

# 在宅復帰への取り組み～家族様の気持ちが大切～

部署名 機能訓練室  
発表者 利根川 武志

## I はじめに

本年、機能訓練室では、在宅復帰へ向けての取り組みの一環として、ご家族様に実際に訓練場面を見学して頂く一定期間毎に機会を設けるよう努めてきた。機能面・動作面の入所初期段階及び経過、変化の状況を知って頂くことで、実際に在宅復帰に至った事例について報告する。

## II 事例紹介（個人に焦点をあてた事例には限りません）

- ・名前：Aさん（80代女性）要介護3⇒1
- ・家族：息子様と同居
- ・入所日：平成29年8月8日(H30.6.10退所)
- ・病名：左大腿骨転子部骨折、うつ病、認知症、慢性関節リウマチ、腰部脊柱管狭窄症
- ・ADL：BI・入所時【35点】退所時【90点】

## III 考察

訓練の経過に於いて、歩行能力が食器類を両手で持って独歩可能なレベルまで至るなど、動作能力が改善し、その過程及び結果を家族様が実際に目の当たりにして頂けたことで、在宅復帰後のイメージを具体的に持つことができたことで自宅への退所を果たせたものと考えられる。

## IV おわりに（事例を通しての感想など）

在宅復帰については、多くの家族様方は実際に介護ができるだろうか、またどれだけの各種負担がかかってくるのだろうかという不安を抱いているものと思われる。実際の状態・経過を目で見て確認できることで、在宅復帰後の具体的な目標や在宅介護に於ける許容量・力量を家族様自身が認識できる機会になる、という事を本事例を通して実感することができた。

一方、本件以外の他の事例では見学の回を重ねるごとに、むしろ「実際に家に帰ってやっていけるだろうか」といった不安がかえって高じてしまった、「後もうちょっと何とか…」などと在宅に迎え入れるためのハードルが高くなった、利用者様と家人様との関係性からあまり見学をして頂けないあるいは見学だけでとどまってしまう、などといった事例もあった。

身体機能や動作能力の状態や経過は重要な要素であり、今後も取り組んでいくことは妥当と考えるが、それ以外の要素についても個々の事例において検討し、解消できる方策を講じていく必要があるのではないかと改めて感じるに至った。

笑顔は満開！ でも、これって・・・

正解？ 不正解？

ここから繋がる家族との絆

部署 ケアプランセンター

発表者 丸山 喜弘

#### 【はじめに】

「大好きな人に会いたい」という本人の思い…。

「本人とどのように接したら良いのか分からない」という家族の思い…。

離れそうになった家族の想いを繋ぎ留め、ここから再び繋がる家族との絆を紹介する。

#### 【事例紹介】

本人は「おとうちゃんに会いたい」「おとうちゃんに会いに行くんや」と訴えられ、自身の想いに反する対応を行う者に対して、暴言や暴力行為等が頻回に見られる。

介助者の支援方法によって、症状の増悪も見られる。

★本人の夫は亡くなっており、その事を何度説明しても理解できない。

★認知症の影響で帰宅願望も強く、入院した際も当日に強制退院となる。

家族（息子夫婦）も…、

「認知症が悪化していく母とどう接したら良いのか？」

「自分たちが関わる事で今以上に認知症が悪化するのでは？」

という想いで徐々に関係性が疎遠となる。

#### 【検討・実施内容】

①暴言や暴力行為の主たる理由が何か？

→ 本人・家族と話をし、キーワードを抽出し関わり方の方向性を検討。

②本人が穏やかに過ごせるよう、家族と相談し関わり方の提案。

→ 関わり方を統一する事で笑顔が多くなる。暴言や暴力行為も減少する。

③本人の穏やかな表情、嬉しそうな表情を見ていると、逆にこの対応方法で良いのか？

→ 本人の想いを軽視している？ 「正解？」「不正解？」と自問自答。

④穏やかに生活する回数が増加した本人を見て、息子夫婦の心境が変化。

→ 関わり方に対して不安等を抱いていた家族の心境が変化。本人との関わりが増加。

#### 【おわりに】

家族の協力が無い場合、「ほったらかし」等と思う事があるが、決して、そのようなケースばかりではない。家族も関わり方に「どうすればいいのか？」と悩んでいる場合がある。

本人や家族の想いを把握し、我々支援者が適宜介入していく事で、離れそうになっていた「家族の想い」を繋ぎ留める。本人と家族の架け橋になれる可能性が我々支援者にはある。

