

## 2019年度 いちいの杜 施設目標

スローガン ”介護老人保健施設の理念にのっとり、

利用者の在宅療養を担う役割を果たす”

- 1 施設内の連携を密にする
- 2 フロアのケアマネージャーを中心にしてケアプランを実践する
- 3 R-4システムを活用して業務の効率化を高める
- 4 人材育成に全職員が協力する

## 巻頭言

理事長 金光 弘

毎月ケアマネージャーから翌月の入退所予定表が届けられてくる。

7月中旬まで入退所予定者がびっしりと埋まったいつも通りのものであったが、それを眺めていると、日々の業務の慌ただしさが想像できた。看介護の枠が外されて久しいが、はたしてきちんと連携がとれ、利用者本位の介護が行われているのか不安になってきた。

昨年からの目標である介護・看護・リハビリが一体となったケアプランを作成し、それに基づいた生活リハビリを行い、一人でも多くの利用者を在宅へ戻していくというプランを日々どのように成し遂げているのだろうか。利用者が入所した後の3か月は瞬く間に過ぎてしまい、利用者の名前すら覚えられなかった事はないだろうか。忙しさにかまけて、おざなりで画一的な介護が行われていたとすると利用者には大変申し訳なく、利用者のADLの向上など望めるはずもない。

今一度、各職種間の連携がきちんと行われているか、ケアプランが利用者の現状に合致しているか見直してほしい。日々の業務がどんなに忙しくても、流れ作業のような介護であったとしたら、利用者は離れていき、ひいては施設そのものが崩壊してしまうのである。人手不足は慢性的なものとなっているが、施設全体の職員は増えているのである。特に看護体制は今までになく充実してきており、介護・看護が一体となれば、現状でも充分「利用者第一」の介護ができるのだ。今一度、各職種間の連携を進めていくよう願っている。

## ケアプランと情報連携

施設長 浜田 篤

前号で「連携」には空間と時間の連携があり、それぞれにおいて連携の縦軸と横軸がある、という話をしました。ここで我々が利用者の方に提供しているサービスに関する情報で、連携に最も重要な役割を果たすものが、「ケアプラン」です。老健いちいの杜では、利用者一人一人毎に多様な職種がそれぞれの視点から意見を出し合い、多角的な分析の結果、その時点で適正なケアプランが作られていきます(空間的連携の横軸)。

また、毎日のサービス提供を行いながら、他の部署・職種がどのような意図を持って、その利用者に関わっているかをケアプランで確認することができます(時間的連携の横軸)。そして、その利用者への関わり方が、時間経過と共にどのように変わってきたかを、ケアプランの内容の変化から見て取ることができます(時間的連携の縦軸)。このように、利用者へ提供するサービスに関する情報連携において、空間・時間的連携とそれぞれの縦軸・横軸の4つの組合せの内、3つがケアプラン上で繋がっているとと言えます。

このケアプランの情報の精度や密度を高めていくことで、情報連携・協業作業が円滑になり、提供するサービスの質がより一層向上していくのです。

## ケアプランを共有しよう

理事 飯塚 和子

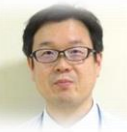
入退所が多い日々の業務の中で、利用者の情報、問題を共有し、ケアプランに反映させていくことは切実な課題である。病院で勤務していたころ、看護計画を見ればどの患者の看護計画なのかすぐにわかるほど個別性があり、わかり易い内容が良いと言われた。しかし、どんなに適切な看護計画でも、全員が理解して実践しなければ何もならない。老健は多職種協働の職場であり、全部署が一同に会し、ケアプラン検討が習慣化すれば一層の質の向上が期待できる。それぞれの職員の1回の業務スケジュールの中に、ケアプラン立案の業務を共通の時間に入れ、参加できれば望ましい。ケアプランが実動し、効果があった時はうれしく、仕事の楽しさも倍増するだろう。

# より良いケアプランを目指して



相談部部長 白田 悦子

相談部は入所に至る医療機関等からの相談に伴い、ご家族面談・契約、入所前に暫定のプラン作成を行っていきます。入所当日、1週間後、1か月後、3か月後、加えて状態の変化時にケアカンファレンスを行い、プランに基づいたケアができるようプランニングをしていきます。特に初回の新規入所からの3か月は、状態が変わることも多く、都度プラン変更、毎月の面談でプラン提示をしています。今年度から各フロアにケアマネージャーを配置できたことで、より状態の変化からのプラン変更がスムーズになっています。しかしながら、前年度、186名(うち84名が新規入所)の入所と205名のショートステイの受け入れをしている当施設では、プランの作成と変更も年間1103(+α)件と膨大で、情報の連携・共有が課題となっていました。そこで各フロアの取り組みをご報告させていただきます。

