

令和5年度(第54回)中国地区老人福祉施設研修大会〔分科会別〕発表事例一覧

第3分科会（在宅サービス、デイサービス） テーマ：「在宅福祉サービス・デイサービス」

会 場：岡山コンベンションセンター 1階 イベントホール②

助言者：岡山県立大学 保健福祉学部 准教授 若林 美佐子 氏

座 長：広島県老人福祉施設連盟 研修委員長 久保田 あけみ 氏

幹 事：岡山県老人福祉施設協議会 研修委員 高橋 和巳 氏

	No.	テーマ ～サブタイトル～	県	施設 種別	施設・事業所名	発表者職名	発表者氏名
午前	1	高齢者の認知機能と身体機能の維持・向上を目指して ～二重課題運動を導入して～	鳥取県	デイ	百寿苑デイサービスセンター	介護士	隠岐 浩
	2	デイサービスの機能訓練について ～丁寧なアセスメントと全職員での機能訓練の実施～	広島県	デイ	通所介護・デイサービスしまの風	介護職員	前田 なぎさ
	3	合言葉はリフレーミング ～自分にも周りにも寄り添えるデイサービスを目指して～	広島市	デイ	広島原爆養護ホーム 舟入むつみ園デイサービスセンター	介護員 介護員 介護員	大出 朋子 横尾 順子 小見角 理恵
	4	不安を自信に ～職員個々が自信を持って業務にあたれるために～	鳥取県	デイ	鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター	介護員 作業療法士	森本 美粧紀 川田 莉沙
	5	ウェルネスチャレンジ ～たかが歩く、されど歩く～	広島県	デイ	宗越通所介護事業所	機能訓練指導員	山村 剛
	6	介護士だからこそできる転倒予防運動 ～転倒なくいつまでも住み慣れた家で暮らしたい！～	岡山県	デイ	済生会 憩いの丘デイサービスセンター	介護福祉士	片岡 なおみ
	7	アセスメントから始まる認知症個別ケア ～アセスメントツールを使用したチームアプローチ～	広島市	デイ	なごみの郷通所介護事業所	介護福祉士	川上 菜穂子
午後	8	腰痛ゼロへ向けての職場づくり ～業務改善の取り組みとその成果～	広島市	デイ	デイサービスセンター石内慈光園	介護職員 介護職員	上野 彩華 西村 沙弥
	9	本町デイサービスから本町クラブへ ～経営改善 実践報告！ 本町デイの軌跡～	広島県	デイ	デイサービスセンター第2清鈴園本町集会所	ケアワーカー	長藤 喜代美
	10	在宅生活を続けるために私たちにできること ～地域の人に支えられながら～	島根県	デイ	みゆき荘 デイサービスセンター	生活相談員	上田 有紀子
	11	同好会 活動続けました ～「やりたい」を訓練に繋げる取り組み～	鳥取県	デイ	鳥取市東デイサービスセンター	介護福祉士 作業療法士	岸田 桂子 濱本 彩香
	12	互いに役割を持ち支えあう共生型デイサービス ～「役に立ちたい」との想いから～	広島市	デイ	悠悠タウン江波 基町デイサービスセンター	相談員	岸田 一幸
	13	認知症になっても住み慣れた地域で暮らすには ～その人の生活を支える～	島根県	在宅	雲南市社会福祉協議会 訪問介護事業所	管理者	多々納 宏代
	14	姉妹物語 ～認知症の姉妹を支える医療・福祉チームケア～	島根県	在宅	ヘルパーセンター白寿園	サービス提供責任者	泉 早百子

※抄録資料に記載の内容(発表者等)が変更になっている場合がございます

3-1

高齢者の認知機能と身体機能の維持・向上を目指して

高齢者
認知機能
二重課題

二重課題運動を導入して

鳥取県 東伯郡 琴浦町

種 別・施設名 ふりがな ひゃくじゅえん 百寿苑デイサービスセンター

介護士・おき ひろし 隠岐 浩

共同研究者 作業療法士・月森 健介

共同研究者

E-mail Address hyaku_10@mx1.tcbnet.ne.jp

Fax 番号 0858-55-2445

今回の発表の施設
またはサービスの
概要 9p

(事業種別、利用者数、平均介護度)
通常規模型通所介護施設 定員：40 名 利用者数：80 名
平均介護度：2.2 (事業対象者～要介護 5)

<取り組んだ課題>

利用者家族から認知症に対しての訓練などの要望があった。デイ利用者、特に認知症加算を算定している利用者にアプローチできないか、二重課題の運動が認知症予防に対して有用性があると考え、今回実施を検討。

<具体的な取り組み>

対象者を以下の利用者とし、週 2～3 回体操教室を実施した。認知機能及び、歩行バランス機能などの身体機能についても検査し経過観察を行った。

<対象者>認知症加算取得者、ある程度歩行が自立している利用者、要介護 1～3、年齢 82～99 歳、人数 9 名

<期間>7 月～1 月まで半年間 週 2～3 回程度

<検査内容>

・認知機能 (HDS-R)・歩行機能 (TUG)・バランス機能 (FRT)・握力

<実施内容>

・二重課題体操 (あんたがたどこさ体操・足踏体操)
・ラダー体操
・職員 2 名 (介護士・機能訓練士) で実施。

<活動の成果と評価>

●認知機能の検査結果：

10～20%点数 向上：3 名

点数維持：3 名

14～40%点数 低下：3 名

点数の増減割合の平均結果 3.6% 低下。

●歩行機能の検査結果：

1.7～20.7%上昇：6 名

3.4～14.7%低下：2 名

平均結果 歩行速度が 3.6%短縮。

計測時間が短縮している方が多く、歩行機能の成績が向上。

●バランス機能の検査結果：

11.1%～36.7%上昇：6 名

4.0%～17.2%低下：3 名

全体の平均結果は 9.2%上昇し、バランス機能の向上を認めた。

●握力の検査結果：

1.2%～13.5% 上昇：2 名

1.6%～25.9% 低下：7 名

全体の平均結果は 7.9%、握力低下がみられた。

各検査結果の増減率を平均すると初回時から 0.3%上昇していた。

<考察>

・二重課題を用いた運動では認知機能の大きな改善は見られず、有用性についてばらつきのある結果であったが、大幅な低下は無く、ある程度の低下防止や進行の抑制が図れていたのではないかと。

