

平成29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

中重度者を支えるために求められる小規模多機能型  
居宅介護の役割に関する調査研究事業報告書

平成30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

小規模多機能型居宅介護は地域密着型サービスとして位置づけられて 13 年目を迎えようとしている。国は 2025 年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう地域包括ケアシステムの構築を推進しており、小規模多機能型居宅介護はその中心的サービスのひとつになっている。

平成 30 年度の介護報酬改定では診療報酬との同時改定となり劇的な変化も予想されたが、軽微な改定に終わった。

しかし、今回の改定でこれまでの考え方から大きく方向転換を示されたと考えている。これまでの人の配置や体制に対する加算から、結果や成果に対して評価する方向へ変化した。

また、日常生活圏域の支援にあたっては、当事者の利用ニーズが多様化しており、利用者だけでなくその家族も多くの問題を抱え、さらに障害者や地域で暮らす高齢者の様々なニーズについても何らかの支援を小規模多機能型居宅介護に求められる場合も出てきている。「共生」に対する概念も高齢、障害の枠を超えたものだけでなく、利用者である地域の高齢者が、生きがいや役割を持つことのできる生活を支えるため、次なる多機能化する時期が到来する兆しが現れている。

小規模多機能型居宅介護に期待されている結果と成果は「可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる」ことの実現である。

しかし、我々の取り巻く環境は人口構造の変化、人手不足、他の介護サービスとの競合など厳しい状況にあり、容易に結果や成果を出せるものではない。

環境が変化するなかで、これまでと同様の手法では成果を上げることはできない。変化を恐れず、チャレンジすることがいま求められている。その答えは私たちの目の前の利用者や家族、地域のなかにあると考える。

これからの小規模多機能型居宅介護の実践が、今後の地域包括ケアシステムの実現の重要な存在として今後もその一助となることを願ってやまない。

この研究事業には、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。ここに深く感謝申し上げます。

平成 30 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 川原 秀夫



中重度者を支えるために求められる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	13
2. 概要	14
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	21
2. 調査結果	
2.1 基本情報	23
2.2 運営推進会議・外部評価	33
2.3 ケアマネジメント等の状況	36
2.4 サービスの提供体制・スタッフ状況	36
2.5 平成27年報酬改定後の状況	40
2.6 要介護者への支援内容	44
2.7 医療との連携	49
2.8 地域等に対する取り組み	51
2.9 個票による利用者属性の分析	56
第2章 中重度者を支える小規模多機能の実践 (ライフサポートワークを基盤とした在宅での認知症ケアを確立するためのケア マネジメントの構築)	
1. 中重度者を支える小規模多機能型居宅介護の現状	
1.1 要介護高齢者の在宅生活の継続が困難になる要因	76
1.2 小規模多機能型居宅介護の利用者の状態と取り巻く環境	76
1.3 在宅生活の限界点を高めるための課題	77
2. 中重度者を支えるために求められるもの	
2.1 目指すべき目標とそれに向かう熱意	79
2.2 基礎知識	81
2.3 中重度を支える(ケアマネジメント)視点	84
2.4 何のために「かかわる」のか目標を共有する	84
2.5 仮説をたてる	85
2.6 自宅や一人で過ごす見えない時間の見える化	86
2.7 普段を知ることと変化の察知(予後予測)	87
2.8 記録の目的と記録項目	88
2.9 「生命」体の健康を支えるための記録	88

2.10	「生活・暮らし」「人生」日々の暮らしを支えるための記録	89
2.11	記録する頻度	89
2.12	記録の活用について	90
2.13	カンファレンスと多職種連携	93
2.14	小規模多機能型居宅介護におけるもう一つのカンファレンス 「軒下会議」	94
2.15	一番大切なことは、中重度の方を最期まで地域で支える「覚悟」	96

### 第3章 小規模多機能型居宅介護の実践を生かす日常生活圏域支援 (共生ケアのあり方)

1.	日常生活圏域を支える小規模多機能型居宅介護の現状	
1.1	本人を支えるための2つの支援	101
2.	共生型サービス	
2.1	共生型サービス	106
3.	運営推進会議を活用したサービス評価	
3.1	運営推進会議を活用したサービス評価	108
4.	小規模多機能型居宅介護における「共生」とは	
4.1	小規模多機能型居宅介護における「共生」とは	109

### 終章 まとめ

まとめ	115
-----	-----

### 資料編

2017 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	120
ヒヤリング調査事例 (30 事例)	131

# 要約







## 平成29年度老人保健健康増進等事業

### 【要約版】

### 中重度者を支えるために求められる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

### 中重度者を支えるために求められる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

○小規模多機能型居宅介護が中重度の方々を支え切るサービスとして確立していくために、中重度になっても在宅での豊かな暮らしを継続できる実践を集め、現時点でのケアモデルを示すことを目的とする。特に、効率化が求められる中での在宅での認知症支援のあり方を確立することを目的とする。

また、運営推進会議を活用した地域評価をとおして地域の課題に地域住民とともに取り組むなかで認知症のみならず、児童、障がい、生活困窮など地域の課題に取り組む姿を明らかにし、地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所のあり方を検討する。

(1) 全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

(2) ライフサポートワークを基盤とした在宅での認知症ケアを確立するためのケアマネジメントの構築(中重度者を支える“小規模多機能”)

(3) 小規模多機能型居宅介護の実践を生かす日常生活圏域支援(共生ケアのあり方)

#### 2. 調査手法

○2017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5,228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 2,020件 (38.6%)。

○中重度を支える先駆的実践のヒアリング調査 (30事業所)。

### 3. 報告書の柱立て

第1章 小規模多機能型居宅介護の現状(実態調査)

第2章 ライフサポートワークを基盤とした在宅での認知症ケアを確立するためのケアマネジメントの構築(中重度者を支える小規模多機能の実践)

第3章 小規模多機能型居宅介護の実践を生かす日常生活圏域支援(共生ケアのあり方)

第4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

事例検討会資料(全30事業所)

### (1) 全国の小規模多機能型居宅介護への実態調査(悉皆調査)

#### どんな方が利用しているのか (利用者の状況像)

性別

性別	2017
女性	73.5%
男性	26.5%
総計	100.0%

N = 39,504

要介護認定状態区分

要介護度	2017
要支援 1	4.9%
要支援 2	6.1%
要介護 1	26.2%
要介護 2	24.6%
要介護 3	18.7%
要介護 4	12.5%
要介護 5	7.0%
総計	100.0%

N = 39,506

認知症自立度

	2017
自立	6.7%
I	14.8%
IIa	14.7%
IIb	24.3%
IIIa	21.8%
IIIb	7.0%
IV	8.8%
M	1.8%
総計	100.0%

N = 37,288

日常生活自立度(寝たきり度)

	2017
自立	2.4%
J1	4.9%
J2	14.5%
A1	23.9%
A2	26.5%
B1	10.8%
B2	12.0%
C1	2.5%
C2	2.4%
総計	100.0%

N = 36,600

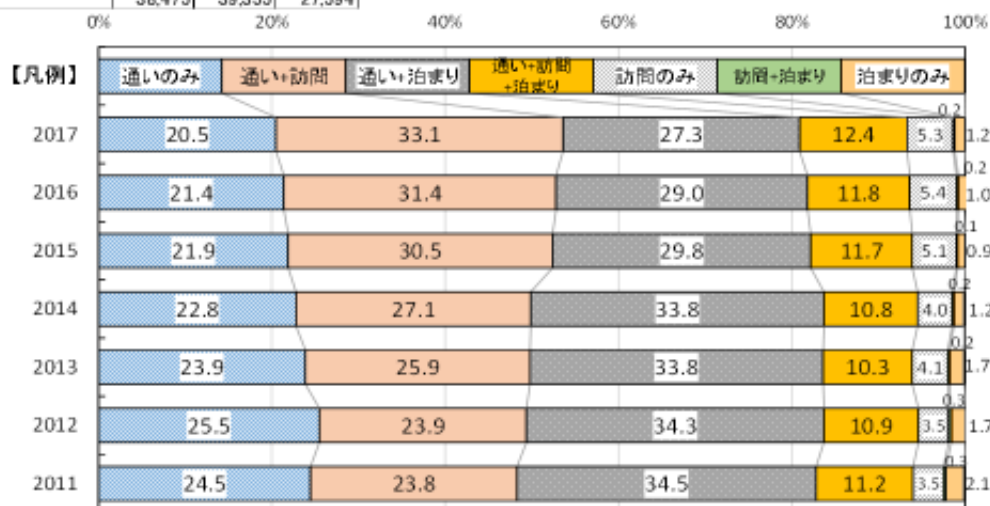
出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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結会)」

## どんな方が利用しているのか（利用のしかた）

利用のしかた

利用タイプ	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
通いのみ	20.5%	21.4%	21.9%	22.8%	23.9%	25.5%	24.5%
通い+訪問	33.1%	31.4%	30.5%	27.1%	25.9%	23.9%	23.8%
通い+泊まり	27.3%	29.0%	29.8%	33.8%	33.8%	34.3%	34.5%
通い+訪問+泊まり	12.4%	11.8%	11.7%	10.8%	10.3%	10.9%	11.2%
訪問のみ	5.3%	5.4%	5.1%	4.0%	4.1%	3.5%	3.5%
訪問+泊まり	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
泊まりのみ	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%
回答数	38,475	39,355	27,594				



出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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（利用者の数）

◆平均登録者数と1日当たりの平均利用者数

(平均人数)

利用者数(10月末)	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年
現在の利用者登録者数	20.3	19.4	19.0	18.5	18.1	19.0	18.4
1日あたりの通い利用者数	12.0	11.0	10.3	10.7	10.6	11.1	10.7
1日あたりの宿泊利用者数	4.6	4.4	4.8	4.4	4.3	4.4	4.2
1日あたりの訪問延べ利用者数	13.7	10.2	9.5	6.0	6.8	5.0	4.4
他市町村からの登録者数	0.3	0.3	0.3				

- ・実登録者数は調査開始から始めて20人を超え、着実に増加傾向にある。
- ・通いについては1.0人増、宿泊については横ばいとなっている。
- ・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38,553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。

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

○1か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16.4回、「訪問」は17.3回、「宿泊」は6.8回となっている。

3つの機能を合計すると1か月あたり40.5回(昨年:38.05回)の利用をしている。昨年調査と比較して、「訪問」が増加し、「宿泊」が減少した。経年的(こみても「訪問」の増加傾向は顕著である。

出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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（利用者の世帯構成）

### ◆現状と明らかになったこと（利用者像）

※簡便調査で得られた39,199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%（昨年：36.9%）と昨年比べて1.0ポイント 上昇し、年々独居世帯が増えている。  
高年齢世帯（独居+高齢者2人暮らし）が52.3%（昨年：51.1%）と昨年比べて1.2ポイント上昇し、昨年同様50%を超えた。

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

### ○利用者の住まいと事業所との距離

もっとも多いのは「5キロ前後」で40.7%。「1キロ前後」で30.5%となっている。「同一敷地内」を除き、5キロ前後以内からの利用が71.2%となっている。  
今年度初めて同一敷地内という項目を設定したが、住まい系サービスを併設している事業所も全体の1割程度存在することがわかった。

距離	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
同一建物	10.2%						
同一敷地内	2.9%	11.6%	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%
1°前後	30.5%	30.2%	30.2%	30.5%	29.2%	29.9%	30.6%
5°前後	40.7%	42.6%	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%
10°前後	12.6%	11.8%	12.6%	11.7%	13.2%	13.9%	14.5%
それ以上	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%
回答数	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5°圏内（中学校区程度）にお住まいの方が多い。」

出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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★中重度者の支援の状況

○中重度者が在宅支援については、「支えている」事業所が92.8%（1,854事業所）を占めている。

○中重度者が在宅支援をしていない143事業所に対してその理由を聞いたところ、「家族の意向による介護施設への入所」が62.9%と最も多く、次いで「事業所内の人手不足」が29.7%などとなっている。

### 中重度者の支援の有無

	該当数	割合
①支えている	1,854	92.8%
②支えていない	143	7.2%
回答数	1,997	

### 中重度者が在宅支援をしていない理由

	該当数	割合
①事業所内の人手不足	41	29.7%
②事業所内のスキル不足	17	12.3%
③家族の意向による介護施設への入所	73	52.9%
④事業所による入所関係施設への移行	22	15.9%
⑤保険者の意向	6	4.3%
⑥その他	36	26.1%
回答数	138	

○中重度者の在宅を「支えている」1,854事業所における支援内容は「家族からの相談支援」が94.8%と最も多く、次いで「家族支援」が68.0%、「事業所以外への移動支援」が68.9%と他の項目に比べて多い。

○軽度者が在宅支援内容は、「家族からの相談支援」が91.3%と最も多く、次いで「家族支援」が67.2%、「事業所以外への移動支援」が57.1%、「地域や隣近所との関係づくりの支援」が51.9%などと多くなっており上位3項目は中重度在宅支援と同じ。

### 中重度者の支援内容

	該当数	割合
①入居中の支援	796	43.3%
②公共の手続き等支援	784	42.7%
③家族支援	1,249	68.0%
④家族からの相談支援	1,741	94.8%
⑤自宅からの行方不明時の支援	579	31.5%
⑥事業所以外への移動支援	1,082	58.9%
⑦地域や隣近所との関係づくりの支援	703	38.3%
⑧利用者以外の家族への食事の支援	66	3.6%
⑨介護保険以外の福祉サービスの相談	704	38.3%
⑩利用者以外の家族への生活支援	91	5.0%
⑪生活費等の支払い等の支援	267	14.5%
⑫その他	48	2.6%
回答数	1,837	

### 軽度者の支援内容

	該当数	割合
①入居中の支援	769	39.9%
②公共の手続き等支援	947	49.2%
③家族支援	1,102	57.2%
④家族からの相談支援	1,758	91.3%
⑤自宅からの行方不明時の支援	683	35.5%
⑥事業所以外への移動支援	1,100	57.1%
⑦地域や隣近所との関係づくりの支援	1,000	51.9%
⑧利用者以外の家族への食事の支援	68	3.5%
⑨介護保険以外の福祉サービスの相談	799	41.5%
⑩利用者以外の家族への生活支援	89	4.6%
⑪生活費等の支払い等の支援	344	17.9%
⑫その他	47	2.4%
回答数	1,926	

出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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）」



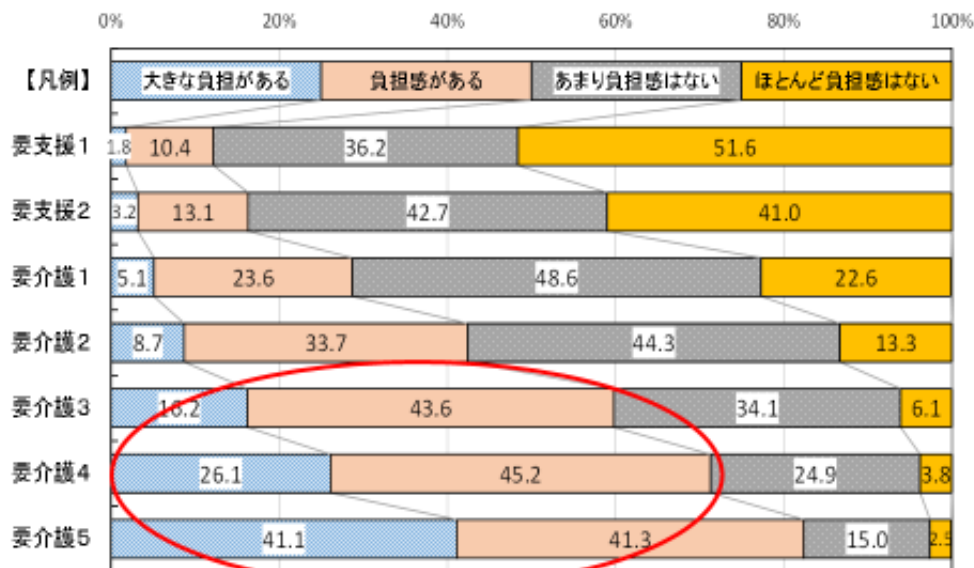
## 全国調査の結果★中重度者の支援★負担感★要介護度別

○利用者へのケアする上での職員の負担感

ケアする上での職員の負担感については、「大きな負担がある」(12.9%)と「負担感がある」(32.5%)を合わせた45.4%が『負担がある』と感じている。負担感を要介護度別にみると、要介護度が重くなるほど「大きな負担がある」の割合が増加し、要介護度が軽くなるほど「ほとんど負担感はない」の割合が高くなっている。

	大きな負担がある (すごく大変)	負担感がある (大変)	あまり負担感はない	ほとんど負担感はない	総数
総数	5,015 12.9%	12,591 32.5%	14,947 38.6%	6,204 16.0%	38,757

要介護度別の職員の負担感



出典:平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

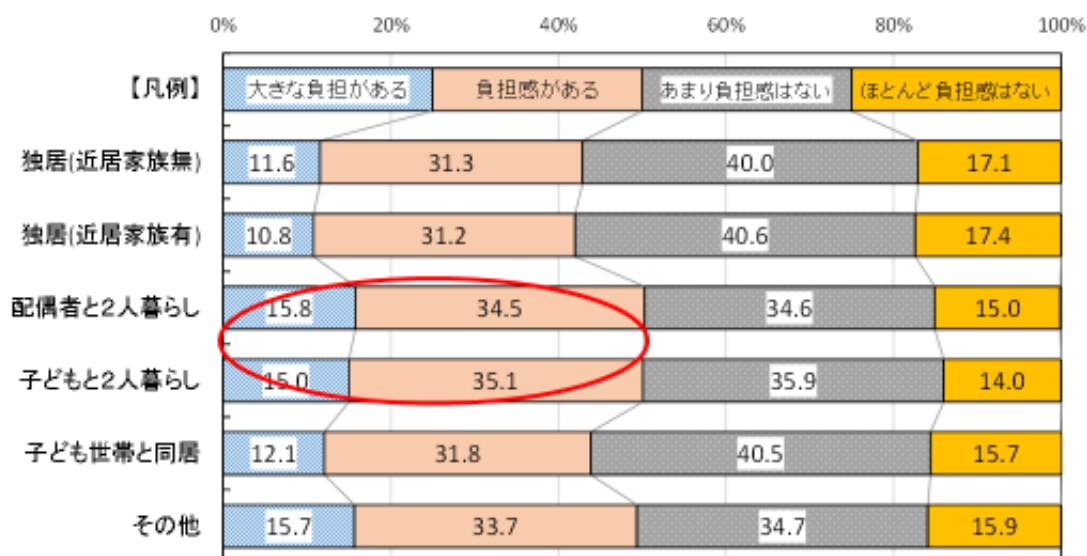
「中重度者を支えるために求められる小規模多機能型居宅介護の役割に関する調査研究事業(全国小規模多機能連絡会)」

## 全国調査の結果★中重度者の支援★負担感★世帯別

○ケアする上での職員の負担感を世帯状況別にみると、「大きな負担がある」の割合は、「配偶者と2人暮らし」で15.8%、「子どもと2人暮らし」で15.0%と他の世帯に比べて多くなっている。

	大きな負担がある (すごく大変)	負担感がある (大変)	あまり負担感はない	ほとんど負担感はない	総数
総数	5,002 12.9%	12,580 32.5%	14,910 38.6%	6,177 16.0%	38,669

世帯別の職員の負担感



出典:平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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★中重度者の支援★医療との連携等

### 医療との連携（上位3つ）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①治療方針の確認	1,387	69.9%	1,538	72.2%
②日々のケアの報告	1,127	56.8%	1,348	63.3%
③緊急時の連絡	1,744	87.9%	1,803	84.6%
④服薬状況	1,555	78.4%	1,781	83.6%
⑤利用者の暮らしぶりの説明・報告	1,328	66.9%	1,547	72.6%
回答数	1,984		2,131	

○医療と連携でしていることは、「③緊急時の連絡」が67.9%と最も多く（昨年84.6%）、次いで「④服薬状況」が78.4%（昨年83.6%）などとなっており、「②日々のケアの報告」は56.8%（昨年63.3%）と他の項目に比べてやや少ない。

### 訪問看護・訪問リハビリ（平成29年10月の1ヶ月間）の実施状況

	2017年			2016年		
	該当数	割合	平均値	該当数	割合	平均値
①（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを除く）	487	24.1%	2.17	516	23.4%	2.14
②（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを含む）	396	19.6%	2.24	400	18.1%	2.06
③（介護保険）訪問リハビリテーション	366	18.1%	2.09	325	17.0%	1.81
④（医療保険）訪問看護ステーション	326	16.1%	1.37	340	15.4%	1.39
全体	2,020			2,205		

○訪問看護・訪問リハビリ（平成29年10月の1ヶ月間）の実施状況は、

「①（介護）訪看（リハなし）」24.1%で、実施実績のあった事業所の平均利用者数は2.17人であった。

「②（介護）訪看（リハあり）」19.6%で平均2.24人、「③（介護）訪リハ」は18.1%で平均利用者数2.09人、「④（医療）訪看」は16.1%で平均利用者数が1.37人と、「④（医療）訪看」の平均値を除けば、実施割合、平均利用者数ともわずかながら昨年よりも増加。

### 看取りを行ったケース（平成28年11月1日～平成29年10月31日の1年間）

	2017年			2016年		
	ありの該当数	割合	平均値	ありの該当数	割合	平均値
死にまで事業所が関わったケース	879	43.5%	2.35	905	43.7%	2.29
うち死亡場所は事業所	345	17.1%	1.64	328	15.8%	1.75
うち死亡場所は自宅	326	16.1%	1.44	322	15.5%	1.41
うち死亡場所は医療機関	545	27.0%	1.83	566	27.3%	1.81
その他	22	1.1%	1.95	20	1.0%	1.50
食事を解除し、居宅サービスへ移行したケース	174	8.6%	1.78	205	9.9%	1.89
その他	33	1.6%	2.09	46	2.2%	2.41
全体	2,020			2,072		

○死亡まで事業所が関わったケースがあった事業所は全体の43.5%で、事業所当たりの平均人数は2.35人となっている。内訳では「死亡場所は医療機関」が27.0%で最も多く、看取りを行った事業所全体の約60%を占めている。また、「死亡場所は事業所」は17.1%、「死亡場所は自宅」は16.1%で、看取りを行ったことがあるケース全体の約40%となっている。

出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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）」

## 共生型サービス・一体型サービスについて

厚生労働省は平成30年度より共生型サービスを検討しているが、現在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46.6%と昨年より11.9ポイント増加している。

共生型サービスが制度化された場合の実施意向

### 制度・仕組みの把握

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

	該当数	割合
①実施したい	98	5.2%
②実施したいと思わない	142	7.5%
③検討してみたい	615	32.7%
④わからない	1,027	54.6%
回答数	1,882	

### 実施事業

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①実施していない	833	92.0%	828	93.5%
②基準該当生活介護	41	4.5%	32	3.6%
③基準該当自立訓練	3	0.3%	5	0.6%
④基準該当放課後等デイサービス	11	1.2%	7	0.8%
⑤基準該当児童発達支援	2	0.2%	2	0.2%
⑥基準該当短期入所	32	3.5%	20	2.3%
⑦基準該当就労継続支援B型	1	0.1%	3	0.3%
⑧日中一時支援	16	1.8%	14	1.6%
⑨その他	12	1.3%	14	1.6%
回答数	905		886	

共生型サービスを実施するために必要なこと

	該当数	割合
①障がい児・者に対応する知識	464	67.9%
②障がい児・者に対応する支援技術の修得	387	56.7%
③障がい児・者に対応する経験（実習）	294	43.0%
④人員の確保・増員	406	59.4%
⑤トイレ・設備等の確保整備	137	20.1%
⑥送迎車両の増車	74	10.8%
⑦運営法人の理解	112	16.4%
⑧自治体の理解と支援	153	22.4%
⑨サービス・事業運営のノウハウ	243	35.6%
⑩その他	18	2.6%
回答数	683	

### 直近3カ月での利用状況

	該当数	（平均人数）		
		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
②基準該当生活介護	32	27.7	29.8	31.8
③基準該当自立訓練	2	120.0	118.0	115.7
④基準該当放課後等デイサービス	9	47.2	42.7	44.0
⑤基準該当児童発達支援	2	0.0	0.0	0.0
⑥基準該当短期入所	26	3.7	3.5	3.5
⑦基準該当就労継続支援B型	0	0.0	0.0	0.0
⑧日中一時支援	15	11.3	9.4	10.3
回答数	54			

出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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）」

## 登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題

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有無

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①ある	1,430	72.8%	1,708	81.6%
②ない	453	23.1%	321	15.3%
③把握していない	80	4.1%	65	3.1%
回答数	1,963		2,094	

登録者（利用者）のうち何人から相談があったか（平均値）

	2017年	2016年
相談された件数【人（世帯）】	4.37	4.69

相談内容

相談内容	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
(1)経済的困窮	795	56.0%	1,071	56.3%
(2)就労活動困難	74	5.2%	121	6.4%
(3)介護者の倦怠	878	61.0%	1,126	59.1%
(4)家族関係・家族の問題	1,025	72.2%	1,469	77.2%
(5)ダブルケア（介護と子育ての両立）	264	18.6%	341	17.9%
(6)住まいの不安定	197	13.9%	255	12.4%
(7)その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）	523	36.8%	764	40.1%
(8)家計管理の課題	216	15.2%	305	16.0%
(9)就労定着困難	55	3.9%	63	3.3%
(10)就労継続	103	7.3%	139	7.2%
(11)〈多量・過量〉債務	47	3.3%	72	3.8%
(12)障害（重度あり）	124	9.4%	194	10.2%
(13)障害（軽い）	82	5.8%	83	4.3%
(14)社会的孤立（ネット・引きこもり）	117	8.2%	122	6.4%
(15)コミュニケーションが苦手	103	7.3%	157	8.2%
(16)中卒・高校中退・いじめ	5	0.4%	11	0.6%
(17)能力の課題（漢字・言語・理解等）	44	3.1%	102	5.4%
(18)生活習慣の乱れ	155	10.9%	235	12.3%
(19)DV・虐待	169	11.9%	241	12.7%
(20)けが	52	3.7%	84	4.4%
(21)別居者	10	0.7%	9	0.5%
(22)自死企図	21	1.5%	29	1.7%
(23)不登校	10	0.7%	11	0.6%
(24)葬行	0	0.0%	2	0.1%
(25)被災	12	0.8%	29	1.5%
(26)その他	43	3.0%	68	3.6%
回答数	1,420		1,904	

※ 50%以上の割合を表す。

出典：平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「中重度者を支えるために求められる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）」

## (2)ライフサポートワークを基盤とした在宅での認知症ケアを確立するためのケアマネジメントの構築（中重度者を支える“小規模多機能”）

### ◆中重度を支える周辺の状況

小規模多機能型居宅介護は制度創設時に、平均要介護3.5程度の中重度でも在宅で安心できるサービスとして想定され、報酬の設定も要介護2と要介護3以上との差がつけられた。今回の調査では登録者のうち要介護3～5で占める割合が約4割を占めている。契約終了の理由をみると1,971事業所中、約8割の事業所で施設（特養・老健等）への入所で契約終了となっている利用者があり、平均すると1事業の年間あたりで3.33人と一番高いという実態が明らかになった。

### ◆在宅生活の困難さ中重度の捉え方

中重度とは、要介護度の高さという物差しで測ることができる。しかし、在宅生活の困難さという側面から多面的に捉えると「健康状態（病気）の重度化」「日常動作の重度化」「かわりにかかる重度化（負担感の増大）」「制度上の不備」「施設サービスの充足化」のように様々な要因による尺度が挙げられ、単に要介護度が高いからといって在宅生活が困難になるものではない。

### ◆在宅の限界点を高める支援のあり方

在宅生活の限界点を高めるためには要介護度が高い、健康状態やADLが悪化している状態に対する直接的支援のあり方と、要介護度に関係なく利用者と家族、近隣住民、環境等との摩擦によっておこる負担感や、社会的認識（介護負担の大きい方は施設で介護されるほうが安心であり、周囲の負担が身体的・精神的に軽減されるという認識）に対する間接的支援のあり方の両面に対するアプローチが必要である。

### ◆中重度者の在宅での暮らしが継続できない内的要因・外的要因

在宅での暮らしが継続できない要因は、本人、家族・介護者、小規模多機能型居宅介護それぞれに内的要因と外的要因がある。内的要因としては、ケアの質やスタッフの確保、ケアにあたる上での基礎知識、医療との連携を促進させるための共有すべきデータ及び共通認識、事業所の覚悟等があげられ、外的要因としては、「重度になったら施設に引き抜かれる」「家族が大変だと言って施設を探して契約してくる」等の自助努力によってだけでは解決できない要因もある。



## (2) ライフサポートワークを基盤とした在宅での認知症ケアを確立するためのケアマネジメントの構築(中重度者を支える“小規模多機能”)

### ◆中重度者の支援のための「見える化」及び予後予測

中重度者の支援のための「見える化」とは、サービスを提供していない自宅にいる時間や過ごし方の見える化であり、その時間を不安なく過ごすことができるための数値化及び代弁によって、仮説を立て、声にならない声が見える化することである。予測していない出来事が起こり、その出来事への対策・対応がわからないと、不安に感じ負担感も増す。仮説を立てることとは、現状から起こりうる事柄を推論し、考えられる解決策をあらかじめ複数導き出しておくことで不安要素を最小限にしておくことであり、優先順位の高い順に対応していくことで、その仮説が適切だったかどうかを検証することでさらにまたケアの精度が上がる。

### ◆中重度者を支えるためのキーワード

「中重度を支えるための基礎知識」「体調不良のサインを見逃さないためのポイントの理解」

「自宅や一人で過ごす見えない時間の見える化」

「そのためには介護の専門性としての24時間の連続したかかわりをしているからこそ見える日常での変化点(いつもと違う)を見出す察知能力が重要」

「在宅での24時間365日の支援のためには多職種チームで多面的に理解し、仮説、検証(かかわり)のプロセスが重要」

「重度化し、生理的欲求や安全欲求の比重が高くなればなるほど、社会とのつながりや自己実現を真ん中に据えたライフサポートがなければ生きながらえるための支援になってしまう」

小規模多機能型居宅介護は、目の前の高齢者、家族・介護者と真摯に向き合い、本人の思いを実現するために中重度の方を最期まで地域で支え続ける熱意と覚悟を持ち、そのための知識と技術を高め、備えていくことが必要。

## (3) 小規模多機能型居宅介護の実践を生かす日常生活圏域での支援(共生ケアのあり方)

### ◆本人を支えるための2つの支援

地域のニーズは多様化しており、利用者だけでなくその家族も多くの問題を抱えている。さらに障害者や地域で暮らす高齢者の様々なニーズについても何らかの支援を小規模多機能型居宅介護に求められる場合もある。「利用者(登録者)の世帯を支えるための支援(世帯支援)」「地域から持ち込まれた相談などに応える支援(地域支援)」

### ◆共生型サービス

平成30年の介護報酬改定において、障害福祉サービスと介護保険サービスを組み合わせた共生型サービスが創設された。しかしながら、共生型サービスを小規模多機能型居宅介護が持つ多機能性を生かしたサービスとしていくには、まだまだ課題も多い。

### ◆自立・自律 支援のための「ライフサポートワーク」

「共生」に対する概念も高齢、障害の枠を超えたものだけでなく、利用者である地域の高齢者が、生きがいや役割を持つことのできる生活を支えるため、次なる多機能化する時期がきたのではないか。認知症であっても障害があっても持っている力を発揮するための多機能化である。ケアとマネジメントを兼ね備えたライフサポートワークの次なるステージへの展開が必要。

そのためにはソーシャルワークの本人と資源を連結する役割が必要。高齢者も障害者、児童も地域住民である。小規模多機能型居宅介護が、地域の困りごとを解決していくハブ(仲介)機能を果たす。具体的には本人のできることと地域の困りごとを結び付け双方にメリットがあるwin-winの関係を創造する。

### ◆小規模多機能型居宅介護が目指す「共生ケア」と「共生社会」

事業所は「共生社会」の実現に向け「高齢者」「子ども」「障害者」等も含め、年齢や障害の有無に関わらず、地域の全住民がこれまで積み重ねてきた「歴史」「伝統」「習慣」「風土」等を重視し、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や、地域に必要な「機能」をともに検討していく役割がある。



## まとめ

中重度者を支える支援も日常生活圏域を支える支援も、対象者の違いだけで「地域で暮らす」望みを持つものとして目指すものに違いはない。地域を活性化させる取り組みが利用者や地域だけでなく、支援している介護従事者も活性化させる。生きていくために最低限のケアは必要である。それと同時に「生きていることの意味」「生きがい」「役割」も重要である。これらは、介護度に関係なく、その人のその時の状況に合わせてかかわりを創ることである。

地域には様々な人たちがいる。一人で生活ができず他者からたくさんの接点がないと生活ができない人たち。それは乳幼児・児童・障害者、要介護高齢者など年齢や体の状況で区別し、それぞれの特徴に合わせた支援ができるように制度が作られてきた。

共生社会、一億総活躍社会とはこれらの年齢や障害などに関係なく、それぞれができることを地域で行うことなのではないか。

直接的な支援という視点だけでみると「支える側」「支えられる側」という関係でしかない。そうではなく、暮らしや人生というプロセスにおいて、互いに支えたり、支えられたりする関係性の中で、存在が力になったり、関わることで考えさせられたり、支え続ける過程で人と人が結ばれたりすることがある。目指すべき姿は、障害福祉サービスと介護保険サービスを単に組み合わせた共生ではない。小規模多機能型居宅介護は、これまで地域の中で拠点としての役割を果たしてきた。さらにその機能を発展させ、人と人、人と場、人と役割を紡ぎ、高齢になっても、障害があっても自らが暮らす地域社会の一員として貢献でき、そして誰もが共に笑顔で暮らすことができる「共生社会の実現」の実現のためのハブ（仲介）機能を果たすべきである。



# 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11年が経過し、全国で5,102か所の事業所が認可（介護給付費実態調査月報／平成28年12月現在）された。

平成18年の小規模多機能型居宅介護の創設は、認知症高齢者の自宅や地域での暮らしの支援を中心とした新たなケアモデルの必要性から生み出された。新たなケアモデル、すなわち認知症の人の地域生活を支援するために、私たち事業者はライフサポートワークの考えをまとめ実践してきた。

このたびの事業では、小規模多機能型居宅介護が中重度の方々を支え切るサービスとして確立していくために、中重度になっても在宅での豊かな暮らしを継続できる実践を集め、現時点でのケアモデルを示すことを目的とする。

特に、効率化が求められる中での在宅での認知症支援のあり方を確立することを目的とする。

また、運営推進会議を活用した地域評価をとおして地域の課題に地域住民とともに取り組むなかで認知症のみならず、児童、障がい、生活困窮など地域の課題に取り組む姿を明らかにし、地域包括ケアにおける小規模多機能型居宅介護事業所のあり方を検討する。

### （1）ライフサポートワークを基盤とした在宅での認知症ケアを確立するためのケアマネジメントの構築

利用者の生活を通い、訪問、宿泊といった機能を活用することにより24時間365日、常にモニタリングできる強みと内包したケアマネジメントにより実施可能な即時的で柔軟な対応により、身体機能・認知症状が重度化しても在宅生活を継続できるケアモデルの確立を目指した「観察」「記録」「ミーティング」のあり方及び「対応の見直し」と「検証」の流れを構築することにより利用者の望む最後の暮らしまでを可能にする在宅の認知症ケアをチームで支えるモデルを作る。

### （2）小規模多機能型居宅介護の実践を生かす日常生活圏域の住民に対する支援

平成28年度の調査では、小規模多機能型居宅介護を利用する高齢者と同一世帯の抱える複合的な課題の相談が1,708件となっており、世帯内において親、子、孫のそれぞれが課題を抱えている場合もあり、利用者の生活を支えるためには世帯全体の課題を検討する必要があるケースも出てきている。また地域の福祉資源に乏しい地域では、障害児・者の受け入れや児童の受け皿となるなど、小規模多機能型居宅介護が介護保険サービスにとどまらず日常生活圏域の福祉拠点として期待される地域もある。世帯を丸ごと支える共生ケアのあり方、地域の福祉拠点としての共生拠点など、今後の小規模多機能型居宅介護のあり方について運営推進会議を活かした地域からの評価をとおした活動やあり方について検討し、小規模多機能型居宅介護の将来像を模索する。

## 2. 概 要

### (1) 委員会及び作業部会について

中重度者を支えるために求められる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	森本 佳樹	立教大学名誉教授	(~11月末)
3	柴田 範子	特定非営利活動法人「楽」 (神奈川県) 東洋大学ライフデザイン学部	
4	安倍 信一	社会福祉法人美瑛慈光会 (北海道)	
5	宮島 渡	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ (長野県)	
6	岩尾 貢	社会福祉法人共友会 (石川県)	
7	川原 秀夫	特定非営利活動法人コレクティブ (熊本県)	
8	加藤 秀樹	厚生労働省老健局振興課 (課長補佐)	オブザーバー

※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	党 一浩	小規模多機能ホームめおといわ「ゆい」 (福岡県)	
3	後藤 裕基	医療法人明輝会ろうけん青空 (鹿児島県)	
4	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



福島県：リブレ松川 高齢者複合施設（福島市）	代表	蓬田 隆子
福島県：ライフ吉井田看護小規模多機能型居宅介護（福島市）	管理者	大内 利彦
◆事例提供者（大阪会場）		
京都府：十四軒町の家（京都市）	管理者	岩佐 淑子
大阪府：小規模多機能ホームかめやん家（大阪市）	管理者	中川 佑治
大阪府：小規模多機能型居宅介護きずな（大阪市）	管理者	久米 大地
兵庫県：高齢者ケアセンター甲南小規模多機能サービス（神戸市）	管理者	豊田 達範
岡山県：ぶどうの家（倉敷市）	代表	津田由起子
愛媛県：社会福祉法人砥部寿会（砥部町）	副施設長	安岡 英哉
◆事例提供者（福岡会場）		
福岡県：原土井複合型サービス（福岡市）	管理者	中村美保子
福岡県：めおといわ「ゆい」（福岡市）	管理者	党 一 浩
福岡県：さわやか憩いの家春日（春日市）	統括管理者	平原 由香
鹿児島県：小規模多機能ホーム 昂和苑（阿久根市）	管理者	田上ゆかり
熊本県：小規模多機能ホームほたる（甲佐町）	介護主任	藤田 智美
大分県：朝来サポートセンター鈴鳴荘（国東市）	計画作成担当者	植田里恵子
◆事例提供者（東京会場）		
茨城県：フロイデ総合在宅サポートセンターひたちなか（ひたちなか市）	通所・サテライト科 科長代理	森 久紀
群馬県：多機能ハウスひなたぼっこ（伊勢崎市）	管理者	櫻場 直美
千葉県：小規模多機能型居宅介護なごみ（柏市）	管理者	曾根 隆郁
東京都：小規模多機能ケアハウス絆（調布市）	管理者	安川誠二郎
新潟県：ケアステーションるびなす（新潟市）	医師	斎藤 忠雄
長野県：手と手（長野市）	管理者	原山 直人
◆事例提供者（名古屋会場）		
富山県：なかまちの家（富山市）	管理者	浅井いづみ
石川県：小規模多機能ホームききょうが丘（加賀市）	管理者	鹿野 久美
愛知県：小規模多機能かくれんぼ（名古屋市）	施設長	中西 幸二
三重県：ふるさとの里（桑名市）	管理者	伊藤 猛
岐阜県：七耀の杜（各務原市）	看護師	田井 直美
静岡県：まほろば（富士市）	施設長	秋山 幸枝

## ⑤報告会の開催

全国調査等から浮かび上がった内容やヒアリングにおける先駆的实践等を踏まえ、最期まで在宅生活を送ることができるケアモデルの確立について報告会を開催した。

日 時：2018年3月23日（金）

会 場：世界貿易センタービルRoomA（東京都港区浜松町）

内 容：10:30～11:30



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

12:30～13:30

地域包括ケアの構築と平成30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

13:40～15:50

中重度者を支える小規模多機能の実践

中重度者を支える小規模多機能

日本社会事業大学大学院

特任教授 宮島 渡

事例1) 手と手 (長野県)

管理者 原山直人

事例2) めおといわ「ゆい」(福岡県)

管理者 党 一浩

16:00～17:00

【まとめの対談】共生型サービスと小規模多機能の今後

社会福祉法人共友会 (石川県)

理事長 岩尾 貢

特定非営利活動法人コレクティブ (熊本県)

理事長 川原 秀夫

#### ⑤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 5,228 事業所を調査対象とした。

#### (2) 調査時期

2017 年 11 月～12 月に実施した。12 月 15 日を締め切りとして設定し、12 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

2,020 事業所から回答を得た。回収率は 38.6%（昨年度調査では 39.7%）であった。

また、利用者個票については、1,944 事業所から計 39,616 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、福岡県が 100 事業所を超えた。山梨県、徳島県、香川県、高知県、奈良県、和歌山県、佐賀県、鳥取県が少ない。回収率が最も高かったのは岩手県で 65.3%、最も低かったのは香川県で 23.3%となっている。

なお、調査票の回答者は「管理者」が 75.3%、「計画作成・介護職員」が 14.9%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）	113	5.8%
役員	45	2.3%
事務長	26	1.3%
事業統括者	54	2.8%
管理者	1,461	75.3%
事務員	87	4.5%
計画作成・介護職員	288	14.9%
回答数	1,939	

表 1-2 都道府県別の回収状況

都道府県	2017調査				参考 2016調査		参考 2015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	137	6.8%	40.1%	342	131	5.9%	94	6.0%
青森県	22	1.1%	64.7%	34	23	1.0%	19	1.2%
岩手県	49	2.4%	65.3%	75	41	1.9%	41	2.6%
宮城県	26	1.3%	44.8%	58	30	1.4%	19	1.2%
秋田県	43	2.1%	63.2%	68	41	1.9%	32	2.0%
山形県	33	1.6%	28.7%	115	46	2.1%	33	2.1%
福島県	42	2.1%	36.8%	114	43	2.0%	34	2.2%
茨城県	22	1.1%	28.6%	77	22	1.0%	21	1.3%
栃木県	26	1.3%	27.4%	95	29	1.3%	21	1.3%
群馬県	35	1.7%	30.4%	115	39	1.8%	21	1.3%
埼玉県	45	2.2%	41.7%	108	37	1.7%	33	2.1%
千葉県	35	1.7%	29.4%	119	49	2.2%	27	1.7%
東京都	48	2.4%	29.3%	164	68	3.1%	54	3.5%
神奈川県	106	5.2%	35.9%	295	103	4.7%	62	4.0%
新潟県	93	4.6%	51.7%	180	103	4.7%	70	4.5%
富山県	32	1.6%	43.2%	74	44	2.0%	35	2.2%
石川県	37	1.8%	46.8%	79	47	2.1%	32	2.0%
福井県	36	1.8%	42.9%	84	31	1.4%	21	1.3%
山梨県	8	0.4%	40.0%	20	10	0.5%	10	0.6%
長野県	36	1.8%	39.6%	91	49	2.2%	26	1.7%
岐阜県	32	1.6%	39.5%	81	30	1.4%	26	1.7%
静岡県	50	2.5%	34.0%	147	56	2.5%	32	2.0%
愛知県	54	2.7%	28.9%	187	72	3.3%	46	2.9%
三重県	28	1.4%	45.2%	62	30	1.4%	20	1.3%
滋賀県	32	1.6%	47.8%	67	30	1.4%	24	1.5%
京都府	51	2.5%	33.6%	152	70	3.2%	44	2.8%
大阪府	74	3.7%	37.0%	200	89	4.0%	51	3.3%
兵庫県	90	4.5%	39.3%	229	101	4.6%	68	4.3%
奈良県	12	0.6%	30.8%	39	17	0.8%	11	0.7%
和歌山県	14	0.7%	30.4%	46	16	0.7%	5	0.3%
鳥取県	19	0.9%	33.9%	56	21	1.0%	19	1.2%
島根県	28	1.4%	34.6%	81	38	1.7%	24	1.5%
岡山県	58	2.9%	36.5%	159	53	2.4%	39	2.5%
広島県	88	4.4%	42.7%	206	97	4.4%	63	4.0%
山口県	31	1.5%	36.0%	86	34	1.5%	25	1.6%
徳島県	9	0.4%	28.1%	32	14	0.6%	13	0.8%
香川県	10	0.5%	23.3%	43	20	0.9%	10	0.6%
愛媛県	42	2.1%	34.7%	121	44	2.0%	48	3.1%
高知県	12	0.6%	37.5%	32	13	0.6%	13	0.8%
福岡県	108	5.3%	39.4%	274	102	4.6%	70	4.5%
佐賀県	18	0.9%	35.3%	51	16	0.7%	13	0.8%
長崎県	51	2.5%	39.2%	130	57	2.6%	36	2.3%
熊本県	67	3.3%	46.2%	145	57	2.6%	51	3.3%
大分県	20	1.0%	54.1%	37	25	1.1%	27	1.7%
宮崎県	25	1.2%	43.9%	57	23	1.0%	20	1.3%
鹿児島県	55	2.7%	42.6%	129	61	2.8%	41	2.6%
沖縄県	31	1.5%	43.1%	72	32	1.5%	20	1.3%
回答数	2020	100.0%	38.6%	5228	2,204	100.0%	1,564	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12.4%（228事業所）と最も多く、次いで2012年度が12.3%（226事業所）、2008年度が10.1%（186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	2017年		2016年		2015年		2014年		2013年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
H18,2006年度	106	5.8%	157	7.9%	120	8.3%	121	8.5%	92	6.3%
H19,2007年度	228	12.4%	258	12.9%	203	14.1%	223	15.6%	260	17.9%
H20,2008年度	186	10.1%	191	9.6%	143	9.9%	152	10.6%	209	14.4%
H21,2009年度	125	6.8%	136	6.8%	118	8.2%	127	8.9%	127	8.8%
H22,2010年度	121	6.6%	154	7.7%	121	8.4%	144	10.1%	143	9.9%
H23,2011年度	183	9.9%	210	10.5%	200	13.9%	208	14.5%	220	15.2%
H24,2012年度	226	12.3%	223	11.2%	171	11.9%	196	13.7%	286	19.7%
H25,2013年度	144	7.8%	153	7.7%	122	8.5%	153	10.7%	113	7.8%
H26,2014年度	176	9.5%	223	11.2%	161	11.2%	107	7.5%		
H27,2015年度	163	8.8%	177	8.9%	83	5.8%				
H28,2016年度	99	5.4%	113	5.7%						
H29,2017年度	86	4.7%								
総計	1,843	100.0%	1,995	100.0%	1,442	100.0%	1,431	100.0%	1,450	100.0%

#### (2) 法人種別

開設事業所の法人種別をみると（N=1,990）、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34.2%となっている。医療法人が13.0%、NPOが6.9%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	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年
社会福祉法人	34.2%	33.9%	35.5%	34.7%	31.9%	33.5%
社会福祉法人(社協)	1.9%	1.7%	2.0%	1.9%	2.3%	1.6%
特定非営利活動法人	6.9%	6.6%	6.9%	7.2%	8.2%	7.4%
医療法人	13.0%	11.9%	12.7%	11.4%	12.1%	12.8%
営利法人	41.0%	43.3%	40.4%	41.6%	42.3%	41.3%
その他	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%
回答数	1,990	2,174	1,563	1,443		

#### (3) 事業種別

小規模多機能居宅介護が96.4%、サテライト型は3.0%、基準該当が0.6%となっている。給付別では、介護および予防の両給付が85.4%となっており、介護給付のみが14.3%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
①小規模多機能型居宅介護	1,923	96.4%
②サテライト型小規模多機能型居宅介護	60	3.0%
③基準該当 小規模多機能型居宅介護	11	0.6%
回答数	1,994	

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	1,562	85.4%
介護給付	262	14.3%
予防給付	5	0.3%
回答数	1,829	

(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 人の事業所が 41.5% (834 事業所) で最も多く、次いで定員 25 人が 37.9% (763 事業所) となっている。昨年よりも、定員 29 人の割合がやや増加している。また、平均は前年度と変わらず 25.9 人である。

表 2.1-5 登録定員の状況

【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	—

【参考 2016 年】

登録定員	該当数	割合
11名	1	0.0%
12名	18	0.8%
13名	2	0.1%
14名	2	0.1%
15名	18	0.8%
16名	2	0.1%
17名	1	0.0%
18名	115	5.3%
19名	3	0.1%
20名	27	1.2%
21名	8	0.4%
22名	10	0.5%
23名	2	0.1%
24名	173	8.0%
25名	879	40.5%
26名	14	0.6%
27名	10	0.5%
28名	23	1.1%
29名	861	39.7%
総計	2,169	100.0%
平均	25.85	—



(5) 通い定員

通いの定員別でみると、15人が51.5%（1,031事業所）と最も多いが、登録定員同様、制度改正の影響で、18人が28.1%（563事業所）と多くなっており、以下、12人が11.6%（233事業所）などとなっている。平均は15.2人で昨年とほぼ変わらない。

表 2.1-6 通い定員の状況

【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	—

【参考 2016年】

通い定員	該当数	割合
6名	15	0.7%
7名	1	0.0%
8名	2	0.1%
9名	72	3.3%
10名	12	0.6%
11名	7	0.3%
12名	239	11.0%
13名	17	0.8%
14名	11	0.5%
15名	1,141	52.7%
16名	19	0.9%
17名	22	1.0%
18名	599	27.6%
19名	9	0.4%
20名	1	0.0%
総計	2,167	100.0%
平均	15.21	—

(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人が48.3%（971事業所）と最も多く、以下、5人が17.2%（346事業所）、6人が12.5%（252事業所）となっている。平均は7.3人で昨年とほぼ変わらない。

表 2.1-7 泊まり定員の状況

【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	—

【参考 2016年】

宿泊定員	該当数	割合
3名	46	2.1%
4名	113	5.2%
5名	385	17.8%
6名	271	12.5%
7名	163	7.5%
8名	144	6.7%
9名	1,042	48.2%
総計	2,167	100.0%
平均	7.29	—

(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および通い定員の緩和により、登録者数が平均 20.3 人で昨年 (19.4 人) と比較して増加した。通いの利用者数の平均も 12.0 人/日 (昨年 11.0 人/日) と増加した。宿泊の平均利用者数は 4.6 人/日、訪問の平均利用者数 (1 日延べ) が 13.7 人と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

	(平均人数)						
利用者数(10月末)	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年
現在の利用者登録者数	20.3	19.4	19.0	18.5	18.1	19.0	18.4
1日あたりの通い利用者数	12.0	11.0	10.3	10.7	10.6	11.1	10.7
1日あたりの宿泊利用者数	4.6	4.4	4.8	4.4	4.3	4.4	4.2
1日あたりの訪問延べ利用者数	13.7	10.2	9.5	6.0	6.8	5.0	4.4
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 12.6%で、昨年より 4.9 ポイント増加している。90~99%以下が 15.5%と昨年比で微減、80~90%は 21.5%と昨年より 3.1 ポイント減少している。

表 2.1-9 定員充足の状況

【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%

【参考 2016 年】

登録者数/定員	該当数	割合
0~10%以下	27	1.3%
10~20%以下	20	0.9%
20~30%以下	29	1.3%
30~40%以下	55	2.5%
40~50%以下	105	4.9%
50~60%以下	164	7.6%
60~70%以下	293	13.6%
70~80%以下	406	18.8%
80~90%以下	531	24.6%
90~99%以下	358	16.6%
100%	166	7.7%
100%超	3	0.1%
総計	2,157	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 78.2% (昨年 75.9%) で 2.3 ポイント増加している。また、平成 28 年度以前の開設では 75%を超えるが、開設 1 年目となる平成 29 年度開設では 62.7%と低い。

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)	2,659	2,059	77.4%
19(2007)	5,792	4,566	78.8%
20(2008)	4,753	3,746	78.8%
21(2009)	3,195	2,578	80.7%
22(2010)	3,174	2,597	81.8%
23(2011)	4,811	3,760	78.2%
24(2012)	5,950	4,768	80.1%
25(2013)	3,690	2,951	80.0%
26(2014)	4,582	3,623	79.1%
27(2015)	4,189	3,206	76.5%
28(2016)	2,511	1,928	76.8%
29(2017)	2,212	1,386	62.7%
総計	47,518	37,168	78.2%

(9) 1年間での利用契約の終了者数

過去1年間(2016/11/1~2017/10/31)において利用契約が終了した人数は平均7.87人(昨年7.60人)、そのうち入院による終了者数は2.96人(昨年2.89人)となっている。契約終了者数は、2015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)				
	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年
契約終了者数	7.87	7.60	7.32	7.25	7.31
うち、入院による終了者数	2.96	2.89	2.82	2.63	2.77

契約終了の理由をみると、前述のとおり入院が2.96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3.33人である。死亡は2.37人となっており、そのうち病院での死亡が1.39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も1.54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995事業所と92.7%を占めている。

表 2.1-12 契約終了の理由

	2017年			2016年		
	該当数	割合	平均値(人)	該当数	割合	平均値(人)
①入院	1,415	71.8%	2.96	1,509	71.2%	2.89
②施設(特養・老健・グループホーム)	1,566	79.5%	3.33	1,685	79.5%	3.24
③小規模多機能以外の在宅の介護保険サービス	709	36.0%	1.64	752	35.5%	1.63
④死亡	1,362	69.1%	2.37	1,424	67.2%	2.37
そのうち 自宅			0.55			0.53
事業所			0.48			0.46
病院			1.39			1.40
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	492	25.0%	1.54	533	25.2%	1.68
⑥その他	455	23.1%	1.51	511	24.1%	1.48
回答数	1,971			2,119		

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	995	92.7%
持っていない	78	7.3%
回答数	1,073	

(10) 宿泊費・食費

宿泊費の平均額は2,186円、朝食の平均額は336円、昼食の平均額は546円、夕食の平均額は523円となっており、いずれも昨年とほぼ同様である。5年前（2012年）と比較すると宿泊費で約70円、昼食代が20円、朝食・夕食代が約10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	単位:円			
	宿泊費	朝食代	昼食代	夕食代
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
2012年	2,118	327	526	512

(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98.4%（昨年も98.4%）となっている。また、「認知症加算（Ⅰ）」が91.5%（昨年76.7%）で昨年に比べて14.8ポイント増加している。次いで「介護職員処遇改善加算Ⅰ」が86.5%（昨年83.9%）、「総合マネジメント体制強化加算」が83.7%（昨年81.2%）と他の項目に比べて高い。また「サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ」が昨年の44.2%から53.8%と9.6ポイント増加している。

表 2.1-15 加算の状況（加算ありの割合）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①初期加算	1,983	98.4%	2,159	98.4%
②認知症加算（Ⅰ）	1,844	91.5%	1,683	76.7%
同（Ⅱ）	1,420	70.5%	1,378	62.8%
③看護職員配置加算Ⅰ	832	41.3%	723	33.0%
同Ⅱ	454	22.5%	508	23.2%
同Ⅲ	141	7.0%	148	6.7%
④サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	1,084	53.8%	969	44.2%
同（Ⅰ）ロ	247	12.3%	232	10.6%
同（Ⅱ）	376	18.7%	468	21.3%
同（Ⅲ）	147	7.3%	150	6.8%
同（Ⅳ）	3	0.1%	5	0.2%
⑤介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,742	86.5%	1,840	83.9%
同Ⅱ	258	12.8%	314	14.3%
同Ⅲ	108	5.4%	30	1.4%
同Ⅳ	13	0.6%	18	0.8%
同Ⅴ	14	0.7%	—	—
⑥総合マネジメント体制強化加算	1,686	83.7%	1,781	81.2%
⑦訪問体制強化加算	692	34.3%	650	29.6%
⑧看取り連携体制加算	170	8.4%	157	7.2%
⑨従業者の員数が基準に満たない場合の減算	24	1.2%	12	0.5%
⑩過少サービスに対する減算	24	1.2%	13	0.6%
⑪中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	20	1.0%	26	1.2%
⑫市町村独自報酬	67	3.3%	71	3.2%
	回答数	2,015		2,193

【参考 2011～2015】

加算あり	2015年	2014年	2013年	2012年	2011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%
認知症加算(Ⅰ)	85.7%	88.5%	86.4%	87.8%	86.7%
同(Ⅱ)	70.2%				
看護職員配置加算Ⅰ	31.3%	25.0%	50.0%	52.0%	50.8%
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%
同(Ⅲ)	7.3%				
同(Ⅳ)	0.2%				
介護職員処遇改善加算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	減算	
サービス提供が過小である場合の減算	1.1%	0.5%	1.5%	0.2%	
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45.7%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52.3%、同一市区町村内での実施が45.6%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13.3%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28.9%、「地域密着型介護老人福祉施設」が11.5%、「介護老人保健施設(老健)」が11.1%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16.6%、同一市区町村内でも20.0%と最も多く、次いで「軽費・養護老人ホーム(住宅型・健康型)特定を除く」が同一敷地内で12.3%、同一市区町村内で15.1%となっており、同一施設内よりも施設外の方がやや実施割合が高くなっている。

