

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス

～ 弊社事例のご紹介～

株式会社 やさしい手
開発本部巡回事業部
宮崎 剛

会社概要

(1) 在宅介護

()内は店舗数

訪問介護(直営)	(44)	利用者	11,571名
訪問介護(フランチャイズ)	(53)	利用者	5,960名
24時間巡回訪問介護	(5)	利用者	448名
居宅介護支援(直営)	(24)	利用者	3,068名
居宅介護支援(フランチャイズ)	(17)	利用者	1,282名
訪問入浴介護	(4)	利用者	394名
訪問入浴介護(フランチャイズ)	(1)	利用者	67名
通所介護(直営)	(13)	利用者	1,137名
通所介護(フランチャイズ)	(16)	利用者	665名
福祉用具貸与販売	(3)	利用者	2,778名
住宅改修		利用者	8名
包括支援センター受託	(5)	利用者	753名
短期入所生活介護	(1)	利用者	240名

(2) 高齢者専用賃貸住宅事業

直営	(3)利用者	142名
フランチャイズ	(3)利用者	136名

(3) その他

有料職業紹介事業	1,331件
一般労働者派遣事業	90件
訪問介護員養成講座	(4)

平成24年1月31日現在

「やさしい手」が運営する高齢者住宅



センチュリーテラス船橋
運営主体: ミサワホーム東関東



グレイプス浅草
運営主体: 東京建物不動産販売



やさしい手広野高原
運営主体: (株)日建マネジメント



やさしい手伊丹
運営主体: (株)日建マネジメント



やさしい手東大阪
運営主体: (株)日建マネジメント



ライブガーデン千葉浜野
運営主体: 長谷工ライブネット



やさしい手東大阪長瀬
運営主体: (株)日建マネジメント



やさしえ上越
一括借上: 日本管理センター



やさしえ盛岡津志田
一括借上: 日本管理センター



やさしえ西明石 (10/1開所)
一括借上: 日本管理センター

「やさしい手」が運営する定期巡回随時対応型訪問介護看護サービス事業所

平成24年4月開設



25名

「やさしい手用賀定期巡回・
随時対応型訪問介護看護事業所」

【連携訪問看護ステーション】

医療法人社団プラタナス

- ・ナースケアステーション
- ・松原アーバンクリニック

社団法人平和協会

- ・駒沢訪問看護ステーション

社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団

- ・訪問看護ステーション けやき
- ・訪問看護ステーション さぎそう

平成24年6月開設



20名

サービス付き高齢者向け住宅
センチュリーテラス船橋併設
「やさしい手新高根定期巡回・
随時対応型訪問介護看護事業所」

50名

平成24年7月開設



サービス付き高齢者向け住宅
やさしえ上越併設
「やさしい手上越定期巡回・
随時対応型訪問介護看護事業所」

連携訪問看護ステーション

医療法人社団ひらはら内科クリニック

- ・きずな訪問看護ステーション

株式会社やさしい手の credo 住み慣れた家で老いる。「Aging In Place」

安らかな生活

私たちは、お客様の豊かで穏やかな生活を望みます。

お客様優先

私たちは、お客様を最優先に考え迅速に行動します。

想いの実現

私たちは、常にお客様一人ひとりの想いの実現に向けたサービスを創造します。

相互の尊重

私たちは、常にチームへの感謝と思いやりの気持ちを大切にします。

社会的責任

私たちは、法を守り、地域社会に貢献します。

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた ~ の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

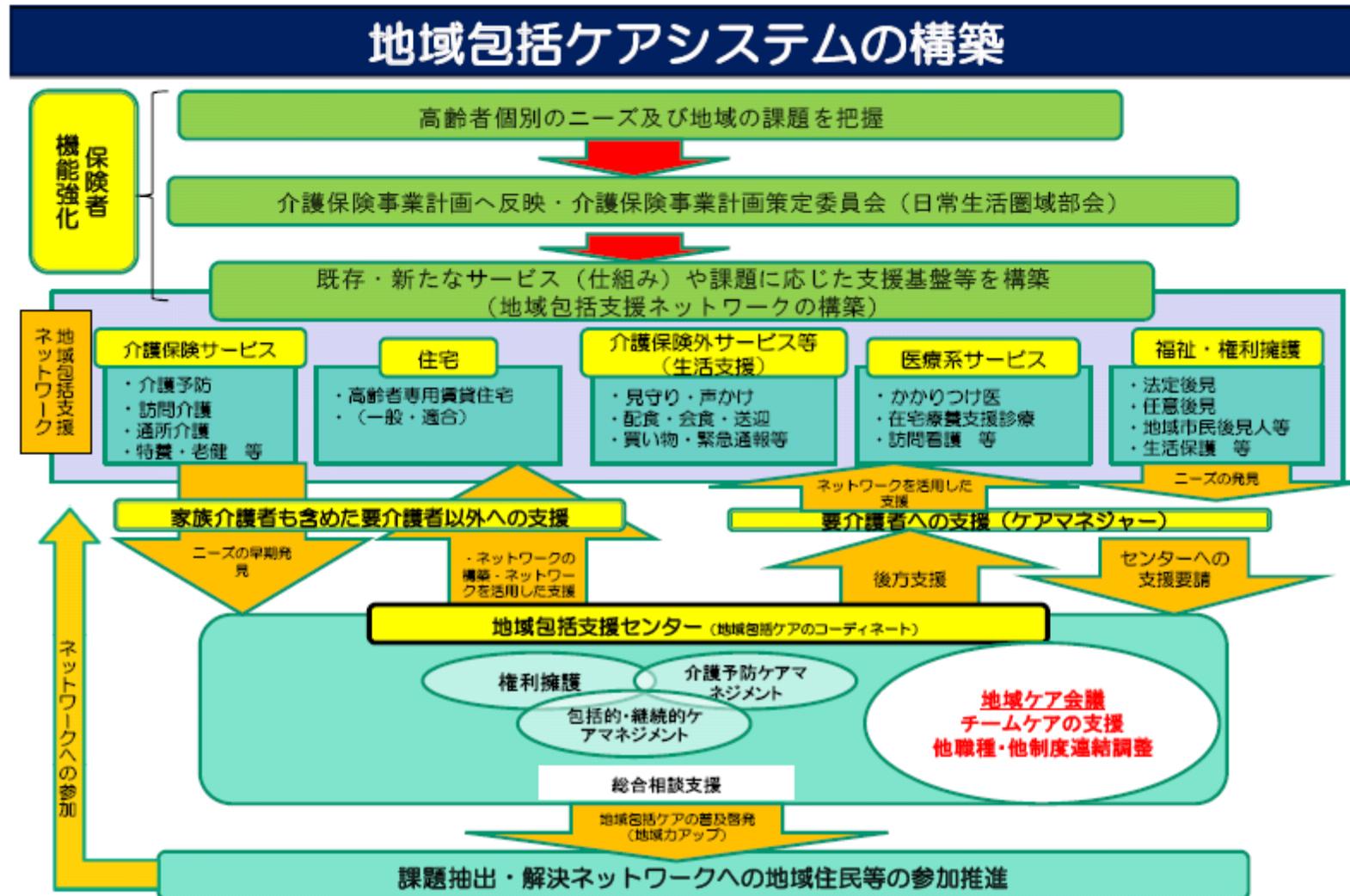
高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

ビジネスビジョン 地域包括ケアシステムの構築





ビジネスビジョン 「Social Dream Kids!」 個別相談援助技術の展開にむけて

ソーシャルワーク
(地域包括ケアシステム)

居宅介護支援

居宅介護支援のソーシャルワークとの統合

生活支援サービス

配食・会食・見守り・買い物
緊急通報 など

地域生活支援

認知症利用者の地域生活支援
地域包摂協力の確保・地域交流設定
医療介護連携会議の開催

在宅医療の位置付け

訪問診療
医療介護連携

訪問看護の位置付け

訪問看護
継続的アセスメント

従来型訪問・通所介護

生活援助
本人の意思による通所介護利用

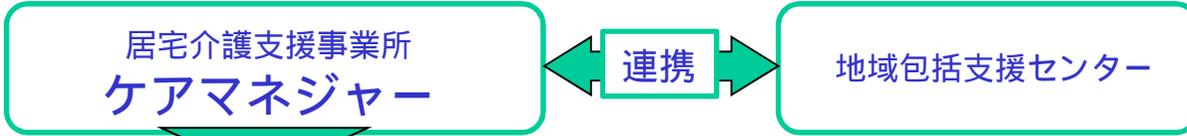
短時間介護の位置付け

短時間介護頻回 (週7回月間30回)
身体介護0(20分未満)
生活援助2(45分未満)

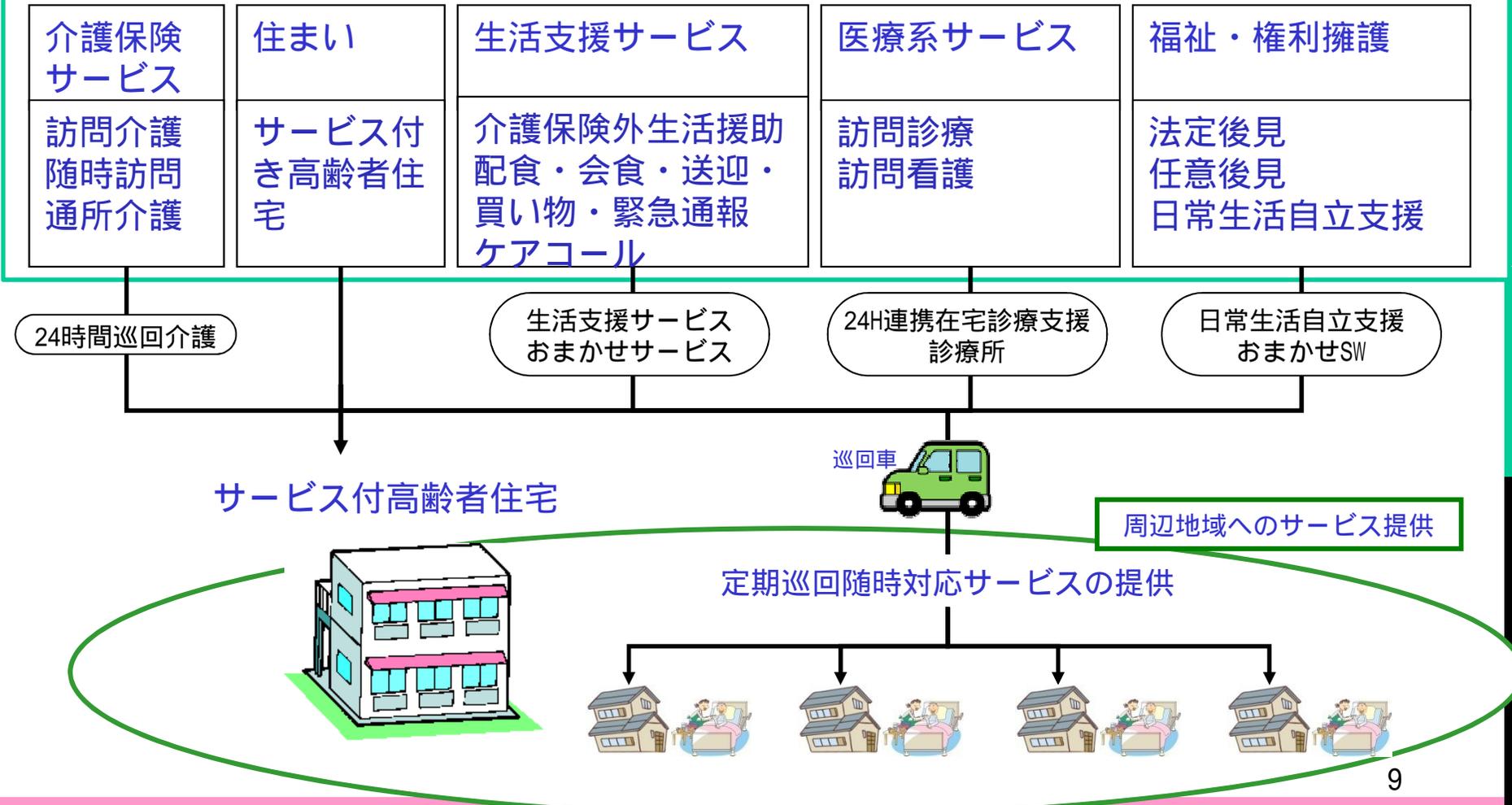
権利擁護・任意後見

は定期巡回随時対応型訪問介護看護を利用する場合は介護保険適用

地域包括ケアシステム～やさしい手モデルの提案

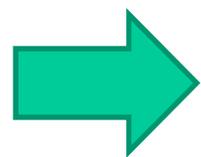


居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作る地域支援ネットワーク



地域包括ケアシステムの最終目標は 「住み慣れた家で最後まで生きる。」

- 地域包括ケアシステムの目的
- 医療依存があっても社会的入院から在宅へ戻す。
- 独居、ほぼ独居の重度要介護者の在宅生活継続を支援しつづける。
- 自宅、もしくは高齢者住宅などの居住系サービスにおいて在宅医療を展開し、在宅生活継続を目指す。
- 重度要介護になっても、「特別養護老人ホームに入らない」で自宅で頑張る。



定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスにおいて実現する

1. 定期巡回随時対応サービス を利用した地域包括ケア基準 のケアプラン

サービス付き高齢者住宅の場合



居宅サービス計画書(1)

作成年月日 H24年 07月 27日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 N 殿 生年月日 S6年 7月 15日 住所 新潟県上越市 丁目 番 号

居宅サービス計画作成者氏名 ZZZZZ

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 やさしい手上越居宅介護支援事業所 新潟県上越市木田1-1-15

居宅サービス計画作成(変更)日 平成 24年 7月 27日 初回居宅サービス計画作成日 平成 24年 7月 27日

認定日 平成 23年 6月 16日 認定の有効期間 平成 23年 6月 1日 ~ 平成 25年 5月 31日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	御本人：「 、確認できなかった。」
	御家族：「自宅では、看れなかったので病院に毎日のように行っていたが、介護負担が少ない所で穏やかに生活して欲しい。」
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	・総合的な健康状態を定期巡回・指定訪問介護看護により支援致します。
	・経管栄養により栄養状態を維持でき、衛生面にも留意した支援を行います。
	・状態に応じ、必要な医療が受けられるように支援致します。
	【緊急連絡先】 (主治医) ひらはら内科クリニック 医師 - - (平成24年8月から)
	(御家族) 様 - -
	様 - -
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

私は、上記事業所が平成 年 月 日に作成した居宅サービス計画について説明を受け、その内容に同意し、これを受領致します。

平成 年 月 日 利用者(代理人)氏名

印



利用者名 N 殿

居宅サービス計画書(2)

