## 令和3年度老人保健健康増進等事業 「介護現場での自立支援促進に資するマニュアル作成事業」

# 介護現場での自立支援に関する 取組事例にみるポイント

# 目次

はじめに1	1
1. 自立支援促進加算の趣旨・目的2	2
1 ) 自立支援促進加算創設の趣旨	
2. 自立支援における取組のポイント	
1) 尊厳の保持に資する取組         2) 本人を尊重する個別ケア         ① 食事に関するケア       1         ② 排泄に関するケア       2         ③ 入浴に関するケア       2         3) 寝たきり防止に資する取組       3         4) 自立した生活を支える取組       4	8 4 !4
3. 自立支援の取組を支える基盤づくり 45	<b>-</b>
1)経営者・施設長のリーダーシップによる施設理念の明確化・共有と組織風土の醸成	.7 .8
4. モデルケース(個別の改善事例)50	)
<ul> <li>1)急激な歩行能力の低下をきっかけに活力低下が見られるも、ご本人らしさを取り戻すために自立支援を行い、状態の維持・改善が見られた事例(特別養護老人ホーム)</li></ul>	:3
5. 参考資料61	1
1)自立支援促進に関する評価・支援計画書6 2)令和3年度介護報酬改定に関するQ&A6	

## はじめに

- 「自立支援促進加算」は、2025年から2040年を見据えた令和3年度介護報酬改定に おいて、近未来のケアのあるべき姿を実現するための象徴的な加算として導入された。
- 自立支援促進加算における支援計画の着眼点は、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の支援」である。即ち、人生の最期まで尊厳を保障し、集団的流れ作業からの脱却、寝たきりの撲滅、さらには、自立した生活を支援し、構築していくことを視点とした取組が求められる。
- 本事例集は、これらに取り組んでいる施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、計7か所)へのヒアリング調査を踏まえ、好事例となる取組を抽出・解説するものである。
- 本事例集で紹介する取組は、施設種別に関わらず確認されたものであり、いずれの施設においても参考としていただきたい内容である。
- 施設それぞれにケアの在り方があるが、将来的には全ての施設が「尊厳の保持」と「自立支援」という介護保険本来の目的に資するケアを提供することが求められる。各施設の実情を踏まえつつ、他施設での取組なども参考にしながら、利用者の立場にたったケアの在り方を考えることが重要である。
- 本事例集がその一助となれば幸いである。
  - ※本事例集は令和3年度老人保健健康増進等事業「介護現場での自立支援促進に資する マニュアル作成事業」の一環で作成されました。

1

## 自立支援促進加算の趣旨・目的

## 1) 自立支援促進加算創設の趣旨

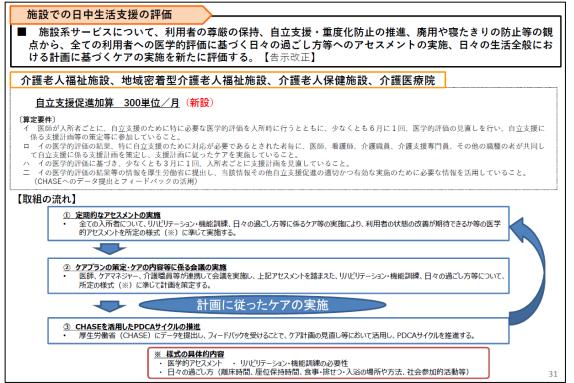
- 自立支援促進加算は、2025年から2040年を見据えた令和3年度介護報酬改定において、 近未来のケアのあるべき姿を実現するための象徴的な加算として導入された。介護保険の目 的である「尊厳の保持」と「自立支援」に資する取組を根幹としており、将来的に全ての介護事業所が取り組むことが期待されて創設された。
- 我が国において、寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害に要する医療・介護の費用やマンパワーは計り知れなく消費されているが、廃用性機能障害は十分に回復が期待出来るものであり、重度化防止に資する取組も多く、廃用性機能障害の防止は不可欠となっている。一方で、麻痺等による固定した機能障害に対しては、障害があっても ADL のみならず IADL を高め、社会参加につなげていくことが極めて重要である。
- 自立支援促進加算における支援計画の着眼点は、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の支援」の4項目である。即ち、人生の最期まで尊厳を保障し、集団的流れ作業からの脱却、寝たきりの撲滅、さらには、自立した生活を支援していくことを主眼としている。
- 中重度要介護者においても、リハビリテーションや入浴ケア等以外の日中の大半の時間をベッド上で寝たきりで過ごす状況では、ADL や QOL の向上を望むことは出来ず、ベッド離床時間や座位保持時間が長い程、ADL が改善することも示されており、日中の過ごし方が予後を左右する因子となる。また、ベッドを離床することが目的ではなく、ベッドを離床して何を行うかが重要であり、本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく視点を念頭において取り組むことが求められている。
- 食事は、一般の生活では車椅子ではなく、普通の椅子に座って行うものであり、前かがみ姿勢で摂取するため、椅子とテーブルの高さを本人の体格に合わせることが大切である。木製等の家具は、椅子やテーブルの足を切って高さを調整可能な場合もあり工夫が可能である。また、入所者が集団的に一斉に食事をする時間を設定せず、本人の長年の生活習慣を尊重した食事時間や起床時間に即したケアも存在するため、個々に応じた対応も推奨されている。施設の生活においても、好きな食べ物や調味料の嗜好等による満足感を高め、長年使用している慣れ親しんだ茶碗や箸を持ちこんで使用すること、季節や行事に因んだ食事の提供や誕生日の当日に誕生日食を提供することも喜ばれる取組となる。

- 排泄は、本来トイレで行うものであり、介助によりトイレで行える場合も多く、また、「おむつの卒業」の実践も数多く蓄積されてきており、尊厳への配慮から、例えば、多床室におけるポータブルトイレの使用は慎むべきものである。また、生理的な排便のタイミングや膀胱内の残尿量を想定した個々に応じた排泄リズムへの対応によるケアを提供することにより、本来の人としての「排泄」が支援出来るものとなる。
- 入浴は、本来毎日行うものであり、現行の「1週間に2回以上の入浴を行う」ことの基準下において、入所者全員の入浴回数が一律2回である場合は、現場の職員の配置状況を勘案しつつ、希望に応じて少しでも入浴回数を増やすことが出来るのかどうか、考えてみることが大切である。日本人の入浴は、肩まで気持ちよくお湯に浸かって心も体も癒される習慣に基づいており、機械浴槽を使用する入浴ケアは尊厳の配慮にも欠けることもあり、重度要介護者においても個浴による入浴ケアの取り組みが増加している。また、マンツーマン入浴ケアとは、担当の職員が居室まで迎えに行き、浴室へお連れし、脱衣、洗身、着衣等の一連の行為を介助し、居室まで送り届けるケアであり、利用者の搬送・脱衣所・洗身等の担当制による集団的流れ作業とは一線を画すものである。なお、重度要介護者に対しても、職員1人で個浴介助を行う技術も確立しているが、安全な入浴ケアを行うためには、入浴委員会の設置、マニュアルの整備、研修の実施等の組織的な取組による職員一人一人の介護技術の習得が欠かせない。
- 日中の過ごし方については、本人のニーズを踏まえ、願いや希望を叶える視点が重要である。 普通の生活では、起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションを とり、趣味活動に興じたり、本人の希望による外出や地域の社会資源の利用をしたりするもの である。その際、本人の意思に基づく日中の過ごし方の支援が重要となり、その本人の意思に 基づいた場面を引き出し、つなげていくことによって生活が構築されることとなる。例えば、認 知症の利用者においても、進行に応じて、出来る生活行為(IADL)で社会参加することが本人 の暮らしの支援につながる。また、居場所づくりとは、利用者の居室について、本人の愛着あ る物、例えば、長年使っている仏壇や家具、ご家族の写真等を持ち込むことにより、本人の心 の落ち着く環境をつくることであり、特に、認知症の利用者には有効な取組となる。
- 医療や介護現場でおむつや機械浴槽などの過去の生活にないことを極力排除し、普通の生活をどこまで実現できるかを心がけてきた。
- 誰も人生の最期まで自分らしく生き生きと暮らしたいと願われている。例えば、ある日突然、脳卒中を発症し、不幸にして意識障害や要介護状態になられる。好き好んで、病をきたし、車椅子や寝たきりの生活となっている方はいらっしゃるはずもなく、食事、入浴、トイレなど身の周りのことを他人に頼まないとできない状態は耐えがたいことである。病を来す前は、仕事に精を出していたり、家族との団欒を楽しまれていたりしていたはずである。本人の生きがいや人生で大切にされていたことに想いを馳せて、尊厳の保持と自立支援を実現することが自立支援促進加算の目的なのである。

## 2) 自立支援促進加算の概要

- 2021年度介護報酬改定において「自立支援促進加算」が新設された。
- 自立支援促進加算は、施設系サービスについて、利用者の尊厳の保持、自立支援・重度 化防止の推進、廃用や寝たきりの防止等の観点から、全ての利用者への医学的評価に基 づく日々の過ごし方等へのアセスメントの実施、日々の生活全般における計画に基づく ケアの実施を新たに評価するものである。

### 図表1 自立支援促進加算の概要



厚生労働省「令和3年度介護報酬改定の主な事項について」

- 算定に当たっては、自立支援に向けた支援計画を策定することが求められており、その 様式として「自立支援促進に関する評価・支援計画書」(p.60参照)が示されている。
- 支援計画は関係職種が共同し、訓練の提供に係る事項(離床・基本動作、ADL動作、 日々の過ごし方および訓練時間等)の全ての項目について作成するとともに、作成にあ たっては医学的評価および支援実績等に基づき、個々の利用者の特性に配慮しながら個 別に作成し、画一的な支援計画とならないよう留意することが求められている。また、 支援計画は、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の 支援」等の4つの視点の観点から作成することも期待されている。

2

## 自立支援における取組のポイント

## 1) 尊厳の保持に資する取組

- 利用者は誰もが望んで要介護状態になるわけではない。また、要介護状態になったからといって、それまでの長い年月においてその人の確立されたライフスタイル、生活史がなくなるわけでもない。要介護状態となり施設に入所することになっても、その後の生活はこれまでの人生の延長線上にあることを、支援者は十分に認識することが重要である。
- 出来るだけ、利用者のこれまでの生活スタイルに近づけ、最期までいきいきと、利用者本人やご家族が望む生活を続けられるよう支援するためのケアを行うことが重要である。そのためには、集団的流れ作業からの脱却、機械浴の見直し、おむつの卒業など、施設におけるそれまでのケアを見直す必要が生じる場合がある。
- また、施設入所時だけでなく、入所後も、都度、ご本人やご家族への意向を確認し、日々の関わりやケアに反映する姿勢が求められる。施設によっては、ご本人やご家族からの聞き取りだけでなく、日々の何気ない日常会話から意向を汲み取ったり、地域の医療機関や他のサービス事業所、ケアマネジャー等から利用者やご家族に関する情報を積極的に収集するなどしている。さらに、地域の知人・友人など、利用者のこれまでの地域での交友関係等を通じて、ご本人の価値観、生活史を把握し、ご本人に対する理解を一層深めてケアの検討を行っている事例もある。こうした取組のためにも、「2.4)自立した生活を支える取組」に挙げたような、地域交流のための取組も重要である。

### 1) 尊厳の保持に資する取組

私のライフス	トーリー		ライフサイクル 年齢	思春期・青年期 13~25 歳頃	成人期	
	椪		年号	昭和 28~昭和 40 年頃	26~40歳頃	
			暮らしの場所	MD-14 LO: - 四和 40 年頃	昭和 41 年~昭和 55 年頃	
イフサイクル	乳児期	学童期	一緒に暮らした			
龄	0~6 歳頃	7~12 歲頃	人. 動物等			
号	昭和 15 年~昭和 21 年頃	昭和 22 年~昭和 27 年頃	ライフイベント、			
らしの場所 緒に暮らした 動物等			学校・仕事・題味・生活状況、動 跡			
イフイベント、 交・仕事・趣 ・生活状況、軌	昭和 15 年出生	= 1 1 = 1 1	その頃の私の楽 しみ、辛さ、生き がい、思い出等			
の頃の私の楽 4、辛さ、生き い、思い出等					FA I S	
			その頃の出来事・時代背景等	S28テレビ放送開始、街頭テレビ 非電話登場 S29自衛隊発足プロレス(力道山) S30 森水と素ミルク事件 家庭電化時代到来 原環資料館開館	S43 三億円事件、学園紛争	
の頃の出来 時代背景等	S15 出版統制強化、丸刈り、 もんべ、贅沢品禁止 呉で戦艦「大和」竣工 S16 太平洋戦争開戦、芸名禁止 呉で戦艦「大和」竣工 S17 全国中学校野球中止 S19 広島県下初の空礁(B29) S20 広島に原爆投下 第2 次世界大戦終戦	S22 第1 次ペピーブーム S23 美空ひばりデビュー S24 洋裁学校全盤 S25 朝鮮戦争 広島カーブ設立 味噌・醤油の自由販売化 聖徳太子 1000 円札 S27 広島平和郷市記念碑(原爆死		582 広島市民球場完成 広島パスセンター開業 583 東京タワー建設 広島復興大博覧会開催 534 皇太子・美智子包結婚 535 高度経済成長期 536 高度経済成長期 540 広島民興駅完成	高度経済成長終わる S50 広島カーブ初優勝 S51 円高ドル安、ロッキード事 S52 日航機ハイジャック事件 S64 第2 次オイルショック S55 漫才ブーム、カーブ黄金期	
が関心を持っ	S21 日本国憲法公布 新円(100 円札、10 円札)	没者慰霊碑) 序幕	私が関心を持っ ていた事や流行 等			
いた事や流行					40 1, 5/2	

### 図表2 生活史の聞き取りのための様式例

- 尊厳の保持のためには、ご本人やご家族の意思決定支援は重要な取組の1つである。どのような生活を望むのか、どのような機能の改善を望むのかといったことはもちろん、日々の生活を送る上で、起床のタイミングや食事の内容、1日の過ごし方等についての希望を確認し、利用者がご自身の意志で生活できるよう支援することが重要である。
- また、尊厳の保持の取組は、看取りへの対応においても当然に求められるものである。 看取りへの対応とは、看取りのその瞬間に限定したものではなく、最期に至るまでのプロセスを充実させることであり、いかにその人らしく、ご本人やご家族が望む日々を過ごし、最期を迎えることができるかが重要である。
- 即ち、本人の意思を最大限に尊重し、医療・ケアチームと話し合って合意を形成し、その話し合いのプロセスを重視すると共に、話し合いから得られた結果を尊重するものである。看取りの時期が近付くにつれ、ご本人やご家族の気持ちは揺れ動くため、頻回に話し合うことが求められる。
- そのためには、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしながら、平時から利用者本人やご家族との対話を繰り返し、利用者や家族の希望を汲み取り、支援につなげることが求められる。そして何よりも、職員一人ひとりが目の前の利用者が何を求めているか、職員がその利用者のために何ができるかを日々に考えながら接することが求められる。

- 施設によっては、看取り後もご本人に敬意を払い、また施設職員とご家族との関係の重要性は変わらないという考えのもと、職員は必ず法事に参加するようにしている施設もあった。こうした取組は、残されたご家族の悲しみに寄り添うグリーフケアの実現にもつながっていた。
- なお、当たり前の事ではあるが、親を看取ったら「次は自分の番」である。看取りとは 単に「亡くなる親を見送った」という事だけではなくて、"次のバトンを受け継ぐ"事 でもあり、終わりではなく "始まり" でもある。"良いお別れ" をするという事が大 切であるのは、ご本人はもちろんのこと、そのご家族の "その後の人生" を紡いでい かれるからである。「最期をこんなふうに"多くの人に支えられて"迎えられるのなら、 私たちもこの先老いていく事は "もう怖くない"」と仰っていただけるような一翼を 担っているといえる。

