

老施協総研 平成 26 年度調査研究助成金事業 報告書

地域包括ケアにおける高齢者施設の役割及び事業展開に関する調査研究

「家族・地域のつながりの再構築」にむけた
介護保険施設相談員の支援のあり方に関する
調査研究

公益社団法人 日本社会福祉士会

はじめに

現在、わが国では、高齢化率が3割を超す2025年の超高齢社会にむけて、地域包括ケアシステムを構築し、その実現を目指しています。しかし、その中で高齢者施設の地域包括ケアシステムでの位置づけは明確ではなく、地域とのつながりを主に担当する生活相談員のソーシャルワーク機能については、現時点でも十分に明らかにされているとは言えません。その一方で施設に対し、施設内で入所者のケアを提供する役割だけではなく、地域の中で施設機能を展開することが求められています。本研究では、介護保険施設において、施設に入所した要介護高齢者が自宅に一時帰宅することを支援し、実践している事例を収集し、その中でどのような支援手法が用いられているかを整理し、明らかにすることにより、生活相談員によるソーシャルワーク機能の明確化を目標としました。

こうした実践例に着目する理由としては、①施設に入所しても家族や地域社会との関係が継続する生活の支援がされていること、②その実践のためには、家族や地域社会に対するアプローチもされており、入所者だけでなく家族や地域社会も含めた支援（ソーシャルワーク）が展開されていること、③そのためには、施設内での支援や介護に留まらず、家族や地域社会をも視野に入れた実践がされていること等があげられます。何らかの理由でいったん、在宅での介護が不可能となった入所者の家族にアプローチし、一時帰宅という形を手掛かりに要介護高齢者と関わる力を引き出す手法を明らかにし、それが施設の相談員の役割・機能を明らかにすることにつながり、施設が全体として、どのようにレジデンシャル・ソーシャルワーク機能を発揮することができるかを示すことができました。

本報告書は、こうした成果の一端を、主に老人福祉施設、老人保健施設等で地域に関わるすべての職員の方に参考にしていただきたく、取りまとめました。

最後にヒアリング調査にご協力いただきました老人福祉施設の皆様、本事業の委員会委員各位に、この場を借りて感謝申し上げます。

2015年3月

公益社団法人 日本社会福祉士会
地域包括ケア推進委員会（高齢施設班）
委員長 服部 恭弥

目次

はじめに	1
第1章 「家族・地域のつながりの再構築」にむけた介護保険施設相談員の支援のあり方に関する調査研究について.....	1
第1節 研究の目的.....	1
第2節 研究の視点、内容、手法.....	1
第3節 研究の効果、活用方法.....	2
第2章 2013年度研究の成果.....	3
第1節 問題の所在～一時帰宅支援に関する調査研究のねらい～	3
第2節 研究の目的.....	3
第3節 調査方法.....	3
第4節 結果	5
第5節 考察	21
第3章 2014年度研究の成果.....	24
第1節 ヒアリング調査1 えるむ.....	24
(1) 調査の概要.....	24
(2) ヒアリング調査結果.....	24
(3) 資料 2015年度事業計画～地域連携支援部～	31
第2節 ヒアリング調査2 大阪老人ホームうえだ.....	34
(1) 調査の概要.....	34
(2) ヒアリング調査結果.....	34
第3節 ヒアリング調査3 東蒲の里みかわ園.....	40
(1) 調査の概要.....	40
(2) ヒアリング調査内容.....	40
(3) 資料 地域の社会資源を周知するリーフレット	47
第4節 考察	48
(1) 一時帰宅支援の実際.....	49
(2) 一時帰宅支援のスキル.....	49
(3) ショートステイを使ったターミナルケア～施設が地域で住まう／亡くなる場となる支援の形～	55
(4) 入居者が地域とのつながりを保ちながら生活を送るための組織的な取り組み～レジデンシャル・ソーシャルワーカー (RSW) や相談センターの設置～	55
1) レジデンシャル・ソーシャルワーカーの配置と役割・機能.....	56
2) レジデンシャル・ソーシャルワーカーの活動の成果.....	58
3) 施設が地域に働きかける意味.....	58

(5) 福祉施設が地域包括ケアに寄与するために.....	59
1) 地域に対する働きかけを意識的に行う必要性.....	59
2) 顧客満足 (CS) : クライエントの満足とコミュニティの満足.....	61
第4章 研修プログラムの提案.....	63
第1節 研修のねらい.....	63
第2節 プログラム.....	63
第3節 レジデンシャル・ソーシャルワークと生活相談員の役割.....	65
第4節 ワークショップ・プログラム.....	77
第5節 研修アンケート (結果)	81
第5章 委員名簿.....	88

第1章 「家族・地域のつながりの再構築」にむけた介護保険施設相談員の支援のあり方に関する調査研究について

第1節 研究の目的

要介護高齢者を支援する社会システムである介護保険制度の給付には、「居宅サービス」と「施設サービス」がある。居宅サービスについては介護支援専門員（ケアマネジャー）に関するさまざまな研究がなされているが、施設サービスに関する研究は十分に蓄積されているとはいいがたい。また、近年、地域包括ケアシステムの構築の必要性が論じられており、その中には高齢者の住まう場所として「施設」もあげられている。

本研究では、2013年度中に行った、介護保険施設において、施設入所した要介護高齢者が自宅に一時帰宅（盆帰省等）することを支援している実践例を収集し、「家族」や「地域」とのつながりを維持／再構築するための支援手法を分析・整理して得られた研究成果をもとに、さらに実践例を収集して、その分析を精緻化させることを目的としている。また、その成果を全国に普及させ、相談員職の資質向上を図り、地域包括ケアの実現に資することを目的とする。

第2節 研究の視点、内容、手法

（1）研究の視点、内容、手法

2013年度研究では、つばめ福祉会の協力を得て、3施設で取り組まれていた一時帰宅（盆帰省等）の実践例をデータとして分析を行った。その結果、一時帰宅支援について、それが単に相談員のもつスキル等の技術レベルだけで成し遂げられているのではなく、法人のもつ理念や組織体制等が相互に関連しながらなされている実践であることを明らかにした。

しかしながら、2013年度研究は1法人（3施設）をデータとしたものであり、その点が研究の限界であった。そのため、2014年度研究ではさらに一時帰宅支援を行っている別の施設へのヒアリング調査を行い、一時帰宅支援についてまだ収集出来ていない実践例やそこで用いられているスキル等を明らかにしようと考えた。また、こうした取り組みが入居者に対して、さらに施設が存在している地域に対してどのような効果をもたらしているのかについても明らかにしようと考えた。

そのため、2014年度調査では、大都市圏に位置する特別養護老人ホーム、中規模の地方都市に位置する特別養護老人ホーム、小規模な地方都市に位置する特別養護老人ホームを調査協力施設とした。これらの調査対象の選定については施設のホームページにおいて「一時帰宅」「盆帰省」等について紹介がなされている施設をインターネットで検索し、また、関係機関等から一時帰宅支援の取り組みを行っている施設の情報を収集した上で、取り組み内容と所在地の特性も考慮して3つの施設を選定した。

ヒアリング調査に当たっては、調査協力施設に研究の趣旨を説明し、理解を得て調査を実施した。さらに、ヒアリング前の依頼段階で下記のヒアリング項目を提示し、ヒアリングに臨んだ。

（インタビューガイド）

今回のヒアリング調査において、貴施設にお伺いしたい事柄

1. 「利用者が入所しても家族・地域とつながって暮らすことの支援」に関する、

貴施設の捉え方、考え方（運営理念）

2. そうした実践をするにあたっての、貴施設の体制
3. 実践事例

※ 報告書作成にあたっては、ここでお伺いした個別事例については、個人が特定できないように配慮して記載させていただきます。

- 3.1. 一時帰宅支援の実際（ケース数、いくつかの事例についての支援内容等）
- 3.2. 一時帰宅支援以外の、家族・地域とのつながりを支援した事例の実際（ケース数、いくつかの事例についての支援内容等）
4. 一時帰宅支援や家族・地域とのつながりを支援することの効果、地域社会からの評価等

ヒアリング調査は、本会委員が複数名で訪問し、ヒアリングを行った。

分析方法としては、ヒアリング調査で得られたインタビューデータの記録から、研究目的に関連する記述を抜き出し、それぞれの切片化されたデータで類似するものをグループ化すると共に、それぞれのグループ間の関係性を考慮して、ワードプロセッサのアウトライン機能を用いてディレクトリ構造として整理した。

（2）倫理的配慮

倫理的配慮としては、ヒアリング調査にあたり記録を取ること、録音をすることについて了承を得た上で行った。また、報告書作成にあたり、ヒアリング中にでてきた利用者に関する個人情報等については掲載しないことを説明した。さらに、各施設の報告書原稿ができた時点で、当該原稿を調査協力施設に示して、理解の誤りや誤記、さらに利用者に関する記述が出てくる部分の記載内容についてもチェックをしていただき、報告書を作成した。

第3節 研究の効果、活用方法

2014年度調査で得られた研究成果をもとに研修プログラムを作成し、2015年3月1日に大阪市内にて研修会を企画・実施した。

第2章 2013年度研究の成果

2014年度研究の前提となるのが2013年度研究であるため、ここに2013年度研究の成果を掲載する。

第1節 問題の所在～一時帰宅支援に関する調査研究のねらい～

要介護高齢者を支援する社会システムである介護保険制度の給付には居宅サービスと施設サービスがある。居宅サービスについては介護支援専門員（ケアマネジャー）に関するさまざまな研究がなされているが、施設サービスに関する研究は十分に蓄積されているとは言いがたい。また、近年、地域包括ケアシステムの構築の必要性が論じられており、その中には高齢者の住まう場所として「施設」も挙げられている。

介護保険施設は、介護保険法上は「通過施設」として位置付けられ、一時的に入所ケアが必要とされても、要介護高齢者の心身の状況や家族の状況等が整えば、再び在宅へと戻ることが求められている。しかしながら、現実には介護老人福祉施設ではほとんど退所者はなく、中間施設としての役割が期待される介護老人保健施設においても平均入所期間は約2年と、介護老人福祉施設と大差のない状況になっている。

このような状況の中で、施設に住まう高齢者がそれまでの人生の継続性を保ちながら、尊厳が保持され、自立した生活を送るためにどのような支援手法が求められるかについては、まだ十分に明らかにされていない。施設サービスの提供において、「介護」「ケア」の提供だけではなく、「ソーシャルワーク」を展開することで、高齢者に質の高い生活を提供する支援手法を整理することが必要になる。

第2節 研究の目的

本研究では、高齢者施設において、施設に入所した要介護高齢者が自宅に一時帰宅することを支援している実践例を収集し、そのなかにどのような支援手法が用いられているかを整理し、明らかにすることを目標としている。こうした実践例に着目する理由としては、①施設に入所しても家族との関係が切れない生活の提供がなされていること、②こうした実践のためには、家族に対するアプローチもなされており、入所者だけでなく家族も含めた支援（ソーシャルワーク）がなされていること、③こうした実践には、施設内での介護に留まらず、家族や地域をも視野に入れた実践がなされていること等が挙げられる。

一時帰宅の実践例の収集・分析から、施設に入所しても家族とのよい関係を保った生活が送れるような支援の方法、家族に対するアプローチの方法を明らかにすることが本研究の目的である。こうした研究の成果は、介護保険施設における「相談員」の役割・機能を明確にすることにもつながり、高齢者施設におけるソーシャルワーク実践、ソーシャルワーカーの存在意義を示すことにもつながると考える。

第3節 調査方法

(1) データ収集の方法と分析の方法

2013年12月に、つばめ福祉会の3つの特別養護老人ホームから、実施した一時帰宅の事例について、事例の概要と支援経過について書面にて提供いただいた。

調査項目は、①利用者の状況、②外泊／一時帰宅を行った家族の状況、③外泊／一時帰宅の状況と成果、④外泊／一時帰宅に至る支援経過であった。その結果、28 の事例を書面にて提供いただくことができた。

さわたりの郷 12 事例

つばめ福寿園 7 事例

白ふじの里 9 事例

これらの 28 事例をデータとして、それぞれの事例について、一時期帰宅の支援に関する記述部分を抜き出し、それら一つひとつの記述について、同様の性質を持つものをグループ化し、似た性質を持つグループをさらにカテゴリー化していった。それらを元にして、2013 年 5 月 11 日の委員会において、委員合同で KJ 法の方法を参考にしながら、図式化していった。

さらに、その図式化作業の中ではよく見えてこなかった施設の職員の働き等について、9 月に 3 施設の職員に対して追加調査を行った。追加調査の項目は以下の通りである。

問 1 生活相談員として、ご家族に「盆帰宅をしよう」という気持ち／意欲を持ってもらったり、その気持ち／意欲を高めるために、どのようなことを意識したり、心がけておられますか？

問 2 ご家族に対する具体的な働きかけ方について教えてください。

問 3 「盆帰宅」ができた事例を思い返していただき、できたことに関する「鍵」や「ポイント」となった働きかけ方

追加調査で得られた情報についても、一時帰宅支援に関する記述部分を抜き出し、先の調査のデータに統合し、グループ化、カテゴリー化を行い、図式化していった。

さらに、2013 年 12 月 23 日につばめ福祉会の施設を訪ね委員会を開催し、当委員会に事例を提供していただいた職員にも参加いただき、図式化とその内容を説明し、事例提供者から研究結果に対する意見をいただき、その意見も踏まえて最終的な研究結果を整理した。

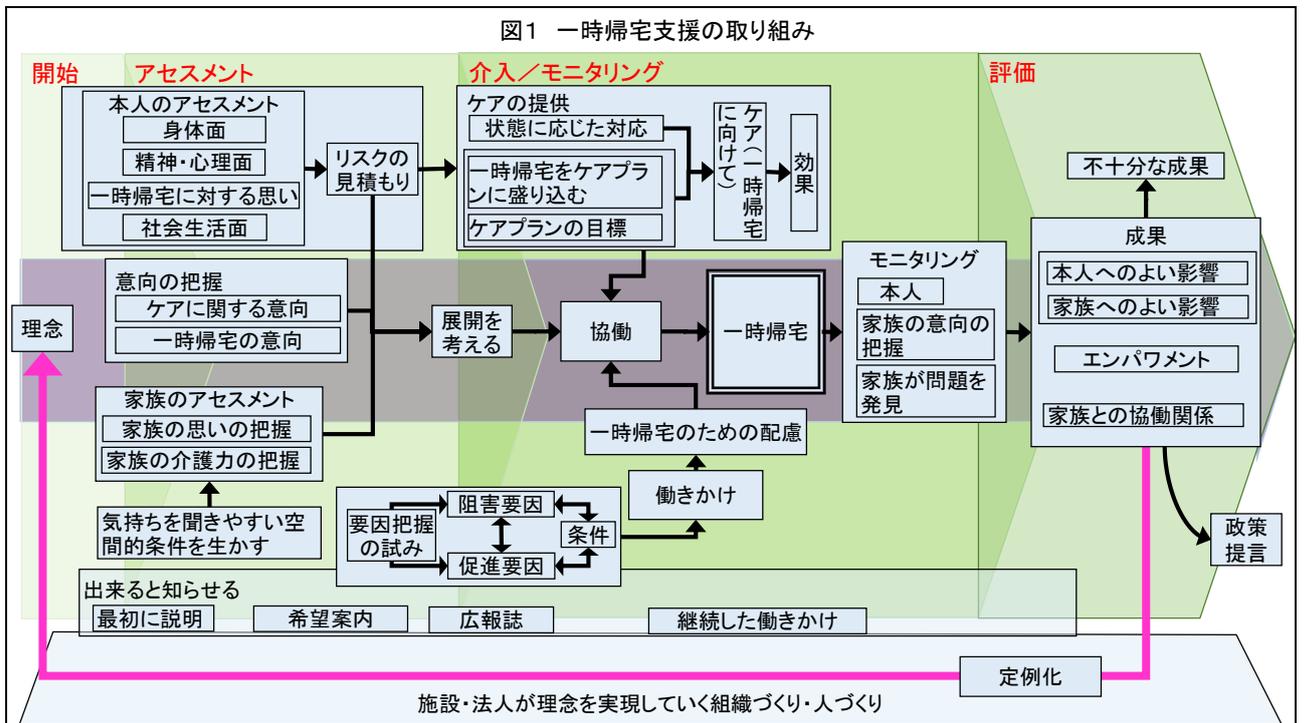
(2) 倫理的配慮

当研究においては、本委員会委員でもあるつばめ福祉会専務理事、高橋是司氏に研究の主旨をご理解いただき、事例提供について了承をいただいた。

また、分析にあたっては、個別の事例の詳細が判読できるような記述はしないこととし、事例に記載されている個人が特定できないように分析する手法を採用した（事例研究ではなく、それぞれの事例の支援経過等をデータとして、データを切片化し、収集した事例全体のデータから支援のあり方をつかみ出すような方法を使った）。

第4節 結果

データの分析結果から作成した結果図は以下の通りである。



以下、データをグループ化、カテゴリー化したもののそれぞれについて説明する。また、そのグループ、カテゴリーの内容をよく表しているようなデータについては「 」でくくって紹介している。

1 (理念)

利用者への「盆帰省（一時帰宅支援）」は、利用者が入所する以前から始まっている。それは、施設／法人が「入所されても家族の絆や地域のつながり等絶えることなく、社会の一員として大切な存在であることを理念」として持っていることを背景にしている。

2 (できると知らせる)

上記の理念のもとで、利用者の入所の段階から、また入所後も一時帰宅ができることを知らせている。また、入所後のケアの提供に「入所相談」の段階や、「入所契約」の段階から、「ご家族や、ご本人から一時帰宅の希望があれば、送迎等の外出に必要な支援も行っている」ことを説明し、「盆帰省（一時帰宅）」が出来ることを知らせている。

2.1 (最初に説明)

利用者の「入所相談」の段階や、「入所契約」の段階から、「ご家族や、ご本人から一時帰宅の希望があれば、送迎等の外出に必要な支援も行っている」ことを説明し、「盆帰省（一時帰宅）」が出来ることを知らせている。

2.2 (出来る知らせる)

この「できると知らせる」ことは、「7月の盆帰省の希望案内」「年末年始・お盆帰省についての案内文」を送付することや、「広報誌」で外出、外泊について知らせることも伝えている。

2.3 (継続した働きかけ)

さらに、入所後の様々な場面を通じて家族に「いつでも希望があれば、外出のお手伝いをさせていただき事や施設側もできるだけお手伝いをさせていただきこと」を伝えたり、サービス担当者会議で一時帰宅を提案するなど、支援プロセスを通じて「継続した働きかけ」を行っている。

3 (アセスメント)

利用者が入所するとアセスメントが行う。この段階で、「本人のアセスメント」を行うが、本人のケアを考慮するために家族の「意向の把握」も行う。さらに、こうしたアセスメントをしながら、同時に「家族のアセスメント」も行っている。

3.1 (本人のアセスメント)

3.1.1 本人のアセスメントでは「身体面」、「精神・心理面」のさまざまな情報を収集する。

3.1.1.1 「身体面」のアセスメント

「身体面」のアセスメントでは、利用者の「ADLの把握」が行われ、そこから必要とされる介護サービスの種類や量が考慮される。また、「既往歴」も考慮される。

3.1.1.2 「精神・心理面」のアセスメント

「精神・心理面」のアセスメントでは、本人の思いの把握が行われる。本人の思いは「野菜を育てたり、外出するためにも立位、歩行ができるように機能訓練を頑張りたい」というような施設での暮らしに対して向けられたものもあれば、「家庭の事情を考慮し自ら施設入所を希望」してこられた等、本人の「施設での暮らしに対する思い」に耳を傾けることもある。

3.1.1.2.1 (本人の関心事のアセスメント)

本人の言動に目を向け、本人の関心事を把握する。

「在宅での生活や残された自宅や財産の処分を巡って、夫婦喧嘩が絶えなかった」

3.1.1.3 (一時帰宅に関する思い)

その一方で、「自宅のことが心配」「自宅に行きたい」という思いが訴えられたり、入所時のサービス担当者会議で「時々には家に帰りたい」と一時帰宅に対する思いが語られることもある。

3.1.1.3.1 (既往歴の把握)

また、精神・心理面に影響する「既往歴の把握」を行う。

3.1.1.3.2 (本人の状態の把握)

特に「無意にフローア内外を徘徊する様子」「認知機能の低下が

あり言葉のやり取りは困難」「短期記憶が難しく説明し納得しても数分で忘れて」しまう、「入所当初は毎日のように帰宅欲求が聞かれる」等、認知症による行動・心理面の症状についても目配りをしていく。また、「入所してまだ日が浅いため、精神的な不安や環境変化に伴う状態の悪化が心配」と「リスクの見積もり」も行っていく。

3.1.1.4 (社会生活面のアセスメント)

こうした身体面、精神・心理面とは別に「社会生活面のアセスメント」にも目を向けていく。「自宅の廊下が狭いため、車椅子での移動は難しい」という家族の言葉から家屋構造面が一時帰宅の阻害要因になると想定したり、「若いころから短距離でも車酔いが酷く、自宅までの車移動が心配」という家族の言葉から一時帰宅時の送迎に支障があることを想定していく。

3.2 (リスクの見積もり)

利用者の「身体面」「精神・心理面」「社会生活面」の情報から、「入所してまだ日が浅いため、精神的な不安や環境変化に伴う状態の悪化が心配」などと「リスクの見積もり」を行う。

「入所してまだ日が浅いため、精神的な不安や環境変化に伴う状態の悪化が心配されていたが」

3.3 (家族のアセスメント)

入所の段階で、利用者のアセスメントと同時に、「家族の一時帰宅への意向の把握」「家族の介護力の把握」など、家族のアセスメントを行う。

3.3.1 (家族の一時帰宅への意向の把握)

入所にあたり、職員は家族の一時帰宅への意向を把握する。

「お盆と正月くらいは自宅で過ごさせたいとの意向がある。」

「入所当時より、本人から一時帰宅の希望があれば、いつでも連絡をもらえれば検討していきたいとご家族より話があった。」

3.3.2 (家族の介護力の把握)

また、入所理由や入所に至るまでの家族の状況から、この家族が本人を一時帰宅させることができる力を持っているかどうかを考える。

職員は、家族の介護力は、介護者の健康状態や副介護者の存在の有無、住環境や福祉用具の状況、家族の就労の状況や生活時間など、さらに家族と本人の関係や、家族が施設入所に対して抱いている感情等、さまざまな点に目を配り、介護力を把握しようとする。

4 (展開を考える)

「本人のアセスメント」と「家族のアセスメント」を行う中で、一時帰宅をすることについての家族の負担が大きい状況に気づくことがある。また、家族が一時帰宅に難色を示している場合もある。例えば「長男の嫁からは、『自宅に帰ってくるのは良いが

部屋やトイレを汚される為、施設に戻った後の掃除が大変なんです』『施設で過ごしてもらっている方が良い』と話あり、今後の実施については検討が必要」と、一時帰宅の支援について、今後の進め方を考え直すこともある。

5 (ケアの提供)

利用者が施設に入所することで、日常的なケアの提供が始まる。利用者に提供されるケアは、「利用者の状態に応じた対応」である。それと同時に、一時帰宅に向けた取り組みをケアプランに盛り込むことで、利用者に提供される日常的なケアの中に一時帰宅を見据えた機能の維持や改善をねらうケアが行われていく。

5.1 (状態に応じた対応)

利用者によっては、入浴や排泄の介助に対して介護拒否があったり、夜間の放尿などがみられることもある。そうした場合、利用者の状態に応じて対応をしていく。

また、覚醒をあげることで意欲を引き出せるよう生活リズムを整える取り組みを行っている

5.2 (一時帰宅をケアプランに盛り込む)

入所時点から、利用者や家族が一時帰宅について希望している場合、希望に添って一時帰宅が実現できるように、一時帰宅をケアプランの目標に設定したり、一時帰宅を実現するための取り組みをケアプランに位置づけたり、機能訓練計画書に「時々には自宅に帰って家族と共に過ごす」ために下肢筋力の維持・向上を盛り込むなどの取り組みを行っている。

このように、ケアプランに位置づけることにより、職員全員でこうしたケアに取り組んでいくことができる。

5.3 (ケアプランの目標)

一時帰宅のために必要と思われることがケアプランの目標に位置づけられる。それは例えば「体調の維持を図る」ことであったり、「能力の維持・向上を図る」ことだったりする。

5.3.1 (体調の維持)

食事摂取量が少なくなっている利用者に対して、体力低下につながることを予測し、食事形態・水分摂取・必要に応じた捕食等を検討していく。

食事・栄養状態の改善は体力の維持につながる。このように体調を管理していくことを重視することが必要な利用者がある。

5.3.2 (能力の維持・向上)

また、利用者のさまざまな能力の維持・向上を図る事が一時帰宅につながる。

5.3.2.1 (水分摂取)

例えば、本人の「水分はトロミなしで飲みたい」という希望に応じて、管理栄養士、機能訓練指導員、介護職員で嚥下評価を行い、トロミなしでむせなく水分摂取ができるまでになった利用者がある。

5.3.2.2 (排泄)

排泄も一時帰宅時の重要な問題である。そのため、「オムツ外し」や

「ポータブルトイレでの排泄」「トイレで排泄できること」がケアプランに位置づけられる利用者がいる。

5.3.2.3 (座位)

帰宅時に家族と過ごす時間のために「座位姿勢の保持」に取り組むこともある。入所後、徐々に離床時間を延ばし、一時帰宅に備える。

5.3.2.4 (移動・歩行)

自宅内で移動できるように、「下肢筋力の維持」や「長い距離の歩行ができる」ことに取り組む。

5.3.2.5 (コミュニケーション)

コミュニケーションを取ることは本人の精神的な安心にもなり、帰宅時の家族との関わりにおいても大切な要因となり得る。ケアプランにコミュニケーション能力の維持を盛り込む。

5.4 (ケア (一時帰宅に向けて))

- 5.4.1 一時帰宅をケアプランに位置づけ、そのために取り組むべきことを明確にすることで、日常のケアにおいてそうした取り組みを行っていくことができる。「体調の維持」や「身体機能の維持・向上」「コミュニケーション力の維持」は施設における日常のケアでありつつ、それが一時帰宅を考える利用者の力となる。

5.5 (ケアの効果)

こうした取り組みを行うことで、利用者の体調の維持、機能の維持・向上が実現していく。

6 (条件)

また、援助者側としては、こうした一時帰宅の支援にあたって、一時帰宅を可能にする条件について考えを巡らせる。支援においては、一時帰宅を妨げる事柄(阻害要因)と促進する事柄(促進要因)の両方が影響する。こうした阻害要因と促進要因を視野に入れながら、実現の条件を探っていく。

6.1 (阻害要因/促進要因把握の試み)

援助者は、一時帰宅に関して家族が感じていることを聞かせてもらう。この中から、家族が不安に感じていることが把握される。こうして「阻害要因」を把握し、そうしたことが心配にならないように様々な手立てを講じていく(「8 一時帰宅のための配慮」)ことで、一時帰宅を実現させる努力を行っていく。

「入所中の普段の様子を面会に来られた時に伝えて、ご家族から阻害因子を聞いて、アプローチをする。」

反対に、家族が一時帰宅の意向を持っているかを把握することも行っている。例えば入所時点から「お盆や正月など親戚など集まる機会があれば外出、外泊はいかがですか」と家族の一時帰宅に関する意向を把握するようにしている。

6.2 (阻害要因)

6.2.1 (阻害要因：環境側)

一時帰宅の阻害要因としては「①家屋構造」「②施設と家の間の移動手段」

「③介護用品・機器」「④介護（食事・排泄等）」などがある。また、一時帰宅をさせることで本人が施設に戻りたがらなくなるのではないかと「⑤家族の心配」という家族の心理的な要因もある。

6.2.1.1 ①家屋構造としては、「自宅が狭く、屋内での車いすの移動が難しい」など、自宅が介護に適している環境ではない点があげられる。

6.2.1.2 ②施設と家との移動手段もまた、家族にとっての心配事である。これには「施設と自宅の距離が遠い」といった距離の問題や、「若い頃から短距離でも車酔いがひどく、自宅までの来るまでの移動が心配」というものもある。

