

平成30年度介護報酬改定について

公益社団法人 日本看護協会

看護小規模多機能型居宅介護事業所の整備促進

看護小規模多機能型居宅介護(看多機)の事業所数は年々増加しているものの、地域密着型サービスとして日常生活圏域で利用できるには未だ程遠い状況であり、さらなる整備促進が急務である。

在宅の中重度要介護者や医療ニーズ・看取り期の利用者に対し、より個別的なケアを身近な地域で提供する拠点を増やすため、看多機の整備促進策として以下のことを要望する。

- (1) サテライト型看護小規模多機能型居宅介護の新設
- (2) 事業開始時支援加算の延長

自立支援・重度化防止の取り組みへの評価

看多機の利用者は要介護3以上の中重度者が6割を占め、小多機に比べて医療ニーズ対応や看取り対応が多い。

一方で、看多機では利用者の状況に合わせ柔軟に「通い」・「泊まり」・「訪問」を組み合わせるサービス提供体制と、看護職員のアセスメントにもとづく看護と介護の協働のもとで、ADLの自立支援や重症化予防のケアを実施し、中重度者の在宅療養継続を支援している。

看多機における自立支援・重度化防止を推進する観点から、食事や排泄などのADL向上、褥瘡など要介護度悪化につながる状態の治癒・改善のアウトカムについて評価するよう要望する。

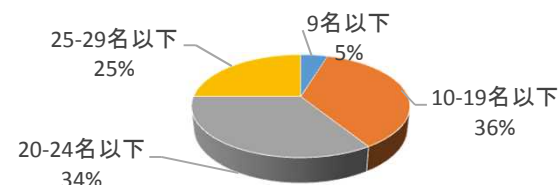
看護小規模多機能型居宅介護における自立支援・重度化防止の実施状況

【アンケート調査】

調査対象: 全国の看護小規模多機能型居宅介護事業所
 調査時期: 2017年9月
 調査方法: 調査票を郵送配布、FAXまたはメール添付で返送
 回収率: 49.7% (169事業所)

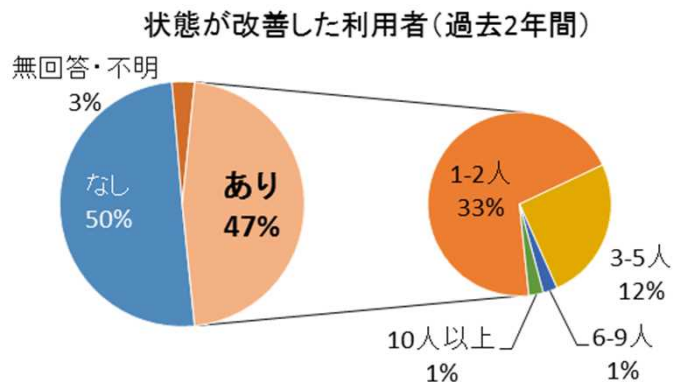
※回答事業所中、承諾の得られた事業所に後日ヒアリングによる事例調査を実施

回答事業所の利用者数(平成29年9月現在)



1. 経口摂取支援による効果

47%の事業所で経口摂取の状態が改善した利用者があり、胃ろうや経鼻経管栄養、IVHから完全経口摂取に移行したケースもある



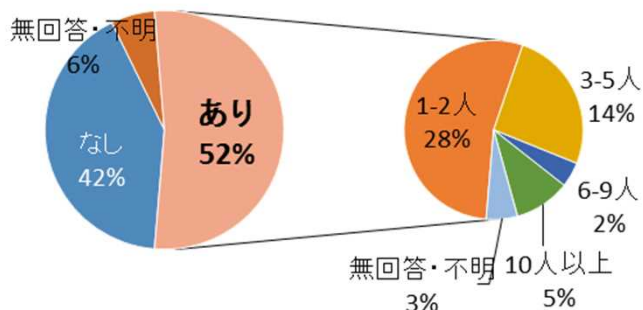
状態改善の内容(複数回答)

