

平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

地域包括ケアにおける介護人材に求められる資質と
その養成に必要な教育課程に関する調査研究事業

報 告 書

平成 28 年 3 月

特定非営利活動法人

介護人材キャリア開発機構

はじめに

今後、人口の高齢化がさらに進む中で、2025年に必要となる介護職員は、人数的にも大きな増加が必要とされている。2025年を目指して地域包括ケアを構築していくことが現在の大きな施策課題であるが、それを推進していくためには、介護職にはこれまでの支援とは異なる視点や方法が求められることになる。とくに、身体ケアや療養ケアを必要とする重度の要介護者や中・重度の認知症の人が可能な限り地域で暮らし続けることを支援することにチャレンジできる人材を多く必要としている。

今後の地域包括ケアの中軸を担う介護職には、医療職との連携を図りながら、心身の状態像と生活に関する先の見通しを持って、自立を促すケアや生活機能の維持・向上を実施することが求められており、それを支える科学的な態度・知識・技能が要求されている。また、一方で、利用者とコミュニケーションをとりながら、継続的な人間関係を保ち、周囲の社会的関係についても調整を行う支援が求められており、その人の心理や社会的関係や生活史の理解に基づいて生活を支援していく人間性中心（person-centered）の態度・知識・技能も求められており、両方の態度、知識、技能が要求される高度な専門性が要求されることになる。WHOは、慢性期ケアに必要な「患者中心ケア」に求められる4つのコンピテンシーとして、効果的な声かけとコミュニケーション、健康関連行動変容への働きかけ、セルフマネジメントへの支援、プロアクティブ（見通しを持った）アプローチを掲げているが、今後求められる地域包括ケアにおける介護職のコンピテンシーは、まさにこれに合致するものである。今後、地域包括ケアのなかで、可能な限り重度の人の生活の継続を地域で支えていくためには、このような新しい総合的な能力を有するケア職員を多く育成し、その専門性に応じた評価・待遇をして、職場に定着させる方策が不可欠である。

本調査研究事業では、地域で中・重度の要介護者向けに総合的支援を提供する役割を担うことが期待されている小規模多機能型居宅介護を中心に、中重度者を地域で支え続ける先進的な支援の実際とそれを支える新たな「地域包括ケア職員」像を明らかにし、その育成に求められる教育課程を明らかにすることを目的とした。そのために、第1に地域で中重度者の生活の継続が脅かされたときに、生活の継続に成功した事例を事業所から収集し、そのときどのような支援が行われたのか、それを担った介護職員に聞き取り調査を行った。第2にWHOが提言するコンピテンシーを中心に、地域包括ケアで求められる行動等に関する評価指標を作成し、質問紙調査を行い、その傾向を分析した。第3に先行事例を提供した事業所の管理者や介護リーダーからのヒアリング・討論を行い、地域包括ケアで求められる人材像を明らかにした。第4に、これらの検討結果をもとに、収集した事例を再構成し、ケースメソッドによる研修を試行し、その成果を検討した。そして、これらの研究成果をもとにして、地域包括ケアにおいて必要とされる介護人材像とその教育課程について提案を行った。

地域包括ケアを推進していくための施策立案、介護人材の育成等に、本調査研究事業の成果が貢献できれば幸いである。

特定非営利活動法人介護人材キャリア開発機構

理事長 山田尋志

目次

はじめに.....	3
第1章 本調査研究事業における調査の概要.....	8
1 研究事業の枠組み.....	8
2 事業の実施体制.....	9
(1) 研究委員会の設置.....	9
(2) 作業部会の設置.....	10
第2章 地域密着型事業所における介護職への質問紙調査.....	11
1 目的.....	11
2 方法.....	11
3 調査内容.....	11
(1) 属性と経歴・職務状況・資格.....	11
(2) 業務における地域とのかかわり頻度.....	11
(3) 業務遂行（介護職員に必要な技術・能力）.....	12
(4) 業務遂行にかかわる背景要因①経験学習・仕事への態度・バーンアウト.....	13
(5) 業務遂行にかかわる背景要因②共感.....	14
(6) 業務遂行にかかわる背景要因③職場環境への評価.....	15
4 調査結果.....	15
(1) 回収の状況.....	15
(2) 事業所の基本属性.....	16
(3) 回答者の基本属性.....	19
(4) 業務に必要な技術・能力とその背景要因.....	20
(5) 業務遂行に影響する背景要因の検討.....	21
5 まとめ.....	22
6 資料.....	22

第3章 地域密着型事業所における介護職への聞き取り調査.....	41
1 目的.....	41
2 方法.....	41
3 分析.....	42
4 個別事例	42
5 訪問事例	225
(1) 訪問を中心とした支援を行っている事例における介護職員の行動・対応の検討の必要性.....	225
(2) 追加聞き取り調査内容	225
(3) 追加聞き取り調査の結果.....	225
6 まとめ	242
(1) 事例にみられた地域包括ケアの実践に必要な技術・能力 11 項目	242
(2) あらたに必要と考えられる技術・能力	244
(3) 訪問時における介護職員の行動・対応	246
第4章 作業委員会におけるヒアリング	247
I 経営者層ヒアリング.....	247
1 目的.....	247
2 方法.....	247
3 結果.....	247
(1) 小規模多機能事業所に求められるケアについて	247
(2) 小規模多機能ケアに勤める人材に求められる資質、育成、方法	250
(3) 在宅での中重度を支える介護人材に求められるもの.....	252
4 まとめ	253
(1) 小規模多機能事業所に求められるケアについて	253
(2) 小規模多機能ケアに勤める人材に求められる資質、育成、方法	253
(3) 在宅での中重度を支える介護人材に求められるもの.....	254
II リーダー層職員ヒアリング	255
1 目的.....	255
2 方法.....	255
3 結果.....	255
(1) 在宅で中重度を支える人材に求められるもの.....	255
(2) 人材養成に必要な教育課程及び研修とその内容について	256

4	まとめ	256
	(1) 在宅で中重度を支える介護人材に求められるもの	257
	(2) 人材養成に必要な教育課程及び研修とその内容について	257
第5章	事例検討による教育方法の開発と検討	258
1	事例検討による研修の意義.....	258
2	開発した事例検討教材	258
3	モデル研修の概要	259
4	事例検討の評価結果.....	259
5	資料.....	262
第6章	まとめと提言	285
1	地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職に求められる行動	285
2	地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職に求められる行動を支える専門的な知識・技術・態度	287
3	地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職に求められる職務や学習に対する基本的態度	288
4	地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職の養成に関する教育課程の提案.....	289
5	地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた介護保険による支援を行う以前に必要な要件	289

第1章 本調査研究事業における調査の概要

1 研究事業の枠組み

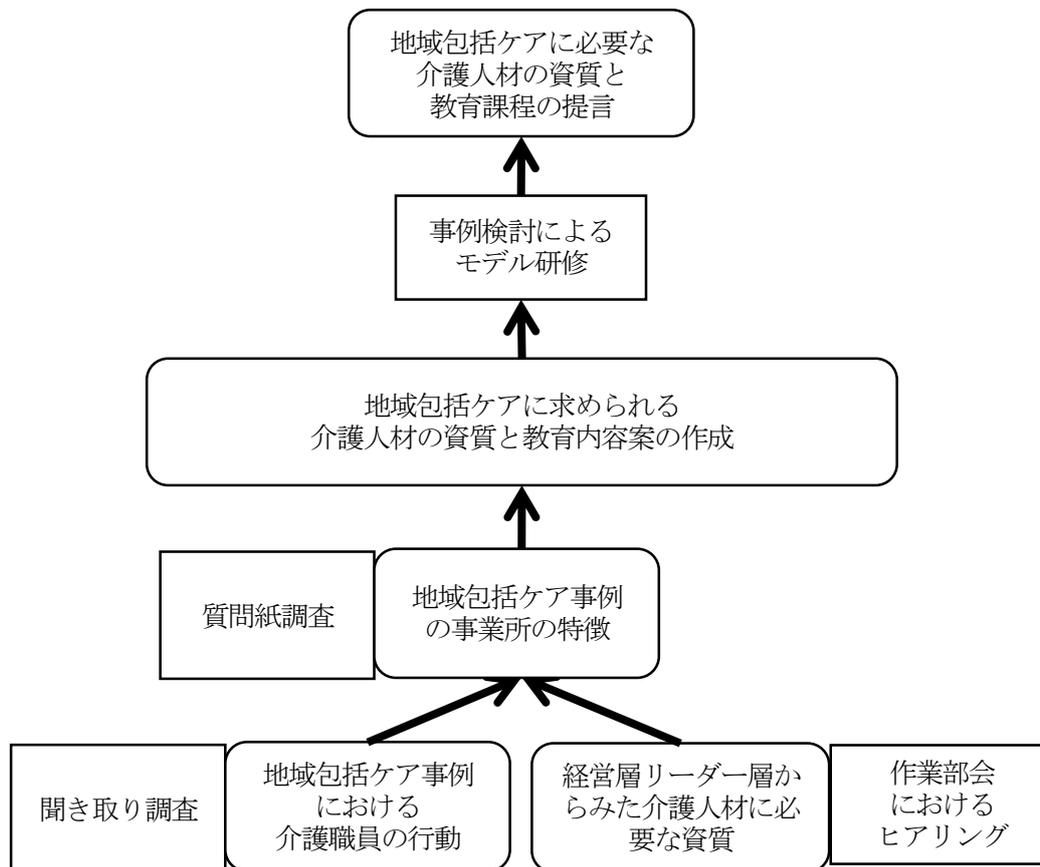
本研究は、地域で中・重度の要介護者向けに総合的支援を提供する役割を担うことが期待される小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護における先進的な支援と、それを支える新たな介護人材像を明らかにし、その育成に求められる終了前・後に必要な教育課程を明らかにすることを目的としている。

そこで、本研究事業では、最初に先進的なケアを実践している小規模多機能型居宅介護事業所、および定期巡回・随時対応型訪問介護・看護事業所において、ケアの中核を担っている介護職員を対象に、具体的なケア事例に基づいて、介護職員が行った具体的な行為やその意図を聞き取り調査することとした（介護職への聞き取り調査：第3章）。個々のケア事例について「在宅生活が困難になってきた状況」を取り上げ、その際、介護職員がどのような行為を行ったか、およびその意図を聞き出したうえで、それらの行動を可能にする技術や能力を行為ごとに分析し、個々の事例のケアのために必要な技術・能力を示すこととした。また、聞き取り調査の対象となった事業所を含んだ46事業所に質問紙調査を行い、当法人が実施した平成26年度老健事業で明らかとなった地域包括ケアに必要なコンピテンシー、地域包括ケアの遂行に影響を与えうる介護職員の背景要因について調査した（介護職への質問紙調査：第2章）。そして各事例に対応した事業所の介護職員に対する質問紙調査の結果の概要を示すことによって、地域包括ケアを行うために必要な介護人材の資質を検討することとした。検討にあたっては、研究委員会を開催して委員による検討を行うことに加えて、経営層およびリーダー層介護職員から構成される臨時作業委員とした作業委員会を設置、開催して、介護人材の資質ならびにその教育についてヒアリングを行った（作業部会におけるヒアリング：第4章）。

以上の検討から、介護人材に必要な資質を明らかにした上で、収集された事例をもとに事例検討を行う研修会用教材を作成した。この教材を用いた研修会を開催し、小規模多機能型居宅介護事業所職員、介護老人福祉施設職員、および福祉系大学に在籍する大学生の3グループに対して、研修会を実施して、教育方法を検討した（事例検討による教育法の開発と検討：第5章）。

最後にこれらの調査、ヒアリング、研修会を通して、重度要介護者・認知症高齢者が地域での生活を継続していくために地域包括ケアを行う介護人材に必要な資質とその教育課程を提言することとした（まとめと提言：第6章）。

本事業で行われた各種調査の枠組みは以下のとおりである。



図表 1 本研究事業の枠組み

2 事業の実施体制

(1) 研究委員会の設置

地域包括ケアにおいて必要とされる介護職員の行動・能力について議論を行い、調査結果をもとにして、必要とされる介護職員像と求められる教育・育成に関する提言をまとめた。

<委員会の構成>

- 委員長 田中博一（兵庫大学生涯福祉学部教授）
- 外部委員 堀田聡子（国際医療福祉大学大学院教授）
- 外部委員 藤井賢一郎（上智大学総合人間科学部准教授）
- 外部委員 杉原優子（京都府介護福祉士会会長）
- 外部委員 北村世都（日本大学文理学部助教）
- 委員 山田尋志（法人理事長）
- 委員 長根祐子（法人理事・研究委員会担当）
- 委員 内藤佳津雄（法人理事・調査研究担当）
- 委員 宮島 渡（法人理事）
- 委員 西元幸雄（法人理事）

(2) 作業部会の設置

調査の実施・分析に関する事項（調査内容、結果分析等）についての検討を行い、調査結果の取りまとめを行った。

<作業部会委員の構成>

部会長：内藤佳津雄（法人理事）
委員：宮島渡（法人理事）
委員：長根祐子（法人理事）
外部委員：杉原優子（京都府介護福祉士会会長）
外部委員：北村世都（日本大学文理学部助教）
助言者：山田尋志（法人理事長）

臨時作業部会において、経営層、リーダー層介護職員に対するヒアリングを行い、経営層、リーダー層からみた調査結果に対する意見聴取とそのとりまとめを行った。

<臨時作業部会の構成>

部会長：宮島渡（法人理事）
臨時外部委員：井上 博文（シンフォニーケア株式会社 常務取締役）
臨時外部委員：加藤忠相（株式会社あおいけあ 代表取締役社長）
臨時外部委員：川原秀夫（特定非営利活動法人 コレクティブ 理事長）
臨時外部委員：竹本匡吾（社会福祉法人地域でくらす会 副理事長）
臨時外部委員：津田由起子（三喜株式会社 小規模多機能ホームぶどうの家 管理者）
臨時外部委員：羽田富美江（有限会社親和会 代表者）
臨時外部委員：吉岡光年（社会福祉法人はしうど福祉会 施設長）
臨時外部委員：山越孝浩（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 事務局長）
臨時外部委員：岩佐淑子（十四軒町の家小規模多機能ホーム マネージャー）
臨時外部委員：党 一浩（小規模多機能施設めおといわ「ゆい」 管理者）
臨時外部委員：中村佳代子（小規模多機能型居宅介護サービス大畑の家 統括リーダー）
外部委員：杉原優子（京都府介護福祉士会会長）
臨時外部委員：山越孝浩（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 事務局長）
臨時外部委員：前川真樹（小規模多機能型居宅介護シンフォニー将監 リーダー）
臨時外部委員：坂本陽一（小規模多機能型居宅介護いつでんきなっせ 管理者）
臨時外部委員：宇野弘哲（小規模多機能型居宅介護木守舎 管理者）
臨時外部委員：武田直樹（小規模多機能ホームぶどうの家 総合施設長）
臨時外部委員：石川裕子（輛の浦さくらホーム ケアマネジャー）
臨時外部委員：松本真由美（小規模多機能施設いわきの里 管理者）
臨時外部委員：飯尾えり子（小規模多機能居宅介護 おたがいさん 管理者）
臨時外部委員：片山大海（小規模多機能型居宅介護事業所きたおおじ 管理者）
臨時外部委員：工藤 力（小規模多機能型居宅介護サービス 大畑の家 管理者）
臨時外部委員：小泉徳芳（十四軒町の家小規模多機能ホーム リーダー）
臨時外部委員：村永幸江（小規模多機能施設めおといわ「ゆい」 ケアマネジャー）

第2章 地域密着型事業所における介護職への質問紙調査

1 目的

先進的な取り組みを行っている地域密着型事業所の介護職における業務遂行の内容やその頻度、それらの背景要因を明らかにすることを目的とした。

2 方法

調査対象事業所には、全国で地域包括ケアの先進的な取り組みを行っていると考えられる小規模多機能型居宅介護事業所 18 箇所および定期巡回・随時対応型居宅介護看護事業所 4 箇所を含めた。これらの事業所に加えて、地域包括ケアを視野に入れた取り組みを行っていると考えられる小規模多機能型居宅介護事業所として、平成 26 年度本法人老健事業の介護職員調査に協力し、結果フィードバックの際に、次の調査研究への継続協力の意向を示した事業所 24 箇所を含めることにした。以上 46 事業所に属する常勤介護職員ならびに週 20 時間以上勤務する介護職員 607 名を調査対象とした。

調査は平成 28 年 1 月に行われた。各事業所からあらかじめ申し出のあった調査対象となる介護職員数分の調査票を、事業所に一括で郵送した。事業所は、調査票を対象となる介護職員に配布し、回答した介護職員が自ら厳封した調査票を、開封せずに回収して、一括して調査者に返送するように依頼した。また事業所の状況を把握するために、管理者または事業所全体の状況を把握している人に事業所票の記入を求めた。

調査の実施にあたり、回答者が回答に協力する場合にのみ調査票を返送していただくこと、協力の有無によって不利益が生じないこと等を文書で示した。

3 調査内容

(1) 属性と経歴・職務状況・資格

回答者の性別、年齢、介護関連職種の経験年数、勤続年数、職務、職位、雇用形態、勤務経験のある高齢者介護関連施設・事業所、資格、介護福祉士有資格者の資格取得ルート。

(2) 業務における地域とのかかわり頻度

平成 26 年度本法人老健事業では、地域包括ケアにおいては、地域とのかかわりを持ちながらケアにあたる介護職員像が示唆された。そのため本調査では、地域の関係者から相談を受ける、地域の関係者に協力を求めたり、情報提供をしたりする、地域の関係者との関係調整や連携作りを担当する、のいずれかについて、過去 3 か月間に行なった頻度をたずねた。

まったくない、1 か月に 1～2 回程度おこなった、1 週に 1 回以上おこなった、の 3 件法として、順に 1 点、2 点、3 点を付与した。

(3) 業務遂行（介護職員に必要な技術・能力）

平成 26 年度本法人老健事業において、業務遂行の達成度を問う項目より、「介護職員に必要な技術・能力」として抽出された 49 項目を用いた。これは以下の 7 つの一般介護職員の技術・能力と、4 つのリーダー介護職員の技術・能力から構成されている。それぞれの項目について、「行わなかった・担当ではない」、「うまくできなかった」にはそれぞれ 1 点、「どちらかといえはうまくできなかった」に 2 点、「どちらかといえはうまくできた」に 3 点、「うまくできた」に 4 点を付与した。

① 安全と健康を維持する基本的ケア

三大介護を基本とした安全と健康を維持するための基本的なケアに関する 7 項目。得点範囲は 7～28 点。

② 観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア

アセスメント、観察・記録などの基本的なスキルを用いて、状況を分析し、見通しを持ってケアを実践することを示す 9 項目。対象は認知症者が多いが、必ずしも認知症ではない場合も含まれる。得点範囲は 9～36 点。

③ 継続的支援のためのコミュニケーション

見通しを持ち、利用者を目指に向かって動機づけるように継続的にかかわる支援を指す 7 項目。得点範囲は 7～28 点。

④ 生活機能向上への働きかけ

機能向上を通して自発的な社会参加や活動を維持するための働きかけを指す 4 項目。得点範囲は 4～16 点。

⑤ 安心に向けた穏やかなコミュニケーション

認知症の利用者をはじめとして、穏やかな態度で利用者を安心させ落ち着きを取り戻してもらうための働きかけを指す 3 項目。得点範囲は 3～12 点。

⑥ 事業所内情報交換

事業所・施設内で、介護職および他の専門職と協力し、連携するための情報交換を行うことを示す 2 項目。得点範囲は 2～8 点。

⑦ 自立への働きかけ

利用者が少しでも、自分の身の回りのことを自分で行うことができることを目指して、動機づけを高めるような働きかけを行うことを指す 2 項目。得点範囲は 2～8 点。

⑧ 自立の見通しをもった支援計画

介護過程の実践に必要な「アセスメント」「プランニング」「モニタリング」を、利用者の自立の見通しを持ちながら行うことを指す 5 項目。得点範囲は 5～20 点。

⑨ 地域との交流と提案

「地域包括ケア」に求められる地域包括支援センターや市町村との連携、日ごろからの関係構築、情報共有や調整等を行うことを指す4項目。得点範囲は4～16点。

⑩ 効果的な人材育成

部下や後輩の育成を念頭に、その計画や評価、指導、研修機会の提供などを行うことを指す4項目。得点範囲は4～16点。

⑪ 終末期ケアにおける連携

終末期にある利用者へのケアにおいて、医療職や家族との連携を通して利用者の意思を尊重した支援を行うことを指す2項目。得点範囲は2～8点。

(4) 業務遂行にかかわる背景要因①経験学習・仕事への態度・バーンアウト

① 経験学習

経験学習とは、「現場での業務経験の積み重ねと、その内省にともなった学習」と定義される。経験学習理論は、現場を持つ事業所・施設における介護職員の学習としてもそのまま援用できると考えられるため、経験学習サイクルを検証した木村(2011,2012)が用いた尺度を参考に、経験学習の学習サイクルの各段階の質問項目を作成した。経験学習においては、学習サイクルを想定しており、まず、具体的な業務の経験、特に困難を含んだ経験が必要である。これは「具体的経験」と呼ばれ、本調査では「困難な仕事に立ち向かう」「常に新しいことに挑戦する」などの4項目からなる。具体的経験の次に、現場を離れて、経験したことの意味を俯瞰的、多角的に振り返る「内省的観察」の段階があり、「自分の仕事の成功や失敗の原因を考える」「経験したことを多様な観点からとらえなおす」などの4項目からなる。内省的観察によって振り返った結果、経験から何か一般化、概念化、抽象化した知見を見出して、ほかの状況にも応用可能なルールや知識等を作り上げることは、「抽象的概念化」と呼ばれ、本調査では「業務上経験したことを、自分の仕事のやり方に取り込む」「他の状況にもあてはまるような仕事のコツを見つける」などの4項目からなる。さらに、こうして見出したルールや知識を、自ら実験的に現場で実践してみることを、「能動的実験」といい、「他の利用者から学んだことを他の利用者のケアでも実際にやってみる」「新しく学んだケア方法を、実際の利用者のケアに応用する」などの4項目からなる。(参考文献：中原淳「経営学習論」東京大学出版会.2011)

以上の4下位尺度から構成され、得点範囲は尺度ごとに4～16点。

② 仕事への態度

仕事への態度には、「仕事に対する基本的態度」「成長・学習への動機づけ」「仕事継続意志」「達成動機」の4つの指標を含めた。

「仕事に対する基本的態度」は、仕事への誠実さやチーム意識、職場コンプライアンスを含んだ14項目からなる。得点範囲は4～56点。

「仕事継続意志」は、ケアの仕事もしくはこの職場で今後も働こうとする意志をあらわす。「介護に関する仕事を一生の仕事として続けていきたい」「できれば、今の職場で一生仕事を続けていきたい」の2項目を用いた。得点範囲は2～10点。

「達成動機」とは、ある程度高い目標を、自ら掲げてそれに向かって努力しようとする動機のことをさす。「どんなことでもやるからにはできるだけ努力して取り組みたい」「自分の目標を定めてそれを達成するために一生懸命頑張ろうと思う」が含まれる。達成動機は、その人の志向性であり、仕事に対する動機づけのように特定のものに限定されるものではない。つまり達成動機が高い人は、物事全般に対して、それ以前よりも、よりうまく、効率的に取り組みたいという意欲を持っているので、前項で扱った仕事への動機づけに、影響を与える個人要因のひとつと位置づけた。2項目。得点範囲は2～10点。

③ バーンアウト

バーンアウトとは、特に人とかかわる業務を行う人において、自分の対処能力を超えて、過度で持続的なストレスにさらされることで、張り詰めていた緊張が緩み、仕事に対する意欲や野心などが減衰し、疲れ果ててしまった心身の症状をいう。マスラックらは、バーンアウトは心理的な疲労感、虚脱感をあらわす「情緒的消耗感」、煩わしい人間関係を避け、利用者の個性や人格を無視し、機械的に対応する傾向をあらわす「脱人格化」、仕事の成果に対して感じる自分の能力への高評価や成功感が感じられなくなる「個人的達成」の低下の3つの因子を含むものとしており、本調査でもこの理論を反映した3つの下位尺度から成る質問項目を用いた。なお、理解のしやすさを配慮して、得点が大きいほど心理的に良好な方向になるように、情緒的消耗と脱人格化は尺度を反転させた。各2項目、得点範囲はそれぞれ2～10点。

(5) 業務遂行にかかわる背景要因②共感

① 感情の共有経験

角田(1994)は、対人援助につながるような他者理解のあり方について考察し、対人援助において重要な他者理解には相手の気持ちがわかるという経験（共有経験）ばかりでなく、わからないという経験（共有不全経験）の両方が必要であり、それによって自分とは異なる他者の立場に立った他者理解が可能になると説明した。

地域包括ケアでは、利用者や家族の立場にたつてその考えや感情を理解しようすると姿勢が重要であると考えられることから、他者の感情の共有経験・非共有経験を、肯定感情、否定感情それぞれについて2項目、計8項目で構成された。得点範囲は、それぞれ2～10点。

② 共感

共感性は、他者の心的状態についての、認知的・情動的体験を指すとされ、対人援助職においては基本的な能力であると考えられる。ここでは一般的に、共感性の下位尺度と位置づけられている4つの概念を測定対象とした。

「他者志向の共感」は「この人は…感じているだろう」というように相手の感情や認知を自分の志向性とは別に推測できることをさす。また「視点取得」とは相手の立場から物事をとらえようとすることをさす。この2つは他者の感情や認知と自分の感情や認知の違いを了解した上での共感であるが、「自己志向の共感」は「もし自分だったら…」とあくまで自分の立場から相手の感情や認知を経験すること、「情動伝染」は「相手が悲しい様子を見て悲しくなる」というように相手の情動をそのまま自分のものとして経験しやすい影響のされやすさを表し、自他の区分が不明確なままでの共感と考えられる。なお、情動伝染において、情動の種類によって程度が異

なる可能性が考えられたことから、感情のモデルとして、ラッセル (Russell, 1980) の二次元モデルを前提とした、ラーセンとディエナー (Larsen & Diener, 1992) の感情円環モデルを採用し、不快-快、および沈静-覚醒の 2 座標軸に位置づけられた感情から、快と覚醒の二次元に配置された感情をバランスよく選んで、安心、喜び、悲しみ、怒りを採用し、それぞれ 2 項目、全部で 8 項目によって構成された。得点範囲はそれぞれ 2~10 点。

(6) 業務遂行にかかわる背景要因③職場環境への評価

介護職員が、自身の職場環境をどのようにとらえているのかについて 13 項目をきいた。項目を整理するために因子分析を行ったところ、「人材育成と理念教育」3 項目、「職場風土」7 項目、「安全衛生」3 項目の 3 因子にまとめられた。得点範囲は順に、3~15 点、7~35 点、3~15 点。

4 調査結果

(1) 回収の状況

第 3 章の聞き取り調査の対象となった小規模多機能型居宅介護事業所 18 事業所 211 名、聞き取り調査の非対象の小規模多機能型居宅介護事業所 24 事業所 305 名、聞き取り調査の対象となった定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所 4 事業所 91 名に送付し、順に 17 事業所 170 名、22 事業所 208 名、3 事業所 59 名から回答を得た。事業所数ベースの返送率は順に、94.4%、91.7%、75.0%であった (図表 2-1)。

図表 2-1 調査票の発送・回収状況

対象事業所種別	送付		返送		返送率	
	事業所数	人数	事業所数	人数	事業所	人数
聞き取り調査対象 小規模多機能型居宅介護	18	211	17	170	94.4%	80.6%
聞き取り調査非対象 小規模多機能型居宅介護	24	305	22	208	91.7%	68.2%
聞き取り調査対象 定期巡回随時対応型訪問介護看護	4	91	3	59	75.0%	64.8%
合計	46	607	42	437	91.3%	72.0%

(2) 事業所の基本属性

① 加算状況

回答した事業所の加算状況を図表 2-2 と図表 2-3 に示した。

図表 2-2 小規模多機能型居宅介護事業所における加算の状況

加算の状況	聞き取り調査対象 小規模多機能 n=16		全小規模多機能 n=36	
	加算あり	割合	加算あり	割合
看護職員配置加算(Ⅰ)	4	25.0%	11	30.6%
看護職員配置加算(Ⅱ)	4	25.0%	12	33.3%
看護職員配置加算(Ⅲ)	1	6.3%	2	5.6%
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	12	75.0%	20	55.6%
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	2	12.5%	10	27.8%
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)			2	5.6%
看取り連携体制加算	2	12.5%	3	8.3%
訪問体制強化加算	12	75.0%	16	44.4%
総合マネジメント体制強化加算	16	100.0%	35	97.2%
認知症加算(Ⅰ)	15	93.8%	31	86.1%
認知症加算(Ⅱ)	14	87.5%	26	72.2%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	14	87.5%	31	86.1%
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	2	12.5%	4	11.1%

図表 2-3 定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所における加算の状況

加算の状況	定期巡回随時対応型 訪問介護看護 n=3	
	加算あり	割合
特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算 中山間地域等における小規模事業所加算 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 緊急時訪問看護加算 特別管理加算(Ⅰ) 特別管理加算(Ⅱ) ターミナルケア加算	1	33.3%
サービス提供体制強化加算Ⅰ サービス提供体制強化加算Ⅱ サービス提供体制強化加算Ⅲ	3	100.0%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) 退院時共同指導加算	3	100.0%

※回答した事業所はすべて連携型であった。

② 介護職員の状況（勤務形態・資格保有率）

回答した事業所の介護職員の勤務形態・資格保有率を図表 2-4 と図表 2-5 に示した。

図表 2-4 小規模多機能型居宅介護事業所の介護職員の勤務形態・資格保有率

職員の人数	聞き取り調査対象 小規模多機能 n=16		全小規模多機能全体 n=36	
	平均値	SD	平均値	SD
常勤専従	5.69	2.92	6.22	2.62
常勤兼務	2.25	1.88	2.11	2.62
常勤兼務の常勤換算	2.04	2.99	1.91	3.14
非常勤専従	4.87	4.57	4.67	4.50
非常勤専従の常勤換算	2.89	2.43	2.61	2.30
非常勤兼務	1.19	3.27	0.61	2.22
非常勤兼務の常勤換算	0.09	0.21	0.08	0.20
介護福祉士資格	聞き取り調査対象 小規模多機能 n=16		小規模多機能全体 n=36	
有資格者内数	平均値	SD	平均値	SD
常勤専従有資格者	3.56	1.97	3.46	1.93
常勤兼務有資格者	1.81	1.72	1.63	1.94
非常勤専従有資格者	1.38	1.59	1.11	1.41
非常勤兼務有資格者	0.06	0.25	0.03	0.17
保有率	保有率平均	母数	保有率平均	母数
常勤専従有資格者資格保有率	65.79%	15	57.33%	33
常勤兼務有資格者資格保有率	88.44%	15	83.60%	27
非常勤専従有資格者資格保有率	27.83%	14	25.53%	30
非常勤兼務有資格者資格保有率	12.50%	4	7.14%	7

※保有率における母数とは、その勤務形態の職員が2名以上いると回答した事業所数をあらわす。

※保有率平均の算出は、事業所ごとに保有率を算出した後、事業所全体の平均を求めたものである。

図表 2-5 定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所の介護職員の勤務形態・資格保有率

職員の人数	定期巡回随時対応型 訪問介護看護 n=3	
	平均値	%
常勤	19.33	—
介護福祉士資格保有率	—	88.46%
週20時間以上勤務の非常勤	11.11	—
介護福祉士資格保有率	—	82.55%
週20時間未満勤務の非常勤	5.00	—
介護福祉士資格保有率	—	88.46%

※定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所は、対象事業所数が少ないため、標準偏差(SD)は示さなかった。

※保有率平均の算出は、事業所ごとに保有率を算出した後、事業所全体の平均を求めたものである。

③ 利用者の状況（登録者数・利用状況・世帯状況）

回答した事業所の登録者とサービス利用状況を図表 2-6 に示した。

図表 2-6 登録者数とサービス利用状況

利用者の登録者数と平均利用率	聞き取り調査対象 小規模多機能 n=16			小規模多機能全体 n=36			定期巡回随時対応型 訪問介護看護 n=3	
	平均	登録者のうち 認知症の人の 割合	SD	平均	登録者のうち 認知症の人の 割合	SD	平均	登録者のうち 認知症の人の 割合
要支援1	5.37%	0.0%	6.5%	5.03%	0.0%	5.6%	0.00%	—
要支援2	7.76%	8.9%	8.9%	6.06%	3.8%	7.3%	0.00%	—
要介護1	31.41%	26.5%	12.0%	28.48%	19.8%	13.5%	20.28%	16.67%
要介護2	20.19%	41.6%	10.5%	20.89%	30.5%	11.4%	21.30%	4.76%
要介護3	17.73%	53.9%	9.8%	18.40%	57.0%	10.2%	22.57%	6.67%
要介護4	10.26%	69.5%	7.2%	12.96%	64.0%	8.9%	20.77%	8.33%
要介護5	10.73%	86.4%	8.7%	10.25%	83.3%	8.6%	15.08%	33.33%
登録者の利用率:要介護度別	事業所数	利用率平均	SD	事業所数	利用率平均	SD	※	
平日利用率:要支援	9	67.5%	34.7%	22	64.4%	30.4%		
平日利用率:要介護1・2	15	74.1%	22.2%	35	74.9%	20.4%		
平日利用率:要介護3・4・5	15	79.7%	18.2%	35	80.1%	17.6%		
平日利用率:全体	15	74.1%	21.9%	35	75.4%	19.7%		
土日利用率:要支援	7	45.8%	42.2%	20	40.9%	41.6%		
土日利用率:要介護1・2	15	60.0%	29.2%	35	59.7%	28.8%		
土日利用率:要介護3・4・5	15	75.4%	24.2%	35	77.1%	21.1%		
土日利用率:全体	15	63.9%	28.6%	35	66.1%	25.0%		
登録者の利用率:通い・訪問別	事業所数	利用率平均	SD	事業所数	利用率平均	SD		
平日利用率:通い	16	52.3%	9.8%	36	55.6%	10.3%		
平日利用率:訪問	16	42.9%	21.3%	36	30.8%	21.8%		
平日の訪問平均頻度	15	1.87	0.52	34	1.54	0.50		
土日利用率:通い	16	41.5%	14.7%	36	45.9%	12.8%		
土日利用率:訪問	16	40.0%	20.7%	36	27.9%	21.7%		
土日の訪問平均頻度	15	1.85	0.46	30	1.59	0.45		

※全登録者に占める要介護度別の登録者割合は、事業所ごとに割合を算出したのち、事業所全体の平均を求めたものである。そのため全体を合計しても100%にはならない。
 ※登録者のうち認知症の人が占める割合は、事業所ごとに介護度別の割合を算出した後、事業所全体の平均を求めたものである。
 ※利用率平均の算出は、事業所ごとに利用率を算出した後、事業所全体の平均を求めたものである。
 ※訪問平均頻度は、事業所ごとにその日に訪問を行っている人数を母数として、1日の訪問回数を除いたものについて、全事業所平均を求めたものである。
 ※定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所の訪問回数等は記入に事業所数が少なく記入ミス等から算出しなかった。

回答した事業所の利用者の世帯状況と生活圏を図表 2-7 に示した。

図表 2-7 世帯状況と利用者の生活圏

世帯状況・生活圏	聞き取り調査対象 小規模多機能 n=16			小規模多機能全体 n=36			定期巡回随時対応型 訪問介護看護 n=3	
	事業所数	平均	SD	事業所数	平均	SD	事業所数	平均
世帯状況								
世帯_1人暮らし	16	7.56	3.39	36	6.39	3.48	3	10.67
世帯_配偶者と2人暮らし	16	4.44	2.34	36	3.58	2.43	3	9.00
世帯_子どもと同居	16	8.25	3.73	36	9.11	4.73	3	3.67
世帯_その他	13	1.62	1.50	32	2.37	3.01	3	1.00
同一日常生活圏域内	16	13.75	8.23	35	13.71	7.66	3	15.33
上記のうち隣接サ高住の利用者の割合		5.69%			11.13%			7.41%
日常生活圏域外の同一市区町村内	14	8.79	8.86	32	7.37	7.77	3	18.00
同一市区町村外	14	0.14	0.36	32	0.34	1.13	3	0.00

(3) 回答者の基本属性

① 職務状況と経歴

回答した介護職員の年齢、介護経験月数、勤務月数を図表 2-8 に示した。また、介護職員の職位、勤務経験保有資格を図表 2-9 に示した。

図表 2-8 年齢・介護経験月数・勤務月数

		平均値			標準偏差		
		聞き取り調査対象小規模多機能 n=170	全小規模多機能 n=378	定期巡回 n=59	聞き取り調査対象小規模多機能	全小規模多機能	定期巡回
年齢と経験	年齢	41.73	42.94	45.98	11.78	13.02	11.18
	介護経験月数	98.19	93.38	123.87	72.39	69.04	57.76
	勤務月数	58.19	52.30	96.41	51.45	46.09	58.99

図表 2-9 介護職員の職位・勤務経験・保有資格

職位	聞き取り調査対象 小規模多機能 n=170		小規模多機能全体 n=378		定期巡回随時対応型 訪問介護看護 n=59	
	n	割合	n	割合	n	割合
介護職員	142	85.00%	292	77.25%	43	76.80%
管理者	10	6.00%	22	5.82%	2	3.60%
生活相談員	2	1.20%	4	1.06%	1	1.80%
介護支援専門員	16	9.60%	37	9.79%	3	5.40%
計画作成担当者	8	4.80%	16	4.23%	4	7.10%
サービス提供責任者	4	2.40%	6	1.59%	12	21.40%
その他	17	10.20%	41	10.85%	2	3.60%
勤務経験のある高齢者施設・事業所	n	割合	n	割合	n	割合
特別養護老人ホーム(従来型)	30	18.40%	57	15.08%	16	4.23%
特別養護老人ホーム(ユニット型)	17	10.40%	46	12.17%	7	1.85%
老人保健施設(従来型)	14	8.60%	36	9.52%	6	1.59%
老人保健施設(ユニット型)	4	2.50%	6	1.59%	1	0.26%
特定施設	10	6.10%	23	6.08%	3	0.79%
認知症対応型共同生活介護事業所	29	17.80%	63	16.67%	6	1.59%
通所介護事業所	32	19.60%	65	17.20%	10	2.65%
小規模多機能型居宅介護事業所	142	87.10%	311	82.28%	7	1.85%
訪問介護事業所	18	11.00%	40	10.58%	49	12.96%
居宅介護支援事業所	5	3.10%	10	2.65%	2	0.53%
地域包括支援センター	0	0.00%	1	0.26%	1	0.26%
病院・診療所	20	12.30%	34	8.99%	1	0.26%
その他	12	7.40%	16	4.23%	3	0.79%
保有資格	n	割合	n	割合	n	割合
訪問介護員2級	75	49.70%	169	44.71%	36	61.00%
訪問介護員1級	9	6.00%	13	3.44%	3	5.10%
介護職員基礎研修修了	17	11.30%	33	8.73%	3	5.10%
介護職員実務者研修修了	21	13.90%	37	9.79%	3	5.10%
介護福祉士	90	59.60%	185	48.94%	51	86.40%
社会福祉士	9	6.00%	13	3.44%	3	5.10%
精神保健福祉士	1	0.70%	1	0.26%	0	0.00%
准看護師	9	6.00%	14	3.70%	0	0.00%
看護師	4	2.60%	9	2.38%	0	0.00%
社会福祉主事任用資格	17	11.30%	34	8.99%	13	22.00%
介護支援専門員	25	16.60%	44	11.64%	12	20.30%
主任介護支援専門員	0	0.00%	2	0.53%	0	0.00%

(4) 業務に必要な技術・能力とその背景要因

回答した介護職員の業務に必要な能力とその背景要因を図表 2-10 に示した。

図表 2-10 業務に必要な技術・能力および背景要因

		平均値			標準偏差		
		聞き取り調査対象小規模多機能 n=170	全小規模多機能 n=378	定期巡回 n=59	聞き取り調査対象小規模多機能	全小規模多機能	定期巡回
介護職員に必要な技術・能力	A1安全・安心に向けた基本的ケア	21.10	21.49	23.11	3.89	4.31	4.06
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.39	24.26	24.38	5.39	5.37	5.80
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.62	18.73	18.84	3.84	3.90	4.48
	A4生活機能向上の働きかけ	8.99	9.61	6.79	2.44	2.65	2.70
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.16	9.20	9.26	1.72	1.80	2.12
	A6事業所内情報交換	6.10	6.04	5.59	1.52	1.52	1.48
	A7自立への働きかけ	6.21	6.27	6.03	1.18	1.17	1.51
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.26	9.26	9.82	3.89	4.06	3.92
	B2地域との交流と提言	5.87	5.67	5.25	2.68	2.72	2.18
	B3効果的な人材育成	5.79	5.82	5.26	2.27	2.49	1.84
	B4終末期ケアにおける連携	3.32	3.25	3.71	1.92	1.89	2.08
経験学習	具体的経験	11.24	11.27	10.81	1.94	2.15	2.09
	内省的観察	11.29	11.43	11.39	2.06	2.21	2.21
	抽象的概念化	11.65	11.86	12.09	2.25	2.21	2.44
	能動的実験	11.30	11.38	11.12	2.48	2.63	2.44
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.50	44.99	46.24	5.74	5.82	5.34
	成長・学習への動機づけ	10.90	10.89	10.05	2.72	2.84	3.11
	仕事継続意志	6.15	6.18	5.50	2.43	2.46	2.42
	達成動機	7.58	7.69	7.34	1.62	1.77	1.74
バーンアウト	個人的達成感	6.20	6.23	5.78	2.19	2.16	2.26
	情緒的消耗	5.07	5.38	5.58	2.18	2.32	2.19
	脱人格化	3.27	3.46	3.90	1.61	1.81	1.89
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.38	7.26	7.29	1.41	1.47	1.53
	肯定感情の共有経験	8.10	8.11	7.93	1.23	1.99	1.30
	否定感情の共有不全経験	5.40	5.52	5.59	1.56	1.54	1.96
	肯定感情の共有不全経験	4.75	4.77	5.15	1.74	1.82	1.94
共感	自己志向の共感	7.53	7.78	8.16	2.56	2.70	2.84
	他者志向の共感	17.45	17.45	17.55	2.87	2.73	2.66
	自己への置き換え	18.04	17.92	17.86	2.35	2.39	2.18
	視点取得	16.93	16.85	17.32	1.99	1.87	2.06
	情動伝染「安心」	12.55	12.34	11.75	2.01	2.15	1.91
	情動伝染「喜び」	8.31	8.04	8.00	1.32	1.61	1.44
	情動伝染「悲しみ」	8.78	8.83	9.05	2.63	2.78	2.56
	情動伝染「怒り」	8.89	8.85	9.88	2.57	2.53	2.36
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.59	10.35	10.29	3.08	3.06	2.97
	職場風土	22.91	21.87	19.71	5.38	5.91	5.56
	安全衛生	8.89	8.74	8.68	3.39	3.31	3.39
地域とのかかわりの頻度	利用者(または事業所)の近隣の商店・飲食店等	1.18	1.14	1.09	0.42	0.39	0.35
	利用者のかかりつけ医などの医療関係者	1.39	1.34	1.28	0.51	0.54	0.49
	地域の自治会・町内会等	1.22	1.18	1.09	0.43	0.41	0.29
	地域の民生委員	1.19	1.17	1.17	0.39	0.39	0.38
	地域包括支援センター・職員	1.23	1.22	1.26	0.45	0.46	0.52
	市区町村等行政の担当者	1.13	1.13	1.09	0.36	0.35	0.29
	警察	1.07	1.04	1.07	0.25	0.19	0.26
	他の介護保険サービス提供団体・その従事者	1.27	1.21	1.44	0.50	0.45	0.63
	介護保険以外のサービス提供団体・その従事者	1.15	1.13	1.11	0.38	0.35	0.32
	住民参加団体・ボランティア団体	1.18	1.16	1.07	0.38	0.39	0.33
ボランティア個人	1.20	1.17	1.02	0.41	0.40	0.14	

(5) 業務遂行に影響する背景要因の検討

地域包括ケアにおける業務の遂行に影響すると考えられる背景要因について、どのような業務にどのような背景要因が影響を与えているのかを検討した。

最初に、背景要因のうち、項目数の多い共感に関する要因を整理するために、「感情の共有経験（4下位尺度）」「自己志向の共感」「他者志向の共感」「自己への置き換え」「視点取得」「情動伝染（4下位尺度）」について、最尤法プロマックス回転による因子分析を行ったところ、自己への置き換え・情動伝染「安心」・情動伝染「喜び」・情動伝染「悲しみ」・視点取得・他者志向の共感・否定感情の共有経験・肯定感情の共有経験が含まれる「他者志向的共感」と、肯定感情の共有不全経験・自己志向の共感・情動伝染「怒り」・否定感情の共有不全経験が含まれる「感情コントロールの悪さ」の2つに分類することができた。

背景要因を、他者志向的共感、感情コントロールの悪さ、経験学習、仕事に対する基本的態度、動機づけ、の5つに整理しなおして得点化した。そのうえで、これらの背景要因と介護経験月数を説明変数、業務遂行11カテゴリを目的変数とした、強制投入法による重回帰分析を行った。

有意な関係が認められた結果を図表2-11に示した。

図表2-11 5つの背景要因と業務遂行の関係

	A1安全・安心に向けた基本的ケア	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	A3継続的支援のためのコミュニケーション	A4生活機能向上への働きかけ	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	A6事業所内情報交換
介護経験月数	-.016	.151 *	.057	.003	-.013	.099 *
他者志向的共感	.064	-.003	.042	-.064	.173 *	.054
経験学習	.317 *	.482 *	.416 *	.495 *	.157 *	.256 *
動機づけ	-.112	.037	.055	.120 *	.067	-.031
感情コントロールの悪さ	-.007	-.031	-.030	.055	-.108 *	-.097 *
仕事に対する基本的態度	.188 *	.164 *	.185 *	.017	.264 *	.268 *
R ² 乗	.193 *	.401 *	.361 *	.286 *	.298 *	.256 *

	A7自立への働きかけ	B1自立の見通しをもった支援計画	B2地域との交流と提言	B3効果的な人材育成	B4終末期ケアにおける連携
介護経験月数	-.026	.246 *	.258 *	.278 *	.144 *
他者志向的共感	.089	-.025	-.024	-.003	.073
経験学習	.237 *	.233 *	.148 *	.183 *	.095
動機づけ	.076	.103	.123 *	.143 *	.065
感情コントロールの悪さ	-.058	.031	.087	.080	.072
仕事に対する基本的態度	.248 *	.091	.124 *	.053	.108
R ² 乗	.280 *	.182 *	.165 *	.179 *	.090 *

※数字は標準化係数 β 。数字は関係の強さ、符号は影響の方向を表す。
※アスタリスク(*)は $p<.05$ で有意

介護経験月数は、観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア、事業所内情報交換、自立への見通しを持った支援計画、地域との交流と提言、効果的な人材育成、終末期ケアにおける連携に影響を与えていた。

他者志向的共感は、安心に向けた穏やかなコミュニケーションに影響を与えていた。

経験学習は、終末期における連携以外のすべての業務遂行に影響を与えていた。

動機づけは、生活機能向上への働きかけ、地域との交流と提言、効果的な人材育成に影響を与えていた。

仕事に対する基本的態度は、安全と健康を維持する基本ケア、観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア、継続的支援のためのコミュニケーション、安心に向けた穏やかなコミュニケーション、事業所内情報交換、自立への働きかけ、地域との交流と提言に影響を与えていた。

感情コントロールの悪さは、安心に向けた穏やかなコミュニケーション、事業所内情報交換に有意な負の影響を与えていた。

5 まとめ

本章では、介護職への質問紙調査によって、地域包括ケアで行われている業務とその背景要因について検討した。結果からは、地域包括ケアで期待されている介護人材の行動を支えている、技術や能力の背景には、経験学習や動機づけ、仕事に対する基本的態度が必要であることが示唆された。

これらの背景要因を用いて、次章の聞き取り調査に協力してもらった事業所の特性を示すこととした。

6 資料

介護職員調査票

事業所票（小規模多機能型居宅介護事業所用）

事業所票（定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所用）

地域密着型事業所における介護職員調査

平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
地域包括ケアにおける介護人材に求められる資質とその養成に必要な教育課程に関する調査研究事業

この調査は、当法人が、厚生労働省老人保健健康増進等事業の補助を受けて実施しております「地域包括ケアにおける介護人材に求められる資質とその養成に必要な教育課程に関する調査研究事業」のなかで、地域密着型事業所に勤務する介護職員の方を対象に実施させていただいているものです。

この調査研究事業は、地域包括ケアにおいて必要な介護職員の技能や行動を明らかにすることを目的としております。その成果は、これからの地域における利用者のニーズに応じたケアのあり方や、ケアを担う介護職員の方々の人材育成やキャリアアップ支援に関する提案等に役立てたいと考えております。

ご多忙のこととは存じますが、何卒、ご理解とご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

NPO法人介護人材キャリア開発機構
理事長 山田 尋志
研究担当理事 内藤佳津雄

<調査票への記入について>

- (1) この調査は、調査票をお送りした各事業所に所属される介護職員、介護職員と他職種[※]の兼務をされている方、介護職を経験されてから昇格や職種変更によって現在は介護職ではなく他職種[※]に就いている方のうち、**常勤職員または概ね週20時間以上勤務されている非常勤職員**の方を対象とするものです。
[※]他職種とは、管理者、生活相談員、介護支援専門員、計画作成担当者、機能訓練指導員等が対象となります。
- (2) 設問の多くは選択肢を選んで回答する形式になっています。設問の設定に応じて「1つ」あるいは「複数」のあてはまる選択肢を選び、その選択肢の数字に○をつけてください。選択できる選択肢の個数は、各設問をお読みください。
- (3) 設問のいくつかは、()や数値や語句を記入するようになっています。設問の指示に従い、内容を記入して下さい。
- (4) 調査票にすべてご記入いただきましたら、この調査票が入っていた封筒に入れ、必ず封をして、事業所の担当の方にお渡しください。封をしたままで、事業所で一括して、当法人に返送することになっています。
- (5) 結果については、統計的に処理し、個別のデータを公表することはありません。また、事業所に対して、個人のデータをお知らせすることは決してありません。各設問に対して、率直なお考えをお聞かせください。

※調査結果を活用するために、できる限り、多くの方からの回答を必要としています。
お忙しいとは存じますが、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

問1 あなたのことについて、お聞きします。

選択肢のなかから、あてはまる選択肢の数字に○をつけるか、() 内に内容をご記入ください。

(1) 性別 1 男 2 女

(2) 年齢 () 歳

(3) 介護関連職種の経験年数 () 年 () 月

(4) 現在の法人での勤務年数 () 年 () 月

(5) 現在の職務*についてあてはまるものすべてを選んで○をつけてください(複数選択可能)。

- | | | | | |
|--------|------------------------------|---------|-------------|-----------|
| 1 介護職員 | 2 管理者 | 3 生活相談員 | 4 機能訓練指導員 | 5 介護支援専門員 |
| | 6 計画作成担当者 | | 7 サービス提供責任者 | |
| | 8 その他 () | | | |



*資格の有無ではなく、人員配置上の職種についてお答えください。

(6) (5) において介護職員とお答えになった方にお聞きします。それ以外の方は(7)に進んでください。

現在の役職についてあてはまるものを1つ選んで、○をつけてください。

- 1 介護職のリーダー (介護職員全体の取りまとめを行う立場にある方)
- 2 介護職のサブリーダー (リーダーを補佐、または数名の介護職員のとりまとめを行う立場にある方)
- 3 一般介護職員 (部下を持たない方)

(7) 現在の勤務形態についてあてはまるものを1つ選んで、○をつけてください。

- 1 常勤 (正職員)
- 2 常勤 (契約・嘱託職員等)
- 3 非常勤職員
- 4 その他 ()

問2 利用者のことについて、①地域の関係者から相談を受ける、②地域の関係者に協力を求めたり情報提供をしたりする、③地域の関係者との関係調整や連携作りを担当する（関係者が集まる会議での連携を含む）のいずれかについて、過去3か月間にあなたはどの程度おこないましたか。それぞれの関係者について最も近い選択肢を1つ選び、その数字に○をつけてください。

問 2		まったく ない	1 か月に1 〜2回 程度お こな った	1 週に1 回以上 お こな った
1	利用者の家族	1	2	3
2	利用者（または事業所）の近隣の住人	1	2	3
3	利用者（または事業所）の近隣の商店・飲食店等	1	2	3
4	利用者のかかりつけ医などの医療関係者	1	2	3
5	地域の自治会・町内会等	1	2	3
6	地域の民生委員	1	2	3
7	地域包括支援センター・職員	1	2	3
8	市区町村等行政の担当者	1	2	3
9	警察	1	2	3
10	他の介護保険サービス提供団体・その従事者	1	2	3
11	介護保険以外のサービス提供団体・その従事者	1	2	3
12	住民参加団体・ボランティア団体	1	2	3
13	ボランティア個人	1	2	3

問3 事業所でのさまざまな業務に関するあなた自身の実施状況についてお聞きします。あなたは現在の事業所・施設で過去3か月の間に、以下の業務を行いましたか。また行なった場合は、どの程度うまくできましたか。各項目について、最もよくあてはまる選択肢を1つ選び、その数字に○をつけて下さい。

問 3 (現在の事業所・施設で過去3か月の間に、それぞれの業務を行ないましたか？ 行なった場合はどの程度うまくできましたか？ それぞれあてはまる数字1つに○をつけてください。)		行なわなかった・担当ではない	行なった			
			うまくできなかった	どちらかといえばうまくできなかった	どちらかといえばうまくできた	うまくできた
1	入浴や排泄の際に転倒しないよう環境を確認する	0	1	2	3	4
2	入浴や排泄の介護の前に、利用者の様子をよく観察する	0	1	2	3	4
3	手際よくオムツを交換する	0	1	2	3	4
4	食事の際に、うまく呑み込んでいるかを確認しながら介助する	0	1	2	3	4
5	利用者の苦痛がないよう、スムーズに移乗を行う	0	1	2	3	4
6	入浴の際に、皮膚の状態から病気や異常の有無を確認する	0	1	2	3	4
7	本人のペースや希望に沿って入浴や食事の介護をする	0	1	2	3	4
8	介護記録や事故報告書から、介護や職場の課題を的確に発見する	0	1	2	3	4
9	認知症の利用者が普段と異なる様子のときは、その原因を探す	0	1	2	3	4
10	認知症の人が今の生活をできる限り自立して続けられるよう、工夫して支援し続ける	0	1	2	3	4
11	担当している利用者について、よりよい介護の方法を職場内で提案する	0	1	2	3	4
12	認知症の利用者が生活の中でできるだけ失敗しないですむように、環境を整える	0	1	2	3	4
13	事故やヒヤリハットの報告書を書式にしたがって正確にわかりやすく書く	0	1	2	3	4
14	介護記録を分かりやすい表現で正確に書く	0	1	2	3	4
15	自分のかかわりが、認知症の利用者にどのような変化を与えるか予測しながら介護する	0	1	2	3	4
16	利用者の家族と良好な信頼関係を形成する	0	1	2	3	4

問 3 (現在の事業所・施設で過去3か月の間に、それぞれの業務を行ないましたか？ 行なった場合はどの程度うまくできましたか？ それぞれあてはまる数字1つに○をつけてください。)		行なわなかった・担当ではない	行なった			
			うまくできなかった	どちらかというとはいえませんがうまくできなかった	どちらかというとはいえませんがうまくできた	うまくできた
17	現状では利用者の生活への希望が満たせない時でも、あきらめずに希望に沿えるよう工夫し続ける	0	1	2	3	4
18	利用者が地域で暮らすために困難なことについて、先の見通しを持ちながら支援を進める	0	1	2	3	4
19	介護が受け入れてもらえない時でも、何度でも受け入れてもらえるように工夫して関わり続ける	0	1	2	3	4
20	機能向上や自立できることについて、見通しを持ちながら支援する	0	1	2	3	4
21	介護をする前に利用者の意思や希望の確認をする	0	1	2	3	4
22	介護の方法や内容について本人が選択できる場合には選んでもらう	0	1	2	3	4
23	意欲のない利用者に対して、やる気を高めるように声をかける	0	1	2	3	4
24	できるだけ利用者が体力を維持できるよう、体を動かす活動を取り入れる	0	1	2	3	4
25	利用者が楽しめるようなレクリエーションやアクティビティを企画・実施する。	0	1	2	3	4
26	利用者が今よりも円滑に身の回りのことを自分で行うために必要な機能訓練を提案する	0	1	2	3	4
27	利用者のこれまでの生活像について丁寧に聴き、生活の目標を明らかにする	0	1	2	3	4
28	認知症の利用者の不安を低減させるために、穏やかな表情や動作をする	0	1	2	3	4
29	認知症の利用者が介護を拒否するときでも、怒ったり困ったりしないでかわり続ける	0	1	2	3	4
30	利用者に安心してもらえるように穏やかな態度で声をかける	0	1	2	3	4
31	事業所・施設内の介護職どうして利用者の状態について日頃から情報交換する	0	1	2	3	4
32	事業所・施設内の他の専門職と利用者の状態について日頃から情報交換する	0	1	2	3	4
33	利用者が自分でできそうなことは、自分で行うように励ます	0	1	2	3	4
34	利用者が少し頑張ればできることは、利用者が自分で行えるように支援する	0	1	2	3	4

問 3 (現在の事業所・施設で過去3か月の間に、それぞれの業務を行ないましたか？ 行なった場合はどの程度うまくできましたか？ それぞれあてはまる数字1つに○をつけてください。)		行なわなかった・担当ではない	行なった			
			うまくできなかった	どちらかといえばうまくできなかった	どちらかといえばうまくできた	うまくできた
35	支援計画の目標の達成度を評価し、計画を見直す、または見直しを提案する	0	1	2	3	4
36	支援の計画に沿った介護が実践されているかを確認する	0	1	2	3	4
37	利用者の生活への希望をできるだけかなえるような支援計画を作成する	0	1	2	3	4
38	利用者の情報をまとめて、生活を続ける上での課題と対策を明らかにする	0	1	2	3	4
39	認知症の利用者に、今後生じる生活上の課題を予測して支援計画を作成する	0	1	2	3	4
40	地域包括支援センターや市町村と利用者の状態について日頃から情報交換する	0	1	2	3	4
41	地域包括支援センターや市町村と日頃から交流を持つ	0	1	2	3	4
42	地域の医療機関と、日頃から交流を持つ	0	1	2	3	4
43	利用者の介護について、地域ケア会議等の外部の会議で発言・主張する	0	1	2	3	4
44	介護職員の育成計画を作成する	0	1	2	3	4
45	部下と面談して目標を定め、客観的に部下を評価する	0	1	2	3	4
46	部下が勉強会や研修会に参加する機会を作る	0	1	2	3	4
47	後輩が理解できるように、ていねいに現場での指導を行う	0	1	2	3	4
48	終末期にある利用者の全身状態を、医療職と連携して情報共有する	0	1	2	3	4
49	終末期にある利用者の意志を、家族や医療関係者と協力して尊重して支援する	0	1	2	3	4

問4 あなたの仕事への取組み状況についてお聞きします。以下の項目に挙げた仕事上の行動について、日頃の仕事の中で、あなたはどの程度あてはまりますか。それぞれの項目について、最もよくあてはまる選択肢を1つ選んで、その数字に○をつけて下さい。