6.2.1.3 ③介護用品・機器。利用者本人は施設に入所しているため、自宅には介護に必要な車いすやベッドなどが無い。そのため、こうした介護用品・機器も家族にとっての心配事となる。また、一時的にでもこうした介護用品・機器を揃えることが物理的にも費用的にも家族の負担となる。

6.2.1.4 ④介護（食事・排泄等）。一時帰宅時に本人の介護が必要であることは、大きな心配事となる。どのような食事を取ってもらえばよいのか、どのように介助すればよいのかといったことは、家族にかかってくる負担であり、一時帰宅の大きな阻害要因となる。

6.2.1.5 ⑤家族の心配。在宅介護の限界から施設入所を決心し、何とか入所することができたが、一時帰宅をさせることで本人が施設に戻りたくないと言い出すのではないかと、里心が付くのではないかと家族が心配することも、阻害要因となる。

「自宅に連れていくと施設に戻りたがらないのではないかと思った。」

「当初ご家族は帰省がきっかけで里心がついてしまうのではないかと懸念されていた」

6.2.2 （阻害要因：本人側）

また、本人側にも一時帰宅を阻害する要因がある。本人の「状態の悪化」が見られる場合や、本人が一時帰宅することに対して「家族に対する遠慮」を感じている場合などがこれに当たる。

6.2.2.1 （状態の悪化）

例えば、施設内での移動が出来るようにまでなったけれども、骨粗鬆症による腰椎圧迫骨折が起これ、歩行を中止する等、本人の状態が悪化することは、一時帰宅を困難にする要因となる。同様に、体調を崩す等も阻害要因となるだろう。

6.2.2.2 （家族に対する遠慮）

また、本人が一時帰宅することについて、家族に対して遠慮を感じていることもある。本人が「家族、特に長男の嫁へ迷惑をかける」というように、こうした遠慮も本人側の阻害要因となる。

6.3 （促進要因）

阻害要因と反対に、一時帰宅を促進する要因もある。もちろん、一時帰宅には家族の「家に連れて帰りたい」という気持ちが最も大きな促進要因となるが、援助者側は一時帰宅を可能にするためのさまざまな働きかけを行い、一時帰宅のための条件を整えていく。

6.3.1 (本人の回復)

一時帰宅にあたって、本人の健康状態や ADL の維持・向上は重要な要因となる。

また、こうした本人の様子を家族が知ることは、家族の一時帰宅をさせようとする意向に影響していく。

「ご家族もご本人の回復した姿をみて、短時間の外出であればと、盆帰省についてご協力いただけることとなる。」

「ご家族からも『それくらいまで回復できるのなら』と了解を得る。」

6.3.2 (家族の意向を高める)

ただし、一時帰宅は本人を自宅に「連れて帰りたい」と願う家族の意向があってなされるものである。

『盆帰省』に至るきっかけは、施設側からのアプローチによるものではなく、ご家族からの申し出によるものが殆ど。」

そのため、施設側は家族に対してさまざまな働きかけをしていく。

例えば「入所時点から一時帰宅ができることを伝える」ようにしている。

さらに、入所後も「年末年始・お盆帰省についての案内文」、、「サービス担当者会議で一時帰宅に対応させていただけることを伝える」ことを行っている。

また、「面会時、積極的のご家族に声掛けを行い本人の状態を伝える」等を行っている。そうした利用者の状態を伝える働きかけによって、家族が自宅に連れて帰れるかも知れないと考えるようになることもある。

「排泄に関しても、定時に誘導すれば、比較的失敗少なく介助ができることを職員から聞き、自分達でも出来るかもしれないと希望を持っていただけたことが、今回の外泊につながった。」

6.3.3 (家族に資源を提供する)

自宅に連れて帰った時に必要は物品がない等は、家族の心配事である。これに対して、施設側は車いすや介護用品、栄養補助食品などを貸し出し／実費提供することによって、一時帰宅時の介護がしやすい状況を作るように働きかける。

「施設内で本人が使用している車椅子を貸し出ししている。」

「食事については施設で提供している食事形態を詳しくお伝えしたり、個人で処方されているエンシュアリキット等を外出時にもたせたりし、具体的にお話をさせていただきご家族が自宅に外出しても介助に困らない様に提案を行っている。」

6.3.4 (ハードルを下げる)

家族にとって本人の介護を自分たちができると感じられるかどうかは、一時

帰宅を左右する要因の一つである。そのため、施設側は前述した介護機器・物品の提供以外にも、介護方法を教えたり、食事に関する知識や物品を提供したり、あるいは職員が付き添ったり、一時帰宅の時間を短めに設定することで、家族の感じている一時帰宅に対するハードルを下げるように試みる。

「環境面であれば、機能訓練指導員から必要な車椅子、ベッドなどを選定して、レンタル業者に依頼をする。」

「介助方法であれば、介護職員から介助のポイントをお伝えしたり、帰宅前に介助場面を見ていただき、不安の軽減に努めている。」

「ご家族が自宅に戻りたいが本人の訴え時に対応ができないため帰宅が難しいと話された際は、1時間程度の外出でご家族相談があれば職員の付き添いも可能であることを伝え、外出へつなげたケースもある。」

「長時間になるとトイレ誘導等介助量が多くなり受け入れが難しいが、1時間程度の滞在時間であれば今後も折をみて受け入れたいと話をいただく。」

6.3.5 (柔軟性のある対応)

さらに、送迎の時間を家族の希望に合わせて施設側で対応したり、自宅からの帰りの時間を本人の状況によって決めたいという家族の意向に合わせる等、柔軟性のある対応をすることで、一時帰宅に対する家族の不安を軽減するようにしている。

「外出希望の方については、ご家族と送迎時間等を決め行っているが、ご家族の中には自宅に戻りご本人の状況によって送迎時間を変更したいと話される方もいらっしゃるため、その際はいつでも連絡をいただければお迎えに行けることをお伝えしたりすることでご家族も安心していただいている。」

6.4 (条件)

こうして「阻害要因」と「促進要因」の両方を視野に入れながら、施設側としては一時帰宅が可能となる条件を見極めつつ、支援を考慮していく。こうした条件とは「ADL・健康状態の維持」「家族の自信」によって左右される。

7 (働きかけ)

前述したように「阻害要因」と「促進要因」を見きわめながら、施設側は家族に対して一時帰宅に対する働きかけを行っていく。そうした方法は、①施設側から一時帰宅について「提案」する、②本人の状態を伝える、③本人の思いを代弁する、④働きかけの時期を見計らう、⑤家族と協議の場を設ける、⑥家族の不安の手当をする等、さまざまな働きかけを行っていく。

7.1 (施設側から一時帰宅について「提案」する)

施設側から家族に一時帰宅を提案することもある。施設側から提案することで、家族も一時帰宅について考える機会となり、それが実現に向けて動き出すきっかけとなることもある。

「ご家族に入所した後も月に1回(1泊程度の外出や外泊で)は自宅に戻

って、家族と一緒に過ごす時間を作ることを提案。」

「施設側の提案により、ご家族より「家が近いし、本人の希望したことに添えるように、家に居た時と同じようにしていきたいと思います」と言っていた。盆帰省や正月帰省のお手伝いができる旨の話をする、是非、行ないたいと希望ある。」

7.2 (本人の状態を伝える)

家族に本人の状態が安定していたり、改善していることを伝えることで、一時帰宅につながることもある。

「ご本人の歩行状態が安定していることや施設側で送迎できることを伝えると、ご家族も快く了解され、お盆に2泊3日で外出される。」

こうした情報提供は、家族が面会に来られた際や、行事に参加されるために施設に来られたときに行うようにしている。

「ご家族は頻繁にご本人への面会を行っていた為、ご本人の状態について小まめに情報共有を行なった。」

「行事に参加され、ご本人の落ち着いた状態を見て、短期間であるなら自宅で見るができると思っていただけた様子。」

7.3 (本人の思いを代弁する)

本人が自宅へ帰りたいたいという思いを持っていることを施設側が把握した場合、それを家族に伝えることで、本人の思いを代弁する役割を施設が果たすこともある。一時帰宅支援におけるソーシャルワーカーとしてのアドボカシー機能の発揮である。

「以前は本人夫婦が帰りたと思った時に、夫の弟に電話して一時帰宅の支援をお願いしていた。」

7.4 (働きかけの時期を見計らう)

施設に入所するという事は、家族が在宅での介護をギブアップしたということである。家族は、来は自宅で介護したいと思いつつも、それが叶わないような大変な状況を経験してきている。そのため、家族によっては一時帰宅の提案をするタイミングや状況は見きわめた上で行わなければならない。こうした「働きかけの時期に見きわめ」も重要なポイントである。

「施設へ入所され、ご本人とご家族の気持ちに余裕が出てきたころで、ご家族に再度お盆の一時帰省の話を持ちかける。」

7.5 (家族と協議の場を設ける)

家族と一時帰宅について話し合う場を設けることも重要である。

これは、面会時やサービス担当者会議の機会を通じて行っていく。

7.6 (家族の不安の手当をする)

一時帰宅を経験されると、繰り返して定期的に一時帰宅をされるようになる家族が多い。しかし、最初は不安を感じるものであり、それが「阻害要因」になる。そのため、施設側は家族の感じている不安を把握し、それを解消することを心がけていく。

7.7 (気持ちを聞きやすい空間的条件を生かす)

また、新型特養で個室であるという空間的条件をうまく活用することで、本人や家族の意向を捉えやすくなる。

「ユニットケアを行い、個室である為、プライベートな空間を設けることができ、ご本人やご家族とゆっくり話ができ、気持ちを理解しやすい。」

8 (一時帰宅のための配慮)

8.1 (家族の力のどこを補えばよいかを意識する)

実際に一時帰宅を支援するには、家族の介護力のアセスメントが重要になる。日時の調整や送迎、薬、介助の注意事項等々、本人が自宅にいる間、家族が適切に介護ができるようにするために、家族の力のどこを補えばよいかを考えて、そしてその補いをしていくことが必要になる。

「施設側としてもご本人とご家族の思いを実現できるよう、一時帰宅の方法の検討（日時の調整や送迎手配、配薬や介助時の注意事項の伝達）や心身状態が維持できるような支援を意識して行っている。」

8.2 (家族の力を補う)

利用者一人ひとりによって、利用者本人の状態と住環境・家族の介護力等々、一時帰宅の状況は異なる。そのため、それぞれの利用者の一時帰宅に応じた支援を行っていく。その方法にはさまざまなものがある。ここでは、データに現れたものを列挙しておく。

8.2.1 (一時帰宅に職員が付き添う (1回あたり 2-3 時間程度))

一泊という宿泊を伴う一時帰宅は家族の負担が大きい。しかし、短時間の帰宅であれば、家族の負担も小さくなる。さらに、そうした短時間の帰宅に職員が付き添うことによって、介護力が小さい家族であっても本人の一時帰宅を可能にすることができる。

「施設職員付き添いのもと、一緒に入所している妻と共に毎月 2 回自宅への外出を行っている。(1回あたり 2~3 時間程度)」

8.2.2 (施設側で送迎を行う)

送迎は、家族が心配する一時帰宅の阻害要因の一つである。施設から自宅への移動は、一時帰宅においては必須のものであるが、それを家族ができない場合、施設が肩代わりすることで一時帰宅を可能にすることができる。

「施設送迎で 1 時間程度自宅へ外出し、仏様参りをさせていただいた。」

8.2.3 (送迎時の車酔いへの対応)

利用者の中には、車酔いがある人もいる。これは本人にとっても辛いことであると同時に、家族にしてみても「かわいそう」「無理ではないか」と考えてしまう。こうした車での移動に伴う阻害要因を除去するための取り組みをすることも、場合によっては必要になる。

「主治医に相談し、酔い止めを処方していただいて一時帰宅を実施。」

8.2.4 (施設側で外泊の準備を行う)

外泊の準備にはさまざまなものが必要である。衣類など以外にも通常服薬している薬は欠かすことができない。それを、外泊している間に滞りなく

服薬できるように準備することも、家族の負担を軽減する配慮である。

「外泊の準備として、ご本人は服薬を忘れがちであるため、看護師が日にち等が書いてある袋に小分けし、自宅での服薬トラブルの防止に努めた」

8.2.5 (介助方法について教える)

家族にとって、利用者の現在の状況に応じて行うべき介護方法が分からないということもあり得る。あるいは、在宅介護をしていた時には家族が介護していたけれども、今介護をすとしたらしっかりできるかどうか不安を感じることもある。そんな場合、施設が家族に介護方法を教えることで、家族の介護に関するスキルを高め、一時帰宅の際の介護がしっかりとできるようにサポートする。

「外出当日は、ご本人が車の乗下車について戸惑いがある様子が見られた為、機能訓練指導員が対応。」

8.2.6 (バックアップ体制をとる)

さまざまな準備をしても、不測の事態が起こるかも知れない。こうした不安は家族にとって大きなストレスとなるし、一時帰宅の阻害要因となる。施設側が何かあった時にすぐに対応すると保証してくれることで、不安を抱えながらも一時帰宅を試みようとする決心することができる。

「問題あればすぐに職員が駆けつけることを伝え、ご家族の了解を得る。」

9 (協働)

一時帰宅に向けて、家族と施設側は協力して事を進めていく。一時帰宅は施設の側からすると、先に述べた「家族の力を補う」ことによって進められるが、こうした取り組み自体が家族と施設の「協働」の作業なのである。「協働」はさまざまな方法でなされていく。

9.1 (相談)

家族からの相談を受け、一緒に検討をしていく関係をつくる。

「ご家族より、『体調も良く、以前に比べて落ち着いているので、家族皆が集まるお盆に、自宅へ連れて行きたい』と相談がある。」

「その後もご家族と検討を重ね、ご家族の送迎で、お盆の一時帰宅を実施した。」

9.2 (情報の共有)

家族との相談・検討を通して、施設側は家族にさまざまな情報を提供し、共有していく。こうした情報共有の取り組みは、家族の一時帰宅への意向を強めていくことになる。

「その都度、職員が声かけを行い、様子を伝えると共に、家族側で出来ることと施設側で出来ることの話し合いを続け、平成 21 年からはお盆と正月に日帰りで一時帰宅を行なうようになった。」

9.3 (不安の解消)

家族との情報共有を通じて、施設側は家族の感じている分からないことや不安を把握し、相談・検討の機会を通じて不安の解消を図っていく。

「サービス担当者会議や日頃の面会の中で、家族の不安に思うところを聞き取り、自宅での過ごし方について、一緒に検討を重ねた。」

9.4 (家族の介護力の向上を図る)

施設側は、家族が介助の方法を知ったり、外泊時に注意することを理解できるように、説明・アドバイスを行っていく。そのために、説明の機会を設けるだけでなく、「外泊・外泊のしおり」を作成し、家族が注意点を理解できるように配慮していく。

「去年の外泊時に体調を崩した経緯があり、ご家族もそのことを心配していたため、外泊時に注意すべき事項（食事内容、服薬方法、小まめな水分摂取のお願い等）を記載した『外泊・外出のしおり』を作成し、ご家族に説明。」

10 (一時帰宅)

このようにして、特別養護老人ホームに入所している利用者の一時帰宅が実現することになる。

一時帰宅は「盆」や「正月（年末年始）」といった家族・親族が集う時期に合わせて行われることが多いが、これ以外の時期に行われることもある。

一時帰宅の形は、数時間を自宅で過ごすというものから、1泊2日、あるいは2泊3日、3泊4日と自宅に泊まることもある。

11 (モニタリング)

一時帰宅が実施され、利用者が施設に帰ってくると、施設側は一時帰宅の様子がどうであったのか等を確認する。

11.1 (本人)

利用者の一時帰宅中の様子を家族から伺い、その様子を把握する。

11.1.1 (一時帰宅時の様子の把握)

一時帰宅の様子は、①予想していた問題も起こらずにスムーズに過ごせたという場合もあれば、②落ち着かない、食事をあまり食べなかった等、状態としてはあまりよくなかったという場合もある。

「車酔い等、体調を崩すことも無く、1泊2日で一時帰宅することができた。」

「自宅にいても落ち着かないようで、外に出たり、家の中に戻って来たりを繰り返していた。」

11.1.2 (帰園後の変化を観察)

施設に戻った利用者の様子を観察する。

利用者の様子は、①利用者本人が一時帰宅に満足し、そのことを語ってくれる場合もあれば、②いつもと変わらずに施設での生活を送る方もいる。また③帰園後不安定になる方もいる。

11.1.2.1 (満足)

「家に帰れて良かった。」「楽しかった。」「孫たちにも会えた。」と話をされる。

11.1.2.2 (いつもと変わらず)

「犬に会ってきたと話があるが、その後、いつも座られる席に座り、たたみ物をされている。」

11.1.2.3 (不安定)

11.1.2.3.1 (帰園後の不安定に対応する)

一時帰宅によって利用者が満足し、心理的にも落ち着きが増すという効果が見られる反面、帰園後も不安定になる利用者もいる。そういう場合にも職員が適切に対応し、利用者の心理的安定を図る。

「帰園後の夕方に帰宅欲求が聞かれるが、職員の声かけ等で落ち着かれる。」

11.2 (一時帰宅に対する家族の意向の把握)

一時帰宅を行った後の家族の一時帰宅に対する意向を把握する。①一時帰宅をして本人が喜んでいてことに満足感を感じている様子が把握できたり、②今後、機会があれば一時帰宅を考えたいと、一時帰宅に対して条件付きながらも前向きに考えるようになった家族がいたり、③今後も一時帰宅を継続したいと積極的に一時帰宅させようというように思うようになった家族もいる。

11.2.1 (家族の満足)

一時帰宅をしたことに対して、家族が満足を感じている。

「体も重くて介護するのが大変だったけど、本人が喜んでいて良かった。」との話も聞かれた。」

11.2.2 (機会があれば続けたい)

「大変でしたが久しぶりに連れて帰ってあげることができた。また機会があれば本人の状態を見ながら検討したい。」

11.2.3 (今後も続けたい)

「孫たちに会いたい。」と自宅に帰ることを楽しみにしているようなので、今後も一時帰宅を継続していきたい。その時は相談させてくださいと話される。」

11.3 (家族が問題を発見)

一時帰宅をして、久しぶりに本人とまとまった時間関わることで、家族が本人の変化に気づくことがある。こうした変化を施設側に教えてくれることは、本人の今後のケアに生かしていけるものであり、家族がモニタリング機能を果たしてくれている一例と言える。

「この一時帰宅を通して、ご家族より、耳の聞こえが悪くなったようだと相談があり」→「ご家族からの相談と言うこともあって、補聴器の早期購入に至った」

12 (成果)

一時帰宅を行うことは、本人、家族に対してよい影響をもたらしている。

12.1 (本人へのよい影響)

一時帰宅は本人に対して「気分転換」や「満足」、「精神的安定」といったよい影響をもたらす。また現在の施設での生活の「受容」につながったり、次回の一時帰宅を「意識」した生活が送れることで、機能の「維持」が図られるということももたらす。

12.1.1 (気分転換)

一時帰宅は本人の「気分転換」になったり、楽しい時間を過ごせたことが本人の「満足」になる。

「気分転換が図れた様で大変機嫌良く帰園される。生まれ故郷の話を職員に話したり故郷の民謡を歌われる等して過ごされた。

12.1.2 (満足)

一時帰宅は利用者に対して大きな満足感をもたらす。この満足は、単に自宅に帰ったということだけでなく、家族・親族とのふれあいの時間を持つことができたことや、自宅に帰ってでなければできないこと（妻の仏様参り）ができた等によってもたらされるものである。

「自宅に帰れてよかった。みんなが来てくれた。孫にも会ってきたし、仏様にもお参りができた。また頼みます。」と帰園後、笑顔で職員に話される。」

「帰宅時は「久しぶりだ」と言い涙を流され喜ばれる。自宅では家族みんなで集まって、ごちそうを食べてきたと、嬉しそうに話をされる。」

「3泊4日で一時帰省を実施。妹らと本人の好きなものを食べられ満足していたとのこと。」

「妻の仏様参りをして来たとのこと。新築した自宅で、孫も産まれたことで楽しい時間を過ごした様子。」

12.1.3 (精神的安定)

一時的にであっても家に帰れること／帰れたことが本人の「精神的安定」につながる。

「ご本人は自宅に外泊をされたことを覚えてないが、以前に比べ帰宅欲求を訴えることは少なくなってきた。」

「毎月定期的に自宅に帰れるようになったことで精神安定が図られ、現在は帰宅欲求が聞かれることは無い。」

12.1.4 (受容)

施設で暮らすことに対して納得していない人であっても、家に帰って家族の現状を感じることで、施設で暮らすことを「受け入れる（受容）」ことができるようになる人もいる。

「自宅でゆっくり過ごす時間を作ることで、「今の夫婦の状態では在宅生活に戻ることは困難である。」という現在の状況を受け入れられるようになった。」

12.1.5 (意識)

また、一時帰宅を続けることを本人も「意識」することができ、それが施設での暮らしの中で本人の ADL や認知機能の「維持」につながる。

「自宅に帰ることを励みに身体機能の維持を本人も意識して過ごしている。」

12.1.6 (維持)

「定期的な一時帰宅を実施することによって、入所して 4 年が経った現在でも本人の ADL・認知機能の著しい低下はなく...」

12.2 (家族へのよい影響)

12.2.1 (満足)

一時帰宅ができ、本人と家族のふれあいの時間がもてたことは家族にとっても喜びや満足になる。

「長男は、孫を抱いて喜んでくれたことが嬉しかったと話される。」
これは、入所しても本人と家族のよい関係が続けられると感じられたことからもたらされるものでもあると思われる。

「自宅へ戻り馴染みの部屋(自室)で、ゆっくりと過ごし亡き妻の仏壇参りを行ったとのこと。夕食は次男、次女の妻、孫と共に食卓を囲み、食後は次男と一緒に風呂へ入り背中を流してもらったとの話ある。」
そうしたよい関係が続けられることを実感できるのは、本人の機能の維持ができていからであることが実感されている。それはまた家族にとって施設に入所することになった老親(本人)が今もよい状態で暮らし続けているということが実感できる機会でもある。

「家族からも、「自宅への一時帰宅が継続して行えるのは身体機能が維持できているから」と喜びの声が聞かれている。」

12.2.2 (否定的感情の緩和)

自分の親を施設に入所させることは家族にとっても本意ではないものである。入所させたことへの心理的な抵抗感(「かわいそう」「不信感」等)は、老親(本人)がよい状態で暮らし続けていることを実感できることで、和らいでいく。

「夫もいつでも希望すれば自宅に連れて帰れるんだという気持ちが生まれ、入所当初のような本人に対しての「かわいそう」という気持ちや長男の妻や施設に対しての不信感はなくなったと受け取れる。夫はその後の施設行事等も積極的に参加してくださっている。」

12.2.3 (本人の安定による負担軽減)

本人の状態が不安であると、それが家族・親族に対する負担となってしまうことがある。帰宅欲求が強く、その都度親族に「短時間の外出」に連れ出してもらっていたことは、その親族にとっても負担であった。それが、一時帰宅を実施するようになり、本人の精神的な安定が図られたことで、その親族の負担も軽減した。

「定期的に外出するようになってからは、その訴えも無くなった為、弟も負担が減ったと喜んでいられる。」

12.2.4 (家族関係の変化)

関係が悪かった親族とも、一時帰宅を経て本人の状態が落ち着いてきたことで、関係の修復ができた。

「折り合いが悪かった夫の弟とも状態が落ち着いてきたおかげで、施設の行事などにも参加していただけるようになってきている。」

12.3 (エンパワメント)

一時帰宅ができたことは、利用者本人、そして家族に対する精神的な支えになっている。また、家族が一時帰宅ができたことで自信がつくこともある。

「継続的な一時帰宅の実施が、ご本人やご家族の精神的な支えになっており」

「今回の外泊によりご家族も自信を付け」

12.4 (家族との協働関係)

一時帰宅のために相談、取り組みを一緒に進めることによって、家族からの相談を受けやすい関係、家族と施設側が助け合って利用者のよいケアをしていける関係を作っていくことができる。

「ご家族からの相談と言うこともあって、補聴器の早期購入に至った」

13 (不十分な成果)

一時帰宅には家族の決心やがんばりなどが必要である。家族はこのようにさまざまな努力をして一時帰宅を行うわけであるが、自宅に帰った本人の様子は必ずしも家族が期待したようなものではない場合もある。そうすると、家族は十分な満足感が得られないかも知れない。

「孫やひ孫と過ごせることに喜んでいたが、好物のすし等準備したが少量しか食べる事ができなかつたにご家族は残念そうであった。」

14 (定例化) → 継続的な一時帰宅

一時帰宅が、さまざまな施設側のサポートと家族の努力によって実現し、本人、家族にとっても満足なものになったことで、一時帰宅は定期的なものとなっていく。

「現在では毎年の定期的な一時帰宅として定着していった」

15 (政策提言)

こうした一時帰宅の取り組みを行うためには、現在の介護保険制度ではカバーできないところがある。こうした実践を行う中で、職員は制度の未対応部分を感じ取るとともに、施設入所者に対しても一時帰宅時には居宅サービスが適用できるようになれば、より一時帰宅がやりやすくなるという点にも考えを巡らせている。

「帰宅に際し、ベッドや車椅子・ポータブルトイレ等々の介護機器がレンタルできるシステムがあれば良いと思う。」

「自宅滞在中、希望する家族に対しヘルパー（介護職員）が派遣できれば良いと思う。」

第5節 考察

(1) 理念や施設の理念・姿勢の重要性

この一時帰宅支援の取り組みを分析する中で、この取り組みは単に「一時帰宅支援のスキル、ノウハウ」によって支えられているのではないということが理解できた。施設においては、一人ひとりの職員が法人の理念を念頭に置き、特別なことをしているというよりは、当たり前のことをしているというように一時帰宅支援を行っている。それは、施設ケアにおいて法人理念の基本方針の一つである「ひととまちを思うサービスをつくる」というものが日常のケア、サービスに自然に反映されているからであると思われる。

このように考えると、利用者が施設に住みながらも地域で暮らすというケアを提供することは、単なるスキルやノウハウを高めればできるというものではなく、職員の姿勢とそれを裏打ちするケアの理念が重要になるということが分かる。

(2) 一時帰宅によるつながり、地域で生きる支援

施設に入所することは、利用者にとってはいままで慣れ親しんだ自宅、生活空間から離れてしまうことを意味する。そうした住まう場所の移動は、単に空間的な移動だけではなく、利用者が持っている人的なネットワークをも大きく変えてしまう。そう考えると、例えば施設ケアの中でよく使われる「帰宅願望」「帰宅欲求」という用語も、単に利用者が「家に帰りたい」と訴えているという理解だけでは不十分であり、利用者が「私を私たらしめている人と人とのつながりを取り戻したい」「私が慣れ親しんだ人との関わりの中で、安心して暮らしたい」という訴えであると読み解くことができるのではないだろうか。

実際、一時帰宅した利用者の満足は大きいのだが、その満足は単に「家に帰れた」から得られるのではなく、盆や年末年始に家族、親戚が集まり、慣れ親しんだ人とのつながりを感じ取る中で、利用者は情緒的に安心できるからなのではないかと思われる。

このように考えると、地域で生きるということは、単に空間的な概念ではなく、慣れ親しんだ人と人とのつながりを実感しながら暮らすということだと考えられる。そうした実感を利用者が得られるように支援するとき、利用者は精神的にも安心して暮らすことができるのである。

(3) 利用者の機能の維持の重要性

一時帰宅をするためには、家族が「連れて帰りたい」「連れて帰ることができる」と感じていることが鍵になる。そうすると、施設に入所して、どんどん心身機能が低下していくなかで「連れて帰ることができる」と感じることは難しいだろう。機能低下が進むことで、自宅という空間の中でできないことがたくさん見えてきて、「これは無理だな」と思わせてしまう。

