

---

## 6 ケアのマネジメント

---

## 6.1 ユニットケアにおける介護過程の展開（ケアにおけるPDCAサイクル）

### 本章の目的

介護過程の展開を意識したケアにおけるPDCAサイクルの実施方法について学ぶこと。

### 本章の概要

6.1.1	介護過程の意義と目的	介護過程の意義と目的について学びます。
6.1.2	介護過程におけるPDCAサイクル	介護過程におけるPDCAサイクルの取り組み方について学びます。
6.1.3	施設サービス計画書（ケアプラン）と介護計画（生活プラン）	施設サービス計画書（ケアプラン）と介護計画（生活プラン）の位置づけや作成について学びます。

## 6.1.1 介護過程の意義と目的

- 「専門的かつ科学的な方法によって介護上の問題を明確にし、解決するための方法を計画し、実施・評価するための一連の思考過程」を介護過程といいます。
- 介護過程を理解することで、入居者の介護について主体的に考え、積極的に取り組むことができるようになります。そのことにより入居者への関心がますます高くなり、正確で深みのあるアセスメントの実施から真のニーズを把握することができ、的確な介護計画(生活プラン)の立案、実践にもつながります。

介護過程の理解

主体的な検討、積極的な取り組みへ

入居者への関心向上

正確で深みのあるアセスメントの実施

真のニーズの把握

的確な介護計画(生活プラン)の立案、実践へ

## 【参考資料】高齢者施設におけるケアマネジメントプロセス

### 課題分析の実施 (面接によるアセスメント)

- 入居者の日常生活上の能力や環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を適切な方法で把握する（アセスメントは本人・家庭に面接して行う）

### 計画原案の作成

- 入居者の希望・アセスメント結果等に基づき、家族の希望を勘定して、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、各種サービス（機能訓練・医療・リハビリテーション、看護、介護、食事等）の目標等を具体的に設定し記載する

### サービス担当者会議等による 専門的意見の聴取

- サービス担当者会議や担当者に対する照会等により、計画原案の内容について担当者から専門的な見地からの意見を求める

### 計画原案の説明・同意

- 計画原案の内容を入居者・家庭に説明し、文書により入居者の同意を得る

### 計画の交付

- 作成した施設サービス計画を遅滞なく入居者に交付する

### 実施状況の把握 (面接に基づくモニタリング)

- 計画の実施状況の把握（継続的なアセスメントを含む）を行い、必要に応じて計画の変更を行う。モニタリングにあたっては、入居者・家族・担当者との連絡を継続的に行う（定期的に入居者に面接し、結果を記録する）

### 計画の変更についての 専門的意見の聴取

- 更新認定や変更認定の場合、サービス担当者会議や担当者に対する照会等により、計画変更の必要性について担当者から専門的な見地からの意見を求める

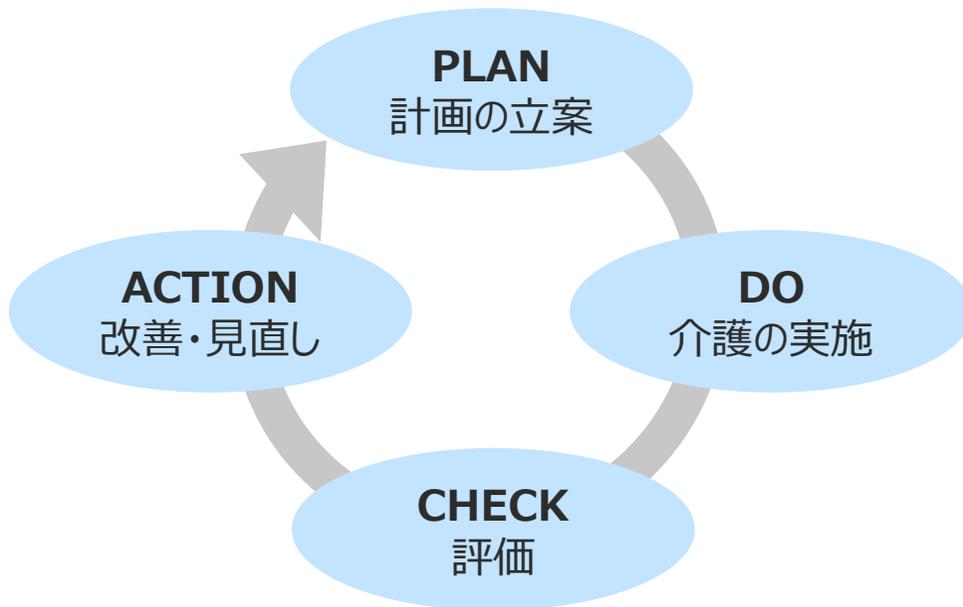
### 計画の変更

- 変更にあたっては、作成時と同様の一連の業務を行う

## 6.1.2 介護過程におけるPDCAサイクル（1/5）

- 入居者が望む「よりよい生活」「よりよい人生」を実現するという目的を達成するために、「(アセスメント→)計画の立案(P)→実施(D)→評価(C)→改善・見直し(A)」の流れを系統的に捉え、根拠に基づく介護を実践していきます。

### 介護過程のプロセス



- 介護過程は、計画の立案→実施→評価→改善・見直しといった流れで構成されている。
- それぞれの内容や留意すべき点を理解し、介護職員がどのように個別ケアを構成し、実践しているかを知ることは、介護の質を確保するためには重要である。
- また、入居者個々に作成される介護計画に生かされているか、入居者の自立支援、尊厳の保持のために役立っているかなど、意識して確認していくことが大切である。

## 6.1.2 介護過程におけるPDCAサイクル（2/5） 計画の立案（P）

- 情報収集・分析・課題の明確化といったアセスメントを踏まえて、計画を立案していきます。

アセスメント	情報収集	<ul style="list-style-type: none"><li>入居者の情報収集は個別ケアを実践する第一歩。</li><li>日常生活や趣味、大切にしているもの、家族の関わりなど、その人を特徴づける様々な情報を得られるよう、意図的な情報収集を行う。</li><li>介護職員は常に五感(視覚・聴覚・触覚・味覚・嗅覚)を働かせ、入居者から発信されるサインを見逃さないことが重要。</li></ul>
	分析	<ul style="list-style-type: none"><li>収集した情報は、その意味や内容を関連づけながら、介護の方向性、見通しを立てる。</li><li>ICFの概念に基づき、健康状態、心身機能、身体構造、活動、参加、環境因子、個人因子という観点から入居者の情報を整理することで、入居者の状況を総合的に捉えることができる。</li></ul>
	課題の明確化	<ul style="list-style-type: none"><li>課題とは、入居者の望む生活を実現または継続するために、取り組まなければならないこと。</li><li>複数の課題がある場合は、優先順位についても判断する。</li></ul>
計画立案		<ul style="list-style-type: none"><li>介護計画は、入居者の日常生活動作(ADL)の自立だけでなく生活の質(QOL)を含めた視点が重要。</li><li>ケアの統一化を図る観点から、具体的に、いつ、誰が、何を、どのように行うのか、どの介護職員が実施しても同じ介護行為が可能となるように表現する必要がある。</li><li>ケアプランとの整合性があるか、継続可能な計画であるか、入居者本人の意思や他職種の意見の反映がされているかなども含めてユニットリーダーが確認していく。</li></ul>

