長崎県大村市

市中心部から市内全域へのアクセスの良さと、中心部への人口と事業者の偏りを踏まえ、市全域での整備方針をたてている。医療機関やベッドを有する介護機関が多く、それ故か市民の施設志向が強い。これらの前提条件を踏まえたうえで、定期巡回・随時対応サービスを在宅へと広げていくための方策を模索中である。

整備状況　市内 1 か所（利用者 69 人）。
公 募 制　なし。
計画見込　平成 26 年度末　整備数：1 か所　利用者見込：90 ～ 100 人 / 月。

◆概要（平成 25 年 12 月現在）

人　　口：　93,979　人
世 帯 数：　39,938 世帯（235 人 / 世帯）
持 ち 家 率：　61.0　%（平成 22 年国勢調査）
高 齢 者 数：　20,033　人（高 齢 化 率 21.3%）
要介護認定者数：　3,340　人（要介護認定率 16.7%）
（要支援 1 ：658、要支援 2 ：385、要介護 1 ：687、要介護 2 ：473
要介護 3 ：409、要介護 4 ：449、 要介護 5 ：366）

施設 / 居住系サービス：　704　床
住 宅 系 サ ー ビ ス：　736　戸
訪 問 介 護：　23 か所
訪 問 看 護：　4 か所
小規模多機能型居宅介護：　6 か所（登録定員 142）（複合型サービス含む）

◆日常生活圏域

3 つの日常生活圏域を設定しているが、地域包括支援センターは中央に 1 か所のみで、整備計画は日常生活圏域単位ではなく、市全域で行っている。山間部を含め、市中央から 30 分で市内全域に行くことができる。

自治体の取り組み

■ 整備方針

・子育て支援制度や医療機関が充実し、自衛隊（3 基地）や工業団地などの雇用があり、交通アクセスも良いため県内で唯一人口が増加している。

・一次医療から三次医療まで病診連携が構築されており、退院後はかかりつけ医、訪問看護、介護の順で連携される。施設系／居住系／住宅系サービスが多数整備されているが、国民年金層など低所得者の利用は難しく、在宅高齢者を支えるサービスとして定期巡回・随時対応サービスに期待し指定。

・今後は既存 1 事業所の在宅へのサービス展開状況から在宅ニーズを判断し、事業所の追加整備を検討。

■ 選定

・医療法人を母体とし、地域に終の棲家として医療介護対応型集合住宅（ケアホーム）を運営する事業所を指定。

■ 保険者が設定したサービス圏域

・日常生活圏域は 3 つに分かれているが、全域を 30 分で移動ができるため全域を設定。

■ サービスの周知と事業所支援

・市民向け広報誌にサービス概要を掲載。

・ケアマネジャー学習会でのサービス説明。

■ 今後の取り組み

・事業所から提案を受けている、公営住宅に住む高齢者へのサービス提供の是非の検討。

・定期巡回・随時対応サービスの在宅への展開を支援し、施設志向からの脱却を図る。

■ 課題

・既存事業所の地域展開の促進のため、在宅ニーズの把握と、定期巡回・随時対応サービスの在宅における利用者像・利用ケースの収集と共有。

ヘルパーステーション秋櫻（こすもす）

有床の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等を運営する医療機関が、平成14年に訪問介護を付帯させた住まいを立ち上げた。包括報酬の安心感と柔軟なサービスを利用者に提供するために、定期巡回・随時対応サービスを開始。

・利用者69名。うち、68名が医療介護対応型集合住宅。
・医療・看護・介護の連携により、年間で12名を看取る（平成25年）。
・医療介護対応型集合住宅以外の在宅での利用者は延べ3名。地域への展開が課題。

