



平成 25 年度 横浜市定期巡回・随時対応型訪問介護看護 事例発表会

- 日時 平成 26 年 2 月 17 日 (月) 13 : 00 ~ 16 : 00
- 場所 横浜市社会福祉センター 4 階ホール
- 定員 300 名

～ **第一部** ～ 13 : 00 ~ 13 : 54

《基調講演》

「介護保険制度の見直し～在宅サービス等の見直しの方向～」

講師：厚生労働省老健局振興課 稲葉 好晴課長補佐

～ **第二部** ～ 14 : 04 ~ 16 : 00

《事例発表》 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 事例発表

**平成 25 年度
横浜市定期巡回・随時対応型訪問介護看護
事例発表会**

目次

- P 1. 本日のプログラム
- P 2. 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部長 妻鳥 一富あいさつ
- P 3. よこはま地域ネット 24 会長 羽田野 政治あいさつ
- P 4. 厚生労働省老健局振興課 稲葉 好晴課長補佐 略歴
- P 5～P 39. 基調講演資料
- P 40～P 62. 事例発表会抄録
- P 63～P 67. 付録

**平成25年度
横浜市定期巡回・随時対応型訪問介護看護
事例発表会**

プログラム

第一部	開催の辞 横浜市介護高齢健康福祉部長 妻鳥 一富
	基調講演 厚生労働省老健局振興課 稲葉 好晴課長補佐
休憩	
第二部	事例① 退院から在宅生活を支援した例 P40～P42
	事例② 今のままの生活を不安なく寂しくなく続けたい P43～P45
	事例③ 指定訪問介護から巡回型サービスへ P46～P48
	事例④ 随時対応型訪問介護看護サービスに於ける在宅ケアの可能性と問題点 P49～P51
	事例⑤ 独居の方のターミナルケア(医療連携)～最後まで自宅で～ P52～P56
	事例⑥ 終末期最後の1週間を自宅で過ごすことができたケース P57～P59
	事例⑦ 終末期(ターミナル)ケア P60～P62
	事例①～⑦質疑応答
閉幕の辞 よこはま地域ネット24会長 羽田野 政治	

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事例発表会の開催にあたって

平成 12 (2000) 年 4 月 1 日、支援や介護が必要になっても自立した生活が送れるよう、介護保険制度がスタートしました。しかし、要介護度が重度になると、特別養護老人ホームや介護老人保健施設などの施設に入所したり、病院に入らざるを得ない場合も多いです。「最期まで自宅で」という願いをかなえることは、簡単なことではありませんでした。

平成 18 (2006) 年 4 月 1 日、地域密着型サービスが新たに創設され、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）など、住み慣れた地域で暮らし続ける高齢者を支える礎ができました。

しかし、夜間対応型訪問介護は夜間早朝のみ、認知症対応型通所介護は通いのみ、認知症対応型共同生活介護は居宅のみで、あらゆるニーズに対応することは難しい現実がありました。地域密着型サービスの中では柔軟性のある小規模多機能型居宅介護は、利用者の健康管理が中心で、要介護度が中重度で医療依存度が高い在宅利用者の生活を支える上で、十分とは言えない面もありました。

そういった状況の中、平成 24 (2012) 年 4 月 1 日、新たに二つの地域密着型サービスが誕生しました。小規模多機能型居宅介護と訪問看護を合体させ、より多様な医療的ケアを行うことが可能になった「複合型サービス」と、今回の事例発表会の対象となった「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」です。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、分かりやすく表現すれば、訪問介護、訪問看護と夜間対応型訪問介護を合わせたようなサービスです。このサービスは従来の訪問介護と比較し、非常に柔軟であり、ケアマネジャーが、その人の生活を支える上で必要だと判断すれば、一日何回でも、どんなサービスでも提供することができます。また、訪問看護機能も有するため、医療ニーズにも対応可能であり、概ね月に一度、看護職員の定期アセスメント（評価）が義務付けられています。

平成 24 年 10 月 1 日、すべての市民がこのサービスを利用できるように、横浜市は 18 区すべてで定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定をしました。そして、平成 25 年 12 月 1 日に新たに 9 事業所の指定を行い、27 事業所で開始しています。「最期まで自宅で」という願いをかなえるため、現場ではどのような介護が行われているか、本日の事例発表会を通して知っていただければ幸いです。

介護・医療・予防・住まい・生活支援サービスを日常生活圏域に重層的に整備し、「いつまでも住み馴れた地域で安心して暮らせるよう」街づくりを進めていきます。

横浜市健康福祉局高齢健康福祉部長 妻島 一富

ご挨拶

第2回 よこはま地域ネット24 事例発表会にあたって

横浜市の人口は平成25年現在で370万人、その内65歳以上の高齢者人口は21.3%の79万人にのぼります。

まさしく超高齢社会の真只中にあるわけです。要介護者数も社会の高齢化に伴い増加しており、認定者数は14万人に及んでいるのです。

今や高齢者人口の増加を考えると地域包括ケアの構築は市を挙げての課題といえます。私ども、横浜市の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所は、在宅の要介護高齢者の日常生活を支えるために必要な介護・看護サービスを、包括的かつ継続的に提供する地域包括ケアの仕組みを支える基礎的なサービスとして、一役を担っているわけです。

それだけでなく、高齢化に伴う認知症の方の増大という喫緊の課題に対しても、本サービスは継続的アセスメントに基づく1日複数回の訪問サービスにより、適切な食事内容の確保や服薬の確認、排泄時の清潔保持や心身の状況の変化を定期的に確認することが可能となり、認知症高齢者の在宅生活を支える上でも有効性があることも分かってきました。

また、介護・医療連携推進会議を3ヶ月毎に設け、本サービスの実態や連携の在り方を地域と共に学べるようにしたことで本サービスの役割と責務に対する「叡智と実践」が、これほどまでに逼迫して要求される時代が来ていることを知り、社会的意義の大きさを痛感する次第です。

このような点を鑑み、この横浜市定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者連絡協議会「よこはま地域ネット24」の果たすべき役割が極めて甚大であることを再認識し、第2回的事例発表会を平成26年2月17日、横浜市社会福祉センターホールで開催いたします。

要介護者の在宅生活の限界点を引き上げることを前提としてスタートした、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業も平成25年12月には新規9事業所が参加し横浜18区内で27事業所の介護職と医療職が一体的に、また連携しながら、それぞれの得意分野を発展させつつ、利用者のニーズに答えるべき相互乗り入れする形態で、来るべき地域包括ケアの世界にどのように対応するのか模索から発見への事例発表会でも有ります。

事例発表会では、質疑応答や意見交換の場も多く御準備しますので、多くの方々の御参集をお待ちしております。

よこはま地域ネット24 会長
羽田野政治

講師紹介

基調講演 【介護保険制度の見直し～在宅サービス等の見直しの方向～】

厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 **稲葉 好晴氏**

【略歴】

- 昭和 63 年 4 月：厚生省大臣官房会計課
(略)
- 平成 17 年 4 月：大臣官房会計課予算第一班長
- 平成 19 年 4 月：老健局総務課 介護保険指導室
特別介護保険指導官、特別介護サービス指導官
- 平成 20 年 4 月：老健局総務課 介護サービス業務監視専門官
- 平成 21 年 4 月：社会・援護局障害保健福祉部
障害福祉課 課長補佐
- 平成 22 年 4 月：社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課
地域移行・障害児支援室 室長補佐
- 平成 24 年 4 月：現職

介護保険制度の見直し

～在宅サービス等の見直しの方向～

平成26年2月17日

厚生労働省 老健局 振興課
課長補佐 稲葉好晴

目 次

1	介護保険制度を取り巻く状況等	2
2	介護保険制度改正案の主な内容（概要）	11
3	生活支援・介護予防	27
4	在宅サービス（抜粋）	48
5	介護職員の人材確保	60
6	消費税率引き上げへの対応	67

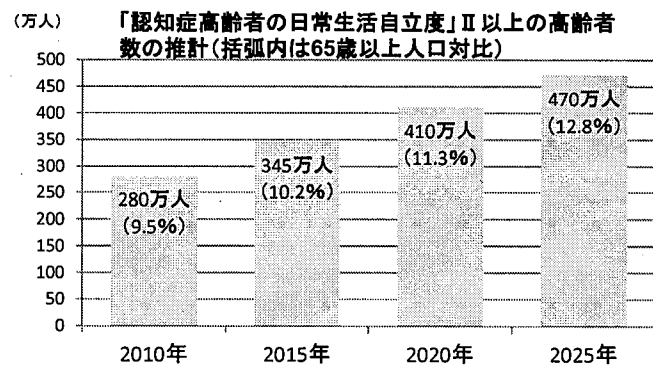
1 介護保険制度を取り巻く状況等

今後の介護保険をとりまく状況について

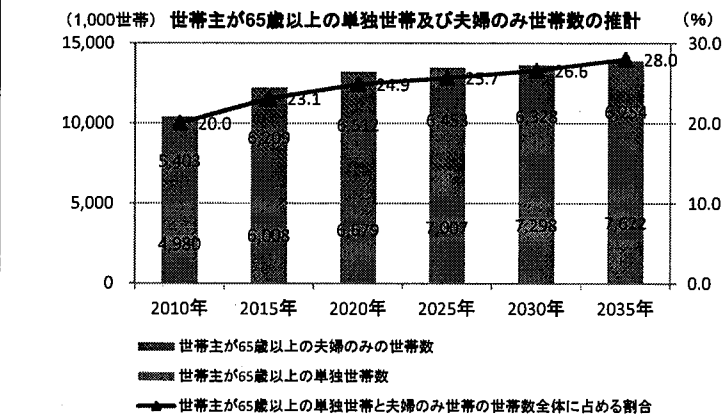
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。

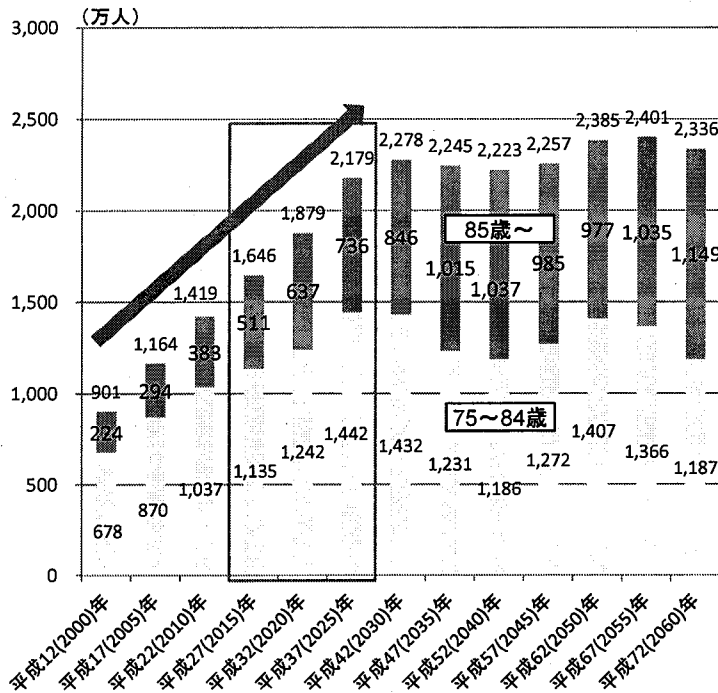


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

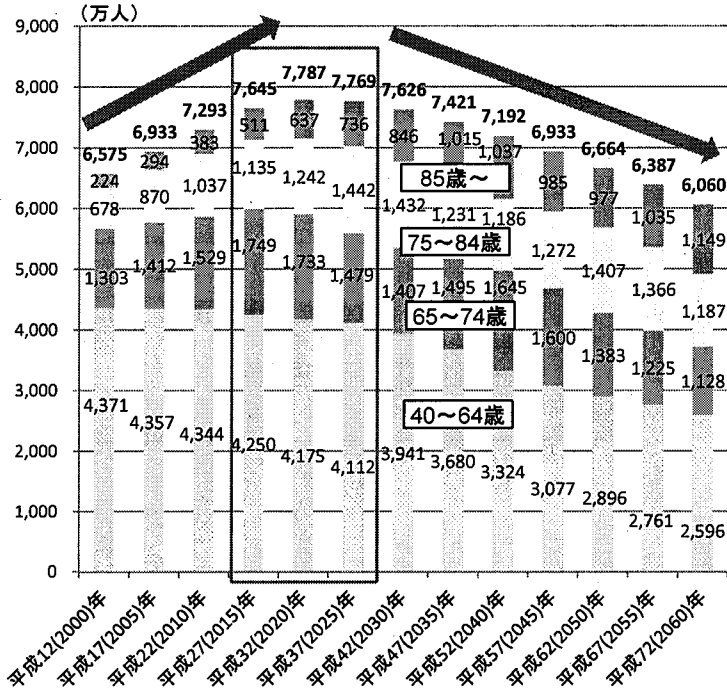
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

- 75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
- 2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

- 保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。

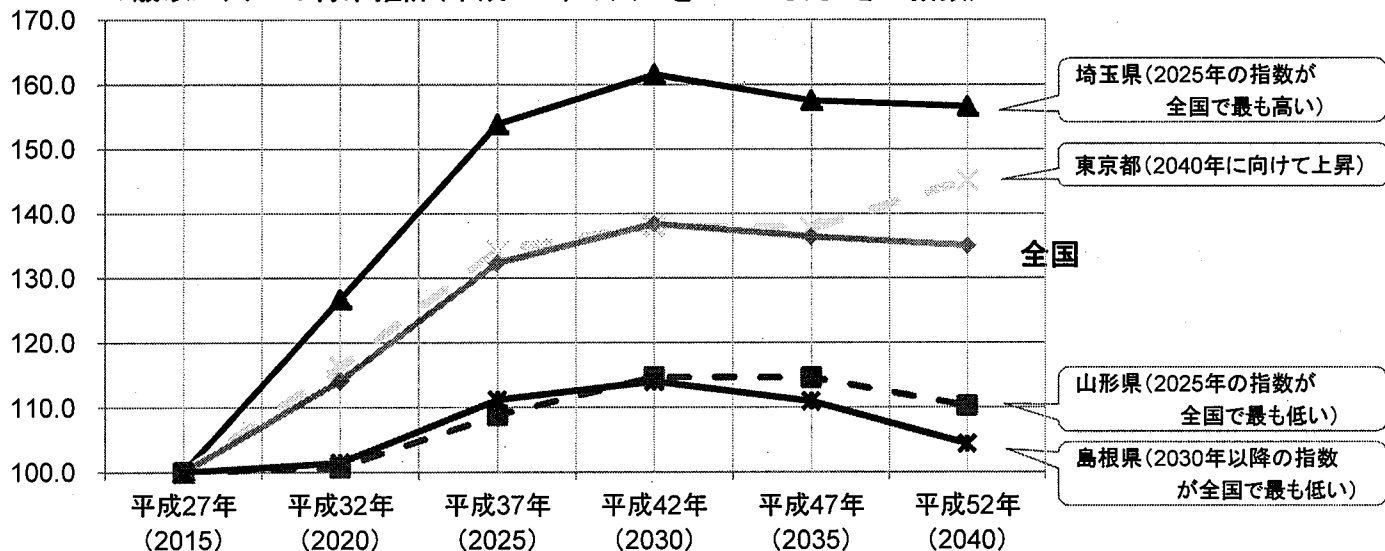


(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計) 出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

(参考) 2015年から2025年までの各地域の高齢化の状況

- 75歳以上人口は、多くの都道府県で2025年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030年頃をピークに減少する。
※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※東京都、神奈川県、滋賀県、沖縄県では、2040年に向けてさらに上昇
- 2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

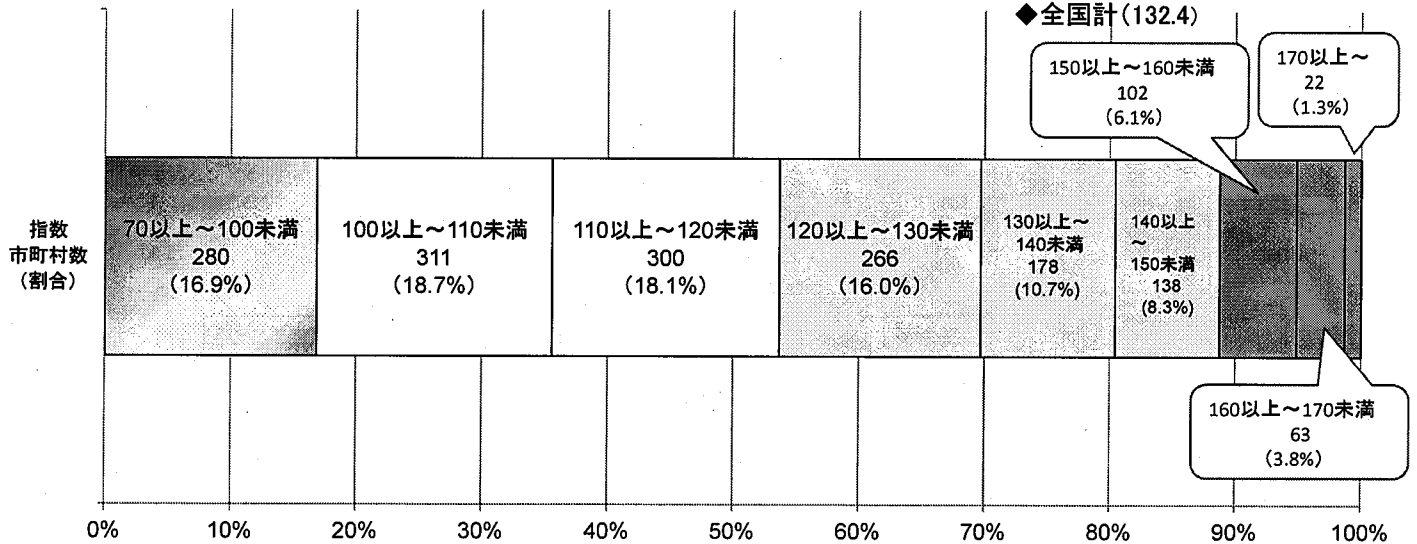
75歳以上人口の将来推計(平成27年の人口を100としたときの指数)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

75歳以上人口について、平成27(2015)年を100としたときの平成37(2025)年の指数

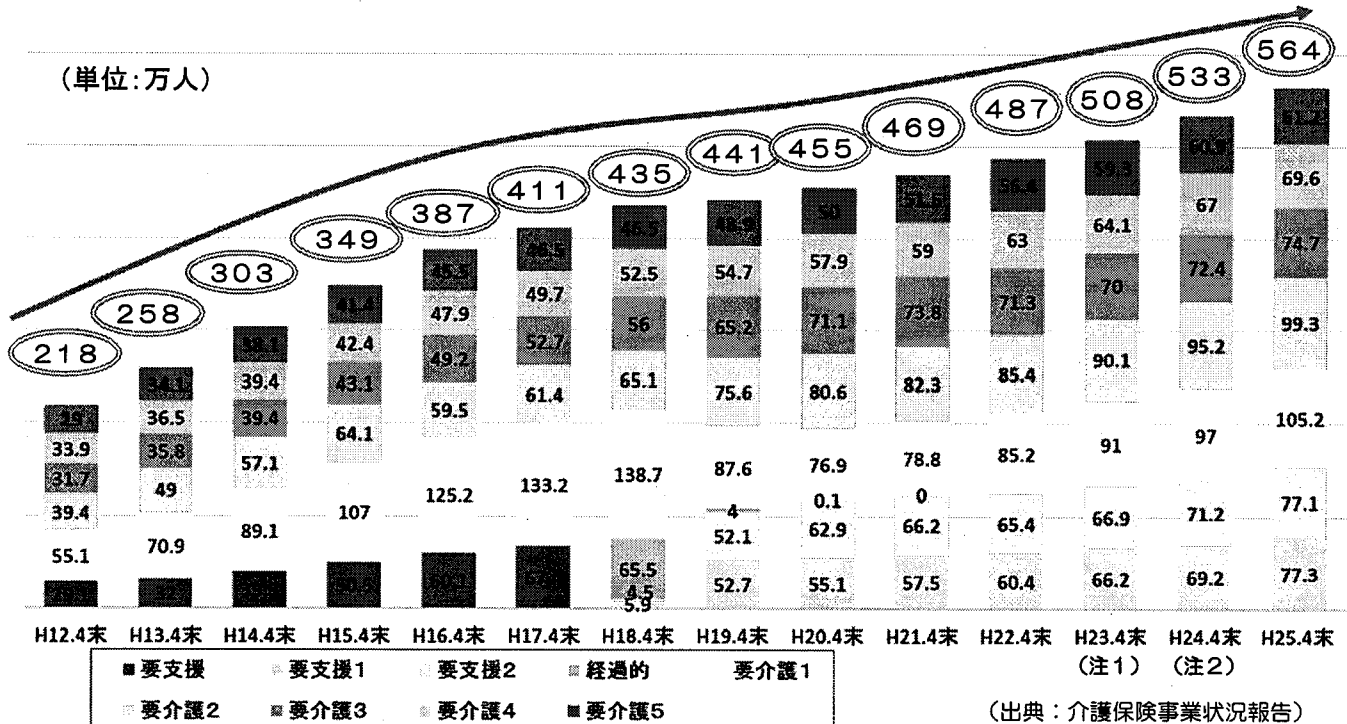


注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

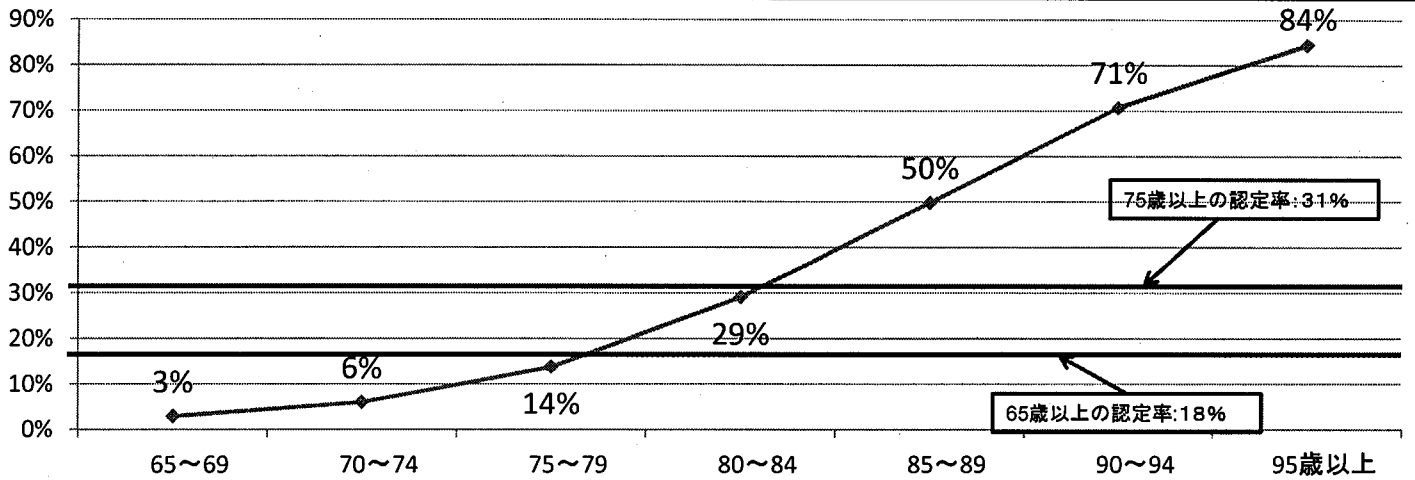
要介護度別認定者数の推移

要介護(要支援)の認定者数は、平成25年4月現在564万人で、この13年間で約2.59倍に。このうち軽度の認定者数の増が大きい。また、近年、増加のペースが再び拡大。



(参考) 年齢階層別の要介護認定率 (推計)

- 要介護(支援)認定率は、年齢とともに上昇し、85歳～89歳では約半数が認定を受けているが、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。
- 後期高齢者医療での受診率は96.9%であるのに対し、75歳以上の要介護(支援)認定率は31%となっている。



出典: 社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査(平成24年11月審査分)

【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者(合計)の割合

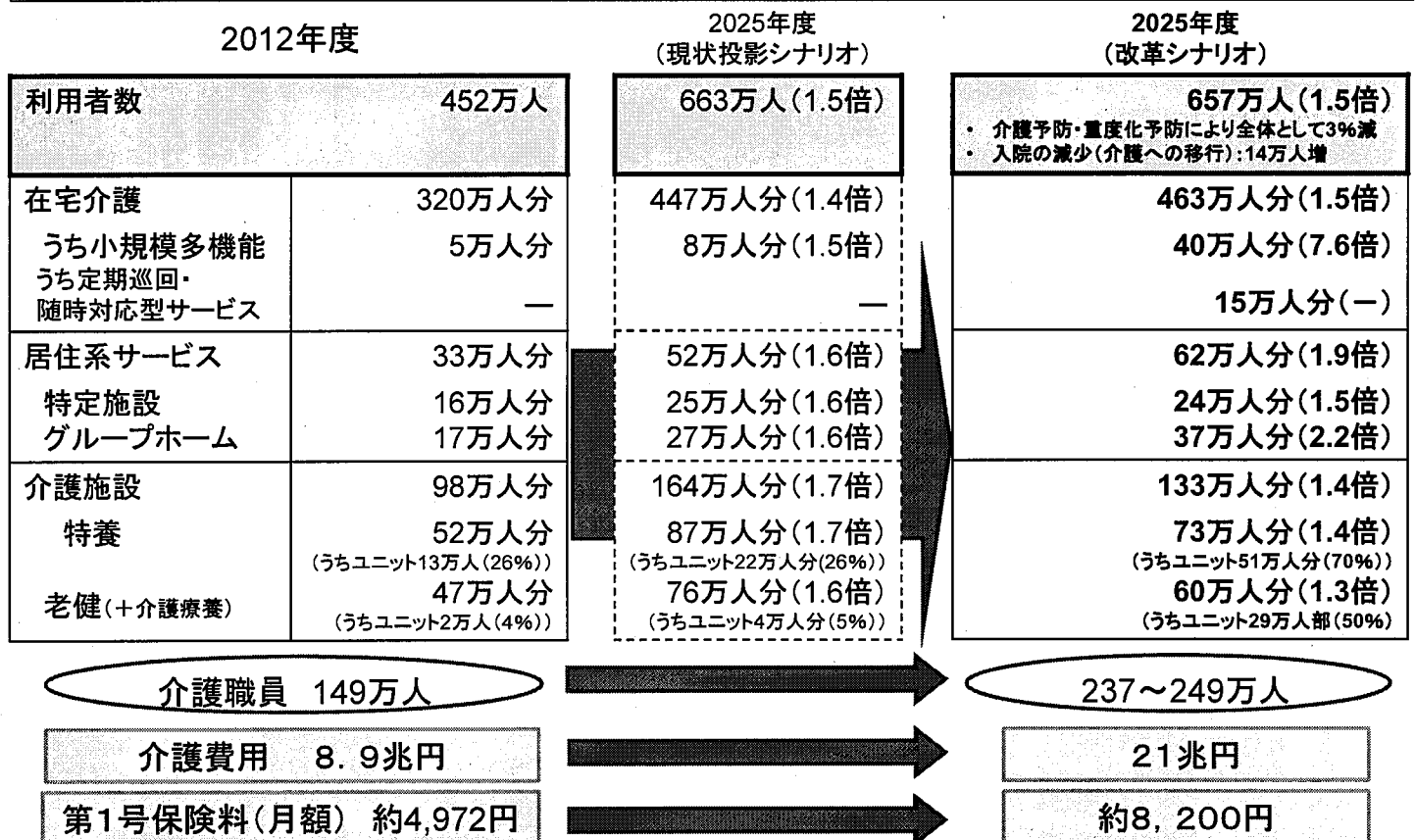
協会(一般)	84.8%
組合健保	85.0%
国民健康保険	84.0%
後期高齢者医療	96.9%

(資料) 平成22年度 医療給付実態調査

8

介護サービス量と給付費の将来見通し

- 現状の年齢階級別のサービス利用状況が続いたと仮定した場合(現状投影シナリオ)に比べ、改革シナリオでは在宅・居住系サービスを拡充。
- ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)



介護給付と保険料の推移

- 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
- 保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定される（3年度を通じた同一の保険料）。

事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	3.6兆円	} 2,911円 (全国平均)	
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		
2003年度	第二期	5.7兆円	} 3,293円 (全国平均)	H15年度改定 ▲2.3%
2004年度		6.2兆円		H17年度改定 ▲1.9%
2005年度		6.4兆円		H18年度改定 ▲0.5%
2006年度	第三期	6.4兆円	} 4,090円 (全国平均)	H21年度改定 ±3.0%
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		
2009年度	第四期	7.4兆円	} 4,160円 (全国平均)	H24年度改定 ±1.2%
2010年度		7.8兆円		
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	8.9兆円	} 4,972円 (全国平均)	
2013年度		9.4兆円		
2014年度		?		
2025年度		21兆円程度（改革シナリオ）	} 8,200円 程度	

※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算である。
 ※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について(平成24年3月)

※2012年度の費金水準に換算した値 10

3 介護保険制度改正案の主な内容（概要）

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」(平成25年10月15日国会提出、12月5日成立) 抜粋

(介護保険制度)

