

口演 | 全般的なケア

■ 2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 ■ 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:00 ~ 16:08

[27-O-A004-01]

通所リハビリテーションに求められること
～アンケート調査から分析～

北海道 ○山谷 一希, 乙坂 道子 (エルクオール平和)

16:08 ~ 16:16

[27-O-A004-02]

多職種カンファレンスの成果について
～個別ケアの質向上のために～

静岡県 ○鈴木 大輔 (介護老人保健施設静岡徳洲苑)

16:16 ~ 16:24

[27-O-A004-03]

見守りセンサーの活用
～利用者の安全を守るために～

東京都 ○立嶋 舞 (デンマークイン新宿)

16:24 ~ 16:32

[27-O-A004-04]

笑顔を取り戻した老健の力

和歌山県 ○森田 有飛, 谷本 司 (老人保健施設和佐の里)

16:32 ~ 16:40

[27-O-A004-05]

職員と利用者が笑顔で通えるデイケアの実現を目指して
安定した運営体制を目指した業務改善

埼玉県 ○宮崎 徹, デイケア職員 一同 (医療法人和会介護老人保健施設日高の里)

16:40 ~ 16:48

[27-O-A004-06]

「もう一度、口から食べたい」願いを叶えた多職種連携
～家族の思いに寄り添った短期回復の一例～

岡山県 ○藤原 みどり, 玉木 晴菜 (老人保健施設 倉敷藤戸荘)

16:48 ~ 16:56

[27-O-A004-07]

多職種や他機関との連携により在宅復帰となった症例

島根県 ○岩崎 春菜, 富田 香織, 山尾 昭子, 吉村 はるか, 竹内 匡史 (介護老人保健施設コスモス苑)

口演 | 全般的なケア

2025年11月27日(木) 16:00～17:00 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:00～16:08

**[27-O-A004-01] 通所リハビリテーションに求められること
～アンケート調査から分析～**

北海道 ○山谷 一希, 乙坂 道子 (エルクォール平和)

【はじめに・目的】

昨今の介護保険サービス事業体の増減の変動が著しく、通所系サービスが多様化する中で、当事業所のサービスの質向上に向けた取り組みを再考していく必要があると考えた。サービス調整の要である居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象に、潜在的ニーズやその優先度を調査することを目的に当アンケート調査を行った。

【対象】

2025年6月～2025年7月

【方法】

居宅介護支援事業所65か所へアンケートを配布した。「新型コロナウイルス感染症が5類へ移行後のサービスに関する変容について」「情報収集方法」「要望の多い項目」「提案時の決め手」「当事業所を提案する際のポイント」は複数回答可能、「自由記載」の項目を設けた。回答期限は1か月とした。

【倫理的配慮】

対象者には、研究の目的、方法、個別の回答が特定されないこと、得られたデータは連結不可能匿名化を行うこと、質問を回答することで同意を得る。

【結果】

65事業所から38件回答があり回答率は59%であった。「サービスに関する変容について」通所サービス利用の希望が増えたという回答が多く、医療系やショート、入所サービスといった希望は変わらないという回答結果であった。「情報収集方法」では、口コミや事業所、関係者から情報を得ている(71.1%)が最も高く、次いで市で掲載している事業所一覧の活用(63.2%)、営業や広報で知る(57.9%)の順であった。「利用要望の多い項目」入浴(84.2%) 専門職によるリハビリ(84.2%)と最も多く、認知症があっても柔軟に対応してくれる(68.4%)、家から近い(63.2%) 短時間利用が可能(63.2%)と続いた。長時間の利用や入浴無しのリハ特化する項目は30%以下という結果であった。「提案時の決め手」では、要望に対する柔軟な対応(78.9%)、連携と取りやすさ・職員の対応や接遇の良さ(同68.4%)、サービスの質(63.2%)と多く、設備(21.1%) 食事内容(21.1%)は低い結果であった。「当事業所を提案する際のポイント」では、リハビリの提供内容が充実している(81.6%)が最も多く、続いて連携調整を行いやすい(60.5%)ケアの対応に安心できる、入浴サービスがある(同55.3%)と続き、他者交流が出来る、事業所の規模が良い(同13.2%)は低い結果になった。「自由記載」には、リハビリ職員目線の意見はアセスメントの参考になり、ありがたい。的確に情報共有して下さるのが一番の安心。サービス利用の窓口が一本化されていることが良いなど「対応や質の良さ」が好評であった。改善の意見としては、力を充実された方が良い、リハビリ特化デイと違った利点を広報して欲しい、ICT化を進めて欲しいといった回答がみられた。

