

平成 30 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

小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業
報告書

平成 31 年 3 月

特定非営利活動法人
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
<http://www.shoukibo.net/>

はじめに

平成 18 年に小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして制度化された当時から、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年に向けて高齢者の尊厳の保持と自己決定、自立支援のもとに、可能な限り住み慣れた地域で、最期まで自分らしい暮らしを続けることができるよう、多様な機能で本人を支える小規模多機能型居宅介護は地域包括ケアシステムの一翼を担ってきた。

それから 13 年の時を経て、超高齢化社会、多死社会といわれる時代に入った今、改めて地域の状況を俯瞰し、これから的小規模多機能型居宅介護に向かうべき方向性として本研究事業では、「在宅の限界点を高めるための中重度者にも対応したライフサポートワークの確立」と「利用者（高齢者、障がい者等）の社会参加、社会貢献のための共生社会を実現するための多機能化のあり方の模索」の二点を課題として挙げた。

高齢者人口の増加に伴い、今後ますます増加する中重度者を在宅で支えるためには、本人、家族・介護者はもとより地域の医療関係者をはじめとする多職種連携の更なる深化が求められている。そのためには本人の声なき声に耳を傾け、代弁する姿勢とそれを支える仕組みの充実が不可欠であると考える。

また、本人が望む暮らしを実現し、住み慣れた地域の一員として暮らし続けるためには、誰もが役割を持ち、互いを尊重できる人と人のつながりを保ち続けられる地域社会環境作りを目指し、私たち小規模多機能型居宅介護で実践するライフサポートワークの更なる広がりを期待している。そして、これらの課題にチャレンジすることで、次なる多機能化の答えが見えてくるのではないだろうか。

2025 年を目前に控えた今、小規模多機能型居宅介護の実践が高齢者介護のあり方を新たなステージへ導くためのケアであるとともに、地域における福祉課題の一助となることを期待し、本報告書が活用されることを願っている。

最後に、本研究事業の実施にあたっては、厚生労働省をはじめ全国の事業者の皆様のご協力をいただきました。また、ヒアリング調査では多くの事業所の皆様にお力をいただきました。ここに心より感謝申し上げます。

平成 31 年 3 月 31 日

特定非営利活動法人
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
理事長 宮 島 渡

小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業報告書

目 次

要約	1
----	---

序章 調査研究の目的・概要

1. 調査研究の目的	23
2. 概要	24

第1章 小規模多機能型居宅介護の現状

1. 調査の概要

1.1 調査概要	33
----------	----

2. 調査結果

2.1 基本情報	35
----------	----

2.2 運営推進会議・外部評価	44
-----------------	----

2.3 ケアマネジメント等の状況	47
------------------	----

2.4 サービスの提供体制・スタッフ状況	48
----------------------	----

2.5 平成27年及び平成30年報酬改定後の状況	52
--------------------------	----

2.6 入浴の状況	56
-----------	----

2.7 医療との連携	57
------------	----

2.8 利用者を自宅や地域で支えるための工夫 (ケアの「見える化」「見せる化」)	61
---	----

2.9 中重度要介護者への支援	64
-----------------	----

2.10 地域等に対する取り組み	65
------------------	----

2.11 個票による利用者属性の分析	67
--------------------	----

第2章 在宅の限界点を高める中重度者にも対応したライフサポートワークの確立

1. ライフサポートワークの背景と成り立ち

1.1 背景	86
--------	----

1.2 ライフサポートワークが開発された理由	86
------------------------	----

2. ライフサポートワークとは

2.1 利用者主体であり、注目すべきは「暮らし」	88
--------------------------	----

2.2 週間計画表から見る「人と状況」の全体性	89
-------------------------	----

2.3 ライフサポートワークとは	91
------------------	----

3. 本人を理解するために大切なこと

3.1 本人の「声」をチームで形にする(代弁機能含む)	92
-----------------------------	----

3.2 本人の「声」を代弁するにはチームアプローチは必須事項	93
--------------------------------	----

3.3 ケアとはチャレンジすること	94
-------------------	----

(仮説と検証の繰り返しによるケア)

3.4 サービスを提供していない時間こそ、本人らしさを發揮しやすい時間	95
-------------------------------------	----

4. 小規模多機能型居宅介護に求められるケアを実現するための考え方と様式	
4.1 本人の望む暮らしの実現に向けた実践を支える様式	98
4.2 様式1 記録用紙とミーティング用紙	98
4.3 様式2 カンファレンス用紙	103
4.4 様式3 ライフサポートプラン①	105
4.5 様式4 ライフサポートプラン②	108
4.6 これまでのライフサポートワークの様式で実現できたこと、実現できなかつたこと	110
4.7 新たに追加した補助様式とその意味	111

第3章 利用者（高齢者、障害者等）の社会参加、社会貢献のための共生社会を実現するための多機能化の在り方の模索

1. ケアのあり方の転換	
1.1 個別支援の支援のあり方の違い「3大介護ではなく、～したいの実現」	118
1.2 ケアのあり方の転換「本人が輝く環境作り」	122
2. 事例から考える「ケア」とは何か	
2.1 医療法人社団誠仁会 小規模多機能施設めおといわ「ゆい」（福岡市）	126
2.2 共生ホームよかあんべ（鹿児島県霧島市）	130
3. 役割、生きがい、自立支援とは何か（まとめ）	135

終章　まとめ

(1) 全国の動向関連	142
(2) 在宅の限界点を高めるためのライフサポートワークの確立	142
(3) 利用者が輝けるの社会への参加、貢献	145
(4) まとめ	145

資料編

2018 小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査 調査票	148
ライフサポートワーク様式（様式1～様式4）	159
ライフサポートワーク・補助様式（情報共有総合記録シート・軒下マップ）	163
ヒアリング調査事例（58事例）	
東北ブロック・青森会場	166
小規模多機能ホーム自由ヶ丘（弘前市）	
松原コラボケアセンター（三沢市）	
よりあい拠わらび グループホームわらび（五所川原市）	
小規模多機能型居宅介護所あすなの里（階上町）	
東北ブロック・秋田会場	178
小規模多機能型居宅介護柏葉寿（大館市）	
小規模多機能ものがたりの家（由利本荘市）	
小規模多機能型居宅介護はる風（秋田市）	

東北ブロック・福島会場	185
なじみの里（福島市）	
笹谷サポートセンターよりあい（福島市）	
ライフ吉井田看護小規模多機能型居宅介護事業所（福島市）	
北陸・信越ブロック・富山会場	191
小規模多機能ホーム日和野（富山市）	
ケアタウンなんと（南砺市）	
いつでも来られま放生津（射水市）	
ケアホームなかそね（高岡市）	
北陸・信越ブロック・長野会場	201
和が家日和・和が家間下（サテライト）（岡谷市）	
宅幼老所あずま家（宮田村）	
南天神の家（上田市）	
宅老所手と手（長野市）	
北陸・信越ブロック・新潟会場	217
小規模多機能ホーム「はな広場・よこたの家」（燕市）	
デイホーム「ちゅーりっぷ苑」つばき（胎内市）	
看護小規模多機能居宅介護大島（長岡市）	
小規模多機能センターあさひ（燕市）	
九州ブロック・大分会場	227
医療法人社団春日会複合型サービスくろき（別府市）	
医療法人一貫軒小規模多機能ホームこすもす（津久見市）	
社会福祉法人安岐の郷朝来サポートセンター鈴鳴荘（国東市）	
社会福祉法人光薰福祉会 ビハーラ豆田（日田市）	
九州ブロック・福岡会場	235
原土井複合型サービス（福岡市）	
セカンドハウス（唐津市）	
リビングアエル（大牟田市）	
特別医療法人楠病院 小規模多機能型ひだまり（久留米市）	
九州ブロック・北九州福岡会場	245
西田医院湧水館小規模多機能センター（北九州市）	
サポートセンター本城（北九州市）	
おむすび苑（北九州市）	
小規模多機能ひだまり（北九州市）	
四国・近畿ブロック・愛媛会場	255
株式会社クロス・サービス 小規模多機能ホームつむぎ（松山市）	
社会福祉法人砥部寿会 小規模多機能ホームあつたか（砥部町）	
今治市社会福祉協議会小規模多機能ゆいの村（今治市）	
小規模多機能型居宅介護事業所おかげさん（今治市）	
四国・近畿ブロック・香川会場	267
小規模多機能事業所 まほろば（坂出市）	
小規模多機能 青い鳥（多度津町）	

小規模多機能型居宅介護事業 サンリゾート（小豆島町）	
小規模多機能 くれよんルーム（善通寺市）	
四国・近畿ブロック・大阪会場	275
小規模多機能ホーム サテライト夢家（大阪府）	
地域密着型サービスセンターwelcome やまの家（京都府）	
ぶどうの家真備（岡山県）	
東海ブロック・静岡会場	281
小規模多機能型居宅介護つどいの家たんぽぽ（浜松市）	
小規模多機能型居宅介護つぐみ（静岡市）	
小規模多機能型居宅介護みくらの里（下田市）	
小規模多機能型居宅介護事業所希望のわだち柿田（清水町）	
小規模多機能型居宅介護事業所まほろば（富士市）	
東海ブロック・愛知会場	294
小規模多機能 恵（名古屋市）	
チアフル浅井（愛知県一宮市）	
陽だまりの宿（岐阜県各務原市）	
七耀の杜（岐阜県各務原市）	
東海ブロック・三重会場	307
小規模多機能ホーム みそのむら（伊勢市）	
小規模多機能ホーム きたはま（伊勢市）	
第2とんぼ池（名張市）	
ふるさとの里（桑名市）	

要 約



平成30年度老人保健健康増進等事業

【要約版】 小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業

特定非営利活動法人
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918
URL <http://www.shoukibo.net/>
E-mail:info@shoukibo.net

小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業

1. 調査・研究の目的

○そもそも小規模多機能型居宅介護に求められていたものは、認知症高齢者の在宅支援を目的とした高齢者介護のあり方を新たなステージへ導くためのケアのあり方である。そのためには、サービスを提供している時間(部分)だけでなく、自宅での生活時間の「見える化」及び本人を支えている「家族・世帯支援」並びに本人の課題を地域の課題として取組む素地を作るための「地域支援」が重要である。

このたびの事業では、今後ますます増加する中重度者を在宅で支えるための多職種連携による中重度者ケアに対応するライフサポートワークの見直し、若年性認知症をはじめとした地域で複合的な課題を抱える方々の共生のあり方を検討することにより、これから的小規模多機能型居宅介護に求められる役割を検討することを目的に実施する。

- (1)在宅の限界点を高めるための中重度者にも対応したライフサポートワークの確立
- (2)利用者(高齢者、障害者等)の社会参加、社会貢献のための共生社会を実現するための多機能化のあり方の模索

2. 調査手法

○2018年10月時点において、サービスを提供している小規模多機能型居宅介護事業所全数5,387件を対象とし、調査票を郵送配布・郵送回収とした。

○回収件数は 2,010件 (37.3%)。

○個別ケースの特徴的な支援内容、自宅に滞在している時間の見える化、サービス提供時間外の支援のあり方、利用者の社会参加、社会貢献の機会の工夫等を全国5ブロック15県で収集し、中重度を支える先駆的実践のヒアリング調査 (58事業所)。

小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業

3. 報告書の柱立て

序 章 研究の目的と概要

第1章 小規模多機能型居宅介護の現状(実態調査)

第2章 在宅の限界点を高めるための中重度者にも対応したライフサポートワークの確立

第3章 利用者(高齢者、障害者等)の社会参加、社会貢献のための共生社会を実現するための多機能化のあり方の模索

終 章 まとめ

(参考資料)

小規模多機能型居宅介護 全国調査・調査票

ライフサポートワーク様式

ライフサポートワーク・補助様式(情報共有総合記録シート・軒下マップ)

ヒアリング調査事例(全58事業所)

【第1章】全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

小規模多機能型居宅介護の状況

回答事業所

種類	該当数	割合
①小規模多機能型居宅介護	1,935	97.2%
②サテライト型小規模多機能型居宅介護	48	2.4%
③基準該当 小規模多機能型居宅介護	8	0.4%
回答数	1,991	

指定年

年	該当数	割合
平成18年	79	4.3%
平成19年	228	12.5%
平成20年	179	9.8%
平成21年	117	6.4%
平成22年	128	7.0%
平成23年	185	10.1%
平成24年	207	11.3%
平成25年	133	7.3%
平成26年	163	8.9%
平成27年	156	8.5%
平成28年	91	5.0%
平成29年	116	6.3%
平成29年	45	2.5%
回答数	1,827	

給付別

給付別	該当数	割合
介護・予防給付	1,563	86.3%
介護給付	236	13.0%
予防給付	12	0.7%
回答数	1,811	

運営法人種別

運営法人	該当数	割合
社会福祉法人	685	34.8%
社会福祉法人(社協)	49	2.5%
特定非営利活動法人	128	6.5%
医療法人	227	11.5%
法人(有限会社・株式会社等)	807	41.0%
その他	70	3.6%
回答数	1,966	

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

どんな方が利用しているのか(利用者の状況)

◆利用者の状況

※個票調査で得られた38,956人（1,907事業所）が分析の対象。調査項目ごとに、有効回答を用いて分析。

性別

	人数	割合
男	10,333	26.6%
女	28,539	73.4%
回答数	38,872	

認知症自立度

	人数	割合
自立	2,530	7.0%
I	5,228	14.4%
II a	5,445	15.0%
II b	8,827	24.2%
III a	7,897	21.7%
III b	2,645	7.3%
IV	3,203	8.8%
M	626	1.7%
回答数	36,401	

日常生活自立度(寝たきり度)

	人数	割合
自立	804	2.3%
J1	1,848	5.2%
J2	5,255	14.9%
A1	8,456	24.0%
A2	9,220	26.1%
B1	3,849	10.9%
B2	4,221	12.0%
C1	828	2.3%
C2	813	2.3%
回答数	35,294	

利用者の平均年齢

平均年齢	2018
女性	85.7
男性	83.1
総計	85.0
回答数	38,617

要介護認定状態区分

	人数	割合
要支援1	1,817	4.7%
要支援2	2,427	6.2%
要介護1	10,187	26.2%
要介護2	9,710	25.0%
要介護3	7,231	18.6%
要介護4	4,773	12.3%
要介護5	2,686	6.9%
審査中	3	0.0%
回答数	38,834	

登録時の要介護認定状態区分

	人数	割合
要支援1	2,882	7.8%
要支援2	3,093	8.4%
要介護1	12,410	33.5%
要介護2	8,554	23.1%
要介護3	5,306	14.3%
要介護4	3,354	9.1%
要介護5	1,423	3.8%
審査中	13	0.0%
回答数	37,035	

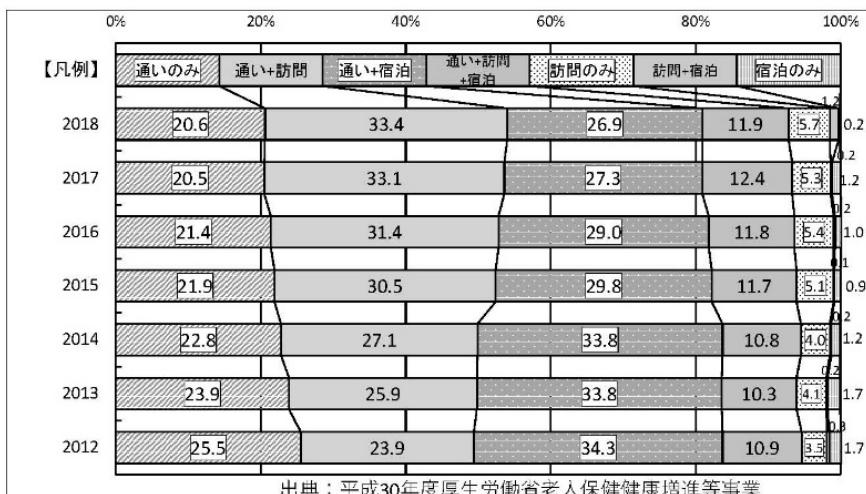
出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

どんな方が利用しているのか (利用者の状況)

利用のしかた

利用タイプ	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
通いのみ	20.6%	20.5%	21.4%	21.9%	22.8%	23.9%	25.5%	24.5%
通い+訪問	33.4%	33.1%	31.4%	30.5%	27.1%	25.9%	23.9%	23.8%
通い+宿泊	26.9%	27.3%	29.0%	29.8%	33.8%	33.8%	34.3%	34.5%
通い+訪問+宿泊	11.9%	12.4%	11.8%	11.7%	10.8%	10.3%	10.9%	11.2%
訪問のみ	5.7%	5.3%	5.4%	5.1%	4.0%	4.1%	3.5%	3.5%
訪問+宿泊	1.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
宿泊のみ	0.2%	1.2%	1.0%	0.9%	1.2%	1.7%	1.7%	2.1%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	37,871	38,475	39,355	27,594				

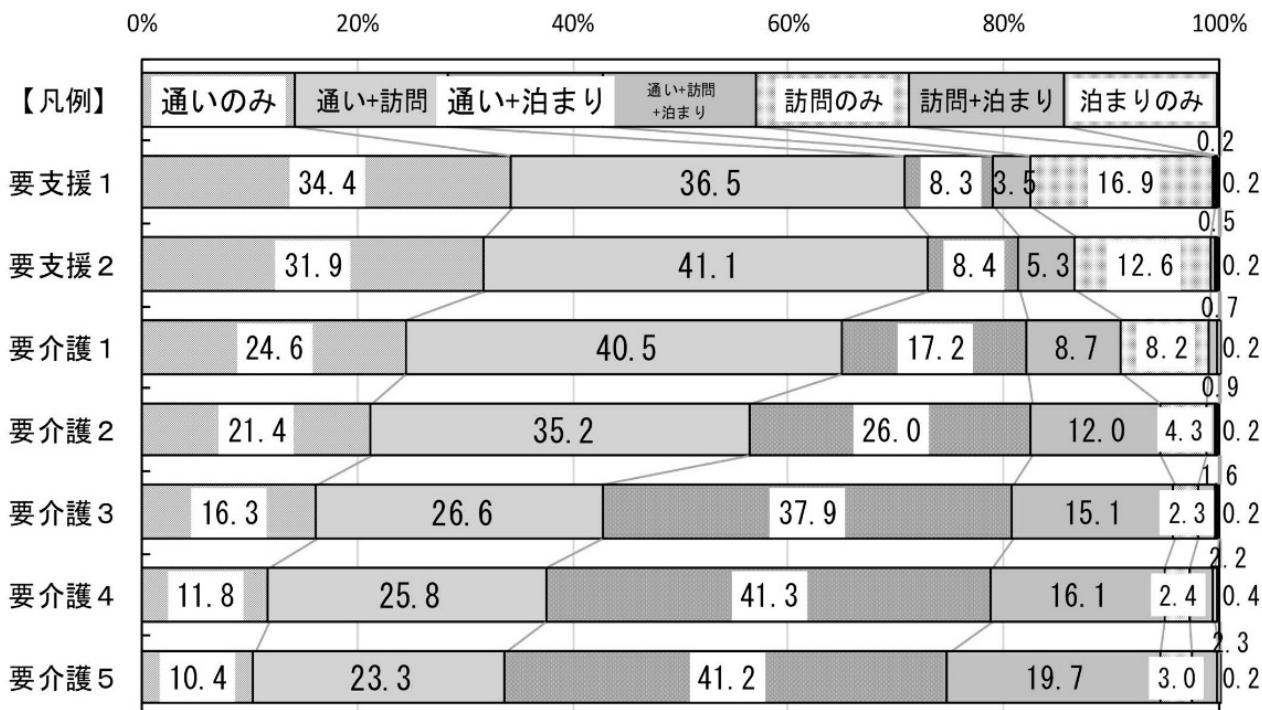


出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

どんな方が利用しているのか（利用者の状況）

利用のしかた



出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

どんな方が利用しているのか（利用者の状況）

◆平均登録者数と1日当たりの平均利用者数

利用者数(10月末)	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年
現在の利用者登録者数	20.5	20.3	19.4	19.0	18.5	18.1	19.0
1日あたりの通い利用者数	11.4	12.0	11.0	10.3	10.7	10.6	11.1
1日あたりの宿泊利用者数	4.2	4.6	4.4	4.8	4.4	4.3	4.4
1日あたりの訪問延べ利用者数	15.0	13.7	10.2	9.5	6.0	6.8	5.0
他市町村からの登録者数		0.3	0.3	0.3			

- ・実登録者数は20人を超え、着実に増加傾向にある。
- ・通いについては0.6人減、宿泊についても0.4人減となっている。
- ・訪問については初めて15人を超えた。
- ・訪問については「2014」と「2015」「2016」「2017」を比較すると、「訪問体制強化加算」の影響も大きいと思われる。

◆現状と明らかになったこと（利用者像） ※個票調査で得られた37,748人が分析の対象。

1か月あたりの「通い」「訪問」「宿泊」の利用回数。

	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年
通い	16.5	16.4	16.4	16.7	17.2	16.3	17.0	16.6
訪問	17.7	17.3	15.2	13.6	10.9	7.8	7.8	9.1
宿泊	6.6	6.8	6.5	6.5	6.9	6.8	6.7	6.9
回答数	37,748	38,553	39,355	27,826				

- 1月あたりの利用のしかた
- 1か月における「通い」「訪問」「宿泊」回数のそれぞれの利用平均をみると、利用者1人につき、「通い」は16.5回、「訪問」は17.7回、「宿泊」は6.6回となっている。
- 3つの機能を合計すると1か月あたり40.8回（昨年：40.05回）の利用をしている。昨年調査と比較して、若干ではあるが「訪問」が増加し、「宿泊」が減少した。経年的にみても「訪問」の増加傾向は顕著である。

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

どんな方が利用しているのか（利用者の状況）

◆現状と明らかになったこと（利用者像）

※個票調査で得られた38,956人が分析の対象。調査項目ごとに、有効回答を用いて分析。

○世帯構成

独居高齢者が（近居家族無+近居家族有）37.9%となっている。

高齢者世帯（独居+高齢者2人暮らし）が52.8%となっており、昨年同様50%を超えた。

世帯	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年
独居（近居家族無）	23.8%	23.4%	23.1%	21.9%	21.2%	19.2%	17.7%	16.4%
独居（近居家族有）	14.4%	14.5%	13.8%	12.9%	12.3%	12.6%	10.8%	11.2%
配偶者と2人暮らし	14.6%	14.4%	14.2%	14.7%	14.8%	14.7%	14.5%	15.0%
子どもと2人暮らし	13.4%	13.0%	12.3%	12.0%	12.4%	11.8%	11.9%	11.4%
子ども世帯と同居	26.4%	27.9%	30.2%	32.2%	33.0%	35.1%	38.2%	39.8%
その他	7.4%	6.8%	6.4%	6.3%	6.4%	6.6%	6.8%	6.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,412	39,071	40,312	28,329	26,304			

○利用者の住まいと事業所との距離

もっと多いのは「5キロ前後」で41.2%「1キロ前後」で31.2%となっている。「同一建物・同一敷地内」を除き、5キロ前後以内からの利用が72.4%となっている。

距離	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
同一建物	10.4%	10.2%						
同一敷地内	2.7%	2.9%	11.6%	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%
1km前後	31.2%	30.5%	30.2%	30.2%	29.5%	29.2%	29.9%	30.6%
5km前後	41.2%	40.7%	42.6%	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%
10km前後	11.9%	12.6%	11.8%	12.6%	11.7%	13.2%	13.9%	14.5%
それ以上	2.8%	3.1%	3.9%	4.2%	3.9%	4.4%	4.5%	5.1%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,452	39,010	40,228	28,329				

ご自宅で一人暮らしもしくは高齢者のみ世帯の5km圏内（中学校区程度）にお住まいの方が多い。

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★各種加算取得状況

◆平成27年及び平成30年改定後の加算算定状況（加算の取得状況）

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
初期加算	1,954	97.6%	1,983	98.4%
認知症加算（Ⅰ）	1,824	91.1%	1,844	91.5%
同（Ⅱ）	1,537	76.7%	1,420	70.5%
看護職員配置加算Ⅰ	667	33.3%	832	41.3%
同Ⅱ	446	22.3%	454	22.5%
同Ⅲ	129	6.4%	141	7.0%
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	935	46.7%	1,084	53.8%
同（Ⅰ）ロ	218	10.9%	247	12.3%
同（Ⅱ）	339	16.9%	376	18.7%
同（Ⅲ）	163	8.1%	147	7.3%
同（Ⅳ）	4	0.2%	3	0.1%
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,688	84.3%	1,742	86.5%
同Ⅱ	229	11.4%	258	12.8%
同Ⅲ	53	2.6%	108	5.4%
同Ⅳ	6	0.3%	13	0.6%
同Ⅴ	6	0.3%	14	0.7%
総合マネジメント体制強化加算	1,699	84.8%	1,686	83.7%
訪問体制強化加算	751	37.5%	692	34.3%
看取り連携体制加算	184	9.2%	170	8.4%
若年性認知症利用者受入加算	323	16.1%	-	-
栄養スクリーニング加算	158	7.9%	-	-
生活機能向上連携加算	141	7.0%	-	-
従業者の員数が基準に満たない場合の減算	11	0.5%	24	1.2%
市町村独自報酬	75	3.7%	67	3.3%
過少サービスに対する減算	16	0.8%	24	1.2%
中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	13	0.6%	20	1.0%
回答数			2,015	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★各種加算取得状況★H27改定後の加算

◆平成27年改定後の加算算定状況（加算の取得状況）

○総合マネジメント体制加算

「加算をとっている」事業所が88.5%（昨年比+2.3ポイント）を占める。「取れない」は8.3%（同0.5ポイント）加算が取れるのに取っていないは0.6%（同0.1ポイント）となっている。

総合マネジメント体制加算の取得状況

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①加算を取っている	1,720	88.5%	1,686	86.2%
②加算を取れるのに取っていない	50	2.6%	107	5.5%
③加算が取れない	162	8.3%	152	7.8%
④加算を取れと思っていたが、取れないとの指導を市町村（保険者）からされた	11	0.6%	10	0.5%
回答数	1,943		1,955	

（参考）平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）

問155 総合マネジメント体制強化加算について、利用者の心身の状況等に応じて、随時、関係者（小規模多機能型居宅介護の場合は、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者）が共同して個別サービス計画の見直しに当たりすべての職種が関わることが必要か。また、個別サービス計画の見直しが多職種協働により行われたことを、どのように表せばよいか。

（答）定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（中略）通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」を有しているため、総合マネジメント体制強化加算により評価するものである。（中略）個別援助計画の見直しは、多職種協働により行われるものであるが、その都度全ての職種が関わなければならないものではなく、見直しの内容に応じて、適切に関係者がかかわることで足りるものである。

また、個別援助計画の見直しに係る多職種協働は、必ずしもカンファレンスなどの会議の場により行われる必要はなく、日常的な業務の中でのかかわりを通じて行われることも少なくない。通常の業務の中で、主治の医師や看護師、介護職員等の意見を把握し、これに基づき個別サービス計画の見直しが行われていれば、本加算の算定要件を満たすものである。なお、加算の要件を満たすことを目的として、新たに多職種協働の会議を設けたり書類を作成することは要しない。

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★各種加算取得状況★H27改定後の加算

◆平成27年改定後の加算算定状況（加算の取得状況）

○看取り連携体制加算

「加算をとった」は4.7%（昨年比-0.2ポイント）と依然少ない。57.5%（昨年比+3.6ポイント）が「対象となる利用者がいない」という理由となった。「看取ったが取得できていない（④及び⑤）」も合計17.0%となっており、看取っているが加算を取得できていない事業所の一定程度あることがわかる。

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①加算を取った	89	4.7%	95	4.9%
②加算を取れるが取らなかった	62	3.3%	48	2.5%
③加算を取らなかった	335	17.6%	424	22.0%
④看取ったが、看護職員配置加算Ⅰを取得していないため取れない	267	14.0%	268	13.9%
⑤看取ったが、看護師に24時間連絡できる体制を確保できていなかつたため取れない	57	3.0%	55	2.8%
⑥対象となる利用者がいない	1,096	57.5%	1,041	53.9%
回答数	1,906		1,931	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★各種加算取得状況★H27改定の加算

◆平成27年改定後の加算算定状況（加算の取得状況）

○訪問体制強化加算

「加算をとっている」事業所が37.9%（昨年比+3.3ポイント）にとどまっている。取っていない理由としては「要介護の訪問延べ回数が200回を超えていないため取れない」が33.7%（同+2.1ポイント）と多く、「常勤2名以上の配置ができないため」も17.7%（同一4.4ポイント）となっている。

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①加算を取っている	733	37.9%	673	34.6%
②加算を取れるのに取っていない	79	4.1%	104	5.3%
③常勤の従業者を2名以上配置できないので取れない	342	17.7%	430	22.1%
④要介護の訪問延べ回数が200回を超えてないため取れない	652	33.7%	614	31.6%
⑤登録者の総数のうち50割合以上が同一建物の利用者のため取れない	99	5.1%	88	4.5%
⑥加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村（保険者）から指摘された	1	0.1%	6	0.3%
⑦その他	30	1.5%	30	1.5%
回答数		1,936	1,945	

(参考) 平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）

問165 訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置することとされているが、当該事業所の営業日・営業時間において常に満たすことが必要か。

(答) 「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、当該事業所において訪問サービスの提供に当たる者のうち2名以上を常勤の従業者とすることを求めるものであり、当該事業所の営業日・営業時間において常に訪問を担当する常勤の従業者を2名以上配置することを求めるものではない。

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★各種加算取得状況★H30改定の加算

◆平成30年改定後の加算算定状況（加算の取得状況）

若年性認知症利用者受入加算の取得状況

	該当数	割合
加算を取った	74	3.8%
加算を取れるが取らなかった	32	1.6%
認知症加算と併用となるため取っていない	136	6.9%
対象となる利用者がいない	1,702	86.9%
加算の内容がわからない・知らないので取っていない	21	1.1%
回答数		1,959

	該当数	平均値 (人)	中央値 (人)
加算を取った 人数	62	1.71	1.00
加算を取れるが取らなかつ た人数	14	1.14	1.00
認知症加算と併用となるため取らなかつ た人数	71	1.10	1.00

栄養スクリーニング加算の取得状況

	該当数	割合
加算を取った	99	5.1%
加算を取れるが取らなかつた	72	3.7%
加算の取組みを実施していない	1,008	52.0%
対象となる利用者がいない	662	34.1%
加算の内容がわからない・知らないので取っていない	102	5.3%
回答数		1,940

	該当数	平均値 (人)	中央値 (人)
加算を取った 人数	75	16.88	18.00
加算を取れるが取らなかつ た人数	26	11.46	7.50

生活機能向上連携加算の取得状況

	該当数	割合
加算Ⅰを取った	82	4.3%
加算Ⅱを取った	35	1.8%
加算を取れるが取らなかつた	67	3.5%
加算の取組みを実施していない	865	44.9%
協力してくれる医療機関や施設がないので取れない	253	13.1%
対象となる利用者がいない	563	29.2%
加算の内容がわからない・知らないので取っていない	106	5.5%
回答数		1,926

	該当数	平均値 (人)	中央値 (人)
加算Ⅰを取った 人数	70	11.37	7.50
加算Ⅱを取った 人数	24	13.29	4.50

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★各種定員及び定員充足率

○「登録定員」「通い定員」「宿泊定員」とともに例年と大きな変化は見られない。

登録定員の状況

登録定員	該当数	割合
7名	1	0.1%
9名	1	0.1%
11名	1	0.1%
12名	14	0.7%
13名	2	0.1%
14名	2	0.1%
15名	12	0.6%
16名	2	0.1%
17名	3	0.2%
18名	103	5.2%
19名	1	0.1%
20名	18	0.9%
21名	9	0.5%
22名	10	0.5%
23名	1	0.1%
24名	166	8.3%
25名	696	34.8%
26名	13	0.7%
27名	10	0.5%
28名	18	0.9%
29名	915	45.8%
30名	1	0.1%
総計	1,999	100.0%
平均	26.13	—

通い定員

通い定員	該当数	割合
6名	14	0.7%
7名	2	0.1%
8名	4	0.2%
9名	59	3.0%
10名	5	0.3%
11名	8	0.4%
12名	223	11.2%
13名	13	0.7%
14名	13	0.7%
15名	955	47.8%
16名	26	1.3%
17名	24	1.2%
18名	644	32.2%
19名	3	0.2%
20名	3	0.2%
21名	1	0.1%
22名	1	0.1%
24名	1	0.1%
総計	1,999	100.0%
平均	15.38	—

宿泊定員

宿泊定員	該当数	割合
1名	3	0.1%
2名	6	0.3%
3名	35	1.7%
4名	107	5.3%
5名	335	16.7%
6名	245	12.2%
7名	166	8.3%
8名	150	7.5%
9名	953	47.6%
12名	1	0.0%
総計	2,001	100.0%
平均	7.32	—

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★各種定員及び定員充足率

○「充足率」も例年と大きな変化は見られない。充足率については、70%以上の充足率のところが合計で72.0%となっている。
また、開設年と充足率では、開設初年度には6割に満たないが、2年目以降はほぼ7割を超えていている。

登録定員の充足率

登録者数／定員	該当数	割合
0～10%以下	10	0.5%
10～20%以下	6	0.3%
20～30%以下	16	0.8%
30～40%以下	53	2.7%
40～50%以下	86	4.3%
50～60%以下	159	8.0%
60～70%以下	225	11.3%
70～80%以下	433	21.8%
80～90%以下	426	21.5%
90～99%以下	303	15.3%
100%	265	13.4%
100%超	1	0.1%
総計	1,983	100.0%

開設年と充足率

開設年度	登録定員	実登録	充足率
18(2006)	2,029	1,603	79.0%
19(2007)	5,828	4,611	79.1%
20(2008)	4,674	3,691	79.0%
21(2009)	3,004	2,434	81.0%
22(2010)	3,376	2,708	80.2%
23(2011)	4,881	3,873	79.3%
24(2012)	5,475	4,380	80.0%
25(2013)	3,438	2,749	80.0%
26(2014)	4,255	3,314	77.9%
27(2015)	4,068	3,241	79.7%
28(2016)	2,395	1,804	75.3%
29(2017)	3,063	2,112	69.0%
30(2018)	1,120	657	58.7%
総計	47,606	37,177	78.1%

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★共生型サービスの実施状況

共生型サービスが施行されましたか、その制度を知っていますか

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①制度・仕組みを知っていた	1,275	65.6%	906	46.6%
②制度・仕組みを知らなかった	668	34.4%	1,039	53.4%
回答数		1,943	1,945	

共生型サービスの実施

	2018年	
	該当数	割合
実施している	33	1.7%
検討・実施準備している	186	9.8%
実施しておらず、検討もしていない	1,685	88.5%
回答数		1,904

実施している事業

	該当数	割合
生活介護	12	44.4%
自立訓練	3	11.1%
放課後等デイサービス	4	14.8%
児童発達支援	3	11.1%
短期入所	8	29.6%
基準該当生活介護	14	51.9%
基準該当自立訓練	1	3.7%
基準該当放課後等デイサービス	1	3.7%
基準該当児童発達支援	—	—
基準該当短期入所	6	22.2%
日中一時支援	4	14.8%
その他	1	3.7%
回答数		27

	該当数	8月1カ月の延べ利用人数	9月1カ月の延べ利用人数	10月1カ月の延べ利用人数
生活介護（基準該当含む）	16	26.3	26.3	32.5
自立訓練（基準該当含む）	1	0.0	0.0	6.0
放課後等デイサービス（基準該当含む）	1	46.0	32.0	34.0
児童発達支援（基準該当含む）	1	17.0	14.0	4.0
短期入所（基準該当含む）	12	6.6	6.3	6.8
日中一時支援	3	4.3	4.3	5.3
その他	1	2.0	2.0	2.0
回答数				

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★運営推進会議の開催状況

○運営推進会議の開催状況は例年と大きな変化は見られない。今年度より、運営推進会議が同一の日常生活圏域にある場合合同開催が認められたが、その開催状況についても調査した。

運営推進会議の委員構成

	平均人數	該當数	割合
総 数	9.4	1,996	9.4%
利用者	1.1	1,995	1.1%
利用者の家族	1.7	1,619	2.1%
地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）	2.9	1,944	3.0%
市区町村職員	0.7	1,191	1.1%
地域包括支援センター職員	0.9	1,634	1.1%
小規模多機能型居宅介護について知見を有する者	0.7	842	1.6%
社会福祉協議会職員	0.2	251	1.2%
医師	0.1	118	1.2%
その他	1.0	795	2.5%
回答数		1,996	

開催回数

	該當数	割合
①7回以上	68	3.4%
②6回	1,653	83.7%
③5回	116	5.9%
④4回	57	2.9%
⑤3回	47	2.4%
⑥2回	22	1.1%
⑦1回	6	0.3%
⑧0回	7	0.4%
回答数		1,976

合同開催の状況

	該當数	割合
合同開催している	518	26.8%
合同開催していない	1,418	73.2%
回答数		1,936

合同開催の同一法人か否か状況

	該當数	割合
同一法人の事業所で合同開催している	469	91.8%
同一法人の事業所ではない	30	5.9%
同一法人で開催の回と、別法人の事業所との開催の回の両方がある	12	2.3%
回答数		511

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★運営推進会議の意義★サービス評価

○運営推進会議の意義については「地域の課題や防災等について考える場」が89.2%と高い回答になっており、次いで「利用者の困りごとを相談する場」が67.0%となっている。サービス評価の実施状況については着実に取り組まれているものの、「外部評価機関によるサービス評価を実施した」が17.0%（昨年比-10.1ポイント）となっており、サービス評価の実施方法の変更（H27年改定）が周知徹底できていることもうかがわれる。また、運営推進会議における評価への自治体・地域包括支援センターの参加について「どちらも参加していない」が6.1%（同一-8.9ポイント）となっており、自治体・地域包括支援センターの参加も定着していることがわかった。

運営推進会議の意義

	該当数	割合
利用者の新たな役割を考える場	649	33.0%
利用者の困りごとを相談する場	1,317	67.0%
利用者に限らず困りごとを相談する場	958	48.7%
地域の課題や防災等について考える場	1,755	89.2%
今後の地域の姿について考える場	1,142	58.1%
学生や教員の学習の場	85	4.3%
専門職の学習の場	249	12.7%
住民の学習の場	541	27.5%
知り合いを増やすことができる場	760	38.6%
地域にいる人材の発掘・活用の場	556	28.3%
地域にある商店・企業とのコラボ	134	6.8%
地域主催の行事を話し合う場	989	50.3%
その他	148	7.5%
回答数	1,967	

サービス評価の実施状況

	2018年	
	該当数	割合
運営推進会議を活用した評価を実施した	1,634	82.9%
外部評価機関によるサービス評価を実施した	135	6.9%
実施していない	201	10.2%
回答数	1,970	

運営推進会議における評価への 自治体・地域包括支援センタの参加

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①市町村が参加	920	53.0%	931	48.6%
②地域包括支援センターが参加	1,313	75.7%	1,319	68.9%
③どちらも参加していない	106	6.1%	288	15.0%
回答数	1,735		1,914	

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★サービス提供体制★スタッフ状況

- 職員数の平均をみると、総数が15.20人、常勤が8.53人、非常勤が6.82人で、常勤換算人数は10.79人となっている。
- 常勤では、介護職員については、常勤職員の常勤換算で専従が5.22人、兼務が0.78人、非常勤職員の常勤換算で専従が2.44人、兼務が0.37人と概ね総数（常勤換算）の8割を占めている。
- 職員の年齢構成は、最多は31～50歳で42.4%となっている一方、61～70歳で19.9%、71歳以上で4.1%と61歳以上の職員が24.0%となっており、4人に1人が61歳以上の年齢構成になっている。
- 現状の職員数は、「ほぼ足りている」（47.9%）と「十分足りている」（5.6%）を合わせた『足りている』が53.5%となっている。一方、「あまり足りていない」（40.1%）と「まったく足りない」（6.4%）を合わせた『足りていない』が46.5%と半数近くの事業所が職員不足としている。

職員数

	常勤		非常勤		
	職員総数		15.20		
常勤・非常勤		8.53		6.82	
常勤換算人数		10.79			
	常勤		非常勤		
実人員	常勤換算	実人員	常勤換算		
管理者	専従	0.16	0.14		
	兼務	0.85	0.52		
計画作成担当者	専従	0.18	0.15	0.06	0.04
	兼務	0.80	0.42	0.11	0.05
看護職員	専従	0.58	0.52	0.59	0.27
	兼務	0.25	0.18	0.31	0.13
介護職員	専従	5.66	5.22	4.44	2.44
	兼務	1.15	0.78	0.84	0.37
その他	専従	0.10	0.06	0.45	0.18
	兼務	0.10	0.06	0.17	0.07

職員の年齢構成

	総人数	割合	平均人数
~20歳	240	0.8%	0.12
21～30歳	2754	9.4%	1.40
31～50歳	12492	42.4%	6.37
51～60歳	6885	23.4%	3.51
61～70歳	5859	19.9%	2.99
71歳以上	1208	4.1%	0.62

現状の職員数

	該当数	割合	不足人數 平均値
①十分足りている	110	5.6%	
②ほぼ足りている	943	47.9%	
③あまり足りていない	789	40.1%	1.73
④まったく足りない	127	6.4%	2.85
回答数	1,969		

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★自治体からの指導の状況★収支の状況

- 自治体からの実地指導の状況は、「3年以内に1度は実地指導がある」が49.0%（931事業所）と最も多く、次いで「5年に1度程度、実地指導がある」が37.2%（707事業所）などとなっている。一方、「5年以上実地指導がない」は9.6%（183事業所）となっている。
- 自治体からの集団指導の状況は、「毎年1度以上集団指導がある」が63.5%（1,196事業所）と最も多く、次いで「3年以内に1度は集団指導がある」が17.0%（320事業所）などとなっている。
- 一方、「3年以上集団指導はない」は19.5%（367事業所）となっている。
- 収支の状況としては「赤字」が34.4%と最も高い一方、「黒字」23.2%「ほぼ均衡」32.6%となっており、黒字及び均衡を合わせると55.8%が赤字ではないと回答している。

自治体からの実地指導の状況

	該当数	割合
①毎年1度は実地指導がある	79	4.2%
②3年以内に1度は実地指導がある	931	49.0%
③5年に1度程度、実地指導がある	707	37.2%
④5年以上実地指導がない	183	9.6%
回答数	1,900	

自治体からの集団指導の状況

	該当数	割合
①毎年1度以上集団指導がある	1,196	63.5%
②3年以内に1度は集団指導がある	320	17.0%
③3年以上集団指導はない	367	19.5%
回答数	1,883	

収支の状況

	該当数	割合
①黒字	438	23.2%
②ほぼ均衡している	614	32.6%
③赤字	648	34.4%
④不明	184	9.8%
回答数	1,884	

運営法人種別

運営法人	該当数	割合
社会福祉法人	685	34.8%
社会福祉法人(社協)	49	2.5%
特定非営利活動法人	128	6.5%
医療法人	227	11.5%
法人(有限会社・株式会社等)	807	41.0%
その他	70	3.6%
回答数	1,966	

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★介護ロボットやICTの導入状況

- 介護ロボットやICTの活用状況について「導入している」は6.7%（132事業所）とまだ少ないものの、導入を検討している12.0%（235事業所）、導入を検討したいと思っているが、どうすればよいかわからない8.9%（175事業所）となっており、興味を持っている事業所も2割程度ある。
- また、導入している事業所では、コミュニケーション型38.9%（49事業所）と最も多く、介護支援型29.4%（37事業所）、自立支援型2.4%（3事業所）となっている。

介護ロボットやICTの導入状況

	該当数	割合
導入している	132	6.7%
導入を検討している	235	12.0%
導入を検討したいと思っているが、どうすればよいかわからない	175	8.9%
検討していない	1,418	72.3%
回答数	1,960	

上記で「①導入している」と回答した事業所にお聞きします。導入しているタイプについて

	該当数	割合
介護支援型	37	29.4%
自立支援型	3	2.4%
コミュニケーション・セキュリティ型	49	38.9%
その他	37	29.4%
回答数	126	

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★入浴の状況

- 入浴設備については、普通浴槽（個浴）が90.2%となっているが、次いで特殊浴槽（特浴・機械浴）も44.1%となっている。
- 事業所の設備では入浴の対応が難しい利用者については80.6%と事業所が対応困難な利用者はいないと回答している。また対応が困難な利用者がいる19.4%の事業所のうち困難な利用者の人数は2.40人となっている。
- 訪問入浴介護の希望については、利用したいが49.2%であり、利用しようとは思わないが50.8%となっておる。

入浴の設置設備について

	該当数	割合
普通浴槽（個浴）	1,804	90.2%
特殊浴槽（特浴・機械浴）	882	44.1%
シャワーのみで浴槽がない	22	1.1%
その他	135	6.7%
回答数	2,001	

貴事業所の設備では入浴が困難な利用者について

	該当数	割合	平均値 (人)	中央値 (人)
いる	385	19.4%		
いない	1,597	80.6%	2.40	2.00
回答数	1,982			

訪問入浴介護が自宅や事業所で活用できた場合、利用したいか否か

	該当数	割合
利用したい	951	49.2%
利用しようとは思わない	981	50.8%
回答数	492	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★医療との連携 1

2018年10月の訪問看護・訪問リハビリの利用人数(※平均値は利用者が1人以上あった事業所で算出)

	2018年			2017年		
	該当数	割合	平均値	該当数	割合	平均値
(介護保険) 訪問看護ステーション（リハビリを除く）	564	28.2%	2.20	487	24.1%	2.17
(介護保険) 訪問看護ステーション（リハビリを含む）	472	23.6%	2.35	396	19.6%	2.24
(介護保険) 訪問リハビリテーション	408	20.4%	1.96	366	18.1%	2.09
(医療保険) 訪問看護ステーション	400	20.0%	1.43	326	16.1%	1.37
全体会	2,001		2,020			

30日以上の宿泊を利用されているときに、訪問診療を受けられなかったケースはありますか。

	該当数	割合	平均値 (人)	中央値 (人)
事例がある	152	7.9%		
事例はない	1,768	92.1%	2.23	1.00
回答数	1,920			

30日以上の宿泊を利用されているときに、訪問診療を受けられなかった主な理由

	該当数	割合
訪問診療を受けるためだけに自宅へ戻った	81	59.6%
入院になった	12	8.8%
主治医が変わった	7	5.1%
契約終了となり施設入所となった	5	3.7%
その他	31	22.8%
回答数	136	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★医療との連携 2

平成29年11月1日から30年10月31までに看取りを行ったケース数

2018年					2017年				
	ケース数	割合	該当数	平均値		ケース数	割合	該当数	平均値
死亡まで事業所が関わったケース	1,906	89.9%	833	2.29		2,084	84.4%	879	2.37
うち死亡場所は事業所	558	26.3%	324	1.72		558	22.6%	343	1.63
うち死亡場所は自宅	461	21.8%	329	1.40		474	19.2%	327	1.45
うち死亡場所は医療機関	805	38.0%	434	1.85		999	40.5%	546	1.83
その他	49	2.3%	26	1.88		43	1.7%	22	1.95
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	185	8.7%	111	1.67		327	13.2%	174	1.88
その他	61	2.9%	31	1.97		68	2.8%	33	2.06
ケース全体	2,119					2,469			

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★医療との連携 3

◆外部の専門性が高い看護師との連携について

利用者への対応が発生したことがある事象

	該当数	有	無
認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア	1863	69.2	30.8
精神疾患（認知症以外）のケア	1835	50.0	50.0
皮膚疾患や褥瘡のケア	1854	67.4	32.6
がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア	1816	29.1	70.9
がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア	1802	27.7	72.3
看取りのケア	1830	33.9	66.1
摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア	1856	61.8	38.2
排泄に困難のある利用者へのケア	1833	56.4	43.6
脳卒中のリハビリテーション	1809	25.3	74.7
利用者の急変時の対応・救急処置	1869	69.2	30.8
災害時の利用者の安全・健康の確保	1817	28.0	72.0
感染症の予防や発生時の対応	1837	51.4	48.6

「1. 積極的に利用したい」または「2. 条件が合えば利用したい」に1つでも□をつけた方におうかがいします。どのような条件であれば利用しようと思うか

	該当数	割合
利用者宅や事業所に支援に来てくれる	1,053	63.9%
電話やメールで相談ができる	522	31.7%
困ったときにすぐ支援が受けられる	965	58.6%
定期的に支援が受けられる	208	12.6%
経費が介護報酬等で補てんされる	433	26.3%
利用の申込・調整の手続きが煩雑でない	223	13.5%
その他	15	0.9%
回答数	1,647	

事例の有無にかかわらず、対応に際して専門の知識・技術を有する外部の看護師（認定看護師、専門看護師等）から支援や助言を受ける仕組みがあれば、利用したいと思うかどうか

	該当数	積極的に利用したい	条件が合えば利用したい	利用するつもりはない	わからない
認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア	1766	26.4	53.4	12.2	8.0
精神疾患（認知症以外）のケア	1741	27.9	54.5	8.0	9.5
皮膚疾患や褥瘡のケア	1785	32.4	50.8	9.6	7.1
がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア	1694	30.2	51.2	7.6	11.0
がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア	1669	26.4	54.0	8.1	11.5
看取りのケア	1701	31.0	48.6	10.4	10.1
摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア	1768	32.9	51.3	8.6	7.2
排泄に困難のある利用者へのケア	1739	26.6	52.8	11.6	9.0
脳卒中のリハビリテーション	1692	24.6	52.7	10.8	11.9
利用者の急変時の対応・救急処置	1791	36.2	46.1	9.5	8.3
災害時の利用者の安全・健康の確保	1702	29.9	51.0	8.7	10.4
感染症の予防や発生時の対応	1750	33.4	48.2	9.8	8.6

出典:平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

全国調査の結果★利用者を地域で支えるための工夫（「ケアの見える化」「見せる化」）

利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のための工夫

	該当数	割合
民生委員と連絡を取っている	1,306	66.3%
ご近所や友人と連絡を取っている	1,089	55.3%
地域の見守りネットと連携している	395	20.1%
地域の自治会・老人会と連携している	769	39.1%
地域の商店と連携している	482	24.5%
保育園・幼稚園・学校と連携している	226	11.5%
警察・消防と連携している	597	30.3%
その他	122	6.2%
いずれもあてはまらない	180	9.1%
回答数	1,969	

直接行う介護サービス以外に上記のような地域との関わりに費やした時間は直近1週間

	該当数	割合
全くない	420	21.6%
1時間未満	866	44.6%
1時間～2時間未満	452	23.3%
2時間～3時間未満	101	5.2%
3時間以上	101	5.2%
回答数	1,940	

認知症になっても、利用者が自宅や地域でできることを奪わず、送りたい暮らしを実現できるための工夫

	該当数	割合
利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている	1,331	67.6%
利用者のなじみのある暦や習慣、風習、ならわしなどを尊重している	1,529	77.6%
要介護度が高くなあっても、自宅や地域・社会での役割を考えて支援している	710	36.0%
要介護度が高くなあっても、登録者が地域で忘れられないよう工夫している	477	24.2%
利用者とともに事業所や地域のいま（今）と今後を考えて「あつたらいいな」を形にしている	278	14.1%
その他	67	3.4%
特になし	125	6.3%
回答数	1,970	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★利用者を地域で支えるための工夫（「ケアの見える化」「見せる化」）

利用者の役割づくりについて

	該当数	割合
利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み	680	34.4%
利用者と一緒に小中学校等へ行って行う活動	140	7.1%
日ごろ作成した作品等を文化祭などへ出品し、生きがいや役割につなげている	806	40.8%
事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう	319	16.2%
利用者の就労支援	49	2.5%
その他	193	9.8%
特になし	453	22.9%
回答数	1,975	

介護保険サービス以外の機能について

	該当数	割合
介護保険以外の地域の相談機能	789	40.1%
DV等のシェルター機能	68	3.5%
ボランティアのマッチング機能	353	18.0%
地域包括支援センター（サブ・ランチ）	131	6.7%
その他	119	6.1%
特になし	858	43.6%
回答数	493	

利用者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組を行っているか

	該当数	割合
している	868	44.8%
していない	1070	55.2%
回答数	1,938	

登録を終了した利用者の家族とのお付き合い

	該当数	割合
ある	1,050	53.4%
ない	915	46.6%
回答数	1,965	

	平均値 (家族)	中央値 (家族)
利用者が登録を終了した後もお付き合いのある家族数	2.63	2.00

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★利用者の役割★役割発揮の場★要介護度

役割発揮の場

	人数	割合
自宅で	19,703	53.2%
事業所内で	21,234	57.3%
地域で	4,381	11.8%
役割発揮の場はない	4,616	12.5%
わからない	3,208	8.7%
回答数	37,063	

利用者が地域の中で自身の役割を発揮する場については、「事業所内で」が57.3%と最も多く、次いで「自宅で」が53.2%、「地域で」が11.8%となっており、「役割発揮の場はない」利用者は12.5%であった。

役割発揮の場を要介護度別にみると、「自宅で」や「地域で」の割合は要介護度が重くなるにつれて少なくなっているが、「事業所内で」は要介護3や要介護4でも50%を超えており、要介護度が重くなても事業所内に役割の場を持つケースが少なくない。

役割発揮の場と要介護度のクロス集計

(上段：人数)
(下段：割合)

	自宅で	事業所内で	地域で	役割発揮の場はない	わからぬい	総計
要支援1	1,329 76.5%	864 49.7%	484 27.9%	55 3.2%	102 5.9%	2,834 100.0%
要支援2	1,775 76.0%	1,275 54.6%	541 23.1%	89 3.8%	126 5.4%	3,806 100.0%
要介護1	6,449 66.4%	5,836 60.1%	1,537 15.8%	595 6.1%	600 6.2%	15,017 100.0%
要介護2	5,087 55.1%	5,676 61.5%	996 10.8%	876 9.5%	738 8.0%	13,373 100.0%
要介護3	2,877 41.8%	4,142 60.2%	479 7.0%	1,053 15.3%	685 10.0%	9,236 100.0%
要介護4	1,463 32.4%	2,378 52.7%	246 5.5%	1,066 23.6%	546 12.1%	5,699 100.0%
要介護5	666 26.3%	1,001 39.5%	92 3.6%	856 33.8%	402 15.9%	3,017 100.0%
審査中	2 66.7%	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
総計	19,648 53.2%	21,174 57.3%	4,376 11.8%	4,590 12.4%	3,199 8.7%	36,950 100.0%

全国調査の結果★利用者の役割発揮の場と要介護度の変化

役割発揮の場「あり」

(上段：人数)
(下段：割合)

		現在の要介護度								
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	審査中	総計
登録時の要介護度	要支援1	1,155 46.8%	359 14.5%	564 22.9%	240 9.7%	98 4.0%	46 1.9%	6 0.2%	0 0.0%	2,468 100.0%
	要支援2	149 5.7%	1,247 47.8%	577 22.1%	426 16.3%	123 4.7%	71 2.7%	15 0.6%	0 0.0%	2,608 100.0%
	要介護1	133 1.3%	232 2.3%	6,050 60.8%	2,080 20.9%	986 9.9%	347 3.5%	127 1.3%	1 0.0%	9,956 100.0%
	要介護2	46 0.7%	137 2.1%	623 9.7%	3,878 60.3%	1,140 17.7%	475 7.4%	134 2.1%	0 0.0%	6,433 100.0%
	要介護3	27 0.7%	40 1.1%	239 6.5%	432 11.7%	2,224 60.3%	504 13.7%	221 6.0%	1 0.0%	3,688 100.0%
	要介護4	9 0.4%	27 1.3%	133 6.2%	228 10.6%	290 13.5%	1,229 57.3%	230 10.7%	0 0.0%	2,146 100.0%
	要介護5	5 0.6%	9 1.2%	33 4.3%	69 8.9%	65 8.4%	105 13.5%	490 63.1%	0 0.0%	776 100.0%
	審査中	1 12.5%	2 25.0%	4 50.0%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 100.0%
	総計	1,525 5.4%	2,053 7.3%	8,223 29.3%	7,354 26.2%	4,926 17.5%	2,777 9.9%	1,223 4.4%	2 0.0%	28,083 100.0%

要介護度の変化を役割を発揮する場の有無でみると、役割発揮の場がある場合、登録時よりも軽度になる割合(改善割合)

要介護3で20.0%

要介護4で32.0%

要介護5で36.9%

一方、役割発揮の場がない場合、登録時よりも軽度になる割合(改善割合)

介護3で8.5%

要介護4で13.8%

要介護5で17.0%

役割発揮の場がある方が要介護度が軽度に向かう割合が高くなっている。

役割発揮の場「なし」

(上段：人数)
(下段：割合)

		現在の要介護度								
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	審査中	総計
登録時の要介護度	要支援1	34 26.4%	9 7.0%	26 20.2%	29 22.5%	16 12.4%	6 4.7%	9 7.0%	0 0.0%	129 100.0%
	要支援2	7 3.4%	60 29.6%	47 23.2%	30 14.8%	31 15.3%	19 9.4%	9 4.4%	0 0.0%	203 100.0%
	要介護1	9 0.8%	6 0.5%	429 38.2%	243 21.6%	209 18.6%	140 12.5%	87 7.7%	0 0.0%	1,123 100.0%
	要介護2	1 0.1%	9 0.9%	45 4.4%	442 43.2%	223 21.8%	193 18.9%	110 10.8%	0 0.0%	1,023 100.0%
	要介護3	1 0.1%	0 0.0%	15 1.7%	58 6.7%	461 53.6%	183 24.2%	142 16.5%	0 0.0%	860 100.0%
	要介護4	0 0.0%	1 0.1%	8 1.2%	47 5.5%	429 7.0%	150 63.8%	0 22.3%	0 0.0%	672 100.0%
	要介護5	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 1.3%	14 3.6%	47 12.1%	324 83.1%	0 0.0%	390 100.0%
	審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
	総計	52 1.2%	85 1.9%	570 12.9%	844 19.2%	1,003 22.8%	1,017 23.1%	831 18.9%	0 0.0%	4,402 100.0%

全国調査の結果★中重度者（要介護3.4.5）を在宅で支えるにあたっての課題

中重度者（要介護3.4.5）を在宅で支えていますか

	該当数	割合
①支えている	1,817	92.5%
②支えていない	148	7.5%
回答数	1,965	

中重度者（要介護3.4.5）を在宅で支えるにあたっての課題

	該当数	割合
事業所内の人手不足	986	51.5%
事業所内のスキル不足	827	43.2%
家族の意向による介護施設への入所	1227	64.1%
事業所による入所関係施設への移行	284	14.8%
中重度になると入所系施設等へいってしまう	880	46.0%
地域に中重度者がいない（紹介がない）	38	2.0%
保険者の意向	73	3.8%
その他	139	7.3%
回答数	1,914	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★地域等に対する取組み

登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題の相談の有無

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①ある	1,499	77.0%	1,430	72.8%
②ない	345	17.7%	453	23.1%
③把握していない	103	5.3%	80	4.1%
回答数	1,947		1,963	

「ある」→登録者のうち何人（何世帯）

	2018年	2017年
相談された件数〔人（世帯）〕	4.59	4.37

介護保険サービス以外の事業や取組み

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①している	731	38.1%	768	39.0%
②していない	1,122	58.5%	1,167	59.3%
③その他	66	3.4%	34	1.7%
回答数	1,919		1,969	

地域の方からの悩みを把握、もしくは相談等が持ち込まれたこと

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
①あった	1,339	68.5%	1,212	61.1%
②なかつた	526	26.9%	663	33.4%
③把握していない	90	4.6%	110	5.5%
回答数	1,955		1,985	

「ある」→平成29年11月～平成30年10月までに何件

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
1～10件程度	1,249	96.0%	1,106	93.9%
10～30件程度	44	3.4%	59	5.0%
31～50件程度	3	0.2%	7	0.6%
50件以上	5	0.4%	6	0.5%
回答数	1,301		1,178	

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★先駆的実践のヒヤリング調査

個別ケースの特徴的な支援内容、自宅に滞在している時間の見える化、サービス提供時間外の支援のあり方、利用者の社会参加、社会貢献の機会の工夫等を全国5ブロック15県で収集し、中重度を支える先駆的実践のヒアリング調査（58事業所）

先駆的実践／募集案内

- どこまでも、あれもこれもやっちゃん小規模多機能
- この家族さえいなかつたらと、何度も思ったけど、最後に家族に感謝した事例
- そこまでやつたんかい！小規模多機能
- 諦めたくないから、諦めないでやつた小規模多機能の実践
- 就労やボランティアで報酬を稼ぐ利用者を支えている事例
- 利用者が地域から感謝された事例
- 事業所だけで終わらせない支援
- これでもか！っていうくらい近所に迷惑かけたけど、近所から感謝された事例
- 小規模多機能を卒業した事例
- 利用者と一緒に企業（お店など）と挑戦したこと
- 水道もない、電気、ガス、お金もない…そんなお年寄り支えています
- ゴミ屋敷をきれいにするだけで終わらない支援
- 利用者よりも家族が大変、それでも丸ごと支えている事例
- 介護サービス以外で、むちやくちや支えている事例
- 利用者もスタッフも定着率100%の事例
- 地域から「あんたたちはよくやっている」と褒められる小規模多機能
- スタッフが利用者になった小規模多機能（利用者がスタッフになったも含む）
- 事業所から飛び出して、地域のいたるところで支えています！
- 地域包括ケアができている小規模多機能
- 上記よりスゴイと思う実践「」など

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

全国調査の結果★先駆的実践のヒヤリング調査（5ブロック15県／58事業所）

先駆的実践のヒアリング調査（58事業所）

(1)東北ブロック・青森会場

小規模多機能ホーム自由ヶ丘（弘前市）
松原コラボケアセンター（三沢市）
よりよい拠わらひグループホームわらび（五所川原市）
小規模多機能型居宅介護所あすな里（階上町）

(2)東北ブロック・秋田会場

小規模多機能型居宅介護はる風（秋田市）
小規模多機能型居宅介護柏葉寿（大館市）
小規模多機能ものがたりの家（由利本荘市）

(3)東北ブロック・福島会場

ライフ吉井田看護小規模多機能型居宅介護事業所（福島市）
笹谷サポートセンターよりよい（福島市） なじみの里（福島市）

(4)北陸・信越ブロック・富山会場

小規模多機能ホーム日和野（富山市）ケアタウンなんと（南砺市）
いつでも来られま放生津（射水市） ケアホームなかそね（高岡市）

(5)北陸・信越ブロック・長野会場

和が家日和・和が家間下（サテライト） 宅幼老所あずま家（宮田村）
南天神の家（上田市） 宅老所手と手（長野市）

(6)北陸・信越ブロック・新潟会場

小規模多機能ホーム「はな広場・よこたの家」（燕市）
デイホーム「ちゅーりっぷ苑」つばき（胎内市）
看護小規模多機能居宅介護大島（長岡市）
小規模多機能センターあさひ（燕市）

(7)九州ブロック・大分会場

複合型サービスくろき（別府市） 小規模多機能ホームこすもす（津久見市）
朝来サポートセンター鈴鳴荘（国東市） ビハーラ豆田（日田市）

(8)九州ブロック・福岡会場

原土井複合型サービス（福岡市） セカンドハウス（唐津市）
リビングアエル（大牟田市）

特別医療法人楠病院 小規模多機能型ひだまり（久留米市）

(9)九州ブロック・北九州福岡会場

西田医院湧水館小規模多機能センター（北九州市）
サポートセンター本城（北九州市） おむすび苑（北九州市）
小規模多機能ひだまり（北九州市）

(10)四国・近畿ブロック・愛媛会場

株式会社クロス・サービス 小規模多機能ホームつむぎ（松山市）
社会福祉法人砥部寿会 小規模多機能ホームあつたか（砥部町）
今治市社会福祉協議会小規模多機能ゆいの村（今治市）
小規模多機能型居宅介護事業所おかげさん（今治市）

(11)四国・近畿ブロック・香川会場

小規模多機能事業所 まほろば（坂出市）
小規模多機能型居宅介護事業 サンリゾート（小豆島町）
小規模多機能 青い鳥（多度津町）
小規模多機能くれよんルーム（善通寺市）

(12)四国・近畿ブロック・大阪会場

小規模多機能ホーム サテライト夢家（大阪府）
地域密着型サービスセンターwelcomeやまの家（京都府）
ぶどうの家真備（岡山県）

(13)東海ブロック・静岡会場

つどいの家たんぽぽ（浜松市） つぐみ（静岡市）
みくらの里（下田市） 希望のわだち柿田（清水町）
まほろば（富士市）

(14)東海ブロック・愛知会場

小規模多機能 恵（名古屋市） チアフル浅井（愛知県一宮市）
陽だまりの宿（岐阜県各務原市）七耀の杜（岐阜県各務原市）

(15)東海ブロック・三重会場

小規模多機能ホーム みそのむら（伊勢市）
小規模多機能ホーム きたはま（伊勢市）
第2とんぼ池（名張市） ふるさとの里（桑名市）

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業（全国小規模多機能連絡会）」

【第2章】在宅の限界点を高めるための中重度者にも対応したライフサポートワークの確立

◆ライフサポートワークとは「地域生活支援」

住み慣れた自宅で、慣れ親しんだ環境のもと、なじみの人たちとの関わりをもちながら、認知症や身体の障害、衰え等によるできないことを受け入れつつ、これまでのような生活をし続けたいと願う高齢者の暮らしを実現するためには、できないことを生活の一部分から切り取って、機能を評価し支援するのではない。本人と家族や知人・友人などとの人とのつながり、本人の担ってきた役割や生きがい、習慣・風習・ならわしとのつながり、ご近所や地域とのつながり等、そのつながりとつながる理由を重視することが、本人の望む暮らしの実現につながる。本人の望む暮らしを実現すべく本人と本人を取り巻く状況の全体（人と状況の全体性）を理解することが「暮らし」を理解することであり、ライフサポートワークの目指す地域生活支援である。このような生活全体を「ライフ（生命、生活・暮らし、人生）」、サポート「支援」、ワーク「機能」と捉え推進している。

◆24時間365日の小規模多機能型居宅介護の強み「落差を和らげる支援」

ケアプランや支援は、自宅や地域での時間を充実させるために作成されるものであり、事業所内完結の暮らしを充実させるものではない。自宅や地域での幸せを実現するためには、24時間の視点が欠かせない。よってケア目標も、自宅や地域での時間を充実させるために、事業所における日中の一番かかわりやすい時間において何をするかが通いのケア目標であり支援のポイントである。サービスを利用することによって事業所と自宅の落差を広げる支援ではなく、介護が必要になっても自宅や地域において居場所や役割を継続するための支援である。

◆24時間365日の小規模多機能型居宅介護の強みは「直接援助」と「間接援助」の即時性と柔軟性

日頃のかかわりで本人の暮らしに変化を及ぼす悪い兆し、良い兆しなど気になったこと、気がかりなことを事業所内で持ち寄り「今」本人に必要なことは何か、家族・介護者や医療、地域に対して必要なことは何かを短い時間で話し合い、今できることを実践に移していく。日々変化する状況への対応策（即時プラン）をミーティングで話し合い、柔軟かつ迅速に対応することができる事が、ケアマネジメントとサービスが一体で提供される強みである。

◆日々のミーティングは「経験学習サイクル」を生かすケアとチーム力を向上させる

認知症高齢者への支援は、日々試行錯誤の繰り返しである。認知症ケアでの試行錯誤とは、チームで客観化した代弁による「声」（=仮説）が今日この場での本人の声を代弁しているかどうかの検証作業の繰り返しがケアである。よって、これまでには、対応している一人のスタッフの経験知に基づくかかわりだったものが、チームによって検討された代弁という仮説が用意されていることにより、複数の仮説から対応を考えることができる。

日々、利用者にかかわることで、チームで考えた本人の声（仮説）を検証するためにチャレンジをあきらめないことが大切である。仮説に基づくかかわりが、経験を積み上げ、積み上げた経験がまた仮説を生むサイクルを生み出す。日々「サービス担当者会議」を開くことができる環境のある小規模多機能型居宅介護は、経験学習サイクルが生まれる環境をもっている。

【第2章】在宅の限界点を高めるための中重度者にも対応したライフサポートワークの確立

◆中重度者を支えるためのツール「情報共有総合記録シート」／（ライフサポートワーク補助様式）

利用者の日常の服薬状況・食事摂取状況・排泄・水分量などを記録して、いつもと違う記録が続いた場合、身体機能の異常の早期発見や行動・心理症状（BPSD）の原因を得るためにツールとして活用できる。情報共有総合記録シートの情報は、身体の障害や衰えを評価することではなく、中重度になんでも可能な限り本人が望む暮らしを続けるための本人の意思表示ととらえる。そして、現在の心身機能に合わせた支援を考えるヒントにすることが大切である。そのための準備として、利用者別に心身状態の悪化につながるリスク要因（現病歴や本人が日頃不安に感じていることなど）や、悪化が予測される変化の種類をカンファレンスで話し合っておき、観察する目的と悪い変化の兆しに気づくための視点を共有しておくと、より効果的な活用が期待できる。

◆事業所がかかわっていない時間の地域との「つながり」を見える化「軒下マップ」（ライフサポートワーク補助様式）

事業所が本人とかかわっていない時間、在宅での暮らしの支援者として、家族・介護者や医療関係者だけではなく、長年積み上げてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物など様々なつながりとの連携が大切である。このようなインフォーマルな地域資源は本人の在宅での暮らしを介して既に接点を持っている。しかし、その関係性は現実的には目に見えにくいため見落としがちである。また、知っていても情報を分かりやすく整理しないなければ、本人の「～したい」や「困っていること」を支えるために、具体的にどこの誰と連携をすればよいか気づけないこともある。そのため「軒下マップ」では、本人とつながりのある資源（人・場所・物・機能）を、あらかじめ一覧に整理し、事業所がかかわっていない時間の地域との「つながり」を見える化することで、事業所が気づきやすくなる。

「軒下マップ」では、本人の地域との関係性を図式化することで、本人がこれからも自宅で暮らしていくために必要な地域との「つながり」のうち、弱くなったり途切れてしまった関係性をもう一度つなぎ直すことを明らかにしてくれる。



The image shows a large, detailed 'Information sharing integrated record sheet' (情報共有総合記録シート). It consists of two main parts: a top section with a grid for daily entries and a bottom section with a larger grid for weekly or monthly summaries. The top section has columns for date, time, and various health status indicators. The bottom section includes a summary table with columns for date, time, and notes.

情報共有総合記録シート



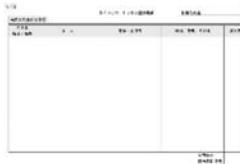
軒下マップ

【第2章】ライフサポートワーク／ライフサポートプランの全体像

ライフサポートプランの様式は、支援のビジョンと活動のプロセスが、本人・家族・介護者、事業所やその他の関係者が共有しやすいように、4種類の様式に落とし込めるようになっている。出会いの場面での「まずはかかわってみる」ことからスタートする。かかわることで本人の声にならない声（潜在的ニーズ）に耳を傾け、記録を振り返ることでさらに本人への理解を深めて「こんなふうに過ごせたらいいな」「大切にしたいことはなんだろう」と本人・家族・介護者、事業所や関係者が話し合いながら、本人が望んでいる暮らしの実現に向けて協働することを大切にしている。

様式の作成にあたっては、そのように作成した意図や目的があり、その意図や目的の基本となる考え方は本人の「生命」を支え、日々の「生活・暮らし」の充実に向けて本人とともに歩み、本人らしい「人生」を最後の時まで送りたいという思いに応えていくためのものである。

ライフサポートプラン（ケアプラン+個別援助計画書）



様式1：記録用紙

「本人」「家族・介護者」「地域・医療・その他」に分別して記入。分けることで本人が望んでいない要望をニーズと捉えてしまうことを防ぐ。「できないこと」「問題状況」だけに着目せず「できること」「したいこと」を積極的に着目する。日々の変化を速やかに実践に移すためミーティング結果も本様式に記入するとともに、モニタリングを共有するため、経過記録も本様式に記入する

ライフサポートプラン①

本人・家族・介護者、地域・医療・その他に分けてそれぞれの主訴を整理し、互いの主訴の何が争点になっているかを明らかにすることで、互いの本質的なニーズを見発していく姿勢が求められる。問題だといわれること、できなかつたことのみに焦点をあてるのではなく、その中にも課題解決に向けた可能性が秘められているという視点をもち合意形成を図っていく

様式2：カンファレンス用紙

本人の思いや望みにかなった在宅生活が保たれるよう、カンファレンスで話し合った内容をもとに、当面の具体的な目標を定め、その実現に向けた具体的方法について本人・家族・介護者、地域・事業所のそれぞれが、何を、いつまでに、どこで、どのように取り組むかを明記する。支援にかかる人全員が計画全体のビジョンと戦略を共有しやすくなることを考えた様式になっている

様式3：ライフサポートプラン②

本人のこれまでの暮らしの流れと「大切にしていること」や「こだわり続けていること」を「したいこと」「できること」「できないこと」に整理して「本人がすること」「周囲が支援すること」を明らかにすることで、本人の望む日々の暮らし方とそれを支えるための具体的な方法を24時間で示している。本様式は個別援助計画を兼ねている

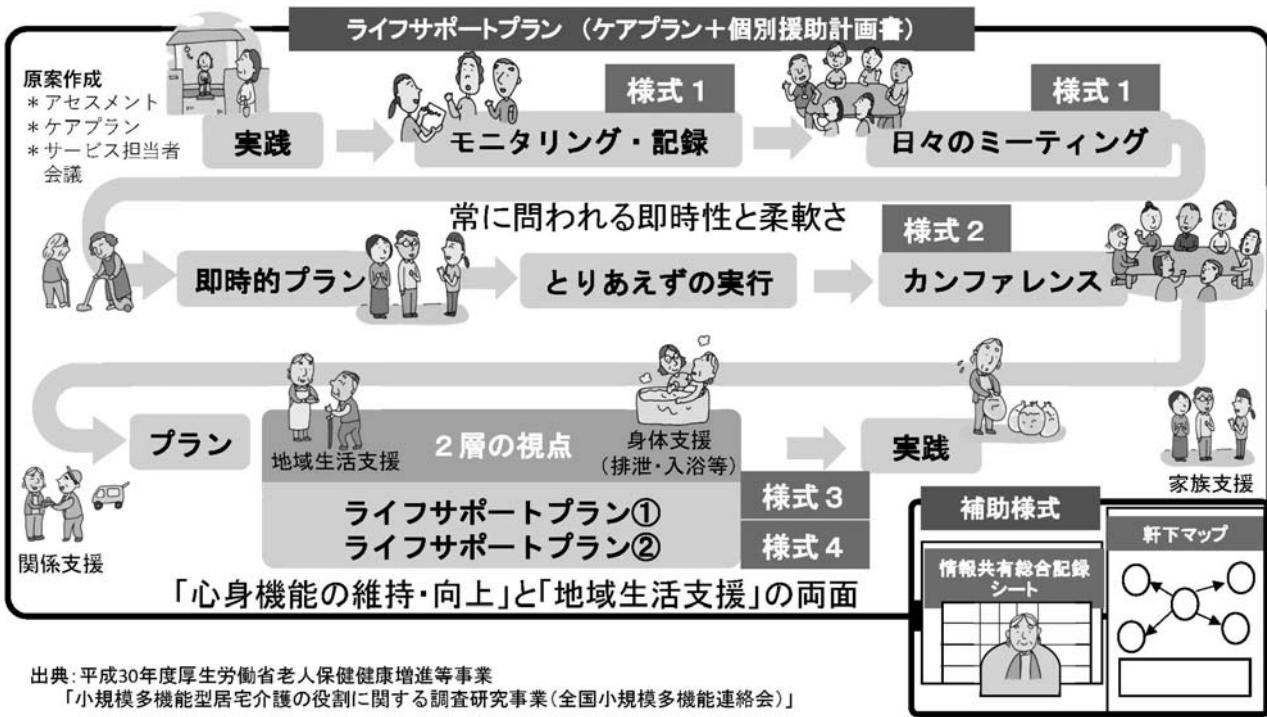
様式4：ライフサポートプラン③

参考）「多機能」とは通い・訪問・宿泊の3つの機能を示すものではない。本来、サービス提供が目的ではなく、介護を必要とする方の望む暮らしを実現することを支えることを目的とするものであるため、生活を支える場面を示すものであり、本人のできることしたいことを実現するための柔軟な対応するための有機的に機能する1つのサービスと理解すべきである。

ライフサポートワーク／ライフサポートプランの全体像（考え方と様式）

【小規模多機能型居宅介護の支援とケアマネジメント：ライフサポートワークのポイント】

ライフサポートワークは、支援のビジョンと活動のプロセスが、本人・家族・介護者、事業所やその他の関係者が共有しやすいように、4種類の様式に落とし込めるようになっている。出会いの「まずはかかわってみる」ことからスタートし、かかわることで本人の声にならない声（潜在的ニーズ）に耳を傾け、記録を振り返ることでさらに本人への理解を深めて「こんなふうに過ごせたらいいな」「大切にしたいことはなんだろう」とみんなで話し合いながら、本人の望む暮らしの実現に向けて協働することを大切にしている。



【第3章】利用者(高齢者、障害者等)の社会参加、社会貢献のための共生社会を実現するための多機能化のあり方の模索

◆ケアのあり方の転換

介護度や疾病、障害から人を見るのではなく、人はそれぞれ違い、一人として同じ人はいないという当たり前のことを再確認したうえで、その人の人生を見つめるという視点が重要である。目指すべき支援は「病気になんでも、歳を重ねても、障害があっても、その人らしい生き方を支える」ことである。そのためには、利用者の力を発揮できる機能、機会、気力を奪わないことである。それによって利用者が活躍できる機会をつくることにつながり、何もできなくなってしまった厄介な認知症の人という偏見から、たくさんの可能性を持っている人へと視点を転換することにつながり、また本人自身や家族・介護者の変化へつながるものである。

◆地域へのアプローチや協働は、ケアと同一線上にある

利用者の社会参加、社会貢献は、ケアの提供と別物ではなく、ケアの延長線上にある。よって、本来機能としての通い、訪問、宿泊の機能を活用し、利用者の生きる力を、生きようとする思いを表現することが大切である。
そういった意味ではこれからのかは「介護」や「お世話」と言った狭義のものではなく、その人の自己決定を尊重し、人生を支えるという視点が重要である。

◆かかわる対象者から、ともに生きる協働者へ

純粋に利用者の喜ぶ姿がどのようなものなのかを具体的に想像できる力が必要で、そのために何をするのか、何ができるのか自分だけではなくチームで考えることがとても大切である。
実践を通して、利用者の生活や利用者のできることに喜ぶ家族・介護者、知人・友人、商店や町内会の人たちなどを通じて、ケアとは何か、支援とは何かを考える時期に来ている。「自立支援とは何か」を、である。

◆自立支援とは

実践の積み重ねから見えてきた自立支援を目指す視点は「身体機能やADLは自立していなくても、選択権が尊重され、自分の意思で行動や生活ができるための支援を行うこと」となる。利用者の地域社会での暮らしぶりや、地域の一員としての社会に貢献する姿が小規模多機能型居宅介護の機能の意味として、ケアとは何か、自立支援とは何かを示している。

◆共生社会を実現するための多機能の意味

利用者の地域社会での暮らしぶりや、地域の一員としての社会に貢献する姿が小規模多機能型居宅介護の「通い」「訪問」「宿泊」の各機能のあり方に一石を投じている。通うことや泊まること、自宅に出向くことがケアではなく、誰かのために何かをしたい、自分の存在をその最期まで示し続けたいという生きざまに触れ、「生きる」を支えることとは何か、「自立支援」とは何かを指し示す本質を示してくれているのである。

【終章】まとめ

◆利用対象者像

比較的、身体的にはお元気な方であっても認知症による混乱があり、事業所から5キロ程度の範囲にお住いの高齢者のみ世帯の方の利用が多い。

(参考) 日常生活自立度(寝たきり度) A2 : 26.1%、認知症自立度 II b : 24.2% III a : 21.7% 要介護 1 : 26.2% 要介護 2 : 25.0%
世帯構成: 高齢者のみ世帯 52.3% (独居 37.9% 配偶者と2人 14.4%) 要介護 3 : 18.6%
事業所と自宅の距離 5km 以内 72.4% (同一敷地・同一建物除く) (n=38,956人)

◆利用状況

平均登録者数と1日当たりの平均利用者数／実登録者数: 20.5名 通い: 12.0名 宿泊: 4.2名 訪問: 15.0名
利用者1名あたりの1か月の平均利用回数: 通い: 16.5回 訪問: 17.7回 宿泊: 6.6回 3機能合計: 1か月あたり40.8回の利用

◆小規模多機能型居宅介護の支援とケアマネジメント／ライフサポートワーク

これから目指すべき実践は、本人の目標(望み)を明確化し、目標に向かう道筋を、本人、家族・介護者、地域、他の専門職とともに取り組んでいくものでなければならない。

◆新たな多機能化の模索

通いが週に何回、月に何泊できるかというサービス調整に終始する支援は過去のケアとし、介護が必要になっても、自宅や地域で輝ける機会を本人とともに模索する新たな多機能化を取り組むべきである。

多機能を深化させる実践を通して、参加ではなく輝く機会を奪わない、互いに生きている実感を味わい、喜び合うことがすでに地域の一員として、なくてはならない存在としての本人の尊厳を保つこと、すなわち参加という言葉が不要の社会につながるのではないか。

◆社会参加とは、本人から見た「多機能」とは何か

利用者の社会参加と言っている限り、今は参加していないことを表している。できることをできるように、その機会を奪ってきたからこそ「参加」という言葉が必要になったことを考えなければならない。

本人の視点から見る「参加」とは何か。本人から見る「多機能」とは何か。

◆社会参加とは、本人から見た「多機能」とは何か

介護が必要になっても、今までどおりのことをすることは改めて「活動」とも「参加」とも呼ばない。目の前のお年寄りと関わりながら、臨機応変に活用できる、隠れ持った多様な知識や豊かな経験という強みを生み出す「引き出し(幅)」を持っていることが専門性である。また、引き出しあは複数もっていることで機能性が高まるものである。これは専門職自らが準備するものだけでなく、地域にあるものとのつながりも含め幅広く存在しているものであることに気づくべきである。

「その人に何ができるか」ではなく、本人とともに「その人と何ができるか」である。

序章

研究の目的・概要

1. 調査研究の目的

小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして位置づいて丸12年が経過し、全国で5,360か所の事業所が認可（介護給付費実態調査月報／平成30年3月現在）された。

そもそも小規模多機能型居宅介護に求められていたものは、新たな介護保険サービスの創設というだけでなく、認知症高齢者の在宅支援を目的とした新たなケアの必要性から生み出された部分が大きい。日本の高齢者介護のあり方を新たなステージへ導くためのケアのあり方である。そのためには、サービスを提供している時間（部分）だけでなく、自宅での生活時間の「見える化」及び本人を支えている「家族・世帯支援」並びに本人の課題を地域の課題として取組む素地を作るための「地域支援」が重要である。制度創設当初より「運営推進会議」という装置を、平成24年改定では、より地域の身边に「サテライト」を、平成27年改定では、地域の声をケアに生かしていく運営推進会議を活用した「サービス評価」と、次々と新たなケアの方策を打ってきた。

このたびの事業では、今後ますます増加する中重度者を在宅で支えるための多職種連携による中重度者ケアに対応するライフサポートワークの見直しを取り組むとともに、高齢化が進む都市部における小規模多機能型居宅介護のあり方や入浴介助を含む中重度者への介護のあり方を検討する。また、若年性認知症をはじめとした地域で複合的な課題を抱える方々の共生のあり方を検討することにより、これから的小規模多機能型居宅介護に求められる役割を検討することを目的に実施する。

- (1) 在宅の限界点を高めるための中重度者にも対応したライフサポートワークの確立
- (2) 利用者（高齢者、障害者等）の社会参加、社会貢献のための共生社会を実現するための多機能化のあり方の模索

2. 概 要

(1) 委員会及び作業部会について

小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究委員会 名簿

◆委員会

No.	氏 名	所 属 (都道府県)	備考
1	山 田 尋 志	立命館大学 社会福祉法人リガーレ暮らしの架け橋 (京都府)	委員長
2	堀 田 聰 子	慶應義塾大学大学院	
3	柴 田 範 子	東洋大学ライフデザイン学部 特定非営利活動法人「楽」 (神奈川県)	
4	安 倍 信 一	社会福祉法人美瑛慈光会 (北海道)	
5	岩 尾 貢	社会福祉法人共友会 (石川県)	
6	宮 島 渡	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ (長野県)	
7	斎 藤 文 彦	社会福祉法人岳南厚生会 (静岡県)	
8	川 原 秀 夫	特定非営利活動法人コレクティブ (熊本県)	
9	加 藤 英 樹	厚生労働省老健局振興課 (課長補佐)	オブ サーバー
10	宮 本 和 也	厚生労働省老健局振興課基準第一係 (係長)	オブ サーバー

※敬称略、都道府県順

◆作業部会

No.	氏 名	所 属 (都道府県)	備考
1	津 田 由起子	ぶどうの家 (岡山県)	
2	安 岡 英 哉	小規模多機能ホームあつたか (愛媛県)	
3	党 一 浩	小規模多機能ホームめおといわ「ゆい」 (福岡県)	
4	後 藤 裕 基	医療法人明輝会ろうけん青空 (鹿児島県)	
5	黒 岩 尚 文	共生ホームよかあんべ (鹿児島県)	

※敬称略、都道府県順

◆事務局

No.	氏名	所属	備考
1	秋林 人士	株式会社 日本都市交通研究所	調査委託
2	山越 孝浩	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局
3	太齋 寛	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局

(2) 実施内容

①小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究委員会の開催

小規模多機能型居宅介護の中重度者へのケア（入浴介助を含む）やライフサポートワークの確立のための委員会を設置し、事業内容についての検討を行った。開催回数は4回。

②作業部会の開催

委員会のもと、作業部会を設置し検討を進める。

調査票の検討、集計結果の整理・検討、訪問調査先の選定等の内容の検討、ヒアリング調査の内容・進め方等の検討を行う。開催回数は7回。

③全国実態調査の実施

*アンケート調査の実施（悉皆調査／平成30年10月）

配布 5,387 事業所

回収 2,020 事業所（回収率は37.3%）

④小規模多機能型居宅介護の先駆的実践把握のためのヒアリング調査（58件）

地域連絡会と協働のもと、基本項目、個別ケースの特徴的な支援内容、自宅に滞在している時間の見える化の方策、サービス提供時間外の支援のあり方、利用者の社会参加、社会貢献の機会の工夫、家族支援・世帯支援のあり方等への取組みの実践を行う事業所のヒアリングを全国のブロック単位で収集し、ヒアリングを行い全員でディスカッションを行うことで、ケアのあり方や共生のあり方等を明らかにした。

