



H.C.R. 2011 ふくしのスキルアップ講座 報告

2011
10/5(水)



福祉施設の現場で 開発された 利用者サービスの工夫

～老人ホーム等の創意・工夫事例の発表～

介護・障害者施設の現場では、スタッフによる入所者や利用者への日々の援助、支援を通して、さまざまな福祉サービスの改善・質的向上がはかられています。こうした創意・工夫には、全国の福祉施設で活かせるアイデアとノウハウが詰まっています。

本講座では、創意・工夫の情報を共有することで、さらなるサービスの質の向上をはかることを目的として、先駆的な取り組みをしている高齢者施設の2つの事例を紹介しました。

事例1

事故再発防止について

矢野 仁洋氏

社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
四天王寺たまつくり苑

高原 千晶氏

社会福祉法人 四天王寺福祉事業団
四天王寺たまつくり苑

「四天王寺たまつくり苑」は、特別養護老人ホームで、利用者数70名、ショートステイ10名に、デイサービスセンターやヘルパーステーション、ケアハウス等を有する大規模かつ多機能な介護施設です。

2006年、いっこうに事故の発生が減少しない現状を受け、当苑では社会福祉法人向けリスクマネジメントシステムソフト「G-RISK」を導入しました。

リスク分析のソフトを導入したことにより、さまざまな観点から事故分析ができるようになりました。まず、事故の現状分析からお話いたします。

2006年4月から2010年6月までに、特養内で起きた事故を月別に表し、グラフにしました(資料①)。「G-RISK」導入後は着実に事故件数が減少しています。2008年度に入ってから横ばいの状態ですが、全体的にみると事故件数自体は減っています。

次は、月別に起こった事故件数を年度別に表

したグラフです(資料②)。どの年度も4～6月分に事故が多発しています。春期は新入職員の採用等で、現場が不安定になっていたのではないかと考えられます。

では、どのような場面で事故が発生したのかを集計してみました(資料③)。グラフの下から3段目、事故原因が「不明」の件数をみると、2006年度の62件から2009年度の5件と、大幅に減少しています。どのようにして起こったかわからない事故が減っているのは、事故発生原因への認識が高まり、事故防止に対する一定の意識が働いていたのではないかと考えられます。

資料④は、事故が発生した際の介護者の位置を分析したグラフです。事故発生時における介護者の「不在」、つまり目視不可能の状態が、2009年度は2006年度のほぼ5分の1と大幅に減少していることがわかります。これが、全体の事故数の減少に大きく関わっていることは言うまでもありません。

また、「不明」の割合と件数も減少してきています。これは、職員が不在のときでも利用者が安全な体制を確保できており、職員間での事故に対する意識が年々高まってきているのではないかと考えられます。

次に、繰り返し同じ事故を起こしてしまう「複数事故者」と、一回のみの「単数事故者」の事故数の集計を年度別に表してみました(資料⑤)。個別の対策を行った成果が出て、「複数事故者」の件数が大幅に減少しています。このことも、事故全体数の減少に大きく関係しています。

事例発表者

事例1



矢野 仁洋氏
社会福祉法人
四天王寺福祉事業団
四天王寺たまつくり苑



高原 千晶氏
社会福祉法人
四天王寺福祉事業団
四天王寺たまつくり苑

事例2



桑田 直弥氏
社会福祉法人 みささぎ会
認知症予防自立支援
プロジェクト推進室
研究員



畑 八重子氏
社会福祉法人 みささぎ会
認知症予防自立支援
プロジェクト推進室
室長

司会進行



湯川 智美氏

社会福祉法人 六親会 常務理事、
特別養護老人ホームプレーゲ本塾
施設長

過去のデータを活用し、 事故再発防止に

「報告書」、「職員」、「データ」、「環境」の4項目から、事故の再発防止を妨げる要因をそれぞれ解析してみると、「報告書」に関しては<作成技術がないこと>、「職員」については<事故への認識やリスクへの関心が薄いこと>、「データ」に関しては<周知不足であること>、「環境」については<事故を防止するための対策ができていないこと>にたどり着きました。