## 最期までその人らしく生きるため、ご利用者・ご家族に寄り添ったケア

- ある施設では、最期までご利用者やご家族に寄り添ったケアを行い、望む生活・最期を実現できるよう、各職員が日常の関わりの中で信頼関係をつくりつつ、何気ない日常会話から、利用者の価値観や死生観を理解するように努めていた。
- また、例えば、状態が悪化して入浴が難しいような場合でも、ご本人が入浴を希望した場合には、医師に相談し、安全に入浴ができるよう看護師も付き添いながら入浴をするなど、できる限りご本人の意向に沿った対応を行っていた。通常週2回としている入浴回数も、ご意向に合わせて3回以上とするなど、安全面にも配慮しながら柔軟に対応していた。こうした対応は、ご本人からは大変感謝されており、またご家族からも、手厚い対応に対する感謝と信頼が寄せられていた。
- なお、人生の最終段階において、人間は意識がないように見える場合でも、最期まで耳が聞こえていると言われている。そのため施設では、常に利用者に声掛けをするとともに、ご家族に対しても、最期まで声掛けや手を触れるといった交流を促す等の対応も取られていた。ご家族がどうしても看取りの瞬間に間に合わない場合には、職員の機転でご家族と電話をつないで最期の瞬間まで声かけができるようにするといった対応もあった。
- ご本人・ご家族に寄り添ったケアを職員一人ひとりが考え、実践することが、ご本人の尊厳 の保持にもつながっていた。
- その他、ある施設では、ご利用者が亡くなられた場合、担当の職員は必ず法事に参加するようにしていた。こうした対応は、ご利用者に対する敬意の現れであるが、法事での訪問がきっかけでご家族の想いを傾聴したり、お困りごとについて把握し対応するなど、残されたご家族への支援にもつながっていた。看取りの後も含めたプロセスへの関わりが重要であると考えられる。
- なお、基本的なことではあるが、利用者と接する際は、人生の先輩として敬う心が大切であり、接遇の際も子どもをあやすような声掛けは望ましくないことは肝に銘じるべきである。

- 利用者それぞれに長年にわたり定着した習慣に基づくライフスタイルがあり、施設の都合でライフスタイルを変えることは辛いものである。そのため、できる限り習慣を継続できるようにすることが大切である。
- 起床時間、食事・入浴・排泄の時間やその内容、日中の過ごし方、就寝時間などは、本来、利用者自身が自由に選ぶことができるものであり、本人の尊厳の保持、自立支援の観点からも、施設の業務都合を利用者に押し付けるのではなく、それぞれの日課や希望、生活リズムに沿ったケアの提供が求められる。

図表3 利用者ごとに異なる生活時間の様子(イメージ)

	Aさん	Bさん	Cさん	• • •
6:00			目が覚める・起きる	
6:15	目が覚める		着替える	
6:30	下着を変えてもらう		トイレに行く	
6:45				
7:00			部屋で過ごす	
7:15	起きる	目が覚める		
7:30	服を着替える	起きる		
7:45		トイレに行く	リビングに行く	
8:00	歯を磨く	服を着替える	家事活動をする	
8:15	顔を洗う	顔を洗う		
8:30	朝ごはんを食べる			
8:45				
9:00		朝ごはんを食べる		
9:15				
9:30			朝ごはんを食べる	
9:45	薬を飲む	薬を飲む		
10:00				
10:15				
10:30				
10:45				

- そのための有効な方法として、24時間シートを活用した生活リズムの把握とケアプランの作成が挙げられる。24時間シートとは利用者ごとに作成するものであり、起床から就寝まで、1日の過ごし方を細かく記載するシートである。その際、それぞれの日課や嗜好、ご自身でできること、介助が必要なこと、注意点なども書き込むことで、多職種が関わる際にも個別的なケアの提供が可能となる。
- ある施設では、24時間シートの作成に当たって、本人や家族からの生活リズム・日課等の聞き取りに加えて、入所後2週間を目安に、施設内での生活の様子を細かく記録することで作成していた。また、多職種によるADL動作等の評価も行い、自立支援に必要なケアについても24時間シートに落とし込んでいた。利用者の生活時間や嗜好、希望も踏まえて、利用者と多職種が一緒になって作り上げていく視点が重視されており、それにより作成された24時間シートは、個別ケアの根幹となっていた。

図表4 24時間シートの例

<b>#</b> 41	田孝桂起 (合和	02年07日01日(十)吐	占)			HB M 1				
	用者情報(令札 屋グループ:	03年07月01日(木)時	点)			欄外 1				
郡		年齢:93歳				欄外 2				
		1 111 1114	R06. 02	. 29 (352021-00000080	054)	10071 2				
	成者				,	欄外3				
富	永誠									
	時間	生活リズム	計画番号	意向・好み ●本人 △家族 ○観察	自分ででき	ること	サポートが必要なこと	留意	気を付けること	
8	07:55~08:00 07:55~08:00	下着をかえてもらう	#2-⑤	○ 観察 - 8時ごろ - 20 表 - 20 A -	き上がろうとも ・ ☆手伝すり ・ ☆手伝すり ・ 女手伝すり ・ 女子が ・ 女子オルでき ・ ボールで ・ ボールのの ・ ボーのの ・ ボールのの ・ ボーのの ・ ボーの ・	の	【ケアブラン内容】 (#2~5) 【ケアブラン内容】 (#2~5) 【ケアの手順】・「おはようございます」の発語を促す。 ・声かけをして膝を立ててもらい、膝を介助バー側に倒す。 ・寝返りができたら少しベッド頭もとを挙上する。「起き上がろうとしてくださいね。 イチ・ニーのサン」と声をかけ足をベッドの下に降ろしながら肩を右手で支え起き上がり介助・産り直しをしてしつかりと介助バーに翻まっていただく。 ・靴をはいていただく。※その際、産位パランス悪い為、片手は肩を支えたまま離さない。 ・両手で介助バーに翻まってもらい「少しお尿の位置を変えるので立とうとして下さいね。イチ・ニーのさん」ななめ浅産り分助する。右足を少し前に出し単格子を設置「こっちに移りますね、立ちますよ。イチ・ニーのサン」本人が動き出したらお尻を支えゆっくり単椅子の産面に誘導する。 排泄用品】 継バンツL、夜安心多いフラット+ワイドパット陰部縦巻き 【排泄ケア手順】・声かけしズボンを下げパット確認。排尿のみなら陰部に巻いてあるパットのみ交換する。  【ブラン内容】 (#1-④⑦) 【ケアの手順】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		足の踏みかえが十分に行えないた 終記をりや右足を可いしスト	
	08:05~08:10	リビングに行く								

## 図表5 24時間シートを作成するための情報収集:暮らしの情報シート

暮らしの情報シート 氏名:					
ご自宅での暮らしの様子や、ぺあれんとで希望で	する暮らし方を教えてください。 ** **続できるよう、職員の関わり方の参考とさせてくださ				
すまでの暮らし方やこにわりかへあれんとでも根 しい。	を できるよう、 職員の 関わり力の 参考 とさせ くくにさ				
<起床について>	<食事>				
-朝は何時頃に起きますか?	・朝食は何時頃がいいですか?	(	<食事と食事の合間の過ごし方について> ・午前中(朝食後から昼食前まで)は 何をして過ごしますか?	(	)
・朝起きたら最初に何をしますか?	・朝食で希望はありますか?	(	・午後(昼食後から夕食まで)は何を して過ごしますか?	(	)
朝ご飯までは何をして過ごされますか	( ・朝、必ず食べるもの、飲むものはあ りますか?	(	・晩(夕食後から就寝まで)は何をして 過ごしますか?	(	)
・カーテンはいつ開けますか?	( ・昼食は何時頃がいいですか?	(	・趣味や興味のある事は何ですか?	(	)
・部屋の電気はいつ点けますか	( ・昼食で希望はありますか?	(	・得意な事、苦手な事は何ですか?	(	)
・着替えはいつされますか?	(・昼、必ず食べるもの、飲むものがあ	` (	・家事はされますか? (洗濯、掃除、食器洗い、買い物、料理な	(	)
・好きな服の趣味は? (色や柄、形、薄着、厚着など )	りますか?		ど) ・好きなテレビ番組、音楽、ラジオ	(	)
・靴下は履きますか?	・夕食は何時頃がいいですか?	(	は? ・毎日欠かさずすることはあります	(	,
・朝の歯磨きはいつしますか? (起床時、朝食後など)	・夕食で希望はありますか?	(	か? ・生活の中でのこだわりはあります	(	,
・洗面はいつしますか?	・夕食で、必ず食べるもの、飲むもの はありますか?	(	か?	(	)
・整髪はいつしますか? (男性の場合は髭剃りはいつ?)	(・食べる場所はどこがいいですか?	(	・昼寝はしますか?	(	)
・その他(朝に必ずすることはありま	・どんな味付けが好きですか?	(	・外出の希望はありますか?どこへ 行きたいですか?	(	)
すか?) <排泄について>	· C N/4 9K19 17 1/1972 C 9 10 :		<ul><li>・決まった運動や訓練はしていますか?</li></ul>	(	)
・排泄のリズムや希望はあります か?	・誰と食べたいですか?	(	<ul><li>・職業は何をされていましたか?</li><li>・馴染みのものや追具にあります</li></ul>	(	)
・排便の間隔はどのくらいですか?	( ・お酒は飲みますか?	(	か? (例:形見の鏡、カラオケセット、 ブランドのバッグ、 お茶の道具 ・・・など	(	)
・使いたい用品はありますか?	・アレルギーや嫌いなものはあります か?	(	・信仰について	(	)
・その他	(・その他	(	その他	(	)
	──   <間食について>	`	<入浴について> ・何時頃に入りたいですか?	(	`
		,		(	)
	·好きなおやつはなんですか?	(	・湯加減は熱め?温め?(温度は?) ・お風呂に入つたら先に何をします	(	)
	・好きな飲み物はありますか? (熱め、温め、冷たい など )	(	か? (湯船につかる、身体を洗う	(	)
		(	<ul><li>・入浴時のこだわりは(髭剃りなど)</li><li>・シャンプーや石鹸、タオルのこだわ</li></ul>	(	)
	・どこで食べたいですか?	(	りはありますか? ・どのくらいの時間入りますか? (長湯、カラスの行水 など)	(	)
	- その他 -	(	・その他	(	)
			<就寝・夜間について>	•	,
			<ul><li>カーテンは何時に閉めますか?</li></ul>	(	)
			・歯磨きはいつしますか?	(	)
			・何時頃ベッドに入りたいですか?	(	)
			・寝巻きには着替えますか?	(	)
			・寝ているのはベッド?布団?	(	)
			・何時に電気を消しますか?	(	)
			<ul><li>・寝るときの電気の明るさは?</li><li>・寝るとき、部屋の鍵は閉めますか?</li></ul>	(	)
			・夜中にお腹がすく事がありますか?	(	)
			・夜間はよく眠れますか?	(	)
			<ul><li>・夜間のトイレはどうしていますか?</li></ul>	(	)
			<ul><li>・夜間に用意しておくものはありますか?</li></ul>	(	)
			·その他	(	)

作成の手順やポイントとして、次のような取組事例があった。

## 24時間シートの作成プロセス(例)

■ ある施設では、次のような手順で24時間シートを作成していた。

## STEP1 情報収集

√ご本人・家族への聞き取りと、入所後の様子の観察の両面から情報収集を行う。

## 【聞き取り】

ご本人・家族から、負担の生活リズム等について聞き取りを行う。ご本人・家族によっては対面で話しづらい場合もあるため、適時アンケート形式で書面に記載していただいた り、ケアで関わる際にさりげなく聞き取るなどもしている。その他、入所時の問診やケアマネジャーのアセスメント情報、日々のケア記録などからも情報を読み取る。

## 【観察】

ご本人から十分に情報が得られない場合は、日々の関わりの中で様子を見ながら情報を収集する。例えば、「牛乳は温めて提供したら、よく飲まれた」という様子が情報として得られたら、「牛乳は温めて飲みたい」という意向があり、「牛乳を電子レンジで2分温めてお出しする」というケアをする、ということになる。

## STEP 2 24 時間シートへの記入

- ✓ 収集した情報を24時間シートに記入する。
- ✓情報が担当職員だけの視点に偏らないように、ユニット会議でユニット職員に確認したり、ミニカンファレンスを本カンファレンスの前に実施して、多職種からみた情報も追加する。
- ✓なお、ポイントとしては、シートの作成には相当の時間を要するため、意識して作成する時間を捻出・確保する必要がある。また、最初から完璧なシートを目指すのではなく、まずは起床・就寝時間や食事の時間、ご本人の特別なこだわりなどのみでも良いので書き込むようにする。そこから、ケアプランの見直しのタイミング等とあわせて3か月ごとに情報を更新したり、日々の関わりの中で新たな情報が得られた場合に一時的に記入しておくなどして、徐々にシートを充実させる視点が重要である。

## STEP3 記入後の確認

- ✓カンファレンスにて、ご本人・ご家族にも24時間シートの内容を説明し、ケアプランとー緒に同意を得る。
- ✓ その上で、24時間シートの情報をもとに支援を行う。

- なお、24時間シートを活用するためのポイントとして、大きく次の3つが挙げられる。
- 第一に、1日の24時間の様子の記録である。例えば、ある施設では、24時間シートの情報に 沿って、実際の生活の様子や実施したケアの内容、その結果を記録するような独自の記録 様式を活用していた。このような様式を活用することで、施設都合の集団的流れ作業の ケアから、利用者一人ひとりに合わせたケアの提供につなげていた。

利用者 要介護 4 RO3. O3. O1 ~ RO6. O2. 29 (352021-0000008054) 介護度 対象期間 令和04年03月04日(金) 00:00 ~ 令和04年03月04日(金) 23:59 24生活汁 記録 記録 実施 時刻 東 地 東 支援 生活リズム ケア記録項目標 生活リズム 数值 単位 借去權 担当者 R04. 03. 04(金) 0 00:00~01:00 寝ている 0 00:20 02:10 休の向きを変えて休の向きを変えてもら もらう 04:10 寝ている 入服 若支無 ( 05:40 下着をかえてもら 排尿 (おむつ) | 5 | 05:45~05:50 | 休の向きを変えて O | 1-5 | 05:45~05:50 | 休の向きを変えて O | 1-5 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | 07:40~47:50 | う| | 05:45 体の向きを変えて体の向きを変えてもら もらう 06:00 寝でいる 07:40 顔を洗う う 入眠 著変無し 07:40~07:50 目が覚める :Kāp 07:50~07:55 起きる 07:55~08:00 下着をかえてもら 〇 8 08:00~08:05 顔を挽う 08:10 下着をかえてもら 排尿 (おむつ) 0 18:15 リピングに行く リピングに行く (08:20 朝ご飯を食べる 食事朝主食 金重朝主華 08:05~08:10 リピングに行 0 08:10~08:40 場に数を食べる 08:10~08:40 場に数を食べる 08:50~08:55 運を飲む 08:50~09:00 体調を見てもらう 09:00~08:40 リビングで過ごす 09:50~09:55 問題に得る 09:55~10:00 現る 1030 09:39 体調を見てもらう 体温 36, 6°C 販拍 73回/分 Ö 加圧上 血圧下 09:50 歯磨きをする 口腔ケア 動作変わりなく入られる。立位もまずまず良 ハ。入浴後ワセリン塗布 10 10:00~10:05 下着をかえてもら - 1 -R-SGS-2014-0001