一時帰宅は実際に家族の側の意向から始まり、家族の判断が大きく左右するのが現実である。しかし、データの中では、「これくらいなら連れて帰れると思う」と家族が感じることによって一時帰宅の話が具体化していくという例がある。そのため、施設では利用者の心身機能を維持すること、可能であれば回復させる支援をすることによって、利用者本人側の一時帰宅ができやすい条件を整えていくことが重要になる。こうした機能の維持・向上を図るための取り組み抜きにして、一時帰宅支援は行えない。このように考えると、家

族と一時帰宅をするための相談に乗る等の、いわゆるソーシャルワーク的な働きだけに注目するのではなく、ケアワークの充実が大きな鍵を握っていることが分かる。

もちろん、施設のケアは個々のケアワーカーのケアの技量でなり立つだけではなく、適切なアセスメントと、アセスメントに導かれた適切なケアプランの立案があり、それを実現できるすべてのスタッフの力量やチームケアのあり方が重要になる。利用者の機能の維持・向上はこうした要因から支えられているのである。

（４）家族の意欲の醸成

先にも述べたが、一時帰宅は家族の意向・気持ちによってなされるところが大きいものである。それだけに、施設側が家族にどのように働きかけていくかは重要である。

職員は家族に、本人の状態が安定していること、上向いていることを日常的に伝えていく。また、行事や面会時に実際に両者の安定した状態を目にすることで、家族は「これなら、連れて帰れるかも」と思うのである。

施設では、入所段階から一時帰宅ができることや、その際に施設はどのような支えをすることができるかを説明していく。また、入所後のケアが始まった中でも、折を見て、施設から働きかけをしていく。それは、状態の説明であったり、提案であったり、利用者の思いの代弁であったりする。そして家族と協議する中で、具体的に一時帰宅ができる条件を整えていく。このためには、相談員の高い面接力が求められるが、単に面接が上手であるから一時帰宅が可能になるのではないこと、すなわち利用者の状態の維持・向上が重要な鍵を握ることは前述した通りである。

職員は家族に働きかけ、利用者の状態に働きかけることによって、家族が「連れて帰ろうか」と思える意欲を醸成していく。それは、家族が感じる不安、心配に対して、一つひとつその心配事をクリアしていくことでもある。職員は一時帰宅を具体的に進めるために家族の力をさまざまな形で補いながら、一時帰宅を支援していくのである。

（５）制度・政策への示唆

データの中で、職員は一時帰宅時に居宅サービスを使うことができれば、もっと一時帰宅はしやすくなると指摘している。

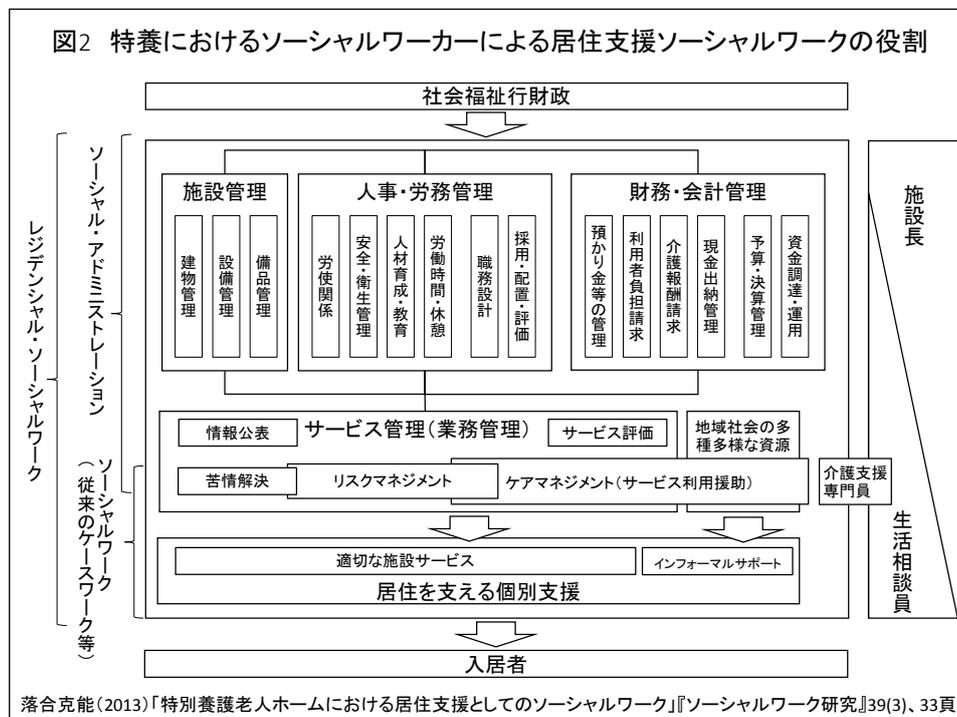
現状において、日本の介護システムは居宅ケアと入所ケアを両論併記で考えている。これは施設入所を廃しているスウェーデンやデンマークなどと全く異なる制度設計である。そして、地域ケアシステムを考慮する際、現時点では「住まい」に注目される一方で、従来から入所し、そこで暮らしている場である施設がどのように機能するかについては、あまり論じられてきていない。しかし、従来から「在宅と施設のボーダーレス化」をどう押し進めるかは施設ケアの直面する課題でもあった。現在では、「在宅施設相互利用制度（ホームシェアリング）」という取り組みも制度化されてきているが、これは基本的には在宅側からのアプローチといえる。

施設側からの、もう一つのアプローチとして前述の指摘の通り、施設に入所していても、一時的に自宅に帰る場合に居宅サービスを利用できるようになれば、家族の負担軽減はより行いやすくなり、一時帰宅という取り組みが進めやすくなると思われる。

(6) レジデンシャル・ソーシャルワークからみた一時帰宅支援

ソーシャルワーク実践をその場から大別すると地域で活動するフィールド・ソーシャルワークと入所施設を基盤として行うレジデンシャル・ソーシャルワークという分類をすることができる。そして、ソーシャルワーク理論はその発展の中でフィールド・ソーシャルワークを中心として整理されてきたように思われる。もちろん、近年のジェネラリスト・ソーシャルワークの考え方の中では、施設ケアと地域ケアをつなぐ視点が提示されているが、施設に勤務する相談員職（ソーシャルワーカー）が自らの仕事を整理していく理論的道具立てはまだ十分に整理されているとはいえないだろう。

図2は居住系施設におけるソーシャルワークの役割を示したものであるが、利用者に対して提供される相談援助は、それを下支えする運営管理によっても左右されることがよく分かる。ソーシャルワークの視座が個人と環境の相互作用であることを考えると、質の高いケアを行うためには、もちろんそのソーシャルワーカーが高い専門性を持っていることが大きな要件になるが、居住系施設においては運営管理部分にいかに関与するソーシャルワークの価値を入れ込んでいくかも重要といえるだろう。



今回調査対象とさせていただいたつばめ福祉会は、法人専務理事が社会福祉士であり、ソーシャルワークの視点を法人内の各施設に浸透させることができる位置におり、長年の努力の中で職員が利用者が「入所しても社会の一員」と自然に考え、行動できるように人材育成を図ってきている。その成果が一時帰宅支援の取り組みといえるだろう。このように考えると、居住系施設のソーシャルワーカーには、利用者に対してよい相談援助を行う力量と同時に、施設に対してよい援助を支える条件整備ができるように働きかけていく力量も求められるといえるだろう。

第3章 2014年度研究の成果

第1節 ヒアリング調査1 えるむ

(1) 調査の概要

①ヒアリング施設について

社会福祉法人 空心福祉会 高齢者複合福祉施設 えるむ
〒 620-0947 京都府福知山市旭が丘 92-2

②ヒアリングをお願いした方

施設長

レジデンシャル・ソーシャルワーカー 2名

③調査員(委員)

直木慎吾、福富昌城

④調査日

平成26年11月9日(日) 13:00~16:30

⑤倫理的配慮

ヒアリングにあたってパソコンでの記録と音声の録音について確認し、了解を得る。

(2) ヒアリング調査結果

1. 施設の概要について

- ・法人は1989年に設立され、3つの施設を運営している。

法人理念は「かたよらない心、こだわらない心、とらわれない心」とされており、3つの施設それぞれに、施設理念を設定している。

- 高齢者総合福祉施設 にれの木園

特別養護老人ホーム(定員50名)

ショートステイ(定員10名)、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所を併設。

施設理念 「おかげさまと互いに「心」が伝わる暮らし」

- 高齢者複合福祉施設 晴風(定員70名) ユニット型特別養護老人ホームであり、

建物は平屋づくりの3つの建物が、それぞれ独立しているユニークな構造をもっている。

ショートステイ(定員10名)、居宅介護支援事業所を併設。

施設理念 「地域とともに育む豊かな暮らし」

- 高齢者総合福祉施設 えるむ

特別養護老人ホーム えるむ(定員29名) 地域密着型介護老人福祉施設であり、フローリング二重床で、利用者・来所者は玄関で靴を脱いで施設に入る。

ショートステイ(10名)、グループホーム(定員18名)、認知症対応型デイサービス(定員3名)を併設している。

施設理念 「『ありがとう』にあふれる、地域で創めるこれからの暮らし」

- ・えるむの開設は 2012 年である。また、この開設にあたり、別に設置されていたグループホームえるむとえるむデイサービスを移転、合築となっている。
- ・えるむの施設マニフェストとして「はだしで歩ける床を保ちます」「訪室のマナーを守ります」「地域貢献として、ボランティア活動に全スタッフが参加します」の 3 つを掲げている。このマニフェストは、毎年スタッフが考えて、家族に説明しており、スタッフ全員がこれに署名し、達成ができれば外すという仕組みにしている。
- ・ケア実践の約束事として、「入浴はお一人ずつ」「排泄介助はお一人ずつ」「必ず玄関で靴の履き替えを実施」「一人ひとりのペースに沿ったケア、自立支援の実践」を決めている。

2. 地域の特徴について

- ・所在地は福知山駅から直線距離にして 400メートル弱の住宅地に位置している。これは、えるむを建設する際に、街の中での暮らしができるようなロケーションを考えて、現在地に施設を建設したという。

3. レジデンシャル・ソーシャルワーカー（RSW）について

- ・空心福祉会では、「地域連携支援部」を設置し、定款で公益事業として位置付けている。
- ・この「地域連携支援部」は法人本部直轄の部署として置かれ、3 つの特別養護老人ホームからは独立した存在として、2 名のレジデンシャル・ソーシャルワーカー（RSW）を配置している。

（RSW の職務所掌）

①入居待機関係

サービス利用申込者相談対応、サービス利用申し込み書管理（受理・終結）、入居希望者受付簿管理（登録・削除）、各施設入居待機者数確認、事前調査、事前調査報告書・入居選考評価票作成、入居者優先順位表管理（入力・削除）、入居選考会議管理、現況確認、施設見学対応

②法人関係 ※法人内アウトリーチ

相談ラウンド*（全施設）、「私の姿と気持ちシート」管理（作成・更新）、「アセスメントシート」確認・更新、入居立ち会い、サービス担当者会議／照会依頼回答、社会資源開発・調整（主体企画）、RSW 主体企画**、ケース記録記入（1 人 1 回/月）、経過確認、モニタリング、余暇支援、外出支援（郵便物投函・散歩等）、施設行事協働・協力（サークル活動等）

* 相談ラウンド 2 人の RSW が法人の 3 つの施設の入居者を対象にし、個別面接を行う。これは RSW の主業務とみなされており、「午前中は書類仕事、午後からは現場を回るという感じ」と、RSW の業務のおおむね 50%を占める。

** RSW 主体企画 相談ラウンドでのニーズ把握をもとに、あるいは現場の CW（ケアワーカー）からの「この人、こういうことっておられたので、こうい

うところに連れて行ってあげたいんだけど」というリクエスト***に応じる形で企画される。単に RSW が利用者と外出するというものではなく、利用者の外出に現場の CW 等が同行できるように当該利用者の施設・ユニットに交渉し、外出同行の体制を整えている。この外出プログラムは、利用者の希望やニーズを叶えるという意味合いだけでなく、そうした場がさらなるアセスメントになるということも意図している。

*** こうしたケア現場の CW からのリクエストは、RSW が利用者の個別ニーズに対応する形で企画・実施する RSW 企画に対する反応としてでてくるものである。これは RSW がユニットの CW や CM(ケアマネジャー)等の利用者を取り巻く人的環境に対して働きかけた結果として、人的環境の(意識・利用者への関わり方等)変容がなされているとみることができる。

③地域関係 ※地域アウトリーチ

よろず相談窓口開設、サロン訪問、社会資源確認・調査、ニーズ調査、民生児童委員との連携

④会議関係

地域連携支援部会議、RSWC (Residential Social Worker Conference)、入居選考会議

⑤その他



2014.4.1より、当法人本部に“地域連携支援部”を開設致しました。在宅、地域の皆様の様々な生活相談対応、社会資源の活用等ソーシャルワークを行っています。お気軽にご相談下さい。



なお、当法人各施設へのご入居(特養にれの木園・特養晴風・特養えるむ・GHえるむ)につきましても、地域連携支援部が担当しています。ご相談は下記までどうぞ。



地域連携支援部(法人本部)
相談受付時間:月曜日～土曜日 10:00～17:00
Tel:0773 22 0501 Fax:0773 25 3445
担当(RSW):山口 明子(やまぐち あきこ)
(RSW):牧 亜佑美(まき あゆみ)

RSW 研究会調査協力

空心福祉会 HP より

(組織改編の経緯)

- ・空心福祉会のレジデンシャル・ソーシャルワークに関する取り組みは、過去の経過から、まず、法人組織の中で「相談員は介護職より上」というような意識を払拭し、職種（相談員、介護職、看護職、栄養士等）はフラットな関係にあること。それとは別にそれぞれの職員と役職との職務の違いがあること。ということを経験させる意識改革を行った。
- ・これと同時に、生活相談員からレジデンシャル・ソーシャルワーカーを法人本部付きで置いて、独自の動きをするようにしてきている。こうした組織・職員の意識改革について「役職と職種の違いの理解を固めるのに2年。内部を固めるのに2年」かかって、現在があるという。

4. RSW 主体企画

(RSW が主体となって行っている入居者に対する取り組み)

- ・各施設2ヶ月に1回、RSW が地域の社会資源、その人の生活のアセスメント結果からのニーズを答えて、それに答える企画をする。
- ・利用者のニーズのアセスメントをするために外出をすることを、スタッフ会議、代表者会議で説明をして、スタッフに理解を求める。
- ・ケア現場では叶えがたいニーズに応える。生活歴等のアセスメントを意識した支援を行う。
- ・地域の社会資源の一覧表を作成している。
公共施設、店舗等活用できる社会資源の定休日、営業時間、バリアフリー、トイレの設置状況、店員の受け入れ状況等を調査し、法人内のネットで情報共有できるようにしている。資源 飲食店、文化・観光施設、ボランティア利用、ルーツ対応¹⁾。

(RSW 主体企画とその成果)

- ・RSW が相談ラウンドから得た利用者の情報をもとに、ユニットのケア（施設が利用者に提供できるルーティンのサービス内容・質）では対応できない利用者一人ひとりの個別のニーズに対して、RSW 主体企画としてそのニーズ充足を図っていくという取り組みをしている。
- ・相談ラウンドから、「この人ならこういうことができそう」と考えて、行き先を考えている。RSW で行き先、タイムスケジュールを計画し、あらかじめ決まった段階で、リーダーに「どうしようか」と話をする。そこで調整（本当にこの人で良いのか？別の人の方が？等）を行っている。
- ・企画はリーダーからユニットのスタッフに日誌・口頭で周知を図る。企画要項は RSW で作成し、イントラネットにアップし、他のスタッフが閲覧できるようにしている。
- ・ただし、この RSW 企画は RSW が利用者とは外出するというように自己完結してしまうものではなく、現場に働きかけ、ケアワーカーなどの職種も同行してもらうように調整していること、それが個別のニーズ充足のための働きかけになるだけでなく、あらたなアセスメントの機会として機能するようにすることも意識している。
- ・RSW 企画の成果

1) 入居者の生家への一時帰宅支援、墓参り、思い出の場所等、入居者のバックボーンに着目したアセスメントとその支援を行う。

- ・利用者と、福知山市の花の十景を見に行った。
- ・食べることが好きな方なら、喫茶店を利用して、好きなものを食べていただく機会をつくれた。
- ・ふれあい牧場（綾部市）で、うさぎ・猫などとのふれあいを。売店でアイスクリームを食べたりできた。
- ・スタッフも一緒に楽しんで欲しいと考え、スタッフも(自己負担／事業者負担)で飲食したりするようになされた。

(RSW が持つアセスメントを補完する機能)

- ・RSW は相談ラウンドを通じて、利用者から様々な情報を入手する。それは利用者の生活歴であったり、趣味、好み等の情報であったりする。
- ・入居者のアセスメント表管理の責任者は生活相談員 (LSA) である。RSW は生活歴、習慣、趣味、周囲の状況等の情報を収集し、そうした情報をアセスメントシートに記載してアセスメントを厚くすることに協力したり、「私の姿と気持ちシート」(センター方式の C-1-2 シートを独自に改編したもの)を作成し、現場の利用者理解をサポートしている。

5. 法人内アウトリーチという実践

- ・RSW が、施設スタッフに対して、相談ラウンドから得た利用者の意向・希望・不満等を解決していくために働きかけるというものである。
- ・これは、RSW が利用者の環境面 (特に人的環境である施設スタッフ) に働きかけていくという、ソーシャルワークの特性を施設ケアという実践の中に落とし込んだものといえる。

(法人内アウトリーチの具体的な実践事例)

【事例 1】

- ・遠慮がちな入居者。認知症は多少あるが、ある程度の判断はできる (身体動かなくなるとか何かなんてと体操をしている等) 方である。
- ・なかなか訴えは言わないが、不満は持っている。「最近どうですか？」と聞くと、食事のこと、排泄のこと、お嫁さんのことなど不満が出てきた。「辛いピーマンを食べたら便秘になる」「でも出されたものは食べないと、毎回食べている」という。
- ・この件を調理部長に相談した。食事提供時に利用者に意向を確認し、「便秘になるから」という訴えを確認できたので、この方の食事にはショウガなども含めて、添えないで提供することになった。

【事例 2】

- ・もやしを嫌いな方。「ここの食事は毎日もやしを出してくる。噛みにくいで、食べれんで困る」という。面接の時には結構怒っている様子だった。
- ・この件についてリーダー (ユニットリーダー) に「日頃こういうこと言われていましたか？」と確認するが「いや、そんなことはないけど」と返答あり。

- ・そのため部長にこういうことがあったと報告する。部長がリーダーとこの件について協議し、この利用者だけはもやしを少なめに提供するようになった。

【事例 3】

- ・要介護 3 でしっかりしている方（認知症はある）。夜、頻回にトイレのコールをされる方（5分ごとにコール、でも尿は少し出る）。何度もコールがあることで、スタッフもイラだっているのか、利用者からは「一人、若い女の子で結構乱雑に扱われる」という訴えがある。
- ・この訴えの真偽については、その時点ではどこまで正確な話しかわからないので、部長（CM）に相談した。この判断については「事実調査も必要であるが、まだ行えていない段階」「現場リーダーに相談をしても、捌ききれないかもしれない」と考えてのことであった。
- ・その後、サービス担当者会議で本人から同様の訴えがあった。それで調査をしてみると、利用者の訴えは事実であったことが分かり、苦情報告書を提出し、改善対策を立てることになった。
- ・その後は、最初の頃よりは訴えは少なくなったが、「呼んだときには早く来て欲しい」という訴えはしばらくは続いた。その都度話を聞いたり、サービス担当者会議で対応策を協議した。

- ・法人内アウトリーチは、このようなクレーム対応のみではない。
- ・入居者を取り巻く周囲の環境としては、まず大きな存在になるのがケアワーカーなどから構成される施設職員という人的環境である。
- ・相談ラウンドから利用者のニーズ充足が十分になされていないと判断されれば、RSWはその件の解決のために動く。これは、法人内アウトリーチの重要な機能であり、その意味合いは入居者のアドボカシー（権利擁護）である。
- ・問題の解決のために、どの部署／どの職種／誰に話しを持っていけばことは適切に処理されるかを考え、適切なところに働きかけていくという判断を RSW は行っている。

6. 地域とのつながりづくり、入所しても地域で生きることの支援

（年末年始の帰省について）

- ・家族に「年末年始の帰省についてお願い」で「帰省を計画される場合は、お早めにお知らせいただければ幸いです」とお願い文を出している。お願い文は盆と正月の前に出しており、帰省を考えるきっかけ作りをしている。
- ・長い人では 10 日ほど、短い人で 1 泊、2 泊くらいで帰省をする入居者がいる。昨年では 7 名（えるむ定員 29 名中）であった。定期的な外出（週 2 回、家族が必ず連れて帰る方もいる）
- ・家族によっては「連れて帰ってはいけない」「施設が困る」と思っている方もいる。家族に対する連絡は生活相談員（ライフ・サポート・アドバイザー：LSA）とケアマネジャー（CM）で行っている。

- ・こうした家族対応までを RSW の職務とすると、RSW の動きができなくなると考えている。反対に、RSW の企画から現場が刺激を受けるようになることを意図している。

(効果)

- ・ケアワーカーから、「この人、こういうこと言っておられたので、こういうところに連れて行ってあげたいんだけど」という言葉が上がるようになってきている。
- ・職種の役割が周知できてきて、他職種から「また、話を聞いてきてあげて」と言われることが増えてきている。現場のケアワーカーの体制上、なかなか外出支援が出来ないので「外に連れて行ってあげて」という声も出てきている。これについては「自分達の役割ができてきたかな」と感じている。
- ・入居者と一緒に地域に出て行くことで、地域の社会資源の情報を持って帰ってきてくれることも、施設に対する大きな利益になると考えている。

(地域への働きかけ)

- ・「何でも相談窓口」を広報している。
- ・地域向けに講演等の依頼があれば、RSW が担当している。
- ・サロンのボランティア依頼、支援依頼への対応、オレンジロードつなげ隊（京都府主導；認知症に対する正しい理解を普及啓発活動）も RSW が担当している。
- ・最近では、地区福祉推進協議会に呼ばれて、認知症の講演会をする等の関わりを始めている。

7. RSW、社会貢献の現状と評価

- ・当初は、「（RSW は経営的に収益を産まないのに）なぜ RSW を置かねばならないか？」という意見が経営陣からあった。そのために、まず入居管理の仕事を RSW に持っていくように職務分掌をした。内部的には「RSW はなんの役に立つの？」という意見もある。それに対しては、ソーシャルワークを現場のケアに活かせると説明している。
- ・入居管理を RSW にしたことで、生活相談員（LSA）やケアマネジャー（CM）は目を入居者に向けることができやすくなった。
- ・しかし、それは二の次であり、本来は、地域に働きかけていくことをねらいとしている。
- ・この先には、RSW 主体企画に現場のケアワーカー（CW）が関与することを通じて、現場を刺激していくことは通過点であり、その先には RSW が地域の各種社会資源と関わりを持ち、入居者が地域との繋がりを持つ生活を支援していくことや、地域に対してえるむ（あるいは他の施設）の存在や機能が認められていくように社会的承認を高めていくこと、地域の福祉ニーズの充足に寄与していくことへと RSW の活動が波及していくことを考えている。

(3) 資料 2015 年度事業計画～地域連携支援部～

地域連携支援部
事業計画

＜年度福祉サービス目標＞

1. 地域で生活する方々に対し、地域連携支援部としての機能を還元できるようなシステムを構築する。
2. 入居申込者管理を確実にいき、入居待機者状況を把握する。入退居時のタイムラグを短縮できるように各事業所と連携を行う。
3. 相談ラウンド等法人内アウトリーチにより得た情報を、利用者満足のために必要な支援へ繋げられるように取り組む。
4. 利用者のアセスメント管理を行い、タイムリーな利用者情報の提供、ニーズ把握、共有が行えるように他職種と連携する。
5. 入居者の S 会に参加し、SW 視点での意見を述べ、支援の幅が広がるように取り組む。SW に関するニーズがあれば CP に盛り込めるよう働きかける。
6. 社会資源の開発・提案，RSW 主体企画の運営を行い、利用者理解，ニーズ把握に努める。
7. RSW 研究調査協力において、SW の専門的技術の向上，RSW としての今後の在り方を考える機会として取り組む。
8. ISO9001:2008 に関する知識を深め、自己の業務を理解し、専門性や関連領域に関する自己研鑽に努める。

＜取組・対策＞

- 1-①自治会や民生児童委員等と積極的な連携を図り、地域連携支援部についての周知を図る(広報誌配布，地域サロンや公民館等への訪問等)。
- 1-②地域資源の確認，調査を実施し、リスト化を行う。(リストは地域支援活動で活用する。)
- 1-③地域の各種団体等からの講義，講演等の依頼があれば積極的に請け負う。併せて地域連携支援部の活動，ワンストップ相談窓口についての周知，啓発活動も行う。
- 2-①入居申込者管理を実施する為、入居事前調査を 3 件以上/m 行う。
- 2-②常に入居候補者を各事業所 1 名以上確保できるように努める。

- 2-③入居待機者管理を確実に実施する為、2 回以上/y, CM・家族へ電話連絡, 訪問等にて現況確認を行う。現況調査実施状況は、専用フォーマットへ入力し一連の経過を把握する。
- 2-④入居事前調査にてクライアントの全体像を見極め、適切なサービスへのリンクグを行う。
- 2-⑤入退院状況含め入居者の状態把握をしっかりと行い、退居者が出る場合には直ぐに次候補者を検討できるよう、各事業所と連携を取る。
- 3-①相談ラウンド等により、入居者一人ひとりに面接する。一人 1 回以上/m、ケース記録の記入に努める。
- 3-②得られた情報は他職種と共有し、改善, 解決, 促進等必要な支援へ繋げられるようにアプローチする。
- 3-③イベント後には入居者の意見・感想等を聞き取りし、各 LSA/CM 会議や ST 会議等を活用してフィードバックする。
- 4-①LSA/CM と連携して入居者の「アセスメントシート」管理を行う。
- 4-②「私の姿と気持ちシート」管理(変更・更新)を行い、ST 会議等にて他職種への周知に取り組む。
- 5-①S 会に出席できるように業務を組み立て、欠席の場合は照会(コメント提出)にて対応する。
- 5-②CP に SW に関する RSW 担当の支援項目を明確に設定できるように取り組む。
- 6-①入居者のニーズに応じ、各施設が活用できる資源(法人内・地域)を開発・提案する。
- 6-②各施設の LSA/CM と協働し、社会資源を活用した SW を意とした活動の企画・運営を行う。“リフレにれ”, “晴風すまいる”, “Salon de えるむ” は 5 回以上/y 実施する。
- 6-③入居者のルーツ対応として、生家への一時帰宅支援・墓参り等入居者のバックボーンに着目した支援も主体的かつ積極的に行う。各施設 3 人以上/y 実施する。
- 6-④利用者ニーズに応じ、生きがい支援の実施(趣味活動等), 他職種が実践する支援, 行事や企画の協働, サポートを行う。
- 7-①RSW 研究会調査協力を継続して行う。
- 7-②RSW 研究会調査協力から得られる情報や成果を、今後の RSW の在り方を考える手掛かりとする。また、SW の専門的技術向上を図る機会とする。
- 8-①部所別研修を計画的に開催し、基本的知識の Up を図る。
 テーマ：04 月 “感染症対策” ※会議内 ※感褥委へ講義依頼
 06 月 “事故／苦情防止” ※会議内 ※危管委へ講義依頼
 08 月 “身体拘束廃止” ※会議内 ※危管委へ講義依頼

