めた。帰宅願望が強くその都度対応するが、不穏が強くなると立ち上がろうとされ転倒リスクが高い。本人もどこにいったらいいのかわからない様子で、感情失禁も認められ食事の拒否もあったため、薬の投与が開始されたが、なかなか落ち着かれず薬の調整難しく入眠強い日もあった。不穏の無いときにはしっかり会話されたり、本を読んだり計算問題も得意な様子が見られたため、本人のできることに着目した結果、手先の器用さ、計算問題の得意さを発見し洗濯ばさみを利用したものや、ペットボトルのキャップを利用したパズルなど、本人のできることに合わせた作業をやっていただくことで、精神の安定をはかれるようになって不穏行動も徐々に落ち着きをみせた。

【成果】

職員の意識の変化があり、本人の不穏状態だけに注目するのではなく、自分たちができるケアを考えていくという視点が強くなり、本人と一緒に作業レクを重ねていくうちに、利用者の細かいサインから何ができるのか、という意識に変わり、職員への自信へと繋

がっている。利用者の不穏だけに注目し薬に頼るばかりではなく、自分たちがアプローチすることで薬以上の効果が得られることを学ぶことができた。また、対象者が入居しているユニットが中心となりケアを行っていたが、フロア全体に意識の広がりを感じることができた

【課題】

作業レクの面では、いろいろな方法やツールを使ってみたが十分とは言えず知識不足や用具不足を感じた。他部署や他ユニットなどへの情報共有、なにより、ユニット間での情報共有に手間取る事があった。ケース記録に細かい記述を記載するなど充実させる必要がある。

【まとめ】

認知症ケアの基本の中に「かかわるケア」「興味関心を探るケア」「気分転換のケア」とあるが、不穏行動が大変だからと自分たちの基本を振り返ることなく薬に頼るのばかりではなく、一度ケアの基本に戻ることによって利用者の本来の姿を取り戻す事ができたのではないかと考える。

はなぞの理念「ゆったりとした時の流れでありのままに自分らしく暮らせる場所」は対象者のことを良く知ることによってその人らしさを発見することができる。そしてその人らしく、ありのままに表現し生活して頂く。今後も常にその人らしく、ありのままの姿を大切に基本のケアを追及したい。

（引用文献）

寄り添うケアとは何か グループホームきなっせ
認知症になるとなぜ「不可解な行動」をとるのか
加藤伸司

新しい介護レク導入の取り組み ～導入後のアンケート結果と現状報告～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 グリーンビュー希望ヶ丘
発表者：内藤清人
馬場明美 高尾寧々 加藤裕幸

【はじめに】

当施設では新しく介護レクツール（おとなの学校メソッド、以下メソッド）を導入しサービスの向上に努めている。導入後6 ヶ月が経過し、アンケート調査を実施したのでその結果と運営状況について報告する。

【導入の経緯】

当施設は療養棟3フロアーを有し、それぞれに介護レクを企画し実施している。それに関わる手間や頻度にばらつきがあり、担当スタッフの業務負担、内容のマンネリ化などが課題となっていた。その解決策としてメソッドを検討し導入した。

【メソッドの特徴】

- ・学校の授業形式による集団レクレーション
- ・科目別の専用テキストを使用した授業
- ・1授業あたり約40～50分

先生役のスタッフがテキストに添って授業を進行、参加者にも役割分担を持たせコミュニケーションを図りながら授業を展開していくスタイル。

【主な導入目的】

- ・介護レクの頻度、内容、質の向上を図る
- ・介護レクに関わる企画、準備の負担軽減
- ・スタッフの介護レクのスキルアップ

【導入までの作業状況】

- ・メソッド説明会参加、導入施設視察
- ・メソッド施設スタッフによるデモンストラレーション開催
- ・運営委員会設置と施設内導入研修の実施
- ・平成29年7月導入開始～12月アンケート実施

【アンケート内容】

以下、①～⑥を選択形式、⑦を自由記載とした。

- ①介護レクの開催頻度についての意見
- ②介護レクの質についての意見
- ③業務負担軽減につながっているかの意見
- ④スタッフのスキルアップについての意見
- ⑤今後の介護レク継続活用についての意見
- ⑥導入した介護レクへの満足度についての意見
- ⑦その他、意見の自由記載

【アンケート結果と現状】

新たに導入した介護レクは、改善指摘があるものの概ね好意的な意見が聞かれた。開催頻度は、各フロアーで毎日開催されており、共通ツールの活用で質の面でも均等化が図れていた。業務負担については、60%以上が企画から準備の手間は改善と回答。入所者のほとんどが参加され、その間、担当以外のスタッフは他の業務遂行時間とし業務改善している。今後の継続活用の意向は81%と高く、自信のスキルアップも感じており、メソッド活用の満足度は高かった。

【まとめ】

新たにメソッドを導入し、施設に合わせた展開で定着している。改善点として、介護レク参加者が増加した半面、すべての利用者に適応しているとは思わないとする意見やスタッフのスキルによってその場の展開や効果が左右されるとの意見が聞かれた。全体ではメソッドの満足度も高く介護負担軽減にもつながり導入目的はクリアした。今後もスキルアップを図り積極的な活用を進めていきたい。

通所リハビリ大規模事業所での 自立を支援する環境づくりへの取り組み

施設名：大分県 介護老人保健施設 大分豊寿苑
発表者：甲斐若菜
田島景介 安部沙貴子 後藤りさ

【はじめに】

大分豊寿苑通所リハビリは、老健併設の定員120名（短時間定員20名）・平均利用者数80名（H30.1）の大規模事業所として運営している。

その為、数多くの利用者に対して、個々の生活を見据えニーズに応じたサービスの提供が求められる。さらに自立支援「活動と参加」と中重度者へのリハビリマネジメントを行い、利用者が地域で生活を送る為のより効果的なりハビリを実現することが重要となるため、リハビリ会議が機能し通所リハの取り組み全体へ反映させることが求められる。

【取り組み】

平成27年度介護報酬改定時に、通所リハにおいてリハマネ加算Ⅱが新設された。医師との連携がネックとなり、主な算定要件として会議を開催しリハビリの内容や目標を本人、家族とそれに関わる職種間で共有することなどが挙げられる。

リハマネ加算Ⅱの提供体制として、リハビリ会議の開催、利用者の目的・身体状態に合わせたユニット編成を行った。リハ会議を通じて利用者自ら行動し、目標に向けての利用と長期継続利用から循環のある利用の提案（サービスの卒業・移行）を行い、意識付けに取り組んだ。通所リハに関わる介護、リハビリ、相談員などの職員にはユニット会議や研修で意識の浸透を行った。そして何よりもまず、本人と家族の同意とプランを作成するケアマネの理解が必要な為、内覧会やパンフレットの一新を行った。

【結果】

リハマネⅡ算定率 H28.7 6.3%

H29.1 40.8%
社会参加支援加算の算定 20件

【考察・結論】

リハ会議を開催した効果として、①利用者にとって目標を明確化し、地域でやりたい事を実現する為の重要な手段となり、ケアマネとの連携やリハビリの質の向上に繋がった。②また、多職種の視点でケア方法を共有する機会を増やすことができた。③各ユニットが特徴を活かしたアイデアで、利用ニーズに合ったりハビリ環境を提供することができた。

また、大規模事業所だからできることとして、①在宅強化型老健の運営を行うにあたり、在宅復帰にて生活を維持する為の役割を果たすことができ、②PT、OT、STなどのリハビリ専門職だけでなく、管理栄養士や歯科衛生士の配置により個別リハビリの充実が行え、総合的なケアが可能となる。③設備環境の充実により医療ニーズのある重度者の受け皿としての役割も果たし、④2-3時間、4-6時間、6-8時間と3通りの利用時間の形態により、ニーズに応じて対応ができる。⑤リハビリのみ希望する方への対応として、医療保険から介護保険へのリハビリの移行を円滑にし、利用目的に沿ったりハビリを継ぎ目なく受け入れることができる。

今後も「活動と参加」の視点で、より多くの地域の利用者に関わることができると期待される大規模事業所として、地域の在宅生活の支援と医療・介護を繋ぐ拠点として取り組んでいく。

化粧療法への取り組み ～導入後の現状と課題～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 グリーンビュー希望ヶ丘
発表者：堤彩子
馬場香菜子 秋山友恵 加藤裕幸

(介護福祉士) 堤 彩子 馬場香菜子
秋山友恵
(理学療法士) 加藤裕幸

【はじめに】

「化粧療法」とは、スキンケアや化粧を行う動作を通じて、運動機能の維持・向上や、認知症、抑うつ予防が期待出来る療法として広く導入されている。当施設でも資生堂ライフクオリティー事業部の協力により導入しており「化粧を用いたかわり」を積極的に実施することで、利用者のQOL向上に取り組んでいる。その現状と課題について報告する。

【化粧療法実施目的】

- 1) 化粧療法についての知識、技術の習得
- 2) 化粧療法による利用者のQOL、意欲の向上
- 3) 化粧療法の取り組みの効果の検証

【年間実施状況】

- ・教室自主開催（月1回）、資生堂主催（年3回）
- ・資生堂化粧療法基礎研修受講
- ・資生堂認定化粧セラピスト認定試験
- ・化粧療法関連のスキルアップ研修会（年2回）
- ・資生堂による接遇マナーアップ研修会（年1回）

【経過と現状】

1) について、資生堂講師による開催から自主開催主体へと移行し、定期的な研修会（化粧療法に関連したスキンケア、ハンドケア）も開催し新たなスキル習得にも努めている。また、資生堂認定化粧セラピストの認定資格取得（現在5名取得）を目標とし、知識技術

向上を図っている。

2) について、化粧する楽しさを実感して頂けるよう10名程度の小グループで1教室当たり50分程度を目安として開催。参加は自由とし自主的に参加していただけるような環境作りに配慮している。見学に集まる方、化粧品に手を伸ばされる方の「ちょっとやってみようかな」と言う行動を見逃さない事で、プログラムの途中からでも積極的に参加につなげている。それにより定期的な参加につながる方も少なくない。

3) については、離床しての座位の姿勢保持や化粧道具を使って動くことによる軽運動効果、複数の化粧用具を用い手順を踏まえた複合動作などを、会話や香りを楽しみながら、自発的な心身活動と交流の機会となっており、日頃の身だしなみへつながる効果も見られている。

【まとめ・課題】

導入時と比較し、当施設らしい化粧教室が行えている。施設の特徴として位置付けができたことで、介護職員の役割、スキルアップ意識、QOLの視点の向上につながっている。定期開催により、日々の身だしなみ、整容、更衣動作の向上につながっている。今後の課題としては、化粧療法の運動効果やADL・QOL改善の効果などについて、数値的な指標を用いて改善度を確認していく必要があると考えている。また、化粧自体が女性利用者限定されるため、男性利用者に向けた身だしなみや化粧にスキンケアなどの展開が今後の課題としている。

5月25日(金)

9:30 ~ 10:40

第2会場/大会議室1(5階)

第9分科会

在宅支援・地域支援

座長/柿本 智治(鹿児島県)

演 題	施設名	発表者
コ9-2-① 他施設との介助法の統一に向けて ～FIMを用いた検討～	福岡県 介護老人保健施設 水郷苑	高田奈津美
コ9-2-② 転倒回数が減少した事で活動性が向上した症例 ～脳卒中後の在宅生活支援～	熊本県 介護老人保健施設 八祥苑	山田祐理子
コ9-2-③ ～灯りが紡ぐ地域の和～	福岡県 介護老人保健施設 舞風台	山口 誓子
コ9-2-④ 認知症に対する訪問リハビリでの関わり ～住み慣れた地域で暮らしていくために～	長崎県 介護老人保健施設 恵仁荘	鶴 智美
コ9-2-⑤ 介護予防訪問リハビリ終了に関する調査から得られた課題 ～チームで目指す社会参加に向けて～	福岡県 介護老人保健施設 博愛苑	内賀香保里
コ9-2-⑥ 介護・健康出前講座の取り組み	福岡県 久留米総合病院附属 介護老人保健施設	小鍋 敦志
コ9-2-⑦ トランポリンで地域貢献!! ～ケアトランポリンを使用した体操教室参加者の反応～	福岡県 介護老人保健施設 サンビレッツ朝日ヶ丘	大工堅太郎
コ9-2-⑧ みんなで紡ごう!地域包括ケアシステム	長崎県 介護老人保健施設 コスモスガーデン桜の里	下玉利郁美

他施設との介助法の統一に向けて ～ FIMを用いた検討～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 水郷苑
 発表者：高田奈津美
 白鳥寿典 秋山美穂 木村建一
 居石晴美 大田明英

【はじめに】

複数の通所施設の利用者において、同じ利用者でも施設間の介助の程度や方法にしばしば違いがあると言われる。この施設間の差異はできる限りなくして介助法等を統一することが望ましいが、このことに着目した研究はこれまでに殆ど報告されていない。日常生活動作(ADL)の客観的指標としては、機能的自立度評価表(FIM)が良く用いられており、FIM指標項目の中でできるADLとしているADLとの差をなくす取組みも報告されている(白石ら, 2004)。今回は、複数施設の利用者1例において各施設のFIMを比較し、施設間でのADL評価や介助法を統一するための取組について検討した。

【事例紹介】

82歳, 男性, 要介護1, 疾患名: 胆のう癌, 第2腰椎圧迫骨折, 腰部脊柱管狭窄症, 高血圧症, 糖尿病, 胃全摘 生活環境: 独居

【初回評価】

2016年3月当・施設FIM: 120/126(トイレ動作: 下衣動作自立, 移動: 短距離はT杖, 入浴: 洗髪のみ介助, 更衣: 手直しのみ)・併用施設FIM: 110/126(トイレ動作: 下衣動作介助, 移動: 短距離はシルバーカー, 入浴: 洗身・洗髪介助 更衣: 介助)

【経過】

①当施設利用後, 終礼時ミーティングを実施した。②その後月に1度施設間での話し合い又は電話での意見交換を行った。
 2016年3月: 杖歩行 FIM: 120/126, 9月: 自宅で転倒 FIM: 89/126, 10月: 下肢痛あり車椅子使用

【再評価】

2016年10月・当施設 FIM: 86/126(トイレ動作: 臀部離床・下衣動作介助, 移動: シルバーカー介助, 入浴: 洗身・洗髪介助 更衣: 一部介助)・併用施設FIM: 86/126(トイレ動作: 臀部離床・下衣動作介助, 移動: シルバーカー介助, 入浴: 洗身・洗髪介助 更衣: 一部介助)

【考察】

この事例では, 7ヵ月後の再評価時には, 途中で転倒した影響もあり, 初回時より全身状態は低下して介助量も増加していたが, この間に施設間の情報を共有したことで, 施設間のFIM得点の差をなくすことができ, 介助法を統一することができたと思われる。白石らは, 可能なADLを実施できる環境設定が重要であると述べており, 対応するすべての施設間で実際に可能なADLについての情報を共有し, 最適な介助法に関する定期的な共同検討を行うことが大切であると思われる。

【まとめ】

複数の通所施設を利用する利用者において, 正確な身体機能に関する情報を各施設の介助・リハビリ職員で共有することが大事であり, それにより統一された最適な介助法を行うことができると考えられる。

転倒回数が減少した事で活動性が向上した症例 ～脳卒中後の在宅生活支援～

施設名：熊本県 介護老人保健施設 八祥苑
発表者：山田祐理子

【はじめに】

今回、回復期病院から退院後自宅での転倒が頻回にあった症例に対し、訪問リハビリ(以下、訪問リハ)を行う機会を得た。訪問リハ開始後、転倒回数が減少した事で、活動性が向上したので報告する。

【事例紹介】

氏名: A氏(80歳代女性) 要介護3

現病歴:アテローム血栓性脳梗塞,右片麻痺,骨粗鬆症,両変形性膝関節症,右肩関節周囲炎.長男夫婦と3人暮らし(主介護者は長男).本人はきれい好き.病前は家事全般実施.趣味は,手芸.

【経過】

平成27年7月1日より訪問リハ開始.

【評価】

Brunnstrom's Motor Recovery Test:Ⅲ-Ⅲ-Ⅳ
Barthel Index(以下,BI)65/100点
Functional Independence Measure(以下,FIM)102/126点
左下肢筋力低下:16.8kg,体幹筋力低下
両膝・両足関節可動域制限
片脚立位バランス(四点杖使用):右10.9秒,左22.2秒
自宅内は四点杖自立(歩行距離約10m).
長谷川式認知症スケール25/30点.
転倒の原因:右下肢支持性低下,左下肢・体幹筋力低下,可動域制限,バランス能力低下,環境面の問題,本人の性格.

【介入内容】

転倒の原因を身体機能面,活動面,環境面,個人因子に分けてアプローチを行った.

頻度:週2回,時間:1回40分

身体機能面:右下肢の支持性を高める運動,左上下肢・体幹筋力強化,バランス練習,可動域練習,自主練習指導

活動面:基本動作練習,歩行練習,応用歩行・応用動作練習

環境面:頻回に躓いていたカーペットを取って頂く,回転椅子での起立・着座時の動作指導
個人因子:お一人で過ごしている時に動かれる為,必要な動作練習を実施

【結果】

訪問リハ開始前後でのBI及びFIMに大きな変化は無かった。身体機能面では、左肢筋力が左18.0kgに向上した。また、片脚立位バランスも右13.3秒,左50.8秒へと向上が見られた。また、活動面と環境面に対してもアプローチした事で、訪問リハ開始前は自宅内での転倒が月に2回～3回あったが、訪問リハ開始後では転倒回数は年1回～2回に減少した。

転倒回数が減った事で動く事に対して自信が付いてこられ、「掃除をしたい」、「手芸をしたい」といった発言が聞かれるようになった。

【考察】

鈴木は、転倒による外傷の有無に関係なく、転倒経験そのものがその後の自信喪失や歩行時の不安等を引き起こし、日常の活動性の低下、活動範囲の制限を生じやすくなる事が問題であると述べている。

本症例も、転倒の経験が自信の喪失、歩行・活動時の不安に繋がり、日常の活動性低下、活動範囲の制限に繋がっていた。しかし、訪問リハを開始しご本人の生活スタイルを評価し、必要な動作練習をしたり環境を整えたりする中で転倒が減少した。転倒が減った事で、動く事への不安が軽減し、さらに活動意欲が高まってきたのではないかと考えた。

～灯りが紡ぐ地域の和～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 舞風台
 発表者：山口誓子
 北嶋美智子

【はじめに】

本法人は『利用者さまのため ご家族のためそして地域のために』を基本理念とし、老健・舞風台として今後どのような地域貢献ができるかについて検討した。それは舞風台が地域に存在していることを認知して頂き、地域住民が舞風台へ足を運ぶ機会を増やして頂く試みでもあった。

その取り組みの一つとして、平成27年11月1日、第1回『舞風台～竹灯ろうの夕べ～』を行い今年度で3回目の実施を終えた。竹を使用した灯ろうをメインとした取り組みの理由として、水原地区、舞風台は多くの緑に囲まれており、山を所有する地域住民も多い。山を維持していくためには定期的に竹を管理していく必要があり、舞風台として地域の里山を守る活動のお手伝いができるのではないかと考えたからである。今回は開催における地域住民・地域拠点や行政との連携を中心に開催報告を行いたい。

【開催への準備】

毎年8月頃から実行委員会を発足し具体的な展示や祭りの内容の検討を行った。メンバーは他職種にて構成し、週1回会議の開催。祭りを通して、どうしたら地域との関わりを強化していけるかを念頭に検討を行った。取り組み

- ・馬場区行政区長へ開催の意図や参加協力の相談を行う。
- ・区長より地域住民へ祭りへの協力、主には竹の提供の呼びかけを行って頂く。
- ・近隣保育園3か所へ展示物協力依頼⇒園児手作りの作品展示することにより、祭り当日園児保護者の参加が見込める。
- ・役場へも開催の旨を伝え、広報面において協力を依頼する⇒役場内ポスター掲示等。
- ・広川町消防団・地域ボランティアの協力依

頼を行う。

- ・バザー開催⇒地域住民の参加促進。売り上げ金を協力保育園へ寄付。

【開催実績】

第3回舞風台～竹灯ろうの夕べ～数値実績は以下のとおりである。

- ・竹灯ろう設置数約5000本
- ・絵灯ろう設置数100体（園児作成）
- ・参加者数約500名
- ・取材件数1件（広川町）
- ・打ち上げ花火
- ・地域住民による演奏会、ダンスなど。

竹の提供は祭りのコンセプトを理解して頂いた区長や、近隣住民より提供。また、地域の竹細工職人による販売会、栄養科による屋台出店等、地域の協力もあり祭りは盛り上がった。

【おわりに】

今回の祭りを通して、地域住民に舞風台を認知して頂き、また舞風台に足を運んで頂く良い機会となった。しかし、今回の行事は地域貢献の第一歩であり、今後、舞風台の祭りを定例化し、地域交流・地域貢献が活性化していくための仕掛け作りを継続していくことが、舞風台キャンパスの1つの使命であることを再認識した。

認知症に対する訪問リハビリでの関わり ～住み慣れた地域で暮らしていくために～

施設名：長崎県 介護老人保健施設恵仁荘
発表者：鶴智美
岩岡菜津子

【はじめに】

今回、訪問リハビリテーションで認知症が疑われる方に対し、ケアマネジャー（以下CM）と連携し認知症専門医（以下専門医）の早期受診に繋げ、在宅生活継続を目指した取組みを行った為、今後の課題を含め以下に報告する。

【症例紹介】

A氏、女性、80歳代、要支援2.息子と二人暮らしだが主介護者は別居の長女、趣味は畑仕事、近隣住民との関係良好、HDS-R16/30点。認知症が疑われる症状として、見当識低下と記憶力低下による同じ話の繰り返し、独語、介護者に対する強い口調があり、表情が陰しくなる様子がみられた。また、生活場面では飲水不足があるも長時間畑仕事を行う為、熱中症が心配されていた。H29年5月玄関先で転倒し、長女と脳外科受診、脳萎縮が認められ地域包括支援センターへ相談。専門医へは、家族が躊躇しており未受診であった。A氏の要望は在宅で生活していくことと畑仕事の継続で、家族もそれを望んでいたが今後の生活に不安を感じていた。

【アプローチ】

はじめに、認知機能と生活状況の評価や環境調整を実施。家族に対しては、専門医への早期受診の必要性を説明し、CMを中心に医療機関と連携し受診を勧めた。日時の見当識低下に対しては日めくりカレンダーを作成し、畑での熱中症対策には水筒の持参とA氏が好んでいた塩飴の持参を促した。また、家族に地域でA氏を気にかけてもらうといった地域力（サポート力）の必要性を訴え、家族が近隣の方へ認知症状の説明と見守り等の協力を求めた。主介護者との情報共有には連絡ノートを導入し、生活面での変化や課題を報

告・相談し合えるようにした。

【結果】

専門医への受診でアルツハイマー型認知症の診断が付き服薬が開始された。三女の協力もあり服用が定着し、独語の軽減や精神の安定が図れた。生活面では日時に対する意識が向上し、日めくりカレンダーでの確認が増え、熱中症対策においても畑への水筒と塩飴持参が見られるようになった。また、近隣の方からは畑仕事中のA氏への声掛けも増え、安否確認の為のA氏宅訪問の協力も得られるようになった。更に、家族との連絡ノートにより、様々な事柄にスムーズに対応できるようになった。

【考察】

認知症は早期受診が重要で、本症例では初期の段階で治療が開始できたことが服用の定着に繋がったと思われる。また、OTという専門的な視点で評価がなされたことで、A氏の生活パターンや性格・嗜好・環境に合わせた対策ができ、生活機能の改善に繋がったと思われる。

地域力に関しては、地域交流の特性を活かし、A氏と近隣の方との橋渡し役になれたことが地域のサポート体制構築に繋がったと考えられる。今後の課題としては、認知機能低下に伴う周辺症状の出現防止と、デイサービスなどの社会参加への移行である。今後も出来るだけ長く地域の中で家族と穏やかにA氏らしく在宅生活が続けられるようサポートしていきたい。

介護予防訪問リハビリ終了に関する調査から得られた課題 ～チームで目指す社会参加に向けて～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 博愛苑
発表者：内賀香保里
松田成人

【はじめに】

平成30年の介護保険改定では、介護予防訪問リハビリテーションにおいてもリハビリテーションマネジメント加算が創設されると言われており、要支援者も通所サービスへの移行等の社会参加を見据えた介入が必要である。先行研究では、要介護者の訪問リハビリ終了に関する報告はされているが、要支援者の訪問リハビリ終了に関する報告はほとんどない。そこで、要支援者の訪問リハビリ終了理由について調査したのでここに報告する。

【方法】

対象は、H29.1～H29.12に当苑の訪問リハビリを利用していた要支援の方うち、死亡、入院、入所で終了した方を除いた9名とした。訪問リハビリ終了群と訪問リハビリ継続群に分け、年齢、介護度、ADLを比較した。また、ADLはFIMを用いて評価した。

【結果】

訪問リハビリ終了群は4名で、そのうち訪問リハビリ終了理由は目標達成が2名、通所系サービスへの移行が2名であった。一方、訪問リハビリ継続群は5名であった。年齢は、訪問リハビリ終了群83.2±4.8歳、訪問リハビリ継続群82.6±7.7歳、要介護度はどちらも1.8、FIMは、訪問リハビリ終了群113.5、訪問リハビリ継続群120.2と、訪問リハビリ終了群と訪問リハビリ継続群で大きな差はみられなかった。

【考察】

以上の結果から、要支援者においては年齢、介護度、ADL以外に訪問リハビリ終了が難しい要因があると考えられる。訪問リハビリ継続群が訪問リハビリを終了できない理由として、訪問リハビリの利用目的が明確でないこと、長期利用者は訪問リハビリを終了することに不安があるこ

となどが考えられる。厚生労働省の報告によると、社会参加支援加算の届け出をしていない理由として、「利用者のリハビリテーションのゴールが社会参加になっていない」「利用者のADL、IADLの向上が進まず通所介護等に移行できない」等が挙げられていることから、目標の明確化が重要であると考えられる。「心身機能の向上」「転倒予防」など目標が抽象的だと、目標達成の基準がわからない。どの機能をいつまでにどれくらい向上し、その結果何ができるようになりたいのかを具体的に設定する必要がある。達成可能な目標を設定するには、心身機能だけでなく個人因子や環境因子などを含めて全体像を把握し予後を予測することが重要である。訪問リハビリを円滑に終了するには、開始時に目標を明確にすることに加えて、目標は期間を決めて更新していくこと、目標が達成すれば終了することもあること、終了後も必要があれば再開できることを説明することが重要である。また、ご利用者とともに設定した訪問リハビリの目標を、ご家族やケアマネジャーや他のサービス提供事業所とも共有するなど、情報交換を密に行い情報共有することが必要である。目標を共有するために、明確な目標を記入したシート等を作成し、担当者会議などで視覚的に提示していくとよいのではないかと考える。

介護・健康出前講座の取り組み

施設名：福岡県 1 久留米総合病院附属介護老人保健施設
2 久留米総合病院附属居宅介護支援センター

発表者：小鍋敦志¹
山田孝典² 佐藤郷子¹ 永田博明¹
林田智史¹ 田中眞紀

【はじめに】

当施設では平成8年に久留米市より在宅介護支援センターの委託運営を皮切りに地域での介護出前講座の依頼を受けてきた。平成18年度の地域包括支援センターの設置に伴い一旦その役割を移譲した。しかし、引き続き講座の問い合わせの依頼が相次ぎ、実施してほしいとの声が多く寄せられたため、平成21年度より介護・健康出前講座として再開した。それからの9年間の取り組みと現状を報告する。

