

○迅速性

苦情対応が迅速になされなければ、利用者の不満は高まるばかりでせつかくの苦情解決体制も意味のないものになってしまいます。苦情を受けた際に「後で調べます」「後で検討します」という対応によって、ますます利用者の感情を損ねたという例もあります。どの程度、迅速に対応したかによって、利用者との信頼関係形成には大きな差が生じることになります。より迅速な苦情対応は利用者との円滑なコミュニケーションを助長し、より一層の信頼関係の形成を促進します。

○透明性

苦情を隠蔽することなく、苦情情報をプライバシーを侵害しない範囲内で公開するなど、組織として対応しているという姿勢を示すことが大切です。苦情を隠蔽したり、ましてや苦情の申立人を詮索するといった行為は厳に慎まなければなりません。

○応答性

苦情は、「利用者の声」としてとらえて有効なコミュニケーションの手段だと考えることが重要です。苦情に対する応答がなされ、それに対する利用者からの反応があるといった双方向のやり取りが継続的に行われることによって、サービスの質の向上にもつながることとなります。

3 苦情の傾向と対応策の一例

さて、一概に「苦情」といっても、その内容（レベル）については、「こうして欲しい」という要望的なものから、施設の責任を追及するといった内容のものまでいくつかのレベルがあると考えられます。「何が苦情か」といった疑問も一部には呈されていますが、苦情解決はリスクマネジメントの取り組みの一環として、福祉サービスの質の向上につなげるためにも、広く対応することが肝要です。

全国社会福祉協議会の社会福祉制度・予算対策委員会施設部会が取りまとめた「福祉施設における苦情解決のあり方特別委員会」報告書では、要望レベルの苦情として最も多い内容は「職員の言葉遣い」であることを指摘しています。職員の言葉遣いの重要性を改めて認識しなければならないと思います。ここでは、利用者に対する言葉遣いのあり方について全職員に共通認識を形成することが苦情を少なくするための取り組みとして大切だということが言えます。

また、広く職員の対応に関する苦情を少なくするという観点から、特に新人職員に対して独自の「若葉マーク」を活用しているユニークな例があります。出てきた苦情を十分に分析して、同様の苦情が出ないように何らかの創意工夫を講ずることが求められます。

1 転倒

「転倒」として寄せられた事例を、さらに次のように分類するとともに、それぞれの分類ごとの発生形態や、その要因を概観すると以下のとおりとなります。なお、ここで言う「転倒」には車いすからのずり落ち等も含めて整理しました。

(1) 移乗時の転倒

ア ベッド⇄車いす間の移乗時における転倒

ベッドから車いすに移乗する際に、利用者がバランスを崩してお尻から落ちたり、車いすのブレーキが不十分であったために車いすごと転倒するケースや、介助する職員が足を滑らせたために利用者的大腿骨が骨折したという事例が大変多く寄せられました。

車いすからベッドへ移乗するときの事例では、利用者の衣服がハンドクリップに引っかかってあやうく転倒しかけたケースもいくつか見受けられています。

要因としては、通常2人で介助するところを1で行ったり、介助者や利用者が車いすの基本操作の確認を怠ったり、あるいは自力者に対する見守りや事故の予測が不十分だったり、職員が油断していたということが挙げられています。また、環境面では、車いすとベッドの配置方法や高さなどの点で改善すべき点があることが指摘されています。

対応策としては、基本的な介護の徹底を促したり、事故に関する背景や自分の考えを述べ合って再発防止を確認しあったり、受傷した利用者の個別援助計画を作成する等が講じられています。また、トランスを職員1人で行うことを厳禁したり、業務終了後に必ず声だし確認を徹底する施設もありました。

イ ベッド⇄ポータブルトイレ間の移乗時における転倒

ベッドからポータブルトイレへの移乗時における転倒は、利用者が職員に気をつかってコールを押さなかったために発生したり、ポータブルトイレへ座るときに目測を誤って転倒したり、利用者の体を支えきれずに介助者が利用者といっしょに転倒した事例が寄せられました。