・歩行速度の短縮やバランス機能の向上を認め、初回時より検査の点数が向上しているため、転倒リスクの軽減につながるのではないかと。

<問題点>

・対象者によって認知、運動課題の許容量が異なり、難易度が高い様子の利用者も見受けられた。

・業務内容に左右され、毎回体操教室を開催することができない月もあった。

・体操の取り組みにより利用者の普段の日常生活にも変化や影響があったか評価・観察等をしていく必要があった。

<今後の課題>

今回は、平均年齢 88 歳と高齢の利用者が多い中、検査結果を全体平均でみると認知機能・身体機能の維持に繋がった取り組みだと考える。今後、他の利用者へも運動の提供を検討していく。

<参考資料など>

木村剛英. 二重課題干渉に着目した転倒予防の取り組み. 理学療法学 33 (6) 1013-1018. 2018

3-2

デイサービスの機能訓練について

個別機能訓練加算

目標設定

情報共有

丁寧なアセスメントと全職員での機能訓練の実施

尾道市

通所介護・デイサービスしまの風^{かぜ}

介護職員・前田^{まえだ}なぎさ

shimanokaze@satukikai.com

施設の概要

尾道市向島町。2010年10月開設。定員42名。サービス提供時間は9:30～15:30。要介護1～2を主な対象者と機能訓練を主として入浴サービス、食事サービスなどを提供している。

〈取り組み課題〉

しまの風では個別機能訓練を開始当初から、何らかの介護が必要となっても「住み慣れた自分の家でいつまでも自分らしく暮らしたい」という思いに応えるため、「利用者の身体機能だけでなく、生活機能の維持、向上を図る」ことを重視している。
今回の発表では、当施設で提供している機能訓練サービスが「利用者の身体機能だけではなく、生活機能の維持向上」に効果を発揮しているか、「住み慣れた家で自分らしく暮らしたい」という思いに応えることができているか、振り返ることとした。

〈具体的な取り組み〉

- 個別機能訓練プログラムの内容
 - ・外部委託の理学療法士がアセスメントやモニタリングを実施し個別の運動プログラムを作成
 - ・重りなどを使用した運動療法を実施
- しまの風の個別機能訓練の強み
 - ・丁寧なアセスメント
 - ・看護、介護職員全員で機能訓練サービスを提供
- 自宅訪問によるアセスメント調査
 - ・利用者宅を訪問し、生活環境を調査する
 - ・本人や家族から普段の生活状況を聞き取る
- 目標の設定、共有
 - ・潜在しているニーズを掘り起こし
 - ・具体的な目標を設定、利用者、家族、職員で共有
- 目標を確認しながら計画を作成、見直し
 - ・理学療法士のアセスメント時介護職員も同席
 - ・利用時や自宅の様子などを情報共有
 - ・介護職員のリハビリの知識向上にもつながる
- 看護、介護職員全員で機能訓練を実施
 - ・機械ではなく職員による直接対応を得意とする
 - ・運動時のコミュニケーションを大切にする

○事例（Aさん）

- ・H26年脳出血後遺症、右半身麻痺
- ・目標「料理ができるようになりたい」
- ・訪問調査。座位や立位保持に維持が必要
- ・現在では娘と一緒に料理をして、散歩も毎日行い、畑や風呂たきも役割となっている

○事例（Bさん）

- ・病気療養で入退院を繰り返していた
- ・R4年8月体力、下肢筋力低下があり、入浴、機能訓練を目的に利用開始
- ・目標「自宅の2階の浴室から海を眺める」
- ・訪問調査。安定した階段昇降が必要
- ・職員間で生活状況や目標を確認
- ・本人の意欲が向上した

〈活動の成果と評価〉

丁寧なアセスメントによる目標の設定と目標に向けた全職員での取り組みが、身体機能向上だけではなく、生活機能維持向上に効果的であると考えます。

〈今後について〉

「生活機能の維持向上」を意識し、一人一人の全体像とその生活に注目して機能訓練を行うことで、利用者の在宅生活を支えていく。
そのためにも、今後も丁寧なアセスメントや質の高い機能訓練が実現できるように全職員で取り組んでいく。

3-3

合言葉はリフレーミング

虐待防止

NLP

自己肯定感アップ

自分にも周りにも寄り添えるデイサービスを目指して

広島県・広島市中区

ふないりむつみえん

舟入むつみ園デイサービスセンター

介護員 おおで ともこ
大出 朋子

介護員 横尾 順子

介護員 小見角 理恵

E-Mail Address : mutumien@hge.city.hiroshima.jp FAX 番号 : 082-291-1854

施設（事業所）
またはサービスの
概要

原爆被爆者のために昭和45年に全国で初めて開設された舟入むつみ園に平成5年の施設改修に伴いデイサービスセンターが併設される。平日の月曜～金曜まで一日定員20名で現登録者は60名。日常生活上の支援を行う。

I. <取り組み課題>

高齢者の虐待件数が増えている今、昨年末も福祉現場での虐待事件がニュースとなった。虐待はなぜ起こるのか考えたときに、自分達はこのニュースにどこかで他人事だと思っていた事に気付く。虐待はどこにでも起こりうることであり、自分事として捉え考えていくうちに、NLP（コミュニケーション心理学）の概念であるリフレーミングを知る。リフレーミングとは物事の視点や枠組み（フレーム）を組み直す（リ・フレーム）という意味で、出来事の枠組みを変えることで出来事に別の視点を持たせることである。職員勉強会としてリフレーミングを学んでいき、新しい視点に気付き発想の転換を促すことで、虐待の防止・そして、自分にも他人にも寄り添えるデイサービスを目指すこととする。

II. <具体的な取り組み>

リフレーミングの職員勉強会〈計6回〉行う

- ① リフレーミングについての講義を行う
- ② 言葉のリフレーミングを学ぶ（職員の自己分析シートを基に短所の言い換えを行う）
- ③ 言葉のリフレーミングを学ぶ（利用者についてリフレーミングを行う）
- ④ 「時間軸」、「解体」のリフレーミングを学ぶ
- ⑤ 「As if」、「want」のリフレーミングを学ぶ
- ⑥ 5つの手法を用いてのグループ演習（事業所での困難事例をグループに分かれ討議する）

- ・職員に対してのアンケート実施（2回）
- ・リフレーミング週間を行い、リフレーミングを習慣化することを目指す（1週間、1日1回以上リフレーミングを行い記録を残す）

III. <活動の成果と評価>

- ・リフレーミングという言葉を知り、職員が理解し、取り組むことが出来た。
- ・リフレーミングを学ぶ事により、マイナスの事柄も違う視点で捉え、考えられるようになった。
- ・一呼吸おいてゆとりを持てるようになり、視野を広げて行動できるようになった。
- ・職員同士で話をする事により、チーム力が高まり、職員間のコミュニケーションも円滑に取れるようになった。
- ・何事も「合言葉はリフレーミング」と声を掛け合い、確かめ合うことで、利用者へのサービス向上やより良い職場環境の構築へと繋がった。