図表6 24時間シートに基づくケアの実施と記録(例)

- 第二に、24時間シートをもとに、ケアの検証を行うことである。利用者の状況は日々変わるため、当初のケア内容で問題がないかどうかの検証を定期的に行うことが必要である。
- ある施設では、24時間シートに基づいて、今行っているケアを確認し、職員によって異なるケアになっていないどうか、そもそも24時間シートに記載したケアの内容が適切であるかどうかについて、多職種が参加する会議で定期的に確認・協議するようにしていた。こうすることで、職員間での個別ケアの統一、事故予防、クレーム予防につなげていた。事故が起きた時、クレームがあった時などにも、24時間シートに基づき対応に問題がなかったか確認・検証を行っていた。

- 第三に、24時間シートを定期的に更新することである。利用者の状態は日々変化するため、 一度作成した24時間シートは状況に応じて更新しなければならない。ある施設では、ケアプランとともに3か月に1回、24時間シートの見直しをしていた。随時新しい情報を追加・更新することで、利用者の暮しの変化に合わせた支援を継続することができていた。
- なお、利用者一人ひとりの生活時間にあわせたケアの提供は、一見すると施設側の業務 負担が増えるように思われるが、実際に取り組んでいる施設からは、業務のピークを分 散することができ、職員の負荷が軽減されるといった声が聞かれた。個別ケアの実施は、 職員の負担を軽減し、ケアの質を高める点でも有用と考えられる。

以降では、支援計画の中でも取り上げられている「食事」「排泄 (日中/夜間)」「入浴」の 3つに着目し、本人を尊重する個別ケアについてご紹介します。

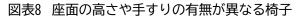
## ① 食事に関するケア

- 食事は多くの人にとって生きる楽しみの1つであり、低栄養状態を予防し、可能な限り自立した生活を維持するためにも非常に重要な要素である。誤嚥や栄養バランス等に十分に注意しながらも、可能な限り最期まで、直接口から味わって食べることができるよう支援することが求められる。
- 医師による医学的判断のもと、嚥下機能の評価や利用者の状態に合わせた食事形態の選択など、誤嚥等を防止し安全に食事をするための対応が重要であることは言うまでもない。しかしながら、どのような状態の利用者であっても、最期まで、口から食べられる可能性があることは常に念頭に置いて関わるべきである。直接口から味わって食べ、食事を楽しめるようするために、多職種が連携して各々の専門性を発揮することが重要である。
- なお、例えば、誤嚥を防ぐため、利用者がしっかりと覚醒している時間帯に食事を提供するといった対応もポイントとなるが、そのために前述の24時間シートの活用は有用である。個別ケアの実践により作業のピークを分散させることで、利用者一人ひとりへの対応に十分に時間を確保でき、食事を美味しく楽しんでもらえるような関わりが可能となる。食事介助を単なる作業と位置づけず、職員が一緒になって食事をとりながら楽しむなどの姿勢も重要である。
- その他にも、自立支援に取り組む施設では、自宅にいるときと変わらない食事環境を整え、以前と変わらない食事の楽しみを感じてもらうため、様々な対応・工夫が取られていた。
- 例えば、食事をする環境を整えることである。そもそも、食事は、車椅子やベッド上で行うものではなく、普通の椅子に座って摂るものである。医学的な理由がある場合を除き、全ての利用者が車椅子やベッドから離れ、椅子に座って食事ができる環境を整えることが必要であろう。
- 安全に食事をするためには、利用者が安定した座位を保持しながら、前かがみの姿勢をとる必要がある。そのためには、日頃からのリハビリテーションによりご本人の身体機能を維持・改善することはもちろん、テーブルや椅子の高さを利用者ごとに調整するなどした環境整備が必要である。施設によっては、座面の高さや手すりの有無が異なる椅子を複数種類用意し、リハビリテーションスタッフの評価のもと、利用者に合った椅子を選んでいた。さらに、利用者ごとに椅子の足の長さを切って調整するなどして対応している場合もあった。また、テーブルについても、高さの異なるテーブルを複数用意したり、高さを調整できるテーブルを用いている施設もあった。

図表7 食事の風景







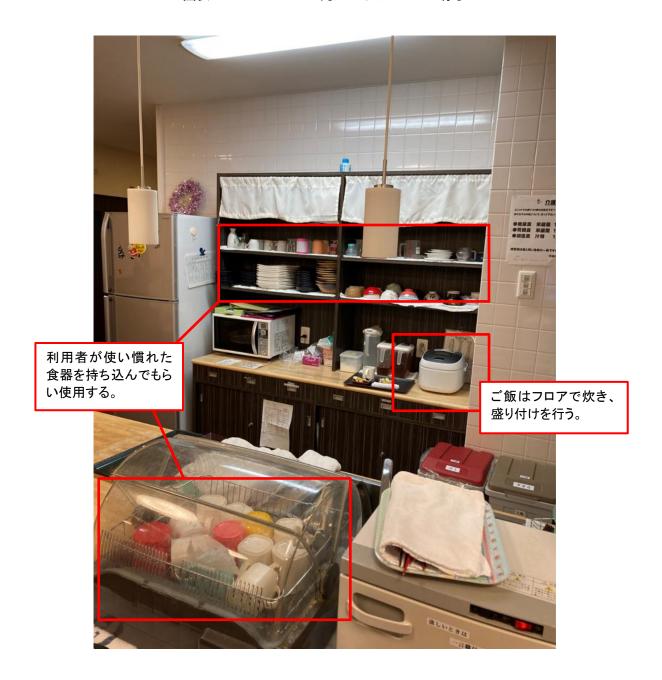


図表9 高さの調整ができるテーブル

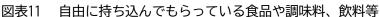


■ また、自宅と変わらない生活に近づけるよう、慣れ親しんだ食器等を施設に持ち込んで使用してもらうことも大切である。さらに、生活空間である共有スペースで職員や利用者自身がご飯や汁物について調理や盛り付けを行うといった施設もあった。朝、ご飯の炊ける匂いで目を覚ます、自分たちで思いおもいの食事を用意し食べるといった、当たり前の生活に近づける取組が重要なのである。

図表10 リビングの一角にあるキッチンの様子



- 第二に、食事を摂る時間に関する対応である。本来、食事の時間は利用者ごとに異なる。 自宅で過ごす際には、好きな時間に食事ができる。施設においても、そうした生活を維持できるよう、一律に食事提供の時間を定めるのではなく、利用者ごとに食事の提供時間を変えるなど、それまでの利用者の習慣に配慮した対応が取られていた。
- 利用者によっては、その日の体調や食欲によって、いつもの時間に食事を摂れない場合もある。そのような場合、施設では、日々、利用者に対して意向を確認し、可能な限り利用者の希望にあわせた時間に食事を提供するといった対応も取られていた。
- また、体調不良や食欲不振等のために施設の食事が摂れない場合に備え、いつでも食べられるレトルト食品などの常備食を用意したり、好みの食品・調味料・飲料等を持ち込んでもらっている施設もあった。好きな時間に飲食ができるよう、共有スペースには一通りの家電を常時設置し、自由に使えるようにしている施設もあった。
- このような取組を通じて、利用者が食べたいときに、食べたいものを食べられる環境を整えることは、食事への意欲、生活の質の向上につながるものと考えられる。





好みの調味料を持ち込んでもらい、食欲がわかないときや味を変えたいときに自由に使ってもらう。

図表12 常備食







- 第三に、食事内容・食事形態に関する対応である。入所時に、本人の嗜好(食事内容や飲料の種類・温度等の好み)を確認し、言語聴覚士や管理栄養士による嚥下機能の評価やアセスメント結果等も踏まえた上で、本人の機能と嗜好に配慮した食事の提供を行うといった個別の対応が取られていた。誤嚥等につながらないよう、管理栄養士等が随時ミールラウンドを行い、摂食状況や嚥下状態などを確認しながら、食事形態の見直しや使用する器具についても検討を行っていた。
- そうした専門職の関わりのもと、日々、利用者に対してその日の食欲や食べたいもの・飲みたいものを確認した上で食事を提供するなど、柔軟な対応が取られていた。施設によっては、毎日、その日の気分で朝食を和食/洋食を選べるようにするなどの対応を行っているものもあった。
- また、食べる楽しみや満足感の向上のためには、見た目や味、季節感等も重視した対応が重要である。具体的には、管理栄養士や調理員等が連携しながら、個人の嗜好や見栄え等に配慮した食事の提供がなされていた。例えば、常食が難しい場合でも、味や見た目が変わらないソフト食を施設内で調理する、季節感を大切にして施設内で取れた季節の食材を使用する、祝日や誕生日などのイベントに応じて行事食を用意するといった対応が取られていた。こうした対応は報酬上評価されることはないが、利用者には大変喜ばれており、施設においては個別ケア・尊厳の保持のための重要な取組の1つとして位置付けられていた。

図表13 ある施設における食事形態の分類とソフト食

食事形	学会分類	概要	対象者
態	2021**	似女	<b>对</b> 承有
ソフト ③	嚥下調整食3相当	<ul><li>・ 形はあるが歯がなくても口腔内で押しつぶし、食 塊形成が容易なもの(舌でつぶせる)</li></ul>	• 咀嚼・食塊形成が困難で、咽頭への送り込み・嚥下に問題がある利用者
ソフト ①	嚥下調整食 4相当	<ul> <li>形があり、硬すぎず、ばらけにくく、ねばりつきにくいもの。箸で切れる硬さ(歯茎でつぶせる)</li> <li>おやつ・果物は基本的に常食と一緒</li> </ul>	・ 咀嚼・食塊形成 が不十分な利 用者
軟菜食			• 咀嚼機能が低 下している利 用者
常食			• 咀嚼・食塊形成 に問題のない 利用者

<sup>※</sup>一般社団法人日本摂食嚥下リハビリテーション学会「嚥下調整食学会分類 2021 (Japanese Dysphagia Diet 2021 by the JSDR dysphagia diet committee (JDD2021))」

図表14 ある施設における行事食(上段:常食、下段:ソフト食)





## <u>ソフト食の調理(例)</u>

■ ある施設では、材料や調理法を工夫しながら、ソフト食も普通食と同じ献立で提供 していた。







■ ソフト食の調理の際には、「食材の選択」、「つなぎの工夫(食材そのものを利用)」、 「油脂の利用」、「調理器具の選択」「調理方法」「野菜の切り方」などについて、 様々な工夫がなされていた。

(次頁へ続く)

①食材の選択: 繊維の少なく柔らかいもの、脂肪の多いものを選ぶ。

魚類…カラスカレイやスズキなど

肉類…脂肪の多い薄切り肉、ミンチなど

野菜類…山芋、里芋、サツマイモなどの芋類

白菜・キャベツなどの葉物野菜

そのほかに、かぼちゃやナス、ブロッコリーなど

②つなぎ: 素材のテクスチャーを変化させたり、元の形に整形したりするときに使う。食塊を作りやすくする。

例えば、以下の3つはソフト食のお肉の種を作るときのつなぎに使う。

山芋のペースト…山芋を適当な大きさに切り柔らかく加熱し、ミキサーにかける

玉ねぎのペースト…玉ねぎをみじん切りにし脂でしっかり炒め、ミキサーにかける 卵の素…卵黄と油を1対1の割合で使用し、マヨネーズ状になるまで少量ずつ乳化

その他にも、次のようなつなぎを使う。

卵白…メレンゲ状に泡立てる。無味無臭のため、食材の味を損なわずに食感だけを 変化させることができる(魚のミンチのつなぎや、麺類のつなぎに使用)

上新粉…米の粉。片栗粉に比べて、粘度が少なく、噛み切りやすいため、揚げ物の 衣などに使用。

③油脂の利用: 滑りをよくする マヨネーズ、練りごま

食材をマヨネーズで和えるなどするだけで、まとまりやすく、滑り

がよくなり食べやすくなる

④調理器具の選択: 圧力鍋やミキサー、フードプロセッサー

⑤調理方法の工夫: 魚の皮は取り除く、とろみがついた餡をかけるなどすることで、

柔らかく、のどの滑りもよくなる

⑥野菜の切り方

皮をむく…トマトやなす、パプリカ、かぼちゃなどは皮は硬いが、中はとても柔ら かいため、皮を取り除いて柔らかく調理すれば、小さく切り刻まなくて も食べることができる

繊維を切るように切る… 噛み切りやすい

短冊切りや拍子木切りにきる…大きなお口を開けれない、舌で押しつぶす力が少ない方でも口の中に取り込みやすくつぶしやすいということでこの切り方を多く使用している。

すりおろす・ペーストにする…隠し包丁を入れる。例えば茄子の田楽は格子状に隠し包丁を入れるとスプーンですくいやすくなる。

## 【繊維を断ち切る野菜の切り方】





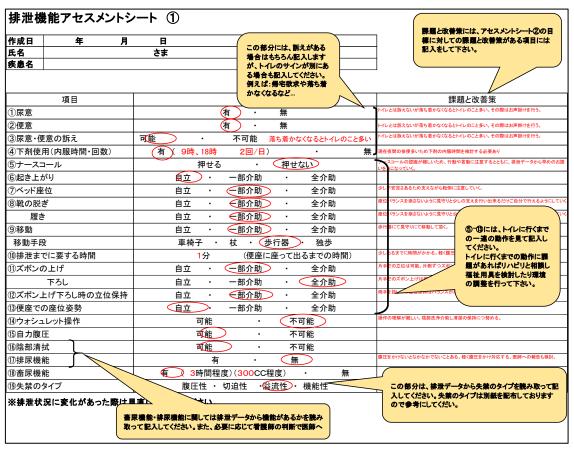
## ② 排泄に関するケア

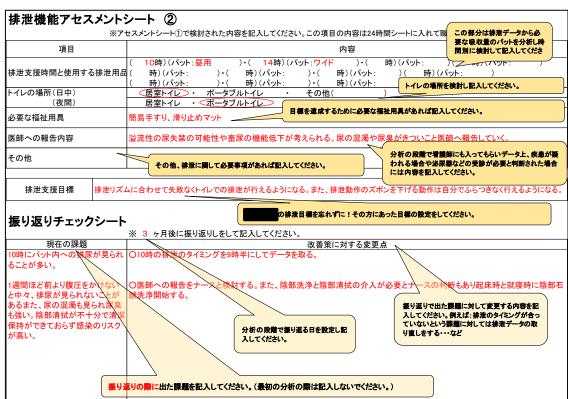
- 排泄は、プライバシーへの配慮等の観点から本来はトイレで行うものであり、要介護状態であっても、適切な介助により、トイレで排泄を行ったり、おむつを卒業したりすることが可能である。とりわけ、おむつやポータブルトイレの常態的な使用は適切な介助がなされてない結果と言っても過言ではなく、極力使用すべきでない。
- ▶イレで排泄するためには、生理的な排便のタイミングや推定される膀胱内の残尿量の 想定に基づき、利用者ごとの排泄リズムを考慮したケアを提供することが求められる。 例えば、おむつ交換1つとっても、排泄リズムや本人が希望する時間等に沿って実施す べきであり、利用者の希望等を踏まえず、夜間、定時に一斉に巡回してすべての利用者 のおむつ交換を一律に実施するような対応は全く想定されない。
- 施設では、全ての利用者について、個々の利用者の排泄ケアに関連する情報等を把握し、 支援計画を作成し定期的に見直しを行っていた。具体的には、毎食の食事量・水分摂取 量を記録するとともに、排便・排泄があった際には、量も含めて何時何分に排泄があっ たかも記録していた。こうした記録を日々つけることで、仮におむつをしている場合で も、排便・排泄前にタイミングを見計らい、職員が利用者に声をかけてトイレに誘導、 排泄を促すことができていた。

