

いわゆる「自立支援介護」について

守里苑 POD カレッジの取り組み

自立支援介護

デイサービス

自己実現

香川県・高松市

特別養護老人ホーム しゅりえん 守里苑

管理者・竹本 たけもと きょうすけ 恭輔

野上 貴史

和泉 安津砂

E-mail syurien@syurikai.com

今回の発表の施設
またはサービスの
概要 9p

POD (Possibility of doing) は「可能にする」。それぞれが持つ夢や、描く未来を「可能にする」という意味が込められた通所介護事業所は、昔、金銭等の理由により学校に通えなかった人達の夢を叶え、障害や疾病に関わらず可能性を引き出す授業を毎日行っている。

<取り組んだ課題>

平成 28 年 11 月 10 日に開催された未来投資会議において「2018 年度介護報酬改定で、自立支援によって介護度改善させた事業所に対してインセンティブ処置を導入すべき」「自立支援の標準的な取組を行わない事業所に対するディスインセンティブとなる仕組みも導入すべき」としている。

「自立支援介護」の視点を水分、食事、運動、排泄による画一的な評価基準にはめこみ、利用者の自立支援を評価するような制度改正が行われることを危惧し、自立支援している通所介護事業(守里苑 POD カレッジ) の取組をここに報告する。

<具体的な取り組み>

守里苑 POD カレッジ利用後の生活状況や介護度の動向を探り、高齢者の自立支援とは何かを検証する。

- ・期間 平成 27 年 6 月ー平成 28 年 11 月
- ・対象者 守里苑 POD カレッジ利用者 19 名

(内、認知症診断者 14 名)

- ・サービス提供時間 9 時 00 分ー16 時 30 分

- ① 通所介護を college (大学) と位置付け、学部は、芸術学部、家政生活部、経済学部、体育学部とする。
- ② 1 日 3 限の授業 (1 限 90 分) を行う。
10 時 30 分ー12 時 00 分 (1 限目)
13 時 00 分ー14 時 30 分 (2 限目)
14 時 40 分ー16 時 10 分 (3 限目)
- ③ 全ての授業時間に 3 科目の授業を実施し、何を受講するかは学生 (利用者) が決定する。
- ④ 講師は全て、外部講師を非常勤 (科目に対し専門知識を取得している者) とする。
- ⑤ 地域に対して公開講座等を実施する。
- ⑥ 平成 27 年 6 月と平成 28 年 11 月の状況を比較・検討する。

<活動の成果と評価>

平成 27 年 6 月ー平成 28 年 11 月 介護度の比較
要介護度改善 (要介護 5→3、要介護 4→2 計 2 名)、
要介護度維持 (13 名)、要介護度悪化 (4 名)

・認知症発症者が、体調の変化により、一時的に ADL が悪化したことで認知症が進行し、4 名の介護度が重度化した。

しかし 4 名共、現在 BPSD は表出しておらず、自宅での生活も以前と変わりなく過ごしている。

これは、一度認知症の進行により介護度が悪化したとしても、利用者の可能性を引き出すことで、自立に近づける取組が可能であると考えている。

地元の小学生を招いて開催した公開講座により、サービスを受ける立場から与える立場になり、現在の自分たちの姿を社会に活かす喜びを感じることができ、記念祭では学生 (通所介護利用者) から、青春時代にかえったようだと、驚きの声を聞くことができた。

要介護度を改善する支援は重要であるが、一つの視点からのみ評価を行い、インセンティブ処置導入を考えることに疑問が残る。

<今後の課題>

- ・自立支援、自己実現を可能にする為に、利用者本人の能力を引き出し続けることが重要である。
- ・高齢者の自立支援を広い視点から捉え、水分、食事、運動、排泄のみがクローズアップしないよう、「高齢者が生きる」という視点からデータを収集する必要がある。
- ・特別養護老人ホームにもインセンティブ処置を導入した場合、サービス事業者が要介護度改善のみを目的に利用者を選別しない注意が必要である。