IV. <今後の課題>

リフレーミングを深く学ぶ事は出来たが、職員理解度もそれぞれ違い、まだ実践できるか確信がない部分もある。習慣化するためには長期的に取り組む必要があるため、今後もリフレーミングについて皆で話し合い、日々リフレーミングを取り入れていけるよう勉強会の継続の必要がある。

V. <参考資料など>

<参考文献>

リフレーミングの秘訣

～東ゼミで学ぶ家族面接のエッセンス

著 東豊 日本評論社

<ネット参考資料>

・リフレーミングとは？

【意味をわかりやすく】効果、例～カオナビ

・リフレーミングとは？パターンや具体例、効果、練習や研修の方法紹介～あしたの人事

・[完全理解]一瞬で世界を変える

リフレーミングの効果と活用事例

～ライフ＆マインド

3-4

不安を自信に

重度化

人材育成

根拠のある介護

～職員個々が自信を持って業務にあたれるために～

鳥取県・鳥取市

鳥取福祉会 鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター

介護員 森本 美粧紀
作業療法士 川田 莉沙

看護師 山田 美笑

介護福祉士 谷口 正美 他 12 名

メールアドレス d-sakura@tottorifukushikai.jp

今回の発表の施設
またはサービスの
概要 9p

経営主体 社会福祉法人鳥取福祉会 鳥取市桜ヶ丘デイサービスセンター
平成 11 年 4 月開設 施設理念「挑戦と協力 明るい笑顔と地域の輪」
定員 40 名（月～土）25 名（日）職員 20 名（介護職・看護師・作業療法士）

<取り組んだ課題>

桜ヶ丘デイサービスセンターは地域特性により、要介護 3 以上の医療的ケアが必要な重度者が増えつつあり、平均介護度は全国平均の 1.82 に対し、2.5 と非常に高くなっている。そういった状況に合わせ、今以上に職員の医療的知識や介護技術が求められている。その反面、経験の浅い職員（経験年数：2 年未満 7 名）が約半数を占め、知識・技術面に不安を持つ職員も少なくない。地域に求められる役割を果たし、地域から選ばれるデイサービスとなれることを目指し、根拠・自信を持ってケアを行えるよう取り組んだ。

【施設の現状】

	昨年度	今年度
車椅子利用者数	17 名	21 名
ミスト浴利用者数	15 名	19 名
中重度率	48.8%	51.5%

<具体的な取り組み>

① 現状把握

職員全員に対して、どのような知識・技術等に不安があるのかをアンケート形式で調査。

② 現状の分析/具体的な活動内容の決定

アンケート結果より、意見が多かったもので、尚且つ成功体験が積みそうな内容に決定。

イ) A 様の座り直し

ロ) 短下肢装具の装着方法

ハ) B 様の食前の座位姿勢修正

ニ) A 様と C 様のシーティングの根拠

③ 活動開始

各内容に合わせて OJT や動画視聴、研修等を実施。

④ 評価

アンケートにて取り組み前後の変化を確認。

<活動の成果と評価>

全ての取り組みで、自信を持って介助できると回答した職員が増加した。また、イ)の取り組みでは職員だけでなく、対象ご利用者の離床時間や食事摂取量が増加するという効果があった。

【結果】

	自信有	自信無・他
イ) 取組前	3 名	13 名
イ) 取組後	16 名	0 名
ロ) 取組前	7 名	9 名
ロ) 取組後	14 名	2 名
ハ) 取組前	2 名	14 名
ハ) 取組後	8 名	7 名・1 名
ニ) 取組前	3 名	13 名
ニ) 取組後	16 名	0 名

<今後の課題>

各職員の実際の介助場面を確認しておらず、本人の自信と実際の介助の質が同等か不明。また、取り組みの内容を理解していない職員や、取り組みへ積極的に参加できなかった職員もあり、全員が同じモチベーションで取り組む難しさを感じた。事業所の現状として、令和以降中重度率が上昇しており、事実として身体介護の時間が増えている。しかし、身体介護だけではない本来のデイサービスの役割も忘れず、併せて知識・技術共に根拠ある質の高いサービスを提供していく必要があると考える。

<参考資料など>

厚生労働省介護サービス情報公表システム

WAM ネット 2021 年度通所介護の経営状況について

LIFE 科学的介護推進体制加算事業所フィードバック

3-5

ウェルネスチャレンジ

～たかが歩く、されど歩く～

全身の筋肉を使う

歩行姿勢の安定

QOL の維持向上

通所介護 ・ 宗越通所介護事業所

機能訓練指導員

やまむら つよし
山村 剛

共同研究者

共同研究者

E-mail Address : munakoshi@triton.ocn.ne.jp FAX 番号 0846-25-1005

今回の発表の施設
またはサービスの
概要

社会福祉法人 宗越福祉会 宗越通所介護事業所
竹原市の瀬戸内海が一望できる風光明媚な場所に位置し、個々の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、心身機能の維持・向上に努めています。

<取り組み課題>

・寿命は延びているが、健康寿命との差が広がっている。買い物やスポーツ、娯楽等歩くことで日常生活動作の範囲を広げ、個々の QOL を大切に、寿命と健康寿命の差を縮めたいと考えノルディックウォークを軸とした機能訓練を実施する事となる。

<具体的な取り組み>

- ・個々の ADL に合わせた様々なノルディックウォークを実施。
- ・円背・姿勢悪化予防の為肩甲骨の可動を意識し、腕の振りを大きく動かす。
- ・身体動作の制限がある方は残存機能維持の為ポールを持つての体操・ストレッチを実施。
- ・認知症状のある方は屋外にて自然や季節を感じながらウォーキングを実施し、精神的安定を目指す。
- ・当事業所のみではなく、地域の介護予防教室や自主グループにも参加をさせてもらい、ノルディックウォークを体験してもらう取り組みを実施。

<活動の成果と評価>

- ・ノルディックウォークをすることにより、肩関節全般を動かす為関節可動域が改善した。
- ・上半身を動かすことにより、硬くなった筋肉が和らぎ円背の改善がみられた。
- ・四点支持の為、安定感があることで少しずつ歩く時間を伸ばすことができ、持久力向上に繋がった。
- ・毎利用日、屋外に出て景色を見ながらノルディックウォークをすることにより、多動症のみられた方が落ち着かれ笑顔が増えるといった精神面の安定が感じられたケースもあった。

<今後の課題>

- ・地域の自主グループや介護予防教室に出向きノルディックウォークの体験をしていただいているが、独自にノルディックウォーク体験会を地域で開催したり、SNS 等でノルディックウォークの認知度をあげることで、取り組みの認知度や効果を高めていきたい。

