

平成 28 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

養護老人ホーム・軽費老人ホームの
低所得高齢者への効果的な支援の
あり方に関する調査研究

報告書

平成 29 (2017) 年3月

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

はじめに

いまや、高齢者の介護に関して困ったことや、何か支援を受けたいときに思い浮かぶ言葉といえば、「介護保険」ではないかと思います。それほどまでに、介護の社会化の掛け声のもと進めてこられた介護保険制度は定着してきたのであり、わが国の社会保障を担う制度の重要な柱となっています。

しかし、介護保険の給付を受けている高齢者数が意味するところはあまり語られません。平成28年9月時点の高齢者人口は約3,461万人¹、要支援・要介護の認定を受けている高齢者は約1,231万人²、そのうち、介護サービス受給者は約565万人²となっており、高齢者人口のうち、わずかに16.3%の方が「介護保険」を利用しているにとどまっています。冷静に数字を読み解けば、介護保険制度を利用するの方々が、むしろ高齢者の中では少数派であって、介護保険サービスを利用しない高齢者の生活実態については、実は曖昧な状態となってしまっています。

無論、介護保険や様々な行政のサービスに頼らず生活を送っているらっしゃる方が多いだけなのかもしれません。しかしながら、高齢者人口の増に伴い、昨今では、体は健康でも身寄りがなく、見守りや幾ばくかの支援があれば生活はできるが、その支援が行き届かないといった高齢者も増えており、そうした高齢者のある意味での心の叫びが、いくつかの痛ましい事件となって、露呈してしまう実態があります。

一方で、こうした身寄りのない高齢者や生活できる資力のない高齢者、家族からの虐待を受けている高齢者等、地域において、複雑多岐に亘って福祉を求める声を聴き、手を差し伸べてきたのは、養護老人ホームであり、軽費老人ホーム等の老人福祉施設、ひいては社会福祉法人でした。その精神は今でも失われることなく、地域の声なき声を聴き、行き場のない高齢者の生活を支えています。

介護保険制度を利用しない高齢者の方が大多数でありながら、養護老人ホーム、軽費老人ホームの施設数、定員規模はほぼ横ばい³で推移しています。それだけ生活に苦しみ、支援を必要としている高齢者の数が見えなくなってしまっているのかもしれません。それは、私たち事業者団体が養護老人ホーム、軽費老人ホームの存在と役割を地域や社会に訴えることができていないことの裏返しでもあるかもしれません。

今般、養護老人ホーム、軽費老人ホームの会員施設のみなさまには、大変お忙しいなか、膨大な調査票であったにも関わらず、回答をいただき深謝申しあげる次第です。いただいた情報によって養護老人ホーム、軽費老人ホームにおける現状と課題の整理のみならず、社会的意義を発信していくための報告書として取り纏めることができました。

また、各施設における入所（居）から入所（居）中の支援、ひいては看取りも含めた退所における支援について、それぞれの段階における課題点やポイントを整理した支援フローを策定いたしました。市町村や他の機関との関係性の濃淡もあり、必ずしもこのフローに記載されている内容で全てを網羅できるわけではありませんが、貴施設において日々の支援内容の振り返りやよりきめ細やかな支援体制の整備に向け是非ご活用いただければと思います。

最後に、本調査研究にご参画、ご協力いただいた明治学院大学教授河合克義先生、城西国際大学准教授清水正美先生はじめ、委員のみなさま、ヒアリング施設のみなさま、関係者の皆さんに心から御礼申しあげますとともに、本書が、来る超高齢社会において養護老人ホーム、軽費老人ホームの役割とその機能の発揮に寄与するものとなるよう、祈念いたします。

平成29年3月31日

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
会長 石川憲

¹ 総務省統計局「高齢者の人口」（平成28年9月15日現在推計）

² 介護保険事業状況報告（暫定）平成29年1月分

³ 福祉行政報告例ほか

■目次■

I 実施概要.....	1
1. 調査目的.....	1
2. 調査内容と方法.....	2
(1) 施設向けアンケート.....	2
(2) 訪問事例調査.....	2
3. 実施体制.....	5
(1) 委員会.....	5
(2) 開催日程.....	5
(3) 調査担当.....	6
II 養護老人ホームにおける低所得高齢者への効果的な支援のあり方に関する検討	7
1. アンケート調査結果.....	7
1－1. 施設票.....	7
(1) 施設の基本情報.....	7
(2) 職員の状況.....	24
(3) 入所者の情報.....	26
(4) 入所者に対するサービス提供の状況.....	41
(5) 地域の低所得高齢者に対するサービス提供の状況.....	69
(6) 市区町村、地域包括支援センターとの連携状況.....	79
(7) 職員の人材育成.....	85
(8) 入所者への効果的な支援実施において力を入れていること、困難に感じていること	86
(9) 今後の展望.....	87
1－2. 職員票（全職員）	90
(1) 職種.....	90
(2) 就業形態.....	92
(3) 保有資格.....	94
(4) 貴施設での勤続年数.....	95
(5) 他の法人の社会福祉施設を含めた勤続年数.....	95
(6) 年齢.....	96
1－3. 入所者票（全入所者の10分の1抽出）	97
(1) 年齢.....	97
(2) 入所年（西暦）	97

(3) 自立度	98
(4) 医療について	99
(5) 家族等の有無	100
(6) 所得階層	100
(7) 入所理由	100
(8) 入所前の居場所	102
(9) 入所判定前に関わっていた職種や機関等	103
(10) 平成 28 年 11 月 27 日～12 月 3 日の間に利用した介護・生活サービス	103
(11) 地域生活移行プログラムの利用状況	104
(12) 今後の入所継続予定	104
(13) 退所予定者の退居先意向	105
2. 養護老人ホームにおける訪問調査結果	106
(1) 養護老人ホーム平沼寮	106
(2) 養護老人ホーム桑折緑風園	116
III 軽費老人ホームにおける低所得高齢者への効果的な支援のあり方に関する検討	123
1. アンケート調査結果	123
1－1. 施設票	123
(1) 施設の基本情報	123
(2) 入居要件・基準について	139
(3) 入居継続が難しくなる場合の判断基準について	140
(4) 職員の状況	142
(5) 入居者の状況	144
(6) 入居者に対するサービス・支援の提供状況	158
(7) 地域の高齢者に対するサービス提供の状況	268
(8) 施設を認知してもらうために行っていること	278
(9) 地域でのアウトリーチ活動により積極的に取り組んでいくために必要な職員の育成について	279
(10) 入居者への効果的な支援実施において力をいれていること、困難に感じていること	280
(11) 今後の事業・経営展望	282
(12) Q92 平成 27 年度の収支状況	284
1－2. 職員票（全職員）	285
(1) 年齢	285
(2) 職種	285
(3) 就業形態	286

(4) 保有資格	288
(5) 貴施設での勤続年数	289
(6) 他の法人の社会福祉施設を含めた勤続年数	289
1－3. 入居者票（全入居者の10分の一）	290
(1) 入居施設のタイプ	290
(2) 性別・年齢	291
(3) 自立度	292
(4) 現在の居室のタイプ	293
(5) 家族等の有無	294
(6) 収入階層	294
(7) 医療の状況	295
(8) 入居に関する履歴	296
2. 軽費老人ホームにおける取組の事例調査結果	300
(1) ケアハウス白山荘	300
(2) 軽費老人ホームほんだくらぶ	306
IVまとめ	313
(1) 事業継続・運営における課題	313
①施設運営について（養護老人ホーム）	313
②施設運営について（軽費老人ホーム）	314
(2) 支援における課題と展望	315
①養護老人ホームにおける入所ステージ別の効果的支援のあり方の企画検討	315
②軽費老人ホームにおける入所ステージ別の効果的支援のあり方の企画検討	317
V提言	321
1 はじめに	321
2 措置費・運営費の確保について	321
3 地域における貴重な人材の積極的な活用について	321
1) ソーシャルワーク機能の更なる発揮に向けて	321
2) 重度化する要介護高齢者等への対応に向けて	322
4 入所（居）前アセスメント情報の精緻化に向けて	322
5 入所（居）における身元保証や医療行為への同意について	322
6 効果的な支援に向けて	322
おわりに	324

I 実施概要

1. 調査目的

養護老人ホームにおいては、措置施設として低年金、生活保護受給者といった経済的課題及び家族から虐待を受けているなど、環境的な課題を抱える高齢者に対して、自立した生活ができるよう、さまざまな支援を行っている。

養護老人ホームはその基本方針において、社会復帰の促進及び自立のために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことはもとより、生活課題の解決に向けた有目的な取組の広がりを持たせることが求められる。

また、軽費老人ホームについては、無料又は低額な料金で、低所得高齢者の生活支援施設として高齢者の自立した生活を支えているが、A型、B型、ケアハウス、特定施設といった多様な類型があり、地域で果たしている役割・機能はこれらの施設類型、他の社会資源との兼ね合いがあり、多様化している。昨今、低廉なサービス付き高齢者向け住宅との競合もあり、契約施設である軽費老人ホーム・ケアハウスにおいては、より一層、生活支援・介護の質を高めていくことにより、対外的にその役割を発信していかねばならない。

いずれの老人福祉施設においても、低所得高齢者の生活を支援する共通の理念を有していることを踏まえ、横断的に本人・家族等の負担能力も含めた世帯構造の変容、難病・障害高齢者への対応、介護サービスとの調和、一定の医療ニーズ対応といった観点から特定施設の指定の別や自治体・医療機関等との連携状況も勘案し、利用者の状態像にあわせた支援のあり方の追求を目的に実施した。

<調査の全体フロー>

①

養護老人ホーム及び軽費老人ホームにおける現状把握

各種の調査研究報告書等の内容を集約・分析し、各施設類型における現状の把握と、実態の整理

②

実態調査の実施

養護老人ホーム及び軽費老人ホームそれぞれの施設に対して、施設・利用者及び生活支援に関する調査を行う。

③

相談窓口から高齢者の状態像に応じた支援体制の整理

ワンストップの総合相談窓口としての体制整備と難病・障害高齢者等も含めた、多職種協働による事前の綿密なアセスメント・サービス提供と併せて、可能な利用者については、退所後も自立した生活を念頭においた伴走型支援の実現に向け、フェーズごとの支援フローを策定

④

③の活用を見据えたヒアリング調査

養護老人ホーム・軽費老人ホーム各2箇所程度を抽出し、当該支援フローへの反映を見据え、支援体制をヒアリングし、課題点等の集積と報告書への掲載

2. 調査内容と方法

(1) 施設向けアンケート

①目的

養護老人ホーム及び軽費老人ホームが現在おかれている実態と入所（居）前、入所（居）時点～入所（居）中、退所（看取り、入院含む）等のそれぞれのフェーズにおける支援の状況等を把握することを目的として実施した。

②調査対象の抽出方法

本会会員施設のうち、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム全会員施設に対する悉皆調査。

③調査対象数

○本会会員の養護老人ホーム 757 施設

○本会会員の軽費老人ホーム 1,142 施設

④調査実施方法、実施時期

以下の 2 つの方法を用いた。

方	法	実施期間
方法 1.	調査票の CD-ROM を郵送し、対象施設のパソコンで回答しメール添付で返送する方法	2017 年 1 月 6 日 ～2017 年 1 月 31 日
方法 2.	調査票を協議会 HP からダウンロードし回答の上、メール添付の上返送する方法	2017 年 1 月 20 日 ～2017 年 2 月 20 日

⑤事業所票の有効回収数（回収率）

養護老人ホーム	299 (39.5%)
軽費老人ホーム	337 (29.5%)

⑥集計対象とした職員票、利用者票（入所者票、入居者票）の件数

	養護老人ホーム		軽費老人ホーム	
	職員票	入所者票	職員票	入居者票
集計対象施設数	271 施設	280 施設	326 施設	318 施設
集計対象人数	6,117 人	1,864 人	3,540 人	1,953 人

（注）本調査の職員票、利用者票の集計においては、「補正できない不完全回答票を除く回答票」を集計対象とした。

(2) 訪問事例調査

①目的

養護老人ホーム、軽費老人ホームそれぞれにおいて、入所（居）前、入所（居）時点～入所（居）中、退所（看取り、入院含む）において行われている支援内容等の実態を把握し、かつ支援時における課題点等の集約のために実施した。

②対象施設

	施設名	運営主体法人名	所在地
養護老人 ホーム	養護老人ホーム平沼寮	(社福) 平沼寮	奈良県大和高田市
	養護老人ホーム桑折緑風園	(社福) 緑風福祉会	福島県伊達郡桑折町
軽費老人 ホーム	軽費老人ホームほんだくらぶ	(社福) 白雪会	千葉県千葉市
	ケアハウス白山荘	(社福) 和幸会	高知県南国市

③主な調査項目

I. 施設概要	
II. 職員体制の状況	
III. 利用者の状況	1. 現在の入所者（入居者） 2. 直近1年間の入退所動向
IV. 施設が取組んでいる事業の全 体構成・概要	1. 対入所（入居者）向け 2. 対地域（地域交流・公益活動）向け
V. 地域との連携・交流・協働・参 加状況	1. 自治体行政 2. 地域多資源・機関・専門職、住民組織等 3. 地域ネットワーク組織（地域ケア会議その他）
VI. 施設における入所者（入居者） に対する支援体制・プログラム の全体像（諸規定・プログラム、 担当体制）	1. 入所（居）前 2. 入所（居）時 3. 入所（居）生活中 4. 退所時（病院や他施設、自宅等） 5. 死亡、看取り
VII. 主な入所（居）者タイプ別にみ たVI. のステージ別の支援体 制・プログラムの全体（モデル 施設における実際のプログラム メニュー、ノウハウ等）	1. 主に住居等環境的な要因によるケース 2. 主に家族・親族との関係性等の環境要因によるケース 3. 主に経済的な要因によるケース 4. 入所者（入居者）の障害タイプによるケース（精神・ 知的） 5. 触法（矯正施設退所）のケース 6. 虐待等避難（一時保護）のケース 7. 依存症を有するケース 8. その他固有のケア・支援が必要なケース
VIII. 主なタイプ別の支援実例の概 要・推移について（平成27年度 ～現在）	1. 実際のケースの種類、概要（支援、サービスにあたつて最も大きい課題種別） 2. 各入所（居）ステージ別に実施した支援、サービス 内容、地域多職種・多機関・地域住民との連携協働 3. 支援、サービス提供において困難だったこと、その解 決推移、方策 <ul style="list-style-type: none"> ①アウトリーチ、相談・発掘、アセスメント、支援実 施、モニタリング、見直しのPDCA全体（構築と運用） ②組織及び職員のマネジメント（法人一施設含め） ③サービスマネジメント（入手・確保、カスタマイズ・ 習得・活用） ④職員 ⑤入所者（入居者）（エンパワーメント等）、家族（両 者の関係性調整支援） ⑥施設・設備等 ⑦自治体行政

	<p>⑧地域多職種・機関 ⑨地域住民、等</p> <p>4. 支援、サービス提供において、効果的だったこと</p>
IX. 地域における潜在ニーズの発掘に関する取組実態（アウトリーチ活動）	<p>1. 実施体制枠組み</p> <p>2. 実績（平成 27 年 4 月～）</p>
X. 職員の教育・研修（育成体制と実績）	<p>1. 内部 2. 外部</p>
XI. 全国の施設が取組む場合の留意事項（横展開に向けて）	

