神奈川県小田原市

平成 25 年 1 月に高齢化率が 25％に到達。市独自の施策として「ケアタウン構想」の実現に取り組んでいる。定期巡回・随時対応サービスは、平成 22 ～ 23 年度に国のモデル事業に参加した事業者を平成 24 年 4 月に指定。

整備状況　市内 1 か所（登録人数 23 人）。
公 募 制　あり。
計画見込　平成 26 年度末　整備数：2 か所　利用者見込：66 人 / 月。

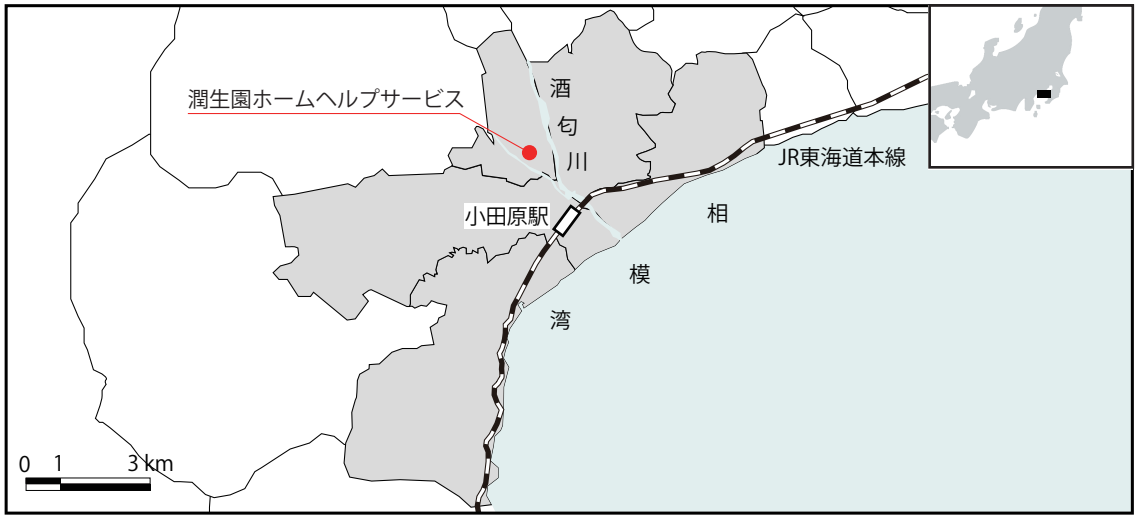
◆概要（平成 25 年 10 月現在）

人　　口：196,651　人
世　帯　数：79,758 世帯（2.47 人 / 世帯）
持 ち 家 率：59.9　％（平成 22 年国政調査）
高 齢 者 数：50,542　人（高 齢 化 率 25.7%）
要介護認定者数：7,940　人（要介護認定率 15.7%）
（要支援 1：1,137、要支援 2：855、要介護 1：1,769、要介護 2：1,249
要介護 3：1,094、要介護 4：1,136、要介護 5：700）

施設 / 居住系サービス：2,430　床
住 宅 系 サ ー ビ ス：163　戸
訪　問　介　護：34 か所
訪　問　看　護：12 か所
夜間対応型訪問介護：1 か所
小規模多機能型居宅介護：2 か所（登録定員　50 人）

◆日常生活圏域

市の中央を流れる酒匂川の西側に 3 つ、東側に 2 つの日常生活圏域がある。各日常生活圏域は 2 ～ 3 中学校区で、人口は 4 ～ 5 万人、地域包括支援センターが 1 か所。



自治体の取り組み

■整備方針

・第 5 期介護保険事業計画の策定時に約 700 人いた特別養護老人ホームの入所待機者の解消を図るため、必要となる入所・入居系の施設数・定員数を、事業計画のなかの施設整備計画に位置付け、計画的に整備を進めている。

・定期巡回・随時対応サービスと小規模多機能型居宅介護については、地域包括ケアシステムにおいて中心的な役割を担う重要なサービスとして捉えており、着実に整備を進める予定。