【活動方法と実績】

介護・健康出前講座を企画するにあたり支援相談員と居宅支援事業所の介護支援専門員がコーディネーターとなり地域の方々が求めていると思われる医療・介護など15ほどの講演テーマを用意した。その講演内容に応じて医師・看護師・介護支援専門員・介護福祉士・管理栄養士・理学療法士・作業療法士・社会福祉士が資料作成から講演を行うこととした。広報方法としてリーフレットを作成し、久留米市内27か所のコミュニティセンターに対して出前講座の広報活動を行い、年間の開催目標を10回に設定した。その結果、平成21年度より平成29年1月までの実績は総計100回、年間平均11回となり市内コミュニティセンター27か所中22か所の地域で出前講座を開催することができた。地域にそれぞれの専門職が出向き身近にかつ無償で聴講できるとあって好評を得ており、繰り返し講座開催の依頼を受けている。

【アンケートの実施】

これまで講演テーマについては当施設が一般市民に必要と思われるものを一方的に示してきた。しかし時代は絶えず変化しており出前講座に対するニーズもこれに対応する必要

がある。そこで地域のニーズを引き出すため参加者に対してアンケートを実施することとした。その結果、医療と介護の両方に興味があること、特に介護保険のしくみ、認知症への関心、高齢者特有の疾患への不安等に興味があることが判明した。

【まとめ】

今後も健康・介護出前講座を継続するためには現状を維持するのはもちろんのこと、アンケートの結果で得た新たなテーマに取り組んでいくことが求められる。しかしながら出前講座を開催するにあたっては、各スタッフに多忙な業務の合間を縫って依頼することになるため対応できるスタッフに偏りが生じる事、そのため依頼者側の希望に沿えない場合がある事などコーディネーターの調整には苦労も多い。しかし、老健の理念には地域貢献が明確に打ち出されている。その使命を果たすべく「地域における医療と介護の啓蒙活動の貢献」を続けるためには顔と顔の見える関係を構築し、受け身の姿勢ではなく絶えず地域に出向き、介護ニーズを引き出し、それに応える医療と介護の出前講座が必要であることを改めて認識できた。

トランポリンで地域貢献！！

～ケアトランポリンを使用した体操教室参加者の反応～

施設名：福岡県 介護老人保健施設サンビレッヂ朝日ヶ丘
 発表者：大工堅太郎
 倉富大彰

【はじめに】

平成29年5月より町に委託されている介護予防事業として生き生き体操教室(以下教室)を開始した。脳トレ、口腔体操、ストレッチにケアトランポリン(以下AT)を取り入れたプログラム(1時間)を月4回開催している。今回、ATを利用した運動介入が参加者の心理・身体面に与える効果を把握し内容の見直しを行い、より良い教室の継続を目的に調査を実施した。

【対象】

初回～平成30年1月にかけて継続してATを利用した運動介入を行っている高齢者13名(男性0人、女性13人うち90～95歳6人)

【方法】

アンケートを用いて調査を行い、主観的な回答を採用した。

【結果】

満足度

満足・やや満足・どちらでもない23%

身体に与える効果の理解度

理解38.4%、十分理解23%、どちらでもない7.6%

心境の変化

楽しくなった30.7%、変わらない30.7%

今後も続けたいか

続けたい30.7%、どちらでもない23%、少しやめたい7.6%

疲労感の程度

普通38.4%、きつい・ややきつい15.3%、楽7.6%

身体への効果

感じる38.4%、どちらでもない23%

日常生活の動作が楽になったか

変わらない38.4%、楽になった・やや楽に

なった15.3%

【考察】

ATは、姿勢保持、認知機能改善・予防、心肺機能向上等に期待でき、効果的な運動を楽しみながら提供する目的で導入した。利用当初は、連続30秒程の跳躍時間で疲労感があり、難色を示す方もみられた。現在は、ATの理解度も高まり、ほとんどの参加者が各跳躍項目を連続1分間ずつ実施し、跳躍動作の向上も確認できる。しかし、調査結果から心理・身体面への影響は肯定的な回答と同等に中立的な回答が目立ち、満足度の不十分さが示唆される。要因として、身体的変化を感じる場面がなく達成感が得られにくいこと、継続した項目に慣れ、AT利用への意欲低下が考えられる。徳力らは高齢者の運動継続意識に影響する要因は、運動実施段階で変化することが示され、各段階で運動を継続する上で評価と支援策を取り入れることが重要との報告がある。竹中らは、運動で心理的効果を得るには主観的運動強度や生理・生化学反応が直接影響を与えるのではなく、今行っていることをどう感じているかという認知的評価が重要との報告がある。今後の取り組みとして、運動の重要性やATが健康維持へ与える影響について正しい知識を持つ為の講義・指導の実施、跳躍時間・項目の記録の実施、定期的な身体機能・IADL・心理尺度の評価を実施する。また、意欲向上目的で音楽に合わせた跳躍や段階的な跳躍項目の追加を行い、集団で楽しみながら継続した参加ができる教室を構築したい。今後、ATを利用した教室を通して、地域を巻き込んだ健康増進への取り組みを拡大していき地域貢献に繋がるように日々前進していきたい。

みんなで紡ごう！地域包括ケアシステム

施設名：長崎県 介護老人保健施設 コスモスガーデン桜の里
 発表者：下玉利郁美
 入口初則 法村直樹 久松健二

【はじめに】

当法人は、昭和61年に開設された長崎新港診療所を母体に、医療・介護等の14事業を展開している。平成16年に開設した老健は、100床の加算型で、桜と菜の花が美しい風香る丘に在る。

【地域紹介】

西九州～長崎県の南部～長崎市の最北部に位置し海と山に囲まれている。エリア毎に、高齢化率、要支援・要介護認定率、医療・介護提供体制、地域コミュニティが大きく異なる。当老健の主な対象エリアは、地域包括支援センター：2ヶ所、多機関型包括支援センター：1ヶ所。人口：35507人、高齢化率：21～63%、医療機関：42カ所、老健：3施設、介護事業所：71箇所。

【地域への取り組み】

※施設を無料開放した「さくらの里健康づくり支援センター」※月に2回開催する「長崎市生涯元気事業すこやか運動教室」※高齢者の自主的な活動へセラピストの派遣※サロンの創設：今年度は2ヶ所開設※認知症サポーター養成講座へ講師役として参加※入所者や家族・地域住民・園児等が多数来場する秋祭り※地域内外の医療介護従事者向けにナイトセミナー（6回／年）※他職種連携、顔の見える関係づくりのためのランチミーティングやボーリング大会※将来構想として地域包括ケア推進法人をイメージした「自称ミニモデル事業」三重ポートケアネットワーク※長崎市在宅支援リハビリセンターとして5事業を展開※開かれたスポーツ環境及び文化の創造と革新を目指す企業とオフィシャルパートナー提携※フードバンクシステムとの連携等を行っている。

【老健内での取り組み】

※毎日1時間のフロアリハ：模擬空間ではなく生活の場でのリハビリテーションや作業活動※月に2回：赤星式の療育音楽で楽器演奏やリズム体操※月に1度『あゆみ』を開催し映画鑑賞しながらの焼芋・菓子・お酒等を楽しむ※美容福祉・美容セラピーの導入※チームケアを目指してグループ・スーパービジョン形式の事例検討会等々を行っている。

【考察】

地域包括ケアシステムの推進、自立支援・重度化防止に資する質の高いサービスの実現、平時からの医療介護連携促進、地域リハビリテーションの展開、急性期・回復期から生活期・維持期へのスライド、継続的・短期集中的リハビリテーションの実施、共生型サービスの推進等、老健の役割及び私たちに“今”できることを実践していきたい。

【まとめ】

心が安らぐ、住み慣れた地域で長く暮らしていけるように一人ひとりの生活に思いを馳せて支援したい。地域に資する老健として、虹の架け橋役として、真心のこもった奉仕を行い、みんなで素敵なヘルスケアチームの物語を紡いでいきたい。

5月25日(金)

9:30 ~ 10:40

第3会場 / 大会議室2 (5階)

第10分科会

認知症ケア関連②

座長 / 宮本 愛子 (宮崎県)

演 題	施設名	発表者
<p>コ10-2-①</p> <p>歩こうよ～みんなで楽しく歩こうよ～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 寿苑</p>	<p>秋原 知美</p>
<p>コ10-2-②</p> <p>認知症ケアOJTの意義と課題 ～意識調査を通してわかったこと～</p>	<p>鹿児島県 介護老人保健施設 サンセリテのがた</p>	<p>下ノ堀 愛</p>
<p>コ10-2-③</p> <p>「一人で自由に歩ける」ことの楽しさ ～その笑顔素敵だね～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 からぎステーション</p>	<p>近藤 美幸</p>
<p>コ10-2-④</p> <p>地域に帰る利用者へオレンジリングを ～十人十色の支えあい～</p>	<p>熊本県 天草中央総合病院附属 介護老人保健施設</p>	<p>金子 由紀</p>
<p>コ10-2-⑤</p> <p>看護・介護職員との協同実施による集団認知訓練を試みて</p>	<p>大分県 南海医療センター附属介護老人 保健施設リハビリテーション科</p>	<p>藏本 慎</p>
<p>コ10-2-⑥</p> <p>認知症周辺症状の軽減を目指す ～水分摂取に着目して～</p>	<p>鹿児島県 垂水市立介護老人保健施設 コスモス苑</p>	<p>今村江理香</p>
<p>コ10-2-⑦</p> <p>「歩き続ける」ことにトコトン付き合っ て～若年性アルツハイマー病の利用者と共に歩んだ9年～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 うぐいすの丘</p>	<p>松尾 由衣</p>
<p>コ10-2-⑧</p> <p>化粧品がもたらす認知症高齢者の「心模様」の変化 ～2事例を経験して見えたもの～</p>	<p>福岡県 老健センターながお</p>	<p>齋藤 奈緒</p>

歩こうよ ～みんなで楽しく歩こうよ～

施設名：福岡県 介護老人保健施設寿苑
発表者：秋原知美

発表者：秋原 知美（介護福祉士）

【はじめに】

当施設の認知症専門棟では、日中、2フロアに別れた食堂にて過ごしていただいている。各フロアにてレクリエーション（以下「レク」とする）を行っていたが、認知度や介護度の違いにより、まとまったレクを行う事が出来ていなかった。その為、座っている時間が長く筋力の低下や運動不足により体重が増加し活動量が減少してきていた。

そこで足腰強化の為に、全員で継続できるレクを実施することとした。

【期間】

平成29年2月～4月（3ヶ月間）

【対象者】

認知症の周辺症状が見られ体重増加が著しく筋力低下が見られるBMIは標準である男女2名とする。

【方法】

1日30分、音楽を流し、他者との交流を図りながら楽しく棟内を歩いていただく。（棟内1週は約250m）

月1回の体重測定と共に腹囲の測定も行い、関わりが増えたことによる心身の変化を観察する。

【結果】

A氏：最初の1ヶ月は休憩しながらだが、歩行器を使用し約2周スムーズに歩けた。2ヶ月目は2～3周と徐々に距離が伸びてきていたが、段々と休憩する回数が増え、すり足や膝折れが目立ってきた。3ヶ月目に入る

頃にはあまり足が上がり、歩行器に体重をかけ、歩かれるようになり、足の痛みも出てきた。歩行に対する意欲の低下、大声等が聞かれるようになり、立位困難となられる。

B氏：最初は衣類の収集などによる他者とのトラブルが多く、棟内歩行を促しても拒否される事があったが、音楽をかけて歩く事で、笑顔も見られるようになり、トラブルが減少した。又、自ら他者の車椅子を押して歩いたり、会話をしながら歩いたりされる等の変化が見られた。増加傾向にあった体重が減少する事はなかったが維持出来た。

【考察・まとめ】

今回の取り組みでは対象者であるA氏、B氏共に期待した結果は得られなかったが、歩けない方でも車椅子を自操して棟内を動かれたり、拒否が見られていた方でも促しにより歩かれたりするようになり、全体的に活動量が増えたように感じられる。今後も運動不足解消と入所者間の交流を目的として継続していきたい。

認知症ケアOJTの意義と課題 ～意識調査を通してわかったこと～

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設サンセリテのがた
発表者：下ノ堀愛
山口翔平

【はじめに】

当施設は認知症専門棟を有しており、認知症ケア委員会を中心に認知症ケアの実践に取り組んでいる。主な活動は施設内研修の開催、新入職者研修である。しかし、委員会が思うほど参加人数は増えず、認知症介護の質の差は参加頻度の差であると思っていた。だがこれまで、研修機会の提供が職員の認知症対応の理解向上や定着にどのように影響するのかは確認していなかった。そこで、新入職者研修を受講した職員を対象に意識調査を実施し、定例研修を含めた研修参加による理解度の変化を調べ、効果的な研修のあり方を考察した。

【調査内容・方法】

認知症の疾患理解やケアに関する調査票を作成し、自由記述形式で実施。

- ・対象：H26年4月1日～H28年5月31日の間に入職した職員20名。
- ・期間：H27年度、H28年度の新入職者研修の前後に実施。H29年（6～12ヵ月後）に準監視下で再実施。
- ・採点：評価できるものを2点、やや評価できるものを1点、無回答や評価できないものを0点、文章回答は7点を最高点として評価（総点62点）。
- ・比較：①研修前と後、研修後とH29年、②定例研修への参加頻度で3群に分けて群間比較、③各群で研修後とH29年を比較し、t検定を実施。

【結果】

- ①研修前平均点は38.9点、研修後は48.9点で有意差を認めた。H29年平均点は38.8点と研修前と変わらず、研修後の平均点との有意差を認めた。
- ②H29年の各平均点は2回以上参加群49.0

点、1回参加群37.4点、不参加群28.5点。各郡間は、2回以上参加群と1回参加群、1回参加群と不参加群でいずれも有意差は認めないが、2回以上参加群と不参加群で有意差を認めた。

③2回以上参加群は、研修後平均点は51.5点、H29年は49.0点で有意差は認めないが、2回以上研修に参加することの効果を確認できた。1回参加群は、研修後平均点は48.7点、H29年は37.4点で有意差を認めた。不参加群は、研修後平均点は46.1点、H29年は28.5点で有意差を認めた。

【考察・まとめ】

新入職者研修で理解は向上したが、半年～1年経てば研修をしていないのと変わらないことが分かった。定例研修の参加頻度では、研修に参加している群は理解定着していることが検定上確認できた。また、参加機会が少ない程、理解低下は顕著であり長期的にみると、1回の研修では理解の定着は困難であることが分かった。

新入職者研修のみでは知識定着は難しく、継続的に定例研修に参加する働きかけが必要である。その為に、研修テーマ別にカリキュラムを組むなどして選択研修制を導入し、定例会不参加群に対する別の対応方法を設定する必要もあると考える。また、調査結果を職員に示して定例研修の重要性を訴え、継続した研修機会を提供し、認知症ケアのスキルアップを図っていきたい。

「一人で自由に歩ける」ことの楽しさ ～その笑顔素敵だね～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 からざステーション
発表者：近藤美幸
野田博靖 原田知昌

【はじめに】

私たちは、介護老人保健施設という集団介護の中で、転倒やトラブルなどのリスクに対して敏感になり、利用者個々の機能向上に対して画一的になってしまいがちである。今回、当施設一般ケア棟で掲げている目標の一つである「その人らしい生活を提供する」をもとに“自身で自由に動ける”ことに着目した。車椅子使用の利用者が、棟内を自由に行動できるようになり、尚且つ精神状態が安定したことを報告する。

【事例紹介】

- ・氏名：A氏 91歳（女性）・要介護度：5（平成28年7月時点）
- ・病名：アルツハイマー型認知症・右大腿骨頸部骨折術後など
- ・障害老人日常生活自立度：A 2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ b

【研究期間】

平成28年7月から平成29年11月

【状況及び取組み】

- H28.7.4 入所後、帰宅要求・トイレ要求による急な立ち上がりが見られた。
声かけと車椅子による付き添いで移動し対応した。
- H28.7.19 帰宅要求・トイレ要求が多く、立ち上がり等も頻繁に見られた。
机にメッセージ入り付箋を貼り対応した。
- H28.10.14 足の痛みに対する訴えあり、帰宅要求や急な立ち上がり等は依然見られた。
ホワイトボードにメッセージを書くようにした。
- H29.4.6 痛み等の訴えなし、しかし、歩行動作に不安がある。帰宅要求は少なくなる。

支えられる距離で見守り。

- H29.7.21 痛みの等の訴えなし、歩行も安定してくる。座面センサー除去。帰宅要求さらに減る。
徐々に見守る距離を伸ばし、遠位見守り。

【結果】

A氏はこれまで同様に帰宅要求は持続しているものの、自立歩行により、制限されていたストレスが軽減し、精神の安定が見られ始めた。その為、現在は帰宅要求の頻回さも減少し、それまでの険しい

表情が穏やかになり、笑顔も多く見られるようになる。

【考察】

A氏は、歩行状態が改善し、行動範囲の拡大を図れたことで、それまで抱えていた不安や不満が少なからず解消するに至ったのではないだろうかと考える。また、自らの意思で自由に行動できるようになったことで、精神面も安定し、A氏本来の生活に近づけたのではと感じた。

【結論】

A氏とのコミュニケーションや他職種スタッフ・OTとの連携を図る事で、必要なケアや本人の不安解消への糸口が見つかり、更に自立歩行により行動範囲が広がれば、それだけで日々の生活に活気が出てくるのではないかと考える事が出来た。今後も入所者へどう関わりどんな事をしたいのか、何を必要としているかを考え、スタッフ間や他職種との連携、情報の共有を図って自立したその人らしい生活へ向けた取り組みを続けていきたい。

地域に帰る利用者へオレンジリングを ～十人十色の支えあい～

施設名：熊本県 天草中央総合病院附属介護老人保健施設
発表者：金子由紀
浦崎亜由美 若田美香

【はじめに】

当施設は100床の強化型老人保健施設である。認知症自立度Ⅲa以上を占める割合は41%である。『徘徊、幻覚、不安等』の周辺症状が利用者間のトラブルに繋がっている。トラブルの原因要素に利用者自身の認知症への理解不足があるのではないかと考え、認知症を知って頂く為に認知症サポーター養成講座を実施し受講者にオレンジリングを配布した。その結果、心境や認知症に対するイメージの変化が予想を上回った為その成果をここで報告する。

【対象】

対象者 16名
(認知度：正常～Ⅱb・介護度：要介護3以下)
期 間 平成29年9月～11月
方 法 認知症についての講習会実施
(1回30分～1時間以内)
1回目～認知症とは(紙芝居使用)
2回目～認知症の症状
3回目～認知症の人への接し方、予防の考え方
4回目～認知症サポーター養成講座
講習会前、講座後アンケート実施

【結果】

受講者に認知症についての講座前と後にアンケートを行った結果『認知症を知っていますか?』との問いに『はい』と答えた人が講習前は73.3%、講座後100%であった。又『認知症の方に対するイメージは?』に対し講習前は『発言できない人、徘徊がこわい』等のマイナスイメージから講座後『病気だから違う。できらすこともある』とのポジティブイメージに変化した。『利用者が在宅復帰後貢献できること』については『ごみだしや、認知症の方への話し相手、自宅に訪問し

安否確認を行いたい』との前向きな回答が得られた。

【考察】

認知症の周辺症状は、身体機能の低下を招くとともに周囲との関係性も悪化させ、社会生活を難しくする要因となる。周辺症状に対してのケアも必要であるが、同時に周囲の方が認知症の理解をする事が、社会生活を快適に過ごす事に繋がる。地域で暮らす高齢者はその機会が多くあるが、施設生活や外出も困難な高齢者はその機会がないに等しい。その機会を今回、老健で作ることで、受講者が認知症の方に対し「出来る事をしていきたい」「何か自分にも出来る」という自信になり、『支援される側』から『支援する側』への心境の変化が起こり、生活意欲や認知症予防に対する意識が高められた。

【まとめ】

受講者から『高齢者になり認知症は関心事である。』との感想を頂き、認知症関連のニュースを掲示し情報発信を続けている。在宅復帰される利用者の意識の変化は地域でも認知症の良き理解者となり、十人十色の支え合いのかたちが生まれる。この取り組みを継続し、老健から地域へオレンジリングを繋げていきたい。

看護・介護職員との協同実施による集団認知訓練を試みて

施設名：大分県 南海医療センター附属介護老人保健施設リハビリテーション科

発表者：藏本慎

富松満代 奈須野卓也 吉田慎司

高見知典

【はじめに】

当施設では認知症を起因とする転倒や生活動作の遂行困難に繋がるケースが増加しており認知症ケアチームを中心に認知症ケア（以下、ケア）に取り組んでいる。その中で看護・介護職員（以下、職員）に作業療法士（以下、OT）が知り得た情報を伝達し難く、故に1人1人に適した認知症ケアもできにくい状況があった。そこで、平成27年9月よりOTが単独で実施していた集団認知訓練（以下、訓練）を、職員と共同実施する方法を試みた。開始から約2年が経過し、その効果について考察を交えて報告する。

【訓練方法と内容】

週1回OTと職員（2人）で実施。5～8人の小集団で、参加者は認知症ケアチーム会で選定。内容は、見当識確認・歌唱・語想起・回想法・拮抗運動・リズム体操等。活動終了後、振り返りミーティングを行ない、訓練中に気づいた点を活動記録表に記入してもらった。

【効果判定と結果】

平成27年9月から平成29年9月までの活動記録表を集計・分析し、10月に訓練に関するアンケートを実施した。アンケートの結果、訓練に参加した職員の90%がケアに「活かしている」、10%が「分からない・実感がない」と回答した。活動記録表から、「良好な表情変化や活発な言動を発見でき、声かけ方法やタイミング、会話内容に配慮しながらコミュニケーションをとれるようになった」「レクリエーション等へ汎化できた」「より個別化したケアプランの立案が可能となった」との声が挙がった。一方、協同実施に対して疑問視する声もあった。

【考察】

訓練を協同実施したことで、利用者一人一人の認知能力の把握に繋がり、ケアの理解を深めた職員が増加した。生活場面ではみせない良好な言動や表情変化の「気づき」が日常会話に活かすことへ繋がったと考える。また、訓練に参加しゆっくりと利用者向き合う機会が生まれたことで職員が自身の言動を振り返り、利用者に対する関わり方を良い方向へ変えることに繋がったと考える。更に、認知機能の現有能力を把握できたことで、個別性のある認知症ケアプランの立案が行ない易くなったと考える。

一方、共同実施を疑問視する声は、「利用者への気づきを増やし良好な関わり方への幅を広げて欲しい」というOTの意図する目的とは食い違うところがあった。協同実施目的を十分に説明・伝達できていなかったと考える。

訓練の協同実施による成果をより高めていく為に、①訓練実施目的を丁寧に説明し理解を深める、②職員全体に浸透させる、③まだ参加できていない職員が参加できる方法を検討する、④認知症ケアチーム会を有効活用し職員全体に拡散することが必要だと考える。

訓練の協同実施が、ケアに対する意見交換や相談の場として確立し、施設全体のケアが底上げされることを期待する。職員の関わり方が変わることによって利用者の認知機能維持・改善に繋がり、笑顔で穏やかに生活が出来ることを目指していきたいと考える。

認知症周辺症状の軽減を目指す ～水分摂取に着目して～

施設名：鹿児島県 垂水市立介護老人保健施設コスモス苑
発表者：今村江理香
隈元摂子 野間口瑞紀 入佐健

【はじめに】

当病棟は17床の認知症を有する専門病棟である。私達は長い入所歴の中で徘徊や不眠などの周辺症状が持続する入所者に対して、「側に寄り添い言葉をかけ、付き添う」ケアを展開してきた。しかし、入所者の高齢化に伴い、前傾姿勢で汗をかきながら小走りする徘徊は、体力消耗や転倒リスクに繋がるといふ不利益が増大してきた。そこで、周辺症状の軽減に向け介護介入した事を報告する。

【事例紹介】

A氏92歳女性、認知症度Ⅳ、自立度A 2、介護度3、平成20年アルツハイマー型認知症発症。その後、高度の短期記憶障害、徘徊や介護への抵抗による介護困難を理由に平成25年苑入所となった。周辺症状として徘徊・暴言・粗暴・不眠がある。

【目的】

A氏の周辺症状の軽減を図る。

【研究方法】

研究期間：2017年8月1日～10月31日
研究方法：1.現状分析（関連図・ひもときシート）2.対策立案・実施3.評価1)万歩計による歩行距離測定2)体重測定3)睡眠時間測定

【倫理的配慮】

研究への参加において、入所者の不利益に繋がらない事、研究以外には使用しない事をご家族に説明し同意を得た。

【結果・考察】

周辺症状の現状分析において、「水分不足」「排尿パターンが確立されていない」「レクリエーション参加を促す必要性」「A氏と関わる

時間を増やす」について介入を行った。竹内考仁氏理論に基づき水分不足に着目し、1日1720mlを目標に平均1400mlの水分摂取が可能であった。その結果、時間排尿の援助によりトイレ排尿の割合が70%前後まで拡大した。また、介護者が側に寄り添う事で感情野における信頼関係を獲得し、A氏にとって安心できる存在になったと言える。歩行距離は打撲後の影響もあったが、8月と10月の比較では約半分に減り、体重も研究前の7月に比べ10月は0.9Kg増加し、体重減少を防止できた。睡眠時間も10時間前後を確保できるようになり、総合的にA氏の混乱や不安の緩和による周辺症状が軽減し、体力消耗の軽減に繋がったと推察する。

【結論】

1. 排泄意によるトイレ排泄の回数が増えた。
2. 集団レクリエーションに参加できるようになった。
3. 手を繋ぎ、職員に寄りかかり穏やかに座っている時間が増えた。
4. 歩行距離は10月が8月の約半分になり、体重減少しなかった。
5. 夜間10時間前後の継続的睡眠が確保できた。

以上の事よりA氏の周辺症状は軽減した。

【引用文献】

竹内考仁.認知症のケア.年友企画.2005. P134.135

【参考文献】

石川進.見直し認知症ケア・日総研.2016. P157
青野桂子.BPSDを悪化させないためのNGワード、態度、表情.日総研.2016.11・12月号.P7-12

「歩き続ける」ことにトコトン付き合っ ～若年性アルツハイマー病の利用者と共に歩んだ9年～

施設名：長崎県 介護老人保健施設うぐいすの丘

発表者：松尾由衣

橋本亜由美

福嶋加代子

山崎郁恵

福田多恵子

中澤和嘉

【はじめに】

若年性アルツハイマー病の利用者を受け入れ、歩き続けることにとことん付き合うことから始めて9年が経過した。症状の進行と共にADLの低下が顕著に表れているが、自宅や施設内を歩ける能力を維持して在宅生活を継続している。