◆東北ブロック・青森会場

開催日：2018年9月25日（火）

会 場：リンクステーションホール青森 4階 中会議室
(〒030-0812 青森県青森市堤町1丁目4番1号 電話 017-773-7300)

事例提供者：

小規模多機能ホーム自由ヶ丘（弘前市） 次長兼介護職員 斎藤 大輔 氏

松原コラボケアセンター（三沢市）所長 吉田 薫明 氏

よりあい拠わらび グループホームわらび（五所川原市）管理者 今 千秋 氏

小規模多機能型居宅介護所あすなの里（階上町） 管理者兼計画作成者

玉澤 重貴 氏

◆東北ブロック・秋田会場

開催日：2018年9月26日（水）

会 場：秋田市文化会館5階 第7会議室

（〒010-0951 秋田市山王七丁目3番1号 電話 018-865-1191）

事例提供者：

小規模多機能型居宅介護はる風（秋田市）所長 高貝 博美 氏

小規模多機能型居宅介護柏葉寿（大館市） 佐々木 由布子 氏

小規模多機能ものがたりの家（由利本荘市）吉尾 和恵 氏

◆東北ブロック・福島会場

開催日：2018年9月27日（木）

会 場：福島県青少年会館 第二研修室

（〒960-8153 福島市黒岩字田部屋53-5 電話 024-546-8311）

事例提供者：

ライフ吉井田看護小規模多機能型居宅介護事業所（福島市）管理者

安斎 智子 氏

笛谷サポートセンターよりあい（福島市） 高橋 民朗 氏

なじみの里（福島市）管理者 大原 夕子 氏

◆北陸・信越ブロック・富山会場

開催日：2018年10月20日（土）

会 場：富山県民会館 701号室

（〒930-0006 富山市新総曲輪4-18 電話 076-432-3111）

事例提供者：

小規模多機能ホーム日和野（富山市）計画作成担当者 長谷川 久美 氏

ケアタウンなんと（南砺市） 施設長 森河 大造 氏

いつでも来られま放生津（射水市） 副管理者 小島 明浩 氏

ケアホームなかもそね（高岡市）介護支援専門員 池田 清 氏

◆北陸・信越ブロック・長野会場

開催日：2018年10月21日（日）

会 場：長野県社会福祉総合センター：3階研修室

（〒380-0928 長野県長野市若里七丁目1番7号 電話 026-227-5201）

事例提供者：

和が家日和・和が家間下（サテライト）（岡谷市）管理者 佐藤孝一 氏

宅幼老所あづま家（宮田村）統括主任 多々良 大輔 氏

南天神の家（上田市）計画作成者 上野 和哉 氏

宅老所手と手（長野市）管理者 原山 直人 氏

◆北陸・信越ブロック・新潟会場

開催日：2018年10月22日（月）

会 場：新潟ユニゾンプラザ：中研修室

（〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 電話 025-281-5511）

事例提供者：

小規模多機能ホーム「はな広場・よこたの家」（燕市）管理者 川村小津江 氏

デイホーム「ちゅーりっぷ苑」つばき（胎内市） 管理者 津野 麻美 氏
看護小規模多機能居宅介護大島（長岡市） 介護職員 大平 雅人 氏
小規模多機能センターあさひ（燕市） 計画作成担当者 神田 洋子 氏

◆九州ブロック・大分会場

開催日：2018年10月31日（水）

会 場：別府国際コンベンションセンター B-CON PLAZA 3階小会議室31
(〒874-0828 大分県別府市山の手町12番1号)

事例提供者：

医療法人社団春日会複合型サービスくろき（別府市） 管理者 向井樹美子 氏
医療法人一貫軒小規模多機能ホームこすもす（津久見市） 管理者

新納 裕樹 氏

社会福祉法人安岐の郷朝来サポートセンター鈴鳴荘（国東市） 管理者

清原 千加子 氏

社会福祉法人光薰福祉会 ビハーラ豆田（日田市） 計画作成担当者

松下 収一 氏

◆九州ブロック・福岡会場

開催日：2018年11月1日（木）

会 場：ふくふくプラザ：1階ふくふくホール

(〒810-0062 福岡市中央区荒戸3丁目3番39号)

事例提供者：

原土井複合型サービス（福岡市） スタッフリーダー 本田 あゆみ 氏

セカンドハウス（唐津市） 介護職員 松本 圭司 氏 管理者 江藤 渉 氏

リビングアエル（大牟田市）

介護職員 堀川 理恵 氏 管理者 中島 知巳 氏

特別医療法人楠病院 小規模多機能型ひだまり（久留米市） 宮原 由美子 氏

◆九州ブロック・北九州福岡会場

開催日：2018年11月2日（金）

会 場：コンプレート堺町9F 貸会議室D

(〒802-0005 北九州市小倉北区堺町1丁目9-6 コンプレート堺町)

事例提供者：

西田医院湧水館小規模多機能センター（北九州市） 施設長 西田 陶子 氏

サポートセンター本城（北九州市） 管理者 江里 龍樹 氏

おむすび苑（北九州市） 施設長 津山 美穂 氏

小規模多機能ひだまり（北九州市） 管理者 山下 涼子 氏

◆四国・近畿ブロック・愛媛会場

開催日：2018年11月11日（日）

会 場：愛媛県総合社会福祉会館：研修室

(〒790-8553 松山市持田町3-8-15 電話 089-921-5070)

事例提供者：

株式会社クロス・サービス 小規模多機能ホームつむぎ（松山市）

課長 上野 瞳子 氏

社会福祉法人砥部寿会 小規模多機能ホームあつたか（砥部町）

管理者 西岡 佳代 氏

今治市社会福祉協議会小規模多機能ゆいの村（今治市）管理者 田坂 恒輝 氏

小規模多機能型居宅介護事業所おかげさん（今治市）

計画作成担当者 井出 小夜香 氏

◆四国・近畿ブロック・香川会場

開催日：2018年11月12日（月）

会 場：ケアハウスまどか：5階

（〒765-0032 香川県善通寺市原田町1496番地1 電話 0877-63-1010）

事例提供者：

小規模多機能事業所 まほろば（坂出市） 中村 ひとみ 氏

小規模多機能型居宅介護事業 サンリゾート（小豆島町） 寺川 千代子 氏

小規模多機能 青い鳥（多度津町） 新名 涼 氏

小規模多機能 くれよんルーム（善通寺市） 田畠 浩一 氏

◆四国・近畿ブロック・大阪会場

開催日：2018年11月13日（火）

会 場＊クレオ大阪西 研修室

（〒554-0012 大阪市此花区西九条6-1-20 電話 06-6460-7800）

事例提供者：

小規模多機能ホーム サテライト夢家（大阪府） 今西 良介 氏

地域密着型サービスセンターwelcome やまの家（京都府） 橋本 千恵 氏

ぶどうの家真備（岡山県）津田由起子 氏

◆東海ブロック・静岡会場

開催日：2019年1月13日（日）

会 場：静岡県社会福祉会館（シズウェル 1階）

（〒420-8670 静岡県静岡市葵区駿府町1-70 電話 054-254-5221）

事例提供者：

小規模多機能型居宅介護 つどいの家たんぽぽ（浜松市） 杉村まゆみ氏

小規模多機能型居宅介護 つぐみ（静岡市） 杉森 幸恵氏

小規模多機能型居宅介護 みくらの里（下田市） 平山 悅子氏

小規模多機能型居宅介護事業所 希望のわだち柿田

渡辺 信也氏 下山 健 氏

小規模多機能型居宅介護事業所 まほろば（富士市） 秋山 幸枝氏

◆東海ブロック・愛知会場

開催日：2019年1月14日（月・祝）

会 場：ウィルあいち 会議室7

（〒461-0016 愛知県名古屋市東区上堅杉町1番地 電話052-962-2511）

事例提供者：

小規模多機能 恵（名古屋市）浅井健太郎 氏

チアフル浅井（愛知県一宮市）北島 寛子 氏

陽だまりの宿（岐阜県各務原市）安田 篤司 氏

七耀の杜（岐阜県各務原市）田井 直美 氏

◆東海ブロック・三重会場

開催日：2019年1月15日（火）

会 場：桑名市総合福祉会館 大会議室

（〒511-0062 三重県桑名市常磐町5 1番地 電話：0594-23-2855）

事例提供者：

小規模多機能ホーム みそのむら（伊勢市）出口 元久 氏

福田 七海 氏

小規模多機能ホーム きたはま（伊勢市） 和田良実子 氏

山口 晴加 氏

第2とんぼ池（名張市） 福山 智子 氏

内村三三子 氏

ふるさとの里（桑名市） 日紫喜淳子 氏

西村さとみ 氏

⑤報告会の開催

実態調査、ヒアリング調査をもとに全国の小規模多機能型居宅介護の動向、中重度者をも支えるライフサポートワークのあり方、高齢者等の社会参加、社会貢献のあり方等について報告会を開催した。

日 時：2018年3月14日（木）

会 場：世界貿易センタービルRoomA（東京都港区浜松町）

内 容：10:30～11:10

全国実態調査「小規模多機能型居宅介護の動向」

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 主任研究員 後藤 裕基

11:10～12:00

地域包括ケアの構築と平成31年度報酬改定について

厚生労働省老健局振興課 課長補佐 加藤 英樹

13:00～14:20

「介護にイノベーションをおこす人材育成」

～参加・ハタラクを手がかりに地域の未来の風景をともに創る取組み

について～

應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授 堀田 聰子
医療法人静光園 白川病院医療連携室（福岡県）室長 猿渡 進平
認定特定非営利活動法人つどい（滋賀県） 理事長 川村 美津子
14:30～15:30 「小規模多機能の目指すケア★実践リレー」
1 小規模多機能のケアから共生ケアへ、ケアのあり方を考える～
社会福祉法人共友会（石川県） 理事長 岩尾 貢
2 災害時にも生きる小規模多機能の日々の実践～
ぶどうの家真備（岡山県）代表 津田 由起子
15:30～16:20 小規模多機能の実践とこれから
小規模多機能のケアを次のステージへ
日本社会事業大学大学院 特任教授 宮島 渡
(すべて敬称略)

⑥報告書の作成

報告書を作成し、関係者に配布した。

第1章

小規模多機能型居宅介護の現状

1. 調査の概要

1.1 調査概要

(1) 調査対象

調査企画時点で確認できた全国 5,387 事業所を調査対象とした。

(2) 調査時期

2018 年 12 月～2019 年 1 月に実施した。1 月 15 日を締め切りとして設定し、1 月末までの到着分を集計対象とした。

(3) 調査方法

調査票の配布は郵送より行った。回答は郵送による返送もしくはインターネットより調査票をダウンロードしてもらい、メールでの回答返信も受け付けた。

(4) 回収結果

2,010 事業所から回答を得た。回収率は 37.3%（昨年度調査では 38.6%）であった。

また、利用者個票については、1,907 事業所から計 38,956 人分のデータが収集された。

都道府県別での回収数は次頁（表 1-2）のとおりである。回収数では北海道が 137 事業所、神奈川県が 100 事業所と 2 道県が 100 以上となった。山梨県、高知県が少ない。回収率が最も高かったのは青森県で 69.8%、最も低かったのは山梨県で 21.1% となっている。

なお、調査票の回答者は「管理者」が 76.7%、「計画作成・介護職員」が 13.7% などとなっている（表 1-1）。

(5) 集計上の留意点など

各項目によって未記入・記入不備などもあるため、各項目とも有効な回答のみを用いて集計・分析を行っている。

また、表や文中の【20XX 年】の表記は、20XX 年度の調査の結果であることを、また「昨年」は昨年度調査結果のことを示す。

表 1-1 回答者（複数回答）

記入者職名	該当数	割合
代表（開設者）	96	5.0%
役員	30	1.6%
事務長	26	1.4%
事業統括者	49	2.6%
管理者	1,468	76.7%
事務員	88	4.6%
計画作成・介護職員	262	13.7%
回答数	1,914	

表 1-2 都道府県別の回収状況

都道府県	2018調査				参考 2017調査		参考 2016調査	
	回答数	割合	回収率	配布数	回答数	割合	回答数	割合
北海道	136	6.8%	40.2%	338	137	6.8%	131	5.9%
青森県	30	1.5%	69.8%	43	22	1.1%	23	1.0%
岩手県	44	2.2%	56.4%	78	49	2.4%	41	1.9%
宮城県	28	1.4%	45.9%	61	26	1.3%	30	1.4%
秋田県	40	2.0%	56.3%	71	43	2.1%	41	1.9%
山形県	42	2.1%	35.3%	119	33	1.6%	46	2.1%
福島県	36	1.8%	33.0%	109	42	2.1%	43	2.0%
茨城県	18	0.9%	24.3%	74	22	1.1%	22	1.0%
栃木県	29	1.4%	31.2%	93	26	1.3%	29	1.3%
群馬県	30	1.5%	26.8%	112	35	1.7%	39	1.8%
埼玉県	40	2.0%	35.4%	113	45	2.2%	37	1.7%
千葉県	56	2.8%	44.4%	126	35	1.7%	49	2.2%
東京都	58	2.9%	28.6%	203	48	2.4%	68	3.1%
神奈川県	100	5.0%	31.9%	313	106	5.2%	103	4.7%
新潟県	90	4.5%	47.6%	189	93	4.6%	103	4.7%
富山県	41	2.0%	51.9%	79	32	1.6%	44	2.0%
石川県	33	1.6%	40.2%	82	37	1.8%	47	2.1%
福井県	32	1.6%	38.1%	84	36	1.8%	31	1.4%
山梨県	4	0.2%	21.1%	19	8	0.4%	10	0.5%
長野県	39	1.9%	42.4%	92	36	1.8%	49	2.2%
岐阜県	31	1.5%	36.9%	84	32	1.6%	30	1.4%
静岡県	45	2.2%	27.8%	162	50	2.5%	56	2.5%
愛知県	52	2.6%	27.4%	190	54	2.7%	72	3.3%
三重県	30	1.5%	48.4%	62	28	1.4%	30	1.4%
滋賀県	34	1.7%	47.9%	71	32	1.6%	30	1.4%
京都府	62	3.1%	38.3%	162	51	2.5%	70	3.2%
大阪府	81	4.0%	38.6%	210	74	3.7%	89	4.0%
兵庫県	81	4.0%	36.5%	222	90	4.5%	101	4.6%
奈良県	15	0.7%	36.6%	41	12	0.6%	17	0.8%
和歌山県	16	0.8%	34.8%	46	14	0.7%	16	0.7%
鳥取県	19	0.9%	32.8%	58	19	0.9%	21	1.0%
島根県	33	1.6%	39.3%	84	28	1.4%	38	1.7%
岡山県	59	2.9%	35.1%	168	58	2.9%	53	2.4%
広島県	79	3.9%	37.6%	210	88	4.4%	97	4.4%
山口県	33	1.6%	39.3%	84	31	1.5%	34	1.5%
徳島県	8	0.4%	25.0%	32	9	0.4%	14	0.6%
香川県	15	0.7%	33.3%	45	10	0.5%	20	0.9%
愛媛県	42	2.1%	34.1%	123	42	2.1%	44	2.0%
高知県	12	0.6%	35.3%	34	12	0.6%	13	0.6%
福岡県	89	4.4%	32.7%	272	108	5.3%	102	4.6%
佐賀県	18	0.9%	36.0%	50	18	0.9%	16	0.7%
長崎県	48	2.4%	36.4%	132	51	2.5%	57	2.6%
熊本県	67	3.3%	45.6%	147	67	3.3%	57	2.6%
大分県	15	0.7%	35.7%	42	20	1.0%	25	1.1%
宮崎県	17	0.8%	29.8%	57	25	1.2%	23	1.0%
鹿児島県	56	2.8%	42.1%	133	55	2.7%	61	2.8%
沖縄県	24	1.2%	35.3%	68	31	1.5%	32	1.5%
不明	3	0.1%	-	-	-	-	-	-
回答数	2010	100%	37.3%	5387	2,020	100.0%	2,204	100.0%

※  は60%以上の回収率、 は30%以下の回収率を表す。

2. 調査結果

2.1 基本情報

(1) 開設年度

開設年度別にみると、2007 年度開設が 12.5%（228 事業所）と最も多く、次いで 2012 年度が 11.3%（207 事業所）、2011 年度が 10.1%（185 事業所）となっている。

表 2.1-1 開設年度別にみた事業所数

開設年度	2018年		2017年		2016年		2015年		2014年	
	該当数	割合								
H18, 2006年度	79	4.3%	106	5.8%	157	7.9%	120	8.3%	121	8.5%
H19, 2007年度	228	12.5%	228	12.4%	258	12.9%	203	14.1%	223	15.6%
H20, 2008年度	179	9.8%	186	10.1%	191	9.6%	143	9.9%	152	10.6%
H21, 2009年度	117	6.4%	125	6.8%	136	6.8%	118	8.2%	127	8.9%
H22, 2010年度	128	7.0%	121	6.6%	154	7.7%	121	8.4%	144	10.1%
H23, 2011年度	185	10.1%	183	9.9%	210	10.5%	200	13.9%	208	14.5%
H24, 2012年度	207	11.3%	226	12.3%	223	11.2%	171	11.9%	196	13.7%
H25, 2013年度	133	7.3%	144	7.8%	153	7.7%	122	8.5%	153	10.7%
H26, 2014年度	163	8.9%	176	9.5%	223	11.2%	161	11.2%	107	7.5%
H27, 2015年度	156	8.5%	163	8.8%	177	8.9%	83	5.8%		
H28, 2016年度	91	5.0%	99	5.4%	113	5.7%				
H29, 2017年度	116	6.3%	86	4.7%						
H30, 2018年度	45	2.5%								
総計	1,827	100.0%	1,995	100.0%	1,882	100.0%	1,442	100.0%	1,431	100.0%

(2) 法人種別

開設事業所の法人種別をみると（N=1,966）、営利法人が 41.0% と最も多く、次いで社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）が 34.8% となっている。以下、医療法人が 11.5%、特定非営利活動法人 6.5% と続く。この数年は回答割合に大きな変化はみられない。

表 2.1-2 法人種別にみた事業所割合

法人種別	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年
社会福祉法人	34.8%	34.2%	33.9%	35.5%	34.7%	31.9%	33.5%
社会福祉法人（社協）	2.5%	1.9%	1.7%	2.0%	1.9%	2.3%	1.6%
特定非営利活動法人	6.5%	6.9%	6.6%	6.9%	7.2%	8.2%	7.4%
医療法人	11.5%	13.0%	11.9%	12.7%	11.4%	12.1%	12.8%
営利法人	41.0%	41.0%	43.3%	40.4%	41.6%	42.3%	41.3%
その他	3.6%	3.0%	2.7%	2.4%	3.2%	3.3%	3.4%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	1,966	1,990	2,174	1,563	1,443		

(3) 事業種別

小規模多機能型居宅介護が 97.2%、サテライト型は 2.4%、基準該当が 0.4% となっている。給付別では、介護及び予防の両給付が 86.3% となっており、介護給付のみが 13.0% となっている。

表 2.1-3 事業種別にみた事業所数と割合

種類	該当数	割合
小規模多機能型居宅介護	1,935	97.2%
サテライト型小規模多機能型居宅介護	48	2.4%
基準該当 小規模多機能型居宅介護	8	0.4%
回答数	1,991	

表 2.1-4 給付別にみた事業所数と割合

給付別	該当数	割合
介護・予防給付	1,563	86.3%
介護給付のみ	236	13.0%
予防給付のみ	12	0.7%
回答数	1,811	

(4) 登録定員

登録定員をみると、平成 27 年度の制度改正による最大登録定員の変更により、定員 29 名の事業所が 45.8% (915 事業所) で最も多く、次いで定員 25 名が 34.8% (696 事業所) となっている。昨年よりも、定員 29 名の割合がやや増加しており、定員 25 名の割合はやや減少している。また、平均は 26.1 名と昨年度と比べてほとんど差はみられない。

表 2.1-5 登録定員の状況

【2018 年】

登録定員	該当数	割合
7名	1	0.1%
9名	1	0.1%
11名	1	0.1%
12名	14	0.7%
13名	2	0.1%
14名	2	0.1%
15名	12	0.6%
16名	2	0.1%
17名	3	0.2%
18名	103	5.2%
19名	1	0.1%
20名	18	0.9%
21名	9	0.5%
22名	10	0.5%
23名	1	0.1%
24名	166	8.3%
25名	696	34.8%
26名	13	0.7%
27名	10	0.5%
28名	18	0.9%
29名	915	45.8%
30名	1	0.1%
総計	1,999	100.0%
平均	26.13	—

【参考 2017 年】

登録定員	該当数	割合
5名	1	0.0%
6名	1	0.0%
8名	1	0.0%
9名	1	0.0%
10名	1	0.0%
11名	1	0.0%
12名	19	0.9%
14名	4	0.2%
15名	12	0.6%
16名	1	0.0%
17名	3	0.1%
18名	115	5.7%
19名	4	0.2%
20名	22	1.1%
21名	6	0.3%
22名	12	0.6%
23名	3	0.1%
24名	155	7.7%
25名	763	37.9%
26名	16	0.8%
27名	15	0.7%
28名	22	1.1%
29名	834	41.5%
総計	2,012	100.0%
平均	25.87	—

(5) 通い定員

通いの定員別でみると、15名が47.8%（955事業所）と最も多いが、登録定員同様、制度改正の影響で、18名が32.2%（644事業所）と多くなっており、以下、12名が11.2%（223事業所）などとなっている。平均は15.4名で昨年とほぼ変わらない。

表2.1-6 通い定員の状況

【2018年】

通い定員	該当数	割合
6名	14	0.7%
7名	2	0.1%
8名	4	0.2%
9名	59	3.0%
10名	5	0.3%
11名	8	0.4%
12名	223	11.2%
13名	13	0.7%
14名	13	0.7%
15名	955	47.8%
16名	26	1.3%
17名	24	1.2%
18名	644	32.2%
19名	3	0.2%
20名	3	0.2%
21名	1	0.1%
22名	1	0.1%
24名	1	0.1%
総計	1,999	100.0%
平均	15.38	—

【参考 2017年】

通い定員	該当数	割合
1名	1	0.0%
3名	2	0.1%
4名	1	0.0%
6名	17	0.8%
7名	2	0.1%
8名	2	0.1%
9名	63	3.1%
10名	4	0.2%
11名	9	0.4%
12名	233	11.6%
13名	13	0.6%
14名	13	0.6%
15名	1,032	51.5%
16名	21	1.0%
17名	26	1.3%
18名	563	28.1%
総計	2,002	100.0%
平均	15.18	—

(6) 泊まり（宿泊）定員

宿泊定員は昨年調査の結果とほぼ同様で、9名が47.6%（953事業所）と最も多く、以下、5名が16.7%（335事業所）、6名が12.2%（245事業所）となっている。平均は7.3名で昨年と変わらない。

表2.1-7 泊まり定員の状況

【2018年】

宿泊定員	該当数	割合
1名	3	0.1%
2名	6	0.3%
3名	35	1.7%
4名	107	5.3%
5名	335	16.7%
6名	245	12.2%
7名	166	8.3%
8名	150	7.5%
9名	953	47.6%
12名	1	0.0%
総計	2,001	100.0%
平均	7.32	—

【参考 2017年】

宿泊定員	該当数	割合
2名	8	0.4%
3名	38	1.9%
4名	108	5.4%
5名	346	17.2%
6名	252	12.5%
7名	155	7.7%
8名	133	6.6%
9名	971	48.3%
総計	2,011	100.0%
平均	7.31	—

(7) 調査時点での利用者数

調査時点での利用者数は、制度改正による登録定員及び通い定員の緩和により、登録者数が平均 20.5 人で昨年（20.3 人）とほとんど変わらない。通いの利用者数の平均は 11.4 人／日（昨年 12.0 人／日）、宿泊の平均利用者数は 4.2 人／日（昨年 4.6 人／日）といずれも微減となっている、一方、訪問の平均利用者数（1 日延べ）は 15.0 人となっており、利用者数は年々増加している。

表 2.1-8 調査時点での利用者数

利用者数（10月末）	(平均人数)						
	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年
現在の利用者登録者数	20.5	20.3	19.4	19.0	18.5	18.1	19.0
1日あたりの通い利用者数	11.4	12.0	11.0	10.3	10.7	10.6	11.1
1日あたりの宿泊利用者数	4.2	4.6	4.4	4.8	4.4	4.3	4.4
1日あたりの訪問延べ利用者数	15.0	13.7	10.2	9.5	6.0	6.8	5.0
他市町村からの登録者数	/	0.3	0.3	0.3	/	/	/

(8) 調査時点での定員充足状況

調査時点で、定員 100%を満たしているのは 13.4%で、昨年よりやや増加しているものの、全体としては昨年とほぼ同じ傾向となっている。

表 2.1-9 定員充足の状況

【2018 年】

登録者数／定員	該当数	割合
0～10%以下	10	0.5%
10～20%以下	6	0.3%
20～30%以下	16	0.8%
30～40%以下	53	2.7%
40～50%以下	86	4.3%
50～60%以下	159	8.0%
60～70%以下	225	11.3%
70～80%以下	433	21.8%
80～90%以下	426	21.5%
90～99%以下	303	15.3%
100%	265	13.4%
100%超	1	0.1%
総計	1,983	100.0%

【参考 2017 年】

登録者数／定員	該当数	割合
0～10%以下	7	0.4%
10～20%以下	5	0.3%
20～30%以下	16	0.8%
30～40%以下	60	3.0%
40～50%以下	69	3.5%
50～60%以下	165	8.3%
60～70%以下	236	11.8%
70～80%以下	446	22.3%
80～90%以下	429	21.5%
90～99%以下	310	15.5%
100%	251	12.6%
100%超	5	0.3%
総計	2,000	100.0%

開設年度別での定員に対する登録人数の割合（充足率）をみると、全体では 78.1%（昨年 78.2%）でほぼ変わらない。また、平成 28 年度以前の開設では 75%を超えるが、ここ 2か年の開設事業所の充足率は低く、開設 1 年目となる平成 30 年度開設では 58.7%、開設 2 年目の平成 29 年度でも 69.0%にとどまっている。

表 2.1-10 開設年度と定員充足の状況

開設年度	登録定員	実登録	充足率
18 (2006)	2,029	1,603	79.0%
19 (2007)	5,828	4,611	79.1%
20 (2008)	4,674	3,691	79.0%
21 (2009)	3,004	2,434	81.0%
22 (2010)	3,376	2,708	80.2%
23 (2011)	4,881	3,873	79.3%
24 (2012)	5,475	4,380	80.0%
25 (2013)	3,438	2,749	80.0%
26 (2014)	4,255	3,314	77.9%
27 (2015)	4,068	3,241	79.7%
28 (2016)	2,395	1,804	75.3%
29 (2017)	3,063	2,112	69.0%
30 (2018)	1,120	657	58.7%
総計	47,606	37,177	78.1%

(9) 1年間での利用契約の終了者数

過去1年間(2017/11/1～2018/10/31)において利用契約が終了した人数は平均8.22人(昨年7.87人)、そのうち入院による終了者数は2.89人(昨年2.96人)となっている。契約終了者数は、2014年以降は微増の傾向にある。

表 2.1-11 契約終了者の数

調査年度	平均値(人)				
	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年
契約終了者数	8.22	7.87	7.60	7.32	7.25
うち、入院による終了者数	2.89	2.96	2.89	2.82	2.63

契約終了の理由をみると、前述のとおり入院が2.89人(事業所当たりの平均人数)だが、最も多いのは介護施設入所で3.45人である。死亡は2.39人となっており、そのうち病院での死亡が1.40人となっている。また、サービス付き高齢者向け住宅等への転居は1.68人となっている。

なお、割合及び平均人数について、昨年と傾向は変わらない。

契約終了の理由が介護施設入所の場合の施設所有事業所は598事業所と、介護施設入所者のいる事業所の44.3%となっている。

表 2.1-12 契約終了の理由

	2018年			2017年		
	該当数	割合	平均値(人)	該当数	割合	平均値(人)
入院	1,433	74.5%	2.89	1,415	71.8%	2.96
施設(特養・老健・グループホーム)	1,553	80.7%	3.45	1,566	79.5%	3.33
小規模多機能以外の在宅の介護保険サービス	692	36.0%	1.86	709	36.0%	1.64
死亡	1,331	69.2%	2.39	1,362	69.1%	2.37
そのうち	自宅			1.40		0.55
	事業所			1.65		0.48
	病院			2.10		1.39
サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)、有料老人ホーム等への引っ越し	507	26.4%	1.68	492	25.0%	1.54
その他	408	21.2%	1.46	455	23.1%	1.51
	回答数	1,924		1,971		

表 2.1-13 契約終了の理由が施設入所の場合の、事業所の施設の所有の有無

施設所有状況	該当数	割合
持っている	598	44.3%
持っていない	752	55.7%
回答数	1,350	

(10) 宿泊費・食費

宿泊費の平均額は2,213円、朝食の平均額は340円、昼食の平均額は548円、夕食の平均額は525円となっており、いずれも昨年とほぼ同様である。6年前(2013年)と比較すると宿泊費で約105円、朝食代が約10円、昼食代が20円、夕食代が約15円の上昇となっている。

表2.1-14 宿泊費と食費(1回あたりの平均値)

調査年度	宿泊費	朝食代	昼食代	夕食代	単位：円
2018年	2,213	340	548	525	
2017年	2,186	336	546	523	
2016年	2,167	337	547	523	
2015年	2,162	337	543	520	
2014年	2,151	334	536	515	
2013年	2,109	328	528	509	

(11) 請求加算

各加算の状況(加算あり)は以下の通りである。

「初期加算」は97.6%(昨年98.4%)となっており、次いで「総合マネジメント体制強化加算」が84.8%(昨年83.7%)、「認知症加算(I)」が91.1%(昨年91.5%)、「介護職員処遇改善加算I」が84.3%(昨年86.5%)と、昨年同様、他の項目に比べて高い。また、「認知症加算(II)」が76.7%(昨年70.5%)で昨年に比べて6.2ポイント増加し、「サービス提供体制強化加算(I)イ」は昨年の53.8%から46.7%と7.1ポイント、「看護職員配置加算I」は昨年の41.3%から33.3%と8.0ポイント減少している。

表2.1-15 加算の状況(加算ありの割合)

加算あり	2018年		2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
初期加算	1,954	97.6%	1,983	98.4%	2,159	98.4%
認知症加算(I)	1,824	91.1%	1,844	91.5%	1,683	76.7%
同(II)	1,537	76.7%	1,420	70.5%	1,378	62.8%
看護職員配置加算I	667	33.3%	832	41.3%	723	33.0%
同II	446	22.3%	454	22.5%	508	23.2%
同III	129	6.4%	141	7.0%	148	6.7%
サービス提供体制強化加算(I)イ	935	46.7%	1,084	53.8%	969	44.2%
同(I)ロ	218	10.9%	247	12.3%	232	10.6%
同(II)	339	16.9%	376	18.7%	468	21.3%
同(III)	163	8.1%	147	7.3%	150	6.8%
同(IV)	4	0.2%	3	0.1%	5	0.2%
介護職員処遇改善加算I	1,688	84.3%	1,742	86.5%	1,840	83.9%
同II	229	11.4%	258	12.8%	314	14.3%
同III	53	2.6%	108	5.4%	30	1.4%
同IV	6	0.3%	13	0.6%	18	0.8%
同V	6	0.3%	14	0.7%	—	—
総合マネジメント体制強化加算	1,698	84.8%	1,686	83.7%	1,781	81.2%
訪問体制強化加算	751	37.5%	692	34.3%	650	29.6%
看取り連携体制加算	184	9.2%	170	8.4%	157	7.2%
若年性認知症利用者受入加算	323	16.1%	—	—	—	—
栄養スクリーニング加算	158	7.9%	—	—	—	—
生活機能向上連携加算	141	7.0%	—	—	—	—
従業者の員数が基準に満たない場合の減算	11	0.5%	24	1.2%	12	0.5%
市町村独自報酬	75	3.7%	24	1.2%	13	0.6%
過少サービスに対する減算	16	0.8%	20	1.0%	26	1.2%
中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	13	0.6%	67	3.3%	71	3.2%
回答数	2,003		2,015		2,193	

【参考 2011～2015】

加算あり	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
初期加算	96.5%	95.8%	97.2%	96.6%		
事業開始時支援加算		10.8%	11.8%	5.5%	22.8%	31.4%
認知症加算（I）	85.7%	88.5%	86.4%	87.8%	86.7%	83.7%
同（II）	70.2%					
看護職員配置加算 I	31.3%	25.0%				
同 II	24.2%	27.2%				
同 III	6.1%					
サービス提供体制強化加算（I）イ	43.5%					
同（I）ロ	14.4%					
同算（II）	20.2%	55.8%	57.1%	60.3%	57.9%	57.1%
同（III）	7.3%					
同（IV）	0.2%					
介護職員待遇改善加算 I	78.9%					
同 II	16.6%	85.4%	86.2%	82.4%		
同 III	1.5%					
同 IV	0.8%					
市町村独自報酬	4.2%	3.6%	3.5%	4.4%		
同一建物内からの利用（登録8割以上）減算		0.5%	減算 1.5%	減算 0.2%		
サービス提供が過小である場合の減算	1.1%	0.5%				
総合マネジメント体制強化加算	76.0%					
訪問体制強化加算	25.4%					
看取り連携体制加算	7.3%					
従業者の員数が基準に満たない場合の減算	1.0%					
中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	1.1%					
回答数	1,583	1,472				

(12) 現在、実施しているサービス

現在、実施しているサービスについてみると、介護保険事業では小規模多機能型居宅介護を同一市区町村内でも実施している事業所は47.1%である。また、「認知症対応型共同生活介護」は、同一敷地内での実施が53.1%、同一市区町村内での実施が46.4%と全サービスの中で最も多くなっている。

それ以外では、同一敷地内での実施は「地域密着型介護老人福祉施設」が12.2%と2番目に多いのに対し、同一市区町村では「介護老人福祉施設(特養)」が28.3%、「地域密着型介護老人福祉施設」が12.2%、「介護老人保健施設(老健)」が11.9%などとなっている。

一方、住まい系サービスでは「サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）」が同一敷地内で16.9%、同一市区町村内でも19.8%と最も多く、次いで「有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く」が同一敷地内で12.2%、同一市区町村内で16.1%となっており、全体的に同一敷地内よりも同一市区町村内の方が実施割合がやや高くなっている。

表 2.1-16 実施しているサービス

同一法人が実施している事業		同一敷地内で実施		同一市区町村で実施	
		該当数	割合	該当数	割合
介護 保険 事業	小規模多機能型居宅介護（現在の調査回答事業所以外）			631	47.1%
	看護小規模多機能型居宅介護	6	0.6%	96	7.2%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	34	3.1%	127	9.5%
	認知症対応型共同生活介護	577	53.1%	621	46.4%
	夜間対応型訪問介護	8	0.7%	50	3.7%
	地域密着型介護老人福祉施設	133	12.2%	163	12.2%
	地域密着型特定施設	20	1.8%	37	2.8%
	特定施設入居者生活介護	38	3.5%	145	10.8%
	介護老人福祉施設（特養）	67	6.2%	379	28.3%
	介護老人保健施設（老健）	21	1.9%	160	11.9%
住まい	軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	19	1.7%	89	6.6%
	有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	133	12.2%	216	16.1%
	サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	184	16.9%	265	19.8%
	共生型ホーム（対象者を限定しない）	2	0.2%	9	0.7%
	ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	15	1.4%	53	4.0%
	高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	4	0.4%	19	1.4%
	法人が所有する一般アパート・マンション	19	1.7%	28	2.1%
	アパート・マンション等の借り上げ住宅	5	0.5%	8	0.6%
その他	一般病院もしくは診療所	44	4.1%	199	14.9%
	障害者総合支援法に基づくサービス	42	3.9%	170	12.7%
	認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む）	34	3.1%	202	15.1%
	生活困窮者自立支援法に基づく事業	9	0.8%	26	1.9%
	学童保育（放課後保育）	13	1.2%	79	5.9%
	配食	64	5.9%	152	11.4%
	地域交流拠点	71	6.5%	110	8.2%
	その他の自主事業	20	1.8%	50	4
		回答数	1,086	1,339	

(13) 低所得者・生活困窮者向けの独自の減免措置

低所得者等への減免措置は、「ない」が 89.6% と最も多く、ここ 3 年で変化はみられない。また「宿泊費の減免」を実施している事業所は 7.0%、「食費の減免」が 6.0% となっており、ここ 3 年で大きな差はみられない。

表 2.1-17 減免の実施状況

	2018年		2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
ない	1,730	89.6%	1,758	89.5%	1,892	89.1%
食費の減免	116	6.0%	106	5.4%	104	4.9%
宿泊費の減免	135	7.0%	127	6.5%	153	7.2%
その他	36	1.9%	57	2.9%	61	2.9%
回答数	1,931		1,964		2,124	

(14) 共生型サービス・一体型サービス

厚労省は平成30年度より共生型サービス・一体型サービスのような対象者横断のサービスを実施しているが、既存の法律でも障害福祉サービスの「基準該当サービス」の指定を受けることで、障害福祉サービスの実施が可能となっている。そのことについて知っていた事業所は65.6%と昨年より19.0ポイント増加しており、ここ3年では約30ポイント増加している。

表2.1-18 障害福祉サービスでの基準該当サービスの認知

	2018年		2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
①制度・仕組みを知っていた	1,275	65.6%	906	46.6%	724	34.7%
②制度・仕組みを知らなかった	668	34.4%	1,039	53.4%	1,360	65.2%
回答数	1,943		1,945		2,085	

共生型サービスを実際に実施しているのは1.7%の事業所で、「検討・実施準備している」が9.8%となっており、「実施しておらず、検討もしていない」事業所が88.5%を占めている。

表2.1-19 共生型サービスの実施状況

	該当数	割合
実施している	33	1.7%
検討・実施準備している	186	9.8%
実施しておらず、検討もしていない	1,685	88.5%
回答数	1,904	

共生型サービスを実施している事業所において実施している事業としては、市町村指定の「基準該当生活介護」が51.9%、都道府県指定の「生活介護」が44.4%、都道府県指定の「短期入所」が29.6%、市町村指定の「基準該当短期入所」が22.2%などとなっており、生活介護系と短期入所系の事業が多くなっている。

表2.1-20 共生型サービスで実施している事業

該当数	割合
都道府県指定	生活介護
	12
	44.4%
	自立訓練
	3
	11.1%
市町村指定	放課後等デイサービス
	4
	14.8%
	児童発達支援
	3
	11.1%
その他	短期入所
	8
	29.6%
	基準該当生活介護
	14
	51.9%
	回答数
	27

共生型サービスを実施している事業所の直近3カ月間の利用状況をみると、1カ月の延べ利用人数の平均は、「生活介護（基準該当含む）」で8月が26.3人、9月が26.3人、10月が32.5人となっている。また「短期入所（基準該当含む）」では、8月が6.6人、9月が6.3人、10月が6.8人となっている。

表2.1-21 直近3カ月での利用状況

	該当数	8月1カ月の延べ利用人数	9月1カ月の延べ利用人数	10月1カ月の延べ利用人数	(平均人数)
生活介護（基準該当含む）	16	26.3	26.3	32.5	
自立訓練（基準該当含む）	1	0.0	0.0	6.0	
放課後等デイサービス（基準該当含む）	1	46.0	32.0	34.0	
児童発達支援（基準該当含む）	1	17.0	14.0	4.0	
短期入所（基準該当含む）	12	6.6	6.3	6.8	
日中一時支援	3	4.3	4.3	5.3	
その他	1	2.0	2.0	2.0	

2.2 運営推進会議・外部評価

(1) 運営推進会議の委員構成

運営推進会議の委員の構成としては、「利用者」が99.9%と最も多く、次いで「地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）」が97.4%で、ほとんどの事業所が運営推進会議の委員としている。以下、「地域包括支援センター職員」(81.9%)、「利用者の家族」(81.1%)、「市区町村職員」(59.7%)などとなっている。また、委員の総数の平均は9.4人で、内訳は「地域住民の代表」が2.9人、「利用者の家族」が1.7人、「利用者」が1.1人などとなっている。

なお、「小規模多機能型居宅介護知見を有するもの」の内容としては、「他の事業所職員」、「管理者」、「ケアマネ」、それらを除く「当該事業所や事業グループの職員」が半数以上を占め、それ以外では「グループホーム関係職員」、「老人ホーム関係職員」、「介護支援専門員」、「地域の施設・機関・団体」などとなっている。

また、「その他」の内容としては、自事業所の管理者など「自事業所・グループ職員」が半数以上を占め、それ以外では「近隣・地域住民」、「警察・駐在所職員・消防署職員」、「ボランティア」などとなっている。

表2.2-1 運営推進会議の構成

	平均人数	該当数	割合
総 数	9.4	1,996	100.0%
委員構成	利用者	1.1	1,995
	利用者の家族	1.7	1,619
	地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）	2.9	1,944
	市区町村職員	0.7	1,191
	地域包括支援センター職員	0.9	1,634
	小規模多機能型居宅介護について知見を有する者	0.7	842
	社会福祉協議会職員	0.2	251
	医師	0.1	118
	その他	1.0	795
	回答数	1,996	

(2) 運営推進会議の実施頻度

運営推進会議の実施頻度は、6回が83.7%と最も多くなっている。

表 2.2-2 運営推進会議の実施頻度

	該当数	割合
7回以上	68	3.4%
6回	1,653	83.7%
5回	116	5.9%
4回	57	2.9%
3回	47	2.4%
2回	22	1.1%
1回	6	0.3%
0回	7	0.4%
回答数	1,976	

(3) 開催できていない理由

運営推進会議の実施頻度が4回以下の事業所（139事業所）に対して運営推進会議が開催できていない理由をたずねたところ、「開設して間もないから」が32.2%と最も多く、次いで「サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから」が29.6%などとなっている。

なお、「その他」の内容としては、「行政側の了承の開催回数」が多く、それ以外では「構成員の都合が合わなかった」などとなっている。

表 2.2-3 開催できていない理由

	該当数	割合
開設して間もないから	37	32.2%
関係者にどのように声掛けし、組織したらよいかがわからぬから	0	0.0%
近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから	7	6.1%
サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから	34	29.6%
運営推進会議を実施する意味がわからないから	0	0.0%
その他	37	32.2%
回答数	115	

(4) 運営推進会議の合同開催状況

運営推進会議を圏域の事業所と合同開催している事業所は全体の26.8%となっている。

表 2.2-4 運営推進会議の合同開催の有無

	該当数	割合
合同開催している	518	26.8%
合同開催していない	1,418	73.2%
回答数	1,936	

(5) 運営推進会議の合同開催の相手

運営推進会議を合同で開催している事業所（518 事業所）に対して合同開催の相手をたずねたところ、「同一法人の事業所で合同開催している」が 91.8%と最も多く、次いで「同一法人の事業所ではない」が 5.9%、「同一法人で開催の回と、別法人の事業所との開催の回の両方がある」が 2.3%となっている。

表 2.2-5 運営推進会議の合同開催の相手

	該当数	割合
同一法人の事業所で合同開催している	469	91.8%
同一法人の事業所ではない	30	5.9%
同一法人で開催の回と、別法人の事業所との開催の回の両方がある	12	2.3%
回答数		511

(6) 運営推進会議の場の意義

運営推進会議の議題（会議の意義）は、「地域の課題や防災等について考える場」が 89.2%と最も多く、次いで「利用者の困りごとを相談する場」が 67.0%、

「今後の地域の姿について考える場」が 58.1%、「地域主催の行事を話し合う場」が 50.3%、「利用者に限らず困りごとを相談する場」が 48.7%などとなっている。

なお、「その他」の内容としては、「事業所の運営・活動・取組状況の報告の場」や「事業所と地域の情報交換の場」が大部分を占めている。

表 2.2-6 運営推進会議の議題

	該当数	割合
利用者の新たな役割を考える場	649	33.0%
利用者の困りごとを相談する場	1,317	67.0%
利用者に限らず困りごとを相談する場	958	48.7%
地域の課題や防災等について考える場	1,755	89.2%
今後の地域の姿について考える場	1,142	58.1%
学生や教員の学習の場	85	4.3%
専門職の学習の場	249	12.7%
住民の学習の場	541	27.5%
知り合いを増やすことができる場	760	38.6%
地域にいる人材の発掘・活用の場	556	28.3%
地域にある商店・企業とのコラボ	134	6.8%
地域主催の行事を話し合う場	989	50.3%
その他	148	7.5%
回答数		1,967

(7) サービス評価の実施状況

サービス評価の実施状況では、「運営推進会議を活用した評価」の実施が 82.9%で最も多く、昨年度（76.1%）より約 7 ポイント増加している。また、

「外部評価機関によるサービス評価」の実施は 6.9%で、昨年度（17.0%）より約 10 ポイントの減少となっている。なお、「実施していない」事業所は 10.2%となっている。

表 2.2-7 サービス評価の実施状況

	2018年		2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
①スタッフ個別評価を行った	-	-	1,548	78.1%	1,464	68.6%
②事業所自己評価を行った	-	-	1,630	82.2%	1,527	71.6%
③運営推進会議における評価を行った	1,634	82.9%	1,509	76.1%	1,659	77.7%
④外部評価機関によるサービス評価を実施した	135	6.9%	337	17.0%	293	18.4%
⑤実施していない	201	10.2%	147	7.4%	150	7.0%
回答数	1,970		1,982		2,134	

注) 2018 年は選択肢①、②が無い单一回答設問、それ以外は複数回答設問。

実施したサービス評価への自治体・地域包括支援センターの参加については、「地域包括支援センター」の参加が 75.7% と昨年度 (68.9%) よりも約 8 ポイントの増加、「市町村」の参加は 53.0% と昨年度 (48.6%) から約 4 ポイントの微増となっており、この結果、「どちらも参加していない」が昨年度の 15.0% から 6.1% と昨年より大幅減となっている。なお、『どちらも参加している』事業所は 604 事業所で 34.8% となっている。

表 2.2-8 サービス評価への自治体・地域包括支援センターの参加

	2018年		2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
市町村が参加	920	53.0%	931	48.6%	1,034	50.3%
地域包括支援センターが参加	1,313	75.7%	1,319	68.9%	1,404	68.4%
どちらも参加していない	106	6.1%	288	15.0%	330	16.1%
回答数	1,735		1,914		2,054	

2.3 ケアマネジメント等の状況

(1) 使用しているケアプラン

使用しているケアプランをみると、「居宅介護サービス計画書」の使用が 73.4% (1,445 事業所) と最も多い。一方、「ライフサポートワーク」は 17.3% となっているが、「併用」(7.6%) を合わせると 24.9% が使用しており、昨年よりも 3 ポイント程度増加している。

表 2.3-1 ケアプランの使用状況

	2018年		2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
ライフサポートワークを使用	340	17.3%	430	21.8%	445	20.6%
居宅介護サービス計画書を使用	1,445	73.4%	1,570	79.6%	1,731	80.0%
ライフサポートプランと居宅介護サービス計画書を併用	150	7.6%	-	-	-	-
その他	33	1.7%	30	1.5%	73	3.4%
回答数	1,968		1,972		2,163	

注) 2018 年は单一回答設問、それ以外は複数回答設問で「併用」の選択肢が無い。

(2) ライフサポートプランを使用しない理由

ライフサポートプランを使用しない理由をみると、「ソフトがない、居宅介護サービス計画書のソフトが入っているから」が 61.7% (27 事業所) と最も多く、以下、「使いづらい」が 15.9%、「ライフサポートプランがわからない」が 12.7% などとなっている。

なお、を内容としては、「会社が指定したソフトを使用」、「居宅介護サービス計画書が使い慣れている」が多く、それ以外では「現在使用中のソフトからの切り替えが面倒」、「市町村が使用に難色を示している」などとなっている。

表 2.3-2 ライフサポートプランを使用しない理由

	該当数	割合
ライフサポートプランがわからない	191	12.7%
使いづらい	239	15.9%
ソフトがない、居宅介護サービス計画書のソフトが入っているから	927	61.7%
保険者が認めていないから	32	2.1%
その他	113	7.5%
回答数	1,502	

2.4 サービスの提供体制・スタッフ状況

(1) 職員数

職員数の平均をみると、総数が 15.20 人、常勤が 8.53 人、非常勤が 6.82 人で、常勤換算人数は 10.79 人となっている。

介護職員については、常勤職員の常勤換算で専従が 5.22 人、兼務が 0.78 人、非常勤職員の常勤換算で専従が 2.44 人、兼務が 0.37 人で、合わせて 8.81 人となり、総数（常勤換算）の概ね 8 割を占めている。

なお、「その他」の内容としては、「事務員」、「調理員」、「送迎運転手」、「栄養士」が多くなっている。

表 2.4-1 職員数

		(平均人数)			
		常勤		非常勤	
職員総数		15.20			
常勤・非常勤		8.53		6.82	
常勤換算人数		10.79			
		常勤		非常勤	
管理者	専従	実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
	兼務	0.85	0.52		
計画作成担当者	専従	0.18	0.15	0.06	0.04
	兼務	0.80	0.42	0.11	0.05
看護職員	専従	0.58	0.52	0.59	0.27
	兼務	0.25	0.18	0.31	0.13
介護職員	専従	5.66	5.22	4.44	2.44
	兼務	1.15	0.78	0.84	0.37
その他	専従	0.10	0.06	0.45	0.18
	兼務	0.10	0.06	0.17	0.07

(2) 職員の年齢別構成

回答のあった 1,962 事業所の職員の総数は 29,438 人で、平均人数は 15.00 人であった。

年齢構成をみると、「31～50 歳」が 42.4% で最も多く、平均人数でも 6.37 人と最も高くなっている。次いで「51～60 歳」が 23.4%（平均人数 3.51 人）、「61～70 歳」が 19.9%（平均人数 2.99 人）などとなっており、61 歳以上が合わせて 24.0% と全体の 1/4 を占めている。

一方、30 歳以下の割合は 10.2% と全体の 1 割程度にとどまっている。

表 2.4-2 職員の年齢別構成

	総人数	割合	平均人数
~20 歳	240	0.8%	0.12
21～30 歳	2,754	9.4%	1.40
31～50 歳	12,492	42.4%	6.37
51～60 歳	6,885	23.4%	3.51
61～70 歳	5,859	19.9%	2.99
71 歳以上	1,208	4.1%	0.62
合計	29,438	100.0%	15.00

(3) 現状の職員の充足状況

現状の職員数は、「ほぼ足りている」(47.9%) と「十分足りている」(5.6%) を合わせた『足りている』が 53.5% (1,053 事業所) となっている。

一方、「あまり足りていない」(40.1%) と「まったく足りない」(6.4%) を合わせた『足りていない』が 46.5% と半数近くの事業所が職員不足 (916 事業所) としている。

なお、昨年度と比べて、充足状況の傾向についてはほとんど差はみられない。

表 2.4-3 現状の職員の充足状況

	2018年			2017年		
	該当数	割合	不足人数 平均	該当数	割合	不足人数 平均
十分足りている	110	5.6%		125	6.3%	
ほぼ足りている	943	47.9%		945	47.5%	
あまり足りていない	789	40.1%	1.73	813	40.9%	1.76
まったく足りない	127	6.4%	2.85	105	5.3%	2.73
回答数	1,969			1,988		

現状の職員の充足状況を都道府県別にみると、山形県、神奈川県、栃木県、三重県、大阪府、和歌山県、山口県、徳島県、愛媛県、高知県、長崎県、熊本県、鹿児島県、沖縄県の 14 府県で『足りている』事業所が 60% 以上となっており、特に和歌山県が 87.5% と高い。

一方、宮城県、東京都、三重県、奈良県、香川県の 5 都県で『足りていない』事業所が 60% 以上となっている。

表 2.4-4 都道府県別の職員の充足状況

	該当数	北海道	東北地方					
			青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県
全 体	1,966 100.0%	134 100.0%	29 100.0%	44 100.0%	27 100.0%	40 100.0%	41 100.0%	35 100.0%
足りている	1,052 53.5%	69 51.5%	15 51.7%	20 45.5%	10 37.0%	20 50.0%	25 61.0%	18 51.4%
足りていない	914 46.5%	65 48.5%	14 48.3%	24 54.5%	17 63.0%	20 50.0%	16 39.0%	17 48.6%

	関東地方						
	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県
全 体	18 100.0%	29 100.0%	29 100.0%	40 100.0%	56 100.0%	56 100.0%	97 100.0%
足りている	10 55.6%	16 55.2%	13 44.8%	17 42.5%	26 46.4%	22 39.3%	60 61.9%
足りていない	8 44.4%	13 44.8%	16 55.2%	23 57.5%	30 53.6%	34 60.7%	37 38.1%

	中部地方								
	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県
全 体	86 100.0%	40 100.0%	33 100.0%	30 100.0%	4 100.0%	39 100.0%	31 100.0%	43 100.0%	51 100.0%
足りている	44 51.2%	17 42.5%	17 51.5%	16 53.3%	2 50.0%	21 53.8%	16 51.6%	24 55.8%	23 45.1%
足りていない	42 48.8%	23 57.5%	16 48.5%	14 46.7%	2 50.0%	18 46.2%	15 48.4%	19 44.2%	28 54.9%

	近畿地方						
	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県
全 体	30 100.0%	34 100.0%	61 100.0%	81 100.0%	79 100.0%	13 100.0%	16 100.0%
足りている	12 40.0%	20 58.8%	35 57.4%	49 60.5%	41 51.9%	4 30.8%	14 87.5%
足りていない	18 60.0%	14 41.2%	26 42.6%	32 39.5%	38 48.1%	9 69.2%	2 12.5%

	中国地方					四国地方			
	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県
全 体	19 100.0%	33 100.0%	57 100.0%	78 100.0%	32 100.0%	8 100.0%	15 100.0%	40 100.0%	12 100.0%
足りている	9 47.4%	17 51.5%	29 50.9%	43 55.1%	21 65.6%	5 62.5%	5 33.3%	26 65.0%	8 66.7%
足りていない	10 52.6%	16 48.5%	28 49.1%	35 44.9%	11 34.4%	3 37.5%	10 66.7%	14 35.0%	4 33.3%

	九州・沖縄地方							
	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県
全 体	89 100.0%	17 100.0%	48 100.0%	62 100.0%	15 100.0%	17 100.0%	55 100.0%	23 100.0%
足りている	48 53.9%	8 47.1%	29 60.4%	39 62.9%	8 53.3%	10 58.8%	35 63.6%	16 69.6%
足りていない	41 46.1%	9 52.9%	19 39.6%	23 37.1%	7 46.7%	7 41.2%	20 36.4%	7 30.4%

※「足りている」は「十分足りている」と「ほぼ足りている」、「足りていない」は「あまり足りていない」と「まったく足りていない」を合わせた事業所数。

※  は60%以上の回答を表す。

(4) 自治体からの実地・集団指導の状況

自治体からの実地指導の状況は、「3年以内に1度は実地指導がある」が49.0%（931事業所）と最も多く、次いで「5年に1度程度、実地指導がある」が37.2%（707事業所）などとなっており、昨年と比べて「5年に1度程度」は約6ポイントの増加、「3年以内に1度」は約4ポイントの減少となっている。

一方、「5年以上実地指導がない」は9.6%（183事業所）となっている。

表 2.4-5 自治体からの実地指導の状況

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
毎年1度は実地指導がある	79	4.2%	89	4.7%
3年以内に1度は実地指導がある	931	49.0%	1,000	52.9%
5年に1度程度、実地指導がある	707	37.2%	597	31.6%
5年以上実地指導がない	183	9.6%	205	10.8%
回答数	1,900		1,891	

自治体からの集団指導の状況は、「毎年1度以上集団指導がある」が63.5%（1,196事業所）と最も多く、次いで「3年以内に1度は集団指導がある」が17.0%（320事業所）となっており、昨年と比べて大きな差はみられない。

一方、「3年以上集団指導はない」は19.5%（367事業所）となっている。

表 2.4-6 自治体からの集団指導の状況

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
毎年1度以上集団指導がある	1,196	63.5%	1,182	62.6%
3年以内に1度は集団指導がある	320	17.0%	349	18.5%
3年以上集団指導はない	367	19.5%	357	18.9%
回答数	1,883		1,888	

(5) 介護ロボットやICTの導入状況

介護ロボットやICTの導入の状況をみると、「検討していない」が72.3%（1,418事業所）と最も多く、次いで「導入を検討している」が12.0%（235事業所）などとなっている。

一方、「導入している」事業所は6.7%（132事業所）にとどまっている。

表 2.4-7 介護ロボットやICTの導入状況

	該当数	割合
導入している	132	6.7%
導入を検討している	235	12.0%
導入を検討したいと思っているが、どうすればよいかわからない	175	8.9%
検討していない	1,418	72.3%
回答数	1,960	

介護ロボットやＩＣＴを「導入している」と回答した132事業所に対し、導入しているタイプについてたずねたところ、「コミュニケーション・セキュリティ型」が38.9%（49事業所）と最も多く、次いで「介護支援型」が29.4%（37事業所）となっている。

なお、その他の内容としては、「見守りシステム機能タイプ」や「タブレットを使用した介護記録システム」などが多くなっている。

表2.4-6 導入している介護ロボットやＩＣＴのタイプ

	該当数	割合
介護支援型	37	29.4%
自立支援型	3	2.4%
コミュニケーション・セキュリティ型	49	38.9%
その他	37	29.4%
回答数	126	

2.5 平成27年及び平成30年報酬改定後の状況

(1) 総合マネジメント体制加算

「加算を取っている」事業所が88.5%を占めており、昨年と比べて2.3ポイントの微増となっている。また、「加算が取れない」は8.3%、「加算が取れるのに取っていない」は2.6%となっている。

加算を取っていない（取れない）理由については、「加算の基準・条件を満たしていない」、「人手不足等のため事業所内の請求処理体制（資料の作成等）が不十分」、「地域での交流や活動等への参加が不十分」などが主となっている。

表2.5-1 総合マネジメント体制加算の取得状況

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
加算を取っている	1,720	88.5%	1,686	86.2%
加算を取れるのに取っていない	50	2.6%	107	5.5%
加算が取れない	162	8.3%	152	7.8%
加算を取れると思っていたが、取れないとの指導を市町村（保険者）からされた	11	0.6%	10	0.5%
回答数	1,943		1,955	

(2) 訪問体制強化加算

「加算を取っている」事業所は37.9%となっており、昨年（34.6%）より3.3ポイント増加している。

また、加算を取っていない理由としては、「要介護の訪問延べ回数が200回を超えていため取れない」が33.7%、「常勤の従業者を2名以上配置できなかったため取れない」が17.7%などとなっている。

なお、「その他」の主な内容としては、「人手不足で条件を満たす体制が取れていない」、「対象者がいない」、「現在準備中」などとなっている。

表 2.5-2 訪問体制強化加算の取得状況

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
加算を取っている	733	37.9%	673	34.6%
加算を取れるのに取っていない	79	4.1%	104	5.3%
常勤の従業者を2名以上配置できないので取れない	342	17.7%	430	22.1%
要介護の訪問延べ回数が200回を超えていないため取れない	652	33.7%	614	31.6%
登録者の総数のうち50%以上が同一建物の利用者のため取れない	99	5.1%	88	4.5%
加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村（保険者）から指摘された	1	0.1%	6	0.3%
その他	30	1.5%	30	1.5%
	回答数	1,936		1,945

(3) 看取り連携体制加算

「加算を取った」は4.7%と少なく、「対象となる利用者がいない」が57.5%と50%以上を占め、次いで「加算を取らなかった」が17.6%となっている。

「加算を取れるが取らなかった」または「加算を取らなかった」理由をみると、『常勤看護職員を配置できない』、『人員基準の体制が整っていない』との記述が多く、看護職員体制・配置に起因すると考えられる。また、『書類作成における職員の負担が大きい』との回答もみられた。

表 2.5-3 看取り連携体制強化加算の取得状況

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
加算を取った	89	4.7%	95	4.9%
加算を取れるが取らなかった	62	3.3%	48	2.5%
加算を取らなかった	335	17.6%	424	22.0%
看取ったが、看護職員配置加算Iを取得していないため取れない	267	14.0%	268	13.9%
看取ったが、看護師に24時間連絡できる体制を確保できていなかつたため取れない	57	3.0%	55	2.8%
対象となる利用者がいない	1,096	57.5%	1,041	53.9%
	回答数	1,906		1,931

(4) 短期利用居宅介護

短期利用居宅介護で活用できる部屋を確保可能な事業所は60.6%（967/1,597）で、確保している事業所での平均部屋数は2.07室となっており、昨年より0.3部屋程度増加している。

※0部屋も含めて回答の記入あり=1,597事業所、そのうち0以外の数値があるもの=967事業所

表 2.5-4 短期利用居宅介護の利用の有無と日数

短期利用居宅介護で活用できる部屋数（10月末日）	2018		2017	
	平均値	2018	平均値	2017
		中央値		中央値

過去1年間での利用の有無をみると、「利用があった」が20.4%となってい
る。また、その平均値は270.3日で、昨年より約105日多くなっている。

一方、中央値は40日となっているが、100日を超えるケースが少くない
ことから平均値は高くなっている。

表2.5-5 短期利用居宅介護の利用の有無と日数

	2018年				2017年			
	該当数	割合	平均値 (日)	中央値 (日)	該当数	割合	平均値 (日)	中央値 (日)
利用があった(延べ日)	373	20.4%	270.3	40.0	336	18.1%	165.6	21.0
利用なし	1,451	79.6%			1,521	81.9%		
回答数	1,824				1,857			

(5) 収支の状況

今年度の収支の状況をみると、「赤字」が最も多く34.4%、次いで「ほぼ均衡
している」が32.6%、「黒字」が23.2%となっており、昨年と比べて「黒字」
が2.2ポイントの増加となっている。

指定年度別にみると、開設1~3年目の事業所では「赤字」の割合が43.8%~
65.5%と多くなっている。

表2.5-6 収支の状況

	2018		2017		2016		2015	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
黒字	438	23.2%	392	21.0%	413	20.3%	236	15.9%
ほぼ均衡している	614	32.6%	635	34.0%	641	31.6%	470	31.7%
赤字	648	34.4%	641	34.4%	746	36.7%	554	37.4%
不明	184	9.8%	198	10.6%	231	11.4%	221	14.9%
回答数	1,884	100.0%	1,866	100.0%	2,031	100.0%	1,481	100.0%

表2.5-7 指定年度別にみた収支の状況

開設年度	黒字	ほぼ均衡 している	赤字	不明	該当数
(H18) 2006年度	22.4	36.8	22.4	18.4	76
(H19) 2007年度	19.2	37.5	32.7	10.6	208
(H20) 2008年度	26.9	31.1	35.9	6.0	167
(H21) 2009年度	24.1	37.5	30.4	8.0	112
(H22) 2010年度	36.9	25.4	27.9	9.8	122
(H23) 2011年度	30.1	30.1	29.0	10.8	176
(H24) 2012年度	20.8	43.7	26.9	8.6	197
(H25) 2013年度	25.8	33.6	32.0	8.6	128
(H26) 2014年度	20.4	33.8	38.9	7.0	157
(H27) 2015年度	23.2	31.1	37.1	8.6	151
(H28) 2016年度	20.2	24.7	43.8	11.2	89
(H29) 2017年度	7.1	17.7	65.5	9.7	113
(H30) 2018年度	9.7	12.9	45.2	32.3	31
総計	23.0	32.4	34.9	9.8	1727

(6) 若年性認知症利用者受入加算

「加算を取った」事業所は3.8%と少なく、「対象となる利用者がいない」が86.9%を占め、次いで「認知症加算と併用になるため取っていない」が6.9%などとなっている。

また、加算を取った人数は平均で1.71人、加算を取れるが取らなかつた人数の平均は1.14人、認知症加算と併用になるため取っていない人数の平均は1.10人であった。

表 2.5-8 若年性認知症利用者受入加算の取得状況

	該当数	割合
加算を取った	74	3.8%
加算を取れるが取らなかつた	32	1.6%
認知症加算と併用となるため取っていない	136	6.9%
対象となる利用者がいない	1,702	86.9%
加算の内容がわからない・知らないので取っていない	21	1.1%
回答数	1,959	

表 2.5-9 若年性認知症利用者受入加算を取った人数、取らなかつた人数

	該当数	平均値 (人)	中央値 (人)
加算を取った人数	62	1.71	1.00
加算を取れるが取らなかつた人数	14	1.14	1.00
認知症加算と併用となるため取れなかつた人数	71	1.10	1.00

(7) 栄養スクリーニング加算

「加算を取った」事業所は5.1%と少なく、「加算の取組みを実施していない」が52.0%を占め、次いで「対象となる利用者がいない」が34.1%などとなっている。

また、加算を取った人数は平均で16.88人、加算を取れるが取らなかつた人数の平均は11.46人であった。

表 2.5-10 栄養スクリーニング加算の取得状況

	該当数	割合
加算を取った	99	5.1%
加算を取れるが取らなかつた	72	3.7%
加算の取組みを実施していない	1,008	52.0%
対象となる利用者がいない	662	34.1%
加算の内容がわからない・知らないので取っていない	102	5.3%
回答数	1,940	

表 2.5-11 栄養スクリーニング加算を取った人数、取らなかつた人数

	該当数	平均値 (人)	中央値 (人)
加算を取った人数	75	16.88	18.00
加算を取れるが取らなかつた人数	26	11.46	7.50

(8) 生活機能向上連携加算

「加算Ⅰを取った」事業所は4.3%、「加算Ⅱを取った」事業所は1.8%といずれも少なく、「加算の取組みを実施していない」が44.9%を占め、次いで「対象となる利用者がいない」が29.2%などとなっている。

また、加算Ⅰを取った人数は平均で11.37人、加算Ⅱを取った人数の平均は13.29人であった。

表2.5-12 生活機能向上連携加算の取得状況

	該当数	割合
加算Ⅰを取った	82	4.3%
加算Ⅱを取った	35	1.8%
加算を取れるが取らなかった	67	3.5%
加算の取組みを実施していない	865	44.9%
協力してくれる医療機関や施設がないので取れない	253	13.1%
対象となる利用者がいない	563	29.2%
加算の内容がわからない・知らないので取っていない	106	5.5%
回答数	1,926	

表2.5-13 生活機能向上連携加算を取った人数

	該当数	平均値 (人)	中央値 (人)
加算Ⅰを取った人数	70	11.37	7.50
加算Ⅱを取った人数	24	13.29	4.50

2.6 入浴の状況

(1) 設置している入浴設備

設置している入浴設備としては「普通浴槽（個浴）」が最も多く90.2%（1,804事業所）が設置している。次いで「特殊浴槽（特浴・機械浴）」が44.1%となっている。

一方、「シャワーのみで浴槽がない」は1.1%（22事業所）みられる。

なお、「その他」の内容としては、「リフト浴」、「大浴槽」が多くなっている。

表2.6-1 設置している入浴設備

	該当数	割合
普通浴槽（個浴）	1,804	90.2%
特殊浴槽（特浴・機械浴）	882	44.1%
シャワーのみで浴槽がない	22	1.1%
その他	135	6.7%
回答数	2,001	

(2) 設置している設備では入浴が困難な利用者の有無

設置している入浴設備では入浴が困難な利用者がいる事業所は19.4%（385事業所）で、80.6%（1,597事業所）が「いない」と回答している。

なお、入浴が困難な利用者数の平均は2.4人となっている。

表2.6-2 設置している設備では入浴が困難な利用者の有無

	該当数	割合
いる	385	19.4%
いない	1,597	80.6%
回答数	1,982	

表2.6-3 設置している設備では入浴が困難な利用者の人数

	平均値 (人)	中央値 (人)
設置している入浴設備では入浴が困難な利用者の人数	2.40	2.00

(3) 訪問入浴介護の活用意向

訪問入浴介護が自宅や事業所で活用可能な場合、「利用したい」事業所は49.2%（951事業所）、「利用しようとは思わない」が50.8%（961事業所）で、ほぼ拮抗している。

表2.6-4 訪問入浴介護の活用意向

	該当数	割合
利用したい	951	49.2%
利用しようとは思わない	981	50.8%
回答数	1,932	

2.7 医療との連携

(1) 訪問看護・訪問リハビリの実施状況（平成30年10月の1か月間）

「(介護保険) 訪問看護ステーション（リハビリを除く）」は28.2%の事業所で実施しており、実施実績のあった事業所の平均利用者数は2.20人であった。

また、「(介護保険) 訪問看護ステーション（リハビリを含む）」は23.6%で平均2.35人、「(介護保険) 訪問リハビリテーション」は20.4%で平均利用者数1.96人、「(医療保険) 訪問看護ステーション」は20.0%で平均利用者数が1.43人と、「(介護保険) 訪問リハビリテーション」の平均値を除けば、4項目の実施割合、平均利用者数ともに昨年よりも増加している。

表2.7-1 訪問看護・訪問リハビリの状況

	2018年			2017年		
	該当数	割合	平均値	該当数	割合	平均値
(介護保険) 訪問看護ステーション (リハビリを除く)	564	28.2%	2.20	487	24.1%	2.17
(介護保険) 訪問看護ステーション (リハビリを含む)	472	23.6%	2.35	396	19.6%	2.24
(介護保険) 訪問リハビリテーション	408	20.4%	1.96	366	18.1%	2.09
(医療保険) 訪問看護ステーション	400	20.0%	1.43	326	16.1%	1.37
全体	2,001			2,020		

※平均値は利用者が1人以上あった事業所で算出。

(2) 訪問診療を受けられなかったケース

30日以上の宿泊の利用中に訪問診療を受けられなかった事例の有無についてたずねたところ、「事例がある」は7.9%（152事業所）で、「事例はない」が92.1%を占めた。なお、事例があった場合の該当人数は平均2.23人であった。

また、訪問診療を受けられなかった理由としては、「訪問診療を受けるために自宅へ戻った」が59.6%と最も多く、以下、「入院になった」が8.8%などとなっている。

なお、「その他」の内容としては、ほとんどが「医療機関へ通院（受診）したため」となっている。

表2.7-2 30日以上の宿泊時に訪問診療を受けられなかったケースの有無

	該当数	割合
事例がある	152	7.9%
事例はない	1,768	92.1%
回答数	1,920	

表2.7-3 30日以上の宿泊時に訪問診療を受けられなかった人数

	平均値 (人)	中央値 (人)
30日以上の宿泊を利用されているときに、訪問診療を受けられなかった人数	2.23	1.00

表2.7-4 30日以上の宿泊時に訪問診療を受けられなかった理由

	該当数	割合
訪問診療を受けるためだけに自宅へ戻った	81	59.6%
入院になった	12	8.8%
主治医が変わった	7	5.1%
契約終了となり施設入所となった	5	3.7%
その他	31	22.8%
回答数	136	

(3) 看取りを行ったケース

平成29年11月1日～平成30年10月31日の1年間で、死亡まで事業所が関わったケースは全体の89.9%で、事業所当たりの平均人数は2.29人となっている。その内訳では「死亡場所は医療機関」が38.0%で最も多く、看取りを行った事業所全体の約42%を占めている。また、「死亡場所は事業所」は26.3%、「死亡場所は自宅」は21.8%で、合わせると看取りを行ったことがあるケース全体の約53%となっている。

なお、昨年と比べると、割合については事業所が関わった総ケース数で約5ポイント、死亡場所が「事業所」や「自宅」で3ポイント程度増加しており、「医療機関」では微減となっている。平均値については大きな違いはみられない。

なお、死亡まで事業所が関わったケースにおける他の死亡場所としては、「サ高住」、「有料老人ホーム」、「グループホーム」など様々である。また、看取りの他のケースとしては、主に「登録解除し入院後」となっている。

表 2.7-5 事業所の看取りケースと死亡場所

	2018年			
	ケース数	割合	該当数	平均値
死亡まで事業所が関わったケース	1,906	89.9%	833	2.29
	うち死亡場所は事業所	558	26.3%	324
	うち死亡場所は自宅	461	21.8%	329
	うち死亡場所は医療機関	805	38.0%	434
	その他	49	2.3%	26
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	185	8.7%	111	1.67
その他	61	2.9%	31	1.97
ケース全体	2,119			

	2017年			
	ケース数	割合	該当数	平均値
死亡まで事業所が関わったケース	2,084	84.4%	879	2.37
	うち死亡場所は事業所	558	22.6%	343
	うち死亡場所は自宅	474	19.2%	327
	うち死亡場所は医療機関	999	40.5%	546
	その他	43	1.7%	22
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	327	13.2%	174	1.88
その他	68	2.8%	33	2.06
ケース全体	2,469			

※平均値は利用者が1人以上あった事業所で算出。

(3) 外部の看護師との連携

①発生した事象や利用者への対応

利用者について発生した事象や対応があった割合は、「認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア」及び「利用者の急変時の対応・救急処置」とともに69.2%と最も多く、次いで「皮膚疾患や褥瘡のケア」が67.4%、「摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア」が61.8%などとなっている。

表 2.7-6 発生があった事象や利用者への対応

	該当数	有
認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア	1,863	69.2%
精神疾患（認知症以外）のケア	1,835	50.0%
皮膚疾患や褥瘡のケア	1,854	67.4%
がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア	1,816	29.1%
がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア	1,802	27.7%
看取りのケア	1,830	33.9%
摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア	1,856	61.8%
排泄に困難のある利用者へのケア	1,833	56.4%
脳卒中のリハビリテーション	1,809	25.3%
利用者の急変時の対応・救急処置	1,869	69.2%
災害時の利用者の安全・健康の確保	1,817	28.0%
感染症の予防や発生時の対応	1,837	51.4%

②発生した事象や対応についての外部看護師による支援・助言の利用意向

利用者について発生した事象や対応について、専門の知識・技術を有する外部の看護師からの支援・助言を受ける仕組みがあった場合の利用意向をみると、「積極的に利用したい」の割合は「利用者の急変時の対応・救急措置」が36.2%と最も多く、次いで「感染症の予防や発生時の対応」が33.4%、「摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア」が32.9%、「皮膚疾患や褥瘡のケア」が32.4%、などとなっている。

また、「条件が合えば利用したい」の割合は、概ね50%前後の値を示している。

事象や対応の発生率と利用意向の割合の関係についてみると、「利用者の急変時の対応・救急措置」において、事象や対応の発生率の高さに比例して利用意向も比較的高くなっているといえる。

表 2.7-7 事象や対応についての外部看護師による支援・助言の利用意向

	該当数	積極的に利用したい	条件が合えば利用したい	利用するつもりはない	わからない
認知症のBPSDやせん妄への対応・ケア	1,766	26.4%	53.4%	12.2%	8.0%
精神疾患（認知症以外）のケア	1,741	27.9%	54.5%	8.0%	9.5%
皮膚疾患や褥瘡のケア	1,785	32.4%	50.8%	9.6%	7.1%
がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア	1,694	30.2%	51.2%	7.6%	11.0%
がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア	1,669	26.4%	54.0%	8.1%	11.5%
看取りのケア	1,701	31.0%	48.6%	10.4%	10.1%
摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア	1,768	32.9%	51.3%	8.6%	7.2%
排泄に困難のある利用者へのケア	1,739	26.6%	52.8%	11.6%	9.0%
脳卒中のリハビリテーション	1,692	24.6%	52.7%	10.8%	11.9%
利用者の急変時の対応・救急処置	1,791	36.2%	46.1%	9.5%	8.3%
災害時の利用者の安全・健康の確保	1,702	29.9%	51.0%	8.7%	10.4%
感染症の予防や発生時の対応	1,750	33.4%	48.2%	9.8%	8.6%

③外部看護師による支援・助言を利用するための条件

利用者について発生した事象や対応について、専門の知識・技術を有する外部の看護師からの支援・助言を受けるための条件としては、「利用者宅や事業所に支援に来てくれる」が63.9%と最も多く、次いで「困ったときすぐにすぐ支援が受けられる」が58.6%、「電話やメールで相談ができる」が31.7%、「経費が介護報酬等で補てんされる」が26.3%などとなっている。

表 2.7-8 事象や対応についての外部看護師による支援・助言の利用条件

	該当数	割合
利用者宅や事業所に支援に来てくれる	1,053	63.9%
電話やメールで相談ができる	522	31.7%
困ったときにすぐ支援が受けられる	965	58.6%
定期的に支援が受けられる	208	12.6%
経費が介護報酬等で補てんされる	433	26.3%
利用の申込・調整の手続きが煩雑でない	223	13.5%
その他	15	0.9%
回答数	1,647	

2.8 利用者を自宅や地域で支えるための工夫（ケアの「見える化」「見せる化」）

(1) 利用者が自宅や地域で過ごす安心・安全のための工夫

利用者が自宅や地域で過ごす安心・安全のために実施している工夫としては、「民生委員と連絡を取っている」が 66.3%（1,306 事業所）と最も多く、次いで「ご近所や友人と連絡を取っている」が 55.3%、「地域の自治会・老人会と連携している」が 39.1%、「地域の商店と連携している」が 24.5%などとなっている。

なお、「その他」の内容としては、「配食サービス業者」、「家族」、「包括支援センター」、「医療機関」などとなっている。

表 2.8-1 利用者が自宅や地域で過ごす安心・安全のための工夫

	該当数	割合
民生委員と連絡を取っている	1,306	66.3%
ご近所や友人と連絡を取っている	1,089	55.3%
地域の見守りネットと連携している	395	20.1%
地域の自治会・老人会と連携している	769	39.1%
地域の商店と連携している	482	24.5%
保育園・幼稚園・学校と連携している	226	11.5%
警察・消防と連携している	597	30.3%
その他	122	6.2%
いずれもあてはまらない	180	9.1%
回答数	1,969	

(2) 利用者と地域との関わりに費やした時間

利用者が自宅や地域で過ごす時間を支えるために、利用者に直接行う介護サービス以外に利用者と地域との関わりに費やした時間は、「1 時間未満」が 44.6%（866 事業所）と最も多く、次いで「1 時間～2 時間未満」が 23.3%、「2 時間～3 時間未満」が 5.2%などとなっており、「全くない」は 21.6%となっている。

表 2.8-2 利用者が自宅や地域で過ごす安心・安全のための工夫

	該当数	割合
全くない	420	21.6%
1 時間未満	866	44.6%
1 時間～2 時間未満	452	23.3%
2 時間～3 時間未満	101	5.2%
3 時間以上	101	5.2%
回答数	1,940	

(3) 認知症になっても利用者の送りたい暮らしを実現できるための工夫

認知症になっても、利用者が自宅や地域でできることを奪わず、送りたい暮らしを実現するために実施している工夫としては、「利用者のなじみのある暦や習慣、風習、ならわしなどを尊重している」が 77.6%（1,529 事業所）と最も多く、次いで「利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている」が 67.6%、「要介護度が高くなっても、自宅や地域・社会での役割を考えて支援している」が 36.0%、「要介護度が高くなっても、登録者が地域で忘れられないよう工夫している」が 24.2%などとなっており、「特になし」は 6.3%となっている。

なお、「その他」の内容としては、「地域の行事や催しへの参加」が多く、それ以外には「サロンやカフェへの参加」、「事業者内での役割発揮」などとなっている。

表 2.8-3 認知症になっても利用者の送りたい暮らしを実現できるための工夫

	該当数	割合
利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている	1,331	67.6%
利用者のなじみのある暦や習慣、風習、ならわしなどを尊重している	1,529	77.6%
要介護度が高くなっても、自宅や地域・社会での役割を考えて支援している	710	36.0%
要介護度が高くなっても、登録者が地域で忘れられないよう工夫している	477	24.2%
利用者とともに事業所や地域のいま（今）と今後を考え、「あつたらいいな」を形にしている	278	14.1%
その他	67	3.4%
特になし	125	6.3%
回答数	1,970	

(4) 利用者の役割づくりについて行っている取り組み

利用者の役割づくりについて行っている取り組みとしては、「日ごろ作成した作品等を文化祭などへ出品し、生きがいや役割につなげている」が 40.8%（806 事業所）と最も多く、次いで「利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み」が 34.4%、「事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう」が 16.2%などとなっており、「特になし」は 22.9%となっている。

なお、「その他」の内容としては、『配膳、食器洗いの手伝い』や『洗濯物のたたみ』など、「事業所内での作業の手伝い」の詳細な内容の記述が多く、それ以外には「近隣の清掃」、「地域行事への参加」、「地域の子どもたちとの触れ合い」などとなっている。

表 2.8-4 利用者の役割づくりについて行っている取組

	該当数	割合
利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み	680	34.4%
利用者と一緒に小中学校等へ行って行う活動	140	7.1%
日ごろ作成した作品等を文化祭などへ出品し、生きがいや役割につなげている	806	40.8%
事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう	319	16.2%
利用者の就労支援	49	2.5%
その他	193	9.8%
特になし	453	22.9%
回答数	1,975	

(5) 介護保険サービス以外で持っている機能

介護保険サービス以外で持っている機能としては、「介護保険以外の地域の相談機能」が 40.1%（789 事業所）と最も多く、次いで「ボランティアのマッチング機能」が 18.0%、「地域包括支援センター（サブ・プランチ）」が 6.7%などとなっており、「特になし」は 43.6%となっている。

なお、「その他」の内容としては、主に「認知症カフェの運営」、サロン、カフェ等の「交流の場の運営・提供」、「子ども 110 番」、「災害時の避難場所」、「介護タクシー運行」などが挙げられている。

表 2.8-5 介護保険サービス以外で持っている機能

	該当数	割合
介護保険以外の地域の相談機能	789	40.1%
DV 等のシェルター機能	68	3.5%
ボランティアのマッチング機能	353	18.0%
地域包括支援センター（サブ・プランチ）	131	6.7%
その他	119	6.1%
特になし	858	43.6%
回答数	493	

(6) 登録を終了した利用者の家族との付き合いの有無

登録を終了した利用者の家族との付き合いの有無をみると、「ある」が 53.4%（1,050 事業所）で、「ない」（46.6%）をやや上回っている。

なお、付き合いのある家族数は平均 2.63 家族となっている。

表 2.8-6 登録を終了した利用者の家族との付き合いの有無

	該当数	割合
ある	1,050	53.4%
ない	915	46.6%
回答数	1,965	

表 2.8-7 登録終了後も付き合いのある利用者の家族数

	平均値 (家族)	中央値 (家族)
利用者が登録を終了した後もお付き合いのある家族数	2.63	2.00

(7) 利用者が地域で生活を継続するための課題の発掘及び解決の取り組みの有無

利用者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取り組みについての実施の有無をみると、「している」が 44.8%（868 事業所）で、「していない」（55.2%）を 10 ポイント程度下回っている。

表 2.8-8 利用者が地域で生活を継続するための課題の発掘及び解決の取り組みの有無

	該当数	割合
している	868	44.8%
していない	1070	55.2%
回答数		1,938

2.9 中重度要介護者への支援

(1) 中重度者在宅支援の有無

中重度者（要介護度 3, 4, 5）への在宅支援については、「支えている」事業所が 92.5%（1,817 事業所）を占めている。

表 2.9-1 中重度者在宅支援の有無

	2018		2017	
	該当数	割合	該当数	割合
支えている	1,817	92.5%	1,854	92.8%
支えていない	148	7.5%	143	7.2%
回答数		1,965	1,997	

(2) 中重度者を在宅で支えるにあたっての課題

中重度者を在宅で支えるにあたっての課題としては、「家族の意向による介護施設への入所」が 64.1%と最も多く、次いで「事業所内の人手不足」が 51.5%、「中重度になると入所系施設等へいってしまう」が 46.0%、「事業所内のスキル不足」が 43.2%などとなっている。

なお、「その他」の内容としては、利用者側に関する課題として、家族の介護に対する理解不足（意識・姿勢）や介護に費やす時間・体力の不足など「家族の協力」に関する課題が最も多く、これに「経済的な問題」も加わっている。

一方、事業所側の課題としては、主に入浴設備など「事業所の設備の不十分さ」が多く挙げられている。

表 2.9-2 中重度者を在宅で支えるにあたっての課題

	該当数	割合
事業所内の人手不足	986	51.5%
事業所内のスキル不足	827	43.2%
家族の意向による介護施設への入所	1227	64.1%
事業所による入所関係施設への移行	284	14.8%
中重度になると入所系施設等へいってしまう	880	46.0%
地域に中重度者がいない（紹介がない）	38	2.0%
保険者の意向	73	3.8%
その他	139	7.3%
回答数		1,914

2.10 地域等に対する取り組み

(1) 登録者の家族が抱える複合的な課題についての相談の有無

登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題についての相談の有無では、「ある」が77.0%となっており、昨年と比べて約4ポイントの増加となっている。また、相談件数では、事業所当たり平均4.59人（世帯）となっており、昨年と大きな差はみられない。

表 2.10-1 複合的な課題についての相談の有無

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
ある	1,499	77.0%	1,430	72.8%
ない	345	17.7%	453	23.1%
把握していない	103	5.3%	80	4.1%
回答数	1,947		1,963	

表 2.10-2 相談件数

	(平均値)	
	2018年	2017年
相談された件数〔人（世帯）〕	4.59	4.37

(2) 介護保険サービス以外の事業や取り組みの有無

介護保険サービス以外の事業や取り組みについて、「していない」事業所が58.5%で、「している」の38.1%を上回っており、「している」事業所は昨年とほぼ変わらない。

なお、「その他」の内容としては、前述“介護保険サービス以外で持っている機能”での記述内容と似通っており、主に「認知症カフェの運営」、サロン、カフェ等の「交流の場の運営・提供」などが挙げられている。

表 2.10-3 介護保険サービス以外の事業や取り組み

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
している	731	38.1%	768	39.0%
していない	1,122	58.5%	1,167	59.3%
その他	66	3.4%	34	1.7%
回答数	1,919		1,969	

(3) 地域の方の悩みの把握や相談等の持ち込みの有無

平成29年11月1日～平成30年10月31日の1年間に地域の方からの悩みを把握した、もしくは相談等が持ち込まれた経験が「あった」事業所は68.5%で、昨年と比べて7.4ポイントの増加となっている。

表 2.10-4 地域の方からの相談等の持ち込み

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
あった	1,339	68.5%	1,212	61.1%
なかった	526	26.9%	663	33.4%
把握していない	90	4.6%	110	5.5%
回答数	1,955		1,985	

また、地域の方から相談等のあった1,339事業所における相談等の件数は、「1～10件程度」が96.0%を占めているが、10件を超える相談を受けていた事業所もわずかだがみられる。

表 2.10-5 地域の方からの相談等の持ち込み件数（年間）

	2018年		2017年	
	該当数	割合	該当数	割合
1～10件程度	1,249	96.0%	1,106	93.9%
11～30件程度	44	3.4%	59	5.0%
31～50件程度	3	0.2%	7	0.6%
50件以上	5	0.4%	6	0.5%
回答数	1,301		1,178	