	事業所数	割合
胃ろう→完全経口に移行	22	27.8
胃ろう→経口摂取を併用	38	48.1
経鼻・経管栄養→完全経口に移行	14	17.7
経鼻・経管栄養→経口摂取を併用	13	16.5
IVH→完全経口に移行	11	13.9
IVH→経口摂取を併用	12	15.2
その他	17	21.5
無回答・不明	1	1.3
計	79	100.0

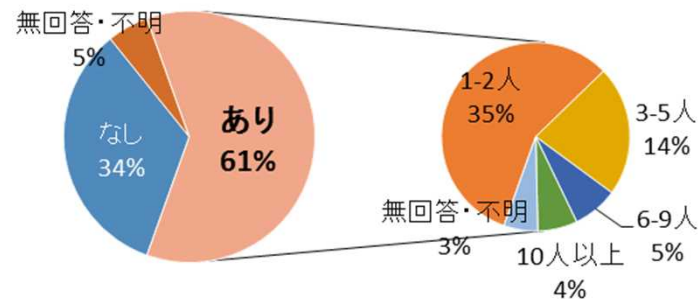
2. 排泄自立支援による効果

52%の事業所でおむつが不要になった(又は枚数が減った)利用者があり、61%の事業所ではトイレで座位で排泄ができるようになった利用者がある

おむつが不要になった(又は枚数が減った)利用者(過去2年間)



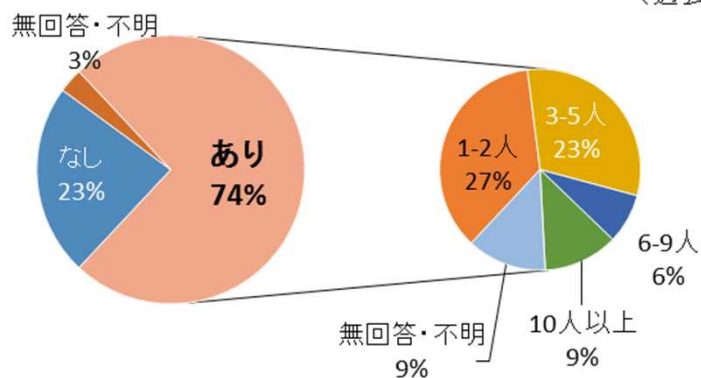
トイレで座位で排泄ができるようになった利用者(過去2年間)



看護小規模多機能型居宅介護における自立支援・重度化防止の実施状況

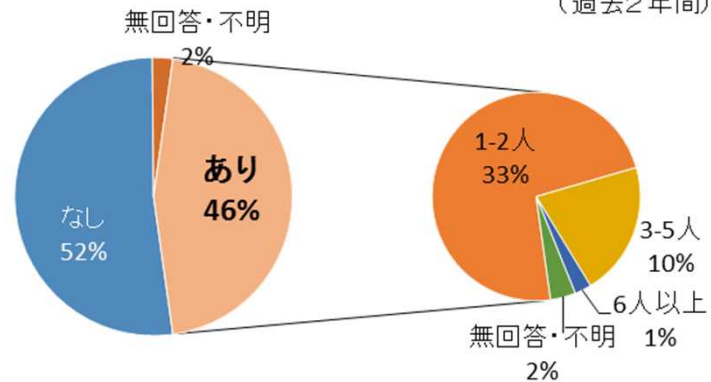
3. 運動機能の改善

日常生活動作の支援・指導により、運動機能に改善が認められた利用者
(過去2年間)



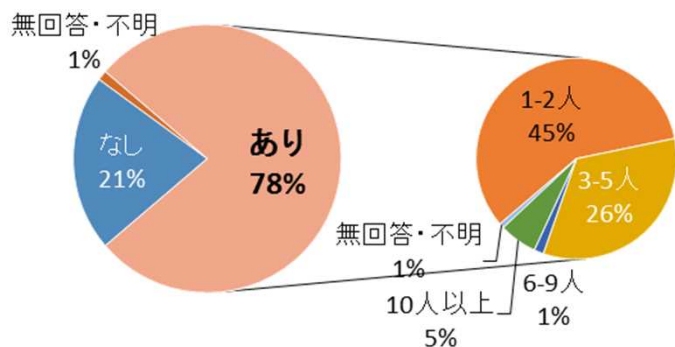
4. 状態改善によるサービス卒業

心身状態の改善により、看多機サービス利用を終了した利用者
(過去2年間)