- 09月 “SW” についてのオリジナルテーマ
 10月 “感染症対策” ※会議内 ※感褥委へ講義依頼
 12月 “褥瘡予防” ※会議内 ※感褥委へ講義依頼

＜年間活動計画＞

月	活動内容
4	主体企画 “リフレにれ” 部所別研修 “感染症対策” ※感褥委へ講義依頼
5	主体企画 “晴風すまいる”, “Salon de えるむ” サークル活動(にれの木園) “書のある暮らし”
6	主体企画 “リフレにれ” 部所別研修 “事故／苦情防止” ※危管委へ講義依頼
7	主体企画 “晴風すまいる”
8	主体企画 “Salon de えるむ” サークル活動(にれの木園) “書のある暮らし” 現況調査 部所別研修 “身体拘束廃止” ※危管委へ講義依頼
9	主体企画 “リフレにれ” 部所別研修 “SW(ソーシャルワーク)” ※時間外 業務／作業手順書 R
10	主体企画 “Salon de えるむ”, “晴風すまいる” 部所別研修 “感染症対策” ※感褥委へ講義依頼
11	主体企画 “リフレにれ”
12	主体企画 “晴風すまいる” サークル活動(にれの木園) “書のある暮らし” 部所別研修 “褥瘡予防” ※感褥委へ講義依頼
1	主体企画 “リフレにれ”, “Salon de えるむ”
2	主体企画 “晴風すまいる” サークル活動(にれの木園) “書のある暮らし” 現況調査
3	主体企画 “Salon de えるむ” 業務／作業手順書 R

不定期行事：各施設サークル活動協力，RSW 研究会調査協力

月例業務：記録 R

：地域連携支援部会議，入居選考会議，本部 ST 会議

：RSWC

実習受入：(社会福祉士) 龍谷大学短期大学部

第2節 ヒアリング調査2 大阪老人ホームうえだ

(1) 調査の概要

①ヒアリング施設

特別養護老人ホーム 大阪老人ホームうえだ (社会福祉法人聖徳会)
〒580-0016 大阪府松原市上田 8-11-11

②ヒアリングをお願いした方

施設長
介護支援専門員
生活相談員

③調査員

服部恭弥、福富昌城、島野光正、高橋是司、直木慎吾

④調査日

調査日 2014年12月23日(火・祝) 10:30~12:10

⑤倫理的配慮

ヒアリングにあたって、音声の録音について確認し、了解を得る。

(2) ヒアリング調査結果

1. 施設の概要について

- ・4月の人事異動で、全員が異動してきた。外泊している人、外出している人も含め、事例を洗い直した。
- ・もともとは、「大阪新生苑」という従来型特養(88床)で、大阪老人ホームの隣にあった。老朽化にともなう立て替えて、平成22年4月、現在の場所に移転。新型ユニット(入所88床+ショート12床=100床)としてスタートした。現在5年目。法人として、はじめてのユニット型。
- ・従来型施設の時より「利用者中心にケア提供を行うこと」をコンセプトとしている。
- ・元の施設(大阪新生苑)から、入居者、職員と一緒に、現在の施設に引っ越してきた。
- ・従来型施設からユニット型へハード面も変わり大変であったが、そのことより「職員の意識を変えるのに苦労した」と当時の職員からは聞いている。
- ・松原市は、委託包括が2つ。他法人で受託している。
- ・松原市以外では、隣接している羽曳野市の利用者が多い。

2. 地域住民との関係づくりについて

- ・地域的には、元々が田畑だった地域。
- ・現在の場所に引っ越してくるにあたっては、地域住民に対して事前説明会を行った。5年目経過し4月に異動してきて、地域との関係を作るのは大変と感じている。
- ・現在、施設があるところは、もともと府営住宅があった土地。複数の町会・自治会(7つ位)に囲まれているような地域である。
- ・年に1度、消防署に協力してもらい、地域向けに施設で「AED」や「応急救護」等

の防災訓練を実施している。

- ・毎年、11月に秋祭りを開催。地域の人や隣の障がい者施設にも声かけし交流する機会を設けている。その中で子ども向けのゲームなども行っている。
- ・松原小学校と利用者の交流会（ゲームなど）を実施。中学校の文化祭（松原中フェスタ）にも参加。
- ・「松原中フェスタ」には、他の福祉施設、PTA、小学校の教員、警察署（白バイ展示）なども参加している。
- ・法人（聖徳会）としては、8月の松原市の市民祭りに参加。
- ・「だんじり」には、たまたま利用者さんと見に行き、声をかけさせてもらった。毎年ルートが変わると聞いて、施設の前に来てくれないか先方に話しをした。
- ・たまたま「だんじり」の担当者が変わって、ちょうど先方も地域との交流を深めたいと考えているところだった。
- ・最近のことでは「だんじり」を担当している人に話をし、ホームに来て写真撮影してくれるようお願いした。施設としても事前準備の手伝いや祭りの声かけができないかと考えている。来年度からは、動き出そうかと考えている。
- ・昨年のボランティアの受入状況は、月15～16名×12ヵ月くらい。

3. 小学校との交流について。働きかけなどについて。

- ・小学校は校長先生から声がかかった（総合学習の一環）。中学校は、前施設長が声をかけて、昨年スタートしたと聞いている。

4. （移転前の施設も含めて）地域とのつながりについて感じることは。

- ・大阪老人ホーム（112周年）が、施設の名前だけではなく、昔の名称である「養老院」という言葉で知られている面がある。
- ・「大阪老人ホームは、小さい頃からあってね・・・。うえだって、そこと同じ系列？」という話が家族からある。大阪老人ホームについては、昔から地域に知られていることを、異動してきて実感している。当施設は、まだまだ知られていないと思う。

5. 施設の介護、ケアプランについて

- ・ケアプランについて、新規の方については、「在宅との継続性」を大事にしている。それと平行して、「家族との関係をどうつくっていくか」ということも重視している。
- ・ケアプランについては、全職員が閲覧する体制としている。介護職とも一緒にケアプランを立て、カンファレンスについても、最低6ヵ月に1回は実施している。
- ・待機者は、100名強くらい。サ高住の人で申し込んできている人もいる。
- ・これまでの4年間は、「在宅復帰した人」「最後、自宅に戻って看取られた方」はいない。

6. 家族との関係について

- ・カンファレンスへの、家族の参加率は9割以上。家族とも話しながらケアプランの検討を進めている。

- ・契約時、必ず、暫定プランを立てて、1 ヶ月後のプランを立て直す時に、参加してくれるよう、家族に声かけしている。「次は、半年後」と声かけしていくと、あたり前のように参加してくれている。
- ・来られていない残りの1割の人は、「体調を崩している人」「キーパーソンが亡くなって、変更になった人」等。
- ・面会は、結構、来てくれている（土日は2桁）。よく来てくれる人は毎日。
- ・行事の案内については、「季刊誌」を通じて伝えるとともに、面会に来られた方への声かけや、個別連絡をしている。

（家族と主に話しをするのは）

- ・家族が来所したとき、一番話をしているのは、現場フロアの介護職員。普段の生活を伝えている。
- ・現場フロアで外出等の計画をした時、家族に参加してもらうように声かけしている。実際に行ったあとの報告もしている。

7. 外出について

〈主に誰から話しがあるのか〉

- ・フロア現場から、「本人、行けるから計画したい。」という話がある。それを受けて、車の都合、家族の日程が合えば、勤務の調整をする。フロアの介護職員が、利用者の希望を受けて実現する流れ。
- ・家族の「外出への不安」等を聞きながら、実現にむけて「家族の意向」と「現場とのすりあわせ（車、現場スタッフの調整等）」を行っている。

【事例1】

- ・現在、入所中の男性。
- ・以前から「大阪城に行きたい。以前に行った時と、どれだけ違っているかを見たい」という人。
- ・本人の意向を、面会時に家族に伝えた。はじめは、「ちょっと、外出は・・・」と行っていたが、よく聞いてみると、外出したときのトイレ介助に不安があることがわかった。
- ・そこで、介護職員から「最近、以前より介助量が減っていること（少し手伝えばできる）」を伝えるとともに、具体的な介助方法を伝えた。話をした結果、「私でもできる」ということで、家族と一緒に、大阪城にいった。
- ・施設に戻ってきた本人からは「外国人がすごく多かった！時代の移り変わりはすごい」
- ・家族からも、「久しぶりに遠出できてよかった。介助方法も教えてもらって、私も負担が少なくてよかった」という話であった。
- ・積極的に話をする人ではないのだが、戻って来てから職員にずっとこの時の話をされていた。

- ・外出が実現するのに1年くらいかかった。本人は営業でいろいろなところを回っていた方である。「なじみのある場所に行きたい」ということが、ケアプランに位置づけられていた。一番近かったのが大阪城だった。

【事例2】

- ・家族から「孫の結婚式があるので、本人を連れて行きたい」と相談があった。
- ・本人からは、「行きたいけれど、外出に心配がある」という相談をうけた。本人は失語症のため躊躇していた。「ありがとう」とはいうが、後は表情と仕草（首ふりとか）のみ。
- ・家族と一緒に「せっかくの結婚式なので・・・」と声かけし、介護タクシーを紹介した。
- ・家族からも、「晴れ姿をみてほしい」ということがあり、不安にならないように。家族と一緒に声かけをした。
- ・心配だったので、帰ってきてから「しんどくなかったか」と聞いたが、笑顔で戻ってきたので安心した。
- ・家族からも「本人、よろこんでいて、行けてよかった」との話があった。

【事例3・4】（現在、進行中の事例。）

- ・2015年の正月に、年末年始の一時帰宅（2名）を調整中。
- ・1名は「日帰り」。もう1名は2泊3日。（2人とも要介護3）
- ・本人から、「正月に外泊したい」と聞いたが、家族には「排泄」介助への不安がある。
- ・施設での回数、サイクルについて説明。「パットの大きさを調整すれば、家族本人に負担はかからない」と説明。食事はキザミ食だけれど、自宅で寿司は食べられるだろう、等のアドバイスはしている。

【事例5】（話はあがったが、実現しなかった例）

- ・要介護5。胃瘻（経口からも少しいける）。
- ・姉（和歌山に住んでいる。片道1時間半）の所に行く話がでていた。医師からも、「水分がとれないことはない」と、評価をしてもらっていた。経口介助もなんとかいけると調整をしていたケース。
- ・本人が、和歌山に行く前に、お姉さんがいたのが亡くなってしまった。（目的自体が消えてしまった。）
- ・家族としても、「本人に伝えるのは、しのびない」ということで、本人に事実を伝えていない（事実を伝えて、不安定になるような人ではないが、家族の意向にそっている）。
- ・本人から「行きたい」という話あれば、調整するのだが、もともとは、家族主導ででた話だった。

- ・スタッフから、家族に再度、「お墓参りではどうですか？」と聞いてみたが、お墓が山頂にあり、「胃瘻で車いす。そんな状況で行けるわけがない」と家族に言われた。
- ・「山の下からでもよいのでは」「仏壇でもよいのでは」と、家族に話したのだが、「姉の死が、本人に悪い影響があるのでは？」ということ打破できなかった。
- ・入所して半年程度だったので、職員側としても、それ以上進めるのを躊躇した面はある

【事例6】（本人の「帰りたい」という思いを調整した事例）

- ・すでに亡くなられた方の事例。介護保険前から、かなり長く入所していた方で、ずっと要介護1レベルだった（最後には車いすにはなった。）
- ・本人の「自宅に帰りたい」という思いを家族に伝えた。
- ・話があった時点で、本人の体調が悪くなっていた（肝臓ガン）。
- ・最初は、本人、家族の意向が合致していたが、設定していた日程が近づくにつれ、本人が「行かない」と言い出した。
- ・理由を聞いてみたところ、「失禁して家のものに迷惑かけるのではないか？」と心配をしていた。「自宅では、パットを使って・・・」と話をさせてもらったから「それだったらいけるかな」と帰宅されることとなった。
- ・自宅に帰ってみると、親戚がたくさん集まってくれていて、施設に戻ってきてから、「親戚がすごくたくさん来てくれて、みんなから「元気になって」といわれて、本当によかったわ～。最初はイヤとってしまったのだけれど・・・」と話されていた。
- ・家族からも、「ガンの心配があったけど、本人の表情をみて、よかった」と。
- ・最終的には、施設に戻ってきてから1ヵ月経たずに本人は亡くなった。一番よいタイミングで自宅に戻られた事例だったと思う。

〈職員の思いについて〉

- ・京都に行ったり、「次はハワイだ」とか言っていたとのこと。色んな所に出かけて、「あの時はよかったよね」と、ずっと話されていた方だった。
- ・対応に対しての反応がしっかりあるので、現場の職員も毎年、「敬老会までがんばろう」と声かけをしていた人だった。
- ・はっきり意思表示される方だったので、悔いも残らない形で、関わることができた。職員も最後まで充実していた、という印象がある。
- ・現場の職員が一番、利用者の声をキャッチしている。それが形になって、その人がいい表情になったり、自分から話しかけてくれたりする。利用者が変わっていくことが職員のモチベーションになっていると思う。
- ・本人、家族ともに満足だったのではないか。家族も最後まで施設に通ってくれた。本人と家族は、実は、血がつながっていなかった。それだけに、「迷惑を

かけたらいけない」という思いを持っていた。それが、一度自宅に帰ることで、気持ちがあほぐれたことがあったのではないか。

8. 入所前に家族と一緒に暮らしていなかった場合はどのように家族と関係を構築するのか。

- ・老健施設からの入所が一番多い。老健側は、「（老健には）長くいれないので、次の場所（特養など）を探してください」と一方的に家族に伝えている傾向がある。そのため一生懸命に施設を探してきている家族が多い。
- ・そのため入所相談の段階では、家族の訴える内容や、今後どうしていきたいか、という思いを聞いている。
- ・老健施設には、24時間、医療職（看護師）がいるが、特養では24時間医師がいないことで不安を訴える人もいる。そのため、入所相談に来た人には、施設の特性を可能な限り伝えている。

〈入所時に家族に伝えていること〉

- ・重要事項説明書に、自由にいつでも外出できることを伝えている。しかし、家族の反応は、「ああ、そうですか・・・」という感じが多い。興味をもっている家族は、1割2割くらいか。
- ・在宅サービスの利用を通じ、面識のあるような人は話を聞いてくれるが、初対面の入所相談の方は難しい。

〈本人、家族への配慮について〉

- ・本人から聞ける情報には限りがある。家族からは可能な限り、「かつてどういう生活をしてきたのか？」を、病気の所も含めて、聞くようにしている。
- ・「好きだったところは、可能なところは取り入れていきたい」というと、初対面でも話してくれているので情報収集はしていると思う。
- ・「最近、こういうことをいわれるんですけど・・・」と、起きている現象（精神症状）について聞くと、過去の出来事が影響していることがある。
- ・家族がカンファレンスに出席してくれるので、聞きやすい。内容がわかると、本人に近い支援ができるのではないかと、思っている。

第3節 ヒアリング調査3 東蒲の里みかわ園

(1) 調査の概要

①ヒアリング施設について

社会福祉法人東蒲原福祉会特別養護老人ホーム 東蒲の里みかわ園
〒959-4626 新潟県東蒲原郡阿賀町あが野南 4319 番 4

②ヒアリングをお願いした方

施設長

施設サービス課係長

③調査員（委員）

高橋是司、島野光正

④調査日

平成 27 年 1 月 18 日（日）13:00～15:20

⑤倫理的配慮

開始にあたってパソコンでの記録と音声の録音について確認し、了解を得る。

(2) ヒアリング調査内容

1. 施設の概要について（資料：施設のパンフ他）

- ・ 詳しい施設の開設何月日などは入っていない。施設の紹介は主にコンセプトのみとなっている。
- ・ パンフレットの特徴的なことは、他の事業所も含めた阿賀野町全体のサービスマップ（社会資源マップ）のようなものになっている。
- ・ 阿賀町の全体像を紹介。法人は設立し 20 年ぐらいになっているが意外と地域に知られていないということがわかった。
- ・ 昨年に相談センター「なごみ」を法人の中に設置した。なんでもいいので相談を受けられるようにしている。社協開催のサロンを回る。包括とは違う純粋に相談センター。法人で一括で相談できるものをつくった。福祉サービス及びそれ以外の相談などなんでもいいので相談できるようにした。
- ・ 包括は町直営なので、職員を出向させている。

2. 地域の特徴について

- ・ 人口 1 万 2 千人。高齢化がすすんでいる。毎月広報にお亡くなりになった方と生まれた方の人数が掲載される。転出と死亡が多い。生まれることや転入は少ない。
- ・ 高校まではいるが、卒業すると出ていくという傾向があるのではないか。

〈地理的な環境について〉

- ・ ほとんど山林。デイの迎えなど長いところでは、往復 50 キロぐらい走るところもある。朝 8 時に出発している。
- ・ 4 つの町村が合併して、1 万 2 千人の人口。川を挟んで周りが山になっている。

- ・津川が中心の町である。
- ・地域的に在宅の看取りが多い地域であったが、最近は病院での看取りが多くなっているのではないかと。

3. 相談センターなごみについて

- ・社協でサロンを開催。三川地域が最も活動を行っているところなので入っていきやすかった。
- ・法人の独自の「なごみ」と社協のサロンに法人が参加していく中で、地域のニーズがあったために対応の窓口をつくった。様々な相談があった。免許の書き換えの相談などもある。相談の入り口にしている。
- ・社会福祉士の職員を当てている。法人の本部の職員（事務員）。
- ・施設の地域貢献だと考えている。
- ・また「ニコニコカード」を作って配っている。何かあれば相談できるところを紹介、保険証などと一緒に入れてもらい、相談先の電話番号などを明記している。

4. みかわ園について

- ・平成 11 年 11 月 1 日 開設
- ・特養 50 人 ショート 20 人 デイサービス 22 人
- ・特養の待機者は横ばいか。老健や有料老人ホームができていますが、やはり特養の待機になっている。
- ・待機者は、阿賀町が 190 人（大半は阿賀町になっている）
- ・山林を更地にし施設建設した、公設民営の施設である。
- ・法人の設立は平成 3 年で、次の年（4 年）に東蒲福祉会「東蒲の里」が設立された。
- ・スタッフのほとんどが阿賀町出身である。

〈最近の入居者の人の特徴について〉

- ・みかわ園は阿賀町三川地域の人が多い。
- ・地域的には独居の高齢者が多い。他施設は養護老人ホーム、老健、小規模多機能などがある。
- ・世帯的には老々世帯、独居、若い人がいない。同居家族といっても高齢者となる。
- ・一回具合が悪くなると入院し、その後施設で長期などもある。
少し具合が悪くなると施設（ショートステイ→長期ということもある）。
単独の息子との 2 人暮らしなど。冬場になると越冬目的の施設利用などもある。
- ・地域のセーフティネット的な機能があるのではないかと。

5. 入所後の本人と家族との関係について。

- ・入所後、概ね全利用者に、6 ヶ月に 1 回のケアプランの更新
- ・介護職員から、1～2 ヶ月の様子や状態等を話している。
- ・世帯は単独でも離れたところに子どもたちはいる。月に 1 回程度は地元の人は来る。

- ・ 県外の（東京など）身元引受人はなかなか来られない。

（家族の面会について）

- ・ （遠くても）新潟市は月に1回程度が多い 県外は連休などにある傾向
- ・ 空き家も増えているか。
- ・ 入居後、誰も住んでいないので更地にしたという事例もある。

【事例1：週2回自宅に帰る事例】

- 女性 要介護4 認知症
- 支援の内容
 - ・ 職員が週2回、自宅に送っている。日帰りで夕方自宅に迎えに行く。
- 主介護者：介護者は夫（要支援状態：80歳前半）
- 経緯
 - ・ 以前は毎日夫が面会に来ていたが、夫が施設に面会に来るのが難しくなってきたから、施設で自宅に送っていくようになった。夫が面会に来ていた頃は外泊などもしてきたが、今は日帰りになっている。今年の正月も何日かに分けて日中の外出支援をしていた。
 - ・ 入所当時は本人と施設の中でしか会えないということで、車いすごとに乗れる車がないかということでポルテの車いす対応の車（イスが回転して降りてくるもの）を購入して外出などを行っていた。
（その際の施設の対応）夫がどこまでできるのかを確認し、職員が夫の介護力を勘案し購入のアドバイスをした。
- 妻の状態
 - ・ 認知症がすすんでいて、本人に帰宅願望は特にない。帰ってくると出かけていたのを忘れている。
- 施設入所前の状態
 - ・ 入所前は、老健に入所していたが、その際には外泊やおやつの差し入れの制限が厳しいということで、何もやらせてくれないという状態であったとのこと。
 - ・ 施設入所時、管理栄養士とも確認し差し入れなども可能になった。老健では外出なども自由にできない環境であった。当施設に来てできるようになった。
 - ・ 自宅では2人ぐらし、息子は新潟市内にいる。
- 最近の夫の状態
 - ・ 昨年の秋に夫が体調を崩しオペをした。現在はヘルパーで食事の準備などを行っている。
 - ・ 家族の中で泊まりに来ることもあるのでその際には泊まりの外泊も月1回ぐらい行っている。（息子の妻が新潟から泊まりに来る際に）

6. 外出支援について

- ・外出支援については、10名弱の方が毎週1～2回自宅に帰る方や盆や正月など自宅に帰っている。

7. 外出支援を行う場合の施設スタッフについて

- (1) このようなことを始める際にスタッフに対して何か働きかけたのか。何かを始める際に抵抗などもあったのではないか。
- ・外出はみかわ園の開設当時から行ってきた。盆や正月は最長は新発田市まで行ってきた。
 - ・今日連れてきて欲しいという家族に対しても対応している。（特に何か特別の配慮をしているということもない）
 - ・組織風土ができています。外出は日常の業務として位置づけられている。
 - ・施設としては、送迎スタッフの調整などが必要。
 - ・家族からお願いされることが多い。家族の希望に応じるということで行っている。

〈外出支援についての職員体制について〉

- ・外出支援は全職員が関わる。相談員、ケアマネジャー、栄養士、現場のスタッフ。
 - ・外出して、意識がなくなり、救急搬送を行った事例があった。
 - ・外出支援のマニュアルについては特にはないが、緊急時にはみかわ園へ連絡をもらっている。
 - ・施設では外出の際に、紙おむつ、尿取り、着替え、薬などを準備している。
 - ・送迎マニュアルがある。
 - ・送迎時には相談員かケアマネが付き添いをする。
 - ・外部サービス使用している場合はヘルパーと外出時の情報共有を行っている。
- (2) 家族の介護力について評価などを行っているのか。
- ・実際に行う場合は初めの説明と、家族の介護力のアセスメントが必要。
 - ・入所時の説明の中で外泊、外出のことを説明し、事例なども説明している。

【事例2：息子の自宅に介護保険外のサービス利用で帰る事例】

- 本人 女性 車いす
- 経緯 息子より外出の希望があったことから始まった。
- 入所前の状態
 - ・自宅で本人、夫、息子との3人暮らしであった。ヘルパーや通所など利用していた。サービスは同法人の事業所のサービスであった。
- 施設入所はまず最初に本人が入所し、1ヶ月後に夫が入所した。息子にとっては1ヶ月の間に父と母が施設入所した事例である。
- 外出のための環境整備

- ・外出中は介護保険外のサービス（自費によるヘルパー）の利用により自宅に日帰りしている。サービスは同法人事業所のサービスの利用を行っている。
- ・夫と一緒に入所していた時は、外泊もあった。その頃は夫と妻とが一緒に外泊している。
- ・（独身の）息子さんが親がたまには帰った方がいいのではないかとということで帰った。

○ 地域性と関係

- ・施設入所は「生き別れ」という考え方もある。
- ・互いが依存している関係が、施設入所により離れることで、そのことで互いに求め合うということもあるのではないか。
- ・単に生活が別になるという意味合いではないように感じる。

8. 外出支援に対して施設で配慮していること。

- ・入所される方は、申し込みの時点では精一杯（介護して）で申し込みしている。
- ・今後悪くなるからということよりもギリギリの所での入所。
- ・すべて施設ではなく、できることは家族もやりたいという想いもあるのではないか。

〈家族への働きかけについて〉

- ・夏祭りなども家族に案内を送るなど利用者が家族と一緒にしかかわりがもてるようにしている。
- ・施設のケアプランを送る際に様子を伝えている。
- ・行事に参加する家族も多い。半数以上の家族が行事に参加している。
- ・夏祭りや敬老会など年間に何回か家族も参加できる行事を行っている。
- ・6ヶ月に1回のカンファレンスに来所は少ない。
- ・ケアプランに外出支援も落とし込んでいる。

〈家族や本人への効果について〉

- ・ご家族からは喜んでいただいている。また、別居の家族（こども）からも面会時にも評価をもらっている。
- ・利用者も喜んでいて。認知症の方は忘れていることもある。しかし、行っている（出かけている）ときは大変喜んでいて。表情は違う。
- ・家に近づいていくようになると表情の変化がみられている。
- ・行事への回数や面会が増える
- ・ケアに対する要望が増えてきている。いろいろと話ができる関係、ざっくばらんな関係ができていないか。
- ・施設スタッフとの関係が良くなってくる。

〈その他の外出支援について〉

- ・入居者の自宅の地区の祭に送ることもある。

- ・配偶者の入院で 病院へ送っていくなどもある。
- ・孫の結婚式に出席させたいという家族の要望で、職員もが付き添い、介護も含めて行った（職員は2名付き添いでいった）。家族もとても喜んだ。

9. 施設の考え方・行っていること。

- ・依頼があればできないことではなく、どうしたらできるのかを考える。それほど抵抗はない。それほど大変であるとは思っていないのではないかと。
- ・依頼があると余計な仕事とは思わない。
- ・地域に根ざしているということと思う。

〈職員への効果について〉

- ・現場のケアワーカーにとって介護だけでなくかわりができるようになっている。
- ・例えば、デイやショートも送迎がつきものであり、その場面では介護職員も家族と話すのも抵抗がない。
- ・しかし、特養の職員は当初は（家族との関わりなど）抵抗があったが、利用者の様子を伝えるように相談員から介護職員へ働きかけることで、介護職員の抵抗が少なくなってきた。
- ・そのことで、ケアワーカーが家族の要望や話しを聞くことができるようになっている。
- ・また、ケアワーカーが利用者さんについて家族の要望など、家族の話をキャッチしている。それを相談員に伝え外出につながることもある。

〈入所場面での対応（家族との関係）について〉

- ・入所の場面、入所契約の場面が大事。入所前の話を聞きながら、施設としてできることを話す。
- ・入所の説明は2時間程度。家族からの話を聞く（その内1時間程度）。
- ・入所の日程を決める段階で説明にかかる時間を伝えている。

10. 施設長について

〈施設長の考え方（就任して2年）について〉

- ・地域とつながることを大切にしようということを考えている。
- ・今まで区費を払っていなかった。
- ・昨年からは区費を払うようにしている。施設のある地区は3つにまたがっている。（阿賀野ニュータウン、吉津区、谷沢区）それで3つの区費を払うようにした。

〈効果について〉

- ・地域から喜ばれた。
- ・区にある祭りに呼んでいただくことなど起こっている。
- ・また、地域の作業にも職員が参加することなどを行っている。

- ・今までは来てもらうばかりでお返ししていくということはなかったが、施設側から区に働きかけている。みかわ園の祭りにきていただいたりしたのでお返しに出かけるようになった。利用者さんも連れて行く。
- ・まず施設長が動いていく、という姿勢に考え方を変えた。
- ・避難訓練には昨年から区長さんに来て貰うことができた。
- ・地域とのつながりができてきた。こんなことやっているのだという関係ができてきたことで、地区の祭りへ利用者の参加をしていたが、今までは車いすということもあり、2～3名であったが、地域からはもっと連れてきてもいいのと言われるようになってきた。
- ・夏祭りなどやきそばなどで地域の方が参加してくれている。
- ・元々施設長が地域のことを良く分かっている。（以前はデイに努めていた）

〈施設長の背景（地域との関係）について〉

- ・特養の施設長になる前はデイの担当であった。地域は合併した町村なのでそれぞれの地域の特徴がある。
- ・また、地域とはつながっていたと思い込んでいたが、地域に出て行くとそうではないことがわかった。