【考察】

今回の調査により、通所サービス利用ニーズは高まっている傾向にある回答が多く、提案する事業所は本人家族の希望に合わせて、ケアマネジャーの連携の取りやすさ、調整時のニーズに対する柔軟な対応力も影響すると考えられた。当事業所が提案される要素は、リハビリの提供内容、アセスメント力と連携・調整

力,接遇などと評価されていることがわかり,利用者家族への還元と共に職員のモチベーション向上に繋がられたと考える。しかし,評価されているものを表出することが難しいソフト面に偏っており,PR方法に努力が必要な点も明らかになった。他々や他者交流が不足,ICT化を進めて欲しいという意見から現状を見直し、発信方法など検討し実行することで,目的としていたサービスの質向上へ繋がられる具体的な協議に進められる結果となった。

口演 | 全般的なケア

2025年11月27日(木) 16:00～17:00 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:08～16:16

**[27-O-A004-02] 多職種カンファレンスの成果について
～個別ケアの質向上のために～**

静岡県 ○鈴木 大輔 (介護老人保健施設静岡徳洲苑)

1. はじめに

地域社会の高齢化が進む中、包括的なケアマネジメントが求められている。当施設では、ケアの質向上と利用者の満足度向上を目指し、チームワークを活かしたカンファレンスを中心としたアプローチを推進している。今回、実施しているカンファレンスの意義と役割について述べると共に、チームケアにおけるカンファレンスの有効性を報告する。

2. カンファレンスの意義と役割

当施設で実施している様々なカンファレンスについては、以下のような意義と役割が挙げられる。

I. 入所・継続・退所判定会

入所判定会は、事前の情報をもとに心身状態や家族状況を総合的に評価し、入所の可否を判定する。医療面や心理面など様々なリスクについて多職種で意見交換する。継続判定会は入所中の経過と現在の状態を評価しながら意向に沿ったサービス計画に向けて、多職種で方向性を協議する。LIFE加算で必要となる計画書や各部署の計画書の整合性を確認し、新たな目標や方針が決まればその場で修正変更する。

退所判定会は本人・家族の意向に沿って自宅や他の施設での生活が可能かを協議し、必要に応じて生活環境の調整や在宅サービスの利用について話し合い、可否を判定する。判定会を通してさまざまな角度から利用者の可能性を討議し、チームアセスメントを行い、より有益な結論を導くことができる。専門的な知識や経験に基づいた意見を述べ合い、より具体的で実効的なケアプランを完成させることができる。

II. 通常のカンファレンス

各利用者について1か月に1回以上行うよう調整する。評価スケールとしてICFステージングを使用しADLの自立度向上に向けて協議する。認知機能面に関してはBPSD25Qや介護記録をもとに、認知症の行動・心理症状（以下、BPSD）の発生要因や頻度を分析し、症状緩和策を検討する。次に個別支援計画書の評価・検討を行い、具体的なケア方針や個別対応の内容を決定する。各職種が持つ情報や最新の状況を共有しながら、現在進行中の課題を多職種チームで議論することで、新しい解決策を見出す問題解決の場となる。

III. 職種別カンファレンス

日常生活の支援について各部署で具体的な課題や改善策を話し合う。部署内で課題を共有し、計画書の進捗状況を確認しながら必要な調整を行う。専門性を高めるためのフィードバックや議論が行われる場として機能し、部門ごとのスキルアップ促進に寄与している。多職種間のカンファレンスと連動して、全体的なケアの質を高める役割を果たす。

3. リハビリ専門職がカンファレンスに参加する意義について

リハビリ職員が関与することで、現状の運動機能や予後予測を反映させた、より精度の高いアセスメントが実行できる。また、リハビリの進捗具合により、機能に応じた個別的な支援方法を示すことができる。残存機能を引き出すリハビリテーションの視点を多職種で共有することで、より個別性のある生活リハビリが可能になる。