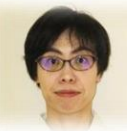


2階フロアケアマネージャー 見留 博紀

各職員は個々の利用者の病歴、生活動作、認知機能等については、十分認識されていますが、利用者の方向性を見据えた個別プランには至っておらず、マネジメント不足のまま、ケアに取り組んでいました。金光先生のアドバイスにより、昨年11月より、各専門種(看護師、介護福祉士、作業療法士、管理栄養士、介護支援専門員)で検討を重ね、平成31年1月より、**※4グループ**に分けて、生活を送って頂いています。主にグループ毎に起床時間、食事提供時間、食席、レクリエーションの内容等をわけて対応し、都度ケアプランに反映させています。利用者一人一人の今後の方針、在宅復帰する上での課題、目標を各専門職が情報を密にし、共通認識を持っていけるよう、その方に合ったケアプランの立案、実施、評価が出来るよう今後も取り組んでいきます。

※4グループについて

- 1グループ 生活場面において、指示が入り、移動動作が出来る。
- 2グループ 生活場面において、指示が入り、移動動作が出来ない。
- 3グループ 生活場面において、指示は入らないが、移動動作が出来る。
- 4グループ 生活場面において、指示が入らず、移動動作も出来ない。



3階フロアケアマネージャー 立野 里美

今年度4月より3階フロアケアマネージャーが配属となり、ご利用者の日々のケアが、統一的なケアから、ご利用者の身体・精神等含めた全体的に見直しを行い、グループ分けを行う事で、ご利用者に合った個別ケアや職員の業務軽減に繋がるのではないかとこのことからグループ分けがスタートしました。まず、はじめにご利用者の日常生活自立度・認知症自立度を抽出して、リストアップを行いました。リストアップした物を元に大きく、歩行者・車椅子使用者・全介助者と大きく3つのグループに振り分けました。単純に日常生活自立度・認知症自立度だけの情報では、グループ分けをする事が難しく、基礎疾患や難聴などの要因を含めると、各グループでの偏りが目立ちました。看護師・介護福祉士・リハビリ・管理栄養士・ケアマネージャー等他部署を交えてカンファレンスし、意見出し合いながら何度も思考錯誤し、現在の表1が完成しました。

表1の中に、難聴の方や、心疾患があり要観察の方、在宅復帰へ準備している方や、トロミ使用者や誤嚥のリスクが有る方等がわかりやすいように★印や、色分けをし工夫しました。例えば、A様が、現在どのくらいの介助量で、在宅復帰準備をしているのかなど、分かりやすく整理されました。このグループ分けを行なった事で見直しともなり、ご利用者自身が行えていた所をお手伝いしていたり、必要な部分に細やかにケアが足りなかったりと発見することが出来ました。しかし、現在は職員全員に中々浸透できていなかったり、活用しきれていない部分もあり今後の課題となっています。そのため、統一されたケアを推進して行くために月に1度見直しを行っており、月末のフロアミーティング時に説明しています。

【表1】グループ分け

Aグループ (A1~A2)		Bグループ (B1~B2)		Cグループ (C)	
歩行レベル(歩行可)	歩行レベル(歩行不可)	歩行レベル(歩行可)	歩行レベル(歩行不可)	歩行レベル(歩行可)	歩行レベル(歩行不可)
Y S	N T	K T	O S	K K	● T M
K K	★ K I	I Y	★ W I	K K	● S K
S K	★ W S	★ O Y	M I	M I	★ K S
A T	M S	★ S S	I K	(誤嚥リスク高) S T	(1111の方)
K F	H T				
★ K S	K S				
[車椅子フリ]		★ M T	(常勤要観察)		
S K		O H	★ O T	(1110の方)	
		★ N K	O H	● I M	
		Y M	(1110の方に常勤要観察) (1110の方)	★ Y F	
		S Y	H H		
		K S (時折)	(常勤要観察)		
		S N			

● 心疾患・高血圧の方    ● 座位崩れがある方    ● 赤字の方SS利用。  
 ● 常勤要観察に要がある方    ● 難聴の方    ● 赤字の方に常勤要観察。

R1.8.18作成

## 連携の要がケアプラン



看護部部長	佐藤 幸恵
介護部部長	原 彰宏
リハビリテーション部部長	
兼	
通所リハビリテーションセンター長	徳岡 美鈴

利用者が入所すると、医師・介護・看護・リハビリ・栄養士・薬剤師・相談でカンファレンスを持ちケアプランを作成します。他部署と情報を共有することで、利用者の現状がより正確に把握でき、日常生活での観察ポイント、在宅復帰に向けた細かなプランや目標がより明確になります。

