

看護小規模多機能型居宅介護の事例集 ～住み慣れた地域で自分らしく～

平成27(2015)年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

目次

第1章 調査概要	1
第2章 自由回答結果から抽出された取組ポイント	2
1．医療機関等との連携による利用者確保	2
2．事業所での介護・看護連携及び人材育成	3
3．他法人の居宅介護支援事業所との調整	5
第3章 事例紹介	6
第1節 事業所事例の紹介	6
事例1．株式会社つつじヶ丘在宅総合センター 複合型サービスケアホーム希望	6
事例2．株式会社リンデン 複合型サービス ナーシングホーム岡上	12
事例3．公益社団法人佐賀県看護協会 ケアステーション野の花	17
事例4．医療法人矢津内科消化器科クリニック 複合型サービス ひと息の村	23
事例5．特定非営利活動法人たんがく 複合型サービス上村座	27
第2節 利用者事例の紹介	32
事例1 退院直後の在宅復帰支援	32
事例2 がん末期の在宅生活支援	35
事例3 医療ニーズの高い認知症者支援	37
事例4 清潔保持・食事の管理、糖尿病管理	40
事例5 老々介護	42
事例6 利用拒否・老々介護	44
事例7 夫婦一緒の支援・レスパイト	46

第1章 調査概要

1. 好事例調査と事例集作成の目的

看護小規模多機能型居宅介護は、平成24年に創設されましたが、未だ、開設事業所数が少ない状況にあります。そこで、好事例の看護小規模多機能型居宅介護事業所に対してヒアリング調査を行い、事業やサービスの実施状況、工夫している点等をおうかがいし、今後参入を検討している事業者の皆様の参考となるよう、事例集としてとりまとめました。

2. ヒアリング対象事業者（好事例）の選定方法

事業の一環で実施した郵送調査において、事業所で工夫している取組等に関する自由回答式の調査を行いました。好事例選定にあたって、自由回答の内容より、看護小規模多機能型居宅介護の取組ポイントの抽出を行いました。抽出された取組ポイントを踏まえ、各事業所の自由回答の内容等より、好事例と考えられる事業所を抽出しました。

自由回答より抽出されたポイントは第2章にまとめています。

3. 紹介事例

本好事例集では、好事例として、以下、「事業所事例」5事例、「利用者事例」7事例をまとめました。

事業所事例の紹介

- | |
|--|
| 事例1 . 株式会社つつじヶ丘在宅総合センター 複合型サービスケアホーム希望 |
| 事例2 . 株式会社リンデン 複合型サービス ナーシングホーム岡上 |
| 事例3 . 公益社団法人佐賀県看護協会 ケアステーション野の花 |
| 事例4 . 医療法人矢津内科消化器科クリニック 複合型サービス ひと息の村 |
| 事例5 . 特定非営利活動法人たんがく 複合型サービス上村座 |

利用者事例の紹介

- | |
|------------------------|
| 事例1 . 退院直後の在宅復帰支援 |
| 事例2 . がん末期の在宅生活支援 |
| 事例3 . 医療ニーズの高い認知症者支援 |
| 事例4 . 清潔保持・食事の管理、糖尿病管理 |
| 事例5 . 老々介護 |
| 事例6 . 利用拒否、老々介護 |
| 事例7 . 夫婦一緒の支援、レスパイト |

第2章 自由回答結果から抽出された取組ポイント

事業所において工夫している取組等に関する自由回答より、取組ポイントの抽出を行いました。
「1.医療機関等との連携による利用者確保」「2.事業所での介護・看護連携及び人材育成」「3.他法人の居宅介護支援事業所との調整」より、以下にポイントをまとめました。

1. 医療機関等との連携による利用者確保

(1) 病院との連携、病院への営業

病院と定期的に情報交換、定期的な訪問を実施（看護小規模多機能型居宅介護の説明、利用者紹介依頼、月に1回は訪問しパンフレットを渡しながら情報収集、医療依存度の高い人でも受け入れ可能であることを提案、空き状況のFAX送付等）、病院の地域連携室、MSW、回復期リハ病棟、緩和ケア病棟との連携、営業。

(2) 診療所との連携、診療所への営業

診療所の患者の受け入れ。
近隣の診療所への定期訪問。

(3) 居宅介護支援事業所との連携、居宅介護支援事業所への営業

介護支援専門員が集まる場や事業者連絡協議会への参加（看護小規模多機能型居宅介護の説明会の開催、参加者とのコミュニケーションを通じた営業等）、介護支援専門員への周知目的の勉強会の開催。

(4) 地域包括支援センターとの連携、地域包括支援センターへの営業

地域包括支援センターとの連携（定期的な訪問・情報交換、チラシ配布、空き状況のFAX送付等）

(5) 登録定員や泊まり等の定員に余裕がある際の関係機関への空き情報の提供

関係機関（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、病院等）に空き情報を提供。

(6) 多職種との連携、地域活動への参加

受け入れ後は多職種との連携を図りながら、実績を残していくことが利用者の確保につながる。
地域ネットワークや地域活動、地域の集まりへの参加。

(7) ホームページ、チラシ、パンフレットの作成等

ホームページの作成。チラシ、パンフレットの配布。
事業所の新聞を作成。新聞への宣伝掲載。

(8) その他

小規模多機能とは異なり、医療ニーズのある人に対応していることを明確にしている。
地元の職員を採用して地域の情報を収集している。
困難ケース・医療ニーズの高い利用者等を受け入れ、信頼構築（断らない方針）

2. 事業所での介護・看護連携及び人材育成

(1) 訪問・通い・泊まり全てに対応し利用者の全体像を把握することによる人材育成

訪問・通い・泊まりをローテーションで全てに対応する（利用者の全体像の把握、家族の課題の把握、自宅環境を理解した上での通いのケア等）。

訪問、通い、泊まりのサービスを提供する中で、利用者の生活全体像を把握し、その人らしい生活を支援することを習得する。

(2) 介護職に対する利用者担当制による人材育成

介護職について、利用者担当制として、責任感、達成感を持つことができるよう支援。
介護職について、担当している利用者に対して、他の職員や介護支援専門員の意見を踏まえたケアを検討する。

(3) 利用者・家族の状態やニーズ等を踏まえたサービス提供の検討

利用者に対して

地域での生活を支えるとはどういうことかを考える。

（介護職に対して） 利用者の個々の状態に合わせた支援方法を話し合う。

（看護職に対して） 疾患への理解、家族の状況、医療処置の重要性等の理解を促す。
利用者ニーズを理解し対応する中で学んでいく。

家族に対して

（介護職に対して） 利用者だけでなく家族支援についても考える。

（看護職に対して） 家族支援も重要であることを伝える（医療機関しか就業経験がない場合等）。

(4) 介護職、看護職間での情報共有

統一様式等での情報共有

介護職・看護職で統一した情報を共有（同一のケース記録フォーム、共通ノート等）。
看護職が看護の視点からの注意点を記載した記録用紙を作成し、介護職と共有（介護職が看護的な視点でケアができるように支援）。

共に参加する会議開催による情報共有

ケースカンファレンス、ケア会議の開催（介護職・看護職それぞれが意見を出し合う）。
ミーティングの開催（定期的開催：朝・夕・月1回など、議事録の共有等）。

マニュアルの作成

看護職がマニュアルを作成し（疾病や医療ケア等の対応）、介護職と共有。
介護職に対してマニュアル作成を通じた育成を実施。

(5) 業務を通じた介護職、看護職の連携

同じ業務に対応。業務を通じてお互いに学び合う

医療処置以外は看護職、介護職とも同じ業務を担う（情報共有しやすくなる）。

領域を作らず互いの現場に入りやすくする。
各職種の専門性を尊重し合うように伝える。
介護職と看護職が二人体制でケアを実施。

看護職による業務を通じた介護職への指導

看護職から介護職に対し、日常業務の中での情報提供、業務指導を実施（分からないことがあれば、随時看護職に確認する）
医療ケアの必要な利用者について、看護職指導のもと介護職が看護介護計画を作成する。
介護職に配慮した説明を行う（専門用語を使わない、口頭での説明とならないようにする、ケアの根拠を説明する 等）

状態変化時に備えた対応体制の整備

看護職が常駐し、状態変化時に介護職を支援する。
看護職による緊急時の電話対応体制の整備（夜間帯）

（6）勉強会・研修会の開催、指導者による育成

内部研修の開催

勉強会で看護職から介護職へのレクチャーを実施（疾病について等）
職員による事業所内での勉強会を開催（看護職による実技研修等）
外部講師を招いての研修会の開催（医師・看護師・薬剤師等による研修会）

外部研修への参加

外部研修への参加（緩和ケアの勉強会等）、 行政の勉強会への参加。

指導者による育成

看取りを行う際、看取り経験のある職員による指導を実施（病状の進み方、呼吸の変化、家族への声かけ 等）
看護職について、訪問は一人のできるまで二人で対応する（何度か二人で訪問してから一人に対応）

（7）面談・評価の実施

自己・他者評価の定期的な実施。 個人面談の実施。

（8）サービスの質を向上させるための取組の実施

（看護職）

医療ニーズの高い利用者に対応することで看護の質を向上させる。
精神面のケアもできる人材を育成。

（介護職）

基本的な接遇の習得。 親しみのある関係と馴れ馴れしい関係の違いの理解。

3. 他法人の居宅介護支援事業所との調整

(1) 利用者紹介につながる他法人の居宅介護支援事業所との信頼関係構築のための取組

綿密なコミュニケーション。相談や紹介への丁寧な対応

コミュニケーションを大切にして信頼関係を構築する。
相談があった場合は、説明のために会う機会を作る。
外部の介護支援専門員からの紹介は少ないため、依頼があれば断らない。
他法人の居宅介護支援事業所を利用している家族が担当の介護支援専門員に相談せずに動いている場合、必ず事業所より相談し、良い関係を保つようにしている。
信頼関係がなければ利用者を紹介してもらえないため、利用者の状態によっては外部の介護支援専門員に戻すことも視野に入れて対応する。
新規の利用者に対する同行訪問の依頼。
相談があれば丁寧に話を聞き、必要があれば同行訪問を行い、説明や相談に応じる。

紹介された利用者に関する情報の共有

利用者情報の共有（書面、データ、計画書、報告書等）
これまでの支援経過や支援する上での留意点、本人状態等について情報収集。
紹介後の情報共有（紹介してもらった介護支援専門員に対して、毎月様子を報告したり、登録後も必要に応じて情報共有するなど）
面談や会議による利用者情報の収集。

担当者会議等への参加

移行前の担当者会議への参加。
カンファレンスの開催。
行政・地域包括支援センター主催の地域ケア会議への参加。

(2) 居宅介護支援事業所の集まりへの参加

居宅介護支援事業所の集まりへの参加、看護小規模多機能型居宅介護の理解促進

介護支援専門員の連絡会に参加。
介護支援専門員や地域包括支援センターの集まりに参加。

看護小規模多機能型居宅介護の理解促進

利用者の事業所移管を伴う調整のため、看護小規模多機能型居宅介護について説明を行う（包括的サービスへの理解と協力を得る）
看護小規模多機能型居宅介護のメリット・デメリットを理解してもらう。
看護小規模多機能型居宅介護のメリットを理解してもらうため、利用しているサービス料金との比較を行う。
医療ニーズが高く看護職の関わりが必要な利用者は看護小規模多機能型居宅介護の方がよいことを伝える。

第3章 事例紹介

第1節 事業所事例の紹介

事例1. 株式会社つつじヶ丘在宅総合センター 複合型サービスケアホーム希望



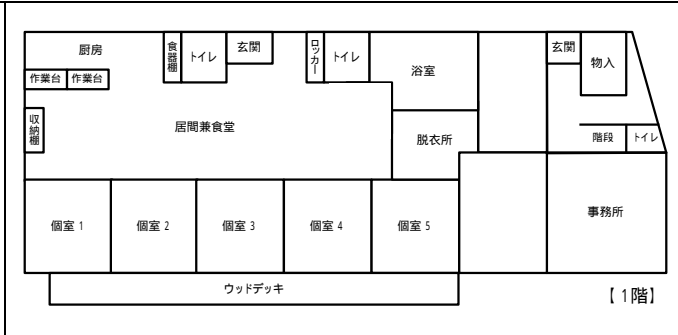
<事業運営上のポイント>

退院直後は泊まりを中心としたサービス提供を開始し、再アセスメントを行い、在宅での生活を組み立てていく。

利用者が入院していた病院や、利用者を引き継いだ他法人の介護支援専門員等に対して、その後の利用者の改善状況を伝える「経過報告書」を送っている。それが事業所の理解と利用者確保につながっている。