そこで事故への対策として、どのように事例を教訓に、事故に対する認識を持って取り組んでいくかを考えました。問題点の要因を解析した結果、問題点としてあがったのは以下の3点です。

- ①報告書の書き方と現場検証方法の周知不足による記述のバラつきがある
- ②情報が少ないため、第三者が状況を把握しづらい
- ③過去のデータから、「ずり落ち」のリスクの保有率と「擦過傷」の発生がもっとも多かった

以上の3つの項目に焦点を絞り、対策を立案、実施することにしました。まず、①については、報告書作成の方法と順序を再構成し、報告書を作成する職員に対して指導をしていくこと、②については、事故が起こった現場を他の職員と検証することで、事故発生時の背景をわかりやすく、これまで以上に事故後の報告書作成を正確なものにすることをめざすこと、③については、「G-RISK」の過去のデータを使用し、

さまざまな角度から事故を数値化し、再発防止へとつなげるようにすること、以上です。

まず①に対する対策内容は、事故報告書を作成するうえで重要になる「誰が」「いつ」「どこで」「~しようとして」「~して」「~した」という記載事項を報告書に設定しました。

①の対策を補足するうえでも②が重要です。「G-RISK」では損害の大きさを6段階に分類していますが、それを当苑独自にカテゴリー分けし、その状況に応じてレベルを設定しました(資料⑥)。事故の発生状況についても、1つの行動を何段階にも分けて、どのような場面で事故が起こったのかを表示し、さらに事故が起こった際の職員の位置も明記して、事故報告書を作成します。

これらの項目をより詳細に記載するには、現場検証が重要です。実際に当苑が使用している現場検証用の用紙の一部分と、現場検証を実施している場面です(資料⑦)。このように事故が起こったときの様子を再現しながら、詳細に表に記入したり、写真を添付したりしています。再現することで誰もが事故現場の状況を想像しやすくなり、他者の視点での意見も取り入れることができるようになりました。

さらに③の対策案として、過去の対策データを

使って、より詳細な分析をすることとしました。

まず、特養全体の利用者について、過去に起こしたことがある事故と、今後起こりうる可能性のある事故を抜き出しました。もちろん、複数のリスクのある利用者もいます。それをもとに、個人個人のリスクに対する対策を事故ごとに見直しました。

対策データから、リスク別の対策一覧表も作成しました。対策を表にまとめることで、事故が発生する都度に対策を立てるのではなく、パターンに合わせた対策を立てることができるようになり、その後、同様の事故を起こす可能性がある利用者への事前対策として活かせるようになりました。

たとえば、「ずり落ち」と「擦過」という2つの事故を検証してみます。事故件数で見ると「ずり落ち」は2006年度に45件、「擦過」は39件ありました。そこで現状を分析し、2つの事故に対する問題点を見つけて、対策をおこないました。

まず「ずり落ち」については、車いすからの「ずり落ち」がもっとも多いことが判明しました。対策の1つとして、対象者に対し滑り止めマットを購入し、「ずり落ち」を防止しました。

また、「擦過」の対策として、皮膚と皮膚が接触する部分や、圧迫される部分はクッションで対

応し、「手や足の位置を確認して介助する」「長袖の着用を促す」「アームカバー、レッグカバーの着用を促す」ことを合わせておこないました。

その結果、「ずり落ち」は2009年度の11件から、2010年度6件に、また「擦過」は2009年度の7件から、2010年度の6件へと、大幅に減らすことができました。

事故による損害の大きさを6段階に分けたものも表にしています(資料⑧)。区分で見ると、「中度(Ⅳ)」の事故件数は減少しているものの、それ以上の区分の損害が増大しています。前年度に比べると、打撲や転倒による負傷、骨折が増えていることが分かりました。

