

21 「社会福祉法人の地域貢献事業と 小規模多機能型居宅介護事業について」

社会福祉法人さくら福祉会 久野美文 津谷真帆

1 取り組みの経緯

平成18年介護保険の改正で創設された「地域密着型サービス」を通して社会福祉法人の地域貢献事業について当法人の取り組みを報告する。

平成12年介護保険の導入に伴い、それまでの「措置入所」に対応する「収容施設」として昭和57年設置の特別養護老人ホームを運営してきたのであるが、制度が「契約入所」に変わったことから施設の運営をどのように改革するかという課題に取り組んだ。

(1) ユニットケアへのパラダイムチェンジ

平成13年12月、笠岡市で開催された「全国ユニットケア研究会議」に参加した時、にその答えを見出した。

代表の武田和典氏が1400人程の参加者に対して、「貴方もしくは、貴方の大切な人が要介護の状態になったとき自分の施設を利用しますか?」と会場に問いかけた。手が挙がったのは10人余りの光景だった。

当法人の経営する特別養護老人ホーム「さくら園」に戻り、全職員に同じ問いをアンケート形式で行った。答えは自分も含めて98%の職員がNOであった。

無記名のアンケートで行った事も有り、後で理由を職員と検討した。

出た理由は、永年の措置入所で培った収容施設のケアの総括のように思えた。

施設が定めた「日課工程」にあわせて、6時起床・7時半朝食・朝の体操・着床・おむつ交換・一般浴介助等プログラムに沿って対象の利用者に対して処遇と称して画一的に提供されていく状況であり、それに対して「自分や自分の大切な人が利用者であったら」と考えると「利用したくない。」という答えになった大きな要因は、利用者のニーズでは無く、日課を遂行するための業務意識が主なものであった。

職員と検討しながら、80人定員の施設を4つのユニットに区分し職員全員で80人の利用者を介護することから、20人程度の小規模なユニットに職員を分け施設の中で生活感を醸し出せるリビングを作り、平成14年からユニットケアに取り組んだ。

(2) 職員の意識の変化

利用者と寄り添う時間を増やしたところ、徘徊が多い利用者に変化が見られた。徘徊が少なくなり、落ち着いた生活が見られるようになった。

反面、業務日課に沿って忙しく業務を行ってきた職員に変化が見られた、職員の徘徊?。次の仕事を定められていたものから、利用者本位の生活を優先すると次が見えてこない。私がユニットに出向くと利用者や寄り添っている事が過去の経験上に起因するのか「仕事をしていない」ように感じるのか、その時間帯に必要な無いお絞りを取りに行ったりする光景を見て「職員の徘徊が始まった」と感じたのだ。

職員と話し合い、利用者や寄り添う事の大切さと利用者個々のケアプランの必要性を強く感じ利用者の24時間をシートに落とし、介護を一方向的に提供することから残存機能を尊重したケア・サポートに重きを置くように変化した。

