

～思いを汲み取ったケア～



事業所名／

熊野町社協訪問介護センター

所在地／安芸郡熊野町7810-3

定員／100名

職員数／28名[常勤職員:3名,登録ヘルパー:25名]

事例の内容

利用者の情報

年齢：86歳 性別：男性，世帯の状況：一人暮らし
 要介護度：3 障害高齢者の日常生活自立度：J1 認知症高齢者の日常生活自立度：IV
 認知症の症状：著しい物忘れ
 既往歴：糖尿病
 治療している病気：糖尿病によるインシュリン投与
 性格：いつも笑顔で穏やか。

経緯

認知症の妻を自宅で介護していましたが，4年くらい前に，妻への暴力行為があったことから，本人も認知症が発症していることがわかりました。妻については，熊野町と担当の介護支援専門員が連携して，町外のグループホームへ入所されました。

配偶者が入所したため，食事等の日常生活に支障をきたしたことから，訪問介護を受け入れることになりました。

利用者のニーズと地域連携の課題

「できるだけ自宅で暮らし続けたい」という本人のニーズが強い中で，症状の悪化とともに，訪問介護の時間を忘れて留守にする，買い物には出かけるが金銭の取扱いが困難などの症状が表面化し，地域との連携を十分に確保する必要がでてきました。

地域連携の目的

商店街や近隣住民の理解と協力のもと，食事や散歩の時間，買い物等これまでの本人の生活習慣を基本にした訪問介護サービスを提供し，できるだけ在宅生活が送れるよう本人への支援を行うことを目標としました。

連携関係者

医師，介護支援専門員，近隣住民，商店街，後見人

※民生委員や熊野町職員は常時連携がとれる体制にあるため，必要な時に依頼。

考察・評価

うまくいったポイント

- ・ 地域の土地柄。近所づき合いが生きており、認知症を発症する前から本人と近所でコミュニケーションがあったこと。
- ・ 本人と常に会話をするにより、本人の意向や不安を吸い上げ、ケアに反映できるよう、親族や介護支援専門員との情報交換を常に行ったこと。
- ・ かかりつけ医との情報共有（糖尿病のためインシュリン投与が必要なため特に必要）があったこと。
- ・ 金銭管理が困難となった時点で、早期に成年後見制度を活用し、司法書士を後見人にしたこと。
- ・ 本人に残された能力を最大限に生かす工夫をしたこと。
- ・ 本人の不安に対して、ごまかすことなく正直に繰り返し伝えたこと。

連携を行う上で困ったこと

- ・ 本人の状態（症状）を地域に知ってもらうことにより協力体制を整えたいが、まず、認知症に対する理解を得ることが難しい状況にあります。
- ・ 「認知症」を知らない人はいませんが、一人一人症状が異なるため、一般的な知識の理解だけでは協力は得にくく、協力を得るためには本人の詳しい症状や想定される行動等個人的な情報を提供する必要があり、どこまで情報を提供すべきか判断が必要となります。
- ・ 今後、認知症の症状が悪化し、徘徊の周辺症状（BPSD）が発症したとき、これらを踏まえ、早期に対応できる体制を整える必要があります。

対処の方法

- ・ 親族に説明し同意の上、本人の症状をある程度伝えることで地域に協力を求めました。
- ・ 毎日、訪問介護員が状況を介護支援専門員へ報告することで、情報の共有を図りました。

事例を通じて学んだこと

- ・ 情報交換の重要性
- ・ 地域での見守り体制の確保
- ・ 連携関係者による統一した声かけ
- ・ 本人の思いを汲み取り、ケアに生かすこと

他の事業所等に伝えたいこと

尊厳の気持ちをもって接することが、本人の意向や不安を汲み取ったケアにつながります。認知症ケアは専門性が高いことを職員が認識することが必要であり、事業所での独自研修を実施するなど、個人の技量に頼らず、事業所全体でケアの質を高めていくことが必要です。

一口メモ

◆任意後見制度



将来、自分の判断能力が不十分となったときに備え、任意後見人との間で、自分の生活、療養看護、財産管理等について、あらかじめ契約して、後見の内容を自己決定しておく任意後見制度においては、どこまでの後見事務を委任するかは話し合いで自由に決めることができますが、一身専属的な権利（結婚、離婚、養子縁組など）については、任意後見契約に盛り込むことはできません。