問 4 (各項目について、あなたに最もよくあてはまる 選択肢を1つ選んで、数字に○をつけて下さい)		あてはまりません	どちらかといえばあてはまりません	どちらかといえばあてはまる	あてはまる
1	対応が困難な利用者にもあきらめずにかかわり続ける	1	2	3	4
2	常によりよいケアの方法や支援の仕方を工夫している	1	2	3	4
3	良いケア方法や支援方法だと思えば失敗を恐れずにそれをやってみる	1	2	3	4
4	これまでに自分が経験したことのない利用者やケア状況での業務を求める	1	2	3	4
5	これまでの自分のケアや支援の経験から必要な情報を集めて、分析する	1	2	3	4
6	これまでのケアや支援の経験を多様な観点からとらえなおす	1	2	3	4
7	自分が行ったケアや支援の成功や失敗の原因を考える	1	2	3	4
8	同僚や先輩から様々な意見を求め自分のケアや支援のやり方を見直す	1	2	3	4
9	様々な利用者のケアやかかわりの中で、共通するケア方法やかかわり方を見出す	1	2	3	4
10	ケアの中で経験したことを、他の利用者のケアや支援の方法に取り込む	1	2	3	4
11	他の利用者や異なる状況にもあてはまるようなケアのコツを見つける	1	2	3	4
12	自分のケア経験から自分なりのケアや支援の方法を見出す	1	2	3	4
13	他の利用者のケアから学んだことを別の利用者のケアでも実際にやってみる	1	2	3	4
14	あるケアの方法がほかの状況でも使えるかどうか試してみる	1	2	3	4
15	新しく学んだケア方法を、実際の利用者のケアに応用する	1	2	3	4
16	新しい考え方や方法を、利用者の支援の中で実践する	1	2	3	4
17	法令や職場のルール、慣行などを遵守する	1	2	3	4
18	上司・先輩などからの業務指示・命令の内容を理解して従う	1	2	3	4
19	一旦引き受けたことは途中で投げ出さずに、最後までやり遂げる	1	2	3	4
20	自分が犯した失敗やミスについて、他人に責任を押し付けず自分で受け止める	1	2	3	4
21	上司・先輩などの上位者に対し、正確にホウレンソウ（報告・連絡・相談）をする	1	2	3	4
22	仕事がかまきかかないときに、自分の見方や考え方を見直す	1	2	3	4
23	苦手な上司や同僚とも、仕事上支障がないよう、必要な関係を保つ	1	2	3	4
24	チームプレーを行う際には、仲間と仕事や役割を分担して協同で取り組む	1	2	3	4
25	施設・事業所の理念の内容を理解し、それに則って実践する	1	2	3	4
26	情報機器やPCを使って業務を支障なく行なう	1	2	3	4
27	業務上知りえた秘密や情報を正当な理由なく他に開示したり盗用したりしない	1	2	3	4
28	利用者・家族からの要望を速やかに返答や行動に移す	1	2	3	4
29	利用者・家族に対し、礼儀正しい対応（お辞儀、挨拶、言葉遣い）をする	1	2	3	4
30	整理・整頓して業務を効率的に行なう	1	2	3	4

問5 あなたの介護職としての役割意識や仕事へのお考えについてお聞きします。以下のそれぞれの文について、どの程度あなたの考えや気持ちにあてはまるか、最もよくあてはまる選択肢を1つ選んで、その数字に○をつけてください。(率直に自分の考えをご回答ください)

問 5 (各項目について、あなたに最もよくあてはまる 選択肢を1つ選んで、数字に○をつけて下さい)		まったく そう 思わない	た ま ま に そ う 思 っ て い る	よ く あ て は ま る	よ く そ う 思 っ て い る	こ の よ う に 思 っ て い る
1	現在の仕事のために、勉強や学習をしたい	1	2	3	4	5
2	自分の知識や技術を向上するために研修や勉強会に進んで参加したいと思っている	1	2	3	4	5
3	介護に関する知識や技術に対して、関心や好奇心を感じる	1	2	3	4	5
4	介護に関する仕事を一生の仕事として続けていきたい	1	2	3	4	5
5	できれば、今の職場で一生仕事を続けていきたい	1	2	3	4	5
6	どんなことでもやるからにはできるだけ努力して取り組みたい	1	2	3	4	5
7	自分の目標を定めてそれを達成するために一生懸命頑張ろうと思う	1	2	3	4	5
8	この仕事は私の性分に合っていると思う	1	2	3	4	5
9	今の仕事に心から喜びを感じる	1	2	3	4	5
10	介護の仕事に、体も気持ちも疲れ果ててしまったと感じる	1	2	3	4	5
11	現在の仕事は身体的にも精神的にも辛いことが多いと感じる	1	2	3	4	5
12	自分の仕事がつまらなく思えてしかたのない	1	2	3	4	5
13	同僚や利用者、何も話したくなくなる	1	2	3	4	5
14	自分が努力した結果が、達成感に結びついている。	1	2	3	4	5
15	新しいことが学べ、仕事を通じて成長できていると感じる	1	2	3	4	5
16	人から認められ、社会的な地位が高いと感じる	1	2	3	4	5
17	自分の仕事は、人に喜んでもらえていると思う	1	2	3	4	5
18	自ら意思決定し、自主的に業務を遂行できている	1	2	3	4	5

問6 利用者に対するあなたの気持ちについてお聞きします。以下のそれぞれの文について、どの程度あなたの気持ちにあてはまるか、最もよくあてはまる選択肢を1つ選んで、その数字に○をつけてください。(率直に自分のお気持ちをご回答ください)

問 6 (各項目について、あなたに最もよくあてはまる 選択肢を1つ選んで、数字に○をつけて下さい)		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる
1	何かに苦しんでいる利用者の気持ちを感じ取ろうとし、自分も同じような気持ちになったことがある	1	2	3	4	5
2	不快な気分である利用者からその内容を聞いて、その人の気持ちを感じ取ったことがある	1	2	3	4	5
3	利用者が楽しい気分になっている場合に、その楽しさを感じ取ろうとし、その人の気持ちを味わったことがある	1	2	3	4	5
4	利用者が喜んでいるときに、その気持ちを感じ取って一緒にうれしい気持ちになったことがある	1	2	3	4	5
5	利用者が何かに苦しんでいても、自分はその苦しさを感じなかったことがある	1	2	3	4	5
6	不快な気分である利用者からその内容を聞いても、自分は同じように不快にならなかったことがある	1	2	3	4	5
7	利用者が楽しい気分であっても、自分はその人のように楽しくは感じなかったことがある	1	2	3	4	5
8	利用者が何かに喜んでいても、自分はうれしい気持ちにならなかったことがある	1	2	3	4	5

問7 あなたが仕事をしているときに、利用者と接した際の気持ちや行動の傾向について、最もよくあてはまる選択肢を1つ選んで、その数字に○をつけてください。(率直に自分のお考えをご回答ください。)

問 7 (各項目について、あなたに最もよくあてはまる 選択肢を1つ選んで、数字に○をつけて下さい)		まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる
1	利用者の怒鳴りあいのケンカを耳にすると、とても不快な気分になる	1	2	3	4	5
2	利用者・家族が何かに失敗しても、同情しない	1	2	3	4	5
3	不安でイライラしている利用者がそばにいと、自分も緊張してしまう	1	2	3	4	5
4	利用者の話を聞くときに、自分の立場に置きかえて聞くようにしている	1	2	3	4	5
5	怒っている利用者がそばにいと、自分もいらいらしてしまう	1	2	3	4	5
6	利用者が不可解な行動をしたときに、自分だったらそんなことはしないのと思う	1	2	3	4	5
7	利用者や家族の立場や状況を考えないで、批判したくなる	1	2	3	4	5
8	利用者や家族の悩みを分かち合うことができない	1	2	3	4	5
9	利用者の行動が理解できないときに、自分だったらどうなのかを考える	1	2	3	4	5
10	悲しんでいる利用者を見ると、泣いてしまう	1	2	3	4	5
11	利用者・家族が何を言いたいのかを考えながら話を聞く	1	2	3	4	5
12	死や不幸について利用者が話しているのを聞くと、悲しい気持ちになる	1	2	3	4	5
13	苦しい立場になった利用者や家族をみると、それが自分のことでなくてよかったと思う	1	2	3	4	5
14	頑張っている利用者・家族を応援したくなる	1	2	3	4	5
15	利用者が苦しそうな様子を見ると、自分はそうなりたくないと思う	1	2	3	4	5
16	話している利用者が泣き出したら、私も涙がこぼれそうになる	1	2	3	4	5
17	利用者の立場にたって、話をきくようにしている	1	2	3	4	5
18	利用者の行動が不可解でも、相手の視点に立って原因や理由を考える	1	2	3	4	5
19	利用者や家族がうれしそうな様子を見て、素直に喜べない	1	2	3	4	5
20	幸せそうな利用者がそばにいと、自分も幸せな気持ちになる	1	2	3	4	5
21	自分だったら嫌だなと思うことはしない方がよいと考える	1	2	3	4	5
22	利用者の気持ちがわからないとき、どうしてそのような気持ちになるのか理解しようとする	1	2	3	4	5
23	利用者が喜んでいるのを見ると、よかったねと言いたくなる。	1	2	3	4	5
24	悲しんでいる利用者・家族に気づいたら、なぐさめる	1	2	3	4	5
25	のんびりくつろいでいる利用者と一緒にいと、自分もくつろいだ気分になる	1	2	3	4	5
26	気分が沈んでいるとき、幸せそうな利用者と一緒にいと元気づけられる	1	2	3	4	5
27	利用者や家族が喜んでいるのを見ると、不快さを感じる	1	2	3	4	5
28	穏やかに安心している利用者がそばにいと、自分もほっとする	1	2	3	4	5
29	落ち着いた利用者のそばにいと、自分も落ち着いてくる	1	2	3	4	5
30	利用者が怒っているときに、この場面で自分ならばどうして怒るか考えてみる	1	2	3	4	5

問8 あなたの事業所の状況についてお聞きします。あなたの事業所では、以下のような状況がどの程度あてはまりますか。各項目について、最もよくあてはまる選択肢を1つ選び、その数字に○をつけてください。

問 8 (各項目について、あなたの事業所について もっともよくあてはまる選択肢を1つ選んで、数字に○をつけて下さい)		まったく そう 思わない	た か り か ら 思 い こ う な こ と は あ る	ど こ か か ら 思 い こ う な こ と は あ る	よ く 思 い こ う な こ と は あ る	い ち ばん 思 い こ う な こ と は あ る
1	自分の知識や技術を向上するための研修や勉強会への参加機会が用意されている	1	2	3	4	5
2	事業所や法人で事例検討やカンファレンスが行われており、参加の機会が用意されている	1	2	3	4	5
3	ケアの理念や方針が、事業所内で共有されている	1	2	3	4	5
4	自分は職場から大切にされていると思う	1	2	3	4	5
5	職場には、同僚や上司と協力しあって、よりよい仕事をしようとする雰囲気がある	1	2	3	4	5
6	仕事の内容や方法を自分で考え、主体的に仕事をするのを職場が推奨している	1	2	3	4	5
7	職場では、自分でよりよい方法を試すことよりも、決められた通りに仕事することが求められている	1	2	3	4	5
8	自分は職場から役立つ人材だと評価されていると思う	1	2	3	4	5
9	自分の仕事がうまくいったときには、上司や同僚がそれを認めてくれると感じる	1	2	3	4	5
10	同僚と和気あいあいと働いている	1	2	3	4	5
11	雇用が安定していると思う	1	2	3	4	5
12	報酬が安定していると思う	1	2	3	4	5
13	職場は、安全な作業環境が確保されている	1	2	3	4	5

調査項目はこれで終わりです。

もう一度、回答漏れがないかご確認をお願いいたします。

調査へのご協力ありがとうございました。

事業所票 (小規模多機能型居宅介護事業所)

この事業所票は、小規模多機能型居宅介護事業所の管理者等の方に回答いただくものです。
法人全体を対象とした調査ではありませんのでご注意ください。
ヒアリング調査にご協力いただいた事業所について、ご回答ください。

問1 貴事業所の名称をご回答ください。

事業所名

※調査対象としていただくのは、1つの事業所のみです。
※法人名ではなく、調査対象となった小規模多機能事業所の名称を記入してください。

問2 12月請求分において、以下の加算のうち該当しているものの数字に○をつけてください。(複数選択可)

1. 看護職員配置加算(Ⅰ)
2. 看護職員配置加算(Ⅱ)
3. 看護職員配置加算(Ⅲ)
4. サービス提供体制強化加算(Ⅰ)
5. サービス提供体制強化加算(Ⅱ)
6. サービス提供体制強化加算(Ⅲ)
7. 看取り連携体制加算
8. 訪問体制強化加算
9. 総合マネジメント体制強化加算
10. 認知症加算(Ⅰ)
11. 認知症加算(Ⅱ)
12. 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)
13. 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)
14. 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)
15. 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)

問3 貴事業所に在職する介護職員の状況(看護職員等は含めないでください)

	常勤：専従		常勤：兼務		非常勤：専従		非常勤：兼務	
		常勤換算		常勤換算		常勤換算		常勤換算
介護職員	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人	() 人
うち介護福祉士有資格者	() 人	()	/	() 人	/	() 人	()	/

※法人全体ではなく、貴事業所に在職する介護職員数をご回答ください。

問4 貴事業所の利用者の状況（1月17日（日）～1月23日（土）について人数をご回答ください）

(1) 利用者の要介護度別人数と登録者数

1月		要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3以上	その日の合計
17日 (日)	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	(内 人)	(内 人)	(内 人)	(内 人)
18日 (月)	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	(内 人)	(内 人)	(内 人)	(内 人)
19日 (火)	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	(内 人)	(内 人)	(内 人)	(内 人)
20日 (水)	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	(内 人)	(内 人)	(内 人)	(内 人)
21日 (木)	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	(内 人)	(内 人)	(内 人)	(内 人)
22日 (金)	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	(内 人)	(内 人)	(内 人)	(内 人)
23日 (土)	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	(内 人)	(内 人)	(内 人)	(内 人)

(2) 利用者の通い・訪問・泊まりの人数

1月	通い	訪問		泊まり
17日 (日)	利用者 人	利用者 人	1日のべ訪問回数 回	利用者 人
18日 (月)	利用者 人	利用者 人	1日のべ訪問回数 回	利用者 人
29日 (火)	利用者 人	利用者 人	1日のべ訪問回数 回	利用者 人
20日 (水)	利用者 人	利用者 人	1日のべ訪問回数 回	利用者 人
21日 (木)	利用者 人	利用者 人	1日のべ訪問回数 回	利用者 人
22日 (金)	利用者 人	利用者 人	1日のべ訪問回数 回	利用者 人
23日 (土)	利用者 人	利用者 人	1日のべ訪問回数 回	利用者 人

(3) 登録者数（1月現在）と認知症日常生活自立度

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	登録者 総数
登録者数	人	人	人	人	人	人	人	人
登録者のうち 認知症日常生活自立度Ⅲ 以上	そのうち 人							

(4) 登録者の世帯状況

世帯状況	合計
1人暮らし	人
配偶者と 2人暮らし	人
子どもと同居	人
その他	人

(5) 登録者の住居の状況

住居の状況	合計
事業所と同じ日常生活圏域内の自宅に居住する人	人
そのうち隣接・近隣の サービス付き高齢者住宅居住者	そのうち 人
事業所と同じ市区町村（日常生活圏域外）の自宅	人
事業所と異なる市区町村の自宅	人

事業所・施設票の調査項目は以上です。

回答もれがないかももう一度ご確認をお願いいたします。ご協力ありがとうございました。

問5 貴事業所の利用者の状況（1月17日（日）～1月23日（土）について人数をご回答ください）

（1）要介護度別の利用者人数（訪問回数にかかわらず利用者数でご回答ください）

1月		要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3以上	その日の合計
17日 （日）	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	（内）人	（内）人	（内）人	（内）人
18日 （月）	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	（内）人	（内）人	（内）人	（内）人
19日 （火）	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	（内）人	（内）人	（内）人	（内）人
20日 （水）	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	（内）人	（内）人	（内）人	（内）人
21日 （木）	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	（内）人	（内）人	（内）人	（内）人
22日 （金）	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	（内）人	（内）人	（内）人	（内）人
23日 （土）	利用者数	人	人	人	人
	うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上	（内）人	（内）人	（内）人	（内）人

（2）利用者の各サービスの利用人数とのべ訪問介護・訪問看護回数

10月	訪問介護（定期巡回）	訪問介護（随時）	一体型の場合のみ 訪問看護
5日 （日）	利用者 人	利用者 人	利用者 人
6日 （月）	利用者 人	利用者 人	利用者 人
7日 （火）	利用者 人	利用者 人	利用者 人
8日 （水）	利用者 人	利用者 人	利用者 人
9日 （木）	利用者 人	利用者 人	利用者 人
10日 （金）	利用者 人	利用者 人	利用者 人
11日 （土）	利用者 人	利用者 人	利用者 人

(3) 登録者数（1月現在）と認知症日常生活自立度

介護度	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	登録者 総数
登録者数	人	人	人	人	人	人	人	人
登録者のうち 認知症日常生活自立度Ⅲ 以上	そのうち 人							

(4) 登録者の世帯状況

世帯状況	合計
1人暮らし	人
配偶者と 2人暮らし	人
子どもと同居	人
その他	人

(5) 登録者の住居の状況

住居の状況	合計
事業所と同じ日常生活圏域内の自宅に居住する人	人
そのうち隣接・近隣の サービス付き高齢者住宅居住者	そのうち 人
事業所と同じ市区町村（日常生活圏域外）の自宅	人
事業所と異なる市区町村の自宅	人

事業所・施設票の調査項目は以上です。

回答もれがないかもう一度ご確認をお願いいたします。ご協力ありがとうございました。

第3章 地域密着型事業所における介護職への聞き取り調査

1 目的

全国で、地域包括ケアとして先進的な取り組みを行っている小規模多機能型居宅介護事業所および定期巡回随時対応型訪問介護看護事業所に所属する介護職員に、事例を通して、地域包括ケアの中で実際に行なった対応・行動やその意図を聞き取り、地域包括ケアに求められる介護人材の資質を検討することを目的とする。

2 方法

① 対象者

本法人理事からの推薦を受けた20法人22事業所（小規模多機能型居宅介護18事業所、定期巡回随時対応型訪問介護看護4事業所）に所属する介護職員のうち、1つの事例について中心的にケアを行った介護職員を対象とした。おおむね1事業所につき2名2事例の聞き取りを行うこととした。

② 実施手続き

最初に、作業部会において、事例を記載するための事例概要シートと、インタビューを行うインタビューが用いるインタビューガイドを作成した。次に、このインタビューガイドを用いて、インタビュー候補者が実際にインタビューを実施した。この様子を、4名の研究委員が陪席して内容を確認するとともに、ビデオに記録して、再度インタビュー候補者、作業部会委員とともに質問の目的や方法、まとめ方などを教育し、統一するようにした。

調査は、平成27年10月から平成28年3月に行われた。

調査協力を依頼する事業所には、あらかじめ調査趣旨を口頭で説明したうえで、調査協力依頼、研究倫理の説明と同意書を文書で送付した。その際、研究趣旨に合致する事例を選定し、ヒアリングに先立ってその事例についての事例概要シートを作成いただくよう依頼した。調査日には、最初に研究倫理に関する説明を行った上で、同意書への記入を求め、全例で同意が得られた。また事例については、研究に事例を取り上げること等、対象となる利用者には事業所からその了承をとってもらうよう依頼した。

聞き取りは、介護職が所属する事業所または、本法人本部で行われた。インタビュー2名で聞き取り、聞き取り内容を記載するとともに、音声を録音して後日文字起こしして、内容を整理した。

③ 選定する事例と聞き取り内容

「利用者の在宅生活が難しくなった状況」を取り上げ、事例化の経緯やその後の介護職員の具体的な対応・行動を中心に聞き取った。あわせて、対応・行動の結果どのような生活を利用者が送るようになったのかにつ

いても説明を求めた。1名の利用者の話を聴きとっている際、「在宅生活が難しくなった」ことが2度以上起こっても、支援を行うことで在宅生活が継続できたような場合には、1事例ではなく、2事例として扱うこととした。したがってここでの事例とは、利用者単位ではなく、あくまで「在宅生活が難しくなった状況」ごとに1事例とすることにした。

また、調査結果の分析過程で、主に訪問時の介護職の具体的な行動をより詳細に聞き取る必要性が生じたため、すでに聞き取りが終了していた3事業所に再度協力を依頼し、主に訪問によるケアによって支援している事例を取り上げ、訪問時にどのような対応・行動を行っているのかを聞き取り調査した。

④ 調査に協力いただいた法人

聞き取り調査に協力いただいた法人は以下の通りであった（五十音順）。なお、事例番号と掲載した法人の順序は無関係である。

図表 3-1 聞き取り調査にご協力いただいた法人一覧

事例のプライバシー保護の観点から公開版報告書では公開を控えさせていただきます。

3 分析

事例は、インタビューが聞き取った内容を整理し、事例の課題、その課題に対して事業所または介護職員がとった対応・行動、それらの意図や目的に対応させた。

次に、作業部会委員が中心となって、対応・行動を行うにあたって必要と考えられるコンピテンシーを、対応・行動ごとに記載した。これらの記述を、平成26年度本法人老健事業の成果を参考にして整理し、必要に応じて項目を追加した上で、対応・行動に必要な技術・行動をコーディングした。最後に事例ごとにこれらをまとめ、一覧表とした。

4 個別事例

収集された45事例について、事例概要、課題、事例に対して行われた実際の対応・行動、それらの対応・行動に必要なと考えられる介護職員の技術・能力を示した。事例概要は、ヒアリングに先立ってインタビュー協力者が記載した内容について、プライバシーにかかわる部分のみ記載を変更した以外は、基本的には内容を変更せず、データとしてそのまま掲載した。また、介護職員に対する質問紙調査の結果を利用して、事例に実際に対応した事業所の、各指標の平均値を示し、事業所の介護職員の特徴とした。なお、事業所によっては、質問紙調査の結果が得られていない場合もあるため、質問紙調査の各指標の平均値が示されていない事例もある。

事例概要は、インタビュー協力者がインタビューに先立って記入し、概要を元にヒアリング事例の一覧を図表3-2に示した。

図表 3-2 聞き取り調査によって得られた 4 5 事例の概要

事例番号	事例の概要	年齢	性別	要介護度	認知症の有無	住居状況
事例1	入院でADLが低下し、拒食がみられた利用者への退院後の支援事例	92	女	3	AD	家族と同居 (家族は平日不在)
事例2	排泄の問題により地域住民から施設入所を求められた独居高齢者への支援事例	72	男	支援2	混合	独居
事例3	小規模多機能スタッフが意識不明状態を発見し、入院を経て、ADL低下とコミュニケーション困難となった独居高齢者への支援事例	72	男	4	混合	独居
事例4	他県から転入し、入院をきっかけに認知症が進行して借家での一人暮らしが困難になった事例	63	男	1	AD	独居
事例5	難病による若年性認知症により家族が介護離職の危機にみまわれた事例	46	女	4	高度認知障害	家族と同居
事例6	難病による若年性認知症から急速に医療的ケアが必要になった事例	46	女	4	高度認知障害	家族と同居
事例7	パーキンソン病の進行で食事摂取が難しくなり胃ろうをすすめられた事例	83	男	4	なし	妻と二人暮らし
事例8	転倒骨折後、保存療法でADL低下、認知症進行によって全介助となった事例	95	女	4	AD	独居
事例9	透析が必要だが認知症の進行などにより定期通院が困難となって身体状態が悪化してしまった事例	85	男	3	あり	独居
事例10	主介護者の嫁への暴言や妄想等から介護者が家出し家族介護が困難となった事例	90	男	2	AD→レビー	長男夫婦と同居
事例11	若年性認知症による暴言などの行動により家族の混乱と地域の苦情で在宅生活が困難となった事例	60	女	2	AD	夫と二人暮らし
事例12	家を守りたいと望むが独居でパーキンソン病が進行し、別居家族が施設入所をすすめた事例	86	女	4	あり	独居
事例13	長年独居で身寄りのない女性が認知症を発症し閉じこもり状態となっている事例	91	女	2	AD	独居
事例14	夜間の見守りが必要だが、地域からの理解が難しい事例	82	男	3	AD	独居
事例15	要介護状態であっても、配偶者に対して「介護者」としての役割を継続できるようにサポートした事例	87	男	4	軽度脳血管性認知症	妻と二人暮らし
事例16	独居で認知症のある利用者が出歩くようになり、家族が施設入所を検討した事例	86	女	3	AD	独居
事例17	脳そうそくを繰り返し、認知症をかかえ激しいBPSDで家族介護が困難になった事例		女		あり	娘と同居
事例18	身体ケアが中心となった利用者のターミナルを家族と事業所との共同で支えた事例	91	女	5		夫・娘夫婦と同居
事例19	独居で統合失調症による行動から近所や地域が不安になり自宅で暮らしにくくなった事例	91	女	4	あり	独居
事例20	心疾患を持つ利用者の頻回な胸の苦しさの訴えへの対応に苦慮した事例	84	男	2	前頭側頭型認知症	独居
事例21	複数の事業所の併用から、小規模多機能の利用に変更して、顔なじみの職員からの支援を望んだ事例	98	女	5	AD	次女と二人暮らし
事例22	重度の認知症をかかえ、がん末期で常時医療面のサポートが必要な事例	98	女	5	AD	次女と二人暮らし
事例23	高齢で要介護状態の夫が対応に苦慮し、在宅での生活が脅かされた認知症の妻の事例	84	女	5	AD	夫と二人暮らし
事例24	認知症の妻による夫の看取りを支えた事例	84	女		AD	夫と二人暮らし
事例25	在宅生活を強く希望した利用者のターミナル期の支援事例	93	女	5	不明	独居
事例26	独居で認知症を服を着ないで外出するなど尊厳が守りにくくなった事例	80	女	3	AD	独居
事例27	同居家族の精神疾患により、家族介護を期待することが難しくなった認知症高齢者の事例	79	女	3	AD	長男と二人暮らし
事例28	認知症をかかえ火の不始末や行方不明で保護されるなど一人暮らしが困難になった事例	87	女	3	あり	独居
事例29	認知症を抱え、火の不始末やADL低下により借家での一人暮らしが困難になった事例	94	女	2	AD	独居
事例30	認知症により、インシュリンの自己注射が難しくなった事例	72	女	4	混合	夫と二人暮らし
事例31	小規模多機能の利用中にBPSDの激化から入院し退院後の生活を支援した事例					夫と二人暮らし
事例32	認知症の進行によって地域と利用者・家族の関係が悪化した事例	87	女	4	AD	独居
事例33	物忘れがあり糖尿病の服薬管理が困難となった事例	82	女	1	AD	夫と二人暮らし
事例34	脳梗塞後遺症により、介護量が増え、家族が在宅生活に限界を感じた事例	82	男	3	高次脳機能障害	妻と二人暮らし
事例35	昼夜問わず家族を呼んで家族の介護負担が大きい事例	75	男	5	あり	妻と二人暮らし
事例36	認知症進行、ADL低下により家族の介護負担が増大して、施設入所が検討された事例	86	女	4	あり	独居
事例37	転倒入院後、家族が独居生活に不安を覚え、独居生活への復帰が難しくなった事例	92	女	4	AD	独居
事例38	急激な痛みの出現により体動困難となり早急な入介が必要となった事例	93	男	3	不明	妻と二人暮らし
事例39	老健入所、麻痺や高次脳機能障害があるが退所して自宅で暮らしたい事例	57	男	3	高次脳機能障害	独居
事例40	うつ状態があり、相手によって訴えが異なる利用者の事例	83	女	5	なし	独居
事例41	パーキンソン病の進行で独居生活が困難となり有料老人ホームに入居後も支援した事例	75	女	4	パーキンソン	独居
事例42	本人の訴えはないが家族のケアに対する要望が強い事例	83	女	4	AD	夫と二人暮らし
事例43	脳梗塞発症後、リハビリを拒否して退院、昼間独居で妻が介護する事例	65	男	3	脳血管性認知症	妻と二人暮らし
事例44	介護者の思い通りにケアが進まない介護者がイライラして苦情を申し立てる事例	72	女	3		夫と二人暮らし
事例45	大腿部骨折後、保存療法で退院し、要介護状態の夫と暮らす事例	78	女	5	あり	夫と二人暮らし

小規模多機能型居宅介護事業所における事例

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所における事例

事例 1

入院でADLが低下し、拒食がみられた利用者への退院後の支援事例

(1) Aさんの概要

約10年前より当事業所の利用開始。9年前にアルツハイマー型認知症と診断。月曜～金曜日までデイサービス＋保険外ショート利用。当事業所が9年前に小規模多機能型居宅介護になり通いサービス週3回、毎日訪問。自宅で暮らすことで自宅のAさんの役割、地域行事に参加することができ住み慣れた地域で暮らしているAさん。今ではもっと自分の時間が欲しいということで通いサービス週2回へ。
自宅では季節に合わせた野菜作りや庭の手入れ、編み物などをしながら暮らしていた。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年3月

自宅にて吐血し救急搬送された。3週間入院し、入院中に肺がんが判明した。入院によって長期安静にて歩行不安定になった。入院中、本人の強い希望で家に帰りたく食事拒否される。入院中の圧迫骨折も重なって、下肢筋力が低下してしまった。退院後、自宅での転倒リスクが高いこと、食事や服薬管理の心配もあり退院後の生活について、入院先担当者が当事業所へ相談してきた。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

1ヶ月～6ヶ月後

退院し当事業所にて通い＋泊まりサービス利用（息子在宅の週末は自宅へ）。退院後より腰痛訴えあり整形外科受診。腰椎圧迫骨折と診断される。腰椎圧迫骨折のため週1回通院介助を行った。痛みをコントロールしながら歩行練習。食後の後片付けなどはスタッフと一緒にいった。腰痛が落ち着いた時期に、日中は自宅にもどるようにプラン変更した。買い物し自宅での料理をスタッフと一緒にいながら徐々に自宅で過ごす時間を増やしてゆけるように支援を行う。Aさんから「一人で大丈夫」との言葉あり日中自宅で過ごし、後に夜間一人で過ごす時間を作る。食事はAさんが簡単な料理を作る他は息子ができあいのものを冷蔵庫へセットしておく。服薬管理は毎食後、小規模スタッフが訪問していたが朝、昼の声掛けのみとなった。夕は息子が電話で服薬の声掛けを行う。

③ 対応の結果

7ヶ月後

現在は、通いサービス週2回、泊まりサービス週1回。服薬声掛け、自宅清掃、定期的な通院介助の支援を行うことでAさんは今も住み慣れた自宅で野菜作りや庭の手入れを行なうことができている。雨の日は茶の間でアクリルタワシを編むことに集中している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		92歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：アルツハイマー) 【現病】 (高血圧 認知症 肺ガン) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	週末は長男在宅も、平日はほとんど独居。 本人なりに家事をこなしている。 時々、次男、三男が様子見に来訪する。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
入院により下肢筋力が低下し歩行が不安定となり今までの生活が変化しました。	テーブルを拭くなど普段から行っていた生活動作が行えるように声かけした。 入院前と同じようにトイレへの声かけをした。 通い、泊りの時は食事をスタッフと共にし、いつもの場所で食事した。 転倒リスクが高ので夜間は小規模の宿泊のプランを組んだ。 週末は家族が介護するので、Aさんが自宅で過ごすことができるようにプランを組んだ。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
退院後も腰椎圧迫骨折の痛みが続いている。	痛み止めの薬が飲めるようにセッティングした。 週に1回は整形外科に受診に付き添った。 痛みをコントロールしながら歩行訓練を実施した。 腰痛が落ち着き自宅で過ごす際にはスタッフと買い物をした。 自宅で料理を一緒に行った。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

事例 2

排泄の問題により地域住民から施設入所を求められた独居高齢者への支援事例

(1) Aさんの概要

Aさんは、長年1人暮らしであった。5階建て集合住宅の3階に住み、自分の好きな時間に外出し、集合住宅の至る所で用を足していた。集合住宅の階段は常に尿臭が漂っていた。自宅も床、畳など尿でジメジメしていた。歩行はなんとか独歩だが、疲れてしまうと居坐って移動していた。自宅がどこか分からなくなり他家のドアを叩くこと度々あった。道路に座り込んでいると地域住民が自宅まで送り届けていた。食事は近所の料理店で食べたり、商店でパンを購入したりしていたようである。金銭管理の状況は不明。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年8月

「不衛生な環境で住んでいる高齢者が居る」と民生委員が地域包括支援センターに相談。地域包括支援センター職員が状況確認。介護保険要支援のサービス内容では生活のサポートに限界があると判断。介護保険の申請代行。ヘルパーによる家事援助、配食サービス申請代行、3階から1階へ住み替え手続きを地域包括支援センターが行った。外出すると自宅に帰れないことや、外出先で動けなくなること多くなり、保護の回数が増え、地域包括支援センターから小規模多機能型居宅介護へ相談があった。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

2ヶ月～1年4ヶ月後

地域住民(Aさんと同じ階段入口の方々)と近所の料理店で地域ケア会議開催。Aさんは「ここで暮らし続けたい」、地域住民は「Aさんを早く施設に入れて欲しい」と理解が得られなかったため、Aさんがこのような行動をとってしまう原因は認知症にあること、認知症の理解をしてもらうことなどについて小規模多機能のスタッフが説明した。毎日通いサービスを開始する。慣れてきたら週5回へ。朝食は近所の料理店、昼食は当事業所、夕食は自宅にて減塩の宅配お弁当、その後に就寝介助を行う。入浴は週3回と必要時。排泄介助、自宅清掃、通院、服薬管理は当事業所で行う。訪問時、本人不在の場合は複数のスタッフで搜索。地域の方と当事業所の職員が顔見知りになることで地域の方から積極的にAさんの情報が集まるようになってきた。

③ 対応の結果

1年2ヶ月後

毎日通いサービスから週5日の通いサービスと週2日在宅で過ごす日を作った。在宅で過ごす日は朝、昼、15時、夕方と訪問し食事や排泄の支援を行うことで自分の時間を楽しみ、地域との関係を断ち切ることなく暮らせるようになった。小規模の職員が訪問時に排泄介助を行うことで階段の尿臭も減った。地域住民のAさんに対する困りごと減っていき、地域住民は定期的に小規模多機能の職員が来ることで安心した。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		72歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし □ あり(診断名:不明)) 【現病】 (高血圧) 【既往歴】 (不明)				
生活の様子と家族	3年前までは母親と二人暮らし。母親が他界し弟さんからの援助がなくなり生活保護へ。				
支援	□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス(小規模多機能型居宅介護)) □ その他の医療 () □ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
支援最初で生活状況が分からない	全体像がわからないので生活支援をしながら生活状況をアセスメントした。	●			●									
集合住宅の廊下などのいたるところで排泄してしまう。	Aさんの行きつけの料理屋さんで、同じ住宅に住む9軒の住民と民生委員、地域包括支援センター職員、当事業所の職員とで会議を開いた。				●				●		●	●		
他人の家と自分の家の区別がつかなくなる。	病院受診、不衛生な状況等には責任を持って対応すると地域の方に小規模多機能の職員が伝えた。	●	●								●	●		
近所の住人がAさんへの対応に困って、「施設に入れてほしい」という。	小規模スタッフからAさんの行動の原因が認知症にあることを、地域の人に説明した。												●	
	Aさんいきつけの料理屋さんへは今まで通り食事に行かせていただくようお願いした。						●	●		●	●	●	●	
	Aさんいきつけの料理屋さんへ、もしAさんがいかない時はお弁当にして当事業所に持ってきていただくようお願いした。	●					●			●	●	●	●	

事例3

小規模多機能スタッフが意識不明状態を発見し、入院を経て、ADL 低下とコミュニケーション困難となった独居高齢者への支援事例

(1) Aさんの概要

Aさんは、長年1人暮らしであった。5階建て集合住宅の3階に住み、自分の好きな時間に外出し、集合住宅の至る所で用を足していた。集合住宅の階段は常に尿臭が漂っていた。自宅も床、畳など尿でジメジメしていた。歩行はなんとか独歩だが、疲れてしまうと居坐って移動していた。自宅がどこか分からなくなり他家のドアを叩くこと度々あった。道路に座り込んでいると地域住民が自宅まで送り届けていた。食事は近所の料理店で食べたり、商店でパンを購入したりしていたようである。金銭管理の状況は不明だった。

小規模多機能が支援に入って1年3ヶ月、当初は在宅の継続に反対していた地域住民からも理解が得られるように働きかけ、在宅生活を継続していたが、ある日、小規模スタッフが訪問するとAさんが意識のない状態で倒れているところを発見。右側頭部亜急性硬膜下血腫で入院となった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年5月

4ヶ月の入院を経て、病院の看護師より当事業所に相談の電話が入る。病棟看護師からは「退院後、一人暮らしは難しい。当然、施設を探すこととなりますよね。」と言われ、理学療法士からも「入院前のように歩行するのは難しい。退院後、一人では生活できないだろう。」と言われた。Aさんは歩行もできなくなり、車いす生活となっていた。食事もおかゆに刻み食、排せつはオムツを使用しており言葉も出にくくコミュニケーションは以前よりもとりづらくなっていた。しかし、Aさんは自宅へ帰ることを希望していた。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～7ヶ月後

退院に向け自宅にベッド、テーブル、車椅子をレンタルするように小規模多機能から提案した。退院後は、毎日当事業所の通いサービス利用。毎朝8:30にスタッフ二人にて起床介助し、小規模多機能事業所へ。事業所では、朝食、昼食、服薬介助、週3回入浴介助を行い、夕食は自宅にて減塩の宅配お弁当を手配して届けてもらい、その後に、小規模スタッフが訪問にて就寝介助を行った。これまで同様に毎月1回の通院介助や定期的な散髪への付き添いを行った。日用品の買い物を代行した。金銭管理は権利擁護事業を行う別の事業所が行った。

③ 対応の結果

10ヶ月後

入院前とはADLの違いはあるものの、生活しやすいように生活環境を調整し自宅での暮らしが継続できた。地域住民の方は雪が降った日の朝もAさんの車椅子が通れるよう雪かきをして下さり、通いサービスが利用できるようにサポートしてくれるようになった。最近では、近所の料理店の食事を週2回夕食時に利用するようになった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		72歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 ■ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 ■ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb □ IIIa ■ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		② 着脱	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		④ 入浴	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	<p>【認知症】 □ なし ■ あり (診断名：混合型)</p> <p>【現病】 (高血圧)</p> <p>【既往歴】 (平成×年1月末日 右側頭部慢性硬膜下血腫にて入院、2月急性胆管炎の疑い、5月退院)</p>				
生活の様子と家族	3年前までは母親と二人暮らし。母親が他界し弟さんからの援助がなくなり生活保護へ。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
病院から一人暮らしが無理と言われて施設を探すことを勧められている。	病院に行って、Aさんの今後の生活について、意思を確認した。			●	●										
退院後でADL低下により今までの生活環境では暮らすことができない。	自宅にベット、テーブル、車いす等を福祉用具事業所に手配した。	●					●								
	1人でも生活できるように起床から就寝までのサービスを調整した。						●				●				
	入院前から行きつけの料理屋さん、散髪、金銭管理等今まで通り継続してお願いした。						●				●	●			

事例 4

他県から転入し、入院をきっかけに認知症が進行して借家での一人暮らしが困難になった事例

(1) Aさんの概要

X県で妻子とともに居住していたが、Y県に単身赴任、その後妻とは離婚した。

Y県には身寄りがなく、アパートの1人住まい。認知症の進行も顕著となり、娘の顔もわからなくなる。車の運転もしていたが、家に戻れなくなり、運転免許更新できず、車は娘が処分した。腐っているものも食べてしまうなど生活行為全般に出来ないことが増え、娘が市役所へ相談。地域包括支援センターから当事業所小規模多機能型サービスに相談があった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年1月

- ・捨てることがもったいないと思っており、冷蔵庫や自宅にある食品は、腐っても食べる。
- ・季節がわからなくなる。
- ・キャッシュカードが使えなくなり、お金の計算ができない。
- ・車を購入し、運転してX県に帰りたいが、認知症のため、運転したら道が分からなくなる。
- ・親和的に対応されると、何度も同じ店や近所の家を訪ねるので、嫌がられる。
- ・不信な行動で警察に保護される。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年6ヶ月後

- ・訪問を2回、通い1回で3食確認するし、X県の娘に金銭管理依頼を受け、買い物、支払い等同行した。
- ・交通安全センターの所長に頼んで、「文字が書けないので免許は更新できない」と直接話してもらうように依頼し、スタッフはAさんに何度も手振り身振りでそれを伝えた。立ち寄りそうな市内の車屋に事情を説明して当事業所の職員の名刺を渡し、Aさんには免許がないことを伝え、Aさんの対応に困ったらすぐに事業所に連絡してもらうように頼む。
- ・交番、警察、コンビニ、スーパー等に、当事業所の職員の名刺を配り、Aさんの支援への協力と、対応に困ったらすぐに事業所に連絡してもらうように頼む。
- ・Aさんの立寄り先から連絡が入れば、すぐに迎えに行く。(サービス開始時は、「施設に入れろ」といわれた。)

③ 対応の結果

1年後

- ・腐ったものは捨てるのと怒るが、「クダサイ」と伝えると了解してくれ、職員に渡してくれた。
- ・10ヶ月後に生活保護の申請が受理され、生活費が確保できた。
- ・運転免許の更新は、交通安全センターの所長に直接ダメだと言われて理解しあきらめた。移動は自転車を使っていないが、自転車を置き忘れてから、当事業所の車に乗るようになった。
- ・事業所の職員が、Aさんの立ち寄り先や近所に何度も説明に行くうちに協力的な近隣住民もできた。近隣住民がAさんを見つけると事業所にすぐ連絡が入るようになる。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		63歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外 要介護1			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	■ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV ■ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
疾病	<p>【認知症】 □ なし ■ あり (診断名：アルツハイマー)</p> <p>【現病】 (左肺気管支拡張症 脳梗塞後遺症)</p> <p>【既往歴】 (左肺気管支拡張症 脳梗塞後遺症 痛風)</p>				
生活の様子と家族	<p>アパートでひとり暮らし。言語コミュニケーションがとりにくいのと、計算も出来ない。唯一、カレンダーを毎日チェックして「今日はこの日」と数字を指さす。知人、友人がいない。X県へ帰りたくても、兄弟家族からは「来てもらおうと困る」と言って関わってくれない状態が続いていた。唯一娘だけが、連絡がとれる状況だった。</p>				
支援	<p>□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診</p> <p>■ 地域包括支援センター □ 配食サービス</p> <p>■ 介護サービス (小規模多機能型居宅介護)</p> <p>□ その他の医療 ()</p> <p>□ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()</p>				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
賞味期限がきても食品を捨てないので、腐ったものを食べる。	朝食はパンを届けて、昼と夜は訪問して食事の準備をする。	●													
	訪問時は、腐ったものを食べていないか確認を行う。	●													
	Aさんは、腐ったものを処分すると怒るので、「ください」という			●	●										
お風呂に入らないので、清潔が保持できない	清拭をする	●													
	臀部がただれている時は、強引にお風呂介助をした	●			●										
失語により他者の問いかけに上手く答えることができずコミュニケーションが難しい	他者との対話が必要な場面は同席し、間に入ってAさんの気持ちを他者に伝える、他者の話すことをAさんが理解できる言葉とジェスチャーで伝えるようにした			●											
	対応する職員を決めた	●			●										
薬をきちんととめない	医師と相談して、1日に3回の服薬を1日に1回にしてもらうようにした。	●	●												
	職員が「おごるから」といって、薬をすすめる	●	●												
通いのサービスを理解できない	仕事に通うのだと説明する		●			●									
運転免許の更新できないが、Aさんは理解できない	交通安全センターの所長に協力してもらい、署長から直接Aさんに免許の更新はだめだと説明してもらい納得してもらった		●			●									
	免許更新の手続きに同行して、実際に書類を書いてもらう場面をつくり、書けないことを自覚してもらう		●												
運転免許が更新できなかったが、車がほしいのでディーラーに何度もいく	車のディーラーに同行して車は売ってもらえないことをその場で説明して理解してもらった		●											●	
	車のディーラーに、今後も困ったら小規模多機能に連絡してもらうようお願いした。									●				●	
一人暮らしで、重度の認知症を抱えているので、近所や地域の協力が必要である	交番、警察、コンビニ、スーパー等、Aさんの立ち寄る場に事業所の名刺を配って挨拶し、協力を要請した							●	●		●	●			
	Aさんにも事業所の名刺をもってもらい、何か困れば名刺を提示するように伝えた							●			●	●			
退院後、認知症の進行もあり、建設関係の仕事ができなくなった	生活保護の申請を行った。											●			
キャッシュカードが使えなくなり、金銭の管理ができない	金銭の管理の見守りを行う		●									●			
お金の計算ができないので買物や支払いができない	娘から依頼を受けて、事業所が買物、支払いに同行した		●					●							
家族と疎遠である	キーパーソンである娘には、メールでAさんの状況報告した。								●						
	介護に関する相談や意向の確認は娘にする								●						

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 11人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.09	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	82.18	*****	93.38	69.04
	勤務月数	36.82	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.09	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	20.82	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	17.60	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	7.36	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.20	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.64	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.45	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	6.91	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.64	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	4.27	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.73	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.10	*****	11.27
内省的観察		10.60	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.45	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.09	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.90	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.10	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	6.27	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.09	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.73	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.45	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.27	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	6.55	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.36	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.82	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.91	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.60	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.64	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	16.73	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.82	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.82	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.18	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.00	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	9.45	*****	10.35	3.06
	職場風土	21.82	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.73	*****	8.74	3.31

事例5

難病による若年性認知症により家族が介護離職の危機にみまわれた事例

(1) Aさんの概要

認知機能障害と身体機能障害が同時に進行する難病をわずらい、認知機能障害のある45歳女性。夫と長男・長女の4人暮らし。長男は中学生、長女は高校生。

約1年前に社会福祉協議会のケアマネより小規模多機能サービスに紹介され、当時は介護度1であった。しかし、認知症の進行が早く、2ヶ月前に介護度4になってしまう。それでも、御主人、本人は在宅での生活を望む。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年3月

認知症の進行で、要介護4となるが、本人も夫も在宅での生活の継続を望んでいる。しかし、在宅生活をするためには、以下のような課題があった。

家に誰もいないと外に出て行ってしまい、帰れなくなる。

子供達とコミュニケーションがとれなくなり、息子は母をいやがり口を聞かなくなる。

着替え、歩行、嚥下ができなくなる。

御主人が介護をするために仕事をやめると、生活が経済的にできなくなってしまう。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0～2年後

昼間は、事業所のことを手伝ってほしいと言って、Aさんを通いに誘った。

夕方、自宅に送っていき、そのまま職員は、Aさんと一緒に家族の夕食づくりをした。

職員は帰る時に、同敷地内に住む夫の両親に「帰るので、後をお願いします」と声をかけて見守りを依頼する
つくった食事を全部食べないように見守る

食事をすべて食べてしまった時は、また一緒に食事を作り直す

行きつけのコンビニに、Aさんが買物したくていった時は、事業所に連絡をくれるようお願いした

行きつけのコンビニに、Aさんが来店したら、300円以内で購入できる品物を渡してもらうようお願いした

通院は夫と必ず病院で待ち合わせていくようにして、コミュニケーションを取る場面をつくった

自宅を訪問している時は、Aさんの子供たちにも声をかけてコミュニケーションをとった

医師に、病気に対する理解を深める研修会をしてもらった。夫に、研修会の案内をした

③ 対応の結果

2年後

介護度5で、ほとんど動けなくなりましたが泊まりも取り入れながら車イスで家に帰った。その後、胃ろう造設し、経口と胃ろうの併用となりましたが、食べることをあきらめず、自宅にいる時は訪問リハビリを利用した。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		46歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：高度認知障害) 【現病】 (認知機能と身体機能の低下が進行する難病) 【既往歴】 (多発骨折)				
生活の様子と家族	御主人、長男と3人暮らし。長女は結婚し、孫二人。近くのアパートに住んでいる。				
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
家に誰もいないと、外に出てしまい帰ってこれなくなる。特に夕方に出ていく。	昼間は、事業所のことを手伝ってほしいと言って、通いに誘った					●									
	夕方、自宅に送っていき、そのまま職員は、Aさんと一緒に家族の夕食づくりをした。				●			●							
	職員は、帰る時に、同敷地内に住む、夫の両親に「帰るので、後をお願いします」と声をかけて見守りを依頼する									●					
空腹を感じると、目の前にある食事や食べ物を全部食べてしまう	つくった食事を全部食べないように見守る	●													
	食事をすべて食べてしまった時は、また一緒に食事を作り直す				●			●							
行きつけのコンビニに毎日でかけるが、上手く買物ができない。	行きつけのコンビニの人に、Aさんが買物したくていった時は、事業所に連絡をくれるようお願いしていた									●				●	
	行きつけのコンビニの人に、Aさんが来店したら、300円以内で購入できる品物を渡してもらうようお願いした				●					●					
夫は仕事で忙しいが、夫とコミュニケーションを取りながら支えることが必要である	通院は夫と必ず病院で待ち合わせていくようにして、コミュニケーションを取る場面をつくった									●					
Aさんの認知症状の進行を目の当りにして、子供たちはどう向き合っているのか戸惑いがあった	自宅を訪問している時は、Aさんの子供たちにも声をかけてコミュニケーションをとった									●					
難病に対する周囲や家族、スタッフの理解と知識が必要である	医師に、病気に対する理解を深める研修会をもらった	●						●						●	●
	夫に、研修会の案内をした									●				●	

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 11人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.09	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	82.18	*****	93.38	69.04
	勤務月数	36.82	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.09	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	20.82	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	17.60	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	7.36	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.20	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.64	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.45	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	6.91	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.64	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	4.27	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.73	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.10	*****	11.27
内省的観察		10.60	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.45	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.09	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.90	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.10	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	6.27	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.09	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.73	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.45	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.27	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	6.55	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.36	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.82	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.91	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.60	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.64	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	16.73	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.82	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.82	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.18	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.00	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	9.45	*****	10.35	3.06
	職場風土	21.82	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.73	*****	8.74	3.31

事例 6

難病による若年性認知症から急速に医療的ケアが必要になった事例

(1) Aさんの概要

認知機能障害と身体障害が同時に進行する難病をわずらい、認知機能障害のある 45 歳女性。夫と長男・長女の 4 人暮らし。長男は中学生、長女は高校生。

約 1 年前に社会福祉協議会のケアマネより小規模多機能サービスに紹介され、当時は介護度 1 であった。しかし、認知症の進行が早く、2 ヶ月前に介護度 4 になってしまう。それでも、御主人、本人は在宅での生活を望む。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

不明

急速な認知症の進行で、嚥下が難しくなり、在宅で医療的なケアが必要になってくる。胃ろうを増設した。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

不明

事業所の看護師が、胃瘻の注入を行った
訪問看護事業所と連携して、状態が変化したときは、看に来てもらうようにした。
24 時間、医療ケアが必要となり、泊り中心にマネジメントした
看護師の体制が厚い時は、本人の好きなメニューで経口摂取で食事介助をした
気管切開した A さんを受入れる為に、入院中に病院にいて看護師に対応の指導をもらった
痙攣が起きたときの服薬の順番を職員全員が見える箇所に貼った
痙攣が起きた時に、その様子を記録して医師に相談し指示を仰ぐようにした
職員は、状態変化があった時に、訪問看護ステーションに相談するという手順を共有した
何か状態の変化があれば、いつでも事業所に電話してもらうように伝えていた
発熱があった場合の対応を、予め医師にもらっておいた
医師に、屯用の解熱剤をもらっておいて、発熱時相談して指示をもらえば、すぐに服薬できるようにした
医師に、病気に対する理解を深める研修会をもらった
夫に、研修会の案内をした

③ 対応の結果

1 年半後

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		46歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：高度認知障害) 【現病】 (認知機能と身体機能の低下が進行する難病) 【既往歴】 (多発骨折)				
生活の様子と家族	御主人、長男と3人暮らし。長女は結婚し、孫二人。近くのアパートに住んでいる。				
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
胃瘻造設し食事は、胃瘻と経口摂取の併用となり、在宅で胃瘻の管理が必要となった。	事業所の看護師が、胃瘻の注入を行った 訪問看護事業所と連携して、状態が変化したときは、看に来てもらうようにした。	●													●
胃ろうがあるため常時の医療的ケアが必要となった。	泊り中心にマネジメントした											●			
経口で安全に食事を味わうことが難しい	看護師の体制が厚い時は、Aさんの好きなメニューで経口摂取で食事介助をした				●			●							
入院して気管切開、医療的なケアなどの対応をスタッフに周知する必要がある	気管切開したAさんを受入れる為に、入院中に病院にいて看護師に対応の指導をしてもらった	●												●	●
痙攣が起こった場合の対応の確認と共有が課題である	痙攣が起きたときの服薬の順番を職員全員が見える箇所に貼った	●					●								
	痙攣が起きた時に、その様子を記録して医師に相談し指示を仰ぐようにした	●					●								●
	職員は、状態変化があった時に、訪問看護ステーションに相談するという手順を共有した							●							●
自宅でいる時に急変する可能性がある	何か状態の変化があれば、いつでも事業所に電話してもらうように家族に伝えた								●						
急な発熱があり、医師と相談して対応が必要となる	発熱があった場合の対応を、予め医師にもらっていた	●													●
	医師に、屯用の解熱剤をもらって置いて、発熱時相談して指示をもらえば、すぐに服薬できるようにした	●					●								●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 11人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.09	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	82.18	*****	93.38	69.04
	勤務月数	36.82	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.09	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	20.82	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	17.60	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	7.36	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.20	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.64	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.45	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	6.91	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.64	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	4.27	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.73	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.10	*****	11.27
内省的観察		10.60	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.45	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.09	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.90	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.10	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	6.27	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.09	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.73	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.45	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.27	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	6.55	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.36	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.82	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.91	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.60	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.64	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	16.73	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.82	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.82	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.18	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.00	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	9.45	*****	10.35	3.06
	職場風土	21.82	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.73	*****	8.74	3.31

事例 7

パーキンソン病の進行で食事摂取が難しくなり胃ろうをすすめられた事例

(1) Aさんの概要

妻と2人暮らし。昔は農家だった。

穏やかな性格で、自宅の畑作業等 自ら率先して体を動かしていた。

1年3ヶ月前、妻の入院をきっかけに小規模多機能事業所に登録し、血圧測定や服薬状況の確認、事業所に通って畑仕事等を手伝ってくれていた。

本人は今の自宅で暮らし続けたいという思いがある。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年9月

パーキンソン症候群の進行と共に、日内変動が大きくなってくる。

発語も少なく、表情も固い。排泄の失敗が多くなってくる。

1ヶ月後からは1日中動く事なく、食事も次第に摂れなくなり、主治医の先生からは、胃ろうを勧められたが、本人は拒否する。

事業所に通う事もなくなり毎日訪問していたが、状態の改善はせず、夫婦2人暮らしも限界に感じられた。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

2ヶ月後

毎日の訪問に加え、栄養状態の改善を目的に事業所に数日間泊まった。

事業所では食事を摂ってくれるようになるが、自宅に戻ると食べない事がわかる。

排泄のモニタリングも同時に行い、自宅に帰っても奥さんが困らない方法を考える。

現在は事業所の泊まり（栄養状態を整える目的）と、自宅生活（本人の思い）を交互に繰り返し、在宅生活を継続している最中。

③ 対応の結果

2ヶ月後

・排泄の失敗で衣類やシーツを交換する事が減り、奥さんの負担が減った。

・栄養状態を改善する事で、Aさんの体調の波の度合いが少なくなる。調子の良い時間が増えてきた。相変わらず自宅で食事は食べないが、その分事業所で食べている。胃ろうをしなくて済んだ。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		83歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 ■ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I ■ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	【認知症】 ■ なし □ あり (診断名:) 【現病】 (パーキンソン症候群 糖尿病 高血圧) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	妻と2人暮らし、家事全般は妻が行っている。 本人は調子の悪い時は1日中寝ている。調子の良い時は外に出かける事もある。 娘は少し離れた隣町に住んでおり、時々(月2~3回)顔を見に来る程度。				
支援	□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス(小規模多機能型居宅介護) □ その他の医療 () □ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	自立に向けた家族への働きかけ	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
食事摂取ができないと栄養状態の悪化が予測され、医師からは胃瘻造設の提案をされている	観察すると事業所では食事をとることがわかったので、週4日泊りにして、自宅よりも事業所で暮らす時間を増やした。	●										●			
	1週間泊りの間、食事量、どういうメニューで何割食べるのか観察して食事チェック表をつけた	●	●												
	かかりつけ医に事業所と自宅での食事摂取量などを報告する														●
尿量や排泄パターンにあっていないので、衣類の着替えやシーツの交換の頻度が高い	事業所に1週間泊りを提案して、実施した		●												
	1週間泊りの間、排泄のパターンを観察して、排泄チェック表をつけた	●	●												
	排泄パターンを把握して、パットの見直しをした	●													
妻は排泄交換や、シーツ交換、着替えの介助が負担になっている	排泄パターンを把握して、パットの見直し、失禁を減らした			●											
泊り中心であると、家族は事業所に介護を任せきりになる危険がある	妻も小規模多機能型サービスを利用しているので、妻への訪問のときに「明日帰ってこられます」と心の準備をしてもらう							●							
	妻も小規模多機能型サービスを利用しているので、妻への訪問の時、Aさんの事業所での様子を報告する							●							
パーキンソン病の進行により、活動性に日内変動がある	1週間の泊り利用の間に、活動性のリズムを把握した		●												
パーキンソン病の服薬の確認が必要である	服薬は、カレンダーに薬を貼っておいた。	●						●							
	カレンダーを確認して、服薬できているのか確認をした	●													
入浴後、血圧が下がる時がある。	入浴後の様子を観察した	●													
	入浴後に血圧の測定をする	●													
できることを活かして役割をもってもらう必要がある	暖房用に薪割りを「ちょっと手伝ってもらえませんか」と言ってもらった			●	●			●							
	薪を入れたコンテナを運んでもらう							●							

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 6人	相対評価	平均値	標準偏差
		平均値	低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	35.17	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	54.17	*****	93.38	69.04
	勤務月数	44.17	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.67	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	24.00	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.50	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.50	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.83	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.50	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.17	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.50	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	7.17	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	7.50	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	3.33	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	10.80	*****	11.27
内省的観察		10.20	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		9.83	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.50	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	42.83	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.00	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.83	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.50	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	4.83	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	7.00	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.83	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.50	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.67	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.17	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.33	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.83	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.50	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.83	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.83	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.67	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	6.83	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	8.17	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	9.33	*****	10.35	3.06
	職場風土	19.17	*****	21.87	5.91
	安全衛生	7.33	*****	8.74	3.31