1. 事業所の基本情報

法人種類	営利法人	法人名	株式会社つつじヶ丘在宅総合センター	
所在地	東京都調布市	開設年月	平成 25 年 10 月	
併設事業所 ・ 関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 小規模多機能型居宅介護（開設時期：平成 20 年 3 月） ・ 訪問看護ステーション（開設時期：平成 12 年 4 月） ・ 通所介護事業所 ・ 居宅介護支援事業所 ・ 地域包括支援センター 			
定員	総定員：25 人 通い：15 人 泊まり：5 人			
利用登録者数	24 人(平成 27 年 1 月 27 日時点)	利用者の平均要介護度	4.0	
実費負担	泊まり：2,000 円 食費：朝食 400 円 昼食 700 円 夕食 600 円 おやつ 100 円			
看護職員数（実人数）	常勤 6 人	介護職員数（実人数）	常勤 10 人	非常勤 5 人
勤務体制	【看護職員】 8：45～17：45 上記時間外は緊急対応として 24 時間 365 日対応 【介護職員】 日勤 8：45～17：45 夜勤 16：00～10：00（夜勤 1 名 + 宿直勤務 1 名）			



2. 看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設・移行した経緯、開設・移行の際に工夫した点

- ・小規模多機能型居宅介護の事業所を運営している中、利用者の重度化が進んできた。そこで、看護小規模多機能型居宅介護事業所を立ち上げ、看取りまで対応していきたいと考えた。
- ・開設時には、先に開設した看護小規模多機能型居宅介護事業所に連絡し、必要な情報を教えてもらうなどした。現在は、逆に、これから開設を検討している法人の相談に応じることもある。

3. サービス提供体制・定員等

<利用登録者数、定員等>

- ・定員は25人だが、利用登録者数は24人としている。連携している診療所や訪問看護ステーションからの急な受入依頼に対応するため、1名分、余裕を持つようにしている。
- ・利用登録者のうち、毎月、1人程度が亡くなり、利用者が入れ替わる。
- ・平成27年4月以降は総定員を29人とし、訪問、通いの提供を増やしていく予定である。

<事業所の間取り>

- ・2階建てのコーポ一棟を改修し、1階に看護小規模多機能型居宅介護事業所、2階に訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を配置した。1階の看護小規模多機能型居宅介護の泊まり用の個室は5室で、泊まりの定員は5人である。
- ・できる限り家に近い状況にしたいと考え、物件選びや改修を行った。面積は広くはないが、目が行き届きやすく、転倒も起こりにくい造りとなっている。

<職員体制>

- ・看護小規模多機能型居宅介護の介護支援専門員は専任で2人配置している。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の看護職員は、全員、同一法人の訪問看護ステーションとの兼務だが、看護小規模多機能型居宅介護内で担当する利用者は固定としている。
- ・日勤の看護職員の勤務時間は8:45~17:45だが、重篤な利用者の対応などは、2階の一室に住んでいる経営者（看護師）が対応する。
- ・同一法人の訪問看護ステーションの訪問看護を利用している利用者について、担当者会議に訪問看護ステーションの職員も参加して、訪問看護で訪問した際の状況を報告している。

<同一法人のサービス>

- ・同一法人で、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域包括支援センターを運営しており、法人全体での利用者数は150～200人程度である。看護小規模多機能型居宅介護の規模拡大にともない、平成27年3月に通所介護は閉所する予定である。
- ・居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの利用者数は以下のとおりである。
 - 居宅介護支援事業所：約70人。（介護支援専門員を2名配置。約35人ずつ担当）
 - 訪問看護ステーション：約50人。看護小規模多機能型居宅介護の利用者24人中23人が、看護小規模多機能型居宅介護の一環としての訪問（看護）または医療保険による訪問看護を利用している。

4. サービス提供の特徴

<退院調整>

- ・退院時には、当事業所より、主治医、家族等の関係者に声をかけ、病院へ一緒に行き、病院のソーシャルワーカー、担当医、病棟看護師などともにカンファレンスを開催している。看護小規模多機能型居宅介護からは、看護師、介護支援専門員等が参加する。主治医が決まっていない場合は、事業所と連携している在宅療養支援診療所の医師を紹介し、一緒に参加してもらう場合がある。
- ・退院時カンファレンスの主治医の参加は、病院の医師との顔つなぎを行うという点で、非常に重要である。
- ・病院で退院時のカンファレンスを行うことができなかった場合には、退院後に看護小規模多機能型居宅介護の事業所で関係者を集めてカンファレンスを行うようにしている。
- ・退院時カンファレンスは、看護小規模多機能型居宅介護の管理者、介護支援専門員、看護師にとって、事業所で対応できる利用者であるかどうかを見極める機会となっている。

<退院直後の対応>

- ・退院直後の利用者の場合、看護小規模多機能型居宅介護の利用を開始した後、落ち着くまでに1か月程度かかるため、まず、1～2週間から1か月程度、泊まりを利用する。その間に事業所で再アセスメントを行い、在宅で家族ができることを明確にして、在宅での生活を組み立てていく。
- ・退院直後は利用者の状態を十分に把握できていないため、夜間に数回、経営者でもある看護師が様子を見に行くようにしている。退院直後の最初の1か月は一番緊張する期間である。
- ・看護小規模多機能型居宅介護は包括契約なので、利用者側からみると、たくさんサービスを利用すれば得、というようになりがちなので、利用開始時点で介護者の状況などを確認し、適切なサービス利用の仕方ができるかを確認することが重要となる。

<病状変化時の対応>

- ・病状に変化があった場合、在宅で家族が対応できなければ、泊まりを利用し、状態が良くなったら在宅へ戻すようにしている。

- ・主治医への連絡方法も予め決めておき、泊まりの利用となった場合には、必要に応じて、事業所へ往診にきてもらう。
- ・ターミナルの場合、病状が悪化しても病院で対応してもらえないことがある。本人や家族の尊厳を尊重し、必要であれば、主治医と連携して医療処置を提供する。最期は看護小規模多機能型居宅介護の事業所で泊まりを利用したり、「家で最期を迎えたい」という利用者には、看護小規模多機能型居宅介護の訪問（看護）、訪問（介護）にて病状悪化時に適切な医療処置を提供するなど対応している。

5. 介護職員と看護職員の協働・連携

- ・介護職員は、看護職員の指導のもとに看護介護計画を立案し、計画に基づいてサービスを提供し、その結果を評価している。
- ・医療ニーズの高い利用者は、看護職員中心でケアを行う。認知症の利用者に関しては、介護職員がプランを作成し、問題点をカンファレンスで共有している。
- ・介護職員が喀痰吸引等研修に参加し、吸引等が必要な利用者に対応できるようにしている。

6. 介護職員・看護職員の確保・育成

- ・医療ニーズの高い利用者には、退院直後は泊まりを提供するようにしているが、その期間に介護職員が看護職員と一緒にケアを行うことで、在宅に戻った後の訪問時に統一されたケアを円滑に提供することができる。
- ・介護職員は、退院直後の1～2か月間の泊まりの期間に、事業所内で利用者の痰の吸引や褥瘡の対応状況等を見ることができる。そのため、医療ニーズの高い人への訪問にも対応することができる。緊急用の携帯電話を持ち、訪問時に何かあれば、すぐに事業所へ連絡し、看護職員による訪問によって対応できるようにしている。
- ・介護職員だけでなく、看護職員にとっても医療ニーズの高い利用者に対応することで、看護の質が高まっている。
- ・介護分野の業務経験や教育経験のない人も採用している。採用後、介護職員初任者研修の講習を受講してもらい、事業所で業務を通じて毎日、指導を行った。特に個別ケアの必要性などを十分に伝えている。
- ・職員には、認知症介護実践者研修、実務者研修、管理者研修、救命救急の講習会など、外部の研修に積極的参加してもらっている。計画作成担当者研修は複数の職員が受講し、計画作成担当者を2～3人、確保している。

7. 利用者の確保方法

- ・ 地域のかかりつけ医、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に対して、看護小規模多機能型居宅介護について理解してもらうため、パンフレットやホームページを作成している。また、月に1回、新聞を発行している。



天国の妻から愛する夫へ・・・

あなたと結婚し●年になるね。
年をとり、物忘れも多くなってきて、何度も同じものを買ってきちゃって…
私が認知症ではないかと、あなたと一緒に認知症外来に行ったこともあったわね。
自分では何が何だか分からなくなっちゃって…
また、私が大病をし〇〇大学病院に入院し、退院後は介護が大変だから「ケアホーム希望」を利用することになったね。「ケアホーム希望」では、花見に行ったり、自治会のお祭りにも参加してビンゴゲームでは景品まで当たったり…本当に楽しいことがいっぱいあった。
毎日美味しいものいっぱい食べて、利用者やスタッフのみんなともいっぱい歌ったり、笑ったね。
また、時々体調を崩し入退院を繰り返すこともあったね。

入院中は、身体を抑制され身動き出来ずに大声を出したら個室に移されお金もたくさん掛かってしまった…。
薬もたくさん飲むことになり、更に訳が分からないことを言ったこともあったね。入院するたびに足腰が弱り、歩けなくなっちゃった。
夜もだんだん眠れなくなり、精神科にも入院したね。

部屋にはカギが掛けられていて、異様な雰囲気です…。
きっと、あなたが一番辛かったわよね。

でも、どんなに大変でも、毎日あなたは面会に来てくれた。
やっと退院して「ケアホーム希望」に戻れた時は、みんなのにぎやかな声が聞けて嬉しかった。
毎日みんなが私に声をかけてくれたし、貧血が進むと「ケアホーム希望」で輸血までしてもらった。入院している時よりずっと安心して治療ができたね。
もっともっとあなたと一緒にいたかったけど私も限界があった。
がんばったけど…がんばりきれなくて…ごめんね。
最期まで隣で声をかけてくれて、いつもそばにいてくれて本当にありがとう…。今私が一番嬉しいことは、あなたが元気で「ケアホーム希望」に遊んで笑顔でいてくれること。

100歳のおばあちゃんの話し相手するのが楽しいよ 『あなた…私の分まで…長生きしてよね!』



- ・ 働きかけを行う中で、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、診療所より利用者の紹介が来るようになった。このような情報提供は非常に効果的である。
- ・ 利用者のうち、もともと同一法人のサービスの利用者だった人は、7～8割を占めており、同一法人で様々なサービスを提供していることが看護小規模多機能型居宅介護の利用者確保に効果があると感じている。
- ・ 同一法人で地域包括支援センターを受託していることから、地域と面に関わることができ、利用者確保につながっている。

8. 関係機関、地域との連携

<介護支援専門員との調整、連携>

- ・他法人の介護支援専門員に情報提供を行い、看護小規模多機能型居宅介護に関する理解を促進している。そして、適正なサービス利用に向けて利用者の移行を促している。
- ・同一法人の介護支援専門員であれば、退院後、看護小規模多機能型居宅介護での対応が効果的な場合などを判断することができる。本人や家族が退院時に看護小規模多機能型居宅介護の利用を希望したら、同一法人の介護支援専門員から、どのような条件であれば使えるかなどを説明している。

<病院との連携>

- ・退院後に受け入れた利用者が、どれほど改善したかなど伝えるため、入院していた病院に対して写真をたくさん活用した「経過報告書」を作成して送っている。それが事業所の PR ともなり、利用者の紹介につながっている。他法人の介護支援専門員から利用者を引き継いだ場合も、同様の「経過報告書」を作成し送っている。
- ・退院時カンファレンスの開催を看護小規模多機能型居宅介護で調整するなど、退院調整にきめ細かく対応することで、次の患者の紹介につながっている。
- ・病院の退院調整部門と連携を密にすることで、退院する患者の情報を提供してくれることもある。

