

ポスター | 在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

■ 2026年10月22日(木) 15:00～16:00 | ㊦ ポスター会場② (マロニエプラザ 1F 大展示場)

[P-R001] 【ポスター】在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

座長：野呂 牧人 (介護老人保健施設ケア・ビレッジシャローム)

[22-P-R001-01] 在宅復帰の取り組みを振り返っての現状と課題

*筑坂 陽平 (山口県 老人保健施設ふれんず)

[22-P-R001-02] 外部委託によるデイサービス機能訓練の導入過程と成果

*遠藤 加奈、西牧 侑矢 (福島県 社団医療法人呉羽会介護老人保健施設ガーデニア)

[22-P-R001-03] 地域に出たいを形に

～ハートCaféあしなの実践と意識変化～

*平野 有紀、小武海 将史、名古 亜貴子、佐藤 直美、園田 祝美、瀧川 宗一郎 (神奈川県 AMG 介護老人保健施設ハートケア湘南・芦名)

[22-P-R001-04] 「頼れる老健」を目指して

地域とのつながり再構築に向けた健康づくり活動

*望月 里枝 (長野県 老人保健施設ふるさと)

[22-P-R001-05] ケアマフを知っていますか？

多職種で糸をつむぐ協働実践

*野口 真由美¹、関川 洋子²、高橋 典子³、石川 玄子¹ (栃木県 1. 介護老人保健施設陽南、2. 医療法人報徳会宇都宮病院、3. 地域活動支援センターうつのみや)

[22-P-R001-06] 旧村地域で一人暮らしをする若年性認知症患者の支援

通所リハビリ利用者に対する支援相談員の役割とは

*阪下 潤一、斎藤 尚子 (群馬県 介護老人保健施設かがやき)

ポスター | 在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

2026年10月22日(木) 15:00～16:00 | ポスター会場② (マロニエプラザ 1F 大展示場)

【P-R001】【ポスター】在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

座長：野呂 牧人 (介護老人保健施設ケア・ビレッジシャローム)

[22-P-R001-01] 在宅復帰の取り組みを振り返っての現状と課題

*筑坂 陽平 (山口県 老人保健施設ふれんず)

〈目的〉

老人保健施設ふれんずは山口県岩国市にある定員50名の診療所併設型老健で、令和8年6月現在の在宅復帰指標は強化型となっている。円滑な施設運営の継続に向けて、退所者の傾向と今後の課題を把握するべく、過去2年間の退所者のデータ分析を行った。

〈方法〉

当施設における令和6年4月～令和8年5月までの退所者167名の、「入所前の居所」、「入所時目標」、「要介護度」、「同居の有無」、「入所日数」、「退所先」、「再利用の有無」に関するデータを集計し、在宅復帰者にどのような傾向がみられるかを考察してみた。

〈結果〉

まず「入所前の居所」に関しては、病院が107名で64%、自宅が51名で31%、その他が9名で5%だった。病院から入所された107名の内、在宅復帰された方は52名で、割合は48%だった。自宅から入所された51名の内、在宅復帰された方は42名で、割合は82%だった。

次に「入所時目標」に関しては、自宅目標の方が81名で49%、施設目標の方が66名で40%、決めていない方が20名で12%だった。自宅目標の方の退所先内訳は、自宅が57名、在宅系の施設が7名、施設が8名、入院が9名だった。施設目標の方の退所先内訳は、自宅が1名、在宅系施設が25名、施設が21名、入院が18名、看取りが1名だった。目標が決まっていなかった20名の退所先内訳は、自宅が5名、在宅系施設が4名、施設が4名、入院が7名だった。

次に「要介護度」に関しては、入所時の要介護1が36名で22%、要介護2が46名で28%、要介護3が40名で24%、要介護4が35名で21%、要介護5が10名で6%だった。要介護1の退所先は、自宅18名、在宅系施設13名、施設3名、入院2名だった。要介護2の退所先は、自宅22名、在宅系施設10名、施設4名、入院9名、看取りが1名だった。要介護3の退所先は、自宅12名、在宅系施設11名、施設7名、入院10名だった。要介護4の退所先は、自宅9名、在宅系施設2名、施設15名、入院9名だった。要介護5の退所先は、自宅2名、施設4名、入院4名だった。

