

ようざん認知症介護事例発表会

入所施設

2018-3

1. 「利用者と事業所の間で」
居宅介護支援事業所ようざん p.1
2. 他職種連携で支える生活と、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性
特別養護老人ホームアンダンテ p.4
3. 『住み慣れた家で・・・』
ナーシングホーム ようざん p.10
4. 「個人の尊厳」と「自立支援」に基づくユニットの取り組み 排泄介助について
特別養護老人ホーム モデラート p.13
5. 笑顔～生きがい～
ショートステイようざん p.17
6. 寄り添う看取り～最期まで自分らしく～
特別養護老人ホーム アダージオ p.20
7. 『退職届』の意味。本当はもっとよく働きたい
ショートステイようざん並榎 p.25

「利用者と事業所の間で」

居宅介護支援事業所ようざん

発表者:大坂 三枝子

[はじめに]

介護保険制度におけるケアマネジャーの役割は、利用者一人ひとりの解決すべき課題や状態を考慮したケアプランを作成し、「利用者本位の介護サービス」が、適切で効果的に提供されるよう調整を行い、その責任を担っています。

主な業務内容は、各種申請の代行、介護サービスなどの紹介、ケアプランの作成とサービス調整、サービス給付費の計算や請求などを利用者へ代わって行います。またご利用者・ご家族と、サービス事業所の「間」に入り、中立的な立場で支援を提供しなければなりません。

今回紹介させていただく事例は、一見わがままととれる「自分だけにもっと関わってほしい」と訴える、ご利用者に対し、ケアマネジャーがどのように役割を担えばよいのか苦悩した事例を紹介します。自分自身がケアマネジャーだったら、どのように支援をすればよいのか、一緒に考えていただければと思います。

[事例対象者紹介]

氏名： A 様

年齢： 86 歳

性別： 女性

要介護度： 要介護度 2

既往歴： 慢性胃炎、腰痛症、アルツハイマー型認知症

生活歴： お互いに子供を連れ再婚。夫が亡くなった後、平成 21 年アルツハイマー型認知症発症にて被害妄想や幻覚が現れていました。平成 25 年 10 月に転倒し右肩骨折、すぐに受診せず対応までに時間が経過し骨折部位がズレたまま固まり、現在もその状態で生活を送っています。同じ敷地内に息子様ご夫婦がいらっしゃいますが日中は仕事で留守になり、ほぼ独り暮らしの状況です。

[事例]

ご利用者の想いとケアマネジメントについて。

ご利用者やご家族は、直接介護をしているサービス事業者には言えない不安や悩みをケアマネジャーには打ち明けるといことがあります。

A 様は独り暮らしで週 3 回のデイサービスの他に週 1 回のヘルパー利用と週 1 回の訪問看護を利用しています。もう長年通っているデイサービスであり職員からも「楽しく利用ができています。問題なく支援できていますよ」と伺っておりました。

そんな中、A 様宅に訪問した際に、ご本人からデイサービスでの対応について、思いもよらない相談がありました。

ご本人の訴え：

「職員が忙しそうで全然みてくれない」

「ほったらかされているみたいで、もっと面倒をみてもらいたい」

「世話になるしかないから、仕方なく我慢して行っている」

等の訴えがありました。楽しく利用できているのかと置いていたため、耳を疑いました。

もし、あなたがケアマネならどう思い、どう考え行動しますか？

おそらく、ご本人の勝手な思い込みを、言葉にただけのようにも思います。しかし、訴えた内容が事実ではなくても、本人にはそう想えるのでしょう。

「それはただのわがままだよ」「職員が少ないからしょうがない」

どうでしょうか？わがままですか？

ご本人は直接デイサービスに訴えるのは嫌で「世話になっているし、どうせ分かってもらえない」と話しつつもデイサービスでは楽しそうに過ごしていますが、「楽しそうにしていないと職員に申し訳ない」と思うってしまうそうです。

この、ご本人の気持ちをケアマネジャーとして、どのように解決していけばよいでしょう？

サービス事業所を変えれば良いのか、このまま我慢して利用を続けてもらうのか、デイサービスに伝えるとしても、伝え方が分からない。他のケアマネジャー達と相談して、方向性を出していきます。

もちろん本人の訴えがすべてではないことは分かっています。大切なのは、本人が訴えたことではなく、本人の「気持ち」だと思います。私たちが思っている以上にご利用者は職員に気を遣い「世話になっているのだから、ありがたいと思わなくてはいけない」という想いでデイサービスに来ているのかもしれませんが。ご利用者の「想い」を共有する必要があると考え、デイサービスの職員に本人の想いや気持ちを伝えてみることにしました。そして、本人の気持ちを知って、どのようなアプローチやケアをしたら本人が安心して満足できるのか、みんなで考えていきたいと思います。

今回の事例を通じて改めて中立的に支援をするということの難しさを実感させられました。時にケアマネジャーは事業所の対応に利用者の代弁者として意見する必要がある場面があり、事業所の批判と思われる状況もあるかもしれません。

伝え方や言い方で、ただ批判しているだけと、言われたり、一方的な主張だと、とらえられてしまうともあります。利用者と事業所の「間」に入り、双方の意見をまとめるようコミュニケーションを図る必要があります。

また中立的な視点で、支援ができるのもケアマネジャーしかできないのか、とも思います。「間」に入り、どちらの意見も尊重するということが求められる中で、これからも「間」で、仕事をするケアマネジャーとしての役割を果たしていきたいと思います。

[考察・まとめ]

介護サービスを利用されている方々の利用目的はそれぞれで、外出、交流、リハビリ、入浴、レスパイト等、違いがあります。目的だけでなく個々の個性も違い、例えば目的が一緒であってもケアが一緒ということはありません。

また、「想い」もさまざまです。ただわがままととらえず、主観的事実を重要視する視点も大切ではないか、と考えさせられました。利用者の言葉のなかには、思い込みや勘違いもあるでしょう。しかし、本人の話したことは本人の胸の内であり、本人の「想い」であるという事実は変わりありません。認知症である、理解力がない、などという客観的事実だけではなく、本人の「想い」に耳を傾けていく必要性を強く感じました。

[おわりに]

自分が中心になりたいと思う人と、いつも注目してほしいと思う人と性格や個性は人それぞれです。もっと関わってもらいたい、もっと自分をみてもらいたい。それは、わがままでなく、個性でありニーズではないかと思います。

一人の利用者の「想い」をケアマネジャーが何度でもお聞きし、事業所に繋げる。結果は出なくとも繰り返していくことが、ご利用者様の気持ちに響く個別ケアではないかと考えます。今後、高齢者の介護サービスに対する要望、要求は高まり、より質の高いケア、プロフェッショナルを求められると思います。