図表15 排泄リズムや排泄量に関する記録の例

				Взз			_ 生活	チェッ	ク表			睡眠 〇覚i		頃眠 >	・ 睡眠	排泄	排尿	段···ト· 汞···〇 便量目	排	更…厶	ブリスト	・ルスケ	意・尿が ール数 中=バ	値		パナナ	半分
		食事		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	8,	10-10	睡眠		0	0	0	1	()	$\overline{\bigcirc}$	$\bigcirc$	(2		$\geq$	12	$\circ$	9	0	$\bigcirc$	Q	5		9	9	X	X	X
2	7	10,0	水分				<u></u>					350				2.08		12290	14>30	(6-3	d/:		2.00	9	,		T
200	,	18	トイレ				<u> </u>	<u></u>			ļ	-		(30)	-					<u> </u>			(50)	<u> </u>			
- 1	_	ويّص	オムツ	(450)					<u> </u>	(130)	-	_		_	(t/J)		-	X(60	4	(200	2		329				
- 1	8.	10,0	睡眠		_:_X	X	X		9	9	9	0	Δ	Δ	Δ.	300	0	2	9	0	0	0	LQ	Q	0	0	0
- 1	6	مرثه	水分						ļ			150		_			_		300	-			150,	2			<u> </u>
- 1		:4:17	トイレ								12×0			(110)	(20)	<b>(30)</b>		(30)		150	-	676	}				
ŀ	-	ιèιο	オムツ				<u> </u>	-			测定	-		(F)	Üν	20		(96)	1	1.	-	スナレ	1		_		—
4	٦,	1010	睡眠 水分	9	<u>, (,)</u>	9	$\times$	<u>_x</u>	_X	_×_		200	$\triangle$	-9	Q	200	Q.	Q	300	0	9	0	250	2	9	0	12
	9	1010	トイレ									20-		80				100		100		-	2300	(50)			├
- 1	/	(0 9	オムツ	625	,						700		No.	(90)	25		(100)	150		160)			<b>)</b>	(33)			├
t	╛		睡眠	O	0	0	a	. 0	0	Ó	9	0	9	Q	0	0	Q.	9	-	0	0	0	0		X	X	x
8	/	(0)	水分			V					_	400				150		12E)	150	-5/	9	4	Food	30	-		1
- 1	8	10	トイレ	120)					(BY)						7. 1		(50)			+			200	100	~		
-		1000	オムツ	(125)					(30)						(170)		(35)		tw.	<u> </u>			2(0	356			
ı	$\neg$	10-60	睡眠	Ý	X	X	X	X	7	0	9	2	9	0		126		0	9	7	0	9	0	0	9	0	0
- 1	/	100	水分	-/-		_			7-			400	16.1			125	/						150			. ŭ.	~
۱	9	ſο	トイレ										150	をし	18 6	Fi c	טטב	D771	y i	Both							
L			オムツ											AC	Tu	ない	w	+ C(2	11277								
Г	$\exists$	50	睡眠	Q	X	X	X	X	x	X	X	0	9	9	<u>a</u>	0	9	9	0	0	0	9	dr.o	0	0	2	0
	/	670	水分				`					325	401			200			2.00				a56				
- [	19	ره	トイレ										250		150		150			18-0		175					
L		10 1	オムツ										200	_	180	_	ない			180		180				]	
-1		0,0	睡眠	X	_X	X	X	X	X	$\cup$	0	Q	O	(,)	Q	Q	9		<u> 26</u> ∂.								
	1		水分									300	1000			200			-							$\rightarrow$	
- 1/	1		トイレ	(22)		_				(A)			180		700		200			-				-		$\dashv$	
-	4		オムツ	5/5/		-				则红	E		m	<del></del>	184	-	120	<u>′</u>									
-	,		睡眠				-			-																-	
- [	1	$\blacksquare$	水分			[-																	-		-		
	-		トイレ							-				$\dashv$						-			_				
L			オムツ					<del></del>								-											

図表16 排泄機能に関するアセスメントシートの例





● また、施設によっては、利用者ごとに適した方法で排泄介助がなされるよう、利用者ごとの排泄介助方法を一覧化し、職員間で共有している事例もあった。

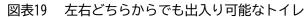
図表17 排泄介助方法を職員間で共有するための取組例:排泄介助方法の一覧

排泄	介助	方法	表~	西~ パッド フラット ワイド パッド パッド	布パンツ 失禁パンツ	リハバシ	オムツ		更新日 2021/12/1	
			日	中				夜	間	
氏名	下着形態	時間	方法	注 意 点	氏名	下着形態	時間	方法	注 意 点	
	ワイド	4時間	トイレ	特になし(不穏時は時間を置き誘導)	1	ワイド	4時間	パッド	日中同様	
	リハパンM	自立	トイレ	自立だが汚されることあるので確認は必要。 トイレの流し方がわからないので流してあげ る。		リハパンM	自立	トイレ		
	3/V CM	自立	トイレ	汚れていないか確認させていただく。	1	MCVVI	自立	トイレ	利用者ごとに、日中・ ぞれについて、下着の	
		4時間	パッド	朝食後はトイレ誘導(血圧低い際は居室でパッド交換)		オムソレバッド・フラット	4時間	パット	ド、おむつ等)、介助の	の時間・タイ
		訴え時	トイレ	転倒注意なので必ず付きそう。	1	パッド	訴え時	トイレ	ミング、排泄方法、介. 点を一覧化することで	
	布パンツ	自立	トイレ		1	布パンツ	自立	トイレ	用者ごとの介助方法な	が分かるよう
	ワイド	4時間	トイレ	定時誘導。	5	リハバンM バッド・プラット	4時間	パット	に工夫している。	
	ワイド	3時間	トイレ	ご自身で行かれるときもあるが行かれない場 合は誘導。	-	リハインM ワイド	訴え時	トイレ	日中と同様	
	オムツレバッド・フラット	4時間	パッド	右麻痺なので巻き込み注意。		オムツレバッド・フラット	4時間	パッド	日中と同様	
	リハインL パッド	訴え時	トイレ	排尿があるか確認させて頂く。	: 1	リハバンL パッド	訴え時	トイレ	日中と同様	
	IJAV CAM	自立	トイレ	パンツ、パッチ、ズボンまで汚れていることあるので注意。	. ,	JAANSM	自立	トイレ	日中と同様	

- なお、トイレでの排泄には、衣服の着脱、車椅子等からトイレへの移乗など、様々な動作が必要となる。自立支援のためにも、リハビリテーションスタッフによる機能訓練や介護職員等による生活の中での訓練ともに、利用者の能力を最大限に生かした介助が重要である。施設によっては、前かがみの姿勢を取り、利用者自身の力で立ち上がり等がしやすいよう、可動式の補助テーブルや手すりを設置したり、左右どちらの麻痺があっても使用できるよう、左右どちらからでも出入り可能なトイレを設置するなど、ハード面でも工夫している事例があった。
- こうした工夫は、職員にとっての介助の負担の軽減にもつながっていた。



図表18 トイレに設置された可動式の補助台



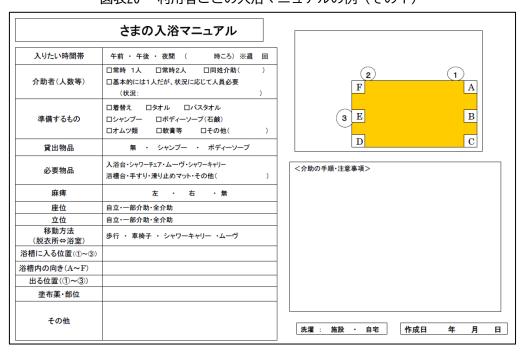


- なお、排泄は本来、他人の目に触れることがない場面であり、プライバシーの保護や尊厳の保持には十分に配慮する必要がある。施設では、居室でのおむつ交換やトイレへの誘導の際、会話などから周囲にそのことが伝わらないよう注意したり、おむつバッグなどは一目につかないようにカバーをかける、排泄物は速やかに処理する等の対応が徹底されていた。
- 最後に、利用者やご家族がおむつやポータブルトイレの使用を認める発言をする場合もあると想定されるが、その背景には、適切な介助や機能訓練によりトイレで排泄できるようになる可能性があることを知らない恐れがある。そのため、単に利用者やご家族の発言をもって現状維持とするのではなく、リハビリテーションスタッフ等による適切な評価のもと、状態改善の可能性を利用者・ご家族にきちんと伝えることも重要な取組である。

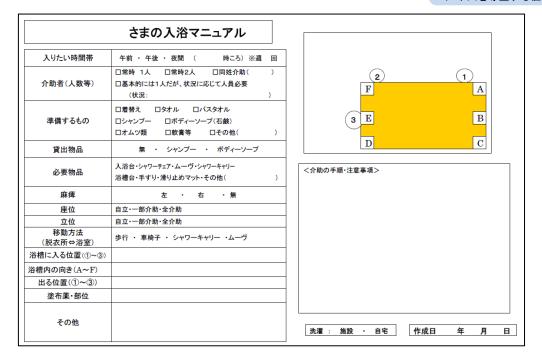
## ③ 入浴に関するケア

- 一般に、入浴は毎日行うものであり、肩までお湯に浸かることで清潔を保持し、日々の疲れを癒すものである。利用者の中には入浴を楽しみにしている方も多い。自立支援を取り組む施設では、自宅にいるときと変わらない入浴環境を整え、リラックスして入浴を楽しんでもらえるよう、様々な対応・工夫が取られていた。
- 現在、利用者の過去の習慣に基づいた入浴ケアを提供するため、マンツーマン入浴ケアとして個浴が広がりつつある。施設によっては、同一の職員がマンツーマンで居室へのお迎えから浴室までの移動、脱衣、入浴介助、着衣、帰室までの一連の対応を行っていた。また、過去の生活習慣の具現化と尊厳の保持の観点から、機械浴槽も全く使用されていなかった。
- 特筆すべきは、要介護度に関わらず、原則として職員1名が個浴での入浴ケアを行う介護技術が確立されていることである(ただし、両側四肢麻痺等の重度の利用者に対する浴室での入浴ケアは複数名で行う等、安全面に対しても最大限の配慮がなされている)。なお、一連の入浴ケアに要する時間は、利用者1人当たり概ね40分程度(居室への送迎を含む)であった。
- 個浴を行うためには、利用者ごとの入浴マニュアルの作成が不可欠である。入浴時の介助方法や注意点は利用者ごとに異なる。一般的な入浴手順や注意点等を記載した利用者共通の入浴マニュアルとは別に、利用者ごとの入浴マニュアルをつくり、脱衣室などのいつでも確認しやすい位置に掲示・保管することで、どの職員が介助する場合でも個別的なケアが提供されるように工夫されていた。

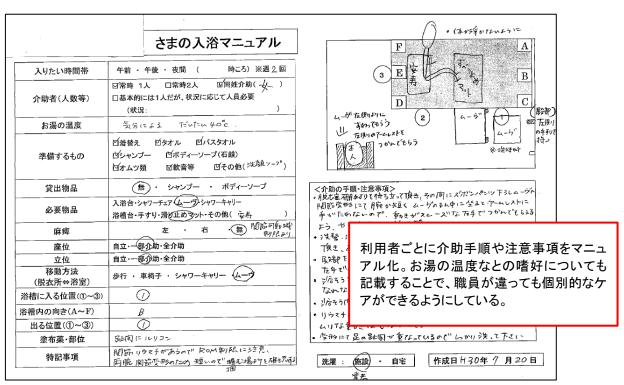
図表20 利用者ごとの入浴マニュアルの例(その1)



#### 2. 自立支援促進における取組のポイント



図表21 利用者ごとの入浴マニュアルの例(その2:記入例)



図表22 利用者ごとの入浴マニュアルの例(その3)

## 2. 自立支援促進における取組のポイント

入浴.	動作一	覧表			~ 西フロフ	7∼					2021/10/1	
				脱	衣場			浴室				
密室	氏名	麻痺	移乗	着脱方法	浴室への移動 (行き、帰り)	移樂	基本の 入浴場所	イスの種類	浴槽台	洗髪・洗身方法	注意点など	
1												
2		無	見守り	一部介助	手引き歩行	手引き歩行 →入浴台	А	入浴台	10	全介助	不穏の際は時間を置く。	
-1		無	見守り	一部介助	手引き歩行	手引き歩行 →入浴台	А	入浴台	10	一部介助	急に立ち上がられたり、動きだされ たりされる為、転倒注意	
-2		無	見守り	一部介助	手引き歩行	手引き歩行→入浴台	D	入浴台	10	一部介助(洗髪は全介助/洗 身は前のみご自身で洗える 洗い残しあるところ介助)	急に立ち上がられたり、動きだされ たりされる為、転倒注意	
-3		右	1.5人介助	全介助	車椅子	1.5人介助 → FUNムーブ	E	FUNムーブ	10	全介助	怖がられるのでゆっくり介助する。	
-4		無	1人介助	全介助	車椅子	後ろ介助 →FUNムーブ	Е	FUNムーブ	利用	者ごとの脱衣は	場、浴室内での介	助方》
-1		無	見守り	自立	見守り	入浴台	А	FUNムーブ			。脱衣室に掲示す	
-2		無	一人介助	全介助	車椅子	後ろ介助 → FUNムーブ 皮膚剥離に注意	E	FUNムーブ	で、と	ごの職員でも対	応できるようにして	ている。
-3		無	見守り	全介助	手引き歩行	手引き歩行→入浴台	D	FUNムーブ	10	全介助	意識喪失あったので、長湯は控え て頂く。	
-4		右	1.5人介助	全介助	車椅子	1.5人介助 → FUNムーブ 皮剥離に注意	Е	FUNムーブ	10	全介助	右に傾かれるので、適宜姿勢の確 認を行う。	
7		無	1人介助	一部介助	車椅子	後ろ介助 →入浴台	D	入浴台	15	一部介助(洗髪は全介助/洗 身は前のみご自身で洗える 洗い残しあるところ介助)	myシャンプーあり	

■ また、重度の要介護者も含めてマンツーマンでの個浴を行うためには、入浴介助に関する技術の習得が不可欠である。施設によってはリハビリテーションスタッフや介護職員、看護職員等が連携して入浴委員会を立ち上げ、安全な入浴介助の方法や洗身技術等をマニュアルとしてまとめるとともに、職員の経験や習熟度に応じた研修を企画・実施するなどして、重度の要介護者でも個浴で対応できるようにしていた。研修は、施設内の研修だけでなく、必要に応じて外部の研修も活用しながら定期的に学び直す機会も設けられていた。

図表23 入浴介助の研修風景









Copyright GENKINOMOTO Co. Ltd. All Rights Reserved. 提供:介護総合研究所 元気の素

- 利用者それぞれの習慣や嗜好に沿った対応も重要である。入浴は本来、利用者が好きな時間に、好きなお湯の温度で入るものであり、シャンプーや入浴剤なども好みのものがあるだろう。施設によっては、入所時、入浴時間や湯加減等の希望を確認するとともに、シャンプーなど好みのものがあれば持ち込むよう依頼し、利用者の嗜好に合わせた入浴ケアに活かしていた。
- なお、施設によっては、安全かつ自立した入浴のためのハード面の工夫もなされていた。 浴槽に出入りしやすいよう、手すりや浴槽の高さ・深さ、フチの幅等は、高齢者の平均 的な体格等を考慮して設計するなど設備面でも工夫がなされていた。浴槽を肩まで浸か ることができる深さにすることで、浮力を利用して浴槽から立ち上がりやすくするといった対応もなされていた。