## 【参考】介護過程の構成要素とその留意点（1/2）

- 介護過程においては、以下の点に留意する必要があります。

<b>優先順位をつけた生活全般のニーズ（解決すべき課題）</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>入居者が望む暮らしを実現または継続するために、解決しなければならない困りごとなどをいう。</li><li>入居者を主語にした「～したい」「～できるようになりたい」と表されるもの。</li></ul>
<b>全体的な援助の方針と期間</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>入居者が望む生活の全体像を簡潔に箇条書きにするなどして介護者を主体にして「（入居者が）～になるように援助する」または「～になるように援助したい」と表す。</li></ul>
<b>長期目標と期間</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>長期目標は、ニーズが満たされた状態、課題が解決した状態を、入居者を主語にして「（入居者が）～する」「（入居者が）～できるようになる」「（入居者が）～の状態になる」と表す。</li><li>入居者の「いつまでに、こうなりたい」という希望を明確に表現する。</li><li>期間は6か月から1年くらいで設定し、入居者が最終的に目指す状態像を表す。</li></ul>
<b>短期目標と期間</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>長期目標（最終ゴール）に行き着くまでには段階的な目標が必要であり、到達に要する時間の長さや解決に至る困難性、見通しの度合いに応じて、一定期間に実現できることを段階的に設定するのが短期目標である。</li><li>期間は数週間から数か月で設定し、いつまでにどのような状態になっているか、期間を区切った段階的な目標である。</li><li>目標の達成状況や適切性の評価を可能にするために、目標の期間を区切って設定する。</li></ul>

## 【参考】介護過程の構成要素とその留意点（2/2）

- 介護過程においては、以下の点に留意する必要があります。

### 援助方法（介護内容）

- 援助の内容や方法は、だれが見ても同じ介助ができることが重要である。複数の介護職員が1人の入居者に関わるため、共通認識ができていなければ、ケアの統一化が保たれない。
- 介護計画の中には、介助方法、頻度、留意事項などを記入し、介護職同士が共有できるようにする。入居者や家族に十分な説明を行い、内容について同意を得て、入居者が主体となって実施できるような援助の内容と方法を考えなければならない。
  - いつ、どこで、だれが、何のために、どのように行うのかを明確にする
  - 個別性を尊重し、時間や頻度など、入居者の状況に合わせる
  - 目標と援助内容・方法の一貫性を確認する
  - 計画書にわかりやすい表現で記述する

### 支援内容の決定条件

- 入居者の自己決定や家庭の考えを尊重し、個別的なニーズを満たすような活動であること
- 介護職の業務範囲内の活動であること
- 原因・誘因が明らかな課題の場合はそれを除去、軽減、緩和する活動であること
- 介護の理論、過去の研究結果、介護者の経験などを生かしていること
- 危険がなく、効率的、経済的であること

## 6.1.2 介護過程におけるPDCAサイクル（3/5） 実施（D）

- 介護計画の実施にあたっては、ユニット職員全員が、その意味と目的、目標を正しく理解しておくことが大切です。
- 支援状況、入居者の変化の有無やその際の支援者の行動などを記録し、情報の共有を図ります。

### 安全と安心、尊厳の保持

- 介護の実践は、しっかりとした事前準備と入居者の安全と安心、尊厳の保持が保たれた状況で実施しなければならない。
- 計画に基づいて実施する場合にも、説明を行って、同意を得ながら実施する。
- 実施状況については、実施の有無だけでなく、効果や入居者の反応(表情・動作・言葉など)についても確認し、記録する。
- 日々、実践していく中でも、常に計画の継続について妥当性をアセスメントする必要がある。
- そのため、ユニット職員は一人ひとりが介護計画を正しく理解し、適切に実施することに責任をもたなければならない。

### 自立支援 入居者の可能性 新たな課題の発見

- 介護を実施した際に、入居者のさらなる自立に関する可能性に気づくことも大切。
- 「できた・できなかった」といった結果に限らず、入居者の動きや様子、介護者の働きかけ方、動きなどの過程にも留意し、次の支援の見直し、工夫に役立てる。

### 記録

- 実施状況をチームで共有し、今後の評価に生かすため、介護の実施前に入居者の状態、実施した内容、それに対する入居者の反応、職員の判断等、結果として目標に対する到達度(何がどこまでできたか・できなかったか)、実施方法の適否等や、残された課題、新たな可能性などについて、必ず記録に残す。

## 6.1.2 介護過程におけるPDCAサイクル（4/5） 評価（C）

- 時期（タイミング）や視点に留意しながら、評価を実施していきましょう。

### 評価の時期 （タイミング）

- 計画立案の際には、短期目標や長期目標それぞれに期限を設け、その時期が来たら評価を行う。
- 3か月、半年、1年など定期的な確認を行う。
- 計画を実施していく中で、変化を見逃さないよう継続的にモニタリングしていくことが重要。
- 「健康状態に変化はないか」などの確認が必要。
- 入居者の現在の状態像を把握するだけでなく、アセスメントの段階で把握していたニーズが現在も適切かを吟味する。
- 目標の達成度合い、よりよい支援の可能性、計画が適切かどうかなど、入居者の状況を確認しながら、計画の見直しが必要かどうかといった視点をもつことも必要。

### 評価の方法

- 評価は、多面的な角度から客観的に行う。そのため、担当職員が一人で評価を行うのではなく、介護計画の立案者、介護計画の実施に携わった介護職員や多職種の意見を確認することが望ましい。
- 入居者本人や家族の意見を聞くことも評価をするには大切。

### 評価の視点

- 評価は、単純に「できた・できなかった」だけではなく、どの程度なのか具体的な内容で分析する。
- 入居者の表情の変化や身体状況の変化、数値の変化、何がどのように変化したか、変化しなかったのかを評価する。
- 介護職員等の人的物的環境や支援内容や方法、安全性や効率、入居者や家族の満足度も含めて分析していく。

