

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

令和4年3月

目次

はじめに.....	1
1. 自立支援促進加算の趣旨・目的	2
1) 自立支援促進加算創設の趣旨	2
2) 自立支援促進加算の概要	4
2. 自立支援における取組のポイント	5
1) 尊厳の保持に資する取組	5
2) 本人を尊重する個別ケア	8
① 食事に関するケア	14
② 排泄に関するケア	24
③ 入浴に関するケア	29
3) 寝たきり防止に資する取組	34
4) 自立した生活を支える取組	40
3. 自立支援の取組を支える基盤づくり	45
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.....	45
2) 利用者・家族との信頼関係の構築	47
3) 自立支援に向けた多職種連携・情報共有	48
4) 自立支援の基盤となる人材育成	49
4. モデルケース(個別の改善事例).....	50
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)	50
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)	53
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)	57
5. 参考資料.....	61
1) 自立支援促進に関する評価・支援計画書	61
2) 令和3年度介護報酬改定に関するQ&A	63

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

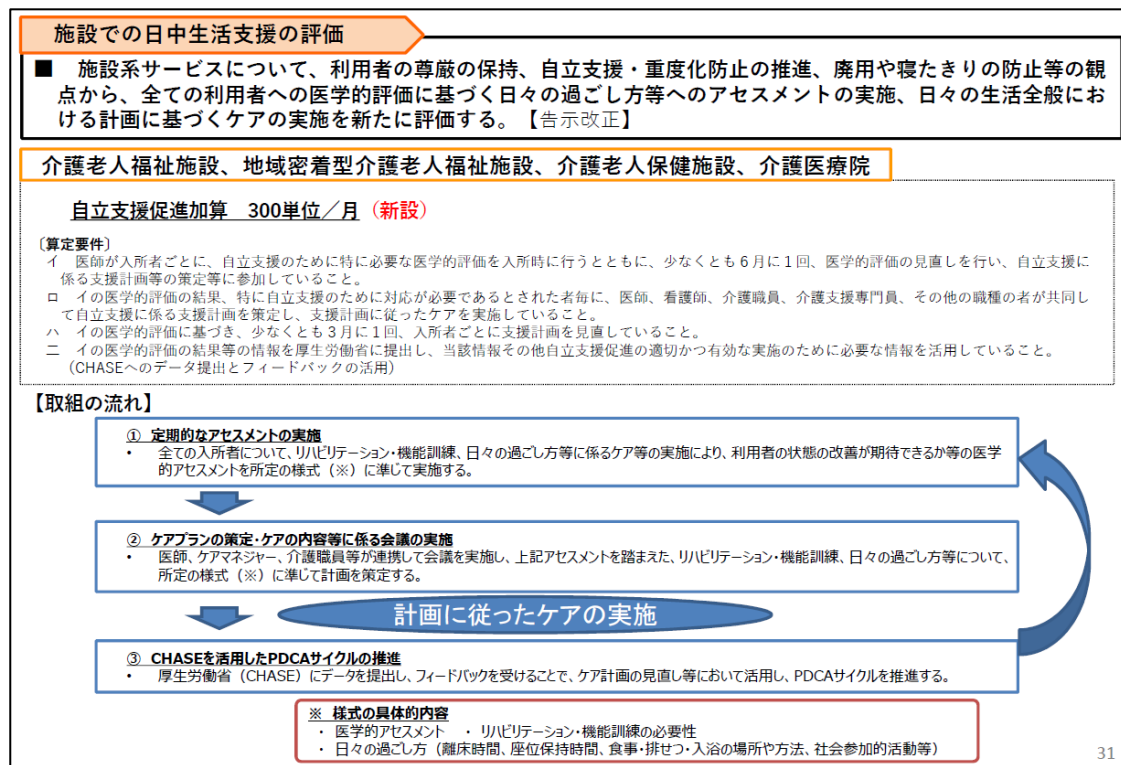
- 自立支援促進加算は、2025年から2040年を見据えた令和3年度介護報酬改定において、近未来のケアのあるべき姿を実現するための象徴的な加算として導入された。介護保険の目的である「尊厳の保持」と「自立支援」に資する取組を根幹としており、将来的に全ての介護事業所が取り組むことが期待されて創設された。
- 我が国において、寝たきりや不活発等に伴う廃用性機能障害に要する医療・介護の費用やマンパワーは計り知れなく消費されているが、廃用性機能障害は十分に回復が期待出来るものであり、重度化防止に資する取組も多く、廃用性機能障害の防止は不可欠となっている。一方で、麻痺等による固定した機能障害に対しては、障害があっても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、考えてみるのが大切である。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、集团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。

図表2 生活史の聞き取りのための様式例

●私のライフストーリー		
様		
ライフサイクル	乳児期	学童期
年齢	0～6 歳頃	7～12 歳頃
年号	昭和 15 年～昭和 21 年頃	昭和 22 年～昭和 27 年頃
暮らしの場所		
一緒に暮らした人、動物等		
ライフイベント、学校・仕事・趣味・生活状況、軌跡	昭和 15 年誕生	
その頃の私の楽しみ、辛さ、生きがい、思い出等		
その頃の出来事・時代背景等	S15 出版統制強化、丸刈り、もんぺ、贅沢品禁止 S16 太平洋戦争開戦、芸名禁止 S17 全国中学校野球中止 S19 広島県下初の空襲(S29) S20 広島に原爆投下 第2次世界大戦終戦 S21 日本国憲法公布 新円 (100 円札、10 円札)	S22 第1次ベビーブーム S23 美空ひばりデビュー S24 洋裁学校全盛 S25 朝鮮戦争 広島カープ設立 味噌・醤油の自由販売化 聖徳太子 1000 円札 S27 広島平和都市記念碑 (原爆死没者慰霊碑) 作幕
私が関心を持っていた事や流行等		

ライフサイクル	思春期・青年期	成人期
年齢	13～25 歳頃	26～40 歳頃
年号	昭和 28～昭和 40 年頃	昭和 41 年～昭和 55 年頃
暮らしの場所		
一緒に暮らした人、動物等		
ライフイベント、学校・仕事・趣味・生活状況、軌跡		
その頃の私の楽しみ、辛さ、生きがい、思い出等		
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 赤電話登場 S29 自衛隊発足、プロレス(力道山) S30 森永ヒョマルク事件 家電電化時代到来 原爆資料館開館 S32 広島市民球場完成 広島バスセンター開業 S33 東京タワー建設 広島復興博覧会開催 S34 皇太子・美智子結婚 S35 高度経済成長期 S39 東京オリンピック、新幹線 S40 広島民衆歌謡完成	S41 新広島国道開通 S43 三億円事件、学園紛争 S45 大阪万博 S47 第2次ベビーブーム 浅間山荘事件 S48 第1次オイルショック 高度経済成長終わる S50 広島カープ初優勝 S51 円高ドル安、ロッキード事件 S52 日航機ハイジャック事件 S54 第2次オイルショック S55 湾岸ブーム、カーブ黄金期
私が関心を持っていた事や流行等		