また、ケアプランをより効率的に実践するために各部署では業務の見直しを行い、業務改善も同時に行っています。

いちいの杜では医療処置を必要とする方が多く入所されています。例として、昨年1年間に肺炎と尿路感染症と診断された利用者は68名で、抗生剤の点滴施行数は523本でした。看護部では、入所当日から全身状態の観察や体調の変化を見逃さず、状態変化時には医師へ報告、金光クリニックを受診し必要な治療が迅速に行われてきました。

他にも酸素や吸引、褥瘡、経管栄養、ストマ、バルーンカテーテル管理が必要な方がいます。ケアプランに載せ、情報を共有して変化を見逃さず対応していきます。

介護部もケアプランに沿って実践していく中で利用者のタイムリーな情報共有が行え、プランが現状の日常生活動作、生活の質にあっているかどうか、スタッフからも「状況の変化もありカンファレンスをして話し合った方がいいよね」と、いう声が多く聞かれるようになってきました。情報の共有が増えてきていることを実感しています。

プラン変更について発信方法を変更しました。「なぜプランが変更になったのか？」その理由と経緯を口頭と文章で必ず伝達しています。結果、プランが途切れず、継続して実践につながっています。

リハビリでは、担当スタッフが在宅復帰に向けての個別機能訓練の計画を立てて実施しています。同時にフロア専従の作業療法士と連携し、フロアリハビリで能力アップを推進しています。

フロア専従の作業療法士はケアプランに基づいた生活リハビリが実施できるよう、介護に指導、アドバイスをしています。各フロアのグループ分けに関しても、専門的な立場から協力してきました。利用者さんの日常生活動作や認知面には変動があり、明確に線引きできるものではなく難しいですが、今後も話し合いを継続していきます。

今年度から各フロア専従のケアマネージャー、主任看護師、主任介護士、専従作業療法士を配置した体制となりました。各職種間での情報の共有は格段に良くなりました。

体調不良で日常生活動作が落ちてしまった利用者さん、反対に回復して元気になられた利用者さんはケアプランが現状に合致しているか、全部署で細やかに察知し、見直しに対して積極的に声を上げられるようにしていき、利用者さんが質の良いサービスが受けられるよう努めていきます。

# お知らせ



栄養部部長 高木 美樹

日々、食事時にラウンドをして、看護、介護、リハビリ職と共に利用者の方々の食事評価を行っています。栄養状態、誤嚥性肺炎発症のリスクをグループ分けし、高リスク者のグループの食席を設け、食事摂取量、姿勢や摂取動作、咀嚼の様子などの観察を行っています。高リスク者の食事摂取量をグラフ化し、摂取量の推移を図示することで、その方の摂取パターン(朝食は摂取量が少ない、1日の中で2食は摂取できている、など)や体調の変化などを容易に把握できるツールとして活用しています。必要に応じて改善点をカンファレンスの議題に挙げて、利用者の方々の現状に合った食事提供ができるよう多職種で検討しています。「安全に美味しく食事を摂って、リハビリをして在宅復帰！」をモットーとしておりますので、適切なプランに沿って、他部署と連携を取りながら皆様のケアに当たっていきたくて思っております。

## 地域交流

7月5日(金)、武蔵野小学校3年生が来所し、七夕会が開催されました。小学生より歌や踊りの披露があり、プレゼントの交換を通じて同じ時間を共有出来ました。孫世代にしか見せない笑顔や表情を見ていると、入所者様一人一人の家族内での役割や愛情を思わず感じてしまいました。また、将来介護施設で働きたいと言ってくれる子供達が出てくるように私達も魅力ある仕事にしていきたいです。



## 屋上菜園の様子

不安定な天気にも関わらず、見事に生長してくれています！！  
少しではありますが、出来た実はいちいの食材として皆様の日々の食事に提供しています。



## 納涼祭のお知らせ

今年も納涼祭の季節がやってまいりました。皆さまが楽しい時間を過ごせるよう、職員一同準備を進めています。当日はご家族の皆さまのご協力とご参加をお待ちしています。

**令和元年8月17日(土)**

**14:00~16:00**



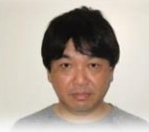
- ◇昭島鳳凰太鼓
- ◇お神輿、盆踊りリミック
- ◇各種模擬店(焼そば、ジュース)など



## 新入職員紹介

新たに以下の職員が仲間に加わりました。  
どうぞよろしくお願いたします。

介護部



高本 知哉



医療法人社団弘樹会  
介護老人保健施設 いちいの杜

住所 東京都昭島市武蔵野3-5-63  
TEL/FAX 042-500-0151/042-500-1533  
ホームページ <http://www.kanemitsu-c.or.jp/>  
Email [ichiinomori@nifty.com](mailto:ichiinomori@nifty.com)