2.11 個票による利用者属性の分析

個票調査で得られた 38,956 人（1,907 事業所）を分析の対象とし、調査項目ごとに、有効回答を用いて分析を行った。

(1) 男女の割合

女性が 73.4% を占める。

表 2.11-1 利用者の男女比（調査年別）

男女比	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
女性	73.4%	73.5%	73.6%	73.4%	73.1%	72.7%	73.2%	73.1%
男性	26.6%	26.5%	26.4%	26.6%	26.9%	27.3%	26.8%	26.9%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,872	39,504	40,961	28,576	26,561			

(2) 平均年齢

女性利用者の平均年齢は 85.7 歳、男性の平均年齢は 83.1 歳となっている。2011 年以降は男女とも、わずかであるが平均年齢は年々上昇しており、2012 年と比較すると男女とも約 1 歳上昇している。

表 2.11-2 利用者の平均年齢（調査年別）

平均年齢	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
女性	85.7	85.5	85.4	85.3	85.1	84.8	84.8	84.4
男性	83.1	82.8	82.8	82.7	82.4	82.2	82.1	81.9
総計	85.0	84.8	84.7	84.6	84.4	84.1	84.1	83.7
回答数	38,617	39,108	40,422	28,332	26,379			

(3) 要介護度

要介護度の状況をみると、最も多いのは「要介護 1」で 26.2%、次いで「要介護 2」が 25.0%、「要介護 3」が 18.6% などとなっている。昨年と同様の傾向であるが、「要介護 2」が 0.4 ポイントの微増となった。

表 2.11-3 利用者の要介護度（調査年別）

要介護度	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
要支援 1	4.7%	4.9%	4.9%	4.6%	4.2%	4.2%	3.3%	3.7%
要支援 2	6.2%	6.1%	6.1%	6.0%	5.4%	5.5%	5.0%	5.1%
要介護 1	26.2%	26.2%	25.7%	24.9%	24.1%	22.9%	21.9%	21.3%
要介護 2	25.0%	24.6%	24.5%	24.5%	24.5%	24.8%	25.0%	24.9%
要介護 3	18.6%	18.7%	19.4%	19.4%	20.0%	20.4%	21.8%	20.9%
要介護 4	12.3%	12.5%	12.3%	12.4%	13.6%	13.8%	14.2%	15.1%
要介護 5	6.9%	7.0%	7.1%	8.1%	8.2%	8.4%	8.9%	8.9%
審査中	0.0%	-	-	-	-	-	-	-
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,834	39,506	40,846	28,561	26,517			

(4) 日常生活自立度

最も多いのは「A2」で26.1%、次いで「A1」が24.0%、「J2」が14.9%などとなっている。昨年より「J2」が微増、「A2」が微減となっている。

表 2.11-4 利用者の日常生活自立度（調査年別）

日常生活 自立度	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
自立	2.3%	2.4%						
J 1	5.2%	4.9%	4.8%	5.0%	6.3%	6.6%	6.6%	6.2%
J 2	14.9%	14.5%	15.8%	15.3%	14.5%	14.9%	14.0%	14.9%
A 1	24.0%	23.9%	24.3%	23.9%	23.3%	23.1%	23.4%	23.2%
A 2	26.1%	26.5%	26.7%	26.5%	26.4%	26.5%	26.6%	25.9%
B 1	10.9%	10.8%	11.1%	11.2%	11.1%	10.7%	11.2%	11.1%
B 2	12.0%	12.0%	12.3%	12.5%	12.9%	12.7%	12.8%	12.4%
C 1	2.3%	2.5%	2.5%	2.8%	2.7%	2.7%	2.8%	3.1%
C 2	2.3%	2.4%	2.5%	2.8%	2.7%	2.8%	2.8%	3.1%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	35,294	36,600	36,435	25,527	24,512			

(5) 認知症の日常生活自立度

最も多いのは「II b」で24.2%、次いで「III a」が21.7%、「II a」が15.0%、「I」が14.4%などとなっている。昨年とほぼ同様の傾向であるが、「II a」、「自立」が微増、「I」が微減となっている。

表 2.11-5 利用者の認知症自立度（調査年別）

認知症 自立度	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
自立	7.0%	6.7%	7.2%	7.2%	7.5%	7.6%	7.0%	7.0%
I	14.4%	14.8%	14.9%	15.0%	14.2%	14.2%	13.5%	14.0%
II a	15.0%	14.7%	13.7%	13.5%	13.8%	13.5%	14.1%	13.7%
II b	24.2%	24.3%	24.4%	23.6%	23.4%	23.5%	22.4%	22.3%
III a	21.7%	21.8%	21.7%	22.2%	22.0%	21.8%	23.0%	22.8%
III b	7.3%	7.0%	7.5%	7.5%	7.4%	7.7%	7.8%	8.0%
IV	8.8%	8.8%	8.9%	9.2%	9.8%	9.8%	10.2%	10.1%
M	1.7%	1.8%	1.8%	1.8%	1.9%	1.9%	2.0%	2.0%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	36,401	37,288	37,942	26,564	24,949			

(6) 要介護度と日常生活自立度

最も多いのは「要介護 2-A2」の利用者で、昨年と同じく全体の 8.2%となつており、全体の構成についても大きな変化はみられない。

表 2.11-6 要介護度（縦軸）と日常生活自立度（横軸）

(上段：人数)
(下段：割合)

	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	総計
要支援 1	125 0.4%	292 0.8%	473 1.3%	382 1.1%	278 0.8%	38 0.1%	12 0.0%	1 0.0%	1 0.0%	1,602 4.5%
要支援 2	108 0.3%	253 0.7%	584 1.7%	600 1.7%	471 1.3%	117 0.3%	51 0.1%	1 0.0%	1 0.0%	2,186 6.2%
要介護 1	312 0.9%	735 2.1%	2,229 6.3%	2,759 7.8%	2,452 7.0%	523 1.5%	192 0.5%	20 0.1%	9 0.0%	9,231 26.2%
要介護 2	153 0.4%	371 1.1%	1,269 3.6%	2,562 7.3%	2,886 8.2%	965 2.7%	562 1.6%	61 0.2%	12 0.0%	8,841 25.1%
要介護 3	78 0.2%	137 0.4%	535 1.5%	1,530 4.3%	2,043 5.8%	1,131 3.2%	942 2.7%	128 0.4%	48 0.1%	6,572 18.7%
要介護 4	20 0.1%	44 0.1%	114 0.3%	466 1.3%	826 2.3%	819 2.3%	1,552 4.4%	315 0.9%	175 0.5%	4,331 12.3%
要介護 5	8 0.0%	13 0.0%	39 0.1%	144 0.4%	242 0.7%	244 0.7%	902 2.6%	301 0.9%	564 1.6%	2,457 7.0%
審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.0%
総計	804 2.3%	1,845 5.2%	5,243 14.9%	8,443 24.0%	9,199 26.1%	3,838 10.9%	4,213 12.0%	827 2.3%	810 2.3%	35,222 100.0%

(7) 要介護度と認知症日常生活自立度

最も多いのは「要介護 1-II b」の利用者で、全体の 8.6%となっており、全体の構成についても大きな変化はみられない。

表 2.11-7 要介護度（縦軸）と認知症自立度（横軸）

(上段：人数)
(下段：割合)

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	総計
要支援 1	445 1.2%	602 1.7%	259 0.7%	241 0.7%	63 0.2%	19 0.1%	8 0.0%	3 0.0%	1,640 4.5%
要支援 2	638 1.8%	934 2.6%	338 0.9%	211 0.6%	64 0.2%	18 0.0%	9 0.0%	3 0.0%	2,215 6.1%
要介護 1	510 1.4%	1,473 4.1%	2,086 5.7%	3,136 8.6%	1,595 4.4%	377 1.0%	256 0.7%	88 0.2%	9,521 26.2%
要介護 2	503 1.4%	1,181 3.3%	1,503 4.1%	2,713 7.5%	2,085 5.7%	595 1.6%	437 1.2%	108 0.3%	9,125 25.1%
要介護 3	236 0.6%	540 1.5%	772 2.1%	1,509 4.2%	2,102 5.8%	761 2.1%	771 2.1%	125 0.3%	6,816 18.8%
要介護 4	134 0.4%	394 1.1%	361 1.0%	787 2.2%	1,333 3.7%	540 1.5%	802 2.2%	115 0.3%	4,466 12.3%
要介護 5	59 0.2%	94 0.3%	117 0.3%	210 0.6%	634 1.7%	333 0.9%	912 2.5%	183 0.5%	2,542 7.0%
審査中	0 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.0%
総計	2,525 7.0%	5,219 14.4%	5,436 15.0%	8,808 24.2%	7,876 21.7%	2,643 7.3%	3,195 8.8%	625 1.7%	36,327 100.0%

(8) 日常生活自立度と認知症自立度

最も多いのは「A2—II b」と「A1—II b」の利用者で、いずれも全体の7.0%となっており、全体の構成についても大きな変化はみられない。

表 2.11-8 日常生活自立度（縦軸）と認知症自立度（横軸）

(上段：人数)
(下段：割合)

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	総計
自立	287 0.8%	101 0.3%	103 0.3%	137 0.4%	96 0.3%	25 0.1%	31 0.1%	6 0.0%	786 2.2%
J 1	295 0.8%	541 1.5%	314 0.9%	327 0.9%	199 0.6%	62 0.2%	46 0.1%	16 0.0%	1,800 5.1%
J 2	475 1.4%	1,001 2.9%	1,042 3.0%	1,418 4.1%	799 2.3%	229 0.7%	175 0.5%	60 0.2%	5,199 14.9%
A 1	496 1.4%	1,240 3.5%	1,473 4.2%	2,436 7.0%	1,701 4.9%	500 1.4%	436 1.2%	117 0.3%	8,399 24.0%
A 2	435 1.2%	1,183 3.4%	1,335 3.8%	2,445 7.0%	2,255 6.4%	689 2.0%	686 2.0%	128 0.4%	9,156 26.2%
B 1	207 0.6%	513 1.5%	516 1.5%	847 2.4%	985 2.8%	350 1.0%	347 1.0%	44 0.1%	3,809 10.9%
B 2	178 0.5%	362 1.0%	378 1.1%	732 2.1%	1,133 3.2%	540 1.5%	761 2.2%	106 0.3%	4,190 12.0%
C 1	26 0.1%	61 0.2%	63 0.2%	97 0.3%	208 0.6%	101 0.3%	230 0.7%	38 0.1%	824 2.4%
C 2	29 0.1%	40 0.1%	23 0.1%	59 0.2%	145 0.4%	67 0.2%	356 1.0%	89 0.3%	808 2.3%
総計	2,428 6.9%	5,042 14.4%	5,247 15.0%	8,498 24.3%	7,521 21.5%	2,563 7.3%	3,068 8.8%	604 1.7%	34,971 100.0%

(9) 登録年（利用開始年）

利用者の登録年（利用開始年）をみると、平成30年が最も多く31.6%を占めている。また、1～3年目の利用者でみると70.7%となっており、2016年以前と比べると5ポイント程度減少している。

また、平均利用年数は2.2年である。

表 2.11-9 利用者の利用開始年別にみた人数と割合

利用開始年	2018年			2017年		2016年		2015年		2014年	
	人数	割合	平均利用年数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H18	28	0.1%	12.1年	33	0.6%	46	0.1%	45	0.2%	63	0.2%
H19	87	0.2%	11.3年	107	1.8%	214	0.5%	226	0.8%	323	1.2%
H20	156	0.4%	10.3年	100	1.7%	367	0.9%	378	1.4%	569	2.2%
H21	230	0.6%	9.3年	102	1.7%	570	1.5%	573	2.1%	864	3.3%
H22	360	1.0%	8.3年	170	2.9%	906	2.3%	971	3.5%	1,361	5.2%
H23	647	1.7%	7.3年	352	6.0%	1,428	3.6%	1,578	5.7%	2,445	9.4%
H24	1,134	3.0%	6.3年	586	9.9%	2,547	6.5%	2,892	10.5%	4,496	17.2%
H25	1,554	4.1%	5.3年	436	7.4%	3,750	9.6%	4,291	15.6%	6,460	24.8%
H26	2,594	6.9%	4.3年	818	13.9%	6,064	15.5%	6,819	24.7%	9,494	36.4%
H27	4,294	11.3%	3.3年	1,230	20.8%	10,333	26.3%	9,806	35.6%		
H28	5,713	15.1%	2.3年	1,090	18.5%	13,013	33.2%				
H29	9,086	24.0%	1.3年	881	14.9%						
H30	11,952	31.6%	0.4年								
総計	37,835	100.0%	2.2年	5,905	100.0%	27,579	100.0%	26,075	100.0%	25,555	100.0%

※2017年は利用開始年月が事業所の指定年月より古い場合、無回答処理をしている。

(10) 登録時の要介護度

登録時の要介護度の状況をみると、最も多いのは「要介護 1」で 33.5%、次いで「要介護 2」が 23.1%、「要介護 3」が 14.3%などとなっている。となっている。

表 2.11-10 利用者の登録時の要介護度

	人数	割合
要支援 1	2,882	7.8%
要支援 2	3,093	8.4%
要介護 1	12,410	33.5%
要介護 2	8,554	23.1%
要介護 3	5,306	14.3%
要介護 4	3,354	9.1%
要介護 5	1,423	3.8%
審査中	13	0.0%
回答数	37,035	

(11) 要介護度の変化（登録時の要介護度と現在の要介護度）

登録時の要介護度別に現在の要介護度の状況をみると、現在の要介護度よりも軽度に変化した利用者がいることがわかる（表内■色の部分）。例えば、登録時の要介護度が要介護 5 の利用者のうち 29.2%が、また登録時に要介護 4 の利用者のうち 26.2%が登録時よりも軽度になっている。

表 2.11-11 要介護度の変化（登録時と現在）

(上段：人数)
(下段：割合)

		現在の要介護度								総計
		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	審査中	
登録時の要介護度	要支援 1	1,316 45.7%	397 13.8%	648 22.5%	299 10.4%	136 4.7%	61 2.1%	22 0.8%	0 0.0%	2,879 100.0%
	要支援 2	172 5.6%	1,423 46.1%	679 22.0%	503 16.3%	181 5.9%	100 3.2%	29 0.9%	0 0.0%	3,087 100.0%
	要介護 1	154 1.2%	259 2.1%	7,176 57.9%	2,616 21.1%	1,357 11.0%	565 4.6%	261 2.1%	1 0.0%	12,389 100.0%
	要介護 2	49 0.6%	157 1.8%	730 8.6%	4,911 57.6%	1,575 18.5%	793 9.3%	316 3.7%	0 0.0%	8,531 100.0%
	要介護 3	29 0.5%	42 0.8%	277 5.2%	546 10.3%	3,110 58.8%	830 15.7%	457 8.6%	1 0.0%	5,292 100.0%
	要介護 4	10 0.3%	29 0.9%	156 4.7%	294 8.8%	386 11.5%	1,999 59.7%	473 14.1%	0 0.0%	3,347 100.0%
	要介護 5	7 0.5%	10 0.7%	35 2.5%	88 6.2%	92 6.5%	182 12.8%	1,008 70.9%	0 0.0%	1,422 100.0%
	審査中	1 7.7%	2 15.4%	6 46.2%	1 7.7%	2 15.4%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	13 100.0%
	総計	1,738 4.7%	2,319 6.3%	9,707 26.3%	9,258 25.0%	6,839 18.5%	4,530 12.3%	2,567 6.9%	2 0.0%	36,960 100.0%

要介護度の変化について利用年数の長さで比較してみると、利用年数が7～8年の利用者では、登録時の要介護度が要介護5の利用者のうち32.6%が、登録時に要介護4の利用者のうち33.3%が、また登録時に要介護3の利用者のうち15.6%が登録時よりも軽度になっている。

一方、利用年数が3～4年の利用者では、登録時の要介護度が要介護5の利用者のうち42.3%が、登録時に要介護4の利用者のうち36.6%が、また登録時に要介護3の利用者のうち23.0%が登録時よりも軽度になっている。

表2.11-12 利用年数による別要介護度の変化（登録時と現在）

【利用年数が7～8年】（登録年が平成22年・23年）

(上段：人数)
(下段：割合)

		現在の要介護度								総計
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	審査中	
登録時の要介護度	要支援1	18 18.9%	18 18.9%	19 20.0%	22 23.2%	8 8.4%	7 7.4%	3 3.2%	0 0.0%	95 100.0%
	要支援2	5 6.1%	23 28.0%	17 20.7%	12 14.6%	13 15.9%	5 6.1%	7 8.5%	0 0.0%	82 100.0%
	要介護1	4 1.2%	11 3.4%	76 23.5%	93 28.7%	67 20.7%	43 13.3%	30 9.3%	1 0.0%	325 100.0%
	要介護2	2 1.0%	2 1.0%	16 8.3%	49 25.5%	50 26.0%	41 21.4%	32 16.7%	0 0.0%	192 100.0%
	要介護3	0 0.0%	0 0.0%	8 4.8%	18 10.8%	62 37.3%	41 24.7%	37 22.3%	1 0.0%	167 100.0%
	要介護4	2 2.5%	1 1.2%	3 3.7%	8 9.9%	13 16.0%	19 23.5%	35 43.2%	0 0.0%	81 100.0%
	要介護5	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.3%	4 8.7%	9 19.6%	31 67.4%	0 0.0%	46 100.0%
	審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	総計	31 3.1%	55 5.6%	139 14.1%	204 20.6%	217 22.0%	165 16.7%	175 17.7%	2 0.2%	988 100.0%

【利用年数が3～4年】（登録年が平成27年・28年）

(上段：人数)
(下段：割合)

		現在の要介護度								総計
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	審査中	
登録時の要介護度	要支援1	145 27.7%	105 20.0%	136 26.0%	70 13.4%	42 8.0%	21 4.0%	5 1.0%	0 0.0%	524 100.0%
	要支援2	44 7.3%	189 31.6%	154 25.7%	120 20.0%	53 8.8%	28 4.7%	11 1.8%	0 0.0%	599 100.0%
	要介護1	33 1.4%	61 2.7%	880 38.3%	702 30.6%	405 17.6%	140 6.1%	74 3.2%	1 0.0%	2,296 100.0%
	要介護2	11 0.7%	30 2.0%	174 11.6%	595 39.7%	396 26.4%	215 14.3%	78 5.2%	0 0.0%	1,499 100.0%
	要介護3	7 0.8%	6 0.7%	69 7.8%	122 13.7%	335 37.7%	214 24.1%	136 15.3%	1 0.0%	890 100.0%
	要介護4	1 0.2%	9 1.5%	29 5.0%	70 12.0%	104 17.9%	230 39.6%	138 23.8%	0 0.0%	581 100.0%
	要介護5	2 0.8%	2 0.8%	10 4.1%	16 6.6%	17 7.0%	56 23.0%	141 57.8%	0 0.0%	244 100.0%
	審査中	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 100.0%
	総計	243 3.7%	402 6.1%	1,453 21.9%	1,695 25.5%	1,352 20.4%	904 13.6%	584 8.8%	2 0.0%	6,635 100.0%

(12) サービス別にみた平均利用回数（日数）

平成 30 年 10 月 1 日～31 日の 1 ヶ月間における「通い」「訪問」「宿泊」それぞれの利用平均をみると、「通い」は 16.5 回、「訪問」は 17.7 回、「宿泊」は 6.6 回となっている。過去年と比較すると、「訪問」は 2012 年に比べて約 10 回の増加となつており、経年的にみても「訪問」の増加傾向は顕著である。

表 2.11-13 サービス別にみた利用の状況（調査月 1 か月の平均回数）

	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年
通い	16.5	16.4	16.4	16.7	17.2	16.3	17.0
訪問	17.7	17.3	15.2	13.6	10.9	7.8	7.8
宿泊	6.6	6.8	6.5	6.5	6.9	6.8	6.7
回答数	37,748	38,553	39,355	27,826			

(13) 利用者の居住形態

利用者の住まいの形態をみると、「一戸建て」が 73.0% と最も多いが、昨年に引き続き微減傾向にあり、2012 年と比較すると、7.7 ポイントの減少である。また、「高齢者住宅」の割合は 6.4% で、年々増加傾向がみられる。

表 2.11-14 利用者の居住形態（調査年別）

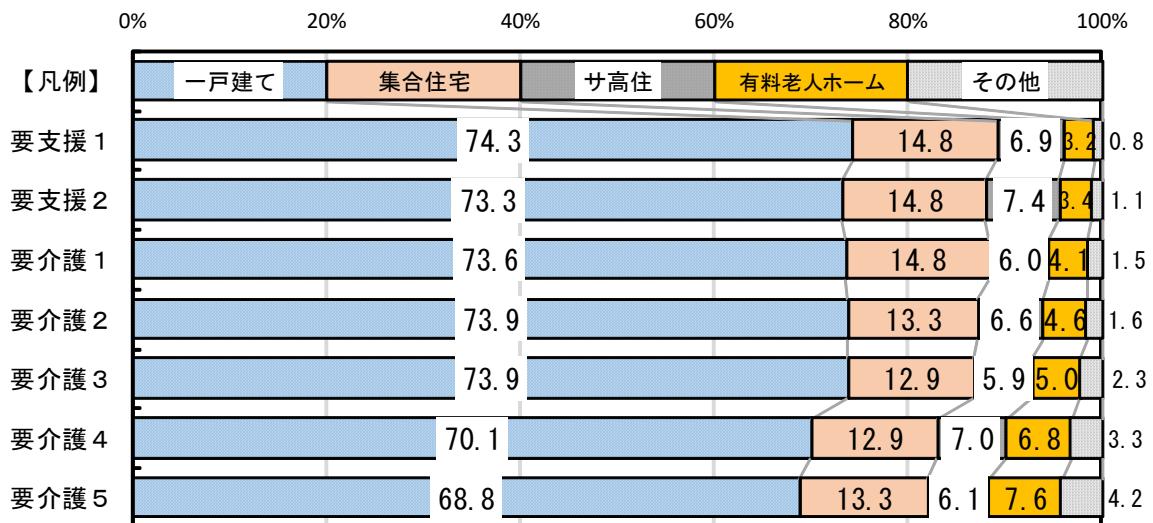
住まいの形態	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年
一戸建て	73.0%	74.6%	75.8%	76.7%	77.2%	78.1%	80.7%
集合住宅	13.8%	12.9%	12.7%	12.1%	12.5%	11.7%	12.1%
高齢者住宅	6.4%	6.1%	5.9%	5.6%	5.5%	5.4%	3.0%
有料老人ホーム	4.9%	4.5%	3.7%	3.7%	2.8%	2.7%	2.3%
その他	2.0%	1.9%	1.9%	1.8%	2.0%	2.0%	1.9%
総計	100.0%	1.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,484	39,199	40,482	28,352	26,332		

要介護度別に住まいの状況をみると、要介護度 4、5 では有料老人ホーム（住宅型）が他の居住形態に比べてわずかだが多くなっている。

表 2.11-15 要介護度別にみた居住形態

	(上段：人数)					
	(下段：割合)					
	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料老人ホーム	その他	総計
要支援 1	1,333 74.3%	265 14.8%	124 6.9%	57 3.2%	15 0.8%	1,794 100.0%
要支援 2	1,760 73.3%	355 14.8%	177 7.4%	82 3.4%	26 1.1%	2,400 100.0%
要介護 1	7,400 73.6%	1,488 14.8%	601 6.0%	412 4.1%	151 1.5%	10,052 100.0%
要介護 2	7,093 73.9%	1,275 13.3%	633 6.6%	444 4.6%	156 1.6%	9,601 100.0%
要介護 3	5,287 73.9%	925 12.9%	420 5.9%	358 5.0%	164 2.3%	7,154 100.0%
要介護 4	3,294 70.1%	607 12.9%	328 7.0%	319 6.8%	153 3.3%	4,701 100.0%
要介護 5	1,829 68.8%	354 13.3%	163 6.1%	201 7.6%	111 4.2%	2,658 100.0%
審査中	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
総計	27,997 73.0%	5,270 13.7%	2,447 6.4%	1,873 4.9%	776 2.0%	38,363 100.0%

図 2.11-1 要介護度別にみた居住形態



(14) 利用者の世帯構成

最も多いのは「子ども世帯と同居」で26.4%であるが、年々減少傾向にあり、2012年と比較すると、11.8ポイントと大きく減少している。

一方、「独居（近居家族無）」は23.8%を占め、年々増加傾向にあり、2012年と比較すると6.1ポイント増加している。

表 2.11-16 世帯構成の状況（調査年別）

世帯	2018年	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年
独居（近居家族無）	23.8%	23.4%	23.1%	21.9%	21.2%	19.2%	17.7%
独居（近居家族有）	14.4%	14.5%	13.8%	12.9%	12.3%	12.6%	10.8%
配偶者と2人暮らし	14.6%	14.4%	14.2%	14.7%	14.8%	14.7%	14.5%
子どもと2人暮らし	13.4%	13.0%	12.3%	12.0%	12.4%	11.8%	11.9%
子ども世帯と同居	26.4%	27.9%	30.2%	32.2%	33.0%	35.1%	38.2%
その他	7.4%	6.8%	6.4%	6.3%	6.4%	6.6%	6.8%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,412	39,071	40,312	28,329	26,304		

(15) 利用者の居住地と事業所との距離

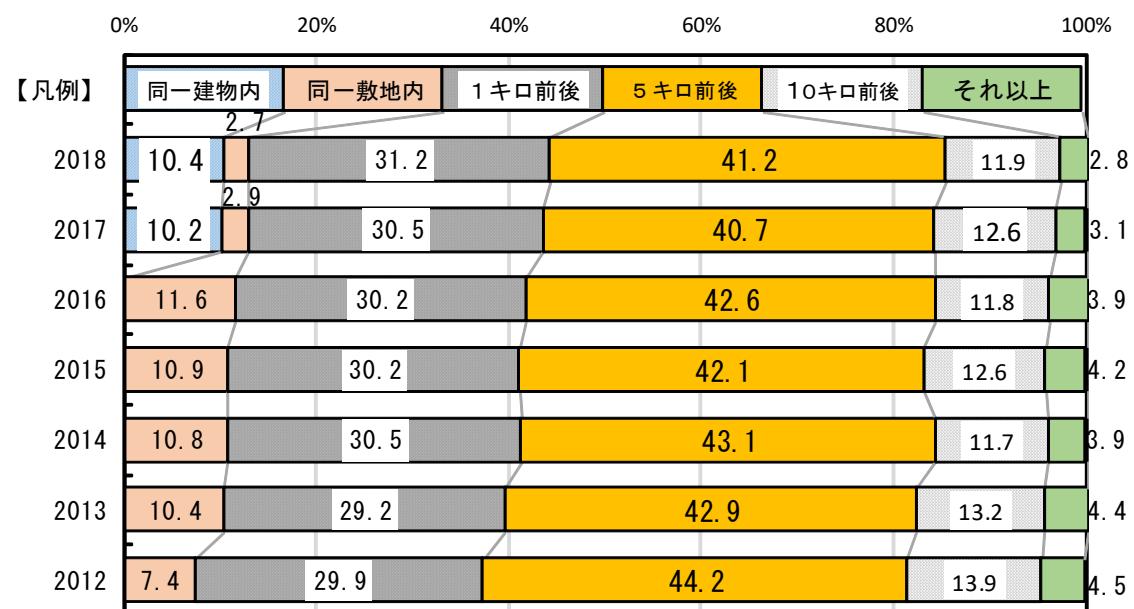
最も多いのは「5キロ前後」で41.2%、次いで「1キロ前後」が31.2%などとなっている。「同一建物」及び「同一敷地内」は併設の高齢者住宅等からの利用とみられるが、合わせて13.1%となっており、2012年から5.7ポイント増加している。

一方、「5キロ前後」、「10キロ前後」、「それ以上」を合わせた『5キロ以上』は微減傾向にあり、2012年と比べて6.7ポイントの減少となっている。

表 2.11-17 利用者の居住地と事業所の距離（調査年別）

距離	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
同一建物	10.4%	10.2%					
同一敷地内	2.7%	2.9%	11.6%	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%
1キロ前後	31.2%	30.5%	30.2%	30.2%	30.5%	29.2%	29.9%
5キロ前後	41.2%	40.7%	42.6%	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%
10キロ前後	11.9%	12.6%	11.8%	12.6%	11.7%	13.2%	13.9%
それ以上	2.8%	3.1%	3.9%	4.2%	3.9%	4.4%	4.5%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,452	39,010	40,228	28,329			

図 2.11-2 利用者の居住地と事業所との距離（調査年別）



(16) 役割発揮の場

利用者が地域の中で自身の役割を発揮する場については、「事業所内で」が57.3%と最も多く、次いで「自宅で」が53.2%、「地域で」が11.8%となっており、「役割発揮の場はない」利用者は12.5%であった。

役割発揮の場を要介護度別にみると、「自宅で」や「地域で」の割合は要介護度が重くなるにつれて少なくなっているが、「事業所内で」は要介護3や要介護4でも50%を超えており、要介護度が重くなても事業所内に役割の場を持つケースが少なくない。

表 2.11-18 役割発揮の場

	人数	割合
自宅で	19,703	53.2%
事業所内で	21,234	57.3%
地域で	4,381	11.8%
役割発揮の場はない	4,616	12.5%
わからない	3,208	8.7%
回答数	37,063	

表 2.11-18 要介護度別の役割発揮の場

	自宅で	事業所内で	地域で	役割発揮の場はない	わからぬい	(上段：人数)	
						(下段：割合)	
要支援1	1,329 76.5%	864 49.7%	484 27.9%	55 3.2%	102 5.9%	2,834 100.0%	
要支援2	1,775 76.0%	1,275 54.6%	541 23.1%	89 3.8%	126 5.4%	3,806 100.0%	
要介護1	6,449 66.4%	5,836 60.1%	1,537 15.8%	595 6.1%	600 6.2%	15,017 100.0%	
要介護2	5,087 55.1%	5,676 61.5%	996 10.8%	876 9.5%	738 8.0%	13,373 100.0%	
要介護3	2,877 41.8%	4,142 60.2%	479 7.0%	1,053 15.3%	685 10.0%	9,236 100.0%	
要介護4	1,463 32.4%	2,378 52.7%	246 5.5%	1,066 23.6%	546 12.1%	5,699 100.0%	
要介護5	666 26.3%	1,001 39.5%	92 3.6%	856 33.8%	402 15.9%	3,017 100.0%	
審査中	2 66.7%	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%	
総計	19,648 53.2%	21,174 57.3%	4,376 11.8%	4,590 12.4%	3,199 8.7%	36,950 100.0%	

(17) 役割発揮の場と要介護度の変化

要介護度の変化を役割を発揮する場の有無でみると、役割発揮の場がある場合、登録時から軽度になる割合は要介護 5 で 36.9%、要介護 4 で 32.0%、要介護 3 で 20.0% となっている。

一方、役割発揮の場がない場合、登録時から軽度になる割合は要介護 5 で 17.0%、要介護 4 で 13.8%、要介護 3 で 8.5% と、役割発揮の場がある方が要介護度が軽度に向かう割合が高くなっている。

表 2.11-18 要介護度の変化

【役割発揮の場あり】

		現在の要介護度								(上段：人数) (下段：割合)	
		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	審査中	総計	
登録時の要介護度	要支援 1	1,155 46.8%	359 14.5%	564 22.9%	240 9.7%	98 4.0%	46 1.9%	6 0.2%	0 0.0%	2,468 100.0%	
	要支援 2	149 5.7%	1,247 47.8%	577 22.1%	426 16.3%	123 4.7%	71 2.7%	15 0.6%	0 0.0%	2,608 100.0%	
	要介護 1	133 1.3%	232 2.3%	6,050 60.8%	2,080 20.9%	986 9.9%	347 3.5%	127 1.3%	1 0.0%	9,956 100.0%	
	要介護 2	46 0.7%	137 2.1%	623 9.7%	3,878 60.3%	1,140 17.7%	475 7.4%	134 2.1%	0 0.0%	6,433 100.0%	
	要介護 3	27 0.7%	40 1.1%	239 6.5%	432 11.7%	2,224 60.3%	504 13.7%	221 6.0%	1 0.0%	3,688 100.0%	
	要介護 4	9 0.4%	27 1.3%	133 6.2%	228 10.6%	290 13.5%	1,229 57.3%	230 10.7%	0 0.0%	2,146 100.0%	
	要介護 5	5 0.6%	9 1.2%	33 4.3%	69 8.9%	65 8.4%	105 13.5%	490 63.1%	0 0.0%	776 100.0%	
	審査中	1 12.5%	2 25.0%	4 50.0%	1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 0.0%	
	総計	1,525 5.4%	2,053 7.3%	8,223 29.3%	7,354 26.2%	4,926 17.5%	2,777 9.9%	1,223 4.4%	2 0.0%	28,083 100.0%	

【役割発揮の場なし】

		現在の要介護度								(上段：人数) (下段：割合)	
		要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	審査中	総計	
登録時の要介護度	要支援 1	34 26.4%	9 7.0%	26 20.2%	29 22.5%	16 12.4%	6 4.7%	9 7.0%	0 0.0%	129 100.0%	
	要支援 2	7 3.4%	60 29.6%	47 23.2%	30 14.8%	31 15.3%	19 9.4%	9 4.4%	0 0.0%	203 100.0%	
	要介護 1	9 0.8%	6 0.5%	429 38.2%	243 21.6%	209 18.6%	140 12.5%	87 7.7%	0 0.0%	1,123 100.0%	
	要介護 2	1 0.1%	9 0.9%	45 4.4%	442 43.2%	223 21.8%	193 18.9%	110 10.8%	0 0.0%	1,023 100.0%	
	要介護 3	1 0.1%	0 0.0%	15 1.7%	58 6.7%	461 53.6%	183 21.3%	142 16.5%	0 0.0%	860 100.0%	
	要介護 4	0 0.0%	1 0.1%	8 1.2%	37 5.5%	47 7.0%	429 63.8%	150 22.3%	0 0.0%	672 100.0%	
	要介護 5	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 1.3%	14 3.6%	47 12.1%	324 83.1%	0 0.0%	390 100.0%	
	審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	
	総計	52 1.2%	85 1.9%	570 12.9%	844 19.2%	1,003 22.8%	1,017 23.1%	831 18.9%	0 0.0%	4,402 100.0%	

(18) サービス利用の類型化

各サービスの利用状況から利用タイプを類型化し、他の項目との分析を試みた。

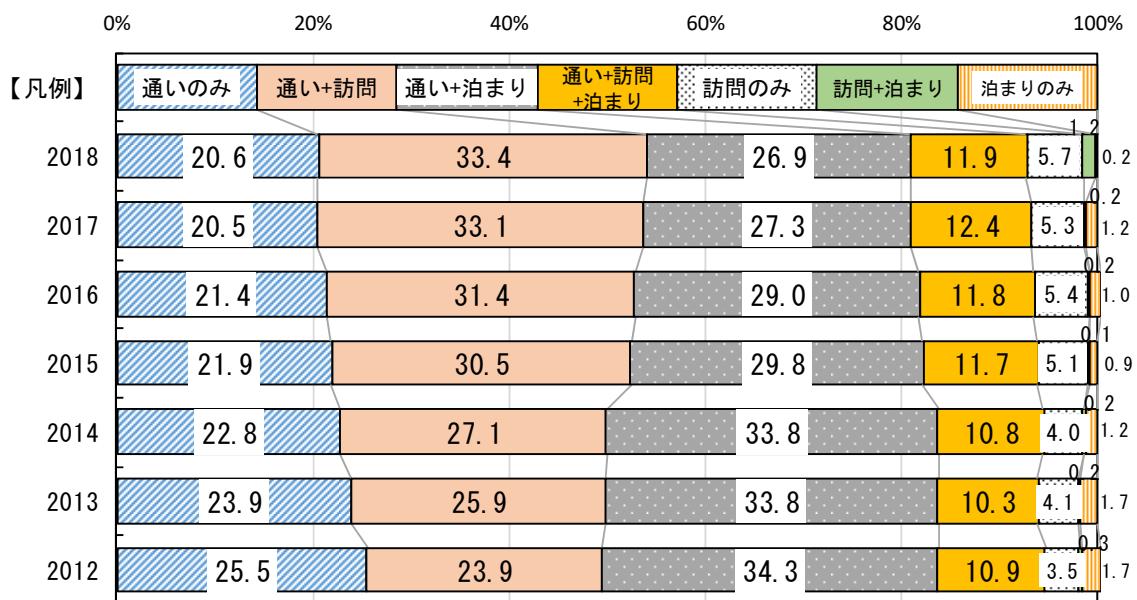
昨年までの傾向と大きな差はみられず、昨年と同様に「通い+訪問」が33.4%と最も多いパターンとなった。また、「通い+泊まり」は26.9%と0.4ポイント減少した。

2012年からの傾向をみると、「通いのみ」及び「通い+泊まり」が減少傾向、「通い+訪問」が増加傾向となっており、訪問が充実してきていることがわかる。

表 2.11-19 各サービスの利用タイプの状況（調査年別）

利用タイプ	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
通いのみ	20.6%	20.5%	21.4%	21.9%	22.8%	23.9%	25.5%
通い+訪問	33.4%	33.1%	31.4%	30.5%	27.1%	25.9%	23.9%
通い+泊まり	26.9%	27.3%	29.0%	29.8%	33.8%	33.8%	34.3%
通い+訪問+泊まり	11.9%	12.4%	11.8%	11.7%	10.8%	10.3%	10.9%
訪問のみ	5.7%	5.3%	5.4%	5.1%	4.0%	4.1%	3.5%
訪問+泊まり	1.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%
泊まりのみ	0.2%	1.2%	1.0%	0.9%	1.2%	1.7%	1.7%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	37,871	38,475	39,355	27,594			

図 2.11-3 各サービスの利用タイプの状況（調査年別）



ア) 利用タイプと要介護度の関係性

要介護度が重度になるにしたがい「通いのみ」、「訪問のみ」や「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」及び「訪問+泊まり」の割合が増加している。

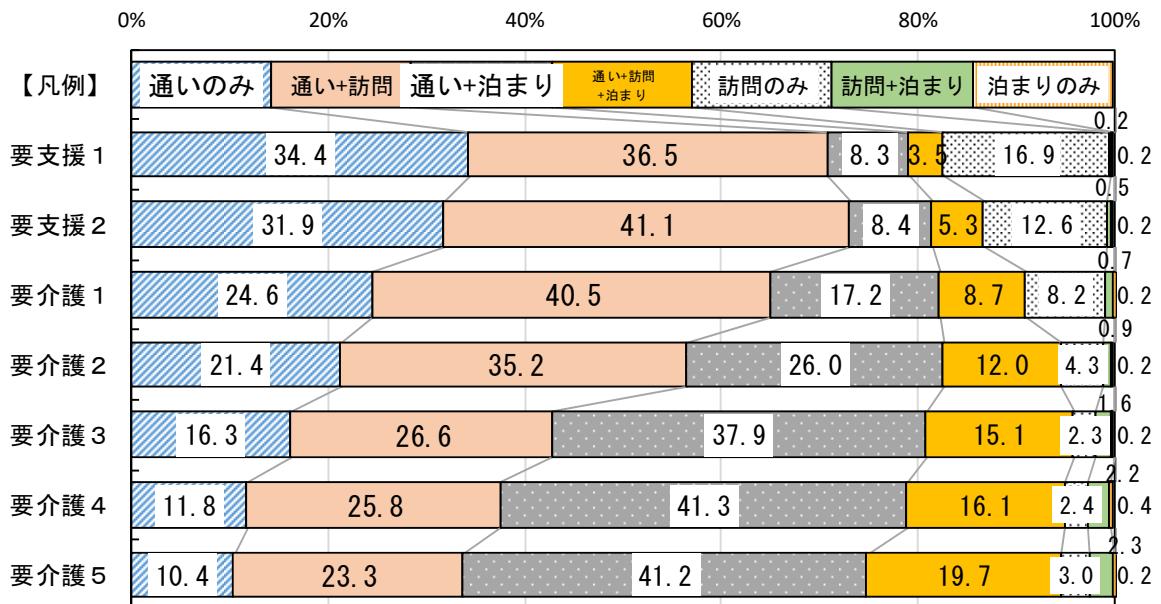
表 2.11-20 要介護度別にみた利用タイプ

(上段：人数)

(下段：割合)

	通いのみ	通い+訪問	通い+泊まり	通い+訪問 +泊まり	訪問のみ	訪問+泊まり	泊まり のみ	総計
要支援 1	600 34.4%	635 36.5%	145 8.3%	61 3.5%	295 16.9%	3 0.2%	3 0.2%	1,742 100.0%
要支援 2	752 31.9%	970 41.1%	199 8.4%	124 5.3%	297 12.6%	12 0.5%	5 0.2%	2,359 100.0%
要介護 1	2,442 24.6%	4,021 40.5%	1,711 17.2%	867 8.7%	810 8.2%	69 0.7%	18 0.2%	9,938 100.0%
要介護 2	2,028 21.4%	3,326 35.2%	2,457 26.0%	1,139 12.0%	411 4.3%	82 0.9%	17 0.2%	9,460 100.0%
要介護 3	1,141 16.3%	1,869 26.6%	2,663 37.9%	1,059 15.1%	161 2.3%	114 1.6%	12 0.2%	7,019 100.0%
要介護 4	548 11.8%	1,197 25.8%	1,914 41.3%	746 16.1%	111 2.4%	101 2.2%	18 0.4%	4,635 100.0%
要介護 5	270 10.4%	606 23.3%	1,070 41.2%	511 19.7%	77 3.0%	60 2.3%	6 0.2%	2,600 100.0%
審査中	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
全体	7,781 20.6%	12,625 33.4%	10,161 26.9%	4,507 11.9%	2,162 5.7%	441 1.2%	79 0.2%	37,756 100.0%

図 2.11-4 要介護度別にみた利用タイプ



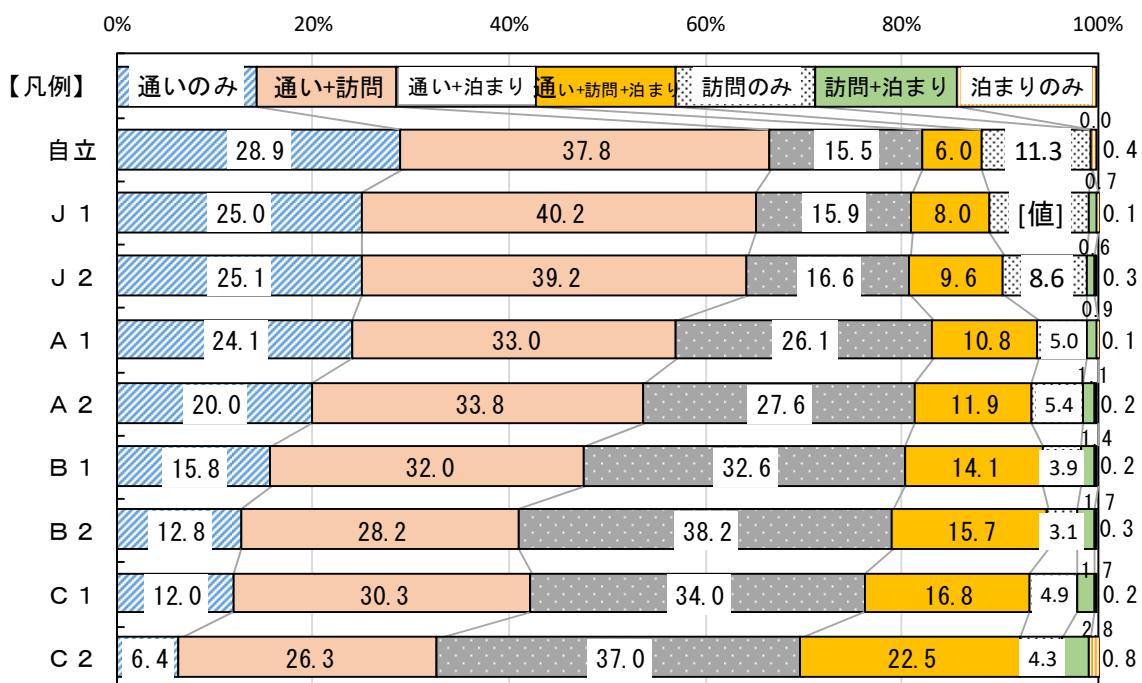
イ) 利用タイプと日常生活自立度の関係性

日常生活自立度が低くなるに従い「通いのみ」、「通い+訪問」、「訪問のみ」の割合が減少し、「通い+泊まり」、「通い+訪問+泊まり」の割合が増加する傾向がみられる。

表 2.11-21 日常生活自立度別にみた利用タイプ

	通いのみ	通い+訪問	通い+泊まり	通い+訪問+泊まり	訪問のみ	訪問+泊まり	泊まりのみ	(上段: 人数) (下段: 割合)	
自立	227 28.9%	297 37.8%	122 15.5%	47 6.0%	89 11.3%	0 0.0%	3 0.4%	785	100.0%
J 1	452 25.0%	726 40.2%	287 15.9%	144 8.0%	182 10.1%	12 0.7%	2 0.1%	1,805	100.0%
J 2	1,294 25.1%	2,022 39.2%	856 16.6%	496 9.6%	444 8.6%	30 0.6%	18 0.3%	5,160	100.0%
A 1	1,996 24.1%	2,738 33.0%	2,166 26.1%	891 10.8%	413 5.0%	75 0.9%	9 0.1%	8,288	100.0%
A 2	1,814 20.0%	3,061 33.8%	2,500 27.6%	1,081 11.9%	486 5.4%	96 1.1%	18 0.2%	9,056	100.0%
B 1	595 15.8%	1,207 32.0%	1,229 32.6%	530 14.1%	146 3.9%	51 1.4%	8 0.2%	3,766	100.0%
B 2	530 12.8%	1,166 28.2%	1,580 38.2%	649 15.7%	128 3.1%	72 1.7%	11 0.3%	4,136	100.0%
C 1	97 12.0%	246 30.3%	276 34.0%	136 16.8%	40 4.9%	14 1.7%	2 0.2%	811	100.0%
C 2	51 6.4%	208 26.3%	293 37.0%	178 22.5%	34 4.3%	22 2.8%	6 0.8%	792	100.0%
総計	7,056 20.4%	11,671 33.7%	9,309 26.9%	4,152 12.0%	1,962 5.7%	372 1.1%	77 0.2%	34,599	100.0%

図 2.11-5 日常生活自立度にみた利用タイプ



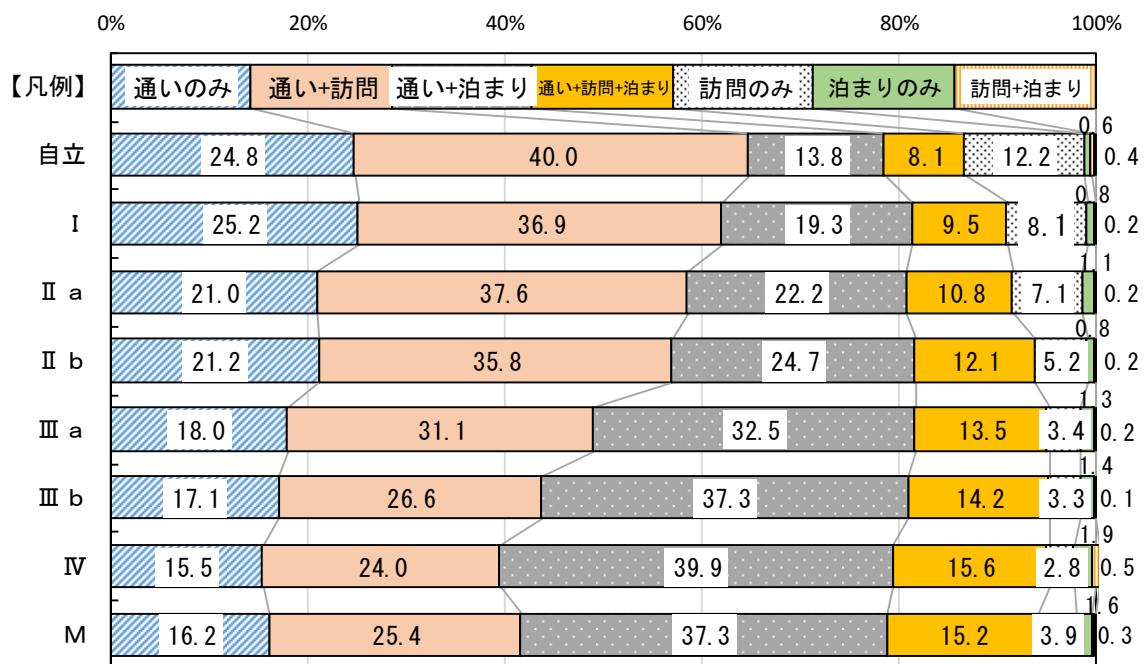
ウ) 利用タイプと認知症日常生活自立度の関係性

認知症日常生活自立度が重度になるにしたがい、「通いのみ」、「通い+訪問」、「訪問のみ」の割合が減少し、「通い+泊まり」、「通い+訪問+泊まり」の割合が増加する傾向がみられる。

表 2.11-22 認知症日常生活自立度別にみた利用タイプ

	通いのみ	通い+訪問	通い+泊まり	通い+訪問+泊まり	訪問のみ	訪問+泊まり	泊まりのみ	(上段：人数)	
								(下段：割合)	総計
自立	612 24.8%	988 40.0%	341 13.8%	201 8.1%	301 12.2%	15 0.6%	10 0.4%	2,468	100.0%
I	1,287 25.2%	1,884 36.9%	985 19.3%	487 9.5%	415 8.1%	39 0.8%	10 0.2%	5,107	100.0%
II a	1,119 21.0%	2,002 37.6%	1,180 22.2%	573 10.8%	377 7.1%	58 1.1%	11 0.2%	5,320	100.0%
II b	1,835 21.2%	3,105 35.8%	2,141 24.7%	1,046 12.1%	452 5.2%	67 0.8%	16 0.2%	8,662	100.0%
III a	1,389 18.0%	2,404 31.1%	2,512 32.5%	1,046 13.5%	265 3.4%	98 1.3%	12 0.2%	7,726	100.0%
III b	440 17.1%	687 26.6%	962 37.3%	366 14.2%	85 3.3%	37 1.4%	2 0.1%	2,579	100.0%
IV	487 15.5%	753 24.0%	1,253 39.9%	490 15.6%	87 2.8%	59 1.9%	15 0.5%	3,144	100.0%
M	99 16.2%	155 25.4%	228 37.3%	93 15.2%	24 3.9%	10 1.6%	2 0.3%	611	100.0%
総計	7,268 20.4%	11,978 33.6%	9,602 27.0%	4,302 12.1%	2,006 5.6%	383 1.1%	78 0.2%	35,617	100.0%

図 2.11-6 認知症日常生活自立度別にみた利用タイプ



エ) 利用タイプと世帯構成の関係性

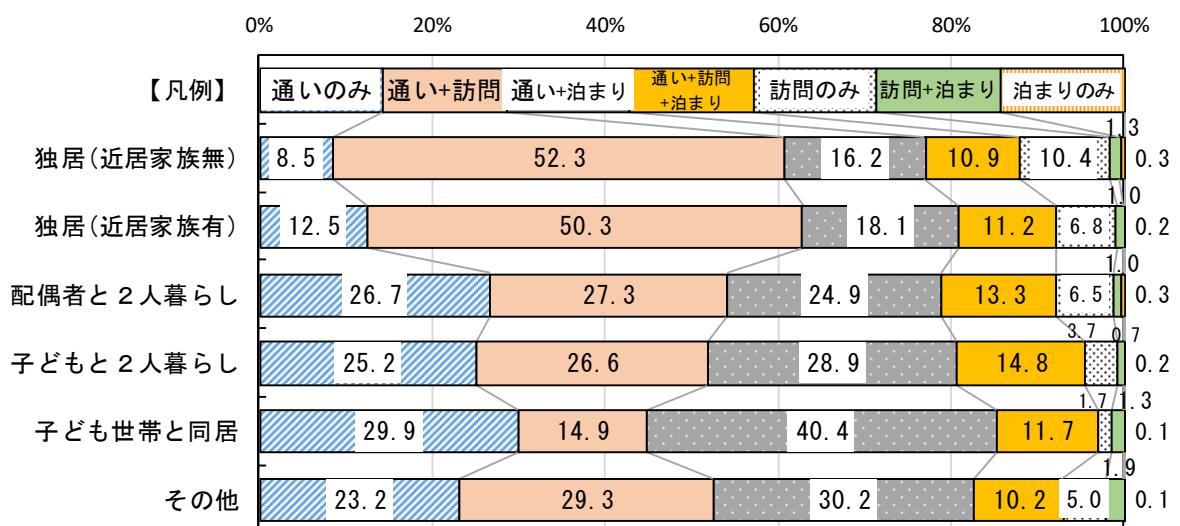
世帯構成が「独居（近居家族無）」及び「独居（近居家族有）」の利用者は「通い+訪問」が中心となり、「子ども世帯と同居」では、「通いのみ」や「通い+泊まり」が中心となる傾向がみられる。

表 2.11-23 世帯構成別にみた利用タイプ⁶

(上段：人数)
(下段：割合)

	通いのみ	通い+訪問	通い+泊まり	通い+訪問+泊まり	訪問のみ	訪問+泊まり	泊まりのみ	総計
独居（近居家族無）	759 8.5%	4,679 52.3%	1,444 16.2%	972 10.9%	933 10.4%	120 1.3%	31 0.3%	8,938 100.0%
独居（近居家族有）	675 12.5%	2,725 50.3%	981 18.1%	605 11.2%	367 6.8%	54 1.0%	9 0.2%	5,416 100.0%
配偶者と2人暮らし	1,453 26.7%	1,488 27.3%	1,358 24.9%	725 13.3%	353 6.5%	56 1.0%	19 0.3%	5,452 100.0%
子どもと2人暮らし	1,265 25.2%	1,335 26.6%	1,451 28.9%	744 14.8%	186 3.7%	35 0.7%	8 0.2%	5,024 100.0%
子ども世帯と同居	2,974 29.9%	1,481 14.9%	4,026 40.4%	1,169 11.7%	170 1.7%	128 1.3%	9 0.1%	9,957 100.0%
その他	635 23.2%	802 29.3%	824 30.2%	279 10.2%	138 5.0%	52 1.9%	3 0.1%	2,733 100.0%
総計	7,761 20.7%	12,510 33.3%	10,084 26.9%	4,494 12.0%	2,147 5.7%	445 1.2%	79 0.2%	37,520 100.0%

図 2.11-7 世帯構成別にみた利用タイプ⁶



オ) 利用タイプと居住地～事業所間の距離との関係性

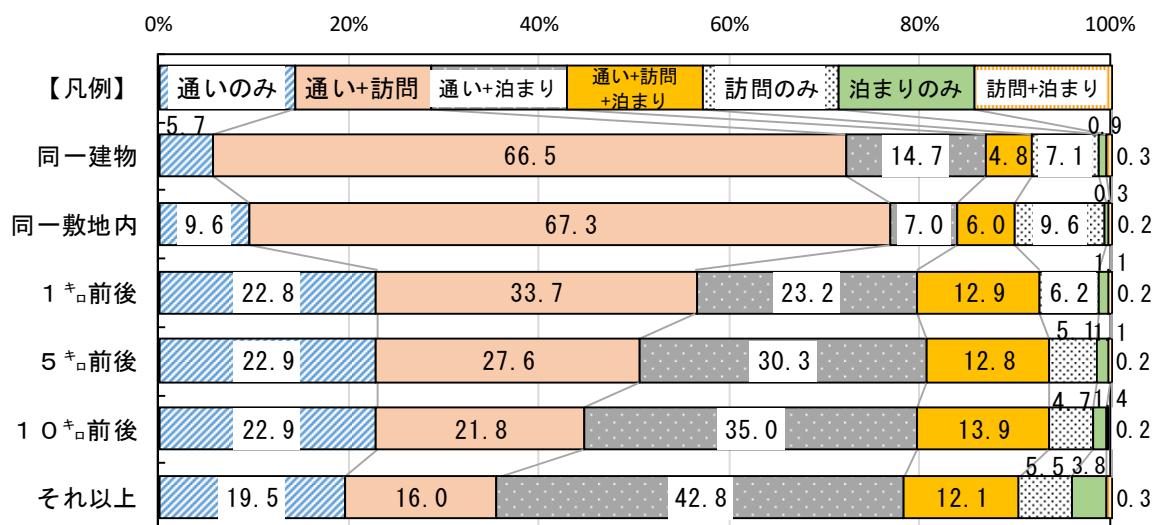
「同一建物」及び「同一敷地内」居住の利用者は、「通い+訪問」のタイプが60%以上を占めており、距離が長くなるほど「通い+泊まり」の割合が増加し、「通い+訪問」の割合が減少する傾向がみられる。

表 2.11-24 居住地～事業所間の距離別にみた利用タイプ

(上段：人数)
(下段：割合)

	通いのみ	通い+訪問	通い+泊まり	通い+訪問+泊まり	訪問のみ	訪問+泊まり	泊まりのみ	総計
同一建物	221 5.7%	2,569 66.5%	566 14.7%	185 4.8%	275 7.1%	34 0.9%	12 0.3%	3,862 100.0%
同一敷地内	94 9.6%	661 67.3%	69 7.0%	59 6.0%	94 9.6%	3 0.3%	2 0.2%	982 100.0%
1km前後	2,670 22.8%	3,958 33.7%	2,721 23.2%	1,510 12.9%	730 6.2%	127 1.1%	20 0.2%	11,736 100.0%
5km前後	3,538 22.9%	4,275 27.6%	4,692 30.3%	1,981 12.8%	792 5.1%	171 1.1%	31 0.2%	15,480 100.0%
10km前後	1,026 22.9%	978 21.8%	1,569 35.0%	624 13.9%	209 4.7%	64 1.4%	8 0.2%	4,478 100.0%
それ以上	203 19.5%	167 16.0%	446 42.8%	126 12.1%	57 5.5%	40 3.8%	3 0.3%	1,042 100.0%
総計	7,752 20.6%	12,608 33.5%	10,063 26.8%	4,485 11.9%	2,157 5.7%	439 1.2%	76 0.2%	37,580 100.0%

図 2.11-8 居住地～事業所間の距離別にみた利用タイプ



第2章

在宅の限界点を高めるための中重度者にも
対応したライフサポートワークの確立

1. ライフサポートワークの背景と成り立ち

1.1 背景

平成 20 年 3 月、厚生労働省老人保健健康増進等事業を活用し、小規模多機能型居宅介護らしい支援やケアマネジメントのあり方を「ライフサポートワーク」として生み出した。

当初のガイドでは、制度創設後間もなかったことから「デイサービス」「ショートステイ」「ホームヘルプ」の組み合わせに終始し、その特徴を生かしていない場合も多かった小規模多機能型居宅介護に対して、小規模多機能型居宅介護とは何かも含め、その概要を明らかにし、支援やケアマネジメントのあり方が理解できるような内容を考えたものであった。

このたびの見直しにおいて、従来から変わらない変わることのない部分と、実践の積み重ねによる深化した部分との両面を捉え整理することとし、さらに今後求められる地域生活支援の捉え方や中重度者にも対応したライフサポートワークのあり方を検討することとした。

◆小規模多機能型居宅介護とは

2015 年の高齢者介護(厚生労働省老健局長の私的研究会／高齢者介護研究会／2003 年)において、生活の継続性を維持するための、地域での新しい介護サービス体系として「自己実現、自立支援、生活の継続性」を在宅において提供するための仕組みとして小規模多機能型居宅介護が生まれた。

住み慣れた自宅で、慣れ親しんだ環境のもと、なじみの人たちと関わりをもちながら暮らし続けたいと願う高齢者の、介護が必要になっても自宅の近くに安心して「通う」場所があり、必要に応じて「宿泊」ができ、緊急時や夜間でも「訪問」してくれるといった「24 時間・365 日の安心」を提供することで、介護のために自宅を離れるのではなく、これまでどおり住み慣れた場所で、暮らし続けることができる仕組みとして小規模多機能型居宅介護が創設された。

「施設の安心を自宅でも可能に～小規模多機能型居宅介護～」

これまで介護は入浴、食事、排泄に代表される生命を維持するため必要な要素に支障をきたした場合の支援機能としての側面が強く、ケアプランにおいても、生活を下支えする健康状態の把握のためのアセスメントや支援内容が、支援の中心となつた内容も多かった。一方、目標立てとしては、自己実現を図るため「これまでどおり自宅で暮らし続けたい」などの抽象的な目標が散見され、目指す支援が健康や安全と自己実現とに二極化された、本人の願いを叶えるための実現の筋道が見えにくいケアプランも多かった。これは深化のプロセスとして、いわば憲法 11 条の基本的人権の保障を担保するものから、2015 年の高齢者介護は、生存権を保証し、かつ、幸福追求権でいう「すべての国民は個人として尊重される」まで網羅されたものを具現化したものとも捉えることができる。

1.2 ライフサポートワークが開発された理由

ライフサポートワークは、地域密着型サービスのケアを通じて、実践のなかから作り出したものである「可能な限り住み慣れた自宅や地域のなかで暮らし続けるための支援を行

う」ことが地域密着型サービスの役割だからである。

それまでの支援は、「問題解決型（課題を並べ、それに対して対応する介護保険サービスを組み合わせる）」を指向し、アセスメントと称してできない部分に焦点をあて、できる部分には目が向きにくい課題抽出を目的とした現状把握に基づきケアプランは作成されるものの、現場の職員はケアプランを見ずとも日々の支援を行っているような状況があった。ケアプラン作成にあたっても「記録」に基づいたものではなく、「記憶」に基づき作成されるような提供者本位のプランである。

そのような状況の中、以下の5つのポイントを支援の基本と捉え、支援やマネジメントのあり方を模索したものである。

- ・最後まで自宅と地域社会のなかで暮らし続けるための支援
- ・「これまで」と「これから」の落差を和らげる支援
- ・状態の変化にもろい利用者、家族・介護者だが、常に変化し続けてることに柔軟に対応する支援
- ・介護だけを課題にするのではなく、人の暮らし全体を把握する支援
- ・多様な価値観による自己決定、自立支援、生活の継続性を尊重する支援

24時間365日の個別的な地域生活支援を可能にするためには、状態や状況の変化に柔軟かつ即応した支援やケアプランがポイントになる。そのため、これまでのケアマネジメントと混同しないために「ライフサポートワーク」と呼ぶこととした。

その周知のため、平成21年から3年間、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議においてライフサポートワークが取り上げられていた。平成23年2月22日に開催された「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」における「小規模多機能型居宅介護におけるケアプランについて」次のように周知されている。

小規模多機能型居宅介護は、顔なじみのスタッフにより、利用者やその家族等のニーズに適宜対応するため、必要なサービス（訪問、通い、宿泊）を柔軟に組み合わせて提供することにより、利用者の地域生活を総合的に支援するものであり、従来の広域型サービス（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護等）とは、その運営手法が異なるサービスである。このため、利用者等の制度趣旨の正しい理解を促すことや小規模多機能型居宅介護ならではのケアプラン作成手法の確立が求められていたこところである。

こうしたことから、平成21年2月の全国課長会議において、「小規模多機能型居宅介護のご案内」及び「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて」を配布したところであり、今後ともこれらの活用について管内市町村に周知していただき、小規模多機能型居宅介護の適正な普及に努められたい。

なお、これらの資料については、「全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会」のホームページ（HPアドレス：<http://www.shoukibo.net/>）からダウンロードが可能である。

2. ライフサポートワークとは

2.1 利用者主体であり、注目すべきは「暮らし」

高齢になると他人の援助がないと生活ができない人が一定割合出てくる。介護保険では、高齢者の「尊厳の保持」「自立生活の支援」を目的としている。「尊厳の保持」は、高齢者自らの意思に基づいた生活を維持できるよう、本人の自己決定を尊重することによってはじめて可能となる。

高齢になり、人の手助けが必要になった時や、これまでのように自分一人の力では解決することができなくなることなど、これまで元気なときにできていた暮らしできなくなる。例えば、排泄での失敗が多くなる、買い物に行けない、食事の準備ができない、外出する機会や近隣との付き合いが減り誰とも話をしていないなど、生活を送る中での不自由や困りごとなどである。

これまでのケア観によると、小規模多機能型居宅介護を利用し、集う場としての「通い」、夜間の心配事を支援するための「宿泊」、自宅でできなくなったことを支援する「訪問」といったものを活用し、その困り事にしか作用してこなかった。しかし、「できなくなったこと」は暮らしの中での不都合な部分であり、通うことが生活ではなく、訪問することで生活が成り立つわけではない。心身の一部分に認知症や病気、障害が現れ日常生活に支障をきたすことによって、生活がしづらくなる状態である。そのような状態のときに、これまでの介護サービスではできること（＝認知症や病気、障害）だけを抽出し、もしくはそのことのみに対して注目し援助を行ってきた。そのため健康状態を取り戻す気力がわからなかったり、健康になるために生きる意欲を失う場合も存在した。慣れ親しんだ自宅や地域での生活を棄て、介護サービスを受けるためのみの暮らしである。

自宅で入浴できない状態となったとき、支援内容は「入浴」となり通いという手段を活用する場合が多い。本来、自宅で入浴できなくなったとき、当然その目的は「これまでどおり自宅で入浴できるようになる」ことである。自宅での入浴が難しいことからとりあえず通いによって入浴を可能にするといつしか「自宅での入浴」が抜け落ち、通いで入浴できているから良いでしょう、と落ち着いてしまう。その結果、入浴のための通いが増え通い定員がいっぱいになる。同じように認知症により外出の機会が減ることや仲の良かった友人・知人と会う機会が減るとき、外出の機会や他者との交流と称して通うことで通い定員が上限となる。本来は本人の行きたい外出先や旧知の仲の友人と会うことが本人の望み＝目標であったことが通いにすり替わってしまうことも多い。

生活の中のできなくなったことのみに目を向けると、できなくなったことをできるようにすることが支援の目的となるため「入浴できない」→「入浴できること」が達成目標になる。本人からしてみると、障害により入浴するための身体機能や生活動作機能を失ったことであり、その結果、自宅では入浴できなくなったという状況を生み出す。ということは、これまでどおり自宅で入浴する意欲は障害により失ったかどうかはわからないにもかかわらず、身体機能や生活動作機能の喪失を理由に意欲まで失わせる支援をしても良いのだろうか。つまり小規模多機能型居宅介護というサービスを利用することで、本人の持っている力（意欲）を失わせることにもなりかねない。

つまりサービスを利用することが、サービスを利用しながらしか生活できない姿を作り出

している危険性を認識しなければいけないということである。

本人の望むこれまでの暮らしを取り戻すための支援をするためには、生活の中の一つひとつの意向やこだわりを理解し、心身機能の喪失により譲ることのできることは何なのか、それでも譲れないことは何なのかを理解して支援することではなかろうか。

そのためのアセスメントの場は自宅であり、自宅での暮らししぶりである。よって目標は、これまでどおりの自宅や地域での生活を取り戻すことであり、まず理解しなければいけないのは自宅での暮らしである。

小規模多機能型居宅介護として理解しなければいけないのは、アセスメントと称してできない課題を明らかにすることよりもむしろ本人の望む暮らしは何かである。だからこそ本人が主人公となり、課題ではなく生活全体を理解することが大切なのである。

2.2 週間計画表から見る「人と状況」の全体性

暮らしを理解するために、日ごろよく目にする週間計画表から考えると「全体」という意味が理解しやすい。そもそもサービス予定を記入する際に活用するのが週間計画表だが、包括報酬のサービスである小規模多機能型居宅介護として週間計画表を見ると、違った見え方をしてくる。

例えば、この週間計画表からは月・水・金を通いサービス、火・木・土を訪問サービスとして予定していることがわかる。通いが1回8時間（8時30分～16時30分まで）、訪問が1回30分（8時～8時30分）と記入されている。

よって8時間×3回、30分×3回では、1週間当たりの総サービス提供時間は25時間30分となる。計画作成担当者である介護支援専門員は、本人や家族・介護者への説明の際、上述の提供する曜日、提供時間、提供回数の説明に加え、提供しているサービスにおいてどのような支援をするかを説明する場合が多い。例えば通いでは、到着後バイタルチェック、午前中の入浴、昼食をはさみレクリエーションや昼寝、おやつの提供といった具合にその中身を説明し、訪問においてはモーニングケアとして離床介助、排泄支援、更衣などである。もちろんこのようなサービス提供の中身の説明が不要というわけではないが、そこにはまぎれもなくズレが存在する。提供者側と利用者側の視点のズレである。

提供する側（事業者）は、上述のとおり提供するサービスに着目しているが、利用する側（利用者、家族・介護者）は、サービスの提供内容以上にサービス提供以外の空白の時間に目が向く。なぜなら、サービスを利用しているときよりもむしろ、サービスを利用していない時間帯のほうが、不安や心配事が発生する可能性が高いからだ。

この週間計画表からわかるのは、提供者はサービスに注目し、利用者、家族・介護者はサービス以外の時間に注目している点である。提供時間から見ても1週間168時間において、サービスを提供している時間は25時間30分であり、空白の時間は142時間30分である。サービスを利用していない時間のほうが圧倒的に多い。よって、いくらサービスを提供していてもサービス提供時間以外の時間の不安が払しょくされなければ、在宅生活は困難になる。

小規模多機能型居宅介護に包括報酬が採用された理由はここにある。25時間30分のサービス提供以上に、142時間30分の安心を担保するためには、1回いくらのサービスでは

難しく、空白が生まれてしまう。だからと言って空白を作らないこと（常にサービスを提供すること）が求められるかというとそうではない。サービス提供によって空白の時間の安心を提供する、最小のケアで最大の効果を発揮するための工夫である。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
06:00							
08:00		30分		30分		30分	
10:00							
12:00	8時間		8時間		8時間		
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
24:00							
02:00							
04:00							

1日24時間 × 7日 = 168時間
サービス提供時間 = 25時間30分
提供していない時間 = 142時間30分

月曜日を見てみると、8時間の通いサービスの提供を予定していることがわかる。1日を24時間としてみると、8時間の通い以外の時間は当然自宅での時間である。いわば16時間が不安な時間ということになる。例えば認知症の初期の状態の利用者に対し、配膳や調理の一部、洗濯物などのお手伝いを事業所がお願いとする。理由は、本人にはその力が残されていて、丁寧な説明と随時の声掛けをすればできると見立てたからである。実際に説明や声掛けをしてみると、事業所内においてはできることが増えていく。しかしながらこの利用者が自宅の戻ったとき、家族からよくこんな声を耳にする。「自宅で台所に立ち包丁を持とうとするので困っている」と。利用者本人の気持ちを察してみると、何かをしたいのは事業所でなく自宅であり、誰のために心配りしたいかといえば自宅で息子や孫、家族のお世話である。

なぜ、このような状況が起こるかを考えると、8時間のケア目標は「事業所で、できることを増やす」であり、家族・介護者のケア目標は「余計なことはしないでね、何もしないでね」である。事業所が行っているかわりは、決して悪い対応ではなく、むしろ良い対応である。にもかかわらず利用者自身が混乱をきたすのは8時間と16時間のケア目標のズレが本人の混乱を深めている点である。事業所が頑張れば頑張るほど本人は混乱するという現象が起きる。

この事例から考えると、8時間と16時間の連続性が保たれていないことが理由であることがわかる。事業所ができることを増やしたいのは事業所内であり、自宅での暮らしは視野に入っていない点である。8時間のためのケアプランでありケア目標である。そもそも

ケアプランは、自宅での生活を取り戻すための支援計画であることを考えると、8時間の事業所でのケアが自宅での16時間を困難にしている事例である。小規模多機能型居宅介護のケアプランや支援は、自宅の16時間を充実させるために作成されるものであり、事業所内完結の暮らしを充実させるものではない。16時間の幸せを実現するためには、24時間の視点が欠かせない。よってケア目標も、自宅での16時間を充実させるために事業所における日中の一番かかわりやすい時間において何をするかが8時間のケア目標であり支援のポイントである。サービスを利用することによって事業所と自宅の落差を広げるための支援ではなく、介護が必要になっても自宅での16時間において居場所や役割を継続するための支援である。

通いを例に24時間や週間計画表の捉え方の視点を紐解いたが、訪問においても同様に、30分の訪問において何をするかは、残りの23時間30分の暮らしをイメージして支援すべき内容を吟味することである。訪問は、訪問介護とは違い、従来の「やって良いこと」「やってはいけないこと」という線引きがない（いわゆる「老計10号」の適応外）。これまでの定められたメニューから支援内容を考えるのではなく、自宅で望む本人の暮らしを生活全体から捉え、取り組むべき支援内容を検討することである。

2.3 ライフサポートワークとは

小規模多機能型居宅介護らしい支援やマネジメントのあり方をライフサポートワークと呼んでいる。生活全体を「ライフ」、サポートを「支援」、ワークを「機能」と捉え推進している。ライフサポートワークには、3つのライフの側面があると考えられている。

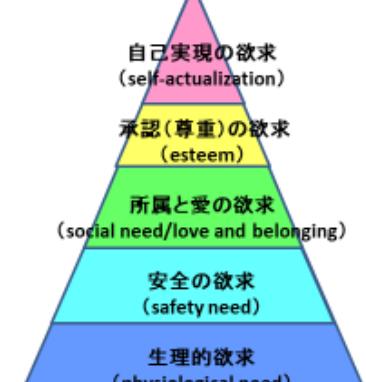
ライフサポートワークの「ライフ」とは？

◆ライフの3つ意味(本人を丸ごと受け止める)

- (1) ライフ…生命→生命・安全の欲求
- (2) ライフ…生活・暮らし→所属・承認の欲求
- (3) ライフ…人生→自己実現の欲求→「～したい」

自己実現の欲求(self-actualization) 自分の持つ能力や可能性を最大限發揮し、具現化したいと思う欲求。
承認(尊重)の欲求(esteem) 自分が集団から価値ある存在と認められ、尊重されることを求める欲求
所属と愛の欲求(social need/love and belonging) 情緒的な人間関係・他者に受け入れられている、どこかに所属しているという感覚
安全の欲求(safety need) 安全性・経済的安定性・良い健康状態・良い暮らしの水準など、予測可能で、秩序だった状態を得ようとする欲求
生理的欲求(physiological need) 生命維持のための食欲・性欲・睡眠欲等の本能的・根源的な欲求。

人間の基本的欲求
アブラハム・マズロー(Abraham Harold Maslow)「自己実現論」より



The diagram illustrates Abraham Maslow's Hierarchy of Needs as a pyramid. The top section is pink and labeled '自己実現の欲求 (self-actualization)'. The second section from the top is yellow and labeled '承認(尊重)の欲求 (esteem)'. The third section is green and labeled '所属と愛の欲求 (social need/love and belonging)'. The fourth section is light blue and labeled '安全の欲求 (safety need)'. The bottom section is dark blue and labeled '生理的欲求 (physiological need)'.

1つ目のライフは、「生命」を支援する機能であり、2つ目は「生活・暮らし」を支援、3つ目は「人生」を支援する機能と捉え、生活全体を支援する視点を説いている。

介護保険制度が施行され介護保険事業がスタートすると、事業を行うことやサービスを提供することが目的となってしまうというケースが増えてきた。これは、当初の目的の「本人を支える」ことから状態像を特定し、介護保険サービスの利用につながるかどうかだけで利用する人を探すことに目的が入れ替わり、事業を利用してもらうためのサービスになってしまったと言える。制度や事業は、本人の自立した生活や自己実現のためのツール（道具）である。小規模多機能型居宅介護という道具を使い、生命を支え、介護が必要となる前の生活や暮らしを取り戻すことで人生をまとうするために支援が必要なのである。

3. 本人を理解するために大切なこと

3.1 本人の「声」をチームで形にする（代弁機能含む）

本人の生活全体を捉え支援しようとするとき欠かせない視点は、本人中心の視点であり本人の声である。本人の声に耳を傾けることとは、言っていることをそのまま受け止める場合と、言おうとしている声にならない声（潜在的ニーズ）を受け止める場合とがある。声にならない声は、あいまいであり見えにくい。見えにくいいからこそ専門職によって声を形にすることが求められる。本人の声を形にするということは、本人の言っていることをそのまま受け取るのではなく、その発している言葉や表情、しぐさ等をサインやメッセージ、シグナルと捉え、潜在的な思い（リアルニーズ）を見据えることが大事なことであり代弁することである。

例えば通いに来ている利用者が「昼食は結構です」と言う言葉を発したとしよう。その時「この人は食事不要」と単純に考えないだろう。食事を断る理由があり、その理由を探るためにかかわりを持ち「お財布を忘れたから食べられない」「夫が自宅で待っているから食べられない」「知らないところで食事はできない」などといった潜在的な声にならない声に思いを巡らせ、言っている事ではなく言いたい事を推し量るのではないだろうか。

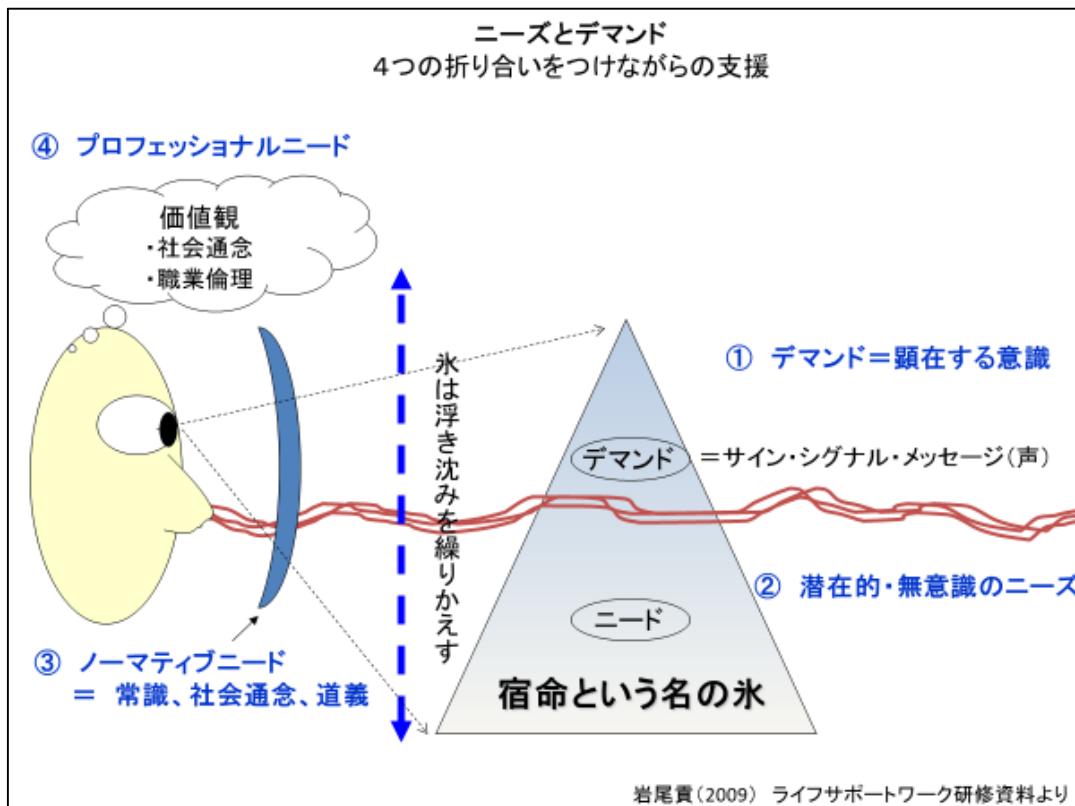
その言葉にならない思いが潜在的な思いであり、本人も気が付いていない無意識の思いなのである。

口に出すことすべてが「本音」ではない。自分が思っていることと正反対のことを言うこともあるれば、周囲に遠慮をして自分の意見ではないことを言う、伝えたい言葉が思いつかず、ニュアンスの違う言葉で表現することもあるだろう。また、言葉にすることで、本当に伝えたかったことが言葉で伝えていることとは別なことだったと気が付くこともある。それほど言葉で発している表現は、そのこと自体がすべてではなく、隠れた思いがあるのである。

一方、思いを受け取る専門職側は、社会通念や道義など、世間の人が一般的に考えると思われる常識というフィルターを通して聞くのである。それに付け加え、自分自身の経験や専門家としての思い（ノーマティブニーズ）や考え方からも、言葉を捉えるのである。

このことは、本人が発している言葉は、受け手の常識や知識、社会性において受け取り方がずいぶんと違う可能性があるということである。だからこそ、本人の言葉の意味をそのまま鵜呑みにするのではなく、その発言の背景や思いを言い換えたり、おうむ返しに聞き直したりして本人に確認や了解を取りつつ、本人が伝えたいと思われる声を表す作業が

必要なのである。



また、表出されている言葉と解決策が違う場合もある。例えば家族・介護者の要望として「通わせてほしい」という思い（言葉）が発せられたとしよう。通わせて欲しいという言葉をそのまま受け止めれば、その解決方法は通うことであり、通いの回数を増やすことになるので、通う回数を増やすことで解決する。しかしながら週7回の通い＝毎日の通いになんて満足しない家族・介護者も少なくない。結果的に出てくる言葉は「どこか入所できる施設を紹介してほしい」となる。

「通わせて欲しい」と言っていることを「通わせて欲しいくらい困っている事がある」という思いと捉えたならば、「通う」という行為よりも「困っている」に焦点をあてて検討すべきであろう。家族・介護者の通わせたいほど困っているのは「トイレ介助の仕方がわからない」なのか、「何度も同じことを言うことに対してどう対処してよいかわからない」なのかという点である。よって通いを利用して、困っていることに焦点があたらなければ、自宅でのトイレ介助の仕方がわかるわけでも、同じことを言う理由も対処法についてもわからないため、入所への道へまっしぐらとなるのも無理はない。

在宅での支援は、本人の声にならない声を代弁することはもちろんのこと、本人を身近に支えている家族・介護者の声も代弁することができないと、在宅生活の継続は難しい。

3.2 本人の「声」を代弁するにはチームアプローチは必須事項

本人が今、何を思い、どうしたいと思っているのかを探るために潜在的な思い（ニーズ）を代弁することの重要性と説いたが、代弁は一人でできるものではない。自分一人の知識や経験知では、代弁できることに限りがある。結果的に代弁できないと「決めつけ」が生まれる。決めつける場合の多くは、決めつけるほど核心を持っている場合ではなく、他に

アイデア（代弁）が浮かばず、決めつけないと次に進めない、ケアができないからである。

思いを形にする（代弁する）こととは、それぞれのスタッフのたくさんの解釈（主観）をチームで重ね合わせことにより客観化し、本人の思いをひもとき代弁することである。一人では思い巡らせられることでも、日々利用者に関わっている職員たちと一緒に考えると、様々な角度から本人の思いをひもとくことができる。職員は、事業所での様子、夜間の様子、自宅での様子など、様々な場面・角度で利用者と接している。様々な意見を聞くことでまた違った意見が浮かび、話が広がる。このような話し合いの機会を作ることが小規模多機能型居宅介護では取り組みやすい。通いの場面、宿泊の場面、自宅での様子などを知るスタッフが、日々一堂に会する機会を毎日設けている申し送り（ミーティング）の機会である。言うなれば毎日がサービス担当者会議を開催しているようなものであり、小規模多機能型居宅介護の強みである。

一方、このような話し合いの場は、経験の浅いスタッフにとって成長の場にもなりうる。「食事は結構です」と断られてしまった時に、次に打つ手がない（かける声を持ち合わせていない）のが経験の浅いスタッフの常である。何かをしたくても、何ができるかもわからず、先輩スタッフからは「頑張って」と励まされる。頑張ってと励まされても、頑張りようがないのが実際である。

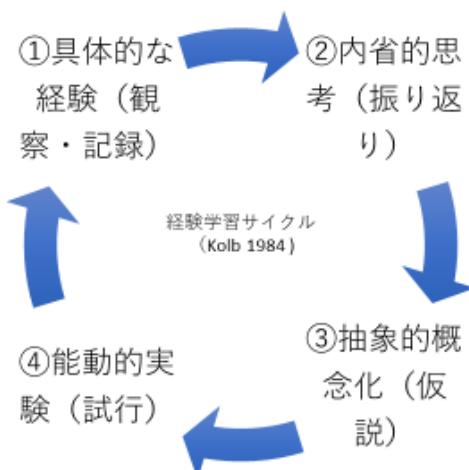
よって、話し合いも持つことが、他のスタッフの解釈を知る機会であり、どのような声掛け、対応をするかというノウハウを理解する機会でもある。毎日の申し送りやミーティングが職員育成の場にもつながるのである。

3.3 ケアとはチャレンジすること（仮説と検証の繰り返しによるケア）

認知症高齢者への支援は、日々試行錯誤の繰り返しである。認知症ケアでの試行錯誤とは、チームで客観化した代弁による「声」（=仮説）が今日この場での本人の声を代弁しているかどうかの検証作業の繰り返しがケアなのである。よって、これまでには、対応している一人の経験知に基づくかかわりだったものが、チームによって検討された代弁という仮説が用意されていることにより、複数の仮説から対応を考えることができる。

日々、利用者にかかわることで、チームで考えた本人の声（仮説）を検証するためにチャレンジをあきらめないことが大切である。仮説に基づくかかわりが、経験を積み上げ、積み上げた経験がまた仮説を生むサイクルを生み出す。まさに小規模多機能型居宅介護では、この経験を生かす学習サイクルが生まれる環境をもっていることが強みとなるのである。

- 介護現場での課題解決法に「経験学習モデル・内省的思考・リフレクション」を活用します。経験を学習に変えていく。課題を無くすのではなく、解決をシステム化する。
- 課題を含む経験を用いて、個人を成長させ、組織を強くすることが個人や組織の課題解決能力を高めていくことになる。
- つまり、「職員の個人の能力の向上」と「チーム力の向上」です。



- | | |
|---|---|
| ① | 具体的な経験とは、「個体が現有能力を超えないなければならない挑戦的な業務経験」を言う。つまり、個人、チームの成長を促す機会と考える。 |
| ② | 内省思考（観察）・リフレクションとは、「実践から離れ、自らの行為・経験・出来事の意味を俯瞰的な観点多様な観点から振り返る、意味づけること。」つまり、要因分析（描写とその言語化） |
| ③ | 抽象的概念化とは、内省的思考を経て、経験を一般化、概念化、抽象化して他の状況でも応用可能な知識、ルール、スキーマ、ルーチンを作り出すプロセス」つまり、標準化、手順化、マニュアル化、システム化 |
| ④ | 新しく作られた知識、ルール、スキーマ、ルーティンを実践すること。 |

3.4 サービスを提供していない時間こそ、本人らしさを發揮しやすい時間

元気なときの生活は、朝起きて身支度をし、朝ごはんや掃除・洗濯の家事、趣味やその日の用事を済ませたりと、一日の予定を立てて過ごす。もちろん予定がある日もあればない日もある。いわゆる日常である。介護が必要な心身の状況になったとき、通いや訪問を活用し在宅生活の継続を目指すが、本人の望みは通うことではなく、支援を受けつつもとの暮らしを取り戻すことではなかろうか。前述のとおり事業所に通うことや宿泊することが支援に置き換えられると、支援が目的化し生活を取り戻すよりも支援を受けることに慣れ、自らの意思決定や自立に向けた気力を失ってしまうことも少なくない。

小規模多機能型居宅介護を利用するということは、何らかの支援が必要な生活上の不都合を抱えているからであるが、病気や障害によって体が動かなくなり、動かないことを前提に支援すると動かそうとする気力も奪うことになる。気力を奪った結果、本人に聞いてもこれから先の人生や明日の生活でしたいことが見つからない。事業所は、本人の声に耳を傾けようとするが本人から発せられる言葉やメッセージは少ない。在宅生活を諦めざるを得ないような日々を送っているからだ。週7日の通いや、連泊を繰り返していく中で、一日の予定を考える機会や家で過ごす日常を諦め、受け身の生活を何年も続けながら、したいこと、願いを持ち続けることは難しい。措置時代の施設入所に見られたような在宅から施設への片道切符のような状態である。

本人の望む自宅での暮らしを視野に入れるからこそ、またあの生活に戻ることができるという明るい未来を感じることができ、だからこそ「できない」ことを「できる」ようにしたくなる意欲につながる。よってできないことをできるようにするためにには「したい（目標）」を生み出す環境とかかわりによって生まれる「希望（意欲）」である。「できない」ことではなく「したい」を明確にすることによって「できる」を目指すことにつながる。

できない→したくない→しないという悪循環を好転させていくために、どこからアプローチするかが専門職に求められる。「できない」を「できる」に変えることは身体機能の向上であり、基礎介護に求められる基本的視点である。しかしながら心が動かないと体も動かないため、できない状態が継続する。リハビリを継続していても効果が出にくいのは機能改善した結果、生かす場のイメージ（取り戻した力を発揮する機会）がないことが要因であることも、これまでの小規模多機能型居宅介護の実践事例の中で紹介されてきた。

「できない」という機能から出発するだけでなく、24時間365日の生活にかかわっている小規模多機能型居宅介護だからこそ、「したい」からのアプローチが可能なのではなかろうか。「したい（してみたい）→してみる→できる」への好循環の発想である。

また、入浴や食事のような生活習慣のみを理解することだけが生活ではない。買い物はどこでしたいのか、なぜそこで買い物をするのか、なぜお隣さんとは仲が良かったのか、本人の生きざまには必ず理由がある。その店で買い物をするのは、そこで買いたくなる理由が存在し、お隣さんと仲がよいのも理由がある。自宅での生活習慣を理解することと同様に、地域での暮らしの中でのこだわりや理由を理解することで、生活のハリや生きがい、役割を取り戻すことができる。

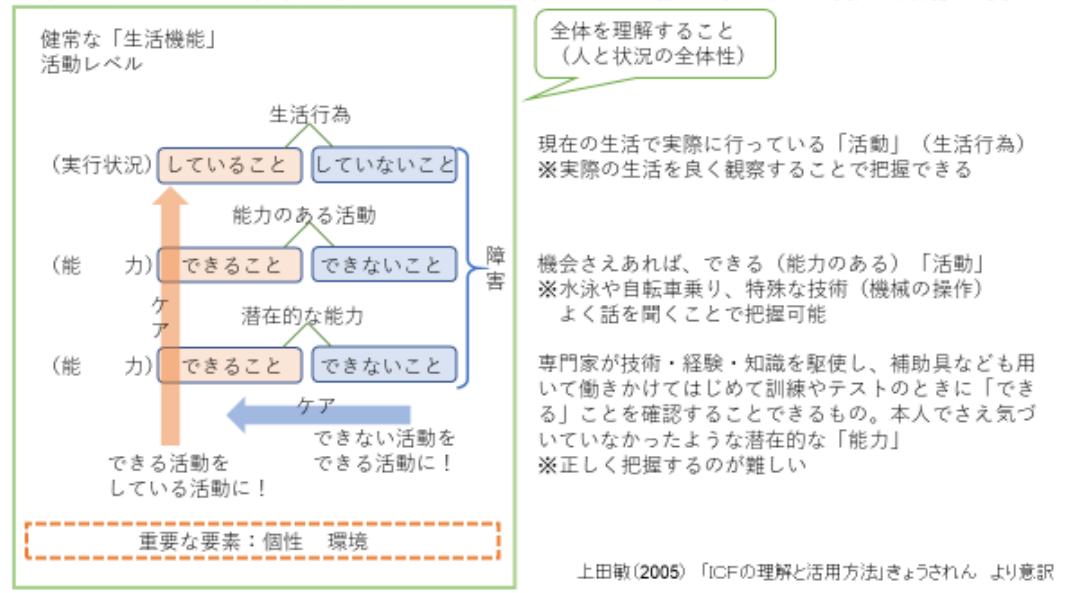
ライフサポートワークを意訳するときに地域生活支援と表現しているが、地域での暮らしを支援することとは、上述のように自宅での暮らしぶりや意向を尊重することであり、地域とつながりやその理由を重視することが、本人の望む暮らしにつながるからである。

認知症や身体の障害、衰えによりできることを生活の一部分から切り取って、機能を評価するのではなく、本人の望む生活を実現すべく本人と本人を取り巻く状況の全体（人と状況の全体性）を理解することが「暮らし」を理解するために重要である。

ここでいう「したい（してみたい）」の意欲を引き出すためには2つのポイントがある。一つはできないからやらない・やらせないではなく、まずやってみるという即時性をもつた「とりあえずの実行」であり、もう一つはしたい（してみたい）と思える環境からのアプローチである。小規模多機能型居宅介護においては、この2つともを発揮しやすい強みをもっている。即時性や環境の側面はまさに小回りの利く小規模さ、まずやってみる柔軟さ、本人の意欲を引き出すための地域生活が身近にある点である。

「できる活動」と「している活動」 ～マイナスを減らすことよりも、プラスを増やすこと～

障害（マイナス）を減らすことよりも、プラスを増やすことであるという理解に基づき、いま現に存在している「残存機能・残存能力」だけでなく、「潜在性生活機能」を含めて考えることで、潜在的なプラスを引き出し、のばすことを主にし、それに加えてマイナスを減らすことで「最高のQOL（人生の質）の実現」する。



ある人の週間計画表

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
06:00							
08:00		30分		30分		30分	
10:00	8時間		8時間		8時間		
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
24:00							
02:00							
04:00							

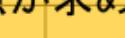
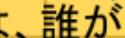
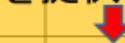
1日24時間 × 7日 = 168時間

サービス提供時間 = 25時間30分

提供していない時間 = 142時間30分

サービスを提供していない時間

#1 この時間は、誰がかかわっているの?
#2 どんな視点が求められるの?