- 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。看取りの時期が近づくにつれ、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、“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” を紡いでいけるからである。「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。

2) 本人を尊重する個別ケア

- 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、利用者とは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

利用者情報（令和03年07月01日（木）時点）				欄外 1			
部屋「ルーフ」：							
性別：男 年齢：93歳				欄外 2			
介護度：要介護 4 R03.03.01 ~ R06.02.29 (352021-0000008054)							
作成者				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
07:50~07:55	起きる	#2-⑤	△家では7時~8時ごろ、遅い時は9時~10時頃起きていた。 ●手伝わってもらいながら起き上がりや乗り移りが安全にできるようになりたい。	★介助バーに掴まり起き上がろうと努力する。 ☆手伝わってもらいながら手すりにしっかり掴まり、安全に起き上がりや移乗時の動作が自分の力でできる。	【ケアプラン内容】（#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みてくださいね。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。 ・座り直しをしてしっかりと介助バーに掴まっていた。 ・靴をはいていただく。※その際、座位バランス悪い為、片手は肩を支えたまま離さない。 ・両手で介助バーに掴まってもらい「少しお尻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」ななめ浅座り介助する。右足を少し前に出し車椅子を設置「こっちに移りますね。立ちますよ。イチ・ニーのサン」本人が動き出したからお尻を支えゆっくり車椅子の座面に誘導する。	足の踏みかえが十分に行えないため、斜め浅座りや右足を前に出さない状態で移乗するとフットレストに足が引っかかりケガの恐れがあるため注意する。	
07:55~08:00	下着をかえてもらう				排泄用品 紙パンツ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。	【排泄アセスメント】10時、交換時は300~500と尿量多い為交換を5時に変更、23時からこの時間まで平均200~400程度の排尿ある。この時間から日中の排尿量が少ない。次の排尿が見られるのが10時ごろに平均100~200程度あるが尿用パットでは漏れていること多いため、ワイドパット使用。	
8 08:00~08:05	顔を洗う	#1-④ ⑦	●手伝わってもらいながらできるだけ身の回りの事が自分できるようになりたい。	☆タオルを渡してもらい自分できれいに拭ける。 ☆髭剃りの電源を入れてもらい手に持たしてもらい自分で髭を剃る。	【プラン内容】（#1-④⑦） 【ケアの手順】 ・髭剃りの電源を入れて右手に持ってもらいできるだけ自分で剃ってもらう。そり残しあれば介助する。 ・おしぼりタオルを広げ手渡し顔を拭くように声かけする。	【看護】食事前に痰貯留音あれば看護師に相談し必要時は吸引を行う。	
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、べあれんとで希望する暮らし方を教えてください。 今までの暮らし方やこだわりがべあれんとでも継続できるよう、職員の関わり方の参考とさせていただきます。			
<起床について> ・朝は何時頃に起きますか？ () ・朝起きたら最初に何をしますか？ () 朝ご飯までは何をして過ごされますか？ () ・カーテンはいつ開けますか？ () ・部屋の電気はいつ点けますか？ () ・着替えはいつされますか？ () ・好きな服の趣味は？ (色や柄、形、薄着、厚着など) () ・靴下は履きますか？ () ・朝の歯磨きはいつしますか？ (起床時、朝食後など) () ・洗面はいつしますか？ () ・髪はいつしますか？ (男性の場合は髭剃りはいつ？) () ・その他(朝に必ずすることはありますか？) ()		<食事> ・朝食は何時頃がいいですか？ () ・朝食で希望はありますか？ () ・朝、必ず食べるもの、飲むものはありますか？ () ・昼食は何時頃がいいですか？ () ・昼食で希望はありますか？ () ・昼、必ず食べるもの、飲むものはありますか？ () ・夕食は何時頃がいいですか？ () ・夕食で希望はありますか？ () ・夕食で、必ず食べるもの、飲むものはありますか？ () ・食べる場所はどこがいいですか？ () ・どんな味付けが好きですか？ () ・誰と食べたいですか？ () ・お酒は飲みますか？ () ・アレルギーや嫌いなものはありますか？ () ・その他 ()	
<排泄について> ・排泄のリズムや希望はありますか？ () ・排便の間隔はどのくらいですか？ () ・使いたい用品はありますか？ () ・その他 ()		<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？ () ・午後(昼食後から夕食まで)は何をして過ごしますか？ () ・晩(夕食後から就寝まで)は何をして過ごしますか？ () ・趣味や興味のある事はありますか？ () ・得意な事、苦手な事はありますか？ () ・家事はされますか？ (洗濯、掃除、食器洗い、買い物、料理など) () ・好きなテレビ番組、音楽、ラジオは？ () ・毎日欠かさずすることはありますか？ () ・生活の中でのこだわりはありますか？ () ・昼寝はしますか？ () ・外出の希望はありますか？どこへ行きたいですか？ () ・決まった運動や訓練はしていますか？ () ・職業は何をされていたか？ () ・娯楽のみのものや道具はありますか？ (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) () ・信仰について () ・その他 ()	
		<入浴について> ・何時頃に入りたいですか？ () ・湯加減は熱め？温め？(温度は？) () ・お風呂に入ったら先に何をしますか？ (湯船につかる、身体を洗うなど) () ・入浴時のこだわりは(髭剃りなど) () ・シャンプーや石鹸、タオルのこだわりはありますか？ () ・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 ()	
		<間食について> ・好きなおやつはなんですか？ () ・好きな飲み物はありますか？ (熱め、温め、冷たい など) () ・どこで食べたいですか？ () ・その他 ()	
		<就寝・夜間について> ・カーテンは何時に閉めますか？ () ・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？ () ・寝るときの電気の明るさは？ () ・寝るとき、部屋の鍵は閉めますか？ () ・夜中にお腹がすぐ事がありますか？ () ・夜間はよく眠れますか？ () ・夜間のトイレはどうしていますか？ () ・夜間に用意しておくものはありますか？ () ・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。

