

絶対家に帰りたい

～90代夫婦の絆～

社会福祉法人 溪仁会

介護老人福祉施設 手稻つむぎの杜

高澤 美里 百武 駿太郎

はじめに

入居者(妻)

家族(夫)

家に帰りたい

高齢

基礎疾患

身体状況

介護力脆弱

倫理的配慮

本発表にあたり、対象者の個人情報と
プライバシーの保護に配慮し、同意を得た
写真の使用についても説明・同意を得ている

対象①

A氏(妻)



年齢：90代前半 介護度：要介護4

身長：144.0cm 体重：29.4kg

既往歴：肺結核、慢性気管支炎

→ 常時咽頭部に痰貯留あり

A D L：食事は一部介助、移乗・移動・

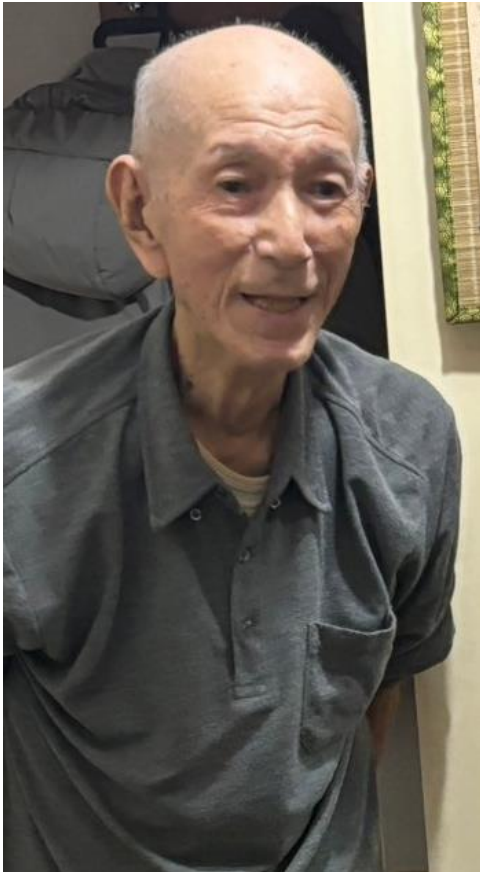
トイレ等は全介助

認知面：数時間程度の記憶保持可

理解力低下

対象②

家族(夫)



年齢：90代前半

介護度：要支援2

身体状況：呼吸器疾患あり、50m程度の
短距離歩行にて努力呼吸あり

認知面：A氏と同程度に低下みられる

※A氏の主介護者だがその他協力者なく、
介助全般を担う必要がある

在宅生活～入居までの経過

2023年1月 市営住宅にて夫と二人暮らし

屋外で転倒し左大腿骨骨折のため入院

2023年2月 リハビリ目的で転院



在宅復帰ができる程の機能回復得られず
食事以外は全介助レベル

2023年7月 在宅復帰困難のため手稲つむぎの杜入居

入居～取り組み開始までの経過

2023年7月 入居直後から

A氏 いつ自宅に帰れるのか、夫と暮らしたい

夫 リハビリをして歩けるようになったら帰れる



①病院から在宅復帰困難なことは説明済

②施設にはリハビリ体制がないことは説明済



二人とも施設の理解がされていない？

入居～取り組み開始までの経過

2023年7月 再度施設の説明と今後の意向を確認

夫

リハビリをして元気になったら帰れると思ってた
リハビリができる病院だと思ったから来たのに
家に帰れないならここにいる意味がない



自宅近隣かつリハビリが充実した病院・施設への
転居意向を確認

入居～取り組み開始までの経過

2023年7月 自宅近隣の病院・老人保健施設へ転居調整

保証人がいない

在宅復帰が難しい状況だが
在宅復帰の強い希望がある

➡ 以上が理由でいずれも入院・入居不可の判定

A氏 どこもないならここにいるしかないじゃない

➡ 施設生活の継続で合意される

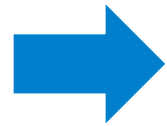
入居～取り組み開始までの経過

2023年8月 合意から3週間後…

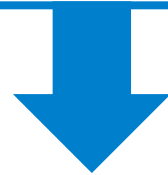
夫 いつになったら家に帰れるんだ？

介助量と介護力

A氏・夫の身体状況



在宅復帰は難しいことを再度説明し合意



2024年1月 半年間3～4週間おきに同様のやり取りが行われる

入居～取り組み開始までの経過

2024年1月 情報共有と今後の方向性を職員間で協議
全職種一致で在宅復帰は困難と結論を出す

2024年2月 担当者会議開催し、在宅復帰の難しさを再度説明

A氏

夫と一緒に居られるから家がいい

夫

病院や施設で死ぬということは考えられない
死ぬなら家で、と思っている

入居～取り組み開始までの経過

2024年2月 夫婦に強い思いがあることを職員間で共有
その上で今後の方向性を再協議



実際の介助を体験し、在宅復帰への思いは
変わらないかやってみてはどうか？

移乗介助

車いす操作

入居～取り組み開始までの経過

こんなに立てないとは思わなかった…

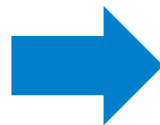


入居～取り組み開始までの経過

2024年2月 何度か介助を体験

移乗介助 夫の息切れ、疲労強く転倒リスクも高い

車いす操作 操作方法を覚えられず



移乗介助は難しい

2024年3月 再度意向確認

A氏 早く家に帰りたい

夫 (介助) できると思う、大丈夫

入居～取り組み開始までの経過

2024年3月 職員間での情報共有、再協議

在宅復帰への想いは変わらない



在宅復帰の支援を行うことを決める

まずは最低限夫が行う必要のある介助を練習

練習しながら都度意向に変化がないか確認

家屋調査

外階段(自宅2階)