## 6.1.2 介護過程におけるPDCAサイクル（5/5） 改善、見直し（A）

- 必要に応じて計画を修正し、今後の方針を検討していきます。

### 必要に応じた計画の修正

- 評価結果に応じて、計画の修正を行う。計画が入居者の状況やニーズに適していなかったということであれば、改善策で対応し、そもそも計画の方針が適切でなかったということであれば、再度情報収集やアセスメントを行い、適切な計画を立案する。
- なぜ効果的な結果が得られたのか・得られなかったのか、なぜ入居者の状況やニーズに適していなかったのかなどを十分に分析することで、改善策や新たな可能性を見出すことができる。
- 改善策が見つからない場合は、再度評価に戻る。

### 今後の方針の検討

- 介護計画の目標の達成、入居者の変化、新たなニーズ、優先される課題の出現などがあった場合にもケアマネジャーに報告し、施設介護サービス計画(ケアプラン)への反映や修正につなげる。
- このように、適宜、介護計画と施設介護サービス計画(ケアプラン)との整合性を図る必要がある。

## 6.1.2 介護過程の展開におけるユニットリーダーの役割

- ユニットリーダーは、多職種との連携も図りつつ、ユニットを巻き込みながら、入居者の介護過程の展開を主導します。
- 介護過程が適切に展開できているのかの確認は、以下のような視点で進めます。

### 介護過程の展開におけるユニットリーダー・管理者に求められること

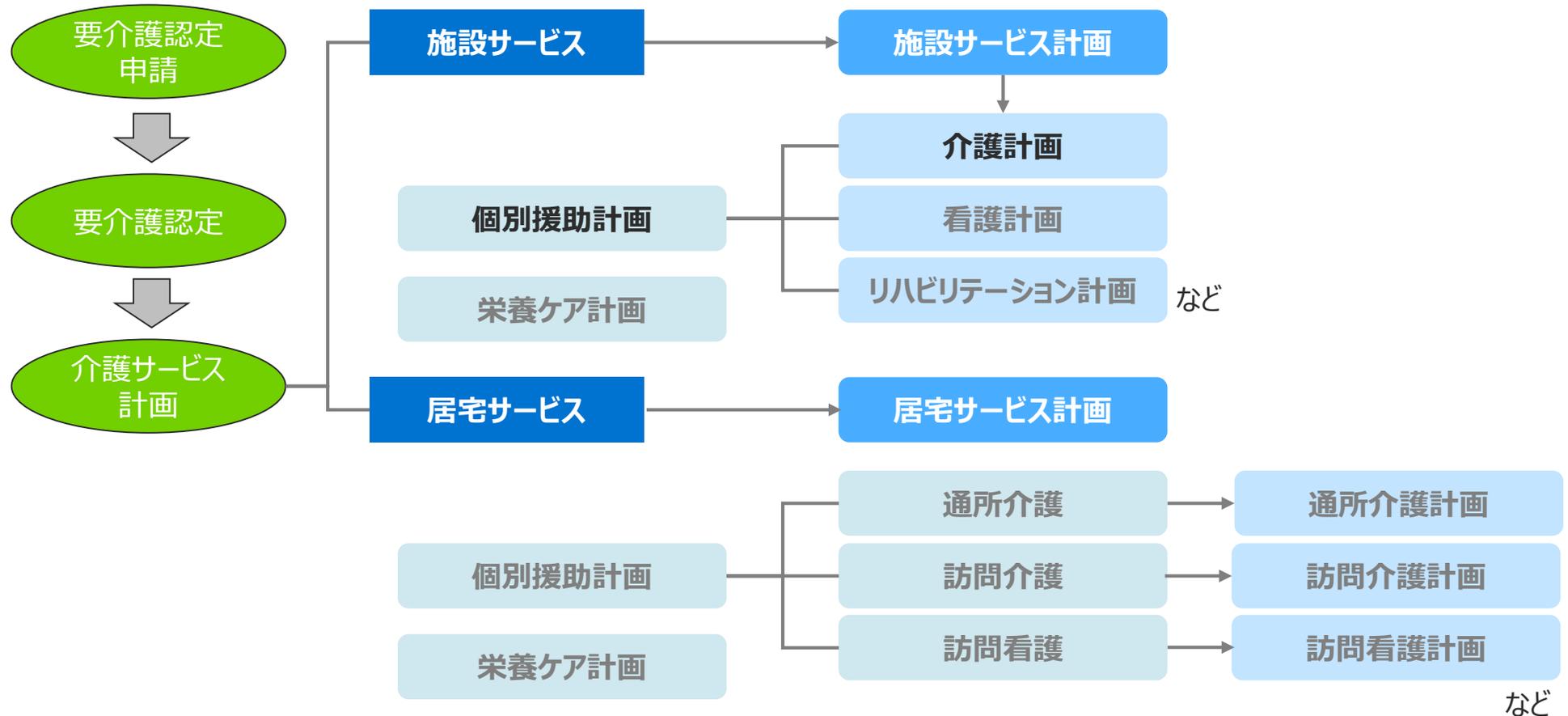
- ① 専門的な知識、視点に基づく分析となっているか
- ② 誰にでもわかる、説明できるよう言語化されているか
- ③ 情報や分析の視点に偏りがいないか
- ④ 継続可能な取り組み、評価できる内容となっているか
- ⑤ ケアプランとの整合性、的確性はあるか
- ⑥ 介護行為の根拠についてユニットメンバーが理解して実施しているか
- ⑦ 意図したとおりに計画が実施できているか
- ⑧ 実践結果について多職種に情報提供できているか
- ⑨ ケアプランの内容の検証にもつながっているか
- ⑩ 入居者の変化を捉え、変化に応じた見直しがされているか