STEP 1 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。

STEP 3 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、ケアプランと一緒に同意を得る。
- ✓ 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。

図表6 24時間シートに基づくケアの実施と記録（例）

利用者： 様 (性別：男 年齢：93歳)															
介護度： 要介護4 R03.03.01 ~ R06.02.29 (352021-0000008054)															
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															
日付	24時間シート			記録											
	時間	生活リズム	記録	実施時刻	生活リズム	竹記録項目欄	数値	単位	備考欄	要 素	担当者	口 頭 通 信	事 故 予 防	支 援	支 援
R04.03.04(金)	0 00:00~01:00	寝ている	○	00:20	寝ている	入眠 着衣無し									
	1 01:00~02:00	"													
	2 02:00~03:00	体の向きを変えてもらう	○	02:10	体の向きを変えてもらう	体の向きを変えてもらう		左							
	3 03:00~04:00	寝ている													
	4 04:00~05:00	"	○	04:10	寝ている	入眠 着衣無し									
	5 05:00~06:00	下着をかえてもらう	○	05:40	下着をかえてもらう	排尿 (おむつ)		1回							
	6 06:00~07:00	寝ている	○	06:45	体の向きを変えてもらう	体の向きを変えてもらう		上							
	7 07:00~08:00	目が覚める	○	07:40	顔を洗う	洗顔									
	8 08:00~09:00	顔を洗う	○	08:10	下着をかえてもらう	排尿 (おむつ)		1回							
	9 09:00~10:00	リビングで過ごす	○	09:39	体調を見もらう	体温	36.6℃								
R04.03.04(金)	10 10:00~11:00	下着をかえてもらう	○	10:50	歯磨きをする	口腔ケア									
					お風呂に入る	風呂									

- 1 -

R-SGS-2014-0001

- 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、利用者の暮ら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、職員の負担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う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取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、利用者にあ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8 座面の高さや手すりの有無が異なる椅子



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の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。

図表11 自由に持ち込んでもらっている食品や調味料、飲料等



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に、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

食事形態	学会分類 2021※	概要	対象者
ソフト ③	嚥下調整食 3相当	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） 	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	- 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） - おやつ・果物は基本的に常食と一緒に 	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

※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 JS DR 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）



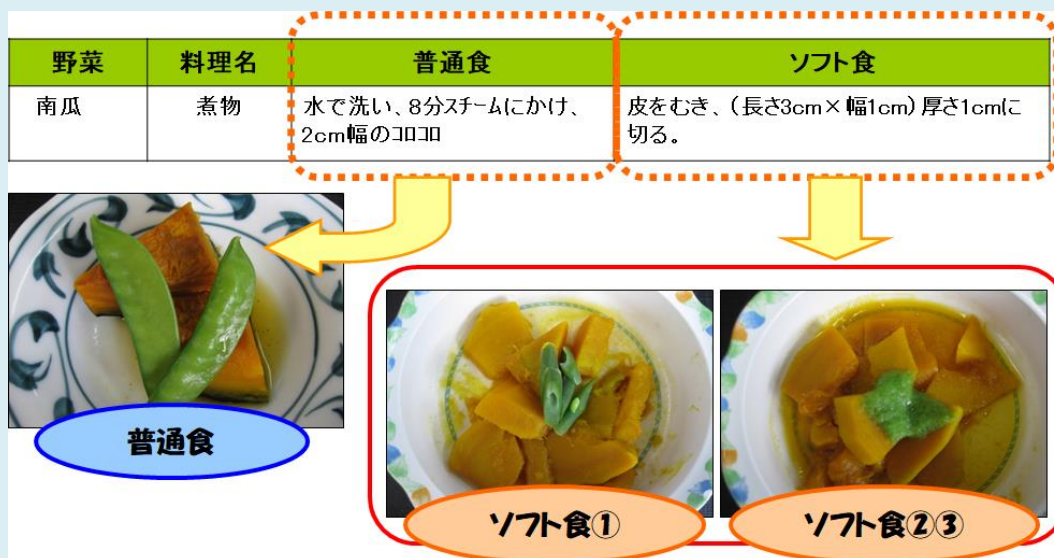
ソフト食の調理(例)

- 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。

普通食



ソフト食



- 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…トマトやナス、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…大きなお口を開けられない、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。
- ト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、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

氏名: B. 生活チェック表

睡眠: ○覚醒 △傾眠 ×睡眠
排泄: 上段…トイレ 下段…オムツ 便意・尿意 あり=+
排尿…○ 排便…△ プリストスケール数値
※排便量目安…大=バナナ1本以上 中=バナナ1本 小=バナナ半分

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
9/10 睡眠	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9/10 水分									350				200		1200	900	1600			200				
9/10 トイレ											30			1200	1000	1000								
9/10 オムツ	(450)						(120)					(70)		(200)	(60)	(90)	(200)			(300)				
8/10 睡眠	×	×	×	×	×	○	○	○	○	△	△	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8/10 水分									150				300			300				150				
8/10 トイレ									110	(120)	(100)			(130)	(50)									
8/10 オムツ									110	150	70			70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
7/10 睡眠	○	○	○	×	×	×	×	○	△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7/10 水分									400				200		300					250				
7/10 トイレ											80	25		100	150						(50)			
7/10 オムツ	(600)							(700)		(800)				(100)	(150)	(160)					(70)			
6/10 睡眠	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6/10 水分									400				150		150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
6/10 トイレ														(50)	(50)	150				200	100			
6/10 オムツ	(120)					(130)							(150)	(150)	(150)					200	100			
5/10 睡眠	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5/10 水分									400				150		150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
5/10 トイレ														(50)	(50)	150				200	100			
5/10 オムツ	(120)					(130)							(150)	(150)	(150)					200	100			
4/10 睡眠	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4/10 水分									400				150		150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
4/10 トイレ															150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
4/10 オムツ															150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
3/10 睡眠	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3/10 水分									300				200			200				400				
3/10 トイレ																								
3/10 オムツ																								
2/10 睡眠	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2/10 水分																								
2/10 トイレ																								
2/10 オムツ																								
1/10 睡眠	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1/10 水分																								
1/10 トイレ																								
1/10 オムツ																								
0/10 睡眠	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
0/10 水分																								
0/10 トイレ																								
0/10 オムツ																								

