特集2
施設内教育による安心安全な体制づくり

チームで取り組む認知症ケア

本人，家族のニーズをチームで共有するためには

医療法人和同会 介護老人保健施設宇部幸楽苑 作業療法士 **斉藤貴士**

2011年3月，山口コ・メディカル学院作業療法学科卒業。同年4月より介護老人保健施設宇部幸楽苑に入社。現在，認知症専門棟に勤務，特に認知症における周辺症状に対して作業療法を行い，在宅復帰・在宅生活支援に向け，日々生活リハビリテーションを実施している。

介護福祉士 **隅野 綾**

2000年2月，介護老人保健施設宇部幸楽苑に入社。2006年，介護福祉士資格を取得。2007年より認知症専門棟に専属勤務。2011年リスクマネジャー資格を取得し，事故発生時における初動対応や振り返りなど，リスク管理について精力的に活動している。2013年4月，介護チーフとなる。

公益社団法人全国老人保健施設協会は介護老人保健施設の理念を「介護老人保健施設は，利用者の尊厳を守り，安全に配慮しながら，生活機能の維持・向上を目指し総合的に援助します」と定めている[1]。すなわち，利用者の意思を尊重し，利用者に応じた目標を立て，必要な医療，看護，介護，リハビリテーションを提供することが求められている。そのためには，利用者，家族の真のニーズを把握することが重要であり，そのニーズをチームで共有し，プラン，実施，モニタリング，評価を多職種協働で実行することが求められている。

本稿では，当施設における本人，家族のニーズをチームで共有するための方法と実践について事例を通して述べる。

施設概要

当施設は，1993年3月に開設された介護老人保健施設（以下，老健施設）である。定床は100床で，1階が認知症専門棟40床，2階が一般棟60床である。2012年度における平均要介護度3.4（**図**），在宅復帰率50%，稼動率95.7%，平均在所日数450日で，職員数は60人である（**表**）。敷地内には病院，通所リハビリテーション，デイサービス（認知症対応型通所介護），グループホーム，生活支援ハウス，介護老人福祉施設，軽費老人ホームが併設され，さまざまなニーズに対応できる多機能複合施設となっている。

当施設では，在宅生活支援と在宅復帰を目標に掲げ，利用者一人ひとりの生活に密着したリハビリテーションを実施するため，利用者が楽しみながら心身の回復が図れるよう，チェアビクス（座って行うエアロビクス），療育音楽，おしゃれクラブ，華道，絵画など，多彩なクラブ活動がある。また，職員は日々「明るく，やさしく，敬意をもって」をモットーに利用者のケアにあたっている。

利用者，家族のニーズを把握するための取り組み

◎利用前に行うこと

利用相談時には，支援相談員が利用希望者に当施設の見学案内および老健施設の役割と目的について説明している。また，専門職個々の情報を基に利用前にカンファレンスを開催し，ニーズの対応について各専門職が分野ごとにアセスメントを行い，ケアプランを共同で作成している。

図 要介護度の割合

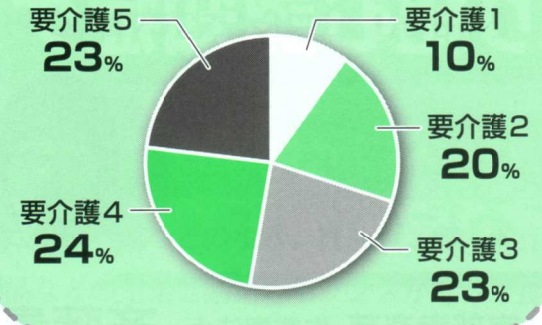


表 職員構成

- 医師　1人
- 看護職　15人
- 介護職　32人
- 理学療法士　2人
- 作業療法士　1人
- 支援相談員　2人
- 介護支援専門員　1人
- 管理栄養士　1人
- 薬剤師　1人
- その他職員（掃除，洗濯）　4人

利用申し込みの時点で，利用目的を明確にし，顕在的ニーズはもちろんのこと，潜在的ニーズを把握するために当施設独自のフェイスシートを用いて情報を得ている。フェイスシートには，真のニーズの把握や将来の生活のあり方につながるための身体・認知の機能評価や生活歴，性格，趣味などの情報を記載している。なお，フェイスシートは，利用が決まり次第，職員がいつでも閲覧できるよう，申し送り板に挟んでいる。