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）			603	45.7%
	看護小規模多機能型居宅介護	6	0.5%	66	5.0%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	26	2.4%	132	10.0%
	認知症対応型共同生活介護	574	52.3%	602	45.6%
	夜間対応型訪問介護	7	0.6%	52	3.9%
	地域密着型介護老人福祉施設	146	13.3%	152	11.5%
	地域密着型特定施設	17	1.5%	26	2.0%
	特定施設入居者生活介護	37	3.4%	128	9.7%
	介護老人福祉施設（特養）	69	6.3%	382	28.9%
	介護老人保健施設（老健）	26	2.4%	146	11.1%
住まい	軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	21	1.9%	123	9.3%
	有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	135	12.3%	199	15.1%
	サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	182	16.6%	264	20.0%
	共生型ホーム（対象者を限定しない）	5	0.5%	6	0.5%
	ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	17	1.5%	52	3.9%
	高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	5	0.5%	16	1.2%
	法人が所有する一般アパート・マンション	23	2.1%	25	1.9%
	アパート・マンション等の借り上げ住宅	6	0.5%	7	0.5%
その他	一般病院もしくは診療所	46	4.2%	186	14.1%
	障害者総合支援法に基づくサービス	41	3.7%	153	11.6%
	認可保育園・認可外保育園（企業主導型保育含む）	27	2.5%	170	12.9%
	生活困窮者自立支援法に基づく事業	1	0.1%	21	1.6%
	学童保育（放課後保育）	11	1.0%	65	4.9%
	配食	56	5.1%	163	12.3%
	地域交流拠点	69	6.3%	102	7.7%
回答数		1,098		1,320	

(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 89.5%と最も多く、「宿泊費の減免」を実施している事業所は 6.5%、「食費の減免」が 5.4%で昨年と大きな差はみられない。

表 2.1-17 減免の実施状況

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①ない	1,758	89.5%	1,892	89.1%
②食費の減免	106	5.4%	104	4.9%
③宿泊費の減免	127	6.5%	153	7.2%
④その他	57	2.9%	61	2.9%
回答数	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検討しているが、現在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46.6%と昨年より11.9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

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

「制度・仕組みを知っていた」906事業所のうち、実際に実施しているのは8.0%の事業所で、「基準該当生活介護」が4.5%、「基準該当短期入所」が3.5%などとなっており、昨年と比べて実施している事業所は微増している。

表 2.1-19 基準該当サービスの実施状況

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①実施していない	833	92.0%	828	93.5%
②基準該当生活介護	41	4.5%	32	3.6%
③基準該当自立訓練	3	0.3%	5	0.6%
④基準該当放課後等デイサービス	11	1.2%	7	0.8%
⑤基準該当児童発達支援	2	0.2%	2	0.2%
⑥基準該当短期入所	32	3.5%	20	2.3%
⑦基準該当就労継続支援B型	1	0.1%	3	0.3%
⑧日中一時支援	16	1.8%	14	1.6%
⑨その他	12	1.3%	14	1.6%
回答数	905		886	

基準該当サービスを「実施している」73事業所の直近3カ月間の利用状況を見ると、1カ月の延べ利用人数の平均は、「基準該当放課後等デイサービス」で、8月が47.2人、9月が42.7人、10月が44.0人となっている。また「基準該当生活介護」では、8月が27.7人、9月が29.8人、10月が31.8人となっている。

表 2.1-20 直近3カ月での利用状況

	該当数	(平均人数)		
		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
②基準該当生活介護	32	27.7	29.8	31.8
③基準該当自立訓練	2	120.0	118.0	115.7
④基準該当放課後等デイサービス	9	47.2	42.7	44.0
⑤基準該当児童発達支援	2	0.0	0.0	0.0
⑥基準該当短期入所	26	3.7	3.5	3.5
⑦基準該当就労継続支援B型	0	0.0	0.0	0.0
⑧日中一時支援	15	11.3	9.4	10.3
回答数	54			

(15) 共生型サービスが制度化された場合の実施意向

共生型サービスが制度化された場合の実施意向は、「わからない」が54.6%と半数以上を占め、次いで「検討してみたい」が32.7%、「実施したい」が5.2%となっている。

一方、「実施したいと思わない」は7.5%となっている。

表 2.1-21 共生型サービスが制度化された場合の実施意向

	該当数	割合
①実施したい	98	5.2%
②実施したいと思わない	142	7.5%
③検討してみたい	615	32.7%
④わからない	1,027	54.6%
回答数	1,882	

(16) 共生型サービスを実施するために必要なこと

共生型サービスを「実施したい」または「検討してみたい」と回答した713事業所に、実施するために必要なことについて尋ねたところ、「障がい児・者に対応する知識」が67.9%と最も多く、次いで「人員の確保・増員」が59.4%、「障がい児・者に対応する支援技術の修得」が56.7%などとなっている。

表 2.1-22 共生型サービスを実施するために必要なこと

	該当数	割合
①障がい児・者に対応する知識	464	67.9%
②障がい児・者に対応する支援技術の修得	387	56.7%
③障がい児・者に対応する経験（実習）	294	43.0%
④人員の確保・増員	406	59.4%
⑤デイルーム・設備等の確保整備	137	20.1%
⑥送迎車両の増車	74	10.8%
⑦運営法人の理解	112	16.4%
⑧自治体の理解と支援	153	22.4%
⑨サービス・事業運営のノウハウ	243	35.6%
⑩その他	18	2.6%
回答数	683	



## 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、「地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）」が98.1%と最も多く、次いで「利用者の家族」（88.1%）、「地域包括支援センター職員」（87.8%）、「市区町村職員」（72.5%）、「利用者」（68.6%）などとなっている。

また、委員の総数の平均は9.3人で、内訳は「地域住民の代表」が3.0人、「利用者の家族」が2.0人、「利用者」が1.6人などとなっている。

なお、「その他」の内容としては、「事業所職員・管理者」や「他の事業所職員」が約1/3を占め、それ以外では法人職員・学校職員、「警察・駐在所職員・消防署職員」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		9.3	2,008	100.0%
委員構成	利用者	1.6	1,377	68.6%
	利用者の家族	2.0	1,770	88.1%
	地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）	3.0	1,970	98.1%
	市区町村職員	0.9	1,456	72.5%
	地域包括支援センター職員	1.0	1,764	87.8%
	小規模多機能型居宅介護について知見を有する者	1.2	1,154	57.5%
	社会福祉協議会職員	0.4	731	36.4%
	医師	0.2	669	33.3%
	その他	1.8	1,004	50.0%
回答数			2,008	

### (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82.8%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
① 7回以上	90	4.5%
② 6回	1,661	82.8%
③ 5回	101	5.0%
④ 4回	59	2.9%
⑤ 3回	52	2.6%
⑥ 2回	18	0.9%
⑦ 1回	19	0.9%
⑧ 0回	6	0.3%
回答数	2,006	

(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（154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42.4%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21.6%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「参加者の負担になるから」、「運営推進会議以外で話し合う場を作っている」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
①開設して間もないから	59	42.4%
②関係者にどのように声掛けし、組織したらよいかかわからないから	3	2.2%
③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから	10	7.2%
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	30	21.6%
⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから	0	0.0%
⑥その他	37	26.6%
回答数	139	

(4) 運営推進会議の議題

運営推進会議の議題は、「サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告」が96.7%と最も多く、次いで「地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題」が83.3%、「事業所のサービス評価に関すること」が77.9%、「利用者や利用者家族からの要望や提案・話題」が77.0%などとなっている。

表 2.2-4 運営推進会議の議題

	該当数	割合
①利用者のケース	1,383	68.7%
②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告	1,947	96.7%
③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題	1,550	77.0%
④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題	1,677	83.3%
⑤メンバー同士の情報交換	1,452	72.1%
⑥地域・事業所での行事検討	1,295	64.3%
⑦登録者のケース以外の地域課題	665	33.0%
⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動	555	27.6%
⑨事業所のサービス評価に関すること	1,568	77.9%
⑩事業所と地域の情報交換の場になっている	1,418	70.4%
⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している	237	11.8%
⑫その他	74	3.7%
回答数	2,014	

(5) 運営推進会議の開催時間

運営推進会議の開催時間は「30分から60分未満」が59.2%と最も多く、次いで「60分から90分未満」が36.0%と、90分未満の開催時間が97.4%を占めている。

表 2.2-5 運営推進会議の開催時間

	該当数	割合
①30分未満	43	2.1%
②30分から60分未満	1,186	59.2%
③60分から90分未満	720	36.0%
④90分以上	53	2.6%
回答数	2,002	

(6) サービス評価の実施状況

サービス評価の実施状況では「スタッフ個別評価」の実施が78.1%（昨年68.6%）、「事業所自己評価」の実施が82.2%（昨年71.6%）と昨年を約10ポイント上回っている。

表 2.2-6 サービス評価の実施状況

	2017年		2016年	
	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	1,509	76.1%	1,659	77.7%
④実施していない	147	7.4%	150	7.0%
⑤外部評価機関によるサービス評価を実施した	337	17.0%	393	18.4%
回答数	1,982		2,134	

運営推進会議におけるサービス評価への自治体・地域包括支援センターの参加では「地域包括支援センター」の参加が68.9%と昨年度68.4%と変わらず、「市町村が参加」が50.3%から48.6%、「どちらも参加していない」が16.1%から15.0%と昨年より微減となっている。なお、『どちらも参加している』事業所は624事業所で32.6%となっている。

表 2.2-7 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

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①市町村が参加	931	48.6%	1,034	50.3%
②地域包括支援センターが参加	1,319	68.9%	1,404	68.4%
③どちらも参加していない	288	15.0%	330	16.1%
回答数	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79.6%（1,570事業所）と最も多く、「ライフサポートワーク」が21.8%となっており、昨年の結果とほぼ同様である。

表 2.3-1 ケアプランの使用状況

	2017年		2016年		2015年		2014年		2013年	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
①ライフサポートワークを使用	430	21.8%	445	20.6%	335	21.5%	328	23.0%	334	22.3%
②居宅介護サービス計画書を使用	1,570	79.6%	1,731	80.0%	1,244	80.0%	1,114	78.1%	1,161	77.6%
③その他	30	1.5%	73	3.4%	41	2.6%	44	3.1%	58	3.9%
回答数	1,972		2,163		1,555		1,427		1,496	

## 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15.1人、常勤が8.8人、非常勤が6.5人で、常勤換算人数は10.8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4.8人、兼務が0.7人、非常勤職員の常勤換算で専従が2.1人、兼務が0.3人と概ね総数（常勤換算）の8割を占めている。

表 2.4-1 職員数

		(平均人数)			
		常勤		非常勤	
職員総数		15.07			
常勤・非常勤		8.78		6.52	
常勤換算人数		10.78			
		常勤		非常勤	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
管理者	専従	0.15	0.12		
	兼務	0.86	0.43		
計画作成担当者	専従	0.16	0.14	0.07	0.04
	兼務	0.80	0.40	0.09	0.05
看護職員	専従	0.57	0.48	0.54	0.24
	兼務	0.20	0.11	0.24	0.10
介護職員	専従	5.87	4.83	4.12	2.07
	兼務	1.19	0.66	0.72	0.29
その他	専従	0.17	0.15	0.83	0.34
	兼務	0.21	0.11	0.24	0.08

## (2) 現状の職員数

現状の職員数は、「ほぼ足りている」(47.5%)と「十分足りている」(6.3%)を合わせた『足りている』が53.8%(1,070事業所)となっている。

一方、「あまり足りていない」(40.9%)と「まったく足りない」(5.3%)を合わせた『足りていない』が46.2%と半数近くの事業所が職員不足(918事業所)としている。

表 2.4-2 現状の職員数

	該当数	割合	不足人数 平均値
①十分足りている	125	6.3%	
②ほぼ足りている	945	47.5%	
③あまり足りていない	813	40.9%	1.76
④まったく足りない	105	5.3%	2.73
回答数	1,988		

現状の職員数を都道府県別にみると、栃木県、三重県、大阪府、奈良県、鳥取県、岡山県、山口県、愛媛県、大分県、沖縄県の10県で『足りている』事業所が60%以上となっており、特に奈良県が75.0%と高い。

一方、岩手県、長野県、香川県の3県で『足りていない』事業所が60%以上となっている。

表 2.4-3 都道府県別現状の職員数

(上段：実数)  
(下段：割合)

	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
足りている	65 48.9%	10 50.0%	19 39.6%	13 52.0%	21 48.8%	19 57.6%	21 51.2%
足りていない	68 51.1%	10 50.0%	29 60.4%	12 48.0%	22 51.2%	14 42.4%	20 48.8%
総数	133 100.0%	20 100.0%	48 100.0%	25 100.0%	43 100.0%	33 100.0%	41 100.0%

	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
足りている	12 54.5%	16 61.5%	16 47.1%	26 57.8%	15 42.9%	20 42.6%	51 48.6%
足りていない	10 45.5%	10 38.5%	18 52.9%	19 42.2%	20 57.1%	27 57.4%	54 51.4%
総数	22 100.0%	26 100.0%	34 100.0%	45 100.0%	35 100.0%	47 100.0%	105 100.0%

	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
足りている	45 48.4%	16 50.0%	22 59.5%	20 55.6%	3 42.9%	13 37.1%	18 56.3%	29 59.2%	25 47.2%
足りていない	48 51.6%	16 50.0%	15 40.5%	16 44.4%	4 57.1%	22 62.9%	14 43.8%	20 40.8%	28 52.8%
総数	93 100.0%	32 100.0%	37 100.0%	36 100.0%	7 100.0%	35 100.0%	32 100.0%	49 100.0%	53 100.0%

	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
足りている	17 60.7%	18 56.3%	28 54.9%	45 62.5%	48 53.9%	9 75.0%	8 57.1%
足りていない	11 39.3%	14 43.8%	23 45.1%	27 37.5%	41 46.1%	3 25.0%	6 42.9%
総数	28 100.0%	32 100.0%	51 100.0%	72 100.0%	89 100.0%	12 100.0%	14 100.0%

	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
足りている	11 61.1%	16 57.1%	35 60.3%	49 57.0%	19 61.3%	5 55.6%	3 33.3%	26 61.9%	7 58.3%
足りていない	7 38.9%	12 42.9%	23 39.7%	37 43.0%	12 38.7%	4 44.4%	6 66.7%	16 38.1%	5 41.7%
総数	18 100.0%	28 100.0%	58 100.0%	86 100.0%	31 100.0%	9 100.0%	9 100.0%	42 100.0%	12 100.0%

	九州・沖縄地方								総数
	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	
足りている	58 56.3%	10 55.6%	30 60.0%	38 57.6%	13 65.0%	14 56.0%	27 50.9%	21 67.7%	1070 53.8%
足りていない	45 43.7%	8 44.4%	20 40.0%	28 42.4%	7 35.0%	11 44.0%	26 49.1%	10 32.3%	918 46.2%
総数	103 100.0%	18 100.0%	50 100.0%	66 100.0%	20 100.0%	25 100.0%	53 100.0%	31 100.0%	1988 100.0%

※「足りている」は「①十分足りている」と「②ほぼ足りている」、

「足りていない」は「③あまり足りていない」と「④まったく足りていない」を足した件数

※  は60%以上の回答を表す。

(3) 人材紹介会社等からの職員確保

人材紹介会社等からの紹介による職員確保については、職員を「得ていない」事業所が 87.3% (1,636 事業所) となっており、「得ている」事業所は 12.7% (239 事業所) にとどまっている。

表 2.4-4 人材紹介会社等の利用

	該当数	割合	その人数／常勤換算
			平均値
①人材紹介会社から職員を得ている	239	12.7%	1.31
②人材紹介会社から職員を得ていない	1,636	87.3%	
回答数	1,875		

(4) 人材派遣会社等の利用

人材派遣会社等からの派遣による職員確保は、職員を「得ていない」事業所が 87.4% (1,628 事業所) となっており、「得ている」事業所は 12.6% (235 事業所) にとどまっている。

表 2.4-5 人材派遣会社等の利用

	該当数	割合	その人数／常勤換算
			平均値
①人材派遣会社から派遣職員を得ている	235	12.6%	1.33
②人材派遣会社から派遣職員を得ていない	1,628	87.4%	
回答数	1,863		

(5) 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 52.9% (1,000 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 31.6% (597 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 10.8% (205 事業所) となっている。

表 2.4-6 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	89	4.7%
②3年以内に1度は実地指導がある	1,000	52.9%
③5年に1度程度、実地指導がある	597	31.6%
④5年以上実地指導がない	205	10.8%
回答数	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 62.6% (1,182 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 18.5% (349 事業所) となっている。

一方、「3年以上集団指導はない」は 18.9% (357 事業所) となっている。

表 2.4-7 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	1,182	62.6%
②3年以内に1度は集団指導がある	349	18.5%
③3年以上集団指導はない	357	18.9%
回答数	1,888	

## 2.5 平成 27 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 86.2%を占めており、昨年と比べて 2.0 ポイントの微増となっている。また、「加算が取れない」は 7.8%、「加算が取れるのに取っていない」は 5.5%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

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①加算を取っている	1,686	86.2%	1,796	84.2%
②加算を取れるのに取っていない	107	5.5%	149	7.0%
③加算が取れない	152	7.8%	187	8.8%
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	10	0.5%	2	0.1%
回答数	1,955		2,134	

### (2) 訪問体制強化加算

「加算を取っている」事業所は 34.6%となっており、昨年（30.5%）より 4.1 ポイント増加している。

なお、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 回を超えていないため取れない」が 31.6%、「常勤の従業者を 2 名以上配置できないため取れない」が 22.1%などとなっている。

「その他」の内容としては、『利用者少数のため』、『加算と人件費、算定要件のハードル等から見て費用対効果にあまり魅力を感じない』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（単一回答）

	2017年	
	該当数	割合
①加算を取っている	673	34.6%
②加算を取れるのに取っていない	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	430	22.1%
④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	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	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	6	0.3%
⑦その他	30	1.5%
回答数	1,945	

### 【参考 2016】（複数回答）

	該当数	割合
①加算を取っている	642	30.5%
②加算を取れるのに取っていない	110	5.2%
③常勤の従業者を2名以上配置できないので取れない	539	25.6%
④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	911	43.3%
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	114	5.4%
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	2	0.1%
⑦その他	37	1.8%
回答数	2,102	



(3) 看取り連携体制加算

「加算を取った」は4.9%と少なく、「対象となる利用者がいない」が53.9%と50%以上を占め、次いで「加算を取らなかった」が22.0%となっている。

「加算を取れるのに取っていない」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していないため』、『人員基準の体制が整っていないため』との記述が多く、④・⑤の回答とあわせて看護職員体制・配置に起因すると考えられる。また、『書類作成に不安がある』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（単一回答）

	2017年	
	該当数	割合
①加算を取った	95	4.9%
②加算を取れるが取らなかった	48	2.5%
③加算を取らなかった	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	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ったため取れない	55	2.8%
⑥対象となる利用者がいない	1,041	53.9%
回答数	1,931	

【参考 2016】（複数回答）

	2016年	
	該当数	割合
①加算を取った	84	4.0%
②加算を取れるが取らなかった	40	1.9%
③加算を取らなかった	484	23.3%
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	278	13.4%
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	90	4.3%
⑥対象となる利用者がいない	1,190	57.3%
回答数	2,076	

(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59.8%

(1,007/1,684) で、確保している事業所での平均部屋数は1.74室となっている。（※0も含めて回答の記入あり=1,684事業所、そのうち0以外の数値があるもの=1,007事業所）

過去1年間での利用の有無をみると、「利用があった」が18.1%となっており、その平均値は165.6日である。これに対し中央値は21日となっているが、100日を超えるケースが少なくないことから平均値は長くなっている。

表 2.5-4 短期利用居宅介護の利用の有無と日数

	2017年		2016年	
	該当数	割合	平均値 (日)	中央値 (日)
①利用があった(延べ日)	336	18.1%	165.6	21.0
②利用なし	1,521	81.9%		
回答数	1,857			

	2017年		2016年	
	該当数	割合	平均値 (日)	中央値 (日)
短期利用居宅介護で活用できる部屋数（平成29年10月末日）	1.74		1.00	

(5) 同一建物居住者とそれ以外での登録者の要介護度

同一建物内外の登録者数の集計結果から、約20%の事業所が何らかの居住系サービス施設（養護、軽費、優良の各老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅）を同一建物に持っていると推測される。40%以上の登録者が同一建物の居住者という事業所が11.9%、ほぼすべて（80%以上）が同一建物居住者という事業所は5.2%あった。同一建物居住者の登録者では、要介護度4と要介護度5の登録者が占める割合が、同一建物居住者以外のそれと比べて若干高い。

なお、登録者の要介護度別構成比については、同一建物居住者と同一建物居住者以外のいずれでも昨年とほぼ変わらない。

表 2.5-5 同一建物の居住者の登録者に占める割合

同一建物の居住者の登録者に占める割合	該当数	割合
0%	1,647	82.2%
0～20%未満	46	2.3%
20～40%未満	70	3.5%
40～60%未満	89	4.4%
60～80%未満	47	2.3%
80～100%未満	56	2.8%
100%	48	2.4%
総計	2,003	100.0%

※同一建物居住者の要介護度別登録者の合計÷現在の実登録者数にて算出

表 2.5-6 同一建物居住者以外の登録者と同一建物居住者の登録者別での要介護度の状況

			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
同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合	2017年	人数	1,592	2,013	8,359	8,005	6,009	3,756	2,231
		構成比	5.0%	6.3%	26.2%	25.0%	18.8%	11.8%	7.0%
		平均値	0.93	1.17	4.86	4.65	3.49	2.18	1.30
	2016年	人数	1,593	2,097	8,550	8,187	6,468	3,914	2,315
		構成比	4.8%	6.3%	25.8%	24.7%	19.5%	11.8%	7.0%
		平均値	0.83	1.09	4.47	4.28	3.38	2.05	1.21
同一建物居住者の登録者に対して行う場合	2017年	人数	173	221	1,031	1,007	770	633	360
		構成比	4.1%	5.3%	24.6%	24.0%	18.4%	15.1%	8.6%
		平均値	0.21	0.27	1.25	1.23	0.94	0.77	0.44
	2016年	人数	181	250	1,066	1,040	758	637	359
		構成比	4.2%	5.8%	24.8%	24.2%	17.7%	14.8%	8.4%
		平均値	0.46	0.63	2.69	2.63	1.91	1.61	0.91

※平均値は同一建物居住以外の登録者、同一建物居住者の登録者それぞれ1つでも「0」以外の数字が記入があった事業所のみで算出

(6) 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 34.0%、「黒字」が 21.0%となっており、昨年と比べて「赤字」が 2.3 ポイントの減少、「ほぼ均衡している」が 2.4 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 43.9%～54.9%と多くなっている。

表 2.5-7 収支の状況

	2017		2016		2015	
	該当数	割合	該当数	割合	該当数	割合
①黒字	392	21.0%	413	20.3%	236	15.9%
②ほぼ均衡している	635	34.0%	641	31.6%	470	31.7%
③赤字	641	34.4%	746	36.7%	554	37.4%
④不明	198	10.6%	231	11.4%	221	14.9%
回答数	1,866	100.0%	2,031	100.0%	1,481	100.0%

表 2.5-8 指定年度別にみた収支の状況

開設年度	黒字	ほぼ均衡	赤字	不明	該当数
18(2006年)	24.0%	29.2%	36.5%	10.4%	96
19(2007年)	24.2%	35.7%	28.5%	11.6%	207
20(2008年)	17.3%	41.6%	31.2%	9.8%	173
21(2009年)	19.8%	35.3%	37.1%	7.8%	116
22(2010年)	22.5%	39.6%	27.9%	9.9%	111
23(2011年)	20.2%	37.6%	28.9%	13.3%	173
24(2012年)	24.5%	36.3%	30.2%	9.0%	212
25(2013年)	20.2%	35.7%	29.5%	14.7%	129
26(2014年)	24.1%	28.3%	36.7%	10.8%	166
27(2015年)	19.7%	28.0%	43.9%	8.3%	157
28(2016年)	23.9%	20.7%	45.7%	9.8%	92
29(2017年)	8.5%	24.4%	54.9%	12.2%	82
総計	21.2%	33.7%	34.5%	10.6%	1,714

## 2.6 要介護者への支援内容

### (1) 中重度者在宅支援の有無

中重度者在宅支援については、「支えている」事業所が 92.8% (1,854 事業所) を占めている。

表 2.6-1 中重度者在宅支援の有無

	該当数	割合
①支えている	1,854	92.8%
②支えていない	143	7.2%
回答数	1,997	

### (2) 中重度者在宅支援をしていない理由

中重度者在宅支援をしていない 143 事業所に対してその理由を聞いたところ、「家族の意向による介護施設への入所」が 52.9%と最も多く、次いで「事業所内の人手不足」が 29.7%などとなっている。

なお、「その他」の内容としては「該当者がいない」が最も多く、それ以外では「泊まり客が多い」、「併設する高専住の方が多いため」、「環境設備がない」などとなっている。

表 2.6-2 中重度者在宅支援をしていない理由（複数回答）

	該当数	割合
①事業所内の人手不足	41	29.7%
②事業所内のスキル不足	17	12.3%
③家族の意向による介護施設への入所	73	52.9%
④事業所による入所関係施設への移行	22	15.9%
⑤保険者の意向	6	4.3%
⑥その他	36	26.1%
回答数	138	

### (3) 中重度者在宅支援内容

中重度者の在宅を「支えている」1,854 事業所における支援内容は、「家族からの相談支援」が 94.8%と最も多く、次いで「家族支援」が 68.0%、「事業所以外への移動支援」が 58.9%と他の項目に比べて多くなっている。

表 2.6-3 中重度者在宅支援内容（複数回答）

	該当数	割合
①入院中の支援	796	43.3%
②公共の手続き等支援	784	42.7%
③家族支援	1,249	68.0%
④家族からの相談支援	1,741	94.8%
⑤自宅からの行方不明時の支援	579	31.5%
⑥事業所以外への移動支援	1,082	58.9%
⑦地域や隣近所との関係づくりの支援	703	38.3%
⑧利用者以外の家族への食事の支援	66	3.6%
⑨介護保険以外の福祉サービスの相談	704	38.3%
⑩利用者以外の家族への生活支援	91	5.0%
⑪生活費等の支払い等の支援	267	14.5%
⑫その他	48	2.6%
回答数	1,837	

(4) 軽度者在宅支援内容

軽度者在宅支援内容は、「家族からの相談支援」が91.3%と最も多く、次いで「家族支援」が57.2%、「事業所以外への移動支援」が57.1%、「地域や隣近所との関係づくりの支援」が51.9%などと多くなっており、上位3項目は中重度在宅支援と同じである。

表 2.6-4 軽度者在宅支援内容

	該当数	割合
①入院中の支援	769	39.9%
②公共の手続き等支援	947	49.2%
③家族支援	1,102	57.2%
④家族からの相談支援	1,758	91.3%
⑤自宅からの行方不明時の支援	683	35.5%
⑥事業所以外への移動支援	1,100	57.1%
⑦地域や隣近所との関係づくりの支援	1,000	51.9%
⑧利用者以外の家族への食事の支援	68	3.5%
⑨介護保険以外の福祉サービスの相談	799	41.5%
⑩利用者以外の家族への生活支援	89	4.6%
⑪生活費等の支払い等の支援	344	17.9%
⑫その他	47	2.4%
回答数	1,926	

(5) 中重度在宅支援のための配置職員

中重度在宅支援のための配置職員は、「栄養士(管理栄養士)」が8.1%と最も多く、次いで「理学療法士」が6.5%などとなっている。

なお、「その他」の内容としては「看護師」が最も多く、それ以外では「音楽療法士」、「介護福祉士」、「必要時に派遣」などとなっている。

表 2.6-5 中重度在宅支援のための配置職員

	該当数	割合
①理学療法士	132	6.5%
②作業療法士	94	4.7%
③言語聴覚士	22	1.1%
④栄養士(管理栄養士)	164	8.1%
⑤歯科衛生士	38	1.9%
⑥柔道整復師	28	1.4%
⑦あんまマッサージ指圧師	79	3.9%
⑧その他	159	7.9%
全体	2,020	

(6) 小規模多機能型居宅介護らしい支援のための要素

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて、小規模多機能型居宅介護らしい支援をするための要素を上位3つまで選択してもらった。

昨年と同様に「⑭予定と実施がずれた場合の対応能力（柔軟な対応）」が最も多く 54.4%（昨年 73.9%）、次いで「⑦医療機関との連携」が 36.8%（昨年 17.5%）、「⑯管理者やケアマネージャーが介護職員と一緒にケアをしていること」が 36.3%（昨年 57.1%）などとなっている。

一方、「⑫包括報酬」、「⑮24時間365日の対応」、「⑯管理者やケアマネージャーが介護職員と一緒にケアをしていること」の割合は昨年よりも大幅に減少している。

表 2.6-6 小規模多機能型居宅介護らしい支援のための要素（上位3つを選択）

	2017年			2016年		
	該当数	割合	順位	該当数	割合	順位
① 周囲への根回し	160	8.1%	13	37	1.9%	15
② 近所や友人との調整	211	10.7%	9	54	2.7%	14
③ 民生委員への働きかけ	199	10.1%	10	26	1.3%	16
④ 住民への働きかけ	194	9.8%	11	115	5.8%	10
⑤ 多世代などが交流できる拠点	97	4.9%	15	71	3.6%	12
⑥ 地域包括支援センターへの働きかけ	215	10.9%	8	55	2.8%	13
⑦ 医療機関との連携	729	36.8%	2	346	17.5%	6
⑧ 家族支援	548	27.7%	5	357	18.1%	5
⑨ 支援のためのマップ作り（本人中心の応援団づくり）	90	4.5%	16	93	4.7%	11
⑩ 通院・外出介助	371	18.7%	7	220	11.2%	7
⑪ 毎日のミーティング	177	8.9%	12	196	9.9%	8
⑫ 包括報酬	99	5.0%	14	537	27.2%	4
⑬ 通所介護・訪問介護よりできることが多い	411	20.8%	6	168	8.5%	9
⑭ 予定と実施がズレた場合の対応能力（柔軟な対応）	1,078	54.4%	1	1,458	73.9%	1
⑮ 24時間365日の対応	550	27.8%	4	1,001	50.7%	3
⑯ 管理者やケアマネージャー（計画作成担当者）が介護職員と一緒にケアをしていること	718	36.3%	3	1,126	57.1%	2
⑰ その他	22	1.1%	17	22	1.1%	17
回答数	1,980			1,973		

(7) 利用者をケアする職員の負担感

小規模多機能型居宅介護の利用者をケアするうえでの職員の負担感について、負担を感じる要素を上位3つまで選択してもらった。

ア) 身体的ケアの負担感

身体的ケアの負担感としては、「①体が大きな人の移乗介助」が66.1%で最も多く、次いで「③嚥下障害のある方への食事介助」が49.0%、「④体の大きな人の排泄介助」が45.8%などとなっている。

表 2.6-7 身体的ケアの負担感（上位3つを選択）

	該当数	割合
①体が大きな人の移乗介助	1,297	66.1%
②自宅での入浴介助	357	18.2%
③嚥下障害のある方への食事介助	962	49.0%
④体の大きな人の排泄介助	900	45.8%
⑤定期的な体位交換	88	4.5%
⑥レクリエーション	557	28.4%
⑦服薬管理	605	30.8%
⑧バイタル測定	14	0.7%
⑨体調等の情報共有	641	32.7%
⑩その他	212	10.8%
回答数	1,963	

イ) 認知症ケアの負担感

認知症ケアの負担感としては、「①帰宅要求が強い」が60.2%で最も多く、次いで「⑦多動(動き回る)」が37.5%、「③暴力(たたく・つねる)」が35.6%、「⑤睡眠障害(夜眠らない)」が33.7%などとなっている。

表 2.6-8 認知症ケアの負担感（上位3つを選択）

	該当数	割合
①帰宅要求が強い	1,195	60.2%
②物盗られ妄想	423	21.3%
③暴力(たたく・つねる)	708	35.6%
④排泄等支援の拒否	295	14.9%
⑤睡眠障害(夜眠らない)	670	33.7%
⑥食行動異常(異食・食べ過ぎ、食べなさすぎ)	152	7.7%
⑦多動(動き回る)	744	37.5%
⑧何事にもやる気がない	174	8.8%
⑨同じ話を何度もする	235	11.8%
⑩コミュニケーション障害(会話が成り立たない)	270	13.6%
⑪嫉妬妄想	143	7.2%
⑫不潔行為(弄便等)	310	15.6%
⑬入浴等の拒否	439	22.1%
⑭その他	72	3.6%
回答数	1,986	

ウ) 生活支援・環境の負担感

生活支援・環境の負担感としては、「①自宅の構造（段差が多い・狭いなど）」が75.4%で最も多く、次いで「⑥交通・移動手段が不便」が46.7%、「⑦坂道や段差が多い」が39.5%などとなっている。

表 2.6-9 生活支援・環境の負担感（上位3つを選択）

	該当数	割合
①自宅の構造（段差が多い・狭いなど）	1,399	75.4%
②近隣に住民がいない	251	13.5%
③買い物する場所が無い	436	23.5%
④在宅介護サービスの不足	453	24.4%
⑤在宅医療の不足	545	29.4%
⑥交通・移動手段が不便	866	46.7%
⑦坂道や段差が多い	732	39.5%
⑧その他	188	10.1%
回答数	1,855	

エ) 家族との関わりの負担感

家族との関わりの負担感としては、「②家族がサービスに依存する」が56.4%で最も多く、次いで「③家族が非協力的」が55.9%、「④過剰なサービス提供の要望」が46.8%などとなっている。

表 2.6-10 家族との関わりの負担感（上位3つを選択）

	該当数	割合
①家族の介護力不足	711	36.1%
②家族がサービスに依存する	1,109	56.4%
③家族が非協力的	1,100	55.9%
④過剰なサービス提供の要望	920	46.8%
⑤家族間で意見が違ふ	541	27.5%
⑥経済的問題	406	20.6%
⑦利用者本人以外の家族の問題	358	18.2%
⑧虐待（疑い含む）	142	7.2%
⑨家族からの苦情	180	9.2%
⑩介護保険制度への理解不足	229	11.6%
⑪その他	32	1.6%
回答数	1,967	



オ) 地域との関わりの負担感

地域との関わりの負担感としては、「④地域活動への参加」が54.7%で最も多く、次いで「⑥介護保険制度への理解不足」が49.2%、「①近隣住民とのお付き合い」が41.4%などとなっている。

表 2.6-11 地域との関わりの負担感（上位3つを選択）

	該当数	割合
①近隣住民とのお付き合い	752	41.4%
②行政とのやり取り	585	32.2%
③運営推進会議の実施	678	37.3%
④地域活動への参加	994	54.7%
⑤地域からの苦情	409	22.5%
⑥介護保険制度への理解不足	894	49.2%
⑦地域からの過剰な要求	295	16.2%
⑧その他	105	5.8%
回答数	1,818	

2.7 医療との連携

(1) 医療と連携していること

医療と連携でしていることは、「③緊急時の連絡」が87.9%と最も多く（昨年84.6%）、次いで「④服薬状況」が78.4%（昨年83.6%）などとなっており、「②日々のケアの報告」は56.8%（昨年63.3%）と他の項目に比べてやや少ない。

表 2.7-1 医療との連携の具体的内容

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①治療方針の確認	1,387	69.9%	1,538	72.2%
②日々のケアの報告	1,127	56.8%	1,348	63.3%
③緊急時の連絡	1,744	87.9%	1,803	84.6%
④服薬状況	1,555	78.4%	1,781	83.6%
⑤利用者の暮らしぶりの説明・報告	1,328	66.9%	1,547	72.6%
回答数	1,984		2,131	

(2) 訪問看護・訪問リハビリ（平成 29 年 10 月の 1 ヶ月間）の実施状況

「①（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを除く）」は 24.1%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 2.17 人であった。「②（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを含む）」は 19.6%で平均 2.24 人、「③（介護保険）訪問リハビリテーション」は 18.1%で平均利用者数 2.09 人、「④（医療保険）訪問看護ステーション」は 16.1%で平均利用者数が 1.37 人と、「④（医療保険）訪問看護ステーション」の平均値を除けば、実施割合、平均利用者数ともにわずかながら昨年よりも増加している。

表 2.7-2 訪問看護・訪問リハビリの状況

	2017年			2016年		
	該当数	割合	平均値	該当数	割合	平均値
①（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを除く）	487	24.1%	2.17	516	23.4%	2.14
②（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを含む）	396	19.6%	2.24	400	18.1%	2.06
③（介護保険）訪問リハビリテーション	366	18.1%	2.09	375	17.0%	1.81
④（医療保険）訪問看護ステーション	326	16.1%	1.37	340	15.4%	1.39
全体	2,020			2,205		

※平均値は利用者が1人以上あった事業所で算出

(3) 看取りを行ったケース

平成 28 年 11 月 1 日～平成 29 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 84.4%で、事業所当たりの平均人数は 2.37 人となっている。その内訳では「死亡場所は医療機関」が 40.5%で最も多く、看取りを行った事業所全体の約 50%を占めている。また、「死亡場所は事業所」は 22.6%、「死亡場所は自宅」は 19.2%で、看取りを行ったことがあるケース全体の約 50%となっている。

なお、割合、平均値ともに昨年とほとんど違いはみられない。

表 2.7-3 事業所の看取りケースと死亡場所

	2017年				2016年			
	ケース数	構成比	該当数	平均値	ケース数	構成比	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	2,083	80.2%	909	2.29
うち死亡場所は事業所	558	22.6%	343	1.63	573	22.1%	328	1.75
うち死亡場所は自宅	474	19.2%	327	1.45	454	17.5%	322	1.41
うち死亡場所は医療機関	999	40.5%	546	1.83	1,026	39.5%	566	1.81
その他	43	1.7%	22	1.95	30	1.2%	20	1.50
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	402	15.5%	215	1.87
その他	68	2.8%	33	2.06	111	4.3%	46	2.41
ケース全体	2,469				2,596			

※平均値は該当者が1人以上あった事業所で算出

## 2.8 地域等に対する取り組み

### (1) 登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題

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72.8%となっており、昨年と比べて10.8ポイントの減少となっているものの、多くの事業所で利用者の家族から相談された経験があることがわかる。また、相談件数では、事業所当たり平均4.37件となっており、昨年と大きな差はみられない。

表 2.8-1 複合的な課題についての相談の有無

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①ある	1,430	72.8%	1,708	81.6%
②ない	453	23.1%	321	15.3%
③把握していない	80	4.1%	65	3.1%
回答数	1,963		2,094	

表 2.8-2 相談件数

	(平均値)	
	2017年	2016年
相談された件数〔人（世帯）〕	4.37	4.69

相談された具体的な内容をみると、最も多くの回答があったものは「(4) 家族関係・家族の問題」で72.2%、次いで「(3) 介護者の病気」が61.8%、「(1) 経済的困窮」が56.0%などとなっている。また、「(7) その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）」の相談も36.8%と少なくない。多種多様な課題、問題に対して事業所が相談に乗っている実態が明らかになっている。

表 2.8-3 複合的課題の相談の内容（複数回答）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
(1) 経済的困窮	795	56.0%	1,071	56.3%
(2) 就職活動困難	74	5.2%	121	6.4%
(3) 介護者の病気	878	61.8%	1,126	59.1%
(4) 家族関係・家族の問題	1,025	72.2%	1,469	77.2%
(5) ダブルケア（介護と子育ての両立）	264	18.6%	341	17.9%
(6) 住まいの不安定	197	13.9%	255	13.4%
(7) その他メンタルヘルスの課題 （うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）	523	36.8%	764	40.1%
(8) 家計管理の課題	216	15.2%	305	16.0%
(9) 就職定着困難	55	3.9%	63	3.3%
(10) 就労継続	103	7.3%	138	7.2%
(11)（多重・過重）債務	47	3.3%	72	3.8%
(12) 障害（手帳あり）	134	9.4%	194	10.2%
(13) 障害（疑い）	82	5.8%	93	4.9%
(14) 社会的孤立（ニート・引きこもり）	117	8.2%	122	6.4%
(15) コミュニケーションが苦手	103	7.3%	157	8.2%
(16) 中卒・高校中退・いじめ	5	0.4%	11	0.6%
(17) 能力の課題（識字・言語・理解等）	44	3.1%	103	5.4%
(18) 生活習慣の乱れ	155	10.9%	235	12.3%
(19) DV・虐待	168	11.8%	241	12.7%
(20) けが	52	3.7%	84	4.4%
(21) 刑余者	10	0.7%	9	0.5%
(22) 自死企図	21	1.5%	33	1.7%
(23) 不登校	10	0.7%	11	0.6%
(24) 非行	0	0.0%	2	0.1%
(25) 被災	12	0.8%	29	1.5%
(26) その他	43	3.0%	68	3.6%
回答数	1,420		1,904	

※ ■ は50%以上の割合を表す。

(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59.3%で、「している」の39.0%を上回っており、「している」事業所は昨年と比べて4.8ポイント減少となっている。

表 2.8-4 介護保険サービス以外の事業や取り組み

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
① している	768	39.0%	913	43.8%
② していない	1,167	59.3%	1,146	55.0%
③ その他	34	1.7%	36	1.7%
回答数	1,969		2,085	

(3) 地域の方からの悩みや相談等の持ち込み

平成28年11月1日～平成29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61.1%で、昨年と比べて5.2ポイントの減少となっている。

表 2.8-5 地域の方からの相談等の持ち込み

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①あった	1,212	61.1%	1,425	66.3%
②なかった	663	33.4%	644	30.0%
③把握していない	110	5.5%	83	3.9%
回答数	1,985		2,148	

地域の方から相談等のあった1,212事業所における相談等の件数は、「1～10件程度」が93.9%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 2.8-6 地域の方からの相談等の持ち込み件数（年間）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
なし	—	—	550	27.8%
1～10件程度	1,106	93.9%	1,315	66.6%
10～30件程度	59	5.0%	103	5.2%
31～50件程度	7	0.6%	3	0.2%
50件以上	6	0.5%	4	0.2%
回答数	1,178		1,975	

持ち込み相談の内容としては、「(36)近所に心配な人がいる」が46.4%と最も多く、ほぼ同じ割合で「(31)見学・視察」が46.2%となっている。以下、「(32)地域行事への協力依頼」が37.6%、「(35)介護保険の話をしてほしい」が32.9%などとなっている。

表 2.8-7 地域の方からの持ち込み相談等の内容（複数回答）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
(1) 経済的困窮	173	14.5%	207	14.1%
(2) 就職活動困難	16	1.3%	17	1.2%
(3) 介護者の病気	260	21.8%	372	25.4%
(4) 家族関係・家族の問題	341	28.7%	419	28.6%
(5) ダブルケア（介護と子育ての両立）	52	4.4%	78	5.3%
(6) 住まいの不安定	85	7.1%	87	5.9%
(7) その他メンタルヘルスの課題 （うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）	108	9.1%	183	12.5%
(8) 家計管理の課題	41	3.4%	38	2.6%
(9) 就職定着困難	11	0.9%	14	1.0%
(10) 就労継続	16	1.3%	25	1.7%
(11)（多重・過重）債務	10	0.8%	11	0.8%
(12) 障害（手帳あり）	31	2.6%	42	2.9%
(13) 障害（疑い）	28	2.4%	26	1.8%
(14) 社会的孤立（ニート・引きこもり）	58	4.9%	71	4.9%
(15) コミュニケーションが苦手	14	1.2%	19	1.3%
(16) 中卒・高校中退・いじめ	2	0.2%	6	0.4%
(17) 能力の課題（識字・言語・理解等）	9	0.8%	17	1.2%
(18) 生活習慣の乱れ	46	3.9%	82	5.6%
(19) DV・虐待	45	3.8%	69	4.7%
(20) けが	19	1.6%	27	1.8%
(21) 刑余者	3	0.3%	1	0.1%
(22) 自死企図	6	0.5%	11	0.8%
(23) 不登校	9	0.8%	7	0.5%
(24) 非行	2	0.2%	3	0.2%
(25) 被災	11	0.9%	18	1.2%
(26) ボランティアしたい	295	24.8%	358	24.5%
(27) 事業所で働きたい	202	17.0%	234	16.0%
(28) 事業所で実習したい	155	13.0%	205	14.0%
(29) 介護や福祉の勉強をしたい	115	9.7%	170	11.6%
(30) 小中学校からの慰問	198	16.6%	265	18.1%
(31) 見学・視察	550	46.2%	738	50.4%
(32) 地域行事への協力依頼	448	37.6%	574	39.2%
(33) 町内会・自治会等の自治組織への加入	111	9.3%	189	12.9%
(34) 災害時について	190	16.0%	246	16.8%
(35) 介護保険の話をしてほしい	391	32.9%	573	39.2%
(36) 近所に心配な人がいる	552	46.4%	616	42.1%
(37) 近所に迷惑をかける人がいて困っている	171	14.4%	228	15.6%
(38) 何かしたいが何をしたいかわからない	67	5.6%	80	5.5%
(39) その他	68	5.7%	88	6.0%
回答数	1,190		1,463	

※      は40%以上の割合を表す。

(4) 事業所のある地域に対する取り組みの有無とその内容

「特にしていない」事業所が22.8%となっている。何らかの取り組みを行っている1,558事業所の取り組み内容としては、「⑫介護相談」が43.0%で最も多く、次いで「地域の清掃活動」が42.4%、「③認知症の勉強会・啓発事業」が29.7%などとなっている。

表 2.8-8 事業所のある地域に対する取り組みの内容（複数回答）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①登録者以外のサロン	333	21.4%	356	21.4%
②地域資源マップ作り	113	7.3%	112	6.7%
③認知症の勉強会・啓発事業	463	29.7%	549	33.0%
④介護講座（事業所にて）	225	14.4%	281	16.9%
⑤介護講座（事業所以外）	274	17.6%	284	17.1%
⑥認知症カフェや喫茶、食堂	355	22.8%	323	19.4%
⑦銭湯（浴室の解放）	26	1.7%	24	1.4%
⑧地域の清掃活動	660	42.4%	704	42.4%
⑨ボランティア養成講座の開催	48	3.1%	45	2.7%
⑩地域の団体・サークルの事務局	50	3.2%	52	3.1%
⑪登録者を支えるボランティアの募集	211	13.5%	241	14.5%
⑫介護相談	670	43.0%	784	47.2%
⑬登録者以外の行方不明者の捜索（日中）	198	12.7%	218	13.1%
⑭登録者以外の行方不明者の捜索（夜間）	50	3.2%	58	3.5%
⑮その他	191	12.3%	175	10.5%
	<b>回答数</b>	<b>1,558</b>	<b>1,662</b>	
していない（無回答）		462	543	24.6%

※  は40%以上の割合を表す。

## 2.9 個票による利用者属性の分析

個票調査で得られた 39,616 人（1,949 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 73.5% を占める。

表 2.9-1 利用者の男女比（調査年別）

男女比	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
女	73.5%	73.6%	73.4%	73.1%	72.7%	73.2%	73.1%
男	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%
回答数	39,504	40,961	28,576	26,561			

### (2) 平均年齢

女性利用者の平均年齢は 85.5 歳、男性の平均年齢は 82.8 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、2011 年と比較すると男女とも約 1 歳上昇している。

表 2.9-2 利用者の平均年齢（調査年別）

平均年齢	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
女	85.5	85.4	85.3	85.1	84.8	84.8	84.4
男	82.8	82.8	82.7	82.4	82.2	82.1	81.9
総計	84.8	84.7	84.6	84.4	84.1	84.1	83.7
回答数	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」で 24.6% となっている。昨年と同様の傾向ではあるが、「要介護 1」が微増、「要介護 3」が微減となった。

表 2.9-3 利用者の要介護度（調査年別）

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



(4) 日常生活自立度

最も多いのは「A2」で26.5%、次いで「A1」が23.9%、「J2」が14.5%などとなっている。「J2」、「A1」が昨年より微減となっている。

表 2.9-4 利用者の日常生活自立度（調査年別）

日常生活自立度	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
自立	2.4%						
J1	4.9%	4.8%	5.0%	6.3%	6.6%	6.6%	6.2%
J2	14.5%	15.8%	15.3%	14.5%	14.9%	14.0%	14.9%
A1	23.9%	24.3%	23.9%	23.3%	23.1%	23.4%	23.2%
A2	26.5%	26.7%	26.5%	26.4%	26.5%	26.6%	25.9%
B1	10.8%	11.1%	11.2%	11.1%	10.7%	11.2%	11.1%
B2	12.0%	12.3%	12.5%	12.9%	12.7%	12.8%	12.4%
C1	2.5%	2.5%	2.8%	2.7%	2.7%	2.8%	3.1%
C2	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%
回答数	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「Ⅱb」で24.3%、次いで「Ⅲa」が21.8%、「Ⅰ」が14.8%などとなっている。昨年とほぼ同様の傾向であるが、「Ⅱa」が微増、「自立」、「Ⅲb」が微減している。

表 2.9-5 利用者の認知症自立度（調査年別）

認知症自立度	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
自立	6.7%	7.2%	7.2%	7.5%	7.6%	7.0%	7.0%
Ⅰ	14.8%	14.9%	15.0%	14.2%	14.2%	13.5%	14.0%
Ⅱa	14.7%	13.7%	13.5%	13.8%	13.5%	14.1%	13.7%
Ⅱb	24.3%	24.4%	23.6%	23.4%	23.5%	22.4%	22.3%
Ⅲa	21.8%	21.7%	22.2%	22.0%	21.8%	23.0%	22.8%
Ⅲb	7.0%	7.5%	7.5%	7.4%	7.7%	7.8%	8.0%
Ⅳ	8.8%	8.9%	9.2%	9.8%	9.8%	10.2%	10.1%
M	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%
回答数	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 2.9-6 要介護度（縦軸）と日常生活自立度（横軸）

	(上段：人数)										総計
	(下段：割合)										
	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2		
要支援 1	145 0.4%	295 0.8%	553 1.5%	439 1.2%	279 0.8%	35 0.1%	28 0.1%	2 0.0%	1 0.0%	1,777 4.9%	
要支援 2	103 0.3%	255 0.7%	597 1.6%	615 1.7%	505 1.4%	102 0.3%	43 0.1%	2 0.0%	1 0.0%	2,223 6.1%	
要介護 1	323 0.9%	719 2.0%	2,247 6.1%	2,952 8.1%	2,597 7.1%	534 1.5%	216 0.6%	27 0.1%	6 0.0%	9,621 26.3%	
要介護 2	186 0.5%	339 0.9%	1,293 3.5%	2,553 7.0%	3,012 8.2%	1,024 2.8%	513 1.4%	47 0.1%	12 0.0%	8,979 24.6%	
要介護 3	87 0.2%	147 0.4%	474 1.3%	1,598 4.4%	2,163 5.9%	1,174 3.2%	1,015 2.8%	129 0.4%	36 0.1%	6,823 18.7%	
要介護 4	14 0.0%	39 0.1%	129 0.4%	461 1.3%	870 2.4%	860 2.4%	1,608 4.4%	362 1.0%	222 0.6%	4,565 12.5%	
要介護 5	6 0.0%	5 0.0%	27 0.1%	120 0.3%	248 0.7%	236 0.6%	970 2.7%	361 1.0%	605 1.7%	2,578 7.0%	
審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	2 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 0.0%	
総計	864 2.4%	1,799 4.9%	5,320 14.5%	8,739 23.9%	9,674 26.5%	3,967 10.8%	4,393 12.0%	930 2.5%	883 2.4%	36,569 100.0%	

(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-Ⅱb」の利用者で、全体の9.1%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 2.9-7 要介護度（縦軸）と認知症自立度（横軸）

	(上段：人数)								総計
	(下段：割合)								
	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	
要支援 1	469 1.3%	678 1.8%	272 0.7%	243 0.7%	74 0.2%	15 0.0%	9 0.0%	4 0.0%	1,764 4.7%
要支援 2	606 1.6%	1,025 2.8%	286 0.8%	220 0.6%	54 0.1%	11 0.0%	8 0.0%	2 0.0%	2,212 5.9%
要介護 1	456 1.2%	1,538 4.1%	2,128 5.7%	3,378 9.1%	1,620 4.3%	370 1.0%	243 0.7%	71 0.2%	9,804 26.3%
要介護 2	507 1.4%	1,183 3.2%	1,486 4.0%	2,690 7.2%	2,157 5.8%	594 1.6%	461 1.2%	109 0.3%	9,187 24.7%
要介護 3	264 0.7%	622 1.7%	761 2.0%	1,518 4.1%	2,192 5.9%	749 2.0%	731 2.0%	150 0.4%	6,987 18.8%
要介護 4	160 0.4%	371 1.0%	434 1.2%	779 2.1%	1,384 3.7%	542 1.5%	876 2.4%	122 0.3%	4,668 12.5%
要介護 5	52 0.1%	94 0.3%	115 0.3%	222 0.6%	645 1.7%	334 0.9%	966 2.6%	195 0.5%	2,623 7.0%
審査中	2 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 0.0%
総計	2,516 6.8%	5,511 14.8%	5,482 14.7%	9,051 24.3%	8,126 21.8%	2,615 7.0%	3,294 8.8%	653 1.8%	37,248 100.0%

(8) 日常生活自立度と認知症自立度

最も多いのは「A2-Ⅱb」の利用者で、全体の7.3%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 2.9-8 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	290 0.8%	113 0.3%	110 0.3%	149 0.4%	114 0.3%	30 0.1%	32 0.1%	2 0.0%	840 2.3%
J 1	259 0.7%	570 1.6%	316 0.9%	332 0.9%	172 0.5%	56 0.2%	41 0.1%	18 0.0%	1,764 4.9%
J 2	454 1.3%	1,118 3.1%	1,005 2.8%	1,504 4.2%	786 2.2%	176 0.5%	142 0.4%	56 0.2%	5,241 14.5%
A 1	495 1.4%	1,301 3.6%	1,530 4.2%	2,480 6.8%	1,805 5.0%	479 1.3%	468 1.3%	106 0.3%	8,664 23.9%
A 2	480 1.3%	1,242 3.4%	1,330 3.7%	2,636 7.3%	2,382 6.6%	710 2.0%	701 1.9%	142 0.4%	9,623 26.6%
B 1	246 0.7%	532 1.5%	519 1.4%	844 2.3%	1,039 2.9%	346 1.0%	348 1.0%	58 0.2%	3,932 10.9%
B 2	179 0.5%	366 1.0%	427 1.2%	706 1.9%	1,216 3.4%	551 1.5%	808 2.2%	103 0.3%	4,356 12.0%
C 1	32 0.1%	86 0.2%	60 0.2%	112 0.3%	197 0.5%	106 0.3%	274 0.8%	53 0.1%	920 2.5%
C 2	21 0.1%	44 0.1%	30 0.1%	62 0.2%	156 0.4%	95 0.3%	380 1.0%	84 0.2%	872 2.4%
総計	2,456 6.8%	5,372 14.8%	5,327 14.7%	8,825 24.4%	7,867 21.7%	2,549 7.0%	3,194 8.8%	622 1.7%	36,212 100.0%

(9) 利用開始年

利用者の利用開始年をみると、平成27年が最も多く20.8%を占めている。また、1～3年目の利用者でみると54.2%となっており、昨年の1～3年目の利用者（75.0%）に比べ減少している。

平均利用年数は2.9年である。

表 2.9-9 利用者の利用開始年別にみた人数と割合

利用開始年	調査2017年			調査2016年		調査2015年		調査2014年		調査年2013年		調査年2012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	人数	割合
H18	33	0.6%	11年	46	0.1%	45	0.2%	63	0.2%	96	0.4%	170	8.0%
H19	107	1.8%	10年	214	0.5%	226	0.8%	323	1.2%	543	2.1%	836	3.7%
H20	100	1.7%	9年	367	0.9%	378	1.4%	569	2.2%	955	3.7%	1,517	6.8%
H21	102	1.7%	8年	570	1.5%	573	2.1%	864	3.3%	1,290	5.0%	2,256	10.1%
H22	170	2.9%	7年	906	2.3%	971	3.5%	1,361	5.2%	2,230	8.7%	3,800	17.0%
H23	352	6.0%	6年	1,428	3.6%	1,578	5.7%	2,445	9.4%	4,137	16.2%	6,483	28.9%
H24	586	9.9%	5年	2,547	6.5%	2,892	10.5%	4,496	17.2%	7,507	29.4%	7,346	32.8%
H25	436	7.4%	4年	3,750	9.6%	4,291	15.6%	6,460	24.8%	8,797	34.4%		
H26	818	13.9%	3年	6,064	15.5%	6,819	24.7%	9,494	36.4%				
H27	1,230	20.8%	2年	10,333	26.3%	9,806	35.6%						
H28	1,090	18.5%	1年	13,013	33.2%								
H29	881	14.9%	0年										
総計	5,905	100.0%	2.9年	39,238	100.0%	27,579	100.0%	26,075	100.0%	25,555	100.0%	22,408	100.0%