## 6.1.3 施設サービス計画書（ケアプラン）と介護計画（生活プラン）

- マスタープランである施設サービス計画書を踏まえて、それぞれの個別の介護計画を作成していく流れになっています。

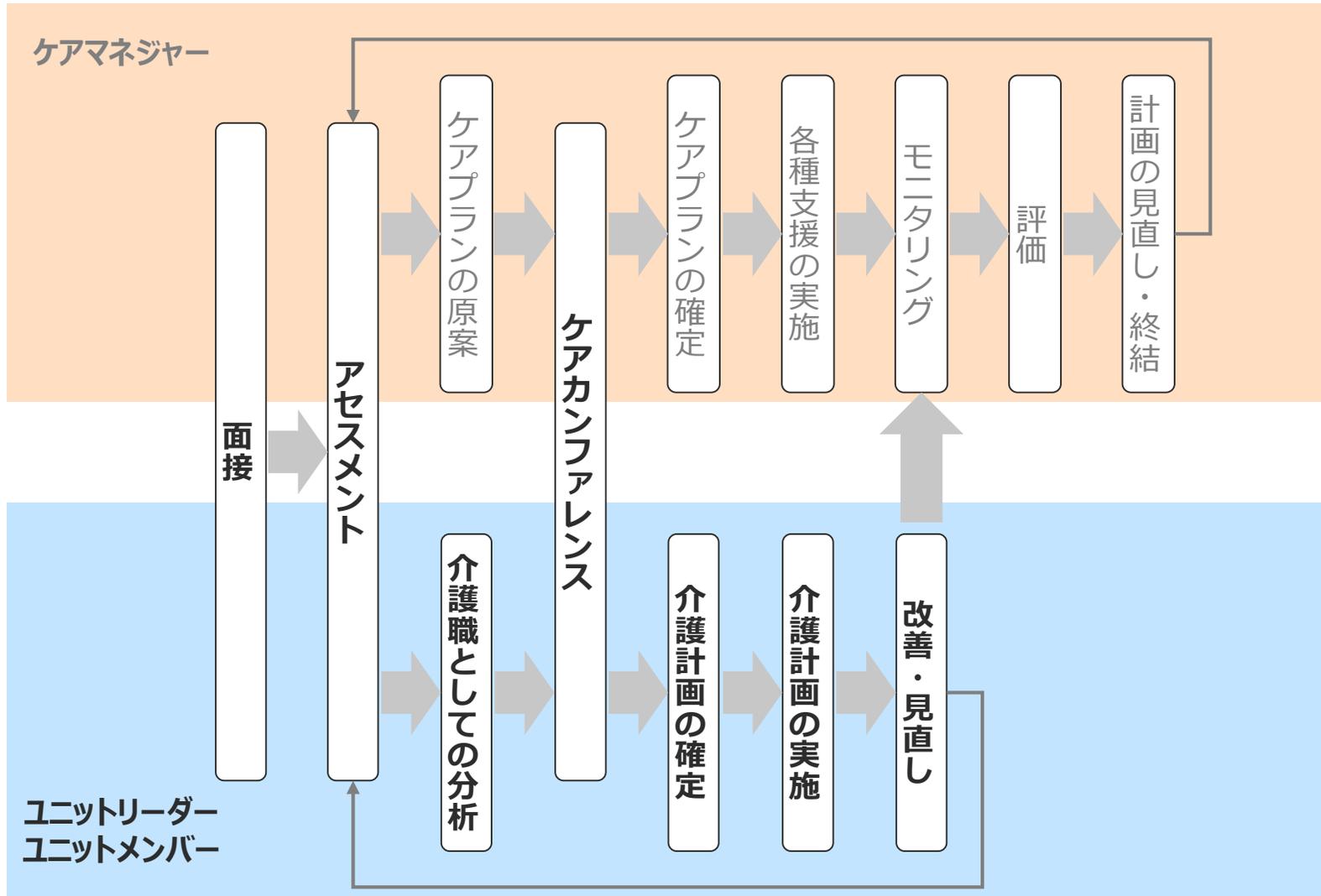
### 介護保険制度におけるサービス計画の位置づけ



出典：介護福祉士養成講座編集委員会編「新・介護福祉士養成講座9 介護過程第2版」中央法規出版P50を一部改変

### 6.1.3 ユニットの介護過程の展開の流れ

- 施設におけるケアプランとの整合を意識しながら介護計画の実施・見直しを行きましょう。



出典：森繁樹編『事例で読み解く介護過程の展開 根拠に基づく「生活支援」を実践するために』11ページ図1-2を一部改変

## 6.1.3 介護計画の作成

- 介護職員は、作成された1日単位(施設サービス計画書の第4表:日課計画表のような形式)、1週間単位(施設サービス計画書の第3表:週間サービス計画表のような形式)等の日課表や計画表を用いて、入居者一人ひとりの生活を把握した上で必要なケアを提供します。

### 日課表・計画表作成の手順例

- 手順1** 入居者の情報を集める。  
(生活歴、入居前の生活習慣、本人・家族の意向、ケア記録、  
疾病状態など)  
※情報が多いほど、詳細な計画が作成できる。  
日々、情報の更新に留意する。
- 手順2** 本人・家族の意向に沿った1日の生活の流れを記入する。
- 手順3** 本人の「できること」を中心に記入する。
- 手順4** 自立支援や自律した日常生活の支援の内容を記入する。
- 手順5** 他部門の支援の内容を記載する。  
他の入居者や家族、地域住民とのかかわりを記入する。

### 介護計画作成のポイント

- 生活習慣の再現性のある単位として1日単位と、家族や地域との交流や施設の行事等を利用しやすい1週間単位で入居者の生活の流れを把握し、それに即した介護計画を作成するのが、よりよいケア提供につながる。
- 入居前の生活習慣についての情報、心身機能・疾病の状況、家族の意向を整理した上で、1日の入居者の行為、職員の介助を含めた関わりを記入していく。
- 看護や医療など他部門におけるケアの在り方も同時に記載していくと、記録の一元化がなされ連携がとりやすくなる。

## 【参考】求められる介護福祉士像

- 社会状況や人々の意識の移り変わり、制度改正等の状況を踏まえ、現在の「求められる介護福祉士像」は以下のように整理されています。

1. 尊厳と自立を支えるケアを実践する
2. 専門職として自律的に介護過程の展開ができる
3. 身体的な支援だけでなく、心理的・社会的支援も展開できる
4. 介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応し、本人や家族等のエンパワーメントを重視した支援ができる
5. QOL(生活の質)の維持・向上の視点を持って、介護予防からリハビリテーション、看取りまで、対象者の状態の変化に対応できる
6. 地域の中で、施設・在宅に関わらず、本人が望む生活を支えることができる
7. 関連領域の基本的なことを理解し、多職種協働によるチームケアを実践する
8. 本人や家族、チームに対するコミュニケーションや、的確な記録・記述ができる
9. 制度を理解しつつ、地域や社会のニーズに対応できる
10. 介護職の中で中核的な役割を担う