また、認知症が進行し、意思疎通、経口摂取が困難になった際に胃瘻を造設するかどうか、終末期に延命処置をするか否かなどのケースについては、医療同意権が問題となりますが、成年後見制度において医療同意権は後見人にも認められていません。



経過上でのポイント

<永年住み慣れた地域の中で一人暮らしを続けるために>

今までの生活習慣を尊重し、本人の希望に沿ったケアを行うことを、介護支援専門員、近くに住む遠縁の人、近くの商店の人、近所でつき合っていた人たちで見守りをするがありました。

<何か変です>

一番は買い物から変わりました。一人暮らしであるにもかかわらず、毎日卵を買ったり、支払いができなくなったことで、商店の人、訪問介護員等が認知症に気づき、訪問介護員と介護支援専門員が情報を共有し、本人の意向を汲んだサービス提供について話し合いました。

<後見人制度の利用>

支払等の金銭管理が困難となった時点で、成年後見制度（後見人は司法書士）を申請しました。

経済的に余裕があることが、在宅生活を継続できている最も大きな要因です。毎日朝夕2回、訪問介護員が訪問し家事援助、デイサービスに通っていない日は昼も訪問（週3回）、利用上限を超えていますので、かなりの自己負担があります。

<現在の在宅生活がうまくいっている要因>

- ① 本人との話し合いの中で、本人の意向、不安に思っていることを取り上げ、ケアに反映できました。親族、介護支援専門員との情報交換を密にすることで問題解決ができました。本人にごまかすことなく、正直に伝えることが必要です。（妻が亡くなったことを理解できず、よく妻を心配して何度も繰り返したずねますが、その都度亡くなったことを説明します。）
- ② 認知症の治療は特に行っていませんが、糖尿病があり、インシュリンの投与が必要なため、かかりつけ医との連携を図っています。


<今後、今の状態で在宅生活が続けられるか>

今は特に問題はありませんが、徘徊の症状が出てきた時が不安です。本人の状態を地域に知ってもらいたいと思っていますが、認知症の理解を得ることが大変です。普通の会話はできますので、一見、認知症とは思われませんが、すぐに忘れていた状態です。


認知症は個人個人で症状が異なるため、一般的な理解だけでは協力が得にくく、どうしても個人情報伝える必要があるため、情報をどこまで提供すべきかなどの課題があります。

キーパーソンである親族に説明の上、どうしても地域の協力が必要なことは、本人の症状を伝え、協力を求めます。



 在宅生活を続けるための介護、
本人の思いを汲み取ったケア



 情報交換、地域内での連携、
見守り

～利用者の24時間を支えよう～



事業所名／

小規模多機能型居宅介護もえぎ

所在地／広島市安芸区船越南2-20-16

定員／21名

職員数／10名

事例の内容

利用者の情報

年齢：80歳 性別：女性

要介護度：1 障害高齢者の日常生活自立度：B1 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ a

既往歴：高血圧症，骨粗しょう症，頭痛 治療中の病気：高血圧症，腰痛

性格：若いころから自分のことは自分です。現在でも，料理，買い物は自分です。

嗜好：夫の世話，自宅での生活

経緯

夫（87歳・要介護度2）との二人暮らしで，服薬管理ができない上，閉じこもりがちでしたが，二人とも介護サービスの利用に対する拒否反応，他人を自宅に上げることの嫌悪感が強く，訪問介護員の利用や民生委員の訪問を拒否していたため，家族（長男・県外在住），地域包括支援センターからの相談により，平成19年6月，サービスの利用を開始しました。

対応時の課題とその分析

外部の人，特に，サービス提供者との信頼関係が築きにくいという課題に対し，本人の性格（自分のことは自分で行い，他人の手を借りようとしない）や希望（自宅で生活したい）に合ったサービス内容とは何か，どこまでの見守り・ケアが本人にとっての自立した生活を支援できるかを，サービス担当者会議等において検討を行いました。