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

(10) サービス別にみた平均利用回数（日数）

平成29年10月1日～31日の1カ月間における「通い」「訪問」「宿泊」それぞれの利用平均をみると、「通い」は16.4回、「訪問」は17.3回、「宿泊」は6.8回となっている。昨年と比較して、「訪問」が2.1日増加している。経年的にみても「訪問」の増加傾向は顕著である。

表 2.9-10 サービス別にみた利用の状況（調査月1か月の平均回数）

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

(11) 紹介経路

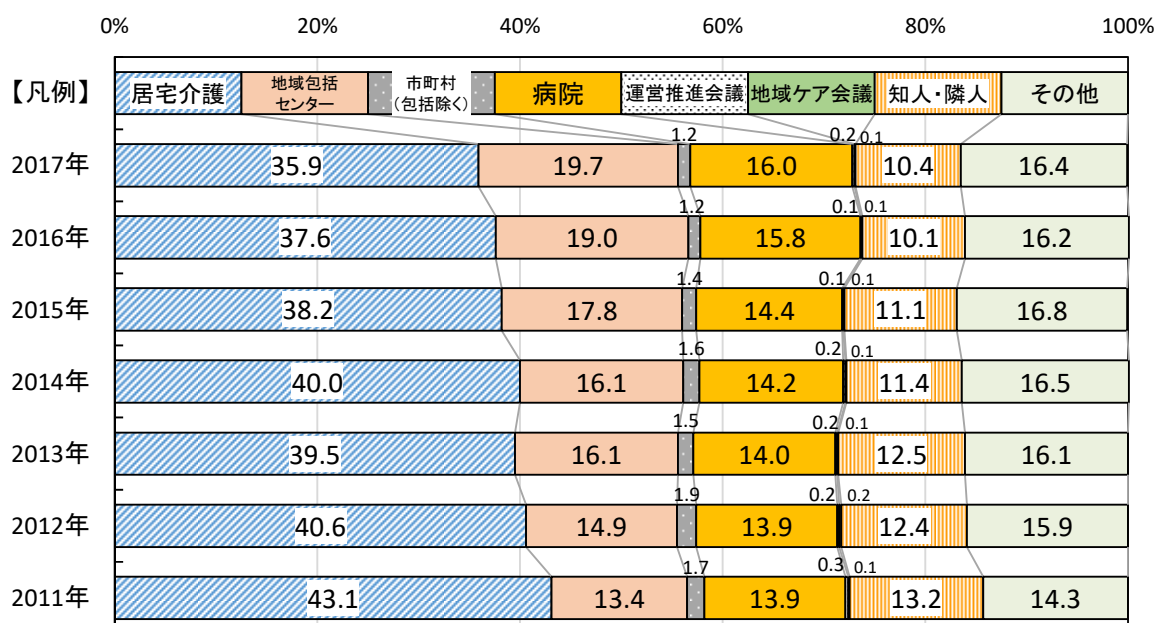
最も多いのは「居宅介護支援事業者」経由で35.9%を占めるが、2014年からは年々減少傾向がみられる。

一方、「地域包括支援センター」は19.7%で、年々増加傾向がみられる。また「病院」も微増となっている。

表 2.9-11 利用者の紹介経路（調査年別）

利用経路	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年
1.居宅介護支援事業所	35.9%	37.6%	38.2%	40.0%	39.5%	40.6%	43.1%
2.地域包括支援センター	19.7%	19.0%	17.8%	16.1%	16.1%	14.9%	13.4%
3.市町村区(包括除く)	1.2%	1.2%	1.4%	1.6%	1.5%	1.9%	1.7%
4.病院	16.0%	15.8%	14.4%	14.2%	14.0%	13.9%	13.9%
5.運営推進会議	0.2%	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%
6.地域ケア会議	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
7.知人・近隣	10.4%	10.1%	11.1%	11.4%	12.5%	12.4%	13.2%
8.その他	16.4%	16.2%	16.8%	16.5%	16.1%	15.9%	14.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	38,452	39,738	27,969	26,050			

図 2.9-1 利用者の紹介経路（調査年別）

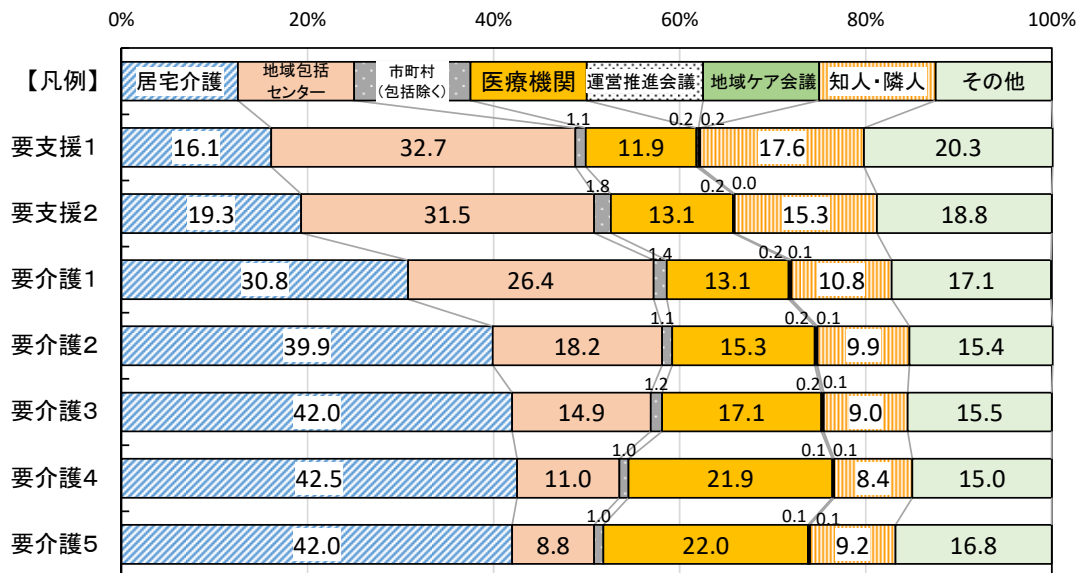


利用者の紹介経路別に要介護度をみると、要介護度が重くなるほど「居宅介護支援事業所」や「医療機関」の割合が増加し、要介護度が軽くなるほど「地域包括支援センター」や「知人・近隣」の割合が多くなっている。

表 2.9-12 要介護度別にみた利用者の紹介経路

	(上段：人数)									総数
	(下段：割合)									
	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	市区町村(包括除く)	医療機関	運営推進会議	地域ケア会議	知人・近隣	その他		
要支援1	301 16.1%	612 32.7%	21 1.1%	223 11.9%	4 0.2%	3 0.2%	330 17.6%	380 20.3%		1,874 100.0%
要支援2	457 19.3%	748 31.5%	42 1.8%	311 13.1%	4 0.2%	1 0.0%	363 15.3%	447 18.8%		2,373 100.0%
要介護1	3,114 30.8%	2,668 26.4%	140 1.4%	1,321 13.1%	18 0.2%	13 0.1%	1,092 10.8%	1,731 17.1%		10,097 100.0%
要介護2	3,759 39.9%	1,712 18.2%	108 1.1%	1,445 15.3%	15 0.2%	11 0.1%	931 9.9%	1,451 15.4%		9,432 100.0%
要介護3	3,020 42.0%	1,074 14.9%	89 1.2%	1,227 17.1%	11 0.2%	9 0.1%	644 9.0%	1,113 15.5%		7,187 100.0%
要介護4	2,023 42.5%	523 11.0%	46 1.0%	1,044 21.9%	3 0.1%	5 0.1%	401 8.4%	712 15.0%		4,757 100.0%
要介護5	1,126 42.0%	236 8.8%	27 1.0%	590 22.0%	4 0.1%	3 0.1%	248 9.2%	450 16.8%		2,684 100.0%
審査中	2 33.3%	3 50.0%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%		6 100.0%
全体	13,802 35.9%	7,576 19.7%	473 1.2%	6,162 16.0%	59 0.2%	45 0.1%	4,009 10.4%	6,284 16.4%		38,410 100.0%

図 2.9-2 要介護度別にみた利用者の紹介経路



(12) 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74.6%と最も多いが、昨年に引き続き微減傾向にあり、2011年と比較すると、7.0ポイントの減少である。また、「高齢者住宅」の割合は6.1%で、年々増加傾向がみられる。

表 2.9-13 利用者の居住形態（調査年別）

住まいの形態	2017年	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年
一戸建て	74.6%	75.8%	76.7%	77.2%	78.1%	80.7%	81.6%
集合住宅	12.9%	12.7%	12.1%	12.5%	11.7%	12.1%	11.3%
高齢者住宅	6.1%	5.9%	5.6%	5.5%	5.4%	3.0%	3.0%
有料老人ホーム	4.5%	3.7%	3.7%	2.8%	2.7%	2.3%	2.2%
その他	1.9%	1.9%	1.8%	2.0%	2.0%	1.9%	2.0%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
回答数	39,199	40,482	28,352	26,332			

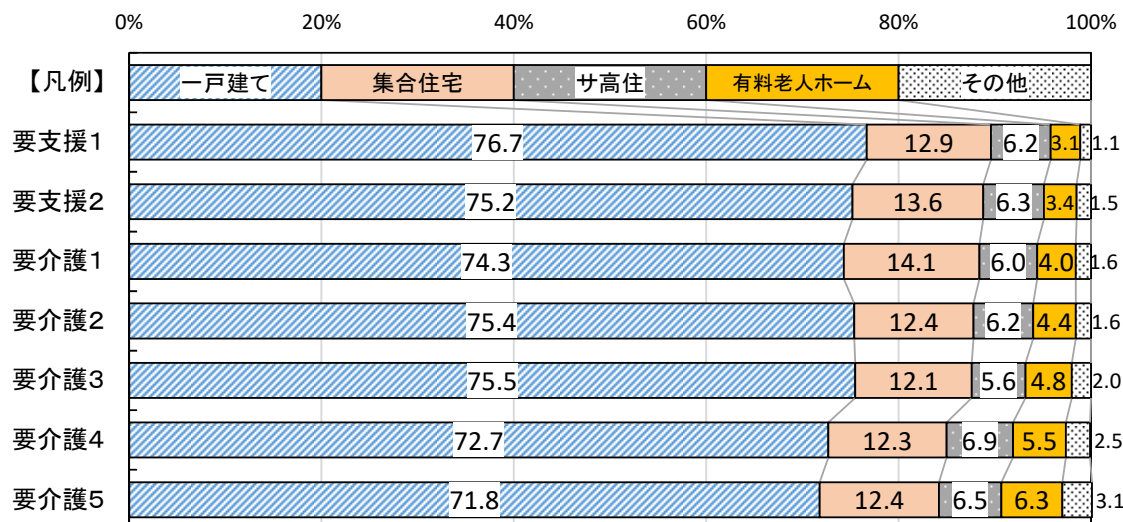
要介護度別に住まいの状況をみると、要介護度4、5では有料老人ホーム（住宅型）が他の居住形態に比べてわずかだが多くなっている。

表 2.9-14 居住形態別にみた要介護度

(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（住居型）	その他	総計
要支援1	1,462 76.7%	245 12.9%	118 6.2%	60 3.1%	21 1.1%	1,906 100.0%
要支援2	1,808 75.2%	327 13.6%	151 6.3%	81 3.4%	37 1.5%	2,404 100.0%
要介護1	7,627 74.3%	1,442 14.1%	616 6.0%	409 4.0%	166 1.6%	10,260 100.0%
要介護2	7,252 75.4%	1,193 12.4%	594 6.2%	419 4.4%	155 1.6%	9,613 100.0%
要介護3	5,539 75.5%	888 12.1%	408 5.6%	353 4.8%	150 2.0%	7,338 100.0%
要介護4	3,556 72.7%	603 12.3%	337 6.9%	271 5.5%	121 2.5%	4,888 100.0%
要介護5	1,968 71.8%	341 12.4%	177 6.5%	172 6.3%	84 3.1%	2,742 100.0%
審査中	5 83.3%	0 0.0%	1 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	6 100.0%
総計	29,217 74.6%	5,039 12.9%	2,402 6.1%	1,765 4.5%	734 1.9%	39,157 100.0%

図 2.9-3 居住形態別にみた要介護度



(13) 利用者の世帯構成

最も多いのは「子ども世帯と同居」で27.9%であるが、年々減少傾向にあり、2011年と比較すると、11.9ポイントと大きく減少している。

一方、「独居（近居家族無）」は23.4%を占め、2011年と比較すると7.0ポイントの増加である。

表 2.9-15 世帯構成の状況（調査年別）

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

(14) 利用者の居住地と事業所との距離

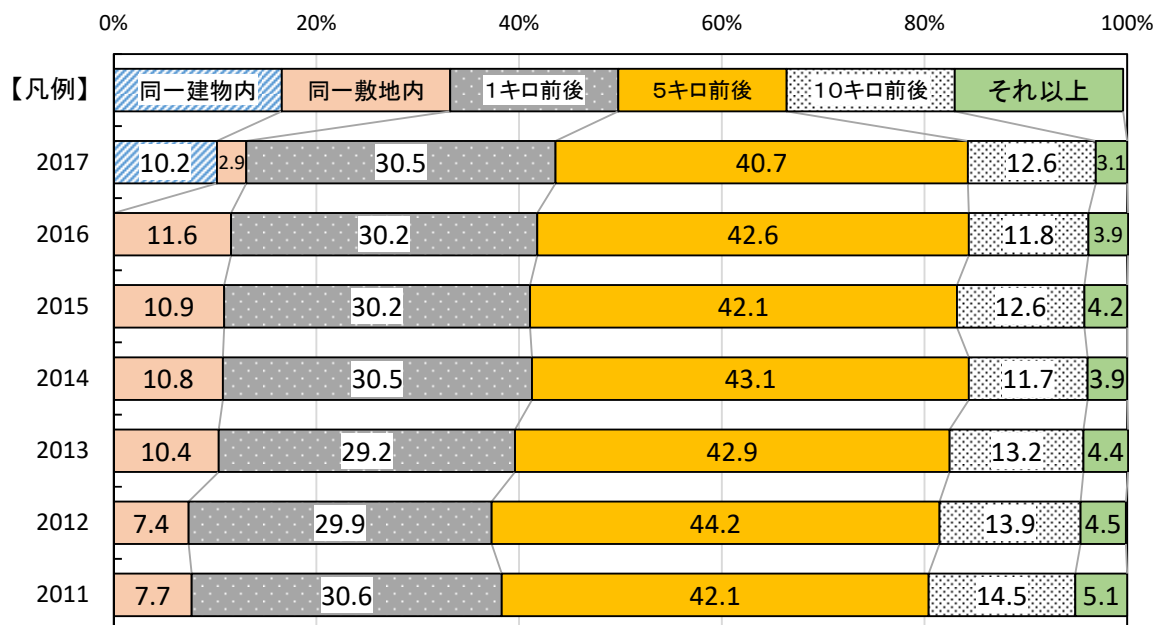
最も多いのは「5キロ前後」で40.7%、次いで「1キロ前後」が30.5%などとなっている。「同一建物」及び「同一敷地内」は併設の高齢者住宅等からの利用とみられるが、合わせて13.1%となっており、2011年から5.4ポイント増加している。

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、2011年と比べて5.3ポイントの減少である。

表 2.9-16 利用者の居住地と事業所の距離（調査年別）

距離	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
同一建物	10.2%						
同一敷地内	2.9%	11.6%	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%
1キロ前後	30.5%	30.2%	30.2%	30.5%	29.2%	29.9%	30.6%
5キロ前後	40.7%	42.6%	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%
10キロ前後	12.6%	11.8%	12.6%	11.7%	13.2%	13.9%	14.5%
それ以上	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%
回答数	39,010	40,228	28,329				

図 2.9-4 利用者の居住地と事業所との距離（調査年別）





(15) 利用者のケアする上での職員の負担感

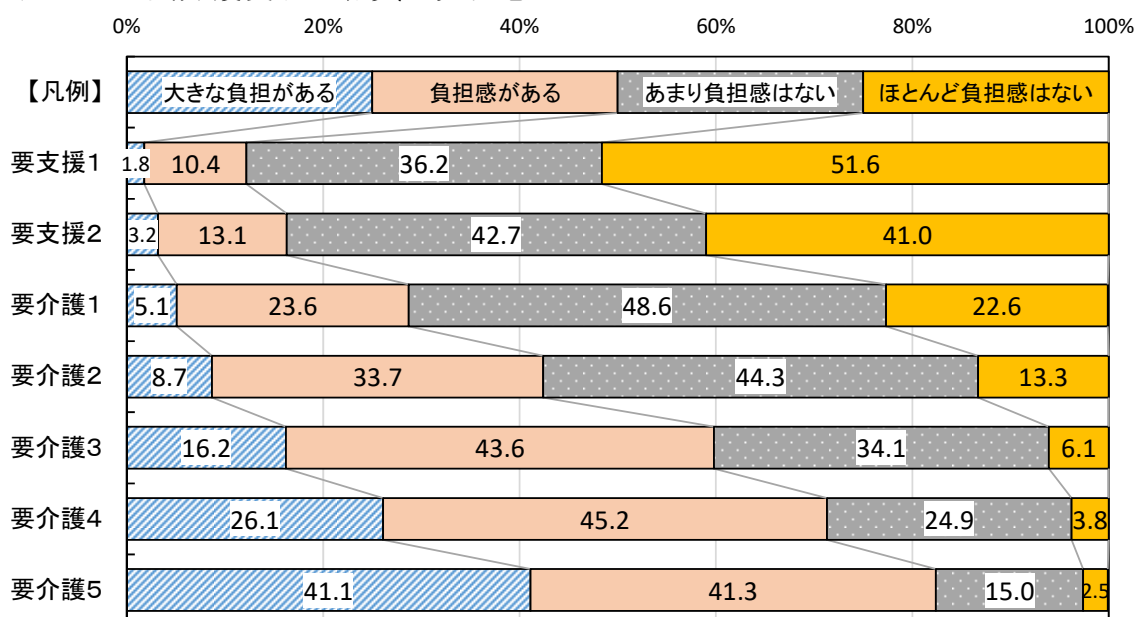
ケアする上での職員の負担感については、「大きな負担がある」(12.9%)と「負担感がある」(32.5%)を合わせた45.4%が『負担がある』と感じている。

負担感を要介護度別にみると、要介護度が重くなるほど「大きな負担がある」の割合が増加し、要介護度が軽くなるほど「ほとんど負担感はない」の割合が高くなっている。

表 2.9-17 要介護度別の職員の負担感

	(上段：人数)				総数
	大きな負担がある (すごく大変)	負担感がある (大変)	あまり 負担感はない	ほとんど 負担感はない	
要支援 1	34 1.8%	196 10.4%	685 36.2%	976 51.6%	1,891 100.0%
要支援 2	77 3.2%	312 13.1%	1,018 42.7%	978 41.0%	2,385 100.0%
要介護 1	518 5.1%	2,394 23.6%	4,932 48.6%	2,294 22.6%	10,138 100.0%
要介護 2	827 8.7%	3,208 33.7%	4,220 44.3%	1,263 13.3%	9,518 100.0%
要介護 3	1,175 16.2%	3,167 43.6%	2,473 34.1%	443 6.1%	7,258 100.0%
要介護 4	1,268 26.1%	2,190 45.2%	1,210 24.9%	182 3.8%	4,850 100.0%
要介護 5	1,115 41.1%	1,120 41.3%	408 15.0%	68 2.5%	2,711 100.0%
審査中	1 16.7%	4 66.7%	1 16.7%	0 0.0%	6 100.0%
総数	5,015 12.9%	12,591 32.5%	14,947 38.6%	6,204 16.0%	38,757 100.0%

図 2.9-5 要介護度別の職員の負担感

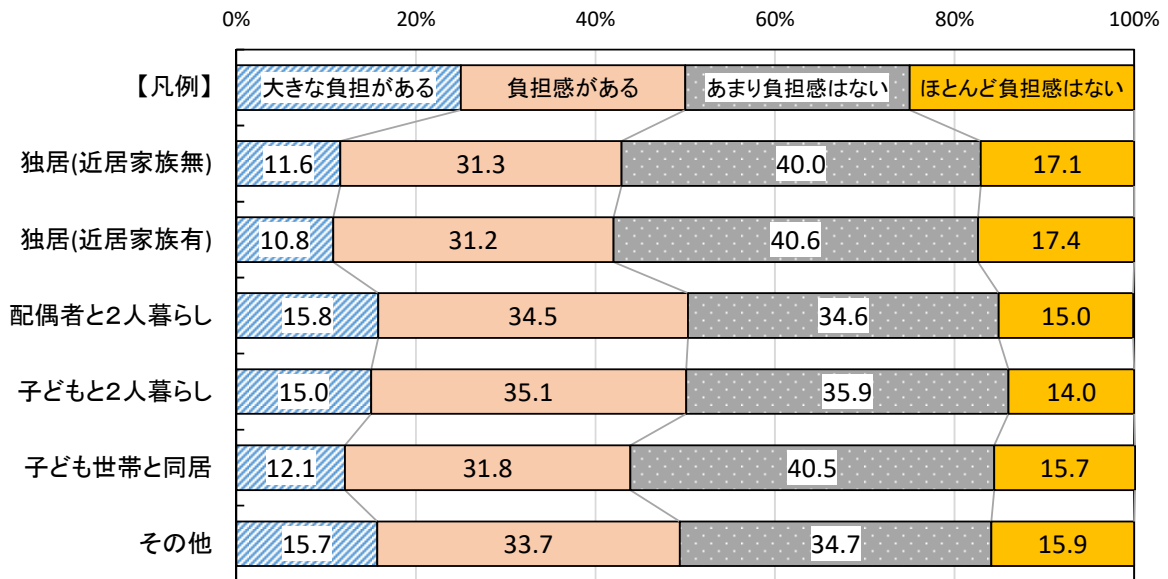


利用者をケアする上での職員の負担感を世帯状況別にみると、「大きな負担がある」の割合は、「配偶者と2人暮らし」で15.8%、「子どもと2人暮らし」で15.0%と他の世帯に比べて多くなっている。

表 2.9-18 世帯状況別の職員の負担感

	(上段：人数)				総数
	大きな負担がある (すごく大変)	負担感がある (大変)	あまり負担感 はない	ほとんど 負担感はない	
独居(近居家族無)	1,054 11.6%	2,838 31.3%	3,635 40.0%	1,554 17.1%	9,081 100.0%
独居(近居家族有)	602 10.8%	1,741 31.2%	2,266 40.6%	974 17.4%	5,583 100.0%
配偶者と2人暮らし	878 15.8%	1,915 34.5%	1,916 34.6%	834 15.0%	5,543 100.0%
子どもと2人暮らし	752 15.0%	1,765 35.1%	1,803 35.9%	705 14.0%	5,025 100.0%
子ども世帯と同居	1,302 12.1%	3,433 31.8%	4,376 40.5%	1,692 15.7%	10,803 100.0%
その他	414 15.7%	888 33.7%	914 34.7%	418 15.9%	2,634 100.0%
総数	5,002 12.9%	12,580 32.5%	14,910 38.6%	6,177 16.0%	38,669 100.0%

図 2.9-6 世帯状況別の職員の負担感



(16) 利用タイプの類型化

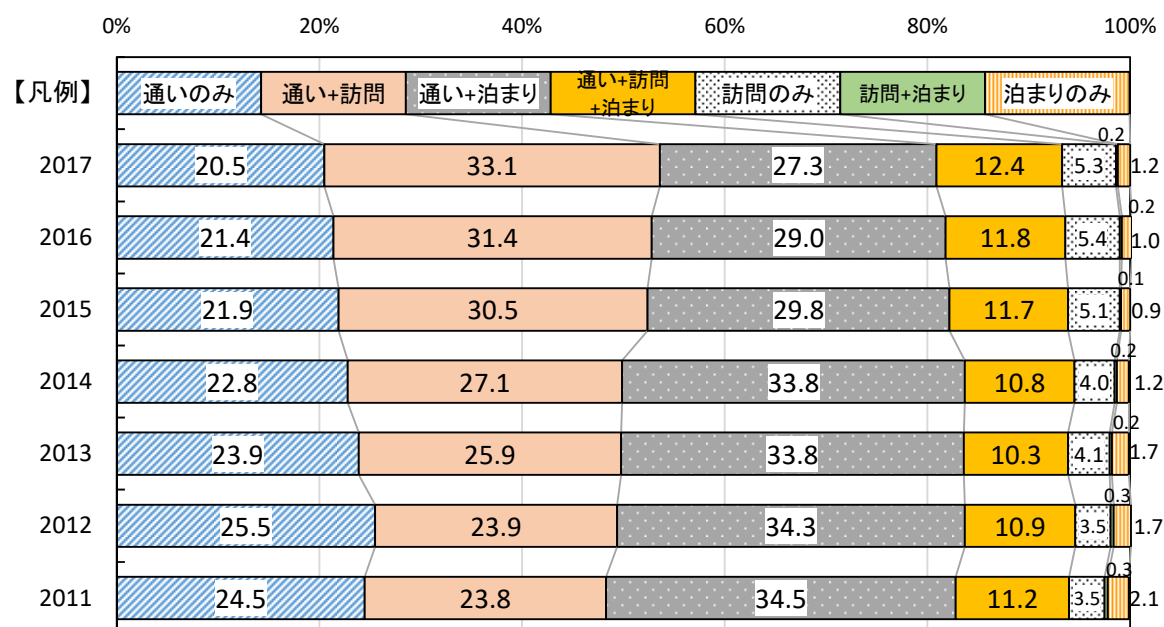
各サービスの利用状況から利用タイプ別に類型化し、他の項目との分析を試みた。

昨年までの傾向と大きな差はみられないが、「通い+訪問」が昨年よりも1.7ポイント増加し、33.1%と最も多いパターンとなった。また、「通い+泊まり」は27.3%と1.7ポイント減少した。2011年と比較して、「通いのみ」は4.0ポイント減、「通い+泊まり」が7.2ポイント減、「通い+訪問」が9.3ポイント増、「訪問のみ」が1.8ポイント増となっており、訪問が充実してきていることがわかる。

表 2.9-19 各サービスの利用タイプの状況（調査年別）

利用タイプ	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
通いのみ	20.5%	21.4%	21.9%	22.8%	23.9%	25.5%	24.5%
通い+訪問	33.1%	31.4%	30.5%	27.1%	25.9%	23.9%	23.8%
通い+泊まり	27.3%	29.0%	29.8%	33.8%	33.8%	34.3%	34.5%
通い+訪問+泊まり	12.4%	11.8%	11.7%	10.8%	10.3%	10.9%	11.2%
訪問のみ	5.3%	5.4%	5.1%	4.0%	4.1%	3.5%	3.5%
訪問+泊まり	0.2%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
泊まりのみ	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%
回答数	38,475	39,355	27,594				

図 2.9-7 各サービスの利用タイプの状況（調査年別）



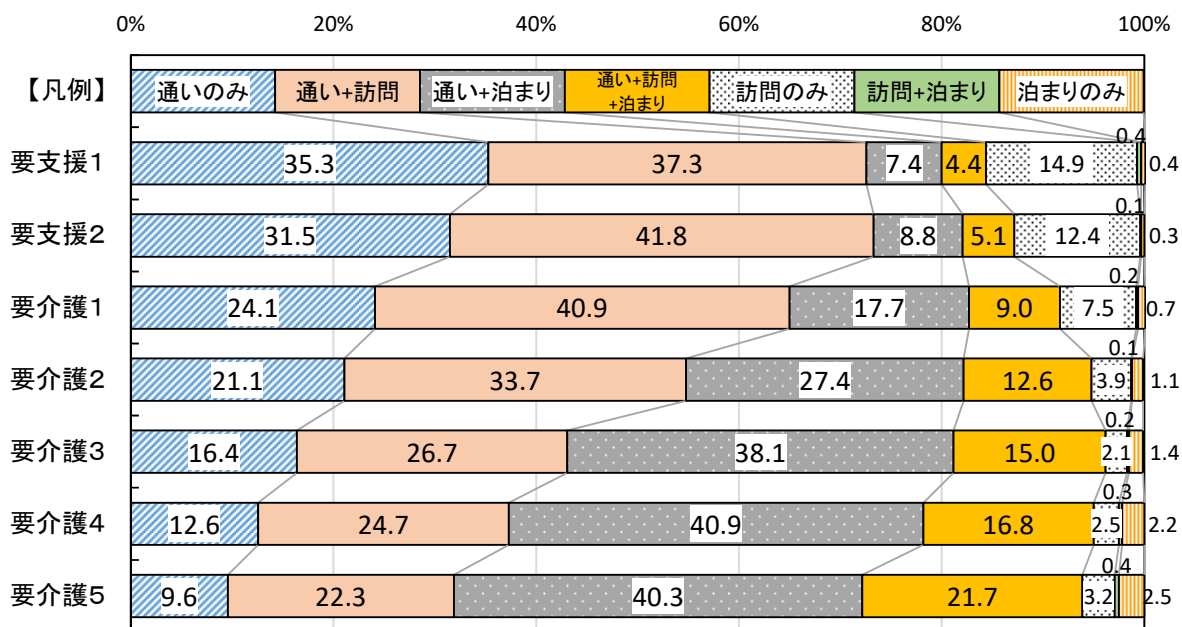
ア) 利用タイプと要介護度の関係性

要支援から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「泊まりのみ」の割合が増加している。

表 2.9-20 要介護度別にみた利用タイプ

	(上段：人数)							総計
	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	
要支援 1	661 35.3%	697 37.3%	138 7.4%	82 4.4%	278 14.9%	7 0.4%	8 0.4%	1,871 100.0%
要支援 2	747 31.5%	990 41.8%	208 8.8%	121 5.1%	294 12.4%	3 0.1%	6 0.3%	2,369 100.0%
要介護 1	2,436 24.1%	4,139 40.9%	1,787 17.7%	908 9.0%	757 7.5%	18 0.2%	66 0.7%	10,111 100.0%
要介護 2	1,991 21.1%	3,187 33.7%	2,589 27.4%	1,194 12.6%	369 3.9%	13 0.1%	107 1.1%	9,450 100.0%
要介護 3	1,182 16.4%	1,921 26.7%	2,741 38.1%	1,081 15.0%	152 2.1%	13 0.2%	98 1.4%	7,188 100.0%
要介護 4	607 12.6%	1,188 24.7%	1,963 40.9%	808 16.8%	118 2.5%	14 0.3%	104 2.2%	4,802 100.0%
要介護 5	256 9.6%	598 22.3%	1,080 40.3%	580 21.7%	87 3.2%	11 0.4%	66 2.5%	2,678 100.0%
総計	7,881 20.5%	12,722 33.1%	10,507 27.3%	4,775 12.4%	2,056 5.3%	79 0.2%	455 1.2%	38,475 100.0%

図 2.9-8 要介護度別にみた利用タイプ



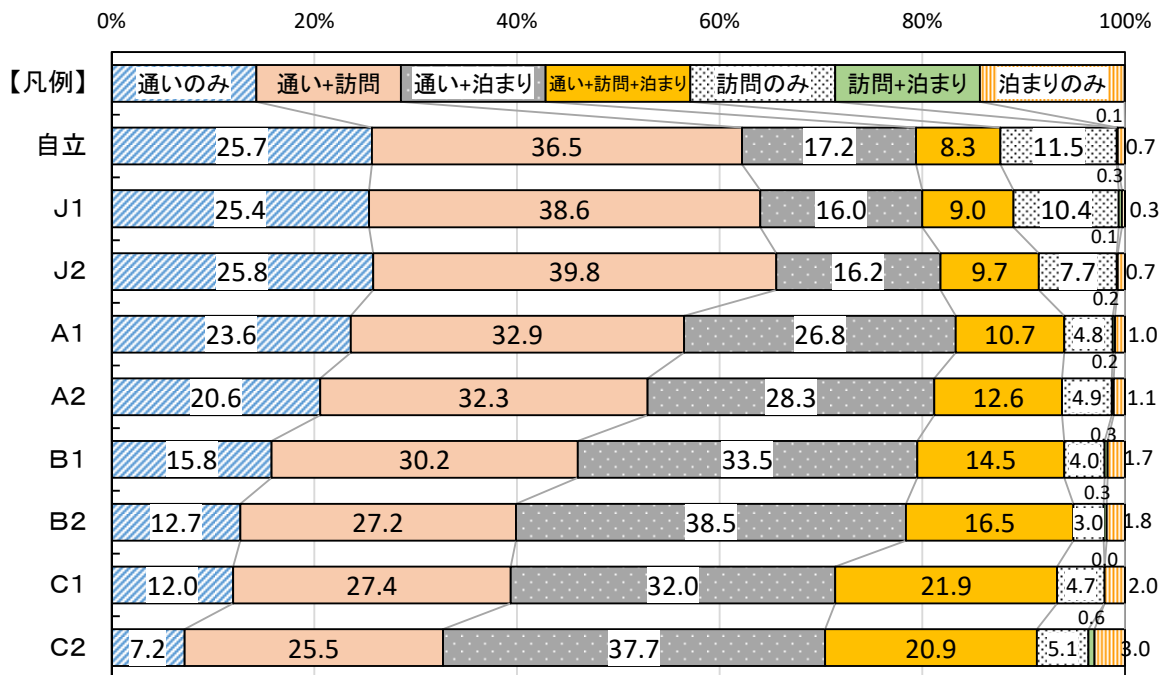
イ) 利用タイプと日常生活自立度の関係性

自立度が低くなるにしたがい「通いのみ」、「訪問のみ」、「通い+訪問」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 2.9-21 日常生活自立度別にみた利用タイプ

	(上段：人数)							総計
	(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	
自立	218 25.7%	309 36.5%	146 17.2%	70 8.3%	97 11.5%	1 0.1%	6 0.7%	847 100.0%
J 1	448 25.4%	682 38.6%	283 16.0%	159 9.0%	183 10.4%	5 0.3%	5 0.3%	1,765 100.0%
J 2	1,345 25.8%	2,074 39.8%	846 16.2%	507 9.7%	400 7.7%	7 0.1%	35 0.7%	5,214 100.0%
A 1	2,033 23.6%	2,834 32.9%	2,311 26.8%	917 10.7%	414 4.8%	15 0.2%	84 1.0%	8,608 100.0%
A 2	1,959 20.6%	3,073 32.3%	2,688 28.3%	1,201 12.6%	464 4.9%	17 0.2%	101 1.1%	9,503 100.0%
B 1	616 15.8%	1,178 30.2%	1,308 33.5%	566 14.5%	156 4.0%	12 0.3%	66 1.7%	3,902 100.0%
B 2	547 12.7%	1,175 27.2%	1,662 38.5%	713 16.5%	129 3.0%	15 0.3%	78 1.8%	4,319 100.0%
C 1	109 12.0%	250 27.4%	292 32.0%	200 21.9%	43 4.7%	0 0.0%	18 2.0%	912 100.0%
C 2	63 7.2%	222 25.5%	328 37.7%	182 20.9%	44 5.1%	5 0.6%	26 3.0%	870 100.0%
総計	7,338 20.4%	11,797 32.8%	9,864 27.4%	4,515 12.6%	1,930 5.4%	77 0.2%	419 1.2%	35,940 100.0%

図 2.9-9 日常生活自立度にみた利用タイプ



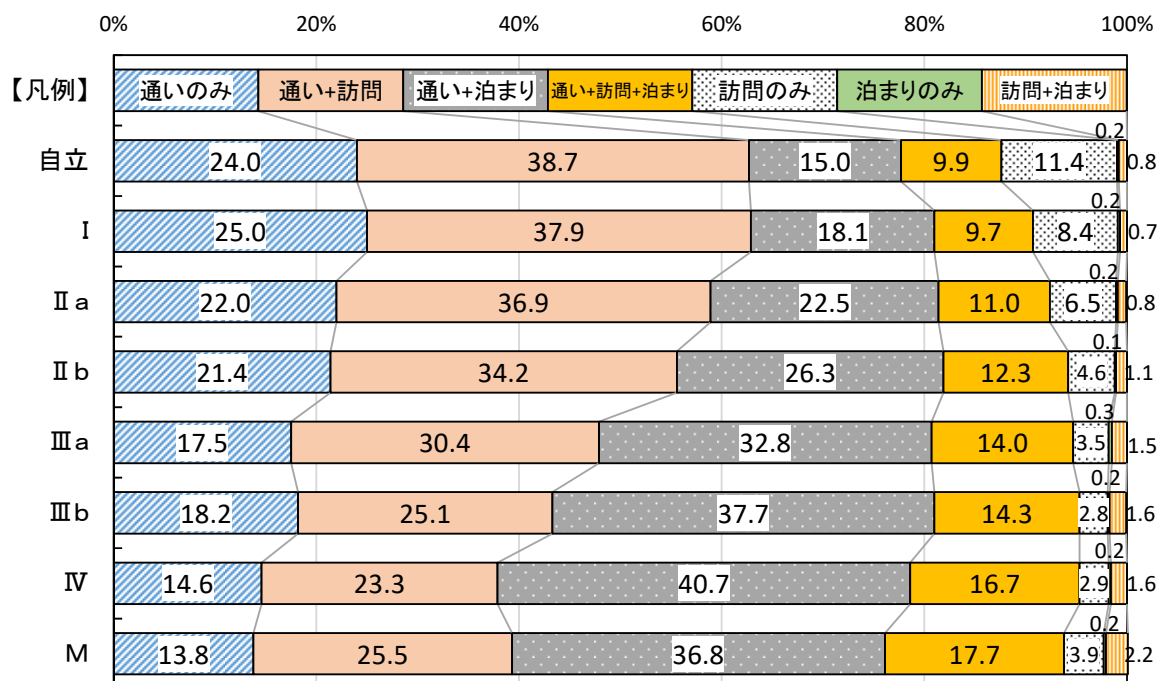
ウ) 利用タイプと認知症自立度の関係性

認知症自立度が重度になるにしたがい「通いのみ」、「訪問のみ」、「通い+訪問」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 2.9-22 認知症自立度別にみた利用タイプ

	(上段：人数)							総計
	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	
自立	589 24.0%	950 38.7%	368 15.0%	242 9.9%	280 11.4%	6 0.2%	19 0.8%	2,454 100.0%
I	1,352 25.0%	2,051 37.9%	982 18.1%	525 9.7%	452 8.4%	11 0.2%	39 0.7%	5,412 100.0%
II a	1,183 22.0%	1,986 36.9%	1,207 22.5%	593 11.0%	349 6.5%	12 0.2%	45 0.8%	5,375 100.0%
II b	1,900 21.4%	3,037 34.2%	2,332 26.3%	1,093 12.3%	405 4.6%	13 0.1%	101 1.1%	8,881 100.0%
III a	1,397 17.5%	2,423 30.4%	2,610 32.8%	1,114 14.0%	277 3.5%	24 0.3%	117 1.5%	7,962 100.0%
III b	468 18.2%	644 25.1%	966 37.7%	367 14.3%	72 2.8%	6 0.2%	42 1.6%	2,565 100.0%
IV	473 14.6%	755 23.3%	1,320 40.7%	541 16.7%	94 2.9%	5 0.2%	53 1.6%	3,241 100.0%
M	88 13.8%	163 25.5%	235 36.8%	113 17.7%	25 3.9%	1 0.2%	14 2.2%	639 100.0%
総計	7,450 20.4%	12,009 32.9%	10,020 27.4%	4,588 12.6%	1,954 5.3%	78 0.2%	430 1.2%	36,529 100.0%

図 2.9-10 認知症自立度にみた利用タイプ



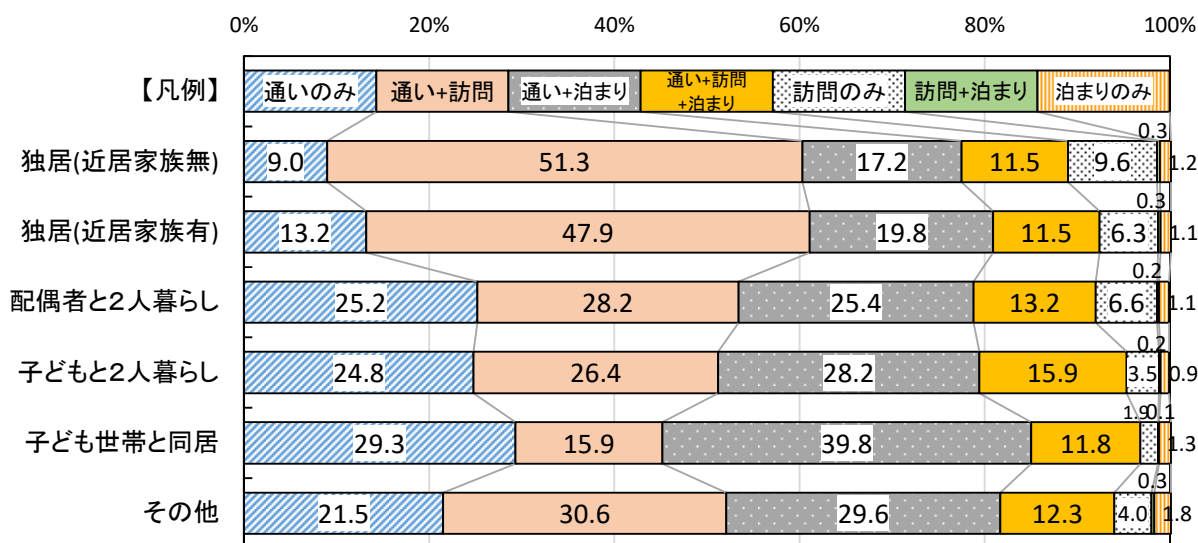
エ) 利用タイプと世帯構成の関係性

世帯構成が「独居（近居家族無）」及び「独居（近居家族有）」の利用者では「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。また、「訪問のみ」も「独居（近居家族無）」で多くなっている。

表 2.9-23 世帯構成別にみた利用タイプ

	(上段：人数)							総計
	(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	
独居(近居家族無)	808 9.0%	4,595 51.3%	1,544 17.2%	1,027 11.5%	856 9.6%	23 0.3%	106 1.2%	8,959 100.0%
独居(近居家族有)	729 13.2%	2,638 47.9%	1,089 19.8%	632 11.5%	347 6.3%	16 0.3%	58 1.1%	5,509 100.0%
配偶者と2人暮らし	1,384 25.2%	1,548 28.2%	1,393 25.4%	725 13.2%	362 6.6%	12 0.2%	60 1.1%	5,484 100.0%
子どもと2人暮らし	1,230 24.8%	1,307 26.4%	1,398 28.2%	787 15.9%	174 3.5%	9 0.2%	47 0.9%	4,952 100.0%
子ども世帯と同居	3,130 29.3%	1,701 15.9%	4,251 39.8%	1,266 11.8%	198 1.9%	12 0.1%	134 1.3%	10,692 100.0%
その他	559 21.5%	797 30.6%	771 29.6%	320 12.3%	103 4.0%	7 0.3%	48 1.8%	2,605 100.0%
総計	7,840 20.5%	12,586 32.9%	10,446 27.3%	4,757 12.5%	2,040 5.3%	79 0.2%	453 1.2%	38,201 100.0%

図 2.9-11 世帯構成別にみた利用タイプ



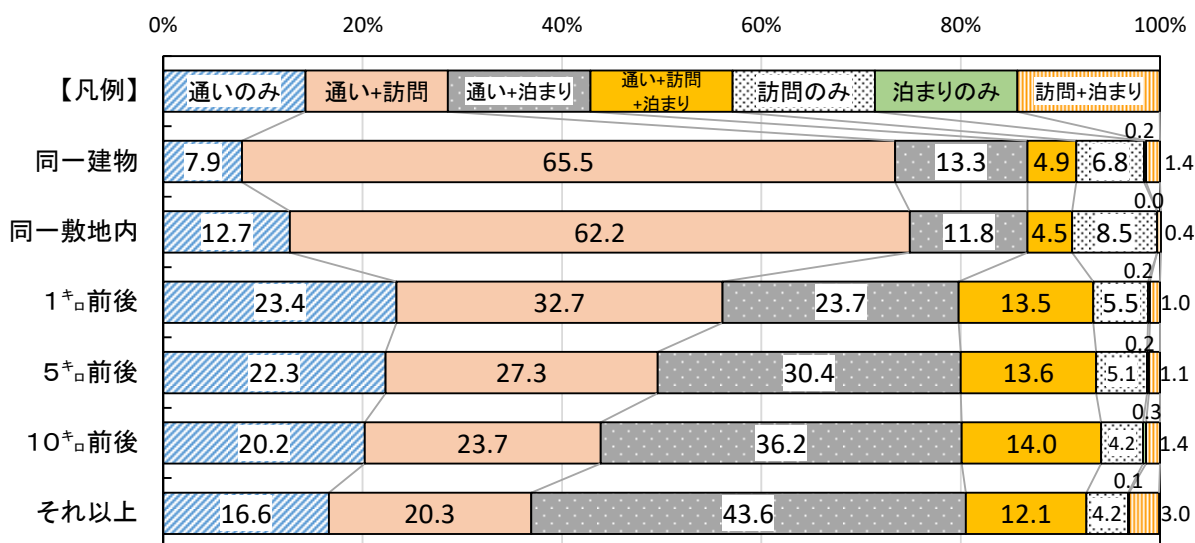
オ) 利用タイプと居住地～事業所間の距離との関係性

「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」の割合が増加する傾向がみられる。

表 2.9-24 居住地～事業所間の距離別にみた利用タイプ

	(上段：人数)							総計
	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	
同一建物	303 7.9%	2,505 65.5%	510 13.3%	188 4.9%	259 6.8%	9 0.2%	52 1.4%	3,826 100.0%
同一敷地内	140 12.7%	688 62.2%	130 11.8%	50 4.5%	94 8.5%	0 0.0%	4 0.4%	1,106 100.0%
1 <sup>キ</sup> 前後	2,709 23.4%	3,788 32.7%	2,745 23.7%	1,566 13.5%	640 5.5%	24 0.2%	118 1.0%	11,590 100.0%
5 <sup>キ</sup> 前後	3,470 22.3%	4,257 27.3%	4,746 30.4%	2,119 13.6%	796 5.1%	30 0.2%	169 1.1%	15,587 100.0%
10 <sup>キ</sup> 前後	978 20.2%	1,147 23.7%	1,749 36.2%	677 14.0%	202 4.2%	14 0.3%	67 1.4%	4,834 100.0%
それ以上	197 16.6%	241 20.3%	517 43.6%	144 12.1%	50 4.2%	1 0.1%	36 3.0%	1,186 100.0%
総計	7,797 20.4%	12,626 33.1%	10,397 27.3%	4,744 12.4%	2,041 5.4%	78 0.2%	446 1.2%	38,129 100.0%

図 2.9-12 居住地～事業所間の距離別にみた利用タイプ





(17) 要介護度別の中重度在宅支援のための配置職員

利用者の要介護度別に中重度在宅支援のための職員の配置状況をみると、要介護3～5で「理学療法士」を配置している事業所が他の介護度と比べてやや多く、要介護4と5では「作業療法士」を配置している事業所が他の介護度と比べてやや多くなっている。

表 2.9-25 要介護度別の中重度在宅支援のための配置職員

	(上段：人数)			総数
	(下段：割合)			
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	
要支援1	116 6.0%	64 3.3%	10 0.5%	1,928 100.0%
要支援2	142 5.9%	116 4.8%	26 1.1%	2,425 100.0%
要介護1	649 6.3%	484 4.7%	88 0.9%	10,337 100.0%
要介護2	597 6.2%	466 4.8%	94 1.0%	9,701 100.0%
要介護3	549 7.4%	356 4.8%	83 1.1%	7,402 100.0%
要介護4	364 7.4%	270 5.5%	66 1.3%	4,936 100.0%
要介護5	243 8.8%	161 5.8%	53 1.9%	2,771 100.0%
審査中	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 0.0%
総数	2,660 6.7%	1,917 4.9%	420 1.1%	39,506 100.0%

(18) 住居形態別と地域との関わりの負担感

利用者の住居形態別に地域との関わりの負担感をみると、「運営推進会議の実施」について負担感を持つ割合は、「サ高住」で43.4%、「有料老人ホーム」で44.9%と、「一戸建て」や「集合住宅」に比べて多くなっている。また、「有料老人ホーム」では「行政とのやり取り」が38.0%と、他の住居形態に比べてやや多くなっている。

表 2.9-26 住居形態別と地域との関わりの負担感（上位3つを選択）

	(上段：人数)								総数
	(下段：割合)								
	近隣住民との お付き合い	行政との やり取り	運営推進会議 の実施	地域活動 への参加	地域からの 苦情	介護保険制度 への理解不足	地域からの 過剰な要求	その他	
一戸建て	11,168 42.4%	8,012 30.4%	9,274 35.2%	14,537 55.2%	6,228 23.6%	13,071 49.6%	4,331 16.4%	1,562 5.9%	26,341 100.0%
集合住宅	1,895 41.3%	1,556 33.9%	1,534 33.4%	2,524 55.0%	1,160 25.3%	2,154 47.0%	798 17.4%	264 5.8%	4,587 100.0%
サ高住	803 36.5%	750 34.1%	954 43.4%	1,213 55.2%	532 24.2%	1,114 50.7%	250 11.4%	119 5.4%	2,199 100.0%
有料老人ホーム	669 43.0%	592 38.0%	699 44.9%	884 56.8%	290 18.6%	775 49.8%	175 11.2%	70 4.5%	1,556 100.0%
その他	257 37.7%	237 34.8%	265 38.9%	403 59.2%	143 21.0%	367 53.9%	73 10.7%	37 5.4%	681 100.0%
総数	14,792 41.8%	11,147 31.5%	12,726 36.0%	19,561 55.3%	8,353 23.6%	17,481 49.4%	5,627 15.9%	2,052 5.8%	35,364 100.0%



# 第2章

## 中重度者を支える小規模多機能の実践

(ライフサポートワークを基盤とした在宅での認知症ケアを確立するための

ケアマネジメントの構築)



## 1. 中重度を支える小規模多機能型居宅介護の現状

### 1.1 要介護高齢者の在宅生活の継続が困難になる要因

今回の調査研究事業では、中重度を支えると謳い焦点化したケアのあり方を模索することとしたが、ヒヤリング調査や実態調査から浮かび上がってきたのは、ターミナル期の事例や要介護度が高いという事例だけではなかった。

ひとつの指標として中重度＝要介護度の高さという物差しで測ることができるが、在宅生活の困難さという側面から多面的に捉えると「健康状態（病気）の重度化」「日常動作の重度化」「かわりにおける重度化（負担感の増大）」「制度上の不備」「施設サービスの充足化」のように様々な要因による尺度が挙げられる。

在宅生活の限界点を高めるためには、上記のとおり要介護度の高い、健康状態やADLが悪化している状態に対する直接的支援のあり方と、要介護度に関係なく利用者と家族、近隣住民、環境等との摩擦によっておこる負担感や、社会的認識（介護負担の大きい方は施設で介護されるほうが安心であり、周囲の負担が身体的・精神的に軽減されるという認識）に対する間接的支援のあり方の両面に対するアプローチが必要である。

### 1.2 小規模多機能型居宅介護の利用者の状態と取り巻く環境

今回の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、「独居（近居家族あり・なし）」及び「老夫婦世帯（配偶者と二人暮らし）」の合計割合が52.3%と前回から引き続き5割を超え、日常生活自立度ではA1・A2で50.4%を占め、認知症自立度ではⅡb・Ⅲaの合計が46.1%と、「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。要介護度では要介護1・2で50.8%を占めており、介護度では軽度であるが、認知症があり、常に介護を必要としないが、何らかの支援や見守りがないと暮らしが成り立たない利用者が多いことが推測される。この傾向は数年前より変わっていない。

制度創設時に想定したのは、平均要介護3.5程度の中重度でも在宅で安心できるサービスとして、報酬の設定も要介護2と要介護3以上との差がつけられた。そして、今回の調査では登録者のうち要介護3～5で占める割合が38%と4割弱を占めている。しかし、契約終了の理由をみると1,971事業所の回答の中で約8割の事業所で施設（特養・老健・グループホーム）への入所で契約終了となっている利用者があり、平均すると3.33人と契約終了の理由として一番高い。

一方、地方においては介護老人福祉施設に空所ができ、地域の中重度者を入所に結び付けるような取り組みや、住宅系サービスに入居を勧め住宅に併設される介護サービスで支援するケースも増えている。また、グループホーム併設の小規模多機能型居宅介護事業所も増えており、そのことが施設入所による契約終了が多い要因の一つではないかと推測される。

また、住宅の概念が多様化し、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅、平成30年介護報酬改定において医療機関にある4人部屋も介護医療院として住宅系サービスとして位置づけられ、住まい、在宅支援のあり方も多様化している。

本人や家族・介護者は自宅での生活を希望しているものの、小規模多機能型居宅介護の頑張りとは別の尺度で住宅系サービスによって利用者がスポイルされるような外的要因の影響も大きい。

### 1.3 在宅生活の限界点を高めるための課題

在宅生活の限界点を高める要素のひとつは、過不足ないケアの提供がなされているかということがある。要介護 3 以上になると身体的なケアの量が増える。それは早朝や深夜など時間帯に関係なく必要な時に必要な量のケアの提供である。

ケアの担い手として、セルフケア、家族、介護サービスや近隣・友人などのインフォーマルサービスなどが挙げられる。セルフケアでは、本人の力や環境を変えることで本人のできることを増やることが大切となる。

家族が介護の担い手として支えているケースは多い。支えているからこそ、家族が介護をあきらめたり、限界だと感じたりしてしまうと在宅生活の継続が途切れてしまうケースも少なくない。

介護サービスについては必要な支援と介護保険サービスをマネジメントしてケアを提供する。しかし、介護サービスには時間的制約や経済的な条件があり、望むだけのケアすべてが提供されるわけではない。

居宅介護支援の定義として「居宅要介護者が適切な介護サービスを利用することができるように、心身の状況、置かれている環境、介護者及び家族の希望を勘案してケアプランを作成すること」を求めており、介護保険以外のサービス等も含めてインフォーマルサービスを位置付けるよう努めることとなっている。

介護サービスがかかわっていない時間で何が起こるかを想像し、本人や家族の気持ちを推し量ることからどのような支援が必要かを介護サービス以外の資源も含めて考え、実践することが大切である。ケアプランに明記されているのは、かかわる時間や内容、サービス量についてだけであるが、介護サービスがかかわっていない時間に何が起ころうとしているのかを常に思い巡らせ 24 時間 365 日を支えるための方法を検討し、今後起こり得ることを予測し、次善の策を練る。それらを継続し続けることが「在宅生活の限界点を高める」方法の一つだと考える。

## 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	サービスを提供していない時間						
20:00	↓						
22:00	#1 この時間は、誰がかかわっているの？						
24:00	#2 どんな視点が求められるの？						
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

もう一つは利用者の持っている力と、利用者を取り巻く援助者の介護力のバランスが崩れることで中重度と言われる状態となってしまうことが考えられる。とりわけそのバランスが急速に変化した際に、援助者側が困難さを感じ、負担が高まるように思われる。このような場合に、利用者が可能な限り在宅生活を継続するために私たち小規模多機能型居宅介護の職員は、早急に効果的な援助方針を決めて利用者の持っている力と、その取り巻く援助者の介護力のバランスを調整することが求められる。

しかし、利用者を取り巻く生活環境、本人の認知機能・身体機能の状態、個々の性格や生活歴、年齢性別などすべての条件が個別に異なるため、援助方針を決めることは決して容易ではない。そのため、中重度といわれる状態に至った時点の対策はもちろんだが、そこに至る前に「一人の人間として社会生活を営むために必要な要素は何か」ということを考えることが大切である。そして、さまざまな要素の急速な悪化を防ぐ視点を持って、利用者を取り巻く家族・介護者、医療従事者、事業所職員等が、利用者の状態変化を継続的に捉えることで、今後起こり得る事態をある程度予測し、本人及び家族・介護者の急激な心理的負担を減らすことも必要である。

## 2. 中重度者を支えるための求められるもの

### 2.1 目指すべき目標とそれに向かう熱意

「在宅での生活を支える」という熱意がなければ、支えることはできない。知識や技術だけで熱意がなければ、苦労や難しい課題に直面した際に諦めてしまう。逆に技術や知識がなくても熱意があれば「在宅での生活を支える」という目標に向かって試行錯誤するなかで、技術を獲得し、必要な知識も得ていく。

まず必要なのは「熱意」である。言い換えれば「在宅で支える」という目標を明確に持ち、そのことを曲げない、諦めない気持ちである。目標に向かって取り組むことと、目標を定めなくて行動することでの結果の差は歴然である。