A氏の部屋



リビングスペース



在宅復帰への課題

- A氏の身体機能の理解不足 —— 本人の身体状況を夫に伝達
- 脆弱な介護力 —— 介助の選定、在宅サービス検討
—— 各種介助方法の伝達・練習
- 居住スペースがない —— 家屋清掃、環境調整
- 福祉用具がない —— 福祉用具選定、使用方法伝達
- 在宅生活継続困難時の準備 —— ショートステイ利用準備
- 認知機能面に対する介入 —— 介助手順等の視える化

課題へのアプローチ（介助の選定）

* A氏の身体機能の理解不足

* 脆弱な介護力

習得が必要な介助

食事

飲水

ベッド
操作

服薬

口腔
ケア

サービス調整

入浴

食事
準備

排泄

課題へのアプローチ（介助練習）

週3～4回
施設で練習

* A氏の身体機能の理解不足 * 脆弱な介護力

練習の中で
A氏自身が

できること

できないこと

を何度も繰り返し伝える



課題へのアプローチ（サービス調整）

* A氏の身体機能の理解不足 * 脆弱な介護力

家屋調査、清掃と並行して施設に併設する

居宅介護支援事業所“ケアプランセンター溪仁会西”に
ケアマネジャー担当を依頼



在宅
サービス
調整

訪問診療、訪問介護・看護、
訪問入浴、配食サービスを調整

課題へのアプローチ（家屋清掃）

* 居住スペースがない



BEFORE



AFTER



課題へのアプローチ（福祉用具選定）

* 福祉用具がない

ベッド選定



設定した角度
まで上がる



食後の体位

課題へのアプローチ（受け入れ準備）

* 在宅生活継続困難時の準備

施設併設のショートステイセンターつむぎ（SS）

在宅復帰後に何らかの事情により生活継続が困難な場合
速やかに利用できるように、あらかじめ空床を準備



併設事業所の利点を生かし、入居中のA氏の状況を
SSスタッフが実際に見て事前に情報共有を図る

課題へのアプローチ（見える化）

* 認知機能面に対する介入

曜日カレンダー

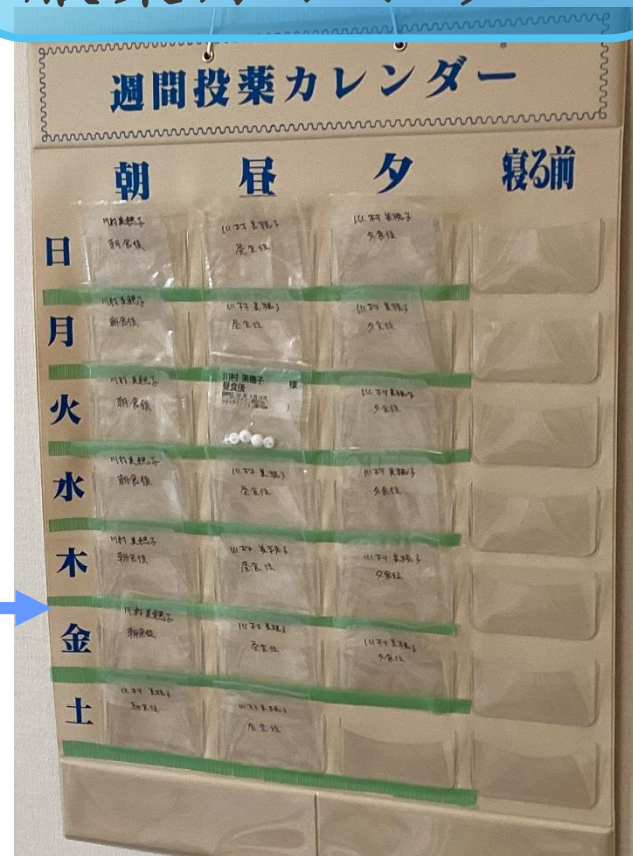


訪問介護でめくる

予定を入れられる

列ずれ予防ライン






服薬カレンダー



課題へのアプローチ（見える化）

* 認知機能面に対する介入

介助スケジュール

朝食 8:00	弁当	
水分 10:00	水分	
昼食 12:00	エンシュア・水分	
水分 14:30	水分	
夕食 16:00	弁当	

ベッド横に掲示

食事の手順表

- ①お茶にトロミを付ける
- ②薬を準備する
- ③ベッドを操作（起きる）
- ④食事を食べる
- ⑤薬を飲む
- ⑥歯を磨く
- ⑦ベッドを操作（寝る）
- ⑧背中にクッションを入れる