なお、こうしたハード面の対策はもとより、利用者が自身の力で入浴できるよう、リハビリテーションスタッフによる適切なアセスメントや機能訓練、介護職員等による生活の中での訓練の重要性は言うまでもない。医師や看護師と連携して、利用者の状態に応じた入浴可否の判断や日々の体調確認等を行うことも重要な視点である。

## 3)寝たきり防止に資する取組

- リハビリテーションや入浴ケア等以外の日中の大半の時間をベッド上で寝たきりで過ごす状況ではADLやQOLの向上を望むことはできず、離床時間をいかに促し、寝たきりを予防するかは非常に重要な取組である。寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害に要する医療・介護の費用やマンパワーは計り知れなく消費されているが、寝たきりを防止することで、廃用性機能障害の回復も十分に期待できるものである。
- 寝たきり防止のためには計画的な離床の働きかけや座位保持等の支援が重要であるが、その際、離床して何を行うかがとりわけ重要であり、本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく視点を念頭において取り組むことが求められる。また、麻痺等による固定した機能障害に対しては、障害があってもADLのみならずIADLを高め、社会参加につなげていくことが極めて重要である。
- 日中の過ごし方については、本人のニーズを踏まえ、願いや希望を叶える視点が欠かせない。普通の生活では、起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションをとり、趣味活動に興じたり、本人の希望による外出や地域の社会資源の利用をしたりするものである。その際、本人の意思に基づく日中の過ごし方の支援が重要であり、本人の意思による生活場面をつなげていくことによって生活が構築されることとなる。例えば、認知症の利用者においても、進行に応じて、その時点で出来る生活行為(IADL)で社会参加することが本人の暮らしの支援につながる。
- 例えば、自立支援に取り組んでいる施設では、起床・就寝時間は利用者一人ひとりの生活時間に合わせた上で、日中は可能な限りベッドから離れて過ごすよう、働きかけを行っていた。1日の離床時間は、リハビリテーションスタッフの評価や医師による医学的評価を踏まえて、目標時間を設定していた。(離床時間の設定例は「4. モデルケース」参照)

#### 3)寝たきり防止に資する取組

図表25 日中を過ごす様子







#### 3)寝たきり防止に資する取組

### 図表26 レクリエーションの風景



遊びとリハビリテーションを 兼ねた「遊びリテーション」 の様子



Copyright GENKINOMOTO Co. Ltd. All Rights Reserved. 提供:介護総合研究所 元気の素

● また、主体的な離床につながるよう、1日の過ごし方について、都度本人の希望を確認したり、利用者自身に関心を持ってもらえるような趣味活動や役割活動を提案したりするなどの対応も見られた。利用者の希望に応じて、散歩等の外出や買い物などにも柔軟に対応していた。施設によっては、「お願いプロジェクト」や「幸せづくり計画書」といった名称を用いて、利用者のやりたいことを実現するために多職種が連携して対応するなどの取組も見られた。

#### 利用者の意向を踏まえた、主体的な離床を促すための工夫例

- ある施設では、利用者自身が活動に意欲を持って離床することができるよう、午前中はカフェへのお出かけ、午後は集団体操といった機会を設けたり、週2回はレクリエーションや広いお風呂での入浴等ができるイベントを設ける等、様々な工夫を凝らして施設の雰囲気を盛り上げるように努めていた。
- 離床を促すため、施設内にレクリエーションや趣味活動ができるスペースを設けている施設もあれば、外出を促すため、あえて訪問理容等は行わないといった対応をしている施設もあった。

#### 利用者の希望を叶える取組例

- ある施設では、「お願いプロジェクト」という取組を行っていた。日々の過ごし方に加えて、例えば、利用者の「旅行に行きたい」といった希望を聞き取り、職員が実現をサポートするというものである。旅行に行くために必要な動作等のリハビリテーションをしたり、職員が同行したりするといった支援が行われていた。大浴場が好きな利用者については温泉に連れて行ったり、誕生日の過ごし方についてご本人や家族が家で過ごしたいと希望していた場合は外出を認めるなどして、ご本人・ご家族からは大変喜ばれていた。
- また、別の施設では、「幸せづくり計画書」と呼ばれる取組を行っていた。これは、 利用者が望む生活・叶えたいことを実現するために必要な支援を行うものであり、例 えば「生まれた家に帰ってみたい、離れて住んでいる家族に会いたい」といった希望 を叶えるために、多職種がそれぞれの立場から機能訓練や家族への介助方法の指導等 を行っていた。
- いずれの場合も、主治医に実施のタイミングについて相談したり、医学的に見て問題がないか等について確認・指示を得るなどの連携が図られていた。

#### 3)寝たきり防止に資する取組

● その他、他の利用者や家族、訪問者等との交流が自然と行えるよう、開放的な雰囲気のコミュニケーションのためのスペースを設けたり、施設内をいつでも自由に移動できるようにするなど、ハード面でも工夫している施設もあった。



図表27 コミュニケーションスペースの例



● なお、日中、離床して過ごす際には、可能な限り普通の椅子に座って過ごすなど、入所前の生活に近づけるような対応も求められる。そのためには、座位保持や立ち上がりのためのリハビリテーションも欠かせない。リハビリテーションスタッフによるアセスメントのもと、リハビリテーションスタッフによる機能訓練、介護職員や看護職員における生活の中での訓練など、多職種による連携が重要である。また、自立した活動を助けるため、高齢者の平均的な体格に合わせて通常よりも低い位置に手すりを設置するなどの環境整備も行っていた。

#### 環境整備の例

- ある施設では、入所時・入所後、リハビリテーションスタッフがアセスメントをしながら、手すりの位置やベッドの高さ、椅子の高さなどの環境調整を行っていた。
- また、施設内においては、通常よりも低い位置に手すりを設置したり、高さの異なる洗面台を用意するなどの工夫も行っていた。



車椅子での利用や手洗い・顔洗い等の用途 に応じて、高さの異なる洗面台を設置。



高齢者の体格に合わせて通常より も低い位置に手すりを設置。

■ また、ある施設では、安定した座位を保持するため、椅子の高さは足裏がきちんと 床面につくよう、下腿長より-1cmの高さとなるように椅子を選定したり、椅子の足 の長さを調整する等の対応がなされていた。

### 4) 自立した生活を支える取組

- 自立した生活とは、尊厳を保持し、一人ひとりが有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう支援することである。生活全般において、利用者本人や家族と相談し、できるだけ自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにするため、本人の希望等を踏まえた過ごし方に対する支援を行うことが求められる。
- 日々の生活は、小さな意思決定の積み重ねで成り立っている。自立支援に取り組んでいる施設では、起床や食事、入浴、トイレに誘導するとき等は必ず声をかけ、希望を確認する、食事の内容や飲み物、着替える洋服等についても自身で選ぶよう支援する、1日の過ごし方を日々確認し、希望に沿った生活を過ごせるよう支援といった取組が、職員一人ひとりにより丁寧に行われていた。
- また、全ての利用者は、地域や社会とのつながりをもって生活を続けてこられており、 要介護状態になったことや施設に入所したことを理由に、そうしたつながりが分断され ることはあってはならない。社会参加を促し、地域や社会とのつながりを維持すること は、利用者の生きがいや尊厳の保持のためにも重要な視点である。
- 例えば、施設内における取組として、利用者ごとの能力や希望に応じた家事分担等の役割活動を支援したり、利用者の希望に応じた買い物や散髪等の外出の支援、フロアやユニットを超えた利用者同士の交流の機会の確保、利用者同士、家族・来訪者同士でもコミュニケーションが取れるようなスペースや機会の確保など、様々な手段を講じて、地域・社会とのつながりの維持・確保を支援する取組が見られた。
- 一般に、利用者と地域住民等とが交流する機会・イベントを設けるなどの取組も行われているが、こうした取組は、外出の機会が少ない利用者にとっては外部の方と触れ合う貴重な機会となっており、楽しみにしている利用者も多いといった声も聞かれた。
- また、地域に開かれた施設を目指し、施設として地域の会合に参加したり、介護や自立 支援に関するセミナー等を積極的に行っている施設もあった。その結果、地域の関係者 に自立支援の取組を理解してもらったり、地域住民から介護について相談が寄せられる ようになったといった効果も確認されており、施設にとっても地域での安定的な事業実 施に効果があると考えられた。

### 4) 自立した生活を支える取組

図表28 施設内での家事活動の様子





### 4) 自立した生活を支える取組





図表30 地元のお祭りに参加している様子



- なお、生活の基盤となる居場所づくりの取組も、重要な視点の1つである。自立支援に取り組む施設では、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにするため、利用者の居室に本人の愛着ある物(仏壇や家具、家族の写真等)を持ち込んでもらうことで、本人の安心できる環境づくりが行われていた。こうした取組は、特に認知症の利用者には有効な取組であると考えられる。
- また、施設内も、無機質・殺風景な景色とならないよう、共有スペースには季節の飾りを置いたり、自宅のような雰囲気となるよう、設えを統一するなどの工夫もなされていた。このような細やかな施設の取組により、利用者が自宅にいるように感じ、ほっと安心できる居場所づくりにつながっていると考えられた。

図表31 居室内の例(その1)



図表32 居室内の例(その2)



使い慣れた家具などを持ち込んで 使用。

のを飾り付け。

### 自立支援の取組を支える基盤づくり

1)経営者・施設長のリーダーシップによる施設理念の明確化・

### 共有と組織風土の醸成

- 自立支援の取組は職員一人ひとりの日々の関わりにより実現されるものであるが、職員は異動や退職などにより流動的であり、属人的な取組・姿勢に依存するようなことでは、施設として自立支援の取組を継続・発展させることはできない。
- そのため、現場の職員一人ひとりが自立支援に向けて、目の前の利用者のことを一番に 考えて支援する、自発的に取り組める組織体制が必要であり、そのための組織風土の構 築が求められる。
- 自立支援に取り組んでいる施設では、施設理念や事業計画において利用者の尊厳の保持や自立支援の促進を掲げていた。施設理念は掲げるだけでなく、いかに職員に浸透させ、ケアに反映させるかが重要である。施設では、着任時に施設理念に関する研修を行ったり、着任後も、職員一人ひとりが利用者の尊厳の保持と自立支援のために何ができるかを真剣に考え、施設理念が日々のケアに落とし込まれるよう、ケアカンファレンスの際には必ず施設理念に立ち戻って議論する等の取組も見られた。
- また、現場の職員が自発的・自律的に取り組めるよう、権限・責任を持たせる組織体制 も見られた。
- こうした組織的・計画的な取組が、職員が変わっても自立支援に対する施設理念が受け継がれ、職員一人ひとりによる継続的な取組に繋がっていると考えられた。そして、これらの取組は、経営者の強いリーダーシップのもと行われていたことから、自立支援の取組の推進のためには、経営者の理解がまず何よりも重要である。

#### 施設理念を浸透させるための取組例

- ある施設では、施設理念を職員に浸透させるため、施設理念を施設内に掲示するほか、 毎朝職員で唱和したりしていた。
- また、ヒヤリハットやインシデントが発生した際の対策会議の時にも、施設理念と照らし合わせて、ケアに問題がなかったかどうか、振り替えるようにしていた。
- 組織体制として、介護現場中核となる人材を育て、現場で施設理念が実践できるよう な人員体制としている施設もあった。

● とある施設では、施設理念として次のような職員向けの方針を明示するだけでなく、経営者としてのあるべき姿も明文化し、職員等に周知していた。

図表33 職員への啓発の例

# 職員にお願いすること

- 🔵 当たり前3原則
- お客様を自分自身あるいは自分の大切な家族などに置き換え、 施されて好ましくないことがあれば、直ちに改善しましょう
- ●自分の部署・病院・施設の都合はいっさい排除して、社会的・道徳的・人道的に正しいかどうかで判断しましょう
- ●いつでも誰にでも堂々と全てをお見せできる仕事をしましょう
- 良き専門職である前に、良き社会人であれ!
- ○「人」を大切に!「人」を支えよう!

## 経営者として・・・

- 社会に対して大いなる責任と使命を担う立場である
- ●社会貢献を実行し、結果として実現することは義務である
- 自らの営みの内容的な質が悪いのは全てトップの 責任である
- ●経営者として自らがふさわしいかどうか常に自問 自答し、資質向上への努力を怠ってはならない
- ○社会に役立ち、だれもが共鳴できる理念・方針・ ビジョンを時代のニーズに応じて創造し、明確かつ わかりやすく示すべきである

### 2) 利用者・家族との信頼関係の構築

- 質の高い自立支援を実施するためには利用者・家族の希望を適切に把握し、ケアに反映する必要がある。利用者・家族とケアプランをつくりあげ、利用者・家族が希望する生活を実現するためには、利用者・家族の希望や意向を引き出せるよう、利用者・家族と職員との信頼関係の構築が不可欠である。
- 自立支援に取り組んでいる施設では、ユニット型の特性を生かし、職員を固定配置にすることで、馴染みの関係をつくりやすくするといった取組や、利用者・家族ごとに主担当の職員を決め、要望はまずその担当が受けるようにすることで相談先を明確化し、利用者・家族が相談しやすいように配慮している事例もあった。また、ご家族とは、何か問題があったときに連絡を取るのではなく、2週間や1か月に1回などを目安に、お便りや電話で利用者の近況を伝えるようにすることで、家族に安心感を与えるとともに、ご家族が何かあったときに相談しやすい関係づくりに配慮している事例もあった。
- プライバシーが確保された居室内でのケアや、利用者がリラックスしている浴室内の入浴ケアなどのタイミングを活用して、利用者と1対1で落ち着いて会話をすることで、利用者の想いや希望を聞き出すように努めているといった職員の工夫も確認された。
- 利用者の意向に沿った日常を過ごせるよう支援したり、何気ない会話の中から希望を把握し、叶えるように取り組むことで、利用者・家族からの信頼が得られ、対話が深まり、さらにより良いケアに繋がるなど、好循環が生まれている様子もうかがえた。
- なお、単にご本人・ご家族からの要望(デマンド)に応えるのではなく、職能を発揮し、専門的見地から、利用者が本来の持てる機能や改善の見通しを評価するとともに、潜在的なニーズを掘り起こし、応え、ご本人・ご家族をサポートする姿勢が重要である。そしてそのためには、利用者・ご家族の立場に立って考えられる共感力が不可欠である。

### 3) 自立支援に向けた多職種連携・情報共有

- 自立支援においては、ADLにおいては何ができないかではなく、「何ができるか」の残存機能に着目して維持・改善に向けた関わりが重要であり、過剰な介護とならないよう注意する必要がある。認知症であってもその人のできることに着目して、その人に合った社会活動への参加を促す・支援する視点が重要である。
- リハビリテーションスタッフによる機能訓練の重要性はもちろんのこと、1日の大半を過ごす生活の中での介護職等の関わりも重要である。リハビリテーションスタッフによる評価を踏まえた介護職員等による生活の中での訓練や自立を支援する関わりは、無用な身体拘束の予防にもつながる。また、日々の関わりの中で得られた介護職の気づきをリハビリテーションスタッフを始めとした多職種に共有することも重要な取組である。
- また、利用者一人ひとりに自立支援に向けた目標があり、目標達成に向けて、様々な専門職の職員が関わる。目標の達成に向けては各専門職の役割やケア内容の明確化が重要であり、ぶれないようにする必要がある。そのためには日々お互いの関わりや気づきを日々の記録や申し送り、カンファレンス等を通じて共有し、目標につながる関わりとなっているかどうか、それぞれの役割等がぶれていないかを確認する必要がある。
- 問題がある場合には、ケアプランに問題がないか、職員一人ひとりの技術・姿勢に問題がないかについても振り返ることが重要である。各専門職が悩みを抱え込んでしまうと利用者の状況も刻々と変わってしまい、適切な対策につながらないため、タイムリーに相談・情報共有しあう仕組みや組織風土が重要である。
- ある施設では、自立支援計画の評価・見直しにあわせて3か月に1回開催される多職種が集まるカンファレンス以外にも、気になることがあればすぐ担当者同士で集まるような職場風土ができており、タイムリーなケアの見直し等につながっていた。

