

厚生労働行政推進調査事業補助金（長寿科学政策研究事業）

分担研究報告書

自立支援に資する介護等の類型化及びエビデンスの体系的な整理に関する研究

研究分担者 福井 小紀子（東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授）  
研究協力者 石川 孝子（東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 特任准教授）  
岩原 由香（医療創生大学 国際看護学部 講師）  
相島 美彌（東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科5年一貫制博士課程 大学院生）

本調査は、要介護3以上の中重度の利用者を対象とする介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの介護施設内で日常のケアに組み込まれているケアと医療介護連携についての具体的な内容のデータ収集を行い、自立支援に資する介護の類型化及び利用者の特性の整理方法について検討、アウトカムとの関連性についてのエビデンスを整理することを目的として実施する2年目の調査である。今年度は、昨年度のインタビューで類型化したドメインのうち、7施設中1施設のみの語りにとどまった【苦痛の最小化】のドメインについての追加のインタビューを行った。入所者にとって自宅で生活をしてきた時と同じような当たり前の日常生活を送ってもらうことで、体調を整え、基礎体力をあげ、活動意欲を向上させる。その結果、感染症や褥瘡の予防、睡眠の確保ができていた。スタッフが入所者と密にかかわることで、情報をキャッチし個別の支援へとつなげていた。定期的なカンファレンスだけでなく、日常のケアの中で情報交換が行われ、タイムリーに多職種のカンファレンスが行われているため、疾病悪化の早期発見ができていた。組織の理念を中間管理職が、具体化してスタッフに周知すること、介護保険施設施設の持つ役割を、スタッフ全員で共通認識すること、入所者の望む生活が送れるように支援すること、入所者を中心に据えて、多職種が連携しケアを構築していくことが、前提にあることで、自立支援型介護が促進されていることが分かった。

A. 研究目的

1) 背景

わが国の介護保険法の目的として、要介護者が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」が掲げられている。また、少子高齢化の進展により、2000年の公的介護保険制度施行以来、介護費の増加が続いているとともに、介護業界

では慢性的な人材不足である。2040年に向けて、介護保険法の理念を踏まえ、また介護に関わる社会的課題に対処するためにも、要介護者の自立支援に資する介護（以下、自立支援型介護）を推進することは必須である。

厚生労働省では、2021年より科学的介護情報システム（Long-term care Information

system For Evidence)」(以下、LIFE)を用いて、介護事業所より自立支援に資するアウトカム情報等を収集することとしている。アウトカム情報等を提出した事業所は、提供されるフィードバック情報を検証し、利用者に対する介護の内容を見直して、アウトカムを改善させるという一連のPDCA サイクル(plan-do-check-act cycle)を推進していくことが求められている。しかし、実際の介護現場において行われている介護は多岐に渡り、利用者の特性も様々であるが、これまでそれらについて学術的に網羅的に類型化されたものはない。加えて、介護保険におけるアウトカムについても、例えば、ADL (Activities of Daily Living) の改善や、社会参加を進めること、満足度の向上、幸福度の向上、尊厳の保持等様々な観点が示されている。また、あるアウトカムを改善すれば他が悪化する可能性もある。このため、どのような介護介入が各アウトカムを変化させるかというエビデンスを系統的に整理することが難しいという課題があり、介護の内容をどのように見直すのが最善かを、各施設が判断するのは簡単とは言えない状況にある。

そこで、実際に行われている自立支援型介護の方法等を調査し類型化することで、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことができれば、介護事業所が自らの介護の質を向上させていくのに有用と考えられる。

本研究は、事業所が自ら介護の質の向上を行うことを助け、ひいてはわが国の介護の質全体の向上に貢献する。

要介護3以上の中重度の利用者を対象と

する介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの自立支援型介護の類型化を目的として実施した2021年度の調査は、インターライとLIFEを勘案して、看護の政策研究での共通指標とする枠組である長期ケアの質の指標を用いて分類した。その結果、【尊厳の追求】、【苦痛の最小化】、【食生活の維持】、【排泄活動の維持】、【身体活動の維持】、【睡眠の確保】、【認知機能低下による生活機能障害の最小化】、【家族のウェルビーイングの追求】の8ドメイン24アウトカム項目のうち11のアウトカム項目において、すべての施設でケアの語りがあった。一方、ケアの語りが7施設中1施設にとどまったのは3つのアウトカム項目で、これらはすべて、【苦痛の最小化】のドメインだった。この調査の結果から、今年度の目的は、ケアの記述の少なかった各アウトカム項目のケアの状況について、特に施設内で日常のケアに組み込まれているケアと医療介護連携についての具体的な内容のデータ収集を行い、自立支援に資する介護の類型化及び利用者の特性の整理方法について検討、アウトカムとの関連性についてのエビデンスを整理する。