2 平成18年介護保険制度の改正と生活圏域の新たな考え

平成18年の介護保険制度の改正で「地域密着型サービス」が創設された。松阪市も第3

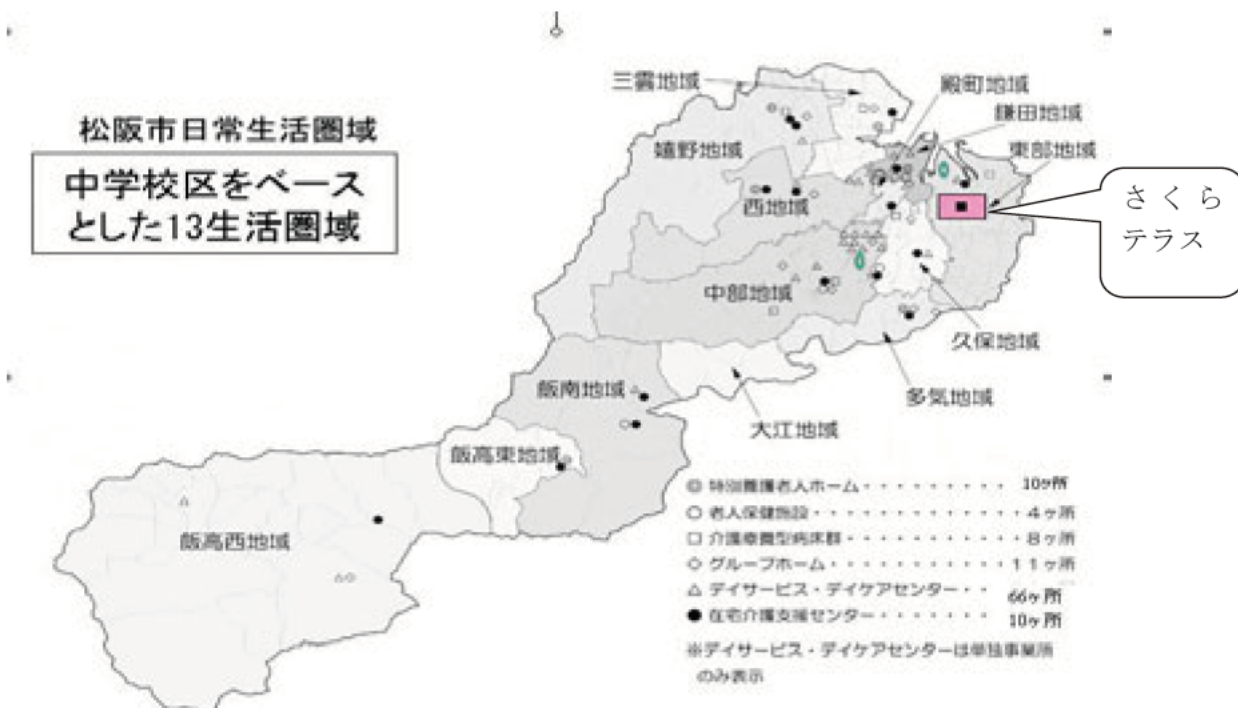
期介護保険計画で「地域密着型サービス事業整備計画」が示された。

それまでの「点（広域）」の考えがから市町で「生活圏域の設定（地域密着）」が求められる「面」の介護保険サービスにパラダイムチェンジが行われた。

大規模施設が施設内を小分けしユニットケアに取り組んだのと同じくすると感じた。

（１）生活圏域の設定

当法人が所在する松阪市は生活圏域の設定に中学校区を基準とし市内の13中学校区を生活圏域とした。



3 市町の認可の意味

過去の施設整備は県の認可であったものが、地域密着型サービスは市町が「地域密着型サービス事業整備計画」に基づいて認可を行うことに移った。

県認可の際は、その事業に対する「意見書」を市町が添えて事業認可が行われたのであるが、市町認可に変わると「意見書」は地元の「自治会の同意書」が必要となった。

地元で十分に説明を行い、同意を頂く事がいかに大変かを法人として勉強させて頂いた。

介護保険の制度の説明・平成18年介護保険改正の経緯・何の為に・誰の為に、を解いて地域の方々に説明を重ねた。

内容は、次のとおり行った。

- ・ 松阪市「地域密着型サービス」第3期介護保険計画
- ・ 当法人の概況・事業展開状況
- ・ 地域密着型サービスの役割
- ・ 松阪市の生活圏域の説明
- ・ 2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業の機能と使い方の説明
- ・ 事業コンセプトの説明

4 平成19年3月東部生活圏域で「さくらテラス」開所



レイアウト

地域密着型サービス3つのサービス事業をパッケージ

- ①グループホーム 9人入居(松阪市内全域向け)
- ②小規模多機能型居宅介護 25人登録(原則として東部生活圏域の住民)
泊まり 5名・通い15名
- ③認知症デイサービス 12人(松阪市全域向け)



事業内容としては認知症対応型共同生活施設(グループホーム)、認知症対応型デイサービス、そして小規模多機能型居宅介護の3事業複合施設である。介護保険事業はもとより、地域の方々が集えるように足湯や喫茶を整備した。