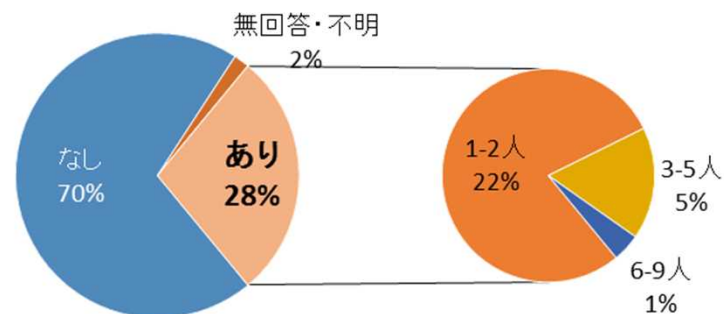
5. 褥瘡の治癒または改善

看多機利用開始時に褥瘡があり、褥瘡ケアによって褥瘡の治癒
または改善がみられた利用者
(過去2年間)



6. 痰の吸引回数の減少

呼吸リハビリや体位ドレナージ等により痰の吸引回数が減った利用者
(過去2年間)



看護小規模多機能型居宅介護における排泄の自立に向けたケア

【事例】90歳代 女性

要介護度3 脳梗塞後 廃用症候群 高脂血症 誤嚥性肺炎の既往あり

脱水・発熱のため入院していたが、状態改善し退院。高齢の妹と二人暮らしであったため、姪たちは施設入所を促したが、本人及び妹の在宅療養の強い希望があり看多機利用開始。入院中は安静臥床であったためADLが低下し、排泄はおむつを使用していた。同居の妹も要介護状態であったため、自立が必要であった。

利用開始時の看多機利用パターン

月	火	水	木	金	土	日
泊まり	泊まり	通い	通い	訪問看護	訪問看護	自宅

看多機利用
開始時の
看護師による
アセスメント

排泄の自立が在宅療養継続のキーポイントであると判断

- ・尿意の確認をし、尿意があることを確認
- ・トイレまでの移動や衣服の上げ下げ等、排泄に係るADLの状況を確認する
- ・自宅でもトイレまでの環境を整備すれば、トイレでの排泄が可能と判断
- ・排尿パターンや水分摂取量について把握

トイレでの
排尿が可能
と判断

介入内容

訪問看護での介入

- ・自宅でトイレまで安全に往復できるような環境整備(手すりをつけるなど)を行う

通い・泊まり時の介入

- ・筋力アップと安全な移動のため、歩行器を選択し、移動動作を確認しながら歩行器を用いた歩行訓練開始
- ・尿意に合わせて、通い・泊まり時にもトイレ誘導を行う

介入結果

おむつでの排泄からトイレでの排尿が可能になった

看護小規模多機能型居宅介護における認知症高齢者の頻尿のケア

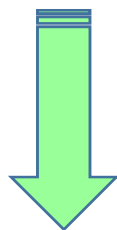
【事例】90歳代 女性

要介護度4 長男夫婦と同居 認知症 過活動膀胱(イミダフェナシン0.1mg内服) 睡眠薬内服中
日中は「おトイレ」の訴えが多く、「さっき行って出ましたよ」と説明しても「行ってません、私じゃありません」と応じる。
利用者が夜間にトイレに行って転倒したり、途中で立ち上がれなくなるため、家族の介護負担が増えていた。
転倒等で起こせないときに緊急時訪問が要請できるよう、家族の希望で看多機の利用開始。

看多機での集中的な泊まりを利用し、排泄障害のアセスメントや生活パターンに合わせたケア方法を検討

看多機利用 開始時の 看護師による アセスメント

- ・排尿日誌をつけ、排尿パターン、尿量、残尿を把握する
- ・内服の効果、睡眠薬内服のタイミングについてアセスメントする
- ・トイレまでの移動や衣服の上げ下げ等の排泄に係るADLを確認し、必要な介助等を判断する