第五条 政府は、個人の選択を尊重しつつ、介護予防等の自助努力が喚起される仕組みの検討等を行い、個人の主体的な介護予防等への取組を奨励するものとする。

2 政府は、低所得者をはじめとする国民の介護保険の保険料に係る負担の増大の抑制を図るとともに、介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図りつつ、地域包括ケアシステムの構築を通じ、必要な介護サービスを確保する観点から、介護保険制度について、次に掲げる事項及び介護報酬に係る適切な対応の在り方その他の必要な事項について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

一 地域包括ケアシステムの構築に向けた介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第百十五条の四十五に規定する地域支援事業の見直しによる次に掲げる事項

イ 在宅医療及び在宅介護の提供に必要な当該提供に携わる者その他の関係者の連携の強化

ロ 多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援及び高齢者の社会的活動への参加の推進等による介護予防に関する基盤整備

ハ 認知症である者に係る支援が早期から適切に提供される体制の確保その他の認知症である者に係る必要な施策

ニ 前号に掲げる事項と併せた地域の実情に応じた介護保険法第七条第四項に規定する要支援者への支援の見直し

三 一定以上の所得を有する者の介護保険の保険給付に係る利用者負担の見直し

四 介護保険法第五十一条の三の規定による特定入所者介護サービス費の支給の要件について資産を勘案する等の見直し

五 介護保険法第四十八条第一項第一号に規定する指定介護福祉施設サービスに係る同条の規定による施設介護サービス費の支給の対象の見直し

六 介護保険の第一号被保険者の保険料に係る低所得者の負担の軽減

3 政府は、前項の措置を平成二十七年度を目途に講ずるものとし、このために必要な法律案を平成二十六年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする。

4 政府は、前条第七項第二号ロに掲げる事項に係る同項の措置の検討状況等を踏まえ、被用者保険等保険者に係る介護保険法第五十条第一項に規定する介護給付費・地域支援事業支援納付金の額を当該被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることについて検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

12

地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要

趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化(地域介護施設整備促進法等関係)

①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等)のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置

②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係)

①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想(ビジョン)地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を医療計画において策定

②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係)

①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業

②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化

③低所得者の保険料軽減を拡充

④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、月額上限あり)

⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設

②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ

③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置

④介護人材確保対策の検討(介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期)

施行期日(予定)

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

13

制度改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

- * 介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
- * 介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

- * 段階的に移行(～29年度)
- * 介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- * 見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定(既入所者は除く)

- * 要介護1・2でも一定の場合には入所可能

○このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - * 保険料見直し: 現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
 - * 軽減例: 年金収入80万円以下 5割軽減 → 7割軽減に拡大
 - * 軽減対象: 市町村住民税非課税世帯(65歳以上の約3割)

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

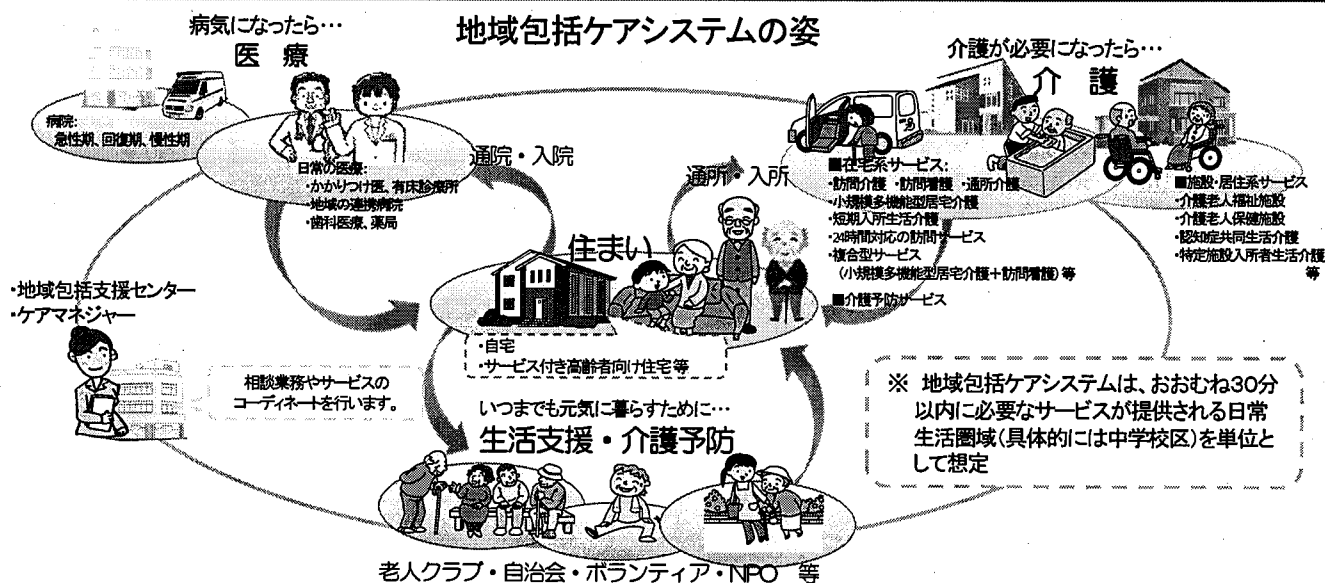
- ・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円(年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上)。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

- ・ 預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・ 世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・ 給付額の決定に当たり、非課税年金(遺族年金、障害年金)を収入として勘案
 - * 不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

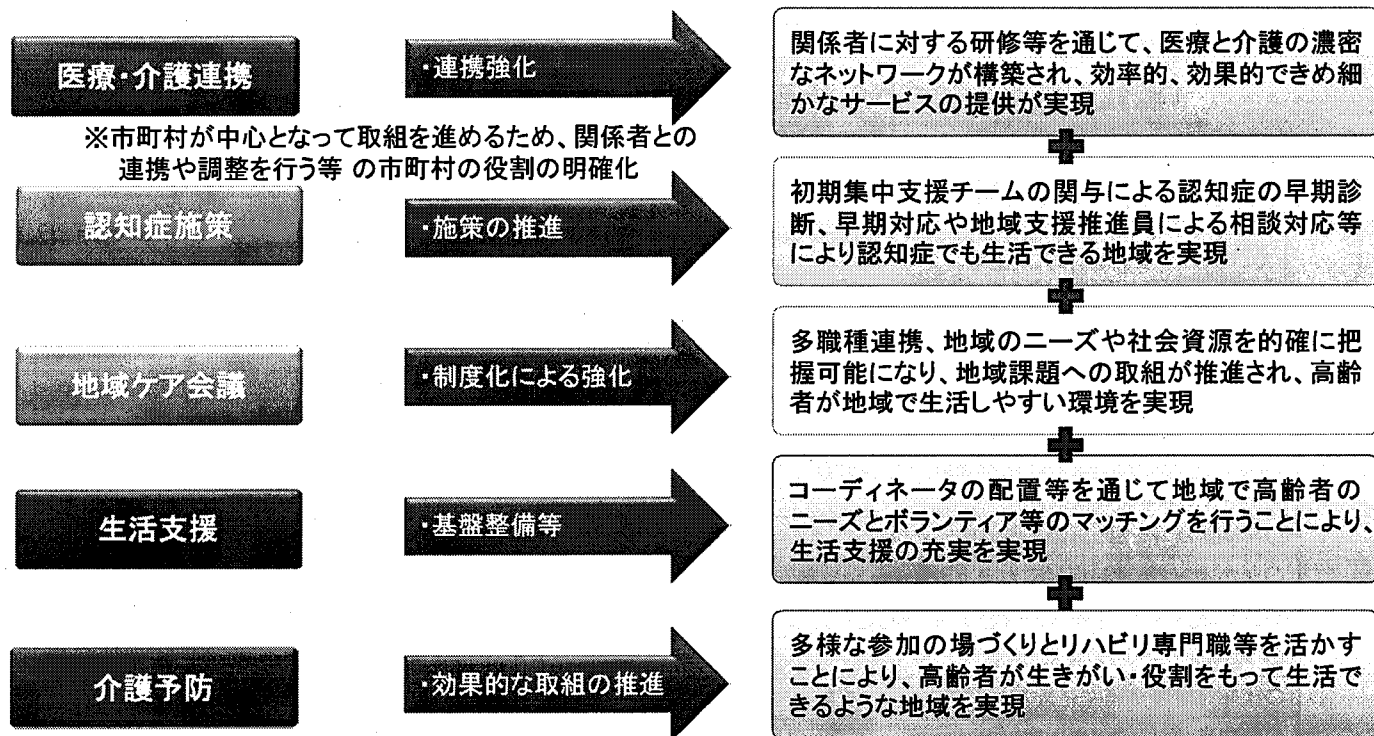
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実・強化

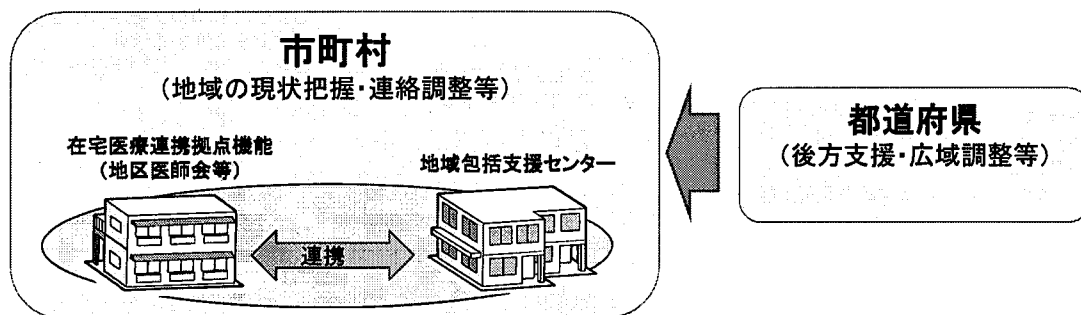
- 地域包括ケア実現のため、地域支援事業の枠組みを活用し、以下の取組を充実・強化。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで、地域で高齢者を支える社会が実現。



16

在宅医療・介護の連携推進

- 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組む。
- 具体的には、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



(想定される取組(例))

- ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用 ……地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布
- ② 在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介 ……関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討
- ③ 在宅医療・介護連携に関する研修の実施 ……グループワーク等の多職種参加型の研修の実施
- ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ……主治医・副主治医制等のコーディネート
- ⑤ 地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援 ……介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

認知症施策の推進

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。
- 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける(「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置)。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

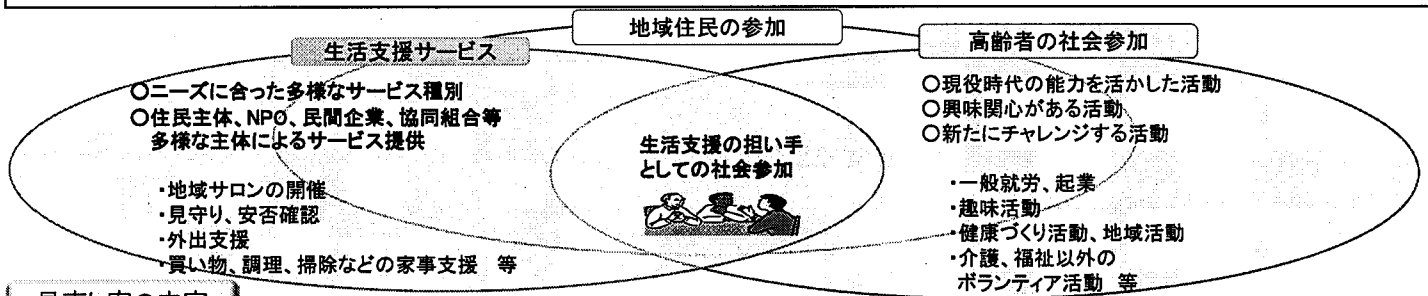
事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人(現在340万人)

18

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進に向けた予防給付の見直し

見直しの背景・目的

- 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
- 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。



見直し案の内容

【現状】

全国一律のサービス内容、基準、単価等の予防給付(訪問介護・通所介護・訪問看護等)

【見直し後】

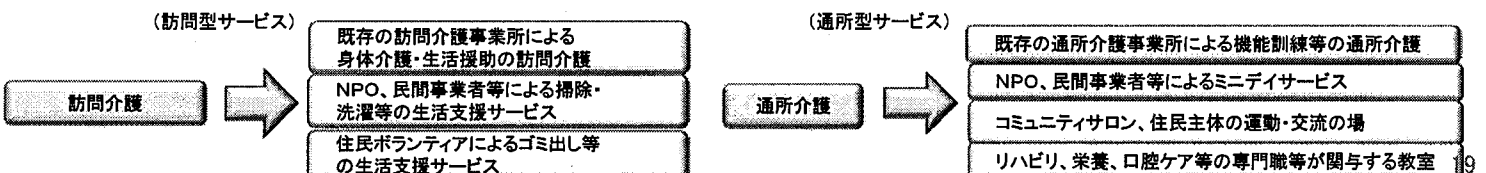
○予防給付のうち訪問介護・通所介護について市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業(※)へ移行(29年度末まで)。

(※)市町村が、介護保険財源を用いて取り組む事業(財源構成は給付と同じ)。

○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援。高齢者は支え手側に回ることも。

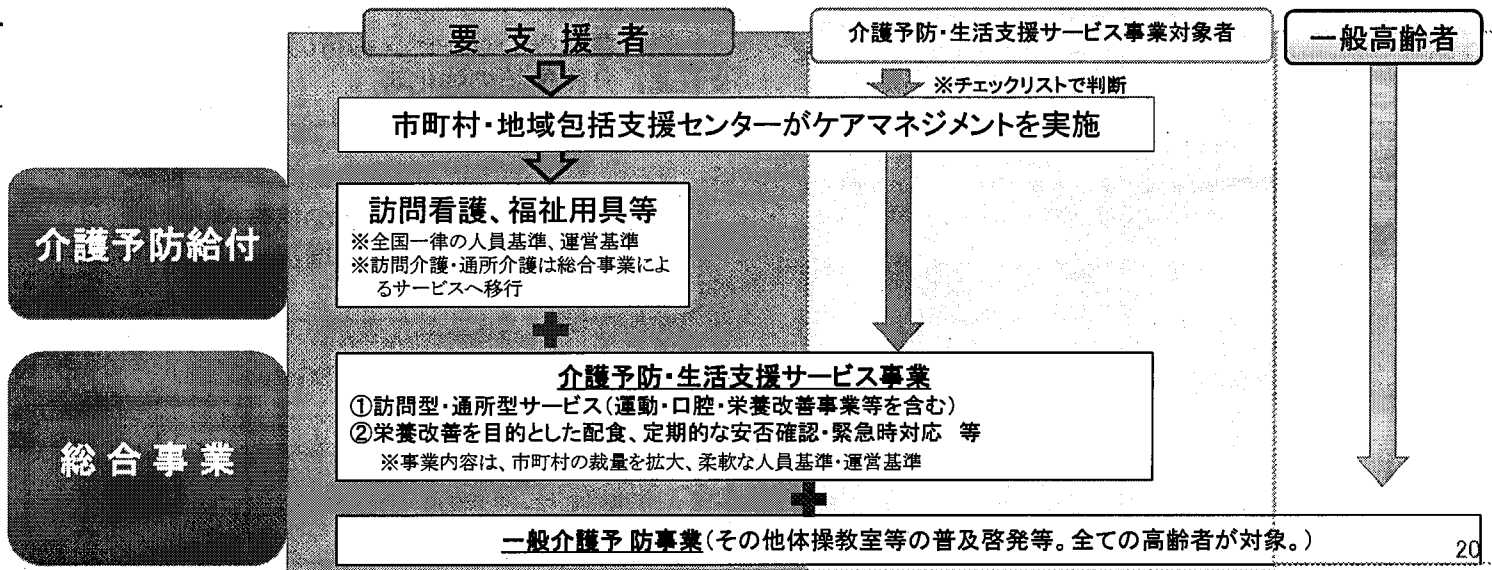
(※)住民主体のサービスの拡充等を推進することで、費用の効率化。

【見直しのイメージ】



新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

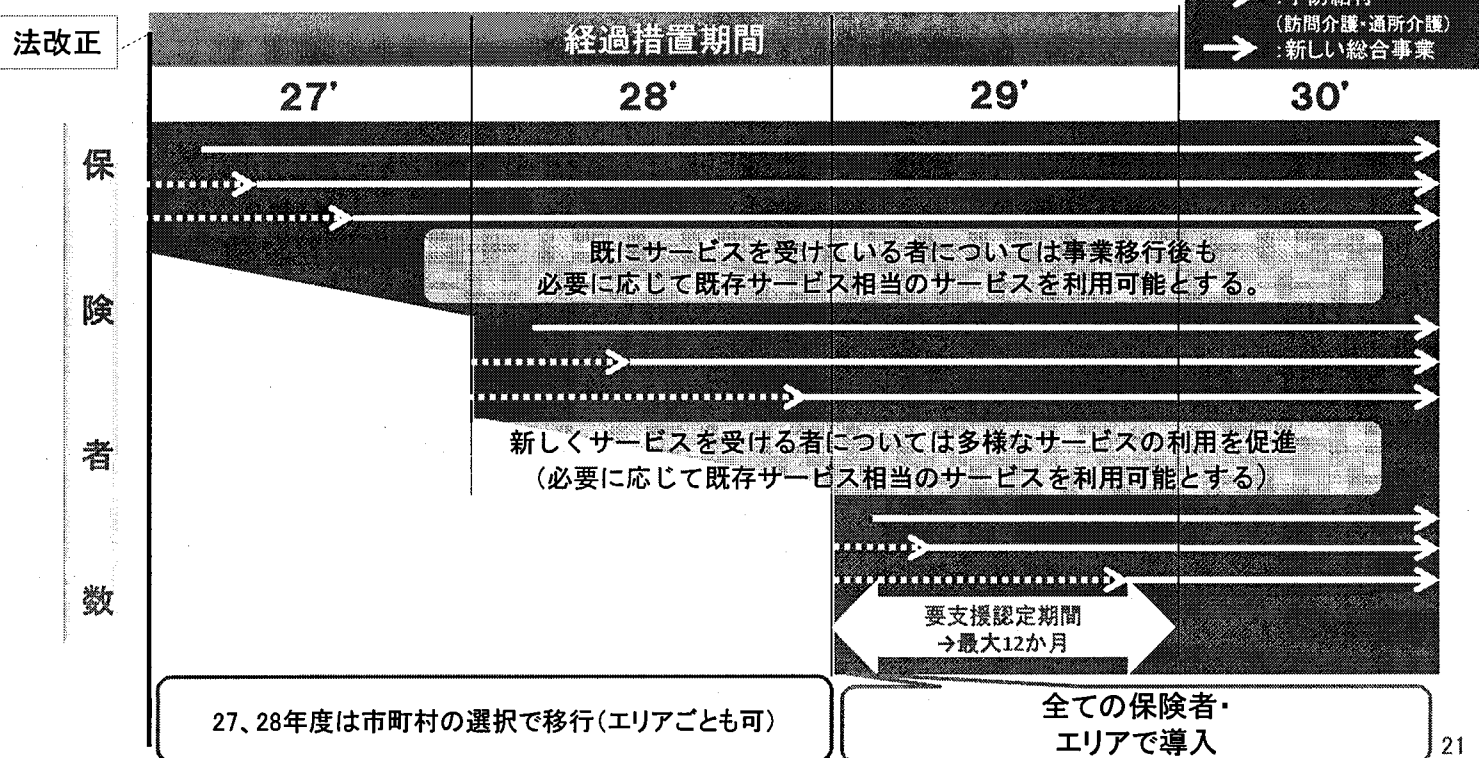
- 介護保険制度の地域支援事業の枠組みの中で、平成24年度に導入した介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し。現在、事業実施が市町村の任意となっているが（※）、総合事業について必要な見直しを行った上で、平成29年4月までに全ての市町村で実施（※）24年度27保険者が実施、25年度は44保険者が実施予定
- サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す。（平成29年度末には全て事業に移行）。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づき、総合事業のサービスと予防給付のサービス（要支援者）を組み合わせる。
- 総合事業の実施に向け基盤整備を推進。



市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて（イメージ）

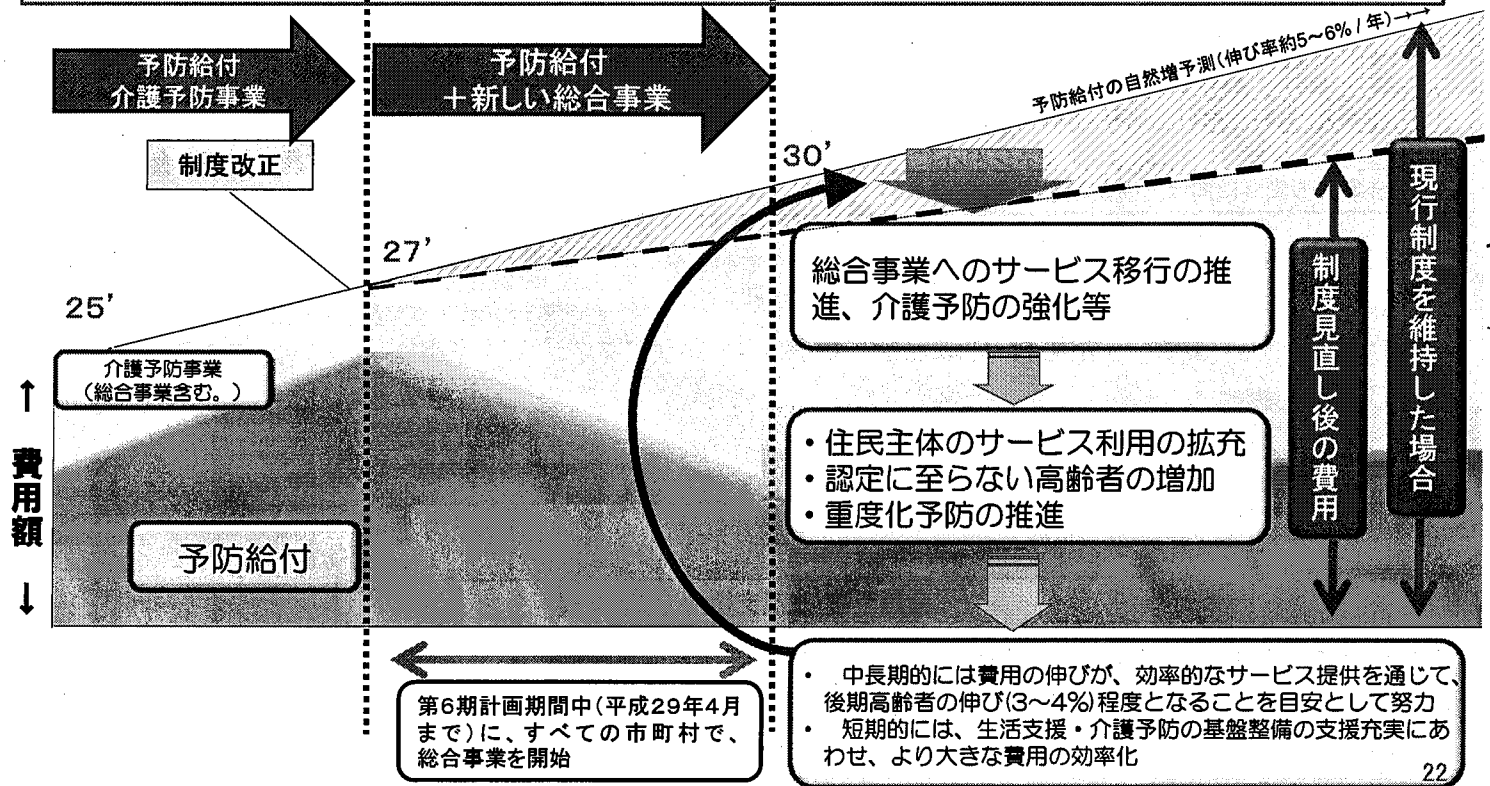
- 移行に際しては受け皿の整備に一定の時間がかかることも踏まえて、平成29年4月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。（27、28年度は市町村の選択）
- 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

訪問介護、通所介護（予防給付）から訪問型サービス・通所型サービスへの移行（イメージ）



総合事業へのサービス移行の推進等による費用の効率化（イメージ）

- 総合事業への移行により住民主体の地域づくりを推進。住民主体のサービス利用を拡充し、効率的に事業実施。
- 機能が強化された新しい総合事業を利用することで、支援を必要とする高齢者が要支援認定を受けなくても地域で暮らせる社会を実現。
- リハ職等が積極的に関与しケアマネジメントを機能強化。重度化予防をこれまで以上に推進。



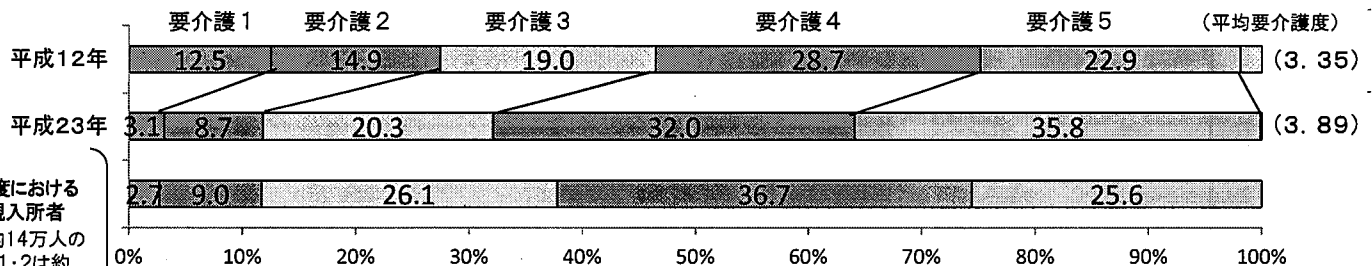
特別養護老人ホームの重点化

【見直し案】

- 原則、特養への新規入所者を要介護度3以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】
 - 他方で、軽度(要介護1・2)の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める
- 【参考：要介護1・2であっても特養への入所が必要と考えられる場合(詳細については今後検討)】
- > 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難
 - > 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心確保が不可欠
 - > 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

要介護度別の特養入所者の割合

◀ 施設数：7,831施設 サービス受給者数：51.1万人(平成25年8月) ▶



特養の入所申込者の状況

(単位:万人)

	要介護1~2	要介護3	要介護4~5	計
全体	13.2 (31.2%)	11.0 (26.2%)	17.9 (42.4%)	42.1 (100%)
うち在宅の方	7.7 (18.2%)	5.4 (12.9%)	6.7 (16.0%)	19.9 (47.2%)

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。(平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。)

低所得者の一号保険料の軽減強化

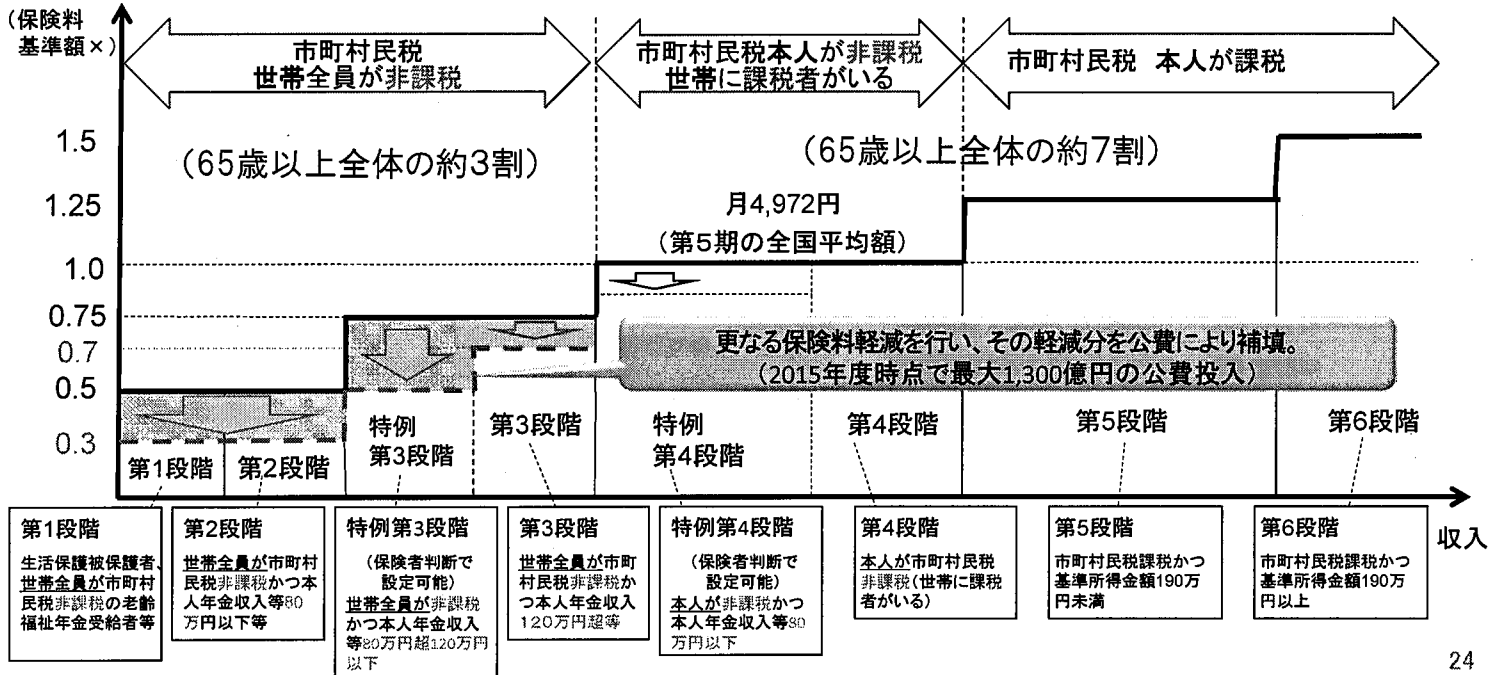
〔見直し案〕

■ 給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。

■ 平成27年度(第6期介護保険事業計画)から実施。

現行 27年度～

第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



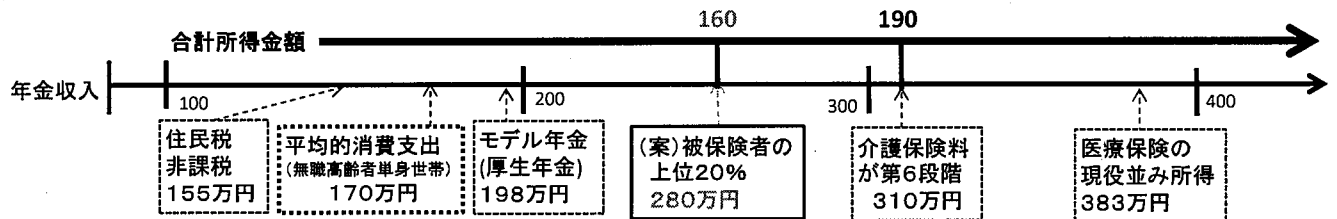
一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

