

1-5				
主題	病院・老健から入所された利用者の在宅復帰支援について			
副題	特養からの卒業			
キーワード 1	在宅復帰	キーワード 2	地域連携	研究(実践)期間 20 か月

法人名・事業所名	社福) 友愛十字会 特別養護老人ホーム友愛荘			
発表者(職種)	荒木杏奈(介護主任)、磯ヶ谷栄一(機能訓練指導員)			
共同研究(実践)者	田村祥子(管理栄養士)			

電 話	042-793-7530	F A X	042-793-7536
-----	--------------	-------	--------------

事業所紹介	昭和 49 年に東京都町田市に設立された定員 78 名の特別養護老人ホームです。設立後 44 年を経過し建物は古いものの伝統と歴史のある施設です。平成 17 年度に ISO9001 : 2015 を認証取得し、高度な介護技術力が自慢です。			
-------	---	--	--	--

《1. 研究(実践)前の状況と課題》

平成 27 年度の介護保険法改正により特養の入所基準が原則要介護度 3 以上となり、軽度者と呼ばれる要介護度 1・2 の利用者は特例入所以外、退所の対象者になった。

要介護度 1・2 の認定者数は約 220 万人と言われている。

病院や老健からの新規入所者の中には介護度が 3 以上であるが、入所時アセスメントにて今後、介護度が 1・2 に下がり入所基準を満たさないと予測される入所者の介護保険認定調査前に退所に向けての支援が必要になっている。

友愛荘の退所者の家庭復帰率 平成 23~26 年 0% 平成 29 年 (3 人/13 人) 23.1%

《2. 研究(実践)の目的ならびに仮説》

入所時アセスメントで ADL の向上が期待できる利用者を抽出し ADL の改善を期待したケアプランを作成しサービス提供をすることで介護度を下げて在宅復帰の実績を作る。

《3. 具体的な取り組みの内容》

① 対象者：K・S 様 平成 27 年 7 月 24 日入所

生年月日：S3 年 8 月 24 日(当時 86 歳) 要介護 4 認知症日常生活自立度Ⅲ

疾患：脳梗塞後遺症(左不全麻痺)、左橈骨遠位端骨折、腰椎圧迫骨折

入所までの経緯：独り暮らしであったが、廃用性症候群・脱水症状等・一過性の認知症状にて入院療養される。3 ヶ月の入院期間にて身体機能・ADL 回復するも、独り暮らしは難しく、施設受け入れとなる。

入所時の ADL 移動：車椅子自操 歩行：個別訓練レベルで肘置き歩行器使用

筋力低下：右 MMT 4 程度 左ブルーンストローム 6 程度 拘縮：左手部伸展・掌握困難

② 取り組みの具体的な手順

I. 機能訓練指導員による身体機能評価。

- II. 残存機能向上が期待され、退所が予測される為自立支援に向けたケアプラン計画。
- III. 個別機能訓練
- IV. 家族参加ケース会議
- V. 地域連携調整
- VI. 在宅復帰に向けた生活リハビリ
- VII. 退所
- VIII. レスパイト

③ 取り組み時間や期間

平成27年7月～平成29年3月（20か月）

④ 取り組んだ職員や構成

本人 家族
ケアワーカー 施設長 機能訓練指導員 管理栄養士 ケアマネージャー
ケースワーカー
町田市高齢者福祉課 地域包括センター 悠々園

⑤ 部署間の連携

ケアプラン会議 家族参加ケアプラン会議 ケース会議
生活相談員による地域連携

⑥ 使用した道具や費用

- I. 道具 歩行器・T字杖・シルバーカー・手芸用品
- II. リハビリ環境 館内階段・廊下・施設内遊歩道・近隣一般道路等

⑦ 活動の成果を出すポイントになった点

- I. 要介護度の軽減
- II. 残存機能の向上
- III. 在宅復帰への意欲を鼓舞。本人の気持ちに寄り添う。目標を共有する事。

⑧ 取り組みに対する施設のバックアップ体制

- I. 目標達成の為、法人の資源を活用。
他施設、OT・PTの評価。
- II. 職種の垣根を越えた協力体制。
家屋調査・買い物支援等。

《4. 取り組みの結果》

要介護度4から2に下がり、入所時、車いす足こぎ、歩行器歩行見守りであったが、T字杖自立歩行にADLアップ。平成29年3月31日に退所。本人の希望であった一人暮らしを開始した。

K・S様の事例を基に平成29年度に要介護度が下がる利用者に在宅復帰支援を実施し、平成28年度在宅復帰1名から平成29年度は3名と増えた。

介護老人福祉施設	家庭復帰率	2.9%	(149人/5155人)	平成22年
友愛荘	家庭復帰率	23.1%	(3人/13人)	平成29年

《5. 考察、まとめ》

病気による治療・リハビリ後に病院、老健から入所される利用者は身体機能の向上途中の方も含まれている。入所時アセスメントにより要介護度が下がると評価した利用者を在宅復帰対象者とし、多職種協働による個別ケアプランの充実や地域の資源を活用し在宅支援の手順が確立でき在宅復帰が増えた。特養がゴールではなく、家に帰る気になるよう、その時にあった支援を提供していく。

《6. 倫理的配慮に関する事項》

なお、本研究(実践)発表を行うにあたり、ご本人(ご家族)に口頭にて確認をし、本発表以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

《7. 参考文献》

社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 東京都高齢者福祉施設行議会 広報誌
アクティブ福祉 第32号 2018.2 出典

《8. 提案と発信》

在宅復帰後、よりサービスが必要になるが、要介護度が下がるとサービスを受けるのに制限があり在宅での生活を維持していくことが難しい。家族が不安にならないようバックアップ体制の整備が課題である。