◆概要

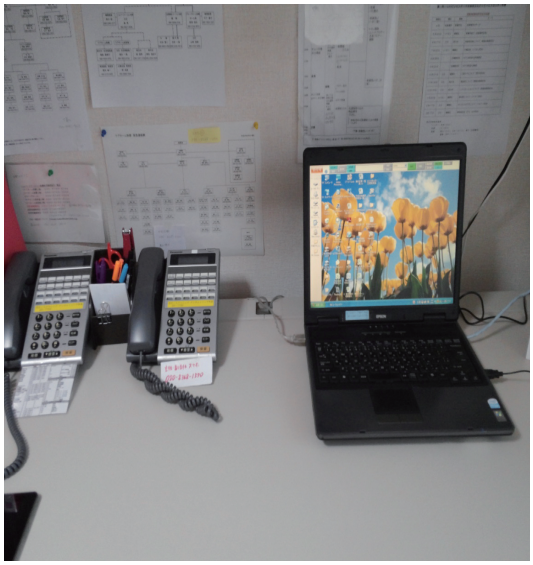
開 設 年 月：平成25年1月
法　人　名：株式会社こすもすケアセンター
所　在　地：長崎県大村市
看 護 類 型：連携型

訪問系事業：

定期巡回・随時対応サービス	69人
訪問介護	14人

併 設 事 業：

通所介護	30人
居宅介護支援	141人
認知症高齢者グループホーム	9人
医療介護対応型集合住宅	87人



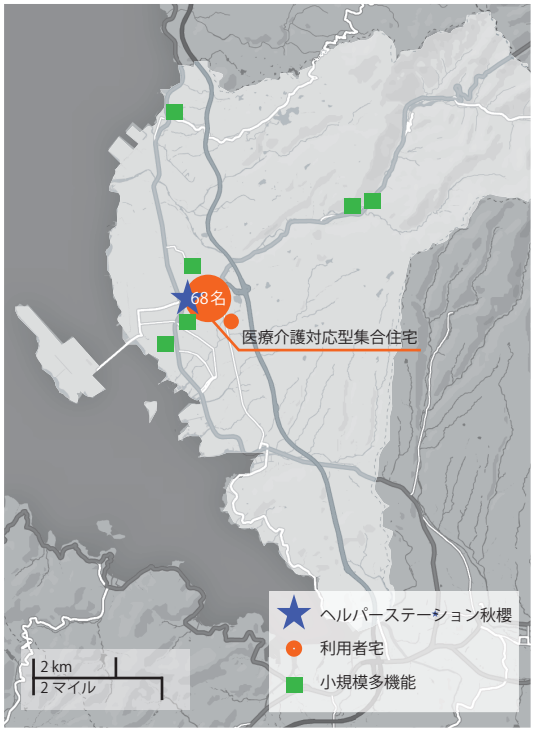
オペレーションセンター

◆サービス圏域

エ リ ア 特 性：
69名中68名が併設の医療介護対応型集合住宅。

50%カバー圏域：半径 0km
片道 0分
80%カバー圏域：半径 0km
片道 0分
最も遠い利用者宅：　1.7km
片道 5分

自宅移動手段：自動車100%



サービス概要

利用者数		69 名（うち、医療介護対応型集合住宅 68 名）
平均要介護度		3.5 （1：10 名　2：8 名　3：8 名　4：25 名　5：18 名）
世帯構成		独居：98.6%　高齢者のみ：0%　その他：1.4% （医療介護対応型集合住宅の 68 名は独居、在宅の 1 名はその他：同居）
月間の延べ利用日数		1,947 日（平均 28.2 日 / 利用者） うち通所系利用日数　：486 日　（平均 7.0 日 / 利用者） うち短期入所系利用日数：　0 日 (除く退所日）（平均 0.0 日 / 利用者）
訪問看護利用者数		51 名（73.9%）
定期	利用者あたり一日訪問回数	2.8 回（自宅：1.0 回　高齢者住宅：2.8 回）
	一回あたり提供時間	20 分未満：72%　20 分～30 分未満：22%　30 分～ 1 時間未満：6.5%
	訪問内容（複数回答）	更衣、食事介助、口腔ケア、服薬確認、排泄ケア
随時	事業所全体での随時コール数	49.2 回 （日中・夜間：61.5%　深夜：38.5%）
	随時コールに対する訪問割合	100.0%
	訪問内容（複数回答）	排泄ケア、転倒、体調不良等
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）、集合住宅内はナースコール
サービス記録等の管理方法		モバイル型入力端末