【事例紹介】

A・K氏 69歳 男性 若年性アルツハイマー病

要介護5 自立度A2 認知度IV HDS-R5点

家族構成：妻、娘夫婦と4人暮らし

職業歴：自営業（経理）

生活歴：55歳頃話し方に違和感

57歳頃パソコンが壊れたと2、3台入れ替え、仕事も上手くいかなくなる。

58歳若年性アルツハイマー病の診断

59歳家族の見守りや助言に抵抗あり利用開始。

【利用開始状況】

要介護2

移動：独歩 外に出ていくので常に見守り

食事：常食 自立だが途中で席を立つことが多い

排泄：場所迷いなく自立

入浴：家族が見守り介助

意思疎通：言葉が出にくい表情豊かで冗談を言うなど会話可能

精神：妻を探し「家庭崩壊」「離婚」と言って興奮したり、職員の声かけに怒ることもあった。

活動：支援をすれば軽作業が30分程可能

睡眠：良眠

【歩行能力の経過】

・要介護2（利用開始～H21年4月）

頻回に外に出て行く行動を制限せず、夏の暑い日も冬の寒い日もいつでもいけるように対応した。本人が納得するまで1日トータル10km程歩くこともあった。

・要介護3（H21年5月～H23年4月）

歩き続けていたが5km程になった。平成22年頃から薬の影響からか身体の傾きや突進様歩行が出現。それでも歩こうとした為、時には2人介助で歩かせた。寒い時期は外に行く回数が減り1km程に短くなった。

・要介護4～5（H23年5月～、H25年5月～）

外に出る事が減り体力が低下してきた為、施設敷地内の散歩を継続した。躓くことや椅子が無い所に座ろうとするため、転倒リスクの見守りが必要になった。

【現在の状況】

移動：立ち上がりや手引きの介助

食事：常食 箸やスプーンを持ち自分で食べるように支援。時々ムセる。

排泄：全介助 表情や行動を見ながら2時間誘導。2日に1回排便調整。

入浴：全介助

意思疎通：ほとんど発語はないが、声かけに時々返事あり。

精神：周囲の声に笑ったり、「ワー」と大声を出したりする。

活動：座ってうたた寝をすることが多い。

睡眠：ベッド上で寝たり起きたりを繰り返し不眠の時もある。

【まとめ】

歩き続けて止められない利用者には初めは職員も戸惑ったが、行動を制限しない対応を施設全体の職員に協力を得ながら取り組んできた。これまで9年間、家族、ケアマネと情報交

換をしながら共に本人の行動に付き合い、とことん歩いてきたからこそ現在でも自宅や施設内を歩ける能力を維持できたと思われる。

現在は熱が出やすく、全身の健康管理が必要になっている。最期まで家族と共に生活できる事を目標に今後も多職種で支援していきたいと思う。

化粧がもたらす認知症高齢者の「心模様」の変化 ～2事例を経験して見えたもの～

施設名：福岡県 老健センターながお

発表者：齋藤奈緒

木村修治 佐藤圭 江島優子

濱田建男

【はじめに】

現在、当認知症専門棟(30床)の利用者のうち、女性は全体の約8割を占めているが、その中でも自身で化粧を行う方はわずか2名だけである。本来、女性にとって化粧とは自身を綺麗に見せるという目的のほか、外出する上での社会人としてのマナーでもある。そこで、今回入所により自ら化粧をすることがなくなった利用者に、化粧する機会を提供することで、どのような「心模様」の変化が生じたのか検討したので報告する。

【取り組み】

- 1)期間 平成29年9月5日～30日(計10回)
- 2)方法
 - ①2名の利用者を談話室へ誘導し、出来る限り自身で化粧を行ってもらう。できない所はスタッフにて行う。
 - ②各回で前後の様子をその日のメイク担当スタッフがメイク評価表に記入。
 - ③実施期間終了後にフロアの全スタッフ(他職種含む19名)へアンケートを実施。
 - ④実施期間終了後に、御家族へ化粧を行った事での変化や感想を聴取。

<事例1>

89歳 女性 要介護3
 老年期認知症Ⅲaレベル(HDS-R:14点)
 明るく話好きな性格、細かい作業もその都度声掛けをすれば自身で行う事ができる。

<事例2>

91歳 女性 要介護4
 老年期認知症Ⅲaレベル(HDS-R:8点)
 うつ傾向の性格で、昼間は傾眠傾向。
 生活動作全般は軽介助を要し、自発的な行動はほとんど見られない。

【結果と考察】

化粧による効果の評価方法として、当事者を観察式のスケールで前後の変化を見ること、日頃関わっているスタッフへのアンケート、家族への聞き取りなどを行った。

その結果、表情が明るくなった・活動的になった・スタッフや他利用者等、他者との関わりが増えた等、両者に共通して良い変化が見られた。また、もともと自発的なコミュニケーションを行うことがなかったB氏に、自発的な発語が見られるようになった。

これらのことから、化粧を行うことで施設(集団生活)という狭い社会の中ではあるが”自分の存在”を見出すことができ、生活の活性化に繋がったのではないかと考えた。

【おわりに】

もともと、認知症高齢者の方はコミュニケーション障害から、他者との関係性の中での自分の存在意義を見出すことが難しい状況にある。施設という狭い社会(集団生活)中で生活している利用者に対して、「食事」「排泄」「睡眠」等のように個人の欲求を満たす支援を行うだけでなく、社会における存在意義を見出せるような支援を行っていくことの必要性を感じ、「化粧」という行為がその支援の中の一つとして有効なものであると考えた。

5月25日(金)

9:30 ~ 10:40

第4会場 / 中会議室 (4階)

第11分科会

安全管理 (身体拘束・事故関連)

座長 / 東 誠一郎 (宮崎県)

演 題	施設名	発表者
<p>コ11-2-① 実技講習をやっていこう！！ ～事故報告会による意識向上への取り組み～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 久英荘</p>	<p>武内 早苗</p>
<p>コ11-2-② 転倒事故発生状況の分析と今後の課題 ～過去3年間の事故報告書の調査より～</p>	<p>熊本県 介護老人保健施設 リバーサイド御薬園</p>	<p>溝田真奈美</p>
<p>コ11-2-③ 食事の配膳間違い対策について</p>	<p>大分県 老人保健施設 六和会 センテナリアン</p>	<p>黒川 伸</p>
<p>コ11-2-④ 夜間火災に立ち向かえ！！ ～螺旋スロープでの避難訓練を行ってみて～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 ひらんど</p>	<p>山口 学</p>
<p>コ11-2-⑤ 内服管理改善の取り組み</p>	<p>宮崎県 宮崎市介護老人保健施設 さざんか苑</p>	<p>長峰 猛</p>

実技講習をやっつけていこう！！

～事故報告会による意識向上への取り組み～

施設名：福岡県 介護老人保健施設久英荘
発表者：武内早苗
大石ゆりや

【はじめに】

介護老人保健施設久英荘（以下当施設）では、他部署共同での事故対策委員会が設置されており、委員会での検討会及び全職員での事故報告会を月1回実施している。委員会では、事故減少に向けて職員一人一人の事故に対する意識の向上や再発防止に向けての介護技術の向上を目標に検討会を行っていたが、事故減少に至っていない現状がある。そこで今回、事故対策委員会の活動内容を見直し、職員の事故に対する意識の変化や向上を図った事を報告する。

【方法】

事前アンケート調査に基づき報告内容重視の事故検討会、実技講習メインの報告会へ変更。再アンケートによる意識変化調査

調査項目：①ひやりはっと、事故報告書の書き方、提出の方法について②掲示している事故、ひやりはっと書類の活用方法について③事故報告会の発表方法について

取り組み期間：H29年6月～H29年12月

【結果】

平成29年度6月～12月の事故件数、ひやりはっと件数は、月によってバラつきあるものの取り組み開始前後でほとんど変化は見られなかった。アンケート調査による意識調査では、業務時間内に書類報告が出来ていない状況に対して、提出期日を翌日に延長したり、記入方法を一部チェック式に変更することで提出しやすくなった。また、掲示しているひやりはっと・事故書類は、事故状況別に分けることでより見やすくなったり、新たに報告の多い事故への注意喚起をボード導入し実施した事で、ほとんどの職員が意識して報告書

を見るようになった。さらに、事故報告会においては、事故件数などの数値的な発表、口頭での注意喚起の方法から事故の多い状況や職員からの要望のあった起立介助方法、トロミ粉使用量を飲み物別に付き方を検証するなどの専門職による実技講習を積極的に取り入れたことで、日常ケアの再確認、疑問解決の機会となり、事故予防の対策に活用でき、職員の意識改革に繋がった。

【考察】

当施設では、事故対策委員会が設置されているにもかかわらず、検討会や報告会において、ひやりはっと件数、事故件数の数値的な視点を重視した報告を行ってきた。取り組み開始前後のアンケート調査での意識変化においては、介護技術講習などの職員からの要望を積極的に取り入れ実施したことで、事故への関心や意識の向上が伺えた。さらに、意見交換の場となったことから意識向上への取り組みに実技講習が有効であることの再認識を行うことができた。また、書類報告の方法を変更することで提出しやすい状況を作り、掲示方法の工夫によって類似の事故減少につながると期待できる結果となった。しかし、事故減少には至っておらず、今後も事故検討会・報告会では、ひやりはっと・事故報告書類の検証、職員の希望や状況に応じた実技講習等の研修内容を積極的に取り入れ、技術向上を図る機会を作り、意識向上、事故防止に繋げていきたい。

転倒事故発生状況の分析と今後の課題

ー過去3年間の事故報告書の調査よりー

施設名：熊本県 介護老人保健施設リバーサイド御薬園
発表者：溝田真奈美

高齢者ケアの現場では、転倒事故をゼロにするということは、かなり難しく永遠の課題とも言える。一方高齢者にとって、転倒事故はADLや生活機能の低下を招く大きなリスク要因でもある。

設運営、ケアの質の向上に役立てていきたい。

そのような中で、事故を未然にふさぐための対策も、利用者の心身の状態の変化や様々な環境の変化にあわせていく必要があり、現場の職員にとっては、判断に迷うことも多々あり、利用者の重度化や高齢化も伴い、近年かなり難しい現状になってきているのも事実である。そのなかであっても、少しでも転倒事故を予防し減少させることは施設運営上の重要な課題である。そのために、過去の転倒の状況を事故報告書より整理分析し検討することは大変重要であると考えている。

そこで今回、当施設における過去3年間の当施設での転倒の状況を事故報告書より整理・分析し、当施設における事故発生の傾向や特徴について検討した。

調査期間は、平成27年1月から平成29年12月までの過去3年間。

調査対象は、上記の期間の事故報告書

調査内容は、件数・場所・時間・時期などの発生状況や発生頻度

分析検討内容は上記の調査結果と施設行事等施設環境との関連性等

以上の結果を明らかにすることにより、転倒事故を限りなく減らすとともに、今後の施

食事の配膳間違い対策について

施設名：大分県 老人保健施設 六和会 センテナリアン
発表者：黒川伸

【はじめに】

当施設は、事故防止委員会にてヒヤリはつと報告の集計結果を情報共有するとともに、重大事故が予見されるものや同一項目があれば再度、再発防止策を立案している。

今回は、食事に係る『配膳ミス』に焦点をあてその対策としてマニュアルの変更をおこなった、その結果を報告する。

【現状の課題】

ヒヤリはつと報告より平成29年4月から平成29年10月において、食事の配膳間違いが、11件発生している。

配膳という単純な作業であるが、繰り返しミスが発生していること、新人職員に限らずベテラン職員においてもミスが発生しており、誰が作業しても間違いなくできるように、マニュアルの見直しが必要であった。

【原因分析】

間違った原因について調査した結果、配膳する職員の思い込みで氏名の確認が不十分になることが分かった。

食札の氏名は確認しているが、その際に利用者の顔を間違っって認識したことが11件に共通していた。

【対策の立案】

職員の思い込み、勘違いを無くすため、食札に利用者の写真を取入れた

写真のサイズは4cm×4cmとし、撮影範囲は顔から肩付近とした。

職員は、食札の写真と本人の顔を確認し配膳するようにマニュアルを変更した。

写真については記録システムを活用し、新規入所者は、入所時に顔写真を撮影し、1週間記録システムの申し送り画面に表示した。

【結果】

ヒヤリはつと報告書より平成29年11月から平成30年1月まで、配膳間違いは発生しなかった。

顔写真付き食札の導入についての職員への聞き取り調査をおこなった。

- ・以前より配膳作業がしやすくなった
→ はい：97% いいえ：0%
 かわらない：3%
- ・新入職員でも安心して配膳作業ができるようになった
→ はい：100% いいえ：0%
 かわらない：0%

【考察・今後の課題】

今回、食札に利用者の顔写真を取り入れたことで、配膳作業のミスを防ぐことができた。特に新入職員にとっては、安心して配膳作業をおこなうことが可能になった。また、新規入所者の顔写真を記録システムの申し送りにあげることで情報共有がしやすくなった。

誰が見ても正確に実施できるマニュアルに変更したことで、事故のリスクを軽減するとともに、介護未経験者や高齢者でも安心して介護業務ができるようになった。介護職員の確保が難しい今、介護業務の分業と各業務のマニュアルの見直しをおこない、多様な人材確保につなげていきたいと考える。

夜間火災に立ち向かえ！！

～螺旋スロープでの避難訓練を行ってみて～

施設名：長崎県 介護老人保健施設ひらんど
発表者：山口学
小楠祐輔

【はじめに】

近年、長崎県内の施設火災により、利用者様が多数亡くなられる事故が報道された。これらの火災はいずれも夜間火災であったことから、当施設では夜間避難訓練・火災予防講習を継続的に実施してきた。今回、第4回夜間避難訓練を行ったので報告する。

【ひらんど施設の概要】

光佑会北川病院併設（1～3階連絡通路で連携）

鉄筋コンクリート製5階建て

1階：事務所 リハビリテーション室

2階：食堂 厨房 浴室

3階～5階：居室（入所70名）5階デイクエア室

【第3回夜間避難訓練までに得られた推論】

- ・ 出火後10分以内に64名のスタッフが参集。
 - ・ 出火後15分でベランダへ平行移動完了。
 - ・ 螺旋スロープを使用し地上へ避難。
 - ・ 出火後20分後には本避難場所へ避難完了。
- ⇒20分防煙できれば全入居者の生命を守れる。

【第4回夜間避難訓練内容】

日時 平成29年7月27日

時間 19：30～21：00

参加者：光佑会職員 135名

（通勤時間30分以内の職員は自宅より出勤）

平戸市消防本部職員 10名

- ・ 19：30 2階厨房より出火 ・ 通報訓練
- ・ 夜間避難搬出訓練（屋外螺旋スロープ）、要避難者30名は職員が演者となる。
- ・ 消防本部より総評
- ・ 後日防火風水害研修会

【結果】

居室→ベランダ→螺旋スロープ降下→本避難場所までの避難に約30分以上を要した。

【問題点】

- ・ スロープ、避難場所（駐車場）が暗くて危ない。
- ・ 毛布での搬送時、持ち方や降ろす向きが分からず時間を要した。
- ・ 1人//降下する結果、かなりの時間を必要とする。

【解決策：消防本部との検証結果として】

目標1 短時間で炎、煙から逃れる場所として、各階居室横のベランダを1次避難場所とする。

目標2 消防本部梯子車を中心に避難を行い、螺旋スロープ、非常階段等は補助的な避難経路（複数の避難経路を確保）とする。

目標3 マニュアルを作成し、周知徹底を図り、次の夜間避難訓練時に活用する。

【考察】

第3回夜間避難訓練までの結果から、屋外螺旋スロープを使用しての搬出が有効ではないかと考察し実施したが、大幅な時間ロスを招く結果となってしまった。初めてで慣れない螺旋スロープ降下訓練ということだけではなく、1人ずつしか降ろせないというハード面も関係している。これらの結果から、参集職員は消防本部による本格的な2次避難を開始する前段階の1次避難（まずはベランダへ避難し、炎と煙から守る）を行うことが、全入居者の生命を守る最善の方法ではないかと考察された。

今後も様々なケースの夜間避難訓練、火災予防を継続して行い、入居者にとって安心して生活できる施設となるよう努めていく。

内服管理改善の取り組み

施設名：宮崎県 宮崎市介護老人保健施設さざんか苑
 発表者：長峰猛
 奥村智子

発表者：長峰 猛（看護師）
 共同研究者：奥村 智子（総看護師長）

【はじめに】

当施設は平成27年4月より国立大学法人宮崎大学の指定管理となり、医療面で業務を見直す機会を得た。その中で内服管理について検討の必要性が求められるインシデント報告があり、併設病院の協力を得ながら改善した経過と成果を報告する。

【目的】

内服薬に関するエラーをなくす仕組みを作る

【対象】

看護師11名 介護福祉士11名

【期間】

平成27年4月より平成29年12月

【改善前の内服管理の流れ】

処方箋の読み合わせ
 薬剤部へ処方箋の提出
 薬剤部から届いた1週間分の定期薬の内容を指示簿と確認することは無く、1日分ずつ輪ゴムで束ね、個人別に仕分けする。
 夜勤者が1日分ずつ取り出し朝・昼・夕・眼前と振り分ける
 振り分けに間違いはないか確認する
 与薬

【発生したインシデントとその要因】

事例：定期薬が不足したまま与薬が行われ、4日間経過したところで発見された。
 要因：定期薬の内容を指示簿と確認する手順がなく与薬が行われた。内服セット初日にエラーあると、1週間発見されない可能性がある。

【改善策】

内服カートの設置
 処方箋と指示簿の読み合わせ
 入所者の処方箋が揃っているか読み合わせ
 薬剤部に処方箋を提出
 薬剤部から届いた1週間分の内服と指示簿を看護師2名で読み合わせを行う。
 1週間の内服を日別に束ねる事を廃止し、1日分のみをセットし内容の錠剤、散剤、貼付剤等の確認を看護師2名で行う。
 予薬前に看護師1名が再度内容確認を行う。
 定期薬と臨時薬は同じ袋に入れ、屯用薬は別の袋に入れて混在しないように保管する。
 予薬

【結果】

改善を行う前の平成27年度の内服に関するインシデントレポート件数が6件に対し、改善後は平成28年度3件、平成29年度1件と減少した。また平成27年度の6件は全て職員のエラーに対し平成28年度の3件中2件は内服自己管理によるものであった。予薬前に発見できる事例も見られ、改善策は効果があったと判断できる。

【考察】

高齢化社会が加速し、老健においても医療介入の高い利用者や麻薬管理の必要な利用者が増加している。内服管理の改善策を提案した当初は「老健で病院と同じような対策が必要なのか」とのスタッフからの声も聞かれたが、病院でも老健でも命を預かる責務に変わりはない。老健に勤務する看護職はその責務を背負っている事を根気強く説明し、医療安全管理を担当する併設病院外来看護師の助言を得て手順を変更した。改善された手順は浸透し介護職員からの協力も得ることが出来ている。今後も利用者の安心、安全な日常を支えるため看護職の視点をもって介護職と協働したいと考える。

5月25日(金)

9:30 ~ 10:40

第5会場 / Cボックス (4階)

第12分科会

リハビリ関連③

座長 / 田崎 廣美 (福岡県)

演 題	施設名	発表者
<p>コ12-2-①</p> <p>ここにきめた！！</p> <p>～自分でできることは自分でしたい～</p>	<p>沖縄県 桜山荘 通所リハビリテーション</p>	<p>上間 匠</p>
<p>コ12-2-②</p> <p>実地訪問がもたらす自立支援に対する効果</p> <p>～生活行為向上リハビリテーション実施加算を経験して～</p>	<p>大分県 臼杵市医師会介護老人 保健施設南山園</p>	<p>関 翔太</p>
<p>コ12-2-③</p> <p>当苑デイケアでの要支援者への関わり方の見直し</p> <p>～コグニサイズ導入を試みて～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 ささぐり涸江苑</p>	<p>鶴 和也</p>
<p>コ12-2-④</p> <p>HAL 立ち上がり動作モデルの有用性</p>	<p>鹿児島県 介護老人保健施設 はやひと</p>	<p>内田 一浩</p>
<p>コ12-2-⑤</p> <p>「家にかえりたい」が実現した事例</p> <p>～寝たきりから歩いて自宅へ～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 ガイアの里</p>	<p>境 勇貴</p>
<p>コ12-2-⑥</p> <p>フィジカルチャージ有用性の検討</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 サクラ</p>	<p>神近 洵作</p>
<p>コ12-2-⑦</p> <p>趣味から始まる自立支援</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 はなぞの</p>	<p>伊藤 厚子</p>
<p>コ12-2-⑧</p> <p>R4ICF ステージング導入への取り組み</p> <p>～介護作業現場から生活リハビリテーションの現場に～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 サンビレッツ朝日ヶ丘</p>	<p>田中 正一</p>

ここにきめた！！

～自分でできることは自分でしたい～

施設名：沖縄県 桜山荘通所リハビリテーション
発表者：上間匠

【はじめに】

桜山荘通所リハビリテーション以下（通所リハ）を利用するまでは「僕は行きたくない」と頑なだったが、通所リハは『体操や運動ができる場所。』と理解していただき、平成29年4月より利用開始されている。その後、ご本人のリハビリへの意欲向上が見られるようになり、身体機能も向上していった経緯を報告する。

【事例紹介】

73歳 男性 要介護4

病名：高血圧症、高尿酸血症、仙骨部褥瘡（Ⅲ）

通所リハ利用回数：週2回

利用当初はほぼ寝たきりの状態で起き上がり、立ち上がりなどの動作が困難なため、重介助を要した。自宅では、主介助者である、妻の声かけに対して拒否されベッドで休まることが多かった。そのため、便通も悪く下剤服用し出すことがあり、悪循環であった。本人も膝の痛みに対しては「自分の身体は自分がよくわかる」と頑なに受診を嫌がっていた。

【方法】

- ①利用回数の増加
- ②仙骨部の褥瘡経過観察
- ③脱オムツを目指し、二人介助でのトイレ誘導
- ④リハビリメニューの提案

【結果】

- ①6月より3回/週利用へ変更
- ②8/8仙骨部褥瘡完治 ご自宅ベッドもエアマットから、分散圧マットへ変更
- ③オムツから現在リハビリパンツへ変更 移乗～排泄動作、遠監視で可能

- ④関節可動域訓練、T字杖歩行訓練、階段昇降 生活リハ平行棒内歩行練習（監視）

【考察】

膝の痛みが原因で、ほぼ寝たきり状態になっていたが、除圧目的を含めた立位訓練などを取り組むことで、徐々に運動量を増やしていくことができた。ご本人の目標に合ったリハビリを提供することで、目標の一つだった褥瘡完治ができた。結果として膝の痛み緩和につながり、気持ちの向上も芽生え、「自分でできることは自力でしたい。」という目標ができ、トイレでの排泄、車いす駆動、平行棒内歩行訓練、などADLの向上に繋がったと考えられる。

【まとめ】

ご本人の目標に合わせてリハビリメニューを提案していくことで、リクライニングから自走式車椅子への変更、現在ではT字杖歩行訓練が実施できるまでに至っている。これからも、無理のないようご本人のペースに合わせながらリハビリを提供していきたい。

実地訪問がもたらす自立支援に対する効果 ～生活行為向上リハビリテーション実施加算を経験して～

施設名：大分県 1 臼杵市医師会介護老人保健施設南山園
2 臼杵市医師会立コスモス病院

発表者：関翔太¹

松井真祈¹ 伊藤多恵¹ 小松由佳¹

中江亮平¹ 安藤真次²

【はじめに】

今回、生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下：生活行為）を算定し、生活課題を支援する訪問介護員（以下：ヘルパー）介入時に実地訪問し、自立に至った症例について報告する。

【症例紹介】

68歳女性。元来、母、息子との3人暮らしであり、主婦として家事動作の役割を担っていた。平成28年6月、買い物帰りに電動アシスト三輪自転車運転中に転倒し、A病院にて右大腿骨顆上骨折に対し、骨接合術を施行され、要介護2の認定を受ける。約5ヵ月入院したが、在宅生活に必要な家事動作が十分でなく、リハビリテーション継続を目的に当園に入所した。約3ヵ月入所後、家事動作獲得し在宅復帰可能となったが、退所後は家族に不安があり、ヘルパーの見守りで買い物することとなった。

買い物自立を目標に生活行為を算定し、当園通所リハビリテーション利用開始となった。

【経過】

- ・ 158病日目：当園入所
- ・ 247病日目：当園退所し、在宅復帰
通所リハビリテーション（週2回）にて生活行為を算定、ヘルパーの買い物支援（週2回）のサービス導入
- ・ 249病日目：当園通所リハビリテーション開始
買い物に必要な歩行距離を目標にした歩行訓練を重点的に実施。
- ・ 264病日目：実地訪問し、買い物評価およびヘルパーへ助言
実地訪問にてヘルパーは歩行器操作、スーパーの扉開閉や荷物運びを介助して

いたことが判明。ヘルパーに自立で出来ることを確認してもらい、介入時は見守りでの対応を依頼。

- ・ 288病日目：買い物自立し、ヘルパー利用終了
- ・ 410病日目：当園通所リハビリテーション卒業し、他事業所通所介護へ移行

【身体機能評価：通所リハビリテーション開始時→終了時】

- ・ 握力：右15kg /左18kg→右17kg /左21kg
- ・ CS-30テスト：12回→15回
- ・ 5m歩行時間：5.68秒→4.92秒
- ・ Timed up & Go Test：13.81秒→10.66秒
- ・ 片脚立位時間：右不可/左1.77秒→右2.30秒/左2.07秒
- ・ 買い物：ヘルパー介助→自立

【考察】

本症例は生活行為を算定し、課題に対する支援方法や進捗状況を多職種で共有し、課題を解決することができた。

具体策として、本症例の課題である買い物に携わるヘルパー利用時に実地訪問し、買物が自立で行えることをヘルパーと確認し、見守りでの対応を依頼した。結果、買い物におけるヘルパー利用を卒業し、本症例は買物を自立することができた。

大平らによると、在宅高齢者のADL能力に関して理学療法士とヘルパーで認識の違いがあり、特に時間的制約が影響することを示唆している。机上の会議のみだけでなく、実地訪問にてヘルパーへ助言し、実際の動作能力を示すことで認識の違いを無くすることが重要であり、また時間的制約を受けるホームヘルプサービスを考慮し限られた時間内で動作完遂できることも同時に示す必要があると考える。

当苑デイケアでの要支援者への関わり方の見直し ～コグニサイズ導入を試みて～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 ささぐり浜江苑
発表者：鶴和也

西敦子 中原由紀 古賀あけみ
鈴木江利香

【はじめに】

当施設デイケア(以下DC)では、要支援者に対して月1回の状態把握の為の評価と自主訓練の指導を行っている。しかし、その中で介護度が要支援から要介護となった利用者もあり、要支援者への関わり方を見直す必要性を感じた。しかしながら、より重度の要介護者のリハビリに時間をとられ、要支援者全員に個別に関わっていくことは困難な状況であった。また、DCの全利用者を対象に、介護職員による集団リハビリ体操や歩行運動を実施しているが、利用者の増加に伴い、円滑な実施が困難なことが目立ってきていた。その為、今回、集団で出来る新しいリハビリ体操として『コグニサイズ』を導入し、その効果を検証することとした。

【コグニサイズとは】

国立長寿医療研究センターが開発した、コグニション:認知課題とエクササイズ:運動課題を同時に行うものである。

【方法】

DC利用者全員に参加してもらおうが、評価は要支援者の22名を対象とした。評価対象者は、男性6名、女性16名で開始時の平均年齢は81±6.7歳であった。評価期間はH29年1月末から10月までとした。コグニサイズは平日の13:15から30分程度実施した。その際、認知面を考慮し、参加者を2グループに分け、安全のため座位で実施した。ストレッチ・筋力トレーニング、コグニサイズ、クールダウンの順で実施し、軽く息が弾む程度の運動課題と時々間違える程度の認知課題を用意した。評価は、ファンクショナルリーチ(以下FR)、歩行速度、開眼片脚立位、握力、棒落下、長谷川式簡易知能スケール(以下HDS-R)を実施した。