4. カンファレンス定着に向けた対応と課題

チームマネジメントにおいては多職種でのカンファレンスが有効であり、ただ職員が集まればいいのではなく、様々な技術や工夫が必要とされている。当施設ではカンファレンス定着のために、「第〇週〇曜日の〇時から」と細かく設定し、カンファレンスの前に必要な項目を確実に入力する事を徹底した。当日の進行役は特定の職員に偏らないよう発言機会を振り分け、カンファレンス後の記録も参加者で分担するようにした。こうした取り組みや事前準備により職員全員が責任感を持つようになり、「多職種で意見を出し合ってプランを決定する」という意識変化に繋がった。

課題として、議論の内容が多岐にわたり、時間を超過しやすい傾向があった。そこで通常のカンファレンスでは「BPSDの背景要因を分析する23項目チェックリスト」を使用し、ケアマネジメントに関する情報を利用者ごとにファイルに一元化した。これにより課題解決に向けた論点が絞りやすくなり、今まで以上に意見交換が増えていった。

5. まとめ

カンファレンスを重ねて課題や対応方法を協議し、多くの知見を共有することでチーム全体の力を引き出す体制を強化した。老健入所中のすべての利用者にとって、退所した先にある医療・介護の地域資源を見据えたアプローチが必要である。これからも利用者の目線に立った個別性のある施設サービスを展開し、地域介護に貢献するために、施設全体で取り組んでいきたい。

口演 | 全般的なケア

2025年11月27日(木) 16:00～17:00 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:16～16:24

[27-O-A004-03] 見守りセンサーの活用

～利用者の安全を守るために～

東京都 ○立嶋 舞 (デンマークイン新宿)

見守りセンサーの活用 ～利用者の安全を守るために～デンマークイン新宿 介護科 立嶋舞

【はじめに】当初、見守りセンサーの導入による試みに機械の使い方が分からず否定的な職員が多かった。見守りセンサーを活用したことでベッド周辺での転倒の防止と利用者様が看取りとなり居室で過ごす時間が増える中で寂しさの軽減、安心感へと繋がった事例2件を報告する。

【事例】1 E氏 90代 女性 要介護3 障害自立度B1 認知症3a 車椅子使用骨折の既往にて入所時から床センサーを使用していたが、1週間内に3回ヒヤリハットがあった。ベッドでの起き上がりや歩き出しがみられ、危険認識が低く安全確保が課題となり居室変更と見守りセンサーの使用となる。2 M氏 90代 女性 要介護3 障害自立度A2 認知症3a 車椅子使用食事の減少、ADL低下にともない看取りとなる。居室で過ごされる時間が増えたことでベッド上での「誰かー、来てー、ここにいる？」という声出しや一人での寂しさの不安の訴えが多くなった。健康状態の確認や安心感の確保が課題となり見守りセンサーの使用となる。【取り組み】1・危険認識が低く転倒リスクがあるために見守りセンサーの活用。・動き出しが早い見守りセンサーと床センサーを併用し、体動でのアラート時に訪室。・他者介入中においてもiPodtouchを携帯することで訪室対応を行った。・睡眠状態を把握するための目安としてデータ蓄積。夜間覚醒時の記録の情報共有。2・健康状態を参考までに把握するために活用。・見守りセンサー反応時に訪室することで安心感を与える声かけを行った。・ステーション内で適宜、iPadでリアルタイム画面を確認しバイタルや安全確認を行った。【結果・考察】1見守りセンサーが体動を感知しベッド上での動作内容を画面表示や音声機能の通知にて状況を把握し訪室したことで早期発見に繋がり滑落、転倒を防止することができた。・夜間覚醒時の記録と蓄積したデータを照らし合わせたことで覚醒する時間帯(22時～23時/3時～4時)を把握することができた。2声出しや体動が多い時は、訪室し安全確認と安堵する言葉がけにて安心感へと繋がった。・心拍数・呼吸数の変動をリアルタイムで測定できることで健康状態の把握に役立てた。【おわりに】見守りセンサーを使用することで居室で過ごす利用者様の24時間の状況把握が出来、安全を守れると感じた。職員は転倒事故に対して体動のアラート時点で訪室を行うことで予防意識の向上や見守りセンサーの必要な利用者様に使用できるようカンファレンスを行い変更するなどの意識の変化がみられた。今後も蓄積されたデータを活用し定期的に行動パターンや睡眠状態を把握しモニタリングを行うことで引き続き、安全な環境の提供・確保に繋がっていきたい。