図表16 排泄機能に関するアセスメントシートの例

排泄機能アセスメントシート ①

作成日	年 月 日	
氏名	さま	
疾患名		
項目		課題と改善策
①尿意	有 ・ 無	トイレとは訴えないが落ち着かなくなるとトイレのこと多い。その際はお声掛けを行う。
②便意	有 ・ 無	トイレとは訴えないが落ち着かなくなるとトイレのこと多い。その際はお声掛けを行う。
③尿意・便意の訴え	可能 ・ 不可能	落ち着かなくなるとトイレのこと多い。トイレとは訴えないが落ち着かなくなるとトイレのこと多い。その際はお声掛けを行う。
④下剤使用(内服時間・回数)	有 (9時、18時 2回/日) ・ 無	現在夜間の排便多いため下剤の内服時間を検討する必要がある
⑤ナースコール	押せる ・ 押せない	ナースコールの認識が難しいため、行動や言葉に注意するとともに、排泄データから早期のお誘いになっていく。
⑥起き上がり	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
⑦ベッド座位	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	少し不安定であるため支えながら転倒に注意していく。
⑧靴の脱ぎ履き	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	座位・バランスを崩さないように見守りと少しの支えを行い出来るだけ自分で出来るようにしていく。
⑨移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	座位・バランスを崩さないように見守りと少しの支えを行い出来るだけ自分で出来るようにしていく。
⑩移動手段	車椅子 ・ 杖 ・ 歩行者 ・ 独歩	歩行者にて見守りにて移動して頂く。
⑪排泄までに要する時間	1分 (便座に座って出るまでの時間)	少しのまでに時間がかかる。軽く腹圧
⑫ズボンの上げ下ろし	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	片手での立位は可能。片側ずつ上げる。
⑬ズボン上げ下ろし時の立位保持	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	片手でのズボン上げ下ろしは可能。
⑭便座での座位姿勢	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	両手・肘・膝・足関節はバランスが保たれている。
⑮ウオッシュレット操作	可能 ・ 不可能	操作の理解が難しい。陰部洗浄・介助し清潔の保持につなげる。
⑯自力腹圧	可能 ・ 不可能	
⑰陰部清拭	可能 ・ 不可能	腹圧をかけないとなかなかできないことある。軽く腹圧をかけ対応する。医師への報告も検討。
⑱排尿機能	有 ・ 無	
⑲畜尿機能	有 (3時間程度) (300CC程度) ・ 無	
⑳失禁のタイプ	腹圧性 ・ 切迫性 ・ 溢流性 ・ 機能性	
※排泄状況に変化があった際は直ちに記入してください。		

この部分には、訴えがある場合はもちろん記入しますが、トイレのサインが別にある場合も記入してください。例えば、帰宅欲求や落ち着かなくなるとなど...

課題と改善策には、アセスメントシート②の目標に対しての課題と改善策がある項目には記入して下さい。

⑤・⑩には、トイレに行くまでの一通の動作を見て記入してください。トイレに行くまでの動作に課題があればリハビリと相談し福祉用具を検討したり環境の調整を行ってください。

この部分は、排泄データから失禁のタイプを読み取って記入してください。失禁のタイプは別紙を配布しておりますので参考にしてください。

畜尿機能・排尿機能に関しては排泄データから機能があるかを読み取って記入してください。また、必要に応じて看護師の判断で医師へ

排泄機能アセスメントシート ②

※アセスメントシート①で検討された内容を記入してください。この項目の内容は24時間シートに入れてください。

項目	内容
排泄支援時間と使用する排泄用品	(10時)(バット:昼用) ・ (14時)(バット:ワイド) ・ (時)(バット:) ・ (時)(バット:)
トイレの場所(日中)	(時)(バット:) ・ (時)(バット:) ・ (時)(バット:) ・ (時)(バット:)
トイレの場所(夜間)	居室トイレ ・ ポータブルトイレ ・ その他()
必要な福祉用具	簡易手すり、滑り止めマット
医師への報告内容	溢流性の尿失禁の可能性や畜尿の機能低下が考えられる。尿の混濁や尿臭がきつこと医師へ報告していく。
その他	その他、排泄に関して必要事項があれば記入してください。
排泄支援目標	排泄リズムに合わせて失敗なくトイレでの排泄が行えるようになる。また、排泄動作のズボンを下げる動作は自分でふたつきなく行えるようになる。

この部分は排泄データから必要な吸収量のバットを分析し時間別に検討して記入してください。

トイレの場所を検討し記入してください。

目標を達成するために必要な福祉用具があれば記入してください。

分析の段階で看護師にも入ってもらいデータ上、疾患が疑われる場合や泌尿器などの受診が必要と判断された場合には内容を記入してください。

※ 3 ヶ月後に振り返りをして記入してください。

の排泄目標を忘れずに！その方にあった目標の設定をしてください。

振り返りチェックシート

現在の課題	改善策に対する変更点
10時にバット内への排泄が見られることが多い。	○10時の排泄のタイミングを9時半にしてデータを取る。
1週間ほど前より腹圧をかけないと中々、排尿が見られないことがある。また、尿の混濁も見られ尿臭も強い。陰部清拭が不十分で清潔保持ができておらず感染のリスクが高い。	○医師への報告をナースと検討する。また、陰部洗浄と陰部清拭の介入が必要とナースの判断もあり起床時と就寝時に陰部石鹸洗浄開始する。
	分析の段階で振り返る日を設定し記入してください。
	振り返りで出た課題に対して変更する内容を記入してください。例えば、排泄のタイミングが合っていないという課題に対しては排泄データの取り直しをする...など

振り返りの際に出た課題を記入してください。(最初の分析の際は記入しないでください。)

- 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 フラットパッド ワイドパッド 布パンツ 失禁パンツ リハビリ 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
	パッド	4時間	トイレ	特になし(不穏時は時間を置き誘導)		パッド	4時間	パッド	日中同様
	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。		自立	トイレ		
	自立	トイレ		汚れていないか確認させていただく。		自立	トイレ		
	オムツ パッドフラット	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)		オムツ パッドフラット	4時間	パッド	
	パッド	訴え時	トイレ	転倒注意なので必ず付きそ。		パッド	訴え時	トイレ	
	布パンツ	自立	トイレ			布パンツ	自立	トイレ	
	パッド	4時間	トイレ	定時誘導。		パッド	4時間	パッド	
	パッド 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。		パッド ワイド	訴え時	トイレ	日中と同様
	オムツ パッドフラット	4時間	パッド	右麻痺なので巻き込み注意。		オムツ パッドフラット	4時間	パッド	日中と同様
	パッド パッド	訴え時	トイレ	排尿があるか確認させて頂く。		パッド パッド	訴え時	トイレ	日中と同様
	パッド パッド	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。		パッド パッド	自立	トイレ	日中と同様