高い倫理性の保持

## 6.2 チームケア、多職種との連携の実践

### 本章の目的

チームケアや多職種との連携が求められる場面において、ケアのマネジメントの実践方法について学ぶこと。

### 本章の概要

6.2.1	チームケアの実践	チームケアの実践の事例について学びます。
6.2.2	多職種連携の事例	多職種連携の事例について学びます。

## 6.2.1 チームケアの実践

- ユニットの動かしていくにはユニット職員が適切な視点をもって記録が記入できているのか、計画が立案できているのかを指導、助言していく必要があります。

### 【事例1】

テーマ：記録や計画の内容が乏しく、十分な計画を作成できない問題

担当者：新人職員

経過：

- 入社後半年が経過したため新人職員にも担当者をもってもらうことになりました。ユニットの中でも意思疎通が可能な入居者の担当者になってもらったのですが、入居者の情報収集がうまくいっておらず、計画を立案できなくて悩んでいます。
- 新人職員は記録などでの文字情報から入居者のニーズを読み取ることが苦手でした。
- ユニットリーダーは家族の来訪時に担当業務から離れ家族への聞き取りを行う時間をとること、また、日常の業務の中でも担当入居者に対して話しかけ、様々な情報を直接聞くように指示しました。さらに、ほかのユニットメンバーに対しては、担当者の情報収集に協力してもらえるように声掛けを行いました。
- ユニットリーダーは、入居者からの聞き取りや会話の中から得られた情報について箇条書きにして整理するように促しました。そして、今一番に大事だと思うことを少しでもいいので計画に反映させるように指示しました。
- ユニット会議では、計画案の変更についてメンバーで議論し、先輩職員からアドバイスを行いました。
- 新人職員の提案に従って計画を変更し、実施することになりました。新人職員には、日ごろの業務の中で少しずつでもよいので情報を集めて記録しておくことの重要性を指摘しました。

- ユニットリーダーは答えを出すのではなく、何に困っているのかを観察し、自発的に情報収集ができるよう働きかけ、また、他のユニット職員への声掛けなど環境整備を行っている。
- 新人職員の提案をできる限り採用する支援、会議終了時の情報収集の重要性などを新人職員に意識させる取り組みを行っている。

## 6.2.2 多職種連携の事例（1/2）

- 計画の変更はユニットメンバーだけではなく、多職種との連携が必要な場合が多々出てきます。ユニット会議には多職種の職員にも参加してもらい、解決策を一緒に考えてもらうことが大切です。

### 【事例2】

テーマ：入居者の心理的な負担を解消する手段が見つからず、どのように計画を変更すればいいのか分からない問題

担当者：新人職員

経過：

- 心不全のあるAさんは、支援を受けながらの入浴でしたが、何より入浴を楽しみにしていました。ある日の午後の入浴時、本人の意思とは関係なく、浴槽につかっている際に排便してしまい、それ以後入浴を拒否する日々が続いていました。
- ユニットリーダーから他の職員にも指示を出し、記録の見直し、気になる情報の洗い出しを行いました。
- 情報の収集の結果、下記の関連する情報が集まりました。
  - ✓ 便秘で服薬し、前の晩に便が出ていた
  - ✓ 入れ歯が合わず少し口臭もするようになっていた。
  - ✓ 入れ歯を外していることが多い。
  - ✓ 排せつの失敗は今までほとんどなかった。
  - ✓ 水分摂取量は十分であった。
- ユニットにおける定期的なケース会議でAさんの事例を取り上げるようリーダーから担当者に促し、薬や食事に関係していることもあるため看護職員や管理栄養士・栄養士にもケース会議に参加してもらえるように依頼しました。
- 情報をもとにした検討により浴室での排便の原因が抽出されました。
  - ✓ 便失禁の理由：下剤の効果、入浴により腸の動きが活発になり、筋力も緩んだことからの便失禁であった。
  - ✓ 便秘の理由：咀嚼が不十分なまま呑み込んでいる可能性がある。便秘薬の量の調整が必要。

(次頁に続く)

## 6.2.2 多職種連携の事例（2/2）

（前頁からの続き）

- 浴室の中で排便してしまうのではないかと不安を取り除くために、各職種が意見を出し合い下記のことを決定しました。
  - ✓ やわらかめの食事を提供する。（管理栄養士・栄養士）
  - ✓ 便秘薬の量について調整する。（看護職員）
  - ✓ 歯科医師の診察を受けるように勧める。（担当介護職）
  - ✓ 時間をかけて食べるよう言葉をかける。（担当介護職）
- 失敗に対する不安を軽減するとともに入浴拒否に対する改善策も検討していきました。
  - ✓ 清拭等で身体の清潔を保ちながら足浴や手浴を行う。
  - ✓ 気持ちよさを実感してもらい入浴につなげる。（担当介護職）
  - ✓ 他の入居者や職員の動きが昼間より落ち着いている夜間の入浴を促す。
- ユニットメンバーで協議し、遅出の勤務時間を変更することにより夜間帯の入浴を行うことが決まりました。ゆっくりと時間をかけて入浴を行うことで、入居者の精神的な負担が取り除かれ、元のようにゆったりと入浴してもらうことができるようになりました。

- このような羞恥心に関わる問題を解決していくのは難しいことである。
- この事例では、ユニット職員と多職種が連携して根本的な原因を究明し、改善策を講じている。
- 根本的な問題を解決することで入居者の「なぜあんなことになったのだろう」という不安や疑問を取り除いている。
- また、入浴拒否という課題に対しては、夜間浴により気分を変えてもらうなど正面から対策するのではなく、少し方向を変えることで入居者に対して新しい気持ちをもってもらえるように働きかけている。

## 6.3 重度化・認知症への対応、看取り介護

### 本章の目的

重度化・認知症への対応、看取り介護などユニットで発生しうる課題に対し、各場面の事例を用いて、ユニットリーダーとして求められるマネジメント能力について学ぶこと。

### 本章の概要

6.3.1	重度化への対応	重度化への対応のポイントについて学びます。
6.3.2	認知症への対応	認知症への対応のポイントについて学びます。
6.3.3	看取り介護	看取り介護のポイントについて学びます。

## 6.3.1 重度化への対応（1/3）

- 重度者への対応には廃用症候群に留意する必要があります。
- 医師、看護職員、リハビリ職員(理学療法士等)と連携しながら、重度の人の日中活動を、ケアの内容や福祉用具、空間の観点から計画していく必要があります。

### 【事例3】

テーマ：ベッド上での生活時間が長い人（いわゆる寝たきり状態にある人）の離床の促進

関係者：ユニット職員、看護職員、リハビリ職員（理学療法士）

経過：

- Aさんはベッド上での生活時間が長く、関節の拘縮も進んでいました。本人の意思疎通も困難になってきており、家族の来訪も減りつつありました。介護の面でも車いすからズレ落ちるなど目が離せない状態であり、離床が行われていませんでした。
- 施設での全体会議にて重度者への対応が議論されました。「寝かせきり」や「（車いすに）座らせきり」にさせることが廃用症候群につながることを確認され、各ユニットで対策を講じていくように管理者から指示がありました。
- 車いす上で生活してもらうことが関節の拘縮や筋肉の萎縮軽減にもつながり、また、対象者の生活のメリハリをつけるにも役立つことから、離床時間を促進していくことをユニット職員と確認しました。
- 看護職員または医師に相談し、Aさんの離床が身体的に可能であるか確認しました。Aさんは離床が可能であることから、少しずつ離床時間を増やしていくことが確認されました。
- 離床時間を増やしていくためには、Aさんの身体状況に合わせて調整できる車いすが必要であることから、家族に対して離床に関する説明と車いすの必要性について話しました。車いすを変えることで状況が改善している事例や対象者の状況などについて、医師や看護職員、リハビリ職員の見解も含めて説明しました。その結果、家族は、調整機能付きの車いすの購入を選択しました。
- ユニット職員全員が集まり、車いすメーカーの人から調整機能付き車いすの機能について学びました。