目標さえ明確になれば何をすればよいかも明確になる。また行動することで問題や課題も明確になっていく。

「問題をきちんと述べられれば、半分は解決したようなものだ（チャールズ・ケタリング）」ともいわれる。問題（＝現状とありたい姿のギャップ）を間違えて捉えれば、解決するためになすべき事柄や行動（＝課題）も間違った方向を選択することになり、ありたい姿とは異なるゴールに到達してしまい、時間やエネルギーを浪費してしまったという結果にもなる。

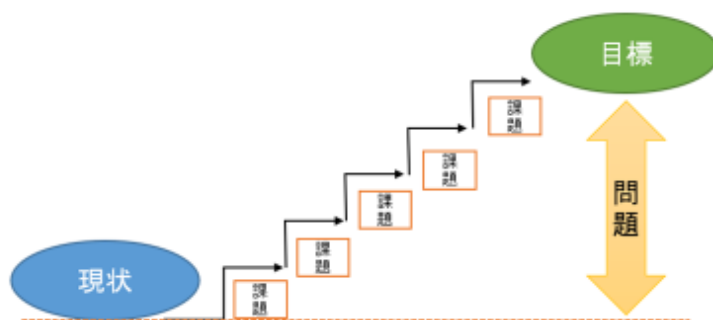
だからこそ目標を明確に持つことが大切なのである。

#### • 課題と問題

一般に「問題とは現状と目標の差」といわれる。

定めた目標（ありたい姿）と現状（実際の姿）の間に差（ギャップ）が生じると、その状況を問題だと認識する。

また、課題とは「課せられた問題」ともいわれ、問題を解決するためになすべき事柄や行動をいう。





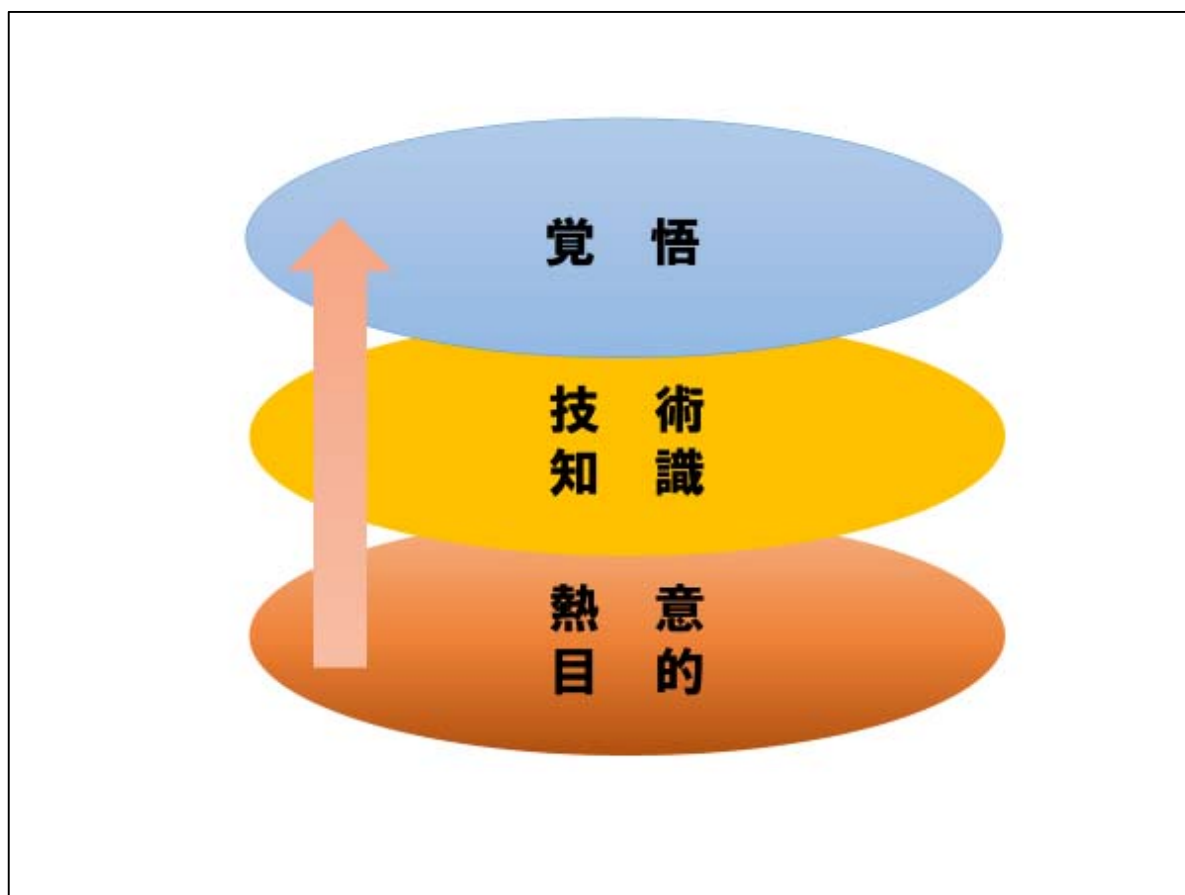
では、現状はどうかというと「在宅での生活を支える」という熱意・目標が欠落しているのではないかと推測する。

介護保険制度の中で介護サービスを提供することや介護事業を運営するなど手段が目標にすり替わっているのではないだろうか。介護保険制度の理念や目的は知識として理解していても、「できない」「難しい」と諦めてしまっている事業所や介護従事者も少なくない。介護事業者の一部は、介護報酬改定や診療報酬改定などの結果にのみ一喜一憂し、社会福祉の理念や実践者としての目的意識が薄れている場合もあるのではないだろうか。

先駆的と言われる在宅を支えている事業所は、介護サービスの種別を問わず熱意や目標が明確なリーダーが存在する。サービスは支える手段であって、目的を達成するための道具なのである。そのため道具であるサービスだけにこだわるのではなく、必要であればそれ以外、例えば地域や家族などを巻き込み、協働して目的達成に尽力しているのである。

そして「在宅での生活を支える」対象は人である。その人「個人」に興味を持ち、理解し、思いを汲み取ることから始まるのである。

その人を知るためのツールとしてアセスメントや記録が存在する。できないことや能力を分析するというだけでなく、その人を理解しその人の思いを知るためのツールである。



中重度者を在宅で支えるための3要素

目的を持った関わりを継続することで事業所や企業の風土となっていく。最後まで在宅で支えることをこだわるリーダーの元での事業所ではその風土が根付き、そうでないリーダーの元ではそのような風土は根付かない。

リーダーが熱意・目的を持っていなければ「在宅での生活を支え続ける」ことが全うできないのである。

## 2.2 基礎知識

在宅生活を支えるため、小規模多機能型居宅介護においてもその基礎知識が問われる場面も多い。同じ行動が見られたとしても、原因となる疾患が違えば、異なった支援が求められる場合もある。専門的知識は医師との連携ですすめることになるが、転倒につながるようなサインを見逃すことなく未然に危険を察知したり、状態像の変化にいち早く気づくことで体調不良につながる原因を医師に伝えるなど、最低限の認知症や病気に関する基礎知識は重要である。

### 「中重度を支えるための基礎知識」認知症を呈する疾患（JAAD）

#### ○変性疾患

アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺 など

#### ○脳血管性

脳血管性認知症

#### ○感染症

脳炎、進行麻痺、エイズ脳症、プリオン病 など

#### ○その他

中枢神経疾患：神経ペーチェット、多発性硬化症

#### ○外傷

慢性硬膜下血種

#### ○髄液循環障害

正常圧水頭症

#### ○内分泌障害

甲状腺機能低下症、副甲状腺機能亢進症 など

#### ○中毒、栄養障害

アルコール中毒、ビタミンB12 欠乏など

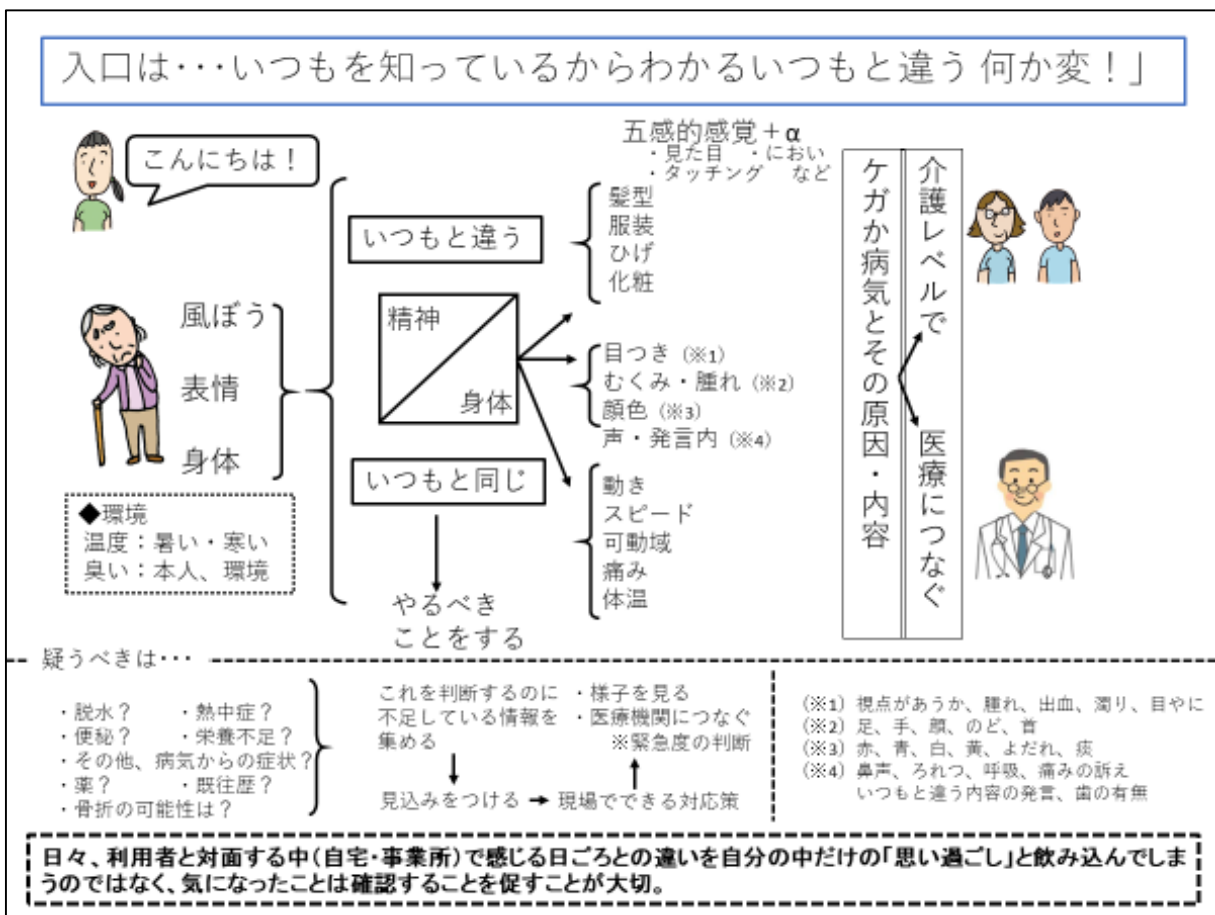
アルツハイマー型認知症（50％）脳血管性認知症（20％）、レビー小体型認知（10％）

以上三大認知症で全体の 8 割を占める

「疾患 気づきのポイント」

- 薬の副作用・・・薬の内服内容のチェック
- うつ病、遠心的ストレス・・・うつ病の症状があるか、二質問票法
- 甲状腺機能低下症・・・むくみ、食欲がないのに体重が増える、皮膚の乾燥、寒がりになる、無気力 など
- ビタミンB1、B12の欠乏・・・食事をきちんとしていない
- 正常圧水頭症・・・三主徴（歩行障害、認知症、尿失禁）
- 慢性硬膜下血種・・・麻痺、ふらつき、意識障害 など
- 脳腫瘍・・・様々な症状、無症状のこともあり
- 意識障害・せん妄状態・・・状態の時間的変動

日々のかかわりの中で、普段との違いから健康状態の悪化を察知することができるのも、生活を支える介護従事者の役割である。朝、自宅を訪問し「いつもと違う」と感じることもある。何かが違う、何か変、と感じる介護従事者の察知能力である。24時365日かかわっていると、風ぼうや表情・しぐさ、体の動きなどどこちなさや様子がおかしいと五感で感じることもある。具体的にはそれが健康状態の悪化につながることであれば医師へ、生活に支障をきたしたり、家族・介護者の負担につながっているようなことであれば介護従事者自らが解決への糸口を探る。



津田由起子氏 (2017年)

下記に掲げたのは、利用者と接する際のいつもの違いを見逃さないための「変化点」を箇条書きにしたものである。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。言語化、数値化することで、普段との違いを医師や看護師、他の介護従事者、家族・介護者など、他者への伝達の助けとなるものである。また、利用者全員の情報を取るためには膨大な時間と手間がかかるため不可能に近い。通いに来られている方であれば、通いの際に測定することができるが、訪問中心の利用者であれば、見えていない時間（かかわっていない自宅で過ごしている時間）のほうが圧倒的に多い。確かに測定できればそれに越したことはない。しかし現実にはできないのである。それでも在宅生活を支えることが小規模多機能型居宅介護の役割なのである。よって、普段を知っていれば、いつもの違い＝変化点に気づくことができ、日ごろとの違いに気づいたときのみチェックすればよい。これは、小規模多機能型居宅介護はバイタルを取らなくてよいと言っているわけではない。そもそも普段を知るということは、利用者の健康状態を把握しているということであり、把握するためには日常の情報の積み重ねによってはじめて得られるものである。

#### 「体調不良のサインを見逃さないためのポイント」

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）÷普通の体重×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、灼けるような、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℃（35.5→36.5℃）

（全国高齢者ケア研究会「介護の知識 50ver2」より）

### 2.3 中重度を支える（ケアマネジメント）視点

これまで、自分で朝ごはんを作り、着たい服を着て、行きたいところに行く。そんな思いのままの暮らしをしてきた方が、介護が必要な状態になると突然、これまでと全く異なった暮らしを余儀なくされる。

人は誰もが自分の力を可能な限り発揮し、人生の最後まで自分らしく暮らすことを望んでいるのではないか。

あれもできない、これもできない、そういう思いになっては生きる気力も出ない。人は多少、課題があったとしても、その人らしい目標を達成することはできるはず。

課題のための課題を抽出し、課題克服のための策を練るのではなく、克服できないことがあったとしても、ちがう手段や方法を考え、自己実現のために必要なことは何かを探す（支援する）ことが重要である。

そのためには、自己実現という目標を掲げ、どのようにしたら実現できるのか、場合によっては目標自体をブレイクダウンしていくという発想も必要になる。

また、自己実現するためには、数多くの選択肢が存在し、支援の仕方も多様にある。本人の暮らしは、日々変化し、今日やりたかったことが、明日には変わるとこともしばしば。本人が今、どうしたいか、何をしたいかを聞き、実現したいことに向けての支援方策を一緒に考えることが重要である。

そのためには項目に沿って確認するようなアセスメントツールも大切であるが、必要なことはその人との「かかわり」である。

「かかわり」とはできないことを補完するケアというだけの意味ではなく、その人の暮らし、人生に「かかわる」という関係づくりである。

中重度になると自分でできることが少なくなり、自分の思いを周囲に伝えることができなくなっていく。

今回の研究事業において数多くの実践から「かかわり」のポイントとしていくつか示す。このポイントはこれだけ行えば十分ということではなく、ケアを行う上での基礎知識や介護技術など基礎的ケアができること、ソーシャルワークやコミュニケーション技術、医学的な基礎知識などを踏まえたうえで実践発表から見えてきたいくつかを示すものである。

### 2.4 何のために「かかわる」のか目標を共有する

初期支援（出会った当初）においては、デマンド（要望）に対しての「かかわり」から始まる。出会ってすぐにニーズがわかるわけではない。「かかわり」を継続的に行うこと、一緒に時間を過ごすことでわかってくるものではないだろうか。また、ニーズや思いは状況の変化によっても変わってくる。言っていたこと、決めていたことが変わることは珍しいことではない。状況の変化や、気持ちの揺れに応じて、確認や合意形成が必要である。

状況の変化や突発的な出来事に対して、柔軟な支援を行うことは大切なことである。そのためには、何を支援するかということ共有し決めておくことが必要となる。何のために、何を支援するのが共有されていなければ、場当たりの支援に

なりかねない。場当たりの支援が悪いわけではないが、本来のニーズとかけ離れた対処だけが継続すると支援する目標が不明確になり、目の前の問題だけがクローズアップされてしまう。

まずは、何のための「かかわり」なのか目標を共有すること。この目標が具体的であればあるほど、目標達成のための課題や行動計画も具体的になりやすいのである。

だから、起こっている出来事の原因や背景を分析し、改善する方法について考えることは重要である。

## 2.5 仮説をたてる

起こっている出来事への対策・対応がわからないと、不安に感じ負担感も増す。また、起こっている出来事に対して効果的でない対応を行っても無駄な努力となってしまう。仮説を立てることとは、現状から起こりうる事柄を推論し、考えられる解決策を複数導き出すことである。かかわりとは、仮説の中で予測される優先順位の高い順に対応していくための検証方法である。

例えば「赤ちゃんが真っ赤な顔をして泣いている」状況があるとする。

お母さんは、なぜ泣いているのかを考える。おなかが減っている？おむつが気持ち悪い？熱がある？どこか痛い？など、泣く理由はいくつも考えられるが、その時の状況で一番優先順位の高いと思われるものから行動に移すのである。「ミルクを飲んで3時間たったからおなかが空いているのかな」と考えミルクを飲ませます。これが「10分前にミルクを飲んだ」状況ではミルクを飲ませる行為の優先度は低くなる。そうやっていくつもの仮説をたて、何で泣いているのかを考え、対応するのである。

そこでは「泣いている」行動だけを見ているのではなく、いつもと違いがないか、どこか触ると痛がる（泣き声が大きくなる）、臭いなど様々な情報から仮説をたてている。

何をやっても泣き止まなければ、自分が予測できない何かが起こっているのではないかと不安に感じるのではないだろうか。そうすると周囲へ相談したり、専門的な判断、例えば病院などに連れていったりするなどの対応をとるのではないかと考える。

認知症ケアも同様で、自ら自分の意思を正確に伝えることができないため、起こっている出来事から原因や背景を考え、どのような関わりをしないといけないか仮説をたてることは大切なことである。

また、その仮説は一人で考えるのではなく、複数の視点、多面的な視野で見ることが重要である。

一つの出来事には様々な側面がある。例えば「怒っている」利用者がいたとき、あるスタッフは「困った」と感じ、別のスタッフは「怒れるほど元気がいい」と感じる。同じ出来事でもとらえ方は様々である。だからこそ、多面的にみるために一人ではなく複数で出来事を考えることが大切になるのである。

また、仮説はたくさんあったほうが良い。対応策は一つとは限らない。起こって

いる出来事の原因は単純なものではなく複数の要因が重なり合った複雑なものの結果かもしれない。だからこそ、いくつもの仮説に基づいて様々な対応ができることが大切となる。

仮説が少なければ手詰まりとなってしまう、何をしたらいいかわからない、途方に暮れてしまう。やり方がわからない、やる方法が見当たらないという状況は不安や負担を増長させ、投げやりな対応に繋がる。やるべき方法がわかっているからこそ、やれるのである。

仮説をたてるということは、やることをあらかじめ複数考えておくことになる。そしてそれは出来事の背景や要因を考えたいうえでの「やること」になるため、根拠あるケアとなる。

すなわち経験がある人は経験のない人に比べると、これまでの体験や知識により複数の仮説を持っている。したがって経験のない人に比べると対応能力も高い。仮説を複数人で考える過程は、経験の浅い人も様々な視点や思考に接することになり、学習になる。指示されて決められたことのみ行動するのではない、背景や要因を考え、そこから導きだされる仮説をもとに行動するため「何のために」行動するのかを理解することになるのである。

## 2.6 自宅や一人で過ごす見えない時間の見える化

介護保険のサービスは、必要な支援（ニーズ）を見だし、社会資源を結びつける（ケアマネジメント）ことによって支援する。その中心が介護保険サービスである。しかし、介護保険のサービスには時間的制約や経済的な条件があり、望むだけのケアすべてが提供されるわけではない。

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ったときなど、これまで元気なときにできていた暮らしができなくなったことを課題と言う。

例えば、電球を変えることができない、買い物の荷物が重くて運べない、そもそも車が運転できないと買い物に行けない、三度の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、気が付くと数日誰とも話をしていないなど、生活を送る中でのちょっとした不自由や困りごとなどである。

病気になって、医療が必要になれば医療サービス、介護が必要になれば介護保険サービスと言ったものは、その出来事の困りごとにしか作用してこなかった。しかし、病気や介護は生活の一部であり、病気が生活ではなく、介護が生活でもない。生活の中の一部に病気や介護があるのである。

これまで介護保険サービスでは、できないことだけを抽出しそのことを中心に、もしくはそのことのみに対して援助を行ってきた。そのため介護保険サービスで補うことができない生活の困りごとが増えてきたとき、自宅で生活したいと望んでもあきらめてしまうことも多くあった。これは介護が必要な人だけではなく、元気な高齢者であっても、心身の衰えや、病気の治療、近隣との付き合いの減少による孤立感など、様々な不安を抱えている可能性が高く、こういった不安感が、心身に変化を生じた際に自宅での生活をあきらめてしまう一因となっているケースも少なく

ない。

これまで何気なく送っていた生活が年齢とともに不自由になり、できないことが増えていくことは自然なことのように思える。しかし、その不自由なことやできないことは本人にとっては非常に不便であるとともに、これから先どうなるのかと言った不安にもつながるのである。そしてその不安は心身ともに悪い影響を与える大きな要因となる。

身体の障害や衰えによりできないことを生活の一部分から切り取って、心身機能を評価するのではなく、生活に合わせた支援や役作りなどの関与がとても重要である。注目すべきは課題ではなく生活そのものである。

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ことを目的としたサービスになってしまったと言える。例えば、在宅支給限度額管理を優先したサービスの当て込みや、友人に会いに行くために通所系サービスを利用するといったことである。また、本人の発言力が小さいと発言力の大きなサービス提供事業者や家族・介護者等の周囲の言葉が優先されてしまい、本人は施設やグループホームなどに入所を希望していなくとも周囲の困りごとが優先されて入所に至るケースもある。

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。しかし、制度や事業が始まると、支えるべき本人よりも、担い手であるほうの事情や理屈が優先されてしまい、サービスに本人の生活を合わせる事が当然のこととして押し進められていった。その結果として担い手の都合により、本人への支援の量や質などが決まってしまう、そのことが常態化してしまうこともある。

これまでのこのような経緯を振り返り、真ん中に据えるべきは本人であり、すべての支援は本人発で始まることが重要である。

「見える化」とは、この介護保険サービスを提供していない、いわば一人の時間であり、自宅での時間の把握である。一人の時間、家族と一緒に時間が不安なく過ごすことができればいいのである。

## 2.7 普段を知ることと変化の察知（予後予測）

予測していない出来事が起こり、その出来事への対策・対応がわからないと、不安に感じ負担感も増す。あらかじめ予測して、それを受け入れる気持ち（覚悟）や対処法をあらかじめ決めておくことは安心感につながる。

「このまま家で最期まで看たいです」とつい先日の話し合いでは言っていた家族が「もう無理」と急に言ったり、昨日まで仲良くしていると思っていた嫁と利用者が「もう一緒には住めない」と言ったり、自宅での生活を応援してくれていた近所の方から「早く施設に入ったほうが幸せ。近所も困る」と言ったり、思いもよらな



い周囲からの反応や言葉は多々ある。

これらの多くは、予期せぬ出来事や困りごとがあつて、それに対する効果的な対応ができなかったり、一時的に負担が増大したり、将来に対する漠然とした不安が募ったりすることで起こるものだと推測される。

だからこそ、私たちは予後予測をたて、あらかじめ周囲への周知や対応策などの合意形成は必要である。予後予測とはすべてのリスクをつまびらかにするということではない。支えている家族・介護者や周囲の状況で伝えるべき予測や、決めるべき内容も変わる。

予後予測をたてる視点として求められるものは、以下の視点である。

- ①経験や知識から考えられるもの
- ②普段違う行動から考えられるもの
- ③カンファレンスや多職種から得られた情報から考えられるもの
- ④家族など私たちが関わっていない時間から得られた情報から考えられるもの
- ⑤固定観念（①だけ）ではなく、新しい発想や広い視点から考えられるもの

予後予測を立てるためには本人の普段を知っていないとできない。

普段を知るということは本人の能力、できること、できないこと、支援が必要であればできることなど、関わっていない自宅での時間に何をしているのか、何を大切にしているのかなどを知っていることである。

## 2.8 記録の目的と記録項目

小規模多機能型居宅介護の職員が担う支援範囲は、生活、介護・医療など広い領域にまたがっている。また、自宅と事業所、元気な頃から看取り期までといった広範囲で長期間の生活状況を、「通い」「訪問」「宿泊」サービスを駆使して24時間365日を支えることが期待されている。

しかし、その可能性を実現するためには、小規模多機能型居宅介護の職員は、ADL、IADL に関することからQOLに関するまで、利用者が日常生活を営む上での困難さを幅広く捉える視野と、家族・介護者、医療従事者などその他の援助者が支援に必要とする情報を見極め伝える力が必要になる。そのためにも現状とその変化の記録を蓄積して支援に活かすことが大切になってくる。

それらの記録は、利用者の日常生活の「今」を克明に記し「これから」の対策を考える上での貴重な材料になる。記録にはライフサポートワークにおけるライフの3つの視点である「生命」「生活・暮らし」「人生」に関連する項目は、少なくとも支援を開始した時点から継続して記録することが大切である。

## 2.9 「生命」体の健康を支えるための記録

- 疾患の管理・受診に関すること（受診時に主治医に伝達する日々の健康状態、バイタルサイン、異変時の症状・発生状況・経過、本人・家族の病気に関する思いなど）
- 内服薬の確認（服薬確認、服薬時に服薬拒否、服薬後の異変などがあつた際の状

況など)

- 排泄状況の確認（排便の有無、便の状態、本人の訴えの有無とその内容、臀部の皮膚状態、尿量、排尿回数など）
- 栄養管理（食事摂取量、水分摂取量、食事の摂取状況[むせがある場合、嚥下状態に異常があった場合、拒否の有無]、嗜好に関する発言など）
- 口腔内の確認（口腔ケアの実施確認、口腔内の状態の変化など）

## 2.10 「生活・暮らし」「人生」日々の暮らしを支えるための記録

- 嗜好、意欲に関すること
- 普段の生活状況、もともとの生活歴や性格を推し量ることができる発言
- 中核症状の状況、行動・心理症状の状態（不安・不安感・焦燥感・被害感、）
- 他の利用者との人間関係、本人の表情、心の支えになる人との関わりの状況
- 家族との関係性に関すること（家事・介護負担、経済面などの状況など）
- その他、地域住民の声など。

それぞれが異なる時間、場所での支援を担当する従来の在宅サービスでは、これらの項目について 24 時間を捉えた記録を残すことは難しい。24 時間 365 日を「通い」「訪問」「宿泊」サービスを駆使して支える小規模多機能型居宅介護だからこそ実施しやすいことであり強みでもあり、継続して記録に残すことが重要である。

## 2.11 記録する頻度

記録には定期的に確認して蓄積していくものと、適宜変化に応じて蓄積していく記録があるが、定期的に確認して蓄積する記録としては、少なくともバイタルサインのうちの体温や血圧、食事・水分の摂取量、排尿・排便の状況、体重の 7 項目は、軽度者、中重度者にかかわらず継続して記録する必要がある。

その理由は、軽度者であれば「生活・暮らし」「人生」の豊かさを維持・向上していくために、支援者とともに健康を意識する指標として活用することができる。

また、中重度者であれば、何らかの持病がもとで生活のしづらさにつながるリスクが軽度者以上に高まることが予測されるため、普段の平均的なバイタルサインなどを確認しておくことで、異常の早期発見や疾病の変化の発見に役立てることが考えられるからである。もちろん医療機関でもバイタルチェックは行われるが、受診時の状態を切り取った一場面の記録であり、日々の変化を継続的に捉えた記録ではないため、小規模多機能型居宅介護の職員が利用者の日常生活を継続して見守り、変化の兆しを捉えるために定期的に観察し記録することが必要ではないだろうか。

しかし、その頻度については、必ずしも全員の記録が毎日必要ということではなく、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスなどの提供時に確認し、体調不良などの異変がある時に測定頻度を増やすといった、個々の状態に沿った対応をするだけでも、利用者の心身面の異常の早期発見に役立つと思われる。また、軽度者であれば利用者自身が測定した結果を、可能な範囲で良いのでインタビューすることで、健康に対して職員と一緒に考える機会にもなるのではないだろうか。大切なこ

とは、バイタルサイン等の測定を行い記録する頻度を増やすことを求めているのではなく、利用者の気持ちを察するために言動などを記録に残すように、利用者の健康状態の変化を察するために体が発するサインも観察して記録に残す意識が必要ではないかということである。

この考えに対して「自宅で暮らしている高齢者はいつも測ったりはしない、施設ではないのだからその必要があるのか」といった意見や、「それらを測ることで医療従事者から行動を制限する指示が出ないだろうか」といった声もあるかもしれないが、それらの意見は論点が異なっているように感じられる。もちろん、経験を積み重ねた介護従事者であればこれまで関わった事例を振り返り、その記録の必要性の有無を判断して対応することも可能かもしれないため、そのような意見を全て否定するつもりはないが、小規模多機能型居宅介護が介護保険事業として一般化していく過程では、ライフサポートワークの理解が必ずしも十分ではない管理者や計画作成担当者、経験の浅い職員が従事することも考えられる。日頃から健康状態の観察を行い、多くの利用者の状態変化への対応の積み重ねがあるからこそ、その時々々の観察記録の必要性を判断するスキルが身につくのであって、このような条件の事業所では記録の必要性の有無を判断する以前の問題として、利用者の健康状態を観察する視点そのものが欠落しているのではないかと懸念される。

私たち小規模多機能型居宅介護の職員は職種にかかわらず専門職であって、専門職は提供する支援に対する根拠が必要であり、利用者の現状を的確に判断するために健康状態を正しく把握する必要がある。また、提供した身体介護や認知症介護に対しての記録が必要なように、利用者の健康状態を察するために観察した記録も必要と考えてしかるべきであり、それらの記録がない場合は、健康状態を推察する視点がないと言われかねない。ポイントは記録の必要性ではなく、現状を的確に把握して「本人が望む暮らしを実現するために、どのような支援が可能か」といった支援の方向性について、他職種間での共通認識を醸成するために、記録をどのように活用すれば良いかということではないだろうか。

## 2.12 記録の活用について

定期的に蓄積する記録は「これから」の対策を考える上での貴重な材料であり、身体機能の異常を早期に発見したり、認知症による行動・心理症状（BPSD）の予防及び軽減を図ったりするためのツールとして活用することはもちろんだが、介護従事者が提供する食事介助、排泄介助、入浴介助といった身体介護や認知症介護を提供する際のリスクマネジメントに活用することも可能である。

例えば介護施設での発生頻度が高い転倒事故であれば、その背景要因の一つとして身体状況や心理・精神状況といった利用者要因を考える際に、水分摂取量データを活用して脱水によるせん妄の可能性の有無、排便状況を記録したデータなどを活用して便秘や下痢などによる不快感から普段と違う行動を取った可能性の有無、バイタルサインのデータであれば、発熱による歩行の不安定が転倒につながった可能性がなかったかなどを推察するために活用し、不快感や不穏の軽減に努めることで、転倒のリスク要因を減らすための危険予知に役立てることができる。

また、利用者を取り巻く人々がコミュニケーションを円滑に進めるためのツールとして活用することも考えられる。先ほど挙げたリスクマネジメントの場面では、介護従事者が事業所内や自宅に訪問した際に測定した結果を伝え、考えられうるリスクを家族・介護者に伝えることでリスク・コミュニケーションを図り、利用者の在宅生活の安心・安全につなげることが可能になる。このような活動はリスク・コミュニケーションにとどまらず、家族・介護者との信頼関係作り・家族支援にも活用することができる。例えば送迎時や訪問時に通いサービスや宿泊サービス中の様子と、自宅での状況を職員と家族・介護者が相互に確認するために会話する材料にもなり、経験の浅い職員などにとっては家族・介護者との関係性を深める手助けになるのではないだろうか。

さらに看取り期であれば、身体状況を示す客観的な数値を用いることで、家族・介護者と専門職との認識のずれを減らすことで不安を軽減し、今後起きうる変化を家族・介護者が受容しやすくなるための手助けをする説明材料として活用できる。それにより残された時間を本人はもちろん、家族・介護者にとってもかけがえのない時間とするための支援に役立てられるのではないだろうか。

この他にも、医療従事者とのコミュニケーションツールとしても活用できるのではないだろうか。基礎資格が福祉職の計画作成担当者や介護従事者が医療職と連携をする際、利用者支援の視点が共有しにくいといった意見を聞くことがあるが、その連携の内容を確認すると、医療職が福祉職からの相談に答えるための判断材料となる日常の心身機能の状態（バイタルサインや認知機能の状態、普段の生活状況など）や、服薬管理の状況、食事水分の摂取状況などが十分に提供されていないように感じられることがある。このような場合にも「他職種がその専門性を活かすために必要な情報は何か」ということを考えて情報提供することで、援助方針を共有しやすくなることが考えられる。

これらのことから今回の研究事業では「（仮称）情報共有シートを活用した記録」を行うことで医療との連携が強化されるのではないかと考えた。

「（仮称）情報共有シートを活用した記録」では利用者の服薬状況・食事摂取状況・排せつ・水分量などを記録する。「（仮称）情報共有シートを活用した記録」の記入に大切なのは利用者の「変化」を見逃さないことである。また、BPSD や困りごとについて「改善につながる」利用者の状態を見逃さずに記録し、気が付くことがポイントとなる。

ここで言う変化とは悪い変化である。良い変化であれば好転していくので、その状況を継続していけばいいわけであるが、悪い変化であれば同じ関わりを続けることでさらなる悪化も予想される。そこで、何に気が付けばいいかという「改善につながるヒント」が何かないかということである。

何が「改善につながるヒント」となるのかは定かではない。そのためあらかじめカンファレンスによって BPSD や困りごとについて悪化の要因分析をし、利用者の何に特に注意しておくかを決めておく必要がある。その決められたことについて記録していく中で、悪化の要因分析が正しかったのか、そうでなかったのか、他に悪化の原因が考えられないかなど検討していく。

【仮称】情報共有シート01B 生活と身体状況記録表

平成 年 氏名 性別 要介護度( ) 体重 (kg) 年 月 日現在( ) 施設 名 施設 種 別 前後-施設

本人の目標

体温

記録状況

食事状況

食事の種類

排泄

水分(量)

入浴

場所

睡眠時間

本人の心情

【仮称】情報共有シート01B 生活と身体状況記録表

平成 29年 氏名 A 性別 要介護度( 4 ) 体重 52 kg 1128cm 0月 5日現在( ) 施設

本人の目標 自宅以外の場所でも安心して、生活を送る事が出来る。

体温 7 / 2 日) 内服した時間帯に○を付ける。「○」は食前薬、「△」は食後の薬。

記録状況

食事状況

食事の種類

排泄

水分(量)

入浴

場所

睡眠時間

合計

特異等の施設とは違い、在宅では食事の栄養バランスにばらつきが生じるため、何を食べているかを具体的に記す事で栄養状態の確認が行える。具体的に選んだものを記入することで、好き嫌いを知る事や味覚障害、味覚減退を横断する際の補強となる。

入浴多しな場合はここに記入。入浴を拒否した場合は「入浴拒否」体調不良と記入。

排便は左側の記号を組み合わせて記入。「○」は「トイレで多量」という意味。「△」は「トイレで少量」という意味。「拒」は「トイレで多量」という意味になる。拒否された場合は「拒」と記入。バッド交換した場合は「バ」と記入。


排便も左側の記号を組み合わせて記入。「A○」は「普通便(普通量)」、「B○」は「軟便(多量)」となる。

自宅とそれ以外の場所での状態の変化を知る。

睡眠時間を知らせるため、眠った時間と起床した時間を記入する。眠れていない日と眠れていない人の体調の変化を把握するためのきっかけとなる。

(出典：全国高齢者ケア研究会)

2.13 カンファレンスと多職種連携



**認知症カンファレンスシート**

基本情報

身体的要因（認知症のタイプ、既往歴、服薬状況、健康状態）

精神的要因（関わりなど）

環境的要因（居心地など）

仮説と具体的なケア方法  
(出典：全国高齢者ケア研究会)

記録や記録を基にしたカンファレンスはケアの質の向上にも寄与する。介護現場においては「経験学習モデル・内省的思考・リフレクション」を活用することが必要である。経験を学習に変え、起きていることや課題をなくすのではなく、それらを解決するシステムを作り出し、精度を上げることが求められる。

課題を含む経験を用いて、個人を成長させ、チームを強くすることが個人やチームの課題解決能力を高めていくことになるのである。つまり「個々の職員の能力の向上」と「チーム力の向上」に資することに繋がるのである。

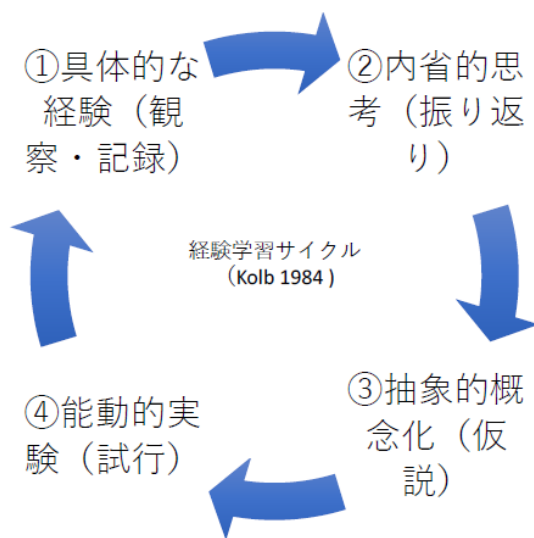
支援を行うなかで様々な課題に直面する。例えば、食欲がない、他者への暴力的な行動、繰り返しの転倒、不眠や落ち着きがないなど、これらの課題について観察と記録を行い、その記録や観察を通して、課題（なぜそのようなことが起きているのか）の要因分析を行う。

要因分析を行うには、記録から課題の原因となることを読み解くための知識（最低限の認知症の知識や、服用している薬の作用、生理的な知識など）が必要となる。それらを一人で考えるのではなく、チーム（複数人・多職種）で検討することが大切である。

1人のものの見方や思考には限界があり、職種や経験値、人生観や価値観によって物事を多面的にとらえることが難しい場合もある。複数人もしくは多職種で検討することで、幅広い分析や視点から複数の仮説を考えることができるのである。



- 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 具体的経験とは、「個体が現有能力を超え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視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。

※コルブ (D. A Kolb) 経験学習モデル (1984 年) を介護現場に合わせて表現したもの

生活を支えることは「これが正解」といった手段や方法が常に存在するとは限らない。その時々によって利用者の心身の状況や環境も違うからである。一つの対処法を獲得すれば解決するというにはならない。そのために多面的な視点やかかわりが不可欠となる。一人ではなくチームで考えることで、自身にはない思考や価値観に気づくことも少なくなく、それらをチームで共有することで個々のケア力の向上にもつながっていくのである。

## 2.14 小規模多機能型居宅介護におけるもうひとつのカンファレンス「軒下会議」

小規模多機能型居宅介護の職員は関わっている時間をとおして関わっていない時間を見ようとしている。そこには利用者を知りたいという思いがあり、だからこそ気になり、気にかける。利用者が自分たちと関わっていない時にどうしているのか、今この時間をどうしているのか、体調面に変わりはないか、不安に感じていることはないだろうか、家族や近隣の人たちと上手くやっているだろうかと気にかけている。

だから、訪問に向かう途中もすれ違う近所の方の顔ぶれや表情を気にかけて、玄関を開けた瞬間のご家族の顔色や声の調子も重要な情報源になり、その先にいる本人の状態に思いを馳せる。

また、利用者自身は何も力を持ち合わせていないかと言うと、そうではない。介護や手助けが必要な利用者は一見何も持ち合わせていない弱い立場のように見えるが、大きな力を持っている。それはこれまでの人生の中で培ってきた友人や知人、

近隣といった本人を気にしてくれる人たちが本人の人間関係における財産である。

元気なときはお互いがそれぞれの力で行き来し、交流することができた。しかし介護が必要になったり、心身の機能が低下したりする中でかかわる機会が減ることによってこれまでの関係が薄れてしまうのである。しかし、身近で気にかけてくれる人たちはいる。しかも周囲に「助けられている」と気づかれないようなそっとした支援もある。また、数人の方々が気にかけて、支援していたとしても、お互い知らなかったり、知っていても深入りしない距離感をもった支援もある。

そういった関係をつなぐことは自分自身の存在を感じたり、取り戻したり、誰かのために何かをしたい、他者に受け入れられている、どこかに所属しているなど、承認されたり、所属している欲求が満たされる。人と人のつながりは生きていく上で欠くことの出来ない重要な力なのである。この繋がり力＝関係力は、根拠性が低く、現実的には目に見えにくいいため見落としがちであるが、この関係力を丁寧に紡ぎ、生かし、本人中心のネットワークを構築するメンバーが「軒下マップ」に表され、その井戸端での話し合いの作業が「軒下会議」である。

軒下会議とは、これまでの専門職が集まって行うサービス担当者会議や地域ケア会議とは違い、本人を気遣う人や知っている人、心配してくれている人たちと、以前の暮らしを大切に考え、お付き合いされている方の軒先を必要な都度周り、井戸端会議の延長のような形で「気になることはないか」「気になることがあればいつでも連絡を」など関係が途切れないように糸を紡いでいく過程のことである。

自宅や地域での暮らしの継続は、介護サービスだけではなく、それまで本人が培ってきた環境（人・場所・物・機能）の糸を紡ぎ直すことが重要である。

「つなぐ」とはネットワークを作ることであり、基礎となる資源は地域の中に多く存在している。しかし「地域の資源（人・場所・物・機能）」の中には隠れているものも多くあり、草の根的にひっそりと活躍しているものもある。

軒下会議では、地域にある資源を発掘したり、現状の資源をもっと多くの人が利用できるように発展させたり、新たな資源を作りだし、それぞれが効果的に活動できるようにネットワークを作るなど効果もある。また、本人を中心として、これまで本人が培ってきた資源が有効に活用されるよう検討する場「個別の地域ケア会議」でもある。その場では、本人を昔から知る人たちが本人の思いを代弁してくれる場にもなる。よって、地域の一人ひとりの顔が見える範囲で行われる。この会議は軽度者のみならず、中重度者になって健康状態や認知症の混乱が深まった状況でも、自宅や地域での生活を継続するために必要なつながりである。したがって本人の思いを理解する必要なつながりであり、本人から見て一番身近で信頼のおけるメンバーでの会議である。





して、自分に残された時間を認識していく。このようななか、身体的にも不自由になり、周囲の都合で居場所を変えられ、そこでまた新たな出会いで関係を作らざるを得ない状況での不安感や負担感は、計り知れない。そしてそれは介護する家族・介護者も同様である。

小規模多機能型居宅介護の強みは身体的に元気なうちから出会い、その本人の暮らしの変化にお付き合いしながら、その方とともに歩むことができることである。悲しいこと、苦しいこと、楽しいこと、嬉しいことも一緒にいるからこそともに感じることができる。身体的に重度化し自分の言葉で伝えることができなくなった時にはなおさら、これまで一緒に過ごしてきた日々をともに振り返りゆっくりとした時間を過ごすことがかけがえのないものとなる。

「安心」とは先が見えること、わかることである。つまり、これまで一緒に過ごしてきた家族・介護者や介護従事者がそばにいてくれることが、何よりも安心した暮らしにつながるのではないだろうか。特別な設備や施設ではなく、誰がどのように、そばに一緒にいてくれるかが大切である。

小規模多機能型居宅介護というツールをきっかけとして、その人の人生劇場の最終章に立合えることに感謝し、我々自身がそこから逃げることなく、諦めることなくそこに居続けることが求められている。

# 第3章

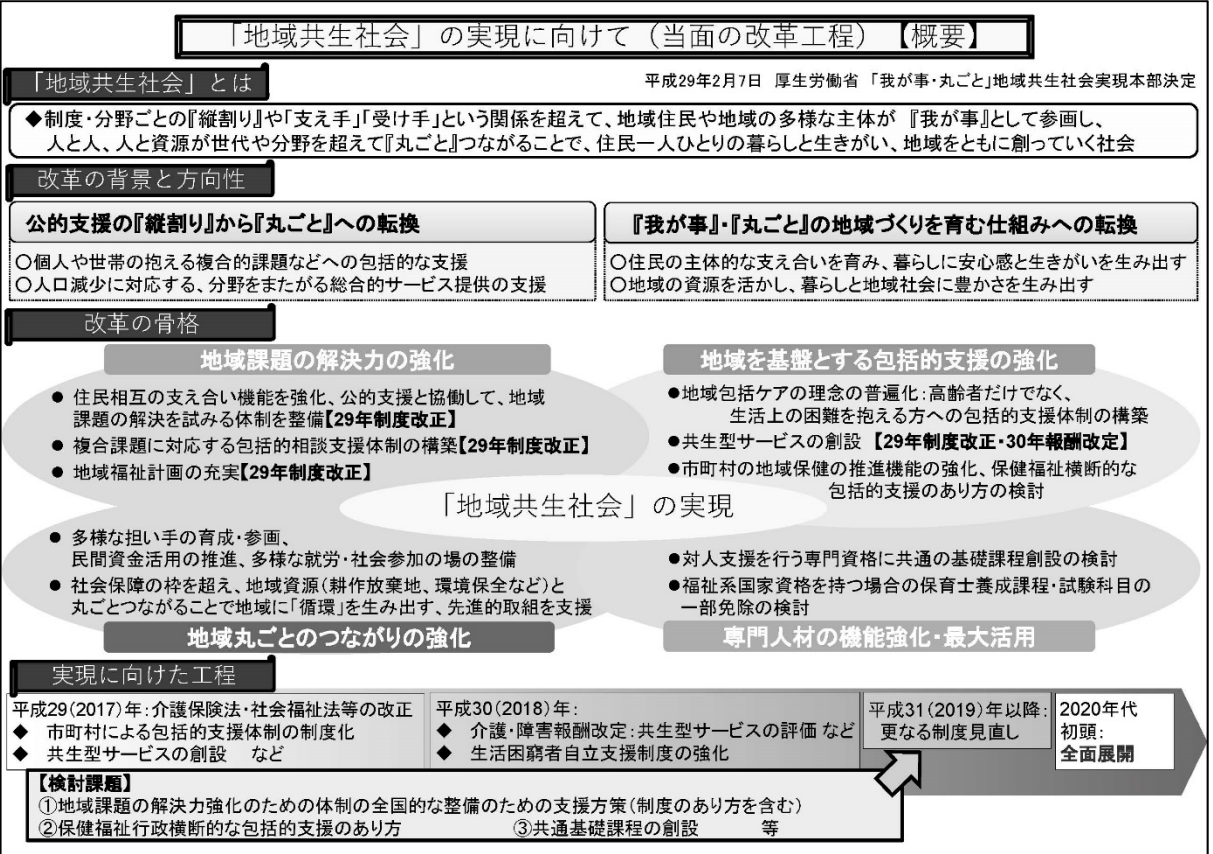
## 小規模多機能型居宅介護の実践を生かす日常生活圏域支援

（共生ケアのあり方）



# 1. 日常生活圏域を支える小規模多機能型居宅介護の現状

小規模多機能型居宅介護を取り巻く環境として「地域共生社会」がまず挙げられる。平成29年2月7日に厚生労働省において「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部により決定されたもので、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会と定義されている。



出典：厚生労働省老健局（2017年）

また、地域包括ケアシステムを深化・推進していくため、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」を第193回国会に提出し、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図ることを明記している。その中でも、社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法を網羅的に取り組むことができるよう市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化を謳っている。先駆的市町村においては高齢分野における地域包括支援センターと、子ども分野における母子健康包括支援センター（子育て世代包括支援センター）、障害分野における基幹相談支援センター（障害者相談支援事業）、生活困窮者支援など総合的に受け止めることのできる窓口を、圏域をベースとしながら設置する動きへつながりつつある。

このように利用者の課題を個別の問題として捉えるのではなく、明日は我が身と捉え、解決に向けた取り組みとしてともに地域ぐるみで考えていく方向性が打ち出されている。

### 1.1 本人を支えるために2つの支援

小規模多機能型居宅介護においても、本人中心、利用者主体の支援はもちろんであるが、本人を支えようとする本人の一番身近な家族が課題を抱えている場合もある。子育てと介護のダブルケアに悩む嫁、要介護の母親と二人暮らしの精神疾患のある息子、同居する孫の知的障害など、世帯の中で両者が生きづらさを抱えているようなケースも数多く存在する。本人の生活を支えようと思うと避けて通れない家族の抱えている課題である。今回の調査でも72.8%（1,430事業所）が登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題の相談があったと回答している。相談件数としても事業所当たり平均4.37件となっており、一定数の相談があることがうかがえる。

表 2.8-1 複合的な課題についての相談の有無

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①ある	1,430	72.8%	1,708	81.6%
②ない	453	23.1%	321	15.3%
③把握していない	80	4.1%	65	3.1%
回答数	1,963		2,094	

表 2.8-2 相談件数

	(平均値)	
	2017年	2016年
相談された件数【人（世帯）】	4.37	4.69

当初より小規模多機能型居宅介護においては「家族支援」という言葉を使い、本人を支えるチームの一員として家族の抱える課題にも目を向けてきた。制度化初期の頃は、同居家族が通院の付き添いができないため職員が対応したり、ご近所の商店で認知症のためお金を払わずに持ってきてしまった商品を返しに行ったりと、家族の役割を肩代わりするような家族支援も多かった。利用者に深く関わればかかわるほど家庭内が良く見渡せ、家族のしたいけどできないという声や困りごとをサポートしていくことが本人支援につながる家族支援であった。

昨年度より調査内容を多岐に設定し調査したところ、家族の代替え機能としての家族支援から家族そのものが抱える支援も多いことがわかってきた。最も多くの回答があったものは「(4) 家族関係・家族の問題」で72.2%、次いで「(3) 介護者の病気」が61.8%、「(1) 経済的困窮」が56.0%などとなっている。また、「(7) その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）」の相談も36.8%と少なくない。

表 2.8-3 複合的課題の相談の内容（複数回答）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
(1) 経済的困窮	795	56.0%	1,071	56.3%
(2) 就職活動困難	74	5.2%	121	6.4%
(3) 介護者の病気	878	61.8%	1,126	59.1%
(4) 家族関係・家族の問題	1,025	72.2%	1,469	77.2%
(5) ダブルケア（介護と子育ての両立）	264	18.6%	341	17.9%
(6) 住まいの不安定	197	13.9%	255	13.4%
(7) その他メンタルヘルスの課題 （うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）	523	36.8%	764	40.1%
(8) 家計管理の課題	216	15.2%	305	16.0%
(9) 就職定着困難	55	3.9%	63	3.3%
(10) 就労継続	103	7.3%	138	7.2%
(11)（多重・過重）債務	47	3.3%	72	3.8%
(12) 障害（手帳あり）	134	9.4%	194	10.2%
(13) 障害（疑い）	82	5.8%	93	4.9%
(14) 社会的孤立（ニート・引きこもり）	117	8.2%	122	6.4%
(15) コミュニケーションが苦手	103	7.3%	157	8.2%
(16) 中卒・高校中退・いじめ	5	0.4%	11	0.6%
(17) 能力の課題（識字・言語・理解等）	44	3.1%	103	5.4%
(18) 生活習慣の乱れ	155	10.9%	235	12.3%
(19) DV・虐待	168	11.8%	241	12.7%
(20) けが	52	3.7%	84	4.4%
(21) 刑余者	10	0.7%	9	0.5%
(22) 自死企図	21	1.5%	33	1.7%
(23) 不登校	10	0.7%	11	0.6%
(24) 非行	0	0.0%	2	0.1%
(25) 被災	12	0.8%	29	1.5%
(26) その他	43	3.0%	68	3.6%
回答数	1,420		1,904	

※ ■ は50%以上の割合を表す。

孫が知的障害を抱えるケースでは、高齢者（利用者）は小規模多機能型居宅介護を利用し、孫は障害福祉サービスを利用する。孫の送迎時間と小規模多機能型居宅介護の通いの送迎の時間が重なり、家族は両者の対応を求められる。さらにサービスを利用する中でのカンファレンスやモニタリングなどもそれぞれ行われることになることから、家族は二重の対応となる場合もある。

このような場合、送迎も二度、対応も二度とならないよう、1か所の事業所がお二人とも支えられるような仕組みに対応するサービスが求められる。ましてケアのあり方も高齢者と孫を切り離して考えるのではなく、家庭内での生活リズムや担っている役割など、共通してかかわることによる相乗効果も大きいことから、世帯を丸ごと支えるための支援が求められる。世帯を丸ごと支えるための小規模多機能型居宅介護における共生型サービスの一つの形である。

一方、小規模多機能型居宅介護が日常生活圏域ごとに公募・指定されている特徴から、圏域を支えるサービスとしての期待が高まっている側面もある。特に社会資源が乏しい地域では、その地域事情やニーズにより学童保育を実施していたり、障害系の

サービスを提供している事業所、認知症カフェや地域食堂を取り組んでいる事業所もある。いわば地域の拠点化である。

今回の調査でも、地域からの相談が持ち込まれたケースが 61.1% (1,212 事業所) と回答しており、地域からの期待の高さが現れている。相談件数も年間で「1~10 件程度」が 93.9% (1,109 事業所) を占めているおり、さらに 10 件を超える相談を受けていた事業所も 5.0% (59 事業所) ある。

表 2.8-5 地域の方からの相談等の持ち込み

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①あった	1,212	61.1%	1,425	66.3%
②なかった	663	33.4%	644	30.0%
③把握していない	110	5.5%	83	3.9%
回答数	1,985		2,148	

表 2.8-6 地域の方からの相談等の持ち込み件数 (年間)

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
なし	—	—	550	27.8%
1~10件程度	1,106	93.9%	1,315	66.6%
10~30件程度	59	5.0%	103	5.2%
31~50件程度	7	0.6%	3	0.2%
50件以上	6	0.5%	4	0.2%
回答数	1,178		1,975	

運営推進会議の議題においても、「地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題」が 83.3% (1,677 件)、「事業所と地域の情報交換の場になっている」70.4% (1,418 件)、「登録者のケース以外の地域課題」33.0% (665 件)、「登録者のケース以外の地域課題に対する取組み・活動」27.6% (555 件) など、地域から寄せられたり、地域とともに考えるテーマが議論されていることがわかる。

表 2.2-4 運営推進会議の議題

	該当数	割合
①利用者のケース	1,383	68.7%
②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告	1,947	96.7%
③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題	1,550	77.0%
④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題	1,677	83.3%
⑤メンバー同士の情報交換	1,452	72.1%
⑥地域・事業所での行事検討	1,295	64.3%
⑦登録者のケース以外の地域課題	665	33.0%
⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取組み・活動	555	27.6%
⑨事業所のサービス評価に関すること	1,568	77.9%
⑩事業所と地域の情報交換の場になっている	1,418	70.4%
⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している	237	11.8%
⑫その他	74	3.7%
回答数	2,014	



ここで注目したいのは、「(36)近所に心配な人がいる」が46.4%と最も多くある一方で、「(26) ボランティアしたい」24.8% (295 事業所)、「(27) 事業所で働きたい」17.0% (202 事業所)、「(28) 事業所で実習したい」9.7% (115 事業所) といった参加や活動とったポジティブな相談も一定数あることが興味深い。

表 2.8-7 地域の方からの持ち込み相談等の内容 (複数回答)