【結果】

FRと歩行速度において改善がみられた。開眼片脚立位・握力・棒落下・HDS-Rは維持することが出来た。要支援者への関わりは、月平均1.6回から7回へと増加した。参加者の方からは、「歩きやすくなった」「家でもやっている」等の声が聞かれた。

【考察】

これまで、高齢者が立位による個別運動を行った際、バランスや歩行機能の向上が確認されている。しかし、集団での座位運動によるバランスや歩行機能の改善報告は少ない。今回、当施設DCでのコグニサイズの試みでは、集団での座位運動であったが、身体機能・認知機能を維持・向上することが出来た。FRや歩行速度の改善では、コグニサイズ体操の一環として、体幹や下肢を中心としたストレッチや筋力トレーニングの実施も効果的であったと思われる。また、今回実施したコグニサイズは、集団かつ座位で実施でき、レクリエーション的な要素も含んでいることから、より安全に、より楽しみながら積極的に取り組むことで、機能の維持・向上につながったのではないかと思われる。今日、介護保険サービス利用期間内における介護度の重度化が問題となっている。特に、要支援者への関わりが少なくなりがちであることから、いかに要支援者への関わりを増やし要介護度への移行を防ぐかが課題である。

HAL立ち上がり動作モデルの有用性

施設名：鹿児島県 1 介護老人保健施設はやひと
2 大口温泉リハビリテーション病院

発表者：内田一浩¹ (作業療法士)
前田慎一² 松本滋² 永里和也²
宇治野進¹ 大浦早貴¹

【はじめに】

これまで私たちはロボットスーツHALの利用対象を立ち上がり困難者に絞って様々な視点からアプローチを試み、動作の改善が得られたことを報告してきました。改善例の解析を行う中で、動作とシンクロさせて撮影していたHALモニターの画面の足圧中心の軌跡に類似した傾向がみられていることに気づきました。

そこで、立ち上がり可能者の足圧中心軌跡を計測し、モニター画面を用いた立ち上がり動作の指標が作成できないか検証しましたので報告いたします。

【方法】

指標作成にあたり、次のような方法で足圧中心点の計測を行いました。

足圧中心モニターとシンクロして撮影した立ち上がり動画を用い、座位から立位完了までの所要時間を25分割にして次の計測点を抽出しました。

(モニター画面から確認できる点)

足圧中心が静止しているスタート点
足圧中心点が踵方向へ動き出し、最も下限に位置する折り返し点①
つま先方向へ移動し、最も上限に位置する折り返し点②
足圧中心が安定するゴール点

(側面から撮影した画像で確認できる点)

座面から殿部が離れる瞬間の 殿部離床点

(関節角度の変化でわかる点)

膝関節伸展開始点、
体幹後傾開始点

計測された点は、足圧中心モニター画面の足部先端から踵までの中心をゼロとし、プラスマイナス10ずつのスケールを設け、移動した点の中心を計測値としました。

【結果】

計測結果は次のようになりました。

スタート点	→	0
折り返し点	→	-7
殿部離床点	→	-5
体幹後傾開始点	→	-5
膝伸展開始点	→	-4
折り返し点	→	3
ゴール点	→	-1

座位から体幹を前傾し足部に荷重が掛かると、足圧中心が下方へ移動し、折り返すと殿部離床を迎えます。なおも上方へ移動しますが、その際体幹の後傾・膝関節の伸展が開始され足部の中心を超えて、上方まで移動しますが、再度折り返し中心方向へ戻ってくる軌跡をたどり、立位姿勢となる事がわかりました。

【考察】

今回作成した評価指標は、HALを用いた立ち上がり訓練の①アプローチポイントの特定②目標設定③効果測定に有用であることが考えられます。

「家にかえりたい」が実現した事例 ～寝たきりから歩いて自宅へ～

施設名：長崎県 介護老人保健施設ガイアの里
発表者：境勇貴

【はじめに】

在宅復帰は老健の役割の一つだが入所時ADLが低く、在宅復帰困難な事例もみられる。その中で入所時ADLの著明な低下がみられたものの多角的介入の結果ADLが改善し自宅復帰できた事例を経験したので報告する。

【事例紹介】

70代男性 介護認定：要介護5 診断名：外傷性くも膜下出血(発症後3か月) 障害名：左片麻痺 膀胱直腸障害 既往歴：後縦靭帯骨化症、脊柱管狭窄症 家族構成：妻、息子、娘2人 家屋状況：2階建て、玄関段差あり 本人希望：自宅に帰りたい

【入所時評価】

左片麻痺：BRSⅢ-Ⅲ-II 筋力：起立時に右下肢の膝折れあり 起居動作：全介助 移乗動作：二人介助 食事・整容：自立 排泄：終日オムツ 入浴：機械浴 歩行：リハビリ時のみ平行棒内にて3人介助（ニーブレス使用）

【入所後経過】

- ・入所～3ヶ月：車いす自走可能だが全般的に意欲低く、食事時以外はベッド上で過ごしていた。リハビリプログラムとしてティルトテーブルでの立位訓練など基本動作・起立歩行訓練を中心に実施し、身体機能向上に伴い、短下肢装具を作成しての歩行練習に移行した。
- ・3ヶ月～6ヶ月：テレビ鑑賞やレクリエーション参加が見られるようになった。寝返り～座位はギャッチアップにて可能となり、立ち上がり～移乗動作の介助量も軽減した。しかし排泄は居室トイレ誘導の拒否があり、オムツ対応を継続した。歩行は4

点杖1人介助歩行可能となった。短期集中リハ終了に伴い、自主トレーニングを追加(週2～3回)した。

- ・6ヶ月～9ヶ月：カンファレンスを実施して今後の目標が排泄と移動の自立となった。日中の排泄を居室トイレ誘導開始する。排泄動作は一部介助で行えるが、誘導時にはパット内失禁が多くみられた。歩行能力はT字杖見守りレベルとなり、リハビリプログラムにレッグプレスと段差昇降訓練を追加した。
- ・9ヶ月～退所：排泄動作は日中自立し、失禁時のパット交換のみ介助となる。入浴は一般浴に変更し、シャワーチェア使用にて適宜介助で可能。短下肢装具なしで移乗やT字杖歩行・段差昇降が可能となり、在宅復帰に向けカンファレンスを実施、玄関やトイレの住宅改修を開始した。その後退所前訪問にて、動作確認及び介護職員による夜間のオムツ装着方法の家族指導を行った後、自宅へ退所となった。

【考察】

入所時は意欲が低く、ベッドに寝ていることが多かった。身体機能の向上が見られると表情が明るくなり、リハビリの自主的な参加や積極的な離床、歩行能力向上へつながったと考えた。またカンファレンスで排泄の自立が必要と明確化され、拒否があったトイレでの排泄を行うことができ、多職種で連携し排泄について検討した結果、排泄動作能力自立できた。事例の身体状況から目標動作に近い訓練や排泄動作を行うことで、「できる」という具体的イメージが芽生えて、退所までの原動力に繋がったと考える。

フィジカルチャージ有用性の検討

施設名：長崎県 介護老人保健施設サクラ
発表者：神近洵作

【背景】

当施設では老健入所者、デイケア利用者、ショートステイ利用者に対してのリハビリを行っている。リハビリ対象者の中には負荷の強い運動に耐えられない方もおられる。そこで運動不要で筋力の向上になるといわれているフィジカルチャージ(以下チャージとする)を当施設も導入する事となる。それにあたり今回の取り組みを行った。

【目的】

チャージを行った方々の身体機能のテストを実施し、実際にパフォーマンスの向上がみられるかの確認。そして結果からその有用性などを検討する。

【方法】

まずは対象者にチャージの理論と方法の十分な説明を行い、承諾を得て、対象者へチャージと身体機能のテストを実施した。チャージを実施した対象者は壮年から高齢者に至るまで様々な年齢層の男女に対して行った。但し、高血圧や血管障害の既往、心臓に関する病気の罹患者や既往者に対しては、禁忌として対象者から除外した。施行方法は専用の器材を用いる。カフを四肢に巻き圧迫を加える、そのまま一定時間保ち徐圧するというものであり、運動は行わない。テストはチャージの前後で行い、項目は主に筋力と身体の柔軟性について実施した。

【結果】

チャージを行う前後での身体機能のテストの結果を比較すると、実施前に対して実施後のパフォーマンスに向上が見られることが多かった。また、チャージを施行していた期間中において、チャージ施行前と後両方の結果において期間内のパフォーマンスに向上が見

られることが多かった。これらパフォーマンスの向上は身体能力における筋力、柔軟性両方で見られた。

【まとめ】

このチャージを開発した会社による生理学的な機序としては、専用のカフを巻き静脈の血流を操作することで局所に血液を滞留させる。筋組織に血中の栄養と酸素の滞留と老廃物の代謝を促進させ、血流全体を改善する、というものである。その効果によって対象者のパフォーマンスの向上がみられたと言う事であり、チャージの有用性を示した結果となった。また開発者からは、チャージ後に運動を行うことで、運動行った部位のパフォーマンス向上性をさらに上げることが出来るということも言われている。そのため運動と併用することで更なるパフォーマンスの向上の可能性もある。今後当施設にこのチャージを導入するにあたって特に超高齢者に施行する事を考える。超高齢者の身体は誰であれ年齢を重ねられただけの衰えがある。血流に圧迫を加え、さらにそれを一定時間保持するという行為は超高齢者の身体にはリスクが高いことは否めない。今回の取り組みの中だけでは被験者の人数も少なく、大きな信頼性は得られてはいない。しかし、背景にも述べたように運動の難しい利用者に対して能力の向上がみられるのであれば、有用性は十分ある。そのため施設利用者の身体能力の向上につなげるためには、検討を重ね慎重に使用する必要があるだろう。

趣味から始まる自立支援

施設名：福岡県 介護老人保健施設 はなその
発表者：伊藤厚子
杉本美代子

【1.はじめに】

自立支援と聞いたら自分で出来ることは何でもして頂く、そういった事を思い浮かべがちではないかと思う。自立とは身体的な自立だけではなく精神的、社会的自立など生活全般が含まれると考え、自立支援とは、その人が生きること全般を支援することだと考える。デイケアを利用するにあたって食事、入浴、リハビリ、レク活動など行っているが、実際にその支援が在宅生活にどれだけ役立っているのか、自立支援に繋がっているのかを知りたい。

【2.取組み内容】

週1, 2回昼食後に編み物が出来る環境作りを行う。職員は基本的に関わらず利用者が主体となりお互いに教え合い準備、片付けも利用者が行う。

【3.成果】

今までは自宅での編み物はほとんどされていなかったが少しずつされるようになり、「こんなのを作ったのよ」と持ってみえる事が増えた。他の方に教えられているときは活き活きとされ表情も良くなっている。これまでデイケア利用時は自席からトイレへ行かれる程度で行動範囲も狭かったが、編み物をする事で、自主的に道具を取りに行かれたり、他の利用者の手助けをされるようになった。また、自宅ではご主人と毛糸を買いに行かれるなど活動的になられ、お正月にはおせちづくりにも挑戦された。好きな事に取り組むために毛糸など買い出しに行くには、ある程度の体力が必要となる。それに伴い下肢筋力などの筋力向上になり、リハビリをする意味や楽しみに繋がると考える。また、できる事が増え意欲向上にも繋がった。編み物教室が始まってから他利用者から「編み物教室

に参加したい」と曜日変更や利用日の追加等の要望が出てきた。

【4.考察】

課題今後この取組を継続するにあたって、他の利用者のしたい事などをリサーチし、趣味活動を取り入れていく必要がある。ひとり暮らしの方などには日常家事を取り入れた生活リハビリを取り入れていきたい。そのためには利用者がしたいことを引き出せるようなスタッフの関わりが必要であり、通常業務を行いながらしっかりと利用者に関わることが課題となる。利用者に関わる時間を作るために業務を見直し、簡素化していくことも重要になってくると考える。デイケアだけでは気付かない情報を得るためにも多職種との連携や情報交換を行い一人ひとりの本当のニーズにアプローチしていくことが必要と考える。

【5.まとめ】

年齢による身体機能の低下や疾病などが要因となり、これまで出来ていたことが出来なくなることで自信を無くし意欲低下やQOLの低下につながっていると思われる。そうした利用者に対するデイケアの役割として、身体面へのアプローチと共に利用者のしたい事、つまりは趣味嗜好の実現からリハビリへの意欲向上につなげ、最終的に自分らしい生活ができるサポートをしていきたいと思う。今後も多職種と協力し、個々のニーズに合ったりハビリや趣味活動を提供していくことで「その人らしい暮らし」ができるように支援していきたい

R4ICFステージング導入への取り組み ～介護作業現場から生活リハビリテーションの現場に～

施設名：福岡県 介護老人保健施設サンビレッヂ朝日ヶ丘
発表者：田中正一
牟田透 室積慶幸 平山聡子

【はじめに】

当施設では平成23年度より在宅復帰・在宅支援の取り組みを多職種協働で開始し、平成24年度より在宅復帰支援加算型、平成27年度には在宅強化型老健に移行と老健の様々な役割に取り組んできた。その中で平成26年度よりR4ICFステージング（以下R4）によるADL評価方法を導入し自立支援へと取り組んだ経過を報告する。

【取り組み】

平成26年4月 毎朝のケアカンファレンスのADL評価R4を導入、介護では主任・副主任が評価を担当する。

平成28年2月 介護職員の中でR4リーダー2名選出の上、介護員1人につき4～5名の利用者を担当し評価開始

平成28年3月 1回目のアンケートを実施（介護員20名）

①R4で評価を行ってみてどう感じたか？②評価導入前と導入後を比べ自身の介助方法に変化が見られたか？

平成28年4月 介護職員と介護支援専門員で施設内研修を実施

平成28年6月 居室環境チェック表作成

平成29年3月 排泄委員会で取り入れる

平成29年11月 主任と副主任が担当していたモニタリング評価入力を担当介護職員が各自で行う。

平成30年2月 2回目のアンケートを実施、1回目と同じ職員13名対象

【結果】

1回目のアンケート結果①より利用者を知ることができた（11名）、職員共通の評価方法があることが良かった（5名）、まだよく理解できていない、②変化あり（14名）今までは過剰介護だったと気づいた、利用者の行動

を見守れるようになった、評価することが難しいと感じる

2回目のアンケート結果①より他職種との情報共有がしやすくなった（6名）、他の職員や職種と話し合う機会が増えた、利用者の行動をじっくり観察できるようになった、②変化あり（9名）残存能力を活かした介助を心掛けるようになった、出来る事と出来ない事を正しく知ることができた

【考察】

導入当初は新しい仕事が増えることや難しいという抵抗感があり取り組みまで時間を要した。しかし1回目の結果では利用者を知る良い機会になったことがわかる。また導入から2年経過し全介護員の取組みの2か月後には在宅強化型になった。2回目の結果では介護員間だけでなく多職種間の情報共有に発展し応用できるようになった。取組み以前は作業効率優先であったが今は個別の自立支援を行うという共通した目的を持ち、積極的な意見交換やよく考える介護ができるようになった。強制的に導入された取組みと感じたが結果的に職員のやる気が上がり介護スキルやサービスの質の向上に繋がったと考える。入退所も多く仕事量もリスクも減ることはないが自立支援に関わる達成感を感じている。

【まとめ】

当施設では全員が取り組んだ結果R4は絵や数字でわかりやすく自立支援の最初のステップであると認知されるようになった。また在宅復帰等目に見える結果にもつながった。しかしまだ個人差もありその理解も十分ではないためR4リーダーを中心にさらに頑張って取り組みたい。

5月25日(金)

10:50 ~ 12:20

第2会場/大会議室1(5階)

第13分科会

全般的なケア

座長/善福 清美(福岡県)

演 題	施設名	発表者
コ13-2-① 教えることで身に付く介護技術	福岡県 介護老人保健施設 舞風台	和合 龍哉
コ13-2-② 余暇時間の充実を図りいきいきとした生活をおくるための活動	大分県 玖珠郡医師会立 老人保健施設はね	若杉 峰子
コ13-2-③ 「できた!」の喜びを自信に変えて ～本人の意欲とステップを踏んでのADLの向上～	福岡県 社会保険二瀬病院 介護老人保健施設	田中雄一郎
コ13-2-④ 温活 ～心と身体を温めよう～	福岡県 介護老人保健施設 あやめの里	谷 美奈
コ13-2-⑤ 水分補給強化による発熱改善報告 ～現状の分析とスタッフの取り組み～	長崎県 介護老人保健施設 恵仁荘	山下 竜司
コ13-2-⑥ 中咽頭癌術後の利用者に寄り添ったケアを行って	長崎県 介護老人保健施設 サン	棚田 英樹
コ13-2-⑦ 通所リハビリテーションにおける目的別ユニット編成を行って～目標達成の為に私たちが出来る事～	大分県 介護老人保健施設 大分豊寿苑	大東 裕子
コ13-2-⑧ サルコペニア予防について (活動と補食を活用した事例)	鹿児島県 介護老人保健施設 愛と結の街	石堂 稔宏
コ13-2-⑨ 「14時だよ全員集合」 ～「やってみよう!」が「楽しい!」の始まり～	福岡県 老健センターながお	前田富美代
コ13-2-⑩ 多職種協働による個別ケア ～療養型老健における生活支援～	長崎県 介護療養型老人保健施設 恵愛荘	下村 翔馬
コ13-2-⑪ インカムランシーバーを導入して ～利用者及び職員への効果～	長崎県 介護療養型老人保健施設 恵愛荘	宮崎 利子

教えることで身に付く介護技術

施設名：福岡県 介護老人保健施設舞風台
発表者：和合龍哉
宮本太郎

【はじめに】

医療法人八女発心会は、2025年の超高齢化社会を見据えサ高住や有料老人ホーム、居宅サービスなどの施設整備を行ってきた。その結果、老健・舞風台（定員100名、内ユニットケア棟54名）を支えてきたベテランや中堅介護士が各事業所を支える必要性が生じ、散り散りとなる。今後も、本施設が老健として、利用者の自立支援・QOL向上・在宅復帰を目指す施設として機能を果たすためには職員のレベルアップが必須であった。そこで、本施設では、主に介護士向けの介護技術向上の研修を行った。今回は、研修内容とアンケート結果について報告する。

【目的】

利用者の自立支援・QOL向上のため介護スタッフの介助方法の統一や介護技術向上を目的とした研修を実施し、研修が介護スタッフの質の向上にどのような影響を与えたか、について検証する。

【対象】

本法人に所属する介護スタッフ（老健、サ高住、有料老人ホーム、デイサービス、デイケア）

【方法】

生活リハビリ委員会メンバーが、次の①～⑤のテーマについて研修を実施。

- ①生活リハビリに対する基本的な考え方
- ②起き上がりの介助法
- ③一部介助の移乗介助法
- ④全介助の移乗介助法
- ⑤入浴の介助法

各研修の実施期間は、H29.6～H30.3末で

ある。各テーマを1コマ30分×4回、2ヶ月かけて実施し、多くの職員が研修に参加できるようにプログラムを設定した。生活リハビリ委員会メンバーが研修プログラムの運営を行い、各テーマの講師として研修を行った。

今回、研修講師である生活リハビリ委員会メンバーと研修参加者へアンケート調査を行い、研修内容の評価を行った。アンケート調査は、生活リハビリの理論と技術に関する理解度と指導力を自己評価する形式で、24項目、各0～5点の120点満点で行った。

【結果】

アンケートの結果、一人当たりの研修参加数の平均は、ユニットケア棟2.8回、従来棟2.6回、生活リハビリ委員5回。アンケート調査の平均点は、ユニットケア棟75.1、従来棟83.1、生活リハビリ委員106.7。

以上から、ユニットケア棟と従来棟の参加数の平均とアンケート調査の平均点に、明らかな有意差は見られなかった。今回、生活リハビリ委員会メンバーの参加数の平均とアンケート調査の平均点が他の部署と比較して有意差が見られた。

【考察】

利用者の自立支援とQOL向上を目指し、生活リハビリの研修を行い介護方法の統一図ってきた。しかし、職員の意識などの違いから介助方法の統一までには至らなかった。しかし、生活リハビリ委員は、研修の講師を行うために生活リハビリの理論や技術を学習し、介助方法を練習することで上記のようなアンケート結果となったと思われる。介護スタッフの育成は、本法人の課題であるため今回のアンケート結果を踏まえ、各職員が研修講師となり、成長できる機会を設けていくことを今後の課題としたい。

余暇時間の充実を図りいきいきとした生活をおくるための活動

施設名：大分県 玖珠郡医師会立老人保健施設はね

発表者：若杉峰子

谷口薫 矢羽田祥子 武石哲也

穴井五月

当施設の認知症専門棟は、定員40名であり3チームに分かれて活動を行っている。その中で私たちの担当チームは17名から20名の利用者で構成されている。平均MMSEは実施困難から18点とかなり高度の認知症利用者である。そのため、余暇活動の提供を行っても興味を示さないことが多く、職員もどのような活動を提供してよいかわからない状態であった。そこでご家族にアンケートに答えていただき個人アルバムを作成し、レクリエーションの充実を図った。その結果、活動量が増加したためここに報告する。研究期間は6月22日～12月9日。まず、余暇時間を①9時30分～10時30分②14時～15時③16時～17時の3つに分け各時間に活動している人数を調査した。活動している人の割合は①38%②57%③72%であった。午前中に活動している人数が少ないことが分かった。取り組み、1)活動内容を掲示しスタッフに呼びかけを行った。2)利用者の家族に興味・関心・個人史のアンケートを送付し回収した3)2)の情報を元に個人アルバム『私の玉手箱』を作成し、スタッフ間で情報共有を行う。4)毎日、レクリエーションの担当を決め、担当者がレクリエーションの内容の記録を残す5)実施して活動の写真を撮り家族や他のスタッフに見てもらうため掲示する、以上のプランを実施した。具体的には歌が好きな人、運動が好きな人、楽器の演奏が好きな人、散歩が好きな人などのグループを作り各利用者が自分の興味のある活動に参加できるようにした。結果、活動している人の割合が①64%に73%③77%と増加した。考察、利用者の家族に情報収集を行うことで、利用者一人ひとりの興味、関心、個人誌などの背景を知り、その情報を元に職員が活動や話題を提供した結果、利用者の意欲が向上し、活動提供している人数が増加した。また、活動内容を職員全

員が分かるように掲示することで職員の意識が向上し活動している人数の増加に繋がった。そのため情報の共有や同じ目標をもって活動を行うためには、活動の内容を分かりやすく工夫して掲示する必要があることが分かった。課題としてはアンケートの返信があった利用者にはその人の興味のある活動が実施できるが、返信のなかった家族に対しての情報収集ができておらず、入所時や家族の面会時に情報交換を行う必要があった。活動の提供時間が1日3回では通常業務との兼ね合いからレクの提供が困難なこともあった。そのため、1日の実施回数を1つの時間帯に絞って行うことを考える必要がある。さらに、今後活動の様子を写真撮影し家族に送付したり、会議の中で直接お渡しし施設内でのいきいきした様子を知ってもらいたいと考えている。

「できた！」の喜びを自信に変えて ～本人の意欲とステップを踏んでのADLの向上～

施設名：福岡県 社会保険二瀬病院介護老人保健施設

発表者：田中雄一郎

椎葉のぞみ 高畠小百合 須藤隆

山田香代子

【はじめに】

当施設では、ご利用者の意思を尊重し共に目標を設定、より添うケアを行うことを理念の1つとしている。共に取り組む事でありたい姿へと近づいた事例を報告する。

【事例紹介】

対象者 K氏

90代女性 要介護4

既往歴：第10.11胸椎化膿性脊椎炎

第3.4腰椎化膿性脊椎炎

2型糖尿病・高血圧症

【H27.3.10入所時ADL】

24H腰椎硬性コルセット装着

尿道カテーテル留置中

24Hオムツ着用

起床、移乗、移動全介助

【経過】

K氏は入所時、ベッド上の生活が主であり食事以外の行為はほぼ全介助であった。

次のようなステップを踏み経過をみた。

ステップ#1：コルセットを外したい

ステップ#2：尿道カテーテルを外し、一人で起きたい

ステップ#3：一人で車椅子に移りたい

ステップ#4：トイレで用をたしたい

ステップ#5：余暇を充実させたい

#1：

入所時腰痛があり、まずは座位に慣れる事を目標とした。

日々の生活の中で離床時間の拡大を試み10ヶ月後、コルセットの使用は中止となる。

この頃には寝たまま臀部を上げるという協力動作もみられる。

#2：

離床時間が増え、尿道カテーテルを取ってみたいと思われるようになる。医師・看護と協議し、抜去すると自然排尿でき、経過良好でオムツ内排泄可能となる。

抜去できた事でベッド上に一人で起き上がり座りたいという目標ができた。

最初は本人も足の力が入らないからと笑い話のように言っていたが、PTと手順を決め練習し入所から1年経て起床が自己にて可能となる。

#3：

下肢筋力強化のため、介護スタッフの協力の元、立位訓練を開始。どのスタッフが対応しても統一したケアを行えるよう、写真で手順を図式化。当初、支えても膝おれしていたが、徐々に筋力アップ。

まずはベッド→車椅子移乗が一人で可能となる。車椅子→ベッドへも時間はかかったが一人で可能となる。

#4：

下肢筋力が安定した事で、日中ポータブルトイレでの排泄を目標とした。開始当初、腰が冷えるという理由で進まず意欲も低下していたが、ズボン下を履くことで解消、ポータブルトイレでの排泄が可能となる。

#5：

離床も自由にでき活動時間が増加したため、1日の事を記録に残すこととした。

後に見直した時、この日は何があったのかわかる事で誰とでも共有することができた。特に箱作りを熱心に楽しんで行っていた。

【考察・まとめ】

施設生活の中で、ご利用者の望む姿に注目し目標にする事で、強い意志が生まれ、残存能力を引き出し、自己実現へつながったと考えられる。1つひとつのステップで目標を達成する為に無理せず、寄り添うケアの提供で信頼関係を築くことが出来た。

介護、看護、リハビリスタッフとで相談を重ね、職種間の連携を図ることでご本人の意欲に合わせたケアが提供でき、着実に前に進んでいける結果となった。

今後ご利用者の気持ちを大事にし、QOL向上を目指し寄り添っていきたい。

温活 ～心と身体を温めよう～

施設名：福岡県 介護老人保健施設あやめの里
発表者：谷美奈

【はじめに】

当施設にも著しく自立度が低く生活全般に介助を必要とする方の入所が増加してきている。私達は心身の機能回復を目指し老健における介護スタッフとしてチームケアとその方々への専門的なアプローチを行い廃用予防と、自分らしい生活が出来るよう支援していく必要がある。今回その関わりの中で変化が見られた事例をここに報告する。

【期間】

平成28年9月15日～平成28年12月31日

【対象者】

A氏 女性 88歳 介護度5 日常生活自立度BⅡ 認知症自立度Ⅳ
アルツハイマー型認知症 右単径ヘルニア
便秘症
意思疎通は難しくADL全般に介助を必要とする。

【目的】

筋緊張の緩和でリラックスした生活を送って頂く。

【方法】

ホットパックとマッサージにて頸部から肩にかけての筋緊張の緩和と仰臥位でのポジショニング(OT協力のもと介護スタッフも専門的なマッサージを実施した)。
歩行回数と距離を増やしスタッフ間で毎日の状態把握ができるよう実施記録を行う。

