



在宅に近い個別ケアをめざし、 介護職中心のケアマネジメントシステムを構築

特養に負けないケアを進めるために

田園地帯を見下ろす丘の一角に、向かい合って建つ2棟のケアハウスがある。そのひとつ「椿寿荘」は、平成11年にオープンした自立型ケアハウス。基本的には身辺自立しているが部分的に身体機能の低下が見られる高齢者に対し、炊事と入浴のサービスや生活相談、緊急時連絡対応などを行う。一方、「第二椿寿荘」は、特定施設入居者生活介護の指定を受けた介護型ケアハウスだ。ケアプランに基づき、入浴・排泄・食事等の介護や日常生活上の支援、機能訓練および療養上の支援を行うもので、5年前にオープンした。

介護型ケアハウスの法令上の人員基準は、要介護者：介護職と看護職を合わせた職員=3：1以上で、生活相談員、ケアマネジャー、機能訓練指導員の配置が義務づけられている。特養と比較した場合、利用者の負担費用が高めであることを除けば大差ないように思われるが、「特養の利用者が重度化しているのに対し、ケアハウスの利用者は一般的に要介護1ぐらいまでが限界。また、特養では嘱託医の配置が義務づけられていますが、ケアハウスでは協力医療機関との契約が義務づけられているのみで、医療ニーズの高い利用者は少ないでしょう」と副施設長の七種秀樹

さんは語る。

「第二椿寿荘」の場合、そもそも自立型ケアハウスの「椿寿荘」で対応が困難な利用者の終の棲家として、特定施設入居者生活介護の指定を受けて整備したため、要介護3の利用者が半数以上を占め、中には要介護4や5の利用者もいる。そして、「ターミナルケアをはじめ、特養に負けないケアに取り組んできた」という。

立ち上げ当初からのケアの基本コンセプトは、“できる限り在宅に近い、個別ケアの実践”。施設全体としての日課を設けず、ケアプランに基づく個々の生活スタイルの構築に注力してきた。このため、1.8対1という手厚い職員配置のもと、当初は1ユニット10名ずつ計5ユニットに分け、職員を固定していた。

そんな同施設が大きな変革に踏み切ったのは2年前のこと。10名ずつ2ユニットに分けていた2階と3階の各フロアを20名1ユニットとし、常勤職員についてはユニット固定ではなく、ローテーションで各ユニットをまんべんなく担当する形にした。事実上のユニット解体である。

その主な理由は、夜間は3階建ての各フロアを常勤1名非常勤3名の計4名でカバーしなければならず、職員が担当ユニットの利用

第二椿寿荘の外観。1Fから3Fまで居室があり、フロアごとに入居者の状態が異なっている。他にショートステイとヘルパーステーションを居宅介護支援事業所と併設



副施設長の七種秀樹さん。ケアマネジャーの平野さんとは、立ち上げ時から苦楽を共にしてきた仲。施設も在宅も経験した二人が、試行錯誤の末に、現在の在宅の仕組みを取り入れたケアマネジメントシステムに辿り着いたという。同施設での情報共有に欠かせないPCシステムも、七種さんが独学で開発した

者しかわからないようでは対応できない、というのがひとつ。そして、職員の急な欠勤時には、ユニットを越えて協力しあわなければ対応できないため、日頃から担当外のユニットのことを把握しておく必要があった。法令上の最低基準より手厚い職員配置とはいえ、ユニットケア・個別ケアを徹底するには不十分であり、常勤職員が全利用者の状態を把握し、協力しあう体制が不可欠だったのだ。

情報共有を徹底し、 ケアプランの実効性を高める仕組みづくり

だが、各職員が利用者50名の情報をすべてを把握することは容易ではない。そこで、各フロアのパソコンからいつでも誰でも申し送り事項の入力と閲覧ができるようにし、出勤時には確認を義務づけるなど、情報共有のためにシステムを改良した。また、ケアプランの実効性を高めるため、ケアマネジメントサイクルにおける介護職の役割強化にも踏み切った。介護職1人につき利用者3～4人を受け持つ担当制を導入するとともに、サービス担当者会議で決定したケアプランの短期目標に基づき、担当介護職が個別援助計画の作成を担うようにしたのである。