3. 実施体制

(1) 委員会

役職	氏名	所属
委員長	阿比留 志郎	社会福祉法人梅仁会 養護老人ホーム丸山 施設長 全国老施協 副会長
有識者	河合 克義	明治学院大学 教授
有識者	清水 正美	城西国際大学 准教授
委員 (軽費作業部会)	中川 勝喜	社会福祉法人的場会 軽費老人ホームコーポまとば 施設長
委員 (軽費作業部会)	永原 澄弘	社会福祉法人初栄会 ケアハウスサンスマイル 施設長
委員 (軽費作業部会)	千野 博雅	社会福祉法人旭川水芝会 ケアハウスケアプレゼンテーションサンライズ 施設長 全国老施協軽費老人ホーム・ケアハウス部会 副部会長
委員 (軽費作業部会)	鳥越 浩	社会福祉法人白雪会 軽費老人ホームほんだくらぶ 施設長 全国老施協軽費老人ホーム・ケアハウス部会 幹事
委員 (養護作業部会)	寺井 孝典	社会福祉法人徳風会 養護老人ホームかるな和順 事務長
委員 (養護作業部会)	藤井 尚三郎	社会福祉法人慈光会 上安慈光園 副園長
委員 (養護作業部会)	中山 泰男	社会福祉法人リデルライトホーム 養護老人ホームライトホーム 施設長 全国老施協 養護老人ホーム部会 副部会長
委員 (養護作業部会)	平岡 納	社会福祉法人力トリック聖ヨゼフホーム 養護老人ホーム聖ヨゼフホーム 施設長 全国老施協 養護老人ホーム部会 幹事

(2) 開催日程

①委員会

回	日程	主検討事項
第1回	平成28年10月7日	(1)平成28年度老健事業の主旨について (2)調査票案について (3)モデル検証施設案について (4)支援フロー案について
第2回	平成28年12月26日	(1)調査票について(報告) (2)モデル検証内容及び支援フロー案について (3)その他
第3回	平成29年3月22日	(1)事業実績等について (2)支援フローについて

		(3)報告書骨子案及び提言について (4)その他
--	--	-----------------------------

②養護老人ホーム作業部会

回	日程	主検討事項
第1回	平成28年10月17日	(1)言葉の定義等について (2)調査票案について (3)モデル検証施設案について (4)支援フロー案について
第2回	平成28年11月4日	(1)言葉の定義等について (2)調査票案について (3)モデル検証施設案について (4)支援フロー案について
第3回	平成29年3月6日	(1)ヒアリング調査に関する項目の検討 (2)アンケート調査においてクロス集計を行う項目の検討 (3)支援フローについて (4)その他

③軽費老人ホーム作業部会

回	日程	主検討事項
第1回	平成28年10月31日	(1)言葉の定義等について (2)調査票案について (3)モデル検証施設案について (4)支援フロー案について
第2回	平成28年11月21日	(1)調査票案について (2)支援フロー案について (3)その他
第3回	平成29年2月21日	(1)ヒアリング調査に関する項目の検討 (2)アンケート調査においてクロス集計を行う項目の検討 (3)支援フローについて (4)その他

(3) 調査担当

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

II 養護老人ホームにおける低所得高齢者への効果的な支援のあり方に関する検討

1. アンケート調査結果

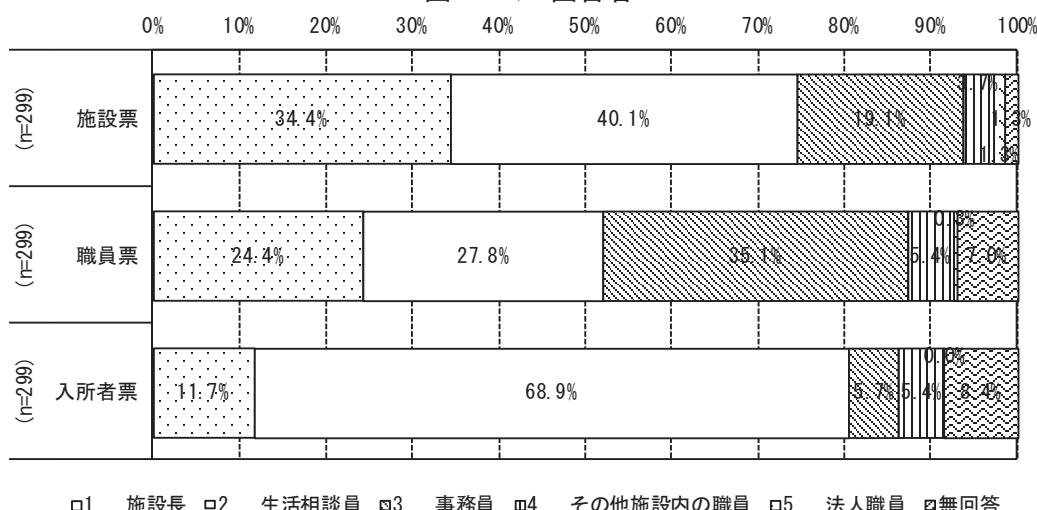
1-1. 施設票

(1) 施設の基本情報

①Q1. 回答者

施設票では「2. 生活相談員」が 40.1%、職員票では「3. 事務員」が 35.1%、入所者票では「2. 生活相談員」が 68.9%となっている。

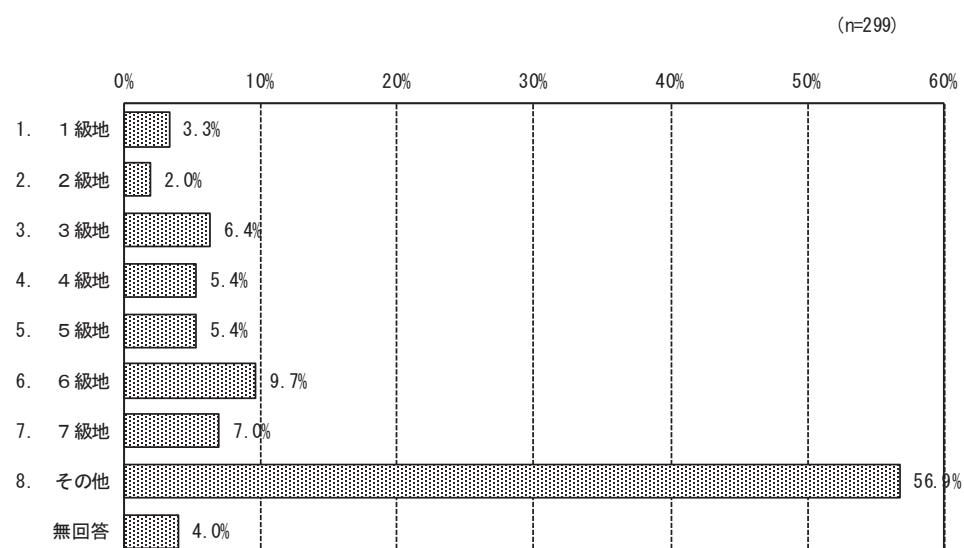
図 1 Q1. 回答者



②Q4. 地域区分

「8. その他」の割合が最も高く 56.9%となっている。次いで、「6. 6 級地 (9.7%)」、「7. 7 級地 (7.0%)」となっている。

図 2 Q4. 地域区分

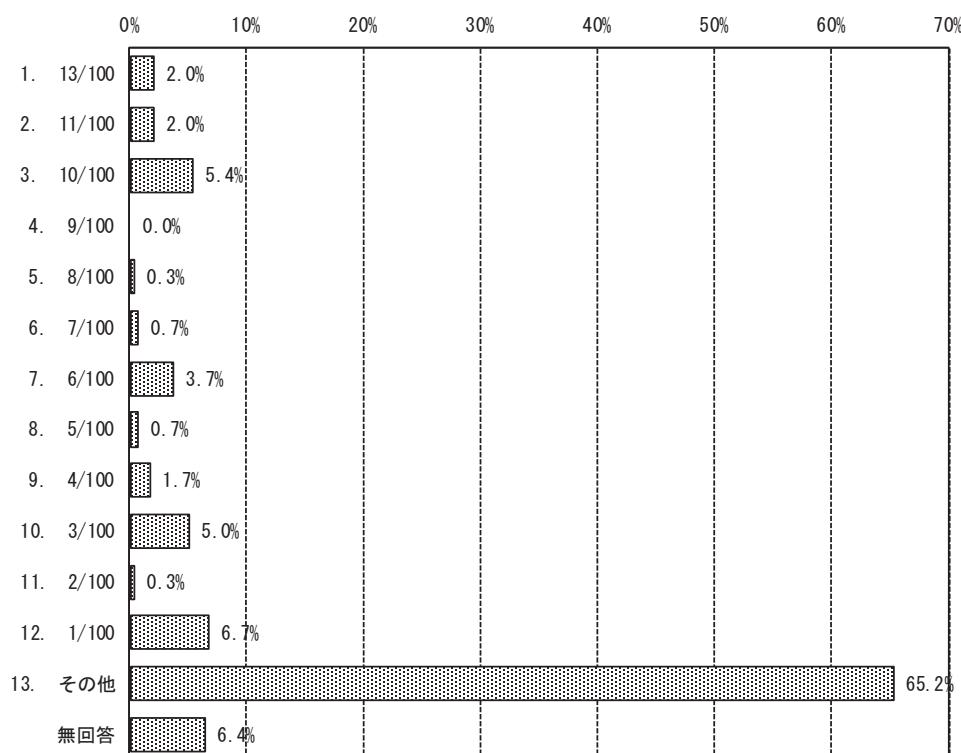


③Q5. 措置費の地域区分

「13. その他」の割合が最も高く 65.2%となっている。次いで、「12. 1/100 (6.7%)」となっている。

図 3 Q5. 措置費の地域区分

(n=299)

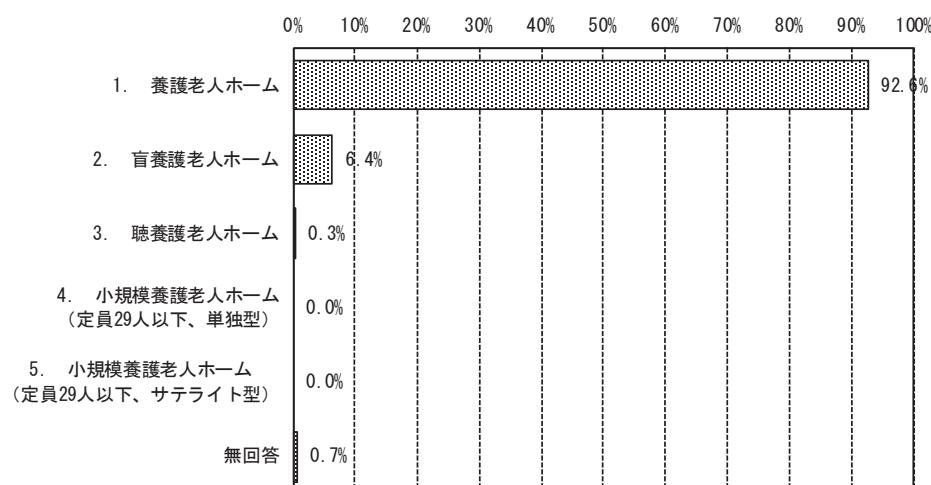


④Q6. 貴施設の種別

「1. 養護老人ホーム」の割合が最も高く 92.6%となっている。次いで、「2. 盲養護老人ホーム (6.4%)」となっている。

図 4 Q6. 貴施設の種別

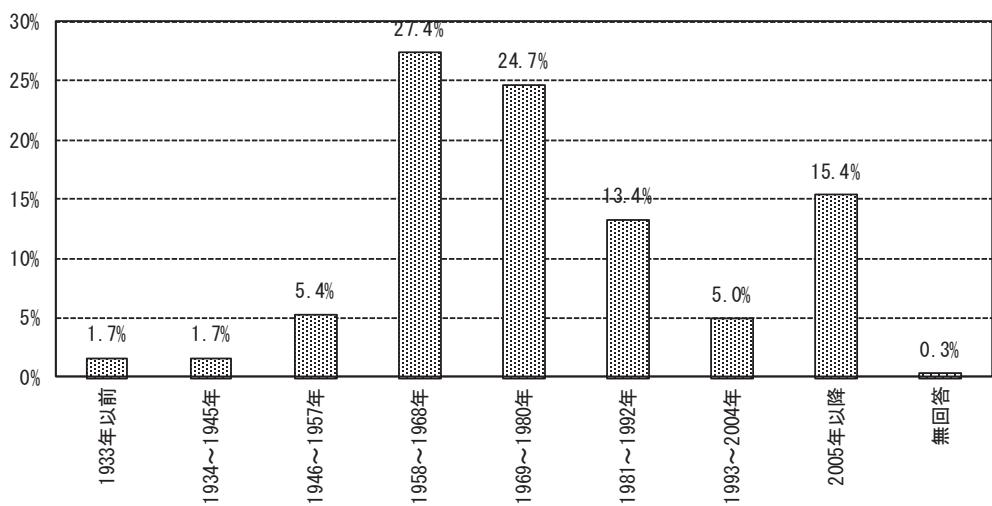
(n=299)



⑤Q7. 施設設置年（西暦）

図 5 Q7. 施設設置年（西暦）

(n=299)



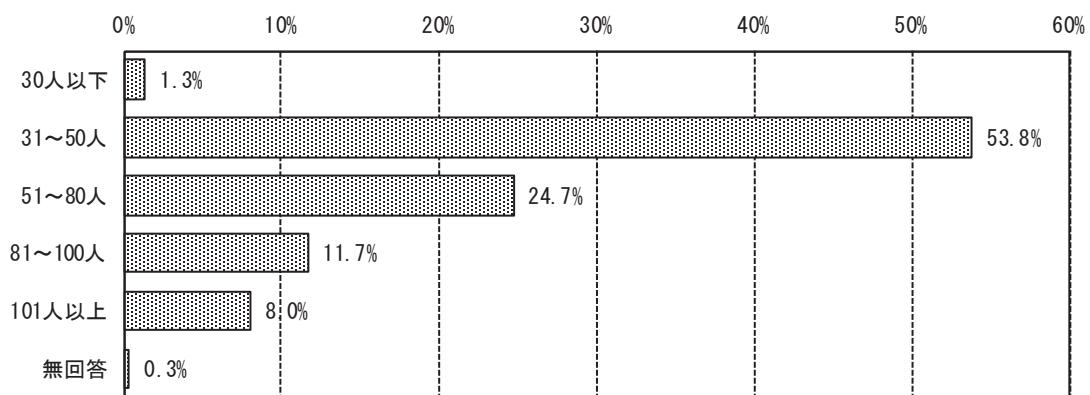
⑥Q8. 入所定員数

平均値 65.91 人、中央値 50 人、最頻値 50 人となっている。

図 6 Q8. 入所定員数

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
65.91	30.00	50.00	78.00	200.00	26.41	50.00	50.00

(n=299)

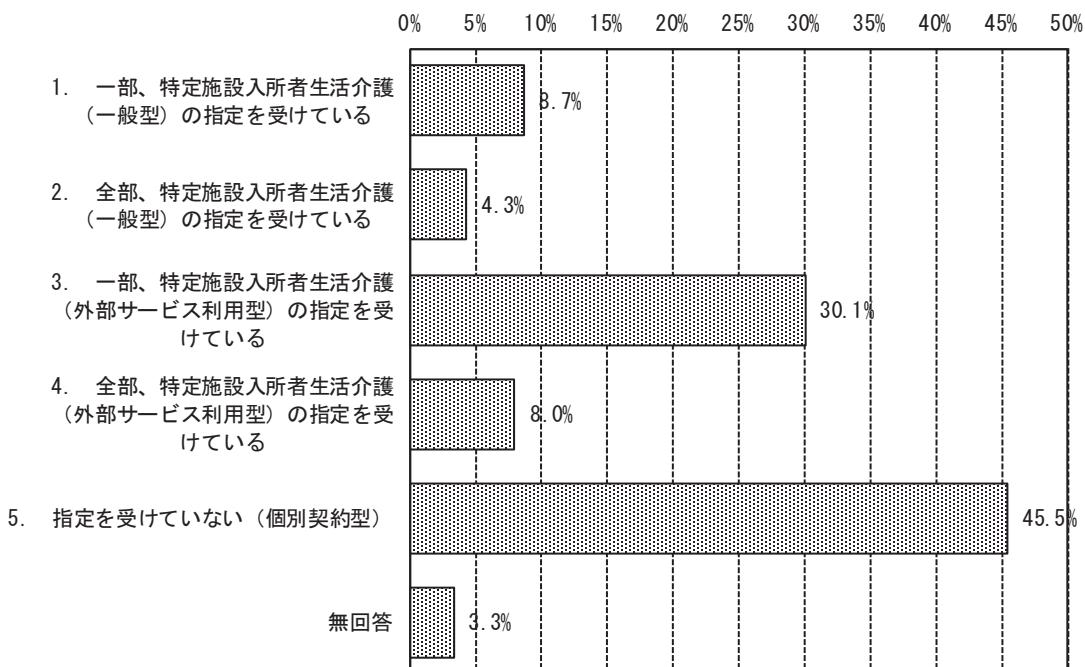


⑦Q9. 特定施設入所者生活介護の指定

「5. 指定を受けていない（個別契約型）」施設の割合が最も高く45.5%となっている。次いで、「3. 一部、特定施設入所者生活介護（外部サービス利用型）の指定を受けている（30.1%）」、「1. 一部、特定施設入所者生活介護（一般型）の指定を受けている（8.7%）」となっている。