<参考資料など>

公認指導員養成指導教本 監修 宮下充正（東京大学 名誉教授）一般社団法人全日本ノルディックウォーク連盟

3-6

介護士だからこそできる転倒予防運動

転倒予防

足底感覚

二重課題

～転倒なくいつまでも住み慣れた家で暮らしたい!～

岡山県 岡山市

(通所介護) 済生会 憩いの丘デイサービスセンター

介護福祉士 かたおか 片岡 なおみ

共同研究者 石井 咲良

E-Mail : okasaisei.ikoinooka@smile.ocn.ne.jp

施設(事業所)
またはサービスの
概要

岡山市の郊外に位置し、閑静で緑豊かな環境。施設理念である『まごころとやさしさ』の下、ご利用される方々の自立支援、在宅生活継続支援を行っています。また地域との交流・つながりを大切にしながら、サービスを提供しています。

I. <取り組み課題>

- ・在宅生活が困難となる原因の1つに転倒による骨折があげられる。
- ・利用者の平均年齢が上がったことで、以前に比べ歩行補助具を使用や、付き添いが必要な利用者が増えてきた。
- ・コロナ禍の影響で、介護職員主導での運動が制限された。
- ・介護職員でも可能な介入指針の一助に向けて、リハビリスタッフとともに転倒予防訓練の効果を検討した。

II. <具体的な取り組み>

- ・対象はデイサービス利用者 24 名。(平均年齢 88.2 歳、女性 17 名・男性 7 名)
- ・介入時間：20～30 分程度/日
- ・介入期間：6 か月間
- ・介入者：介護職員 4 名
- ・転倒予防訓練内容
 - ① 竹踏み・ゴルフボール踏み
 - ② ビー玉掴み・タオルギャザー
 - ③ ツイスタートレーニング
 - ④ 脳トレプリント・コグニサイズ
 - ⑤ 利用日記録シート
- ・効果判定は、2 か月に 1 回の BBS・MMSE 評価にて実施した。

III. <活動の成果と評価>

- ・介入前の BBS の平均は 49.8 点(SD5.3)、介入 6 か月後の平均は 49.0 点(SD5.3)であった。
- ・介入前の MMSE の平均は 21.7 点(SD4.7)、介入 6 か月後の平均は 22.3 点(SD5.3)であった。
- ・利用者が意識的に日時を確認するようになり、歩行時のふらつきや介助量も軽減した。

- ・利用者が自宅でも訓練内容を実施するようになってきており、デイサービスでの利用時の運動習慣となっている方もいる。
- ・足底感覚や足趾把持力、転倒予防について興味を持つようになった。
- ・今回の訓練では徒手的な誘導もなく、座位で安全に実施できる内容が多いため、介護職員や新人でも実施可能と考える。

IV. <今後の課題>

- ・評価として簡易性の高い BBS と MMSE を利用したが、結果に天井効果が生じている可能性が否定できないため、反応性の高い評価を利用し効果を検討する必要がある。
- ・単一事例に対しての介入効果や、介入期間、介入時間に対しても吟味する必要がある。
- ・デイサービス利用可能な軽度認知症外の疑いのある利用者に対して、介護スタッフに介入法の実用性を問いながら、さらなる介入方法の開発に努めていく必要がある。

V. <参考資料など>

- ・厚生労働省「国民生活基礎調査」(令和元年)
- ・原田敦 高齢者の転倒と骨折 2002 整形・災害外科 Vol45 P715-722
- ・Multi-Target Stepping test
https://www.kyoto-u.ac.jp/ja/archive/.prev/news_data/h/h1/news6/2011/120301_1
- ・岡田修一 加齢と平衡機能 理学療法 1996 13 P183-188
- ・横川吉晴 高齢者の転倒と二重課題歩行 信州医誌 2008 56(5) P327-328

3-7

アセスメントから始まる認知症個別ケア

アセスメント

個別ケア

チームアプローチ

アセスメントツールを使用したチームアプローチ

広島県・広島市安佐北区

(通所介護事業所) なごみの郷通所介護事業所

介護福祉士 かわかみ 川上 な お こ 菜穂子

寺島 宏之

E-Mail nagomi@nagominosato.jp FAX 番号 082-841-1336

施設（事業所）
またはサービスの
概要

開設：平成 14 年 5 月 平均介護度 2.25（令和 5 年 4 月現在）
定員：65 名（通所介護 42 名、認知症対応型 10 名、短時間型 13 名）特別養護老人ホームに併設、専門職も充実しており幅広いニーズに対応可能である。

I. <取り組み課題>

A 様、84 歳、女性、要介護度 3、障害高齢者の日常生活自立度 A1、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa、主な疾患は認知症、変形性膝関節症、骨粗鬆症。

平成 30 年 1 月からなごみの郷通所介護事業所（以下、当事業所）を利用される。利用開始当時は要支援 2 とほぼ自立した生活をされていたが、認知症の進行により、見当識障害、記憶障害が顕著となり、平成 30 年 9 月で要介護 1、令和 4 年 9 月で要介護 3 と介護度も変化してきた。直近では当事業所利用中も、「カバンを探し歩かれる。」「不安な表情で立ったり座ったりを繰り返される。」「など落ち着かないことが多くみられていた。」「不安を感じず、以前のように楽しく過ごしてもらいたい。」「そう考え、利用者帰宅後に 15 分程度毎日行うミーティングの場（以下、ミーティング）でどうケアを展開していくかを検討した。その経過について、考察を交え報告をする。

尚、本報告は当法人倫理委員会の承認を得て実施している。

II. <具体的な取り組み>

9 月 13 日ミーティングにて、A 様のケアを行うにあたって、「まだ知らない一面があるのかもしれない。」との思いから、再度アセスメントを実施することを決めた。そこでアセスメントツールとして、センター方式シート（認知症介護研究・研修センターより、以下、シート）を活用した。まず B-3（私の暮らし方シート）を使用し、本人馴染みの習慣、嗜好や、現在の自宅での状態を家族へ記入依頼を行った。それと並行し、D-4（24 時間生活変化シート）で利用中の「気分の変化」、「行動・活動など具体的な様子」に対し、「どう対応したのか」「気づき」を記録した。9 月 14 日から 26 日の利用日計 5 日で記録した。ミーティングの場で情報共有を行いながら、9 月 27 日ミーティングでは、シート B-3、D-4 の内容から対応を検討した。職員へも「どういった対応が望ましいか」事前に考えを提出してもらい意見をまとめた。結果、「①静かで落ち着ける席配置。②好きなことを一緒にやる。③受容と傾聴を意識した関わり。」これら 3 点の関わりをしていくことを決定し、午後からは特に落ち着かなくなる傾向があったため注意することを共有した。その後 1 週間、再度シート D-4 を活用し記録を行い、A 様の様子を 9 月 27 日前後で比較をした。