次に「同居の有無」に関しては、退所者167名の内、同居ありが93名、同居なしが74名となっており、在宅復帰者は同居ありが41名で44%、同居なしが22名で30%だった。

次に「入所日数」に関しては、90日以内の入所日数での退所者69名の内訳が、在宅復帰者は37名で54%、在宅系施設への退所は7名で10%、在宅復帰以外は25名で36%となった。入所日数180日以内の退所者となると、119名の内、在宅復帰者が56名で47%、在宅系施設が22名で18%、在宅復帰以外が41名で34%だった。入所日数が180日以上退所者48名の内訳は、在宅復帰者は7名で15%、在宅系施設は14名で29%、在宅復帰以外は27名で56%だった。入所日数が1年以上となると、退所者22名の内、在宅復帰者は3名で14%、在宅系施設が5名で23%、在宅復帰以外は14名で64%となっている。

最後に「再利用の有無」については、一度在宅復帰された後、再入所やショートステイで再度当施設を利用された方の割合を調べた。在宅復帰者63名の内、再利用していただけた方は26名で、在宅復帰者の41%という結果となった。

〈考察〉

自宅から入所された方の在宅復帰率が80%以上あるため、在宅復帰率の向上に向けて、今後も自宅からの入所者数を確保するべく、居宅のケアマネから選ばれる営業を行っていく必要がある。入所時の目標が自宅である方に対しては、3ヶ月での在宅復帰に向けて概ねスムーズな支援が行えているが、入所時の目標が施設である方に対しては、入所日数が長期化して入院する割合が高くなる傾向がある。要介護3・4で特養施設への空き待ちで利用されている方に多い傾向があるため、早めに今後の方向性を検討して施設紹介を行うなどの対策が必要となる。又、当施設は定員数が50名と全国平均と比べて少なく、退所による在宅復帰率の変動が大きくなりや

すいため、施設待ちの利用者を何名まで受け入れても良いかは施設運営に大きくかかわってくると感じた。入所時の目標が決まっていない方の入院率が35%と高いため、入所時の目標設定は今後明確にしていきたい。要介護4・5の利用者の在宅系施設への退所がほとんどいないことが今回の調査で分かったため、どの程度ADLが回復すれば移ることが可能なのか、在宅系施設との連携強化や、ご家族・ご本人への意向の確認が必要になると感じた。今回のデータでは同居の有無で自宅復帰率に大幅な差はみられず、独居だから自宅が難しいという根拠にはならなかった。入所日数に関しては、180日以内と180日以上で在宅復帰率に大きな差がみられた。入所日数が半年を超えないように退所支援を行うことが、在宅復帰率に大きく関係することが把握できた。自宅復帰者の当施設の再利用率は40%を超えており、今後も退所後の定期的な状態確認を行うことで、リピーターを増やしていくことが可能だと思われる。今回の退所者調査で、老健として求められている役割を再度認識することができ、利用者の「自立支援」と「在宅復帰」に向けて、多職種協働で今後もより良いケアを提供して行くことが適切な施設運営につながると実感することができた。

ポスター | 在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

2026年10月22日(木) 15:00～16:00 | ポスター会場② (マロニエプラザ 1F 大展示場)

【P-R001】【ポスター】在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

座長：野呂 牧人 (介護老人保健施設ケア・ビレッジシャローム)

【22-P-R001-02】外部委託によるデイサービス機能訓練の導入過程と成果

*遠藤 加奈、西牧 侑矢 (福島県 社団医療法人呉羽会介護老人保健施設ガーデンア)