図 7 Q9. 特定施設入所者生活介護の指定（指定種別施設数の構成比）

(n=299)



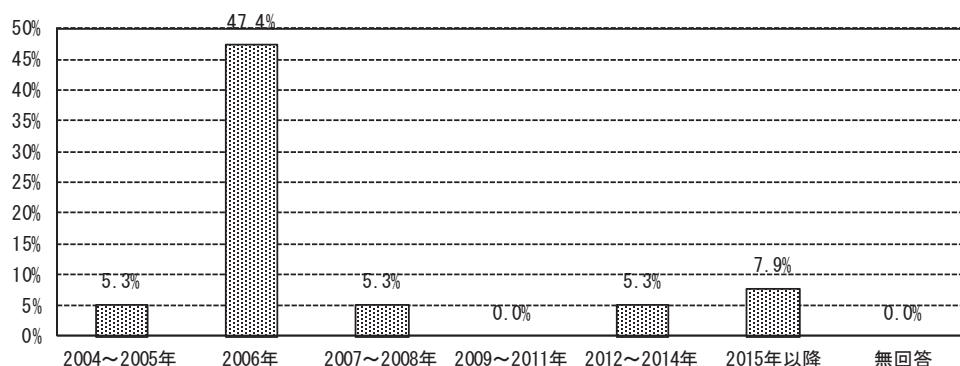
各施設（上記グラフの選択肢1及び3）の利用者数

	平均値	最小値	25%値	75%値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
一部、特定施設入所者生活介護（一般型）の指定を受けている	29.58	10.00	21.00	33.00	55.00	12.66	30.00	30.00
一部、特定施設入所者生活介護（外部サービス利用型）の指定を受けている	26.79	2.00	16.00	31.00	75.00	15.53	24.00	30.00

⑦-1. Q9-1. 特定施設入所者生活介護の指定年

図 8 Q9-1. 特定施設入所者生活介護の指定年

(n=38)



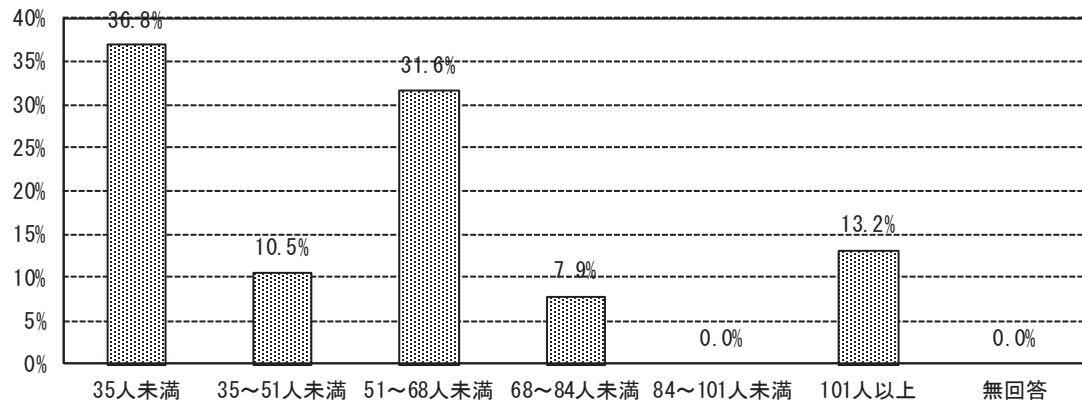
⑦－2. Q9-2. 特定施設入所者生活介護の定員

平均値 53.8、最小値 18.0、最大値 150.0、標準偏差 29.1 となっている。

図 9 Q9-2. 特定施設入所者生活介護の定員

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
53.79	18.00	30.00	60.00	150.00	29.07	50.00	30.00

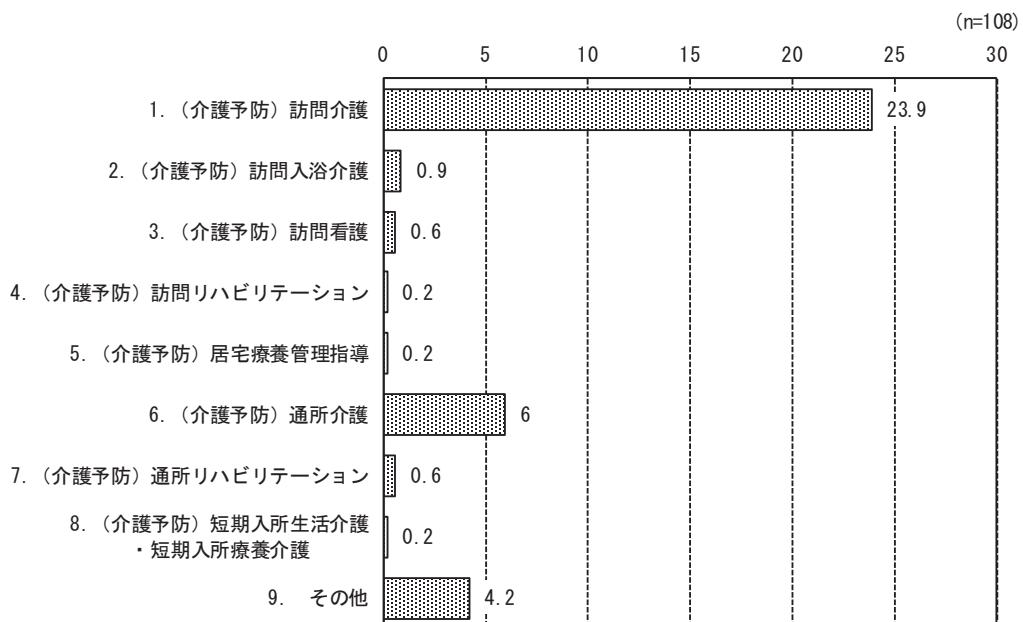
(n=38)



⑦－3. Q9-3. 外部サービスを利用している入所者数

「1. (介護予防) 訪問介護」が 23.9 人、「6. (介護予防) 通所介護 (6.0 人)」の順である。

図 10 Q9-3. 外部サービスを利用している入所者数 (1 施設あたり平均人数)

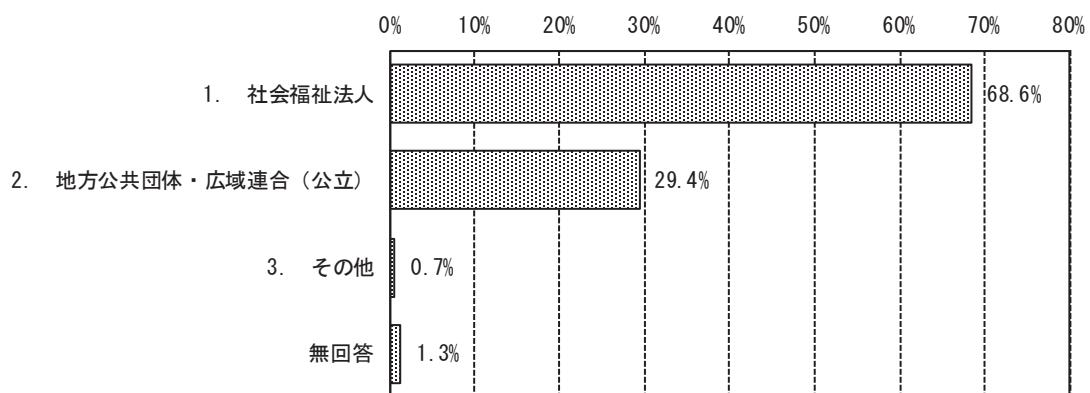


⑧Q10. 開設（設置）主体

「1. 社会福祉法人」の割合が最も高く 68.6%となっている。次いで、「2. 地方公共団体・広域連合（公立）（29.4%）」となっている。

図 11 Q10. 開設（設置）主体

(n=299)

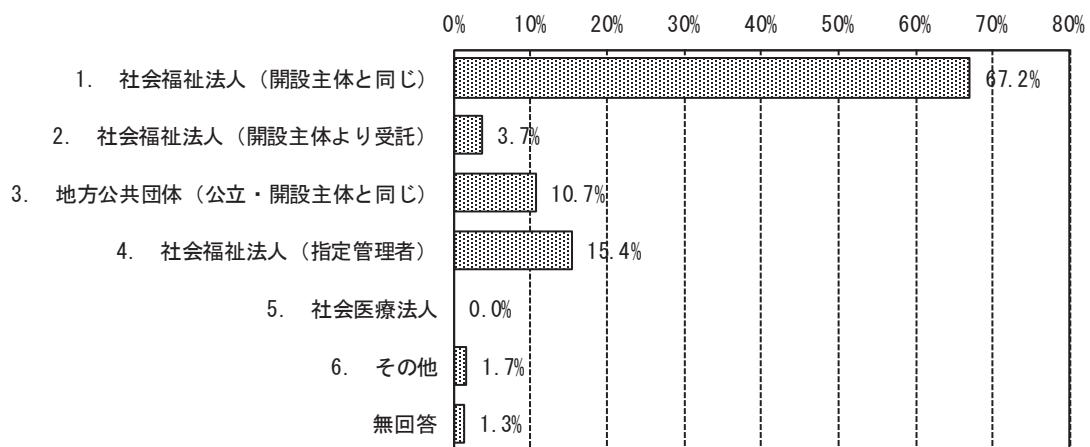


⑨Q11. 経営（運営）主体

「1. 社会福祉法人（開設主体と同じ）」の割合が最も高く 67.2%となっている。次いで、「4. 社会福祉法人（指定管理者）（15.4%）」、「3. 地方公共団体（公立・開設主体と同じ）（10.7%）」となっている。

図 12 Q11. 経営（運営）主体

(n=299)



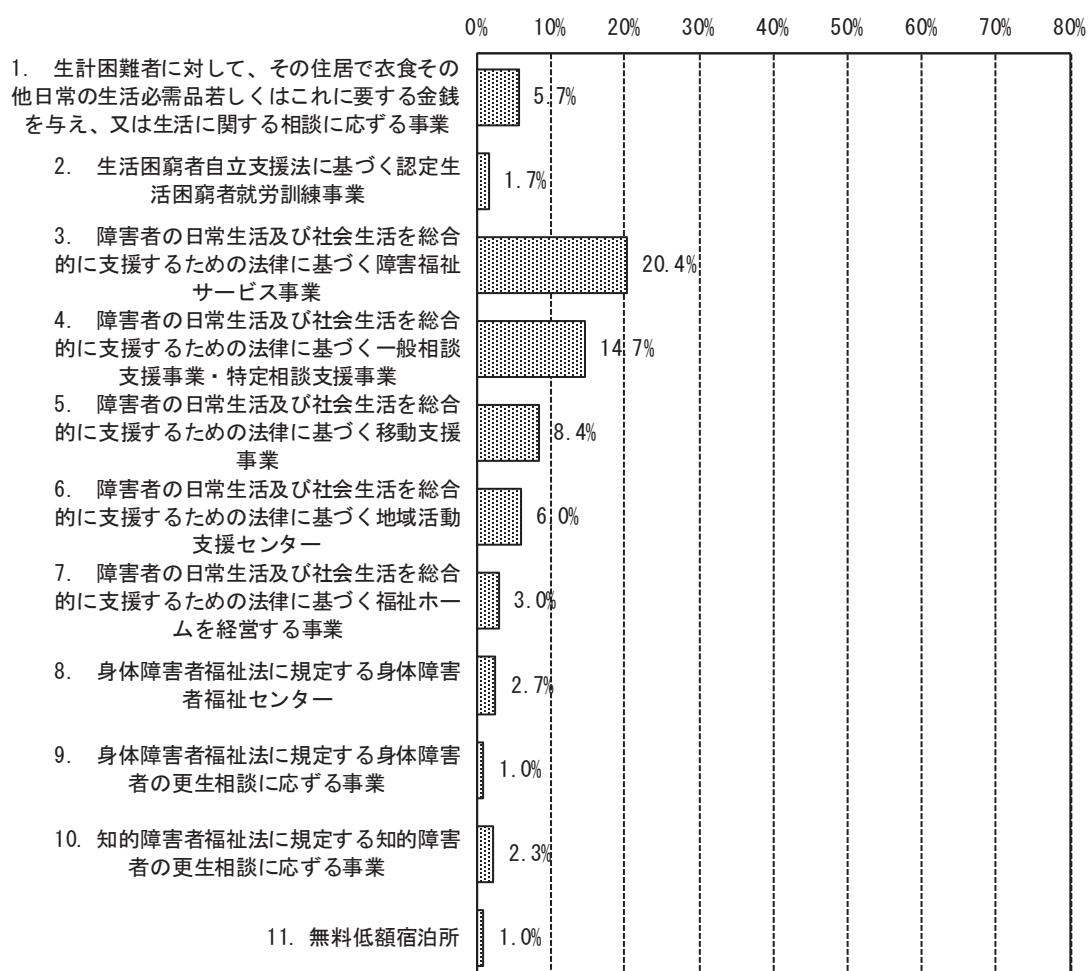
⑩貴施設から概ね30分圏内に立地する施設・事業所において実施している事業

(ア) Q12. 【社会福祉法第二種事業関係（一部）】

「3. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業（20.4%）」、「4. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく一般相談支援事業・特定相談支援事業（14.7%）」等の割合が高くなっている。