利用開始時の看多機利用パターン

月	火	水	木	金	土	日
泊まり					通い	自宅

介入内容



- ・トイレに行ったことを文字で認識できるようにする、趣味の書道に集中する時間を設ける等、排尿間隔の自然な延長を試みる **→ケアの方針を介護職と共有し、統一したケアをする**
- ・排尿日誌をもとに、主治医と内服効果や過活動膀胱の状態について情報共有する
- ・トイレまで安全に往復できるよう、自宅の環境整備(伝い歩きができるようにする、ドアの開閉を少なくする等)を行う
- ・泊まり時の夜間の排尿パターンや睡眠の状況を踏まえ、家族の夜間のトイレ介助の負担が増えないよう、睡眠薬内服のタイミングを調整する

介入結果

- ・排尿ばかりを気にすることがなくなり、穏やかに過ごせるようになった
- ・トイレへ行く回数が減ったことにより、転倒のリスクが減り、緊急訪問要請が減った
- ・夜間のトイレ介助が減り、家族の介護負担が減った

看護小規模多機能型居宅介護における重症化予防のケア

【事例】80歳代 男性

要介護度1 日中独居 慢性心不全、慢性腎不全、心筋梗塞の既往あり

水分を多量に摂取して入退院を繰り返しており、家族がご本人1人の時間が心配なため、看多機の利用開始。

ある月の看多機利用パターン

月	火	水	木	金	土	日
泊まり	泊まり	泊まり	自宅	訪問看護	通い	自宅

看多機利用
開始時の
看護師による
アセスメント

泊まりを利用して、水分摂取量・パターン、排泄量・パターンを把握する

自宅での服薬状況を確認する

排尿量に比して頻回に多量に飲水をされていると判断

服薬忘れがあることを把握

既往歴や全身状態も含め水分摂取方法、量について介入が必要であると判断

確実に服薬ができるように介入が必要と判断

介入内容

・通い・泊まり時は小さいコップで水を小出しにし、多飲にならないようにしつつ、脱水にもならないように注意したケアを看護・介護で統一して実施する
 ・通い・泊まり時に看護師が体重モニタリング、全身チェック(浮腫、呼吸状態など)をしっかり行う
 →状況に応じて主治医と相談し、早期の外来受診に繋げる

・送迎時に内服状況確認し、朝の内服を忘れていたらその場で内服
 ・貼付薬は看多機からの帰宅時に貼付して、自宅での貼付忘れを予防する

介入結果

自宅でも通い・泊り時の水分摂取方法を継続し、水分摂取過多にならなくなった

服薬忘れがなくなった

入院をすることなく、在宅療養が継続できている

看護小規模多機能型居宅介護における重症化予防のケア

【事例】80歳代 男性 うっ血性心不全の既往あり

月に1回の頻度で入退院を繰り返しており、頻回な入院で家族の負担が重くなってきたため、看多機利用開始

看多機利用
開始時の
看護師による
アセスメント

薬の内服忘れが多いことが、症状が悪化し入退院を繰り返す一因であると判断



介入内容

服薬方法の
簡易化

- ・訪問看護師が初回訪問で薬カレンダーを作る
- ・主治医と相談し、朝に集中して内服できるように処方の変更、一包化

看護・介護の
働きかけで
内服の習慣化

毎朝、朝食が終わったと思われる頃に事業所より自宅へ電話をして内服確認し、内服が生活の中に組み込まれるようにする

通い・泊まり時
に
早期発見・対処

- ・看護師が体重モニタリング、全身チェック(浮腫、呼吸状態など)をしっかり行い早期に症状増悪の兆候を把握できるようにする
- ・入院に至らず、日中の外来受診で済むように早めに対処する