【はじめに・目的】

厚生労働省の患者調査によれば、病院における平均在院日数は年々短縮傾向にあり、地域包括ケアシステムの推進に伴いこの傾向は今後も続くと考えられる。これにより、急性期治療を終えた後も継続したリハビリテーションを必要とする利用者が、退院後早期から通所介護等の生活期場でサービスを利用するケースが増えており、通所介護事業所が担うべき役割やニーズは変化してきている。しかし、多くの通所介護事業所には理学療法士・作業療法士（以下PT・OT）等のリハビリテーション専門職が配置されておらず、利用者一人ひとりの身体機能や動作能力に応じた質の高い機能訓練を提供することには限界がある。専門職が不在のまま、こうした利用者層の変化への対応は職員に委ねられているのが実情である。今回、通所介護事業所からの依頼を受け、医療依存度の高い利用者への助言や生活全般を見渡した継続的なアプローチを行うため、当法人のPT・OTが定期的に訪問支援する業務委託契約を締結した。支援にあたっては、専門職が不在でも生活の質改善を目的とした機能訓練が提供できる体制の構築を主目標とし、個別機能訓練加算の算定が可能となる体制の構築を付帯目標として取り組みを進めたため、その経過と今後の課題を報告する。

【方法】

2024年10月から2026年6月までの期間、当施設のPT・OTが月2回程度の頻度で対象の通所介護事業所を訪問した。その際、通所介護事業所の機能訓練指導員が、PT・OTの指示を受けながら生活の質改善を目的とした機能訓練が毎日提供できるよう、体制構築と職員指導を行った。併せて、個別機能訓練加算の算定時に求められる、個別機能訓練計画書や実施記録の作成、進捗状況の評価といった業務が可能となるシステムを、通所介護事業所と共同しながら作成した。また、加算算定が可能となる体制が整った段階で、PT・OTの介入に対するアンケート（5件法＋自由記載）を実施し、満足度の確認を行った。

【結果】

利用者の状態を把握するため、全利用者の身体機能や動作能力をPT・OTが評価した。評価結果をもとに、課題解決に必要な機能訓練をPT・OTが選定し、利用日ごとに上肢・体幹筋トレ、下肢筋トレ、下肢巧緻運動、バランス練習、個別リハビリの5グループに分類した。個別リハビリ以外は、動作能力等に応じて5名程度の小集団を作成した。実施にあたっては、グループごとに実施マニュアルを作成、機能訓練指導員はマニュアルに従い機能訓練を提供できるようにした。また、実施方法マニュアルは、グループごとに2種類のメニューを作成し、状況に応じて機能訓練指導員が選択できるようにした。機能訓練指導員の教育にあたっては、まずPT・OTの機能訓練を見学し、次に模倣、最終的に単独で実施できるよう段階を踏んで指導した。

個別機能訓練加算の算定に向けては、実施記録をパソコンで入力するシステムを作成、2025年11月より運用を開始した。個別機能訓練計画書の作成と進捗状況の評価は、PT・OTが3ヵ月に1回の評価時に行い、相談員と共有することとした。2026年6月より事業所は個別機能訓練加算の算定を開始した。

また、加算算定が可能となる体制が整った段階で、利用者と職員に対して満足度アンケートを実施した。対象者は利用者（n=30名）と職員（n=6名）で、「リハビリに取り組むようになって良かったですか？」という質問に対して「大変良い」「良い」と回答した利用者は87%、職員は100%、「リハビリの効果を感じていますか？」という質問に対して「とても感じている」「感じている」「やや感じている」と回答した利用者は74%、職員は100%であった。

【考察】

動作能力別のグループ分けにより集団機能訓練の難易度を調整したことで、専門職が常駐しない環境でも、利用者の状態に応じた機能訓練の提供が可能となった。職員からADL介助や機

能訓練に関する声掛けが自発的に生まれた点に加え、満足度アンケートの「リハビリを組み合わせようになって良かったですか？」と「リハビリの効果を感じていますか？」という項目では多くの利用者・職員から肯定的な評価が得られた点は、この体制が職員・利用者双方に受け入れられていることを表している。しかしその一方で、今回のアンケートで出た意見として、「専門職に相談できる機会が欲しい」「リハビリを始めてから良くなっているか、専門職に直接話を聞きたい」という声も聞かれた。これは、ある程度体制構築ができてからは、事業所職員が選定した、状態が変化した利用者を中心に評価を実施していたのもあり、関わり方が偏っていたことや、利用者1人1人に対して直接的にフィードバックを行えていないため、利用者自身が実感を持ちにくく、利用者のアンケート結果では74%と少し低い値になったのではないかと考えられる。また、加算算定に向けては業務量の増加や記録システムの変更が課題であったが、外部からの支援だけでは解消できず、事業所内部での業務分担の見直しが必要となった。