事例 8

転倒骨折後、保存療法でADL低下、認知症進行によって全介助となった事例

(1) Aさんの概要

X市で生まれ、Y町で育つ。6才の時に父を失い、母の親せきを頼り、Zに来た。
夫と結婚し、1男1女をもうける。50代の頃に区画整理の関係でWに引っ越してきた。
新聞店を購入し、夫と2人で営んでいた。15年程前に夫を亡くし、その後、長男も病気で亡くしている。Wに一人暮らしをしている。V市に住む長女（車で30分）が毎週末に来て、一緒に買い物に行っている。デイサービスを利用していたが、一人でいることの不安感が強くなり、小規模多機能居宅介護事業所の利用、1年7ヶ月前から始まる。初めは、週1回の通い、それ以外の日は夕方に訪問し、10分～30分程度、安否確認、話し相手、健康相談などを行っている。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年5月

7ヶ月前、自宅にて転倒。訪問時発見し、救急搬送する。
右大腿骨頸部骨折と診断される。高齢であること、基礎疾患に狭心症、高血圧などがあり、手術のリスクが高いことにより、保存的療法の治療をすることとなる。
自力で歩行することは不可能となり、車いす移動。移乗は2名でバスタオルで介助する。
入院中は食欲なく、体力も落ちていた。この入院で認知症が進む。
平成X年5月に退院。退院後は、家族と相談し、当事業所の泊まりを長期利用することとなる。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年2ヶ月後

- ・長期の泊まり利用の中で…
その間、Aさんの体調が落ちついてから、Aさんの「自宅に帰りたい」という気持ちを考える。
 - ・日中、スタッフと自宅まで散歩、一緒に自宅ですごす（Aさん宅まで車いすで5分くらい）
 - ・夜間、スタッフ泊まり込み、Aさんが自宅で寝る（夏場、週1回から始める）
 - ・長女さんとの外出、外食の支援（Aさん行きつけの店へ送迎）
 - ・Aさんの食べたいもの、一緒に作り食べる。
 - ・常にAさんがどうしたいのか、を考えていくこと。

③ 対応の結果

1年2ヶ月後

- ・認知症が進み、不安感やさみしさから、常に誰かがそばにいれば、大きな声で呼び続けるような状況だった。
- ・長女は週2回程度、Aさんの様子を見にきてくれ、スタッフはその都度状況を伝え、長女との関係も築け、一緒にどうしていくか考えていくことができた。自宅で寝るのも初めはスタッフのみで行ったが、長女さんもそれを見て“私もできるな”となり、長女さんが泊まり、スタッフが訪問し、移乗介助など手伝う、ということもできていた。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		95歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：アルツハイマー型認知症)</p> <p>【現病】 (右大腿骨頸部骨折 骨粗鬆症 両膝変形性関節症 高血圧症 狭心症)</p> <p>【既往歴】 (胆のう炎 肝炎)</p>				
生活の様子と家族	<p>食事は自力で食べることができたが、好き嫌いは多く、元々料理好きで味にうるさい。排泄はオムツ着用、ポータブルトイレ2名介助により行う。</p> <p>入浴、移乗は2名介助。移動は車いす移動。</p> <p>不安感、歩けなくなった時のさみしさ、やるせなさ、認知症の進行、大きな声でスタッフを呼ぶことが多い。夜間はよくねていることが多い。</p> <p>肺炎になり、何度か入院。入院するとさらに混乱が強くなった。</p> <p>長女は週2回程度、事業所に様子を見に来てくれる。通院も一緒に行っている。</p>				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能居宅型介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	対応に必要な技術・能力															
		観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携		
今後の生活をどこで送るかが決まっていない	関係者を集めた話し合い																
	家族の意向を確認する																
	利用者の意向を確認する																
Aさんの不安感が強い。	できるだけスタッフが利用者のそばにいる																
	利用者に理由をたずねる																
	スタッフ内での問題解決のためのミーティングの実施																
	利用者の様子を観察して、タイミングをはかる																
自力歩行ができない。足に重荷をかけたり、ひねったりしてはいけない。	観察・アセスメントによって課題解決の見通しをもつ																
	集中できる作業を探して、作業をスタッフが一緒に行なう																
医師からひとりでは生活できないと言われたが、Aさんは家に帰りたい。	転倒しないように必要に応じて2人介助をおこなう																
	スタッフが医師と連携、情報交換する																
	小規模多機能の「泊り」を利用して生活状況を確認し、本人も生活に慣れるようにする																
	スタッフが利用者の自宅に泊まって生活状況を確認する																
	利用者の自宅での生活を想定して、具体的に必要な支援を考え、整理する																
	利用者の自宅での生活に必要な介助を、家族に伝える																
	スタッフが利用者の自宅に宿泊し、介助を家族と一緒にこなす 家族が必要な時に随時訪問して利用者を介助する																
冬場は自宅が寒くて泊りの利用が続いて、家族との接点が減りがちになる。	家族に介護の方法を覚えてもらう																
	利用者の要望の変化を柔軟にうけいれる																
	利用者が家族との外出時、スタッフが送迎を行う																
	利用者の好みを踏まえて食事内容を決める 利用者のこだわりについた活動をとりいれる																
ターミナルをどのように過ごすか決める必要がある。	終末期より前から家族と交流し、終末期の意向を確認する																
	通院時に、家族とともにスタッフが同行し、終末期ケアについて毎週話し合う																
ターミナルに向けて、夜間の一人勤務時などの職員の不安が大きい。	終末期の対応方法を家族に確認してあらかじめ決めておく																
	終末期に想定される状況を、関係者と共有する																

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	41.89	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	83.63	*****	93.38	69.04
	勤務月数	60.50	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	19.78	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	25.11	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.00	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.67	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.33	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.22	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.11	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.00	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.89	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.56	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.44	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.67	*****	11.27
内省的観察		11.33	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.67	*****	11.86	2.21
能動的実験		12.00	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	41.57	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.22	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.89	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.56	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.33	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.22	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.89	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	8.00	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.89	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	6.00	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.89	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.56	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.67	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.50	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.22	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.56	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	9.00	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.33	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.00	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	11.89	*****	10.35	3.06
	職場風土	24.63	*****	21.87	5.91
	安全衛生	10.22	*****	8.74	3.31

事例 9

透析が必要だが認知症の進行などにより定期通院が困難となって身体状態が悪化してしまった事例

(1) Aさんの概要

85歳。造園業を営んでいたが現在は生活保護。元々気性が荒く、市の担当職員と妻が不倫をしていると思い込んで妻に暴力をふるうようになり、妻が逃げ出して独居となる。

前立腺癌手術の後遺症による右下肢のリンパ浮腫がある。外見上、左足の1.5倍ほどの太さがあるが、杖歩行が可能。隣がコンビニなので食品などをその都度買いに行くほか、行き先はわからないが出て歩く事が多い。

糖尿病から慢性腎不全になり、1回4時間の透析を週3回受けている。インシュリンも使用。

全く病識がない食生活、服薬が不確実、入浴もしていない様子などを見て、市役所の福祉課がサービス利用に結び付ける。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年11月

透析通院はクリニックの送迎車を利用し、透析日には決められた場所で車を待っていたが、それが出来ない日が出て来る。

車が到着してもいないので家まで呼びに行く、家にいない、仕事があるから行かない等と言って出掛けようとしない。

右足が重くて動けないとも言い、移乗や移動の介助や車椅子が必要な日が出て来るが、送迎車の運転手では介助が困難だったり、介助しきれず、当事業所に連絡が来る事もある。

独居の為、移動が困難でコンビニに行けなくなると食料等の買い物をどうするかが問題となる。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～9ヶ月後

透析通院の送迎を当事業所に変更し、時間がかかっても良いように単独送迎にする。

クリニックと打ち合わせし、3回/週の透析を維持する事だけを目的とし、曜日と時間を決めることは二の次とした。

- ・家を出る時にクリニックに電話し、クリニックはそれから透析準備にかかる。

- ・10時までに家を出なければその日の透析は中止とし、翌日に透析。

コンビニに買った物の配達を依頼するが断られ、いつでもどこへ出て行くかわからないので配食の利用も難しい事から、食料や日用品の購入は長女に、安否確認を二男に依頼。

インシュリンの自己注射をやめ、非透析日は当事業所の看護師が訪問してインシュリン施注。他市町村の利用者の為、緊急時に備え、近医の訪問看護を月3回利用。

③ 対応の結果

10ヶ月後

日にちや時間はバラバラになったが、週3回の透析通院が継続できる。

長女が3～4日毎に、食料品や日用品を補充しておいてくれる。

Aさんの足取りが悪く、職員1人での乗降介助が大変な時は二男が手を貸してくれたり、様子を変だと連絡を入れてくれる。

体調がどんどん悪化し、軽度の脳梗塞、止血困難な鼻出血、右下肢の蜂窩織炎などが続くが、外来通院で対処し、意識レベルが低下するまで入院はせず在宅生活を続ける。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		85歳 ■男 □女			
要介護度		□ 要介護2 ■ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb ■ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり (診断名: ついていない)) 【現病】 (慢性腎不全 糖尿病)) 【既往歴】 (前立腺癌術後))				
生活の様子と家族	自宅は災害にともなう仮設住宅で退去命令が出ているが、認知症で家への執着心が強く、強制的に退去させても転居先で穏やかに暮らせないだろうという事で猶予されている。風で瓦が飛び雨漏りしても、自力で室内にビニールシートをかけてしのぎ、隣の雑木林の枝を切って風呂を沸かしている。隣のコンビニで、食事や日用品など、必要な時に必要な物だけ買ってくる。ほぼ毎日、1日に数回来店する事もあると店員より。妻は福祉課に保護されアパートで1人暮らしをし、夫の認知症が進み自分の事もわからなくなれば面倒を見ると。子どもは妻の連れ子の長女と、自身の子が男ばかり5人。近隣に住んでいる子もあり、行き来していた頃もあったが現在は疎遠。二男が車上生活者で、時々離れに寝泊まりしている。ご本人が二男の支援は受け入れないため、直接関わる事はないが安否は気にかけている。				
支援	■ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス (小規模多機能型居宅介護)) □ その他の医療 ()) ■ その他の生活支援・インフォーマル支援 (市役所社会福祉課))				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見直しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見直しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
		安全と健康を維持する基本的ケア												
透析通院を嫌がるので透析継続が困難	病院ではなく、小規模のスタッフが通院への送迎を行う	●	●											
	利用者の通院への意欲を高めるようにコミュニケーションをとる		●	●										
	スタッフが自宅に訪問して、利用者の起床介助をする	●	●	●										
	病院と連携して、柔軟に受診できるようにする	●	●										●	
	スタッフが利用者の意欲を高めるコミュニケーションをとる		●	●										
	利用者が受け入れるスタッフが対応する			●										
	利用者をさがす	●	●										●	
	利用者の歩行ペースに合わせる		●	●										
認知症で自宅に不在がちになり、生活に必要な買い物もできない。	利用者が受け入れる話題を話す		●	●	●									
	利用者の生活のための支援を、地域で調整する	●	●					●				●		
インシュリンの自己注射が管理できない。	家族に具体的な生活支援をお願いする	●	●					●				●	●	
	確実に服薬施注できるように利用者自身ではなく医療者が行う	●												
身体状態の悪化	緊急時に備えて、医療と連携する	●										●	●	●
	身体機能低下に対してスタッフ2名で対応する	●												
家族の生活状況がはっきりしないが、はっきりさせてしまうと、行政ルールなどに抵触して支援継続が難しくなる。	小規模多機能のサービスを状況に応じて柔軟に変更する			●		●				●				
異なる行政区に住んでいたため、普段はやりとりのない隣の市役所と連携する必要がある。	急変時に備えて、担当者と事前協議する	●										●	●	●
ある女性職員に対して、Aさんが見下して、職員のいうことをきいてくれない。	うまく対応できないスタッフに、対応の仕方を指導・アドバイスする				●	●							●	
	対応するスタッフを固定しないで、すべてのスタッフが対応できるようにする												●	
認知症の症状で記憶違いが多く、関係者が感わされる。	認知症による勘違いによって失敗がないように、スタッフが確認する	●	●		●									

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価	平均値	標準偏差
		平均値	低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	43.08	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	121.08	*****	93.38	69.04
	勤務月数	70.77	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	19.69	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.69	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.54	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.46	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	8.54	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.69	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.69	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	11.38	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.85	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.62	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.77	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	10.38	*****	11.27
内省的観察		11.08	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.31	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.75	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	42.69	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.08	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	7.23	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.77	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.25	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.08	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	6.85	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.85	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	4.23	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	3.69	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.15	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.08	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.08	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.92	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	11.69	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.85	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.23	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.69	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	11.23	*****	10.35	3.06
	職場風土	20.92	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.38	*****	8.74	3.31

事例 10

主介護者の嫁への暴言や妄想等から介護者が家出し家族介護が困難となった事例

(1) Aさんの概要

90歳、男性。妻は死亡。子は長女・長男・次女の3人で長男夫婦と同居。

戦後間もなく、鉄屑を拾って、鍋などを作り始め、プレス工場を立ち上げた。仕事第一の性格で、家族との仲は良くない。お金に対する執着心が強い。

60代後半、胃癌で胃全摘。後に肝臓癌も見つかるが、進行が遅いのと高齢という事もあって、何も治療はしていない。

80歳半ばを過ぎた頃から、物忘れや、亡くなった妻や外孫がいかにも今一緒にいるような感じで話をする事があったが、家族は年相応の物忘れ、夢でも見たのだろうぐらいに考えていた。同居の息子夫婦が泊まりがけで出掛ける時は、近隣に住む次女に食事の世話だけ頼んで1人で留守番が出来ていた。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年6月

後にレビー小体型と判明したが当初はアルツハイマー型と診断されており、アリセプトが処方されたが、服用後の胃部不快感が強く、服用を拒否する為、毎回服用するしないで言い争いになり、家族判断で服薬中止した。以後、認知症に関する服薬は皆無で、幻視が原因で介護拒否をしたり、自分のお金を息子夫婦や当事業所が使う、嫁はただ働きして当然などと、家でも施設でも暴言を吐いたり、怒鳴り散らしてばかりで、介護困難な状態が続く。レビー小体型認知症を疑い、何度か専門医の受診を勧めるが、長年診てもらっている主治医への信頼が厚く、受け入れてもらえない。

服薬なしの介護が1年を超えた頃に、長男の妻が耐え切れず家出してしまう。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～5ヶ月後

長男の妻が入院した事にして、Aさんを事業所で連泊で預かり、長男の妻は家に戻る。

今までも長男と次女は協力的だったが、中心は長男の妻だったので、しばらくは長男の妻抜きの状態で協力を得る。

連泊後、肝臓癌による肝機能の悪化の為、発熱、嘔吐、食欲不振などの症状が出現するが、入院の対象ではないという事で、通院などの支援を行う。主治医にも、長男の妻の状況を説明し、受診時の配慮や長男の妻との話し合いに参加してもらうなど協力を得る。

③ 対応の結果

4ヶ月後

次女夫婦も積極的に関わってくれるようになり、毎月末の訪問時にも同席する。

ご家族で話し合いの結果、長男の妻の負担軽減を考えると施設入所が良いという結論になり、入所の支援と入所先が決まるまで連泊でお預かりする事になる。Aさんは、長男の妻が入院しているという事で渋々承諾したが、暴言の連続。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		90歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		■ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 ■ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb □ IIIa ■ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり(診断名:アルツハイマーのちにレビー小体型認知症) 【現病】(老人性認知症 夜間徘徊) 【既往歴】(狭心症 胃癌術後 肝臓癌)				
生活の様子と家族	妻は死亡。子どもは長女、長男、次女の3人で長男夫婦と同居。次女夫婦は同じ町内に在住なので、介護の協力以外でも頻繁に行き来している。長女は県外におり、連絡は取り合うが、介護に非協力的で弟妹とは仲が良くない。長男夫婦とも病気がちだが、病状は落ち着いている。				
支援	□ 訪問看護 ■ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス(小規模多機能型居宅介護) □ その他の医療() □ その他の生活支援・インフォーマル支援()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	対応に必要な技術・能力														
		観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	自立に向けた家族に対する働きかけ	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携	
当面の主な介護者がいない	泊まりを利用する際、利用者に理由を説明する	●		●		●										
	家族から、利用者に対する支援について協力を得る								●							
	家族に、話し合いをもってもらうようお願いする								●							
	家族状況を医師に話して、協力を求める					●						●				
専門医を受診してほしいが、現在の主治医への信頼が厚い長男の嫁が受診する気がない。	受診の必要性について家族に説明する	●	●							●						
幻視・幻聴がひどく介護が困難	利用者の幻覚・幻聴に共感を示してコミュニケーションする					●										
	利用者の幻覚・幻聴に時間が許す限り傾聴する。			●												
	複数のスタッフで連携して、利用者に傾聴し続ける			●		●	●									
小規模多機能の通いの際に、不安や暴言があつて落ち着かない。	利用者の行きつけのお店まで送迎する				●				●					●		
	地域の人に協力をもとめる													●		
ターミナルなので、通所ではなく、自宅にいたほうがいと主治医から言われ、家族が不安を覚えた。	小規模多機能の看護師が訪問して医療的ケアを行う	●										●				
	訪問診療を手配し、小規模多機能の看護師と連携する	●										●				●
Aさんがお金のことが心配で、通いの時に、郵便局に確認に行くと出て出ていこうとしたり、職員に電話で確認させたりして対応が困難。	利用者が納得・安心できるような文脈でコミュニケーションする		●	●		●										

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	43.08	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	121.08	*****	93.38	69.04
	勤務月数	70.77	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	19.69	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.69	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.54	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.46	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	8.54	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.69	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.69	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	11.38	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.85	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.62	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.77	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	10.38	*****	11.27
内省的観察		11.08	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.31	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.75	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	42.69	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.08	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	7.23	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.77	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.25	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.08	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	6.85	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.85	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	4.23	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	3.69	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.15	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.08	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.08	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.92	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	11.69	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.85	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.23	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.69	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	11.23	*****	10.35	3.06
	職場風土	20.92	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.38	*****	8.74	3.31

事例 1 1

若年性認知症による暴言などの行動により家族の混乱と地域の苦情で在宅生活が困難となった事例

(1) Aさんの概要

老健のデイケアとショートを利用していたが、多人数でなじめなかった。若年性認知症があり、「夫が怖い」と言っては家を飛び出し通りがかった車を止めて乗ろうとする、タクシーを拾って 2~3 時間乗車して帰ってくるといったことがあった。ケアマネジャーから当事業所に依頼があり、7 年前からサービスを利用している。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成 X 年 4 月

- ・ 何度も同じことを言い続ける。数分おきにトイレに行こうとしてその都度介助が必要である。
- ・ いつ出て行くかわからないので常時見守りが必要で、夫はトイレに行くこともままならない状況である。
- ・ Aさんの近所の人達に対する言動で、夫に対して近所から苦情がある
- ・ 夫は心臓病の発作で救急搬送され入院し手術を受けるなど、主介護者の健康面に課題がある。
- ・ Aさんの認知症状の進行、それに対する夫の認知症の症状や行動に対する理解不足により、夫は心身ともに介護負担がかかっている。Aさんの身体にあざが見られ、夫に確認すると「そうかあ」という。
- ・ 認知症に対する近隣住民の理解不足がある。・ 経済的負担がある

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～5年後

- ・ 通いの日数を週 5~6 日に、新たに泊まりを週 1 日増やし、訪問は月 2 回程度。夫の入院など緊急時は娘と相談し泊まりを継続した。泊まりは「離れていると気になって心が休まらない」と言う夫の気持ちを汲んで、事業所に Aさんを送ってきた夫に安心してもらうため、夫と意図的にコミュニケーションをとった。
- ・ 本人の楽しいと感じること（得意だった料理を作る、買い物をする、X市の友達に会いに行く、マラソン大会に参加する、花を見る等）を一緒に実行した。
- ・ 認知症に理解のある医師を紹介した。受診は、夫と Aさんの不安が強いので職員が同行した。
- ・ Y県内の認知症家族の会を紹介し、家族の会の集まりには、職員が同行した。
- ・ 地域包括支援センターに協力を求め、Aさんの住んでいる町内会向けの認知症講座を行った。
- ・ 障害年金、精神と身体の障害者手帳、特別障害者手当、精神通院医療などの手続きを行った。
- ・ Aさんの姉の強い勧めで特養の申し込みの手続きを行った。
- ・ 夫の役割、生きがい、経済的な支援のため、パート職員で採用している。

③ 対応の結果

3年～6年後

- ・ 夫は「自分にもしもの事があつたらどうしよう」と漏らすのが、在宅生活継続の意志は変わらない。特養から入所案内の連絡があっても、毎回辞退している。
- ・ 「夫が怖い」から「お父さん、お父さん」と夫を探す場面も見られ「楽しい。嬉しい。よかった」という言葉もしばしば聞かれるようになり、Aさんの不安が軽減した。
- ・ 夫と近所の友人と一緒に毎日散歩をする、昔からの友人が働いている Z 県の旅館に夫と職員と一緒に遊びに行く、地元のマラソン大会に職員の伴走で完走するなどの楽しい時間も持てた。
- ・ 通い週 4 日、冠婚葬祭等で夫の不在時に泊まりを利用。訪問は、夫が一人で対応処理できない時となっているが、殆ど、訪問要請の連絡はない
- ・ 夫は地域の家族会と当事業所の家族会の代表。
- ・ 夫には、家族会など、福祉制度について説明し他の家族に利用相談を担ってもらっている。
- ・ Aさんの体にあつたあざについて「あの頃はごまかしていたが、なぐっていた。今は認知症だから怒っても駄目だとわかるけど、あの頃は訳がわからずかわいそうなことをした」と体験談として語り他の家族に認知症の人への対応を伝えている。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		60歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：若年性認知症 アルツハイマー型) 【現病】 (若年性認知症 てんかん発作 脂質異常症) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	夫と二人暮らし。夫は本人の介護のために仕事を早期退職し家事全般を行っている。娘は市内に住んでおり介護にも協力的だが、忙しい毎日を過ごしており夫は嫁にやった娘に負担はかけたくないと考えている。夫は仕事で家を空けている時間が長く、本人は気ままに暮らしていたらしい。また、明るい性格で、趣味を通じての友人も多かった。サークル活動的なことも行っていた。その友人や近所の人は本人の言動が理解できない。そのため、夫は一人で悩みを抱え込んでいる。本人とは関係が深まり少しずつ安心して話のできる職員ができそれにつれ本人の気持ちを職員が知ることも出来るようになってきた。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
夫が入院したので、Aさんの介護を担えない	娘と入院中のサポートについて相談した 夫が入院中は、Aさんを泊りのサービスでサポートした	●						●							
認知症の混乱や不安から数分おきにトイレに行くので、都度排泄介助が必要である	通い5日～6日に加えて、1日泊りを増やして、常時そばで対応できるようにした	●	●	●											
認知症の混乱や不安を感じている	訪問時に、ハンバーグやギョーザと一緒に料理をつくった Aさんとスキップをした			●	●			●							
Aさんが遠方にいる友人に会いたい	県外の友人に会いにいくのに同行して、排泄介助をした 県外に同行して友人の営む旅館と一緒に泊まった	●		●			●	●							
夫が介護負担や認知症状が理解できなくて葛藤し、Aさんに暴力的な行動をする	認知症を抱える本人の生活や家族の気持ちに親和的で理解のある医師を紹介した 理解のある医師に受診した 夫に、認知症を抱える家族の会への参加を勧めた											●	●	●	
夫が不慣れな家事を担わなければならない	事業所にAさんを送ってきたときに、夫に事業所の厨房で料理の作り方を教えた 夫との立ち話でも、料理のことを話題にあるようにした	●						●	●						
夫は介護の負担を娘にかけたくなと考え抱え込む	もつと娘さんを頼ってみてはと夫に助言する。 娘ともAさんへのサポートや生活の様子を共有してもらうために、1ヵ月ごとに、ケース記録のまとめを夫と娘に渡して読んでもらう 1ヵ月ごとに、ケース記録のまとめを医師に渡して読んでもらう							●	●					●	
Aさんの言動に関して、地域住民から夫に対して苦情がよせられる	地域包括支援センターと協力して、Aさんの暮らす団地で認知症講座を行った								●		●	●	●		

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	42.78	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	117.22	*****	93.38	69.04
	勤務月数	48.67	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	22.56	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	30.56	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	21.67	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	10.11	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.78	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	7.22	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	7.33	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	13.89	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	10.13	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.89	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	6.11	*****	3.25	1.89
経験学習	具体的経験	13.11	*****	11.27	2.15
	内省的観察	12.67	*****	11.43	2.21
	抽象的概念化	13.56	*****	11.86	2.21
	能動的実験	13.67	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	48.33	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.44	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	8.00	*****	6.18	2.46
	達成動機	9.22	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	8.33	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.44	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.56	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.78	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.56	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.56	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.22	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	6.22	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.44	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.89	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.33	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.78	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.67	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.89	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	7.44	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.89	*****	10.35	3.06
	職場風土	24.78	*****	21.87	5.91
	安全衛生	6.78	*****	8.74	3.31

事例 1 2

家を守りたいと望むが独居でパーキンソン病が進行し、別居家族が施設入所をすすめた事例

(1) Aさんの概要

一人暮らし、娘が近所にいるが夫の両親の介護をしている。息子は30分程離れたところにいるが、妻の体調が悪く自由には動けない。Aさんはこの家に生まれ育ち、自分が子どもにしきたり等を伝える役割があると思っている。パーキンソン病の進行により、8年ほど前から身体の動きがわるくなり、家族や友人の助けをかりて生活していた。次第に家族の介護だけでは生活できなくなり、介護保険サービスを利用するようになった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年6月

パーキンソン病の進行で体の動きが困難になり、ベッドからPトイレに移動するだけで1時間程かかりはじめ。ベッドに横になることも出来なくなり、就寝時は、毎日家族がベッドへ移乗をするために来ていた。食べる以外は全て介助が必要になってくる。夜間(2時頃)、ベッドからPトイレに自分で行こうとされたが、床に転倒されてしまい、助けの電話を掛けることも出来ず、朝まで床に失禁状態で倒れたままで朝訪問をした職員が発見する。

- ・転倒を機に家族は施設入所をすすめるが、Aさんは利用当初から「家を守るのは私の役目です。この家から離れるわけにはいきません」と話していたので、意向を確認する必要がある。
- ・家族は、Aさんが「家に居たい」気持ちも知っており施設入所を強くは勧めることが出来なかった。転倒の件で、現在の家族の思いや気持ちを事業所が確認する必要がある。
- ・歩行や移動が不安定で転倒する危険があり、室内の環境調整が必要であるが、Aさんは、「物の配置」に強いこだわり、家具や物の配置を変えられない。
- ・転倒転落時に、当事業所に電話出来ない時も、時間を空けず対応できるように訪問回数を見直す必要がある。
- ・家族は、毎晩Aさんをベッドに寝かせる介助で訪問することを負担に感じている。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～

- ・Aさんは「家を守るのは私の役目です。家を離れるわけにはいきません」と話し、在宅生活の意思は関わり始めた8年前から変わっていないことを確認する。
- ・家族に、Aさんの在宅生活継続への強い意向を伝えた。事業所が行う介護や支援を伝え、就寝介助は事業所が担うので、家族には日中来てもらいAさんとコミュニケーションをとってもらおうよう依頼した。
- ・Aさんの現状に合わせたベッド、ソファやPトイレの位置を、Aさんの納得を得ながら、出来るだけ最小の移動で最大の効率が得られる場所へ移動させた。
- ・訪問時間と頻度の案を提示し了承をえて、1日5回の訪問を、7回に増やした。

③ 対応の結果

2ヶ月後

- ・家具や物の配置調整の結果、ベッドからPトイレへ移動時間はかかるが、安全にできるようになった。
- ・訪問回数を増したことで、Aさんは「誰かが来てくださってから動けばいいですね」といって一人で無理することがなくなった。
- ・家族が日中に訪問してもらい、Aさんの頼みごとや用事をきいたり、以前より長い時間で親子のコミュニケーションを取れて家族の方々も気持ちの理解とゆとりもて、施設入所の話はでなくなった。
- ・大きく変わったことは、本人が「家を守る」(家で暮らし続ける)ことの為に、自分も頼らなくてはいけないこと、拘りは大切だが時には妥協も必要だと理解してもらえて、「これからも私を助けて下さいね。皆さん宜しくお願いします」と話すようになった。
- ・家族は「事業所がそこまでしていただけるなら、母も安心して家に居られると思います。私たちも出来るだけのことはさせてもらいます。」とAさんの在宅生活継続を了解した。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		86歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名:) 【現病】 (パーキンソン病) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	一人暮らし、娘が近所にいるが夫の両親の介護をしている。息子は30分程離れたところにいるが、妻の体調が悪く自由には動けない。 本人はこの家に生まれ育ち、自分が子どもにしきたり等を伝える役割があると思っている。10年以上頃から動きにくくなってきていたが、家族や友人の助けをかりて生活していた。それだけでは生活がなりたたなくなり介護保険サービスを利用するようになった。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
家族は施設入所をすすめたが、Aさんの意思確認が必要である	在宅生活なのか、施設入所を望むのかAさんに確認した			●				●							
パーキンソン病により歩行や移動が不安定で転倒する危険がある	自宅の家具や物の配置に強いこだわりがあったが、在宅生活を安全に継続するために説明し安全に移動できるように移動することを納得してもらう			●		●									
	Aさんの移動能力に合わせて、ベッドやポータブルトイレの位置を調整した	●						●							
転倒しても自分で起き上がれない	Aさんがトイレに行く時間や行動に合わせて、従来5回だった訪問回数を7回に増やした	●			●										
	携帯電話を首からかけてもらい、転倒したときは事業所へ電話してもらう	●				●									
在宅生活を継続するために、家族の理解、協力が必要である	Aさんの自宅での生活を継続の強い意向をキーパーソンである娘に伝えた							●	●						
	Aさんの在宅生活を支える為に、事業所ができることを家族に伝えた								●						
	娘が就寝介助のためAさん宅を訪問する時間に合わせて、事業所の職員も訪問して娘とコミュニケーションを取る				●				●	●					
	Aさんが娘に日中少しでも長くいてほしいことを、娘に伝え、娘に日中に訪問してもらい、就寝介助は事業所が担うことを提案する								●	●		●			

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	42.78	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	117.22	*****	93.38	69.04
	勤務月数	48.67	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	22.56	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	30.56	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	21.67	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	10.11	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.78	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	7.22	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	7.33	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	13.89	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	10.13	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.89	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	6.11	*****	3.25	1.89
経験学習	具体的経験	13.11	*****	11.27	2.15
	内省的観察	12.67	*****	11.43	2.21
	抽象的概念化	13.56	*****	11.86	2.21
	能動的実験	13.67	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	48.33	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.44	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	8.00	*****	6.18	2.46
	達成動機	9.22	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	8.33	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.44	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.56	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.78	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.56	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.56	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.22	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	6.22	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.44	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.89	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.33	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.78	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.67	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.89	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	7.44	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.89	*****	10.35	3.06
	職場風土	24.78	*****	21.87	5.91
	安全衛生	6.78	*****	8.74	3.31

事例 1 3

長年独居で身寄りのない女性が認知症を発症し閉じこもり状態となっている事例

(1) Aさんの概要

未婚で兄弟なく1人っ子の女性。若いころは公務員をしていた。長年独り暮らしである。包括からの紹介でAさんと関わることとなったが、もともと他人を自宅に招き入れる事が嫌いで、食事も含めて生活全体が分からない状況にあり、家の中はゴミが散乱し異臭が漂い、近隣の方も困っていた。なじみの近所の商店が閉店したことで、出かける所もなくなり閉じこもりになっていた。当時、妄想や幻視といった症状も現れていて、警戒心がもともと強かったこともあり、周辺住民との関係がさらに希薄になっていた。Aさんは自分で何でも出来る、誰かの世話になるつもりはないと頑なで、孤立している状況にあった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年9月

支援当初からいきなりつまづいていた。他者に対して非常に警戒心が強く、誰かの世話になる事を嫌がるAさんは、何でも自分で出来る、世話になる必要はないと支援を拒絶。食事の事を聞くと「ちゃんと食べているから」、水分の事を聞くと「水道があるから」と話すも、家の中には冷蔵庫も冷暖房もない環境。玄関までゴミが散乱し衛生状態が悪いのも分かった。訪問を重ねても同様のやり取りを繰り返し支援に繋がらない。話をする時もずっと下を向き俯いているAさんを見て、まずは信頼関係作りと思い、何度も足を運ぶが関係が変わらない。地域の皆さんにもお知恵を頂こうと、地域ケア会議に提案するが、町内会長は「ここ（地域）の住民で困っているような人はひとりもない」と発言され、話題にすら上げてもらえなかった。地域と事業所との信頼関係ができていないという事もあるが、Aさんと地域との関係が途切れていることによる発言と感じた。事業所だけでAさんの在宅生活を支えるのではなく、地域の皆さんからの理解を頂き、一緒に考えてもらうようにしないとますます孤立してしまうのではと思い、どのようにしてAさんと地域との繋がりを取り戻していく事が出来るのかという大きな課題に直面した。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～4ヶ月後

まずAさんが元々持っていた人間関係を探ることから始めた。事業所ではなく、Aさんにとって馴染みのあるこの地域で、Aさんが安心できる人を探したい、と思った。Aさんの理解者でありながら、事業所の理解者でもいてくれる、Aさんと事業所の溝を埋めてくれるような存在の方が必要であると感じていた。しかし都合よく見つかるわけもなく、いろいろな方に相談しているうちに、Aさんの2件隣にすむBさんにたどり着いた。Bさんは普段から積極的にボランティア活動をされ、私の事業所にも歌やお話に来てくれている方だ。BさんにAさんの伴走者になってもらう事が出来ないかとお願ひしたとしたり、他にも信頼出来る人を紹介してくれたりして、Aさんが地域に出かける機会が作れるのではないかと、何より自宅で暮らし続けることを望んでいる本人の思いに近づく事が出来るのではという期待があった。我々が関わり始めた事で町内会長さんが「ワシらも早く手を引きたい。」と言った。出来る範囲の事でいいのでこれからも力を貸して頂きたい、という気持ちを伝えた。

③ 対応の結果

7ヶ月後

BさんはAさんの不安を和らげるように、事業所スタッフの知らない昔の地域の話や「〇〇さんは今も元気にしてますよ。」といった共通の知人の話をして関係性を深めてくれた。その地域に暮らしているBさんにしか出来ない言葉かけだったと思う。近所に暮らす身近なBさんが声をかけてくれる事でAさんには安心感を与え、日頃からボランティア活動されている経験が信頼を生んだと思う。Bさんが関わる中で「～しよう、～したい」と意欲が増え、そこで支援させて頂くためのスタートラインに立てた。今まで我々が訪問しても挨拶だけで終わっていたのが、少しずつ逆に声をかけてくれる機会が増え、徐々に玄関がきれいになっていった。近くの事業所なら利用してみたいとAさんが言ってくれた。嫌いで行くことが出来なかった病院には、民生委員さんの力添えで受診することが出来、健康状態が把握できた。近くの病院まで歩いていくことで、地域の方にも「元気にしとただか。」と声をかけていただく場面も生まれた。少しずつAさんの思いも分かってきた。本当はいろんな人と仲良くしたい、1人では怖いので外に出られない、行きつけの店がつぶれて行く所がない。本音を知ることが出来ないと思ふ暮らしには繋がらない。そうした時に、必ずしも介護保険のサービスが先行する必要はないのではないか。地域との繋がりを戻す為に、「伴走者」を確保する土台作りが必要になってくると思ひ、身近にいるBさんを探しだして協力を頂いた。Bさんにしか出来ない関わりが、Aさんと地域、事業所との架け橋となった。周囲が気にかけてくれることで孤立状態が少しずつ解消し、自然とAさんの応援団が増え、自宅で暮らし続けることに繋がった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況	
年齢・性別	91歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外
自立度 日常生活	障害老人自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症老人自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
A D L	① 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ② 着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ④ 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⑥ 整容 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：アルツハイマー型認知症) 【現病】 (高血圧 高コレステロール血症 うつ病) 【既往歴】 ()
生活の様子と家族	未婚で兄弟なく一人っ子。身内は、従弟の子のみで付き合いはない。唯一の外出先であった店が閉店してから、出かける所がなくなり閉じこもりになっていた。警戒心が強い事もあり人を家の中に入れる事を嫌がる。食生活も含めて生活の実態が分からない状況にあり、家に入ると玄関までゴミが散乱して衛生状態が悪い環境であった。誰に頼らなくても、自分で出来ると周囲との関わりを拒絶し孤立状態になっていた。
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input checked="" type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 (町内会長夫婦/Bさん(ボランティア)/民生委員)

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	自立への働きかけ	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
他者への警戒心が強く、人の世話になりたくないAさんに支援を開始することができない。	利用者を警戒させないように、利用者の知り合いと一緒に訪問する		●			●							●		
	頻繁に利用者を訪問する		●			●									
	事業所内で方針を話し合う						●					●			
	利用者や事業所を取り持つことができそうな人を地域で探す									●			●		
	利用者が信頼する人に、適切な距離を保ちながら利用者に声をかけてもらう		●				●				●			●	
対応するスタッフをある程度限定する		●				●									
生活状況が分からない	地域の人から利用者について話をきく									●			●		
家の中の衛生状態が悪い。	利用者にスタッフが信用してもらえるように慎重にコミュニケーションをとる		●			●									
	通いに誘う時に、スタッフからではなく地域の人にさそってもらうようにお願いする					●		●		●		●	●		
地域住民からAさんが孤立している。	利用者の生活にかかわることができるような地域の人を探す					●				●			●		
	関係の薄い地域住民に、実際の支援ではなく関心を持ってもらうことだけをお願いする									●			●		
	利用者の生活にかかわることができるような地域の人を探す					●				●			●		
	利用者を警戒させないように、利用者の知り合いと一緒に訪問する					●		●					●		
	日常的に地域の人にあいさつする												●		
地域の人に協力を拒否されても、あきらめずに関係を続ける										●		●			
Aさんの活動の場が極めて限定的である。	利用者が自然な形で来所できるよう、顔なじみのスタッフが来所機会を作る		●			●						●			
	利用者の人との接点を増やすために複数のスタッフが声をかける		●			●	●								

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 15人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	40.33	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	67.47	*****	93.38	69.04
	勤務月数	51.47	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	20.87	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	21.93	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.53	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.20	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.67	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.47	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.53	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.13	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.27	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.87	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.07	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.13	*****	11.27
内省的観察		11.53	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.93	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.87	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	47.13	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.80	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	6.67	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.20	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.73	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.60	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.93	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.00	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.20	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.13	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.27	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.40	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.60	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.33	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.47	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.20	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.87	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	7.87	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	7.93	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.33	*****	10.35	3.06
	職場風土	24.20	*****	21.87	5.91
	安全衛生	7.93	*****	8.74	3.31

事例 1 4

夜間の見守りが必要だが、地域からの理解が難しい事例

(1) Aさんの概要

最初は、Aさんの親戚から同法人のグループホーム入所申込みの問い合わせだったが、すぐに入居できる状況になく、他県に住む娘さんと直接話をすると、「独居の父に入所はまだかわいそう」という戸惑いの言葉が聞かれた為、申し込みを受けた上で、入所までの期間を小規模多機能型居宅介護で在宅生活を支援する事になる。元気なころから地域活動を積極的に行っていた為、近所の方の協力も多少は得られ、娘さんも安心して事業所に任せていた。しかし体調を崩す事も増え、火の元の管理など、一人暮らしに不安が出てきた。夜間は男性職員が週2回、夜間安全確認の訪問を実施。しかし事業所だけではなく、Aさんを支えるボランティアを募って確認を行う事となった。たくさんの方の協力を得て夜間の安全確認を行う事によって、離れた家族が安心出来、本人も住み慣れた自宅での暮らしが継続できた事例。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年8月

認知症の進行により、火の元の管理や電気機器の操作が困難になってきた。トイレの後始末や更衣が不十分で、居間や廊下の汚染が時折あった。裸で寝ている事もあり、冬場に向けて、安全確保や健康管理に事業所として不安を感じるようになった。また、通い利用時に意識消失を起こしたため、自宅での一人の時間をどのように支援するのが課題となる。他県に住む娘さんは連泊を希望されていたが、安全優先で泊りが続くと、自宅で暮らせなくなることが予想されたため、最低限の泊まり利用で、何とか自宅生活を継続する方法はないかと考え、Aさんが夜間寝静まった頃に安全確認の為の訪問を検討。職員が少なく、近隣住民に（低姿勢で）協力してもらえないかと持ちかけたところ、「今までAさんは地域の為に尽くしてきたんだから今度は私が助ける番だ」と言ってくれる人もあったが、「なぜ私たちが？」という厳しい声も出た。親戚の方からは、「近所に迷惑をかけないと思ってあなた達の事業所を選んだのに。早くグループホームに入れてほしい。」と言われた。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

1ヶ月～7ヶ月後

夜間、自宅でも自分で上手に排泄、更衣が出来るような環境整える事はできないかを考え、泊り時に一緒に練習を開始した。長期入所を考えるのは容易であったが、それでも本人が自宅での暮らしを望んでおり、「家になりたい」と話すAさんを見て、「近くに住民のためにも力を貸してほしい」とボランティアを募った。認知症の人と家族会の方も快く協力してくださり、総勢10名の見守り隊を結成、Aさんの冬季の夜間安全確認を有志で行うこととなった。

③ 対応の結果

7ヶ月後

最初は夜間やってくるボランティアや職員に対して「なにしにきた、帰れ」と怒っていたが、「地元消防団の火の元確認の見回り」という設定で本人も納得され、訪問を待つようになった。夜間のエアコンの調整ができるようになったことで、体調を崩す事も少なくなり、失禁失便の際の対応（管理者に電話連絡）も行うことが出来た。意欲も出て、地域の公民館行事に参加する事も出来るようになり、家族にも安心してもらう事が出来た。2年後の夏に、自宅で転倒し腰を圧迫骨折をしたため、福祉用具のレンタルを開始。3年1ヶ月後、ADLも徐々に低下、より素早い対応が出来るようになり、近隣の小規模多機能居宅介護にバトンタッチするまで、Aさんの自宅での暮らしを支援する事が出来た。現在は当初予定していたグループホームよりもっと自宅に近い地域にある有料老人ホームに入居されている。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		82歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 ■ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb ■ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり (診断名：アルツハイマー型認知症) 【現病】 (急性硬膜下血腫 重度の貧血 腸出血) 【既往歴】 (胃癌術後)				
生活の様子と家族	炊飯器やIH、リモコン等の使い方が分からず壊してしまう等の出来事が増えていた。排泄の失敗も多く、後始末に介助が必要であった。自宅での暮らし続けることにこだわりがあり、通いに対する拒否感が強かった為、訪問対応中心に行っていたが、意識消失を起こす事もあり、体調に合わせてサービス内容の調整を行っていた。県外在住の子(長男)が金銭管理を行い、仕事の合間に月1回程度、長女と交代で父親の家に帰ってきて生活必需品の購入等の支援をしていたが、小規模多機能型居宅介護の利用だけでは限界ではないか、そろそろ施設入所かな、と考え始めておられていた。				
支援	□ 訪問看護 ■ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター ■ 配食サービス ■ 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) □ その他の医療 () ■ その他の生活支援・インフォーマル支援 (ファミリーサポートセンター/Aさん見守り隊)				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
自分で家事をしたいという意欲はあるが、認知症のため失敗して、いろいろなものを壊してしまう。	小規模のスタッフと見守り隊で訪問して、見守りを増やした。	●										●		
地域の人から「見守りやケアをなぜ地域に押し付けるのか」と協力が得られない。	地域の人には、いったんAさんの見守り等の協力を要請しないようにした。											●		
親戚から「ケアを近所の人に頼みたくないから事業所に依頼したのになぜ余計なことをする」と苦情がある。	趣旨は説明したが、「対応の順番があったかもしれないのにしりません」と家族に謝罪した。 地域や家族を頼りにせず、小規模多機能の管理者が週に2回、Aさんの家に泊まることにした。 知り合いのツテで夜間見守りボランティアを募り、10名程度の見守り隊を結成した。 行きつけの散髪屋さんに、階段があってもつれていった。 実際に見守り隊などで対応できはじめたことを、家族にも説明した。	●			●		●		●		●		●	
体調不良や睡眠不足で食欲がない	体調不良の時は、定期利用にかかわらず柔軟にプラン変更して自宅と小規模多機能の行き来をした。 訪問時に、Aさんの様子や食べ残しなどの状況を確認して、Aさんの体調について電話で小規模の看護師と相談し、泊りに誘うかどうかを決めた。 体調に関して訪問時に確認することを事業所内スタッフで共有し、訪問したスタッフが体調を把握できる体制にした。	●	●				●		●	●	●			●
泊まりや通いの利用にAさんが拒否的である	無理やり連れてきたりせず、最低限のサービスの利用で行えるように訪問した。 女性スタッフが好きなことがわかり、女性スタッフが迎えに行くようにした。			●			●							●
失禁があったり、便を洗濯機と一緒に洗濯物と洗ってしまうので不衛生になる。	洗濯しても匂いが取れないときは、新しく買ったり、高価なよい香りのする柔軟剤を使ったりした。 Aさん自身が便まみれのときは、ブルーシートを助手席に敷いて、事業所に連れてきて入浴させた。 脱いだパンツを置く場所などを、施設と自宅を統一し、家でもできるように練習した。 管理者が夜に泊まった際に、どのように一人でトイレを使っているのかをアセスメントした。 Aさんのトイレの使い方を観察し、それにあわせて、パンツやバケツを置く場所を改善した。 ボランティアがAさんの便失禁に気付いた時は、管理者に電話をかけてもらうようにし、事業所スタッフがその都度片付けに行った。	●	●		●		●						●	●
食欲がなく、食べられないと体調が悪くなる。	事業所では、途中で食べなくなっても、声をかけると食べることができることがわかり、声をかけるようにした。	●	●				●							

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 15人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	40.33	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	67.47	*****	93.38	69.04
	勤務月数	51.47	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	20.87	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	21.93	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.53	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.20	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.67	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.47	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.53	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.13	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.27	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.87	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.07	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.13	*****	11.27
内省的観察		11.53	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.93	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.87	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	47.13	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.80	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	6.67	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.20	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.73	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.60	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.93	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.00	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.20	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.13	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.27	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.40	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.60	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.33	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.47	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.20	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.87	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	7.87	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	7.93	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.33	*****	10.35	3.06
	職場風土	24.20	*****	21.87	5.91
	安全衛生	7.93	*****	8.74	3.31

事例 15

要介護状態であっても、配偶者に対して「介護者」としての役割を継続できるようにサポートした事例

(1) Aさんの概要

87歳、男性、要介護4。4か月前に前立腺がんの手術を受け、要介護1→4となる。要介護5の妻と二人暮らし。息子が市内に住んでおり月1~2回程度自宅に訪れている。2年7ヶ月前から当事業所登録利用開始。利用当初は周囲から勧められていた施設入所までの一時的な待機目的としての利用だった。毎日の複数回の訪問、配食、週2回の通い、緊急時の対応、地域生活支援（サロンへの参加、行きつけ、地域行事等への参加）を中心に支援している。妻も当事業所のサービスを利用。

世帯を一つの単位として支援している。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年5月

自宅内で転倒。骨折は免れたものの、腰部痛が激しく身動きがとれない状態となる。寝たきりの妻と身動きのとれない本人の状態を見て家族は再び在宅生活をあきらめるように施設入所を促していた。

本人のADLの低下に伴う介護量の増大、家族の心配、本人と家族の思いの“ズレ”が出てきた。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～3ヶ月後

腰部痛に関し、整形外科医より医療的指示を確認していきながら疼痛緩和を支援した。本人に携帯電話を肌身離さないよう首から下げてもらい、転倒転落など不測の事態にも即時対応できるよう環境を整えた。家族に対しては本人の思いを代弁しつつ環境の変化からもたらされる本人へのメリット・デメリット等の意見交換を継続的に繰り返した。

本人からも自宅へのこだわりを周囲へ発言し、それを周囲は認識していった。

③ 対応の結果

6カ月後

本人と家族の思いのズレは少しずつ解消され、周囲も覚悟を決めて本人の思いを尊重するという事で合意している。他の御利用者の提供内容、事業所の経験等を伝えていきながら家族が過度の不安なく在宅を支えていけるようになってきている。本人、周囲の覚悟も備わることができた。

ご夫婦の思いを実現できる支援体制をその時その時であわせていきながら自己実現につなげたい。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		87歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 ■ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	■ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり（診断名：軽度脳血管性認知症） 【現病】（変形性胸腰椎症） 【既往歴】（脳梗塞 脳出血後遺症 前立腺がん手術後）				
生活の様子と家族	戸建て（持家）に妻（要介護5）と二人暮らし。 夫婦共当事業所利用。朝・昼・夕の訪問時、体調確認、買い物支援。 室内の環境整備、病院受診、いきつけの場所への同行支援。 当時は長時間の座位保持も困難で、日中ほとんど臥寝。 昼・夕は宅配弁当利用。 市内に息子と妹夫婦が住んでおり相談相手、月に数回訪れる。				
支援	□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター ■ 配食サービス ■ 介護サービス（小規模多機能施設） ■ その他の医療（ □ その他の生活支援・インフォーマル支援（				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
退院後、Aさんは妻の介護のため在宅生活を希望されたが全く動けない。	介護者が動けない状況でどのようにこの状況を支援するのか話し合いの場を持った。											●			
Aさんが妻の介護を継続できない。	<p>室内環境調整を実施した。夫が寝た状況でも妻を観ることが出来るようにベッド環境を整えた</p> <p>何かあればすぐに事業所に電話するように伝えた</p> <p>訪問時には携帯電話を首から下げているか確認した。</p> <p>妻の介護を小規模多機能のスタッフが引き受けた。</p> <p>妻の介護の仕方を、必ず夫に確認しながら実施した。(PTの置き方、パッドの選択他)</p>	●		●			●								
Aさんに体の痛みがあり、ADLが低下してしまう。	<p>痛みに対応した体の動かし方を、看護師と相談し、動ける範囲でAさんに動いてもらうようにした。</p> <p>Aさんの痛みの状態を観察しチームで共有した。</p> <p>Aさんに合わせて、在宅生活の継続に対するモチベーションを上げるような声かけをした</p> <p>Aさんの調子いい時は動くきっかけを作っていた。</p> <p>1年くらいをかけて、妻の車いすを押して2~300Mの事業所まで杖代わりに押してこられるように支援した。</p> <p>今後もいろいろな事が起こるかもしれないが話し合いを重ねようと家族と申し合わせている。</p>	●		●			●								●
家族や親戚が在宅生活は難しいと判断している。	<p>在宅は難しいと考える長男と隣に住む妹さんの不安に対して、事業所が提供しているケアを見ていただいた。</p> <p>在宅に居ることのメリット、デメリット等の家族との意見交換を断続的に繰り返した。</p> <p>ご本人の在宅へのこだわりを家族に代弁した。</p>	●	●					●					●		

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	40.33	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	77.22	*****	93.38	69.04
	勤務月数	59.00	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.22	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	20.67	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.22	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	7.67	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.11	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.44	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.44	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.44	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.33	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	4.89	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	3.56	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	10.89	*****	11.27
内省的観察		11.00	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.22	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.22	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.56	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	9.75	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	4.11	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.22	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	4.89	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	6.67	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.78	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.44	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.33	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.78	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.44	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.88	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.11	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	19.11	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.78	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.11	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.33	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.11	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.56	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	8.78	*****	10.35	3.06
	職場風土	18.33	*****	21.87	5.91
	安全衛生	7.00	*****	8.74	3.31

事例 16

独居で認知症のある利用者が出歩くようになり、家族が施設入所を検討した事例

(1) Aさんの概要

86歳、女性、要介護3、アルツハイマー型認知症、戸建て住宅に独居。長女が2ヶ月前より近居。転勤族の為同居せず。5年前から当事業所に登録利用開始。

収集癖、過食、見当識障害、判断能力の低下、介護拒否等あり。過去6年間、認知症の進行と共にさまざまな周辺症状の問題・課題を乗り越えてきた。施設への入所を検討された時期もあったが、本人が強い意志で拒否。家族も本人の意思を尊重し、ある程度の自由度を保ち、リスクも共有していきながら在宅生活を支えている。通い+訪問+配食の支援を行っている。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年4月

ある朝家族から「母が自宅にいない」との電話。

娘氏と施設職員が緊急搜索する。間もなくパジャマ姿で紙袋を提げた本人を発見。これまでの周辺症状に徘徊が加わる。

自由を保つとはいえこれまでのリスクとは別のリスクが浮上してきた。

モニタリングにおいて可能性は家族に伝えていたので大きな動揺はなかった。

しかし今後の在宅生活への不安が増大する。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1ヶ月後

面談にて今後の支援方策について話し合う。本人は自宅へのこだわりをみせ「私はここがいい」と施設への入所を断固拒否された。回数・時間を重ね、本人家族と話し合う。徘徊SOSネットワークへの登録、市独自のメールを活用した徘徊者の検索システムへの登録。

地域包括支援センターへの協力要請を家族と行った。

③ 対応の結果

1カ月後

ハイリスクの状態ではあるが「この家は母のものだから」と本人含め家族も在宅生活の継続を希望。庭を含めた敷地内だけでも自由にということで、これまでなかった鍵付きの門扉を設置した。敷地外へ出られないようにし、設置後の本人の様子をモニタリングした。何度も玄関から出られるものの、鍵のかかった門扉を確認することで安心したように家の中へ帰ってくるようになった。

通いの場でも落ち着きなく「家に帰る」という本人の状態につきあいながらその日その日で通い時間、訪問時間、回数を調整していった。もの忘れメンタルクリニックの主治医ともこまめに情報交換、処方調整を行いながら在宅生活を支援している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		86歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名: アルツハイマー型認知症)</p> <p>【現病】 ()</p> <p>【既往歴】 (くも膜下出血 高血圧)</p>				
生活の様子と家族	<p>戸建て(持家)に独居。ADLほぼ自立。</p> <p>週5の通い利用。</p> <p>近居の娘が毎朝、朝食の準備をし、送り出す。</p> <p>夕方は夕食が終わるのを見届けて帰る。</p> <p>通いのない日は、娘に加え、市内に住む長男嫁も訪れ、積極的に支援を行っている。</p>				
支援	<p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診</p> <p><input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス(小規模多機能施設)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の医療 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()</p>				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	自立に向けた家族に対する助言と配慮	自立への働きかけ	事業所内情報交換	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
今後も行方不明になる可能性があり、在宅生活の継続に家族が不安を感じている。	当事業所とご家族とで会議を開催した。						●								
家族は不安から施設入居を検討している。	今後どのように暮らしたいのか娘とAさん本人の意見を確認した。	●					●								
今後も行方不明になる可能性があり、在宅生活の継続に家族が不安を感じている。	ご家族に徘徊ネットワークがあることを情報提供し、登録を勧めた。 地域包括支援センターにAさんの状況と登録の為に家族が問い合わせがあることを伝えた。 家族に鍵のかかる門扉を取り付けることを提案した。 日常の様子や情報を、家族とこまめにやり取りする為に交換日記(連絡帳)を作った。 落ち着きがない時はマンツーマンで寄り添った。	●					●						●		●
Aさんの日常生活の状況をスタッフが知る必要がある。	認知症専門医を受診の際には家族と共に付き添った。 専門医からのアドバイスをスタッフに伝えた。 専門医のアドバイスは交換日記に記載し家族と情報共有した。	●					●								
今後も行方不明になる可能性があり、在宅生活の継続に家族が不安を感じている。	内服薬の副作用等について家族との交換日記に詳しく記載し、家族に注意を促した。 ご家族には定期的にお会いして日常の様子を話した。	●					●								
Aさんの日常生活の状況をスタッフが知る必要がある。	スタッフの訪問時に、Aさん宅の室内の変化を観察した。 観察した内容をほかのスタッフと共有し、何が起きているかについて意見交換した。 スタッフに家族との交換日記の記述の方法について指導した。	●					●								
スタッフがAさんの支援をあきらめそうになる。	スタッフにはAさんの可能性やストレスの視点で物事を捉えるように話した。														●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	40.33	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	77.22	*****	93.38	69.04
	勤務月数	59.00	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.22	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	20.67	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.22	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	7.67	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.11	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.44	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.44	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.44	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.33	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	4.89	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	3.56	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	10.89	*****	11.27
内省的観察		11.00	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.22	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.22	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.56	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	9.75	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	4.11	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.22	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	4.89	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	6.67	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.78	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.44	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.33	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.78	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.44	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.88	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.11	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	19.11	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.78	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.11	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.33	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.11	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.56	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	8.78	*****	10.35	3.06
	職場風土	18.33	*****	21.87	5.91
	安全衛生	7.00	*****	8.74	3.31

事例 17

脳こうそくを繰り返し、認知症をかかえ激しいBPSDで家族介護が困難になった事例

(1) Aさんの概要について

3年前デイサービスを利用していたが、デイサービスの事業所へ行っても30分ぐらいで飛び出してでていくなど、馴染まなかった。同居の娘から「どうにもならん」と相談があり、当事業所のサービス利用開始になった。石を投げる、靴をもって出ていく、大きな声で歌を歌い続けるなど認知症の症状が進行していた。

(2) 在宅生活が難しくなったときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年

- ・サービスの利用に馴染まないことが予測される
- ・認知症の症状が進行し、石を投げたり、靴をもって出ていくなどの行動がある
- ・在宅生活を支える娘や家族の気持ちがおれないように支援が必要である
- ・多発性脳梗塞の既往があり、常時観察や健康管理が必要である
- ・入院は、Aさんも家族も望まない

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

平成X年～翌年の3月

- ・週に2～3回、同じ職員が訪問して、関係づくりを始めた。
- ・訪問時に、Aさんの気持ちをみて「いってみようか」と誘った。
- ・Aさんの自宅にもっと近いところに、新しい小規模多機能型事業所を開設した。
- ・Aさんが事業所に通っている間に、自宅にいる娘を訪問していろいろ話を聞いた。
- ・在宅生活に理解のある医師と連携して、Aさんの生活の様子を伝えて、医療面のサポートをした。
- ・生活の様子やリズムを把握して、それに合わせて対応できるように、Aさんの生活の様子を、24時間シートに記録した。
- ・体調悪化で病院に運ばれても、入院をしたくないという本人と家族の気持ちや意向を病院の医師に説明して理解してもらった。

③ 対応の結果

翌年の3月ごろ

- ・通いを利用できるようになった。
- ・Aさんの自宅近くにつくった事業所を利用した。
- ・娘とは、相談し合える関係ができた。
- ・医師は状態に合わせて、往診してくれて病院でなくても医療面のサポートができた。
- ・Aさんの願いどおり娘や家族と一緒に、自宅で見送ることができた。

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
自宅で過ごす環境づくりが必要である	週に2回～3回、1時間程度自宅に出向いて関係をつくるようにした			●		●								
	自宅へ訪問する職員は、毎回同じ職員にした			●		●								
	訪問したときに「通いに行ってみようか」と誘う			●		●								
	Aさんの自宅により近い場所に、小規模多機能事業所をつくった。										●			
認知症の進行があり、物を投げるなど激しい行動がある	その都度、行動に付き添う	●		●										
在宅生活を支える娘の気持ちがおれないようにサポートが必要である	娘と話す時間をつくった									●				
	Aさんが通いに来ている間に、職員が自宅にいる娘を訪ねて話をした。									●				
	サービス担当者会議は、話しやすい雰囲気をつくるためお茶を飲みながらすすめた			●		●						●		
多発性脳梗塞があり、常時健康面の管理が必要である。	状態が悪いときは、かかりつけ医連絡する(場合によって、点滴をしてもらう)	●												●
	生活の状態を医師に報告して、服薬内容に対する提案をする													●
脳梗塞で倒れて、救急で病院に端ばれ集中治療室に入ったが、娘はAさんを自宅に連れて帰りたい	病院に事情を話して、退院許可をもらった													●
	点滴を継続したまま、自宅に連れてかえった	●												●
入院は望まないで、自宅で療養する環境が必要である	自宅での寝具を布団にするように提案した	●			●									
	自宅に加湿器を設置するように提案した	●												
	入浴できない状態のときは、清拭をした	●												
Aさんの状態に合わせて、介護や医療の判断や対応が必要となる	行ったことを24時間シートに落としこむようにした	●					●							
	24時間シートに情報が集まった時点で、1日の関わり方を決める	●									●			