利用者ごとに、日中・夜間のそれぞれについて、下着の形態(パッド、おむつ等)、介助の時間・タイミング、排泄方法、介助時の注意点を一覧化することで、一目で利用者ごとの介助方法が分かるように工夫している。

- 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



必要に応じて補助台を出し、立ち上がり動作の際に前傾姿勢を取るための支えとしている。

図表19 左右どちらからでも出入り可能なトイレ



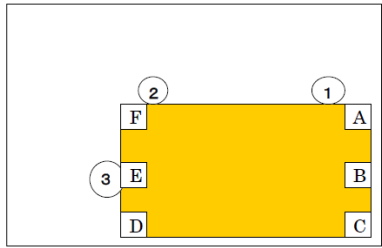
- なお、排泄は本来、他人の目に触れることがない場面であり、プライバシーの保護や尊厳の保持には十分に配慮する必要がある。施設では、居室でのおむつ交換やトイレへの誘導の際、会話などから周囲にそのことが伝わらないよう注意したり、おむつバッグなど是一目につかないようにカバーをかける、排泄物は速やかに処理する等の対応が徹底されていた。
- 最後に、利用者やご家族がおむつやポータブルトイレの使用を認める発言をする場合もあると想定されるが、その背景には、適切な介助や機能訓練によりトイレで排泄できるようになる可能性があることを知らない恐れがある。そのため、単に利用者やご家族の発言をもって現状維持とするのではなく、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、自宅にいた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）

さまの入浴マニュアル	
入りたい時間帯	午前・午後・夜間（ 時ころ）※週 回
介助者（人数等）	☐ 常時 1人 ☐ 常時 2人 ☐ 同姓介助（ ） ☐ 基本的には1人だが、状況に応じて人員必要（状況： ）
準備するもの	☐ 着替え ☐ タオル ☐ バスタオル ☐ シャンプー ☐ ボディーソープ（石鹸） ☐ オムツ類 ☐ 軟膏等 ☐ その他（ ）
貸出物品	無 ・ シャンプー ・ ボディーソープ
必要物品	入浴台・シャワーチェア・ムーヴ・シャワーキャリー 浴槽台・手すり・滑り止めマット・その他（ ）
麻痺	左 ・ 右 ・ 無
座位	自立・一部介助・全介助
立位	自立・一部介助・全介助
移動方法 （脱衣所⇄浴室）	歩行 ・ 車椅子 ・ シャワーキャリー ・ ムーヴ
浴槽に入る位置（①～③）	
浴槽内の向き（A～F）	
出る位置（①～③）	
塗布薬・部位	
その他	



The diagram shows a rectangular bathtub. The left side has positions labeled F (top), E (middle), and D (bottom). The right side has positions labeled A (top), B (middle), and C (bottom). Above the left side, there are numbers 2 and 1 above positions F and A respectively. To the left of position E is a number 3. The bathtub area is shaded yellow.

<介助の手順・注意事項>

洗濯：施設 ・ 自宅

作成日 年 月 日

2) 本人を尊重する個別ケア

図表21 利用者ごとの入浴マニュアルの例（その2：記入例）

利用者ごとに介助手順や注意事項をマニュアル化。お湯の温度などの嗜好についても記載することで、職員が違ってても個別的なケアができるようにしている。

- 30 -

2. 自立支援促進における取組のポイント

2) 本人を尊重する個別ケア

入浴動作一覧表

～西フロア～

2021/10/1

居室	氏名	麻痺	移乗	脱衣場		移乗	基本の入浴場所	浴室			注意点など
				着脱方法	浴室への移動(行き、帰り)			イスの種類	浴槽台	洗髪・洗身方法	
1											
2		無	見守り	一部介助	手引き歩行	手引き歩行 → 入浴台	A	入浴台	10	全介助	不穩の際は時間を置く。
5-1		無	見守り	一部介助	手引き歩行	手引き歩行 → 入浴台	A	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
5-2		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
5-3		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。
5-4		無	1人介助	全介助	車椅子	後ろ介助 → FUNムーブ	E	FUNムーブ			
6-1		無	見守り	自立	見守り	入浴台	A	FUNムーブ			
6-2		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			
6-3		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。
6-4		右	1.5人介助	全介助	車椅子	1.5人介助 → FUNムーブ 皮膚剥離に注意	E	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

利用者ごとの脱衣場、浴室での介助方法や注意点を一覧化。脱衣室に掲示することで、どの職員でも対応できるようにしている。

- 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。

図表24 浴室内の工夫例



- 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）

図表25 日中を過ごす様子



共有スペースで集まって過ごす様子



利用者同士で日向ぼっこの様子



趣味活動としての生け花教室の様子

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、あえて訪問理容等を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。

- 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。

図表28 施設内での家事活動の様子



図表29 利用者同士の交流の様子



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）



3

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。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「やりがいを感じる時」

- 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か尋ねたところ、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

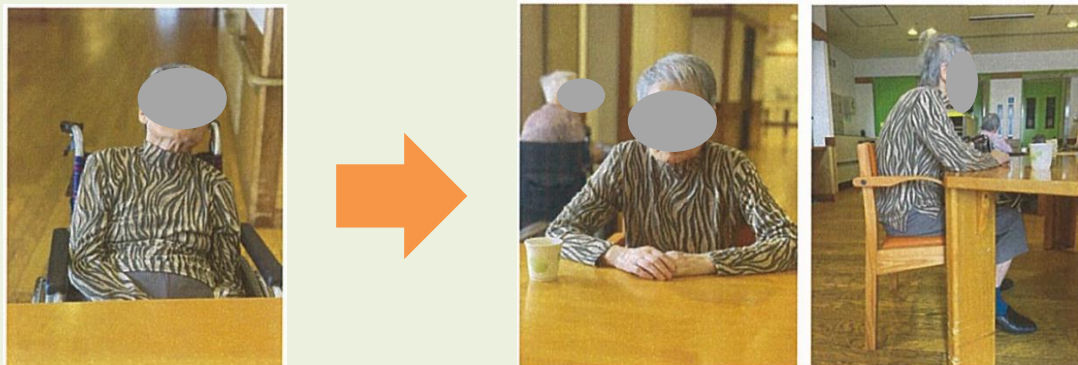
- 認知症及び廃用症候群が見られた。リハビリテーションスタッフ等の評価により、基本動作及び社会参加に関しては改善が期待でき、かつ機能訓練の必要性があると判断されたことから、次ページに示すような支援計画を作成した。

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]）も実施するようになった。

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・支援計画書

評価日 令和 3年10月 1日 計画作成日 令和 3年10月 1日

氏名 昭和1... 殿 男 (女) 医師名 ...