【事例3：病院からターミナルの依頼（ショートステイの活用）】

- 病院、家族からの意向でショートステイでターミナルケアを行った。
- 実施についての準備
 - ・当初ショートステイ担当職員では抵抗感があった。
 - ・入所ではターミナルは行っていたが、ショートの担当者は抵抗があった。そのためショートでエンゼルケアの研修を行い、また夜間の態勢を作ることで実現できた。
 - ・協力病院のバックアップもあり、ご家族の希望に添えた対応ができた。
 - ・ご家族との関係は、病院ではなく自宅の延長での看取りということ。家族は泊まってくいということではなく、日中に看取られた。
 - ・家族の希望でショートの受入を行った。
 - ・末期ガンや麻薬を使う方も入所しているということ。
 - ・このようなニーズがある人が行き場所がないところでの受入を行った。
 - ・やったことがないから、ということではなくどうすればできるのかということが大事であると思う。特養ではやっているのだから、できるんだという姿勢で行った。
 - ・看取りは嘱託医と協力病院（県立病院）に連絡し、対応してくれる。

11. ケアプランについて

- ・各職種からの意見を聞いて作成している。
- ・家族がどう思っているのか、施設でどのように対応しているのかなど、家族の要望を聞く場面は体調の悪い時だけではなく、面会の際に声をかけ施設から家族へ利用者の様子を伝えるようにしている。

- ・ 家族の要望は3ヶ月の1回の評価場面などでも聞いている。
- ・ 関わりの薄い家族は、何かあるかと聞いても「今まで通り」や「体調を崩さないで」などだけであるが、関係がいい家族とはいろいろと話ができる関係になっていく。
- ・ 自宅に外出することで、ADLの改善（立ち上がりの改善）につながっている面もある。
- ・ 自宅では狭いだけに自分で壁に手をつくなど動きを自分行うこともある。それが機能の改善につながることもあるのではないかな。
- ・ みかわ園はベッドシユアリングをすすめている 2～3ヶ月のスパンで実施。加算をもらっている。

15. 入所時の対応について

- ・ 入所前の自宅訪問を行っている。
- ・ 家族と話をする時間をできるだけ増やしている。
- ・ 阿賀町では施設に来られない家族もある。公共交通機関がない。施設から出かけていく。自宅へ出かけて相談する。
- ・ 車がない方は出かけてくるのも難しい。カンファなども出かけてくるのにも影響があるか。
- ・ 相談での入所申し込みでは何に困っているのか、何ができないのかということだけでなく、何か活かせるものという視点でできるだけ話を聞くようにしている。

(3) 資料 地域の社会資源を周知するリーフレット

○リーフレット「介護が必要になる前に知っておきたい10のこと」（東蒲原福祉会）の表紙と裏面

～ Q&A よくある質問 ～

○介護を受けたいときはどうしたらよいか。
 ①介護サービスを受けるには介護認定が必要です。まずは阿賀町役場で手続きをお願いします。 ※詳しくはP10「介護サービスを利用するには」をご覧ください。

○「要介護」と「要支援」の違いは何か。
 ②「要介護」は日常生活のお世話が必要な方。「要支援」はお手伝いをすれば自分で日常生活が送れる方をいいます。介護度の状態の目安は次のとおりです。

要介護	要支援1	要支援2
要介護1	日常生活での支援が必要	生活機能の一部に若干の低下が見られ介護予防サービスを利用すれば日常生活が送れる状態の方。
要介護2	日常生活での支援が必要	要支援の状態から生活機能がわずかに低下した状態の方
要介護3	部分給付介護が必要	日常生活のうち、歩行等の部分給付介護が必要な方
要介護4	軽度の介護が必要	日常生活において、歩行、排便、食事等の部分給付介護が必要な方
要介護5	中程度の介護が必要	日常生活において、ほぼ全範囲の介護が必要な方
要介護6	重度の介護が必要	日常生活は、介護がないとほぼ送れない状態の方
要介護7	最重度の介護が必要	日常生活は、介護がないと送ることができない状態の方

○サービスを利用するとどのくらい料金がかるのか。
 ③利用するサービスや利用する施設の職員配置により異なりますので各施設かケアマネジャーへお問合せください。

○希望する特別養護老人ホームに入所できるか。
 ④申込みをしていただく際に、東蒲原の里みかわ園か希望を記入していただきます。両方を希望することも可能です。

○特別養護老人ホームには申込みをしてからどのくらいに入所することができるか。
 ⑤入所までは、申込受付→入所判定委員会での審査が決定→お部屋に空きが出たら順番にご連絡という流れになるため、入所時期についてあらかじめお伝えすることはできません。

日々更新中！ 東蒲原福祉会ホームページ <http://www.toukan-fukushi.com>
 東蒲原福祉会Facebookページ <http://www.facebook.com/toukanfukushi>

掲載内容に関するお問合せ先
 〒959-4402 新潟県東蒲原郡阿賀町津川811番
 社会福祉法人 東蒲原福祉会 法人本部 ☎0254-92-5001

皆様の笑顔と生活を大切にします
社会福祉法人 東蒲原福祉会

介護が必要になる前に 知っておきたい10のこと



- 1 阿賀町介護事業所一覧
- 6 テイサービスセンターとは
- 2 介護サービスの種類
- 7 訪問介護事業所とは
- 3 東蒲原福祉会事業所位置図
- 8 居宅介護（予防）支援事業所とは
- 4 特別養護老人ホームとは
- 9 相談センターなごみとは
- 5 短期入所生活介護事業所とは
- 10 介護サービスを利用するには

※自法人以外の施設（社会資源）も含めて紹介している頁。

第4節 考察

～ 1. 阿賀町 事業所一覧 ～（平成26年7月現在）

鹿瀬地区

①鹿瀬テイサービスセンター
 サービス種類：居宅介護（予防）支援事業／通所介護
 住所：阿賀町鹿瀬11540-55 ☎0254-92-5980

②訪問介護事業所とうかん福祉サービス（鹿瀬支所）
 サービス種類：訪問介護
 住所：阿賀町鹿瀬11540-55 ☎0254-94-1181

③奥阿賀 大輪の里
 サービス種類：グループホーム／小規模多機能型居宅介護
 住所：阿賀町鹿瀬11603 ☎0254-92-7026

④阿賀町地域包括支援センター
 サービス種類：居宅介護（予防）支援事業
 住所：阿賀町向鹿瀬1154 ☎0254-92-0310

⑤豊実テイサービスセンター
 サービス種類：通所介護
 住所：阿賀町豊実47 ☎0254-96-2360

三川地区

⑥三川しんあい園
 サービス種類：短期入所療養介護／通所リハビリテーション
 住所：阿賀町あが野南4324-2 ☎0254-99-5111

⑦しんあいケアプラザセンター
 サービス種類：居宅介護（予防）支援事業
 住所：阿賀町あが野南4324-5 ☎0254-99-5111

⑧訪問介護事業所とうかん福祉サービス（三川支所）
 サービス種類：訪問介護
 住所：阿賀町あが野南4324 ☎0254-99-5160

⑨特別養護老人ホーム東蒲原の里みかわ園
 サービス種類：介護老人福祉施設／短期入所生活介護／通所介護
 住所：阿賀町あが野南4319番地4 ☎0254-99-3730

⑩ハーティプラザみかわ
 サービス種類：グループホーム／小規模多機能型居宅介護
 住所：阿賀町吉津3729番地2 ☎0254-99-3005



津川地区

⑪ショートステイ清川
 サービス種類：グループホーム／短期入所生活介護
 住所：阿賀町京ノ瀬966-1 ☎0254-92-0345

⑫あつとぼーむすみれ
 サービス種類：小規模多機能型居宅介護
 住所：阿賀町津川1650 ☎0254-92-5111

⑬特別養護老人ホーム東蒲原の里
 サービス種類：介護老人福祉施設／短期入所生活介護／通所介護
 住所：阿賀町津川207番地1 ☎0254-92-3367

⑭津川テイサービスセンター（やまぶきの里）
 サービス種類：居宅介護（予防）支援事業／通所介護
 住所：阿賀町津川1664 ☎0254-92-5063

⑮訪問介護事業所とうかん福祉サービス（本所）
 サービス種類：訪問介護
 住所：阿賀町津川811番 ☎0254-94-1171

⑯相談センターなごみ
 サービス種類：相談支援事業
 住所：阿賀町津川811番 ☎0254-92-4649

⑰ヘルパーステーション大輪
 サービス種類：訪問介護／訪問入浴
 住所：阿賀町平塚1855 ☎0254-92-5507

上川地区

⑱総合サポートセンターほたる
 サービス種類：居宅介護（予防）支援事業／短期入所生活介護
 グループホーム／小規模多機能型居宅介護
 阿賀町九島5525 ☎0254-92-7113

⑲訪問介護事業所とうかん福祉サービス（上川支所）
 サービス種類：訪問介護
 阿賀町豊川甲236 ☎0254-95-2301

⑳上川高齢者生活福祉センター
 サービス種類：居宅介護（予防）支援事業／通所介護
 阿賀町三方甲1135-1 ☎0254-95-3500

(1) 一時帰宅支援の実際

今回、調査を行った3施設では、それぞれに入居者の一時帰宅の支援が取り組まれていた。その実際は、以下のような状況であった。

- ・定員29名中、7名の方が帰省している。長い日とは10日ほど、短い人でも1泊、2泊くらいで帰省している。週2回、家族が必ず連れて帰る、定期的な外出をする入居者もいる。
- ・職員が週2回、自宅に送っている入居者がいる。日帰りで、夕方自宅に迎えに行く。
- ・定員50名のうち、10名弱の方が毎週1~2回自宅に帰る方や盆や正月など自宅に帰っている。

こうした一時帰宅支援については、家族の側の高齢化等によって「数年前に比べると一時帰宅をする入居者が減ってきている」という状況もあるようである。また、一時帰宅は基本的には家族からの要望で行われることが多いが、施設側が利用者の思いをキャッチし、それを家族側に働きかけて実現にこぎ着けているアドボカシー機能を発揮した例もある。また、実施に当たっては、家族の介護力をアセスメントし、阻害要因を消していく働きかけをしながら、一時帰宅支援を実現させているという形が見て取れた。これは、つばめ福祉社会での調査結果と同様である。以下、今回の調査で明らかになった一時帰宅支援のスキルについて整理していく。

(2) 一時帰宅支援のスキル

1. 入所時の丁寧なアセスメント

入所時から丁寧なアセスメントを行い、その中で一時帰宅の要望を把握していく。

1.1. 家族の意向

入所相談の段階で、家族の訴える内容や、今後どうしていきたいかという思いを丁寧に聞く。その中に、「家に連れて帰りたい」という要望が出てくることもある。

1.2. 本人理解

本人から聞ける情報には限りがある。家族からは可能な限り、「かつてどういう生活をしていたのか?」といった情報も収集して、利用者本人の理解を深める。

2. 家族の介護力のアセスメント

入所前や入所時のアセスメントで、家族の介護力を把握するとともに、家族のストレングスを探し、それを活かせるかを考えていく。

2.1. 介護力のアセスメント

入所前の相談、入所前に自宅訪問を実施する等の中で、家族がどのくらいの介護力を持っているのかをアセスメントする。

2.2. スtrenグス・アセスメント

入所申し込みの相談で、「何に困っているのか」「何ができないのか」といった弱さ（ウィークネス）のアセスメントをするだけでなく、「何か活かせるものはないか」という視点（ストレングス探し）で話しを聞く。

3. 出来る知らせる

入所前、入所時、入所後を通じて、外出／外泊ができることを家族に伝え、一時帰宅等のきっかけづくりを行う。

3.1. 入所時に説明する

入所前の面接、入所時の面接で「外出、外泊ができること」を伝える、重要事項説明書に「自由にいつでも外出できる」ことを記載する等、外出・外泊ができることを伝える。

また、伝え方も「具体的な事例を説明する」「施設としてできることを伝える」等の工夫をする。

3.2. 案内文で知らせる

盆と正月の前に、家族に「年末年始の帰省についてお願い」というお願い文を出す。その中に「帰省を計画される場合は、お早めにお知らせいただければ幸いです」と記載し、帰省を考えるきっかけ作りをする。

3.3. 面会時の声かけ（報告、聴取）

家族が面会に来られた際に、フロアの介護職員から入居者の普段の生活の様子を伝えたり、個別に連絡することで、入居者の現在の状況や施設の対応（介護等）を知ってもらうようにする。

また、その際に家族の要望を聞く。

4. 働きかけ

外出／外泊のためには、施設が家族としっかりとした関係をつくっておく必要がある。そのため施設は家族に担当者会議や行事への参加を依頼し、また行事や外出に家族を誘う、入居者の施設での様子や外出時の様子を伝える等の方法で、家族に働きかけを行う。

4.1. 契約時に担当者会議への参加を依頼する

契約時、1 ヶ月後の暫定ケアプランの見直し／ケアプランの立て直し時のサービス担当者会議に、「必ず参加して下さるよう」と家族に声かけしている。そこに参加してもらうと、「次は、半年後」と声かけしていく。こうした働きかけによって、家族がサービス担当者会議にあたり前のように参加してくれる関係を築いてく。

4.2. 広報誌を活用して行事参加を依頼する

「機関誌」を通じて行事を案内し、参加を呼びかける。

4.3. 行事への参加で関わりをつくる

夏祭り、敬老会等、家族が参加できる行事を実施し、入居者と関わりが持てる機会をつくる。

4.4. 外出時に家族に参加を呼びかける

現場フロアで外出等の計画をした際、家族にも参加してもらうように声かけをする。

4.5. 様子を伝える

施設のケアプランを送る際に、入居者の様子についても同封して送る。外出行事を実施（4.4.）したあとの報告をする。

5. きっかけ

一時帰宅のきっかけとしては、本人の意向から、家族の意向からという当事者側からの意向によって行われる場合の他、施設側が外出計画に家族を誘う、施設側から家族に一時帰宅を提案するといった、施設側からの働きかけによって行われる場合がある。

5.1. 本人の意向

本人の「自宅に帰りたい」という思いを把握し、家族に伝えることで、一時帰宅につながる。

5.2. 家族の意向

家族からの意向によって、一時帰宅につながる。「家に連れて帰りたい」という場合もあれば、「孫の結婚式があるので、本人を連れて行きたい」等の外出の相談がある場合もある。

5.3. 施設側の外出計画に家族を誘う

フロア現場からの「〇〇さん、行けるから計画したい」という話を受けて、車の都合や、家族の日程が合えば、勤務の調整をする。フロアの介護職員が、入居者の希望を受けて実現する流れをつくっている。

5.4. 施設側から一時帰宅について「提案」する

スタッフから家族に「お墓参りではどうですか？」と聞いてみる等、施設側から外出を働きかける。

6. 阻害要因を消す

一時帰宅を実施に対するさまざまな阻害要因に対して、それらを消していけるように働きかける。これは、一時帰宅支援での施設側の重要な機能である。

6.1. 家族が外出／外泊できることを知らない

家族によっては「連れて帰ってはいけない」「施設が困る」と思っている方がいる。こうした家族に対して、案内や個別の働きかけ等を通じて「できると知らせる」取り組みをしていく。

6.2. 家族が感じている不安に対処

家族が感じている外出／外泊に対する不安が阻害要因となっている場合、それに対処していく。

6.2.1. 不安を把握する

家族は外出や外泊を考えていても、何らかの理由で「それは実際には無理だろう」と思っている場合がある。施設側は家族が抱く外出／外泊への不安を把握し、対処していく。

例えば、入居者本人の「帰りたい」という意向を家族に伝えた際に、家族は「ちょっと、外出は・・・」と反応した。よく聞いてみたところ、外出したときのトイレ介助に不安があることがわかった、という事例があった。不安の対象が明確になることによって、施設側として解決策を提案する等、対処することができる。

6.2.2. 介護方法を説明する

具体的な介護方法がわからないことが、家族にとって「できない」と考える要因になっていることがある。こうした場合、施設側から具体的な介護方法を説明す

る等の方法によって対処することができる。

例えば、介護職員から「最近、以前より介助量が減っていること（少し手伝えばできる）」を伝えるとともに、具体的な介助方法を伝えた結果、家族は「私でもできる」と判断し、外出に至った例がある。外出後、家族から「久しぶりに遠出できてよかった。介助方法も教えてもらって、私も負担が少なくてよかった」という言葉が聞かれた。また、排泄の状況について、施設での回数、サイクルについて説明し、「パットの大きさを調整すれば、家族本人に負担はかからない」と説明した例、食事はキザミ食だけれど、自宅で寿司は食べられるだろう等のアドバイスをした例、現在の一日の排泄の回数等を伝え、万が一を考えて衣類を多めに持って行ってもらうように準備をした例、等がある。

6.3. 本人の感じている不安に対処する

外出／外泊に対する不安は、家族だけでなく、本人も感じている場合がある。こうした本人が感じている不安に対処していく。

6.3.1. 勇気づける

本人が不安を感じ、本当は外出／外泊したいけれど躊躇している場合、職員が本人を勇気づけ、外出／外泊を決心できるように支える。

（例）家族から「本人の孫の結婚式がある。できたら本人を連れて行きたいが、本人が不安がっている」と相談を受けた。相談員から「せっかくなのでどうですか」「お孫さんから晴れ姿を見て欲しいとおっしゃっているし」とすすめ、車いすに乗っている方なので「介護タクシーを使ったらどうですか」と説明をして、介護タクシーで行かれた。当日、行くときも、不安にならないように声をかけた。また、帰ってきたときは、しんどくないかを確認した。本人は、すごい笑顔で帰ってきた。その表情を見て安心した。家族も「本人も喜んでいて、行けてよかった」との話であった。

6.3.2. 具体的な解決策を提示する

本人が感じている不安に対して、その具体的な解消策を提示することで、本人が「それなら行ける」と思えるように支援する。

（例）正月の外出について、当初は本人も家族もその意向であったが、日程が近づくにつれ、本人が「行かない」と言い出した。理由を聞いてみたところ、「失禁して家の者に迷惑かけるのではないか？」と心配をしていることがわかった。職員から「自宅では、パットを使っては」と話をさせてもらったら、本人は「それだったらいけるかな」と帰宅されることとなった。外出から戻ってきた本人は「親戚がすごくたくさん来てくれて、みんなから『元気になって』といわれて、本当によかったわ～。最初はイヤと行ってしまったのだけれど...」と話されていた。

6.4. ハードルを下げる

家族の力だけではできない場合でも、施設側が家族の力を補うことによって外出／外泊へのハードルを下げることで、一時帰宅支援を行う。

（例）以前は毎日夫が面会に来ていたが、夫が施設に面会に来るのが難しくなったので、施設で自宅に送っていくようにしている。

夫が面会に来ていた頃は外泊などもしてきたが、今は日帰りになっている。
今年の正月も何日かに分けて日中の外出支援をした。

外出の際に、施設側で紙おむつ、尿取り、着替え、薬などを準備している。

6.5. 柔軟性のある対応をする

一時外出／外泊は、さまざまな支援をしても家族にとっては不安なものである。また実際に、予期せぬことが起こることもあるかもしれないという不安もあり、実際に予期せぬことが起こることもある。こうした場合、施設側が柔軟に対応してくれるという姿勢を示す／実際に柔軟に対応することで、家族は安心して外出／外泊を行うことができる。

(例) 緊急時には施設へ連絡をしてもらうことになっている。

また、こうした外出／外泊実施中の対応だけでなく、「今日連れてきて欲しいという家族に対しても対応している」という例もあった。

6.6. 組織的・計画的に対応している

「送迎マニュアルをつくっている」「送迎時には相談員かケアマネが付き添いをする」という実施にあたっての体制を構築している例、「外部サービス使用している場合はヘルパーと外出時の情報共有を行っている」という他機関との連携・協働体制を構築しながら外出／外泊を行っている例があった。

7. ケアプランに位置づける

外出／外泊の希望がある利用者については、外出支援をケアプランに位置づけ、日常のケアと関連させる。

8. 実施

一時帰宅支援の具体的な形としては、外泊と外出がある。外泊の日数には、1泊、2泊から10泊ほどまで、さまざまであった。

外出については、自宅と自宅外があった。自宅に戻る場合は、一定時間の滞在となり、職員が同行する場合、送迎のみを施設が行い、家の中では家族の介護で過ごす場合があった。自宅外の行き先としては、地域の祭り、自宅の地区の祭りといった地域行事への参加、配偶者・家族の見舞いのために病院を訪れる場合、また孫の結婚式に出席する等があり、この場合も職員が付きそう場合、家族で介護を行う場合があった。

9. 実施時の工夫（保険外サービスの利用）

外出／外泊時に、介護保険外の自費サービスを利用することで、家族の負担を軽減し、一時帰宅等ができやすくする。

これは、つばめ福祉会での調査の際に指摘されていた「介護保険施設に入所している場合、居宅サービスは使えない」「施設入所者に対しても一時帰宅時には居宅サービスが適用できるようになれば、より一時帰宅がやりやすくなる」という問題に対する工夫である。

(例) 一時帰宅時は訪問介護を自費サービスとして利用し、当該事業所と情報交換を行っているという方法がとられていた。

10. 成果

外出／外泊は、本人の心理面や身体面、家族の心理面によい影響を与え、また家族と施設との良い関係を構築する等の成果を生み出す。

10.1. 本人の満足

入居者本人が満足する。本人が「よかった」と感想を述べられる方もいる。また、認知症のために一時帰宅したことを忘れていた方もいるが、「家に近づいていくようになると表情の変化が見られる」「そのときは表情が違う」等、その場の様子で満足していることを確認出来る場合もある。

10.2. 本人の ADL の改善

自宅に外出することで、ADL の改善（立ち上がりの改善）につながることもある。

10.3. 家族の満足

外出／外泊は、家族も満足を得る。また、別居の子どもや親戚などからも「よかった」という評価をもらうことがある。

10.4. 職員のモチベーションが上がる

外出／外泊を行い、その結果入居者の状態が良く変わって行くことは、職員のモチベーションの向上につながる。

(例) ケアワーカーから、「この人、こういうこと言っておられたので、こういうところに連れて行ってあげたいんだけど」という言葉が上がるようになってきている。

10.5. ケアスタッフが意識的に RSW を使うようになる

えるむでは、外出企画（RSW 主体企画）に取り組む中で、CW（ケアワーカー）に RSW の役割や機能の理解が進み、CW から「また、話を聞いてきてあげて」「外に連れて行ってあげて」という声も出てくるようになってきたなど、現場のケアワーカーが外出の支援（それを主導する RSW の機能）を意識的にかつようできるようになるという成果もみられている。

10.6. ケアスタッフの力量（家族と関わる力、要望の把握力）がアップする

現場のケアワーカーにとって日常のルーティンの介護業務だけでなく関わりができるようになると、家族との関わりも増えてくる。そこから、ケアワーカーが家族の要望や話しを聞き、要望をキャッチして、相談員に伝えていく等の力が高まっていく。

10.7. 地域資源の情報の入手

入居者と一緒に地域に出て行くことは、そこで活用した地域の社会資源の情報を施設に持って帰ってくるということでもある。こうしたことが、施設が地域とつながるチャンネルづくりや情報の蓄積になり、結果として施設に対する利益になる。

11. よい循環

一時帰宅支援がうまくいくと、再度の外出／外泊が行われる等、良い循環が生み出される。

11.1. 家族の行事への参加が増える

家族の行事への参加や面会が増える。

11.2. 家族が要望を言いやすくなる

家族側のケアに関する要望が増えてくる。これは、一時帰宅支援の中で家族と施設との協力／協働関係を生み出され、いろいろと話ができる関係、ざっくばらんな関係ができてくるのだと思われる。また、施設スタッフとの関係も良くなっていく。こうしたことは、さらなる協力／協働関係につながっていく。

(3) ショートステイを使ったターミナルケア～施設が地域で住まう／亡くなる場となる支援の形～

今回の調査の中で、東蒲の里みかわ園における「ショートステイを使ったターミナルケア」という非常に興味深い実践例を収集することができた。これは、家族の介護力だけでは自宅での看取りは難しいものの、家族は病院ではなく家での看取りを望んでいたという事情に対して、ショートステイを「自宅の延長」としてターミナルケアを行ったという取り組みである。

こうしたターミナル期の利用者を受け入れるについては、ショートステイ担当職員からは不安や抵抗感が示された。しかし、当該利用者の入院先の病院（地域医療を積極的に行っている）からの依頼と協力体制があり、夜間の体制も整えることができ、ショートステイ担当職員に対してターミナルケアやエンゼルケアの研修を実施する等、職場環境への働きかけを行ったことによって、当該利用者を受け入れる体制を整えた。

東蒲の里みかわ園では、末期ガンや麻薬を使う方も入所しているが、それは、このようなニーズがある人を受け入れてくれる施設がないという現状に対して、社会的必要性を認め、受け入れを行っているという、施設の理念が土台にあってなされている実践である。この理念の重要性については、つばめ福祉会での調査結果においても明らかになったことである。

短期入所生活介護の基本方針は、制度上では「利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る」（運営基準第 120 条）²⁾ と明示されてる。しかしながら、東蒲の里みかわ園では利用者の必要性に応えられるように施設の体制やサービス環境を整え直すことによって、当該利用者と家族のニーズに応えたのである。このショートステイの体制、スタッフへのサポート体制等の変容を働きかけたことは、ソーシャルワークが持っている「環境への働きかけ」である。施設入居者が「家族」や「地域」とのつながりを保ちながら暮らすことを支援するためには、現在の施設環境・ケア環境を修正することも必要になる。このようにして、施設の側が利用者・家族のニーズに応じて施設や施設の外側にある諸環境の変容を働きかけていくことは、まさしくレジデンシャル・ソーシャルワーク実践の面目躍如といえるところであろう。そして、そうした実践を支えるのが、施設の理念なのである。ここからは、入所施設がどのような理念を掲げ、その理念を現実の実践にどのように反映させていくかを考慮することが必要であるといえるだろう。

(4) 入居者が地域とのつながりを保ちながら生活を送るための組織的な取り組み～レジ

2) 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号）

デンシヤル・ソーシヤルワーカー（RSW）や相談センターの設置～

1) レジデンシヤル・ソーシヤルワーカーの配置と役割・機能

今回調査の中で得られた、もう一つの興味深い取り組みがえるむ（空心福祉会）における地域連携支援部の2名のレジデンシヤル・ソーシヤルワーカー（RSW）の設置である。RSWは施設には所属せず、法人本部付きという位置づけになっており、その役割機能は下記の通りである。

①入居待機関係

サービス利用申込者相談対応、サービス利用申し込み書管理（受理・終結）、入居希望者受付簿管理（登録・削除）、各施設入居待機者数確認、事前調査、事前調査報告書・入居選考評価票作成、入居者優先順位表管理（入力・削除）、入居選考会議管理、現況確認、施設見学対応

②法人関係 ※法人内アウトリーチ

相談ラウンド（全施設）、「私の姿と気持ちシート」管理（作成・更新）、「アセスメントシート」確認・更新、入居立ち会い、サービス担当者会議／照会依頼回答、社会資源開発・調整（主体企画）、RSW主体企画、ケース記録記入（1人1回／月）、経過確認、モニタリング、余暇支援、外出支援（郵便物投函・散歩等）、施設行事協働・協力（サークル活動等）