その事を今回の事例を通じ感じる事ができた。

## 入所中に在宅サービスを利用してみませんか！！

### ～試験外泊を利用した在宅復帰の準備～

部署名 相談室

発表者 大和谷 裕毅

#### 【はじめに】

平成30年4月の介護保険改正後、介護老人保健施設として取り組むべき内容が多岐にわたる様になりました。その中で、我々は外泊時に在宅サービスを利用する事ができる外泊時在宅サービス利用加算に注目しました。

この加算は本来、外泊を促すために新設されましたが、我々は不安を取り除いた在宅復帰に繋がるのではないかと考え、加算取得に向けた取り組みや実施結果をまとめここに発表します。

#### 【実施に向けた準備】

- ① サービス利用時の自費分を請求する事を目的とした同意書の作成
- ② 利用サービス事業所への情報提供書類の作成
- ③ ご自宅への送迎は施設で対応する事とする
- ④ 施設から提供できる福祉用具は無償で貸し出しする
- ⑤ 在宅での安全安楽な介助を行って頂く為に介助指導を行う
- ⑥ 緊急時の対応方法を指導する
- ⑦ 外泊中にも訪問し、自宅環境での助言・指導を行う
- ⑧ 送迎方法やご本人様・ご家族様の特徴の申し送り等、関係部署との連絡調整を行う
- ⑨ 外泊時のサービス利用に対するケアプランを作成

入所前後訪問で得た自宅状況を踏まえてリハビリを実施し、リハビリの進捗状況やADLの変化を確認しながら、2名の方に実施する事を決めました。

2名のご家族様に対して上記①～⑨の説明を行い、外泊日時を決定しました。

#### 【実施】

外泊日当日は、支援相談員2名でご自宅までお送りし、自宅内の安全な場所まで誘導後、ご自宅での注意事項など最終的な助言・指導を行いました。その後は、ケアプランで設定したサービスに移行し、老健職員としては外泊中の訪問を実施し、状況確認及び指導を行いました。

#### 【結果】

1名の方は、入院からの施設入所と長い時間自宅を離れていた事や、久々の自宅での生活に気分が高揚し、施設では介助で行っている事をお一人で行われた結果転倒され、予定よりも早く施設に戻られました。しかし、外泊が出来た事自体には喜ばれており、再度行いたいとお話を頂きました。

もう1名の方は、ご家族様の援助はあるものの、独居生活になる為、外泊中もデイが利用できる事で安心感があり、入浴も出来た事に喜ばれていました。また、デイの利用体験が出来た事で、在宅復帰時の具体的なサービス調整に繋がり、居宅介護支援専門員へも円滑にバトンを繋ぐ事が出来ました。その後は無事に在宅復帰され、現在もデイケアを利用しながら在宅生活を継続されています。

#### 【考察】

上記の通り、この加算の本来の目的は外泊を多く促す為に設定されていますが、今回取り組んだ事で、在宅復帰のシミュレーションとしての効果を発揮し、外泊が在宅復帰への第一歩になっていると感じました。今までは書面上で行っていたシミュレーションをご本人様やご家族様に体験して頂く事で、在宅復帰前に在宅での不安要素などがより細かく抽出でき、詳細に在宅復帰後のサービス調整が行えるということが我々職員も身を持って感じる事ができました。

今回の取り組みを継続し、在宅サービス事業所との更なる密な連携や純在宅復帰者の拡大に繋げ、地域とより密接な関係を築ける施設になるよう取り組んでいきたいと思っております。

# 離苑に対するあの手この手

発表者 福西 真愛 ・ 西野 一治

## I はじめに

平成 30 年 7 月 5 日、短期入所の利用者様が離苑されました。施設利用時より帰宅願望の有る方だと周知していましたが、別の利用者様の嘔吐時に職員の大半が嘔吐に気をとられ、見守りが手薄になった時に離苑されました。「見守りが手薄になった」という人的ミスが原因という事を踏まえ、フロアー全体の反省として、帰宅願望のある他の利用者様も含む離苑防止に、いくつかの対策を実行した事を報告致します。