III. <活動の成果と評価>

前半 5 日間では、シート D-4「気分の変化」項目の「非常に良い」「良い」「良い兆し」を合わせた「良い傾向」は 2.4 回/日、「どちらでもない」は 1.8 回/

日、「悪い兆し」「悪い」「非常に悪い」を合わせた「悪い傾向」は 0.8 回/日であった。後半 3 日間では、「良い傾向」は 4.7 回/日、「どちらでもない」は 1.3 回/日、「悪い傾向」は 2 回/日であった。

結果を比較すると、1 日あたりの記録数が 5.0 回/日→7.7 回/日と増加した。「良い傾向」も同様に 2.4 回/日→4.7 回/日と増加した。「悪い傾向」に着目すると、9 月 21 日は 3 回、10 月 3 日は 4 回と、他の日が 0~1 回に対し多くなった。9 月 21 日は同席の他者が落ち着かず、10 月 3 日は職員の人数がいつもより手薄で、ともに関わりが慌ただしい雰囲気となっていた。

今回アセスメントツールとして、シート B-1 を使用したことは、今まで知ることのできなかった自宅での様子を知ることができ、A 様の落ち着く空間をデイサービス内でも創造することが可能になった。その上で D-4 を使用したことで、A 様利用中の状態変化を流動的にとらえることができるようになった。私たちのケアが A 様に与えている影響を可視化することができ、ケア方針の決定に役立てることができた。アセスメントはケアを展開していく上で最も重要であり、適切なアセスメントツールを使用することで個別ケアの実践が可能になると考える。

チームでアプローチをするために毎日のミーティングで情報を共有したことは、職員一人一人の意識を高め記録数の増加につながったと思われる。また特定の職員でなく全員で関わりを持ち、アセスメントから見えてきた本人に合った個別のケアを行ったことで「良い傾向」の増加につながったと思われる。人員の不足などにより決められた対応ができなかった日は「悪い傾向」が増加しており、認知症ケアにおいて、チームで統一したケアを展開することは大切であると再確認できた。

IV. <今後の課題>

個別性が重要視される認知症利用者のケア過程においては、今回の取り組みのように、Assessment、Plan、Do、Check…のサイクルで個別ケアを展開していくことが肝要である。当事業所の平均利用者数は 38.1 名/日（令和 4 年度平均）で、時間ごとに何をするか大まかなスケジュールが決まっている。その中で利用者一人一人にどんなケアを展開していくのか、今後も「適切なアセスメント」と「チームアプローチ」で利用者の過ごしやすい環境を創造していきたい。

V. <参考資料など>

認知症介護情報ネットワーク・HP
(<https://www.dcnnet.gr.jp/>)

3-8

腰痛ゼロへ向けての職場作り

～業務改善の取り組みとその成果～

腰痛予防

業務改善

環境改善

広島市（佐伯）区

デイサービスセンター石内慈光園 いしうちじこうえん

介護職員 うえの あやな にしむら さや
上野 彩華 西村 沙弥

共同研究者 機能訓練指導員 稲本 愛実

介護職員 賀谷 倫明

E-mail Address : ishiuchi-day@jikouen.jp

Fax 番号 : 082-929-0200

施設（事業所）
またはサービスの
概要

法人の基本理念「老後にいきがいを」。定員 53 名 サービス提供時間 9:50～16:00
職員 19 名（ドライバー含む）併設事業所（特別養護老人ホーム、短期入所、居宅
介護事業所、認知症対応型デイ、地域包括支援センター）

I. <取り組み課題>

○腰痛を訴える職員が多かった為、平成 29 年度より
ノーリフティングケアの取り組みを開始。腰痛アン
ケートを行うことで実態調査を開始するとともに、
床走行式リフトやスライディングボードなど福祉用
具を導入した。しかし、それらの取り組みだけでは
腰痛を訴える職員は減少しなかった。

○その原因を探る為アンケート項目を見直し調査し
た結果、どうしても抱え上げ介助を行わなければな
らない場面がある為に腰痛が発生していることや、
抱え上げ介助以外の業務にも腰痛のリスクがある事
が分かった。

○そこで、福祉用具の活用だけでなく業務や環境を
改善することで腰痛のリスクを減らすことを目指し
た。

II. <具体的な取り組み>

○アンケートの結果を業務内容ごとに分け、活動・
入浴・食事排泄・ナースの各 4 チーム内で話し合っ
た。その際、“頻度・時間・負荷・姿勢”の 4 つの視
点で解決策を考えた。

○具体的な解決策

- ・送迎時シートベルトを掛ける際は、出来るだけ
利用者様の近くから掛けることで職員の身体の捻
りを解消。また、自分で出来る方には声掛けをし、
自力で掛けてもらう。
- ・台車を購入し、重たい荷物を運ぶときに活用す
る。
- ・スペースの都合上床走行式リフトが利用できず
抱え上げ介助が発生する場合は、同じ職員が連続
で立位介助を行わないようお互いに声をかけるこ

とをルールとして徹底。

- ・ナースは処置の際に屈むことが多いので、負
担を軽減させる目的でキャスター付き低床椅子
を購入。
- ・使用頻度が高い物を平均的な腰の高さに整理
整頓することで、腰を曲げる動作を減少。

III. <活動の成果と評価>

○腰痛アンケートを元に業務改善を行った結果、
腰痛を訴える職員は減少。

○業務中だけでなく私生活においても不自然な姿
勢を取らないなど、自分の身体を守る行動をとれ
るようになった。

○今回の取り組みを通して、日頃から業務につい
て PDCA のサイクルが定着した。

IV. <今後の課題>

○今回の取り組みで腰痛を訴える職員の割合は減
少したがゼロにはならなかった。今後も 1 年に 1
度の腰痛アンケートを継続し、現状の把握と可視
化、改善策の実行と検証を繰り返していく。利用
者にとっても職員にとっても安心安全な介助が出
来るデイサービスを作る。

V. <参考資料>

公益財団法人テクノエイド協会、「腰を痛めない介
護・看護」～質の高いケアのために～。(オンライン)
<https://www.technoaid.or.jp/research/vol15.pdf>