当初は介護保険の事業を充実させることに終始してきたが、地域密着型サービスとして産声を上げた以上、どのように地域と関わっていくかが課題であった。

一言で地域と言っても、地域は人と人との関わりであり、実際にご利用者様の生活を重視し、そのフィールドに赴き関わっていくこととした。

関りを繰り返すことにより、自ずから関係性は生まれてくるものである。また、運営推進会議の委員の方々、地元小学校の先生や自治会の方々を通じてその和は紡がれてい

く。

こちらが利用者のフィールドに出向いていき関わることで生まれた地域の方との関わりの事例を挙げさせていただく。

（1）取り組み内容「Mさんの思いを大切に」

①利用前の様子

当初は小規模多機能型居宅介護を利用していた妻 T さんの主介護者であった。当時 M さんは虚弱な息子と、認知症のある T さんと三人暮らしをしていた。しかし平成 20 年 3 月に介護疲れからか脳梗塞で倒れ、総合病院に入院、軽度の歩行障害と言語障害を発症したが老人保健施設での療養とリハビリの成果もあって自宅で生活できるまで回復。平成 20 年 6 月老人保健施設退所と同時に当施設を利用するに至った。

②サービス利用前の準備段階の様子

自宅に戻る前に老人保健施設の相談員はもとより、家族、理学療法士、そして近所に住む親戚もカンファレンスに参加していただき自宅へ戻る準備を行った。手摺、段差等住宅改修も実施。主治医にも連携を依頼。

③利用開始時の様子

T さんの主介護者としてテラスとも関わりのあった M さんは地元の方も沢山来ている当施設に週二回通い始める。自宅に戻られた当時は「私は家の大黒柱である、特に悪いところはない」という意識が強かった

④次第に見えてきた生活課題

・『服薬が規則正しく出来ない』

徐々にテラスに慣れてきたころ、実はお薬がきちんと飲んでいないということが分かった。配薬カレンダーを購入していただき家族に確認して頂くようにしたが、家族も自分の服薬管理で精一杯であるということがわかったため、通いの日以外は毎日訪問を実施し、配薬と安否確認（火の元の注意や車の運転への注意等）を行うことになった。本人自身薬の管理が出来なくなってきたこと、物忘れの自覚症状があったことからスムーズに受け入れていただき、この毎日の訪問から信頼関係が生まれた。

・『通院が出来ない』～かかりつけ医院との連携～

かかりつけの T 医院にも、在宅復帰当初は車で行かれていたが非常に危険が伴うため、息子かさくらテラスが送り迎えをすることになった。当初は送り迎えのみであったが自分の訴えをうまく言語障害があり伝えられないと T 医院の看護師に聞いたため、診察があるときには付き添うようになった。付き添うことにより、主治医とも連携が図れるようになり、普段の状態説明や本人の普段話す訴えを代弁したり、問題点を話し合うことも出来た。薬に関して飲み忘れが多かったことから、確実に服薬できるように、朝に重要な薬を集中させてもらったり、ふらつきの訴え時は点滴を実施して頂くことも（あまり効果なく気持ちの問題もある様子だったが本人が非常に望まれていたため）了承していただけた。

・『地域住民との連携』

男性の 2 人暮らしであったため、食事も偏りがちで弁当類が多く、料理をしても味付けが非常に濃く野菜物が嫌いだったが、そのことを近所の方に話すと野菜の差し入れを

持って来て頂くこともあった。冷蔵庫の中を近所の方が整理し、報告してくれることもあった。

また、隣に住むお寺の奥さんが通いの荷物を用意して、最初の頃は送り出しをしてくれた。ご近所の本来持っている相互扶助の精神がテラスの利用により深まったものと推測される。この地域の見守り体制はすばらしく、薪狩りをはしごに登ってしているときや、一人で T 医院に車で行かれていることが分かったと、テラスに心配して連絡が入ることもあった。

・『妻ともう一度暮らしたい』

また、M さんの一番の望みは自分が倒れたため施設に入所せざるを得なかった妻と再び住み慣れた自宅で暮らすことであった。しかし、現状その夢をかなえるのは難しく、私達に支援できるのは入所している妻に会うために、M さんを連れて行くことであった。時には同じ在所の友達と一緒に出かけられることもあった。認知症が進み、時には M さんを夫と理解出来ないときもあったが、M さんはとても嬉しそうにいつも手を握り締めて離さなかった。