ケアマネジメントの内容

毎日2回（朝・夕）の訪問により，服薬管理等を行いながら臨機応変に対応し，信頼関係を築く。

ケアの内容

スタッフとの「なじみの関係」を構築するとともに，本人が利用する商店街，かかりつけ医，近隣の住民等の協力を得て，地域で見守るケアを行うこと。

現在の状況

閉じこもりを防ぎ，自宅以外の環境にも慣れるため，週1回，夫とともにデイサービスを利用するまでになりました。

また，服薬等の健康管理を確実にを行った結果，障害高齢者の日常生活自立度が「B1」から「J2」に改善しましたが，本人の自主性が高まり，毎日朝・夕2回の訪問拒否反応が強くなったため，平成20年9月から毎日1回の訪問（朝・夕の交互）に変更しました。

考察・評価

うまくいったポイント

- ① 本人の生活環境を壊さずに介護サービスを行ったこと。（デイサービス参加を強要しない。）
 - ・ 本人がいつも利用している商店街等へスタッフが直接出向いて、血圧測定等の健康管理を行いました。
- ② かかりつけ医、商店街、地域住民等と連携できたこと。
 - 例：本人が病院等外出先から帰宅できなくなった際、そこからの連絡により、送迎を行う対応ができました。
- ③ 家族との協働関係が構築できたこと。
 - ・ 家族と頻繁に連絡をとり、誠意あるサービスを行った上で、サービス提供者として「できること」、「できないこと」、「家族への期待」などを伝え、友好的な協働関係を構築することができました。
- ④ スタッフ（2名）の固定によるなじみの関係づくりを行ったこと。
 - ・ 職員によって相性のよし悪しがあることに配慮し、時間をかけて信頼関係を構築しました。

事例を通じて学んだこと

- ① 家族だけでなく、地域も巻き込んで、サービスを展開する必要があります。
 - ・ 本人が利用する商店街、かかりつけ医等へ積極的に出向いて、スタッフも地域との「なじみの関係」を構築することにより、情報収集やいざというときの対応が可能となります。
- ② 本人、家族が状況を共有しておくことが大切です。
 - ・ 遠方の家族の場合、サービス提供者に対する要求が強くなりやすい傾向があり、結果としてサービスが過剰となるため、本人のストレスが増し、サービス拒否につながります。
- ③ サービス担当者会議等において、家族との協働関係を構築する必要があります。
 - ・ 家族のサービス提供者への期待が大きい場合、サービス担当者会議において本人が望む生活を支援するための話し合いを行い、サービス提供者、家族の役割を明確にし、協働・共通理解のもとでケアを行います。

他の事業所等に伝えたいこと

小規模多機能型の特性を最大限活用し、できるだけ本人の生活環境を変えることなく、24時間365日生活を支援していくためには、サービス提供者が持つネットワークだけでなく、利用者がそれまでの生活の中で培ってきた人間関係を活かしていくことが有効であり、家族、地域との協働関係を築き、共通理解に立ったケアプランの作成が必要です。

また、サービス提供は、あせらず、ゆっくりと利用者に合わせて行う必要があります。特に、サービス開始直後は、何もかもやり過ぎてしまう傾向がありますが、ニーズと利用者の希望をよく吟味し、優先順位を考えて実施する必要があります。その過程で、本人・家族・地域と信頼関係が構築され、適切なサービス内容が見えてきます。

ワンポイントアドバイス



<事例>

介護サービス利用に拒否的な二人暮らしの高齢者に対し、信頼関係を築き、服薬管理等を適切に行いながら、本人が地域で安心して生活していくためのチームづくりを行いました。

<信頼関係を築くために>

- 1 本人との相性を配慮しながら、スタッフ2名でなじみの関係づくりを行いました。
- 2 本人の生活スタイルを保ったまま支援が行えるように、なじみのスーパーマーケットやかかりつけ医を活用し、その中で極力本人の希望に沿った関わりを行いました。
- 3 時間をかけて関わりを多く持ちました。


<アセスメントを行い、ニーズをとらえた適切なプランを立て、実行します>

本人の生活行動のニーズを適切にとらえ、特に、本人だけではうまくいかなかった服薬管理を確実にできるよう支援することで、本人の能力改善につながりました。（毎朝頭痛薬を飲むことで、頭痛なく生活できるようになり、生活の自立性が高まりました。）