## II 事例紹介

帰宅願望のある短期入所者 A 氏・ B 氏と長期入所者 C 氏の三名を重点的に、まずエレベーターの見える位置にリーダー席を移動しました。その後は一定時間おきに所在確認を知らせる為「キッチンタイマー」を鳴らし、リーダー席からエレベーターが見える「カーブミラー」を設置し、休み職員のバイトを募り「エレベーター前で独自の仕事」を行いながらエレベーター前での監視。「職員と共に」一緒に行動する事による所在確認。「エレベーター前にのれん」を掛ける事でのエレベーター隠し。離苑防止について以上の事を行なった。

## III 考察

いろんな対策を実際行って、難点が露呈し廃止した案もありましたが、その他の案は現在も継続中です。偶然か必然か 7 月 5 日以降、離苑事故はありません。フロアー職員一同、今後も新たな対策を発見・実行を重ね、離苑防止に努めていきます。

## IV おわりに

家族様の面会時にエレベーターが開き、たまたま居合わせた利用者様がエレベーターに乗り込み、たまたま 1 階のボタンを押してしまい、たまたま玄関を発見してしまい、たまたま他の職員の視野に入らずに、玄関から外へ出る事が出来てしまった。十分考えられる可能性であります。この可能性が有る限り、フロアー職員のさらなる見守りの重要性を痛感しました。

# 「介護職員も腰が痛い」～腰痛予防への第一歩～

部署名 2階介護部

発表者 水溜享兵

パワーポイント 吉野祐生

## I はじめに

職場での腰痛は、休業4日以上職業性疾患のうち6割を占める労働災害となっており、近年は高齢者介護などの社会福祉施設での腰痛発生件数が大幅に増加している状況にあります。

介護の現場では、入浴介助や食事介助、おむつ交換などの作業で、相手を持ち上げたりする際、

中腰や前かがみなど、無理な姿勢で移乗を行うことも多く、腰に大きな負担がかかってしまいます。

当施設においても「腰痛を抱えながら働いている」と言う声があり、今回2階介護職員にアンケートを実施し、その結果をもとに～腰痛予防への第一歩～として取り組んだ結果を報告します。

## II 実施内容

- ① 2階介護職員にアンケート実施する。
- ② セラピストから移乗介助指導を受ける。
- ③ 控室や廊下などに、ストレッチ方法のイラストと解説を貼り出し、業務前に全職員に行ってもらおう。

## III 結果

- ① 過半数が「腰痛あり」と答え、その中で、「業務に対して」と「介助方法」の2種類に分けた。
- ② 全員が直接指導を受ける事が出来ず、伝達する形となり、全員が改善と言う結果には至らなかった。
- ③ 「少し楽に感じた」「変わらない」など、効果はあまり見られませんでした。

## IV 考察

アンケートから職員の悩みを知る事が出来、今後は、個々の「業務に対して」の腰への負担軽減のため、業務改善もフロア全体で考えて行きたいと思います。

入職時には、必ずセラピストから移乗介助の指導があり、その後現場でOJTにて指導しひとり立ちした後は、相談する場がなかった為、今後は、定期的に話し合える環境作りが必要ではないかと考えます。

## V おわりに

腰痛予防の第一歩として取り組んできましたが、実施期間が短かったこともあり、劇的な変化はありませんでしたが、アンケートなどを通して、職員ひとりひとりが、介護は腰痛が当たり前だと思っていたが、ストレッチ体操を実践し、介助時の姿勢などを意識して見直して行く中で「介護＝腰痛」では無い、「腰痛は予防できる」という意識が芽生え始めました。やっと一歩を踏み出したばかりですが、これからも一歩ずつ、「腰痛＝0」を目標として取り組んで行きたいと思います。

## デイケアの感染対策の現状と見直し

部署名 看護部・通所リハビリテーション  
発表者 西上 加奈子  
パワーポイント操作者 大迫 武明

### 【はじめに】

近年高齢社会となり、介護施設では高齢者の増加、重度化する介護度、人員の不足など様々な要因で時間に追われることが多く、多重業務で感染に対する意識が低下し、施設内感染やアウトブレイクに繋がりがやすくなっている。感染対策は医療関連施設では必要不可欠であるため、感染対策の現状を把握し、手順を見直し全職員への再教育が必要と考えました。そこで今回は介護施設では頻繁に行われるケアの一つであるおむつ交換に焦点を当て、業務改善プロセスの手法の一つであるPDCAサイクルを使用しおむつ交換の手順を見直し、現状の課題を把握し繰り返し指導することで継続的改善を目指した結果を報告する。