他職種連携で支える生活と、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の重要性

特別養護老人ホームアンダンテ

松本啓子 砂孟美穂

<はじめに>

誰もが訪れる人生の終末期において、人生の最終段階における医療、介護の現状のアンケートでは、最期を迎えたい場所として自宅を選択する人が 55%、病院が 28%、特養を含む施設が 9%となっています。

しかし、実際は病院で最期を迎える人が 75%と圧倒的に多いのが現状です。

誰もが願う「自分らしい最期」。意思の疎通が困難な A 様の自分らしさとは。

また、家族の本当の思いは…。

入居当初の介護抵抗と、徐々に身体機能が低下していく A 様に対し、介護、医務、栄養、ケアマネ他職種が連携し、生活の場としての工夫に取り組んだケアと、最期の選択について家族と向き合った事例を発表します。

<事例対象者様 A 様> 95 歳 男性 要介護度 4

既往歴: 狭心症、慢性閉塞性肺疾患、脳梗塞

松井田町生まれ。自営で重機を造る仕事をし、4 人の娘に恵まれる。酒や煙草も嫌い、真面目で職人気質な性格。妻は 5 年前に他界し独居。平成 27 年 7 月に、脳梗塞で日高病院に入院する。辻褄の合わない発語、不穏、易怒性があり、叩く、蹴るなどの行為が見られた。

軽度な左麻痺が残るものの、8 月に特別養護老人ホームアンダンテに入所となる。

<利用開始時からの A 様>

日中の様子

車椅子使用時の左側への傾きや頭部の後屈がみられる。辻褄が合わないながらも会話はあった。

夜間の様子

臥床後に、サイドレールを外し放り投げるといった、ベッドからの転倒が危惧される行為が頻繁にあった。

また、夜間の排泄時に強い拒否(大声をあげる、殴る、蹴る、噛み付くなど)があった。

日中、夜間の様子についてカンファレンスを行い、下記のような取り組みを行った。

- ・排泄チェック表を基に、失禁の多い時間に訪室する
- ・本人が希望されているのではないかと思われることについて、家族とやり取りをした。

「入院してそのままアンダンテに来たから、もう家に帰ることはないんですね。日帰りでも

もいいので外出して自宅に行くことはできますか？」という家族の願いを受け、一時帰宅をして、

- 昔良く出前で取っていたという蕎麦を、家族水入らずで召し上がる。
- ・清拭丸め、洗濯たたみなど、できることをして頂き、日中の活動量を増やす。
 - ・夕食後、強い眠気が起きるまでホールで過ごして頂き、臥床後すぐに入眠できるようにする。
 - ・日中の傾眠を減らすために、施設内、敷地内の散歩にお誘いする。
 - ・体操や風船バレーなどのレクリエーションにお誘いする。
 - ・排泄介助に入る時間について、深夜帯は本人の覚醒の見られる時間に声かけなど行いながらの排泄介助とし、無理強いしないこととする。

しかし・・・

本人の皮膚の清潔保持について、再度ケアカンファレンスが行われた。看護師からの意見として、「介護抵抗からか、排泄介助ができないことがある。尿量の多いご本人の皮膚は、清潔が保たれているのか？汚染されたままでは、尿路感染や皮膚状態悪化の危険性があるのではないか？」という問題提示があった。これにより、夜間の排泄介助を 3 時間おきに行うことを徹底することになった。

<そんな矢先に！>

H28.5.

A様「茶出せ～！」「〇〇〇はどこだ！」食事に手をつけず、不穏な様子。「お前こっちだ！」と、怒り口調で威嚇し、握りこぶしを上げ殴ろうとされる。落ち着いて頂こうと接するが、職員2名が殴られ、噛み付かれる。更にスプーンを持ち、振り上げながら大声をあげた。

<この事態を受けて>

これまでも介護抵抗や暴食は見られたが、内服薬の服用に頼らず、ケアの工夫を継続して行ってきた。ご家族様(長女様)からは、「以前使っていた介護サービス中にも安定剤服用の提案があったが、断わった。本人の覚醒の低下が酷く落ちてしまうのは嫌だ。」との思いを聞いていたため、施設としては、長女様の考えに寄り添うこととしていた。

しかし、今回の事態において、カンファレンスを行ったところ、安定剤服用の提案があった。ご家族様(長女様)に説明したところ、「覚醒の低下が酷く落ちてしまわない様に服薬量や服薬回数を調整してもらいたい」というご理解を頂くことができた。その後、主治医に相談し、内服薬(コントミン 12.5mg 1日3回処方)の処方となった。

その後の A 様の様子と多職種による取り組みについては、後記の表にまとめた。

	A様の様子 家族の思い・希望	介護士・看護師・ケアマネ・栄養士の 取り組み
H29 2月	A様) ・日中の傾眠がみられるよう になってきた ・食事が途中で止まってしまう ・夜間に拒否があるが良眠が 増えた	看護・ケアマネ) ・家族と相談し、コントミン 12.5mg タのみとする 栄養) ・食事中の介助が増えたが自力摂取の意欲も ある為、自力摂取を促していく ・主食(粥)が見えずらく残すことが多いため、茶 丸皿での提供を開始する
4月		介護*看護)ケアカンファレンス ・状態の確認をした 栄養*介護*看護)4月食形態カンファレンス ・食事中の傾眠がみられるため、声かけ、一部介 助が必要となっている 栄養*介護*看護)4月②食形態カンファレンス ・高血圧だが、味噌汁があったほうが食事らし いと、具材多めの 1/4 杯を1日2回とする
	御家族様) 担当者会議 ・「2年と言えなかったが、背 中を触ったとき骨ばっていたので驚いた」 ・「痩せた気がする」 ・「食事提供量が少ないので はないか」	ケアマネ*栄養*看護)担当者会議 看護)入居当時より現在まで体重の減少はみら れない ケアマネ)2年間の体調について発熱等の体調 不良もなく過ごされている 栄養)・食事提供量は他利用者と同じである ・家族の思いを受け、おかずの大盛りで提供する ・体重に対しての必要水分量が不足しており 1日 1200ml とした
12月中旬	御家族様) 「面会に来るたびに眠ってい ることが多いように感じる。 夕食後のコントミンを中止 することはできないか？」	介護*看護)ケアカンファレンス 介護)①夜間の暴言暴力がみられていない ②午睡の時間の面会が多いため、 午睡の時間以外の面会を進める 看護)尿量が多く、夜間の排便もあるため、確実 に排泄介助を行い皮膚の清潔を保ちたい。 褥瘡を防ぎたい。