（次頁に続く）

## 6.3.1 重度化への対応（2/3）

- 重度者への対応には廃用症候群に留意する必要があります。
- 医師、看護職員、リハビリ職員(理学療法士等)と連携しながら、重度の人の日中活動を、ケアの内容や福祉用具、空間の観点から計画していく必要があります。

(前頁からの続き)

- 看護職員と連携をとり、1日の離床時間の目安を決めました。離床前には血圧の記録を確認し異常がないか調べるようにしました。離床時には拘縮の状況を見ながら背もたれの角度やチルトの傾きを調整し、少しずつ背もたれの角度をあげるようにしました。
- 3か月程度の期間をかけて少しずつ離床時間を伸ばし、車いすを調整していきました。最終的にはほぼ背もたれが直角の角度でも座位が保てるようになりました。以前よりも意思表示がはっきりと表れ、家族の来訪も増えました。

- 重度という状態になった背景には、本人の疾病による問題と、施設側が「寝かせきり」「座らせきり」にしているという2つの問題がある。
- 疾病による問題は施設で解決することが難しいといえるが、後者についてはケアの問題であり、解決していかなければならない。
- 重度者への対応については、介護職員だけでは分からないことが多く、改善案を出しにくいという側面がある。
- ここでは看護職員や医師、リハビリ職員（理学療法士）との連携をとり離床時間を増やす取り組みを進めた。

## 6.3.1 重度化への対応（3/3）

### 【事例4】

テーマ：経管栄養の処置方法についての勉強会

担当：ユニット職員、看護職員

経過：

- A施設は開設当初より、食道ろう・胃ろうなどの経管栄養の入居者が入居していました。A施設では、歯科医、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士などと相談し、食べることの支援を検討するとともに、経管栄養への対応として、看護職員は朝の経管栄養の開始時と、夕方の終了時間に合わせて勤務体制をとっていました。その他にも膀胱留置カテーテルや人工肛門の人もいました。
- 看護職員がいない緊急時の対応や看護職員のサポートが必要であり、施設全体で勉強会を開催してきました。勉強会では、法律上医療行為にならない範囲で医療職と連携をとりながら、経管栄養、吸引、膀胱留置カテーテル、在宅酸素、ストーマ管理などの取り扱いについて学ぶことができました。
- ユニット職員に不安な点が生じた場合には、ユニットリーダーが中心となり看護職員と話し合い、必要に応じて再度勉強会を開催しました。
- 法改正により、A施設の中堅ユニット職員は喀痰吸引などの研修を受講しました。A施設のユニット職員約半数が認定特定行為従事者として、医師の指示のもと、看護職員と連携をとり計画に基づいて必要時に対象の入居者に対して実施可能な範囲の喀痰吸引など（胃ろうの準備・後片付け含む）を行えるようになりました。
- ユニット職員が安全に医療行為を実施できるように、毎月医療的ケア安全対策委員会（参加：医師・伝達講師有資格看護職員・施設長・各フロアのユニットリーダー代表者）を開催しています。ユニットリーダーが不安要素を委員会で述べ、仕組みの見直しや夜間のフロア連携状況を報告しています。さらに研修修了者が夜勤時に不在とならないように、シフト作成時に研修修了者の配置調整を行っています。

- 緊急時は初期対応をユニット職員が担わなければならなくなる。
- ユニット職員が慌てず適切な対応をとれるよう、日頃からの勉強会は重要である。
- この事例では、重度者が多いという施設の状況と職員のスキルアップを兼ねて、半数の職員が資格を取得している。

## 6.3.2 認知症への対応（1/2）

- 認知症については、認知症を一括りで見のではなく、認知症による「病気」やその人の性格、経歴によっても、出現する「行動と心理」は異なることを理解する必要があります。
- 介護職として最も意識しなければならないことは、ケアの方法により出現する「行動と心理」は、改善もするが悪化もするということです。

### 【事例5】

テーマ：入居してから1か月間の新規の認知症高齢者への対応（帰宅願望があり、時折、暴力もある）

担当：ユニット職員全員

経過：

- Aさんは妻を3年前に亡くし、娘と同居していましたが、昼夜逆転と暴言、暴力などのため入居となりました。入居後は朝食後、夕食前に落ち着かなくなりました。ユニットを出ていかないように声をかけると、他の入居者の部屋に入ろうとします。止めようとするとうるさい声を出したり、ユニット職員に手を出したりすることもあります。
- 入居1か月のケース会議をユニット会議の中で実施。落ち着いて生活してもらえるよう、情報を出し合い、行動の意味や対応策についてユニット職員全員で考えました。
- 職業や家庭生活の中で担っていた役割、家族関係、手を出すときの細かい状況などの情報が出され、支援方法や介護の見直しに対して、様々な意見が出されました。
- 男性の認知症高齢者は仕事に対する意識が強いなどの傾向があることから、朝食後は仕事（以前は路線バスの運転手をしていた）に行くつもりで出ようとするのではないかと考えました。止めるのではなく、ユニット内の簡単な作業（古新聞の片づけ等）をしてもらうのがよいのではないかとこの意見があり、実施してもらうことになりました。

（次頁に続く）

## 6.3.2 認知症への対応（2/2）

（前頁からの続き）

- 朝食後には、後片付けや古新聞の片づけなど声掛けを行い、リビングで作業をしてもらうようにしました。数日は変わらずに出ていこうとしましたが、始末しかけた古新聞を見せて、古新聞の始末をお願いしたところ、新聞と広告を丁寧に分け、落ち着いて昼まで過ごせていました。
- しかし、夕方になると家に帰ると言って落ち着かない様子を見せ、会話の中で、亡くなった奥さんの話が頻繁に出てきました。運転手として家を空けることが多く、不憫だったと何度も言うておられました。
- 朝については落ち着きが見られてきましたが、夕方になると落ち着かなくなることから、夕方にも何か手伝ってもらうようにユニット内で検討しました。また、娘さんに連絡し、なじみの日用品等を持ってきてもらい、環境を整えるように依頼しました。その後、奥さんの遺影や、使い慣れた日用品を持参してもらい、夕食前に遺影の前の水を変えてもらうなどしたところ、少しずつ落ち着いてきました。