平成 25 年 10 月実績

利用者特性

■ 利用者確保への戦略と取り組み

・急性期医療機関からグループ法人の医療機関へ病診連携で紹介入院した利用者が、退院後に医療介護対応型集合住宅に入居し、定期巡回・随時対応サービスを利用開始するケースが多い。

・地域連携室などへのチラシによる広報、ケアマネや大村市在宅ケアセミナーでの説明会などを行い、周知を図っている。

■ サービス内容

・初期に集中的なサービスを行い、徐々に訪問回数が減るケースが多い。

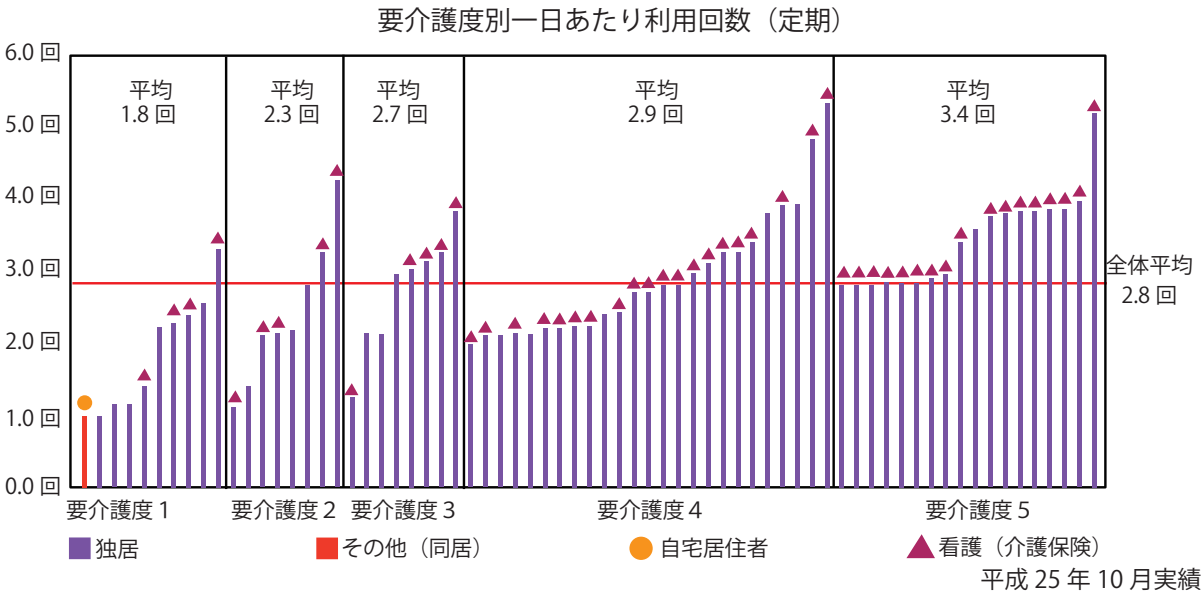
・更衣、食事介助、口腔ケア、服薬支援が多い。

・定期訪問は 2.8 回 / 日だが、随時訪問で補う部分が多く、全体で約 50 回 / 日の随時訪問がある。

・入浴は通所介護で対応。社会参加、気分転換で通所リハ、通所介護を利用する方も多い。

■ 利用終結の傾向

・看取りによる終結が多い。年間で 12 名の看取り（平成 25 年）。



サービス提供体制特性

◆事業の複合化

・医療介護対応型集合住宅を中心に定期巡回・随時対応サービスを展開。医療介護対応型集合住宅内の訪問介護とは兼務している。

・グループ法人の訪問看護、通所リハと連携することで、スムーズな連携体制を構築。

◆スタッフ

・35 名の職員（常勤職員 29 名、非常勤 6 名）で、訪問系サービス 83 名（訪問介護 14 名含む）に対応。

・日中のオペレーター業務を担当する常勤職員 6 名は訪問に入らず、職員の指導・相談にあたっている。

・医療介護対応型集合住宅以外の利用者へのサービスには、コミュニケーションスキル、観察力などが求められるため、経験豊富な非常勤職員を中心に配置している。

◆ 他職種や地域との連携

■看護や医療との連携

・連携先はグループ内の訪問看護ステーション 1 か所。3 名の看護職員が 2 つの医療介護対応型集合住宅を担当し、常駐。通常の訪問看護と定期巡回・随時対応サービスの訪問看護を提供している。

・市内のその他 3 か所の訪問看護ステーションとは、共同での事例検討会などを通じて相互連携に努めている。

■介護・医療連携推進会議

・行政、利用者、医師、薬剤師、老人会役員等が参加して年 4 回開催。

◆ 今後の展開

・地域への展開の加速。要介護 1 ・ 2 で認知症がある場合、本サービスを利用することで不安症状が改善され、不必要な入院を防いだり、在宅を継続しやすくなると考えている。