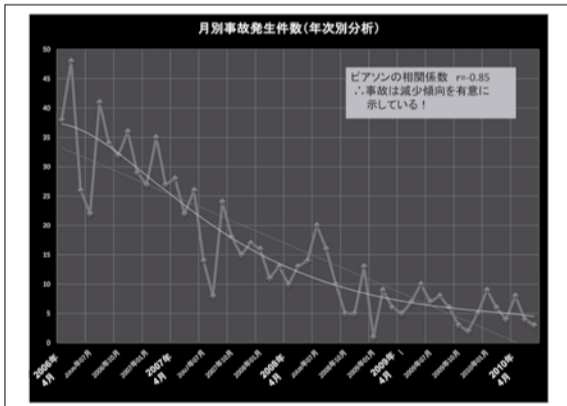
そのことから、私たちは、介助や見守りが十分できていなかったことが背景にあったと分析しています。

完全に防げない事故、職員のスキルで被害低減

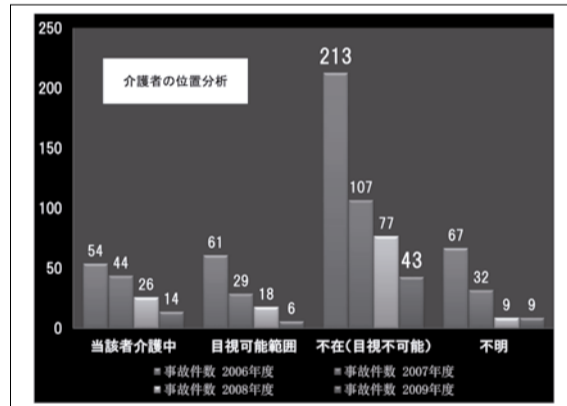
リスク分析のソフトを導入したことにより、数値に表れない潜在的効果が大きく4つの点でありました。

- ①統一した事故報告書の書き方ができるようになり、事故発生時の注目点を明確にすることで、状況がわかりやすくなった
 - ②事故発生後の報告書作成までの時間が短縮した
 - ③利用者の状況に応じた対策を実施できるようになった
 - ④事例をもとにした対策が可能になり、他の利用者へも活かせるようになった
- また、波及効果としては、
- ①現場検証を実施することで、直接事故に関わらなかった職員も、事故の内容を把握できるようになった