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	37.11	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	96.13	*****	93.38	69.04
	勤務月数	23.89	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	24.56	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	27.44	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	20.33	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	10.22	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	10.33	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.33	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.89	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.38	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.00	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.38	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	5.22	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.25	*****	11.27
内省的観察		12.75	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		13.00	*****	11.86	2.21
能動的実験		12.89	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	48.00	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.11	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.00	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.89	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.89	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.78	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.56	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	8.00	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.22	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.00	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.44	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.78	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.78	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.22	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.11	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.67	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.78	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.44	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	8.56	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.88	*****	10.35	3.06
	職場風土	22.56	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.67	*****	8.74	3.31

事例 18

身体ケアが中心となった利用者のターミナルを家族と事業所との共同で支えた事例

(1) Aさんの概要

軽度の認知機能低下のある夫と娘夫婦と同居している。夫と共に小規模多機能型居宅介護事業所登録利用中。今年春ごろまでは散歩することもできていた。4月肺炎を起こして入院となった。

意思疎通は出来るが簡単な返答のみである。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

不明

入院中に食事がとれない状態となり点滴と鼻腔栄養が開始となった。胃瘻増設が不適合で、できない為、病院からは療養型への入居を勧められた。夫の強い希望もあり在宅復帰となるが、娘さんが乳がんを患い、精神的に不安定な状況であり、夫にも認知機能低下があったので娘夫婦は在宅介護に不安があった。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

不明

福祉用具を検討導入、必要に応じて宿泊サービスを使い家族介護が行き詰らないように調整した。主治医、当事業所看護師とも連携し、カンファレンスを毎週開催し、情報共有した。夫は当事業所を利用されていたので利用時は妻と一緒にいる時間を大切にした。体調がいい時は車椅子で夫と共に地域を散歩し、近隣の方との会話を楽しむような時間も持った。自宅で過ごす時は定期的な訪問以外に必要なに応じて訪問するようにした。

③ 対応の結果

不明

鼻腔チューブから逆流が始まり、喀痰のからみも強くなってきた。当事業所の看護師により口から時間をかけて少しずつ栄養を取っていただくなど工夫したりしながら、身体ケアが重点的な時期を過ごした。当事業所利用中に終末が近いと看護師が判断し、自宅へ送り、数時間後家族が看取る中亡くなった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		91歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input checked="" type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名:) 【現病】 () 【既往歴】 (心疾患 肺炎)				
生活の様子と家族	娘夫婦と軽い認知機能低下のある夫と同居。 夫と共に小規模多機能型居宅介護事業所登録しサービスを受けている。 娘は在宅で介護することは望んではいるが、自分自身が乳がんの治療中で感情が不安定なこともあり、父と母の二人の介護に不安を感じている。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護事業所) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
夫も要介護状態で十分なケアは期待できない。	家族には小規模の職員による介護の様子をその都度伝えた。 泊り以外の日は小規模多機能の職員が必ず訪問した。 訪問した職員が次の訪問をいつにするか他のスタッフと相談した。 Aさんの状態に変化を見つけたときには必ず記録して情報を共有した。 どのような対応をするのか職員と話し合った。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Aさんの娘が乳がんを発症しAさんが精神的に不安定になった。	泊まりサービスを調整した。									●	●				
たんが絡みやすくなってきた。	水分を入れるタイミングを計った 水分の硬さを調整した。 口腔ケアを実施した。 身体の硬縮予防のために体のマッサージを実施した。 背中、胸元、肩をタッピングした。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
鼻腔栄養から逆流が起こるようになり、栄養は皮下注射になったため医療的管理が必要である。	医師とは毎日電話で状況報告した。 カンファレンスを開催した。						●	●	●	●	●	●	●	●	●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	37.11	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	96.13	*****	93.38	69.04
	勤務月数	23.89	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	24.56	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	27.44	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	20.33	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	10.22	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	10.33	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.33	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.89	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.38	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.00	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.38	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	5.22	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.25	*****	11.27
内省的観察		12.75	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		13.00	*****	11.86	2.21
能動的実験		12.89	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	48.00	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.11	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.00	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.89	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.89	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.78	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.56	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	8.00	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.22	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.00	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.44	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.78	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.78	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.22	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.11	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.67	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.78	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.44	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	8.56	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.88	*****	10.35	3.06
	職場風土	22.56	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.67	*****	8.74	3.31

事例 19

独居で統合失調症による行動から近所や地域が不安になり自宅で暮らしにくくなった事例

(1) Aさんの概要

高齢期になって統合失調症の診断を受け、幻聴などの症状はあったが、夫が見守り自宅ですべて生活していた。夫が他界してから一人暮らしとなり、高齢になるにつれて認知症の症状も出現してデイサービスを利用するようになった。、デイサービスでは、人の中に行くことが苦手で乗り気ではなかったが、少しずつ他利用者、職員との関係が取れていた。家族は毎朝自宅まで見に行き朝食を準備している。毎日ヘルパーが配食を届け、夕方は安否確認と服薬確認を行う。時々近くのスーパーに買い物いくといった生活をしてきた。

家族は漠然と「一人暮らしは無理だな」と感じていたが、Aさんは、早朝にデイサービスまで一人で歩いて行ったいたということが続いた。徐々に買い物に時間がかかるようになり、ヘルパーが訪問しても自宅にいないなど、利用しているサービスでは急な対応ができないといった状況が出てきた。柔軟に対応できるサービスが必要となり、ケアマネジャーを通じて当事業所に相談があり、小規模多機能型サービスの利用が開始した。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年11月

- ・ガスコンロで新聞紙を燃やし、庭で焚き木のようなことをして、焦げ臭いにおいが漂い、近所の住民は火事や火の不始末を心配している
- ・庭で排便する習慣があり、近所に臭気が漂う。
- ・「〇〇まで行け」といった指示型や「〇〇が来る」といった切迫した幻聴があり、突然出かけてしまい行方が分からないことがある。
- ・料理は行すが、食材でないものを煮込むなど、安全に栄養を取ることが料理はつくれる。
- ・近所の住民がAさんは「一人で暮らしていけるのか？」と、事業所職員に聞いてくるなど不安を抱えている

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年後

- ・長男と事業所が相談して、ガスを止めた。
- ・職員が訪問するたびに、庭を点検し、排泄物があれば事業所に持ち帰る。
- ・自宅ではポータブルトイレを使ってもらうように、訪問時にはポータブル誘導をして意識づける。
- ・統合失調症の症状を緩和するために、主治医に相談、薬の調整をしてもらう。
- ・Aさんの行きつけの場所と地域包括支援センター、民生委員、家族、事業所で構成した連絡網を作成した。
- ・昼間の通い、朝夕は、訪問で対応した。日中から傾眠状態が続き、帰宅が難しい場合は泊りで対応するなど、Aさんの体調に合わせ、通いを訪問に変更。
- ・朝食はパンを届け、昼食は事業所で、夕食は自宅への配食で対応し、3食安全で栄養のパランスをよい食事を提供した。
- ・長男にに了解を得て、民生委員、近所の住民に、事業所が関わっていることと、Aさんの暮らしぶりを伝えて安心してもらうようにした。

③ 対応の結果

1年後

- ・自宅で調理はしないが、事業所から送っていくときに、車椅子で介助して行きつけのスーパーで買物をすることがある。
- ・庭に排泄物があれば、掃除をするので臭気がなく近所の苦情はなくなった。
- ・一度自宅でポータブル介助して排便があったからは、自分でポータブルトイレ排便するようになった。
- ・統合失調症の薬の調整をしてからは、本来の社会的な性格を取戻し、通いの場でも他の利用者や職員にこやかに挨拶するようになった。
- ・近所から直接、長男に苦情が寄せられることがなくなり、長男は「出来る限り本人の思うようにしてやりたい。今あるサービスを継続して利用し、自宅で過ごさせてやりたい」と思いを話すようになった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況	
年齢・性別	91歳 □ 男 ■ 女
要介護度	□ 要介護2 □ 要介護3 ■ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外
自立度 日常生活	障害老人自立度 □ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2
	認知症老人自立度 □ I □ IIa □ IIb ■ IIIa □ IIIb □ IV □ M
A D L	① 食事 ■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 ② 着脱 ■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助 ④ 入浴 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動 ■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 ⑥ 整容 ■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり（診断名：明記されていない） 【現病】（ 【既往歴】（統合失調症
生活の様子と家族	統合失調症により幻聴がある時は、突然徒歩で遠くまで出かけた時、道を歩きながら突然大声で歌いだすといった行動がみられる。編み物が好きで、通いの場で編み物をするところがある。家族はAさんの介護には協力的であり、長男はキーパーソン。三男はときどき顔を出してくれる。家族は、周りに迷惑を掛けたくはないが、Aさんの一番望む生活を送ってほしいと思っている。
支援	□ 訪問看護 ■ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス（小規模多機能型居宅介護事業所） □ その他の医療（ □ その他の生活支援・インフォーマル支援（近所の住民 いきつけの商店の店員）

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
庭で火をくべる、排泄臭で近所の住民から別居の長男への苦情があり在宅が困難だと思っている	<p>庭で大便をされる習慣があり夏場は臭気が強いので、毎日、自宅を訪問して庭を点検し排泄物があれば掃除して事業所に持ち帰った。</p> <p>排便のリズムを観察して、夜間から早朝にかけて排便があったので、朝食準備と庭の排泄物のチェックをかねて毎日7時半に訪問した。</p> <p>自宅のベッドの横に、ポータブルトイレを設置して、使ってもらうように働きかけた。</p> <p>近所には、何かあれば家族ではなく事業所に連絡してもらうように、事業所の連絡先を知らせた。</p> <p>長男に許可を得て、事業所がAさんに対して行っている排泄の支援や24時間の見守りの様子を近所の住民や民生委員に伝え安心してもらい、協力を得るようにした。</p>	●	●					●							
Aさんの生活時間や統合失調症の影響による行動スタイルに合わせて、通いや訪問の調整が必要である。	<p>Aさんの生活を把握して、朝は目覚めごろの訪問、朝食などを準備して、その後は、Aさんが通いたいと思う時間に来てもらうように、午前中何度がこまめに訪問した。</p> <p>職員の配置や事業所内の他部署、事務職にも応援を求めて連携体制をつくり、早朝、突然自分で通ってきても対応できるようにした</p> <p>無理の通いに誘うことはしないで、通わない時は、訪問に切り替え対応した。</p>			●	●	●	●	●			●				
Aさんは、自宅で調理は行っていたが、健康維持や栄養面、安全面に課題がありAさん任せにはすることは危険も伴う。	<p>自宅ででの生活を継続するために、近所の住民に安心してもらうことを優先してガスの元栓は止めた。そのことを近所の住民にも伝えて安心してもらった。</p> <p>朝食は長男が準備してくれ、訪問した際に朝食を食べているのか確認した、昼食は通いの時に、夕食は配食をもって自宅に訪問して食べてもらう。</p>	●	●					●					●		
自分で、健康管理をすることが難しい。	<p>服薬調整に対する情報提供や、日常生活の様子を月2回の往診時に職員が同席して、主治医に報告していた。</p>	●													●
統合失調症による命令的な幻聴があり、突然戸外に出ていくことがある。	<p>行きつけの商店などをマッピングして行方不明になった時用の連絡網とマップを作成した。※家族、民生委員、地域包括支援センターとの繋がる連絡網</p> <p>訪問した時に不在の際は近隣のスーパー何度かあったが行動範囲を探すようにする</p>			●								●	●		
近所の住民や民生委員、と情報を共有し理解を求めると情報がある	<p>訪問時、近所の住民が職員に「一人で暮らして大丈夫なのか？」と聞かれることがあり、家族に承諾を得ている範囲で説明した。</p> <p>訪問や通いの送迎の際は、職員は近所の人や地域の方に職員から積極的に挨拶をした。</p> <p>長男や家族には、近所との関係性をうまくとることで安心してもらうようにした</p> <p>事業所から呼びかけて、民生委員、家族、地域包括支援センターとの話し合いの場を持った。</p>							●				●	●		

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 14人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.57	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	83.14	*****	93.38	69.04
	勤務月数	26.71	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	19.00	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	21.93	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.29	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.64	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.00	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.79	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.64	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.50	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.85	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.29	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.62	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.54	*****	11.27
内省的観察		11.21	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.43	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.07	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.08	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.64	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	7.31	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.71	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.93	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.79	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.93	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.79	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.21	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.14	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.64	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	6.64	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.93	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.54	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.93	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.43	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.43	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	8.71	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	12.57	*****	10.35	3.06
	職場風土	25.31	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.64	*****	8.74	3.31

事例 20

心疾患を持つ利用者の頻回な胸の苦しみの訴えへの対応に苦慮した事例

(1) Aさんの概要

当時は、在宅にて訪問介護 1 回/週のみサービスを利用していたが、「食事が困っている。自宅での入浴も心配。」との発言があり、サービスをより日常的で柔軟に対応出来る事を目的とし、2年5ヶ月前より自事業所のサービスを利用開始となる。

サービス利用当初は訪問、通いサービスを利用。時折入浴にお誘いし、希望により浣腸実施、他ご利用者と囲碁の対局をして過ごす。普段より、腰痛や便秘の訴えがあり、整形外科や医院へ自ら通院。通院した際に貰った薬や薬の変更があると混乱や焦燥感があり、娘や当事業所に頻回に電話をする。

2年前に膀胱に腫瘍が見つかり、手術の為入院。退院後には以前よりも一人でいる不安感、胸のしんどさや苦しみの訴えの増強が見られ、更に娘や当事業所への電話回数が増え、訪問回数依頼も増える。その後も頭のふらつきや眩暈、幻覚症状や不安感も継続する中、当事業所での泊りも利用されるきっかけとなるが、日々落ち着かない子が続く。その間に、膀胱がんの再手術が2度、1年1ヶ月前に精神病院に入院。退院した後(11ヶ月前)より、サービス付き高齢者向け住宅に入居となる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年8月

入退院を繰り返す中、胸のしんどさや苦しさ、体調不良の訴え、不安感の増強から当事業所への電話回数の増加により、その都度訪問を増やし、来所して頂く事で、様子を伺う機会が増える。娘には特に頻回に電話をしており、娘の精神面にも負担が掛かっていた。ご本人が今まで暮らし続けているこの地域で、今まで通り自宅にいたいとの思いがある中で、一人で暮らし続ける不安感もあり、娘も悩んでいた。胸のしんどさや苦しみの訴えが強い場合、病院の先生に診察してもらって安心される。当事業所に電話があっても直ぐに訪問出来ない時もあり、ご家族も自宅が遠い為、直ぐに来てほしいというご本人にとっては、一人ではどうにも出来ないという不安感も募っていた。その思いが解消出来ず、信頼のある医療面へと繋がりを持ってしまう。Aさん本人が思う医療面への対応が、当事業所の職員にはその場で直ぐに対応することが出来ず、医療的な関わりが必要である部分が課題の一つとなった。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0~11ヶ月後

サービス付き高齢者向け住宅に入居後、職員間でどのような関わりでAさんが安心した生活を過ごせるのか、その場でAさんの思いや状況を察しながら、職員と看護師も共に連携し、不安を取り除けるよう日々の関わりを続けた。胸のしんどさや苦しさ訴えられたときには、傍で話を伺う。また、バイタルチェックをし、異常がないという事を確認すると落ち着かれる事もあった。Aさんが慣れた職員の名前を指名しても、全員の職員に頼って頂けるよう、交代して各職員が関わり、声掛けの統一なども実施しながら信頼関係を築いていった。職員に対して不信感を抱かないよう、その場の対応を曖昧にせず、Aさんが納得のいくまでその場の対応を心掛け、日々の何気ない会話から関わりを増やした。住宅のお部屋にて一人で過ごす時間が多くならないようリビングへもお誘いしたり、途中でしんどくなってしまった場合にもその都度話を聴いて子を伺う等した。往診で先生に相談出来る、自事業所の看護師にも気軽に相談出来るという医療面への支援も大切にしている。

③ 対応の結果

11ヶ月後

サービス付き高齢者向け住宅に入居しながらも小規模多機能のリビングへ好きな時間やお誘いした時に来所し、マイペースに過ごしている。今も何かあればお部屋の電話やナースコールで職員を呼ばれるが、以前よりは回数が減っている。こちらから伺う前に自ら思いを漏らされる機会も増え、職員や看護師を頼りにして下さっているのが感じられる。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況	
年齢・性別	84歳 ■男 □女
要介護度	■要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5 □認定外
自立度 日常生活	障害老人自立度 □自立 □J1 ■J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
	認知症老人自立度 □I □IIa □IIb ■IIIa □IIIb □IV □M
A D L	① 食事 ■自立 □一部介助 □全介助 ② 着脱 ■自立 □一部介助 □全介助
	③ 排泄 ■自立 □一部介助 □全介助 ④ 入浴 ■自立 □一部介助 □全介助
	⑤ 移動 ■自立 □一部介助 □全介助 ⑥ 整容 ■自立 □一部介助 □全介助
疾病	【認知症】 □なし ■あり(診断名:前頭側頭型) 【現病】(腰痛 起立性低血圧 パニック障害) 【既往歴】(発作性心房細動(ペースメーカー埋め込み) 膀胱がん 腰椎圧迫骨折 うつ病)
生活の子と家族	朝7時から8時頃に起床。朝食後に時折小規模多機能事業所へ来所し、新聞やテレビを観て30分程過ぎた後は再度お部屋へ戻り、テレビを観たり、臥床している。昼食、おやつ、夕食時には小規模多機能事業所のリビングで食べる。その他の時間帯は、リビングにて囲碁の対局、入浴、テレビを観られる。時折、レクリエーションにもお誘いすると、参加されている。21時頃には就寝。 長女がキーパーソンである、訪問、往診時には同席されている。ご本人も何かあると、長女に直ぐ電話をしている。長女夫婦、本人の妹夫婦とは仲が良い。
支援	□訪問看護 □かかりつけ医の往診 □地域包括支援センター □配食サービス ■介護サービス(小規模多機能型居宅介護事業所(サービス付き高齢者向け住宅)) □その他の医療(□その他の生活支援・インフォーマル支援(

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	自立に向けた家族との関係づくりの促進	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
腰痛と便秘があり自分で受診するが、内服がうまく整理できず混乱し、娘や事業所に電話をしに行く。	<p>昼夕の配食時に内服の確認をした。</p> <p>電話があると自宅へ訪問し関わった。</p>	●	●								●				
腫瘍手術入院のあと退院後一人でいることの不安、胸のしんどさ、苦しさを頻回に訴え、事業所への電話が頻回になった。	<p>その都度訪問した。</p> <p>血圧や脈拍をとり、顔色等を観察、主訴を確認した。</p> <p>不整脈やいつもと速さが違う時は事業所の看護師に連絡し、相談した。</p>	●	●								●				
事業所がすぐに訪問できない時、訴えはさらに強くなり娘や、かかりつけ医に電話することが頻回になり、医師の診察をその都度のぞむようになった。	<p>訪問し、必要に応じて受診の調整をした。</p> <p>往診を依頼した。</p>	●	●												●
精神科退院後、落ち着かず心気症状の訴えが続いた。	<p>どのような関わりが本人にとって望ましいのか介護職、看護職、娘とカンファレンスをした。</p> <p>胸のしんどさ、苦しみの訴えにはそばで話を聞くようにした。</p> <p>どのスタッフも対応できるように交代して関わった。</p> <p>声のかけ方を統一した。</p> <p>心臓の発作ではないと判断した時は対応を曖昧なままにせず本人が納得するまで傍で話をした。</p> <p>日々の何気ない関わりを大切に、普段から日常会話を持つように心がけた。</p> <p>部屋で一人で過ごす時間が多くならないように小規模への通いを勧めた。</p> <p>事業所の誰にでも相談できることを伝えた。</p> <p>医師が往診に来る際には立ち会った。</p>			●	●	●	●	●					●		●
Aさんが何かあると娘へすぐに電話をするので、娘がAさんの一人暮らしの継続に不安をもちやすくなった。	<p>娘に電話がかかってきたら事業所に連絡をして連携するようお願いした。</p> <p>往診の際には娘と事業所職員とが同席し情報を共有するようにした。</p>							●	●						

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 14人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.57	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	83.14	*****	93.38	69.04
	勤務月数	26.71	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	19.00	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	21.93	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.29	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.64	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.00	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.79	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.64	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.50	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.85	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.29	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.62	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.54	*****	11.27
内省的観察		11.21	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.43	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.07	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.08	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.64	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	7.31	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.71	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.93	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.79	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.93	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.79	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.21	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.14	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.64	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	6.64	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.93	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.54	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.93	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.43	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.43	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	8.71	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	12.57	*****	10.35	3.06
	職場風土	25.31	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.64	*****	8.74	3.31

事例 2 1

複数の事業所の併用から、小規模多機能の利用に変更して、顔なじみの職員からの支援を望んだ事例

(1) Aさんの概要

重度の認知症で、胆のう癌である。歩行も不安定で転倒のリスクも高く骨折の既往がある。一人で外に出してしまうため、常時見守りが必要である。同居の次女が世話をしており、同じ市内に住む姉妹の協力であるが、パート勤務で畑仕事もあり、次女の負担は大きくなっていった。当事業所を利用される前は宅老所を週3日、週末は特養のショートサービスを利用していた。

ショートステイの利用中に転倒、家族は宅老所、ショートステイ、自宅といった環境の変化によるAさんへの影響を考え、ホームページで、通い・訪問・泊りの3つのサービスが顔なじみの職員の対応で受けられる小規模多機能のを知り、当事業所の利用へとつながった。最期まで在宅生活を望まれており、医師、訪問看護、当事業所と連携を取りながらの利用が始まった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年8月

- ・宅老所を利用していたが、家族の外出時や緊急時など柔軟に対応できる泊りのサービスが必要である。
- ・重度の認知症があり、歩行も不安定。一人で歩き出し外に出してしまうので常時の見守りが必要であるが、同居の家族の負担が大きい。
- ・胆のう癌を患っており、今後の健康状態変化に不安があるが、家族は最期まで自宅で暮らしてほしいと希望している。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年後

- ・家族の生活に合わせて、臨機応変に泊まり、利用日の変更を行った。
- ・必ず近くでの見守りと、不安時には横でゆっくり寄り添う。一緒に集中できる事に取り組む。手を握るなどスキンシップをとる。傍に寄り添いながら様子を見る。表情も笑顔で関わるようにした。
- ・家事など慣れ親しんだ事柄を探し、落ち着ける環境を作る。
- ・泊まりは、Aさんに馴染みの職員が対応した。

③ 対応の結果

1年半後

- ・家族の生活に合わせ、泊りも随時対応して休息を取り介護の負担軽減に繋がる。
- ・次第に職員の顔にも馴染んでこられ、昼間は家事など、できる事を探し手伝いをしたり、自由にすごされる。
- ・家族からは、Aさんは「〇〇に通うことを楽しみにしている」との話も聞けるようになる。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		98歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名:アルツハイマー型)</p> <p>【現病】 (急性胆管炎)</p> <p>【既往歴】 (胆のう癌 胃潰瘍全摘 脳梗塞 左右腕骨折 認知症 子宮筋腫手術)</p>				
生活の様子と家族	母屋に次女と暮らす。次女はパート勤めをしている。子供は娘4人。市内に住む二人の娘は、次女の外出時などに介護を交代して担っている。同じ敷地内に孫家族が住んでいるが、介護には関わっていない。ひ孫は良く顔を出している。事業所に通う日以外は、ほとんど居間で過ごしている。				
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
Aさんの自立を支えながら転倒や骨折を回避する必要がある。	必ず、傍にだれかいて見守ることと、Aさんの傍を離れる時は、他の職員に声をかけて見守りをしてもらうようにした。 24時間の観察で、どのような理由でAさんが行動を起こすのか把握して予測できるようにした	●	●	●											
通いや泊りの環境になじんでもらう必要がある。	Aさんが見つけた好きな居場所を、職員も大事にしてその人の居場所にした。 好きなことに集中できるように、一緒に行く。 手を握ったり、触れたりといったスキンシップを行った。	●			●										
次女の不安や介護負担を軽減することで、在宅の生活を支えることが必要である。	次女には、困ったときや不安なときは「いつでも行きます」「いつでも聞きます」と伝え、実行した。 自宅で、「便が出た」とか「ご飯を食べない」といったことで次女から電話がかかり、すぐに訪問して対応した。 次女が、自分の時間が持てない不満や、在宅介護を続けていくことに不安な時、電話や訪問で時間をかけて聞いた。 Aさんの状態の変化を受け入れにくい次女に対して、老化して生活行為ができなくなっていくと「食べられなくなるし、おしっこも出なくなるし」と受容できるような助言をした						●			●					

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 7人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	52.43	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	173.83	*****	93.38	69.04
	勤務月数	84.43	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.71	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.57	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.57	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.83	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.86	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.29	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.00	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.57	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.71	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.00	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	4.00	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	12.00	*****	11.27
内省的観察		11.43	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.86	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.00	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.00	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.57	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	4.71	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.00	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.57	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.43	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.86	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.43	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.71	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.29	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	19.14	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	19.00	*****	17.92	2.39
	視点取得	18.14	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.00	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.71	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	10.00	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.86	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.29	*****	10.35	3.06
	職場風土	20.86	*****	21.87	5.91
	安全衛生	6.57	*****	8.74	3.31

事例 2 2

重度の認知症をかかえ、がん末期で常時医療面のサポートが必要な事例

(1) Aさんの概要

重度の認知症で、胆のう癌である。歩行も不安定で転倒のリスクも高く骨折の既往がある。一人で外に出してしまうため、常時見守りが必要である。同居の次女が世話をしており、同じ市内に住む姉妹の協力であるが、パート勤務で畑仕事もあり、次女の負担は大きくなっていった。当事業所を利用される前は宅老所を週3日、週末は特養のショートサービスを利用していました。

ショートステイの利用中に転倒、家族は宅老所、ショートステイ、自宅といった環境の変化によるAさんへの影響を考え、ホームページで、通い・訪問・泊りの3つのサービスが顔なじみの職員の対応で受けられる小規模多機能のを知り、当事業所の利用へとつながった。最期まで在宅生活を望まれており、医師、訪問看護、当事業所と連携を取りながらの利用が始まった。利用から10ヶ月後、急性胆管炎、胆管癌のため発熱、3週間ほど入院。身体レベルの低下が見られ看取りの状態に入る。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年6月

- ・癌の末期。今後についてご家族の意思の確認の必要性がある。
- ・胆管の閉塞のリスクや発熱、緊急対応が必要なため、医療職や訪問看護と常時連携が必要である。
- ・身体状態の変化を早めに把握し対応するために、常時の観察が必要である。
- ・家族より通いと入浴の希望があるが、ターミナル状態で通所は困難となり、家族の介護負担が増大する。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～2ヶ月後

- ・退院後、本人の意向と身体状態の変化に合わせて、当事業所のサービス以外にも使えるサービスの情報提供をして、利用に関する家族の意向確認をする場を持った。
- ・緊急時の対応について家族と話し合い、看護師を中心とした支援体制を整備し、医師への報告は、訪問看護が担うように役割分担する。
- ・Aさんの身体的負担を見ながら通いは臨機応変に利用する。
- ・皮膚のトラブル回避のため、褥瘡予防のエアーマットの利用、訪問で排泄介助と清拭をした。
- ・家族、Aさんと十分話しをして精神面での支援を行う。

③ 対応の結果

2ヶ月後

- ・在宅での看取りに関しては、主治医が再確認し、意思が固まり、Aさんと家族を少しでも支えるというチームの方向性が定まった。
- ・職員は、癌の進行で看取りに関して戸惑い、不安を抱えていたが、家族の意向の確認や随時医師と連携できる訪問看護中心の体制整備で、些細な変化も連携が取れ、対応につなげることができた。
- ・AさんのADLの低下により、常時見守りの必要がなくなり、介護負担が軽減した。娘姉妹が交代で介護にあたったが、職員が訪問したときには、食事量、その日の様子を積極的に伝えてくれるようになった。
- ・家族に見守られ、自宅で亡くなった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		98歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名:アルツハイマー型) 【現病】 (急性胆管炎 胆のう癌) 【既往歴】 (胃潰瘍全摘 脳梗塞 左右腕骨折 認知症 子宮筋腫手術)				
生活の様子と家族	母屋に次女と二人で暮らす。次女はパート勤めをしている。子供は娘4人。市内に住む二人は外出時など介護を交代している。同じ敷地内に孫家族が住んでいるが、介護には関わっていない。ひ孫は良く顔を出している。デイサービスに通う日以外は、ほとんど居間で過ごしている。				
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
Aさんや家族に、退院後の生活の意向を確認する必要がある	家族には、小規模多機能のサービスを継続するのか、Aさん好きなお風呂を可能な訪問入浴を使うために広域型のサービスもあることを提示して、選択肢を示した。							●							
末期の胆のう癌で、発熱や急な状態の変化が予測され、他職種やチームと体制をつくっておく必要がある。	<p>医師の往診時や訪問看護が訪問している時に、事業所の管理者やケアマネジャーが出席して、普段の生活の様子や、通いでの様子を伝えた。その場で、医師や看護師から助言をもらった。</p> <p>1日の出来事や、Aさん、家族から聞いたことを毎日のミーティングで発言してチームで共有できるようにした。</p> <p>ADLの急な低下や急変時に対する職員の不安を軽減する為に、カンファレンスを開き、日々後悔しないように精一杯関わらせてもらうことが大事だということを確認し合った。</p>						●								●
ADLの低下が予測され、自宅での介護量が増加して、次女に介護負担がかかる	<p>自宅に向き、トイレに行ける動線を確認するために助言した</p> <p>介護用ベッドやエアーマットの活用を助言して自宅に導入してもらった。</p> <p>Aさんの身体機能の変化に合わせて、自宅の家具やベッドの配置を変えていった</p>	●						●							

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 7人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	52.43	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	173.83	*****	93.38	69.04
	勤務月数	84.43	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.71	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.57	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.57	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.83	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.86	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.29	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.00	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.57	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.71	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.00	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	4.00	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	12.00	*****	11.27
内省的観察		11.43	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.86	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.00	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.00	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.57	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	4.71	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.00	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.57	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.43	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.86	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.43	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.71	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.29	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	19.14	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	19.00	*****	17.92	2.39
	視点取得	18.14	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.00	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.71	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	10.00	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.86	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.29	*****	10.35	3.06
	職場風土	20.86	*****	21.87	5.91
	安全衛生	6.57	*****	8.74	3.31

事例 2 3

高齢で要介護状態の夫が対応に苦慮し、在宅での生活が脅かされた認知症の妻の事例

(1) Aさんの概要

Aさんは70代後半で、自分自身の物忘れを感じ自ら医療機関を受診し認知症と診断された。利用となる二年前ぐらいから、家族は認知症の進行を感じていた。夫と二人暮らし、夫も90歳を超え、かなりの視力聴力の低下があり、夫との意思疎通が困難なことや、身の回りお世話でのストレスなどからいさかいになることもある。昼夜問わず息子宅や事業所に電話してることがあり、家族は離れて暮らしており早い対処が出来ない為、Aさんの自宅近くの当事業所のサービスを利用することにした。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年5月

- ・昼夜問わずの家族や当施設へ不安なことの訴えがある
- ・お金や大事なものをしまった所が分からなくなる。
- ・「夫がお金を隠す」や「盗む」などの被害妄想がある
- ・薬の飲み忘れがあり、きちんと服薬ができない。
- ・夫の身の回りの世話をしようとするが、夫は視力、聴力低下により意思の疎通が上手く行かない時があり、互いにストレスを抱える

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年5ヶ月後

- ・家族に電話があった時は、家族から事業所に連絡してもらい、事業所からAさんに電話をかけて話をした。電話だけで不安な時は、訪問して話をした。
- ・お金がないと不安になるので、家族にAさんにいくらかお金を渡してもらいように依頼した。
- ・家族が買い物に行くときは、Aさんを一緒に連れていってもらい、お金を使う場をつくるように依頼した。
- ・家族の意思を尊重した週3日の通所することで介護負担の軽減をした。
- ・訪問での服薬管理と生活状況の観察をした。
- ・Aさんの自宅に連絡ノートを置いて、事業所と家族が気づいたことや行ったことを記入、かかりつけ医も記入して関係者の情報共有を行った。

③ 対応の結果

1年5ヶ月後

- ・無理なく通所することで気分転換が出来、夫との衝突も少なくなった。
- ・訪問時での薬の内服により、正しい服薬ができるようになった。
- ・Aさんは、表情が和らぎ、笑顔が多くなった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		84歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：アルツハイマー型認知症)</p> <p>【現病】 (高血圧症 膝関節症)</p> <p>【既往歴】 (過活動性膀胱 心臓手術 リウマチ)</p>				
生活の様子と家族	<p>子供が二人、長男は県外、次男は市内に住んでいる。長男は1,2ヶ月に一度程度様子を見に来る。次男は月に何度来て、次女の嫁が週一回訪問してAさんの生活支援をしていた。サービス利用し始めてしばらくは夫と二人暮らしだった。夫の他界後独り暮らしとなる。</p> <p>夫の他界後は、次男とその嫁が交代で泊まりに来ており、週末は長男が来るときは出来る限り泊まりに来て支えている。</p>				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	対応に必要な技術・能力																				
		観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア 安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション 生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション 生活機能向上への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮 自立への働きかけ	事業所内情報交換	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携										
昼夜問わず、別居の家族に電話をかけるので、家族も心配であるし、負担も感じている	Aさんが長男や次男に電話をかけた時は、事業所に連絡してもらい、事業所からAさんに電話をして話しをする。																					
	電話をして話した様子で気になると判断したときは、訪問して様子を見に行った。 対応について家族にも説明して同意してもらい、チームのスタッフとも共有して行った。	●																				
認知症を抱えており、物忘れし間違い忘れや物取られ妄想がある	家族に、Aさんも全のお金をもたないと、逆に不安になるのでいくらかAさんに渡してもらうことを助言して、Aさんがお金を持てるようにした。																					
	家族にお願いして、長男、次男や嫁が買物に行く時は、Aさんも一緒に連れていってもらいお金を使う場をつくってもらった																					
Aさんは、自宅で妻として夫の面倒を見ようとするが、夫や視力、聴力低下により意思の疎通が困難で喧嘩をするなどストレスを抱える	Aさんの意思を尊重しながら週3回の通いの時間を持つようにした。	●																				
認知症のために薬の管理や、飲み忘れなどがある	薬は、事業所で管理とした。		●																			
	Aさんの自宅に、事業所と家族との連絡ノートを置いた。 自宅での服薬の確認は、次男や嫁と連携して家族が服薬介助したときは、飲み終えた薬包紙を残してもらった。	●																				
	医師も連絡ノートに気づいたことを書いてもらうように依頼した																					●
自分で健康状態の管理ができない。夫も含めて支えてくれる医療職が必要である	地域で看取りまで支えてくれいつでも助言が求められる、柔軟に往診もしてくれる医師を家族に紹介した。																					
	医師の往診の際は、次男や嫁が同席してもらうように助言した																					●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 7人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	52.43	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	173.83	*****	93.38	69.04
	勤務月数	84.43	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.71	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.57	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.57	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.83	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.86	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.29	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.00	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.57	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.71	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.00	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	4.00	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	12.00	*****	11.27
内省的観察		11.43	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.86	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.00	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.00	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.57	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	4.71	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.00	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.57	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.43	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.86	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.43	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.71	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.29	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	19.14	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	19.00	*****	17.92	2.39
	視点取得	18.14	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.00	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.71	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	10.00	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.86	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.29	*****	10.35	3.06
	職場風土	20.86	*****	21.87	5.91
	安全衛生	6.57	*****	8.74	3.31

事例 2 4

夫と二人暮らしの認知症の妻の看取りの事例

(1) Aさんの概要

Aさんは70代後半で、自分自身の物忘れを感じ自ら医療機関を受診し認知症と診断された。利用となる二年前ぐらいから、家族は認知症の進行を感じていた。夫と二人暮らし、夫も90歳を超え、かなりの視力聴力の低下があり、夫との意思疎通が困難なことや、身の回りお世話でのストレスなどからいさかいになることもある。昼夜問わず息子宅や事業所に電話してることがあり、家族は離れて暮らしており早い対処が出来ない為、Aさんの自宅近くの当事業所のサービスを利用することにした。1年半後の9月、夫が看取りの状態になった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年9月

- ・同居の夫が要介護状態とり、ターミナルケアが必要となり、Aさんと夫への支援が必要である。
- ・Aさんは認知症を抱えながらも、夫の世話をしようとするので支援が必要である。
- ・夫が他界した後の、心身の状態による生活の変化は予測がつかないが、変化に合わせた対応が求められる。
- ・独り暮らしになった場合に、認知症を抱えたAさんの暮らしに対する近所の住民の理解が必要である。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0か月後

- ・夫が看取りの時点で、今後のAさんの生活支援に関して長男、次男、事業所と話し合いの場を持った。
- ・当事業所で、夫へのサービスが始まった。
- ・夫の支援の為に訪問する時に、Aさんの生活の様子を観察した。
- ・夫のためには食事をつくるが自分は食べないので、1日1回配食を届けた。
- ・夫が他界してからしばらくは、事業所の職員が、Aさん宅に泊まり込んだ。
- ・地域にある認知症対策会議（民生委員、医師、地域団体等がメンバー）で、Aさんのことを共有してもらい、Aさんの生活を地域で見守り協力を要請する予定。

③ 対応の結果

1ヶ月後

- ・看取り状態となった夫の介護のために、Aさん宅に泊りこんだ長男や次男が、夫を支えるAさんの「苦労がわかった」と漏らし、Aさんへの気持ちが変わり理解が深まった。
- ・家族は、夫が他界した後のAさんの暮らしが心配であったが、当事業所で変わらず支援し、在宅生活を継続している。
- ・何かあれば、家族又は当施設へ電話が出来るので連絡してくる。
- ・日中は週3日の通所以外は一日一回の訪問、家族が泊まれない時の朝や夕の訪問で様子確認している。
- ・自宅では、自分で掃除洗濯され、食事は簡単な物は作れるが、弁当やお惣菜を購入して食事をとっている。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		84歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名: アルツハイマー型認知症)</p> <p>【現病】 (高血圧症 膝関節症)</p> <p>【既往歴】 (過活動性膀胱 心臓手術 リウマチ)</p>				
生活の様子と家族	<p>子供が二人、長男は県外、次男は市内に住んでいる。長男は1,2ヶ月に一度程度様子を見に来る。次男は月に何度来て、次女の嫁が週一回訪問してAさんの生活支援をしていた。サービス利用し始めてしばらくは夫と二人暮らしだった。夫の他界後独り暮らしとなる。</p> <p>夫の他界後は、次男とその嫁が交代で泊まりに来ており、週末は長男が来るときは出来る限り泊まりに来て支えている。</p>				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	対応に必要な技術・能力														
		観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携	
同居する介護者の夫が要介護状態となり看取りが近くなった	Aさんの今後の生活について事業所のスタッフと長男、次男と話し合いの場を持った						●	●								
認知症を抱えながらも、夫を在宅で看取ろうとするAさんへの支援必要である	夫への訪問サービス中、Aさんの自宅での生活の様子を観察し把握した。	●														
Aさんの、夫を失った喪失感に対して心理的な支援が必要である	夫が他界してしばらくは、夜間家族か職員が泊まり込んだ。					●										
夫が亡くなったあとの生活の変化に対する支援が必要である	自分のためには食事を作らないので、1日1回は配食サービスを実施した	●	●	●												
今後の一人暮らしにともなうリスクに対しての近隣の働きかけが必要である	Aさんが行方不明になったときのために、近隣の人の写真をおかしてもらう。	●	●													
今後の一人暮らしにともなうリスクに対して、環境調整が必要である。	玄関にブザーをつける GPS付きの靴を用意する。		●													
Aさんが行方不明になる可能性があり、あらかじめそのときの対応を準備しておく必要がある。	搜索依頼の用紙を事業所があらかじめ用意しておく。 民生委員や医師、地域の団体がメンバーである対策会議に参加。その中の認知症対策チーム等の会議に参加(月一回)して、Aさんのケースを共有する	●								●			●			

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 7人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	52.43	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	173.83	*****	93.38	69.04
	勤務月数	84.43	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.71	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.57	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.57	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.83	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.86	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.29	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.00	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.57	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.71	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.00	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	4.00	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	12.00	*****	11.27
内省的観察		11.43	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.86	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.00	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	44.00	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.57	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	4.71	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.00	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.57	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.43	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.86	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.43	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.71	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.29	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	19.14	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	19.00	*****	17.92	2.39
	視点取得	18.14	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.00	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.71	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	10.00	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.86	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.29	*****	10.35	3.06
	職場風土	20.86	*****	21.87	5.91
	安全衛生	6.57	*****	8.74	3.31

事例 2 5

在宅生活を強く希望した利用者のターミナル期の支援事例

(1) Aさんの概要

独居であり、転倒・圧迫骨折を繰り返し、Aさんは長期入院していたが、町外の施設に入所となった。本人は拒否し、施設に移ってから断食、再入院となった経過があった。「(家に) 帰りたくて帰りたくてたまらない…」との声に、主治医より小規模多機能型居宅介護事業所に紹介、3年前に登録となる。自宅に戻り、日に5回の訪問体制を中心に支援する。近所の人たちの差し入れ、気の合う同級生との再会、家主のお寺の方の来訪があり、Aさんの暮らしは続いた。また、数十年生活保護受給世帯であったが、1年9ヶ月前に年金数百万円が見つかり、生活保護受給が中止となる。その時Aさんは親戚ではなく、お寺を遺産相続先・任意後見人として希望した。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年7月

食事量の低下、傾眠傾向、発語も減り、主治医が「看取りの時期」と判断する

- 1) Aさんがどのような看取りの時期を迎えたいのか、方向性を決定するという課題
- 2) チームアプローチがさらに重要となる時期であるが、支える(スタッフ)側が不安を抱えているという課題

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1ヶ月後

センター方式C1-2を、全スタッフで記載

事業所独自の「基本看取り計画」に基づき、「Aさん用看取り計画」の作成

→上記であがった内容を、「マズローの5段階欲求」「小規模多機能型居宅介護における本人中心の支援機能(三層構造)」に落とし込む図の作成

—グループワークを繰り返す—

- 1) Aさんの意向(数年前の登録の経緯、6月に「自分の家がいい」と発したという情報、お寺にも同様の話をされていたこと)をC1-2により共有し、自宅での看取りを迎える方向へ。お寺、主治医とも確認を取る
- 2) 詳細な支援計画(安楽な体位で過ごされるよう、支援統一するために写真を準備/排泄支援を安楽に行なえるよう、巻きスカートに変更/(巻きスカートの)紐は利用者と縫う/食事は無理じいしない/大切なお寺さん家族との写真を、見えやすいように拡大コピー・掲示する…)作成と実行
- 2) キーパーソンであるお寺の人との関係強化、気の合う同級生との触れ合える場の準備【1層】
- 2) 近所の人たちや、知人らとのつながり支援体制づくり【2層】
- 2) 上記が一目でわかるような、Aさんノートの作成

③ 対応の結果

1ヶ月後

この1ヶ月、点滴は一切行わなかったため、浮腫等もなし。発語は減っていたが、頷いたり、穏やかな表情で無理なく暮らしていた。「通い」利用後自宅に戻る途中で、意識低下。自宅に戻ってから、脈が触れなくなる。事業所ケアマネ・看護師より、主治医に報告。自宅にて亡くなる。

看取り後の話し合いのなかで、スタッフから不安なく支援できたとの声があがった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況			
年齢・性別		93歳 □ 男 ■ 女	
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 ■ 要介護5 □ 認定外	
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 ■ C2	
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa ■ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M	
A D L	① 食事	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助	② 着脱 □ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助	④ 入浴 □ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助	⑥ 整容 □ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし □ あり(診断名:) 【現病】 (廃用症候群 高血圧症 骨粗鬆症) 【既往歴】 (脊椎圧迫骨折 左橈骨遠位端骨折 第1.2腰椎圧迫骨折 ペースメーカーope)		
生活の様子と家族	寝たきり状態、体位転換含め、全体的に介助を要す状態。 以前は季節のこと、お寺、花や近所の話題が出ていたが、発言、嚥下も難しくなってきた。 子なし、兄弟とも死別、キーパーソンは50年働いてきた向かいのお寺の人をAさんが希望される。		
支援	□ 訪問看護 ■ かかりつけ医の往診(1/w) ■ 地域包括支援センター ■ 配食サービス ■ 介護サービス(小規模にて2/w通い、5/日訪問、レンタル:電動ベッド、体転エアマット、車イス) ■ その他の医療(年1回のペースメーカーチェック) ■ その他の生活支援・インフォーマル支援(知人の来訪、近所の八百屋の配達、お寺の人の来訪)		

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
退院後の生活について、Aさんは住み慣れた家で暮らしたいと強く希望したがADLの全介助が必要である。	一日5回の訪問体制をとった。 退院後生活が安定してからは通いを入れた。	●										●			
近所や地域の人との交流を保つ必要がある。	同級生が同じ事業所に通っていたので日程を合わせるようにした。 通いの道中にお店に寄ってなじみの人と触れ合い自分で選んで購入した。	●	●						●	●		●	●		
生活保護を受給していたが、大金を所持していることが判明し今後の対応が課題となった。	本人にどうしたいのか確認した。 生活保護は中止となったあと、お寺を遺産相続先とし、任意後見を申し立てた。	●	●									●			
身体状態が急変し、医師から「看取りの時期」と判断されたが、自発語が無くなることによりご本人の意思の確認が困難になった。	Aさんの看取りの計画を作った。 Aさんに関わる際には必ず声をかけ、表情や言葉に注意を向けた。	●	●												●
看取りケアの経験のないスタッフが不安を訴えた。	センター方式を導入、チームで作成した。C1-2シートでご本人の言葉を受け止めチームで共有、方向性を確認できるようにした。 訪問ノートを作成し、情報を共有するようにした 体力的に限界なのでサービスの回数を検討する話し合いをチームで実施した。					●	●	●							
ほとんど食べられなくなってきた。	訪問したらなくなっている場合も想定し誰もがわかるような連絡チャートを作成した。 好きな味、口を開くものを中心にした。 以前からの付き合いの近所のお店から好みの物をから配達してもらった。 口を開けない時は無理には進めなかった。	●	●	●			●						●		
寝たきり状態(四肢の拘縮、褥瘡リスクなど)、身体状況が悪化して看取りが近くなった。	パットのつけ方や、お通じの出し方、本人もスタッフも楽にケアできるように巻きスカートを作った。 排便等に関しては看護師、医師と相談した。 移動時には全介助、ぶつけないようにアームカバーなどを準備した。 褥瘡に関しては緊張しない、拘縮が進まないポジショニングの工夫をPTから教えてもらった。 訪問時の様子を記載したノートは友人やお寺の方たちにも具体的に看取りの状況について説明する時に見ていただいた。	●	●	●										●	●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	40.38	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	103.46	*****	93.38	69.04
	勤務月数	61.92	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	22.38	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.42	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.58	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.67	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.23	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.92	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.31	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.92	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.38	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.85	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	4.62	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.54	*****	11.27
内省的観察		11.69	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		12.00	*****	11.86	2.21
能動的実験		12.15	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	46.77	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.77	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	7.67	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.85	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	7.15	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.92	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.62	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.31	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	4.92	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	3.69	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	6.54	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.15	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.69	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.82	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.38	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	9.00	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.38	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	7.62	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	13.85	*****	10.35	3.06
	職場風土	29.50	*****	21.87	5.91
	安全衛生	13.38	*****	8.74	3.31

事例 26

独居で認知症を服を着ないで外出するなど尊厳が守りにくくなった事例

(1) Aさんの概要

弟と同居の時は暮らせていた。弟が他界してからは、ゴミ出しの曜日が分からない等、困りごとがある時は町内会長宅をたずねていくようになる。5年前から当事業所の利用が始まる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年11月

- ・着衣失行がみられるように、紙パンツ姿で家の外を歩いていた。その姿を近所の人に見られることで、Aさんの尊厳をどう守るかという課題が出てきた。
- ・昼夜問わず散歩にでるので、行方不明になり、夜中に警察に保護されることが出てきた。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年後

- ・紙パンツやズボンをはき忘れることが多い為、チュニックやワンピース等の着丈の長い服を着てもらった
- ・訪問したときに、着衣の確認、紙パンツの交換を行い、自宅には常に着替えを準備しておく
- ・散歩コースと家に帰れる外出範囲を把握するとともに、GPSを装着した。家に帰れるコースを外れているところを見かけた場合は、声かけをして、一緒に自宅へ戻るようにした。
- ・事業所へ通う為、出かける時には、近所の町内会長に、Aさんと一緒に声をかけをしてから出かけるようにした
- ・月1回の地域の福祉会には、Aさんを連れて参加した。

③ 対応の結果

1年10カ月後

- ・町内会長や近所の見守りと、小規模多機能型サービスを利用しながら、Aさんは生活スタイルを変えることなく、在宅生活を継続している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		80歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：アルツハイマー型) 【現病】 (アルツハイマー型認知症 高血圧症) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	1人暮らし。十数年前に亡くなった母親を捜しに行くということを1日のうちに何度も繰り返している。生活保護受給、家の中は乱雑で、毎日20~30個の手荷物をつくりもって出ることに加えて、食事や排泄、炊飯、買い物、飼いネコの世話など、うまくいかないことが増えてくる。食事や排泄、買い物や片付けには支援。月1回は地域の高齢者の福祉会に参加している。キーパーソンである隣町に住む義弟、顔を合わせる機会は少ない状況である。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス (今はなし) <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能の通いと訪問) <input checked="" type="checkbox"/> その他の医療 (月1回の受診) <input checked="" type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 (月1回の福祉会、地域の見守り)				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
認知症のため、下半身衣類や下着をつけなくて、外出し尊厳が保持できず、地域に住みづらくなる	自宅を訪問し、Aさんの見えるところに着替えを準備しておく。 訪問した時は、衣類の状態を確認する。紙パンツや下着などはいてない時は、下着やズボンをはいてもらう 下半身衣類をつけなくても下半身を隠せるように、丈の長い洋服(チュニック丈)を買ってきて自宅においた。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
昼夜時間を問わずに出かけて帰れないことがあるので、危険であり、近所の見守りや協力が必要である	通いの時も、「ちょっと会長さんに声かけていきましょう」と促したりして、町内会長をAさんに意識づけている。Aさんが町内会長を忘れないようにする 町内会長や地域の人知っているAさんの外出先や行きつけは散歩コースの情報を収集して、Aさんが安全に移動できる日常の行動範囲を把握した 近所の方には「Aさんが遠くに出て行っていることを見かけた時は、当事業所に連絡をくださいと伝えている 夜中の外出や時間も決まっていないので、靴はGPS付のものを履いてもらって居所がわかるようにした 自分で自宅に帰ることができるコースを外れて歩いているのを見かけたら、自宅に連れて帰る 町内の人にAさんを知ってもらうため、町内の月1回の福祉会(食事会)に、職員がAさんと一緒に参加した	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
食事できちんと栄養を取れているのか見守りが必要である。	訪問に行ったとき、台所や食卓の様子を観察して、食事がとれているのか確認をする Aさんは、近所の八百屋で惣菜など買っていたが、買い物回数が減ってきたので、配食サービスを導入した 配食にあきて食事が進まない時は、近所で買い物して食事をすることに切り替えて食事が進むようにした	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
トイレで排泄はするが、水を流すといった習慣がなく後始末ができない。	屋食の後に排便があることが多いので、訪問したときにトイレに行って排便のチェックをして水を流す。 排便の時に間に合うように、訪問の時間を調整した 紙パンツをはいていない時ははいてもらう。紙パンツが汚れていたら交換する。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
金銭管理ができない	義理の弟と連絡を取り合い、お金をもってきてもらう。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
高血圧があるが、服薬ができない	事業所で薬は預かり、職員が服薬介助をする 錠剤は嫌がるので、飲みやすいように、職員が、薬を粉砕した。 受診の際は必ず付き添い、医師からの診察結果を直接聞く 受診結果は家族に電話で報告する	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
チームでAさんのケアの共有が必要である	月1回のカンファレンスやグループミーティングで特別なケアの情報を伝え、投げかけをしてみんなでアイデアを出し合う。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	40.38	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	103.46	*****	93.38	69.04
	勤務月数	61.92	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	22.38	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.42	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.58	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.67	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.23	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.92	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.31	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.92	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.38	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.85	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	4.62	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.54	*****	11.27
内省的観察		11.69	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		12.00	*****	11.86	2.21
能動的実験		12.15	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	46.77	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.77	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	7.67	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.85	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	7.15	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.92	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.62	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.31	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	4.92	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	3.69	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	6.54	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.15	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.69	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.82	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.38	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	9.00	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.38	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	7.62	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	13.85	*****	10.35	3.06
	職場風土	29.50	*****	21.87	5.91
	安全衛生	13.38	*****	8.74	3.31

事例 27

同居家族の精神疾患により、家族介護を期待することが難しくなった認知症高齢者の事例

(1) Aさんの概要

3年前、介護サービス（デイサービス、訪問介護など）利用していたが、一人で家にいると外へ出て行き行方不明になったり、炊飯器をコンロの上に置き火をつけるなど在宅生活が困難となり、ケアマネジャーが地域包括支援センターへ相談。その後当事業所へ相談あり、利用開始。本人（Aさん）は長男（日中は仕事で不在）と2人暮らし。同県内に次男、三男いるがAさんに会いに来ることはほとんどなく、施設利用を希望。長男は「母が暮らしたい場所で暮らさせたい」と自宅での介護を希望。Aさんは自分の意思を伝えることは難しくなってきたが、今までの暮らしで支援があれば出来る事もあり、自宅と小規模多機能の通い訪問、地域の人達の支援も受けながら在宅生活を続けていた。1年前体調不良など続き、ADL低下などあるが、これまでの暮らしを継続し体調悪化前の身体機能の維持ができています。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年2月

同居長男が入院、周囲から長男が入院しAさんが自宅で暮らすことは無理ではと指摘を受け、小規模多機能の通い、泊りを利用。入院後、長男の金銭問題が発覚。また周囲から介護負担が大きいので、この先Aさんと長男の二人暮らしで在宅生活を行うのは困難。施設の検討など本人抜きでの話が進んでいった。金銭問題、介護負担、家族との関係構築など課題となる。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～4ヶ月後

小規模多機能での通い、泊りを続け、これまでの関わりからAさんの思いや今までの関わり支援で不足、不十分なところはなかったかなどスタッフ間でミーティングを行う。Aさん、スタッフで入院中の長男に面会に行くなど関わりを続け、関係者（長男入院病院の医師、PSW、次男、保護課担当者、司法書士、当事業所計画作成担当者）とカンファレンスを実施。その場で事業所側からこれまでの暮らしでAさんの思いや通い、泊りの中で自宅で過ごせるための支援内容（地域を含め）の説明と、新たな住居について提案を行う。カンファレンス後も関係者と連絡をとりあい、新たな在宅生活に向け準備を行う。

③ 対応の結果

4ヶ月後

生活保護（住宅、介護扶助）の適用、住居も提案した所へ移住。次男、三男も長男、Aさんの支援を行うこととなり、長男退院し、新たな生活を始める。Aさんも毎日長男の顔を見て安心され、新たな環境でも今までと変わりなく過ごすことが出来ていた。しかし、後見人の次男が死去（10月）後、長男が再度入院となる。Aさんについては夜間の状況が把握できており、事業所からすぐに支援出来る状況など関係者へ伝えそれまで通りの利用をし、Aさんの生活に大きな変化なく過ごしている。また、地域の人達が集まる場などにスタッフと一緒に出向き（転居前、後）の人達とも交流がもてている。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		79歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：アルツハイマー型認知症)</p> <p>【現病】 (腰痛症)</p> <p>【既往歴】 (うっ血性心不全 逆流性食道炎 腰痛症 高血圧)</p>				
生活の様子と家族	<p>朝訪問し、起床、トイレ、更衣介助を行い、長男が用意したパンを朝食として食べてもらい来所。 1日すごし夕食後に自宅へ送り就寝介助は長男が行うという生活を毎日続けていた。息子は1日酒を飲み部屋で寝ていることが多かった。</p> <p>次男、三男家族は「家がきたない」「危ない」など言い、来ることはほとんどなくAさんとも関わりがない状態。</p>				
支援	<p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診</p> <p><input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の医療 ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()</p>				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
主介護者である長男の入院中、本人ひとりで生活することが難しい。	小規模多機能のスタッフ全体でミーティングを行った。 主介護者が入院中は泊り利用した。	●				●								●	
関係者が、主介護者である長男の介護負担軽減を重視して、Aさんの在宅生活をあきらめている。	長男入院先の医師、PSW、次男、保護課担当者、司法書士と、事業所スタッフで行われたカンファレンスにおいて、Aさんの思いを伝えた。 長男入院先の医師、PSW、次男、保護課担当者、司法書士と、事業所スタッフで行われたカンファレンスにおいて、小規模多機能の通いと泊りによって、自宅で過ごせるための支援ができることを説明した。 長男入院先の医師、PSW、次男、保護課担当者、司法書士と、事業所スタッフで行われたカンファレンスにおいて、自宅から施設ではなく、新しい住居について提案した。 長男退院後も、基本的には長男が不在でもAさんの在宅生活が継続できるように、サービス計画を立てた。 以前から、地域の行事などにも参加して、自治会や町内会などと交流をもってもらっている。	●				●		●					●	●	●
Aさん本人や介護者である長男の意向確認等がないまま、施設の検討が進められている。	小規模多機能のスタッフ全体でミーティングを行った。 Aさんと一緒に、入院中の長男のところにいった。 カンファレンスとは別に、後見人の司法書士と話し、Aさんと長男の関係性からみて在宅生活を二人とも希望していることを確認した。					●		●		●				●	●
長男再入院時に、再度Aさんの在宅生活ができなくなるのではと、関係者が心配した。	長男がいるときも、仮に長男がいなくても、小規模多機能の支援によってAさんの在宅生活が継続するように支援してきたことを、関係者に理解してもらうよう説明した。 関係者に「Aさんの様子はきちんとうちの方でみます」と伝えた。 Aさんに、長男がいなくても家で暮らすかどうかを相談した。					●	●						●	●	
長男再入院時に、在宅生活の様子をみる人がいなくなった。	Aさんのこれまでの支援から、泊りではなく在宅中心で支援できると判断した。 夜の訪問時間を、長男がいる時よりは、遅い時間に変更した。 あえて日中全部を事業所で過ごすのではなく、食事の支援をしたあとは、昼間ぐらいまで在宅で過ごしてもらうようにした。	●	●					●				●			
長男退院後、Aさんの在宅の時間が長いと、介護者の長さんの介護負担が大きくなってしまふ。	事業所スタッフは、訪問してAさんの朝食を支援したあと、そのまましばらく一緒に自宅で過ごしてから、事業所に来るようにした。 腰痛症が朝は痛みむので、起床に時間をかけゆっくり起きるのを待つようにした。	●				●									
長男とAさんとの関係がぎくしゃくして、長男がAさんを気にかけているのに介護をほとんどできない。	基本的には事業所がAさんを支える中で、長男には「お願いできますか」とできそうなことに限定して、一緒に支えてもらえるような声かけをしている。							●							