## B. 研究方法

### 1) 調査対象と調査方法

対面での調査を予定していたが度重なるコロナウイルスの感染拡大の影響のため実施できなかった。方法をWEBでのインタビューに切り替えて、昨年度ヒアリング調査を行った7施設のうち、ヒアリング調査時にWEB可能とした6施設に対して協力の依頼を行い、同意の得られた4施設にインタビューを行った。

## 2) 調査項目

ケアの記述の少なかった【苦痛の最小化】の〈入院予防〉、〈感染症（尿路）予防〉、〈感染症（呼吸器）予防〉、〈褥瘡予防〉、〈疼痛への対処〉、【食生活の維持】の〈脱水の予防〉、【睡眠の確保】の〈生活に支障ない睡眠の確保〉の各アウトカム項目のケアの状況についてデータ収集を行った。

特に、施設内で日常のケアに組み込まれているケアと医療介護連携についての具体的な内容のデータ収集を行った。

## 3) データ分析方法

WEB インタビューでの施設職員の語りを、質的記述的に分析を行った。

## 4) 倫理面への配慮

調査は、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。データはすべて匿名化して電子媒体に保存し、研究者の研究室の鍵のかかる場所に保管した。データは、本研究の目的以外では使用せず、研究終了後5年をめぐり一定期間経過後に復元できない形で破棄する。本研究における利益相反はない。

## C. 研究結果

### 1) 対象施設の特徴

介護医療院、介護老人保健施設（ユニット型）、特別養護老人ホーム（ユニット型）、通所介護施設がそれぞれ一か所ずつであった。（表1）

### 2) 結果

可能な限り座位をとる、トイレで排泄をする等の入所者にとって自宅で生活をしてきた時と同じような当たり前の日常生活を送ってもらうことで、体調を整え、基礎体力をあげ、活動意欲を向上させる。その結果、感

染症や褥瘡の予防、睡眠の確保ができていく。

基本は個別対応である。個に合わせた食事や水分の形態（ゼリー飲料やコーヒーだけでなくノンアルコールビールで水分補給を行う）、食器（意思疎通ができる時にぱっと飲めるようにストロー付きのカップを常に用意しておく）、環境づくり（一人で家具につかまりながらトイレまで歩いていけるように、家具の配置をする）を行っている。スタッフが入所者と密にかかわることで、情報をキャッチし、水分摂取量、摂取方法、摂取時間、排泄の誘導、口腔ケアの方法や時間等のケアプランに生かすことができ、個別の支援へとつなげている。これにより、入居者の自立支援が促進される結果となっている。

入所者の状況に応じた支援を介護職だけでなく看護職、コメディカルのスタッフもチームの一員としてケア行っており、定期的なカンファレンスだけでなく、日常のケアの中で情報交換が行われ、タイムリーに多職種のカンファレンスが行われているため、疾病悪化の早期発見ができる。

### 3) 支援の前提

組織の理念を中間管理職が、例えば、「入所者を自分自身あるいは自分の大切な家族などに置き換え、施されて好ましくないことがあれば、直ちに改善しましょう」等に具体化してスタッフに周知する。

介護保険施設施設の持つ役割は、治療の場ではなく生活の場であることを、スタッフ全員で共通認識する。

入所者にとってのあたりまえの生活、望む生活はどのような生活なのかを、入所者からの聞き取りだけでなく、生活歴や家族か

ら話を聞き取ることで、入所者の望む生活が送れるように支援する。例えば、午後の入浴が日課であった入所者に対して、スタッフの配置等で無理であるとは決めつけずに、どうすれば、可能になるのかを考え実現できるように配慮する。

スタッフ間の意見が対立する場合は、家族の意見も取り入れ入所者を中心に据えて、多職種が連携しケアを構築していく。

これらの前提があることで、自立支援型介護が促進されている。

#### D. 考察

本調査の参加施設はすべてユニット型の施設であり、これらの施設は、ユニット型の利点を生かして支援している。担当する入所者が少なく、固定されることで、入所者との距離が近くなり、より密にかかわることができる。さらに、新型コロナウイルス感染症感染拡大の余波を受けて、地域や家族等との交流が減少する中、施設を地域の一部に位置付けて、同一ユニット内だけでなく、他のユニットの入所者との交流を図ることで、気の合う友人作り等の人間関係作りを行っている。小さな政界に閉じ込めてしまいがちなユニットでの生活ではあるが、友人との交流が図られ、施設が自宅と同じような生活の場となり、活動意欲の向上やリハビリにもなっている。