<地域との連携>

- ・自治会のお祭り、敬老会など、地域行事には積極的に参加しているほか、地域の人も事業所のイベントに参加している。地域のボランティアも受け入れている。

<自治体との連携>

- ・月に1回発行している新聞を、自治体の関係施設等にも置いてもらうなどして、自治体への情報提供や働きかけを行っている。自治体は事業に対して協力的である。

●●●●様 経過報告

平成〇〇年〇〇月〇〇日

ケアホーム希望にいる時の様子(平成〇〇年〇月〇日より利用開始)



事例2. 株式会社リンデン 複合型サービス ナーシングホーム岡上



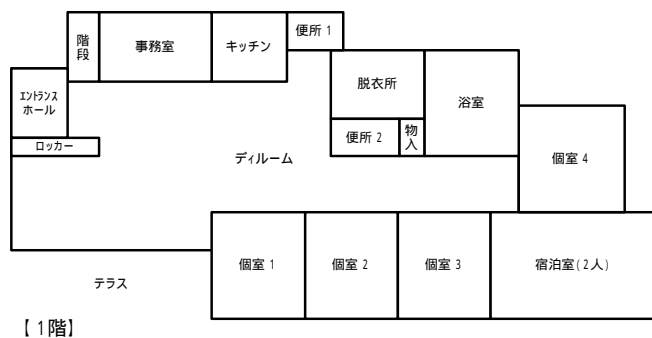
＜事業運営上のポイント＞

利用者の生活全般を支えることができること、医療ニーズの高い利用者に対応できることは、やりがいを持って働きたいと考える看護職員、介護職員の魅力となっている。採用時より理念を共有することを重視している。

理学療法士と作業療法士が併設の訪問看護ステーションと兼務しており、週に3回、時間を決めて個別の機能訓練を実施している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	営利法人	法人名	株式会社リンデン	
所在地	神奈川県川崎市	開設年月	平成25年4月	
併設事業所・関連事業所等	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション（開設時期：平成23年4月） ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護事業所 			
定員	登録定員：25人 通い：15人 泊まり：6人			
利用登録者数	17人（平成26年11月時点）	利用者の平均要介護度	3.7	
実費負担	泊まり：3,000円 食費：朝食350円 昼食（おやつを含む）700円 夕食700円			
看護職員数（実人数）	7人	介護職員数（実人数）	10人	
勤務体制	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職員 【日勤】8：30～17：30 夜間の緊急対応に2名が待機。 ・介護職員 【日勤】8：30～17：30 【夜勤】16：30～9：30 早いお迎え、遅い送りの希望や泊りが多い日には、早出、遅番に対応。 【早出】7：00～16：00 【遅番】11：30～20：00 			



2. 看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設・移行した経緯、開設・移行の際に工夫した点

- ・事業所開設の際には、既存の看護小規模多機能型居宅介護事業所へ見学に行き、研修をさせてもらった。近くの通所介護事業所や小規模多機能型居宅介護事業所へも見学に行き、参考となった。
- ・開設にあたって分からないことがあれば、日本看護協会へ電話での問合せを行った。
- ・小規模多機能型居宅介護事業所の連絡会に所属している。川崎市では各区に支部がある（以前は、北部と南部の2つのみだったが、北部だけで27事業所となったため、各区に分けられた）。

3. 事業所開設の経緯・理念の共有

<事業所開設の経緯>

- ・法人代表者が訪問看護ステーションを開設し、サービス提供する中で、泊まりに対応したいと感じたことが看護小規模多機能型居宅介護を開設したきっかけである。

<理念の共有>

- ・看護小規模多機能型居宅介護の開設時、介護職員を4人配置していたが、その後1か月で3人が退職した。退職した理由は、看護小規模多機能型居宅介護の理念の共有ができていなかったことである。例えば、医療ニーズの高い利用者に対して、介護職員が直接、医療的ケアを行う訳ではなくても、移動や入浴などの介助でさえも難しいと感じたようであった。
- ・積極的に医療ニーズの高い利用者にも対応できるようになりたいと考える介護職員にとってはやりがいを持てる非常によい職場であり、現在は定着している。採用時より、「医療ニーズが高く、通常の通所介護を利用できない高齢者を支えよう」「重度の利用者を支えよう」といった事業所の理念を伝え、共有を図ることは非常に重要である。

4. サービス提供体制等

<事業所の間取り>

- ・2階建ての建物で、1階に看護小規模多機能型居宅介護の事業所、2階に訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、職員用の事務室、休憩所等を配置している。1階からは内階段でつながっている。
- ・1階の看護小規模多機能型居宅介護の事業所には、泊まり用の居室が5室あり、そのうち4室が1人部屋、1室が2人部屋である。泊まりの定員は6名である。

<利用者の受け持ち担当制とケア会議、カンファレンス>

- ・介護職員は受け持ち担当制としている。常勤介護職員5人で17人の利用登録者を担当しており、1人の介護職員につき2、3人を受け持っている。介護職員は、担当している利用者の介護の計画書（目標等を記載）を作成する。
なお、訪問回数や泊まり日程等のケアプランは介護支援専門員が作成する。看護計画は、主治

医に報告する必要があるため看護職員が作成する。

- ・ 1か月に1回、常勤職員が全員参加するケア会議を実施している。その際、介護職員が、担当している利用者の報告を行い、それに対して、他の職員から意見等をもらう。
- ・ 2、3か月に1回、主治医に事業所へ来てもらい、カンファレンスを開催している。

<夜勤>

- ・ 夜勤体制は介護職員のみだが、看護職員とのコミュニケーションや連携がよく、自信を持って対応することができている。

5. サービス提供の特徴

<泊まりの提供方法>

- ・ 泊まりは、基本的に介護者のレスパイトのために提供している。利用者の状態の急変時に提供する例は多くはない。ターミナル期に泊まりを提供するという使い方もある。

<ターミナル期の対応>

- ・ 事業所開設以来、事業所内で3人の利用者を看取った。また、入院して亡くなった利用者も2人いる。利用者の自宅での看取り支援は、まだ行ったことがない。事業所内で亡くなった利用者のうち2人は「独居」であり、事業所の泊りを利用した方がよいと判断した。他の1人は、点滴が必要な状態となり、介護者(妻)が自宅で対応できないため、事業所の泊りを利用した。

<個別の機能訓練>

- ・ 事業所の中で、個別の機能訓練を行っている。訪問看護ステーションの職員に理学療法士と作業療法士がおり、当初、時間に余裕がある時に、事業所で機能訓練を行っていたが、それでは必ずしも効果的でないため、現在は曜日・時間を決めて実施している(月・火・金の11時~12時)。
- ・ 機能訓練に対する加算等の評価はないが、当事業所の特色としてアピールできる。

<その他>

- ・ 看護小規模多機能型居宅介護は利用者の生活全体に対応できる点が特色である。特に、独居の利用者の場合、ゴミ捨てや掃除なども含め、生活全般を支援する必要がある。
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護の潜在的な利用者として、例えば、くすぶり型(無症候性)骨髄腫で糖尿病の患者があげられる。インスリン注射が必要な場合、通常の通所介護で受け入れてもらうことができない場合がある。看護小規模多機能型居宅介護の通いを利用することで、インスリンの注射ができる利用者もいる。
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護を利用するための包括報酬の負担金額に泊まりの自己負担額が加わると、費用が負担できないために利用を止めてしまう場合がある。一方、費用負担は大きいですが、それまで介護保険の在宅サービスを利用する際に短期入所(ショート)の確保が難しく、泊まりの利用がしやすいというメリットを感じて利用している人もいる。

6. 介護職員・看護職員の育成

<事業所内研修>

- ・月に1回、事業所内研修を実施している。研修のテーマは「疾患」「感染症」「防災」「接遇」など、その時々で必要なものを取り上げている。
- ・特定の疾患をテーマとした研修を開催する場合、看護小規模多機能型居宅介護や併設の訪問看護ステーションの看護職員が講師をしたり、精神科の医師に講師を依頼する場合もある。これまでにパーキンソン病、腸閉塞、糖尿病などをテーマに研修を行っている。利用者の状態に応じて、テーマを選ぶこともある。
- ・経管栄養、経口補水液、呼吸関係の機器などに関わる業者の担当者を講師として招いて研修を行うこともある。外部講師による研修会は職員に好評であり、出席率も高い。

<喀痰吸引等実施研修>

- ・喀痰吸引等研修を積極的に受講しており、6人の介護職員が修了した。

7. 関係機関、地域との連携

<病院との連携・病院を中心とした専門職種地域ネットワーク>

- ・地域の大学病院が中心となり、医療、福祉関係の専門職種による地域ネットワークが構築されている。2、3か月に1回、テーマを決めて勉強会を開催しており、当事業所も参加している。参加メンバーは、訪問看護ステーションの職員、介護支援専門員、地域の病院医師、往診医等であり、100人程度が参加している。テーマは、具体的な疾患のほか、リハビリテーション、介護と医療の連携等が取り上げられた。グループワークもあり、そこで名刺交換が行われるなど、参加者間で関係性を強めるよい機会となっている。
当事業所からは、このネットワークに立会人として参加しているほか、勉強会のテーマに応じて、職員から参加者を選び、勉強会にも積極的に参加している。
- ・近くの大学病院の地域連携室とは緊密に連携している。病院側から、「退院直後は、泊まりを利用し、在宅復帰に向けて自宅を整えたほうがよい」などの申し送りを行ってくれる。

<介護支援専門員との調整、連携>

- ・地域の介護支援専門員の研究会で看護小規模多機能型居宅介護事業所について案内・アピールする機会をもらったことがある。
- ・介護支援専門員からの紹介はあまり多くはないが、紹介があれば、その機会を大切にして、対応するようにしている。区分支給限度基準額を超えている人や困難事例の紹介もある。困難事例については、看護小規模多機能型居宅介護を利用することで利用者の状態が落ち着く例もあり、利用者にとってのメリットは大きいと思う。
- ・退院直後は吸引などの医療処置があり、当事業所に登録されたが、医療処置の必要がなくなり、利用開始後2か月で元の居宅介護支援事業所に返した事例もあり、そのような行き来できる柔軟なサービスとして展開できるようになりたいと考えている。

<地域との連携>

- ・民生委員の集まりでも看護小規模多機能型居宅介護の紹介を行った。事業所の近くに住んでいる職員が多く、昔から知っている地域住民もあり、そのつながりが事業所の運営に活きている。地域住民とのつながりは大事である。

<地域の行事への参加やイベントの実施等>

- ・事業所で、期間限定のカフェ（ゆらりんカフェ）を開催し、1名の利用に結びついた。いつも来ているボランティアによるフルートの演奏などを行った。
- ・地域の夏祭りに参加し、冷やしきゅうりを売るなど出店もした。地域イベントに参加することで、事業所の名前をアピールできるとともに、地域住民と仲良くなる機会ともなっている。
- ・地域でバザーが開催されるため、そこへも参加したいと考えている。

事例3. 公益社団法人佐賀県看護協会 ケアステーション野の花



＜事業運営上のポイント＞

退院直後は密に訪問看護を提供し、在宅の環境を整え、在宅の生活に慣れてきてから「泊まり」の提供を開始する。

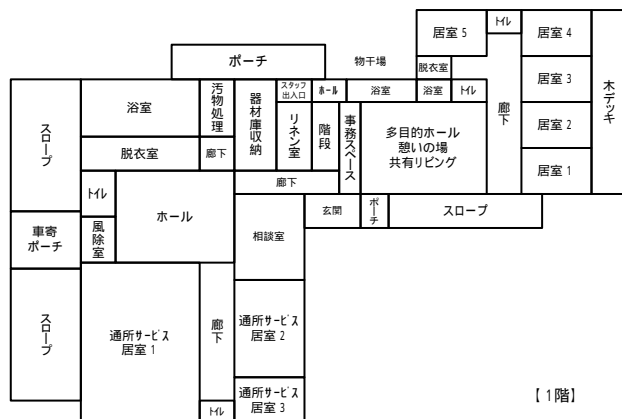
基本的に通いと訪問を中心とし、集中的に処置を行いたい場合は、毎日通いを提供し、事業所で処置を行い、在宅へ帰す。