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
(1) 経済的困窮	173	14.5%	207	14.1%
(2) 就職活動困難	16	1.3%	17	1.2%
(3) 介護者の病気	260	21.8%	372	25.4%
(4) 家族関係・家族の問題	341	28.7%	419	28.6%
(5) ダブルケア (介護と子育ての両立)	52	4.4%	78	5.3%
(6) 住まいの不安定	85	7.1%	87	5.9%
(7) その他メンタルヘルスの課題 (うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など)	108	9.1%	183	12.5%
(8) 家計管理の課題	41	3.4%	38	2.6%
(9) 就職定着困難	11	0.9%	14	1.0%
(10) 就労継続	16	1.3%	25	1.7%
(11) (多重・過重) 債務	10	0.8%	11	0.8%
(12) 障害 (手帳あり)	31	2.6%	42	2.9%
(13) 障害 (疑い)	28	2.4%	26	1.8%
(14) 社会的孤立 (ニート・引きこもり)	58	4.9%	71	4.9%
(15) コミュニケーションが苦手	14	1.2%	19	1.3%
(16) 中卒・高校中退・いじめ	2	0.2%	6	0.4%
(17) 能力の課題 (識字・言語・理解等)	9	0.8%	17	1.2%
(18) 生活習慣の乱れ	46	3.9%	82	5.6%
(19) DV・虐待	45	3.8%	69	4.7%
(20) けが	19	1.6%	27	1.8%
(21) 刑余者	3	0.3%	1	0.1%
(22) 自死企図	6	0.5%	11	0.8%
(23) 不登校	9	0.8%	7	0.5%
(24) 非行	2	0.2%	3	0.2%
(25) 被災	11	0.9%	18	1.2%
(26) ボランティアしたい	295	24.8%	358	24.5%
(27) 事業所で働きたい	202	17.0%	234	16.0%
(28) 事業所で実習したい	155	13.0%	205	14.0%
(29) 介護や福祉の勉強をしたい	115	9.7%	170	11.6%
(30) 小中学校からの慰問	198	16.6%	265	18.1%
(31) 見学・視察	550	46.2%	738	50.4%
(32) 地域行事への協力依頼	448	37.6%	574	39.2%
(33) 町内会・自治会等の自治組織への加入	111	9.3%	189	12.9%
(34) 災害時について	190	16.0%	246	16.8%
(35) 介護保険の話をしてほしい	391	32.9%	573	39.2%
(36) 近所に心配な人がいる	552	46.4%	616	42.1%
(37) 近所に迷惑をかける人がいて困っている	171	14.4%	228	15.6%
(38) 何かしたいが何をしたいかわからない	67	5.6%	80	5.5%
(39) その他	68	5.7%	88	6.0%
回答数	1,190		1,463	

※ ■ は40%以上の割合を表す。

上記のような持ち込まれた相談に対して、「何らかの取り組みを行っている 1,558 事業所の取り組み内容としては、「⑫介護相談」が 43.0%で最も多く、次いで「地域の清掃活動」が 42.4%、「③認知症の勉強会・啓発事業」が 29.7%などとなっている。

表 2.8-8 事業所のある地域に対する取り組みの内容（複数回答）

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
①登録者以外のサロン	333	21.4%	356	21.4%
②地域資源マップ作り	113	7.3%	112	6.7%
③認知症の勉強会・啓発事業	463	29.7%	549	33.0%
④介護講座（事業所にて）	225	14.4%	281	16.9%
⑤介護講座（事業所以外）	274	17.6%	284	17.1%
⑥認知症カフェや喫茶、食堂	355	22.8%	323	19.4%
⑦銭湯（浴室の解放）	26	1.7%	24	1.4%
⑧地域の清掃活動	660	42.4%	704	42.4%
⑨ボランティア養成講座の開催	48	3.1%	45	2.7%
⑩地域の団体・サークルの事務局	50	3.2%	52	3.1%
⑪登録者を支えるボランティアの募集	211	13.5%	241	14.5%
⑫介護相談	670	43.0%	784	47.2%
⑬登録者以外の行方不明者の捜索（日中）	198	12.7%	218	13.1%
⑭登録者以外の行方不明者の捜索（夜間）	50	3.2%	58	3.5%
⑮その他	191	12.3%	175	10.5%
	<b>回答数</b>	<b>1,558</b>	<b>1,662</b>	
していない（無回答）		462 22.8%	543 24.6%	

※      は40%以上の割合を表す。

小規模多機能型居宅介護に持ち込まれている相談では、世帯内の相談と地域の相談との2つの側面から考察することができる。小規模多機能型居宅介護の取り組みが、世帯内への支援と地域に向けた支援の方向性が求められていることがわかる。

## 2. 共生型サービス

### 2.1 共生型サービス

共生型サービスと言えば、子どもから高齢者まで、障害があっても誰もが地域で当たり前暮らし実践として宅老所を出発点に実践が積み上げられてきたのが共生型のケアである。その呼び方も地域によってさまざま、富山では「富山型デイ」、長野県では「宅老幼所」、佐賀県では「ぬくもいホーム」と呼ばれ、様々な実践が各地で展開されている。

そこで行われている共生ケアは、生活の場をともにするだけの混合的な意味だけでなく、同じ地域に住む一員として人と人とのかかわりの中で生活を送ることが特徴である。

共生型のケアの実践としては「富山型デイ」が有名である。1993年に開設された「このゆびと一まれ」を出発点に、通所介護（デイサービス）をベースに、誰でもいつでも利用できるサービスを目指してきた。高齢者、障害者、子どもという年齢や障害によってサービスや生活の場が区切られるのではなく、横断的な居場所として取組まれ

てきた。小規模多機能型居宅介護においても前述の富山県や長野県では小規模多機能型居宅介護に移行したケースもある。

このたびの共生型サービスでは、「訪問」「通い」「宿泊」「相談」の各機能を生かした共生型サービスの提案をした。しかしながら共生型サービスとして位置づけられたのは「通い」「宿泊」を活用したサービスのみ落ち着いた。

共生型サービス 現行のサービスの対比と追加検討のサービス・支援等					
(介護給付費分科会第142回 H29.7.5 資料4-6P一部抜粋)					
分類	介護保険サービス		障害福祉サービス等		
ホームヘルプサービス	訪問介護	⇔	居宅介護 重度訪問介護		
デイサービス	通所介護 (地域密着型含む)	⇔	生活介護 自立訓練(生活・機能) 放課後等デイサービス 児童発達支援		
	療養通所介護	⇔	生活介護 放課後等デイサービス 児童発達支援		
ショートステイ	短期入所生活介護 (予防含む)	⇔	短期入所	追加頂きたい支援	
「訪問」「通い」「泊り」「相談支援」を組み合わせを一体的に提供するサービス ※障害福祉サービスにはない	小規模多機能型居宅介護 ※看護小規模多機能型居宅介護	訪問 ⇒	居宅介護 重度訪問介護	移動支援 行動援護・同行援護 (※研修の義務付け)	利用者の利便性
		通い ⇒	生活介護 自立訓練(生活・機能) 放課後等デイサービス 児童発達支援		
		泊り ⇒	短期入所	本体・サテライトの緩和	効果的運用
		相談 ⇒		特定相談支援 障害児相談支援 (※研修の義務付け)	担い手・事業所が少ない。包括的支援

平成30年改定の結果

共生型サービス 平成30年改定における「共生型サービス」				
分類	介護保険サービス		障害福祉サービス等	
ホームヘルプサービス	訪問介護	⇔	居宅介護 重度訪問介護	
デイサービス	通所介護 (地域密着型含む)	⇔	生活介護 自立訓練(生活・機能) 放課後等デイサービス 児童発達支援	
	療養通所介護	⇔	生活介護 放課後等デイサービス 児童発達支援	
ショートステイ	短期入所生活介護 (予防含む)	⇔	短期入所	
「訪問」「通い」「泊り」「相談支援」を組み合わせを一体的に提供するサービス ※障害福祉サービスにはない	小規模多機能型居宅介護 ※看護小規模多機能型居宅介護	訪問 ⇒		
		通い ⇒	生活介護 自立訓練(生活・機能) 放課後等デイサービス 児童発達支援	
		泊り ⇒	短期入所	
		相談 ⇒		

### 3. 運営推進会議を活用したサービス評価

#### 3.1 運営推進会議を活用したサービス評価

運営推進会議の実施頻度は、制度創設当初より5回～6回で9割近くに上り、ほとんどの事業所が定期的に運営推進会議を開催している。サービス評価の実施状況も8割程度の事業所が自己評価及び運営推進会議における評価を取り組んでおり、平成27年改定で評価機関による外部評価からのシステム変更も一定定着している姿が明らかとなった。

表 2.2-2 運営推進会議の実施頻度

	該当数	割合
① 7回以上	90	4.5%
② 6回	1,661	82.8%
③ 5回	101	5.0%
④ 4回	59	2.9%
⑤ 3回	52	2.6%
⑥ 2回	18	0.9%
⑦ 1回	19	0.9%
⑧ 0回	6	0.3%
回答数	2,006	

表 2.2-6 サービス評価の実施状況

	2017年		2016年	
	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	1,509	76.1%	1,659	77.7%
④ 実施していない	147	7.4%	150	7.0%
⑤ 外部評価機関によるサービス評価を実施した	337	17.0%	393	18.4%
回答数	1,982		2,134	

表 2.2-7 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

	2017年		2016年	
	該当数	割合	該当数	割合
① 市町村が参加	931	48.6%	1,034	50.3%
② 地域包括支援センターが参加	1,319	68.9%	1,404	68.4%
③ どちらも参加していない	288	15.0%	330	16.1%
回答数	1,914		2,054	

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も、どちらも参加していない15.0%を勘案すると、85%程度の事業所でいずれかが参加し、運営推進会議のメンバーとともに評価に取り組んでいる姿が明らかとなった。

## 4. 小規模多機能型居宅介護における「共生」とは

### 4.1 小規模多機能型居宅介護における「共生」とは

このたびの平成 30 年の介護報酬改定において、障害福祉サービスと介護保険サービスとを組み合わせたモデルとして共生型サービスが創設された。当初、本会で提案したような通い・訪問・宿泊を一体的に提供できる仕組みにはならなかったが、共生型サービスが制度化されたことの意義は大きい。しかしながら、共生型サービスを小規模多機能型居宅介護が持つ多機能性を生かしたサービスとしていくには、まだまだ課題も多い。

今回の改定において小規模多機能型居宅介護では訪問機能を活用した訪問系サービスが除外された。小規模多機能型居宅介護における利用については、事業の特性上、登録制を取っている。通いや宿泊はその利用定員内で障害福祉サービスも提供するような考え方もできるため、登録という定義に関係なく、それぞれの利用定員の空き状況によってサービスを利用することができるが、訪問については、利用定員という概念が存在しないため、1日あたりの訪問サービスの利用件数が決定しにくい特徴がある。また訪問介護事業所のように、ホームヘルパー2級や介護福祉士といった資格要件が小規模多機能型居宅介護にはないため、障害福祉サービスの人員基準と共通性がないことも「訪問」を活用したサービス提供をするためには検討しなければいけない。よって今回は、小規模多機能型居宅介護の「訪問」を活用する案が除外された可能性が高い。今後、さらに小規模多機能型居宅介護における共生型サービスのあり方について、障害福祉サービスの包括報酬化なども含め、検討が必要であろう。

また前述のとおり、資源の少ない地域では、日常生活圏域での唯一の福祉サービス事業所として、複数の機能（高齢、障害、児童等）を有し、地域の福祉拠点として日常生活圏域を「面」として支えるあり方を求められている一方、世帯を支えるような利用者を核とした「個」を中心とした世帯まるごと支援するあり方など様々なコンセプトで支援を展開する事業所も今後増えてくるであろう。そもそも共生型サービスについては、全国の小規模多機能型居宅介護が一律に次なるトレンドとして取り組めばよいというものではない。対象者の違いにより求められる基礎知識の違いや体制、経験など、始めようと思ったからすぐに始められるものではない。地域の実情、事業所の状況、様々な要素を勘案し、取り組める事業所が少しずつ取り組んでいくことが良いであろう。

これからの小規模多機能型居宅介護が目指す共生は、障害福祉サービスと介護保険のコラボレーションだけでなく、一億総活躍社会や地域共生社会で謳われているとおり、住民一人ひとりが役割や生きがいを持つ社会を実現するための拠点を目指すべきではないだろうか。先駆的な事業所は、認知症カフェや地域食堂に取り組んでいるところもあるが、多くは「介護」や「福祉」を充実させるための機能の一つと位置付けられている場合が多い。認知症カフェでは、認知症のある方やその家族が気兼ねなく相談できたり交流できる場として全国に根付き始めている。

制度創設当初より「運営推進会議」という地域とつながることを義務付けられた装置を手に入れ、さらに平成24年の改定ではサテライトの設置、平成27年改定では運営推進会議を活用した地域からの評価と、次々と地域に根付いた取り組みを実現すべく、生活と介護を切り離すのではなく、地域の中での生活支援拠点として介護サービスを提供する事業所へと変貌を遂げてきた。

これまで生活と介護という視点からはケア論で語られる場面が多くあった。ライフサポートワークで提唱してきたのも、A・マズローの示す5つの欲求説になぞられて、生理的欲求や安全欲求を満たす生活の下支えをする「介護」と、所属、承認、自己実現欲求を満たす「生活」を支える地域生活を充実させるためのかかわりがライフサポートワークの根幹としてあるためである。だからこそ、習慣や風習、ならわし、生きがい、就労などを支えるような社会とのつながりを持つ支援を積極的に行ってきた側面がある。

小規模多機能型居宅介護が創設されて12年目。これまで、利用者の自宅や地域での暮らしを第一に、その支援内容やサービス形態を利用者の生活に合わせる利用者主体のサービスとして実践してきた。介護保険が2000年に施行され、措置から契約へサービスのあり方は変化したものの、措置時代の三大介護重視や施設ケアを主体とした補完機能としての在宅サービスの域を脱しないケアのあり方は、大きく変わることはなかったからである。そもそも小規模多機能型居宅介護の創設は、新たな介護保険サービスの創設という側面よりもむしろ在宅の認知症高齢者の支援を中心とした新たなケアの必要性から生み出された。日本の高齢者介護のあり方を新たなステージへの導くためのケアのあり方であったからである。

よって「共生」に対する概念も高齢、障害の枠を超えたものだけでなく、利用者である地域の高齢者が、生きがいや役割を持つことのできる生活を支えるため、次なる多機能化の時期がきたのではないだろうか。今までの介護の多機能化に加え、認知症であっても障害があっても持っている力を発揮できるような仕組みを作るための多機能化である。野菜を作って売ること、地域食堂で持っている料理の腕前を披露すること、認知症で出かけることの多い方は地域の清掃活動、宅配サービスの配達員など担える方が担える役割を担うことができる。認知症状にレッテルを貼るのではなく、一人の人として利用者を捉え、持っている力をその強みと捉え、できる役割を担う。これまでの支援を受ける側という受益のみの対象者という捉え方から本人の持っている強みを発揮する場面や機会を見つけることができなかつた方という発想の転換とともに、「厄介な人」「何もできなくなった人」という認識のもと、地域から排除される仕組みを変革していくことである。生活を支えるために、利用者の持っているストレングスを生かす多機能化である。

そのためにはソーシャルワークの視点が欠かせない。本人と資源の連結である。この場合の資源とは、企業や団体、地域組織など多岐にわたる。人手を確保できない運送業者からすれば、若年性認知症の身体的にはお元気な利用者が荷物を配達してくれば、こんなに助かるところはない。見方を変えると、認知症のお年寄りが配達するこ

とで、認知症になると何もできなくなる人という理解から、認知症になってもできることがある人という認知症の理解も進む。24時間365日、常にだれかがいる事業所からすれば、過疎地の商店がなくなった地域で売店の営業もすることができるかもしれない。地域の困っている企業や商店と協働することにより、そのノウハウは専門家(企業)が担い、高齢者は社会の一員としての一翼を担う。それは高齢者だけでなく、障害のある方でも、地域住民であっても良い。まさに地域の困りごとをみんなで解決していくためのハブ(仲介)機能を小規模多機能型居宅介護が果たす。一方だけにメリットがある関係から、双方にメリットがあるwin-winの関係を仲介するのである。この部分では、障害福祉を実践してきた実践者の経験値は大きい。障がいのある方も働くことのできる作業や仕事を探し、就労を通じて本人を地域に戻す仕組みのプロフェッショナルである。介護保険においても、総合事業として虚弱高齢者や元気高齢者の活躍の場を模索する実践が始まっている。単に健康体操をするのではなく、社会に貢献する役割を担うことが一番の予防ではなかろうか。

認知症の高齢者になったからと言って社会貢献ができないわけではなく、また就労できないわけではない。連続した役割や業務を滞りなく行うことが苦手なだけで、できることもたくさんある。まさに1億総活躍の具現化である。その際に、介護保険サービスを利用しながら社会貢献したり就労することへのハードルがある。厚生労働省によれば平成23年4月15日に発出された介護保険最新情報vol.191において「若年性認知症施策の推進について」という文書の中で、サービス利用中の謝礼について通知が出されている。労働基準法第11条に規定する賃金に該当しない謝礼であれば、差し支えないと指摘されている。今後は障害福祉サービスの就労支援継続事業のA型のように賃金を得ることのでき、活躍できる認知症高齢者も出てくるかもしれない。さらなる実践の積み重ねが求められる。

大切なことはボランティアや有償の活動か、謝礼か賃金かではなく、誰もが社会に貢献できる社会活動を担うことができる取り組みを小規模多機能型居宅介護においても試行していくことである。

第2章にある中重度者を支える支援も重視する一方、軽度者や地域を活性化させる取り組みが利用者や地域だけでなく、職員も活性化させる。重度者支援に特化するとどうしても身体介護が中心になり、活動や参加の機会が減る。その結果、おのずと利用者に向ける視点も身体中心となりマズローであれば、5つの欲求のバランスを崩すことになる。

介護保険サービスは食事介助や排せつ介助、入浴介助のような身体的介護、買い物支援や調理支援などの家事支援など直接的にケアする支援である。これらマズローの5段階欲求の下層に位置する「生理的欲求」や「安心安全の欲求」を満たすため、言い換えれば人として生きるためには欠かすことができないものが多い。

そのため中重度者のケアにおいてはこれらの身体的なケアを提供する割合が多い。そして自ら体調の変化や異変を伝えることができない利用者に対しては、日ごとと違う変化を見逃さないために日々の身体的な管理を行う必要が出てくる。

軽度者においても同じで、中重度ほどではないが身体的な衰えや、IADL の低下などから直接的な支援、すなわち介護を受けて生活を維持する。

では、排せつや食事、入浴などのケアが行き届けば利用者は満足するのだろうか。答えは「否」である。

生きていくために最低限のケアは必要である。それと同時に「生きていることの意味」「生きがい」「役割」「頼りにされている」などマズローの5段階欲求における「所属と愛の欲求」「承認欲求」「自己実現の欲求」も必要なのである。これらは、軽度者は必要で中重度者になればADL、IADLとも低下するので必要ないというものではなく、その人のその時の状況に合わせて必要なことである。

「所属と愛の欲求」「承認欲求」「自己実現の欲求」には人との関係、つながりが必要不可欠である。家族のため、友人・知り合いのため、地域のため、社会のためなど自分以外のものとの関係において必要としたりされたりすることで自らの存在を感じたり考えたりすることができるのである。

地域には様々な人たちがいる。一人で生活ができず他者からたくさんの接点がないと生活ができない人たち。それは乳幼児・児童・障害者、要介護高齢者など年齢や体の状況で区別し、それぞれの特徴に合わせた支援ができるように制度が作られてきた。

共生社会、一億総活躍とはこれらの年齢や障害などに関係なく、それぞれができることを地域で行うことなのではないか。

直接的な支援という視点だけでみると「支える側」「支えられる側」という関係でしかない。そうではなく、暮らしや人生というプロセスの中では、互いに支えたり、支えられたりする関係性の中に、存在が力になったり、関わることで考えさせられたり、支え続ける過程で人と人が結ばれたりすることがある。目指すべき姿は、障害福祉サービスと介護保険サービスの単に組み合わせた共生ではない、社会活動や参加に目を向けた「共生社会の実現」を小規模多機能型居宅介護は目指すべきではないだろうか。



# 終章

## まとめ



今回の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。

※「独居（近居家族あり・なし）」＋「老夫婦世帯（配偶者と二人暮らし）」＝52.3%

※日常生活自立度：A1＋A2＝50.4%、認知症自立度：Ⅱb＋Ⅲa＝46.1%

※要介護度：要介護1、2＝50.8%

一方、要介護3、4、5の利用者も合計で38.2%と経過年数とともに増加傾向にあり、今後ますます中重度者を支えるあり方が問われている。

中重度者を支えるために求められる小規模多機能型居宅介護の役割として、要介護度の高い利用者の支援のあり方や日常生活圏域の支援にあたっては、利用者だけでなくその家族も多くの問題を抱え、さらに障害者や地域で暮らす高齢者の様々なニーズについても何らかの支援を小規模多機能型居宅介護に求められていることについて検討をおこった。

### （1）中重度を支える小規模多機能型居宅介護

- 中重度＝要介護度の高さという物差しで測ることができるが、在宅生活の困難さという側面から多面的に捉えると「健康状態（病気）の重度化」「日常動作の重度化」「かかわりにおける重度化（負担感の増大）」「変化に対応できないことでの不安や負担」「制度上の不備」「施設サービスの充足化」のように様々な要因による尺度が挙げられ、単に要介護度が高いからといって在宅生活が困難になるものではない。
- 在宅生活の限界点を高めるためには、要介護度に関係なく健康状態やADLの悪化に対する直接支援と、利用者と家族、近隣住民、環境等との摩擦によっておこる負担感や、社会的認識（介護負担の大きい方は施設で介護されるほうが安心であり、周囲の負担が身体的・精神的に軽減されるという認識）に対する間接的支援のあり方の両面に対するアプローチが必要である。
- 介護サービスがかかわっていない時間に起こりうることを想像し、本人や家族の気持ちを押し量ることからどのような支援が必要かを介護サービス以外の資源（インフォーマルなつながりや支援）も含めて考え、実践することが大切である。
- 「在宅で支える」という目標を明確に持ち、そのことを曲げない、諦めない気持ちが必要。目標さえ明確になれば、その時々状況に応じ何をしないといけないかが明確になる。また行動することで問題や課題も明確になっていき、好循環を作る。
- 在宅生活を支えるためには、ケアの基礎知識が問われる場面も多い。医療職との連携では、日々の暮らしのなかでの変化やサインを見逃すことなく、未然に危険を

察知したり、状態像の変化にいち早く気づいたり、改善につながる原因等含めた情報を医療職に伝えることが必要。

- 日々のかかわりの中で、普段との違いを察知することができるのも、生活を支える介護従事者の役割。「いつもと違う」「何か変」は24時365日かかわれているからわかることであり、風ぼうや表情・しぐさ、体の動きなどぎこちなさや様子がおかしいと五感で感じることもある。その感性を磨くカギは、日々のかかわりと利用者への関心の深さ。かかわりと関心がなければ、感じるできない。
- 中重度を支える（ケアマネジメント）視点は、自己実現という目標を掲げ、どのようにしたら実現できるのか、場合によっては目標自体をブレイクダウンしていくという発想も必要になる。また、自己実現には、数多くの選択肢が存在し、支援の仕方も多様にある。
- 本人の暮らしは、日々変化し、今日やりたかったことが、明日には変わるとこともしばしば。本人が今、どうしたいか、何をしたいかを聞き、実現したいことに向けての支援方策と一緒に考えることが重要である。補完するケアというだけでなく、その人の暮らし、人生に「かかわる」という関係づくりも重要。
- 予測していない出来事が起こり、その出来事への対策・対応がわからないと、不安に感じ負担感も増す。仮説を立てることとは、現状から起こりうる事柄を推論し、考えられる解決策をあらかじめ複数導き出しておくことで不安要素を最小限にしておくことであり、優先順位の高い順に対応していくことで、その仮説が適切だったかどうかを検証することでさらにまた精度が上がる。
- 在宅支援では、自宅や一人で過ごす時間を支えることがカギとなる。見えない時間の見える化とは、介護保険サービスを提供していない、いわば一人の時間であり、自宅での時間の把握である。一人の時間、家族・介護者と一緒の時間が不安なく過ごすことができるための情報である。
- 記録は、利用者の日常生活の「今」を克明に記し「これから」の対策を考える上での貴重な材料になる。ライフサポートワークにおける「生命」「生活・暮らし」「人生」に関連する項目は、少なくとも支援を開始した時点から継続して記録することが大切である。24時間365日を支える小規模多機能型居宅介護だからこそ実施しやすいことであり強みでもあり、継続して記録に残すことができる。
- 記録は、多職種とのコミュニケーションツールとしても活用できる。「他職種がその専門性を活かすために必要な情報は何か」ということを考えて記録をもとに情報提供することで、援助方針を共有しやすくなる。

○在宅の限界点を高めるためには、専門職による会議である「カンファレンス」と、利用者にとって一番身近で、日ごろを見守って支えてくれる方が集う「軒下会議」との両面から支えなければ、在宅生活の継続はできない。

○一番大切なことは、最期まで地域で支える「覚悟」。小規模多機能型居宅介護というツールをきっかけに、人生の最期に立合えることに感謝し、我々自身がそこから逃げることなく、諦めることなくそこに居続けることが最も重要。

## (2) 小規模多機能型居宅介護の実践を生かす日常生活圏域での支援 (共生ケアのあり方)

○小規模多機能型居宅介護が目指す共生は、障害福祉サービスと介護保険のコラボレーションだけでなく、住民一人ひとりが役割や生きがいを持つ社会を実現するための拠点を目指す。

○制度創設当初より「運営推進会議」という地域とつながる装置を手に入れ、さらに「サテライトの設置」「運営推進会議を活用した地域からの評価」と、次々と地域に根付いた取り組みを実現すべく、生活と介護を切り離すのではなく、地域の中での生活支援拠点として変貌を遂げてきた。

○介護保険が施行され、措置から契約へサービスのあり方は変化したものの、三大介護重視や施設ケアを主体とした補完機能としての在宅サービスの域を脱しないケアのあり方は、大きく変わることはなかった。小規模多機能型居宅介護の創設は、在宅の認知症高齢者の支援を中心とした新たなケアの必要性から生み出され、高齢者介護のあり方を新たなステージへの導くためのものであり、その実現を期待されている。

○よって「共生」に対する概念も高齢、障害の枠を超えたものだけでなく、生きがいや役割を持つことのできる生活を支えるため、認知症であっても障害があっても持っている力を発揮できるような仕組みを作るための多機能化が求められている。一人の人として捉え、持っている力をその強みと捉え、できる役割を担う。これまでの支援の発想を転換し、高齢者・障害者にかかわらず自身の生活を支えるため、地域のため、社会のために、持っているストレングスを生かす多機能化である。

○そのためにはソーシャルワークの視点、本人と資源の連結する役割が必要。障害のある方でも、地域住民であっても地域の困りごとをみんなで解決していくためのハブ（仲介）機能を小規模多機能型居宅介護が果たす。具体的には地域の清掃活動、宅配サービスの配達員など地域や企業のなかで活動するという。双方にメリットがある win-win の関係を仲介する。社会に貢献する役割を担うことが一番の予防である。

○認知症の高齢者になったからと言って何もできないわけではない。できることもたくさんある。誰もが社会に貢献できる社会活動を担うことができる取り組みを小規模多機能型居宅介護においても試行していくことである。一人ひとりが地域で輝けるケアを実践していく。

○第2章にある中重度者を支える支援も重視する一方、軽度者や地域を活性化させる取り組みが利用者や地域だけでなく、職員も活性化させる。

生きていくために最低限のケアは必要である。それと同時に「生きていることの意味」「生きがい」「役割」は重要である。これらは、介護度に関係なく、その人のその時の状況に合わせて必要なことである。家族のため、知り合いのため、地域のため、社会のためなど自分以外のものとの関係において必要としたりされたりすることで自らの存在を感じたり考えたりすることができる。

地域には様々な人たちがいる。一人で生活ができず他者からたくさんの接点がないと生活できない人たち。それは乳幼児・児童・障害者、要介護高齢者など年齢や体の状況で区別し、それぞれの特徴に合わせた支援ができるように制度が作られてきた。

共生社会、一億総活躍社会とはこれらの年齢や障害などに関係なく、それぞれができることを地域で行うことなのではないか。

直接的な支援という視点だけでみると「支える側」「支えられる側」という関係でしかない。そうではなく、暮らしや人生というプロセスにおいて、互いに支えたり、支えられたりする関係性の中で、存在が力になったり、関わることで考えさせられたり、支え続ける過程で人と人が結ばれたりすることがある。目指すべき姿は、障害福祉サービスと介護保険サービスを単に組み合わせた共生ではない。小規模多機能型居宅介護は、これまで地域の中で拠点としての役割を果たしてきた。さらにその機能を発展させ、人と人、人と場、人と役割を紡ぎ、高齢になっても、障害があっても自らが暮らす地域社会の一員として貢献でき、そして誰もが共に笑顔で暮らすことができる「共生社会の実現」の実現のためのハブ（仲介）機能を果たすべきである。

# 資料編

2017 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29年12月15日(金)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	指定年月	平成 年 月
	<input type="checkbox"/> ②サテライト型小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 介護給付
	<input type="checkbox"/> ③基準該当 小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 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
FAX 番号		<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	

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)

<input type="checkbox"/> ①初期加算
<input type="checkbox"/> ②認知症加算(I) <input type="checkbox"/> 同(II)
<input type="checkbox"/> ③看護職員配置加算 I <input type="checkbox"/> 同 II <input type="checkbox"/> 同 III
<input type="checkbox"/> ④サービス提供体制強化加算 (I) イ <input type="checkbox"/> 同 (I) <input type="checkbox"/> 同 (II) <input type="checkbox"/> 同 (III) <input type="checkbox"/> 同 (IV)
<input type="checkbox"/> ⑤介護職員処遇改善加算 I <input type="checkbox"/> 同 II <input type="checkbox"/> 同 III <input type="checkbox"/> 同 IV <input type="checkbox"/> 同 V
<input type="checkbox"/> ⑥総合マネジメント体制強化加算
<input type="checkbox"/> ⑦訪問体制強化加算
<input type="checkbox"/> ⑧看取り連携体制加算
<input type="checkbox"/> ⑨従業者の員数が基準に満たない場合の減算
<input type="checkbox"/> ⑩過少サービスに対する減算
<input type="checkbox"/> ⑪中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算
<input type="checkbox"/> ⑫市町村独自報酬 ( 単位)





7-3) 問 7-2 で「事業を実施している」(②～⑧) にチェックした事業所の方にお聞きします。直近3カ月でどの程度の利用があったか回答ください。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
<input type="checkbox"/> ②基準該当生活介護			
<input type="checkbox"/> ③基準該当自立訓練			
<input type="checkbox"/> ④基準該当放課後等デイサービス			
<input type="checkbox"/> ⑤基準該当児童発達支援			
<input type="checkbox"/> ⑥基準該当短期入所			
<input type="checkbox"/> ⑦基準該当就労継続支援B型			
<input type="checkbox"/> ⑧日中一時支援			

7-4) 今後、共生型サービスが制度化された場合は、実施したいと思いますか。該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

<input type="checkbox"/> ①実施したい	<input type="checkbox"/> ②実施したいと思わない
<input type="checkbox"/> ③検討してみたい	<input type="checkbox"/> ④わからない

7-5) 問 7-4 で「実施したい」もしくは「検討してみたい」と回答した事業所の方に伺います。実施するために必要なことは何だと思えますか。必要な要素の上位3つに☑、をつけてください。(複数制限回答)

<input type="checkbox"/> ①障がい児・者に対応する知識	<input type="checkbox"/> ②障がい児・者に対応する支援技術の修得
<input type="checkbox"/> ③障がい児・者に対応する経験(実習)	<input type="checkbox"/> ④人員の確保・増員
<input type="checkbox"/> ⑤デイルーム・設備等の確保整備	<input type="checkbox"/> ⑥送迎車両の増車
<input type="checkbox"/> ⑦運営法人の理解	<input type="checkbox"/> ⑧自治体の理解と支援
<input type="checkbox"/> ⑨サービス・事業運営のノウハウ	<input type="checkbox"/> ⑩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 28 年 10 月 1 日～平成 29 年 9 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) 上記の 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、組織したらよいか分からないから
<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分からないから
<input type="checkbox"/> ⑥その他 [ ]

9-3) 運営推進会議の議題についてお聞きます。

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利用者のケース
- ②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告
- ③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題
- ④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題
- ⑤メンバー同士の情報交換
- ⑥地域・事業所での行事検討
- ⑦登録者のケース以外の地域課題
- ⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動
- ⑨事業所のサービス評価に関すること
- ⑩事業所と地域の情報交換の場になっている
- ⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している
- ⑫その他 [ ]

9-4) 運営推進会議のおおよその開催時間について、該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

- ①30分未満
- ②30分から60分未満
- ③60分から90分未満
- ④90分以上

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28年度)に実施したものについて、該当するものすべてに☑をつけてください。

(複数回答)

- ①スタッフ個別評価を行った
- ②事業所自己評価を行った
- ③運営推進会議における評価を行った
- ④実施していない
- ⑤外部評価機関によるサービス評価を実施した

10-2) 昨年度(平成28年度)の評価に自治体・地域包括支援センターは参加しましたか。

該当するものすべてに☑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ます。

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 ライフサポートワークを使用
- ② 居宅介護サービス計画書を使用
- ③ その他 ( )

### Ⅳ. 利用状況等についてお伺いします。

問12. 現在の実登録者の人数と利用者数をご記入ください。

(平成29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
実登録者の内、事業所の所在する市町村以外の隣接する他市町村からの登録者数				名	

問13. 平成28年11月1日から29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すべてに☑、( )に人数を記入ください。(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 [ ] ( ) 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. 貴事業所の職員の人数（実人数）をお答えください。非常勤については、常勤換算での人数もお答えください（平成29年10月末現在）。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		常勤	名	・	非常勤	名
常勤換算人数		名				
		常勤		非常勤		
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	
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	

14-2) 現状の職員数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"/> ①十分足りている	<input type="checkbox"/> ②ほぼ足りている
<input type="checkbox"/> ③あまり足りていない（ 人不足）	<input type="checkbox"/> ④まったく足りない（ 人不足）

14-3) 職員確保について人材紹介会社等からの紹介によって職員を確保していますか。該当するものに☑をつけてください。（平成29年4月から10月末までの間）（単一回答）

<input type="checkbox"/> ①人材紹介会社から職員を得ている	<input type="checkbox"/> ②人材紹介会社から職員を得ていない
※人材紹介を活用している場合、その人数/常勤換算（ 人）※常勤=40時間/週	

14-4) 職員確保について人材派遣会社等から派遣職員によって職員を確保していますか。該当するものに☑をつけてください。（平成29年4月から10月末までの間）（単一回答）

<input type="checkbox"/> ①人材派遣会社から派遣職員を得ている	<input type="checkbox"/> ②人材派遣会社から派遣職員を得ていない
※人材派遣を活用している場合、その人数/常勤換算（ 人）※常勤=40時間/週	

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度は実地指導がある	<input type="checkbox"/> ②3年以内に1度は実地指導がある
<input type="checkbox"/> ③5年に1度程度、実地指導がある	<input type="checkbox"/> 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	

VI. 個別利用者の状況についてお伺いします。

問16. 平成29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	要介護認定状態区分	日常生活自立度 (寝たきり度)	認知症自立度	登録した年月		通い回数 (延べ回数)	訪問回数 (延べ回数)	宿泊回数 (延べ回数)	紹介経路	住まいの形態	世帯状況	事業所との距離	ケアするうえでの職員の負担感
						年	月								
例	90	1	支1	02	IIa	20	10	31	20	0	1	3	1	1	1
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															



Ⅶ. 平成 27 年報酬改定後の状況についてお伺いします。(平成 28 年度)

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)

- ①加算を取っている     ②加算を取れるのに取っていない     ③加算が取れない  
 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 [ \_\_\_\_\_ ]

(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必要がある。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らなければならぬものではなく、見直しの内容に応じて、適切に関係者が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。

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)

- ①加算を取っている     ②加算を取れるのに取っていない  
 ③常勤の従業者を 2 名以上配置できないので取れない  
 ④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  
 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  
 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  
 ⑦その他 [ \_\_\_\_\_ ]

(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 名以上法位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。

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 28 年 11 月 1 日から 29 年 10 月末までの 1 年間) (単一回答)

- ①加算を取った     ②加算を取れるが取らなかった     ③加算を取らなかった  
 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  
 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  
 ⑥対象となる利用者がいない  
 ②③の理由 [ \_\_\_\_\_ ]

問 20. 短期利用居宅介護について、活用できる部屋数はいくつですか。

短期利用居宅介護で活用できる部屋数 \_\_\_\_\_ 部屋 (平成 29 年 10 月末日)

(参考) 宿泊室の数の算定式

宿泊室が 9 室、登録定員が 25 人、登録者の数が 20 人の場合、 $9 \text{室} \times (25 \text{人} - 20 \text{人}) \div 25 = 1.8$  となり、短期利用の登録者に対して活用できる宿泊室数は 2 室となる (小数点第一位以下は四捨五入)。宿泊室数の計算を行うに当たって基準となる登録者の数は、短期利用を認める当該日の登録者の数を使用する。

20-2) 平成 28 年 11 月 1 日から 29 年 10 月末までの 1 年間に於いて、短期利用居宅介護について、該当するものに☑をつけてください。(単一回答)

①利用があった(延べ 日)  ②利用なし

問 2 1. 平成 29 年 10 月末日の登録者について、人数を記入ください。

	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
同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合	名	名	名	名	名	名	名
同一建物居住者の登録者に対して行う場合	名	名	名	名	名	名	名

※同一建物の定義：養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。

問 2 2. 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)

今年度の収支状況  ①黒字  ②ほぼ均衡している  ③赤字  ④不明

**VIII. 「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 2 3. 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→25 へ  ②支えてない→24 へ

問 2 4. 上記 2 3 で②と回答された事業所の方にお尋ねします。支えてない理由は何ですか？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保険者の意向  ⑥その他 ( )

問 2 5. 上記 2 3 で①と回答している事業所の方にお尋ねします。中重度者（要介護 3、4、5）を自宅で支えるために支援している、該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答)

①入院中の支援  ②公共の手続き等支援  ③家族支援  
 ④家族からの相談支援  ⑤自宅からの行方不明時の支援  ⑥事業所以外への移動支援  
 ⑦地域や隣近所との関係づくりの支援  ⑧利用者以外の家族への食事の支援  
 ⑨介護保険以外の福祉サービスの相談  ⑩利用者以外の家族への生活支援  
 ⑪生活費等の支払い等の支援  ⑫その他 ( )

問 2 6. 軽度者（要介護 1、2）を自宅で支える為に支援している該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答)

①入院中の支援  ②公共の手続き等支援  ③家族支援  
 ④家族からの相談支援  ⑤自宅からの行方不明時の支援  ⑥事業所以外への移動支援  
 ⑦地域や隣近所との関係づくりの支援  ⑧利用者以外の家族への食事の支援  
 ⑨介護保険以外の福祉サービスの相談  ⑩利用者以外の家族への生活支援  
 ⑪生活費等の支払い等の支援  ⑫その他 ( )

問 2 7. 中重度者を在宅で支えるため、機能訓練（リハビリ）や生活向上を図る等のために配置（兼務含む）している職員について、該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答)

①理学療法士  ②作業療法士  
 ③言語聴覚士  ④栄養士（管理栄養士）  
 ⑤歯科衛生士  ⑥柔道整復師  
 ⑦あんまマッサージ指圧師  ⑧その他 ( )

問28. 小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて、小規模多機能型居宅介護らしい支援をするための要素の上位3つに☑をつけてください。(複数制限回答)

<input type="checkbox"/> ① 周囲への根回し	<input type="checkbox"/> ② 近所や友人との調整
<input type="checkbox"/> ③ 民生委員への働きかけ	<input type="checkbox"/> ④ 住民への働きかけ
<input type="checkbox"/> ⑤ 多世代などが交流できる拠点	<input type="checkbox"/> ⑥ 地域包括支援センターへの働きかけ
<input type="checkbox"/> ⑦ 医療機関との連携	<input type="checkbox"/> ⑧ 家族支援
<input type="checkbox"/> ⑨ 支援のためのマップ作り(本人中心の応援団づくり)	<input type="checkbox"/> ⑩ 通院・外出介助
<input type="checkbox"/> ⑪ 通院・外出介助	<input type="checkbox"/> ⑫ 毎日のミーティング
<input type="checkbox"/> ⑬ 包括報酬	<input type="checkbox"/> ⑭ 通所介護・訪問介護よりできることが多い
<input type="checkbox"/> ⑮ 予定と実施がズレた場合の対応能力(柔軟な対応)	<input type="checkbox"/> ⑯ 24時間365日の対応
<input type="checkbox"/> ⑰ 管理者やケアマネジャー(計画作成担当者)が介護職員と一緒にケアをしていること	
<input type="checkbox"/> ⑱ その他( )	

問29. 小規模多機能居宅介護で利用者をケアするうえでの職員の負担感について伺います。職員が負担に感じる要素上位3つに☑をつけてください。

29-1) 身体的ケアについて(職員が負担に感じる要素上位3つに☑) (複数制限回答)

<input type="checkbox"/> ① 体が大きな人の移乗介助	<input type="checkbox"/> ② 自宅での入浴介助
<input type="checkbox"/> ③ 嚥下障害のある方への食事介助	<input type="checkbox"/> ④ 体の大きな人の排泄介助
<input type="checkbox"/> ⑤ 定期的な体位交換	<input type="checkbox"/> ⑥ レクリエーション
<input type="checkbox"/> ⑦ 服薬管理	<input type="checkbox"/> ⑧ バイタル測定
<input type="checkbox"/> ⑨ 体調等の情報共有	<input type="checkbox"/> ⑩ その他( )

29-2) 認知症ケアについて(職員が負担に感じる要素上位3つに☑) (複数制限回答)

<input type="checkbox"/> ① 帰宅要求が強い	<input type="checkbox"/> ② 物盗られ妄想
<input type="checkbox"/> ③ 暴力(たたく・つねる)	<input type="checkbox"/> ④ 排泄等支援の拒否
<input type="checkbox"/> ⑤ 睡眠障害(夜眠らない)	<input type="checkbox"/> ⑥ 食行動異常(異食・食べ過ぎ、食べなさすぎ)
<input type="checkbox"/> ⑦ 多動(動き回る)	<input type="checkbox"/> ⑧ 何事にもやる気がない
<input type="checkbox"/> ⑨ 同じ話を何度もする	<input type="checkbox"/> ⑩ コミュニケーション障害(会話が成り立たない)
<input type="checkbox"/> ⑪ 嫉妬妄想	<input type="checkbox"/> ⑫ 不潔行為(弄便等)
<input type="checkbox"/> ⑬ 入浴等の拒否	<input type="checkbox"/> ⑭ その他( )

29-3) 生活支援・環境について(職員が負担に感じる要素上位3つに☑) (複数制限回答)

<input type="checkbox"/> ① 自宅の構造(段差が多い・狭いなど)	<input type="checkbox"/> ② 近隣に住民がいない
<input type="checkbox"/> ③ 買い物する場所が無い	<input type="checkbox"/> ④ 在宅介護サービスの不足
<input type="checkbox"/> ⑤ 在宅医療の不足	<input type="checkbox"/> ⑥ 交通・移動手段が不便
<input type="checkbox"/> ⑦ 坂道や段差が多い	<input type="checkbox"/> ⑧ その他( )

29-4) 家族との関わりについて(職員が負担に感じる要素上位3つに☑) (複数制限回答)

<input type="checkbox"/> ① 家族の介護力不足	<input type="checkbox"/> ② 家族がサービスに依存する
<input type="checkbox"/> ③ 家族が非協力的	<input type="checkbox"/> ④ 過剰なサービス提供の要望
<input type="checkbox"/> ⑤ 家族間で意見が違う	<input type="checkbox"/> ⑥ 経済的問題
<input type="checkbox"/> ⑦ 利用者本人以外の家族の問題	<input type="checkbox"/> ⑧ 虐待(疑い含む)
<input type="checkbox"/> ⑨ 家族からの苦情	<input type="checkbox"/> ⑩ 介護保険制度への理解不足
<input type="checkbox"/> ⑪ その他( )	

29-5) 地域との関わりについて(職員が負担に感じる要素上位3つに☑) (複数制限回答)

<input type="checkbox"/> ① 近隣住民とのお付き合い	<input type="checkbox"/> ② 行政とのやり取り
<input type="checkbox"/> ③ 運営推進会議の実施	<input type="checkbox"/> ④ 地域活動への参加
<input type="checkbox"/> ⑤ 地域からの苦情	<input type="checkbox"/> ⑥ 介護保険制度への理解不足
<input type="checkbox"/> ⑦ 地域からの過剰な要求	<input type="checkbox"/> ⑧ その他( )

IX. 医療との連携についてお伺いします。

問30. 医療との連携として、何をしていますか。該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答)

<input type="checkbox"/> ① 治療方針の確認	<input type="checkbox"/> ② 日々のケアの報告	<input type="checkbox"/> ③ 緊急時の連絡
<input type="checkbox"/> ④ 服薬状況	<input type="checkbox"/> ⑤ 利用者の暮らしぶりの説明・報告	



問3 1. 10月の訪問看護・訪問リハビリについてお聞きます。該当するものすべてに☑、( )内に数字を入れてください。

<input type="checkbox"/> ① (介護保険) 訪問看護ステーション (リハビリを除く) ( )	人
<input type="checkbox"/> ② (介護保険) 訪問看護ステーション (リハビリを含む) ( )	人
<input type="checkbox"/> ③ (介護保険) 訪問リハビリテーション ( )	人
<input type="checkbox"/> ④ (医療保険) 訪問看護ステーション ( )	人

問3 2. 平成28年11月1日から29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

**X. 地域等に対する取組みについてお伺いします。**

問3 3. 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お伺いします。  
(平成28年11月～平成29年10月までの実績)

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。  
該当するものに☑をつけてください。 (単一回答)

<input type="checkbox"/> ①ある	<input type="checkbox"/> ②ない	<input type="checkbox"/> ③把握していない
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

33-2) 問33で「ある」と回答された事業所にお聞きます。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)
---------	-------

33-3) 登録者(利用者)の家族(世帯全体)が抱える複合的な課題は何ですか?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経済的困窮	<input type="checkbox"/> ②就職活動困難	<input type="checkbox"/> ③介護者の病気
<input type="checkbox"/> ④家族関係・家族の問題	<input type="checkbox"/> ⑤ダブルケア(介護と子育ての両立)	<input type="checkbox"/> ⑥住まいの不安定
<input type="checkbox"/> ⑦その他メンタルヘルスの課題(うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など)		
<input type="checkbox"/> ⑧家計管理の課題	<input type="checkbox"/> ⑨就職定着困難	<input type="checkbox"/> ⑩就労継続
<input type="checkbox"/> ⑪(多重・過重)債務	<input type="checkbox"/> ⑫障害(手帳あり)	<input type="checkbox"/> ⑬障害(疑い)
<input type="checkbox"/> ⑭社会的孤立(ニート・引きこもり)	<input type="checkbox"/> ⑮コミュニケーションが苦手	
<input type="checkbox"/> ⑯中卒・高校中退・いじめ	<input type="checkbox"/> ⑰能力の課題(識字・言語・理解等)	
<input type="checkbox"/> ⑱生活習慣の乱れ	<input type="checkbox"/> ⑲DV・虐待	<input type="checkbox"/> ⑳けが
<input type="checkbox"/> ㉑刑余者	<input type="checkbox"/> ㉒自死企図	<input type="checkbox"/> ㉓不登校
<input type="checkbox"/> ㉔非行	<input type="checkbox"/> ㉕被災	
<input type="checkbox"/> ㉖ その他 ( )		

問3 4. 地域に対する取組みについて

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)

<input type="checkbox"/> ①している	<input type="checkbox"/> ②していない
<input type="checkbox"/> ③ その他 ( )	

34-2) 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)

<input type="checkbox"/> ① あった	<input type="checkbox"/> ② なかった	<input type="checkbox"/> ③ 把握していない
--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------



事例概要シート

事業所名（都道府県）		岡三沢コラボケアセンター（青森県）			
（仮名）氏名	岡三沢 太郎	性別	男	年齢	92歳
要介護度	要介護3 (10/1区変：一次判定介5)		利用期間	6年0か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb <b>IV</b> M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 <b>A2</b> B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 週5回		訪問： 週7回		宿泊： 週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 type="checkbox"/> 自宅での入浴 <input type="checkbox"/> 外出支援 <input checked="" type="checkbox"/> その他（買い物代行）					
その他の介護保険サービス					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉用具貸与（ベッド、車椅子）</li> <li>・訪問看護</li> </ul>					
介護保険以外のサービス					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活保護制度利用</li> <li>・社会福祉協議会日常生活自立支援事業（日常的金銭管理サービス）</li> <li>・徘徊SOSネットワークあんしんねっと登録（H26/5/30～）</li> </ul>					
本人の性格や状況					
社交的、陽気、短気					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
次女（H26/2～同居） ※理解・判断能力が乏しい					
主病名					
アルツハイマー型認知症（H23/9） ※H26/12～主治医変更 高血圧					
服薬					
メマリー錠 20mg（1T 1×朝） マグミット錠 500mg（2T 2×） ツムラ大建中湯エキス顆粒（3P 3×） グリセリン浣腸 50%120mg エンシュアリキット（2本/1日）					

経緯
S町で6人兄弟の三男として出生。2歳の時に樺太に行き16歳で志願兵として戦争へ、23歳頃の終戦後にS町へ戻り大工の仕事を始める。25歳結婚し二女を授かるが、長女は知的障害者であり妻が受け入れられず33歳で離婚、同年再婚するがうまくいかず離婚している。三沢市に移り大工・廃品業などの仕事をし生活、60歳を過ぎたころ体調を崩し入院し2年弱生活保護を受給した。病気が治り、仕事を再開できたことで保護辞退しているが仕事がなく年金では生活を営むことが困難となりH20.7保護申請している。その頃から、介護予防いきいきサービスを利用、H22頃～認知症状が現れ地域包括支援センターからの相談を受け、H23.10.1より当事業所の利用となっている。
◆ケアをする上での工夫
医療機関とのやり取り・連携について
在宅にて訪問診療を受けている（訪問看護サービスと連携）
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
「観察」・・・食事・水分摂取、状態、バイタルチェック、体重測定、排せつ（尿量・性状・回数・排便）、活動の様子 「記録」・・・身体状態・精神症状の記録 「ミーティング」・・・毎日のミーティング、訪問看護との情報共有 「対応の見直し」・・・通い・訪問・宿泊利用の追加を柔軟に対応 「検証」・・・ケアカンファレンス実施
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事・・・嚥下機能・摂取量の低下 → 誤嚥性肺炎、脱水、低栄養、体重減少</li> <li>・排せつ・・・尿便意なしオムツ使用 → 褥瘡リスク、不潔行為</li> <li>・清潔・・・口腔ケア困難、皮膚疾患、感染症</li> <li>・移動・・・下肢筋力低下 → 転倒（骨折）、寝たきり状態</li> <li>・精神症状・・・抑うつ状態</li> </ul>
予後予測について／事業所のすべきこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎・脱水予防の対応</li> <li>・身体・認知機能低下による転倒予防</li> <li>・安定した生活リズムの支援を継続</li> </ul>
予後予測について／家族支援について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者の健康問題 → レスパイトケアの重要性、心理的支援（介護抵抗による介護者の怪我、虐待（身体・精神・ネグレクト）の防止）</li> <li>・介護の助言・見守り等（重度者介護）</li> </ul>
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ほのぼの協力員と情報共有し継続（生活状況の確認、助言、緊急時の協力）</li> <li>・隣人住居者との調整（同介護保険サービス利用）</li> </ul>

◆その他

この事例が「中重度」だと思う理由
<p><input checked="" type="checkbox"/>認知症が中重度・・・不活発な状態、指示が通らない。          ※H26.9 HDS-R 4点 以降検査していない</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>ADL が中重度・・・認知症の進行によりすべての日常生活行動に介助が必要          (一人では何も判断できない)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>生活環境が整わないことでの中重度・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・給湯がない(キッチン、風呂)</li> <li>・洗濯機がなく手洗いで洗濯が大変</li> <li>・下肢筋力低下により狭い部屋にベッドを設置し生活空間がない。</li> </ul> <p><input checked="" type="checkbox"/>その他・・・限られた生活費(生保)・判断能力が乏しい娘しかいない</p>
事業所として困難に感じていること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の支え、健康状態の管理の課題</li> <li>・自宅で終末期を迎える可能性に対し、キーパーソンの知能の課題</li> <li>・金銭的な課題(保険外費用(宿泊)の限度)</li> </ul>
困難に感じていることへの対応
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通い時の心身機能への働きかけ、口腔ケアで肺炎予防、食事/水分のアプローチ(経口摂取の維持)</li> <li>・施設入所待ちであるが、それまでの対応についての支援</li> <li>・キーパーソンへの介護の助言等</li> </ul>
自由記述
<p>①アルツハイマー病の進行により、意思疎通に困難性があり、指示が通らない。          時折、介護抵抗があり、ケアを中断することがある。          (リスク・・・肺炎予防・低栄養・感染症・転倒)</p> <p>②限られた生活費であり、必要な宿泊サービスなどの保険外サービスが制限。          (リスク・・・食事・排せつ・清潔などの身体介護の量)</p> <p>③理解力の乏しいキーパーソンと共に、太郎さんを支えていくことの困難性。</p> <p>④認知症により失認、失行(灯油を飲む→片づける→探す)繰り返すたびに「誰かが自分を監視しているのでは」と探しはじめ「見回りする。」といいながら徘徊が始まったのでは。必ずしも介護者側が危険だと環境整備しても認知症の方には環境の変化の刺激が強く周辺症状が出現したかもしれない。(考察)</p>

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ごや家（秋田県）			
（仮名）氏名	秋田 一郎	性別	男	年齢	76歳
要介護度	要介護 5	利用期間	7年 5か月		
認知症日常生活自立度	自立 <span style="border: 1px solid black;">I</span> IIa IIb IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 <span style="border: 1px solid black;">A2</span> 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： 15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（通院・受診介助、薬とり）					
その他の介護保険サービス					
訪問看護（月2回）、訪問リハビリ（週1回）、福祉用具貸与（車イス、特殊寝台、床ずれ防止用具、スロープ…玄関及び玄関先の段差）、住宅改修（脱衣室から浴室の段差解消、浴室内の手すり設置）					
介護保険以外のサービス					
マッサージ（週1回）					
本人の性格や状況					
<p>病気になるまで高校の運動部の指導者をしており、体力があり、頑固さと優しさをもちあわせている。身体状況は、左右上下肢に軽度の麻痺あり、四肢・体幹に筋力の低下あり、左右上下肢に失調・不随意運動あり。そのため、寝返りがつかまればできる以外起き上がり、座位保持、立位、歩行、立ち上がり、洗身等はできず全介助。移乗、移動、嚥下、食事摂取、排尿、排便、口腔清潔、洗顔、整髪、上衣・ズボンの着脱は全介助。構音障害による意思の伝達能力に支障はあるが、短期記憶や意思決定は問題なく、教え子や同僚の先生の記憶は鮮明に覚えている。</p>					
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。妻がキーパーソンであり主介護者。市内に住む長男が勤めの休みを利用し、週1回定期的に訪問し介護の手伝いをしている。					
主病名					
橋出血（H10年12月発症、後遺症として左顔面麻痺による兔眼、構音嚥下障害、眼球・軟口蓋ミオクロノス、右半身不全麻痺、体幹四肢失調等）（胃糺造設）（身障1種1級…体幹機能障害・座位不能）					



服薬
妻が全て管理しており詳細は不明。
経緯
<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成12年4月相談受付。総合病院で入院加療の後リハビリテーション病院へ転院。退院するに当たり妻からの相談であった。妻は在宅で介護するには課題が多いことは知りつつ自分で看たいという強い希望であった。そのため、まず主治医の先生（リハビリ科）と面談し、在宅復帰は可能か相談し判断していただいたところ、妻が毎日病院に通い経験を積んだので在宅での生活は可能と思う。何かあれば病院も協力するというところで退院となり自宅へ戻った。</li> <li>・当初のケアプラン内容は、課題を①レスパイトケア②健康管理③機能低下防止として、居宅サービスは訪問介護（週4回）、通所介護（週3回）、福祉用具貸与（車イス、スロープ）、住宅改修、訪問リハビリ（週1回）とした。日常的な健康管理は近所のかかりつけ医（内科）と眼科医から行ってもらうことにし、訪問リハビリの利用にあたっては主治医の先生に相談したところ、有効という助言があったため利用した。</li> <li>・在宅復帰からおよそ10年、妻の献身的な介護と妻からの提案や訪問リハビリスタッフの助言を得ながら、居宅サービスを複数組み合わせ、24時間の介護体制を整えてきた。その成果もあり大きな体調の変化と機能低下もなく推移していたが、平成22年2月頃から妻の体調が思わしくなくなり、2～3週間の入院加療が必要な状態となった。そのため宿泊の必要があり、その時をきっかけに和ごや家を利用することになる。</li> <li>・妻からの利用希望は和ごや家を開設したときからあったが、当初は適切なサービスを提供することに自信がなかったことからお断りしていた。しかし、この状況で妻から再度の希望があったことから受け入れることにし、妻から食事、排泄、移動、入浴等、妻が自宅でしている介助の内容や注意点を1週間の期間をかけスタッフが自宅に訪問し申し送りを受けることによって、妻の入院に合わせて平成22年3月から和ごや家を利用開始することになった。</li> <li>・妻は予定の期間で退院することができ、体力も回復した。妻の退院後のケアプランの内容は、当初のプランに訪問看護を追加した。妻の介護疲れの緩和の他、本人が熱発することが多くなってきたことと褥瘡ができかけていたことから、かかりつけ医と相談し、これまで主に妻が行っていた健康管理を訪問看護によるバイタルサインのチェック、酸素飽和度の確認、胃腸の状態確認、褥瘡の有無確認及び処置とし、更に妻に対する精神的な支援（相談・助言）をしてもらうことにした。</li> <li>・社会性については、外出の機会は通いサービスや受診以外はないが、自宅に教え子や同僚の先生の訪問が毎月あったり、日常的に居間でテレビを観たり妻から新聞の情報を得ることによって保たれている。</li> <li>・和ごや家を利用開始してから多少の体調の波はあったり、褥瘡になりかかったりしたが、大きな日常生活動作の低下もなく推移している。</li> </ul>