### 【調査内容、対象者】

対象者：デイケアの介護職員 9名

項目：おむつ交換 評価方法：チェックリストに沿って他者による評価

### 【実施内容・期間】

H30年6月初期評価（教育開始前）

H30年6月～11月にかけて、現状把握、手順書に沿って教育、指導実施

H30年11月下旬に再評価、現状の課題、再指導

H30年12月中旬に看護師によるデモンストレーションによる実技指導実施

### 【結果】

初期評価の結果、おむつ交換の現状を把握すると大きく4つの課題がありました。

①手袋をしていれば手指衛生は必要ないと思っていたスタッフが大半であった②適切な个人防护具の着用ができていない③感染対策の意識、知識が低い④擦式アルコール製剤の未携帯 現状を踏まえて手順の指導を行った。

今回、おむつ交換の感染対策の現状を把握するうえで評価した結果、日々多重業務に追われ、業務が優先され、標準予防策の必要性や感染対策の意識が低かった。再評価の際は全員が个人防护具着用できていたが、評価以外の場面では、装着していない職員がいることがあった。12月のデモンストレーションでの再教育、質疑応答で正しい手順を再認識していただくことでPDCAサイクルを行なう必要があると思いました。

### 【考察および結論】

おむつ交換は排泄物を取り扱うため、適切に扱わなければ感染拡大につながる、感染対策は自分自身を守るとともに、利用者を守るために必要なことである。デイケアでは、施設内へ感染症を持ち込まないようにするためにも看護師だけでなく、介護職員や多職種も理解した上で、対応していく必要があります。今後は業務優先ではなく、安全な医療・介護が提供できるように見直した手順でおむつ交換を行なっていく。今回手順書を見直し、職員へ指導することで感染に対する意識を持ち、一人ひとりが正しい手順を継続して行なえるようになった。最新の情報があれば必要時に更新して行き正しい手順で行なえるよう指導していきたいです。

## 〇〇さんのトランスファー、どうしたらいいの？

部署名 アザリアデイサービスセンター

発表者 桑岡 久美子

### I.はじめに

移乗介助の方法は、決まった方法があるわけではなく、様々な方法が提唱されている。

今回は移乗動作における三つのポイントについて考察したので、報告する。

### II.一つ目「角度」

ベットと車椅子の間は30度？30～45度？15～30度？

15度と45度とは違いすぎて、定見のある数字とは考えられない。

共通するところはベットと車椅子の間に角度を付ける事？

この角度は必ず付けなければならない？

わざわざ角度を付けて移動距離を長く取る必要がある？

角度が15度なら105度、45度では135度も回転しなければならない。

その分転倒を始めとした表皮剥離等の様々なリスクを受ける機会が増える。

移動する距離は、短いに懲じたことはないのでは？

### III.二つ目「介助者の足の位置」

足を入れていい？いけない？自分の膝で相手の膝を支える方法は？

運動学的に考えれば、足を入れた方がいい。

人の重心は体の中心線を真下に通っている。

つまり人を支えるには、その人の真下に支えるのが一番効率的。

一番効率的だということ、一番リスクが少ないということ。

足の絡み合いの予防、緊急避難用の座面、移乗先に深く座らせ易い、などのメリットも、

転倒等をさせず安全に介助する事が、一番人権を守る事。

見た目の問題を気にして、より危険な方法を選択する事が、人権上好ましい？

膝で膝を固定する方法はリスクがいっぱい。

そもそも足を入れれば、この方法を使う必要もない。

### IV.三つ目「用手接手」

手を首や肩に回してもらおう？

背が低く、背中が曲がっている、座っている方に手を挙げさせ、上へ引き上げるリスクは？

依存心も介助してしまわない？

自分の手はどこを持つ？

ズボンなど着衣を引っ張っては、いけない？

重心の位置である腰部を介助する事が最も効率的で、安全な方法。

いくつかの問題があるからと言って、一番効率的で安全な方法を禁止すべき？

シップラインの際、安全上の理由で股間にハーネスを付ける事に、誰が疑義を唱える？

### V.おわりに

人を介助するには、人の重心の位置を理解し、その重心の動きを介助しなければならない。

動作をより効率よく、より安全に介助することこそ、その人を本当に守る事。

情緒や観念論に拘泥されず、エビデンスにもとづいて考えてみていいのでは？

老健施設における経管栄養の実施割合と、  
(胃瘻症例に対しての)経口移行加算の関係

部署名 施設長、栄養科  
発表者 川島 勇次

現在、介護老人保健施設は、在宅復帰・在宅療養支援機能に対する評価で算定用件をクリアしながらその仕事によって得られた結果を点数化することにより、報酬が決められている。