利用が決定すれば介護主任，理学療法士，作業療法士，支援相談員，介護支援専門員が自宅や利用中の施設または病院を訪問し，利用者との面談や職員からの情報収集を行い，専門職として必要な情報を積極的に得ている。得られた専門職個々の情報を基に，利用前カンファレンスでニーズへの対応について検討し，それぞれの職種ごとのケアプランを基に介護支援専門員が暫定ケアプランを作成している。

そして，利用開始当日は，各専門職員が利用者および家族に計画の内容について具体的に説明し，介護支援専門員が利用者，家族から暫定ケアプランの同意を得ている。当施設では，ケアプランを1冊のファイルに収めており，ファイルを両開きにして利用者のニーズ，計画を確認し，実施記録を記入している。

◎利用開始当日より行うこと

申し送りは各専門職員が参加し，それぞれ専門的立場から，必要な情報を伝達する。問題が提起されたものについては検討し，各専門職で利用者のニーズを支援できるようにしている。なお，利用開始後1週間は，利用者の1日の過ごし方をしっかり観ていくために，2時間ごとに記録している。また，ニーズに対しサービスが適切であるか，状況に応じたニーズが新たに発生していないかどうかを把握するため，利用者の状態の変化やサービスの実施状況についてのモニタリングを行っている。

さらに，ケアプランの実施状況を把握するため，ケアプラン実施表に，実施できた場合には○，未実施の場合には×を記入している。実施状況によっては，各専門職がアセスメントし，申し送り時に検討する。必要に応じて臨時カンファレンスを開催している。

利用開始後，1カ月以内に開催される初期カンファレンスでは，利用者を担当する専門職員が参加し，暫定ケアプランについて現在の様子と支援方法などを利用者，家族へ具体的に説明している。また質問があれば，各専門職が専門的な視点で分かりやすい言葉で説明している。その際，各専門職は，利用者の真のニーズをアセスメントできるように，利用者へのかかわり方や気づき，家族からの希望などを記載する「利用者情報ノート」を作成している。

利用者情報ノートは，できるだけ状況が分かりやすいように，文字だけではなく図や写

真も用いている。ノートの記載だけでは情報が伝わりにくい場合には，利用者，家族に実演，実技指導を行っている（例えば，理学療法士・作業療法士が利用者にかかわる際の歩行や移乗などの介助方法など）。

ベッドサイドにはポジショニングの写真やイラストなどを掲示し，ケア時に確認している。また，家族が職員に相談しやすいように，利用者のベッドサイドには担当の専門職員の名前を表示している。さらに利用者の担当職員は，家族の面会時に利用者の近況を伝え，その際の家族の心境を把握するようにしている。

利用者，家族のニーズをチームで共有しケアに反映させた事例

A氏，男性，91歳。要介護3，HDS-R3点，認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲb，主介護者は次女。

2004年頃より物忘れが出現し，妻に対する嫉妬妄想・暴力が認められるようになった。2005年，精神科病院に入院し，老年期認知症と診断。2009年，家族の介護困難のため当施設を利用。利用後は落ち着いて過ごしており，食堂と部屋の行き来が習慣になっていた。2013年，歩行中に転倒し，右大腿骨頸部骨折にてB病院へ入院。人工骨頭置換術後，状態が安定し，再度当施設を利用。

◎利用前のB病院面会時

●A氏の気持ち

当施設の支援相談員がB病院から退院許可の連絡を受け，介護主任，作業療法士，支援相談員，介護支援専門員が入院中のA氏を訪問。B病院の医師，担当看護師から心身に関する情報を収集し，相談員がフェイスシートに記載した。

面会時，A氏は多床室のベッドで臥床していた。A氏の体幹には抑制帯が用いられ，ベッド柵は4本使用されていた。A氏に声をかけると，「これ外してーや」としきりに訴え，抑制帯を外そうとする行動が見られ，表情はとても険しかった。「自由に動きたい」というA氏の強い気持ちが推察された。