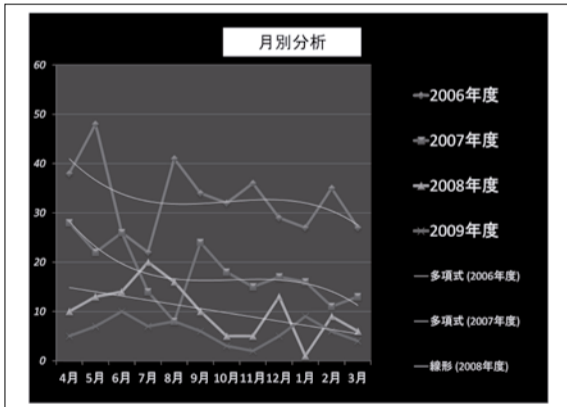
資料①



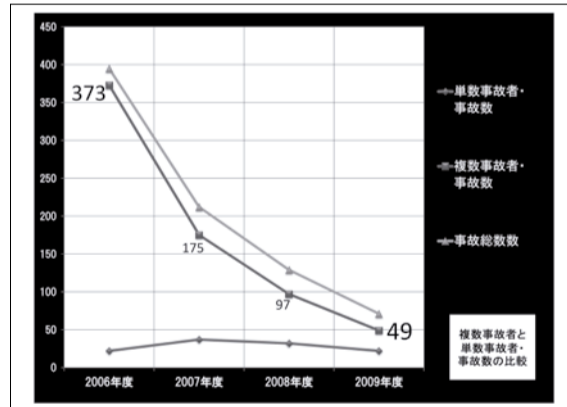
資料④



資料②



資料⑤



資料⑦



資料③

シーン種別	事故件数				構成比				増減率			
	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度
移動中	50	35	32	16	12.7%	14.5%	24.6%	22.2%	-30.0%	-8.5%	-50.0%	-50.0%
移動中(1)	18	7	8	2	4.6%	3.3%	6.2%	2.8%	-41.1%	14.3%	-75.0%	-75.0%
起立動作中	12	8	6	6	3.0%	2.8%	4.6%	8.2%	-50.0%	0.0%	0.0%	0.0%
移動中	30	12	16	5	7.8%	5.7%	12.3%	6.9%	-60.0%	33.3%	-68.8%	-68.8%
起床中(休息等)	50	36	17	5	12.7%	17.0%	13.1%	6.9%	-28.0%	-52.8%	-70.6%	-70.6%
起床(衣類補助)中	31	10	6	1	7.8%	4.7%	4.6%	1.4%	-47.7%	-40.0%	-83.3%	-83.3%
入浴中	14	8	3	5	3.5%	3.8%	2.3%	12.0%	-42.9%	-62.5%	300.0%	300.0%
移動行動中	36	24	13	7	8.1%	11.3%	10.0%	9.7%	-33.3%	-45.8%	-48.2%	-48.2%
起床中	47	32	12	9	11.9%	15.1%	9.2%	12.0%	-31.8%	-62.5%	-25.0%	-25.0%
健康チェック・受診・方薬中	7	5	0	0	1.8%	2.4%	0.0%	0.0%	-28.6%	100.0%	-	0.0%
レク・行事参加中	0	1	0	0	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%
リハビリ中	0	0	1	0	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
整容・清潔行動中	9	7	0	5	2.3%	3.3%	0.0%	6.9%	-22.2%	-	0.0%	0.0%
その他	29	11	8	2	7.3%	5.2%	6.2%	2.8%	-62.1%	-27.2%	-75.0%	-75.0%
不明	62	18	8	5	15.7%	8.5%	6.2%	6.9%	-71.0%	-55.8%	-37.5%	-37.5%
計	395	212	130	72	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-46.3%	-38.7%	-44.6%	-44.6%
平均	28.3	14.1	8.7	4.8	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	-45.2%	-43.4%	-35.9%	-35.9%

資料⑥

損害の大きさ一覧表		事故の発生シーン(一例)	
1 致命的(Ⅰ)	死亡、重大な社会的信用の損傷(窃盗等の暴行、刑事告訴)、重度の後遺症、etc	1 自力歩行中	1 移動のための移動中
2 危険性(Ⅱ)	入院した場合は15日以上入院又は2ヶ月以上の通院、10万円以上の損害等	2 支え歩行中	2 移動のための移動中
3 重度(Ⅲ)	通院を必要としたとき(15日未満の入院又は2回以上3ヶ月未満の通院)及び自賠限額の喪失、10万円未満5万円以上の損害等	3 介助歩行中	3 移動時の起居中
4 中度(Ⅳ)	外傷あるが通院を必要としない場合、骨内の損傷のみ、ひどく持続する痛み、明白で新しい精神的苦痛及び不安、5万円未満の損害等	4 自力歩行中	4 起床時移動中
5 軽度(Ⅴ)	明確な身体的痛み、通常ではない、状態、精神的苦痛 処置の必要なく経過観察のもの	5 介助社歩行中	5 臥床移動中
6 軽微(Ⅵ)	ヒアリハット(外傷なし)、不安(外傷等なし)、1万円未満の損害等	6 歩行歩行中	6 トイレ移動中
		7 自力車椅子歩行中	7 その他の移動中
		8 他力車椅子歩行中	8 移動後処理中
		9 這いずり中	9 移動後の発生処理中
		10 車椅子による移動中	10 その他
		11 その他	