このため、多くの胃瘻症例の長期入所者をケアすることで、在宅復帰・在宅療養支援等指標に3点から5点を加えることができる。(合計70点以上が超強化型老健)しかしながら、多くの胃瘻症例に対して在宅復帰を提案することは非常に難しい。このため、胃瘻症例をケアすることは、在宅復帰・在宅療養支援等指標に多くの比重がかけられている在宅復帰率の維持の大きな足かせとなってしまふ。

それでも、われわれは利用者の生活の質の向上のために、経管栄養から経口栄養への変更にアプローチすることに努力している。利用者の努力や、スタッフの尽力により、胃瘻症例が経口摂取に完全に移行できた場合、胃瘻症例数の減少につながり、在宅復帰・在宅療養支援等指標の点数の減少につながり、超強化型の算定用件の維持の足かせになってしまう。タイミングが悪いと、超強化型から強化型への変更につながり、月当たりの収入が100万円から200万円の減収につながる。

今回、我々は胃瘻の1症例に対して、完全経口移行という成功を得ることができたが、このことにより、経管栄養の実施割合に対する点を失いかねない状況となっている。

今回、このような経験を得ることができたので、一部考察を加えながら、発表します。



## 快適に業務を行なうために

部署 ヘルパーステーション

発表者 小濱 守則

### 【はじめに】

アヴィラージュは住宅型有料老人ホームの為、一般在宅で介護サービスを受けるのと同じように、一人ひとり異なるケアプランを立て、利用者・利用者家族の希望に沿った介護サービスを受けることができます。現在入居されている方々の多くが通所介護のサービスを利用されています。他のサービス（訪問看護・訪問リハビリ）、訪問診療・受診等もあるので、曜日によってデイの利用者数は異なり、朝食後からデイの迎えまでに日勤者1名～2名と夜勤明け職員とで排泄介助、整容更衣等行い1階への誘導を行なうことから1日がスタートします。

【問題点】1日の始まりであるデイの送り出しに時間が掛かり、他の業務にも支障が出てきた。

1. 施設のように排泄チェック表を用いているが、チェックを最後にまとめて記入するヘルパーがいたので一人の利用者に対し2回みることがあった。
  2. 入居者・在宅復帰者含め、デイ利用者表を作成しているが、在宅復帰者の利用曜日を確認、把握できていない。
  3. 振替利用等把握できていない。
  4. 1階への誘導を複数で行ない目的の階ではなく他の階で止まってしまい時間が掛かる。
  5. 朝の排泄介助は全て終わったと勝手に判断し他の業務を始める。
  6. 気持ちに余裕がなくなり、接遇が疎かになる。
- 出勤するメンバーによっては、円滑に業務を進めることができている日もあり、職員間のコミュニケーション不足・個々の確認不足。
  - 食事介助を必要とする利用者が多くなり、夜勤明けの職員が送り出しの準備に入ることが難しくなった。

### 【改善点】

朝食時、咳き込み・ムセがないよう食事介助を行っているつもりでも、勤務時間内に終わらせようと焦って職員のペースで食事介助を行っているようにみえたので、早出と日勤の間で一人が出勤し、食事介助・送り出しを行い夜勤者・日勤者の負担を軽減。

入職してからの年数に関係なく遠慮せず声を出し合い業務を進める。

### 【考察】

一人が先走って動くことで、他の職員もつられて同じような動きをし始め中途半端になり、後から出勤する常勤職員（リーダー）・入居者に迷惑をかけていたことによりやく気付いたようで、以前と比べるとデイ利用者の物品忘れや内服薬の準備忘れはかなり減った。

訪問予定以外の業務が多々あり、時間内にできる限り早く終わらせることが普通になり、入居者が主であることが忘れがちになっていた。利用者の気持ちに寄り添い満足度を高めなければ些細なことでクレームになってしまいます。入職したての職員は、入居者との距離感が分からず時間のかかることも多々あり、職員によっては苦手な利用者と上手くコミュニケーションが図れないこともあります。そういった時に周りの職員は「早よしてや」ではなく、フォローすることで職員はホッとするでしょう。そういった些細なことの積み重ねで快適に業務が進めることができ、職員・利用者双方の満足度にも繋がってくると思います。