- 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、審議会では以下の案を中心に議論案：**被保険者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上の者＝年金収入280万円以上**
- 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準(単身で年金収入のみの場合)

※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除(基本的に120万円)



負担上限の引き上げ

自己負担限度額(高額介護サービス費)のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉		〈見直し案〉	
	自己負担限度額(月額)		
一般	37,200円(世帯)	現役並み所得相当	44,400円
市町村民税世帯非課税等	24,600円(世帯)	一般	37,200円
年金収入80万円以下等	15,000円(個人)		

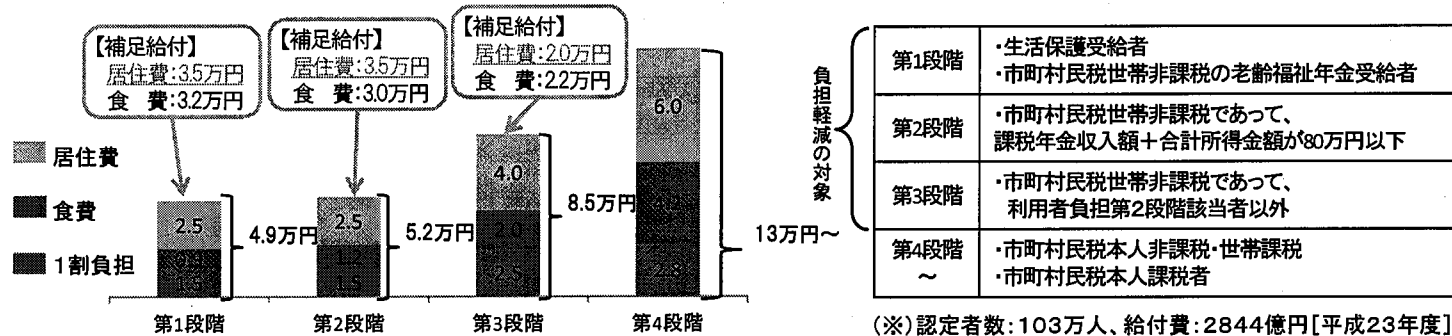
参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	自己負担限度額(現行/世帯単位)
現役並み所得者	80,100+医療費1%(多数該当:44,400円)
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15,000円

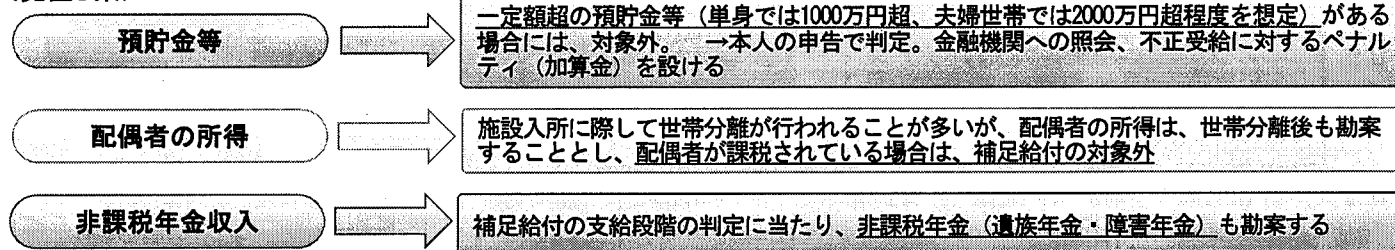
補足給付の見直し（資産等の勘案）

- 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。
- 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金や不動産を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

＜現在の補足給付と施設利用者負担＞ ※ ユニット型個室の例



＜見直し案＞



※ 不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、これを担保に補足給付相当額の貸付を行い、死後に回収する仕組みを検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

3 生活支援・介護予防

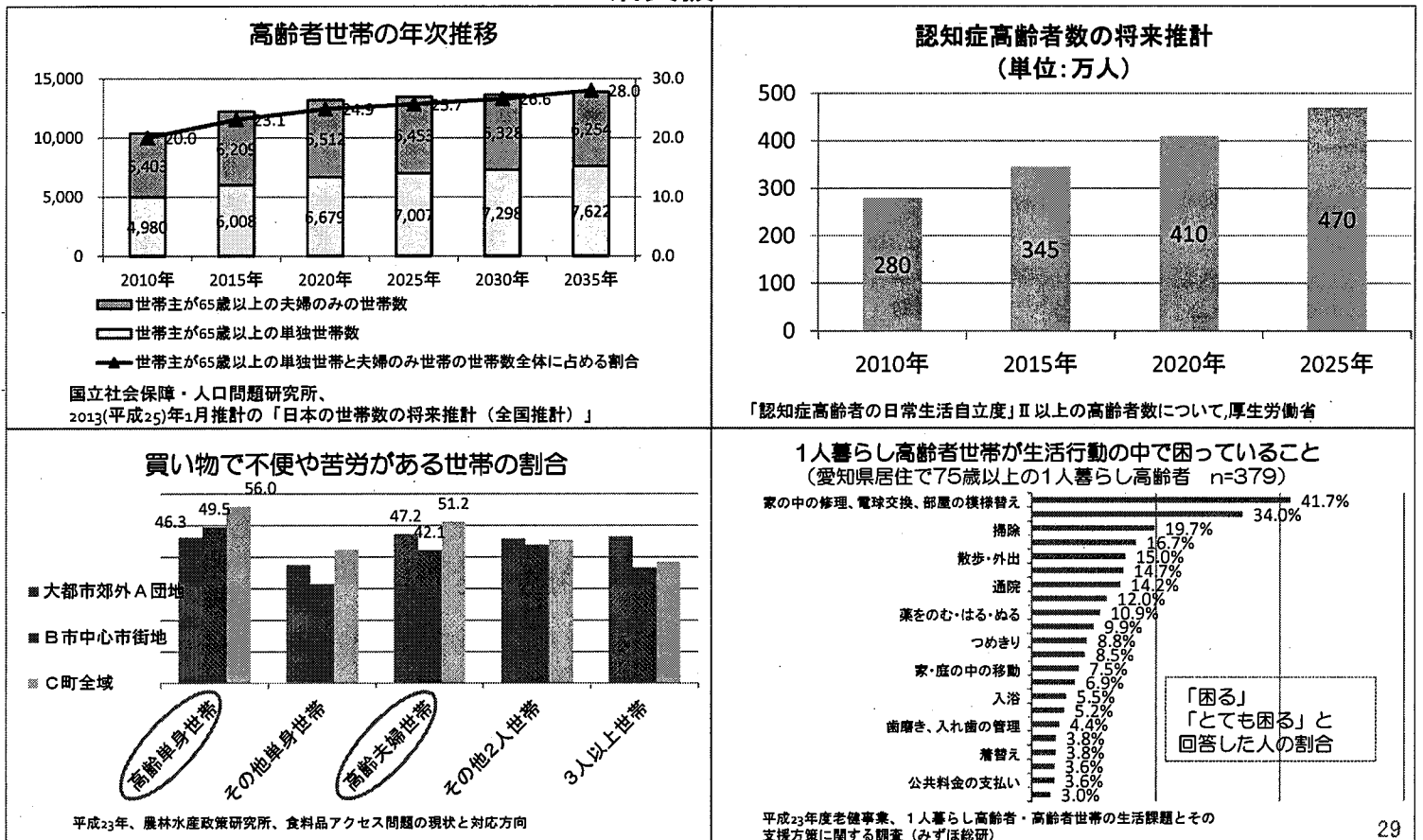
(1) 生活支援サービスの充実・強化

- 単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加する中、高齢者が地域で生活を継続するためには、多様な生活支援ニーズがあり、多様なサービスを地域で整備していくことが求められる。
- 例えば、高齢者のいる世帯では、都市部・地方にかかわらず、買い物に不便を感じている世帯が約5割となっており、一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることは、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみ出し」などが上位にあがっている。そして、NPO等による生活支援サービスの利用者は、要介護者に限らず、要支援者、自立の人も多数含まれる。
- その一方で、高齢者支援を目的とする60歳以上の住民グループ活動は5.9%、高齢者見守りネットワークを形成している地方自治体は36.8%にとどまり、住民の互助活動によるサービスや見守り活動は十分と言えない現状にある。
- このような状況を踏まえれば、まず市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図ることが必要である。具体的には、高齢者等がサービスの担い手となるよう養成し、支援を必要とする高齢者の支援の場につなげ、生活支援サービスを行う事業主体間のネットワークを構築することや、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置等について、地域支援事業の包括的支援事業に位置づけて取組を進める必要がある。
- これらを通じ、高齢者の中には事業の担い手となる者も現れ、高齢者が社会的役割を持つことにより、生きがいや介護予防にもつながることが期待される。

平成25年12月20日 社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」より抜粋

生活支援サービスの充実

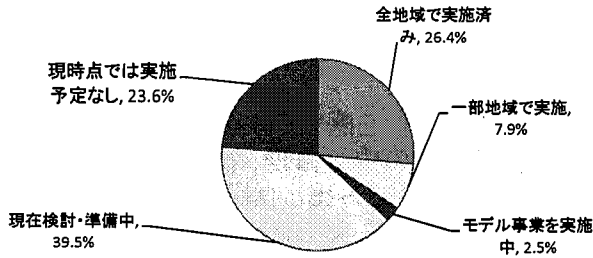
生活支援のニーズ



地域住民の互助活動およびNPO等による生活支援サービス

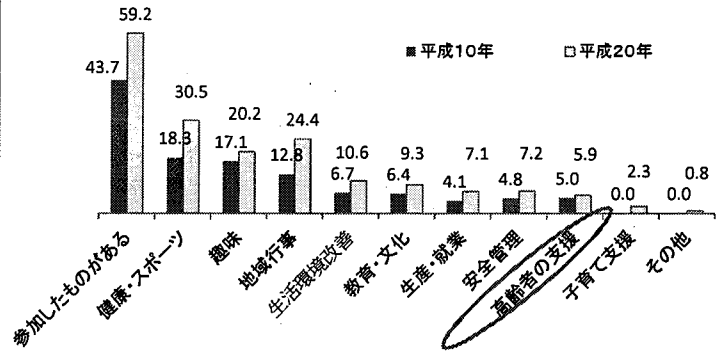
高齢者の見守りネットワークの形成状況

(全国1,750自治体のうち有効回答数 n=982)



平成22年内閣府 経済社会総合研究所「セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に関する調査_幸福度の視点から」

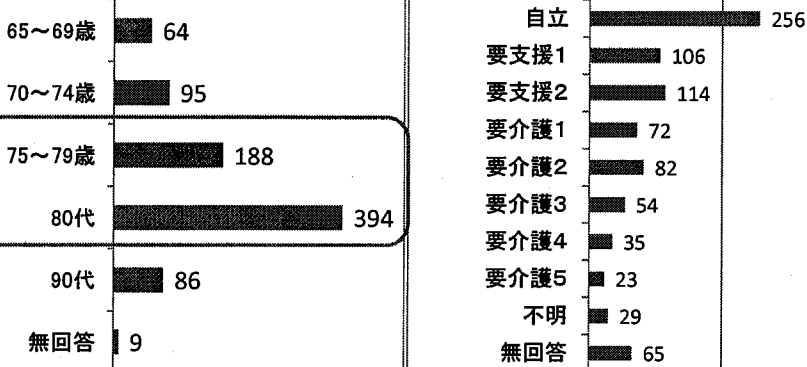
60歳以上の住民のグループ活動



平成24年度版 高齢社会白書、内閣府

NPO等による生活支援サービスの利用状況

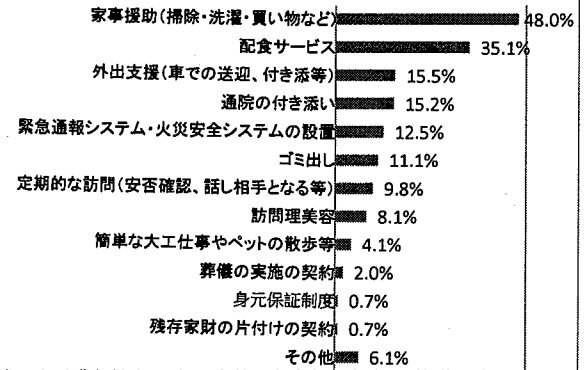
(調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数 n=836)



平成22年「神戸市の非営利組織による介護保険制度外サービス実態調査」

高齢者の利用サービス

(民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者のうち有効回答数 n=296)



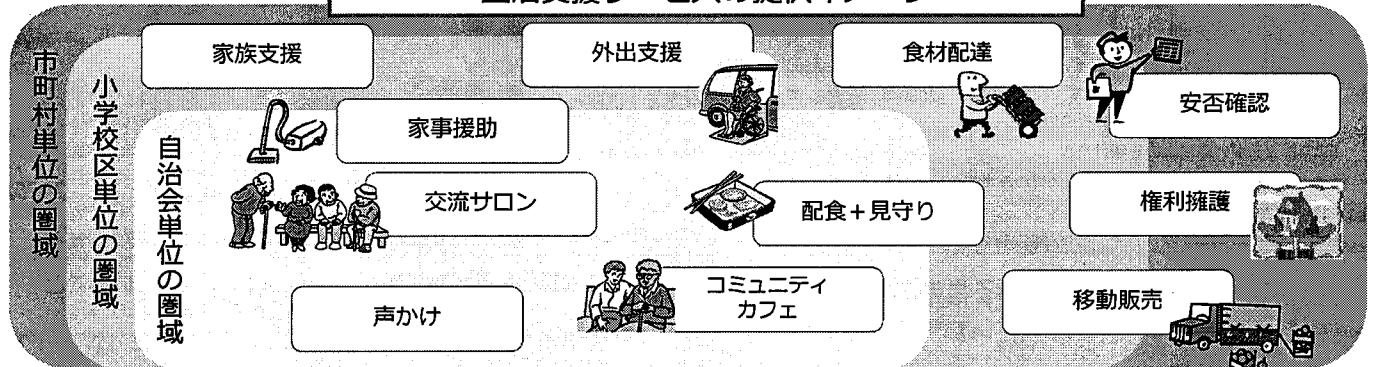
平成22年度「高齢者の生活実態 東京都福祉保健基礎調査」

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援

- ・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
- ・「生涯現役コーディネーター(仮称)」の配置や協議体の設置などに対する支援

生活支援サービスの提供イメージ



事業主体

民間企業

NPO

協同組合

社会福祉法人

ボランティア

バックアップ

市町村を核とした支援体制の充実・強化(コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等)

⇒ 民間とも協働して支援体制を構築

市町村による新しい地域づくりの推進(生活支援・介護予防の充実)

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
⇒ 高齢者を中心とした地域の支え合い(互助)が実現。

市町村が中心となって企画・立案

地域資源の開発

(例)

- ・ボランティアの発掘・養成・組織化

→ ボランティアは生活支援・介護予防の担い手として活動。高齢者の困り事の相談の対応等も実施。(コーディネーターとも連携)

- ・生活支援・介護予防の立ち上げ支援

介護予防・生活支援の充実

多様な通いの場

(例)

- ・サロン
- ・住民主体の交流の場
- ・コミュニティカフェ
- ・認知症カフェ
- ・ミニデイサービス
- ・体操教室
- ・運動・栄養・口腔ケア等の教室

多様な生活支援

(例)

- ・ゴミ出し
- ・洗濯物の取り入れ
- ・食器洗い
- ・配食
- ・見守り
- ・安否確認

研修を受けたボランティアが地区の集会所で介護予防教室を運営。

小規模多機能居宅介護に交流施設を併設。地域のサロンとして活用。子どもとの交流も実施。

研修を受けたボランティアが高齢者と一緒に洗濯物を取り入れる等生活行為の自立を支援。

地域活性化を推進するNPOが地域に配食サービスを展開。

交番、金融機関、コンビニ等幅広い関係機関が連携し、認知症の高齢者の見守り体制を構築。

連携・協力

コーディネーター

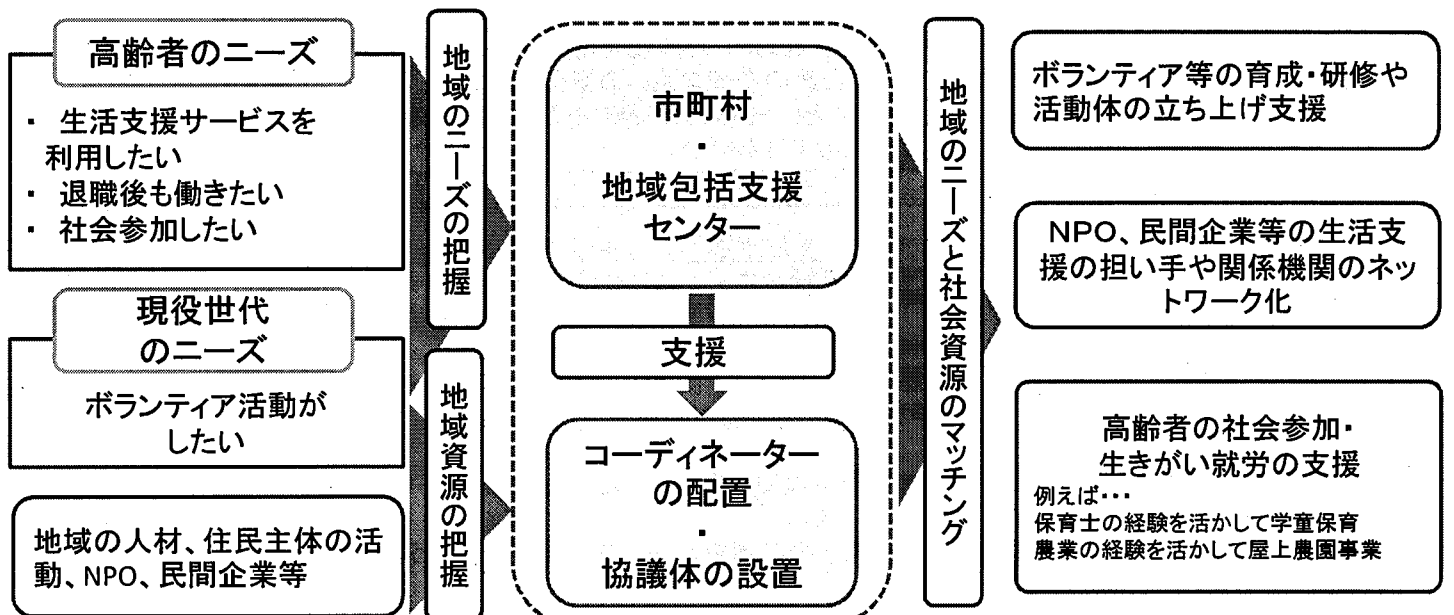
参加・活用
(担い手となる
高齢者も出現)

支援を要する高齢者

32

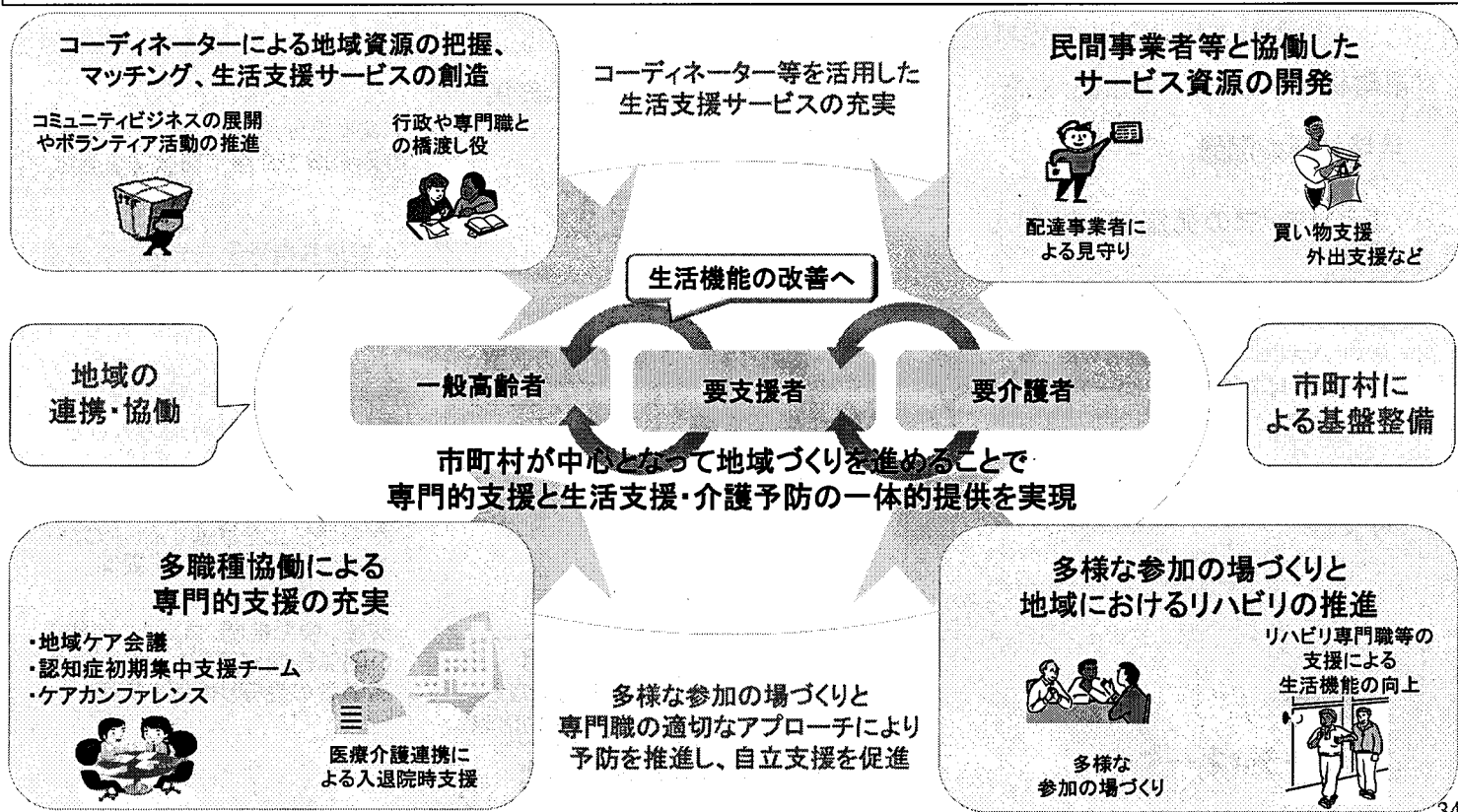
市町村を核とした生活支援サービス支援体制の充実・強化と高齢者の社会参加の推進

- 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
- 生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化(コーディネーターの配置、協議体の設置等)については、市町村が行う地域支援事業の枠組みで行う。
- これらを通じ、高齢者が積極的に社会参加し、生活支援の担い手となって支援が必要な高齢者を支える社会を実現していく。これにより、高齢者は実際に介護サービスが必要となった場合に主体的に介護保険制度に関わることができる。(高齢者が中心となった地域の支え合い(互助)の仕組みの構築)



高齢者が自立した生活を継続できる地域づくり

○生活支援サービスの充実、介護予防の推進に加え、多職種協働による専門的支援の充実を図ることにより、要支援者の生活機能の改善が図られるなど、高齢者の自立が促進される。



34

(2) 介護予防の推進

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

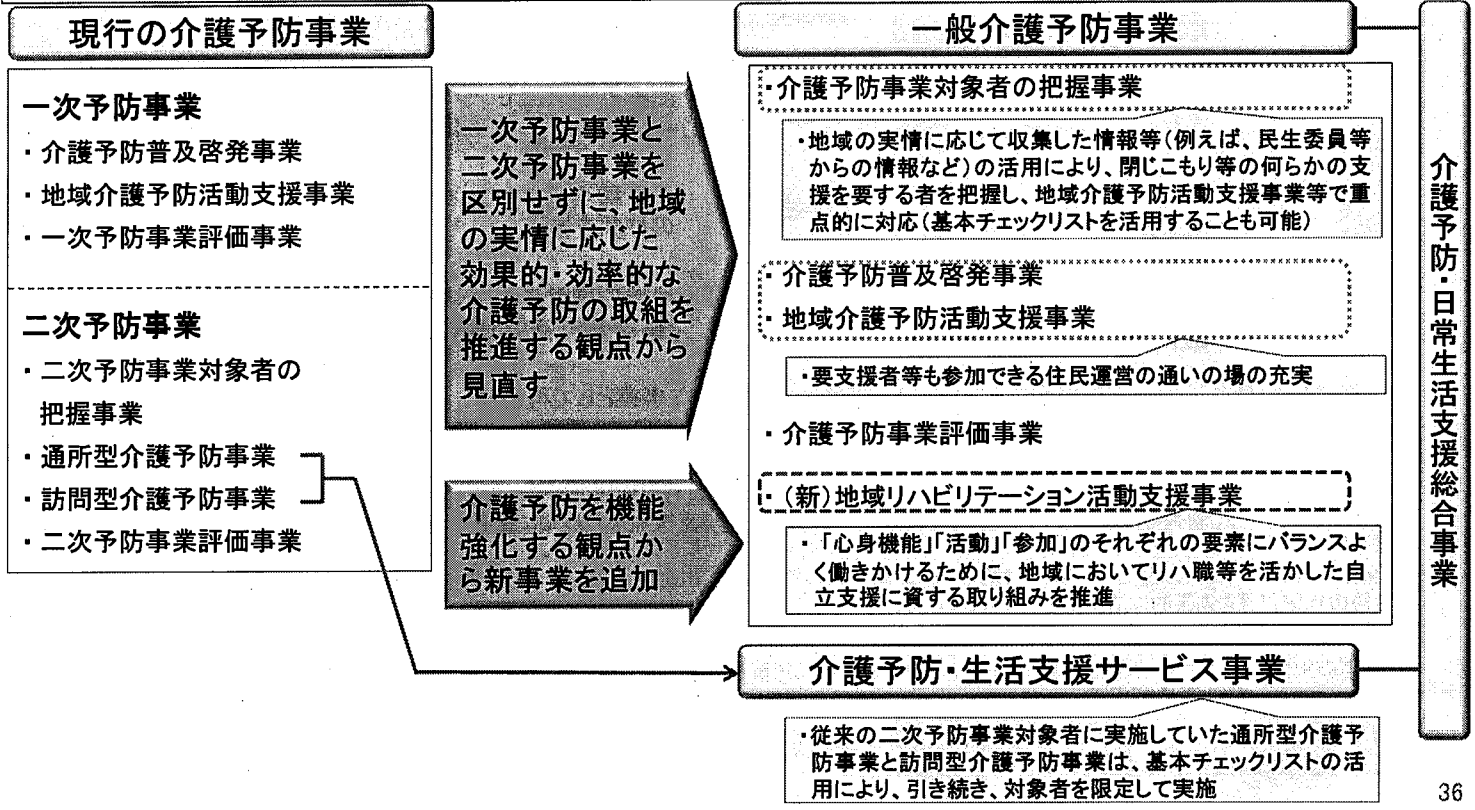
- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかと。

これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるといふ相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