⑤Mさんから学んだこと

私たちはその方の生活を支援しているだけでなく、その方の思いも支援しているところのご夫婦を見るたびに強く思うのであった。そして、その姿を通じて、私は自分たちが進むべき道を再確認するのだった。小規模多機能型居宅介護は、一人ひとりの思いに添った支援が出来ると思っている。

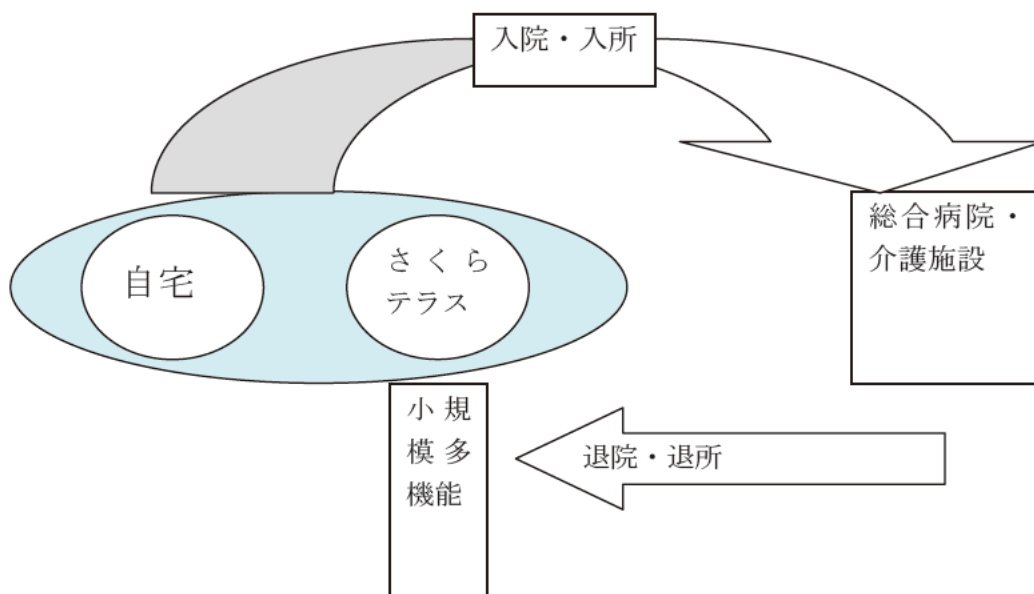
T さんへの面会をした翌日、平成 21 年 9 月 12 日 M さんは心筋梗塞で倒れた。8 時間にわたる緊急手術を行い現在も病と闘っている。90 歳の誕生日である 9 月 15 日は目前だった。T さんへの面会を済ませた後、車の中で M さんは私に「ありがとう、ありがとう。T のためにも頑張るわ」と言っていた。そして涙ぐみながら「いつか一緒にまた生活したい」と言っていた。この先、一緒に生活できる日は来ないかもしれない。しかしその思いを大切に、大切に支えて行きたい。遠くに住む娘さんが手術の結果を報告しにテラスに来た時、「やはり、あのまま父の反対を押し切って施設に入れておいたほうが良かったのでしょうか」と涙ぐまれた。しかし私は胸を張って「本人は生まれ育ったこの土地にまた戻ってこれて、幸せだったと思います」と伝えた。

言葉で言う以上に、認知症は、ある人が住み慣れた地域で暮らし続けることはたやすいことではない。自分の思いを全うさせることは本当に難しい。家族環境、地域の理解、医療面でのサポート体制、様々な力を集約し支えていくことが必要である。小規模多機能型居宅介護の特質は、その人の生活に合わせたきめ細かな対応が可能なことである。サービスとサービスを単に組み合わせるのではなく、その人を中心に置き、みんなで考え作り上げていくことが必要である。家族や小規模多機能型居宅介護の職員だけではなく、その人を取りかこむ人がチームとなり支えていくことが必要不可欠である。