●家族の気持ち

次女は，支援相談員に「手術後は病院から付き添いをするよう言われ，昼・夕食時には必ず自分が食事介助に病院に行っていたので，とても大変だった」と話した。また，「転倒してまた骨折するといけないので，病院と同じように抑制をお願いします」と話した。このことから，家族はB病院での介護への負担を再び経験したくないという気持ちであることが推察された。

●利用前カンファレンス（暫定ケアプラン）

利用前カンファレンスを開催した。フェイスシートや各専門職員の情報から，A氏のニーズは「自由に動きたい」であると考えた。そのニーズに応えるため，日中は職員が見守りをして，食堂で過ごすことにした。また，利用前のB病院の情報から，歩行器歩行の目標を100m程度とし，看護職，介護職，理学療法士または作業療法士が必ず見守りで歩行器による歩行を行うことにした。

夜間は，少人数の職員で見守るため転倒リスクを回避することが難しいので，就寝時は，家族の同意を得てベッド柵4本と体幹に抑制帯を使用し，就寝前と早朝は車いす上で抑制帯を使用することにした。作業療法士は，A氏の歩行，介助方法，歩行距離などを申し送り，利用者情報ノートに記載した。

◎利用後

●家族の気持ちの変化

次女の面会時に，担当介護職が見守りでの歩行器による歩行が可能になったことを伝え，実際の歩行状態を見てもらった。すると次女は「お父さん，歩けるようになってよかったね」と笑顔で話しかけていた。

次女は，利用後のA氏の歩行状態が改善していく様子を確認したことで安心した様子であった。すなわち，A氏のニーズも少しずつ満たされてきていると推察された。この次女の発言や気持ちの変化については，申し送りで報告し，利用者情報ノートにも記載した。

●身体拘束の解除に向けて

身体拘束の解除に向けて臨時のカンファレンスを開催し，全職種が参加した。

A氏は夜間になると抑制帯を外そうとしながら，家族の名を呼び続けることがあった。その声はしばらく続くがいったん止み，またしばらくたつと始まるという繰り返しであった。その間隔から，「もしかしたらトイレに行きたいのではないか」という意見が出た。カンファレンスの結果，排泄介助はおむつからベッドサイドで尿器を使用する介助に変更した。

早朝は車いすで抑制帯を使用しており，A氏は「これ外してーや」と訴えていたが，午前中，排泄を終えると落ち着いて過ごすようになった。そのため，排泄後は抑制帯を外しても落ち着いて過ごすことができると考え，朝食後，可能な限り早めにトイレ誘導を行うことにした。その結果，昼間はほとんど抑制帯を外し，食堂で過ごすことで，A氏の表情も日ごとに穏やかになっていった。

身体拘束は原則として禁止であるため，A氏の対応について介護主任がその経緯を詳しく職員に報告し，利用者情報ノートにも記載した。

●更なるニーズ

A氏が歩行器による歩行時に居室の段差を上がろうとしたり，食堂から独歩で出ようとしたりする様子が見受けられた。職員が歩行器の使用を勧めると立腹し，手を振り切ってでも歩行しようとした。そのことから，A氏は歩行器なしで自由に歩行したいと思っていると推察されたが，転倒リスクが高いため，現状どおりとした。

その後，歩行器による歩行が安定してきたため，独歩を目標に片側介助での歩行を開始した。A氏には，以前から歩行時にズボンのポケットに手を入れて歩く習慣があり，そのため方向転換時にバランスを崩し，転倒するリスクが高かった。ポケットから手を出すように声をかけていたが，拒否することが多かった。そのため，ポケットを縫ったズボンを履いてもらうことにし，家族に説明し，同意を得た。当初はズボンのポケットを探していたが，そのうちポケットを気にする様子もなく介助歩行が可能となった。

作業療法士はA氏の歩行と介助方法について実演，実技指導を他職種に説明し，利用者情報ノートにも図を用いて記載した。

A氏の「ポケットに手を入れたい」という気持ちに応えることは，転倒リスクを高め，「自由に歩きたい」という本来のニーズに応えることができなくなる。利用者，家族とかかわっていく中で，A氏のようにさまざまなニーズが出てくるが，本来のニーズは何であるのかを確認し，それにいかに応えていくかが重要である。