<参考資料など>

- ・全国老人福祉施設協議会 全国老施協発第 1759 号
- ・未来投資会議平成 28 年 11 月 10 日資料

特別養護老人ホームの使命

在宅復帰の視点から考える

特養の使命

在宅支援

看取り

香川県・高松市

特別養護老人ホーム しゅりえん 守里苑

施設長・野上 のがみ たかふみ 貴史

岩瀬 恵子

長谷川 義弘

E-mail Address syurien@syurikai.com

今回の発表の施設
またはサービスの
概要 9p

特別養護老人ホーム入所者 60 名、併設ショートステイセンター10 名の従来型施設。
平均年齢 男性 83 歳、女性 85 歳。要介護度 5 (27 名)、要介護度 4 (23 名)、要
介護度 3 (10 名)、要介護度 2 (1 名) 平均介護度 4.3

<取り組んだ課題>

平成 27 年 4 月から特養の入所対象者は原則として
要介護度 3 以上となり、施設利用者は以前にも増し
重度な人が多く利用するようになった。

重度化対応が求められる特別養護老人ホーム（以
下、特養）において、自立支援を行うことのみがク
ロウズアップされ、加算・減算の検討が未来投資会
議で議論されることに疑問がある。

そこで、高齢者の生きる姿と向き合い、「老い」を
受入れ「死ぬ」という過程を振り返り、特養が持つ
役割とは何かを考える機会にしたい、ここに特養か
ら自宅に帰り永眠した一人の事例を報告する。

<具体的な取り組み>

M 氏 女性 平成 21 年 8 月入所

- ・入所時面談実施（本人、家族、嘱託医、看護師、
生活相談員、）
- ・平成 28 年 2 月 19 日 急性期脳梗塞
- ・平成 28 年 3 月 14 日 息子の希望で退院
- ・退院時より食欲は不振
- ・平成 28 年 3 月 14 日 担当者会議を実施
（自宅で最期を迎えさせたいと息子の意向有）
- ・平成 28 年 3 月 21 日 在宅での支援について入院
先主治医と面談（家族、ケアマネ、相談員）
往診は難しいとの返答あり
- ・平成 28 年 3 月 23 日 息子が嘱託医と面談
（往診可能。息子は自宅での看取り意思を固める）
- ・平成 28 年 3 月 26 日 食事が更に低下。浮腫が
現れる。
- ・職員から息子へ自宅介護が可能な環境づくりを早
急に進めたいと連絡する。
- ・平成 28 年 3 月 26 日 嘱託医に相談。帰れるチャ
ンスは今しかないということで、訪問看護事業所、
訪問介護事業所、福祉用具に連絡。準備開始。
- ・平成 28 年 3 月 28 日 11 時に自宅に帰る。

- ・平成 28 年 4 月 1 日午前 2 時 00 分息子が自宅で
見守る中、永眠。

<活動の成果と評価>

息子の想いを叶える為に、施設職員、嘱託医、訪
問看護事業所、訪問介護事業所、福祉用具事業所が
方向性を同じに取り組んだ結果、自宅での看取りが
可能になった。

息子から、最後は住み慣れた家に母親を帰らせる
ことができ良かった。家に居ても、嘱託医や職員が
見に来てくれた。不安はあったが、多くの人たちの
助けがあり家で看取れたことに満足している。とい
う言葉を聞くことができた。

しかし、息子が自宅での介護を決意するまでには、
自宅で看取りたいという気持ちと、76 歳で再
び介護者になるという現実には大きな不安と葛藤を
抱いていたのも事実である。

この二つの気持ちをサポートする為に、居宅開催
の担当者会議に特養職員が出席。また、信頼関係が
構築されている特養職員が自宅へ訪問するなどし、
本人や家族へのフォローを行うことで不安軽減に
繋がった。

特養が重度化の方向に進んでいく中、誰もが必ず
直面する「死」について、早くから本人や家族を交
え方向性を検討し、支援していく体制を構築してい
くことが特養に求められる重要な役割の 1 つである
と再認識した。

人間の「老いて死ぬ」という自然の摂理をあるが
まま受入れ、そこに価値を見出せる実践を積み重ね
ていく必要性を強く感じている。

<今後の課題>

- ・特養において「老いる姿」をありのまま受入れ、
評価する仕組みの構築
- ・「医療」ではなく「福祉」の視点からエビデンス
を追求する仕組みの構築