図 13 Q12. 【社会福祉法第二種事業関係（一部）】

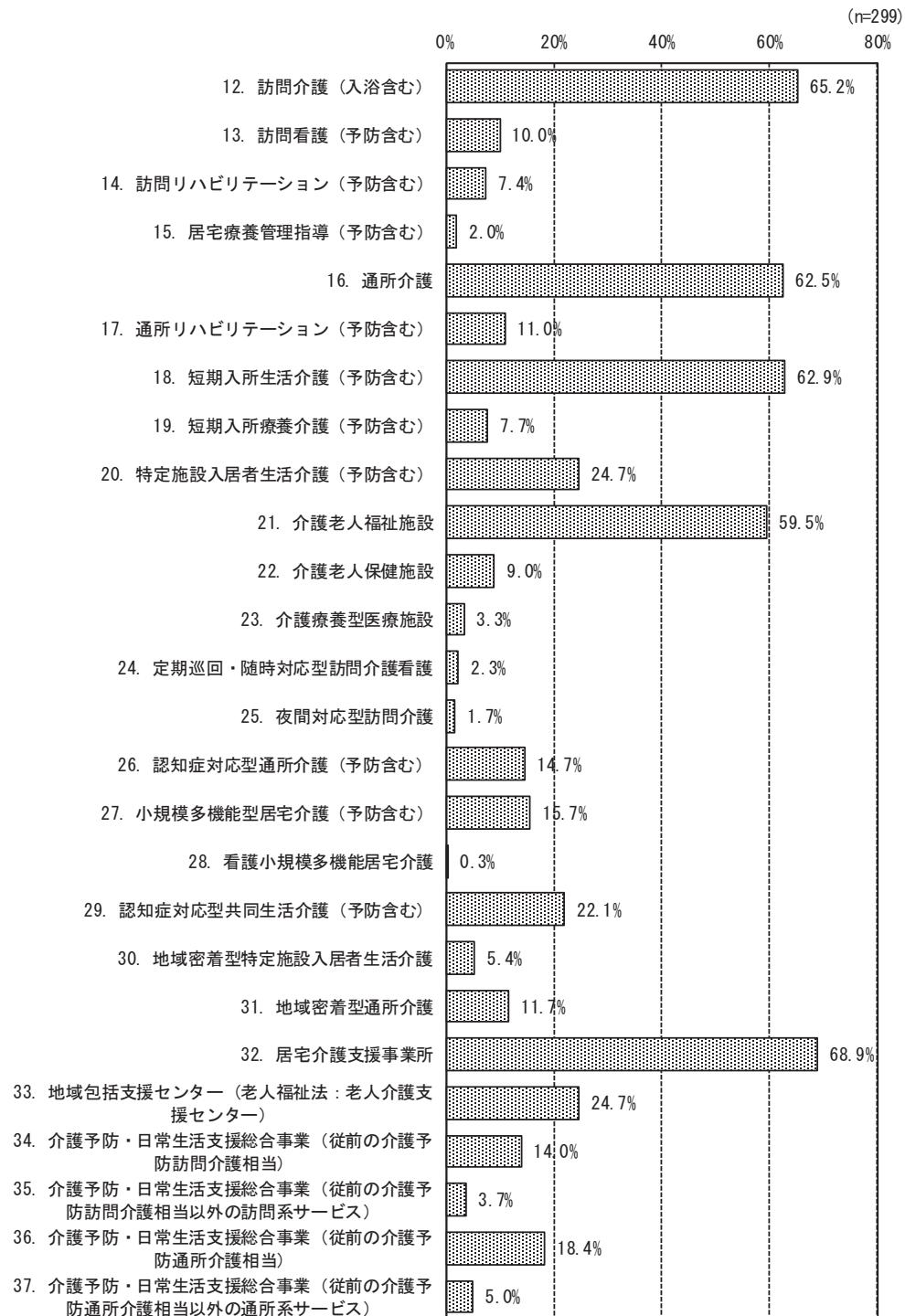
(n=299)



(イ) Q12. 【介護保険法関係】

「32. 居宅介護支援事業所 (68.9%)」、「12. 訪問介護（入浴含む）(65.2%)」、「18. 短期入所生活介護（予防含む）(62.9%)」、「16. 通所介護 (62.5%)」、「21. 介護老人福祉施設 (59.5%)」等の割合が高くなっている。

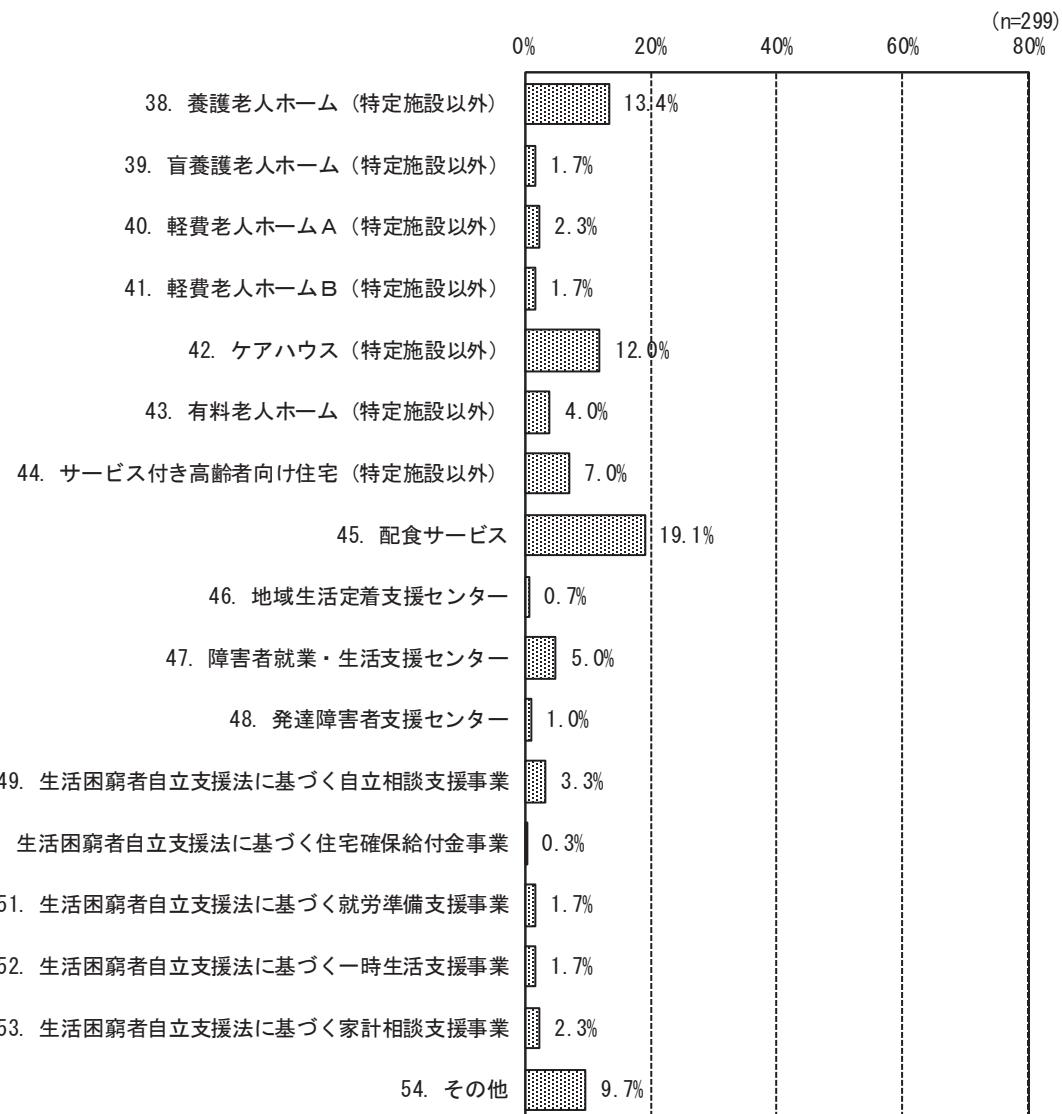
図 14 Q12. 【介護保険法関係】



(ウ) Q12. 【その他福祉・介護に関する事業】

「45. 配食サービス（19.1%）」、「38. 養護老人ホーム（特定施設以外）（13.4%）」、「42. ケアハウス（特定施設以外）（12.0%）」等の割合が高くなっている。

図 15 Q12. 【その他福祉・介護に関する事業】

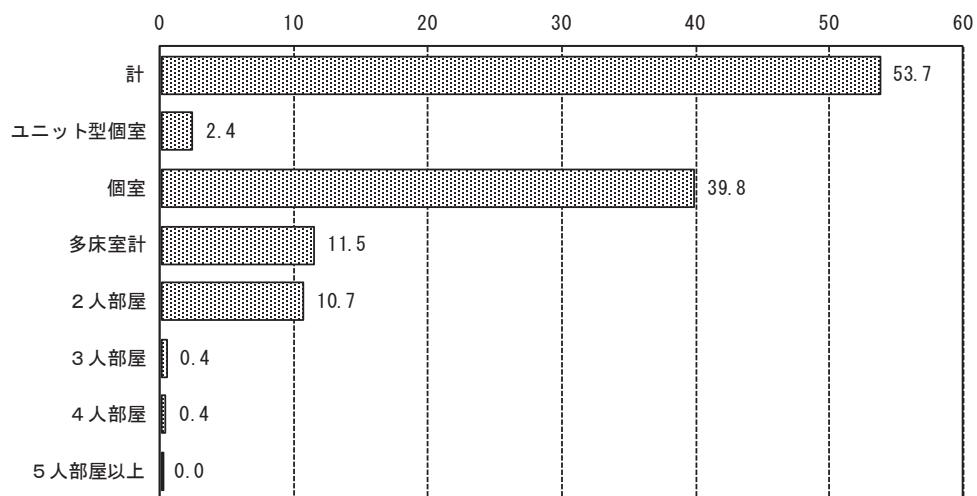


⑪居室・施設の状況

(ア) Q13-1. 居室タイプ別の居室数（平均値）

図 16 Q13-1. 居室タイプ別の居室数

(n=231)

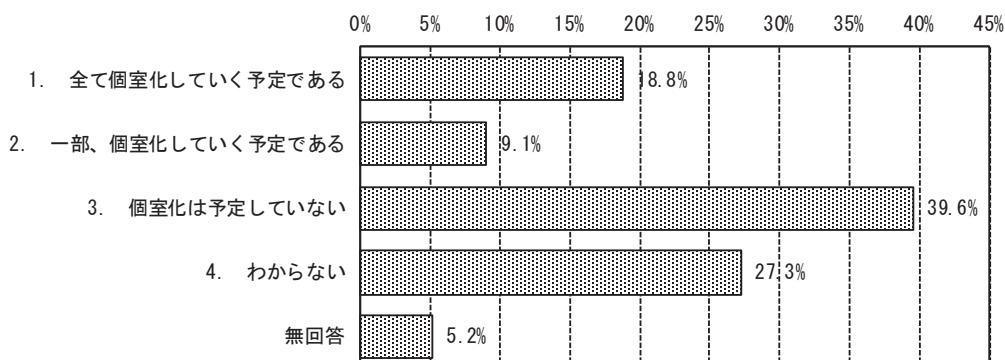


(イ) Q13-3. 今後、個室化していく予定

「3. 個室化は予定していない」の割合が最も高く 39.6% となっている。次いで、「4. わからない (27.3%)」、「1. 全て個室化していく予定である (18.8%)」となっている。

図 17 Q13-3. 今後、個室化していく予定

(n=154)

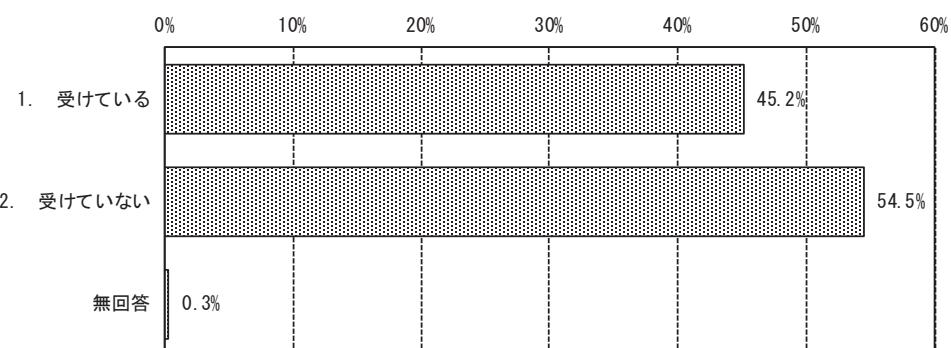


(ウ) Q13-4. 生活管理指導短期宿泊事業の委託

「2. 受けていない」 54.5%。「1. 受けている」 45.2%となっている。

図 18 Q13-4. 生活管理指導短期宿泊事業の委託

(n=299)



(ウ) – 1. Q13-4. 生活管理指導短期宿泊事業の委託を受けているものの部屋数

平均値 3.06、中央値 2.00、最頻値 2.00 となっている。(n=135)

図 19 Q13-4. 生活管理指導短期宿泊事業の委託を受けているものの部屋数 (n=135)

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
3.06	1.00	1.00	4.00	60.00	5.78	2.00	2.00

(ウ) – 2. Q13-4. 生活管理指導短期宿泊事業の委託を受けているものの定員数

平均値 3.66、中央値 2.00、最頻値 2.00 となっている。(n=135)

図 20 Q13-4. 生活管理指導短期宿泊事業の委託を受けているものの定員数 (n=135)

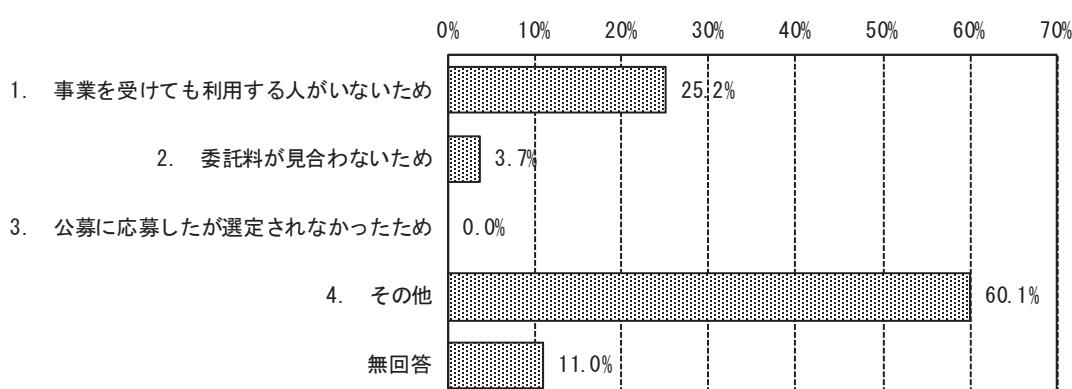
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
3.66	1.00	2.00	4.00	60.00	6.01	2.00	2.00

(ウ) – 3. Q13-4-1. 生活管理指導短期宿泊事業の委託を受けていない理由

「4. その他」の割合が最も高く 60.1% となっている。次いで、「1. 事業を受けても利用する人がいないため (25.2%)」となっている。

図 21 Q13-4-1. 生活管理指導短期宿泊事業の委託を受けていない理由

(n=163)

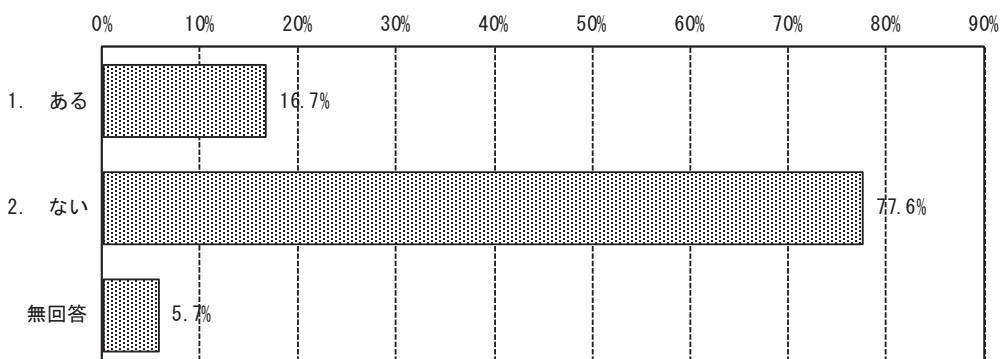


(ウ) – 4. Q13-5. 生活管理指導短期宿泊事業以外の短期入所専用居室の有無

「1. ある」(16.7%)、「2. ない」(77.6%)となっている。

図 22 Q13-5. 生活管理指導短期宿泊事業以外の短期入所専用居室の有無

(n=299)



(ウ) – 5. Q13-5. 生活管理指導短期宿泊事業以外の短期入所専用居室の部屋数

平均値 2.82、中央値 2.00、最頻値 2.00 となっている。(n=50)

図 23 Q13-5. 生活管理指導短期宿泊事業以外の短期入所専用居室の部屋数 (n=50)

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
2.82	1.00	2.00	3.00	10.00	1.93	2.00	2.00

(ウ) – 6. Q13-5. 生活管理指導短期宿泊事業以外の短期入所専用居室の定員数

平均値 3.27、中央値 2.00、最頻値 2.00 となっている。(n=50)