③地域関係 ※地域アウトリーチ

よろず相談窓口開設、サロン訪問、社会資源確認・調査、ニーズ調査、民生児童委員との連携

④会議関係

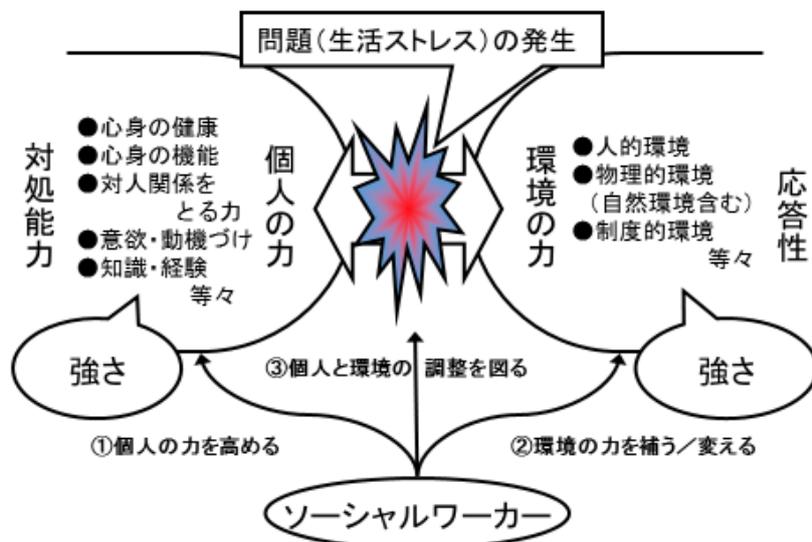
地域連携支援部会議、RSWC（Residential Social Worker Conference）、入居選考会議

⑤その他

RSW 研究会調査協力

こうした各職務のうち大きなウエートを占めるのが「法人内アウトリーチ」である。これは、法人がもつ3つの施設の入居者に対して訪問・面接（相談ラウンド）を行い、さまざまなニーズを把握していく活動を指す。そして、そこで把握されたニーズの充足のために周囲の環境に働きかけていくというものである。例えば、RSWが相談ラウンドで入居者のニーズを把握し、その充足のために外出支援を企画（RSW主体企画）する場合、RSWは現場のケアワーカーが同行できるように当該入居者の施設・ユニットに交渉し、外出同行の体制を整えていく。また、RSW主体企画の要項は施設内のネットに掲載し、他の職員が閲覧できるようにしている。このようにして現場のケアワーカーと同行しての外出支援は、その外出場面で見せる入居者の様子を日常当該入居者のケアに関わるケアワーカーも観ることができ、その入居者の様子は単にRSWが現場に報告をするよりも、日常のケアにフィードバックされやすくなる。また、そうした地域での入居者の様子をケアワーカーが目当たりにするには、環境の違いが入居者に与える影響の意味を考え直したり、ケアワーカーが入居者に提供しているケア環境（ソフト、ハード）の変化に影響を与えるかも知れない。

図3 エコロジカル・ソーシャルワークの考え方と援助



本来、施設の相談員は *Social Worker in Residential Home* として、クライアントである入居者に働きかけ、その意欲や生活機能を高めるとともに、入居者を取り巻く環境（施設職員、施設の運営管理システム、家族・親族、インフォーマルな資源、地域の諸システム）に働きかけ、環境が入居者にとってサポータティブなものとなるように変容を促し、また入居者と環境の関係性が円滑なものとなるように調整を図る働きをするものである（図3）。ところが、一つの施設・機関に身を置くことによって、援助者はどうしてもその職場のチームの事情に拘束されてしまいやすくなる。空閑は「状況の圧力」という概念を用いてこの問題について論じているが、そこでは援助者が状況の圧力に影響される自分自身の弱さを自覚することが、職業的責任を果たす強さを得ることにつながると指摘している³⁾。ソーシャルワーカーは利用者の権利を擁護する働きをしなければならないが、所属施設・機関とクライアントとの間でどちらの見解を重視／優先するかという倫理的ジレンマに陥りがちであることもまた事実である。RSW という仕掛け自体も、法人組織からまったく離れた存在として置かれているわけではない以上、完全に利益相反から自由であるわけではない。しかし、複数施設を経営する法人であるからこそできる、状況の圧力や利益相反関係から自由なソーシャルワーク実践を行いやすくする組織運営上の工夫がここにあると思われる。

このようにして、RSW が利用者の側に立ちやすくする立ち位置を確保することで、RSW は利用者の権利擁護活動ができやすくなることは、報告内の「法人内アウトリーチの実践例」を見て分かるとおりである。ただし、こうした権利擁護活動に特化するならば、それは施設オンブズマンや介護相談員を活用すれば済むことである。しかし、空心福祉社会がねらっているものは、単なる権利擁護活動だけではない。RSW が利用者の個別ニーズを充足する取り組みを通じて、利用者と地域を繋ぐ、施設と地域を繋ぐ役割を果たしていくことで、施設は地域の中で「住まう場所」になり、そこで住まう入居者は自宅や借家に住ま

3) 空閑浩人（2001）「組織・集団における『状況の圧力』と援助者の『弱さ』」『社会福祉学』42(1)、46-52 頁

う人と同じように、地域で暮らす存在になっていくことをねらいとしているのである。

2) レジデンシャル・ソーシャルワーカーの活動の成果

レジデンシャル・ソーシャルワーカーの諸活動がもたらしている成果として、ヒアリングの中では、下記のようなものが確認された。

1. 個別ニーズの充足

相談ラウンドから得た入居者の情報をもとに、ユニットのケア（施設が利用者に提供できるルーティンのサービス内容）では対応できない個別のニーズに対して、RSW 主体企画を立案し、ニーズ充足を図っている。

2. アセスメントを補完

RSW は相談ラウンドを通じて、利用者から様々な情報を入手する。それは利用者の生活歴であったり、趣味、好み等の情報であったりする。

入居者のアセスメント表管理の責任者は生活相談員である。RSW は生活歴、習慣、趣味、周囲の状況等の情報を収集し、そうした情報をアセスメントシートに記載してアセスメントを厚くすることに協力したり、「私の姿と気持ちシート」（センター方式の C-1-2 シートを独自に改編したもの）を作成し、現場の利用者理解をサポートしている。

3. アドボカシー（権利擁護）

相談ラウンドから利用者のニーズ充足が十分になされていないと判断されれば、RSW はその解決のために動く。これは、法人内アウトリーチの重要な機能であり、その意味合いは入居者のアドボカシー（権利擁護）である。

3) 施設が地域に働きかける意味

空心福祉会では、前述したように法人内の組織改革を行い、RSW を置いて法人内や地域に対する働きかけができるようにしている。そして、RSW が籍を置く地域連携支援部の事業は、法人の定款で公益事業と位置づけられている。

また東蒲の里みかわ園では、法人内によらず相談窓口（相談センター「なごみ」）を設置し、社会福祉士を配置し、地域からの相談はなんでも受けるようにしている。社協開催のサロンに法人が参加していく中で地域のニーズが上がってきたために、それらに対応する窓口として開設したものであり、地域包括支援センターとは異なる、純粹に相談を受けるセンターという性質のものとしている。これは、施設の社会貢献であると考えられている。

また、東蒲の里みかわ園では『介護が必要になる前に知っておきたい 10 のこと』というパンフレットを作成している。これは介護保険制度の周知や、東蒲の里みかわ園の所在地である自治体内にある社会資源を紹介しているものである。自施設の紹介だけではない、地域住民への貢献という姿勢がここにも見て取れる。

東蒲の里みかわ園のヒアリングの際に、施設長が交代して「地域との関わりを大切にしよう」と考え、区費を支払い、まず施設長が地域の会合に出て行くようになった。そこで施設長は、「施設は以前から地域にあり、地域住民に知られている」と思っていたが、実は「(自分たちは) 地域の方がお客さんだと思っていたが、地域からみれば私たちがお客さんだった」という発見をすることになる。これは、重要な気づきである。福祉施設の側にい

る私たちは、施設の側から地域を見よう、地域と関係を持とう、地域に働きかけようと考えてしまいがちだが、地域から施設を見るという発想の転換があってはじめて、地域に役に立つ（地域住民にとって役に立ってくれる）存在としての福祉施設の在り方が模索できるのではないかと思われる。施設が地域に働きかけることは、新たな顧客を開拓し、利益を生み出す先行投資として位置づけられるのではなく（もちろん、結果としてそうした成果を生み出すことはありえる）、社会福祉法人が持つべき公益性の発露であると考えられるのである。

（５）福祉施設が地域包括ケアに寄与するために

1) 地域に対する働きかけを意識的に行う必要性

今回3施設のヒアリング調査を行ったが、その中では地域との関わりについて「自然とできている」という言葉が聞かれた。3施設とも地域との関わりを重要なことだと考えていた。また、利用者の外出支援（盆や正月の帰省、一時帰宅、地域行事への参加、買い物・散歩等）についても、施設の行事に地域住民を招いたり、地域の行事に施設として参加する等についても、担当の職員が自然と行っている様子が語られていた。外出支援や地域との関わりも、それを「余計な仕事が増える」とは思わず、入居者のために当たり前の支援と捉えている。これは、それぞれの法人・施設の実践を下支えする理念が一人ひとりの職員に浸透している組織風土が育まれているからだと思う。

また、大阪老人ホームうえだでは、現在の立地に施設が建設されて4年であるが、母体となる大阪老人ホームは110年前から同市内で運営されてきた。利用者の家族からは「大阪老人ホームは、小さい頃からあってね…。うえだって、そこと同じ系列？」という声を聞く。うえだとしては「まだまだ知られていない」と言いながらも、母体となった大阪老人ホームの社会的認知は非常に大きく、それが大きなアドバンテージとなっていることが伺えた。

このように、施設として、個々の職員として自然と地域と関わろうとしている、関わることができているという到達点に立っている施設に関しては、例えばそうした実践をどう評価していくか、どのように効果測定していくかということが課題になるだろう。言い換えれば、地域への働きかけをいかに「見える化」していくかということである。

例えば、ドラッカーの5つの質問⁴⁾に依拠すれば、以下のような問に対する答えを用意し、それを施設の全スタッフが意識しつつ、こうした取り組みを行っていくことが必要になると考えることができる。

- ①福祉施設が一時帰宅支援や地域に関わっていくミッションとは何か？
- ②一時帰宅支援や地域に関わる際の顧客とは誰か？
- ③一時帰宅支援や地域に関わる際の顧客にとっての価値とは何か？
- ④一時帰宅支援や地域に関わる際のわれわれにとっての成果とは何か？
- ⑤一時帰宅支援や地域に関わる際のわれわれの計画とは何か？

そして、この5つの問に対する答えは、例えば表1のように示すことができるだろう。

4) ドラッカーP.F. (2003)『経営者に贈る5つの質問』ダイヤモンド社

表1 施設が一時帰宅支援、地域と関わることについての自己評価

	一時帰宅支援	地域と関わる
① ミッションとは？	入居者が家族、地域とつながっていると実感できる生活の提供	地域の福祉課題の解決に社会福祉法人／施設として寄与する
② 顧客とは？	1)入居者 2)家族 3)スタッフ	1)地域住民 2)スタッフ
③ 顧客の価値とは？	1)孤立していない、家族や地域とつながっているという実感 2)入所させても、家族としてつながりを保ち続けられるという実感 3)入居者と家族のQOLの高い生活の実現ができるスタッフの力量の向上と、そこから生まれる自信	1)自分たちが暮らす地域に社会福祉施設があることを「安心だ」「何かあったときに頼れる存在だ」と感じられること 2)地域住民から必要とされている実践ができたというスタッフの力量の向上と、そこから生まれる自信
④ われわれの成果とは？	1)、2)一時帰宅支援の実現、その結果としての入居者、家族の満足 3)スタッフの成長	1)施設に対する地域住民の認知度の向上、地域住民と施設の交流の度合いの向上 2)スタッフの成長
⑤ われわれの計画とは？	1)、2)2013-2014 年度の成果としての一時帰宅支援のスキルを用いた支援の実施 3)こうした支援を意識的に行えるようにスタッフに働きかける	・入居者が地域に出かける支援を通じて、地域と施設の接点をつくる ・地域に対して相談窓口を開設する、情報提供する等の具体的な役立ち ・その他

2013・2014年度の研究において、一時帰宅支援に取り組むことの全体像やそのスキルについて明らかにした。これは入居者が施設に暮らしながらも家族や地域とつながり続けるための方法の一つであり、そのために相談員のみならず、施設・法人全体が意識的に取り組むことの重要性を示すことができた。この成果を元に、施設の相談員を対象とした研修会を開催し、一時帰宅の実践の各種のポイントをもとにそれぞれの所属施設の実践を評価し、その到達点や課題を確認することは実施出来た（2015年3月1日実施、第4章参照）。

その一方で、施設が地域と関わることについては、2014年度研究で東蒲の里みかわ園やえるむの興味深い実践例を知ることができた。地域に対する働きかけを、施設として意識的、計画的に進めていくためには、一時帰宅支援の実践同様に施設の理念を下支えとし、地域に働きかけるためのシステムを用意していく必要があることが分かる。

2) 顧客満足 (CS) : クライエントの満足とコミュニティの満足

こうした取り組みの形態 (前述の⑤計画の「形」) から考えると、これらは従来からさまざまな福祉施設で行われてきたものである。たとえば以下のようなものがあげられるだろう。

(入居者を対象とした取り組み)

- ・入居者と一緒に地域に外出する取り組み、等

(家族を対象とした取り組み)

- ・家族会や夏祭りなどの行事を開催し、家族に参加してもらう、等

(地域住民を対象とした取り組み)

○招き入れる

- ・夏祭り等の行事を開催し、地域住民にも施設に来てもらう
- ・施設内にカフェ等を開設し、地域住民も利用できるようにする
- ・施設の会議室等を、地域の自治会、町内会の会合に使ってもらう
- ・防災訓練に地域住民にも参加してもらう、等

○出向く

- ・施設として自治会、町内会に入会して、地域と関わりを持つ取り組み
- ・地域行事に施設として参加する (出店を出す、防災訓練に参加する、地区の運動会等に参加する等)、等

ところが、こうした取り組みについては、当該行事やイベントの際に単発的に関わるという形になっていることが多く、地域住民を福祉施設の「顧客」と認識して、こうしたプログラムを意図的に活用していくところまでは至っていないところが多いように思われる。しかし、施設がそのサービスの評価軸の一つである顧客満足度 (CS) を①クライアントの満足 (Client Satisfaction)、②コミュニティの満足 (Community Satisfaction) というように複眼的に設定することができれば、地域住民・地域社会までを視野に収めた実践が可能となると考える。

さらには、施設のスタッフもまた顧客であると考えすることは、人材育成の観点からも重要である。スタッフが自らの仕事を意義あるものと認識することができれば、スタッフの職務満足感が高まる。入居者の健康や活動を維持し、参加を高めることが良いケアを行っている実感を生むように、施設が地域からの承認 (社会的承認) を得られていると実感することはスタッフの士気の向上にもつながると思われる。ただし、スタッフの職務に対する動機づけは、一般に利用者に良いケアを提供したいというところに置かれるものである。そのため、施設の管理者や中間管理職の位置にある者が、スタッフに対してミッションを明示し、誰が顧客なのかを意識させ、その顧客にとっての価値と支援の先にある成果を意識させることはレジデンシャル・ソーシャルワークを展開する上で非常に重要なことだと思われる。また、それを進めるためには、地域に働きかけるにはどのような計画を取ることができるかを知る必要がある。

ただし、施設が取り組む地域との関わり／コミュニティの満足について、何を目標と設

定し、その達成度をどのように測定していくか⁵⁾、さらには具体的にどのような手段や手順で働きかけていくかという点については、また十分に研究がなされていない。入居者個々へのサービス提供であれば、ケアプランが策定され、ニーズに対する長期目標／短期目標が設定され、その達成状況を一定期間毎に評価する実践の仕組みが制度によって義務づけられ、それがなされないことによる減算規程も組み入れることで実施の実行性が担保されている。しかし、地域に対する働きかけについては、運営基準第 34 条（地域との連携等）で「指定介護老人福祉施設は、その運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない」⁶⁾と定められているものの、その取り組みは施設によって差があると思われる。福祉施設としては、社会福祉法人が持つ公益性に鑑み、こうした取り組みを推し進める必要があると思われるが、その際の具体的な手法については未整理であることが、本研究から課題として浮かび上がったことも指摘しておきたい。

5) ドラッカーは「目標は具体的かつ評価可能でなければならない」と述べている。ドラッカー P.F. (2003) 『経営者に贈る 5 つの質問』ダイヤモンド社、73 頁

6) 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（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十九号）

第4章 研修プログラムの提案

2014年度調査研究をもとにして、2015年3月1日に研修を実施したので、その内容を示す。

第1節 研修のねらい

施設に入所しても、「それまでの暮らし」とのつながりを保ちながら暮らせることは利用者のQOLを高める重要な要素である。また、地域包括ケアシステムの考え方の中で、施設も「多様な住まい」の一形態であると考えられており、施設も地域包括ケアを支える重要な社会資源の一つである。しかしながら、施設側からの「施設に入所しても地域の一人として暮らす」ことを支える方法については、十分に整理がされているとはいえない。

そこで、本研修では、入居者の「一時帰宅の支援（盆帰省）」の取り組みに焦点を当て、どのようにすれば入居者と家族のつながりを維持し、また再構築するのかを、老施協総研平成26年度調査事業による介護保険施設の調査研究の結果等をもとに考える。入居者が家族とのつながりを維持し、また再構築することを支援する力量は、生活／支援相談員はもとより、施設ケアマネジャー、介護リーダー等、家族と接点を持つすべての職員が知っておくべき知識・技術である。研修の中では講義と演習（ワークショップ）を通じて、に質の高い施設ケアのあり方について学ぶ。

第2節 プログラム

研修名称 : レジデンシャル・ソーシャルワーク研修～高齢者施設の相談員等を対象としたスキルアップ研修～

参加対象 : 介護保険施設の生活（支援）相談員、等

定員 : 100名

プログラム

	時 間	内 容
3 月 1 日 (日)	10:00～10:15	オリエンテーション、開会挨拶
	10:15～11:30 基調講演・話題提供（60分）	【テーマ】 「レジデンシャル・ソーシャルワーク と生活相談員の役割」 【講師】 福富 昌城 氏 （花園大学、地域包括ケア推進委員会 （高齢施設班）委員）
	11:30～12:00 ワークショップ① （30分）	【テーマ】 「セルフチェック」 【講師】 福富 昌城 氏 （花園大学、地域包括ケア推進委員会 （高齢施設班）委員）
	12:15～13:15	昼食休憩（60分）

	<p>13 : 00～14:45 ワークショップ② 1) セルフチェック結果の報告 2) 議論の中心となるメンバーの選定 3) 2)のメンバーの施設／実践をブラッシュアップする方策を話し合う</p>	<p>【テーマ】 「利用者のつながりを支える施設機能を展開する」 【講師】 福富 昌城 氏 （花園大学、地域包括ケア推進委員会（高齢施設班）委員） 見平 隆 氏 （静岡英和学院大学、地域包括ケア推進委員会（高齢施設班）委員）</p>
	<p>14:45～15:00 休憩</p>	
	<p>15:00～15:30 グループ発表</p>	
	<p>15:30～16:00 まとめ</p>	
	<p>16 : 00</p>	<p>閉会挨拶</p>

第3節 レジデンシャル・ソーシャルワークと生活相談員の役割

レジデンシャル・ソーシャルワーク研修 in 大阪 2015年3月1日

レジデンシャル・ソーシャルワークと生活相談員の役割

公益社団法人 日本社会福祉士会
地域包括ケア推進委員会(高齢施設班)

「一」 日本社会福祉士会 地域包括ケア推進委員会

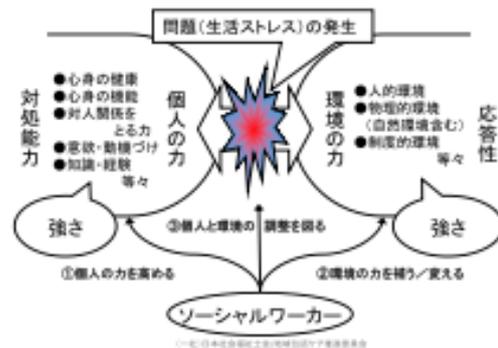
プログラム	
10:00	オリエンテーション、開会挨拶
10:15	レジデンシャル・ソーシャルワークと生活相談員の役割
11:30	ワークショップ① セルフチェック
12:00	昼食休憩
13:00	ワークショップ② 利用者のつながりを支える施設機能を展開する 1) セルフチェック結果の報告 2) 議論の中心となるメンバーの選定 3) 2)のメンバーの施設/実践をブラッシュアップする方策を話し合う
14:45	休憩
15:00	グループ発表
15:30	まとめ
16:00	終了



レジデンシャル・ソーシャルワークについて

「一」 日本社会福祉士会 地域包括ケア推進委員会

エコロジカル・ソーシャルワークの考え方と援助



レジデンシャル・ソーシャルワークとフィールドソーシャルワーク

- ・イギリスでは、1974年にレジデンシャル・ソーシャルワークはソーシャルワークと共通する価値、目的、クライアントをもち、両者の違いは技法的なものであると、両者の関係を整理している。

福祉推進口説いびフェネナリストソーシャルワーク研究社刊書第4、413頁

「一」 日本社会福祉士会 地域包括ケア推進委員会

施設ソーシャルワークの目的

- ① 利用者のための直接的サービスの提供
- ② 利用者の入所から退所または死に至るまでの施設の滞在期間を通して、継続して施設や地域型の社会・保健資源を適切に利用し、最大の利益が得られるように援助する
- ③ 利用者、プログラムあるいは職員とのコミュニケーションを強化する
- ④ 利用者の生活の質および自立機能を得るために欠かせない、施設の治療環境を維持し、利用者が活動を計画し、計画に最大限に参加できるような機会を支援する
- ⑤ 地域が施設に関わり、利用者や職員が地域に関わることをすすめ、地域の資源を結びつけることで施設と地域の相互作用を促進させること

全国ソーシャルワーカー協議会編、日本ソーシャルワーカー協会国際連携委員会(1997)『ソーシャルワーク実践基本及び実践指針(1997年・初版)』第4章(1)237-277頁

施設と地域の関係

- ・クローは居住施設が地域の一部として機能しなければ、入所者は社会の主流でない者という偏見を持たれてしまうと、施設と地域の関係の重要性を指摘している。^{*}
- ・ビッグスらは、施設で虐待やネグレクトが起こる危険要因の一つに「高齢者の地域社会からの孤立」をあげている。^{**}
- ・また、施設での虐待予防のチェックリストの項目の一つに「インフォーマルな介護者との接触を保つ仕組みが工夫されるべき」をあげている。^{***}

^{*} リチャード・クロー(2006)「施設ケアの未来」レイモンド・ジャンク、小島真由が監訳「施設ケアの未来」リチャード・クロー著、26頁
^{**} サイモン・ビッグス、クリス・フィリップソン(2002)「高齢社会福祉士会学」研究委員会が監訳「高齢者虐待対応マニュアル」日本福祉出版社、65頁
^{***} 同、同

入所しても普通の暮らし

- ・日本においては、1970年代頃より「施設の社会化」が議論されてきた。
 - ① 施設機能の地域開放
 - ・在宅サービス、地域生活支援のための資源としての施設。
 - ② 施設利用者の生活の社会化
 - ・入所者の生活の質を、ハード面でも、ソフト面でも、地域で生活する人と同じような水準にしていくこと。
- ・地域に開かれた施設づくり、地域社会との交流の促進なども、施設ソーシャルワークの重要な活動内容。

福祉現場(2007)「施設ソーシャルワーク」エンサイクロペディア社会福祉学]中央法規、71頁
— 10 — 社会福祉学と社会福祉の歴史

施設ソーシャルワークの課題

- ・利用者の生活の質の向上・施設生活のノーマライズ
- ・施設内外の資源を動員した個別化されたケアプラン
- ・利用者のエンパワメント・アドボカシー
- ・リスクマネジメント
- ・退所支援・地域生活移行
- ・家族や地域との関係促進
- ・ケアと施設運営の費用対効果 等

— 11 — 社会福祉学と社会福祉の歴史



一時帰宅支援の研究

— 12 — 社会福祉学と社会福祉の歴史

1. 研究の目的

- ・地域包括ケアシステムの構築において、高齢者の住まい場所の一つとして「介護保険施設」が挙げられている。しかし、居宅のケアマネジメントについてはさまざまな研究がなされているが、施設のケアマネジメントに関する研究はまだ十分に蓄積されているとは言いがたいと思われる。
- ・介護保険施設は介護保険法上は「通所施設」として位置付けられ、要介護高齢者の心身の状況や家族の状況等が整えば、再び在宅へと戻ることが求められている。しかしながら、現実には介護老人福祉施設ではほとんど自宅へ帰る退所者はない。

— 13 — 社会福祉学と社会福祉の歴史

1. 研究の目的

- ・このような状況の中で、施設に住む高齢者がそれまでの人生の継続性を保ちながら、尊厳が保持され、自立した生活を送るためにどのような支援手法が求められるかについては、まだ十分に明らかにされていない。しかし、益や正月時一時的に自宅に帰る「一時帰宅」によって家族との関係を保ちながら生活を送っている例がある。
- ・本研究では、このような実践を研究し、①一時帰宅支援の方法、②一時帰宅支援がもたらす効果を明らかにすることを目的としている。

— 14 — 社会福祉学と社会福祉の歴史

2. 研究方法と倫理的配慮

(データ収集の方法)

- ・調査協力機関
 - ・A県B市で介護保健事業等を展開するC社会福祉法人の3つの特別養護老人ホーム
 - ・2012年に実施された一時帰宅支援事例 28事例
 - D施設 定員 64名 12事例
 - E施設 定員 100名 7事例
 - F施設 定員 95名 9事例
- ・調査項目
 - ①利用者の状況
 - ②外泊/一時帰宅を行った家族の状況
 - ③外泊/一時帰宅の状況と成果
 - ④外泊/一時帰宅に至る支援経過

2. 研究方法と倫理的配慮

(データ分析の方法)

- ・このデータから一時帰宅の支援に関する記述部分を抜き出し、その意味を考え、同様の性質を持つものをグループ化、カテゴリー化し、カテゴリー間の関係を考慮して図式化した。
- ・さらに、職員の動きについて追加調査を行い、そのデータを先の分析に統合した。
 - ① 担当者に対する家族の意欲を高める援助者側の意識
 - ② 家族に対する具体的働きかけ
 - ③ 担当者でできた事例のポイント
- ・この分析結果をDEF施設の職員(事例提供者)に提示し、メンバーチェックを行い、その意見も踏まえて最終的な研究結果を整理した。

2. 研究方法と倫理的配慮

(倫理的配慮)

- ・本研究において、C社会福祉法人の専務理事に研究の主旨をご理解いただき、事例提供、研究への参加および研究結果の発表について了承いただいた。
- ・また、分析にあたっては、個別の事例の詳細が判読できるような記述はしないこととし、事例に記載されている個人が特定できないように分析する手法を採用した。(事例研究ではなく、それぞれの事例の支援経過等をデータとして、データを切片化し、収集した事例全体のデータから支援のあり方をつかみ出すような方法を探った)

3. 結果と考察(生成したカテゴリー)

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| 1. 理念 | 6. 条件 |
| 2. できると知らせる | 6.1 担当者/促進要因把握の試み |
| 2.1 最初に説明 | 6.2 担当者 |
| 2.2 出来ると知らせる | 6.2.1 担当者/環境側 |
| 2.3 継続した働きかけ | 6.2.2 担当者/本人側 |
| 3. アセスメント | 6.3 促進要因 |
| 3.1 本人のアセスメント | 6.3.1 本人の同意 |
| 3.2 リスクの見極め | 6.3.2 家族の意向を高める |
| 3.3 家族のアセスメント | 6.3.3 家族に意欲を促す |
| 3.3.1 家族の一時帰宅への意向の把握 | 6.3.4 ハードルを下げる |
| 3.3.2 家族の介護力の把握 | 6.3.5 柔軟性のある対応 |
| 4. 費用を考える | 6.4 条件 |
| 5. ケアの提供 | 7. 働きかけ |
| 5.1 状態に応じた対応 | 7.1 施設側から一時帰宅について「提案」する |
| 5.2 一時帰宅をケアプランに盛り込む | 7.2 本人の状態を伝える |
| 5.3 ケアプランの目標 | 7.3 本人の思いを代弁する |
| 5.3.1 体調の維持 | 7.4 働きかけの時期を計る |
| 5.3.2 能力の維持・向上 | 7.5 家族と協議の場を設ける |
| 5.4 ケア(一時帰宅に向けて) | 7.6 家族の不安の手直しをする |
| 5.5 ケアの効果 | 7.7 気持ちを開きやすい空間的条件を生かす |