### 4) 自立支援の基盤となる人材育成

- 質の高い自立支援は、日々利用者・家族と接する職員一人ひとりによって支えられている。自立支援に取り組んでいる施設では、利用者・家族を尊重する個別ケアの実践等に共感して他の施設等から転職してくる職員も少なくなかった。また、機能回復や利用者・家族の希望する生活・看取りの実現、利用者の笑顔、利用者・家族から感謝の言葉を受け取るなどの成功体験を通じて、やりがいを感じて自立支援により一層積極的に取り組む職員も多くいた。
- このように、自立支援の実践は、職員のやりがいにつながり、より良いケアに一層取り 組むモチベーションになるなど、好循環が生まれている様子がうかがえた。
- 施設においては、職員が成功体験を積み重ね、自己実現を図ることができるよう、研修等を通じて職員の専門性を高めるとともに、日々のケアのフィードバックを行うといった人材育成の取組も重要と考えられる。

#### 職員に聞いた「モチベーションの源泉」や「やりがいを感じるとき」

- 自立支援に取り組んでいる施設の職員に対して、どのような時にやりがいを感じるが 尋ねたところ、次のような回答があった。
  - ✓ 「利用者の良い表情や家族の人から「ここに来てよかった」「穏やかな表情になった」などの感謝の言葉が大きなモチベーションになっている」
  - ✓ 「自身の専門性を活かしてケアに関わることで、利用者の状態が改善することに やりがいを感じる」
  - ✓ 「座位の保持が難しい利用者について、多職種で話し合ってケアを工夫すること に楽しさを感じる」
  - ✓ 「「あなたがいてくれて良かった」「あなたにしか話せない」といった、利用者からの信頼を感じる瞬間が嬉しい」
  - ✓ 「上司からの「いつも頑張っているね、ありがとう」といった労いの言葉なども 嬉しい」
  - ✓ 「利用者の自立支援に取り組むことが自己実現につながっている」

# 4

### モデルケース(個別の改善事例)

1) 急激な歩行能力の低下をきっかけに活力低下が見られるも、ご本人らしさを取り戻すために自立支援を行い、状態の維持・改善が見られた事例(特別養護老人ホーム)

#### A さん 【80歳代·女性(要介護度5/寝たきり度 B2/認知症度Ⅳ】

#### 支援の経緯

- もともとデイサービスを利用していたところ、急激に歩行能力が低下し、食事や排泄の介助が必要になったため、施設入所に至った。意思疎通能力も大きく低下し、表情の変化や自己動作も乏しくなり、身体の拘縮も強くなった。
- 生活史を尋ねていたところ、旦那様とは仲睦まじく、夫婦で様々な温泉旅行へでかけていたことなども把握した。以前の笑顔があふれ、明るく活動的な A さんに少しでも近づけるよう、また A さんご本人が主体的にリハビリ等に取り組めるよう、「会話や笑顔が見られるようになり、旦那様とデートする」ことを目標に、自立支援計画を立てることとした。

#### 具体的な支援計画

○ 認知症及び廃用症候群が見られた。リハビリテーションスタッフ等の評価により、基本動作及び社会 参加に関しては改善が期待でき、かつ機能訓練の必要性があると判断されたことから、次ページに 示すような支援計画を作成した。

#### 支援の様子

○ 週1回30分程度の機能訓練を実施し、関節拘縮の予防・座位姿勢の確認のためベッドサイドでの座位訓練を中心に行った(端座位機能訓練、関節可動域訓練)。ただし、1回30分程度の短時間の訓練では効果を出すことは難しいため、リハビリテーションスタッフによる評価結果をもとに、介護職員が普段の生活の関わりの中での訓練(ベッドからの起き上がり、移乗、座位保持の繰り返し[姿勢が崩れてきたら、その都度足裏を床にきちんとつける等])も実施するようにした。

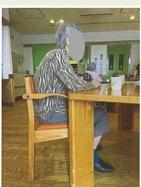
#### 支援結果

○ 機能訓練や日々の生活の中での訓練の結果、自立支援計画の作成から5か月後には、座位の姿勢 を保持できるようになり、食事や排泄、入浴なども、最低限などの介助で実施できるようになった。









### 自立支援促進加算に関する評価・支援計画書

	令和 3年12月 5日
自立支援促進に関する	
評価日 令和 3年10月 1日 氏名 殿 男 安	計画作成日 令和 3年10月 1日 医師 名
昭和1 生(85歳)	介護支援専門員名
	月改义该号门只有
現状の評価と支援計画実施による改善の可能性	
(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっ	
1. 認知症	発症年月日 (年月日頃)
2. 廃用症候群	発症年月日 ( 年 月 日頃)
3. 糖尿病	発症年月日 (年月日頃)
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経	過及び治療内容〔前回より変化のあった事項について記入〕
(3) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) □ 自立 □ J1	J2 _ A1 _ A2 _ B1 🗹 B2 _ C1 _ C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ I	
(4) 基本動作	(5) ADL** 自立 一部介助 全介助
・寝返り □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助 □	·食事
・起き上がり □ 自立 □ 見守り □ 一部介助 ☑ 全介助 ・座位の保持 □ 自立 □ 見守り ☑ 一部介助 □ 全介助 □	・食事
・立ち上がり 🗌 自立 🗌 見守り 🗌 一部介助 🗹 全介助	(座れるが移れない) → <b>□</b> 5 <b>☑</b> 0
・立位の保持 🗌 自立 🗌 見守り 🗌 一部介助 🗹 全介助	・整容 5 0 V 0 ・トイレ動作 10 5 V 0
	·入浴
	· 平地歩行 ☐ 15 ☐ 10← (歩行器等)
	(車椅子操作が可能) → □ 5 ▼ 0 ・階段昇降 □ 10 □ 5 ▼ 0
	· 更衣
	・排便コントロール □ 10 □ 5 ▼ 0 ・排尿コントロール □ 10 □ 5 ▼ 0
	2121 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1
☑ 期待できる (期待できる項目: ☑ 基本動作 □ ADL □	
□ 期待できない □ 不明	
・リハビリテーション (医師の指示に基づく専門職種によるも ・機能訓練の必要性	の) の必要性   ☑ あり □ なし
尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画	
電厳の保持に資する取組 □ 本人を尊重する個別ケア □ :	寝たきり防止に資する取組 🗌 自立した生活を支える取組
党的観点からの留意事項	
` □ あり (	)
* D (	)
	)
な機能訓練によって基	)
作や社会参加について	)
- 公功美が目に まれた	プラスト )
プロストランス 4072 a SADL動作」について評価し	Crev.

(次ページへ続く)

#### (前ページから続く)

# 離床時間は1日12時間とし、うち2時間は普通の椅子で座位保持にて過ごすようサポート

		すようサ	-	Γ	
支援実績					令和 3年12月 5日
離床・基本動作	AD*			の過ごし方等	訓練時間
・離床 「図あり	・食自マニー・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食・食	本 (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本) (本	* .	の希望の確認 あたり ( 0) 回 1 間あたり ( 0) 回 居室以外 (食堂・デイルー Aなど) における滞在 1 目あたり ( 12) 時間 趣味・アクティビティ・ 1 週間あたり ( 1) 回 職員の居室訪問 1 日あたり ( 15) 回 職員との会話・8) 回 着替えの回数 1 週間あたり ( 8) 回 看替表をのの取組 □ 有 ☑無	・リハビリ専門職による訓 「図」あり 図 なし 1週間あたり (7)時間 ・看護・介護職による訓練 「図」かり 図 なし 1週間あたり (18)時間 ・その他職種 図 あり 図 なし 1週間あたり ( )時間
支援計画	<u> </u>		J	TIMO CT CV 8 7	
・離床・基本動作について	の支援計画	(具体的な計画) 身体に力が入ってう を掛け(説明して)	介助バー リラッ	-などを 上手く握れない為、ゆ クスした状態で 介助させて頂く	っくりと 一つ一つの動作毎に
・ADL動作についての支援計	十画	(具体的な計画) 日中の排泄は トイ 化させて行く事で、	レで行え 食事中	る様に 便座への移乗・座位姿 ・入浴中の姿勢の維持にも 繋れ	勢の保持 を サポートして 習慣 すて頂く。
・日々の過ごし方等につい	ての支援計画	(具体的な計画) 身体の緊張を解して を取り入れ、リラッ	頂ける クスの	鎌に、丁寧に声を掛けて対応す 出来る時間として頂く。	るが、午後からは 少し臥床時間
・訓練の提供についての計	画 (′ 等)	(具体的な計画) 週に一回、30分の理 行う。	学療法	士による個別機能訓練および集	団リハで心身機能の維持・評価
理学療法士に				説明日 令和 3年 説明者氏名	10月 1日

理学療法士による機能訓練 だけでなく、日々の介助の 際にもご本人の能力を最大 限活用した動作を介助する ようサポート

### 2) ご本人の希望を叶えるため、ご家族と一緒に自立支援に取り組み、 状態の改善が見られた事例(特別養護老人ホーム)

#### B さん 【90歳代・女性(要介護度5/寝たきり度 C2/認知症度 B2】

#### 支援の経緯

- 脳梗塞の発症がきっかけで要介護状態となった。しばらく娘と同居し在宅で過ごしていたが、家族介護が困難となり、地元の特別養護老人ホームへ入所した。その後隣県の別の娘宅に引っ越したのち、当該地域の特別養護老人ホームに入所した。
- 家族からは、前の施設では家に連れて帰ってほしいと訴えたり、もう一度生家に戻ってみたいと話していたというエピソードが伝えられた。施設での日々の関わりの中でも、生家のある地域の話題になると笑顔が見られるなど、B さんにとって生家は大切な思い出である様子がうかがえた。
- そこで職員は、B さんにとって何が幸せかをご家族とも話し合いながら考え、「生まれた街に帰ってご 家族(妹、次女)と会う」ことを目標に、自立支援計画を立てることとした。

#### 具体的な支援計画

- 当初、食事は一部介助、移動は車椅子であり移乗・移動は全 介助、排泄はおむつを使用した状態で全介助であり、尿意・ 便意の訴えもなかった。
- 目標を達成するためには県をまたいだ移動が必要であり、移動や排泄についても設備の整っていない公共の場でもできるよう、ご利用者への機能訓練や同行するご家族への介助方法のレクチャーを行うこととした。

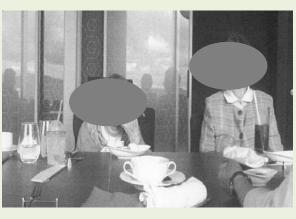
#### 支援の様子

- 安定した座位の姿勢を保持できるよう訓練を行うとともに、ト イレでは手すりで移乗できるよう、体重移動の方法等につい て訓練を行った。
- 日々の生活の中でも、「遊びリテーション」と呼ばれる、レクリエーションとリハビリテーションを組み合わせた活動への参加を促し、体力の向上を図った。

#### 支援結果

- 支援の結果、安定して普通の椅子でも座る ことができるようになり、要介護度5から3に 改善した。日々の生活の中で笑顔が増えて きた。
- 医師やご家族と相談した上で、いよいよ「生まれた街に帰ってご家族(妹)と会う」を決行し、無事公 共交通機関を乗り継ぎながら、ご家族との対面を果たした。その際、外食も行ったが、ほぼ自立して 食事を摂ることができた。ご本人も非常に楽しまれ、関係者皆にとって良い思い出となった。





### 自立支援促進加算に関する評価・支援計画書

占上十極/D/W)。明本文章/ 十層	令和 年 月 日
自立支援促進に関する評価・支援	計  計  計  計  計  計  計  計  計  計  計  計  計
評価日 令和 3年 9月29日 計画作成日	令和 3年10月 1日
氏名	
大正	
現状の評価と支援計画実施による改善の可能性	
(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については	は1. に記入)及び発症年月日
1. 脳梗塞後遺症 発症年月	日 (平成
2. 高血圧症 発症年月	日 (平成
3. 狭心症 発症年月	日 (平成
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び治療内容〔前回よ	り変化のあった事項について記入〕
脳梗塞後遺症により右側麻痺があり、日常生活に支障が大きくある。心筋梗塞の疑いもありビソ 服用、メディトランステープを貼付するが、胸痛の出現時には頓服薬服用する。腰の痛みも顕著 しまっている。	
しまっている。	
(3) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) □ 自立 □ J1 □ J2 □ A1 □ A	2 B1 B2 C1 C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 □ 自立 □ I □ II a □ II b ✓ II	
(4) 基本動作 (5) ADL*	自立 一部介助 全介助
・寝返り □ 自立 □ 見守り ▼ 一部介助 □ 全介助 □ ・起き上がり □ 自立 □ 見守り ▼ 一部介助 □ 全介助 □ ・食事	
・座位の保持 自立 見守り 一部介助 全介助・椅子とベッド間の移動	
	5が移れない) → 🗸 5 🔲 0
・立位の保持 □ 自立 □ 見守り ▼ 一部介助 □ 全介助 ・整容 ・トイレ動作	5 V 0 0 0 0 10 V 5 0 0
・入浴	5 7 0 0
・平地歩行	□ 15 □ 10←(歩行器等)
・階段昇降	「操作が可能) → 5 V 0 10 5 V 0
・更衣	10 5 7 0
・排便コントロール	10 5 V 0 10 5 V 0
(6) 廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・重度化防止の効果	10 5 0
	その他 )
・リハビリテーション (医師の指示に基づく専門職種によるもの) の必要性 🗌 あり	り マなし
<ul><li>・機能訓練の必要性 ✓ あり □ なし</li><li>(7) 尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画</li></ul>	
☑ 尊厳の保持に資する取組 ☑ 本人を尊重する個別ケア ☑ 寝たきり防止に資する取	組   自立した生 ・支える取組
(8) 医学的観点からの留意事項	一 日立びた子 ・
・血圧 ✓ 特になし □ あり(	
・摂食 ☑ 特になし □ あり(	
・嚥下 特になし があり (嚥下機能低下みられ、咽込みが多くトロミ剤使用	)
<ul> <li>・移動</li></ul>	
7. 0 lb	大動作や ADI 社会会 to !
	本動作や ADL、社会参加に Oいては機能回復・重度化
	ハでは機能凹復・里度化 予防が期待できると判断
	17 第1年 ののでは、18年1年

(次ページへ続く)