作成年月日 H24年 07月 27日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
誤飲性肺炎から経管栄養を行っている。	安定した健康状態で生活ができる。	H24/07/27~H25/01/30	医療・看護・介護・薬局が連携して健康管理ができる。	H24/07/27~H24/10/31	通院介助を行う。		家族・介護者	御家族・親戚	必要に応じて適時	3ヶ月間
					訪問診療(8月から)		訪問診療	ひらはら内科クリニック	2/月	3ヶ月間
					日常的健康管理・健康相談・医療との連携	○	訪問看護	訪問看護ステーションきずな	1/週	3週間
					経管(胃ろう)栄養の管理	○	訪問看護	訪問看護ステーションきずな	2/日	3ヶ月間
					服薬管理・指導	○	居宅療養管理指導	みなと調剤薬局	2/月	3ヶ月間
寝返りや起き上がりなどの動作が不自由。	皮膚疾患や皮膚トラブルがない。	H24/07/27~H25/01/30	皮膚疾患や皮膚トラブルが出ない。	H24/07/27~H24/10/31	オムツ交換	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	やさしい手上越定期巡回随時対応型訪問介護	5/日	3ヶ月間
					介護との連携・医療処置	○	訪問看護	訪問看護ステーションきずな	適時	3ヶ月間
					床ずれ防止用具レンタル	○	福祉用具貸与	さくらメディカル株式会社	レンタル	3ヶ月間
安全に楽しく入浴したい。	全介助で安全入浴ができる。	H24/07/27~H25/01/30	自分で洗える所は、自分で洗い、更衣・洗体等は、安全に行える。入浴前の体調管理ができる。	H24/07/27~H24/10/31	入浴前のバイタルチェック	○	訪問看護	訪問看護ステーションきずな	2/週	3ヶ月間
					更衣・洗体・洗髪など入浴の介助	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	やさしい手上越定期巡回随時対応型訪問介護	2/週	3ヶ月間
掃除・洗濯などができない。	支援を受けながら衛生的な環境で生活できる。	H24/07/27~	必要な支援を受け、安心して生活できる	H24/07/27~	居室内の清掃・シーツ交換・ゴミ出しなど	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	やさしい手上越定期巡回随時対応型訪問介護	適時	3ヶ月間
					洗濯(洗濯⇒乾燥⇒タタミ⇒収納)	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	やさしい手上越定期巡回随時対応型訪問介護	適時	3ヶ月間
					買い物など		家族・介護者	御家族・親類	適時	3ヶ月間
臥床している事が多い。	張りのある生活が送れる。	H24/07/27~H25/01/30	車イスで、アクティビティーに参加、見学ができる。	H24/07/27~H24/10/31	アクティビティーに参加の声かけ・移動介助	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	やさしい手上越定期巡回随時対応型訪問介護	月~金曜日	3ヶ月間

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。



利用者名

N 殿

週間サービス計画表

平成 24年 7月分より

作成年月日

H24年 07月 27日

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00							オムツ交換
	6:00	定巡回ムツ交換 [05:50-06:00]	定巡回ムツ交換 [05:50-06:00]	定巡回ムツ交換 [05:50-06:00]	定巡回ムツ交換 [05:50-06:00]	定巡回ムツ交換 [05:50-06:00]	定巡回ムツ交換 [05:50-06:00]	
早朝	8:00							経管栄養 オムツ交換
	10:00	訪問経管栄養 [09:00-09:10] 定巡回ムツ交換 [09:50-10:00]	訪問経管栄養 [09:00-09:10] 定巡回リフト入浴・洗濯 [18:00-18:45] 定巡回ムツ交換 [09:50-10:00]	訪問経管栄養 [09:00-09:10] 定巡回ムツ交換 [09:50-10:00]	訪問経管栄養 [09:00-09:10] 定巡回ムツ交換 [09:50-10:00]	訪問経管栄養 [09:00-09:10] 定巡回ムツ交換 [09:50-10:00]	訪問経管栄養 [09:00-09:10] 定巡回リフト入浴・洗濯 [17:00-17:45] 定巡回ムツ交換 [09:50-10:00]	
午前	12:00							オムツ交換
	14:00	定巡回ムツ交換・アク誘導 [13:45-14:00]	定巡回ムツ交換・アク誘導 [13:45-14:00]	定巡回ムツ交換・アク誘導 [13:45-14:00]	定巡回ムツ交換・アク誘導 [13:45-14:00]	定巡回ムツ交換・アク誘導 [13:45-14:00]	定巡回ムツ交換・アク誘導 [13:45-14:00]	入浴(週/2回)/1回) 訪問看護(週/1回) 訪問診療(第1・3水) 経管栄養 オムツ交換
	16:00	訪問経管栄養 [16:00-16:10]	訪問経管栄養 [16:00-16:10]	訪問経管栄養 [16:00-16:10]	訪問経管栄養 [16:00-16:10]	訪問経管栄養 [16:00-16:10]	訪問経管栄養 [16:00-16:10]	
	18:00							
午後	20:00	定巡回ムツ交換 [20:00-20:10]	定巡回ムツ交換 [20:00-20:10]	定巡回ムツ交換 [20:00-20:10]	定巡回ムツ交換 [20:00-20:10]	定巡回ムツ交換 [20:00-20:10]	定巡回ムツ交換 [20:00-20:10]	オムツ交換
	22:00							
深夜	24:00	定巡回ムツ交換 [23:30-23:40]	定巡回ムツ交換 [23:30-23:40]	定巡回ムツ交換 [23:30-23:40]	定巡回ムツ交換 [23:30-23:40]	定巡回ムツ交換 [23:30-23:40]	定巡回ムツ交換 [23:30-23:40]	
	2:00							
4:00								
週単位以外のサービス		福祉用具貸与 (I V, サイドレール, リクライニング車イス, 床ずれ防止用具, 特殊寝台)						

定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書(1) - 1

初回(改訂) サービス開始日 平成 24 年 07 月 27 日

フリガナ		生年月日	性別
ご利用者名	N 様	昭和06年 07月 15日生(81歳)	男
住所	〒 943-0805 新潟県上越市木田1-1-15 やさしえ上越	電話番号	

a. 利用者および家族の生活に関する意向 (ケアプラン内容)

ご本人: 「、確認できなかった。」
御家族: 「自宅では、看れなかったもので、病院に毎日のように行っていたが、介護負担が少ないところで穏やかに生活して欲しい」

b. 総合的な援助の方針 (ケアプラン内容)

・総合的な健康状態を定期巡回・随時訪問介護看護により支援いたします。
・経管栄養により栄養状態を維持でき、衛生面にも留意した支援を行います。
・状態に応じ、必要な医療が受けられるように支援いたします。
【緊急連絡先】 (主治医) ひらはら内科クリニック 平原克己医師 (平成24年8月から)

c. 介護目標

長期	イベント参加することによって張りのある生活を送ることが出来る。 また、やさしえ上越での生活になれる事が出来る。
短期	離床時間を設け、イベントやアクティビティに参加する事が出来る。

領域	運動・移動について	日常生活(家族生活)について	社会参加・対人関係 コミュニケーションについて	健康管理について
目標	安全に車イスやベッドの移乗が出来る。 入浴時にもリフトを使用し安全に入る事が出来る。	離床時間を設け、自室以外での生活にも慣れる。	やさしえ上越でのアクティビティやイベントに参加することで楽しみを見出す事が出来る。	定期的なオムツ交換に入る事で身体の清潔を保つ事が出来る。

サービス内容	<input type="checkbox"/> 01. 掃除	<input type="checkbox"/> 09. 排泄介助 (お-ア-科化)	<input checked="" type="checkbox"/> 17. 清拭	<input checked="" type="checkbox"/> 25. 体位交換	<input type="checkbox"/> 33. 安否確認	<input type="checkbox"/> 40.
	<input type="checkbox"/> 02. 洗濯	<input type="checkbox"/> 10. 排泄介助 (尿器/便器)	<input type="checkbox"/> 18. 手浴・足浴	<input checked="" type="checkbox"/> 26. 移乗・移動介助	<input type="checkbox"/> 34. 見守り (監視)	<input type="checkbox"/> 41.
<input type="checkbox"/> 03. ベッドメイク	<input checked="" type="checkbox"/> 11. 排泄介助 (おむつ)	<input checked="" type="checkbox"/> 19. 洗髪	<input type="checkbox"/> 27. 外出介助 (通院)	<input type="checkbox"/> 35. 食堂への送迎	<input type="checkbox"/> 42.	<input type="checkbox"/> 43. 看護()
<input type="checkbox"/> 04. 調理	<input type="checkbox"/> 12. 食事介助	<input checked="" type="checkbox"/> 20. 全身浴・シャワー浴	<input type="checkbox"/> 28. 外出介助 (買い物)	<input type="checkbox"/> 36. 声かけ/促し	<input type="checkbox"/> 37. 不安解消	
<input type="checkbox"/> 05. 配膳・下膳	<input type="checkbox"/> 13. 水分補給	<input checked="" type="checkbox"/> 21. 洗面介助	<input type="checkbox"/> 29. 外出介助 (その他)	<input type="checkbox"/> 38. 服薬確認	<input type="checkbox"/> 39. コール対応	
<input type="checkbox"/> 06. 買い物	<input type="checkbox"/> 14. 尿薬介助	<input checked="" type="checkbox"/> 22. 身体整容	<input type="checkbox"/> 30. 起床介助			
<input type="checkbox"/> 07. 薬の受け取り	<input checked="" type="checkbox"/> 15. 口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 23. 更衣介助	<input type="checkbox"/> 31. 就寝介助			
<input type="checkbox"/> 08. 排泄介助 (トイ)	<input type="checkbox"/> 16. 調理 (専門的配慮者)	<input type="checkbox"/> 24. ベッドメイク (介助含)	<input type="checkbox"/> 32. 自立生活支援のための見守り援助			

週間サービス計画は別紙参照

<input type="checkbox"/> 初回計画	<input checked="" type="checkbox"/> 改訂更新 (No. 002-01)	
作成者	審査者	承認者
平成 24.09.07 NNNNNNNN	平成 24.09.07 NNNNNNNN	平成 24.09.07 NNNNNNNN

サービス内容 (番号)	留意点および手順など
11,17	排泄介助を行う
25	体位交換を行う。
21,22	モーニングケア
15	ハミンググッドを使用
19,20,23	入浴に伴う、更衣介助
26	ベッド⇄車イスの移乗を行う。コミュニティールームへお連れする。

d. サービス利用料金

※ 月によってサービスの利用状況により自己負担額が異なります。
概算として、ご参考下さい。

① 1ヶ月の合計単位数	26,700 単位
1ヶ月の費用総額 (①×1単位あたりの単価)	= 267,000 円
※1単位あたりの単価=	10.00 円
② うち保険内自己負担額 (自己負担率 10%)	= 26,700 円
③ うち保険外自己負担額	= 0 円
④ 1ヶ月の交通費 (1回のサービスの往復交通費 0円×1ヶ月 0回)	= 0 円
1ヶ月の自己負担額合計 (②+③+④)	= 26,700 円
(備考)	



個人情報につき取扱い注意

定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書(6)【業務手順書】

利用者名: N 様 (ID:) (No. 1 / 3)

介護目標(c)

長期	イベント参加することによって張りのある生活を送ることが出来る。 また、やさしえ上での生活になれる事が出来る。
短期	離床時間を設け、イベントやアクティビティに参加する事が出来る。

優先順位	所要時間	サービス内容の詳細・手順	留意点
1	45分	<p>■入浴介助 火曜・土曜</p> <p>①ベッドより2人介助にて車イスに移動する。 車イスはリクライニングした状態でアームレストを下げた上体にする。 二人介助にて一人が頭側後方より脇に手を差し入れもう一人が膝下に腕を差し入れ抱えて移乗する</p> <p>②浴室に移動する。</p> <p>③浴室の隣のスペースでシャワーキャリーに移乗する</p> <p>④移乗 二人介助にて一人が頭側後方より脇に手を差し入れもう一人が膝下に腕を差し入れ抱えて移乗する</p> <p>⑤脱衣 浴室に移動後、上肢、下肢の順に衣類を脱がす。</p> <p>⑥洗体・洗髪 湯の温度を確認してもらい洗体・洗髪を行う。</p> <p>⑦リフトにて入浴 アームのシャワーキャリーの輪を引っ掛ける リモコンでリフトを上げ、湯船に入ってもらおう。 湯船より出たら上がり湯を掛ける。</p> <p>⑧身体を拭き二人介助にてリフト用車椅子にバスタオルを敷きこむ。(オムツを軽く当てる) 浴室横のスペースで車イスに移乗し上着、オムツ、ズボンを着衣する。この時に胃ろう部に腹帯を巻く。</p> <p>⑨居室に戻り、2人介助にてベッドに移乗する。</p> <p>⑩衣類のしわを直し体位交換をする。</p>	<p>※持ち物：洗面用具一式・バスタオル2枚・フェイスタオル2枚 着替え、オムツ・パット・腹帯</p> <p>体を洗うときは必ずグローブを着ける。感染の危険があるため。</p>

初回計画 改訂更新 (No.002-01)

作成者	審査者	承認者
平成 24.09.07 ○○○○	平成 24.09.07 ●●●●	平成 24.09.07 ○○○○

個人情報につき取扱い注意

定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書(6)【業務手順書】

利用者名: N 様 (ID:) (No. 2 / 3)

介護目標(c)

長期	イベント参加することによって張りのある生活を送ることが出来る。 また、やさしえ上での生活になれる事が出来る。
短期	離床時間を設け、イベントやアクティビティに参加する事が出来る。

優先順位	所要時間	サービス内容の詳細・手順	留意点
2	7分	<p>■排泄介助 毎日</p> <p>準備するもの 新聞紙・グローブ・陰線ボトル・おしりふき・オムツ パット 陰洗ボトルは洗面所でお湯を入れる。 オムツ交換する旨を伝え、ベッドの高さを上げる</p> <p>①体位交換用のクッションを外す。 ②ズボンを下げ、オムツを開く。 ③陰線ボトルで陰部を洗浄する ※便が出ている場合は先ずトイレットペーパーでふき取ってからお湯で流す。 ④最後にお尻拭きで拭いてから新しいパット・オムツに交換しオムツを閉じ、ズボンをあげる。</p> <p>体位交換 ○側臥位の場合○ 背中・腰にクッションを挟む。 股、両足くるぶしにタオルをあてがう。 ○仰臥位場合○ 両膝の下に枕 くるぶしの間にタオル</p>	<p>洗面台：オムツ・パット・おしり拭き・陰洗ボトル タンスの上：新聞紙 クローゼット：グローブ</p> <p>臥床時間が長い場合、排泄介助時には皮膚観察を行う。</p>
	5分	<p>■誘導(アクティビティ) 毎日</p> <p>ベッドより2人介助にて車イスに移動する。 車イスはリクライニングした状態でアームレストを下げた上体にする。 二人介助にて一人が頭側後方より脇に手を差し入れもう一人が膝下に腕を差し入れ抱えて移乗する</p>	

初回計画 改訂更新 (No.002-01)

作成者	審査者	承認者
平成 24.09.07 ○○○○	平成 24.09.07 ○○○○	平成 24.09.07 ○○○○

経過記録(プロセスレコード)