要因としては、職員の見守りや介助者の人員不足などと、利用者自身が高齢による身体機能低下や1人でも大丈夫だという判断の誤りなどが挙げられています。また、ベッドとポータブルトイレへに移乗するときの手摺りの不備や位置関係への配慮が欠けていたと指摘する施設もありました。

対応策は、夜間の巡回をひんばんに行ったり、ポータブルトイレを廃止して、トイレのときは職員が必ず介助して、あとはおむつで対応する、利用者の行動能力の再確認を行うなどが挙げられています。

ウ その他の移乗時における転倒

この類型では、①利用者が自力で移乗しようとして転倒、②職員が移乗の援助をしていて利用者が転倒、③職員が移乗の援助をしていて転倒し、利用者も転倒、という形態に大きくは分類することができます。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、介助にあたる人数の不備（本来は2名でやるべきところを1名でやってしまった）、車いすやストレッチャー・ベッドなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）が挙げられるとともに、車いすとベッドの配置（位置）関係や、車いすとベッドの高さ、あるいは、援助時の足元の不備（敷物、物が置いてあったために十分な足場の確保ができなかった）などを指摘している事例も見受けられます。その他にも「移乗時に利用者がベッド柵をつかんでしまった」「利用者の衣服が車いすに引っかかった」等の要因も挙げられています。

事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、援助時の職員体制の徹底、援助時の環境整備、等が講じられています。

(2) 施設敷地内移動時の転倒

ア 歩行している際の転倒（杖使用を含む）

この類型では、①段差や物品等、つまずきによる転倒、②廊下の水滴等、滑りによる転倒、③足のもつれ、ふらつきによる転倒、④てんかん等、発作による転倒、⑤その他（飲酒など）の転倒、という形態に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助の他、廊下等の段差や水滴、通路等に物が置いてあったというような環境的な要因も考えられています。また、「利用者本人の自助具が合っていない」「利用者が階段を移動する際に手すりを使用していない」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、利用者の状況の再確認とその徹底・周知、移動距離を短くするための居室変更、通路等の環境整備（段差解消・整理整頓）、等がとられています。

イ 車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）

この類型では、①段差や側溝による転倒、②スロープ移動時の転倒、③ベルトの閉め忘れ等による転倒（ずり落ち）、④利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟の他、廊下の段差等、歩行車や車いすを利用する者に向けた環境になっていない、スロープの角度等、環境によるものも大きいとされている。また、「車いすの点検・整備不良」「利用者の飲酒」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、環境の改良（傾斜の解消等）、等が図られています。

（3）施設敷地外移動時の転倒

ア 歩行している際の転倒（杖使用を含む）

この類型では（2）アと同じように、①段差や物品等、つまずきによる転倒、②足のもつれ、ふらつきによる転倒、③てんかん等、発作による転倒、という形態に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、利用者の歩行ペース等に合わない援助、利用者と職員の体格の差、安全確認の怠りといった人的要因の他、歩道の段差や側溝、慣れない場所での状況の把握、危険箇所の把握が不十分などが、挙げられています。また、「外出時の履物が不相当」「利用者が突然走り出した」「てんかん等の発作」といった要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、外出先の状況を事前に把握する、介助を必要とする利用者の的確な把握と、その援助に必要な人員確保、道路等の環境整備（段差解消）について行政に要望する、等がとられています。

イ 車いす等にて移動している際の転倒（歩行器使用を含む）

この類型では、①段差や側溝による転倒、②スロープ・傾斜地等移動時の転倒、③ベルトの閉め忘れ等による転倒（すり落ち）、④利用者本人あるいは職員等、介助者の車いす等、操作ミスによる転倒、という形態に大きく分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、職員の手技の未熟、ブレーキの掛け忘れや不備（片方しかかけていなかった）、職員の気のあせりの他、環境に関する要因として一般道路、歩道が歩行車や車いすを利用する者に向けた環境になっていないといったことが挙げられています。また、「車いすの点検・整備不良」、「利用者の運転技術の未熟」等の要因も散見されます。