●家族の気持ちの変化

妻と次女が面会に来た際，A氏の歩行状態を見てもらった。作業療法士が，「日中の行動範囲がずいぶん拡がり，表情もとても穏や

かになられました」と家族に伝えると，家族は「お父さん頑張ってね。早く１人で歩けるようにならんとね」とＡ氏に声をかけていた。

Ａ氏の歩行状態や表情の変化により，家族の気持ちも前向きな気持ちへ変化したと推察された。このことは，作業療法士から申し送りで報告され，利用者情報ノートにも記載した。

まとめ

老健施設で働く職員の多くは，認知症高齢者との意思疎通がスムーズではなく，言語化されたニーズを得ることが難しい現実に直面している。そのため，利用者のニーズの把握には職員間で差異が生じ，ケアの方向性が統一しにくい状況がある。

当施設では，利用者の些細な言動や家族から得られる生活歴などの情報は，多職種の専門的視点を含め，カンファレンスや利用者ノートを通して共有化している。このように利用者の真のニーズを把握し，質のよいケアを検討，実施するよう努めている。しかし，中にはとにかく早く施設に入所させてほしいという家族の気持ちを察するあまり，利用目的が明確にできない状況下で利用してもらうケースがある。

利用者や家族のニーズを把握する課題については，「単一のニーズや課題のみならず，潜在的なものも含めて複数の複雑な相互に関連するニーズが存在する」[2] と言われている。潜在的なニーズになる理由の一つとして，家族や利用者の他人には言いたくない事情が考えられる。そのため，ケア提供者は両者の言動からニーズをくみ取る能力を養うことや信頼関係を築いていくことで潜在的ニーズを顕在（表出）的ニーズに変化させることが求められる。

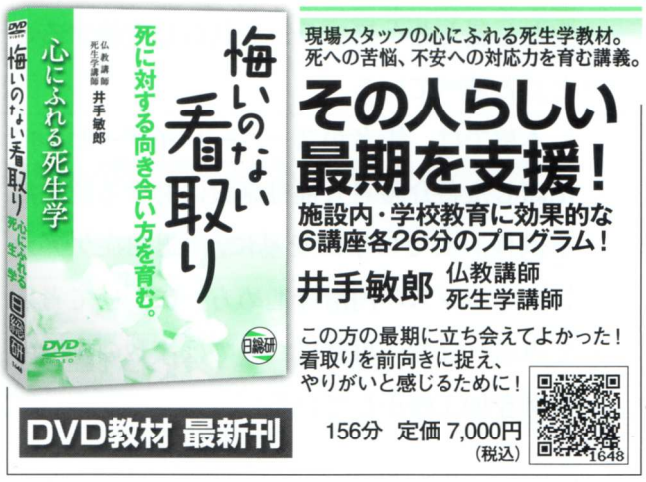
得られた情報・ニーズをチームで共有し，質の高いケアを実施するには，大川[3] が述べているように「各職種が自分の領域にだけ閉じこもるのではなく，記録の作成と閲覧を通じて利用者・患者とそのリハビリテーション・プログラム全般に関する情報・知識を共有し，常にチーム全体として対処することがチームワークにとって非常に重要」と言える。

当施設の認知症専門棟は主な生活の場が食堂（食堂兼談話室）であり，各専門職が多くの業務を食堂で行っているため，情報は比較的共有しやすい。恵まれた環境を最大限に生かし，「利用者の真のニーズは何なのか」を専門職としてアセスメントし，他職種の知識とスキルを学ぶと共に業務内容を理解することで職種間の相互理解ができ，多職種間の連携と協働を強化し，利用者や家族に満足してもらえる施設となるよう努力していきたい。

引用・参考文献

1）社団法人全国老人保健施設協会：新全老健版ケアマネジメント方式～Ｒ４システム～，実用版テキストVer.４，P.４.

2）小田桐正毅編著：介護概論，P.93，ヘルス・システム研究所，2004.

3）大川弥生：介護保険サービスとリハビリテーション―ICFに立った自立支援の理念と技法，P.24，中央法規出版，2007.

4）松田千登勢他：痴呆性高齢者の問題行動の経験頻度とその認識について―老人保健施設の職員アンケート調査による解析，大阪府立看護大学紀要，Vol.６，No.１，P.41～49，2000.