ケアの内容だけを聞き取ると、特別なことはしていないという内容の語りであった。しかし、掘り下げていくと、中間管理職が組織の理念を具体的に示すこと、生活の場であること、入所者を中心に据えることをスタッフが共通認識することが前提にあることが分かった。

自立支援型介護は、入所者と密にかかわ

り個別の支援を行っていくことから、画一的な介護を行うよりもスタッフの負担が大きいと考える。これらの前提があることで、専門職やスタッフ個々が同一の目的目標をもってケアに当たることができ、成果も見えやすいことから、スタッフの意欲にもつながり、入所者にとって良い支援につながっているのではないかと考える。

#### 文献

Fukui, C., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., Sakka, M., Naruse, T., Kitamura, S., ... & Yamamoto-Mitani, N. (2021). Development of quality indicators for evaluating the quality of long-term care. *Geriatrics & gerontology international*, 21(4), 370-371.

三菱総合研究所ヘルスケア・ウェルネス事業本部. “ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム(LIFE)利活用の手引き”. 厚生労働省. (2021-04). [https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt\\_related/roujinhoken/dia6ou000000qwp6-att/R2\\_174\\_3\\_guideline\\_1.pdf](https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou000000qwp6-att/R2_174_3_guideline_1.pdf), (参照 2022-04-11)

Morris, John N., Belleville-Taylor, P., Berg, K., Bernabei, R., Björkgren, M., Carpenter, I., ... Zimmerman, D. (2009/2011). 池上直己 (監訳), インターライ方式ケアアセスメント : 居宅・施設・高齢者住宅 (第2版). 医学書院.

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
なし

- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| 2. 学会発表<br>なし           | 2. 実用新案登録<br>なし |
| F. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む） | 3. その他<br>なし    |
| 1. 特許取得<br>なし           |                 |

表1 施設の概要

施設の種類 (開設年)	定員数	職員数	自立支援 促進加算	法人等が実施するサービス
介護医療院 (2018年)	60床	医師1.25人 看護職員15人 介護職員17人 リハビリスタッフ4人 管理栄養士1.9人	2021年4 月より算 定	訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所療養介護 介護老人保健施設 介護医療院
介護老人保 健施設 (2004年)	100人 (うちシ ョートス ティ5 人)	医師1人 看護職員13人 介護職員38人 リハビリスタッフ 12人 管理栄養士1人 支援相談員4人	2021年4 月より算 定	訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所療養介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 介護予防支援 介護老人保健施設 介護医療院
特別養護老 人ホーム (2017年)	40人 (うち短 期入所11 人)	介護職員25人 看護職員5人	2021年 10月より 算定	短期入所生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護 介護予防短期入所生活介護

通所介護施設  
(2002年)

33名

看護職員 2名  
(うち常勤 1名)  
介護職員 20名  
(うち常勤 7名)

訪問介護  
通所介護  
通所リハビリテーション  
短期入所生活介護  
地域密着型通所介護  
認知症対応型通所介護  
小規模多機能型居宅介護  
居宅介護支援  
介護予防通所リハビリテーション  
介護予防短期入所生活介護  
介護予防認知症対応型通所介護  
介護予防小規模多機能型居宅介護  
介護老人福祉施設  
介護老人保健施設

表 2 施設別自立支援の対応表

	特養	老健	介護医療院	通所介護
<b>入院予防</b>	<p>当たり前前の日常生活を送ってもらうことで、いわゆる基礎体力とか免疫力をアップさせていくっていう考え方</p> <p>看護師のほうで、今常勤が3人と非常勤が3人</p> <p>(看護師が) 嘱託医と連携しながらやっているぐらいで、ほんとに特段何かシートを使ってやってるっていうこともない</p> <p>疾病に対してっていうのは、ちょっとうちのほうでは、最低限の在宅で行うような健康管理レベル</p> <p>風邪でいうと、ちょっとコロナは難しんですけど、インフルエンザ等々においてもやっぱり基礎体力を上げておくということで、まずならないです、うちのほうでは。なったとしても、いわゆる嘱託医のほうで処方できる範囲の</p>	<p>基礎疾患に関しては皆で情報共有はしていく</p> <p>看護のほうのアセスメントでケアプランにも看護上の留意点とか挙げ</p> <p>観察ポイントっていうのは介護職員にも周知してもらって早めの異変に早く気づくっていう対応で早く医療につなげるっていうのも普通の健康管理と言うんですか、そこはやっている</p> <p>病気もありながらの生活っていう前提で関わってます</p> <p>生活の中でも活動してもいいっていうことで、その一定のライン超えるようだったら安静にしましょうとかそういうお一人お一人のこのぐらいの活動量っていうので働き掛けはしています。</p> <p>ここ最近は大いぶ意識を付け</p>	<p>脳梗塞の入居者は、リハビリ(セラピスト)の介入で今できている</p> <p>ADLの維持できるようにする</p>	<p>基本的には家の中にいてずっと静かにしていることでADLとかいろいろなこの生活が不活発になっていって、気持ちも落ちるし、体も落ちちゃうっていうことで、そうならないために、じゃ楽しみながら、この体力、体力づくりをやってくみたいな感じで、いうことによってもともと持っている病気の悪化も予防してく</p>