<本人、遠方の息子、地域の人たちと介護サービススタッフが良好な協力関係を築き、支援のためのチームづくりを行います>

- 1 介護スタッフの対応をていねいで誠意があるものとし、本人からもそのように受け取られるように努めました。
- 2 介護サービス以外の資源を「本人にとっての大切な社会資源」としてとらえ、行きつけのスーパーマーケットで血圧測定を行うなど、地域に出向き、地域の人の中で本人の生活を壊さないように支援を行いました。
- 3 遠方の長男も「この事業所には良くしてもらっている」という信頼感を持たれ、事業所からの協力に応じてもらいやすかったです。（事業所と長男とが、ほぼ毎日メールで情報交換を行い、日々の状況や確認事項等の連絡を取り合っていました。）
- 4 サービス担当者会議は、「本人の果たす役割も考えたい」という目的で、本人同席で行いました。「本人のできることをしていただく」という働きかけをチームの大切なポイントとして位置づけています。

One
Point

 その人の生活
(暮らし方)を尊重する。

Key
Words

 信頼関係、チームづくり、
小規模多機能型サービス

一口メモ

◆アセスメント（課題分析）



具体的な援助の実施に先がけて行われる「事前評価」を意味し、利用者の生活課題（ニーズ）を身体的・精神的・社会的・環境的側面等から総合的に明らかにしていくことで、ケアマネジメント全体の土台部分です。アセスメントがしっかりしていないと、適切なサービスが提供できないどころか、適正な評価を行うこともできません。

このため、利用者を多角的な視点からサポートし、専門職同士が課題解決に至る共通の理解と目標を確認するためのサービス担当者会議において、アセスメント、ケアプランの作成、再アセスメント、ケアプランの修正等が重要となります。

～地域との連携によるケア～



事業所名／

東寿園デイサービスセンターえがお

所在地／庄原市東城町川西922-2

定員／10名

職員数／6名

事例の内容

利用者の情報

年齢：77歳 性別：女性

要介護度：3 障害高齢者の日常生活自立度：J2 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ a

既往歴：なし 治療中の病気：甲状腺機能低下症，高血圧症

性格：警戒心が強く自分に自信がない。内向的であるが，几帳面，とてもまじめである。

嗜好：縫い物，おしゃれ

経緯

夫と死別し，長らく独居生活を送った後，平成17年に週1回「いきがい型デイサービス」(介護保険外サービス)を利用していましたが，その後，家族(長女・市外在住)，周辺住民や関係者から見ても物忘れ等がひどくなり，平成18年4月，当該デイサービスへ移行しました。

対応時の課題とその分析

物盗られの妄想や混乱のため，警察・金融機関に通帳・印鑑を盗まれたと電話をするため，地域内での人間関係が疎遠となり，近所の人々の訪問が極端に減っている上，民生委員等の他人の受け入れを拒否することから，食事，入浴，通院，服薬等の生活の実態がつかめていません。

ケアマネジメントの内容

- ① 本人の生活実態を把握すること。
- ② 民生委員，巡回相談員，友人，近所に，当該センターが本人の担当になったことを周知すること。

ケアの内容

- ① 「なじみの関係」になるために，本人の生活実態の確認・改善について，家族と役割分担を行うこと。
 - ・ 通院は家族が付き添い，食事・入浴等はセンターが責任をもって対応する。また，送迎時に服薬管理等を手伝うことにより，本人との信頼関係を構築しました。
- ② 地域の目を本人に向かせるために，地域住民に認知症の理解を啓発するとともに，事業所は利用者が必要な関係機関・担当者との「つなぎ役」となること。
 - ・ かかりつけ医，民生委員に本人の生活状態を伝え，アドバイスを得るとともに，少しでも本人に異変が起きたら，センターに連絡してもらいました。