事例報告 さくらテラス管理者 津谷真帆

5 地域で暮らすための新たな取り組み



何らかの原因で、在宅介護から病院又は介護施設の利用を余儀なくされ、在宅復帰を目指し退院・退所を考えると、自宅への復帰には様々な困難を生じる。

急性期を経て退院の場合、比較的ADLが保たれにも拘らず認知症の症状が出た場合家族は戸惑う。

経験した事例の中で病院からの退院時「さくらテラス」にて『泊まり』サービスを利用し、在宅復帰のための支援を可能にしたケースがある。

(1) モニタリング（泊まりサービス）

在宅で生活する場合を想定して「何が出来るか、出来ない部分でどのようなサポートを必要とするか」の現状認識をいう。

(2) 逆デイ（一時帰省の同行訪問サービス）

「小規模多機能居宅介護事業所」から家族の受入可能な日時を調整し、自宅へ日中の一時帰省を行った。

(3) 逆ショート（ミニ一時帰省）

家族の受入可能な日時を調整し、自宅へ一泊でミニ帰省を実施。

(4) 在宅生活のケアプラン作成

入院前と逆デイや逆ショート時の帰省時の状態を家族とケアマネージャーで検討し、利用者の現状の理解を深め、利用者が何を求めているのか本人の思いを基本に段階的に在宅へ戻していく取り組みを経験した。

6 運営推進会議の役割

地域密着型サービス事業所は、地域と連携し、地域に密着した運営が特徴で、国の基準で「運営推進会議の設置」が義務付けられている。（2006年3月14日厚生労働省令第34号「指定地域密着型サービス事業の人員、設備及び運営に関する基準」第85条（地域との連携等））

運営推進会議の立ち上げの説明で「何の為に」の部分で、「2015年の生活圏域に於ける

高齢者介護」を説明した。

説明会に参加されていた方々に「2015年皆さんはどのようにお過ごしですか」と問うと、「あと7年ワシは80歳・65歳」と自分の立ち位置で、意見を出される方が多かったことが記憶に強く残る。

超高齢化へ向けて、地域密着型サービスを展開することは「介護が必要となっても、認知症になっても、自分らしく地域で暮らし続けることが出来るように」という共通認識の下でそれに備えた「まちづくり」に参加していくことであると実感している。

地域で暮らすための新たな取り組み事例等を報告し、認知症や介護が必要な状態になっても地域を離れることなく過ごせる地域密着型サービスの利用の仕方や、住み続けることの出来る「まちづくり」を運営推進会議を通して進めている。

7 東部生活圏域でのさくらテラス運営推進会議の構成と活動

- (1) 利用者、利用者の家族、地域の代表者（自治会の代表、民生委員、まちづくり団体の代表等）地域包括支援センター、社会福祉協議会、有識者（主治医）で20名の構成となっている。
- (2) 主な内容は、概ね2ヶ月の間の事業状況の報告と、取り組み事例の報告。
- (3) 地域との連携と共働事業（認知症サポーター100万人キャラバンへの参加〔オレンジリングの取得 現在600名〕）
- (4) 認知症になっても安心して暮らせるまちづくりワークショップの開催「我まちの安心・安全・愛情の確認」

8 まとめ

現在当法人が設置経営する「地域密着型サービス」は、飯南生活圏域で小規模特別養護老人ホーム『さくら橋』（定員29名）、多気生活圏域で認知症対応型共同生活施設『グループホームさくら』（2ユニット18名）、東部生活圏域で『さくらテラス』小規模多機能型居宅介護（登録25名）、認知症対応型デイサービス認知症対応型共同生活施設（グループホーム）（1ユニット9名）であります。各々に運営推進会議を設置し、地域の高齢者介護の担当者として事業を展開しています。

今後の取り組みとして、老朽化に伴う移転新築工事中の『さくら保育園』（殿町生活圏域）の跡地利用に関して、勉強会を開催し2015年へ向けた成熟したまちにする為の議論を展開していく予定です。

社会福祉法人として「サービスの質の確保と向上を高める」に当たって、地域に開かれた法人経営のあるべき姿は、地域の福祉サービスの核として地域展開をしていくことが、社会福祉法人の地域貢献事業に繋がっていくものと考えここに報告します。