事例発生後の対応策としては、車いす操作の技術向上を図る、環境の改良（段差の解消等）の緊急対応を要望、外出先の事前調査の実施、等が図られています。

（4）入浴時の転倒

入浴時の転倒は、「衣類着脱時」「浴室内等の移動時」「洗体時」「浴槽内」の場面に細分化することができ、それぞれに形態が異なっています。大きくは①利用者自身のふらつきによる転倒、②利用者自身が足を滑らせて転倒、③介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、④不適切な座位・立位による転倒、⑤利用者の発作による転倒、⑥その他の転倒（機器の取扱い不備など）に分類することができます。

考えられる発生要因を整理すると、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、入浴介助の手順が守られていない、介助にあたる職員の人数の不備、機械操作の不備といった要因分析の他、手すりの不備、床の滑りやすさ、移動距離が長くなってしまいう構造的な問題といったことが挙げられています。また、「入浴介護の慌しさ（職員数が足りない）」「タオル等の置き場に問題があった」等の要因分析も見られています。

事例発生後の対応策としては、入浴介護時に職員のゆとりが出るような工夫、環境の改良（滑らないような敷物の使用）、利用者の入浴方法（一般浴か機械浴か）の見直しを行い、障害の進行にあわせた入浴方法を利用者とともに検討した、等がとられています。

(5) 排泄時の転倒

排泄時の転倒も、トイレ使用時と居室等においてポータブルトイレを使用する時では若干異なりますが、「便所内の移動時」「衣類着脱時」「排泄時」「排泄後の清拭時」の場面に細分化することができ、大きくは①利用者自身のふらつきによる転倒、②利用者自身が足を滑らせて転倒、③介護職員のふらつきや転倒による利用者の転倒、④不適切な座位・立位による転倒、⑤利用者の発作による転倒、に分類することができます。

発生要因としては、利用者の状態把握が不十分であり、危険予測ができていない、見守りが不十分だった、介助ベルトの固定確認が十分ではなかったといった要因の他、トイレ箇所数の不足、手すりの形態や設置数の不備、床のすべりやすさといったことが挙げられています。また、「職員数が足りない」「トイレ介助の順番が徹底していない」「本人のてんかん発作や付き添いの拒否」等の要因も見られています。

事例発生後の対応策としては、確実な介助方法の徹底、環境の改良（段差解消、滑り止め）等がとられています。

(6) レクリエーション・クラブ活動時等の転倒

サービス種別によってその形態が異なるものの、特別養護老人ホームやデイサービスセンターからの事例を見ると、風船バレーやボールを使った活動中に起こった事例が多く報告されています。レクリエーションやクラブ活動の実施時には、多数の利用者が一同に会することから、複数の職員が目が行き届いているようでも、実際には行き届いていなかったということが要因として挙げられているようです。また、障害の差が大きい利用者同士をペアにしたために事故につながったものと分析している事例もありました。

対応策としては、「ゲーム内容の見直し」や「ルールの徹底」、あるいは万が一、転倒した場合であっても大きなケガにつながらないような配慮をとった施設もありました。

(7) 食事時の転倒

食事時間中の転倒は、①食事中、いすからのすり落ち等の転倒、②配膳・下膳にかかる歩行中の転倒、③てんかん発作による転倒、に分けることができます。

考えられる発生要因を見ると、職員が目配りの不足や食堂や席の狭さ、等があげられており、いすからのすり落ちを防ぐ観点から、車いすのまま食事をするようにしたり、転倒しやすい利用者については職員が配・下膳する等の対応策をとっていると回答した施設が多くありました。

(8) 自由遊び時間中の転倒

保育所等における保育時間中に子どもが遊んでいて転倒して受傷した事例については、これを「事故」としてとらえるべきか否かについて、各事業所や職員の間でもその認識が一樣ではありません。