口演 | 全般的なケア

2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:24 ~ 16:32

[27-O-A004-04] 笑顔を取り戻した老健の力

和歌山県 ○森田 有飛, 谷本 司 (老人保健施設和佐の里)

【はじめに】

脳卒中の後遺症としての抑うつ状態は、回復期に一過性に起きるもの、脳梗塞によって誘発されたもの、身体機能障害に対する落胆から生じるものの3つに大別される。周囲への関心の低さや意欲低下、活動性が乏しく態度が消極的などの特徴があり、周囲からの肯定的サポートをすることが重要になってくると言われている。今回、脳梗塞発症後再入所となった利用者から消えていた笑顔を多職種で取り戻せたため報告する。

【目的】

多職種連携し個別性を重視したアプローチに尽力し、利用者の自己効力感の回復とQOLを向上させ利用者の笑顔を取り戻す。

【症例】

A氏は89歳女性。要介護4、障害者自立度B2、認知症自立度3b。令和6年9月に脳梗塞を発症し自施設を退所される。利き腕である右の片麻痺と構音障害の後遺症が残り自施設に再入所となった。再入所時は嘔気や食欲不振を訴え、抗うつ薬であるパキシルを服用中であった。悲観的な発言が多く、意欲低下があり表情が乏しく笑顔がまったく見られなかった。

【方法】

A氏を担当する音楽療法士、園芸療法士、言語聴覚士、理学療法士、歯科衛生士、介護福祉士、看護師が集まり、A氏の現状の共有と笑顔を取り戻すアプローチをまず検討した。音楽療法士は、A氏が以前好まれていた歌唱活動に着目し、週1回の音楽療法を実施した。園芸療法士は生花のアレンジメントや脱穀・もみすりといったA氏の趣味であった土いじりに結びつく作業を週2回実施した。言語聴覚士と看護師が意見を出し合い、「超きざみ・とろみ付き」から「一口大・とろみ付き」へ段階的に形態を変更し食欲低下に取り組んだ。また、看護師はVAS（気分評価尺度）、老年期うつ病評価尺度（GDS）を用いて定期的に心理状態を把握することとし、多職種での共有と内服薬の検討を医師に依頼した。介護福祉士は、朝の整容時にA氏が好む化粧道具を用い、自身で化粧をするサポートをした。歯科衛生士は、義歯洗浄が自身でできるよう口腔ケア用品の置き場所を変更した。理学療法士は、麻痺側に使用している三角巾をA氏が好む柄を取り入れリハビリ時に交換した。多職種で定期的に集まり、A氏の状況をタイムリーに共有するように努めた。

【結果】

再入所時、A氏はVASスコア8.1点、GDS7点とうつ症状の存在が明確であった。しかし、多職種連携の関わりにより再入所後2ヶ月以降はVASスコア0~2点と安定し、GDSについても明確な数値は確認できないものの、表情や言動からうつ症状の改善が見られた。抗うつ薬も再入所後2ヶ月後中止し、離脱症状も見られなかった。音楽療法では、開始時は傾聴していたが次第に歌を口ずさむようになった。回を重ねるにつれ「歌詞カードもらっていいですか」「昔はよく家で歌っていたの」という発言がみられるようになった。園芸療法では、促しに応じる取り組みから、「これ、昔よくやったわ」と笑顔で取り組まれる姿に変化した。さらに、自ら次の工程を確認するなど積極的な姿がみられるようになった。「またやりたい」という意欲も示され回を重ねるごとに表情が豊かになっていった。食事面では嘔気の訴えは1ヶ月後頃からなくなり食事