12月下旬	御家族様) 担当者会議 ケアカンファの件をお伝えし、 コントミンを継続したいと話す と理解して下さる A様) 痰絡みや血圧の高い日 が日常的にある	ケアマネ) 担当者会議 ケアマネ)・カンファでの検討内容を伝える ・12月から痰切り剤と血圧高めだったため降圧剤 追加服用を始めたことを伝える
	A様) 日常的に咽込みや、つまりが みられる	栄養*介護*看護) 12月食形態カンファレンス 介護*看護) ・ほぼ全介助での摂取となっている ・口腔内にため込みがあり、飲み込みに時間が かかっている 栄養)・副食を粗キザミからキザミに変更する ・大盛りは継続する
H30 2月	A様) ・体幹維持が困難になってい る ・食事時姿勢が安定せず、顔 が上向き、むせ込み、誤嚥の リスクが高い	介護*看護) ケアカンファレンス ・リクライニング車椅子の検討し使用始めてみる 栄養*介護*看護) 2月食形態カンファレンス ・介助量が増えたが自力摂取の意欲もあるため 茶丸皿での提供を継続
3月	A様) 食事、水分ともに全介助だが まれに自力摂取出来ることも ある	栄養*介護*看護) 3月食形態カンファレンス ・職員の介助のスピードを統一するため、小スプ ーンでの提供とする
3月中旬	A様) 臀部の発赤強まる	介護*看護) ケアカンファレンス ・臀部の発赤についての原因を考え、車椅子上 での良姿勢の保持、徐圧の工夫を徹底する
4月初旬 下旬	御家族様) ・リクライニング車椅子や現在 の食事について理解、承諾さ れる A様) 食事の自力摂取の意欲がみ られない	看護) ・面会制限中にリクライニング車椅子になった経 緯と現在の様子を説明する 栄養*介護*看護) 4月食形態カンファレンス ・茶丸皿から普通の皿の提供に変更
5月中旬	御家族様) 担当者会議 「差し入れで何か食べさせて	ケアマネ*栄養*看護) 担当者会議 ★A様の自力摂取の意欲がみられず、食事の形 態を落としたり、痰の絡まりや食事時の咽込みが

	<p>あげたい」「どんなものが良 いか教えて欲しい」</p> <p><…今後は…> …三姉妹の意見が分かれた 長女様 「入院して点滴を受けたい」 次女様 「アンダンテで最後までお願い したい」 四女様 「私の意志は変わりません。 食べられなくなったら生きられ ないのだから、胃ろうでいいと 思う」 「食事が摂れていなければ面 会しても張り合いがないでしょ う。食べられなくなっても心臓 は動いているから、餓死させ るイメージです」</p>	<p>増え、家族との話し合いの時間を持つ ケアマネ*栄養 ・飲み込むのに楽であり軟らかいものが良いので はないか。咽たら注意して欲しい。ホールの職員 を頼ってくださいと伝える</p> <p><…今後は…食べられなくなっていった時 どうされたいですか？> ケアマネ) アンダンテでは点滴を行えない体制は以前から 承知されている ・今後、食事が摂れなくなった時にどうしたいか ・病院に行って戻ってきても経口摂取出来るかと いったらその可能性は少ないかも知れないことを 一緒にイメージした 食べられなくなって病院に行くのだから、戻ってき ても A 様が劇的に良くなることはないのではない か。食事、水分が摂れなくなったら「一時的に点 滴をする」というのも考えていきましょう ・長女様と四女様の意向がはっきり分かれています。 全介助でも食事を摂ることが出来ているのが 現在の A 様であるため、ゆっくり考えていきましょ う</p>
--	--	---

<現在の A 様>

車椅子からリクライニング車椅子に変わり、ご自分で意欲的に食べられていた食事も粥、一口大からミキサーになり、介助が必要となっている。

易怒的な行動や自発的な発言も少なくなり、娘さんが面会に見えると、しゃがれた声で

「おう！○○か」と嬉しそうな笑顔を見せる A 様。そんな A 様とご家族様の時間が続くよう、今後もチームアンダンテで敏感に、迅速に対応していきたい。

《考察》

経口摂取ができなくなったときの様々な選択肢がある中で「家族の意見が違って困っちゃいますね」とおっしゃる娘さん。

日々変化していく A 様の様子を伝えるとき、もしものときを話合うとき、臨機応変に他職種連携で対応し、ご家族のそれぞれの思いの違いも受け入れて支えていくことの重要性を感じます。

《まとめ》

時間の経過と共に低下していく全身機能に対し、他職種の様々な気付きや視点を、家族の思いも汲み取り、数多くのカンファレンスの場で話し合い、統一したケアを継続しています。

私達には想像することしかできない、家族の絆や過ごしてきた時間の重さや、父親への本当の想いを知るには、日常の何気ない会話から察することも必要だと感じています。

アドバンス・ケア・プランニングとは『将来の意志決定能力の低下に備えて、今後の治療、療養について患者、家族とあらかじめ話し合うプロセス』と定義されています。

タブー視されがちですが、人生の終末期を、本人がどう思っているのか知らないから、もしものときには家族も悩み、迷います。

延命したいのか、したくないのか、最期をどこで迎えたいのか、自分の意思が伝えられるうちに家族に伝えておくことの重要性を感じます。

人生には3回主役になる場面があります。

1回目、誕生したとき。2回目、結婚したとき。3回目、亡くなったとき。

人生最期の主役の選択は、自分で決めたくないですか？

A様なら、何ておっしゃいますか？

『住み慣れた家で・・・』

ナーシングホーム ようざん

発表者 石井鈴香

八木あかね

【はじめに】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護(以下定期巡回とする)とは住み慣れた自宅・地域で生活ができ、24時間365日提供する新しい介護保険サービスです。要介護状態となった場合においても、可能な限りその自宅において自立した日常生活を営むことができるよう、定期的な巡回又は、随時通報によりその居宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応、療養上の世話、診察の補助、など自宅において生活を送ることができるようにするための援助を行うとともに、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図ることを目的とします。在宅に居ながら、施設と同じようなサービスを受けることができる定期巡回についてテーマにし、定期巡回の浸透方法について発表します。

【定期巡回のサービス内容】

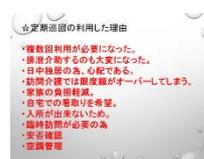
- ・オペレーションサービスは、ケアコール端末や非常端末押しボタンによる通報で会話し安否をお尋ねします。状況により訪問などの要否を判断し、適切に対応します。
- ・定期巡回サービスは、訪問員が定期的に利用者の居宅を巡回を行います。
- ・随時対応サービスは、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う又は補門介護員等の訪問若しくは、看護師等による対応の要否等を判断するサービスです。
- ・随時訪問サービスは、訪問員が利用者の居宅を訪問します。
- ・訪問看護サービスは、医師の指示のもと看護師が利用者様宅を訪問し療養上の対応を行います。

