

特養の在宅復帰機能の強化を目指して

～ご本人の想いを叶える介護～

地域密着型介護老人福祉施設 なごみ
ユニットリーダー 岡本賢司
ユニットリーダー 内山拓海

1. 事業所紹介

地域密着型介護老人福祉施設 なごみ

- ・運営主体 社会福祉法人 和光会
- ・入居定員数 29名 (3ユニット)
- ・サービス内容 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (29名定員)
認知症対応型通所介護 (12名定員)
居宅介護支援事業所
- ・設立 2009年5月1日 10年目を迎えることができました。
- ・社会福祉法人として、高齢者介護、障害支援、児童擁護、保育、相談支援事業等の福祉サービスを提供しています。

2. 事例の概要

- ・ A様 70代後半 男性 要介護4 (入居時)
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度: IV
- ・ 障害高齢者の日常生活自立度: II t
- ・ 身体状況: 食事以外はほぼ全介助を要する状態
- ・ 現歴: 高血圧症
- ・ 入居前の生活
 - 平成29年6月 自宅で倒れていたため救急搬送される。くも膜下出血にて手術
 - 平成29年7月 リハビリ病院転院
 - 平成29年8月末 退院の許可が出るが自宅での生活が難しいため施設入所を希望される。(正常圧水頭症で水が溜まったら手術を施行する)



3. 入居後の様子

- 平成29年9月6日【入居】
 - ・ 食事はゆっくり1時間程度かけて自力で召し上がることができる。
 - ・ 服薬は拒否も見られ服薬できない時もある。
 - ・ 排泄はオムツを着用されるが手を入れたりして尿漏れで毎回全更衣する。
 - ・ 着脱衣なども上手くできないため一部介助が必要。
 - ・ 職員からの声掛けに対しても反応が悪く理解できていない様子もあり、可立ちも見られた。
 - ・ 移動は車椅子を使用。
- 平成29年9月11日【正常圧水頭症手術実施】
 - ・ 手術後、見当識障害は見られるが、簡単な指示は入るようになり理解力が以前よりも上がってきた。
 - ・ 入院中リハビリを実施することにより短い立位保持や、ベッドから車椅子への移乗動作ができるようになった。
- 平成29年11月2日【退院】
「なごみ」に帰所される。

平成29年12月8日【ユニット会議】

- ・ 退院後から1ヶ月経過し据まり立ちでの立位保持の安定や手すりを使用した短距離の歩行ができるようになった。
- ・ オムツ介助からトイレでの排泄介助へ変更していく。
- ・ 日中、夜間帯での自力歩行が増え、転倒リスクも多くなった。本人の意欲を阻害しないようにしながら見守る事となる。

平成29年12月19日～22日【受診、手術】

- ・ 左足を引く様子があるためCT検査実施。左慢性硬膜下血腫と診断され手術。

平成29年12月30日～平成30年1月5日【一時帰宅】

- ・ 年末年始自宅で過ごしたいとの家族の希望があり、嘱託医に相談のうえ実施する。

平成30年2月12日【認知症カフェにて家族からの相談】

- ・ 状態も日々良くなり、年末年始の自宅での生活を送るが車椅子など自宅での操作が困難だった。入浴できない。
- ・ 本人、家族としては「今すぐは難しいがもう一度自宅で生活をしたいたいと思っている。」という相談が寄せられた。

ご本人・ご家族の想いの変化

- ・ 自宅での生活が困難だったため施設に入居したが、状態が良くなれば帰宅できるのではないかと。
- ・ 家族も帰宅に向けて支援していきたい。



😊 もう一度家で家族と一緒に生活
がしたい。

ケアカンファレンス開催

- ・日時 平成30年1月29日 「なごみ」にて開催
- ・参加者 ご本人 家族(妻) 施設ケアマネジャー 介護統括主任 介護職員
- ・議題 帰宅の要望を受けて今後のケアについて話し合う。
- ・対策 ①自宅の構造上、車椅子での生活は難しい。現在、短距離ならばずりなど使用すれば歩行はできている。そのため、少しずつ職員付き添いにて杖歩行の練習時間を取り入れていく(日中の職員配置が多い時間にて実施)
- ②食事、排泄、入浴などの生活動作について随時モニタリングを実施して帰宅できるかどうかの評価を行っていく。
- ③病状は悪化せず安定している。引き続き嘱託医と連携して健康管理に注意する。
- ④定期的に自宅での外泊予定を取り入れて、自宅での生活状況を確認する。総合的な評価を検討し家族と相談のうえ退居日を設定していく。



平成30年2月中旬【身体状況・ケアの変化】

- ・職員が付き添わなくても大丈夫なくらいまで杖歩行が安定してきた。この頃より移動範囲が拡大し所在確認が必要となってきた。
- ・排泄はトイレにて自力で排泄できるようになった。
- ・食事も問題なく召し上がることができている。
- ・入浴もリフト浴を使用していたが、個浴に手すりを取り付ければ出入りが可能。