---

薬でほぼ回復してきてこられるので、今年度は今のところ入院者もゼロの状態  
まず座ること、座位時間の保持というところを徹底してやっています。  
それぞれの能力に応じて、いわゆる残存機能ってやつですか、そういうのを生かして、一人一人その人間生理にかなった動きを介助の中でずっとやっている

**感染症  
(尿路)  
予防**

基本的にはトイレに行っていないか、ポータブルトイレを使う  
陰部周りをいたずらに汚さない。陰部周辺を清潔を保つにはやっぱりトイレが一番いい  
パットの中に出てしまったりしてる時にはやっぱりその都度、トイレでしたらウォシュレット使ったりしますし、どうしても発

るようになったので去年よりは若干減ったのではないかな  
転倒もそうですが、高齢であることがもうリスクだからいかに早めに対応して重症化する前に治療できるかとかそこも大事

基本はおむつじゃなくてなるべくトイレでの排せつっていうのに取り組みます。  
座位ができるのであればトイレに行く  
なるべくおむつがいつも濡れた状態じゃなくて出るタイミングで座るか、でも出た後かもしれないけど座って残尿をしっかり出し切る

おむつの使用者は、60名中55名。終日の人もいれば、夜間のみの方もいる。  
毎食200ccの水分摂取、おやつ  
の時間等に、その都度飲んだ量を必ず記録し、一日の飲水量を確認する。  
入浴できない場合は、陰部洗浄を行って陰部の保清をしている。

見がベッドの上だったらそこで交換するんですけど、時には陰部洗浄、どこでもやっと思いうんですけど、一般的な陰部洗浄みたいなことをやっています

水分はかなりちょっとうちは徹底してやっています

既往で尿路感染は今までもあったとかいう方はやっぱり陰部洗浄はこまめに1日1回とか寝る前とかはケアの中でさしていただいています。ケアの24時間シートっていう1日のケアプランがあるから、その中にもうこのタイミングで陰部洗浄しましょうとかっていうのは決めてやっています。

## 脱水予防

基本心臓とか腎臓に思い疾病がなければ、主治医と相談、主治医っていうか嘱託医と相談した後1,500ccは一日摂ってもらう

小まめに場面場面決めて、この場面では何cc飲むとかっていうのも一人一人大体決めてやっています

おやつの時間とかお食事の間決めて決まってるんですけど、それだけではちょっと到底届かないんで、合間合間で。例えばお風呂に入る前後とか、でもお風呂に

水分量も少ない方は医師のほうも、施設長が医師なので医師のほうからもあまり少ないと1日1,000以上は飲ましてくださいとか、指示もきちんと出るのでそれで水分量も測定しながら飲んでいただいています。

飲まない人もいらっしゃるんですけどゼリー状の水分です、いろんな味の、なるべく1日の中で少しずつそういうゼリーも食べて何とか目標の水分量が飲めるようになっていうふうにはしています。

お茶をゼリーに変えて、飲水を促す。

おやつ時には、コーヒー、自家製ヨーグルトを提供している。利用者の好みを聞いて提供している。

朝食時には、お茶以外に、本人の希望を聞いて、牛乳、ヤクルト、ジュースのいずれかを提供している。

飲まない人に関しては、声掛けを行って促している。

自分で飲める人は、居室に配茶する。自分で飲めない人でも飲み

デイサービスの施設内に、地域交流スペースっていうのがあって、そこにカフェがございまして、そこでまあ気軽に喫茶店感覚でコーヒーを飲んだりとか、紅茶を飲んだりとかっていった形で、自然と「きょうはコーヒー飲みたいな」とか、皆さんと一緒に話、「食後やから、コーヒー飲みたいな」とか、われわれと一緒に感覚で飲めるスペースを設けている。