図 24 Q13-5. 生活管理指導短期宿泊事業以外の短期入所専用居室の定員数 (n=50)

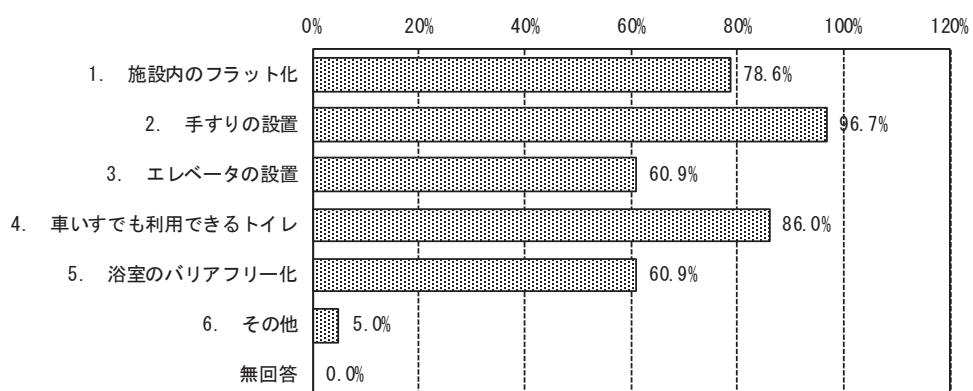
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
3.27	1.00	2.00	4.00	12.00	2.28	2.00	2.00

(エ) Q13-6. 施設でバリアフリー化の状況

「2. 手すりの設置」の割合が最も高く 96.7% となっている。次いで、「4. 車いすでも利用できるトイレ (86.0%)」、「1. 施設内のフラット化 (78.6%)」となっている。

図 25 Q13-6. 施設でバリアフリー化の状況

(n=299)

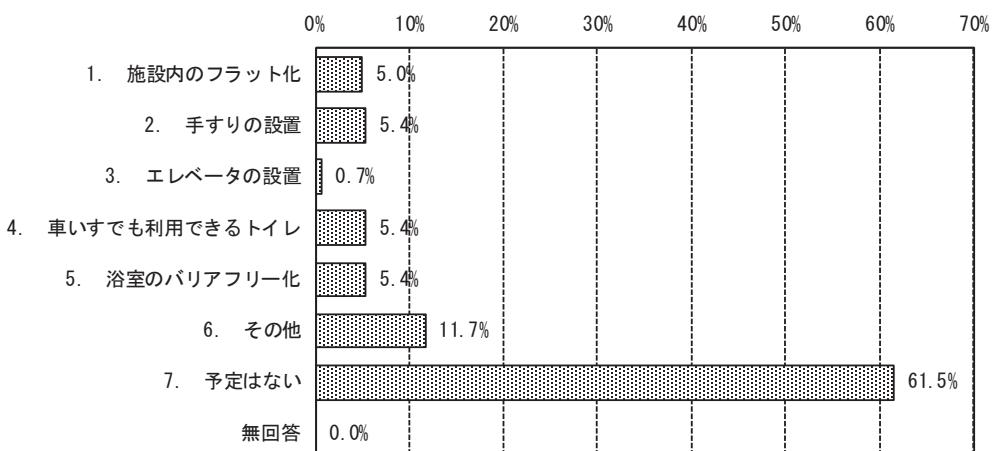


(才) Q13-7. 今後、バリアフリー整備を行う予定

「7. 予定はない」の割合が最も高く 61.5%となっている。次いで、「6. その他 (11.7%)」、「2. 手すりの設置 (5.4%)」、「4. 車いすでも利用できるトイレ (5.4%)」、「5. 浴室のバリアフリー化 (5.4%)」となっている。

図 26 Q13-7. 今後、バリアフリー整備を行う予定

(n=299)

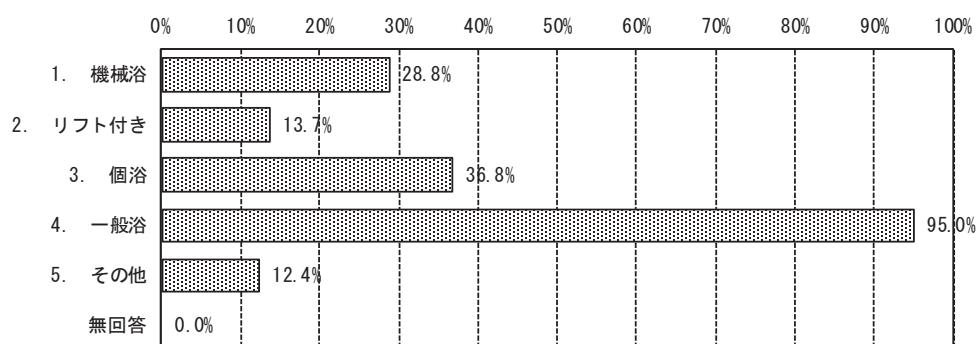


(力) Q13-8. 平成 28 年 11 月 29 日～12 月 3 日の一週間に入所者が使用した入浴方法

「4. 一般浴」の割合が最も高く 95.0%となっている。次いで、「3. 個浴 (36.8%)」、「1. 機械浴 (28.8%)」となっている。

図 27 Q13-8. 平成 28 年 11 月 29 日～12 月 3 日の一週間に入所者が使用した入浴方法

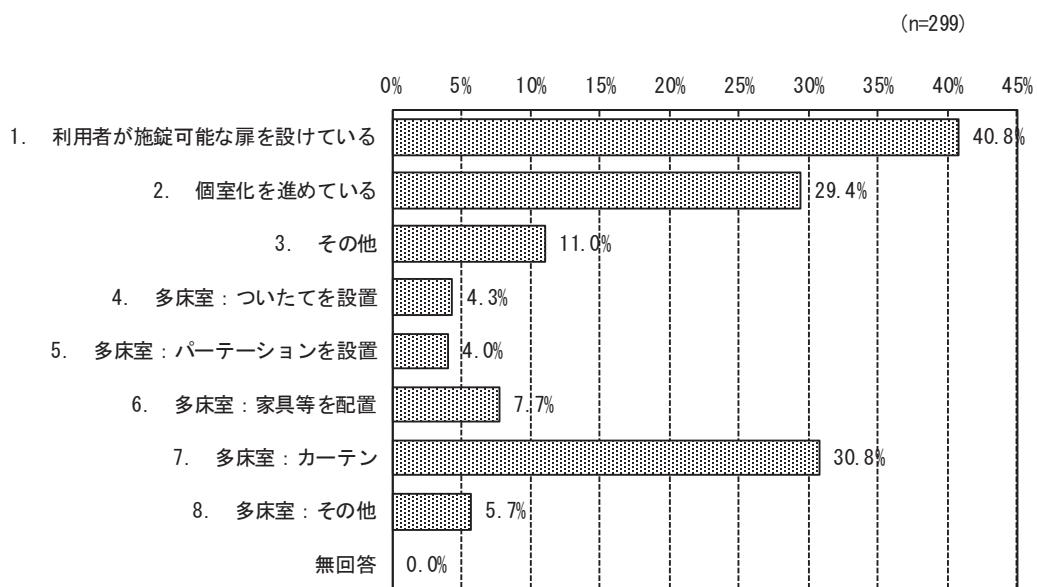
(n=299)



(キ) Q13-9. プライバシー確保の方法

「1. 利用者が施錠可能な扉を設けている」の割合が最も高く 40.8%となっている。次いで、「7. 多床室：カーテン（30.8%）」、「2. 個室化を進めている（29.4%）」となっている。

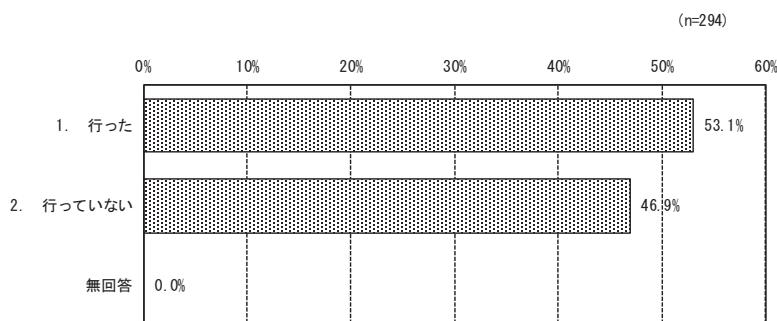
図 28 Q13-9. プライバシー確保の方法



⑫Q14-1. 施設設置後の大規模な修繕の実施有無

「1. 行った」 53.1%、「2. 行っていない」 46.9%となっている。

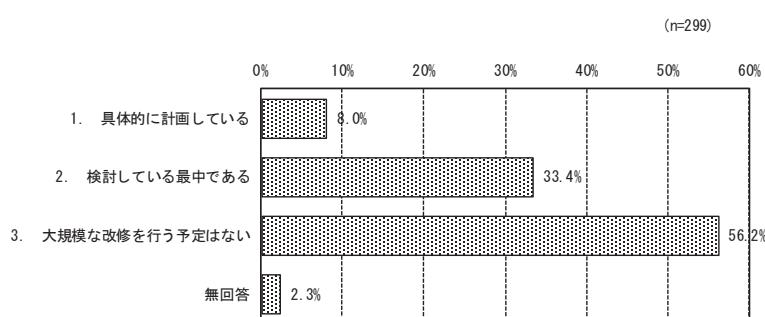
図 29 Q14-1. 施設設置後の大規模な修繕の実施有無



⑫ー1. Q14-2. 今後の大規模な改修の予定

「3. 大規模な改修を行う予定はない」の割合が最も高く 56.2%となっている。次いで、「2. 検討している最中である（33.4%）」、「1. 具体的に計画している（8.0%）」となっている。

図 30 Q14-2. 今後の大規模な改修の予定

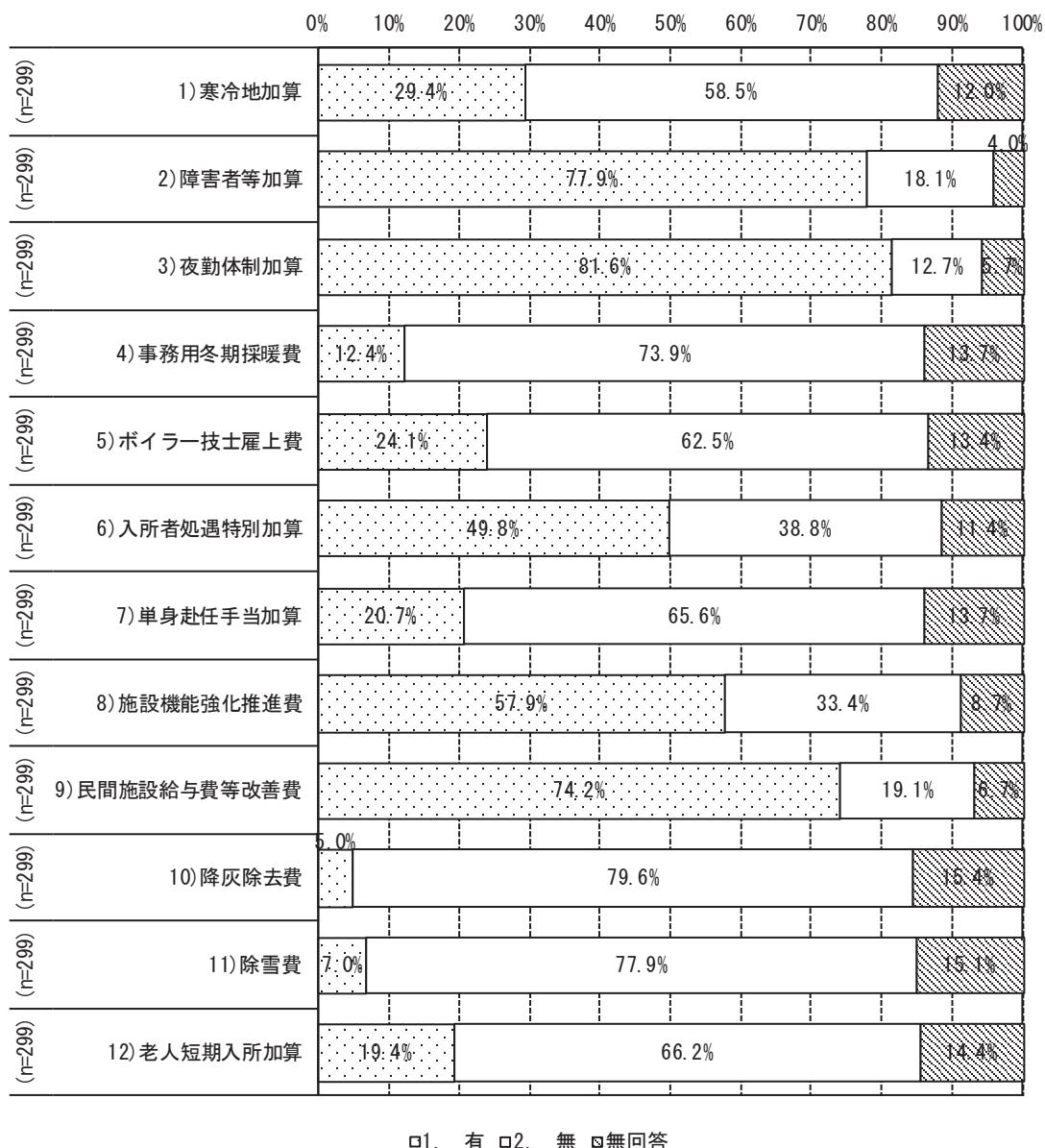


⑬加算等の算定状況

(ア) Q15-1. 所在する自治体における加算の有無

「1. 有」の割合に着目すると、「3)夜勤体制加算」における割合が最も高く81.6%となっている。次いで、「2)障害者等加算(77.9%)」、「9)民間施設給与費等改善費(74.2%)」となっている。

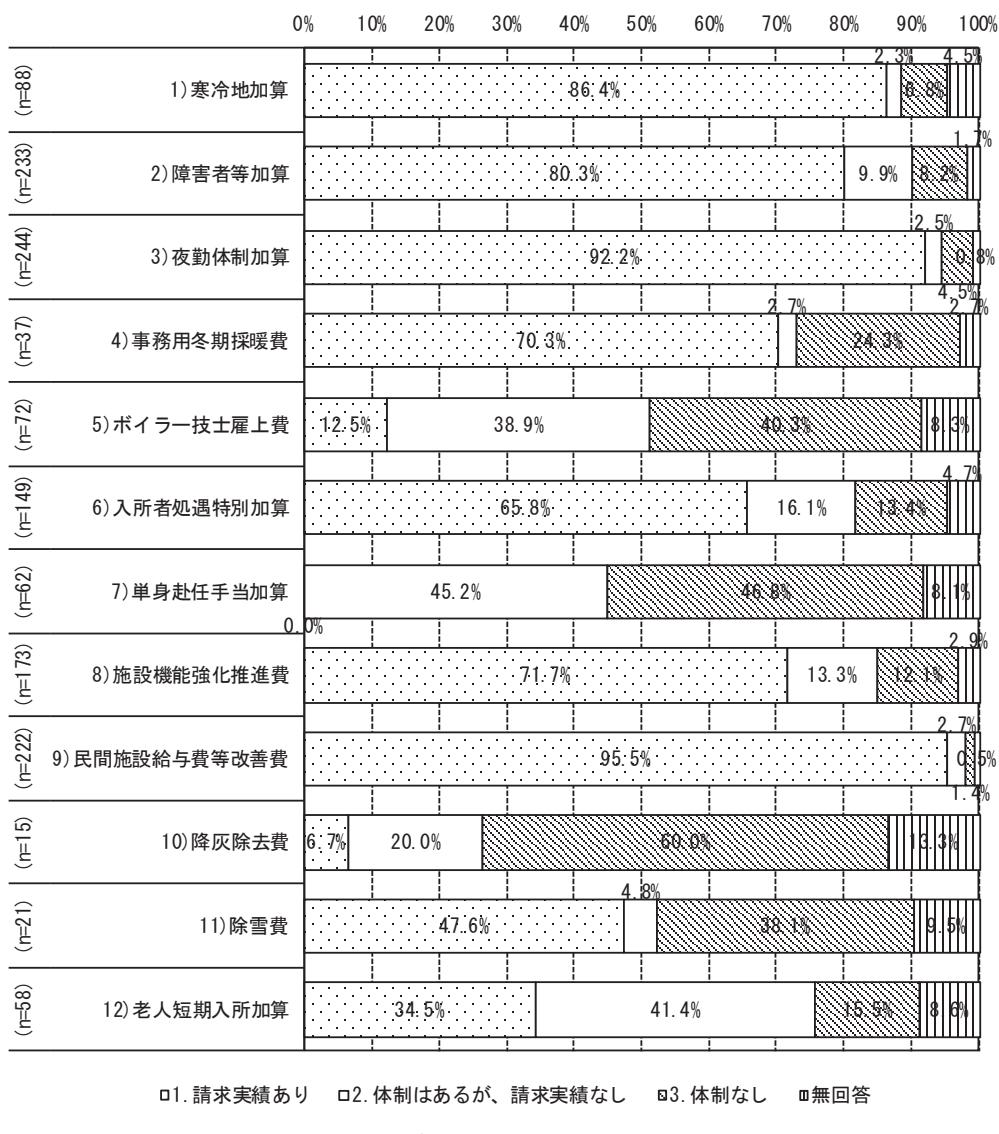
図 31 Q15-1. 所在する自治体における加算の有無



(イ) Q15-2. 請求の有無

「1. 請求実績あり」の割合に着目すると、「9) 民間施設給与費等改善費」における割合が最も高く95.5%となっている。次いで、「3) 夜勤体制加算（92.2%）」、「2) 障害者等加算（80.3%）」となっている。