量が徐々に増加し最終的には全量摂取するようになった。整容時は、促しに無表情で応じる姿から、「綺麗になったわ」と鏡に映る自分に微笑むようになった。口腔ケア時は、身振りでの支援が必要であったが最小限の声かけで実施できるようになった。デイルームで過ごす時間も増え、職員に手を振り話しかける姿を見かけるようになった。

【考察】

「その人らしさ」に着目し、回想法を中心とした個別的な関わりが、心理的ストレスの軽減と自己効力感の回復に大きく寄与したと考える。音楽療法や園芸療法を通じて、A氏が過去に大切にしていた体験を現在に繋げることで、情緒の安定や活動への意欲が高まり、自発的な言動が増加した。回想法は自己の価値を再認識する機会となり、自己効力感の回復につながった。特に、VASやGDSを用い定期的に数字でA氏の状況を可視化し共有したことは、多職種共通の認識ができ効果的なかかわりにつながった。さらに、A氏の笑顔を取り戻したいという職員の強い思いが多職種の連携を強め、老健の特色を最大限に活かしたケアを実施できた。

【結語】

私たちの日々のケアは、「専門職がケアする」という一方的なものではなく、「ともに生活をつくる」というものが根底にある。今後も利用者一人一人の「心」と「生活」に寄り添い、老健の最大の特色である多職種連携をさらに強化し利用者の笑顔を引き出していきたい。

口演 | 全般的なケア

2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:32 ~ 16:40

**[27-O-A004-05] 職員と利用者が笑顔で通えるデイケアの実現を目指して
安定した運営体制を目指した業務改善**

埼玉県 ○宮崎 徹, デイケア職員 一同 (医療法人和会介護老人保健施設日高の里)

[はじめに(背景と目的)]

当施設では、平均稼働率が80%を超え、全国平均を上回る水準を維持している。高齢化や人材不足といった社会的課題を背景に、サービスの質を維持・向上させるためには、利用者の継続的な利用と職員の働きやすい環境づくりが不可欠になると考えられる。そこで、今後さらなる安定した運営体制を目指して「利用者と職員が笑顔で休まず通いたくなるデイケア」を目標として掲げた。この目標を実現するため、業務内容の見直しや職員フォローアップ体制構築など継続的業務改善に取り組んだ。取り組み開始から3年が経過したことを受け、稼働率や収益など運営に関するデータと取り組みに対する職員の意識、利用者の利用状況に関するデータを取りまとめた。これらの成果と現状を整理し、今後のさらなる業務改善に活かすため、本報告を行う。

[方法]

- ・稼働率と収益を比較
業務改善の取り組み前と取り組み後の稼働率や収益を比較。
- ・取り組みに対する職員の意識調査
定期的なミーティングで聞き取り調査を実施。
- ・利用者の利用状況のデータ集計
1日平均利用者数や皆勤率、新規受け入れ数に関するデータを集計。

[結果]

取り組み開始後3年間の年間稼働率と年間収益はいずれも取り組み前を上回っていた。特に収益は2024年度(上半期)は取り組み前の同時期と比較して19%上昇した。職員への意識調査では、取り組みが職員の業務に対する意識に一定の影響を与えたことが分かった。利用者の利用状況では、取り組み後1日平均利用者数と皆勤率に関して上昇が認められた。新規受け入れ数に関しては、年ごとにばらつきがあり特に著明な変化は認められなかった。

[考察]

「利用者と職員が笑顔で休まず通いたくなるデイケア」という具体的な目標を掲げたことで、改善の方向性が明確になり、業務改善への職員の主体的な関与を促したと考えられる。「業務内容の見直し」や「職員フォローアップ体制の構築」といった、現場の実情に即した取り組みが継続的に実施されたことが成果につながった。特にDX推進などが職員の負担軽減に寄与した点が大きい。稼働率・収益・利用者数・皆勤率など、定量的なデータを継続的に収集・分析したことにより、改善効果が可視化された。これにより、職員が成果を実感しやすくなり、モチベーション維持にもつながった。職員に対して定期的なミーティングによる意見聴取を行うことで、現場の声を反映させた改善が実施され、職員の主体性や満足度が高まった。1日平均利用者数や皆勤率の向上は、利用者にとって満足度の高いサービスが提供されている証拠であり、利用継続を促す工夫が実を結んだと考えられる。

[今後の展望]