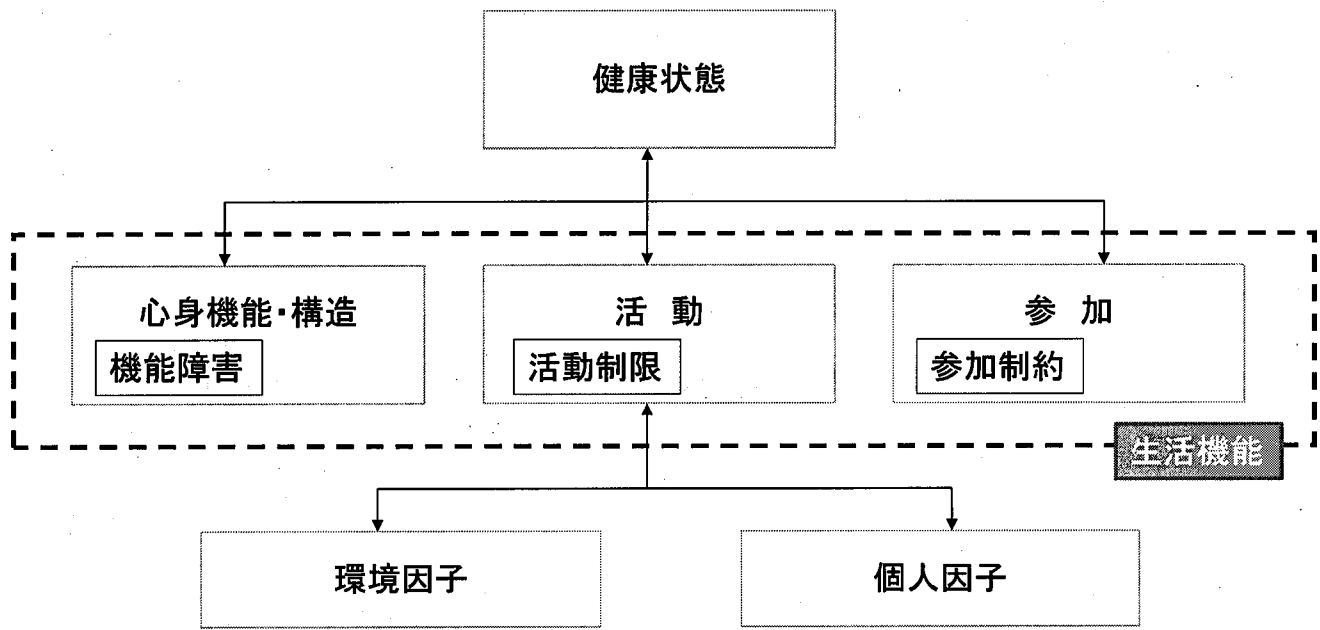
新しい介護予防事業

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



介護予防・日常生活支援総合事業

(参考) 国際生活機能分類 (ICF)



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

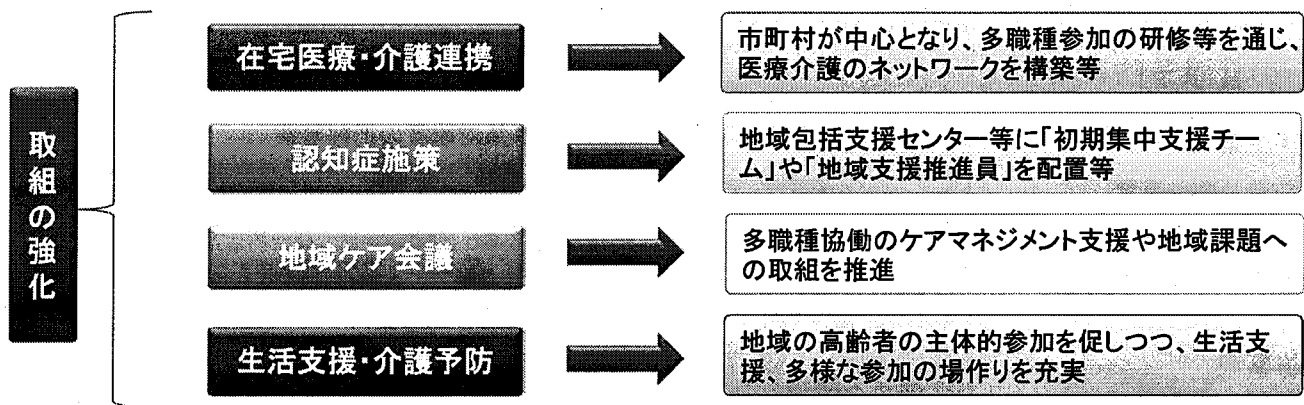
- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
- ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
- ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

(3) 地域支援事業の充実に併せた予防給付の見直し

(1) 地域支援事業の充実

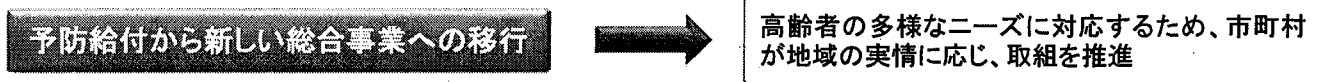
○ 地域支援事業の枠組みを活用し、以下の充実を行い、市町村が中心となって総合的に地域づくりを推進。



※地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として再構築

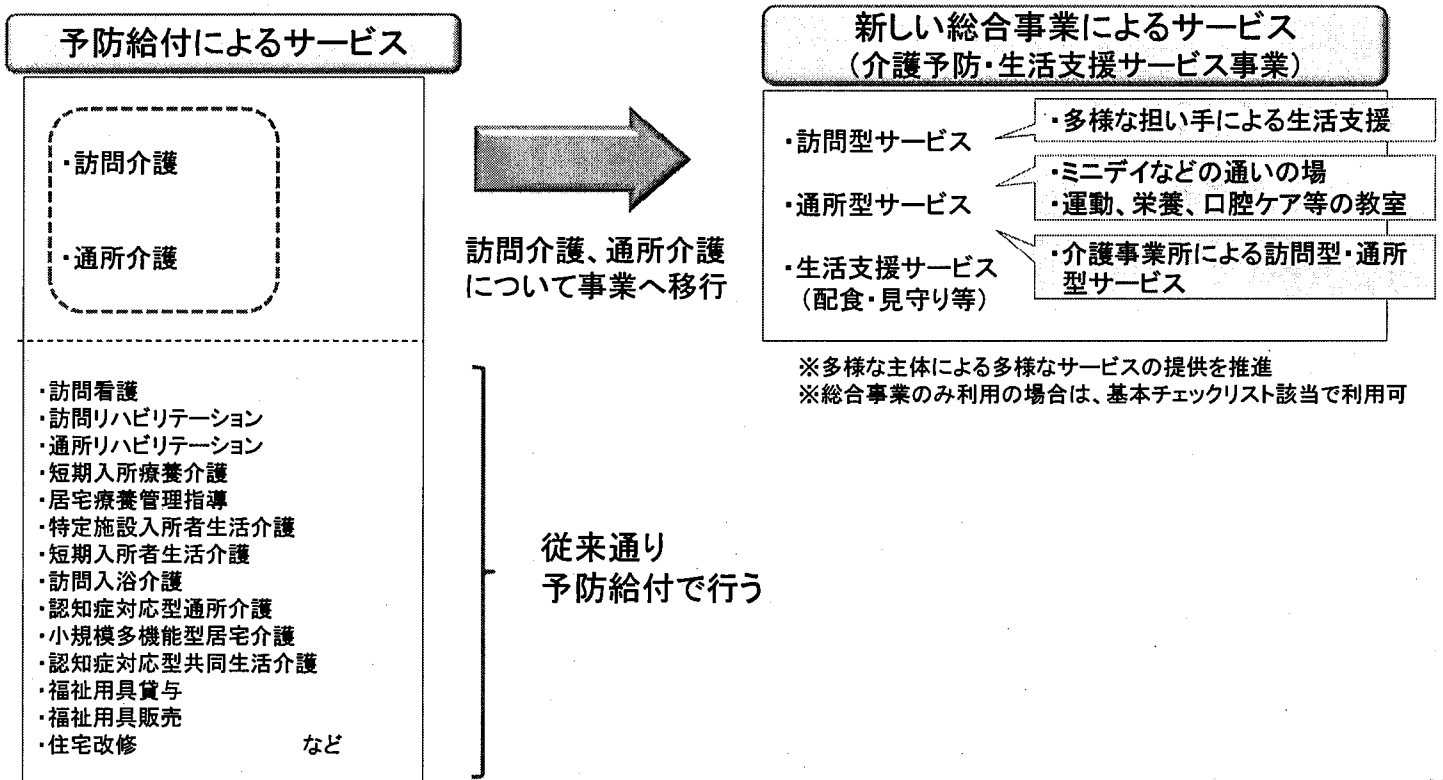
(2) 予防給付の見直し(訪問介護、通所介護)

- 要支援者に対する介護予防給付(訪問介護・通所介護)については、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す。市町村の事務負担等も踏まえ、平成29年度末にはすべて事業に移行。訪問看護等は引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
- 全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の地域資源を効果的に活用できるようにしていく。
- 移行後の事業も、介護保険制度内でのサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
- 地域の実情に合わせて一定程度時間をかけ、既存介護サービス事業者の活用も含め多様な主体による事業の受け皿の基盤整備を行う。



要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行(介護予防・生活支援サービス事業)

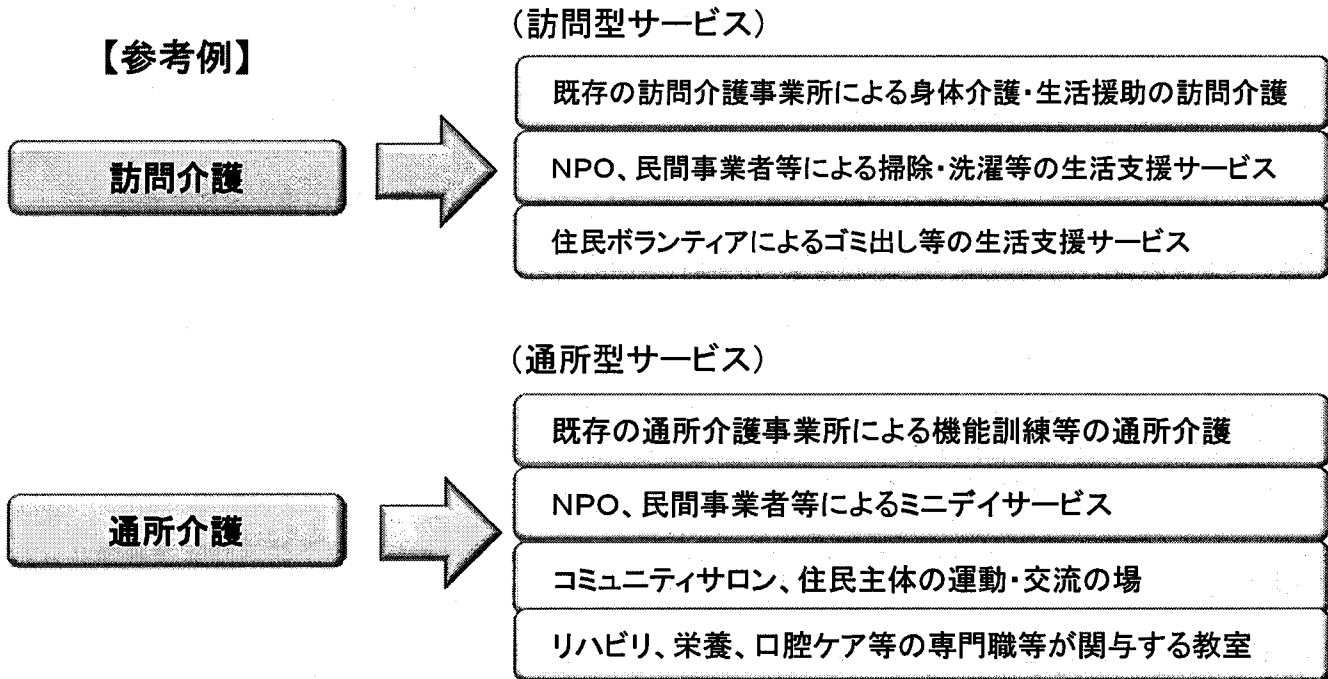
- 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末まで)
- その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用



要支援者に対する訪問介護・通所介護の多様化(イメージ)

- 全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、事業に移行することにより、既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者が多様なサービスを選択可能となる。

【参考例】



40

新しい総合事業について(案)

【1 概要】

- 1) 要支援者と介護予防・生活支援サービス事業対象者(従来の二次予防事業対象者)が利用する訪問型・通所型サービス等の「介護予防・生活支援サービス事業」と、すべての高齢者が利用する体操教室等の普及啓発等を内容とする「一般介護予防事業」からなる「介護予防・日常生活支援総合事業」を、すべての市町村が平成29年4月までに開始。
- 2) 予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行(平成29年度末)。
- 3) 一般介護予防事業に関し、住民運営の通いの場を充実させるとともに、リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化。あわせて、基本チェックリストだけでなく、地域の実情に応じて収集した情報等さまざまなものを活用し、把握した支援を要する者について、一般介護予防事業に結びつけ、支援を行う。

【2 新しい総合事業の介護予防・生活支援サービス事業の概要】

- 1) 事業の内容: 多様なサービス提供の実現のために、介護予防・生活支援サービス事業として、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食・見守り等)を実施。
- 2) 実施主体: 市町村 (事業者への委託、市町村が特定した事業者が事業を実施した費用の支払等)
- 3) 対象者: 要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者
※要支援者についてはその状態像によっては事業(訪問型サービスや通所型サービス)を利用しつつ、訪問看護などの給付でのサービスも利用可能
- 4) 利用手続き: 要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用
※給付を利用せず、総合事業の生活支援・介護予防サービス事業のみ利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可
- 5) 事業費の単価: サービスの内容に応じた市町村による単価設定を可能とする。訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護、通所介護(予防給付)の報酬以下の単価を市町村が設定する仕組みとする。

41

- 6) 利用料: 地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。
 ※既存サービスに相当するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みの下、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)
- 7) 事業者: 市町村が事業者へ委託する方法に加え、あらかじめ事業者を認定等により特定し、当該市町村の一定のルールの下で事業者が事業を実施した場合、事後的に費用の支払いを行う仕組みを検討。
- 8) 限度額管理: 利用者個人の限度額管理を実施。利用者が給付と事業を併用する場合には、給付と事業の総額で管理を行うことを可能とすることを検討。
- 9) ガイドライン: 介護保険法に基づき厚生労働大臣が指針を策定し、市町村による事業の円滑な実施を推進。
- 10) 財源: 1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村(予防給付と同じ)

【3 新しい総合事業の一般介護予防事業の概要】

- 1) 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。
- 2) 具体的には、「介護予防事業対象者の把握事業」「介護予防普及啓発事業」「地域介護予防活動支援事業」「介護予防事業評価事業」「地域リハビリテーション活動支援事業」から構成。
- 3) 地域リハビリテーション活動支援事業については、新しい事業であり、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスより働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進するもの。

42

国によるガイドラインの提示等

- 市町村による事業の円滑な実施を推進するため、ガイドラインとして、介護保険法に基づく指針を策定。
- 市町村による事業での様々な創意工夫の例や事業で対応する際の留意点をガイドラインの中に記載。
 (創意工夫の例)
 - ・事業への移行の推進等を通じた、住民主体のサービス利用の拡充
 - ・介護予防の機能強化を通じた認定率の伸びの抑制
 - ・リハ職等が積極的に関与し、ケアマネジメントを機能強化し、重度化予防の推進
 (事業で対応する際の留意点の例)
 - ・認知機能が低下している者に対するサービスについては早期から専門職が適切に関与するとともに適切な生活支援サービスを組み合わせること
 - ・明確な目標等を定めた個別サービス計画を作成し、6ヶ月等一定期間経過後、地域包括支援センターと介護サービス事業者等がサービス担当者会議などで適切に評価し、効率的な事業への移行を積極的に推進すること(「アセスメント→訪問/通所介護計画(明確な目標設定)→定期的な記録→サービス担当者会議などでの定期的な評価を通じた課題解決」のプロセスを経る。)
- 国として法に基づくガイドラインの中で、すべての市町村が要支援者のサービス提供を効率的に行い、総費用額の伸びを低減させることを目標として努力することを記載。
- 市町村は介護保険事業計画の中で要支援者のサービス提供の在り方とその費用について明記することになるが、その結果を3年度毎に検証することを新たに介護保険法に法定化することを検討。
 要支援者に対するサービス提供について、各市町村が計画期間中の取組、費用等の結果について検証し、次期計画期間につなげていく仕組みを新たに構築する。

市町村の事務負担の軽減等について

○ 予防給付の訪問介護・通所介護を市町村の地域支援事業に移行することにより、市町村の契約等の事務が増加することが見込まれるため、円滑に事務を遂行するために以下のような市町村に対する支援策を実施。

1 市町村による契約・審査・支払事務の負担軽減

- 都道府県との適切な役割分担のもと市町村が事業所を認定等により特定する仕組みを導入
 - ・ 市町村が毎年度委託契約を締結するといった事務を不要等とするため、現在の指定事業所の枠組みを参考にしつつ事業所を認定等により特定する仕組みを設け、推進。
- 審査・支払について国民健康保険団体連合会の活用
 - ・ サービス提供主体である事業者等から費用の請求に係る審査・支払については国民健康保険団体連合会の活用を推進。既存サービス相当のサービス等については、あわせて簡易な限度額管理も行う。

2 市町村で地域の実情に応じた事業を展開しやすいような様々な支援策の実施

(例) 要支援事業を円滑に実施するための指針(ガイドライン)の策定
日常生活圏域ニーズ調査、地域ケア会議、介護・医療関連情報の「見える化」の推進
生活支援サービスのコーディネーターの配置の推進
地域包括ケア好事例集の作成

等

3 介護認定の有効期間の延長について検討

44

効率的な事業の実施について

効率的な事業実施に向けて中長期的に取り組むが、まず第6期計画期間中に以下のような取組みに着手し、集中的に推進。

【弾力的な事業実施】

(1) 予防給付の訪問介護・通所介護について、柔軟なサービスの内容等に応じて人員基準、運営基準、単価等について柔軟に設定できる地域支援事業に移行すれば、事業の実施主体である市町村の判断で以下のような取組を実施し、効率的に事業を実施することが可能

- ① 例えば、既存の介護事業者を活用する場合でも、柔軟な人員配置等により効率的な単価で事業を実施
- ② NPO、ボランティア等の地域資源の有効活用により効率的に事業を実施
- ③ 要支援者に対する事業に付加的なサービスやインフォーマルサービスを組み合わせた多様なサービス内容の事業を実施。
- ④ 多様なサービス内容に応じた利用者負担を設定し、事業を実施

※ 既存サービスに相当するサービスの利用料については、要介護者に対する介護給付における利用者負担割合等を勘案しつつ、一定の枠組みのもと、市町村が設定する仕組みを検討。(利用料の下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組みとすることが必要)

* ①～④の取組を通じた効率的な実施について国としてガイドラインで市町村に対して周知。

【市町村による自立支援に資する地域マネジメントの強化】

(2) あわせて、高齢者が要支援認定を受けなくても地域で自立した生活を継続できるよう、生活支援の充実などを通じた地域で高齢者を支える地域づくりと、より効果的・効率的な介護予防の事業を組み合わせ、自立支援に資する地域マネジメントを推進する、市町村による取組を強化。

※ 介護予防に集中的に取り組むことや、高齢者の社会参加に積極的に取り組むことで、認定率の伸びを抑えられている市町村の例もある。

45

(参考) 介護予防・生活支援サービスの充実(イメージ)

要支援者をはじめとするすべての高齢者の自立を支援するため、介護予防・生活支援サービスの充実を推進。

互助、民間サービス

総合事業
+
その他の地域支援事業

訪問型・通所型サービス

その他の介護予防・生活支援サービス

一般介護予防事業

例

○自治会・町内会の声かけ、宅配業者等と連携した見守り、販売店による移動販売等

例

- 生活援助(掃除・買い物・調理等)、身体介護、機能訓練等
- 運動・口腔機能向上、栄養改善事業等
- 栄養改善を目的とした配食、定期的な安否確認等
- 体操教室等

市町村の一般会計による事業

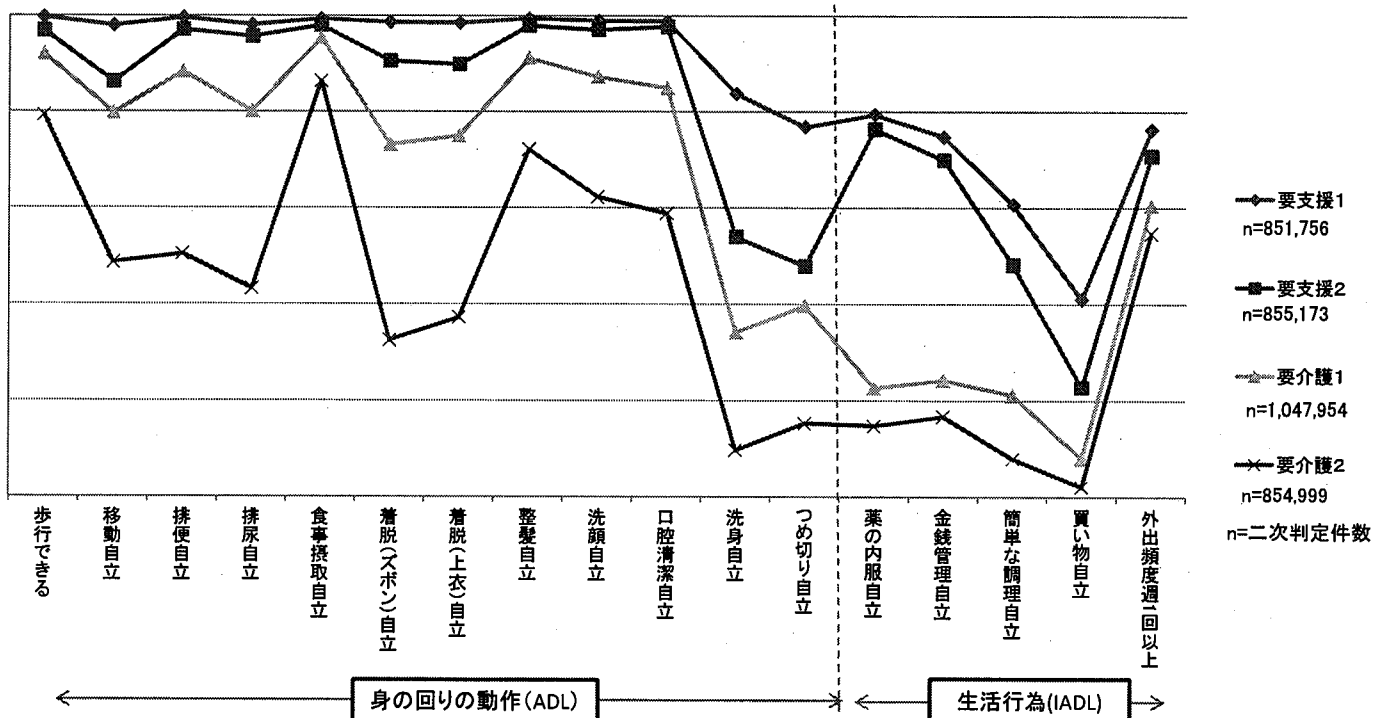
例

○外出支援、寝具類洗濯乾燥(過去一般財源化された事業)等

46

(参考) 要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

4 在宅サービス（抜粋）

平成25年12月20日 社会保障審議会介護保険部会
「介護保険制度の見直しに関する意見」より抜粋

48

総論

- 重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が今後増加していくことを踏まえると、そのような者の在宅生活を支え、在宅の限界点を高めるためには、訪問介護、通所介護、訪問看護等の普及に加え、医療ニーズのある一人暮らしの重度の要介護高齢者等でも在宅で生活できるように平成24年度に創設された定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスといった新サービスや、小規模多機能型居宅介護などの更なる普及促進を図っていく必要がある。また、これらを適切に組み合わせることができるケアマネジメントが求められている。
- 在宅サービスに関して、
 - ① 個々の事業所単位だけではなく、広く事業所間で連携し事業運営できる仕組みの構築
 - ② 地域で不足している看護職員等の人材を柔軟に配置できるような連携体制の構築
 - ③ 介護事業者が地域における生活支援サービスに積極的に取り組むことができる体制の構築という方向で見直しを検討することにより、地域における人材の確保や包括的な支援体制の整備を進めていくことが適当である。
- 各サービスの現状と見直しの方向は以下のとおりである。各サービスの見直しの中には、法改正のみならず、基準の見直しや介護報酬の改定で対応すべきものがあり、引き続き、社会保障審議会介護給付費分科会で議論を行っていく必要がある。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- 平成25年9月末日現在、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、166保険者で335事業所が指定を受け、4,261人が利用している。サービスの普及は徐々には進んでいるものの必ずしも十分ではなく、更にサービスを普及していくためには、市町村、事業者、介護支援専門員等が、サービスについての理解を深めていくとともに、地域のニーズを正しく把握していくことが重要である。また、看護職員の確保や訪問看護事業所との連携が参入の障壁の一つと言われている。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の普及を図るため、地方自治体や事業者、介護支援専門員、看護関係者を中心に、サービスの普及啓発を行っていくことが重要である。また、定期巡回・随時対応サービス事業所と訪問看護事業所との連携の在り方等を検討していくことが必要である。なお、介護サービスと看護サービスを一体的に提供かつ運営がなされている事業所の設置を促進する方策を検討していくことが必要であるとの意見があった。

訪問介護

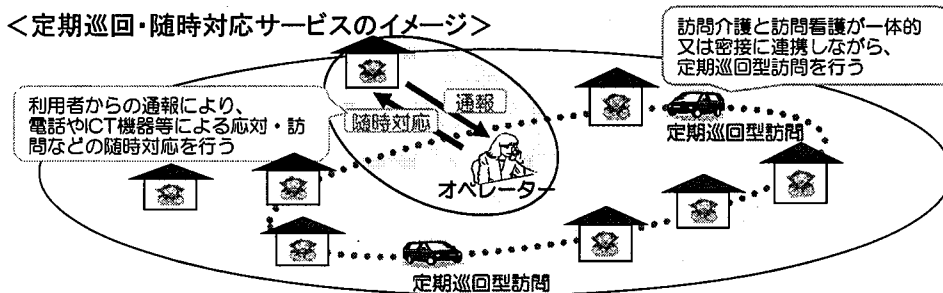
- 訪問介護のサービスの質を高めるためには、訪問介護事業所のサービス提供責任者と介護支援専門員との連携が重要であり、重要な役割を担うサービス提供責任者の積極的な取組が進むようにしていくことが重要である。
- また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の導入に併せて、平成24年の介護報酬改定で導入された「20分未満の身体介護サービス」は、1日複数回提供できるサービスの選択肢として、その要件等の在り方を検討していくことが必要である。

50

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設

- 訪問介護などの在宅サービスが増加しているものの、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を24時間支える仕組みが不足していることに加え、医療ニーズが高い高齢者に対して医療と介護との連携が不足しているとの問題がある。
- このため、①日中・夜間を通じて、②訪問介護と訪問看護の両方を提供し、③定期巡回と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設(2012年4月)。

<定期巡回・随時対応サービスのイメージ>



参入していない事業者は、「夜間・深夜の対応が中心」「コール対応が中心」等のイメージ

実態は、

夜間・深夜の対応は日中と比べて少なく、利用者からのコールも少ない。(イメージが実態と大きく異なっていることが多い。)

【三菱UFJリサーチ&コンサルティング調査より】

<サービス提供の例>

	0時	2時	4時	6時	8時	10時	12時	14時	16時	18時	20時	22時
月												
火												
水												
木												
金												
土												
日												

水分補給
更衣介助

通所介護

通所介護

排泄介助
食事介助
体位交換

体位交換
水分補給

排泄介助
食事介助

定期巡回

随時訪問

訪問看護

- ・日中・夜間を通じてサービスを受けることが可能
- ・訪問介護と訪問看護を一体的に受けることが可能
- ・定期的な訪問だけでなく、必要なときに随時サービスを受けることが可能

<参考>

1. 第5期介護保険事業計画での実施見込み

平成24年度	平成25年度	平成26年度
189保険者 (0.6万人/日)	283保険者 (1.2万人/日)	329保険者 (1.7万人/日)