在宅介護
やさしい手

プロセスレコード

事業所: 上越定期巡回

発生日(曜日)	利用者	内容区分	状況/課題	結果/方針	訪問介護員	支援事業所	最終更新
2012-08-31(金)	0000	巡回 介護記録	8/30-31夜間の様子 4:40-4:50服薬介助。 (水野)	ご自身お持ちのお茶で服薬。			水野 かすみ 2012-08-31 04:48
2012-08-31(金)	0000	巡回 申し送り	特変事項 飯塚澄枝様午前、午後と点滴しております。昼食、主食3副食0、朝食後の薬内服しています。NS報告しています。様子観察お願いします。				畑中 真理 2012-08-31 17:05
2012-08-31(金)	0000	巡回 申し送り	その他 0000様デイサービスキャンセル時、昼食追加を必ず厨房に伝えてください。(1週間申し送り)山田ミサ様本日御入居されました。				畑中 真理 2012-08-31 17:19
2012-08-31(金)	0000	巡回 申し送り	外出・キャンセル 0000様デイサービスキャンセルされる。				畑中 真理 2012-08-31 17:24
2012-08-31(金)	0000	巡回 要対応	9/1尿測 0000様18:00 200cc 06:00 300cc				梨本 幸一 2012-09-01 10:02
2012-08-31(金)	0000	巡回 要対応	8/31尿測 0000様 17:00 700cc 6:00 400cc 0000様 18:30 400cc 6:30 1100cc 0000様 14:30 950cc	前澤様計1100cc吉田様計1500cc	水野 かすみ		長谷川 博子 2012-08-31 18:28
2012-08-31(金)	0000	巡回 介護記録	8/30日中の様子 19:45-20:00更衣介助、トイレ誘導、ストマ破棄。 (水野)	更衣確認。	水野 かすみ	上越支援 小笠原 直	水野 かすみ 2012-08-31 01:19
2012-08-31(金)	0000	巡回 介護記録	日中の様子 11:50-12:00昼食誘導する。 (畑中)		畑中 真理	上越支援 小笠原 直	佐藤 由理香 2012-08-31 12:14
2012-08-31(金)	0000	巡回 介護記録	8/31日中の様子 12:00-12:10昼食誘導 (4宮田18:05-18:15食事誘導。何回かコールを鳴らしており、そのたびに職員から「少々お待ちください」と言われていたそうで、ご本人「いつまで待てはいいの」と少々御立腹でした。20:00-20:15排泄介助(リハバン オムツ)、更衣介助。 (佐藤)		宮田 祐子	上越支援 小笠原 直	佐藤 由理香 2012-08-31 21:14
2012-08-31(金)	0000	巡回 介護記録	8/30日中の様子 21:00-21:10眠前薬服薬介助。 (水野)	朝、4時にオムツ交換にうかがわせて頂く旨お話しする。	水野 かすみ	上越支援 小笠原 直	渡邊 悠 2012-08-31 10:18
2012-08-31(金)	0000	巡回 介護記録	8/30-31夜間の様子 8:15-8:30更衣介助、排泄介助、朝食誘導行う。(渡辺悠)		渡邊 悠	上越支援 小笠原 直	渡邊 悠 2012-08-31 10:19



2. 事業運営の課題

(1) ルートとシフトの管理

24時間稼働のためにもっとも重要なのはシフトを作成し、その後に介護員のルートを作成をしなければならない。

(2) 効率の高いシフトとルーティングによるサービス提供予定組

効率の高いシフトと精緻な見積もりによるルーティングが要求される。

(3) ケアプランの展開

サービス予定からサービス提供実績に振り替える事務作業量が膨大にある。

随時訪問サービスは都度詳細に記録し、根拠とするともに、実績化をして、保険者に報告しなければならない。

多数の短時間サービスを提供の手順を手順書として明確に位置付ける。

(4) 退院在宅患者へのサービス提供

在宅医師との連携、看護師の協力、看護師と介護員の連携を行い、亜急性期・回復期病棟の退院患者を在宅で受け止めなければならない。

(5) 24時間体制による、看護師と医師への負担

24時間体制は、医師看護師に大きな負担を与える。

(6) 利用者へのケアプランの説明と同意

在宅医療と連携したケアプランにより、在宅生活継続の実現について説明をおこない、同意を得るプロセスがある。

(7) 介護職員とケアマネジャーへの教育訓練

十分な教育訓練が必要

(8) 柔軟なサービス提供要望への対応策

利用者の利用ニーズはかたよっており、かつ大量のサービス提供をおこなわなければならない。

(9) 看護師の役割設定、オペレーター、随時訪問サービス担当者への役割設定

看護師、オペレーター、随時訪問の配置者の役割分担を明確にして、効率を向上させなければならない。

(10) 介護職員の採用

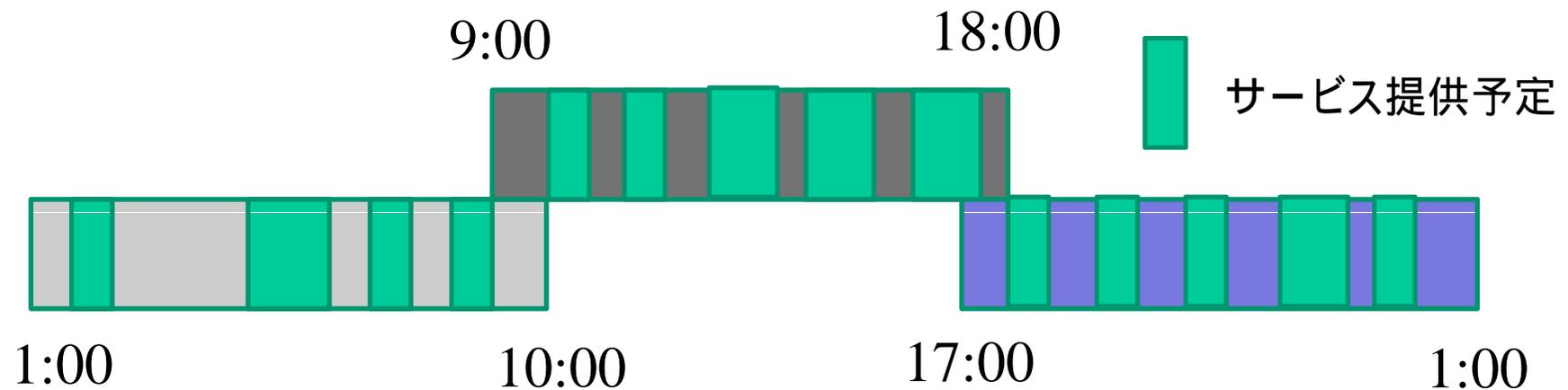
介護職員の採用・確保と教育訓練が最大の課題



3 . 課題克服の経過

(1) ルートとシフトの管理・共同マネジメント

日々の介護シフトを精緻作成し、予め短時間の介護サービス予定をシフト上に「サービス提供予定」として位置付けて、これを実績化し、利用者、保険者に報告しなければならない。



- 定期巡回随時対応型訪問介護看護は、看護師、介護職員、従業員それぞれ勤務シフトに短時間介護サービス提供予定を割り当てる必要がある。
- 在宅介護の定義として、事例のように、月240回のサービス提供予定を位置付け、随時対応を行い、これを保険者と利用者に明細を提示する必要がある。
- 日課表に基づく一律のスケジュールによる介護サービス提供ではなく、利用者個別のニーズや要望に柔軟に合わせた、時間にサービスと予定し、手順を詳細にし、予定通り展開し、実績として管理する必要がある。
- 特定施設入居者生活介護、特別養護老人ホーム、グループホーム、通所介護などことなり、看護師・介護職員の定期的ルートを策定し、そのルートにしたがって、居宅サービス計画→定期巡²²回随時対応サービス計画→サービス提供予定→実績化の展開を行う体制が必要

ルートとシフトの管理・共同マネジメントの手順

1. 介護職員シフト作成

- (1) 介護職員のシフト作成がまず前提
- (2) 職員のシフトから考えたルートの作成
- (3) 利用者アセスメントからルートに位置付けられるご利用者1人1人のサービスの位置づけ
- (4) 短時間サービスのサービス提供予定からのサービス提供実績への振り替え
- (5) 妥当性のあるサービスごとの記録の必要性

2. 個別週間プランへ展開

- (1) 上記(3)にて予定化したサービスについてご利用者ごとの週間サービス計画への転換
- (2) 週間サービス計画における実施される時間帯、時間における必要根拠の考慮
- (3) サービス提供の根拠に基づいた週間サービス計画をケアマネジャーに提案
- (4) ケアマネジャーによる包括居宅サービス計画の作成

3. 居宅サービス計画への展開

- (1) 各サービス履歴に基づく他職種での記録の共有
- (2) 明確な根拠に基づく、ご利用者1人、1人のサービス内容レビュー
- (3) 介護職員提案によるサービス変更の必要性提案
- (4) ケアマネジャーによる包括的居宅サービス計画の修正
- (5) 住み慣れた地域で、誰よりも豊かな生活を送り、最後までいきいきと生活

介護職員の巡回ルート決定

○月○日(○)

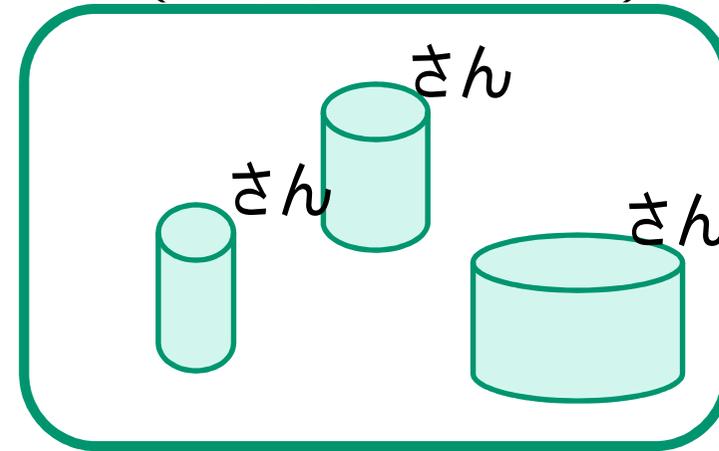
時刻	12時前														
時刻	12時前														
8:00	巡回開始	巡回開始													
8:30	巡回開始	巡回開始													
9:00															
9:30															
10:00															
10:30															
11:00															
11:30															
12:00															
12:30															
13:00															
13:30															
14:00															
14:30															
15:00															
15:30															
16:00															
16:30															
17:00															
17:30															
18:00															
18:30															
19:00															
19:30															
20:00															
20:30															
21:00															
21:30															
22:00															
22:30															
23:00															
23:30															
24:00															
24:30															
25:00															
25:30															

- 介護職員シフトが確定したら、そのシフトに利用者個別の十分なアセスメントに基づいたサービスを巡回ルートとして当て込む。
- 日々のサービスの実施予定時間を各介護職員のシフトの中に位置づける。

(1) 介護職員シフトの決定

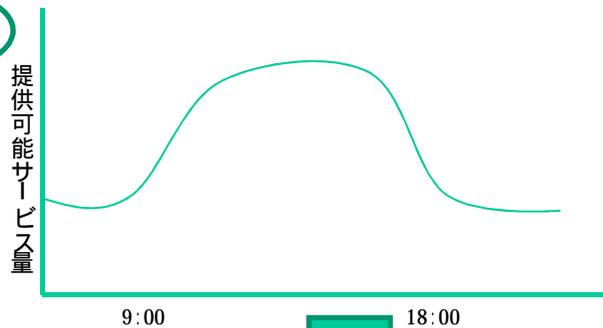
	月	火	水	木	金	土	日
A	日	日	準	準	休	休	日
B	休	深	休	日	日	準	準
C							
D							

(2) 適切なアセスメントに基づくお客様それぞれのニーズの把握
(24時間アセスメント)