- 帰宅願望の背景には、「ここは自分の居場所ではない」という思いが少なからずある。
- 役割の創出は、その場の一時しのぎではなく、役割を担ってもらうことで「ここには自分が必要である」ということを認識してもらい、生きがいを見つけてもらうことにある。
- 職員は役割を担ってもらうとともに、「あなたが必要です」ということを入居者に伝えることも重要である。
- また、ここが自分の居場所だと思ってもらうためには、環境づくりも大切である。この事例では、なじみの家具を持ち込み、その人らしい居室を作り上げている。
- ユニットリーダーは、各職員の日常の中での気づきを収集し、それを会議の場で議論することで、改善案の実施に結びつける。入居者の状態に合わせ、介護職員の経験や知識に基づき様々な対応を試していく必要がある。介護職員やユニットリーダーが一人で抱え込み、身体的・精神的に消耗しないようにし、解決策について模索していくことが重要である。

## 6.3.3 看取り介護（1/7）

- 看取り介護は、日常的なケアの延長線上にあります。
- 個別ケアの実現のため、施設全体やユニット間の連携、多職種連携がますます重要になります。

### 看取り介護の流れ

#### 入居から 看取り期 に入るまで

- 入居の際、施設で定めた看取り介護指針を本人と家族に説明する。
- 機会のあるごとに、施設における看取りに関する考え方や対応可能な医療行為の選択肢、医師・医療機関との連携、職員の具体的対応、施設での看取りの実情を説明する。
- 終末期医療の在り方についての情報提供や、高齢者の心と体の変化、尊厳ある死とはどういうものかという側面も含めて、一人ひとりの死生観(自分らしく生き、自分らしく最期を迎えること)の醸成に向けたアプローチに努める。

#### 看取り期

- 回復が望めないと判断された時には、医師から丁寧に説明してもらうことが大切。
- 施設でできること・できないこと、医療の可能な範囲や職員の体制など、入居者本人と家族の自己決定を促すことが重要。
- 看取り介護に同意して一度決定されたことでも、最愛の家族の死を目前にすると、日々不安の連続の中にある家族の心が揺れたり迷ったりするのは当然のことである。そのつど適宜丁寧に向き合い、傾聴することが求められる。

#### 看取り後の ケアカンファレンス

- 生活をともにしていた人が亡くなるということは、家族同様、看取り介護に関わった職員や他の入居者も様々な思いを抱く。
- 特に職員は精神的にも身体的にも緊張状態が続き「これでよかったのだろうか」「もっとこうしてあげればよかったのではないかなど不安や後悔を感じていることもある。
- そのような時には、ねぎらいの言葉をかけ合ったり、その方を偲んで思い出話をするなど、看取り介護を振り返りながら看取り後のカンファレンスを開催することは極めて重要。

### 6.3.3 看取り介護（2/7） 看取り介護の体制構築・強化に向けたPDCAサイクル

- ・ 看取り介護の体制構築・強化に向けては、PDCAサイクルに沿った取り組みが有効です。

#### PLAN：体制の整備

- ・ 「看取りに関する指針」の策定と、入居者またはその家族等に対する説明
- ・ 看護職員（24時間の連絡できる体制の確保）、介護職員（看護職員不在時の対応の周知）等の連携体制の整備
- ・ 夜間や緊急時における救急搬送のための連携体制を含めた医師や医療機関との連携体制の整備
- ・ 看取りに関する職員研修
- ・ 個室または静養室の整備

#### DO：看取り介護

- ・ 「看取り介護に係る計画」の作成と、入居者またはその家族等に対する説明
- ・ 多職種連携のための情報共有（入居者の日々の変化の記録）
- ・ 入居者に関する記録を活用した説明資料による情報提供（説明支援ツールの活用）
- ・ 弾力的な看護職員体制（オンコール体制または夜勤配置）
- ・ 家族への心理的支援

#### ACTION：体制の改善

- ・ 「看取りに関する指針」の見直し
- ・ 家族等に対する看取り介護に関する報告会の開催
- ・ 入居者またはその家族及び地域住民との意見交換による地域への啓発活動の実践

#### CHECK：振り返り

- ・ 実践した看取り介護の検証
- ・ 職員の精神的負担の把握と支援

※多職種が参加するケアカンファレンス等を通じて実施する。

### 6.3.3 看取り介護 (3/7)

#### 【事例6】

テーマ：余命2か月。施設における看取りの検討

担当：ユニット職員、看護職員

経過：

- 肺炎で入院後、他の疾病もあり、医師より余命2か月との診断がなされました。医師、家族、施設職員(看護職員、入居部門責任者)が協議し、本人の希望である施設での看取りを行うことが決まりました。現状では、受け答えはできるが昼夜問わず傾眠が続いている状態となっています。
- 本人と家族の意向を伺い、家族としてどのように関わりたいのか、本人がどのように過ごしたいのかを確認しました。
- 食事摂取量、水分摂取量については医師・看護職員から指示を受けて介助を行いました。
- 体位交換など必要な介助をユニット職員で共有し実施しました。
- 本人は安楽な状態で過ごしたいと希望していることから、安心して生活できる環境を整えました。また、体位交換などは痛みが伴わないように配慮しました。
- 娘は、泊まりで一緒に過ごしたいと希望しており、簡易ベッドを貸し出し、部屋に設置しました。簡易ベッドを設置できるスペースを確保するために部屋にあったタンスや物は職員と家族と一緒に倉庫に運び、一時的に保管しました。
- 家族が介護に関わりたいたいとの意思をもっていることから、家族ができることを職員で考え、足浴のケアをしてもらうようにしました。
- 看護職員への申し送り回数を増やし、水分摂取量、尿量などを定期的に看護職員に報告するようにしました。
- 傾眠状態でいることが日に日に長くなり、言葉をかけても反応が少なくなりました。
- 娘さんとともに毎日、定時に足浴をすると覚醒することが多いのですが、娘さんは「なにもできない」と漏らすことが多々ありました。ユニット職員は家族の意向を少しでも叶えるために足浴のほかと一緒にできることを検討しました。看護職員にも相談し、顔を拭いたり、髭剃りをするなど家族とともにケアをする時間を増やすことにしました。