職員の位置分類
事故時の職員の位置: ①当該者介護中 ②目視可能範囲 ③不在(目視不可能) ④不明

資料⑧

区分	事故件数			構成比			増減率	
	2006年度	2008年度	2010年度	2006年度	2008年度	2010年度	2008年度	2010年度
致命的(Ⅰ)	2	0	0	0.50%	0.00%	0.00%	-	0
危険性(Ⅱ)	5	2	4	1.30%	1.50%	3.67%	-60%	200%
重度(Ⅲ)	17	12	15	4.30%	9.20%	13.80%	-29.50%	25.00%
中度(Ⅳ)	176	87	61	44.60%	66.90%	55.96%	-50.60%	-30.00%
軽度(Ⅴ)	195	29	29	49.40%	22.30%	26.61%	-85.20%	0
計	395	130	109	100%	100%	100%	-67.10%	-16.20%
平均	79	26	21.8	20%	20%	20%	-56.30%	48.80%

- ②事故再発防止に向けて、対策を考えることが多くなり、対策が統一できた
- ③事故防止に対する意識が高くなったなどが挙げられます。

今回原因研究をおこない、もっとも良かった点は、事故発生時の注目点が明確になったことで、事故防止に対する意識が高まり、リスクを減少させる項目を選定できたということです。

反省すべき点としては、事故再発を防止できなかったことが挙げられます。利用者に関わるスタッフの意識がまだまだ低かった、と言えるかもしれません。

事故がいつでも起こりうるということを念頭においたうえで、日々再発防止の努力を継続する必要があることが再確認できました。

今後、当苑では、「防止できる事故」と、「完全には防止できない事故」があることを念頭に、可能な限り事故を防ぐために危険予測や回避できる能力を身につけ、また日々変化する利用者の状態に合わせた具体的な対策を策定し、誠実に業務をおこなっていきます。

また、同一者による事故を防ぐために、介護コンサルタント研修で習得した介護技術とそれにもともなう注意点を、新人スタッフを含めた全職員に周知・伝達し、スキルの統一と向上をめざします。

そして、過去のデータにおいても有効活用できるように、事故種別以外の項目にも着目し、データの財産化をめざしていきたいと考えています。

司会 ●事故はゼロにはできないということを踏まえ、被害拡大を低減するという考え方、それが基本的な視点において大切だと感じました。発生した事故に対して、その場で対処的に済ませるのではなく、適切なPDCAをしっかりと行い、同じことを繰り返さないために報告書の作成によって要因分析をし、周知徹底を図り、そして再発防止、改善につなげられていることが大変勉強になりました。

質疑応答

Q 週に1回、または夜勤専属などさまざまな勤務形態の中で、同一者による事故が絶えません。周知の工夫、情報の共有の取り組みを教えてください。また、マニュアル見直しの頻度はどれくらいですか？

A 全職員に周知するために報告書を作成しているわけですが、確かに非正規の職員などはなかなか報告書をみられないという現実があります。とはいえ、利用者に関わっている点でリスクは変わりません。勤務前に口頭での報告などをおこなっています。また、マニュアルは、毎月リスク委員会などで出てきた意見に対応させて、随時改定しています。

事例2

認知症予防と生活行為への 般化効果

日常生活活動にその効果が
実る～使い続けて脳が潤う～

桑田 直弥 氏

社会福祉法人 みささぎ会
認知症予防自立支援プロジェクト推進室 研究員

畑 八重子 氏

社会福祉法人 みささぎ会
認知症予防自立支援プロジェクト推進室 室長

「みささぎ会」では、介護をおこなう際、「利用者が“できなかったことができるようになった”体験を通し、職員とともにできた喜びを感じ、達成感を感じながら“楽（たのし）”の生活に変えたい」という視点で取り組んでいます。

当法人の認知症研究は、平成18年に「認知症予防自立支援プロジェクト推進室」を立ちあげたことから始まりました。推進室では、デイサービスやグループホーム利用者に対して、学習活動の実施による認知機能の維持・改善を目的に研究をおこなっています。