今後は、算定開始後も職員が中心となって計画書の見直しや記録を継続できているかを確認しながら、必要に応じて当施設PT・OTが介入する頻度を調整し、加算算定の継続と質の維持を図っていく。加えて、本取り組みの主目標である生活の質改善をより客観的に検証するため、また利用者自身が効果を実感しやすくなるよう、今後は標準化されたQOL評価指標であるSF-12を定期的に測定していくことが課題となる。

【倫理的配慮】

本報告にあたり、対象者またはその家族に趣旨を説明し、同意を得た。

ポスター | 在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

2026年10月22日(木) 15:00～16:00 | ポスター会場② (マロニエプラザ 1F 大展示場)

[P-R001] 【ポスター】在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

座長：野呂 牧人 (介護老人保健施設ケア・ビレッジシャローム)

[22-P-R001-03] 地域に出たいを形に

～ハートCaféあしなの実践と意識変化～

*平野 有紀、小武海 将史、名古 亜貴子、佐藤 直美、園田 祝美、瀧川 宗一郎 (神奈川県 AMG 介護老人保健施設ハートケア湘南・芦名)

【背景】地域包括ケアシステムの推進に伴い介護老人保健施設には地域住民とのつながりを深め、地域づくりに参画する役割が期待されている。一方で、地域活動に関心があっても実際に参加する機会やきっかけがなく、その思いを形にできていない専門職も少なくない。当施設においても「地域で活動してみたい」「資格や専門性を地域で活かしたい」といった声が聞かれていた。そこで、同様の思いを持つ職員が施設内に他にもいるのではないかと考え、有志を募ったところ多職種の職員が集まり、地域の集いの場である「ハートCaféあしな」を立ち上げる事となった。運営メンバーは、看護師、介護士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、支援相談員、事務職員および施設外協力メンバーからなる16名で本業とは別にボランティアとして活動している。施設外協力メンバーには当施設での実習をきっかけに活動へ賛同し参加しているメンバーも含まれている。ハートCaféあしなは、地域住民が気軽に集い、人と人とがつながる居場所づくりを目的として活動している。これまでに、管理栄養士によるシニア向け栄養講話や食育体験、リハビリ専門職による介護予防体操、整形外科医による骨折予防講演、災害講座や健康づくりに関する企画に加えマルシェ・縁日・芋煮会・お正月遊びなど交流を目的とした企画も実施した。また、横須賀地区栄養士連絡協議会食育チームや地域団体との協働企画も行い、多世代が交流できる地域活動を展開している。活動開始から1年間で12回開催し、延べ約563名の地域住民が参加した。【目的】ハートCaféあしなの活動開始から1年が経過したことを機に、運営メンバーの参加動機や活動を通じた意識変化、今後の活動に対する考えを把握し、活動継続および発展に向けた課題と展望を検討する。【方法】運営メンバー16名を対象に無記名アンケート調査を実施した。調査項目は①参加したきっかけ②活動を通じた変化や成長③今後実施したい企画④今後の自身の課題⑤活動への満足度とした。自由記述および選択回答を集計し、内容ごとに分類して分析した。【結果】参加のきっかけで最も多かったのは「地域貢献活動に興味があった」56.3%、次いで「他職種との連携で学ぶことがありそうだった」25.0%であった。そのほか「楽しそうだった」12.5%、「スタッフの活躍の場を作りたいかった」16.3%、「専門職としてのスキルアップにつながると思った」6.3%などであった。活動を通じた変化は「他職種理解の深化」「コミュニケーション能力の向上」「主体的な行動の増加」「企画運営能力の向上」「地域活動への関心の拡大」などであった。具体的には「他職種の専門性をより理解できるようになった」「人前に立つことへの抵抗が減った」「地域活動へ積極的に参加できるようになった」「企画運営の工夫を学んだ」などの意見がみられた。また「活躍の場が増え、外部から講師依頼を受けるようになった」との回答もあった。今後実施したい企画は料理教室、介護予防や健康づくりに関する企画、ワークショップ、多世代交流、介護体験会などであった。また、活動の認知度向上や情報発信の強化を求める意見もみられた。自身の課題は、コミュニケーション能力の向上、企画力や司会力の向上、情報発信力の強化、主体的な参加、活動継続のためのモチベーション維持などであった。活動への満足度は「すごく良かった」31.3%、「良かった」56.3%、「どちらでもない」12.5%で、「すごく良かった」または「良かった」は87.5%であった。【考察】参加動機では地域貢献への関心が最も多く、施設職員には地域で活動したいという潜在的なニーズが存在していたことが示唆された。ハートCaféあしなは、その思いを実践へつなげる場として機能したと考えられる。また、活動を通じて得られた変化は地域貢献にとどまらず、他職種理解の促進、コミュニケーション能力の向上、主体性の向上、企画運営能力の習得など多岐にわたった。看護師、介護士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、介護支援専門員、支援相談員、事務職員が職種の垣根を越えて協働することで、多職種連携への理解が深まり、それぞれの専門性を再認識する機会になったと考えられ