【経過】

開始後2週間頃より食事時の頸部保持が可能となりうつむきが改善した。毎日数回歩行を行うことで筋力増強に繋がり起立・歩行介助時の負担が軽減した。ポジショニングにお

いてはマッサージ中に優しいトーンでの声掛けを心がけ聴覚へ働きかける事で枕に頭を乗せた状態になるまで時間が短縮できリラクソスの確保もできたと思われる。開始後1ヶ月が経過した頃からは歩行時の体幹のバランスは改善したと思われたが、2ヶ月を過ぎた頃から昼食事時の頸部のうつむきが強い日がみられ始めた。マッサージのみ中止しバスタオルを巻いた物を背部に敷き適度に胸筋を伸ばしてポジショニングを行い経過を見たところ1週間程で改善が見られ始めた。また実施後は低体温の改善がみられたほか、排泄コントロールもできた。

【考察】

A氏は認知機能の障害により自発行動の制限があるが身体機能面ではある程度の確保はできている事に着目しホットパックやマッサージ、歩行支援でその機能を維持できているほか緊張を緩和させ心身のリラックス促進にも繋がったと考える。A氏は夏季でも低体温傾向にあったが冬季にさしかかっても36.0℃以下になる事がほとんどみられない。また排尿回数が増え便秘による排便処置が減少した結果はホットパックの効果と考える。

【まとめ】

施設利用者の重度化が今後も予測される中、私達介護スタッフも一人一人がチームの一員となり、心身の機能回復と予防を根底におき、プロとして様々なケースにも順応、応用していけるよう知識と技能を高め合っていきたい。

水分補給強化による発熱改善報告 ～現状の分析とスタッフの取り組み～

施設名：長崎県 介護老人保健施設 恵仁荘
発表者：山下竜司

【はじめに】

当施設では、平成24年より在宅強化型老健として在宅復帰・在宅支援に取り組んでいる。近年は介護度の重度化もあり、介助に要する時間も増加傾向にある。そのような中、安定した全身状態を保つためには、一日の生活において水分補給は重要である。

今回、利用者に安心した生活を送っていただくため、水分補給強化の取り組みを実施し、有熱者数のデータ収集、肺炎および尿路感染者数の推移等の分析を行った。その結果を踏まえ報告する。

【対象と方法】

平成29年8月より水分補給強化を開始し、取り組み前の平成28年12月～平成29年1月（以下、前期）と、取り組み後の平成29年12月～平成30年1月（以下、後期）の37.1℃以上の有熱者（無症状、肺炎、尿路感染及び不明熱）が多くなる冬場を評価期間とした。

対象は期間内に入所されていた利用者（約100名）。方法は前期と後期の有熱者の変化を比較した。また、利用者の解熱までの日数を計測した。（※解熱の判断基準は37.0℃以下とした。）

【取り組み】

（1）現状の把握

取り組み前、利用者の一日の経口水分摂取量は平均700mlで、飲水を拒否される方、介助時間を要する方の摂取量は平均量を100ml～200mlほど下回る状況であった。

（2）水分摂取のための工夫

利用者全員に午前と午後で計300mlの水分摂取を追加し、平均1000mlとなった。

37.1℃以上の軽度有熱者（無症状、軽度の尿路及び呼吸器感染）に、さらに300mlを追加した。味が異なる水分ゼリー類を揃え、飽きない工夫や、飲みたい時に飲めるキーパーを準備するなど、少量ずつでも摂取が可能な環境を整えた。

（3）体制の見直し

確実な水分補給にはスタッフ数とケアを行う時間が必要であると考え、手厚いケアが行えるよう一日の流れを分析し、①介護助手の雇用、②シフト見直しによる半日勤務の開始、③15時を水分補給の強化時間に設定、などの体制を整備した。

【結果】

前期の水分摂取量は一日700mlであったが、後期は1000ml、軽度有熱者へは1300mlと摂取量が増加した。一日平均有熱者数は前期9.2名、後期3.9名（58%減）であった。肺炎は前期8名、後期6名（25%減）、尿路感染者数は前期19名、後期9名（54%減）、不明熱は前期4名、後期2名（50%減）であった。有熱者の解熱までの平均日数も前期1.5日から後期0.5日と短縮した。

【考察およびまとめ】

今回、利用者の水分補給強化を図るために現状を把握し、対応の工夫と体制の見直しを行った。この取り組みにより、水分摂取量が改善し、有熱者の減少につながった。その要因には、早期治療、加湿換気の徹底に加え、水分増量による尿量の増加、慢性的な脱水の是正が一定の成果をもたらしたと考えられる。

今後も利用者にとって安全で快適な生活が送れるよう今回の取り組みを強化し、利用者を支えていきたいと考える。

中咽頭癌術後の利用者に寄り添ったケアを行って

施設名：長崎県 介護老人保健施設 サン
発表者：棚田英樹

【はじめに】

当施設は定数60名の通所リハビリテーション施設である。中咽頭癌術後上下肢筋力向上を目的に利用開始されたが、流涎や口元の傷が原因で他人の視線を気にしている利用者に対し多職種での関わりを持ち本人のコミュニケーション意欲を引き出す為に、話を傾聴する事で悩みを聞き出し、利用時や自宅でできる訓練を提案し実施した。

結果、笑顔を取り戻し意欲的に利用されるようになった事例について報告する。

【事例紹介】

Y氏 女性 76歳 要支援1 週1回午後から通所リハビリ利用。
日常生活自立度J1 認知症自立度 I
H3年 中咽頭癌発症
H15年 中咽頭癌手術
構音障害 咀嚼 嚥下障害あり

【経過】

H29年4月 利用開始

「よだれが出るので人前に出るのが恥ずかしく外に出たくない。どこの病院でも治すのは難しい。」と悲観的だった。

利用開始4ヶ月 おやつ時、飲み込みにくそうだった為、STに相談し嚥下体操を勧めた。

「初めて嚥下体操について教えてもらった。嬉しい。」

その後、自宅でも体操を行っているか聞き励ました。

利用開始5ヶ月 より効果が期待できるジェントルスティムを使用した訓練を開始した。週1回20分間実施。

※ジェントルスティム（干渉波の刺激が神経に作用し嚥下反射のトレーニングを行う機器）。

「自分の為にたくさんの人が関わってくれてありがたく良くなった気がする。」

声も大きくなりフロアでも積極的に談笑される場面が増えた。

利用開始6ヶ月 パタカラを開始。

※パタカラ(流涎の改善、表情筋を鍛える機器)

使い方が間違っていないかを何度も尋ねられ熱心に取り組まれている。自宅で毎日5分程度の訓練を実施。

【考察】

女性として手術後の顔の傷や流涎は、精神的に大きな負担となり自宅に引きこもる原因となっていた。しかし、今回利用開始となった背景には本人が他者との交流や自立した生活を送りたいという強い思いがあったのではないかと思う。その思いを受け止め、悩みを聞き出し他職種で関わりを持ち流涎の改善に向けた取り組みを行った事が本人の意欲の向上に繋がったのではないかと考える。4ヶ月が経過し自宅での嚥下体操、ジェントルスティムやパタカラを意欲的に実施されている事で、唾液を飲み込む力が、少しずつ向上し口元をハンカチで抑える頻度が減少したのではないかと考えられる。また、通所を利用し様々な障害を持つ利用者とは接する事で徐々に心を開き恥じらいの意識も薄れてきているのではないかと考える。

【まとめ】

今回の事例では、口元を常にハンカチで隠し他者との交流が少ない利用者に対し、スタッフが寄り添い話を聞く事で身体的リハビリ以外にも流涎の改善について提案する事ができた。今後もその気付きを大切に利用者に向き合い寄り添ったケアを行っていききたい。

通所リハビリテーションにおける目的別ユニット編成を行って ～目標達成の為に私たちが出来る事～

施設名：大分県 介護老人保健施設大分豊寿苑

発表者：大東裕子

笠置真也 谷口理恵 安東昌彦

江藤友映 佐藤香代美

【はじめに】

当通所リハビリテーション（以下、通所リハ）は定員120名（短時間リハ定員20名を含む）の在宅強化型老健施設に併設した通所リハである。

【目的】

当通所リハは介護度の幅も広く、個々の目的や目標も様々であり、利用者の目標達成の為に目的別に5つのユニットを編成した。個別の目標設定及びユニットの目標を掲げ、様々な取り組みを行っている。その中のリハビリ強化ユニットの事例についての取り組みと今後の課題について報告する。

<症例1・先進機器を活用し活動量の低下を防いだ事例>

・年齢：80歳代 性別：男性

・要介護度：2

・病歴：脳出血・失語症・高次脳機能障害

妻と2人暮らし。身体の痛みの訴えや運動意欲の低下もあり、通所リハ利用中も席で過ごす事が多かった。

【取り組み内容】

自分で決めた運動メニューは実施する事が出来ていた事から、本人へ説明し個別のプログラムを作成し、本人と職員と一緒に確認を行った。歩行練習等は身体の痛みの訴え強く、消極的であった為、自主的に行えるメニューを立案しCOGY（足こぎ車いす）を取り入れた。

【結果】

COGY使用時、痛みの訴えなく行え「楽しい」と話された。この事がきっかけとなり運動メニューが増え活動量が増加した。

<症例2・家族の介護負担軽減の為にセラピストと協働で家族と関わった事例>

・年齢：70歳代 性別：男性

・要介護度：要介護4

・病歴：小脳梗塞

妻と2人暮らし。老健退所後、妻が移乗等の介助が上手く行なえず、移乗時滑り落ちてしまい「怖くなった」と話される。

【取り組み内容】

セラピストと一緒に自宅環境を確認し、介助方法を共有した。その後、数回に分けて訪問し、指導を行った。自宅で妻が確認しながら介助が出来るように、セラピストと協働で写真付きの手順書を作成した。

【結果】

数回に分けて指導を行った事で、その都度疑問点に答える事ができ、妻が自信を持って介助を行えるようになった。経過を職員が把握する事で妻の精神的な不安も和らいだ。

【考察】

ユニット内は介護度も幅広く、疾患も様々である為、集団での取り組みに加え、個別性を持った運動を合わせて行った事で相互メリットが働き、活動量が増加するのではないかと考える。

先進機器等を職員自ら体験し、利用者へ実施した事で、評価の視点を持ち提案を行えるようになった。

動作方法等セラピストと協働で実施した為多職種による視点で個々の状態に合わせた関わりが出来たと考える。

【今後の課題】

在宅生活維持の為に、家族の介護負担軽減が必要であり、個々の状態に合わせた方法を多職種の視点で立案・家族へ伝達・経過の観察が必要である。

利用者の目標達成の為に、立案・実施・修正を繰り返しながらケアの質を高めていきたい。

サルコペニア予防について（活動と補食を活用した事例）

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設愛と結の街
発表者：石堂稔宏
今西由香 長崎まり子 中村美貴

【はじめに】

現在、高齢者のサルコペニアの進行が大幅に上がってきていて、70歳以下の高齢者の13～24%、80歳以上では50%以上に、サルコペニアを認めるという報告がある。今回、レクリエーションの時間にサルコペニア予防を目的として活動（体操）を行い、また筋力増強と筋肉疲労回復を目的として活動後に補食で牛乳を提供することにした。短期集中リハビリ期間と上記の事を同時進行で行っていくことで、サルコペニア予防とADLの維持・向上に繋がられるのではないかと考え実施した取組をここに報告する。

【対象と方法】

研究期間：平成29年10月1日～平成29年12月31日

対象：3階療養棟の短期集中リハビリ継続中利用者計5名の方を対象とする。

- 方法：①週2回レクリエーションで平行棒を使用した体操と有酸素運動をする。
②レクリエーション時に参加表と有酸素運動の回数を記入する。
③15時に活動後の補食という形で牛乳提供する。
④体操・運動と牛乳のミルクプロテインなどがもたらす効果を説明する。
⑤R4を活用し、入所時と比較する。

【結果】

R4での3か月間の結果は、5名ともほとんど変化が見られなかった。補食は5名中4名牛乳を飲んでいて、活動では5名中3名は積極的に参加されていた。対象者うち2名はADLの向上に繋がりに、スタッフ2人でトイレ介助していた方が1人介助で可能になったこ

とや移乗動作が見守りの方が1人で可能になった。残り3名はADLの向上まではなかったが維持することはできた。

【考察】

活動後に補食という形で牛乳を提供することで、牛乳は筋肉増強と疲労回復する役割があること意識づけを行ったことや、活動という形で体操と有酸素運動で、利用者の体力に見合った負荷をかけながら楽しく継続していくことが大事であるということに気付いた。利用者自身で自発的に体操や運動などのリハビリテーションを行っていきけるような動機づけや環境設定をすることでサルコペニアの予防に取り組んでいきけるのではないかと考えた。また今回の結果からR4の評価項目を参考に細かい評価表を作成することでデータ化を行い、そのデータを元に個別リハビリテーション計画・実行することを行っていきければ変化が見えてくると考える。

【まとめ】

今回の事例を通して栄養や運動に重点を置き、活動と補食とリハビリテーションでADLの維持・向上に繋げることができた。サルコペニアは、栄養・運動が極めて重要な対策の要素となり、健康で充実した高齢期の生活に大きく影響をもたらすとされている。今後は利用者個人や利用者同士で自発的にサルコペニアの予防とADLの維持・向上を目指していきけるようケアを他職種との連携を図りながら取り組んでいきたい。

「14時だよ全員集合」 ～「やってみよう！」が「楽しい！」の始まり～

施設名：福岡県 老健センターながお
発表者：前田富美代
西村ミチル 矢賀部妙子 江島優子
濱田建男

【はじめに】

現在、一般棟では生活リハビリを中心に、14時から集団体操とレクリエーションを行っている。しかし、昼食後に臥床する方が多く、レクリエーションが実施されていることを認識されず、参加者が少なかったため、日常生活にメリハリをつける、他者との関わりを深める、などを目的に活動に取り組んだので報告する。

【取り組み】

- ・ 期間：平成29年7月～9月（3ヵ月）
- ・ 対象：一般棟入所者全員
- ・ 内容：
 - 1) チェック表を用いて現状把握
(7月3日～14日)
 - 2) 初回取り組み実施
(7月18日～31日までの2週間)
 - ①昼食前に食堂でレクの説明を実施
 - ②13時50分頃に一斉放送を実施
 - ③各居室を廻って個別に声かけ実施
 - ④中間評価を実施
 - 3) 2回目の取り組み
(9月4日～15日までの12日間)
 - ①不参加の居室に参加を促す張り紙を実施
 - ②不参加に直接の声かけを実施
 - ③2回目の評価を実施

【結果】

今回の取り組みで、自ら14時前にホールで待つ等、大多数の利用者には定着できた。その一方で、特定の利用者が参加していないことが分かり、その原因を究明して再度アプローチしたが、身体面や性格面など個別の事情もあり、参加したいと言う気持ちの変化へ繋げる事は出来なかった。

【結果と考察】

取り組みにより参加者は増加し「今日のアナウンスの声は大きかった、小さかった」あるいは「今日はどっちに参加しようか」等の声が、聞かれ14時からの活動に対する意欲と関心が窺われた。また自ら参加する利用者が増えたことから、日々の楽しみに繋がったのではないかと考えられる。

一方、スタッフの発信力を高めることが出来た。

【おわりに】

今後も、参加率が少しでも増えるよう、利用者・スタッフの意識を高め、「やってみよう！」が楽しみの始まりとなり「14時だよ全員集合」につながることを期待しながら、創意と工夫を凝らしたいと思う。

多職種協働による個別ケア ～療養型老健における生活支援～

施設名：長崎県 介護療養型老人保健施設恵愛荘
発表者：下村翔馬
清水良太 嘉村清

【はじめに】

介護療養病床から転換した当施設は、従来型老健と異なり一定割合を医療機関から受け入れる基準が設定されている。中でも慢性期から入所されてくるケースが大半を占め、長期間看護やケアが十分に提供されている。しかし、長期寝たきりであってもチーム支援を継続し、適した福祉用具を使用することで生活機能が向上する方もおられ、療養型老健の役割と意義を感じている。1年間の当フロア入所者15名の個別ケアと福祉機器による生活支援の取り組みを報告する。

【対象者】

上記入所者15名で、入所経路は医療機関12名、老健2名、その他1名であった。介護度4.46で、認知面も意思疎通ができない方が10名であった。当施設ではエアマットを極力使用しない方針（寝返り程度の方の阻害因子）であるが、6名がエアマットを使用されていた。また食事は経管栄養4名、全介助4名、排泄は12名がオムツ（内カテーテル2名）、入浴は12名が機械浴、また離床してない方が5名おられた。

【福祉機器などの整備】

重度な方をケアする当施設は開設から福祉機器（天井走行、床走行リフト、ティルトリクライニング車いす、移乗ボード、移乗シートなど）を充実させ、転換前（病院）のケアを大きく見直し、可能な方は全員離床させるという方針でスタートした。

【多職種によるケアの統一】

利用者評価は日常観察とリハ評価により、介護方法の統一と環境整備を行った。統一の手段として、まずベッド脇へ情報カードを掲示した。またインカムを全職員装着すること

で介護方法が不明な場合や応援を求める場合など迅速な連絡体制が確保できている。職員評価は理学療法士によるスキルに応じた指導を継続しており、福祉機器を用いた介助技術も著明に向上してきている。リスクの高い入所直後は睡眠状況を把握するために眠りスキャンによる評価を行い眠剤の変更や見守り強化など客観的に評価することもある。他にも歯科医師参加のミールラウンド、家族参加率9割を超える担当者会議などでケアの質を担保している。

【結果】

経管栄養4名中1名が経口へ移行、全介助4名中1名が自力摂取。オムツ使用者12名中1名がトイレ排泄（介助）可能になり、オムツ外しに繋がった。機械浴12名中4名がリフト浴、移乗は全介助者2名をボード移乗へ、未離床5名は全員が離床し、内3名はティルトリクライニング車いすを使用している。エアマット使用者6名は離床機会の増加に加え、リスク評価を行い人的環境（介助技術）で対応可と判断し全員のエアマットを外す事が出来た。

【考察・まとめ】

全入所者の平均介護度4.2、年間40名の看取りを行っている当施設では、ADLが大幅に改善するケースは期待できないが、上記の通り、地道に統一したケアを提供し福祉用具など環境面を整備することで活動、参加面で改善するケースも少なくない。人生の終末期を支援するという役割を皆で果たしていききたい。

インカムトランシーバーを導入して ～利用者及び職員への効果～

施設名：長崎県 介護療養型老人保健施設恵愛荘
発表者：宮崎利子
本多貴世美 高柳祐平

【はじめに】

当施設（介護療養型老人保健施設：定員100床）は、平均介護度4.2、経管栄養24名、吸引12名、認知Ⅳ以上6割で年間約40名の看取りを行っている。質の高いサービスを提供する目的で平成29年8月インカムを導入し、業務効率化、情報発信・共有に取り組んだ結果を報告する。

【インカム導入概要】

装着職種は看護・介護・リハビリ・ケアマネで日勤の職員数に合わせ43台導入した。経費は付属含め総額98万円であった。これをフロア順に3期に分け、各期、課題等を抽出しよりスムーズな導入を行うよう計画した。

【インカム導入の目的】

- ①利用者の情報共有と安全確保
- ②業務効率化
- ③職員の支援体制づくり
- ④接遇の向上など

【インカム導入効果】

（利用者の情報共有及び安全確保）

これまでは1人での介助が困難な場合など手があいた職員を探して介助していたが、導入後はその場を離れずに支援を求めることができ、安全に対応出来るようになった。またステーションに集まって行っていた申し送りは各場面でケアを行いながら聞くことが出来るようになった。しかし、一方で導入前後の転倒件数の減少は認められず、転倒防止面の効果は数値ではあらわれていない。転倒防止は見守りが重要な対策であり、今後は見守りに対する効果を発揮する使用方法を検討しなければならない。

（業務効率化）

移動距離の変化を見るために看護、介護職員に万歩計を装着し、導入前、後、3か月後に測定した結果、夜勤帯で導入3か月後に有意な減少がみられ夜勤者の身体的負担軽減につながっている。言い換えると、連携により移動時間が短縮され、迅速な対応ができ安全の確保に繋がっていると思われる。

（職員の支援体制づくり）

以前、職員によっては、頼みやすい職員に業務依頼をしていたがインカムにより全職員に情報発信することで作業の分担化、迅速化に繋がった。また経験が浅い職員は施設のルールや新規入所者の介助方法など助言を要することも多いが、その都度、インカムを用い疑問を発信することで迅速に回答が得られるようになった。

（接遇向上）

以前は伝達や応援要請が大声でされている場面を見かけたが、所在確認が容易になり大声を出す必要がなくなり、認知症の利用者にとっても穏やかな空間が保たれている。

【考察と課題】

インカム導入により様々な効果がみられ効率的なチームケアができるようになり、結果的に質の高いケアが提供できる体制が整った。また働きやすさの面では、職員の身体的・精神的負担軽減に繋がり、新入職員も安心して業務が遂行できる支援体制が構築されてきた。導入効果の質問では職員間にばらつきがみられ、評価が高い群とそれ以外の群に二群化しており、新入職員や若い世代が業務依頼を遠慮している傾向もみられている。今後は積極性及び情報伝達能力を高めインカムの導入効果を伸ばしていきたい。

5月25日(金)

10:50 ~ 12:20

第4会場 / 中会議室 (4階)

第14分科会

入浴・排泄ケア関連

座長 / 三川 紀子 (熊本県)

演 題	施設名	発表者
<p>コ14-2-① 気持ち良く、その方に合わせた排泄 ～継続した取り組みの中で見えてきたこと～</p>	<p>大分県 介護老人保健施設 メディケア別府</p>	佐々木 豊
<p>コ14-2-② 「ほーら。我がでできたばな！」 ～排泄の自立は在宅への近道～</p>	<p>長崎県 介護老人保健施設 光風</p>	立石 晶子
<p>コ14-2-③ リラックス効果でスッキリ排便</p>	<p>大分県 介護老人保健施設 やまなみ苑</p>	首藤 昭嘉
<p>コ14-2-④ 「ふんばってます。奮闘中！」</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 舞風台</p>	野口 千花
<p>コ14-2-⑤ 排泄ケアの改善</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 回寿苑</p>	馬場 龍二
<p>コ14-2-⑥ 「薬に頼らずスッキリ排便」</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 舞風台</p>	長尾 恵子
<p>コ14-2-⑦ 美尻 (ビューティフル・ヒップ) 活動 ～臀部のスキントラブルの減少～</p>	<p>福岡県 介護老人保健施設 ささぐり涸江苑</p>	佐藤亜希子
<p>コ14-2-⑧ Happy New Yoku ～安心安全な入浴を目指して！～</p>	<p>宮崎県 介護老人保健施設 サンヒルきよたけ</p>	川越 千秋
<p>コ14-2-⑨ 新規入浴機器導入の効果 ～入浴介助の身体負担軽減を目指して～</p>	<p>大分県 介護老人保健施設 ヴァル・ド・グラスくじゅう</p>	野口 哲也

気持ち良く、その方に合わせた排泄 ～継続した取り組みの中で見えてきたこと～

施設名：大分県 介護老人保健施設 メディケア別府
発表者：佐々木豊
木崎貴則 安東竜成 後藤恭子

【はじめに】

当施設では、排泄委員が中心となり利用者に「気持ち良く、その方に合わせた排泄」という目標を掲げ、取り組みを始めて5年目になる。今回、オムツ・リハビリパンツ使用者の排便の漏れで、衣類・リネン交換がどのくらい起こるのか調査を行い、解決に向けた取り組みを行ったので報告する。

【対象・方法】

全入所者を対象。オムツ交換時間・漏れの箇所・オムツの当て方・排泄量・便状・下剤服用後の漏れ等を記録した。

【取り組み】

- ①オムツ交換の仕方、排便スケールの再設定と職員への周知。
- ②下剤や内服薬との関係性
- ③下剤、内服薬の変更

利用者の便状が下剤や内服薬と何らかの関係性があると考え、下剤・内服薬を看護に相談、医師により見直しを行い調査を行った。

この取り組みの中から2事例を紹介する。

【事例紹介】

○事例A氏 男性96歳
要介護度5・身体状況C2・認知度Ⅲa
経管栄養者
1日のオムツ交換（5回）
内服薬：マグミット3T・パルプロ酸ナトリウム錠200mg

泥状便により汚染が多かった。オムツの当て方が原因と考え、パッドを前側にのみ当たる様にし、オムツカバーの背中側のギャザーを使う事で汚染は減少した。しかし、内服薬の変更により泥状便から水様便に変わり汚染が増えた。再度検証し、夜間23時から翌朝7

時までの間に排便があり、汚染する事が分かった。対策として、パッドを外し、吸収できない便をオムツカバーのギャザーを最大限利用する事で汚染が減少した。

○事例B氏 男性87歳

要介護4・身体状況B2・認知度Ⅱb
心臓食1400Kcal・軟飯・軟菜・一口大
1日のオムツ交換6回
内服薬：マグミット4T・ツムラ大建中湯・スパンオール錠・アルジオキサ錠・アレビアチン錠100mg

下剤を服用しており、朝のオムツ交換時に多量の便でパッドが吸収しきれずに汚染していた為、看護師に夕方の下剤を相談する。その後、医師が内服の変更行ったが、泥状便から水様便に変わり、腰・股関節部等から漏れる様になった。また、排便時間が、夜間変わった。現在も取り組みを継続中ではあるが、夜間帯のオムツ交換時間やパッドの選定、当て方の変更により、以前より汚染は減少した。

【結果】

データを取り集計する事で、漏れた状態、便状や排泄時間等の状況把握をする事ができ、オムツやリハビリパンツ使用者の個々の排泄パターンを理解できた。更に、漏れの対策を排泄委員中心で考えるようになり、排便スケールの再設定と全職員参加の勉強会による意識付けもでき、排泄や漏れ対策の意見が出る様になった。今後の課題は、データの記入漏れや変更後の内服薬や下剤の評価が定期的に行われていない事である。

【まとめ】

今後の取り組みとして、記録の徹底と簡略化。また、内服薬や下剤の変更後の評価が必

要であるとする。排泄アセスメントをする事で、個々の排泄の問題点を検証し、その方に向けた排泄の援助ができる様に継続していきたい。

「ほーら。我がでできたばな！」 ～排泄の自立は在宅への近道～

施設名：長崎県 介護老人保健施設 光風
発表者：立石晶子
松永美穂

【はじめに】

「排泄」は人が生きていく上で欠かせず、毎日何度も繰り返し行われる行為である。

この当たり前の行為が加齢などの理由により、うまく行えなくなった時、「排泄ケア」が必要となる。「自然に行われる行為」だからこそ難しい。介護する側とされる側のお互いが快適に過ごす為には、どのような排泄ケアが必要なのだろうか。