発生要因については、職員が目配りや気配りの不足や子どもの発達に応じた保育内容であったか否かの検証が必要であった、等の分析がなされている他、例えば、追いかっこをするにはスペースが狭いといった施設環境の部分、あるいは多動や落ち着きがない等といった子ども本人の特性を指摘する事例もありました。

対応策については、転倒を事前に防止するという観点よりも、転倒した場合の受傷を最小限に食い止めるといった視点からの対策が比較的多く見られています。

(9) 授産等作業時の転倒

授産等作業時の転倒には、利用者のてんかん等発作に起因する事例が数多く見られます。また、利用者の体力を超えた重量物を持ったための転倒や、無理な体勢による車いすからの転倒、作業場環境の未整備（整理整頓の不備）に起因する転倒が代表的です。

対応策は、「職員による利用者の行動把握」「利用者個々の体力、能力を十分に把握する」とともに、常に職員が目が届くような位置を工夫することや車いす自体に転倒防止対策を施すこと等が挙げられています。

(10) その他の転倒

「その他の転倒」は、「更衣（靴の着脱を含む）時の転倒」「物を拾う・取る時の転倒」「車いすやベッドにおける急な立ち上がりによる転倒」等が代表的な事例となっています。

考えられる発生要因を整理すると、本来は付いているべき職員が離れてしまった、マニュアルが守られていない、利用者の状況観察や危険性の予知の認識不足といった主に人的な要因の他、業務に適したスペースが確保できていない、廊下等のすべりやすさ、ベッドや車いす使用の適否分析の不足といったことが挙げられています。また、「利用者本人の体調」「使用していた車いすの重心バランスの不適」等の要因も見られます。

事例発生後の対応策としては、職員が目が届く居室への変更、環境の改良、車いすの介助方法に関する勉強会の実施、等がとられています。

2 転落・落下

(1) 移乗時の転落・落下

この類型では、①利用者が自力で移乗しようとして転落・落下、②職員が移乗の援助をしていて利用者が転落・落下、という形態に分類することができます。多くはベッドやストレッチャーからの転落・落下事例であり、「利用者が自分で車いすに移乗しようとしてベッドから転落」、あるいは「移乗介護中、車いすのセットをしている際に利用者がベッドから転落」といった事例が多く寄せられています。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等の把握不足とそれに伴う見守りの不足や油断、介助にあたる人数の不備（本来は2名で行うべきところを1名で行ってしまった）、車いすやストレッチャー・ベッドなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）の他、機器の故障やベッドと車いすの位置（置き方）などが、挙げられています。

事例発生後の対応策としては、利用者の障害状況の把握の徹底、利用者の精神的な安定を図る、等がとられています。

(2) 施設敷地内移動時の転落・落下

ア 歩行している際の転落・落下

この類型の事例では階段からの転落・落下が最も多く寄せられている。利用者自らのふらつきやつまずきの他に、他の利用者と接触したことに起因する転落や階段歩行中のてんかん発作に起因する転落・落下事故が典型的な事例となっています。また、それ以外にも、慣れない環境で利用者が場所を勘違いして階段に入ってしまう転落した事例や、職員が利用者を抱えて移動している際に手が滑って落としそうになった事例も見られています。

発生要因としては、早朝時等で忙しい時間帯であり全体に目が行き届きにくい等、職員が少ないとする分析の他、手すりの不備や階段が急であるといった環境上の要因も挙げられています。

対応策としては、階段利用の際には、必ず職員が付き添うようにしている他、事故後は階段を使用せず、エレベーターを使用することとした、等の対応が図られています。

イ 車いす等にて移動している際の転落・落下

この類型では、「車いすで移動していて誤って車いすごと階段から転落・落下」「ストレッチャーで移動していてストレッチャーから転落・落下」といった形態が多く見られます。