2. 社会保障と税の一体改革での今後の利用見込み

平成27年度	平成37年度
1万人/日	15万人/日

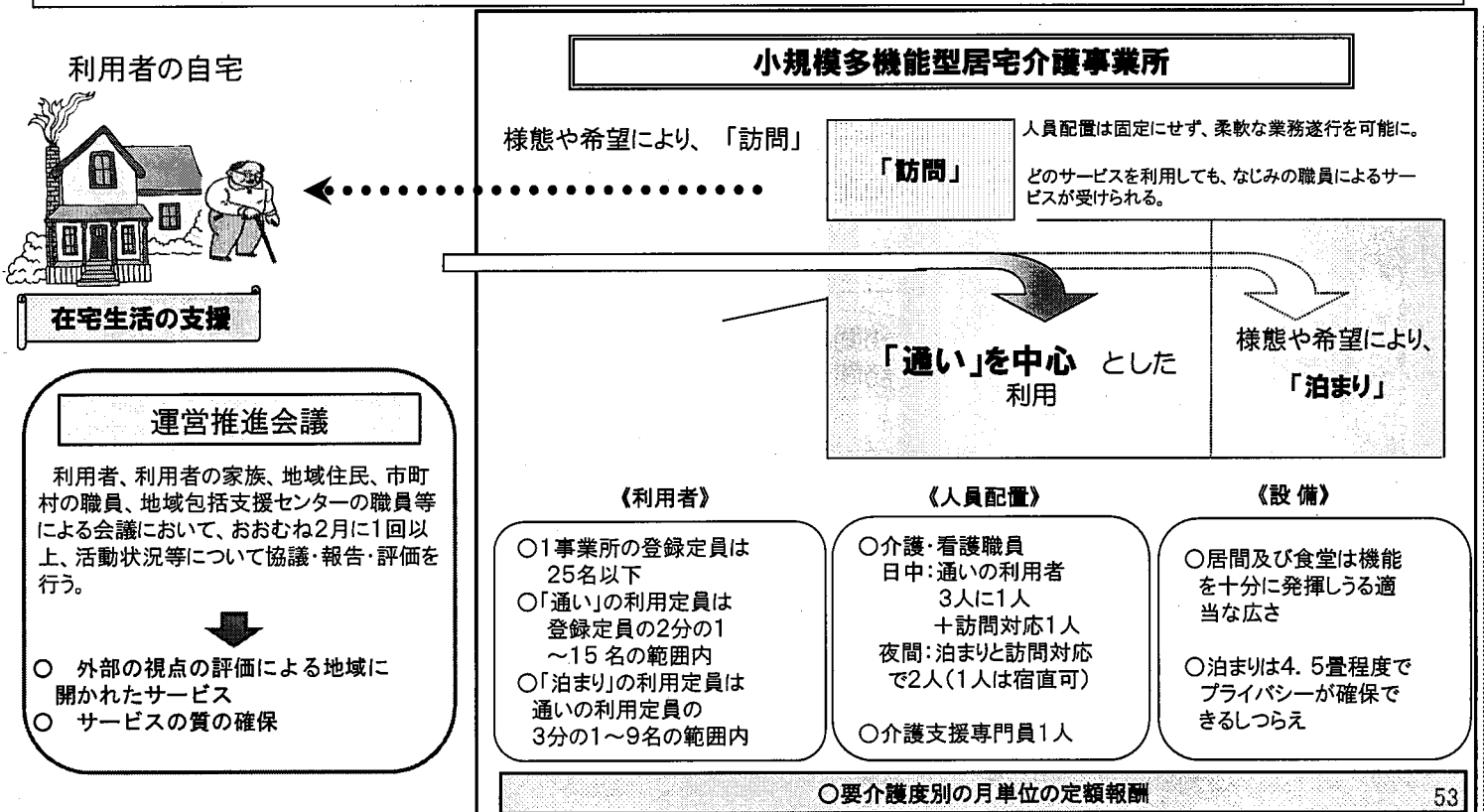
小規模多機能型居宅介護

- 平成25年8月現在、小規模多機能型居宅介護の利用者は約7.6万人であるが、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、在宅生活の限界点を高めるため、今後もサービスの更なる普及促進を図っていく必要がある。
- 小規模多機能型居宅介護は、平成18年度のサービス創設以降、登録された利用者に対して「通い」を中心に「訪問」や「泊まり」を提供するサービスとしての役割を担ってきたが、「訪問」の提供が少なく、「通い」に偏ったサービスとなっている事例も見受けられる。
- 重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、「訪問」を強化する必要性が高く、さらに今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている。
- 具体的には、事業者の参入を促すとともに、地域住民に対する支援を柔軟に行うことが可能になるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の役割を見直す必要がある、以下の点について今後検討していく必要がある。
 - ・ これまでのように「通い」を中心としたサービス提供に加え、在宅での生活全般を支援していく観点から、「訪問」の機能を強化する方策
 - ・ 登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和等
 - ・ 看護職員の効率的な活用の観点から、人員配置について、他事業所との連携等の方策
 - ・ 事業所に配置されている介護支援専門員による要介護認定申請の手続きが進むよう周知徹底
 - ・ 基準該当短期入所生活介護事業所（指定短期入所生活介護の人員基準等の要件の一部を満たしていない事業所）が併設できる事業所等への小規模多機能型居宅介護事業所の追加と、専用の居室が必要とされている設備基準の緩和

52

小規模多機能型居宅介護の概要

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された（平成18年4月創設）。



53

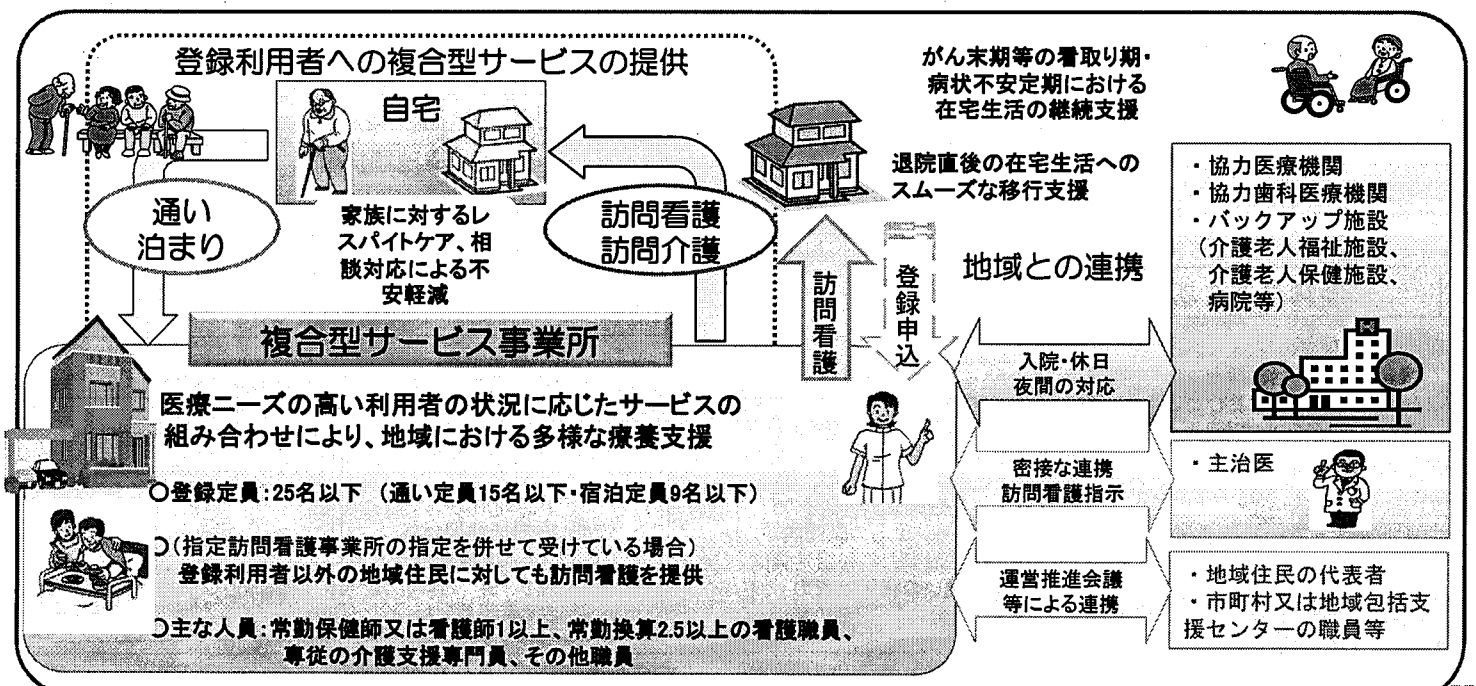
複合型サービス

- 複合型サービスは、医療ニーズの高い中重度の要介護者が地域での生活を継続できるための支援の充実を図る目的で平成24年度に創設されたものである。具体的には「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問介護」といった複数のサービス利用を組み合わせることによって、退院直後の在宅生活へのスムーズな移行や家族の介護負担の軽減を図るとともに、不安が強い看取り期等においても在宅生活の継続に向けた後方支援となり得るサービスである。
- サービス参入事業所からみた複合型サービス開始後の効果としては、看護職が事業所内にいることで医療ニーズの高い利用者に対しても看護が提供でき、介護職員との連携が促進されたこと等が挙げられているが、医療ニーズを有する在宅利用者を訪問看護サービスで支援する上で、「通い」や「泊まり」を組み合わせることが、必ずしも十分に活用されていないといった課題がある。また、複合型サービスへの参入理由は「従来から医療ニーズの高い利用者が増加していたため」が最も多く、参入時に困難であったことは「看護職員の新規確保」が最も多くなっている。
- 平成25年10月末日現在、複合型サービスは、78保険者で90事業所が指定を受け、1,432人が利用しているが、地方自治体において複合型サービスの制度、参入メリット等が十分に理解されていない現状もあるため、更なる普及啓発を図る必要がある。同時に、複合型サービスとして求められている医療ニーズへの対応の更なる充実に向けて、医療機関との連携の強化や、地域のニーズに合わせた登録定員の柔軟な運用等も含めた検討を行っていく必要がある。

54

複合型サービスの概要

- 複合型サービスでは、主治医と事業所の密接な連携のもとで、医療行為も含めた多様なサービスを24時間365日利用することができる。
※ 医療ニーズへの対応が必要で小規模多機能型居宅介護事業所では登録に至らなかった利用者が、複合型サービス事業所では登録できる。
- 事業所のケアマネが「通い」「泊まり」「訪問看護」「訪問介護」のサービスを一元的に管理するため、利用者や家族の状態に即応できるサービスを組み合わせることができる。
- 地域の協力医療機関等との連携により、急変時・休日夜間等も対応可能な体制を構築できる。



通所介護

- 通所介護については、事業内容の自由度が高く、介護や機能訓練に重点を置いたものとレスパイト中心のものがあり、また、事業所の規模やサービス提供時間の長さも異なるなど、様々なサービス提供の実態がある。特に小規模の事業所については、介護報酬単価が高く設定されており、実際に参入事業所数も、小規模事業所の増加が顕著な状況にある。このような実態を踏まえ、その機能に着目した上で、通所介護の事業内容を類型化し、それに応じて介護報酬にメリハリをつけることを検討することが必要である。また、効果的・効率的な事業展開を促進する観点から、サービス提供実態を踏まえた上で、人員基準の緩和を検討することが必要である。
- これらの小規模の通所介護については、少人数で生活圏域に密着したサービスであることから、地域との連携や運営の透明性を確保するため、市町村が指定・監督する地域密着型サービスに位置づけることが必要である。また、選択肢の一つとして、事業所の経営の安定性を図るとともに、柔軟な事業運営やサービスの質の向上の観点から、人員基準等の要件緩和をした上で、通所介護(大規模型・通常規模型)事業所のサテライト事業所に位置づけることや、小規模多機能型居宅介護の普及促進の観点から小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所に位置づけることも検討する必要がある。
- 地域密着型サービスに位置づける場合、その施行時期については、平成28年4月までの間とし、条例制定時期は施行日から1年間の経過措置を設けることが必要である。また、市町村の事務負担を少しでも軽減するため、地域密着型サービス事業所の指定の際の市町村長による運営委員会の実施等関係者の意見反映のための措置の義務付けを緩和して努力義務とするほか、移行に際しての事業所指定の事務、運営推進会議の弾力化等、事務負担の軽減を併せて検討する必要がある。

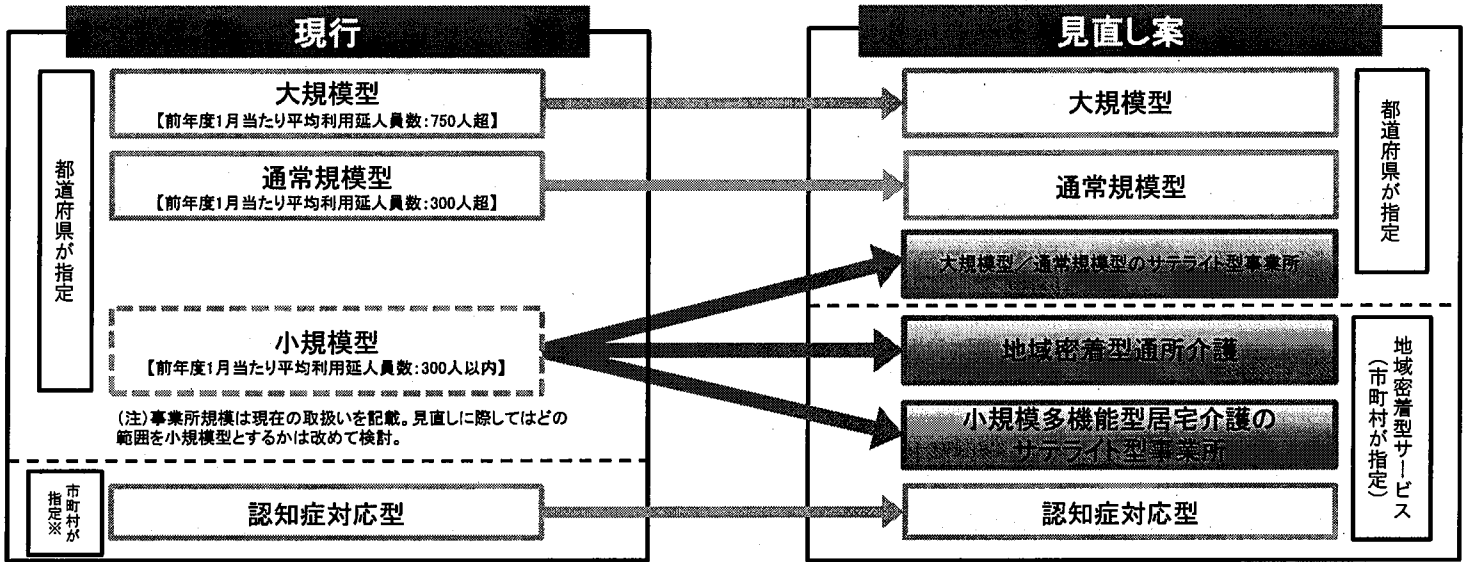
56

- また、通所介護の設備を利用して法定外の宿泊サービスを提供している場合については、泊まりの環境が十分でない等の問題点も指摘されている。このため、利用者保護の観点から届出、事故報告の仕組みや情報の公表を行い、サービスの実態が把握され、利用者や介護支援専門員に情報が提供される仕組みとすることが適当である。
- なお、通所介護と通所リハビリは、高齢者の自立支援を目的としてサービスを提供する機能が期待されており、両サービスについて、整合性がとれた見直しに向けた検討が必要との意見があった。

57

小規模型通所介護の移行イメージ（案）

○ 増加する小規模の通所介護の事業所について、①地域との連携や運営の透明性を確保するため市町村が指定・監督する地域密着型サービスへの移行、②経営の安定性の確保、サービスの質の向上のため、通所介護（大規模型・通常規模型）や小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所への移行を検討。



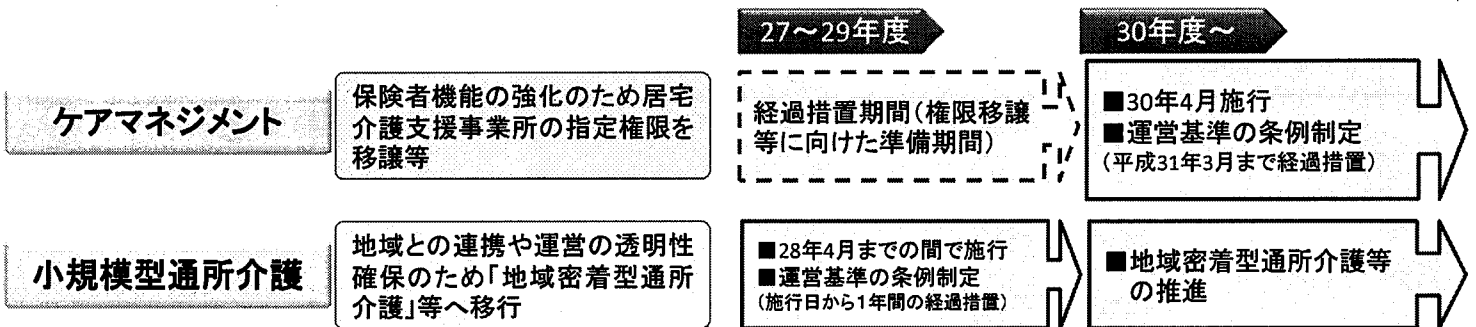
※地域密着型サービス

※地域密着型サービスとした場合の市町村の事務等

- 事業所の指定・監督
 - 事業所指定、基準・報酬設定を行う際、住民、関係者からの意見聴取
 - 運営推進会議への参加 等
- ※地域密着型サービスは、市町村の判断で公募により事業者を指定できる。

居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行のスケジュール

- 居宅介護支援（ケアマネ）事業者の指定権限の市町村への移譲や小規模型通所介護の地域密着型サービスへの移行などを検討中。
- これらは十分な経過措置期間を設けるとともに、市町村の事務負担の軽減等のために必要な支援を行う。



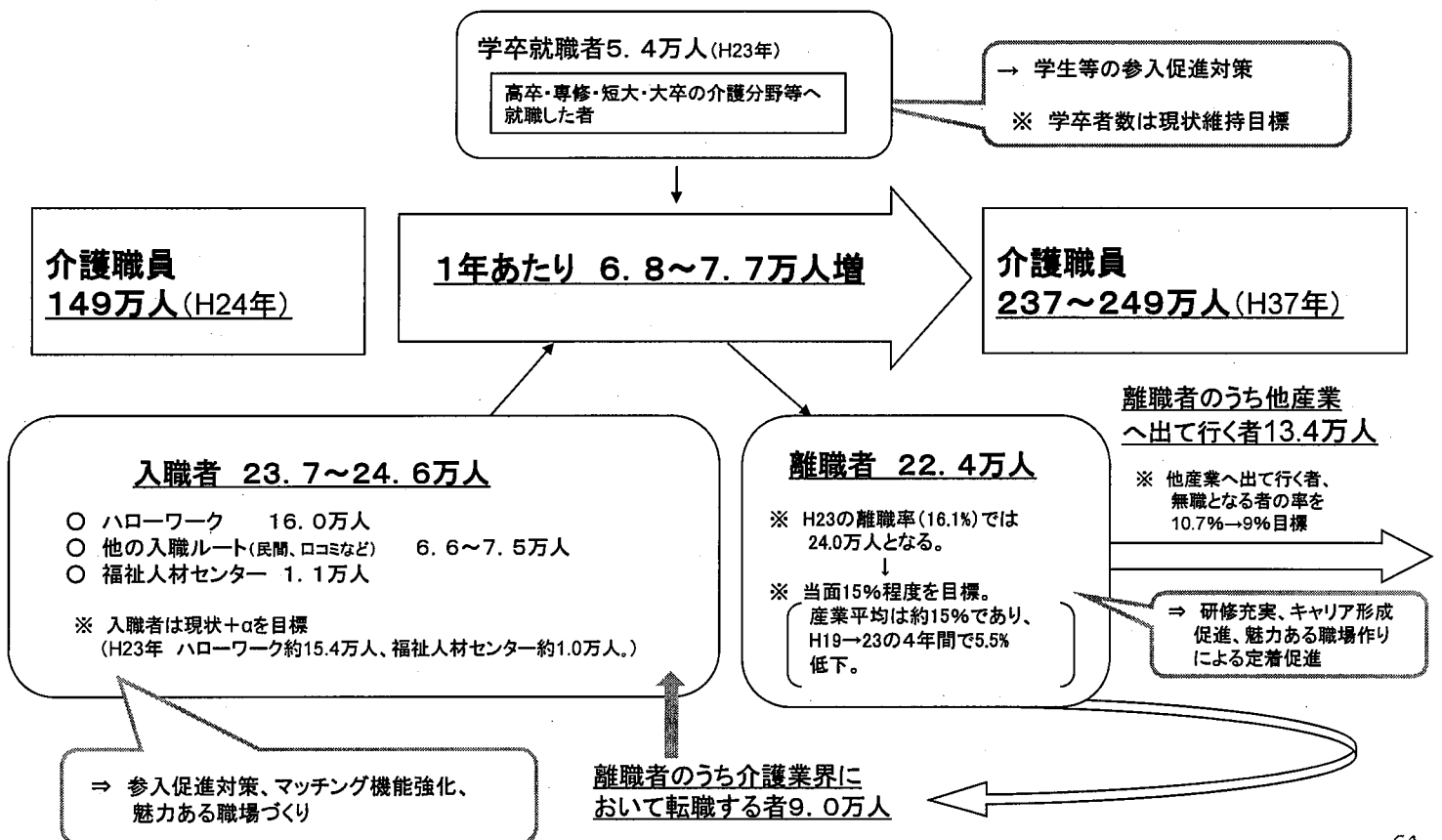
（事務負担の軽減）

・ 市町村の事務負担を少しでも軽減するため、地域密着型サービス事業所の指定の際の市町村長による運営委員会の実施等関係者の意見反映のための措置の義務付けを緩和し、努力義務とするほか、以下のような措置について検討。

- （例）事業所の指定事務 →書類の確認等に係る事務の委託の推進
 集団指導、実地指導→事務受託法人等の活用の推進、都道府県との役割分担
 運営推進会議 →実施方法等の弾力化の推進

5 介護職員の人材確保

介護人材確保における当面の見通しについて



介護人材の確保

国・都道府県・市町村・事業者の主な役割

国

- ・介護報酬改定等を通じた処遇改善の取組等、4つの視点に基づき総合的に施策を推進
- ・介護保険事業(支援)計画の基本指針と連動した福祉人材確保指針や介護雇用管理改善等計画の見直し
- ・介護人材の需給推計ツールの提供など都道府県への支援

都道府県

- ・介護保険事業支援計画等に基づき、介護職員の研修など、4つの視点からの取組
- ・必要となる介護人材の需給推計の実施
- ・関係団体や関係機関などを集めた協議会の設置運営

市町村

- ・事業者の介護人材確保に向けた取組の支援
- ・生活支援の担い手を増やしていくための取組

事業者(事業者団体)

- ・選ばれる事業所となるための魅力ある職場作り等も含めた介護職員の処遇改善への取組
- ・業界自らのイメージアップへの取組
- ・業界全体としてマネジメントに関する情報の提供と意識改革
- ・複数事業所が共同で採用や研修を行うなど事業所の連携強化

視点①: 参入の促進

介護業界のイメージアップの推進、介護職員の専門性に対する社会的認知度のアップ、情報公表や適切なマッチングなど多様な人材が就労できるような裾野を広げる取組 等

視点②: キャリアパスの確立

研修の受講支援や法人の枠を超えた人事交流の推進などのステップアップやキャリアパスの確立 等

視点③: 職場環境の整備・改善

介護職員の負担軽減のための介護ロボットの開発促進やICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化などの職場環境の整備・改善 等

視点④: 処遇改善

介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討 等

62

4つの取組の視点

視点①: 参入の促進 (その1)

ハローワークでの取組

ハローワークに「福祉人材コーナー」を設置、介護職員として介護分野で働こうとする者について、マッチングを実施



福祉人材センターでの取組

都道府県福祉人材センターにおいて、福祉の仕事の紹介あっせん・マッチング、合同面接会、職場体験、セミナー、中高生へのイメージアップなどを実施

介護福祉士等修学資金貸付事業

【貸付内容】

- 貸付額(上限)
 - ・学費 5万円(月額)
 - ・入学準備金 20万円
 - ・就職準備金 20万円
 - ・生活費 4万2千円(月額)
 - 生保世帯等の子どもに貸与する場合に上乘せ

○貸付利子: 無利子

5年間継続して福祉・介護分野の事業所で就労した場合に、返済を全額免除

イメージアップへの取組

- 介護職員合同入職式を開催し、介護職員に対し知事が激励(埼玉県における取組)
- 小学校・中学校・高校へ介護職の実態を描写した図書を寄贈(広島県における取組)
- 介護に関する漫画のイラストを活用したパンフレットの中学校、高校等への配布や、ローカル放送を活用したテレビによる広報(高知県における取組)

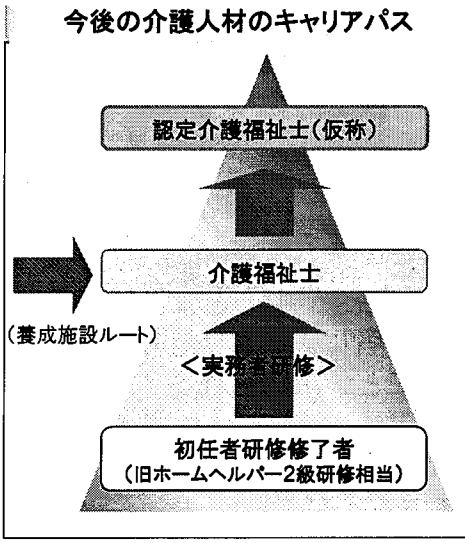
参入を促進していくための取組を強化していく方向性

- ① 学校、学生、保護者等に対する介護職の魅力の広報、入職を促進するためのイメージアップを図る取組の推進
- ② 地域の生活支援(高齢者の見守り・配食等)の担い手を増やすなど裾野を広げる
- ③ 介護分野で働こうとしている方が、事前に事業所の状況を知ることができるよう、情報公表制度を活用した介護職員の労働条件などの公表を推奨
- ④ ハローワークや都道府県福祉人材センターでの介護分野への就職支援の取組
- ⑤ 潜在的有資格者等の再就業を促進するための研修等実施

63

視点②：キャリアパスの確立

<国における取組例>



介護キャリア段位制度(内閣府)

レベル	レベルの特徴
プロレベル	7 分野を代表するトッププロフェッショナル
	6 ・プロレベルのスキル
	5 ・高度な専門性、オリジナリティ
4	チーム内でリーダーシップ
3	指示がなくとも、一人前の仕事ができる
2	指示のもと、ある程度の仕事ができる
1	職業準備教育を受けた段階

人事評価や処遇決定への活用可能性



能力開発やスキル向上に役立つか(介護職員へのアンケート)



<事業者における取組例>

(期待される取組の例)

- ・介護職員の技術を向上させる取組
- ・職位に応じた賃金体系の整備
- ・経験年数等に応じた業務内容の高度化等魅力ある職場づくり
- ・介護職員に他分野など様々な経験の機会を付与
- ・新人職員に対し先輩職員を教育係とするなど社内教育の充実等

<県における取組例>

- ・セミナー等の開催を通じ事業所に対するキャリアパス制度導入を支援(静岡県取組)
- ・経験や資格に応じたモデル給与表を提示し、事業所での処遇改善を促進(埼玉県取組)

キャリアパスの確立を実現していくための取組を強化していく方向性

- ①専門的な知識を習得しキャリアアップが図られるよう職員に対する研修の受講支援
- ②事業運営規模の拡大や経営の高度化を促進することによる法人の枠を超えた人事交流や研修等の実施の推進
- ③改正後の介護福祉士制度の円滑な施行等(実務者研修の導入、養成施設卒業者に対する国家試験義務付け、準介護福祉士の廃止・介護福祉士への統一化)
- ④認定介護福祉士の具体化に向けた取組など、介護福祉士の資格取得後のキャリアパスの確立
- ⑤介護キャリア段位制度などを活用した事業者によるOJT研修の促進
- ⑥事業者(管理者)の人材マネジメント能力の強化のための取組の推進
- ⑦常勤職員を増加していく上で有効な在宅サービスの普及等

64

視点③：職場環境の整備・改善

介護ロボットの開発支援

<今後の開発等の重点分野の例>

○移乗介助①

ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器



○移乗介助②

ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器



中小企業労働環境向上助成金

重点分野等の中小企業が、雇用管理責任者を選任し、雇用管理改善につながる例えば以下の事項について、就業規則・労働協約を変更することにより制度を新たに導入、又は介護福祉機器の導入を行った場合に、助成金を支給する。

○評価・処遇制度

評価・処遇制度、昇進・昇格基準等を導入し実施 ⇒ 40万円助成

○介護福祉機器(介護事業所のみ)

介護福祉機器等を導入 ⇒ 導入費用の1/2助成(上限300万円)

介護サービス情報の公表制度

○介護サービス情報

<基本情報>

- | | |
|---------------|--------|
| 1 事業所の名称、所在地等 | 4 利用料等 |
| 2 従業者に関する情報 | 5 法人情報 |
| 3 提供サービスの内容 | |

<運営情報>

- | | |
|----------------|------------------|
| 1 利用者の権利擁護の取組 | 5 適切な事業運営・管理の体制 |
| 2 サービスの質の確保の取組 | 6 安全・衛生管理等の体制 |
| 3 相談・苦情等への対応 | 7 その他(従業者研修の状況等) |
| 4 外部機関等との連携 | |

○介護従事者に関する情報の具体的な公表内容例

<職種・勤務形態別の採用・退職者数>

採用・退職者数	介護職員		介護支援専門員	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度の採用者数	4	1	2	1
前年度の退職者数	3	0	1	0

職場環境の整備・改善のための取組を強化していく方向性

- ①介護職員の負担軽減(介護職員の腰痛予防等)を図るために介護ロボットの開発促進
- ②介護福祉機器の導入など職場環境の整備を図るために助成金の活用
- ③介護分野で働こうとしている方が、事前に事業所の状況を知ることができるよう、情報公表制度を活用した介護職員の労働条件などの公表(再掲)
- ④ICTを活用した情報連携の推進・業務の効率化等