(4) 供給可能なサービス量の決定

毎月10日



(3) ニーズとサービス量の突合

(6) 提案



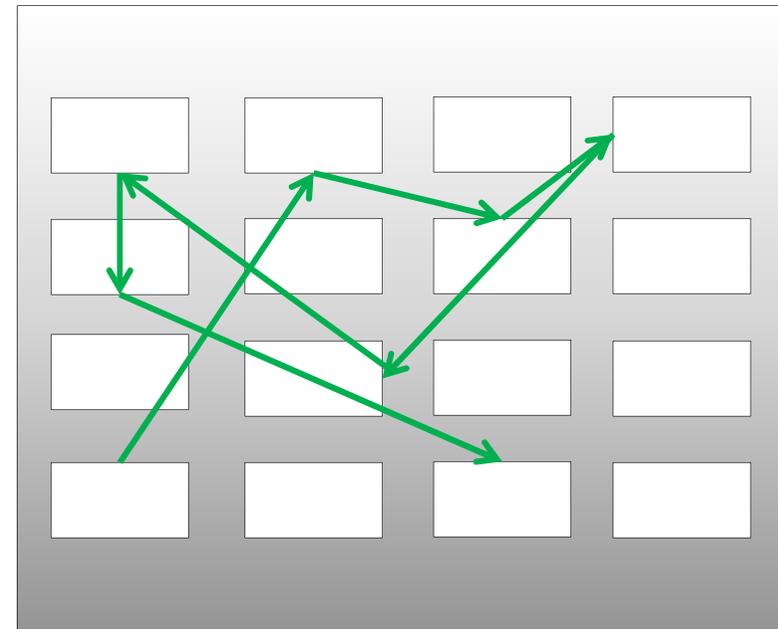
毎月12日

(5) 週間サービス計画提案表の決定

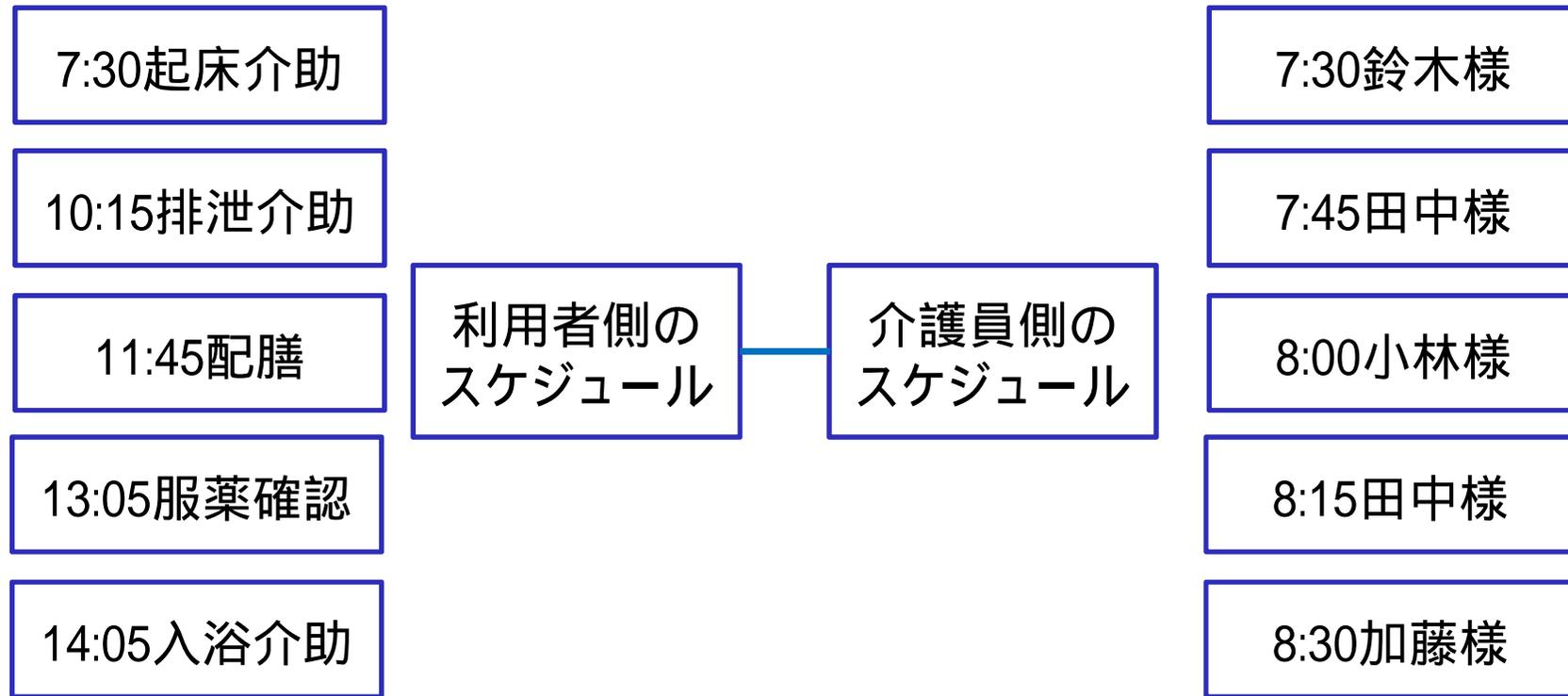
A様	月	火	水	木	金	土	日
巡視	7:30	7:30	7:30	7:30	7:30	7:40	7:30
身体2	14:10		15:00			15:00	
巡視	18:15	18:15	18:15	18:15	18:30	18:00	18:00
身体1							

(7) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の決定

短時間介護 1つ1つにサービスの計画の位置付けをおこなう。
サービス提供予定と実績の管理をおこなう。



定期巡回随時対応型訪問介護看護のスケジュールづくり



利用者の個別週間スケジュールを訪問介護員のルートに展開し、訪問介護員ごとのサービススケジュールを作成する。
日課表に基づいた、全利用者一斉のサービス提供の方法とは異なる。

(2) 効率の高いシフトとルーティングによるサービス提供予定組

弊社の定期巡回随時対応型訪問介護看護のシフト作成標準

定期訪問ルート	定期訪問ルート	
定期訪問ルート	随時訪問ルート	オペレーター ルート
定期訪問ルート	定期訪問ルート	

- 深夜勤務、夜間勤務は2ルートで片方がオペレータールート兼務
- 日中は定期訪問ルート、随時対応ルート、オペレータールートそれぞれ3ルートを配置する。
- 深夜勤務は交代で2時間の仮眠休憩をとる。
- 随時訪問ルート従事者、オペレーター従事者には原則定期サービスを位置付けない。
- 定期サービスが遅延する場合は、随時訪問ルートの介護員がバックアップをおこない、定期サービスの時間遅延を防ぐ。
- 日中兼務の定期サービスは、主に従来型の登録型訪問介護員を雇用しルートを作成し、大量の定期サービスを提供する。
- 従来型の訪問介護員の積極的な活用により、24時間体制のサービスを提供しつつも、利用者の希望時間に柔軟に大量のサービスの投入が可能になった。
- $7(\text{ルート/日}) \times 30\text{日} = 210(\text{ルート/月})$ 、 $210(\text{ルート/月}) \div 20(\text{勤務/人}) = 10.5(\text{人/月})$
- この体制では常勤社員配置人数は11人と利用者的人数の応じた登録型訪問介護員が必要
- 常勤社員の月間労務コスト $11 \times 250\text{千円} = 2,750\text{千円}$
- 損益分岐点は750万円前後

定期巡回随時対応サービスの シフト最少パターン

定期巡回随時対応型訪問介護看護のシフト作成標準 (最少人員配置で行う場合)

定期訪問ルート

随時訪問ルート

定期訪問ルート

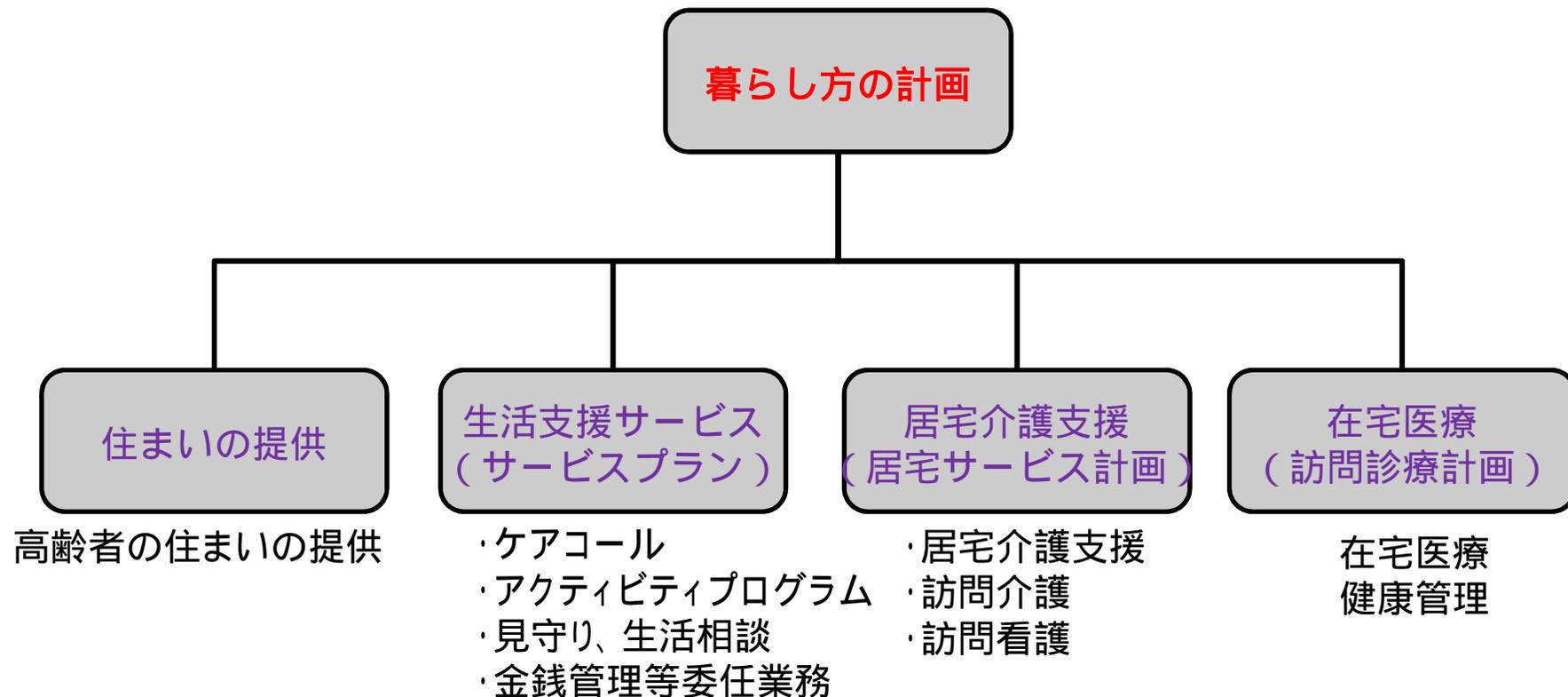
オペレーター
ルート

- 深夜勤務、夜間勤務は1ルートで片方がオペレータールート兼務
- 日中は随時対応ルート、オペレータールートそれぞれ1ルートを配置する。
- 随時訪問ルート従事者は、定期サービスを位置付けない。オペレーターは定期サービスを位置づけする。
- 定期サービスが遅延する場合は、随時訪問ルートの介護員がバックアップをおこない、定期サービスの時間遅延を防ぐ。
- 従来型の訪問介護員の積極的な活用により、24時間体制のサービスを提供しつつも、利用者の希望時間に柔軟に大量のサービスの投入が可能になった。
- $4(\text{ルート/日}) \times 30\text{日} = 120(\text{ルート/月})$ 、 $120(\text{ルート/月}) \div 20(\text{勤務/人}) = 6(\text{人/月})$ 、一人当たり平均深夜勤務回数 ($30\text{日} \div 6\text{人} =$) 5回
- この体制では常勤社員配置人数は6人と利用者の人数の応じた登録型訪問介護員が必要。
- 常勤社員の月間労務コスト $6\text{人} \times 250\text{千円} = 1,500\text{千円}$
- 損益分岐点は500万円前後

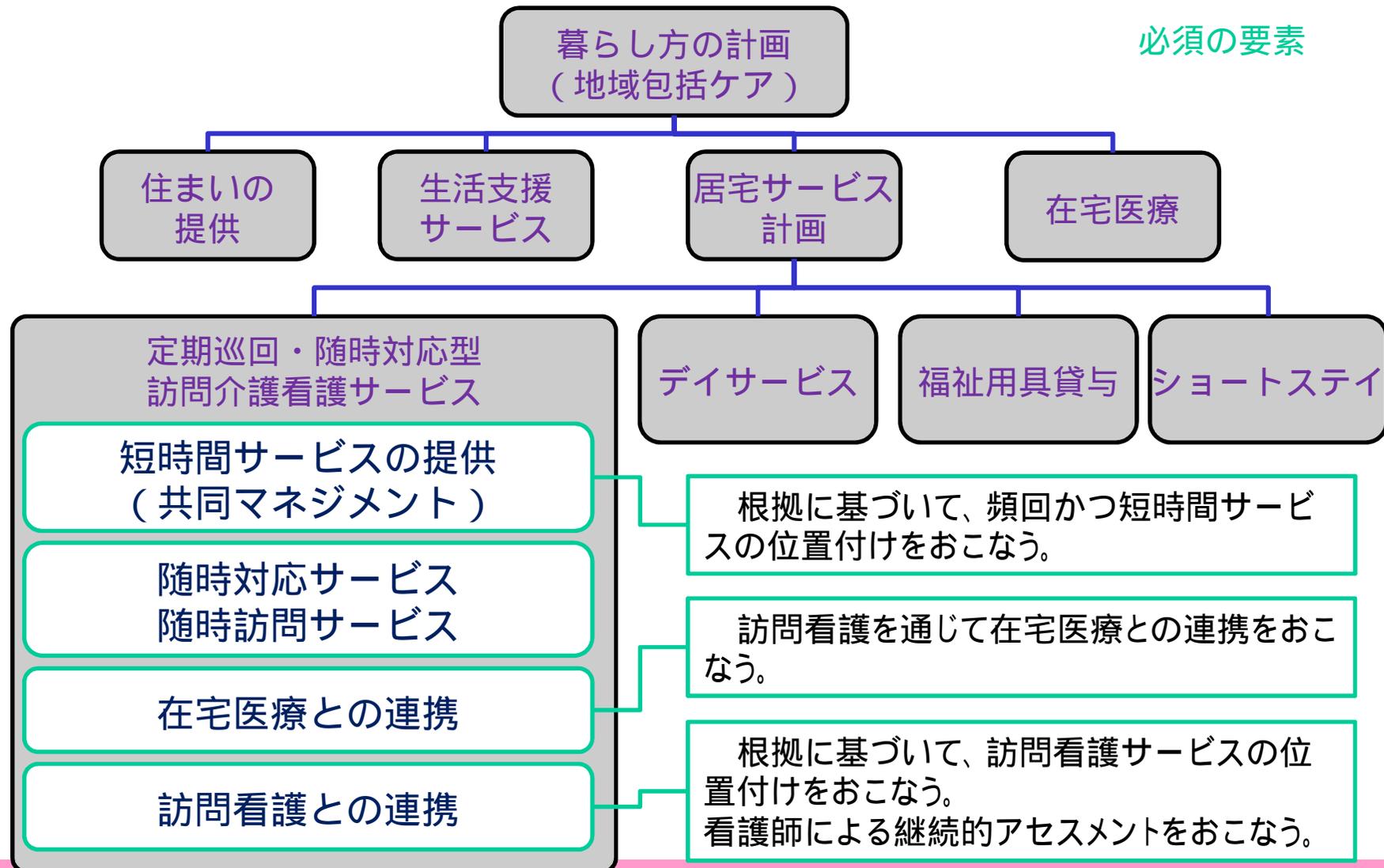
(3) ケアプランの展開

- グループホーム、特定施設入居者生活介護と異なり、サービスの前提としてケアプランを基礎として、定期巡回随時対応サービスの他、通所介護、福祉用具貸与、短期入所生活介護などのサービスが位置付けられる。
- 定期巡回・随時対応サービスのような、包括サービスを含むケアプランでは、利用者の生活を包括的に支援する視点を必要とする。
- 重度要介護認定者と中心とした利用者の生活を包括に支えるサービスは、ケアプランに位置付けられた、在宅医療の医師との連携によって、はじめて実現する。
- ケアマネジャーには「在宅医療の展開」と、「診療報酬制度」の知識を充実させて、利用者に在宅医療のケアプランの提供価値について、利用者に十分に説明できる能力を拡充させることが求められる。
- ケアマネジャーは、包括サービスを含むケアプランにおいては、医師、薬剤師による居宅療養管理指導によって、在宅医療と、在宅服薬管理の情報得て、介護サービスと統合する必要がある。
- ケアマネジャーは、定期巡回・随時対応サービスの介護員と看護職員を通じて、在宅医療の展開を行う。