■選定

・第 5 期事業計画の期間中に 2 事業所の整備を計画。1 事業所は、国のモデル事業に参加した事業所を平成 24 年 4 月に指定した。

・残る 1 事業所について、平成 24 年度に 2 回、平成 25 年度に 1 回、事業者の公募を行ったが、申出者が現れず、未指定となっている。

■保険者が設定したサービス圏域

・第 5 期事業計画期間中に、まずは川西、川東の各エリアに 1 か所ずつ整備する方針のもと、各エリア内の日常生活圏域の 1 つずつに 1 事業所を計画した。

■サービスの周知と事業所支援

・平成 24 年 4 月の介護保険制度改定を周知する市の広報誌の記事の中で、定期巡回・随時対応サービスが創設されたことを掲載した。

・毎年 1 回開催している介護サービス事業者連絡会議とは別に、地域包括ケアシステムをテーマとする連絡会議を平成 25 年 7 月に開催。第 1 部の厚生労働省による講演の後、第 2 部では定期巡回・随時対応サービスと小規模多機能型居宅介護の管理者による事例発表を行い、両サービスに関する介護サービス事業者の理解向上を図った。

・平成 26 年 3 月の広報紙において、開設から 2 年を迎える定期巡回・随時対応サービス事業所の紹介記事を掲載し、サービス内容の周知を図った。

■今後の取り組み

・サービス利用者は、少しずつではあるものの着実に増加している。引き続き機会を捉え、市民に対してサービス内容の周知を図る。

■課題

・定期巡回・随時対応サービスに対する関心を喚起し、事業所の整備を促進するため、既存事業所と協力しながら、介護サービス事業者に対する事業の普及に努める。

・連携型の事業所の整備を促進するため、訪問看護事業所に対し、制度に対する理解を求めていく。

配布された広報誌記事

潤生園（じゅんせいえん）ホームヘルプサービス

「施設から地域へ」「医療から介護へ」の転換が求められるなかで、他職種との連携による事業所の複合化・多機能化を目指し、モデル事業を経て平成 24 年 4 月より事業開始。訪問系 3 事業の一体的提供、特養スタッフの在宅サービスへの配置転換など、サービス普及に必要なモデルづくりに取り組んでいる。