では、「潤脳チャレンジ」と呼ばれる、実際の活動についてご説明いたします（資料①）。活動は大きく分けて「学習」と「創作」の2種類があります。

学習活動は、今まで利用者が生活の中で経験してきた読み・書き・計算の3つの課題を基にしています。「お楽しみ家計簿」というのは、たとえば「カレーライスを作る場合に何が必要となるか」という課題を出し、牛肉やジャガイモ、ニンジンなどの材料をどれくらいそろえて、何人分作るのかという計画を立てていくというものです。食べ物に限らず、外出計画を立てる課題もあります。

「マス算術」は、マス目に任意の数字が並んでおり、それを足し引きしていくというものです。

「音読術」は、その名のとおり、声を出して本を読んでもらうという課題です。利用者が小学生だった昭和17年前後の教科書をもとに出題しています。

創作活動は図画・工作等の自由課題で、作業療法に近い形でおこなっています。どちらも3～5名程度の少人数で、参加者となじみの職員が明るくコミュニケーションを取りながら一緒に活動しています。

研究の評価方法は、国際基準に基づくスケールを用いてさまざまな側面からおこないます（資料②）。

当初、この研究はデイサービス利用者を対象におこないました。方法は、まず対象者を2つのグループに分け、6か月間の活動と評価を実施し、その後、グループごとの活動内容を交代して、再び6か月間継続し、各種スケールによる評価をおこないました。

では、取り組みから3年経った結果を報告します。まずADASという認知機能評価尺度の国際基準に当てはめたグラフがあります。このグラフ

は、得点が高いほど悪い評価になり、得点が低ければ機能が保たれていることを示しています。

資料③のグラフを見れば分かるように、非活動群は認知機能がどんどん悪化しているのに対し、活動群はずっと機能が維持されています。詳しくみると、人や場所、時間などを認識する「見当識」についても、活動の「あり」「なし」で大きく差が出てきて、非活動群はどんどん悪化していきました。同様に「記憶」「理解」の面でも、活動の「あり」「なし」で変化が生じてきました。

つまり、「潤脳チャレンジ活動」という学習活動を通して認知機能を維持することと、毎日の体操などで身体を動かすことを続けていくことで、本人の自信と意欲を引き出せたと思われます。その結果、利用者の「認知機能」と「身体機能」の維持が起こっているものと考えられます。

逆に活動に参加しないと、廃用性が進行——機能低下が進んでいくと考えられます。

身体機能・認知機能の維持が 生活行為への般化効果へ


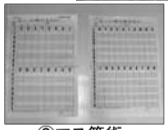

「潤脳チャレンジ活動」は、現在はグループホームや特別養護老人ホーム、さらに施設を飛び

資料①

潤脳チャレンジ（学習・創作活動）

(1) 学習活動
(読み・書き・計算の3課題)
①お楽しみ家計簿
②マス算術
③音読術

(2) 創作活動
(図画・工作等の自由課題)