4. 小規模多機能型居宅介護に求められるケアを実現するための考え方と様式

4.1 本人の望む暮らしの実現に向けた実践を支える様式

小規模多機能型居宅介護らしい支援とは、毎日の暮らしの中で変化する本人の思いをくみ取り、本人が必要としていることを、家族・介護者や事業所、関係者が柔軟に支えることで、本人らしい暮らしの実現に繋げていくことといえる。そのためには、出会いの場面での「まずはかかわってみる」ことからスタートする。かかわることで本人の声にならない声（潜在的ニーズ）に耳を傾け、記録を振り返ることでさらに本人への理解を深めていく。そして「こんなふうに過ごせたらいいな」「大切にしたいことはなんだろう」と本人や家族・介護者、事業所、関係者が話し合いながら、本人が望んでいる暮らしの実現に向けて協働することが大切になってくる。

ライフサポートプランの様式では、こうした支援のビジョンと活動のプロセスが、本人、家族・介護者、事業所やその他の関係者が共有しやすいように、4種類の様式に落とし込めるようになっている。そのため、様式の作成にあたっては、そのように作成した意図や目的があり、その意図や目的の基本となる考え方は本人の「生命」を支え、日々の「生活・暮らし」の充実に向けて本人とともに歩み、本人らしい「人生」を最期の時まで送りたいという思いに応えていくためのものである。

居宅サービス計画書と ライフサポートワークの様式対照

居宅サービス計画書	ライフサポートワーク様式
居宅サービス計画書1表	→ 様式3 ライフサポートプラン①
居宅サービス計画書2表	→ 様式3 + 様式4 ライフサポート プラン②
週間計画書	→ 現行様式使用
担当者会議議事録	→ 様式2 ライフサポートプランカンファレンス 用紙
サービス担当者に対する照会	→ 現行様式使用
支援経過記録	→ 様式1 ライフサポートプラン記録用紙
利用表・利用表別表	
提供表・提供表別表	→ 現行様式使用
個別援助計画書	→ 様式4 ライフサポートプラン②

4.2 様式1 記録用紙とミーティング用紙

4.2.1 本人の声にならない声に耳を傾ける

本人が望んでいるこれから暮らしと、今、本人が必要としていることを明らかにするためには、毎日のかかわりの中で見聞きした本人の言動、表情や健康状態の変化をしっかりと「記録」として捉えて、本人にかかわる人全員がその情報を共有することから始まる。

しかし、認知症で自分の思っていることを伝えることが難しい人や周囲の人に遠慮をして本心を十分に伝えられない人の場合、声の大きな他者の要望に思いをかき消されてしまい、本人が必要としていない過剰な支援がおこなわれ「できること」が奪われてしまうばかりか、「できないこと」がクローズアップされて、在宅で暮らし続けることは難しいので施設に入所したほうがよいのではといった、本人が望んでいる暮らしとは反対の結果になりかねない（本人の言っていることと、家族の言っていることがごちゃ混ぜの状況）。

そのため、様式1ではそれぞれの声に耳を傾け、今まで聞こえていなかったこと、聞こうとしていなかったことに気づくように「本人」「家族・介護者」「地域・医療・その他」に分別して記入するようになっている。それにより、家族・介護者や地域住民の評価や本人が望んでいない要望をニーズと捉えてしまうことを防ぐ意図がある。「できないこと」「問題状況」だけに着目した場合、本人の意向に反した問題解決型の思考になる恐れがあるため、「できること」「したいこと」を積極的に着目することが大切であり、計画作成担当者は本人を中心とした実践が積み重ねられていることを常に意識して記録を確認する必要がある。

4.2.2 目標（目的）をもって記録する

私たちの日々の実践は、本人が必要としていることを、家族・介護者や事業所、関係者が柔軟に支えることで、本人らしい暮らしの実現に繋げていくことである。従ってかかわることで様式1に蓄積されていく記録は、その過程で「本人」を知り、「家族・介護者」を知り、「地域・医療・その他」の関係者を知りながら、本人の目標に向かって歩んでいくプロセスが記された財産といえる。しかし、そのような記録にするためには、日々のかかわりの中で本人の望んでいる暮らしの実現に向けて、今、目標としていることは何かということを念頭に置いて実践する必要がある。

そのため、かかわる人が「何のために」日々のかかわりを持ち、何に注視しなければいけないかを意識できるように、様式1では「当面の具体的な目標」を常に掲げ、記録のたびに目に触れるようになっている。

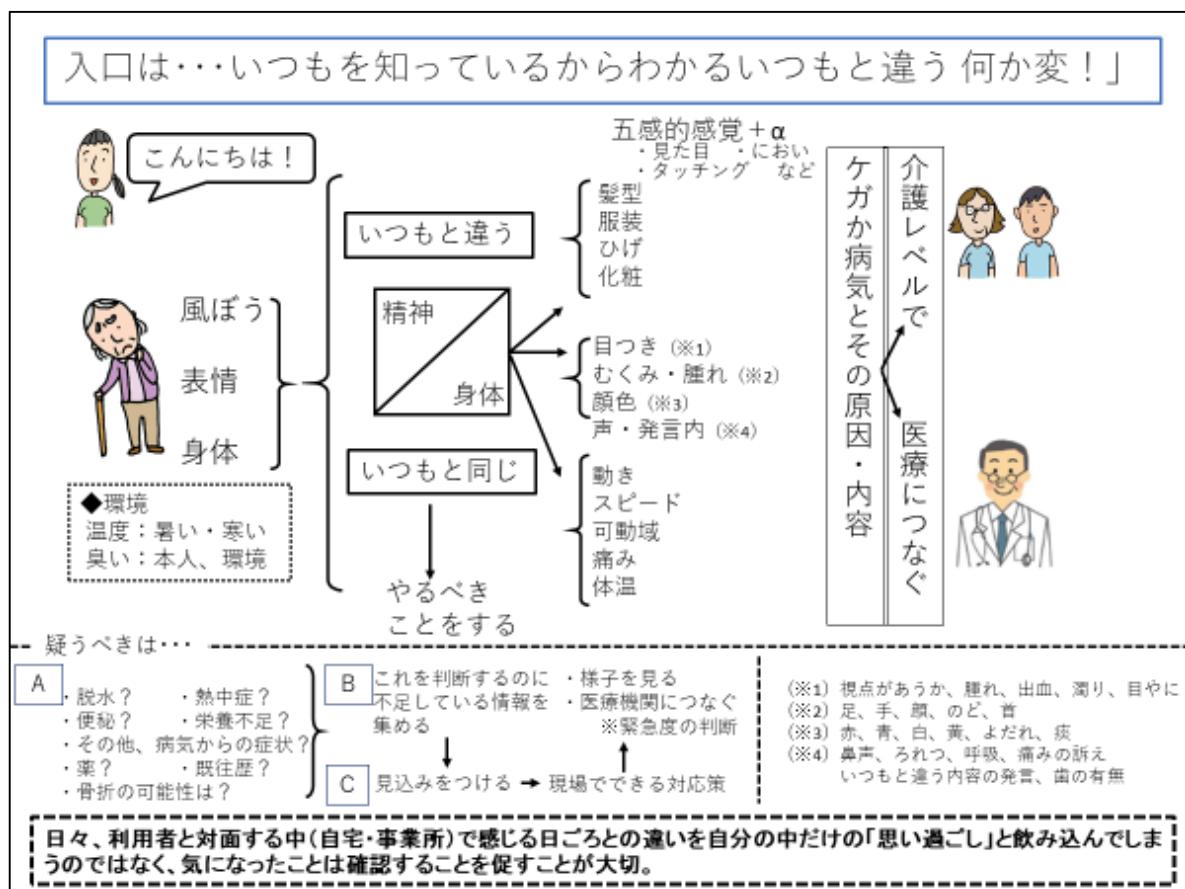
ここでは「当面の具体的な目標」のみを記入するようになっているが、その先にある長期的な暮らしへの思いや個々の目標を理解して、日々の実践を積み重ねてくことが重要であることは言うまでもない。本人の日々の心身状態によっては、当面の具体的な目標に近づくことが「今日は難しいな」と思える日であっても、日によっては個々の目標に近づくことが「今日ならできるかも」と思える日もあるかもしれない。本人の日常は決して平たんで一直線なものではなく、日によって時間によって良くなったり悪くなったりと変動があるので普通である。その良い兆しを見逃さないためにも、計画作成担当者は日々本人の長期的な暮らしの展望や、個々の目標を職員と常に共有しながらチームでかかわることが大切である。これは、記録に触れる管理者や計画作成担当者、スタッフが、当面の具体的目標に記録することによって日々触れることが、同時に共有するツールとして有効であると考え、設定したものもある。

4.2.3 変化を捉える視点の重要性

24時間365日の日常を支える小規模多機能型居宅介護では、たくさんの職員が交代

で本人の暮らしにかかわるため、それぞれの変化を捉える視点にそれが生じることが懸念される。しかし、それでは本人の良い兆しを見逃してしまうばかりか、悪い変化の兆しを見逃してしまう恐れがある。そのため様式1では、ライフサポートワークの3つのライフ（生命、生活・暮らし、人生）に影響を及ぼす変化や本人の言動を記録することが必要である。もちろん、そのためには普段の本人の様子がわかっていないければ、変化に気づくことができない。日々のかかわりの中で、普段との違いから心身状態の悪化を察知することができるのも、生活を支えるスタッフの強み（役割）である。日頃からかかわっていると、風貌や表情、仕草や身体の動きに何か違うと感じることがある。一人ひとりのスタッフが記録した本人の言動等が、本人の日常にとって悪い兆しではないか、計画作成担当者は継続して確認し、事業所内での変化を捉える視点をり合わせることが求められる。そのため、様式1では計画作成担当者の確認欄が設けられている。

なお、バイタルサインや食事・水分量、排泄状況などを継続して確認することで、本人の平均的な身体状態を測ることができる。健康状態が悪くなる兆しをいち早く見つけるためにも、補助様式を活用するなど医療と連携する工夫が求められる。



（津田由起子氏 2017 年）

4.2.4 本人を取り巻く人々の声の重要性

小規模多機能型居宅介護ではケアマネジメントとサービス提供が一体的に行われるため、計画作成担当者はアセスメントやモニタリングで得た本人の暮らしに対する意向のほかに、家族・介護者や地域住民、医療関係者等から聞き取った情報などを様式1 ライフサポートプラン記録用紙に記録していく。居宅サービス計画書の第5表（居宅介護支援経過）との

大きな違いは、スタッフが記入する介護記録と同じ記録用紙を用いることにより、スタッフが近視眼的なかかわりに陥ることを防いでくれる。日々の変化を捉えるためには、本人と向き合うことが大切である。しかし、向き合うということは本人だけを見れば良いということではなく、家庭内での本人の役割、地域社会での役割は何かといった、その人の社会生活全般を捉えることが、本人の望んでいる暮らしに近づけるためには必要になってくる。本人の日常の暮らしは、自宅と事業所、本人と家族・介護者、事業所だけで成り立っているのではなく、長年積み上げてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物など様々なつながりがあり、日常生活の充実、本人の望んでいる暮らしの実現にはなくてはならないものだということを気づかしてくれる。

そのため、本人の暮らしを多面的に捉るために、本人や家族・介護者の声だけではなく、地域住民の声、ボランティア、医療などからの声を記録して、本人にかかわる人の全員が共有できるように努める必要である。

様式1

ライフサポートプラン記録用紙					利用者氏名 :
当面の具体的な目標		本人	家族・介護者	地域、医療、その他	記入者
年月日 時間／場所					
○年○月1日 13:00 自宅	<p>※ 本人の意欲的な言動、表情など本人の持っている力（ストレングス）を積極的に見つけることが大切。</p> <p>※ ライフサポートワークの3つのライフ（生命、生活・暮らし、人生）の継続に影響を及ぼす悪い兆候があった場合は、記録とともに関係者に伝達する。「いつも違う、何が変」という視点が重要。</p> <p>異常がある場合は、ミーティングを実施、即時対応を検討する。</p> <p>バイタルサイン、排泄状況、食事摂取状況などの記録は、補助様式を用いて状態の変化を観察したのも良い。</p> <p>※ 事業所での状況だけではなく、自宅や地域での生活状況についても観察して、言動や表情を記録する。</p> <p>※ 職員の個人的な主觀（困った、問題）を記入するのではなく、事実を記入する。</p> <p>※ 直接の言葉は「 」で記入する。</p>	<p>※ 日々のかかわりで「何のために」何に注視しなければいけないかを意識できるように、「当面の具体的な目標（ニーズ）」を記入する。</p> <p>※目標に対しての本人の反応、上げ膳据え膳になってないかを意識する。</p> <p>※当面の目標に沿ったケアになるための記録になっているか。</p>	<p>※ 送迎、訪問時を活用して、自宅で家族が気づいたこと、気になったことなどを確認して記入する。</p> <p>※ 家族の意向、相談内容などを記入する。</p> <p>※ 家族・介護者の続柄も記入して、誰の言葉かを分かるようにする。</p> <p>※ 看取り期などの場合は、本人、家族の意向を確認し医療関係者に伝える。</p>	<p>※ いつまでも空白になっていたら、私たちが関わっていないことに気づくきっかけになる。</p> <p>※ 軒下会議で出た地域の意見、情報などを記入して、事業所内で共有する。</p> <p>※ 主治医に伝えた本人の心身状況、暮らしに対する意向、主治医からの意見などを記入する。</p>	<p>記録を記入したスタッフの名前を記入する。</p>
○年○月3日 15:00 事業所					計画作成担当者確認欄
○年○月7日 20:00 事業所					

4.2.5 ミーティング・即時プラン

日々のかかわりが蓄積された記録も、ただ書くだけで何も活用されなければ意味をなさなくなってしまう。

ミーティングでは、蓄積された記録から見えてきた変化や、日頃のかかわりで本人の暮らしに変化を及ぼす悪い兆し、良い兆しなど気になったこと、気がかりなことを事業所内で持ち寄り「今」本人に必要なことは何か、家族・介護者や地域に対して必要なことは何かを短い時間で話し合う。そして、「今」できることを実践に移していく。日々変化する状況への対応策（即時プラン）をミーティングで話し合い、柔軟かつ迅速に対応することができることが、ケアマネジメントとサービスが一体で提供される小規模多機能型居宅介護の強みといえる。特に初期支援ではチームでかかわることで「利用者への理解」や「これ

からのかかわり」を深めやすくなり、早期の在宅生活の安定に資することから、記録とミーティングはサービス提供を開始するまでの期間においても大切である。

また、ミーティングで話し合う内容には、家族・介護者や地域に変化があった時にその都度「今」働きかけることを話し合うことも含まれてくる。地域の中で暮らし続けるために、本人だけではなく、家族・介護者や地域についても事業所が、常に一緒にになって考えることが大切である。そのため、利用者や家族とかかわる前に頭の中で考えていることを、ミーティングで共有する必要がある。その際にも本人、家族・介護者、地域を日頃から区別して記録をしていることで、それぞれに起きている変化を的確に把握することが可能となり、状況変化に速やかに対応しやすくなる。なお、ミーティングで話し合った内容は、事業所内だけで留めるのではなく、送迎や訪問などの機会を使って、本人や家族・介護者のペースに合わせて理解を得ていくことが大切であり、それを積み重ねることでお互いの理解が深まり、本人の望んでいる暮らしの実現に向けたケアチームに一体感が生まれることが期待される。

以上のことから、ライフサポートプランではこれまでの継続したかかわりから、話し合う必要がある変化を見やすくして、ミーティングで話し合った内容を速やかに実践に移しやすくするために、ミーティングの実施記録を別様式にするのではなく、日々のかかわりを記録する様式に合わせて記入するようになっている。

樣式 1

ライフサポートプラン記録用紙

利用者氏名 :

4.2.6 モニタリング

小規模多機能型居宅介護におけるモニタリングは、計画作成担当者がライフサポートプランの実施状況を継続的に観察して、評価・見直しをするためのモニタリングと、かかわりを通して日々の変化を観察するモニタリングの二つの意味合いを持っている。

かかわりを通して行う日々のモニタリングは、ライフサポートプランをもとに日々支援

していく中で、その日の出勤者が気になったこと、気がついたことを都度話し合って、臨機応変に対応するためのミーティングにつながっていく。そして、計画作成担当者は日々のミーティングで話し合い対応した過程を、毎月1度は居宅に訪問しモニタリングしてライフサポートプランの評価・見直しを行っていく。

二つのモニタリングは実施するタイミングは異なるが、ケアマネジメントとサービス提供が一体で行われる小規模多機能型居宅介護では、毎日の暮らしを支える延長線上で実施される。そのため、ミーティング記録と計画作成担当者のモニタリング記録は、事業所の職員全員がモニタリング結果を共有できるように同じ様式に記録するようになっている。

なお、計画作成担当者が記入する毎月のモニタリング結果は、他職種が記録を見つけやすくするために、項目の欄に「モニタリング」と記入すると良い。

様式1

ライフサポートプラン記録用紙					利用者氏名 :
当面の具体的な目標	年月日 時間／場所	本 人	家族・介護者	地域、医療、その他	記入者
	○年○月○日 14：30 自宅	<p>かかわりを通して行う日々のモニタリングは、ライフサポートプランをもとに日々支援していく中で、その日の出勤者が気になったこと、気がついたことを都度話し合って、臨機応変に対応するためのミーティングにつながっていく。 そして、計画作成担当者は日々のミーティングで話し合い対応した過程を、毎月1度は居宅に訪問しモニタリングしてライフサポートプランの評価・見直しを行っていく。</p> <p>※他職種が記録を見つけやすくするために、項目の欄に「モニタリング」と記入すると良い。</p> <p>※日々の関わりを通してアセスメントやモニタリングで得た本人の暮らしに対する意向などを記入する。 ※ 計画作成担当者が、毎月、居宅に訪問し実施するモニタリングの結果も同様に様式1に記入する。それにより、スタッフが自宅での生活状況、家族の意向を知ることができ、日々の関わりで確認が必要なポイントを理解しやすくなる。また、チームで計画の実施状況の把握が可能となる。 ※ ここでのモニタリングは生活の流れ（24h365日）での変化を見極めることが目的です。暮らしの流れの中で「良い変化」「悪い変化」など変化したことを評価する。</p>			
					計画作成 担当者確認欄

4.3 様式2カンファレンス用紙

4.3.1 ケアカンファレンスの目的

本人の望んでいる暮らしの実現に向けて、日々のミーティングの積み重ねのなかで見えてきた気づきや本人、家族・介護者、地域・医療・その他の変化について、専門職に加えて本人を支える上でカギとなる人たちが一堂に会して話し合い、個々の目標・当面の具体的な目標を明確にするために開かれるのがケアカンファレンスである。しかし、本人と家族・介護者の意見が対立する場合もありスムーズに進むとは限らない。そのため、計画作成担当者はケアカンファレンスを進行するにあたり、関係者それぞれの主訴を整理し、利用者本位の合意に向けた会議の進行が求められる。

ここで注意しなければいけない点は、必ずしも本人や家族・介護者の訴えの内容が本当の課題・ニーズを表しているとは限らないということである。特に本人自らが言葉で訴えることが難しい場合は、訴えの背景に隠れている真の課題・ニーズを明らかにする視点が

求められる。そのため、ケアカンファレンスでは本人の訴えの根拠となっている背景を、事実や経験（これまでの暮らし、趣味、得意なこと、今の暮らし、できること・していること）、感情（嬉しいこと、楽しいこと、快と感じること、不安や苦痛、困っていること、悲しみ）、価値観（私が大切にしていること）、思いや願い（やりたいこと、願いや思い、介護への要望）などを整理して、本人の気持ちを推察して代弁することが大切である。

4.3.2 本人の生活を支えることを軸にしたカンファレンス

対立する主訴を合意に導くときに、それぞれ個別の主訴を持っているということを、計画作成担当者は理解しておく必要がある。しかし、本人以外の訴えをもとに解決しようとすると、カンファレンスの参加者が問題解決型の思考に陥ってしまう恐れがある。例えば、家族・介護者が自宅で介護するのは大変だから、可能な限り連泊させて欲しいと訴えてきた場合、家族・介護者の訴えだけに耳を傾けてしまうと「家族が大変だから連泊にするしかない」あるいは「連泊は難しいが5泊6日ではどうですか」といったことになりかねない。家族・介護者は具体的に何が大変だと感じているのか、本人のどのような思いがあるのだろうか、本当に自宅で暮らし続ける力を持っていないのだろうかということを考えなければ、本人不在のケアプランになってしまう。家族・介護者の要望にだけ耳を傾け、困っていることの本質を探ることなくサービス調整だけを行った場合、問題の解決にはつながらず、更にサービスを増やして欲しいという要望だけが膨らんでいくことが予測される。そもそも本人の意向や持っている力に目を向けずに、家族・介護者のニーズにも応えていないためサービス量を増やすざる得なくなり、本人の在宅での暮らしは遠のくばかりになってしまふ。

そのため、計画作成担当者はカンファレンスで、本人、家族・介護者、地域・医療・その他に分けてそれぞれの主訴を整理して、互いの主訴の何が争点になっているかを明らかにすることで、互いの本質的欲求を発見していく姿勢が求められる。そして、話し合いで揺らいではいけない基本的な軸は「本人の望む暮らしを実現する」であることを、参加者に意識させることが大切である。様式2 カンファレンス用紙の「本人の望む暮らしの意向」に記入することはそうした意味を持っている。また、内容欄が本人、家族・介護者、地域・医療・その他にわかかれているのは、それぞれの主訴を分けて記入することで、各々の主訴が曖昧になってしまふことを防ぐ目的がある。

4.3.3 対立する主訴を合意形成に導く

ライフサポートワークの考え方沿った支援を提案するためには、どちらの意見にも耳を傾けて「協調的な対立解消」を目指していかざるを得ない。そのためには、話し合いで明らかになった潜在的なニーズを、それぞれの譲れないこと「大切にしていること」や「こだわり続けていること」を尊重しつつ、お互いの満足度が上がる代替案を考える必要がある。その手段の一つとして、本人やかかわる人のそれぞれが持っている力（ストレングス）に目を向け、解けない問題を、解ける問題に転換していくのも合意形成の一つの手段となる。家族・介護者の要望も受け止めつつも、それだけをそのまま受け止めるのではなく、どのようにすれば本人がこれからも地域で暮らし続けることができ、そのためにそれぞれが何ができるかを考える。

例えば「外出すると自宅に帰れないので、必ず同行して回らなければならない。いつ外出するか分からない。仕事にならないから自宅では無理」と家族の訴えがあった場合、「外出すると自宅に帰れない⇒近所であれば一人で外出できる?」、「必ず同行して回らなければならない⇒誰かが代わりに付き添えば大丈夫?」、「いつ外出するか分からない⇒本人の外出したい理由が分かれば大丈夫?」と、家族の困難に感じている問題を解ける問題に転換する。その解決方法として本人が持っている長年の生活、経験から得た力、今持っている力や地域の力を活かした代替方法をカンファレンスで話し合うことで、協調的な対立解消に向けた道筋を探っていく。問題だといわれること、できなかつたことのみに焦点をあてるのでなく、その中にも課題解決に向けた可能性が秘められているという視点を、カンファレンスの参加者が共有できるように働きかけていくことが大切である。

なお、ライフサポートプランカンファレンス用紙では、考察欄には協調的な対立解消に向けて話し合った内容を、確認事項欄には、当面の具体的な目標やお互いの満足度が上がるために考えた代替案などが決定内容として記入される。

様式2

ライフサポートプランカンファレンス用紙

開催日を記入する

利用者氏名	※事業所の職員だけではなく、本人、家族、地域、医療など本人を支える上でカギとなる人が一堂に会して話し合う。			日付	年	月	日
参加者	※ライフサポートプラン①の「本人の望む暮らしの意向」を記入 ※「自宅で暮らし続けたい」「健康でいたい」だけではなく、「なぜ」そうしたいかという理由が大事。 ※本人の望む長期的展望を記載することで、本人不在の話し合いになることを防ぐ目的がある。						
本人の望む暮らしの意向	合計名						
内 容 (各自から出された主な意見)	本 人	家 族・介 護 者	地 域、医 療、そ の 他				
考 察 (みんなで話し合って考えたこと)	※本人本位の目標設定に導くために、関係する各自の訴えはそれぞれの欄に記入して明確にする。(主訴) 特定の関係者の意見にもとづく偏った目標設定にならないことを防ぐために、各自の訴えを明確にする。 ※ 対立する意見を本人本位の合意に導くために、各自の「できること」持っている力(ストレングス)を整理して合意形成を目指す。 ※本人が自分の思いを伝えることが難しい場合、計画作成担当者は本人の気持ちを推察して代弁することが求められる。 ※本人が望んでいること(個々の目標・当面の目標・ニーズ)に応えるための具体的方法を話し合う。						
確認事項 (合意点、相違点、新たな課題)	※上記の話し合いの結果から「決まったこと」や「理解しあえたこと」「新たな課題」などを記入する。 ※目標(ゴール)、ニーズ、目標を達成するための具体的なプロセスを記入する。 ※早急に対応する場合に備えて、決まったこと(具体的な支援内容)は具体的に記入する。						
	計画作成担当者						

4.4 様式3 ライフサポートプラン①

4.4.1 本人の望む暮らしの意向とは

ライフサポートプラン①は、本人の思いや望みにかなった在宅生活が保たれるようになり、カンファレンスで話し合った内容をもとに、当面の具体的な目標を定め、その実現に向けた具体的方法について本人、家族・介護者、地域、事業所のそれぞれが、何を、いつまでに、どのように取り組むかを明記することで、支援にかかる人全員が計画全体のビジョンと戦略を共有しやすくなることを考えた様式になっている。

ここで重要なことは、本人の望む暮らしの意向とはどのような暮らしなのかということである。本人が元気な頃(図のA)は、家族や友人、近隣住民や同事仲間との時間を地域で暮らしていた。歳を取って生活の暮らしづらさが増えたとしても、本人の望んでいる

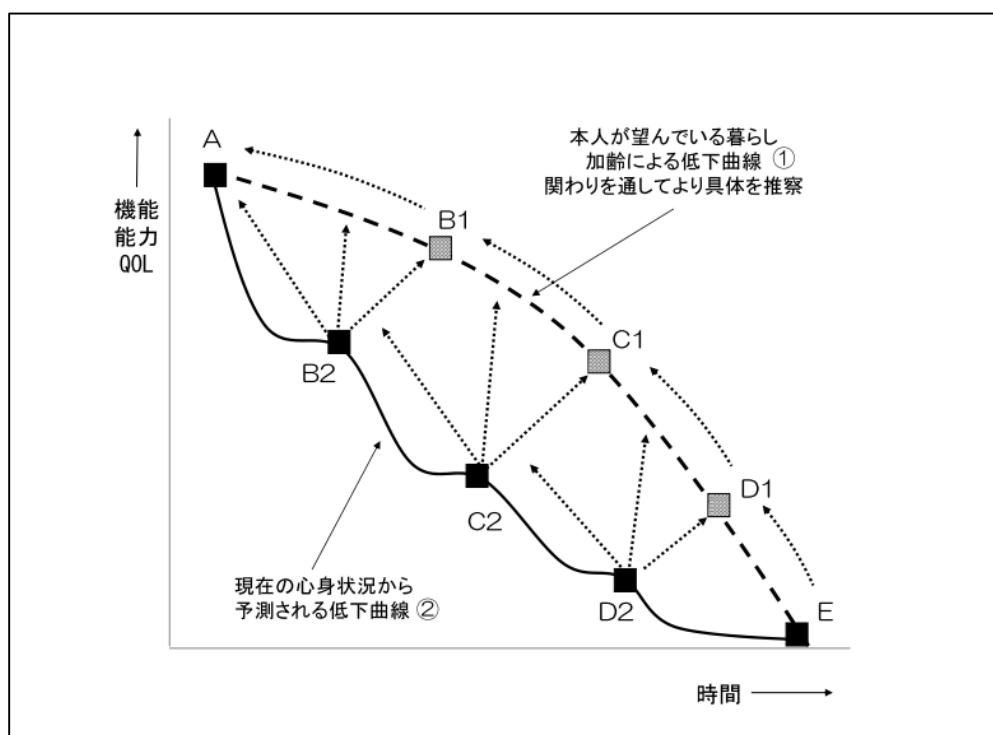
暮らしとは地域とのつながりが途切れることなく「大切にしていること」や「こだわり続けていること」を守り続けたいと願うのではないだろうか。そのため、私たちは地域で主体的な日常生活を営んでいた頃の本人の暮らしづくりを把握し、これから始まる生活支援の根幹として意識することが大切である。

4.4.2 本人の望んでいる暮らしを守るための目標設定

私たちが本人と出会うタイミングの多くは、既に何らかの介護が必要になった時期（図B2、C2、D2）であるため、もし介護が必要となる原因が発生しなかつた場合、本人はどのような暮らしを送ったのだろうかという加齢による低下曲線（図 破線で示した低下曲線「以下、低下曲線①という」）を推測しなければ、現在の心身状況から予測される低下曲線（図 実線で示した低下曲線「以下、低下曲線②という」）に基づいた目標を定めがちである。そのような視点に偏ってしまうと、心身機能の低下にばかり注目してしまい、本人の望む暮らしの実現からはかけ離れた目標設定になるばかりか、過剰な支援を行い本人の機能を奪ってしまうことが危惧される。その結果、本人が自信を喪失し日常生活での意欲までもが失われてしまう場合もある。

もちろん入浴、排泄、食事などの支援は、生命の維持、安心・安全の確保を支える大切な要素であり、現在の心身状況をアセスメントして、更なる悪化を予防するためには低下曲線②を予測しておく必要がある。

しかし、あくまでも目指すべきは、本人らしい人生を最期の時まで送ることができるよう支援することであり、そのためには地域とのつながりや本人の役割を捉えた低下曲線①を推測することが求められる。



また、ライフサポートプラン①を立案するにあたっては、目指すべき本人の望む暮らしと、その実現に向けた「当面の具体的な目標」を低下曲線①のどの位置に設定するかということを考える必要がある。

例えば本人の心身機能、QOL の低下が軽度な図 B2 の時点の場合は、「当面の具体的な目標」を図 B1 に設定して、本人の望む暮らしとして本人が元気な頃（図 A）を目指すことが想定される。では、中重度（図 C2 や D2）になった場合はどうだろうか。

例えば重度化した図 D2 の場合、心身状態を踏まえて「当面の具体的な目標」を D1 に設定し、目指す本人の望む暮らしをやむを得ず図 C1 に修正することも考えられる。しかし、その場合でも本人が元気な頃（図 A）の暮らしに少しでも近づけようとする気持ちを忘れてはならない。なぜなら、たとえ心身機能が低下した場合でも本人が元気な頃（図 A）の暮らしで「大切にしていること」や「こだわり続けていること」は普遍的なものであって、最期の時まで守り続けることが本人らしい「人生」を送るための重要なポイントであるからである。

ましてや、支援開始が中重度化した図 C2 や D2 の時期であれば、出会ってすぐさまに低下曲線①を推測することは難しく、図 C1 や D2 の暮らしぶりを具体的にイメージすることは容易なことではない。そのように本人の望む暮らしを曖昧にしたまま「当面の具体的な目標」を設定した場合、「安全に生活できる」「怪我をすることなく生活できる」といった具体性が欠けた目標設定となり、結果として「本人の望む暮らしの意向」からかけ離れてしまうことが考えられる。

だからこそ事実として把握できる本人の本人が元気な頃の暮らし（図 A）は、心身状態の如何に関わらず、「当面の具体的な目標」を考える際の基準点として外せないポイントであるといえる。

4.4.3 小規模多機能らしいケアプランの実践

ケアプランの目標に沿って実践する際、一般的には当面の具体的な目標を実践して本人の望む暮らしの意向の実現を目指すと考えがちであるが、小規模多機能型居宅介護らしいケアプランの実践は必ずしも段階を追った流れとは限らない。本人の日々の心身状態によっては、当面の具体的な目標に近づくことが「今日は難しいな」と思える日であっても、日によっては個々の目標に近づくことが「今日ならできるかも」と思える日があるかもしれない。そのような場合、必ずしも段階的に目標を目指すのではなく、図の B1 よりもより A に近い目標を目指すことがあっても良い。あるいは直接 A を目指しても構わない。ケアマネジメントとサービス提供が一体で行われる小規模多機能だからこそ、日々の本人の状況によって柔軟に目標を目指すことができる。日常を支えることで本人の望む暮らしの実現を目指す、小規模多機能型居宅介護らしいケアの実践につなげるために、計画作成担当者は目標に対する支援の日々の実施状況を確認し、スタッフと共有することが大切である。

なお、ライフサポートプラン①の実施状況は、毎月 1 度は居宅に訪問してモニタリングを行い、その結果を様式 1 に記録する必要がある。

様式 3	※介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定がある場合は、被保険者証より転記（指示の無い場合は「なし」と記載）						ライフサポートプラン①		作成日： 年 月 日	
利用者名：	殿	生年月日：	年 月 日	住所：						
事業所名：						(計画作成担当者：)				
認定日： 年 月 日	認定の有効期間： 年 月 日～ 年 月 日	更介護状態反応								
審査会の意見：	※「自宅で暮らすことができる」「健康でいたい」といった抽象的な内容ではなく、「なぜ」そうしたいかという理由が大事。具体的に「誰と」「どのように」「何をして」などを具体的にして、本人がどのような暮らしを望んでいるのかを明文化する。目標を立てる際の道しるべとなる。									
本人の望む暮らしの意向：										
当面の具体的な目標：（活動・参加の目標 (心身機能の目標)										
<p>※ 個々の目標の実現に向けた、短期的な目標（ニーズ）を具体的に記入する。（居宅サービス計画書（2）短期目標に類する内容）</p> <p>※ 目標が変わらず長期間同じプランというのは不適切。（長くて3～6カ月で達成できる目標を考える）</p> <p>※ 各々の目標に向けた、まず一つでも実現しようとするニーズを記入する。</p> <p>※ 「心身機能だけ」、「活動・参加だけ」といった偏った目標にならないかを意識する。中重度になっても地域で暮らし続けるためには、心身機能に関する目標だけでは十分ではない。</p>										
目標を達成するための課題	本人	家族・介護者	地域、医療、その他	事業所	期間	場所	備考			
					2019.2.1 ～2019.4.30	自宅 地域サロン 通い				
<p>※それぞれが担う役割を記入する。</p> <p>「目標を達成するための具体的プロセス/課題」に直接関連する場合は、ここに併せて地域の欄に記載しても良い。 直接関連しない（例 介護用ベッドなど）の場合は、当該記入欄にのみ記入で可。この場合の利用根拠は、ケアカンファレンスシート（様式2）にその必要性と合意に至った経過を記入しておく。</p>										
他の介護保険サービスの必要と具体的な課題	起居動作の安全確保→介護用ベッド（〇〇ベッド／担当：〇〇氏） 外出の機会のための移動手段→車いす（〇〇〇〇〇／〇〇氏）				019.2～2021.2 2019.2～2021.2	自宅 自宅・外出先				
確認欄	年 月 日				氏名	代筆	(続柄)			

(目標設定をする際の注意点)

※本人の望む暮らしの意向

本人がどのような暮らしを望んでいるのかを明文化し、常に望む暮らしの意向を見据えたうえで当面の具体的な目標と考えるための道しるべとするためのものである。

※当面の具体的な目標

- ・「本人の望む暮らしの意向」を実現するための「当面の具体的な目標」として、長くても3か月～6か月程度までを目安とする。
- ・目標設定にあたっては、ライフサポートワークの3つのライフ（生命、生活・暮らし、人生）の視点に基づき心身機能の目標、活動・参加の目標の両方を考える。
- ・「本人の望む暮らしの意向」が、現在置かれている状況（生活環境や心身状態）からかけ離れている場合等は、必ずしも直線的に「当面の具体的な目標」には結びつかないこともある。そのような場合は、ミーティング等を活用して「当面の具体的な目標」を設定した根拠をスタッフに示す配慮も必要である。
- ・「当面の具体的な目標」の設定する数は本人の状態で異なる。複数ある場合は、実現するための道筋を考えて設定する。

4.5 様式4 ライフサポートプラン②

4.5.1 私の暮らしの流れ、暮らしの中でのこだわり

ライフサポートプラン②は、本人のこれまでの暮らしの流れと「大切にしていること」や「こだわり続けていること」といった「したいこと（ニーズ）」をくみとり、できること、できないことを確認して、本人がすることと周囲が支援することを明らかにすることで、本人の望む日々の暮らし方とそれを支えるための具体的な方法を示している。

ライフサポートプラン②に記入する「私の暮らしの流れ（以前の暮らし方）」とは、ラ

イフサポートプラン①の本人の望む暮らしの意向と同様に、介護が必要になる以前の暮らしぶりに近づくことを基本的な目標としている。日々の生活では何気ない動作と思えることにも、その人なりの手順やタイミングがあり、その当たり前の繰り返しが本人にとっての当たり前の日常となり、ひいては本人の望む暮らしの実現につながっていく。この考え方の中重度になったとしても変わるものではない。時間の経過とともにできないことが増え、自ら気持ちを伝えることが難しくなった際に、本人が望む暮らしの流れを支えるためには、多くの「本人にとっての当たり前のこと」を推測していかなければならない。むしろ重度化していくほど「大切にしていること」や「こだわり続けていること」として最期の時まで大切にしなければならなくなってくる。だからこそ、ライフサポートプラン②では、様式の左端に「私の暮らしの流れ（以前の暮らし方）」を記入し、計画立案のスタート地点としている。

4.5.2 暮らしの中で私が必要としていること

この欄は、あくまでも本人が必要としているものであり、周囲が押し付けるものではない。ライフサポートプラン②では、専門職としての客観的事実に基づく見極めによりできる、できることを把握することが大切である。

「暮らしの中で私が必要としていること」では、本人の以前の自宅での暮らしに軸足を置き、今の本人の状況と照らし合わせることが必要である。

4.5.3 本人がすること・周囲が支援すること（個別援助計画）

この欄は「私の暮らしの流れ」、「暮らしの中でのこだわり」、「暮らしの中で私が必要としていること」で明らかにしてきた情報をもとに、本人がすること、周囲がすることを具体的にする個別援助計画の役割を担っている。介護が必要になって地域で暮らしていくためには、家族・介護者と事業所のかかわりだけでは生活や暮らし、人生を満たすことは難しい。本人の日常の暮らしは、長年積み上げてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物など様々つながりがある。内容によっては地域の友人や知人、近所の馴染の商店、医療関係・その他の専門職などとともに、支援のあり方を一緒に考えていくことが求められる。

見直し時期については、概ね1年程度とする。その間、大きな変化がない場合は、継続使用できる。軽微な変更がある場合は、記入する色を変えて修正点を明らかにすることで追記することで構わない。

ただし、本人の健康状態や周囲の環境が大きく変化し、ライフサポートプラン①の計画の変更・見直しがある場合やライフサポートプラン②の更新の際にはモニタリングを行い、新たに作成する。

なお、本様式は個別援助計画を兼ねていることから本人への説明及び同意が必要である。

様式4 (氏名:)		ライフサポートプラン②				作成日: 年月日 (次回見直し時期: 年月)			
時間	私の暮らしの流れ 以前の暮らし方	暮らしの中でのこだわり 本人・家族の意向	暮らしの中で私が必要としていること したいこと(ニーズ)	できること	できないこと	内容	場所	物品	関わる人
05:00									
06:00									
07:00			※暮らしの中で私が必要としていること(できること・できないこと) ・あくまでも本人が必要としているものであり、周囲が押し付けるものではない。専門職としての客観的実態に基づく見極めによりできる、できないことを把握することが大切である。 ・「できないこと」ことにだけ着目すると問題解決型の思考に陥ってしまう。本人の主体的な暮らしを実現するために、「できること」(ストレングス)に着目することが大切である。 ・本人の以前の自宅での暮らしに輪足を置き、今の本人の状況と照らし合わせることが必要である。						
08:00									
09:00									
10:00									
11:00									
12:00									
13:00									
14:00		※暮らしの中でのこだわり(本人・家族の意向) 「こだわり」とは行為そのものだけを捉えるのではなく、行為する際の環境も含めて考える。その「こだわり」を引き出すことが大切になる。							
15:00		例 食事をする ⇒ 一人でゆっくり、皆と賑やかに、寝起きはしんどい、朝食は少なめに 等 ここには本人・家族それぞれの意向を記入することで、双方の意見の相違が明らかとなる。家族の意向だけになっていないか意識する。中重度の場合であっても、左欄の「私の暮らしの流れ」やアセメントで得た情報をもとに、本人の意向「本人にとって当たり前のこと」を推測して代弁することが重要である。							
16:00									
17:00									
18:00									
19:00		※私の暮らしの流れ(以前の暮らし方) 「本人の望んでいる暮らし」を実現するために、「支援して欲しいこと」を考える際の基準となる暮らしの暮らしづらさの原因となることが起きた場合、本人はどのような暮らしを送っていたらうかを推察するための大切な情報になる。最初からすべてを知ることができなくても、関わりを通して「知ろう」とする行動が重要。							
20:00									
21:00									
22:00									
23:00	日々以外の事柄	記載は左から右へ	関連があるものは横へ記入する						
24:00 ~04:00									
						支援計画の基となる<個別援助計画> ※具体的に記載 週間計画書は基本、この書式があれば不要だが、曜日で大きく変化する場合など、この書式でわからない場合は、適宜、居宅サービス計画書「第3表 週間サービス計画表」を使用する。			
						プランについての確認欄 ライフサポートワーク②は、介護計画書も兼ねるため、ここにも確認欄がある。	確認欄	年月日	
						氏名 代筆	(続柄)		

4.6 これまでのライフサポートワークの様式で実現できたこと、実現できなかつたこと

4.6.1 実現できたこと

○ライフサポートワークの様式は、小規模多機能型居宅介護に求められるケアを実践するための方法が、様式1から様式4までを通して「実践」、「モニタリング・記録」、「ミーティング・即時プラン」、「実践」、「カンファレンス・ケアプラン」といった一連の流れが目に見える形となり、計画作成担当者やスタッフが理解しやすくなっている。そしてさらに、その流れを繰り返していくことで、利用者への理解が深まる同時に、小規模多機能型居宅介護で働く専門職としての心構えが身につけられる様式になっている。

○いずれの様式でもかかわる人ごとに記入欄が区別されていることで、互いの意向が整理され、特定の人の意見に利用者本人の声が埋もれてしまうことを防いでくれる。それにより各様式に関わる都度に、本人本位の支援計画を考えることの重要性を考えさせてくれる。

4.6.2 実現できなかつたこと

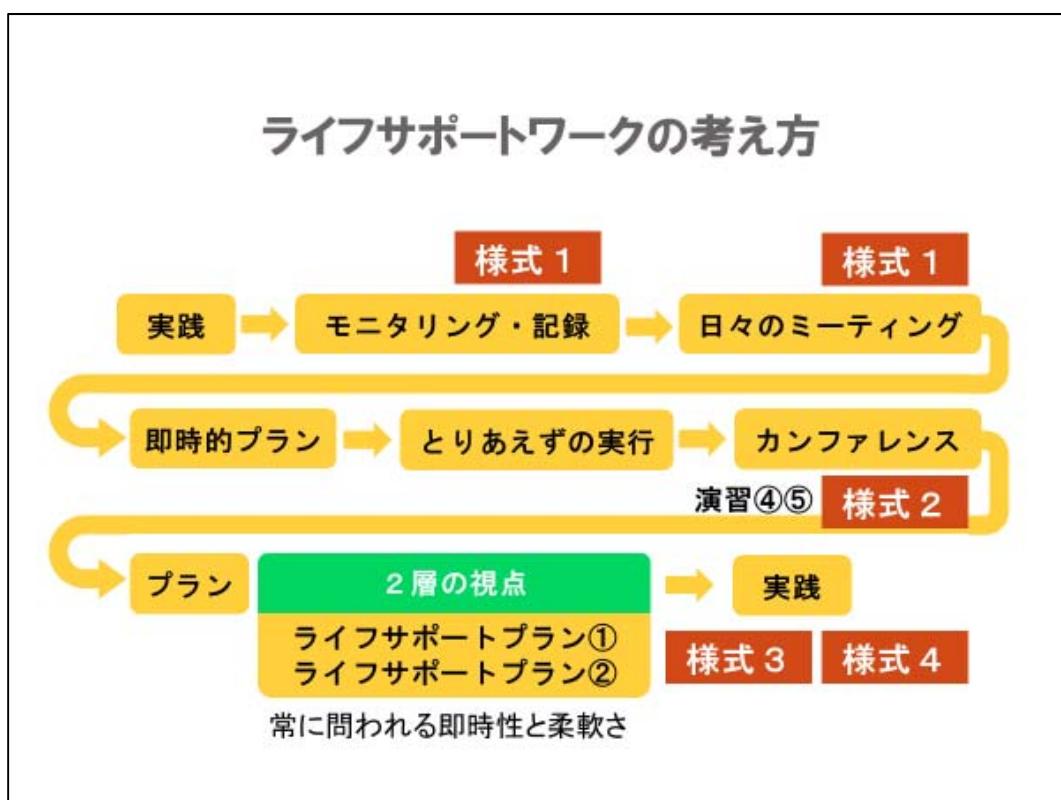
○ライフサポートワークの様式では、毎日の暮らしを充実するために様式1で日常の変化をキャッチすることが可能である。しかし、現行様式は記述形式であるため、スタッフの主観的な記録になりやすい。そのため、中重度者を支援する際に、医療機関に提供する情報が曖昧になってしまい、円滑な連携を阻害する要因にもなりかねない。

また、記録するスタッフの経験値の違いによって変化をとらえきれず、健康状態の悪い変化の兆しを見逃してしまう可能性がある。健康状態の変化を見逃してしまうと、その後の暮らしに大きく影響してくるため、現行の記述形式の記録と合わせて、バイタルサインなどの客観的データ記録も蓄積する補助様式を用いることで、本人の心身状態の

変化を早期に捉えやすくなり、医療機関への速やかな相談につながりやすくなると考えられる。

○ライフサポートワークでは、在宅で本人の望む暮らしを実現するために、各様式で地域とのかかわりの必要性を取り上げている。しかし、現在の様式では本人のこれまでの地域とのつながりやその程度、地域に対する本人の思いや願いなどを、一元化して「見える化」はできていなかった。介護が必要になっても在宅で暮らし続けるためには、事業所が関わっていない時間を、家族や医療・スタッフだけではなく、本人が長年の暮らしの中で培ってきた人間関係、大事にしてきた物、支えにしてきた場所やコミュニティと協力して支えていくことが不可欠である。

そのため、本人の地域との関係を把握しやすくなる工夫をすることで、地域とのつながりをより意識しやすくなると思われる。



上記2つの実現できなかつた課題を改善するために、補助様式を設定して改善することとした。

4.7 新たに追加した補助様式とその意味

4.7.1 情報共有総合記録シート

(1) 本人の意思表示に早期に気づくために活用する

本人の暮らしは日々変化し、したいこと、困っていることも変わっていくことがしばしばある。そのため、本人の様子を日頃から確認して本人が今したいこと、困っていることに臨機応変に対応することが求められる。

しかし、中重度になると自身の異常を伝えることが難しくなり、異常に気がつくことが遅れてしまい、意欲低下や健康状態のさらなる悪化につながってしまう恐れがある。

そのため、情報共有総合記録シートでは利用者の日常の服薬状況・食事摂取状況・排泄・水分量などを記録して、いつもと違う記録が続いた場合は、身体機能の異常の早期発見や行動・心理症状（BPSD）の原因を得るためにツールとして活用できる。そのための準備として、利用者別に心身状態の悪化につながるリスク要因（現病歴や本人が日頃不安に感じていることなど）や、悪化が予測される変化の種類をカンファレンスで話し合っておき、観察する目的と悪い変化の兆しに気づくための視点を共有しておくと、より効果的な活用が期待できる。

情報共有総合記録シートの情報は、身体の障害や衰えを評価することではなく、中重度になっても可能な限り本人が望む暮らしを続けるための本人の意思表示ととらえる。そして、現在の心身機能に合わせた支援を考えるヒントにすることが大切である。下記に掲げたのは、利用者と接する際のいつもとの違いを見逃さないための「変化点」を箇条書きしたものである。朝、利用者の顔を見て、顔が赤いのではないか、むくみがあるのではないかなどの日々の変化、先週から排泄がないなどの週間での変化、先月よりも少し痩せたのではないかなどの月間での変化など、感覚的な理解を数値化、言語化するための一つの指標である。施設入所と違って在宅での暮らしを支える小規模多機能型居宅介護では、見えていない時間（かかわっていない時間）の方が圧倒的に多い。すべての時間でチェックすることは現実的に困難である。しかし、見えている時間にこれらの情報を積み重ねていくことで、本人の健康状態の把握につながっていくため、本人の生活上の目標を共有し、目的をもって記録することが大切である。

いつもと違う…から注意すべき健康状態の視点

◆高齢者の体調不良のポイントの8つのポイント

1. 脱水 「体重 × 35ml. - 1,000 (食事からの水分) = 経口による水分必要摂取量」「体重 × 20ml. = 不感蒸泄 (呼吸や汗など自然と失われる水分)
2. 食欲の低下 体重減少率 = (普通の体重 - 現在の体重) ÷ 普段の体重 × 100
1か月 (5%以上) 3か月 (7.5%以上) 6か月 (10%以上) 異常な体重減少
3. 便秘 食事の改善、腸内環境を整える、水分を取る、自然排便を試みる
4. 失禁 せん妄、尿路感染症、尿道炎、常用薬剤、精神性、多尿、運動制限、便秘などにより一過性の尿失禁が起こる
5. 睡眠 睡眠障害（入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒）
①睡眠環境を整える②午前中の日光浴③入床覚醒時間を規則正しく整える
④食時刻を整える⑤昼寝を避ける⑥身体運動（入床4時間以降は避ける）
⑦夕刻以上過剰な水分を取らない⑧アルコール、カフェイン、ニコチンを避ける⑨痛みへの対処⑩抗認知症の午後以降の服用を避ける
6. 痛み、痒み ①侵害性受容性疼痛（切り傷、打撲、やけど、腹痛）②神経障害疼痛（しびれ、焼けるような、ピリピリ、ジリジリ）③混合性慢性疼痛（侵害性と神経性疼痛の混合型）④心因性疼痛（疲労感や精神的ストレスが原因の痛み）
7. 微熱 4日以上続く微熱 ①誤嚥 ②尿路感染症 ③脱水併設より1°C (35.5→36.5°C)
8. 意識 いつもと違う鈍い感じ、まとまりのない言動、落ち着きのない行動
(せん妄) 感染症、薬剤の影響、大きな環境の変化、季節の変わり目、脱水などによる影響など

(全国高齢者ケア研究会「介護の基礎知識 50 ver2」に一部追加)

(2) 医療との連携に活用する

日ごろの生活状況を数値化、言語化することで、普段との違いを医療関係者、他のスタッフ、家族・介護者など、他者に伝達する助けになる。このシートの役割は管理ではなく代弁機能であり、求められることは観察力と伝達力、数値化された本人の意思を読み取り言語化して代弁することにある。

本人の日常の生活状況を医療機関に伝えることで、医師が在宅で生活する上での療養上の留意点を指示する根拠にもなる。例えば新たに薬が処方された場合、その前後のバイタルサイン、睡眠状態、食事・水分の摂取量、いつもと違う言動がないかを観察し医療機関に伝達することで、服薬の有効性につながる。日々かかわっている事業所が気づいたことや家族・介護者が気づいたことを伝える機能が働かなければ、医療機関は問題がないと判断し投薬を継続してしまい、本人の生活機能の低下を招く恐れがある。あるいは、認知症の状態変化は、家族・介護者、スタッフがかかわることで気づくことがしばしばある。行動・心理症状が発生した場合にも、その原因を考える材料として医療機関に伝えることで、基礎疾患や薬による影響の有無を確認するきっかけになることも考えられる。

また、医療・福祉の専門職ではない家族・介護者の場合、日常で発生する悪い変化は在宅で本人を支えることへの不安につながる可能性がある。起こっている出来事の原因や対策・対応がわからないと、不安感が増して本人の「できないこと」に意識がはたらき「自宅で介護することはもう限界かも」という気持ちになることも予想される。特に看取り期などは、より大きな不安を家族・介護者が抱える可能性がある。そのような際にも情報共有総合記録シートを活用して医療機関から受けた状況の説明などを家族・介護者に伝えることで、今後起きうる状態を家族・介護者にとって「予測できない出来事」ではなく、あらかじめ「予測できる出来事」にすることで不安の軽減をはかることができる。それにより、事業所と家族・介護者が一緒になって最期の時まで在宅で本人を支える覚悟にもつながるのではないだろうか。

情報共有総合記録シートは、かかわる人が情報を共有し、連携を深めることでチーム力を高める効果がある。中重度になっても本人、家族・介護者、事業所、医療機関等が連携して、本人の在宅での暮らしを支えていくためには、本人がどのように暮らしたいかという気持ちに基づいた情報提供が、小規模多機能型居宅介護の役割ではないだろうか。そのためには、日ごろの生活状況に加えて、家族・介護者からみて「本人はどのような暮らしを望むと思うか」、本人の意向に沿うために家族・介護者が医療機関に希望することなども「関係者に伝えたいこと」の欄には記入して伝えることも必要である。こうした情報や価値観を共有する積み重ねが、医療的管理ではなく、本人が望む暮らしを支えるための連携を深めていくと考える。

情報共有総合記録シート(旧:生活と身体状況記録表)

平成 年 氏名		種	要介護度()	体重	kg(年月日現在)	服薬	朝	昼	晩	食前・食後												
本人の目標																						
月 日	/ (日)	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)															
最高 最低 測定 血圧	°C %	°C %	°C %	°C %	°C %	°C %	°C %															
体温状況	・朝・昼・夕・就	・朝・昼・夕・就	・朝・昼・夕・就	・朝・昼・夕・就	・朝・昼・夕・就	・朝・昼・夕・就	・朝・昼・夕・就															
朝	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー	摂取量	メニュー															
食事状況	昼																					
夕																						
間																						
タ																						
食事の形態	普通食・きざみ食・ミキサー食・ゼリー食			補助食品			食事時の器具			食事時の注意点 姿勢等												
排泄	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	便	尿	水分	
A=普通便	7			8			9			10			11			12			13			14
B=軽度便																						
C=水様便																						
D=稀便																						
□=付着																						
△=少量																						
○=普少量																						
◎=多量																						
●=失禁更衣																						
T=トイレ																						
P=ボーダーブ																						
ル																						
バ=パッド、																						
紙ハーフ																						
水分(量)	20																					
お茶、ジュース、牛乳、コ�피等	21																					
入浴	22																					
入浴・体調不良	23																					
呼吸・測定	24																					
場所	25																					
自宅・施設・病院等	26																					
睡眠時間	27																					
合計	28																					
本人の心情	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

区分		年 月 日(日)	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
普段と違う様子など、関係者に伝えたいこと	事業所等記入欄 (気づき・家族から等)							
	身体状況・医療面							
	備考							

*記録者は名前を必ず記入すること。 *記入内容の事柄について、それが起きた時間を記入する。

他職種連携やご指示などが あれば ご記入下さい

4.7.2 軒下マップ

(1) ライフサポートプラン①②の補助様式としての役割

小規模多機能型居宅介護らしい支援を実践するためには、事業所が本人とかかわっていない時間、在宅での暮らしの支援者として、家族・介護者や医療関係者だけではなく、長年積み上げてきた人間関係、心落ち着く場所、こだわりのある物など様々なつながりとの連携が大切である。介護が必要になっても本人が望む一日の流れに応えるためには、地域の友人や知人、近所の馴染みの商店などの地域の資源（人・場所・物・機能）との協働が必要である。しかし、実際には家族・介護者と事業所、医療機関だけといった、限られたつながりになっていることがしばしばある。

小規模多機能型居宅介護は施設サービスと異なり、こうしたインフォーマルな地域資源と本人の在宅での暮らしを介して既に接点を持っている。しかし、その関係性は現実的には目に見えにくいため見落としがちである。また、知っていても情報を分かりやすく整理していくなければ、本人の「～したい」や「困っていること」を支えるために、具体的にどこの誰と連携をすればよいか気づけないこともある。そのため「軒下マップ」では、本人とつながりのある資源（人・場所・物・機能）を、あらかじめ一覧に整理し、事業所がかかわっていない時間の地域との「つながり」を見る化することで、事業所が気づきやすくなっている。それにより、ライフサポートプラン①と②を立案する際に、地域で本人が望む暮らしを実現するための支援方法をより具体化することを助けてくれる。

(2) 見える化の効果

事業所がまだ気づいていない地域とのつながりもあるが、初回アセスメントや日々のかかわりを通して既に知っているつながりもある。しかし、本人情報としては知っている、現在のつながりの強弱、その役割などを実感しにくく、知っているだけになっていることもある。

「軒下マップ」では、本人の地域との関係性を図式化することで、本人がこれからも自宅で暮らしていくために必要な地域との「つながり」のうち、弱くなったり途切れてしまつた関係性をもう一度つなぎ直すことを明らかにしてくれる。そのため、図式化する際はつながりの強弱によって線の種類を変えたり、役割別に記載方法を変えたりして、関係性が一目で分かりやすい工夫をすると良い。それにより、事業所が関わる以前の本人らしい日々の暮らしは、地域のどこの、誰が、どのように支えてくれていたか、本人が頼りにしている人は誰かなどが見えやすくなる。しかし、単に関係のある人や場所の情報を書き込むだけは十分ではない。日ごろから家族・介護者や医療機関と顔を合わせ、本人に関する情報を共有するように、本人とかかわりのある地域の専門職以外の人とも顔を合わせて「軒下会議（個別の地域ケア会議）」を行うことで、事業所では話してくれない本音や見たことのない表情などを知るきっかけにもなる。地域での本人が望む暮らしを支えるためには、こうした情報こそ重要な場合もある。軒下マップに追記することで、在宅生活を続けるために本人が必要としていることが見えてくるかもしれない。場合によっては「軒下マップ」「軒下会議」から、ライフサポートプランの目標が明らかになる場合がある。

【軒下マップ】

氏名： ○○ ○○

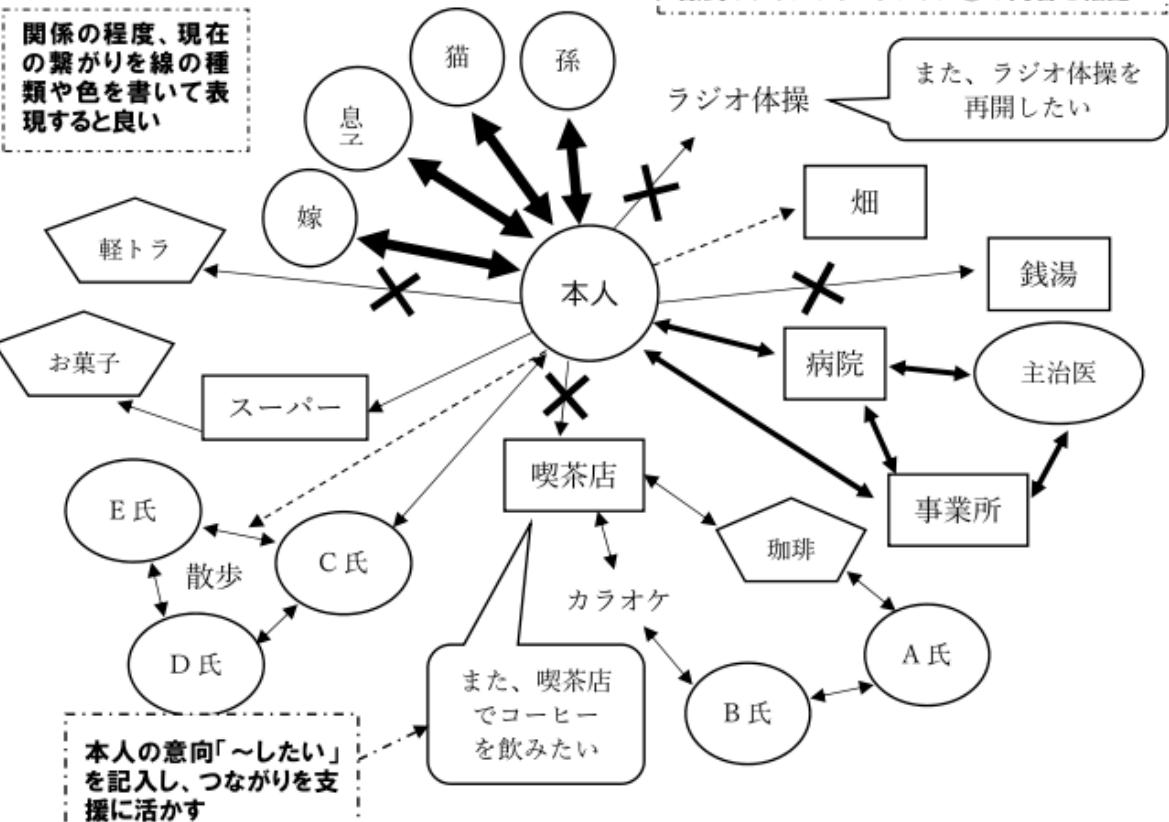
作成日： 年 月 日

追記日： 年 月 日

本人の望む暮らしの意向： 喫茶店に行き、珈琲を飲んだり友達と話をしたい

当面の具体的な目標：
 #1 一先ず週に 1 回、喫茶店に出かけることができる
 #2 毎日の服薬が確実にできる

様式3ライフサポートプラン①の内容を転記



資源（名前）	本人との役割	資源（名前）	本人との役割
喫茶店仲間（A 氏）	話しの会う仲間	ラジオ体操	健康のためにしている
喫茶店仲間（B 氏）	一緒に歌を歌う仲間	散歩	昔からの週間
近所にいる弟（C 氏）	気にかけてくれる人	軽トラ	移動手段、煙の仕事道具
近所の人（D 氏）	散歩のときに話す仲間	スーパー	お菓子を買いに行く場
近所の人（E 氏）	散歩のときに話す仲間	お菓子	本人の好物
息子、嫁、孫、猫	同居	喫茶店	行きつけの場
主治医	昔から頼りにしている	カラオケ	生きがい
事業所	相談相手	銭湯	昔からの入浴場
		煙	昔からしている仕事

第3章

利用者（高齢者、障害者等）の社会参加、社会貢献のための共生社会を実現するための多機能化のあり方の模索

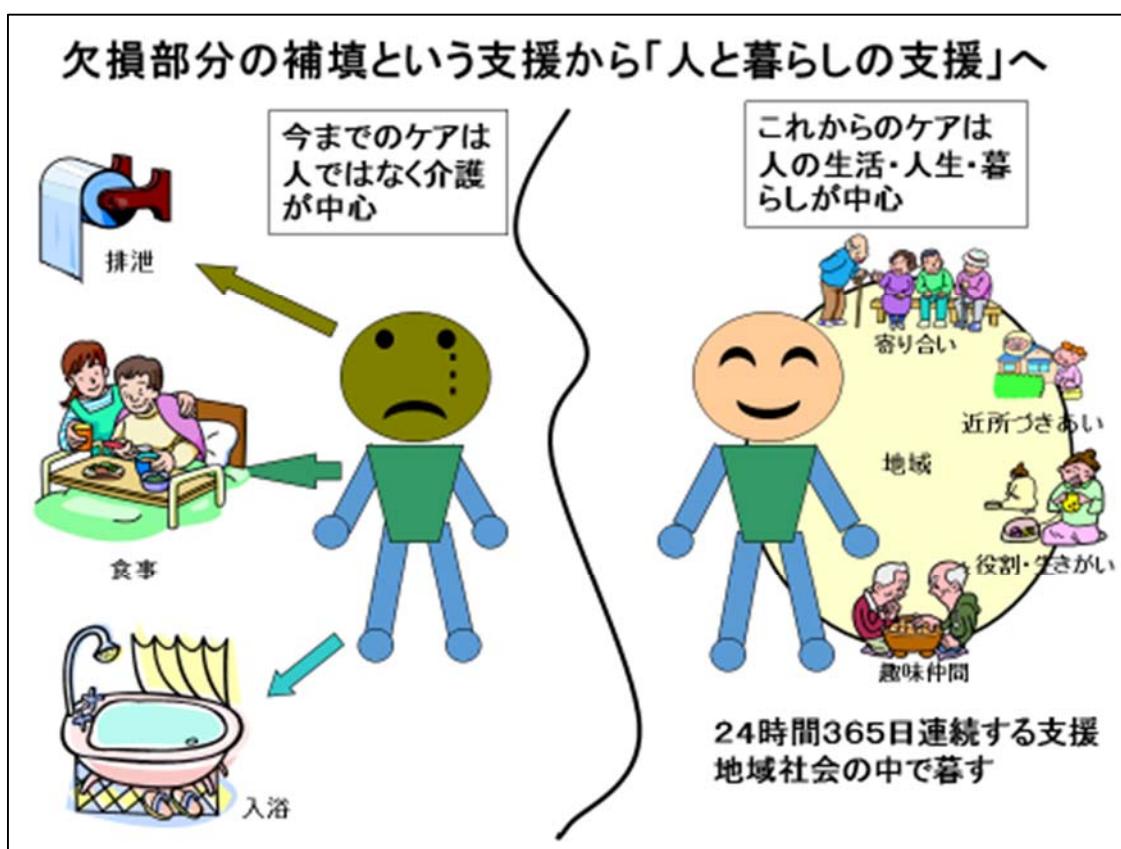
1. ケアのあり方の転換

1.1 個別支援の支援のあり方の違い「3大介護ではなく、～したいの実現」

平成18年に地域密着型サービスが創設され12年が経過した。これまでの小規模多機能型居宅介護が実践してきたなかで明らかになったのは「最期まで自宅と地域社会の中で暮らし続けるため」の支援が重要ということである。

「自宅で暮らしたい」という思いは誰もがごく当たり前に抱くものである。「2015年の高齢者介護」(厚生労働省老健局長の私的研究会・高齢者介護研究会・2003年)のなかにおいて「可能な限り在宅で暮らすことを目指す」ということで在宅生活の限界点を高めてきたが、いまだその成果は十分なものではないと推察される。

これは現状の在宅支援が「欠損部分の補てん」というできないことをサービスで補うという視点から脱却できていないからではないだろうか。



(小山 剛 氏 2006年)

アセスメントでは疾病や障害を中心に捉え、「できない」ことや生活でのしづらさを見つけ、その部分にサービスを提供する。入浴に問題があれば、通所系サービスで入浴を提供し、食事に問題があれば通所系や訪問系で補うといった具合に、ケアマネジメントの多くはこれらのサービスを調整し給付管理をすることがメインとなっている。

ケアマネジメントだけでなく、介護事業所や介護サービスを提供しているスタッフの多くも「できないことを介護サービスで補う」ということが当たり前と考えているのではないだろうか。

これだと、サービスを提供し「できないところ」を支援することが目的となってしまう。「できないこと」が増えれば増えるほどサービス量は増え、それが給付限度額を超える、もしくは「できないこと」を補うことができるサービスが見当たらないと在宅での支援は難しいと判断されるのである。

目指すべきは「自宅（地域）での暮らしの継続」であり、そのために「何をすべきか」ということを考える視点である。

下の週間計画表で介護事業者や介護支援専門員が注目するのは介護サービスが入っている時間を注目しがちである。その時間にどのようなサービスを提供するか、どのような関わりを行うかということである。しかし、家族や本人からすると注目するのはサービスが提供されている時間ではなく、サービスが提供されていない時間である。サービスが提供されている時間は事業所にお任せしており、仮に何か問題が起きれば、介護事業所は適切に対応してくれるので安心なのである。



だからこそ、サービスが提供されていない時間を過ごすことができるかがポイントとなる。

例えば、通所介護において、いつもは落ち着いている認知症のAさんは今日の利用の様子はいつもと違い落ち着きがなく、通所介護利用中に認知症の影響により多動であったとする。自宅での介護環境は老老介護。通所介護はいつもと違うAさんの状況に心配しつつも、時間が来れば自宅に送迎することとなる。状況によっては時間延長などで対応するかもしれないが、そこでは給付管理や介護支援専門員、家族・介護者との調整が出てくることが想像できる。介護支援専門員としても急な対応ができないこともある。通所から帰ってきてAさんが落ち着くまでの間、訪問介護の利用を検討するかもしれない。ここでも給付管理や急な訪問介護を受けてくれるかなどの調整が必要となってくる。あるいは短期入

所生活介護等を計画するかもしれない。

しかし認知症による影響で多動や混乱が起こっているのであれば、環境変化や慣れないショートステイの利用にはリスクが生じてしまう。このことは本人にとって適切なサービスなのであろうか。

既存の出来高報酬の介護サービスでは時間によるサービス提供になり、提供時間が過ぎると、給付管理などの調整が必要となり、時間が来ればサービスを終了せざるを得ない環境にある。居宅介護支援事業所には直接的にケアするすべがなく、ケアは外部の事業所に委託（依頼）することとなり、急な対応を事業所ができなければ支援ができない、といった性質がある。安定している時は特に問題ないものの、いつもと違う場合にタイムリーに状況を把握し、その場その時にあった適切なケアマネジメントや支援がやりにくいということである。

24時間365日の包括報酬という小規模多機能型居宅介護は、上記の給付管理や急な支援の対応がこれまでのサービスと比較して容易である。

また、24時間365日の支援の責任を負っていることも大きな特徴である。居宅介護支援事業所も24時間365日支える責任はあるが、実際支えるサービスは時間や回数で縛られており、急な回数増加や時間外の対応については容易でないこともある。

ここで述べたいことは、調整の容易さや給付管理の問題ではなく、支援のあり方である。週間計画表で注目すべきは、サービスの提供されていない白抜きの部分である。私たち支援する側は介護サービスの種類に関わらず、次の支援が入るまでの白抜きの時間が問題なく過ごすことができるよう、私たちが関わる時間を活用することが必要だということである。

小規模多機能型居宅介護はその責任において、次の支援まで自宅での生活に支障があると判断した場合、通いの時間の延長や訪問回数の増減、泊りの提供などを行う。それは、自宅に帰っても問題が生じることが予測されるからである。

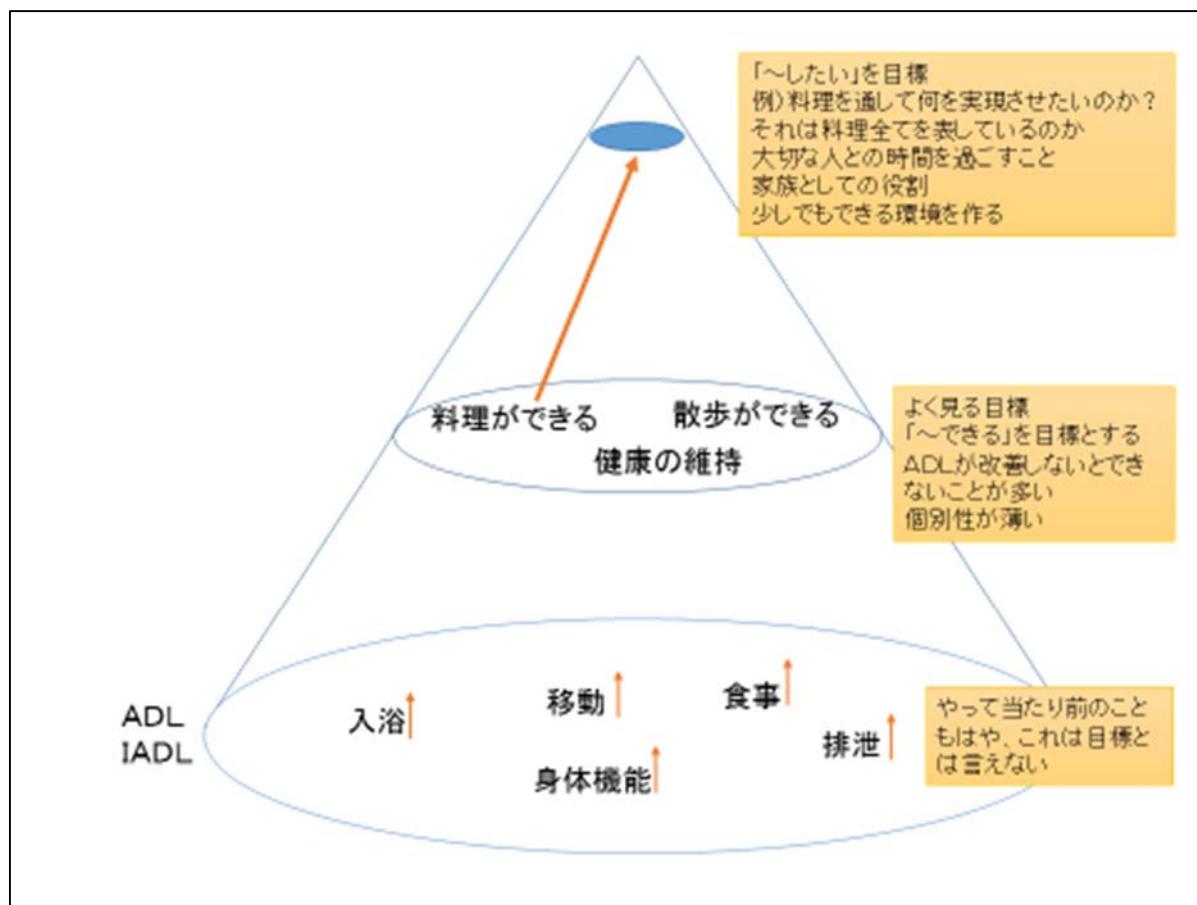
これは小規模多機能型居宅介護だけでなくすべての介護保険サービスに必要な視点であると考えるが、柔軟な対応が難しい介護事業所やタイムリーに調整することが難しい居宅介護支援事業所においては実践しにくい。

また、白抜きの部分を減らして介護サービスで埋めてしまうことを目的としているわけではない。あくまでも「自宅（地域）での暮らしの継続」を実現するための支援であり、介護保険サービスですべての時間を補うことではない。そこで、必要となるのが「目標」であり目標を表現し支援の方向を示す「ケアプラン」である。何のための支援なのか、何を目標として支援しているのかを明確にする必要があるのである。

しかし、ケアプランの目標は個別性がなく具体性に欠けるものを目にするのも少なくない。介護事業所や依頼を受けた専門職がそれぞれの判断でどうにでも解釈ができるような目標が散見される。ADLの向上やIADLの向上はもはや「やって当たり前」のことであり、これらをケアプランの目標にして支援することでは不十分である。「暮らしを支える」ための目標・ビジョンが必要であり、細部は個別援助計画やリハビリの計画など各専門的な計画に示せば良いのである。

暮らしを支援するためのケアプランとして、全体を見渡すことができるプランがあつてこそ、本人をはじめ関わっている人すべてが、どの方向に向かって進んでいるのかが把握

できるものが必要なのである。



そのための目標は本人が望む自己実現であり、本人の願う「～したい」である。

例えば「料理がしたい」という目標を目にすることがある。料理は誰のために、何を得るために料理という活動をするのかということの深堀りが不十分ではないかと考える。

料理という行為は、誰かに食べ物を提供するだけでなく、誰かと繋がったり、何かを得ようとするためのツールでもあり、「誰」「何」を具体的に推測したり考えたりすることが大切なのである。例えば妻の役割としての料理、母親の役割として子どもに対しての料理という行為の意味を理解すべきである。

「料理ができるようになる」という目標が良くないということではなく、それを通じて何を実現したい（獲得したい）と考えているのかということに気づくことが大切である。

マズローの欲求5段階説で表すとすれば、これまでの介護保険サービスやケアプランでは生理的欲求や安全の欲求に注目しすぎて、自己実現の欲求には遠い支援やケアプランになっているのではないだろうか。

ライフサポートワークの「ライフ」とは？

◆ライフの3つ意味(本人を丸ごと受け止める)

- (1) ライフ…生命→生命・安全の欲求
- (2) ライフ…生活・暮らし→所属・承認の欲求
- (3) ライフ…人生→自己実現の欲求→「～したい」

自己実現の欲求(self-actualization) 自分の持つ能力や可能性を最大限発揮し、実現したいと思う欲求。

承認(尊重)の欲求(esteem) 自分が集団から価値ある存在と認められ、尊重されることを求める欲求。

所属と愛の欲求(social need/love and belonging) 情緒的な人間関係、他者に受け入れられている、どこかに所属しているという感覚。

安全の欲求(safety need) 安全性・経済的安定性・良い健康状態・良い暮らしの水準など、予測可能で、秩序だった状態を得ようとする欲求。

生理的欲求(physiological need) 生命維持のための食欲・性欲・睡眠欲等の本能的・根源的な欲求。

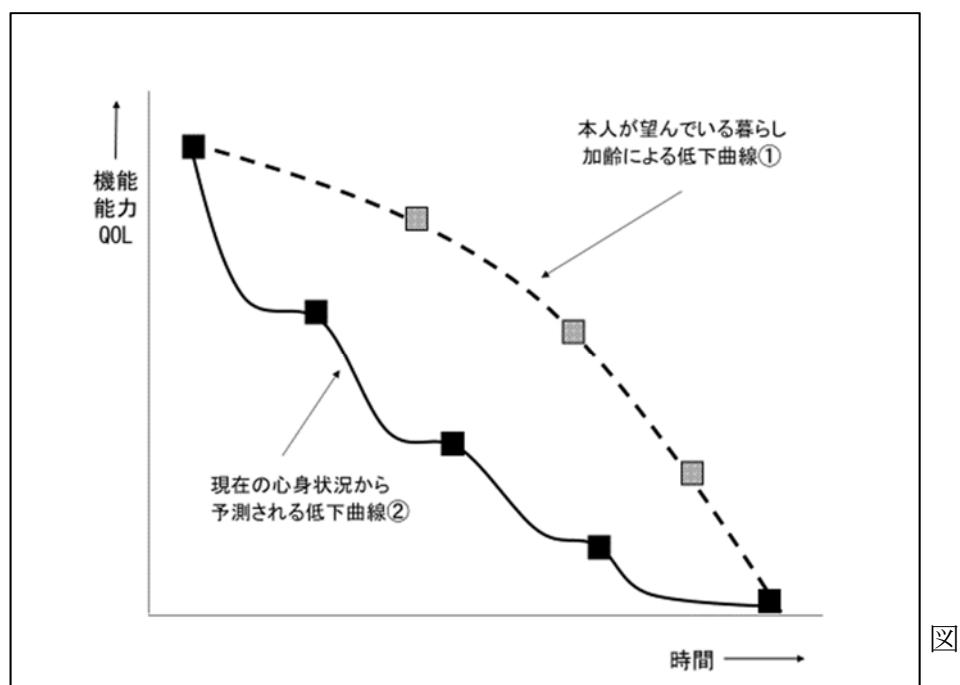
人間の基本的欲求
アブラハム・マズロー(Abraham Harold Maslow)「自己実現論」より



1.2 ケアのあり方の転換「本人が輝く環境作り」

本人の願う自己実現とともに目指すためには、介護サービスを提供するだけでは実現しない。介護保険サービスを提供することを目的化し、本人の願う自己実現をともに目指す思考を止めてしまう。目的と手段の入れ替えが起こっている。

私たちの目指すべき支援は「病気になっても、歳を重ねても、障害があっても、その人らしい生き方を支える」ことである。



図の緩やかな右下がりの破線①はその人が病気や障害を負うことなく人生を全うした場合のものである。歳を重ねるうちに身体機能は衰え、最後は亡くなる。私たちが出会う方は緩やかな右下がりの破線①ではなく、病気や障害によって階段状に急激に低下することにも遭遇する②の方々である。認知症や脳血管疾患による障害等により身体機能やQOLが緩やかな右下がりの破線①に比べて低下している。その階段状の②をできるだけ緩やかな右下がりの破線①のラインに近づける、もしくは同等とすることが理想であり、支援の本質である。

ここで私たちが注目するのはADLではなくQOLである。リハビリ等を通じてADLが改善しそれに伴いIADL→QOLが改善すればそれに越したことはないが、麻痺や認知症は現在の医療において完治することは非常に困難である。そこで、QOLに対して私たちはどのように関わることができるのかを考えないといけない。

まずは、緩やかな右下がりのラインをること、すなわち本人の望む老後のビジョンである。その人の生き方やこだわり、価値についてである。専門職においては知識やスキルから人を型にはめて考えてしまいがちだが、介護度や疾病、障害から人を見るのではなく、人はそれぞれ違い、一人として同じ人はいないという当たり前のことを見直すことで、その人の人生を見つめるという視点が重要である。