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用開始（退院時）に当たり、在宅復帰の可否判断、日常的な健康管理上の留意点の指導、ケアプラン内容の提案をしていただいた。</li> <li>・日常的に健康状態の報告や相談については訪問看護から密に行ってもらい、妻に対する助言・指導と共に月次で和ごや家にも報告をしてもらっている。</li> </ul>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常的な観察は主として妻が行い、対応が必要なときは妻から訪問看護及び和ごや家に要望がある。（例えば熱発、皮膚の発赤等）</li> </ul>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
なし
予後予測について／事業所のすべきこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状は妻がほぼ完ぺきに観察と対応についての依頼をしている。</li> <li>・妻はできる限り在宅での生活を望んでいることから、今後もこれまで通りのことができるか、加齢に伴う限界が想定されるため、通いや訪問の頻度を増やししながら役割分担や支援方法調整のための話し合いをしなければならないのではないかと。</li> <li>・妻が介護できない状態となったときは、入院中毎日病院に通い、昼から夕食後まで付き添ったように、妻の意向を確認しながらなるべく一緒に過ごすことができるよう、本人は宿泊を利用し、妻は通いサービス利用しながら、日中一緒に過ごせるよう環境を整えることも妻と検討していきたい。</li> </ul>
予後予測について／家族支援について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・妻の意向を尊重した支援。</li> <li>・妻の体力・気力ができるだけ長く続けられるための支援。</li> <li>・前記したような小規模多機能型居宅介護の特徴を活用した支援。</li> </ul>
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域（特に教え子）の方々からこれまでと変わりなく訪問してもらえるよう働きかけるなど、これまでの関係が継続できるよう支援する。</li> </ul>



◆その他

この事例が「中重度」だと思う理由		
<input type="checkbox"/> 認知症が中重度	<input checked="" type="checkbox"/> ADL が中重度	<input type="checkbox"/> 生活環境が整わないことでの中重度
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
事業所として困難に感じていること		
<ul style="list-style-type: none"><li>・介護のちょっとしたミスがあったり、本人の意向を尊重しやらなかったりすることで妻の不満があること。 (不随意運動によって足の皮膚をすりむく、入浴拒否)</li><li>・介護スタッフを特定されるため勤務調整が困難な時がある。</li></ul>		
困難に感じていることへの対応		
<ul style="list-style-type: none"><li>・ミスの再発防止のため、介護手順の工夫と介護するときの体制を強化した。</li><li>・入浴拒否については原因を探って改善したり、妻から入るよう助言してもらったりした。</li><li>・介護スタッフの特定については、妻と話し合い不満の内容を改善することによって、対応可能なスタッフを増やした。</li></ul>		
自由記述		
<ul style="list-style-type: none"><li>・人材不足をどう解消したらよいか。</li></ul>		



経緯
平成 20 年頃から認知症状出現。平成 23 年レビー小体型認知症と診断。実家への帰宅願望や、幻視、昼夜逆転などの周辺症状が見られ、徐々に今までのような生活が出来なくなってくる。同居の次女の介護負担が増加してきたことと、次女の体調面での問題もあり、週一回の訪問や家族の送り迎えによる短時間の通いからサービスを開始する。なじみの関係作りをしながら徐々に利用回数を増やし、泊まりの利用も実施し、現在では定期で週 4 回の通いと週 1 回（2 泊）の泊まりを利用している。

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
直接的なやり取りはないが、眠剤処方の際の効果について、施設での泊まりの様子など送迎時に次女さんに話したり、連絡手帳に記入し知らせている。受診時に家族が医師と相談し、眠剤の調整などを行っている。
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
普段の様子や認知症状に関しては対応した職員がケースとして記録をし、対応方法については、どのような様子だったか、他に考えられる対応などをミーティングで検討、情報共有を図っている。ケース担当者が毎月ケアプラン評価を実施して適時プランの見直しをしている。また家族の方が自宅での様子や利用時の気持ちなど認知症状が出現し始めた時から記録している書類を提供して下さるので、対応の参考にしている。
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
右膝関節痛があり、受診し内服薬がでていいる。以前より歩行状態は低下してきており、徘徊時も「膝だめだ。」と長い距離は歩けなくなっている。また、痛みの原因を「むりやり歩かされた。」「誰かにやられた。」との被害妄想に結びつけることがある。歩き疲れ、痛みがでていいる間は動かずに過ごされることが多いが、痛みがなくなるとそのことは忘れてしまい、また徘徊が始まる。自宅で転倒し、骨折したこともある。施設ではケアプランの内容に盛り込み、歩行時に見守りや場合により付き添いをし、転倒防止に努めている。 身体状況といえるのかわからないが、夜間不眠や寝不足もある。
予後予測について／事業所のすべきこと
認知症の進行は懸念されるので、本人が不安なく穏やかに暮らせる環境、対応を本人の変化に合わせて作っていく。その為にスタッフ個々のスキルアップは必要。 緊急時（主介護者、本人共）に早急、柔軟な対応ができるように、周囲（スタッフや親類、関係機関）との情報共有を図っていく。 最終的には状況に合わせたサービスが選択できるように、他サービスへの調整を視野にいれておく。



## 自由記述

今年の6月より小規模多機能ホーム「小百合」の所長として勤務しております。それまでは老健入所がメインでしたので、在宅サービスに関わることに不安はありました。

まだまだ学ぶことが多い未熟な私ですが、今回のような認知症高齢者を抱える家族や、経済・家族的な問題を抱えるケースなど様々な対応をしてきたなかで、今思うことは小規模多機能ホームの24時間365日切れ目のない支援で在宅生活を支えるという特性の素晴らしさです。

困難事例に頭を悩ませることも多々あり、施設とは別種の辛さ、難しさがありますが、道筋が見えたときの家族の方の表情や、通って来てくださる利用者様の楽しんでいる姿を見ますと、とてもこの仕事にやりがいを感じています。

そして一緒に働くスタッフや、サポートをしてくれる地域の方々、助言などで支えてくれる所長仲間、関係機関の皆様に感謝するとともに、この間のライフサポートワーク研修では出会ったみなさんと様々な情報交換ができ、とても勉強になりました。

介護職として20年が経ちますが、こんなにも人と人との繋がりを感じ、輪ができていくことに改めて小規模多機能ホームの良さと、心強さを覚えます。

もし私の家族が介護サービスを利用するなら、小規模多機能ホームを選びたいと思いますし、将来私がそのような状況になったら、やはり小規模多機能ホームを選びます。

また、そのように思われる施設を目指し、今後も繋がりを大事にしながら地域密着型の施設として地域に根付いて行きたいと思います。

ありがとうございました。

事例概要シート

事業所名（都道府県）		フラワーみつえ（山形県）			
（仮名）氏名	山形 花子	性別	女	年齢	94 歳
要介護度	要介護 1		利用期間	5年 5か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb <u>IIIa</u> IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 <u>A2</u> B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 9 回 訪問： 4 回 宿泊： 0（体調不良時や正月等）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（受診時の医療との連携・買い物・成年後見制度の手続き支援・電化製品等の必要物品の手配・家族連携報告・自宅メンテナンスの家族との連携・近隣とのやり取り等）					
その他の介護保険サービス					
・福祉用具貸与（タッチアップ）					
介護保険以外のサービス					
・有償移送サービス ・配食サービス					
本人の性格や状況					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・趣味やおしゃれをすることもなく、外部とのやり取りや判断はすべて義妹に任せて70歳まで仕事一筋で頑張ってきた。</li> <li>・人への気遣いや優しさがあって穏やかな性格で、何事もきちんとしている性格。</li> <li>・簡単な調理などは自分で洗い洗濯等の IADL は自身で行う。大きい物の洗濯や季節物品等の出し入れは支援している。お寺の行事等への参加も時々ある。</li> </ul>					
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"> <li>・一人暮らし（夫は早くに亡くなり子供はいない）</li> <li>・向いに夫の従兄弟が居り、毎日のように頻りに訪問してくれて生活の世話や雪はき等をしてくださっていたが亡くなり、高齢の実弟と夫の従兄弟がキーパーソンだが介護ができる状況に無い。</li> </ul>					
主病名					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー型認知症（H27年）    ・乳癌（H23年）</li> <li>・両変形性膝関節症・腰部脊柱管狭窄症    - 坐骨神経痛、右足関節痛（H19年）</li> </ul>					
服薬					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・アリセプト D錠 5 mg</li> <li>・レンドルミン錠 0.25 mg</li> </ul>					



経緯
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地主の娘として生まれ、29歳で結婚、病気がちな夫の妹と三人暮らし。夫と共に写真館を営み、47歳で夫を亡くしその後職人と70歳まで写真館を続け仕事一筋でした。夫亡き後は義妹と二人暮らし、妹が癌のため入院し要支援1の二人の訪問支援が入れなくなり、生活全般を行っていた義妹が心配し担当ケアマネージャーに相談、地域包括支援センターより支援の依頼が来る。H24.6月より支援開始。半年も経たないうちに義妹亡くなりそれより一人暮らしとなる。</li> <li>・利用当初は、難聴によりコミュニケーションままならないことがあったものの、義妹の心配事は私たちの支援によりある程度安全に暮らせていた。</li> <li>・大正時代の建築物のため、『やまがたレトロ館めぐり（山形歴史たてももの研究会）』として内覧展示、管理を夫の従兄弟が頻繁に出入りして本人の様子も見ていたが、妻の実家も管理が必要となり出入りの回数が激減する。</li> <li>・ここ2年の間（2年前被害妄想や認知症状のため認知症疾患医療センター受診アルツハイマー型認知症診断）に耳が遠いことでの不安の助長や被害妄想が大きくなり、町内会長や周囲に訴えることがあり、その情報が入るたびに管理者やケアマネージャーが出向き何時でも連絡いただけるよう説明しているが近隣より一人暮らしに対する不安が出てきていた。</li> </ul>

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症疾患医療センターへの受診は当事業所看護師が同行し連携が図られ、薬の管理についても服薬日の記入等で管理できている。</li> <li>・整形外科に関しては、有償移送サービス担当の方が受付や自宅まで出てこない時等連絡を受け駆けつける等連携しており、病院にも状況説明等で連携を図っている。</li> </ul>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・通いサービス利用時は、難聴によりコミュニケーションが取りにくいことはありますが特に問題なく過ごせており、観察記録はできております。</li> <li>・自宅での暮らしについては、その時々において不備や困りごとの観察・記録を行い、「大変だ」「出来ない」「困った」ではなく、「どうすればよいか」「出来ることは何か」に焦点を当て対応の見直しを行っている。</li> <li>・ストーブ上の洗濯物干しの危険について、安全の為今年初めに暖房をホットマンに替え設定温度やスイッチ、コンセントを外さないように工夫。</li> <li>・ガス台を安全装置の付いたもの買い替える。時折ガスは消えているが安全ブザーが鳴り続けている時がある。</li> <li>・古い家のため縁側や裏口が開け閉めならず、窓の隙間も多く建物を管理している義従兄弟に相談し建物の修復を行う。</li> </ul>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・難聴のため、誰か来てもわからない不安や、お金や物を盗まれる不安があり、インターフォンを音と光で知らせるものを取り付ける。通いサービス利用時はずっと他の利用者に物取られの話をするため席の配慮を行う。</li> <li>・間に合わないため失禁をするようになり、布パンツに尿取りパット使用を促している。</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・簡単な調理をするにあたり、鍋焦がしにならないような食材の購入や電子レンジを購入し温められる環境を整える。</li> <li>・高齢なことも心配あり、週 2 回の通いサービスと週 2 回の訪問サービス、週 1 回の受診のための有償移送サービスで本人の安否確認と見守り体制を行い、土日は義従兄弟にお願いしている。</li> </ul>
予後予測について／事業所のすべきこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、本人の体調不良時や生活に不安が出ると考えるが、事業所で出来ることは本人中心に考え、職員がすべきことの職員に対する意識改革をしていかなければならない。</li> </ul>
予後予測について／家族支援について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族しか対応できないことが起こった時に、事業所だけではどうしようもならないこと（本人の入院などの心身状況や住まいについて）があった時にキーパーソンの家族が高齢なことや支援を受けるにあたり、しっかりと連携していかなければならない。</li> <li>・いざという時に対応してくれる方が、義従兄弟という事もあり、高齢の実弟とも間を取り持つことも支援していく。</li> </ul>
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅生活を困難にする主導権を持っている地域の方々と、どう連携を図っていくか、町の中心部で高齢の住民が暮らす地域の方々にどう関わっていくか（挨拶や連携を図っているが忘れてしまう）調整や配慮が必要。</li> </ul>

◆その他

この事例が「中重度」だと思う理由
<input type="checkbox"/> 認知症が中重度 <input type="checkbox"/> ADL が中重度 <input checked="" type="checkbox"/> 生活環境が整わないことでの中重度 <input checked="" type="checkbox"/> その他（地域の方々との連携、子供がいない方でキーパーソンが複数名、特定の BPSD） <ul style="list-style-type: none"> <li>・物取られ妄想で特定家族をターゲットにしてしまい、地域を巻き込み、在宅生活が危うくなってしまふ。</li> <li>・通いサービスでも在宅での被害妄想の世界しか見えず、他者との交流に限りが出てしまふ。</li> </ul>
事業所として困難に感じていること
<ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、本人の体調不良時や生活に不安が出ると考えるが、本人が在宅での生活に不安になった時に部屋数が 5 部屋の事業所でどう対応していくか。</li> <li>・本人へ“物取られ妄想の犯人”としている方をどう伝えて対応したらよいか。</li> <li>・地域の方に認知症のことを理解していただき、在宅で暮らし続けるためにはどうしていけばいいのか。</li> </ul>
困難に感じていることへの対応
<ul style="list-style-type: none"> <li>・世話をしてくれていた向いの遠縁の長男とは連携出来ていたが、亡くなった後に引越してきて家を建て直した次男さんに認知症の説明と連携は出来ており、現在の所は職員の対応で、向かいの家に本人が文句を言いに行くことは防げているが今後ひどくなったときは困難になるかもしれない不安がある。</li> </ul>



## 自由記述

- 自身の財産について把握できておらず、子供もいないので管理してくれる人がいない。そのため社会福祉協議会で行っている「福祉サービス利用援助事業」利用を相談するが、財産が大きいという事で成年後見制度を勧められ、実弟に協力していただき申し立て頂いた。
- 本人は体調不良時等には気弱になり、「ここで生活できれば安心できるのに」という事もあるので、「空くまで家で頑張る」と伝え、本人も頑張っている。
- 物取られ妄想の対応は、どう言ってあげればいいのか本当に苦慮している。
- 私個人としては、「家族や本人が頑張っている限り」「本人があきらめない限り」それに「職員や事業所が寄り添う限り」在宅生活の限界はないと思いたいが、住まいを準備できない時の限界があると本当に悔しい思いをしてしまう。
- 最期まで在宅で暮らし続けることを支援していきたい思いが…どうすればいいのか…いつも思い続けます。

事例概要シート

事業所名（都道府県）	リブレ松川 高齢者複合施設（福島県）				
（仮名）氏名	田中 文子	性別	女	年齢	93歳
要介護度	要介護2		利用期間	0年 7か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa <b>IIb</b> IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 <b>A1</b> A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 8～9回 訪問： 8～9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（                    ）					
その他の介護保険サービス					
なし					
介護保険以外のサービス					
なし					
本人の性格や状況					
穏やかで姉御肌 人の面倒見はいいが、頑固					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
独居                    キーパーソン：近くに住む長女夫婦					
主病名					
陽椎間板ヘルニア 骨粗鬆症 高血圧 アルツハイマー型認知症					
服薬					
アルファカルシードールカプセル    ファモチジンOD    抑肝散 ニフェジピンCK    ドネペジル					
経緯					
<p>・平成29年3月居宅介護支援専門員より、特養のデイサービスとショートステイを使っているが、利用時帰宅願望が強く予定より早く帰ったり、デイサービス利用時は「行きたくない」と拒否することがある。小規模の柔軟なサービスであれば、家族の希望を含めて対応することができないか相談があり、リブレ松川小規模利用となる。最初は、拒否が強く訪問からサービスを開始した。（1週間は毎日訪問した）</p>					

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・田中氏の症状を家族を通じて報告してもらう</li> <li>・医療との連携を図るために、医師からの指示が欲しい時は、文章でまとめたものを家族に渡し、通院時に家族から医師に手渡すようにした</li> </ul>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADLの低下がみられるようになり、細かなところも見逃さず記録するようになった。また、都度対応の見直しを行っている。</li> </ul>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
<p>椎間板ヘルニアによる痛み、骨粗鬆症のため転倒による骨折のリスク          高血圧による症状の変化</p>
予後予測について／事業所のすべきこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症が進んできて、コミュニケーションが難しくなっている</li> <li>・利用開始時から歩行にふらつきが見られたため、脚力低下による転倒の可能性がある              独居の為、在宅生活が難しくなる</li> <li>・特に夜間の対応が難しいと家族から話があったためポータブルトイレの使用方法など              泊りの時に実施している。</li> <li>・一人で何でもできると思っているので、見守りや観察を通して力を見極めをしながら              自立支援を行っていく</li> <li>・自宅での困難な対応について検討しながら報告相談をしていく</li> </ul>
予後予測について／家族支援について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・キーパーソンの長女は持病があり現在体調が悪く、夫も仕事をしているため、田中氏の在宅における世話が難しくなっている。他の姉妹もいるが遠方の為、田中氏の支援は難しい。</li> <li>・家族の負担感を緩和するために、長期で過ごせる環境の整備が必要になっている</li> </ul>
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ地域に住んでいる利用者がいるので、交流の場をもちながら、関係性を切らないようにする</li> </ul>





がる規子さんをすぐ上の兄が強引に病院までお連れした。

平成 27 年 3 月 雨の夜に次男を駅まで迎えに行こうとして傘もささずに一人で外出するが、道に迷い当法人の GH フクチャンちに自ら助けを求め警察に保護される。

平成 27 年 3 月 次男の就職によって日中独居になるため当事業所の利用を開始する。

通い：火・水・木曜日（10:00～13:00）、訪問：月曜日、訪問看護：金曜日

平成 27 年 4 月 通いサービスにも慣れてきたため時間を延長する。

通い：火・水・木曜日（10:00～16:00）、訪問：月曜日、訪問看護：金曜日

平成 28 年 4 月 午前、犬の散歩のため外出したが自宅に戻れなくなる。次男が一人で探していたが見つからず、夕方、当事業所に母親がいないか連絡をくれる。その後、職員と警察で捜索したが、夜 12 時近くになって自宅から約 8km 離れたコンビニからの通報にて保護され無事に自宅に戻る。次男からも母親が一人になる時間帯を減らしていきたいとの話があり、通いの日数を増やし送迎は家族対応、宿泊の利用も始める。

通い：月～土曜日（7:30～20:00 家族送迎）、宿泊：火・水・木曜日

訪問看護：水曜日

\* サービス利用日は事業所内で 3 度の食事を摂られる

\* 次男の職場が日曜日定休、それ以外は不定期である。急な勤務変更に伴い適宜サービスを変更していく

平成 28 年 4 月 同時期に、中学時代の同級生 A さん（男性・東京在住）、高校教師時代の新体操部の教え子（看護師 B さんなど）等が通いの時に訪問してくれるようになる。同級生は月 1 回ペース、教え子たちは、不定期で看護師の B さんが同級生、先輩・後輩を連れて訪問してくれる。それぞれ外食、花見、ドライブ、卓球など外が大好きな規子さんを連れ出してくれている。

平成 29 年 10 月 A さん、B さんが初めて対面する。事業所も含め話し合い、規子さんの笑顔を増やしていくために協力していこうと共通理解をする。

#### ◆ ケアをする上での工夫

##### 医療機関とのやり取り・連携について

医療機関は初診から同じ病院である。受診は定期で 1 ヶ月に 1 回の割合で神経内科に通院し、年に 1～2 回はケアマネ、看護師等が同席し生活状況、ケアの様子を説明している。また、訪問看護の指示書を毎月いただき報告書を提出している。

主治医からは、認知症の進行を遅らせる 2 種類の薬を処方しているが、トイレ以外での放尿などの行動からも症状は進んでいると思われる。薬を変更した場合には、また違った症状が出るであろうし、今起きている問題点が良くなるとは思えないので変更する考えはなくケアで対応していくしかない、と話をされている。さらに慣れ親しんだ人物、場所、活動などに関わることで安心感も出てくるだろうということを共通の認識としている。事業所など家族以外からの情報を聞けることは助かるとも言われている。

##### 「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

規子さんの心地良いと感じる言葉・表情・態度、排泄などに関わる言動を 24 時間生活変化シート、気づきノートに記録し、朝・夕のミーティング時に、適宜、対応についての見直しを協議し、検証・共有をしている。





いることには大きな不安がある。また、尿漏らし、放尿をすることも増えてきているが不安感やプライドが高いためなのかトイレでのスムーズな排泄が難しい時がある。

#### 事業所として困難に感じていること

- ・規子さんの、楽しい、嬉しいと笑顔で感情表現することが少なくなってきたので笑顔を増やしていける関わりが難しい。
- ・外出して戻れなくなり遠方まで行ってしまうことがあるが、できれば自宅の時間を増やしていきたいが、日中独居の生活では目が届きにくいので困難さを感じる。
- ・排泄の際、自らトイレに行くが、ズボンをおろす・座る行為を忘れていた時は、出てきてから漏らしてしまうこともある。また、夜間にベッド上で放尿することもある。排泄したいかの有無を確認するも「大丈夫」「何でそんなこと言うの」など声を荒げて立ち去ってしまう。排泄パターンも曖昧でトイレへの声掛けも嫌がるため苦慮している。また、便器の水で手を洗うこともある。

#### 困難に感じていることへの対応

- ・今できること、本人が慣れ親しみ心地良いと感じることをやっていただく。  
身体を動かす、人に教える、人前に出る、世話をする、土をいじる、花の手入れ、外出する（散歩・買い物・ドライブ）、テレビをみる（バラエティ番組）、日常の役割（洗濯干し・たたみ、野菜のカット、茶碗・お盆拭き）、歌うこと（カラオケ）、知人・教え子と会う。特に、知人・教え子たちは、規子さんの好みをよく知っている安心できる存在なので、笑顔になれることを大いにやっていただく。
- ・通い・宿泊サービス中心の利用にして外出して戻れなくことでのリスクを減らしている。訪問看護や次男が、馴染みである自宅周辺を散歩することで安心した気持ちになれるよう支援している。できれば自宅にいる時間も増やしていきたい。
- ・トイレを探しているような行動の時には、女性職員が、さりげなく「こちらですよ」と声掛けする。また食器洗いの後等、何らかの作業からの流れだと入りやすい。夜間はベッドにセンサーを置き反応によって声掛けしている。

#### 自由記述

自宅での生活を続けるにあたっては、家族の関わりが不可欠ではあるが、若い年齢で認知症が進行していく過程で、発症から10年を迎える3~4年後を見据えた次男、実兄の覚悟を十分に知ることができていないように思える。特に、主介護者である次男は、世間体を気にする、他人に迷惑をかけたくないという気持ちが強く、反面、規子さんは外向きの楽天的な性格であることから、これからの人生を規子さんらしく送ることができるよう、家族、一社会人として本音の部分を引き出しながら支援をしていきたい。昔からの規子さんを知る同級生、教え子たちが、何とか先生の助けになりたいと時間を見つけて関わってくれている。一度は切れかかった縁を再び繋ぎ合わせ、笑顔を見たいから、先生と一緒にいたいから、そこには介護サービスでは得ることは難しい人と人との心の繋がりが見えた。



事例概要シート

事業所名（都道府県）	十四軒町の家 小規模多機能ホーム（京都府）				
（仮名）氏名	京都 光子	性別	男・女	年齢	74歳
要介護度	要介護4		利用期間	7年 6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： 13回 訪問： 77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（通院援助）					
その他の介護保険サービス					
訪問看護(週1回) 福祉用具貸与(特殊寝台 特殊寝台付属品) 住宅改修					
介護保険以外のサービス					
階段昇降機(自費による住宅改修)					
本人の性格や状況					
<p>子供や動物が好き。世話好き。まじめで几帳面。嫌なことがあるとはっきりと言う。姉に対して認知症発症以前は従っていたが、発症後は手を出したり、きつい言葉を言っていた。特定のご利用者に対して、毛嫌いがあった。(H22～28)</p>					
家族構成(キーパーソン・主介護者・同居家族など)					
夫(キーパーソン) 一強皮症、軽い物忘れ 姉一認知症なし。全盲。姉の夫一認知症発症(認知症デイ利用)					
主病名					
アルツハイマー型認知症・器質性気分障害・血管性認知症・糖尿病・便秘症					
服薬					
マグミット 500mg 1錠(朝・夕)    メマリーOD錠 5mg1錠(朝)    センノシド錠 12mg 2錠(眠前)    ラキソベロン(頓服) インスリン注射    トレシーバー16単位(一日1回)					
経緯					
H22年3月2日 登録開始(67歳)					

57歳ごろ物忘れが始まり、62歳でアルツハイマーの診断を受ける。64歳から認知症デイを利用したが、利用続かず、夫が介護をしていた。(理由は語らないが、他のご利用者とのトラブルや朝の送迎に合わせることの困難さが考えられる。) H22年～登録開始。当初は週2回の通所から開始する。自ら時間を見てインシュリン注射をすることはできないが、声をかけて言葉で指示すれば自己注射ができる。会話も可能。入浴は「入りません」と言うが声掛けの仕方が入ったり入らなかったり。当初より他のご利用者とのトラブルがある。その後、特定の人に対して目が合ったりその人の横を通ると頭をたたいたり殴りかかろうとする。それを止めようとするとう職員に対してつねる、引っ掻く、けるという行為がある。特定の人数が数名に増えた為、静かな和室で一人で過ごすか、職員とマンツーマンで対応する。その頃見出した本人のプラス面は台所仕事ができる。自分よりも弱そうな人に対してとても優しい(世話好き)子供と動物が好き。礼儀正しい。買い物に行くと荷物を持ってくれる。身体を動かすことが好き(陸上の選手だった)散歩やドライブなど出かけることが好き。プラス面を生かしながら何とか、休まずに利用を続ける。他のご利用者とのトラブルで「帰るわ」と興奮して帰宅したことも何回もあった。

#### H22年9月～

通所に行かない日は昼間まで寝て、朝昼兼用の食事をする為、インシュリン3回の指示が2回しかできていない。夫と姉の希望は泊まりを多くして生活のリズムを付けてほしいと希望。しかし、ご本人の様子からいきなり泊りは難しい。通所の日は一日3食取れていることから、通所の日を徐々に増やすことを提案。週3回に増回する。決まった時間に本人が起きることが出来ないため、朝の9時半に電話連絡状況に合わせて柔軟なお迎え。他ご利用者へ車中での暴力がある事から、日によっては個別送迎をする。時々失便(下痢の時)あり。

同居の姉と犬猿の仲、姉とすれ違ふとける、こつく、足を引っ掛ける。姉も負けずに言い合いけんかとなる。認知症発症前は姉のいうことは逆らわない人であった。夫は姉と本人の折り合いの悪さにもっともストレスがたまっていた。

#### H23年5月

神経内科受診 頭部CTの結果。認知症はかなり進行している。

#### H23年6月

初めて泊りを試す。夕食後までは何とか過ごす。夫と電話で話をしてもらうなど工夫したが、そのこと自体忘れてしまうので、20時半ごろから「帰りたい」と強く訴える。夫と相談し、無理をせずに徐々に伸ばすことを提案。21時帰宅となる。

#### H23年12月

通所日以外は一日2回しかインシュリン注射が出来ていない実情に合わせてインシュリン注射が日に3回～2回となる。

#### H24年1月

初めての宿泊をする。早朝に夫が救急搬送され入院。通所利用中に姉より依頼がある。本人に夫の急病を伝える。このまますんなりと宿泊にならないと思われ、本人への丁寧な説明の後、一緒に荷物を自宅に取りに帰る。「自分の家でないと寝られへんしいややけど一晩なら」と言われる。一緒に荷物を取りに帰ると、夫が在宅。入院を固辞したが毎

日点滴に来るように言われたため、本人の通所の送り出しができない。宿泊をすることに。夫と本人と一緒に宿泊の準備をする。その後延長の申し出あり、その時も一緒に延長分の着替えや薬を取りに行く。本人「目が覚めたら知らんところ。どこ？」と初めての宿泊に不安げであったが何とか乗り切る。このころより尿失禁が始まる。宿泊後、朝早く起きるようになった。姉との折り合いが少しましになったと報告を受ける。(一時的効果ですぐに戻る) その後も夫の通院に合わせて宿泊するようになる。

#### H24年5月

メモリー開始。朝起きられなくなる。起床介助に介護抵抗が大きい。

事業所の備品をたくさん持ち帰る。(ビニール手袋・トイレクイックル・パット)

#### H24年6月～

月～水(2泊3日の泊り)金、日の通所が定着する。

#### H24年7月

メモリー中止。朝起きれない事、失禁が増えた為

#### H24年8月

姉との折り合いの悪さが続いている。施設入所も検討が必要かもしれないと考えるが、夫は姉と別に暮らすのであれば二人で住めるところを希望している。特養は希望しない。別に暮らすことは夫に決定権はないと夫は考えており姉が決めることとしている。

#### H24年11月

失禁がひどくなり、紙パンツを導入する。身体のバランスを崩しやすく、しりもちや転倒が始まる。

#### H25年1月

初めて駅伝を見に行く。本人の印象に強く残っている。

#### H25年2月

インシュリン注射の手技が不安定になる。針刺しが起こる。

夫と徒歩で通院中に転倒する。打撲のみでCTの結果異常はないが、ADLが低下。さらに感情の起伏が激しくなる。着衣失行が始まる。自宅での入浴はできなくなる。朝の準備が出来なくなる。着替えをするのがやっと。2階から降りれない。通所で朝食やインシュリンを行う。時には職員が無理に抱えて2階から降ろすこともあるがこの方法に職員から疑問の声が上がり、本人のペースに合わせて準備をしてもらうことに。12時を過ぎることも多々ある。

#### H25年3月

朝の送り出しのストレスを避けるため、金も泊りを追加する。木曜日以外は事業所で過ごす事に。

#### H25年6月

低血糖 71mg/dl 低血糖の顕著な症状はなし。医師と相談し、毎日血糖測定をすることになる。インシュリンの手技はほぼできなくなり、最後にさす事だけを本人が行う。気分が高ぶると注射を職員に向ける。振り回すなどあり危険な状態。

気分によって食事をとらないときがある。

#### H25年7月

訪問看護導入。

排泄、入浴、着替えなどに介護抵抗が続く。気分の波が激しく、機嫌がよい時も高揚を押さえられない。職員へ引っ掻く、つねる、けるに加えて股間や胸を触る行為がでる。興奮すると外にとび出し、歩行者へも攻撃する。2泊3日の宿泊が出来ずに、帰宅する日が増えてくる。

姉も本人を刺激しないようにひっそりと合わないように生活している。宿泊できない日が増えることで姉も「ひやひやして生活している」と。特定の利用者を攻撃することは続けているが、追いかけてまわすようになる。

#### H25年10月

神経内科同行。向精神薬について相談する。今までも抑肝散・グラマリール・メマリーを試しているが、副作用と効果が薄い為中止した。抑肝散を開始

#### H25年11月

抑肝散の効果薄く、かねてより提示していた主治医の変更を夫が承諾される。認知症サポート医を受診。メマリーとデパケンを処方される。

#### H26年1月

感情の振れ幅は少し改善されているが、爪を立てたり、たたいたり、髪を引っ張るなどの行為は続けている。朝起きられない。起こすのが大変な状態。転倒やふらつきも増えている。食事を誤嚥することが増える。薬の影響か、認知症の進行か。

#### H26年12月

歩行困難に。生活動作の援助、ほとんどに抵抗があり、また、2階から降りることが難しくなる。夫も傷だらけになっている日がある。夫、限界となり施設入所を希望。「どこでもいい。早く入れるところ」と。訪問看護時にも介護抵抗あり、押さえつけてインシュリンをした。このまま在宅は難しいと意見あり。

#### H27年1月

施設探しを始める。日に2回のインシュリン注射がネックとなる。また、他者への暴力について詳しく聞かれ、他利用者への暴力は受け入れられないと。

#### H27年2月

頭部CT検査後、水頭症の疑いと医師より。ただし、タップテストは本人の状態から無理と思われる。夫の介護が限界で施設入所を強く希望されているが、現状の介護抵抗の強さとインシュリン注射が問題となり、入所先が見つからない。精神科の入院は検討できないか相談し紹介状を書いていただく。精神科の受診を予約する

#### H27年4月

精神科診断を受ける

- ① 海馬の委縮 ② 脳室拡大 ③ 前頭葉に広範囲の脳梗塞 介護抵抗を弱める薬を出すと歩行障害や食欲不振がでる。今の大変さを複数の施設でシェアしてはどうか。  
(ルームシェアの提案) 夫が望むなら入院も可(しかし1か月程度、必ず在宅に戻ることが条件)

糖尿病内科受診

現在の形のインシュリン注射は限界であることを伝える。しかし、本人は自身でインシュリンを生成する力がほとんどない為インシュリン注射を止めることはできない。食事量に関係なく、緩やかに一日効くタイプの製剤に変更する。(気分のいい

時を見計らって試行してよい)

夫 姉と相談

姉は反対であったが、夫が入院を決意。姉もしぶしぶ承諾

4/23 入院となる。

**H27年5月**

退院後の本人の生活の場について相談する。現在の2階の居室では生活はできない。

1階にベッドを入れるか、姉妹別々に暮らすかを協議。

夫と、高齢者住宅を見学する。

姉は事業所に内緒で階段昇降機を付ける準備をしている。

夫は姉と相談した結果、別に暮らすことを断念。

ケアマネから強く1階の生活を依頼する。

退院カンファに姉も同席してもらう。

医師より本人の対応方法を話してもらう。

5/23 退院予定であったが、食事が入らず、向精神薬を抜いて再度食思をアップしてから退院することに。

**H27年6月**

退院：今までの宿泊中心のサービスに加えて、朝の排泄、着替え、洗面の援助を行う。

1階にベッドを入れ、トイレまでの動線を1直線にする。

退院後も、介護抵抗みられるが、入院前ほどではない。夫への暴力はほとんどない。

職員からは「前と変わらない」の声もあるが、うまく介護できている場面も見られ、うまくいったことをたくさん記録に残すように伝える。

**H27年7月**

夫が強い薬疹で入院となる。姉と相談し、空いている限り宿泊をし、空いていない日は夕食後送り、朝の起床介助を事業所で行う。

**H27年8月**

夫退院、精神科受診同行。介護抵抗の度合いを医師自身が確かめ、メモリーを増量される。

**H27年9月**

申し込んでいた特養より、入所の打診がある。夫は、今は自宅で落ち着いているのでと入所を断る。

夫の物忘れが出現

インシュリン注射を嫌がるようになる。事故を防ぐためできない時は夫に依頼する。

夫がインシュリン注射を忘れないように訪問看護時に指導を依頼。

介護抵抗は時々みられる。向精神薬の追加には過沈静の危険があり、夫に対してはあまり抵抗がないことから処方は現状通り。

**H28年2月**

姉、本人、夫と共に精神科通院

入院前は強く施設入所を希望していたが、最近は家で穏やかにしており姉との関係も改善してきている。本人も「家がよい」と口にする。事業所に泊まっていることが多いが、本人の状態も落ちているので、家族との生活を中心としたい。本人「家にいたいよ」

という。週3回の通所。一日4回の訪問に切り替えることとする。(宿泊なし) 主治医に相談。サービス担当者会議を開き、サービス変更。

H28年4月

本人の介護抵抗は少なくなる。インシュリン注射の拒否は時々ある。夫の物忘れは気になる。上記サービスに加えて、便失禁の時の臨時訪問が増える。

H28年6月

精神科受診。メモリー減量

糖尿内科受診 血糖コントロール不良 H27年 HbA1c 9.8 食事量に関係なくインシュリンを打つように指示。

H28年7月

姉の夫に認知症出現。精神科受診と認知症DSの利用開始

姉の転倒骨折

夫が本人と姉の夫の介護をしている。本人の宿泊を検討したが、夫と姉の夫を二人きりにするより、本人が自宅にいて事業所から一日4回訪問する方がよいのではないかと思われ、姉の夫の服薬確認もしばらく行う。

精神科受診。メモリー減量により夫への介護抵抗出現。元の量に戻す。

H28年8月

姉退院

本人の介護抵抗はほとんどなくなり、排便のコントロールと食事量、インシュリン注射の拒否と判断が介護の中心となる。

H29年4月

食事介助が必要となる。食事量低下 エンシュア開始

H29年10月

精神科受診

メモリー減量

#### ◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について

精神科：メモリーの調整によって、介護抵抗の減少や不活発、誤嚥、便秘、食事量が変わってくるので、通院に付き添っている。介護のアドアイズも頂けることと姉が同行すれば、姉にも介護方法をアドバイス頂ける。

糖尿内科：支援半ばでは、インシュリン注射後食事をとらない事による低血糖の危険があったので、すぐに電話連絡で指示を仰いだ。様々な場面を想定しインシュリン単位の指示をもらった。現在も検査結果によって指示が代わるので訪看と情報共有している

「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

介護抵抗が強かった時に、職員の記録のほとんどは、どんな内容の暴力を振るわれたかが中心となっていた。入院し、本人の脳の状態がわかり、前頭葉症状が強いことを再確認した。職員の中には、「入院したら症状が治る」と思っている人もいるが、脳の状態が変わるわけではない。介護者の関わり方を変えることが必要ということを知ってもらうため、記録やミーティングでは、うまくいった関わりを多く報告してもらい、記録にも

残すように呼びかけた。少しずつ、暴力を振るわれることの記録から、穏やかであったという記録が増えて行った。姉の申し出で、宿泊中心から、訪問中心の支援への変更の際は、医師、訪問看護、職員の意見を聞き、いつでもプランは戻せることを夫に進言。また、夫の物忘れの進行や、姉夫婦の状態観察も引き続き行っている。
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
① 糖尿病—食事量の観察、水分量 食事量によるインシュリン注射の実施 ② 便秘—食事量の観察、水分量、家族と情報共有しラキソベロン 座薬の使用 ③ 感染症—発熱、尿の色や回数 風邪症状の有無など 訪問看護と情報共有し、主治医につなぐ
予後予測について／事業所のすべきこと
認知症発症から 15 年以上たっている。今後は、自発性の低下と不活発が予測される。自宅のベッドから、玄関を出て、車に乗る力が保てるように、歩行できる状態を保つ。気持ちへの刺激が落ちてしまわないように、本人の参加できる、歌や子供との関わり、散歩など続けて穏やかに過ごせるようにする。食事量、水分量が低下すると考えられ、糖尿内科との連携を取り続ける。
予後予測について／家族支援について
夫の物忘れの進行。姉の視力障害に伴う事故の危険。姉の夫の認知症の進行 夫は姉の家に住まわせてもらっているという意識を持っている。その為、姉に遠慮をして本当の気持ちを言えない。訪問中心のプランは姉は満足しているが、夫がしんどいと思った時に、本音を言えない可能性があり、適時に夫の気持ちを聞く機会が必要である。決定をするときには、姉と夫の 2 者ではなく必ずケアマネジャーも同席して決めてもらうように配慮する。姉が長期間旅行に行くことがたびたびあるので、その時には姉の夫の対応をしている。4 人が一緒に暮らすことの限界を関係機関と協議して、共倒れにならないようにしていく必要がある。
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
ほとんど近所づきあいはないが、訪問が増えて、隣の方が自転車を置かせてくれることがあった。今は夫と姉は事業所に発信できるが、今後、地域の方の助けを借りないと発信できない可能性があり、つながりを作っておく必要がある。姉のケアマネジャー（包括支援センター）とは適宜情報共有しているが、今後も続けていく。

◆その他

この事例が「中重度」だと思う理由
<input checked="" type="checkbox"/> 認知症が中重度 <input checked="" type="checkbox"/> ADL が中重度 <input type="checkbox"/> 生活環境が整わないことでの中重度 <input checked="" type="checkbox"/> その他（ 家族の介護力低下 ）
事業所として困難に感じていること
① 本人—認知症の進行により食事量の低下、水分量の低下が心配される。インシュリン注射を行っているため、常に配慮と対応が必要。血糖値が不安定のためインシュリンを打たない日がある。介護抵抗で打てない日がある。その際に夫に注射を依頼するが

情報伝達でインシデントが発生しやすい

- ② 姉—家庭の中で一番意見が強く、自由に行動している。長期旅行中の姉の夫の介護などあまり気に留めていない様子。妹の介護の意見を強く持っている。
- ③ 夫—物忘れが出現している。通院の日や、ケアマネジャーと打ち合わせしたことなど。また、姉への遠慮から本当の気持ちをなかなか言わないし、分からない。
- ④ 夫の姉—担当事業所が違うことから連携が取りにくい。

#### 困難に感じていることへの対応

- ① 夫と連携して食事量の把握とインシュリンを自宅で打つのか打たないのかの確認の徹底。連絡帳の活用と口頭による確認の二重確認
- ② ③ 大事な決定をするときは、姉の意見を重視しがちなので夫の意見をかならず聞くようにする。夫の物忘れの兆候は常に記録に残すようにする。

#### 自由記述

57歳で認知症発症。混合型認知症で、前頭葉症状が強く、感情のコントロールが効かない状態であった。その為、介護抵抗、他利用者へ声を荒げたり、手を出すことがほぼ毎日のように見られた。徐々にサービスを増やし、夫が限界となった状態で精神科に入院。夫はその際、在宅介護をあきらめていたが、退院後は以前より穏やかとなり、在宅を選択する。現在では、訪問中心の支援となっているが、同居の姉は視力障害、その夫に認知症が出現。夫にも気になる物忘れが出現している。

若年性認知症の激しい症状は7年間ほど続き、現在は自発的行為の低下や不活発、廃用性症候群が心配される。今後、本人夫婦 姉夫婦の状態に応じて、柔軟に対応が必要と思われる





## 経緯

平成19年11月から小規模多機能ホームかめやん家を利用。利用前に交通事故にて右大腿部頸部骨折し入院。入院時に認知症が発症し、退院後、長男の友人の薦めでGHに入居となるも、思うように外出できないことや他の利用者との口論やトラブルから退所となり、在宅へ戻られ、かめやん家を利用することとなる。利用当初は介護1で通いサービスをメインに週3回利用され、行きは嫁様と15分程かけて歩いてホームに来ていた。ホーム利用中は、新聞や本を読むのが好きでよく読んでおられ、スタッフと図書館への外出もされていた。自身のペースを崩されるのが嫌いで、ここでも他の利用者の方とも、口論になることがしばしばみられていた。

平成22年頃から、排泄の失敗がふえてくる。自宅ではTVをみているか、寝ているか通帳をみているかと活動量も低下してくる。そのため、歩行時の足の運びも悪くなり自宅では、目を離すとしりもちをついているということも増えてきた。このタイミングで、家族は特養への入所を検討するも、本人の意向を尊重し、認知症の症状を受け入れ訪問サービスを増やし活用することで、在宅生活を継続していく方向となる。

平成23年頃から、自宅では、自身で食事を食べなくなる。ホームでも、日によってスプーンや箸を手を持ってもらい介助をするようになる。時折、しがんで出すこともみられた。平成24年頃から、日に日に自分では何もしようとしない、ご飯も食べさせてもらうのを待つことが多くなる。ただ、好きなものやおやつは自分から手を伸ばして食べている。歩くことは、ホームでは押し車を利用しスタッフと歩くも、自宅ではベッドから動こうとしないことがほとんどとなる。

平成25年頃、長男が脳梗塞にて入院。退院後も、右半身に麻痺があり、自身の事で精一杯となる。元嫁様の負担も多くなり、週5回の通いサービス、利用日以外の食事介助（昼食）、排泄介助の訪問利用となる。また、家族の状態や本人の状態に応じて泊まりサービスも適宜利用となる。後見人がつくこととなる。

平成27年頃から、発語がかなり少なくなる。机をトントンたたいたり、歌には反応し歌うことはあるものの、傾眠状態も増えてくる。食事量も、日によってムラが多くみられるようになる。

今年に入り、ほとんど自発的に話すことが無くなる。声かけにも返答されるのは、1月に数回程度である。利用して10年近くなり、大きな病気や入院はないが体調を崩すことが増えてくる。家族と相談し、24時間対応可能な医師に変更することとなる。この頃のCTでは脳の萎縮も顕著で認知症としては最終ステージとの事。6月～口唇ジスキネジアが出現。その為、常時、口を動かしており、かみ締めていることも多くみられ食べるのが難しくなってくる。訪問歯科にかかっていたため、嚥下医師の診察を受け、「口の力が弱っている。食べ物を喉におくのに義歯があることで余計に時間がかかり難しくなっている。普通食は義歯をつけないと咀嚼をせず丸呑みをしている状態」との事。結果、義歯を外しムース食での対応となる。しかし、8月には、トイレ時に血管迷走神経反射失神により意識消失がある。以降、目を閉じていることが多くなり、食事中の覚醒状態も悪くなってくる。現在、ムース食でも咀嚼をせず嚥下反射が起きないことが多い。プリンやゼリー、ジュース等は食べていることもあり、現状は、本人が好きなものや食べられる物を食べられる量で様子を見ながら提供している。

## ◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<p>ホーム利用して10年の間、大きな病気や入院もなく、病院への通院は、風邪や予防接種、薬をもらいにいくのみであった。</p> <p>平成28年から、病院を変更（24時間の往診が可能な近隣の医師になった）となる。家族とは在宅で最期を迎えることを目標に、随時、家族の意向を確認し、医師とホームでの対応を踏まえてやり取りをしている。家族は、積極的な治療や入院も望んでいない。ただ、水分量が少ないこともあり、最低限の点滴のみ本人の状態をみておこなっている。</p> <p>毎週の訪問歯科と月に1回の嚥下医師との連携により、食事形態や介助方法の見直しをおこなっている。</p>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<p>日々、本人の表情やバイタルサイン、覚醒状態、発語の有無、食事や水分摂取時の様子、排泄の状況、日中の過ごし方等を観察し記録している。状態の変化があれば、ケアマネジャーと担当職員と随時、カンファレンスを通して意見交換し対応の見直しをしている。実際に対応変えた際には、本人の反応や様子を細かく観察し、記録に残している。</p>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
予後予測について／事業所のすべきこと
<p>現在、家族・かかりつけ医師・歯科医師・事業所と状態の変化に合わせて、今後のケアや方向性について話し合っている。最期をその人らしく迎えられるよう調整し話し合っていく。事業所として、本人の変化に気づけるよう、常にバイタルサインを意識し、食事量・水分量・排泄状況、身体状況等確認をし、情報共有する。スタッフの経験の差はあることから、スタッフ間での観察ポイントやケアの方法を随時、話し合っていくことでスタッフの不安も払拭していく。また、A・Tさんが不安なく苦しむことがないよう、また、これまでの日々の関わりの中で何ができるのかを考えスタッフ間で話し合っていく。自宅で最期を迎えることができるよう環境を整えていく。</p>
予後予測について／家族支援について
<p>今後、状態によって、通いサービスから訪問サービスが中心に変化することも考えられるが、家族の身体的・精神的負担が増えないように、訪問の頻度を多くし対応していく。また、嫁様は、食事介助が上手くできないとの事であるため、本人が食べることが出来る間は、スタッフがフォローしていく。また、介助方法も提案し伝えていく。</p> <p>本人の状況で、家族の気持ちに変化があり、方向性が変わっても対応できるように、日頃よりコミュニケーションを図っていく。</p>







経緯
<p>元々アルコールが好きな方であるが、定年されてからは特にアルコールの量が増え、毎日朝から1日中飲酒していた。内縁の妻が止めるも、きつい口調で返され、全く聞く耳を持たなかった。徐々に食事量も低下し低栄養状態となる。そんな中、平成27年9月ごろ～身体状況が急激に低下。低栄養状態にプラス歩行困難や排泄が間に合わない、せん妄や見当識障害などが出るといった状況になり、それまで身の回りのお世話をされていた内縁妻も一時的に手をひかれたかたちとなった。夜に這って外へ出られ、戻ることができずに大声を出されることがあり近所から苦情があがった。そんな状態もあり、精神科病院の入院を支援者から勧められるも、本人は拒否したため入院はできず、医療保護入院までの必要性はないとのこと。</p> <p>これからどうしていこうか、という状況の中、すでに関わっている訪問看護師からの勧めにより、当事業所へ利用相談がある。</p>

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<ul style="list-style-type: none"> <li>●訪問看護師が週に1~2回入りながら、体調管理。アルコール禁止の指示あり、訪問時に冷蔵庫の確認、金銭管理は内縁の奥さんにやってもらう。体調や精神面などの変化について、訪問看護師に報告、相談していく。食事を提供し、服薬管理も当事業所で行なう。また、低栄養状態を改善するため、エンシュアが処方される。</li> <li>●精神科病院の外来を受診。確定診断と服薬調整をしてもらう。 精神科の服薬は近医（内科）に連携し、処方してもらう。体調面の管理を行なう。</li> <li>●月に1回の定期受診で健康状態及び精神状態を医師と共有している。受診については事業所職員が同行させてもらい、診察の際の問診には全てご自身で答えられる。不足の部分のみ職員から口頭や内容によっては書面にて報告。</li> <li>●月に2回の訪問看護でバイタルサインや服薬管理、回想法などを行っている。</li> </ul>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>●訪問、通いの時の様子の観察を提供記録に詳しく記入すると共に、ミーティングは月に2回くらいなので、日々の出来事は事業所内では書面で情報共有。看護師などの医療的な観察も合わせ、事業所の看護師と訪問看護師との連携や、元々入っていた支援者間での引継ぎのためのミーティング、サービス担当者会議などを行なっていく。対応の見直しや検証は、小さな出来事は、現場からの声を拾いながら都度行い、大きな見直しは、ミーティングや臨時のミーティングなどで行なっていく。（医療面の調整に関しては、主治医の診察に同席するなどし、現状を伝えながらアドバイスをもらう。</li> <li>●サービス開始から1週間以内に地域ケア会議を開催。包括を中心に関係支援者や家族、地域住民に呼びかけ、①これまでの経過②現在の状況③今後の動き、について確認及び協議する。</li> </ul>



●もともと関わっていた居宅、訪問看護、包括などと、引継ぎや話し合う機会を持ち、今までの様子やケアの確認、今の課題を情報共有し、整理していき、優先順位の高いものから、重点的に支援の方法を決めていった。訪問看護が引き続き支援してくれるので、報告、連絡、相談をまめに行なった。

●地域に関しては、包括から地域のキーパーソンを紹介してもらい、挨拶に行った。近隣には、訪問や送迎で出会った時に積極的に声を掛け、機会があれば、簡単に状況を伝えたり、気になることがないか聞いたりした。

●喫煙されるので、地域住民からも火元の心配があがっていた。ここに関しては、時間が経ってからではあるが、申請して自動消火器を設置している。

●毎日のように「妻はどこに行ったのか?」「自分はどうすればいいのか」という不安を職員へ言われ、自宅に居られるときでも多いときには何十回/日も電話があった。その都度お話しを聞かせてもらったり、必要に応じて訪問して対応。

#### 自由記述

記載した内容は、約 2 年前の状況なので、現在の様子と比較すると変わっている内容も多いです。





ターに相談するように言われたと電話にて、問い合わせの電話連絡がある。

電話でのアセスメント：これまで介護保険サービスを利用したことがなく、今回の入院(体調不良：食欲低下、倦怠感)を機に、下肢筋力の低下、認知症の進行がみられる。入院前は手引き歩行が可能で、ベッドも普通のベッド、排せつ用品はリハビリパンツを使用し、トイレまで連れて行くことができていた。食はもともと細く3食きちんと食べないこともあった。現在、病院では水分のトロミ材(はちみつ状)を使用している。朝は時間通りに起きられない。サービスの概要を観点に説明するが、自宅にはあまり入ってきてほしくないのでは訪問は必要ないといわれる。

電話での家族の要望：仕事に行っている間に一人にできない。歩いたりできるようになってほしい。と話される。

近日中に、具体的なご家族の希望と、ご本人の状態の確認、サービスの説明と見学を兼ねてセンターに来られることになる。

見学時に改めて、ご家族の要望や具体的にどのような生活を望んでおられるのか、どのようなことが困ると思うかなどを確認する。現在、仕事が終わってから病院に行き、簡易ベッドにて宿泊している生活を続けているの、ほとんどの介護はできると思う。おむつ交換のための陰部洗浄ボトルも購入したと話される。ただ、移乗介助には自信がないと話される。実際に何が困るかどうかはやってみないとわからないと楽観的である。

本人面接：病院にて実施。主任看護師より状態の確認と服薬状況を確認する。頻脈があり、一時180~190あったが内服でコントロールできているとのことであり、服薬はこの薬のみである。

長期記憶(生まれた場所や生活歴)については保持されていない。短期記憶も保持されておらず、日時、場所はどの見当識も保たれていない。

和やかに話はできるものの質問に対して、全く関係ない返答がある。同じ質問を繰り返すも同じ返答はなし。途中で担当相談員が来ると、一時、険しい顔に代わるが、しばらく話していると元の穏やかな笑顔が見られる。

娘が最終的にセンター利用について、少し悩んでおられるようである(別の小規模多機能および、老人保健施設)が、利用の意向が確定すれば、退院前カンファレンス実施し利用開始となる予定となる。

後日、甲南病院にて契約を行う。キーパーソンの次女と長女も同席される。退院後、直接センターに来ることになり、その際に、当面はセンターを連続して宿泊し、少しずつ自宅に帰宅する準備を行い、自宅内の環境整備や本人とできることできないことを見極めていく形のケアプランを作成し交付することを伝える。

利用開始前に、家屋調査のために自宅に伺う。荷物がたくさんあり、ご本人が使用するベッド上にも荷物あり。何とか、玄関からベッドまでの動線を確認している状態である。玄関から洗面所やトイレ、寝室までつかまり歩きができるよう住環境整備を行うようにテーブルの位置や荷物の位置を変える。つかまり歩きができるのかどうか次女さん自身

がリハビリに立ち会ったことがない。病室には歩行器があるとのことである。病院からの情報ではシルバーカー歩行可能レベルとのことであるので、病院でのリハビリの時間を確認し、歩行状態を撮影等することを伝える。

福祉用具貸与業者、訪問リハビリ業者と電話で打ち合わせ、利用開始日の15時にセンターで担当者会議開催することとなる。また、主治医となるB医師に連絡し、訪問リハの指示書の依頼を行うと、週1回程度では歩行できないだろう。パーキンソンがあるので医療保険でリハビリを行えるよう指示書を書くと言われる。

リハビリの様子を確認：病院のリハビリを見学に行く。左腕は水平まで上がるが、右腕は45度くらいのため、左手でハンドル、右手はブレーキに手をかけ、介助にて立位をとる。その後、左腕をハンドルに載せ替え背中を支えるようにしてシルバーカーでの歩行可能である。10メートルほどは可能である。

センターでは車いす使用。食事時に椅子に座る動作訓練や、トイレの手前から腋下からの手引き歩行でトイレまでお連れできると思われ、理学療法士もその程度でよいとのこと。明日の利用開始後、訪問リハの先生とも相談し具体的なリハビリ内容は検討することとする。

#### ○利用開始後

連続した宿泊の中で、また、排せつは紙おむつをリハビリパンツとの併用に変更し、トイレでの排せつ介助を行っていく。トイレにて排尿や排便ができるようになってきたが、数週間後便秘傾向になる。環境の変化、3食きちんと食べられるようになったこと。パーキンソンの薬の開始や認知症の薬の開始が要因として挙がるが、パーキンソン症状は改善し、自力での食事摂取も可能となる。

主治医と下剤の服用を検討する。センノシド及ピコスルファートを開始、すべて、医師の指示をもらった量から開始する。B医師とはこれまでも関係があり、当事業所の支援方法を知っておられたため、数週間後にはセンターの判断に任せる、情報をFAXにて知らせてほしいとのことと情報を頻繁にFAXにてやり取りを行う。