【対象者】

- ・要介護の認定を受けていて、住所地が高崎市内である方です。

【取り組み方法・結果】

- ・介護医療連携推進会議、居宅介護支援事業所、病院、あんしんセンターなどで勉強会の機会を設けて頂き定期巡回について、月に1度のペースでプレゼンを行っています。又パンフレット等の配布による情報発信をしています。



【事例 1】

- ・A 様（女性）91 歳
- ・介護度 4
- ・息子様と同居
- ・主な疾患 糖尿病、心不全 心房細動
- ・支援経過

退院後、2週間は訪問看護1日/1回、定期巡回は 3～4回、訪問介護と看護で連携を取りながら訪問を行っています。定期巡回では主に、バイタル測定、体重測定、配食、安否確認、内服管理を行いながら在宅生活を支援する。その後状態が安定した為、訪問看護は週に1回の訪問で、必要時に介護側より看護へ連絡し訪問を行っています。又、週2回のデイサービスに通いながら在宅での生活を安心して送れています。

【考察】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は全国的にも利用様の登録は伸びず、職員の人材確保が難しく、なかなか伸びずと言われていますが、ナーシングホームようざんの利用者様の状況は開設5年経過し、主にサービス付き高齢者住宅の方に対して(入居者 30 名)定期巡回のサービスを行っていましたが、本格的に地域の方を受け入れてから 10 ヶ月経過し、地域の方の登録が 12 名となっています。今後、定期巡回サービスを増やしていくのは、在宅生活を望んでいる方や中重度者の利用者様を想定していますが、中重度の方は施設に入所しているケースが多かったり、在宅生活では無理と決めてしまうケースも多くあります。定期巡回サービスはまだまだ新しいサービスで、高崎市でも定期巡回を行っている事業所は少なく、認知度も低く、どんなサービスの使い方をしたらよいかのわからないの現状でもあり地域の利用者様の確保が一番の課題でもありました。そこで、地域の方、病院のソーシャルワーカー、あんしんセンター、居宅支援事業所にどのようにアプローチを行っていけば良いのか重要となります。単純に、定期巡回サービスをお願いしますと伝えても全くイメージが出来ない、よくわからないのが現状です。その為、具体的に行っている事例をもとに内容の説明を行うなかで、現状のサービスでは限度額をオーバーしてしまい、包括報酬なら、もっとサービスが入れるのなら検討しお願いしたいというケースがあります。定期巡回を広げていく今後の課題としてケアマネジャーやソーシャルワーカーの方に対して、定期巡回サービスの使い方や認知、周知が重要な手がかりだと感じました。この4月よりスマケア導入にし、記録・情報共有システムを活用し、記録の電子化を行い、日々のサービス実施記録はサーバー上にリアルタイムで保存される為、ケアマネジャー、ご家族様が全ての記録を閲覧できるようになりました。ご利用者様の状況やサービスの提供内容等を確認したり知る事が出来るので離れて暮らしているご家族にも安心して心強いシステムになっています。

【まとめ】

内閣府の意識調査でも、住み慣れた地域や自宅で最後まで暮らしたいと望んでいる方は 6 割以上います。以上の事から一日複数回の柔軟な対応が可能な「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、必要なサービスです。一人でも多くの方が住み慣れた環境の中で、その人らしく最後まで暮らせるように地域や訪問介護と訪問看護が連携を密にし、一人でも多くの方にサービスを提供し定期巡回が浸透していくよう取り組んでいきます。

「個人の尊厳」と「自立支援」に基づくユニットの取り組み

排泄介助について

特別養護老人ホーム モデラート

発表者 天田 久美子

吉澤 萌音

【はじめに】

ようざん内において、アンダンテに次ぐ特別養護老人ホームモデラートは平成28年5月1日に開所しました。ユニットケアの理念(目指すところ)は「暮らしの継続」です。又ユニット方の特徴としては少人数の職員が少人数の入居者様とマンツーマンでの支援で、より一層その入居者様のことを知り、丁寧な支援に当たると定義されています。モデラート職員でユニットケアを経験した職員は一人だけで、どのように今後モデラートを構築していくのか、職員はそれぞれ悩みました。

開所して日々、介護を行っていく中で、ユニットメンバーの中で大切にしている大きなものは『個人の尊厳を守る』『自立支援に向けて』です。しかし何気ない一言や行動で入居者様の気持ちを傷つけているかもしれません。その人の性格、どんな生活背景があったのか、そして個性を把握しながら対応していかなければならないと考えております。また入居者様の体調に気を配りながら、できることはやって頂き、日々の生活の中で入居者様たちにもできることがあるんだと喜びを感じて頂きたいと、私たちは考えております。

私たちが日々介護を行っている、モデラートは、特養が29名定員、ショートステイが10名定員、計39名の4つのユニットがあります。私たちは特養ピオラユニットとショートステイのシンバルユニットで日々介護を行っています。モデラートがオープンして2年2カ月が経ちました。その間に入居者様のユニット間の異動、逝去やご家族の理由での退所等色々なことがありました。又職員間の異動等もありました。

今回発表する対象者様が所属する、ピオラユニットは9名の方が入居されている特養ユニットで、平均介護度は4.5です。

今回は『個人の尊厳』『自立支援』に基づく排泄に関しての、私たちユニットメンバーの取り組みを発表させていただきます。

【事例発表対象者】

・氏名:A様

年齢:87歳 女性

要介護度 5

障害高齢者の日常生活自立度 C2

認知症高齢者自立度 IV

既往歴:アルツハイマー型認知症
先天性心臓弁膜症
高血圧

・氏名: B様
年齢: 90歳 女性
要介護度5
障害高齢者の日常生活自立度 C2
認知症高齢者の日常生活自立度 IV
既往歴: 認知症・高血圧
統合失調症・便秘症

【ユニットメンバーの取り組み】

入所された時は1日中オムツ対応だったお二人。コミュニケーションは取ることができず、どのような排泄の仕方を望んでおられるのか聞くこともできなかった。しかしユニットメンバー間で、お二人とも座位は保てるので、便座に座って頂くことはできないだろうか？と意見があがり、職員2名でトイレ介助を行ってみました。介助を行ってみると便座に座って頂き、座位の安定は保てました。ですが、ズボンの上げ下げを行う際、手摺につかまって頂く時の立位は不安定で事故につながってしまう危険性がありました。職員1人ではふらつきもあり危険なため職員2人体制で行うことにしました。

支援方法は、1人の職員が声掛け後A・B様を抱き抱えあげ、もう1人の職員がリハビリパンツ(オムツ)・ズボンを下ろし便座に座って頂きます。5分程便座に座って頂き、排泄を確認して1人が抱きかかえ上げ、1人が清拭を行い新しいパットをしてリハビリパンツ・ズボンを上げ車椅子に移乗というやり方です。職員の呼吸が合わないと抱え上げる職員は結構大変です。