生 (85 歳) 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

(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. 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 ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☒ IV ☐ M																																																					
(4) 基本動作	(5) ADL※																																																				
・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 ・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 ・立位の保持 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☒ 全介助	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">自立</th> <th style="text-align: center;">一部介助</th> <th style="text-align: center;">全介助</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・食事</td> <td style="text-align: center;">☐ 10</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> <tr> <td>・椅子とベッド間の移乗</td> <td style="text-align: center;">☐ 15</td> <td style="text-align: center;">☐ 10←（監視下）</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">（座れるが移れない）→</td> </tr> <tr> <td>・整容</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☐ 0</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> <tr> <td>・トイレ動作</td> <td style="text-align: center;">☐ 10</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> <tr> <td>・入浴</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☐ 0</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> <tr> <td>・平地歩行</td> <td style="text-align: center;">☐ 15</td> <td style="text-align: center;">☐ 10←（歩行器等）</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">（車椅子操作が可能）→</td> </tr> <tr> <td>・階段昇降</td> <td style="text-align: center;">☐ 10</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> <tr> <td>・更衣</td> <td style="text-align: center;">☐ 10</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> <tr> <td>・排便コントロール</td> <td style="text-align: center;">☐ 10</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> <tr> <td>・排尿コントロール</td> <td style="text-align: center;">☐ 10</td> <td style="text-align: center;">☐ 5</td> <td style="text-align: center;">☒ 0</td> </tr> </tbody> </table>		自立	一部介助	全介助	・食事	☐ 10	☐ 5	☒ 0	・椅子とベッド間の移乗	☐ 15	☐ 10←（監視下）	☐ 5	（座れるが移れない）→				・整容	☐ 5	☐ 0	☒ 0	・トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☒ 0	・入浴	☐ 5	☐ 0	☒ 0	・平地歩行	☐ 15	☐ 10←（歩行器等）	☐ 5	（車椅子操作が可能）→				・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
	自立	一部介助	全介助																																																		
・食事	☐ 10	☐ 5	☒ 0																																																		
・椅子とベッド間の移乗	☐ 15	☐ 10←（監視下）	☐ 5																																																		
（座れるが移れない）→																																																					
・整容	☐ 5	☐ 0	☒ 0																																																		
・トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☒ 0																																																		
・入浴	☐ 5	☐ 0	☒ 0																																																		
・平地歩行	☐ 15	☐ 10←（歩行器等）	☐ 5																																																		
（車椅子操作が可能）→																																																					
・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																																																					
☒ 期待できる（期待できる項目： ☒ 基本動作 ☐ ADL ☐ IADL ☒ 社会参加 ☐ その他） ☐ 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の）の必要性 ☒ あり ☐ なし ・機能訓練の必要性 ☒ あり ☐ 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 ☐ 寝たきり防止に資する取組 ☐ 自立した生活を支える取組																																																					
学的観点からの留意事項)))))))																																																					

「基本動作」について評価して下さい。）

適切な機能訓練によって基本動作や社会参加については十分改善が見込まれた

（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

支援実績		令和 3年12月 5日	
離床・基本動作	ADL	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 ☒ あり ☐ なし 1日あたり (12) 時間 ・座位保持 ☒ あり ☐ なし 1日あたり (2) 時間 (内訳) ベッド上 () 時間 車椅子 () 時間 普通の椅子 (2) 時間 その他 () 時間 ・立ち上がり ☒ あり ☐ なし 1日あたり (8) 回	・食事 (自立・見守り・一部介助 全介助) ※ ☒ 居室外 (普通の椅子) ☐ 居室外 (車椅子) ☐ ベッドサイド ☐ ベッド上 ☐ その他 食事時間や嗜好への対応 ☒ 有 ☐ 無 ・排泄 (日中) (自立・見守り・ 一部介助 全介助) ※ ☒ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 個人の排泄リズムへの対応 ☒ 有 ☐ 無 ・排泄 (夜間) (自立・見守り・一部介助 全介助) ※ ☐ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☒ おむつ ☐ その他 個人の排泄リズムへの対応 ☒ 有 ☐ 無 ・入浴 (自立・見守り・一部介助 全介助) ※ ☐ 大浴槽 ☐ 個人浴槽 ☐ 機械浴槽 ☐ 清拭 1週間あたり (2) 回 マンツーマン入浴ケア ☒ 有 ☐ 無	・希望の確認 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 (12) 時間 ・趣味・アクティビティ・役割活動 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・声かけ 1日あたり (8) 回 ・着替えの回数 1週間あたり (8) 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 (7) 時間 ・看護・介護職による訓練 ☒ あり ☐ なし 1週間あたり (18) 時間 ・その他職種 ☐ あり ☒ なし 1週間あたり () 時間

(※ 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・基本動作についての支援計画	(具体的な計画) 身体に力が入って 介助バーなどを上手く握れない為、ゆっくりと 一つ一つの動作毎に 声を掛け(説明して) リラックスした状態で 介助させて頂く。
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画) 日中の排泄は トイレで行える様に 便座への移乗・座位姿勢の保持 を サポートして 習慣化させて行く事で、食事中・入浴中の姿勢の維持にも 繋げて頂く。
・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頂ける様に、丁寧に声を掛けて対応するが、午後からは 少し臥床時間を取り入れ、リラクスの出来る時間として頂く。
・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・評価を行う。

説明日 令和 3年10月 1日
説明者氏名

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の移乗できるよう、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

令和 年 月 日

自立支援促進に関する評価・支援計画書

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 殿 男 (女) 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

(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. 脳梗塞後遺症	発症年月日（平成 年 月 日）
2. 高血圧症	発症年月日（平成 年 月 日）
3. 狭心症	発症年月日（平成 年 月 日）

(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ピソプロロールフマル酸塩錠、メインテート錠服用、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。腰の痛みも顕著であり身体不調が生じ心身状態が低下してしまっている。

(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 ☐ A2 ☐ B1 ☒ B2 ☐ C1 ☐ C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☒ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M

(4) 基本動作

・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
・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
・立位の保持	☐ 自立	☐ 見守り	☒ 一部介助	☐ 全介助