人の生き方を理解することはとても難しい。家族がすべて知っているわけでもなく、本人が語ってくれないかもしれない。場合によっては友人や周囲の人にも協力をもらわないといけないこともあるだろう。私たちは、継続したお付き合いのなかから関係を深め、その人のことを推測し、確認しながら「その人らしい生き方」を考え続ける姿勢が重要なのである。

しかし、介護保険事業に携わる我々は、介護保険サービスすべてを解決しようと考えてしまう。もしくは、介護保険サービスに関係ないことは、自分たちがすべきことではない、自分たちには関係がないこと、とも思ってしまう。だが、介護保険サービスすべてが解決できるわけではなく、介護保険以外の資源や関わりともつながって行かないと、目標である「その人らしい」を支える支援にはたどり着くことはできないのである。

生活するということは多岐にわたり多様である。介護だけではなく医療だけでもない。お金や家族、習慣や風習、様々な人たちとの関係やこれまで培った価値観など様々なものがある。それを支える側も同様に多岐にわたって関わる必要がある。誤解してほしくないのは、それらすべてを私たちが支えるということではない。困りごとや課題が介護保険サービスでは向きなことは、「知らない」という姿勢ではなく、そのことに得意な人やもの、制度や機関につなげたり、課題や問題を多くの人と共有する過程において考えたりといった「あきらめない」という姿勢と「つなげる支援」が必要なのである。

そういった意味ではこれからのケアは「介護」や「お世話」と言った狭義のものではなく、その人の自己決定を尊重し、人生を支えるという視点が重要である。

また、階段状のラインを緩やかな右下がりのラインに近づけるために、ADLの向上だけが手段ではない。障害があっても、認知症があっても活動や参加ができる環境づくりなど、本人のできる能力を引き上げるだけではなく、環境を改善させたり、協力を仰いだり、新たに作ることも必要である。

よって、介護サービスを提供するだけでなく、本人のやりたいことを見つけ、できる環境を作り、実際に行う。そして、そのことが本人の生きる力に変わっていくというサイクルを作ることが重要になってくる。

そのためにはその人ができることやどのような環境であれば力が発揮できるかを明らかにしていかないといけない。私たちは、「できるはずなのに、できない」「できるのにやっていない」という利用者を見てきている。「なぜ、やらないのか」「なぜ、できないのか」を改めて見つめ直す必要がある。

例えば「やる気」がないということを理由に「できない」と判断していることがある。「やる気」とはどういうことだろうか。やる気をアセスメントしているだろうか。やる気は本人の問題で私たちには関係のないことと決めつけてはいないだろうか。

やるき

- 病気による影響は
- 薬による影響は
- 本人のやりたいことか
- 体で痛いところがあるか
- 体の不調による影響はないか
- 水分量は適切か
- 食事量は適切か
- 活動量は適切か
- 排便は適切か
- 排尿は適切か
- 本人にとって深刻な心配事の有無
- 睡眠はとれているか
- 自発的にやることはあるか
- 本人と気の合う・信頼している人が関わっているか
- 繙続的な関わりを意識しているか
- 生活習慣との関係は無いか



私たちも「やる気」が出ないことはある。それは自分だけが原因なのだろうか。周囲の環境が影響をもたらしてはいないだろうかなど、普段自分たちが使っている言葉を改めて見直すことで利用者との関わりのヒントとなることが多いのではないだろうか。

見えている能力では何もできそうにないと感じることもあるが、可能性やできる力を引き出す方法や環境を模索することが必要である。

例えば、片麻痺の人が包丁を使用する際、まな板や包丁、調理環境を整えることで調理ができるといった事例は想像しやすい。そのような事例にアドバイスをもらえる人は作業療法士が得意である。自分たちだけで考えるのではなく専門職と繋がり、アドバイスをもらうといったように、その人のやりたいことができるよう「つながる」ことが大切になっていく。地域の活動に参加するには地域の人と繋がり、お店で買い物するにはお店の人

と繋がるなど、自分たちが不得手なことは、得意な人を探し繋がったり「誰か〇〇が得意な人いませんか」と周知したりすることが大切なことだと考える。

このような視点が、利用者が活躍できる機会をつくることにつながり、何もできなくなつた厄介な認知症の人という偏見から、たくさんの可能性を持っている人へと視点を転換することにつながり、また本人自身や家族・介護者の変化へとつながるものである。

2. 事例からの考える「ケア」とは何か

2.1 医療法人社団誠仁会 小規模多機能施設めおといわ「ゆい」（福岡県福岡市）

福岡市は人口 158 万人。人口流入もあり、九州の中でも比較的若い都市として認識されている。“めおといわ「ゆい」”は、その中の城南区堤地区に位置している。堤地区は約 50 年前に造成された戸建て住宅の多い地域であり、現在の人口は約 1 万人、高齢化率は 28.7% となっており、定住率も高く確実に高齢化の波が押し寄せている地域である。

平成 18 年に制度化された地域密着型サービス「小規模多機能型住宅介護」は、可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けたいと願う本人の思いを実現すべく組み立てられた介護サービスメニューのひとつである。「通い」を中心に「訪問」「宿泊」の機能を兼ね備え、一つの事業所でワンストップのケアを展開することで、環境の変化に弱いとされる認知症の方々に優しいサービスである。「場所が変わらない」「人が変わらない」「ケアが変わらない」の 3 つの“変わらない”を活かすことで周辺症状やリロケーションダメージの緩和に効果がもたらされる。また、24 時間 365 日在宅における不測の事態や急な用事等にも柔軟に対応できる即時性を持っており、それらを活かすことでの在宅介護の限界点を高める実践が各地で展開されている。

介護が必要になっても、認知症になってしまっても「住み慣れた場所（自宅や地域）でこれまで通りの暮らしを続けたい」と願う人は多い。その思いを実現するためには、ただ単に、介護メニューを充実させ、安易に本人の暮らしを支給限度額いっぱいにサービス漬けにしていくことを目的ではない。自立や自律の支援を通していきながら自宅や地域で過ごせる時間を担保することが在宅介護に従事する我々に課せられたミッションである。さらには、その人を取り巻く環境にも目を向ける必要がある。時として、本人の望みと周囲（家族・介護者や地域）の思いにはギャップが存在し、その差を縮めないことには本人の思いを実現することから遠ざかってしまう。

地域密着型サービスには介護保険法で“運営推進会議”的開催が義務付けられている。本来の目的は、事業所の可視化による質の確保とされていたが、私たちはこの会議を本人の思いを実現するための「本人を取り巻く環境改善」に役立つ有効な機会とした。会議の参加者は行政をはじめ、自治会長や民生委員、ご近所やご利用者・ご家族、学識経験者や医療介護の専門職など幅広く募り、15~20 名程度で構成される。2 か月に 1 回開催されるその会議では、登録者数や平均要介護度、年齢幅など、数値化されたものの報告はそこそこに、事業所の思いや考えを知ってもらう絶好の機会と捉え、日ごろの活動内容や、その活動を行う動機（理由）、ケアの実践事例を報告することに力点を置くこととしている。特に、事例報告は認知症ケアや在宅介護の実際をリアルに表現することで、今まで関わりの薄かった地域住民の方々にも認知症の方の置かれた状況を知る機会となっている。

また、会議メンバーの中には、ご利用される本人、家族・介護者も参加されており、当事業所のサービスを受けながらの悩みや葛藤、希望や展望を打ち明けてもらうことで事

業所の質をより具体的に表現することにつながったり、介護者同士、ピアカウンセリングのような効果もこの会議の中でもたらされるようになった。



運営推進会議の様子

24時間365日の自宅での生活を支えようとするとき、私たち介護事業所のみで地域での暮らしを支え切ることは到底困難であると考える。私たちが直接関わっていない、いわゆる“空白の時間”、その人がどこで、だれと、どんなふうに生活しているかということに関心を向けると、そこに「地域」という概念が存在する。「これまでどおりの暮らしを続けたい」という言葉の裏には、その人才オリジナルの行きつけや、なじみの友人知人、暮らしのリズムのようなものが存在する。例えば、それらの空白の時間に関わってくれる方たちが総論として在宅生活無理論を唱えられてしまうと、本人の意志とは無関係に住み慣れた自宅をあきらめ、どこかの施設への入所となってしまうことになる。本人の意思に反した施設への入所は「帰りたい」と願うその姿に「帰宅願望」というレッテルを貼り、問題行動として取り扱う傾向が今でも散見される。そのような実態が繰り返されてきたことを、運営推進会議の中で伝えることで、地域住民や専門職、行政も含めて、もし自分がそのような立場になったらと「当事者意識に基づいた意見」という問題意識につながっていた。

そのような中から、地域で考えていくことや、支えあっていくことの必要性について、地域住民、行政、事業所の三位一体で「認知症になっても安心して暮らし続けることができるまちづくり」の音合わせにつながった。この取り組みは9年前から展開され現在も継続されている。認知症サポーター養成講座やワークショップの開催を繰り返し行うことで、住民主体となって様々な活動が展開されるようになった。運営推進会議のメンバーや住民有志で旗揚げされた「劇団つつみ」の認知症啓発活動や、5年前から地域の公民館で開催されるようになった「つつみカフェ」の取り組みは、地域住民が当事者意識に基づき、高いモチベーションを維持しながら現在も活動が継続されている。劇団つつみの活動は9年間で約40公演を上回り、月に一回開催されるつつみカフェにおいては、毎回100名程度の来店者が訪れ、認知症の方、介護家族、地域住民、最近では地元の障がい者施設

の利用者や乳児院の子供たち、がんと闘う療養生活の方なども、様々な目的をもって来店され、楽しく過ごされている。認知症カフェで始まったこの取り組みも、現在ではユニバーサル化され、認知症カフェからコミュニティ・カフェへと変貌を遂げており市内外から高い評価を得ている。このような取り組みがひいてはシビックプライドとなり、地域の財産となっている。

地域の福祉活動を進展するきっかけを作った運営推進会議ではあるが、現在は明らかに住民主体で進められており、我々専門職はバックアップにまわっている状況である。住民が自転するその姿は、地域包括ケアの実現の上でも基盤として謳われている「本人の選択と本人・家族の心構え」に大きく近づくことができていると考える。



認知症啓発劇団「劇団つつみ」



つつみカフェ

地域との繋がりを深めることや運営推進会議を充実させることだけが目的ではない。24時間365日利用者の自宅での暮らしを支えるための隣近所を含めた本人の応援団を作ることも目的であった。そもそも、事業所だけで地域での暮らしを支えきることは土台無理なのである。

アルツハイマー型認知症のたかしさん（83歳）要介護1。4年前の利用開始時点では、約束を忘れるなどの記憶障害、道に迷うなどの見当識障害、家族や周囲に対する暴言、愛犬に対しての虐待等もあり要介護2の状態であった。周囲は一人暮らしのたかしさんを心配し、早めの施設入所を勧めていたが、頑なにそれを拒否する本人。「俺が苦労して手に入れたこの家をなんでお前たち（周囲）の言われるままにせないかんとか！（よそに移り住まなきゃならんのだ！）俺にはここに住み続ける権利があろうが！」と語気を強め周囲の勧める老人ホームへの入所を一蹴された。様々な経緯はあったものの、現在もお一人暮らしを続けられている。今のところ事業所は訪問機能のみで支えており、服薬支援や周囲との関係調整が主な支援内容となっている。過去に何度か試しに事業所に通われた

が、通いが定着することはなかった。彼にとっての通いの場所は何十年と通い続けてこられた“ゴルフの打ちっぱなし練習場”である。たかしさんは、ほぼ毎日、この練習場に通い続けられている。日によっては一日に数回通うこともあれば、手持ちのお金がない時でも思い立ったらフラッと足を運ばれ、慣れた様子で2時間ほどそこで過ごされる。

我々は「日常生活の継続」をイメージし、地域での暮らしを支援する。認知症になつたから、介護が必要になったからとこれまでのつながりや関係性をあきらめさせる支援をするのではなく、本人が望むのであれば、それらとのつながりが断ち切られないよう間に入り、つなぐ支援を行う。

たかしさんのケースの場合、練習場の店員に介護を担っている我々の存在を知つてもらい、トラブルや相談事がある場合は24時間365日いつでも連絡するようにと伝えることで、ある種の安心（保険）を渡している。実際、未払いのときや普段と様子が違うときは事業所に電話が入り、即座に対応することで問題が肥大化することはない。店側も「認知症になる前からの常連さん、店にとっては大切なお客様。なにかあつたら連絡先もあり、対応もしてくれるので安心」との言葉を述べられる。訪問しても自宅に居ない時はたいていこの練習場に来られている。その時は店員に挨拶し、いつもと変わらないかを雑談しながらお水をもらい、その場で服薬支援を行う。しばらく様子を眺めながら頃合いの良い頃に我々は立ち去る。地域生活支援の特徴的な一面として紹介することができる。

たかしさんのケースのように、地域に対して認知症の本人を取り巻く環境改善運動を行うことで以前と比べ、随分と仕事がしやすくなった印象を持っている。認知症や介護を必要とする高齢者は増えているのにもかかわらず、「早く老人ホームに」と一方的な周囲の発言を耳にすることが少なくなった。



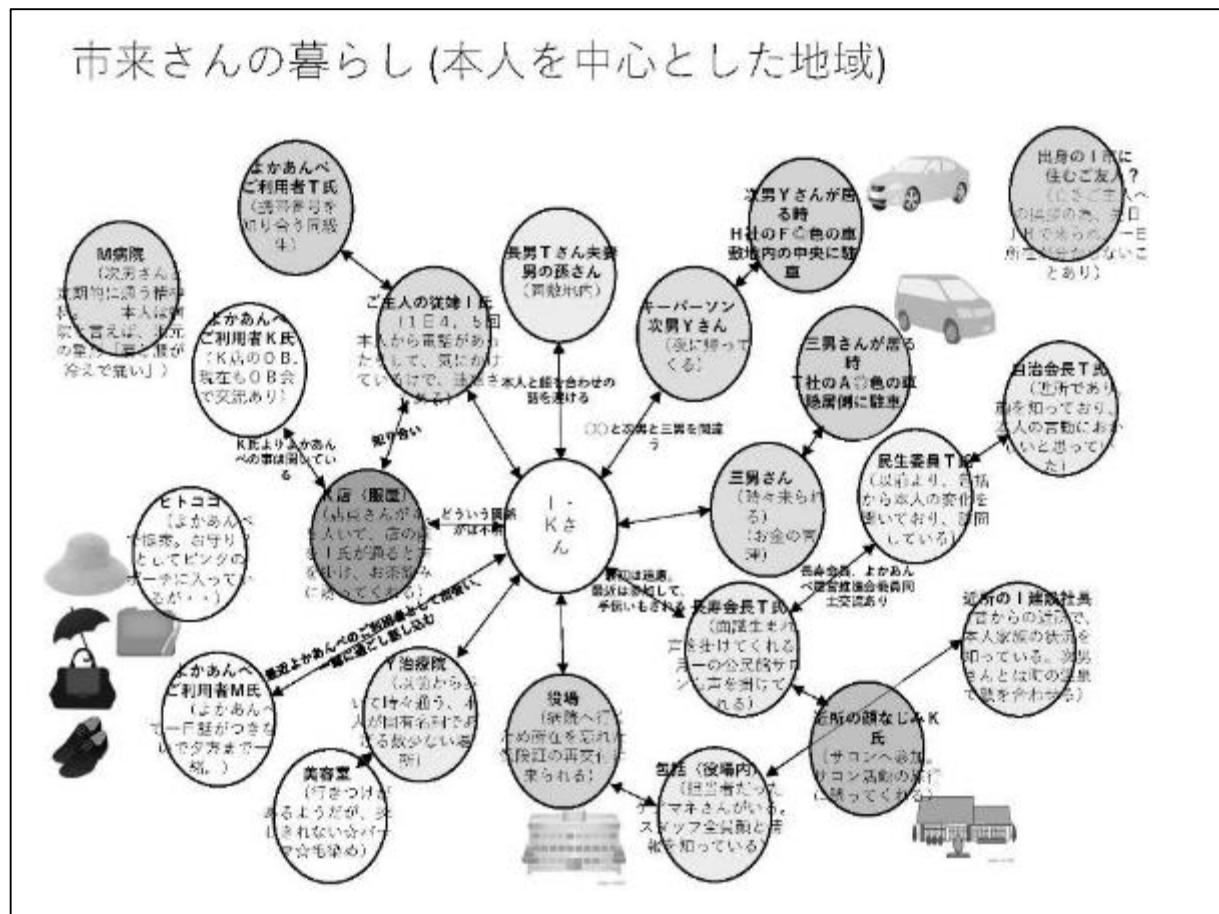
ゴルフの練習場へ通い続ける たかしさん

事業所を運営することが目的ではなく、その人の望む暮らしに近づける支援として考えた時に地域に種をまき、地域住民とともに我が事として考える素地を作ることが、本人支援にとっても有効な手法であると考える。「在宅無理論」で当事者の思いがかき消される介護社会を推し進めるのではなく、当事者の視点に立ち「もし、自分がその状況だったら」と住民も一緒にになって考える地域の土壤整備が必要である。認知症ケアや在宅介護のあり様を地域や世間に對し、背中で語っていくことも必要であろう。そのようなプロセスの中で新たな気づきやアクションがもたらされれば、当事者にとっても、未来の自分自身にとっても活かされる大切な要素が含まれていると確信する。

2.2 共生ホームよかあんべ（鹿児島県霧島市）

認知症になってもその人の存在感が失われない地域／加治木ビューティフル作戦

鹿児島県姶良市加治木町にある共生ホームよかあんべ。市来さんのご自宅はこの事業所の3軒隣にある。市来さんはこの土地に30年以上家族とともに暮らし、自治会や婦人会の役員、日本舞踊同好会等々、地域活動にも積極的に長年取り組んでこられた。3年前から認知症が発症し、自宅から一人で外出され戻れなくなることも多くなってきていた。家族も昔から馴染みの地域住民の方々も一人での外出がとても心配になっていた。



市来さんはこの地域に長年暮らし、上図のような関係を築いてきた。彼女の歴史から考えてこれ以上の関係性が身近なところにあるのだろうと予測はできるが、我々はこの程度しか明らかにできないし、その方や場所との関係性について曖昧な部分も多い。また、長年そこに暮らしてきたからこそ、これまでと現在の彼女の状態のギャップを受け入れられず、地域の皆さん的心配は余計に大きくなつたのではないだろうかと感じたことも多々あった。そんな時、より周囲の不安を大きくする事態が起きてしまった。早朝7時過ぎ、事業所スタッフが、市来さんが道路で手足や顔を擦りむき出血し転倒している姿を発見した。

本人の意識はあったが大事をとて救急車で搬送したが、骨折もなく入院もすることなく自宅に戻ることができた。発見された場所は本人の自宅から2kmぐらい離れた場所。い

つ自宅を出られたのか、どのルートを通ってそこに辿りついたのか、この間誰とも会わなかつたのか、誰か声をかけてくれる人はいなかったのか疑問ばかりだった。

〈認知症について知つてもらうのではなく、市来さんを知つてもらうために〉

このことがあり、家族は更に大きく気持ちが揺らいだ。もう自宅でこのまま暮らし続けることは限界だろう。市来さんの家族は三人の息子のみ。息子たちはそれぞれ、仕事で忙しい日々を過ごしている。

「母ちゃんのことは気になるし、なんかしてやれることができればやるけど、男じや無理です。近所にも迷惑がかかる」

これを機に、よかあんべでの泊まりが始まった。我々はいくら三軒隣とはいえ、よかあんべという介護事業所で過ごす時間が長くなった市来さんは、これまで関係のあった地域の方々からどのように見られるのか、思われているのかがとても気になった。

そして、案の定、我々が地域の方からかけられた言葉は「市来さんは良かったね」。

やっぱりそう思われてしまったかと残念さと悔しさと市来さんに対する申し訳なさが入り混じった複雑な気持ちになった。このままでは、地域の皆さんから、市来さんは認知症になって道を間違えるようになって、我が家では暮らせなくなった人と思われなくなるのではないかと我々は強く感じた。

「我々に何ができるのか、何が求められているのか」

こういった場合、よくありがちのが認知症センター養成講座を開催することである。地域の皆さんに認知症について正しく理解していただく機会になるからだ。しかし、今回の場合は、認知症について学んでもらうことではなく、今の市来さんという人を知つてもらうこと、地域の中に知り合いを増やすことではないかと思った。その手段として、介護や医療にこだわらず、年齢に関わらず誰もが関心を持って楽しく参加できること、参加者が受け身でなく、身体を動かし達成感を感じられる企画をスタッフみんなで探し考えた。

〈運営推進会議から実行委員会へ〉

共生ホームよかあんべでは、毎月1回運営推進会議を行っている。メンバーは、現自治会長・前自治会長・元自治会長、元々自治会長・民生委員・福祉アドバイザー2名・長寿会長・地域包括支援センター・市役所・社協・通所介護事業所・調剤薬局・総合病院相談員・利用者家族等々、毎回20名程度で開催している。我々は、この運営推進会議で地域でのゴミ拾い大会を提案した。「加治木ビューティフル作戦」。年2回、地域での一斉美化活動はある。それは日時が決まっており、自宅周辺をその時間、それぞれ自分のペースで清掃をするものである。今回、我々が提案したものは地域のごみ拾いをチーム対抗で行いゲーム性を持たせたものだった。「多勢で拾って回るほど、そんなにゴミは落ちていないよ」という声もあったが皆さん、快く実施について賛成してくれた。

第1回 市来さんの現在のご様子とごみ拾い大会を実施したいという意図を説明。

⇒加治木ビューティフル作戦 in はぎはら実行委員会を立ち上げる

実行委員長は長寿会長に決定

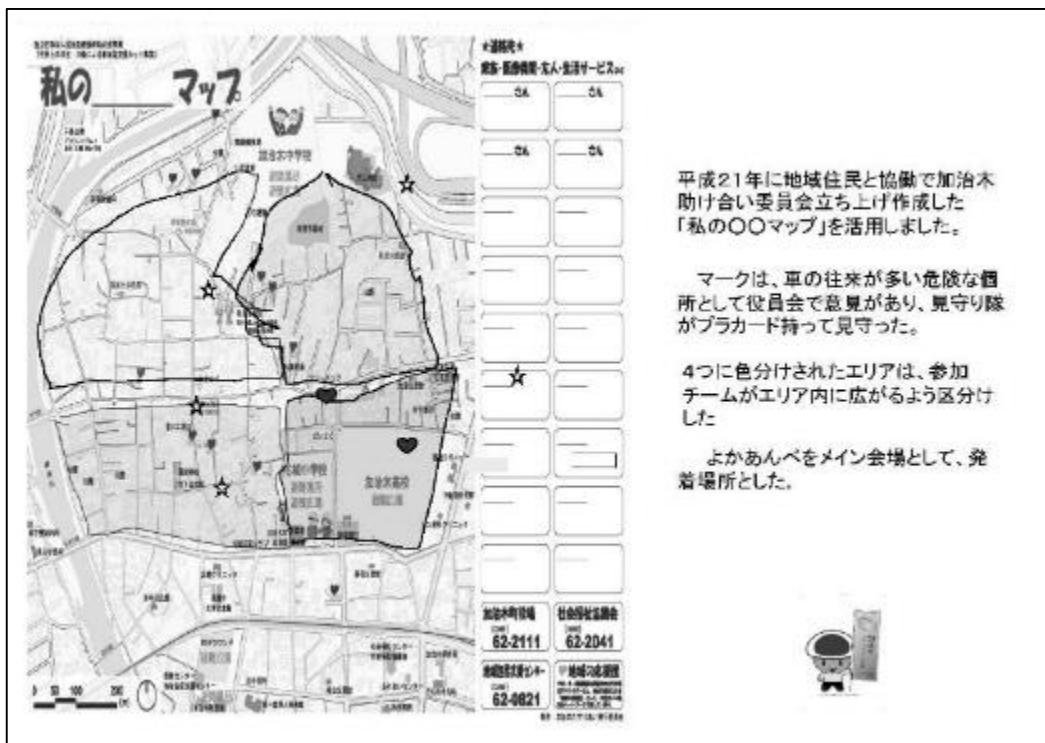
第2回 実行委員会（目的を話し合い、共有）

大会テーマは「つながる」

第3回 実行委員会（当日の役割分担）

第4回 実行委員会（テルテル坊主を作ろう！）

加治木ビューティフル作戦 in はぎはら開催！



ルール		役員で、地域の特性と参加者の顔ぶれ、目的をさらに深める工夫を考えた。
燃える	紙、布、絶版、弁当、食品容器、包装、コンビニ袋、草（土は落としてね）、落ち葉、ペットボトル、など	ウォーキングポイントは、チームの年長者に万歩計をつけて、その歩数で競つた。 実際は子供たちがそれを稼ごうと元気に走っていた…
燃えない	ビニル傘、ガラス、金属片、せともの類、電池、ライター、ビン、缶…	つながるポイントは、参加チーム分のカードを持って、エリアで出会ったら交換し劳うというカードを導入！
たばこの吸い殻		チームでいかにポイントを稼ぐか、作戦を練っていた。ゴミ拾いより他がメインのグループも…(笑)
ウォーキングポイント		
つながるポイント		



小学校低学年から 94 歳まで、1 チーム 5 人で合計 18 チームを編成した。開会式から閉会式を終えるまで 2 時間。この短い時間に新たな出会いがあり、言葉が交わされる。もちろん市来さんもチームの一員として参加。ともに仲間として地域を歩き、ゴミを拾う。その活動を通して、市来さんと言葉を交わし、歩くスピードも理解できる。

小規模多機能型居宅介護は、認知症になっても介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らし続けられることを支援する。ご本人が安心してその地域で暮らし続けるためには、その方のこれまでの関係性を断ち切らない、繋ぎ続ける。そして、その方にとって必要なとの出会いきっかけを作り紡ぐ。

今回の実践事例では、一人の人の地域での暮らしを継続するために、そして事業所でのサービスが増えることで地域の方から市来さんの存在感が失われないように支援するための取り組みだった。

市来さんのおかげで、加治木ビューティフル作戦 in はぎはらは、この地域の毎年の恒例行事となり 4 年間経過した。

〈地域に貢献する多機能化〉

「誰のために、何のために」

私達は常に、この問いを立て、時には立ち止まってじっくり自分自身考え、周囲の仲間たちと考え、次への一歩を踏み出していくべきではないだろうか。近年、地域密着・地域包括ケア・地域共生…何かしらにつけ「地域」という言葉が枕詞としてあるのが当たり前になってきている。しかし、「地域」という言葉は様々な場面で使われているもののその意味は決して共有されてない。「地域」という言葉から、どこを拠点として捉えているのか、エリアはどこなのか、どこまでなのか。時に「地域」を場ではなく住民そのものを地域として捉えていることもある。そのようななか、地域との関わりや地域への発信の目的が明確でないとズレが生じ、なかなか関係性が構築できなかつたり時には壊れてしまうことがある。そもそも一介護事業所が地域づくり、地域を変えるという思考はおこがましい考えである。地域住民が長い長い時間をかけて作り上げてきた風土、関係性を肌で感じようとすることがまずは重要である。そして、地域の時間の流れに合わせ、自分達事業所のできること、つまりは貢献できることを見出しコツコツと実践していくことが、地域の事業所となり、住民として認められる一步になるのでは思う。それが、地域に貢献する多機能化である。それには柔軟で多様な感覚が求められる。そして、同時に大切なことは「誰のために、何のために」である。目の前のご利用者、その認知症になっても介護が必要になってもその地域で暮らし続けたいというその方の思いを実現するために、そして重度化してもその地域の住民として存在感が消え失せないためにという目的は絶対に忘れてはならない。

3. 役割、生きがい、自立支援とは何か（まとめ）

通い・訪問・宿泊といった機能で介護サービスを提供すること、できることを補完することだけでなく、その人のこれまでの暮らしのなかでの人や場所・ものとのつながりを絶やさないことで、地域や在宅生活の継続を実現している事業所も少なくない。

前項でも「小規模多機能型居宅介護の多機能とは通い・訪問・宿泊の3つの機能を示すものではない」とあるように、包括報酬で柔軟性のある機能は3つの組み合わせだけにとどまらず、目の前を支えるために必要なありとあらゆることの支援ができる可能性を持っている。

しかし、これまでのケアのあり方は、困りごと、できることを補完することを中心に関わらざるはなされている。困りごとに対してサービスを当てはめる思考が根強いからである。

通いで入浴していれば、入浴の課題は解決され、自宅において入浴したいという本来の目標を達成するという思考から遠ざかる傾向があるのではと推測される。

これでは、できることを補完できる在宅サービスがなければ、「できない」ということになり、諦めるか、在宅ではないところ、つまり施設などのサービスでできることを補完することになり、結果在宅での生活が終わってしまうことも少なくない。

介護保険サービスでできることを補完することに注力するのではなく、サービスを通じて、本人のできることを引き出したり、持っている力を有効的、効率的に活用したり、環境を整えてできること継続したり、介護保険サービス以外のいわゆる住民参画や地域とのつながりなどのインフォーマルの構築・協働により、できることの継続に努めることが重要なのである。

「自宅で入浴をする」ということは特別な希望や願望ではなく、ごく当たり前のことである。しかし、加齢や疾病による障害によって、そのごく当たり前のことを「希望」「要望」と捉え、ニーズとそれを補うためにサービスを当てはめて課題が解決されたと考えてしまう。

これまで通り自宅で入浴をする、という行為を実現するのであれば、何が課題なのかを考え、取り組む必要がある。しかし、身体の状態像や認知機能の低下が及ぼす予測できない行動から自宅での入浴は危険、できない、無理と真っ先に「できない」と考えているのは私たち専門職ではないだろうか。

自宅での入浴の何が難しいことなのか、危険なことは何かということを見つけ出すことは得意であるが、それをどのように解決できるのか、もしくは入浴できるための工夫や環境をどのように整えれば良いかという視点になると、配慮や考察が不十分に思われる。

それは「入浴」という行為がサービスで達成されたために、その先にある本人の希望である「自宅での入浴」ということを実現しようと考えないからではないだろうか。

小規模多機能型居宅介護の現状での通いは、通所介護と同一性の高いサービスとして捉えられており、決められた時間や流れの中でサービスを提供している事業所も少なくない。

通所系サービスには、これまでの利用者自身の人やものや場所とのつながりを遠ざけ、諦めさせることに繋がり、個人より集団が優先される場である傾向がある。

小規模多機能型居宅介護の柔軟性のある通いとは、時間に縛られることなく、その人の

持つつながりを暮らしの中で継続できる配慮がされることである。その人の時間に合わせて事業所と自宅を行ったり来たりすることもできるのである。

「自宅で入浴できる」という目標については、通いでの入浴を観察・検討し、自宅での入浴に向けて何が課題になるのかを整理し、環境やケア、本人の力を駆使し、訪問で自宅での入浴にチャレンジし続け取り組むことである。同じスタッフが通いも訪問も担うことでも目標や関わりに一貫性が生まれることが小規模多機能型居宅介護の強みである。

本人のすべての希望が望みどおり叶えられるとは限らない。しかし、できないと決めつけられ、全く取り組まないことは、本人にとってどのように受け止められるだろうか。また、周囲で支えている家族も「できない」「できない人」と無意識に認識し、それが蓄積すると「自宅での生活が難しい」という結果に結びついてしまうのではないかと考える。

本人より先に、私たちが「できない」とあきらめて取り組みを行わないことは、非常に罪深いものである。

介護保険制度が始まり、ケアマネジメントという概念のもと目標を設定し、ケアを行うという手法が標準化された。約20年の年月がたった今でも目標に「元気で生活ができる」「自宅での生活が安全に継続できる」「元気に歩いて散歩ができる」など具体的な目標ではない、誰にでも当てはめることができるような目標を見ることも少なくない。

もう、ケアプランに誰もが望む普遍的な目標を掲げるのではなく、「安心」や「安全」は基本的にやるべきことであり、それを前提としてその人が望む具体的な目標しか目標でないとして決断したほうが良いのではないだろうか。

それは、「元気に」「健康で」「自宅での生活の継続」「安全な歩行」「筋力アップ」などは、口には出さなくとも誰もが潜在的に持っているものであって、意識するしないにかかわらずあたりまえのことである。それをさもその人の望みとして目標に掲げても具体性が伴わない。そして、具体性を伴わないケアプランをもとにしたサービスを、それぞれの解釈によってとらえられ、感覚的にケアが行われるため有効的な支援につながらず、効果も出にくい。

例えば、「元気に」とは、何をもってその人の元氣とするのか?そもそも元気を図る尺度は何を持って測るのか?といったモニタリングができないような目標設定なのである。「元気に」ということを否定しているのではなく、その人にとっての「元気」というのが何を表すことになるのかを追求し、その人にとっての元気を表すことが目標となり、それを実現するためのプロセスを考えることがケアマネジメントだと考える。

また、私たちの情報提供・伝達のあり方にも大きな課題がある。

例えば危険が伴うケアについてリスクの説明やどれだけ危ないことなのか、事故が起きた際は、起こりうる最悪の事態を伝える。

このことは、責任やリスク管理が重要な位置づけとなっている昨今としては仕方がないことではあるものの、行動経済学の「プロスペクト理論」からするとリスク回避のほうを選択してしまう確率が高くなってしまうので注意が必要である。

《プロスペクト理論》

利益や嬉しい結果につながる判断を迫られるときは、リスクを回避する傾向があり、損失につながる選択ではリスクを受け入れやすくなる。つまり、損失と利益を比べると損失のほうが利益よりも大きく見積もってしまうという傾向があるということ。

- 例) ①この手術では 90% 成功します
- ②この手術では 10% 失敗します

同じ確率であるが手術をすると選択する人は①の説明では8割程度、②の説明では5割程度選択した。聞き方で結果がかわってしまう。

(出典：武器になる哲学 山口周著)

リスクを強調するとリスクを回避することを選択する傾向があるということである。リスクの説明や回避も大切だが、本人が希望していること望んでいることの実現のプロセスの説明はとても大切だということになる。

認知症があるから、麻痺があるから危険ということではなく、認知症のどの部分が、麻痺のどの部分にリスクがあるのか。そのリスクは回避不可能なことなのか、他の道具や工夫で解決できないのかなど、様々な視点から考察し、選択肢として提示する必要がある。

前項にある小規模多機能施設めおといわ「ゆい」のように、事業所に通わせることで支援するのではなく、利用者のこれまでの生活のなかで培ってきた人やもの、場所で支えることができる介護保険サービスは小規模多機能型居宅介護だけではないだろうか。訪問介護はその人の自宅に限定され、通所系サービスも通所介護事業所内という場所を限定されたものである。地域のなかでの暮らしを支えるためには地域に出向いて関わることも必要であり、場所を限定されている支援では、地域との関わりに考えを巡らせることも難しくなるとも思われる。

地域に出向くと一口に言ってもすぐに実現できるものではない。

①支援する側がその人にとって必要な人や場所・ものが何かを知っている・知ろうとしている

通いや泊まる場所は事業所であり、事業所でないと支援ができないと型にはめて考えているのは支援する側の私たちである。

一方、利用者はこれまでの生活を当然のように継続すると考えている。

利用者のこれまでの暮らしに必要・なじんでいる人・場所・ものと、事業所で支援するということがそれらと乖離しているという認識が必要である。

②その人を支えるための目的を伝えるスキル

専門職だけでは支えられない。専門職ではない人たちに何を支えてもらうのか。それを具体的に伝えないといけない。なんとなく、これが解決できればいいなという漠然とした期待で相手に依頼しても「なぜそれが必要か?」ということが理解できなければ協

力は得られない。

「誰のために」「何のために」を私たちが説明できることが必要である。説明は言葉だけではない。熱意や誠意といったことも重要になってくる。

③何をお願いするのかを配慮する

私たちの「やって欲しい」ことが「やってくれること」ことではない。まずは、相手が負担に感じずできることからお願いする。それが何なのかは、お付き合いをしないとわからない。逆をいうとお付き合いがあるからこそ、お願いできることも増えるのである。

小規模多機能型居宅介護は通い・訪問・宿泊という機能だけではない、調整や連携という幅広い人や場所と繋がることもできる機能を持ち合わせている。しかし、支える側がこれまでの通いサービスや他の介護保険サービスと同様に支援の場所や支援の範囲を限定し、他のサービスと同様に運営している事業所も少なくない。

例えば、小規模多機能型居宅介護の「訪問」だけを抜き出せば、訪問介護と比較するとサービスの質は低いと推測される。それは小規模多機能型居宅介護の訪問には、介護福祉士や訪問介護員2級のような資格要件は必要とされず、時間ややるべきことを明確にしなくてもいい側面がある。一方、訪問介護は訪問するスタッフには一定の資格要件が課せられており、決められた時間で効果的にケアができるよう洗練されており、その専門に特化した形での研修や指導がなされているからである。

上記のように小規模多機能型居宅介護とはなんでもできるようで、一つひとつの機能（サービス）は、機能特化した他のサービスに比べると見劣りする、いわゆる特徴があるようではないサービスなのである。では、何がそれらと比べて特徴的なのかというと、これらの機能が重層的かつ複合的にその人のその時に合わせて柔軟に関われるということである。包括報酬だからサービスが時間や回数、在宅支給限度額等と関係なく使えるということではない。

その人のその時に合わせるためにには、その人のことを日頃からわかっており、何のための関わりが必要なのかが明らかでないと効果的な支援はできないのである。

また、小規模多機能型居宅介護では、何でもできるからといって、何でもしがちであることも歪めない。何でもできるということは本人や周囲の力を奪ってしまうという側面もあるからである。

本来は本人がまだできることを、時間がかかる、大変そう、危険だからと言って一方的にこちら側の都合や同情心を押し付けて支援することではない。その支援が継続的に本人のためになることなのかを考える必要がある。また、家族や周囲が心配し、関わっていたことを事業者が関わることで、「事業所にお任せ」「あとはよろしく」と言ったことは本人と周囲との関係を切り離すことになるのではないかと注意を払いながらどこまで関わるのかを検討しないといけない。

介護保険サービスを利用することが目的ではなく、その人がその人らしく暮らすことを支援することが目的であり、その場所が自宅だったり地域のなかだったりするのである。よって、小規模多機能型居宅介護のサービスを利用するときだけでの関わりではなく、小規模多機能型居宅介護が関わっていないときも、自分らしい生活を送ることができ、それができると私たちは予測し、できない要因をこれまで本人が培ってきた人・もの・場所・

何よりも本人の力を使って実現していく。本人の予想に反した困り事や、できないときはすぐに私たちが駆けつける、といった機能が大切なである。

鹿児島県姶良市の共生ホームよかあんべの取り組みは、まさにそのような取り組み事例の一つではないだろうか。もともと地域の中で活躍していた市来さんを「認知症で困った人」という見立てではなく、地域の中の一員として、何気ない地域との関わりの中であらためて市来さんを認知してもらい、市来さんとこれまであった関係を改めて繋ぎ合わせるための取り組みのひとつである。「介護が必要になって私たち（介護事業所）と関わりました。このような状況なので、お手伝いしてください。」というアプローチではなく、介護とは違った日常の中での地域の美化活動を企画して、そのなかでさりげなく人との出会いを演出した取り組みである。

私たちは、介護で支えることだけでなく、利用者その人の喜んでいる姿や、活躍している姿に感動する。それは事業所のなかや施設のなかではなく、自宅や地域といった本人の得意としている環境で、本人ができることが如何なく発揮され、本人も喜び、周囲も受け入れ、ともに分かち合っている姿である。

ケアマネジメントや関わりの技術といったスキルも大切だが、まずは純粋に利用者の喜ぶ姿がどのようなものなのかを具体的に想像できる力が必要である。そのためには何をするのか、何ができるのかを自分だけでなく周囲と考えることがとても大切である。

そのためには、介護保険制度という枠だけに捉われるのではなく、自分が持っている価値観や思考のフレームだけでもなく、様々な可能性を否定するのではなく、実現のためにあらゆることを模索する姿勢こそが今求められているものだと考える。

小規模多機能型居宅介護の実践を通して、また、利用者の生活や利用者のできることに喜ぶ家族・介護者、知人・友人、商店や町内会の人たちなどを通じて、ケアとは何か、支援とは何かを考える時期に来ているのではないかろうか。そもそも、自立支援とは何かを、である。

自立を目指すとは「身体機能や ADL が自立していること」であり、元気な時の姿に戻らない限り、自立できない。しかしながら実践の積み重ねから見えてきた自立支援を目指す視点では、「身体機能や ADL は自立していなくても、選択権が尊重され、自分の意思で行動や生活ができるための支援を行うこと」となるのではないかろうか。

よって、ウィークネス（弱み）を改善することも大切であるが、自宅や地域での生活では弱みを改善すること以上に強みを生かす視点（工夫や知恵、持っている力や協力者の持つ力を発揮できる）が重要ではないだろうか。自立支援のあり方の転換期を迎えていると言える。

利用者の地域社会での暮らしぶりや、地域の一員としての社会に貢献する姿が小規模多機能型居宅介護の機能の意味に一石を投じ、ケアとは何か、自立支援とは何かを示してくれているのである。

終
章
ま
と
め

(1) 全国の動向関連

小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして位置づいて丸 13 年が経過し、全国で 5,445 か所の事業所が稼働し、9.97 万人の高齢者が小規模多機能型居宅介護を利用しながら生活を送られている(介護給付費実態調査月報／平成 30 年 10 月現在)。

事業所の状況としては、全国平均として、実登録者数：20.5 名、1 日当たりの平均利用者数は、それぞれ、通い：12.0 名、宿泊：4.2 名、訪問：15.0 名となっている。通い及び宿泊についてはここ数年、同程度の人数で横ばい状態であるが、訪問については、2016 年に 10.2 名と、はじめて 1 日当たりの訪問人数が 10 名を超え、以後 2017 年の調査では 13.7 名、今回の 15.0 名と着実に訪問が伸びている現状が浮かび上がってきてている。

また、利用者 1 人あたり 1 か月にどんな機能を何回程度利用しながら在宅生活を送っているかと点では、平均値として、通いは：16.5 回、訪問：17.7 回、宿泊：6.6 回となっており、3 つ機能を合計すると 1 か月あたり 40.8 回の利用により在宅での生活を送られている。

全国調査からみる小規模多機能型居宅介護を利用している利用者像は「高齢者のみ世帯で ADL は比較的良好であるが認知症がある利用者」が多いという傾向がさらに加速している。

日常生活自立度（寝たきり度） J2：14.9% A1：24.0% A2：26.1%

認知症自立度 IIa：15.0% IIb：24.2% IIIa：21.7%

要介護状態区分 要介護 1：26.2% 要介護 2：25.0% 要介護 3：18.6%

世帯構成 高齢者のみ世帯 独居(近居家族無)：23.8% 独居(近居家族有) 14.4%

配偶者と 2 人暮らし：14.6% (3 つの合計=高齢者のみ世帯：52.8%)

事業所と自宅の距離 1 † 前後 31.2% 5 † 前後 41.2% 10 † 前後 11.9%

(同一敷地・同一建物除く 5 † 前後以内の利用者 72.4%)

要介護度の変化を、役割を発揮する場の有無でみると、役割発揮の場がある場合とない場合では、役割を発揮する場があるほうが、登録時より要介護度が改善している割合が多くなっており、役割を発揮する場が状態改善にもつながるとのデータがでている。

登録時よりも軽度になる割合（改善割合）

◆役割発揮の場「あり」

要介護 3 で 20.0%

←

◆役割発揮の場「なし」

介護 3 で 8.5%

要介護 4 で 32.0%

←

要介護 4 で 13.8%

要介護 5 で 36.9%

←

要介護 5 で 17.0%

(2) 在宅の限界点を高めるためのライフサポートワークの確立

◆総論

小規模多機能型居宅介護の多機能とは通い・訪問・宿泊の 3 つの機能を示すもので

はない。このことは制度創設当初から全く変わらない。本来、小規模多機能型居宅介護に限らず介護保険サービスは、サービスを提供することが目的ではなく、そのサービスを提供することによって介護を必要とする方の望む暮らしを実現することを目的とするものである。よって小規模多機能型居宅介護の多機能とは、生活を支えるための場面を示す機能であり、本人のできることしたいことを実現するための柔軟な対応するための有機的に機能する1つのサービスと理解すべきである。

本人のできることまで事業所がやってしまい、自分たちで仕事を増やしているきらいがある。本人の持っている力を発揮する機会を奪うことのマイナス、発揮する機会を奪うことで自宅や地域の居場所や役割を奪ってしまうマイナス、できることを奪うことでやろうとする気持ちまで奪ってしまうマイナス、事業所の限られた人材を浪費してしまっているマイナス、事業所がかかわることで近隣や地域も手を引いてしまうマイナス、という五重のマイナス要素がそこにはある。

何でも何回でもするというのは、ウリではない。そうすることが他のサービスとの差別化につながるというのは間違った解釈である。そのような考え方は、私たち小規模多機能型居宅介護の使命や役割を見えなくしてしまう。

本来、ケアとは持っている力を活かす、のばすことを基本としたもので、できないことをできるようにするためのかかわりではなかろうか。言うなればできることを増やしていく支援の手を減らしていく引き算のケアの発想である。にもかかわらず、包括報酬によって何回提供しても利用料金に変わりがないこと、また本人や家族・介護者、地域等の力を信じることができず、次々とサービスを投入する足し算のケアになっていることを理解しなければならない。

「その人に何ができるか」ではなく、本人とともに「その人と何ができるか」である。

自宅や地域といった本人の得意としている環境で、本人ができることが如何なく発揮され、本人も喜び、周囲も受け入れ、ともに分かち合っている姿、つまり本人が自らの人生の主人公であり続けることが本人主体である。

◆小規模多機能型居宅介護の支援とケアマネジメント

これから目指すべき実践は、本人の目標(望み)を明確化し、目標に向かう道筋を、本人、家族・介護者、地域、他の専門職とともに取り組んでいくものでなければならない。

「健康でいたい」「元気になりたい」はケアプランの目標にはそぐわない。健康に過ごしたい理由や元気になりたい理由がそこにはある。この理由を常に探し続けることがかかわりの基本であり、日々のケアの基本的姿勢である。

本人の思いをひもとくには記憶ではなく、記録に基づき話し合うことが大切である。

意思表示の難しい認知症高齢者をはじめ、意思を声にできる高齢者、介護している家族であっても、本当に必要なものをリアルニーズとして意思表示することは困難である。本人の声、表情、仕草、環境にも目を向け本人に代わって代弁することが大切である。代弁するためには、チームで様々な角度から検討し、客観化する。通い、訪問、宿泊と様々な支援を行うチームの存在は、事業所内のチームがサービス担当者会議のような機能を持ち合わせている小規模多機能型居宅介護の強みをいかすことである。

認知症高齢者の支援は仮説と検証の繰り返しである。チームで客観化した声を、今日この場での本人の思いを確認するための検証作業である。代弁に基づき仮説を立て、仮説を検証するためのかかわりをまた代弁に生かす PDCA サイクルが生まれ、チームの経験値を上げていく。

小規模多機能は何でもできるようで、一つ一つの機能は機能特化した訪問介護等と比べると見劣りする。小規模多機能は訪問・通い・泊まりの機能が重層的かつ複合的にその人に合わせて柔軟にかかわることが強みである。

直接的な介護と合わせて、本人を取り巻く環境に関わることを積極的に行うことが求められる。多くの事業所は、本人を取り巻く環境に関わることは、自分たちの役割でないと考えているものも少なくない。

それらを実践することで中重度者を私たちだけでなく、本人を取り巻く人たちとともに支える取り組みこそ、小規模多機能型居宅介護の深化による新たな支え方である。

◆最後まで支えるための視点と数値化・言語化

普遍的なニーズ（健康状態や安全を確保した自宅での暮らしの保障）は取り組んで当たり前であり、どのような状態であっても個々のニーズ（本人のしたいこと、やりたいことなど）をともに実現に向かって歩む姿勢を持つべきである。

24 時間 365 日、本人とともに日々を過ごしている小規模多機能型居宅介護だからこそ、普段との些細な違いに気がつくことができ、医療機関につなぐことができる。つなぐとは通院や受診ではなく、また生活上の困りごと（認知症による混乱や体の不調など）だけを伝えることでもない。日々の様子を的確に伝達することであり、本人の状態や生活をデータ化（数値化、言語化）し、客観的事実として伝達することがつなぐことである。

◆暮らしの見える化「軒下マップ」

自宅や地域での暮らしを実現するためのアセスメントのなかに、地域とのつながりや本人中心の人や物や場所との関係を見る化した「軒下マップ」の作成が求められる。ケアマネジメントのあり方そのものが、地域生活支援を目的としたマネジメントに転換していかなければならない。

軒下マップでは、本人の生活が小規模多機能型居宅介護の「つなぎ」によって本人を軸に関係の糸がつむがれていく。本人が地域とつながり、生活がつむがれていく。本人を真ん中に、そこから考えて誰と、どこで、何とつながりたいのか、地域とのつながりを本人とともに一步ずつ実現することが本人の望む暮らしに近づくことである。

(3) 利用者が輝ける社会への参加、貢献

私たちの目指すべき支援は「病気になっても、歳を重ねても、障害があっても、その人らしい生き方を支える」ことである。

利用者の力を発揮できる機能、機会、気力を奪わない。

利用者の社会参加、社会貢献は、ケアの提供と別物ではなく、ケアの延長線上にある。よって、本来機能としての通い、訪問、宿泊の機能を活用し、利用者の生きる力を、生きようとする思いを表現することが大切である。

純粋に利用者の喜ぶ姿がどのようなものなのかを具体的に想像できる力が必要で、そのために何をするのか、何ができるのかを自分だけでなくチームで考えることがとても大切である。

実践を通して、利用者の生活や利用者のできることに喜ぶ家族・介護者、知人・友人、商店や町内会の人たちなどを通じて、ケアとは何か、支援とは何かを考える時期に来ている。「自立支援とは何か」を、である。

実践の積み重ねから見えてきた自立支援を目指す視点は「身体機能や ADL は自立していないくとも、選択権が尊重され、自分の意思で行動や生活ができるための支援を行うこと」となる。利用者の地域社会での暮らしぶりや、地域の一員としての社会に貢献する姿が小規模多機能型居宅介護の機能の意味として、ケアとは何か、自立支援とは何かを示している。

(4) まとめ

利用者の地域社会での暮らしぶりや、地域の一員としての社会に貢献する姿が小規模多機能型居宅介護の「通い」「訪問」「宿泊」の各機能のあり方に一石を投じている。通うことや泊まること、自宅に出向くことがケアではなく、誰かのために何かをしたい、自分の存在をその最期まで示し続けたいという生きざまに触れ、生きるを支えることとは何か、自立支援とは何かを指し示す本質を示してくれているのである。

通いが週に何回、月に何泊できるかというサービス調整に終始する支援は過去のケアとし、介護が必要になっても、自宅や地域で輝ける機会を本人とともに模索する新たな多機能化を取り組むべきである。

多機能を深化させる実践を通して、参加ではなく輝く機会を奪わない、互いに生きている実感を味わい、喜び合うことがすでに地域の一員として、なくてはならない存在としての本人の尊厳を保つこと、すなわち参加という言葉が不要の社会につながるのではなかろうか。

利用者の社会参加と言っている限り、今は参加していないことを表している。できることをできるように、その機会を奪ってきたからこそ「参加」という言葉が必要になったことを考えなければならない。

本人の視点から見る「参加」とは何か。本人から見る「多機能」とは何か。

介護が必要になっても、今までどおりのことをすることは改めて「活動」とも「参加」とも呼ばない。目の前のお年寄りと関わりながら、臨機応変に活用できる、隠れ持った多様な知識や豊かな経験という強みを生み出す「引き出し(幅)」を持っていることが専門性である。複数の引き出しをもっていることが専門性であり機能性が高まるものである。これは専門職自らが準備するものだけでなく、地域にあるものとのつながりも含め幅広く存在しているものであることに気づくべきである。

資料編

2018 小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査 調査票

このアンケートは、厚生労働省老健局からの補助を受け、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が実施するもので、小規模多機能型居宅介護事業を実施している事業所を対象とした調査です。小規模多機能型居宅介護に関する実態を把握することにより、より地域の実情や利用者の状況に応じたシステムおよびケアマネジメントのあり方検討に活用するものです。送付致しました調査票にご回答の上、平成31年1月15日(火)までに、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

FAX: 03-6430-7918 / E-mail: research@shoukibo.net

※ 専用 URL から調査票をダウンロードし、簡単に記入することができます。

<http://www.shoukibo.net/>

I. 基本情報についてお伺いします。

問1. 貴事業所名及び所在地並びに記入者名等をご記入ください。

事業所名			
種類	<input type="checkbox"/> ①小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ②サテライト型小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ③基準該当 小規模多機能型居宅介護	指定年月	平成 年 月 <input type="checkbox"/> ①介護給付 <input type="checkbox"/> ②予防給付
運営法人	<input type="checkbox"/> ①社会福祉法人 <input type="checkbox"/> ②社会福祉法人(社協) <input type="checkbox"/> ③特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> ④医療法人 <input type="checkbox"/> ⑤法人(有限会社・株式会社等) <input type="checkbox"/> ⑥その他 ()		
都道府県		市町村	
電話番号		記入者職名	<input type="checkbox"/> ①代表(開設者) <input type="checkbox"/> ②役員 <input type="checkbox"/> ③事務長 <input type="checkbox"/> ④事業統括者 <input type="checkbox"/> ⑤管理者 <input type="checkbox"/> ⑥事務員 <input type="checkbox"/> ⑦計画作成・介護職員
FAX番号			

注) ②(サテライト型)を選択される方は、本体とサテライトを別々の用紙に記載ください。

問2. 貴事業所の登録定員及び通い定員等をご記入ください。

登録定員	通い定員	宿泊定員
名	名	名

問3. 貴事業所の実費費用をご記入ください。

宿泊費	朝食代	昼食代	夕食代
円	円	円	円

問4. 貴事業所にて請求している加算及び減算等について、該当するものすべてに□をつけてください。

(複数回答)

- ①初期加算
 ②認知症加算(I) ③同(II)
 ④看護職員配置加算I ⑤同II ⑥同III
 ⑦サービス提供体制強化加算(I)イ ⑧同(I)ロ ⑨同(II)ロ ⑩同(III)ロ ⑪同(IV)ロ
 ⑫介護職員処遇改善加算I ⑬同II ⑭同III ⑮同IV ⑯同V
 ⑰総合マネジメント体制強化加算
 ⑱訪問体制強化加算
 ⑲看取り連携体制加算
 ⑳若年性認知症利用者受入加算
 ㉑栄養スクリーニング加算
 ㉒生活機能向上連携加算
 ㉓従業者の員数が基準に満たない場合の減算
 ㉔市町村独自報酬() 単位)

※次ページに続き
があります

問4. 貴事業所にて請求している加算及び減算等について、該当するものすべてに□をつけてください。
(前ページの続き)

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> ⑮過少サービスに対する減算 |
| <input type="checkbox"/> ⑯中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 |
| <input type="checkbox"/> ⑰市町村独自報酬（単位） |

問5. 現在、貴法人が実施しているサービスについて、該当するものすべてに□をつけてください。

同一法人が実施している事業		同一敷地内で実施	同一市区町村で実施
介護保険事業	① 小規模多機能型居宅介護（現在の調査回答事業所以外）	<input type="checkbox"/>	①
	② 看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	②
	③ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	③
	④ 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	④
	⑤ 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	⑤
	⑥ 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	⑥
	⑦ 地域密着型特定施設	<input type="checkbox"/>	⑦
	⑧ 特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	⑧
	⑨ 介護老人福祉施設（特養）	<input type="checkbox"/>	⑨
	⑩ 介護老人保健施設（老健）	<input type="checkbox"/>	⑩

同一法人が実施している事業		同一敷地内で実施	同一市区町村で実施
住まい	⑪ 軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	<input type="checkbox"/>	⑪
	⑫ 有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	<input type="checkbox"/>	⑫
	⑬ サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	<input type="checkbox"/>	⑬
	⑭ 共生型ホーム（対象者を限定しない）	<input type="checkbox"/>	⑭
	⑮ ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	<input type="checkbox"/>	⑮
	⑯ 高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	<input type="checkbox"/>	⑯
	⑰ 法人が所有する一般アパート・マンション	<input type="checkbox"/>	⑰
	⑱ アパート・マンション等の借り上げ住宅	<input type="checkbox"/>	⑱
	⑲ 一般病院もしくは診療所	<input type="checkbox"/>	⑲
	⑳ 障害者総合支援法に基づくサービス	<input type="checkbox"/>	⑳
その他	㉑ 認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む）	<input type="checkbox"/>	㉑
	㉒ 生活困窮者自立支援法に基づく事業	<input type="checkbox"/>	㉒
	㉓ 学童保育（放課後保育）※自主・補助事業含む	<input type="checkbox"/>	㉓
	㉔ 配食	<input type="checkbox"/>	㉔
	㉕ 地域交流拠点	<input type="checkbox"/>	㉕
	㉖ その他自主事業（）	<input type="checkbox"/>	㉖

問6. 貴事業所にて低所得者・生活困窮者向けに利用料等について事業所独自の減免措置についてお伺いします。該当するものすべてに□をつけてください（社福減免を除く）
(複数回答)

- | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①ない | <input type="checkbox"/> ②食費の減免 | <input type="checkbox"/> ③宿泊費の減免 | <input type="checkbox"/> ④その他（） |
|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

問7. 共生型サービスについてお伺いします。

7-1) 平成30年4月より、共生型サービスが施行されましたか？該当するものに□をつけてください。
(単一回答)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①制度・仕組みを知っている | <input type="checkbox"/> ②制度・仕組みを知らない |
|--|---------------------------------------|

7-2) 共生型サービスの実施について、該当するものに□をつけてください。
(単一回答)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①実施している | <input type="checkbox"/> ②検討・実施準備している |
| <input type="checkbox"/> ③実施しておらず、検討もしていない | |

7-3) 前頁 7-2) で①にチェックした事業所の方にお聞きします。実施している事業について該当するものすべてに□をつけてください。
(複数回答)

■都道府県指定
<input type="checkbox"/> ①生活介護 <input type="checkbox"/> ②自立訓練 <input type="checkbox"/> ③放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> ④児童発達支援 <input type="checkbox"/> ⑤短期入所
■市町村指定
<input type="checkbox"/> ⑥基準該当生活介護 <input type="checkbox"/> ⑦基準該当自立訓練 <input type="checkbox"/> ⑧基準該当放課後等デイサービス
<input type="checkbox"/> ⑨基準該当児童発達支援 <input type="checkbox"/> ⑩基準該当短期入所 <input type="checkbox"/> ⑪日中一時支援
<input type="checkbox"/> ⑫その他 (具体的に :)

7-4) 上記 7-3) で 1 つでもチェックがあった事業所の方にお聞きします。直近 3 か月でどの程度の利用があつたか回答ください。注) 契約数ではなく、実際の利用数を記入ください。

	8月1か月の延べ利用人数	9月1か月の延べ利用人数	10月1か月の延べ利用人数
生活介護 (基準該当含む)			
自立訓練 (基準該当含む)			
放課後等デイサービス (基準該当含む)			
児童発達支援 (基準該当含む)			
短期入所 (基準該当含む)			
日中一時支援			
その他			

II. 運営推進会議・外部評価についてお伺いします。

問 8. 現在の運営推進会議の構成をお答えください。

総 数	人
利用者	人
利用者の家族	人
地域住民の代表 (自治会役員や民生委員等)	人
市区町村職員	人
地域包括支援センター職員	人
小規模多機能型居宅介護について知見を有する者 ⇒具体的に []	人
社会福祉協議会職員	人
医師	人
その他 []	人

問 9. 貴事業所の運営推進会議について、お聞かせください。

9-1) 運営推進会議の実施頻度について、該当するものに□をつけてください。

(平成 29 年 11 月 1 日～平成 30 年 10 月末までの実績でお答えください。) (単一回答)

<input type="checkbox"/> ①7回以上	<input type="checkbox"/> ②6回	<input type="checkbox"/> ③5回		
<input type="checkbox"/> ④4回	<input type="checkbox"/> ⑤3回	<input type="checkbox"/> ⑥2回	<input type="checkbox"/> ⑦1回	<input type="checkbox"/> ⑧0回

9-2) 上記 9-1) で 4 回以下 (④⑤⑥⑦⑧) と回答した事業所にお聞きします。

「運営推進会議を開催できていない」理由について、該当するものに□をつけてください。(単一回答)

<input type="checkbox"/> ①開設して間もないから
<input type="checkbox"/> ②関係者にどのように声掛けし、組織したらよいかがわからないから
<input type="checkbox"/> ③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから
<input type="checkbox"/> ④サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから
<input type="checkbox"/> ⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから
<input type="checkbox"/> ⑥その他 []

9-3) 運営推進会議を圏域の事業所と合同で開催している回数について、該当するものに□をつけてください。(平成 30 年 4 月 1 日～平成 30 年 10 月末までの実績でお答えください。) (単一回答)

<input type="checkbox"/> ①合同開催している () 回	<input type="checkbox"/> ②合同開催していない
--	-------------------------------------

9-4) 前頁 9-3) で「①合同開催している」と回答した事業所にお聞きします。該当するものに□をつけてください。(平成 30 年 4 月 1 日～平成 30 年 10 月末までの実績でお答えください。)(単一回答)

- ①同一法人の事業所で合同開催している
- ②同一法人の事業所ではない
- ③同一法人で開催の回と、別法人の事業所との開催の回の両方がある

9-5) 運営推進会議の場の意義についてお聞きします。

運営推進会議での議題について、該当するものすべてに□をつけてください。(複数回答)

- ①利用者の新たな役割を考える場
- ②利用者の困りごとを相談する場（地域から排除されない相談）
- ③利用者に限らず困りごとを相談する場（子ども、障害、生活困窮等）
- ④地域の課題や防災等について考える場
- ⑤今後の地域の姿について考える場
- ⑥学生や教員の学習の場
- ⑦専門職の学習の場
- ⑧住民の学習の場（専門職や学識経験者からの学びの場）
- ⑨知り合いを増やすことができる場（新たな連携への出会いの場）
- ⑩地域にいる人材の発掘・活用の場（元気な高齢者、子育て中のママ、広い家を持て余している、手に職を持っている、芸達者等の発掘）
- ⑪地域にある商店・企業とのコラボ
- ⑫地域主催の行事を話し合う場
- ⑬その他 []

問 10. 貴事業所のサービス評価について、お聞かせ下さい

10-1) 昨年度（平成 29 年度）の評価実施について、該当するものに□をつけてください。(単一回答)

- ①運営推進会議を活用した評価を実施した（平成 27 年改正のサービス評価）
- ②外部評価機関によるサービス評価を実施した
- ③実施していない

10-2) 上記 10-1) で「実施した」(①②) と回答した事業所にお聞きします。昨年度（平成 29 年度）の評価に自治体や地域包括支援センターは参加しましたか。該当するものに□をつけてください。

(複数回答)

- ①市町村が参加
- ②地域包括支援センターが参加
- ③どちらも参加していない

III ケアマネジメント等の状況についてお尋ねします。

問 11. 「ケアマネジメント」の状況についてお聞きします。

11-1) 使用しているケアプランについて、該当するものに□をつけてください。(単一回答)

- ① ライフサポートプランを使用
- ② 居宅介護サービス計画書を使用
- ③ ライフサポートプランと居宅介護サービス計画書を併用
- ④ その他 ()

11-2) 上記 11-1) で②③④を選択された方にお聞きします。ライフサポートプランを使用しない理由として該当するものに□をつけてください。(単一回答)

- ① ライフサポートプランがわからない
- ② 使いづらい
- ③ ソフトがない、居宅介護サービス計画書のソフトが入っているから
- ④ 保険者が認めていないから
- ⑤ その他（具体的に：）

IV 利用状況等についてお伺いします。

問 12. 現在の人数をご記入ください。

(平成 30 年 10 月末現在)

現在の実登録者数	名	1 日あたりの宿泊利用者	約 名
1 日あたりの通い利用者	約 名	1 日あたりの訪問延べ利用者	約 名

問 13. 利用契約の終了状況についてお聞きします。

13-1) 平成 29 年 11 月 1 日から 30 年 10 月末までの 1 年間において、利用契約が終了した人数（死亡者も含む）について、ご記入ください。（0 名は 0 と必ずお書き下さい）。

契約終了者数	名
--------	---

13-2) 契約終了理由について下記に該当するものに□、() に入数を記入ください。 (複数回答)

- ①入院 () 名 ②施設 (特養・老健・グループホーム) () 名
 ③小規模多機能以外の在宅の介護保険サービス () 名
 ④死亡 () 名 [そのうち自宅 () 名・事業所 () 名・病院 () 名]
 ⑤サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）、有料老人ホーム等への引っ越し () 名
 ⑥その他[具体的に：] () 名

V. サービスの提供体制およびスタッフ状況等についてお伺いします。

問 14. 貴事業所の職員数についてお聞きします。

14-1) 黄事業所の職員の人数（実人数）をお答えください（平成 30 年 10 月末現在）。非常勤については、常勤換算での人数もお答ください。常勤換算については、常勤の従事者が勤務すべき時間数（一般的には週 40 時間程度）をもとに計算してください。（0 名は 0 と必ずお書き下さい）。

職員総数		名				
常勤・非常勤別		常勤	名	・	非常勤	名
常勤換算人数		名				
		常勤		非常勤		
管理者	専従	名	名	/	/	
	兼務	名	名	/	/	
計画作成担当者	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	
看護職員	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	
介護職員	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	
その他 []	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	

◆職員の年齢構成（常勤・非常勤に関係なくすべての職員をご記入ください）

~20 歳	21~30 歳	31~50 歳	51~60 歳	61~70 歳	71 歳以上	合計
人	人	人	人	人	人	人

14-2) 人手不足感について該当するものに□をつけてください（不足人数は常勤換算で） (単一回答)

- ①十分足りている ②ほぼ足りている
 ③あまり足りていない（人不足） ④まったく足りない（人不足）

問 15. 自治体からの実地指導等の状況についてお伺いします。

15-1) 自治体からの実地指導の状況について、該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- ①毎年 1 度は実地指導がある ②3 年以内に 1 度は実地指導がある
 ③5 年に 1 度程度、実地指導がある ④5 年以上実地指導がない

15-2) 自治体の集団指導の状況についてお伺いします。該当するものに□をつけてください。(単一回答)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ①毎年1度以上集団指導がある | <input type="checkbox"/> ②3年以内に1度は集団指導がある |
| <input type="checkbox"/> ③3年以上集団指導はない | |

問 16. 介護ロボットやICTの導入状況についてお伺いします。

16-1) 介護ロボットやICTの導入状況で、該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①導入している | <input type="checkbox"/> ②導入を検討している |
| <input type="checkbox"/> ③導入を検討したいと思っているが、どうすればよいかわからない | |
| <input type="checkbox"/> ④検討していない | |

16-2) 上記 16-1) で「①導入している」と回答した事業所にお聞きします。導入しているタイプについて該当するものに□をつけてください (単一回答)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> ①介護支援型(移動・入浴・排泄等介護業務の支援) |
| <input type="checkbox"/> ②自立支援型(歩行・リハビリ・食事・読書等利用者の自立支援) |
| <input type="checkbox"/> ③コミュニケーション・セキュリティ型(癒し・見守り) |
| <input type="checkbox"/> ④その他() |

VI. 平成27年及び平成30年の報酬改定後の状況についてお伺いします。

問 17. 総合マネジメント体制加算について、該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- | | | |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①加算を取っている | <input type="checkbox"/> ②加算を取れるのに取っていない | <input type="checkbox"/> ③加算が取れない |
| <input type="checkbox"/> ④加算を取れると思っていたが、取れないとの指導を市町村(保険者)からされた
②③④の理由 [] | | |

問 18. 訪問体制強化加算について、該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①加算を取っている | <input type="checkbox"/> ②加算を取れるのに取っていない |
| <input type="checkbox"/> ③常勤の従業者を2名以上配置できないので取れない | |
| <input type="checkbox"/> ④要介護の訪問延べ回数が200回を超えていたため取れない | |
| <input type="checkbox"/> ⑤登録者の総数のうち50%以上が同一建物の利用者のため取れない | |
| <input type="checkbox"/> ⑥加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村(保険者)から指摘された | |
| <input type="checkbox"/> ⑦その他 [] | |

問 19. 看取り連携体制加算について、該当するものに□をつけてください。

(平成29年11月1日から30年10月末までの1年間) (単一回答)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①加算を取った | <input type="checkbox"/> ②加算を取れるが取らなかった | <input type="checkbox"/> ③加算を取らなかった |
| <input type="checkbox"/> ④看取ったが、看護職員配置加算Ⅰを取得していないため取れない | | |
| <input type="checkbox"/> ⑤看取ったが、看護師に24時間連絡できる体制を確保できていなかったため取れない | | |
| <input type="checkbox"/> ⑥対象となる利用者がいない | | |
| <input type="checkbox"/> ②③の理由 [] | | |

問 20. 短期利用居宅介護についてお聞きします。

20-1) 短期利用居宅介護に活用できる部屋はいくつありますか。

短期利用居宅介護で活用できる部屋数	部屋(平成30年10月末日)
-------------------	----------------

20-2) 平成29年11月1日から30年10月末までの1年間において、短期利用居宅介護の利用について、該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①利用があった(延べ 日) | <input type="checkbox"/> ②利用なし |
|--|--------------------------------|

問 21. 収支の状況について、該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

平成 29 年度の収支状況	<input type="checkbox"/> ①黒字	<input type="checkbox"/> ②ほぼ均衡している	<input type="checkbox"/> ③赤字	<input type="checkbox"/> ④不明
---------------	------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------

問 22. 若年性認知症利用者受入加算について、該当するものに□をつけてください。
記入人数は実人頭数を記入してください。 (複数回答)

<input type="checkbox"/> ①加算を取った () 人	<input type="checkbox"/> ②加算を取れるが取らなかった () 人
<input type="checkbox"/> ③認知症加算と併用となるため取っていない () 人	
<input type="checkbox"/> ④対象となる利用者がいない	
<input type="checkbox"/> ⑤加算の内容がわからない・知らないので取っていない	

問 23. 栄養スクリーニング加算について、該当するものに□をつけてください。
人数は実人頭数を記入してください。 (複数回答)

<input type="checkbox"/> ①加算を取った () 人	<input type="checkbox"/> ②加算を取れるが取らなかった () 人
<input type="checkbox"/> ③加算の取組みを実施していない	
<input type="checkbox"/> ④対象となる利用者がいない	
<input type="checkbox"/> ⑤加算の内容がわからない・知らないので取っていない	

問 24. 生活機能向上連携加算について、該当するものに□をつけてください。
人数は実人頭数を記入してください。 (複数回答)

<input type="checkbox"/> ①加算 I (100 単位) を取った () 人	<input type="checkbox"/> ②加算 II (200 単位) を取った () 人
<input type="checkbox"/> ③加算を取れるが取らなかった	<input type="checkbox"/> ④加算の取組みを実施していない
<input type="checkbox"/> ⑤協力してくれる医療機関や施設がないので取れない	
<input type="checkbox"/> ⑥対象となる利用者がいない	
<input type="checkbox"/> ⑦加算の内容がわからない・知らないので取っていない	

VII. 入浴についてお伺いします。

問 25. 事業所の入浴設備についてお聞きします。

25-1) 設置している設備について、該当するものに□をつけてください。 (複数回答)

<input type="checkbox"/> ①普通浴槽 (個浴)	<input type="checkbox"/> ②特殊浴槽 (特浴・機械浴)
<input type="checkbox"/> ③シャワーのみで浴槽がない	<input type="checkbox"/> ④その他 ()

25-2) 貴事業所の設備では入浴が困難な利用者について、該当するものに□をつけてください。(単一回答)

<input type="checkbox"/> ①いる () 人	<input type="checkbox"/> ②いない
------------------------------------	-------------------------------

25-3) 訪問入浴介護が自宅や事業所で活用できた場合、利用しますか。該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

<input type="checkbox"/> ①利用したい	<input type="checkbox"/> ②利用しようとは思わない
---------------------------------	---------------------------------------

VIII. 医療との連携についてお伺いします。

問 26. 10 月の訪問看護・訪問リハビリについてお聞きします。利用人頭数を記入してください。

① (介護保険) 訪問看護ステーション (リハビリを除く) () 人
② (介護保険) 訪問看護ステーション (リハビリを含む) () 人
③ (介護保険) 訪問リハビリテーション () 人
④ (医療保険) 訪問看護ステーション () 人

問 27. 30 日以上の宿泊を利用されているときに、訪問診療を受けられなかったケースはありますか。該当するものすべてに□をつけてください。 (複数回答)

<input type="checkbox"/> ①事例がある () 人	<input type="checkbox"/> ②事例はない
---------------------------------------	---------------------------------

↓

<input type="checkbox"/> ①訪問診療を受けるためだけに自宅へ戻った
<input type="checkbox"/> ②入院になった
<input type="checkbox"/> ③主治医が変わった
<input type="checkbox"/> ④契約終了となり施設入所となった
<input type="checkbox"/> ⑤その他 ()

問 28. 平成 29 年 11 月 1 日から 30 年 10 月 31 日までに看取りを行ったケース数をご記入ください。

死亡まで事業所が関わったケース	件
うち死亡場所は事業所	件
うち死亡場所は自宅	件
うち死亡場所は医療機関	件
その他()	件
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	件
その他()	件

問 29. 外部の専門性の高い看護師との連携についてお聞きします。

29-1) 下表のような利用者への対応が発生したことがありますか。事象の発生や対応の有無について下表のあてはまる番号に□をつけてください。

29-2) 事例の有無にかかわらず、対応に際して専門の知識・技術を有する外部の看護師（認定看護師、専門看護師等※）から支援や助言を受ける仕組みがあれば、利用したいと思いますか。下表の選択肢 1～4 のうちあてはまる番号に□をつけてください。

注) 認定看護師: 5 年以上の実務経験後、教育機関で 6 か月以上の専門教育を受け、認定試験に合格した者
専門看護師: 5 年以上の実務経験後、大学院修士課程で専門教育を受け、認定試験に合格した者

(単一回答)

【発生した事象や対応】	1)事象や対応の発生		2)専門性の高い看護師による支援・助言の利用の意向			
	いずれかに□		1 積極的に利 用したい	2 ば条件が合 い用がし合 たえ	3 も利用はす るいつ	4 わから ない
	1 有	2 無				
① 認知症の BPSD やせん妄への対応・ケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
② 精神疾患(認知症以外)のケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
③ 皮膚疾患や褥瘡のケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
④ がんによる身体的・精神的苦痛を緩和するケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑤ がん以外の身体的・精神的な苦痛を緩和するケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑥ 看取りのケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑦ 摂食・嚥下に困難のある利用者へのケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑧ 排泄に困難のある利用者へのケア	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑨ 脳卒中のリハビリテーション	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑩ 利用者の急変時の対応・救急処置	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑪ 災害時の利用者の安全・健康の確保	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
⑫ 感染症の予防や発生時の対応	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

29-3) 上記 29-2) で「1. 積極的に利用したい」または「2. 条件が合えば利用したい」に 1 つでも□をつけての方におうかがいします。どのような条件であれば利用しようと思いませんか。優先順位が高いもの 2 つまで□をつけてください。(制限回答)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ①利用者宅や事業所に支援に来てくれる | <input type="checkbox"/> ②電話やメールで相談ができる |
| <input type="checkbox"/> ③困ったときにすぐ支援が受けられる | <input type="checkbox"/> ④定期的に支援が受けられる |
| <input type="checkbox"/> ⑤経費が介護報酬等で補てんされる | <input type="checkbox"/> ⑥利用の申込・調整の手続きが煩雑でない |
| <input type="checkbox"/> ⑦その他(具体的に:) | |

IX. 個別利用者の状況についてお伺いします。

問 30. 平成 30 年 10 月における登録者について、基礎情報と利用状況等についてご記入ください
(10 月 1 日～10 月 31 日までの実績内容で記載ください)。

利用者基礎情報						利用状況				利用者の状況（※該当項目の数字を記入）					
番号	年齢	性別 1.男 2.女	現在の要介護度	日常生活自立度（寝たきり度）	認知症自立度	登録した年月		登録時の要介護度	通い回数 (延べ回数)	訪問回数 (延べ回数)	宿泊回数 (延べ回数)	住まいの形態	世帯状況	事業所との距離	役割の発揮 (複数回答)
						年	月								
例	90	1	支2	82	Ⅹa	20	10	支1	31	20	0	1	3	1	1,3
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

X. 利用者を自宅や地域で支えるための工夫（ケアの「見える化」「見せる化」）

「見える化」とは…関わっていない時間（サービスを提供している時間以外の時間）の工夫
「見せる化」とは…認知症になんでも自宅や地域で支える姿を地域から見えるようにすることで、どんな状態になんでも自宅や地域で支える取り組みをしていることを見せること

問 31. 利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のための工夫についてお聞きします。

31-1) 利用者が自宅や地域で過ごす時間の安全・安心のため、どんな工夫をしていますか。該当するものすべてに□をつけてください。 (複数回答)

- ①民生委員と連絡を取っている ②ご近所や友人と連絡を取っている
- ③地域の見守りネットと連携している ④地域の自治会・老人会と連携している
- ⑤地域の商店（スーパー、理美容店、喫茶店、新聞販売店等）と連携している
- ⑥保育園・幼稚園・学校と連携している ⑦警察・消防と連携している
- ⑧その他（具体的に： ⑨いずれもあてはまらない)

31-2) 利用者が自宅や地域で過ごす時間を支えるために、利用者に直接行う介護サービス以外に上記のような地域との関わりに費やした時間は直近1週間ではどのくらいですか。該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- ①全くない ②1時間未満 ③1時間～2時間未満
- ④2時間～3時間未満 ⑤3時間以上

31-3) 認知症になんでも、利用者が自宅や地域でできることを奪わず、送りたい暮らしを実現できるための工夫をしていますか。該当するものすべてに□をつけてください。 (複数回答)

- ①利用者の自宅や地域・社会での役割、生きがいを知るようにしている
- ②利用者のなじみのある暦や習慣、風習、ならわしなどを尊重している
- ③要介護度が高くなんでも、自宅や地域・社会での役割を考えて支援している
- ④要介護度が高くなんでも、登録者が地域で忘れられないよう工夫している
- ⑤利用者とともに事業所や地域のいま（今）と今後を考えて「あったらいいな」を形にしている
- ⑥その他（具体的に：)
- ⑦特になし

31-4) 利用者の役割づくりについて伺います。行っている取組について該当するものすべてに□をつけてください。 (複数回答)

- ①利用者が持っている得意なことを地域で活かす取り組み
- ②利用者と一緒に小中学校等へ行って行う活動（読み聞かせ・文化伝承など）
- ③日ごろ作成した作品等を文化祭などへ出品し、できることを生きがいや役割につなげている
- ④事業所で運営するカフェ・地域食堂等での給仕・手伝いをしてもらう
- ⑤利用者の就労支援
- ⑥その他（具体的に：)

31-5) 介護保険サービス以外の機能について伺います。持っている機能について該当するものすべてに□を記入してください。 (複数回答)

- ①介護保険以外の地域の相談機能 ②DV等のシェルター機能
- ③ボランティアのマッチング機能 ④地域包括支援センター（サブ・ブランチ）
- ⑤その他（具体的に：)

31-6) 登録を終了した利用者の家族とのお付き合いはありますか。該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- ①ある（ 家族)
- ②ない

31-7) 利用者が住み慣れた地域で生活を継続するために、当該地域における課題を掘り起し、地域住民や市町村等とともに解決する取組を行っていますか。該当するものに□をつけてください。 (単一回答)

- ①している
- ②していない

XI. 「中重度（要介護3、4、5）」の方の支援等についてお伺いします。

問32. 中重度者（要介護3.4.5）を在宅で支えていますか。該当するものに□をつけてください。（単一回答）

①支えている ②支えてない

問33. 中重度者（要介護3.4.5）を在宅で支えるにあたっての課題となるものの該当するものすべてに□をつけてください。（複数回答）

①事業所内の人手不足 ②事業所内のスキル不足
 ③家族の意向による介護施設への入所 ④事業所による入所関係施設への移行
 ⑤中重度になると入所系施設等へいってしまう ⑥地域に中重度者がいない（紹介がない）
 ⑦保険者の意向 ⑧その他（具体的に：）

四 地域等に対する取組みについてお伺いします。

問34. 利用者の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題についてお伺いします（平成29年11月～平成30年10月までの実績）。

34-1) 登録者(利用者)の家族(世帯全体)が抱える複合的な課題を相談されたことはありますか。

①ある ②ない ③把握していない

34-2) 上記 34-1) で「①ある」と回答された事業所にお聞きします。それは登録者のうち何人（何世帯）ですか

相談された件数 人(世帯)

問35 地域に対する取組みについてお聞きします。

35-1) 小規模多機能型居宅介護において、介護保険サービス以外の事業や取組みをしていますか。該当する
ものに□をつけてください。(単一回答)

①している ②していない
 ③その他（具体的に）

35-2) 地域の方からの悩みを把握もしくは相談等が持ち込まれたことがありますか。該当するものに□をつけてください。(単一回答)

① あった ② なかつた ③ 把握していない

35-3) 上記 35-2) で「①あった」と回答された事業所にお聞きします。平成 29 年 11 月～平成 30 年 10 月までに何件ありましたか、該当するものに印をつけてください。(崖一回答)

①1~10件 ②11~30件 ③31~50件 ④51件以上

XIII 自由回答

問 36. P10 の問 30 で回答いただいた利用者の中から、中重度者（要介護 3, 4, 5）の支援事例、または最も危機感が高い方の事例をお聞かせください。（200 字程度）

問30の番号「 」番の方
□①由重度者の事例 □②負担感の高い方の事例

～アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。～
※パンフレットと事業所の平面図を同封して頂けると幸いです。

様式1

ライフサポートプラン記録用紙

利用者氏名 :

当面の具体的な目標				
年月日 時間／場所	本人	家族・介護者	地域、医療、その他	記入者
				計画作成 担当者確認欄

様式 2

ライフサポートプランカンファレンス用紙

利用者氏名	日付	年月日	合計名
参加者			
本人の望む 暮らしの意向			
内 容 (各目から出された 主な意見)	本 人	家族・介護者	地域、医療、その他
考 察 (みんなで話し合つ て考えたこと)			
確認事項 (合意点、相違点、 新たな課題)			計画作成担当者

様式4
(氏名 :)

時 間	私の暮らしの流れ		暮らしの中でのごたわり		作成日 : 年 月 日 (次回見直し時期 : 年 月)
	以前の暮らし方	本人・家族の意向	暮らしが必要としていること	本人がすること、問題が支援すること	
05:00					
06:00					
07:00					
08:00					
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
24:00 ~04:00					
					年 月 日 （続柄） 姓 名 性別 年 月 日 代筆
日々以外の事柄					

情報共有総合記録シート(日:生活と身体状況記録表)

様 様 要介護度() 体重 kg(年 月 日現在)

平成

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

日

月

日

年

月

【軒下マップ】

氏名:

作成日: 年 月 日

追記日: 年 月 日

本人の望む長期的展望 :

個々の目標 :

当面の具体的な目標（ニーズ）：

資源(名前)	本人との役割	資源(名前)	本人との役割

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能ホーム自由ヶ丘 (青森県)				
(仮名) 氏名	弘前A 様	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年齢	86歳
要介護度	要介護4		利用期間	0年 6か月	
認知症日常生活自立度		自立 I IIa <input checked="" type="radio"/> IIb IIIa IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 <input checked="" type="radio"/> B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 25回（週6回） 訪問： 25回（週6回） 宿泊： 15回（週3回）					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（透析時の通院介助）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具貸与（手摺、車椅子、スロープ）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
配食サービス（透析日以外週3日の夕食）					
本人の性格や状況					
寡黙な性格で、普段からも自発的に話をする事はない。聞かれれば答えるという程度。 自宅では居間でテレビを見たり、疲労感が強い時はソファーで横になり過ごしていることが多い。 腎機能障害により人口透析を週3回受けている（13:45～17:40） 平成29年5月11日、自宅にて転倒し右大腿部大転子部を骨折する。そのことで歩行困難となり車椅子を使用することになる。自力でトイレを使用するも、主たる介護者である妻が本人の身体状況を理解できていないことから、転倒させてしまうこともあった。 また、水分・食事管理、服薬管理等も妻は不十分な場合が多い。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
妻と二人暮らし。 主たる介護者は妻（要支援1、理解力低下あり。日常的な判断も困難な場合が多い） 長男（キーパーソン。青森市在住、毎週土曜日に両親の様子確認のため自宅を訪問している） 二男（事故により長期入院治療中）、三男（仙台市在住）					
主病名					
慢性腎不全、運動器不安定症、糖尿病					
服薬状況					
プラビックス錠75mg、ネキシウムカプセル10mg、トルリシティ皮下注0.75mg、 バイアスピリン錠100mg、テツクール徐放錠100mg					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
利用者よりも家族が大変、それでも丸ごと支えている事例					

経緯

外部居宅介護支援事業所ケアマネジャーより、要介護4で週3回の人工透析が必要な男性を担当しているが、現在利用している訪問介護の事業所がスタッフ不足により事業を縮小することから、通院介助に対応できなくなるとのこと。今後のことを考え、小規模多機能型居宅介護の利用を検討しているが、人工透析のための通院介助は対応可能かとの相談がある。

当該男性（仮名弘前A様）は、弘前市内の持家一軒家に妻と二人暮らしをしているが、主たる介護者である妻は、認知症状様があり本人の透析日を忘れていることも多く、服薬を忘れたり、受診時の必要物品の準備がされていなかったり、食事も摂っていないこともあります、通院介助のヘルパーが食事摂取や服薬状況の確認、着替えや必要物品の準備等を都度行っている状況であること。

また、長男が青森市在住で毎週1回（土曜日）両親の様子を確認するため自宅を訪問している。土曜日以外の日常的支援は仕事もあることから困難であり、色々な手続きや重要な判断は長男に連絡をして行う必要があること。

本人は車椅子での生活であり、自宅内での転倒の可能性もあり、衣類の調整や妻の対応力等を考えると、小規模多機能であれば「通い」や「訪問」等を組み合わせて利用することで、自宅に行つた際に本人のちょっとした変化や異常等にもすぐに対応できると思うし、妻が理解できていない食事管理や通院等の準備（パジャマの着用、気温に合わせた衣類の調整、紙パンツの汚れ等の確認）も行えること、金銭的理由（二男が長期入院治療による医療費負担）で施設入所は難しいため、できる限り自宅での生活を続けて行きたいという家族の要望も叶えられるのではないかと思ううこと。金額的に月6万円以内でサービスを使って生活する方法はないかとのことで、受け入れすることを前提にサービス内容を検討することになる。