個別援助計画「暮らし方の計画」の展開 による地域包括ケアの実現

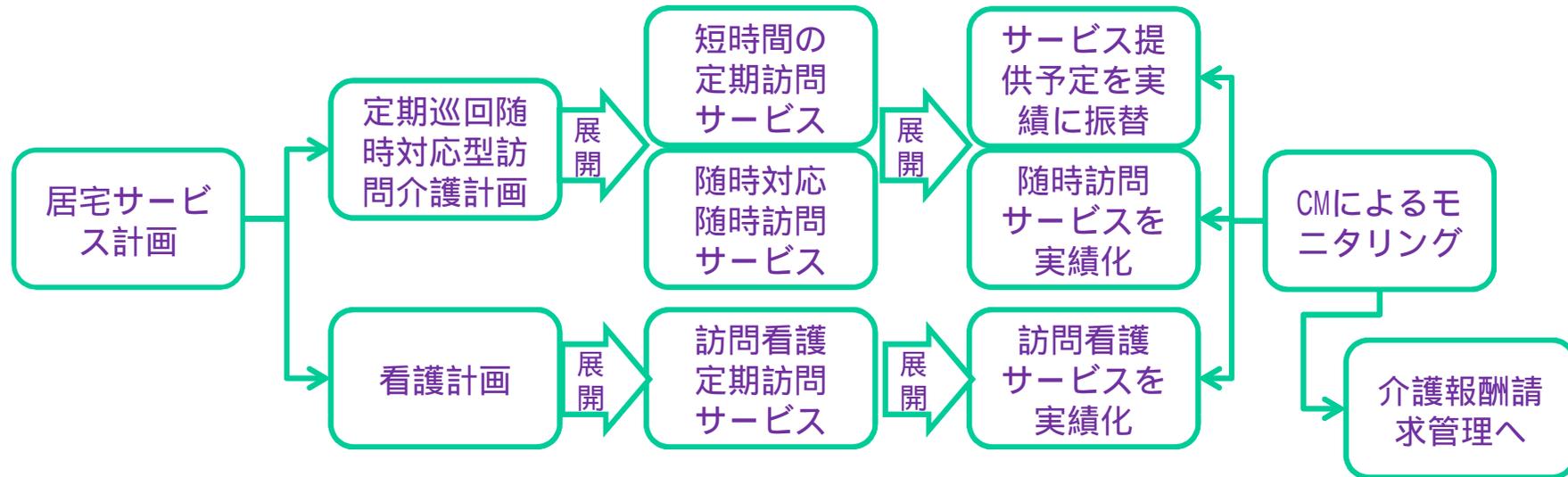


定期巡回随時対応型サービスを活用した 地域包括ケアの体系図



(3) ケアプランの展開

在宅介護はサービス提供予定と実績の管理が重要



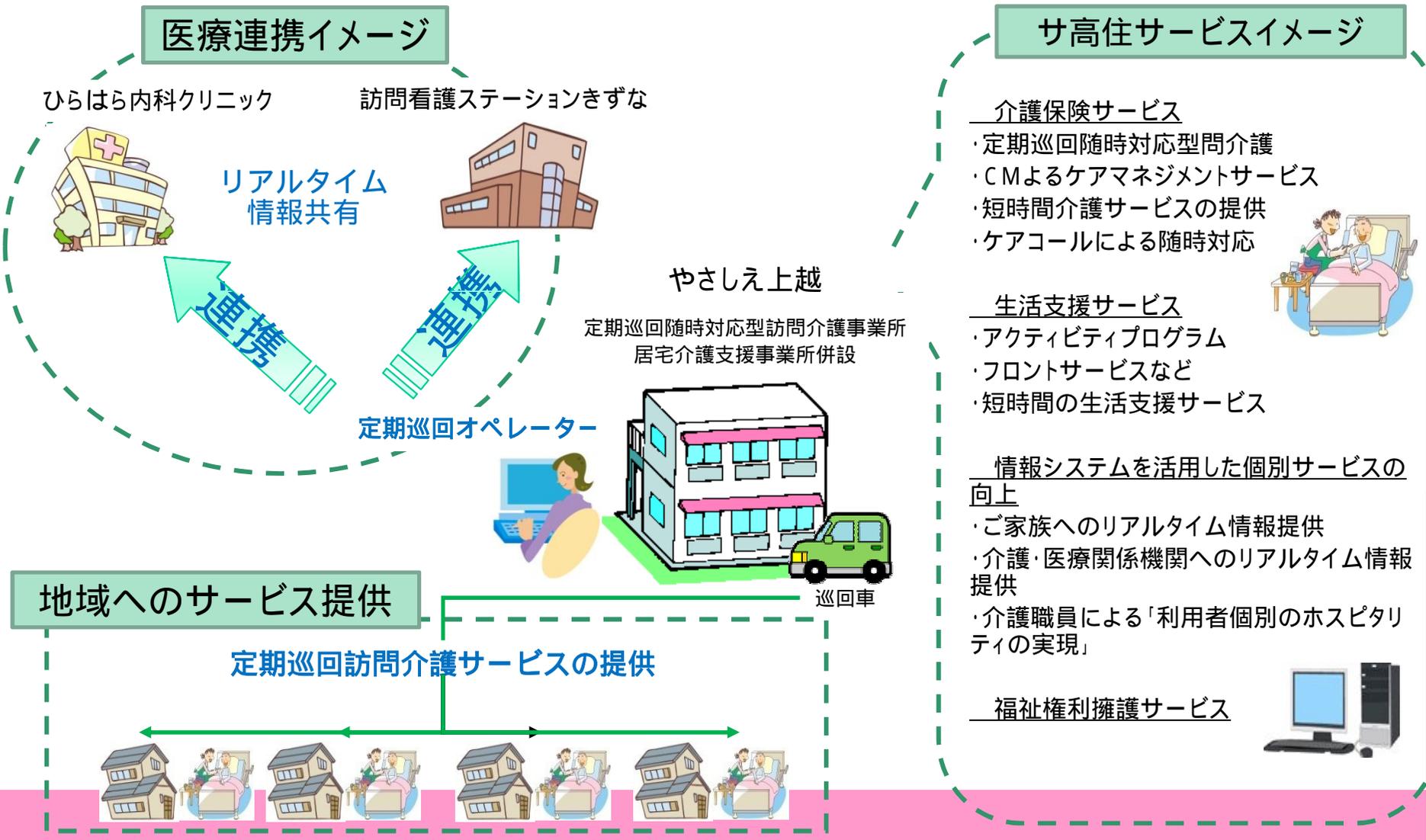
- 定期巡回随時対応型サービスの計画作成責任者は、居宅サービス計画と同期して、定期巡回随時対応型訪問介護計画と、看護計画の継続的改善をおこなう必要がある。
- 計画作成責任者は、定期巡回随時対応型訪問介護の頻回なサービス予定を組む。
- 計画作成責任者は随時対応サービス内容から、定期訪問サービスに振り替えられるものについて、定期サービスに位置付けて、随時対応の量的な拡大を抑え合理的なサービス展開を行う。
- 計画作成責任者は、多数のサービスを提供の手順を手順書として明確に位置付ける。
- 定期巡回では、随時対応と随時訪問の内容を記録し、実績化する。
- 定期巡回・随時対応型サービスでは、訪問介護と訪問看護のサービス提供予定、随時訪問の内容は、それぞれ実績に振り替える大量の事務作業をおこなう必要がある。

(4) 退院後の在宅患者へのサービス提供

- 在宅医療医師との連携
 - 定期巡回随時対応型サービスの利用者に在宅療養支援診療所の訪問診療の位置付けを行う。(在宅時医学総合管理料1の算定を前提としている。)
 - 通院困難、かつ医療依存性がある利用者に位置付けをおこなう。
 - 在宅療養支援診療所では、介護保険の居宅療養管理指導の算定を求める。
 - この居宅療養管理指導の位置付けにより、定期巡回・随時対応サービスの対象利用者を、在宅療養支援診療所の在宅患者として共有し、医師から、在宅療養の注意点を指示してもらう。
 - 介護職員は、在宅療養上の問題点を、医師に伝達し、指示に従って問題解決を図る。
 - これらの要求を満たすための介護職員の教育訓練が最重要ポイントとなる。
- 看護師と在宅医療医師の連携
 - 上記で位置付けられた、在宅療養支援診療所医師からの指示により、看護師が医療行為をおこなう。また、在宅生活継続のために、看護師による継続的マネジメントを行う。
 - 眼科、皮膚科、精神科などの他科受診においては、他科医師間の診療情報提供書の連携の他、看護師が中心となり、他科の医師間の連携を図り、在宅患者に医療を提供する。
- 看護師と介護員の連携
 - 定期巡回・随時対応サービス連携型においては、医師からの指示を、看護師、オペレーターおよび計画作成責任者を通じて、対象利用者に対するサービス管理について、全介護職員行動として展開する場合が多いと考えている。
- 在宅薬剤師との連携
 - 居宅療養管理指導を位置付けて、在宅薬剤師と連携することにより、利用者へ服薬の連携を行うことができる。介護職員への展開をおこない、服薬管理の展開が可能となる。

やさしえを基盤とした地域包括ケアの実現

サービス付き高齢者向け住宅 やさしえ上越を基盤とした地域包括ケアの実現



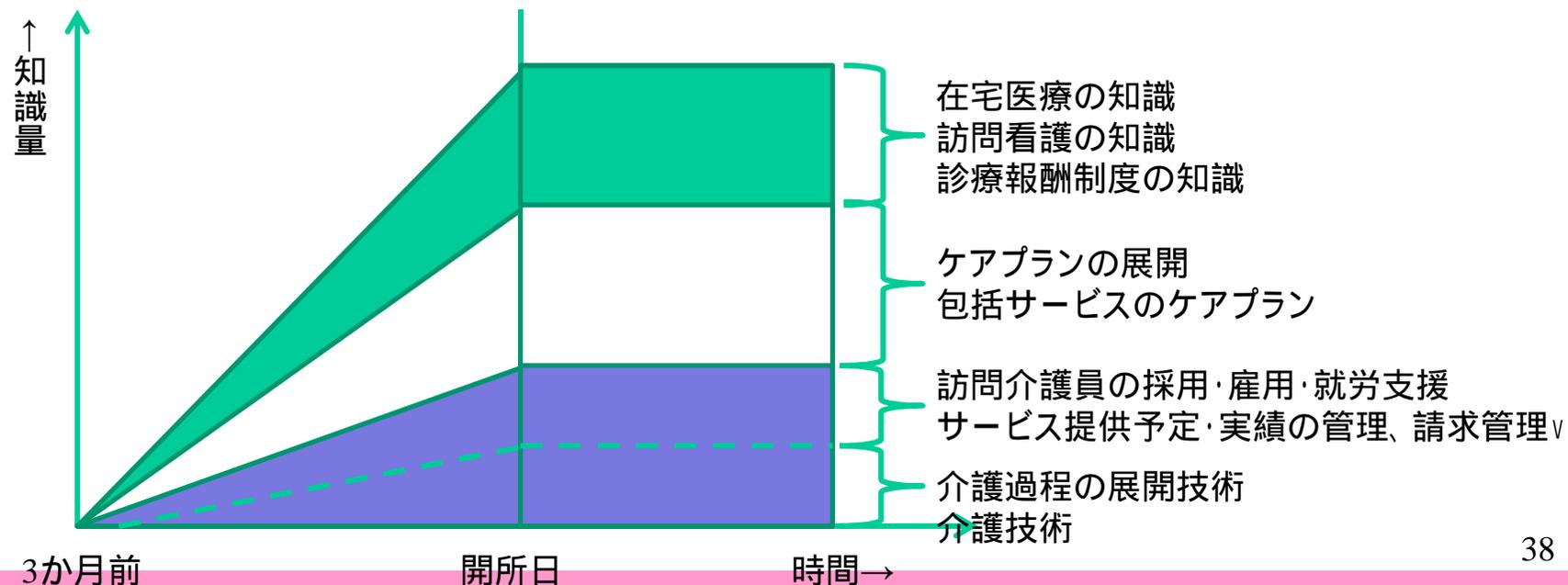
(4) 利用者へのケアプランの説明と契約

- ケアマネジャーは、在宅医療のサービスを中心軸に据えつつ、利用者(在宅患者)が在宅生活を継続するサービスのプランニングおこなわなければならない。
- ケアマネジャーは、利用者ごとに、在宅医療と看護と介護の連携のケアプランを作成する。
- 利用者ごとに、在宅医療の位置付けにより、暮らし方がどのように改善されるのかについて、説明をおこない理解を得る必要がある。
- また、利用者ごとにその在宅医療を受けることで、どのような金額負担があるのか予め説明と同意を得る必要がある。
- ケアマネジャーは在宅医療の展開と在宅医療の診療報酬制度の知識をもち、かつ在宅療養のケアプランニングの知識を向上させなければならない。
- 定期巡回・随時対応サービスの計画作成責任者、オペレーター、介護職員においても同様に、利用者1人1人のケアプランの説明と同意の能力を確保する必要がある。

(5) 介護職員とケアマネジャーへの教育訓練

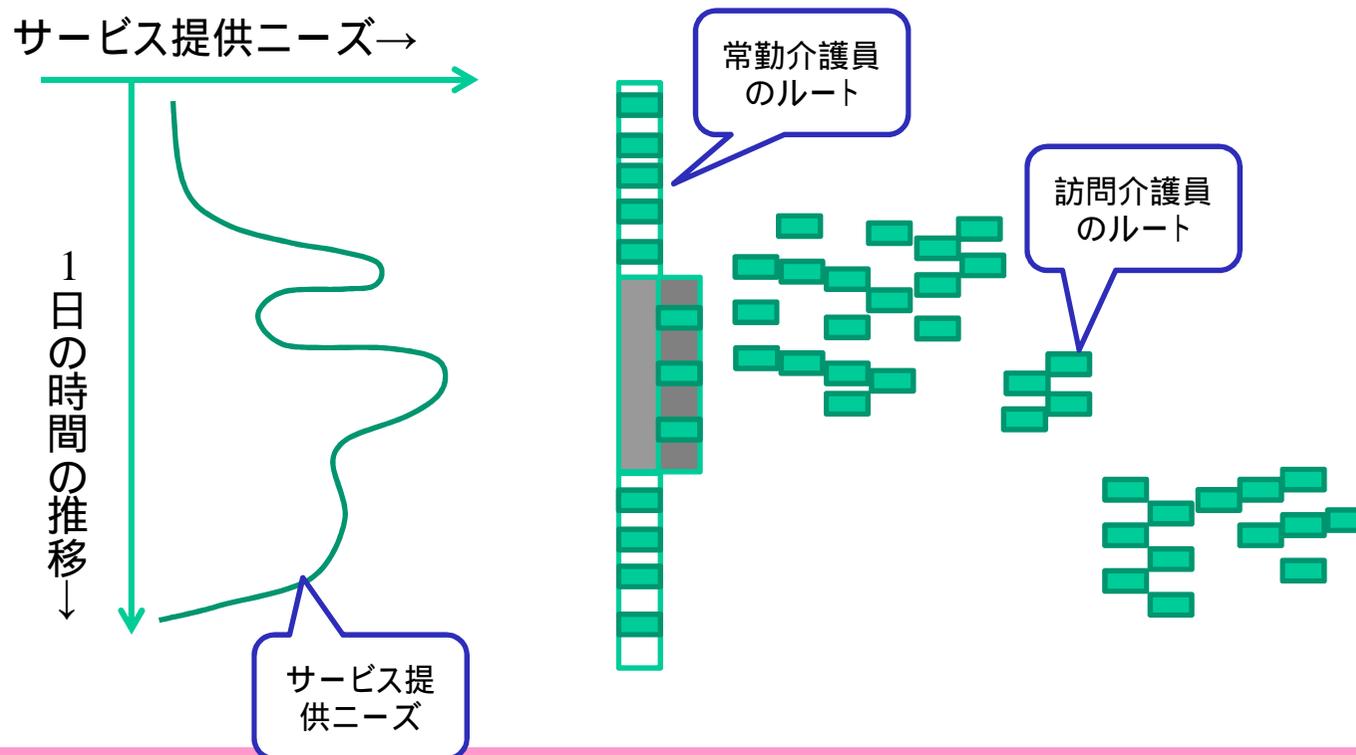
- 定期巡回・随時対応サービスは、ケアマネジャーに在宅医療と訪問看護の展開と、在宅医療の診療報酬制度の学習と、在宅医療を内包した、「地域包括ケア」の学習を必要としている。
- 同様に、計画作成責任者(サービス提供責任者)、介護職員も、在宅医療と訪問看護の展開と、在宅医療の診療報酬制度の学習と、在宅医療を内包した、「地域包括ケア」の学習が必要、開所前3か月間で充実した研修を行い、開所後、OJTを行う必要がある。
- この方法により、在宅介護の経験が少ない介護職員も早期に中心的な役割を担うことが可能。