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.23	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	127.08	*****	93.38	69.04
	勤務月数	87.77	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.92	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	22.31	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	17.62	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.00	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.31	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.50	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.23	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	10.46	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.85	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.54	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.54	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.15	*****	11.27
内省的観察		10.77	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.46	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.00	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	40.85	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	9.92	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.23	*****	6.18	2.46
	達成動機	6.77	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.77	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.54	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.08	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.62	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.92	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.46	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.31	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.08	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.85	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.46	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	11.46	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.00	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	8.23	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	8.69	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.23	*****	10.35	3.06
	職場風土	23.23	*****	21.87	5.91
	安全衛生	9.17	*****	8.74	3.31

事例 28

認知症をかかえ火の不始末や行方不明で保護されるなど一人暮らしが困難になった事例

(1) Aさんの概要

結婚後、主婦として家庭を献身的に支えてきた。夫は料理・掃除などの家事については厳格で、Aさんは、料理本を読む等して勉強し夫に応えようと努力していた。老後は地域活動、グランドゴルフなどには活発に参加。3年前に夫が他界。それ以前から脳梗塞の既往あり、判断力の低下見られていた。独居となり近くに住む息子の同居人が時折訪問して簡単な支援をおこなっていた。平成×年、鍋焦がしや電化製品が使えなくなってきて、炊飯器に草やジャリが入っているようなことがあるようになり、世話をしていた息子の同居人も体調不良となり、最初の小規模多機能型サービスの利用となる。最初の事業所は、通い中心で馴染めず、Aさんの自宅に近くて以前からAさんの立ち寄り場となっていた当事業所の小規模多機能型サービスの利用開始となる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

不明

- ・「夫が帰って来ない」と夜間捜しまわることが度々ある。また用事があると親戚の家へ外出し、帰れなくなり昼夜問わず警察に保護されるようになる。
- ・息子同居人の支援が難しくなり、いきつけの商店にてパンや、簡単な惣菜を買って食べるような生活となり、健康面の悪化が予測される。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

1～2か月後

- ・Aさんがの言動の中に「～に行きたい。～しないといけない」等の話があったときは、すぐに一緒に行った。
- ・行く可能性のある場所、会いに行く可能性のある人の関係マップを作成した。
- ・マップにある商店や人には、Aさんが来た時は、当事業所へ連絡してもらうように依頼した。
- ・Aさんの生活パターン把握し、訪問中心のサービスにして1日5～6回の訪問で見守りや生活支援を行った。

③ 対応の結果

9か月後

- ・人や場所をたずねていく事には変化ない。
- ・地域の商店や関係者が連絡してくれるので、Aさんの所在がわからなくなることはなくなった。
- ・昼は、訪問に行っている職員と一緒に、徒歩で事業所に来て昼食をして、事業所で家事など手伝いをして自宅へ帰る。
- ・草取りや、掃除などできることはしながら在宅生活を継続している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		87歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名:) 【現病】 (高血圧) 【既往歴】 (脳梗塞 眩暈症)				
生活の様子と家族	息子氏は夫の連れの子供で実子ではなく、不仲なこともあり、直接的な支援は難しい。 ほぼ毎日、なじみの店に通っていたが、金銭管理むずかしく、息子のツケ払いで買い物をしていた。 外出をしても、「早く帰らないと主人におこられる」と御主人の食事準備の心配がいつもある。 家では草取りや、掃除をして過ごしている。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	対応に必要な技術・能力														
		安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携	
「夫が帰ってこない」と夜間外に出て探しまわり、自宅に帰れない	訪問中心のケアマネジメントで、自宅中心に見守りをする。1時間半から2時間おきに訪問する	●														
	Aさんは夫の死は受止めていないので、夫は亡くなったという説明はしないで、Aさんの行動に付きそう	●	●		●											
「墓参りにいかにや、」「親戚の家に行きたい」と言われた時は、すぐに対応しておかないと、次に訪問したときは自宅にいないことが多い	Aさんが行きたいという時に、行きたいという場所にすぐに一緒に行くようにした				●			●								
	墓参り、親戚などのキーワードは聞き流さない	●	●		●											
認知症を抱えており、水道や火元の管理ができないので、息子が止めてしまった	水道が出しっぱなしがあり、一旦は家族が水道を止めたが、事業所から家族に頼んで使えるようにしてもらった							●	●			●				
食事の準備ができない	配食を届ける	●														
一人で入浴ができない	事業所に来てもらい、入浴介助をする	●														
失禁があり、後始末ができない	訪問したときには、失禁がないか確認して、汚れていれば着替えをしよう	●														
円背があり、転倒すると自分で起き上がれない	1時間半から2時間間隔で訪問する		●			●										
身体の動きが少なくなってきたり、今後ADLの低下が予測されるが、自分でできることは続けてもらう必要がある	掃除や草刈りはやってもらって見守る				●			●								
	事業所と近所の商店が顔なじみなので、買い物はツケでしてもらるように依頼した 仏壇をお参りするが、時々忘れるので促す								●							
義理の息子とは仲が悪く、会うと喧嘩をする	Aさんの家に届いた郵便物を、Aさんと職員が一緒に歩いて近所の義理の息子の家まで届ける	●			●			●								
近所の人達、地域の協力が必要である	家族には「Aさんは一人暮らしなので、近所の方のご挨拶して協力を求めます」と了解を得た								●							
	行きつけの場所や商店、立ち寄り場、地域の人間関係のmapを作成した							●		●						
	近所の人には、名刺を配りながら「何かあればすぐに来ますから、ここ(事業所)に連絡してください」と挨拶して回った 行きつけの場所や商店、立ち寄り場にも、Aさんが一人で立ち寄った時は事業所に連絡してもらうように依頼した	●								●		●	●	●		
高血圧症もあり、定期受診が必要である	かかりつけ医への定期受診は、必ずAさんに同行していく	●														
	体調不良の時は、かかりつけ医に受診介助をして医師の指示をもらう	●														

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 10人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	37.40	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	143.44	*****	93.38	69.04
	勤務月数	110.00	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	20.67	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	22.33	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	17.33	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.44	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	8.44	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.33	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.11	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.11	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.78	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.44	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	3.50	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	10.50	*****	11.27
内省的観察		11.50	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.10	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.00	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	39.10	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.00	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	4.80	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.10	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	4.90	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	4.90	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.60	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.30	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.40	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.80	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.90	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.60	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	18.20	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.00	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.50	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	11.40	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	7.60	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	7.90	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	8.20	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	11.70	*****	10.35	3.06
	職場風土	19.20	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.00	*****	8.74	3.31

事例 29

認知症を抱え、火の不始末やADL低下により借家での一人暮らしが困難になった事例

(1) Aさんの概要

兄と同居していたが、兄の他界後は、借屋に一人暮らし。結婚歴はない。定年までサービス業の会社で勤務。甥・姪が時々様子を見にくる。出身はX市で、裕福な商家の娘。家庭の事情で、進学あきらめ就職したので今でも「英文科に進学したかった。」と話す。

認知症の症状が進行し、デイサービスを利用したが、プライドが高く、サービス利用への抵抗感があり利用中止となる。その後も、一人暮らしを続けていたが、火の不始末や排泄の失敗がふえてきて、甥や姪は心配となり、当事業所の利用開始となる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年3月

- ・ Aさんのプライドを傷つけないようにサービスを導入しないと利用を拒否する可能性がある。
- ・ 通いの場では、Aさんの言動で他の利用者とのトラブルにならないように、人間関係の調整や構築が必要。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～3ヶ月後

- ・ 訪問から導入した。
- ・ 毎日決まった時間訪問と、すべての職員が訪問し、Aさんと顔を合わせて顔を覚えてもらった。
- ・ 生活スタイルや人柄をを把握するために、コミュニケーションをとることから始めた。
- ・ すべての職員がかかわりを持ち、当事業所の利用者である認識をもってもらった。
- ・ 通いの場に馴染んでもらうために、食事会に姪と一緒に参加してもらった。無理に通いの場にとどめることはないように、食後はすぐに自宅に送った。
- ・ グループホームへ入居申込みしており、入居の案内がくる度に、Aさん家族に打診して、生活の意向を確認している。

③ 対応の結果

4ヶ月後

- ・ ひとりでも通いを利用できるようになった。
- ・ 1ヶ月後には入浴も可能になる。
- ・ 在宅生活を継続している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況	
年齢・性別	94歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外
自立度 日常生活	障害老人自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症老人自立度 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
A D L	① 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ② 着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ④ 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⑥ 整容 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名: H18 アルツハイマー型認知症)) 【現病】 () 【既往歴】 (甲状腺機能障害 (H23)))
生活の様子と家族	独居、結婚歴はなく、借家に一人暮らし。殆ど病気をしたことがなく、医師に係ることは好まない。生活は規則的で、近所の同じ商店で、同じ物を毎日購入し、同じメニューの食事をつくり食べている。認知症の進行で金銭面の管理は、甥と姪がサポートしている。週に3回は、甥や姪が訪問して様子を見に来る。
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能)) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
<p>デイサービスや時間が決まったサービスには馴染めないで利用を拒否する可能性がある</p>	<p>まずは、人間関係をつくっていくために、「通い」ではなく「訪問」から始めて、生活スタイルや人柄を把握することにした</p> <p>他の利用者の送迎の際に、町や商店でAさんを見かけた時は、事業所に戻ってAさんの記録シートに様子を書いた。</p> <p>通いの場に馴染んでもらうために、食事会と題して、事業所で、Aさん、甥、姪と一緒に食事をとってもらい、通いの場の雰囲気や、職員に馴染んでもらうようにした。</p> <p>通いの場面で、他の認知症の利用者を批判することがあり、職員が間に入って空気を変えるコミュニケーションや座る場所を変えた。</p>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<p>認知症の進行に伴い、火の不始末など家主も不安に思っている</p>	<p>Aさんの住む家の家主に、小規模多機能のサービスを利用し始めて、24時間関わってくれる専門職がいることを甥や姪から伝えてもらうように依頼した</p> <p>訪問の際には、ガスコンロが安全な状態かチェックするようにした。</p> <p>姪に、吹きこぼれたら自動消火するガスコンロを提案して導入してもらった。</p> <p>排泄の失敗で汚れた衣類を脱ぎすてたり、タンスの中にしまいこんだりしているので、訪問時に職員が持ち帰り洗濯して返すようにする</p>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
<p>感染症や病気等に対する意識がなく健康の管理や、自宅での環境調整が難しい。</p>	<p>殆ど病気をしたことがなく、医療に係ることは好まないが、往診できる医師を紹介して往診してもらうようにした。</p> <p>医師には、事業所からFAXでAさんの様子を報告している</p> <p>室温の管理が難しく、季節に合わない室温になってしまうので、リモコンを本人が触れない場所に置き、訪問の度に、温度確認をする</p> <p>冬場は炬燵に潜って寝てしまうことがあり、訪問時に発見したら水分を取ってもらう</p>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 7人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	44.71	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	93.29	*****	93.38	69.04
	勤務月数	54.14	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.57	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	25.57	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.29	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.43	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.14	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.71	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.29	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	7.86	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.71	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.14	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.86	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.00	*****	11.27
内省的観察		11.29	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.86	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.57	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.29	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.29	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.57	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.29	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	4.86	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.14	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.14	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.67	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	9.00	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	6.33	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	6.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.86	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.29	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.71	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.17	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.29	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	7.86	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.57	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	8.00	*****	10.35	3.06
	職場風土	19.14	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.43	*****	8.74	3.31

事例30

認知症によって、インシュリンの自己注射が難しくなった事例

(1) Aさんの概要

脳血管性とアルツハイマー型の混合型認知症の診断を受けている。糖尿病の既往があり、毎日の血糖値測定とインスリン注射が必要である。夫と共に姉夫婦宅に居住している。夫は高齢でAさんの介護は難しく、姉夫婦とは仲が悪く支援は期待できない。認知症対応型デイサービスを利用したが、決まった時間に起きられないといった生活が不規則なこともあり利用中止となった。夫が入院したこともあり、Aさんの生活を柔軟に24時間支えるサービスが必要となり、当事業所のサービスの利用開始となった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年3月

- ・認知症の進行に伴い記憶力、見当識の障害が強くみられるようになる。
- ・同居の姉との折り合いが悪く、ささいなことで激昂してしまう。通いの場面でも、他の利用者に手を出すことや職員に暴力的な行為がある。
- ・血糖値の管理が必要であるが、インスリン注射に抵抗がある

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～

- ・外部の専門家に、Aさんの認知症の症状を伝えて、助言をもらい実施した。
- ・Aさんが抵抗なく受け入れたケアとコミュニケーションを、記録やミーティングで共有した。
トイレ誘導を拒否したときは、一旦散歩に誘って帰所してからまたトイレ誘導するなど、状況を変えて対応した。
- ・つねる、たたくといった行為がある時は、極端に反応しないようにすると、つねる力を緩めてくれるといった行動の特徴を把握した。
- ・看護師がインスリン注射をする時は、傍で介護職が手を握って座り、落ち着いてもらうようにした。

③ 対応の結果

0ヶ月～

- ・インスリン注射に抵抗が高まってきている。
注射を行うことが難しい時は、注射を中止してよいと指示をもらった。
- ・同居の姉が、通いの送り出しの場面では、Aさんを送迎車に乗るように促してくれるなど協力的な時がある。
- ・夫の健康状態やAさんの認知症の症状や介護に対する抵抗が激しくなり、入居できる施設を探している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況	
年齢・性別	72歳 □ 男 ■ 女
要介護度	□ 要介護2 □ 要介護3 ■ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外
自立度 日常生活	障害老人自立度 □ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2
	認知症老人自立度 □ I □ IIa □ IIb □ IIIa ■ IIIb □ IV □ M
A D L	① 食事 ■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助 ② 着脱 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助 ④ 入浴 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助 ⑥ 整容 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり (診断名：混合型認知症(アルツハイマー/脳血管性)) 【現病】 (糖尿病) 【既往歴】 ()
生活の様子と家族	夫と共に姉夫婦宅に同居している。主たる介護者は夫で、姉との折り合いが悪いこともあり、姉夫婦との関わりは薄い。夫も高齢であり、健康状態も万全とは言い難い。負担軽減のため、週3日宿泊し、訪問看護のある日以外は事業所で過ごしている。宿泊でない日は、AM10:00~PM17:00の利用である。事業所内では静かな場所でじっとしていることが多く、職員が声をかけなければほとんど動かない。他利用者とすれ違う時に相手を叩こうとするなど、周囲の環境に注意が必要である。機嫌が良い時は非常に丁寧に職員にあいさつをしたり、手をつないでおどけたりと奔放な行動がみられる。しかし、インスリン注射や失禁をした時など、介護者のうでをひねりあげるなど暴力行為・暴言など激しく抵抗する。気分の波が激しく、感情が読みづらい、干渉は好まず、気難しい性格である。
支援	■ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス (小規模多機能ホーム) □ その他の医療 () □ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	対応に必要な技術・能力													
		観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
インスリン注射をする際に抵抗があるが、血糖値を管理しなければ、健康状態が悪化する。	血糖値チェックとインスリン注射は、通い時に看護師が行う	●													
	看護師だけでは難しい時は、介護職が手を添えて穏やかに話しかけたりして心落ち着いた状態をつくり看護師をサポートしている				●	●									
	主治医には、どうしてもインスリン注射が難しい時は、注射の施行を中心してもよいという助言ももらう。	●													●
	低血糖の回避のため、観察することと血糖の測定値の確認が大事だと医師から助言をもらったので確認している。	●													
通いの場面で、他の利用者に手を出すことや、職員に対しても暴力的な行為がある。	ひねったり、つねったりされても、極端な反応しないようにして刺激しない。			●		●									
	表情や気持ちを観察して、機嫌がよい時に関わる、機嫌が悪い時は一旦離れる	●													
	通いの場面で移動する時は、トラブルにならないように、他の利用者の傍を通らないように移動介助をする	●													
入浴に対する拒否や排泄の失敗があり、適時のトイレ誘導が必要だが、介護に抵抗がある。	入浴に誘って拒否したときは、「散歩でも行きましょうか」と戸外に誘い気分を変えてもらってから「お風呂入ると気持ちいいですよ」と入浴に誘う。	●	●			●									
	トイレに誘導する時も、散歩に誘ってから誘導する	●	●			●									
	上手く行ったケアの工夫や関わり方は、毎日のミーティングで報告する						●								●
同居の夫は健康状態に不安もあり、本人の介護に対する抵抗や介護負担から自宅での介護が困難になることが予測される。	起床の介助は夫が担っていたが、負担を考えて、起床時に職員が訪問して夫と一緒に起床介助をするようにした	●	●						●						
	宿泊のサービスを追加した	●							●						
	認知症の混合型の人への対応について、外部の研修で出会った専門職に質問して助言をもらって実践している	●					●								●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 7人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	44.71	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	93.29	*****	93.38	69.04
	勤務月数	54.14	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.57	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	25.57	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.29	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.43	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.14	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.71	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.29	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	7.86	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.71	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.14	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.86	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.00	*****	11.27
内省的観察		11.29	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.86	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.57	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.29	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.29	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.57	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.29	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	4.86	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.14	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.14	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.67	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	9.00	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	6.33	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	6.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.86	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.29	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.71	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.17	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.29	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	7.86	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.57	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	8.00	*****	10.35	3.06
	職場風土	19.14	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.43	*****	8.74	3.31

事例 3 1

小規模多機能の利用中にBPSDの激化から入院し退院後の生活を支援した事例

(1) Aさんの概要

脳血管性とアルツハイマー型の混合型認知症の診断を受けている。糖尿病の既往があり、毎日の血糖値測定とインスリン注射が必要である。夫と共に姉夫婦宅に居住している。夫は高齢でAさんの介護は難しく、姉夫婦とは仲が悪く支援は期待できない。認知症対応型デイサービスを利用したが、決まった時間に起きられないといった生活が不規則なこともあり利用中心となった。夫が入院したこともあり、Aさんの生活を柔軟に24時間支えるサービスが必要となり、5年前から当事業所のサービスの利用開始となった。夫の介護負担を軽減するためにも週3日の宿泊、週6日の通いで対応していたが、平成X年4月、1ヶ月の任意入院となる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

④ 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年4月

- ・任意入院中に、退院後の支援を検討する必要がある。
- ・夫の健康状態と介護負担を軽減するサービスの再調整が必要である。

⑤ 事業所や事業所の介護職員がとった対応

6ヶ月～

- ・入院中から、事業所のケアマネジャーと病院に面会にいき、Aさんの情報収集を行った
- ・退院後は、夫の介護負担を軽減するために、入院前のサービスに加えて、朝、起床介助のための訪問を追加した。

⑥ 対応の結果

6ヶ月後

- ・当事業所のサービスを利用しながら、在宅生活を継続している
- ・入居できる施設を探しているが、夫は、施設入所の決心がつかない。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		72歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名：混合型認知症(アルツハイマー/脳血管性)) 【現病】 (糖尿病) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	夫と共に夫婦帰宅に同居している。主たる介護者は夫で、姉との折り合いが悪いこともあり、姉夫婦との関わりは薄い。夫も高齢であり、健康状態も万全とは言い難い。負担軽減のため、週3日宿泊し、訪問看護のある木曜日以外は事業所で過ごしている。宿泊でない日は、AM10:00~PM17:00の利用である。事業所内では静かな場所でじっとしていることが多く、職員が声をかけなければほとんど動かない。他利用者とすれ違う時に相手を叩こうとするなど、周囲の環境に注意が必要である。機嫌が良い時は非常に丁寧に職員にあいさつをしたり、手をつないでおどけたりと奔放な行動がみられる。しかし、インスリン注射や失禁をした時など、介護者のうでをひねりあげるなど暴力行為・暴言など激しく抵抗する。気分の波が激しく、感情が読みづらい、干渉は好まず、気難しい性格である。				
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能ホーム) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
夫の介護負担が高まり、本人は1か月任意入院となり、退院後の生活について検討が必要となった。	入院中にケアマネジャーと一緒に病院に出向き、本人の状態について観察し、チームに伝達した	●	●									●			
夫の介護負担が高まり、本人は2か月任意入院となり、退院後の生活について検討が必要となった。	入院中にケアマネジャーと一緒に病院に出向き、病院の看護師に聞き取りをして事業所に持ち帰り、チームに伝達した		●			●									
インスリン注射への拒否的な行動が激しくなっている	注射を拒否される場合は、他の利用者と一緒に歌を歌ってもらい気分を切り替えてもらう 時間を置く、違った声掛けを行い、注射ができるように働きかける	●	●	●	●										

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 7人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	44.71	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	93.29	*****	93.38	69.04
	勤務月数	54.14	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.57	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	25.57	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.29	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	8.43	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.14	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.71	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.29	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	7.86	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	4.71	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.14	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.86	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.00	*****	11.27
内省的観察		11.29	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.86	*****	11.86	2.21
能動的実験		10.57	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.29	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.29	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.57	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.29	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	4.86	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.14	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.14	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.67	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	9.00	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	6.33	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	6.00	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.86	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.29	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	17.71	*****	17.92	2.39
	視点取得	17.00	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.17	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.29	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	7.86	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.57	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	8.00	*****	10.35	3.06
	職場風土	19.14	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.43	*****	8.74	3.31

事例 3 2

認知症の進行によって地域と利用者・家族の関係が悪化した事例

(1) Aさんの概要

生まれは現在の地域。88歳、女性。要介護4。
婿養子の夫と長男の3人暮らし。夫も認知症で要介護2。
遠方に長女、次男居り、キーパーソンは長女。
本人の中で長男は絶対的存在で大事に思っている。
認知症発症までは、近所でも世話好き。
認知症発症は5年前頃。当事業所サービス開始は2年半前～。
利用当初は要介護1。更新毎に介護度は1つずつ重くなっていった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年4月

近所宅の花や実を摘んでくるようになる。通いでない日は1日20回近く近所へ通うこともあった。遠方の娘が帰省時、その事を地域から聞き、都度、謝罪したり、自宅で本人が摘んでもよいように花を作っていたが、自宅の花には殆ど手をつけず、近所へ出掛ける。
本人宅前で、井戸端会議のように苦情を地域の方が言っているのを帰省中の娘が耳にする。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～

サービス量を増やしても解決にはならない。
本人が地域での生活が継続できる方法を考える。
地域に本人の状態を知ってもらう、家族から地域への働きかけを重点に取り組んだ。

③ 対応の結果

4ヶ月後

地域の理解者も居り、その方が苦情を言われている方へ助言してくれた。
声をかけてくれるようになった。
差し入れもくれるように。
ただ、現状は変わらず、家族は花が咲いている期間、老健入所という選択肢を取った。老健入所中に、グループホーム入居が決まる。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		87歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名:アルツハイマー型認知症)</p> <p>【現病】 ()</p> <p>【既往歴】(胸椎骨折)</p>				
生活の様子と家族	<p>長男は独身で両親と同居する為、帰省してきた。妹弟もその事があつてか、キーパーソンは妹である遠方居住の長女になっている。</p> <p>本人も長男を第一に考えており言動にも伺える。</p> <p>長男は平日朝早く出勤し夜遅い帰宅。日曜日のみ食事・服薬の対応をしてくれる。</p> <p>本人は家事のほとんどが出来なくなっている。</p> <p>夫婦関係は良くなく、夫への罵声もある。</p>				
支援	<p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診</p> <p><input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護)</p> <p><input type="checkbox"/> その他の医療 ()</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 (シルバー人材センター 民間弁当)</p>				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
自宅の排泄環境が汲み取り式から水洗に変更になったが使い方がわからず排便時に便を手ですくってしまった。	水洗便所の流し方を何度も伝えた。 訪問時に汚れていたら保清を実施した。	●		● ●				●							
季節に合った洋服を選ばず、着替えの仕方もわかりにくく間違っ て着てしまう。	着なおするように声をかけをした。		● ● ●					●							
認知機能障害による集中力の途切れと視力障害により食事がうまく食べられない。	食事動作がうまくできるように声をかけた。 お米の産地を伝え、食欲が出るように声をかけた。 ふりかけをかけて食べられる工夫をした。	● ●	● ●	● ●				● ●							
以前に胸椎骨折をしており、歩行が不安定であったが自宅玄関には大きな段差があった。	玄関に3箇所手すりを設置した。 福祉用具のレンタルを調整した。 朝夕に2回訪問に入り、手すりの持ち方使い方を繰り返し伝えた。 スタッフが誰でもAさんに手すりの持ち方を教えられるようにケアプランに反映した。	● ●		● ●				●			●		●		
小規模多機能の通いが無い日に地域の人が育てた歌壇から花を摘んでくるようになり、娘が帰省時に地域の方から苦情が入った。	週に2回の昼食にX事業所の訪問介護サービスを調整した。 訪問時には食事を一緒に作るようにした。 自宅で暮らすためには地域の方たちに理解を求めめる必要があると娘と息子に説明した。 具体的に地域の方に説明する言葉を会議で伝えた。 訪問時に1時間スタッフとご利用者で地域を散歩するケアプランを立てた。			● ●				● ●		● ●	● ●	● ●	● ●		
家族は地域の方にうまく説明が出来ず施設入居が必要と考えた。	息子様とカンファレンスの時間を持った。 息子様の役割を日曜日の服薬と食事の準備と分担した。 娘様には受診の際に確認してほしいことを伝えた。 在宅でのかかわりの背景等情報共有した。	●						● ● ● ●							

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	50.88	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	135.33	*****	93.38	69.04
	勤務月数	92.00	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	18.29	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	18.80	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	13.43	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	7.29	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	6.71	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.43	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.71	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.00	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.29	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.14	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.29	*****	3.25	1.89
経験学習	具体的経験	9.57	*****	11.27	2.15
	内省的観察	10.38	*****	11.43	2.21
	抽象的概念化	10.13	*****	11.86	2.21
	能動的実験	9.13	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	42.75	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.00	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.67	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.56	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.67	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.89	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.11	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	6.00	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.56	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.13	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.33	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.44	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.67	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	16.56	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.38	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.11	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.44	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.78	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.00	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.63	*****	10.35	3.06
	職場風土	23.25	*****	21.87	5.91
	安全衛生	7.44	*****	8.74	3.31

事例 3 3

物忘れがあり糖尿病の服薬管理が困難となった事例

(1) Aさんの概要

X町出身。夫を二人暮らし。独身時代は、郵便局に勤務していた。結婚後、夫の転勤先に居住したが、長女が小学校に入学した年に、夫の両親を看取るために再び同町に戻る。地元では学校や地域の役員、ボランティア活動をする。趣味は、園芸・花作り・家庭菜園・編み物である。子供は3人ですべて遠方居住。X町に実弟居住で、Aさんの認知症発症から頻りに様子を見にきて、受診や服薬しやすいよう整理など生活を気にかけてくれた。認知症の症状に進行に伴い、小規模多機能型サービスの利用が開始した。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年3月

- ・地域包括支援センターの保健師より、糖尿病の食事管理が出来ていない、血糖値が高いと相談があった。
- ・糖尿病の内服薬を実弟が飲みやすいよう整理していたが、物忘れもあり、薬の飲み残しが多かった。
- ・最初は抵抗があったが、当事業所の本体施設でボランティア活動していたこともあり、そこでのサービス利用者となることには抵抗があった。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～

- ・朝と夕食は、同町からの配食を届けて食べてもらった。
- ・薬は事業所で管理して、配食と一緒に届けて、服用を確認した。
- ・Aさんには、『ボランティア』として、当事業所へ来てもらおうと説明し了解を得た。
- ・通いは週1回から開始した。訪問は朝夕毎日。Aさんには「ボランティアでお世話になる代わりに、健康管理のお手伝いをします」と説明し、了解を得た、受け入れてくれた。
- ・Aさんとの関係をつくるため、特に訪問時は会話をたくさんするよう心がけた。
- ・通い中は必要な存在(誰かの役に立っている)であることと、労いの言葉と併せて伝えた。

③ 対応の結果

5ヶ月後

- ・血糖値が少しずつ下がってくる。
- ・食事摂取量の管理ができていない課題が把握できた
- ・近所の方が、生協繋がりで本人らの様子を見てくれる。
- ・遠方の子供たちの帰省頻度が増える。
- ・職員が訪問に来ること、配食を受け入れてくれている。
- ・通いで本人の居場所や役割が出来る。その充実感がこちらにも感じられる。
- ・笑顔や自ら他者へ話しかける場面が増えた。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況			
年齢・性別		82歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外 要介護1 (変更申請予定)	
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	② 着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	④ 入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	⑥ 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名:アルツハイマー型認知症) 【現病】 (糖尿病) 【既往歴】 (乳ガン)		
生活の様子と家族	夫と二人暮らし。3人の子供らは遠方居住。キーパーソンは長男であるが、同町居住の実弟が関わってくれる。サービス導入以前は、軽度認知症の夫が車で買い物してきた弁当を食べていた。炊事はほとんどしていない。しようとした形跡は時々あったが鍋を焦がしていた。現在はトースターと電子レンジ使用が可能。サービスは週2回の通い。毎朝・週4回の訪問。週5回の昼電話。好きな庭や鉢植えの水遣りは毎日欠かさない。地域住民との立ち話等交流もあるが、地域行事への参加は減っている。自宅では、テレビを観たり寝室でねていることが多い。		
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (当法人自主事業配食サービス 小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input checked="" type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 (生協を通じ近所の見守り)		

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
もともと本体事業所へボランティアできていた、当該事業所へもボランティアとして見学に行ったことがあり、事業所へ通うことには抵抗がある。	事業所へは、ボランティアとしてきてもらおうと説明をして、Aさんの同意を得た。Aさんにとって通いは、手伝いにきていると思っている。 Aさんにボランティアをしてもらう代わりに、事業所がAさんの「健康管理をお手伝いします」と説明した	●	●	●		●									
食事の準備ができない	朝食、昼食は、市の配食を届けている 朝食は、夫に、食パンを焼いて食べてもらうように依頼した	●							●						
目の前にセットしないと食事がとれない。	配食がくるのを忘れるので、訪問時にテーブルの上「〇時にお弁当が来ます」という札を置いている。 配食担当の配達員には、訪問時に「Aさんに今食べてください」と声をかけてもらうように依頼している 食事をとっているのか、訪問時確認している 食事をとれていない時は、事業所に帰ってミーティングで申し送る	●	●	●		●	●	●						●	
糖尿病があるが、きちんと服薬ができない	薬を事業所で管理して、朝食の弁当を届ける時に、薬も一緒に届けて服薬してもらう	●	●												
季節や日々の気温にあった服装ができない	日々の衣類の、服装のチェックを行う。 季節替わりの衣替えを長男に依頼する	●	●						●						
認知症による物忘れがある、鍋を焦がすなど、火の不始末がある	ガスコンロよりも安全な、電子レンジ、トースターを使用してもらっている	●	●												
子は遠方に暮らしており、常時、見守りが必要である。	生協の共同購入のご近所に声をかけてもらい、見守りしてもらう									●					
介護者である夫は要介護状態であり、軽度の認知症がある	夫が骨折入院。退院を期に夫にも小規模多機能型サービスの利用を勧め、Aさんの介護が継続できるようにした。											●			

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 9人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	50.88	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	135.33	*****	93.38	69.04
	勤務月数	92.00	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	18.29	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	18.80	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	13.43	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	7.29	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	6.71	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.43	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	5.71	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.00	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.29	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.14	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.29	*****	3.25	1.89
経験学習	具体的経験	9.57	*****	11.27	2.15
	内省的観察	10.38	*****	11.43	2.21
	抽象的概念化	10.13	*****	11.86	2.21
	能動的実験	9.13	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	42.75	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	10.00	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.67	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.56	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	5.67	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.89	*****	5.38	2.32
	脱人格化	4.11	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	6.00	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.56	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.13	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.33	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	7.44	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	16.67	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	16.56	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.38	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.11	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.44	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.78	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	9.00	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.63	*****	10.35	3.06
	職場風土	23.25	*****	21.87	5.91
	安全衛生	7.44	*****	8.74	3.31

事例 3 4

脳梗塞後遺症により、介護量が増え、家族が在宅生活に限界を感じた事例

(1) Aさんの概要

男性 82 才。教師であった。81 歳胸椎・腰椎圧迫骨折 平成×年、散歩中に倒れ救急搬送一旦は異状なしではあったが数日後起き上がれず受診。右硬膜外水腫が認められる。舌根骨骨折があることも判明、痛みの自覚なし。同年 10 月、脳梗塞発症入院。後遺症として、高次脳機能障害がある。失認・失行が見られる。リハビリを重ね、掴まり歩きが出来るまで回復、圧迫骨折以降、亀骨、歩く際伝達が上手く伝わりスムーズに歩けることもあれば、重心が後方に落ち、尻持ちをつきそうな様子になったり安定しない様子。性格は明朗快活。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成×年 1 2 月

退院後すぐに自宅へ戻ることは難しく、病院のケースワーカーの方からホーム入所等も薦められていた。しかし、妻としては、自宅に戻れるならという思いがあり知人より小規模多機能型居宅介護事業所の話聴き事業所に相談が入る。自宅で暮らしていく為に、小規模多機能の役割と家族の役割をしっかりと考えていく事が必要。空間無視・失認・失行もある。食事は妻が手伝っている。全介助が必要との情報を受ける。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0～1か月後

自宅で過ごせる為の環境作りを整える。ケアマネジャー・理学療法士・管理者が自宅へ訪問し、住宅改修(手すりの取り付け)の必要性など移動時どの様な事が必要かなど出来るだけ自分一人で行える様、他の職種にも相談する。

病院ケースワーカー・看護師交え、聴き取りを行い退院後は宿泊(20日間)利用し、その間に理学療法士の指導を受けリハビリを行う。また、移動は手引き歩行または見守りとする。失認は特にないが失行はあり、声かけ一部介助とする。食事は一人で行うことが出来る。しかし、時々手づかみや他の人の食事に手が行く為スタッフが隣で食事をする。

③ 対応の結果

1ヶ月後

移動は両手引きを基本とすると、一人で掴まりながらの歩行も日にもよるが少しずつ出来ている。食事について近くに他者の皿が無ければ特に問題もなく、一人で食事をする事が出来ている。車の昇降も介助は必要だが、しっかり足を挙げて乗れている。失認は、見られず但し左空間無視の為、距離感がつかめないことあり、声かけは必要。日中は外出もあり。特に野菜作りなど農園に行くと理科の先生となり色々教えだす。事業所の年間行事などをまとめたり意欲的に活動に参加している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		82歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 ■ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 ■ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb ■ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	<p>【認知症】 □ なし ■ あり (診断名:)</p> <p>【現病】 ()</p> <p>【既往歴】 (28才肺結核 50才肝炎を患う 81才圧迫骨折・不整脈 26/10脳梗塞(心原性脳梗塞)・てんかん)</p>				
生活の様子と家族	<p>脳梗塞発症後、高次脳機能障害あり、空間無視・失行・失認が見られる。妻は、体が小さい為一人での介護は難しい状況。同居の息子は仕事が忙しく家に居る事が少ない。施設への入所も考えたが、看護師であったこともあり、自宅で見ていけないか迷っていたところを知人に小規模多機能型居宅介護事業所について教わり、自宅で暮らしていけないかと考えたとの事。Aさんは自宅に戻れると考えているが、息子は難しいと判断されていた。</p>				
支援	<p>□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診</p> <p>■ 地域包括支援センター □ 配食サービス</p> <p>■ 介護サービス (小規模多機能型居宅介護)</p> <p>■ その他の医療 (X市民病院(入院中))</p> <p>□ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()</p>				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
退院許可が出たが病院のケースワーカーは自宅での二人暮らしは難しいと施設入居を勧め、妻はサービスを利用しながら在宅を、息子は在宅介護は難しいと判断して結論が出ていない。	Aさんの夫からの相談を受け付け話を聞いた。														
入院前と同じ環境では生活することは出来ない。	当事業所の理学療法士と介護支援専門員と介護職で自宅訪問し、Aさんが退院後に自宅で暮らせるかを見に行った。 「自宅で暮らしたい」という思いが本人と妻の希望なのか意思の確認した。 自宅の環境調査を行った。 小規模に連続して宿泊していただき自宅での生活に必要な環境はどのようなものをアセスメントした。 在宅生活に必要な自宅のトイレ手すりの取り付けをX事業所に依頼した。 環境に合わせて生活の中にもリハビリを取り入れた。	●	●	●								●			
高次機能障害の失行、失認があり最後まで食事を食べることが出来ない。	食事のときは、そばで見守り手が止まると「ご飯がここにありません」と具体的にアドバイスした。	●						●							
妻は体調が悪く夜間のトイレ介助が出来なくなった。	妻の体調や通院に合わせて通いや泊りの調整をした。 排泄に関してはどういう状態だったらうまくいくのか、パッドの当て方の工夫や検討をし、妻に説明した。 福祉用具、道具の情報を妻に提供した。 妻に介護技術や知識を指導した。								●	●					
息子は帰宅して夜間介護を手伝ってはくれたが施設入居が必要と考えていた。	息子に、Aさんが泊りを利用された時に当事業所に様子を見に来ていただくように提案した。			●				●							

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 3人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.67	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	78.00	*****	93.38	69.04
	勤務月数	66.00	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	20.33	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	25.67	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	21.00	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	11.33	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	8.67	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.67	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.33	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	11.33	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.67	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.67	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.00	*****	3.25	1.89
経験学習	具体的経験	12.67	*****	11.27	2.15
	内省的観察	12.00	*****	11.43	2.21
	抽象的概念化	13.33	*****	11.86	2.21
	能動的実験	11.33	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	41.33	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	12.67	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.33	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.67	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.33	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	3.33	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	8.67	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.33	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	6.00	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.67	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	5.33	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.67	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.33	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.33	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.67	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.67	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	10.00	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	5.67	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	12.33	*****	10.35	3.06
	職場風土	32.00	*****	21.87	5.91
	安全衛生	10.00	*****	8.74	3.31

事例 3 5

昼夜問わず家族を呼んで家族の介護負担が大きい事例

(1) Aさんの概要

妻と2人暮らし。近所に娘が住んでいる。人との関わりが苦手で、亭主関白で短気・けんか早く・几帳面な性格である。60才代で2度脳梗塞があり、70才代の時に脳幹出血。現在では、右半身麻痺があり、体温調節機能がうまく機能しないので、暑い、寒いを繰り返して訴える。3年前に大腿骨骨折、肺炎での入院を経て脚力が衰え、何事にも意欲を無くし、ほぼ寝たきりの状態となる。「いつも誰かが傍にいて面倒を見てもらいたい」という思いが強くなるようになり、家族の介護負担が大きくなり、当事業所のサービス利用開始となる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年1月

- ・昼夜を問わず「おーい」「おーい」と妻を呼び、あれこれと用事を言いつける。用事が無い時でも、「傍にいてほしい」と言い、妻が来るまで呼び続けるので、妻の心身の負担が大きくなる。
- ・妻はご自分の時間も取れず、心身ともに健康を害しうつ症状を発症する。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

5ヶ月～1年2ヶ月後

- ・妻の体調の回復を最優先と考え、3週間の連続の泊りを実施する。
- ・3週間の泊りの後は、週1回の泊りと週4回の通いのサービスを行う。3ヶ月後、家族の希望で週2回の泊りとなる。
- ・Aさんの気持ちを受止めながら、妻の体調に合わせて泊りを増やしたり、通いを訪問に切り替えたり、娘様の協力をお願いしたりと、その時、その時々可能な限り柔軟な対応をした
- ・泊りや通いの時間は、事業所の中でAさんの一人の空間や時間を確保できるように環境調整をした
- ・事業所では、洗い物などを手伝ってもらうようにした。

③ 対応の結果

1年3ヶ月後

- ・Aさんのストレスを減らす為に通いは連泊を避けて、1日おきに週3日となった。通いは週5日となった。
- ・「俺にも手伝えることはあるか？」と意欲的な発言や行動が多くなってきた。
- ・人との関わりが苦手だが、自分から他の方々とコミュニケーションを取ったり、事業所のレクリエーションや外出などの活動へも積極的に参加するようになった。
- ・自宅にいる時も、夜も妻を呼ぶことが少なくなった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		75歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 ■ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 ■ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb ■ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	【認知症】 ■ なし □ あり (診断名:) 【現病】 (不安神経症 右片麻痺) 【既往歴】 (多発性脳梗塞 脳梗塞 脳幹出血 不安神経症 右大腿骨骨折 肺炎)				
生活の様子と家族	リビングにベッドを置き、その横にポータブルトイレを置き、食事とトイレ以外は、一日中ベッドに横になって過ごしている。一人であるのが不安で、ことあるごとに妻を呼び、すぐにいかないと大声をあげる。妻の体調が悪い時は、夜は近くに住んでいる娘が泊り、Aさんの介護をする。昼夜問わず介護が必要な為、家族の介護負担が大きい。				
支援	□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス (特別養護介護施設 小規模多機能型居宅介護) ■ その他の医療 (訪問診療) □ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
主たる介護者である妻の心身状態が悪化してうつ状態である。	<p>小規模のケアマネージャーに相談して検討してもらい、妻の体調を整える期間、3週間泊り中心のサービスにした。</p> <p>連続の泊りで「自分は邪魔だから外にだす」「死んでしまいたい」と話すことに対して、「それは違います、といった上で「在宅で暮らすために、奥様が夜ねられる時間をつくるのが在宅を続けられる」と1時間程度かけてAさんに説明をした。</p> <p>このケースをまとめて、事業所の事例報告会で発表し、妻にも客観的に振り返ってもらうために案内して参加してもらった。</p>	●					●								
本人にとって不慣れな事業所の環境で、利用継続しない可能性がある。	<p>連続の泊りは、本人の精神的な負担になるので、夜に自宅に迎えにいった、朝自宅に送っていくようにした。</p> <p>通いを拒否するときは、妻に代わって自宅で身支度の手伝いをした。</p> <p>妻の送り出しの言葉で、気持ちがイライラして通いを拒否するので、妻には送り出しの時に必要以上に言葉をかけないように依頼した。</p> <p>送りの順番が最後になると不機嫌になるので、娘に協力を依頼して迎えにきてもらう</p> <p>通いの場面では、Aさんのスペースを尊重するためにリビングと間のドアをしめておいた。職員の姿が見えないと不安な時はドアを少し開けておくなど心身の状態に合わせて調節した。</p>	●	●												
大腿部頸部骨折以後、自宅では食事や排泄以外がベッド上の生活で閉じこもり状態で意欲が低下、身体機能が低下する	<p>通いの場面では、手すりをもって歩いていってもらった。手すりのついてない箇所は手引きをした。夜間は、本人の安眠や負担を考慮してポータブルトイレを設置した。</p> <p>通いの場面では、「手伝ってもらえますか」と促し、少しずつ昼ご飯の準備や洗い物など手伝ってもらった。</p> <p>妻に依頼して、Aさんにお金をもってもらい、職員と一緒に車椅子や車で近所に買物にいった好きなものを自分で選んで買物できるようにした。</p> <p>歯が少なく粥を提供していたが、「おかゆがいいや」とのことで普通食に変更して飯を提供した</p>							●							
排便のコントロールが必要であるが、軟便になるので本人緩下剤の服薬を拒否する。	<p>なぜ、緩下剤を服用する必要があるのか、上手く排泄できないとかえって辛い思いをすることを本人にきちんと説明した。</p> <p>服薬前に排便があった場合は、家族に依頼して主治医に問合せてもらい、緩下剤の服薬を止めてもらった。</p>	●	●												
妻と近所で暮らす長女以外に他者と交流がない。	事業所のある農園の活動、遠方へのドライブや外出にも誘い、活動に参加してもらうようにした。									●			●		

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 3人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	39.67	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	78.00	*****	93.38	69.04
	勤務月数	66.00	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	20.33	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	25.67	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	21.00	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	11.33	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	8.67	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	5.67	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.33	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	11.33	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	6.67	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	5.67	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	2.00	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	12.67	*****	11.27
内省的観察		12.00	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		13.33	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.33	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	41.33	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	12.67	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	5.33	*****	6.18	2.46
	達成動機	7.67	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.33	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	3.33	*****	5.38	2.32
	脱人格化	2.00	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	8.67	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	8.33	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	6.00	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	4.67	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	5.33	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.67	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.33	*****	17.92	2.39
	視点取得	16.33	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	13.67	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.67	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	10.00	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	5.67	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	12.33	*****	10.35	3.06
	職場風土	32.00	*****	21.87	5.91
	安全衛生	10.00	*****	8.74	3.31

事例 3 6

認知症進行、ADL低下により家族の介護負担が増大して、施設入所が検討された事例

(1) Aさんの概要

3ヶ月後にADLの低下にて家族の介護負担の増加や、居宅サービスでの通所介護・訪問介護での支援に限界を感じ、施設入所や介護サービスの見直しを居宅介護支援事業所のケアマネに相談し当事業所を紹介。デイサービスや訪問介護では柔軟な対応や夜間の支援が支給限度額内では難しく、小規模多機能による柔軟な時間配分と本人の望むペースでの通いを希望される。

長時間の通いや、多数の中で過ごすことに息苦しさを感じられており、小規模多機能での通いサービスに満足している。

また、家族との役割分担もできており、家族と事業所が協力しながら支援をおこなっている。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年4月

認知症の進行やADLの低下（歩行が不安定になり排泄の失敗が頻回に起こる）により、家族の介護負担が増大し施設入所も検討されていた。居宅サービスの画一的なサービス提供が本人の思いや家族のニーズにあっておらず、介護サービスが欠けている部分を家族が補っている状況になっていた。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

1ヶ月～

もしAさんが独居だったらどんな支援が必要なのかを検討し、その中で家族ができる部分や担いたい部分を支援してもらっている。事業所では週に3回の通いや通わない日は一日4回の訪問にて、食事・入浴・排泄の生活で欠かせない部分を担う。特に排泄は訪問時にトイレに誘導をおこない歩行することでADL向上に努めた。就寝前までの訪問を行うことで切れ目のない支援をおこない、自立度を上げる支援を提供している。長女も頻回に母親宅に訪問し、支援や親子の交流を行ってもらっている。

③ 対応の結果

1年後

家族と事業所が役割分担を行うことで本人の望む在宅生活が継続できている。基本的なニーズを小規模にて提供することで、家族の負担感も軽減している。一度低下したADLも向上してきており、排泄の失敗も減少し歩行の不安定さも軽減され以前は歩行器で屋内歩行していたが、現在は独歩可能。通いや訪問を組み合わせることにより、自立できる能力を奪わずに在宅生活が維持できている。きめ細かな訪問は今後も必要だが、現在は失敗したときの対応など介護の部分から確認や支援に軸足が移っている。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況			
年齢・性別		86歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外	
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input checked="" type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	② 着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	④ 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	⑥ 整容 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（診断名：不明） 【現病】（ 【既往歴】（脳梗塞 右上下肢の不全麻痺）		
生活の様子と家族	一男一女に恵まれる。子どもはそれぞれ独立し2人暮らしを続けられている。長男は9年前に他界。夫は1年前から施設入所し平成×年に他界。夫施設入所以降は長女の支援にて生活を送られている。デイサービス及び訪問介護を利用しながら生活を送っていたが、長女の介護負担により施設入所や介護サービスの見直しを希望され、居宅サービスから小規模多機能事業所へ移行される。 長女による自宅での支援も行われており小規模多機能と役割分担しながら介護支援を行っている。		
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス（小規模多機能型居宅介護 特殊寝台） <input type="checkbox"/> その他の医療（ <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援（		

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
Aさんの在宅生活を継続するためには、現状では、仕事を持つ娘の介護負担が大きい。	Aさんが一人暮らしだったらどんな支援が必要なのかを小規模スタッフで検討した。 週3回通い、それ以外の日は一日4回の訪問を行い、食事、入浴、排せつが行えるようなサービス計画とした。 朝いちばんに訪問し、起床や投薬、テレビやエアコンなどの生活環境を朝から整えるようにした。 主介護者の娘が、小規模に頻繁に訪問するので、その際に今後の方針について相談した。	●	●	●		●			●		●	●	●	●	
ADLが低下して、すぐに疲れてしまう。	通所の時間を短時間にして、昼ご飯のあと、14時ごろに送るようにした。 頻回に訪問し、できるだけ声をかけて寝たきりから起き上がって何かをしようという気になるように声をかけた。 部屋の出口に歩行器を置き、Aさんが部屋から最初に出てきたときに、すぐに使えるようにした。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
主介護者の負担が大きく、施設を検討している。	Aさんにとって、在宅の方がよいのではないかと説明し、小規模を利用してどうしてもダメだったら施設を考えることにしてはどうかと伝えた。 小規模が支えてAさんの在宅生活が継続できている様子を、実際に主介護者の娘に見てもらうことで、娘に安心してもらうようにした。						●	●	●	●	●	●	●	●	

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	47.54	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	53.62	*****	93.38	69.04
	勤務月数	33.85	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.58	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	22.92	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.40	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.08	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.08	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.23	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.54	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	7.55	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.92	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.08	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	3.83	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.58	*****	11.27
内省的観察		10.83	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.62	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.50	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	47.33	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.46	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	6.69	*****	6.18	2.46
	達成動機	8.46	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.54	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.58	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.69	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.08	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.58	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.67	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.50	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.69	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.42	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.62	*****	17.92	2.39
	視点取得	18.58	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.85	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.62	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.15	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.08	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	6.67	*****	10.35	3.06
	職場風土	21.92	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.92	*****	8.74	3.31

事例 3 7

転倒入院後、家族が独居生活に不安を覚え、独居生活への復帰が難しくなった事例

(1) Aさんの概要

弟夫婦と暮らしていたが、弟が亡くなり弟嫁に対して被害妄想があり、1年前から一人暮らしとなる。平成×年1月、玄関前で倒れ、低体温症にて7月5日まで入院。退院にあたり独居生活に戻ることが家族が心配し、退院後から小規模多機能利用となる。その後、日中は毎日小規模多機能を利用し夕食後に帰宅、夜間は1人で生活をする。3年後の2月に自宅玄関にて転倒、市立病院へ入院～×病院へ転院。同年7月退院に際し甥宅で生活することとなる。

平成×年に玄関前にて転倒し入院。夜間の状況が自立できると判断し、泊まり7日目に夜間に帰宅。日中は当事業所で過ごし夜間は自宅にて就寝という生活を送った。その後、状態も改善し自分の都合の良い時間に当事業所に通うという生活を送る。3年後の2月に転倒し入院、寝たきり状態になりましたが、施設ではなく在宅生活を送りたいという以前からの本人の希望に添うためご家族と協議し、日中の生活は当小規模多機能事業所でおこない、夜間のみ自宅に帰るといったこれまでのスタイルを継続することが出来ている。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成×年7月

転倒して低体温症となって入院したため、自宅に戻るといったことについて、「このような状況で自宅に戻れるのか」と家族は漠然とした不安があった。家族は、Aさん本人が出来ることと、出来ないことの区別をつけることが難しいうえ、出来ないことに対して介護サービスを利用するということが結びついていない状況であり、施設を考えているようであった。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～

家族の不安払拭のために、初めは夜間の泊まりをおこない、夜間の状況を確認し、24時間の観察を行いました。日中の生活面の出来ない部分は通うことで補うことが出来ることがわかり、夜間生活も排泄などが自立していたため、自宅で生活をして自立した生活が送れると判断した。家族の不安感の払拭のために職員が自宅に泊まり（逆泊まり）自宅での様子を観察し家族に報告し不安感の払拭に努めた。その後2年半の間在宅生活を送り、なじみの関係作りと地域での中での生活が送れるように支援した。また、このような姿を家族に見せることで、ADLの変化で生活の場所が変わる必要はないとの理解が進むように努力した。

③ 対応の結果

3年後

これまでの、Aさんとの関わりを家族なりに観察し学習されていたようなので、状態が変化しても（寝たきり状態）これまでと同様な生活を継続できるということに理解を示され、退院後は在宅へ（甥宅）という流れもスムーズに作る事ができた。

Aさんが受けているサービスは3年後の入院後も変わらず、就寝場所だけが自宅から甥宅と変わっただけで環境の変化も最小限に抑えられ、親族とも生活が出来ており、本人の精神的に安定している。

また、家族も介護負担も感じていないようです。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		92歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名:アルツハイマー型認知症) 【現病】 (認知症) 【既往歴】 (高血圧 貧血 大腿部骨折 認知症)				
生活の様子と家族	当町で生まれ当町で育つ。結婚はしていない。甥を養子とする。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (定期巡回随時対応型訪問介護看護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
Aさん自身は、在宅での生活を継続したいが、家族がAさんの独居生活に不安を感じている。	<p>退院直後は1週間ほど小規模の泊りを利用し、24時間の様子を観察した。</p> <p>夜間、小規模の職員がAさん宅に泊まり(逆どまり)、自宅での様子を観察して家族に報告した。</p> <p>何かあれば、小規模が24時間で対応するということを家族に伝えた。</p> <p>Aさんの在宅生活がまだ継続できるということを家族にわかってもらうために、小規模がAさんを支援する様子を、家族に示すようにした。</p>	●							●						
Aさんは社交的なので、人との交流の場や時間を作る必要がある。	<p>日中通いとして小規模に来ている時に、友人が訪ねてきたらAさんと一緒にみんなで過ごすようにした。</p> <p>自宅で過ごす際には、地域の方が見守ってくれるので、地域の方にも小規模から挨拶した。</p>						●						●	●	

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	47.54	*****	42.94	13.02
	介護経験月数	53.62	*****	93.38	69.04
	勤務月数	33.85	*****	52.30	46.09
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	21.58	*****	21.49	4.31
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	22.92	*****	24.26	5.37
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	19.40	*****	18.73	3.90
	A4生活機能向上の働きかけ	9.08	*****	9.61	2.65
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.08	*****	9.20	1.80
	A6事業所内情報交換	6.23	*****	6.04	1.52
	A7自立への働きかけ	6.54	*****	6.27	1.17
	B1自立の見通しをもった支援計画	7.55	*****	9.26	4.06
	B2地域との交流と提言	5.92	*****	5.67	2.72
	B3効果的な人材育成	6.08	*****	5.82	2.49
	B4終末期ケアにおける連携	3.83	*****	3.25	1.89
	経験学習	具体的経験	11.58	*****	11.27
内省的観察		10.83	*****	11.43	2.21
抽象的概念化		11.62	*****	11.86	2.21
能動的実験		11.50	*****	11.38	2.63
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	47.33	*****	44.99	5.82
	成長・学習への動機づけ	11.46	*****	10.89	2.84
	仕事継続意志	6.69	*****	6.18	2.46
	達成動機	8.46	*****	7.69	1.77
バーンアウト	個人的達成感	6.54	*****	6.23	2.16
	情緒的消耗	5.58	*****	5.38	2.32
	脱人格化	3.69	*****	3.46	1.81
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.08	*****	7.26	1.47
	肯定感情の共有経験	7.58	*****	8.11	1.99
	否定感情の共有不全経験	5.67	*****	5.52	1.54
	肯定感情の共有不全経験	5.50	*****	4.77	1.82
共感	自己志向の共感	8.69	*****	7.78	2.70
	他者志向の共感	17.42	*****	17.45	2.73
	自己への置き換え	18.62	*****	17.92	2.39
	視点取得	18.58	*****	16.85	1.87
	情動伝染「安心」	12.85	*****	12.34	2.15
	情動伝染「喜び」	8.62	*****	8.04	1.61
	情動伝染「悲しみ」	9.15	*****	8.83	2.78
	情動伝染「怒り」	10.08	*****	8.85	2.53
職場環境への評価	人材育成と理念教育	6.67	*****	10.35	3.06
	職場風土	21.92	*****	21.87	5.91
	安全衛生	8.92	*****	8.74	3.31

事例 3 8

急激な痛みの出現により体動困難となり早急な介入が必要となった事例

(1) Aさんの概要

80 歳代の妻と二人暮らし。

平成×年 5 月 13 日。「1 ヶ月程前から足の痛みが悪化して寝たきりの状態になった。妻がオムツ交換を行っていたが圧迫骨折のため介護できなくなった。横浜に住む息子様が仕事の合間に通って支援を行っていたが、息子様も交通事故で怪我をして介護ができなくなった。定期巡回サービスを使いたい。」と同一法人のケアマネジャーより支援の依頼あり。

同年 5 月 15 日にケース訪問、サービス担当者会議を開催。同日よりサービス開始となる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成×年 5 月

- ・急に動けなくなり、起き上がりや立ち上がりが出来なくなってしまった。(ご本人)
- ・痛みの訴え(リウマチの影響か?)がとても強く、身体に触れるだけで痛みの出現あり。
- ・寝返りもベッドのサイドレールをつかまり何とか腰が半分位浮かす事ができる状態。
- ・オムツ交換の際に床ずれがある事を発見。
- ・複数病院を受診し多量の内服薬が処方されているが管理できず服薬できていない。
- ・1 ヶ月以上入浴もできていない。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0 ヶ月～3 ヶ月後

経過 ①

サービス開始当日に訪問看護も同行して訪問する。全身状態の確認を行う。臀部の床ずれの処置、処方薬、服薬の確認を行う。また、脱水気味との事で訪問時に必ず補水介助を行う指示あり。体動時、声を上げるほどの痛みの訴えあり。

訪問介護は、1 日 3 回の訪問でオムツ交換、補水介助、服薬の確認、清拭、全身状態の確認。

訪問看護は、服薬管理と 1 日 1 回の訪問床ずれの処置。

往診医による月 2 回の診療と処方薬の整理。

- ・定期巡回(訪問介護) 1 日 3 回(9 時頃、15 時頃、19 時頃)
- ・オムツ交換(ベッド上で交換)、補水介助、服薬の確認
- ・訪問看護 褥瘡の処置(特別指示書により医療)、服薬管理
- ・往診医
- ・福祉用具: 介護ベッド、エアマット(自動体位交換機能付き)

③ 対応の結果

3 ヶ月後

訪問を開始して、5 日程経過すると、服薬により痛みのコントロールが行え、体動時の痛みの訴えも軽減。体位変換時もヘルパーの介助量も減り、自身の力を利用して行えるようになる。尿器を使用しての排泄も可能となる。床ずれも改善に向かう。徐々に改善し、状況に応じてケアを見直した結果、8 月になると、車椅子で自走で移動できるようになる。排泄も自力でトイレに行かれることもあり、オムツからリハビリパンツに変更。

現在、床ずれは、完治。痛みの訴えもない。トイレで自力で排泄される事も多くなり、トイレへの手すり設置を検討中。ご本人も日中は、ほぼ離床してテレビを見たり、新聞を読んだりして過ごされている。