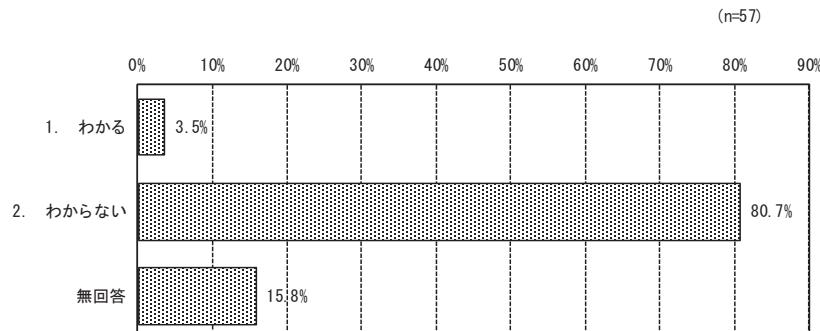
図 32 Q15-2. 請求の有無



(ウ) Q15-3. 「民間施設給与費等改善費」がなくなった時期

「1. わかる」3.5%、「2. わからない」80.7%となっている。

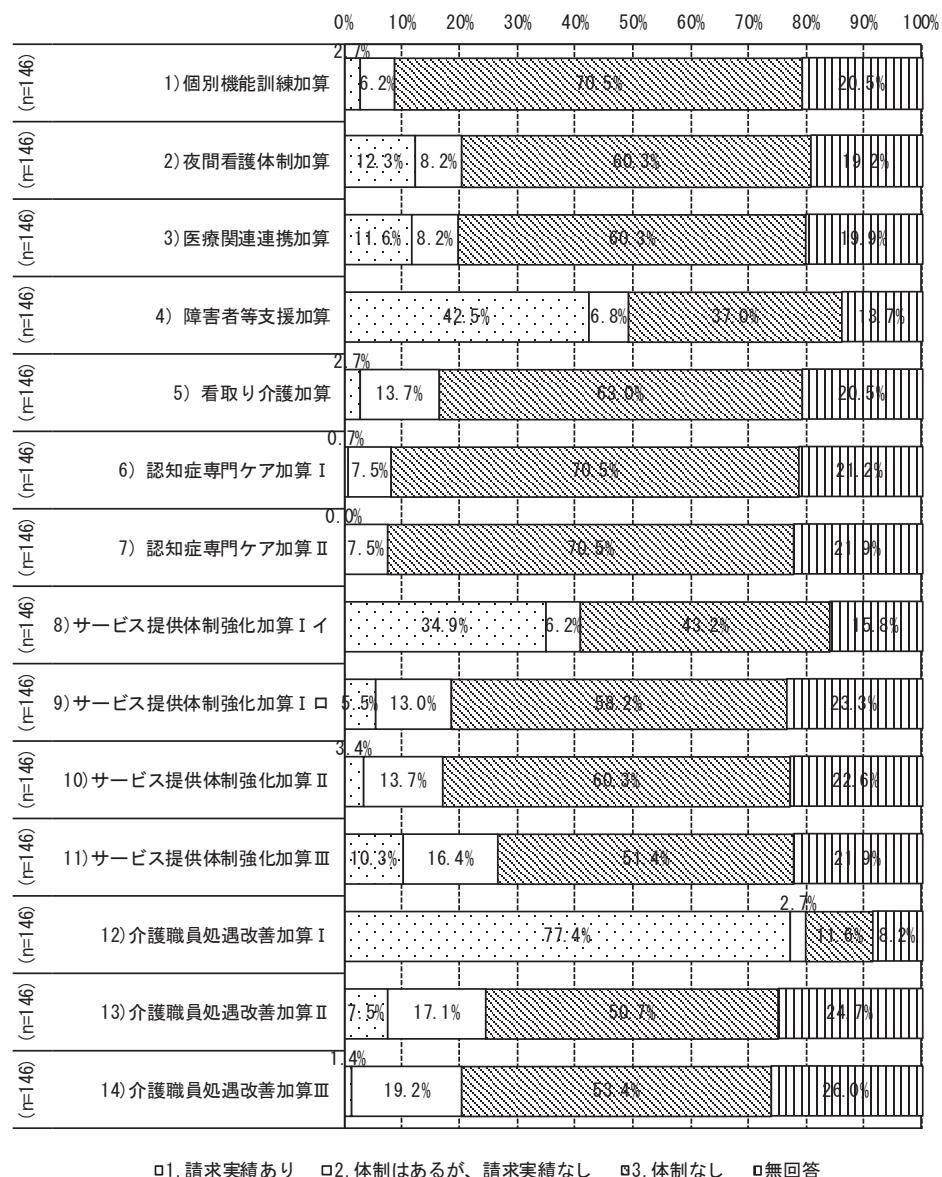
図 33 Q15-3. 「民間施設給与費等改善費」がなくなった時期



(工) Q15-4. 特定施設入居者生活介護事業部分の加算の請求実績

「1. 請求実績あり」の割合に着目すると、「12) 介護職員処遇改善加算 I」における割合が最も高く 77.4% となっている。次いで、「4) 障害者等支援加算 (42.5%)」、「8) サービス提供体制強化加算 I イ (34.9%)」となっている。

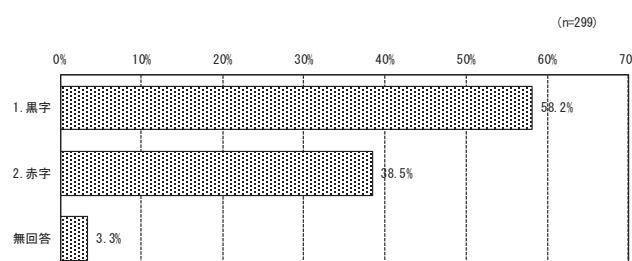
図 34 Q15-4. 特定施設入居者生活介護事業部分の加算の請求実績



⑩Q16. 平成 27 年度の収支状況

「1. 黒字」 58.2%、「2. 赤字」 38.5% となっている。

図 35 Q16. 平成 27 年度の収支状況



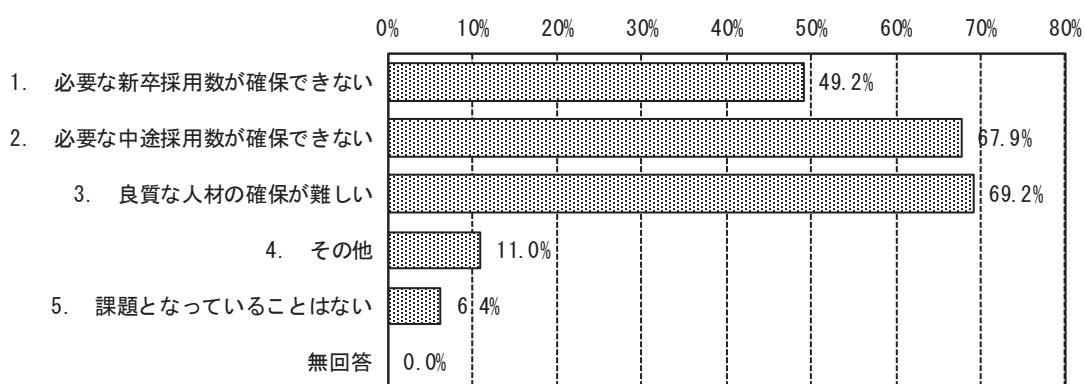
(2) 職員の状況

①Q18. 職員の採用について課題となっていること

「3. 良質な人材の確保が難しい」「2. 必要な中途採用数が確保できない」の順である。

図 36 Q18. 職員の採用について課題となっていること

(n=299)

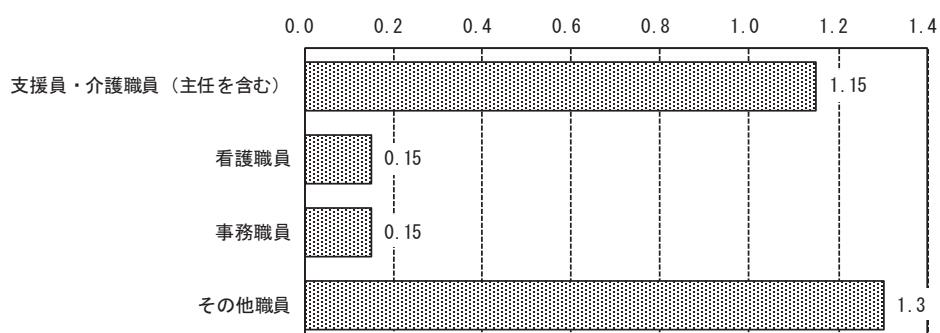


②Q19. 派遣職員の職種別実人数

1 施設当たり「支援員・介護職員（主任を含む）」1.15人、「看護職員」「事務職員」それぞれ0.15人である。

図 37 Q19 派遣職員の職種別実人数

(n=40)

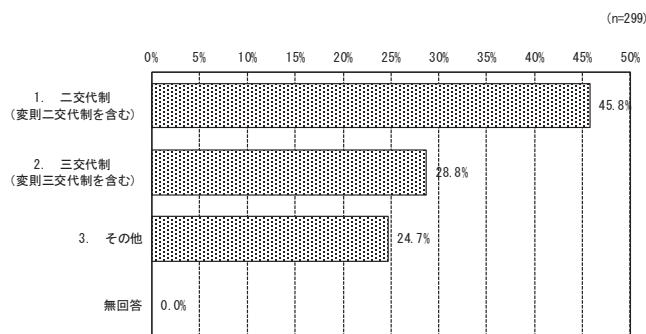


(注) 4 職種の派遣職員回答数の合計が 1 人以上の 40 施設を対象に集計 (数値は 1 施設あたり平均人数)

③Q20. 支援員の勤務体制

「1. 二交代制」「2. 三交代制」の順である。

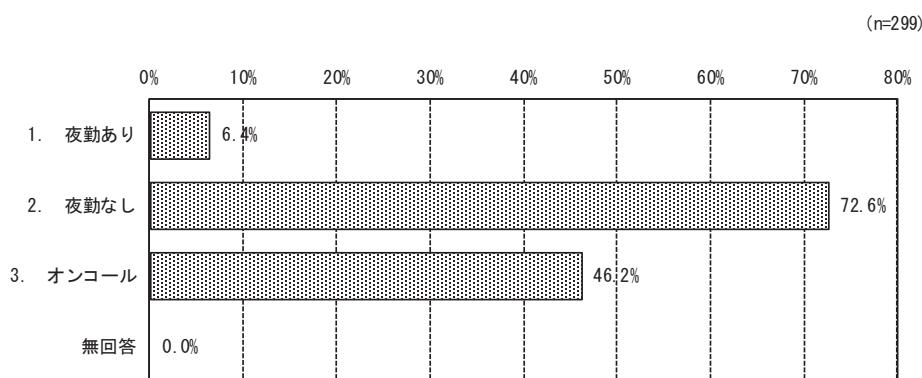
図 38 Q20. 支援員の勤務体制



④Q21. 看護職員の夜勤の有無

「2. 夜勤なし」が 72.6%を占めている。

図 39 Q21. 看護職員の夜勤の有無



(3) 入所者の情報

①入所者の属性

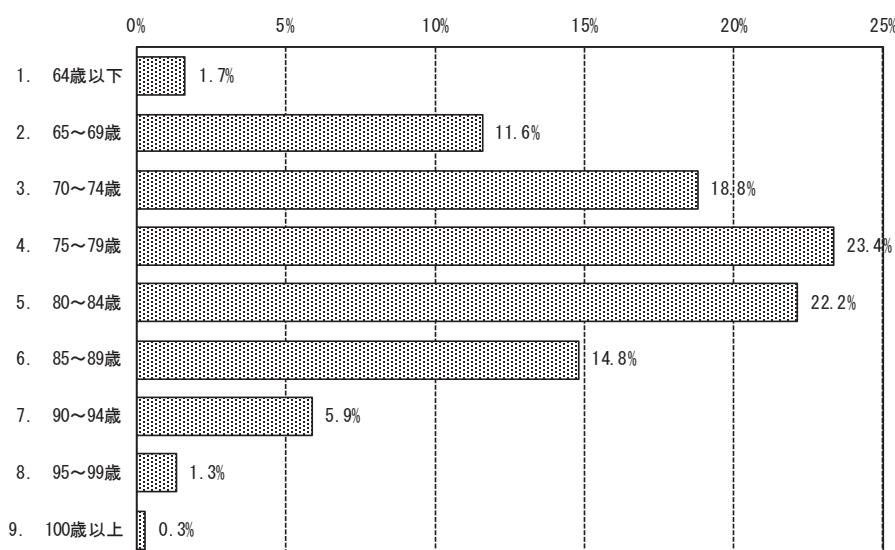
(ア) 年齢

(ア) - 1. Q22. 年齢別入所者数（男性）

「4. 75～79歳」が最も高く23.4%、次いで「5. 80～84歳(22.2%)」、「3. 70～74歳(18.8%)」となっている。

図 40 Q22. 年齢別入所者数（男性）

(n=5894)

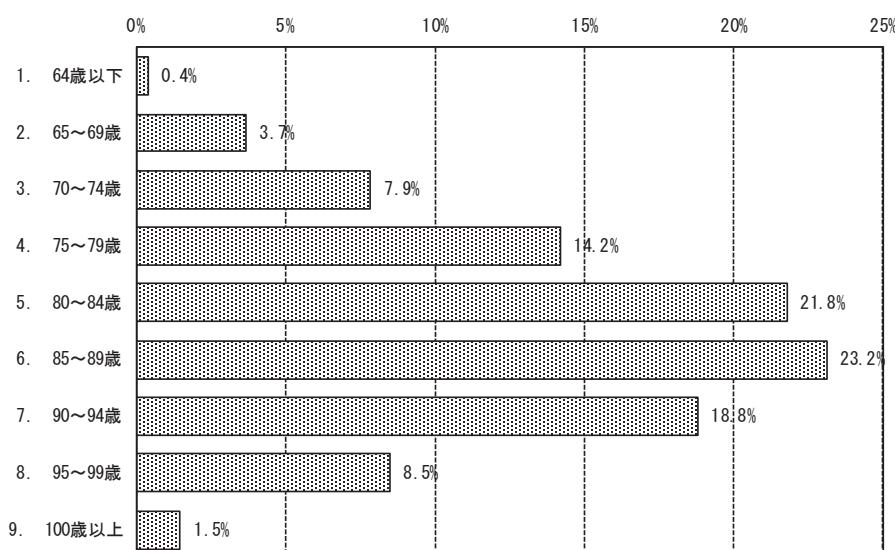


(ア) - 1. Q22. 年齢別入所者数（女性）

「6. 85～89歳」が最も多く23.2%、次いで「5. 80～84歳(21.8%)」、「7. 90～94歳(18.8%)」となっている。

図 41 Q22. 年齢別入所者数（女性）

(n=11700)