#### (前ページから続く)

#### 1日8時間、離床し て座位保持を促す

日々の過ごし方につ いては都度都度本人 に確認

支援実績					
離床・基本動作	加動作			日々の過ごし方等	訓練時間
・離床	・(自) マー・(自) ・(自) ・(自) ・(自) ・(自) マー・(自) マー・(ロ) ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) マー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロ) ロー・(ロ) ロー・(ロ) ロ)	## (本子)   一本子	Ж	・本人の希望の確認 1月あたり ( 20 ) 回 ・外出 1週間あたり ( 0 ) 回 ・居室以外 (食堂・デイルームなど) における滞在 1日あたり ( 8) 時間 ・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり ( 5 ) 回 ・職員の居室訪問 1日あたり ( 9 ) 回 ・職員との会話・声かけ 1日あたり ( 25 ) 回 ・着替えの回数 1週間あたり ( 16 ) 回 ・居場所作りの取組 ▽ 有 □無	・リハビリ専門職による訓練 □ あり ▼ なし 1週間あたり ( ) 時間 ・看護・介護職による訓練
支援計画		7 H H H 1 1 - 1 - 1			
・離床・基本動作について	の支援計画	(具体的な計画) 人間生理にかなった 本とし体重移動を支	寝返え援し	り・起き上がりを援助する。また ながら行う。一部介助(50%程度	:、車いす等への移乗も、左軸を基 () を維持できるようにする。
・ADL動作についての支援語	計画	(具体的な計画) 背面開放端座位を支 本人のペースを尊重	接し、	、食事・入浴・排せつの自立を支。	援する。
・日々の過ごし方等につい	日々の過ごし方等についての支援計画 筋なじみの方々とリビングで過ごしてい 職員との会話の機会、歌をうたう機会、 を確保する。			グで過ごしていただくことをベー をうたう機会、新聞を読む機会な	·スとする。 :どを確保し、居室外で過ごすこと
・訓練の提供についての計	画(訓練時間等)	(具体的な計画) 遊びリテーションへ	の積	極的な参加を支援する。遊びリテ	ーションは、30分程度行う。
				説明日 説明者氏名	年 月 日

### (独自の取組) 幸せ作り計画書

0

(

# Ⅲ. 幸せ作り計画書を創ろう Ⅲ一①≪メインテーマ≫

ご本人・ご家族の意向 を確認しながら多職種 により計画を作成

#### 生まれた生家に帰って妹様と会う!!

#### Ⅲ-②《未来予想図》

T ( ( ( ) ( ) )			
3ヵ月後 □□□	> 2ヵ月後□	>1 ヵ月後□	一 今、すべきこと
10 月	9月	8月	・離床して楽しんで取り組めることは何かを把握する ・遊びリテーションを行い週に最低2回はターゲットとなり
える。 排泄が整い、ファンレスト テーブルがなくとも安全にト イレで排泄出来ている 岡山までの移動手段や排泄場 所の確認を行い無理のない計 画を立てている	り、 日中の静間間が生せ がいている は、 日中の時間 でいてびい でがいている を共に コッカともに 文定できるルがる かい 下した さんだった でなできる かがる かい でいる とこ スタ 全が がった できるが おった いる もの でいる はい	・遊びリテーションでメイン ターゲットとなり楽しんで参加できている ・遊びリテーションで活動座 位が保てているか職員が確認 ・パット内に失禁がある時の モニタリングが完了し事前に	参加する。また遊びリテーションをご本人の日課にできるよう必ず参加を促す声掛けを行う・遊びリテーション参加時は正しい活動座位を保持できるよう職員が声掛けを行う(全職員が活動座位をきちんと理解できている)・1日の排泄時間をモニタリングし、看護師、ドクターに相談のうえ下剤の調整を行う・便の形状を固形化できるよう調整する・ご家族と共に岡山に行く際の交通手段等具体的な計画を立てる。・長女様に、排泄時の介助や誘導の介助を観て頂く・外気浴を行う

経過に沿って更新

### Ⅲ. 幸せ作り計画書を創ろう 🤇

Ⅲ一①≪メインテーマ≫

#### 岡山に帰って妹様、次女様と会う

#### Ⅲ一②《未夹予相図》

_Ⅲ一②≪未来寸	>想凶≫	
当日 🗆	──>3週間後 ────>2週間後	会 一
7 月 15 日 岡山に帰り楽しく過ごすこと ができる。 岡山までの移動が無理なく行 える。 (排泄が整い、ファンレスト テーブルがなくとも安全にト イレで排泄出来ている) 岡山までの移動手段や排泄場 所の確認を行い無理のない計 画を立てている	・意欲的な生活が送れており、日中の静養時間がせていているともに関かで過ごしたいる。 いかで風船がレーを行い日性のを変にした活動を位を保っているとできる、(ファンレテーブルにかるものでのまとができる) ・日中トイレでの排泄が行うしての排泄が行うになり、おいないると、外へ散歩に行く。と、かへ、散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんとで散歩に行く。と、かんないないる。	6日・1日の排泄時間をモニタリングし失禁の有無を確認する 的に行え・遊びリテーションを行い柳澤様をターゲットとして参加 により日でいるでメイン・ はんで参う。また遊びリテーションをである。また遊びリテーションをである。また遊びリテーションをである。 がす参加を促す声掛けを行うでメイン・ はんで参う。非便状況をモニタリングし、看護師、ドクターに相談の ・選をしまである。 ・選をしまに関山に行く際の交通手段等具体的な計画を ・で家族と共に岡山に行く際の交通手段等具体的な計画を ・で家族にターミナル期であること、夏の外出のリスクを 説明し、理解してもらう。 ・外の環境に慣れるために長女様の家に散歩して体力をつける。 ・健本は間を増やして体力をつける。 ・健なれた状態での食事はため込みが多く摂取量につながらない。そのため体力づくりと車いすでのポジショニングを 総元化し摂取量を増やす)
	目標を実行する当日のこ	
	とも含めて計画を作成	

### 3) ご本人・ご家族の想いを叶えるため、寝たきり状態から改善し、自 宅外出まで実現できた事例(介護老人保健施設)

#### C さん 【90歳代・男性(要介護度4/寝たきり度 C1/認知症度Ⅳ】

#### 支援の経緯

- 自宅では娘二人の手厚い介護を受けて生活されていた。お元気な頃は、おしゃべりが大好きで、畑も熱心に作っていたが、入所当初は寝たきりで、発話もほとんど聞かれなかった。ご家族としては、自宅近くの介護老人福祉施設が空くまでの利用を希望であった。
- ご家族からは、施設での生活について、「誤嚥性肺炎や便秘が心配」「元気なころは、話し好きで趣味もあった。しゃべらなくても、ベットからおきて、他の人がいるリビングで過ごさせて欲しい。映画の DVD や雑誌などもみせてあげたい」など、お元気だった頃の C 様らしい過ごし方を望まれた。
- 施設の支援方針として、ご状態が安定されれば、自宅への外出をしながら、短期間でも在宅生活を送って、ご家族水入らずで過ごす機会がもてるように支援することを目標とした。

#### 具体的な支援計画

○ 食事については、リビングで椅子に座って食事をして頂くため、椅子の選定をし、座ることから開始したが、食事中や食後に意識消失みられることが多かった。そこで、座位姿勢の調整を行い、リクライニング車いすで長座位の自立から取り組むことにした。



- 排泄については、排泄アセスメントを実施し、トイレの支援方法やトイレに座るタイミングなどのケア 方法を統一した。便秘へは、腸活の取り組み・排便タイムを見直した。
- 入浴については、離床、移乗動作を入浴場面以外で働きかけ、お風呂での介助方法を検討し、ケア の統一をした。
- その他、入所時点では声かけに頷きがある程度であったが、ご家族からの情報をもとに新聞や車の 話題などから関わりを持つようにしたり、ケア場面でもお名前をしっかり呼んで、職員を認識してもら い、ご自分で手や足を動かしていただくよう働きかけを統一して関わることとした。

#### 支援の様子

- 食事に関しては、血圧低下を予防するため、長座位にして下肢を水平に保つようにした。シートの角度計を作成して職員間で統一し、リクライニングシート座位でも安全に飲み込みができる姿勢を確保した。スプーンホルダでスプーンを使いやすくしたり、リクライニング車いすでも目線にお皿が見えるように車いすに設置するテーブルを使用し、自分で食べるものを確認しながら召しあがって頂くようにした。
- 排泄援助では、尿意便意の意思表示がないため、排泄アセスメントにより、トイレに座る時間を決めて関わった。意識消失発作に配慮して、1日2回のトイレでの排泄から支援を始めた。排尿はタイミングを合わせることが難しかったが、ご家族より、排便に関しては夕食後に出ることが多かったという情報をいただき、昼食後と夕食後にトイレに誘導した。

- 余暇活動に関しては、ケアや安否確認等で居室に訪問するときは、必ず「C さま、おはようございます(挨拶)。」「今から横向きになるので、手すりにつかまって頂けますか。」「足を踏ん張って頂けますか」と問いかけて、「うん」という頷きの反応を引き出したり、「おはよう」という言葉を発話して頂くよう声掛けの仕方を統一した。
- リハビリの一環で、座位姿勢で前かがみになって、パターゴルフを行った。いつもは背もたれに寄りかかって座っていることが多いが、ゴルフをする時はしっかり背筋を伸ばし前かがみでホールを狙ってボールを打つ姿がみられた。
- ご家族には面会のため毎週お越しいただき、新型コロナウイルス感染症対策として面会室で 20 分 以内で会っていただいた。
- お食事後に新聞をリビングで読んで頂いた。また、職員が自宅でスイカを育てていた話やご家族の 名まえを出して話をしたりして、反応を引き出すように関わった。

#### 支援結果

- 排便時の一時的な意識消失は、腸活など排便のコントロールや生活支援の取り組みによりここ1年は見られていない。また、誤嚥性肺炎の治療後であり、適宜喀痰吸引、口腔ケアの徹底と継続は必要だが、再発なく経過して体調も維持できている。
- 食事は、自力でお口まで食物を運んで食べる事ができるようになった。徐々に食欲や量も増え食べこぼしやムセも減って、食べようという意欲が増大している。意識消失もないため、食事中は脚を床に接地して食べれるようになられ、現在、椅子に座って食べることも働きかけをしている。
- 訪室時等お声掛けを行いお返事を頂くことを徹底した ため、「おはよう」と発語が聞かれるようになった、徐々 に声量も増し、食べこぼしやムセ込も減り、ご自分で食 べようとする意欲にもつながっている。
- 排せつでは、しっかり声掛けを行い、協力動作の依頼 を行うと、足の踏みかえはできないが、起立時に足に 力を入れてぐっと姿勢を伸ばして頂けるようになった。
- ご本人の体調が安定した頃に、ご家族と共にご自宅へ外出することができた。お元気な時に丹精込めた畑を「見に行きたい」というご本人の思いを実現でき、ご家族も大変喜ばれた。C さんの表情も良く、最近では「畑はだれが草刈りよるんか?」など、今まで返事程度で自発的発語がなかった方が、返事する回数や、語彙も増え、ご自身の気持ちをご自身の言葉で伝えられる機会が増え、笑顔も増えた。









### 自立支援促進加算に関する評価・支援計画書

	評価日 令和03年11月17日 計画作成日令和03年11月17日
   氏名	
氏石   様   ■男 ロダ   昭和03年 月 日 生 ( 歳 )	
	医師名
	介護支援専門
現状の評価と支援計画実施による改善の可能性	
(1) 診断名 特定疾病 または活機能低下の直接の原因となってい	
「1. アルツハイマー病	<del></del>
2. 高血圧症	<del></del> <sub>発症年月</sub> は最後まで自分で食べられ
3.	る日も増えてきている。
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経	過及び治「同より変化の
8/24時点と比べ著変なし	ZEWO INC DO FOR DO
0/2年前派に比「省交」なり	
(3) 日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) □自立 □J	1 □J2 □A1 □A2 □B1 ■B2 □C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □Ⅰ	
(4) 基本動作	(5) ADI <sup>*</sup> 自立 一部介助 全介助
・寝返り □自立 □見守り □一部介助 ■全介助	·食事 □10 ■5 □0
・起き上がり □自立 □見守り □一部介助 ■全介助	・椅子とベッド間の移乗 □15 □10 ← (監視下)
・座位の保持 □自立 □見守り □一部介助 ■全介助	(座るが移れない)・ □5 ■0
・立ち上がり □自立 □見守り □一部介助 ■全介助	· 整容 □5 ■0 □0
・立位の保持 □自立 □見守り ■一部介助 □全介助	・トイレ動作 □10 □5 ■0
	・入浴 □5 □0 ■0
	<ul><li>・平地歩行 □15 □10 ← (歩行器等)</li></ul>
	(車椅子操作が可能) □5 ■0
	・階段昇降 □10 □5 ■0
	・更衣 □10 □5 ■0
//	・排便コントロール □10 □5 ■0
	・排尿コントロール □10 □5 ■0
(6) 廃用性機能障害に すする自立支援の取組による機能回復・	重度化防止の効果
■期待できる ( 持できる項目:■基本動作 □ADL □I/	ADL 口社会参加 口その他)
□期待できなし ]不明 ・リハビリテーシ (医師の指示に基づく専門職種によるも	」の)の必要性 ■あり □なし
・機能訓練の必要	■あり □なし
(7) 尊厳の保持と 支援のために必要な支援計画	200 / 11-50
	リ防止に資する取: ■自立した生活を支える取:
(8) 医学的観点 ) 留意事項	
	<ul><li>・移動 □特になし ■あり(表皮剥離、血圧変動に注意 )</li></ul>
	・運動 □特になし ■あり(限及利離、皿圧変動に注意 / ・運動 □特になし ■あり(同上
<u>・嚥下 「</u> ■あり(窒素の既往あり注意 ) (※ 利用 生活の中で「できるADL動作」について評値	・その他 ( ) <u> </u> m.l. アトさい )
エルジャで「Co OADLMIF」について評価	

(次ページへ続く)

声かけが伝わると、頷いて 足や手に力が入り、立位は 軽く支える程度で安定する ようになった。

#### (前ページから続く)

離床・基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床	・食事	・本人の希望の確認	・リハビリ専門職による
■あり □なし	(□自立 □見守り■一部介財□全介助)	※ 1月あたり(*90)回	■あり 口なし
1日あたり( 7.0) 時	間 □居室外(普通の椅子		1週間あたい 1.0)時
	■居室外(車椅子	・外出_	
・座位保持	ロベッドサイ	1週間あたい 0)回	・看護・介護職による訓
<b>■</b> あり □なし	ロベッド上 口その他		■あり □なし
1日あたり(7.0)時	間 食事時間や嗜好への対応	・居室以外(食堂・デイルーム)	な 1週間あたり(3.0)時
(内訳)	■あり □なし	における滞在	
ベッド上 (_0.0)!		1日あたり(*7.0)時間	・その他職種
車椅子(_7.0)!			□あり ■なし_
普通の椅子 ( 0.0 ) !			1週間あたり(*0.0)時
その他(0.0)		役割活動	
	■居室内のトイ	1週間あたい(2)回	
・立ち上がり	ロポータブル		
■あり □なし	■おむつ □その他	・職員の居室訪問	
1日あたり(10)回	個人の排泄リズムへの対応	1日あたり(10)回	
/4	■あり □なし		
		・職員との会話・声かけ	
	・排せつ(夜間)	1日あたり(10)回	
	(□自立 □見守り□一部介財■全介助)		
	□居室外のトイ ■居室内のトイ	・着替えの回数 1週間あたり(*3)回	
	■店室内の下1	「週間のだり(3)回	
D移乗動作、トイレ	■おむつ □その他	・居場所作りの取組	
D働き掛けにより、	個人の排泄リズムへの対応	■あり □なし	
あがり回数が増え	■あり □なし		
是近では、声かけに			
て自分で足を踏ん張	<ul><li>入浴</li></ul>		
	(□自立 □見守り□一部介財■全介助)	*	
こする意欲がみられ	□大浴槽 ■個人浴槽		
ようになった。	□機械浴槽□清拭		
	1週間あたり(*2)回		
	マンツーマン入浴ケア		
	■あり □か	1	1