現在の状況

自然にサービスを受け入れる状態になっています。

考察・評価

うまくいったポイント

- ① 通所利用の様子観察により、本人の生活実態を把握すること。
 - ・ 当該センターでの昼食の異常な摂り方などから、朝食を食べていないこと、皮膚の湿疹・髪がバサバサなことから、入浴していないことなどに気づき、給食サービスの利用等につなげました。
- ② 民生委員、巡回相談員、友人、近所に、当該センターが本人の担当になったことを周知すること。
 - ・ 本人の関係者から情報が入るようになり、地域の日も本人に向くようにしました。
- ③ 認知症の人を地域で支えるためには、本人との「なじみの関係」づくりや周辺住民の理解を促す必要があること。
 - ・ 職員が認知症を正しく理解し、適切なケアへ結びつけるため、職員研修を含めて時間をかけて本人を理解するを行い、粘り強く信頼関係を構築していきました。
 - ・ 本人や家族の強い拒否、理解不足等により、関わりに限界を感じたときは、家族、周辺住民との関係を強めていくことにより、新しい援助を展開しました。
- ④ 家族や周りの人に積極的に働きかけ、理解・協力が得られること。
 - ・ 職員が訪問時に、近隣住民にもあいさつをすることで、地域住民の目が本人に向くようになり、何かあったらセンターへ連絡するという関係ができ、結果として、地域の人々が認知症や支援するセンターの機能や役割を理解してくれました。

事例を通じて学んだこと

- ① 本人や家族の「地域・自宅で可能な限り生活したい」という気持ちを、すべての職員が共有すること。
 - ・ デイサービス職員等本人に関わるすべての職員は、本人の希望を実現するため、在宅ケアの理解促進を図る必要があります。
- ② 在宅ケアを実践するためには、本人の近隣住民や、地域との連携が重要であること。
 - ・ 家族等に対し、早め早めに何かあったときの対応方針を伝えておくことが重要であり、これを職員間、家族、地域と共有することにより、本人の小さな変化にも慌てなくなります。
 - ・ かかりつけ医から指示のあった、食事と服薬管理をしっかりと行い、報告や情報交換を密に行えば、かかりつけ医から信頼が得られるようになり、様々な面で相談や連絡が円滑になります。

他の事業所等に伝えたいこと

本人の周りとの関係づくりを行えば、本人にケアが帰ってきます。最終的には、家族、親戚、地域住民、かかりつけ医、民生委員、介護支援専門員等とネットワークを組み、在宅の本人に対するケアを隅々まで行うことができます。

また、「なじみの関係」を構築するためには、本人が混乱していても落ち着いて対応し、本人の行動を否定せず、時間をかけて不審に感じていることを一緒に解決しようという気持ちを持って接することが大切です。

ワンポイントアドバイス

<日ごろから地域住民・関係職種との連携を大切にします>

デイサービスセンターや併設する居宅介護支援事業所は、サービス利用者だけでなく、日ごろから地域住民・民生委員等の関係職種と共同して連携を保つことに心がけています。

これにより、地域の一人暮らしの高齢者の「いつもと違う様子や小さな変化（本事例の場合は、金融機関への混乱の電話、他者の受け入れを拒否するなど）」を早期に情報収集し、訪問等の対応を可能としています。

<本人、地域住民・関係者との関係づくり>


本事例では、認知症による生活の支障、混乱への対応を急ぐだけでなく、時間をかけ、ていねいに本人との関係を積み上げています。本人の混乱時も落ち着いて関わり、本人の行動を否定せず、不審に思うことも「一緒に解決しようという気持ちを持って関わる」、ケアの基本原則がしっかりと実践されています。

また、他者の受け入れを拒む場合、近所の人を含めた関係者へデイサービスや介護支援専門員の関わりを説明し、周囲の認知症への理解を促しながら関係を深めており、このことが、日ごろの生活状況の把握が進み、途絶えかかっていた関係を修復し、結果として「地域住民の支え」を導くことにつながっています。

<遠方に住む家族に適切な情報提供を行い、協力体制をつくります>

デイサービスが食事、入浴等を適切に提供し、日々の見守りや緊急時の対応等を行うことにより、家族との信頼関係を高めました。本人の暮らしの現状と課題を共有し、家族と円滑なコミュニケーションをとり、役割分担（家族による通院、付き添い）が行われています。

One Point

 生活の支障への対応のみを急がず、本人を取り巻く地域や家族との関係づくりをていねいに行うこと。

Key Words

 孤立、地域住民の理解と関係づくり、地域で支える

一口メモ

◆通所サービス



要支援の方が受けられる予防給付による通所サービスには、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションがあります。介護予防通所介護は、老人デイサービスセンター等に通い、食事・入浴や、介護予防を目的とした生活機能の維持向上のための機能訓練等を行うもの、介護予防通所リハビリテーションは、介護老人保健施設や病院、診療所に通い、介護予防を目的とした生活機能の維持向上のための機能訓練等必要なリハビリテーションを行うものです。