3-9

本町デイサービスから本町クラブへ

経営改善会議

SWOT 分析

見える化

経営改善 実践報告！ 本町デイの軌跡

広島県廿日市市

デイサービスセンター第2 清鈴園 本町集会所

ケアワーカー 長藤喜代美

生活相談員 萬 亮介

E-mail day@carecenter.jp

今回の発表の施設
またはサービスの
概要 10p

デイサービスセンター第2 清鈴園 本町集会所（通称、本町デイ）は認知症のことを学んだボランティアによる「さろん塾本町」が前身となり 2006 年に開所。軽度認知症の方をご利用対象とし日々の運営を行っていた。

<取り組み課題>

上記にも記載したが、本町デイは軽度認知症の方を対象とし運営を行ってきた。開設当初から介護度の分布としては要介護1～3が大半を占めるような状態であった。本町デイの8名程度の少人数のデイサービスで平均の利用率が5人程度である。しかし2018年度頃より、利用率が低下し慢性的に利用者が少ない状況が継続していた。世は介護戦国時代、本町デイはこの状況を打破するべく2020年夏、経営改善会議をすることとなった。

<具体的な取り組み>

経営改善での主な取り組み

- ・過去三年間の稼働率の分析
- ・黒字となる利用者数の把握
- ・SWOT 分析による強み弱みの把握と整理
- ・チームに上記結果の共有と新たな利用者像の策定
- ・経営改善計画書の作成・実施

上記の取り組みの中でも、SWOT 分析を中心としてチームで改善に向け取り組んだ。

分析により主に取り組んだことが、下記の2点である

- 利用者像の変更
(利用者像に合った活動内容の変更)
- 本町クラブの見える化

<活動の成果と評価>

経営改善実施後、登録者数が右肩上がりに上昇、2021.4～は満員となり、平均利用者数も7名付近をキープしている状態が現在も続いている。

この成果については、偶然の産物にすぎないと思う。具体的な調査や評価を行っていないので客観的な評価ではないが、登録者数の増加については見える化が影響を与えているのではないかと肌感覚では感じている。これについては自居宅のCMからの感想や、以前はほとんどなかった他居宅からの問い合わせの増加から感じている。

<気づきと学び>

今回、経営改善会議に取り組み、気づきと学びが、以下の二つである

- ・従来の本町デイに固執していた。
- ・視点を変えることで、弱みも強みになる

ということです。

変化というのは時に受け入れづらいことがありますが、取り組み中、本町クラブに変化していく怖さというのがあったように感じます。しかし変化後の今思うことは、色々な面で成長しているように感じます。

また、学びとして、以前は弱みだなと感じていたことが、利用者像を変えるだけで、弱みを消すことができた、また逆に強みになったことです。これはSWOT 分析という手法を用いて行ったことによる結果だと思います。

今後についても、現状の状態が維持できるように、今に固執せずに成長していければと思います。

<参考資料など>

- ・第7期廿日市市介護保険計画
- ・住民基本台帳
- ・介護給付費分科会資料
- ・平成30年国民生活基礎調査

(平成28年)の結果から

3-10

在宅生活を続けるために私たちにできること

安心して暮らす

地域の協力

野菜作り

～地域の人に支えられながら～

西ノ島町

みゆき荘デイサービスセンター

生活相談員 うえだ ゆきこ
上田有紀子

生活相談員 平木 亘

E-Mail miyuki03@lime.ocn.ne.jp

施設（事業所）
またはサービスの
概要 10p

みゆき荘デイサービス 利用者定員 20名 営業日 木・日以外の週5日開所
サービス提供時間 09:00～16:30
併設事業所 養護老人ホーム、特定施設入所者生活介護、短期入所者生活介護

I. <取り組み課題>

今回自宅での生活が困難になっていた利用様が地域の人たちのお力を借り、野菜を作ることで楽しみを持ち安心できる生活を送ることができた、支援について紹介します。

II. <具体的な取り組み>

対象者：A様 74歳 男性 要介護1

認知症状が進行

- ・財布や通帳が無くなったと物盗られ妄想
- ・調理ができなくなり食事が十分に摂れなくなった
→ヘルパーと薬剤師の訪問で支えていたが…
→物盗られ妄想は息子が盗んだと思い込むようになり息子様と距離ができてしまう。

多職種が集まり今後のサービスについて話し合う

→デイサービスに出かける機会を作り人と関わることで気分転換を図る。

デイサービスでの様子

- ・デイサービスの活動にあまり参加されない。
- ・「なにか盗まれないか心配で、家に帰りたい」との訴えが多かった。
- ・朝起きることが出来ずデイを休むことも多かった。

Aさんとの会話の中で

- ・「昔は山菜を取りに行ったり、家の畑で芋を作ったりしていた」と話される
→デイサービスでの野菜づくりを提案すると興味を示されたので野菜づくりを計画する。

具体的な取り組み

- ・地域の方たちの協力があり畑の拡張が出来た。
- ・デイサービスご利用日に野菜の水やりが日課となった。

- ・他の利用者様も野菜作りに興味をもたれ、多くの利用者様が参加された。
- ・野菜を収穫して塩もみにし、みんなで食べた。利用者様同士のお話から、デイサービスの昼食時に畑で採れた野菜を使用したカレー作りを行った。

III. <活動の成果と評価>

本人の変化

- ・自発的な水やりや観察といった意欲が生まれることで、生活の中に責任感や楽しみを持って過ごせるようになった。
- ・野菜作りを通し、他の利用者様とコミュニケーションを図ることで、Aさんの取り巻く環境が改善され、本人から「ここにいると安心する」という声が多く聞かれた。
- ・安心して過ごすことにより、物盗られ妄想が減っていった。

周りへの影響

- ・初めは個人に向けた計画でしたが他の利用者様も興味を持ち、多くの利用者様が関わり、職員主体の活動から利用者様主体の活動に変化した。

IV. <今後の課題>

- ・一人一人の利用者様のニーズを的確に捉え、職員全体で共有し実現できるように支援を行っていききたい。
- ・今回の支援は新型コロナウイルス感染拡大期で、地域交流の制限がある中での取り組みであった。地域の方との交流を活発にし利用者様の在宅生活を地域と連携しながら支えていきたい。

V. <参考資料など>

特にありません。

3-11

同好会 活動続けました

同好会活動

自立支援

参加の拡大

～「やりたい！」を訓練に繋げる取り組み～

鳥取県・鳥取市

とっとりふくしかい とっとりしひがし
鳥取福祉会 鳥取市 東 デイサービスセンター

介護福祉士 岸田 桂子
作業療法士 濱本 彩香

主任介護福祉士 三村安廣

介護福祉士 森崎希望

E-mail Address : d-higashi@tottorifukushikai.jp F A X : (0857) 29-6293

今回の発表の施設
またはサービスの
概要 9p

定員 40 名／日 大規模型事業所（Ⅰ）近隣の住宅地は開発から 30 年近く経過し、高齢化率は 30%を超えている。中でも独居・高齢者夫婦のみ世帯、あるいは高齢者と子どもの二人暮らし世帯が多い。近年男性利用者が増加し、男性利用者割合が 42%となっている。

