

## 住み慣れた地域、自宅で生活をしたい

認知症高齢者の方を地域の中で支えていく為に



いちごの里在宅介護支援センター

## 特別養護老人ホーム いちごの里

平成14年9月開所  
入所定員 70名

併設事業  
短期入所 10名  
通所介護 一般型 35名  
認知症対応型 12名  
いちごの里在宅介護支援センター  
居宅介護支援事業所  
伊豆の国市配食業務  
介護予防2次事業よいご教室



## いちごの里在宅介護支援センター



平成14年9月 旧伊豆長岡町より事業受託

居宅介護支援事業  
伊豆の国市配食サービス  
介護者教室 (年4回)  
伊豆の国市各自治会にて、介護保険啓蒙活動  
認知症サポーター養成事業  
介護保険2次予防事業 (よいご教室) 等地域の  
高齢者福祉の相談窓口として、伊豆の国市及  
び伊豆の国市地域包括支援センターと連携し業  
務運営をしている。

## 対象者

K・Hさん  
78歳 女性  
一人暮らし  
既往歴  
アルツハイマー型認知症 (平成20年頃~)  
統合失調症 (平成4年頃~)  
パーキンソン病  
要介護度  
要介護 2

## 支援に至るまでの経緯

- H20年頃より物忘れなどの症状が出始める。
- H24年頃金銭管理や服薬管理が出来なくなる。
- 1日数回、役所や銀行を訪れ同じ話を繰り返すようになる。
- 介護保険、成年後見人の申請する。
- 殆ど自宅で居ることではなく決まったルートを徘徊をしている。
- 近所の店とトラブルを起こし出入り禁止が多くなる。
- H25年 6月に包括支援センターより依頼を受け支援開始となる。

## 本人の状態

- ADL
- 歩行→自立。 立ち上がり→自立。
- 食事摂取→自立。
- 排泄→自立。
- 入浴→デイ利用時介助。
- 更衣動作→介助 (適切な服装ができない)
- 短期記憶力の低下あり。

## 手段的日常生活動作

- IADL
- 炊事→できない為、近所の店に行き食事を摂取している。
- 家事→洗濯、掃除は訪問介護の支援。
- 整容→自立。
- 買い物→鉛筆購入くらいまで。
- 服薬→飲み忘れが多い。
- 金銭管理→後見人。
- 住宅→集合住宅の2階。

## 支援経過

- 支援数か月後変更をするようになった→(きっかけは不明)  
※何度もタバコを処分しても本人は持参。
- 火の不始末が心配。
- 徘徊→夜間離れなくなる。警察に保護される回数が増える。
- ※身分証入れに名刺を入れる。何時も持つバックにくくりつけ連絡体制をつくる。
- 徘徊時に車道を横断し車と接触事故になりかけた事が何度もある。
- お金の工面などの為に市民サービス課へ行く子代が頻回。
- 飲食店へ行く回数は減る→食事を取る機会が少なくなる→体重が減り始める。

## 検討

- ケアマネや介護保険事業所だけでは本人の生活、安全を支える事はできない。
- 地域の中で支えあう体制の検討。
- 本人が、なぜ、毎日、徘徊を繰り返しているのか？
- 地域の中で、どのような人が関わっているのか？今後、支援していく上で重要である。  
↓
- 地域包括に相談し地域ケア会議の主催を依頼する。

## 地域ケア会議とは？

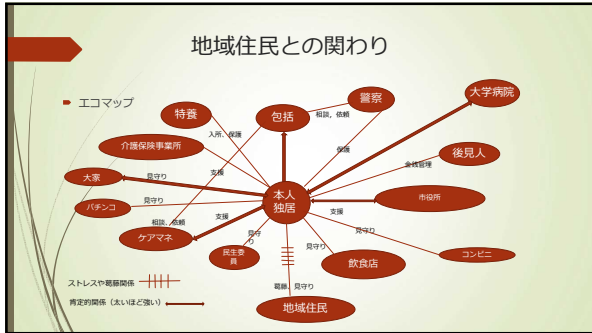
- 地域包括ケアシステム実現の為に有効なツール。
  - 個人ケース（困難事例）の支援内容
- ① 地域支援ネットワークの構築
  - ② 高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
  - ③ 地域課題の把握
  - ④ 地域作り資源開発機能等。
- 自助、互助、共助、公助を組み合わせ地域ケア体制の構築の為の会議。

## 地域ケア会議実施

- 出席者：後見人、包括職員、飲食店店主、市民サービス課職員、民生委員、介護保険事業所、ケアマネ。
  - 会議で出た問題点
- ① 小遣いの使い道が不透明
  - ② 行動範囲が不透明
  - ③ 連絡体制
  - ④ 入所の時期などの問題点が挙げられた。
- 地域住民との見守り体制、情報の共有化を構築するか課題となる。

## 問題点の解決に向けて

- ①②について包括支援センターと時間の役割分担を決める。
- 本人の行動範囲を後からついて経過観察を試みる。
- 地域の中で、関わっている方が多くいる事を見つける。
- エコマップで本人との関わりを見る。
- 情報を待つのではなく、地域に Outreach する。
- 飲食店やコンビニに Outreach 情報交換を行う。
- 事業所内で事例研究を行う。



- ### 考察
- 初期の認知症がある方への在宅支援についてどのようにしたら包括的なケアが出来るか考えた。
  - 本人の強さに着目し支援内容の見直し。
  - ケアマナが、支援をするのではなく、事業所としてKさんをどのように支援していくか考えた。
  - 本人の写真付きファイル、訪問時など、勤務外の部分での声掛け。
  - 情報の共有化や安全確認。
  - 定期的に支援経過を伝え、職員への意識づけを図る。

- ### まとめ
- 高齢者の4人1人が、認知症になるといわれる今後に向け地域の中で支えあう体制作り。
  - 地域に外向き、馴染みのある関係づくり。
  - 小さな積み重ねが、利用者を支える大きな輪になる活動。
  - 在宅生活が持続できる地域ケアを。
  - 何時までも、Kさんの素敵な笑顔を見たい為。