・サ高住等の集合住宅入居者はいない。

・夜間のオペレーション業務＋訪問を併設の短期入所生活介護の加配職員で対応。

◆概要

開設年月：平成 24 年 4 月
（モデル事業参加）

法人名：社会福祉法人小田原福祉会

所在地：神奈川県小田原市

看護類型：連携型

訪問系事業：

定期巡回・随時対応サービス	23 人
訪問介護	146 人
夜間対応型訪問介護	59 人

併設事業：

短期入所生活介護	40 人
通所介護	38 人

オペレーションセンター

◆サービス圏域

エリア特性：

・市中心部以外は過疎化が進んでいる。

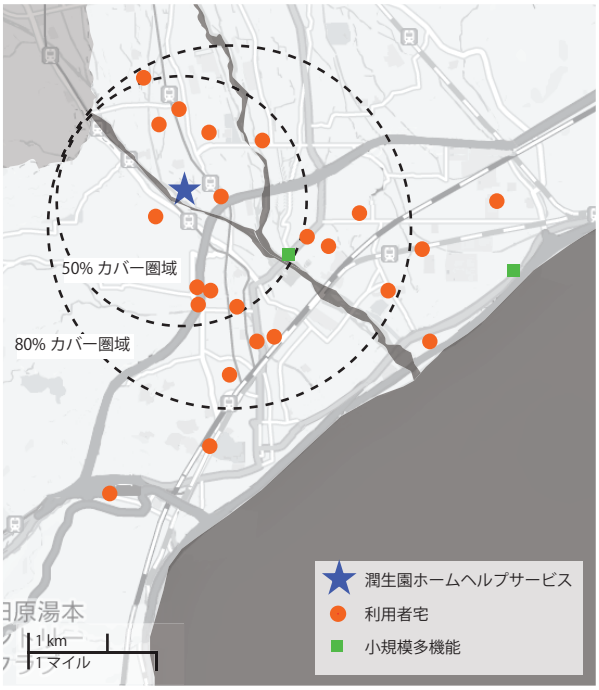
・事業所は市内中心に位置。

50% カバー圏域：半径 2.0km
片道 10 分

80% カバー圏域：半径 3.5km
片道 15 分

最も遠い利用者宅：4.5km
片道 25 分

移動手段：自動車 100%



サービス概要

利用者数		23 名、 81.5 歳
平均要介護度		2.2 （1：8 名　2：7 名　3：5 名　4：2 名　5：1 名）
世帯構成		独居：30.4%　高齢者のみ：8.7%　その他：60.9%
月間の延べ利用日数		660 日（平均 27.5 日 / 利用者） うち通所系利用日数：　134 日（平均 5.8 日 / 利用者） うち短期入所系利用日数（除く退所日）：　32 日（平均 1.4 日 / 利用者）
訪問看護利用者数		2 名（8.7%）
定期	利用者あたり一日訪問回数	2.4 回
	一回あたり提供時間	20 分未満：約 90%　30 分以上 1 時間未満：約 10%
	訪問内容（複数回答）	服薬確認・配下膳：約 80%、排泄介助：約 10%
随時	事業所全体での随時コール数	0.68 回（日中：ほぼ 100%）
	随時コールに対する訪問割合	67%
	訪問内容（複数回答）	排泄関連が多い
利用者に貸与しているコール端末		ケアコール（固定電話回線・音声のみ）
サービス記録等の管理方法		記録用紙

平成 25 年 10 月実績

利用者の特性

■利用者確保の特徴と取り組み

・多い順に、①サービス変更（訪問介護から）、②他法人のケアマネからの依頼、③病院退院時の依頼。

・②の割合は 3 割程度だが、一度利用してサービスの良さを理解してリピートするケアマネが多い。

・短時間・複数回の訪問をサービスの基本とし、出来ることと出来ないことがあることを説明し、長い滞在が必要なケースは訪問介護で対応。

■サービス内容

・サービス全体の 8 割を占める服薬確認、食事支援は 10 ～ 15 分で対応。

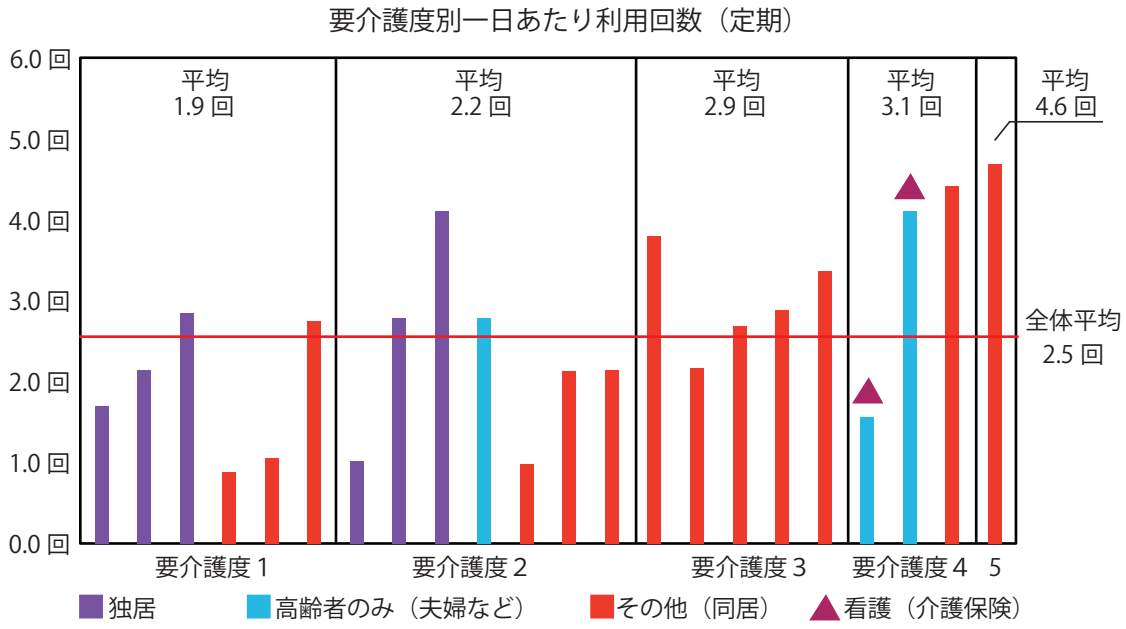
・オムツ交換等の排泄介助は 30 分以上。

・入浴（シャワー浴）、買い物、掃除などは 30 ～ 60 分。入浴は通所介護で対応するケースが多い。

・利用者の状態変化を共有し、状態に合わせケア内容、時間、回数など柔軟に対応することで随時コールは時間帯を問わずほとんど鳴らない状況を作れている。コールがあった場合には訪問対応する方針。