- この事例では、本人や家族の意向の確認(情報収集)→家族の意向を踏まえたケアの創出(計画)→家族の意向の確認(チェック)→再検討によるケアの提案(アクション)という過程を踏まえて改善を行っている。
- 看取り期には、ユニットリーダーは、家族の思いに耳を傾け対応していくことが求められている。

### 6.3.3 看取り介護（4/7）

#### 【事例7】

テーマ：ユニット職員が入居者の変化に気づき、看取りへと移行した事例

担当：ユニット職員、看護職員、管理栄養士・栄養士

経過：

- 92歳、要介護4の入居者。入居して3年を過ぎた頃から食事摂取量が徐々に低下し、これまで楽しみにしていた活動にも参加する機会が減ってきました。ベッドに横になる時間が増え、体重も僅かに減少しているなど、明らかにこれまでと違うことをユニットリーダーは感じていました。これまでも時折、食事の量が減り、活気が見られないこともしばしばありましたが、今回はいつもと様子が違うことに気づきました。
- ユニットリーダーは看護職員や管理栄養士・栄養士にAさんの状態をすぐに相談するとともに、家族に様子を報告しました。また、看護職員から嘱託医に報告がなされ、その後、嘱託医よりこれまでの経過と現在の状態説明、看取りについての家族の意思確認の機会がもたれることとなりました。
- 家族は、これまでの生活の中でユニットリーダーから常に報告を受け、入居者の状況を理解しており、施設が開催する看取りケアの勉強会にも参加していました。看取りについて考える機会があり、同ユニットでの他の入居者の看取りの状況も把握していたことから、嘱託医の説明を落ち着いて受け止めることができました。その後、他の家族とも相談の上、馴染みのある暮らしの中での看取りを希望されました。
- 看取り期に入ったことはユニット職員や他ユニットにも周知し、緊急時には協力することを確認しました。さらに、家族やユニット職員の不安を軽減するために、これから予測される体の変化やケアの方法など具体的に詳しく説明しました。
- ユニットリーダーは家族へ最期の衣類を依頼するなど、死を受け入れるための心の準備を自然な形で促しました。
- Aさんは家族やスタッフに見守られ、安らかに死を迎えました。エンゼルケアは家族の意向を聞き、一緒に行いました。

（次頁に続く）

### 6.3.3 看取り介護（5/7）

---

（前頁からの続き）

- 看取りケア終了後は、Aさんを偲び思い出話を行うなど、互いに感謝の言葉をかけ合ってケアを振り返りました。関わった職員全員がよかったこと、反省点などの気づきを共有し、ユニットリーダーが取りまとめ、カンファレンスを実施しました。その後必要に応じて看取り介護指針の改訂を行うなど、事例をもとに次の看取りケアに生かしました。

- 看取りへの取り組みは、家族、職員に不安をもたらすものでもある。この事例では、状況の「説明」が不安を取り除く有用な方法であることを示している。
- 日常的な家族との情報交換、勉強会など施設全体での取り組み、看取りの各段階における適切な情報提供により、家族とユニットの職員が看取りに対して取り組みやすい環境を整えている。

### 6.3.3 看取り介護（6/7）

#### 【コラム】 看取り時に管理者ができること

多くの施設で看取り介護を実施しているものと思います。

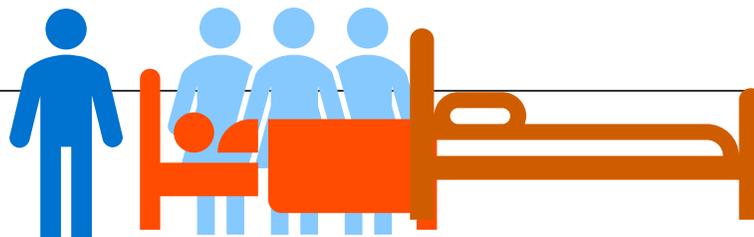
どのような最期を迎えたいのか、本人、ご家族の意思を確認しましょう。職員、施設と共同の営みとし意向を十分に聴き取りながら、その人らしい最期をともに迎えたいものです。

一方で、実際に死期に近づいている方への具体的援助を通して、最期を受け止めていく職員には相当な心理的負荷がかかっていることを理解しましょう。

核家族の進行の中で「死」を身近に経験した職員も少なくなっており、看取り経験のない職員への配慮が必要になってきています。

ユニットケアはユニットに職員が固定配置されていることから、入居者への関わりも親密です。親密な分心理的ダメージも大きくなっていきます。職員が生活歴シートに基づいて介護を提供するとともに、看取りにあたっては不安を取り除くシステムの構築で職員がともに、よい最期を迎える努力を管理者もしなければなりません。管理者が職員に対してできる、具体的な援助事例について記載します。参考にしてください。

（次頁に続く）



### 6.3.3 看取り介護（7/7）

（前頁からの続き）

- 新人職員、看取り経験のない職員が夜勤等にあたる場合には、遠慮なく不安なことを相談、連絡できるシステムを構築しておく必要があります。具体的にはオンコールで上司や看護師にいつでもつながる体制をとっておく必要があります。また「今日がその日」と思われる日には、夜勤とは別に管理者などによって特別な当直体制を敷き、夜勤者を援助するなどの対応も考えられます。そのことで幾らかでも心理的負担を取り除いてあげましょう。
- 一般的に医療職と介護職では、「死」に対する考えや構えが違うものと思います。大事なものは、職種の垣根を越えて「その人らしい最期」をどのように迎えていただくかです。看取りの方針が医療職と介護職の意見が相違し、職種間のトラブルに発展し、十分なケアが提供できない場合もあります。お互いの職種の専門性を十分に理解させる仕事も管理者の責務です。看取りが医療と介護の連携で良質な状態であるかを把握するには、頻回にお部屋を訪問するなどして、本人、家族の意向を汲んでいるか確認する必要もあります。いつでも中心にいるのは「入居者・家族」でなければなりません。そのことを職員に理解させる努力が管理者には必要です。
- 最期には「看取りのカンファレンス」を開催し「その人らしい最期」をしめくりましょう。参加者は看取りにたずさわった職員ですが、管理者も積極的に参加しましょう。職員は「あれもできた。こうすればよかった」という反省の言葉になりがちですが、今後への決意の表れでもあり、このような職員の生の声を聞いておくことは大切です。そして必ず労いの言葉を忘れずに。
- 施設によっては入居者、職員への負担をなくすために、薬物等を使用する「緩和ケア」の導入をお願いしています。ご家族様同様、職員も苦しかったり、痛がったり姿を見ることが辛いこと等お話しし、ご理解をいただきましょう。このことが職員の心理的負担を軽減することをしっかりとご家族に伝え、その上でご家族と施設が一緒になって入居者の最期を迎えることを確認し合いましょう。これは管理者の役割です。