65

視点④：処遇改善

- 介護職員の処遇改善について、これまで介護報酬改定等により取り組んできている。
 - <平成21年4月>
 - 平成21年度介護報酬改定でのプラス3%改定
 - <平成21年10月～平成24年3月>
 - 介護職員処遇改善交付金（補正予算）
 - <平成24年4月>
 - 平成24年度介護報酬改定でのプラス1.2%改定
 - 介護職員処遇改善加算の創設（介護職員処遇改善交付金による処遇改善の継続）
- 介護職員の賃金水準の改善のためには、介護報酬の改定を通じた取組が中心となるが、職員のキャリアパスにあわせた賃金制度を事業所で整備するなど事業者による取組みも非常に重要であり、そのためには施設長等の管理者が高い意識を持つことが求められる。
- また、事業者の介護職員の処遇改善に対する取組について、介護分野で働くことを希望している者にホームページなども活用して積極的に周知していくことも重要である。



処遇改善に向けた取組を強化していく方向性

- ・介護報酬の改定を通じて、介護職員の更なる処遇改善を図るとともに、事業者による取組の促進策を検討
- ・施設長や人事労務管理者などに対する研修の実施 等

66

6 消費税率引き上げへの対応

介護保険サービスに関する消費税率8%への引上げ時の対応

I. 改定率について

- 平成26年度の介護報酬改定は、本年4月1日に予定されている消費税率8%引上げに伴い、介護サービス施設・事業所に実質的な負担が生じないように、消費税対応分を補填する必要がある。
このため、0.63%の介護報酬改定を行う。

II. 介護報酬における対応

- 上乘せの方法としては、基本単位数への上乗せを基本としつつ、消費税負担が相当程度見込まれる加算があれば、それらにも上乘せを行う。
- 具体的な算出に当たっては、「平成25年度介護事業経営概況調査」の結果等により施設・事業所の課税割合を適切に把握した上で、消費税率引上げに伴う影響分について必要な手当を行う。
- 基本単位数への上乗せ率は、各サービスの課税割合に税率引上げ分を乗じて算出する。
- 加算の取扱いについては、基本単位数に対する割合で設定されている加算、福祉用具貸与に係る加算の上乗せ対応は行わない。
- その他の加算のうち、課税費用の割合が大きいものについては、基本単位数への上乗せ率と同様に課税費用に係る上乘せ対応を行う。

また、課税費用の割合が小さいものなど、個別に上乘せ分を算出して対応することが困難なものについては、基本単位数への上乗せに際し、これらの加算に係る消費税負担分も含めて上乘せ対応を行う。

III. 基準費用額、特定入所者介護サービス費(居住費・食費関係)、区分支給限度基準額

- 基準費用額については、平均的な費用の額等を勘案して定められるものであり、食費、居住費の実態を調査した結果を踏まえて据え置く。
- 利用者の負担限度額については、入所者の所得状況等を勘案して決めていることから見直さない。
- 区分支給限度基準額については、消費税引上げに伴う介護報酬への上乗せ対応を行うことにより、従前と同量のサービスを利用しているにもかかわらず、区分支給限度基準額を超える利用者が新たに生じること等から、引き上げる。
- なお、特定福祉用具販売と住宅改修に係る支給限度基準額については、当該サービス費は介護保険制度創設時から公定価格ではないこと等から、引き上げない。

居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額の引き上げ

要支援1	4,970単位	⇒	5,003単位
要支援2	10,400単位	⇒	10,473単位
要介護1	16,580単位	⇒	16,692単位
要介護2	19,480単位	⇒	19,616単位
要介護3	26,750単位	⇒	26,931単位
要介護4	30,600単位	⇒	30,806単位
要介護5	35,830単位	⇒	36,065単位

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	特別養護老人ホーム芙蓉苑	事業所分類	連携型	氏名	仁平 不二雄
-----	----	--------------	-------	-----	----	--------

タイトル：退院から在宅生活を支援した例

事例	年齢	86	性別	女性	要介護度	4
	世帯状況	独居	（生活自立度 A2：認知症自立度 II b）			

サービス利用までの経緯・導入目的等（本サービスを知ることになった経緯含む）

平成24年11月21日、娘から地域包括支援センター宛に連絡があり、自宅で転倒し動けないとの事。救急搬送手配し包括職員ほか居宅職員数名で訪問。救急搬送結果、近隣の病院に入院となる。
数日前に包括で相談を受けていたばかりで、これから認定を受ける段階であった。家族や入院先の医師、看護師及び包括職員、ケアマネ、計画作成責任者によるカンファレンスがなされた。結果、他区に住んでいる娘が店舗のある実家へ通っているため、日中の介護力はあるが、夜間は完全に独居となるため退院後から本サービスを導入し夜間の安否確認を主目的として利用に至った。

期間	H24年	12月	4日	～	年	月	日
利用サービス 《社会資源含む》	福祉用具・通所介護						

結果

当初要介護5が出て、筋力低下が顕著であった。サービス利用初心者であり、うつ傾向で心療内科にも通っていたため、外部から人が来ることに對して本人がどう感じるかが家族の懸念になっていたが、実際にサービスを提供する中で、時間を掛けながら徐々にコミュニケーションが取れるようになった。就寝前の服薬管理と安否確認、パジャマ更衣を基本とし、必要に応じてトイレ誘導を行った。また、店舗の繁忙期などには、臨時に日中の食事の用意やトイレ誘導などの活動も行っている。

退院後には当該事業所に併設している通所介護への利用も開始している。はじめは戸惑っており、なかなか集団になじめない様子があったが、ヘルパーが時折顔をのぞかせて様子を確認する事で、顔なじみのスタッフが近くに居る安心感もあり、次第に慣れてきた様子。

退院時はほとんどベッド上の生活だったが、1年経った今では大分活動的になり、行動範囲も広がっている。更新申請の結果、要介護4になった。担当ケアマネから、介護度が軽くなったといっても独居であることに変わりはなく、今まで通りの支援が必要であるとの考えから計画内容は継続となり、ご家族からも『区分支給限度額の範囲内で同じ活動をしてもらえて本当に良かった』という声を頂いている。

考察

それまで自立で生活していた母親が、ある日を境に突然要介護状態となり、介護生活を余儀なくされた家族にとっては、いままでとは世界が180度変わってしまうような状況である。

実際に退院してみないと、どこまでのサービスが必要かが分からないような場合に於いて「在宅に帰る」という決断をするためには、『有る程度何とかなるだろう』という目安と、それを裏付ける安心感が無い事には判断が出来ないように思う。『介護しながらでも今まで通りお店（仕事）を続けたい』という思いと『母親の介護をしながらお店が続けられるのか？』という葛藤の中、最後に背中を押したのは当該サービスの存在とその活用であったと当該家族は振り返っている。

実際にサービスを利用し、娘のみならず周りの家族による支援や本人の努力が前提にあるものの、「一番住み慣れた場所で生活を続ける」という当然のようではなかなか実現が難しい事が出来ている。この事実こそが当該サービスの魅力であるように思う。

倫理的配慮

本事例報告を作成および公表するにあたり、ご家族に氏名、住所等個人の特定につながる情報を公表しない旨を説明し、協力の同意を得た。

◆ケース詳細◆

<p>身体状況 倒れるまでは2階で布団を敷いて寝ていた。インフルエンザ予防接種を受けたころから歩行がおぼつかなくなり娘が包括へ相談を持ちかけていた矢先に2階で倒れて動けなくなる。</p>	<p>生活状況 駅前で自営業を営む（自宅兼店舗）主に2階部分が生活空間であった。店番をするために娘が他区から通っているため、日中は人の眼があるが夜間は独居となる。</p>	<p>意識状態 基本的な受け答えは可能。時折支離滅裂、妄想・幻覚がみえることもある。</p>
--	--	---

<p>看護サービス</p>	<p>無 /</p>
---------------	------------

<p>介護看護目標（一体型は看護目標含む）</p>
<p>①夜、家族が帰ったあとも安心して過ごせる。 ②トイレに行く際に転倒に注意したい。 ③就寝薬がきちんと飲める。</p>

週間計画① サービス導入 H24年 12月～
看護サービス： 無（ ）

ポイント 店舗繁忙期や家族対応出来ない日は臨時に活動を追加

	日	月	火	水	木	金	土
6:00							
9:00							
12:00							
16:30							
22:00							

定期巡回・随時対応の支援内容
9:00～9:45
トイレ誘導・朝食準備・服薬介助・デイサービス送り出し
12:00～12:30
昼食準備・トイレ誘導
16:30～17:00
夕食準備・トイレ誘導・服薬介助
22:00～22:20
服薬介助・トイレ誘導・水分補給・軽食摂取・義歯洗浄浸け置き・ベッドメイク・パジャマ更衣

定期巡回 随時及び臨時利用

週間計画② サービス導入 年 月～
看護サービス： 無（ ）

ポイント

支援経過	H26 年 1 月現在
<p>当初の目標であった『在宅生活を継続する』という事に関しては順調に経過している。</p> <p>一度だけ深夜に錯乱状態になり、窓から庭を通過して外に出てしまい近所の警察に保護されることがあった。連携先の訪問看護ステーションに相談したところ風邪薬を服用していないか確認するよう指示有り。精神安定剤との飲み合わせの問題もあるとの情報を頂き、家族に確認したところ、当日の昼間に風邪気味だったので市販薬を飲ませたとの事。医師に確認したところ市販薬の服用をすぐ中止するよう指示有り。服用中止してからは落ち着きを取り戻し、元の状態に戻られた。ご家族は『まさか自分が飲ませた風邪薬が元でこんな事になるとは・・・』という自責の念をかかえながらも、『直ぐに対応してもらい、原因が分かって本当に良かった』と当該サービスの利用にさらなる安心感を得たとおっしゃっていた。</p>	

導入後の効果	<p>短時間の訪問により、本人への負担を少なくするとともに、馴染みやすい環境を整えられた。</p> <p>毎晩ヘルパーが来るのが楽しみになり、生活に張り合いができた。結果、生活が活動的になり認定更新結果は今までの要介護5から要介護4になった。</p>
--------	---

本人・家族の様子	導入時	導入後
	<p>家族は、『ヘルパーには来てもらいたいけど、どこまでお願いできるのか、頼める範囲が分からない』。ご本人に至っては『（今まで一人でやってこれたので）ヘルパーは何をしに来るのか？』といった感覚をもっておられた。</p>	<p>夜間の定時訪問がある事で、就寝薬の服薬管理が出来るようになった。結果、不安愁訴や幻覚症状は出ずに落ち着いて生活できている。</p> <p>夜のトイレもその時間に済ませるようにしたので転倒の心配も無くなった。</p> <p>必要なときにはコールを押せば対応してもらえるとという安心感が生まれ、本人家族共に独居生活を継続する支えとなっている。</p>

今後の課題	<p>訪問リハビリや通所介護の追加を検討しているが区分支給限度額との兼ね合いがあり保留となっている。</p>
-------	--

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護にし	事業所分類	一体型	氏名	笹井 美幸
-----	----	----------------------	-------	-----	----	-------

タイトル： 今のままの生活を不安なく淋しくなく続けたい

事例 **年齢** 68歳 **性別** 男性 **要介護度** 2

世帯状況 独居 (生活自立度 J : 認知症自立度 IIa)

サービス利用までの経緯・導入目的等 (本サービスを知ることになった経緯含む)

生活保護で独居。糖尿病ではあるが服薬管理が全く出来ていないため包括からの連絡により訪問介護を開始。毎朝1回、サービスに入ると朝の服薬は出来ているが昼・夕・就寝前の服薬が出来ていない事と食生活の偏りが見受けられた。原因は服薬が面倒であるという気持ちとアルツハイマー型認知症により忘れてしまうという事が判明したため、定期巡回・随時対応型のサービスであれば複数回の訪問が可能となるため服薬を含めた生活全般の見直しが可能となる事をケアマネジャーに提案しサービスの導入となった。

期間 24年 8月 15日 ~ 年 月 日

利用サービス デイサービス 2/W (火・土)
 «社会資源含む» 配食サービス 毎日

結果

サービスの導入により1日3回の服薬が確実に出来るようになった (引っ越し当初は電車の音が気になり不眠の訴えがあったが、規則正しい生活を送れるようになり不眠の訴えも無くなった事から睡眠導入剤の使用を主治医に相談した結果導入剤の処方は無くなった)

1日3回の血糖値測定を行うようになった事で測定値が良くない時は食事内容の確認を行い制限するよう助言をし速やかに訪看へ繋げる事が出来るようになった (偏った食事であったが、バランスよく多品目の食材を摂取出来るようになった)

考察

ヘルパーが訪問する事で服薬管理が出来るようになりそれに伴い体調管理が出来た。薬の一包化をすることで自己管理が出来るのではと提案をしたが、生活保護の為一包化は出来ないと断られてしまったためヘルパー対応となった。ケアマネジャーより区役所の保健師に依頼をしたが対応は困難と断られてしまった。規則正しい生活を送れるようになり、人と接する機会が増えた事で生活に楽しみを感じるようになった

訪問看護が入る事で薬の管理が出来、低血糖や高血糖の傾向となった場合には早めに食事内容や生活を見直す事が出来るようになった。また、ヘルパーが1日複数回入る事により速やかにその日の体調の変化や血糖値測定の結果報告が出来る事で早い対応が出来るようになった。体調悪化が回避され入院する事もなく生活を送る事が出来ている。

倫理的配慮

本事例報告を作成および公表するにあたり、ご本人に氏名、住所等個人の特定につながる情報を公表しない旨を説明し協力の同意を得た。

◆ケース詳細◆

身体状況 糖尿病（インスリン使用）・下肢筋力低下・認知症のために定期訪問による服薬管理が必要	生活状況 ワンルームマンションで独居朝・昼食に関してはおにぎり・パンを中心に摂取、バランスを考慮し夕食は配食を利用	意識状態 薬の種類が多く看護師の管理が必要。血糖値の高低差が激しいため、看護師との連携で病状管理が必要
--	---	---

看護サービス	有 / 介護保険 1/W（水曜日・朝）
血糖値測定の結果による食事の管理管理・インスリンSC・服薬管理（一包化出来ないため薬のセットと促し）・病状に応じた受診の促し	

介護看護目標 （一体型は看護目標含む）長期目標：糖尿病を良好な状態にコントロールする事が出来自宅での	
① 薬の飲み残しが無いようにする ② 糖尿病合併症を起こさない ③ 正しく食事・栄養摂取できる	④ 疾患に対して不安が軽減できる ⑤ 金銭管理を適切に行う事が出来る

週間計画① サービス導入 24年 8月～ ポイント
看護サービス：有（介護保険）

時間	月	火	水	木	金	土	日	ポイント
6:00								訪問看護師が毎週水曜日AM9:00～10:00に訪問サービス内容は薬のセット、受診の促し、状態観察、バイタル測定
7:30	糖値測定・インスリンSC・食事準備・服薬							
12:00			NS					ヘルパーが毎日3回入る事で、血糖値測定を行うが出来る。血糖値測定の数値結果の悪い時は、直ぐに食事内容の見直しと本人への注意喚起を行う事が出来る。看護師への連絡がスムーズに行え指示を仰ぐ事が出来る。
18:00	← 糖値測定	通所	← 薬のセット	← 糖値測定	通所	← 糖値測定		
19:30	糖値測定・食事準備・服薬							
0:00								
6:00								

週間計画② サービス導入 年 月～ ポイント
看護サービス：無（ ）

支援経過 1 年 4ヶ月現在

服薬に対しては3回の訪問により確実に飲めるようになった。サービス導入当初服薬管理のため訪問看護の導入を主治医へ相談するが不要との見解であった。9ヶ月経過後、看護師がアセスメント訪問した際に自分で足の爪を深爪していた。糖尿病のため、足の傷が原因で壊疽する恐れも考えられることから訪問看護一体型へ変更。男性ナースのため本人は先生が来てくれていると信頼し安心している様子で服薬・インスリン・メンタル面で受け入れもスムーズに行われている。

血糖値が不安定な時は、その都度ナースに連絡し指示をもらい対応している。

サービス導入後4か月を経過した頃より、金銭管理が難しく保護費を受け取ると必要以上の買い物をしたり娯楽にお金を使ってしまい公共料金の支払い等に困る事が見受けられた。

ケアマネジャーより安心センターの利用を問い合わせてもらおうと、安心センターの利用対象者に該当しないという事で現在の課題となっている。ケースワーカーと包括に相談し、公共料金と家賃については自動引き落としの手続きをもらった。

日常生活費については、毎日ヘルパーからその日の行動予定を聞き取ったり買い物した物等を話題に出しチェックするようにしている。

調理師であった事に誇りをもっており、ヘルパー訪問時に包丁のセット(5~6丁)とヒ首(あいくち)刃渡り20センチ位の物を自慢げに見せた事があった。ヒ首を持っている事で事故につながる危険を検討するため直ぐにケアマネに報告し警察へ相談した。銃刀法違反とはならない事を確認し、本人の了解を得て刃物の収納場所を本人の手の届かない高所へ移動させてもらった。

体調が良い時は一人で外出できるが、認知症が進行しているため電車に乗ったが降りる駅がわからなくなり警察に保護された事があった。警察より問い合わせがあり迎え入れの準備を整えた事で、パトカーで送り届けてもらった事もあった。

導入後の効果	<p>今まで炭水化物が中心の食事であったが配食弁当を利用する事で、多品目の副菜等を摂取できるようになりそのため血糖値が安定してきた。</p> <p>1日3回の服薬が必要な所、朝の分しか飲めていなかったが導入後3回の服薬が確実にでき病状が安定してきた。</p> <p>月1回の受診も確実に行く事が出来、主治医から看護師への連携で医療的指示を受ける事が出来た。</p>
--------	--

本人・家族の様子	導入時	導入後
	<p>昼間はほとんど寝ている生活を続けていた。</p> <p>食事は満腹感を得るためだけのもので、炭水化物しか摂取していなかった。</p>	<p>朝の訪問時にその日の予定を聞き、屋には近くの川にある遊歩道まで散歩に出掛けたり、買い物へ行き自分の身なりを気にした物を買うようになった。</p> <p>代わる代わる訪問するヘルパーとの会話を楽しみにするようになったが、機嫌の悪い時はヘルパーに当たり文句を言う事もある。</p>

今後の課題	<p>現在の目標は達成できているため、今後も引き続き同じ内容でサービス継続の予定。</p> <p>認知症の進行により金銭管理が出来なくなってきたため、包括・ケースワーカーと今後の対策を相談していく。</p>
-------	---

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	ジャパンケア横浜関内	事業所分類	連携型	氏名	藤枝 季子
-----	----	------------	-------	-----	----	-------

タイトル：指定訪問介護から巡回型のサービスへ

事例 **年齢** 95 **性別** 男性 **要介護度** 3

世帯状況 老老世帯 (生活自立度 A2 : 認知症自立度 IIIa)

サービス利用までの経緯・導入目的等（本サービスを知ることになった経緯含む）

92歳の妻が認知症のご主人の介護をされていたが、妻の体調不良により家事やご主人の服薬管理等が難しくなった。指定訪問介護をお二人とも利用されていたが、小まめな見守り・介助が必要とされている為、定期巡回を利用されることになる。
妻も同時期に定期巡回に移行。

期間 2012年 10月 12日 ~ 年 月 日

利用サービス	定期巡回サービス	訪問診療
「社会資源含む」	訪問看護	介護タクシー
	デイサービス	
	配食サービス	

結果

- 短時間複数回訪問の巡回型サービスに徐々に移行し、都度安否確認・動線の確保を行うことにより異常の早期発見、転倒予防が行えるようになった。
- 転倒時や困った時に妻がコールで呼んでくれるようになった為、緊急時に訪看に繋げたりと対応がスムーズにできるようになった。

考察

- 指定訪問介護では難しい短時間ケアを1日に複数回行えるという特性を活かし、CMと相談しながらアセスメントを行いご夫婦の生活パターンを把握し、必要な時間に必要なケア（安否確認・雨戸の開け閉め・1日3回の服薬介助）を配置することができた。
- ケアコール機を利用することにより、まず介護側へ連絡を頂き、訪問看護への連絡を必要時にこちらから行うことで、適切なケアが行えるようになったと思われる。

倫理的配慮

◆ケース詳細◆

身体状況 変形性脊椎症 左側に傾いて歩行されており転倒の危険が高いが杖が嫌いで使用されない 慢性心不全・閉塞性動脈硬化症 認知症 ペースメーカー使用	生活状況 92歳（要介護2）の妻と二人暮らし 子どもはいないが、甥や姪が時々訪問して支援してくれている	意識状態 認知症が徐々に進行しており、可愛がっていた甥のこともわからなくなっている
---	--	---

看護サービス	有 / 介護保険
ご夫婦とも週2回（火・木）訪問看護を利用されていた ○服薬セット、全身状態の観察等 2013年4月～ 週1回ずつ夫（火）妻（木）のご利用となる	

介護看護目標（一体型は看護目標含む） ① 薬の飲み忘れがないよう、確認する。 ② 部屋の中が移動しやすいよう、整理・掃除をする。 ③ バランスの良い食事が摂れるよう、調理配膳を行う。

週間計画① サービス導入 2012年 10月～
 看護サービス： 有（ 介護保険 ）

	月	火	水	木	金	土	日
9:00							
9:00	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
15:00	買物 調理 服薬介助	調理 服薬介助	調理 服薬介助	調理 服薬介助	買物 調理 服薬介助	調理 服薬介助	調理 服薬介助
16:00							
17:00							

ポイント

- ◆定期巡回サービス（夫・妻）
 朝 服薬介助（朝薬介助・昼薬セット）
 食事準備・掃除
 水曜のみ デイサービス送り出し
 夕 服薬介助（昼薬確認・夕薬セット）
 夕食準備
 月・金 買物
 月1回 通院介助
- ◆訪問看護（夫・妻）
 火・木 服薬セット（1週間分）、全身状態の観察等

週間計画② サービス導入 2013年 9月～
 看護サービス： 有（ 介護保険 ）

	月	火	水	木	金	土	日
6:00	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り
7:00							
8:00							
9:00	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除	服薬介助 調理・掃除
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00	服薬介助	服薬介助		服薬介助	服薬介助	服薬介助	服薬介助
15:00							
16:00	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り	雨戸開け・洗濯取り
17:00							
18:00							
19:00	服薬介助	服薬介助	服薬介助	服薬介助	服薬介助	服薬介助	服薬介助

ポイント

- ◆定期巡回サービス（夫・妻）
 6時 雨戸開け・洗濯取り
 9時 服薬介助・調理・掃除
 13時 服薬介助
 16時 雨戸閉め・洗濯取り込み
 19時 服薬介助
- ◆訪問看護
 火（夫）服薬セット（1週間分）、全身状態の観察等
 木（妻）

支援経過	2013 年 12 月現在
訪問介護利用時 ○ 1日2回の食事準備・服薬介助・掃除・買物など ○ 昼・夕の食事をヘルパーが調理し、朝ケア時に朝食後薬介助と昼食後薬のセット、夕方ケア時に昼薬の服薬確認と夕食後薬セット、次の日の朝に夕食後薬の服薬確認を行っていた ○ 買物・掃除で朝・夕ケアとは別に週2回長時間のケアを行っていた 定期巡回に移行後 2012年10月～ ○ 掃除を毎朝少しづつ行う事で長時間ケアをなくす ○ 朝お金を預かり空き時間に買い物を行い夕方ケア時に持っていくことで家事支援の効率化を図る 2013年3月～ ○ 服薬忘れが多くなってきた為、昼ケア追加し服薬確認を行う ○ 昼・夕、配食サービス利用開始→昼・夕調理終了 2013年9月～ ○ ご夫婦とも転倒が増え随時コールも増えてきたため、朝6時雨戸開け、夕方16時雨戸閉めケア追加 ○ 訪問時に足元に躓きそうなものがないか確認、冷暖房等適宜室温調整を行う	

導入後の効果	服薬が確実に出来るようになり、体調が安定してきた。 1回のケアを短時間にする事により巡回型のサービスへ転換。 動線の確保・安否確認を頻繁に行うことにより転倒予防ができるようになった。
--------	---

本人・家族の様子	導入時	導入後
老老介護による妻の介護疲れが見られ、夫に対する言動・対応が厳しくなることがあった。ご家族が施設入所も検討していた。		妻が随時コールで呼んでくれるようになり、徐々に負担が軽減された。一日何度も来てくれるから二人でも寂しくないし、できれば最期まで家にいたいと妻から話が聞かれるようになった。

今後の課題	夫の認知症が徐々に進行しており、妻にも認知症が見られてきている。妻が緊急時に訪問要請ができなくなった場合どうするか。 古い家屋の為段差も多く転倒の危険が多い。
-------	--

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	デリバリーケア	事業所分類	一体型	氏名	窪田俊
-----	----	---------	-------	-----	----	-----

タイトル：随時対応型訪問介護看護サービスに於ける在宅ケアの可能性と問題点

事例	年齢	85	性別	女性	要介護度	3
	世帯状況	長男 長男嫁 孫2人同居		(生活自立度 B1 : 認知症自立度 IIIa)		

サービス利用までの経緯・導入目的等（本サービスを知ることになった経緯含む）

週3日のデイサービス、週1日の訪問介護で入浴・買い物支援を行っていましたが、血尿が見られ受診の結果膀胱癌との診断、手術の為1か月入院。退院後には体力低下もあり、定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスの導入が決まりました。A氏の状態変化に伴い、サービス担当者会議を行い、身体に負担をかけず起居動作が出来る福祉用具の導入、生活リズムの再構築・体力回復・認知症への対応を目的としプランを実施しました。

期間 H25年 4月 24日 ~ H25年 7月 14日

利用サービス
 ≪社会資源含む≫
 デイサービス・居宅事業所・福祉用具

結果

退院後の頻繁なトイレ通いに対し、カンパレンスを行い家族の苛立ちを感じた時や周囲の落ち着かない時に見られる傾向が在る事が分かり、認知症による常同行為の可能性が高いと考え、一日複数回の定期訪問を行い、同行への転化作業（水を飲む・顔を洗う・歯を磨く）を認知トレーニングとして家族に指導しながら、集中的に行いました。又、日に3回バイタル測定を行う事で、日内での血圧が、大きく変動するなどの、自律神経症状が確認されました。これにより、脈拍も頻脈傾向にあり、水分摂取量の不足も確認されました。眠りスキャンを使用する事で、介護スタッフが居ない時間帯の状態及び24時間の生活リズムを確認しました。サービス初期に見られた熟眠障害は、深夜の睡眠行動障害・失禁時の随時対応・訪問を行う事で本人に安心感が生まれ、障害の軽減が出来ました。生活リズムの再構築として、離床・トイレ誘導に適した時間が分かった為、定時で行い、歩行時のふらつき・体力低下に対しては、生活リハビリとして日常生活の中で、トイレまでの歩行・口腔ケア・更衣などの自立支援と一緒に、結果家族の負担も減少していきました。MENFISによる身体状態の変化からも、本人にとって適切なサービスを行ったことで、重度だった意思表示・判断・自発性・感情表現が中程度へ改善が確認されました。常同行為・MENFIS・睡眠状態の改善により生活リズムが整い、利用者のニーズに即した個別ケアのケアプランへと変更する事が出来ました。また、この段階になり生活の中での役割の再構築として、買い物支援・昼食準備・洗濯物たたみをサービスに取り入れました。ケアマネジャー・介護・看護職・デイサービス・本人・家族がサービス担当者会議を行い、生活面・ADLの向上が認められることから、家族の要望も踏まえ、体力の在る間は刺激を増やす為にも、デイサービスで過ごして欲しいと考え、週3回デイサービスの利用を決めました。そして本サービスから訪問介護サービスへ移行が決定しました。

考察

- 多職種連携で情報共有を行う事で、自立支援に向けた援助を継続的に出来る事が示唆されました。これにより、その人らしい生活を取り戻す事が出来たと考えられます。
- 高齢者は入院する事で、それ以前の生活を取り戻す事は困難です。ケアマネジャーの役割が大切なことは言うまでもないですが、果たして従来の短時間での利用者との接触でのアセスメントが有効かは疑問です。
- サービスの為のアセスメントではなく、利用者にとってのニーズ・ニードを掴むためには専門的な視野が必要です。
- 今回の事例では24時間通して情報収集が行われ、医療・介護両視点から根拠に裏付けられたサービスの提供が行えたと考えました。
- ケアマネジャーと本サービス事業者との共同マネジメントにおいて、介護保険の根本理念となる自立支援を可能にしました。
- 本サービスを一つの選択肢と捉えずに、利用者にとってのニーズに即した個別ケアプランを作成する為の、アセスメント機能としての有効利用が示唆されたと考えられます。

倫理的配慮

本事例に対する個人情報事は事前に対象者及び家族に伝え書面にて了承を得ています。

◆ケース詳細◆

身体状況 腰痛症 歩行が不安定 高血圧・多血症・白内障・腰椎圧迫骨折 膀胱癌	生活状況 息子夫婦と同居 日中独居	意識状態 アルツハイマー型認知症 抑うつ
---	--------------------------------	-----------------------------------

看護サービス	無 /
月1回のモニタリングにてケアスタッフと連携し、両足の浮腫みの状態を観察し、改善の為マッサージ・足踏み運動の実施する。 腰痛の訴えがある場合は、離床を促し負担の無い姿勢でソファへ誘導し座って貰う。 更衣・入浴介助時に身体観察を行い、体位交換も行う。褥瘡発見時はe-HealthCareを使用し、画像による情報共有を行う。	