・公営住宅の独居高齢者に対する安否確認を中心としたサービス提供。

退院後に併設の住宅に移り、看取りまで行った事例

・平成 24 年、誤嚥性肺炎にて急性期病院に入院。退院後、老人保健施設へ入所。嚥下訓練実施するも回復が見込めず、生活の質を重視し、医療のバックアップが整ったケアホームに転居。随時を含めて頻回な訪問が必要なため、定期巡回・随時対応を利用開始。

・当初は一日三回のトイレ介助、口腔ケア、看護師による口腔吸引を行う。嚥下機能の回復は見られなかったが、体位交換も含めて適切な口腔ケアを行うことで、状態像も安定。訪問看護の回数も減らすことができた。

・容態が徐々に低下し、ケアホームで看取りを行う。福岡在住の娘さんが頻繁に訪問していた。本人と家族はケアホームを最期の場所と決めて、転居してきた。通常の訪問介護と異なり、包括報酬で随時対応ができたためきめ細かく対応できた。

男性　83 歳　要介護 3
世　帯：独居（併設住宅）
既往歴：腎不全、狭心症

	月	火	水	木	金	土	日
8：00	起床介助、排泄介助（20 分）						
10：00	吸引						
12：00	通所リハビリ	排泄介助（20 分）			通所リハビリ	排泄介助（20 分）	
14：00		吸引				吸引	
16：00						部屋掃除（30 分）	
18：00	排泄介助（20 分）						
20：00	吸引						
	就寝介助、排泄介助（20 分）						

退院後、住み慣れた自宅での看取りを希望して終末期を支えた事例

・末期がんにより急性期病院よりグループ法人の有床診療所に転院。状態を整えた後、本人と家族の希望で、在宅で看取ることとなる。

・戻った当初は訪問診療と訪問看護で対応していたが、介護力不足が明らかとなる（高齢の妻の体力と気力の限界、娘夫婦は日中は勤務）。

・定期巡回・随時対応サービスに切り替える。午前中に定期訪問の清拭、訪問看護（医療保険）。午後に定期訪問で排泄ケア、体位交換。このほかに、夕方を中心に、排泄ケアや体位交換で随時コールが一日数回。

・サービス開始後、一週間以内で死亡。

男性　84 歳　要介護 2
世　帯：同居世帯
既往歴：肝門部胆管がん

	月	火	水	木	金	土	日
8：00							
10：00	清拭（30 分）	訪問看護（60 分）		清拭（30 分）		訪問看護（60 分）	
12：00							
14：00	排泄ケア、体位交換（20 分）						
16：00					訪問診療（30 分）		
18：00							