職員の育成のためにガイドラインを作成し、活用している。

地域のお祭り等に積極的に参加することで、地域の活性化にも貢献している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	公益社団法人	法人名	公益社団法人佐賀県看護協会	
所在地	佐賀県佐賀市	開設年月	平成 25 年 4 月	
併設事業所・関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーション（開設時期：平成 7 年） ・ 療養通所介護（開設時期：平成 18 年） ・ 居宅介護支援事業所 			
定員	登録定員：25 人 通い：15 人 泊まり：5 人			
利用登録者数	13 人（平成 27 年 2 月 5 日時点）	利用者の平均要介護度	3.0	
実費負担	泊まり：2,000 円 食費：朝食 200 円 昼食 350 円 夕食 400 円			
看護職員数(実人数)	3 人	介護職員数(実人数)	6 人	
勤務体制	<p>【看護職員】8：30～17：15 2 人 17：15～9：00 1 人（宿泊がなければオンコールのみ）</p> <p>【介護職員】8：30～17：15 9 人 4：30～9：30 1 人</p>			



2. サービス提供体制・利用者の特徴等

<併設サービス>

- ・同一建物内に訪問看護ステーション、療養通所介護事業所、居宅介護支援事業所がある。
- ・利用登録者数は、訪問看護ステーションは100～130人程度、居宅介護支援事業所は60人程度（うち、訪問看護ステーションの利用者ではない人は40人程度）である。
- ・療養通所介護の定員は9床である。利用者は、神経難病の人が30%程度、がん末期の人が40%程度、小児が10%程度で、その他、心疾患や認知症である。障害者自立支援法による障害者も受け入れている。
- ・同法人の利用登録者数は全体で170人程度となる。

<事業所の間取り>

- ・1階に看護小規模多機能型居宅介護と療養通所介護、2階に訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所が配置されている。2階から1階の看護小規模多機能型居宅介護のホールが見渡せるようになっており、利用者の様子などを確認することができる。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の事業所の泊まり用の居室は、1人部屋が5室ある。泊まりの定員は5人である。



<利用登録者数、定員等>

- ・利用登録者には、ターミナルの人が多く、療養通所介護や訪問看護の利用者も含めると全体で月に5人は看取りを行っている。利用を開始して、1週間で亡くなる人もいる。
- ・療養通所介護と看護小規模多機能型居宅介護の利用者像はターミナルの人や難病など重なるところがある。

<職員体制>

- ・看護職員は、併設の訪問看護ステーション、療養通所介護と兼務しており、いずれのサービスにも対応できるようにしている。仕事の比重は、その時々による。
- ・泊まりは介護職員が対応しているが、利用者の状態によって、看護職員が対応することもある。介護職員が看護職員への連絡のタイミングを理解しており、ターミナルステージでも多くは介護職員で対応可能である。

3. サービス提供の特徴

<退院調整>

- ・病院で退院前カンファレンスが開催される場合、基本的に参加している。利用者1人に対して2～3回行われることもあれば、すぐ明日に退院するという連絡があり、実施できないこともある。即日の受け入れの要請については、当事業所の力量を期待・理解しての依頼だと受け止

めている。

- ・退院時の家族の不安は大きいと、当事業所のような在宅サイドからの支えがあることで、家族に安心感を与えることができる。

<退院直後の対応>

- ・退院直後は、密に訪問看護を提供し、在宅の環境を整え、家族に対する処置の指導なども行う。事業所への「泊まり」は環境変化が大きいと、在宅での生活に慣れてきてから提供を始めるようにしている。必要に応じて集中的に毎日訪問を行うなどすることで、家にいることが当たり前の状態を作っていく。家族には、看護小規模多機能型居宅介護を利用するにあたり、事業所への泊まりではなく在宅が基本であることを伝える。
- ・一方、ターミナルステージで不安が大きい場合は、退院直後、泊まりを集中的に提供して、症状のコントロールを行い、様子をみてから在宅に帰るようにする場合もある。

<ターミナルステージへの対応>

- ・ターミナルステージだが、家族が在宅で看ることが出来る場合は、訪問を中心にサービスを組むようにしている。家族にとって、何かの時には事業所で看てもらえるという安心感は大変大きい。
- ・看取りに対する家族の不安が大きい場合は、泊まりを利用し、事業所で家族も一緒に過ごし、最後は家に帰るようにするなど、家族の状況に応じて、きめ細やかに対応している。
- ・独居でターミナルステージの場合、最後は泊まりを利用し、そのまま事業所で看取ることが多い。
- ・在宅での看取りは、残された人の亡くなる前の対応に対する満足度を高める。看護小規模多機能型居宅介護の職員はお通夜や告別式には出席しないが、初七日以降に訪問すると、看取ることができてよかったと言われることが多い。
- ・ターミナルステージの利用者の一般的な利用期間は1か月程度である。

<通いと訪問を中心に>

- ・基本的に通いと訪問を中心にサービスを提供している。集中的に処置を行いたい場合は、毎日通いを提供し、事業所で処置を行って、在宅へ帰すようにしている。
- ・泊まりはレスパイト目的での提供が中心であり、定期的に組み込んでいる場合が多い。家族がインフルエンザに罹った場合に感染しないよう避けるためや、家族旅行や年末年始等の多忙な時期に介護ができない場合に泊まりを提供することもある。
- ・泊まりの定員は5人だが、定員いっぱいとはならず、3人程度の利用であることが多い。

<利用者の疾病>

- ・看護小規模多機能型居宅介護で、医療依存度の高い利用者の疾病は、脊髄小脳変性症、パーキンソン病、ALSなどで、ALSの利用者は5～6人いる。人工呼吸器をつけている利用者もいる。

<言語聴覚士の配置>

- ・言語聴覚士を常勤で1人配置している。事業所で摂食嚥下の評価と機能訓練を行うことができ、大きな効果を得られている。例えば、話すことができるようになった、食べることができるようになった、在宅で吸引しなくてもよくなった、ALSの利用者でよだれが出なくなった等のケースがある。口腔機能をサポートできるメリットは大きい。
- ・今後、言語聴覚士だけでなく、理学療法士や作業療法士も配置してリハビリを充実させたい。

4. 介護職員と看護職員の協働・連携

<ケア計画の共有>

- ・介護職員（介護福祉士）が生活面のアセスメントを行い、それを看護職員に伝え、看護職員がケア計画を立てる。
毎朝、看護小規模多機能型居宅介護、療養通所介護、訪問看護ステーションの職員全体でミーティングを行い、その後に、各事業所に分かれてミーティングを行う。そこでケア計画について報告する。

<看護職員と介護職員が共同でケアを実施>

- ・入浴介助、清拭、褥瘡の処置などは、看護職員が一人で行うのではなく、介護職員とペアで行うようにしている。看護職員と介護職員が必ずペアでケアを行うことで、介護職員に病状が伝わるとともに、介護職員のスキルの向上を図ることができる。
- ・入浴介助は2～3人で対応しており、複数人で対応した方が、利用者の負担も少ない。

<看護職員、介護職員とも受け持ち担当制を導入>

- ・基本的に受け持ち担当制としているが、一人の利用者に対して、2～3人の看護職員がチームで動くようにしている。訪問の際には、必ず担当の看護職員が対応する。ケア計画や医師への連絡等についても責任を持つ。
- ・介護職員（介護福祉士）も、利用者の担当を決めて受け持つようにしており、カンファレンスの際には、担当の介護職員が中心となって、課題出しを行う。

<看護職員、介護職員と一緒に会議を実施>

- ・ケース検討会やミーティングは全て、看護職員、介護職員が一緒に行っている。介護職員の視点も看護職員の刺激となっている。

<言語聴覚士とともに食事介助>

- ・食事介助は介護職員が行うが、利用開始直後は、言語聴覚士と一緒に対応することで、介護職員のスキルアップを図っている。

5. 介護職員・看護職員の確保・育成

<短大から新卒の介護職員を定期採用>

- ・短大に介護福祉士を養成しているところがあり、開設当初、そこから新卒3人を常勤で雇用し、

その後、中途採用も行った。その後、毎年、学校に募集を出し、介護職員を新卒で採用している。平成 27 年 4 月にも新卒の介護職員が 2 名入る予定である。

<自己・他者評価の実施>

- ・職員の資格や経験に関わらず、自己・他者評価により到達度を期間毎に振り返るようにしている。定期的に行うことで、次の課題が明確となり、事業所内外の研修参加など学習意欲にもつながっている。

<オリエンテーションを含めた新人ガイドラインの作成と自己チェック>

- ・オリエンテーションを含めた新人ガイドラインを作成しており、採用後、ガイドラインに沿って自己評価をしてもらう。1 か月、3 か月、半年、1 年など、評価期間を設定しているが、あくまで自己チェックリストとしての位置づけである。
- ・ガイドラインは、介護職員、看護職員、それぞれ作成している。

<オリエンテーションを含めた新人ガイドラインの項目>

- ・業務規程
- ・サービス規程
- ・事業所設備・備品（施設概要）
- ・在宅療養する人に関する基本的事項（接遇・マナー含む）
- ・安全管理・リスクマネジメント
- ・個人情報保護について
- ・連携・調整・協働・マネジメントに関する事

<研修受講>

- ・職員個々に研修計画を作成している。計画した研修以外にも、その時々の特ピックの研修を受講することもできる。職員から研修受講の希望があれば承認するようにしている。
- ・研修は外部研修、内部研修の両方を実施している。内部研修では、事例検討なども行う。外部から講師を招くこともある。
- ・喀痰吸引等研修は 1 号研修を 1 人が修了した。

6. 利用者の確保方法

- ・同一建物内の訪問看護ステーション、連携している緩和ケア病棟、地域包括支援センター、連携している介護支援専門員等から利用者の紹介がある。
- ・緩和ケア病棟のある病院が地域に 1 か所しかないため 150 人待ちの状況にあり、緩和ケア病棟より、待機の患者等を当事業所に紹介される。

7. 関係機関、地域との連携

<病院との連携>

- ・大学病院、総合病院からの研修依頼は多い。退院調整ナースや病棟ナース、リンクナース等を対象としたもので、1 日～3 日間の研修を行っている。病院側は、病棟の看護師が在宅介護に

ついて知らないことが課題だと認識しており、こうした研修の依頼がある。

- ・病院での研修概要は以下のとおりである。

- ・開催場所：院内研修室及び訪問看護ステーション・同行訪問・看護小規模多機能型居宅介護
- ・参加者数：院内研修は複数・同行訪問及び看護小規模多機能型居宅介護は3名/日程度
- ・研修内容：在宅療養の実際・訪問看護の実際

- ・病院との連携はMSWとの関係が中心となるため、病棟の看護師との連携方法が分からなかったが、研修を行うことで、病棟の看護師から、直接事業所に連絡がくるようになった。看護師と直接連携できるというメリットがあり、つながりができると、在宅への理解が進んでいく。
- ・病院での研修は、反響が大きかったことから継続しており、4年目になる。病院では、退院調整ナースと病棟ナースを交代させたり、退院調整ナースを病棟においたりする取組が進んでいる。
- ・緩和ケア病棟のある病院は、看護小規模多機能型居宅介護のことを理解してくれている。緩和ケア病棟の医師は病棟の看護師に在宅の良さを理解してほしいと思っているようである。事業所を見にくることもある。

<地域との連携>

- ・地域に事業所が開設されたことにより治安が良くなったり、地域イベント等への参加により地域の活性化が図られたりしたため、地域住民の事業所に対する意識は大変好意的である。
当事業所からイベント等に参加する中、地域の人から、もちつき大会など、地域で廃れてしまいそうな行事が復活したと感謝された。



事業所を開設している地区の町内会からは、健康相談窓口の依頼や行事参加の声かけがあり、事業所内で自治会のもちつき大会や夏には盆踊りやそうめん流し、運動会やバーベキュー大会なども行っている。子ども会のイベントなども一緒に行っている。近くにピアノの先生がおり、事業所で演奏してくれたり、ママさんコーラスがコンサートを開いたりしている。

- ・地域の高齢化率は42%と高いが、元気な人が多い。日々、地域の人がふらっと立ち寄って、麻雀など利用者の相手をしたりしている。
- ・運営推進会議には、自治会、老人会、地域包括支援センター、近所の人に参加している。