平成30年2月下旬【行動・精神状況】

- ・帰宅願望が日々強く現れるようになり、2階のユニットからエレベーターを使用して玄関先まで来るようになった。

平成30年3月初旬【行動】

- ・施設外へ出て行くことが多くなった。

ケアカンファレンス開催

- ・日時 平成30年3月9日 「なごみ」にて開催
- ・参加者 ご本人 家族(妻) 施設ケアマネジャー 介護統括主任 介護職員 居宅ケアマネジャー
- ・議題 杖歩行が安定してきたため帰宅願望が強くなるようになった。施設から出て行こうとする行為が多くなった。
- ・対策 ①ユニット職員のみならず、事務所やデイサービスの職員・利用者とお話することで気分転換を図る(施設全体でサポートする)。
- ②デイサービスの送迎時に車に同乗していただきドライブの機会を作る(外出する時間を設け気分転換を図る)。
- ③病状の悪化は見られず。引き続き嘱託医と連携していく。
- ④外泊(2泊3日)は継続的にを行い、自宅での生活ができるかどうかモニタリングを行っていく(家族が支援できるかどうかの確認)。
- ⑤施設での生活状況を総評し「平成30年4月28日」を目標に退居に向けて支援していくことになった。



4. 退居に向けての施設での取り組み

- ①杖を忘れることがあるため、杖を使用すること伝え定着させる。
- ②帰宅願望が強いが行動を抑制しない。ケアカンファレンスの対策どおり該当ユニットのみならず施設全体でサポートしていく。施設の近隣に自宅はあるが、外出した際に本当に所在地が把握できて行動されているかどうかの確認。
- ③医療面については嘱託医と連携する。往診時など家族にも同席いただくよう伝えていく。
- ④自宅での生活を考慮して、できることはご自身で行えるように支援する。出来ないところの問題点が発生した場合は随時ケアカンファレンスを行い、関係職種と連携を図り問題解決していく。
- ⑤在宅生活に向けて居宅のケアマネジャーとも連携していく。
- ⑥特に問題がなければ「平成30年4月28日」を退居日に設定する。帰宅日にケアカンファレンスを開催し、施設での生活の振り返りや自宅で考えられるリスク、今後の生活支援について話し合う。

5. 退居時のケアカンファレンス

- ・日時 平成30年4月28日 14:00~15:00 「なごみ」にて開催
- ・参加者 ご本人 ご家族(妻) 施設長 生活相談員 施設看護師 管理栄養士 介護統括主任 ユニットリーダー 居宅ケアマネジャー
- ・内容 ①所在確認
・外出した際に所在地の把握ができていなかった。そのため帰宅できなくなるリスクが考えられる。
- ②身体状況
・施設では栄養管理できていたが在宅では厳しくなる。そのためADLが低下して転倒のリスクが発生する。
- ③生活動作
・手すりなど必要に応じて住宅改修、福祉用具貸与して頂ければ自宅での生活は可能である。
- ④健康管理
・医療機関(主治医:入院先の病院)への定期通院。
- ・今後 通所介護(デイサービス)を利用することで家族と施設で情報を共有して支援を行う。

6. 現在の様子

- ▶認知症対応型通所介護「デイサービスセンターなごみ」を週3日利用されています。音楽が好きなのでハーモニカを持参して頂き、皆さんの前で演奏を披露して頂いています。サービスに対する拒否や不満、帰宅願望なども見られていません。他の利用者様や職員と良好な関係性を築くことができています。
- ▶「孫と一緒に過ごす時間が楽しい。」とのことで、自宅ではお孫さんの相手をされているそうです。先日開催された「えがおカフェ」に奥様とお孫さんと参加されました。「これから孫たちとカラオケに行く」と嬉しいようにされていました。自宅中での役割や家族との関わりも良好でした。
- ▶「帰宅できない」「転倒してしまいました。」など、退居時のケアカンファレンスにて抽出されていた問題点は特に発生していません。
- ▶「また家で生活できるようになって良かった。」とご夫婦で喜ばれています。不安な表情はなく笑顔が多く見られるようになりました。
- ▶特に大きなトラブルや病気の再発など見られていません。

7. 新たな問題点の発生

①穏やかに生活が送れるようになりましたが、入居されている時よりも活動量が低下したため下肢に浮腫が見られるようになりました。

②更新申請が近日行われます（現在、「要介護4」）。介護度が低くなることで利用できるサービス量が少なくなる可能性があるため、今後ADLが低下しないかどうかが心配されています。



- ケアマネジャーと連携し、デイサービス利用時の機能訓練内容や、身体機能を活かした活動内容を取り入れていく。
- 「要支援」が認定された場合には、当施設で開催している「ロコモ-ショントレーニング」の参加を提案していく。

8. まとめ

- ▶ 「また家で家族と一緒に生活したい。」というご本人、ご家族の希望に沿う支援ができ、現在穏やかに生活されていることを嬉しく思います。ご本人、ご家族が在宅生活を継続できるよう今後も支援していきたいと思えます。緊急時の場合の相談など退居されてからも施設全体でサポートできるようにケアマネジャーやデイサービス事業所と連携していきたいと思えます。
- ▶ 特別養護老人ホームは在宅生活が困難な方の「暮らしの場」ですが、「自宅復帰に向けての支援」も位置付けられています。「もう一度家で生活したい。」という想いを抱いている方も多くいらっしゃいますが、ご本人の状態や受け入れる家族の体制など現状は困難な場合が多いです。その方の想いの実現に向けて取り組む際に施設のみで解決するのではなく、あらゆる社会資源と連携して取り組むことの大切さを今回の事例で学びました。
- ▶ 「地域密着型介護老人福祉施設」として地域に根付いた施設としての役割遂行のみならず、地域の問題や困難事例なども行政や各サービス事業者もしくは地域の方々と連携して積極的に取り組んでいきたいと思えます。



ご清聴ありがとうございました。