食事 → 与薬 → 口腔ケア
→ ポジショニング

取り組みの成果と評価

習得できた介助

食事

飲水

ベッド
操作

服薬

口腔
ケア

訪問介護・入浴 配食サービス

入浴

食事
準備

排泄

取り組みの成果と評価

2024年5月 在宅復帰当日



A氏 夫

家に帰って
今が一番幸せだ



A氏、夫の
満足度は高い
と考える



取り組みの評価・考察

つむぎの杜としては在宅復帰の前例が乏しく
加えてA氏、夫の認知面、介護力脆弱等があり
様々な葛藤を抱えながらの支援となった

その中で多くの職種が連携できたこと、なにがあっても
諦めない夫婦の強い思いがあったことで在宅復帰が達成
されたと考える

おわりに

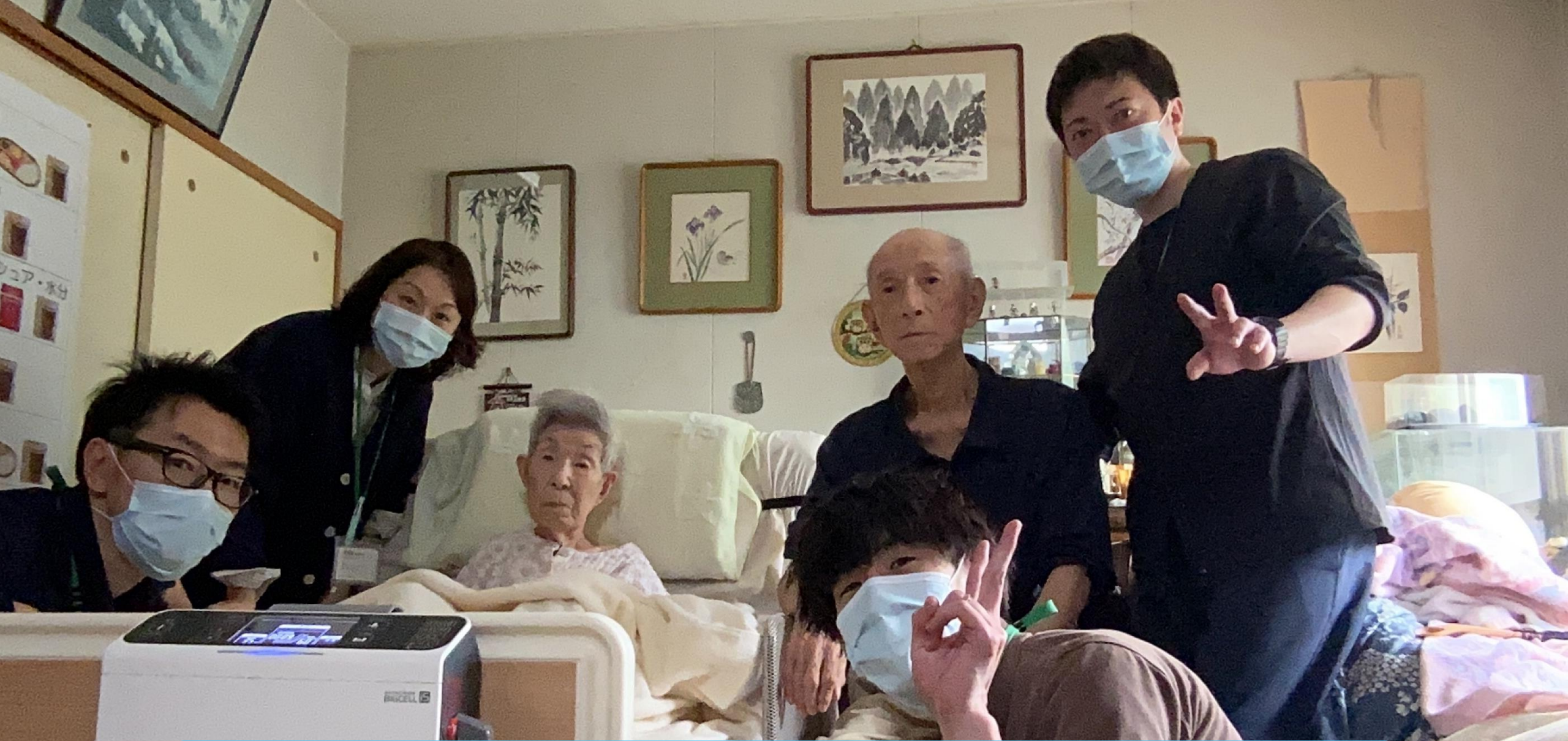
今後も在宅復帰を希望するケースがあると予測されるが
ただ自宅に帰るだけではなく“その人らしさ”に向き合
いながら、専門職として状況に見合った提案をしていく
ことがこれからの課題であるとともに

“特養だからできない”

ではなく

“特養だからこそできる”

を模索、実践していきたい



ご清聴ありがとうございました