そこから1日中オムツ対応だったお二人は、日中はリハビリパンツ対応となりました。お二人の排泄支援はどうやったらベター、ベストかユニットメンバーで色々意見交換をして、実際この対応になったのは、オープンしてから1カ月後の平成28年6月1日からでした。

常にベッド上でオムツ交換していたお二人は、日中は便座に座って頂く。このことにより、お二人がトイレで排泄という感覚を、思い出して頂くことができるのではないかと考え、また便座に座って頂いたら、腹部マッサージも行っているため、排便を促し薬に頼らず(モデラートではK-3日で医務と介護で話し合い緩下剤を服用して頂く)自力での排便が増えるのではないかと考え、実際結果も出ているのでこの介助を続けています。

【1日の排泄の流れ】

起床時 オムツ+パットの状態からパットを抜く。オムツだけになる。
朝食後 便座に座って頂き、リハビリパンツに交換。

昼食後 同上
おやつ後 同上
就寝介助時 リハビリパンツからオムツに交換
23時 パット交換
5時 同上

【結果・排泄のデジタル化】

・A様

平成28年6月1日～平成30年6月30日 総日数 760日

緩下剤を服用した総日数 3日

・B様

平成28年6月1日～平成30年6月30日 総日数 760日

緩下剤を服用した総日数 37日

* 平成28年6月1日～平成28年12月31日 総日数214日間で

服用日数 ・A様 3日

・B様 34日

開所した初年度の半年を過ぎてからの緩下剤の服用は殆どと言ってない。このことは徐々にA・B様が便座に座ることに慣れ、トイレでの排便が習慣化されたことと思われる。

【気づいたこと】

トイレでの排便が増えたことにより、薬に頼ることが少なくなり、自力での排便が多くなりました。ご本人様は昔と同じ様に、毎日便座に座って排泄を行っているという感覚を持たれているのではないかと我々は想像します。

トイレでの排便後、ご本人様もすっきりとされた様子で表情も穏やかに見えます。服薬に頼らずに、毎日の生活の中で便秘気味で苦しいと感じることも殆どなく、すっきりとした気持ちの良い穏やかな状態で食事をしたり、睡眠がとれていると私たちは思います。

【今後について】

『自立支援』は排泄に関してだけでなく、毎日の生活の中のあらゆる場面で行うことができます。

例えば食事に関して、片麻痺の入居者様であっても、直ぐに介助に入るのではなく先ずは自力摂取できるよう自助具等でゆっくりでもいいから自ら行って頂けるよう

支援を行っていく。ユニットの約束事として、①全介助の咀嚼・嚥下が難しい入居者様であっても、1時間をめどにゆっくりと摂取して頂く。②食休み30分をめどに、その後臥床して頂くと決めています。

移動に関しては、身体機能をよく確認して直ぐに車椅子を使用するのではなく、少しの距離でも可能であれば手引き歩行を行ってみる。

この様に1人1人が少しでも残存機能を生かし、昔に近い生活スタイルで生き生きとした毎日を送って頂けるよう、私たちは『個人の尊厳』『自立支援』に向き合っていきたいと思いません。

又、そのほかに勉強になったことは、特養と並行して、時にショートステイは利用者様の入れ替わりが激しい時は、対応が遅れ利用者様にご迷惑をおかけしたことが多々ありました。ただ、色々な利用者様が御利用されたことで、支援に関して柔軟になってきたと思います。

モデラートのスローガン

- ・私たちはぬくもりのある、心のこもった優しいケアを提供します
- ・私たちは誰にでも笑顔ときれいな言葉で話をします
- ・私たちは介護のプロであることに誇りを持ち与えられた仕事に責任を持ちます

今後もスローガンを意識して『個人の尊厳』『自立支援』に沿った日々の支援を行っていきたいと思います。

笑顔～生きがい～

ショートステイようざん

発表者：萩原雅子

増谷直

【はじめに】

「デイサービスには喜んで行くのに、ショートの人が迎えに来ると、行きたくないって言うんです。」ご家族が、申し訳なさそうに教えて下さった現実です。

「仕方ないんだ。俺が家にいると息子たちが困るんだ。ここでおとなしくしてればいいんだ。」利用者様が、寂しそうに打ち明けて下さった現実です。

短期入所生活介護(以下、ショートステイ)とは、短期的に施設へ入所し、日常生活の介護や機能訓練などを受けながら施設での生活を送ることのできるサービスです。また、家族の介護の負担軽減も大きな目的のひとつです。

「利用者様が安全に過ごせるように。」「利用者様のご家族が安心して休息できるように。」

我々職員は、利用者がショートステイを利用するに至った経緯や目的を理解した上で、日々のケアに全力で取り組んでいます。しかし、もっとできることがあるように思います。ショートステイだからこそ、叶えられることがあるように思います。ただ一日を安全に過ごすという場所ではなく、そこに、笑顔があふれていなければいけないのだと思います。入所施設、限られた職員配置、それでも日々のレクリエーションを充実させることを追求した結果、利用者にかげがえのない笑顔が生まれた事例を紹介いたします。

【目的・目標】

ショートステイに長期でご利用されているうちに、それまでご自宅では出来ていたことが出来なくなってしまうことがあります。私達はそれを「意欲が低下している」「体力が低下した」「認知症が進行した」などと解釈することがあります。しかしそうではなく、利用者は施設という環境におかれたことで、自分のやりたいことを我慢し、次第に諦めていくのではないのでしょうか。明るく笑顔の多いショートステイにすることと、利用者が充実した毎日を送れるようにすることを目標に取り組みを行いました。

【利用者を笑顔にする取り組み① 笑いヨガを取り入れる】

笑い(ラフター)ヨガとは、笑うことと、ヨガの複式呼吸法を取り入れたエクササイズです。ようざんに慰問で来て下さっている株式会社ワラックの井上信子先生と、株式会社プリエッセの方々にご協力をいただき、我々職員が、笑いヨガを利用者様と一緒にできるようになるための講習を受けました。ヨガの基礎から、笑うことの効果、また進行のコツなどを丁寧に教えていただき、3か月にわたり学ばせていただきました。以下に、笑いヨガの効果を紹介します。

【笑いヨガの効果】

A 身体的効果

① 抗ストレス効果

「コルチゾール」というストレスによって発生するホルモン値が、笑いヨガによって 75%以上も減少します。笑いでストレス耐性が強くなります。

② エンドルフィンの分泌

エンドルフィン(痛みを抑える物質)のレベルが上がるので、精神の肯定状態になり、楽観的、気分が良くなり、自信、自尊感情が高まります。

③ 免疫強化

笑いで、体内でガン化した細胞やウィルスに感染した細胞を破壊する「ナチュラルキラー細胞」が、活性化されます。この細胞の活性化で免疫系の強化にもなります。さらに、ストレスによって低下している免疫系、消化器系、生殖系状態がよくなります。作り笑いでも同様の効果があると証明されています。