「どんなにすばらしいケアプランも実行でき

なければ絵に描いた餅。ケアプランを理解し、根拠あるケアに組み立て、実行できる介護職の育成が急務でした」(七種さん)

さらに、計画実施後の評価もケアマネジャー任せにせず、月に一度担当介護職が評価し、ケアマネジャーに提出。モニタリングの判断材料のひとつとしている。

同施設に2人いるケアマネジャーの長であり、介護と看護部門の統括リーダーでもある平野由紀美さんいわく、「これらの仕組みによって、できていることとできていないことがとてもよくわかるようになるとともに、利用者の満足度もわかるようになりました。とても優れた仕組みだと思います」。

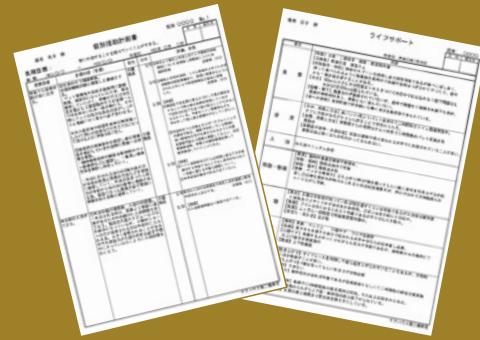
職員間の情報共有レベルがアップし、ケアプランの精度が上がるにつれ、不要なケアや過剰なケアは自ずと削ぎ落とされていく。このことは結果的に、限られたマンパワーを最大限に生かすことにつながっている。

現在ではすっかり現場に定着した感のあるケアマネジメントサイクルだが、同施設では特に勉強会などを開いたことはなく、あくまでもOJTで定着を図ってきた。また、個別援助計画の立案から実施、評価という一連の業務について、ケアマネジャーが介護職に直接指導することはない。「現場のことは現場で」



ケアマネジャーの平野由紀美さん。七種さんと作りあげたケアマネジメントシステムに基づき、現場のケアマネジメントを回していく

施設としての日課はないが、個別援助計画に基づいた個々の日課は存在する。レクのメニューをもっと増やしたいが、地域の事情もあってボランティアの確保は難しいという



ケアプランの第2表と連動した「個別援助計画書」。目標やサービス内容に対する評価・所見を、介護職員がその都度記入していく。「ライフサポート」は、食事やADL、過去・現在・未来への思いなど、プランには挙がらない情報が記載されている

が基本。介護主任を通して質問や提案をすることがあります、介護職の指導教育を担うのは介護主任です」(平野さん)。

専門職によるサービス担当者会議を決定機関として、各職種がそれぞれの専門性を發揮するのが同施設のチームアプローチの原則。ケアマネジャーはそのための調整・連絡役であり、あくまでも裏方なのだ。

介護職を中心に各専門職が連携

各専門職の横の連携についても、同施設のスタンスは明確だ。七種さんいわく、「治療中心の病院と違い、ここは最期まで生活を中心の施設。ですから、現場の最前線に立つのは介護職であり、他の専門職は後方支援を担うという形で連携しています」。

その一例として、口腔ケアの取り組みを見てみよう。同施設では一時期、誤嚥を起こす利用者が増えた。そこで、介護職・看護職・言語聴覚士(ST)・栄養士の各専門職からなる口腔ケア委員会において、「誤嚥リスクチェック表」を作成。これを用いて、介護職が全利用者について入居時および年1回のチェックを行うほか、嚥下に関する変化が見られた利用者には随時チェックを行っている。その結果、誤嚥リスクが高まっていると考えら

