

# 安心して在宅生活を送るために

ご利用者の中で定期的に施設へ入所し、また在宅へ戻られるリピート利用を通して

介護老人保健施設 カトレア 介護支援専門員 鈴木



私たち老健施設カトレアからは地域包括ケアの中での老健施設の役割として、リピート利用による在宅支援のケースを報告させていただきます。地域包括ケアシステムの中で、老健施設ではどのようなサポートが出来るのか？ 1つのケースを通して振り返り、地域の皆様にも「老健施設ってこんなことが出来る」「困ったときはこんなふうに利用すればいいんだ」と知って頂ければと思います。

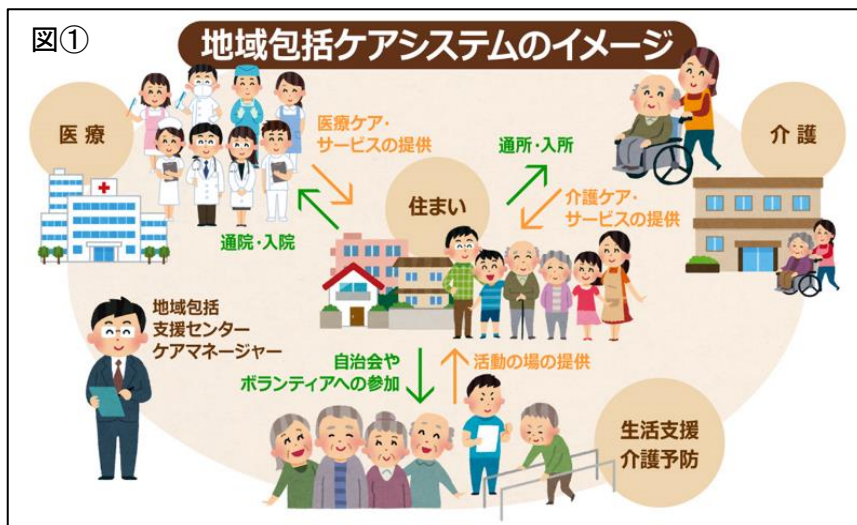
地域包括ケアシステムとは？ 図①：地域包括ケアシステムのイメージ

日常生活圏内（徒歩30分くらい）で地域が連携して1人の利用者を支えていくシステムで、国が2025年までに構築を目指しているシステムです。

このように基本は自宅や高齢者向け住宅等で過ごし、必要があった時に医療や介護、介護予防を利用する考え方です。

我々の業界では、「時々入所ほほ在宅」という標語がありますが、少子高齢化で国の財源が確保出来ない状況下で、1人の方が入院したまま、入所したままではなく、必要な時に必要なサービスをみなさんで使いましょうという考え方です。

その為には、地域のサービスの充実を図る事と、それぞれのサービスがその役割をしっかりと果たす事が大切になります。



では、地域包括ケアシステムの中での老健施設の役割は何かという事ですが、

そもそも老健施設のイメージは、病院から退院が決まっても、もう少しリハビリや生活環境を整えないと自宅へ帰れないという方の為のつなぎの施設というイメージが一般的だと思いますが、

地域包括ケアシステムの中での老健施設に求められている事は、老健施設退所後もデイケア、ショートステイ、訪問リハビリ等でサポートを継続していく事です。

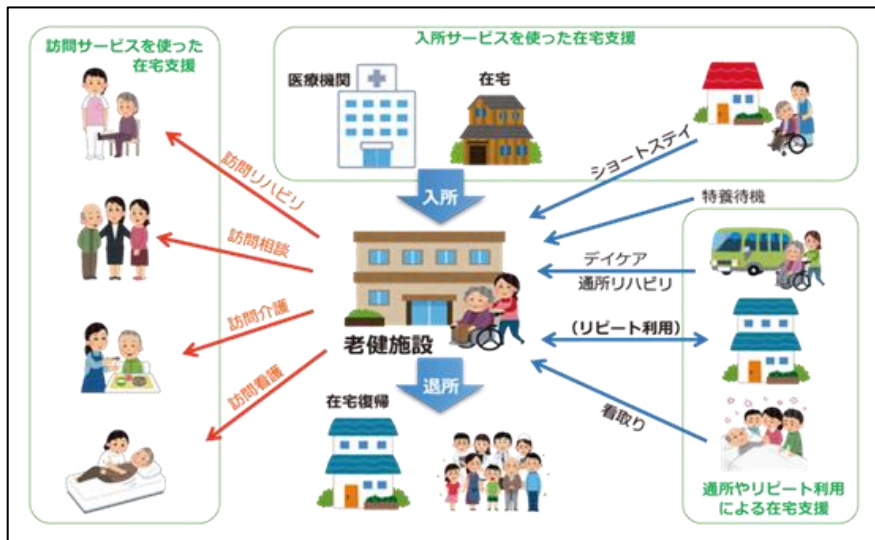
老健施設には、医師、看護師、リハビリ職、介護職、栄養士等の様々な職種が勤務しておりますので、