ケアマネとの連
携による臨機応
変なケアプラン
の変更

症状増悪が認められた場合
泊まり、もしくは訪問看護の回数を増やすようにすぐにケアプランを変更し、重点的にケアができるようにする

介入結果

- ・自宅での内服が習慣化できるようになった
- ・重症化して入院することがなくなり、在宅療養が継続できている
- ・入退院による家族の介護負担が軽減された

看護小規模多機能型居宅介護における終末期の方の経口摂取を進めるケア

【事例】80歳代 女性

要介護度5 アルツハイマー 廃用症候群

療養病棟に入院しており、中心静脈栄養を使用しているため退院は難しいと言われていたが、娘の「家につれて帰りたい」、「食事を食べさせてあげたい」という強い希望があり、退院して看多機の利用開始。

ある月の看多機利用パターン

月	火	水	木	金	土	日
泊まり	泊まり	泊まり	帰宅	自宅	自宅 訪問看護	泊まり

看多機利用
開始時の
看護師による
アセスメント

- 呼吸状態の評価を行う
- 舌の動き、唾液の分泌状況、唾液の嚥下状態の確認、義歯の適合具合等の口腔機能の評価を行う
- 座位を保持できるかなど食事摂取に関するADLを把握する



全介助でペースト状であれば経口摂取が可能であると判断

介入内容

- 看多機利用開始直後より、口唇・舌の機能向上と誤嚥性肺炎の予防を目的に口腔ケア（マッサージ・清拭等）を重点的に実施
- 看護師と介護職が連携してケアプランを立案し、まず看護師が食事介助しながら食事形態、嚥下機能などを評価した上で、介護職による食事介助を開始

介入結果

- 看多機を利用開始して1週間以内に、ペースト状のおかゆが摂取できた
- 笑顔が見られるようになり、表情豊かに語る場面が増えた

徐々に傾眠傾向になり、主治医の訪問診療も受けながら退院から4ヶ月後に希望通り、ご自宅で亡くなった。

看護小規模多機能型居宅介護における経口摂取を進めるためのケア

【事例】70歳代 男性

要介護度5 脳梗塞後 胃ろうあり(入院中はゼリー摂取のみ) 妻と二人暮らし
 病院に入院していたが、妻から在宅療養、経口摂取の希望があり、退院直後より看多機利用開始。

ある月の看多機利用パターン

月	火	水	木	金	土	日
訪問介護 朝夕2回	通い	訪問看護 訪問介護	通い	通い	訪問介護 朝夕2回	通い

通い・泊まりを利用して集中的なアセスメントを行い、自宅で可能な食事介助方法を検討

看多機利用
開始時の
看護師による
アセスメント

- 呼吸状態の確認
- 舌の動き、唾液の分泌状況、唾液の嚥下状態の確認、義歯の適合具合等の口腔機能の評価を行う
- 座位を保持できるかなど食事摂取に関するADLを把握する



全介助でやわらかいご飯等の経口摂取が可能であると判断

介入内容

- 口唇・舌の機能向上と誤嚥性肺炎の予防を目的に口腔ケア(マッサージ・清拭等)を重点的に実施
- 利用当初より看護と介護が連携して毎日ゼリー摂取
- 利用開始2か月後より、看護師が介助してミキサー食の経口摂取を週1回開始
- 看護師が家族や介護職員に食事介助方法を指導
- 看護師が側臥位や半腹臥位で排痰ケアを実施
- ADL拡大に向け、四肢運動や起立訓練を実施

介入結果

- 副菜・おかゆをペースト状にしたものを介助にて経口摂取できるようになった
- 入院中は毎日吸引が必要だったが、痰やよだれが減少し、吸引回数が減少した

看護小規模多機能型居宅介護における認知症の方の褥瘡の治癒に向けたケア

【事例】90歳代 女性

要介護度5 レビー小体型認知症 長男夫婦と同居

在宅で過ごしていたが、閉眼していることが多くなり、ADLが著しく低下。意欲・食欲低下が進んでいた。右臀部に深い褥瘡発生(DESIGN分類D4)。褥瘡ケアを目的として、看多機の利用開始を開始した。

食事量の増加、ADL向上が褥瘡治癒に向けて必要であると判断



・初期に連続の泊まりを有効活用して、集中的なケアの実施

・泊まり+通い+訪問を柔軟に組み合わせ、在宅でも無理なく継続できる生活・介護のパターンを確立