(5) ADL※

	自立	一部介助	全介助
・食事	☐ 10	☒ 5	☐ 0
・椅子とベッド間の移乗	☐ 15	☐ 10←（監視下）	☐ 0
（座れるが移れない）→	☒ 5	☐ 0	☐ 0
・整容	☐ 5	☒ 0	☐ 0
・トイレ動作	☐ 10	☒ 5	☐ 0
・入浴	☐ 5	☒ 0	☐ 0
・平地歩行	☐ 15	☐ 10←（歩行器等）	☐ 0
（車椅子操作が可能）→	☐ 5	☒ 0	☐ 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

☒ 期待できる（期待できる項目：☒ 基本動作 ☒ ADL ☐ IADL ☒ 社会参加 ☐ その他）

☐ 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の）の必要性 ☐ あり ☒ なし

・機能訓練の必要性 ☒ あり ☐ 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 ☒ 寝たきり防止に資する取組 ☒ 自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（ ）

・摂食 ☒ 特になし ☐ あり（ ）

・嚥下 ☐ 特になし ☒ あり（嚥下機能低下みられ、咽込みが多くトロミ剤使用）

・移動 ☐ 特になし ☒ あり（右側麻痺あり）

・運動 ☐ 特になし ☒ あり（右側麻痺、腰痛あり）

・その他（ ）

(※ 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。)

基本動作やADL、社会参加については機能回復・重度化予防が期待できると判断

(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	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 ☒ あり ☐ なし 1日あたり（ 8 ）時間 ・座位保持 ☒ あり ☐ なし 1日あたり（ 8 ）時間 （内訳） ベッド上（ ）時間 車椅子（ 4 ）時間 普通の椅子（ 4 ）時間 その他（ ）時間 ・立ち上がり ☒ あり ☐ なし 1日あたり（ 15 ）回	・食事 （自立・見守り 一部介助 全介助） ※ ☒ 居室外（普通の椅子） ☒ 居室外（車椅子） ☐ ベッドサイド ☐ ベッド上 ☐ その他 ☒ 有 ☐ 無 ・排せつ（日中） （自立・見守り 一部介助 全介助） ※ ☒ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 ☒ 有 ☐ 無 ・排せつ（夜間） （自立・見守り・ 一部介助 全介助 ） ※ ☐ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☒ その他 ☒ 有 ☐ 無 ・入浴 （自立・見守り 一部介助 全介助） ※ ☐ 大浴槽 ☒ 個人浴槽 ☐ 機械浴槽 ☐ 清拭 1週間あたり（ 2 ）回 マンツーマン入浴ケア ☒ 有 ☐ 無	・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 ☐ あり ☒ なし 1週間あたり（ ）時間 ・その他職種 ☐ あり ☒ なし 1週間あたり（ ）時間

(※ 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・基本動作についての支援計画	（具体的な計画） 人間生理に合った寝返り・起き上がりを援助する。また、車いす等への移乗も、左軸を基本とし体重移動を支援しながら行う。一部介助（50％程度）を維持できるようにする。
・ADL動作についての支援計画	（具体的な計画） 背面開放端座位を支援し、食事・入浴・排せつの自立を支援する。 本人のペースを尊重する。
・日々の過ごし方等についての支援計画	（具体的な計画） 顔なじみの方々とリビングで過ごしていただくことをベースとする。 職員との会話の機会、歌をうたう機会、新聞を読む機会などを確保し、居室外で過ごすことを確保する。
・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 年 月 日
 説明者氏名

（独自の取組）幸せ作り計画書

Ⅲ. 幸せ作り計画書を創ろう！

Ⅲ－①《メインテーマ》

生まれた生家に帰って妹様と会う！！

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

Ⅲ－②《未来予想図》

3ヵ月後	2ヵ月後	1ヵ月後	今、すべきこと
10月	9月	8月	
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、日中の静養時間が午前午後共に一時間内で過ごせている ・遊びリテーションで風船バレーやベンチサッカーを行い下肢筋力を養うとともに安定した活動座位を保つことができる ・ファンレストテーブルに代わるもので安全に移乗ができ排泄が行うことができる ・日中トイレでの排泄がきちんとできている ・ご家族に移乗や排せつ介助の技術を伝え習得して頂く ・ご家族と共に外出する	・興味を持って自発的に行える作業がある。それにより日中の離床時間が増えている ・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できている ・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トイレ誘導が行えている ・排便が整っている ・長女様の面会時に介助技術の基本動作をお伝えし理解して頂く ・外へ散歩に行く	・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失禁の有無を確認する ・排便状況をモニタリングし、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－①《メインテーマ》

岡山に帰って妹様、次女様と会う

Ⅲ－②《未来予想図》

当日	3週間後	2週間後	今、すべきこと
おおむね 令和 2 年 7 月 15 日	おおむね 令和 2 年 7 月 13 日	おおむね 令和 2 年 7 月 6 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、日中の静養時間が午前午後共に一時間内で過ごせている ・遊びリテーションで風船バレーを行い日常の体力づくりとともに安定した活動座位を保つことができる （ファンレストテーブルに代わるもので安全に移乗ができ排泄が行うことができる） ・日中トイレでの排泄がきちんとできている ・外へ散歩に行く。 暑さに慣れて施設に帰っても静養する時間が1週間前比べて短くなるまたは無しになる。 ・食事摂取量、水分摂取量がため込みが減り、食事、水分を確保できる	・興味を持って自発的に行える作業がある。それにより日中の離床時間が増えている ・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 （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トイレ誘導が行えている） ・排便が整っている ・外へ散歩に行く。暑さに慣れてもらう。施設に帰った後必要であれば静養をする ・家族様に理解が得られ、岡山駅で妹様と次女様の日程を調整してもらう ・食事摂取量、水分摂取量がため込みが見られるので、食事前に静養をする	・離床して楽しんで取り組めることは何かを把握する ・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 ・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 ・排便状況をモニタリングし、看護師、ドクターに相談のうえ下剤の調整を行う ・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。 ・家族様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 ・離床時間を増やして体力をつける ・食事摂取量や水分摂取量の確保 （疲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統一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と呼んで、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事が難しかったが、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「〇さま、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られるようになられ、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。〇さんの表情も良く、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