3. 結果と考察 (1)生成したカテゴリー

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| 8. 一時帰宅のための配慮 | 10.2.1 家族の満足 |
| 8.1 家族の力のどこを補えばよいかを整理する | 10.2.2 今後も続けたい |
| 8.2 家族の力を補う | 11. 家族が問題を発見 |
| 8.2.1 一時帰宅に職員が付き添う(同乗したり(時間短縮)) | 12. 成果 |
| 8.2.2 施設側で準備を行う | 12.1 本人へのよい影響 |
| 8.2.3 送迎時の車酔いへの対応 | 12.1.1 気分転換 |
| 8.2.4 施設側で外泊の準備を行う | 12.1.2 満足 |
| 8.2.5 介助方法について教える | 12.1.3 精神的安定 |
| 8.2.6 バックアップ体制をとる | 12.1.4 受容 |
| 9. 慣習 | 12.1.5 意欲 |
| 9.1 慣習 | 12.1.6 維持 |
| 9.2 情報の共有 | 12.2 家族へのよい影響 |
| 9.3 不安の解消 | 12.2.1 満足 |
| 9.4 家族の介護力の向上を図る | 12.2.2 否定的感情の緩和 |
| 10. 一時帰宅 | 12.2.3 本人の不安による負担軽減 |
| 10.1 モニタリング | 12.2.4 家族関係の変化 |
| 11.1 本人 | 12.3 エンパワメント |
| 11.1.1 一時帰宅時の様子への把握 | 12.4 家族との信頼関係 |
| 11.1.2 帰国後の変化を把握 | 13. 不十分な成果 |
| 11.2 一時帰宅に対する家族の意向の把握 | 14. 定例化→継続的な一時帰宅 |
| | 15. 改善提案 |

4. 研究成果 p.49



3. 結果と考察 (3)ストーリーライン ※ []はカテゴリ

一時帰宅支援は、利用者が入所する以前から始まる。施設側は利用者と家族に入所後も一時帰宅が【出来る】と知らせる。そして、入所段階でのアセスメントにおいて利用者と家族のアセスメントを行い(【本人のアセスメント】【家族のアセスメント】)、把握した本人と家族の状況によって一時帰宅支援の展開を考慮する。

ケアは本人の状況に応じて提供されるが、一時帰宅の希望がある利用者(【意向の把握】)には、一時帰宅のために必要な事項がケアプランに位置づけられる(【ケアの提供】)。一時帰宅実施にあたって、家族の意向を把握するとともに、障害要因(環境側、本人側)の克服と促進要因となる条件を整えながら働きかけを行う(【条件を探る】【働きかけ】)。

一時帰宅を実施するために、家族の力を補う(【一時帰宅のための配慮】)とともに、家族と協働し、一時帰宅を実施していく(【協働】)。実施後は、帰園後の本人の様子を把握、家族の意向の把握を行っていく(【モニタリング】)。こうした一時帰宅がうまく行くことによって、本人に対しても、家族に対しても成果が見られ、それが継続的な一時帰宅へとつながっていく(【成果】)。こうした取り組みを支えているのが「入所しても社会の一員」と考える法人の理念である(【施設・法人が理念を表現していく組織づくり・入づくり】)。

〇〇〇〇日本社会福祉士協会地域福祉ケア推進委員会

10

4. 結果と考察 (4)各カテゴリの説明

1. (理念) p.49
 - ・利用者への「益増着(一時帰宅支援)」は、利用者が入所する以前から始まっている。
 - ・それは、施設/法人が「入所されても家族の絆や地域のつながり等絶えることなく、社会の一員として大切な存在であることを理念」として持っていることを背景にしている。

〇〇〇〇日本社会福祉士協会地域福祉ケア推進委員会

10

4. 結果と考察 (4)各カテゴリの説明

2. (できる)と知らせる) p.49
 - ・上記の理念のもとで、利用者の入所の段階から、また入所後も一時帰宅ができることを知らせている。
 - ・また、入所後のケアの提供に「入所相談」の段階や、「入所契約」の段階から、「ご家族や、ご本人から一時帰宅の希望があれば、送迎等の外出に必要な支援も行っている」ことを説明し、「益増着(一時帰宅)」が出来ることを知らせている。

〇〇〇〇日本社会福祉士協会地域福祉ケア推進委員会

11

4. 結果と考察 (4)各カテゴリの説明

3. (アセスメント) p.50
 - ・利用者が入所するとアセスメントを行う。この段階で、「本人のアセスメント」を行うが、本人のケアを考慮するために家族の「意向の把握」も行う。
 - ・さらに、こうしたアセスメントをしながら、同時に「家族のアセスメント」も行っている。

〇〇〇〇日本社会福祉士協会地域福祉ケア推進委員会

11

4. 結果と考察 (4)各カテゴリの説明

4. (展開を考える) p.52
 - ・「本人のアセスメント」と「家族のアセスメント」を行う中で、一時帰宅をすることについての家族の負担が大きい状況に気づくことがある。
 - ・また、家族が一時帰宅に難色を示している場合もある。例えば「長男の嫁からは、『自宅に帰ってくるのは良いが部屋やトイレを汚される為、施設に戻った後の掃除が大変なんです』『施設で過ごしてもらっている方が良い』と話あり、今後の実施については検討が必要」と、一時帰宅の支援について、今後の進め方を考え直すこともある。

〇〇〇〇日本社会福祉士協会地域福祉ケア推進委員会

11

4. 結果と考察 (4)各カテゴリの説明

5. (ケアの提供) p.52-54
 - ・利用者が施設に入所することで、日常的なケアの提供が始まる。利用者に提供されるケアは、「利用者の状態に応じた対応」である。
 - ・それと同時に、一時帰宅に向けた取り組みをケアプランに盛り込むことで、利用者に提供される日常的なケアの中に一時帰宅を見据えた機能の維持や改善をねらうケアが行われていく。

〇〇〇〇日本社会福祉士協会地域福祉ケア推進委員会

11

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

6. (条件) **p.54-57**
- また、援助者側としては、こうした一時帰宅の支援にあたって、一時帰宅を可能にする条件について考えを巡らせる。
 - 支援においては、一時帰宅を妨げる事柄(阻害要因)と促進する事柄(促進要因)の両方が影響する。
 - こうした阻害要因と促進要因を視野に入れながら、実現の条件を探っていく。

— 17 — 日本社会福祉士協会地域福祉学推進委員会

24

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

7. (働きかけ) **p.57-59**
- 前述したように「阻害要因」と「促進要因」を見きわめながら、施設側は家族に対して一時帰宅に対する働きかけを行っていく。
 - 方法
 - ①施設側から一時帰宅について「提案」する
 - ②本人の状態を伝える
 - ③本人の思いを代弁する
 - ④働きかけの時期を見計らう
 - ⑤家族と協議の場を設ける
 - ⑥家族の不安の手当をする 等

— 18 — 日本社会福祉士協会地域福祉学推進委員会

25

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

8. (一時帰宅のための配慮) **p.59-60**
- 一時帰宅を実施するためには、「家族の力のどこを補えばよいかを意識」しながら、「家族の力を補う」ことを心がける。家族の力によっては、さまざまな配慮を行う。
 - 「一時帰宅に職員が付き添う(1回あたり2-3時間程度)」
 - 「施設側で送迎を行う」
 - 主治医に相談して酔い止めを処方してもらい「送迎時の車酔いへの対応」
 - 「施設側で外泊の準備を行う」
 - 「介助方法について教える」
 - 一時帰宅途中で何かがあったらすぐに対応する「バックアップ体制をとる」等

— 19 — 日本社会福祉士協会地域福祉学推進委員会

27

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

9. (協働) **p.60-61**
- 一時帰宅に向けて、家族と施設側は協力して事を進めていく。
 - 一時帰宅は施設側の側からすると、先に述べた「家族の力を補う」ことによって進められるが、こうした取り組み自体が家族と施設側の「協働」の作業なのである。「協働」はさまざまな方法でなされていく。
 - 相談 ... 相談を受け、一緒に検討する
 - 情報の共有 ... 情報を伝え、共有する
 - 不安の解消 ... 相談、検討を通じ不安を解消する
 - 家族の介護力の向上を図る
 - 介助方法の説明、アドバイス、「外出・外泊のしおり」の作成 等

— 20 — 日本社会福祉士協会地域福祉学推進委員会

28

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

10. (一時帰宅) **p.61**
- このようにして、特別養護老人ホームに入所している利用者の一時帰宅が実現することになる。
 - 一時帰宅は「盆」や「正月(年末年始)」といった家族・親族が集う時期に合わせて行われることが多いが、これ以外の時期に行われることもある。
 - 一時帰宅の形は、数時間を自宅で過ごすというものから、1泊2日、あるいは2泊3日、3泊4日と自宅に泊まることもある。

— 21 — 日本社会福祉士協会地域福祉学推進委員会

29

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

11. (モニタリング) **p.61-63**
- 一時帰宅が実施され、利用者が施設に帰ってくると、施設側は一時帰宅の様子がどうであったのか等を確認する。
 - 本人
 - 一時帰宅時の様子の把握
 - 帰園後の変化を観察
 - 一時帰宅に対する家族の意向の把握
 - 家族が問題を発見

— 22 — 日本社会福祉士協会地域福祉学推進委員会

30

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

12. (成果)

p.63

- 一時帰宅を行うことは、本人、家族に対してよい影響をもたらしている。
 - 本人へのよい影響
 - 気分転換
 - 満足 … 「自宅に帰れた」「家族・親族とのふれあいの時間を持つことができた」「妻の仏様参りができた」等
 - 精神的安定
 - 受容 … 施設で暮らすことを受け入れる
 - 意識 … 一時帰宅を続けることを本人も「意識」する
 - 維持 … 「意識」することで、それが施設での暮らしの中で本人のADLや認知機能の「維持」につながる

〓〓〓日本社会福祉士協会福祉情報センター調査委員会

12

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

12. (成果)

p.64

- 家族へのよい影響
 - 満足
 - 否定的感情の緩和 … 入所させたことへの心理的な抵抗感(「かわいそう」「不信感」等)が和らいでいく。
 - 本人の安定による負担軽減 … 本人の帰宅欲求(その日の家族による短時間の外出)が軽減し、家族の負担も軽減した。
 - 家族関係の変化 … 関係が悪かった親族とも、一時帰宅を経て本人の状態が落ち着いてきたことで、関係の修復ができた。
 - エンパワメント … 家族が自信がつく
 - 家族との協働関係 … 家族からの相談を受けやすい関係ができた。

〓〓〓日本社会福祉士協会福祉情報センター調査委員会

12

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

13. (不十分な成果)

p.66

- 一時帰宅には家族の決心やがんばりなどが必要である。
- 家族はこのようにさまざまな努力をして一時帰宅を行うわけであるが、自宅に帰った本人の様子は必ずしも家族が期待したようなものではない場合もある。そうすると、家族は十分な満足感が得られないかも知れない

〓〓〓日本社会福祉士協会福祉情報センター調査委員会

13

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

14. (定例化→ 継続的な一時帰宅)

p.66

- 一時帰宅が、さまざまな施設側のサポートと家族の努力によって実現し、本人、家族にとっても満足なものになったことで、一時帰宅は定期的なものとなっていく。

〓〓〓日本社会福祉士協会福祉情報センター調査委員会

13

4. 結果と考察 (4)各カテゴリーの説明

15. (政策提言)

p.66

- こうした一時帰宅の取り組みを行うためには、現在の介護保険制度ではカバーできないところがある。
- こうした実践を行う中で、職員は制度の未対応部分を感じ取るとともに、施設入所者に対しても一時帰宅時には居宅サービスが適用できるようになれば、より一時帰宅がやりやすくなるということにも考えを巡らせている。

〓〓〓日本社会福祉士協会福祉情報センター調査委員会

15

4. 結論

- 本研究から、施設入所者の一時帰宅を支援するに際して用いる支援方法、家族に対するアプローチの方法について明らかにすることができた。
- こうした取り組みは利用者・家族に満足をもたらすものであるといえる。

〓〓〓日本社会福祉士協会福祉情報センター調査委員会

15

4. 結論 研究の限界

- 本研究は法人全体として一時帰宅支援に取り組んでいる施設の実践をデータとした質的研究である。当該法人／施設とは異なる条件下で一時帰宅支援を行っている実践例においては、本研究結果とは異なる研究結果が得られる可能性がある。
- こうしたことを踏まえ、法人／所属施設からの十分なサポートを受けられない状況など、本研究で得たデータとは異なる状況下で一時帰宅支援を行っている実践例を収集し、比較分析することにより、施設で暮らしていても家族の一員、地域の一員と感じられる支援のあり方を明らかにすることができるとと思われる。

© 一般社団法人日本地域福祉協会

37

5. 考察

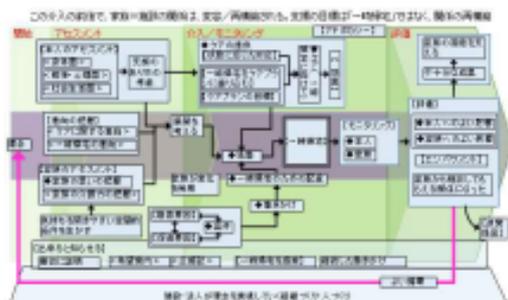
p.66~

(1) 理念や施設の理念・姿勢の重要性

- この一時帰宅支援の取り組みを分析する中で、この取り組みは単に「一時帰宅支援のスキル、ノウハウ」によって支えられているのではないということが理解できた。
- 施設においては、一人ひとりの職員が法人の理念を念頭に置き、特別なことをしているというよりは、当たり前のことを行っているように一時帰宅支援を行っている。それは、施設ケアにおいて法人理念の基本方針の一つである「ひととまを思うサービスをつくる」というものが日常のケア、サービスに自然に反映されているからであると思われる。
- このように考えると、利用者が施設に住みながらも地域で暮らすというケアを提供することは、単なるスキルやノウハウを高めればできるというものではなく、**職員の姿勢とそれを裏打ちするケアの理念が重要になる**ということが分かる。

38

4. 研究成果 p.49



© 一般社団法人日本地域福祉協会

39

5. 考察

(2) 一時帰宅によるつながり、地域で生きる支援

- 施設に入所することは、利用者にとってはいままでも慣れ親しんだ自宅、生活空間から離れてしまうことを意味する。そうした住まう場所の移動は、単に空間的な移動だけではなく、**利用者が持っている人的なネットワークをも大きく変えてしまう。**
- こう考えると、例えば施設ケアの中でよく使われる「帰宅願望」「帰宅欲求」という用語も、単に利用者が「家に帰りたいたい」と訴えているという理解だけでは不十分であり、利用者が「私を私たらしめている人と人とのつながりを取り戻したい」「私が慣れ親しんだ人との関わりの中で、安心して暮らしたい」という訴えであると読み解くことができるのではないだろうか。

© 一般社団法人日本地域福祉協会

40

5. 考察

- 実際、一時帰宅した利用者の満足は大きいのだが、その満足は単に「家に帰れた」から得られるのではなく、**盆や年末年始に家族、親戚が集まり、慣れ親しんだ人とのつながりを感じ取る中で、利用者は情緒的に安心できるからなのではないかと思われる。**
- このように考えると、地域で生きるということは、単に空間的な概念ではなく、**慣れ親しんだ人と人とのつながりを実感しながら暮らす**ということだと考えられる。そうした実感を利用者が得られるように支援するとき、利用者は精神的にも安心して暮らすことができるのである。

© 一般社団法人日本地域福祉協会

41

5. 考察

(3) 利用者の機能の維持の重要性

- 一時帰宅をするためには、家族が「連れて帰りたい」「連れて帰ることができる」と感じていることが鍵になる。
- そうすると、施設に入所して、**どんどん心身機能が低下していくなかで「連れて帰ることができる」と感じることは難しいだろう。**機能低下が進むことで、自宅という空間の中でできないことがたくさん見えてきて、「これは無理だな」と思わせてしまう。

© 一般社団法人日本地域福祉協会

42

5. 考察

- 一時帰宅は実際に**家族側の意向**から始まり、**家族の判断**が大きく左右するのが現実である。しかし、データの中では、「これくらいなら連れて帰れると思う」と家族が感じることによって一時帰宅の話が具体化していくという例がある。
- そのため、施設では**利用者の心身機能を維持**すること、可能であれば**回復させる支援**をすることによって、利用者本人側の**一時帰宅がしやすい条件**を整えていくことが重要になる。こうした機能の維持・向上を図るための取り組み抜きにして、一時帰宅支援は行えない。
- このように考えると、家族と一時帰宅をするための相談に乗り等の、いわゆる**ソーシャルワーク的な動きだけに注目するのではなく、ケアワークの充実**が大きな鍵を握っていることが分かる。

—(左) 日本社会福祉士会 地域福祉部 介護実践部 介護実践部

43

5. 考察

- もちろん、施設のケアは個々のケアワーカーのケアの技量でなり立つだけではなく、適切な**アセスメントと、アセスメントに導かれた適切なケアプランの立案**があり、それを実現できるすべての**スタッフの力量やチームケア**のあり方が重要になる。
- 利用者の機能の維持・向上は**こうした要因**から支えられているのである。

—(右) 日本社会福祉士会 地域福祉部 介護実践部 介護実践部

44

5. 考察

(4) 家族の意欲の醸成

- 一時帰宅は家族の意向・気持ちによってなされる**ところ**が大きいものである。それだけに、施設側が家族にどのように働きかけていくかは重要である。
- 職員は家族に、本人の状態が安定していること、向上していることを日常的に伝えていく。また、行事や面会時に実際に利用者の安定した状態を目にすることで、家族は「**これなら、連れて帰れるかも**」と思うのである。

—(左) 日本社会福祉士会 地域福祉部 介護実践部 介護実践部

45

5. 考察

- 施設では、入所段階から一時帰宅ができることや、その際に施設はどのような支えをすることができるかを説明していく。また、入所後のケアが始まった中でも、折を見て、施設から働きかけをしていく。それは、**状態の説明**であったり、**提案**であったり、**利用者の思いの代弁**であったりする。
- そして家族と協議する中で、具体的に一時帰宅ができる**条件を整えて**いく。
- このためには、相談員の高い面接力が求められるが、単に面接が上手であるから一時帰宅が可能になるのではないこと、すなわち**利用者の状態の維持・向上が重要な鍵**を握ることは前述した通りである。

—(右) 日本社会福祉士会 地域福祉部 介護実践部 介護実践部

46

5. 考察

- 職員は家族に働きかけ、利用者の状態に働きかけることによって、家族が「連れて帰ろうか」と思える意欲を醸成していく。それは、家族が感じる不安、心配に対して、一つひとつその心配事をクリアしていくことでもある。職員は一時帰宅を具体的に進めるために家族の力をさまざまな形で補いながら、一時帰宅を支援していくのである。

—(左) 日本社会福祉士会 地域福祉部 介護実践部 介護実践部

47

5. 考察

(5) 制度・政策への示唆

- データの中で、職員は一時帰宅時に居宅サービスを使うことができれば、もっと一時帰宅はしやすくなると指摘している。
- 現状において、日本の介護システムは居宅ケアと入所ケアを両輪併記で考えている。これは施設入所を備えているスウェーデンやデンマークなどと全く異なる制度設計である。
- そして、地域ケアシステムを考慮する際、現時点では「**住まい**」に注目される一方で、従来から入所し、そこで暮らしている場である施設がどのように機能するかについては、あまり論じられてきていない。しかし、従来から「**在宅と施設のボーダーレス化**」をどう推し進めるかは施設ケアの重要な課題でもあった。
- 現在では、「**在宅施設相互利用制度(ホームシェアリング)**」という取り組みも制度化されてきているが、これは基本的には在宅側からのアプローチといえる。

—(右) 日本社会福祉士会 地域福祉部 介護実践部 介護実践部

48

5. 考察

- 施設側からの、もう一つのアプローチとして前述の指摘の通り、施設に入所していても、一時的に自宅に帰る場合に居宅サービスを利用できるようにすれば、家族の負担軽減はより行いやすくなり、一時帰宅という取り組みが進めやすくなると思われる。

— 11 — 日本社会福祉士会連合会から見た介護現場の現状と課題

10

5. 考察

- (6)レジデンシャル・ソーシャルワークからみた一時帰宅支援
- ソーシャルワーク実践をその場から大別すると地域で活動するフィールド・ソーシャルワークと入所施設を基盤として行うレジデンシャル・ソーシャルワークという分類をすることができる。
- ソーシャルワーク理論はその発展の中でフィールド・ソーシャルワークを中心として整理されてきたように思われる。
- もちろん、近年のジェネラリスト・ソーシャルワークの考え方の中では、施設ケアと地域ケアをつなぐ視点が提示されているが、施設に勤務する相談員職(ソーシャルワーカー)が自らの仕事を整理していく理論的道具立てはまだ十分に整理されているとはいえないだろう。

— 12 — 日本社会福祉士会連合会から見た介護現場の現状と課題

11

5. 考察

- 図2は居住系施設におけるソーシャルワークの役割を示したものであるが、利用者に対して提供される相談援助は、それを下支える運営管理によっても左右されることがよく分かる。
- ソーシャルワークの視座が個人と環境の交互作用であることを考えると、質の高いケアを行うためには、もちろんそのソーシャルワーカーが高い専門性を持っていることが大きな要件になるが、居住系施設においては運営管理部分にいかに関与し、その価値をいかに盛り込んでいくかも重要といえるだろう。

— 13 — 日本社会福祉士会連合会から見た介護現場の現状と課題

12

特養におけるソーシャルワーカーによる居住支援ソーシャルワークの役割



資料元: 2003年特別養護老人ホームにおける居住支援としてのソーシャルワーク研究(19)4, 日商

5. 考察

- 今回調査対象とさせていただいた法人は、法人常務理事が「社会福祉士」であり、ソーシャルワークの視点を法人内の各施設に浸透させることができる位置におり、長年の努力の中で職員が利用者が「入所しても社会の一員」と自然に考え、行動できるように人材育成を図ってきている。その成果が一時帰宅支援の取り組みといえるだろう。
- このように考えると、居住系施設のソーシャルワーカーには、利用者に対してよい相談援助を行う力量と同時に、施設に対してよい援助を支える条件整備ができるように働きかけていく力量も求められるといえるだろう。

— 14 — 日本社会福祉士会連合会から見た介護現場の現状と課題

13



ヒヤリング調査からの興味深い取り組み例

— 15 — 日本社会福祉士会連合会から見た介護現場の現状と課題

14

“自然に”できているよいケアを意識化する

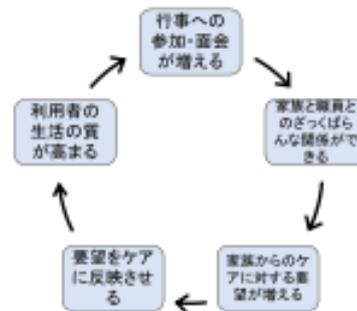
- 外出支援は“自然に”できている。
- “自然に”できている「よいケア／支援」はある。
- その意味や意義、機能を意識し、それを説明することによって、施設ソーシャルワーク機能は活性化できるのではないかと。



- 何のために（価値、理念、目標）
- 何を（ターゲット）
- どのようにするのか（方法、スキル）

— 17 — 日本社会福祉士協会施設ケア実践研究会

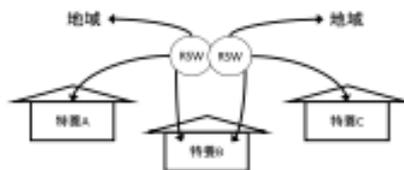
よい循環を作り出す



— 18 — 日本社会福祉士協会施設ケア実践研究会

レジデンシャル・ソーシャルワーカーという取り組み

- 3つの特別養護老人ホームを経営する法人
- 法人本部に事務長直轄の「地域連携支援部」を設置、2名のレジデンシャルソーシャルワーカー（RSW）を配置。
- RSWは、各施設を離れて独自の動きをする。



— 19 — 日本社会福祉士協会施設ケア実践研究会

RSWの職務

1. 入居待機関係

- サービス利用申込者相談対応、サービス利用申し込み書管理（受理・締結）、入居希望者受付簿管理（登録・削除）、各施設入居待機者数確認、事前調査、事前随時報告書・入居選考評価票作成、入居者優先順位管理（入力・削除）、入居選考会議管理、現況確認、施設見学対応

2. 法人関係 ※施設内アウトリーチ

- 相談ラウンド*（全施設）、「私の姿と気持ちシート」管理（作成・更新）、「アセスメントシート」確認・更新、入居立ち会い、サービス担当者会議／閉会挨拶回答、社会資源開発・調整（主体企画）、RSW企画**、ケース記録記入（1人1回/月）、経過確認、モニタリング、余暇支援、外出支援（郵便物投函・散歩等）、施設行事協働・協力（サークル活動等）

— 20 — 日本社会福祉士協会施設ケア実践研究会

RSWの職務

3. 地域関係

- よろず相談窓口開設、サロン訪問、社会資源確認・調査、ニーズ調査、民生児童委員との連携

4. 会議関係

- 地域連携支援部会議、RSWC、入居選考会議

5. その他

- RSW研究会調査協力

— 21 — 日本社会福祉士協会施設ケア実践研究会

RSWの職務

- * 相談ラウンド 2人のRSWが法人の3つの施設の入居者を対象にし、個別面談を行う。これはRSWの主要業務とみなされており、「午前中は書類仕事、午後からは現場を回る」と感じると、RSWの業務のおおむね50%を占める。

- ** RSW企画 相談ラウンドでのニーズ把握をもとに、あるいは現場のCWからの「この人、こういうこと言っておられたので、こういうところに連れて行ってあげたいんだけど」というリクエストに応じる形で企画される。単にRSWが利用者と外出するというものではなく、利用者の外出に現場のCW等が同行できるように当該利用者の施設・ユニットに交渉し、外出同行の体制を整えている。この外出プログラムは、利用者の希望やニーズを叶えるという意味合いだけでなく、そうした場がさらなるアセスメントになるということも意図している。

- *** こうしたケア現場のCWからのリクエストは、RSWが利用者の個別ニーズに対応する形で企画・実施するRSW企画に対する反応としてでてくるものである。これはRSWがユニットのCWやCM等の利用者を取り巻く人的環境に対して働きかけた結果として、人的環境の（意識・利用者への関わり方等）変容がなされていると見ることが出来る。

— 22 — 日本社会福祉士協会施設ケア実践研究会

RSWの職務

- アセスメントを補完する機能
- RSWは相談ラウンドを通じて、利用者から様々な情報を入手する。それは利用者の生活歴であったり、趣味、好み等の情報であったりする。RSWはそうした情報を利用者のアセスメントシートに記載してアセスメントを厚くすることに協力したり、「私の姿と気持ちシート」(センター方式のC-1-2シートを独自に改編したもの)を作成し、現場の利用者理解をサポートしている。

—(社)日本社会福祉士会 地域福祉部 研修事務局

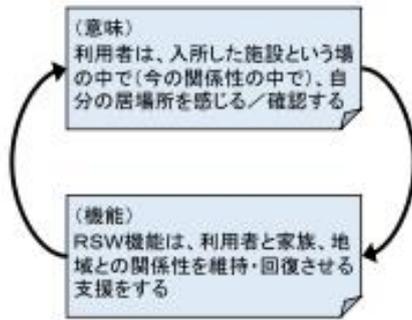
14

RSWの職務

- 地域とのつながりづくり、入所しても地域で生きることの支援。
- RSW企画に現場のCWが関与することを通じて、現場を刺激していくことは通過点であり、その先にはRSWが地域の各種社会資源と関わりを持ち、利用者の地域との繋がりを持つ生活の支援や、地域に対して施設の有存在や機能が認められていくように社会的承認を高めていくこと／地域の福祉ニーズの充足に寄与していくことへとRSWの活動が波及していくことを目論んでおられるようです。