■利用終結の傾向

・多い順に、①施設系サービスへの入所（約 6 割）、②看取り（約 2 割）、③入院（約 1 割）。



平成 25 年 11 月実績

サービス提供体制特性

◆事業の複合化

・①訪問介護、②介護予防訪問介護、③障がい居宅サービス、④自費サービス、⑤夜間対応型訪問介護、⑥定期巡回・随時対応サービスの 6 種類の訪問サービスを複合化することで、利用者の密集度が高まり、⑥の空き時間に他サービスの訪問をすることで効率化。すべてのサービスを経験することでヘルパーの資質も向上。

・短期入所生活介護の夜勤職員（加配分）をオペレーターとして活用。

◆スタッフ

・42 名の職員（正規職員 10 名、常勤パート 11 名、非常勤パート 21 名）で訪問系サービス 228 名（訪問介護 146 名、夜間対応型訪問介護 59 名含む）に対応。

・オペレーターは正規職員 10 名で担当。夜間は短期入所生活介護の加配職員で対応。

・法人内で旧ヘルパー 2 級養成事業を実施し、育てた人材を採用。3 か月間は同行訪問でサービスの標準化と質の担保を図る。

・ケア手順書を作成しサービスの標準化。その他、法人内でスキルアップ研修を実施。

◆他職種や地域との連携

■看護や医療との連携

・連携先の訪問看護ステーションは 5 か所で、どこを利用するかはケアマネジャーが決定。

・往診を利用したケースは 3 件あり、それぞれ異なる担当医。

■介護・医療連携推進会議

・現状は、1 事業所で市内 5 日常生活圏域を担当しているため、参加者の選定が難しい。行政と構成員について相談し、効果的な運営をしていきたい。

◆今後の展開

・市全域をカバーするために、2 か所目の定期巡回・随時対応サービス（サテライト型）を開設するか、利用者宅の近くに住むヘルパーを雇用し対応するかを検討中。

・定期巡回・随時対応サービス専従の訪問職員を配置するか、現体制を継続するか検討中。

ロングショート利用後に定期巡回・随時対応サービスを利用し、自宅生活を再開した事例

- 平成 24 年秋頃まで、要支援の認定でデイサービスを利用。物忘れがひどくなり、区分変更し要介護 3 に。認知症が進み、一人で食事がとれない、薬の管理ができない、買い物が困難、閉じこもり傾向。特養待機でロングショートを利用するが、本人「自宅に帰りたい」。
- 退所後、定期巡回・随時対応サービスとデイとの併用でサービス開始。4 回（朝、昼、夕方、晩）、安否確認、食事支援、排泄確認、服薬確認、生活支援（洗濯、ゴミ出し）。1 回あたりの滞在時間は 15 分前後。
- 近くに住む娘（仕事あり）が訪問する日もある。
- 入浴は週 2 回のデイで対応。月に数日、短期入所を利用。

女性　90 歳　要介護 3
世　帯：独居
既往歴：認知症
認知症自立度：Ⅱ a

	月	火	水	木	金	土	日
8：00	食事セット、排泄確認、洗濯・ゴミ出し（20 分）						
12：00	デイサービス	食事セット、排泄確認（20 分）			デイサービス	食事セット、排泄確認	
18：00	食事セット、服薬確認、排泄確認（20 分）						
22：00	排泄確認、就寝介助（20 分）						

がん末期患者を看取った事例

- 軽度認知症の夫と二人暮らし。本人、がんの末期となり在宅を希望され、認定調査の申請を行い、要介護 4。通常の訪問介護等を利用開始。
- 日に日に体力が低下し、本人が病状と生活に不安を覚える。定期巡回・随時対応サービスに切り替える。
- 一日 3 回（10:00、14:00、18:00）訪問。
- オムツ交換、食事介助、服薬確認、清拭。
- 在宅医療と医療保険による訪問看護利用。疼痛管理。
- 利用期間は数週間。看取りによりサービス終結。

女性　71 歳　要介護 4
世　帯：夫婦のみ世帯
既往歴：末期がん
認知症自立度：Ⅰ

	月	火	水	木	金	土	日
10：00	オムツ交換、食事介助、服薬確認（20 分）						
14：00	オムツ交換、食事介助、服薬確認（20 分。清拭のある時は 30 分） 清拭				清拭		
18：00	オムツ交換、食事介助、服薬確認（20 分）						