#### 支援計画

_ 文援計画	
・離床・基本動作についての支援計画	(具体的な計画) ご自分で頭を上げたり、足を踏ん張ったりされるよう、声掛けをして動作を引き出す。椅子での座位保持練習。
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画) 椅子に座っての食事に取り組む(移乗方法の統一) トイレでの排せつの定着
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画) リビングで過ごす時間を延ばしていき、朝は新聞を読んでいただいたり、職員 との会話を楽しんでいただく
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画) 個別リハビリ 週3回(20分/回) メニューは計画書

#### 【施設コメント】

C さんの発せられる一言や活き活きした表情が、職員の間で喜びとなり、やりがいや、笑顔、更に次へのケアにも繋がっている。

5

# 参考資料

### 1) 自立支援促進に関する評価・支援計画書

自立支援促進に関す	る評価・支援計画書			
評価日 令和 年 月 氏名 殿 男	日 計画作成日 令和 年 月 日 分			
明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)	医 師 名 介護支援専門員名			
現状の評価と支援計画実施による改善の可能性	<b>月段入级守门</b> 负有			
(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっ	ている傷病名については 1. に記入) 及び発症年月日			
1. 発症年月	日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)			
2. 発症年月				
3. 発症年月				
(2) 生活機能低下の原因となっている傷病または特定疾病の経	過及び治療内容 (前回より変化のあった事項について記入)			
(a) E Male Se as de de rite Me la company				
<ul><li>(3)日常生活の自立度等について</li><li>・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) □自立 □J1</li></ul>	□ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
・認知症高齢者の日常生活自立度(そんとり及) □自立 □I	□ IIa □ II b □ IIIa □ III b □ IV □ M			
(4) 基本動作	(5) ADL <sup>※</sup> 自立 一部介助 全介助			
・寝返り □自立 □見守り □一部介助 □全介助	(0) NDL (11/19) ±/19)			
・起き上がり □自立 □見守り □一部介助 □全介助	·食事 □10 □5 □0			
・座位の保持 □自立 □見守り □一部介助 □全介助 ・立ち上がり □自立 □見守り □一部介助 □全介助	・椅子とベッド間の移乗 □15 □10←(監視下) (座るが移れない) → □5 □0			
・立位の保持 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	·整容 □5 □0 □0			
	<ul><li>トイレ動作 □10 □5 □0</li></ul>			
	·入浴 □5 □0 □0			
	・平地歩行 □15 □10←(歩行器等) (車椅子操作が可能) → □5 □0			
	・階段昇降 □10 □5 □0			
	· 更衣 □10 □5 □0			
	<ul><li>・排便コントロール □10 □5 □0</li></ul>			
	・排尿コントロール □10 □5 □0			
(6)廃用性機能障害に対する自立支援の取組による機能回復・1 □期待できる(期待できる項目: □基本動作 □ADL □IADL				
□期待できる(期待できる項目: □基本動作 □ADL □IADL □IADL □期待できない □不明	□社会参加□七の他)			
・リハビリテーション(医師の指示に基づく専門職種によるもの	の)の必要性 □あり □なし			
・機能訓練の必要性 口あり 口なし				
(7)尊厳の保持と自立支援のために必要な支援計画				
□尊厳の保持に資する取組 □本人を尊重する個別ケア □寝7	たきり防止に貸する取組 □目立した生活を支える取組			
(8)医学的観点からの留意事項 ・血圧 □特になし □あり ( )・移動 □特になし □あり ( )				
	助 口特になし 口あり ( )			
・嚥下 □特になし □あり ( )・そ				
(※ 利用者が日常生活の中で「できる ADL 動作」について評価	して下さい。)			

支援実績	41.16-			But Advanta WW
離床・基本動作	ADL 動作		日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 □り ・離床 □り ・を ・を ・を ・を ・を ・を ・を ・を ・を ・を	・食自□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	) 応 ・全介助) 対応 ・全介助) ・全介助)	・本月の表生のでは、	・リハピリ専門職による訓練     「コ週間から ( ) 時間     ・看護かり ( ) 時間     ・看護かり ( ) 時間     ・
	□有□無			
(※ 利用者が実際に日常生	活の中で「している ADL	動作」につい	て評価して下さい。)	
支援計画				
・離床・基本動作について	12411	的な計画)		
・ADL 動作についての支援	12411	的な計画)		
<ul><li>日々の過ごし方等につい</li></ul>		的な計画)		
・訓練の提供についての計	42411	的な計画)		
				月日 令和 年 月 日 月者氏名

### 2) 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A

#### 【vol.2(令和3年3月23日)】

#### 【介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

- 自立支援促進加算の算定要件
- 問 41 入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法について も、個人の習慣や希望を尊重することが要件となっているが、仮に入所者の状態から一 般浴槽を使用困難な場合は要件を満たすことになるのか。

#### (答)

本加算については、原則として一般浴槽での入浴を行う必要があるが、感染症等の特段の考慮すべき事由により、関係職種が共同して支援計画を策定する際、やむを得ず、特別浴槽での入浴が必要と判断した場合は、その旨を本人又は家族に説明した上で、実施することが必要である。

#### 【vol. 10 (令和3年3月23日)】

【通所介護、(介護予防) 通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、(介護予防) 認知症対応型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護】

- 栄養アセスメント加算について
  - 問 1 利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合、栄養アセスメント加算の算 定事業者はどのように判断するのか。

#### (答)

利用者が、複数の通所事業所等を利用している場合は、栄養アセスメントを行う事業所について、

- ・ サービス担当者会議等で、利用者が利用している各種サービスと栄養状態との関連性 や実施時間の実績、利用者又は家族の希望等も踏まえて検討した上で、
- ・ 介護支援専門員が事業所間の調整を行い、決定することとし、

原則として、当該事業所が継続的に栄養アセスメントを実施すること。

#### 【居住系・施設系サービス共通、看護小規模多機能型居宅介護】

〇 科学的介護推進体制加算、自立支援促進加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算 について

問2 サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

#### (答)

- ・ これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、 サービスの提供を終了する日の属する月の翌月 10 日までに、LIFEへの情報提出を 行っていただくこととしている。
- ・ 当該サービスの再開や当該施設への再入所を前提とした、短期間の入院等による 30 日 未満のサービス利用の中断については、当該中断の後、当該サービスの利用を再開した場 合は、加算の算定要件であるサービス利用終了時やサービス利用開始時の情報提出は必 要ないものとして差し支えない。
- ・ 一方、長期間の入院等により、30 日以上、当該サービスの利用がない場合は、加算の 算定要件であるサービス利用終了時の情報提出が必要であるとともに、その後、当該サー ビスの利用を再開した場合は、加算の算定要件であるサービス利用開始時の情報提出が 必要となる。
- ※ サービス利用開始時に情報提出が必要な加算: 科学的介護推進体制加算、自立支援促進 加算、褥瘡マネジメント加算、排せつ支援加算
- ※ サービス利用終了時に情報提出が必要な加算:科学的介護推進体制加算

#### 【通所系・居住系・施設系サービス共通】

○ 科学的介護推進体制加算について

問3 サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

#### (答)

当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する 必要はあるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提 出でも差し支えない。

#### 【介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院】

〇 自立支援促進加算について

問4 本加算の目的にある「入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を 図ること」とはどのような趣旨か。

(答)

- これまで、
  - 一寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害は、適切なケアを行うことにより、回復や 重度化防止が期待できること
  - ー 中重度の要介護者においても、離床時間や座位保持時間が長い程、ADLが改善する こと

等が示されており(※) さらに、日中の過ごし方を充実したものとすることで、本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていくこと、さらには、機能障害があってもADLおよびIADLを高め、社会参加につなげていくことが重要である。

- ・ 介護保険は、尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要なサービス提供することを目的とするものであり、本加算は、これらの取組を強化し行っている施設を評価することとし、多職種で連携し、「尊厳の保持」、「本人を尊重する個別ケア」、「寝たきり防止」、「自立生活の支援」等の観点から作成した支援計画に基づき、適切なケアを行うことを評価することとしたものである。
  - ※ 第 185 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 123 ページ等を参照 https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf

問5 「個々の入所者や家族の希望に沿った、尊厳の保持に資する取組」とは、どのような取組か。また、希望の確認にあたっては、どのようなことが求められるか。

(答)

- ・ 具体的には、要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、個々の入所者や家族の希望を聴取し、支援計画を作成し、計画に基づく取組を行うなど本人を尊重する個別ケア等により、入所者や家族の願いや希望に沿った、人生の最期までの尊厳の保持に資する取組を求めるものである。
- ・ なお、個々の入所者の希望の確認にあたっては、改善の可能性等を詳細に説明する必要があり、例えば、入所者がおむつを使用している状態に慣れて、改善の可能性があるにも関わらず、おむつの使用継続を希望しているような場合は、本加算で求める入所者や家族の希望とはいえないことに留意が必要である。

問6 支援計画の実施(「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(短期入所サービス及び特定施設入居者生活介護に係る部分)及び指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成 12年3月8日老企第40号)第2の5(37)⑥a~f等に基づくものをいう。以下同じ。)にあたっては、原則として「寝たきりによる廃用性機能障害を防ぐために、離床、座位保持又は立ち上がりを計画的に支援する」こととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。また、離床時間の目安はあるか。

#### (答)

- ・ 具体的には、廃用性機能障害は、基本的に回復が期待できるものであることを踏まえ、 いわゆる「寝たきり」となることを防止する取組を実施するにあたり、計画的に行う離床 等の支援を一定時間実施することを求めるものである。
- ・ したがって、治療のための安静保持が必要であることやターミナルケア等を行っている ことなど医学的な理由等により、やむを得ずベッド離床や座位保持を行うべきではない 場合を除き、原則として、全ての入所者がベッド離床や座位保持を行っていることが必要 である。
- なお、
  - 具体的な離床時間については、高齢者における離床時間と日常生活動作は有意に関連し、離床時間が少ない人ほど日常生活動作の自立度が低い傾向にある(※)とのデータ等もあることを参考に、一定の時間を確保すること
  - 本人の生きがいを支援し、生活の質を高めていく観点から、離床中行う内容を具体的に検討して取り組むこと
  - も重要である。
  - ※ 第 185 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 123 ページを参照

https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000672514.pdf

問7 支援計画の実施にあたっては、原則として「食事の時間や嗜好等への対応について、画一的ではなく、個人の習慣や希望を尊重する」こととされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

#### (答)

- ・ 具体的には、入所者が要介護状態となる以前の生活にどれだけ近づけるかという観点から、
  - 個人の習慣や希望を踏まえた食事の時間の設定
  - 慣れ親しんだ食器等の使用
  - 管理栄養士や調理員等の関係職種との連携による、個人の嗜好や見栄え等に配慮した食事の提供

など、入所者毎の習慣や希望に沿った個別対応を行うことを想定している。

- また、
  - 経管栄養といった医学的な理由等により、ベッド離床を行うべきではない場合を除き、ベッド上で食事をとる入所者がいないようすること
  - 入所者の体調や食欲等の本人の意向等に応じて、配膳・下膳の時間に配慮すること といった取組を想定している。
- ・ なお、衛生面に十分配慮のうえ、本人の状況を踏まえつつ、調理から喫食まで 120 分以 内の範囲にできるように配膳することが望ましいが、結果的に喫食出来なかった場合に、 レトルト食品の常備食を提供すること等も考えられること。

問8 支援計画の実施にあたっては、原則として「排せつは、入所者ごとの排せつリズムを考慮しつつ、プライバシーに配慮したトイレを使用すること」とされているが、 具体的にはどのような取組が求められるのか。

#### (答)

- ・ 排せつは、プライバシーへの配慮等の観点から本来はトイレで行うものであり、要介護 状態であっても、適切な介助により、トイレで排せつを行える場合も多いことから、多床 室におけるポータブルトイレの使用は避けることが望ましい。
- ・ このため、本加算は、日中の通常のケア(※)において、多床室でポータブルトイレを 使用している利用者がいないことを想定している。
- ※ 通常のケアではないものとして、特定の入所者について、在宅復帰の際にポータブルトイレを使用するため、可能な限り多床室以外での訓練を実施した上で、本人や家族等も同意の上で、やむを得ず、プライバシー等にも十分に配慮して一時的にポータブルトイレを使用した訓練を実施する場合が想定される
- なお、「入所者ごとの排せつリズムを考慮」とは、
  - トイレで排せつするためには、生理的な排便のタイミングや推定される膀胱内の残尿量の想定に基づき、入所者ごとの排せつリズムを考慮したケアを提供することが必要であり、全ての入所者について、個々の利用者の排せつケアに関連する情報等を把握し、支援計画を作成し定期的に見直すことや、
  - 入所者に対して、例えば、おむつ交換にあたって、排せつリズムや、本人の QOL、本人が希望する時間等に沿って実施するものであり、こうした入所者の希望等を踏まえず、夜間、定時に一斉に巡回してすべての入所者のおむつ交換を一律に実施するような対応が行われていないこと

を想定している。

問9 支援計画の実施にあたっては、原則として「入浴は、特別浴槽ではなく、一般浴槽での入浴とし、回数やケアの方法についても、個人の習慣や希望を尊重すること」とされるが、具体的にはどのような取組が求められるのか。

#### (答)

- ・ 尊厳の保持の観点から、すべての入所者が、特別浴槽でなく、個人浴槽等の一般浴槽で 入浴していることが原則である。やむを得ず、特別浴槽(個人浴槽を除く。)を利用して いる入所者がいる場合についても、一般浴槽を利用する入所者と同様であるが、
  - 入浴時間を本人の希望を踏まえた時間に設定することや
  - 本人の希望に応じて、流れ作業のような集団ケアとしないため、例えば、マンツーマン入浴ケアのように、同一の職員が居室から浴室までの利用者の移動や、脱衣、洗身、着衣等の一連の行為に携わること
  - 脱衣所や浴室において、プライバシーの配慮に十分留意すること 等の個人の尊厳の保持をより重視したケアを行うことが必要である。
- ・ また、自立支援の観点から、入所者の残存能力及び回復可能性のある能力に着目したケアを行うことが重要である。
- ・ なお、重度の要介護者に対して職員 1 人で個浴介助を行う場合には技術の習得が必要であり、事業所において組織的に研修等を行う取組が重要である。なお、両側四肢麻痺等の 重度の利用者に対する浴室での入浴ケアは 2 人以上の複数の職員で行うことを想定している。
  - 問 10 支援計画の実施にあたっては、原則として「生活全般において、入所者本人や家族と相談し、可能な限り自宅での生活と同様の暮らしを続けられるようにする」とされるが、具体的にはどのような取組を行うことが求められるのか。

#### (答)

- 個々の入所者や家族の希望等を叶えるといった視点が重要であり、例えば、
  - 起床後着替えを行い、利用者や職員、家族や来訪者とコミュニケーションをとること
  - 趣味活動に興じることや、本人の希望に応じた外出をすること
  - 等、本人の希望等を踏まえた、過ごし方に対する支援を行うことを求めるものである。 例えば、認知症の利用者においても、進行に応じて、その時点で出来る能力により社会 参加することが本人の暮らしの支援につながると考えられる。
- ・ なお、利用者の居室について、本人の愛着ある物(仏壇や家具、家族の写真等)を持ち 込むことにより、本人の安心できる環境づくりを行うとの視点も重要であり、特に、認知 症の利用者には有効な取組であると考えられる。