—(社)日本社会福祉士会 地域福祉部 研修事務局

15



—(社)日本社会福祉士会 地域福祉部 研修事務局

16

地域の資源という意識を持つ

～自施設だけでなく、地域の資源も書き込んだパンフレット～



—(社)日本社会福祉士会 地域福祉部 研修事務局

17

特養におけるソーシャルワーカーによる居住支援ソーシャルワークの役割



厚生労働省(2011)「特養職員実務マニュアル」における居住支援業務の役割とソーシャルワークの役割に関する研究(2011)。10頁～11頁参照



—(社)日本社会福祉士会 地域福祉部 研修事務局

18

第4節 ワークショップ・プログラム

1. ワークショップの目的・ねらい

- (1) 施設で展開されるソーシャルワークの視点を再確認する。
- (2) ソーシャルワークの視点から相談員の役割・機能を確認する。
- (3) レジデンシャル・ソーシャルワークについて確認する。
- (4) 組織として取り組む視点を理解する。

●レクチャー部分では、実際に行われている施設での一時帰宅支援の実践例を分析し、そうした実践を支える構造や、用いられているスキルを整理しました。こうした、実践事例に着目した理由は以下のことからです。

- ① 施設に入所しても家族との関係が切れない生活の提供がなされていることは、地域包括ケアシステム構築をすすめる際の、施設側からの回答の一つとなること
- ② こうした実践のためには、家族に対するアプローチもなされており、入所者だけでなく家族も含めた支援（ソーシャルワーク）がなされていること
- ③ こうした実践には、施設内での介護に留まらず、家族や地域をも視野に入れた実践がなされていること
- ④ こうした実践を可能にするためには、相談員が利用者に対してどのように働きかけていくかだけでなく、利用者を取り巻く環境要因（ケアワーカー、その他のスタッフ、施設の運営（価値・理念）、家族、地域社会、制度等）に働きかけていくことも必要になってくること

また、こうした実践事例は施設の入所によって家族や地域から本人の切り離すのでは無く、施設にいながらも家族や地域との関係を再構築するという点でもあると言えます。

本研修会に参加されているみなさんと一緒に、みなさんの所属施設において「一時帰宅」という視点からソーシャルワークの機能を再点検したいと思います。

2. ワーク

11:30～12:00 【ワークショップ1】 セルフチェック

◆個人で考えてみましょう。

「施設で一時帰宅の取り組みをすすめるために、現状でできていること、できていないことは？」

●チェックリスト：調査報告の内容から一時帰宅の実践を行うために取り組まれていることを図にしました。そのカテゴリー化、グループ化したものからチェックリストの作成をおこないました。これを参考に現状の再確認をしてみましょう。

●現在施設現場で働いていない方は、施設を想定して考えてみて下さい。

あるいは、自分自身が施設の入居者であったり、入居者の家族であるとしたら、施設にどのようなことを求めたいかを考えてみて下さい。

13:00～13:40 【ワーク 2】 グループディスカッション（1）

1）個人ワーク（セルフチェック）の報告

- 個人ワーク（セルフチェック）で振り返ったことをグループ内で発表しましょう。
- 次のグループディスカッション 2）につながるワークですので、他の人の発表には丁寧に耳を傾けましょう。
- 参考になる意見やいいアイデアがあるかもしれません。

※時間内にグループのメンバーの発表ができるように協力しあいましょう。

13:40～14:45 【ワーク 2】 グループディスカッション（1）

2）議論の中心となるメンバーの選定

「グループメンバーの中の誰か一人の施設を「事例」として、その施設で一時帰宅やつながりの再構築の取り組みを進めるために、何に取り組んでいくかを考える。」

- グループメンバーの中から誰か一人（の施設）を選びます。
- その施設を「事例」として、一時帰宅やつながりの再構築の取り組みを行うためにどんなことに取り組んでいくのか。どのようにすすめていくのか、意見やアイデアを出し合ひましょう。
- グループ発表もあるので、司会や記録、発表者を選びましょう。

14:45～15:00 休憩（一息入れて、名刺交換、情報交換）

15:00～15:30 【ワーク 3】 グループ発表とまとめ

◆各グループでディスカッションした内容を発表する。

- 以下の視点は検討されましたか？
 - ① 施設に入所しても家族との関係が切れない生活の提供
 - ② 家族に対するアプローチと入所者だけでなく家族も含めた支援（ソーシャルワーク）
 - ③ 施設内での介護に留まらず、家族や地域をも視野に入れた実践の視点
 - ④ 施設という環境（その構成要素である職員や、運営管理そのもの）を視野に入れた実践の視点
- 施設の「事例」からどんなところが現在取り組みとして進んでいるのか、今後行うこととその進め方、視点は？
- チームアプローチの視点、どのように他の職員、法人に働きかけていきますか？

15:30～ まとめ

16:00 終了

【チェックリスト】

	今できているところ	これからなすべきこと
本人のアセスメント		
家族のアセスメント		
家族の一時帰宅の意向の把握		
阻害要因の把握		
促進要因の把握		
一時帰宅ができることを知らせる		
一時帰宅を目標としたケアプランを組む		
ケアの成果を家族に伝える		
家族に継続的に働きかける		

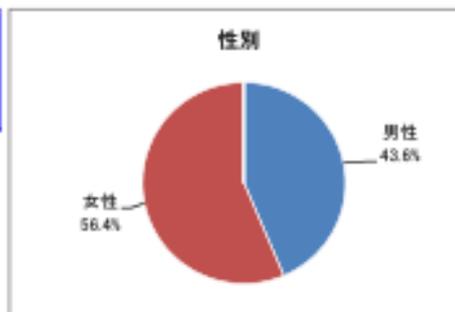
一時帰宅の不安要因を軽減する配慮		
家族と協働する		
一時帰宅の実施		
モニタリング（本人）		
モニタリング（家族）		
評価		
“自然”にできているよいケアを意識化する		
よい循環をつくりだす		
生活相談員の自由度を増やす		
地域の資源という意識を持つ		

第5節 研修アンケート（結果）

レジデンシャル・ソーシャルワーク研修 in 大阪 アンケート集計結果

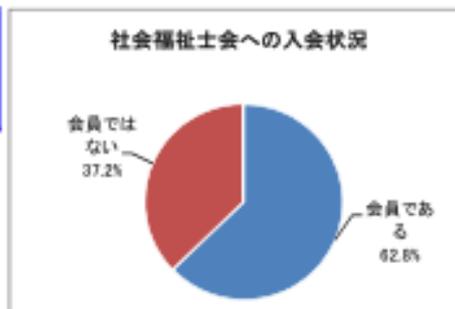
Q1 性別

	回答数	構成比
(1) 男性	34	43.6%
(2) 女性	44	56.4%
無回答	0	0.0%
計	78	100.0%



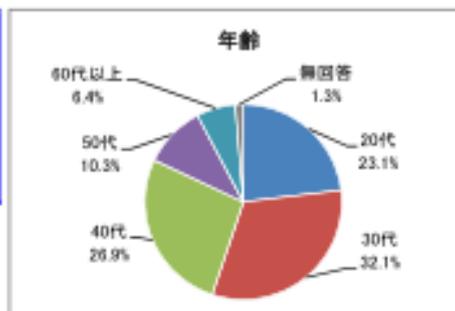
Q2 社会福祉士会への入会状況

	回答数	構成比
(1) 会員である	49	62.8%
(2) 会員ではない	29	37.2%
無回答	0	0.0%
計	78	100.0%



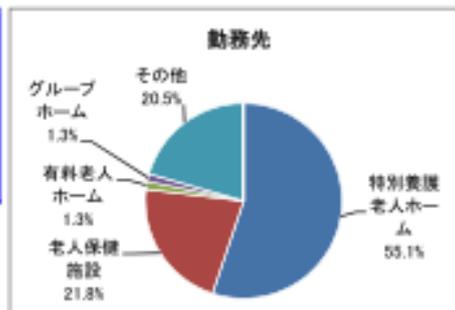
Q3 年齢

	回答数	構成比
(1) 20代	18	23.1%
(2) 30代	25	32.1%
(3) 40代	21	26.9%
(4) 50代	8	10.3%
(5) 60代以上	5	6.4%
無回答	1	1.3%
計	78	100.0%



Q4 勤務先

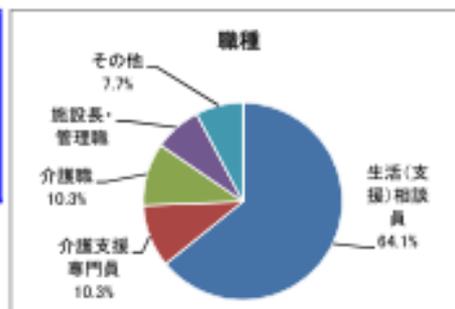
	回答数	構成比
(1) 特別養護老人ホーム	43	55.1%
(2) 老人保健施設	17	21.8%
(3) 有料老人ホーム	1	1.3%
(4) グループホーム	1	1.3%
(5) その他	16	20.5%
無回答	0	0.0%
計	78	100.0%



レジデンシャル・ソーシャルワーク研修 in 大阪
アンケート集計結果

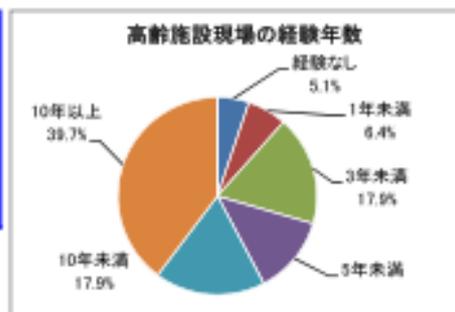
Q5 職種

	回答数	構成比
(1) 生活(支援)相談員	50	64.1%
(2) 介護支援専門員	8	10.3%
(3) 介護職	8	10.3%
(4) 施設長・管理職	6	7.7%
(5) その他	6	7.7%
無回答	0	0.0%
計	78	100.0%



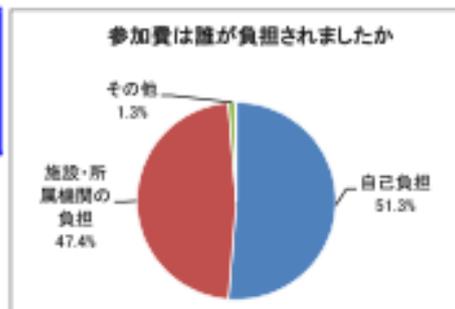
Q6 高齢施設現場の経験年数

	回答数	構成比
(1) 経験なし	4	5.1%
(2) 1年未満	5	6.4%
(3) 3年未満	14	17.9%
(4) 5年未満	10	12.8%
(5) 10年未満	14	17.9%
(6) 10年以上	31	39.7%
無回答	0	0.0%
計	78	100.0%



Q7 参加費は誰が負担されましたか

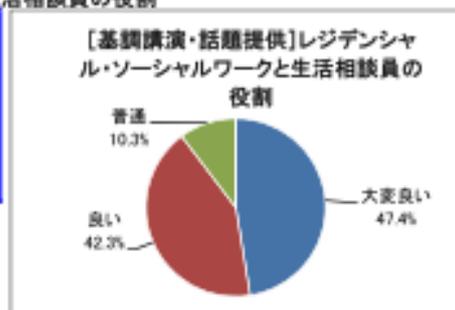
	回答数	構成比
(1) 自己負担	40	51.3%
(2) 施設・所属機関の負担	37	47.4%
(3) その他	1	1.3%
無回答	0	0.0%
計	78	100.0%



Q8 プログラム内容はいかがでしたか。

[基調講演・話題提供]レジデンシャル・ソーシャルワークと生活相談員の役割

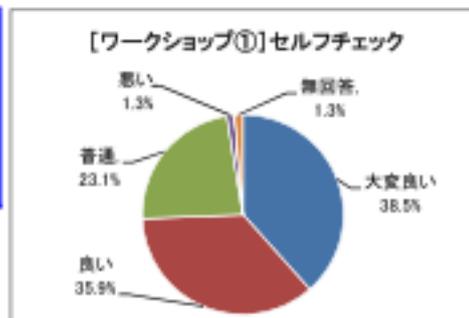
	回答数	構成比
(5) 大変良い	37	47.4%
(4) 良い	33	42.3%
(3) 普通	8	10.3%
(2) 悪い	0	0.0%
(1) 大変悪い	0	0.0%
無回答	0	0.0%
計	78	100.0%



レジデンシャル・ソーシャルワーク研修 in 大阪
アンケート集計結果

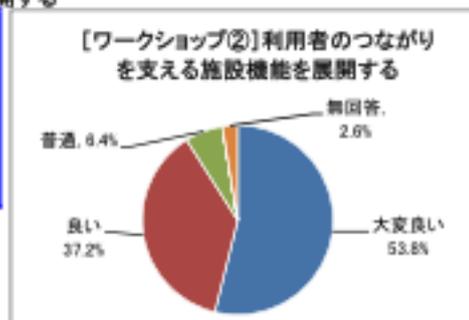
【ワークショップ①】セルフチェック

	回答数	構成比
(5) 大変良い	30	38.5%
(4) 良い	28	35.9%
(3) 普通	18	23.1%
(2) 悪い	1	1.3%
(1) 大変悪い	0	0.0%
無回答	1	1.3%
計	78	100.0%



【ワークショップ②】利用者のつながりを支える施設機能を展開する

	回答数	構成比
(5) 大変良い	42	53.8%
(4) 良い	29	37.2%
(3) 普通	5	6.4%
(2) 悪い	0	0.0%
(1) 大変悪い	0	0.0%
無回答	2	2.6%
計	78	100.0%



Q4.勤務先 その他		回答者 No.
1	無職	4
2	軽費老人ホーム	12
3	居宅介護支援事業所	26
4	サービス付高齢者住宅	28
5	サ高住、特定施設	43
6	地域包括	52
7	軽費老人ホーム	56
8	養護老人ホーム	62
9	病院	72
10	公的機関	77

Q5.職種 その他		回答者 No.
1	社会福祉士	52
2	支援員	62
3	MSW	72
4	ケースワーカー	77

Q7.今回の参加費は誰が負担されましたか。 その他		回答者 No.
1	施設の家族会が一部助成（会員一家族、職員一の自主研修助成制度）	58

Q8.プログラム内容はいかがでしたか。
【基調講演・話題提供】レジデンシャル・ソーシャルワークと生活相談員の役割

「5:大変良い」と回答された方		回答者No.
1	一時帰宅に関する情報や方法を学べた点。	2
2	相談ラウンドRSW企画	16
3	病院の中で、NST緩和ケアチームなどが多職種連携で、活躍しているように施設から在宅、地域への多職種連携が大切となること。発想の大切さを学んだ。	24
4	外泊を通して施設ケアプランとマネジメントの必要性がよく分かりました。	26
5	一番知りたかった内容であり、今後のリスクマネジメントにも活用していきたい。	28
6	方向性がわかりました。	40
7	今後の施設の方向性としての在宅復帰のモデルを学びました。	45
8	とても勉強になる講演でした。RSWの存在の大切さが理解出来ました。うちの施設にも専任で一人RSWの存在がほしいと思った。	52
9	外泊が少ない施設なので、新たな学び、視点が多く、しっかり伝えたいと思いました。	60
10	現場にそった内容ですぐ仕事にフィードバックできそうだった。たいへんわかりやすかった。	66
11	自分の施設の実践がまちがってないことはわかった。しかしその根拠を上手に説明できず中途半端なものも理解できた。	68
12	施設でのとりくみを知ることができ自施設で取り入れられそうな点が多くあり、参考になりました。	70
13	生活相談員として伝えるべきことを考えさせられました。「何となくしている」状態から「〇〇している」とはっきり言える相談員になりたいと思いました。	73
14	「地域」というものが今まで、よくわからなかったが、研修を通して、少しイメージができた。→これからも勉強し、今日の学びを活かしていきます。	74

「4:良い」と回答された方		回答者No.
1	一時帰宅についてこれまで家族様に積極的に促す事はなかった。帰ることが、逆効果の可能性がゼロではなく、本人の意向、様子を確認し検討していきたい。いつも帰られる方の様子など他の利用者家族に発信していきたい。	1
2	施設を全面的に出した研修がめずらしく、ありがたかった。	20
3	一時帰宅の話は、現在の職場での取り組みに合ったところがあって参考になった。	23
4	事例が参考になった。・外出・外泊という視点に気付いた。	30
5	なにげなく自分のやっていることが理論化され、正しく理解できた。	32
6	家族様へ「良いこと」を伝える！という視点が自分に不足していることだと気づけました。	38
7	生活相談員として地域に働きかけることの重要性、一時帰宅の必要性について、するべきことが見えた気がします。	39
8	・基本的視点を振り返る事が出来た。・改めて知る情報があった。(外泊、一時帰宅等)	46
9	一時帰宅のために何をしなければならぬか考えることが重要だとわかった。	56
10	外出支援はケアマネとしてもよくやっているが、組織としてRSWが活動していることを学ぶことができた。	58
11	一時帰宅の取り組みを細かく知れて、自分の施設でも取り組んでいきたいと思った。	65
12	施設相談員の役割等話がきけて、立ち位置の理解につながった。	72
13	施設でのSWの業務で、自分の足りていない部分がわかった。	78

「3:普通」と回答された方		回答者No.
1	老健の支援相談員には普通だった。問題意識はよく理解出来るので、今後は老健での聞き取りや全老健との協働をされてはいかがでしょう？生活＝特養と老健→機能回復の強みを情報交換し、より良いサービス提供となれば良いと考える。こういう形の振り返りもあるなど思いました。	63
2	・全スタッフが意識化できるよう、今行っていることを言語化・見える化する。	64

**Q8.プログラム内容はいかがでしたか。
【ワークショップ①】セルフチェック**

「5:大変良い」と回答された方		回答者No.
1	他施設のことを知れた点。	2
2	自身の省察が促されました。	16
3	整理することで、何が、今必要なかが判ること。	28
4	自施設において、出きているところ、すべきことが明確になったため、課題をしばって取り組んでいきたいです。	39
5	自分が具体的に何をしなければならないのか明確になりました。	40
6	自分のSWについて目的、意義を説明するのは難しい。こう思うけど中々根拠を納得できるように話すのは難しい。でも経験がまちがってないと思ってよいことを知った。日々自分と向きあっていきたい。	68
7	自らのふりかえりをする中で、できている点、改善すべき点気付くことができたのが良かった。	70

「4:良い」と回答された方		回答者No.
1	セルフチェックではできてないと感じる事が多かった。他施設の方も同じような問題を抱えているが、参考になる意見もたくさん聞く事ができた。	1
2	・人の話を聞くことで、自分の中身を振り返ることが出来た。	20
3	セルフチェックをしていくと自分の視点が見えてきて良かったです。	38
4	新しい今の施設の実践の現状を知る事が出来ました。	45
5	他施設の現状を知る事が出来て良かった。	46
6	自分の施設で出来ていない事が沢山あることに気付かされました。施設の体制を変えていかなければならない、課題が沢山です。	52
7	なにげなくやっていることを文章化することでこれからなすべきことが明らかになった。	58
8	自施設で行っていることを見直す機会になり、良かったです。	60
9	・項目に沿った振り返りができた。	64
10	・他の施設での取り組みを学ぶことで、もっと	65

「3:普通」と回答された方		回答者No.
1	自分の施設における役割を点検することが出来た。老健施設勤務ということで、少し感受の違いに戸惑いがあった。	23
2	どのように記入すればいいのかわからなかった。	27
3	・時間がたりない。・シートの説明をもう少ししてほしかった。	30
4	なにげなく自分のやっていることが理論化され、正しく理解できた。と同時にできていないことも反省。	32
5	当施設の見直しが出来た。	50
6	できていること、できていないことがはっきりわかってこれからしていかなければならないことが明確になった。	56
7	同会がとても上手でした。観光、昼食情報がとても詳しく有難いです。特に地方から出て来る者には。	63
8	自分の施設でもまだわかっていない事があると自己覚知した。	66

**Q8.プログラム内容はいかがでしたか。
【ワークショップ②】利用者のつながりを支える施設機能を展開する**

「5:大変良い」と回答された方		回答者No.
1	他施設での取りくみなどを聞いてふり返り、考えることができた。	5
2	SWの価値が数値化された実践を聞いた。	16
3	色々な方の話を聞いて参考になりました。	27
4	ディスカッションを実施することで、見えていないところが見えたこと。	28
5	別の施設担当者のとりくみを建設的に話あえた。	30
6	自施設の当たり前前環境が、とても恵まれているものだ実感した。今後も、継続していきたい。	33
7	他の人の意見を聞いて、セルフチェックで気がつかなかったことに気がつけた。	35
8	MSW、特養、介護老人ホームといった他種の方のお話が聞け、勉強になりました。今までに思いつかない視点でアプローチしてみたいと思います。	38
9	他施設が取り組んでいることについて、様々な意見が聞けて良かったです。自施設でも取り組めることをとりいれたいと思います。	39
10	いろんな施設の話が聞けて参考になりました。	40
11	色々な施設の方と意見交換をすることで、新しい発想や展開があり、とても勉強になりました。ソーシャルワークの大切さを初心に戻って考えさせられました。	52
12	町内に医療、福祉の敷に限りがあり、地域とのつながりは、自然にありましたが、今後のマンパワー不足に対し、グループの皆さんや講師の方から助言をいただいたのでさっそく取りくみたいです。	58
13	他施設での相談員の役割、工夫など勉強になることが多かった。	60
14	どんな、施設風土をつくるべきか、学ぶことができた。見える化、言語化する力・方法を見直します。	64
15	困難だと思っていたが、実践されている施設の具体的な話を聞いて、とても参考になった。	67
16	老健に勤務しています。在宅強化型の施設であり自宅ですということを常に考える立場です。PSWの実習指導等で「家です」ではなく、本人がどこですかを選択するための手伝いをし折りあいをつけるのがSWの仕事ではないかと話された事が心に残っているが、今日の話しをうかがいその意味の深い部分が理解できた。	68
17	自施設での事例を取りあつかって頂き様々な視点で考察を深められたことが明日からの支援に活かすことができそうです。	70
18	様々な施設の状況を知ることができてよかったです。	73
19	他施設の話を書くことで、実践してみようと思う収穫があった。	78

「4:良い」と回答された方		回答者No.
1	他施設の状況を知る事ができ、一人でも多くの一時外泊を、実施できるようやっつけていきたいと思った。	7
2	他の人の体験、考え方を聞いて、自分が先入観や固定観念にとらわれているなあと気づきがありました。	10
3	・施設についての役割を考えさせられた。	20
4	大変楽しいテーマでした。	23
5	よかったけどわかりにくい。色々な話がきけてよかった。	32
6	特養の相談員にも参加させたかった。	42
7	様々な施設で一時在宅復帰への挑戦の苦心の施策を考えさせられました。	45
8	参考になる、情報を得る事が出来た。	46
9	施設での取り組み、現状が話をすることでよくわかった。様々な地域のことについて知ることができてよかった。	56
10	特養では、外泊以外の本人の望む価値を、作り出す必要がある。ソーシャルワークでこの事を考える必要があると思った。情報交換出来たのが良かった。	63
11	・施設の中のSWの役割を知れてよかった。	65
12	SWのおかれている立場が、施設のスタイルにより違うことが理解出来た。	72

「3:普通」と回答された方		回答者No.
1	他施設で当然のように行えていることがたくさんあることが知れ良かったです。	53
2	ディスカッションがうまくまとまらなかった。ディスカッションの内容を把握しきれてなかった。	66

「無回答」の方		回答者No.
1	他施設の一時帰宅についてディスカッションする事で自分の考えの不足点や施設方針の不足、方向性について考えられました。	50

Q9.その他、研修に関するご意見、ご要望などをご自由にお書きください。		回答者 No.
1	他府県からの参加者が多く、地域性（色）が有り、良かったです。	4
2	本日はありがとうございました。	26
3	大阪の観光も一緒にしたいと思えましたので会場が良かった。	30
4	会場が明るくて、スライドが一部見えにくかった。生活相談員ばかり集まったので、悩みも話せてよかった。	35
5	福富氏のはっきりした口調で分りやすく理解出来ました。見平氏のはっきりした口調で分りやすく理解出来ました。SVの役割、求められるもの。	45
6	特になし	46
7	お金をかけ、時間をさき、大阪まで来たかいたとつくづく思う。とても有意義だった。	51
8	社会福祉士としての質の向上のために、今後も勉強会の開催を宜しくお願い致します。	52
9	地図がわかりにくかったです。	58
10	ディスカッション形式の研修は非常に有意義であった。	61
11	施設相談員に関する研修があれば良いと長年思っていたので、衝動買い的に本研修に申し込みました。高齢分野では、ケアマネ（協議会）の存在が大きい。若い相談員はケアマネでないで、この類の研修が充実すれば加入率↑となるはずで、介護報酬で改定時の説明会や情報提供などの内容を含む。あと、受講決定連絡があと1週以上早いと助かります。交通の予約の都合がありますので、老健では、「R4システム」が全老健により開発されており、ある意味これは老健のソーシャルワークの敗北と感じます。「地域包括ケア」が叫ばれる中、老健は在宅復帰や特養は介3以上の入所となるに伴い生活施設という役割分担が一層求められるでしょう。それぞれの強みを情報交換し、利用者のより良い生活（尊厳）がソーシャルワークにより守られる必要があると考えます。以上の事から施設委員会的な存在は大きいと思いますので、是非頑張ってください！それから、支援・生活相談員の人員基準について、100人に1人は非現実的。現場の負担はかなり大きいのに、4月報酬↓で更に負担↑となるでしょう。本委員会の取り組みの様な利用者の尊厳を絡め、せめて50人に1人や在宅並みとなるよう日本社会福祉士会から要望活動をして下さい。高齢者で特に若い社会福祉士の職域が確保される事は重要です。また、「認定社会福祉士」が有利な形で任用されるように啓発や働きかけも重ねてお願いします。	63
12	レジデンシャル・ソーシャルワークやジェネラリスト・ソーシャルワークについて、基礎から学ぶ機会がほしい。（自己学習もします）施設に特化した研修を今後もお願いします。（地域や在宅ケアの視点が重要。）	64
13	要介、4、5が主に入所する特養について、外出、外泊する意味を自分なりに考えました。送り出すIP側としても本人、家人、施設側に役割責任も含め、果たしていきたい。	72

○研修会開催日 : 2015年3月1日（日）

○会場 : 大阪社会福祉指導センター（5階） 多目的ホール

○受講者数 : 84名

○回答者数 : 78名

○回収率 : 92.9%

第5章 委員名簿

○ 地域包括ケア推進委員会（高齢施設班）名簿

	氏名	都道府県士会	所属
委員長	服部 恭弥	山口	日本社会福祉士会理事、ケアポート徳山
委員	島野 光正	福島	郡山市医療介護病院
委員	高橋 是司	新潟	社会福祉法人つばめ福祉会
委員	直木 慎吾	大阪	社会福祉法人つくし会
委員	福富 昌城	京都	花園大学
委員	見平 隆	愛知	静岡英和学院大学
事務局	牧野 一義	東京	日本社会福祉士会 企画グループ

○ 委員会の開催状況（5回）

委員会	日時	内容
第1回委員会	2014年 6月 22日	○事業計画について ○ヒアリング先の検討
第2回委員会	2014年 9月 20日	○ヒアリング先の検討 ○ヒアリングの進め方について
第3回委員会	2014年 12月 23日	○ヒアリングの反省 ○今後のヒアリングの進め方
第4回委員会	2015年 2月 8日	○ヒアリング結果の分析・考察 ○報告書について
第5回委員会	2015年 3月 1日	○ヒアリング結果の分析・考察 ○報告書について

○ ヒアリングの実施状況（3回）

施設名	所在地	日時
高齢者複合施設えるむ	京都府福知山市	2014年 11月 9日
大阪老人ホームうえだ	大阪府松原市	2014年 12月 23日
東蒲の里 みかわ園	新潟県東蒲原郡阿賀町	2015年 1月 18日