介護職員への教育研修 → OJTへ展開



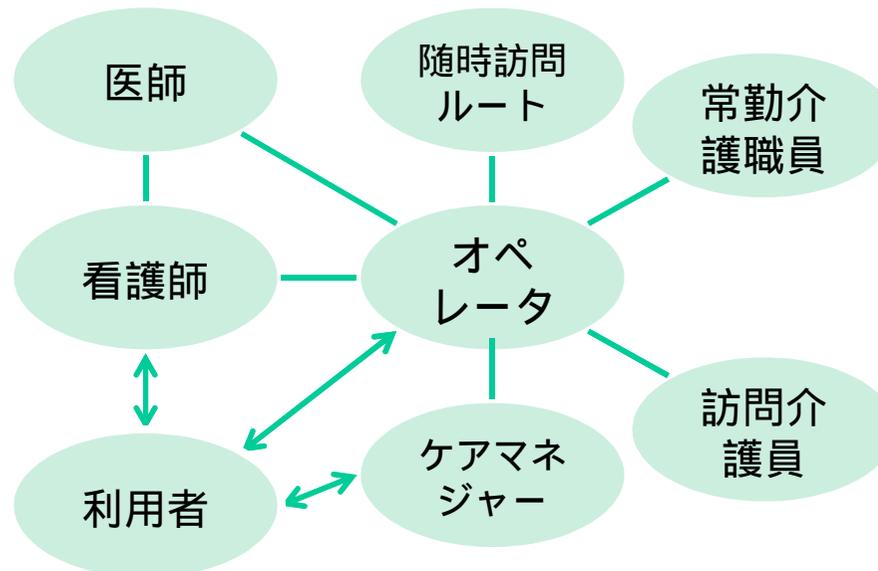
(6) 柔軟なサービス提供要望への対応策

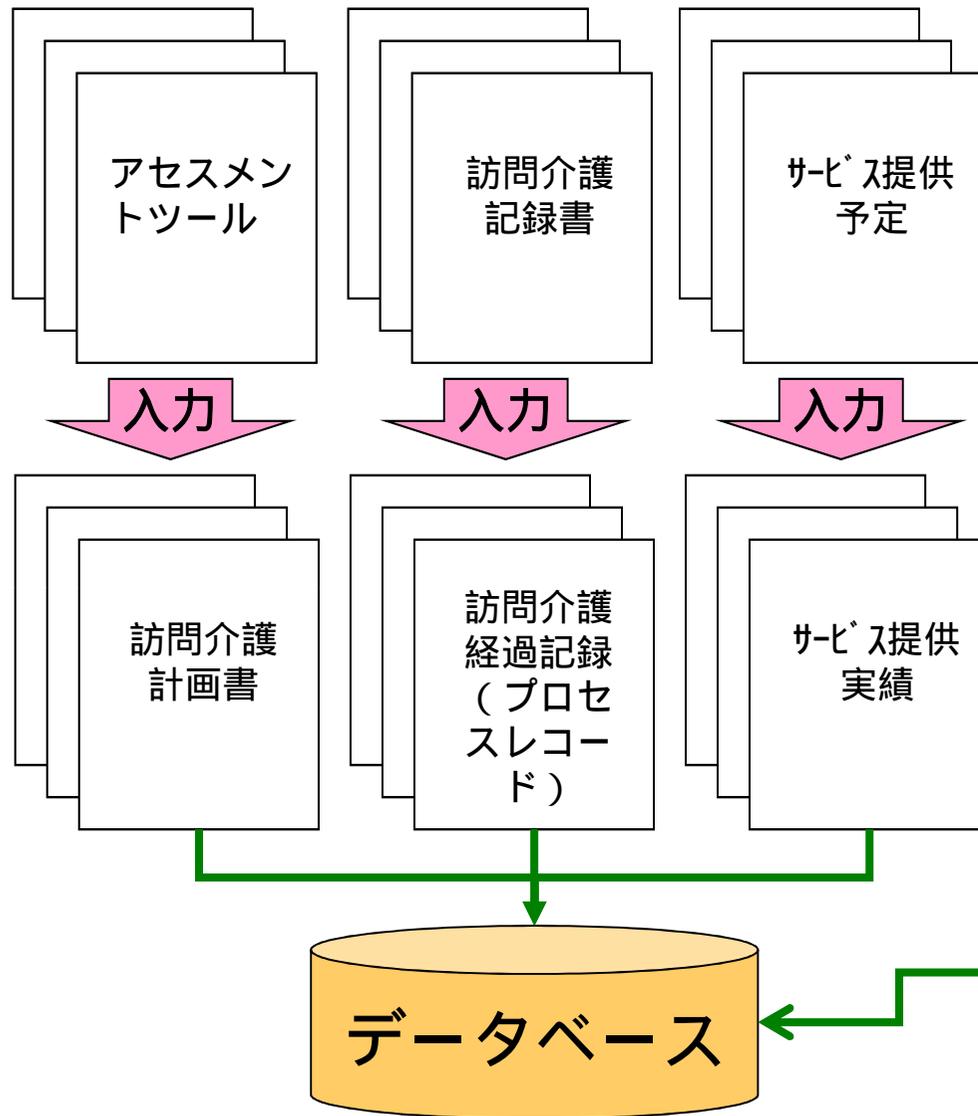
- 利用者のサービスニーズの時間は朝と昼と夜に集中する。常勤介護職員のみルートだけでは、サービス提供予定が存在しない時間のみサービスを受注ができる。
- 常勤介護職員のみで対応することでは、利用者の柔軟なサービス提供要望に応えることができない。
- 従来型の訪問介護員の活用により、利用者のニーズに合わせた時間帯に提供ができる。
- また、従来型の訪問介護員の活用により、1時間を超えるサービスの提供も可能。



(7) 看護師の役割設定、オペレーター、随時訪問サービス担当者への役割設定

- 定期巡回・随時対応サービスでは、看護師は看護師の業務を行うことに集中させる。介護員が行うことができるサービスは、できるかぎり介護員が行う体制を整える。このようなことにより、より多くの利用者により多くの看護サービスを効率的に提供することができる。
- オペレータールート配置員、随時訪問ルート配置員は、定期サービスを行わず、専任で配置することによって、看護師の業務や定期訪問の随時支援をも行うことが可能。
- オペレータールート配置員、随時訪問ルート配置員は、計画作成責任者(サービス提供責任者)として、全介護職員から利用者の身体状況情報の吸い上げを行い、各利用者の看護の側面からの身体状況の変化と留意点を全介護員に伝達行動周知をさせることができる。





介護員と利用者がまさに一緒に生活する短時間介護では、複数回利用する重度要介護利用者と訪問介護員、サービス提供責任者とケアマネジャーには濃密な情報把握度が求められる。



電子介護カルテ運用が必要となる。

サ責チーム
(計画作成責任者)
ケアマネジャー
チーム

複数のケアマネジャーと複数のサービス提供責任者との詳細経過記録の共有

巡回事業部の顧客ニーズにもとづく



在宅介護
やさしい手

確実な改善とフィードバックの事例



社用車に乗ってご利用者宅へ向かいます。
ひとつのサービス終了毎に訪問介護記録書へサービスの記入を行います。

1日のサービスが全て終了したら、事業所に戻り、H2システムへご利用者の記録を入力いたします。

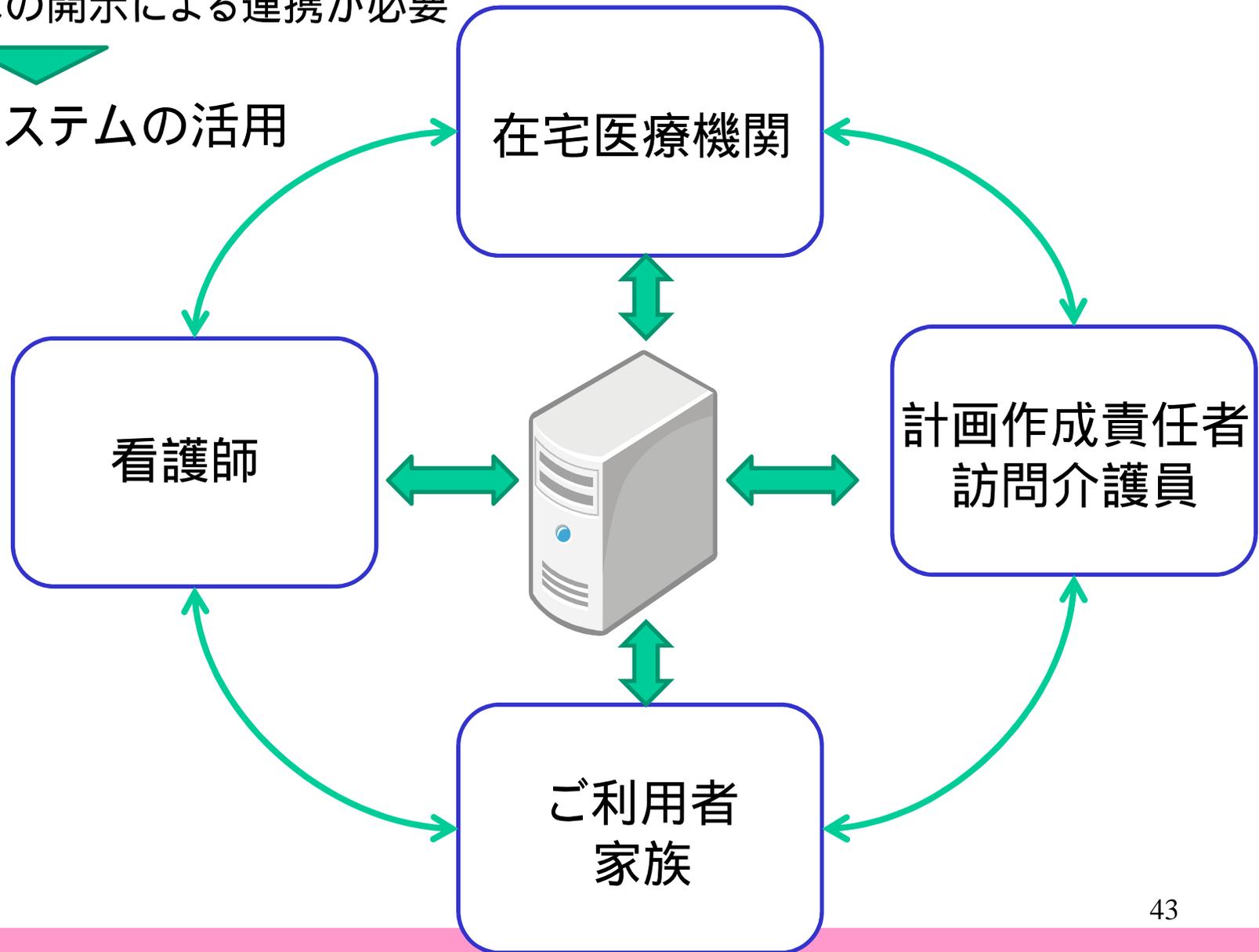


サービス後に、ご利用者のサービスや計画の振り返りを行います。



各職種間の情報連携が必要
ご家族への開示による連携が必要

情報システムの活用





P

居宅サービス計画

訪問診療計画

看護計画

介護計画
在宅生活支援計画

D

モニタリング

在宅医療
医師による指示

看護師による
継続的マネジメント

詳細時系列
介護記録

C

情報統合
振り返り

個別に、P:計画、D:
実行、C:評価、A:改
善を繰り返す。
個別のサービスの
向上を積極的に取り
組む。

A

積極的な
サービスへの
反映

個別利用
者へのホ
スピタリ
ティ

自立支援
のはたらき
かけ



4 . 利用者の確保

利用者の確保

(利用者の当該事業に対する反応を含めて)

利用者の反応

定期巡回随時対応サービスを利用することによって、在宅生活を継続することができることにより、重度かつ高医療依存の利用者でも、施設入所しないで在宅生活を継続することができ、満足度が高い。

退院患者の在宅復帰のニーズ

病院では、患者の在院日数を減少させるために、患者に在宅への復帰をする活動を多くしているが、実際には、在宅復帰には障害が多い。

この障害を取り除き、重度要介護度者が在宅生活に戻るための活動として、定期巡回随時対応サービスに期待が寄せられている。

在宅重度要介護高齢者の一人暮らしのニーズの拡大

高齢者の在宅療養の選択肢が拡大することによって、重度になっても、高齢者施設や入院よりも、自宅で生活することを望む利用者は増加することが考えられる。

ケアマネジャーと利用者の包括サービスの効果と意義の理解

在宅療養の選択肢が拡大するとともに、ケアマネジャーと利用者には在宅医療と連携した包括サービスの効果と意義の理解がもたれられる。

これまでの積み上げ方式の介護事業では、仮に時間外で事故などが発生しても対応することはなかった。

包括サービスにおいては、サービスを提供していない時間において、発生した事故、病状の急変、不安や精神的な不安定についても包括的に対応することができる。

在宅医療と連携した包括サービスの提供により、重度かつ医療依存度の高い利用者には24時間安心して自宅での生活を継続することができる。これら包括サービスの効果と意義について理解が必要になる。