リハビリや介護者の休息等、様々な在宅での不安ごと等が出てくれば在宅復帰後も必要に応じて必要なサポートしていきます。（図②：地域包括ケアシステムにおける老健）在宅生活を継続出来るように、ご自宅へ退所された後も、在宅サービスを利用されながら、必要時には一定期間再入所してリハビリを行って、ご利用者の機能維持、向上や家族の休息の期間に当てたりする事で負担軽減をフォローしていく、老健独自のリピート利用について、1つのケースをモデルにお話しをしていきたいと思ひます。

ケース①

87歳（当時）女性の方で、認知症の進行と腰痛による痛みで自宅での生活が一旦は難しいと、ご家族も居宅ケアマネジャーも施設職員も考えていましたが、職員の在宅介護の負担軽減に向けた取り組みとリピート利用を提案した事でご家族の休息と先の見えない不安を軽減する事が出来て、自宅での生活が可能になったケースです。

カトレアが関わり始めたのは、H29年5月に近隣病院からの入所でした。入所となる前は、キーパーソンの娘様家族と同居され、週4回他事業所のデイサービスを利用されながら、自宅内ではほぼ自立された生活を送られていましたが、危険認識の低下により、転倒や1人で外へ出てしまう事があり、ご家族としても不安を抱えられていました。



図②

しかし介護保険サービスを利用されながらも45年間続けた書道教室も週1回続けられ、お弟子さんもついでにいました。

ところが、H29年5月9日に突如腰痛を発症され、変形性腰椎症の診断で近隣病院へ入院。病院からは骨折もなく1週間くらいの入院と言われていましたが、腰痛が強く寝たきりの状態となり、「そのままでは自宅へ引き取れないので、どうしよう」というのが、5月14日の最初の相談でした。

カトレアは在宅復帰強化型老健として、目標を達成し、ご自宅へ帰れるようになる方が増えているので、近隣の老健と比較しても自然とベッドの回転率も高くなり、診療情報などの必要な手続きがクリアされれば早く受け入れられる傾向があります。このケースも相談から5日後の5月19日には入所とされています。まさに必要な時に必要なサービスを・・・ということです。

入所当初娘様からは、痛みが取れて元のように動けるようになれば1ヶ月くらいで自宅へ引き取りたいとご希望がありました。目標は屋内歩行とトイレの自立でした。しかし不安も持たれていたようで、元のように生活出来るようにならなければ自宅では難しいとの思いもありました。入所後の経過ですが、入所後も強い腰痛が続いており、食事の時間も起きられず、ベッド上で摂取されることもありましたが、認知症の影響なのか10分後にはベッド上で活発に動かれていたこともあり、職員も対応に困惑していました。

また危険認識の欠如から、転倒や転倒未遂が続くこともあり、転倒リスクの高い方との認識を持ち始め、居室はサービスステーションの近くへ変更していただきました。

そんな中でも、本人が明るい性格であったこともあり、徐々に施設生活にもなじみ始めていきました。転倒未遂は相変わらず続き、職員も困惑することもありましたが、本人の「人の役に立ちたい」というお気持ちに注目し、エプロンやタオルたたみ等を行っていただくことで、徐々に落ち着いて過ごせる時間が増えていきました。本人は仕事を任されているという意識があったようです。結果、本人の生活のペースが確立されていき、危険な行動の軽減にもつながりました。これは随分効果がありました。