※ご本人およびご家族様より写真使用許可を頂いております

資料②

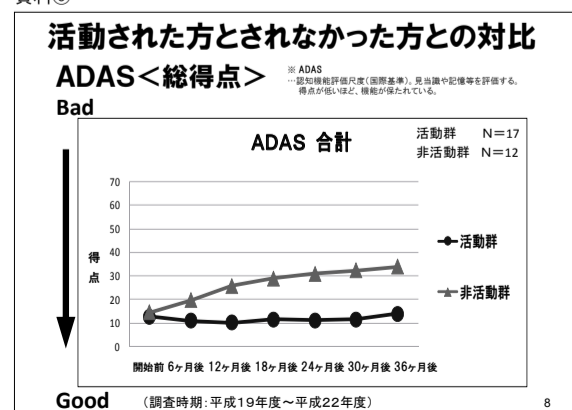
研究における評価方法

国際基準に基づくスケールであるMMSEやADAS等を用いて、様々な側面から研究活動の評価を行なっています。

※使用評価尺度実施項目

実施評価尺度 (評価書名)	評価内容	活動前後と評価者			集計	分析
		活動前	活動中	6ヶ月後		
1 MMSE	認知機能全般	職員	職員	職員	集計 標準化された 標準偏差 標準化された 標準偏差	分析 認知機能 認知機能 認知機能 認知機能 認知機能 認知機能 認知機能 認知機能 認知機能
2 FAB	実行機能全般	職員	職員	職員		
3 GDS	認知機能全般	職員	職員	職員		
4 ADAS	認知機能全般	職員	職員	職員		
5 MOSES	認知機能全般	職員	職員	職員		
6 PPS	認知機能全般	職員	職員	職員		
7 VAS	認知機能全般	職員	職員	職員		
8 基本的生活	認知機能全般	職員	職員	職員		
9 計画立案	認知機能全般	職員	職員	職員		
10 (認知)A-22群 評価シート	認知機能全般	職員	職員	職員		
11 介護長評アンケート (家族様用)	認知機能全般	職員	職員	職員		

資料③



出し周辺地域の高齢者に対しても、利用者中心のアプローチを継続しておこなっています。

では、実際に「潤脳チャレンジ活動」に参加した利用者によどのような変化が起こったのか、具体的に説明いたします。要介護1の85歳の女性、Nさんの例です（資料④）。

Nさんの状況と、本人の主訴から「サービス計画書」を立案いたしました。本人の主訴は「家事が好きなので何かをさせてほしい」、ご家族の意向も「料理や洗濯を好んでおこなっていたので、家事をさせてほしい。そして、『潤脳チャレンジ活動』に参加して、認知症の進行を遅らせてほしい」というものでした。

そこで、われわれは「衣類管理と洗濯一連の行為の遂行」という生活課題を設定しました。一連の行為のそれぞれの場面において、本人が活用している認知機能に着目して、生活支援をおこなったのです。

すると、取り組みから3か月後には、生活行為の変化、他者との交流の変化が明らかに認められるようになりました。

たとえば洗剤の使用量。当初は自分からは手を出さず、職員に指示されたとおりの量を入れていたのが、3か月後には自分から洗剤を手に取り、職員に量を確認してから入れるようになりました。

洗濯カゴについても、当初は使い慣れているカゴだけを使い、そのカゴが洗濯物で満杯になっても押し込む状態でした。3か月後には一旦は使い慣れたカゴを取り、そこに洗濯物を入れるものの、入り切らないとわかると、自ら大きなカゴを取りに行き、入れ替えるという、行為の修正（遂行機能の活用）もできるようになりました。

またNさんには記憶障害があるため、洗濯機を回したことを忘れてしまいます。3か月经っても洗濯時間の認識はできないものの、タイマーの使い方が分かるようになり、職員が見守るなか、自分で時間を合わせるできるようになりました。予定時間にはタイマーの音に注意を払い、「仕上がりの時間やわ」と言って洗濯場まで自発的に戻るようになりました。

このように遂行機能の改善がみられたほか、記憶の改善もみられました。服をたたむ行為自体は当初からできましたが、途中で誰の服か分からなくなることがありました。しかし、3か月後には服に書かれた名前を確認してからのた

み、たたんだ後も名前を覚えていて、仕分けも間違えることはなくなりました。

他者への関心、配慮という点でも、取り組みの前後では大きな違いが出ました。初めは手伝いたいという他の利用者に対する関心を持つことがなく、黙々と自分の作業をしているだけでした。それが時間の経過とともに他の利用者と一緒に洗濯物の取り込みやたたむことを分担するようになりました。他の利用者が、手順がわからないときは、適切な説明を加えて指示までできるようになったのです。

この事例について、認知症の専門医で、当法人と共同研究をおこなっている大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室の数井裕光医学博士に具体的な解説をもらいました。