「通い」、「訪問」、「泊り」サービスを組み合わせることで対応可能となり利用に至る。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- ・人口透析治療について、病院と治療時間についての調整を話し合い対応可能としたこと
- ・食事摂取の回数を調整し料金を希望範囲の額に収めるため、通いサービスの利用時間を短縮して送迎を行うこととしたこと
- ・本人の状況のみならず、妻の様子についても観察し、必要に応じて長男や地域包括支援センターへ報告し日常生活の安心に向けた関わりを行ったこと
- ・送迎時、妻が不在であることが多いため、妻の所在確認をこまめに行ったこと
- ・常に、妻・長男・病院・関係機関と連絡を取り合い対応したこと

自由記述

<1週間の生活状況>

月曜日	(8:35) 妻へ透析日の電話	(11:00) 妻へ昼食摂取後に迎えに行く旨の電話
水曜日	(12:40) 事業所発で自宅へ。受診準備後病院へ出発	
金曜日	(18:00) 病院への迎え	(18:20) 事業所へ到着。泊りサービス利用
火曜日	(8:35) 妻へこの後帰宅する旨の電話	(11:00) 事業所発で自宅へ
木曜日		(11:30) 自宅で水分準備、衣類準備、翌日受診必要物品準備
土曜日		
日曜日	自宅で過ごす	

事例概要シート

事業所名（都道府県）		松原コラボケアセンター（青森県三沢市）			
(仮名) 氏名	AS	性別	男・女	年齢	81歳
要介護度	要介護5	利用期間		2年1か月	
認知症日常生活自立度		自立 ① Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：5回／週 訪問：14回／週 宿泊：0回／週					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具（電動ベッド、介助用車椅子、スロープ）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
自尊心が高い、気が短い					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
30歳代の長女（KP）と2人暮らし KPは、日中パートや私用で不在が多く、経済的に自立していない。					
主病名					
脳梗塞、高血圧症					
服薬状況					
ディオバン錠 80mg、カルプロック錠 8mg、バイアスピリン錠 100mg、ローコール錠 20mg、フルゼニド錠 12mg					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
介護サービスの原点に立ち返る					

経緯

お客様の役に立てているか？
小多機の通いは、デイサービスと比較し優れているか？
私たちのサービスは三沢市で一番になれるか？
と言う疑問を持ち、現状のサービスを改善することを決心しました。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

普通のことを真剣に取り組みました。
技術力の低い私たちでも、改善を決心し、実践し続けたことで、組織力を向上することが出来ました。
限り在る人材で時間を生み出し、お客様の一人ひとりと向き合うきっかけとなりました。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		よりあい抛わらび (青森県)			
(仮名) 氏名	I・H様	性別	男・女	年齢	74歳
要介護度	要介護2	利用期間		1年 1か月	
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：	回	訪問：	回	宿泊：	回
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
配食サービス、日常生活自立支援事業、しあわせネットワーク事業					
本人の性格や状況					
異父兄弟がいるが疎遠。子供は3人いるが40歳で離婚し、その後は連絡を取っていない。性格は穏やかで気前が良く、友達付き合いを大事にしていた。長年農機具屋で働き、厚生年金支給されていたが、支給されるとすぐに使ってしまい浪費傾向である。お金がなくなると、食事を摂らず、友人がおかげを作つて持つて行ってあげていた。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
一人暮らし。身元引受人は近隣の友人であった。小さい頃に父親が他界。その後母が再婚をし、妹（父の連れ子）、弟がいる。妻とは40歳の頃に離婚。子供が3人いたが一人は事故死、他の2人とも離婚後は会っていない。また妹、弟とも疎遠である。					
主病名					
肺がん					
服薬状況					
1日3回の服薬。自己管理は出来ない。					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
水道がない、電気がない、お金がない…最後まで支えます。					

経緯

地域包括支援センターより、肺がんが脳転移し、片麻痺がある方がいる。一人暮らしで弘前市K病院に受診しているが、車の運転を禁止されており、受診と生活の支援をしてほしいと相談がある。最初は買い物1/W、通い1/W、住宅改修にて手すり設置。昼のみの配食サービスで利用開始となる。利用しているうちに、医療費の支払いが難しくなりお金がなく食事が摂れない、灯油が買えない（2月の事）為、部屋代を貰わない事にし、連泊利用となる。しあわせネットワークに支援依頼し、当面の食事、電気代、灯油の支援を受け自宅に戻る。医療費、税金の未納も分かり金銭管理が困難となつたため、社協の日常生活自立支援事業に依頼。病状は段々悪化。今後の事も含め、包括支援センターとも連携し、妹、子供たちと連絡を取るが、関わりを拒否される。病院とも話をし、最期は緩和ケア病棟へ入院するのが良いのではとの事で調整していたが、状態悪化し平成30年8月10日に入院しサービス終了となる。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- ・本人の状況に合わせながら、臨機応変にサービスを提供することが出来た。
- ・本人の最期も考えながら、病院や包括支援センターとも連携し、疎遠の家族と連絡を取る。
- ・本人の経済状況を踏まえて、社会資源も活用し、多方面からの支援が出来た。

自由記述

小規模多機能型居宅とは、単純に生活や身体の支援ではなく、その人を取り巻く環境、生活に関わる全てをサポートすべく、スタッフ一同が考え、最善を尽くせるやりがいのある仕事だと思っております。

事例概要シート ①

事業所名（都道府県）		小規模多機能型居宅介護事業所あすなろの里（青森県）											
(仮名) 氏名	A様	性別	男	年齢	56歳								
要介護度	要支援1→要支援2→要介護4	利用期間	6年9か月 (H23.4~H30.1)										
認知症日常生活自立度	自立 → III b												
障害高齢者の日常生活自立度	A1 → B2												
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）													
通い：2→3回 訪問：3回 宿泊：1回／月													
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）													
外出支援：随時（図書館） 通院リハ送迎：週1回 受診介助：2ヶ月1回（眼科） 不定期（皮膚科）													
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）													
福祉用具貸与（ベット一式）													
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）													
移送サービス（かかりつけ医で行われている無料送迎）													
本人の性格や状況													
○市○町生まれ。中学生頃に階上町へ移り住む。高校卒業後、車の整備工場やガソリンスタンドに勤務。灯油配達中に頭痛が生じ、救急搬送。退院後は無職。学生時代から読書が好きで、脳出血発症後は図書館に出掛けていた。													
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）													
父、妹、姪（妹の子）の4人暮らし。父も要介護状態で当事業所を利用されていたが、H29年6月に死去。主介護者は妹であるが精神状態が不安定（介護うつ）と心疾患、糖尿病で無職。姪が介護協力していたが仕事（パート職）と介護の両立が負担となり、精神状態が不安定（介護うつ）となる。利用者の障害年金と姪の収入で生計を立てている。妹が金銭管理していたが、妹に年金を勝手に使われていると不満を訴える事もあった。													
主病名													
・H17.1：脳出血発症（左上下肢麻痺） ・H27.5～拘縮、側弯進行→通院リハ開始 ・H28.1～視力低下（緑内障） 眼科受診 ・H28.11～脳腫瘍													
服薬状況													
・脳出血後遺症→血液凝固阻止剤、抗てんかん薬（朝・夕食後） ・緑内障→点眼（1日1回） ・便秘症→頓服 ※毎日服用の指示であった事が判明													
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。													
ここまでやったんかい！小規模多機能													

経緯

H17年（44歳）に脳出血発症後、デイケアを利用させていたが、リハビリが出来なくなったり、利用回数や送迎時間等の不満により、父も利用させていた当事業所に変更。自宅の風呂場が故障している為、入浴目的で週2回の通いと、介護負担軽減目的で月1回の宿泊希望で利用開始。利用中は新聞やスタッフが持参した週刊誌を借りて読んだり、施設内の廊下（往復30m程度）や施設敷地内を自主的に歩行と足上げ運動をしながら過ごさせていた。通い利用日以外の日は自宅前にバス停があり、バスで図書館まで外出させていた。

H26年9月頃より左下肢の痛みが出現。本人の希望で装具の再作成を行うが、痛みは軽減されず整形外科受診。痛みは脳出血後遺症による拘縮と側弯進行が原因にて進行防止目的で通院リハの指示あり。通院先（通院リハ）に無料の送迎バスがある為、バスを利用し通院リハを検討したが、送迎コースが自宅付近まで通っていないと訴え、整形Drより通院介助の指示もあり、H27年5月より通院リハが開始となる。本人はリハビリが開始になった事に喜んでいたが、リハ開始後の通い利用ではテレビ鑑賞や読書して過ごす事が多く、「リハビリしているから大丈夫」と言い、歩行運動が少なくなった。その頃から外出の機会も減り、皮膚科や眼科受診も依頼あり、対応を行う。その対応に家族から本人の依存や家族に相談せず、通院リハを開始した事にクレームの訴えもあった。

H28年11月、父の通い送迎時に居間で横たわり、意識が無い状態を発見。何度か声掛けし覚醒家族より何度かてんかん発作していて、すぐに覚醒するので、何もしなくても良いとの話があったが脳出血再発の危険性もある為、救急搬送を相談。家族対応で救急搬送。搬送先で検査した際、脳腫瘍が見つかる。腫瘍は悪性ではないが出現部位が運動、言語、視覚、認知機能に障害が生じる可能性が高く、手術を勧められたが手術が可能な医療機関は近くで仙台市との説明もあり、交通費等の費用が無く、家族の意向で手術は行わない事となる。

H29年7月介護保険更新で要支援2に変更。家族より脳腫瘍の影響なのか会話がかみ合わない事や物忘れ、視力低下が見られ、介護負担軽減の相談あり、通い回数を週3回に変更。通院リハも継続となる。8月からは失禁が頻回に見られ、介護ストレスの訴えで施設利用の相談があったが現認定や費用的な面で対象の施設が少なく、区分変更の相談を行うが変更する事で利用料も増える事への不安が強く、施設利用と区分変更は検討せずに週3回の通い利用継続で様子を見ていく事となる。

H29年12月に入り、急激に身体機能が低下。自力での立ち上がりや歩行困難となり、傾眠も頻回に見られてきた為、脳外科Drへ脳腫瘍の状況と今後の予測について相談。脳腫瘍の進行による状況であるが家族が治療を望んでいない為、看取りを考え、長期入院が可能な医療機関を紹介される。今後の在宅介護について介護負担軽減を考え、サービス回数を増やし在宅支援の相談をしたが、主介護者より肉体的に十分な介護が出来ず、介護協力者（姪）に頼んでいるが仕事と介護の両立て疲労が見られている。介護協力者（姪）からは介護へのストレスから吐いたりする事もある。介護から解放されたいとの訴えもあり、医療機関への検討となる。入院までの期間、床からの立ち上がりが困難の為、ベットレンタルの希望あり。家族に了承を頂き、区分変更を行う。H30年正月明けに、医療機関入院。契約終了となる。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

当事業所に着任当初は家族に関わりを拒まれ、精神状態や性格的な面で関わりを嫌がる職員もいたが、通い送迎時やこまめに訪問で家族の不安や不満を傾聴し、本音を聞く事や家族が職員に対して信頼を持って貰えるように変化してきた。収支面では失禁が見られた時期から区分変更を検討したかったが、家族の経済力を考慮し、施設長、理事長の裁量で変更はせず支援出来た。契約終了時に、その事に対して家族から感謝の気持ちが聞かれた。

家族の意向で脳腫瘍の手術は断念したが、本人には確認していないく、希望していたのではないかと思うと後悔している。また交通費等の支援が可能な制度があれば家族の不安も軽減し、手術を検討出来たのではないかと思うと勉強不足だったと痛感している。

身体機能が低下した時は長年利用されていた事や家族の介護負担を考え、利用回数を増やし、在宅介護が継続出来るように支援したいと意見を言う職員も多かった。

自由記述

利用者の父が利用していた時、認定に応じた利用回数の制限があると説明を受け、家族に希望を受け入れてくれないと閉ざした状況もあった。職員側からも小規模多機能はどこまで支援して良いのかと疑問を持つ職員も多く、東北各地で行われていたライフサポートの研修や青森県、八戸地区の小規模多機能研修会に参加し、職員間で話し合う機会を増やし、当事業所で支援出来る体制（通い回数、通い時間、訪問業務等）と勤務態勢を考えるきっかけ作りが出来た。

事例概要シート②

事業所名（都道府県）	小規模多機能型居宅介護事業所あすなろの里（青森県）						
(仮名) 氏名	B様	性別	女	年齢	94歳		
要介護度	要介護3 → 要介護5		利用期間	3年9か月 (H23.7～H27.4)			
認知症日常生活自立度	III b						
障害高齢者の日常生活自立度	C 2						
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）							
家族の希望により毎月、通い、宿泊を調整。訪問（清潔保持）随時							
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）							
通院送迎介助（受診時の付添は家族対応） 介護不安の傾聴目的で訪問							
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）							
訪問診察、訪問看護、福祉用具貸与（エアーマット）							
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）							
町社協で行われている福祉機器貸与事業（車椅子、ベッド※費用は返却時の消毒代のみ）							
本人の性格や状況							
専業主婦。夫の定年後は夫婦で旅行に出掛けていた。性格は穏やか。認知症発症後は排泄介助の拒否や自宅周辺を歩き回っていた。自宅建て直しの期間、GH入居。新築後は退去し、当事業所を利用するとなる。利用中は話しかけると笑顔が見られ、慰問や行事を楽しまれていた。							
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）							
夫、長男夫婦、孫世帯の7人暮らし。夫も認知症を発症し、夫婦で利用。H27年1月特別養護老人ホームへ入所。現在は死去。主介護者は長男妻。家族（長男、孫夫婦）仕事で不在が多く、ひ孫の面倒もあり、介護疲れによるうつ病を発症。長男、孫夫婦は仕事を理由に介護に非協力的。							
主病名							
・70歳頃～高血圧症（八戸市内の内科通院→往診に変更） ・H21年1月～アルツハイマー型認知症（八戸市内の精神科通院→往診に変更） ・H26年12月～結核性胸膜炎（八戸市内の呼吸器科→往診に変更）							
服薬状況							
・高血圧症→降圧剤 ・アルツハイマー型認知症→服薬中止 ・結核性胸膜炎→内服薬、気管支拡張剤（テープ）							
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。							
みんな最後まで自宅で支える小規模多機能							

経緯

H26年5月、長男より理事長宅に手紙が届く。手紙は主介護者がうつ病になった為、夫婦の宿泊回数を増やして欲しい。ただ、宿泊費（1人￥2,000）が高く、年金で賄う事が大変な為、割引して欲しいという内容。福祉課に保険外費用の減免の設定が可能か確認。理事長。施設長、介護主任と協議し、ガイドラインを作成。重要事項説明書を改訂し、福祉課に提出。宿泊費を減免（1人￥1,000）し、夫婦の宿泊回数を調整する。

H26年11月より食事時のむせ込みと熱発が頻回に見られるようになる。主治医（往診）から検査の指示あり、呼吸器科で検査。結核性胸膜炎との診断で服薬と週1回の採血、レントゲン検査が開始。受診時の付添は家族が対応出来るが、車椅子レベルにて自家用車での通院が困難にて通院送迎介助を行う。H27年1月より呼吸状態が悪化し、在宅酸素が開始。その際、介護負担軽減を目的に宿泊をメインとしたサービス調整を相談するが、長男より金銭面での理由で入浴目的での通い利用以外のサービスは拒否。長男の対応に主介護者は家族の介護協力を得られないストレスを言動で訴える事が多く見られた為、介護不安の傾聴や介護休暇を目的とした訪問を追加。長男には訪問を追加しても料金の追加にならない事を説明し、了承を頂く。長男妻からは家族の愚痴を聞いて貰ったり、訪問時に気分転換で外出出来るので気持的に楽になったとの言動が聞かれる。

H27年2月より食事量の低下と食後の嘔吐が頻回に見られるようになる。また離床中に疲労や顔面蒼白様の症状もあり、ベッド上での生活が多くなり、四肢拘縮や両手・下肢の浮腫も出現する。長男妻より今後の拘縮進行や病状管理と急変時の対応への不安が聞かれ、訪問看護とエアーマットを導入。主治医の協力があり、往診時に長男へ訪問看護導入の必要性を話して頂き、了承を頂く。訪問看護導入後、すぐに食事摂取困難となり、点滴が開始。点滴後は水分や嗜好品（ゼリー類）は摂取出来るようになる。清潔面では当事業所ではリフト浴はあるが機械浴槽は無く、現状での入浴支援が困難の為、清拭や洗髪、衣類交換等の清潔保持目的で毎日の訪問に変更する。

H27年3月に入り、主介護者から介護疲労で宿泊を利用したいが長男が反対しているとの相談あり、宿泊利用について長男と相談。その際、主介護者は町外に住む、利用者の娘も呼び、現状を見て頂く。長男が宿泊利用を反対している理由として住宅ローンの支払いに利用者夫婦の年金も充てている為、金銭面の問題で反対していた。日中は仕事で不在であるが夜間は看る事は可能な為、宿泊は必要ないとの話あり。主介護者からは夜間帯は熟睡している事が多い。日中の食事や身体介護や急変時の不安があり、肉体。精神的に疲れたので宿泊をお願いしたいと反論。娘からは義姉さんから電話があり、久々に母親に会ったがこのような状態になっている事にビックリしているし、義姉さんだけに負担をかけさせて申し訳ない。宿泊利用が出来るのであればお願いしたいとの話があり、長男も了承し、看取りを目的に4月から宿泊利用で調整する。

H27年4月より宿泊。宿泊当初は利用者やスタッフの声かけに笑顔で反応したり、少量であるが食事も摂取出来た。利用から2週間後、夕方のオムツ交換時に嘔吐。呼吸状態も悪化した為、往診を依頼。点滴を行うがS A Tは安定せず、救急搬送。急性肺炎で即日入院。入院から2週間後に死亡退院となる。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

今回の事例で利用者の状況や家族の経済状況に合わせた保険外料金（宿泊費）減免のガイドラインを作成した。

H27年4月の改正で新設された“看取り連携体制加算”について今後の取り組みが可能か職員間で話し合いを行い、職員の経験や負担を考慮し、準夜勤の配置や緊急時の看護、管理者等の連絡体制を調整し、宿泊対応を行った。また、今回の訪問支援をきっかけに訪問業務マニュアルを作成。1年間、訪問業務の取り組みを行い、H28年度から訪問体制強化加算が算定出来るようになった。

自由記述

亡くなる日の日中に主介護者より「土日に退院して下さいと言われた。」との連絡あり、搬送先Hpへ状況確認で訪問。ICUで人工呼吸器も装着した状態にて退院許可の経緯を担当医に確認したが、「退院とは言っていない。家族が連れて行くと返答された。」と内容に食い違いあり、家族に再度確認主介護者より「“終末”はどうされますか？」と言われ、“週末”に連れて帰れと言われたと勘違いしていた。夕方、家族と同行し、担当医と相談。自宅に連れて帰るのは困難だし、延命も希望していない。日常会話で“終末”という言葉を使う事が無いので勘違いしてしまったと入院継続を依頼。担当医からは入院しているので“終末”と言えば理解出来るのではないかと言われ、入院継続は出来たが、担当医の言動に家族は不快になっていた。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能型居宅介護柏葉寿（秋田県）							
(仮名) 氏名	S・Hさん	性別	男	年齢	81歳				
要介護度	V	利用期間		0年 10か月					
認知症日常生活自立度		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1	A1	A2	B1	B2	C1	<input checked="" type="checkbox"/> C2
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）									
通い：21回 訪問：10回 宿泊：10回									
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）									
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）									
• 福祉用具レンタル（介護用ベッド、エアマット、車いす、手すり） 介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等） • 訪問マッサージ（週2回）									
本人の性格や状況									
長距離運転手、建設業、農業など休みなく働いた几帳面でまじめな方。反面、娘、孫には甘く、その人柄から常に人が集まる家であった。脳梗塞を患い、一時近隣の長女宅に同居するが、自分の建てた家のほうへ落ち着くと、現在は妻と二人暮らし。構音障害があるため、自分の意志が伝わらず介護者である妻へ苛立つことあり。 70歳頃に脳梗塞発症、平成25年に脳梗塞再発にて右不全麻痺、構音障害、嚥下障害あり胃瘻造設、平成28年CVポート造設し中心静脈栄養より輸液しているが、経口からもス食事摂取している。									
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）									
妻と二人暮らし。主介護者：妻 キーパーソン：長女（看護師資格あり、病院勤務）、次女：県外在住 主介護者は妻だが、近隣に暮らす長女の介護協力あり。									
主病名									
• 多発性脳梗塞 • 慢性胃炎 • 慢性気管支炎 • 糖尿病									
服薬状況									
バファリン配合錠、ミヤBM細粒、ビソルボン錠、シロスタゾール錠 リバロOD錠、ファモチジン錠、ホクナリンテープ、ランタス注ソロスター									
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。									
みんな最期まで自宅で支えている小規模多機能									

経緯

ショートステイ、通所リハビリ、訪問介護等の在宅サービスを利用しながら、妻が輸液の管理、インシュリン注射を含め在宅で介護を行っていた。しかし体調を崩すことが多くなり、また将来的な在宅での看取りを視野に入れ、平成27年10月に医療機関と連携しやすいクリニックに併設されている小規模多機能型居宅介護柏葉寿を利用開始した。週2回の通い、通いのない日の毎朝の訪問、2週間に一度の宿泊サービスを定期的に利用するも、熱発で宿泊したり、排便や発熱のトラブルで急遽訪問したり、予定にない突発的な対応も多かった。平成29年6月頃より口から食事をとることが難しくなり、呼吸状態の悪化が見られるようになり、徐々に宿泊サービスの利用回数が増えていった。体調の悪化に妻も自宅で見ていくことに不安を感じていたが、それでも本人の自宅で過ごしたいという思いに妻、長女が応え在宅で介護を継続した。平成29年8月15日、長女、次女、お盆休みで帰省した可愛がっていた孫たちに囲まれ、永眠される。

この事例を通してアピール・自慢したこと

当事業所は医療機関と併設しているため、医療面での連携がしやすいとはいえ、吸引、輸液、排便のトラブルが多く対応が困難な場面も多かった。介護スタッフで日々のバイタル、腹部の張り、輸液ルート、排尿バルーン流出等、随時確認は行っていたが、医療面での対応が出来ないもどかしさがあり、迅速な対応が出来ていない部分もあった。スタッフもまだ経験が浅いスタッフが多かった為、訪問時の対応（全身清拭方法、自宅でのケア方法、体調観察の仕方等）が統一出来ていなかった。

体調の変化に伴い、早朝の訪問要望の連絡が入る事が増えてきた為、訪問が可能なように勤務の調整をかけて緊急時でも対応できるような体制に変えていった。どのスタッフでも対応出来るよう、手順書を写真でまとめて訪問時に持参していた。体調不安定な時、医療面でトラブルが起きた時は、自宅訪問が困難な際は、施設への宿泊利用も併用しながら、看護スタッフの訪問、通院、通い、宿泊サービスの利用を組み替えながら、最後まで自宅で過ごす支援をすることができた。

自由記述

事業所が開設して間もなくスタッフも慣れておらず、利用中は十分な対応ができていない部分も多かった。また、今まで訪問介護、通所リハビリを使用していたため、小規模多機能型居宅介護というサービスを理解してもらうことも当初苦労した。しかし、最後まで自分の建てた家で、大切にしてきた家族と一緒にいたい、というご本人の思いを支援でき、悩み迷いながらも関わることが出来て良かったと感じている事例である。

亡くなる10日ほど前、通い・宿泊サービス利用中に妻の面会あり、体調が落ち着いてことから、事業所から5分ほどのひまわり畑で行われているイベントへ外出しないかお誘いした。本人から「行きたい」と言葉あり、久しぶりに夫婦そろって外出した。口から食事をとるのは難しい状態であったが、妻と一緒にアイスクリームを食べ、夫婦二人で記念撮影した。それが夫婦で一緒の最後の写真となり、現在も良い思い出となっている。ご本人が亡くなった後も、妻は事業所の行事へ参加するなど、職員や他の利用者の方との交流は今も続いている。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能ものがたりの家（秋田県）									
(仮名) 氏名	T・K	性別	女	年齢	90歳						
要介護度	要介護5		利用期間	2年2か月							
認知症日常生活自立度		IV									
障害高齢者の日常生活自立度		C2									
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）											
通い：8回 訪問：34回 宿泊：2回											
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）											
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）											
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）											
・訪問看護 週1回 ・福祉用具貸与（特殊寝台、エアマット、チルト式車いす） ・訪問診療 月1回（適宜往診）											
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）											
・別居の娘、孫による週2回程度の介護 ・地人の薬剤師の薬剤に関する助言											
本人の性格や状況											
性格は、元来穏やかな性格。現在は、認知症が進行してしまい意思疎通は困難な状態。											
「あ～」「う～」といった発語はあるが、会話にはならない。笑ったり、顔をしかめたりといった表情でその日の気分がわかる。											
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）											
現在は、次女、次女の配偶者、孫と同居。キーパーソン、主介護者ともに次女となっている。別の市に長女がおり、長女とその娘が時折世話をしに来てくれている。											
主病名											
・アルツハイマー型認知症 ・心房細動											
服薬状況											
・ジベンゾリコハク塩酸（不整脈）・酸化マグネシウム（便秘）・メマリー（アルツハイマー） ・エリキュース（抗血液凝固）・プロチゾラム（眠剤）・テレミン座薬（Kot-3日）											
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。											
みんな最期まで自宅で支えている小規模多機能											

経緯

もともとは、隣の市で夫と長男で生活をしていたが、夫と長男が相次いで病死し、独居となった。そのころから認知症状見られ始め、一人での生活が厳しいということで次女が引き取り同居を始める。様々なサービスを利用し在宅生活を送ってきたが、徘徊等の症状が頻繁になって、特養に入所される。入所中、寝たきりとなってしまい、食事も摂れなくなり、医療的なケアが必要とのことで、同法人の老健に入所される。

老健に入所中、食事が摂れないということで、胃瘻の造設を提案されたが家族がかわいそうだと承諾をせず、点滴を1日3回行ってきた。寝たきりでも体動が活発で、点滴が抜けるため点滴中は腕を拘束された状態で過ごされる。また、昼夜逆転があるということで向精神薬と眠剤を服用。面会をしてきた長女と娘が、かわいそうと思うようになり、次女の自宅で介護をする決意をした。退所にあたっては、次女の仕事や本人がいつ急変してもおかしくない状態であったため、柔軟に対応できる小規模多機能型居宅介護の利用を希望される。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

長期の施設入所者が、在宅での介護を受け、看取りを行うといったケース。

施設のように常時介護を受けられる環境でなくても、小規模多機能型居宅介護のサービスの特性を活かして、医療系のサービスとの連携を図ることで、介護者が望み、本人が望むだろう環境で最後まで生活を送ることができる可能性があることを経験しました。

自由記述

私たちの地域では、高齢の方が亡くなる場所として多いのが、病院、次いで介護保険施設となっています。住み慣れた自宅や家族に見守られて亡くなることができる高齢者は、まだまだ少ないというのが現状です。

どこで亡くなるのが正解はないと思います。

ただ、在宅で亡くなりたい、ぎりぎりまで在宅でいたいといった選択肢を小規模多機能型居宅介護の活動を通じて、より現実的な選択肢の一つとして地域に根付かせていくべきと考えています。

今回取り上げた事例は、「自宅で見てあげたい」けど「仕事や家庭の事情で難しい」「何かあった時に不安」といった葛藤を抱えている施設を利用されている方を最後まで支援を行うことができた、小規模多機能型居宅介護の利用の仕方として新たな一面を見ることができた事例だと感じています。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能型居宅介護事業所はる風（秋田県）				
（仮名）氏名	秋田 太郎		性別	男・女	年齢	77歳
要介護度	要支援2→要支援1		利用期間		1年2か月	
認知症日常生活自立度		自立 I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 20回 訪問： 11回 宿泊： 0回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
なし						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
なし						
本人の性格や状況						
<ul style="list-style-type: none"> 温厚（酒を飲まなければ） 飲酒再開にて幻覚妄想の出現可能性あり、訪問診療、訪問看護、介護サービスを利用し生活状況を把握しながら、生活支援を含めた切れ目のない支援体制を整え、早期介入を図る必要がある。（主治医からのコメント） 						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
<ul style="list-style-type: none"> 一人暮らし。 <p>近所に長男夫婦・孫が住んでいて、長男が通勤の行き帰りに立ち寄り見守りや日常的な世話をしている。長男の妻と孫は関わりなし。</p>						
主病名						
<ul style="list-style-type: none"> アルコール依存症（昭和59年7月） アルコール性認知症（平成28年6月） 						
服薬状況						
スルピリド（50）、ドネペジル（5）、トラゾドン（25）、トリアゾラム（0.25）						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
家族や地域に迷惑をかけないでやりたいことを実現しようと挑戦していること						

経緯

(利用開始前)

- ・元来飲酒を繰り返している生活を送っていたが、父親が死亡してから飲酒量が増した。
- ・昭和59年7月、「20年前に喧嘩した相手が仕返しにくる。」と言って激しくおびえる等の症状が出現しA病院（精神科）を初診した。
- ・泥酔して道路に寝ていたり、隣家に勝手に入る等の問題行動があり、長男が仕事を抜け出して対応することが度々あったが、対応しきれずA病院へ入院となつた。
- ・A病院を退院しても飲酒再開により栄養バランスが悪く体調を崩す等のため入退院を繰り返していた。平成28年5月入院中に他患者の財布を盗ろうとして注意され、その後すぐに他患者の食べ物を盗ろうとする行為があり、強制退院・出入り禁止となつた。
- ・そのため、他のB病院へ紹介状を書いてもらい受診するも、治療困難で治る見込みがないと言われ治療できず、平成28年6月C病院を受診し入院することになった。
- ・C病院で1年間輸液療法、断酒ミーティング、作業療法の効果あり、他患者とのトラブルもなくなったことから、退院に向けてのカンファレンスで退院後の生活環境と支援の方法及び役割を整備し退院となつた。

(カンファレンスの概要)

- ・飲酒しなければ一人で在宅での生活が可能。（絶対に飲ませないこと）
- ・本人のやりたいことをみつけ、安心して過ごせるようにする。
- ・健康管理は、訪問診療や訪問看護でも行ない、事業所とも連携をとる。

(利用開始後)

- ・退院時のカンファレンスで顔合わせやサービス内容を確認したことから、問題なく利用開始となつた。
- ・サービス内容を決めるとき、①酒を買うことができない環境を作る。②食事をきちんと摂れるようにする。③清潔を保持する。④通い時に役割を持ってもらう。ことを目標とした。
- ・①については、地域で酒を買える場所を長男に確認したところ、自販機はなく配達してくれる酒店とコンビニということが判った。酒店には販売と配達をしないよう長男から依頼してもらった。コンビニは朝7時～夜7時までの営業で、歩いて30分位の距離があることから、長男と協力し朝7時30分～8時の間に長男が家に立ち寄り安否確認をして、8時に通いサービスの迎えを行い、帰宅は夜7時とした（月～金）。なお、土日は長男が仕事休みであることから長男が対応することにし、事業所でもときどき訪問して無事を確認したり、長男が用事等できないときは通いサービスを追加利用することにした。
- ・②については、朝食は長男が買い物をしてくれたものを本人が簡単調理し摂取。昼と夜は事業所で準備することにした。
- ・③については、本人の希望により週2回曜日を決めて事業所で入浴を行うことにした。
- ・④については、本人の得意とすることは大工仕事や花壇作りであるが、毎日行うものがなく手持無沙汰の日が多いが、春にプランターに花を植えてもらうことにし、材料

(土、苗、プランター) の購入から植え込みまでお願いしたところ、張り切ってやつてくれた。その後の水やりが唯一の日課の一つになった。

- ・退院後から始まった訪問診療と訪問看護は、生活と体調が安定していることと事業所が通院介助することから 1 カ月で終了し、1 カ月に 1 回の通院治療となり、受診時に診察に同席し、情報提供や相談を行っている。
- ・主治医は予想外(?)に本人にあまり負担なく安定した生活となっていることを評価し、本人を褒めてくれている。また、事業所内で「何か仕事をしたい。(稼ぎたい)」と要望が出されるが、対応が難しいところを主治医がカバーしてくれて、もう仕事で稼ぐことはできないことを説得してくれたりしている。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

◆医療機関とのやり取り・連携について

- ・退院に向けてのカンファレンスに本人及び長男も同席し、飲酒は厳禁とすること。ただし、飲酒して状態が悪くなった時は救急対応で受け入れてくれることを確認した。
(本人は、断酒できるよう頑張ってみたい。何か仕事をしたい。という要望があった)
- ・当初、訪問診療(月 1 回)、訪問看護(月 2 回)を行い、介護サービスとの連携をとりながら情報の共有及び支援方法を検討することにした。
- ・1 カ月経過後、訪問の診療と看護は必要としなくなり、月 1 回の定期受信時に状態の確認をすることでよいことになった。

自由記述

・治療とはいって、好きな酒を強制的に辞めさせられている利用者の気持ちを考えるとき、症状が安定しているだけに、これでよかったですと最期まで言い切れるか悩むことがある。自分の管理下で一緒に飲ませてやりたい気持ちにさいなまれたりするが、こんなことを今の段階では主治医に相談できることでもないだろうし、家族もこれまで迷惑をかけてきただけに反対するだろうし……。「アルコール依存症を治癒し、適度に飲酒できるようにする」という研究者はいないものかと考えたりもする。本人のやりたいことを支援することの限界を感じたりもするが、これからも主治医や家族や地域の理解を求めながら実現に向けて挑戦していきたい。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		なじみの里 (福島県)				
(仮名) 氏名	渡邊 明夫	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 女	年 齢	85 歳	
要介護度	2		利用期間	4 年 4 か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb <input checked="" type="radio"/> IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 <input checked="" type="radio"/> A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い：12～16 回 訪問：2～6 回 宿泊： 4 回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
なし						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
なし						
本人の性格や状況						
若い時は大学の教授。世話好きで話好き、よく後輩や生徒を自宅に呼んでいた。家族には亭主関白。家のこと、本人の身支度などすべて妻が行っていた。頑固、自分の言う事は絶対正しい。威圧的 怒鳴る、人に教えたがる（説教したがる）						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
妻と二人暮らし 子供は県外在住						
主病名						
アルツハイマー型認知症 2型糖尿病						
服薬状況						
妻が管理 毎食袋を置いておくと、自分で袋を切って内服する						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
諦めたくないから、諦めたいでやった小規模多機能の実践						

経緯

震災後から引きこもりになり、認知症状が現れ、家族（妻）のストレスが限界となっていた。地域包括支援センターより依頼があり初回の訪問をし、利用開始となった。初回利用時、送迎に行くと笑顔で車に乗り、その後事業所に着いてすぐに大声を上げ怒鳴り、職員が近くに寄ると、手を上げる仕草をして誰も寄せ付けない。管理者が一対一で関わった。その後の通いでも同じような様子であったが、職員が一対一で関わり、少しづつ慣れて来て、笑顔も見られるようになった。1か月後、初回同様、大声を上げ「責任者を呼べ」と怒鳴り、玄関に向かい外に出て行った。職員が後についていくと「来るな」と手を上げる。落ち着いていたのになぜ急にそのような行動になったのか、職員一同動搖した。すぐに職員ミーティングを開催し、利用開始時から今までを振り返った。結果4点の気づきがあった。本人の立場に立つことで、職員は納得した。それから本人の様子や職員の対応について細かく記録した。日によっては、何度も職員を変えたり迎えに行く時間をずらしたりした。前回成功しても、今回は失敗することもあった。その都度、受持ち職員含め、全員で意見を出し合ってケアを統一した。初泊まり時も、家族からの情報や、今までの様子を振り返り推察し対応したことによって、穏やかに泊まりが出来た。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

私達にとって、大声を上げる、暴力を振るう利用者は苦手な利用者であった。最初は苦手で避けている職員も少しづつ本人を理解し対応した。とにかく、職員全員で記録し、情報を集め、話し合い、考えた。本人が過ごしやすい環境、本人の思い、自分ならどうしてほしいか、本人の好むこと、好む話し方、思いを受け止める態度等、全員で意見を交換しケアを統一した。それを何度も繰り返したことによって、本人が穏やかに過ごせたり家族（妻）も心置きなく出掛けたり、休むことが出来て在宅での生活を続けている。

【今回の気づき】

- ①利用開始時の本人の思いと職員の思いの違いがあった
- ②利用に慣れたのは私達職員であった
- ③本人の怒りや戸惑いを受け止めていなかった
- ④なじみの里は本人にとって居心地の悪い場所だった。感情はいつまでも残る

自由記述

職員全員で考え、意見を言い合い、話し合うことによって風通しのよい職場風土になった。それにより視野が広まりケアの質を向上につながった、今まで以上に職員同士のコミュニケーションが図れるようになった。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		笛谷サポートセンターよりあい（福島県）						
(仮名) 氏名	A 氏	性 別	男・女	年 齢	89 歳			
要介護度	要介護 5		利用期間	3 年 11 か月				
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M						
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2						
通い、宿泊、訪問の回数								
入院前⇒通い： 13 回		訪問： 17 回		宿泊： 日				
入院後⇒通い： 回		訪問： 回		宿泊： 30 日				
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）								
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（歯科受診送迎）								
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）								
S 訪問看護⇒医療保険				S 福祉用具貸与⇒エアマット				
K 診療所 ⇒往診								
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）								
特になし（もとから住んでいる地域ではないため、A さん・長男共につながりが薄い）								
本人の性格や状況								
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 穏やかな性格。他者との会話は少なめ。何か聞かれれば笑顔で答える。 ➤ もともと福島市に隣接する B 町で農業と養蚕業をしていた。 ➤ 長男仕事のため、日中独居（8~19 時） 								
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）								
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 長男 50 代 未婚 同居 就労しており土日は休み。2 階建ての戸建て賃貸。2 階に長男居住。（本人は 1 階）食事準備中心に支援。1 階エアコンなし。 ➤ 長女 50 代 既婚 福島市に隣接する C 町在住。就労しており、勤務は不規則（夜勤等あり）月に 2~3 回長男宅を訪れ、A 氏の受診付き添い、掃除等をする。 								
主病名								
アルツハイマー型認知症								
高血圧症								
服薬状況								
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。								
「小規模多機能での看取り」								

経緯

- 平成 20 年 二人で暮らしてきた妻が他界。独居困難となり、長男宅へ同居。
- 平成 26 年 5 月 自宅で脱水状態となり市内の病院へ救急搬送。認定申請。要支援 1。
- 平成 26 年 8 月 包括を通し、よりあい紹介。週 1 回の通いと、長男の出張時の泊まり希望で利用開始。この時点では ADL 自立。その後通い週 2 回（火金）へ。
- 平成 28 年 7 月 要介護 2 の認定。通い週 3 回（月水金）へ。この時点でも ADL 自立。しばらくこのペースで通い中心の利用。長男出張時、数日泊まり。
- 平成 29 年 5 月 徐々に ADL 低下みられ、区分変更。要介護 3 の認定。嚥下内視鏡検査。嚥下障害の診断。水分とろみの指示。
排泄の失敗が多くなり、週 3 回の通いに加え、通い以外の日は 1 日 1 回訪問開始。
- 平成 29 年 9 月 排泄失敗の頻度高まり、訪問回数を 1 日 2 回（午前、午後）に増加。
- 平成 29 年 12 月 2 日 午前訪問時、自宅で嘔吐しており、悪寒、熱発、SPO2 低下あり。受診し肺炎の診断。入院の必要なし。長男は自宅での介護は難しいとのことで、よりあいへ泊まり。主治医と情報共有しながら様子をみる。しかし 状態改善せず。
12 月 8 日再受診。入院。
- 平成 29 年 12 月 29 日退院。左右腸骨、左転子部に褥瘡あり。エアマット導入。S 訪問看護（特別指示⇒医療）。K 診療所往診。食事は完全側臥位で全量摂取。
- 平成 30 年 1 月 区分変更 要介護 5 徐々に食事摂取量減少。
- 平成 30 年 2 月 2 日 往診時に担当者会議（長男、長女、主治医、訪看、よりあい）主治医から改善の可能性低く、ターミナル期に入ったと説明あり。
看取りの場について意向確認。長男・長女とも、よりあいでお願ひしたいとの意向。A 氏には長女が確認。頷くだけの反応。
主治医より、食事について。食事を無理に摂取することは本人の苦痛になる。本人が好きなものや栄養補助食品を、食べられる分だけ提供するよう指示。ご家族に持参していただき、食べやすい形に加工して提供。少量摂取。
- 平成 30 年 4 月 2 日。担当者会議。（長男、長女、主治医、診療所看護師、訪看、よりあい）死期が近いことを医師が説明。再度意向確認。意向変わらず。
- 平成 30 年 4 月 3 日 息を引き取る。（長男・長女仕事の為立ち会えず）
- 平成 30 年 4 月 17 日 長女支払いのため来所。お話を伺う。
- 平成 30 年 5 月 8 日 長女からのお話を踏まえ、デスカンファ実施。（診療所看護師/管理栄養士、訪看、よりあい⇒7 名）
- 平成 30 年 5 月 19 日 長男支払いのため来所。お話を伺う。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- 要支援の時期からはじまり、看取りまで関わることができた。
- 看取りの場について、数回に渡り意向確認した結果、同居家族は就労しており自宅での看取りとはならなかった。しかし、馴染みの場所、スタッフの中で、苦しまずに最期を迎えた事に対し、長男・長女とも満足度が高かった。
- 関連事業所間で緊密な連携を取りながら、円滑なケアを実施できた。看取り後にデスカンファを共同で行い、課題の共有ができたことも良かった。

例概要シート

事業所名（都道府県）	ライフ吉井田看護小規模多機能型居宅介護事業所（福島県）				
(仮名) 氏名	Mさん	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年齢	58歳
要介護度	要介護4	利用期間	年 約3か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb <input checked="" type="radio"/> IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 <input checked="" type="radio"/> C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：回	訪問：回	宿泊：	30回		
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル・車いす <input type="checkbox"/> 訪問看護					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
<input type="checkbox"/> 病院へのレスパイト入院 <input type="checkbox"/> 訪問マッサージ（週2回）					
本人の性格や状況					
高校を卒業後警察官として働く、仕事の都合で県内を転勤して回っていた。 発症してからは本人に負担がかかる事務職中心の部署へ異動。現在は休職中となっている。 物静かで穏やかな性格の方、きれい好きでまめに掃除をするのが好き 病気になってからは、頑固で思い込みが激しくなってきている。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
4人兄弟の末っ子（姉2人・兄1人） 妻と2人暮らし。息子（29歳）が一人いるが東京で一人暮らしをしている。					
主病名					
若年性パーキンソン病ヤール4（パーキンソン病の重症度）					
服薬状況					
デュオドーバ配合経腸用液（胃ろうを通じて空腸に直接投与する新しいタイプのパーキンソン病治療薬）自分で一日5回まで流す。他に飲み薬一日3回・眠前薬・頓服薬					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
(テーマ) 利用者よりも家族が大変、それでも丸ごと支えている事例					

経緯

- ◇2002年（平成14年）43歳 右上肢の動きにくさで発症、右上下肢を引きずるようになる
- ◇2004年（平成16年）44歳 大学病院神経内科を受診、仮面様顔貌、単調な発語などあり、パーキンソン病と診断、薬物療法開始
- ◇2014年（平成26年）54歳 オフ現象で体動困難となる。幻視を認めるようになる
*パーキンソン病の症状が薬の効果で抑えられている状態をオン現象、反対に薬の効果がみられない状態のことをオフ現象
- ◇2015年（平成27年）55歳 競馬や競輪、競艇などで多額の借金がある。
病的賭博（ギャンブル依存症） 薬剤調整
- ◇2016年（平成28年）56歳 被害妄想・幻視を認めるようになる
- ◇2017年（平成29年）57歳 幻覚・幻聴の悪化、睡眠障害があり在宅療養困難となり3か月ほど入院 内服のみの管理が困難となりデュオドーパ導入となる。一時回復し退院となるが一日何度もオフが生じ在宅困難となり調整及びリハビリ目的でリハビリ病院へ入院となる。薬剤増量するも十分なコントロールは出来ずオフ現象は回避できず、又幻聴が見られるなどサポートなしでは生活が厳しくなる。仕事復帰を目指しデュオドーパの治療を受けたがオフ現象の状態が強く出てしまうため仕事復帰が難しい状況
- ◇2018年（平成30年）58歳（5月）妻より看護小規模へ連絡が入る。付きつきりで介護をしているが、本人動けなくなると妻の力では動かすことができない。妻も腰と腕に痛みがあり精神面でも夜が心配で眠れない、体調が悪く面倒は見られない、施設も考えているとの事。できたら泊りのサービスを利用したいが受けてくれる事業所がなく困っているとの事
- ◇2018年（平成30年）（7月）看護小規模利用開始となる。泊りの利用中心に受け入れを行う。
デュオドーパの管理と内服管理を行なっていく中で、内服だけより、デュオドーパ利用時の方が、オフ現象での拘縮程度は軽減し固まる回数も減っている。通院のたびに日常生活の様子を妻に伝えデュオドーパでの服薬に関して密に主治医に状況を伝えていただいている。その都度流量などを調整していただくことで、より本人らしく生活できるようサポートさせていただいているところである

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- デュオドーパといった最新の治療をされている方を受け入れ泊りの対応を行っているところ
(看護師や介護員が受け入れに対して前向きに取り組んでくれたこと)
- 本人の思いを大事に、本人がやりたい事、やってみたい事、楽しみたい事を出来る範囲で応援していくと頑張って考えてくれる職員がいるところ
- 妻が元気になり、就職活動を開始、仕事が見つかったら休みの日には本人を引き取って介護したいとの言葉が聞かれるまでになってきたところ（妻の介護負担をしっかりと受け止め支援を進めてきたところ）

自由記述

- 看護小規模を利用する前
訪問介護（週3回）、通所介護（2事業所利用）週3回、福祉用具（介護ベット・介助バー・車いす）、通所リハビリ（週1回）、訪問看護（NS週1回・リハビリ週1回）、訪問マッサージ、医療（週1回）
- 看護小規模の利用開始してから
看護小規模利用（泊り利用）・福祉用具（車いす）・訪問マッサージ（医療）（週2

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能型ホーム日和野（富山県）											
(仮名) 氏名	T氏	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年齢	82歳							
要介護度	要介護2⇒要介護5		利用期間	0年9か月								
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb <input checked="" type="radio"/> IV M (変更後)											
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 <input checked="" type="radio"/> B2 C1 C2(変更後)											
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）												
利用開始当初は毎日1～2回の訪問 入院され退院後は毎日の宿泊												
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）												
<input type="checkbox"/> 配食	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅での入浴	<input type="checkbox"/> 外出支援	<input checked="" type="checkbox"/> その他（訪問理容、訪問マッサージ）									
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）												
利用開始後しばらくは医療で訪問看護（血糖測定、インスリン注射）だったが、月～金は日和野の看護師が行っていた。												
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）												
隣りと向かいの家の方が社会福祉協議会の福祉推進委員で、困った時に隣りの家に駆け込んで話を聞いてもらうことがあった。												
本人の性格や状況												
長年学校で事務の仕事に就いておられた。結婚歴なく両親の死亡後は独居。学生時代は勉学がとても優秀で、シンクロナイズドスイミングをしておられたとの事。出会ったころは対外的には礼儀正しく、言葉も丁寧であったが、キーパーソンの従姉妹には暴言もあったとの事。精神科退院後は泊まりのサービスが続き、乱暴な口調で大声が上がる様子が見られたが、職員の声掛けにはかわいらしい口調で冗談でとなられるなどユニークな面も持ち合わせておられた。												
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）												
独居。従姉妹二人はT氏がすい臓癌で入院した時に何十年ぶりに会い、手続きなどの支援をしてから関わるようになった。												
主病名												
アルツハイマー型認知症 術後髒頭部癌 糖尿病 高血圧 心筋梗塞 狹心症 合併症：アルコール依存症												
服薬状況												
出合った頃：ネシーナ錠 アムロジピン 抑肝散 インスリン（グラルギン 8単位） G病院退院時：リスペダール メマリー ロゼレム ベルソムラ レボトミン アムロジピン グラクティブ フロセミド 酸棗仁湯エキス ルネスタ（頓用）リスペダール（頓用）												

該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。

元気なときから亡くなるまでお付き合いしています

経緯

高校の事務員として定年まで勤務。結婚歴、兄弟なく両親の死後は独居。

62歳時にすい臓癌、脾頭十二指腸切除、胃2/3切除。この頃から記銘力障害、飲酒喫煙量が目立つようになってくる。

心筋梗塞、狭心症により64歳の時に身体障害者手帳が交付されている。糖尿病、高血圧もあり。

平成29年9月上旬CEA腫瘍マーカーが高値となり検査入院。夜間せん妄、職員への暴力行為があり1日で退院。

退院後小規模多機能の利用を開始。訪問のサービスを利用され、Mクリニックの訪問診療と日和野の訪問を併用されながら血糖測定、インスリン注射を継続。食事の支援、掃除・洗濯の支援を毎日利用。

飲酒・喫煙を常時しておられ幻視・幻覚の症状が強く、キーパーソンの従妹の方々や、日和野への不安の訴えの電話が頻回となる。

平成29年11月6日 自ら警察に電話。

平成29年11月7日 MクリニックよりG病院へ紹介され、入院となる

平成30年2月19日 G病院を退院⇒そのまま日和野の泊り利用開始

平成30年4月 浮腫著明 血尿や尿の出が悪い状況見られるようになる

平成30年6月21日 当施設にて永眠

この事例を通してアピール・自慢したいこと

1回目の入院（平成29年10月）で、夜間せん妄、職員への暴力行為により翌日退院された後、在宅でどのような状態となられるか誰も予想がつかない状況であったと思う。どのような状況にもある程度柔軟に対応できる事業所として小規模多機能を選ばれたケースである。

在宅時は喫煙や飲酒による火の元の問題や、飲酒への依存の問題もあり、すでに癌も悪化しておられる中で、どこまでこの生活が継続できるのか、またどうなったら在宅生活が難しくなるのか…手探りでご本人の思いに重きを置きながら毎日の関わりを続けてきた。

精神科退院後は泊まりの利用を開始したが、大声での訴えが多く、職員や他利用者への影響も大きかった。大声も訴える力と捉え職員が代弁するように心がけ関わることで困った行動として捉えていた職員や利用者様からも次第にそのキャラクターが愛されるようになっていたように思う。

今回、該当する事例の種類として「元気な時から亡くなるまでお付き合いしています」を選択したが、出会いの時点ではご自分で買い物にも出かける力を持っておられたとはいえ、身体的には既に癌が進行した状況であり、糖尿病やアルコール依存症などを抱えた「たくさんの病気や症状を併せ持つ方に亡くなるまでお付き合いしています」という事例だった。アルコール依存症を併せ持つ認知症高齢者への支援として、安全面や健康

面で適切ではない関わりも多々あったのかもしれないが、状態が変化していく中で、亡くなられるまでの経過を本人や親族の思いを探りながら支えてきたつもりである。

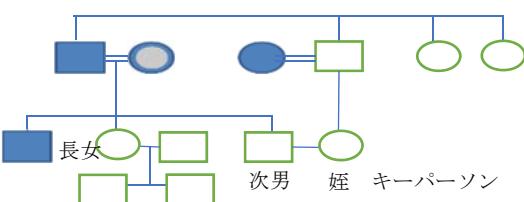
食べたい物を「食べたい」と大きな声で訴え、食べたい物を食べ、少し控えるように看護師さんに注意され、大声で反論したり、冗談で返したりながらも、独居生活の長かった方が、人とのやり取りを楽しみながら最期の時を生きていただけたのではないかと感じている。

亡くなれる数日前に「ここ的生活はどうですか」と伺った時に「皆さんに大変良くしてもらって、感謝しています。ありがとう。」としっかりとした口調で伝えて下さったことがとても印象に残っている。

自由記述

出会った当初、頭髪を何年も洗っておられない状況であり髪を大きく結ったような状態、手足の爪は3～4 cm伸びていた。訪問美容師さんに問い合わせ、対応して頂く事が出来た。髪をほどく事が困難であったが、ゆっくりコミュニケーションを取られながら気持ち良くカットしていかれ、とてもきれいな髪型になった。ヘアカットが専門の方ではあるが、この様なケースにも快く対応してくださり、洗髪まで行われた。介護を仕事とする身として、専門性の幅をもつこと、出来ることの範囲を狭めない力を持つことの大切さを感じた。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	ケアタウン・なんと（富山県）				
(仮名) 氏名	Tさん	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	年齢	82歳
要介護度	要介護3	利用期間	3年3か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 <input checked="" type="checkbox"/> A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：24回 訪問：30回 宿泊：回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具貸与					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
成年後見制度（保佐人）					
本人の性格や状況					
自分に甘く、他人に厳しい。その性格ゆえに長女、次男を除く親族からは疎まれており、一緒の墓には入れてくれるなどとまで言われている。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
					
主病名					
アルツハイマー型認知症、糖尿病II型、うつ病					
服薬状況					
ドネペジルOD錠、プラバスタチンNa錠、カンデサルタン錠、トラゾドン錠、メトホルミン、サインバルタカプセル					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
そこまでやったんかい！小規模多機能					

経緯

本人は平日通いサービス数回と、毎週末泊まりサービスを利用。同居の次男が長年患っていた統合失調症が悪化したことをきっかけに当事業所併設のサ高住利用開始。本人は利用自体にも慣れられ、病気の悪化や目立つトラブルもなく、他利用者と仲良く過ごされている。そこへキーパーソンである姪から、本人の相談に加え、次男に関する相談が増えていき、次男は次男で事業所へ姪に追い出されたから泊めてくれと何度も押しかけられたり、病院へ入院中にも関わらず、外出許可が出たということで事業所へ面会に来たら、戻るのを拒否され、本人と一緒に車に乗せて病院まで何とか送り届ける。本人が過去に起こした親族との諍を間に入って調停してほしいと依頼があったりと本人以外の部分にも一緒に顔を出しています。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

少し変わった所がある。家族、親族のケースであり、本人が事業所内では友人も多く、トラブルを起こさない方の分、ギャップがある。

本来、一職員がそこまでかかわらなくてもよいのではないか、本人以外の部分で深く関わるのが越権行為に当たるのではないかと、そういう心配も何度もなくあり、本人、次男の主治医や地域包括にも相談続けている。

本人を毎回当事者の一人として関わっていただいていた事が、ある意味余計に信用されるようになったのかとも思います。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		いつでも来られま放生津（富山県）			
(仮名) 氏名	A さん	性 別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年 齢	93 歳
要介護度	要介護 4	利用期間	1 年 4 か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：25回 訪問：50回 宿泊：1回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（地域ケア会議）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
なし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
民生委員の安否確認を受けています。					
本人の性格や状況					
短期記憶が曇昧で金銭管理が困難な状況で、買い物好きで無駄使いがある。本人と姪はお互いに関わりを持ちたくない状況。近隣住民との関わりが薄く近隣の方は高齢である独居の生活を不安に思っている。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
独居。夫死去、子どもなし。利用開始時の契約等の立ち会人は隣市に住む亡くなった夫側の姪（本人は会いたくない、連絡もしてほしくないと言っている）					
主病名					
アルツハイマー型認知症、左大腿骨転子部骨折術後、骨粗鬆症、過活動膀胱					
服薬状況					
ドネペジル塩酸塩 0D錠 5mg、メマリー0D錠 10mg、ベシケア 0D錠 5mg、カロナール錠 200mg、レバミピド錠 100mg、カルフィーナ錠 1μg、ソラナックス 0.4mg錠（頓服）					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
地域でも有名な買い物好き気分屋おばあちゃんの支援					

経緯

15 年位前に介護状態の夫が死去し独居となる。その後独居が不安であると H19 年に介護保険認定を受けるもサービスは未利用の状態であった。H24 年には男性から頻繁に電話があり待ち伏せされ、車で付きまとわれ困っていると警察署へ相談に行くが緊急性や事件性もなく包括支援センターが相談対応することになる。それ以降も体調不良時に歩けないからと相談が入り、在宅サービスを紹介するも毎日スーパーへ行っている状況。デイサービスの利用についても自分で事業所へ利用相談しているが、結局自分でまだ行きたいありませんと断る。午前と午後で気持ちが変わる所があり、病院受診も気分で行きたい複数の病院へ受診される。また同時に複数の接骨院にもタクシーや徒歩で行かれたりもしている。各機関でも注意人物とリストアップされている。H27 年から配食サービスのみ利用。H29 年 6 月より小規模多機能型サービスを利用される。つい先日には関係者の情報共有のため地域包括ケア会議を依頼、開催して地域の方々と生活支援を継続している

この事例を通してアピール・自慢したいこと

開設から約 1 年半が経ちましたが、開設当初は右も左も分からぬ状態からのスタートでスタッフ全員がどのように支援していけば良いのか分からず、とりあえず利用者宅へ訪問して顔を憶えて頂いて、慣れてこられれば通い利用して頂き、事業所で食事サービスと入浴サービスを行うという型にはまった一方的なサービスの提供しか出来ませんでした。しかし、この方を支援するようになって利用者一人一人の生活を支援するという考え方方がスタッフの間で芽生え、個人の事を理解する事が出来るようになったと思います。最近ではスタッフの間で「A さんあの歳でも自宅で生活しておられるから凄いわ。」という尊敬の声が聞かれるようになりました。H30 年 9 月には A さんの地域ケア会議を行うことが出来、地域の方の協力も得ることが出来ました。この事例を通して利用者のその日の状態に合わせた臨機応変なサービスを考える力が身についたと思います。

自由記述

小規模多機能型サービスを利用開始当初は日に 2 回の訪問サービスでスタッフの顔を憶えてもらうことから始める。1 カ月位経つとスタッフの顔を憶えられ、事業所に昼食を食べに来られるようになる。その後も訪問・通いのサービスを利用されるが、本人から電話があり迎えに行くと、「やっぱり行かない。急用を思い出したの。」「迎えに来てなんて言ってないわよ。」と言って断られたり、訪問に行くと、「もう来ないでください。忙しいの。」と言ってタクシーを呼んで買い物に行ったり、病院へ行ったりされる事が日常的に続く。H30 年 5 月通院中の接骨院で転倒により骨折され、手術を行い、6 日目には本人が「入院は嫌だ。」と言い続けるため退院し、その日から泊りサービスを利用される。それに伴い区分変更申請を行う。泊りサービスを利用中も動けない間は大人しくしておられたが、動けるようになると、「家に帰るからタクシー呼んで。」「ここにいると夜寝れないの。」「お寺さんがお参りに来られるから明日帰ります。」等言われ、帰宅要望が強くなつたため 6 月 29 日から現在まで訪問・通いを中心にサービスを利用中。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		ケアホームなかそね (富山県)			
(仮名) 氏名	C・I	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	78歳
要介護度	要介護2		利用期間	2年4か月	
認知症日常生活自立度		自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J 1 A 1 <input checked="" type="checkbox"/> A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：8回 訪問：8回 宿泊：0回 本人が事業所にも訪問。4回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（通い以外で、行事への参加）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
現在は無いが、福祉用具や訪問看護を利用されていた経緯有り。					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
夫による外出支援（カラオケ、外食、旅行、買い物）、近所の方の声掛けや見守り					
本人の性格や状況					
表情も明るく常に笑顔で大きい声で話をされる。 喜怒哀楽がはっきりしており、基本的に楽しく人生を楽しみたいという思いを持っておられる。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
同居家族は夫と長男であり、主介護者は夫である。 長男も仕事の合間（3交代で不規則）で、一緒に買い物に行ったりされる。					
主病名					
不安障害、便秘症、鬱病					
服薬状況					
ベザトールS R錠100mg、ガスコン錠40mg、レチコラン錠500μg、セルシン錠2mg ベラプロストナトリウム錠20μg、マグミット錠250mg					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
思いを叶える。～その人らしく生きる。					

経緯

平成25年8月に、炎天下の中で自宅の庭で本人が草むしりをしていると熱中症にかかり、合わせて不眠・不安・焦燥・混乱のような精神症状が突発的に出てきた。その時、自宅から、歩いて1時間かかる海に行き飛び込まれ、近くにいた方に助けられ救急搬送される。近隣の病院に入院したが、精神症状が強く対応が難しくなり、平成25年11月にT市民病院の精神科へ転院となる。この頃より食道に炎症が起こって摂取が困難な状況に陥り流動食となり、尿閉になりバルーンを留置、体重減少や他者との関わりも拒否するようになり寝たきり状態となった。退院後からは、夫の献身的な在宅介護や、遠方のデイケアや訪問看護にてリハビリを継続して、ADLや嚥下能力の向上、精神症状の改善やバルーンが外れる等、快方に向かっていた為に小規模多機能型居宅介護にサービスを切り替え、自身の思いに添ったサービス利用をされている。現在は、食事量も増え体重も増加し、精神障害は殆ど見られなくなってきた。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

小規模の働きかけ

- 平成25年の病気発症後から毎日欠かさず本人の状態を、事業所と夫と医師が連携ノートに記録して、それを基に支援内容を検討していく事で、本人が多くの方に支えてもらっているという安心感が生まれ、徐々にだが、元の明るく社交的な本人になる事が出来た。
- 地域の方と通いの日を合わせホーム内で一緒に過ごして頂き、通いや訪問の利用が無くとも、行事には必ず声掛けをして参加してもらった。夫に協力を依頼し、地域のカラオケ店やスーパーに一緒に行って頂き、今まで無かった夫婦での活動をより多く促す事で、精神的安定を図れ、不安障害の改善が見られた。(精神薬の減少)夫の献身的な介護と事業所と医療機関との緊密な連携、地域行事等への社会参加の誘いをしていく事で、本人の精神状態の安定へと結びついた。
- 夫に対し、習字教室(前講師が高齢になったため)をケアホームなかそねで開催をお願いした。その教室を本人の通いの日に合わせて開催して頂いた。夫が地域の中に積極的に出る人でありその教室に参加していく事で、1人ではないという思い、孤独感や焦燥感もなく過ごす事が出来た。
- 当日の体調や様子を確認しながら、本人の話に対して否定せず、話を肯定的に受け入れる。賑やかな事が好きなので、レクリエーション、カラオケ等を提供して積極的に参加して頂き、その日1日を楽しく過ごして頂くように心がけた。
- 本人が1番したかった料理、買い物等を職員と一緒にする事で、“家族の為にも”という思いから、自宅で少しずつ家事が出来るようになり、御自身が家族の役に立っているという事が認識出来、生きがいとなっている。

自由記述

現在本人は、家事に対する意欲がでているが、家事全般においてはサポートが必要である。家族の為に、色々な事に対する意欲がでている。家族の為に、色々な事に対する意欲でいる妻の姿を見て夫は嬉しく、今後もこの生活が継続出来ればと考えている。

家の生活は、家事をして天気の良い日は朝と夕の1日2回の近所の散歩をしている。月1回は地域のパークゴルフに参加したり、納涼祭、新年会でカラオケを歌ったりする等、地域の行事にも積極的に参加している。

自由記述

小規模での関わりとして、今日の体調、様子等確認しながら、職員側からなるべく声掛けするようとする。また、本人の話に対して否定せず、全ての話を受け入れている。賑やかな事が好きなので、レクリエーション、カラオケ等を提供し、積極的に参加して頂き、その日1日を楽しく過ごして頂くように心がけた。

家の生活は、洗濯、掃除、調理等、家事に対する意欲がでてきており、天気のいい日は朝、夕1日2回の散歩をしている。月1回は地域のパークゴルフに参加したり、納涼祭、新年会でカラオケを歌ったりする等、地域の行事にも積極的に参加している。

また、夫婦で地域の一人暮らしのお宅に伺い話をしている。地域の中で自分たち夫婦の役割を実感している。

現在、本人らしくいきいきと暮らしている。

今後も御利用者様が望む生活、暮らしが継続できるように、その人がその人らしく地域の中で暮らす事ができるための支援をし続ける事が、小規模多機能型居宅介護の役割であり使命と考える。

事例を通して感じた事。

鬱病になり、本人はほぼ寝たきり状態になり、リハビリ施設、訪問看護等を利用し、医療的なケアを行い、身体機能が少しずつ回復した。本人の状態をみながら、できる事を促すようにしていった。最初は何もする気が無い本人に対し、夫は無理強いする事もあったが、職員からもアドバイスし、夫も鬱病の勉強をされ、気長にかかわるようになり、本人の意欲がでてきた。

本人を支援することも大事だが、家族にアドバイスし、家族のよき理解者であり、協力者である事も大切である事を感じた。

現在も、家族が本人を支える部分はあるが、本人は、妻として、調理、買い物をしようとする意欲があり、役割を少しでも回復する事で、本人家族ともに喜んでいる。

本人の思いが継続し、本人が生き生きと暮らすためにも、家族、地域を小規模多機能型居宅介護がつなげて、本人の思いを支援していく事が重要であると感じた。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能型居宅介護 和が家日和（長野県）			
(仮名) 氏名	Aさん	性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	年齢	91歳
要介護度	要介護 3	利用期間	5年7か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV <input checked="" type="radio"/>			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 <input checked="" type="radio"/> B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：	回	訪問：	回	宿泊：	回
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（書類手続き代行）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
無し					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
地域包括支援センターによる面会支援					
本人の性格や状況					
人の世話にはならない。 気丈					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
Bさん（娘：（精神・身体1種1級） キーパーソン Cさん（弟：九州在住）→Dさん（姪：近隣市在住）					
主病名					
H24.8 アルツハイマー型認知症 H28.3 骨髄異形成症候群					
服薬状況					
アリセプト 5mg→H27.10 中止					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践 事業所だけで終わらせない支援					

経緯

背景：

Aさん（85歳）は障害を持つ長女Bさん（精神・身体1種1級）と50年間二人で生活。Aさんの物忘れは3年前から。Bさんが発作を起こす事が増えた。受診時に同じ事を何度も言う。そのBさんが7月〇日に自宅で転倒し右足首骨折、（障害）ヘルパーが発見し入院となる。

出逢い：H24.8

地域包括支援センターから「今からちょっと相談に乗って欲しい来て欲しい」と電話窓口にAさん・Cさん。

支援開始：毎日訪問→娘さん入院している病院へ+通院支援

看護師：「面会に毎日来る、早朝（7時頃）から終日をBの病室で過ごす。帰りは17時すぎになる事も多い。出口が分からず院内で迷う事もしばしば。休日や夜勤帯で人手が無い時は困る。」

「Bさんを立たせようと（歩かせようと）する。」「体重コントロールも治療の一環だが、Bが好きだからとチョコレートお菓子、持参した弁当を食事時間外に食べさせる等、治療の妨げで困る。」

一週間後「あれえ、今日も来てくれた？」と顔を覚えてくれる。

→訪問（書類、手続き代行支援）+通い+通院支援

通い：「おたくは福祉課からきた？」「Bがお世話になって」昼食を食べに毎日の通い。

「福祉課にはBの事でお世話になっている。入院している間は作業所でお手伝いする。」

「食べるばかりでは申し訳ない」と食器洗いを手伝ってくれるようになる。

訪問：自宅の郵便物が未整理。公営住宅の更新書類等が手つかずのまま。

通院支援：支度→通院までに30分は必用で、一連の流れの中で“行くか”のタイミングを計らないと“行かない”になってしまう

訪問+通い+書類、手続き代行支援+Bさんの支援

Bさんの退院許可入院以前よりADL低下。

Aさん家族を在宅で支えられないか。自事業所としてできる事を検討し、タイムケアサービス（障害）事業所として届け出。

訪問+通い+書類、手続き代行支援+Bさんの支援（面会）

後隔週でBさんの生活する施設に面会同行 包括職員も1回/各月で面会同行。

市職員「Aさんこんなふうに笑ったりするんですね」

H28.3 訪問+通院支援+泊まり+配食支援+時々通い

かかりつけ医の定期受診時に血液検査、Drより連絡。血液検査結果、急内科受診して欲しいと

Drより連絡、2次医療機関受診可能

救急外来、総合診療科受診。Dr問診後CT、採血採尿。検査上所見で溶血性貧血の可能性あり、専門医に判断を委ねたい。→血液内科予約。

Aさん「昔から血が少ないといわれている。親も兄弟も皆そう。」

血液内科受診（D 同席）Dr：骨髓異形成症候群の可能性。服薬で改善するケースあり。体調がすぐれない事が増え、通いに来れない事が多くなる。→訪問中心にし、食べられそうな物、食べたいもの、事業所から粥を届ける等、その日の状況に応じて支援を変更。

H29.12 訪問+通院支援+配食支援

本人体調悪く動けない状況が続き定期通院できない状態。Dr「延期で良い。」

次回受診時に予後（経過）、訪問診療を踏まえ在宅フォローを相談。

H30.2 訪問+通院支援（救急搬送）

救急 Dr：低血糖、脱水、低体温症 治療は出来ないが在宅医療環境が整うまでの数日間入院。21時30分 Dr「息を引き取られました。」と電話。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

小規模多機能が開設して間も無い時に出逢い。事業所で抱え込みすぎた事も反省としてあるが、沢山の事を教えてくれたAさんから、「出会ったその「人にとってその人らしい暮らしの継続とは何か?」を事業所スタッフがチームとして考え、支援して行く事を教えてもらった。

Aさん Bさん丸ごと支えたいと考えて届け出をしたタイムケアはその後Eさん（16歳）との出逢いに繋がり H28.4 から基準該当生活介護の指定を受けて継続支援している。

自由記述

「Bを遠足に連れ出して骨折させられた、福祉課はひどいところ」と何度も福祉課に電話をする。「私の娘なのに病院が来るなといった」と市役所や病院で困った人とされて来たAさんであった。周囲から「困ったAさんを何とかして欲しい。」を切っ掛けに会った私達。関係構築を最優先に考え支援を通じてAさんは「お転婆で負けず嫌い」「学校の成績はクラスで3番以下になった事が無い」「かけっこは負けた事が無い」「ガキ大将をやっつけた」「実家の手伝いをさぼって怒られた」「年末しか帰らない父が大好きだった」「一家で故郷を離れ家族を養うために働きにでた」「姉さんより糸取りの腕が良かつたから給料も姉さんより良かった。」「糸取りを13年。工場では教える係をしていた」「娘が生まれ間もなく夫を亡くしたAさん」「一人で娘と50年間暮らしてきたAさん」沢山の言葉からAさんをすることを通じ『困った〇〇さん』では無く、『困っている〇〇さん』の視点で支援して行く事の大切さを気付かせて貰う事が出来た。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		宅幼老所あずま家（長野県）			
(仮名) 氏名	A様	性別	男	年齢	90歳
要介護度	要介護 5	利用期間	3年9か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb ■ IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 ■ C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 4回 訪問： 120回 宿泊： 0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
(レ)配食 (レ)自宅での入浴 (レ)外出支援 <input type="checkbox"/> その他()					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具（ベッド一式、エアマット、体交クッション、リクライニング車椅子、吸引機）、訪問看護、訪問診療					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
民生委員さんの見守り 妻の友人による訪問。					
本人の性格や状況					
まじめ。頑固。長年国鉄で勤められ、近所の方々との関係も良かった。 趣味は自宅で書を書くこと。日本酒を飲むこと。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
妻（要介護4）との二人暮らし。娘さんが1時間ほどの地区に暮らされており、1日おきに夜来訪されている。他県に娘さんがおり、年末などに帰省されている。					
主病名					
(既往歴) 低体温、肺炎、右大腿骨骨折⇒オペ実施					
服薬状況					
マグミット（夕食後）					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
みんな最期まで自宅で支えている小規模多機能					

経緯

平成27年1月、地域包括支援センターより紹介がありました。低体温症で、自宅で倒れ入院中、自宅へ戻る際に小規模多機能を利用したいとの相談でした。妻との2人暮らしで、同時期に妻はペースメーカーのオペのために入院をしていました。結局、妻の退院とも重なり、お二人ともに小規模への登録をして自宅での生活の準備が始まりました。

Aさんは退院後、一旦あずま家で宿泊をしながらアセスメントを進める形となり、当初は入院による廃用が進み車椅子使用で歩行もできませんでした。また、食事がなかなか食べられなかったり、夜間の排せつがうまくいかず、おむつ外しなどもみられました。お酒が大好きなAさんでしたので、泊まりのときには一緒に晩酌をしたり、お話しを伺うことなどを通して本人のニーズが見え始めてきました。妻のことをとても心配していること、自分でトイレに行きたいことなど見えてきました。徐々に歩行もできるようになりました。妻が退院する前に、一時自宅へ戻る支援も行いましたが、体調を崩しては泊まりをする形の繰り返しでした。

一方妻も退院が決まり、一時期はご夫婦あずま家に泊まることもありました。ただ、日中夜間通してお二人が一緒にいると、Aさんが妻のことを心配して気にしてしまうことや、妻も今後の暮らしへの不安から精神状態がやや不安定（うつ病の既往あり）になってしまい、妻は日中のみサテライトの事業所に出かけるようになりました。

温かい時期になり、お二人で自宅へ戻る方向となりました。地域の住民の方々と関係者で担当者会議を行い、自宅での暮らしについて考え方合いと認知症サポーター研修も行いました。地域の方々からは、火の始末の問題が心配だとか、施設入所を進めたほうがいいなどの意見が挙がりました。とりあえず、火は使わないような生活に切り替え、何かあればあずま家へ連絡をしてもらう形で終わりました。後日、Aさんと一緒にご近所を散歩をしていると、ご近所の方から声をかけられたAさんが、「これからもよろしくお願いします」としっかりと話されていたのを覚えています。

近所の方からは「お元気なころはいろいろお世話になったご夫婦。優しい方だった。周りも気にしているんです。」と話を頂きました。その後、娘さんとスタッフにて、近所の方に改めてあいさつ回りをして、今後も二人の暮らしを見守ってほしいことをお願いしました。

平成27年11月、Aさんはご自宅にて右大腿部の骨折を機に入院され、退院後の介護度は5となられ、ご夫婦で要介護5のお二人暮らし始まりました。妻は精神的に不安が強く、自宅では大きな声を出してしまうため、抗精神病薬の調整を行うなどしました。この時期は、スタッフ全員でどのようにお二人の生活を支えるのがいいのか、、、とても迷いながら関わっていた時期でした。「施設入所へ」という考えもよぎりましたが、スタッフのあきらめない気持ちで、何とかがんばってAさんの気持ちにこたえたい一心でした。Aさんは、今まで趣味で行ってきた書道に囲まれながら自宅で過ごしたい意向もあり、通いでの入浴以外は朝、昼、午後、夜の訪問での支えに切り替えました。自宅でのAさんの表情はとても穏やかで、会話も弾みます。新聞はルーペを使ってゆっくり読まれたり、時には広告の裏に何かを記したり、自宅ならではの環境のなかで過ごされました。ご自宅では、ご本人らしい表情で、通いの時には見られなかった笑顔が多くみられ

ました。妻も徐々に、生活が落ちつくなかで、不安も徐々に減っていました。当時の担当者会議では、娘さん、かかりつけの医師や訪問看護師と共に、ご夫婦が今後自宅で自然に亡くなりたい意向を確認して、何かの時にも対応に困らない形を確認しました。

お二人での暮らしが、落ち着きはじめた頃、民生委員さんより「これから先は、何があってもいいね。○○先生にお任せしてあるし、救急車は呼ばなくてもいいよね。でも災害のときはどうしたらいいのかな?」とお話しがあり、地域の避難訓練を民生委員さんと一緒に行いました。また、地区の敬老会に2年連続で参加もされ、ビールで乾杯もされていました。はじめは心配から「施設へ」と言っていた地域の方々が、力になつてくださることが嬉しく感じました。

また、ご夫婦で過ごす時間は、在宅生活の利点だったと思います。毎日夕食はお二人でテレビを見ながら過ごされ、言葉を交わすことは少なくとも顔を合わせてました。昔の思い出話に花が咲くこともしばしばありました。また、スタッフと回転寿司に出かけたり、年末には一緒にしめ縄飾りを作られるエピソードもありました。普段のなにげない時間は、実は貴重な時間だったと感じます。

本年8月に入り、徐々に食事も食べられなくなり、通いの入浴から、訪問のご自宅での入浴に切り替えました。訪問で朝~晩まで、訪問看護の方と一緒に支えながら、夜間は娘さんが様子を見にこられました。食事は好きなものを、最期まで食べられ、妻にご自宅で見送られながら、なじみのご自宅の風景のなか、Aさんらしく旅立たれました。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

ご利用の当時は、同時に入院されている高齢の2人暮らしを支えることから始まりました。途中在宅での暮らしは難しいかと思う時期もあり、泊まりのサービスを切っては、つないで数ヶ月つなげたこともあります。しかし、ご本人が事業所で過ごすのではなく、自宅で暮らしたいという思いに沿うようになると、状態も改善し、ほとんど訪問だけで支えながら最期の看取りまで支えることができた事例です。自慢は、なんと言っても要介護5のご夫婦の2人暮らしをスタッフ全員で支えさせていただいたことです。(現在奥様は要介護4に改善。)

本年9月にAさんはご自宅にてお亡くなりになられました。娘さんより、「最後まで父らしく、自宅で過ごせたのも皆さんのおかげです。」と感謝の言葉を頂きました。

自由記述

ご家族より「最期まで本人の大好きな自宅で過ごすことができて良かった。」と笑顔で涙されたのが印象的です。スタッフも奥さんの介助として、お通夜式と本葬にも参加させていただきました。

小規模多機能では、その時の状態に合わせて、いろいろな機能を提供できますが、使い方を一步間違えると、本人の生きる力も奪ってしまうことになると感じます。ご本人が望む暮らしは何かを考え、ご自宅での暮らしが続けられ、生きがいを見つけられるように、環境を整えるだけでなく、ご近所の方々の理解、見守りや、必要時の柔軟な訪問の支えは、小規模の大きな強みだと感じます。

また、状況が変わっても、スタッフ同士がアイデアを出し合い、情報を共有し合い、あきらめずに関わり続けることの大切さもとても大きな学びとなりました。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	南天神の家					(長野県)
(仮名) 氏名	A様	性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	年齢	80歳台後半	
要介護度	要介護 3	利用期間		2年 7か月		
認知症日常生活自立度		自立 I <input checked="" type="radio"/> IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 <input checked="" type="radio"/> A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 12回 訪問： 16回 宿泊： 回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（医療連携）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
福祉用具レンタル（ベッド、手すり等）						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
近所の薬剤師が家族の相談役の一つとなっている。						
本人の性格や状況						
コミュニケーション良好だが、他者への気遣いが見られ、自己主張する事が少ない。 自らの意思で行動するが、身体機能の低下の自覚がない。転倒するリスクを伝えて自分で「やらないといけない」と思った事についてはやらずにはいられない。 子どもが好き。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
長男夫婦との3人暮らし。主介護者は長男。長男妻も食事や着替え等の支援をしている。 長男の他に娘が二人おり、孫やひ孫を連れて遊びに来ることもある。						
主病名						
認知症 右大腿骨転子部骨折 脊椎圧迫骨折						
服薬状況						
ミヤBM						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践						

経緯

利用開始は2016年3月。発表者である上野がAさんと関わるようになったのが7月から。この時は週2回の通いサービスのみを利用。

2016年9月初旬、自宅で転倒。右大腿骨転子部骨折の為入院。リハビリの末、退院。

退院後、トイレに頻繁に通う、排便コントロールが困難、食行動の異常が見られる等の課題が生じた。家族の献身的な対応、医療連携、サービス内容の調整等によって状況が改善された。また、状況改善がなされただけではなく、社会性が見られるようになり、他者との交流も見られるようになった。交流が増えた中である女性スタッフとの信頼関係が形成されていった。そのスタッフの妊娠が判明。その際にはお腹の赤ちゃんを気に掛ける様子が見られていた。

2018年5月に風邪をひき、食事量低下が見られていた。5月末、自宅で転倒。6月初旬に脊椎圧迫骨折で入院。リハビリを行い、7月末に退院。現在も南天神の家を利用しながら在宅生活を続けている。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

「転んでもまた歩き出せる。」ということ。

骨折によって寝たきりになってしまったとしても、「自宅に帰って暮らしたい！」という本人の思い、「出来るだけ自宅で一緒に暮らせるようにしてあげたい！」という家族の思いがあり、それに地域や小規模多機能型居宅介護の支援が加わる事で在宅生活が続けられるということ。

自由記述

数回の骨折の度に「歩行ができなくなるのでは？」「在宅での生活は難しいのでは？」といったことが心配されていた。事実自分も「帰ってこられるのだろうか？」と不安を抱いていた。しかし、ふたを開けてみれば本人の「自宅に帰りたい」といった思いや「スタッフの赤ちゃんを抱きたい」といった目標、家族の「自宅で過ごしてほしい。」という「あきらめない思い」から自宅に戻ることができ、今も在宅生活が継続されている。

食行動の異常や排便コントロールの困難さといった課題もあったが、「なぜそのような行動が生じるのか」と要因分析を行うことや家族による柔軟な支援、南天神の家でのサービス内容の調整等によって課題を一つ一つクリアすることが出来た。現在も食事摂取量の少なさや体重の減少といった課題が生じているが、家族との担当者会議や南天神の家の支援などによって徐々に改善が見られ始めている。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	宅老所手と手（長野県）				
(仮名) 氏名	Aさん	性別	女	年齢	84歳
要介護度	要介護 5	利用期間	4年4か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 18回 訪問： 67回 宿泊： 0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
配食サービス（週1回：夕食）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
成年後見制度利用による財産管理 夫がレンタルしている介護用ベッドを共有。 夫の排泄介助（ポータブルトイレ・しごんの片づけ）					
本人の性格や状況 自尊心が強い。嫉妬深い。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など） 夫…要介護2。幼少期よりポリオによる右半身障害。H26年頃より歩けなくなり、車いすにて移動。自宅内は自分で移動できるが、外出先では、介助が必要。 同法人の居宅ケアマネ、別法人のデイケア週3回利用。ベッド・車いすレンタル。 子どもなし。 Cさん…夫が以前絵画教室を開いていたころの生徒。現在Aさん夫婦の身のまわりの世話をしている。デイ・デイケアの送り出し・お迎え。夫の洋服の洗濯。Aさん夫婦の食事の世話。自宅の掃除・買い物等。夫の通帳より現金引き出し。					
主病名 アルツハイマー型認知症					
服薬状況 ドネペジル 5mg 抑肝散					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践					

経緯

【手と手登録までの経過】

保育士として勤務

H14年頃より、何度も同じことを繰り返す。

H17年 要介護1。介護保険サービス利用せず。

H24年

- ・夜興奮して外に出ていき、近所の人が保護。

- ・興奮して近所の家の街灯を壊す。

- ・外へ出かけて、近所の家に入り、住人の手を噛んでしまう。

H26年4月 自宅2階窓から出て、屋根に上り、降りれなくなり、消防隊が出動。

H26年5月 民生委員さんが心配し、地域包括に相談。地域包括より小規模多機能紹介、登録。夫は、妻の行動にどうしたら良いか分からず、本人外へ出ないよう、自宅の鍵をかけていた。

H26年5月 手と手利用開始（通い週3回：入浴中心）

【利用開始時のADL】

要介護2

食事：自立

排泄：自立（失禁なし・トイレ使用・布パンツ）。トイレの場所がわからないとき、時々あり。

入浴：夫が先に風呂に入り、声を掛けると、自ら服を脱ぎ一緒にに入る。

更衣：一部介助（洋服をうまく選べない。自分で脱いだり、着たりはできる。）

移動：自立

身体状況：麻痺・拘縮なし

認知機能：言葉が出にくい。記憶障害・見当識障害あり。

その他：夫、右半身障害あったが、Aさんの介護、家事全般・金銭管理等一人で行う。

【支援経過】

夫と一緒に来所。汗臭く、爪も伸びている。入浴は、夫と一緒に入っているが、洗っているか分からないとのこと。夫が「家に帰る」と伝えると、Aさんも玄関に行き「帰る」と強い口調で話す。外に散歩に出かける。午後も、2回外に散歩に出かける。

帰る頃になると、「帰らない」と話し、車への乗車、時間かかる。

6月

- ・迎えに行くと夫に対して「そうじゃないんだよ」「なんなの、あんたが行きなさいよ」と夫に対して絶えず怒りながら話す。玄関から出ることも出来ず、通い休み。
- ・通えた日は、宅老所の外へ10回程度出入りしていた。
- ・浴室に入り、笑っていることあったが、シャワーを髪にかけると「嫌だよ～」「痛いよ」「怖い」など話し、興奮していた。

7月

- ・入浴誘う。浴室入ると「何なの！」「ものじやないのよ」「あんたたちは！」と怒っている。お湯をかけると、怒ったり、蹴ったり、殴ったりする。自宅へ送るも、車から降りようとしない。スタッフが足を降ろそうとすると、スタッフの腕をかみつく。
- ・宅老所の中に入るも、すぐに外に出て行ってしまう。
- ・職員と洗濯物たたみ一緒に行う。
- ・台所で洗い物したり、利用者さんにお茶を配る。
- ・手と手に、来たり、来れなかつたり。入浴も入れたり、入れなかつたり。

8月

- ・夫（要支援1）も入浴自宅で出来ていない為、週2回通い利用となる（手と手登録）
- ・夫と一緒に来所。14時頃より、室内を歩き続け、行き会う職員に怒る。興奮強くなり、自宅へ送る。自宅に帰ってからも落ち着かず。夫に対してテレビを投げつけようとしていた。1時間ほどして落ち着く。

9月

- ・おやつのもも、「これ大好き」と表情良い。入浴も「あ～よかった」「うれしい」「ありがとうございます」
- ・8月に比べ、通いに行ける回数増えた。
- ・Aさんの妹が時々来て髪の毛を切ってくれる。
- ・外に出て興奮。車のドアバイザーを取ってしまう。
- ・迎えに行くも、すでに怒っており、ドアを勢いよく閉めてしまう。

10月

- ・入浴誘うも「嫌だ、入らない」と話す。スタッフ話を聞いていると、突然平手打ち3発たたく。自宅へ送った際も、夫に対し、怒ったり、たたいたり。スタッフに対しても「帰れ！」と追い出す。
- ・迎え時、表情暗い。車中で、車の窓をたたく。宅老所内でも表情険しい。他の利用者さんに対しても、怒ったり、落ち着かない。その後、目つき厳しく、にらみつけていた。
- ・興奮して外に出て、車のワイパーへし折る。
- ・食事の際、「痛い」ということが時々あり。食事量・水分量変わっていない。便秘もない。歯科衛生士に相談。口腔内確認。虫歯の可能性あるため、歯科医の訪問診療となる。虫歯3本。1本は抜歯。2本は治療行う。