職員が車いすのブレーキを掛け忘れたことに起因する事例の他、階段出入口の施錠の不備をその要因として挙げる事例もありました。対応策も危険箇所に立ち入らないよう施錠の徹底をはじめ、職員同士の声かけの方法等、介護業務全般の見直しを図ること等が挙げられています。

(3) 施設敷地外移動時の転落・落下

施設敷地外を移動している際の転落・落下事故は、歩行・移動中に道路・歩道から川や池、用水に転落・落下した事例が多くなっています。

考えられる発生要因としては、利用者の能力等についての把握が十分ではなかったことや、職員間での引き継ぎが十分ではなかった、という人的な要因の他、外出時の職員体制の不備、あるいは散歩コースに危険箇所があることについて事前に把握がなされていなかった、等が挙げられています。

対応策としては、外出マニュアルを新たに策定した他、発生した事例を職員に周知して注意を徹底するといった策が講じられているようです。

(4) 入浴時の転落・落下

入浴時の転落・落下の事例は、「更衣時」「浴室内移動時」「洗体時」に、更衣台やストレッチャー・特浴機器から転落・落下した事例と、主に、浴室内を移動する際に職員が利用者を抱えていて、手が滑る等の原因により床に転落させてしまったという事例に大別することができます。

考えられる発生要因としては、利用者の障害の状態をしっかりと把握していなかったこと、離れてはならない利用者から介護者がある場を離れた、ストレッチャーなどのブレーキやストッパーの掛け忘れ（基本的な動作の確認を怠った）といった分析の他、機器の故障、ストレッチャー等、機器の安全装置が不十分、滑りやすい床、などが、挙げられています。

事例発生後の対応策としては、業務マニュアルの作成、ストレッチャーの定期点検の実施、安全性の高い機械を導入、等がとられています。

(5) 排泄・おむつ交換時の転落・落下

本類型は、ベッドや更衣台上において排泄行為・おむつ交換の援助を行っている際に利用者がベッド等から転落してしまったという事例です。形態としては、ベッド柵を外して介護をしている状態で、①介護中に利用者がバランスを崩して転落、②介護中に必要な物品を取ろうとして目を離したすきに転落、という大きく2つのパターンが見られます。

要因としては、利用者の動き（不随意運動の有無や寝返りの頻度、など）の把握不足のほか、必要物品をあらかじめ手元に用意しておかなかったことから結果として、利用者のそばを離れなければならなくなってしまったこと、あるいは更衣台の高さが高すぎる、等の分析がなされている。また、マニュアル等の不備から利用者に不適切な体位で交換援助に臨んでしまった結果、転落につながった事例もあります。

対応策としては、基本的な介護技術の徹底とともに、タオルやおむつの置き場所の再検討、あるいは更衣台の高さの変更を行った、等が挙げられています。

(6) 自由遊び時間中の転落・落下

本類型の事例も、自由遊び時間中の転倒事例と同様、発生要因については、職員の目配りや気配りの不足や、子どもの年齢差を考慮して対応すべきであった、等の分析がなされています。事例として最も多い遊具からの転落を考えた場合、①子どもが自発的に飛び降りてしまった事例と、②手が滑って転落してしまった、あるいは、③他児に押された結果、転落してしまった、という形態に分けることができますが、いずれの事例であっても、職員の見守りが不足していたという要因分析が多いようです。また、工) 遊具の破損による転落も数例出されており、これらの事例については遊具の点検不備やメンテナンスの不足等が要因として挙げられ、結果として点検・整備を実施するといった必要な対応策が講じられています。

本類型の事例に対する全体的な対応策としては、転倒と同様、事前に防止するという観点よりも、転落・落下した場合の受傷を最小限に食い止めるといった方策が多く講じられています。