る。さらに、健康づくりだけでなく、マルシェや縁日、芋煮会など交流を目的とした企画を取り入れたことで、多世代が参加しやすい場となり、延べ約563名の参加につながったと考えられる。特に地域団体や外部専門職との協働は活動の幅を広げ、新たなつながりを生み出す機会となった。活動満足度では87.5%が肯定的な評価を示した。また、今後実施したい企画や自身の課題について具体的な意見が多く挙げられたことから、参加者が主体的に活動へ関与する姿勢を持つようになったことがうかがえた。当初は地域住民の交流や居場所づくりを目的として開始した活動であったが、結果として職員の成長や活躍の場の創出、人材育成の機会としても機能していたと考えられる。今後は活動の認知度向上や情報発信の強化、多世代が参加しやすい企画の充実を図りながら、地域住民と運営メンバー双方にとって魅力ある活動として継続・発展させていくことが重要である。【結論】有志によるボランティア活動として始まったハートCaféあしなは、1年間で12回開催され、延べ約563名の地域住民が参加する地域の集いの場へと発展した。活動は地域住民との交流や地域貢献に寄与しただけでなく、運営メンバーの主体性や多職種連携能力、企画運営能力の向上にもつながっていた。また、本調査を通じて、活動の継続には情報発信の強化や企画内容の充実、多様な主体との連携が重要であることが示唆された。地域に出たいという思いを形にする場を創出することは、地域支援と人材育成の双方に寄与する可能性があり、地域とつながる新たな実践の一つになると考える。

ポスター | 在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

2026年10月22日(木) 15:00～16:00 | ポスター会場② (マロニエプラザ 1F 大展示場)

【P-R001】【ポスター】在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

座長：野呂 牧人 (介護老人保健施設ケア・ビレッジシャローム)

[22-P-R001-04] 「頼れる老健」を目指して

地域とのつながり再構築に向けた健康づくり活動

*望月 里枝 (長野県 老人保健施設ふるさと)

【背景・目的】

介護老人保健施設ふるさと（以下、当施設）は、長野医療生活協同組合を法人母体として運営されており、地域住民が組合員として医療・介護の運営や健康づくりに参画する基盤を有している。1998年の開設以来、「保健、医療、福祉（介護）事業を通じ、地域まると健康づくりに貢献する」という法人理念のもと、「誰もが安心して利用できる老健ふるさとをみんなの手で作り上げる」ことを目標に掲げ、在宅復帰支援と地域との関わりを重視してきた。

地域住民との交流行事やボランティア活動、健康講座などを通じて、地域に開かれた施設づくりを推進してきたが、2020年以降の新型コロナウイルス感染症の流行により、ふるさと祭りをはじめとした交流事業やボランティア活動は中断を余儀なくされた。その結果、利用者と地域住民が直接交流する機会は減少し、地域とのつながりも希薄化した。

一方で、介護老人保健施設には地域包括ケアの一翼を担う存在として、地域貢献活動の実施が求められている。また、当施設が所在する長野市北部の古里地域では高齢化が進行しており、65歳以上が31.3%、75歳以上が19.1%を占め、住民の健康づくりやフレイル予防への支援の必要性が高まっている。このような背景のもと、当施設ではコロナ禍によって弱まった地域とのつながりを再構築し、地域住民の健康づくりに貢献することを目的として各種活動を再開・展開したため、その取り組みについて報告する。