11月

- ・夫、突然腰痛悪化により歩行難しくなる。自宅内は、キャスター付きのイスにて移動。ポータブルトイレ・ベットへの移動・ズボンの上げ下げ介助を要する。Aさん、泊まること難しいので、Aさん夫婦、毎日朝から夕食まで利用とする。
- ・Aさんの兄弟は、Aさん夫婦を支援できない為、施設入所すすめる。夫は2人が一緒にに入る施設希望するが、なかなか難しい。親族とのやりとりを聞いていたCさんが、

支援を申し出る。Aさん宅に行き、食事の用意・掃除・買い物・夫の排泄介助・夫の衣類の洗濯、Aさん・夫の通いの送り出し、迎え等を行うこととなる。

- ・Aさん、午前中はほぼ毎日興奮。
- ・Aさん、変更申請し要介護4.夫、変更申請し、要介護1となる。
- ・Cさんの支援が軌道に乗り始めたため、Aさん夫婦通い週4回とする。

12月

・失禁あったため、試しに紙パンツはかせてみたとCさん話す。本人表情暗い。Cさんに、まだ當時失禁はしていない事、自宅では一人でトイレに行って排泄できること、布パンツの方が皮膚トラブル少ないと伝え、布パンツに戻す。

- ・夫、以前のように歩けるようになりたいとリハビリ希望。老健のデイケア見学。
→1月より、小規模多機能登録外れ、デイケア週3回利用となる。

・お金・資産の管理も大変になってきた。成年後見センター紹介。Aさんは弁護士による成年後見制度利用。

→Cさんが行っている支援についても、Aさんと正式に契約を結ぶこととなる。

H27年1月

・興奮強いため、主治医よりリスピダール処方される。服薬した翌朝尿失禁していた為、服薬中止とする（興奮に対して、夫困っていなかったため）。

・通いの14時、機嫌悪く、外へ黙々と歩く。車が通りすぎると、車に向かって怒る。自宅へ送り、玄関へ行くと怒り始め、スタッフに噛みつく。しばらくすると、顔を両手でおおい泣いていた。

・入浴は通い2回に1回程度入れる。湯船には入れたり、入れなかつたり。全て服脱ぐも「ダメダメダメ」と服握りしめ、入れず。別の日には、入浴誘うと「うれしい！」と話し、湯船に入っている時も、ずっと話をしていた（内容は不明）。

・迎えに行くと、表情険しい。Cさんに「あんたが行きなさい」と言い続ける。車まで来るが乗車できず。

- ・自宅トイレの場所分からず失敗してしまうことがあるが、布パンツへの失禁はない。

2月

・夫、腰痛おさまり、またデイケアでのリハビリにより、移動（キャスターイス↔ベット・ポータブルトイレ）が自立となる。トイレ一人でできるようになり、Cさん當時いなくてよくなる。

・Cさん、毎日来てAさん夫婦の支援行っているが、負担軽減のため、週1回Aさん夫婦が自宅に居る時は、手と手の訪問で支援（Aさん夫婦の排泄支援・食事の用意・新聞・郵便・電気等）。

4月

・宅老所内、男性スタッフが通りかかると、追いかけ暴れはじめる。イスをひっくり返す。ファンヒーターを倒す。カーテン・枕カバーちぎる。

- ・にこやかに来所。外に出て体操「いいですね～。ハイハイ」と笑顔多い。
- ・迎えに行くと、Cさん外に居る。「今日はダメ。朝から自分（Aさん）の頭を搔きむしっている」
- ・迎えに行くと、表情良く車に乗車するが、道中突然怒り出し、スタッフの肩につかみかかる。
- ・お腹まわり85～90センチ。衣類調整する。

8月

- ・日中失禁ないが、夜、寝ぼけて、廊下や風呂場入口に排尿してしまう。トイレに間に合わず衣類汚すことあるが、様子見ることとする。排便はトイレでしている。
- ・Cさんは、朝8：45頃来ている。朝食は前日Cさんが準備していったものを、夫が用意。18時頃Cさん帰る。
- ・2人で入れる施設があつたら、2人で一緒に入りたい。

H28年1月

- ・来所時より、表情険しい。利用者さんに手を出そうとしたため、スタッフが間に入ると、たたいたり、枕を投げたり、しばらく怒りおさまらない。
- ・入浴洗身はできたが、洗髪は暴れてしまう。湯船に入るも、なかなか出れない。
- ・Aさんの衣服購入。
- ・自分でトイレに入り、便かき出していた。
- ・最近は、夜中1度起きトイレに行くが、ベッドに戻れず床に寝ていることが多い。
- ・ゆるめのズボンに変えたら、失禁なく、トイレに排泄している。

6月

- ・自宅の電話のベルの音で興奮し、便座を壊してしまった。今後は、携帯に連絡とする。
- ・訪問伺うと、トイレに座っていた。
- ・排尿は、トイレでせず、玄関・ゴミ箱・部屋の隅ですること増えてきた。

9月

- ・訪問時、廊下掃除・本人の手が便で汚れているので洗うこと時々あり。
- ・リハビリパンツ検討したが、トイレでないところで排尿し、その時衣服汚染しているので、布パンツのまととする。
- ・夫の担当者会議中（ケアマネ・デイケア職員・福祉用具職員）、Aさん、夫をスリッパでたたいていた。

H29年1月

- ・元旦、自宅椅子を2つ壊した。

2月

- ・2月6日、利用時38度。Cさんを通じて主治医に連絡。自宅へ往診となる。

- ・2月17日訪問、トイレ周辺、尿で汚染。
- ・通い時も、洋服尿汚染したまま来ること増える。

【モニタリング】

- ・尿失禁増えたため、自宅では紙パンツで過ごす。
- ・手と手では布パンツ+パット、自宅では紙パンツ+パット。
- ・朝8時30分・夕方17時頃はCさんが、20時は手と手が訪問し、排泄介助。
在宅日（火）（金）（日）は、11時30分・14時30分手と手が訪問し、排泄介助（Cさん日中不在の為）。
Cさん1日不在の金曜日は、朝、17時手と手が訪問し排泄介助。

3月

- ・夜の訪問、Aさん不機嫌で汚染パット交換するのに時間かかる。
- ・夜の訪問、良く寝ているので起こさないで欲しい。排泄介助せずに帰ってくる。

【モニタリング】

- ・紙パンツにしたこと、訪問することにより、尿失禁はあるが、服が濡れなくなった。
- ・物を壊すことが減った。
- ・手と手でも、入浴中怒り出すことが減った。
- ・排便は失禁なく、トイレ等で行っている。

4月

- ・夜の訪問、Aさんテーブルに伏して寝ていた。夫「さっきだいぶ働いたからね。Cさんが17時に厚みのあるパット当てたから大丈夫。おしつこで濡れるぐらい大丈夫」、スタッフが「テーブルから倒れたら困るので、ベッドへ誘導しましょうか」と聞くも、「倒れることもないし、その時は、上手に床に寝るから、大丈夫。自然体でいいんですよ。このまま寝かせておいてください」

5月

- ・夫と手と手の利用者さんで、動物園に行く（Aさんは行かなかった）。「初めて○○動物園に行き、新鮮だった」

6月

- ・訪問。夫の車いすをAさんが動かしてしまい、夫はベッドから身動き取れず。Aさんベッドで端座位になっていた。

8月

- ・夜の訪問。2階にいた。ズボン・パンツはいていない。トイレ誘導・更衣行う。
- ・トイレに排便している。トイレの床に排尿してある。
- ・夫が乗っている車いすを押そうとしていた。夫は、動かないよう柱につかまっていた。
- ・夫より、Aさん認知症の病気になったばかりには、タクシーで2人が生まれ育った場所に行き、Aさんに車いすを押してもらって週1回散策をしていた、と話あり。

11月

- ・Aさん要介護5になったが、今までと支援内容変わらず（通い週4回、毎日20時訪問。自宅に居る日は1日3～5回訪問）。
- ・入浴も嫌がらず、湯船にも入る。湯船から出れず、2人介助で出ている時あり。夜の訪問時、排泄介助行える時もあれば、事情により、できない時もある。
- ・自宅トイレ、本人壊してしまい、便座が暖かくならない。夫のポータブルトイレ共用とする。

H30年1月

- ・訪問時、リハビリパンツ内に便失禁みられるようになる（自宅トイレの便座故障のためか。トイレ便座暖かくない）
- ・時々、便秘気味。
- ・ポータブルトイレに誘導するも、すぐに立ち上がってしまう。
- ・トイレ床・洗面所周辺で排尿している。

H30年2月

- ・便秘11日目。レシカルボン使用し、排便促す。
- ・自宅訪問。車いす横転していた（夫ベッドで横になっている）。ベッド横で皿ごと、焼きそばが散乱。

H30年3月

- ・食事自分では食べず、介助することが多くなる。
- ・便秘対策として、通いの時、オリゴ糖ティースプーン1杯摂ってもらう。
- ・自分でトイレに行くことなくなった。

H30年4月

- ・朝の訪問時、夫下痢をし、ポータブルトイレ周辺汚染。掃除行う。
- ・夫の友人が、Aさんと夫とドライブに出かける。
- ・通いのお迎え時、紙パンツ汚染している時と、汚染していない時あり。Cさんは、朝8時30分頃来て、排泄介助できる時と、できない時ある模様。

H30年6月

- ・20時訪問。Aさん2階で怒っていて、壁紙を剥がそうとしていた。下に降りるに、かなり大変。パットに排尿多量。触られるの嫌がり、ひつかいたり、たたく。
- ・6日排便見られない場合、レシカルボン使用してみる。
- ・訪問時、Aさんベッド柵に足が引っ掛かり動けない状態。

H30年9月

- ・20時訪問時、Aさん、夫の車いすに座っており、夫ポータブルトイレから動けない。
- ・しごんをどこかに片付けられてしまって…。トイレにあった。

・食事・水分は夫が介助している。
この事例を通してアピール・自慢したいこと
・Cさん・小規模多機能・居宅ケアマネの支援、H29年2月からは、頻回に訪問することで、自宅での2人暮らしが可能となっている。 ・宅老所利用し始めて以来、入院ない。(健康状態には常に気を使って支援) ・利用当初（H26年5月）からH29年11月頃まで、自宅・手と手でも「物を壊す」「入浴時、興奮する」等、本人・家族・事業所が大変な時期だったが、抗精神薬・眠剤を服用しなかった。 ・以前は、Aさん夫婦が一緒に入れる施設を希望していたが、現在は、自宅で2人で過ごすことを希望している。 ・現在登録者 26名（平均要介護度 3.2） 要介護1…4名・要介護2…5名・要介護3…4名・要介護4…6名・要介護5…6名・申請中…1名
自由記述
・本人・家族が自宅で過ごしたいという思いが少しでもあり、事業所があきらめなければ、小規模多機能の支援で在宅は可能だと感じている。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能ホーム はな広場・よこたの家（新潟県）				
(仮名) 氏名	A様		性別	男・女	年齢	95歳
要介護度	要介護 3		利用期間		7年 1か月	
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 17回 訪問： 42回 宿泊： 12回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
車椅子 手すり 床ずれ防止用具						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
特になし						
本人の性格や状況						
専業農家に嫁ぎ、稻作、野菜作りをしながら、町会議員になった夫を支え、気丈に家を守ってきた。二人の子供を産み、育て、長男にお嫁さんが来てからは3人の孫の成長が楽しみで、就労していた嫁にかわって世話をしてきた。孫が独立してからは、近所の友達と温泉に行く事が楽しみになっていた。誰とでも親しくすることができ、話し好きであったが、耳の聞こえが遠くなつてからは、話すことが少なくなってきた。また、身辺の事が自分で出来なくなつてからは、頑なに介護されることを拒む場面が多くなり、コミュニケーションも取りづらくなつていった。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
長男夫婦と同居（農家） キーパーソンは長男						
主病名						
平成23年10月 腰椎圧迫骨折で入院 骨粗鬆症と診断 平成24年8月 高血圧症と診断 平成25年7月 アルツハイマー型に認知症と診断						
服薬状況						
ドネペジル 5mg 朝1 ザクラス配合錠 朝1 ラベプラゾール 10mg 朝1						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
みんな最期まで自宅で支えている小規模多機能（看取りの実践）						

経緯

平成 23 年 12 月

自宅で転倒し、腰椎圧迫骨折で 1 ケ月程入院した。退院後歩行が不安定になり、トイレに間に合わなかったり、短期記憶に難が出てきた。また高度の難聴のため、話がかみあわなくなったりしてきた。外出の機会がなくなり、認知症の症状も出てくることを心配して、介護認定を申請し、要介護 1 となる。当ホームが近くであったため週 1 の通いからサービスの開始となる。●知っている人ばっかで楽しかった。と話され本人の希望で契約する。

事業所が徒歩でも通える距離であり、通いの日ではない日は自らホームに遊びに来ていた。本人が慣ってきて、通うことを楽しみにされてきたので徐々に通いの回数を増やしていく。ホームでは知り合いも多く、会話もはずみホームの畠で、職員と一緒に野菜作りを楽しんでいられた。

平成 24 年～平成 26 年

週 3 回の通いを中心に利用する。農繁期の 5 月。9 月は週 5 日の通いとなった。徐々に歩行状態も悪くなり、歩行器を使用するようになる。

平成 27 年～

農繁期になると長男が忙しくて世話ができず、宿泊も入るようになった。

平成 28 年～

農繁期だけでなく、定期的に宿泊をするようになっていった。足の運びも悪くなり、転倒されるようになる。多発性の脳梗塞も見つかり自らも行動することが少なくなり、失禁も増えていった。通い、宿泊、訪問を全日利用するようになった。

平成 29 年 5 月～

足・腰の痛みを強く訴えられるようになる。整形外科に通院するも骨粗鬆症からくる痛みと診断され、内服で様子をみていた。自宅ではベッド上での生活になり、痛みから介護への抵抗も強くなってきて、長男夫婦は全く身体介護ができなくなっていました。

7 月～

歩行器で介助では異動できなくなり、車椅子を使用する。夜間のおむつ交換がされず、朝の迎え時は全身失禁で汚れた状態になっていることが多くなっていった。

◎7 月 18 日 自宅に居る日にベッドから降りようとして転倒する。強い痛みの訴えにかかりつけの整形外科に受診する。左大腿骨の骨折と診断される。

その日から連日の宿泊が始まる。手術をすすめるが、長男は頑とした△もう年だから、手術はしない。このままでいい。●早く死にたい入院は嫌だ。ホーム側としては○痛みの軽減のために手術を行ってもらいたい。退院後の支援は行うからとすすめるが、結局手術は行なわず、温存でいくことになる。

7月19日～7月26日

安静保持のために、連日の宿泊をする。その後、骨折部が固定するまで1日4回の訪問で支援することになる。

8月1日

清拭での対応だったが、特養の浴室を借りて入浴を行なった。

※ 通院が難しくなり、主治医を併設施設の嘱託医に変更する。

※ 全身状態が徐々に悪化して行くうえで、A様も家族も入院治療を望まずに、ホームか家での看取りを希望される。

8月8日

整形外科受診を支援する。骨折部位が少しスライドしているが本人の痛みに応じた介護とする。入浴も行う

9月～

農繁期になり、1ヶ月の宿泊を行う。ベッド上での時間がが多くなり、食事量も徐々に少なくなつていった。エンシュアを処方してもらったり、ソフト食を提供したりして、全身状態の低下に対応した。

※ A様の変化に対応しきれない長男とのやりとりで、職員が苦悩する。

11月になると、

めっきり食事摂取量がへり、自分から食べる意欲が見られなくなり、介助が必要になつていった。うとうとされる日が多くなり自宅では、ほとんど食事を食べることがなくなつていった。週4日の宿泊と週3日の訪問で支援を続けた。長男夫婦は、朝食をベッドテーブルの上に置いておくだけで介助はせず、放置状態になつていった。

※ 主治医と再度看取りについての確認を行う。

12月

体重も30kg台まで減ってきた。臀部の発赤から褥創になつていった。宿泊の時は何か介助で食事を摂取できたが、自宅では息子夫婦も△食べないから仕方ないと諦めていた。

平成30年1月6日

自宅に戻る。9:40、11:30、13:00、15:30、17:00に訪問する。水分のみ少量のみ飲むことができた

1月7日

11:00、12:30、12:45、13:45、15:20、看護職員同行で訪問し血圧も下がつてきていること、SPO₂も測定しづらくなつてきたことを主治医に報告する。今夜かも知れることを家族に伝え近所の方や親せきの方とのお別れの時間とする。嫁いだ娘さんが宿泊する。

1月8日

8:30 自宅に伺うと、呼吸停止している（家族は話に夢中で気づいていなかった）9:50 主治医によって、死亡確認をして頂く。○こうして、家族や親しい人に看取られて最期

を迎えたことはA様にとって最高の親孝行でしたね。と労いの言葉にご家族は大変満足されていた。

10:00 看護職員と介護職員とご家族と一緒にエンゼルケアを行う。午後から、同じホームの利用者がお別れに伺う。

1月 10日

葬儀の日は、ホームの前を通ってもらい、延べの送りをおこなった。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

開設して、7年が過ぎ、初めて『住み慣れた地域（我が家）で最期まで』を実践できた事例。特養を併設しているので、看取りのケアはスタッフも自信を持って取り組むことが出来ている。しかし、自宅での看取りを希望されても、人の命は操作出来ず、よこたの家ではまだ自宅で最期を迎える支援が出来ていなかった。A様の看取りは、状態の変化に対応出来ない家族とのやりとりや、協力が得られない状況の中で、ケアマネもスタッフも心が折れそうになりながらも、『家族に囲まれて穏やかな死』を迎えることができた。

家族との思いの行き違いがあつたりしたが、家族も一晩一緒に過ごす事ができ、自宅で看取る事の達成感を双方で得ることができた。そして、このA様の看取りの実践を知り、B様も続けて『自宅での看取り』を支援することができた。

自由記述

事業開始から7年が過ぎ、契約者も述べ80人となった。そのうち看取りの支援を行った方は5名。3名は、宿泊時に永眠され、自宅での看取りは2名のみである。

21名は入院の後、病院で亡くなられた。

ホームでは毎日ひとりずつ本人参加のカンファレンスを行い、その時に自らの医療に対する望みや、最期の迎え方を聞くようしている。多くの方が『自分の家で死にたい。出来ればピンピンコロリ』を望んでいられる。しかし、結果的には家族が望む病院死が多くなっている現実がある。真の『看取りの意思確認』は誰が行うのか。家族はご本人の代弁者として適切なのだろうか。などなど、『看取り』には、それぞれの個人の価値観や人生観によっていろいろな考えがあり、『看取りの意思確認』には、守らなければならない医学的、倫理的、法的なルールがあり、現在はアドバンスケアプランニングという形で、在宅の看取りの場も準じていくことになるでしょう。

『住み慣れた地域で最期まで』の実践は、本人の望む『家族に囲まれた穏やかな自宅死』を支援できるように現場の実践力と医療連携、家族支援の必要性を強く思う。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	デイホームちゅーりっぷ苑つばき（新潟県）				
(仮名) 氏名	R様	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	年齢	87歳
要介護度	要介護 1	利用期間	8か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 18回 訪問： 9回 宿泊： 9回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
なし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
認知症初期集中支援チーム 配食サービス（行政サービス）週2回 地域の見守り隊による安否確認					
本人の性格や状況					
工場に定年まで勤め、真面目に勤務されていた。几帳面な性格でお仕事を頼むとキッチリ仕上げてくれる。 あまり口数も多くなく、受け身な方。工場での仕事の話を好む。他者との交流は男性利用者と時々お話ししていた。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
妻との2人暮らしではあるが、妻は自宅で転倒したことが原因で在宅難しくなり、ロングショートを利用しておられ、実質の一人暮らし。 隣市在住の長女の方（キーパーソン）が通いの支援をしてくれている。					
主病名					
アルツハイマー型認知症					
服薬状況					
なし					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
側溝に落ちたり、迷子になっても、娘さん・ご近所・事業所みんなで力を合わせて頑張ったケース					

経緯

H29年11月水道屋さんより市役所へ連絡あり。同様の修理依頼が2回あり、支払いの際に千円札と一万円札の区別がつかず、認知症の心配があるとのこと。その後認知症初期集中チームが動く。同年12月専門医を受診し、アルツハイマー病認知症の診断を受ける。介護保険申請し、H30年1月より当苑利用開始。通所に関して本人消極的であり、訪問としてお弁当を配達し、職員に慣れてもらうことから開始した。同年2月娘さんと一緒に来苑。1時間ほど苑で過ごすことができた。その後2回娘さんと一緒に来苑し短時間ホールにて過ごされた。3月迷子になり警察に保護されたと地域包括より連絡。急遽娘さんなしでの通所の受入となる。職員の顔は覚えてくれるもの、本人の不安感は強く、帰ろうとされる。ホールから離れ、職員と一対一で話すことで、少し落ち着かれる。警察に保護されたことを覚えており、「これで2回目だ」と笑いながら話された。娘さんの迎えで自宅に帰られた。3月下旬より通い開始。2回に1回は強い拒否にて来られなかつたが、何とか通いもできるようになった。4月警察署より苑に連絡。側溝に落ちている所を発見された。娘さんがその後対応してくれたと。大きな怪我はなく、右手親指の擦り傷のみだった。4月中旬になると最初拒否のあった入浴もできるようになつた。仲の良い利用者もできて交流できるようになつた。6月より市の配食サービスを導入。7月早朝に田んぼにはまり近所の人に助けられた。その後2泊の泊りを計画し利用。特に問題なく利用することができた。ご自分の携帯電話を持っており、不安になったら娘さんが電話に出てくれるといった協力もしてくれていた。泊りが混乱みられず利用できたため、定期での泊りにサービスを切り替えた。8月に当苑グループホームへの入居の話が持ち上がつた。家族会議後入居の意向あり、下旬に入居が決つた。自宅から入居となると不安になるため、こここの宿泊を経由し自宅に戻らず入居となつた。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

支援期間は短つたが、色々なことが短期間にあり、娘さん、近所の方、行政、事業所がそれぞれ一生懸命かかわつたと思います。

自由記述

グループホームに入居してから、帰宅願望みられるかと心配されましたが、ほとんど帰宅願望見られず、落ち着いて過ごされています。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	看護小規模多機能型居宅介護 大島（新潟県）				
(仮名) 氏名	Aさん	性別	女	年齢	92歳
要介護度	要介護 5	利用期間	2年2か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
利用当初→通い週 6日 退院後→連日の泊り 帰宅時は訪問（介護・看護）					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
寝たきりのため反応はまばたきや頷きのみ					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
息子さん夫婦 孫 4人家族 自宅は施設の近く					
主病名					
アルツハイマー型認知症 廃用症候群					
服薬状況					
なし					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
地域包括ケアが出来ている小規模					

経緯

平成26年6月から看護小規模を利用される

平成28年2月 誤嚥性肺炎で入院される。経口摂取は厳しく家族から「看取り先の病院へ転院を勧められたが遠くて困っている」と相談がある。看取るのであれば自宅に帰り看護小規模で支援できることを説明する。家族は「出来るならばそうしたい」と看取りの意向が決まる。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

誤嚥性肺炎で入院され在宅での生活は厳しいと転院を勧められたが、本人は自宅が大好きであったことと、家族の最後まで看たいとの思いに対して看護小規模が状況に合わせた支援を行う事で住み慣れた地域で看取りができたこと

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能センターあさひ （新潟県）				
(仮名) 氏名	旭 太郎	性 別	男・女	年 齢	77歳
要介護度	要介護度 1	利用期間		1年 3か月	
認知症日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 <input checked="" type="checkbox"/> J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：隔日 訪問：一回 宿泊：一回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
こだわりが強く、神経質					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
奥様					
主病名					
腸閉塞からストマ装着					
服薬状況					
胃腸関係 4種 便秘薬 2種 末梢神経 1種 血栓関係 1種 排尿関係 1種 点眼薬 2種					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
「ストマ装着利用者の支援」					

経緯

包括支援センターにまず相談があり、小規模多機能センターあさひでの利用依頼の話がある。その後は資料（パワーポイント）の通りの経緯。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

自由記述

デイサービスやショートステイ、ホームヘルパーの機能を有している小規模多機能ではあるが、それらとは全く違う弾力性がありご利用者に合わせられるサービスです。

今回はストマ装着の方の事例でありますが、ご利用者一人ひとりの生活リズムと取り巻く環境は違います。独居、高齢世帯、子との二人世帯等様々です。食事提供（朝食、昼食、夕食）の必要な方、365日見守りが必要な方、受診支援が必要な方などアセスメントにより必要な支援を洗い出し、事業所としてできる事・できない事を整理し必要なサービス事業所との連携も含め、できる限り安心して地域で暮らせる事を地域に発信する必要があると思います。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		複合型サービスくろき (大分県)				
(仮名) 氏名	黒木くろこ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	88 歳	
要介護度	要介護 1		利用期間	年 1 か月		
認知症日常生活自立度		<input checked="" type="radio"/> 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 <input checked="" type="radio"/> A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 8 回 訪問： 65 回 宿泊： 0 回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
福祉用具貸与（手すり） 特定福祉用具購入（補高便座）						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
近隣住民・長男による見守り支援・昼食準備・買い出し						
福祉用具自費レンタル（特殊寝台・特殊寝台附属品）						
本人の性格や状況						
人の世話が好き。公民館活動・行事に積極的に参加し、地域交流が盛んで、社交的である。誰とでも仲良くできる。しっかり者。人の世話になるのが嫌い。人によくしてもらうと逆に気を遣うタイプ。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
1人暮らし。近所に長男家族が住んでいる。長女は宮城県在住。 長男がキーパーソン。長男は学習塾を経営しており、夕方～夜間 11 時くらいまでは塾で忙しい。長男・長男の嫁と家族関係は良好である。						
主病名						
神経因性膀胱・水腎症（恒久的な膀胱留置カテーテル留置中） 高血圧・下肢静脈血栓症						
服薬状況						
リクシアナ上 30m g 夕食後×1 サンバゾン錠 50m g 朝・昼・夕食後× フロセミド錠 20m g 朝食後×1 ジルチアゼム塩酸アンダス放カプセル 朝食後×1 レチコラン錠 500U g 朝・昼・夕食後×1 ラベプラゾールナトリウム錠 10m g 朝食後×1						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
看護小規模多機能を卒業した事例						

経緯

平成30年2月21日、自宅で転倒し、左股関節痛出現。3月4日体動困難につき急性期へ救急搬送され、左大腿骨頸部骨折にて3月9日に左人工骨頭置換術施行。その際、下肢静脈血栓症も認められるが、内服にて対応となる。その後経過良好にて4月4日、リハビリ目的にて回復期病院へ転院。4月10日に37.5℃の発熱と左下肢の軽度の痛みの訴えあり。精査したところ、膀胱に大量な尿の貯留見られ、CTにて水腎症の所見となり、急性期へ再転院し、神経性膀胱、水腎症の診断受ける。治療は恒久的な留置カテーテルが必要とのことで、回復期へ再転院し、リハビリ継続、屋内外、T字杖歩行自立となり、5月30日在宅復帰退院となる。

本人は今まで介護保険制度の利用なしでのADL・IADL自立した生活をされていた。膀胱留置カテーテル留置での在宅復帰となるため、回復期入院中に介護保険新規申請を行い、要介護1の認定を受け、回復期のMSWが居宅サービスでのサービス提供を考えていたが、自宅に風呂がない、膀胱留置カテーテル留置のため、退院直後の銭湯の入浴は衛生面で好ましくない。訪問看護サービスの訪問回数が1日2回、訪問介護の介入もあるなど、居宅サービスでは区分支給限度額越え（概ね14,300単位）自己負担額143,000円と予想されたため、回復期病院のMSWと相談の結果、在宅復帰後のサービスとして当サービス依頼を受ける。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- ①退院後、医療的処置（膀胱留置カテーテル）が日常的に必要で、一人暮らし近所に住む長男家族も家族での対応に難色を示し、自宅での生活させることに不安があり、本人も家族も自信がなかったが、施設入所は考えていなかつたが看多機を利用したこと、自立した在宅生活が可能になった。
- ②医療ニーズが高くても、看護・介護の連携にて情報共有し、連携支援ができた。
- ③本人の情報が集約しやすいため、その情報を基に主治医と連携、パイプ役となることで病状管理もできた。
- ④在宅復帰促進に向けた受け皿としての機能が果たせた。
- ⑤入院中の医療機関関係者（他職種連携）と連携することにより利用者・家族が不安心スムーズに在宅復帰ができた。
- ⑥スタッフが同じなので、薬の管理（追加処方・変更・飲み忘れの防止など）にまつわるトラブルが防げた。
- ⑦訪問看護・訪問介護・通いと提供するサービス回数が多いため、利用者の体調変化に早期に気づきやすい。
- ⑧夜間の異変時の緊急訪問看護体制が確保されているため、異変時の早急な対応ができ、病状の増悪を防ぐことができた。
- ⑨在宅生活の限界点を上げることができた。

自由記述

事例概要シート

事業所名(都道府県)		小規模多機能ホーム こすもす (大分県)				
(仮名)氏名	柴田さん(仮名)	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	年齢		
要介護度	要介護 2	利用期間			1年 3か月	
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数(1か月あたり)						
通い: 30 回 訪問: 30 回 宿泊: 10 回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援(該当にレ)						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他()						
他の介護保険サービス(福祉用具、訪問看護等)						
特になし						
介護保険以外のサービス(例 ボランティアによる見守り支援等)						
民生委員による声かけ、見守り 近隣の方の見守り						
本人の性格や状況						
本人、性格は温厚だが後先を考えず、思った事を行動に移す性格。御主人と一緒に飲酒をしていたが、御主人が亡くなつてからも飲酒が続いていた。アルコールを摂取すると、何もわからなくなる。						
家族構成(キーパーソン・主介護者・同居家族など)						
結婚していたが、子供はない。御主人が平成28年12月に永眠され、一人暮らし。 6人兄弟で他の兄弟は市内に2人、市外に1人、県外に1人いる。何かあった時の面倒は見てくれるが日頃の介助はできない。						
主病名						
・認知症 ・うつ病 ・アルコール依存症 ・難聴						
服薬状況						
・何種類か服薬が出ているが、きちんととは飲めていない。						
該当する事例の種類(テーマ)※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
・利用時の対応困難であるが、地域の方と話し合いをしながら自宅での生活を継続する事ができた事例。						

経緯

- ・利用開始は平成29年1月。平成28年12月に御主人が亡くなりアルコール依存症との事で、主治医から相談を受ける。
- ・最初の2～3ヶ月の間は本人も納得できないようで、日中出歩く事が多い。夜間、自宅に帰つても、寂しいからと歩いて戻ってくる。
- ・泊まり利用を多めに利用していたが、支払いをしてくれないので、どうしようかと妹さんと話をすると、必ず払うので泊まる事が出来れば泊まらせて欲しいと言われる。近所の方も、家に帰せないで、こすもすで過ごさせてと言われる。
- ・日中は通い、夜間は自宅にて眠るだけの生活をして貰う。自宅にて過ごす事に慣れてきたが、時々は外に出て、近所の人から連絡があり対応する時があった。支払いを少しずつしてくれるようになったが、数ヶ月分は未納。兄弟より、外から鍵をかけて欲しいと要望があり。市役所に未納の件と、家の外に出る事ができないように施錠等をしてはいけないだろうかと相談する。
- ・近所の方には自宅で過ごす事を説明し、何かあれば連絡をくれるように話をする。民生委員の方と相談して、帰宅した際に見守りをお願いする。日中も自宅にて過ごす時間を設けるようにしていく。
- ・昨年の台風18号の影響により、自宅が床上浸水。在宅生活が困難となり、数ヶ月泊まり利用を行うと再び支払いの心配が出てきた。罹災申請の話をすると、弟さんが申請に行ったと言うので罹災証を待っていたが、数ヶ月後に罹災証の話をすると、申請に行っていないと言われ、一緒に市役所に行き申請をする。
- ・介護料の免除と支援金の支給により、未納分だった支払いもしてくれる。
- ・平成29年12月、利用時に落ち着きがなくなり、数年前に亡くなった方からの声が聞こえる等を言われ、日中じっとしておく事ができなくなり利用開始時のように外へ出て行こうとする。精神科受診も含めて主治医と相談する。
- ・平成30年3月、大腿骨頸部骨折が判明し入院。5月に退院するが、入院中に症状が悪化し、自宅に帰る事が困難。施設入所を探すが、市内の施設は空きがなく義理の妹さんと一緒に市外の施設に出向く。特養のショート入所が可能との事で、ショートでお願いし登録解除となる。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- ・利用開始時から、アルコール依存症という事もあり、対応困難だったが家族や民生委員の方と話をしながら自宅での生活を継続する事ができた。本人や兄弟も、高齢の為色々な手続きをする事が出来なかったので、一緒に申請を行った。

自由記述

- ・津久見市内の入所施設に空きがなく、市外に入所する事になってしまったが、兄弟は仕がないと納得されていた。それでも、在宅生活を継続する為にまだ何か出来る事はあったのではないかと考える。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		朝来サポートセンター鈴鳴荘（大分県）							
(仮名) 氏名	D様	性別	男性	年齢	95 歳				
要介護度	要介護度 1	利用期間		1年 8か月					
認知症日常生活自立度		自立 I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1	A1	A2	B1	B2	C1	C2
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）									
通い： 6 回	訪問： 0 回	宿泊： 0 回							
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）									
<input checked="" type="checkbox"/> 配食	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅での入浴（家族）	<input type="checkbox"/> 外出支援	<input type="checkbox"/> その他（地域の行事参加）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）									
住宅改修 勝手口の手摺設置									
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）									
近隣・友人訪問 三男ご夫婦 日曜日 入浴見守り									
本人の性格や状況									
几帳面で穏やかな性格、57歳まで稻作をしながら役場勤務 退職後、病気がちな奥様の看病しながら農作業されている。									
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）									
・三男(同町内在住) キーパーソン ・次男（平成30年5月に千葉から帰省） 平成16年に奥様が亡くなり、次男が帰省するまで独居生活									
主病名									
痛風 高血圧症 貧血合併慢性腎臓病 心臓弁膜症 陣旧性脳梗塞									
服薬状況									
オルメサルタンOD錠20m g 2錠、ダイアート錠30m g 1錠、ナトリックス錠1m g 0.5錠、ペルサンチン錠100m g 4錠、ラベプラゾールナトリウム錠10m g 1錠、シリニジピン錠10m g 0.5錠、アーガメイド20%ゼリー25g 1個									
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。									
全国でウチしかやっていない！「毎月1回、地域の方々が集う100円居酒屋」がある 小規模多機能 第1回目から参加されている地域の高齢者、要介護状態になっても休まず笑顔で参加！									

経緯

社会福祉法人安岐の郷は朝来地域（高齢化率 57.9%）で小学校の廃校舎を活用して小規模多機能居宅介護事業所を運営しています。事業所を開設するにあたり、地域の方々にアンケート調査をしましたところ、人が集まる場所、楽しくお話できる場所を作つてほしいとの要望があり「100 円居酒屋」が平成 21 年 5 月に始まりました。以来 9 年 5 ヶ月に亘り、月 1 回第 2 土曜日、沢山の方々が集い、お酒を飲みながら、食事をしながら話が弾む楽しいイベントとなっています。この間、高齢者施設で居酒屋を開催する為に地域の方々に守っていただきたいルールを作り、継続することで地域の方々と顔の見える関係ができあがりました。その後、朝来地域の行事や地域のお祭りと合同開催する事で、地域の行事を盛り上げるお手伝いができるようになりました。

朝来地域の高齢者 Aさんは、居酒屋が始まった当初からお客様として来られていきました。ボランティアを募集するとすぐに参加してくださいました。また、漬物名人の Aさんは理事長からのたってのお願いで漬物を販売するようになり、それを生きがいとして参加して下さいましたが、居酒屋がスタートして 8 年過ぎた頃より認知症を発症し、小規模をご利用されるようになりました。Bさんは「私が世話になる施設になるから、今のうちに職員さんに顔を覚えてもらいたい」と皆勤で参加され、3 年後に言葉通り、小規模をご利用されるようになりました。ご自分の車で来られ、一日楽しんでまた車で帰るというスタイルを通されました。最期は 2 階のサテライト特養で迎えられましたが、居酒屋のたびに小学校からの親友の Cさんの訪問を受け住み慣れた地域での生活を楽しめました。その Cさんは居酒屋開催 114 回のうち 113 回参加という現在 96 歳の男性です。1 回は開催日を忘れていたそうです。現在は小規模を使いながら、100 円居酒屋に参加でき、住み慣れた我が家で在宅生活を送っています。

平成 30 年 10 月で 114 回を迎えた 100 円居酒屋は、重ねること 110 回には大分県知事も来朝され、おおいに盛り上がっています。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

100 円居酒屋は、地域の元気を応援する、お手伝いができます。

地域の高齢者がお元気なときから、小規模多機能の職員と顔なじみの関係となり、日常生活の支援が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを楽しめています。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		ビハーラ豆田（大分県）				
(仮名) 氏名	川〇 すみ子	性別	女	年齢	78 歳	
要介護度	要支援 2		利用期間	4か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa <input checked="" type="radio"/> IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 <input checked="" type="radio"/> A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 12回 訪問： 24回 宿泊： 0回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）						
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
福祉用具、住宅改修、訪問リハビリ、緊急通報装置						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
隣人によるゴミ出し（毎週）、有償介護タクシー（受診時） 弁当（おかげのみ）の宅配（火、木、土、日曜日）						
本人の性格や状況						
大らかな性格						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
独居生活。夫が主介護者だったが、今年3月に急逝。 長男は関東在住。長女は隣県在住。						
主病名						
パーキンソン病、高血圧症						
服薬状況						
以前は毎食分シートの状態で薬カレンダーにセットしていたが、シートによっては飲み忘れ等があり、薬局に依頼し分包。その後飲み忘れは殆どない。						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
事業所だけで終わらせない支援						

経緯

パワーポイント参照

この事例を通してアピール・自慢したいこと

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）	原土井複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）（福岡県）					
（仮名）氏名		性別	女性	年齢	76歳	
要介護度	要介護 1	利用期間	6ヶ月			
認知症日常生活自立度		自立 I ○IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 ○A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い：12回 訪問（介護）：45回 訪問（看護）：45回 宿泊：0回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（近隣店舗との情報交換/単独外出時の周辺見廻り/発見時の声掛け、保護）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
なし						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
近隣ボランティア支援状況 (スーパーBig/ミスターマックス/医療機関窓口 2軒/圏域包括支援センター/散歩コース公園事務局)						
本人の性格や状況						
明るく社交的。穏やか。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
夫（H27.4 死去） 独居 長男：東京都在住。老人保健施設事務長勤務。 長女：KP 当事業所看護師として勤務。受診、買い物、掃除など身の廻りを支援。 長女の夫：長女を支えながら、共に支援。 愛犬：4歳。本人と同居。危険なことを察知して本人に知らせる、甘えるなど。						
主病名						
# 1 アルツハイマー型老年期認知症 # 2 高コレステロール血症 # 3 膀胱癌（疑）						
服薬状況						
①ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠剤 5mg 1T 1×朝食後 ②アトルバスタチン錠 10mg 1T 1×朝食後						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
愛犬と一緒に利用者を支える看護小規模多機能 ～桃太郎と洋子ちゃんのお母さんと愉快な仲間たち～						

経緯

私たちが洋子ちゃんのお母さんと出会ったのは、H25年も終わろうとしている頃でした。洋子ちゃんのお父さんに「小規模多機能ホームいやしの宮前」が、生活のお手伝いをするようになった時でした。当時、お母さんも事業所へ訪ね共に介護をしていました。その洋子ちゃんは、「いやしの宮前」に勤務するNSでした。

H27年4月にお父さんが逝去された頃、お母さんにも認知症の兆候が見え、介護認定後、通所介護へ通うようになり、そこで友人もできました。長女の洋子ちゃんも、一人

同年、洋子ちゃんの勤務する法人は「原土井複合型サービス」を新設し、「いやしの宮前」の看護師、一部の介護職、管理者に人事異動が下りました。この複合型サービスは、お母さんの自宅から比較的近隣に設置されました。

この建物には、訪問看護リハステーションの併設もあり、一日に10台以上の車両が地域の中をピストンで走り廻ります。面識のある複数の職員は、洋子ちゃんのお母さんが、犬を連れ散歩している様子は時々、見かけていました。その愛犬は、お父さんがなくなる直前から家族の仲間になり、2人と1匹の同居生活がしたそうです。しばらくすると散歩の回数が増えている印象を受けました。時々、洋子ちゃんにお母さんの状況を確認しこっそり見守っていました。

その翌年の秋、帰宅を急ぐ職員たちが一斉に事業所から帰った後、洋子ちゃんのお母さんが、事業所の傍の道で何度も行き来しているところを見つけました。懐かしく声をかけると「散歩しようよ。・・・でも家はどっちだったかな?」と心配そうな顔で尋ねられました。普段、自宅までの道案内役の桃太郎は、残念ながらお母さんの温かい腕の中に包まれたまま本来の手腕を発揮できない状態でした。

当日から再度、併設事業所の全職員へ状況を伝え「みんなで洋子ちゃんのお母さんを見守る」ことにしました。見かければ帰宅の声かけ誘導や自宅へ送る、長女へ連絡することも時々ありました。そうしながら、長女とお母さんの状況を確認していきました。認知症による変化を家族でありながら客観的に分析し、母親の思いを汲み取ろうとする長女の生活にも少しずつ支障が増え始めました。

当時利用中の通所介護では、友人に会える楽しさもありながらも、桃太郎を独りぼっちで留守番させる不安や辛さがありました。帰宅後の散歩に出てしまうのは、そんな桃太郎を気遣うお母さんの優しさ。連日、長女へ数十回の電話。直接返事しないとお母さんは心配になり何度も何度も電話をかけ続けます。それは、長女の状況に関係なく続くのでストレスが生じていました。概ねの内容は「スケジュールや約束などの確認」のようでした。

長女の状況から現行サービス利用しながら、インフォーマルサポートを検討しました。当事業所に「長女の職場で利用者さんの話し相手」ボランティアとして事業所へいらっしゃることを提案しました。お母さんには介護職員としてのスキルもあり、長女の勤務に合わせ午後から夕方まで参加してもらいました。当然、お母さんは洋子ちゃんを助ける思いが強くあり、私たちを助けてくださることに承知下さいました。

すべての職員は、長女の仕事仲間として「洋子ちゃんのお母さん、ありがとうございます。」と声をかけるので安心したようでした。

半年ほど続けると他利用者さんとも距離が縮まり、お母さんの緊張感も解けていったようでした。短期記憶力の低下で、帰宅後は名前さえ覚えていないようでしたが、お母さんの人当たりの良さと優しい物言いで、次に会えば「誰でも以前からの友達」のようでした。約半年、そのような関わりを続けながらも認知症による記憶力や判断力は徐々に低下します。

お母さんには可能な限り、今ままの生活を続けさせてやりたいこと、現在の通所介護のみでは生活の全容に手が届きにくいこと、今後、更に家族以外の身近な支援者を必要とすること、長女夫妻だけでは家族介護力、支援力が不足することなどが課題でした。長女は長男と相談し結果、当事業所へ移行することになりました。

お母さんがなじんだサービスから移行する決め手は「当事業所へ桃太郎と一緒に通うことができる」でした。

事業所には、桃太郎のケージなどを準備してもらいました。桃太郎の試練も始まりました。ケージに入れられたことがないことや沢山の職員達に慣れるための訓練です。職員も犬との付き合い方、声のかけ方などをその都度で学んでいきました。当初はケージからお母さんを呼ぶ遠吠えや多数の顔を見ると警戒し吠えていましたが今では、お利口さんで吠えることもなくケージでお留守番しています。

「通い」の日は、桃太郎のオシッコや散歩の時間をお母さんの感覚で声をかけてもらい、職員も一緒に数回、気分転換します。桃太郎のファンも増えケージの周囲やふれあい時間には、他の利用者さんも積極的に参加しています。中には、桃太郎をモデルにデッサンや折り紙など創作意欲に拍車の掛かっている方もいます。作品を見ては、お母さんも大喜びしお母さんの周りには、笑顔の人が増えました。

もう一つ、大きな課題がありました。桃太郎を連れ食品スーパーへ買い物に行き毎回、店員さんから注意を受けることでした。スーパーと隣接するミスターマックスは、ペット同伴が許されていることから区別が付かないようです。お母さんにはその都度の目的で出かけるのですが、結果的に周囲の人が困ったり、家族の心配事が増えたのも事実でした。

長女と話し合いました。自宅周辺の顔なじみであろう人や外出経路で出会う人達にお母さんを知ってもらい助けてもらうこと、困ったことはすべて事業所へ連絡をもらうこと。職員と買い物に行き、お母さんには、しっかりと支援者がいることをアピールすることにしました。

それらの人々へ、お母さんと桃太郎のスナップとコメント、事業所連絡先のチラシを掲示してもらいご協力いただくため、長女とCMで何件も日頃の感謝の意と協力依頼をして廻りました。店員さん達も顔なじみであると快く協力くださいました。

店員さん側の困っていることは、長女がしっかりと受け止めました。

連日、複数回に渡り桃太郎同伴の買い物スタイルを貫いてしまうお母さん。とうとう店員さんも大目に見てくれるようになります。優しくお声かけ頂くようになりました。

現在のお母さんには、隣で「～ですよ。」「～した方がいいみたい。」と助言するだけで、調理や掃除もできます。桃太郎のお世話にも「運動後は水分補給、オシッコの習慣、散歩時のリードのつけ方、桃太郎の習慣やクセなど」を見越したもののです。同じ空間に桃太郎がいることで、お母さんもゲームや体操、作業、重度認知症の利用者さんの話を

ゆっくり優しく聞いてくれ勇気づけてくれたりしています。

桃太郎は、お母さんの緊張感や不安な表情を察知し、その要因と思われる人には、吠えお母さんをしっかりとサポートしています。助け合って生きる二人に愛おしさを感じます。

訪問では、お母さんに気になることは、その時に一緒に用を済ませます。毎日、夕方に安否確認を目的に訪問していますが今のところ何とか大丈夫のようです。

夕方遅くに出歩くこともほぼなくなっています。

CM が作成したお母さん用のサービスカレンダーには、安否確認は載せていません。お母さんが訪問者を迎える準備をしてしまうからだそうで、こんなところにも夜を迎える心の準備をアプローチができていました。

長女には電話連絡は続いており、エンドレスの不安になることを話しています。

記憶力が低下し続けていることはお母さんも自覚し余計に不安になるようです。自宅では、混乱している場面も多くなり、長女の家族介護力にも限界が近づいてくるでしょう。私たち事業所が関わることでメリットもある一方、長女は他職員への気兼ねも手伝い、本来の辛さを十分相談できているのかと仲間として心配になります。

長女の思いに手を伸ばし支え合いたいと思います。

今後、桃太郎にも命の限りが見えるとするなら、お母さんと一緒に最後まで看取る所存でございます。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

誰にでも自分より大切に思うことがあり、それがペットである利用者さんも複数おられます。「自分が守らないと」「子供のように」「生きがい」などという思いを持つ人は、自然に健康維持に向かっているような気がします。

それらが何であれ、大切にしていることは限界まで一緒に大切にしたいと思う仲間たちです。特に介護士の皆さんは常にその人を見守り、習慣やサインを察知し「そんなここまで？」と思う情報や支援をしてくれています。

時には感情のコントロールが効かないことや立ち止まりもあるようです。

事業所には利用者さん合わせ 4 世代の人達が集まっています。それぞれの人がそのタイミングで支えあい、自他ともに向き合いながら学び成長しています。

介護士の皆さんのはん想や実行力、仕事と向き合う姿勢は、看護師である自分たちにも多くの気づきや進化の種をくれています。CM や調理職員、事務職それぞれの分野を MIX し、利用者さんの「生きるための質」を考えながら BGM のようなお手伝いができた、と思います。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能型居宅介護セカンドハウス（佐賀県）				
(仮名) 氏名	Aさん	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	年齢	80代
要介護度	要介護 1	利用期間	1年 11か月		
認知症日常生活自立度	自立 I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 5回 訪問： 60回 宿泊： 0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（通院介助など）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
特になし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
民生委員による見守り支援（週3回程度）・近隣住民によるゴミ出しの支援（週2回） 何かあった時の協力支援（行きつけのスーパー・郵便局） 麻雀クラブ（月2回）					
本人の性格や状況					
頑固で、あまり人に頼れない性格。夫が生存中は他の支援を頼りにせず夫婦二人で暮らしていた。夫の死亡後に認知症を発症してからは、人の手を頼らないといった元来の性格が更に強くなり、閉じこもりとなってしまった。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
長女が東京都在住。関係性は悪くないが年に1回帰省するくらいとなっている。隣に他界した夫の兄弟夫婦が住んでいるが、あくまで義理の関係で深い介入はなく遠目に見守る程度。むしろ血縁はないが近所の知人や民生委員が生活を支えている。					
主病名					
アルツハイマー型認知症（H28.1） 高血圧症・脳梗塞後遺症（H18）					
服薬状況					
認知症の薬（イセツパッチ） 血圧の薬・胃薬・血液の流れを良くする薬 など ※自己管理は全くできず、事業所で服薬管理の支援を行っている。					
該当する事例の種類（テーマ） ※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
事業所だけで終わらせない支援					

経緯

相談を受けたのは2年前、対象者は認知症初期集中支援事業の対象であったAさん。独居で服薬も風呂も通院も自宅の掃除も、とにかく何できておらず、何から手を付けて良いのかもわからない状態であった。問題があまりにも山積しており、当初は入所やむなしと思われたが、認知症のAさんは「私はどこも悪くないのに何で入所しないといけないの」と自身の課題が理解できておらず、入所も難しい状況。そのような中、地域包括支援センターから「小規模多機能は何でもできるサービスだから」といった理由で、当事業所への相談となった。

自宅での暮らしを支えるにあたり、以下の二点を着目すべきと考えた。それは「Aさんとの信頼関係の構築」、そして「地域にAさんを理解してもらい協力を得る」である。

Aさんとの信頼関係構築に向けては、まずは顔を覚えてもらう事が必要だと思い、1日複数回の訪問を行うなど、小規模多機能ならではの支援を中心に開始した。また「地域との協力関係の構築」については、地域の民生委員や実際に協力をお願いできるご近所さんに対して、Aさんの状況について情報共有し、具体的に何ができるのかを考えて実践してもらうこととした。

全ての問題が消失したとは言えないが、これらの結果により今も地域に見守られながら、Aさんらしい暮らしを継続している。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

特別ユニークな支援が行われているケースではないが、随所に小規模多機能らしい実践がみられる事例だと思う。

最もアピールしたい点としては、「Aさんの望む暮らしの実現」といった目的をについて事業所と地域が共通認識を持ち、実践出来ている点ではないかと思う。

支援を続ける中で、徐々にAさんとの信頼関係が構築し、また地域とのかかわりを取り戻していくことが出来た。その結果として、一泊旅行に出かけたり、健康麻雀クラブの常連になったりなど、「生活に楽しみを生みだす支援」ができたことを特に自慢したい。

自由記述

私たち小規模多機能サービスの介護職員は、利用者の最も近い専門職で、時には家族以上に利用者の身近な存在になることも珍しくない。それは同時に、利用者が何を考え、どういった暮らしを続けたいかを最も理解しやすい立場の一人であると言いかえることが出来る。

昨今の医療介護分野では、「高齢者の介護予防をどうするか」が重要なテーマの一つとなっている。リハや栄養改善といった身体的要因への対策が必要であることは理解できるが、「何のためにリハや栄養改善をするのか」「その先に何の楽しみがあるのか」このような精神的要因のことを考えなければ、対策として不十分だと思う。

今回の事例発表では、私たちが「利用者の思いや望み」をどう捉え、「その人にとっての暮らしとは何か」を支えているのかを聞いていただきたい。また他の事業所の実践を学んで今後の支援のヒントにしたい。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		リビングアエル正山（福岡県）				
(仮名) 氏名	長嶋茂雄(仮名)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	年齢	88歳	
要介護度	要介護2	利用期間	3年 6か月			
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb <input checked="" type="radio"/> IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 <input checked="" type="radio"/> A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 30回 訪問： 30回 宿泊： 0回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
徘徊感知器						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
本人の性格や状況						
高学歴で定年まで大手企業に勤務、経済的に余裕あり。以前は庭の剪定や囲碁や将棋が趣味。飲酒習慣あり。性格は几帳面で穏やか。声を荒らげることはない。意に沿わない指示には従わない。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
妻は平成20年に他界。子どもは長男一人。利用当時長男と二人暮らし。主たる介護者は長男。長男は利用期間中無職期間が長い。						
主病名						
タウオパチー認知症 定期的な受診はなし。						
服薬状況						
服薬なし						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
利用者よりも家族が大変、それでも丸ごと支えている事例						

経緯

平成 26 年 2 月に包括支援センターより紹介。開始から 12 月までは訪問のみの支援。12 月 31 日に自宅より外出し行方不明になる。3 時間の捜索の結果発見される。自宅にいると外出し行方不明のリスクがある。父の介護に時間を取りられると私の人生が終わってしまう。このような経緯から毎日 9:35~20:00 までの毎日の利用を開始する。朝の送迎後に自宅内のチェックをし、不備があると苦情を電話してくるなどの行動が始まる。不満や不備があると、市内の他の事業所に電話し延々と当事業所での出来事を伝えるようことが発生する。29 年 1 月頃より、便座の開け閉め、門扉の施錠、窓の開閉への注文が多くなる。不備があると市役所に苦情を伝え指導される。

29 年 5 月頃から、帰宅後晩酌をしている、晩酌の支援をして欲しい旨を伝えられるが、晩酌は必要なニーズではないので、支援できないと回答。その後、居宅サービスや市内の他小規模多機能に相談し、晩酌の支援までしますと回答した H 事業所に移ることとなる。平成 29 年 10 月末終了。

平成 29 年 12 月息子より電話がかかり、「新しい施設の事務長が自宅に訪ねてきて、『これまで 20 時からの 1 時間程度、訪問して支援をしていたが、職員が次々と退職し同じような支援ができない。契約を解除したい。』と一方的に伝えられ、口論となつた。」

「利用開始前の約束と変わってきてるので、弁護士と相談して訴訟も辞さない、H を訴える。」このような話をし、最後に「明日から迎えが来るかどうかわからないので、もう一度リビングアエルを利用したい・・・。」

この事例を通してアピール・自慢したいこと【反省】

家族が反社会的勢力の関係者で、違法な要求・脅迫をするケースもまれにある。このようなケースは、毅然とした態度と警察や行政への通報や相談で治まることが多く短期的に収束する。ただ、精神的な疾患や社会性が少ない家族で、激高したり高圧的な態度で職員へ圧力をかけてくるケースがある。こちらから正当な申し入れをすると、もっともらしい理由を付けて諸機関に電話等で訴えるケースがある。このようなケースだと、行政からも「どうにかしてくれ」的な意図を感じジレンマに陥る。事業者もできる限り円満にという意思が働き、利用者の意思より家族の要求満足度に配慮した支援に傾いてしまう。また、このようなケースでは職員も疲弊していき退職者がいることを恐れる。このような状況ではケアマネジメントをゆがめてしまう。これは、家族だけが悪いのではなく自分自身の弱さや対応力のなさに起因している部分が大きいにある。

自由記述

息子の性格は、話しだすと止まらなくなり激高することもあり話し合いが成立しない。屋内外にカメラがあり状況を確認している。IC レコーダーが居室や廊下にあり録音し、職員の言動をチェックしている。話し合いや電話の会話も録音しているようで、トラブルの際に言質として使う旨の発言があり、「会話は録音している。これをもって出るところに出る。」旨の発言をすることがある。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能事業所 ひだまり（福岡県）			
(仮名) 氏名	N様	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年齢	90歳
要介護度	要介護 1	利用期間	8年10か月		
認知症日常生活自立度		自立 I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：4回 訪問：0回 宿泊：0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具なし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
買い物：F コープ生協の宅配					
本人の性格や状況					
独身の息子様と2人暮らし、元気な時は息子さんとドライブをよくされており、温泉と買い物好きで、話上手な明るい方。まだ頑張って息子さんの朝食のパンを準備はされている。最近、血圧が高くなり、思うように動けなくなってきた。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
息子さんと2人暮らし 主介護者：息子さん(56歳)仕事を月～金まで8:30～17:30で勤務されている。					
主病名					
高血圧性心疾患・糖尿病					
服薬状況					
降圧剤・食膳の糖尿病の内服					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
そこまでやったんかい！小規模					

経緯

N様90歳 息子さんと出かける以外外に出る事がなく、近所との交流が減り、引きこもりがちになっておられ、特定高齢者の時より一般会員と言う形でひだまりに遊びに来られており、息子さんに迷惑掛けたくないと頑張っておられました。徐々に自宅で転倒や、具合が悪くなられて救急車で運ばれるようになり、介護保険を申請。要支援2から利用され要介護1までなられた頃、足がフラつく事が多くなっていました。

N様より『昔は息子と温泉に行きよったけど、一人で入るのが怖くなって温泉に行けんくなった。』と残念そうに話しておられました。本人様のお生まれが朝倉郡杷木町で原鶴温泉の話をされ『行きたいね』とよくおっしゃっておられました。

その言葉を聞いて、何とかできないかと思い、息子さんにもお話ししてみました。

息子さんより『僕が男だから母と温泉に入る事が出来なくて、今は一緒に行ってあげれていないので、連れて行っていただけるのなら、是非連れて行ってあげたいです』と言われました。ご家族に許可も頂き、どうしたら行けるかと考えていた所、他の利用者様も同じように思っておられるのではと思い、他の利用者様・ご家族様にもお声かけしてみました。すると他ご家族も自分一人で連れて行くには出来ないけど、職員さんが一緒に母と旅行するのも何年ぶりだろうと話されるご家族もあり、大人数になりそうで、まずは旅行会社様に相談してプランを何件か持って来て頂きました。

旅館の送迎付プランを選択し、職員の食事代などをどうするのか検討。利用者様・ご家族様にもご理解いただき、職員分も利用者様自己負担でお願いしました。

自己負担分内訳 食事代・職員食事代割り勘分・1日保険代で6000円程度でした。

大広間を借りて参加者全員での食事、食後は温泉に入る人・大広間でカラオケをしたり横になってのんびりされる人もおられ、過ごしておられました。

温泉組は2班に分かれ職員5人が1対1で入浴し、2回転10人入浴されました。

今では、この温泉旅行を知る利用者様はおられませんが、職員とは、あの温泉旅行は忘れられませんねと良く話しています。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

原鶴温泉には利用者様・家族・職員総勢29名で温泉施設の送迎バスを使って、日帰り温泉旅行を実現。利用者様と職員との裸の付き合いをしてきましたよ。

その後も『職員が楽しくなければ、利用者も楽しくない！！』を合言葉に。

阿蘇ファームランド・下関カモンワーフ・唐津・福岡タワー・有田ポーセリングパーク・長崎海きららなど旅行会社様に旅行プランをお願いして毎年最低1回は旅行に出掛けています。今年も10月26日に熊本城とコッコファームに出かけてきました。

自由記述

毎年利用者様アンケートを取っています。利用者様の個人担当を決めて利用者様がしたい事を聞き、毎年最低でも1つ実現できるよう日々みんなで試行錯誤しています。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	医療法人西田医院湧水館小規模多機能センター（福岡県）				
(仮名) 氏名	Uさん	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年齢	88歳
要介護度	要介護 5	利用期間	3年6か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa <input checked="" type="radio"/> IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 <input checked="" type="radio"/> C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：30回 訪問：60回 宿泊：最終的に30回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具：ベッド・手すり・車いす・スロープ貸与 訪問看護：宿泊時のみ訪問看護（医療）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
民生委員の見守り（1回／月）					
本人の性格や状況					
性格：頑固 男気 面倒見が良い 朗らか 意志を曲げない 無類の酒好き 独居で動きたがらない。自宅で酒ばかり飲んでいる。生活・食生活も不規則。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
キーパーソン：なし 主介護者：なし 同居家族：なし					
主病名					
塵肺・慢性気管支炎・脳梗塞後遺症（H10・H27）（右・左半身不全麻痺、言語障害）・誤嚥性肺炎（繰り返し）					
服薬状況					
内服はすべて施設管理 粉砕してヨーグルトなどに混ぜ食している					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
ここまでやったんかい！小規模多機能 必見！これが自己実現を叶えるケアだ！ 地域から「あんたたちはよくやっている」と褒められる小規模多機能 元気な時から亡くなるまでお付き合いしています 多職種連携している事例					

経緯

H27.4月地域包括支援センターより紹介。要介護3の独居男性85歳。肺炎で入院しており歩行不安定な状態。独居であり身寄りがないため、今後は小規模多機能のサービスが必要であろうとのことで登録となった。仕事は会社員幹部（会社再生にも携わっていた）定年後、電気関係の自営業をしていた。妻は16年前に他界。再婚同士でそれぞれに子供はいたようだが付き合いはなく多くを語らないため詳細は不明。妻との間に子はない。大阪に弟がいるが音信不通。小規模多機能を利用開始してから一度だけ千葉の甥が本人宅を訪れたが、身元引受もできないとのことだった。利用開始当初キーパーソンは元飲み屋のママさんだった。必要物品の買い揃え・食料調達・薬取り・金銭管理・借金取り立てなどをして下さっていた。しかし過去のお金の貸し借りの件で本人とよく口論となつており、ママさんは嫌気と負担を感じていた。本人も今後は一切をケアマネージャーに頼みたいと言い出し、のちにキーパーソン解消となり音信も途絶えた。以後ケアマネージャーが金銭管理を引き継いだ。民生委員の方は毎月1回訪問して下さっており、本人とも馴染みの関係で訪問時はお互いに気さくに話しかけていた。利用開始時は「通うことなどは絶対にしない。病院にも行かんない」「家に風呂があるのに何でよそで入らないかんか！」「ビール！！」「（朝から）焼酎作ってくれ。」と自由奔放で、早朝～夜間までの訪問のみでサービス提供していた。訪問の時間も幾度となく変わったが本人の意向にできるだけ添うようにしてきた。意に添わないと「お前はもう来んでいい！！」と怒ることがよくあったが、次第に人が来てくれることが嬉しくなったようで「明日は誰が来るんか？」と訪問を待ちわびるようになっていった。台所で尻もちをついて圧迫骨折となったことをきっかけに「リハビリをしに来ませんか？」と法人理学療法士が声をかけ、通って来るようになった。その後2回目の脳梗塞を発症し、入院中は早期より「湧水館に帰る」を繰り返し訴え、早期退院し連泊となった。連泊中はリンガーハットに行ってビールと餃子が食べたいと訴え、スタッフと2回リンガーハットに出かけた。食事時はむせることが多くなっていたが、ビールと餃子はむせずに見事に食していた。ADLが低下しむせも多くなったため、段階的に通い回数と時間を増やし、最終的には毎日通い（朝食～夕食まで）となっていました。職員納涼会の日は庭でバーベキューがあるが、その日は「泊まらせてくれ」と希望し馴染みの顔の中でうれしそうにビールを飲んでいた。体調が悪い時も自分から「泊まりたい」と希望するようになり、泊まれることが安心感につながっているようだった。泊りの時に訪問看護（医療）を利用した。本人宅の隣りにグループホームがあり、そのオーナーの方がH28.11月より本人宅敷地の地主となられた。その方が、本人が独居であるため万が一の時に家屋の処理を心配され、家屋の生前無償譲渡をしないか、解体費用はグループホームが持つという話を持ちかけてきた。本人もその話に乗り気で契約を締結した。その頃横須賀に住む姪の連絡先が分かっていたため、一応連絡したところ「私は遠いですし身体も弱くなっているため何もできません。本人の言うようでいいと思います。亡くなった時は連絡して下さい。」という返答があった。H30に入ると誤嚥性肺炎を繰り返すようになった。その度に入院は拒否していたため、泊まりながら療養していた。排痰ドレナージや離床・嚥下のリハビリには法人理学療法士・作業療法士が関わり、小規模多機能スタッフと連携して在宅復帰を果

たしてきた。連泊中は民生委員の方が心配してよく電話を下さり状況を報告していた。しかし、H30.6月に誤嚥性肺炎を患ってからは長期化した。経口摂取を開始するとまた悪化する状態が続いていた。在宅復帰の見込みが薄くなってきたため本人に家を処分してもいいか？仏壇はどうするか？と聞いたところ「絶対に家に帰る！」と返答があり、家に対する強い思いを示していた。本人の万が一の時のために仏壇の処分について、門徒である近くのお寺の住職にケアマネージャーが話しを聞きに行った。いつでも仏壇じまいはできる、万が一の時は自分がお経をあげに行きましょう、施設で葬儀をしてもいい、との話しを頂いた。それから5日後状態が急変しH30.9/8ご逝去された。前日は自宅のレンタルベッドを引き上げたばかりであった。姪御さんに連絡したが「私は何もできないのでそちらでお願いします。」と言われたため、葬儀とそれ以降のことに関するすべてを事業所主導ですすめていくことになった。本人がどうしても家に帰りたがっていたため、事業所での湯濯後自宅に連れて帰り、住職に枕経を自宅であげて頂いた。その後施設葬を執り行った。ご逝去されたことは民生委員、近くに住む同級生、隣のグループホームオーナーに知らせたところ皆さま葬儀に参列して下さった。関わりのあったスタッフ・小規模多機能ご利用者・そのご家族・地域の方々に見守られながら旅立って行かれた。火葬終了後、初七日の法要をお寺であげて頂き、そのまま遺骨を預かって頂いている。運営推進会議で上記を報告したところ、「湧水館さんは先進的な取り組みをいつもやっていて素晴らしい。よくやっていますね。」「そこまでやってくれるんですね。すごいですね。」という声を地域の方々から頂いた。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

身寄りのない独居男性が中重度になっても自分の思いを叶えられる支援をしていること。アットホームな関わりでその人らしさを大切にし安心を感じられる支援をしていること。多職種が連携して療養環境を提供し、さらに在宅復帰に向けて取り組んでいること。関わった時から最期まで支援していること。葬儀支援・家屋処理支援まで関わるそこまでやったんかい！事例。

自由記述

今回は看取り後の支援まで行った稀なケースであった。最期まで濃厚に関わった近しい人たちの手で葬儀まで執り行ったため、ささやかな葬儀ではあったが大きな家族のような、愛情がたくさん詰まったものとなった。お寺の住職は、昔はこのような形が普通であり、葬儀とは本来こうあるべきだとおっしゃっていた。このような施設葬に至ったのは、小規模多機能がその人らしさを追求し、その方が望む支援をやってきたからこそではないかと感じる。今後小規模多機能で葬儀までするケースが出てくることもあるのではないかだろうか。さらに今回は地域のお寺にまで関わりが及び、人が生き、その生が終わってからも支援が続くことを体感した。まさに小規模多機能の支援には人生の縮図が詰まっており、看取り感というか、宗教的因素もライフサポートの概念の中に持ち合わせておく必要があるのだなと感じた。ライフサポートは利用者が生きている間の人との関係をつないでいく支援だけではなく、亡くなった後も実は人と人の関わりが続いていくことをも示しているのかもしれない。それは支援する側にも豊かなこれからとの関わりをもたらしてくれており、ライフサポートの限りない可能性を感じたケースであった。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能型サポートセンター本城（福岡県）									
(仮名) 氏名	Mさん		性別	男・女	年齢	86歳					
要介護度	要介護2			利用期間	1年8か月						
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M									
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2									
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）											
通い：17回		訪問：112回		宿泊：0回							
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）											
■配食	■自宅での入浴	■外出支援	□その他（ ）								
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）											
手すり貸与											
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）											
グランドゴルフ（月～金）、市民センターの昼食会（月1回）、友人の訪問等											
本人の性格や状況											
亭主関白であるが、行動力があり社交的で穏やか。定年後は地域活動に参加され地域での中心的な人物であった。冗談で人を笑わせることが多く、友人、知人が多い。											
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）											
キーパーソン：長女（自宅から徒歩数分、別居）											
同居家族：妻（認知症あり、日常生活概ね自立）											
主病名											
認知症（診断名は検査中）											
骨粗鬆症											
服薬状況											
朝、夕に認知症と骨粗鬆症の薬あり 訪問にて声かけし内服している											
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。											
地域から「あんたたちはよくやっている」と褒められる小規模多機能											

経緯

夫婦二人暮らし。数年前から夫に物忘れがみられるようになり、脳神経外科にて初期認知症の診断を受けていた。薬の飲み忘れる目立つようになり、自宅近くに住む長女が職場から電話したり、仕事に寄って確認したりしていたが、長女も多忙になり心理的に負担に感じることが増えてきていた。物忘れがみられるようになって今まで参加していた公園でのグランドゴルフや市民センターでの囲碁クラブ等も時間や予定を忘れて参加できなくなり、寝て過ごすことが増えていた。長女より相談を受け、今までの生活習慣を取り戻すことを目標に支援を開始。朝訪問し、時間と予定を伝えることから開始。グランドゴルフが行われている公園に出向き、行われている日程を伺う。参加者も心配されていたが、長女に気をつかいあまり声をかけられていないことを知った。長女と参加者との関係性を取り持ち、参加者が朝はお誘いの電話連絡をするようになり、その時間に合わせて訪問し、外出の準備を行なうようになり、グランドゴルフの参加が定期化した。長年福祉協力員をされていたため、市民センターの館長がグランドゴルフ参加者から近況を知り、囲碁クラブ等の行事に声をかけてくれるようになった。予定を忘れてしまうため、市民センターに事業所職員が定期的に出向き、予定を確認し予定に合わせて参加できるように訪問を行い、行事が終わったら事業所に連絡をいただけるようになり、行事後の支援を訪問等にて行なうようになった。物忘れも進行し、体調やその日の予定に合わせて1日3～6回程度日によって訪問回数を調整している。同居の妻も訪問に入っている際に兆候に気付き、長女に連絡し認知症の診断を受けた。現在は夫婦それぞれに別の支援計画を作り、リハビリや入浴のみ通いを利用し、訪問を中心としたサービス展開で在宅生活を支援している。長女の心理的負担も軽減し、一緒に誕生日会を行う等の機会が増えている。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

小規模多機能型居宅介護、地域密着型サービスに求められていることがなかなか実践の場で展開されない現状があった中で、ご利用者の支援を通じて地域とつながり、ご利用者に地域とつなげてもらいました。支援を通じて、事業所の職員も小規模多機能の在り方について議論をすることも増え、事業所としても成長がでています。

地域とつながったことで、地域行事への参加等も増え、地域の中での「顔の見える関係」を持つことができるようになりました。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能型居宅介護おむすび苑（福岡県）				
(仮名) 氏名	○木 昇	性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女	年 齢	89 歳	
要介護度	要介護 5		利用期間	年 2か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV <input checked="" type="checkbox"/> M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 <input checked="" type="checkbox"/> C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 30 回 訪問： 1 回 宿泊： 30 回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（家族様との病院受診付き添い）						
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
福祉用具レンタル						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
本人の性格や状況						
左上肢麻痺 上下肢拘縮 呼びかけや体調や訴えがある時は開眼・発語がある 寝返りが困難 食事・排泄等に全面介助が必要						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
長女様						
主病名						
脳梗塞後遺症						
服薬状況						
内服処方あるも家族様の意向で必要最低限か中止のお気持ちがある						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
湯灌をおこなっている小規模多機能						

経緯

グループホーム入居中、特養に申し込まれ待機中。
看取りの宣告あり。
グループホームでの看取りが厳しく、自宅での介護も難しく、当事業所の利用をお受けする。
特養入居に向けて、「繋ぐ」を目標にする。
発語と目の表情、手や舌の動きで感情を読み取り、支援していく。
家族様が、「自然な形の最期」を望まれる中、少しづつ最期へと向かわれる。
当事業所内で、最期を迎えられる。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- ・家族様の看取りへの思い
- ・本人様と職員の関係
- ・最期の時
- ・湯灌

自由記述

事例概要シート

事業所名 (都道府県)	小規模多機能ひだまり					(福岡 県)
(仮名) 氏名	小倉太郎	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年 齢	歳	
要介護度	要介護 1	利用期間	0 年 8 ヶ月			
認知症日常生活自立度		自立 I IIa <input checked="" type="radio"/> IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数 (1か月あたり)						
通い: 30 回 訪問: 4 回 宿泊: 0 回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援 (該当にレ)						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (受診同行)						
他の介護保険サービス (福祉用具、訪問看護等)						
福祉用具貸与・・・歩行器・タッチアップ						
介護保険以外のサービス (例 ボランティアによる見守り支援等)						
なし						
本人の性格や状況						
スポーツ観戦が好きな穏やか性格。 夫婦二人暮らしであったが、奥様が胃癌となり、昨年末頃よりマンション（分譲）にて一人暮らしとなる。奥様は現在奥様の妹様の住む若松区で特養に入所。 本氏に奥様が、自宅へ戻る事は難しいと説明するも「解かっとする」と言われるが「母さん（奥様）が帰ってくるけ家の中はきれいにせんといけん」と言われる事がある。						
家族構成 (キーパーソン・主介護者・同居家族など)						
K P ・・・ 義理の妹 主介護者は不在 同居家族は無い 本氏の親族は無い						
主病名						
高血圧 脳梗塞後遺症						
服薬状況						
降圧剤 血圧測定後の服薬。						
該当する事例の種類 (テーマ) ※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
介護サービス以外で、むちやくちや支えている事例						

経緯

平成30年2月 本氏が利用中のデイサービス管理者より相談あり。

利用中の本氏が奥様の入院、入院中に「胃瘻」になった為、生活環境が悪化している。朝、起きれない事も増えて迎えに行っても、寝ており利用に繋がらない。その時点での介護度は（要支援2）。

担当ケアマネジャーからも「状況から見ると要支援ではない。変更申請すれば要介護の認定を受ける事が出来ると思う」と

加えて、利用中の訪問介護ステーションは閉鎖するのでこの機会に「小規模多機能」へ移管したい。

2月中に本人とも面談。奥様とも面談するが、奥様は自身の病状を受け入れるのに精一杯で「自分は何もできないし、もう何もしてあげたくない。」・・・(この夫婦は10歳程奥様が年上で幼馴染での結婚で、生活の主導権は奥様にあり、経済面でも奥様の収入での生活であった。現住まいのマンションも奥様の名義)

入院中に若松区在住の妹様ご夫婦とも面談。

「姉さんの面倒は自分たちで見ようと思うが、義兄さんはどうすればいいか分からない」と言われる。

平成30年3月より利用を開始される。

当初は週4回の通い。夕食まで摂られて帰宅。

週1回の掃除。の利用回数とした。

利用の無い日に自身で買い物に出かけ、マンションから近隣のスーパーに行くには踏切を通過しないといけない。移動には歩行器を利用している為、踏切、線路にタイヤが挟まり転倒を繰り返している。

自宅でも敷居等で転倒したと言い、痣を作られる。

自宅内も、通販好きな奥様が「健康器具」「電化製品」が部屋に置かれていて、導線が確保できない状態。

このままでは、転倒して危険な状態が起きると考え、スタッフ3名で自宅へ行き、使っていない部屋に「健康器具」「電化製品」を片付け、散乱していた衣類、段ボールは一斉に撤収した。

導線が確保できたと思えば、今度は引き戸（昔ながらのガラスの引き戸）を蹴飛ばし、ガラスで怪我する。

引き戸を取り外し、アコーディオンカーテンを取り付ける。

週4回の利用から毎日通う事となり、食事の心配がなくなったと思えば今度は「夜中にお腹が空き、買い物に行ってこけた。」という。夜遅くまでスポーツ観戦（ワールドカップ）

買い物に行くことをやめる事は無いが、夜間に踏切を通過してしか行けないスーパーへの買い物は大変危険である。

目的が買い物でなく、お腹が空くからならばと、帰宅時「おにぎり」を持ちかえるようにした。

季節は夏へと変わる。大雨の時は宿泊を利用したり、台風時も同様の利用される。

この夏の異常な暑さ。
水分摂取の声掛けは十分に行うが飲めていない。
なぜかを考える。
自分でコップに注ぐ事が出来ていない。
送迎時にペットボトルに麦茶等を持ち帰るが翌日減っていない。
ペットボトルでは飲まない。
コップにいれておけば飲む。
では、コップは一つでは足りない。
夜間、深夜とテレビを観ている。
1リットルは必要としよう。
そうなると・・・飲んだら排泄に繋がる。
テレビを観始めると動かない。失禁。
後片付は出来ない。
床が濡れる。
転倒する。
朝、送迎に行くと、起き上がりがれず座りこんでいる。
現在、下肢筋力の維持の為、転倒しても立ち上がる事が出来るよう午前・午後と筋力低下予防の為スクワット等に取り組まれている。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

毎日、通う事が出来る（単位数を気にせず）小規模多機能だからこそ、
日々の変化に随時対応できる。
通いサービスから訪問サービスの支援へ繋がる。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能ホームつむぎ (愛媛県)				
(仮名) 氏名	Aさん	性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	年齢	94歳
要介護度	要支援 1	利用期間	3か月		
認知症日常生活自立度	自立 <input checked="" type="radio"/> I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 <input checked="" type="radio"/> A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 20回 訪問： 10回 宿泊： 0回 (8・9月中は連泊)					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具貸与（手すり：玄関と居間から庭にでるアプローチ部）					
居宅療養管理指導（月2回）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
移動販売の利用					
本人の性格や状況					
一年前にご主人を亡くされてから独居。障がいのある娘さんをずっと夫婦で介護してられた。長男も亡くされており近しい身内は長男のお嫁さんとお孫さん。性格は穏やかで社交的だが、思い込むとそうしないといけないと頑なになるところがある。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
キーパーソンはお嫁さん。週一回程度様子を見に行かれている。ご本人は近隣の方ともおつきあいがあり良好。					
主病名					
変形性膝関節症・変形性脊椎症・高血圧症					
服薬状況					
朝食後：マグミット・カルフィーナ			昼食後：エンシュア		
夕食後：マグミット・プラバスタチン			就寝前：ゾピクロン		
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
元気な時から亡くなるまでお付き合いしています					

経緯

包括支援センター担当 CM より、「A 氏が夏場になり食欲低下が見られ、見るからに痩せていっている。A さんは、デイサービスを利用したがらないが、小規模多機能ホームつむぎは“以前より知っている場所”で、馴染みの職員もいるからサービスに繋がるのではないか」と相談がある。※馴染みの経緯は「自由記述」参照

まずは、小規模多機能ホームのサービスを説明しようと馴染みの職員が自宅にお伺いしたところ、日頃無口な A さんが小規模多機能ホームつむぎの職員に対して娘さんの話やご主人の話をたくさんされる姿に、同席していたお嫁さんが驚かれていた。

包括支援センター担当 CM の情報を元に A さんと話し合いを行い、まずは「食事が食べられない状況」を課題と捉え体調を整える事にした。小規模多機能ホームつむぎと主治医が連携しサービス提供を開始するが、訪問支援だけでは体調管理が難しい状況があり、泊りサービスを利用する事となる。A さんが職員を含む他者と交流を図る事で気持ちの部分が前向きになるにつれて、徐々に食事量が回復する。

数日後、A さんより「自宅ではもういつ死んでもいいと思っていた。でもつむぎに来てみんなに声をかけてもらって、100歳まで生きたいと思うようになったよ。」と話してくれた。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

私達は、A さんと障がいのある娘さんのキーパーソン「母親」として出逢い、母親としての思いや価値観を共有してきた。娘さんが亡くなった後も担当職員は A さんとご主人との関わりを持ち続けていた。また、A さんのご主人が心不全悪化と認知症に対する支援が必要となった時、キーパーソン「妻」として職員と共にご主人を支援する。

このように「母親として」「妻として」立場を変えて長く関わりを持つ中で、A さんが支援を必要とするタイミングで「利用者として」サービス利用に至ったことは、私たちの事業所が、地域で暮らし続けるために必要な資源として活用できた事例だと感じている。

自由記述

元々、障害のある娘さんをご主人と二人で介護していた A さんは、娘さんが当法人（関係事業所）を利用する時に私達と出逢った。その娘さんは、私（事例発表者）が当時管理者として勤めていた GH へ入居され、最期までご夫婦と連携しながら介護をさせてもらい、5 年前に他界されている。

その後も、私達はご夫婦宅を訪ね、娘さんのお仏壇にお線香を上げる等関係を続けていた。A さんのご主人は、徐々に認知症状がみられ、包括支援センターを通して小規模多機能ホームつむぎを利用することとなるが、重度の心不全を患い 1 年前にお亡くなりになった。その頃 A さんは、訪問介護（小規模多機能ホームつむぎ併設）を利用していった。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能ホームあつたか (愛媛県)							
(仮名) 氏名	Cさん	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	年齢	98歳				
要介護度	要介護4	利用期間	1年3か月						
認知症日常生活自立度		自立	I	IIa	IIb	IIIa	<input checked="" type="checkbox"/> IIIb	IV	M
障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1	A1	A2	B1	B2	<input checked="" type="checkbox"/> C1	C2
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）									
通い：29回 訪問：10回 宿泊：27回									
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）									
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）									
福祉用具貸与：車椅子・床ずれ予防用具									
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）									
家族の協力									
本人の性格や状況									
(登録前)									
※元気な頃は、お孫様たちの面倒をよくみていた。（躊躇が厳しくよく叱っていた）									
※自宅敷地から外に出ることはほとんどなかった。膝が悪く自宅では、いざって移動していた。									
※要介護状態になってから次第に口数が減りしゃべらなくなってしまった。（原因は家族も不明）									
※通所介護（週3回）食事は全介助、レクリエーションにも参加せず横になり過ごされていた。									
※訪問介護（週3回）食事はほとんど介助を要していた。食事量も2～3割程度。									
(登録後)									
※物静かでほとんど喋ることがなかった。自宅では布団で横になっており、挨拶しても反応なし。唯一発する言葉「あいた（痛い）」「いや」									
※嫌な時は、口を噤んだり身体を硬くしたりして動こうとしない。									
※耳はよく聞こえ会話を理解していた。頷くなど返答のような様子あり。									
※食事の準備を整えると、目の前にあるお茶を飲み、おにぎりを手づかみで食べることが出来た。									
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）									
キーパーソン：次男の子（孫：女 27歳）									
同居家族：次男夫婦（62歳・58歳）共働き									
次男の子夫婦（孫）と子供（ひ孫3人：年長・年少・4ヶ月）									
H19年 夫死去 H29年4月：次男が単身赴任となる。									
H29年7月：お孫さんが本人宅前に家を建て別居となる。									

主病名
高血圧・糖尿病 ※昔から糖尿病の持病があり、足が悪かったため在宅診療を受けていた。
服薬状況
食後の血糖上昇を抑える薬（1種類、毎食前、必須） ※インスリンが必要であったが、年齢と家族様対応難しさがあり飲み薬で対応。 ※昼時間に在宅診療あり。（毎回血圧測定・血糖値検査）
【主治医の意見】
「（血糖値も300以上だったが）低すぎる方が怖いから、もう歳だから好きなものを食べていただきまわないよ。薬だけは続けてください」
該当する事例の種類（テーマ） ※別紙より該当するもの選び、記入ください。
諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践
経緯
(利用までの経緯)
H28年2月～3月 インフルエンザ罹患後、寝たきり状態となり福祉用具貸与・通所介護（週3回）、短期入所生活介護（月7日程度）の利用が追加されていたが、キーパーソン（孫：次男の子）が、第三子の出産控えて短期入所生活介護を長期に利用することになりました。
H28年6月 お孫さんより「小さい頃は祖母がよく面倒を見てくれた。家が好きなのでなるべく家でみてあげたいが、子供が小さく難しくなってきてる。家でみられる方法はないだろうか」との相談があり当事業所を利用開始となりました。利用開始後、意外にできることがあることに気づき、それを自宅に訪問するたびに伝えると、お孫さんも自宅で介護することに前向きな姿勢が見られるようになり、徐々に自分の思いや気持ちを職員に話してくれるようになりました。
(取り組みの内容)
1. お孫さんからの要望 H28.10～ 契約終了時 「そういえば・・・おばあちゃんの声を10年以上聞いたことがない。声が聞きたい」
Cさんは自宅でも事業所でも寝ていることが多く、正直なところ「生活全般で介助が必要、できることは限られている。果たして声を聞くことができるの？」という気持ちもありました。しかし、思いのほかに“できること”があり、時折明るい表情も見られたので、職員の意見も「声も聞いてみたい」で一致、Cさんが好きなことに着目した取り組みを検討しました。
2. 取り組んだこと
1) 好きだった“絵”に着目した取り組み ・絵に関するCさんでもできそうなこと（絵が描かれたパズル）
絵を描くことは難しそうに思えたので、絵が描かれたパズルなら完成できなくても興味を持つのではと思い試してみた。しかし予想に反して、無言のままでじっくり絵を眺めた後、完成させてしまいました。そして一言「あひる」と口にしたため、家族の前でも

直ぐに声を出してくれると思いました。

・ご本人が描いた絵を囲んで会話する機会を持つ

単語を発したことを聞いたお孫さんが、絵にまつわる話、お元気な頃の話を皆で一緒に会話をすることで、Cさんも何か話してくれるのではないかと思い、女学生時代にCさんがデッサンした絵をご家族にお持ちいただきました。ご自分が描いた絵をじっくりと見ながらも、家族の話に時折うなずいたり笑顔を見せたりしてくれました。しかし、なぜか家族の前では声を発することはませんでした。

・Cさんができるかもしれないこと（絵を描いてみる）

パズルが思いのほか簡単にできたので、絵を見るだけではなく“描けるかもしれない”と思ってペンと紙を渡してみました。すると見本を見て最初から絵を描くことができました。時には自分の名前も書くことがありました。

2) いつも目で追っていた“家族写真”に着目した取り組み

好きだった“絵”に着目した取り組みでは、単語ではありますがCさんの声を職員は聞くことができました。しかし、お孫さんには実際に声を聞いてもらうことができていなかったので、取り組み方法を増やしてみようと考えました。

自宅に帰って掘りごたつに座っている時、Cさんがテーブルに置かれている家族写真をじっとみていることに気が付きました。試しに写真を目の前に近づけると、手を伸ばして取ろうとしました。それを切っ掛けに家族写真を使って、Cさんに話しかけることを始めると、喋ってはくれませんが調子の良い時は、娘さんや息子さんの顔を指さしたりしてくれるようになりました。

しかし、その時、取り組みを開始してから約5カ月が経過していましたが、未だお孫さんにCさんの声を聞かせてあげることはできていませんでした。

3. 取り組みの結果とその後の変化

H29年3月2日、Cさんの98歳の誕生日を自宅で祝うために帰宅した際、ついにお孫さんもCさんの声を聞くことができました。

翌朝、職員が訪問すると「おばあちゃんが喋るんです！！」と興奮気味に話してきました。そして、そのことを県外に住む親族に何か所も電話で伝えられ、電話の向こうで泣いている声が私たちにも聞こえてきました。その日は、その後もCさんは喋り続け「写真を見せて欲しい」と言われ、昔の写真を見ながら半日お孫さんと会話されました。往診に来た主治医にも話しかけられ、主治医も「何年ぶりに喋った声を聞いたのだろう！？」とびっくりされていました。これまでの関わりがきっかけで、Cさんは再び会話できるようになったのかと思いましたが、私たちが夕方に訪問したときには口数が少くなり、翌日にはいつものCさんに戻っていました。