今回、排泄が自立され、在宅復帰に至った経過を報告する。

【事例紹介】H29/6/1（入所当時）

氏名：K・T様 87歳（女性）

寝たきり度：B2

認知症度：自立

傷病名：①腰部脊柱管狭窄症

②両下垂足

ADL：①移乗…前方介助

②排泄…尿便意なし

【経過】

M病院退院され入所。

6/2 《第1回他職種会議》

日中の排泄方法を検討。

臥床時間長く、尿意なし。排便時のみのトイレ介助を本氏が希望の為、自立パンツ→オムツ着用へ変更。

6/3 P-トイレにて排便後、オムツ着用を拒否され、自立パンツ着用。

6/5 《第2回他職種会議》

現状として…

- ・便意の訴えにてP-トイレ介助。
- ・尿意は不明瞭だが、汚染の自覚ある為パット交換に訪室しても希望されないことあり。
- ・移乗は介助を要するが、ベッド上で更衣は可。

上記を踏まえ…

(日中)

- ・自立パンツ+パット着用にて、時間毎又は本氏の意向に合わせてパット交換へ変更。

6/23 《初回ケアカンファレンス実施》

6/25 《第3回他職種会議》

在宅復帰に向けて…

日中、介護者不在にて排泄の自立は不可欠な為、パット交換を自力で行えるようになってほしい。

(日中)

自立パンツ着用し、ベッド上にて自力でパット交換へ変更。

(夜間)

本人希望にてオムツ着用。職員での時間毎のパット交換継続。

7/2 《排泄評価》

- ・自力でのパット交換は問題なく実施されており、今後も継続。

8月末、在宅復帰日が決定。

9/13「夜も自分で変えようか」と言われ、実施した結果、汚染なく交換できた。

【考察】

反省点として、事前の情報と短期間の観察のみでオムツ着用と判断してしまった。

しかし、その反省を生かし、観察と本人との会話を大切に、排泄方法の見直しを行った。両下垂足にて起立困難だが、ベッド上での更衣は自立されており、自己でのパット交換を提案した結果、日中の排泄自立が可能になった。

そして、無理強いせず、排泄方法の選択肢を複数提案し、本氏が自己決定することで自己効力感が増し、夜間の排泄も自立に至ったと思われる。又、活動性も増え、時折尿意もきかれるようになった。

【まとめ】

固定概念やリスク優先になりつつある介護現場の中で、与えられた情報に流されるのではなく、その人に潜む個人因子と環境因子を理解した上で排泄方法を検討していくことが重要だと感じた。

繰り返し行われる当たり前の行為を誰かに気を使うことなく自分の力で出来る排泄の自立は、その人とその人を囲む人々の生活を狭めない第一歩であり、在宅復帰への近道である。

リラックス効果でスッキリ排便

施設名：大分県 介護老人保健施設 やまなみ苑
発表者：首藤昭嘉
大久保和徳

【はじめに】

当苑は、認知症専門棟を有する施設である。職員は日々、利用者様のBPSDへの対応に努力と苦勞を費やしている。その中でも最も苦勞しているのが排便に関する対応である。排便がない場合は、下剤の追加や座薬等を使用し、排便を促している。その際には、腹痛や便失禁による不快から弄便行為・不穏状態になることも多く、ケアへの抵抗から介護量が増加する。便秘解消法については、体操・食事管理等があるが、重度認知症・高齢者に対して適応は困難である。また、過剰に下剤を服用すれば排便はあるものの、下痢や弄便行為等に繋がり、利用者様・職員共にストレスを抱えることになる。そこで、利用者様・職員の負担も少なく、リラックス効果が与えられるといわれている、電気ホットパックを用いた温罨法を実施し、排便を促した。その結果と気づいた点を報告する。

【目的・取り組み】

利用者様に不快・苦痛を与えないスッキリ排便を促す。

*実施期間H29年3月2日～H29年6月30日

温罨法

朝のトイレ誘導前に電気ホットパックで腰部を20分温め、体外から腸の蠕動運動を促す。

排便ノート

PC記事入力と共に「ブリストルスケール」を活用した排便ノートを職員が記載する。

【結果】

排便の改善効果は4人中2人の方に効果が見られた。温罨法開始時は落ち着かない様子であった。継続する事で表情も和らぎ、便秘時の不穏も軽減し、精神面も良い影響を与えられた。個人差はあるが特に効果が見られた

利用者様1名は、1週間程で下剤の追加を減らすことが出来て、現在は定時の下剤を減量しても、毎日排便が見られる様になった。

【考察】

今回、私たちは「不快を与えずに自然排便を促す」事を目標とし、取り組みを行ってきた。温罨法で便秘改善出来たのは、腹囲周囲の筋緊張緩和と副交感神経優位となり、リラックス出来た事で一回の排便で”スッキリ排便”に繋がったのではないかと考える。

研究前の私たちは、便秘時には「便を出す」という事が念頭にあり、利用者様が「不快・苦痛」を感じている事に気が付くことが出来ていなかったのではないだろうか。

【終わりに】

今回、電気ホットパックを用いた温罨法で自然排便の促しを行い、比較的よい結果が出た。

しかし、取り組みを行う上で、いくつかの問題点もあった。当苑はアクシデント防止の為、ホールに一人見守り体制を取っている。その中で、施術中の対象利用者様の事も気にかけて、いつも気を張る状態であった。しかし、全職員が私たちの活動を理解し協力して、諦めずにケアして頂いた事で、結果を出すことが出来た。今後も、「重度認知症だから何も対応できない」と諦めずに試行錯誤しながら、温罨法とその他の方法も考え、不快・苦痛を与えない排便の促しを研究し、個々に合わせた方法で自然排便に近づける事が出来るよう援助していきたい。

「ふんばってます。奮闘中！」

施設名：福岡県 介護老人保健施設 舞風台
発表者：野口千花
梅野真帆

【はじめに】

介護老人保健施設・舞風台は、従来型46床、ユニット型54床の合計100床の施設である。平成30年1月現在の従来型の在宅復帰率60%、ユニット型の在宅復帰率40%と、共に在宅復帰に力を入れて取り組んでいる。今回、「生活リハビリ」という手法を用い、トイレでの排泄が可能となった事例など生活リハビリの実践について報告する。

【方法】

本施設では、入所された利用者に対して以下のような環境調整を行い、生活リハビリを提供している。

- ①入所後に座高と下腿長を測定する。
- ②身体に合った椅子とテーブルを選定する。
- ③トイレに踏み台を準備する。
- ④車椅子は移動時のみ使用する。
- ⑤移乗動作の介助について職員全体で統一する。

【結果】

排泄介助の際、ファンレストテーブルに利用者の体重を預けることにより、職員が抱える必要がなくなったため移乗介助に対する職員負担が軽減した。トイレ移乗時と排泄時に踏み台を使用することにより、床に足底が着き移乗と排泄が行いやすくなった。また、床に足底が付くことにより下肢に力が入り排泄時に腹圧をかけることが可能となり排便が出やすくなった。トイレ誘導が行いやすくなったことにより、移乗動作の回数が増え、下肢筋力の向上に繋がった。トイレでの排泄が可能になり、在宅復帰が可能となった。

【考察】

利用者の排泄しやすい姿勢をることにより重力や腹圧がかかり、直腸の収縮を利用しトイレでの排便が可能となる。また、足底が床に付いている状態では、意識レベルが上がって排泄を促す効果がある。自宅退所後のデイサービスやデイケアでも舞風台同様の準備を行うことによりトイレでの排泄が可能となり、トイレでの排泄回数が増えるにつれて下肢筋力が向上した。今後もADLの向上を目指し、在宅復帰して頂けるよう支援する必要がある。

【まとめ】

住み慣れた地域や家での生活が可能となるように在宅復帰を目指す中で、トイレでの排泄ができることによって入所者の意欲にも良い変化が生まれた。また、道具を準備することで、利用者の持っている機能を最大限生かすことができ、下肢筋力向上や姿勢保持につながり利用者の尊厳を保つことにつながった。毎日の生活の全てをリハビリと考える生活リハビリは、「立つ」「座る」「食べる」「排泄」「移動」する基本動作を繰り返し行なうことの重要性を再認識させることになった。今後もスタッフ全員で、統一した介助方法で利用者を支援していくことが入所者のエンパワーメントに繋がり、利用者ができることを増やし、在宅復帰を可能とした。

排泄ケアの改善

施設名：福岡県 介護老人保健施設回寿苑
発表者：馬場龍二
大隈智史 鹿田大輝

【はじめに】

当苑は定員90床の施設で、2階療養棟（定員45床）には39名入所されている。排泄ケアにおいて、夜間尿量が多くおむつから漏れて衣類まで汚染され、その交換時に覚醒される利用者が見られた。職員から「日中の転寝が多い」「職員の負担増につながっている」などの意見があった。そこでパットの再選定や支援方法の確認を行い、夜間安眠について検討してみた。又それにともない、尿意があるが、パット内に失禁がある方に対して、本人に合った排泄アプローチができていないか検討、実施した結果、トイレでの排泄を増やすことができたのでその内容と経過をここに報告する

【実施内容】

排泄ケアに向けた勉強会の実施
排泄パターンの確認から、トイレ誘導の実施
尿漏れの多い方へのパットの再選定

【期間・対象者】

期間：平成29年4月～平成30年1月（10ヶ月）
対象者：日常生活自立度B1～B2 認知度Ⅱb～Ⅲa
対象者人数：夜間4名 日中1名

【結果】

- 1) 日中の失禁の減少につながった。
- 2) 自発でのトイレの訴えが増加した。
- 3) 夜間衣類など汚染が減少した。
- 4) 夜間のオムツ交換の回数を減らし、職員の介護量の負担軽減ができた。
- 5) 交換回数が減ったことで、利用者の睡眠時間の確保につながった。

【考察】

昼間に関しては排泄状況確認表にて失禁の状況を確認し、トイレ誘導の回数や時間の見直しを行い、排泄パターンの確認を行っていった。その結果、失禁が減りトイレでの排泄が増えた。又実施していくうちに徐々ではあるが同じ時間でも月ごとで失禁の回数の減少が見られ、対象者の排泄状態が改善している可能性が見られた。

夜間に関してはパットを使用する事と職員の技術向上と統一したことで、交換回数や衣類汚染を減らすことができた。これは職員の介護負担の軽減と利用者の睡眠時間の延長にも繋がったと思われる。

【今後の課題】

- 1) 個別性に応じた排泄ケアの拡大
- 2) 利用者を主体とした個別性排泄ケア
- 3) 定期的に勉強会を開催し知識の共有と質の向上
- 4) 多職種との連携

【まとめ】

介護業務の中で一番負担に思うのが排泄ケアである。それは利用者にとっても同じであると考えられる。個別に合わせ満足できる快適な排泄を行う事は難しいことであるが、今回改めて利用者様の排泄状態等を知る事から始め、排泄ケアの重要性を感じた。

「薬に頼らずスッキリ排便」

施設名：福岡県 介護老人保健施設 舞風台
発表者：長尾恵子
山下登志美

【はじめに】

舞風台は、定員数100床（従来型46床・ユニット型54床）の施設です。今回、従来型の入所者46名を対象に取り組みを行ないました。現在舞風台では、大半の入所者が下剤、坐薬での排便をされており、中には排便コントロールがうまく出来ず、失敗される事があります。今回、下剤や坐薬に頼らず、身体の運動と重要な水分摂取の取り組みで、排便状態の改善につながった経過を報告します。

【方法】

- ・排便体操を毎日の日課として普及するためにイラスト付きで、壁に掲示し誰にでも分かるように行います。
- ・一日1000mlを目標に水分を提供します。
- ・水分摂取が少ない入所者に対して好みの飲み物等の促しを行います。
- ・定時のトイレ誘導を行い、排泄時間を多く設けます。
- ・下剤を使用し、便失禁が多い入所者に対し看護師に相談し下剤の中止、変更を行ないます。

【結果】

- ・排便体操を積極的に行っていき、自室に籠りがちな入所者も徐々に体操に参加されるようになりました。身体を動かす事で腸の動きがよくなり排便が少しずつ改善していきました。
- ・尿意・便意の訴えが多くなり、排尿・排便が増え、便の状態もよくなりました。
- ・体操への参加により、日中の覚醒状態が良くなり、一部の入所者においては夜間良眠に繋がりました。
- ・体操の実施が困難で、効果が得られない入所者もありました。

- ・入所者の一日の平均水分量は500～750ml、最初の方はトイレの回数が近くなることから、積極的に水分を摂る事を拒まれる方が多かったのですが、水分を摂る事で排便が出やすくなったことが分かり、水分を摂取されるようになりました。意識が変わった後の水分量は1000～1200mlとなりました。
- ・上記2つを実施後、下剤を見直し、下剤を服用せずとも排便ができる入所者が増加し、下剤使用による便失禁も減少しました。

【考察、まとめ】

徐々に、一部の入所者の排便状態が改善している状態ではありますが、すべての入所者がうまく排便コントロールが進んでいる状態ではありません。下剤・坐薬を服用している入所者もいるのも現状です。今回の取り組みにより、職員が、知識・情報を共有し、個人に合わせた適切なケアの方法が見えて来たのではないかと考えています。今後もこの取り組みを継続して行い、新たなアプローチを取り入れ、入所者の快適な生活と笑顔をサポートできるようなケアを目指して行こうと思います。

美尻（ビューティフル・ヒップ）活動 ～臀部のスキントラブルの減少～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 ささぐり浜江苑
発表者：佐藤亜希子

【はじめに】

当苑は一般病棟50床・認知症専門棟50床の施設で、『地域の人々の生活に密着した良質な総合的ケアサービスを提供する』という理念でケアを行っている。

H29.5臀部のスキントラブル（皮膚剥離・ただれとする）がある利用者が、2人から8人へ増加した。小さな傷から褥瘡へと悪化するため、排泄ケアを見直して褥瘡防止と、予防のための取り組みを行ったので報告する。

【現状分析】

臀部のスキントラブルのある利用者の増加の要因を利用者、環境、スタッフの3つの側面から検討した。その結果、①利用者側より股や尻が痒い、オムツが気持ち悪い、②スタッフ側より使用オムツの把握不足・不十分な情報共有、③環境側より、自力で除圧出来ないなどの要因が考えられた。

【目的】

臀部のスキントラブルのある利用者を12月迄に0人に減少することを目的とした。

【実施期間】

H29.5～12にまで実施した。

【取組み】

清潔保持：パット使用者には、毎朝のトイレ誘導時、陰部と臀部の洗浄と軟膏塗布を実施した。

適切なオムツの使用：オムツボード作成、排泄誘導表へ表示、下着を検討し、使用オムツの統一を図った。また、外部研修会へ参加し勉強会を実施した。未参加のスタッフに対し、オムツの当て方指導を行った。

臀部の除圧：リハビリと連携し体動困難な利用者の疼痛緩和のため、個人用クッションや

足台を活用し姿勢調整を行った。午睡の利用者には、臥位時の注意点を参考にポジショニングを実施した。

【結果】

臀部のスキントラブルのある利用者数は12月迄に目標達成できなかったが、1人まで減少した。

- ①陰部洗浄後、“爽快感がある”との声が聞かれ、皮膚状態の悪化なく清潔保持できた。
- ②オムツボード、排泄誘導表が確認しやすくなりスタッフ間の声かけが増えた。また勉強会の実施により臀部のスキントラブルに対する意識が高まりオムツ・パットの機能と当て方を正しく理解でき、適したオムツを提供できた。
- ③多職種と協力し、姿勢やポジショニングに対する意識が高まり、傷の悪化を防ぐことができた。

【考察とまとめ】

他職種の連携協働により、臀部のスキントラブルの利用者数を減少させることができた。

また、外部研修会や勉強会で学習し、オムツの機能や使い方の正しい知識を得たことでスキントラブルについての意識が高まった。しかし、コール対応や重介護利用者の増加の伴い、業務に追われる傾向にあった為、申し送った内容が統一できていないこともみられた。ポジショニングにおいては、使用物品が不明瞭であるなど新人でも分かるような方法で表示していくことが課題となった。今後も他職種と連携協議し、臀部のスキントラブルの利用者が0人になるよう援助していきたい。

Happy New Yoku ～安心安全な入浴を目指して！～

施設名：宮崎県 介護老人保健施設サンヒルきよたけ
発表者：川越千秋
高橋拓也 柴田紘一郎

【はじめに】

当施設は、入所定員80名の介護老人保健施設である。当施設は利用者を曜日ごとに1グループ20~30人に分け14~16時の短時間での入浴を提供している。その為、必然的に焦りが生まれ職員の余裕もなく意識が業務優先になっており、入浴でのスキントラブルの見落としや事故、ヒヤリ・ハットにつながり観察不足、意識の低下がみられていた。そこで職員の事故に対する意識向上や、事故減少に繋がる取り組みを行ったので報告する。

【目的】

入浴で発生した事故の内容を全職員が把握でき、対策案を検討し危険意識を持つことで、安心安全な入浴を提供することができる。

【取り組み内容】

- ① H25. 1～8
発生した事故を記入する為、入浴日誌作成。
- ② H25. 8～H27.1
ヒヤリ・ハットを記入できるように、入浴日誌修正。
- ③ H27. 1～9
職員に対し事故内容、ヒヤリ・ハットのアンケート作成、簡略化。
- ④ H27. 9～現在
事故内容を把握する為、考察欄を追加。

【経過及び結果】

- ① 日誌を作成し処置内容を記入することで、事故に対する職員の意識が少しずつ高まり、職員同士が声を掛け合い情報共有がみられるようになった。しかし事故に対する危険意識が職員によって差が生じている事も分かり、事故の前のヒヤリ・ハット

に注目する必要性がみえた。

- ② ヒヤリ・ハット項目を設けたことで職員が事故に繋がる要因を察知することができ、職員の意識の改革に繋がったが、記入を継続していく事により予防として捉えられるべき所が単なる作業となり、ヒヤリ・ハット内容が重複するなどの結果となった。
- ③ 職員に対し事故内容、ヒヤリ・ハット内容のアンケート作成し、アンケート結果から抽出した課題について、スタッフ会議の場で検討を行い、日誌の記入欄を簡略化した事でヒヤリ・ハットの視点の拡大に繋がった。しかし、ヒヤリ・ハット内容から事故発生に繋がる考察には至らなかった。
- ④ 考察欄を設けた事で、事故1つ1つをより具体的に伝えられる事ができ、対策の立案へと結び付ける事ができ事故減少に繋がったが、逆に日誌の記載漏れや継続していく中での今後の課題もでてきた。

【考察・まとめ】

今回、日誌を作成し、改良・改善を行い、職員の事故、ヒヤリ・ハットの視点拡大と危険認知の意識を高めることができ事故が減少してきたが、長期間取り組んだことで、日誌の記載漏れ等今後の課題も見えてくる結果となった。常に危険意識を高め継続していく為には、定期的にスタッフ会議で啓発やディスカッションを行い、対策案を検討していく必要があると考える。今後も事故の減少や個別ケアの共有を行い、日誌の更なる活用と改善に取り組み、利用者職員双方にとって事故のない安心でハッピーな入浴に繋がるよう取り組んでいきたい。

新規入浴機器導入の効果 ～入浴介助の身体負担軽減を目指して～

施設名：大分県 介護老人保健施設ヴァル・ド・グラスくじゅう
発表者：野口哲也

【はじめに】

平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要に人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化推進が挙げられている。施設開設20年を超え、旧式入浴装置使用に伴う安全管理や身体負担の問題から、シャワー入浴装置PAO（以下、PAO）、ユニット型施設向け入浴装置ユニバス、計2台を新規に導入した。そこで導入前後における職員の身体的精神的負担や、安全管理上の変化について、職員へ質問紙調査を実施し導入効果の検証を行なったので効果を報告する。

【方法】

1.入浴機器導入前後で腰痛や身体的苦痛が軽減したか質問紙調査を実施

期間：平成29年1月10日（導入前）平成29年3月29日（導入後）

（平成29年1月20日機器設置、翌21日運用開始）

対象：介護職員 34名（回収率100%）

2.浴室入浴機器使用時のアクシデント・インシデント件数の比較

【結果】

1.質問紙調査

《導入前》

1) 入浴介護業務を行う上で身体的負担は大きい（2段階選択式にて調査）

感じている：29名 特に感じていない：5名

《導入後》

2) 新規機器導入後に身体的負担が軽減したか（4段階選択式にて調査）

軽減した：14名 やや改善した：15名 あまり変わらない：5名

全く変わらない：0名

2.浴室入浴機器使用時のアクシデント・イ

ンシデント件数の比較

導入前：平成28年 6件／年 導入後：平成29年 2件／年

【考察】

従来機器はリフトタイプのみであり、移乗介助時に車椅子から高さのあるリフトへ抱えて移乗する事は、腕や腰に負担であった。新規機器導入後には、職員のほとんどが介護負担が軽減したと回答している。厚生労働省腰痛予防対策指針に「作業台や椅子は適切な高さに調整する。作業台は、ひじの曲げ角度がおおよそ90度になる高さとする。人を抱え上げる作業は、原則、人力では行わせない。福祉用具を活用する。」とある。PAOが洗身用ストレッチャーの高さを自在に変更でき、抱える動作の軽減が図れた事。また、ストレッチャータイプである事から洗身時に頭から足先まで一定の高さで洗え、前屈姿勢や中腰姿勢をとる必要がなく、介助者の腰痛軽減に繋がったと考える。

腰痛の原因は精神的ストレスも挙げられるが、介助し易い機器となった事で、スタッフ、利用者双方が安心して安全に入浴出来、アクシデント件数の減少に繋がった事が、精神的負担も少なくなり腰痛の軽減に繋がったと推測される。

【まとめ】

今回、入浴機器の導入より、介護者の身体的負担軽減だけでなく、安全面においても有効で精神的負担軽減にも繋がった。介護者の腰痛解消や、利用者の残存能力を活かした介助を行う為にも、適した機器を導入する事はこれから一層重要となる。自施設に有用な介護福祉機器や介護ロボット導入を検討し、安全で質の高いサービスが提供できるよう施設全体で取り組んでいきたい。

5月25日(金)

13:20 ~ 14:50

第2会場/大会議室1(5階)

第15分科会

看取り・全般的なケア

座長/小川 裕(大分県)

演 題	施設名	発表者
コ15-2-① 介護老人保健施設での看取りから見えてくる課題 ～事例を通じて介護老人保健施設の役割を考察する～	福岡県 介護老人保健施設 高倉苑	中村 真世
コ15-2-② 老健施設におけるターミナルケアの特殊性	福岡県 介護老人保健施設 サンダイヤル	手島由美子
コ15-2-③ ターミナルケア導入8年を経て ～アンケートからみる今後の課題～	長崎県 介護老人保健施設 サン	筒井 由香
コ15-2-④ 「初めての看取りケア」～取組の中で見えてきたこと～	鹿児島県 介護老人保健施設 アメニティ国分	古田 大作
コ15-2-⑤ 家族との関係から考える終末期ケア	沖縄県 介護老人保健施設 嬉野の園	可児 俊人
コ15-2-⑥ グリーフケアの重要性 ～グリーフケアから学んだ家族支援の大切さ～	大分県 介護老人保健施設 和光園	間地智恵美
コ15-2-⑦ 主役を引き立たせる名脇役を目指して ～施設での看取りを経験して～	宮崎県 介護老人保健施設 こんにちわセンター	堂領 三和
コ15-2-⑧ 介護老人保健施設において看取り体験をしたスタッフの思い	福岡県 介護老人保健施設 西寿	森 知子
コ15-2-⑨ 人生の最期をその人らしく～チームケアで納得の看取りを～	長崎県 介護老人保健施設 サクラ	森山 裕一
コ15-2-⑩ 看取り導入へ向けた取り組み ～スタッフへの質問紙調査から見えてきたこと～	大分県 介護老人保健施設 ヴァル・ド・グラスくじゅう	猪野 直美
コ15-2-⑪ 看取り利用者への外出支援について ～本人の思いを実現できた事例～	福岡県 介護老人保健施設 ひのき	濱口由紀子

介護老人保健施設での看取りから見えてくる課題 ～ 事例を通じて介護老人保健施設の役割を考察する ～

施設名：福岡県 介護老人保健施設 高倉苑
発表者：中村真世
菊地眞智子 神谷絵里 秋竹和

【はじめに】

介護老人保健施設は、心身のリハビリを行い、在宅復帰が求められる施設であり、病院と在宅の中間施設に位置付けられる。当施設は平成7年に開設し、入所者の平均要介護度は3.07、平均年齢は86歳である。近隣地域には急性期病院、回復期リハビリ病院、包括ケア病床などの医療機関が複数あり、それぞれの病院で在宅復帰が検討された後当苑へ入所されてくる。対象者は独居、又は高齢世帯が多く、自宅での生活が困難な状態で入所してくる為、リハビリを行っても在宅復帰は依然と困難で次第に入所期間が長くなる傾向になっている。中には癌が見つかり、治療を希望せずに施設で最期を迎える方もある。又、緊急にショートステイで看取りを行ったケースもある。本来の老健施設の機能に沿った在宅復帰支援には大きな壁があり、施設としてジレンマに陥っている。そこで看取りを行った入所者の事例を通じて、今後の課題を考えていきたい。

【1. 施設で過去5年間看取り数】

平成25年9名
平成26年6名
平成27年10名
平成28年20名
平成29年23名

【2. 事例】

事例1. 101歳女性 要介護5

平成28年入所。娘夫婦と同居していたが、娘の腰痛症で介護が困難となり入所となる。高齢であり入所後のリハビリも進まずに身体機能が衰えていった。心不全の増悪を繰り返

し、徐々に食事が減少したが、家族は積極的な治療を望まず施設での看取りを希望する。

家族を含めたケアチームで看取りのカンファレンスを行い同意書作成後、看取りのケアを開始した。

事例2. 80歳男性 要介護1

体調不良で病院受診し胃癌と診断される。本人が治療を望まず、利用していたデイケアに通いながら自宅での看取りを決断される。訪問診療や訪問看護なども導入し経過を見ていたが、介護者である嫁のうつ病が悪化し、自宅での介護ができなくなり、急遽ショートステイの利用を申し込まれた。在宅の医師がショート利用中も施設へ診察にきて緩和ケアを行い、家族に見守られ穏やかに旅立たれる。

【3. 今後の課題と考察】

特別養護老人ホームへの入所が要介護3以上となり、高齢化が進む中で特養への入所希望者は多い。特養は生活の場であり、常時医師はいないため、看取りは難しい。しかし、要介護1や2で入所されても高齢者世帯、独居、子供たちの定年延長での就労で在宅復帰が難しく、特養入所待ちの為に老健の入所期間が長期化する。国は今回の改正で老健の在宅復帰を強化する。対策として有料老人ホームへの入所もあるが経済的な理由で難しい。そこで時代に応じた看取りの強化や在宅復帰を促進するための、リハビリ機能の充実や医療との連携等をさらに強化していく必要があると考える。

老健施設におけるターミナルケアの特殊性

施設名：福岡県 介護老人保健施設サンダイヤル

発表者：手島由美子

福田賢幸 宮本由香 徳丸ちひろ

深町まき

【はじめに】

当施設は精神科病院系列の老健であり、入所定員100床、完全個室の施設として平成8年に設立された。

在宅、施設、一般病院からの入所者受け入れをしているが、協力病院からの受け入れも多く、7割は向精神薬・抗不安薬の内服者である。地域社会、家庭への復帰が施設本来の方向性であるが、病態悪化時に救急病院への搬送入院が困難であったり、キーパーソンを担う方の高齢化、家族や縁者が遠方の在住であったり、疎遠な方も少なく多様な課題を有している。

現状からも「最期まで施設で見てほしい」と望む家族も多く、平成16年よりターミナルケアの取り組みを行っている。今回、ターミナルケア該当者の状況や施設で看取った家族、施設スタッフの意識調査をアンケートを通して実施したので併せて報告する。

