

事業所1. 株式会社つつじヶ丘在宅総合センター 複合型サービスケアホーム希望



＜事業運営上のポイント＞

- 退院直後は泊まりを中心としたサービス提供を開始し、再アセスメントを行い、在宅での生活を組み立てていく。
- 利用者が入院していた病院や、利用者を引き継いだ他法人の介護支援専門員等に対して、その後の利用者の改善状況を伝える「経過報告書」を送っている。それが事業所の理解と利用者確保につながっている。

1. 事業所の基本情報

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

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

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

3. サービス提供体制・定員等

<利用登録者数、定員等>

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

<事業所の間取り>

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

<職員体制>

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

<同一法人のサービス>

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

が、看護小規模多機能型居宅介護の一環としての訪問（看護）または医療保険による訪問看護を利用している。

4. サービス提供の特徴

<退院調整>

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

<退院直後の対応>

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

<病状変化時の対応>

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

5. 介護職員と看護職員の協働・連携

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

6. 介護職員・看護職員の確保・育成

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

7. 利用者の確保方法

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



天国の妻から愛する夫へ・・・

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

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

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

でも、どんなに大変でも、毎日あなたは面会に来てくれた。やっと退院して「ケアホーム希望」に戻れた時は、みんなのにぎやかな声が聞けて嬉しかった。毎日みんなが私に声をかけてくれたし、貧血が進むと「ケアホーム希望」で輸血までしてもらった。入院している時よりずっと安心して治療ができたね。

いつもありがとうね。もっともっとあなたと一緒にいたかったけど私にも限界があった。がんばったけど…がんばりきれなくて…ごめんね。最期まで隣で声をかけてくれて、いつもそばにいてくれて本当にありがとう…。今私が一番嬉しいことは、あなたが元気で「ケアホーム希望」に通って笑顔でいてくれること。

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

家族写真…撮ったぞ～!

おまえ達がいるから俺は安心だよ

元気になったよ

私の妹だよ

あなた家に帰ったら介護お願いね

くり太も家族なんだよ

家内と家で過ごす時間が一番いいね!

息子夫婦が大好きなの!

お嫁さんのおかげで元気だよ

いくつになっても嬉しいねえ～

3月25日(大正4年生)百歳の誕生日を迎えられました!

祝 93歳

祝 82歳

今年も元気に誕生日を迎えることが出来ました!

百寿お祝い膳

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

8. 関係機関、地域との連携

<介護支援専門員との調整、連携>

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

<病院との連携>

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

<地域との連携>

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

<自治体との連携>

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

●●●●様 経過報告

平成〇〇年〇〇月〇〇日

ケアホーム希望にいる時の様子(平成〇〇年〇月〇日より利用開始)



平成〇〇年〇月〇日にご自宅に帰られてからの様子



現在、毎日訪問看護と訪問介護が入り、褥瘡の処置、胃ろうの管理、排泄ケア、吸引、身体の清潔などを中心に家族と協力し、在宅療養生活を維持しています。時間はかかりましたが、褥瘡は治ってきました。