1. さらなるサービスの質の向上

業務改善により稼働率・収益・職員意識・利用者満足度の向上が確認されたことから、今後

はこの成果を土台に、個別ニーズに対応したきめ細かなサービス提供が求められる。

2. 職員のスキルアップ支援と定着強化

職員のスキルアップ支援や働きやすい職場環境の整備をさらに進め、定着率の向上や人材育成に注力する必要がある。

3. 新規受け入れの工夫

新規受け入れ数に大きな変化がなかったことから、今後は新規利用者へのアプローチ強化も課題となる。あわせて、卒業支援や段階的なサービス移行の導入など、支援体制を深めていく。

4. 改善活動の評価と継続

定期的な評価とフィードバックによる継続的改善の定着が不可欠である。利用者満足度調査や職員アンケートなど、データに基づく判断も取り入れていく。

[まとめ]

3年間にわたる継続的な業務改善の取り組みにより、当施設では稼働率・収益・職員の意識、利用者の利用状況においていずれも肯定的な変化が確認された。特に、明確な目標設定と職員支援体制の強化が、職場環境の改善やサービスの質向上に寄与し、結果として高い稼働率と安定した運営に貢献した。今後も得られた成果と課題を活かし、さらなる業務改善と安定した運営体制の確立に努めていくことが重要である。

口演 | 全般的なケア

2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:40 ~ 16:48

[27-O-A004-06] 「もう一度、口から食べたい」願いを叶えた多職種連携
～家族の思いに寄り添った短期回復の一例～

岡山県 ○藤原 みどり, 玉木 晴菜 (老人保健施設 倉敷藤戸荘)

<はじめに>

人は何のために生まれ、どう生き、どのように最期を迎えたいのか
そう考えたとき、多くの人が「最期まで元気で、好きなものを口から食べたい」と願うのではないのでしょうか。

今回は、元々は離床して3食経口から自力摂取できていたご利用者が、入所中に誤嚥性肺炎で病院へ搬送され、経口摂取が不可となって退院後、当荘に再入所されるにあたり、ご家族の思いを尊重し、多職種連携での介入により短期間で車椅子に離床して3食経口摂取が出来るまでに回復された一例を報告する。

<方法>

(1) [ご家族の思い] の尊重

急変して救急搬送後、入院中に経口摂取すると誤嚥性肺炎を再発することから絶飲食となり、点滴処置のみでお看取り対応と判断されたご利用者。再入所前の面談時、ご家族はそれを受け入れることができていなかった。支援相談員やケアマネージャーとの面談で本当にお看取りの状態なのか、口から食べることはもうできないのか、胸の内をぽつりぽつりと話されるご家族。ご家族のお気持ちを聞き取ったうえで、身体機能や嚥下機能などをアセスメントさせていただき、ご本人にあったケアやリハビリなどの支援をさせていただくことを説明、再入所に至った。

(2) 各職種の役割と取り組み

○看護師

体調面の管理、医師の指示による点滴、バイタルチェック、口腔ケア

○リハビリ

OT・PT：ベッド上対応で柵把持し声かけで寝返り、ベッド端座位→ティルトリクライニング車椅子への移乗動作訓練、座位保持練習などの身体機能リハ

ST：嚥下評価、姿勢調整、食事形態UP、ミールラウンド

○介護士

定時の体位交換、生活面援助、清拭、入浴、排泄ケア

○週1回、訪問歯科診療より歯科衛生士の介入

→→→【当初の目標はお楽しみ程度でも経口摂取が可能になること！】

(3) 経過

再入所当初、絶飲食・点滴のみで1ヶ月程度経過していたため口腔内乾燥強く、汚染もあり。とても食事が摂れる状態ではなかった。まず医師と看護師が連携を取りながら体調面の管理や点

滴投与、そのほかPTによるリハビリなども行われ、ご家族が安心できるよう状態報告もこまめに行っていた。

- ・再入所初日：改定水飲みテストや食物テスト施行、嚥下あり、むせなし、呼吸変化・嘔声なしを確認。
- ・2日目：水分濃いトロミ100mlから開始してみたところ全量摂取、高エネルギーゼリーも全量摂取可能だった
- ・4日目：昼食ミキサー粥半分量で摂取
- ・5日目：昼食時のみ離床・ミキサー食半量摂取開始
- ・8日目：昼食時に合わせてリクライニング車椅子での離床開始
- ・12日目：夕食（ミキサー食半量）とおやつも開始
- ・20日目：朝食（ミキサー食半量）開始、離床して3食プラスおやつ2回摂取可能