④ 有酸素運動

1分間の笑いが、10分間のボート漕ぎやジョギングに匹敵する有酸素運動になります。

⑤ 血液循環の促進

リンパ系の循環が活性化し、血行がよくなります。血液循環により、体内の老廃物が除去されて、血色がよくなり、顔色がよくなり若々しくなります。脳の血流が良くなることから、認知症の改善にも効果があります。

B 心理的効果

① 心の知能指数(EQ)向上

感情面での指数のEQが高いと、周りの人にも親しみやすくよい気分させます。

② 感情の解放

笑いヨガで、うつ状態が軽くなり、慢性的なうつが軽減されることがあります。

③ コミュニケーションの向上

笑いは自分を幸せにするだけでなく、相手も幸せな気持ちに感染させるので、社会的つながりが向上されます。それにより、自信が高まり、コミュニケーションスキルや創造性が高まります。

④ ストレス解消

笑いヨガで副交感神経が活性化され、交感神経とのバランスがとれ、自律神経の調整がとれます。

笑いヨガの技法を学んだ職員が、朝や午後のレクリエーションの時間に、利用者と一緒に実践しました。普段口数の少ない男性利用者が大笑いしてくれることや、意志疎通の難しい方がとても良い表情をして下さることもありました。効果は職員の意識にも表れ、利用者を楽しませたいという思いがより一層強くなっていきました。

【利用者を笑顔にする取り組み② 趣味活動の再開支援】

利用者の生活歴などが記載されている利用者情報からヒントを得て、編み物や書道、料理や日曜大工など、ショートステイ利用中に趣味活動ができるように、道具や環境を用意しました。鬱傾向で部屋に引きこもりがちだった方は、編み物を始めたことをきっかけに、出来上がった作品を職員や他利用者に見せて下さるようになり、鬱傾向の改善や食欲の回復に大きな効果がみられました。

【利用者を笑顔にする取り組み③】

ショートステイの日常的なレクリエーションは、職員の配置と安全性を優先した結果、同じ内容になりがちでした。利用者の笑顔を引き出す為に、レクリエーションの内容について研究し、デイサービスのように賑やかなレクリエーションを目指しました。

【考察】

利用者から「ここはスタッフの皆さんの雰囲気が良くて、居心地がいい」という声が管理者のもとにたくさん届くようになりました。ご家族からは、「以前の元気だった母に戻ってきたようです。」と評価していただきました。また、レクリエーションを通じて、利用者同士のコミュニケーションの機会が圧倒的に増え、仲間意識が生まれたことにより帰宅欲求等の症状がなくなってきました。

今回の取り組みは、「ここに来て良かったと思ってもらえるようなショートステイにしたい」という、私たちの思いから始まりました。利用者の笑顔を引き出すために日中のレクリエーションを充実させた結果、利用者だけでなく、職員にも笑顔が増え、ケアをする喜びを味わえる時間が増えたという結果になりました。

【まとめ】

本当はもっと利用者さんと楽しい時間をゆっくり過ごしたいという思いと、忙しい業務の中で、生きがいや楽しみへの支援が後回しになっていってしまうジレンマを職員誰もが感じています。その中でも、利用者にとって何が一番大切なのか、私達にできることは何か、常に利用者の立場になって考えていきたいと思えます。

寄り添う看取り

～最期まで自分らしく～

特別養護老人ホーム アダージオ

発表者:永井美代子・天田早生

【はじめに】

特別養護老人ホームアダージオは、平成29年10月1日に開設しました。そして、今、9カ月が経ち、利用者様、ご家族、職員と沢山の出会いに感謝しつつ今日までが過ぎてきました。

恐らく特別養護老人ホームとは、最期のときを迎える施設というイメージは、少なからず皆持っている事と思います。その中で、介護職に携わる事が初めての職員も多い中、毎日試行錯誤しながら日々成長させていただける環境であったと思います。

そして、A様の事例を通し、私達職員が最期のときを迎えるまでの4カ月、看取り介護に向けて、沢山の事を学ばさせていただいたことを紹介します。

【利用者紹介】

氏名:A様 女性

年齢:83歳

既往歴:糖尿病

高脂血症

脊椎圧迫骨折

右大腿部頸部骨折(H29/4/28)

貧血(CRPはいつも高いが、治療、精査拒否)

※後に分かった末期ガン

【入所初期】

H29.10.1に前施設の利用料が高いという理由と、在宅介護困難な為に前入所施設お迎えに伺い入所となる。

移動…車椅子に乗っているも、移乗も自走もでき、自立

排泄…自己にてトイレに行かれ失敗なし

食事…普通食、自力摂取

居室はトイレが一番近いお部屋。テレビを持参され、自分の生活スタイルで、職員との接点もあまりなかった。

集団行動も好まず、食事の時間のみホールへ声かけにて誘導する程度で、いつも居室でテレビを観て、自分のペースで過ごされていた。

家族間でもトラブルが過去にあり、心を閉ざしているように思われ、職員もどう接して良いのかわ

からなかった事を覚えている。

【入所中期】

H29.11.6 に入浴の際に臀部に剥離を確認した。自己にてベッドの移乗もでき、ギャジアップも自己管理で常にテレビを観ていた為に、毎日同じ角度での生活が臀部に圧力がかかっていた事が原因と思われ、体位保持や体交を検討するも、本人右足の痛みがある為に体交を望まなかった。

しかし、臀部の皮膚状態は悪くなるばかりで、本人も体位を意識するようになり、職員の手を借りる事が増えてきた。

この頃より、少しずつ職員との会話も増えてきて、A様自体も心を開き始めてきた事を感じた。

しかし、ベッド上での生活は変わらない為に皮膚状態は悪くなるばかり、食事も全量摂取出来ない事が増えてきた。

10時、15時に栄養補助食品提供する事がカンファレンスで決まり、また、レク等への誘導、声掛けし、離床時間を増やせるように促していく事にした。そんな時に、A様から昔の趣味等を聞き出したところ、編み物ばかりしていたという情報を得ることが出来た。孫の服を沢山編んだんだと自慢気に話している姿は楽しそうだった。

さっそく職員も100均へ行き、かぎ棒と毛糸を購入し渡した所、はまってくれた。懐かしさと共に手は覚えているもので、車椅子に自ら座り、毎日コツコツと熱心にマフラーを編んでいた。