またカトレアで数年前から積極的に実施しているのが、入所後訪問と退所前訪問です。これは、ご利用者毎の必要に合わせて行っていますが、必要な方は入所後に自宅の環境を把握したうえで、個別の課題分析と目標設定を行い、福祉用具の提案にもつなげます。それを元にリハビリ、日常生活訓練と計画を立てて実施し、退所前にご自宅でご利用者が生活出来るか？ 何か調整が必要な福祉用具は無いか？等を居宅ケアマネジャーも含め情報共有や意見交換を行っています。

このケースの方は腰痛が強く、先の見通しが立たなかったため、最低限何が必要なのか？ 歩いてトイレへ行けるといっても何mくらいの距離があるのか？ 転倒をされていたと聞いていたのでどこが危ない箇所なのか？ 具体的な目標設定の為に入所後すぐに訪問させていただきました。

訪問の結果から具体的な目標を立ててリハビリを行っています。リハビリ職員の関わりとしては、入所当初腰痛がとても強く自立度も低い状態であった為、痛みのケアを中心に当初は介入しました。

また、認知機能に関しては入所時認知機能検査で30点満点中16点と見当識・記憶面での問題が見られた為、認知症短期集中リハビリも行いました。入所時は認知症進行遅延薬も使用していましたが、処方されていた病院Drの指示もあり中止となっていますが、特に大きな変化は見られませんでした。

排泄面でも入院中はオムツ対応でしたが、入所時から日中はトイレ誘導を開始し、夜間もオムツやポータブルトイレでは家族が対応出来ないとのことご希望に添い、細かく記録をとり

ながら何度かスタッフ間で話し合いや評価、見直しを重ね、紙パンツと大きめのパットで本人希望時に見守り行う事で、失禁なくトイレ誘導が可能になることが確認出来ました。

以上をもって入所から1ヶ月目に、ご家族、居宅ケアマネジャーも交えてのカンファレンスを行いました。そこでご家族からは腰痛の持続性についての不安、歩けるようにならないと在宅復帰は難しいので歩いているところを見たいというお話がありました。

老健施設は多職種が勤務している事もあって、ここにご家族も、居宅ケアマネジャーもカンファレンスに参加して頂く事で、不安を抽出し、解決に向けて意見を出し合っています。

カトレアではカンファレンスが1つの分岐点になっていることが多いですが、やはりカンファレンスでしっかり話し合う事が重要と考えています。

その後の対応としてリハビリ見学の機会を設け、実際の能力を見て頂いたところ、ご本人の様子に安心し、入所当初難しいと考えていた在宅への方向性が定まっていきました。同時に腰痛も軽減している所も確認していただきました。入所から2ヶ月程で痛み止めも必要なくなりました。そこで実際自宅で動けるのか、7月に入り、お試し外出をして頂くことになりました。

外出時の様子の聞き取りやへのフォローは続いていきます。改善方法の提案など、ご家族身体機能はリハビリや日常生活訓練で改善し、外出でうまくいけば在宅復帰も見えてくると、ご家族もスタッフも期待してい