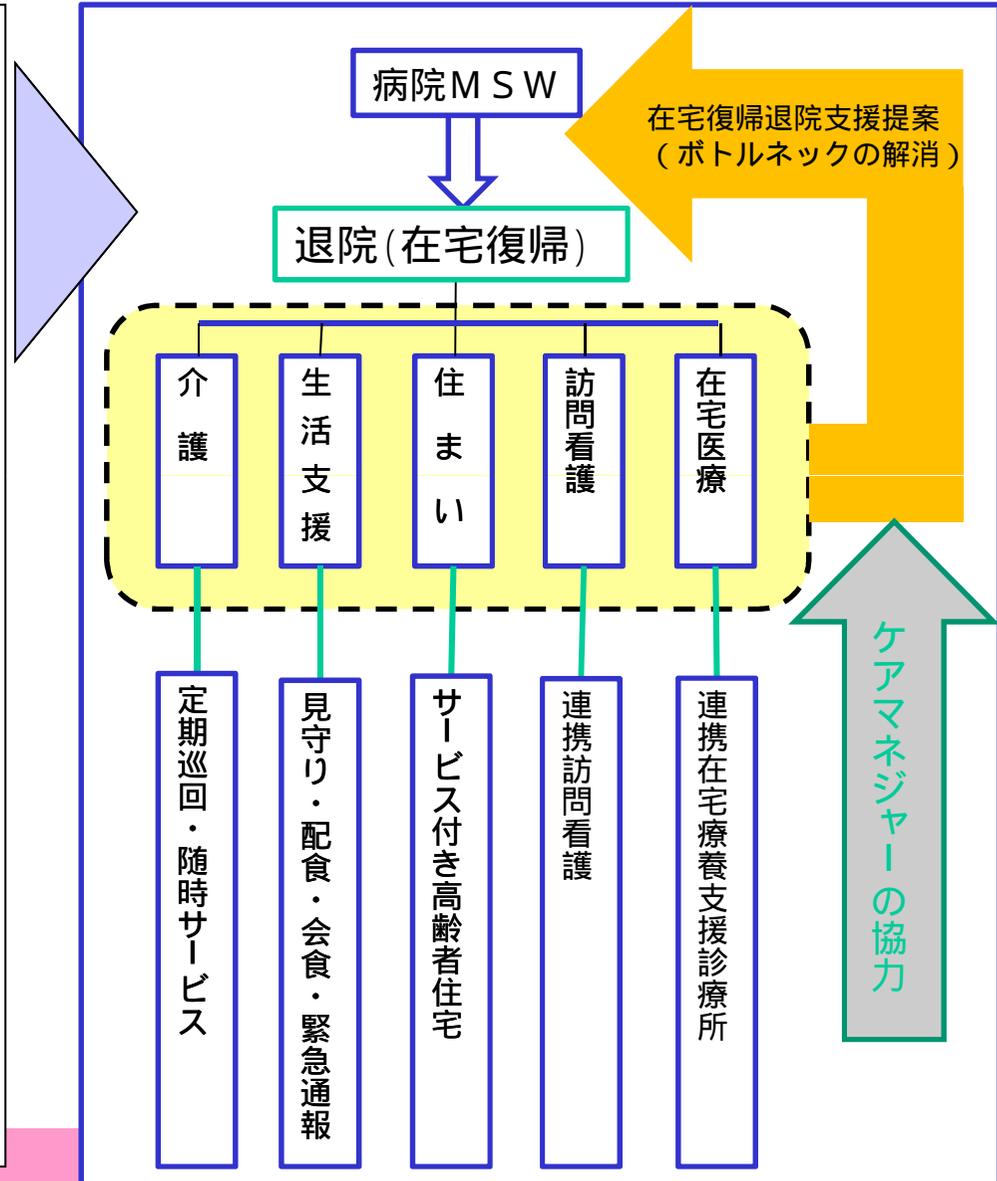
急性期病院への退院支援営業

～営業チームの販促活動～

病院地域連携室のMSWに対する在宅復帰退院支援を行う。ケアマネジャーと協力し、包括プランを提案し、在宅復帰のボトルネックを解消の具体案を提供する。提案を検討いただき、新規利用者のオーダーをもらう。

下記サービスの新規獲得に向けた販促活動を実施する

- サービス付き高齢者向け住宅入居
- 定期巡回・随時対応サービス
- 指定訪問介護(巡回)
- 指定訪問看護
- 同業他社のサ高住・SSなどの情報



事業の採算性とサービスの過少供給対策

介護事業の採算性

- 介護事業の収支は、固定費が高く、介護職員の最少配置人数で採算分岐点売上は7,500千円程度となる。夜間深夜2ルート交代仮眠体制では、損益分岐10,000千円程度となる。
- 利用者は連携型で少なくとも100人平均単価150千円で月額15,000千円確保、他の介護事業と同様の利益率の確保はできない。

人材の採用

- 最大の問題点は人材の確保である。特に常勤の介護員の新規採用は、大変難しくなっている。
- 施設介護職員などの常勤介護員を採用し、在宅介護と在宅医療の学習を進め、能力の向上をするプロセスが重要
- サービス付き高齢者住宅に併設することで、棟内棟外の利用者確保し、介護職員の採用を進めることができる。

従来型訪問介護員の活用

- 従来型の訪問介護員を採用し、常勤介護員との組み合わせることにより、利用者の意向にそった柔軟なサービス提供を実現することができる。

サービスの大量供給体制の整備

- 収益確保が難しく、事業継続のためには、規模の経済による収益性の確保が必要である。
- 地域に多くの利用者確保することが必要になっている。
- 定期巡回・随時対応サービスに従来型の訪問介護員によるサービス提供を組み合わせることにより、大量のサービス提供をおこない、規模の拡大を進めることができる。

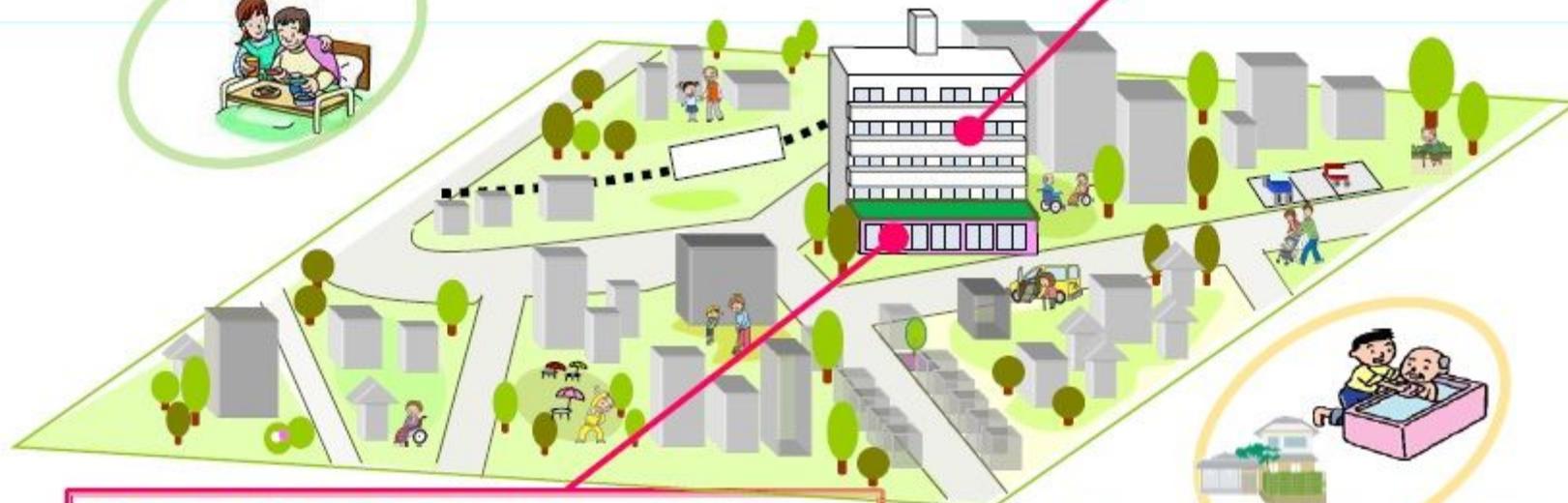
サービス付き高齢者住宅との組み合わせ

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護
「定期巡回・随時対応サービス」
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅
（国土交通省・厚生労働省共管）
→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、
ヘルパーステーション、
デイサービスセンター、
定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける



5. サービス付き高齢者住宅の 供給の事例

定期巡回随時対応型訪問介護看護併設 サービス付き高齢者住宅 やさしえ上越 のご紹介

【全体概要】

- 類型 / サービス付き高齢者向け住宅
- 契約形態 / 終身賃貸借契約
- 所在地 / 新潟県上越市木田1丁目1番15号
- 交通 / JR信越本線「春日山」駅 徒歩10分
- 構造・規模 / 鉄筋コンクリート造
地上2階建
- 総戸数 / 50戸
- 駐車場 / 31台
- 店舗 / 巡回訪問介護事業所
居宅介護支援事業所併設
- 竣工 / 2012年5月31日
- 入居日 / 2012年7月1日
- 建物所有 / 日成商事株式会社



一括借上: 日本管理センター株式会社
事業運営: 株式会社やさしい手
併設事業: 訪問介護、居宅介護支援、定期巡回随時対応型訪問介護看護
連携訪問看護: 訪問看護ステーションきずな
連携医療機関: 医療法人社団ひらはら内科クリニック、在宅緩和クリニックきずな

1 階平面図

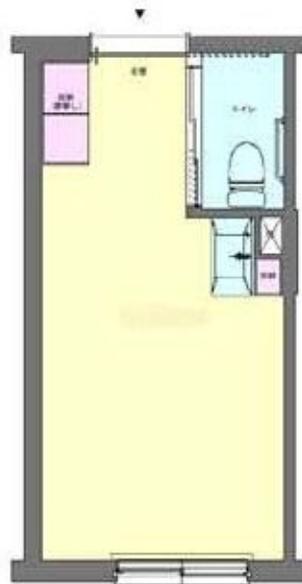


2 階平面図



やさしえ上越の入居の特徴

入居一時金不要
更新料不要
敷金不要¹

**A**タイプ(1R 18.13㎡) 月額

賃料	49,000 ~ 56,000 円
共益費 ※2	15,000 円
サービス費(税込) ※3	21,000 円
食費(税込)	45,000 円
合計	130,000 ~ 137,000 円

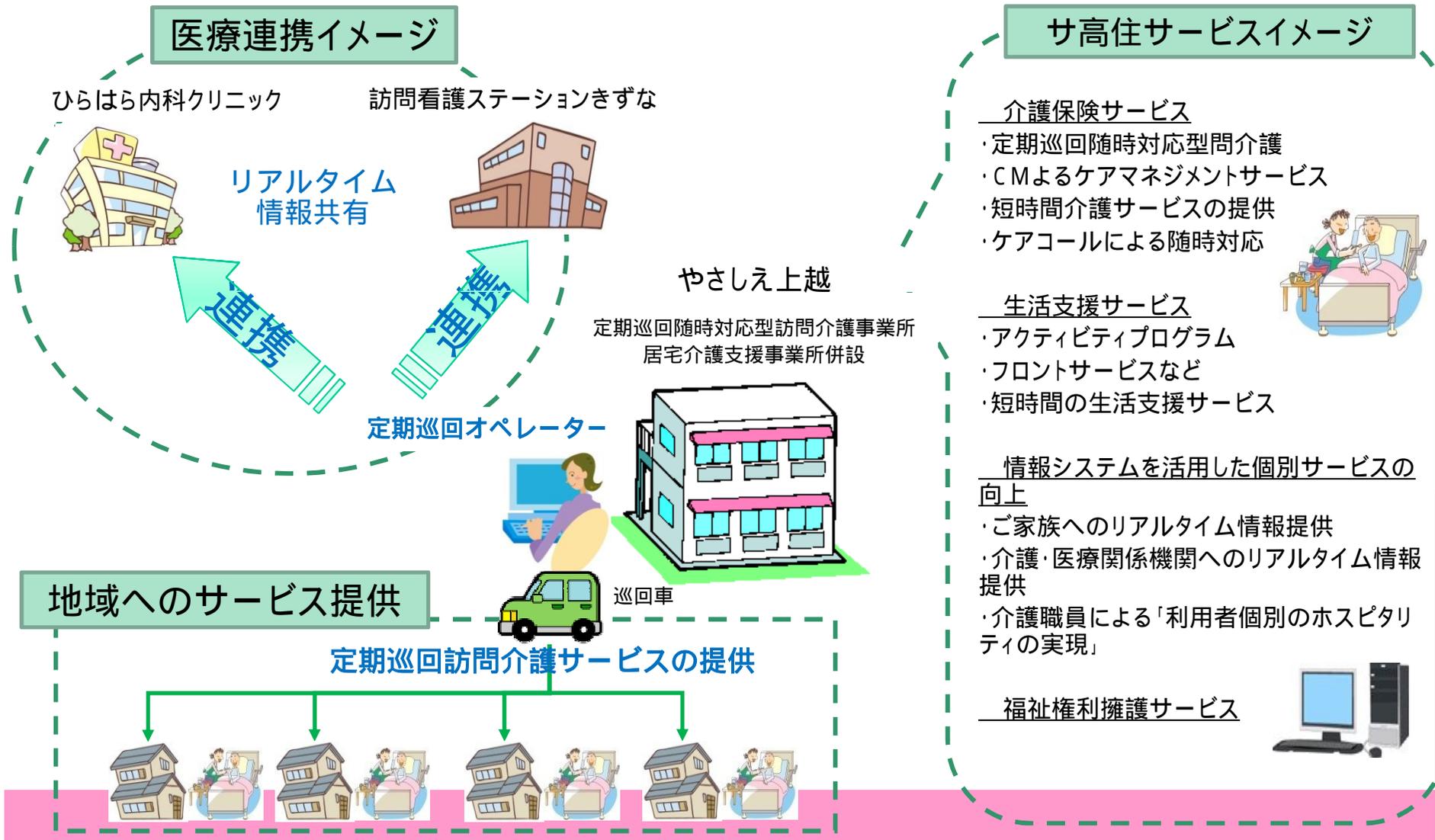
- ※1 当社指定の保証会社にお申込みいただきます。
初年度は月額総額費用(上記合計額)の25%、
次年度以降は1万円/年になります。
- ※2 冬季加算あり 5,000円/月(12~3月の間)
- ※3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの料金です。
(指定訪問介護の場合、31,500円になります)
- ※ 家財保険にご加入いただきます。(12,720円/2年)
- ※ 次のものは別途必要時の費用です。
- ・介護保険料の1割負担分
 - ・往診・居宅療養管理指導費
 - ・薬代
 - ・食費(上記金額は1日3食、30日分の料金です)