「毎日の生活に+αで潤脳チャレンジというやや負荷をかける活動をおこなうことで、認知機能が維持された可能性があります。潤脳チャレンジの読み・書き・計算は前頭葉を使うので、N氏は前頭葉の機能が活発になり、遂行機能が改善されたのかもしれない。そして、その効果が日常生活に活用（『般化』という）されました」

「単に勉強を繰り返すだけでは長続きせず、生活行為の改善にもつながりません。本人ができたことを実感し、上手くできたということスタッフが表現し、応援したことで本人がやる気を起こし、他の利用者への配慮ができるという余裕を生むことにもつながった。この取り組みが成功したもう1つの理由を挙げるとすれば、家族の協力が得られたことです。家族に『今こういうことをやっている』と伝えることで、本人と家族のよい関係が維持し、協力が得られたのでしょう。」

また、サービスを提供する法人や事業所は、『般化』に着目したケアの提供を心がけてほしいと思います。Nさんの事例のように、日常生活能力が高まり、改善を目指したケアを望みます」

“継続は力なり”という言葉も、私たち職員は実感しています。使い続けるからこそ脳が潤い、活動しないと廃用性が進行（機能低下）してしまいます。これを防ぐためにも、身体機能、認知機能を維持していただくサービスの提供とともに、生活行為のサポートをしていきたいと考えています。

地域の認知症予備軍にもケアと啓発を

当法人では、地域高齢者への認知症予防として、平成元年から「介護予防教室」という出前形式での活動を藤井寺市内でおこなっています。

プログラムは、下肢筋力強化を図る「転倒予防体操」や、参加者みんなで楽しく身体機能と認知機能を活発にする「集団アクティビティ」などがあります。また、認知症の知識普及や認知症の受けとめ方を考え合う「潤脳講座」のほか、計算や書き写しなど思考活動をおこなう「潤脳活動」を用意しています。

さらに「集団スケール」として、認知機能の

スケール採取をさせて頂き、自分の機能や状態を認識できるように、参加者全員に個別記録の報告書を渡し、解説を付け加えています。

「介護予防教室」でのスケール採取の結果を、施設内の利用者とは比べると、やはり時間や場所といった見当識や記憶の機能は、とても高い水準で保たれていることが分かります（資料⑤）。一方で、言葉や柔軟性に関する前頭葉の機能はやや低いものになりました。

この結果から、健康に過ごしている地域高齢者の中にも認知症予備軍（軽度認知障害）が疑われる方が多く潜在していることが分かってきました。それに対して、認知症の知識啓発や予防活動を地域で実践していく必要にいたりしました。

以上のことから、当法人は「認知症ケア」を「認知症症状の進行防止」ととらえ、毎日の運動と思考活動の継続による認知機能の維持が、生活行為の改善につながると考えています。すなわち、認知症高齢者の状態に合わせて自己発揮をサポートすること、いわゆる「般化」の効果を視点にしたケアを実践することが重要だと思っています。

また、まだ認知症ではない高齢者が自己の機能の低下を防ぐために、その維持方法を自ら理解して実践していくことが重要だと考えています。そのためには、認知機能の理解および機能維持の具体策を啓発していくことが大切だと思います。

司会 ● 個々の入所者の教育歴や職歴などを職員が理解したうえで取り組むことが重要だと実感しました。取り組みによって入所者の表情が明るく変わっていくことで、職員自身のモチベーションにもつながっていくことでしょう。「継続は力なり」と3年以上の期間を費やして評価をされている点や、地域での取り組みなど、大変意義のある発表だったと思います。

質疑応答

Q 地域での「介護予防教室」において、本人が思っていた以上に点数が低く、検査結果に逆に落ち込んでしまった利用者はいませんでしたか？

A 確かにおられます。ただし、評価して終わりではなく、どうしたらその機能を改善・維持できるのかを日常生活場面で実践できる具体的内容として報告書に書くようにしています。



資料④