まずは、久しぶりの編み物なので、かぎ棒と毛糸を購入してきた職員にマフラーを編んでくれた。あっという間の完成に共に喜び、巻いて自慢したのを覚えている。

次に、相談員に内緒で編んで欲しいと伝えたと、喜んで編み始めてくれた。この頃になると楽しい会話も多くなり、集団レクにも参加するようになった。職員皆がA様に歩み寄るようにもなった。

車椅子生活、レク等の参加も増え、皮膚状態も良好で、すべてが改善されてきていると思っていた。

【入所後期】

ところが！！

H29.12.10

ベッドから車椅子移乗失敗、尻もち。

H29.12.13

ブレーキのかけ忘れからの移乗時、バランスを崩し尻もち。

H29.12.15

トイレでの立位保持できず、尻もち。と、転倒が続いた。

環境を整えたり、ブレーキにラップの芯を使用し、ブレーキをかけやすくしたり、コールの使用を周知していただくようお願いしていたが、下肢の浮腫みが強くなり、痛みの訴えが多くなってきていた状況だった。

そして、この日に主治医院より連絡が入り、採血結果が悪く家族への面談を希望され、面談日が決まった。

H29.12.19

※看取りケアカンファレンス(資料参照)

下肢の浮腫み強くなってきた為に利尿剤処方

H29.12.27

利尿剤中止希望にて中止

【看取り期】

H29.12.28 看取りカンファ

H30.1.8 看取り同意書

H30.1.10 下肢浮腫み変わらず、痛みも強い

ADL 低下している現実に A 様の不安も大きくなってきていた。

また職員も、本人の意思を尊重していたが、介助量が増えていく事で、精神的にも肉体的にも苦しくなっている事も伝わり、A 様も職員の対応に違和感を感じていたこともあったようで、A 様自体も苦しくなっている事も伝わった。

H30.1.20 ベッド移動、環境整備 動きやすく介護しやすくする。

この時も A 様は環境が変わる事を望んでいなかったが承知してくれた。

H30.1.25 カンファ

同じ方向で支援、また職員の不安もくみとれるように意見交換の為に看取りアンケートを作成しまとめる。(資料参照)

この時期に職員2名分のマフラーを編み終え、サプライズで娘のマフラーを編もうと提案。本人も乗り気で必死になって編んでいた。体調が良い時は車椅子で、体調が悪い時はベッド上で。自分の生きる糧の様に思えた。もしかしたら、過去のトラブルを回避できるのではと、職員もご本人も思っていたようにも思えた。

時に「間に合わないかも…」と弱音を吐く事もあったが、毎日毎日辛い時でも娘さんのためのマフラーを仕上げる為に頑張っていた姿を思い出した。

出来上がった日、娘さんの面会があった日に渡せた日。娘さんも「私の好きな色覚えてたんだね」と二人親子の関係が歩み寄れたのではと思えた時だった。

H30.1.30 食事量減少、食事が摂れない。

Dr.より食べたいものを食べられる時に。

家族に持って来てもらう。

水分や氷を欲しがることが増え、栄養補助食品を凍らせて提供したり、ウィダーインゼリーを提供したりと飲み込みやすい物を提供。

また、皮膚状態、本人の身体状態を考え、以前よりエアーマット導入の働きかけを A 様にしてい

たのですが、A 様がずっと拒否されていた。この日ようやく自分の体の状態から設置させていただけた。

H30.2.1

A 様は、尿意便意もはっきりしていた方で、常にトイレ希望だった。しかし、身体的、介護側も立てない方を立たせる、座らせるという限界もあり、また、失禁更衣も増えてきたために、負担軽減を図るためにオムツ着用を勧め、本人もオムツを希望してくれた。昼夜オムツとなる。

H30.2.3 「苦しい…」と訴え多くなる。

呼吸促拍

爪甲色不良

チアノーゼ見られる

現状報告を家族に連絡

食欲はないが、水分やクريمة氷等は好んで召し上がっていた。口に入る物が少なくなれば排泄量も減少。

私達職員も、最期の時が近いことを感じている。そして不安を感じている。職員の不安、A 様の不安を少しでも軽減できる事を考えられず、毎日 A 様に、職員は、触れて、声掛けて、話して、を続けてきた。

H30.2.6

エアーマットを使用し、褥瘡治癒した。再発防止に努めていく。血圧 100 を切ったら要注意。家族に状態報告。

ほとんど声を掛けても、A 様の言葉が返ってこなくなっていたが、いつもいつも何かケアにあたるたびにありがとうありがとうと言ってくれていた A 様。

口の動きでありがとうと伝わっていた。

この日、1 職員が訪室の際「Aーお母さん！！」といつものように呼びかけ「はいよ！」と返事があった。この言葉が最期になった。

その後は苦しそうに呼吸しているのみの姿しか覚えていない。何も出来ない歯痒さ、それぞれが感じていたと思う。

H30.2.8

19 時 30 分。夜勤職員が排泄介助の為訪室。

呼吸状態変化に気付き、そのまま下顎呼吸。3 回呼吸後に停止。

19 時 35 分 死亡確認となった。

【最後に】

A 様が亡くなられ、職員にデスカンファレンスアンケートを取る。各職員が、それぞれ感じた事を素直に書いていただきました。

私達職員は A 様のご要望にどこまで応えられたのか。アンケート結果を読むとはっきりしてくる。(資料参照)

A様の様にクリアな方の看取りは今後の課題も多いと思われるが、ご本人様の希望に沿うことを優先し残存機能に合わせての1つ1つのアプローチだった。

職員が皆同じ方向を向いて看取りに向かっていた事、温かいケアが出来ていたのではないかと思う。

ご家族様も『最期をアダージオで過ごせて良かった。大変お世話になり、ありがとうございました。』とおっしゃって下さった。

遺影の写真も、アダージオでのレクリエーションのピース写真を選んでいただいたと聞き、光栄に思う。

『退職届』の意味。本当はもっとよく働きたい

ショートステイようざん並榎

堀江一彦

1. はじめに

事業所の管理者として、法人の部長として時に退職の相談を受けることがある。その理由は多岐に渡るが、経験上、退職を考える方の多くは『介護事業所でもっと気持ちよく働きたい』といった意思表示と捉えられるような内容が多く、残念ながら当法人を離れていった方の中には同業他社で働いている現状もある。

これから介護労働者の需要がピークとなると言われている2025年以降にはさらに1.5倍の介護職員の増加が必要であると政府から示されおり、積極的な採用活動を進めることも大切だが、どうやったら離職を防止してその定着を図ることが出来るのか、『働きやすい職場』とはどのような職場なのかを考えて取り組んだ1年を報告する。

2. 課題の抽出と分析(CHECK&DO25、SNS上の投稿、介護労働実態調査より)

多くの介護職員が課題と感じている点を抽出し改善を行うことが『働きやすい職場』ではと考え、自分なりに分析した。課題はショートステイようざん並榎でのCHECK&DO25の結果、SNS上の投稿内容、介護労働実態調査の離職理由からそれぞれ1位の課題を抽出した。