氏名 様		■男 □女		評価日 令和03年11月17日	計画作成日 令和03年11月17日
昭和03年 月 日生 (歳)		医師名			
		介護支援専門員			
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については1.					
1. アルツハイマー病		発症年月日			
2. 高血圧症		発症年月日			
3.		発症年月日			
(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により変化の8/24時点と比べ著変なし					
(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 □C2					
・認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb ■IV □M					
(4) 基本動作			(5) ADL※		
・寝返り □自立 □見守り □一部介助 ■全介助			自立 一部分助 全介助		
・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			・椅子とベッド間の移乗 □15 □10 ←(監視下)		
・立ち上がり □自立 □見守り □一部介助 ■全介助			(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		
			・トイレ動作 □10 □5 ■0		
			・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		
			・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					
■期待できる (期待できる項目: ■基本動作 □ADL □IADL □社会参加 □その他)					
□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の) の必要性 ■あり □なし					
・機能訓練の必要性 ■あり □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 ■寝たきり防止に資する取組 ■自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 ■特異的 □あり() ・移動 □特になし ■あり(表皮剥離、血圧変動に注意)					
・摂食 □あり(ペースト食、パン粥) ・運動 □特になし ■あり(同上)					
・嚥下 □あり(嚥素の既往あり注意) ・その他 ()					
(※ 利用している生活の中で「できるADL動作」について評価して下さい。)					

覚醒状態が良くなり、最近
は最後まで自分で食べられ
る日も増えてきている。

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。

(次ページへ続く)

（前ページから続く）

支援実績			
離床・基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・ 離床 ■あり □なし 1日あたり(7.0)時間 ・ 座位保持 ■あり □なし 1日あたり(7.0)時間 (内訳) ベッド上(0.0)時間 車椅子(7.0)時間 普通の椅子(0.0)時間 その他(0.0)時間 ・ 立ち上がり ■あり □なし 1日あたり(10)回	・ 食事 (□自立 □見守り ■一部介助 □全介助)※ □居室外(普通の椅子) ■居室外(車椅子) □ベッド上 □ベッド上 □その他 食事時間や嗜好への対応 ■あり □なし ・ 排せつ(日中) (□自立 □見守り □一部介助 ■全介助)※ □居室外のトイレ ■居室内のトイレ □ポータブル ■おむつ □その他 個人の排泄リズムへの対応 ■あり □なし ・ 排せつ(夜間) (□自立 □見守り □一部介助 ■全介助)※ □居室外のトイレ ■居室内のトイレ □ポータブル ■おむつ □その他 個人の排泄リズムへの対応 ■あり □なし ・ 入浴 (□自立 □見守り □一部介助 ■全介助)※ □大浴槽 ■個人浴槽 □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 □なし	・ 本人の希望の確認 1月あたり(90)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(7.0)時間 ・ 趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり(2)回 ・ 職員の居室訪問 1日あたり(10)回 ・ 職員との会話・声かけ 1日あたり(10)回 ・ 着替えの回数 1週間あたり(3)回 ・ 居場所作りの取組 ■あり □なし	・ リハビリ専門職による訓練 ■あり □なし 1週間あたり(1.0)時間 ・ 看護・介護職による訓練 ■あり □なし 1週間あたり(3.0)時間 ・ その他職種 □あり ■なし 1週間あたり(0.0)時間

毎日の移乗動作、トイレ動作の働き掛けにより、立ちあがり回数が増えた。最近では、声かけに応じて自分で足を踏ん張ろうとする意欲がみられるようになった。

（※ 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生き生きとした表情が、職員の間で喜びとなり、やりがいや、笑顔、更には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									
氏名		評価日 令和 年 月 日		計画作成日 令和 年 月 日					
明・大・昭・平		年 月 日生 (歳)		男 女		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									
(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.		発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)							
3.		発症年月日 (昭和・平成・令和 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 ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M									
(4) 基本動作					(5) ADL [※]				
・寝返り ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					自立 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 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0				
・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乗 ☐ 15 ☐ 10← (監視下)				
・立ち上がり ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助					(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				
					・トイレ動作 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0				
					・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				
					・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									
☐ 期待できる (期待できる項目: ☐ 基本動作 ☐ ADL ☐ IADL ☐ 社会参加 ☐ その他)									
☐ 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の) の必要性 ☐ あり ☐ なし									
・機能訓練の必要性 ☐ あり ☐ 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 ☐ 寝たきり防止に資する取組 ☐ 自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 ()									
・摂食 ☐ 特になし ☐ あり ()・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()									
・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり ()・その他 ()									
(※ 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

離床・基本動作	ADL動作	日々の過ごし方等	訓練時間
・離床 ☐ あり ☐ なし 1日あたり()時間 ・座位保持 ☐ あり ☐ なし 1日あたり()時間 (内訳) ベッド上()時間 車椅子()時間 普通の椅子()時間 その他()時間 ・立ち上がり ☐ あり ☐ なし 1日あたり()回	・食事 (自立・見守り・一部介助・全介助) ■ ☐ 居室外(普通の椅子) ☐ 居室外(車椅子) ☐ ベッドサイド ☐ ベッド上 ☐ その他 食事時間や嗜好への対応 ☐ 有 ☐ 無 ・排せつ(日中) (自立・見守り・一部介助・全介助) ■ ☐ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 個人の排泄リズムへの対応 ☐ 有 ☐ 無 ・排せつ(夜間) (自立・見守り・一部介助・全介助) ■ ☐ 居室外のトイレ ☐ 居室内のトイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ その他 個人の排泄リズムへの対応 ☐ 有 ☐ 無 ・入浴 (自立・見守り・一部介助・全介助) ■ ☐ 大浴槽 ☐ 個人浴槽 ☐ 機械浴槽 ☐ 清拭 1週間あたり()回 マンツーマン入浴ケア ☐ 有 ☐ 無	・本人の希望の確認 1月あたり()回 ・外出 1週間あたり()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()時間 ・趣味・アクティビティ・役割活動 1週間あたり()回 ・職員の居室訪問 1日あたり()回 ・職員との会話・声かけ 1日あたり()回 ・着替えの回数 1週間あたり()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 ☐ あり ☐ なし 1週間あたり()時間 ・その他職種 ☐ あり ☐ なし 1週間あたり()時間

(※ 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・基本動作についての支援計画	(具体的な計画)
・ADL動作についての支援計画	(具体的な計画)
・日々の過ごし方等についての支援計画	(具体的な計画)
・訓練の提供についての計画(訓練時間等)	(具体的な計画)

説明日 令和 年 月 日
説明者氏名

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】

- 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、L I F E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があるが、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】

○ 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、
 - － 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
 - － 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、A D L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A D LおよびI A D L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、改善の可能性があっても関わらず、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、ベッド上で食事をす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、
 - ー 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、
 - ー 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、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、
 - ー 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
 - ー 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
 - ー 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、
 - ー 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
 - ー 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。