事例4. 医療法人矢津内科消化器科クリニック 複合型サービス ひと息の村



＜事業運営上のポイント＞

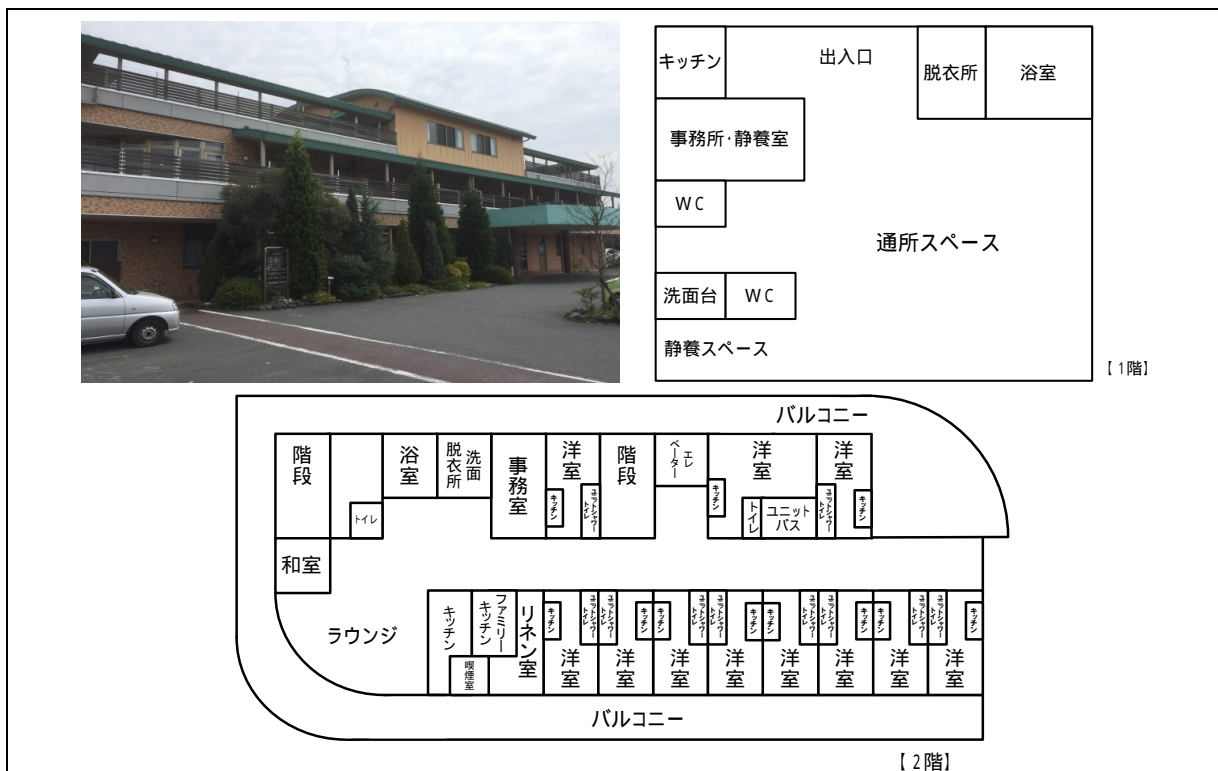
担当者会議やカンファレンス、職員が共通認識を持ってケアにあたることができる。共通認識を持つことを確実にするための工夫として、話し合った内容は、必ず『記録』している。

現場での教育を重視し、特に看取りを行う際には、通い・泊まり・訪問の場面を通じて、経験のある職員から指導を行う。

末期の利用者を多く受け入れており、短期間のうちに亡くなる人も多いため、主治医と相談しながら、本人の希望にすぐに応えるよう配慮している。

1. 事業所の基本情報

法人種類	医療法人	法人名	医療法人矢津内科消化器科クリニック	
所在地	福岡県行橋市	開設年月	平成 25 年 4 月	
併設事業所・関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーション（開設時期：平成 12 年 11 月） ・ 通所介護（開設時期：平成 16 年 4 月、平成 24 年 3 月閉鎖 看護小規模多機能型居宅介護開始へ） ・ 療養通所介護（開設時期：平成 19 年 9 月、平成 26 年 10 月閉鎖） ・ 居宅介護支援事業所 ・ 訪問介護事業所 ・ 訪問入浴事業所 ・ 在宅療養支援診療所 			
定員	登録定員：25 人 通い：15 人 泊まり：9 人（実際の稼働は最大 6 人程度）			
利用登録者数	14 人(平成 27 年 1 月 27 日時点)	利用者の平均要介護度	3.4	
実費負担	泊まり：2,000 円 食費：朝食 500 円 昼食 630 円 夕食 700 円			
看護職員数（実人数）	21 人	介護職員数（実人数）	13 人	
勤務体制	<p>【看護職員】 8：30～17：30 17：30～8：30（宅直：1 人）</p> <p>【介護職員】 8：30～17：30 11：00～20：00</p> <p style="text-align: center;">20：00～9：00（夜勤：1 名）</p>			



2. サービス提供体制等

<建物の特徴>

- ・在宅ホスピス・緩和ケアに力を入れている矢津内科消化器科クリニックの関連事業所である。
- ・建物の1階が、閉鎖した通所介護事業所を活用した看護小規模多機能型居宅介護の通いの利用者のためのスペースであり、廊下幅も広く、広々とした空間である。
- ・建物の2階は主には、平成18年に開設した「在宅ホスピス支援ハウス」となっており、現在10室、定員10人で運営している。ALSの利用者が多い。

在宅ホスピス支援ハウス:「病院からいきなり自宅に帰るのが辛い、その前にちょっとひと息つきたい」「在宅での介護に疲れた家族がちょっとひと息つきたい」在宅ホスピスは無理になってしまったけれど入院はしたくない」「これまで慣れ親しんできた在宅スタッフに、引き続きケアをしてほしい」。そのような思いをかなえるホテル感覚の在宅ホスピス支援ハウス。

- ・この2階の部屋の一部を、看護小規模多機能型居宅介護の泊まりの部屋として活用している。診療所が看護小規模多機能型居宅介護を実施する場合、宿泊室の居室面積について、基準が緩和されているが(通常 7.43 m²のところ、診療所では定員1人の場合 6.4 m²) 特に緩和措置を利用せず、広々とした居室スペース(12.8 m²)を確保している。

3. サービス提供の特徴

<退院調整>

- ・退院後の利用者を受け入れる場合、基本的には、退院前カンファレンスに参加して、受け入れ準備を進めておく。ただし実際には、「患者の状態がよいので、今日退院させたい」と退院日の

午前中に連絡があり、夕方受け入れることもある。(法人のクリニックに連絡があり、そこで受け入れが決まり、退院後に必要なサービスを調整する中で、同一法人の当事業所に依頼がある。)

<ターミナルの利用者の対応・退院直後の対応>

- ・末期の利用者が多く、退院直後は、1週間程度、泊まりを利用してアセスメントを行う。その後、自宅に戻る場合もあれば、泊まりを延長して様子を見る場合もある。余命1～2週間で泊まりのみを想定して利用を開始する場合もある。
- ・21人の登録者のうち5人がターミナルだったこともある。

<泊まりの利用方法>

- ・泊まりは、在宅で看ることが難しく、家族の希望があった場合に利用するようにしており、泊まりの利用は少なくしている。

<医療ニーズのある利用者(透析等)>

- ・透析を行う必要のある利用者がショートステイを利用する場合、ショートステイ中に透析に行くことができないため、利用を中断しなければならない。このような場合、看護小規模多機能型居宅介護であれば、泊まりを利用しながら、日中、透析に行くことができる。

4. 介護職員と看護職員の協働・連携

- ・担当者会議や、必要があればいつでもカンファレンスを行うことで、職員が共通認識を持ってケアにあたることができる。
- ・共通認識を持つことを確実にするために、話し合った内容は些細なことであっても必ず記録に残し、毎朝のミーティングや月1回のカンファレンスの際に確認している。

5. 介護職員・看護職員の育成

- ・現場での教育を重視している。特に看取りを行う際、経験のある職員から、病状の進み方、呼吸の変化、家族の気持ちに寄り添った声かけなど、通い・泊まり・訪問の場面を通じて、指導を行っている。介護職員同士、看護職員同士の指導に限らず、経験のある介護職員から看護職員へ、経験のある看護職員から介護職員への指導も行われている。
- ・特にターミナル期の利用者に対して、どのように「声かけ」をすればよいか、新人の時期には戸惑うが、経験者が現場で教えていく
- ・短期間のうちに亡くなる利用者が多いため、本人の希望にすぐに応えるよう配慮している。例えば、ビールが飲みたいとの希望があれば、主治医と相談しながら、できる限り対応する。

6. 利用者の確保方法

- ・当法人クリニックの患者より、在宅での緩和ケアを利用した人が看護小規模多機能型居宅介護に移行してくる場合が多い。
- ・地域の病院のMSWにパンフレットを渡して説明し、退院時の利用を検討してもらっている。

行橋市内だけでなく、北九州市内の病院に対しても案内している。

7. 関係機関、地域との連携

<地域との連携>

- ・行橋市は、在宅での看取り率が高く、在宅介護に対する地域の理解は高い。
- ・老人会との連携を図っており、お祭り、盆踊り、草取りを一緒に行ったり、勉強会で認知症の話をするなどしている。事業所の防災訓練に、地域の人が参加している。

<自治体との連携>

- ・看護小規模多機能型居宅介護を開設したいと考えた法人から行橋市に働きかけたことがきっかけで、看護小規模多機能型居宅介護の公募が行われた。市は国から情報収集をしたり、相談・確認等を積極的にしてくれた。
- ・行橋市では、小規模多機能型居宅介護事業所に対して、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が作成したライフサポートワーク より「ライフサポートプラン」の活用を推奨しており、当事業所にも紹介があった。当事業所でも採用している。即時プラン・即時実行、柔軟にサービスを提供できることに特徴がある。

「ライフサポートワーク」：居宅サービス計画書の様式が、小規模多機能型居宅介護を生かす書式になっていないことから端を発し、「様式の検討」が議論された。「小規模多機能型居宅介護での暮らしを支援するためのケアマネジメントを明らかにし、普及・啓発することが必要」との検討委員会での意見から、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントに関するガイドづくりが行われた。「ライフサポートプラン」は、本人が今を、今からどのように生きたいのか、暮らしたいのかを知り、「自己決定」に基づいた「ライフサポート（生活支援）プラン」を作るための様式。

（資料）全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて」

- ・行橋市からは、地域密着型（小規模多機能）との情報交換会に参加させてもらうなどの支援も得られた。

事例5. 特定非営利活動法人たんがく 複合型サービス上村座



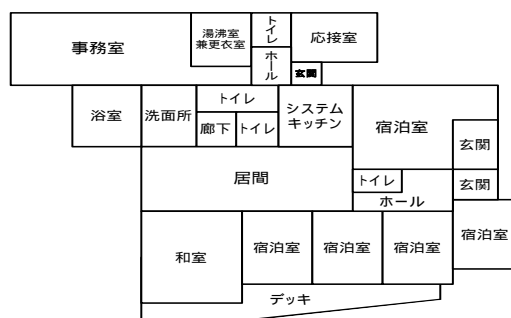
＜事業運営上のポイント＞

利用者は医療的なケア必要な重度の人から要介護1まで様々であることから、通いのレクリエーションは統一プログラムではなく、選択式としている。

地域の高齢女性のサークルが定期的に事業所に集まり活動したり、事業所に売店を設けて地域が売りたいものを持ち寄るなど、事業所を活用してもらっている。地域住民とのつながりができ、事業所運営について相談したり、意見をもらったりしやすくなる。

1. 事業所の基本情報

法人種類	特定非営利活動法人	法人名	特定非営利活動法人たんがく
所在地	福岡県久留米市	開設年月	平成25年4月
併設事業所・関連事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーション（開設時期：平成23年1月） ・居宅介護支援事業所（開設時期：平成23年1月） ・訪問介護事業所 ・ホームホスピス 		
定員	登録定員：25人 通い：15人 泊まり：8人		
利用登録者数	17人（平成27年2月時点）	利用者の平均要介護度	3.5
実費負担	泊まり：1,500円 食費：朝・昼・夕 各500円		
看護職員数（実人数）	12人	介護職員数（実人数）	6人
勤務体制	<p>【看護職員】7:00～16:00 9:00～17:00 15:00～22:00 17:00～10:00（宿直：1名）</p> <p>【介護職員】7:00～16:00 9:00～17:00 16:00～10:00（夜勤：1名）</p>		