※ショートステイようざん並榎でのCHECK&DO25上の課題ベスト3

1位	仕事ぶりや能力について評価し、面談によるフィードバックを行っている。
2位	自法人・事業所を取り巻く環境や今後の課題について話し合う機会を設けている。
3位	有給休暇の取得促進や福利厚生面の整備など、労働環境の整備・改善を行っている。

※SNS上で職場の課題といった投稿の上位3位(平成29年11月～平成30年1月)

1位	有給が取得できずサービス残業が多いといった労務、職場環境の問題。
2位	職場の人間関係の問題。
3位	法人や上司からの評価や ビジョン、理念の問題。

※『平成25年度 介護労働実態調査による離職理由』

1位	職場の人間関係に問題があったため。
2位	法人や施設・事業所の理念や運営に不満があったため。
3位	他によい仕事や職場があったため。

以上から介護職員の多くが共通して職場の課題と感じていることの上位は

- ① 仕事ぶりの評価の問題
- ② 有給休暇の取得などの労働環境の問題
- ③ 職場の人間関係の問題

と捉え①～③について取り組んだ。

3. 取り組み

①仕事ぶりの評価の問題

一般的に介護職員の評価とは、介護技術について介護職自身が自己評価を行い、課題を抽出し、目標を定め達成状況を管理者とともに評価するといったものが多い。今回は管理者から評価されるのではなく、働きやすい職場作りで大切なのは、日常の当たり前が行えていることと、同僚に認めてもらえる働き方することだと考え、同僚から日常の当たり前を評価される『他者評価』を導入した。

※ 他者評価を取り組むにあたって留意した点

1. 評価項目は 13 項目。内容は挨拶、モラルといった教育や経験に関係ない項目。(ようざん10の基準にあるような内容)介護技術の達成状況は評価対象とせず、いかに日常の当たり前を行えているのかを評価対象とした。
2. 評価は匿名とした。
3. 職員間であいまいになっている部分は評価前にルール作りを行った。(大切)
4. 他者評価が優れている職員をようざん優良社員表彰に推薦すると事前に伝えた。

※ 他者評価のメリット

1. 同僚に認めもらう働き方をする職員が優れた職員であるといった意識付けになった。
2. 評価内容の多くは日常の当たり前の行為であり、対人援助でありチームで行う介護事業の中で大切にしているのは特別なことでなく、日常の当たり前の行為、モラルであるといった意識付けになった。
3. 同僚に対して改めて欲しい点を管理者が知ることができ、面談の際、情報提供できた。

※ 他者評価のデメリット

1. 匿名なので悪口になる可能性がある。
2. 同僚に対する捉え方に個人差が出やすい。
3. そもそも同僚が同僚を評価することに抵抗感がある。

※ 取り組んだ結果

介護はチームで行う仕事なので介護技術などの評価に加えて、日常の当たり前を行うことや同僚に認められる働き方を意識する手段として他者評価は一定の効果があると感じた。今回匿名で行ったが、記名で行ったほうが発言に責任が生じるので再考すべきかと思う。また介護技術の評価に加えいかに日常の当たり前を行えているか、モラルを守れているか、つまり凡時徹底できているかは他者評価という手法でなくても評価すべきだと思う。

②有給休暇の取得などの労働環境の問題

ようざんには平成 29 年に有給休暇取得促進のためのリフレッシュ休暇制度が出来た。勤続 3 年以上の職員には 5 日の有給を与えるといったものだが、この 1 年で 3 名の職員が利用した。リフレッシュ休暇は自分も取得することが出来た。5 日間休むことは考えもしなかったが、取得するとすればその期間の仕事の割り振りを考えるので、生産性も上がるといったよい効果もあったと思う。

またショートステイようざん並複では有給休暇の取得促進の一環として『バースデー休暇制度』を設けた。これは夏冬休時期でも誕生日は夏冬休に加えて 1 日有給を取得でき、それ以外の月は有給を 2 日取得できるといったものにした。申請した職員は全員取得出来ている。有給の取得は一定の日数の付与が義務化になるので、取得促進についてエリアで検討してもよいと思う。

③ 職場の人間関係の問題

SNS上の投稿をしばらく読んで気がついたことは介護職員同士でその場にはいない職員の働き方について意見することが、結果としてそれが人間関係の問題につながるというケースが多いことに気がついた。

例1: 職員Aの排泄介助の技術が十分でないと感じている職員BCが本人がいないところでそのことについて話していると結果としてそれが悪口のように伝わる。

例2: 職員Aは一生懸命やっているつもりだが、Bには効率悪く感じ、それを本人がいないところでCDE間で共有する。

こういった例は悪気がなくても伝え方と伝わり方の問題で人間関係の悪化に繋がっており、下記の提案と取り組みを行った。

提案と取り組み: 同僚への働き方の意見を本人がいないところで同僚同士で行うと悪意がなくても人間関係の悪化につながるのを禁止 同僚への働き方への意見は

1. 本人に直接言う
2. 管理者に言う
3. 意見箱に投函する と提案し取り組んだ。

1. 本人に直接言うについて

私はこれが1番スマートだと思う。理由は双方のコミュニケーションスキルが向上するからだ。お互い意見しあえる関係になるには、良好なコミュニケーションを伝え側、聞く側双方が意識することが大切だと思う。職員間のコミュニケーションスキルについて研修があってもよいと思う。

2. 管理者に言うについて

同僚の働き方への意見を当人同士で上手に伝えられない場合は、管理者に伝えてもらうようにした。

3. 意見箱に投函する

同僚の働き方についての意見は意見箱を設置し投函できるようにした。同僚同士で意見すると悪意がなくても人間関係の悪化につながるのをその抑止の意味も込めて設置した。

投函された内容は管理者しか見られないが必要に応じて注意をしたり、部署会議で議題にするなどした。

4. まとめ

今回、介護事業所の働きやすい職場への課題の大枠は共通していると考え、3つの課題から働

きやすい職場とは何かを考え具体案を自事業所で取り組んだ。各事業所で採用活動を進めることはできないが、働きやすい職場作りへの取り組みは職員の満足度が上がり、結果として離職防止やサービス向上に繋がると考える。課題は大枠では同じだろうが具体的な取り組みは法人内でも事業所ごとに異なるように思うので、取り組みを所長会議で情報共有して行くとよいと考える。しかしこれだけでは介護職員の満足度が十分に上がったとは思えない。介護職員は人の役に立ちたいと温かい心根を持った人たちだ。日頃の業務に追われながらも、働きやすさに加えて介護職でよかった・・と働き甲斐の満足度も十分に考えていかなければならないと思う。