選べる水分っていう意味で、水分補給っていうのは強化してい

入らない人は今度別の時間でちょっと飲んでいただく

水分が入ると、ちょっと少し一番われわれが感じているのは、少し認知症の症状の重たい人たちがやっぱ穏やかになっていきます。それは、水分が影響しているのか、摂ってもらおうと思うと職員が関わる時間の長さなのか、人が関わってもらえたことによる影響なのかちょっと分かんないんですけども。水分摂ると、夜とか興奮してるような人たちがずっと眠るようになるんで。ほとんど睡眠導入剤を飲んでるお年寄りも今ゼロ

一人一人のこの人はこのタイミングに飲んでもらうっていうのがある

一気に飲めないからずっとリビングで雑談とかしている間もお茶とかちょっとコーヒー飲みましようかとか。中にはノンアルコールビールで水分補給したりとかいろいろ物を工夫して、物とタイミングっていうのは。

意思疎通ができる時にぱっと飲めるようにストロー付きのカップを常に用意

飲むための容器もその人に合わせて、食器も合わせて考えている

たいという希望があれば飲んでもらう。

テーブルにお茶が残っている場合は、「お茶を飲もうね」とやさしく声掛けをして、手にお茶を持たせる。

## 感染症 (呼吸器) 予防

毎日うちは今、視界が来てくれる。1人か2人ぐらいを口の中見ていただいたりしているので、そこでちょっと口腔ケアが難しい人は助言を頂いたりする

基本的には介護職が口腔ケアはやってます

歯科往診もあるから歯科の先生にも指導してもらったり、歯科衛生士さんとかにもうがideきない人とか

ST もいるので ST のほうでは嚥下も見てもらっている

毎月食事状態とかをラウンド

誤嚥性肺炎を繰り返す入居者には、口腔内の清潔を保つために、リハビリを使ったり、スタッフの日々のケアを心掛ける

歯科にコンサル(テーション)して口腔内の確認をしてもらう。

食後の口腔ケアは、介護、看護

看護師が中心となってその辺の評価とか体重測定だったりとか、著しく減った方とか、そういったのをこう把握して、データ提出している状況。

特に変わる、食事量が落ちたとか、嚥下状態が悪化したなど

嚥下のほうは介護職と看護師と、管理栄養士がうちはそこにすごく興味を持って勉強をしているので、管理栄養士が中心にはなっているんですけど、一応看護師や介護職と相談しながらやっている

一人ずつにちょっとスプーンのサイズも3種類ぐらい置いて、この人にはどのサイズのさじで何杯入ると何グラムのとろみになる

介護職大変なんで今、表が貼ってあるんですけどっていうような感じで、できるだけ水分を摂ってもらうためにっていうことでやってます

するんです、ST と管理栄養士と看護介護です。ドクターにもその状態を報告する

随時、最近飲み込み悪くなってきたとかむせが増えたとかそういうタイミングでもう一回食事の姿勢を見直したりとか、とろみの付け具合とか食事形態の見直しとかっていうのは結構タイムリーにできてる

月1回のラウンド以外でも、ユニットの職員が意識がきちんとしてると最近どうもおかしいから早く ST さんに見てもらおうとか、それも LINE WORKS で入るとくと ST さんがちょうどいい時に、ご飯時にちょっと見に来てくれたりとかするので。管理栄養士もすぐ来てくれて食事の形態を見直そうとか、水分はもう無理なんでゼリーにしようとかその辺の判断を多職種も入ってしてもらってるんです。

職がしている。

寝たきりの人の口腔ケアは、訪室時、吸引後等している。

食事の介助もリハビリ（のセラピスト）も行っている。嚥下の状態の変化を看護師に報告し、医師の指示を仰ぐほか、食事形態の検討を行う。

昼食前に、嚥下体操を行っている。

か、食事形態が合っていないかなっていう方に対しては、うち通所介護なんですけれども、管理栄養士のほうを配置、そこと厨房の調理員とその辺連動して食形態を見直したりだとか、そういうことはしている。

## 疼痛への対処

よくよくアセスメントをして、例えば寝たきりで来られた方、もうご存じだと思うんですけど、急に座るわけではないんで、少しずつそういう痛みが出たらちょっと今日はここまででやめとこうかみたいなことで。痛いということにはほんとによくすぐ反応するようにしています。