介護看護目標（一体型は看護目標含む）
①腰痛の軽減の為、離床時間を増やす。 ②生活のリズムを構築し、生活の中で役割を持たせる。 ③認知症状の進行を抑え、残存機能の維持に努めたい。

週間計画① サービス導入 H25年 4月～
 看護サービス： 無（ ）

	月	火	水	木	金	土	日
5:00	トイレ誘導						
8:30	起床介助						
11:30	トイレ誘導・離床誘導						
13:30	トイレ誘導・離床誘導						
16:30	トイレ誘導・離床誘導						
20:00	就寝介助						
1:00	トイレ誘導・離床誘導						

ポイント

夜間の定期巡回外の排泄・失禁時には、随時の対応を行う。
 身体に負担をかけず、起居動作を行う為、福祉用具の導入。
 看護師指導により、腰痛症を目的とし、離床を促し楽な姿勢で座って貰い、足踏み運動も同時に実施。
 認知症への対応として、常同行為への転化作業（水分補給・洗顔・口腔ケアなど）を実施
 以上を一日複数回の定期訪問により実施。

週間計画② サービス導入 H25年 5月～
 看護サービス： 無（ ）

	月	火	水	木	金	土	日
4:00	トイレ誘導						
7:30	起床介助						
9:40			デイサービス送迎			デイサービス送迎	
10:30	トイレ誘導・離床誘導・買い物支援						
15:00	トイレ誘導・離床誘導・洗濯物たたみ						
16:20			デイサービス送迎			デイサービス送迎	
20:00	就寝介助						

ポイント

状態の改善により、ケアプランを変更。
 （週間計画②参照）
 週2日のデイサービス再開に伴い、送迎時の立ち会い。生活リズムの再構築として、離床・トイレ誘導に適した時間が分かった為定時で行い、歩行時のふらつき・体力低下に対しては生活リハビリとして日常生活の中でトイレまでの歩行・口腔ケア・更衣などの自立支援を一緒に実施し、家族の負担を軽減させた。生活の中で役割の再獲得として、買い物支援・昼食準備・洗濯物たたみを一緒に実施。

支援経過 平成25 年 7 月現在

- ①腰痛の軽減：看護師のモニタリングにより、同じ姿勢で長時間の臥床が原因と指摘。適時離床を促し、看護師の同行訪問により指導を受けて、ソファへ誘導し負担が掛からない姿勢での座位保持を実施。足踏み運動も同時に行いました。。
- ②生活のリズムを構築し、生活の中で役割を持たせる：本人に適した訪問時間が24時間のアセスメントにより分かった為、起床・就寝・排泄を定時で訪問。買い物支援を行い、会計時には本人に行って頂くよう誘導した。
- ③認知症状の進行を抑え、残存機能の維持に努めたい：認知症の常同行為を転化作業にて実施。生活リハビリ（排泄誘導・口腔ケア・手洗い・洗顔など）を、一緒に実施。

導入後の効果 サービス終了時まで継続実施、これにより痛みの訴えは激減。生活にリズムが生まれ、メリハリのある生活を送っていた。定期的に外出する時間が作れ、買い物時には店員と会話するなど、社交性が引き出せた。常同行為は見られなくなり、転化作業において口腔ケア・洗顔・整容・排泄を行っていたため、残存能力の維持に成功、現在も自分でやっている。MENFISでも状態の改善が見て取れた。

本人・家族の様子	導入時	導入後
本人の様子：体力・気力の低下、抑うつ、認知症の進行。 家族の様子：苛立ちと疲労感。		本人の様子：ADL向上、BPSDの減少、意欲向上 家族の様子：介護負担の減少、安心感を持たれた。体力があるうちにデイサービスへ行って欲しいとの要望。

今後の課題 ADLに改善が見られ、体力が続く間はデイサービスで体を動かして欲しいと家族からの要望が出ました。その為、デイサービスの利用回数を増やす事に決め、訪問介護へとサービスが変更になりました。家族から出た要望・課題に取り組みますが、クリアした目標を維持・継続する事も重要です。構築した生活のリズム・残存能力の維持には、家族の本人への関わりが大切で、介護指導を行い、認知症状の進行を抑える為にも家族の協力は必要不可欠です。よって訪問介護では、家族負担が増えてしまうのが今後の課題と言えます。現行のサービスで買い物支援を継続して行っていき、社会との関わりを持たせる事を継続していきます。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	ジャパンケア横浜瀬谷	事業所分類	連携	氏名	靄山 輝行
タイトル：独居の方のターミナルケア（医療連携）～最期まで自宅で～						
事例	年齢	80	性別	女性	要介護度	3
	世帯状況	独居（生活自立度 A2：認知症自立度 自立）				
サービス利用までの経緯・導入目的等（本サービスを知るようになった経緯含む）						
<p>約2年半前より、直腸がん末期の診断を受け、ストマを造設し、その後、抗癌剤治療を受けるが、半年後、副作用が強く再入院される。退院後、通院治療を続けたが、症状は進行。ご家族は反対する中、ご本人は自宅での最期を強く希望し、抗癌剤治療等一切を中止し、訪問診療・訪問看護（医療）・訪問介護を利用し暮らしていた。しかし、症状進行に伴い意欲、体力低下が顕著となり、緩和ケア体制強化の為、CMより依頼をいただき開始となる。</p>						
期間	25年 8月 16日 ～ 25年 9月 26日					
利用サービス 〈社会資源含む〉	医療保険：訪問診療 訪問看護 介護保険：定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
結果						
<p>ご本人も「みんながいるから怖くない。長年暮らしてきた自宅が一番いい。ありがとう。」と話をして下さいました。医師の指示のもと、CM、医師、看護、介護間、情報を随時共有し、24時間体制で常にケアの調整が出来た。また、ご家族も積極的にケアに参加して下さいようになり、ご家族、サービス担当者が一丸となり、役割分担しながら、24時間の在宅生活を支えることが出来た。最期はご家族が見守られる中、ご逝去されました。ご本人の希望である「最後まで自宅で暮らしたい」を叶えることが出来た。</p> <p>～私達にもたらして下さいましたこと～</p> <p>状況に応じ、随時、ケア変更等介護の対応力が不可欠であった為、日に複数回事業所内でカンファを実施していた。情報伝達、周知を徹底して臨機応変なケアを実践したことにより介護者としての自信とスキルアップに繋がった。</p>						
考察						
<p>24時間随時情報交換が出来たことにより状態変化、ケア内容及びご本人の思いをケアに関わる全員が共有していた。ご家族、医師、CM、看護、介護間、随時カンファを実施し、ケアの方向性、方法等を明確にしていた。医師より、看護、介護、ご家族へ、事前に状況変化時の対応について、明確な指示が出ていた。ご家族、医師、看護、介護間、役割分担が明確になっていた。</p> <p>～在宅では、病院や介護施設のようにすぐそばに医師はいない～</p> <p>住み慣れた自宅で最期を迎えるというニーズは今後増えていくと思われる。</p> <p>しっかりと地域、医療、介護の連携が出来れば、在宅でのターミナルケアに添えていくことが出来る。介護として積極的にターミナルケアに関わらせていただき、スキルアップをしていくことが必要不可欠と考える。</p>						
倫理的配慮						
人と人とのつながりを通じて、「自分らしさ」の実現に貢献する。（～今やるべきことは何か～）						

◆ケース詳細◆

<p>身体状況 室内はつかまり歩行にて移動可能。更衣やトイレでの排尿、ストマ管理もご本人で出来る。入浴は介助が必要。</p>	<p>生活状況 独居 調理、洗濯等の家事援助と服薬介助及び、随時対応（転倒時、気分不快時等はヘルパー訪問）により、ご本人のペースで生活出来る。好きなものを食べたいと要望あり。</p>	<p>意識状態 意識明瞭、意思疎通良好ながら、服薬等を忘れてしまうことはある。新サービスの導入に気を張っておられる様子もあつてか多弁。笑顔でたくさんお話をして下さい。活気あり。</p>
---	--	---

<p>看護サービス 有 / 医療保険</p>
<p>週3回の入浴介助。身体状況の確認及び、清潔保持及びストマ交換。服薬のセッティング。 ヘルパーへの助言・指示 ・胸苦の訴えがあつた場合には、ベッドをギャッチアップする。 ・屯用の痛み止めの服用数を把握できるよう、訪問時に頓服薬の残数を確認し、カレンダーに記入する。 ・状態変化時は看護へ連絡し、指示を仰ぐ。緊急時は、看護へ連絡し、看護から医師へ連絡する。</p>

<p>介護看護目標（一体型は看護目標含む）</p>
<p>①早期信頼関係の構築。体調変化に留意し、最期まで安心して在宅生活が送れるよう支援していく。 ②調理を行う際は、献立を決めていただく等でご本人にも参加していただき、食事を楽しんでいただく。 ③医師指示に従い、服薬介助を行い、確実に薬を服用していただく。</p>

サービス導入 2013年 8月15日
週間計画① 看護サービス： 有（ 医療保険 ）

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00				・オペレーションサービス ・随時訪問			
12:00							
18:00		調理・服薬介助・洗濯・掃除					
23:00							

ポイント

<ul style="list-style-type: none"> ・信頼関係の早期構築を目指し、傾聴を基本にコミュニケーションを取っていく。 ・ご本人の訴え、顔の表情、ADL等、体調変化を見逃さないよう観察していく。 ・調理はご本人と相談しながら献立を決め、食事を楽しみにしていただく。 ・服薬は医師指示に基づき、看護と連携し、確実に介助、確認していく。 ・掃除・洗濯等、家事環境を維持していく。

サービス導入 2013年 9月1日
週間計画① 看護サービス： 有（ 医療保険 ）

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00	調理・服薬介助			・オペレーションサービス ・随時訪問			
12:00							
18:00	服薬介助・安否確認						
23:00							

ポイント

<p><開始約2週間のアセスメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・同時間帯（夕方）において胸苦を訴えるコールがあり、随時訪問し、頓服薬を服用していただいたことが数度あり。 ・定期訪問時、「心細い、寂しい、不安等」の言葉が聞かれていた。 <p>⇒ <ケア内容の変更・追加調整></p> <ul style="list-style-type: none"> ・胸苦の訴えが生じやすい時間帯に訪問。 ・メンタル面をケアしていく。

◆ケース詳細◆

<p>身体状況 転倒後、立ち上がり、立位、歩行不可。尿意低下、自力排泄、ストマ管理不可。足の浮腫も顕著となり痛み訴えあり。ベット上にて食事、水分は自力摂取可。嚥下状態は良好。</p>	<p>生活状況 9月6日に自宅で転倒される。外傷、骨折等はないが、倦怠感、気分不快の訴え増加。24時間ベット上での生活となる。「寝ているだけだけど、やっぱりお家がいいよね」と言葉あり。</p>	<p>意識状態 入眠中及び眠そうな様子が増えてきたが、覚醒時は意識明瞭。意思疎通良好。食事の献立を決めていただくのも継続している。「皆さんがいるから安心よ」と笑顔でお話をして下さる。</p>
--	---	--

<p>看護サービス</p>	<p>有 / 医療保険</p>
<p>週3回の入浴介助により、身体状況の確認及び、清潔保持及びストマ交換。服薬のセッティング。 ヘルパーへの助言・指示 ・胸苦の訴えがあった場合には、ベッドをギャッチアップする。 ・屯用の痛み止めの服用数を把握できるよう、訪問時に頓服薬の残数を確認し、カレンダーに記入する。 ・状態変化時は看護へ連絡し、指示を仰ぐ。緊急時は、看護へ連絡し、看護から医師へ連絡する。</p>	

<p>介護看護目標（一体型は看護目標含む）</p>
<p>① 体調等の変化に留意し、最期まで安心して在宅生活が送れるよう支援する。 ② 24時間ベット上での生活が成り立つよう支援する。 ③ 献立を決める等ご自身の意思を尊重しながらケアにあたる。</p>

サービス導入 2013年 9月7日
週間計画① 看護サービス： 有 (医療保険)

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00							
18:00							
23:00							

各時間帯：おむつ交換・服薬介助・配下膳・安否確認

・オペレーションサービス
・随時訪問

ポイント

⇒<状態急変の為、ケア内容の変更・追加調整>
 ・おむつ交換、及びストマ内の便の破棄の介助を開始。ご家族とも相談し「夜間に訪問すると本人もびっくりするから」とのことで、1日3回のおむつ交換で様子を見ることとなる。
 ・食事はご家族が用意して下さることとなり、配膳、下膳、服薬のタイミングでの定期訪問に調整。

サービス導入 2013年 9月9日
週間計画① 看護サービス： 有 (医療保険)

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00							
18:00							
23:00							

各時間帯：おむつ交換・服薬介助・配下膳・安否確認

・オペレーションサービス
・随時訪問

おむつ交換・下膳・安否確認

ポイント

⇒<保清強化の為、ケア内容の変更・追加調整>
 ・眠っている時間が増えてきた。
 ・おむつ交換にも慣れ、尿量も多い為、夜間帯のおむつ交換を追加させていただく。
 ・足がベッドから落ちてしまうとご本人でベッドの上に戻せないとのことで、L字柵の位置を変更する。
 ・臥床位が一定の為、体位変換を行なう。

◆ケース詳細◆

<p>身体状況 ベット上寝たきり。身体の拘縮が進み、自力動作はない。開口不良、嚥下困難。</p>	<p>生活状況 独居 ご家族が交代で泊り込み、最期の時を共に過ごされている。</p>	<p>意識状態 ほぼ閉眼、入眠されており、声掛けに時々反応する程度。発語はほとんど聞かれないものの表情は穏やか。</p>
---	---	---

<p>看護サービス 有 / 医療保険</p>
<p>疼痛緩和、体調確認、ストマ交換、清潔保持、薬セッティング。 ヘルパーへの助言・指示 ・呼吸困難の為、酸素導入。サチュレーションが低下時は、鼻のカニューラを口用のマスクに変更する。 ・頓服薬の追加。朝・夕の内服は中止し、眠前薬は水に溶かして継続。 ・窒息の危険性を考慮し、固形物はNG。水分も状況に応じてトロミを使用する。食事はプリン等で対応。 ・状態変化は看護へ連絡し、指示を仰ぐ。緊急時は、看護へ連絡し、看護から医師へ連絡する。</p>

<p>介護看護目標（一体型は看護目標含む）</p>
<p>①最期までご自宅で安楽に過ごしていただく。（ご本人の表情を重視し、苦痛の緩和を優先する） ②時間を決めず、訪問時に状況に合わせたケア（食事・水分介助、口腔ケア等）を行なう。 ③時間を決めず、訪問時に状況に合わせたケア（清拭、おむつ交換、更衣等）を行なう。</p>

週間計画① サービス導入 2013年 9月13日
看護サービス： 有（ 医療保険 ）

	月	火	水	木	金	土	日
0:00							
6:00							
12:00							
18:00							
23:00							

各時間帯状況に応じて：おむつ交換・服薬介助・食事介助

ポイント

<p>⇒<状態変化の為、ケア内容の変更・追加調整> ・ご本人の表情を重視、苦痛緩和を優先しながら、内容に囚われず、状況に応じて必要なケアを行う。 ・訪問毎に、表情、呼吸状態の確認、頓服薬服用状況の確認。 ・清潔保持。おむつ交換、口腔ケア、清拭、更衣介助は状況に応じて行っていく。 ・時間に囚われず、状況に応じて食事や水分の介助を行っていく。</p>
--

支援経過 H25. 8. 15～H25. 9. 26

ガン末期だが、独居でも「自宅が最期を過ごしたい」との思いが強い方でした。体力・筋力が低下し調理等家事が困難であり、服薬も時折忘れてしまう状況でした。ご家族は入院を勧め、在宅生活継続には強く反対をされていました。しかし、「調理等家事援助と服薬促し、随時対応（24時間つながる安心）による転倒等の対応が可能な定期巡回サービスを利用すれば、安心してターミナル期を送ることが出来るのでは？」とのことで、CMより依頼がありサービスが開始となりました。

サービス開始当初は意識明瞭で、食事の献立を一緒に考えたり、味見をしたり、昔の話をしたり、ヘルパーとコミュニケーションをとっていました。「やっぱりお家がいいわ。何にも変えられないわ。」等、笑顔でお話をして下さいました。1週間程経った頃より随時コールにて「苦しい。気持ち悪い。」等の訴えが聞かれ、随時訪問で痛み止めを服用していただく等が増えてきた為、訪問回数を1回増やしました。服用については医師の指示により、看護よりレクチャーを受けました。また医師より、胸苦があった場合には数値に囚われず、ご本人の表情で様子を見る等の指示を頂きました。この頃より時折失禁が見られた為、トイレの声掛けとパット確認、ストマの便漏れ確認をしていきました。痛み止めも徐々に増量され、随時、看護と連絡を取り合い、痛み止め服用経過、及びご本人の様子を共有していきました。

サービス開始3週間後の9月6日に今後のサポート体制確認の為、担当者会議を実施しました。医師からは「ご本人がどのように衰弱し、どのように最期を迎えるか」又「各段階においてどのように対応していくか」の説明があり、ご家族は「いざとなれば兄弟で分担して宿泊する」とのことでした。訪問時のケア確認、随時コール時の対応方法と、緊急時の連絡体制を確認しました。しかし、その日の夜、ご本人が室内で転倒され、状態が急変しました。それに伴い、担当者会議で確認したケア内容は急遽、修正が必要となりました。ご様子確認の為、随時訪問させて頂きましたが、ご本人も状態の急な変化にとても不安がられておりました。そこからおむつ対応となりベッド上寝たきりの生活となりました。ベッド上で24時間の生活が送れるように検討し、翌朝からケア内容を変更しました。ご家族へ夜間帯のおむつ交換も提案しましたが、「夜にヘルパーさんが来たらびっくりしてしまうのでは」とのことで、ひとまず朝・昼・晩に食事の配膳下膳とおむつ交換を行うことにしました。この頃より痛みの訴えが増え、食事量も減り、ADLの低下が見られた為、夜間帯も安否確認を含めたおむつ交換が必要と判断し、ご家族と再度相談し、夜間帯のおむつ交換を追加しました。食事はご家族が用意して下さいした物を提供することとなりました。

痛み止めが増量され、睡眠薬も開始となりました。その影響でADLが低下したように見えるが、痛み緩和を優先していると看護より連絡があり、今後のケアについて再度担当者会議を実施しました。

サービス開始4週目には24時間のほとんどを閉眼及び入眠で過ごされており、声掛けに「はい」と小さな声で返事をするのみでした。呼吸困難もみられてきた為、酸素も導入されました。医師より、薬の増量、酸素流量に応じてのカニューーラからのマスクへの変更、熱発時の対応の指示があり、介護としては毎訪問時、ケア内容に囚われず「24時間でのケアをする」を念頭に、排泄介助、水分補給、酸素の確認、痛み止め服用の確認等、状況に応じて、臨機応変に対応していくケアに切り替えました。緊急時にはまず看護へ連絡し、看護から医師へ連絡することとなりました。徐々に体も拘縮し、発語はないものの、少し体を動かすだけで険しい表情をされる為、時間が許す限り2人介助にて対応し、適宜水分や食事を介助していきました。経口摂取がいよいよ難しくなり、発熱も増え、呼吸も苦しうにされるが多くなっていきました。医師よりご本人の表情を重要視し、苦痛が伴うのであれば、汗をかいていなければ清拭・更衣とせせず、汚染がひどくなければ、おむつ交換も同様に無理に行わなくてもよいとの指示がありました。それ以降、苦痛緩和を最優先し、ケアを行っていきました。「最期まで私達も頑張ります。皆さんと一緒に心強い。」と、この頃にはご家族も交代で泊まり込み、介護をされていました。ご家族も献身的に介護に参加して下さいながら、ケアを継続していきました。サービス開始から6週目に入り、ご家族皆さんがお集まりになられ、最期はご家族に見守られながら医師の死亡確認のもとご逝去されました。

導入後の効果	医師、看護のサポートと共に、日々、訪問回数、ケア内容等（オムツ交換、体位変換、更衣・清拭介助、口腔・食事・服薬介助、調理、清掃、洗濯、安否確認等）を状況に応じて変更し、ご家族の協力も得ながら、24時間体制で生活を支えることが出来た。
--------	--

本人・家族の様子	導入時	導入後
	ご本人：「独居だが、最期までお家」という思いが強い。24時間関われる支援者がいない不安感が強い。 ご家族：入院を強く勧めており在宅生活継続に反対。 ご本人は在宅希望、ご家族は入院希望であり、喧嘩が繰り返されている。家族関係が険悪。	ご本人：「みんなのおかげで、最期まで安心してここにいれる。ありがとう。」と、安心して過ごされておりました。 ご家族：「皆さんが母のために介護をする姿を見ていたら、私達も何か役に立たなくちゃと思い、母の介護を身内でも分担することにしました。」と介護に積極的に参加して下さいました。

今後の課題	在宅で最期まで安心して暮らしていただけるよう、アセスメント、モニタリングをもとに、24時間を通じ自立支援、適切なケアを実践していく。医療、各福祉事業者と連携し、地域包括ケアに貢献していく。
-------	--

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護かなざわ	事業所分類	一体型	氏名	岩木 則子
-----	----	------------------------	-------	-----	----	-------

タイトル：終末期最後の1週間を自宅で過ごすことができたケース

事例 **年齢** 73歳 **性別** 女性 **要介護度** 4

世帯状況 子と同居 (生活自立度 B 1 : 認知症自立度 III a)

サービス利用までの経緯・導入目的等 (本サービスを知るようになった経緯含む)

H25.1月に脳腫瘍と診断され4月に摘出術施行、6月に退院となる。退院するにあたり、介護・看護サービスが一体的に利用でき、ケアコール対応が可能な本サービスをケアマネジャーより紹介され、導入に至る。家族が日中就労のため、日中独居時の精神的不安の解消と、転倒時の対応が主な導入目的。

期間 H25年 6月 17日 ~ H25年 8月 27日

利用サービス 定期巡回随時対応型訪問介護看護(一体型)：介護・看護サービス(リハビリテーション)
 福祉用具：ベッド、車いす
 «社会資源含む» 短期入所生活介護

結果

退院から疾病再発による再入院までは、サービス導入により本人、家族の精神的安心や転倒時の不安解消がなされていたが、脳腫瘍の再発により再入院となる。意識レベル、体力が低下し、「家に帰るなら今」との医師からの助言に従い、退院する。訪問看護を医療保険に切り替え、区内の在宅医に往診を依頼する。
 1週間本サービスを利用後、急性憎悪により救急搬送される。4日後利用者死亡によりサービス終了となる。

考察

予後が思いのほか短かったのが非常に残念だったが、家族の協力の下、介護、看護、医療を一体的に提供でき、利用者の最期のわずかな時間を自宅で過ごすことができた事例であると考察する。一体的なサービスだったため、事業所において各種情報交換、看護から介護への医療的知識の提供、介護に関するアドバイス、介護から看護へ利用者の症状についてこまめな報告をスムーズに行うことができた。

倫理的配慮

本事例報告を作成および公表するにあたり、ご家族に氏名、住所等個人の特定につながる情報を公表しない旨を説明し、協力の同意を得た。また、予後に関して本人に未告知であることにも配慮した。

◆ケース詳細◆

身体状況	生活状況	意識状態
脳腫瘍(右前頭葉)による左片麻痺。初回退院後は、下肢装具装着により、立位、短距離歩行は可能だった。再退院後、ほぼ寝たきりとなり、排泄はオムツ、食事はベッド上で栄養補助食品、ゼリー等を摂取。	長男と二人暮らしだったが、川崎市在住の次女が介護休暇を取り、しばらく同居となる。長男は月の半分が出張で、次女は午前中介護して午後出勤している。他に次男、長女がおり兄弟仲はよく協力し合っている。	初回退院後は、頻回に来るヘルパーの名前を憶え、ケアコール端末も利用者自身で押すことができた。再退院後は、意識レベルが低下し、ヘルパーからの声かけにも反応が弱くなる。

看護サービス	有 / 介護保険 ⇒ 医療保険
<p>初回退院時の看護アセスメントにより、左側注意障害による動作時の不注意を観察項目とした。安全確認、転倒防止を支援目的とし、リハビリサービスを提供する。また、術後精神的不安が強く、胸の苦しさや死にたい等の訴えがあるため、服薬管理を共有化した。</p> <p>再退院時の機能的自立度評価表による自立度は、ほぼ全介助。運動・認知項目とも自力で行うことが不可の評価がほとんどであった。自宅で過ごす上で必要なポイントは、疼痛管理と不安感の減少。それぞれの症状に対応する薬の使用方法を介護・看護で共有する。痰のからみが多いときは吸引が必要なため、ヘルパーは看護師に報告する。</p>	

<p>介護看護目標（一体型は看護目標含む）</p> <p>①日中独居の不安をやわらげ、昼食、トイレ介助のために、定期的に訪問介護を提供します。</p> <p>②随時訪問サービスや緊急時訪問看護サービスにより、転倒時の対応や体調の急な変化に対応します。</p> <p>③下肢麻痺の進行を防ぎ、歩行能力を維持するため、週に1度リハビリテーションを行います。</p>
--

週間計画① サービス導入 H25年 6月～
看護サービス： 有 (介護保険)

月	火	水	木	金	土	日
11	トイレ介助、昼食準備、食事声かけ・見守り、口腔ケア、清拭					
12						
13						
14	トイレ介助、水分補給			リハビリテーション		
15						
16	トイレ介助、水分補給					
17						
18	トイレ介助、夕食準備、食事声かけ・見守り、口腔ケア、清拭					
19						
20						
21						

ポイント

次女が午後に出社した後、帰宅するまでの介護を担う。
この他に、転倒した際、随時対応、随時訪問サービスを行う。
6月5回、7月5回。

週間計画② サービス導入 H25年 8月～
看護サービス： 無 ()

月	火	水	木	金	土	日
7	食事介助、口腔ケア、洗面、服薬介助、排泄介助					
8						
9						
10						
11	食事介助、口腔ケア、服薬介助、排泄介助					
12						
13						
14						
15	清拭、更衣介助、排泄介助					
16						
17						
18	食事介助、口腔ケア、服薬介助、排泄介助					
19						
20	排泄介助					
21						

ポイント

食事介助(栄養補助食)、口腔ケア、洗面、清拭、更衣介助、排泄介助(オムツ交換)、服薬介助、経管栄養、排便コントロール、痰の吸引。
緊急時訪問看護サービス、随時対応、随時訪問サービス。
8月3回。

支援経過	H25 年 8 月現在
<p>●初回退院（H25.6.17）後、本サービス導入により、当初の目標はほぼ達成することができていた。家族が出社後、ヘルパーの介助で車いすに 移乗し、食卓でヘルパーの作ったうどんやチャーハン等の食事を、少量ではあるが摂ることができていた。気の合ったヘルパーとは話が弾み、名前を覚えた。転倒時等には利用者自身でケアコール端末を押し、随時対応が可能であった。日中独居の不安が解消される一方で、夜間2時間おきに次女を起こしてトイレ介助を頼み、疾病に対する不安を訴え続け、主介護者である次女の介護負担による疲労が大きくなる。</p> <p>●ケアマネジャーの提案により、次女の介護負担を軽減するため、7.9～7.13までショートステイを利用することになり、7.31まで延長となる。</p> <p>●体調悪化し、ショートステイ先から8.2より再入院。脳腫瘍の悪化。</p> <p>●再入院後、ADLの急速な低下、意識レベルにムラがあり1日を通して傾眠傾向となる。食事摂取量・飲水量が低下し、体重が4.5kg減少したため、経鼻胃管挿入し経管栄養を併用開始した。経管栄養開始後は、日中やや覚醒するようになる。</p> <p>●家族が自宅で看たいという気持ちが強かったため、8.17退院となる。</p> <p>●8.19よりサービス再開。意識レベル低く、ヘルパーからの声かけに反応することが少なくなる。ベッドから起き上がれず、食事はベッド上で飲み込みやすいゼリー状のもの、栄養補助食品等をヘルパーの全介助で摂取する。</p> <p>●8.22より訪問看護を医療保険に切り替え、区内のクリニックに在宅医を依頼する（主治医が都内の総合病院のため）。体調悪化し、痰のからみが多く、訪問看護により吸引の準備を行う。</p> <p>●8.23、体調がさらに悪化し（意識レベルの低下）、訪問看護師よりクリニックに往診を依頼する。都内の総合病院へ救急搬送により入院。</p> <p>●8.27、利用者死亡により支援終了。</p>	

導入後の効果	短期間ではあったが、自宅で最期の時間を過ごさせてあげたいという家族の気持ちにこたえることができた。
--------	---

本人・家族の様子	導入時	導入後
	日中、家族が就労している時間帯の、利用者本人の精神的不安の解消や、家族の安心感を得ることができたが、夜間、利用者の不穏状態が続き、主介護者の介護負担は軽減できなかった。	再退院後は、サービスの回数も増やし、訪問看護サービスや在宅医による往診、自費のヘルパーも導入することで、短期間ではあったが終末期の家族の不安を軽減することができた。

今後の課題	今回は1週間という短期のターミナルケア、トータルでも3カ月に満たないサービス提供であったため、今後は継続して半年～1年にわたり、終末期のサービスを提供しうる事業所として成長したい。また、今回は病院への搬送後死亡廃止となったが、自宅で最期まで看取るケースも増やしていきたい。
-------	--