【活動内容】

地域とのつながりを再構築するため、以下の活動を実施した。

1) 法人支部活動への参加

長野医療生活協同組合支部の運営委員会や総会へ参加し、介護予防や健康づくりをテーマとした講演を実施した。あわせて介護老人保健施設の役割や機能を紹介し、組合員からの健康や介護に関する相談に対応した。

2) 三才地区との交流

地区公民館主催の行事「さんさいの縁側」に理学療法士が参加し、年間事業全4回のうち3回を担当した。フレイル予防や健康寿命延伸に関するミニ講演会を開催、また、当施設を会場として、レッドコードを活用した運動体験を実施し地域住民にリハビリ機器を体験していただく機会を設けた。さらに、三才地区秋祭りでは暴れ獅子の訪問を受け、利用者と地域住民が交流する機会となった。

3) 地域包括支援センターとの連携

認知症カフェに作業療法士が参加し、本人および家族への相談支援や体操指導を実施した。また、介護者のつどいでは足趾力測定や転倒予防体操を行い、地域住民との情報交換を通じて地域課題の把握に努めた。

4) 専門職による介護予防活動

理学療法士をはじめとするリハビリテーション専門職が地域の介護予防教室へ講師として参加し、転倒予防や運動習慣の定着、身体機能維持に関する講話および実技指導を行った。

【結果】

各活動を通じて、地域住民がリハビリ体験や健康講話へ参加する機会が増加した。「さんさいの縁側」には毎回約20名の参加があり、継続的な交流につながった。また、地域包括支援センターや地区役員、組合員との顔の見える関係づくりが進み、介護や健康に関する相談機会が増加した。活動を通じて当施設利用につながるケースもみられた。施設職員にとっても地域の実情や課題を把握する機会となり、地域ニーズを踏まえた支援につながった。さらに、地域行事での交流は、利用者にとって地域とのつながりを実感できる貴重な機会となり、生活意欲の向

上にも寄与した。今年度は担当区域外の地域包括支援センターからの講師依頼も増加している。

【考察】

コロナ禍によって中断された地域交流活動は、利用者と地域住民双方の交流機会の減少を招いた。しかし、感染対策を講じながら地域活動を再開し、地域へ積極的に向かい、施設を地域へ開放する取り組みを行ったことで、住民や関係機関とのつながりを再構築することができた。特に、リハビリテーション専門職による健康講話や介護予防活動など、専門性を地域へ還元する活動は、住民の健康づくりへの関心を高めるとともに、施設への信頼向上にもつながったと考えられる。

高齢化が進行する地域において、介護老人保健施設には入所・在宅支援のみならず、地域リハビリテーションの拠点として地域住民の健康づくりや介護予防を支援する役割が求められる。今後はボランティア活動の再開、農園活動や喫茶活動、利用者作品展の公開など、利用者と地域住民が直接交流できる機会をさらに拡充していきたい。また、法人組合員や地域包括支援センターとの連携を強化し、地域に根ざした施設づくりを継続することで、「困ったときに頼れる老健」として地域包括ケアに貢献していきたい。

ポスター | 在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

2026年10月22日(木) 15:00 ~ 16:00 | ポスター会場② (マロニエプラザ 1F 大展示場)

【P-R001】【ポスター】在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

座長：野呂 牧人（介護老人保健施設ケア・ビレッジシャローム）

[22-P-R001-05] ケアマフを知っていますか？

多職種で糸をつむぐ協働実践

*野口 真由美¹、関川 洋子²、高橋 典子³、石川 玄子¹ (栃木県 1. 介護老人保健施設陽南、2. 医療法人報徳会宇都宮病院、3. 地域活動支援センターうつのみや)