(7) その他の転落・落下

ア その他、ベッドからの転落・落下

就寝中や起床時、あるいは体位交換時など、ベッドからの転落・落下はさまざまな場面で発生しており、いままでの類型分類ではすべてを網羅することはできません。本類型に整理した事例には、①就寝中にベッドから転落、②自分でベッドから降りようとして誤って転落、③ベッド上の座位からの転落、④ベッド上に立ち上がった状態からの転落、⑤ベッドの周りにある物品（ナースコール、尿器など）を取ろうとして転落、などが多く見られます。考えられる要因としては「ベッド柵を忘れた」「ベッド柵を利用者が乗り越えた・取り外してしまった」等が挙げられているが、ベッドに一度も寝たことのない利用者をベッドに寝かせたために発生した事例もあります。

対応策としては、ベッド柵の取り付けや交換の他、ベッドから布団に変更した、あるいは転落した時の受傷を最小限に食い止める観点から、ベッド下に緩衝材を敷いたり、ヘッドギアを着けることにした、等が講じられています。

イ その他、ベランダ等からの転落・落下

ベランダや居室の窓からの転落・落下は、利用者自身の意思により転落した事例の他、自由時間等に遊んでいて転落、あるいは手すりの不備により手すりから外れてしまったために子どもが転落した事例等があります。

要因については、多くの事例で職員の見守りの不足が挙げられている他、手すりや柵が転落を防止するには不足していたという環境的な要因についても分析がなされています。

対応策としては、手すりや柵の設置や、危険なベランダへの進入を防止するための工夫など、環境面での対応策が中心となっています。

3 誤嚥

(1) 食事時間中の誤嚥

職員が目を離したすきに、あるいは、食事中に発作を起こして誤嚥につながったり、職員が大丈夫だろうと思っていたミキサー食がのどにつまったり、利用者自身がみかんを丸のみして事故になったりというケースが多いようです。

発生の要因としては、利用者の食事の癖を知っていたが、見逃してしまったという利用者への注意不足や観察の不足などが挙げられています。また、食堂設備の不備や食事自体への配慮が欠けていたという指摘もありました。

対策としては、各テーブルに必ず職員がつくとか、誤嚥時の対応の再訓練の実施や救命器具の配備、食事摂取時の観察を十分行う、食材を小さくする、利用者個々の歯の状態を含めた嚥下状態の再確認などを行うといった対応策が挙げられています。

(2) 食事時間外の誤嚥

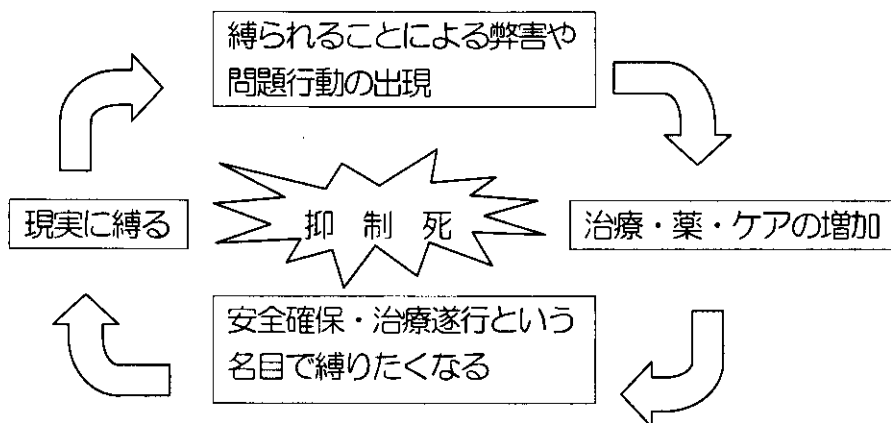
面会者が持参してきたパンやもち菓子を食べてのどを詰まらせたり、隠しもっていたパンを食べて誤嚥するというケースがこの類型に分類できる事例です。また、職員と外出して露店で買った食べ物で誤嚥したというケースもありました。