少しずつ少しずつ時間をかけて（離床を進める）。あと結構、人間関係をつくっていく

言葉でなかなかコミュニケーション図れないんですけど、何となく表情から読み解いていく

日頃膝とか腰に負担がない動き方とか介助方法で援助する  
立位が本当はベッドから起きてもらいたいけど膝が痛くて起きれない方はスライディングシート、トランスサポートって言うんですか、ああいうのを使って膝に負荷がない介助方法をしたりする

リハビリのほうでもストレッチとかマッサージをする

痛み止め飲んでとか、痛みが治まるまで。ずっと痛み止めも飲み続けてると副作用も心配なんで、その辺は看護がチェックする

リハビリにかかわってもらって、離床を進める。痛みの状況が病的なものであれば、主治医に報告し、診察してもらい、状況に応じて処方してもらう。

状態に合わせて、マットの検討をする。

機能訓練指導員、上手にその辺はこう、気さくに（活動を）促していく。

## 褥瘡予防

まず座ること、剤時間の保持というところを徹底してやっています。

それぞれの能力に応じて、いわゆる残存機能ってやつですか、そういうのを生かして、一人一人その人間生理にかなった動きを介助の中でずっとやっている

座位姿勢の時のその当たり具合が悪かったりとかするのでポジショニングは何度も見直しします

おきてればいいってもんでもないんで、昼からはやっぱり2～3時間横になってもらうとかそこの辺の生活のめりはり付けて褥瘡

医療病棟から入所される人が多いので、入所時にどのようなマットを使用していたかの情報を収集し、今のADLに合わせたマットを使用する。

状態が変わった時には、エアーマットに取り換える。

経管栄養の人でも、昼の嚥下体

予防をする

栄養ケアも褥瘡は大事なので

食事も見ます

褥瘡のチームがあるので褥瘡  
ラウンドも看護と、これはもうド  
クターも一緒に周ってもらって  
いる

褥瘡のアセスメントを3カ月に  
1回はする

操時には離床して参加してもら

う。

## 睡眠の 確保

特養についてはもう皆さん夜  
は大体同じ時間に寝られます。

大体寝れない時間帯とかがパ  
ターンは見えてくるからその  
対応はしてる

どうしても時は、もうちょっ  
と日中のケアをどうにかしなき  
ゃいけないと思うんですけど、  
少しやっぱ神経内科のほうにも  
相談して内服コントロールもあ  
まりひどい人はさしてもらって  
ます。

(活動のメリハリを付けるた  
めに) 日中の趣味活動とか役割活  
動をしてもらう

普通の家みたいな生活を送っ

(昼夜逆転を予防するために)  
朝、昼、夕今いつであるかのメリ  
ハリをつけて声掛けをする。

部屋の環境を整え(日が当たる  
ようにして) 離床を促す。

てもら

リハビリも入ってくるのでリハでも少しそういう生活リズムの見直しで、OT もいるので元々のその人の興味関心のあることとか、(中略) 職歴とかからやりがいつとか感じてもらう時間をつくってみたりする

夜寝れなくても生活の ADL が下がらなければ少しそのまま様子見さしてもら

無理矢理しても逆効果なので。だから毎日活動しないけど、イベント例えばきょうバーベキューするからビールもあるしちょっときょうは出ませんか (と誘う)

<b>カンファレンス多職種の情報共有</b>	ケースカンファレンスっていうのは週 1 回、毎週火曜日の 11 時から 1 時間。施設全員で協議しています こまごましたことは日々の中でちょっと現場の中でやりとり	カンファレンスを定期的に 3 カ月に 1 回はする タイムリーにいつでも情報共有はできる ユニット型なのでユニット内でも看護と介護と一緒にチームで	(介護職との連携は) 自立支援カンファレンスを毎月 20 名ずつじっしし、その時に利用者の今の状態を多職種で検討する。 毎日の朝と夕方のミーティングで、介護、看護師に注意喚起の	朝一番に全体的な施設内の朝礼が、どの施設でもあると思うんですけども、その後にデイサービスだけで分かれて、そのデイサービスに所属しておりますので、栄養士とかも集まって 5 分、10 分
------------------------	--	---	---	---

をして。

管理栄養士も看護師も日中は介護職とおんなじように現場に入ってケアをしていますんで、いつでもそこにいるんでちょっとした話ができるんで。そういうちょっとした意味の情報交換はもうほぼ毎日どこでも行ってる

看護師や栄養士のほうがきちんとその辺を理解して譲って、介護職をほんとに後方支援してくれていると。介護士たちがやりやすいように、やりたいようになってのの後押ししてくれている