<取り組んだ課題>

R3 年度に同好会活動を機能訓練として位置づけることで利用者の「生活機能向上」「生活範囲の拡大」を目指して活動した。R4 年度は取り組みを通して挙げた気付き・課題の 2 点を改善できるよう活動を継続した。

《R3 年度の取り組みを通じた気付き・課題》

- I. 過介護脱却・自立支援を促す関わり
- II. 活動・参加の拡大

<具体的な取り組み>

I. 自立支援を促す関わり・過介護脱却

① 研修実施

自立支援を促す関わり方、介助方法を学び、職員間で情報共有を行いながら統一した介助方針のもと活動できることを目標とした。

II. 活動・参加の拡大

- ① 年間行事予定への同好会活動盛り込み
- ② 年間計画を利用者と共同で作成・実施
- ③ 活動を参加につなげる取り組み
 1. 近隣保育園との web 交流
 2. 各同好会作品の施設内展示、公民館祭出展
 3. 同好会間の連携

<活動の成果と評価>

I. 過介護脱却・自立支援を促す関わり

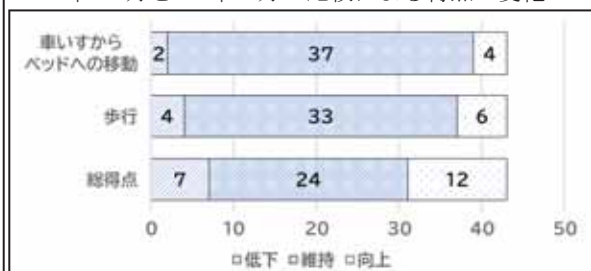
研修を通して、「出来ないだろう」という思い込みと、「手伝って」という利用者の希望にそのままこたえてしまうことが過介護となることを認識し、利用者の能力を引き出す介助に近づけていくことができた。

II. 活動・参加の拡大

利用者の趣味・意向を計画に盛り込み、興味・関心を引き出すため、利用者と共同で年間計画を作成することで、同好会参加者の増加が見られた。

《Barthel Index》

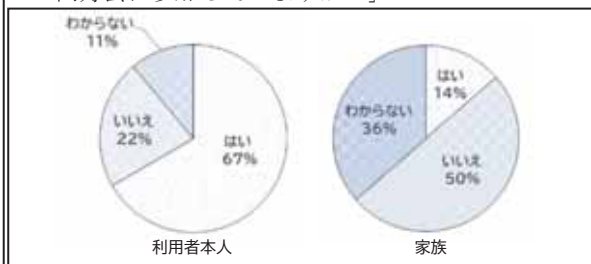
R4 年 10 月と R5 年 4 月の比較による得点の変化



→多くの利用者で生活機能の維持・向上が見られた。

《独自の同好会アンケート調査結果》

「同好会に参加していますか？」



→利用者本人と家族では、同好会参加に対して認識の違いがあった。

<今後の課題>

- ① 自立支援についての研修の継続
- ② 家人への同好会活動実施の周知

<まとめ>

今後も自立支援につながる活動を継続しながら、利用者の「生活機能向上」と「生活範囲の拡大」を目指した取り組みを継続していきたい。

3-12

互いに役割を持ち支え合う

共生型デイサービス

共生型

役割づくり

地域共生社会

～「役に立ちたい」との思いから～

広島県 広島市中区

ゆうゆうたうんもともち
悠悠タウン基町デイサービスセンター

相談員 きしだ かずゆき
岸田 一幸

介護福祉士 大前 仁美

看護師 畠山 千栄

E-mail ; m-town@yuuyuu.hiroikai.or.jp FAX ; 082-502-7966

施設（事業所）
またはサービスの
概要

社会福祉法人福祉広医会が広島市中区基町に平成 30 年 12 月に開所。平成 31 年 4 月より、共生型デイサービスを開始。居宅介護支援・訪問介護・訪問看護・小規模多機能型居宅介護サービスを実施・地域包括支援センター（委託）を併設

I. <取り組み課題>

平成 30 年度に共生型サービスが創設され、介護保険の通所介護（以下、高齢者）と障害福祉サービスの生活介護（以下、障がい者）を同じフロアでケアすることが可能となり、以下のことが期待されている。

- ・障がい者が 65 歳以上になっても、同一事業所を継続利用できる。
- ・「介護」や「障害」といった枠組みにとらわれず、多様化・複雑化している福祉ニーズに臨機応変に対応することができる。
- ・地域共生社会を推進するためのきっかけとなる。

令和 5 年 1 月現在の当事業所の高齢者と障がい者の利用者割合は 8 : 1（約 80 名と約 10 名）で、毎日、障がい者の利用がある。共生型サービス開始当初から、年齢・障害・疾病等が様々な中で、どのように高齢者との交流を行うか悩んでいた。また、日常のプログラムの見直しも検討していた中、どのような活動を行いたいのか、令和 3 年 12 月から 6 名の障がい者に聞き取りを行った。その結果、プログラムの内容に焦点をあてるのではなく、活動の進め方や役割に焦点をあてることが重要であることがわかった。互いに役割を持ち、支え合うことにより、持てる能力が引き出せるようになってきた。その取り組み内容を報告する。

II. <具体的な取り組み>

○障がい者 6 名に基町地区社会福祉協議会が作成している、「地域の達人」登録用紙をもとに聞き取りを行った。

○「地域の達人」登録用紙の項目は、①特技②趣味③仕事④普段から心がけていること、やっていること

○①特技や②趣味、③仕事は様々な中で、共通していることは、④普段から心がけていること、やっていることで聞き取った、「役に立ちたい」との思いであった。

そのため、6 名すべての方に役割を担ってもらった。

（事例 1）A さん 64 歳 男性 統合失調症
（デイサービスでの役割）調理
高齢者と相談しながらメニューを決める。週に 1 回デイサービスで 15 名分の食事を調理する。

（事例 2）C さん 44 歳 女性
知的障害・パニック障害
（デイサービスでの役割）高齢者の介助
高齢者の誘導・ゲームの得点係・折り紙等の創作活動の援助を行った。