【背景】

認知症では、点滴抜去や周辺症状に対して、ミトンを緊急やむを得ず使用することがあるが、看護師としてはできる限り使用を避けたいという思いがある一方、安全確保のために使用せざるを得ないというジレンマを抱えていた。ミトンは手の動きを抑制することになり、一時的だとしても、良いケアとは言い難い。ケアマフは、カラフルで柔らかな毛糸で編まれ、リボンやボタンなど様々な装飾に触れながら楽しめる。手を自然に動かしたくなる工夫が施され、温もりや安心感を与えるだけでなく、利用者とのコミュニケーションのきっかけにもなり得る。身体拘束ゼロを目指して、私たちにもできる具体的代替案が必要で、まさに期待する手技に出会えた。

【目的】

身体拘束ゼロを実施するために、看護・介護が他職種と学び、あらゆる視点で身体拘束を検討する。また、地域連携を実践するために、法人内の看護師、相談員、他施設の利用者とケアマフを通じて、連携の糸を紡ぐ。

【実践内容・方法】

作成チームは、A法人内のB介護老人保健施設、C病院（看護師2名）、D地域包括支援センター、D地域生活支援センター、E法人医師で健闘した。C病院倫理委員会の承認を得て、対象者および家族に対し匿名化の徹底と大会発表の主旨を書面で説明し同意を得た。

(1)名前について、本来、イギリスではTwiddle Muffと呼ばれており、広く利用を考えていたため、まず、ネーミングを検討した。認知症マフではなく、『使う人も作る人もお互いに心を通わせ、癒される関係を期待して』皆で投票し、A法人では”ケアマフ”と名付けた。

(2)病院、地域活動支援センターに声をかけ、使わなくなった毛糸集めから、始めた。中々、趣旨が通じず、毛糸集めにも時間がかかったが、高齢者は昔編んだセーターや、使い残しの毛糸などを提供してくれた。毛糸を地域生活支援センターに集め、利用者の方と、毛糸を解く作業から開始した。障がい者の方たちと、毛糸解き、鍋でお湯につけてうねりをとる。懐かしい毛糸をかせにしたり、糸巻をすることで、障がい者の方たちも楽しく作業ができた。

(3)マフ作成は、編み物が得意な職員が、Twiddle Muff 活用ケアガイドを読み、作成した。かわいいアップリケなどは利用者様が選び、作成。デイサービスにもプレゼントした。

【結果】

法人内の老健、病院、地域包括支援センター、地域活動支援センターなど、他部署にも働きかけ、A法人ケアマフを作り上げることができた。日頃、関係がほぼない他施設の他職種の職員と協働し、利用者様を巻き込んで、毛糸を再生する、ケアマフを作る、使って頂くこと、糸を紡いで、地域ケアシステムが一つできた。ケアマフの出来上がりは、夏になってしまったが、利用者からはクーラーで冷えるので、ちょうど良いとの感想をいただいた。

【まとめ】

日本のみならず、イギリスでも看護、介護の現場では認知症の看護、介護には困惑と困難さが同居していた。病院では、尿路感染症、肺炎で入院した高齢者の認知低下と、せん妄などの対応に「緊急、やむなく」身体拘束を行い、治療を進めることがある。しかし、高齢者の心身に及ぼす影響は大きく、看護現場でもケアマフの利用が効果を出してきている。介護施設では「身体拘束禁止規定」が明記され、「代替」の案に頭を悩ませることも少なくない。病院でも有効になっている認知症マフを高齢者のみならず、温かさを「紡ぐ」ツールとして、老健、病院、地域包括支援センター、地域活動支援センターの職員が、作る人も使う人も繋げることが

できた。

この栃木老健大会を機に「ケアマフ」が、全国の老健に関わる人たちへも届くことを願っています。

ポスター | 在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

2026年10月22日(木) 15:00 ~ 16:00 | ポスター会場② (マロニエプラザ 1F 大展示場)

【P-R001】【ポスター】在宅支援と地域連携・地域包括ケアシステム

座長：野呂 牧人 (介護老人保健施設ケア・ビレッジシャローム)

[22-P-R001-06] 旧村地域で一人暮らしをする若年性認知症患者の支援

通所リハビリ利用者に対する支援相談員の役割とは

*阪下 潤一、斎藤 尚子 (群馬県 介護老人保健施設かがやき)