看護師や相談医、栄養士っていうのが、きちんとやっぱり介護職たちを後方支援するんだっていうのはできてるかな、それがうまく回ってる

ケアしてるから常時情報共有ができる

ミニカンファレンスっていうのも少し体調が変わってきたとか家に帰るめどがだいぶたってきたとか、そういう時には担当者同士がぱっと集まるんです、相談員も含めて、そういう中では情報共有してる

療養日誌のコピーを必ず朝、7ユニットあるのでそれをコピーして各部署に配布する

各部署にもタブレットがあるからそれでは本当に緊急の時はそれで、業務用のLINEで情報を流してっていうふうにしてやっています。その中で医療的な注意点とかあれば共有する

リハビリの関わりが充実しているっていうのでそこも看護介護とリハビリの連携がいいっていうか、多職種連携もスムーズ

ことは伝えている

日々かかわっていく中で、いつもの違いがあった場合は、すぐ報告してもらい、看護師がバイタルサインの確認後、医師に報告し今後の方向性を決め、看護師、介護で情報共有する。

程度の申し送りをする。で、どうしてもパートの方とかで、毎日、出勤できるわけではないので、特別ノート、特記ノートっていうのを作り、そこに先日までこの方はどうでしたっていうトピックを上げて、それを皆さんのほうで確認してから始業に入ると。で、途中から情報が入りました、「この方、きょうは足がちょっと痛いとおっしゃっている」とかという情報は扉の所に掲示物を置いて、「この方こうですよ」というふうに必ず目に触れる所に情報を置くと。で、終わったら、最終的に終業時間が近づきましたらミーティングをして、きょう1日、あすからの動きっていうのを皆さん集まって、一堂に確認してから終了といった形を取っている（職種間で）お話できやすい関係を作ろうとはしている

施設の

（職種間の）垣根はなくしてま

個別なケアが徹底している

家庭的な雰囲気、スタッフは

こういったところができなか

## 理念

す。そこに一番力を入れてます  
離床して座っていただいて、普通に食事したりトイレ行ったりお風呂に入ったりっていうことをするために全職種がいますっていうのをコンセプトに。採用の時にもその条件を飲んでいただかないとちょっと採用できない

基本は介護職がやはり一番中心なので、介護職をサポートするのが看護師、管理栄養士の役割ですよってというような位置付け、相談員もですけど、位置付けにしています。

コンセプトに合意いただいたら、一緒に働いっていただく基本的には介護職員とかが担当の年寄りを持つたりするんですけど、4~5人担当するんですけど。その人の人生史っていうのをしっかりしっかり調べることになっていて、調べてこういうことをして差し上げたいとか、こうなってほしいっていうプレゼンに対

すごく接遇っていうのには力を入れてて、それってお客さまだけじゃなくて職員同士でもチーム上、仕事の仲間としてのあいさつするとか情報共有でちゃんと声掛ける

利用者中心っていうところは必ずにやってる

理念も掲げてあるので、その理念の共有とかってというのが本当の基盤にある

新人研修の時に理念についての講義はされる

部所長とかと経営本部ですかね、そっから理事長のそういう考え方をきちんと伝えるっていう役割

私とかは結構理事長にたくさん教えていただく場面が多いからそれを現場にどう落とし込むかっていうところですかね。元の看護部長がそのようにされてたからそれがずっとみんなに、古くからいる職員には浸透してって

皆私服を着ている。名札を付けていない。家にいるように、エプロンを付けている職員もいる。

デイルームで食事をする。その時にはテレビがついていることもある。いろいろな人の顔を見ながら食事をする。

共同のデイルームで過ごすことが刺激となり、食事摂取や方向練習に意欲的に取り組み、ADLの向上につながっている。(居室で天井ばかり見て過ごす生活とは違う)

やりたいことを配慮して、生け花、メダカの飼育等をうかがいながら取り組む。

入所者の希望は、毎日ケアをする中でわかってくる。(リハ職との協力もある)

その人がどのように介護医療院で過ごしたいか、言えない人は家族に入所時に聞く。

その人が昔どのような生活をしてたのかを聞き取り、できるだ

った、駄目だったって話よりも、こういうことができていると、そしたらもうちょっとこの先をちょっとプラス肉付けしていきこうねって話の持っていき方っていうんですか、皆さんが、だから、そういった向上していくような考えが、おんなじ方向に向いてるってところがデイサービスが一番強いところで、そういうモチベーションで介護していくと、やっぱり行動に出ると思う。できない、いやいややっていくっていうんじゃないくて、「この方向でこうしてはるんやろ？」って言って考えながらやっていくみたいな姿勢で行っていくと、他の人の聞いてみたら、いろんな点が出てきたりとか、こうしたらいいんじゃないか、ああしたらいいんじゃないかっていうのをモチベーションにして、その方が少しでも楽になったり楽しんでいただけたらモチベーションに