再入所後すぐに訪問歯科による歯科衛生士の介入のほか、STによる口腔内刺激（アイスマッサージ等）なども行っていた。この間発熱・ゴロ音なく、呼吸状態も問題なしで、体調面も安定、大きなトラブルなく経口摂取がスムーズにすすんでいった。

〈結果・考察〉

顔なじみの職員達の日々の声掛けと関わり、ご本人に合わせた個別ケアにより、体調面が安定し、徐々に水分だけでなく食事が摂れるようになった。今では3食離床して食事介助は必要なものの、全量摂取できるまでに回復しており、再入所から2ヶ月後には5秒程度の立位も可能となっている。

再入所前、経口摂取ができないだけで本当にお看取りの状態なのか疑問を感じられていたご家族も、経口摂取できるようになったご本人の様子をご覧になり大変喜ばれている。

お看取り対応で再入所されたが、徐々に以前のご本人の状態に近くなり、スタッフ一同も多職種連携で介入した効果を実感している。

他の症例でも認知症の進行により食事を拒否したり、高齢で老衰に近い状態の利用者も家族からの呼びかけや、日々の面会や差し入れにより食べる意欲が出たり、ふつうに食べられるようになったご利用者もいる。

誤嚥性肺炎を繰り返す利用者に対してもSTが介入し、水分・ゼリー等摂取の介助を行い、「口から食べる」楽しさを感じてもらえるよう取り組んでいる。

〈おわりに〉

体調を崩したり、身体機能が低下したとしても食事は栄養を摂取するための手段であると同時に、大きな楽しみの一つでもある。

老健施設では、さまざまな職種が連携して入所者を支える体制が整っている。私達にとってこれは大きな強みである。現在、当施設ではSTが3人おり、嚥下評価もその都度行うことが可能であり、ご本人の状態に合わせた食事やコミュニケーションのサポートが充実している。今後も「その人らしい」生活が送れるように、ご利用者一人ひとりに合わせた個別支援を、多職種で連携しながら続けていきたいと思う。

口演 | 全般的なケア

2025年11月27日(木) 16:00 ~ 17:00 第12会場 (シーモール 4F ホール2)

[O-A004] 全般的なケア 4

座長：赤松 賢志 (介護老人保健施設シルバーハウス)

16:48 ~ 16:56

[27-O-A004-07] 多職種や他機関との連携により在宅復帰となった症例

島根県 ○岩崎 春菜, 富田 香織, 山尾 昭子, 吉村 はるか, 竹内 匡史 (介護老人保健施設コスモス苑)

はじめに「今の状態で家に帰って来てもらっても困ります」。初回面談時に妻から発せられたこの一言が、本症例の支援の出発点であった。対象は60代男性。本人は在宅復帰を強く希望しており、職員一同もそれを叶えたいとの思いから、入所早期より多職種で連携し、他機関とも協力しながら支援を展開した。当苑は病院との中間施設としてリハビリ目的での利用が多く、令和6年度は病院からの入所が約40%を占めている。本症例は、右前十字靭帯（以下：ACL）断裂により入院し保存的治療を受けた男性が、当苑を経由して関係機関との連携によって在宅復帰に至った経過を報告する。症例紹介A様：60代男性、要介護3、妻（key person）と二人暮らし。入所期間：令和7年4月23日～7月7日。日常生活自立度：A2。主疾患：右ACL断裂（保存的治療）既往歴：左視床出血後遺症（右片麻痺）令和3年に左視床出血を発症。保存加療にて退院後、右不全麻痺と構音障害、嚥下障害が残存しつつも、自立した動作が可能となり、介護サービスを活用しながら在宅生活を送っていた。令和7年2月、右下肢脱力と膝折れを生じ、Y病院で右ACL断裂と診断。全身状態や病歴から手術適応外とされ、装具装着による保存的治療となった。退院許可が下り、4月に退院前の在宅訪問を実施したが、動作の不安定性と日中独居となる生活背景より、リハビリ目的で当苑へ入所することとなった。入所時ADLは構音障害（会話明瞭度尺度2）により発語に聞き取りにくさはあるが、文レベルでの会話は可能。右不全麻痺