やさしえ上越は、2012年7月1日開業しました。



やさしえを基盤とした地域包括ケアの実現

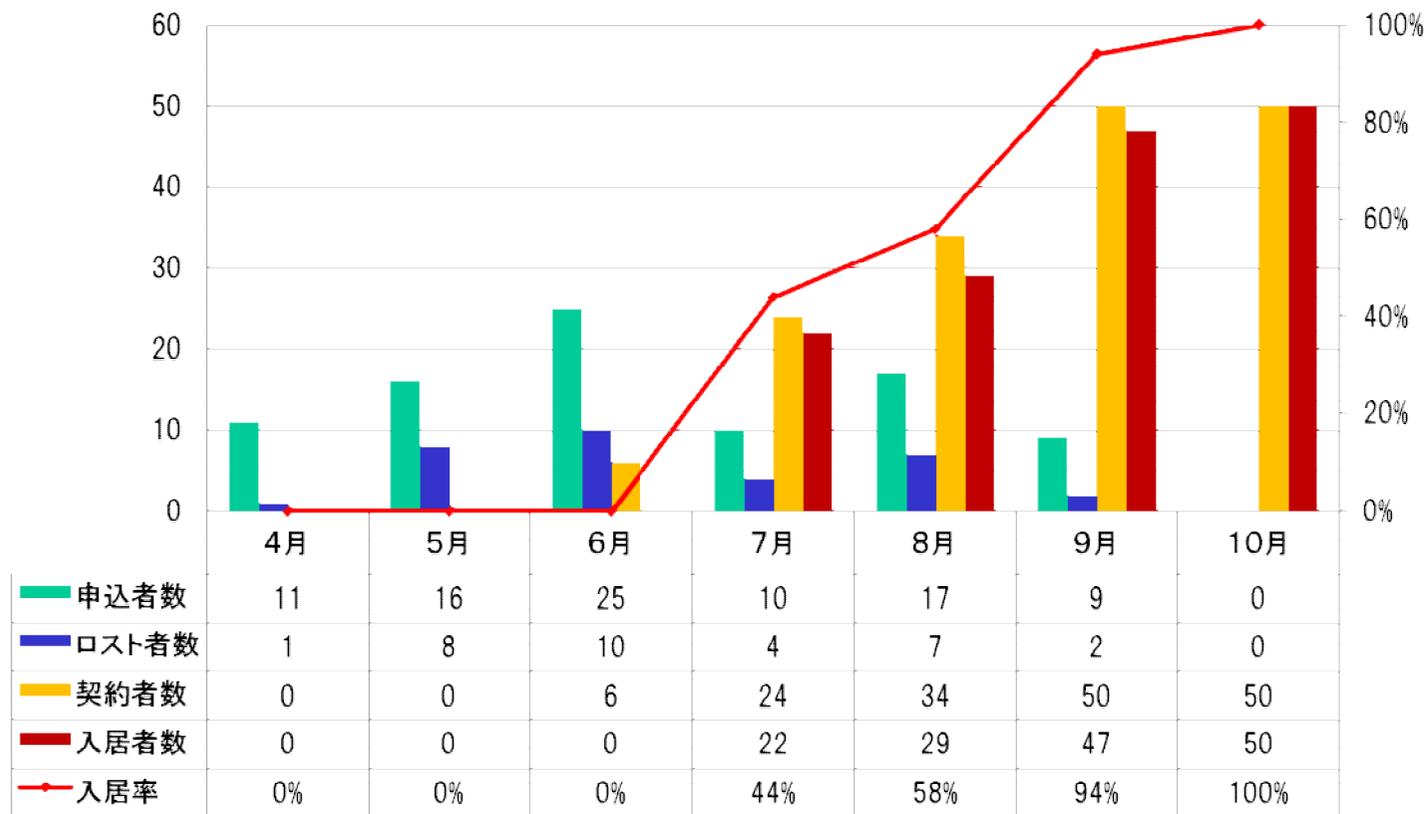
サービス付き高齢者向け住宅 やさしえ上越を基盤とした地域包括ケアの実現



入居者獲得数の推移

開所月から概ね「3ヵ月」で全室完売することができたやさしえ上越

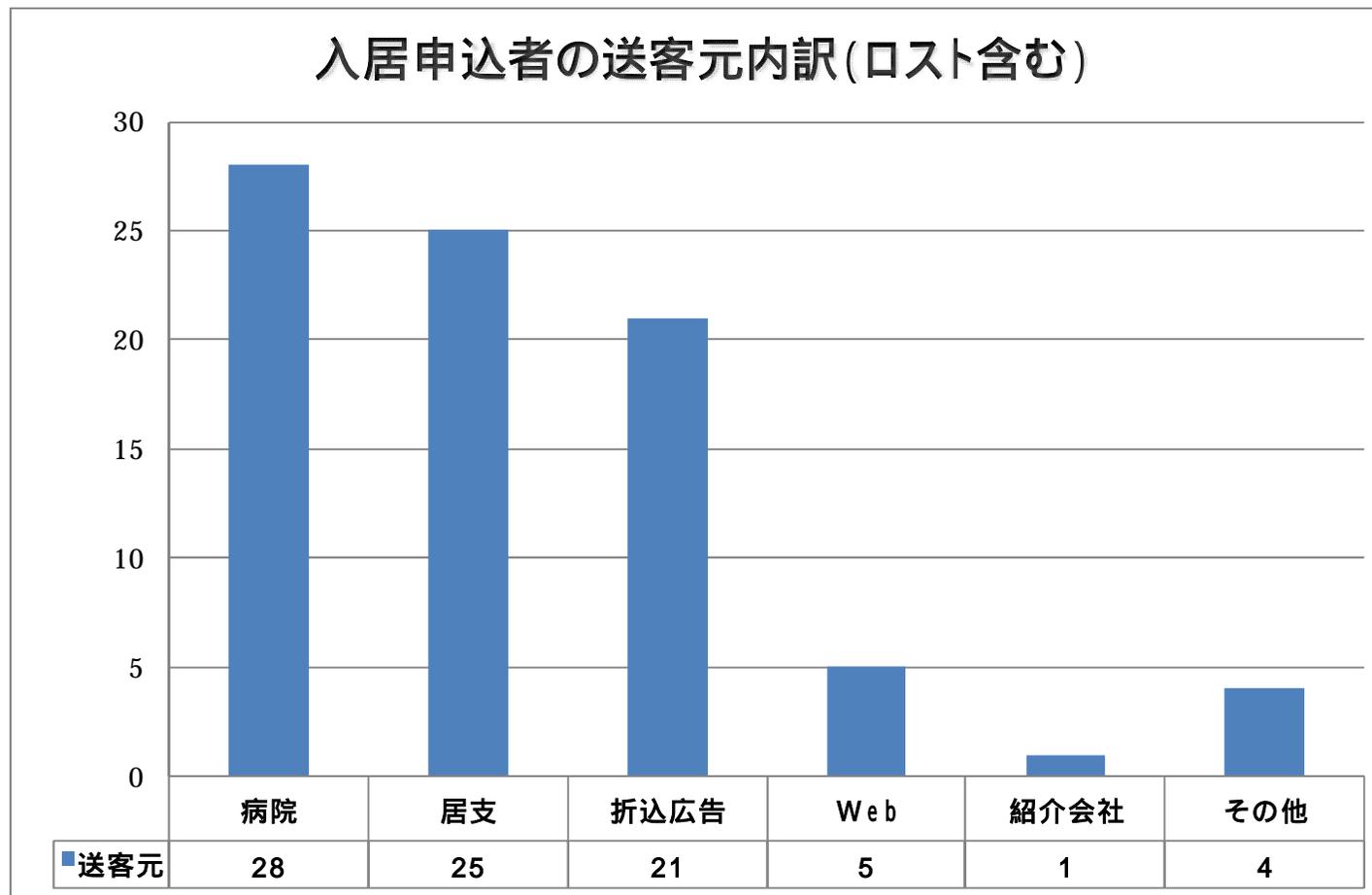
入居者獲得数の推移(内訳)



平成24年9月18日現在のデータをもとに作成しております。

入居申込者の送客内訳

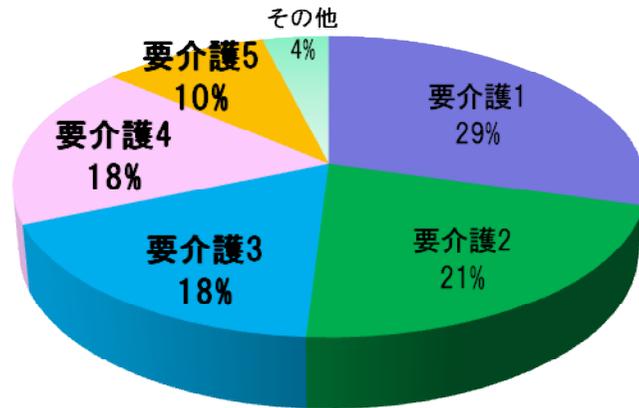
病院(MSW)・居宅(CM)からの送客を中心にバランスの取れた送客ルート構築



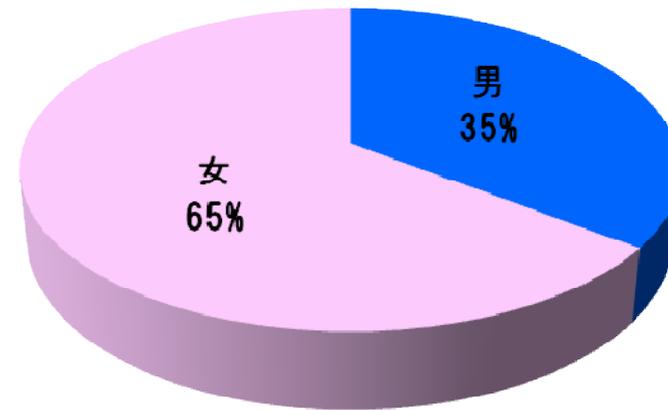
平成24年9月18日現在のデータをもとに作成しております。

入居者の傾向分析

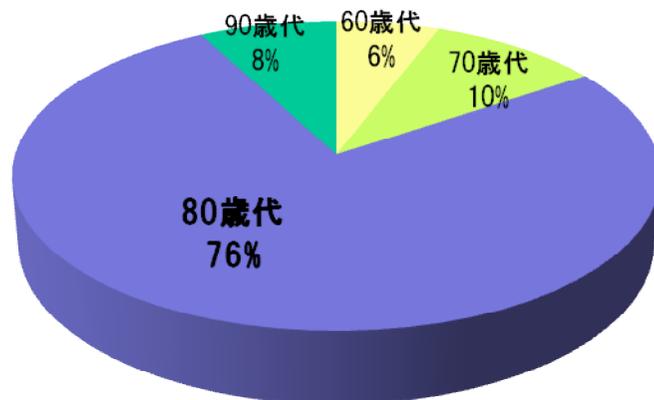
要介護度分布



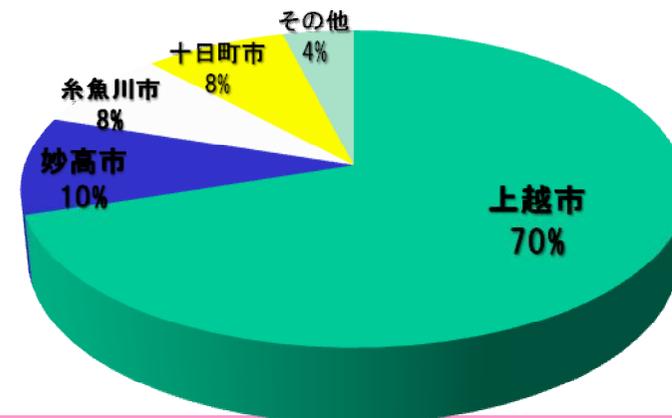
性別



年齢別

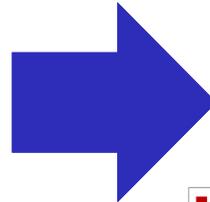
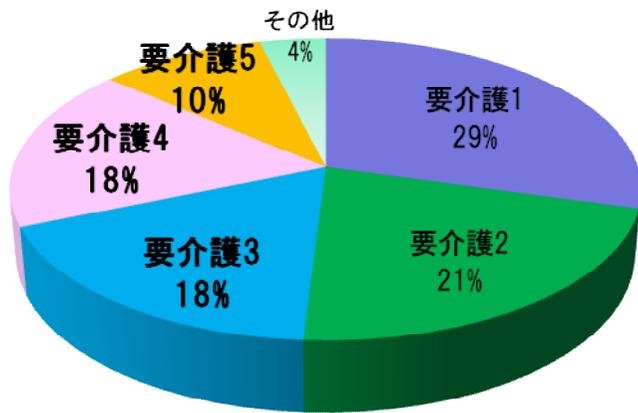


居住地



入居者の傾向分析

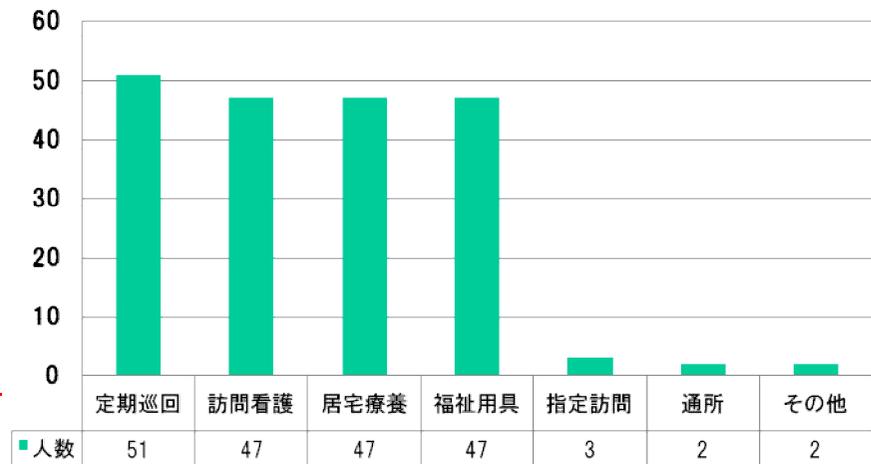
要介護度分布



医療行為



利用サービス



医療機関との連携により医療依存の高い方の受け入れを実現

「定期巡回随時対応型訪問介護看護」、「在宅時医学総合管理」、「訪問看護」、「居宅療養管理指導」の利用率が高く、安心した生活を支えている。



6. まとめ

定期巡回に求められるもの

地域包括ケアによって生活を支える。

- 「包括サービス」に在宅医療、訪問看護、生活支援サービス、地域包摂のサービスを統合して提供することにより、「地域包括ケア」として展開する。

地域包括ケアによって在宅の重度者を支える。

- 短時間の介護サービスを1日複数回提供することで生活全体をささえることができる。
- 包括ケアプランによって提供されるべきサービスの根幹は「要介護重度かつ一人暮らし高齢者のみ世帯が、在宅で何とか暮らしていける。」という事実である。
- これからも、定期巡回を通して、要介護重度かつ一人暮らしを在宅で支え続けていきたい。

地域包括ケアプランにおいて、訪問介護員が提供する生活支援や身体介護が利用者の生活を支える中心軸になる。

居宅介護支援事業所のケアマネジャーが作る地域支援ネットワーク

介護保険サービス	住まい	生活支援サービス	医療系サービス	福祉・権利擁護
訪問介護 随時訪問 通所介護	サービス付き高齢者住宅など	介護保険外生活援助 配食・会食・送迎・ 買い物・緊急通報 ケアコール	訪問診療 訪問看護	法定後見 任意後見 日常生活自立支援

	月	火	水	木	金	土	日
週間計画							
	短時間の介護						
	生活2	訪問看護	身体2	通所介護	生活2	訪問診療	生活2
	短時間の介護				短時間の介護		
	短時間の介護						

地域包括ケアプラン

- 短時間の定期巡回訪問介護の位置付け
- 日中従来型の訪問介護による身体介護と生活援助
- 定期的な訪問看護
- 在宅医療医師による月2回の訪問診療
- 薬剤師による服薬指導
- 配食・地域交流・立替払いによる買い物
- ケアコールによる随時対応・随時訪問
- 任意後見人の位置付け