れた場合、各専門職がそれぞれの視点で1週間観察したのち、ミニカンファレンスを開催。各専門職の意見を総合してケア方針を立てる。

「食べることは健康や命にかかわることであると同時に、楽しみもありますよね。ですから、誤嚥によるリスクを減らす対策に加え、少しでもおいしく食べていただくための工夫が必要です。そういう意味でも、多職種の視点や知恵は欠かせません」と平野さん。

嚥下に関する機能的な能力を改善するための訓練や口腔ケアについて、計画や指導を担うのはSTの菖蒲航さん^{むとう}だ。毎日夕食前に各フロアの食堂で行っている「健口体操」も、嚥下機能を高める体操として菖蒲さんが考案し、介護職にやり方を伝授した。

嚥下に限らず、身体や脳などの機能訓練全般をSTが担い、ケアプランに基づいて個別訓練計画を作成する。もっとも、日常的な実行部隊の中心はあくまでも介護職。STはケアプランの目標を達成するための方法や注意点を洗い出し、居室や小集団レクの中でできる訓練を考案。これを介護職に実行してもらう。「利用者50名に対し、僕ひとりで行える訓練の回数は限られています。また、訓練の基本目的は今の生活を維持すること。介護職

食堂に併設されている一時介護室は、終末時などに家族が泊まるよう開放されている。「ここは、いつも、家族が来やすい雰囲気をつくってくれる」と、毎日食事介助に訪れるという家族が話してくれた。窓の外には、諫早の田園風景が広がる



介護主任の川内野昭子さんと言語聴覚士の菖蒲航さん。「ケアプランを軸に、情報の共有が密に取れているからこそ、互いの専門性をより発揮することができる」と二人は語る

と情報交換しながら、無理なく楽しく生活のなかで継続できる訓練方法を考え、指導するのが僕の仕事です」と菖蒲さんはいう。

最期までその人らしく… 生活施設ならではの看取り

ターミナルケアについては、「基本的にはふだんのケアの延長上にあり、何か特別なことをやっているわけではありません」と七種さん。介護職を中心に各職種が連携して利用者を支えるスタイルも、通常と変わりない。

ただし、医療的な処置が必要になった場合にはできることとできないことがあるため、ターミナルケアを希望する家族には、あらかじめそのことを説明し、了承してもらうことが前提となる。たとえば、日中はかかりつけ医の協力があれば点滴なども可能だが、夜間の痰の吸引や点滴などはできないため、いざという時には救急車を呼ぶしかない。

説明を聞いた家族の多くは病院での延命行為を望まず、「最期までここで」と希望するが、いざ状態が悪化して呼吸困難や痛みに苦しむ姿を目の当たりにすると、入院を希望する家族もいる。そこで、ターミナル期終盤などに状態の変化が激しくなればケース会議の頻度を上げ、こまめに家族に現状を伝えるよ

うにしている。最期を迎えるにしろ、病院で迎えるにしろ、大切なのは「家族に後悔させないこと」と考えるからだ。

今までに同施設で看取った人は4名。夫婦で入居していたあるケースでは、衰弱し、嚥下能力も低下していた夫を認知症の妻が起こそうとしたり、固体物を食べさせようとした。そこで、家族も交えてカンファレンスをした結果、最期まで夫に寄り添って世話を焼こうとする妻の気持ちを最大限尊重しようと決め、妻を含めたターミナル期のケアプランを作成。職員が一丸となって看取りを行った。家族は、両親が最期まで一緒に過ごせたことを喜んだという。

5年間、手探りの実践を続けてきた結果、ケアの中心を担う介護職にうれしい変化があった。以前は介護主任やケアマネジャー任せだったケース会議で積極的に意見を述べるようになったこと。観察力が身につき、問題が起こった際にその原因や背景を分析できるようになったこと……等々。一方、同じ介護職の間で仕事に対する意識やレベルに格差が生まれていることも否めないという。同施設では今後、職員の評価と教育に一層力を入れていくつもりだ。

(フリーライター 金谷眞理子)