しては、施設を挙げてもう大体基本的には何でも OK

フェイスシートを変えた。一番最初に書かなきゃいけないのは生活歴。

生活施設といいますと、福祉施設なので、やっぱり急にそうなられたわけじゃなくて、そこに至るまでの長い長いご苦労とか人生がおありなんだっていうところに、まずそこに寄り添おうっていうことは大事にしようという方針

特別養護老人ホームという場所は、本人さんにとっては来たい場所か来たくない場所かっていうと来たくない場所

ラストステージと呼んでるんですけど、をもう一回つくり直しましょうというのが背景にある

地域で暮らすということは、人間関係なくしては暮らしていけないので、何より人間関係づくりということに力を入れてはいま

るのかなと思います

専門職寄りの方だとやっぱりそのこの意見の食い違いって起こるんですけど、やっぱりそこで引き戻すのは利用者さんです、利用者さんのご家族。だからそうなんだけど、利用者さんの今までやってきた暮らしとか、今の状態でこれからあと、看取りに向かってのこの暮らしていく中ではそれって重要じゃないんじゃない

その症状だけ見たら絶対駄目っていうことあるけど、でもって、こうやって毎日起きてご飯食べてこうやって好きなことをしていきたいんだって。だからそんな中で家で生活してたって病気とともに生活してってリスクもありながら生活するんだからって。私たちもいつどこで事故に、溝に落ちて骨折するか分かんないし、それはもう生きているっていうことはそういうことだからっていうふうなところで進めていっ

け完全にはできないけれど、その人らしくできるようにかかわっていく。(午前中にお風呂に入りたいとか、お昼から入りたいとか)

高齢になって頑固な入所者の場合も強制はしない。その人がその人らしく生きていけるように本人の意思を尊重する。

自分の親とか身内が介護が必要になった時にどうしてほしいか、そういうことを考えて対応していきたいとスタッフに伝えている。これが一番大事ではないかということをやや伝えてかわるようになっている。

高齢者で、医療度も高いので利用者同士の交流は少ないと思っている。そこを補うためにも、家庭的な雰囲気を作るだけでなく、自分たちスタッフが、身内と同じようにかかわっていく。

なるといった形になる。

デイサービスのそのクラスだけじゃなくて、座席表っていうのを作りまして、どういう会話をされていたかとか、お話盛り上がったよとか、盛り上がってなかったよってなればその日、その日で座席表を組み替えたりとか、やっぱりそうやってクラスとかデイサービスはまずは入り口なのだけれども、交友関係を広げるっていうところも重きをおいている。

他の介護サービス使われてて中止になった方も、何で中止になられたのかなっていうところをちょっとご本人さんの視点に立って、ちょっとまあ相談員がアセスメント深めていくような、ケアマネジャーさんと相談していく。

す。

ユニットケアの弱点は、小さな世界の中に閉じ込めてしまう施設全体で往来できるような、あの人とあの人が合うんじゃないと、かかっていうようなこともひっくるめて、人間関係づくりをやってます

お体に触れる時とか水分摂取の時とか、関われる時にはより丁寧についていうことだけはみんな意識してくれてる

最後まで当たり前のことは当たり前に、その人のその体調というか、しんどそうならやめるとか、よういけそうだったら起きてもらおうみたいなことやっていく

てるかなと思います。

リハビリの場面ではここまでできるのに病棟に帰ったら、いや危ないから寝かしといて起こさないでいいってなっちゃうって、いっぱいこれから可能性があるのに駄目にしちゃってるなって、そしたら専門職のやりがないんじゃないかなって感じで思ったりします。

(安全面と本人の意向のバランスは?) ご家族にも必ず入ってもらいます。私たちもやっぱ安全は優先したいのでどうしましょうかって。でも、身体拘束は絶対しないからそのリスクは必ず

家族と本当二人三脚のケアって言うんですけど、一緒にそのプロセスを関わってもらってる

結構施設長、医者もこうだつて言うけど、いいや家族はこう言ってますとか言って戦います。

本当にその人微妙な、日によっ

でも違うからそこを見ながらは  
やってる

行動はやっぱり制限したくない

施設内でもお出掛けする場所  
ができるので、コロナでなければ  
対応が大変なんですけど、行き来  
は交流あります、遊びに来たよと  
か言って。

コーヒー出すから遊びに来て  
とかって言って、そうすつと行く  
のがリハビリになったりする