## レポート利用の提案

先が見えない

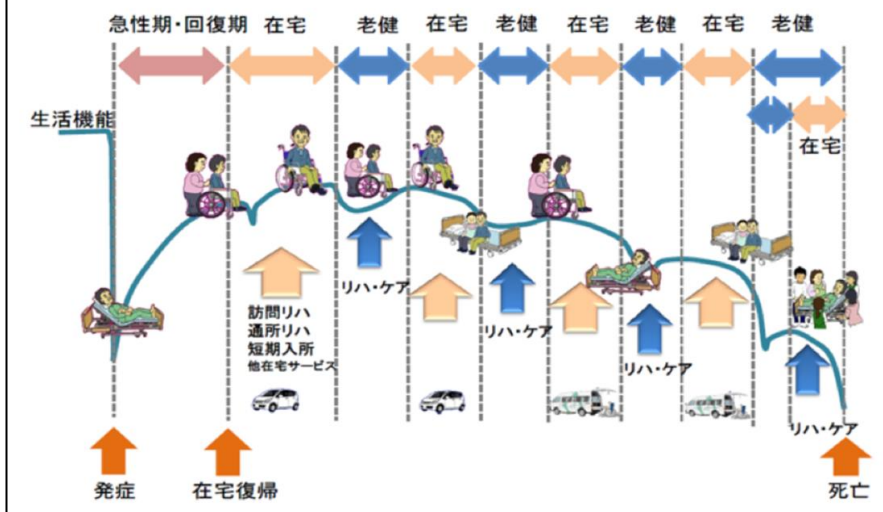


先が見える

予め1か月後にカトレアに戻るといふ計画で在宅を試してみるのはいかがでしょうかとお話した。



図④ 老健施設の在宅支援の結果としての看取り



にはいきませんでした。本人の認知症状に対してのご家族の負担が重かったようです。特に9月にはご家族が一瞬目を離した際に近所まで雨の中を1人で外出され、ご家族が探すという事があり、施設職員も、ご家族も「やっぱり無理かも」という感じになってしまいました。何度もフロア担当介護士や施設ケアマネで相談に乗り、不安解消出来るようにお話を聞きました。その反面、排泄や移動に関してはご自宅でも安定して行えるようになり、成果も見られていました。入所から3ヶ月経ちましたが、ご本人は帰りたいという気持ちをもたれたままでしたが、ご家族はまだ決断出来ず不安を強く持たれる一方で、「これから認知症が進んでいく事を考えると、今帰さなければ2度と帰れなくなるかもしれない。最後のチャンスですよ」と不安の中にもしっかりとした思いを担当介護スタッフへ語って下さいました。入所から4ヶ月が経過し、娘様と施設ケアマネで方向性について話し合いました。短期集中リハビリ期間も終了し、今後についてどうお考えか伺い、方向性については在宅も検討はしているが、先が見えない事が一番不安で、帰ったはよいが、どうにも立ち行かなくなった時に行き場所がないのが不安とお話がありました。そこで提案として、今回のお話のポイントになりますが、予め1か月後にカトレアに戻るとい計画で在宅を試してみるのはいかがでしょうかとお話ししました。

他利用者様でも計画的に入退所を繰り返されている方も増えてきている事、カトレアでは退所後のフォローも出来るだけ行っている事を説明しました。(図③：リピート利用の提案) 先が見えない在宅介護から、先がある程度見える在宅介護の提案です。在宅サービスがどの程度利用出来て、家族介護時間がどの程度なのか居宅ケアマネジャーと家族間で検討して返事をしますと答えてくださいました。在宅方向であればサービスがどの程度利用出来るか、在宅医との連携はどうするか等、細かく決めなくてはいけない事もあるので、居宅ケアマネジャーも含めてカンファレンスを行った方がよいと提案しました。娘様からは、1カ月なら出来そう・・・とのコメントがありました。老健施設職員として感じている事は不安や負担を消す事は出来ませんが、軽減は出来るという事です。11月に入り、退所の目処がついたところでご家族、居宅ケアマネジャー、カトレア職員にて退所前カンファレンスを行い、直近のご様子の再確認と在宅復帰後のサービスについて話し合い、まずは再入所日を1か月後に設定して、1ヶ月の在宅復帰となりました。在宅復帰後の様子ですが、カトレアのデイケアを継続利用して頂く事となり、継続したリハビリ支援を行い、歩行能力が向上しました。入所中はフロアが広いので、車いすでの生活でしたが、自宅内は歩いて移動されていたこともあり、デイケア利用後は日常生活でも歩行器歩行対応となりました。施設ではなく自宅で

実践的に生活する事でADLに変化も見られたと感じています。ここでも訪問を実施していて、継続的なかわりが続いていきます。自宅で書道の先生をされています。家族からは、早朝(午前5:30)に起きて掃除機をかけてしまうなど本人の行動面では困ったこともあったようです。自宅だと好きな物を食べて食欲も上がったようです。デイケアでは家の中を安全に移動し、役割である書道の先生を継続できるように目標設定となりました。12月21日 予定通りカトレア限定入所。今後は期間については未定ですが、春先頃に在宅復帰予定です。

老人保健施設は様々な事業所との関わりが持てる存在でもあります。国は地域包括ケアシステムを推進し、2025年までの構築を目指し、その整備を行っています。老人保健施設も在宅支援、リハビリ、看取り機能と求められる役割は多岐に及んでいます。それは多職種が共存する他にはない事業形態の強みであり、期待であると思います。私たちは在宅支援施設として、ただお預かりするのではなく、在宅生活を念頭に置き、訪問、リハビリ見学、介護指導等、積極的にこれからも取り組んでいきたいと思っておりますので在宅支援機能を必要な時にご利用頂ければと思います。