2. 看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設・移行した経緯、開設・移行の際に工夫した点

- ・開設にあたり、市や看護協会から指導を受けながら対応するとともに、看護小規模多機能型居宅介護事業所へ見学に行くなどした。
- ・経管栄養や胃ろうなど、医療ニーズの高い人に対応した小規模多機能の事業所は、地域包括ケアの視点からも地域に必要であると感じ開設に至った。

3. サービス提供体制・利用者の特徴等

<利用登録者数、定員等>

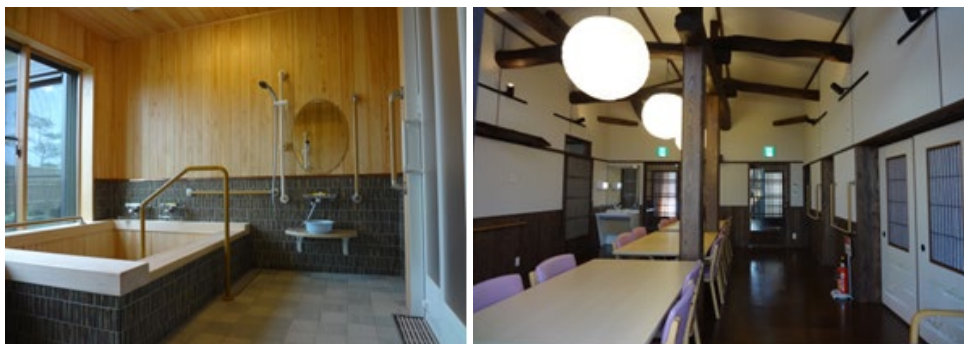
- ・登録定員は25人だが、平成27年度より29人にする予定である。
- ・利用登録者数17人のうち、通いのみの利用者が7～8人、泊まり（ロングステイ）のみの利用者が6～7人である。
- ・泊まりは、ロングステイでなければ、他に1日に1～2人は受け付け可能である。

<利用者の特徴>

- ・胃ろう、人工肛門、人工透析、難病で呼吸障害などの医療的ケアが必要な重度の人から、要介護1の人まで、状態は様々である。

<建物の特徴>

- ・元酒屋だった場所に、元の建物の梁などを活用した古民家風の事業所を新築した。
- ・泊まり用の宿泊室は2人部屋が2室、1人部屋が4室あり、泊まりの定員は8人である。
- ・浴室はリフト浴に対応しており、一般の通所介護事業所では対応できない重度の人の入浴も可能である。
- ・建物内は全てバリアフリーで、トイレや浴槽内の手すりの位置を工夫している。リビングに手すりは少ないが、テーブル等を伝って、バランスを取りながら歩くことで自立支援につなげている。



- ・地域住民が利用できるスペースや表通りに面した入り口横に売店を設けている。地域の人が野菜など売りたいものを持ち寄り、一律 100 円で売っている（売上は持ち込んだ人の収入に）



<併設サービス>

- ・訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所を併設している。
 - ・訪問看護ステーションの利用者数は、看護小規模多機能型居宅介護の利用者も含めて 50 人である。
- 訪問看護ステーションの看護職員は全員が看護小規模多機能型居宅介護との兼務である。法人側の立場に立って主体的に行動してほしいと考え、正規雇用を基本としている。

<サービス提供範囲>

- ・サービス提供範囲は、泊まりの人は片道 1 km 程度、通いは車で 30 分以内を目安としている。

<市の公募へ応募>

- ・看護小規模多機能型居宅介護の開設にあたっては、久留米市が看護小規模多機能型居宅介護の公募を行い、そこへ応募した。当事業所を含め 4 事業所が応募し、市内に 4 か所が開設された。行政が看護小規模多機能型居宅介護の開設に積極的だった。

4. サービス提供の特徴

<退院直後の対応>

- ・退院後に在宅で看られない場合、泊まりを利用する。泊まりの期間は 3 か月までと設定しており、3 か月を過ぎても在宅に戻ることが難しい場合、例えば認知症の利用者は、グループホームへ入所するなどしている。

<ターミナル期への対応>

- ・がん末期で余命があと 3 ~ 4 か月と言われて退院してきた人などを受け入れており、当事業所のサービスを利用しながら 3 年間生きたという人もいた。
- ・ターミナル期で、退院直後に泊まりで利用を開始した場合、在宅へ戻る人は少ないが、中には退院直後、落ち着くまで、泊まりを利用し、在宅へ戻るという場合もある。週 3 日は自宅、3 日は泊まりとできれば、そのようにする。
- ・泊まりで利用している間は、事業所へ往診に来てもらう。

<通いの特徴>

- ・利用者は医療的なケアが必要な重度の人から要介護 1 まで様々であることから、通いのレクリエーションは、統一のプログラムではなく、様々な状態の人が楽しむことができるように選択

式としている。

- ・通いでは、理学療法士を2名配置して機能訓練を行っている。

5. 介護職員と看護職員の協働・連携

<情報の共有による迅速な連携>

- ・介護職員は、日常のケアの中から得られた情報を事前に看護職員から得た情報に照らし合わせ、利用者の変化を早期に把握し、看護職員に伝えている。適切な医療、介護ができるように努め、看護小規模多機能型居宅介護における看護職員との密で迅速な連携の必要性を学んでいる。

<共同で計画を見直し>

- ・看護小規模多機能型居宅介護の計画は介護職員、看護職員、共同で見直している。計画の見直しは3か月毎に行っている。
- ・看護職員、介護職員の間で、利用者・家族の問題発生や病状変化時などにも、随時カンファレンスを開催し、計画やケア内容を見直している。

6. 介護職員・看護職員の確保・育成

<年間研修計画の作成>

- ・年間研修計画（社内・社外）のもと、可能な限り研修に参加している。研修後の報告書を作成し、知り得た情報を共有するため、事業所会議で勉強会を開催し、質の向上に努めている。

7. 利用者の確保方法

- ・利用者は病院からの紹介が7～8割を占めている。訪問看護が中心となり、病院に対して、医療依存度の高い人でも受け入れ可能であることを提案している。
- ・受け入れ後は、多職種との連携を図り、安心して在宅生活を送れるよう、医療、介護で全面的にサポートしている。実績を残していくことが利用者の確保につながっている。

8. 関係機関、地域との連携

<外部の介護支援専門員との連携>

- ・外部の介護支援専門員とは、利用者を引き継いでからも、状況を報告することで、連携を保っている。退院した病院にも様子を伝えている。

<地域の病院、在宅医との連携>

- ・病院で実施する退院前カンファレンスに参加しており、統括部長（看護師）と介護支援専門員が参加する。退院前カンファレンスが開催される際には、病院から声がかかる。家族、主治医も参加する。
- ・地域の病院の看護小規模多機能型居宅介護への理解は、ここ一年くらいで進んだ。病院のMS

Wには、一人でも利用があると理解してもらうことができる。1度つながりができると、その後も紹介してもらえらる。

- ・病院の看護師や医師などは、地域包括システム、介護保険制度などへの理解があまり進んでいないが、ある病院の医師が、事業所を見に来て、すばらしいと言って、自分の父親を預けたということがあった。
- ・MSWの企画で、往診医、病院の医師、看護師を対象とした研修会が開催され（参加者150人ほど）そこで当事業所の紹介を行った。病院の職員にとって、在宅介護に関心あっても、情報は少ない状況にあり、病院を対象とした介護保険や在宅介護に関する研修会などの取組は、病院にとって必要であると感じる。
- ・病院への情報提供の方法は、直接パンフレットを持っていき、MSWと顔見知りとなり連携を図っていくことが多い。利用定員に余裕がある際に声をかけると、カンファレンスの際に看護小規模多機能型居宅介護の利用を提案してもらえらる場合がある。
- ・熱心な在宅医が近くにおり、その医師と連携していることも事業運営に大きな影響を与えている。当事業所の発展につながった。

<実習の受け入れ>

- ・看護学生の実習を受け入れている。受け入れ期間は2週間である（制度が変わり、実習期間は4日から2週間となった）。
- ・看護学生には在宅を知ってもらいたいと考えており、看護小規模多機能型居宅介護を知っておくことで、病院で働く際に退院時の視点が変わってくる。

<地域との連携>

- ・事業所の地主は地域に根差した人で、地域の高齢女性のサークル（美婆会）の会長でもある。40年以上続いているサークルで、週に1回、9時半からお昼過ぎまで、当事業所に集まって活動している。15~16人の会で、80~90歳の人が多い。
- ・地域住民に事業所を活用してもらうことで、当事業所も、何か困ったことがあれば地域の人に相談することができる。地域にとって、この事業所がどうあったよいかを考え、事業所を育ててくださいと伝え、意見をもらっている。地域とは良好な関係を築いている。
- ・運営推進会議は、2か月に1回、開催しており、町内会長、地域包括支援センター、行政、美婆会、民生委員、地元の人、家族代表などが参加している。

第2節 利用者事例の紹介

●事例1● 81歳 男性【退院直後の在宅復帰支援】

- ✓退院直後から2か月間は泊まりを継続提供。その後、訪問を中心に在宅復帰
- ✓家族の不安を解消するサービス提供方法を検討・相談
- ✓家族と外部サービスとの役割分担を明確にし、家族へは吸引等の処置の実施方法を教育

1. 利用者の基本情報

世帯構成	妻、長男の妻、その子ども（孫）と同居				
介護力	主たる介護者は長男の妻。時間帯によって介護可能。				
要介護度	要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	C2		認知層高齢者の日常生活自立度		
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・悪性新生物 ・パーキンソン病 ・脳梗塞 ・心不全 ・腹部大動脈瘤 ・大動脈弁閉鎖栓				
必要な医療処置	・胃ろう ・バルーン留置カテーテル ・たんの吸引 ・褥瘡の処置(真皮に達する褥瘡) ・服薬管理 ・浣腸 ・摘便 ・吸入				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	

2. 利用開始の経緯と利用開始直後のサービス提供の状況

～退院直後は泊まりを継続利用～

<退院時の対応>

- ・家族は療養病床への入院も検討し、何度か見学に行ったが、入院は避けたいと思った。
- ・もともと、同一法人の介護支援専門員が担当しており、療養病床を探していることを把握していた。家族だけではどうにもならなかったら、泊まりにも対応している看護小規模多機能型居宅介護で受け入れてほしいということだった。
- ・退院時のカンファレンスには、当事業所のほか、在宅での主治医、訪問看護ステーションの看護師も参加し、病院で実施した。

<退院直後に泊まりを2か月弱利用>

- ・約半年間の入院後、看護小規模多機能型居宅介護の泊まりを約2か月利用し、その後、自宅へ帰ることができた。

- ・当事業所へ来たとき、家族の介護力は低く、利用者はターミナルの状態であった。入院先の医師からは、肺炎になれば状態は悪化する、そう長くはないので、家族が家に帰したいということであれば、在宅へ帰した方がよいのではないかとのことだった。
- ・ただ、退院時、褥瘡があり、治る前に在宅へ戻ると悪化してしまうため、すぐに在宅へ戻ることは難しかった。
- ・家族は農家を営んでおり、本人の退院時期が繁忙期である収穫の時期と重なったこともあり、まずは泊まりを連続利用することとした。

※利用開始から最初の2週間のサービス提供状況

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
泊まり														
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

3. 2か月間の泊まりの継続利用後、在宅で訪問の利用中心に

<訪問を中心に>

- ・約2か月間、事業所に泊まった後、在宅に戻り、その後は訪問（介護）と医療保険による訪問看護のみを利用している。
傷病がパーキンソン病であることから、併設の訪問看護ステーションより医療保険で訪問看護を提供している。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の利用としては、訪問（介護）のみの利用となったため、看護小規模多機能型居宅介護をやめて、訪問介護に切り替えるということも考えられるが、病状が悪化した時や看取りの際には、看護小規模多機能型居宅介護で支えてもらえるという安心感があるため、引き続き、看護小規模多機能型居宅介護の利用を希望している。
- ・家族に用事があって泊まらなくてはならないときに、すぐに対応できることも看護小規模多機能型居宅介護の利用につながっている。
- ・訪問（介護）は、「口腔内ケア」「吸引」「体位変換」「陰洗・おむつ交換」「尿量チェック」「清拭」「更衣」を行い、主に生活面での支援に対応している。
- ・訪問看護（医療保険）は、「褥瘡処置」「口腔内ケア」「清拭」「吸引」「排便コントロール」「体位変換」「内服管理」等、病状チェック、体調管理を行い、主治医と連携を図りながら家族指導や療養相談、緊急時に対応している。