要因は、職員の注意不足を求める声が多くなっています。また、食事制限を行っている利用者に対し、精神的ケアが十分でなかったという声もありました。

対策としては、発作の既往症のある利用者のチェックや蘇生法の研修、おもちゃを出すときの介助体制の検討などが挙げられています。

抑制死

縛られることでの弊害～人間らしさ(尊厳と誇り)が失われ死に至る～



抑制の弊害

身体的抑制

- ・ 生理機能の低下
- ・ 食欲の低下、脱水、褥瘡、関節の拘縮、全身の筋力の低下、心臓機能の低下、感染症への抵抗力低下 → 慢性抑制死
- ・ 事故など・・・嘔吐物による窒息、抑制帯による事故 → 急性抑制死

精神的抑制

- ・ 痴呆の進行、せん妄の頻発、昼夜逆転
- ・ 利用者の精神的苦痛・・・怒り、不安、恐怖、屈辱、抵抗、拒絶、錯乱、あきらめ、荒廃
- ・ 家族の精神的苦痛・・・怒り、屈辱、混乱、あきらめ、不信、後悔、罪悪感の持続
- ・ 従事者の精神的荒廃・・・虐待、独善、無神経、無感覚、あきらめ、士気の低下

社会的抑制

- ・ 老年期への不安の増大
- ・ 高齢者施設・機関への不信・偏見とバッシング
- ・ 老年看護・ケアへの人材不足、慢性的な人手不足

食事に関する介護マニュアル（臥床状態で自力摂取ができない人の介助）の一例

介助のポイント

- ・利用者の身体状況（咀嚼、消化機能など）や年齢、嗜好を配慮した献立、調理方法にする。
- ・利用者の食べる（飲み込む）ペースにあわせて介助し誤嚥をさせない。
- ・利用者の意見を聞きながら介助する。
- ・介助者のそぶり、言葉使いに注意する。

準備する物

- 箸 スプーン フォーク ストロー
利用者用エプロン（タオル） おしぼり
枕またはクッション 歯ブラシ
ガーグルベース
（看護師などの援助が得られる場合は、吸引器）

介 助 手 順	留 意 事 項
1, 食前の準備	
(1) 排泄又はトイレの有無を確認し、食事をすることを話し了解を得る。	①しっかり覚醒されていることを確認する。
(2) 姿勢を整える	①ギャッジベッドの場合、約30° 起こし上半身を挙上する。 ②身体がずれないように膝関節の下に枕（クッション）を入れ下半身を安定させる。 ③頸部を前屈させ誤嚥しにくい姿勢にする。 ④片麻痺のある場合は、麻痺側の肩と上肢の下に枕を差し込み、やや挙上する。
(3) 手、口腔内を清潔にする	①含嗽できない利用者の場合、口腔内の粘りを取り咀嚼しやすくする。 ②義歯使用者は、きちんと装着してあるかどうか確認しておく。
(4) 食事をセットする	①利用者から食事が見える位置にセットする。 ②エプロン（タオル）を使用し、食べこぼしなどによるシーツや衣類の汚染を防ぐ。なお、エプロンを嫌がられる場合もあるため意思を確認する。
2, 摂食の介助	①献立を説明し、食べたい物の希望を聞きながら介助する。判断ができない利用者の場合、一口ずつ嚥下を確かめ、適宜水分を交えながらすすめる。 ②水分、汁物はむせやすいので少しずつ介助する。 ③咀嚼しているときは、誤嚥の危険があるので、返事を求めるような話しかけをしてはならない。 ④のどがゴロゴロいうようであれば中断して様子を見る。 ※ゴロゴロがとれない場合は、誤嚥の危険があるため看護師等に報告する。 ⑤服薬があれば食事の最後に利用者が飲みやすい方法で（オブラートにくるむなど）介助する。 ⑥食事の摂取量を確認しておく。
3, 食後の介助	
(1) 口腔内の清拭	①義歯をはずせる場合は洗い、はずせない場合などは、利用者にあった方法で（含嗽、歯ブラシ等）口腔内をきれいにする。
(2) 安楽な体位にする。	①利用者の楽な体位にして（身体の下に挿入した枕をはずす。ギャッジベッドを元の高さに戻す等）休息ができるようにする。