#### ○現在のサービス

次女さんが休日前に夕食後に帰宅する。休日は次女さんと過ごされ、出勤の朝に介護タクシーを利用して7時過ぎに連れてきてくださる。その後、センターで食事を行う。仕事のある時は宿泊を行っている。

### ◆ケアをする上での工夫

#### 医療機関とのやり取り・連携について

B医師とはこれまでの関係性があり、当センターの支援方法をよく知っておられる。往診の前日にはFAXで生活情報や確認事項を送っており、また、それ以外でも、FAXでのやり取りを行っている。緊急時については電話連絡にて対応可能である。

<p>「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ</p>
<p>当事業所は毎日午後にミニミーティングを開催している。その際に、対応の見直しなどを行い、個別ケース引き継ぎ書(ケースの申し送り事項)があり、ミーティングに参加していない職員も毎日、確認することになっている。即時プランとして1週間や数日試してみても検証する形になっている。場合によっては個別に記録シートを作成することもある。</p>
<p>認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について</p>
<p>レビー小体が認知症のため幻視がみられることもあるが、それに対して課題となるような行動や乱暴な発言は見られない。お話を聞きながら話題を変えることで、対応が可能である。</p>
<p>予後予測について／事業所のすべきこと</p>
<p>誤嚥性肺炎と転倒による ADL の低下。排便がないことによる腸閉塞のリスクマネジメントが必要と考えている。</p> <p>現在、トロミ材の使用で、できるだけ市販で販売されているようなものは使用せず、普段食べている料理を刻んだり、トロミ材を使用して食事を楽しめるように工夫している。排便については薬に頼らず、食物繊維、オリゴ糖、乳酸菌及び水分摂取に努力している。今後、言語聴覚士の導入を検討している。</p> <p>転倒予防については、ご本人の下肢筋力を向上させる必要があるので、訪問リハビリテーションの理学療法士と情報交換を行い、センターでのリハビリの実施内容に指導を受けている。</p> <p>主治医には発熱時の対応をすでに指示を受けている。排便コントロールについては適時報告を行っている。</p>
<p>予後予測について／家族支援について</p>
<p>家族の介護負担の軽減のために環境整備や、介護指導が必要と考えている。</p> <p>福祉用具貸与業者になるべく頻繁に次女に連絡し、使用状況の確認を依頼している。訪問リハビリテーションの理学療法士には、自宅での介護方法の指導も含めて、支援してもらっている。</p> <p>今後、言語聴覚士の導入を検討しており、食事の工夫などの指導も含めて支援してもらう予定である。</p>
<p>予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）</p>
<p>地域との接点は従来からない状態である。友人や知人も近所にはおられない。昔お住まいになっていた場所や思い出の場所を確認し、もう少し状態がよくなって来ればお連れできればと考えている。</p>



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(岡山県)					
(仮名)氏名	幡多 佳代子	性別	女	年齢	86歳	
要介護度	要介護 要介護3		利用期間	3年4か月		
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa <b>IIIb</b> IV M					
障害高齢者の日常生活自立度	自立 <b>J1</b> A1 A2 B1 B2 C1 C2					
通い、宿泊、訪問の回数(1か月あたり)						
通い: 14回 訪問: 66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( )						
その他の介護保険サービス						
無						
介護保険以外のサービス						
地区社協主催の催し、配食サービス						
本人の性格や状況						
<p>ご本人は、学校で卒業まで毎年級長をしていたことを、事あるたびに言われる。人懐こく、通いの場面で事業所にお客があると、そばに行き話しかけられる。近所の方からも声を掛けられることが多い。</p> <p>息子と同居しているが、息子は昼間はいないので、日中を一人で過ごしている。若い時から仕立物の仕事をしており、自室にはたくさんの布きれや反物がある。ご本人は片付けと称して、それらの布や衣服をあちらからこちらに移動している。職員が訪問するとそんな中に埋もれるようにしておられることが多い。「最近言葉が出ない」と次男夫婦から相談があり、利用開始となる。「食器棚から子供がたくさん出てくる。誰か知らんもんが来とる。泥棒が来て盗って行った」など現実とは異なる発言がある。また、警察や役場に「泥棒がおる。ハミ(マムシ)が出た」と駆け込んだこともある。何度も、出て行かれるので、息子さんが勝手口に外からチェーンをかけるなどの対策をされたが、その後も何度か縁側から出て行かれる。</p>						
家族構成(キーパーソン・主介護者・同居家族など)						
<p>長男と同居で二人暮らし。長男は精神疾患がある。次男夫婦が車で30分程度のところにいる。長男はトイレが汚れることを極端にストレスに感じている。職場からでも本人の様子が見れるようにカメラを設置している。「冷蔵庫を10分以上開け放しているので、訪問してほしい」と職場にいる長男から電話がかかってくることもある。長男、次男夫婦と今後について話し合うと、「母は今のように自由に暮らすのが一番よいと思うので、行方不明になる事故に合うというリスクはあるがこのまま自宅でみたい」と言われる。</p>						



主病名
認知症（レビー）、高血圧 町内の総合病院に月1回通院（嫁）
服薬
アリセプト、パリエット錠、コニール錠、オルメテックOD錠
経緯
<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎朝訪問し排泄、（更衣）、朝食、服薬をおこなう。 週3回（月・木・土）通いで、昼食と入浴 週（火・水・金）訪問で、弁当と排泄</li> <li>・利用し始めの頃は、通いにも抵抗があったが、次第に本人の中で楽しみになり朝訪問すると、「今日は行く日？」という言葉が出ることもあるようになった。通いの場では会話が成立するようになり、終始笑顔のことが増えた。</li> <li>・警察や役場からは本人が行くと事業所に連絡がある。近所の方も一人で歩いていると事業所に連れてきてくださったり、電話をくださる。</li> <li>・運営推進会議で取り上げ、他の地区の民生委員さんらにも知ってもらった。 できるだけ地域の中で幡多さんを知ってもらい、見守ってもらえるようにお願いしている。</li> </ul>

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
毎月の報告書を医療機関に提出している （ADL・身体の様子、心・生活の様子、体重・バイタル）
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<p>注目しているのは自宅での様子である。1日の最初の出会いである朝の訪問時で、その日の状況や前夜の状況を把握するように努め、その日その時のかかわり方を決定する。</p> <p>*訪問の際の見るべき視点と流れは以下のとおりである。</p> <p>環境：部屋の散らかり具合や気温をみる</p> <p>本人：座位か横になっているか</p> <p>    《座位：その日は精神面体調面の調子がよいことが多い》、</p> <p>    《横になっている：その日は要注意して観察する》</p> <p>        →浮腫みや陰しき等顔つきを観察</p> <p>        《浮腫みがある：血圧など体調に注意》</p> <p>        《陰しい顔：認知症状や家族とのトラブルの可能性を予測》</p> <p>        →発言から読み取る</p> <p>        《言葉が出るか、笑うか》</p> <p>        ・「怒るばあするんじゃ」等、家族とのトラブルを示唆するキーワード</p> <p>        ・「女の子が・・・」と認知症による発言が出るか</p> <p>    訪問時、職員は瞬時に上記のような内容を捉え判断し対応をする。いつもと違う様子があれば、その様子と対応した内容、結果を丁寧に記録に残す。</p> <p>*通い</p> <p>通常は朝の訪問時から、1時間半後に迎えに行くが、朝の訪問時の様子からそのまま事業</p>





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ったか（愛媛県）				
（仮名）氏名	谷 佳代（仮名）	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	81歳
要介護度	要介護3		利用期間	2年11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：30回 訪問：0回 宿泊：30回（当初通い：16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					
無し					
介護保険以外のサービス					
訪問診療・訪問看護（医療）					
本人の性格や状況					
性格：几帳面、物腰が低く穏やか、きれい好き、世話好き 趣味：踊り、着物収集（日本舞踊の師範として、自宅稽古場で踊りを教えていた）					
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、娘は隣町に在住					
主病名					
アルツハイマー型認知症、膵臓がん末期					
服薬					
デュロテップMTパッチ 4.2 mg（3日毎）、プリンペラン錠 55 mg（朝夕）、オプソ内服液 10 mg 5ml（医師の指示通り）、オブランゼ錠 20 5ml（朝）、プロチゾラム錠 0.25 mg（就寝前）、マグミット錠 330 mg（朝昼夕）、プルセニド錠 12 mg（就寝前） ※レミニール OD 錠 8 mg（朝夕） メマリーOD 錠 5 mg（夕）を服用していたが中止					
経緯					
<p>●平成25年1月 認知症の進行により、一人で夜間外出して戻れなくなり警察に捜索を複数回依頼するなど、夫の介護疲れからグループホーム入居を希望するが対応困難を理由に断られ、担当ケアマネージャーと利用していたデイサービス管理者から紹介を受け利用開始。</p> <p>●平成27年5月 夫の希望（できるだけ自宅で二人でいたい）により通いサービス（週4日）と夫からの相談対応を行っていたが、在宅時に行動・心理症状の悪化にともない夫の精神的負担が増え、泊りサービスの利用が増加（帰宅時は訪問サービスを追加）</p>					

- 平成27年7月 進行した膵臓がんが発見され、手術は困難、余命半年程度との診断を受ける。本人は「ここにおうろうわい」（「ここ」が自宅か小規模多機能ホームかは不明）と希望、過去の入院で身体拘束されていたことから夫も入院は希望せず、小規模多機能ホームでの看取りを希望。
- 平成27年8月上旬からデュロテップMTパッチ使用開始。中旬に夫と過去に踊りを教えてもらった地元ボランティアの協力を得て、町内の盆踊り大会に参加。
- 平成27年9月中旬頃、痛みの訴え増加、食事量の低下が顕著になる。オプソ内服液の使用頻度増。この時期頃に障害高齢者の日常生活自立度は、A1からC1に悪化。
- 平成27年10月下旬、夫は「入院した方が良いのでは、事業所に迷惑ではないか？」と小規模多機能ホームの利用継続を心配したが、主治医より職員はここに居てほしいと思っているから心配しなくても大丈夫との助言あり、小規模多機能ホームでの看取りを再度希望される。その日の泊まりサービス利用中に吐血、夫に見守られ亡くなられる。

#### ◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
毎月の報告（1か月間の生活状況、バイタル状況）に加えて、本人の痛みの訴えの状況、熱発状況など変化があったごとに報告を行った。医師の診察時には、看取りについて夫と都度の確認を行い、いつでも入院に切り替えられる体制を整備した。
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・臥床時間が増加、食事摂取量が低下したため皮膚状態、口腔内の状態確認を徹底した。</li> <li>・職員それぞれ自分に何ができるかを個別面談で確認（髪をとかしてあげる、踊りのビデオを見られるようにする、一緒にお茶を飲む、衣類を綺麗に保つ、好きなピンク色や花柄の物を身近に置く…など）</li> </ul>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
がんの診断を受ける以前も、身体的な不調（便秘）から精神的な不安定につながるが多かったため、がんによる痛みの状況、食事・水分摂取状況、排泄状況の経過観察を行い、随時、主治医に相談した。
予後予測について／事業所のすべきこと
<p>状態が急変することが予測されたため、日中、夜間それぞれの急変時の対応方法の再確認を実施。（夜間に急変した場合は、夜勤者から管理者に連絡、管理者が各所に連絡。）</p> <p>病気の進行とともに宿泊室で過ごす時間が増えることが考えられたため、部屋の環境の見直しを行った。</p>
予後予測について／家族支援について
<p>健康状態が急速に悪化することが予測されたため、今後の予測される経過を説明し不安の軽減に努めた。</p> <p>体調が良い場合は自宅に帰る時間を計画しているが、病気の進行とともに自宅への移動が困難になることが予測されたため、看取りの際は事業所に泊まって過ごすことも可能と伝え、夫婦の時間ができるだけ多く持てるように努めた。</p>



事例概要シート

事業所名（都道府県）	福岡市 原土井複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）				
（仮名）氏名	野崎 文	性別	女性	年齢	86歳
要介護度	要介護 4		利用期間	1年11か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa <b>IIb</b> IIIa IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 <b>B2</b> C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 30 回 訪問： 10 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 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（帰宅訓練/診療同席等）					
その他の介護保険サービス					
なし					
介護保険以外のサービス					
なし					
本人の性格や状況					
<p>元来不安症、全て夫の状況判断、選択に身を委ねてきた。夫死去後、独居生活を数年継続。近隣住民や地域活動に消極的。来客者も好まず、長年の付き合いである複数かかりつけ医だけが話し相手。医療機関を梯子しその都度、処方受。パッチワークが趣味でタペストリーなど大掛かりな作品も多く毎日、朝から夜遅くまで作業。極端な偏食があり、一度気に入るとそればかりを毎回食べ、半年周期で変化。糖尿病、心不全、腎不全など指摘も入院するまでない。生活習慣の改善は難しく又、他者の助言を受け入れることが苦手。警戒心がかなり強い。時々、家族帰宅も調理で鍋焦がし跡、食事摂取の不明、戸締り不足、内服管理不可、エアコン不可、レストランで食べたいものを選べない等。</p> <p>居宅 CM へ相談もそのまま小規模多機能型へ紹介され体験利用。当日の感触良もその後、本人から毎日複数回のクレーム電話が体験先事業所へ入る。訪問利用開始検討も重度者ケアへ展開すること予測されサービス提供が物理的困難と判断。改めて家族から当事業所へ直接相談。</p> <p>#1 医療機関連携情報共有（双方複数受診を知らない） #2 服薬管理（誰も本人の服薬状況知らない） #3 生活支援状況確認 #4 認知症症状（生活の実態を誰も知らない。）</p>					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
<p>夫：6年前に死去。長男：同市内も支援なし。長女：1時間圏内在住、就労。家族の許可を受け1回/W目標で勤務終了後本人宅へ帰宅～翌朝出勤と話すも回数的には、更に少ない。精神的ダメージを受けやすく一時的関係遮断し回復。次女（KP）：長女宅近</p>					

所在住。長女と同様に別曜日に本人宅へ支援目標も頻繁ではない。時に買い物、外食など長女、次女の各々家族と時間を過ごすのが精一杯な状況。

外来受診同行はなく概ね本人に任せている。主治医から認知症発症、独居生活困難、入所施設検討を数年前から指導受ける。家族が反応できるまでに時間を要し全く進んでいない状態。以前、長男が KP であったが、本人の今後の方向性を独断で変換することあり、トラブル発生。以降、自然と次女が KP へ。

家族ニーズ：1.調理など見守ってくれる人がいれば続けて欲しい。2.できることを奪うのは違うような気がする。3.いらない薬は飲ませたくない。

本人の実態と家族の捕らえる本人像に大きな差があり。又、家族介護力に期待できない。

#### 主病名

#1 アルツハイマー型認知症

#2 左人工股関節置換術・椎間板ヘルニア術後・肩関節脱臼による歩行障害

#3 高血圧・高コレステロール血症

#4 膀胱過活動

#5 急性硬膜下血腫 (H29.6)

#### 服薬

複数の医療機関へ本人の気分で不規則受診し処方受。薬が少なくなると不安になる状況。9種類以上の薬剤を毎食後服薬。日付、投薬時間が薬袋に記入され飲み忘れた形跡はない。しかし、別医療機関処方薬を重複している可能性もあり。

サービス介入後、主治医設置し複数医療機関の処方薬状況確認、医療情報提供の依頼など実施。その後の他科受診は医療連携環境整備し医師の協力受ける。内服自己管理フォロー。薬効評価し主治医へ報告⇒調整され薬剤減量へ。

#### 経緯

食事、服薬確認、健康状態観察、なじみ関係構築目的で毎食事を介護士訪問 3 回/日。内看護師訪問 1 回/W を開始。訪問者の受け入れは毎回異なり、その時により喜怒哀楽。傾聴に徹し本人のアセスメント継続。約 1 週間後、本人よりクレーム電話が毎日、再三生じる。「塩分が濃い。口に合わない。誰も来るな！パッチワークで忙しい邪魔するな！」とキャンセル。本人の発言を一旦受け止め謝罪しながらそのまま訪問継続。本人用に薄味やメニュー調整。手付かず状態や野良猫にばら撒くなど続く。それらに一切、指摘せずネガティブな発言や助言はせず肯定表現で経過。(本人の気持ちが全くつかめない) 1 ヶ月後、定期訪問を認識し時間の変更を電話で相談する等が現れる。

訪問開始より跛行あり、既往歴によると認識も両足底に大きな胼胝、爪変形や爪が伸び趾に食い込み歩行時疼痛悪化が判明。疼痛緩和を目的に拒み続けた「通い」での入浴を勧めすぐに患部処置し皮膚科受診手続きへ。本人に現在の状況を伝えるとこれまでの警戒は多少軽減し感謝あり。一方、前頭側頭葉型に類似した辻褄合わせは続き、その場の感情で大きく起伏することお続いた。

何とか 1~2 回/W 短時間の通い参加へ進展。自分が他利用者と同じに扱われることを嫌い長時間滞在はできない。家族は「通い」を受け入れた本人へ「生活全体に不安」



と称し、毎日の通いを強く利用希望。家族の不安も共感しながらも本人にその気がないことを伝え、時間のかかる作業であることを更に助言。又、家族支援も滞らずに実施すること、定期診療同席し本人の健康状態把握と主治医との治療方針、今後の方向性（ケア）を検討すること、優先して家族が支えてくれる安堵感を作り、本人の孤独感軽減を狙う。

更に1ヶ月過ぎから「今日は迎えに来てくれないの？」等の発言聞くようになる。事業所電話番号を覚え、クレームから自身の困りごとへと内容が変化し電話回数は急激に増加。その都度、会話や訪問などを行い、徐々に本人に緩やかな表情が定着。自宅に請求書が届き本人が「高すぎる！詐欺！いらん！」など法人や事業所へサービス終了を訴えるアクシデント。数日経過後、別の本人が気になる問題が発生し請求書の件は記憶から消失。KP宅へ請求書郵送先変更。

バスで買い物や通院など自分で行くことも時にあり。家族の医療介入は当日にキャンセルなど続く。身体の痛みや不具合が起こり始め事業所の他科受診支援が増加。

3~4ヶ月過ぎた頃より、他利用者に多少慣れ始め共に外出や買い物も参加するようになる。食事塩分量の発言は減り、感謝の言葉が多く聴かれるようになる。「寂しいから泊まらせて、私は家族に捨てられた。」など本音と思われる発言も度々聞かれる。

自己管理中の服薬忘れが目立ち始めた頃、保険証、通帳などの貴重品を事業所が紛失した。と数回、パニック状態で電話あり、大騒ぎしタクシーで来所。家族も不明と。本人と一緒に自宅内探し洗濯物の中から発見。安心した後「忘れる自分が信用できない。」と不安になり、自ら事業所に泊まらせてほしいと懇願。職員が傍に付き添うと「いつまで一緒にいてくれるのか？」など本人の不安感が募り始め、全身疼痛や打撲回数増加、感情起伏がより極端となる。漠然とした不安を感じていることが安易にわかる。「本人の認知症も大きな課題であるが孤独による不安が限界なのでは？」家族と話し合うが、本人の実態状況の確認する機会が少なく方針定まらず。本人から自宅で「コケた」と事後報告することも増え始め皮下出血等確認。根本的な解決に至らないが、「通い」「訪問」回数増加し本人の危険度を再アセスメント。主治医から認知症進行悪化。薬剤投与が必要な状況、家族へ本人への支援協力ができなければ入所指示。契約時から入所検討手続きの進捗確認、情報提供、見学同行など提案。本人には「夫が家族のために建ててくれた家を守りたい。」という思いが強い。徐々に「泊まり」増加し集団生活環境への訓練検討。本人が「寂しい」などの訴え時のみに受け入れ。概ね生活リズムも同調へ。

利用開始から半年後、深夜頃、自宅前公道に本人が倒れている所をバス運転手が発見し緊急搬送。#5診断。治療入院も認知症 BPSD 憎悪し検査や入院継続できない状況から強力なセデーション開始。約2週間の治療終了し精神科転院若しくは入所を指示される。家族の心理状態も混乱する中、本人が廃人のような別人になっていることを受け入れられず。精神科転院を断固拒否。入所施設の受け入れ困難。本人の行き場がなくなる。急ぎ、入所予約し決定まで集団生活訓練としサービス再開。(以前より、精神科閉鎖病棟から ENT し集団生活訓練後を経て入所移行のケース複数から再開を決断。但し、家族の

入所手続きがなければ延々と連泊することはできない、又、本人の状態によりサービス中止と判断する可能性有とし家族納得の下で開始) 同時進行で家族と再度、入所施設見学実施を助言、主治医相談し薬剤調整を行いながら連泊。入院期間に ADL 低下し座位保持、歩行不可へ。ENT 後より事業所宿泊開始。在宅主治医により、家族と相談され薬剤調整開始 (減量)。生活リハビリ強化。本人に帰宅希望があり、玄関前に 15 段程度の石段があり、介護職員と看護師 2 名で両方から支えながら玄関まで補助しながら帰宅援助するなどし、本人自身がリハビリする意欲へ変化していく。1 ヶ月経過し ADL 徐々に改善し掴まり歩行や杖歩行まで回復。しかし、危険判断が全くなく転倒危険性高くなる。薬剤減量もあり活気復活も、認知症状も再燃。「塩分が濃い、こっちを見るな、電気を付けるな、触るな、早くしろ、待たせるな。など」と興奮し安全確保が難しい状況。他利用者との関係性も壊れる。連泊中、入所まで家族面会回数増やし本人の孤独感軽減協力依頼も本人の期待に到達できない状況。宿泊室に入ることも許されず難しくなり、事業所は移動感知センサー購入 (すり足にてセンサー選択) し転倒予防。以前より夜間排尿回数多いことがより進行。(5~10 分置き、1 時間置きのトイレ) 熟睡ができない状態続く。日中のリハビリやドライブなどの気分転換、帰宅訓練、パッチワーク作品を事業所に持ち込み本人の居室に似た環境作る、本人の発言にすぐ対応などし、概ね 2 時間程度の連続睡眠へこぎつけ、徐々に数日に一度の睡眠時間確保が見え始める。

毎朝、ケースカンファレンスで評価しながら次々に実施。毎週、通院同席し主治医、家族と改善に向けて検討し薬物調整繰り返す。#4 に薬剤無効、認知症による見当識障害と判断された。尿意の度にトイレ誘導や腹部を温める、腹圧掛けるなどの対症療法のみ。ENT1 ヶ月後に宿泊室で杖歩行し始め転倒。外傷など異常ないが、更に事故予防対策とし再度、転倒環境のアセスメントし環境づくりへ。

本人の意向に沿ってケア提供も立腹し、辛辣な発言や行為が職員や他利用者へ向けられることが増え始める。特に 1~3 年未満経験値しかない職員には精神的な疲弊見える。本人の精神的余裕や楽しさを感じる時間はかろうじてあるが長続きせず。健康状態による不快感として予測される便秘、四肢疼痛緩和を実施し突発的に起こる頭痛緩和。ほぼ毎日イライラする時間は訪れ解決となる関わり方や時間的パターンも見当たらず。

前回転倒から 1 ヶ月後に再度、宿泊室で転倒し頭部打撲。#5 の経過観察中にて緊急搬送も所見なく事業所へ戻る。緊急連絡にも不在着信続く。改めて翌日に家族へ事故の状況を報告し謝罪。「転倒することは十分ありえることとと思っているので気にしないで欲しい。」の見解。再度、ENT 後受け入れ時の家族役割を実践いただくよう更に依頼。一時的に面会増えるが滞在時間は少なく家族も限界と認識。主治医診療は必ず同席を努められた。今回のアクシデントで主治医はやむを得ず、安全確保目的で向精神薬投与の提案するが、家族の薬剤減量の意向が拮抗。入所見学も進んでおらず、家族と共に解決の糸口を見つける連携ができないこと、事業所全体の環境としてこれ以上の支援は限界であり、この状況では、本人の症状をより憎悪させ治療方法の選択も縮小すると判断。主治医にも本人の状態安定する望ましい環境を繰り返し相談。主治医も内科医としてできることは全て行ったと見解受けた。本人の安定に至らない環境として毎日、通い参加の利用者が異なる。各々の生活パターンで参加、帰宅時間が異なり、特に宿泊者のみが徐々

に残っていくことに混乱が起こっているのではないかと考えられた。

家族が納得できるまでの間、主治医から向精神薬処方相談を数回受ける。しかし、主治医にその専門性はなく主治医自体も抱え込んでいる状況。又、長年の薬剤使用により腎機能低下もあり内科的フォローも必要とされた。主治医と相談し内科診療可能な精神科入院を家族へ提案することとなる。改めて家族と今後の方向性確認も本人へ求められるケアは、事業所のみでは限界に達し改善が見込めない。一旦、専門医により薬物療法を受け、状態回復あれば入所施設等を検討するなどを助言。現在の状況ではどの施設も受け入れ不可と事前相談で複数から返答あることを説明。

事業所がサービス継続中止と判断したことで漸く家族も精神科入院を納得された。

「こんなにひどくなっていたんですね。」と。

#### ◆ケアをする上での工夫

##### 医療機関とのやり取り・連携について

転倒後の緊急入院し ENT 前より、連携強化。主治医の見解と事業所の方向性を一致させ、家族支援の方向性確認。定期診療に加え 1 週間毎、イベントごと文書により本人の状態報告や薬効評価を実施。事業所のケア内容の相談に時間協力あり。詳細に指示を受け、家族の立場からも見解を求めた。診療は看護師同席し薬剤減量による離脱症状予防対策やその他体調変化による処置内容の確認を実施。他科受診、緊急搬送時は主治医へファーストコールし状態に合わせ搬送先医療情報提供の協力を受ける。精神科医療機関の詳細情報提供し本人に一番望ましい機関を三者で相談。

##### 「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

1. サービス担当者会議、退院前カンファレンス、居宅介護計画書、LSW、簡易記録意（食事栄養、水分、排泄パターン、疼痛スケール、身体状態、主訴、外出レクリエーション、リハビリメニュー等）観察、対応項目を明確に同視点でサービス評価。
2. 支援経過記録（SOAPR を基本とし家族、主治医の見解など）
3. 毎朝、本人経過、当日のケア目標をショートカンファレンス
- 4.1 回/W ケース会議
5. 主治医報告書、見解、家族意向など情報共有し方向性確認し記録
6. 診療同席の度に家族へ本人のポジティブ面も含め状態報告、ケア内容の確認。
7. 薬効評価は複数の看護師が同視点で評価しカンファレンス
8. 受け持ち CW：事業所ケアモニタリング/CM/NS：モニタリング

##### 認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について

1. 「疼痛」の実際は不明も本人の実感が持続すれば、精神的ダメージを受けやすい。
2. 「頻回な排尿回数（20～40 回以上）」熟睡できず倦怠や脱力、排尿後の爽快感もえらにくく、イライラする時間も多クリラックス時間が保てない。主治医相談し内服処方も無効。泌尿器他科受診も原因不明。認知症によるものと。訴え通りに頻回排泄援助。排尿の実感確認、腹圧助言し残尿感予防。（間欠的導尿の実施は困難）
3. ADL 回復も杖歩行可能距離も 1～2M に留まる。股関節、膝関節変形により両下肢の可動域制限やリハビリによる筋肉痛。思い通りに体が動かせないことの苛立ち。車椅子や手引き方向、2 名介助の階段昇降など行動範囲の拡大。リラクスマッサージ。



<p>4.転倒時の緊急搬送で、不安や痛みから救急隊員や医療機関職員、他患者への罵声や大きな声を繰り返し、強いパニック状態となる。家族代理で周辺に断り、別室準備の依頼など。</p>
<p>予後予測について／事業所のすべきこと</p>
<p>1.転倒転落のリスク（危険判断力低下による安全確保） ⇒移動感知センサー購入（すり足により、マットレスは不適合と判断）</p> <p>2.他者との関係構築（馴染み利用者が本人を恐がること/嫌がること） ⇒本人の優しいところ、可愛らしいところを職員が仲介。本人の気分を見計らう。 ⇒本人の気分変化の要因、好む/好まない作業、食べ物、場所、人、時間などのアセスメントから関わり方を検討し <b>BPSD</b> 発生前や悪化事前に予防対策。 ⇒孤独感軽減目的に家族との接点を維持できる働きかけ</p> <p>3.疼痛緩和（全身の移動性疼痛） ⇒不定愁訴と捉えず要因検索、薬剤のみならず保温やマッサージなどを提供</p> <p>4.本人状態に沿った薬剤調整 ⇒詳細な状態報告も参考に主治医が処方判断しやすく本人に有益となる情報提供 ⇒服薬後の口腔内に残る苦味や飲みにくさを観察し改善。 ⇒不必要な薬剤投与は行わないこと、服薬を正しい用法で行うこと。</p> <p>7.介護認定区分変更申請 ⇒申請も緊急入院により却下。<b>ENT</b> 後、再申請（要介護 1⇒4）</p>
<p>予後予測について／家族支援について</p>
<p>1.本人への関わり方の助言 ⇒本人の家族に対する強い依存性が、家族には大きな精神的ストレス発生。家族の精神症状悪化予防。本人とのコミュニケーションは家族可能範囲としレスパイト。</p> <p>2.本人疾患による不鮮明ななりゆきによる不安軽減と状況認識 ⇒家族へ極端な楽観視や絶望感に偏りにくい助言。事業所で行う介護の限界設定、家族参加の必要性和家族の精神的レスパイトなど 家族のアセスメント。 ⇒本人の状態、ケア内容、主治医連携内容とその見解、ケア変更内容とその反応等 家族空白期間の情報提供。家族意向確認。</p> <p>3.精神科医療機関の正しい理解 ⇒ネガティブな印象を修正。入院目的を明確にしサポート</p> <p>2.入所施設への情報提供、見学、 ⇒既に入院前から検索。受け入れ状況確認結果を家族、主治医へ報告。 ⇒小規模多機能型居宅介護の入所状態予防 (本人の帰宅訓練、家族が独居生活復帰断念を納得できる時間)</p> <p>3.介護保険内容の説明や本人の状態を想定した上での情報提供</p>
<p>予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）</p>
<p>1.主治医が地域の関わる唯一の人</p> <p>2.利用開始時、近隣クリニック医師、看護師、店舗職員、バス運転手、法人事務職へ ⇒間違い電話の場合は事業所へ連絡 ⇒トラブルや混乱見かければ事業所へ連絡 など</p>

◆その他

この事例が「中重度」だと思う理由
■認知症が中重度      ■ADL が中重度      ■生活環境が整わないことでの中重度 ■家族や近隣等の人間関係が困難（中重度） ■その他（認知症重度 BPSD と重ねて診断。実態的に精神疾患へ及んでいるか、ベース疾患が元々あったのではないか？）
事業所として困難に感じていること
1.在宅を拠点としたサービス事業所 ⇒在宅復帰を家族も強く望み協力するが、目標に向けての家族役割の遂行が進みにくい場合がある。「泊まり」ができることで安心し次のステップに移行しにくい。予め、契約時やモニタリングに説明し同意を得ていても在宅断念のタイミングに情報提供しても家族が不満をもつケースがある。 ⇒「泊まり/滞在型」中心のニーズが多く重なること、又そのような紹介が多数である。
2.利用者の二重生活環境 ⇒「泊まり」で生活拠点が増えることで混乱しやすいこと。 ⇒他の「通い」利用者と時間が異なり、焦燥感を感じやすい。
3.重度認知症の受け入れ施設 ⇒集団生活、共同生活が難しい利用者が受け入れられにくい。
4.その人の性質と重度認知症 ⇒認知症の症状とは思えない言動や行為への対応方法が十分ではない。 ⇒職員の精神的ダメージが大きい。
5.転倒転落など事故予防対策 ⇒見守る、触る、入室さえ嫌がられる場合に安全確保ができない。 ⇒特に夜間排尿回数が頻回に及ぶ利用者が複数いる場合や数分置き要望が重なる場合、待てずに動く、立腹するなどが多発する。
6.サービス供給不足 ⇒家族の漠然とした「不安」から本人のサービス提供が増加しやすく、そのコーディネートができる力量を持つまでに時間がかかる。 ⇒本人自体が地域参加を好まない場合、周辺のインフォーマルサポートを得られにくい。
困難に感じていることへの対応
1.サービス提供期間、評価日を明確な数字に表わし本人、家族と話し合う。 2.本人の在宅復帰について家族にも方向性を確認。主治医へも情報提供。 3.入所検索は、家族に CM 同行し施設見学や予約を行う。 4.本人の納得できない「泊まり」利用の場合、夜間いつでも電話や帰宅できる体制を慣れるまで家族へ協力要請等し事業所が「嫌な場所」イメージにならないようにすること。 5.利用者によって混合サービスで混乱しないよう曜日や時間設定の工夫。 6.帰宅利用者、泊まり利用者のテーブルを分け、目の前で誰もいなくなる環境を避ける。 7.集団生活の一場面ずつを共有、相性を見て他者へアプローチ、本人の達成できたこと

- を最大限に周知し先方から声を掛けてもらうなど。状態安定まで行い入所相談。
- 8.センター方式や本人が伝えたいことの見解を出し合う。ロールプレイ、各々の立場で発言や行為の本質を考えあうなど。
  - 9.想定できない危険性を予測する場合、予め職員配置の増員。職員の手薄時間を削減。機能的、プライマリーと明確に区別し対応。
  - 10.夜間の利用者重複ケア方法、優先順位を全職員で検討。経験値高い職員からの助言。生活パターンなどから本人発信より先に職員から声掛けや誘導を行う。終日の数分間カウンセリングの実施。立腹時はしっかり謝る。その後、すぐに職員から声を掛ける。
  - 11.職員へのアセスメント分析訓練、インタビューの方法、情報整理の方法など学習会。事例を通し、不足しているアセスメント内容やインタビューを振り返り再挑戦。
  - 12.事業所自体が日頃より、コミュニケーションをとっておく。他事業所へ相談し仲介など協力しあうなど。

#### 自由記述

小規模多機能型居宅介護に携わり同じようなケースを2回経験。1度目の経験から症状の見極め家族介入が重要であることを学んだ。精神科閉鎖病棟に入院していた患者を預かり、介護保険事業所や在宅復帰できたケースも多かったことから、今回もハイリスクであったが本人の行き場もなく受け入れた。しかし、本人の安心や楽しむ、喜ぶ時間は目標より低かった。経験値少ない若い職員も必死に支え介護職員、看護師が中心となって懸命に支えた事例。しかし、管理者として職員の疲弊していく状況や他の利用者との共存する時間や空間の提供が不足していく中、管理者としてサービス中止を判断した。

#### <課題点>

- 1.退院後の受け入れをその場で断るべきだったのか？
- 2.薬物療法のメリット、デメリットを詳細に伝えることが必要だったのか？
- 3.合意した計画を実施することができない家族への関わり方

#### <よかったこと>

- 1.事例を通し、多職種話し合いの場が増え連携がよりできるようになり、意見交換が増え、現在もケース会議が実践されケアに反映できている。
- 2.医師との連携が十分でき第三者の意見として事業所サービスをアセスメントできた。
- 3.中重度認知症を患う人への対応法が更に身についた。
- 4.引継ぎや申し送りに職員各々が最善方法を助言し、お互いのリスク管理を意識できた。
- 5.本人の喜ぶ顔を見て、本人と家族の目標に向けて職員全員が嬉しかったこと。



れている。通い、訪問をその時その時に合わせて在宅生活を支援。訪問中心型（1日2回～3回+α）

夫婦二人で登録利用され、在宅生活を支えていたが、今年3月に妻が他界。自宅で最期を迎えられ、本人もその場に立ち会われる。かねてより、日々のやり取りの中で最期の迎え方、場所等については合意形成されていたので、夫婦ともに思いが実現できた格好である。「無事に家で見送ることが出来ました」と本人も満足されていた。

葬儀を終え、ひと段落ついた頃から本人の意欲減退、食欲不振、不活発が目立つようになる。「ゆい」が来てくれなくなった。「話し相手が欲しい」、「寂しい」と虚無感を訴えられることが増えていく。『「ゆい」は家族だから』と以前から周囲に伝えていたこともあつてか、自分の言うことは聞き入れてもらえると考えられていたと思う。家族も「本人が心配」「このままではボケてしまう」「訪問回数を増やせないか」「ずっと居てもらえないか」と要望が増える。通い回数を増やすことを提案として挙げるが、本人はこれを受け入れず、自宅に来てもらい話し相手になってほしいと希望される。（ひとり占めしたい？）市内に住む息子とは、そりが合わず、あまりあてにしていない。アセスメント上では生活の継続を営む上で訪問回数を増やすことは考えにくく、本人、家族の要望にどう答えていいか判断に悩む。自立支援の観点から、意欲減退の起きている目の前の出来事に、「訪問」で受け応えていくことは可能であり、必要かとも考えた。半面、「寂しい」という理由で訪問回数と提供時間を増やしていくことには、大きな戸惑いと抵抗感を感じてしまった。家族がいて、家族が担うようなことを我々がするべきなのか。やることによって、夫々がパワーレスになるのでは……。疑似家族とは何なのか？我々が家族の役割までを奪っているのでは？？事業所ミーティングでも議論を重ねたが、内部で明確な答えを見出すことが出来なかった。

「毎日線香をあげに来てほしい」という本人。なるべく多くのスタッフに入れ替わり来てもらって仏壇に手を合わせて欲しいという要望が出された。来てもらうのが当たり前と本人。管理者として、家族も交え、じっくり話し合うことにした。訴えは変わらず「来て欲しい」。

事業所からのメッセージとして、

- ◆社会保障の枠組みの中で「寂しい」という理由で訪問することに事業所として戸惑いを感じている
- ◆自立支援の観点から、目の前の事象（意欲減退）に対して手を差し伸べたい考えも持っている
- ◆私たちがやりすぎることによって力を奪ってしまうのではないかと心配している
- ◆愛する妻を亡くし、落ち込むことは至極当たり前の事ではないか
- ◆スタッフは嫌って訪問を避けているのではなく、やりすぎることによって依存心を増やさないか心配している
- ◆家族も出来ることがあるのでは
- ◆これから一人暮らしを選択されるのであれば、一人の時間をどうデザインしていくかを考えなくてはならないのでは
- ◆スタッフみんなが本人のこれからを心配している

以上のことをお伝えした。双方で悩んだ挙句、四十九日まではスタッフが1日3回、毎



日、線香をあげに行くということで決定した。(もともと毎日、朝、夕の訪問をしていたので、追加で1回プラス) この判断が良かったのか悪かったのかはいまだに分からない。

四十九日まで欠かすことなく1日3回の訪問を行う。訪問中の会話の中で、スタッフは「みんなが心配していること」「一人の時間を不安なく作ってほしいと思っていること」などを伝えていった。結果、四十九日を終え、訪問回数は減る形になったが、本人からの「来て欲しい」という要望は出されることはなかった。現在は気持ちも切り替え、一人暮らしを営まれている。毎回参加される運営推進会議で妻を自宅で看取った話をされ、心情を吐露。地域から「毎月開催されている認知症カフェで趣味の写真展をしましょう」という提案に大きく心を躍らされた。物置に足を運び、ゴソゴソと数多くの作品の中から自慢の写真を選び、カフェに出展。それが半年たった今でも続いている。

「残された時間を有意義に過ごしたい」とそれまで妻の介護期間中は、外出する機会を減らしていたが、最近では、保険外の介護タクシーを利用し、博物館やデパートへの買い物、友達に会いに行ったりと活動も増え、あちこちに出掛けられている。「心おきなく死にたい」と欲しかった高額家電を購入したり、家族に遺言を書いたり、本人曰く「死に支度」をされている。意欲も向上し、最近では自ら「リハビリをしたい」と歩行器をレンタルし、歩く練習を率先されている。このケースを通して、「自立支援」と「自律支援」というものを考えさせられた。自分を律し、生き方や死に方を周囲に示すことが出来る姿はとても羨ましく思う。専門職の立場として、今回の支援の在り方、方法についての判断が本当によかったのか、根拠となるものは見出しにくく、今でも確信は持てないでいる。

要介護高齢者の望む暮らしを支える過程の中で、当事者や周囲の思いの「揺れ」によく付き合う。事業所として、「揺れ」に付き合うことは大切だと認識しているが、やみくもに付き合うことが正しいこととは思えない。悩む日々が続く。

#### ◆ケアをする上での工夫

##### 医療機関とのやり取り・連携について

##### 「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

訪問を増やして欲しいという要望について事業所内ミーティングを重ねる。

訪問する事でのメリット、デメリットを洗い出す。本人の姿を念頭に置きながら、要望に応じていくのが正しいのか否か、代替え案がないかなど確認しあった。

##### 認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について

妻を亡くした後、精神的支柱を失った本人は、認知症が進行することも容易に想像できた。毎日の訪問を行いながら注視し、本人の表情、言動、態度等に変化がないか日々の申し送りで重点的に確認しあった。

##### 予後予測について／事業所のすべきこと

【予後予測】妻が亡くなった後の本人の精神的落ち込み（食欲不振、意欲減退、認知症の出現）。事業所に対しての過度の依存、家族の不安の増幅。

【すべきこと】精神的不安感等の変化を客観的に捉えていく、精神的支柱を失った後の自律の支援、腰を据えた今後についての面談（本人、家族）。今後の見立て。

予後予測について／家族支援について
家族との合意形成をするために何度も直接会って面談を行った。
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
運営推進会議に参加してもらい、経過や心情を吐露される。⇒受け入れる地域、励ましの言葉⇒地域の認知症カフェで趣味の写真を出展してください。（過去は公民館の文化祭でよく写真を出展されていた）⇒本人のモチベーションアップへ
◆その他
この事例が「中重度」だと思う理由
<input type="checkbox"/> 認知症が中重度 <input type="checkbox"/> ADLが中重度 <input type="checkbox"/> 生活環境が整わないことでの中重度 <input checked="" type="checkbox"/> 家族や近隣等の人間関係が困難（中重度） <input checked="" type="checkbox"/> その他（看取りとその後の家族への支援、地域とのつながり）
事業所として困難に感じていること
その後（死去後）の本人・家族の折り合いに対し、事業所としてどこまでやるべきかに戸惑いを感じた。精神的支柱を失った夫：「線香を毎日あげに来て欲しい。これまで通りの利用回数、時間をお願いしたい」家族：本人が心配、頻回にみてもらえないだろうか。⇒小規模多機能では可能であるが、ニーズの見極めに適っているかの判断で悩んだ。見立てることの難しさを感じた。
困難に感じていることへの対応
妻の死後、一人暮らしになった夫。「妻が亡くなって「ゆい」が来てくれなくなった。これまで通りの時間で来て欲しい。」「一日に何回でもいいので、多くのスタッフにせつこに線香をあげに来て欲しい。」「さびしい」 夫の妹：兄が一人暮らしになって心配。これまでどおりの支援をお願いしたい。 複数回にわたり、夫、家族と面接。「さびしい」という理由でサービス提供（訪問）することに対する見解（葛藤）⇒（事業所として）四十九日まで毎日線香をあげに来ます ニーズとデマンドの見極めが大切は理解しているが、戸惑いを感じた ※結果、よかったのかそれ以降、夫の「寂しい」「来て欲しい」の要望はなくなり、現在は自律して一人暮らしを営まれている。最近では、博物館や友人に会いに行くなど活動が広がっている。 現在は、本人も「私も節子みたいに自宅で最期を迎えたいのでよろしく」と周囲に伝えており、家族も含めた周りも合意している。本人の望みが叶えられるように事業所としても支援する。
自由記述
◆ニーズとデマンドの見極め ◆疑似家族 ◆自立支援と自律支援 ◆折り合い、合意形成、覚悟

事例概要シート

事業所名（都道府県）	さわやか憩いの家春日（福岡県）				
（仮名）氏名	木〇 ひさ子	性別	女性	年齢	85歳
要介護度	要介護5		利用期間	6年 4か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb <b>IV</b> M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 <b>C1</b> C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い：14回 訪問：44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 checked="" 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					
福祉用具貸与（ベッド・車椅子） 春日市オムツ給付支給サービス（月4000円分支給）紙オムツ・尿とりパット					
介護保険以外のサービス					
民生委員の訪問（2か月に一度） 以前は、高齢者等家族支援事業（自宅訪問～散歩の付き添い・見守り・話し相手など）					
本人の性格や状況					
学があり勉強熱心。18歳で労働省勤務。二人の息子は、教育熱心で大学まで行かせ育てる。29歳で結婚してからも小原流の生け花の免許をとり自宅で教える。医者や弁護士など幅広い交友関係で人脈があり、50歳で九州大学にて法律の勉強のため聴講生となる。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
主介護者～夫（87歳）、夫婦暮らし。 長男家族（56歳）隣市に住んでいる。次男（53歳）大阪で仕事、独身。多忙である。					
主病名					
アルツハイマー型認知症 骨粗鬆症					
服薬					
現在、定期的内服薬はなし。					
経緯					
認知症の進行で夫の顔や名前も分からなくなってこられ、日常的に夫に対して攻撃的な発言や、介護拒否、暴力、意思疎通の困難さがあり。日常生活では介護の支援が必要な状況であったが、本人の拒否で介護保険のサービスの利用には至っていなかった。夫の介護負担が重く、度々、包括に相談。包括から小規模多機能へ紹介あり利用となる。					



◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<p>かかりつけ医が月2回、健康チェックで事業所に来訪。その時に体調面・医療面の報告、本人とお話しして状態を診てもらっている。かかりつけ医と家族と直接話が必要な時は、事業所にて話をしてもらっている。在宅で最期まで・・・の夫の希望、意向を医師にも伝えている。夫は入院や検査など希望はしていない。事業所の看護師、介護スタッフ、かかりつけ医にてやり取りしながら、今後在宅に必要な医療があれば提携している24時間訪問看護ステーションと連携をとるようにしている。</p>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<p>日々、観察の中での気づき（体調面、食事や排泄など）はケアミーティング・申し送りなどで伝え合う。変化があっていることは、「私の暮らしまとめシート」に加えて書き込むようにしている。訪問時や送迎時にスタッフが夫と話したことは記録に記入、申し送りで伝え合うようにしている。プランの中身や支援の在り方について、月一度のチーム会議、カンファレンス等で意見を出し、対応を見直した方がいい場合は、その都度変更している。月一度の自宅訪問で夫の意向や生活のお困りごとなどの話す場をもっている。</p>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
<p>意思の疎通が難しく、痛みや苦痛がどんなことかがわかりづらい。表情の変化やいつもと違う様子を見逃さない。</p>
予後予測について／事業所のすべきこと
<p>自宅の門扉から玄関入り口までは数段の階段と10メートル近くのアプローチがある。夫から「できるだけ歩ける期間を長くしてほしい。階段が降りれなくなると憩いの家に通えなくなる。」と言われており、現在は夫が前方から、スタッフが後方から抱きかかえて自宅出入りをお手伝いしている。自分の意思では歩けなくなり、足がなかなか動かない。今後の通いをどのように継続するか。車椅子ごと抱える支援に切り替えるのか。食事～口に入れて飲み込むことまでかなりの時間を要する。食べることの支援。</p>
予後予測について／家族支援について
<p>夫はできるだけ自宅での生活を続けていきたいと思っている。過去に、夫の白内障手術や介護で手を痛めて腱鞘炎になった時などはお泊まりを提案して、数日間の宿泊となる。スタッフより、定期的に泊まりを調整して夫の介護負担を軽減してはと意見が出て、宿泊を調整したが、夫は妻が家にいないとどうかあると話し、その後、泊まりは入っていない。しかしながら、夫も80代後半で現実的に抱えたり、車椅子移乗、オムツ交換など介護が大変になってきている。今後は訪問の関わりで夫の介護負担をどう軽減するか。</p>
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
<p>出会った頃は毎日よく歩いておられ、事業所として近所の地域住民や公民館、自治会長さん、民生委員さん等の関わりも多かった。出入りしていたお店、花屋さんなどとも繋がっていた。最近では、自宅と事業所との行き来が中心となり、ベッドで過ごすことも増えていることで、民生委員さんの訪問間隔も遠のいているようだ。地域運営推進会議などに一緒に参加してもらおうなど、つながりが途切れないようにしていきたい。</p>



事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能ホーム昴和苑（鹿児島県）				
（仮名）氏名	T氏	性別	女	年齢	70歳
要介護度	介護4		利用期間	2年 11か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa <b>IIIb</b> IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 <b>B2</b> C1 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： 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					
福祉用具レンタル（車椅子、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、移動用リフト）					
介護保険以外のサービス					
特に利用なし					
本人の性格や状況					
社交的で話好きの明るい性格。現在、身長151cm 体重69kg（1年前より10kg減少）					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
夫と2人暮らし。子供は4人（同市内一人。県外3人）キーパーソンは、夫。同市内の息子の協力は得られない。県外の子供は年に1～2回帰省する。					
主病名					
①アルツハイマー型認知症 ②冠血管攣縮性狭心症					
服薬					
①ドネペジル塩酸塩 ②エチゾラム錠 ③リマプロストアルファデクス錠 ④抑肝散 ⑤ランソプラゾールOD錠 ⑥バイアスピリン ⑦アトルバスタチン錠 ⑧ジアチアゼム塩酸塩Rカプセル⑨ペニジピン塩酸塩⑩ニコランジル錠⑪硝酸イソソルビドテープ					
経緯					
物忘れは平成21年ごろより見られていた。認知症の進行のために、デイへ行く準備や食事や着替えの手間が増えてきた。日中一人で過ごせなくなってきており、夫も仕事に集中できておらず、介護疲れも見え初めて相談があり、平成26年12月より利用開始となった。					

## ◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
かかりつけ医は2箇所。アルツハイマー型認知症は市外の病院。心疾患は当施設の母体の病院。病院受診は必ず、夫が付き添っている。先生とスタッフは、介護保険の更新時期に照会コメントのみ頂いている状況。症状については、夫へ伝えて先生へ伝言していただき、内服の見直しなどを行ってもらっていたが、最近では「薬はこれ以上変更することは出来ない」と言われたりすることがあると報告を受ける。
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
本人の認知症の進行が早く感じており、観察は言葉、表情、行動、歩行状態、排泄状況を観察する。いつもと違うと感じる事を「記録」として残し、申し送りを行う。ミーティングの必要性を感じたら、その日に開催。速実践へ移し、1～2週間後に評価を行う流れをケアマネがいなくても開催出来ている。 家族も今年に入り、仕事を辞めたために関わる時間が増えた。夫の発言や表情の観察、送迎時や訪問時の言葉を記録に残す。スタッフ一人ひとりが、違う事を伝えない為にもミーティングを開催する中で、家族へ伝えることは大切なことは必ずケアマネより伝えてもらうことを約束ごととしている。
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
認知症の症状の中核症状が全て出現していると感じる。歩行するにも一歩が出ない。歩行途中で膝折れで歩けなくなり、車椅子使用する。立ち上がりかたも分からなくなっている。食事は出されても食べ方が分からない。一つずつ声をかけると、T氏は涙を流す。排泄も自分から言えない。時間をみながらトイレへ誘導するも、失敗が多い。本人が出来なくなっていることが増えてきているが、自尊心を傷つけない配慮をミーティングで話し合いながら対応を考えている。
予後予測について／事業所のすべきこと
アルツハイマー型認知症は日々進行していると感じるため、今後本人の不安はもっと増えるとともに、介助する手間も増えると考え。 今後事業所として、まずはかかりつけ医へ症状についてしっかりと伝えたいうえで、内服などの見直しも検討していただきたいと考える。出来ないことが増えると、スタッフがしてしまう事が増えてくると考える。出来ない部分だけに焦点を当てずに、本人が出来た事も考えながら支援をしていくことを考えなければならないと感じる。例えば、食事の場面で「食事を挟んだりすくったりは出来ないが、箸やスプーンを口まで持っていくことが出来る」場面を1日でも長く出来る様に支援して胃気滞と感じる。
予後予測について／家族支援について
家族がキーパーソンは夫であり、現在73歳。身体的にも衰えてくる。69kgのT氏の身体を支えたり、抱えたりする事も出来なくなると考える。また車の運転も事故の危険性が高まる可能性もある。本人が歩行出来なくなると、車に乗せる事も出来ない。これまで行っていた2人でドライブも難しくなり、すでに県外に住む子供からは、特別養護老人ホームの申し込みをして欲しいと希望がある。 家族支援に関しては、夫はこれから心配な事はないと言われて、自分が最期まで家で見ていきたいという気持ちを大切にしながら、子供たちへも施設入所に関しては、もう一





事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能ホームほたる（熊本県上益城郡甲佐町）				
（仮名）氏名	あゆみさん	性別	女	年齢	86歳
要介護度	要介護2		利用期間	1か月	
認知症日常生活自立度	自立 I II a <b>II b</b> III b IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 <b>A1</b> 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： 56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（朝の訪問、受診同行）					
その他の介護保険サービス					
歩行器貸与					
介護保険以外のサービス					
社会福祉協議会から1回/月ふれあい弁当 近隣住民の見守り（民生委員、隣組、姪、ご近所のおばちゃん店）					
本人の性格や状況					
<p>几帳面でまじめ。優しい(本人談)</p> <p>最近では話の途中で急に感情失禁あり、些細なことですぐに怒るようになった。</p> <p>元々おしゃれでデイケアにも化粧品を持って行っていた。最近では病院受診があると伝えると自分で白髪染めをしたことがあった。</p> <p>趣味は書道、現在は杖歩行で花を育てたり、自宅横で家庭菜園をしている。</p> <p>自宅にはたくさんの書道の作品が置いてある。</p> <p>以前は育てた花を自宅の仏壇に飾っていた。家庭菜園では、近所の方と菜園の世話や収穫を楽しんでいる。</p>					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
<p>自宅では独居、平屋。</p> <p>キーパーソン：長男</p> <p>これまでは月に1～2回は訪問し、買い物などの介助をしていた。10月に転職し、現在は職場の都合で以前よりも訪問することが難しくなっている。</p> <p>叔母（本人の姉）に不安や悩みを相談していたが、体調不良によりストレスを感じたため、その姪が通勤時に家に立ち寄り声かけ、安否確認を行っている。</p>					
主病名					
アルツハイマー型認知症 心房細動 高血圧 糖尿病 変形性股関節症による右股関節機能全廃のため人工骨頭置換術後 変形性膝関節症（右）					

服薬
<p>           アムロジピン 2.5 mg 1T 1×M (降圧剤)    フロセミド 10 mg 1T 1×M (利尿剤)            アナストロゾール 1mg 1T 1×M (女性ホルモン)    エリキュース 2.5 mg 1T 1× (抗血栓)            酸化マグネシウム 330 mg 1T 1×                      メマリー—20 mg 1T 1×夕 (認知症)            レクサプロ 10 mg 2T 2×夕 (うつ症状)         </p>
経緯
<p>           独居で以前は人の手を借りずに生活できていた。(実際は近所の方々が身の回りの世話や間違いがあってもサポートしてきたことで一人暮らしが継続できていた可能性がある)            熊本地震以降、配食サービスを開始、症状の進行あり。            9 か月前、不安に思った息子に連れられ、精神科病院受診し、アルツハイマー型認知症と診断される。8 か月前までサテライトを週に 1 回利用していたが物忘れの進行、自宅での転倒を繰り返し外傷が頻繁に見られていたため、長男が介護保険を申請し 7 か月前に要介護 1 と認定された。入浴、食事、服薬管理、転倒などの問題があり、実姉が利用しているデーサービスを 6 カ月前から利用開始。同じころ、同町の Y 病院に物忘れ外来が開設したのを機に受診。現在も 1 回/月受診し治療継続中。デーサービスの準備や調理器具の使い方がわからないなど、判断力の低下や実行機能障害が進行し、内服、食事を含む生活支援が必要になり、訪問介護開始。徐々に自宅での一人暮らしを継続することが困難となり、多面的な介入が必要となってきた。そこで、介護保険の区分変更を申請。3 ヶ月前に要介護 2 と認定された。長男は、本人の希望もあり、まだ自宅で生活させてあげたいと話され、先月より、小規模多機能ホームほたる (以下当ホーム) 利用開始。         </p>
◆ケアをする上での工夫
医療機関とのやり取り・連携について
<p>1 回/月 かかりつけ病院 (物忘れ外来) に受診。当ホームより看護師同行し情報提供。認知症認定看護師と情報共有を図っている。(今は、主に情報提供のみ)</p>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<p>           ホームに来た時、訪問時の様子については、記録物や申し送りでスタッフ間は情報共有。家族へ普段の様子を知らせる目的で個人用のノートを 2 冊用意しており、1 冊は来所時の様子や活動の様子、外出先、食事の内容などを記載し、もう一冊は訪問時のケアのチェックリストにしており、情報共有の記録として使用している。            当ホームを利用し始め 1 ヶ月であり、変化の大きい時でもあるため、朝と昼のミーティング時に情報共有し、認知機能の変動など、生活機能にも影響するため、必要に応じて臨時の訪問をするなどの対応をしている。         </p>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 下肢筋力低下が著しく、ふらつき、転倒の可能性が高い。また、変形性膝関節症により右膝の痛みがあり、立ち上がりが困難。対応として、自宅で歩行器の貸与、来所持下肢筋力低下予防のリハビリを兼ねたレクレーションや散歩などを取り入れている。</li> <li>・ 内服カレンダーを使用し内服管理していたが、日にちや時間がわからずに手当たり次第に内服をしていたことがあった。朝食後にすべての内服薬がまとめられていたが、</li> </ul>