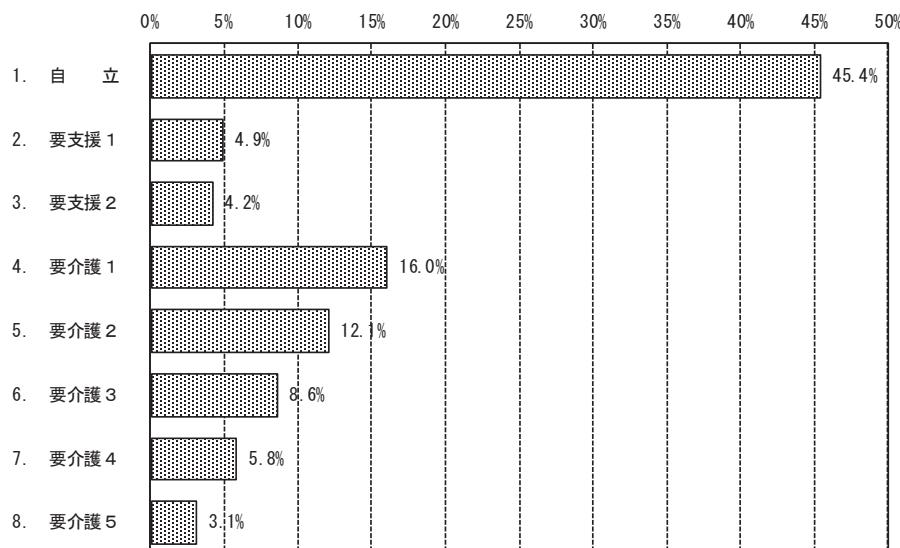
(イ) 要介護度

(イ) - 1. Q23. 要介護度別入所者数（全数）

「1. 自立」が最も多く 45.4%、次いで、「4. 要介護 1 (16.0%)」、「5. 要介護 2 (12.1%)」となっている。

図 42 Q23. 要介護度別入所者数（全数）

(n=16742)

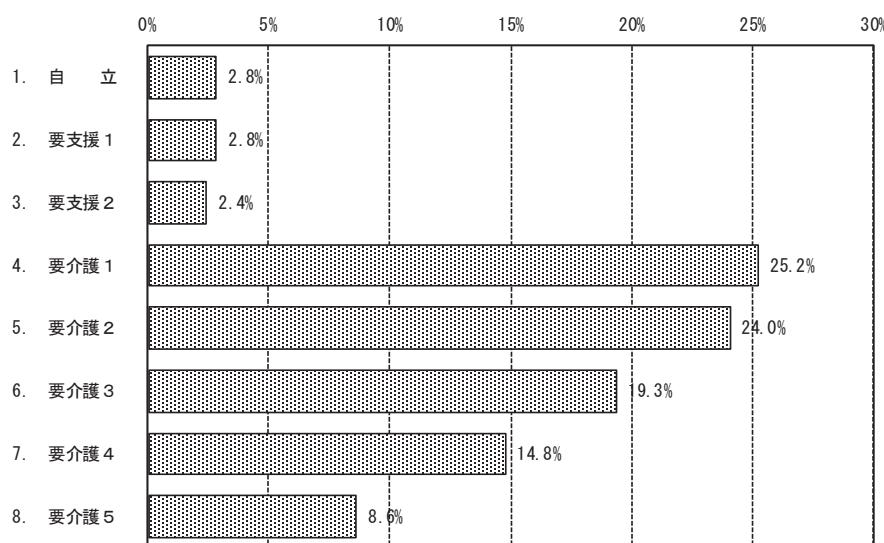


(イ) - 2. Q23. 要介護度別入所者数（うち、特定施設入所者生活介護の入所者）

「4. 要介護 1」が最も多く 25.2%、次いで「5. 要介護 2 (24.0%)」、「6. 要介護 3 (19.3%)」となっている。

図 43 Q23. 要介護度別入所者数（うち、特定施設入所者生活介護の入所者）

(n=4538)



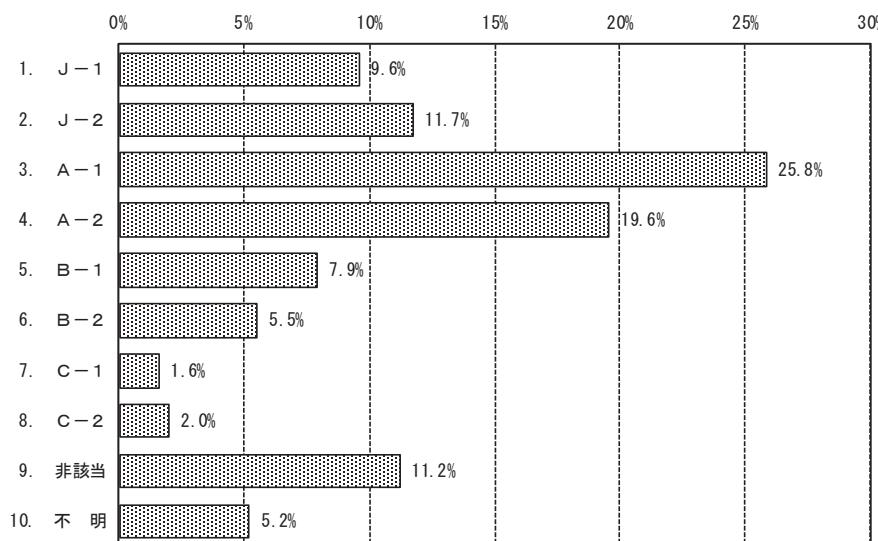
(ウ) 障害高齢者の日常生活自立度

(ウ) - 1. Q24. 障害高齢者の日常生活自立度別の入所者数（全数）

「3. A-1」が最も多く 25.8%、次いで、「4. A-2 (19.6%)」「2. J-2 (11.7%)」となっている。

図 44 Q24. 障害高齢者の日常生活自立度別の入所者数（全数）

(n=16259)

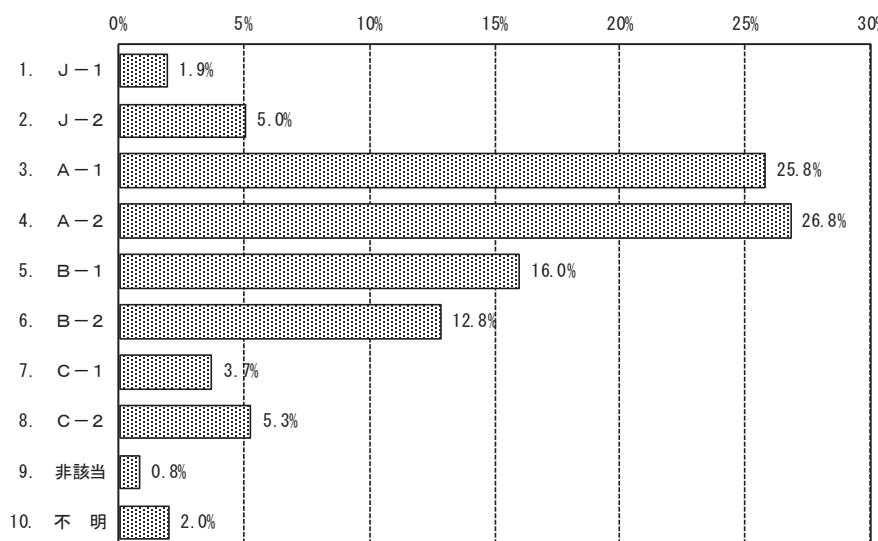


(ウ) - 2. Q24. 障害高齢者の日常生活自立度別の入所者数（うち、特定施設入所者生活介護の入所者）

「4. A-2」が最も多く 26.8%、次いで、「3. A-1 (25.8%)」、「5. B-1 (16.0%)」となっている。

図 45 Q24. 障害高齢者の日常生活自立度別の入所者数（うち、特定施設入所者生活介護の入所者）

(n=4336)



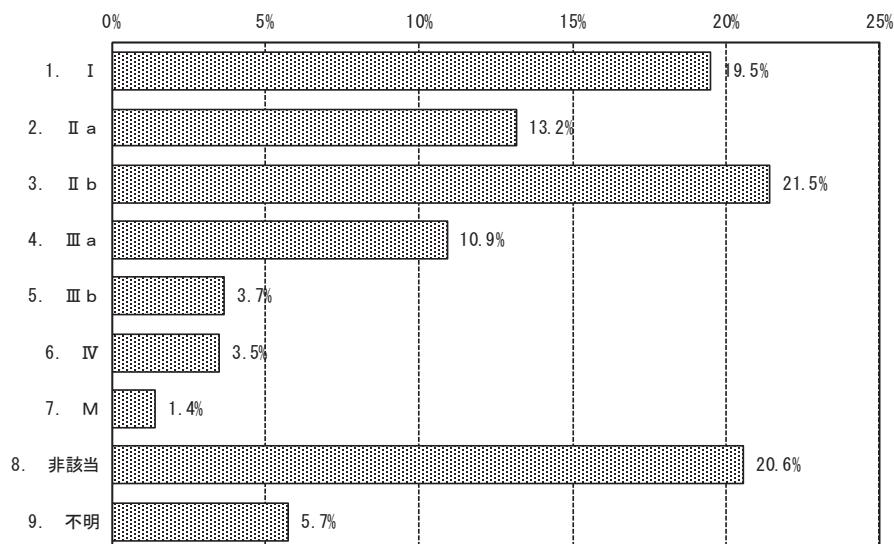
(工) 認知症高齢者の日常生活自立度

(工) - 1. Q25. 認知症高齢者の日常生活自立度別入所者数 (全数)

「3. II b」が最も多く 21.5%、次いで「8. 非該当 (20.6%)」、「1. I (19.5%)」となっている。

図 46 Q25. 認知症高齢者の日常生活自立度別入所者数 (全数)

(n=299)

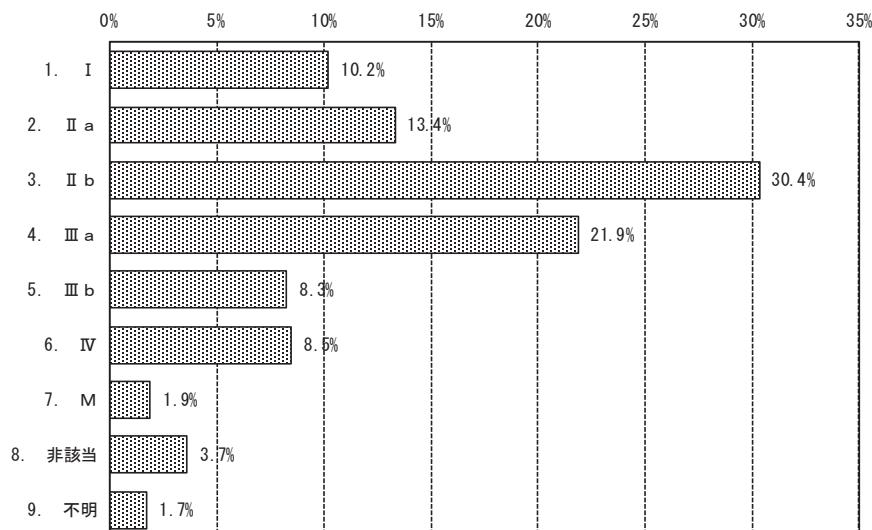


(工) - 2. Q25. 認知症高齢者の日常生活自立度別入所者数 (うち、特定施設入所者生活介護の入所者)

「3. II b」が最も多く 30.4%、次いで「4. III a (21.9%)」、「2. II a (13.4%)」となっている。

図 47 Q25. 認知症高齢者の日常生活自立度別入所者数 (うち、特定施設入所者生活介護の入所者)

(n=299)

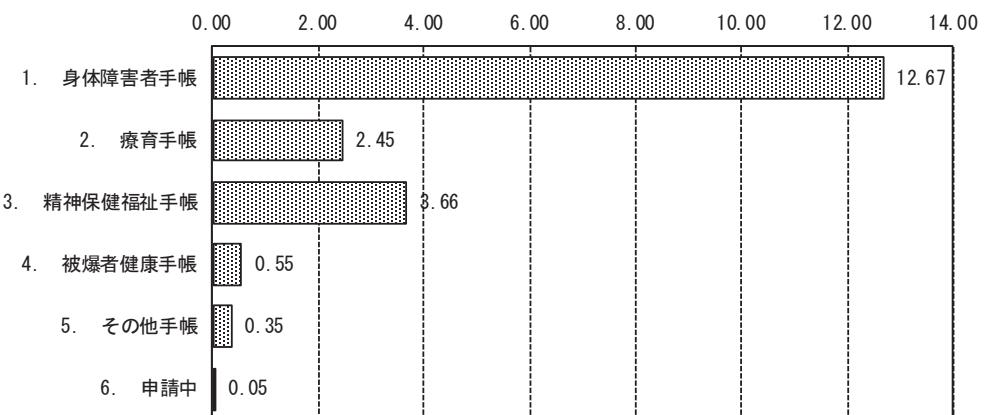


(才) Q26. 障害者手帳の取得状況別入所者数

「1. 身体障害者手帳」が最も多く 12.67 人、次いで「3. 精神保健福祉手帳 (3.66 人)」、「2. 療育手帳 (2.45 人)」となっている。

図 48 Q26. 障害者手帳の取得状況別入所者数 (1 施設あたり平均人数)

(n=299)



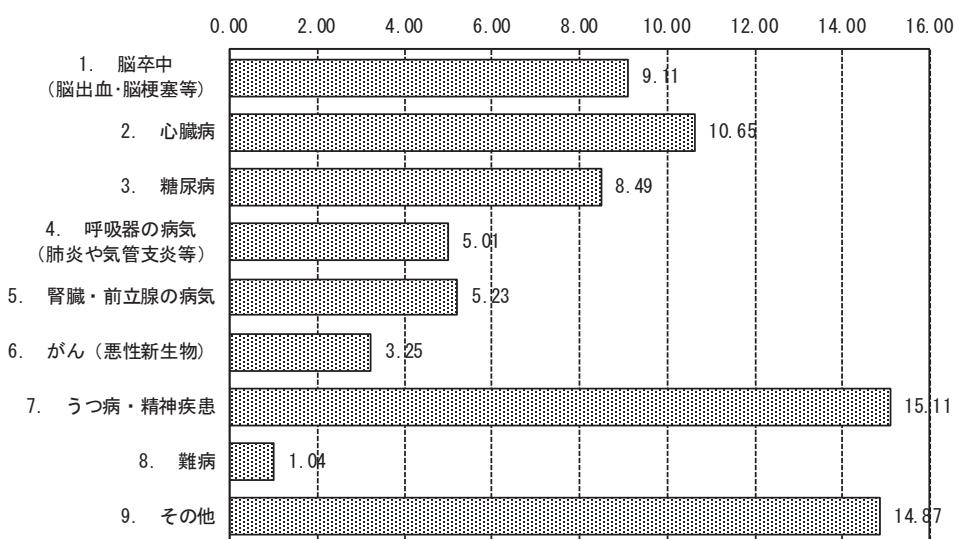
(力) 医療について

(力) - 1. Q27. 主な疾患別の入所者数

「7. うつ病・精神疾患」が最も多く 15.11 人、次いで「9. その他 (14.87 人)」、「2. 心臓病 (10.65 人)」となっている。

図 49 Q27. 主な疾患別の入所者数 (1 施設あたり平均人数)