巡回訪問の回数は 1 日 3 回で変わらないが、訪問回数の変更を検討中。

デイケアの利用も月 2 回から毎週利用を勧めている。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		93歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 ■ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 ■ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		④ 入浴	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし □ あり (診断名:) 【現病】 () 【既往歴】 (大腸癌 リウマチ 高血圧)				
生活の様子と家族					
支援	□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス ■ 介護サービス (デイケア エアマット 介護用ベッド 定期巡回随時対応型訪問介護看護) □ その他の医療 () □ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
介護をしてきた妻、市内に住む息子が、いずれも骨折や交通事故で介護できなくなった。	訪問し、現在の状況を整理した。 サービス担当者会議を開催した。 痛みの原因がわからないので往診を依頼した。 ベットの使用を手配した。 畳から移す時は痛みが強いので4人がかりで実施した。 褥瘡を発見したので訪問看護に電話で連絡した。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
褥瘡がある	入浴できないので全身清拭を行った。 手浴、足浴を行った。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
排泄介助などはやんわりと断られる。	排泄に対してはトイレに誘導した。 汚れたシーツや下着を洗濯した。 少し手助けして体を動かしていただくようにした。 スタッフには携帯の一斉メールで情報を共有した。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 20人	相対評価	平均値	標準偏差
		平均値	低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	47.70	*****	45.98	11.18
	介護経験月数	109.79	*****	123.87	57.76
	勤務月数	92.32	*****	96.41	58.99
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	24.42	*****	23.11	4.06
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	26.28	*****	24.38	5.80
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	20.53	*****	18.84	4.48
	A4生活機能向上の働きかけ	7.63	*****	6.79	2.70
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	10.05	*****	9.26	2.12
	A6事業所内情報交換	5.89	*****	5.59	1.48
	A7自立への働きかけ	6.89	*****	6.03	1.51
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.72	*****	9.82	3.92
	B2地域との交流と提言	5.00	*****	5.25	2.18
	B3効果的な人材育成	5.42	*****	5.26	1.84
	B4終末期ケアにおける連携	2.89	*****	3.71	2.08
	経験学習	具体的経験	11.39	*****	10.81
内省的観察		11.79	*****	11.39	2.21
抽象的概念化		13.44	*****	12.09	2.44
能動的実験		11.79	*****	11.12	2.44
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	47.61	*****	46.24	5.34
	成長・学習への動機づけ	10.16	*****	10.05	3.11
	仕事継続意志	5.84	*****	5.50	2.42
	達成動機	7.95	*****	7.34	1.74
バーンアウト	個人的達成感	6.85	*****	5.78	2.26
	情緒的消耗	5.50	*****	5.58	2.19
	脱人格化	3.70	*****	3.90	1.89
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.40	*****	7.29	1.53
	肯定感情の共有経験	8.32	*****	7.93	1.30
	否定感情の共有不全経験	5.45	*****	5.59	1.96
	肯定感情の共有不全経験	4.45	*****	5.15	1.94
共感	自己志向の共感	7.26	*****	8.16	2.84
	他者志向の共感	17.84	*****	17.55	2.66
	自己への置き換え	18.16	*****	17.86	2.18
	視点取得	17.10	*****	17.32	2.06
	情動伝染「安心」	11.90	*****	11.75	1.91
	情動伝染「喜び」	8.45	*****	8.00	1.44
	情動伝染「悲しみ」	8.90	*****	9.05	2.56
	情動伝染「怒り」	9.21	*****	9.88	2.36
職場環境への評価	人材育成と理念教育	11.42	*****	10.29	2.97
	職場風土	18.67	*****	19.71	5.56
	安全衛生	9.17	*****	8.68	3.39

事例 39

老健入所、麻痺や高次脳機能障害があるが退所して自宅で暮らしたい事例

(1) Aさんの概要について

他市の老健施設に入所していた。脳出血による後遺症右片麻痺、高次機能障害、失語症がある。自宅での生活を希望しており「在宅生活の準備が整い次第、退所したい。」と本人の意向を受けた同一法人のケアマネジャーより相談がある。息子は、施設入所を検討したが、Aさんは、一度在宅生活が可能かを試す意味も含めて定期巡回サービスを利用したいとの意向であった。老健施設で面接、当事業所のサービス利用開始となる。

(2) 在宅生活が難しくなったときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年7月

- ・自宅に帰ると一人での生活となり、介護者である息子は市外に住んでいるので、今後の生活について、大きな不安を抱えている。
- ・糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの疾患があり、食事・栄養管理が必要である。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年3ヶ月後

- ・提供サービス内容
1日3回(9時頃、12時頃、18時頃)
食事のセット、下膳。服薬のセット・確認。安否確認。
尿破棄(朝の訪問時)
掃除(週1回)、買い物(週1回)
洗濯、シーツ交換(必要に応じて)
- ・食事は大手メーカーの冷凍糖尿病食で対応。訪問時に電子レンジで加熱して提供した
- ・訪問時に服薬のセットと確認を行い確実に服薬が行う。
- ・生活支援は、独居生活の為、掃除、買い物を週に1回。洗濯は適宜行う。

③ 対応の結果

1年3ヶ月後

- ・担当のケアマネジャーより、尿破棄や排泄介助等の援助依頼もあったが、自分でできているため、援助内容からは削除した。
- ・在宅復帰直後から、自立生活に前向きで身体介助はほとんど不要な状態である。
- ・食事量も通常の糖尿病食で満足できるようになり、検査数値も良好。服薬量も減量になっている。
- ・以前は、眠剤を利用していたが、使用せずに眠れるようになっている。
- ・1年以上経過した現在でも在宅生活の継続が出来ている。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		57歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 ■ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 ■ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	■ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり (診断名: 高次脳機能障害) 【現病】 (※右片麻痺 失語症) 【既往歴】 (脳出血 狭心症 糖尿病 高血圧 脂質異常症)				
生活の様子と家族	老健施設を退所して、マンションでの一人暮らしを開始した。息子はいるが、離れて暮らしているため、施設入所をすすめたが、Aさんは在宅生活を強く希望する。自立心が強く、何事にも前向きであり、在宅復帰してからは、ADLも向上して、身体的な介護の必要がなくなり、調理、洗濯、買物などのIADLの支援中心に意向している				
支援	□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター ■ 配食サービス ■ 介護サービス (デイケア 定期巡回随時対応型訪問介護看護) □ その他の医療 () □ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
在宅で一人暮らしであり、車椅子で自走はできるが生活全般に介護や見守りが必要である	1日3回定期的な訪問をした 週1回、部屋の掃除をする 週1回、買物をして届ける 必要に応じて、洗濯やシーツ交換を行う 洗濯の干し方、掃除の仕方、食事の出し方などこだわりがある 3食の食事を届けた 訪問時に食事を電子レンジで温めて配膳、下膳を行う 訪問時に尿器の洗浄をする	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの疾患があり、食事量・栄養面の管理が必要である	大手メーカーの冷凍糖尿食をすすめた 食事量の制限があるので、食べ過ぎないか観察した 飲酒は制限されているので、飲酒していないか観察した 訪問時に、食事を配膳する時に服薬ができていないか確認をする	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
失語症があり、思ったことを伝え難い	話しをするときは、前後の話の流れから読み取る思いと違う言葉が出てしまうので、イエス、ノーで答えられるように話しかける。	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
キーパーソンである息子と連携して在宅生活を支える必要がある	ケア内容に関しては、息子に電話で確認している 息子が受診介助をするが、服薬内容の変更などは事業所に連絡してもらう	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
在宅で一人暮らしができていないことを家族やケアマネージャーと共有する必要がある	状態の変化や内容については、タブレットの情報更新を随時行う メールや連絡ノートに書き込み、チームで共有する	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 20人	相対評価	平均値	標準偏差
		平均値	低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	47.70	*****	45.98	11.18
	介護経験月数	109.79	*****	123.87	57.76
	勤務月数	92.32	*****	96.41	58.99
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	24.42	*****	23.11	4.06
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	26.28	*****	24.38	5.80
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	20.53	*****	18.84	4.48
	A4生活機能向上の働きかけ	7.63	*****	6.79	2.70
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	10.05	*****	9.26	2.12
	A6事業所内情報交換	5.89	*****	5.59	1.48
	A7自立への働きかけ	6.89	*****	6.03	1.51
	B1自立の見通しをもった支援計画	9.72	*****	9.82	3.92
	B2地域との交流と提言	5.00	*****	5.25	2.18
	B3効果的な人材育成	5.42	*****	5.26	1.84
	B4終末期ケアにおける連携	2.89	*****	3.71	2.08
	経験学習	具体的経験	11.39	*****	10.81
内省的観察		11.79	*****	11.39	2.21
抽象的概念化		13.44	*****	12.09	2.44
能動的実験		11.79	*****	11.12	2.44
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	47.61	*****	46.24	5.34
	成長・学習への動機づけ	10.16	*****	10.05	3.11
	仕事継続意志	5.84	*****	5.50	2.42
	達成動機	7.95	*****	7.34	1.74
バーンアウト	個人的達成感	6.85	*****	5.78	2.26
	情緒的消耗	5.50	*****	5.58	2.19
	脱人格化	3.70	*****	3.90	1.89
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.40	*****	7.29	1.53
	肯定感情の共有経験	8.32	*****	7.93	1.30
	否定感情の共有不全経験	5.45	*****	5.59	1.96
	肯定感情の共有不全経験	4.45	*****	5.15	1.94
共感	自己志向の共感	7.26	*****	8.16	2.84
	他者志向の共感	17.84	*****	17.55	2.66
	自己への置き換え	18.16	*****	17.86	2.18
	視点取得	17.10	*****	17.32	2.06
	情動伝染「安心」	11.90	*****	11.75	1.91
	情動伝染「喜び」	8.45	*****	8.00	1.44
	情動伝染「悲しみ」	8.90	*****	9.05	2.56
	情動伝染「怒り」	9.21	*****	9.88	2.36
職場環境への評価	人材育成と理念教育	11.42	*****	10.29	2.97
	職場風土	18.67	*****	19.71	5.56
	安全衛生	9.17	*****	8.68	3.39

事例 40

うつ状態があり、相手によって訴えが異なる利用者の事例

(1) Aさんの概要

1年前に夫を亡くしてからうつ状態悪化。無気力から寝たきりに、ベッド転落くり返し。
右大腿部骨折、ショートステイ利用まで訪問介護4回/日の訪問で対応。訪問時いつも泣いている。
ひとりがさみしいとの不穏状態が続く。長男と次男の考え相違あり。
平成X年4月より定期巡回随時対応訪問介護看護に移行。コールにて随時訪問。さびしいとの訴え多く、話を傾聴し不安をとりのぞいていった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年3月

- ・退院されるも家族での介護が難しい
- ・長男・次男の考え方の相違により今後の方向性
- ・Aさんの精神状態の不安定
- ・ショートステイと訪問介護利用だと実費が出てしまう
- ・A様安心して自宅で生活していくにはどうしたら良いのか
- ・家族の生活面、金銭面に負担にならないようにするには
食事・排泄 服装。 うつ、おぼえていない、不安
朝・晩 家族。 定額。
ベッド上の生活

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～

- ・3月入院されておりショートステイ、在宅が少なかったため訪問で対応したが、4月より在宅中心になるため定期巡回随時対応型訪問介護看護に移行した。定期訪問を開始。緊急時の対応のためにTV電話設置し随時訪問を行った。
- ・精神状態不安定のためさみしいとコール押す。訪問して話を傾聴。水分補給を行った。
- ・時間になればヘルパーが来ることを伝える。
- ・食事中はそばにいてAさんの訴えや話を傾聴。
- ・排泄の心配の訴えには、Aさんが安心できるような声掛け、パットのあて方の工夫、追加援助を行っていった。

③ 対応の結果

2ヶ月後

- ひとりで居ることに不安もある様子だが訪問時、泣くことが少なくなり笑顔もみられるようになってきた。
Aさんの元気な様子を見ることで、家族も協力的となり外出し散歩に出かけるようになった。
- ・車イス購入され食事はテーブルにて、と生活の中でめりはりがでてきた。
 - ・コールでの随時訪問は排便時のみとなり、コールボタンもきちんと使用出来るようになった。
 - ・意欲が出て外出。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		83歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 自立			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名:)</p> <p>【現病】 ()</p> <p>【既往歴】 (うつ病 高脂血症 多発性脳梗塞 白内障 前右大腿部骨折。2ヶ月前肺炎にて入院。)</p>				
生活の様子と家族	<ul style="list-style-type: none"> ・マンションの3階に居住、同じビル2階に長男夫妻別居生活 ・うつ状態によって無気力となり、寝たきり状態になっている。 ・長男と次男の考え方が相違している。 				
支援	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (定期巡回随時対応型訪問介護看護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 () 				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	対応に必要な技術・能力												
		観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
排泄の失敗がある。	排泄介助を行った。 排泄ケアでは出来る限り本人の時間に合わせて訪問を調整した。	●						●			●			
食事の支援が必要である。	食事は家族が準備したものを温めてセッティングした。 水分を飲むときはストローを指して手渡した。	●					●							
Aさんが精神的不安定な状態にある。	滞在中の1時間の中で話し相手をした。		●		●									
身体状況の確認とケアが必要である。	皮膚の状態を観察した。 主治医の診察の結果や指示を訪問看護に確認した。 必要な処置は訪問の際に実施した。 室温を確認した。	●	●									●	●	
少しでも自立して生活できるようにする必要がある。	体調が安定してきたので車いすで食事が出来ないか工夫した。			●			●							
生活状況が分からない。	ショートステイではどのように過ごしているのか本人に聴いた。 家族とは顔を合わせた際には訪問時の様子について説明している。				●		●			●				

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 26人	相対評価	平均値	標準偏差
		平均値	低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	45.92	*****	45.98	11.18
	介護経験月数	133.56	*****	123.87	57.76
	勤務月数	116.48	*****	96.41	58.99
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	23.19	*****	23.11	4.06
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.88	*****	24.38	5.80
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.36	*****	18.84	4.48
	A4生活機能向上の働きかけ	6.31	*****	6.79	2.70
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.19	*****	9.26	2.12
	A6事業所内情報交換	5.88	*****	5.59	1.48
	A7自立への働きかけ	5.88	*****	6.03	1.51
	B1自立の見通しをもった支援計画	10.38	*****	9.82	3.92
	B2地域との交流と提言	5.68	*****	5.25	2.18
	B3効果的な人材育成	5.15	*****	5.26	1.84
	B4終末期ケアにおける連携	4.54	*****	3.71	2.08
	経験学習	具体的経験	10.23	*****	10.81
内省的観察		10.81	*****	11.39	2.21
抽象的概念化		11.19	*****	12.09	2.44
能動的実験		10.38	*****	11.12	2.44
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.60	*****	46.24	5.34
	成長・学習への動機づけ	9.65	*****	10.05	3.11
	仕事継続意志	5.23	*****	5.50	2.42
	達成動機	6.84	*****	7.34	1.74
バーンアウト	個人的達成感	5.12	*****	5.78	2.26
	情緒的消耗	5.54	*****	5.58	2.19
	脱人格化	3.81	*****	3.90	1.89
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.04	*****	7.29	1.53
	肯定感情の共有経験	7.81	*****	7.93	1.30
	否定感情の共有不全経験	5.46	*****	5.59	1.96
	肯定感情の共有不全経験	5.38	*****	5.15	1.94
共感	自己志向の共感	7.65	*****	8.16	2.84
	他者志向の共感	17.08	*****	17.55	2.66
	自己への置き換え	17.58	*****	17.86	2.18
	視点取得	17.50	*****	17.32	2.06
	情動伝染「安心」	11.88	*****	11.75	1.91
	情動伝染「喜び」	7.84	*****	8.00	1.44
	情動伝染「悲しみ」	8.85	*****	9.05	2.56
	情動伝染「怒り」	9.65	*****	9.88	2.36
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.75	*****	10.29	2.97
	職場風土	19.88	*****	19.71	5.56
	安全衛生	8.48	*****	8.68	3.39

事例 4 1

パーキンソン病の進行で独居生活が困難となり有料老人ホームに入居後も支援した事例

(1) Aさんの概要

夫他界し独居となる。パーキンソン病で療養中。パーキンソン病の症状の進行や、変動があり不安を感じている。次女が生活の支援を行っていたが、自宅では一人暮らし難しくなり、有料老人ホームに入居した。当事業所のサービスと通所リハビリ、訪問看護の利用開始となった。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年5月

- ・パーキンソン病の為、入浴の準備や移動の介助などが必要である。一人では入浴できない。
- ・自宅内では手すりや歩行器使用し移動していたが、せっかちな性格もあり気持ちと足が伴わず自宅でも転倒頻回にあり、アザや腫脹がみられ骨折の危険がある。
- ・歩行器により長距離の歩行は難しく、介助が必要である
- ・排便のコントロールが難しく、排泄の失敗がある。
- ・家事ができない

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年6ヶ月後

- ・Aさんの有料老人ホームの自室で、ヘルパーが訪問して入浴介助を行う。
- ・TV電話を設置することによりコール対応し、排泄の後始末などが必要な時など随時訪問を行っている。
- ・パーキンソン病の症状の変化もあり深夜訪問追加して対応した。
- ・体の傾向き右側に見られ、リハビリの専門職に相談して、姿勢保持の助言や、車椅子の自走の方法に関してAさんに助言をしてもらうように依頼した。
- ・掃除と洗濯を行った。買物は次女に買ってきてほしいものを電話で伝えて依頼した。

③ 対応の結果

6ヶ月後

- ・一人の生活の不安から妄想、幻覚がある。火元始末などの危険は、訪問することで早期発見できる。
- ・薬の内服忘れがなくなった。
- ・有料老人ホームの食堂までの移動は、車椅子で一部介助して転倒の危険の予防ができています
- ・有料老人ホームでは、気の合う入居者の傍に座るので、人とコミュニケーションする場面が持てている。
- ・介護者の次女は病院受診、買い物等行ってくれて、事業所との役割分担ができています。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		75歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診断名:) 【現病】 (パーキンソン病 高血圧) 【既往歴】 (腸ポリープ切除)				
生活の様子と家族	有料老人ホーム入居している。パーキンソン病の進行に伴い、自室内で移動を伴い行動に危険がある。食事は有料老人ホームの食堂でとるが、その他の家事は支援が必要である。買い物、受診等は次女が行っている。パーキンソン病の服薬の飲み忘れなどある。				
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (定期巡回・随時対応型訪問介護看護 通所リハビリ) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	安全と健康を維持する基本的ケア	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
部屋の中は自分で移動するが、歩行は不安定で転倒の危険がある	こまめな訪問をして、移動の見守りをしている 部屋にテレビ電話を設置して、Aさんのコールでモニターを確認して必要があれば随時訪問をする 通所リハビリの担当者と情報を共有して連携、車椅子の使い方やこぎかたを伝えてもらい、デイケアでも自宅でもやってもらう Aさんの安定した姿勢や身体の傾きを修正する方法を、通所リハビリの担当者に電話で聞いて、Aさんに対してやってみる 訪問の度に、車椅子のブレーキの確認を行う 床が散らかっていると、つまずいたり危険なので、かたずける	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
長距離の移動は難しい	部屋から食堂への移動は、車椅子で移動介助する	●													
排便コントロールが難しく、便失禁があり後始末ができない	訪問時には、便失禁時は、後始末をする 排便の状況は、訪問看護に報告して、軟便のときは緩下剤を抜いてもらうように提案する	●											●		
夜間失禁がある。	夜間の就寝介助のときに紙オムツをあてさせてもらう。夜間1回、早朝1回訪問して、排泄介助を行っている	●													
一人で入浴がでない	訪問して、入浴介助を行う	●													
薬をきちんと飲めていない	服薬の時間に合わせて訪問をする、薬を渡して服薬をしてもらう 薬は、事業所で保管して、訪問のときに持参する	●					●								
時々発熱するがあり、対応が必要になる	訪問看護と連携して、発熱のときは夜間も水分補給で訪問する	●													
訪問看護事業所と連携して、体調の管理が必要である	訪問看護が週1回は入っているが、その情報をもっている												●		●
認知症の進行があり、危険回避能力や判断力、理解能力の低下がみられる	部屋のパントリーの電熱線のコンロを消し忘れるので、コンロにはカバーをして湯沸しは、電気ポットを使ってもらう	●													
家事ができない	訪問したとき、有料老人ホームの共有洗濯室で洗濯機を回しておく 訪問して洗濯ができていれば、干す 部屋の掃除をする	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
できることは続けていきたい	訪問時、乾いた洗濯物を、Aさんと一緒にたたむ。	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
有料老人ホームで中の良い人ができたが、自分からは会いに行けない	有料老人ホームの食堂に車椅子で移動介助する時は、仲の良い人の隣の席に誘導する			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
家族(娘)とAさんの生活状況の共有をして協力してもらうことが必要である	転倒や体調の変化などは、随時娘に電話で報告する 買物は、買ってほしいものを娘に伝えて、買ってもらう	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 26人	相対評価 低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	45.92	*****	45.98	11.18
	介護経験月数	133.56	*****	123.87	57.76
	勤務月数	116.48	*****	96.41	58.99
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	23.19	*****	23.11	4.06
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	23.88	*****	24.38	5.80
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	18.36	*****	18.84	4.48
	A4生活機能向上の働きかけ	6.31	*****	6.79	2.70
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	9.19	*****	9.26	2.12
	A6事業所内情報交換	5.88	*****	5.59	1.48
	A7自立への働きかけ	5.88	*****	6.03	1.51
	B1自立の見通しをもった支援計画	10.38	*****	9.82	3.92
	B2地域との交流と提言	5.68	*****	5.25	2.18
	B3効果的な人材育成	5.15	*****	5.26	1.84
	B4終末期ケアにおける連携	4.54	*****	3.71	2.08
	経験学習	具体的経験	10.23	*****	10.81
内省的観察		10.81	*****	11.39	2.21
抽象的概念化		11.19	*****	12.09	2.44
能動的実験		10.38	*****	11.12	2.44
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.60	*****	46.24	5.34
	成長・学習への動機づけ	9.65	*****	10.05	3.11
	仕事継続意志	5.23	*****	5.50	2.42
	達成動機	6.84	*****	7.34	1.74
バーンアウト	個人的達成感	5.12	*****	5.78	2.26
	情緒的消耗	5.54	*****	5.58	2.19
	脱人格化	3.81	*****	3.90	1.89
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.04	*****	7.29	1.53
	肯定感情の共有経験	7.81	*****	7.93	1.30
	否定感情の共有不全経験	5.46	*****	5.59	1.96
	肯定感情の共有不全経験	5.38	*****	5.15	1.94
共感	自己志向の共感	7.65	*****	8.16	2.84
	他者志向の共感	17.08	*****	17.55	2.66
	自己への置き換え	17.58	*****	17.86	2.18
	視点取得	17.50	*****	17.32	2.06
	情動伝染「安心」	11.88	*****	11.75	1.91
	情動伝染「喜び」	7.84	*****	8.00	1.44
	情動伝染「悲しみ」	8.85	*****	9.05	2.56
	情動伝染「怒り」	9.65	*****	9.88	2.36
職場環境への評価	人材育成と理念教育	10.75	*****	10.29	2.97
	職場風土	19.88	*****	19.71	5.56
	安全衛生	8.48	*****	8.68	3.39

事例 4 2

本人の訴えはないが家族のケアに対する要望が強い事例

(1) Aさんの概要

話し好きで、いつも笑顔でおられる。

左片麻痺あり、ADLはほぼ全介助、食事のみ右手で行えるが声かけと一部介助が必要。

介助に拒否や抵抗はないが指示が通らない。

(返事はされるが、点眼の後目を閉じていて下さいと伝えるがすぐ目を開けてしまう 等)

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年1月

2ヶ月前脳出血のため入院。それまでは夫が中心に介護していたが、持病の悪化や腰痛により主介護者は長男となる。長男は主に日勤、時々夜勤のある仕事に従事しており、夫と2人きりになってしまう。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～

1日3回の定期訪問を行う。主にオムツ交換だがデイサービスを利用する日はオムツ交換、車椅子移乗、更衣介助、食事一部介助、外出準備、帰宅後の更衣介助、ベッド移乗、オムツ交換を行っている。

定時以外にも排便があるなど介助が必要になった際には夫から当事業所に連絡が入り訪問することになっている。

③ 対応の結果

0ヶ月後

排便時に迅速に処理できるようになった。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況				
年齢・性別		83歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外		
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2		
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名: アルツハイマー型認知症) 【現病】 (類天疱瘡) 【既往歴】 (脳出血後遺症 高血圧 うつ病(15年前) 脳出血(2ヶ月前))			
生活の様子と家族	自宅では常にベッドで過ごしておられる。 夫が椅子を側に置き、寄り添っておられる。腰痛等あり介助はできない。 (側臥位になる際の保持、車椅子を動かすなどはできる) 長男が介助を行っており、在宅の場合は緊急時のオムツ交換はご自分で行われることもある。			
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (通所介護 福祉用具 定期巡回随時対応型訪問介護看護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()			

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	自立に向けた家族に対する助言と配慮	自立への働きかけ	事業所内情報交換	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
夫がAさんの排泄介助をうまくできないことにいら立ち、排便が出た時に「すぐとってやってほしい」と緊急コールがある。	交換時側臥位になるときは夫と一緒に実施する。 側臥位になる際に尿が漏れることがあるので防水シートを敷いた。 夫が希望されたケアを他のスタッフにも伝えた。 両下肢が重なるように拘縮があるのでパットがずれないように注意して当てた。 排泄が出た時はいつでも緊急コールで対応することを夫と約束した。	●	●				●	●							
移乗の際に患側に痛みを訴えるようになり、足の踏ん張りが出来なくなりご主人は移乗が起きなくなった。	移乗行為は職員が担うことしたが女性職員がうまくできなかったので同行して教えた。					●		●						●	
長男は介護と家事の負担を感じ、自分が出来ていたことが出来なくなったことを気にするようになり施設入居も選択肢に入れるようになった。	サービスの時間変更等のご希望に沿って連絡を取り合い、ケアマネとも連携した。 毎日実施記録作成し、ケアマネに送っている。 デイサービスへ通う時はベット離床から更衣介助・オムツ交換・車椅子移乗・食事の介助等サポートした。 朝食に主人が準備しているレーズンパンとホットミルクを食べていただく。食が進まない時はパンをちぎる、などしている。	●						●		●				●	
スキントラブルが起きるようになってきた。	オムツ交換の時に皮膚の変化があったので受診等を進めた。 軟膏塗布の指示が出たが夫が処置する際には左脇の下の手当てが出来ないので腕を支える等の手伝いをした。 発汗が多い方なので頻回に着替えズボン履き替えを実施。特に発汗が多い時にはご主人に協力していただき清拭している。	●	●	●										●	
家族の協力が必要である。	日常の介護に関してはご主人の指示をいただくようにした。ご主人は直接介助は出来ないが洗濯、衣服の準備などをしていた。	●					●	●							
介護者の会後に対する不安が高い。	デイサービスの帰りに合わせてきてほしいと希望されるが時間が合わない時があるので予め訪問時刻を伝え心配ないように話している。 食事介助は息子が実施しているが負担を考え必要ならサポートもできると伝えている。		●	●			●								
医療的ケアが必要なので、医療と連携する必要がある。	訪問時には身体の状態について観察し、連絡帳を確認して排泄が何日もない場合は訪問看護に連絡している。	●			●									●	

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価	平均値	標準偏差
		平均値	低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	43.46	*****	45.98	11.18
	介護経験月数	126.00	*****	123.87	57.76
	勤務月数	61.08	*****	96.41	58.99
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	20.83	*****	23.11	4.06
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	22.69	*****	24.38	5.80
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	17.31	*****	18.84	4.48
	A4生活機能向上の働きかけ	6.54	*****	6.79	2.70
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	8.23	*****	9.26	2.12
	A6事業所内情報交換	4.54	*****	5.59	1.48
	A7自立への働きかけ	5.08	*****	6.03	1.51
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.85	*****	9.82	3.92
	B2地域との交流と提言	4.77	*****	5.25	2.18
	B3効果的な人材育成	5.23	*****	5.26	1.84
	B4終末期ケアにおける連携	3.23	*****	3.71	2.08
	経験学習	具体的経験	11.15	*****	10.81
内省的観察		12.00	*****	11.39	2.21
抽象的概念化		12.00	*****	12.09	2.44
能動的実験		11.62	*****	11.12	2.44
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.50	*****	46.24	5.34
	成長・学習への動機づけ	10.69	*****	10.05	3.11
	仕事継続意志	5.54	*****	5.50	2.42
	達成動機	7.38	*****	7.34	1.74
バーンアウト	個人的達成感	5.42	*****	5.78	2.26
	情緒的消耗	5.77	*****	5.58	2.19
	脱人格化	4.38	*****	3.90	1.89
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.62	*****	7.29	1.53
	肯定感情の共有経験	7.62	*****	7.93	1.30
	否定感情の共有不全経験	6.08	*****	5.59	1.96
	肯定感情の共有不全経験	5.77	*****	5.15	1.94
共感	自己志向の共感	10.46	*****	8.16	2.84
	他者志向の共感	18.08	*****	17.55	2.66
	自己への置き換え	17.92	*****	17.86	2.18
	視点取得	17.31	*****	17.32	2.06
	情動伝染「安心」	11.23	*****	11.75	1.91
	情動伝染「喜び」	7.62	*****	8.00	1.44
	情動伝染「悲しみ」	9.69	*****	9.05	2.56
	情動伝染「怒り」	11.31	*****	9.88	2.36
職場環境への評価	人材育成と理念教育	7.77	*****	10.29	2.97
	職場風土	20.85	*****	19.71	5.56
	安全衛生	8.38	*****	8.68	3.39

事例 4 3

脳梗塞発症後、リハビリを拒否して退院、昼間独居で妻が介護する事例

(1) Aさんの概要

同市内に4人兄弟の3番目として生まれる。3か月前に意識障害を起こし病院に救急搬送、脳梗塞と診断され手術する。糖尿病もあり内服治療開始となった。リハビリ病院に転院し、順調にリハビリを受けていたが、同年8月より拒食、服薬やリハビリ拒否があり急遽在宅復帰となり当事業所のサービス利用開始となる。妻と同居、二人暮らし。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年8月

- ・入院中、拒食や服薬、リハビリ拒否があったが、退院後も妻が食事を介助しようとするとうり出し介助できない。
- ・脳梗塞の後遺症で、右半側空間無視がある

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～現在まで

- ・定期巡回のサービスで、複数のヘルパーが訪問し、服薬、水分、食事配膳、排泄介助、移動・移乗介助を定時に行った。
- ・食事は、当事業所の職員が糖尿食対応の弁当を届けている

③ 対応の結果

0ヶ月後

- ・少しずつヘルパーサービスや職員に慣れ、拒否もなくなり、笑顔が多くみられるようになった。
- ・自分の思いを込めたいが、ヘルパーに話してくれるようになる
- ・尿意がはっきりしてきて、デイケアでのリハビリも順調でベッド上でのオムツ交換から、タイミングがあえばトイレ誘導、介助へとADLが向上した。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		65歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 ■ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 ■ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb ■ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり (診断名：脳血管性認知症) 【現病】 (糖尿病) 【既往歴】 (脳梗塞 右半側空間無視 失語症)				
生活の様子と家族	デイケアに行かない時は、1日中ベッド上でTVをみたり寝たりして、過ごしている。脳梗塞の後遺症で、発語が困難なため、友人などの面会を拒み社会的交流が少ない。同居の妻は、仕事をもっており妻不在時は必要に応じて隣家の姉が対応してくれる。妻の言うことに応じられないことが多いが、ケアマネやヘルパーなどが伝えたり妻を含めた第三者で話をすると了解する。				
支援	□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター ■ 配食サービス ■ 介護サービス (定期巡回随時対応型訪問介護看護、デイケア、福祉用具貸与) ■ その他の医療 (月1回受診、乗降介助サービス) ■ その他の生活支援・インフォーマル支援 (隣家の姉)				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
		介護の提供に拒否的で感情的になる。	簡単な言葉一つずつ区切りながら、理解しているか表情を見ながら進めている。 Aさんの気持ちがわからない時は、Aさん自身に〇〇ですか？と確認する 感情的になったり、否定的になる時が、どのような状況のときなのか把握した 病気の話しは、話題にしない。	●	●	●									
食事はセットしないと食べることができない	食事は配食を届けて、視野の左側に寄せて配膳する 食分量、水分摂取量の確認を行う	●	●												
空間無視があり、右側にあるものが見えない	食事のセットの際にメニューを伝えている。 Aさんの見やすい位置に食事をセットする Aさんが見える位置に、テレビのリモコンスイッチを置いておく			●				●							
セットしないと服薬できない	自分で服薬できるように、訪問時に薬の袋を開けてセットする			●											
家に閉じこりきりである	「入浴ができるので」とデイサービスの利用をケアマネージャーに提案している														●
訪問看護も利用しており、連携する必要がある	訪問看護に毎日のサービス実施報告書をその日のうちにFAX等で送っている。 訪問看護に計画書、アセスメントシート等は定期的を送っている。 月に1回訪問看護と情報交換会を行っている 訪問看護の担当者に、トイレに行く回数やデイサービスに行く回数等サービスの内容や頻度を提案している。														●
妻は仕事しており、サービス提供の様子を見ることがない	訪問看護との意見交換会の内容は、ケアマネージャーに報告して、ケアマネージャーから妻に伝えてもらっている。	●							●						●
昼間独居で見守りが必要である	訪問時に隣に住む姉と会えば挨拶をする												●		

(5) 事例に対応した事業所の職員の状況

指標		この事業所の介護職員		調査対象全体	
		回答した職員数 13人	相対評価	平均値	標準偏差
		平均値	低 高	平均値	標準偏差
年齢と経験	年齢	43.46	*****	45.98	11.18
	介護経験月数	126.00	*****	123.87	57.76
	勤務月数	61.08	*****	96.41	58.99
介護職員に必要な技術・能力	A1安全と健康を維持する基本的ケア	20.83	*****	23.11	4.06
	A2観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア	22.69	*****	24.38	5.80
	A3継続的支援のためのコミュニケーション	17.31	*****	18.84	4.48
	A4生活機能向上の働きかけ	6.54	*****	6.79	2.70
	A5安心に向けた穏やかなコミュニケーション	8.23	*****	9.26	2.12
	A6事業所内情報交換	4.54	*****	5.59	1.48
	A7自立への働きかけ	5.08	*****	6.03	1.51
	B1自立の見通しをもった支援計画	8.85	*****	9.82	3.92
	B2地域との交流と提言	4.77	*****	5.25	2.18
	B3効果的な人材育成	5.23	*****	5.26	1.84
	B4終末期ケアにおける連携	3.23	*****	3.71	2.08
	経験学習	具体的経験	11.15	*****	10.81
内省的観察		12.00	*****	11.39	2.21
抽象的概念化		12.00	*****	12.09	2.44
能動的実験		11.62	*****	11.12	2.44
仕事への態度	仕事に対する基本的態度	45.50	*****	46.24	5.34
	成長・学習への動機づけ	10.69	*****	10.05	3.11
	仕事継続意志	5.54	*****	5.50	2.42
	達成動機	7.38	*****	7.34	1.74
バーンアウト	個人的達成感	5.42	*****	5.78	2.26
	情緒的消耗	5.77	*****	5.58	2.19
	脱人格化	4.38	*****	3.90	1.89
感情の共有経験	否定感情の共有経験	7.62	*****	7.29	1.53
	肯定感情の共有経験	7.62	*****	7.93	1.30
	否定感情の共有不全経験	6.08	*****	5.59	1.96
	肯定感情の共有不全経験	5.77	*****	5.15	1.94
共感	自己志向の共感	10.46	*****	8.16	2.84
	他者志向の共感	18.08	*****	17.55	2.66
	自己への置き換え	17.92	*****	17.86	2.18
	視点取得	17.31	*****	17.32	2.06
	情動伝染「安心」	11.23	*****	11.75	1.91
	情動伝染「喜び」	7.62	*****	8.00	1.44
	情動伝染「悲しみ」	9.69	*****	9.05	2.56
	情動伝染「怒り」	11.31	*****	9.88	2.36
職場環境への評価	人材育成と理念教育	7.77	*****	10.29	2.97
	職場風土	20.85	*****	19.71	5.56
	安全衛生	8.38	*****	8.68	3.39

事例 4 4

介護者の思い通りにケアが進まない介護者がイライラして苦情を申し立てる事例

(1) Aさんの概要

3ヶ月前に圧迫骨折のため入院（妻も他の病院に入院中）。
退院後の独居での生活には腰痛もあり、不安。
不安の軽減、見守り、緊急時の支援のため、2ヶ月前の4月から定期巡回サービス開始。

そのほかに、大そうじ等の生活支援を私費で利用している。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年6月

独居での生活がきびしくなりはじめる（決まり事を守れず、転倒が多くなる）が、妻が退院出来る事になり在宅生活を続ける。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～1年2ヶ月後

日中は、Aさんの訪問介護で1回、妻の定期巡回（朝と夕）で訪問。
夜間対応 22：00～毎日

③ 対応の結果

1年2ヶ月後

訪問回数を増やし、見守りを増やした事で転倒を減らす事が出来た。又、奥様がいる事で、ご主人の緊急時にも早く対応出来る事になった。
2年後から認知のせいかな？単独で動いてしまうことが多くなり転倒増え、小規模多機能Xへ移行。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		88歳 ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 ■ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	□ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 □ なし ■ あり (診断名:) 【現病】 (不安症 感音性難聴 心房細動 前立腺肥大) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	長男・長女は別居 歩行は歩行器を使い何とか移動。立ち止まると動けない事もある。 ほとんどの事が、介助が必要。食事に関しては食べこぼしもあり、時間がかかる。トイレまで行けるが、不安定なため転倒が多い				
支援	■ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター ■ 配食サービス ■ 介護サービス (福祉用具 定期巡回随時対応型訪問介護看護) □ その他の医療 () ■ その他の生活支援・インフォーマル支援 (生活支援サービス (私費))				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
夫は自分も要支援の判定を受けており妻のAさんの行動にイライラし大声を出したり時に手が出てしたり、また事業所には、排泄があった際にすぐにサービスに来てほしいと、自分の都合を優先して要求してくることが多い。	Aさんの夫がどのくらい介護が出来るのかを、観察した。 夫には定期巡回サービスの特性について何度も説明した。 Aさんの要介護状態の区分変更を申し立てした。	●										●	●	●
近所やケアマネから怒鳴り声やアザなどの虐待を疑わせる報告があった。	訪問時には夫とも積極的にコミュニケーションをとるように心がけた。 入浴ができるように短時間デイサービスの利用を計画した。 デイサービス利用時に管理者やケアマネが日常についてのヒアリングを実施した。 デイサービスで他の利用者との橋渡しをし、楽しい時間を作れるように工夫した。 デイサービス利用時の身体の状態については、関係機関に書面や口頭で伝えた	●		●		●	●					●		●
定時巡回のサービスが十分理解できず、苦情を訴える。	医療面では受診の際に付き添いをした。 医師からの指示や判断については夫、訪問看護に伝えた。 ご主人と話し合いを何度も行っている。 今後のことを考え、今のサービスでいいのか、経済的なことも踏まえ家族と話し合いを重ねている。 家族には、具体的に経済面から金額を提示して支援への理解を求める。			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

事例 4 5

大腿部骨折後、保存療法で退院し、要介護状態の夫と暮らす事例

(1) Aさんの概要

夫と2人暮らし。自宅で骨折し入院したが、手術は行えず保存療法で治療、退院後は、車椅子で移動となる。退院後、夫の介護で在宅生活を送っていたが、家族介護では限界があると事業所のサービス利用となる。

(2) 在宅生活が困難になってきたときの状況

① 問題・課題が生じてきた経緯

平成X年11月

- ・主に排泄介助のために訪問していたが、訪問するヘルパーに対する夫からのクレームが多くなる。そのたびヘルパーを変えるなど対応したが、夫のクレームとヘルパーに対する暴言がエスカレートして、Aさんの支援がしにくくなる。
- ・夫の意向や生活のリズムが、Aさんの生活やサービスの利用に大きく影響する。

② 事業所や事業所の介護職員がとった対応

0ヶ月～6ヶ月後

- ・クレームに対して、夫の話を聴く。
- ・ケアマネジャーにも相談して担当者でカンファレンスを開いてもらい対応を検討した。
- ・苦情が出たヘルパーを訪問から外して、違うヘルパーが訪問した。

③ 対応の結果

6ヶ月後

- ・現在も3～4ヶ月に1度、関係者でカンファレンスを開催して情報共有と支援の検討を行っている。毎回ヘルパーへの苦情が出る。
- ・訪問できるメンバーが、今では4人しかいないが、出来る範囲でサービスを行っている。
- ・Aさんは、在宅生活を継続している。

(3) 上記(2)①のときのAさんの状況					
年齢・性別		78歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名:) 【現病】 (類天疱瘡 右大腿部骨折) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	夫を二人暮らし。自宅で転倒して骨折、退院後は車椅子で移動する生活となる。長い時間、立位保持できないが、出来きあいのものや、配食を温めることはできる。買物に行くことはできないが、インターネットで生協で注文することはできる。				
支援	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (福祉用具 定期巡回随時対応型訪問介護看護) <input type="checkbox"/> その他の医療 () <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 実際の対応と対応に必要な技術能力

対応に必要な技術・能力

課題	事業所や介護職員がとった対応	観察・アセスメントによる見通しをもった認知症ケア	安全と健康を維持する基本的ケア	継続的支援のためのコミュニケーション	生活機能向上への働きかけ	安心に向けた穏やかなコミュニケーション	事業所内情報交換	自立への働きかけ	自立に向けた家族に対する助言と配慮	地域・家族との関係づくりの促進	明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択	自立の見通しをもった支援計画	地域との交流と提案	効果的な人材育成	終末期ケアにおける連携
尿意、便意がなく、排泄ケアが必要である	1日4回の定期訪問、トイレ誘導と就寝介助後、夜間はオムツで過ごしてもらう	●													
台所に立って洗い物など立位保持ができなため、食事の準備ができない	配食サービスを紹介して、レンジで温めてもらうようにした Aさんが電子レンジを利用しやすい位置に移動した	●		●											
車椅子や歩行器で移動するので、一人で買物に行けない	インターネットで生協の注文ができて個別配達してくれることを情報提供した インターネットで生協に注文する方法を教えた			●				●							
身体的に拘縮が進み、着替えは介助が必要である	更衣介助を行う	●													
同居の夫は、介護が必要である	デイサービスと夜間対応型訪問介護をすすめて利用した							●					●		●
今後、夫には更に24時間の介護が必要となる可能性があるが、Aさんは担えない	在宅で柔軟に対応できる小規模多機能型サービスの利用を勧めた			●				●							
夫の意向や生活のリズムが、Aさんの生活に大きく影響する	夫の排泄のリズムを把握して、夫の訪問看護事業所の看護師に報告や相談をする 夫が気に入らない職員は訪問できないので、夫が受け入れるヘルパーを派遣している	●					●			●					●
サービス内容について、夫や子の意向と調整が必要である	3. 4か月に1回は、カンファレンスを行って意向確認をしている							●							

5 訪問事例

(1) 訪問を中心とした支援を行っている事例における介護職員の行動・対応の検討の必要性

地域包括ケアのもとに高齢者ができるだけ長く在宅生活を続けるための包括的ケアとして、「訪問」の機能は重要であることがこれまでの研究事業で明らかになってきた。しかし、訪問において、実際にどのような行為を、どのような意図で介護職員が行っているのかが不明である。

そこで聞き取り調査を追加実施することとし、いわゆる対応困難な事例ではなく、著しい困難な状態を伴うことなく、訪問を中心に在宅生活を維持できている事例を対象に、訪問の際に、介護職員がどのような行為を、どのような意図で行ったのかを明らかにすることを目的として事例を聞き取った。

(2) 追加聞き取り調査内容

追加聞き取り調査では、すでに聞き取り調査に協力を得られた3事業所に再度、調査依頼し、訪問を中心として在宅生活を維持できている事例について、事例の概要、訪問で行っていること（定時的に行っていること・不定期でおこなっていること・最も時間をかけていること）、訪問で行っていることの意図、訪問を行ううえで、利用者の在宅生活継続のために、重要だと思われること、について半構造化インタビューにより聞き取りを行った。

(3) 追加聞き取り調査の結果

追加聞き取り調査の結果を226頁より示した。

訪問事例 1

(1) Aさんの概要について

妻と次男と同居している。戸建て二階建ての一階で暮らす。60歳で退職、その後タクシー運転手として働く。直腸がんで入院し2年前に胃瘻、ストマを造設、その後廃用性の筋力低下がみられる。病院では胃瘻から経口摂取が可能な状態に回復した。

本人は退院して自宅で生活したいと希望する。家族は、本人の疾病、ストマの管理やターミナル状態での介護に漠然とした不安を抱いており、「家族はそんなにできない」と漏らす。退院時、アセスメントして事業所でできること、家族がしたこと、できることを整理して役割分担して昨年6月から小規模多機能型サービスを開始する。直腸がんの末期と診断されているが、現在も小規模多機能型サービスを利用しながら自宅で暮らしている。

(2) プランと訪問の概要

① 居宅サービス計画書（または訪問プラン）と実績

	月	火	水	木	金	土	日
9:00 訪問	9:00 訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問
13:00 訪問	13:00 訪問	訪問	13:00 通い (事業所で入浴終わればすぐへ送迎)	訪問	訪問	訪問	訪問
19:00 訪問	19:00 訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問

② 訪問の目的

排泄ケアやストマの管理をきちんと行い、家族の不安を取り除く。健康状態の観察、見守りを行い、体調の急変や変化をタイムリーに把握し、医師と連携し適切な対応を行い自宅で家族と一緒に暮らすことを支える。自宅入所が事業所のコンセプトである。介護の負担は事業所が担い、家族は本人への愛情を担ってもらう。

③ 訪問で行っている主な内容

- ・排泄介助
排便やストマの交換、便の処理を行う。排尿は、パット交換を行う。直腸がんの腫瘍が肛門から出てきているので、腫瘍の状態、ストマ周辺の皮膚の状況を観察する。
- ・服薬管理（配薬は妻が行う）
薬を事業所で管理して、定期的に妻に渡す。服薬介助は妻が行うが、きちんと服薬できているのか確認する。
- ・健康状態の確認
食事量、水分量、睡眠、コミュニケーションの状況を本人や妻に聞く。
血圧のチェック、呼吸状態の観察、倦怠感や痛みを聞き取り確認する

(3) Aさんの状況					
年齢・性別		(86 歳) ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 ■ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 ■ C2			
	認知症老人 自立度	■ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		④ 入浴	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	【認知症】 ■ なし □ あり (診断名:) 【現病】 (直腸がん) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	退院後は、1日3回の訪問で排泄ケアのサポートを受け自宅での生活が始まる。食事は妻の手料理以外口に合わないのので、妻が三食つくり食べる。お酒が好きで、毎晩晩酌をする。自宅では、ベッド上でテレビを見たりして過ごし、食事もベッドにテーブル設置してその上に配膳する。筋力低下と悪性腫瘍により座位保持が難しく、移動は、車椅子で全介助。週1回の入浴を目的とした通いが唯一の外出である。				
支援	□ 訪問看護 ■ かかりつけ医の往診 週2回 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス □ 介護サービス () □ その他の医療 () ■ その他の生活支援・インフォーマル支援 (ベッド・エアマット・リクライニング車椅子)				

(4) 介護職員が訪問で行った行動・対応

時間	対応・かかわり・行動	かけた分	意図・目的
水以外	訪問のみ		
8:50	準備をして事業所を出発する	10	
9:00	自宅に到着して、妻と出会い挨拶をする 夜間から当日について、様子を聞く(睡眠、朝食の様子、摂取量、水分量、コミュニケーション等) 自宅の中の全体の様子を見る 本人の居室の入り、Aさんに挨拶をする。 ベッドサイドに行き、コミュニケーションを取ながら 寝具を取り、下着を下す 尿取りパッドを外す 皮膚の観察、肛門から出ている腫瘍を観察。 観察後、清拭をしてパッドを当てる パウチの交換を行い、ストマ周辺の皮膚の観察をする 下着とズボンを整えて、寝具をかける Aさんに挨拶をして居室を出る 妻に挨拶をして自宅を出る	5 1 1 5 3 1 1	妻と会話しながら、Aさんの夜間の様子などを把握する 変わった様子はないか確認する Aさんの表情や様子を見ながら普段を変った点はないか確認する 排尿、排便の確認と皮膚の確認をする 皮膚清潔にして、パットの交換をする 衣類や寝具を整える
12:50	準備をして事業所を出発する	10	
13:00	自宅に到着して、妻と出会い挨拶をする 妻に様子を聞く(睡眠、昼食の様子、摂取量、水分量、コミュニケーション等) 自宅の中の全体の様子を見る 本人の居室の入り、Aさんに挨拶をする。 ベッドサイドに行き、コミュニケーションを取ながら 寝具を取り、下着を下す 尿取りパッドを外す 皮膚の観察、肛門から出ている腫瘍を観察。 観察後、清拭をしてパッドを当てる パウチの交換を行い、ストマ周辺の皮膚の観察をする 下着とズボンを整えて、寝具をかける Aさんに挨拶をして居室を出る 妻に挨拶をして自宅を出る	5 1 1 5 2 1 1	妻と会話しながら、Aさんの昼食前後の様子などを把握する 変わった様子はないか確認する Aさんの表情や様子を見ながら普段を変った点はないか確認する 排尿、排便の確認と皮膚の確認をする 皮膚清潔にして、パットの交換をする 衣類や寝具を整える
18:50	準備をして事業所を出発する	10	
19:00	自宅に到着して、妻と出会い挨拶をする 妻に様子を聞く(睡眠、夕食の様子、摂取量、水分量、コミュニケーション等) 自宅の中の全体の様子を見る 本人の居室の入り、Aさんに挨拶をする。 ベッドサイドに行き、コミュニケーションを取ながら 寝具を取り、下着を下す 尿取りパッドを外す 皮膚の観察、肛門から出ている腫瘍を観察。 観察後、清拭をして夜用パッドを当てる パウチの交換を行い、ストマ周辺の皮膚の観察をする 下着とズボンを整えて、寝具をかける Aさんに挨拶をして居室を出る 妻に挨拶をして自宅を出る	5 1 1 5 2 1 1	妻と会話しながら、Aさんの夕食前後の様子などを把握する 変わった様子はないか確認する Aさんの表情や様子を見ながら普段を変った点はないか確認する 排尿、排便の確認と皮膚の確認をする 皮膚清潔にして、長時間用のパットの交換をする 衣類や寝具を整える

訪問事例 2

(1) Aさんの概要について

独居で、戸建て二階建ての一階部分で暮らす。同市に生まれ、結婚後夫の仕事の都合で、現在の住所に引越してきた。夫は、施設入所していたが2年前に他界した。一男一女をもうけるが、長男は他界しており、現在は車で30分ほどの所に長女が暮らしており、介護を担っている。認知症の症状もあり、デイケアを利用していた。人とかかわるのは苦手なためデイケアには馴染めず、また区分支給限度額もあり、小規模多機能型のサービスを開始する。長女は当初、施設入所も考えていたが、現在はそのまま自宅で過ごしてもらいたいと考えており、現在も自宅での生活を続けている。

(2) プランと訪問の概要

① 居宅サービス計画書（または訪問プラン）と実績

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00							
8:00	8:00 訪問		訪問	8:00 訪問		8:00 訪問	訪問
10:00	8:30 通い			8:30 通い		8:30 通い	
12:00	朝食・入浴	家族	訪問（掃除）	朝食・入浴	家族	朝食・入浴	訪問
14:00	↓ 帰宅			↓ 帰宅		↓ 帰宅	
16:00	17:00 訪問		訪問	17:00 訪問		17:00 訪問	訪問
18:00							
20:00	19:00 訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問	訪問
22:00							
24:00							
2:00							

② 訪問の目的

認知症を抱えて、独居であるので、安否確認や自宅での生活の様子を観察する。
 家族と連携して、事業所の職員がかかわることで、認知症による混乱や不安を軽減する。
 毎日、定期的に定時に食事や排泄ケア、清潔の保持をサポートして健康状態を支え、生活のリズムを整える。
 自宅での生活の「かゆいところに手が届く」支援をする。

③ 訪問で行っている主な内容

- ・ 自宅の様子を確認
 コミュニケーションを取ながら、自宅の様子、本人の様子を把握する
- ・ 食事の支援
 配食を届けて、食事の見守り、食事の準備、後片付けを行う。
- ・ 整容
 洗顔、整髪、洗顔、更衣。
- ・ 環境調整
 カーテンの開け閉め、エアコンの温度調節
- ・ 服薬の管理
 配薬、点眼をしてきちんと飲めたか確認をする。
- ・ 排泄ケア
 トイレ誘導を行う。パット、リハビリパンツが汚れていれば交換する。
 転倒とかの傷やあざがないか、確認する
- ・ 戸締りをする
- ・ 近所の人に、何かあれば連絡をくれるように挨拶をする。

(3) Aさんの状況					
年齢・性別		(88歳) <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
A D L	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		② 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名: なし)</p> <p>【現病】 ()</p> <p>【既往歴】 (脳梗塞)</p>				
生活の様子と家族	<p>人とかかわるのが苦手で、外へ出かけるのも好きでない。認知症があり、幻視幻聴もあり、被害妄想的な作話もあるが、近隣との関係が壊れるようなことはない。以前よりADLが向上し、現在は、杖歩行あるいは伝い歩きができる。週2日長女が訪問し、朝から夕方まで食事や身の回りの介護を行う。その他は、長女と連携して事業所が毎日の定期訪問、週3回の通いで支えている。現在は、長女は小規模多機能型サービスの利用でリズムができてきた本人の様子を見て、「このまま自宅で過ごしてもらいたい」と思っている。</p>				
支援	<p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 外来通院</p> <p><input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス</p> <p><input type="checkbox"/> 介護サービス ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他の医療 ()</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援 (住宅改修で段差解消、手すりの設置)</p>				

(4) 介護職員が訪問で行った行動・対応

時間	対応・かかわり・行動	かけた分	意図・目的
火・金	朝から日中は家族、夕方のみ訪問		
18:50 19:00	準備をして事業所を出発する 玄関の鍵を開ける Bさんに挨拶して家の中に入る 部屋の様子を見る	10 1 0.5 0.5	1 変わったことはないか、確認する
	歩行見守りながらトイレ誘導をする トレイでパッド交換をする	2 3	2 見守りがある中で、安全に排泄行為を行ってもらう 衣類やパッドの清潔を保つ
	パジャマを準備、着替えてもらう ベッドサイドに、水分を置く カーテンを開める 照明とエアコンで室温の調整をする	5 1 1 0.5	5 就寝の準備を手伝う 1 夜間もベッドサイドで水分を取れるようにするため
19:30	挨拶をして、脱いだ衣類をもって自宅を出る 玄関の戸締りをする	1 0.5	1 衣類を事業所に持ち帰り、洗濯して届けるため
月・木・土	日中は通所で過ごす		
7:50 8:00	洗濯した衣類を準備して事業所を出発する 自宅に到着 玄関の鍵を開ける Bさんに挨拶して家の中に入る パジャマを脱いで、洋服に着替える 出かける支度をして、Bさんを歩行介助して玄関を出て 車に乗ってもらう	10 1 0.5 5 3 2	10 1 0.5 変わったことがないか自宅の中をざっと見る
8:20	玄関の鍵をかける	0.5	
8:30	事業所に到着 朝食をとる 食後、薬を手渡し飲んでもらう 点眼する 事業所で入浴する	20 1 20	
12:00	昼食をとる 食後、薬を手渡し飲んでもらう 点眼する	20 1	
13:50	リビングから玄関、車に乗るまでの歩行見守りをする 車に乗ってもらい事業所を出発する	5 10	5 転倒の危険があるので、見守り
14:00	自宅に到着 玄関の鍵を開ける Bさんに車から降りてもらう 自宅に誘導し、部屋に入る カーテンを開ける、照明、エアコンの調整をする Bさんに帰る挨拶をして戸締りをして自宅を出る	1 2 2 2 1	2 エアコンのリモコンを使って室温調整ができないため
16:50 17:00	配食をもって準備をして事業所を出発する 自宅に到着、玄関の鍵を開ける Bさんに挨拶して家の中に入る 部屋の様子を見る	1 0.5 0.5	
	食事の前に、歩行見守りながらトイレ誘導をする トレイでパッド交換をする	2 3	2 見守りがある中で、安全に排泄行為を行ってもらう 3 衣類やパッドの清潔を保つ
	配食を食卓にセットする 食卓まで、歩行見守り、椅子に座ってもらう 食事を促し、食事が終わるまで見まもる 食後、薬を渡して飲んでもらう。点眼をする。 食事の後片付けをする	1 20 1 1	1 20 食事の様子、摂取量、水分量などを把握する
17:30	挨拶をして、自宅を出る 玄関の戸締りをする	1 0.5	
18:50 19:00	準備をして事業所を出発する 自宅に到着、玄関の鍵を開ける Bさんに挨拶して家の中に入る 部屋の様子を見る	10 1 0.5 0.5	1 変わったことはないか、確認する
	食事の前に、歩行見守りながらトイレ誘導をする トレイでパッド交換をする	2 3	2 見守りがある中で、安全に排泄行為を行ってもらう 3 衣類やパッドの清潔を保つ
	パジャマを準備、着替えてもらう ベッドサイドに、水分を置く カーテンを開める 照明とエアコンで室温の調整をする	5 1 0.5 0.5	5 就寝の準備を手伝う 1 夜間もベッドサイドで水分を取れるようにするため
19:30	挨拶をして、脱いだ衣類をもって自宅を出る 玄関の戸締りをする	1 0.5	1 衣類を事業所に持ち帰り、洗濯して届けるため

時間	対応・かかわり・行動	かけた分	意図・目的
水・日	通所がなく、訪問中心で支援する		
7:50	洗濯した衣類と配食をもって事業所を出発する	10	
8:00	自宅に到着、玄関の鍵を開ける		
	Bさんに挨拶して家の中に入る	0.5	変わったことがないか自宅の中をざっと見る
	カーテンを開ける エアコンで室温調整をする	1	
	パジャマを脱いで、洋服に着替える	5	
	食事の前に、歩行見守りながらトイレ誘導をする	2	見守りがある中で、安全に排泄行為を行ってもら
	トレイでパッド交換をする	3	衣類やパッドの清潔を保つ
	配食を食卓にセットする	1	
	食卓まで、歩行見守り、椅子に座ってもらう	1	
	食事を促し、食事が終わるまで見まもる	20	食事の様子、摂取量、水分量などを把握する
	食後、薬を渡して飲んでもらう。点眼をする。	1	
	食事の後片付けをする	1	
	挨拶をして、自宅を出る	0.5	
8:30	玄関の戸締りをする	0.5	
10:50	配食をもって準備をして事業所を出発する	10	
11:00	自宅に到着、玄関の鍵を開ける		
	Bさんに挨拶して家の中に入る	1	変わったことがないか自宅の中をざっと見る
	部屋の様子を見る	0.5	
	食事の前に、歩行見守りながらトイレ誘導をする	2	見守りがある中で、安全に排泄行為を行ってもら
	トレイでパッド交換をする	3	衣類やパッドの清潔を保つ
	配食を食卓にセットする	1	
	食卓まで、歩行見守り、椅子に座ってもらう	1	
	食事を促し、食事が終わるまで見まもる	20	食事の様子、摂取量、水分量などを把握する
	食後、薬を渡して飲んでもらう。点眼をする。	1	
	食事の後片付けをする	1	
	居室を中心に、ざっと掃除をする(水曜日のみ)	15	
11:30	挨拶をして、自宅を出る	1	
	玄関の戸締りをする	0.5	
16:50	配食をもって準備をして事業所を出発する	10	
17:00	自宅に到着、玄関の鍵を開ける		
	Bさんに挨拶して家の中に入る	1	変わったことがないか自宅の中をざっと見る
	部屋の様子を見る	0.5	
	食事の前に、歩行見守りながらトイレ誘導をする	2	見守りがある中で、安全に排泄行為を行ってもら
	トレイでパッド交換をする	3	衣類やパッドの清潔を保つ
	配食を食卓にセットする	1	
	食卓まで、歩行見守り、椅子に座ってもらう	1	
	食事を促し、食事が終わるまで見まもる	20	食事の様子、摂取量、水分量などを把握する
	食後、薬を渡して飲んでもらう。点眼をする。	1	
	食事の後片付けをする	1	
17:30	挨拶をして、自宅を出る	1	
	玄関の戸締りをする	0.5	
18:50	準備をして事業所を出発する	10	
19:00	自宅に到着、玄関の鍵を開ける		
	Bさんに挨拶して家の中に入る	1	変わったことはないか、確認する
	部屋の様子を見る	0.5	
	食事の前に、歩行見守りながらトイレ誘導をする	2	見守りがある中で、安全に排泄行為を行ってもら
	トレイでパッド交換をする	3	衣類やパッドの清潔を保つ
	パジャマを準備、着替えてもらう	5	就寝の準備を手伝う
	ベッドサイドに、水分を置く	0.5	夜間もベッドサイドで水分を取れるようにするため
19:30	挨拶をして、脱いだ衣類をもって自宅を出る	1	衣類を事業所に持ち帰り、洗濯して届けるため
	玄関の戸締りをする	0.5	