ふらつきや眠気の副作用がある薬剤（メマリ—20 mg、レクサプロ 10 mg）は夕食後服用へ処方変更していただくよう看護師より依頼した。

- ・内服管理ができず服用したことを忘れてしまい家族や以前のヘルパーに電話していたため、電話のある場所にホワイトボードを設置し、当ホームの番号を大きく記載、それに与薬後の空の薬袋を貼っている。（しかし、当ホームへは、歩いてきたほうが近いと思っているので、電話はない）

#### 予後予測について／事業所のすべきこと

- ・現在、利用がない日は昼・夕食の配食を行っているが、今後すべての食事を配食に頼らざる得なくなる可能性がある。
- ・尿意や便意が更にわからなくなってくる可能性があり、本人の自尊心を傷つけないように配慮しながら排泄ケアを行っていく必要がある。
- ・冬の寒さや排泄物による転倒の可能性。
- ・入浴や洗身すること自体が分からなくなり、さらに困難となってくる可能性があり、重介助を要することが考えられる。
- ・季節に応じた環境整備が必要である。
- ・場所がわからなくなり、帰宅できなくなるなど生じてくる可能性がある。
- ・身の回りのことがほとんどできなくなり、介助を必要とするようになることが考えられる。
- ・わからなくなっていくこと、できなくなっていくことに対する喪失感や自信喪失により意欲減退に繋がると考えられる。本人の持てる機能を活かした関わりをしていく必要がある。
- ・思いついたら後先考えずに行動してしまうため、危険を回避する対策が必要である。
- ・より地域と連携した見守り機能を要する。

#### 予後予測について／家族支援について

- ・家族が実際に本人に会う機会が減ってきているため、状況の変化に気持ちがついて行けていない可能性がある。また、介護負担に対するストレスを感じている可能性があるため、家族の気持ちに寄り添った声掛けや、今後起こってくる変化を予測し、家族が動揺しないように話をしていく必要がある。
- ・本人のできていることやプラスの情報も家族に伝えていく。
- ・家族会などの参加を促し、他の家族の話も聞いてもらう。

#### 予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）

- ・近隣の方の定期的な訪問や声掛けが定期的にあるが、認知機能の低下から喪失感や人との関わりに自信がなくなり、仏教婦人会など以前は参加していたが社会参加への意欲が減退している。孤立感を深めないように近隣の方との交流の仲立ちが必要である。
- ・これまでの関係性が保たれるように、近隣住民への配慮や認知症に対する理解が得られるような地域を含めた介入が必要である。
- ・近隣住民の方々が、本人の「利用日」が分からずに自宅に訪れたり、本人不在時に搜索されるようなことがないように、来所日が分かるようにお知らせする必要がある。（具体的な地域の関わりについては「自由記述」参照）





- 近隣住民で道迎いの A さんは、家庭菜園を一緒に手伝ってくれたり、お花をもらったりする。A さんご自身も高齢で、記憶力が低下している。しかし、本人のことを理解できずに厳しい口調で指摘されることがある。(介入の必要性あり?)
- 道迎いに住む B さんは、毎日自分が読んだ新聞を持って訪問してくれる。本人が用もないのに出かけようとしていると声をかけて止めてくれたりする。
- C さんは、ゴミ出しを手伝ってくれたり、時々食事やおにぎりを作って届けてくれる。温かく見守ってくれる存在。
- 老人会や仏教婦人会で当ホーム利用者とも面識がある。
- よく買い物に行く D 商店は当ホームの利用者のお店であり、そのご家族が見守りの役割を果たしてくれている。
- E 農業団体の店へはよく花の苗や野菜の種などを購入しに行く。
- カラオケも好きでよく F 屋に行っていた。ときどき、一緒に行く姪も歌が上手い。



平成 24 年 10 月	A 様も物忘れ症状が出現。娘さんから相談があり、ご夫婦 2 人の支援開始。小規模のご利用が再開
平成 25 年 8 月	A 様の認知症状も進行、近隣とのトラブルが続くため、支援会議開催。
平成 25 年 10 月	孫（暴力・お金を要求するため、面会は禁止されていた）が来所し、面会を断った職員の襟元をつかむ。 物盗られ妄想も出現
平成 26 年 2 月	A 様のご主人が亡くなる。孫の存在が地域から見えなくなった。 A 様の近隣とのトラブル、物盗られ妄想は繰り返し起こっている。 最近では平成 29 年 10 月に物盗られ妄想が出現。対象者とは今は疎遠状態。

#### ◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について	
<p>月 1 回の訪問診療。 小規模からの毎日の訪問時、バイタルチェックを行っている。 ご本人の状況に変化、心配ごとがある際には、ケアマネジャーや看護師が主治医に相談・報告をしている。 主治医、かかりつけ医の看護師とはいつでも話せる関係性である。</p>	
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ	
<p>① ご本人は、外出・運動・レク等、促し参加はするが、面白くなければ不満を言う。また運動を勧めた後などは、体調が悪くなったということもある。他の利用者に対して、被害的な発言。通いの際「持ってきた物が無い」等の発言がある。</p> <p>② 近所の方とのトラブルもあり、近所の方から報告の電話もある。</p> <p>週に 1 回のミニカンファレンスにて記録を確認。職員間で本人の言動など報告し合う何事に対しても無理強いせず、「ご本人のペースで過ごしていただく」ことを職員間で意識統一している。</p>	
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について	
<p>杖を使用して移動。長い距離はシルバーカーを使用している。10 月の初めに、野菜畑の草取りをしていた際に、転倒。幸いにも打撲ですみました。ご本人の行動を制限することはできないことから、転倒のリスクを回避することは難しい。今まで通り、畑に出ている、散歩をしている姿を見かけしたら「気を付けてください」などの声掛けを行って行く。ご本人の「意欲・したいこと」を見守っていきたい。</p>	
予後予測について／事業所のすべきこと	
<p>物盗られ妄想が繰り返し起こっている。 ご家族には、状況等の説明をしていくが、伝え方に気を付け、ご家族の精神面のケアも考える。 職員のメンタル面のケア、フォローをしていく。 地域の皆様には、日常的にコミュニケーションを今後も図っていく。</p>	









事例概要シート

事業所名（都道府県）		多機能ハウスひなたぼっこ（群馬県）			
（仮名）氏名	Aさん	性別	男・ <b>女</b>	年齢	55歳
要介護度	介護度5		利用期間	9年9か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb <b>IV</b> M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 A2 B1 B2 C1 <b>C2</b>				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 22回 訪問： 22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					
訪問リハビリ					
介護保険以外のサービス					
医療保険：訪問看護（難病）					
本人の性格や状況					
<p>明るく活発な性格で、何にでも興味を示す。            30歳後半から出かけると家に戻れなくなり警察や近所の人のお世話になる。子供の授業参観は子供のお母さん達がサポートをしてくれていた。</p>					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
夫、子供（男1・女1）同一敷地内に夫の両親が居住している。					
主病名					
那須ハコラ病，若年性認知症					
服薬					
イーケプラ、アレビアチン散、デパケンシロップ、塩化ナトリウム、酸化マグネシウム、ムコソルバン					
経緯					
平成19年12月社会福祉協議会のケアマネから紹介される。当時は認知症の症状が強く、椅子に座ってられない状態。けいれん発作で入退院を繰り返していたが、退院後はひなたぼっこを利用。3年後胃妻になる。					



◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<p>看護師が中心となって往診表を作成し、日常の変化があった時に看護師がいなくても主治医に伝えられるように言語化しておく。</p> <p>痙攣発作が多かったので、その都度の薬、連絡先の確認を医療機関と共有する。</p>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<p>日々の観察を時系列にして記録をし、変化に気が付いたスタッフがその場でミーティングを開き記録する。その記録をもとに再確認の意味も含めて今後の対応や見直しを話し合う。利用者さんにとってその見直しが良かったのかは、スタッフ会議で検証する。その繰り返しを行っている。</p>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
<p>水分量の不足や生活環境によっても認知症状は発現するので、日ごろのバイタルサインなどは時間を決めて測定する。送迎時の家族の様子や、本人の表情など言葉にならない部分の観察も大切になる。</p>
予後予測について／事業所のすべきこと
<p>胃婁→寝たきり→気切となっていた。事業所としては胃婁になっても経口摂取ができる状態が長く続けられるように医療と連携を取ったり、専門職と連携を取っていた。</p> <p>A さんの場合は本人の不安を解消していく事が最優先とスタッフが認識し、不安解消のための話し合いを継続。病気に関しての予後は悪く、身体的なレベルが低下していくことに関してのミーティングを主治医に開催してもらった。</p>
予後予測について／家族支援について
<p>関わった当初は2人の子供は中学生と高校生。ご主人は営業の仕事をしており、帰宅も遅い。毎日夕食作りの訪問に入り、子供達の支援もする。金銭的な問題もありご主人が介護する事は無理と判断する。主治医とも相談し子供達が母親の病気を理解するまで時間をかけて見守る事とした。母親への反発は暴力がない限り時間をかけて解決していく事を共有する。家族支援についてはその時の状況に合わせて支援体制を作っていた。予後は良く子供達は独立し、ご主人も仕事に多少の余裕ができた。</p>
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
<p>目を離すと家から出て行ってしまい、警察にお世話になったり近所の家に入ってしまった。ご主人に了解をもらい、近所の方には事情を説明しひなたぼっこに連絡してもらった。行きそうなコンビニにも事情を説明。運営推進会議にも参加してもらう。</p>





リハビリも進み、在宅復帰に向けて家族が施設入所か在宅かを悩まれた末、小規模多機能の利用となる。退院時は、立位可能であるが、移動は車椅子にて対応。トイレについては夜間尿器・日中は介助にてトイレ利用での対応する状況。

#### ◆ケアをする上での工夫

##### 医療機関とのやり取り・連携について

訪問診療医との連携は情報共有システムにて情報を共有している。

##### 「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

本人の認識不足と実際の行動の観察と、職員の気づき・本人の訴えに関して支援経過に記載。その内容を元にどうしたら出来るのかとミーティングにて検討し、支援内容としていく。

##### 認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について

退院時、高次脳機能障害ある為、できる・できない動作の認識不足から転倒の可能性あり。声かけにて注意喚起し、環境設定し転倒を繰り返さないように予防が必要。

##### 予後予測について／事業所のすべきこと

本人の意向に沿い、ADLの向上を目的として、通いサービス中にリハビリを実施。本人の「～したい」を実現することで、意欲の向上に努める。  
ADLの状況を確認していきながら「～できる」項目を増やし、過剰に介護をしないで自立支援を促す。

##### 予後予測について／家族支援について

本人の希望や要望に対して、自宅での対応をすることは不安であることが多い為、本人と家族と共にかかわり方を協議して、ADL向上に対する項目については自宅で行う前に小規模多機能の通い時間を用いて実施。  
外出希望などは、家族が出来るか事業所での対応とするか協議の上で実施。  
家族の希望に応じて、宿泊サービスの利用。

##### 予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）

麻雀仲間と公民館でクラブ活動をしていたが、介護を頼むことが出来るかの調整。自ら行うこと・行えるようになるための配慮。（麻雀パイの積み上げのための安易な器具作成）  
地元の理容室の混雑状況の確認や、終了後に連絡を頂く・何かあった際は連絡を頂くと  
言った配慮を実施。



事例概要シート

事業所名（都道府県）	小規模多機能ケアハウス絆（東京都）				
（仮名）氏名	E・O	性別	女	年齢	78歳
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 <b>IIIa</b> IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 <b>A2</b> 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： 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 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（服薬、支払い、受診など）					
その他の介護保険サービス					
なし					
介護保険以外のサービス					
社会福祉協議会地域権利擁護事業、地域包括支援センター					
本人の性格や状況					
20歳年下の夫と二人暮らし。子供はいない。自宅に一人でいると不安になり、自宅にいられなくなることが有る。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
キーパーソン夫    子供はいない。親類で手伝ってくれる人もいない					
主病名					
アルツハイマー型認知症					
服薬					
抑肝散、ロゼレム、テトラミド、センノシド、メマリー、デパケン					
経緯					
平成28年4月末、自宅アパートの鍵が室内から開かないと思い込み、ベランダ伝いに降りようとして2階から転落。近隣住民に発見しS病院に救急搬送、検査をして帰宅。5月4日に駅前で体調不良のため寝ていたところを警察に保護。5月9日、自宅アパート前で倒れているところを近隣住民発見N病院に搬送、軽度の慢性硬膜下血種認められるが手術せずに経過観察。5月末N病院入院中に精神状態悪化、精神病院受診ロゼレム、メマリー、テトラミド処方される。6月に入るとN病院にて大声で叫ぶ、看護師に物を投げつけ					

る、蹴るなどの暴力行為が見られ、精神病院への転院の話が進む。6月15日N病院への支払いができないと夫が強く訴え、本人を連れて帰ると主張、病院も止めることが出来ず退院。翌日、包括訪問するも本人の姿ない、道で倒れており救急搬送、身元不明の為警察で保護されていたことが判明。市役所高齢者支援室の保健師、包括支援センターより小規模多機能で緊急でサービスを入れてほしいと頼まれ、6月17日よりサービス開始。市役所と包括は、本人と夫を世帯分離し、生活保護を受けてもらい特養に入れる方向で動いているので、それまでのつなぎとして小規模のサービスを入れてほしいとの内容（要介護5）。

泊りは金額高くなるため、訪問と通いを組み合わせてサービス利用開始。

6月21日夫が休みであったため、自宅で過ごしていたが、夫が外出している間になくなる。近所を探すも本人みつからず、夫警察に届け出を出す。道でめまいがしてS病院に救急搬送されていた。血液検査でGOT、GPT高く入院を勧められるも拒否強く帰宅。翌日外来受診後に入院するが、本人の精神状態不安定になりその日のうちに退院する。

7月末に夫、包括職員と一緒にM病院受診（精神科）

処方薬、夫が管理できるとの事だったため、1週間様子見るが半分ほど飲めていない。事業所にて管理、朝昼夕の服薬介助支援行う。

#### ◆ケアをする上での工夫

##### 医療機関とのやり取り・連携について

現在はWクリニックへ一緒に受診し状況報告、薬局にて薬一包化してもらい、絆にて管理している。

##### 「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

新規利用者様が居る時、クリップボードに記録用紙つけ、付箋に変更点、気づいた点を記入し張り付けている。例えば、ご飯は自分で炊けていたが、炊いたことを忘れていたので、お釜に「ご飯が入っています」と書いてきた等。ある程度溜まったところでミーティング検証、プランの見直しをしています。

##### 認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について

杖にて歩行可能、精神的に不安定になると、自宅にいたことが出来ず家を出て行ってしまう。道路を車が来ていても渡ってしまう。現在は一人で買い物に行くことが出来るレベルまで回復している。

##### 予後予測について／事業所のすべきこと

本人の安心できる居場所づくりであり続ける。安定した生活が送れるよう支援が必要。

##### 予後予測について／家族支援について

夫は飲食店にて働いていて、収入もあるが、携帯電話を3台契約、生命保険、損害保険などにも生活が苦しくなるほど支払いがあり。月々の生活がきつくなってくるとキャッシングにて支払うこともあり、計画的な生活の組み立てが難しい。公共料金、税金、介護保険料の支払いなどが滞り、計画的に運用が難しい様子である。社会福祉協議会の地域権利擁護事業に介入してもらおうが、夫は必要性を感じていないため自分でキャンセルする（必要な時にすぐ動いてくれるわけではないため必要ない、自分でできるとの事）。







は（通い週 1～2 回、訪問は 1 日 1～2 回＋適宜）

夫の仕事に関しては、引き続きアルバイトを行いながら就職活動中。夫が仕事ないかと相談してきたため、知り合いの事業所などに頼み面談する。自分でもハローワークに行き仕事を探している（社会福祉協議会の仕事の斡旋事業の話もするが、連絡せず。）

#### 自由記述

本人は自宅でこれからも過ごしていきたいとの意向もあるが、金銭面の問題もある。生命保険、医療保険など必要以上に入っているため、整理してはと助言するも、夫は将来が心配だからもっと保険に入りたいと思っている。携帯も 3 台あり現在 1 台しか使っていない為解約勧めるも必要だからとの事。本人は小規模多機能の支援で安定して過ごせているが、今後も継続して自宅で生活していくためには収入と支払いを整える必要があり、その支援が難しい。



## ◆ケアをする上での工夫

### 医療機関とのやり取り・連携について

H27.7に脳梗塞で2週間入院歴あり。再発防止。

便秘傾向にあり、排便ない日が続いた後の排便時、強い腹痛と一過性の脳貧血症状となることが多々ある為、主治医と相談しながら排便コントロールを行っている。また、脳貧血症状となった時には、主に連絡指示を仰ぎ、経過報告している。

以前は認知症内服薬、貼付薬使用していたが、現在は中止となっている

### 「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

#### ・排便コントロールと不潔行為

【観察】排便のない日が続くと腹痛の訴え、のちに排便があった際に多量の排便、泥状便と共に一過性の脳貧血となる。また、夜間自宅で排便があると便いじり等不潔行為がある。

同居の息子様は、排泄介助はできない

【記録】排便の状況（時間、状態、量）、下剤の内服時刻の記録

【ミーティング】便秘にならないようまた、下剤の内服を調整する。

リハパンでの排便により不快感がある為、不潔行為につながるのだから、排便を日中の時間帯にトイレでできるよう下剤内服時刻を調整し、してはどうか。

自宅で排便があった時は、息子様から電話連絡を頂いてできるだけ早く訪問対応してはどうか？

【対応の見直し】下剤の内服の調整（時刻、量）

自宅で排便があった際は、息子様から電話連絡頂き、できるだけ早く訪問対応する。

（ご本人と息子様は同じ部屋で休んでいないため、朝出勤の際の連絡）

日中様子をみて、トイレ誘導と腹部マッサージを行う

【検証】下剤を調整することで便秘が解消され、1回量が多量になることや便の性状も改善された。排便も日中の時間帯が多くなり、トイレで排泄できることが増えた。

自宅で排便があった際には、息子様から電話連絡を頂き、訪問対応することで不潔行為、また息子さんの負担も減少した。

#### ・環境整備と家事援助

【観察】ひとつひとつの生活動作が分からなくなっている。

言葉だけのコミュニケーションは困難。無理に進めると混乱し、怒り出す他利用者との会話、行動は一緒にできない

【記録】日常の様子を記録する

どんな時に混乱し、どんな時穏やかに過ごしているか

<p><b>【ミーティング】</b> コミュニケーションは、言葉だけではなくジェスチャーを交え、職員が個別に一緒に行動すると混乱を防ぎ、できることが増え穏やかに過ごせるのではないか。</p> <p>支援は無理に進めず、丁寧にご本人のペースに合わせる  動くこと、働くことが好きな方なので、個別支援で一緒に家事を試してみようか  ご本人の好きなものを生活の中に組み入れたらどうか</p> <p><b>【対応の見直し】</b> 個別に対応とし、ひとつひとつの生活動作を一緒に行い出来ることを維持、増やして家事仕事を進める  ご本人が好きな、踊り、着物の雑誌、女の子の人形（子どもと思っている）が生活の中におく</p> <p><b>【検証】</b> 言葉だけではなくジェスチャーを交え、丁寧に個別対応することで混乱を防ぐことができる。ご本人の好きなものを生活の中に置くことで笑顔が増え、穏やかに過ごす事ができる  個別対応で職員と一緒に家事に携わってもらうことで、できることをご本人のペースで行っていただくことができ、生き生きとした表情がうかがえる</p>
<p>認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について</p> <p>共同作業を促すと急に怒り出すことがあり、個別対応が必要</p>
<p>予後予測について／事業所のすべきこと</p> <p>ご本人が混乱なく、住み慣れた自宅やるびなすで過ごせるよう支援する</p>
<p>予後予測について／家族支援について</p> <p>ご本人が自宅で穏やかに過ごすために、息子さんの介護負担を軽減し、細かくコミュニケーションをとりながら、不安にならないように支援する</p>
<p>予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）</p> <p>踊りが趣味で、自宅に地域の友人を招いて会を催していたが、ご本人は忘れてしまっている。地域の会への参加は混乱してしまうため、友人の方々からは来所していただき、職員が間に入り、一緒に踊りをしていただく機会を作る。今後は認知症の進展に伴い、転倒、骨折、寝たきりとなることが予測される。</p>





も、ショートステイ後、自宅のトイレがわからない、家族の顔がわからなくなるなど、混乱みられる。

平成 22 年 4 月他デイサービス利用週 4 回に増やす。

平成 22 年 5 月下旬 手と手利用開始（通い週 4 回）

「手と手利用の理由は、近くにあること。また時々泊まりを利用したいため（毎月 1～2 泊程度）」

利用の当初の様子。食事・排泄自立。更衣見守り。トイレの場所がわからない。手と手でも、自宅に居ても家に帰ると訴えることしばしばあり。何度も同じ話を繰り返す。理解力が落ちている。他利用者さんと楽しそうに話している。時々意思疎通がとりにくい。家族は、小規模多機能は、使い勝手が良いと話す。

平成 22 年 6 月 家族の都合により、1 泊 2 日の泊まり。朝型、やや落ち着かない。

平成 22 年 6 月 22 日 トイレの便器の水で手を洗おうとしていた。トイレ見守り。

平成 22 年 7 月。臀部の割れ目に亀裂あり。便秘気味かも。本人に確認するも不明。

平成 22 年 5 月～11 月 家に帰ると言って落ち着かない。泊まりも寝ない時あり。

平成 22 年 11 月 要介護 3。息子仕事退職。

平成 23 年 1 月 トイレの回数多い。落ち着かない。硬便。自宅のトイレの場所がわからない。家族に排便確認表の記載の依頼→本人に聞くが、不明。家族は排便に関して心配していない。

平成 23 年 4 月 泊まり時「便まりたい…」切なそう。ガスたくさん出ていた。

→家族に相談。Dr よりラキソ錠剤処方。

平成 23 年 5 月 家族より、「落ち着かないこと時々あり。『帰りたい』という言葉は最近聞かれない。排便もあるようだ。」

平成 23 年 6 月 宅老所で、何度もトイレに行く。口臭ひどい。トイレに座り軟便多量。

平成 23 年 9 月 宅老所のトイレ使用中、自分でズボンを下げるできない。

平成 23 年 10 月 自宅で「家に帰る」と訴え。自宅内のトイレがペーパーで散らかっている。家族負担感大きい。

平成 23 年 12 月 宅老所通い。臀部しっかり拭けていないようで、パンツに便汚染あり（毎日ではない）。トイレに入ると、「どうしたらいいんだろうね」トイレの使い方が分からない様子。

自宅の様子伺うと、息子夫婦は 2 階で寝ている（A さんは 1 階）。夜のトイレの様子は分からない。

→夜も、トイレに付き添えるよう、1 階で寝たらどうか提案するも、もう少し様子見るとのこと。

平成 24 年 3 月 家族より「脚の痛みはありますが、トイレは自力で行っている。」

整形受診すすめる→膝関節炎。水を抜いてもらう。痛み止め処方。

平成 24 年 5 月 宅老所通い。食事どれを食べて良いか分からず、お盆に乗せて提供すると、分かった様子。



	宅老所泊まり。夜間トイレ6回。落ち着かない。朝から泣いている「もう帰らなきゃ。誰もいないの」トイレに行くも「どうすればいいの?」。ベッド上で正座になり、お経を唱えていた。
平成 24 年 6 月	泊まり増え、毎週 1～2 泊程度の利用となる。
平成 24 年 7 月	家族より「夜間、廊下の足音に下に降りてみると、『みんないなくなっちゃった』と言って、泣きながら廊下をウロウロしていた。」
平成 24 年 8 月	臀部皮ムケ・ただれ。水虫（足）→薬塗布。 腰の痛みの訴え→市販の痛み止め服薬。
平成 24 年 10 月	左下の歯茎赤く腫れている。
平成 24 年 11 月	家族より「朝部屋に行くと、2か所に排尿した形跡あった。言っても仕方ないと思い、だまっていましたが、これからこのような行為が増えるのかと思うと気が重い。しかし、夜トイレについていくのはめんどろ（トイレ頻回のため）」 →トイレの電気つけっぱなしにしたら、畳での排尿なくなった。
平成 24 年 12 月	自宅で 15 時、トイレに行くと言って、外に出て行ってしまふ。
平成 25 年 3 月	自宅で排尿の失敗続いたため、紙パンツにする。（紙パンツ破るため、1 週間後布パンツに戻す）。 家族より「今朝もトイレ失敗。トイレの場所も分からなくなってきた。トイレと一緒にいかないとだめですね。」 →家族、日中はトイレ付き添うこととする。
平成 25 年 4 月	ズボン・ズボン下がきつい。ゆったりしたパジャマだと笑顔。腰回りパンツのゴムで赤くなっている。パンツも大きめのものに調整。
平成 25 年 5 月	足の浮腫み。義歯合わない様子（下歯茎・右上前歯に腫れ・時々外す） 宅老所泊まりの時は、0 時頃起きてリビングウロウロ「うちのもんがない」と泣きはじめる。泊まり利用後、自宅では、落ち着きがない様子。
平成 25 年 6 月	泊まった後、自宅で落ち着かないことが多くなったので、2泊3日の時は、3 日目の朝帰宅とする。 宅老所でも泊まりの時は、落ち着かない時が多い（平成 28 年 4 月まで続く）
平成 25 年 7 月	歯科往診。義歯調整。表情和らぐ。
平成 25 年 11 月	ごはんすすめると「見えないんだよ」。おわん茶色にする。 自宅で、間に合わず時々失禁みられるが、大きめの布パンツにして様子見る。（場所が分からない・パンツ・ズボンのゴムがきつくて下ろしにくいため）。
平成 25 年 12 月	宅老所で朝方、トイレ横のゴミ箱で排泄しようとしていた。
平成 26 年 1 月	うまくお尻拭けなくなり、布パンツ汚れていることあり。
平成 26 年 2 月	自宅夜、たたみ上で排泄。パジャマの上にパンツはいていた。嫁さんショックを受ける。夕食前になると、着ている服を脱いで肌着だけにな

る。注意すると、とても険しい表情になる。

平成 26 年 5 月 嫁さんより「ゆっくりと本人の話を 1 時間くらい聞く。印象に残ったことは、「感謝している」「ありがたい」「いつも仏様に手を合わせている」という不満の気持ちを全然口にしなかったことが、私にとって嬉しかった。

平成 26 年 6 月 家族より「昨夜失禁したらしく、下着・パジャマつけずに寝ていた。布団は濡れていなかったの、トイレ失敗したみたいです。」

「宅老所から帰って、夕食になる間 5～6 回「家に帰らなきゃ」と。いくら説明しても分かってくれなくて困惑しました。」

平成 26 年 8 月 自宅で、家族が朝起こしに行くと、敷布団は洗濯機の上、掛け布団はトイレの中、本人はベットパットを二つ折りにして寝ていた。  
→家族に、本人が夜困っていることを伝える。しかし、引き続き家族は 2 階で寝る。

平成 26 年 9 月 義歯割れたため、新たに義歯上下作る。義歯なじめず、すぐに外してしまう。

平成 26 年 10 月 家族より「最近、話す言葉が理解できないことが多くなってきた。」

平成 26 年 11 月 宅老所の泊まり、寝ずに、玄関・居間・部屋を行ったり来たりすること多い。「うちに行きたくて困っている」「みんなどこか行っちゃった」

平成 27 年 1 月 自宅で排便・便器の外にしてあることも。お風呂場でも排便してあった。

平成 27 年 3 月 自宅で夜、和室で排尿してあった。  
→長男 12 時まで起きて様子見ることとする。  
宅老所でも、夜間ベッド周辺に排尿。

平成 27 年 4 月 夕方職員付き添わないと落ち着かず。

平成 27 年 7 月 家族迎えに来ても帰りたがらない。

平成 27 年 9 月 箸で食べるのが難しくなってきた。自宅で朝起きると、廊下でおしっこしてあった。

平成 27 年 10 月 トイレと食事が大変。なかなか食事進まない。時々食事介助するようになった。  
ズボンきつそう。家族に、緩めのズボン依頼する。

平成 27 年 11 月 要介護 4 となる。

家族より、徘徊センサーレンタル希望あり（本人ベッドから立ち上がった時に、センサーがなると、2 階で寝ていた家族がトイレに付き添う）。

夜中 3 回鳴って下まで行き、トイレ介助した。トイレの失敗減った。

平成 28 年 1 月 硬便の排便が 2 日あり。コタツで長時間横になっているのが要因かもと家族に伝える。

平成 28 年 2 月 家族より「自宅では、夜良く寝てあまり起きない。失禁もない。昼間も

落ち着いて過ごしている。手で食べることもある。ただ、歩けなくなったり、状態が落ちたら施設と思う。今の状態なら、手と手利用しながら、自宅で介護していきたい。」

宅老所では、夜ベッド上で立ち上がったたり、宅老所内を歩き回ることあり。

平成 28 年 4 月 宅老所でも夜落ち着いて過ごすこと増えてくる。

平成 28 年 6 月 定期的に週末泊まり（土・日泊まり、月朝帰る）

平成 28 年 7 月 食事介助増えてきた。

平成 28 年 8 月 家族より「日に日に言葉が分からなくなってきた。自宅で、夜間失禁が見られるようになったため、夜は紙パンツ、昼は布パンツとしてみる。動かなくなった分、介護負担減った。ただ、歩けなくなった時のことを考えると不安。」

平成 28 年 9 月 家族より「言葉のコミュニケーションは難しいが、こちらの聴く姿勢や態度で反応が変わることが分かったと話あり。」

平成 29 年 2 月 家族より「夜はトイレに起きない。昔に比べて楽になった。時々、落ち着かないこともあるが…。」

平成 29 年 3 月 8 日 宅老所で、8 時ピンポン玉 2 ケ（硬便）

14 時ピンポン玉 2 ケ（硬便）

→家族に、自宅で水分摂れているか確認。「あまり摂れていない」宅老所で水分不足しないよう意識してすすめることとなる。家族にもお願いする。

平成 29 年 7 月下旬 自宅で転倒。右大腿骨転子部骨折。

平成 29 年 8 月上旬 病院でのリハビリ意欲的に取り組めず。

平成 29 年 8 月 19 日 退院。宅老所泊まりにて、状態把握。

立位とりづらいが、なんとか可。歩行は難しい。起き上がりも介助。体硬く、介助しづらい。7 時・10 時・昼食後・17 時・就寝前トイレ誘導。失禁なし（布パンツ+パット）。臀部・仙骨部に亀裂あり。便秘気味。

平成 29 年 8 月 24 日 カンファレンス。

小規模多機能、（朝・昼・夜）身体介護で訪問入れること伝える。しかし、今までと同じ（火：通い・木：通い・土日：泊まり、月：朝帰る）でやってみるとのこと。トイレ介助・移乗介助のやり方、アドバイス。食事も自分で食べようとせず、ほぼ全介助。臀部褥瘡なり始め→皮膚科受診。

福祉用具レンタル（車いす・介護ベッド・床ずれ防止用具）。

ポータブル購入。

平成 29 年 8 月 29 日 自宅へ帰宅。

平成 29 年 9 月 2 日 家族より「夫婦で協力してなんとかやっている。身体介護大変。」

平成 29 年 9 月 7 日 家族より「朝尿失禁みられ大変だった。」

平成 29 年 9 月 23 日 家族より「自分で起き上がっていたのでびっくり。自分の力で

きたことはうれしい。毎回とはいかないと思うが、期待したい。」

平成 29 年 9 月下旬 カンファレンス

家族より「移乗・排泄介助が大変だが、やっていけそう。利用増やさずこのままで良い。介護ベッドは助かる。」

困ったときは訪問できる旨伝える。

平成 29 年 10 月 4 日 踵赤いため、薬塗布車いすフットレストに当たっていることが原因。宅老所では、極力、椅子で過ごすこととする。自宅・宅老所で、朝方リハビリパンツ外してベッド上で排尿すること時々見られる。

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ内科に定期的に受診</li> <li>・平成 29 年 7 月（右大腿骨転子部骨折）以降は、皮膚科受診を家族にお願いすること増えた。（臀部・かかとの赤み等）</li> </ul>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<p>「観察」「記録」</p> <p>※居間・トイレ付近に用紙あり。日中は、介護士が関わりからの気づきをすぐに記載。昼食後に集計し、ケース記録・連絡帳に転記。</p> <p>看護師・計画作成者・夜勤者も、同じケース記録に記載。</p> <p>「ミーティング」について</p> <p>夜勤者が、申し送りシートを使って、利用者さん一人一人の記録をまとめる（1週間分ぐらい）</p> <p>「申し送りシート」を使って、申し送り。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・朝（8時～8時25分）申し送り＋ミーティング（全利用者）（夜勤者→介護士4人・看護師1名）</li> <li>・14時（業務終了の看護師とリーダーがミーティング）</li> <li>・16時申し送り＋ミーティング（リーダー→夜勤者）</li> </ul> <p>「カンファレンス」について</p> <p>①毎月下旬、Aさん宅訪問（20分～30分弱話し合う）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・来月の予定の確認。</li> <li>・1ヶ月分の記録持参し、手と手での様子を説明。</li> <li>・自宅での様子を伺う。</li> <li>・本人の状態の確認。</li> <li>・家族の困っていることを伺う。</li> <li>・手と手のケア・サービスについて確認。</li> </ul>

「ミーティング」

A 職員会議（ミーティング）を月2回（15日・30日）（18時～21時）実施。（出席者：正職員12名・非常勤職員2名）。

- ・管理者・計画作成担当者が記録を15日分読み込み、全利用者に対して気づいたことをまとめる。会議で確認。
- ・カンファレンスの内容を計画作成担当者が30日の職員会議で伝える。
- ・月1回、職員にも、利用者さんの名簿を事前に配り、気づきを記載してもらい15日の会議で共有。
- ・会議で決まったことを実施。その後の朝の申し送り時、もしくは次回の会議で検証。

B 非常勤看護師ミーティング（看護師3名・計画作成1名・主任介護士1名・管理者1名）会議（月1回：日中1時間30分）

- ・職員会議（15・30日）での話し合いの内容をまとめ、看護師からも意見を聞き、ケアの見直し・実施。

認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について

Aさんの場合

皮下出血→自宅で転倒？臀部割れ目に亀裂→ワセリン。歯茎赤い→義歯調整・食事の調整。便秘（3日排便がない）→家族が下剤服薬で調整。下痢便・少量の便汚染→下剤効きすぎ、下剤の調整。硬便→水分促す。膝・腰の痛み→痛み止め服薬・薬の塗布。腰回りが赤い→衣服調整。背部・腰部かきこわし→保湿。足の浮腫み→利尿剤。水虫→皮膚科受診。臀部便汚染→通い時、臀部確認・洗浄・布パンツ交換。空腹。

その他の利用者さん

排便の状況。皮膚状態の確認（保湿・石鹸の使用）。口腔の状態（歯科衛生士：1回2時間・月3～4回）・口腔ケア。微熱・排尿状況→水分量（訪問でお茶持参の方も）。毎日陰部洗浄（必要な方）。血圧。耳垢。白癬。大転子・仙骨の赤み。不眠（部屋が灯油臭いため）。花粉症。足冷たい→足浴。

手と手通い利用時は全利用者：布パンツもしくは布パンツ+パット  
基本的にはトイレに座る。

予後予測について／事業所のすべきこと

息子さん夫婦が身体介護（ベッド⇔車いす⇔ポータブルの移乗・排泄介助）が大変になる可能性あり。

→朝7時・14時・17時・20時に訪問で対応していく予定。

- ・医療機関への受診が必要な時、事業所としてもフォローしていく。

予後予測について／家族支援について

- ・緊急時の通い・泊まり・訪問の希望あったときは対応していく。
- ・引き続き、毎月1回家族と話し合う場を持ち、本人の状況・家族の介護の状況等を把握していく。



事例概要シート

事業所名（都道府県）		なかまちの家（富山県）			
（仮名）氏名	A	性別	女	年齢	76歳
要介護度	要介護 3		利用期間	0年 7か月	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb <b>IIIa</b> IIIb IV M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 <b>J1</b> A1 A2 B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 14回 訪問： 42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 type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
その他の介護保険サービス					
なし					
介護保険以外のサービス					
富山市認知症高齢者徘徊SOS緊急ダイヤル登録					
本人の性格や状況					
明るく社交的。近所の方には自ら声掛けています。認知症になる前は、きれい好きで、毎日じっとしている時間がないくらい動き回り掃除をしていた。世話好きな面もあり、夫と一緒に長寿会の世話をしたり、隣家の子供の面倒をみていた事もあった。					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
同居：夫 別居：次女（主介護者：週3回程度訪問）、長女（週1回訪問）					
主病名					
アルツハイマー型認知症、卵巣がん治癒後					
服薬					
メモリーOD錠 10mg（昼：2錠） クエチアピン錠 25mg（眠前：0.5錠）					
経緯					
夫と2人暮らし。港町にある商店街で釣具店を営んでいた。夫は会社勤めをしていた為、本人が中心となり、釣具店を切り盛りしていた。夫が定年後、釣具店を手伝い始めた頃から、物忘れが少しずつ見られるようになっていた。 平成23年10月卵巣がんで入院したのをきっかけに介護申請を行うが、サービス未使用で期限が切れていた。平成28年、再び介護保険申請を行い、要介護2の認定結果が出					



る。この先、家族だけで支援していく事は困難と予測されていた。

平成 28 年 12 月、夫の運転する車の助手席に乗り、近くのドラッグストアに出かけた。夫は、エンジンをかけたまま店内に入り買い物を済ませ戻ると、駐車場に車がなかった。夫が買い物中に本人が車を運転し、その場から離れていた。(免許は執行している)警察の捜索で、近くの海岸で車が発見され、本人は 5 km ほど離れた国道の中央分離帯を歩いているところを発見された。

当初、長女週 1 回(土)、次女週 1 回(水)訪問し、買い物や掃除をしていた。買い置きや調理をしても菓子類やパンしか食べていなかった。

平成 29 年 3 月、昼食を食べる事を目的に、認知症対応型デイサービスを週 3～4 回利用開始するも利用は安定していなかった。

本人の徘徊、夫の健康状態の悪化、夫の介護サービス利用の拒否があり、馴染みの関係づくりが必要と考えられ、地域包括支援センターから相談があり利用になった。

#### ◆ケアをする上での工夫

##### 医療機関とのやり取り・連携について

利用開始前は、卵巣がん治癒後の定期検診以外は受診されてなかった。その為、まずは専門医に係ることを家族に理解して頂く。初診と次の受診時(1ヶ月後)は、家族と受診同行し、現状の報告をさせて頂き、自宅での生活を希望している事を伝えました。その後の受診については、様子に大きな変化が見られた場合は受診同行し、安定している時は、家族と報告することを共有し、Dr.への報告書を書き、家族に持参して頂いる。

##### 「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ

センター方式の 24 時間シートを使用し、日々の様子や変化を記録。スタッフ一人一人の気づきや聞き取った情報は、スタッフ間で共有できるよう、ボードにメモを掲示し共有している。スタッフ全員にセンター方式の C-1-2 シートの記入や情報収集シートを記入してもらい、それを基にミーティングを行った。

家族からも週 1 回程度、家族の希望、気づきや状況の変化の報告を頂きました。

##### 認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について

以前は、食事は娘達が準備していたが、定期的な食事は出来ていなかった。水分摂取量も不明で、本人も夫も気分が不安定なことが多かった。

まずは、次女と協力し、食事を定期的に取り取る事を目標とした。定期的に食事を摂ることが出来るようになり、1 年前に比べ 3kg 増加した。

水分をしっかり取ってもらうよう「通い」の日は、600ml 以上飲んでもらう様にした。

自宅での水分量が不明の為、自宅にいる日は訪問時、ペットボトルのお茶(500ml×2 本/日：昼・夕)を持って行き、水分を摂ってもらうようにした。

排便のペースはつかめていない。

##### 予後予測について／事業所のすべきこと

- 生活環境の維持。安心して自宅で生活出来るようにしたい。自宅が居心地のいい場所となるよう、自宅内の環境、地域の方々との関係を維持継続する。
- なかまちの家に「通い」の日は、「通う」事の意味付け。なかまちの家での楽しみや役割の継続。
- 健康に自宅で生活出来るよう、健康管理、食生活、生活リズムの観察。





事例概要シート

事業所名（都道府県）		ニーズ対応型小規模多機能ホームききょうが丘（石川県）			
（仮名）氏名	A 氏	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢	91歳
要介護度	要介護1		利用期間	2年9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"/> J2 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： 110 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（受診付き添い）					
その他の介護保険サービス					
なし					
介護保険以外のサービス					
なし					
本人の性格や状況					
<p>長年独り暮らしをしている。旅館の接待の仕事をしていた。面倒見が良く、昔の仕事仲間がたくさんいる。</p>					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
<p>独居。昔の仕事仲間の男性と一緒にいることが多い。</p>					
主病名					
<p>認知症 肥大型心筋症</p>					
服薬					
<p>一日3回の内服がある。関わりはじめは飲み忘れ、過剰服用、紛失が多く体調を崩していた。現在は事業所で預かり服薬はできている。</p>					
経緯					
<p>地域包括支援センターから内服の管理をして体調が安定できるとよい、度々救急車を呼ぶことがあるので、近所からも苦情がきていると相談があった。</p>					

## ◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<ul style="list-style-type: none"><li>・薬がうまく飲めておらず体調を崩していたため、きちんと内服をして体調管理をする必要性を受診に同行し、主治医と一緒に話しを聞いた。</li><li>・かかりつけ薬局はご本人の昔からの知り合いで信頼があった。服用の仕方の工夫や薬の大切さを薬剤師から何度も説明してもらい、そこに同席した。</li><li>・専門医では毎回受診に同行し、内服による効果や自宅でのご本人の様子等細かくやり取りをした。ご本人も主治医に相談していた。</li></ul>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<ul style="list-style-type: none"><li>・改めてご本人の思いを理解する為に「思いのまとめシート」を活用した。ご本人や周囲の人たちの言葉から“夜間の電話”だけに捉われないご本人の思いを知るためにシートをもとにミーティングをした。</li><li>・対応の見直しや検証については、モニタリングしたことをもっと丁寧にする必要があった。具体的には友人O氏に対して、ご本人のことを放っておけない状況にあることで、O氏ができること、したいことをきちんと聞いて事業所がやっていることと合わせて取り組むことが出来たと思う。また、管理者としてAさんとのやり取りを自分以外のスタッフにも信頼を持って引き継げるような、関わりをもてていなかった。</li></ul>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
喘息があるが喫煙者である。喫煙が原因で夜間の咳き込みがひどくなることもあり、辛さや苦しさを増している。
予後予測について／事業所のすべきこと
毎日夜間辛くなり訪問してスタッフが行かなければご本人の安心にはつながらなかったことで、夜間だけでも事業所に泊まってはどうか？という意見がスタッフからあった。ご本人の安心のためにできる可能性として宿泊機能の活用もあったのかと思う。何度も提案はするが「寝るだけなら家がいい」ということでご本人の納得は得られていない。また、毎日の夜間訪問と日中の仕事で体力的、精神的にスタッフが追い込まれていたため、柔軟な勤務体制の検討も必要だったかもしれない。
予後予測について／家族支援について
友人O氏は事業所が関わるまでご本人にとって頼りになる大きな存在であった。O氏の支援なしにはご本人の暮らしは立ち行かない状況である。事業所の関わりが大きくなりすぎるとO氏の役割や存在、O氏自身がご本人と繋がっていたい気持ちを奪う事にならないようにしなければいけなかった。
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
救急車を呼ぶことはなくなったが地域にとって独居であるご本人は心配な存在であった。地域のキーとなる近所のN氏へは事業所の取り組みや関わりを伝えたり、必要ときはケア会議を繰り返し設け、地域にとっての不安や心配事を聞くことを可能にする。



事例概要シート

事業所名（都道府県）		小規模多機能かくれんぼ（愛知県）			
（仮名）氏名	名古屋 太郎	性別	Ⓐ・女	年齢	87歳
要介護度	要介護4		利用期間	3年6ヶ月（平成26年4月）	
認知症日常生活自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb Ⓓ M				
障害高齢者の日常生活自立度	自立 J1 A1 Ⓐ B1 B2 C1 C2				
通い、宿泊、訪問の回数（1か月あたり）					
通い： 12回+α      訪問： 64回（毎日：朝、夕）      宿泊： 4回+α					
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（通院同行、緊急時の対応）					
その他の介護保険サービス					
福祉用具（介護ベット）					
介護保険以外のサービス					
特になし					
本人の性格や状況					
<p>短気で頑固だが思いやりがある、几帳面、嫉妬深いなど もともとの性格と BPSD の変化からか、登録当初は介護への抵抗や思い込みによる暴言・暴力等が多くあったがスタッフと顔なじみになり徐々に軽減。現在は緊急的な連泊時などに家では無いストレスから時折、介護拒否など見られるが介護への理解は示して下さる。</p>					
家族構成（キーパーソン・主介護者・同居家族など）					
奥様（要介護2、78歳、軽度の認知症、病弱：膵臓癌、かくれんぼ利用）と同居。子供・親族なし。					
主病名					
軽度廃用症候群、脱水症、高血圧症、慢性心不全など					
服薬					
<p>神経内科より処方 ・胃炎症状の改善薬、心不全薬、血管強くする薬、血液が固まるのを防ぐ薬、尿酸を抑える薬、浮腫みをとる薬*2、痰きり薬の全8錠。 在宅医より処方 ・血圧を下げる薬、利尿薬を日常の状態観察により適時処方。</p>					
経緯					
奥様入院時に昼夜問わずタクシーにて面会に行き来し（既に認知症状あり、失禁状態の時もあり）転倒。入院先のケースワーカーより依頼があり登録。その後間もなく、奥様も登録。					

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<ul style="list-style-type: none"><li>・在宅医により通所時に施設への往診（週 1 回）と自宅への往診（週 1 回）を行なっている。その都度、所属看護師と日々の様子の報告や相談。休薬などの指示を受けている。</li><li>・月 1 回の専門医（神経内科）への定期受診についてはスタッフが同行しバイタル表の提出や在宅医からの処方薬の報告を所属看護師のメモなどにより行なっている。</li></ul>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<ul style="list-style-type: none"><li>・毎日 2 回の訪問により生活や健康状態の観察、通所の際に看護師による医療的な観察を行い主治医の意見も含め PDCA サイクルを回しその都度の生活に応じた即時対応を心がけている。</li><li>・日々の観察から即時対応という流れは小規模多機能の同一スタッフにて総合的ケアを柔軟に行える最大のメリットと考えられる。</li></ul>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
<ul style="list-style-type: none"><li>・上記と同様。</li></ul>
予後予測について／事業所のすべきこと
<ul style="list-style-type: none"><li>・より柔軟な支援体制。（生活の変化及び緊急対応、多職種連携）</li><li>・本人はもちろん奥様の病状（入退院の繰返し）などから遠くない未来に在宅生活が困難になる事は予想されるので生活保護課への状況報告や施設入居に対しての準備。</li></ul>
予後予測について／家族支援について
<ul style="list-style-type: none"><li>・上記と同様。</li></ul>
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
<ul style="list-style-type: none"><li>・上記と同様。</li></ul>









経緯
<p>数年前より通いと訪問を組み合わせて利用していた方であり、ある日息子と外出中、息子が運転中に急ブレーキをかけた拍子に座席から転落し受傷。息子がそのまま救急外来へ連れていき入院となった。入院中活動意欲の低下により、病院での食事を全くしなくなった。その結果嚥下機能が低下し、経鼻チューブを挿入することとなった。病院では経口摂取は不可能と判断され、胃ろう等提案されたが家族は経口摂取をあきらめきれず、退院し経口摂取を試してほしいと希望される。病院側としては経鼻チューブが抜けるまでは退院させられないとのことであったが、家族の希望により経鼻チューブを挿入したまま退院。誤嚥し再入院しても良いから経口摂取を試してほしいと相談あり退院後利用再開となった。</p>

◆ケアをする上での工夫

医療機関とのやり取り・連携について
<p>入院先の病院（病院での主治医）：経鼻チューブを外さないで退院は出来ない。チューブを入れたまま退院したとして、本人がチューブを抜いてしまい、チューブが再挿入になってもすぐに病院が対応できるとは限らない。チューブを入れたまま退院するなら主治医を変更したほうが良い。</p> <p>入院先の MSW：主治医の意見と家族の意見を踏まえ退院後の主治医を探す。入院前まで通院していた医院が受け入れてくれることになる。</p> <p>主治医となる医院：経鼻チューブ挿入のまま食事摂取可。自分で抜いてしまったら経過観察。食事食べることができていれば受診不要。食事食べられなければ受診し再挿入。月に1～2回の往診による定期受診。自宅へ帰る際には訪問看護の利用となった。</p>
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
<p>看護師による経鼻チューブ挿入時の注意点・観察ポイントをまとめた資料を作成。3日ほどで経鼻チューブが抜けた。退院後（経鼻チューブ挿入時）から看護師（職員）による嚥下訓練開始。ペースト・刻み食・普通食と段階的に食事形態を変更していった。退院当初は看護師が中心となり嚥下訓練・食事介助を行っていたがペースト食で誤嚥が無いことが確認されると介護職が中心となり食事介助を行った。</p>
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
予後予測について／事業所のすべきこと
<p>本人・家族共に自宅で過ごす時間を増やしていきたいという思いがあり、食事形態が普通食まで戻れば自宅へ帰りたいたいとのことであった。そのため、刻み食をある程度食事ができるようになってきた段階で家族（主に長男）への指導も行っていった。箸やスプーンにて自ら食事が食べることができるようになったため、退院数週間後には週末だけであるが自宅に帰ることができるようになった。しかし自宅に帰ると長男がすべて介助をしてしまうようであり、本人がしたいと思ったことをすべて優先させている様子。そのため</p>



時には早朝（6時）から夜（21時）まで一緒にいることもあった。そのため、自分の母親より自分の家族を最優先してもらおうよう（有）ふるさと代表が長男へ説明。面会時間を8時から20時の間と定め会社にも出勤する事、有休をとらなくても良い事を長男と約束。緊急時は必ず一番に長男に報告をするため連絡が無い場合はふるさと職員に任せてもらうよう説明。

説明後は朝1時間、夜仕事終了から20時までと面会時間が減少。休日も家族と面会に来たり家族と出かける前に会いに来るなど家族の時間も作れるようになった。

## 2) 嫁と娘問題

娘は重要な決定事（退院についてや治療方針等）がある際にはカンファレンスに参加してくれる。しかし、決定権は常に長男に任せると言うものの、長男の決定しかかっている意見に対し、賛成意見や反対意見を述べ長男の意思が揺らぐ。また娘達の協力を依頼すると、全て長男の嫁に実施してもらおうと一任する。（嫁の意見や予定は関係なく）しかしカンファレンスの際は嫁の意見は聞き入れてもらえない。

上記のような関係にあり、嫁がカンファレンスに参加していなくても全て嫁に一任されているため、カンファレンスは嫁の予定に合わせて開催することにした。また娘達が嫁に協力事項を一任した場合は、カンファレンスの場で嫁と事業所で直接連携を取り、長男や娘には事後報告させてもらう事を了承してもらい嫁の負担を軽減していった。

## 自由記述

1年前の状況であり、現在はリハビリを行いたいという家族の強い希望があり老人保健施設へ入所されています。



服薬
アリセプト(5) 1錠 朝食後 ジェイゾロフト(25) 1錠 夕食後
経緯
60歳頃、重いメニエル病からうつ病を発症。 65歳頃、家事一般はこなせるが、外出して迷子になる事が度重なる。MRIで脳委縮の指摘があったものの認知症という診断はなく、1年ほど経過観察。 66歳、転倒・左手首骨折をきっかけに、家事・外出・身辺自立ができなくなった。この頃、病院から介護認定申請を勧められ、包括支援センターを通じて当施設を紹介される。
◆ケアをする上での工夫
医療機関とのやり取り・連携について
経過観察だけでは不安なので、病院を変わりたいが、どこへ行けば良いのかわからないと相談されたので、認知症専門医を紹介。 受診時には施設での状況をまとめたものを文章で提示し、対応方法等の教示を受ける。
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
2ヶ月に1回の受診と、1年に1回の頭部MRIで経過観察されており、クリニックからの情報提供により対応方法を知る。
予後予測について／事業所のすべきこと
進行が速い病気のため、今できることでも、近い将来できなくなる可能性が高いので、少し先の支援方法も考える。
予後予測について／家族支援について
夫は、対外的には明るく一生懸命に介護をしているように見えるが、実際は妻のありのままの病状を受け入れる事が難しいのではないかと思える。医師から脳の萎縮が進んでいると言われる、発語が無くなる、歩行能力が低下するなど、病状が悪化しているのは明らかで、施設での状況を伝えても、「そうですか？うちでは何も変わりませんよ。困ってませんよ。」と断言する。なのに、「自分一人では家の出入りをさせられなくなったので・・・ああして欲しいこうして欲しい。」と言われるなど矛盾が見られる。 家では、受診後などに落ち込む様子を見せる事があるらしく、次女が「お父さんがうつじゃないかと心配なんです。」と、相談に来た事もある。 夫の気持ちに配慮し、様子の変化に注意しながらサービス提供をしていく。
予後予測について／地域へのかかわり（調整や配慮について）
夫は、今の妻の状態を他人には知られたくないようで、民生委員に対しても冷たくあしらう場面があった。地域への関わりに関しては、積極的に勧めたりしない。









服薬
バイアスピリン・ワーファリン・マグラックス・ガスターD・ドブス細粒・ラシックス アルダクトンA・フリバス・プロスタール・セロクエル・リスパダール
経緯
同じ市内に住む娘さんの友人の母親がまほろばを利用しており、娘さんは母親の負担を少しでも減らしてあげたらとまほろばのケアマネに相談され利用となる。
◆ケアをする上での工夫
医療機関とのやり取り・連携について
平成17年に心筋梗塞で入院後、総合病院より地域の内科に引き継がれ月2回の訪問診療を自宅で受けていた。総合病院を退院後居宅のケアマネジャーが訪問看護を導入。H21年にまほろばに引き継いでからはかかりつけ医（内科）にセンター方式の資料とケアプランの写しを提供した。ご家族の希望で訪問看護は導入しなかった。 3年後の猛暑を超えた年の9月、身体状態悪化。食事も取りづらくなり、横になっていることが多くなってきた。ケアマネジャーはご家族（妻・息子さん・娘さん）に集ってもらいターミナルについて話し合い、最期まで自宅で看取りたいとの結論に達し、その後訪問診療時、妻と医師・ケアマネが立会、ターミナルについて今後の方針を話し合った。病状が悪化するに従い、日常の様子をご自宅での様子や事業所での様子を医師と連絡を取り合った。
「観察」「記録」「ミーティング」のあり方、「対応の見直し」と「検証」の流れ
居宅介護支援での利用時ではデイサービスになじめず、妻以外の関わりは本人が拒否をしてサービスにつながらず、妻の介護負担がピークになっていた。どうしたら本人が落ち着いて過ごせるようになるのか、まずは事業所に来て頂くことを中心に話し合った。来て頂いてからどう支援するか（大声・暴行・徘徊・介護拒否等）センター方式を導入し、本人の思いや、楽しい事、身体の状態などを職員全員で共有し、特に午後の時間に職員が2～3人集まっては対応の見直しを話し合った。時には本人も参加しての話し合いを行っていった。
認知症状へ影響を及ぼす身体状況の把握と対応について
54歳の時、脳梗塞で倒れ失語症となる。H17年急性心筋梗塞→心不全→心停止→蘇生に成功→ステント留置→在宅療養→大声・暴行・夜間せん妄→薬物治療を行っているが効果なし。「小規模多機能居宅介護事業所まほろば」を利用後は落ち着いて過ごせるようになった。
予後予測について／事業所のすべきこと
身体の異常を常に観察しながら医師との連携を取りながら妻の介護の軽減を図っていく。また本人が歩けること、楽しい事が大好きであるとのこと。失語症があるが意思疎通ができることを考えれば何よりも不安を軽減し、本人にとって毎日を楽しんで過ごす事が出来るように支援していく
予後予測について／家族支援について
80歳を超えた妻が一人で介護度4の夫の介護を担っていること。通い・泊まりを導入し介護者が休める時間をつくっていくこと。状態悪化時はかかりつけ医と事業者と家族



平成 29 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

中重度を支えるために求められる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 30 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](mailto:info@shoukibo.net)