

8-2					
主題	特別養護老人ホームと地域との協働による 身寄りがない認知症高齢者の在宅生活継続支援の一事例				
副題	特別養護老人ホームから在宅復帰へ向けた支援の取り組み				
キーワード1	地域との協働	キーワード2	在宅復帰	研究(実践)期間	60ヶ月

法人名	社会福祉法人 東京福祉会
事業所名	特別養護老人ホーム 練馬高松園
発表者(職種)	磯岡雅人(生活相談員)
共同研究(実践)者	杉原靖(生活相談員)、富澤聡(生活相談員)

電話	03-3926-8341	FAX	03-3926-7872
----	--------------	-----	--------------

今回発表の 事業所や サービスの 紹介	当園は、大正 8 年に設立した社会福祉法人東京福祉会が平成 12 年 4 月に開設。特養 97 名、ショートステイ 13 名、デイサービス 42 名、地域包括センター支所、在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所を併設。また、練馬区から生活保護世帯に対する訪問事業やいきいきデイ活動事業なども受託しているほか、地域の方を対象に、毎月、地域型オレンジカフェの運営や施設職員が講師となり介護職員初任者研修も行っており、地域の核施設となっています。
------------------------------	---

《1. 研究(実践)前の状況と課題》

特別養護老人ホーム(以下、特養)は、常に介護が必要で、自宅では介護ができない方が対象の施設である。入所にあたっては、入所に関する指針や練馬区の指針で示されているとおり、優先順位を決めての入所となっている。その結果、身寄りがなく在宅で独居生活を送っていた方が、認知症の周辺症状から地域で孤立し、優先順位が早くなり、特養へ入所するケースは多くみられている。

しかし、特養は、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」にあるとおり、「可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて」と謳われており、在宅復帰については常に意識している必要がある。ところが、当園では、開設以来 15 年間で在宅復帰した方は 2 名に留まっており、どちらもご家族が引き取る形で実現したものであった。つまり、現実的に特養からの在宅復帰は

困難であり、その中でも身寄りのない方の在宅復帰は、さらに困難な状況にあった。そうした中で、入所中の身寄りのない方から、在宅復帰のご希望が聞かれ、課題として浮かび上がった。

《2. 研究(実践)の目的ならびに仮説》

【事例紹介】A 氏、脳血管性の軽度認知症の診断のある 90 歳代の女性。ADL 的には自立しており、独居で生活されていたが、在宅では被害妄想が多く現れ、近隣より苦情がきかれるようになった。そのため地域に居づらくなり、本人了承のもと、保護するような形で特養へ入所となった。ところが入所後は、被害妄想などは減少し、落ち着いた生活を送ることができるようになった。体験的に、有効な支援ができれば、認知症の周辺症状は減少し、ADL が良好であれば、通常の日常生活も可能になることは多くみられている。そのため、その後ご本人から「まだ一人で動けるので、

もうしばらくは自宅で生活をしたい。」という意向が強く聞かれるようになった。そこで、実際に在宅復帰が可能か、検討を進めることにした。

《3. 具体的な取り組みの内容》

まず、施設内のケアカンファレンスや直接の聞き取りにより、本人のニーズや課題を多職種で分析し、特養ができる支援を検討した。その上で、本人、施設職員、行政機関、地域の関係者とのカンファレンスの場を設け、以前の状況も把握した上で課題を抽出し、どこまで連携を図れるか、お互いにどのような支援ができるのかを検討し、在宅生活の活用も模索していくことにした。

その結果から「練馬高松園在宅復帰支援プログラム支援計画」を作成し、一時的な自宅訪問で在宅生活の可能性を見極めつつ、気分転換と不満の軽減を図ることを目的に試行していくことになった。

《4. 取り組みの結果》

まずは、地域の方々とも連携を取り、日中のみ短時間の一時帰宅の機会を設けた。途中で施設職員が自宅を訪問し、安否確認や生活状況の把握を行ったり、地域の方々の協力を得て、相談相手や見守りなども行っていただくなどし、自宅での生活時間を徐々に長くしていった。始めは週3日から計画、行っていたが、ADL の低下や認知症の進行とともに、約5年間で段階を経て終了となった。

実際、完全な在宅復帰はできなかったが、一時帰宅すらもなくなった現在でも、本人が納得のうえ「家には世話をしてくれる者がいないからここ（施設）の方が安心。ずっとここに居させて頂戴。」と希望に沿って、施設で穏やかに過ごされている。

《5. 考察、まとめ》

A 氏のように、地域での生活が困難と思われた、身寄りがなく認知症を持つ方でも、専門職や地域が連携を取り、有効な支援を受けられれば、たとえ在宅復帰が出来なくても在

宅生活を取り入れ、新しい形の生活様式や新たなサービスの創造につながっていくことが分かった。そして、この取り組みにより、本人の主体性や能力を引き出すことにも繋がり、施設だけで完結しない援助の可能性を見つけることができた。

また、機能的自立度評価表（FIM）を活用した事後評価では、入所時の合計値（106点）が、入所後は改善（120点）したが、この取り組みの終了時には、合計値はちょうど入所時と同値になっていた。今後は、こうした客観的な指標も用いて、在宅生活の継続と施設入所の妥当性の検証や判断材料のひとつとして検討するなどし、この取り組みを活かしていきたいと考える。

《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。また、個人が特定できないよう個人情報や秘密保持について配慮を行った。

《7. 参考文献》

- ・日常生活活動(ADL)―評価と支援の実際／伊藤利之著／医歯薬出版
- ・認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア／京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会編著／クリエイツかもがわ
- ・指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準／厚生労働省

《8. 提案と発信》

地域包括ケアが推進されている中で、特養は終の住処として施設内で完結した生活が送られ、逆に地域から孤立化しているようにも感じられる。そのような中で、地域と施設をつなげるような取り組みになったと考える。今後も地域と施設が協同して安心して生活を送れる地域づくりを目指した取り組みを推進していきたい。