訪問事例 3

(1) Aさんの概要について

66歳男性。92歳の父親と二人暮らし。糖尿病による視力低下があり父親が生活全般の世話をしている。
 活動的な父親が、旅行等で不在時に転倒、帰宅するまでの3日間転倒したままとなって、血糖値上昇、老健入所となる。退所後、当事業所登録（3年前）。網膜症進行して現在はほぼ見えない状態で、インシュリン施注3回/日が必要。高齢の父親は、介護は継続したいが不安も覚えている。

(2) プランと訪問の概要

① 居宅サービス計画書（または訪問プラン）と実績

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00							
8:00	7:00 訪問	7:00 送迎	7:00 訪問	7:00 送迎	7:00 訪問	7:00 送迎	7:00 訪問
10:00							
12:00	12:00 訪問	通い 入浴	12:00 訪問	通い 入浴	訪看	通い 入浴	12:00 訪問
14:00							
16:00	15:00 訪問	16:00 送迎	15:00 訪問	15:00 送迎	15:00 訪問	15:00 送迎	15:00 訪問
18:00							
20:00							
22:00							
24:00							
2:00							

② 訪問の目的

インシュリンは、目が見えなくてもメモリを合わせるだけ手伝えができるので、自分で施注するのを見守る。
 父親は高齢で、在宅でのAさんと父親の生活や、父親のAさんへの介護の様子を、訪問によって確認する。
 父親が自分で息子の介護をするという部分は、父親が行うのを見守る。

③ 訪問で行っている主な内容

- ・ Aさん自身がインシュリン施注するための準備と見守り
- ・ 生活状況の把握
 父親が高齢なので、生活に不安がないかを見回して確認する。
- ・ 体調の確認
 血圧を測る。体調をたずねる。
- ・ 介護者の状態の把握
 介護負担、身体状況（高齢のため）

(3) Aさんの状況					
年齢・性別		(66歳) ■ 男 □ 女			
要介護度		■ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 □ J1 □ J2 ■ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	■ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	【認知症】 ■ なし □ あり (診断名:) 【現病】 (糖尿病 網膜症) 【既往歴】 ()				
生活の様子と家族	92歳の父親と二人暮らしで、家事、買物とも父親がになる。運転して買物に行ったり、友人と旅行に出かけたりするなど、地域のクラブ活動等でも世話役をしている。 Aさん自身は、農業をしていたが、40歳台に大けがをして以降、仕事はしていない。				
支援	■ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 □ 地域包括支援センター □ 配食サービス □ 介護サービス () □ その他の医療 () □ その他の生活支援・インフォーマル支援 ()				

(4) 介護職員が訪問で行った行動・対応

時間	対応・かかわり・行動	かけた分	意図・目的	備考
6:50	訪問の準備 荷物をまとめ、車に乗せて運転	1 10		※基本的には、一日15～30分で3回この繰り返し。ただし、庭木の手入れが行き届いていないときは切ってあげたり、洗濯機の故障の様子を見てあげたりする。 ※介護者である父親も高齢なので、様子を観察している。
7:00	到着 あいさつ 父親と会話 家の内外を観察。 Aさんにあいさつ。様子をきく。	2 3 5 2	父親の体調の確認。 変化の有無の確認	
	血圧を測る。 挨拶。顔色をみる。テンションを見る。	2 3 2	会話をしながら、表情の様子から今日の気分を把握する。	
	インシュリン施注の準備 インシュリン施注の見守り	3 5		
	片付け	2		
7:30	荷物をまとめ、あいさつ。	3		

訪問事例 4

(1) Aさんの概要について

妻と二人暮らしの男性。車の運転もできるほどだったが、通院先の病院の前で転倒し、骨折して2か月半入院する。退院時に病院から紹介されて、1年前から利用登録。身体状態としてはまだ入院を継続するほうが良かったがAさんの強い希望で退院。当初は週3回通い、週4回訪問。現在は週3回訪問、2泊3日で泊りを利用。インシュリンの自己注射は可能で、妻か小規模のスタッフが見守る。

自宅が山中にあり、事業所から片道15分。買物や通院の付き添いも事業所が支援している。

食べることが好きで、ここのところ5、6kg太ってしまい体を動かす必要がある。

(2) プランと訪問の概要

① 居宅サービス計画書（または訪問プラン）と実績

	月	火	水	木	金	土	日
4:00							
6:00							
8:00							
10:00		9:00 送迎		9:00 送迎			
12:00	11:00 訪問	通い	11:00 訪問		泊まり 2泊3日		11:00 訪問
14:00							
16:00		16:00 送迎				16:00 送迎	
18:00							
20:00							
22:00							
24:00							
2:00							

② 訪問の目的

できるだけ自分でできることを継続できるように、準備や声かけを中心に支援する。
妻の心配が、Aさんへの過剰な干渉や焦りにつながるのを、妻に落ち着いてもらえるようにする。
糖尿病があるが、飲食が好きなので、体調悪化につながらないよいに、少しでも体を動かす。

③ 訪問で行っている主な内容

- ・ 体調の確認
「眠れましたか」とコミュニケーションを取ながら、本人の様子を把握する
- ・ 運動の支援
多少気乗りしなくても、コミュニケーションをとり、「一緒に運動しましょう」と誘い、家の中を歩く。
食事の話題から「少し体重を減らすことができた」と話題にして、痩せる気持ちになってもらう。
- ・ 生活の様子を把握
運動で家の中を一緒に散歩しながら、生活に変化がないかを把握する。
テレビショッピングで不要なものを購入していないかを家の中の様子から推測する。
- ・ 介護者とのコミュニケーション
妻の介護負担の大きさをアセスメントする。
- ・ 通院の付き添いと医師への情報共有
薬の残量にあわせて、処方量を調整してくれるように診察で医師に伝える。
- ・ 転倒時のリスクに向けたリハビリ・練習
転倒したときに、自分で起き上がることができるように倒れた状態から起き上がる練習を一緒にする。
妻が転倒時にあわててあせってしまうので、妻に慌てなくてもよいことを繰り返し伝える。
- ・ 整容
洗顔等のセットをして声をかける。
- ・ 自分でインシュリン施注の見守り。妻に過剰な干渉を避け「本人のペースで」見守るように声かけ。

(3) Aさんの状況					
年齢・性別		(80歳) ■ 男 □ 女			
要介護度		□ 要介護2 ■ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 □ 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	□ 自立 ■ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知症老人 自立度	■ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M			
A D L	① 食事	■ 自立 □ 一部介助 □ 全介助		② 着脱	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	③ 排泄	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		④ 入浴	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑤ 移動	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助		⑥ 整容	□ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
疾病	<p>【認知症】 ■ なし □ あり (診断名:)</p> <p>【現病】 (糖尿病 高血圧 前立腺肥大)</p> <p>【既往歴】 (多発性脳梗塞)</p>				
生活の様子と家族	<p>もともと妻がAさんの身の回りのことをかいがいしく世話する関係があったようだ。妻がいないと生活が成り立たない状況で、妻は心身共に負担が大きくなっている。</p> <p>そのため、妻は現在もAさんへの干渉や心配が大きい。</p> <p>通院や外食などの送迎、付き添いなども行っている。</p>				
支援	<p>□ 訪問看護 □ かかりつけ医の往診 外来通院</p> <p>□ 地域包括支援センター □ 配食サービス</p> <p>□ 介護サービス (小規模多機能)</p> <p>□ その他の医療 ()</p> <p>■ その他の生活支援・インフォーマル支援 (住宅改修で段差解消、手すりの設置)</p>				

(4) 介護職員が訪問で行った行動・対応

時間	対応・かかわり・行動	かけた分	意図・目的	備考
自宅訪問				
10:35	訪問の準備	1		
10:40	荷物をまとめ、車に乗せて運転	10		
11:00	到着 あいさつ	1		
	お薬カレンダーを見て服薬状況を確認。	0.5		お薬カレンダーは小規模スタッフの自作
	Aさんにあいさつ。コミュニケーション。	1		
	運動の声かけ。説得。	1		
	運動の付き添い。	10	歩きながら家の様子を観察する。	
	インシュリン自己注射の見守り	15	準備から施注まで自分でするのを見守る。	
	妻とコミュニケーション	15	近況や困りごとなどを聴き、妻の負担を把握、コミュニケーションして妻の心理的負担の軽減を図る。	
11:50	挨拶。退室。	2		
	運転して事業所に戻る	20		
通院				
通院の付き添いをする。(10:30予約の場合)				
8:30	訪問の準備			
8:35	運転			
8:55	到着 あいさつ	2		
	お薬カレンダーを見て服薬状況確認。残薬を確認して、もらうべき薬を整理する。	5		
	着替えのセット。声かけ	3		
	歯磨き・整容のセット・声かけ	2		
	妻に声をかけて、身支度の確認	0.5		
	妻の出発準備の間、Aさんとコミュニケーション	10		
9:30	出発・運転	30		
10:00	病院到着。受付等を妻と分担して行う。検査待ちの間、コミュニケーション。	不確定		かなり遅れる。
12:00	会計を済ませた妻を見送り、Aさんと車に乗る。	7		
	外食したがAさんに話をして事業所で食事をとることに同意してもらう。	2	外食好きだが、体重増加が懸念されるので、できるだけ事業所で食事をとってもらうようにする。	どうしてもダメな時は妻と一緒に外食することもある。
	運転して事業所に戻る	30		

5 まとめ

(1) 事例にみられた地域包括ケアの実践に必要な技術・能力 11 項目

事例への対応において、生じた課題解決のために介護職員が行っていた対応の多くは、平成 26 年度本法人老健事業の結果で得られた 11 項目と重複していた。

① 安全と健康を維持する基本的ケア

「安全と健康を維持する基本的ケア」はもっとも高い頻度で、介護職員の対応に必要とされる技術・能力として挙げられた。ヒアリングの中では、介護職員が直接、基本的な介護を行っていることが明瞭に語られない場合でも、その背景に「安全と健康を維持する基本的ケア」の能力が必要であることが多く、全体としてはきわめて重要な技術・能力であると考えられた。

② 観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア

「観察・アセスメントによる見通しを持った認知症ケア」は、認知症その他の障害等によって、スムーズなコミュニケーションが難しい利用者においては、特に高い頻度で行われていた。また、「継続的支援のためのコミュニケーション」や「生活機能向上への働きかけ」と同時に行なわれることが多く、介護職員が高齢者の生活全体について、時間的、空間的な見通しを持つことを目的に、あきらめずに繰り返しコミュニケーションをとりながら、観察・アセスメントをケアの中で多く行っていることが分かった。例えば、利用者が介護職員のかかわりをかたくなに拒否しているような場合でも、根気よく訪問を繰り返して穏やかに声をかけ（継続的支援のためのコミュニケーション）ながら、同時に庭や家のまわり、玄関の様子を観察して、どのような暮らしぶりなのか、どうしたら家で生活してゆくことができるのかをアセスメントしていた。このように、観察やアセスメントは、ケアやコミュニケーションを通して同時に行なわれているのであり、介護職員が状況を単に観察するだけではなく、ケアを行いながら、情報を整理して同時に仮説を立てようとしていると考えられた。

③ 継続的支援のためのコミュニケーション

高齢者がなかなかケアを受け入れず、生活が脅かされている状況では、介護職員は粘り強くかかわって、関係構築を目指してコミュニケーションをとっていた。最初にかかわりを拒否する利用者には、最初は挨拶だけにする、また介護職員が単独では訪問せずに利用者の顔見知りと一緒に訪問するなどのように、かかわりの頻度や程度を調整し、スモール・ステップでコミュニケーションを重ねてゆく工夫を行っていた。

④ 生活機能向上への働きかけ

「生活機能向上への働きかけ」は、できるだけ在宅で、自分で生活できることを目指した配慮やかかわりを指している。例えば独居の高齢者が自分の鍵をなくすことが増えてきたときにも、安全を優先して安易に介護職員や家族が鍵を管理してしまうのではなく、どのようにしたら鍵を紛失しないで自分で管理できるのかを、事業所内で検討し、環境調整や生活上の工夫を試行錯誤していた事例もあった。地域の中で暮らしてゆくためには、できるだけ生活機能を維持しようとするケアが必要なのであり、管理や制限を避けたケアの工夫が重要となる。

⑤ 事業所内情報交換

「事業所内情報交換」は、あらためてミーティングや事例検討を行う場合に加えて、介護職員が偶然利用者を町で見かけた時でも、それを記録して情報を共有するように努めている事例もあった。また利用者の家族が事業所に来所する際には、担当ではない職員もできるだけ同席するようにして、情報を即時に共有できる体制を工夫している事業所もあった。

⑥ 安心に向けた穏やかなコミュニケーション

認知症や独居などで、高齢者が不安を抱えているケースは多く、多くの事例で高齢者の安心を目指したコミュニケーションが図られていた。

安心のために、頻繁に声をかけたり、声をかける時には穏やかな表情を心がけたりして、コミュニケーションを通して、高齢者が少しでも安心できるようにしていた。

⑦ 自立への働きかけ

「自立への働きかけ」は、本人の意向や尊厳を踏まえた上で、高齢者の生活継続への意欲に働きかけてゆく技術・能力を指している。事例では、利用者が介護職員に依存的になりそうな状況の時に、その利用者の好みや楽しみをあらかじめ把握して、コミュニケーションにそれらのテーマを取り上げて徐々に意欲を引き出すような働きかけが行われていた。通院や服薬、行事への参加などのように、身体的健康や社会参加を維持するために、自立への意欲が高まるような働きかけが必要であった。

⑧ 自立の見通しをもった支援計画

「自立の見通しをもった支援計画」は、ケアが、自立を目指したものになるように、支援計画にあたって自立を念頭においたプランを作成し、状況に応じて見直しをすることを指している。退院後の支援や独居の事例で、自立の見通しを持った支援計画が必要となっていた。これらの事例では、安全が優先されて、自立が損なわれやすい状況であるといえ、支援計画に明確に自立の見通しを持つことが必要だと考えられる。

⑨ 地域との交流と提案

「地域との交流と提案」は、地域包括支援センターや自治体、町内会、医療機関などの地域の関係団体と、事例についてはもちろん、事例とは関係なく常日頃から交流を持って、よい関係を作り、必要に応じて、小規模多機能型居宅介護事業所から提案を行うことができることを指している。

利用者の地域への参加のための素地として、事業所自体がその地域に参加している関係性が求められており、介護職員が地域行事に参加したり、自治会の中での役割を引き受けたりしていた。地域包括ケアを実践するためには、介護職員が利用者に対する直接的ケアが行えるようにすることにとどまらず、地域の人々と日ごろから関係を作って必要に応じて発言できるような技術・能力が必要であった。

⑩ 効果的な人材育成

医療的な配慮が必要な高齢者へのケアや、終末期の高齢者へのケアであっても、小規模多機能型居宅介護事業所の介護職員は、一人で利用者の自宅に訪問してケアにあたる必要がある。そのため、必要があれば利用者の通院先の病院に依頼して、介護職員や利用者家族を対象にした勉強会を企画開催している場合もあった。また特別な事情がなくても、高齢者の在宅での暮らしは個人差が極めて大きく、特に在宅での暮らしを続けるためには、それぞれの生活環境の中での自立を目指す必要があるが、介護職員が一人で訪問することから、ほかの介護職員のケア状況を見て学ぶことができる機会は少ない。そのため介護職員の技術・能力の向上を意図して行わなければならないと考えられる。事例では、利用者が事業所になれるまでは利用者の安心に配慮して、ある程度スタッフを固定してかかわるが、利用者が事業所に慣れてきたときには、どの介護職員も利用者のことや利用者の在宅状況を理解するため複数の職員がかかわって多くの事例に触れることができるように配慮したりもしていた。

⑪ 終末期ケアにおける連携

終末期では、医療、家族などとの連携が多く行われ、頻繁な連絡調整やコミュニケーションが行われていた。医療との連携では、身体状況についての情報共有やケア方針の確認が行われ、家族とはケア方針や家族の意向に変更がないかの確認が行われていた。特に家族とは、終末期と認識される以前から、終末期についての意向や話し合いがもたれ、起こりうる状況を事業所から提示して、細かに対応をあらかじめ用意して家族と方針を共有しておく、といったきめ細やかな対応がとられていた。

(2) あらたに必要と考えられる技術・能力

平成 26 年度本法人老健事業で示された地域包括ケアの実践に必要な技術・能力 11 項目に加えて、あらたに次の 3 点が、必要だと考えられた。

① 利用者の自立に向けた家族に対する助言と配慮

利用者が在宅生活を継続する上で、同居の有無にかかわらず家族の存在は大きな影響力を持つ。利用者の家族は、利用者の在宅生活継続においてケアの中心的存在となる場合もあるが、一方で家族がいるために利用者の在宅生活継続が脅かされることもあった。

例えば、配偶者との二人暮らしの利用者では、主介護者である配偶者が、介護をしたいと希望しているにもかかわらず、適切な介護の方法を知らなかったり、介護者自身の健康管理がおろそかになったりして、利用者の在宅生活が脅かされているような事例では、介護職員は家族とうまくコミュニケーションをとりながら、利用者・介護者双方にとって無理のない介護の方法を伝え、同時に自宅での家族介護の時間を臨機応変に調整する提案を行っていた。反対に、別居家族が独居で認知症やの利用者の在宅生活に不安を覚えて、利用者の意思に反して施設入所を検討している事例では、介護職員は、家族が利用者の在宅生活に過度な不安を抱かなくてすむように、事業所による支援状況を綿密に伝えたり、家族の負担を減らして事業所が中心となって利用者の在宅生活が継続できることを示したりしていた。

いずれの場合においても、介護職員は、利用者の権利擁護や自立支援の視点から、家族と利用者の間を調整し、家族の状況に応じて家族にかかわる技術が必要であると考えられた。

② 地域・家族と利用者との関係づくりの促進

先進的な取り組みを行っている事業所では、利用者にとって身近な存在の家族や地域との関係性をアセスメントし、必要に応じて地域や家族との関係調整を行うほか、関係をあらたに作ってゆくことで、利用者の参加の場を確保してゆくことができるように支援を行っていた。

例えば、認知症で地域から孤立していた独居高齢者への支援では、それまで気にかけてくれていた隣近所の人々の負担を減らしつつ、利用者との関係性が切れないように、事業所の介護職員が隣近所の人々に積極的に声をかけて関係をつなぎとめていた。同居の家族と利用者との関係性が悪化して、家族が一切介護にかかわらなくなっていた事例では、いったん家族の介護がなくても事業所の支援によって利用者が在宅で生活ができるようにして、家族の心身の負担を軽減した上で、介護職員が家族に支援状況を丁寧に伝えるなどしてコミュニケーションを絶やさなかったことによって、家族が自らできそうなケアを行う提案をしてくれるに至った。

地域包括ケアでは、高齢者が住み慣れた地域に参加し、心身の状況に応じて自立した生活を送ることが目指されている。したがって介護職員は、高齢者と地域との関係が途切れないように利用者自身にも働きかけるが、そればかりではなく利用者の地域や家族にも働きかけて、利用者がその地域とのかかわりを持ち、地域に参加する状態を維持できるようにしていた。地域包括ケアの下では、地域・家族と利用者との関係づくりを促進するような介護職員の技術・能力が必要だと考えられる。

③ 明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択

事例の中で介護職員は、利用者のその時の状況に合わせて、対応を柔軟に変化させていた。特に訪問では、状態の変化しやすい高齢者の心身の状況を、その場で観察・アセスメントした上で、状況に応じて滞在時間やケア内容を変化させたり、また、身体的な介助を行いながら、部屋の様子から食事や清掃が行われているのかを観察したりしていた。

しかしこれらの柔軟な対応には、明確なケア方針が存在し、場当たりのやみくもな対応ではなく、「地域でできるだけ生活し続ける」ために必要な対応として行われていた。

このように、地域包括ケアのためには、介護職員が決まったことだけを行うのではなく、その状況に応じて、ケアの目的にかなう対応を、自ら柔軟に判断して対応する力が求められる。

以上の3点は、平成26年度の質問紙調査では挙げられなかった技術・能力だが、先進的ケアを行っている地域密着型事業所の介護職員は、業務の中で頻繁にこれらの技術・能力を用いていた。その原因として、平成26年度の質問紙調査が、全国すべての小規模多機能型居宅介護事業所の介護職員を対象としており、一部の調査項目の全国平均の遂行率が低く、統計的に安定した結果とならなかったために、最終的な分析結果からは除外されたためだと考えられる。この除外された項目には、家族に関する項目「利用者の情報を家族と共有し、必要に応じて家族から情報収集する」、訪問時の柔軟な対応や理念と関係すると考えられる項目「本人が自分で身の回りのことをできるような環境を整える」「事業所・施設の理念の内容を理解し、実践する」、地域との関係づくりに関する項目「地域行事や集まりに利用者に参加できるように支援する」「地域の住民と日頃から顔見知りになり情報交換する」などが含まれ、本年度聞き取り調査で、追加された技術・能力に類似したものだと考えられた。このことから、今回の調査で追加された技術・能力は、全国平均で見ると、十分に遂行されているとはいえない状況であるが、地域包括ケアの実践のためには不可欠な技術・能力だといえることができるだろう。

(3) 訪問時における介護職員の行動・対応

地域包括ケアにおいては、通いによる支援はもとより、介護職員が利用者の生活圏に直接出向いて支援することが不可欠である。しかし、従来の訪問介護サービスのように、あらかじめ決まったケアの内容や提供方法に添ってサービスを提供するだけでは、きわめて多様性を持つ利用者の生活の支援に結び付かないことも多く、したがって、(2)では、介護職員が柔軟な対応を行うことが求められることが明らかにされた。

そこで先進的な取り組みを行っている小規模多機能型居宅介護事業所において、実際に介護職員が訪問時どのような行動や対応をしているのかを明らかにし、従来サービスとは異なる訪問時の介護人材像を明確にすることとした。

その結果、地域包括ケアにおける訪問では、介護職員は1つの行為を行いながらも、同時に観察・アセスメントを行っているという特徴を持っていることが明らかになった。例えば、介護職員が利用者の運動に付き添って家の中を一緒に歩いているような場面では、「一緒に家の中を歩く」という行動が聞き取りでは最初に語られるものの、実際には、歩きながら家の中の様子の変化を観察し、変わった様子がないか、不要な物品を購入していないか、などの生活上起こりうるリスクを視野にいれて、アセスメントを随時行っていることが示された。訪問では、介護や支援を行いつつ、一方で状況を観察・アセスメントすることが、通い以上に必要とされ、介護職員には介護行為や介助と同時に、見通しを持った思考が行えるような能力が必要であることが示唆された。ここでいう見通しとは、前回の訪問から生活がどのように変化してきたか、また次回の訪問までの生活がどのようなリスクを持ち、それをあらかじめ避けることができるか、といった時間的な見通しと、事業所の中での通いの場ではできることが、自宅ではできるのかどうか、できるためにはどうしたらよいか、などの空間的な見通しを指している。また、そのためには利用者の個別的な状況を把握しておくことが必要となるため、従来以上に、介護職員が利用者の生活の全体像や家族状況、身体状況や嗜好などを理解しておかなければならないだろう。

このように、生活全体を見通した支援を行うという点で、介護職員に求められる資質や技術・能力には、従来の訪問介護サービスとは大きな違いがあると考えられ、より地域包括ケアの実践的な事例を通して、育成していくことが望まれる。

第4章 作業委員会におけるヒアリング

I 経営者層ヒアリング

1 目的

本章では、小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスでの人材育成について、経営者の考え方が人材育成に深く関わっているのではないかとという仮説のもとに、小規模多機能型居宅介護事業者の経営者へのインタビューを通じてその仮説を明らかにし、介護人材育成に当たっての方法について考える事を目的とする。

2 方法

ヒアリングは以下の方法で行われた。

- (1) インタビューでの質問項目をあらかじめ決め、グループインタビューにより自由に討議できるようにした。
- (2) インタビューでの質問項目は以下の項目であった。
 - ① 小規模多機能事業所に求められるケアについて
 - ② 小規模多機能ケアに勤める人材に求められる資質、育成、方法について
 - ③ 在宅での中重度者を支える介護人材に求められるものについて
- (3) 開催日時： 第1回 平成27年10月23日(水) 13:30~18:00
 第2回 平成27年11月11日(木) 13:30~18:00
- (4) 参加者：臨時作業部会委員として第1回は経営者職5名、管理職2名、オブザーバー1名。第2回は、全員管理職ないし、管理職経験者であった。

3 結果

(1) 小規模多機能事業所に求められるケアについて

A) その人に向き合えるケア、その人の暮らしづらさ、あーしたいこうしたいに付き合えること。本人だけでなく、本人を取り巻く家族や人材、特養はその人だけ。

B) 断らない、デイ、ショートはここまで、何が必要かを考えると「断らない」いろいろなケースがあって難しい、迷ってもそこから向き合っていく。出会いから始める。

ケアしなきゃ、その人と出会うことから。ここまでしか、という限界ではない。プロセスが重要、地域や病院とガチンコ。こうなって欲しいという想像を実現させて欲しい。

考えざるをえない。困難事例を通じてスタッフは変わる。乗り越える。皆で一緒に考えて戦友。

D) 包括支援から生活保護に5回往復30分男性独居、市役所から包括、2回の通いのお試しでダメで包括に戻した。通い、泊まり、訪問に囚われている、目の前にニーズに向き合えない。サービスを提供するのではなく、その人に必要なことを考える。目の前のケースを考えるとそれが、この地域に必要なことに繋がるのではないかと、目の前のことは繋がっているので行動に移していける。こんなになる前にできること、いいタイミングで関わりが持てる。小規模をやっていけばわかること。できない事業所は小規模多機能がわかっていない事業所だからできない。ほんとは、うまくやりたいでもできない。連絡会は仲間づくりをしている。いい人だけで、その人後からが発揮できない。

前提条件をつけずに物事をかたらない。価値観が共有できる。限界を決めない、ネガティブでない、ワクワクする。

F) 利用者が地域住民として最期まで、そこで、安心して、この街で暮らせてよかった、本人の望みや願いにちゃんと向き合う。いろいろな問題、近所の非難があっても、ゴミ屋敷その人がこの家に住み続けたいということにしっかり向き合っていきたい。そのために、どうするか一番は事業所が謝る。本人の変わりに謝る。地域の人たちは諦めてくれる。そのうち受け入れてくれる。地域を諦めさせる。地域や家族との「折り合いをつける」、何でも受け入れること（受容）⇒利用者のこだわり、受け入れて寄り添う、問題が起きることを楽しめる。（ワクワク）それで落ち込むスタッフがいる。ベロ出し合て謝るでも心の中はワクワクしている。

E) 小規模にかかわらず、人と人のお付き合いをしましょう。スタッフ、家族、地域、本人は「人」でも、いろいろな人がある、それが面白い、自分を使って関わっていくので、スタッフ同士が話をしないと、スタッフ同士はどうしたらいいのかを話し合う（すりあわせる）同じ価値観にしない。限界、無理とは思わないのは、「理念 自分達の都合で投げ出さない」にそって考える。⇒理念が考えの枠になっている。職員は利用者が好き。利用者のためだったら、なんでもありという考え方を持っている。問題があっても、自分が責任を取る。研修していると、ぶどうの家の職員の問題意識や困るところは他の事業所に比べると変わっている。「問題」のポイントが違う。困っている事例とは、何を出していいかわからない。困ることと問題ではない。

G) 小規模多機能を作った思いは、連携、情報を密にすること、共有が面倒、小規模はスタッフが話合うことで共有できる。地域でねばる、生活に寄り添うことが大切、丁寧に寄り添う。本人の希望と必要に応えることが寄り添うことか？利用者がすること（徘徊）は何らかの「意味」があることがわかることが大切。「意味付ける」「意味付けられない（無意味化）」視点が本人がわ、本人以外の視点、評価する、排除する。

受け入れているかどうかかわからない、違う、言いなりではない、本人の気持ち反対することもある。徘徊が困るは介護する人の「視点」、トイレトペーと一緒に暮らす人の「視点」

C) 小規模多機能は自分が諦めなくてもいい、いろいろな都合、スタッフの思い、いろいろな事例の中で選択できなかったものが選択できるツールだから。こうしたい、こうしてあげたい、ができる。周りの人が行っていることに説得できる。一人称「私」で追求できるケア、私が何をしたかったのか、サービス提供からの視点ではなく、「代弁者＝向き合う」ニーズを知っているのは私たちだ、手札を持っている、手札を地域からも作れる。スタッフも一人称、利用者も一人称。一人称は個性を表現しているのか、その時に必要なこと、自律的なスタッフ、自分で理解し、判断し、決めて動く、職員を育てなきゃという意識は無い。

パートから入って管理者になってちゃんと「育て」でなく、本来の資質、介護経験の少ない人。

マニュアルが無い、サービス提供者、業務がない、「介護職」では高齢者から疎外感される。業務をしようとする。「個」を尊重できるか、業務は仕事ではない。

「世話」から「自立支援」

業務とはスタッフだけで行うこと、「世話」でなく

介護とは利用者のやる事を手伝う、利用者とすること「自立支援」

C) 情報を持っているスタッフの対応、情報を持たずにスタッフの対応。

集団でのケアはしない、ひとりひとりの力を知っておくことは大切。

話の持っていく方は、婉曲的な関わり。

E) 知らない関係から知り合う関係は対等な関係、関係も深まる。

F) 「情報」がなくケアに入るのはダメだと思う

D) どう付き合うかは自然

L) 平成 15 年の評価と同じ、言語化が難し、一般化しづらい。現場のひと、ストレングスの視点がより強い、地域生活支援の話題が多い。ライフサポート「介護支援」と「地域生活支援」

「理念」ではなく「哲学」の言語化、この哲学を持っていれば残るし持っていなければやめる。居場所づくり、

居方についてのキーワードにした議論。

地域生活支援と介護支援の違いは無いのでは？暮らしの中にしづらさのひとつに介護があるのでは。

宅老所で行き詰ったのは、ひどいケアと笑顔の落差。場所に縛り付けるものだった。

力が発揮できる場所とケア。

共依存的な発想

K) 生活歴の把握みたいなことが薄っぺらい感じがした。その想いを聴けるスキルが大切、それが昔からの生活の継続につながる、それが、小グループの中で実践できること。来た人しか見ていなかった。相手の生活の中にいく、軸足が変わった。小規模多機能をやって実感できた。しかし、特養での経験があったので気づけたのかな。集団ケアを見ているから個別ケアや小規模ケアを受け入れられる。特養の小規模化とは違う。例えば家族との関係では、特養ではこちらの立場が強かった、「お世話になっています」というだけ。だから家族は本音で言えない、言い合えない関係、距離感の問題。

J) アザレアンさんだに入ってきたきっかけは、障がい者の仕事の募集がなく、介護職ではなく、障がい者の就労支援で入社した。最初は高齢者に興味が無かった。でも、次第に長い人生を過ごした人たちと中途半端な関係で向き合うのはどうかと感じた。教わるが多く、勉強したい、高齢者介護に興味を持った。「自分達の入りたい施設」という理念に対して、本当に入りたいのかなと感じていた。選んで入っていない、家で暮らせない事情があって来ている。だから、施設全体が変化した、まず、制服をやめた。高齢者の能力を介護で奪ってしまっていたのでは、暮らしは何か、そこで、疑似家庭をやって、家みたいな居場所で食事を作ったり、仏壇の掃除をしたり、普通の暮らしをした。

つぎに、地域に1軒屋を借りて逆デイを始め、それがグループホームや宅老所を始めた。

宅老所をしてみて、地域に出ることは責任があり、関わりが大切、それをしないと自分達のケアはなりたないと感じた。平成14年から8カ所の宅老所を作った。19年から3カ所を小規模にした。宅老所、小規模の統括をしている。

小規模多機能のケアは、宅老所の時デイサービス、緊急泊まり、登録ヘルパー、外部のケアマネジャー、今は機能が包含しているので柔軟、臨機応変にケアができるようになった。地域によって、運営が違うだから地域との関係、人との関係が重要、地域の人が高齢者の応援団になる。運営推進会議は緊張した関係から始まるが、新田のように地域発で小規模が作られ、1,000個の球根を植えにきてくれる。チームで運営することが重要なので、スタッフの教育が肝心、課題になっている。

グループホームが10年、小規模ケアの大切さがわかった。特に認知症のひと達にとっては普通の暮らし。認知症デイが宅老になった。

地域によっての違いは、例えば、「国分寺」を通じた地域にはこれまでの強いつながりがあるなど、地域差がある。だから、画一的にはできない。お願いするより、される方が多い地域がある。それぞれの地域との歩調合わせが必要。

チームづくりの苦戦は、365日24時間地域で暮らしている人への支援。チーム一丸となって、日々起きていること、先を見通す力、新人を育成しながら。

問題は何か。自分の頭で考えない、共有できないこと、チーム全体としての意思統一
職員の違いがあるから難しさがある。力の差がある。

H) こぶしの里で杉原さんと一緒だった。介護は楽しい、利用者主体の法人だった。

2つ目の法人は老舗、施設長が利用者を注意する。ケース会議をすると勝手な会議と叱られた。利用者の自由度が低い、この施設を変えるには、まず、仲間になって変える。

回廊式、閉鎖病棟、監視カメラ、先駆者の努力で進化した。3つ目の法人は人里離れた

町中の施設で困った事例の解決、精神疾患、ねたきり、問題ではなくその人の生活歴を見ると当然。いろいろな工夫を通じて「制度に合わない人であって問題な人ではない」

その事例を契機に、小規模多機能に勤めたいと考えていた。

訪問を中心にする、家を知ることができる。

型にはめない、働きながら変に寄り添う

(2) 小規模多機能ケアに勤める人材に求められる資質、育成、方法

A) 却って、利用者と喧嘩できるくらい自分を持っている。相手の個性を尊重できる。自分のことを考えている。自分がどんな生き方をしたいのか、悩んでいる。人から言われて動く人は伸びない。その育成は、人をつぶす育て方はだめ、自分と同じ考えではなく、自分の意見が言える。チームケアなので、チームでどう作っていくのかを考えていく。自分を確立させながら自分1人では無理という自覚を持っている。自立支援と言う視点から、ビュートゾルフ、余計なことはしない。チームでやっている。専門職、「自立支援」ができる。チームでどれだけ話こめるか。週1回2～3時間のケア会議を行っている。自分の考えを出し合う。自分で自分の考えを言えるようになった。根拠をもって話ができる。「自立支援」とは、自分で利用者の「あーしたい」「こーしたい」ができる。困っていること、ここだけやってもらわないとトイレに行けない。介護支援と生活支援

「補助自我」(小澤勲) チームで見ることで推測していく。

B) 面接で聞くのは、「人が好きかどうか」人と接していて疲れない人、「寄り添いたい」と言う人が来るが、しかし、寄り添えない、寄り添う手段を持っていない。人と接する手法、バカになれる、自分から発信できる、山ではハーモニカを吹いていた人に聞かせる。人に好かれたい、褒められたい、認められたい。コミュニケーションがとれる。できない理由をつける人でない。自分で考える力、理解し判断、答えられる力、その時々場面 OJT で、自分のライフサポートプランをつくる。利用者と同様に自分おケアプランを作る、目標管理をする。アドバイスやコメントをみんなが書いてコメントをする。

先輩と新人の差が開いているので「目標管理」を入れている。

D) 採用する際、「受け入れるが真面目にしてね」スタッフは目をかけて、会議での発言を期待する。周りの人を大事にできない人は利用者を大事にできない。質問を繰り返す。いいところを認める(利用者の立場の発言、意外な発言) 外の空気を吸わせる。研究会に誘って研修会に参加させる。いろいろなひととのつながりを作る。職員との緊張関係をつくる。

F) 利用者やスタッフの個性を大切にする。チームが大事なので相手を批判しない。スタッフ同士の個性を大事にする。(性善的、ポジティブ) ケースカンファレンスで意見がしっかり言えること。言えるようになったら、成長の証。1～2カ月チューター、エルダー育てる。育てる方が伸びる。時々意地悪をする、試す「なんで・・・」「ほんとに、これでいいの・・・」それに対して適切に応えられる事が大切。失敗や正念場のときにチームがどう支え合うか。メンバーに高次脳機能障害者が居る、ささ合う。排除しない。

問題意識を投げかける。現場で試す、質問する。

E) あいさつ、嘘はつかない。チームなので成り立たない。1週間は何もしない、仕事をしない。業務や作業をしない。利用者の立場を体験してもらう。家庭的で小規模でいいケアをスーとできる人は未経験者⇒利用者を対象者としている、1人の人とみれる。100回言って1回わかればいい、毎月利用者の様子を担当者が書く、書くことで1カ月の関わりがわかる。自分の振り返ることができる。お互いが見合うことで育つ。1カ月の報告が変わると、記録の内容、関わりが変わる。表現する力が身に付く、家族や本人からの問いかけをすぐに答えを出さず、持ち帰り話し合う、言いたいことを言える関係づくり、ミーティングの中で変わる。「素人性」と「介護経験バイアス」「寄り添う、引き回す」「一緒に生活や人生をつくる参加者」「専門性とフラットな関係」「本人と自分との関係がフラット」であることが前提

G) 優しい(性分、人に対する接し方、その人のことを考えられる)、チームケアに耐えうるが資質。育成委員会がある。他の施設のつながりを作る中で職場外チームで育てる。止まる人は、職場の中に居場所や安住してしまう。全国的に広がり刺激を与え続けること。

C) 面接の際「本人主権の理解」を聴く。お天気がいい、外でお茶を飲む、プリンにお茶を掛ける行為に対し

て、止めない方法、否定するとアウトする。相手の立場がわからない人が入ると「専門性」を持って仕事をする人、専門性が無いと仕事ができない人はいるのは避ける。結果として経験者を受け入れない。認知症に関して基本的な事は教える。2カ月は気楽に、育成の考え方として、上を引き上げないボーダーラインを引き上げる。全員が聞ける研修、情報と知識を間違えない。情報で仕事はしない。情報を知識にするそのため、まとめる、発表する。介護は掘り下げない。非介護の研修。同じ情報に触れる。人前で話すことで成長する。チームづくり、ゼミナール方式

L) 発表の場を作る、利用者と自分の振り返り。

同じことでも外が言うとう違う。(職場外チーム)

自分と同じ立場の人との話(管理者、ケアマネ)

OJT 中で育てる。

どういう人材「いい人」か、「良さを延ばす」専門性?

ワクワクする人、何処でも仕事ができる、反対意見が言える、言い返せる人、

自分を客観的に見れる、教え合える、「自立支援」「フラットな関係」

自律的なスタッフ、考えるスタッフ、1年目で研修の講師をさせる

I) 求められる人材、自分で考え行動できる、想像や見立てができる、かつチーム内に発信できる。このようなスタッフを求めるし、人から好かれるスタッフはチームを活性する。小規模は施設のアンチテーゼな人が勤めていたが、未経験者が育成される必要がある。相談し合える環境づくり、不安を自信につなげられる教育、その人に合わせる。能力が違うので、伝え方、指導の仕方、厳しく言う人には厳しく、管理者やリーダー自分の中の感覚で育成している。マニュアル化できない。自分を超越る、目指して欲しい人材になりたいと思える、周りから評価される、頼られる存在になって欲しい。

K) 全員ではないが、コアメンバーには自分で考えて動いて欲しい。様子をみて判断して、相談ができる。介護の勉強をしていないと判断ができない。さらに深く調べたり考えたり、やりながら情報を蓄活用。相談や周囲の人と話ができること。人間関係が近いので、気持ちのこじれが出やすい。その時に、自分を客観視してその場に応じたコミュニケーション。「利用者にとって」を中心に冷静に話ができる。「どうしたらいいと思う。」コーチングスキル、アサーションまずは、標準的なケアができること。あとは、研修の受講、資格取得。業務内で義務づけの研修。

素直さ、人の目を見て話ができる。

(討論)

いい人、チームを乱さない、温和、対人接触が良好。多様な場面でのケアなので、その場その場で気づいて想像できる。チェックリストプラスアルファが必要。「だろう」ではなく「かもしれない」に気づける。いつもと違う、密度がつよいからこそ気づける。

チェックリストの項目では、例えば「あいさつ」から本日の気分や体調(覚醒レベル)など。人に関心がある。その都度仮説を立てている。これ迄は、仮説でなく。仮説の精度をあげるために普段との違いをみる。ミーティングは大切疑似体験できる。

ポジティブな支援につながる見立て KYT 記録、見立てのトレーニング 予後予測

フィアンランド式教育(考える、想像するトレーニング)映像教材

その人の生活に入るの、その場で起きていることが次に何が起きるのか幾つかに分かれるが、「話し好き」と捉えるか「寂しいのかな」

分析しているわけではなく、根拠をもとに推測し仮説を立てる。

人対人(関わり)は、ストレートその中に立場が無い、対等な関係。

(もっともだな)

人を家に迎え入れる、お茶を飲んで語り合う、掃除という目的が果たせない。

ならば、掃除しなくてもいい、ニーズは話し相手。

瞬間の見立てだけでなく、長期的予測を立てる。なんのための掃除か

常識的感覚 許容 助け合いがチームして大事になる。

手段と目的、目標と目的、問題と課題、作業と暮らし、点と線、虫の目と鳥の目、

目的を果たす手段を替える、その手段は地域の中にある資源。

鳥の目は管理者？ケアマネ？でもケアマネは現場に入ると虫の目になる。ケアマネは役割として割り切る。どんな役割なのか本人の声なき声を代弁する。

中堅職員は鳥の目視点⇒時間軸、空間軸、健康状態、自立が必要。

基礎介護力、「だろう」「かもしれない」

(3) 在宅での中重度を支える介護人材に求められるもの

A) 中重度者とは、コミュニケーション、ADL 低下、生活のしづらさが増えている、

まず、コミュニケーション力が必要、本人の必要につながらない。身体面に対して理にかなった支援が必要、そこを間違えると全てをやってしまいます。どんなに重度になってもできることを支援できる人、何でもやってしまうのではなく。コミュニケーション力、言葉だけでなく、しぐさ、眼の動き、動作、様子から何らかの表現に付き合える、わかろうとする。チームで「擦り合わせする」。食事時のシーティングなど、行為の一部でもできれば「できる」評価、知識、技術（わかる、使える）自分達でやってみる、専門職の意見を聞く。専門職は視点が違うので、専門職の意見は参考にする。アセスメントについて、より科学化させること（可視化）「なぜ」からチームで考える。

B) 言語だけでないコミュニケーションの気づきが大切、気づきの共有が大切。本人の望む暮らしに対して、最期に、ひとりひとりのチームでの覚悟が大切。気づきとは、スタッフそれぞれの視点、いい変化や悪化、チームでの情報交換、意見交換、合意作り

仮説を立てる。⇒本人に近づこう。中重度者であるほど関わり（関心を持つ、相手の立場に置き換えてみる）が大切。

D) 在宅での中重度者支援は、一方的にケアすると家族の負担が増えるので、家に入る難しさがある。パターンリスティックな事業所との連携や複数のキーパーソンがあると、高度な家族支援や仲介的なボランティアの存在が必要になる。中立な立場の人が入ることで「折り合いがついた」記録とミーティングの結果、地域の資源を上手に使える。

ソーシャルワークの力量、実践力。これまでは、自分達で完結していた。

F) 観察力、変化に気づけること、中重度の人を支える時に「適当・いい加減」さ覚悟、が必要、観察力は、記録、経験、カンファレンス（フィードバック）医療者に伝える力、臨機応変な人、パッと行ける。

E) 気に掛ける、知識、実践経験が求められる。緊急時に対応できる。慌てない、より職員本位になりがち、無理な介護、操作的になる。本当のそれがいいのか、ができる。元気になって欲しい。その場で指摘、カンファレンス、きちんとと言える力が求められる。

G) エビデンスケアが必要、おせっかい仲良しケアではなく、管理職のマネジメント力、チームケアが重要になる。情報を入れて、コアのスタッフ、観察力、記録力、報告力、一定を求める事は無理。

C) いい加減さは柔軟性、根拠を求めること語れることが必要、ニーズなのか、アウトプットの設定をチームができているのか、「健康や長生き」が目的でない。QOL,QOD（クオリティオブデス）に繋がる。事業所と地域、家族が学べる機会を作ることが大切。救急車を呼ばない常識（地域マネジメント）人材。

アウトプットの設定は、チームとして、本人意思確認、自然な形でリビングウイルを確認する？「看取り介護」の発想、家族との調整が普段から必要。「在宅」「今後求められる」

L) ゴールの共有が重要、家族と一緒に揺れることができる。

医療、本人折り合いをどうつけられるか。制度の活用、資源を使うこと。

「おねおね力」が大切。

チームでひとつの事例を一度むけること、慣れること。

J) 食事、水分、排泄、睡眠、⇒健康管理の把握が必要

K) 普段から必要な情報、知ってはいるけど、変化に残らない記録、ADL 支援が中心で健康管理の優先順位が低い、これも目的化する危険性がある。結果を評価する方法。正常を知って異常がわかる。ADL を活かす環境づくり、評価、将来、重度化した時のことを話っていたのか、重度の手前で家族や本人と話し合う。近隣から家族への通報で家族が折れた。地域社会全体の意識を変える必要がある。認知症サポーター研修やバージョンアップ研修、生老病死に向けた覚悟や雰囲気早い段階から、看取りについて話し合う。医療のバックアップが重要。積み重ねが大切。必要な時に必要な食事や食事形態、チームマネジメント栄養や看護。

家族全体を見た時、在宅介護に固執しない。介護する人の人生も考える必要がある。

重度なひとり暮らしの人、家族や近隣の人のから入院で看取られる。

夜間の失禁で、家では無理、夜の訪問体制があれば。

客観的に見た時に決していい状態ではない。

ああすれば良かった、看取り後の振り返り。自信がつく（グリーンケアとデスエデュケーション）

抱え込まない。

4 まとめ

経営者及び管理者のインタビューは、平成 26 年度老健事業にて介護職員にインタビューを実施したところ、実践しているケア方法について、なぜそのような事が行われているのかを明確に説明することができないことが、多々見られた。特に職規模多機能型居宅介護の介護職員にみられた。その背景には、小規模な事業所で高齢者に対して個別ケアを実施する際に介護職員間のケアに対する取り組みに差が生じないように、小まめなミーティングやアドバイスなどを経営者や管理者から直接受ける事ができる環境にあること、つまり、経営者の考え方に直接触れる機会が多く、その考えが浸透しやすいのではないかと行った仮説を立てた。

インタビューの結果、次のようなことが明らかになった。

(1) 小規模多機能事業所に求められるケアについて

高齢者、家族、地域からの要望を聴き、たとえ難しいケースでもスタッフ側から限界と決めつけず、目の前にあるニーズにいかに対応できるかが重要な鍵になる。その際、困難なことにチャレンジすることで、本人や家族も変化するが、スタッフ自身も成長する。このように、個別のニーズに応える柔軟な支援を提供するといった、当初から小規模多機能型居宅介護に期待されていた実践がインタビューから多く聴かれた。

一方で、小規模多機能型居宅介護の実践は「言語化」「一般化」しづらく、経営者や管理者の語る言葉やケアへの取り組み姿勢を身近に触れながら、介護者がケアに取り組み、それが周囲からフィードバックされることで介護者の振り返りや行動の修正を行っている事が分った。

(2) 小規模多機能ケアに勤める人材に求められる資質、育成、方法について

経営者や管理者の哲学に触れ、個別ケアに向き合う実践者としての介護職の姿が見えたが、しかし、経営者は「従順」である事を求めているのではなく、主体的に行動することができる、つまり、言われて動く指示待ち人間ではなく、自分で考え行動に移す事ができる人材、他者と協調してチームを意識できる人材、利用者、家族、そして自分自身の人格を尊重できる人材、お互いの個性を尊重し批判的でない人材を期待している。この

点においては、福祉職全体に言える事だが、気持ちが優しく、常識的、芯を持っている事は共通して言える事で、小規模だからと言って特殊な人材を求めているわけではない事が分る。

(3) 在宅での中重度を支える介護人材に求められるもの

今後、地域包括ケアシステムの中で、「生活の継続性」が大切になる。自立している、虚弱な段階で自宅ないし地域で生活継続できるが、慢性疾患の悪化や急性増悪、既往症の再発、転倒骨折など、急激に生活を脅かすリスクが生じたとき、一旦医療機関での治療後の要介護3・4・5に至った際、施設入居ではなく再び自宅や地域での生活が継続できるか、そのための選択肢が地域の中に備わっているかが今回の研究のテーマであるが、小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスがこのような中重度者の在宅限界点を引き上げる事が期待されている。そこでの人材についてインタビューの中では、身体面での介護技術の保持、多職種協働するために科学的で根拠に基づいたケアはもちろんな事として、非言語的コミュニケーションに対する能力、状況を客観的に観察して先を見通せる洞察力があることを求めている。

以上のことから、介護に携わる上での基礎介護力や多職種協働できる科学的根拠を持ちながら、介護者は自らが求める介護観を持ってチームで目の前の高齢者、家族、地域ニーズに応える事のできる「ケアの哲学」を経営者や管理者からの影響を受けながら実践している、また、実践のできる人材期待し育成していることがわかる。

II リーダー層職員ヒアリング

1 目的

本章では、小規模多機能型居宅介護など地域密着型サービスの質、それらを担う人材育成について、チームを取りまとめマネジメントするリーダーの考え方や背景となる知識や技能が深く関わっているのではないかという仮説のもとに、小規模多機能型居宅介護事業者のリーダーへのインタビューを通じて、介護人材に求められる考え方と具体的な知識、技術、行動を明らかにし、人材養成における教育、研修に必要なコンテンツについて考えることを目的とした。

2 方法

ヒアリングは以下の方法で行われた。

- (1) インタビューでの質問項目をあらかじめ決め、グループインタビューにより自由に討議できるようにした。
- (2) インタビューでの質問項目は
 - ① 在宅で中重度を支える介護人材に求められるもの
 - ② 人材養成に必要な教育課程及び研修とその内容について
- (3) 開催日時：

第1回	平成27年10月23日(水)	13:30~18:00
第2回	平成27年11月11日(木)	13:30~18:00
- (4) 参加者は臨時作業部会委員のうち、第1回では管理者兼務のリーダー5名、リーダー1名。第2回では、管理者兼務のリーダー3名、介護支援専門員兼務のリーダー1名、リーダー1名。全員、実質的な現場のチームマネジメントを職務とする委員であった。

3 結果

(1) 在宅で中重度を支える人材に求められるもの

自由討議では、大きくわけて、支援や介護について「考え方」や「価値」と、「知識」や「技術」の2点について発言があった。

(考え方・価値)

- ・地域で支えるために「地域で生活を支える」「老いを支えきる」「最期まで看る」「介護する側の都合で投げ出さない」といった考え方をしっかりもっていること。
- ・専門職として、「人として支える」「まず本人に聞く」ことや、認知症を抱える人の状態を、その人の主観を重視して、多面的に客観的に捉えること。
- ・老いを自然なものと受け止めることができる。

(知識・技術・組織社会調整等)

- ・日常生活（ADL）を支える介護技術
- ・調理、家事など自宅での生活（IADL）を支える力
- ・自宅に一人で訪問してサポートする為に必要な基本的な介護技術
- ・家を見る、生活環境のアセスメント
- ・暮らし全体を見通す力
- ・生活状態の先を見通すこと、ケア場面で予測すること

- ・観察する、変化に気づく
- ・観察とアセスメント力、ひもときシート等のツールを活用する、個別ケースの情報をBS法でチームアセスメントできる
- ・バイタルサインの意味、数値から状態を把握して、適切に他職種と連携できる
- ・個々の利用者の疾病と服薬の内容を理解している
- ・高齢者に多い疾病とその状態に知識
- ・薬の作用と副作用の知識
- ・医療的ケア、看取りに関しても支える力
- ・認知症の症状別の理解
- ・家族・地域の住民に対してきちんとコミュニケーションを取ることができる
- ・家族・地域や近所の人達の不安を聞き出し、ニーズを引出すコミュニケーション力
- ・一人で抱え込まない、チームに報告、相談ができる。
- ・地域に対して、一人ひとりの職員が関係をつくることができる。具体的には、日々の挨拶、立ち話。
- ・地域と事業所として関係をつくる力。具体的には、地域の防災訓練や活動行事の手伝いや参加。地域にも公開して勉強会、認知症をテーマにした講座の開催

(2) 人材養成に必要な教育課程及び研修とその内容について

- ・介護、支援に関する自分の考えを言語化できる
- ・からだを観る（看る）基本的な知識
- ・介護技術
- ・医療的ケアの知識
- ・家事援助の基本、家政学
- ・観察・記録
- ・情報収集・分析して言語化できる力
- ・介護過程の展開（特にアセスメントと分析）
- ・相手の気持ちを引出すコミュニケーション
- ・本人、家族、地域住民と双方向のコミュニケーション
- ・ストレスの理解とストレスマネジメントの方法
- ・ソーシャルワークの知識・技術
- ・介護保険制度・社会資源の理解
- ・社会人としての接遇マナー

※サービスを提供する介護のチームのリーダーへのインタビューを実施し、その結果をインタビューでの発言をもとに列挙した。

4 まとめ

在宅で中重度を支える介護人材に求められるものとしては、自宅での地域生活を支える具体的な技術・知識よりも、どちらかと言えば、理念、考え方、価値に関連することや自宅で「支えきる覚悟」といった発言が多くみられた。この背景には、小規模多機能型居宅介護といった単独でしかも小規模の事業所では、経営者と管理者・リーダーとの、日々のコミュニケーションや助言もこまめに行われており、理念や方針の共有や浸透があると考えられる。インタビューの中でも、諸所に経営者の名前があがり、身近な存在であることが伺えた。

技術面の必要性に関して質問をすると、介護技術が苦手な職員がいても、他の職員がフォローするといった発

言もあり、チームで連携して行っているとも考えられるが、一方で、一人の介護の専門職として求める技術や習得課題が言語化されにくく、現場のチームとチームケアの中では曖昧になっていくとも考えられた。また、標準的な介護技術よりも個々の利用者に合わせた方法の習得が重要とされていた。

このことから、理念や考え方は浸透するが、自宅での個別で多様性のある生活に直接触れるサービスの特性もあり、個々の利用者のやり方を習得することが優先され、介護技術基本や根拠といったことは、個々の職員の経験や力量に委ねられているとも考えられた。

インタビューでは次のようなことが明らかになった。

(1) 在宅で中重度を支える介護人材に求められるもの

インタビューに参加した小規模多機能型居宅介護事業においては、通いや泊りも利用もあるが、あくまで自宅での生活を軸にしてサービスのマネジメントが行われていりことがリーダー発言から把握できた。したがって、本人が自宅で生活できるように、家族や近隣の心配や不安を軽減する具体的な行動や、自宅で困った時はいつでも訪問する、家族や近隣や地域の相談にも誠実に対応するといったことが求められ、そのことが本人と家族、本人と地域を繋ぐ自宅での生活を継続するために必要であることが明らかになった。このことは、本人はもとより、家族や地域住民ときちんとコミュニケーションを取れるといった能力でもあり、事業所内のチームや上司との組織内でのコミュニケーションの能力も合わせて、求められることが明らかになった。

介護の技術面では、個別性の高い環境と生活に直面するサービスの特性からも、技術面においては基本よりも応用や展開が必要となる。また、自宅での生活支援という特性からも、調理や買物、環境整備等、本人の能力に応じた IADL に関する支援が生活の継続性という点においても必要であることが明らかになった。また、在宅で支えきるために疾病や服薬に関する知識も必要と考えられていることが明らかになった。

(2) 人材養成に必要な教育課程及び研修とその内容について

インタビューにあった人材養成に必要な教育、研修については、理念的なことは当然であるためか、項目としてはでてこなかった。介護やソーシャルワークの知識と技術、医療的ケアの知識、コミュニケーション技術、介護過程の展開、家事援助、アセスメント、観察・記録などといったほぼ介護福祉士養成講座に納められている内容が出てきた。加えるならば、「介護人材に求められるもの」としてインタビューで明らかになった家族と地域に対する支援、本人に対する家族や地域の支援力を引出し活用するといった教育や研修が必要であると考えられる。

インタビューに参加したリーダーの中には、介護の専門教育の経験も見られたが、実践の場に入ってから知識、技術、個別のケースに対する実践力当の蓄積は認識していても、専門学校や大学での学習と現場の実践とのつながりを見出しにくいといった内容の発言があった。このことから、介護の専門職のキャリア形成における教育課程と現任者育成とつながりのある人材養成のあり方と課題が明らかとなった。

第5章 事例検討による教育方法の開発と検討

1 事例検討による研修の意義

中重度の要介護高齢者が自宅・地域における生活を継続していくことを支援することに成功した事例に収集し、そこに含まれる課題と支援について分析を行い、その支援を担うケア人材に求められる行動を明らかにした(第3章)。また、小規模多機能型居宅介護事業所の管理者や介護リーダーへのヒアリングによって、地域包括ケアを支えるケア人材に求められる要件についての考えを収集した(第4章)。

収集した事例のような支援を実現することが、地域包括ケアを成功させるためには必須であり、それを実行できるケア人材を育成することが大きな課題である。それには、多様な領域に関する専門的な知識・技術・態度が求められていた。介護の技術だけではなく、家族や地域との関係の調整といったソーシャルワークに関する地域・技術、医療職と連携するために必要な医療的な知識、意欲を高め不安を軽減するようなコミュニケーション方法や人間関係の構築に関連する心理学的知識や支援の技術、生活機能を維持・向上するための環境整備や働きかけといったリハビリテーションに関連する知識・技術などさまざまな専門職が身につけている専門的な知識・技術のすべてではないが、必要とされる知識・技術が求められることが明らかになった。そして、何よりも、地域における生活の全体像理解と支援に関する実践的な理解が求められており、収集した事例で明らかになった自宅・地域生活の継続を脅かす課題の理解、周囲の人間関係の調整を含む多面的な解決の方策を理解することが求められる。