【調査内容と結果】

実施開始の平成16年からの入所者、ターミナルケアの該当者、他施設への移動者などの動向は、月平均5名の入所受け入れがあり、ターミナルケアは平均2名、入院・他施設等含む退所者は平均2名であり、在宅復帰は施設の現状を考えると、平均1名と少ない。今回は特に、最近5年間（平成24年～平成29年）のターミナルケア同意・意向者について詳細な検討を加えたので報告する。

ターミナルケア同意・意向者数は180名であり、ターミナルケアを実施し施設での看取り者は110名となっている。看取りを行った家族へのアンケート調査も行った。電話で事前連絡をとり、聞き取りの協力を依頼し、後

日11組の家族より回答を得た。

結果として「本人や家族に良く接してもらえた」「穏やかな別れとして、ターミナルケア、施設での看取りを選択して良かった」などの意見が寄せられた。中には、「皆様には良くしてもらい感謝している。しかし、今回は故人を思い出すのでお断りする」との意見もあり、旅たちを看取った後の家族の思いを感じとることもできた。

ターミナルケア担当スタッフからは、「家族への対応、どのような声かけが正しいのか、何度も何度も同じことを繰り返し尋ねられるため困ってしまった」などの回答があった。

【考察】

人生最期の旅立ちは、100%誰でもが迎える事であり、安らかな最期を迎えさせてあげたい。いかなる環境下でも、家族は悩んで迷っており、その思いを職員は理解する必要がある。対応する職員と家族が相互に気持ちを伝えることができる関係性を保つことなど、一般介護に加えて精神的なサポートができるように心掛けたい。ターミナルケアのカンファレンスを通して、多職種相互の関係を密にして、家族との話し合い、ケアを進める必要性を感じた。

ターミナルケア導入8年を経て ～アンケートからみる今後の課題～

施設名：長崎県 介護老人保健施設サン
発表者：筒井由香

【はじめに】

当施設でも平成21年4月より、ターミナル加算算定を受ける事が出来るようになり、早や8年が経とうとしている。サンでは亡くなられた後、多職種全員でのお見送りを実施しているが、「あの時の光景は忘れられない、とても感激した」と好評を得ている。しかし「ご遺族様アンケート」を実施する中では不満の声もあり、今後サンに於けるターミナルケアの質の向上を目指す上で課題を見出す事が出来た為、ここに報告する。

【期間・内容】

平成25年4月～平成29年10月、実施回収した「ご遺族様アンケート」内容分析（1～5の5段階評価）

【結果】

1、アンケートの回収率（5段階評価の平均値）
平成25年度36%（4.5）、
平成26年度31%（4.5）、
平成27年度16%（4.9）
平成28年度53%（4.7）、
平成29年度78%（4.5）

【考察】

5段階評価の結果、5年間平均4.6と高評価の中、3.3という低評価もあった。低評価の誘因推測としては、①急な状態変化に伴う不信心 ②褥瘡の治癒遅延状態に対する不満 ③老衰に伴う生理的現象の知識不足 ④家族の死に対する戸惑い、が考えられた。ターミナルケアに入る前に医師、看護師から状態説明と今後の治療方針等について家族へ説明を行い了承を得ているが、家族も高齢であるとその理解が十分に得られずに、状態が変化してもそれ以前と同じ様なケアを望まれる場合

がある。これは面会に来られた時や普段からの細かな状態説明不足が考えられ、今後これをどう補っていくかが課題の一つと考えられた。オムツ交換、体位変換、その殆どをケアスタッフに任せている中、経験年数の浅いスタッフも多い。褥瘡発生させる前のスキンケアについて、より深い知識を共有し実践していく必要性を強く感じた。状態が悪くなり細かい観察が必要になってくると、居室ではなく共同フロアにて状態をみさせて頂いているが、様々な声や音が飛び交い、とても安らげる空間とは言えない気がしていた。しかし、アンケートの中に「居室ではなくフロアに居させてもらって本当に良かった」との意見があった。これは家族が側に居ない時も、誰かが近くに居てくれるという安心感に繋がっていたからではないかと考える。

【おわりに】

ターミナルケアは、本人だけでなくその家族も一緒にサポートしていくものである。今までサンには「看取りの為のしおり」という様な物が無かった。今後は様々なケアの統一を図るのは勿論、しおりの作成を通して家族の気持ちにも重点をおいたケアを考えていきたい。

「初めての看取りケア」 ～取組の中で見えてきたこと～

施設名：鹿児島県 介護老人保健施設アメニティ国分
発表者：古田大作 丸尾成美 郡田正子 中村麻里奈

【はじめに】

当施設では開設当初より看取りケアは行っていない状況であった。この度ご家族より、施設での看取りの希望があり、看取りケアを行なった体験を通して見えてきたことをここに報告する。

【対象と方法】

A様 101歳 要介護3 診断名：肝臓癌、認知症、腰椎圧迫骨折、骨粗鬆症

平成29年1月12日に、認知症状の悪化により在宅生活困難となり当施設に入所。同年4月末、肝臓癌(末期)が見つかり、家族の意向にて、アメニティ国分で最期を看取ってほしいとの希望があり、施設で看取る事を決める。6月に入り口腔内の出血・食思低下等が徐々に見られ、再度看取りの意向確認を行い、状態悪化時も転院は行わず、緩和ケアに努める事となる。

家族の希望:「淋しがり屋なので出来る限り人の輪の中で過ごさせて欲しい。最期の場面には、立ち会い見送って上げたい。遠方にいる息子に会わせてあげたい。」

介護職としてはこれまで通りのコミュニケーションを中心としたケアに努める事としました。7月に入りいよいよ食事が摂れなくなり、施設医師が終末期に入ったと判断。看取りケアに係る計画書を作成。

- ①全身状態の低下 ⇒ 点滴・酸素等の医療行為。苦痛がある時の緩和ケア。褥瘡・拘縮予防。など
- ②QOLの維持・本人、家族の希望を支える ⇒ 食べたいものを食べてもらう(差し入れ)、食堂のソファで休んでいただく夜間はステーション横にカーテンで囲えるスペースを作り、ベッドを設置し休んでいただく、横になっている時も寂しくないように積極的に声をかける

- ③家族ケア⇒不安を聞く、状態報告を行う、状態が変化した際の家族への連絡、付き添い部屋の検討

特に、ケアとしてご本人・ご家族に何か出来ないかと考え、ご家族にも参加いただき、施設スタッフ・他ご利用者と一緒に101歳の誕生祝を行う。また、神戸の息子さんにも連絡を取り、面会の機会を作った。

【結果】

8月8日永眠。肝臓癌ではあったが、痛み等なく穏やかな終末期を送られたと思う。ご家族からも「息子にも会えず事が出来たし、誕生会もしてもらい、本人も恥ずかしそうではあったが喜んでいただき、家族としても嬉しかった。」「終末期より定期的に看護師より状態報告等あり心構えを徐々に持つ事ができ、落ち着いた気持ちで見送る事が出来た。」とのお言葉を頂けた。

【考察】

A様は末期の肝臓癌であったが、麻薬・痛みどめ等の緩和ケアは必要なく、ご本人やご家族の意向に沿ったケアを提供できたように感じる。ふと気付くと仕事終わりに、「Aさん帰りますね～。また、明日出てくるからね～」と声を掛けるスタッフが増えてきた。しかし痛みなどのある方の終末期においては、緩和ケアが必須で介護職として、訴え時にどのように対応していったらいいのか不安は尽きない。他職種も含め施設全体で、今後の課題として勉強していきたい。

家族との関係から考える終末期ケア

施設名：沖縄県 介護老人保健施設 嬉野の園
 発表者：可児俊人
 宮城庄司

【はじめに】

ここ数年、当施設で最期を迎える方が増えつつある。その形は様々であり、家族の終末期における考え方も多様化してきている。

これまでの終末期をめぐる家族との関わりを通して、今後ますます増えるであろう老健における終末期ケアの在り方（取り組み）について考えてみる。

【現状】

- ①「終末期ケア（=看取り介護）」とは病気で余命でわずかの人はじめ、認知症や老衰の人たちが、人生の残りの時間を自分らしく過ごし、満足して最期をむかえられるようにすること。
- ②「看取り介護についての同意書」を取るタイミング
- ③当施設における看取りの状況
- ④ケース紹介
 - ・徐々にレベル低下したケース
 - ・急変し病状が激変したケース
 - ・入所当初から看取りを希望するケース

【考察】

◇看取りを終えた家族からの感想を通して

- ①家族間で死生観を話し合う機会が少なく、家族の気持ちが揺れ動く状況が考えれる。その家族の思いを我々は受け止めることが出来ていたか？
- ②本人の意見は？
- ③家族は本当に終末期の状態や経過を理解で

きていたのか？また終末期に対する意見は一致していたのか？

【課題】

- ◎「事前意見確認書（案）」作成
 - a) 利用者本人の終末期に対する意見確認をどう行うか
 - b) 家族の終末期ケアに対する理解はどうか。その時々家族の思いにより添えているか？
- ◎2018年4月の医療・介護の同時改定に柔軟に対応できる体制づくり

【まとめ】

死生観は一人ひとり異なる。特に終末期ケアについての選択は、デリケートな問題で、さらに正解はないといわれている。

だからこそ、日頃から利用者の状態をいかにわかりやすく丁寧に説明すること。そうすることで、利用者の心身の状態の変化に伴う家族の揺れ動く気持ちに寄り添うことができるのではないかな。

家族と信頼関係を築くことで家族の意思確認も行え、家族が納得する終末期ケアを迎えることができると考える。

今後、超高齢化が進む中で、人生の最後をどう迎えるか、社会的課題として考える必要がある。

グリーンケアの重要性 ～グリーンケアから学んだ家族支援の大切さ～

施設名：大分県 介護老人保健施設 和光園
発表者：間地智恵美

【はじめに】

当施設は平成24年10月在宅復帰加算型老健施設となり、並行して看取りも実施。過去の看取りで、悲嘆の強いキーパーソンに対するの支援から、現在当施設のボランティア活動者もいる。この事から、H29年4月から、看取りにプラスしグリーンケアの必要性を強く感じ導入した。現在、平成29年4月より6名の看取りを行い、悲嘆の強い家族のグリーンケアを行った結果、職員の成長や地域包括支援センターの協働支援にも繋がったので報告する。

【導入経過】

1. 現在まで実施してきた内容

- ・ 49日の法要終了後、状況確認の為の電話
- ・ 8月慰霊祭の案内
- ・ 地域の供養踊り参加(3地区)
- ・ 供養踊り招待

2. H29年5月看取りケア・グリーンケアの勉強会開催

H29年6月スタッフに対する看取りケア・グリーンケアについてのアンケート調査

【事例紹介】

- ・ A氏90歳 女性 (介護度5)
 - ・ アルツハイマー型認知症発症後自宅で転倒介護困難にて、平成27年9月25日入所。
 - ・ ご主人と二人暮らし、子供や地域の繋がりよりも、二人の生活を大切にしてきた。
 - ・ ご主人は手作りのおやつを持参、毎日面会に来られた(生活歴含む支援シート作成)
 - ・ 誤嚥性肺炎を繰り返し、経口摂取困難となり、看取りケアへ
- *最終担当者会議での説明～グリーンケア

#1平成29年4月11日医師より延命治療の有無に関する説明。夫より「痛い思いをさせないで。元気なうちに、一度家を見せてあげたい」という思いを確認看取りの承諾書を頂き開始。

#2最期の時を過ごすケアを充実させ、外出に向けての実施を目前に、平成29年5月8日永眠。

#3平成29年7月7日、ご主人を施設にお招き

「偲ぶ会(グリーンケア)」を催した。写真の前に思い出や近況等をお聞きすると、涙や笑顔もあり数々の悲嘆な思いを聞き、地域包括支援センターに訪問と見守りをお願いした。8月の慰霊祭で会話から、家族を亡くした寂しさから、まだまだ立ち直れずにいる様子があり、再度、地域包括支援センターへ繋げ、男の料理教室等の参加の支援をお願いした。

【結果・考察】

グリーンケアとしてのお茶会や慰霊祭で、ご主人の地域支援が必要と判断、地域包括支援センターに繋がった事で、地域サロンへ出かけるようになった。この事で、グリーンケアの必要性を確信できた。しかし自宅に帰りたいたいという希望を叶えられなかった事は、後悔の残る結果となり、入所時に作成している「生活歴含む支援シート」の、充実と活用的重要性が高まり、再検討中である。

グリーンケアは、残されたご家族にも段階に合わせた自立支援が必要であり、個別から地域のグループケアへ繋げる事で、徐々に悲嘆を和らげることができた。今回の取り組みで、職員は家族背景への視野も広がり、気付きや「人となり」の成長ができたと考える。

主役を引き立たせる名脇役を目指して ～施設での看取りを経験して～

施設名：宮崎県 介護老人保健施設こんにちわセンター
発表者：堂領三和

協力者：2階スタッフ

【1、はじめに】

H21年介護報酬改定にて介護老人保健施設も「ターミナルケア加算」が創設され、当施設でもH24年より看取りケアを行っている。現在までに16名の利用者の看取りに携ってきたが、施設での看取りを行うことに対し精神的な動揺や戸惑い、負担が大きいと感じている職員がいるのも事実である。慣れ親しんだ施設での最期を望む利用者やご家族のニーズに応えるためにも看取りについての意識統一を図る必要がある。これからどのような支援につながればよいか、職員の意識調査を行い、ケア及び意識の統一と知識の向上を図るために取り組んだ内容を報告する。

【2、具体的な取り組み内容】

- ・看取りに関するアンケート実施①（6/16）
- ・研修実施（7/21）
- 「当施設における看取り介護の考え方」
- ・研修後のアンケート実施②（8/3）

【3、結果・考察】

アンケート①（回収率100%）

- 1、看取りに関する指針について
 - 知っている～54%
 - 知らない～46%
- 2、内容を理解している
 - 理解している～0%
 - まあまあ理解～100%
 - 解らない～0%

看護師長による研修
入所介護職員対象

アンケート②（回収率83%）

- 1、看取りに関する指針について
 - 理解できた～50%
 - まあまあ理解～25%
 - よく解らない～25%
- 2、看取りに対して意識が変わった？
 - 変わった～30%
 - 変わらない～70%

今回アンケートの実施を行い改めて「看取り」に対する職員の意識や不安を確認することができた。老健の看取りに対する抵抗感や不安感を抱く職員が多く、最期の時が近づいていくにつれ利用者やそのご家族にどう接していいか戸惑いもある。今後は「看取り」も在宅復帰の一つと考え、利用者・ご家族のニーズに合わせた対応を行っていけるように細かな情報を共有し、ケアの統一を図る必要がある。

【4、まとめ】

当施設でも看取りを行うことで、利用者の死に出会う機会が多くなっている。近い将来、死が訪れる人に対してその人に残されている時間を心身ともにケアし、安らかに安心して旅立つことができる様に支援することが私たちには求められる。看取りの期間は、一人ひとりの人間にとって人生最後の舞台となり、人生を締めくくる最後の舞台の主役はいうまでもなく死にゆく“本人”である。家族は準主役として主役を支え、私たち介護職員は主役や準主役を引き立たせる名脇役となる様、寄り添えるケアを心がけていきたい。

介護老人保健施設において看取り体験をしたスタッフの思い

施設名：福岡県 1 介護老人保健施設 西寿
2 医療法人 西福岡病院

発表者：森知子¹
木山節子¹ 鬼木かおり¹ 高岸珠美¹
馬渡加夜子²

【はじめに】

老健は在宅復帰のための中間施設として位置づけられているが高齢化の進行に伴い介護ニーズが多様化し、老健における看取り件数が増加してきている。当院でもH27年度より取り組みを行い各フロアで体験し現在までに7例の看取りを行った。今回、臨終に立ち会ったスタッフの思いを調査し今後の課題を整理した。

【施設概要】

H10年に病院併設型として開設、認知症専門棟を含む3フロア計100床。職員数72名（看護師12名、介護職員42名、その他18名）看取り7事例の概要 年齢は88歳～99歳、平均95歳 入所回数は5例が3回～7回、2例は初回であったが入所期間が半年～2年と長期であった。臨終は平日であっても時刻は準深夜帯で7例中5例は当直医の対応であった。医療処置として2L以下の酸素吸入や輸液管理、ネブライザーや吸引を行った。

【調査期間】

H29年12月27日～H30年1月10日 調査対象臨終に立ち会った12名（看護師4名、介護職員8名）

【調査方法】

半構成的面接調査 調査内容 当施設の看取りケアマニュアルの内容をもとに、環境設定・苦痛の緩和・不安軽減・コミュニケーション・臨終時の対応について自己満足度評価及び今後に向けた意見を聴取した。看取りケアの定義；臨終から遡り2週間とした。

【結果】

安楽な体位・褥瘡予防を含む日常ケアにおいては満足度が高い傾向にあったが、それ以外

外については家族からの感謝の言葉を受けても満足が得られていない傾向が見られた。特に不安軽減やコミュニケーションについては努力したと評価する一方で、利用者や家族の真意を図ることが困難であるとして評価そのものに戸惑いを示すスタッフが多かった。加えて、介護職員は説明・対応に苦慮しているようであった。しかし、今後施設で看取りケアを行うことに対して否定的な意見はなかった。介護職員1名は看取り後に「精神的にボーンとするような状態が数日続いた」「貴重な体験を深めたい」という思いも持っていた。今後の課題として「口腔ケアを充実させたい」「思い出作りに力を入れたい」など充実させたい意見がある一方で、「他の利用者に対するケアが疎かになってしまう」「それによって事故が心配」などの意見もあげられた。

【考察】

7事例の平均年齢は95歳と高く入退所を繰り返している。または初回入所であっても長期間の利用であったことから環境への馴染みや信頼関係が施設での看取り希望をされた主な要因と考えられた。利用者や家族の真意を図ることが困難なため看取りケアにおける評価の難しさを再認識した。また、介護職員においては看取りの体験が少ないため説明・対応に関する再教育の必要性もあると思われる。さらに、今回、事例の振り返りによって、マンパワーの問題、自立支援の役割を持ちながら看取りとのバランスなど課題も明らかとなった。

人生の最期をその人らしく ～チームケアで納得の看取りを～

施設名：長崎県 介護老人保健施設サクラ
発表者：森山裕一

【はじめに】

当施設は在宅復帰率50%を維持している在宅復帰強化型老健であるが、重度の高齢者が入所され、急激な病状悪化や、老衰が急速に進むケースも多い。これまで終末期は病院に搬送していたが、療養病床の受け皿として、当施設にて医療・介護・リハビリ等のチームで連携し看取りを行っている。初めはスタッフ間にも不安や戸惑いがあったが、委員会活動を通じ看取りケアの意識付けを行い、現在では年に十数件の看取りを実施。逝去後のアンケートでは施設で看取りを行いよかったとの回答を得られたのでここに報告する。

【具体的な取り組み】

- ①平成26年4月 エンゼル委員会発足
- ②職員に対し勉強会の実施（年1回）
 - ・施設で看取る事への意識改善、知識習得
- ③入所者・家族に対して
 - ・入所時に看取りの意向確認
 - ・老衰や病状悪化により予後不良と医師が判断した場合、速やかに家族と面談
- ④安楽に看取りを行うためのチームの役割
 - ・医療：発熱時、血液検査・検尿、肺炎や尿路感染等速やかに治療を開始（抗生剤・酸素等）、脱水防止の為の持続的な末梢・皮下輸液、褥瘡防止の為のマットの選択等
 - ・リハビリ：関節拘縮・筋萎縮の防止
 - ・栄養：摂取しやすい食事の提供（プリン等）
 - ・介護：可能な限りの入浴、離床（行事の参加、散歩）、環境整備（家族との空間確保）
- ※カンファレンスにてケア内容を評価・検討
- ⑤逝去後に家族へのアンケート・家族会の実施
 - ・最後まで入浴できたのがよかった。心配りの行き届いたケアが有難かった等
 - ・施設で看取ってよかった（全回答者）

【考察】

終末期は病院で看取るというのが、一般的であったが、勉強会やカンファレンスを通じ、また利用者や家族と日常を通じ接する事で、ターミナルケアは特別な事ではなく、通常のケアで接することが大事であるとスタッフは感じ取れるようになっていた。自然に接する事で、入所者・家族も安心して終末期を迎える事が出来たのではないかと考える。また、面談の際には、施設で看取りを希望された家族の多くが、病院での治療は望まないが、本人が苦しまないよう何かしてあげたいとの思いを話されていた。医師との連携で、感染症には迅速に対応し有熱状態持続による入所者の負担を避け、リハビリとの連携では、関節拘縮による身体の変形防止に努めた。可能な限りの入浴や離床など本人のQOL向上にも配慮。家族にとって納得のいく看取りに繋がり、施設で看取ってよかったとの感想を頂いたと考える。

【まとめ】

入所者はデイサービスやショートステイから老健を利用されている事が多く、早い段階から利用者・家族と信頼関係が築ける事は当施設の強みである。他部署との連携も図り、その人に寄り添った施設ならではのケアを提供していきたいと思う。また、今回は施設内でのケアに重点をおき、実施出来なかったが、家に帰りたく願う入所者も多く、ターミナルであっても在宅に戻す支援も行いたい。

看取り導入へ向けた取り組み ～スタッフへの質問紙調査から見てきたこと～

施設名：大分県 介護老人保健施設ヴァル・ド・グラスくじゅう
発表者：猪野直美

【はじめに】

日本の高齢者は病院で亡くなる人が大半であり、2013年人口動態調査においても介護老人保健施設での看取りは1.9%に過ぎなかった。しかし、今後は高齢化の進展に伴い、施設での死亡が増加することが予測される。当施設でも同様であり、看取りへ向けた準備が必要となる。看取りの過程で重要なのは入所者と家族の揺れる思いを絶えず確認し、調整する事である。利用者の希望に応え、施設での看取りを実践するためにはハード面、ソフト面の両方の課題が混在する。今回、看取りを行なう為の準備としてスタッフが抱える問題を質問紙調査から抽出し、課題を検討した。

【取り組み】

- ＜施設概要＞介護老人保健施設（85床）
- ＜期間＞平成29年11月20日～11月25日
- ＜対象＞看護スタッフ10名 介護スタッフ23名
- ＜回収率＞94%
- ＜チェック式記述式質問紙調査＞
- 1.当施設に看取りは必要だと思うか
- 2.本人や家族が希望すれば看取りをしたいと思うか
- 3.看取りを行う上で不安はあるか
- 4.看取りを行うとしたら、どのような準備が必要か
- 5.どのような看取りをしたいか
- 6.自分が老いた時、どこで最期を過ごすか

【結果】

「介護施設に看取りが必要である」と約9割の看護・介護スタッフが考えている一方、「本人や家族が希望すれば看取りをしたいと思うか」の問いに、看護スタッフ10名中、4名が「あまりしたくない」と回答した。看取

りを行う上で不安はあるか」に看護スタッフ全員が不安がある、少しあると答えた。理由として夜間に医師がいない、看護・介護スタッフの応援体制や看取りを行える環境が整っていない、知識や経験不足から不安である等の意見が挙げられた。「どのような看取りをしたいか」には、最期の思い出作りのサポートをしたい、思いを出来る限り叶えてあげたい等の回答があった。

【考察】

看護スタッフはこれまでの経験の中で患者の死を経験している。夜勤やリーダーをするスタッフの7人中5人は看取りを行う上での不安に夜間の医師不在時の対応をあげた。医師がいない中で看護職は様々な判断を求められ、その大きな不安が「あまりしたくない」という回答に繋がっていると憶測する。医師の対応やマニュアルの作成、応援体制等の整備を行う事がスタッフの不安の緩和に繋がると考える。また、知識や経験不足への対応として、看取りを実践する為の研修、スタッフ教育が必要となる。

橋本氏は「介護施設の看取り教育の目的は、看護職が看取りに関する知識・技術・態度を主体的に習得し、望ましい看取りが実現できる」と述べている。知識や経験が様々なスタッフが主体的に学べる教育の体制作りが今後の課題である。

【まとめ】

入所時から続く日々の生活支援の延長線上に看取りがある。慣れ親しんだ環境の下、安らかな尊厳ある死を迎えられるよう、ハード面ソフト面の両方を整備し、看取り支援開始に向けスタッフ教育を充実させていきたい。

看取り利用者への外出支援について ～本人の思いを実現できた事例～

施設名：福岡県 介護老人保健施設ひのき
発表者：濱口由紀子
末廣拓哉 古賀あかね

【はじめに】

当施設はH15年8月に開設した86床の個室ユニット型施設である。対象者は病状が不安定なため看取りでの入所であった。最期にもう一度家に帰って過ごしたいとの願いを受け外出支援を行い、最期は施設で看取った経過事例を報告する。

【対象】

T氏 女性 94歳 要介護4 高度アルツハイマー型認知症 胃粘膜下腫瘍 大腸がん疑い 右肩脱臼疑い 右膝関節症

【問題点】

①座位が10分しか保てない②体力低下が見られ食事摂取量の維持ができない③在宅での移乗方法④急変時に対する家族の不安

【取り組み】

①日々の生活の中でT氏の倦怠感が強く見られリクライニング車椅子で対応していた。背もたれを倒しその都度調整を行った。体調にあわせて離床時間を徐々に増やした。離床時は、「寝かせて・きつい」等訴えが多く、意欲にむらがあったため、カレンダーに外出日の印をつけ、目標を分かりやすく伝え、外出への意欲向上につとめた。当日は家族の傍に布団を準備し、自宅に到着後、30分程臥床し休んでもらうこととした。②食事はスプーンを使用し自力摂取していたが、次第に疲労感により食事量の低下が見られた。家族に相談したところ寿司を好まれていることが分かり、食事を寿司に見えるよう毎食軍艦巻きを作り提供した。③面会時はリハビリスタッフより家族へ事前に移乗方法、リクライニング車椅子の使用法の説明を行なった。④主治医と相談し家族へ急変するリスクがあることを伝え理解を得た。看護師とリハビリスタッ

フが付き添い外出することとした。

【結果】

平成29年10月13日外出 当日は、体調不良もなく外出の許可がでた。おしゃれ着に着替え、化粧を行い外出された。在宅ではスケジュール通り臥床時間を設け、家族と共に特上のお寿司を1人前食べた後、穴子寿司を食べて約2時間過ごした。家族やT氏は笑顔見られ喜ばれた様子であった。帰設後も「美味しかった、久しぶりに帰れて懐かしかった。」と話された。急変時に備えてリハビリや看護スタッフが付き添ったが状態変化はなかった。

【まとめ】

今回事例を通して援助に必要なことは、利用者の望んでいることを引き出すことである。T氏のように、自分の思いを伝えることができる方もいれば、できない方もいる。そのため日頃より、利用者や家族との関りが重要となってくる。看取りの援助内容は1人1人決まって同じではない。医師を含め他職種との連携を図り、利用者・家族の思いに寄り添い馴染みの関係・場所を作っていけるようにユニットならではの看取り援助を行い人生の生きる手伝いを今後も行っていきたい。

5月25日(金)

13:20 ~ 14:50

第4会場 / 中会議室 (4階)

第16分科会

様々な取組み

座長 / 森山 繁彦 (佐賀県)