要介護者が受けられる介護給付による通所サービスには、通所介護と通所リハビリテーションがあります。通所介護は、老人デイサービスセンター等に通い、入浴・食事の提供とその介護、生活等についての相談・助言、健康状態確認等の日常生活の世話と機能訓練を行うもので、通所リハビリテーションは、介護老人保健施設や病院、診療所に通い、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行うものです。

～チームワークでなじみの関係を～



事業所名／

介護支援ホーム因島医師会

所在地／尾道市因島中庄町1946

定員／25名

職員数／20名

個別事例を通じた連携

利用者の情報

年齢：95歳 性別：女性，弟家族と4人暮らし

要介護度：4 障害高齢者の日常生活自立度：B2 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

経緯

瀬戸内海の島に住んでいましたが、30年くらい前に夫が死亡。10年くらい前から徐々に見当識障害等の認知症症状が現れ、一人での生活が困難となり、平成18年11月から、実の弟が引き取ることになりました。しかし、部屋に閉じこもり、栄養状態が低下してきたため、外出と栄養状態改善を目的として、平成19年8月からデイサービスの利用を開始しました。

デイサービスを利用する前は、甥が食事介助等をしていましたが、次第に拒否され、介助が不可能になりました。訪問介護員が訪問しても、拒否されるようになりました。なお、甥の配偶者は、介護には全く関与しませんでした。

連携の内容

因島医師会のケアマネステーションの介護支援専門員の依頼により自宅訪問を行い、本人、弟、甥と面談を行い、事業所の説明等を行いました。

その結果、平成19年8月から、週3回の通所サービスと、週4回の訪問サービスを開始することにしました。

訪問看護ステーションとの連携

連携の内容

小規模多機能型介護支援事業所は、なじみの関係を築きやすいこと、その都度必要なサービスを組み合わせることで使えること、地域の信頼性があることから、これらの利点を活かしながら、訪問看護ステーションとの連携を図っています。

連携関係者

訪問看護ステーション，医師，医師会病院

考察・評価

うまくいったポイント

個別事例について

- ・ 野菜，特に，にんじんをよく食べていましたので，食事摂取量を増やすため，スタッフが「にんじんよ」って言うと，よく食べました。
- ・ スタッフが「美人」と言うと，喜びました。
- ・ 耳垢を除去することで難聴が若干改善されたのか，社交的で，周りのことにも気をつかうようになり，話の輪の中にも入るようになりました。
- ・ 他の利用者が四点歩行器を使用していたとき，それを自分のものだと言い，自分が使用しようと思いました。自宅では，ポータブルトイレへの移乗に使用しています。

訪問看護ステーションからの紹介に関して

- ・ 一般的に，介護者が短期入所サービスを希望しても，本人が受け入れないことが多いのですが，小規模多機能型介護支援事業所の場合は，その通所サービスをまず利用し，少し慣れてから短期入所サービスを行うと，安心して短期入所サービスを利用されることが多いです。これは，訪問介護員との間になじみの関係ができるからであると考えられます。