III. <活動の成果と評価>

【障がい者自身の成果】

○「役に立てる」との思いから活動性が向上した。

○新たな目標が出来た。

○地域で高齢者と交流する機会が増えた。

○高齢者との関りから、自信が持て、就労移行支援事業所に通うようになった。

【高齢者への成果】

○高齢者がイキイキとし、活気を感じている。

○高齢者にも役割が増えた。

○地域で障がい者を見かけ心配していたが、交流することで安心に繋がった。

○差別的な発言・偏見が少なくなった。

【職員への成果】

○プログラム内容の変更ではなく、関わり方を変えることが必要なことを学習した。

IV. <今後の課題>

自宅やデイサービス内では力を発揮できているが、地域で発揮できるまでには至っていない。今後は、地区社会福祉協議会や地域包括支援センター等と連携し、地域の活動の中で力を発揮できるようにする。

V. <参考資料など>

共生型サービス はじめの一步
令和 3 年（2021）3 月編集・発行
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング

3-13

認知症になっても住み慣れた地域で暮らすには

その人の生活を支える

情報共有

暮らしを支える

気持ちの変化

島根県雲南市

雲南市社会福祉協議会 訪問介護事業所

管理者 多々納 宏代

E-mail: unnan-shakyo@unnanshakyo.jp FAX: 0854-45-2211

施設
またはサービスの
概要

・雲南市は人口 35,963 人、高齢化人口 14,483 人、高齢化率 40.3%です。
利用者数は、介護保険 55 名、障がい 15 名の計 70 名です。(R4. 8. 31 現在)

I. <取り組み課題>

- ・妹と同居していたが、他界後独居になられた。
- ・地域の介護予防教室に参加していたが、少しずつ物忘れの様子は見受けられた。
- ・令和元年、親戚の方が気づかれた時には、家中ネズミの糞だらけ、食品が腐っている状況になっていた。
- ・親戚の方、自宅での生活は厳しいという思い

II. <具体的な取り組み>

- ・介護保険申請をし、要介護 2 の認定
- ・認知症型対応デイサービス週 2 回、訪問介護週 2 回からのサービス開始となる
- ・自宅での入浴が難しいため、デイサービスで入浴され、ヘルプは調理、洗濯、環境整備の支援を行った。一度に色々なことをするのではなく、少しずつ声をかけ、ご本人が了解されたことから始めた。

III. <活動の成果と評価>

- ・2ヶ月経過するとサービスに慣れてこられ、訪問回数の増加につながり、現在は週 5 回の訪問になっている。
- ・ご本人の出来ていることを継続することで生活への意欲が高まった。
- ・隣家の義弟さんの負担感の軽減
- ・関係機関の役割の確認と情報共有を密にすること。

IV. <今後の課題>

- ・住み慣れた自宅で、できるだけ長く生活ができるように、今後は医療機関とも連携をしていき、関係者皆で生活を支えていきたい。

3-14

姉妹物語

認知症の姉妹

多職種連携

看取りケア

認知症の姉妹を支える医療・福祉チームケア

島根県江津市

(訪問介護) ヘルパーセンター白寿園

サービス提供責任者 いずみ さほこ 泉 早百子

E-Mail Address : hakuju-helper@simane-saiseikai.jp FAX 番号 0855-52-0207

施設（事業所）
またはサービスの
概要

江津市の中心部にある白寿園は特別養護老人ホームを母体に訪問介護・通所介護・短期入所・居宅介護支援事業所等介護事業を行う総合介護支援事業施設です。訪問介護員はサービス提供責任者2名を含む計8名で構成されています。

はじめに

A氏(姉)94歳、B氏(妹)92歳の二人暮らし。二人共認知症でB氏がA氏のお世話をしていた。サービス開始当初はA氏の支援で訪問していたが、そのうちB氏にも支援が必要となり毎日訪問となる。

訪問介護 毎日 訪問リハ看護 週1回

I. <取り組み課題>

サービス開始当初より訪問看護の入浴介助が入っていたが拒否が強く実施できていなかった。A氏にホットタオルを渡すと自分で顔を拭かれ「気持ちがいい!」と喜ばれた。そのうちお湯を張ったタライを準備するとあっさり足浴ができた。次は清拭が出来るようになった。毎日訪問となりB氏にも顔拭き・足浴・清拭ができるようになった。それならば…「二人で一緒に入浴していただく。」と案が出る。

II. <具体的な取り組み>

<チャレンジ1>A氏から誘ってみよう!

「足浴→上半身清拭・上半身更衣→トイレにてウォシュレットで陰部洗浄・下半身更衣」の流れを変更し「トイレに行く→浴室に行く→シャワーチェアに座る」で誘導してみた。初回は下半身のみお湯をかけることができた。次からは少しずつ少しずつお湯をかけていきシャワー浴ができた。服やケアパンツを脱ぐのが嫌なようで、慌てずゆっくり関わり、脱いだらタオルで覆うように工夫したりした。

<チャレンジ2>B氏もシャワー浴に挑戦!

A氏が入浴中の様子は気になるようで「行水しとるんか?」と尋ねてこられるも、入浴の声掛けをすると「自分で入るけー入らん。」と拒否。頑固な方なので無理をせず現状を継続することにした。

緊急事態発生!

A氏が右脇、右胸、みぞおち辺りの痛みを訴えられるようになる。往診日に医師に報告し診てもらっても何も様子観察。数日後訪問リハ看護師が痛みの

箇所「帯状疱疹」を確認する。B氏と一緒にA氏への対応を開始。入浴の取り組みを一旦中止。介護支援専門員・主治医・訪問看護・ヘルパーが情報を共有しながら二人をフォローする体制・取り組みを強化した。大阪在中の甥が帰省され、B氏と一緒にケアを実施。

A氏の容体が変化

食欲低下で食べれなくなり、栄養ドリンクも飲めなくなった。自力でベッドから起き上がれなくなる。容体急変し救急搬送され脱水にて入院。点滴治療となるが本人は点滴の針を抜いてしまい、治療ができなくなる。B氏と甥がA氏の思いを察し自宅での看取りを決意。自宅に帰ってこられる。

多職種連携の看取りケア

ヘルパーは1日2回訪問。訪問看護も毎日訪問。主治医も定期的に往診。A氏の負担にならないケアと家族のフォローをチームで取り組む。B氏はA氏の側から離れることなく、手を握り、声を掛け続けた。その日はB氏の誕生日だった。皆で歌を歌ってお祝いしたその日の夜、B氏と甥に見守られながらA氏は息を引き取った。

III. <活動の成果と評価>

A氏とB氏にはヘルパー全員で関わっていたので、看取りケアにおける多職種連携の重要性やヘルパーとしての役割や責任を全員が経験させていただく事ができた。

B氏には看取りケア中も入浴は勧めていた。居室で実施していた足浴が浴室でできるようになり、時々ではあるがシャワー浴ができるようになった。

IV. <今後の課題>

今回の事例での経験が次の訪問先で活かされるよう自分の引き出しに入れておく。経験は全てが学び。