また、専門的な知識・技術・態度に先立ち、地域包括ケアにおいて求められるケアの成否に対して、職務や学習に対する基本的態度が関係していることも明らかになっている。それは、(1) 仕事への誠実性の高い態度、(2) チャレンジかつ内省的な仕事への取り組み(経験学習あるいは自己調整学習)、(3) 他者志向的な共感による利用者の問題解決への伴走的取り組み、(4) あきらめずに問題解決や他者への説得に取り組む姿勢などである。地域包括ケア人材の育成に関する教育には、中重度の要介護者が地域生活を継続する上での課題や支援の方法についての理解を図るとともに、これらの基本的態度を醸成することが求められる。

そこで、本調査研究事業においては、第3章で収集・分析した中重度の要介護者が自宅・地域での生活継続に成功した実事例をベースにして、研修用の事例を作成し、事例検討法(ケースメソッド)を用いた研修を開発した。そして、対象者は少人数であるが、モデル実施することで有効性を検討することとした。

2 開発した事例検討教材

研修用の事例として、3つの事例問題を作成した(資料)。それぞれの事例について、①在宅生活の継続が困難になった状況、②その状況における実際に抽出された課題、③課題と解決法の実例を示した解説、の3部に分けて資料を構成し、事例検討の中で段階的に提示した。また、課題抽出用と解決策考案用のワークシートを作成して、使用した。

3 モデル研修の概要

開催日：平成 28 年 3 月 7 日・8 日

開催地：京都（メルパルク内会議室）

研修グループの設定

① 7 日(1 日目) 小規模多機能型居宅介護事業所で勤務の介護職員 5 名

研修教材の事例における提示された情報と解決例の妥当性に関する意見収集を事例検討後に行い、2 日目に用いる事例への修正に活用した。

② a 8 日(2 日目) 特別養護老人ホームで勤務の介護職員 5 名

② b 8 日(2 日目) 介護福祉または社会福祉を専攻する大学生 5 名

2 日目のモデル研修(②a, b)については、1 日目の結果をフィードバックして完成させた事例を用いて、3 例の事例検討を行い、事後にモデル研修に対する評価として、質問項目および自由記入によるアンケート調査を実施した。

研修の手順(約 60 分を標準として、進行に応じて時間を延長した)

①事例における生活の課題(自宅・地域での生活の継続を阻害する要因)を明らかにする

個人での作業(5 分)、グループワークでの共有・発表(10 分)

②課題の整理とまとめを行い、事例において実際に問題となった課題を提示(5 分)

③提示した課題に対する解決方法を明らかにする

個人での作業(10 分)、グループワークでの共有・発表(15 分)、

④事例の解説を配布し、出された解決の方法との相違点について解説する(15 分)

<事例検討後に、事例検討についての意見収集>

4 事例検討の評価結果

① 小規模多機能型居宅介護事業所の介護職員を対象とした事例検討

各事例とも概ね理解でき、課題抽出・解決方法の提案のいずれについても、事例の実例としてあげた課題や解決法と同じものを含む解答が得られた。事例検討後に、提示した情報について、課題や解決方法の提案のために不足していた情報を聞き、事例の改善に役立てた。

②a 特別養護老人ホームの介護職員を対象とした事例検討

アンケート項目による評価結果

参加者が 5 名であるので、回答の分布はあくまで参考に過ぎないが、事例の解決策を導き出すことはやや難しかったという評価が多かった。全体的評価においても、課題の導出の方が、解決法の導出よりも難しかったという評価にやや偏っていた。自由記述では、生活上の課題を明らかにする過程にも関わらず、解決策から思いついてしまうという記述がみられた。ただし、最終的な事例の内容や解説への理解や納得については、「理解できた」という方向への回答が多く、最終的に事例の内容を示した解説が教育的効果として有効であったことが示された。

事例の解決策を導き出すことは、どの程度難しかったですか？3つの事例それぞれについて、あてはまる難易度の数字に○をつけてください。

	とても 難しかった	かなり 難しかった	やや 難しかった	やや 易しかった	かなり 易しかった	とても 易しかった
事例A	0	1	3	1	0	0
事例B	0	1	3	1	0	0
事例C	1	4	0	0	0	0

事例検討を行ってみて事例の内容を、どの程度納得しましたか？3つの事例それぞれについて、あてはまる理解や納得の程度の数字に○をつけてください。

	まったく 理解 できなかった	あまり 理解 できなかった	やや 理解 できなかった	やや 理解 できた	かなり 理解 できた	充分 理解 できた
事例A	0	0	0	3	1	1
事例B	0	0	0	3	2	0
事例C	0	0	0	2	3	0

事例検討の中で、課題を導き出すことはできましたか。また、どのようなところに難しさを感じましたか。

	まったく できなかった	あまり できなかった	やや できなかった	やや うまくできた	かなり うまくできた	とても うまくできた
課題を 導き出すこと	1	1	2	1	0	0

事例検討の中で、解決策を導き出すことはできましたか。また、どのようなところに難しさを感じましたか。

	まったく できなかった	あまり できなかった	やや できなかった	やや うまくでき た	かなり うまくでき た	とても うまくでき た
解決策を 導き出すこと	0	0	2	3	0	0

事例検討の中で、講師の解説は、理解することができましたか。

	まったく 理解 できなかった	あまり 理解 できなかった	やや 理解 できなかった	やや 理解 できた	かなり 理解 できた	とても 理解 できた
講師の解説の 理解度	0	0	0	1	2	2

②b 介護福祉を専攻とする大学生を対象とした事例検討

アンケート項目による評価結果

参加者が5名であるので、回答の分布はあくまで参考に過ぎないが、事例の解決策を導き出すことはやや難しかったという評価がほとんどを占めていた。全体的評価においては、課題の導出は、全員が「ややうまくいった」と回答していたが、解決法の導出については、「ややできなかった」が2名おり、解決方法の導出の方が難しかったという評価にやや偏っていた。自由記述では、提示された情報から現実的な解決策を考えることが難しかったという記述がみられた。ただし、最終的な事例の内容や解説への理解や納得については、「理解できた」という方向への回答が多く、最終的に事例の内容を示した解説が教育的効果として有効であったことが示された。

事例の解決策を導き出すことは、どの程度難しかったですか？3つの事例それぞれについて、あてはまる難易度の数字に○をつけてください。

	とても 難しかった	かなり 難しかった	やや 難しかった	やや 易しかった	かなり 易しかった	とても 易しかった
事例A	0	0	4	1	0	0
事例B	0	0	5	0	0	0
事例C	0	2	3	0	0	0

事例検討を行ってみて事例の内容を、どの程度納得しましたか？3つの事例それぞれについて、あてはまる理解や納得の程度の数字に○をつけてください。

	まったく 理解 できなかつ た	あまり 理解 できなかつ た	やや 理解 できなかつ た	やや 理解できた	かなり 理解できた	充分 理解できた
事例A	0	0	1	0	1	3
事例B	0	0	1	0	2	2
事例C	0	0	0	0	2	3

事例検討の中で、課題を導き出すことはできましたか。また、どのようなところに難しさを感じましたか。

	まったく できなかつ た	あまり できなかつ た	やや できなかつ た	やや うまくでき た	かなり うまくでき た	とても うまくでき た
課題を 導き出すこと	0	0	0	5	0	0

事例検討の中で、解決策を導き出すことはできましたか。また、どのようなところに難しさを感じましたか。

	まったく できなかつ た	あまり できなかつ た	やや できなかつ た	やや うまくでき た	かなり うまくでき た	とても うまくでき た
解決策を 導き出すこと	0	0	2	3	0	0

事例検討の中で、講師の解説は、理解することができましたか。

	まったく 理解 できなかつ た	あまり 理解 できなかつ た	やや 理解 できなかつ た	やや 理解 できた	かなり 理解 できた	とても 理解 できた
講師の解説の 理解度	0	0	1	0	2	2

5 まとめ

モデル研修は少人数であったが、事例検討を用いた教育手法は、いずれの対象者グループにおいても、中重度者の地域での生活継続のための支援の課題と方法の基本的な理解に至ることができ、有効な教育方法である可能性が示唆された。しかし、特別養護老人ホーム職員や学生においては、事例検討の過程において、課題や方法の抽出が難しかった部分や事例があり、事例で例示する情報について工夫が必要であることがわかった。また、特別養護老人ホームでの現任者は、地域での生活継続が困難になった状況の課題抽出が難しく、一方で学生は解決方法の立案が難しいという傾向があった。対象者に応じて、情報への焦点の当て方や思考の方向付けなどの事例を検討するにあたっての方向付けの工夫が必要だと考えられる。

このような解決が難しい事例を検討し、その成果を実例に基づき解説する手法は、経験学習の観点からみると、チャレンジと内省を繰り返すという点で、経験学習を促進するものであると考えられる。また、中重度の要介護であっても地域で暮らし続ける事例を検討することで、最初は「無理そう」だという否定的見解を含んだ意見もみられたが、徐々に支援を拒否する心理やそれでも自宅で暮らし続けたいという心理への共感的言動が中心になるようになり、他者視点の共感の醸成という観点からも有効な手法である可能性が示唆された。

今回は、実際の事例から、研修用事例の開発を中心としていたため、実施については極めて限定的なものであり、研修用事例およびそれを用いた研修手法の有効性は完全に検討されたとは言い難い状況である。今後、多くの対象者に実施して、有効性の検証を進めることが課題である。

6 資料

研修で用いた事例

ワークシート

アンケート用紙

事例Aさん

(1) Aさんの概要	
<p>妻と2人暮らし。近所に娘が住んでいる。人との関わりが苦手で、亭主関白で短気、けんか早く、几帳面な性格である。60才代で2度脳梗塞があり、70才の時に脳幹出血。現在では、右半身麻痺があり、体温調節機能がうまく機能しないので、暑い、寒い、という訴えを繰り返し訴える。3年前に大腿骨骨折、肺炎での入院を経て脚力が衰え、何事にも意欲を無くし、ほぼ寝たきりの状態となる。「いつも誰かが傍にいて面倒を見てもらいたい」という思いが強くなるようになり、家族の介護負担が大きくなって、当事業所のサービス利用開始となる。</p>	
(2) 在宅生活が困難になってきた経緯	
<p>平成X年1月</p> <p>昼夜を問わず「おーい」「おーい」と妻を呼び、あれこれと用事を言いつける。Aさんは用事が無い時でも、妻に「傍にいてほしい」と言い、妻が来るまで呼び続けるので、妻の心身の負担が大きくなる。妻は自分の時間をとることもできず、心身ともに健康を害し、うつ病を発症してしまった。妻のうつ病は、病院にかかる必要があるほど深刻で、毎日これまでのようにAさんの世話をすることが難しくなった。</p> <p>そのため、小規模多機能型居宅介護の利用の前には、ショートステイを利用して見たが、環境になじむことができなかった。食事も歯が少なくて配慮しておかゆを出すと、「おかゆなんか食べられるか」と怒り出す。また、「自分は邪魔だから外にだす」「死んでしまいたい」と強く拒否し、継続利用は難しかった。</p> <p>そこで、小規模多機能型居宅介護の利用がはじまり通いサービスの利用を試してみることになった。しかし、迎えのため、スタッフが自宅を訪れた場面では、妻が「お父さん、いってらっしゃい」と声をかけると、「なんで俺が行かなくちゃいけないんだ」と怒り出し、身支度もできない。事業所では、他の利用者の笑い声などにイライラして「うるさい」と怒鳴る。事業所からの送りの順番が遅くなり、少しでも待たされると、大きな声で不満を言って、スタッフを怒鳴りつけ、利用が難しい状況にあった。</p>	
(3) 上記のときのAさんの状況	
年齢・性別	75歳 ■ 男 □ 女
要介護度	□ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 ■ 要介護5 □ 認定外
自立度 日常生活	障害老人自立度 □ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 ■ B2 □ C1 □ C2
	認知症老人自立度 ■ I □ IIa □ IIb □ IIIa □ IIIb □ IV □ M
A D L	⑦ 食事 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑧ 着脱 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑨ 排泄 □ 自立 ■ 一部介助 □ 全介助
	⑩ 入浴 □ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑪ 移動 □ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
	⑫ 整容 □ 自立 □ 一部介助 ■ 全介助
疾病	<p>【認知症】 ■ なし □ あり</p> <p>【現病】 不安神経症 右片麻痺</p> <p>【既往歴】 多発性脳梗塞 脳梗塞 脳幹出血 不安神経症 右大腿骨骨折 肺炎</p>
生活の様子と家族	<p>リビングにベッドと、横にポータブルトイレを置き、食事とトイレ以外は、一日中ベッドに横になってテレビを見て過ごしている。伝い歩行は可能だが、動こうとはせず、すべて全介助である。妻は、生活全般にわたってAさんの言うとおりにお世話をしてきた。食事も、好みにうるさいAさんに合わせて好きな食べ物を選んで出し、呼ばれればすぐにAさんのもとに行き、言うことを否定することなく言うとおりにしてきた。Aさんは一人であるのが不安で、ことあるごとに妻を呼び、すぐにはいかないと大声をあげる。妻の体調が悪い時は、夜は近くに住んでいる娘が泊り、Aさんの介護をする。現状では、昼夜問わず介護が必要な為、家族の介護負担が大きい。</p>
支援	<p>□ 訪問看護 ■ かかりつけ医の往診</p> <p>□ 地域包括支援センター □ 配食サービス</p> <p>■ 介護サービス（小規模多機能型居宅介護）</p> <p>□ その他の医療</p> <p>□ その他の生活支援・インフォーマル支援</p>

(4) 生活課題の抽出と対応

1. 主たる介護者である妻の心身状態が悪化してうつ状態でこれまでのような介護ができない。
2. Aさんにとって不慣れな事業所の環境で、利用継続しない可能性がある。
3. 大腿部頸部骨折以後、自宅では食事や排泄以外がベッド上の生活で閉じこもり状態で意欲が低下、身体機能が低下する。
4. 妻と近所で暮らす長女以外に他者と交流がない。

生活課題を考える上でのポイント

- 家族の介護負担が目立ちますが、Aさんにとっての課題の視点を持つことが大切です。
介護負担の軽減だけが課題になるのではなく、家族の負担が大きくなることで、Aさんが従来のような介護を家族から受けることができず、在宅生活の継続が危ぶまれている、ということ課題にしてゆく必要があります。
- Aさんの在宅生活の継続のために、身体機能、心理的な安定や健康、社会や家族との接点について、偏りなく課題を挙げる必要があります。

支援開始0ヶ月～7ヶ月後の援助の概要

まず、妻の体調の回復を最優先と考え、3週間の連続の泊りを実施した。3週間の泊りの後は、週1回の泊りと週4回の通いのサービスを行うが、再度妻の負担が大きくなったため、週2回の泊りとなる。その際、Aさんの不安が強いので、その気持ちの訴えに丁寧に対応しながら、妻の体調に合わせ泊りを増やしたり、通いを訪問に切り替えたり、近所に住む娘の協力をお願いしたりと、その時々可能な限り柔軟な対応をした。また、Aさんが環境に慣れにくいことに配慮して、泊りや通いの時間は、事業所の中でAさんの一人の空間や時間を確保できるように環境調整をした。事業所では、洗い物などを手伝ってもらうようにした。

実際の具体的対応

1. 主たる介護者である妻の心身状態が悪化してうつ状態でこれまでのような介護ができない。
 - 小規模のケアマネジャーと相談して、妻の体調を整える期間、3週間泊り中心のサービスとした。
 - 連続の泊りで「自分は邪魔だから外にだす」「死んでしまいたい」と話すことに対して、「それは違います」といい、「在宅で暮らすために、奥様が夜ねられる時間をつくるのが在宅を続けられる」と1時間程度かけてAさんに説明をした。
2. Aさんにとって不慣れな事業所の環境で、利用継続しない可能性がある。
 - 連続の泊りは、本人の精神的な負担になるので、夜に自宅に迎えにいったり、朝自宅に送っていくようにした。
 - 朝の通いの迎えの際に、通いを拒否して身支度などができていないときは、妻に代わって自宅で身支度の手伝いをした。
 - 妻の送り出しの言葉で、気持ちがイライラして通いを拒否するので、妻には送り出しの時に必要以上に言葉をかけないように依頼した。
 - 送りの順番が最後になると不機嫌になるので、娘に協力を依頼して迎えにきてもらった
 - 通いの場面では、Aさんのスペースを尊重するためにリビングとの間のドアをしめておいた。
 - 職員の姿が見えないと不安な時はドアを少し開けておくなど心身の状態に合わせて調節した。
3. 大腿部頸部骨折以後、自宅では食事や排泄以外がベッド上の生活で閉じこもり状態で意欲が低下、身体機能が低下する。
 - 通いの場面では、手すりをもって歩いてもらった。
 - 事業所内で手すりのついてない箇所では手引きをして、できるだけ車いすは使わないようにした。

- 夜間は、本人の安眠や負担を考慮して、自宅と同様にポータブルトイレを設置した。
- 通いの場面では、「手伝ってもらえますか」と促し、少しずつ昼ご飯の準備や洗い物など手伝ってもらった。
- 妻に依頼して、Aさんにお金をもってもらい、職員と一緒に車椅子や車で近所に買物にいった好きなものを自分で選んで買物できるようにした。
- 「おかゆがいや」とのことで、嚥下の機能の確認を行った上で、普通食に変更して食事を提供した。

4. 妻と近所で暮らす長女以外に他者と交流がない。

- 事業所のある農園の活動、遠方へのドライブや外出にも誘い、活動に参加してもらうようにした。
- 通いの場で、職員が他の利用者を交えて話をするようにした。

(5) 援助の結果

支援開始7ヶ月後

Aさんのストレスを減らす為に連泊を避けて、しかし妻の負担を軽減しつつも関係を断ち切らないように、1日おきに週3日の泊り、通いは週5日となっている。時間はかかったが、徐々に自宅にいる時も、夜間に妻を呼ぶことは少なくなった。妻も睡眠時間が確保されてくるとともに、Aさんの通いの時間に、自分の病院に行くこともできるようになって、Aさんの送迎時に笑顔も見せてくれるようになった。

また、体の動きも以前よりスムーズになって、現在も体力的に低下することなく生活できている。事業所でも「俺にも何か手伝えることはあるか?」と、自分から意欲的な発言や行動が多くなってきた。人との関わりが苦手だったAさんだが、自分から他の利用者とコミュニケーションを取ったり、事業所のレクリエーションや外出などの活動へも積極的に参加するようになってきたりして、生活全体が活性化している。

事例Bさん

(1) Bさんの概要

現在一人暮らし。結婚して1男1女をもうけ、50代の頃に隣町から現在住んでいるX町に引っ越してきた。その際、新聞店を夫と2人で営むようになった。夫は今から15年程前に他界、その数年後には、長男も病気で亡くした。車で30分のところに住む長女がキーパーソンであり、仕事を持っているが、毎週末にBさん宅に来て、Bさんと一緒に買い物に行っている。

新聞店を営んでいたこともあり、高齢になっても仕事をしていた当時の知り合いと週に1、2回は喫茶店等でおしゃべりを楽しんでいた。また食べ物の味にうるさく、買って来た惣菜などはまずいと言って、自分で買い物をして調理する生活を送っていた。少し体力が落ちてしまった頃からデイサービスを利用していたが、一人であることの不安感が強くなり、1年7か月前から小規模多機能居宅介護事業所を利用するようになった。週1回の通いと、それ以外の日は夕方に訪問し、10分～30分程度、安否確認、話し相手、健康相談、場合によって片付けの手伝いなどをしていた。

(2) 在宅生活が困難になってきた経緯

平成X年5月

7ヶ月前、Bさんが自宅で転倒しているところを、訪問に訪れたスタッフが発見して、救急搬送した。

右大腿骨頸部骨折と診断された。入院中の病院では、高齢であることや、基礎疾患による手術のリスクが高いため、保存的治療をすることになり、長期の入院生活を余儀なくされた。自力で歩行することは不可能となり、移乗介助で車いす使用となったが、入院中の入浴で「怖い思い」をしたため、移乗の際に1人介助ではBさんが非常に不安がるため、2名でバスタオルを使って移乗介助していた。入院中、食欲も低下し、体力が落ちてしまった。認知症も進み、理解力低下が著しく、同じ話を繰り返すようになった。また、不安感やさみしさから、常に誰かがそばにいなければ、大きな声で呼び続けるような状況だった。平成X年5月に退院。医師からは、「一人では生活できない。」と言われたが、Bさんは「絶対に自宅に戻りたい」と希望した。日ごろから不安感、歩けなくなった時のさみしさ、やるせなさを訴え、「友人がみな亡くなってしまっていて訪ねてくる人もいないし生きていても仕方ない」「こんな状態になってしまって、もう買物や喫茶店にも行くことができない」と涙を流す。娘はBさんの意向に沿いたい気持ちもある一方で、自分の仕事もあって自分が全面的にケアを行うことは難しく、特に先々の終末期への不安も強く、家に戻ることは難しいのではないかと考えていた。

(3) 上記のときのBさんの状況

年齢・性別		95歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度		<input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人 自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	
	認知症老人 自立度	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input checked="" type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
ADL	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	② 着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	④ 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	⑥ 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	【認知症】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (診断名: アルツハイマー型認知症) 【現病】 右大腿骨頸部骨折 骨粗しょう症 両膝変形性関節症 高血圧症 狭心症 【既往歴】 胆のう炎 肝炎 【身長・体重】 身長 149 cm 体重 40 kg				
生活の様子と家族	食事は自力で食べることができたが、好き嫌いは多く、元々料理好きで味にうるさい。排泄はオムツ着用、ポータブルトイレ使用。排泄、入浴、移乗は2名で介助。移動は車いす移動。認知症進行、大きな声でスタッフを呼ぶことが多い。夜間はよくねている。これまで何度か肺炎になり入院。入院するとさらに混乱が強くなった。				
支援	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医の往診 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス <input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス (小規模多機能型居宅介護) <input type="checkbox"/> その他の医療 <input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援				

(4) 生活課題の抽出と対応

1. Bさんは家に帰って生活したいが、まわりの関係者は在宅生活を危惧している。
2. Bさんの認知症が進行し、とくに不安感が強い。
3. 自力歩行ができないが、このまま何もしないと生活機能が低下してしまう。
4. 家族や地域との接点が減りがちになっている。
5. 食欲が低下している。

生活課題を考える上でのポイント

- Bさんの意向に反して周囲が在宅生活を危惧している状況が大きな課題となっています。
- 自立支援の視点を持つことが大切です。
このままでは日常生活のことができなくなってしまうことに気付き、それを避けるための支援を行う必要があります。
- 現在だけではなく、少し先の見通しを持って課題を挙げます。

支援開始0ヶ月～1年2ヶ月後の援助の概要

最初は、Bさんが在宅に近い生活に慣れるため、家族の不安を低減し、またBさんの生活状況をより詳細に観察して、可能な限り生活機能を回復する働きかけをするために、数週間、小規模多機能型居宅介護事業所に泊まることとした。Bさんの体調が落ちついてからは、Bさんの「自宅に帰りたい」という気持ちを中心として、そのために必要な支援は何かを考えながら具体的に課題を解決していった。例えば、体調が落ち着いてからは、日中、スタッフと自宅まで（車いすで5分）散歩し、スタッフと一緒に自宅で過ごす時間を少しずつ作るようにした。夜間についても、スタッフがBさんとともに、Bさんの自宅に宿泊し、自宅で寝ることができるようにした。家族の都合がつけば、事業所やBさん宅に家族にも来てもらい、スタッフがBさんにかかわる様子を見てもらう機会を多く作るようにした。自宅でも夜間はよく眠れていることが分かってきたので、夜間は徐々に一人で過ごすことができるようにした。

実際の具体的対応

1. Bさんは家に帰って生活したいが、まわりの関係者は在宅生活を危惧している。
 - 入院中に小規模多機能のスタッフが病院に出向き、病院ソーシャルワーカーやケアマネジャー、看護師、家族等の関係者を集めた話し合いを企画提案し、実施した。
 - 家族が今後のBさんの生活についてどのような意向を持っているのかを確認した。
 - Bさんが今後の生活についてどのような意向を持っているのかを確認した。
 - 退院当初は長期に小規模多機能型居宅介護で泊りを利用し、Bさんの生活の様子を観察して、今後の在宅生活が可能かどうか、生じうる困りごとは何かを具体的にリストアップした。
 - 小規模多機能の「泊り」を利用して、退院直後のBさんがより自宅に近い生活に慣れるようにして、生活機能の回復を図った。
 - スタッフが利用者の自宅に泊まって生活状況を確認する。
 - 利用者の自宅での生活を想定して、具体的に必要な支援を考え、整理する。
 - 利用者の自宅での生活に必要な介助やその方法を、家族に伝える。
 - スタッフが利用者の自宅に泊まって、介助を家族と一緒にしない、家族に介助方法を見せる。
 - 家族がBさんへの対応で困った時には、柔軟にスタッフが随時訪問してBさんを介助する。
 - 小規模多機能型居宅介護が、家族が考えているよりも柔軟に対応できることを家族に理解してもらう働きかけをする。
2. Bさんの認知症が進行し、とくに不安感が強い。
 - Bさんが安心してリラックスできるようなコミュニケーション方法を検討し実施した。
 - できるだけスタッフが利用者のそばにいるようにした。
 - Bさんが不安を訴える時には、その理由をたずねて話を聴いた。
 - スタッフ内でのBさんの不安が生じるポイントを話し合い、不安軽減への働きかけや環境整備について

実施した。

- Bさんの様子を観察して、あまり不安感を訴えないときに入浴に誘うなどのタイミングをはかる。
- Bさんが集中できる作業を探して、作業をスタッフが一緒に行なうことで不安から気持ちをそらす。

3. 自力歩行ができないが、このまま何もしないと生活機能が低下してしまう。

- 医療機関の理学療法士や医師、看護師と相談し、生活の中で可能な範囲で身体を動かす機会を作る。
- 調理を手伝ってもらいながら、「どうやったらいいですか」と教えてもらえるようお願いし、車いすでも台所で作業をしてもらえるように働きかける。
- Bさんが、不活発な状態の時でも、あきらめずに、やさしく「少し起き上がってみませんか」「一度やってみるとできることもあるかもしれません」と声かけをして、生活の中でやれそうなことに誘う。

4. 家族や地域との接点が減りがちになる。

- Bさんの行きつけの喫茶店やレストラン、ショッピングモールなどに、長女とともに行くことができるように、小規模多機能のスタッフが外出先までの送迎を行った。
- 地域の行事に、家族とともに参加できるように声をかけ、送迎する。

5. 食欲が低下している。

- 利用者の要望の変化を柔軟にうけいれる
- 利用者の好みを踏まえて家での食事内容を決める
- 利用者は食事へのこだわりが強いので、それに添って調理をスタッフと一緒にしたり、教えてもらったりするような活動の機会をつくる。

(5) 援助の結果

支援開始1年2ヶ月後

長女は週2回程度、Bさんの様子を、自宅や事業所に見に来てくれるようになった。スタッフは家族が事業所に来所する都度、Bさんの状況を伝えていくと、少しずつ長女との信頼関係もできてきて、Bさんの今後についてどうしていくかを、一緒に考えていくことができるようになった。自宅に泊まることも、当初は事業所スタッフのみで行っていたが、その様子を見ていた長女が、「私にも、それならばできそう」と長女がBさん宅に泊まることを申し出てくれた。そこで長女が泊まり、スタッフが必要に応じて訪問し、移乗介助などを手伝う、という支援体制を整えている。Bさんの不安の訴えはやや減り、在宅での生活を続けることができるようになった。長女とスタッフの信頼関係ができてきた中で、終末期に関する話もできるようになり、長女は最後まで在宅で支え切ることができるのではないかと、という見通しを持つようになった。

事例Cさん

(1) Cさんの概要				
<p>Cさんは未婚で兄弟なく1人っ子の女性。若いころは公務員をしていた。長年独り暮らしである。地域包括支援センターから紹介され、後見人の判断で当小規模多機能型居宅介護事業所が関わることとなった。</p> <p>Cさんは、他人を自宅に招き入れる事が嫌いで、食事も含めて生活全体が分からない状況にあった。家の中には入れてもらえないが、玄関から様子をうかがうと、家の中はゴミが散乱し異臭が漂っており、近隣の人も困っていた。また、近所のなじみの商店が閉店したことで、出かける所もなくなり閉じこもりになっていた。支援の開始時、妄想や幻視と思われる症状も現れていて、警戒心が強く、周辺住民との関係がさらに希薄になっていた。Cさんは自分で何でも出来る、誰かの世話になるつもりはないと頑なで、孤立している状況にあった。</p>				
(2) 在宅生活が困難になってきた経緯				
<p>平成X年9月</p> <p>支援当初から、他者に対して非常に警戒心が強く、誰かの世話になる事を嫌がるCさんは、何でも自分で出来る、世話になる必要はないと、険しい表情で支援を拒絶。配食の弁当を持っていくと「ちゃんと食べているからいらない」、水分の事を聞くと「水道があるから大丈夫」と話すが、家の中には冷蔵庫も冷暖房もない環境のようです。玄関までゴミが散乱し衛生状態が悪いようだ。Cさんは話をする時もずっと下を向いていて、スタッフが何度も足を運ぶが関係が変わらず支援に結び付かない。地域の人との協力を得ようと、地域ケア会議に提案しようとしたが、町内会長は「ここ（地域）の住民で困っているような人はひとりもいない」と発言され、話題にすら上げてもらえなかった。</p>				
(3) 上記のときのCさんの状況				
年齢・性別	91歳 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女			
要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 認定外			
自立度 日常生活	障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
ADL	① 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	② 着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	③ 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	④ 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	⑤ 移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	⑥ 整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
疾病	<p>【認知症】 不明（不明だが様子から認知症が疑われる）</p> <p>【現病】 不明 【既往歴】 不明</p>			
生活の様子と家族	<p>未婚で兄弟なく一人っ子。身内は、従弟の子のみで付き合いはない。唯一の外出先であった商店が閉店してから、出かける所がなくなり閉じこもりになっている。警戒心が強い事もあり人を家の中に入れる事を嫌がる。食生活も含めて生活の実態が分からない状況にあるが、玄関までゴミが散乱して衛生状態が悪い環境であった。誰に頼らなくても、自分で出来ると周囲との関わりを拒絶し孤立状態になっていた。</p>			
支援	<p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の往診</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 配食サービス</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス（小規模多機能型居宅介護）</p> <p><input type="checkbox"/> その他の医療</p> <p><input type="checkbox"/> その他の生活支援・インフォーマル支援</p>			

(4) 第1段階：生活課題の抽出と対応

1. 他者への警戒心が強く、人の世話になりたくないCさんに支援を開始することができず、生活状況を把握できない。

生活課題を考える上でのポイント

□ 生活のニーズや課題を把握するためのアセスメントに必要な情報が得られていないので、アセスメントができない状況にあることに気付く必要があります。

アセスメントができない状況にあることに気付けないと、勝手な推測で支援を始めてしまうこととなります。アセスメントの必要性に気付くことができるかが重要です。

□ 支援の開始のために何をすればよいのかを考えてゆくことが必要です。

支援を始めるまでに課題があるのであれば、支援の開始のために何が必要かを考えていかなければなりません。

支援開始0ヶ月～2ヶ月後の援助の概要

Cさんの生活状況が分からないので、明らかにする必要があるが、スタッフが関係をもとうとしてもうまくいかなかった。Cさんの理解者でありながら、我々の理解者でもいてくれる、Cさんと事業所の溝を埋めてくれるような存在の方が必要であると感じていた。そこで事業所である我々ではなく、Cさんにとって馴染みのあるこの地域で、Cさんが安心できる人を探すことにした。なかなか見つけることはできなかったが、最初は協力を渋っていた町内会長に丁寧に協力を求めているうちに、町内会長も「ワシらも本当は困っている」と言ってくれるようになり、町内会長が、Cさんの2件隣にすむKさんを紹介してくれた。Kさんは普段から積極的にボランティア活動をしている、70代の女性であった。KさんにCさんの伴走者になってもらう事が出来ないかとお願したところ、快諾してくれた。

Kさんがかかわるうちに、Cさんが十分に食事をとれていないこと、部屋の中が散らかっていて、足の踏み場もないことが分かってきた。また、体調の悪さも訴えていた。

実際の具体的対応

1. 他者への警戒心が強く、人の世話になりたくないCさんに支援を開始することができず生活状況が把握できない。
 - 利用者を警戒させないように、利用者の知り合いと一緒に訪問した
 - 頻りに利用者を訪問した
 - 事業所内で方針を話し合った
 - 利用者と事業所を取り持つことができそうな人を地域で探した
 - 町内会長とよい関係を作り、協力を求めた
 - 利用者が信頼する人に、適切な距離を保ちながら利用者に声をかけてもらうようお願いした
 - 対応するスタッフをある程度限定した
 - 利用者と関係を作って家の中あげてもらおうきっかけを作った

第1段階の支援の結果

KさんとCさんの間に信頼関係ができ、Kさんを通してCさんの状況が分かるようになった。事業所スタッフにもCさんが声をかけてくれるくらいのコミュニケーションがとれるようになった。町内会長がCさんの情報を教えてくれたり、ときどき様子を見に行ってくれたりするようになった。

Cさんの自宅での生活情報が集まり、アセスメントの結果、家の中が極めて不衛生な状態になること、食事が不十分で栄養状態や身体状態が悪いこと、がわかった。

(5) 第2段階：生活課題の抽出と対応

2. 家の中が極めて不衛生な状態にある。
3. 食事が不十分で栄養状態や身体状態が悪い。
4. 地域住民からCさんが孤立している。
5. Cさんの、生活全体に対する意欲が低下している。

生活課題を考える上でのポイント

- Cさんの生活が今後も続けられるように、衣食住を整える必要があります。
- 社会との交流や社会参加を通じた自立の視点を持っていますか。
- 具体的支援の実施のためには、Cさんの意欲低下への働きかけが必要です。

支援開始2ヶ月～4ヶ月後の援助の概要

Cさんに体調不良があることから、まず訪問診療をお願いすることにした。Cさんがスムーズに受診できるよう、Kさんを通して、Cさんが受診したことのあるクリニックや医院を聞きだした上で、その中から訪問診療を行っている医師を探し出した。そして、最初の訪問診療の時にも、Cさんが拒否しないように、Cさんの様子をあらかじめ医師に伝えて、往診がスムーズに行えるようにした。診察の結果、高血圧やアルツハイマー型認知症の診断がついた。

同時に、食生活が不十分な状態であったため、配食サービスを手配したが、届けても受け取ってもらえなかった。しかし繰り返し同じスタッフが配食を届けているうちに、徐々にCさんから挨拶してくれるようになり、やがてCさんが自ら家の中に鍋を取りに行き、その鍋にお弁当の中身を入れてほしいと言ってくれるようになって、配食サービスを利用してくれるようになった。

Kさんや町内会長を通して、小規模多機能型居宅介護の通いへの参加をCさんに打診してもらい、最初は渋っていたCさんも、Kさんに「近くならばいってみようか」というようになった。

実際の具体的対応

2 家の中が極めて不衛生な状態にある。

- Cさんにスタッフが信用してもらえるように、慎重にコミュニケーションをとった
- Kさんにスタッフが同行し、一緒に訪問して家の中に上がらせてもらうように、打診した
- 最初は玄関先、次は玄関の中、とあせらずCさんが抵抗のない範囲を見定めながら家の中にも上がらせてもらえるようにした。
- 家に上がっても、最初のうちは片付けの話は出さず、少し慣れてから、「これ、ついでに捨てておきましょうか。」と声をかけるようにして、少しずつごみを捨てていくようにした。
- 家の中のものを捨てたり、片付けたりする時には、必ずCさんに許可や判断を求めた。

3 食事が不十分で栄養状態や身体状態が悪い可能性がある。

- 配食サービスを手配し、配食を受け取ってもらえないときでも、あきらめず再度届けてみた
- 「お弁当があまってしまったので召し上がっていただけませんか」と声をかけた
- なじみの医療機関を探し、往診を打診し、承諾をもらった
- 夕方以降に1度訪問して、食事がとれているかどうかを確認した
- Cさんとコミュニケーションがとれてから、Cさんに冷蔵庫を買うことを提案した(実際に購入)

4 地域住民からCさんが孤立している。

- Kさんのほかに、Cさんの生活にかかわることができるような、地域の人がいないかを、町内会長や民生委員にたずねてみた
- 関係の薄い地域住民に対して、Cさんへの具体的な支援をお願いするのではなく、負担のないように、まずは関心を持ってもらうことだけをお願いした
- 日常的に地域の人にあいさつするようにした
- 地域の人に協力を拒否されても、あきらめずに関係を続けた

- 一緒に散歩したり、買い物に行ったりして、地域の人とCさんが接する機会を作った

5 Cさんの、生活全体への意欲が低下している。

- 利用者が自然な形で来所できるよう、顔なじみのスタッフがCさんに「今日はお弁当と一緒に取りに来てもらえませんか」と声をかけて事業所にCさんが来る機会をつくった。
- Cさんが人と接する機会を増やすために、最初は特定のスタッフだけがかかわってきたが、徐々に複数のスタッフが穏やかに声をかけるようにした
- 通いに誘う時に、スタッフからではなく地域の人にさそってもらうようお願いした
- Cさんの楽しいと思えることを探し出し、会話の中でその話題を積極的にした

援助を考える上でのポイント

- Cさんの一人暮らしの継続を前提（目標）として支援を開始しており、安易に既存サービスに結び付けるだけの支援をしていない。
- Cさんと援助者の関係を作ることができるように、配慮しながらも粘り強く、繰り返しアプローチしている。
- 認知症であるCさんにとって、さりげない形で支援につながるように、事業所スタッフだけではなく、地域の資源を探しだし、活用している。

(6) 援助の結果

支援開始7ヶ月後

事業所が協力を依頼したKさんは、Cさんの不安を和らげるように、事業所のスタッフの知らない昔の地域の話や「〇〇さんは今も元気になっていますよ。」などのように、その地域に暮らしているKさんにしか出来ないような話題を通して、Cさんとの関係性を深め、Cさんが安心するようになった。それにもない、Cさんが「～しよう、～したい」という意欲を示すようになった。それまでは当事業所が訪問しても、なんとか挨拶だけはしてくれるようになったただけだったが、KさんがCさんにかかわってくれるようになって、少しずつCさんからスタッフに声をかけてくれる機会が増えてきた。同時に、訪問すると徐々に玄関がきれいになって、Cさんが自宅周りの清掃を自発的に行いはじめた様子が見え始めた。

「近くの事業所なら利用してみたい」とCさんが言ってくれた。また、町内会長から相談を受けていた民生委員は、Cさんを上手に誘い出してきて、往診から通院に切り替えることができた。近くの病院まで歩いていくことで、地域の人から「元気にしとったんか？」と声をかけてもらう場面ができた。Cさんが、「本当はいろんな人と仲良くしたい」、「1人では怖いので外に出られない」、「行きつけの店がつぶれて行く所がない」などのように、本音と思われる話をスタッフにするようになった。

事例A

ワーク1 「生活上の課題」の案を考えましょう	グループワーク グループで「生活上の課題」を共有しましょう
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	

事例 B

ワーク 1 「生活上の課題」の案を考えましょう	グループワーク グループで「生活上の課題」を共有しましょう
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	

事例C

ワーク1 「生活上の課題」の案を考えましょう	グループワーク グループで「生活上の課題」を共有しましょう
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	

事例C②

ワーク1 「生活上の課題」の案を考えましょう	グループワーク グループで「生活上の課題」を共有しましょう
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
⑦	
⑧	
⑨	
⑩	

事例 A

ワーク 2 解決の方法の案を考えましょう	グループワーク グループで解決の方法案を共有しましょう
<p>主たる介護者である妻の心身状態が悪化してうつ状態でこれまでのような介護ができない。</p>	
<p>Aさんにとって不慣れな事業所の環境で、利用継続しない可能性がある。</p>	
<p>大腿部頸部骨折以後、自宅では食事や排泄以外がベッド上の生活で閉じこもり状態で意欲が低下、身体機能が低下する。</p>	
<p>妻と近所で暮らす長女以外に他者と交流がない</p>	

事例 B

ワーク 2 解決の方法の案を考えましょう	グループワーク グループで解決の方法案を共有しましょう
Bさんは家に帰って生活したいが、まわりの関係者は在宅生活を危惧している	
Bさんの認知症が進行し、不安感が強い。	
自力歩行ができないが、このまま何もしないと生活機能が低下してしまう。	
家族や地域との接点が減りがちになる。	
食欲が低下している	

事例C①

<p>ワーク2 解決の方法の案を考えましょう 他者への警戒心が強く、人の世話になりたくなくないCさんに支援を開始することができず、生活状況を把握できない</p>	<p>グループワーク グループで解決の方法案を共有しましょう</p>
--	------------------------------------

事例C②

<p>ワーク2 解決の方法の案を考えましょう 家の中が極めて不衛生な状態にある。</p>	<p>グループワーク グループで解決の方法案を共有しましょう</p>
<p>食事が不十分で栄養状態や身体状態が悪い。</p>	
<p>地域住民からCさんが孤立している。</p>	
<p>Cさんの、生活全体に対する意欲が低下している。</p>	

地域包括ケアを念頭に置いた事例検討研修会 アンケート

平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
地域包括ケアにおける介護人材に求められる資質とその養成に必要な教育課程に関する調査研究

このたびは、研修会への参加にご協力いただきどうもありがとうございました。
お疲れのところ、大変恐縮ですが本日の研修会についてのアンケートにご協力をお願いいたしま
査結果は個人情報を除いてすべて匿名で処理されますので個人情報は特定されません。全体の結
報告書や学会、学術雑誌への論文等に掲載されることがありますのでご了承ください。

忌憚のないご意見や感想をお寄せいただきたく、何とぞ、ご理解とご協力のほど、よろしく
申し上げます。

NPO法人介護人材キャリア
理事長 山田 尋志
研究担当理事 内藤佳津雄

問 1 あなたのことについて、お聞きします。

選択肢のなかから、あてはまる選択肢の数字に○をつけるか、() 内に内容をご記入ください。

(1) 性別・年齢 () 歳 男 ・ 女

(2) お名前 ()

学生の方は (10) にお進みください。介護のお仕事をされている方はそのまま (3) にご回答ください。

(3) 介護関連職種の経験年数 () 年 () 月

(4) 現在の法人での勤務年数 () 年 () 月

(5) 現在の職務*についてあてはまるものすべてを選んで○をつけてください (複数選択可能)。

- 1 介護職員 2 管理者 3 生活相談員 4 機能訓練指導員 5 介護支援専門員
6 計画作成担当者 7 サービス提供責任者
8 その他 ()

* 資格の有無ではなく、人員配置上の職種についてお答えください。

介護職員の方は (6) にもお答えください。それ以外の方は (7) に進んでください。

(6) (5) において介護職員とお答えになった方にお聞きします。それ以外の方は(7)に進んでください。

現在の役職についてあてはまるものを1つ選んで、○をつけてください。

- 1 介護職のリーダー（介護職員全体の取りまとめを行う立場にある方）
- 2 介護職のサブリーダー（リーダーを補佐、または数名の介護職員のとりまとめを行う立場にある方）
- 3 一般介護職員（部下を持たない方）

(7) これまでにお勤めになったことがある高齢者介護関連の施設・事業所等（現在のお勤め先も含む）について、あてはまるものすべてを選んで、○をつけてください（複数選択可能）。

- 1 特別養護老人ホーム（従来型：ショートステイを含む）
- 2 特別養護老人ホーム（個室ユニット型：ショートステイを含む）
- 3 老人保健施設（従来型）
- 4 老人保健施設（個室ユニット型）
- 5 特定施設（有料老人ホーム等）
- 6 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）
- 7 通所介護事業所（認知症対応型を含む）
- 8 小規模多機能型居宅介護事業所
- 9 訪問介護事業所
- 10 居宅介護支援事業所
- 11 地域包括支援センター
- 12 病院・診療所（介護療養型医療施設を含む）
- 13 その他

(8) お持ちの資格について、あてはまるものすべてを選んで、○をつけてください（複数選択可能）。

- | | | |
|--------------------|------------|--------------|
| 1 訪問介護員2級（初任者研修含む） | 2 訪問介護員1級 | 3 介護職員基礎研修修了 |
| 4 介護職員実務者研修修了 | 5 介護福祉士 | 6 社会福祉士 |
| 7 精神保健福祉士 | 8 准看護師 | 9 看護師 |
| 10 社会福祉主事任用資格 | 11 介護支援専門員 | 12 主任介護支援専門員 |

(9) 介護福祉士の資格をお持ちの方にお聞きします。どの方法で受験資格を取得しましたか。あてはまるものを1つ選んで、○をつけてください。

- 1 実務経験ルート（実務経験3年以上により受験資格を得て、受験して取得）
- 2 福祉系高校卒業後、受験して取得
- 3 高校卒業後、養成施設（専門学校）卒業後に取得
- 4 高校卒業後、養成施設（介護福祉士養成課程のある短期大学）卒業後に取得
- 5 大学（福祉系以外）卒業後、養成施設（専門学校または短期大学）卒業後に取得
- 6 介護福祉士養成課程のある福祉系大学卒業後に取得
- 7 福祉系大学卒業後、養成施設（専門学校等）卒業後に取得
- 8 保育士資格取得後、養成施設（専門学校等）卒業後に取得
- 9 その他（ ）

(10) 学生の方：所属（学科や専攻）と学年を教えてください。

（ ）大学（ ）学科（ ）年生（回生）

問2 3つの事例についてお聞きします。

- (1) 事例の解決策を導き出すことは、どの程度難しかったですか？3つの事例それぞれについて、あてはまる難易度の数字に○をつけてください。

	とても 難しかった	かなり 難しかった	やや 難しかった	やや 易しかった	かなり 易しかった	とても 易しかった
事例A	1	2	3	4	5	6
事例B	1	2	3	4	5	6
事例C	1	2	3	4	5	6

- (2) 事例検討を行ってみて事例の内容を、どの程度納得しましたか？3つの事例それぞれについて、あてはまる理解や納得の程度の数字に○をつけてください。

	まったく 理解 できなかった	あまり 理解 できなかった	やや 理解 できなかった	やや 理解 できた	かなり 理解 できた	充分 理解 できた
事例A	1	2	3	4	5	6
事例B	1	2	3	4	5	6
事例C	1	2	3	4	5	6

問3 事例検討の全体についてお聞きします。

- (1) 事例検討の中で、課題を導き出すことはできましたか。また、どのようなところに難しさを感じましたか。

	まったく できなかった	あまり できなかった	やや できなかった	やや うまくできた	かなり うまくできた	とても うまくできた
課題を 導き出すこと	1	2	3	4	5	6

課題を導き出すうえでの難しさ

--

(2) 事例検討の中で、解決策を導き出すことはできましたか。また、どのようなところに難しさを感じましたか。

	まったく できなかった	あまり できなかった	やや できなかった	やや うまくできた	かなり うまくできた	とても うまくできた
解決策を 導き出すこと	1	2	3	4	5	6

解決策を導き出すうえでの難しさ

(3) 事例検討の中で、講師の解説は、理解することができましたか。

	まったく 理解 できなかった	あまり 理解 できなかった	やや 理解 できなかった	やや 理解 できた	かなり 理解 できた	とても 理解 できた
講師の解説の 理解度	1	2	3	4	5	6

問4 事例検討して学んだことを自由にご記入ください。

問5 今回の研修についての感想を自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました

第6章 まとめと提言

1 地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職に求められる行動

事例に関する聞き取り調査等から、重度要介護者・認知症高齢者が地域での生活を継続していくために行われていた支援の内容や事業所の取り組みは以下のように整理される。

方針の共有：地域・自宅での生活の継続のために、人間関係を含む生活の全体像を視野に入れた支援を行う。

自宅を中心とした生活行為、生活環境、家族との関係、地域での人間関係・活動・参加、身体的健康・疾病管理・運動機能、心理的健康(意欲、感情の安定など)、多岐にわたる自宅・地域での生活像を念頭に置いた支援計画が必要であり、他の専門分野での支援への理解を図りながら、統合的に支援していく方針を共有することがまず必要とされている。

(1) 本人の行動のペースや希望にあわせながら、安全・健康に向けた基本的ケア

本人のペースや希望に沿った安全な介護
観察による身体状況の異常の確認、変化に対する気づき
事故を防止し、苦痛がないことに配慮したケアや環境整備

(2) アセスメントや観察によって先の見通しを持ったケア（とくに認知症ケア）

アセスメント・観察による変化への気づきと見通し
記録・報告の的確さ(介護記録、インシデント報告)
記録や報告から、課題を抽出し、解決に向けた取り組みに結び付ける
自立的行動が失敗しないような環境上の準備・配慮
自分のかかわりの影響の自覚・予測

(3) 生活機能向上・維持のための目標の明確化と支援

自宅・地域での生活像に基づく生活機能向上・維持への働きかけ
生活像について丁寧に聴くことで生活の目標を明確にする
要介護であっても生活を継続しやすくする環境調整
体力を維持でき、楽しめるような運動、レクリエーション、アクティビティの企画実施
生活機能向上のための機能訓練およびそれを踏まえた生活支援

(4) 自立への意欲を高める動機づけへの支援・働きかけ

自立に向けた行動に対する動機づけの維持・向上の支援
少し頑張ればできることを自立できるような支援、励まし
生活全体に関する不安やネガティブな感情の軽減

(5) 自立の見通しを持った支援計画と実践

利用者の情報から生活を続ける上での課題と対策を明らかにする
利用者の生活への希望と今後の課題を予測した支援計画作成
支援計画に沿った実践の確認
目標達成の評価による支援計画の見直し

(6) 長期にわたって支援を継続するために、人間関係を形成するコミュニケーション

利用者の意思や希望の尊重しながら、関わり続ける態度とコミュニケーション
利用者の意思や希望の確認をし、選択を促す
意欲のない利用者に対して、やる気を高めるように声をかける
介護を受け入れてもらえるように工夫して関わり続ける
地域で暮らすための困難さ、機能向上や自立について、見通しを持った支援を行う

(7) 安心に向けた穏やかなコミュニケーション

安心感を生む穏やかなコミュニケーションと感情表現のコントロール
認知症者の不安を低減する穏やかな表情や動作
怒ったり困ったりしないで感情コントロールしながらかわり続ける
利用者の安心のための穏やかな態度や声かけ

(8) 明確なケア方針に基づいた柔軟な対応の選択（とくに訪問）

利用者のその時の状況に合わせて、対応を柔軟に変化させる
状態の変化しやすい高齢者の心身の状況を観察・アセスメント
状況に応じて滞在時間やケア内容を変化しながら、ケア方針にかなう対応を判断

(9) 利用者の状態に関する事業所内での日頃からの情報交換

利用者の状態について、介護職内および他職種と日頃から情報交換

(10) 効果的な人材育成

育成計画の作成
部下との面談・評価
現場での指導
勉強会や研修会への参加機会

(11) 療養ケア・終末期ケアにおける医療との連携

医療職と連携して、全身状態の情報共有
医療職等と連携して、利用者の意志を尊重した支援

(12) 利用者の自立に向けた家族に対する助言と配慮

利用者の権利擁護や自立支援の視点による家族への説明
家族と利用者の間を調整し、家族の状況に応じて、家族ができる範囲でかかわりが持てる。

(13) 地域・家族と利用者との関係づくりの促進

高齢者と地域との関係が途切れないように利用者自身に働きかける
利用者が地域とのかかわりを持ち、地域に参加できる環境を整備・維持する
地域（近隣、商店等、自治会等）に働きかけて、それぞれができる範囲の中で関わりが持てるように調整

(14) 他の事業者、ボランティアとの連携・協働

他の介護事業者やボランティアとの緊密な連携による支援

2 地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職に求められる行動を支える専門的な知識・技術・態度

1で列挙した行動を行っていくためには、体系的に多岐にわたる専門的な知識・技術が必要となると同時に地域包括ケアに求められる基本的理念や態度の共有が必要となる。以下に必要なと考えられる知識・技術・態度をあげた。

なお、これらの内容は、①新たな地域包括ケアに求められる知識・技術・態度、②介護福祉士、社会福祉士・精神保健福祉士、看護師、作業療法士等のリハビリテーション専門職、臨床心理士等の心理専門職のいずれかの（あるいは共通して）教育課程に含まれている知識・技術・態度に分けることが可能である。なお、以下の項目末のカッコ内の分野別分類については暫定的な想定であり、精査が必要である。

<カッコ内凡例：地域共通；地域包括ケア共通事項、介護：介護福祉士、社会福祉：社会福祉士・精神保健福祉士、医療・看護：看護師、リハビリ：作業療法士等リハビリ専門職種、心理；心理専門職>

- (1) 地域包括ケアの基本理念と制度(地域共通)
- (2) 自宅・地域での生活像と支援の基本的理解(地域共通)
- (3) 自宅・地域での生活環境の理解と環境調整(地域共通)
- (4) 自宅・地域での生活行為に関する知識・技術（地域共通＋リハビリ＋介護）
- (5) 生活機能の自立を促進する基本的介護技術（地域共通＋リハビリ）
- (6) 認知症および認知症ケアに関する知識・技術・態度（地域共通＋医療・看護＋介護）
- (7) 介護過程（アセスメント、計画、評価、見直し）（介護）
- (8) 医学的知識（高齢者の身体的健康、疾病等）（看護）
- (9) 運動機能・身体構造およびリハビリテーションに関する知識(リハビリ)
- (10) 高齢者の心理と心理的支援（動機づけ、気分等）（心理）
- (11) 面接技法およびコミュニケーション技法(心理)
- (12) 家族支援の理解と方法(社会福祉)
- (13) 地域支援の理解と方法(社会福祉)

(14) チーム連携と人材育成（地域共通+心理）

(15) 他職種・他機関との連携（地域共通）

3 地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職に求められる職務や学習に対する基本的態度

1で挙げた行動に影響を及ぼしている背景要因としては、以下のような仕事や学習への取り組み態度が影響することが明らかになっている。地域包括ケア人材の教育課程においては、知識・技術だけでなく、こうした仕事や学習への取り組みに対する基本的態度を共通的に養成することに配慮する必要がある。

(1) 仕事への誠実性の高い態度

(2) チャレンジかつ内省的な仕事への取組み（経験学習あるいは自己調整学習）

(3) 他者志向的な共感による利用者の問題解決への伴走的取組み

(4) あきらめずに問題解決や他者への説得に取り組む姿勢

そのために、教育課程においては、以下のような教育方法を採用することが有効であると考えられる。

(1) 事例を用い、問題解決に取り組む演習法(ケースメソッド)

※在宅生活継続の困難な事態における支援の組み立て

- ・自立を高める生活機能向上への取組み
- ・医療との連携が必要な事例へのニーズの気づき
- ・認知症の人への地域での支援
- ・独居高齢者への地域での支援
- ・家族と意見が分かれる場合の支援 など

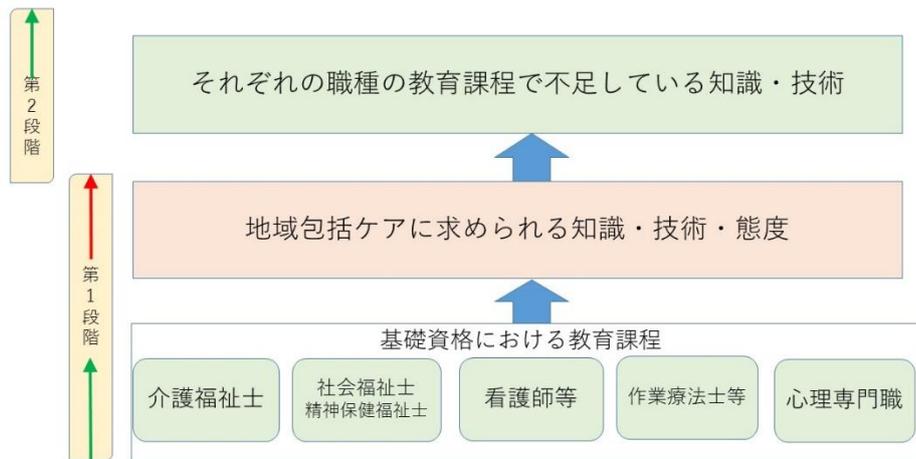
(2) カンファレンスおよび対人的コミュニケーションや面接技法の模擬実習

- ・模擬的な多職種・多機関カンファレンス
- ・共感や感情コントロールを取り入れた面接・コミュニケーション技法
- ・利用者の心理に配慮した動機づけ向上への働きかけ

(3) 地域ケアの実践の場における現場実習

- ・小規模多機能型居宅介護事業所等でのカンファレンスへの参加
- ・小規模多機能型居宅介護事業所等での同行訪問等

4 地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた支援を担うケア専門職の養成に関する教育課程の提案



図表 6-1 地域包括ケアに求められる人材像の教育課程の想定

前述のように、地域包括ケアに求められる人材像の教育課程に必要な内容は、①新たな地域包括ケアに求められる知識・技術・態度、②介護福祉士、社会福祉士・精神保健福祉士、看護師、作業療法士等のリハビリテーション専門職、臨床心理士等の心理専門職のいずれかの(あるいは共通して)教育課程に含まれている知識・技術・態度、に分けることが可能である。

したがって、地域包括ケアにおけるケア人材の養成課程としては、すでに基礎資格を持っている者に対して①の新たな地域包括ケアに求められる知識・技術・態度について習得を図ることによって、第1段階を達成しうると考えられる。第1段階の人材像は、自らの専門性を中心に他職種と連携を図りながら、地域における生活継続に関する支援を行うことが想定される。しかし、地域包括ケアの下では、多職種による統合的なケア (integrated care) が必要であり、緊密な連携を図るためには、他の領域の専門的な知識・技術・態度のうち、地域での高齢者支援に関係する内容については、追加して習得することが望ましい。それは、どの専門職にも共通して言えることであり、それぞれの基本資格において習得済みの知識・技術・態度では不足する他領域の専門的知識・技術・態度の習得を図ることを可能とする第2段階が必要である。第2段階の人材像は、地域での支援に関する総合的な基本的知識を持ち、自らの専門性を基盤にしながらも、他の専門職職種の支援内容や方針への理解をより深めながら、統合的な地域支援を牽引できる役割を果たすことが期待される。

5 地域包括ケアにおける在宅・地域生活の継続に向けた介護保険による支援を行う以前に必要な要件

本調査研究事業において収集した事例によって、中重度の在宅・地域生活の継続に向けて小規模多機能型居宅介護事業所等のサービスにおいて介護職員に求められる行動が明らかになった。しかし、とくに認知症の人において、小規模多機能型居宅介護事業者等と契約を結んでサービス提供を行う前に、サービスに拒絶的であったり、家族との関係の調整が必要であったり、地域から孤立していたりする事例が多くみられた。そのために、介護保険サービスの提供以前に、サービス提供を可能とするための環境整備を図ったり、人間関係を形成したりするための働きかけが行われていた。収集した事例では、地域包括支援センター等の要請と連携によって、介護保険サービスとしての契約前にすでに訪問による働きかけを始めている場合もあった。

今後、認知症高齢者や独居高齢者の在宅・地域生活の継続を支援していくための支援を構築していくうえで、小規模多機能型居宅介護等の統合的介護サービスの充実が必要であるが、そのサービス提供にスムーズにつなげ

ていくためには、介護保険サービスとの契約締結まで到達するための支援が必要である。それは本来、地域包括支援センターの役割ではあるが、その後のサービス提供への連動性を考慮すれば、その働きかけについて、地域支援事業等を活用して、小規模多機能型居宅介護事業所等に委託できるようにすることが有効であると考えられる。