※直近の2週間のサービス提供状況

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
訪問 (介護)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

4. 在宅での介護について役割分担を明確化

○退院直後の家族との相談・支援

- ・家族が在宅介護していきたくと思わなければ、泊まりを継続的に利用することになってしまうため、まず、本当に在宅で介護したいと考えているか、家族に意思を確認した。
- ・家族は、入院していた病院へ、おむつ交換、清拭、痰の吸引などを何度も習いに行った。しかし、在宅で介護ができるか不安を抱えていた。在宅療養が始まると、長男の妻に負担が全部かかってしまう心配があった。
- ・泊まりの2か月間に、心配や不安などを明確にして、家族間で介護の役割分担について話し合った。
- ・吸引、清拭・おむつ交換、陰洗、胃ろう注入等の方法を家族に再度指導したり、説明して不安を取り除くように努めた。

○在宅での介護の方法

- ・胃ろう、清拭、褥瘡の処置は、定時の実施が可能な処置なので事業所の職員が対応できる。しかし、吸引はスケジューリングできる処置ではないため、家族の対応が重要な役割であることを理解してもらった。
長男の妻は、農家の仕事をしながらの介護となるため、疲れているや出来ない時は、孫が行う場合もある。
- ・朝7時に家族が口腔内ケア、胃ろうを行う。介護職員は喀痰吸引の研修を受講済みであることから、9時に訪問した際、痰の吸引を実施し、13時に訪問看護師が行き、19時以降は家族が対応することとした。

1日のスケジュール表

7:00	家族	・口腔内ケア ・胃ろうより注入
9:00	ヘルパー	・月・水・金：手浴 火・木・土：足浴 火・金：洗髪 ・病状観察 ・口腔内ケア・吸引 ・体位変換 ・陰洗・おむつ交換 ・尿量チェックし、尿を破棄 ・更衣・清拭
13:00~ 14:00	訪問看護	・褥創処置 ・清拭 ・口腔内ケア ・吸引 ・体位変換 ・胃ろうより注入
17:00	家族	・吸引
19:00	家族	・胃ろうより注入 ・吸引
21:00	家族	・吸引 ・口腔内ケア ・体位変換
0:00	家族	・吸引 ・口腔内ケア ・体位変換
3:00	家族	・吸引 ・口腔内ケア ・体位変換

○サービス利用の効果

- ・長男の妻が仕事等と介護を両立しながら、利用者が在宅で長期療養できるような体制をつくることのできた。
14時の栄養注入は訪問看護の担当とした。朝と夕方の栄養注入を家族の役割としても、この時間帯を訪問看護が対応することで、家族が昼間に外出できるようにしておくことは重要である。訪問看護に支えられることで、家族の介護負担は軽減し、在宅生活が継続できる。
このような体制とすることで、利用者本人のQOLを高めるとともに、家族の生活も支援することができる。

●事例2● 88歳 女性【がん末期の在宅生活支援】

- ✓退院後、通いの場で医療処置を行い、在宅での医療処置の不安を解消
- ✓利用者の心身の負担、病状に応じてサービス提供パターンを柔軟に変更
- ✓発熱や痛み対応は主治医との密な連携・連絡で対応

1. 利用者の基本情報

世帯構成	長男夫婦、孫1人				
介護力	主たる介護者は長男の妻。常時、介護可能。				
要介護度	要介護3				
障害高齢者の日常生活自立度	A 2	認知症高齢者の日常生活自立度			a
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	一部介助	全介助	一部介助	全介助	全介助
主な傷病	右上顎腫瘍術後 癌性疼痛				
必要な医療処置	・胃ろう ・たんの吸引 ・創傷処置 ・服薬管理 ・疼痛の管理				
ターミナル期	ターミナル期である	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	右顔面麻痺。疼痛コントロール中。				

2. 利用開始の経緯

- ・大学病院から退院する際、家族より当事業所の利用希望があった。家族は事前に事業所へ見学にもきていた。そこで、経口摂取が困難だったが、サービスを利用しながら在宅に帰ることができるのではないかと、病院のMSWに相談した。
- ・大学病院の退院時、要介護認定の申請が下りていなかったため、他病院に転院し、要介護認定の申請が下りた後、退院し、利用を開始した（退院時、担当の介護支援専門員はいなかった）。
- ・転院先の病院で、退院前カンファレンスが開催され、当事業所からは、介護支援専門員と看護師（訪問看護ステーションと兼務）が参加した。その際、退院時の家族への指導などを病院に依頼した。

3. 利用者心身の負担、病状に応じてサービス提供パターンを柔軟に変更、主治医との密な連携・連絡の実施

○利用開始から最初の11日目までのサービス提供状況

- ・週3回の通いサービスと週2回の訪問看護（医療保険）でケアプランを作成したが、利用者は通いサービスから帰宅すると、とても疲れて、トイレにも行けないほどだったり、発熱が続いたりするため、訪問看護中心のサービス提供パターンに切り替えた。
- ・家族は在宅介護に対して大きな不安を抱えており、特に在宅での医療処置に対する不安が大き

かった。そこで、通いの際に事業所で医療処置を行うことで安心してもらうことができた。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目
通い											
訪問看護 (同事業所：医療保険)	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回	1回

○直近 11 日のサービス提供状況

- ・その後、医療処置や胃ろうに対応するため、訪問看護の1日あたりの訪問回数を増やし、朝、昼、夜の1日3回の訪問に変更した。
- ・発熱や痛みがあるため、主治医と密に連携・連絡をとりながら対応している。
- ・家族に対して、夜間の状態急変時の対応方法を伝えることで、夜間対応に対する不安解消につながった。
- ・胃ろうへの対応、患部が口腔内にあること、痛みが増強していること、体力低下などがあり、日々の援助の中で、少しずつ相談に対して助言や情報提供を行うことができることが看護小規模多機能型居宅介護の利用効果でもある。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目
通い											
訪問看護 (同事業所：医療保険)	3回			3回	3回		3回	3回	3回		

●事例3● 78歳 女性【医療ニーズの高い認知症者支援】

- ✓医療ケアの必要な認知症の利用者に対し、原疾患の進行に合わせた支援を実施
- ✓強い利用拒否に対し、馴染みの職員が対応することで、通いや泊りが利用可能に

1. 利用者の基本情報

世帯構成	夫婦のみの世帯				
介護力	主たる介護者は夫（77歳）。常時、介護可能。				
要介護度	要介護4				
障害高齢者の日常生活自立度	B2	認知症高齢者の日常生活自立度			a
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・進行性核上性麻痺 ・意識消失発作 ・脳梗塞後遺症 ・認知症				
必要な医療処置	・留置カテーテル ・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・摘便 ・リハビリテーション				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	
特記事項	・予測できない意識消失発作を頻回に起こすようになった。				

2. 利用開始の経緯と利用開始直後のサービス提供状況～利用拒否への対応～

○利用開始の経緯

- ・他の場所に住んでいる家族（家族の嫁ぎ先の姑）が、同一法人の居宅介護支援事業所を利用していたことをきっかけに、同一法人の居宅介護支援事業所に連絡があった。サービス利用の拒否の強いことを相談された。
- ・そこで、まず、同一法人の居宅介護支援事業所に対応し、訪問看護、福祉用具貸与の利用を開始した。認知症の症状が悪化し、レスパイトへの対応が必要となり、同一法人の居宅介護支援事業所と相談し、通い、泊まりに対応できる当事業所を利用することとなった。

○利用開始から最初の2週間のサービス提供状況

- ・サービス利用への拒否が強いため、通いでは、訪問看護と兼務している馴染みの看護師が対応するようにした。週1回の通い、週2回の訪問（看護）からスタートし、様子を見ることとした。
- ・入浴、洗髪、おむつ交換、排便コントロール、コミュニケーションに対応しているほか、頻回な立ち上がりと歩行を心掛けた。
- ・また、認知症状の観察と見守りを行った。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
通い														
訪問(看護)			1回			1回				1回			1回	

3. サービス提供状況

～慣れてきたことで通いの回数増、泊まりの利用も可能に～

○直近の2週間のサービス提供状況

- ・当初、利用拒否が強かったが、慣れてきたことにより、通いの回数を増やすことができた。また、泊まりもできるようになった。
- ・通いの回数を増やしたり、泊まりを行うことで、家族も介護負担が軽減され、看護小規模多機能型居宅介護の利用の良さを感じているようだ。
- ・本人は寝たきりの状態であり、進行性核上性麻痺の進行による経口摂取低下、栄養状態の低下が見られる。褥瘡の処置が必要であり、通いででの処置だけでなく、訪問（看護）も組み込み対応している。
- ・その他、創感染によりバルーン留置カテーテル管理、口腔ケアなどに対応している。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
通い														
泊まり														
訪問(介護)											1回			
訪問(看護)						1回	1回				1回		1回	

4. 状態の突然の変化への対応

○利用者の体調の変化、状態の変化があった時期のサービス提供状況

- ・通いのサービス利用中に、意識消失し、救急搬送された。その後、自宅に戻ったが、医師の診察は、病院へ通うのではなく、往診に切り替えた。
- ・往診は、利用者の自宅と病院が近いことから、通いから戻ってから自宅へ往診に行く場合もあるが、通いの際に事業所へ往診に来てもらうことが多い。主治医の予定と調整しながら対応している。

【変化の状況】意識消失、血圧低下で救急搬送

	1 日目	2 日目	3 日目	4 日目	5 日目	6 日目	7 日目
通い							
訪問(看護)			1回	1回			

5. 認知症を有する人にとっての看護小規模多機能型居宅介護の利用効果

<認知症への対応>

- ・認知症周辺症状の対応、見守りを中心に対応した。昼夜問わず徘徊をし、通いの利用の際には、職員は何kmでも疲れるまで付き添って歩き、利用者が疲れて歩けなくなったら、携帯電話で事業所へ連絡し、車で迎えにきてもらうなどした。利用者に寄り添ったサービスを提供した結果、認知症の周辺症状は落ち着き、穏やかになった。泊まりも利用できるようになった。
- ・認知症でセルフケア能力が低下していたため、事業所の通いで処置を行い、家では寝るだけにする事ができた。

<毎日の通いで家族の休息>

- ・夜間の徘徊に対応している介護者の負担を軽減するため、ほぼ毎日、通いサービスを利用することで、日中に介護者の休息を図ることができた。

<原疾患の進行に合わせた支援>

- ・原疾患の進行により、ADLが低下し、介護内容は変化していった。その折々で最善と思う手法や介助を行い、また夫にも助言・指導を行った。
- ・医療ニーズは高まっており、体調に合わせた摂食援助や褥瘡処置を通じて、日々の暮らしを援助している。看護小規模多機能型居宅介護によって、本人の変化を家族とともに見守り、受け入れ、援助することができている。

●事例4● 82歳 男性【清潔保持・食事の管理、糖尿病管理】

- ✓住まいの整備、清潔保持、食事管理等、生活全体の支援ができた
- ✓看護小規模多機能型居宅介護の利用で、インスリン注射・糖尿病管理が可能となった
- ✓利用者の生活全体の支援ができることが職員にとっての成長・喜びでもある

1. 利用者の基本情報

世帯構成	独居				
介護力	介護できる人はいない				
要介護度	要介護 1				
障害高齢者の日常生活自立度	B 2		認知症高齢者の日常生活自立度	a	
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	一部介助	見守り	一部介助	全介助	全介助
主な傷病	糖尿病				
必要な医療処置	・インスリン注射				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		