しかし、その後のCさんは、日によっては簡単な会話ができたり、家族や私たちが挨拶すると笑顔で手を上げて応えたりするなど、周囲に対する反応は良い変化が見られました。

また、スケッチブックを新たに購入し、そこに描いた絵をお孫さんと一緒に見たり、ひ孫さんとお絵かきしたりするなど自宅での過ごし方にも変化が見られました。なにより、お孫さんから「納涼祭に私と子供が参加し、獅子舞の踊りと太鼓を叩くためその姿をおばあちゃんに見せたい！」という新たな要望を頂けたことが、成果の一つで

はないかと思います。その後、納涼祭にも参加でき、さらに新たなご要望として「100歳の誕生日と一緒に迎えたい！」を頂いていたのですが、残念ながらそれにはお応えすることはできませんでした。

4. 考察

<計画作成担当者として>

要介護度が重度の方の場合、ご本人の意思が分かりづらいこともあり「ご本人のことを考えよう。でも・・・介護するのは家族だから・・・」と思ってしまい、どうしても家族介護の大変さに目がむきがちになっていました。しかし、今回のケースのようにご本人の状態を把握していくことで、ご家族も一緒になって“できるかもしれない”という思いのほうが強くなり、いつしか介護の大変さより楽しみや喜びに繋がっていたように思います。

<介護従事者として>

”寝たきりなので何もできないだろう”という職員の思い込みで、利用者の持っている力を引き出せずにいたかもしれませんと反省する切っ掛けになりました。

そして、今回のケースを通してCさんが変化していくことを、自分達の喜びとして分かち合うことができたとともに、日々の小さな関わりの積み重ねが大切であると感じました。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- ・お孫様が3人の子供（年長・年少・4ヶ月）を抱えながらも祖母を見てあげたい気持ちがとても強かったため、その気持ちに応えたかった。
- ・正直・・・できることはあまりないのでは・・・と思っていたが、お孫様の「声が聞きたい」という願いから、職員も声が聞きたいと思う気持ちが強くなり職員が一丸となって取り組んだ。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		今治市社協小規模多機能ゆいの村（愛媛県）			
(仮名) 氏名	Kさん	性別	女	年齢	82歳
要介護度	要介護3	利用期間	6年9か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：16回 訪問：12回 宿泊：0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（地域の方への理解と協力依頼）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
なし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
民生児童委員による定期訪問や、近隣住民による見守り体制作り。 GPS位置情報確認システム（セコム）					
本人の性格や状況					
利用当初は作話、被害妄想があり、同居していた夫に対し“暴力を受ける”等の被害的な訴え多かった。自宅から一人で外に出ると家に帰れなくなり、幾度となく捜索し発見に至る。性格は明るく編み物が得意。他者とも穏やかに交流したり、知らない人でも気軽に話しかける事が出来るような社交的な性格。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
		<ul style="list-style-type: none"> 84歳になる夫と同居。掃除や食事の準備は全て夫が行っている。 大阪在住の長男がおり、何かある時は帰省し対応して頂いている。 家族関係は良好であるが、利用当初本人の夫に対する被害妄想あり。 			
主病名					
アルツハイマー型認知症（主症状：被害妄想、作話、外出すると帰宅できない等）					
服薬状況					
降圧剤（アムロジピン）、抗アルツハイマー病薬（メマリー）、一時的な興奮抑制（リスペダール）					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
地域で見守り！（知らない人達がみんなが知り合い？！）					

経緯

平成22年10月23日に息子さんが来所。母親の認知症が進行し、同居している夫の介護負担が増大しているとの相談がありました。夫婦二人暮らし。当初、夫に対する暴言や暴力行為等も見られ、少しでもお互いひとりになる時間を作りたいとの事で、ゆいの村利用開始となりました。3回／週の通いと2回／週の訪問から利用頂き、最初の頃は、ゆいの村へ来られても、スタッフの目を盗んですぐに外へ出て帰ろう(実家がある香川県)としたり、食事やおやつを食べていても「みんなこんなまずいもんよう食うとるな?」や「安いおやつばかりで口に合わん」等と大きな声で不満を言ったり、対応に苦戦していました。

その後、少しづつ周囲や人的環境にも慣れ始めた頃、スタッフもKさんの対応にも慣れ、身体が元気であった為、一緒に外で草引きや中で調理をしたり、特に縫物や編み物等が得意で、最後まで編みあがる事はありませんでしたが、とても集中して取り組むことが出来ていました。

在宅生活は、夫と別々の部屋で生活し、食事の時は夫が準備し声掛け、一緒に食べていました。夫に対し暴力行為があり、逆に夫が我が身を守る為、杖でKさんを叩いたり、防衛行為とは言え、Kさんに手を上げていたこともあります。Kさんはゆいの村利用開始後、2回程自宅から警察へ連絡し、「夫に殺される」等と訴え、警察が状況確認に来た事がありました。

この頃から自転車で2~3kmの所にある役場やAコープへ行くと、帰り道が分からなくなったり、夫と喧嘩すると、実家に帰ると家を飛び出すことも時々見られていた。最初は夫が心当たりを探すと見つかっていたが、次第に移動範囲が広くなり、探しても見つからない時には、夫からゆいの村へ「○時頃から家を出たんやけど、おらんのよ」と連絡があり、動けるスタッフみんなで探すことが徐々に増えてきました。ある日、息子さんが帰省している時、少し目を離した隙に居なくなり、息子さんと夫でしばらく探したそうですが、見つからずゆいの村へ連絡がありました。可能なスタッフは手分けして部落内や隣の部落まで探しましたが見つからず、日も暮れかけていた為、息子さんから警察へ捜索願を提出。地元消防団や市役所職員も捜索に加わり、懸命に捜索しましたが見つからず、午後23時に一時捜索を打ち切り、翌朝からの捜索を予定していましたが、午前2時過ぎに息子さんから「知らん間に帰ってきて布団で寝てました」と連絡を頂き、ほっとした事があり、未だに、あれだけ探したのに結局どこに居たのか分からない不思議な出来事もありました。

そもそもKさん夫婦は本人が香川県、夫は岡山県出身で、Kさんの姉が近所に住んでいるというだけで、12~3年前に大阪から引っ越して来られました。売り家を購入し、全く知らない地域で住み始めた為、友人や知人はほとんどなく、地域の方々とも積極的なかわりを持つ事が出来なかったため、なかなか近隣の方々の理解と協力も得られず、認知症を患ってからも、留守宅へ勝手に入り込んだり、自転車や押し車などを勝手に使ったりと近隣の方々からの苦情も何度も聞かれていました。

平成27年5月から、外出の機会が頻回になり、いつも財布を首から下げて身に着けていた事もあり、息子さんと相談し、GPSの発信機を入れ、外出時見つからない時に検索するようにしました。GPS発信機の精度が低く、検索しても大体の場所は確認できるの

ですが、発見できないことが多く、過去2回程捜索願を出したこともあります。空き家で一晩過ごしたり、夜に外出し、明け方まで夫が気付かず、10km近くも移動していたこともあります。この時は身体のあちこちに擦り傷や切り傷が見られ、寒い夜中移動した為か身体が冷え切っていた為、すぐ入浴して頂いた事もありました。

警察からも何か手を考えないといけないと指導頂き、息子さんとも色々と相談した結果、施設入所や鍵をかけて家の中から出れないようにするという選択肢も案として上がりましたが、Kさんのストレスになつたり、夫の負担も大きくなつてはいけないとの事で、近隣の方々や地域の方々の理解と協力を得て、みんなで見守る方法を試してみました。

まず、息子さんの了解を得て、住んでいる地域の方々に、毎月開かれている組毎の定例会に参加し、「認知症とは」と言う事で、スタッフが説明にあがり、認知症を理解して頂くことから始めました。講座の後、地域で認知症で苦しんでいる方が生活していることを皆さんに伝え、外を歩いているところを発見した時に声をかけて頂くことをお願いしました。その後少し行方不明になる回数は減りましたが、過疎化地域である為、時間帯によつては誰にも会うことなく、隣の部落へ移動していることも多々ありました。そこで、同様のお願いを隣部落へも行い、息子さんと一緒に採石場のトラックの運転手さんには写真付きで状況を説明したり、今まで移動した経路を再確認しながら、過去通過した事がある場所に関係する方々にもお願ひに伺いました。

結果、自宅から外出する機会は減る事はありませんでしたが、次第に地域の方々も、家まで案内してくれていたり、トラックの運転手さんから、「今〇〇の前を歩きよつたよ」や「汗をすごくかいてたから、うちでお茶を飲んでもらつてから迎えに来てくれる?」等と言つた電話がよくかかるようになりました。その内容を息子さんにすべて伝え、わかる範囲内で一緒にお礼に伺い、引き続きお願いをしてまわりました。

近隣住民の見守りを受けながら、夫も徐々に皆さんに見守られている事の安心感から、妻に対する考え方が変わつたのか、よく話しかけたり世話をしてくれるようになり、Kさんも外に出かける機会も減つてきました。GPSの検索もほとんどしなくなり、近隣の方々の見守りを受けながら、夫婦で何とか穏やかに生活を送れるようになりました。

平成29年に入り夫の身体状態が悪化し、入院したり体調が思わしくなく、申し込みをしていた同敷地内のグループホームへ同年8月11日に入居が決定しました。息子さんも落ち着いて夫婦で仲良く過ごしてくれていたのが残念ですが、夫が介護出来なくなると、Kさんもまた不安が強くなつてもいけないとの事で入居を決めました。

現在もグループホームでお元気に過ごされています。夫も体調の良い時には妻のグループホームへ差し入れに行つたり、Kさんも「もう来んでええわ」と恥ずかしそうに言いながら、利用当初に比べ仲良く会話もされています。自宅で一緒に過ごすということは無くなりましたが、夫婦にとって一番不安で大変だった時期を、地域の方々の理解と協力を得ながら、安心して暮らせ、その安心感が夫婦の仲をも支えられたのだと思います。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

今回、外出して帰り道がわからなくなる元気なKさんにとって、施設や自宅で閉じ込めることなく、不安なKさんがどこへ行っても「Kさん、何処に行きよん」と気軽に声をかけてくれ、行き先が分からず不安な気持ちに寄り添い、帰り道を教えてくれたり、迎え

の連絡を頂いた上に、自宅でお茶を出して休ませてくれたりしながら、Kさんにとっては、みんなが自分の事を知ってくれている友人の様な存在として認識できた事が、精神状態の安寧につながり、以前のように10km離れた所で発見する事が無くなったり、自宅でゆっくり編み物をして待っていたり、また、夫婦関係も良好に保て、安心して毎日過ごすことが出来たのではないかと思う事例として紹介させて頂きました。

地域の方の中には「なぜそんな事をしなければいけないのか」「もともと知らん人だし、どう話しかけて良いか分からぬ」等と言った意見も聞かれる中、個々に説明しに伺ったり、もしもの時の連携体制を説明しながら、もし見かけた時には連絡が欲しい旨伝え、連絡頂いたり、対応して頂いた時には、日を改め、時にKさんと一緒にお礼に伺ったりした事が、徐々にKさんを理解し協力頂いた結果になったのだと思います。

自由記述

私たちゆいの村を取り巻く周囲の環境では、高齢化率も50%を超え、地域の方々もいろいろと不安を抱えながら生活されています。今回の事例でご協力頂いた方の中から、“もし自分が認知症で、同じように帰る家が分からなくなつた時、これだけの人が協力してくれて、支え合える地域に住んでいて、とても安心しました”や“些細な事しかしていないのに、お礼を言われ逆にとても嬉しかったです。他にも出来る事があったら、何でも言って下さいね”と温かく声をかけて下さいました。

小規模多機能のサービスだけでは支えきれない、Kさんの様な利用者さんも、もっともっと特別な支援が必要な方も今後利用されるかも知れません。そんな時、今回の事例の様に、地域に住む方々の理解と協力が小規模多機能には不可欠だと思いました。

今後、支えて頂くだけの小規模多機能だけではなく、何か地域のために役立つような、今実施している「認知症サポート一養成講座」の開催の継続や、安心して暮らせる地域づくりに向けた取組等への参加を率先していき、小規模多機能を地域の方々にも理解して頂けるような働きかけを考えていきたいと思います。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	おかげさん（愛媛県）				
(仮名) 氏名	Kさん	性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	年齢	72歳
要介護度	要介護2	利用期間	年 2か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb <input checked="" type="radio"/> IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 <input checked="" type="radio"/> A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：2回 訪問：71回 宿泊：0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（受診介助）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉電話（週1回）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
配食弁当（週1回昼と夕） 福祉サービス利用援助事業					
本人の性格や状況					
人見知りだが、人懐っこい性格。異性に対する依存が感じられる。文字の読み書きが難しいが、自分の名前は書ける。数字も読める様子。戸建の市営住宅に一人で暮らしている。自宅はトイレは汲み取り式、浴室は屋外に設置されている。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
家族構成は不明。本人の話も曖昧だが、恐らく姉、兄、弟の4人兄弟で、姉と兄は死去している。弟は千葉にいると本人談。 最初に結婚した夫は浮気したため、離婚。その後、いまの家で内縁の夫と一緒に暮らしていたが、その内縁の夫が病気のため死去。（恐らく平成25年頃） 平成29年9月頃から別の男性といまの家で一緒に暮らし、内縁関係となっていた。 現在は別れており、独居である。					
主病名					
慢性心不全、大動脈弁置換術後（狭窄症）、気管支喘息、アルツハイマー型認知症、知的障害 心臓機能障害で身体障害者手帳1級取得					
服薬状況					
朝夕に心臓疾患に対する薬や、気管支拡張剤、鎮痛剤、不安を和らげる薬などが処方されている。 職員が朝夕に分けて1ヶ月分セットすれば飲み忘れなく、服薬できている。					

該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。

地域包括ケアができている小規模多機能

経緯

本人の暮らす地域の自治会長さんから包括支援センターに、金銭トラブルがあると相談がある。一緒に生活していた内縁の夫が、年金を持ち逃げしたこと。

生活支援課によると生活保護の不正受給があり、返還の必要があるお金もあるという。本人は手持ち金がなく、数日分の食糧があるのみ。内縁の夫が近所の家数軒からも借金をしており、本人が肩身の狭い思いをしている。本人は知的障害がある。

銀行にも問い合わせたが、通帳の残高なく、本人の意向確認後、警察にも届ける。

電気の送電も止まり、食糧もないため、一時的に養護園に入所する運びとなる。本人も納得の上で入所したが、入所中も妄想、幻聴や、帰宅願望があり、2回ほど離設を図っている。他利用者に市販薬を渡すなどの行為もある。高齢介護課としては、年金も多く、入所の対象ではない、早めに退所をと促される。

在宅復帰後の生活に不安があり、福祉サービス利用援助事業の導入と、小規模多機能の利用相談がある。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

本人に知的障害があり、家族構成や生活歴についても不明な点が多い。

キーパーソンが不在の中で、誰がどこまでの役割を担うか、という問題があった。

市役所、福祉サービス利用援助事業、包括支援センター、民生委員さんや自治会長さん、警察や銀行、病院とたくさんの人が関わり、情報の共有や相談することにより、支援の方向性が広がっていった事例であったと思う。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能事業所まほろば （香川県）				
(仮名) 氏名	A	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	年齢	88歳
要介護度	要介護 1	利用期間	1年 9か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 0 回	訪問： 77 回	宿泊： 0 回	(平成 30 年 9 月)		
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食	<input type="checkbox"/> 自宅での入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 外出支援	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具（手すり）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
近所の方の見守り（隣人からのおかずのお裾分け）					
本人の性格や状況					
無口で、人中に入ることを嫌うが、さみしがり屋。 以前は、本格的な塗り絵や紙人形作りなど多趣味であったが、現在は意欲がなく、全く行っていない。ADLは、ほぼ自立しているが、精神的に不安定。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
独居 子供は2人。長男・長女は、市外在住。（週1~2回の定期的な訪問あり） キーパーソンは、長男。					
主病名					
うつ病・身体表現性障害・認知症・高血圧症・左変形性股関節症					
服薬状況					
ミカムロ配合錠（高血圧）、パーキストン配合錠（パーキンソン）、エディロールカプセル（骨粗鬆症）、ネキシウムカプセル（胃）、オースギ大黃甘薬湯エキスT錠（便秘）、ツムラ抑肝散（安定剤）、レクサブロ錠（安定剤）					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
小規模多機能型居宅介護の特徴を最大限に活かし、支援している事例					

経緯

平成 29 年 2 月 1 日	利用開始（「訪問」のみ・1 日 1 回）
平成 29 年 2 月 18 日	捻挫をきっかけに、主治医の勧めもあり、「泊まり」を緊急利用
平成 29 年 5 月 25 日	主治医の勧めもあり、「通い」を利用（11:00～13:00）
平成 29 年 7 月	「通い」の利用を中止し、「訪問」のみの支援となる
平成 29 年 10 月	「通い」の利用再開
平成 30 年 5 月 14 日	「訪問」を 1 日 2 回に増やす。
平成 30 年 8 月 1 日	「泊まり」を緊急利用
平成 30 年 8 月 11 日	自宅へ帰宅。「訪問」（1 日 2 回）+ 「通い」（11:00～13:00） ※ 1 ヶ月も経たないうちに利用拒否。
平成 30 年 10 月 2 日	「泊まり」を緊急利用 ※ 利用時に転倒を繰り返す→居室変更で転倒がなくなる
平成 30 年 10 月 9 日	自宅へ帰宅。「訪問」（1 日 2 回） 現在に至る

この事例を通してアピール・自慢したいこと

例え認知症になっても、身体に障がいが生じても、その人らしい暮らしを支えることが私たちの使命です。しかし、病気（認知症を含む）や障がいを伴うことにより、変化する環境や状況に適応しにくくなります。小規模多機能型居宅介護は、「通い」「泊まり」「訪問」を一体的に提供することで、その環境変化によるダメージ（リロケーションダメージ）を緩和させ、その人らしい暮らしを継続することが出来るようになるサービスです。

その小規模多機能型居宅介護の強みを最大限に活かし、在宅生活（その人らしい暮らし）の継続を支援し続けている事例だと思います。

自由記述

在宅生活継続の基盤は「自宅での生活」にあります。しかし、「通い」を中心に援助することで、生活の基盤が、いつしか「施設（事業所）」になってしまうことが、往々にしています。そのため、『本当に、在宅生活を支えようとするのであれば、「訪問」を中心に援助しなさい。』初代理事長の教えでした。

そのため、開設当初より、「訪問」を積極的に行うようになっていたので、訪問体制強化加算の取得に際しても、特別なことをすることなく、延べ 200 件をクリアしました。

職員全員が在宅生活の継続に「訪問」は重要であると認識を持ち、当たり前のようにフットワーク軽く、些細なことでも対応してきた結果だと思っています。

「訪問」の内容に制限がない分、ここまでしてもいいのかな？と不安に思いながらやってきましたが、事例のテーマを見ると本当に何でも有りなんだなど驚きました。

利用者の在宅生活を支えることに真摯に向き合うと、何でも有りの「訪問」は当然のことではないかと思います。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	〒764-0028 香川県仲多度郡多度津町大字葛原451番地1 (県)		
(仮名) 氏名	小規模多機能青い鳥 性別 男 年齢 62歳		
要介護度		利用期間	年 か月
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）			
通い： 回 訪問： 回 宿泊： 回			
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）			
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）			
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）			
本人の性格や状況			
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）			
主病名			
服薬状況			
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。			

※書ける範囲で結構です。難しい場合は、空欄があっても構いません。

経緯

内閣府の社会福祉士協議会の依頼を受けて、

この事例を通してアピール・自慢したいこと

何より起きた際の取扱いの困難。(施設を述べる)

自由記述

※書ける範囲で結構です。難しい場合は、空欄があっても構いません。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能型居宅介護事業 サンリゾート（香川県）				
(仮名) 氏名	K・T様	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年齢	84歳
要介護度	要介護3	利用期間	5年 10か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb <input checked="" type="radio"/> IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 <input checked="" type="radio"/> J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 4回 訪問： 2回 宿泊： 0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
なし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
近隣の見守り、従妹の支援					
本人の性格や状況					
生真面目、几帳面、節約家 昔から近所との付き合いもなく、他者との関わりはあまり好まない。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
一人暮らし（一人息子は東京在住）。 キーパーソンは従妹。サービス利用日の送り出しや身の回りの世話の他、病院受診の付き添い、利用日以外の食事の世話など行ってくれる。					
主病名					
認知症					
高血圧					
服薬状況					
サービス利用日（月・火・木・土）は従妹が朝訪問し朝食後に服薬介助。 (水・金)は訪問サービスで服薬介助					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
「諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践」					

経緯

- ・平成 24 年 7 月に担当ケアマネージャーより 9 月の開設に利用したいとの相談。
当初は奥様と二人での利用を希望していたが、8 月中旬に奥様が他界。
- ・平成 24 年 9 月の開設時より利用となる。
- ・平成 27 年 11 月に申し込み先の特養から入所順が近いとの連絡あり。ショート利用で入所をまつことになり、登録解除する。
しかし、1 泊でのショート利用中止となり、再登録する。
- ・平成 30 年 7 月に入院による登録解除。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- ・特養入所も断られたことで、その後の特養、グループホームへの入所も家族も断念している。
結果的に小規模であったから 6 年間を支援できたのではないかと思っている。

自由記述

- ・これが正解ということ絵はないが、この発表でこれまでの振り返りができた。
今後困難事例と言われることがあっても、この経験を生かせるように思う。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能くれよんルーム (香川県)			
(仮名) 氏名	I	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年齢	88 歳
要介護度	要介護 1		利用期間	1年 3か月	
認知症日常生活自立度		自立 I IIa <input checked="" type="radio"/> IIb IIIa IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 J2 A1 <input checked="" type="radio"/> A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 10 回 訪問： 0 回 宿泊： 0 回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（就労支援）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
なし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
ケアハウス職員による見守りや声かけ					
本人の性格や状況					
頑固な性格 若い頃より大酒家（離婚の原因となっている）					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
ケアハウスで一人暮らし。娘は二人いたが、長女は幼少期に死去。妻とは離婚している。 キーパーソンの次女は市内在住で、何かあればすぐに駆けつけることはできる。 自身の兄弟や親類との日常的な交流はない。					
主病名					
アルツハイマー型認知症		アルコール離脱せん妄		上行結腸癌	
高血圧 糖尿病					
服薬状況					
ガスターD10 mg 1錠 トリクロルメチアジド2 mg 2錠 オングリザ5 mg 1錠 ビラノア20 mg 1錠 マグミット330 mg 4錠 リスピダールOD1 mg 1錠					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
小規模多機能を卒業した事例					

経緯

約5年前、市外のケアハウスに入居中、アルコールの離脱症状による幻視・幻覚が出現し、真冬にもかかわらずベランダで全裸になり倒れているところを緊急搬送され、入院となる。

3ヶ月後、退院することとなったが、心身の機能低下により、一人暮らしは困難な状態であったため、家族より相談があり、グループホームに入居された。当初は移動や排泄に介助が必要であったが、ホームでの生活を通して徐々に機能回復がみられ、より自立した生活を送ることができるよう、グループホームを退居。ケアハウスに入居される。

しかし、数年ぶりの一人暮らしには不安も持たれていたため、入居に合わせて、柔軟な対応が可能な小規模多機能サービスの利用を開始。

当小規模多機能は、グループホームに併設しているため、Iさんはほとんどの職員と顔なじみの関係が築けており、スムーズにサービスが導入できた。

Iさんには「総本山善通寺に参りに行きたい。」「もっと仕事がしたい。」という2つの願いがあった。Iさんの「善通寺さんに参りに行きたい」との言葉を聞き、Sさんから「昔よく食べたカタパンを買いに行きたい。私も連れて行って！」との声があり、二人での外出を計画し、思いを叶えるためのサポートをすることとなった。

くれよんルームでは、グループホームと小規模多機能が連携して利用者の就労支援・仕事の場として平成27年4月に竜川オレンジカフェをオープンしている。Iさんは、グループホーム入居中より、パン作りに取り組まれており、小規模多機能の利用開始後も「パン担当責任者」として、パンの製造や新作の考案に携わってもらっている。もはやカフェでの活動は、Iさんの生活に欠かせない「仕事」となっている。

今年8月、Iさんは小規模多機能を卒業され、現在は週2回、ケアハウスからカフェにパン作りのために出勤している。一仕事した後は、コーヒーを片手に他の利用者や地域の方々と楽しく談笑する姿もみられている。

しかしケアハウスでは、入浴を嫌がって職員を困らせたり、食事の内容に怒鳴ることもあり、常に穏やかに過ごせているというわけではないが、本人は自由な生活に満足されているようである。

いつまで一人暮らしができるか分からぬが、これからもIさんを見守り続けていきたいと考えている。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

利用者二人での外出支援を通して、「できそうな事」まで「できない」と思い込み、安全を重視しすぎていた自分たちに気付くことができた。「地図が読め、バスに乗り、道順だって分かる。買い物もできるし、困った時は人に頼むこともできる」などの多くの「できること」に出会えたように思う。

また、カフェでの仕事は利用者にとって、「明日、しなければいけない予定や出かける場所がある。働いてお金が入る。仕事仲間同士での共通の話題ができる。」など、生活の緊張感や社会性を取り戻すことができる機会となっているのではないかと思われる。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		社会福祉法人あさか会 小規模多機能ホームサテライト夢家（大阪府）				
(仮名) 氏名	Aさん	性別	女性	年齢	80歳	
要介護度	要介護5		利用期間	年か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 6回 訪問： 12回 宿泊： 2回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
福祉用具（ベット、エアマット、車椅子）訪問看護（週1回）						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
なし						
本人の性格や状況						
明るくて社交的。賑やかなところが好きで、歌や踊りが得意。すごく怖がりな一面もある。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
ご主人が8年前に他界。独居。3人の子供さんがおられる。長男さんがキーパーソン。長男さん夫婦は同区に住まれている。Aさんの身の回りのことは長男さん夫婦がされている。娘さんが2人おられ、茨城県を拠点に大衆演劇の一座を組み全国を周っている。						
主病名						
レビー小体型認知症、糖尿病（軽度）						
服薬状況						
朝：ランソプラゾール（胃薬）メマリー20mg（認知症の薬）リクシアナ（血栓予防薬）マグミット（排便薬）リンゼス（排便薬）						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践						

経緯

レビー小体型認知症により、幻視・幻聴が出現し、「怖いものがでてきた！」と近隣の戸を叩いたり、家から出たものの帰り道が分からなくなり迷子になって、長男さんが探し回ったりの状態が続く。家族が困り地域包括支援センターに相談される。地域包括支援センターから、一人ひとりに合わせ、柔軟に支援してくれる小規模多機能型居宅介護の支援が本人さんにはいいんじゃないかということで、サテライト夢家に相談があった。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

- 家族・地域の方・スタッフと一緒に本人さんの「馴染みのカラオケ喫茶に行きたい」という「思い」を叶えた。
- 本人さんの最後を迎える場所について、今までの生活や会話、繋がり、表情などから本人さんの意思を尊重することが出来た。
- 看取りの際に「最後は病院か自宅か」家族さんの揺れる気持ちに、支援に関わったスタッフが一丸となって寄り添い、一緒に自宅で看取る覚悟を決めた。
- 看取り後に家族さんから「本当に、最後が夢家さんで良かった」と涙を流しながら言ってもらえた。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）	地域密着型サービスセンターwelcomeやまの家（京都府） うえるかむ うち				
(仮名) 氏名	Sさん	性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	年齢	99歳
要介護度	要介護3	利用期間	年 か月(利用無し)		
認知症日常生活自立度	自立 ① Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：回	訪問：回	宿泊：回			
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
訪問介護・訪問看護・デイサービス					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
話し好き、世話好きで、活動的。長く一人暮らしを続けてこられ、地域の顔なじみの方も多かった。高齢になり、お一人での外出は難しくなり、介護保険サービスを利用。自宅には鍵がかかっているため、地域の方が訪れることもなくなってしまっている。デイサービスなどの現在のサービスには満足されているが、以前のように自分でご飯を作つて皆に食べてほしいと思われている。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
独居。市内にキーパーソンの息子さんがおられ、時々来られている。妹さんも市内に在住。					
主病名					
慢性心不全 動脈硬化 熱中症					
服薬状況					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
認知症(高齢)になっても店番ができる(料理をふるまえる)ご近所の方を支えている小規模多機能					

経緯

当施設が8年前に開設した当初からかかわりのあるご近所さん。現在99歳。8年前はお元気で一人暮らしをされており、welcomeでのお祭りに巻き寿司の作り方を教えに来てくださったり、押し車を押して一人で来所され、職員やご利用者と話しをされたり、行事に一緒に参加されたりと交流が続いていた。だんだん一人での外出が難しくなり、体調も悪くなつたことから、介護保険サービスの利用(小規模ではなく DS・HH)を開始される。お一人で外出されることはなくなり、welcomeからは配食サービスをお届けするだけになった。現在のサービスに満足されているものの、以前のように welcome に行って、自分の味付けでおいしいお寿司を作りたい。みんなにふるまつて食べてほしいと希望されていたため、ご近所として welcome に来ていただきちらし寿司を作っていただく。現在の CM、HH さんも協力くださいました。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

ご近所同士の当り前のつきあいの中で、お互いに持ちつ持たれつの関係を築けたことがこの支援につながっていると思う。サービス事業所としてだけではなく、ご近所としての地域の中に存在している事業所になっている。

自由記述

小規模多機能をご利用にならされている方の生きがいや社会参加を実現するための支援だけでなく、小規模多機能が地域の中の資源のひとつとして、地域に暮らされている方の生きがいや社会参加の場となり、また職員もそれを支援することができる。

小規模多機能が制度のすき間を埋める役割だったり地域の中のつながりを作りだす役割だったりを果たしていくのではないかと思う。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能ホームぶどうの家真備（岡山県）					
(仮名) 氏名		性別	男・女	年齢	歳	
要介護度			利用期間	年 か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い：回	訪問：回	宿泊：回				
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
本人の性格や状況						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
主病名						
服薬状況						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						

経緯

平成 30 年 7 月の西日本豪雨により真備町にあった事業所が被災し全壊。利用者職員とともに地域の薦公民館に避難し 10 月末までそこで過ごした。

被災当日、倉敷市内の各地の体育館などに避難していた利用者家族に呼びかけ薦公民館に集合した。さらに、登録利用者以外の方でもケアの必要な方をみると行政に向けて発信した。結果最大 20 名の方と公民館で避難生活を行った。そして、被災者の介護相談窓口も行った。

被災当初は、車がない道が通れないなどの状況で訪問することもままならないため、訪問することで生活を支えていた方々も薦公民館で過ごしていたが、状況が改善するにつれ皆さんご自宅に戻ることができ、薦公民館を拠点に訪問通いといった通常の業務を行った。

10 月 28 日公民館から仮事業所に移り、登録利用者に関する通い泊り訪問といった通常業務に加え、地域の方とともに必要なことを行うという地域密着サービスとしての機能も本格的に再開し、支援物資コーナーの設置、復興イベントの開催、子どもと高齢者の交流、地域の方の交流の場を提供している。また、住民とともに真備町での住まい方について勉強会を行っている。

被災から現在まで事業所として多くの方から支援をしていただき 3 月には元の場所で事業再開のめどが立った。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

要介護 1 から要介護 4 の軽度者から重度者まで被災という特殊な状況の中でも、自立と在宅という小規模多機能の本来の目的を果たしてきた。

その結果、避難所であってもそのことが理由で大きく体調を崩した利用者はない。また、要介護度が改善した利用者は 3 名になる。

自由記述

身体面について

被災初日は、食事をとること体を休めていただくこと排泄介助を行うことしかできなかった。

2 日目以降は口腔ケア、体を動かすこと（簡単な体操）を始めた。入浴を行った。

3 日目全員の薬をそろえることができ、確実な服薬行った。総合記録シートを活用し、排泄・食事水分摂取・服薬確認・睡眠など基本的な生活を整えた。避難所の食事が炭水化物中心で、栄養面で問題が大きかったので青汁、甘酒、粉ミルクなど工夫し栄養を整える努力をした。在宅を見据え自分でできることはしていただくという支援を続けた。

精神面について

被災後約 2 週間は、あえて被災当日の話をし、気持ちを吐き出し消化出来るようにした。外部支援者を多く受け入れ、閉鎖的にならないよう心掛けた。自宅が全壊した方 6 名が泊り続けているが、集団生活の中で関係性を構築し自治会ができ、自分たちで起床消灯時間など生活のきまりを作り生活している。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		つどいの家たんぽぽ（静岡県）			
(仮名) 氏名	渡辺ハナエ	性別	男・ <input checked="" type="radio"/>	年齢	82 歳
要介護度	要介護 5	利用期間	0年 2.5か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb <input checked="" type="radio"/> IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 <input checked="" type="radio"/> C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 4回 訪問：30回 宿泊： 回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具レンタル（介護ベッド、ベッド付属品、エアマット、車いす、車いす付属品）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
元気な時から自己中心的で、大声で他人の悪口を言って歩くなど他人の迷惑を考えない言動から近隣との関係は良くなかった。不潔な身なりで来店、独語、商品をいじる等あり近くのコンビニ2軒とスーパー1軒からは出入り禁止を言い渡されていた。数年前に胃潰瘍で総合病院に入院した際に精神症状強くみられ、医師より精神疾患の治療を勧められたが家族が拒否した。その後、糖尿病のため両下肢指先、踵に壊疽みられ病院へ連れて行くが、感情失禁や暴言、抵抗により治療できず、自宅へ戻り寝たきりとなる。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
キーパーソン長男：50代独身、仕事の時間不規則。両親の食事は時々調理またはコンビニなどで準備する。夫：80代、重度難聴のため筆談。COPD（慢性閉塞性肺疾患）であるが、毎日40本の喫煙。自宅で、大音量でテレビを見て過ごしている。					
主病名					
糖尿病性神経障害					
廐用症候群					
服薬状況					
口の中に入れてやり、らくのみで水とともにのむ。飲みこむのを確認する。					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践					

経緯

居宅のケアマネージャーよりサービスが導入できない困難事例として相談を受ける。たんぽぽの近所に住んでいる方。本人の暴言、抵抗があり医療関係者は診療をあきらめ、、糖尿病合併症による両下肢の指、踵の壊疽や背中のジョクソウの処置もできていない。訪問看護導入しようとしたが、大声で罵声をあびせ両手で払いのけるなどの抵抗あり体に触らせてもらえないかった。区役所の保健師、地域包括のケアマネージャーにも訪問してもらったが、同様の抵抗にあいジョクソウの確認もできないとのこと。

居宅ケアマネにたんぽぽ職員2名が同行し本人と息子さんに会う。本人はたんぽぽの「棟上げの時餅を拾いに行った」と施設長の顔を覚えており、話のきっかけとなる。「どこか痛いところはありませんか」ときくと「あっちこっち痛いところだらけ！」と言う。「ちょっとみせてもらってもいいですか」「いやだ！」「そんなこと言わないで」と言いながら二人がかりで左側臥位になってもらう。

血流が悪く紫色にまだらになつた背中は尿で濡れ、横になったまま手づかみで食べている為パンくず等がびっしりと肌にへばりついていて、背部、腸骨部、外果部等9ヶ所にジョクソウあったが、仙骨部が一番大きく $10\times8\text{ cm}$ のポケットになって、黄土色の膿がでていた。

総合病院より在宅診療の依頼を受けた開業医とのやりとりでは「本人が診療に抵抗し診る事ができない現状では手の出しようがない。見守りにて看取りまで関わっていく」と「皆さんができることは家族に寄り添っていくこと」との方針で、ジョクソウは消毒も塗薬もせず、様子をみるとのことであった。

私たちは暴言とつねられ、ひつかかれたり、なぐられたりと抵抗されながらも毎日訪問し、皮膚の清潔を保つための陰部洗浄、ジョクソウ部洗浄、清拭、更衣、おむつ交換を行つた。最初は三人体制で、そして二人体制、最後は看護師一人でも対応できるくらいにお互いに慣れてきた。

その暴言や抵抗力の強さはハナエさんの生命力の強さのようにも感じたし、さんざん騒いでも終わって私たちが帰る時には「またきてな」とか「ありがとう」「ごくろうさま」の言葉をくれるこの人に見守るよりほかに私たちの出来ることがまだあるように思えた。

1週間もするとハナエさんは「かえれ！」と言うが「血圧計させて下さいね」の言葉にすぐうでを差し出し、大声で暴言吐きながら言われなくとも右手でベッド柵につかまって左側臥位を保ち、ジョクソウを洗浄させてくれるようになった。

私たちは「先生、薬を処方してください」「まだできることはあります」と主治医にジョクソウの治療薬を処方してほしいと申し出た。

10日後 ハナエさんの精神状態が安定すればもっと効果的な関わりが持てると考え「薬をもらってちゃんと治していくよ」と本人、家族と話し、納得の上で主治医に紹介状

をもらい総合病院の内分泌科、形成外科、精神科の受診に付添い介助し、それぞれに薬を処方してもらう。

向精神薬を服用するようになってから拒否が少なくなり、週1回、通いでシャワー浴ができるようになった。本人も「あ～、きもちよかったです～」「ありがとうございます」と言葉がはずみ、ジョクソウも改善されてきた。

15日後 訪問時のあいさつから笑顔で「なんだ、シッコやりにきただか」と迎えてくれる。冗談も言い、明るい。側臥位の保持も「自分でやるでいい」と協力的。これがハナエさんの本質かもしれないを感じた。

18日後 「きのうは息子とドライブにいって良かった」と息子さんに新東名を走りに連れて行ってもらったことをうれしそうに何度も話してくれた。

21日後 「もう一度治療方針を考え、介護と連携する」との主治医の呼びかけでカンファレンスを行う。「当初は看取りまでと思っていたが、現在の状況なら入院も可能ではないかと思うので、来週に紹介状を送ってみます」と入院して糖尿病とジョクソウの両方の治療ができる。インスリン治療になるなら家族への指導もしてもらい、また自宅へ戻つてきたら往診と小規模多機能の利用で連携すればいいと言ってくれた。

22日後 訪問サービス終了し、帰ろうとしていると二階から息子さんが下りてきた。

「きのう先生に老健への入所も視野に入れて考えるように言われたけど、それはまったく考えていません。うちで看たいと思っています。現在の皆さんのサービスに満足しています」と今後もたんぽぽを利用して在宅で看ていきたいと言う。

そして「ハナエがあんなふうになったのは自分のせいかもしれない。今やっと前のようなハナエになってきました」と話し始める。

ハナエさんの精神状態がおかしくなり、周りの人に迷惑をかけ、コンビニやスーパーから出入り禁止になっていた時、みんなに迷惑をかけてはいけないという思いが強くなり三年前くらいから母親に暴言、暴力をふるい虐待していたとのこと。

「ハナエさんも気を強くしないとやっていけなかっただんでしょうね」と言うと声をつまらせて「そうだと思います」と涙を流す。

「私が仕事に行く時、昔と同じように『気をつけていってきな』と言ってくれる母を見ることができて本当にうれしい」「たんぽぽさんに縁があったおかげで、今、母のそばにいるのが楽しい。料理を作るのも楽しい。以前とまったく違います」と心情を吐露する。

夫がジョクソウ処置の時に体を支えてくれるので「おとうさんやさしいねー」と言うと「夫婦だもの」とハナエさんが得意げにこたえる。

26日後 ハナエさんは糖尿病の合併症である「神経因性膀胱」で尿閉となり、排尿は下腹部圧迫しての排尿となった。その後発熱繰り返して入院し、74日でサービス終了した。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

私たちは諦めずに自分たちの出来ることを提案したところから、小規模多機能のサービスと医療が連携し、本人の精神状態が安定することによりさらに出来ることが増え、治療効果もあがりました。

そして何より家族の雰囲気がまったく違ったものにかわったことを息子さんの言葉で知り、感動しました。

短い間でしたが、やさしさと笑顔をみせてくれたハナエさんとご家族のやさしい時間は、私たちの関わりが本人の尊厳とご家族の愛を呼び戻したと感じています。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能つぐみ八坂（静岡県）					
(仮名) 氏名	宇佐 美笑子	性 別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年 齢	86歳		
要介護度	要介護 4	利用期間	5年 3か月				
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb <input checked="" type="radio"/> IIIa <input checked="" type="radio"/> IIIb IV M					
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 <input checked="" type="radio"/> B2 C1 C2					
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）							
通い： 18回 訪問： 53回 宿泊： 0回							
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）							
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）							
福祉用具（介護用ベッド、手すり）							
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）							
本人の性格や状況							
いつもニコニコ穏やか 優しく、思いやりがある 長男に手を焼いているが心配							
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）							
キーパーソン：次男（県外在住） 同居家族、主介護者：長男							
主病名							
高血圧							
認知症							
服薬状況							
アムロジン OD錠・アルファロールカプセル：毎朝食後 アクトネル：月1回							
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。							
利用者よりも家族が大変、それでも丸ごと支えている事例 介護サービス以外で、むちゃくちや支えている事例							

経緯

旦那さんも奥さんも二人とも認知症があり、一緒に同居していた息子は知的障害を患っている引きこもりでした。

自宅は、隣のコンビニで購入した大量のお稻荷さんが山積みになっていたり、物が散乱し、ごみ屋敷の状態でした。

まず、ご夫婦で通いを週3回、訪問を週3の利用から開始し、訪問時に奥さんと一緒に少しづつ部屋の掃除をしました。また、隣のコンビニへあいさつに行き、買い物時に声をかけてもらうようにお願いしました。

生活が落ち着いて来たころ、旦那さんが倒れ入院になり、毎日奥さんとお見舞いに出かけ、最後は奥様と、一緒に過ごした利用者様とスタッフで看取りました。

お通夜、葬儀の段取り、喪主を務めた奥様のフォローも行い、現在は引きこもりだった息子も送り出しや、買い物リストなどを作ってくれるようになりました。奥さんは元気に通っています。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

5年前、小規模の経験者が一人もいない中、職員全員で手探りの状態で小規模を開設しました。在宅を中心に、通い、泊り、訪問を組み合わせながらの支援に、初めはどこまで手をだせばいいのか、どこまで関わっていいのか、これは介護保険でやっていいことなのか等、職員の中でも意見が割れたり、悩んだりしました。

本人が住み慣れた地域で家族と暮らすためには、本人だけでなく家族も含めた支援や、場合によっては、介護保険ではできないようなサービスも時には必要になります。そんな時、「できません」というのではなく、本人の気持ちに寄り添いながら必要な支援をしていこうと今までやってきました。

うまくいかないことや、悔しい思い、つらい思いも沢山しましたが、利用者さんたちからいろいろなことを学ばせてもらいましたが、今のつぐみがあると思っています。

これからも、地域に必要とされ、利用者さんの思いに寄り添えるような小規模であるために職員一同力を合わせて頑張っていきたいと思います。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能型居宅介護みくらの里（静岡県）				
(仮名) 氏名	田中 太郎		性 別	男・女	年 齢	92歳
要介護度	要介護2⇒要介護3			利用期間	1年0か月	
認知症日常生活自立度		自立 I	IIa	IIb	IIIa	IIIb IV M
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1	A1	A2	B1 B2 C1 C2	
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い：25回位 訪問：15回位 宿泊：15回位						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当に○）						
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
訪問看護：通いサービスのない日（手圧排尿のため）						
福祉用具貸与：玄関手すり、マットレス（床ずれ防止ではないが腰痛緩和のため）						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
近所の知人の協力・成年後見制度						
本人の性格や状況						
結婚歴もなく、長いこと一人の生活を送ってきたことで、かなり気ままな性格。人懐っこく、話好きであるが調子よく、都合によりはぐらかすことも多いため、真意をつかみにくいところがある。地元新聞社で記者をしていたため交友関係は広いが、理屈っぽさと自分の定規で物を見ることから、変わり者と敬遠されることが多い。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
父、兄は早くに亡くなり、母と生活しながら最期を看取った。母のことをとても大事にされ、今でも自分の分以外に母の湯のみにお茶を入れ一緒に飲んでいる。兄の家族含め、親戚とは疎遠となっており、唯一東北に住むいとこの嫁とは交流がある。（いとこは既に他界）。自宅隣に住む夫婦が、昔からの知り合いということもあり、気にかけて安否確認してくれるが、本人の理屈っぽさからケンカになることが多い。						
主病名						
左大腿骨転子部骨折⇒歩行状態低下、骨折後疼痛（痛みと筋力低下で長くは歩けない）						
神経因性膀胱⇒自尿はあるが、残尿過多のため1日1回手圧排尿が必要						
間質性肺炎（服薬による対症療法のみ）						
服薬状況						
泌尿器と呼吸器の薬が1日2回（朝・夕）で処方あり 自己管理困難で飲み忘れもあるため支援を要す						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
必見！これが自己実現をかなえるケアだ！						

経緯

自宅にて転倒し、左大腿骨転子部を骨折。OPe後、状態軽快し退院となる運びで介護申請し利用に至る。認知症もあり、ひとりで何の支障もなく生活できると思っており、利用当初は拒否から迎えに行ったスタッフが蹴られたこともあった。本人が納得いくまで話をし、自分の生活についての判断ができる方なので、どうしたいか自分で選択いただくように努めた。隣人の協力については、体調不良により多くのことを手伝うことが負担であるとのことで、安否確認のみ継続してお願いすることとした。1日1回の手圧排尿が必要なため、小規模多機能の利用がない日は訪問看護に協力を得て、医療的な目での生活状況の把握もお願いした。金銭管理も乱雑で、自宅にかなりの大金を所持していたが、知人も多くの出入りも多い上に、束であったお金がある日なくなつたと本人より伺った。お金に興味のない方なので困る様子もなく、「どっかいっちゃつたよ」と笑っているだけであったが、預貯金額も多く、私達では管理できないため成年後見制度を利用するよう、本人に繰り返し説明し合意のもと申請いただいた。生活費程度の金額管理は、小規模で行い毎月末に報告書を後見人に提出していた。昔から、詩や文芸、絵画、陶芸等の芸術家とのかかわりも多く、知人の個展のお知らせが送られてくると「顔を出してやらなきゃ悪いからなあ。いきたいなあ」と話されることが何度か見られた。また、新聞記者時代、毎日通っていた喫茶店にも「こんと、ご無沙汰だよな。あそこのコーヒーは格別なんだよ。いきたいなあ」と、やりたいこと・行きたいことを話してくれたことで、(骨折さえしていなければ、続けていただろう)活動を「一緒に行こう!」と実行することになった。最終的には、自宅の老朽化から住むことが難しくなってきたことで特養入所されたが、それまでの間(1年間ではあったが)一緒に本人の生活を作っていくことができ、小規模多機能の役割や意義を学ばせていただいた事例である。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

小規模多機能では当たり前の、特別大した活動ではないかもしないが、スタッフ全員が小規模多機能というサービスを理解し、スタッフ全員で考え、「要介護状態だから介護サービスの範疇だけの活動」という概念を覆す関わりのスタートとなったケースだと思う。小規模多機能だからこそできる関わり方、小規模多機能とはこういう対応をすべく事業であること、個々に過ごしてきた生活が、今後も当たり前に継続できる支援を行っていくものであることを、事業所として学ばせていただいた事例だと思う。

本人にとって「よかった」「懐かしかった」「また出来た」と思っていただけただけでなく、スタッフにとっても活動のひとつひとつが楽しいものだったという経験をさせていただけた。

自由記述

当事業所では、まだまだ小規模多機能の強みを生かせる活動はほとんどできていないのが現状です。

ただ、他のご利用者様に対しても、当たり前に支援していくポイントが通り一遍のものではなく、個々の生活歴に特化した活動が行えるように、今後の事業所目標として邁進していきたいと思います。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能型居宅介護事業所 希望のわだち柿田（静岡県）				
(仮名) 氏名	Kさん	性別	女性	年齢	72歳
要介護度	要介護3	利用期間	11か月		
認知症日常生活自立度	IIIb				
障害高齢者の日常生活自立度	A2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：31回 訪問：31回 宿泊：0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
なし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
<ul style="list-style-type: none"> ・警察への情報提供・徘徊ネットワークへの登録・近隣店舗への見守り協力 ・近隣住民への見守り協力 					
本人の性格や状況					
<p>物とられ妄想、暴言、感情、気分の浮き沈みが激しい。記憶障害、不安感あり。</p> <p>食事がしっかり摂れていなく、買い物に出て自宅に戻れず保護されることがある。</p>					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
<p>夫と次男の2人暮らし。夫は交通事故で脳挫傷でほぼ意識なく長期入院中。</p> <p>次男と同居。次男は仕事はしているが、精神疾患があり母親の介護を充分にできない。</p> <p>長男は2年前に病死。キーパーソンは夫の甥夫婦で他市に住んでおり、月1回の受診同行と週1回程度の訪問。</p>					
主病名					
レビー小体型認知症					
服薬状況					
服薬管理が必要。通い時にリバスタッチパッチ 18mgの貼り替えと夕食時にロゼレム錠8mgの服薬支援。					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
地域から「あんたたちはよくやっている」と褒められる小規模多機能					

経緯

この事例を通してアピール・自慢したいこと

サービスへの拒否が多く、利用開始時はまず顔見知りの関係を築くことを目標にしました。通いへの拒否、訪問時の拒否と続きましたが、職員も焦らずに色々な対応を試しました。

出掛けた戻って来れなく保護されることが数回あったことで、早めに関係機関や地域の方への見守り体制を協力依頼しました。このことで、行方不明時に地域の協力は予想以上で、とても驚きました。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		まほろば（静岡県）			
(仮名) 氏名	M・K	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	年齢	85歳
要介護度	介1→介3	利用期間	7年 6か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa <input checked="" type="radio"/> IIb IIIa IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 <input checked="" type="radio"/> A1 A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 2回 訪問： 30回 宿泊： 1回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
ベッドの横にポータブルトイレを夜間使用していた。					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
成年後見人（補助人）H26年6月選任					
本人の性格や状況					
人をあまり信用しない。いったん信用してしまうと歯止めがきかない。 思い込みが激しく事実でないことも自分の中では納得できないと言い続ける。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
元〇〇〇議員の夫との間に2人男の子を設けるが2人とも知的障害があり次男は施設入居している。長男はアパートを借りて生活しているが心ない人にだまされ地域包括支援センター等でくい止めた経緯がある。					
主病名					
高血圧・脳梗塞・認知症状有り（長谷川式12点）・呼吸障害					
服薬状況					
脳梗塞予防の薬や呼吸を楽にする薬等6種類処方されていたが薬のセットができずスタッフがカレンダーを作り薬のセットと飲み忘れの確認を行った。					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
元気な時から亡くなるまでお付き合いしています。					

経緯

本人の友人から最近Mさんが「お薬もちゃんと飲めていないようで行動がおかしいので小規模多機能でみてあげてほしい」とケアマネジャーに連絡が入り、本人とお会いした。Mさんは有るお宅の庭の離れを借りて生活しており、ご自宅は隣接の市に持ち家がありそこを他の人に貸して、その収入と年金で暮らしているとのことであった。長年働いてきたこともあり、貯蓄はかなりしているとのことだった。今はご自分で近くのスーパーで買い物をしたり、バスに乗って好きなところに出かけているようである。Mさんの友人が知り合ったころは、本人の預貯金も妹さんがすべて管理され、妹さんの家の庭の一角にコンテナを置いて窓も無い部屋で生活していた。見かねたMさんの友人が現在の借家を見つけ預金通帳も妹さんから本人に返してもらい独居で生活している。Mさんはせい鳴もひどく常に苦しそうであった。話のつじつまも合わない事も多く。近くの電気屋さんから分不相応の冷蔵庫を言われるままに購入してしまったり、認知症も進んでいるように見えた。歩行はなんとかふらつきながらもどこにでもバスに乗ってでかけていた。介護認定で介護1が出て「小規模多機能居宅介護事業所まほろば」を利用となり、まず生活を整えるところから始めた。お薬の管理や乱雑になっている部屋の状況を整理整頓する。また定期的に受診をして行く。本人とのかかわりは毎日訪問に入り部屋の片づけや薬が飲めているかなど確認したり、スタッフが訪問してもどこかに出かけてしまい、しばらくすると近くの農民市場から白菜を2つも抱えて引きずる様にして買ってきて「どうするか」尋ねると漬物を付けたいとのこと。若いスタッフは本人に聞きながら一緒に白菜漬をした。また他市の大手スーパーのサービス係りの方から電話がケアマネジャーに有り「意味不明なことをいっているまほろばに電話してほしい」とだけ理解できたのでと連絡があり、迎えに行くと本人は「昔、行っていた眼科に行きたかった。あそこの店の前からバスが出るから発車時間を聞きたかったのに」との事だった。ここまでこれたことに感心した。その後も車で1時間もかかる場所の病院から「Mさんを迎えて下さい。点滴が終わるまで待っててください」待たされたこともあります。ある時Mさんの自宅近くの在宅介護支援センターの職員さんからケアマネジャーのところに「Mさんが交番で何か訴えている。」と情報をくれた。すぐに出向いてみるとMさんが「お財布が盗まれた」との訴えがあったとのこと。前の交番勤務の警察官にはMさんは認知症状があるので見守りをお願いしていたが人事異動で変わったばかりだったため「県警に連絡すぐします」とのことだった。待ってもらうようお願いし、Mさんと自宅に戻りお財布を捜すとかわいい動物のぬいぐるみの小銭入れが出てきた。Mさんは「あなたが来てくれたからあったよ。ありがとね」とあっけらかんとしていた。その後地域包括支援センターと相談して、成年後見制度を導入させてもらい補助人さんが選任された。借家も大家さんが取り壊すということで「サ高住」に移ることになり引っ越しも一緒に行い押し入れの中から大きな金庫が現れ補助人さん立会の下、鍵を本人は無くしてしまっていたため鍵屋さんを呼んで開けてもらった。現金がびっくりするくらい出てきて本人はすっかり忘れてしまっていた。その後体調を崩し入院されたが、生きるか死ぬかの大病だったが復帰し、病院から抜け出し広報で探してもらう話になったが近くの土手の「春先のよもぎ」を両手いっぱいに積んで病院に帰ってきたことに病院のスタッフ

もあきれていた。そのご自宅復帰したが自宅で転倒し体調を崩し、病院にて亡くなられたが、春は他の利用者さんと桜の花を見に行き、夏はひまわり畑を見に行き夕涼みをスタッフや他の利用者さんと行い、在宅生活を満喫できたのではないかと思います。退院直後は体調に合わせてスタッフ皆でお風呂の介助をしたり。排泄を介助したりすることができました。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

たとえ認知症があっても利用者さんが在宅生活を継続できる為にはどうするか。私達は振り回されて当たり前一緒に生きることがとても楽しいと思える介護ができるることはこの仕事の醍醐味である。

自由記述

小規模多機能型居宅介護事業はその人、ひとり一人に合わせたかかわりができるこそとても良い制度だと思います。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能型（愛知県）				
(仮名) 氏名	T・S	性別	男	年齢	49歳
要介護度	要介護3	利用期間	5年0か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：30回 訪問：回 宿泊：回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
特殊寝台貸与					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
アルコール依存症だったが、現在はお酒を止められている。おとなしい性格。自分の言いたいことを表現しない。自分の置かれている状況と考えている認識にギャップがある。支援によりかんとか在宅生活を続けられている。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
結婚歴なし。両親は他界。妹をはじめ親類は金銭トラブル。アルコール依存症によるトラブルにより疎遠となり、キーパーソンは不在。					
主病名					
1型糖尿病、アルコール依存症。					
服薬状況					
インシュリン3回／日（自己管理）、リーベクト配合経口ゼリー、アルダクトンA錠 フロセミド錠、エクセラーゼカプセル、アルプラゾラム錠					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能					

経緯

この事例を通してアピール・自慢したいこと

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能ホーム ふれあいの家（愛知県）			
(仮名) 氏名	小島里美	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	年齢	87歳
要介護度	要介護3	利用期間	6年 8か月		
認知症日常生活自立度		自立 I <input checked="" type="checkbox"/> IIa IIb IIIa IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：15回 訪問：90回 宿泊：0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
ふれあいごみ収集・日常的金銭管理サービス・民生委員による見守り支援 生活ボランティアによる生活全般の見守り					
本人の性格や状況					
定年まで清掃業や撲糸業、食堂などで働いていた。お洒落が好きで、洋服やアクセサリーを買う事が好き。住み慣れた自宅で一人でも生活していきたい。 長野県生まれで、8人兄弟の長女。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
主介護者は同居の息子だったが、事故で脳挫傷となり要介護状態になってしまった為独居となる。市外に娘二人がいるが、月に一度程度しか来ることができない。 利用開始当初は、民生委員がキーパーソンとなっていた。					
主病名					
H17. 高血圧・慢性胃炎・慢性便秘 H21. 突発性浮腫・うつ血性心不全・老人性認知症 H23.結膜炎					
服薬状況					
ラシックス錠 20mg・アムロジピン錠 2.5mg・ヘモクロンカプセル 200mg ラベプラゾールナトリウム錠 10mg・プレゼニド錠 12mg・スイニー錠・点眼薬3種					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
どこまでも、あれもこれもやっちゃん小規模多機能					

経緯

団地住まいでの、息子と生活をしていたが、息子の事故により、独居となってしまった。娘は、一人暮らしは難しいので引き取って一緒に生活をしたいと話していたが、本人の強い希望で一人暮らしを継続することになった。

自宅のお風呂は使う事ができず、お風呂に入ることができなくて困っていた。

仲の良い民生委員が身の回りの世話等を行なってくれていたが、お金の管理ができず、使いすぎてしまうことが増えた。杖とシルバーカーを使うことで、とてもゆっくりではあるが、歩行することはできている。デイサービスを利用し始めたが、朝の準備が間に合わなかつたり、周りの環境に馴染むことができず、ほとんど利用できていなかった。そこで、自宅から車で3分程度の小規模多機能に相談があった。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

自宅で暮らしたいという本人の希望は、今までの普通の暮らしの継続が必要と考え、地域とのつながりに視点を置いた。行きつけの美容院、理容室、洋品店、ジュエリーショップ、スーパー、商店街、病院、喫茶店へ同行することで、そこで培ってきた人との繋がり、場所とのつながりを継続している。団地の方々と顔なじみになることで、本人を支える仲間を増やしていった。地域の方々の小さな気遣い、心遣いがあるおかげで、町内の行事等も継続して参加できている。

通いサービスの日の朝は、事前に電話をかけ、準備までの時間を確認してから、本人のペースに合わせた時間を設定することで、休むことなく通うことができるようになった。小規模多機能のお風呂という場所を通じて、他利用者との関係作りの構築を図り、徐々に慣れることができた。お風呂は毎回1時間以上。

訪問サービスでは、服薬確認と掃除等を行っているが、男性の来客者があると自分で掃除が出来ることに気づいた。今は上手に本人の力の発揮をしてもらっている。

6年以上たった今も、利用開始当初のように地域とのつながりを継続できている。

自由記述

本人の願う在宅生活を叶えるためには、まずはそれを知ることが大切だと感じています。認知症になっても、理解者が増えれば何とか生活ができます。私たちが介入することで、本人の力を奪ってもいけません。でも、小規模多機能があるから、この方は今でも自宅で暮らし続けることができていると思います。なくてはならない存在になりました。利用年数が長くなるにつれ、認知症の進行や、病気の悪化等、今後心配はあります。それでも、本人を支える仲間は沢山出来ました。これからも継続して支えていきたいと思います。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		陽だまりの宿（岐阜県）							
(仮名) 氏名	小林 春子 氏	性 別	女性	年 齢	80歳				
要介護度	要介護2		利用期間	6か月					
認知症日常生活自立度		自立	<input checked="" type="checkbox"/> I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
障害高齢者の日常生活自立度		自立	J1	<input checked="" type="checkbox"/> A1	A2	B1	B2	C1	C2
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）									
通い：18回 訪問：10回 宿泊：15回									
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）									
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（通院介助）									
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）									
なし									
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）									
なし									
本人の性格や状況									
一昨年ご主人を亡くされ独居となる。その後階段より転倒されて左上腕部骨折で入院。その後老健入所されリハビリ後ご自宅へ。性格は寂しがり屋で鬱状態に。基本は運動をしたい等アクティブ。以前のお仕事で手の指を6本欠損。調理は不自由なので訪問介護と配食サービスとお嫁さんが定期訪問で支援する。独居の寂しさと軽度の認知症から鬱状態。今年の猛暑もあり8月より陽だまりの宿で連泊にてサービス開始。									
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）									
独居。 長男：愛知県へ単身赴任 長女：北陸地方在住 次女：関東地方在住 長男のお嫁様：市内で別居（キーパーソン）									
主病名									
左上腕・肘の粉碎骨折									
服薬状況									
白内障手術後の点眼薬									
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。									
鬼嫁と呼ばれても… お嫁さん、お義母さんの在宅復帰へ頑張る！									

経緯

骨折後老健に3ヶ月入所。退所後ご自宅へ。
 近くにお嫁さんがみえるが、とても多忙な方。
 春子さんは、昔お仕事で指を切断されて包丁の調理取り扱いや調理も
 できない為配食サービスやお嫁様が仕事の合間にご飯作りや買い出し・通院介助など献身的に支えるも独居の寂しさから鬱状態に。
 • 病院のドクターから受診の際「うつ」という言葉を連発され
 たこともあり軽い認知症も相まって、不安からあちこちに電話をかける。

●今回の問題点はお身内・キーパーソンの意見がバラバラ

ご両親を看取りまでの介護経験のあるキーパーソンのお嫁様。
 裕福な娘様達・周囲は心配だからと施設入居を勧める中で頑として
 掃除・洗濯など自分で出来ることはお母さんご自身でやって頂くと
 春子さんのサポートを続ける。

身内から鬼嫁のような言葉も浴びながらも
 「お義母さんはまだ自立て暮らせる！施設へ入居したら一気にダメになる！」との思い
 の中、私に相談がありました。
 小規模で出来ることをお話しながら、在宅復帰を目指す中で
 いろんな役割を春子さんにお願いしようと話し合いました。

とりあえず8月の猛暑もあり連泊でスタート。
 春子さんには、今は連泊頂くけど住み慣れた地域にも長年仲良くしてきた友人も何名か
 あるので「また地元の仲良しさん達とカラオケ行ったり楽しめるようになろうね！」と
 春さんとも話し合い役割の事もご了解頂きました。

お嫁さんからも

{安田さん、お義母さんを甘やかさんといて！なんでも出来ることはどんどんやらせて
 あげてね}

私「えっ、たくさんお願いしてもいいの？」

お嫁さん『うん！大丈夫。どうせ私は鬼嫁って呼ばれとるで(笑)』

下記の項目を春子さんの役割分担をお願いしました
 朝夕の花の水やり当番
 食事前後のテーブル拭き
 洗濯物の物干し・たたみ
 金魚の餌係など
 春子さんご自身もやりがいを感じて、とても生き生きと笑顔で対応頂きました。また、

散歩もできるだけ出かけました。

施設内でもお友達が出来て、いろんな役割・やりがい?を見つけて頂いた感じで体調も良くなられ笑顔でお過ごしの時間が増えました。

今は

歯科医院・眼科などの通院介助は必要なのでお嫁さんと私達でサポートしていますがおかげさまで週の半分位はご自宅で過ごされるようになりました。、自宅へ戻られる際は買物支援・安否確認なども支援しています。

ちなみに お嫁様の

『安田さん、お義母さんを甘やかさんといてね!』は
相変わらずです(笑)
素晴らしいお嫁様だと思います。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

介護2から要支援1に変更。

週4日在宅復帰・3日は陽だまりの宿にて泊り。たまに通い。

住み慣れた自宅・地元への在宅復帰を

お嫁様・娘様とも話し合いながら実現しつつある。

自由記述

お嫁様は

三年前に結婚されてすぐ義理のお父様を献身的に看取られ、今回は
お義母さん(春子さん)の介護に入っていくわけですが、お嫁様が春子さんの娘様達と
意見を交わし家族会議をする中で

『施設入居が本当のお義母さんの幸せではない!』と在宅復帰を目指す姿や周囲の方を
大切にされる姿が素晴らしく感動しました。

また、一緒に在宅復帰のタッグを組めたことはありがたい経験になりました。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		七耀の杜（岐阜県）				
(仮名) 氏名	I・H	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	年齢	87歳	
要介護度	要介護3		利用期間	3年1か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb <input checked="" type="radio"/> IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 <input checked="" type="radio"/> A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 30回 訪問： 30回 宿泊： 15回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
福祉用具：特殊寝台・特殊寝台付属品・歩行器						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
なし。						
本人の性格や状況						
定年まで住宅公団勤務で設計の仕事をしていた。その頃は、旅行が趣味で、国内はもとより時々海外旅行もしていた。 定年後に水彩画に興味を持ち、旅行先でスケッチを楽しむようになる。						
娘さんの話では、体調不良を感じると、まめに病院に通って薬を処方してもらうが、飲みたい薬だけ飲んで残りはコレクションし、亭主関白・頑固おやじで、老いても子に従わないお父さんとの事。						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
妻と娘二人。 妻はアルツハイマー病で他界しており、長女は嫁いで隣市に居住。 現在は独身の次女と二人暮らし。 次女は、職場が遠い為、朝6時半頃に家を出て、帰宅するのは夜10時頃。 隣市に住む長女は、同居のお姑さんが認知症で要介護状態の為、前もって予定をたてて、この日に〇〇を手伝ってほしいと頼めばやってもらえるが、急な依頼やお姑さんの状況によっては手伝って頂けない事もある。						
主病名						
レビー小体型認知症						
服薬状況						
処方①						
リスペリドン錠0.5 1錠 夕食後						

抑肝散 5g 朝夕食後
リバスタッチ 4.5 mg 1枚

処方②

ルネスタ 1 mg 眠前
リバスタッチ 4.5 mg 1枚

処方③

ルネスタ 2 mg 眠前
ドパコール 2錠 朝夕食後
リスペリドン 1 mg 不穏時
リバスタッチ 4.5 mg 1枚

処方④

ルネスタ 2 mg 眠前
セディール 20 mg 不穏時
リスペリドン 0.5 mg 不穏時
リバスタッチ 4.5 mg 1枚

処方⑤

ルネスタ 2 mg 眠前
セディール 20 mg 3錠 朝暉夕
ワインタミン 0.08 g 朝暉夕
リバスタッチ 4.5 mg 1枚

処方⑥

ルネスタ 2 mg 眠前
セディール 20 mg 2錠 朝夕
ワインタミン 0.08 g 朝暉夕
リバスタッチ 4.5 mg 1枚

処方⑦

リバスタッチ 4.5 mg 1枚
ルネスタ 2 mg 1錠 1日1回
ワインタミン 0.08 g 朝暉夕 3回
セディール 3錠 朝暉夕
ワインタミン 屯用

該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。

諦めたくないから、諦めないでやった小規模多機能の実践

経緯

85歳頃：次女が幻聴や幻視に気付き、デイサービスを利用開始したが、「近所の人が私を見張っていて出掛けられない。」「あそこ(デイサービス)に行くなと言われた。」などと言って行かないため、すぐ中止してしまった。

日中、幻視や幻聴に誘発されて出掛ける事が頻回にあっても自力で帰宅でき、夕方には宅配弁当を配達箱から取り出して食べる、浴槽に湯を張って入浴する、完璧ではないが定期薬も服用できていた等、身辺自立がそれなりにできていたので、娘さんが困ると感じる事がなく、そのまま介護保険サービスは途切れてしまった。

半年ほど経つと、外出中に転倒して近所の方に助けられて帰宅したり、タクシーを呼んで出かけたものの、幻聴による外出の為、目的地が見つからず、2000円前後の距離を走って帰って来たりしている事が、本人と近所の方の話やタクシーのレシート等からわかるが、帰宅できている事や身辺自立度が変わっていない事から、そのまま様子を見ていた。

87歳頃、立ち上がりが困難になり、転倒や、近所の方に送ってもらって帰宅する回数が増えて来たため包括に相談し、当施設の利用をすすめられる。

初回面談時、次女は「母の認知症は、ごまかしながら何とかできたが、父はごまかしがきかない。母と同じ対応では面倒みれないのはわかるが、どうしたらいいかわからない。特養とも言わされたが、姉が入所に賛成していないし、自分の独断で入所を決める事ができない。しばらくは家で面倒を看たい。」と話された。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

1. 主治医との連携
2. 幻視・幻聴への対応
3. 地域との連携

1. 主治医との連携

内服薬に注意が必要な病名に加え、戦争や襲われるというタイプの幻視・幻聴は内服が必要ということで、内服支援が重要な方。認知症専門医を紹介し、受診に同行したり、同行できない時には、文章でご本人の状況を伝えた。

①服薬方法の工夫

利用当初の幻視・幻聴は、言葉だけで対応でき、幻聴も「七耀の杜に逃げろ。」というフレーズが増えたので施設に来ると安心され、朝夕の定期薬の服用だけだったので問題はなかった。半年ほど経つと、施設でも不穏な状態になり言葉かけでは治まらない事が増え、迎えに行く前に外に出て行ってしまうようになる。不穏時の内服薬が処方されるようになり、定期薬も確実に服用する必要性がてきた。

【問題点】

*薬の自己管理ができない。

薬がゴミ箱、床、食器の中などに一部の薬が落ちている事があるが、それをご本人に伝えても「ああ、そうでしたか。」と言われるので、わざと飲まないのではなく、落とした事に気付いていないと思われる。

*次女が出勤前に起こして朝食後薬を服用させようとしたが、なかなか覚醒しないため、薬を飲ませるのは、出勤前の娘さんにとって負担が大きい。

*施設が支援するにしても、通常の服薬時間での支援を毎日行うのは難しい。

【服薬方法】

6時：次女が出勤時に、不穏時の薬を口に入れる。

8時半：迎えに行き、朝食後薬の服薬介助を行う。

13時：施設で、昼食後薬服用。

17時：送った時に、夕食後薬の服薬介助。

22時半：次女の帰宅時に起きていたら、睡前薬を服用させ、寝ていたら中止。

不眠時、夜間覚醒時は、屯用の薬で対応。

【不穏時の指示の例】

・リスペリドン 1mg 1錠

10回/月が使用の上限。

・セディール錠 20mg 1錠

効果がなければ3錠まで追加可。3錠服用しても効果がなければリスペリドン1錠。

・ワインタミン細粒 0.08mg 1袋

原則、3時間空けて服用だが、1袋では無理だと思ったら、1回に2袋まで可。

1日に4袋までなら、飲ませ方は自由。

②幻視・幻聴の対応について

【助言の例】

*病状の悪化ではなく、ご本人が季節の変化に対応できずに不穏になっていると思われる所以、薬ではなく、環境を整えるなどの介護力で対応をして下さい。

*失語症のため、言葉によるコミュニケーションは困難で、簡易な言葉で、比喩やたとえ話に頼らない、yes or no型の簡潔な会話を心がける。

*MRIの結果は半年前と変わらないので、動きが悪くなっているのは、薬の副作用と夏の疲れによるものでしょう。薬を減らせば、多少動きがよくなるかも知れないが、幻視などの症状が悪化する可能性もあります。どうされますか？

*薬に頼ってばかりではいけませんが、不穏な時はご本人も辛いので、適宜、薬を使ってあげて下さい。

2. 幻視・幻聴への対応

幻聴の事を「空中電話」と呼び、自宅は空中電話の中継局なので、自分の考えが世界中に発信されているという妄想がベースにあり、警察や CIA に見張られている・襲われる、逃げろと言われた、というものが多い。

*あの木の陰で、警察（CIA）が見張っている。

*警察（CIA）が逃げろと言っている。

*私の考えが世界中に発信されてしまったから、家にはいられない。

*落語協会から作品賞として 500 万円もらえる。そのために CIA に 600 万円振り込まなきゃいけないので銀行へ行く。

穏やかな時は、ニコニコしながら「空中電話で話ができるなんて便利な世の中になりました。」と話し、空中電話には留守番機能も付いているらしく、突然「先程お電話を頂いたようですが、おりませんで申し訳ありません・・・」と話し始めたりもする。

空中電話で話ができる場所があり、そこに移動して話をするので、空中電話で話を始めてひとまずは関わりを持たず様子を見ていて、表情に気を付けている。にこやかなまま話が終わればそれで良し。表情がこわばってきたり、「逃げろと言われたので逃げます。」と言い始めたりした時には、

「おやつの時間なので、おやつを食べてからにしませんか。」

「雨が降ってるので CIA はお休みすると電話がありました。」

「今日は特別警備体制をとっているので、大丈夫です。」

「警備員を 100 人、配置します。」

などの声掛けで、「そうですか。それなら安心ですね。」というような言葉が笑顔で返つて来て落ち着くことあれば、こちらの声が全く届かない状況の時もあり、そういう時は内服に踏み切る。拒薬がなかったので、不穏時の服薬介助に困る事はなかった。

どんなに怒っていても施設では対応が可能になっていったが、自宅では老いても子に従わないお父さんなので、娘さんでは対応できない事も多々あり、夜中や日曜日に来所される事も度々あった。

どんなに怒鳴っていても黙って出て行く事はなく、怒鳴りながらも職員に声をかけ、自宅で不穏状態になって臨時に来所されても、「無事、七耀の杜に逃げて来れました。」と空中電話で報告し、何事もなかったように穏やかに過ごす事ができた。

描き上がった水彩画を見て次女さんが「こうやって絵を描ける生活を続けさせてあげたい。」と言って下さったのが励みになった。

3. 地域との連携

近所の方：家から出て行こうとする時は、火事や CIA から逃げろと言われる幻聴が原因のことが多く、大声を出されるので、ご近所の方が気付くことが多い。気付いた時は、大丈夫だよという声掛けと施設への連絡をお願いした。

迎えの職員が到着した時には、家の外で近所の方に囲まれていて「もう来る頃だから、

待ってなって話してたとこです。」と言われたり、「今日は、ものすごく怒ってて引き止められそうにないから早く迎えに来て。」と電話を頂いたりした。

配食業者：サービスを依頼するだけではなく、市の介護保険サービス協議会での関わりがある。その時に、「本来、配食サービス利用の方は弁当を手渡し、自費利用の方は配達箱に弁当を入れるだけだが、それだけでは済まない状況がある。留守だから即市役所に連絡なんてことをしていたら、毎日どれだけ電話をかける事になるかわからない。配達箱に弁当を入れる時に開けっぱなしの玄関を見て知らん顔できない。声をかけたり、普段の関わりの中で把握している行き先を少し探すなどの対応もしている。」という話を聞いていたので、この方が、弁当を取り出す、弁当を持って歩くなどが危険だという相談をして、食卓までの配達を引き受けて頂けた。

タクシー会社：電話があったら施設に連絡をくれるようお願いした。毎回同じ会社を利用しており、「いつもご本人の言われる目的地がなく、少し走り回って自宅に戻っていたが、それでいいのかと不安だった。」との事だった。電話帳を片付けるなどの対応ましたが、番号を記憶しているので、呼んでしまう事があった。すぐに配車せず連絡をくれた。

自由記述

別のレビー小体型認知症の方は、アルツハイマー型認知症という診断のもと、アリセプトのみを処方されていた。幻視・幻聴は悪化、暴言がひどく、拒薬もあった為、対応に疲れた家族が主治医と相談し服薬を中止。1年半、内服なしでお付き合いしたが、同居している長男の嫁が音を上げて家出てしまい、入所をさせる方向に話が進んでしまった。

また、前頭側頭型認知症の方がアルツハイマー型認知症と診断されて処方をされていたが、暴言・暴力や常同行動でタンスを動かすなどの症状があり、ケガが絶えなかつた為、お嫁さんによる虐待を疑われて、ケア会議が開催されていたケースもあった。

いずれも、当施設を利用するようになってから認知症専門医の受診を勧めたが、家族が消極的で、家族も施設も苦労して介護を続けた。

前者は、家族間での争いもあって専門医を受診して投薬を開始した結果、症状が落ち着いた事で入所の話はなくなり、自宅で看取りを行った。

後者は、3人の子がいるが、最初に介護していた長男がお手上げになって、妹に丸投げし、妹もしばらく介護していたが、やはりお手上げになって弟に丸投げという事例で、その都度、介護施設も変更になっていた。時間はかかったものの専門医を受診し内服薬が見直され病状の説明を受けた長男が、介護に協力すると言ってくれ、両方の家族が行き来しやすい場所にある小多機に移った。

発表の事例も含め、介護の現場でも、認知症状を起こす疾患についての知識を深める事の重要さを感じる事例だった。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	(有)くろべ小規模多機能ホームみそのむら（三重県）				
(仮名) 氏名	K. M様	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	75歳
要介護度	要介護3	利用期間	年か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 1回 訪問： 回 宿泊： 6回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
福祉用具					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
社交的、人に依存しやすい					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
キーパーソン・主介護者：長男					
主病名					
うつ病、高血圧症、認知症、変形性膝関節症					
服薬状況					
朝食後…アリセプト錠 5mg、抑肝散、酸化マグネシウム、アムロジピン 5mg、エナラブリルマレイン酸塩錠 昼食後…抑肝散 夕食後…レスリン錠 50 50mg、メマリーOD錠 20mg、抑肝散 眠前…メイラックス錠 1mg、ロヒプノール錠 1mg、ドキサゾシン錠 2mg、セノシド錠 12mg					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
自己実現、自己の再獲得にむけて					

経緯

精神疾患と認知症を抱えて毎日不安だらけの K. M さん。

ふとした瞬間に自分の本音を語ってくれる…

本人の意思を中心できること、したい事を再獲得していくことで自己実現に繋がればとみんなで力を合わせて、不安の軽減、自己実現を目指そうとした。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

小規模多機能の事業所ならあたり前の事をあたり前に行った支援。

小規模多機能事業所のできる幅広さで利用者を支えていく基礎的な支援を発表することで「これなら自分の事業所でもできる」に繋げてほしい。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能ホームきたはま（三重県）				
(仮名) 氏名		性 別	男・女	年 齡	歳	
要介護度			利用期間	年 か月		
認知症日常生活自立度		自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）						
通い： 回 訪問： 回 宿泊： 回						
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）						
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ） その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）						
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）						
本人の性格や状況						
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）						
主病名						
服薬状況						
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。						
地域包括ケアを目指して						

経緯

- ・地域の民生委員さんとの出会い
- ・使っていないスペースを有効活用しようと始めたおふろ de カフェ
- ・まちづくり協議会への参加

何気ない出会いや活動を始め、継続していくことで地域の一員となりつつあり、地域や他機関との連携をとおして、地域に住む利用者様を支えている。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

地域の一員になることは、一朝一夕にはいかないけれど、一員として認めてもらえるようになってきたこと。

また、事業所だけでなく、地域と連携して、本当の意味での地域密着型サービス事業所として機能しつつあること。

自由記述

事例概要シート

事業所名（都道府県）	特定非営利活動法人とんぼ池山荘 第2とんぼ池（三重県）				
(仮名) 氏名	A氏	性別	男・女	年齢	94歳
要介護度	要介護3	利用期間	5年 3か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa <input checked="" type="checkbox"/> IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 12回 訪問： 62回 宿泊： 0回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input checked="" type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（必要物品購入、金銭一部・薬管理、受診付添い、成年後見人、地域との連絡調整）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
特になし					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
地域の方々による見守り、買い物支援。警察官の巡回。成年後見人制度の利用。					
本人の性格や状況					
ひどい難聴、記憶障害があり、思い込みが激しかったり妥当でない判断をすることがあるが、自分の意思を伝えることはできる。体力、理解力、判断力の低下があり、被害妄想や作り話なども顕著である。認知症の妻と二人暮らしで子供はいない。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
認知症の妻と二人暮らし。成年後見人制度利用。甥、姪は福岡県に在住しているが季節の挨拶程度とのこと。妻は認知症あり、要介護3。B1、IIIb 徘徊、暴言、暴力行為あり。95歳。					
主病名					
老人性認知症。右腎盂癌の既往症あり。脳血管性疾患の疑い。					
服薬状況					
バイアスピリン、ドネペジル、タケプロン、ガスモチン、ムコスタ、酸化マグネシウム各1回／日					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
※介護サービス以外で支えている。					
利用者よりも家族が大変。それでも丸ごと支えている事例が最も近いと思いますが、利用者も、家族も、大変、それでも丸ごと支えている事例ですかね。					

経緯

平成 9 年に膀胱癌から腎臓に転移し、右の腎臓を摘出する。平成 22 年から老年期精神病を患う妻の世話をしていた。子供はいない。精神科へ入院させていた妻を、医師の反対を押し切って退院させてからは民生委員、地域包括、まちの保健室など地域の協力を得ながら生活していたが、徐々に生活が成り立たず、地域包括から小規模多機能施設の利用を勧められ、平成 25 年より当施設を利用されるようになる。長期入所施設も何度かお試しで入所されるが、1 日程度で出て来られていた経緯もある。途中、何度か利用を短期間中断しながらも現在に至っている。平成 30 年から成年後見人制度を利用してい る。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

毎日、1 年 365 日、ご夫婦と共に過ごさせて頂いています。夜間でも倒れたと言えばかけつけ、朝、昼、夕の食事も準備し、受診（夫婦とも）付き添いなどなど。当施設が関わらなければご夫婦の生活は成り立たないと思います。A 氏のアセスメントをすれば自然に奥様と合体したアセスメントに変化していく程、2 人で 1 人のご夫婦を支えていますが、時々、当施設の悪口（お金を盗られる、文句ばかり言われるなどなど）を近所でアピールされたりもしますが、ご本人の「最後まで自宅で暮らしたい」という希望に職員一同頑張って寄り添っています。空しさも感じつつ…。

自由記述 1

最終的にどこで、終焉を迎えていただくのが良いのかが問題となっています。
認知症上の激しい奥様と同じ施設での入所は困難、夫婦別の入所となるのか？
今後成年後見人（夫婦別の後見人さん）、地域包括等とも話し合いが必要かと考えています。

自由記述 2

小規模多機能型居宅介護事業所を地域で 2 事業所させて頂いています。
第 1 とんぼ池 登録者 26 名、第 2 とんぼ池 登録者 11 名です。
毎朝の送迎も 2 事業所合わせて 7 台の軽乗用車で 8 時半から 18 時半頃まで送迎をし、その間朝の服薬確認に行きます。昼食訪問、清掃、ごみ出し、話し相手の訪問、服薬管理の訪問、買い物支援、病院送迎等、2 事業所はフル回転です。特定非営利活動法人の特徴として食事に力を入れ、美味しい食事の提供を掲げています。地域の魚屋さん、お肉屋さん、とんぼ池の畑や、職員さんに自宅の畑で季節の野菜を作って頂き新鮮な野菜を用いて調理員 4 名が交代で昼食、夕食、弁当を作っています。帰宅前に食べてから送らせていただく場合もあります。奈良県境に位置する当事業所は交通手段も少なく地域のコミュニティバスもありますが、高齢者にとってバス停まで行かなくてはならず不便なため、昨年 4 月より福祉有償運送を立ち上げ、法人利用者のみになりますが買い物支援、病院送迎や付添も含め利用して頂いています。金額も安く設定しています。今後の事業計画として住まいを考え高齢者専用、又はシニアハウスを検討しています。当事業所も 12 年目を迎えたな気持ちで地域に絶対必要とされる事業所に成長し、職員一同、理念「一人一人の心を大切に」を忘れず笑顔で頑張っていきます。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		有限会社ふるさと ふるさとの里 (三重県)			
(仮名) 氏名	深田 恵子(仮名)	性 別	男・ <input checked="" type="checkbox"/>	年 齢	59歳
要介護度	要介護 1		利用期間	年 3か月	
認知症日常生活自立度		自立 I <input checked="" type="checkbox"/> a IIb IIIa IIIb IV M			
障害高齢者の日常生活自立度		自立 J1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：13回 訪問：27回 宿泊：回					
通い・訪問・宿泊以外の小規模多機能型居宅介護における支援（該当にレ）					
<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他の介護保険サービス（福祉用具、訪問看護等）					
介護保険以外のサービス（例 ボランティアによる見守り支援等）					
本人の性格や状況					
おしゃれが大好き 買い物好き（買い物依存症？）					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
夫と二人暮らし 一人娘様は家庭を持ち愛知県在住					
主病名					
若年性アルツハイマー					
服薬状況					
アリセプト処方されているも服薬できていない					
該当する事例の種類（テーマ）※別紙より該当するものを選び、記入ください。					
事業所だけで終わらせない支援			地域包括ケアが出来ている小規模多機能		

経緯

5年前実母が亡くなり、ヒステリックになり、物忘れがあり、同じ会話が増え、主介護者であるご主人とトラブルが多く更年期から来ているのではないかと受診するも精神疾患と診断。大学病院にて平成28年若年アルツハイマーと診断。

名古屋まで車を運転し出かけるも駐車した場所を忘れタクシーで帰って来る。近隣へ車で買い物に出かけ車をぶつけ帰宅し警察や買い物先のお店から連絡が入るも本人覚えていない。夫の介護負担と車の事故やトラブルが増えてきたため介護保険申請しサービス開始となる。

ご主人の思いは、本人が外出先から自宅に帰宅出来なくなったり。また、自分のことが出来なくなってきたら施設も考えなければならぬが、現在は何とかできているので、慣れ親しんだ自宅・地域で過ごさせてあげたい。との思いで働きながら介護をされている。

<経緯1>

本人は介護保険利用については理解することが困難で、免許返納についても納得できず免許返納から車の廃車までの経緯

<経緯2>

そして、廃車後からの本人の行動把握

慣れ親しんだ自宅・地域で暮らすために

行動に寄り添いながら地域の方々への理解を求めるために、地域包括支援センター・生活コーディネーターとのかかわりの中で、自治会の方々に御理解をいただくため地域支援会議や苦情のある地元商店の方々との話し合いを行い、近隣の方々からの苦情をいただきながらも地域の方々の情報の重要性も感じながら、本人の行動と共に地域の在り方や地域性の違いを知ることができ、①今後必ず必要となる地域力の重要性を学ぶ機会として、②事業所だけが抱え込むのではなく多職種連携で関わることや役割分担の重要性・必要性を学んで切る最中と共に、本人の居場所や本人の求める者・若年認知症の方の今後の支援の在り方を模索しながらの事例報告です。

この事例を通してアピール・自慢したいこと

必要であれば、行政・地域包括支援センター・生活コーディネーまでも動かす(同行)ことが出来る小規模多機能型居宅介護。(人材育成：大げさに言うと・・・?)

必要であれば地域支援=認知症サポーター養成講座まで開催することができる小規模多機能型居宅介護

自由記述

平成 30 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
小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業報告書

平成 31 年 3 月
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
〒105-0013 東京都港区浜松町 1-19-9 井口ビル 3 階
TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918
<http://www.shoukibo.net/> E-mail info@shoukibo.net