演 題	施設名	発表者
コ16-2-① 多職種連携を図るための効果的な情報共有を目指して ～インカムを導入しての取組み～	佐賀県 介護老人保健施設 夢の里	小川 泰行
コ16-2-② 介護ロボット「リショナー」を導入して ～取り戻した笑顔～	長崎県 介護老人保健施設 さざ・煌きの里	田中佳代子
コ16-2-③ 職員の腰痛に対して、リハビリスタッフの取組み ～専門職の視点からできること～	福岡県 介護老人保健施設 ヴィラくしはら	村田 翔吾
コ16-2-④ 「新規利用者への申し送り強化に向けての取組み」 ～新規利用者、多職種が早期に安心感を得られる為に～	福岡県 介護老人保健施設 シャンティ	川田 正道
コ16-2-⑤ 施設生活を楽しく過ごすために	長崎県 介護老人保健施設 にしきの里	河野 浩人
コ16-2-⑥ 職員の手荒れとハンドケアの追跡調査	福岡県 介護老人保健施設 ビハーラ光風	田中里津子
コ16-2-⑦ アセスメントで業務改善	福岡県 介護老人保健施設 久英荘	戸渡 之博
コ16-2-⑧ 心地良い睡眠を目指す ～様々な角度(視点)からのアプローチ～	沖縄県 介護老人保健施設 パークヒル天久	仲地 良尚
コ16-2-⑨ 5S NOW!! 働きやすい職場環境を目指して	福岡県 介護老人保健施設 あけぼの苑	笹原 飛鳥

多職種連携を図るための効果的な情報共有を目指して ～インカムを導入しての取り組み～

施設名：佐賀県 介護老人保健施設 夢の里
発表者：小川泰行
橋本敏弘

【はじめに】

当施設は、定員80名（1階25名、2階55名）で平成2年5月に開設し、すでに30年弱が経過している施設であるため、施設構造上の課題等もあり、特にフロア間の情報共有（報告・連絡・相談）に課題を有しておりました。介護老人保健施設の本来目的である在宅復帰に向けた取り組みを進める為、平成27年9月より在宅支援加算型へと移行し、多職種協働によるサービス提供が、より必須となる中、特に、看護職・介護職・リハビリ職との連携強化を図る為、福祉関連施設での導入実績は少なかったが、情報連携強化のツールとしてインカム（小型特定トランシーバー）を導入したので、その経緯と導入効果等について報告します。

【取り組み内容】

従来型から在宅支援加算型へと移行するに伴い、これまで以上にリハビリ職との連携が必要になり、担当職員との対面会話による情報収集や他職種への情報伝達の方法等に課題を抱えておりました。そこで、イベント会場等の運営用に情報ツールとして浸透しており、かつ一部の介護施設等において導入されているインカム導入の検討をすることとし、平成27年2月、デモ機7台による1か月間のリハビリ職・看護職・介護職間での情報連携の検証作業を行いました。デモ機の台数不足もあり限定的な効果にとどまった為、課題等も含め、検証作業内容について再度検討を行った結果、平成28年4月よりリハビリ職・看護職・介護職の情報連携ツールとしてインカム19台を導入しました。

【結果】

導入により、リハビリ職と看護職・介護職とのリハビリ時間の調整、リハビリ職による

新規ご入所者の入浴評価の時間調整、評価結果や入所者情報の情報共有・連携の強化に繋がりました。また、ご利用者やご家族を待たせることがなく対応・援助ができるようになり、緊急時の応援指示等の対応が容易になり、結果、職員間でのスムーズな情報伝達・共有（報告・連絡・相談）が確実にできるようになりました。また、インカム導入により館内放送等の使用の減少にも繋がりと、さらには、インカムは小さな声でも職員間の業務伝達ができる為、ご利用者やご面会者への配慮にも繋がりました。また、スタッフのストレス、不安感や孤独感の解消、作業等の行動範囲の軽減にも繋がりと、職場環境の改善にも繋がりました。一方、耳の違和感や痛み等については今後改善に努めていきたいと考えており、初期投資の費用はかかるものの十分な成果を得ていると考えております。

【まとめ】

今回、インカム導入により他職種との情報共有による連携強化を図ることができました。さらには、介護の質の向上や職場環境改善、ひいてはご利用者やご家族へのサービス向上にも繋げることができたと考えております。現在では、インカム導入当初の19台から2台増設し、運用しておりますが、更なる連携強化に向け、利活用の拡大や改善を進めてまいりたいと考えております。

介護ロボット「リショーン」を導入して ～取り戻した笑顔～

施設名：長崎県 介護老人保健施設 さざ・煌きの里
発表者：田中佳代子
石井里美 萩尾直美

介護福祉士 田中 佳代子

【はじめに】

当施設では、介護負担軽減目的で、平成29年3月に電動ケアベッドと電動フルリクライニング車椅子を融合した利用者の離床をアシストする介護ロボット「リショーン」を導入した。重症四肢麻痺の為2名介助でリクライニング車椅子に移乗していたが、移乗後の嘔吐や腰痛、下肢痛などの出現によりベッド上での生活を余儀なくされていた利用者へ「リショーン」を導入した結果、介護者の負担軽減に加え、利用者の身体的苦痛も軽減できた事例を報告する。

【事例紹介】

H・K氏 78歳 女性 疾患名 脳幹梗塞・左被殻出血・高血圧・心不全・Ⅱ型糖尿病・頭位性めまい

【リショーン導入前】

重症四肢麻痺で、座位耐久性も乏しく入浴以外は終日ベッドで過ごしていた。本人やご家族からは、日中はベッドから離れ、他者と会話をしたいとの希望があったため2名介助でリクライニング車椅子での離床を試みた。徐々に離床時間を延ばしていく予定だったが、移乗動作の後に嘔吐が出現し、ベッド臥床中も体位変換後や排泄介助後、入浴の為の移動時などに嘔吐を繰り返した為、離床を中止せざるを得なかった。

【リショーン導入後】

平成29年3月にH・K氏のベッドをリショーンに変更。ベッド上で体を横移動するだけでベッドの半分がリクライニングの車椅子として使用できるため1名での移乗介助が可能になった。体位の変化や体の移動により

嘔吐がみられたため、まずは1日1回昼食時にリショーンでの離床を試みた。すると、嘔吐の回数が極端に減少し、毎食とも食堂で食事がとれるようになった。離床の機会が増えたことで、職員の橋渡しで他の利用者ともコミュニケーションが図れるようになり笑顔が増えた。入浴時はリクライニング車椅子で移動していたが、やはり移乗後に嘔吐がみられた。入浴時の移動もリショーンを使用することにより移乗後の嘔吐は消失した。リショーン導入前後に行った職員アンケートでは、導入後の介助者の身体的・心理的負担が軽減していた。

【考察】

全介助が必要な利用者の移乗介助は、利用者・介助者双方に大きな負担が生じる。特にH・K氏は移乗の度の嘔吐への不安が強かったと考えられる。リショーンを使用することにより嘔吐が消失したことは利用者にとって身体的・心理的苦痛の軽減につながり、利用者の意欲を引き出すことができたと考える。今回の事例で利用者の状態に応じた福祉用具、介護ロボットを使用することにより介助者だけでなく利用者の負担も軽減でき意欲の向上にもつながることを実感した。

職員の腰痛に対して、リハビリスタッフの取り組み ～専門職の視点からできること～

施設名：福岡県 介護老人保健施設ヴィラクしはら
発表者：村田翔吾
江崎浩治 井形健治

【はじめに】

介護・看護職員は、移乗介助やおむつ交換等重労働が多く腰痛になりやすい職種といえるだろう。当施設では、職員の腰痛予防対策として、毎朝の朝礼時にラジオ体操をすることや環境整備等の取り組みをしている。それでも職員の腰痛による休職や離職があり、リハビリ職として、なにかできることがないだろうかと考え、腰痛の調査を行った。

【職員の腰痛全体像】

平成28年と29年に腰痛に対するアンケートを実施。腰痛有り13名（全体の27%）。腰痛がある対象者を年代別に分けると10代3名、20代7名、30代1名、40代1名、50代1名。職種別では介護職9名、看護職4名。経験年数別に分けると2年未満で4人、3～5年で1名、6～9年で6名、10年以上で1名。痛みの程度では軽度6名、中度5名、強度2名。調査結果から、腰痛症状が長く続いており、痛みも強い職員6人に対して、個別の腰痛対策を考えた。

【問題点】

スタッフA

- # 1 腹筋筋力低下
- # 2 両股関節の筋力低下等

スタッフB

- # 1 不良姿勢（前傾姿勢）等

スタッフC

- # 1 既往による腰椎ヘルニアの増悪
- # 2 背筋・腹筋の柔軟性の低下等

スタッフD

- # 1 大腿後面部の筋短縮等

スタッフE、F

- # 1 介護技術の未熟さ
- # 2 ストレス等

【対策】

スタッフA・・・腹筋・股関節の筋力トレーニング等

スタッフB・・・背筋伸展トレーニング、姿勢指導等

スタッフC・・・背筋・腹筋ストレッチ、生活指導
業務中のコルセットの使用等

スタッフD・・・殿筋群、ハムストストレッチ運動等

スタッフE、F・・・body mechanicsを理解した介助法の指導、メンタルケア等

【結果】

日常生活での腰痛 業務中の腰痛

ケースA 改善あり 改善あり

ケースB 改善あり 改善あり

ケースC 改善なし 改善なし

ケースD 改善傾向 改善なし

ケースE 改善あり 改善あり

ケースF 改善あり 改善あり

【考察】

リハビリスタッフが職員の腰痛対策に取り組むことで、腰痛のある職員に対して、それぞれ個別の原因と対策を考えることができた。二足歩行を選んだ人類の宿命といわれる腰痛は、多くの人が一度は経験しているはずだ。そして、その原因も人それぞれである。環境整備や集団での体操等も大事なことだが、個人の原因や対策を考えることも重要ではないだろうか。今回、リハビリの専門性を

活かすことで、職員の腰痛に対して若干の改善がみられたものとする。

【おわりに】

職員に対しての腰痛の調査・対策を行う事で、身体状況を知ることができたと同時に、他職種とのコミュニケーションを増やすことができた。リハビリスタッフが腰痛の取り組みを開始して2年が経過したが、他職種との連携を密にできる大事な機会ともなった。老人保健施設にとって連携は非常に重要であるため、この取り組みを今後も継続していきたい。

「新規利用者への申し送り強化に向けての取り組み」 ～新規利用者、多職種が早期に安心感を得られる為に～

施設名：福岡県 介護老人保健施設シャンティ
発表者：川田正道
内野雄一 本村紀博 田中佑樹

1. 要 旨

【はじめに】

現在、介護老人保健施設では、勤務時間帯が異なる多職種が連携して業務を行っており、介護サービスにおける質の向上のためには、情報共有が必要不可欠である。しかし、ケアを進める上で、必要情報が十分把握できておらず、新規利用者と多職種の間には不安が生じている。そこで今回、情報共有強化のため、セラピストが主体となり、情報をまとめた専用のシート（名称：重点申し送り表）を作成した。この重点申し送り表により情報共有を行う事で円滑な初期対応を目的とした。

【対象者】

新規利用者（男女、年齢問わず）20名程度を対象に実施。

【方 法】

入所時に必要な情報をOT・PTが予め選択抽出。多職種に、認知機能、身体機能、ADL項目の追加、削除など自由記述式にてアンケート収集。必要な項目を整理、重点申し送り表を作成し、1週間使用。利用者への評価は1ヶ月後にBI・MMSE・DBD（認知行動評価13項目）を使用。多職種へは1ヶ月ごとに重点申し送り表の使用状況、改善点、意見を無記名でアンケート調査実施。

【結 果】

退所者20名のBI、MMSEの初期、退所時の平均値、平均入所日数を評価基準点とし、増減による効果測定を表記。新たにDBDを追加、初期と1ヶ月後に再評価を実施することにより、周辺症状の改善へと繋がったか、口述発表にて、考察を加えて発表したい。

また、多職種のアンケートでは、新規利用

者へのリハビリテーション項目、申し送り時間の短縮、不明瞭な業務分担、不統一对応での新規利用者の混乱が解消され、各職種の必要情報をお互いに再確認することができると予想される。

【考 察】

今回、重点申し送り表を作成した事により、リハビリテーション項目情報が活かされ、在宅復帰へ向けた施設内の環境整備、ADL動作への最小限の介入、介護職の在宅復帰、在宅支援への意識付けが向上することを望みたい。また、新規入所時に移乗、移動、排泄のケアを中心に時間配分ができ、多職種、新規利用者のお互いが不安感を軽減できると思われるが、新たに初期対応の課題として以下3点が考えられる。（1）多職種の評価ツール、視点の違い、評価項目選定の整合性（2）変更への迅速な対応表記時間の確保（3）言語表記の理解度のバラつきなどが予想される。

2. まとめ

当施設は強化型の認可を受けており、平成30年度介護報酬改定で、在宅支援機能が新たに明示された。今後は入所から在宅復帰だけでなく、あらゆる状況、職種の申し送りにも対応でき、利用者のその時点での情報を効率良く共有でき、職種の専門領域をケアに活かし、早期に在宅復帰、在宅生活への支援に繋げられるよう体制を築いていきたい。

施設生活を楽しく過ごすために

施設名：長崎県 介護老人保健施設にしきの里

発表者：河野浩人

瀬川絹枝 島さゆり

【はじめに】

当施設では4階が認知症専門棟、3階、5階の一般病棟をADL、認知度のレベルで分けている。各階でレクリエーションを行っているが、職員の人数不足により業務中心になり、入所者への関わりが各階で十分とれないことから、午前中の体操を3階、5階合同で実施している。3階の入所者の方では、他の階までは行きたくない、療養室で過ごす方も居た。午後のレクリエーションは各階で行っているが、きつい等言われ3階の方の参加が少なかった為に、他者とのふれあいが少ないと思われた。施設生活を笑顔で楽しく生活して頂きたいと思い今回の研究に取り組んだ内容と研究結果をここに報告する。

【研究期間】

・H29年 6月～9月

【研究対象】

・3階 5階入所者

【実施方法】

- ・職員の話し合い
- ・入所者へのアンケート
- ・レクリエーション日誌

【結果】

入所者にアンケートをとり「レクリエーションでしたいこと、趣味」を尋ねる。職員で話し合いを行い「園芸」「カラオケ」「ちぎり絵」を余暇、レクリエーションの時間に提供した。

園芸では5階で午前の合同体操に参加後に園芸をしたい方はベランダで花を植え、草むしりや水やりをした。職員が少ない為にケアマネに手伝い要請した。虫除けスプレーや帽子をかぶる事も楽しんでいるように見えた。

「この間植えた花が咲いてる。」と喜んだり「今日はせんとね。」と聞かれる事もあり活気が見られてきた。また車椅子使用の方が花壇につかまりながら立って移動して水やりを行ったり草むしりをする入所者が見られた。自分達で育てた植物の成長、気温、自然の変化を身体で感じる事ができた。ちぎり絵は「紙をちぎる事は手のリハビリになるね。」と集中して行う入所者、他者と話をしながら楽しそうに貼っている入所者の姿が見られた。カラオケでは人前であまり話をしない方でも照れながらも、大声で歌っていた。少しずつ行動化がみられ、3階入所者の午前の体操の参加が増えるようになってきた。

【考察】

今回の研究を通して本人達のやりたい事を行うことにより、レクリエーションに参加される方が多くなり、入所者の活動性が高まった。職員はレクを通して入所者の趣味が解り声かけや会話も増えた。普段見られなかった動作や表情の発見が出来た。今回の事で生活の質の向上や余暇の時間の充実に繋がったと考察される。入所者の笑顔がもっと増え充実させる様この活動を今後も続けていける様努力していこうと思う。

【結論】

レクリエーションはやりたい事や好みに応じて行うものである。しかし当施設では個人の身体の状態や職員、業務の状況により全てに応じる事は難しい、しかし入所者の生活の質の向上や活気を引き出す為、余暇やレクリエーションの時間を出来るだけ本人達の希望に合わせて行う様にして行きたいと考えている。

職員の手荒れとハンドケアの追跡調査

施設名：福岡県 介護老人保健施設 ビハーラ光風
発表者：田中里津子
堤美樹

【はじめに】

手洗いは、院内感染対策の基本である。高頻度の手指衛生(手洗い・手指消毒)が求められる。医療従事者の7割以上は手荒れに悩んでいるという報告がある。手荒れや傷などが存在すると、黄色ブドウ球菌などの通過菌にとって好適な環境で皮膚上にコロライズする可能性が高くなり、スキントラブルは感染管理で問題となる。また、CDCガイドラインにおいても手洗いの重要性について述べており、同時にスキンケアについてローションなどの使用を勧めている。当施設においても、前回研究で手荒れがあると自覚する職員は98%であった。しかし、手荒れに悩んではいるが、ハンドケア(以下ケア)について知らないという職員が54%いた。そのため、手荒れ予防・改善について口頭で説明した後、ポスター掲示、職員へ手荒れについての知識向上のための啓蒙活動を実施後、再度アンケートを取った。職員の手荒れに対する意識の向上が見られたので報告する。

【研究方法】

＜対象者＞ A療養棟職員25名、B療養棟職員24名

＜調査期間＞ H29年8月15日～H29年8月31日 H30年1月6日～H30年1月21日

＜調査内容＞ 手荒れ対策のポイントをまとめたポスターを手洗い場に掲示

現在の手荒れ、ケアの状況、ケアを意識して継続できているかを調査

＜倫理的配慮＞ 対象者には、研究目的を説明し、調査結果以外には使用しない事、個人特定されない事を口頭で説明した。実態調査の参加はアンケート用紙を提出することで同意を得たこととした。

【結果】

ポスター掲示後、今回のアンケートで、ケアについて意識できているとの答えが92%であった。手荒れ対策について知識が増えたとの答えは、前回46%であったが、今回73%であった。手荒れ予防・改善のために、口頭で説明した。また、職員の意識向上のために、ポスターを手洗い場の正面に掲示し、高さを目線より少し下げることによって、手洗いをする際に、無意識的に視界に入り知識が上がったと考える。しかし、知識が増えたと回答した職員は増えたが、手荒れを自覚する職員が前は98%、今回は92%と変化は見られなかった。

【考察】

ポスター掲示後、手荒れ対策の知識が増え、ケアへの意識が上がったという結果が出たものの、手荒れの症状があると答えた職員は前回と変化なかった。様々な要因により完全な皮膚トラブルの回避は困難である。ケア対策は個人に委ねられており、知識はあるが、ケアが出来ていないのが現状である。ケアの遵守率を上げるよう、ケアが出来る環境づくりを施設全体で取り組む必要がある。

【まとめ】

今回ポスター掲示やアンケートを実施する事で、ケアに対しての職員の意識向上に繋がったと考える。手荒れ防止は、感染防止対策の一つになるという意識づけが継続出来るよう、今後も、啓蒙活動、指導していく必要がある。また、日常生活で継続的なケアを勧めていく工夫も重要であると考えられる。

アセスメントで業務改善

施設名：福岡県 介護老人保健施設 久英荘
発表者：戸渡之博

【はじめに】

当施設ではケアプラン作成を受持ちの看護・介護職員が行い副主任やケアマネジャーが確認を行っていた。その為、職員はケアプラン作成の負担感が大きい状況であった。そこで、ケアプラン作成の負担を軽減すべく職員にアンケートを実施した。結果はアセスメント作成が最も負担と答えた職員が最も多かった。理由としてはチェック項目が多く、「作成しづらい。みづらい。」等の意見が多かった。このことより、負担の軽減に取組んだ結果を報告する。

【取組み内容】

ケアプラン作成者に対するアンケートの実施

①負担感のアンケートの結果を受けた作業改善。内容として、今までは自立支援プログラム（全老健版）を使用していた。

例えば、入浴に関する項目が5項目あり、さらにその中の入浴の移乗・移動には『・車椅子と浴槽ストレッチャー間の移乗・ストレッチャーと浴槽内リフト間の移乗・抱える、抱き上げる、背負う・リフトや特殊浴槽等の操作』この様な項目が9項目あり、この項目の中であてはまる物にチェックを行っていた。

この様に細分化された項目であり、この前後にも重複した物が多々見られた。この為、変更する書式は独自に考え、重複する項目の見直しや簡素化を図った。

②再度、アンケートを実施し、変更前後の比較を行う。

内容としては、独自に考えた変更書式3つを候補に挙げ、再度アンケートを実施。最も回答が多かったアセスメントシートを採用した。

③1つのアセスメントシートに決まり、実際に作成してもらう。

内容としては前記に挙げた入浴の移乗動作の項目に関しては『・自立・一部介助・全介助』とし、詳しくは文書で入力する書式とした。

【結果および考察】

負担感や時間短縮に関しては人により違いはあるが、以前の書式よりも『短縮できた』『負担感は軽減した』と答えた職員は70%以上であった。

理由としては「以前の書式に比べチェック項目が減少したので見やすくなった。」との意見が多くみられたが、「チェック項目が減った分、記入すべき事が多くなり、以前の物に比べ作成に時間がかかった。ただし、見やすさはとても良くなったと思う。」という意見もあった。最終的な結果としては、アセスメントシートの書式を変更する事で、作成しやすくなり時間も20～30分程時間が短縮できている。また、負担感の軽減にも繋がっている。

【まとめ】

今回、アセスメントシートの書式を変更する事で、見やすくなり、作成しやすくなったとの声が聞かれている。この事により時間短縮や作成する上での負担軽減に繋がっている事がわかった。

今回の取り組みで最も大変だったのは、アセスメントシートを変更し職員へ伝えていく事であった。また、始めは職員も慣れない事で困惑する姿も見られていた。しかし、この様な『小さな取り組み』の積み重ねが業務改善に繋がるのだと思った。また、業務改善には、多くの職員の協力が必要不可欠なのだと思えて実感した。

心地良い睡眠を目指す ～様々な角度（視点）からのアプローチ～

施設名：沖縄県 介護老人保健施設パークヒル天久
発表者：仲地良尚
慶田城邦信 石川みどり

【はじめに】

定員60床の当施設では、ご利用者の約30%の方が睡眠薬を使用しており、約36%の方が認知症を患っている。BPSDの一つでもある昼夜逆転に伴う不眠から、夜間の転倒に繋がるケースが発生している状況がある。

今回、昼夜逆転による転倒リスクの高い2名を担当し当施設で導入された睡眠状態を睡眠評価（睡眠と覚醒の判別）がデータ化できる機器（眠りSCAN）を活用し、睡眠環境の改善に取り組んだ。その結果睡眠効率の上昇とケアアプローチの在り方に学びが得られたので考察を交え報告する。

【事例紹介】

1) 対象者：

G氏 男性80代 入所当時車椅子使用

- ・昼夜逆転に伴う転倒のリスクあり。
- ・眠剤使用
- ・夜間頻尿
- ・「洗濯ばさみセンサー、重量センサー」設置。

U氏 女性 70代 車椅子使用

- ・日頃から「暴言」・「暴力」・「昼夜逆転」・「弄便」あり。
- ・眠剤使用。
- ・精神科治療の既往歴あり。
- ・居室には「洗濯ばさみセンサー」設置。

2) 期間：平成29年7月～10月（4ヶ月）

3) 方法：

- ・機器を活用し、睡眠状態をデータ化する。
- ・機器のリアルタイムモニターを活用し、覚醒時の対応を行う。
- ・昼夜逆転改善をテーマに日中の行動改善を促す。

【結果・考察】

G氏の場合、「昼夜逆転に伴う夜間排泄が原因で睡眠の妨げに繋がっているのではないかと考え、ケア対策として一時的なオムツの使用を提案、ご本人へ説明し了承を得た。

その後夜間の睡眠効率が、7月に78%から9月85%となり睡眠効率が7%上昇したことが確認できた。10月は4%下降したが理由として退所が決まったことによる気持ちの高揚等が影響したものと考えられる。

昼夜逆転が改善されたことで日中の行動が活発になり、気持ちが前向きになる中で、車椅子対応から歩行器へ変わるなど在宅復帰に繋がった。

U氏の場合、下剤による排便コントロールを行っていたが、便を出し切ることが出来ず、「常に膨満感や不快感があったことから、良眠できずにいるのではないかと考えた。

そこで日中のオムツをやめトイレ誘導を行うようにし自力で排便を促すよう試みた。その結果、日中排便が可能になり日常の不快感の軽減に繋がった。

その後夜間の睡眠効率は、7月80%から8月84%まで上昇したが、9月79%、10月76%と下降した。

原因としては、9月から臀部の痛みにより臥床時間を増やしたことで水分摂取量が減少してしまい、排便が減少し夜間の便の不快感等から睡眠効率が低下してしまったと考えられる。

【まとめ】

今回、昼夜逆転・転倒等へのアプローチとしてしっかり睡眠がとれているのかに着目し、機器（眠りSCAN）を活用する事でデータ化した睡眠状況の把握ができた。

日常に起こりうるリスクや課題点について

様々な取り組みを行う中で固定観念にとらわれず、ケアを通して個別性の重要性を知ることが重要と考える。今後も幅広くケアの品質の向上に生かしていきたい。

5S NOW！！ 働きやすい職場環境を目指して

施設名：福岡県 介護老人保健施設 あけぼの苑

発表者：笹原飛鳥

中原さおり 太田垣聖一 大和香

濱上重美

【はじめに】

「5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）は、企業活動の基礎・基盤を形づくる重要な改善活動ですべての業種に効果を発揮する。」とされている。今回、当苑において5S活動に取り組み、介護施設における5S活動の具体的な効果を得ることができたのでここに報告する。

【対象】

看護・介護職員全員(Ns10名・CW26名)

【研究期間】

平成29年8月1日～平成30年1月31日

【方法】

取り組み前後、アンケート調査の実施

5S勉強会の開催

5Sの実施

- ・担当場所を決め、必要なものと不要なものを分け不要なものは捨てる
- ・必要なものがすぐに取り出せるように置き場所や置き方を決める
- ・整理を始める前後の状態を写真に撮っておく
- ・整頓できた箇所には図や表示をつける
- ・ルールを設定する

【結果】

アンケート結果より

- ・スペースができた
- ・物品が見やすくなり出し入れも容易になった
- ・書類や物品を探すための時間のロスがなくなった
- ・在庫を多く持つことが減り、管理が容易になった
- ・清掃しやすい環境になり衛生面が改善された

- ・コード類に引っかかる、抜ける等の事故がなくなった
- ・仕事動線が短くなり効率が向上した
- ・医師より仕事がしやすくなったと意見があった
- ・ICTラウンドでの指摘事項が減少した

【考察】

今回、5S活動の取り組みにより、いかに不要なものを抱えとりあえず収納していたかということを実感した。雑然とした職場では仕事効率が下がり事故も起こりやすくなる。

掃除も行き届かず衛生環境の悪化にもつながる。まずは、山積みしていた不要なものを捨てることによりスペースが有効活用でき掃除しやすい清潔で衛生的な職場環境になった。また仕事効率を考慮しながら整頓していくことで動線が短くなり時間短縮やコスト削減、ミスや事故防止にもつながり、ルール設定と図や表示であるべき姿を可視化することで物の置き方を標準化することができた。

介護の現場において5S活動を実践することは、業務の効率向上や事故防止、感染予防などの実現につながり、働きやすい職場環境になるだけでなく、組織が活性化され利用者様、ご家族様の満足度向上も期待できるということが理解できた。

【おわりに】

5Sは、最後のSである「しつけ」を核に展開される。当苑での取り組みは、ようやく4Sに到達できたというレベルが現状であり、今後は決められたことを、決められたとおりに実行できるように習慣づけることを目指し努力していきたい。