2. 利用開始時の状況～住まいの整備支援～

○利用の経緯・生活環境の整備支援

- ・他法人の居宅介護支援事業所からの紹介であった。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の利用開始前は、服薬管理のため、週1回の訪問看護と訪問介護を利用していた。ただし、週1回の訪問看護ではインスリンの注射を行うことはできていなかった。
- ・また、便や尿汚染があり、不衛生な状態・環境であった。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の開始時点で住んでいたアパート（2階）は、狭い階段で、階段を下りるのも無難しい状況だった。途中で本人が階段を下りることができず、外出するのを諦めてしまうこともあった。
- ・生活保護を受給していたため、市の生活保護の担当者とも相談しながら、転居を検討した。当事業所の隣接のアパートに転居することになり、契約や転居作業の手伝いも当事業所で行った。（なお、転居先のアパートと当法人の間には特別の関係はなく、また、同じアパートに当事業所の利用者は他にはいない）。利用者が以前行った転居のときは、作業を業者任せだったが、転居作業の手伝いを看護小規模多機能型居宅介護の職員にしてもらえたことで、利用者も喜んで、スタッフの受け入れもよりよくなった。

3. サービス提供の状況～食事の支援・清潔確保～

○利用開始直後のサービス提供の状況

- ・利用開始直後は、月・木の週2回、通いを利用していた。通いの日以外の訪問（介護）は毎朝1回で朝食と昼食（スーパー等で購入）を持って行っていた。夕食は配食サービスを利用してもらっていた。ただし、配食は15時半ごろなので、それをすぐに食べているような状況であった。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)
通い														
訪問(介護)		1回	1回		1回	1回			1回	1回		1回	1回	
訪問(看護)		1回			1回				1回					

○転居後の最近2週間のサービス提供状況

- ・転居後は事業所と近くなったこともあり、送迎が容易になり、通いは週3回の提供となった。また、通いの時間以外の食事は、看護小規模多機能型居宅介護で提供している食事と同じものを朝・昼・夕の3食、届けている。（日曜日は、看護小規模多機能型居宅介護事業所の職員の人手が足りないので、別の事業所の配食サービスを利用してもらっている。）（食事配達を行っているのはこの利用者1名のみである。）
- ・朝食を届ける際には、あわせて清潔の確保を行う。
- ・また、1日3回、食事配達のタイミングで安否確認を行うことができる。
- ・通いの送迎時に掃除やごみ捨ても行っている。
- ・看護小規模多機能型居宅介護の利用開始前までは、インスリンの注射ができていなかったが、サービス利用開始後はインスリンの注射もできるようになった。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	(日)
通い														
訪問(介護)		3回	3回		3回	3回			3回	3回		3回	3回	
訪問(看護)		1回				1回			1回				1回	
インスリン注射のための看護師による訪問			()							()				

○利用者の生活全体を支えるサービスの魅力

- ・看護だけでも、介護だけでもなく、生活全体を支えるサービスが提供できることは利用者側にはもちろんのこと、職員にも嬉しく思えることであり、職員にとって魅力的なサービスとなっている。

●事例5● 102歳 女性【老々介護】

✓体調の波に合わせて支援方法を柔軟に調整

✓レスパイトを目的とした通いと泊まりを中心にサービス提供

1. 利用者の基本情報

世帯構成	実娘と二人暮らし				
介護力	主たる介護者は娘（75歳）。常時、介護可能。				
要介護度	要介護4				
障害高齢者の日常生活自立度	B2		認知症高齢者の日常生活自立度		a
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	見守り	全介助	全介助	一部介助
主な傷病	・脳梗塞後遺症 ・鼠径ヘルニア ・アルツハイマー認知症				
必要な医療処置	・褥瘡の処置 ・服薬管理 ・浣腸 ・摘便 ・リハビリテーション ・鼠径ヘルニア用手陥のう				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性		不安定・悪化の可能性あり	

2. 利用開始の経緯と利用開始直後のサービス提供状況

○利用開始の経緯

- ・入退院を繰り返しており、当初、他法人の居宅介護支援事業所を利用していた。当法人からは訪問看護と療養通所介護のサービスを提供しており、他法人の居宅介護支援事業所との関係も良好であった。利用者は、この他にも、他法人の通所リハビリテーションも利用していた。
- ・褥瘡があり、その状態は改善したが、ADLの低下に伴い介護負担が増し、レスパイト目的で療養通所介護の泊まりを自費で利用していた。泊まりの回数が増える中、看護小規模多機能型居宅介護に切り替えることとなった。

○利用開始から最初の2週間のサービス提供状況

- ・レスパイトを目的とした通いと泊まりを中心に、サービスを組んだ。通いでは、レクリエーションを楽しんでおり、塗り絵や作業レクリエーションへ参加している。行事へも参加している。
- ・セティングすれば、食事は自主摂取が可能だが、ミキサー食による特別調理で対応した。
- ・アローゼン（下剤）による排便コントロールを行っていた。

	1 目 目	2 目 目	3 目 目	4 目 目	5 目 目	6 目 目	7 目 目	8 目 目	9 目 目	10 目 目	11 目 目	12 目 目	13 目 目	14 目 目
通い														
泊まり														
訪問 (看護)				1回							1回			

3. その後のサービス提供状況

○直近の2週間のサービス提供状況

- ・介護負担が大きいことから、レスパイト目的の宿泊を週2回に増やした。
- ・排便コントロール、ヘルニア陥のう、足趾処置（凍瘡）、仙骨部凍瘡処置に対応している。
- ・皮膚科往診の介助に対応している。
- ・通いでは、体調の波に合わせて食事の量や介助の度合いを調整したり、疲れているようであれば午睡など休息を取ったりしている。

	1 日 目	2 日 目	3 日 目	4 日 目	5 日 目	6 日 目	7 日 目	8 日 目	9 日 目	10 日 目	11 日 目	12 日 目	13 日 目	14 日 目
通い														
泊まり														
訪問 (看護)		1回			1回				1回			1回		

○サービス利用の効果

- ・102歳の本人と75歳の娘である介護者の二人暮らしであり、介護者の負担が大きく、定期的な宿泊利用で休息することができ、レスパイトの効果があった。介護者は、ゆっくりと睡眠を取ることができ、介護を頑張ることができると話している。
- ・また、介護者にとって、事業所の看護職員、介護職員と一緒に見てくれて、情報共有できているという安心感は大きい。本人が事業所で楽しそうにしていることが嬉しいとも話してくれた。サービスを利用する前は、自分一人で看ているという不安感、利用者と二人きりの生活の煮詰まり感が大きかった。
- ・睡眠パターンの変調で、日中活動性に波があり、疲れているようであれば午睡を取るなど、気分に合わせて活動を支援することができている。
- ・本人のできることを活かしたレクリエーションへの参加や塗り絵製作物の取組など、楽しみを持つことができている。

●事例6● 72歳 女性【利用拒否・老々介護】

✓強いサービス利用拒否のある要介護者とも、通い・泊まり・訪問を一体的に提供
 できることでなじみの関係を作りやすい

✓老々介護の夫の介護負担を軽減するために泊まりを活用

1. 利用者の基本情報

世帯構成	夫婦のみの世帯				
介護力	主たる介護者は夫。常時介護可能				
要介護度	要介護5				
障害高齢者の日常生活自立度	J 2	認知症高齢者の日常生活自立度			a
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助
主な傷病	・パーキンソン病 ・四肢麻痺				
必要な医療処置	・腸ろう ・浣腸・摘便		・たんの吸引 ・服薬管理	・ネプライザー ・リハビリテーション	
ターミナル期	ターミナル期ではない				
病状の安定性・ 悪化の可能性	・不安定・悪化の可能性あり ・誤嚥性肺炎により、入退院を繰り返している。				

2. サービス提供の状況 ～なじみの関係づくりからのスタート～

○利用開始の経緯とサービス提供パターン

- ・パーキンソン病が進行する中、手足が自由にならない上、コミュニケーション障害により伝えたいことを相手に理解してもらえないストレスより、感情的になることが多く、夫婦二人暮らしで介護を行う高齢の夫の負担は大きかった。
- ・吸引や胃ろうなど、医療依存度が高いため、他法人の居宅介護支援事業所から当事業所に紹介があり、利用がスタートした。
- ・当初、コミュニケーション障害より、事業所に馴染むことができず、サービス利用に対する本人の拒否は強かった。医療保険による訪問看護の提供と、通いを週に1回提供し、少しずつ職員との関係づくりを行うようにしていった。

○看護小規模多機能型居宅介護の利用効果

- ・通い、泊まり、訪問を馴染みの職員が対応することから、事業所にも慣れ、現在は、レスパイトの目的で、週に2回、泊まりを提供している。週に1回、訪問（介護）と訪問看護（同事業所：医療保険）を同時に提供し、介護者の負担を軽減することができている。
- ・看護小規模多機能型居宅介護は通い、泊まり、訪問を一体的に提供できることから、サービス利用の拒否の強い人との関係づくりが行いやすく、必要なサービスの利用を促進することができる。

※利用半年後のサービス提供状況

	1 目 目	2 目 目	3 目 目	4 目 目	5 目 目	6 目 目	7 目 目	8 目 目	9 目 目	10 目 目	11 目 目	12 目 目	13 目 目
通い													
泊まり													
訪問(介護)			1回							1回			
訪問看護 (同事業所: 医療保険)	2回	2回	2回	2回	2回	1回	2回	2回	2回	2回	2回	2回	1回

●事例7● 80代夫婦【夫婦一緒にの支援・レスパイト】

✓透析が必要な妻と認知症の夫。異なる医療・介護ニーズを有する夫婦を一緒の場所、事業所で支援することができるのが看護小規模多機能型居宅介護のよさ

✓泊まりの利用で、娘の介護負担も軽減

1. 利用者の基本情報

世帯構成	夫婦と娘夫婦。
介護力	主たる介護者は娘。時間帯によって介護可能。

(妻の状況)

要介護度	要介護1				
障害高齢者の日常生活自立度	A2	認知症高齢者の日常生活自立度			b
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	見守り	自立	見守り	見守り	見守り
主な傷病	・慢性腎不全 ・ 型糖尿病性腎症 ・心房細動				
必要な医療処置	・透析 ・インスリン注射 ・服薬管理				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性	不安定・悪化の可能性あり		

(夫の状況)

要介護度	要介護1				
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度			b
ADL	移動	食事	排泄	入浴	着替え
	見守り	自立	見守り	見守り	見守り
主な傷病	慢性閉塞性肺疾患、両変形性膝関節症、変形性腰椎症				
必要な医療処置	・服薬管理 ・便通コントロール				
ターミナル期	ターミナル期ではない	病状の安定性・悪化の可能性	安定・悪化の可能性少ない		

2. サービス提供の状況～夫婦揃ってのサービス提供～

○利用の目的

- ・妻は週3回の透析治療が必要で、夫は認知症であった。2人だけで暮らすのは難しく、娘も仕事等があり、常に両親をみることは難しい状況にあった。
- ・妻は透析が必要のため「短期入所生活介護」の利用が難しく、夫は認知症のため病院への入院が難しく、夫婦そろって病院への入院やショートステイ利用ができない状況にあった。
- ・看護小規模多機能型居宅介護において、それぞれに対して適切に医療、介護を提供できることから利用を開始した。

○標準的なサービス提供パターン

- ・妻には、月1回の訪問（看護）を実施している。
週3回（火・木・土）透析を実施しており、泊まり利用時は、泊まりの後に病院へ透析を受けに行き、透析終了後は引き続き、看護小規模多機能型居宅介護にて通いを提供している。看護小規模多機能型居宅介護では、サービス利用中に通院等の外出を柔軟に組み合わせることができる。
- ・夫にも月1回の訪問（看護）を実施している。
認知症があり、介護が必要な夫は、妻が透析のために通院する日は、看護小規模多機能型居宅介護の通いを利用している。週末は夫婦で泊まりを利用し、穏やかな時間を過ごしている。

(妻へのサービス提供状況)

	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
通い														
泊まり														
訪問 (看護)			☆ 1回 /月											

(夫へのサービス提供状況)

	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
通い														
泊まり														
訪問 (看護)			☆ 1回 /月											

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
複合型サービスにおける自己評価・外部評価のあり方に関する調査研究事業(別冊)

看護小規模多機能型居宅介護の事例集
～ 住みなれた地域で自分らしく～

平成 27 (2015) 年 3 月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

電話：03-6733-1021