定期巡回・随時対応型訪問介護看護ケース紹介

発表者	所属	若竹大寿会 訪問介護 東白楽	事業所分類	連携型	氏名	小泉 将彦
-----	----	----------------	-------	-----	----	-------

タイトル： 終末期（ターミナル）ケア

事例 **年齢** 89歳 **性別** 女性 **要介護度** 要介護5
世帯状況 独居 **(生活自立度 C : 認知症自立度 IIIa)**

サービス利用までの経緯・導入目的等（本サービスを知ることになった経緯含む）

地域ケアプラザの居宅介護支援のCMさんから相談あり。内容は癌で入院中で終末期を迎えていらっしゃる方で今後、積極的な治療はせず、退院して、独居で自宅療養することに決まったため、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを取り入れたいとの事。1日3回の訪問で排泄介助と食事介助のニーズあり。訪問看護は医療保険で利用する。退院前に、入院先の病院で事前のモニタリングを実施してサービス開始となる。

期間	年 月 日 ~ 年 月 日
----	---

利用サービス 《社会資源含む》	・定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス ・デイサービス ・訪問看護（医療保険） ・1日3回（7：15分・17：30分・21：00）の定期訪問及び随時対応・訪問 ・ご家族の付き添いと交代で夜間泊まり込み。
--------------------	---

結果

・退院してきて、4日間はデイに通えていたが、食事や水分が取れなくなり、体力的に厳しい状況になった為11月17日で サービス中止。1日3回の訪問から1日4回の訪問に増やして対応。ケア内容をご家族と話し合い、排泄と水分補給に変更。徐々に体力が落ちてきている様子が見られ、ご家族様も、ヘルパーが訪問していない時間帯や夜間は、付き添ってくれたり、泊まり込んでくれたりして協力的。退院してきて11日目でお亡くなりになりましたが、最期はご家族様に見守られながら、安らかに永眠された。今回のケースは、訪問看護が医療保険で導入し利用が出来たこと、ご家族様が非常に協力的で、定期巡回サービスとしては、連携も上手く取れて、ご本人の最期を看取ることが出来たケースとなった。

考察

ご自宅は、ご本人様が住み慣れた場所であり、最も落ち着き、安らげる場所。ご本人・ご家族様の希望で退院され、短い時間ではあったが、ご自宅に帰ることが出来たのは大きな意義がある。ご家族様としても、ご本人様の希望が叶えられた事、ご自宅で安らかに、穏やかに最期を看取ることが出来て、本当に良かったと仰ってた。事業所としても、短い期間だったが定期巡回随時対応型訪問介護看護サービスを導入し、訪問看護との連携、ご家族様の協力を得ながら、サービスを実施出来た事は、価値のある経験が出来たのと同時に、ご家族様に「ありがとうございました」と言っただけなこと、このサービスの価値を再確認することが出来た。

倫理的配慮

発表に際し、ご家族へ主旨・個人情報に関する配慮を説明し、同意を得ています。

◆ケース詳細◆

<p>身体状況 終末期（ターミナル）余命宣告あり 認知症 大腸がん</p>	<p>生活状況 一人暮らし（独居）ご家族は息子様が2人いる。交代で泊まり込みして付き添っている。</p>	<p>意識状態 退院時は意識明瞭でしたが、途中から、覚醒なし。声掛け反応なし。</p>
---	--	---

<p>看護サービス</p>	<p>有 / 医療保険</p>
<p>（終末期（ターミナル）の方。余命宣告あり）訪問看護は毎日（朝、夜で訪問）利用</p>	

<p>介護看護目標（一体型は看護目標含む）</p>
<p>①関係医療機関（訪問看護等）との連携・情報の共有 ②デイサービスを利用する事で、廃用症候群（引きこもり）予防 ③緊急時・急変時の迅速な対応 ④家族のもとで安らかな最期</p>

週間計画① サービス導入 H25年 11月12日～4日 ポイント
看護サービス： 有（ 医療保険 ）

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日	<p>・朝7時15分ケア 排泄介助・朝食介助・服薬介助 （排泄は基本ベット上だが、状態をみてPトイレに移乗） ・夕17時30分ケア デイのお迎え・夕食介助・ ベット移乗して排泄介助。 ・21時ケア 排泄介助・就寝介助 ・今月は毎日デイサービスに行く予定。</p>
7:15								
17:30								
21:00								

— 定期巡回

週間計画② サービス導入 年 17日～7日 ポイント
看護サービス： 有（ 医療保険 ）

曜日 時間	月	火	水	木	金	土	日	<p>・朝7時15分ケア 排泄介助・朝食介助・服薬介助 （排泄は基本ベット上だが、状態をみてPトイレに移乗） ・13時 30分ケア 排泄介助（ベット上）可能であれば水分補給 ・17時30分ケア 排泄介助・可能であれば水分補給 ・21時ケア 排泄介助・就寝介助・安否確認</p>
7:15								
13:30								
17:30								
21:00								

— 定期巡回

支援経過	H25 年 11 月現在
<p>・食事については、入院時から食事量は少ないとお話しあり。退院後、訪問して食事介助を実施した時にも、食事量が少ない様子見られた。朝食・夕食共 おかゆ2口～3口 ゼリー・プリン1個の半分（1/2）程度を摂取。ご自宅にエンシュア（高カロリー補助食品）があった為、飲んで頂く。（100CC程度）リンゴジュース 体力低下後はほとんど食事は摂取出来る様子見られず。</p> <p>・デイサービスは退院後4日間（11月13日～11月17日）は利用。デイサービスでも食事量は少ない様子。徐々に体力が低下している状態で体力低下に伴い、デイサービスは11月17日で利用中止。自宅療養に切り替えして対応。デイサービス中止後は1日の訪問回数を1日3回から1日4回に増やし、ケア内容を再度ご家族と話し合いをし、食事は正直難しいので、排泄と安否確認と可能であれば、水分補給でとの要望あり。11月18日～変更して1日4回の定期訪問を実施する。</p> <p>・排泄は毎回訪問した時に排泄介助実施。排尿は毎回訪問時にパットに出ている様子がなく、1日に1回～2回ぐらいの排尿。排便はほとんど無し。ヘルパーが訪問出来ない時間帯及び夜間帯はご家族様が付き添ってくださったり、交代で泊まり込んでくださったりと協力的だったので、ご本人様の精神面では、ご家族が常に傍にいてくれる事で、安心しているご様子が見られています。お亡くなりになった日も、ご家族様が付き添って下さっていたので、ご本人様は安らかに永眠されています。</p>	

導入後の効果	<p>関係各医療機関・ご家族・事業所が密な連携を図って、ご本人様の在宅生活を維持するために、情報の共有をしていく事がスムーズに出来た。複数回訪問することで、食事介助・排泄介助以外に安否確認も同時に実施することが出来、ご家族・ご本人共安心してご自宅で生活出来た。</p>
--------	--

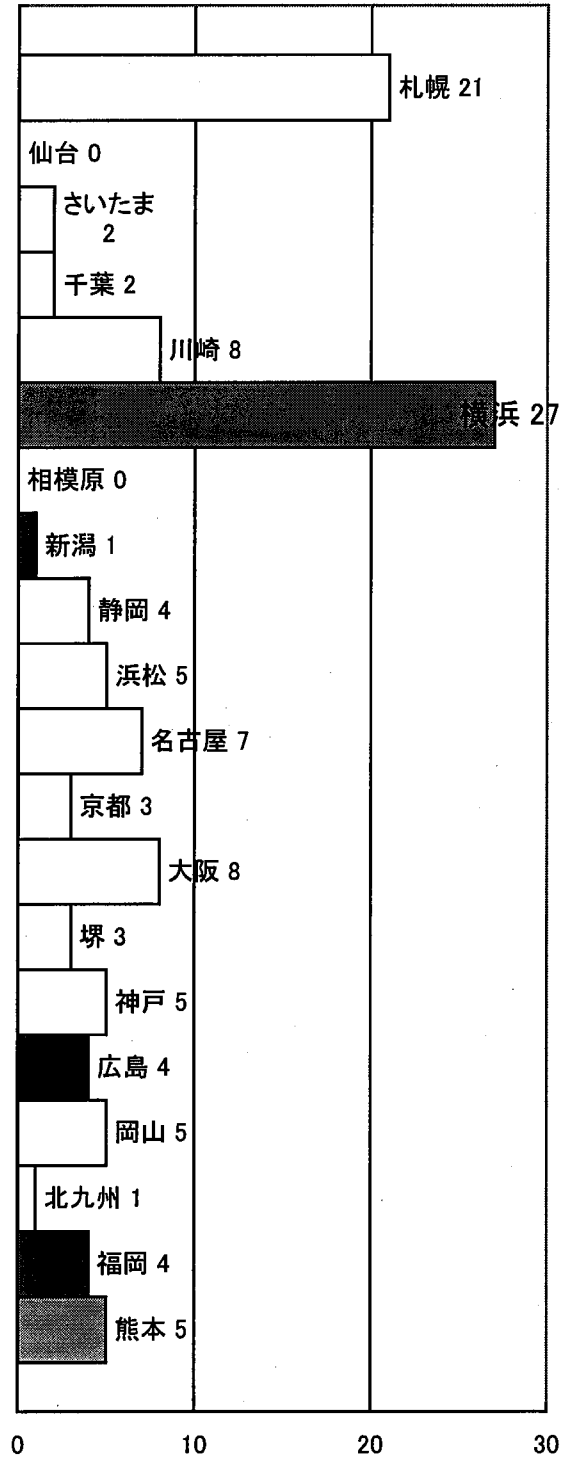
本人・家族の様子	導入時	導入後
	<p>・ご本人様もご家族様も初めての事だった為か、若干の不安な様子はありましたが、訪問時の声掛けや対応、ケア等を丁寧に対応することで、すぐに安心された。</p>	<p>1日複数回の訪問で、排泄・食事のケアを実施すると同時に安否確認の実施が可能となりました。ご家族の協力・訪問看護との情報の共有が出来、ご本人様が自宅にお一人になる状況を出来る限り少なくすることで、緊急時の迅速な対応が可能となり、安心・安全で穏やかにご自宅で生活出来まし</p>

今後の課題	<p>このサービスを機能的にかつ安心してご利用して頂くには、ヘルパーや訪問看護だけで情報の共有をするのではなく、ご家族様とも共有していく事が必要であり、在宅生活を維持継続するには、ご家族の協力が必を感じた。他のケースでもご家族の協力が得れるようにしていく事が大きな課題である。</p>
-------	--

付録

政令市別 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所数（平成 25 年 12 月末時点）

政令市名	事業所数
札幌	21
仙台	0
さいたま	2
千葉	2
川崎	8
横浜	27
相模原	0
新潟	1
静岡	4
浜松	5
名古屋	7
京都	3
大阪	8
堺	3
神戸	5
広島	4
岡山	5
北九州	1
福岡	4
熊本	5



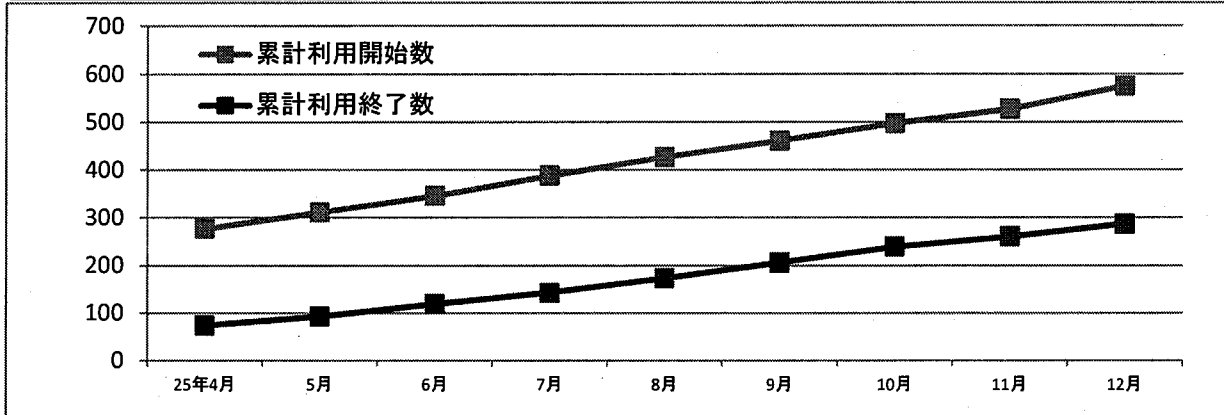
横浜市における定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実施状況について

平成26年1月1日 現在

1 利用開始数、利用終了数の推移

単位:人

	24年度計	25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
当月利用開始数	255	22	35	34	42	39	34	36	30	48	575
累計利用開始数		277	312	346	388	427	461	497	527	575	
当月利用終了数	58	16	19	26	24	30	33	33	22	26	287
累計利用終了数		74	93	119	143	173	206	239	261	287	

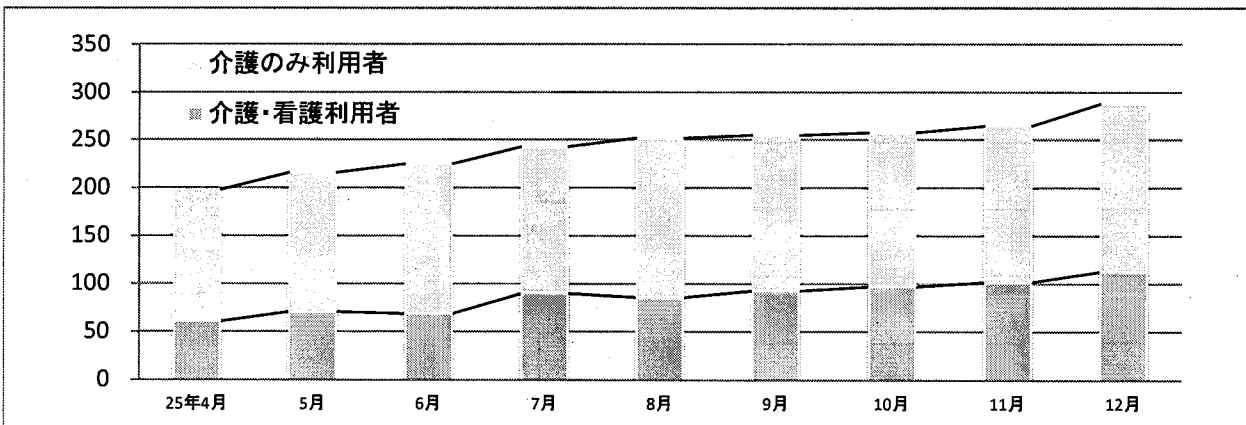


平成25年12月の利用開始者数は48人で、今年度初の40人台の増加となっている。累計利用終了者は287人で、累計利用開始者575人の約50%となった。

2 月別利用者の推移

単位:人

	24年度計	25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
月別利用者	733	198	216	225	243	252	255	258	265	288	2933
介護・看護利用者	217	61	71	69	90	86	93	97	102	113	999
介護のみ利用者	516	137	145	156	153	166	162	161	163	175	1934
月別利用者計	733	198	216	225	243	252	255	258	265	288	2933

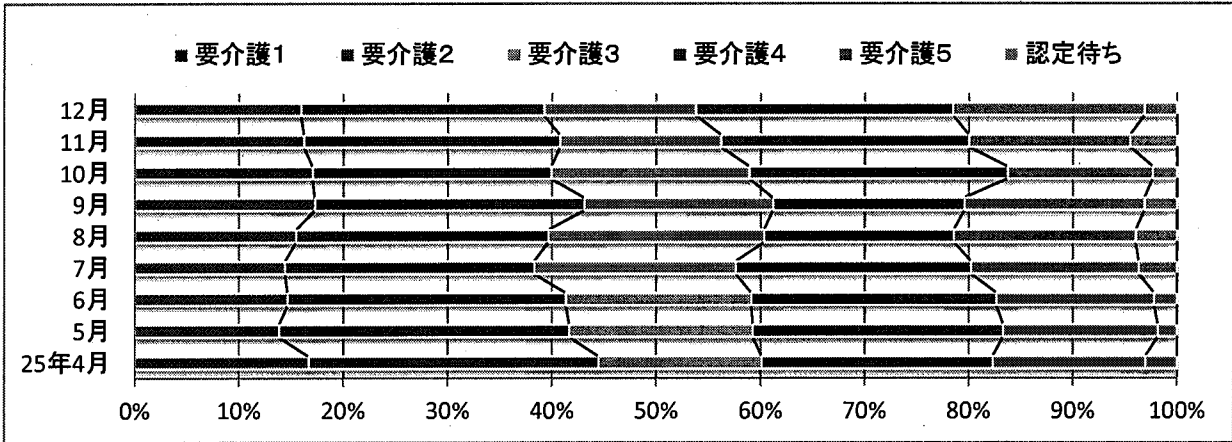


平成25年12月の利用者は288人となり、前月より23名増加している。今年度1番の増加数となっている。背景としては事業所数が9事業所増えたことと既存事業所が着実に利用者数を増やしていることが考えられる。内訳を見ると、介護のみの利用者が約60%となり、利用者数が増加しているものの割合はほぼ横ばい状態である。

3 要介護度状況

単位:人

	24年度計	25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
要介護1	135	33	30	33	35	39	44	44	43	46	482
要介護2	201	55	60	60	58	61	66	59	65	67	752
要介護3	105	31	38	40	47	52	46	49	41	42	491
要介護4	143	44	52	53	55	46	47	64	63	71	638
要介護5	109	29	32	34	39	44	44	36	41	53	461
認定待ち	40	6	4	5	9	10	8	6	12	9	109
合計	733	198	216	225	243	252	255	258	265	288	2933



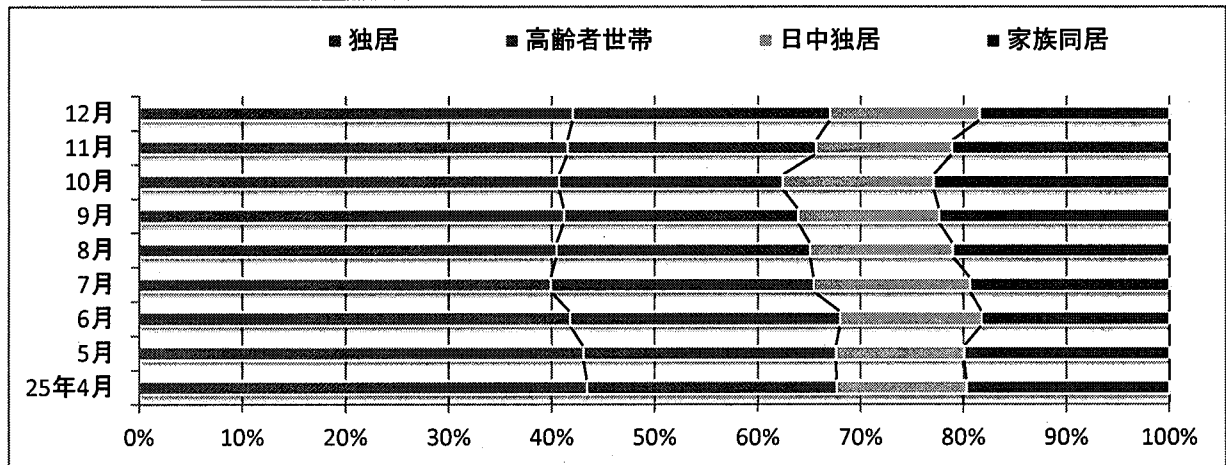
中重度(要介護3~5)の利用は約58%、軽度(要介護1・2)の利用者の割合が約39%となっている。
 平成25年12月の要介護度状況は、要介護4(71人)、要介護2(67人)、要介護5(53人)、要介護1(46人)、要介護3(42人)の順となっている。

4 世帯状況(利用者1人につき最もあてはまるものを一つ選択。)

夫婦二人とも利用している高齢者夫婦世帯=高齢者世帯×2)

単位:世帯

	24年度計	25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
独居	292	86	93	94	97	102	105	105	110	121	1205
高齢者世帯	184	48	53	59	62	62	58	56	64	72	718
日中独居	107	25	27	31	37	35	35	38	35	42	412
家族同居	150	39	43	41	47	53	57	59	56	53	598
合計	733	198	216	225	243	252	255	258	265	288	2933

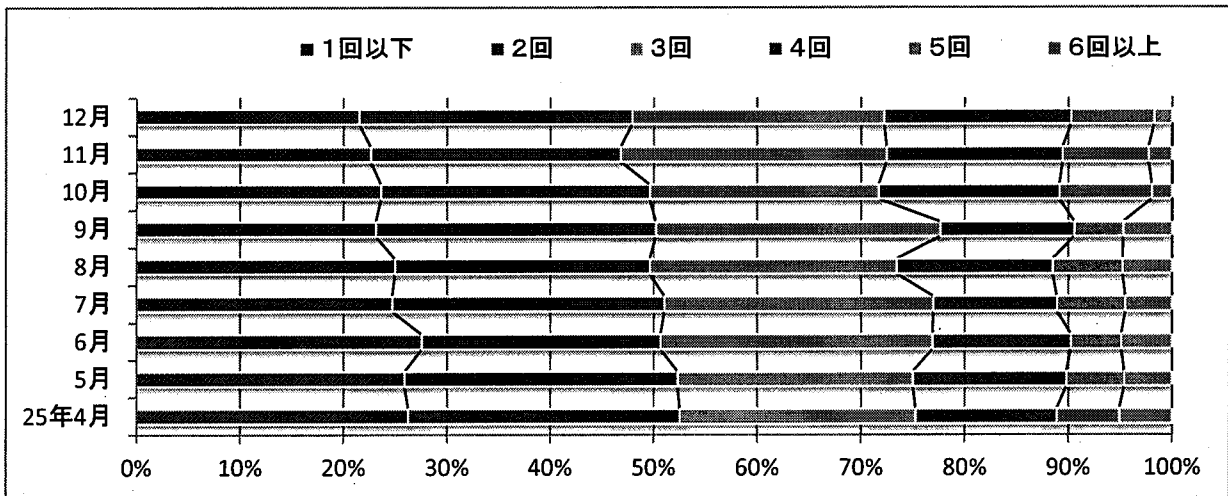


世帯状況を見ると、独居世帯と高齢者夫婦世帯で全体の約67%である。
 前月に比べ独居世帯は11増、高齢者世帯数は8増、日中独居は7減、家族同居世帯は3減となっている。

5 一日の定期巡回の回数

単位:人

	24年度計	25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
1回以下	198	52	56	62	60	63	59	61	60	62	733
2回	215	52	57	52	64	62	69	67	64	76	778
3回	164	45	49	59	63	60	70	57	68	70	705
4回	73	27	32	30	29	38	33	45	45	52	404
5回	46	12	12	11	16	17	12	23	22	23	194
6回以上	37	10	10	11	11	12	12	5	6	5	119
合計	733	198	216	225	243	252	255	258	265	288	2933

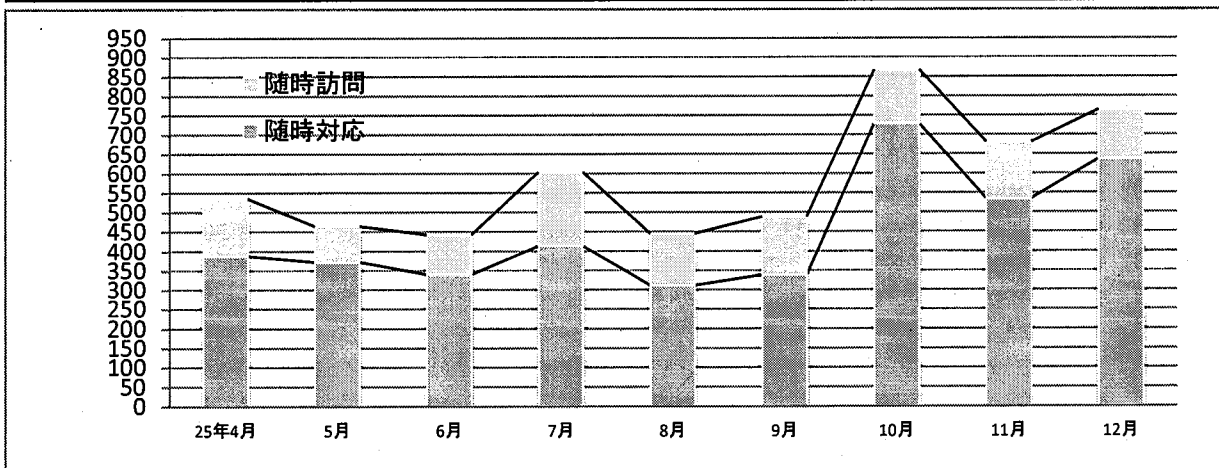


定期巡回の回数では、1日1回~3回の訪問が多く、全体の約72%となっている。2回訪問の世帯が12増と増えている。

6 随時対応・随時訪問の状況

単位:回

	24年度計	25年4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
随時対応	957	389	374	341	415	313	339	729	536	638	5031
随時訪問	529	148	91	103	190	133	150	139	146	127	1756
合計	1486	537	465	444	605	446	489	868	682	765	6787



随時対応は102回増の前月比1.19倍、随時訪問は19回減の前月比0.86倍となり、合計で約1.12倍。合計数は10月に続く多さとなった。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所一覧 (H25.12.1現在)

区	型	住所	法人名	事業所名	電話番号
鶴見	連携型	鶴見区鶴見中央 1-28-2 ニッコービル 1階	(福)横浜市福祉サービス協会	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護つるみ	510-4390
	一体型	鶴見区鶴見中央 3-10-40	(福)秀峰会	銀河の謳ケア 24	521-7110
神奈川	連携型	神奈川区平川町 2-4 ヤマザキビル 2階	(福)若竹大寿会	若竹大寿会 訪問介護 東白楽	488-5300
	一体型	神奈川区西神奈川 1-9-2 グレース竹和老番館 2階	(福)秀峰会	桐の大樹ケア 24	620-4447
西	一体型	西区平沼 1-39-3 三石ヨコハマビル 301	(福)横浜市福祉サービス協会	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護にし	287-1718
中	連携型	中区相生町 2-42-3 横浜エッセントXVIIビル 5階A区画	(株)ジャパンケアサービス	ジャパンケア横浜関内 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	227-9210
南	一体型	南区通町 4-94 神奈中弘明寺ビル 2階	(福)秀峰会	桜樹の森ケア 24	720-6663
	連携型	南区山王町 3-24-8 港横浜ビル 4階	(株)フルライフ	フルライフ横浜夜間対応事業部	250-1865
港南	連携型	港南区下永谷 4-21-10	(福)同慶会	特別養護老人ホーム 芙蓉苑	822-5911
	一体型	港南区日野 5-1-25	(福)秀峰会	瑞穂の大地ケア 24	349-4040
保土ヶ谷	一体型	保土ヶ谷区和田 1-13-1 朋和ビル 201	(福)秀峰会	豊穡の大地ケア 24	442-6610
	連携型	保土ヶ谷区天王町 1-6-4 ナカムラビル 3階	(株)フルライフ	フルライフ保土ヶ谷	340-2338
旭	一体型	旭区二俣川 2-57-4 二俣川 257ビル 3階	(福)秀峰会	銀の舞ケア 24	364-9955
	連携型	旭区二俣川 2-85-1 ジェムル生命二俣川ビル 3階	(福)横浜市福祉サービス協会	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護あさひ	360-3290
磯子	一体型	磯子区磯子 3-8-20 リバテイ磯子 1階	(福)秀峰会	磯風の謳ケア 24	353-8881
金沢	一体型	金沢区泥亀 1-17-15 大西第3ビル 2階	(福)横浜市福祉サービス協会	横浜市福祉サービス協会 訪問介護看護かなざわ	780-5135
	一体型	金沢区釜利谷東 2-3-10 いしかたビル 4階	(福)秀峰会	陽光の大地ケア 24	349-4410
港北	連携型	港北区日吉本町 1-24-14	(株)ゆい	定期巡回 ゆい 港北	560-3671
	一体型	港北区綱島西 1-10-10	(福)秀峰会	樺の大樹ケア 24	642-8309
緑	連携型	緑区長津田みなみ台 1-38-4	(株)ジャパンケアサービス	ジャパンケア横浜長津田 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	988-4855
青葉	一体型	青葉区市ヶ尾町 25-7	(福)中川徳生会	カリヨン市ヶ尾 在宅サービスステーション	507-7712
都筑	一体型	都筑区茅ヶ崎中央 20-13 イズミビル 601	(社)認知症高齢者研究所	デリバリーケア	949-0091
戸塚	連携型	戸塚区戸塚町 145 秀文堂ビル 202	(株)ジャパンケアサービス	ジャパンケア横浜戸塚 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	865-1637
	一体型	戸塚区品濃町 545-30	(福)秀峰会	希望の大地ケア 24	443-5021
栄	連携型	栄区公田町 596-7 橋本ビル 201	(株)フルライフ	フルライフ本郷台	890-4322
泉	一体型	泉区弥生台 13-4 横山ビル 202	(福)秀峰会	花の生活館ケア 24	810-5115
瀬谷	連携型	瀬谷区三ツ境 22-1 ベンハウス参番館 1階	(株)ジャパンケアサービス	ジャパンケア横浜瀬谷 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	360-5210