医師会との関わりについて

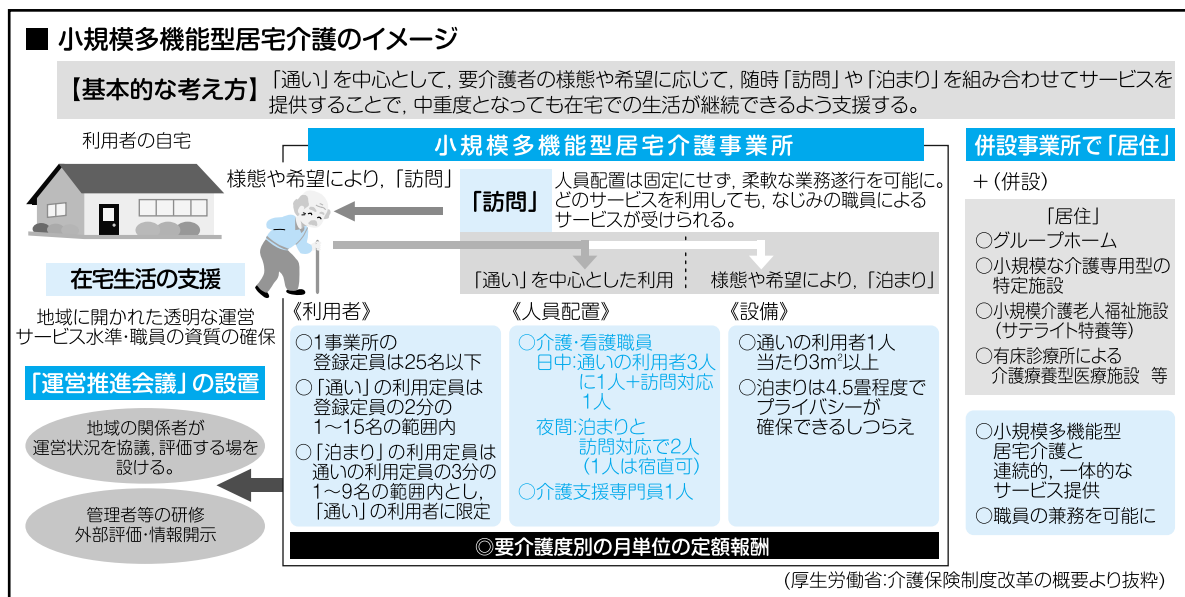
- ・ 因島医師会病院は開放型病床を有しているため，医師と顔を合わせ，話をする機会が多いことから，事業所のスタッフと医師との関係が日ごろからうまくできています。

事例を通じて学んだこと

- ・ 介護をされている人も，介護をしている人も，同じ人間であるという意識をもつこと。
- ・ 患者の状態が重ければ重いほど，信頼関係が生まれてくること。
- ・ 嫌がられてもケアを継続していくことで，なじみの関係ができること。
- ・ 訪問系サービスのスタッフと通所系サービスのスタッフが異なると，利用者が混乱を招くとともに，負担にもなりやすいということ。

他の事業所等に伝えたいこと

- ・ 小規模多機能型介護支援事業所の特徴の一つである，通所系サービスと訪問系サービスの訪問介護員が同じであるため，なじみの関係ができやすく，そのため，ケアをスムーズに行うことができました。





<テーマ：連携>

<連携の第一歩はあいさつから>

認知症のケア（特に、チームケア）をする上で、それぞれの専門分野を活かした協力が重要です。この事業所では、それに成功しています。スタッフによると、「こんにちは」と気軽な声かけが秘訣だそうです。

1 連携から見てきたケアとは

- (1) 「美人」という好きな言葉，「にんじん」という好きな食べ物

家族等から得たこれらの情報を，じょうずにケアに役立てています。これにより，食事の摂取や閉じこもり等が解消されています。

- (2) チームケアを活かしたなじみの関係づくり

「できる限り同じスタッフが関わりをもつ」という小規模多機能の利点を活かしたチームケアにより，利用者に安心感を与えています。

★チームが成功するためには

- ①チームワークを導く目標，ルールができていること。
- ②チームの燃えつきと緊張を和らげる手段があること。
- ③チームメンバーの専門性と利用者のニーズが一致していること。
- ④チームの技術向上のための研修会があること。
- ⑤家族との連携がうまくいっていること。

などがあります。

特に，小さなルールづくり（例えば，トイレ掃除の仕方など）が大切です。

2 耳が遠くなったと感じたら，耳垢を調べましょう。

高齢者は難聴の方が多いのも事実ですが，原因として耳垢のこともあります。



ケアの第一歩はなじみの関係



連携，小規模多機能，あいさつ，チームワーク

一口メモ

◆小規模多機能型サービス



要介護状態になっても住み慣れた地域での生活を24時間体制で支える「地域密着型サービス」の一つです。

具体的には，事業所に登録した利用者に対して，「通い」，「訪問」，「泊まり」の3つのサービスを提供します。

例えば，デイサービスの利用者が，容体や希望に応じ，「訪問」や「泊まり」のサービスを受けることができます。

利用者にとっては，いつでも，なじみのスタッフにより，必要な介護サービスを受けることができるというメリットがあります。