（Burunnstrom stage上肢4、手指4、下肢4）により短下肢装具着用、またACL断裂に対しては膝装具を併用。いずれの装具も着脱は自力で可能。ポータブルトイレでの排泄は自立しているが、苑内の移動は車椅子全介助。サイドケインを利用して約20m歩行可能も、右下肢接地時に動揺あり、転倒予防の為、常時見守りが必要。食事は左手にて箸を使用し自力摂取可能。嚥下機能低下（摂食状況のレベルLv.8）しており、ムセが見られる場面があった為、水分にはトロミ剤を使用していた。意向A様：「もう少ししっかり歩けるようになりたい。早く家に帰りたい。」妻：「台所やトイレまで自分で歩き、日中はトロミ茶を自分で作って飲んでほしい。身の回りのことは自分でいき、家でも自主訓練を続けてほしい。」支援内容1.生活リハビリの導入：短期間での在宅復帰を見据え、リハビリ時間外でも個別の支援として歩行の機会を確保。また、自主訓練として嚥下・構音訓練や上肢機能訓練を指導。2.経口維持会議：誤嚥予防の為、食事に集中出来るよう食事席の変更。また、施設でもA様自身がお茶のトロミ剤を調整出来るよう支援。3.内服管理：看護師が1週間ごとにセットした薬の自己管理。4.入所後の在宅訪問：A様と担当ケアマネジャー同行で在宅環境を確認。福祉用具導入箇所や在宅サービスを確認。5.福祉用具の調整：在宅で使用予定の杖を複数、福祉用具業者から用意し、A様に合わせて選定。6.退所前の在宅訪問：ベッド位置の変更、動線の見直し、ポータブルトイレの導入を妻に依頼。7.試験外泊の実施：福祉用具搬入後、一泊二日の外泊にて実地確認を行う。8.退所後の自主訓練メニュー作成：自主訓練として行っていた嚥下・構音訓練や上肢機能訓練、セラバンド体操などを在宅用として作成し指導。9.退所後の在宅訪問：最終的なベッドや手すり配置、ポータブルトイレ設置等を確認し、段差昇降の順序などを指導。まとめY病院では退院可能と判断されたものの、A様及び妻の強いリハビリ希望により当苑に入所となった症例であった。入所当初、妻は「今の状態で帰って来てもらっては困る」と強く懸念を示していた。日中就労しているため、A様が自立して生活できることが在宅復帰の条件であった。ACL断裂前は、冷蔵庫から弁当を出して食べ

る、トロミ剤を使用したお茶を作る、排泄もトイレで行う等の生活が可能であった。妻も同様の水準までの回復は困難であると考えていたが、A様の意欲や復帰への強い希望を尊重しながらも努力してほしいとの思いだった。中でも居室ベッドの配置変更は大きな転機であり、当初、妻は変更には否定的であったが、A様の前向きな姿勢と、福祉用具業者の助言を受けて徐々に理解を得ることができた。試験外泊では福祉用具業者の協力によりベッド、手すり、杖などを搬入し、転倒もなく過ごすことができた。A様からは「問題なかった。ベッドの向きが変わってトイレまでが近くなってよかった。」、妻からは「ベッドはこの向きで良かったようです。」と感想を得られた。その後の担当者会議にて当苑での支援内容や居室の環境変更、外泊での様子を共有し、在宅復帰が実現。現在、介護サービスとして通所リハビリ、ショートステイ、訪問リハビリを利用しながら転倒や誤嚥なく在宅で生活されており、冬季の体調管理とリハビリを目的とした再入所の希望も聞かれている。おわりに本症例を通じ、在宅復帰に向けて本人の意思や努力に加え、家族、多職種、他機関の連携が不可欠である事を再確認できた。今後も、本人と家族の思いに寄り添いながら、多職種協働による包括的な支援体制の構築を継続していきたい。