目的：老健かがやきのある桐生市は間に別の市が挟まる飛び地の珍しい地域である。合併前の旧村地域で一人暮らしをする若年性認知症利用者に対する医療介護連携の事例を発表する。対象者情報：60代 男性 弟さんがキーパーソンでその他の親戚付き合いは乏しかった。趣味で吹奏楽（本人はサクソを演奏）のコンサートをしていた。口数の少ない穏やかな性格。事例経過：初めて相談があったのは地域包括支援センターから地域の健診結果を取りに来ない、自宅に訪問したところ健診を受けた事も忘れていた。今後の事を考え認知機能の検査・介護サービス利用を視野に入れて相談をしたいという事であった。近所の診療所へ事情を説明し受診になり、HDS-R 15点・MMSE 21点で認知症疾患医療センターへの紹介、若年性アルツハイマー型認知症の診断を受ける。この時点では自身で車の運転はしていて、買い物などは自分でしていた。診断結果を踏まえて介護保険の申請等、サービス利用を視野に第三者介入につながる。関わり始めて一年くらいは定期受診の継続もできていて、特に問題なく過ごせていた。だが1年を経過するころから、受診日を忘れていたり洋服のボタンが正しく止められていなかったりなど、不安要素が見え始めた。包括支援センターの訪問により服薬管理が出来ていない事がわかり、安定した服薬をする為に訪問看護を導入した。約2年後、自動車事故（物損事故）を起こしたが、対応をする事が出来ずにその場から立ち去ってしまった。この事で運転免許の返納、車の売却を実施する。そしてこれを機に介護サービス利用を増やしていく事になった。関りが増えた事ではっきりしたのは、まず服薬管理は出来なくなっていた。炊事・洗濯など家事全般が疎かになっていた。また、入浴を含め整容を保つ事が難しくなっていたなどがあげられた。デイサービスの検討をしたが地域的にサービス事業所が少ない事。更に若年性認知症というところで受け入れてもらえる事業所を見つける事が難しかった。本人・弟さんの想いとしては出来る限り自宅での生活を続けていきたいと考えていたので、送迎に片道30分かかるが、対応策を検討し、週3日の当施設のデイケアを利用する事となった。その後、炊事・洗濯・掃除など家事全般に支障をきたしてきた為、週2日のヘルパー利用・週2日の配食サービス利用を増やし、一週間で日曜日以外はサービスを利用できる体制を整えた。しかし、関わり始めて3年が経過したところから、ADLの低下が顕著になりHDS-R 5点 MMSE 12点と認知機能の低下も見られた。冬場に暖房機器をつけずに布団にくるまっている事や、夏場においては熱中症で倒れているのを訪問者により発見される事、また失行・失認が増えてきた為、在宅生活を続ける事が困難になってきた様に感じていた。結果：本人・弟さんともに在宅生活の継続を希望していた。そこでケアマネ・訪問介護・訪問看護・デイケアとの情報共有を行う事で、日々の問題点を改善していく為に協力し合うことが出来た。また、診療所や認知症疾患医療センターとの連携を取る事で医療的ケアにも対応する事も可能となった。更に弟さんが協力的になってくれた事で、間が開いてしまう日曜日については弟さんが訪問してくれる日も増やすことが出来た。サービス提供事業所が少ないという事で在宅生活を諦めるのではなく、どうしたら繋げられるか、どうしたら在宅生活を継続できるかを達成する事が出来たのではないかと感じている。考察：現在、かがやきで一番の若い入所者では48歳の方がいる。老健の役割において若年者の対応は必須となってくるのではないかと考えていて、若年者の場合、社会復帰を視野にいれ自立支援を考えていくのか、障害福祉を利用していくのかなど、単に在宅生活の継続を考えるだけでなく、当然の事ながら療養状況により判断していかなくてはならない。在宅復帰超強化型施設として、多様性を持って利用者やその家族と向き合わなくてはならないと考えている。実は老健の相談員が一番情報の集約しやすい立ち位置にいてと考えているのと同時に、医療と介護をつなぐ役割を担う職種であると思っている。提供できる医療や介護サービスは多数ある。本人や家族の希望を叶える事、逆に色々な場面を想定し諦めていかなくてはなら

ない事にも直面すると思う。どうしたら繋げられるのか、どうしたらやれるのかを考えて支援に向き合う必要があると感じた事例となった。