(n=299)



(力) - 2. Q28. 通院や訪問診療、訪問看護等が必要な入所者の有無

「1. 通院が必要な入所者がいる」の割合が最も高く 78.9%となっている。次いで、「2. 訪問診療を利用している入所者がいる（25.8%）」、「3. 訪問看護を利用している入所者がいる（12.4%）」となっている。

図 50 Q28. 通院や訪問診療、訪問看護等が必要な入所者の有無

(n=299)

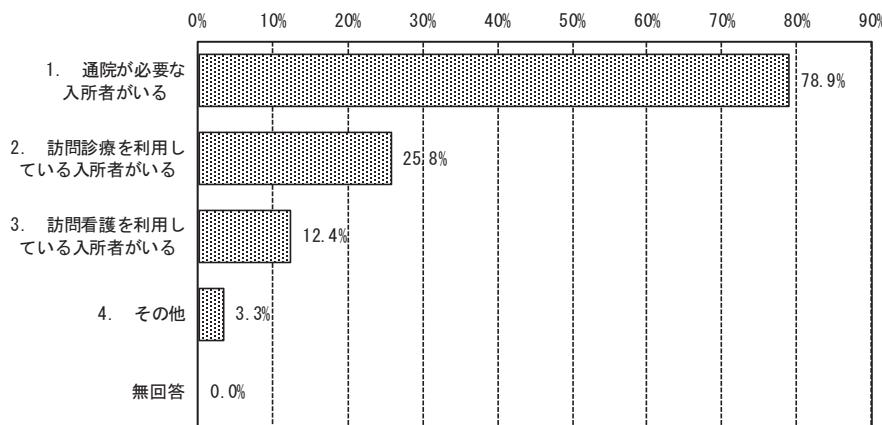
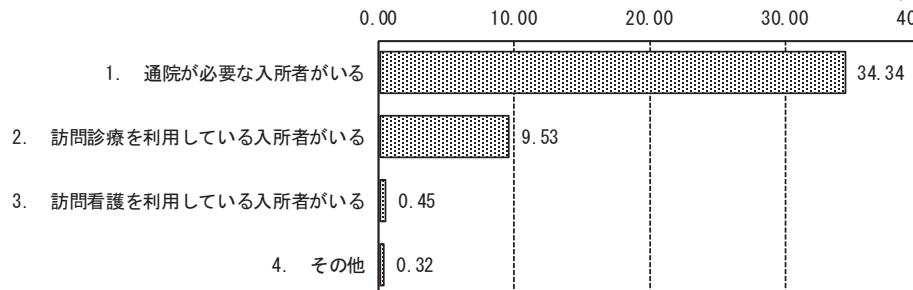


図 51 Q28_人数. 通院や訪問診療、訪問看護等が必要な入所者の人数（1施設あたり平均人数）

(n=299)



(力) - 3. Q29. 往診による診察を受けている入所者の有無

「1. いる」 68.2%、「2. いない」 29.4%となっている。

図 52 Q29. 往診による診察を受けている入所者の有無

(n=299)

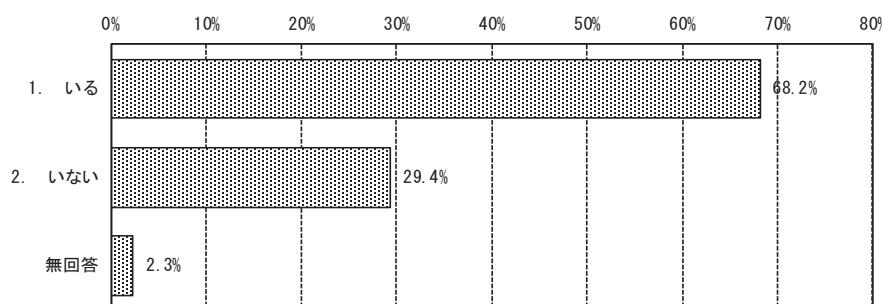


図 53 Q29_人数. 往診による診察を受けている入所者の人数

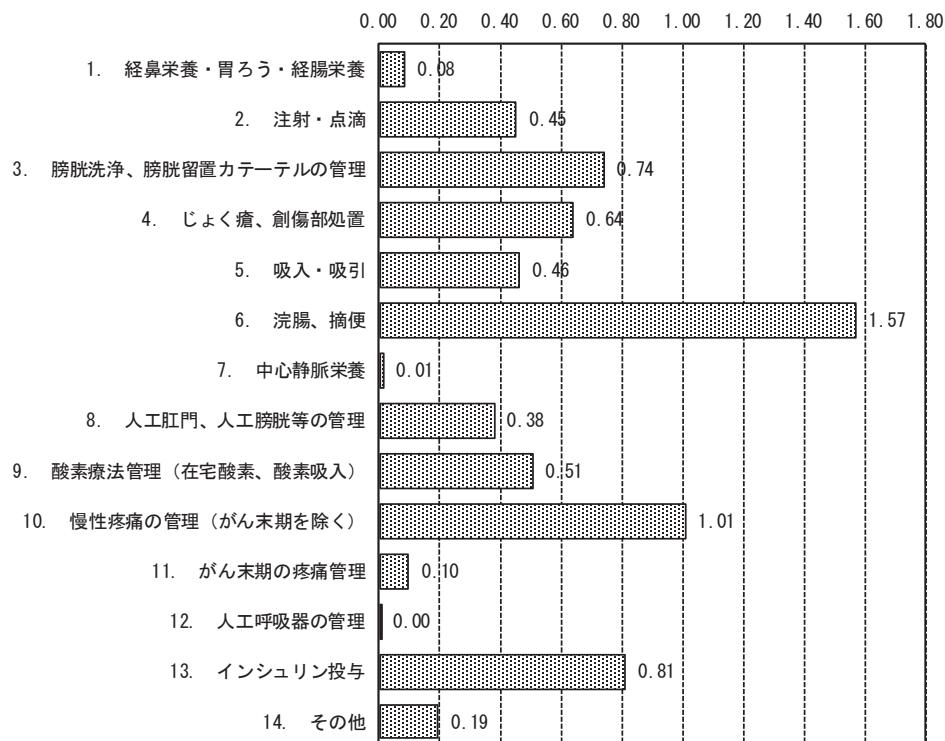
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
39.21	1.00	23.00	49.25	180.00	24.50	41.50	49.00

(力) - 4. Q30. 必要な医療ケアの種類別入所者数

「6. 洗腸、摘便」が最も多く 1.57 人、次いで「10. 慢性疼痛の管理（がん末期を除く）(1.01 人)」、「13. インシュリン投与 (0.81 人)」となっている。

図 54 Q30. 必要な医療ケアの種類別入所者数（1施設あたり平均人数）

(n=299)



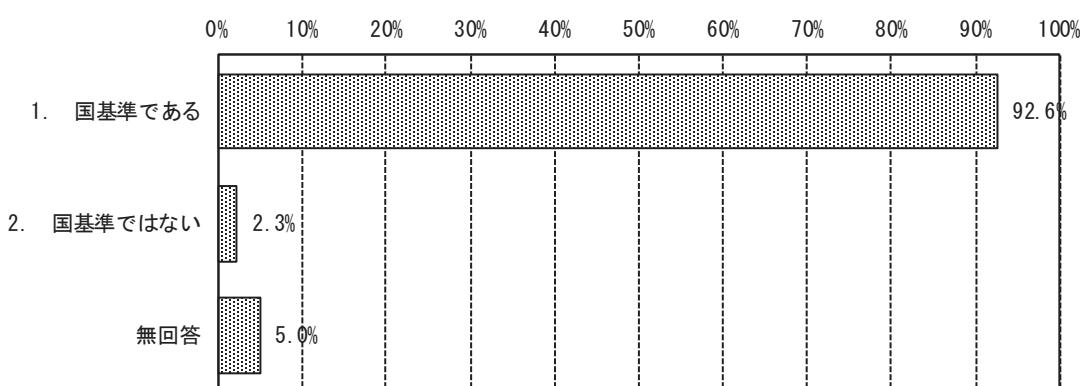
(キ) 入所者の経済状況

(キ) - 1. Q31. 対象収入による階層区分

「1. 国基準である」 92.6%、「2. 国基準ではない」 2.3% となっている。

図 55 Q31. 対象収入による階層区分

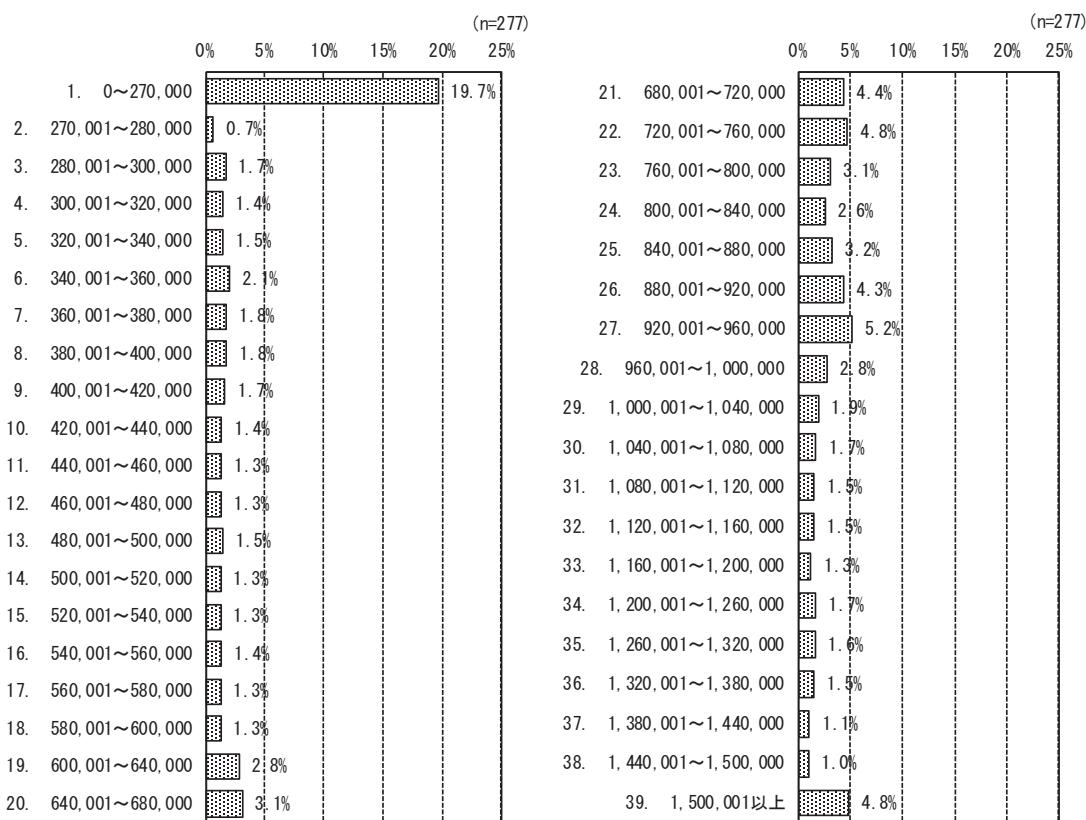
(n=299)



(キ) - 2. Q32. 対象収入階層別入所者（実人数）

「1. 0～270,000」が最も多く19.7%を占めている。

図 56 Q32. 対象収入階層別入所者（実人数）



(キ) - 3. Q32. 入所者における生活保護受給者の有無

「1. いる」77.6%、「2. いない」22.1%となっている。

図 57 Q32. 入所者における生活保護受給者の有無

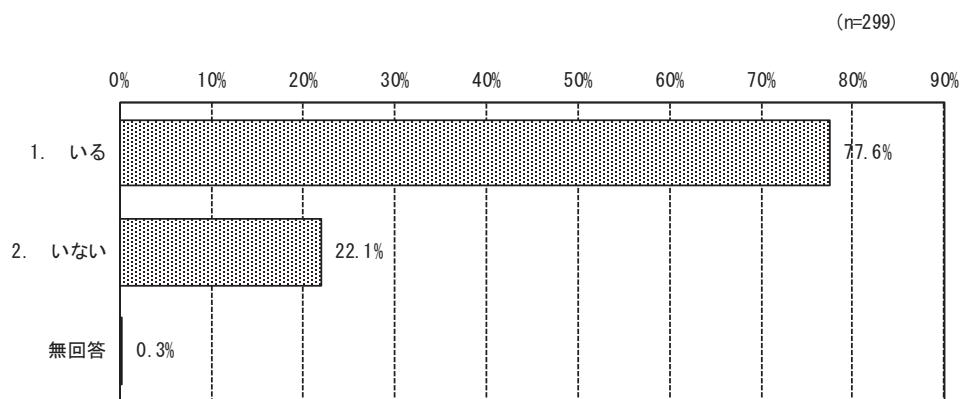


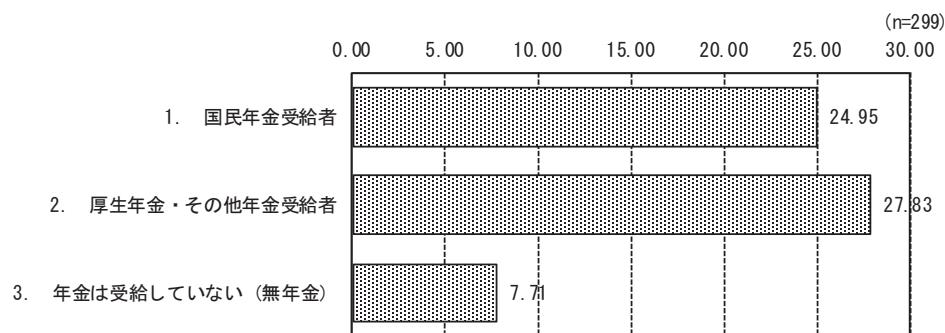
図 58 Q33_人数. 入所者における生活保護受給者数

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
4.84	0.00	1.00	6.00	64.00	7.37	3.00	0.00

(キ) - 4. Q34. 入所者における年金受給者数

「2. 厚生年金・その他年金受給者」が最も多く 27.83 人、次いで「1. 国民年金受給者 (24.95 人)」となっている。

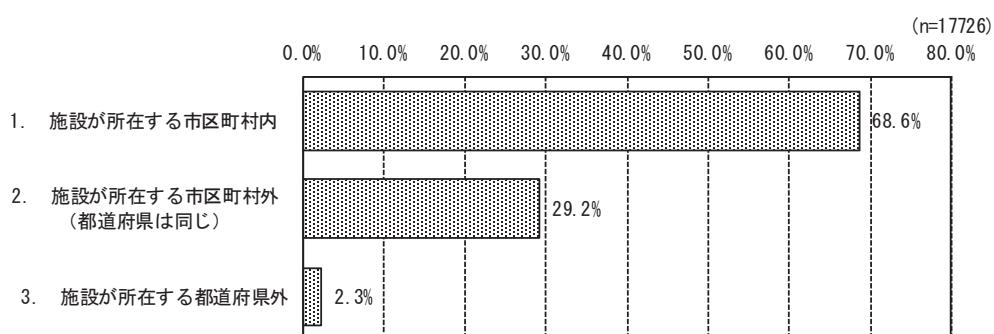
図 59 Q34. 入所者における年金受給者数 (1 施設あたり平均人数)



(ク) Q35. 入所前居住市区町村（措置された自治体）別入所者数

「1. 施設が所在する市区町村内」が最も多く 68.6%、次いで「2. 施設が所在する市区町村外（都道府県は同じ）(29.2%)」となっている。

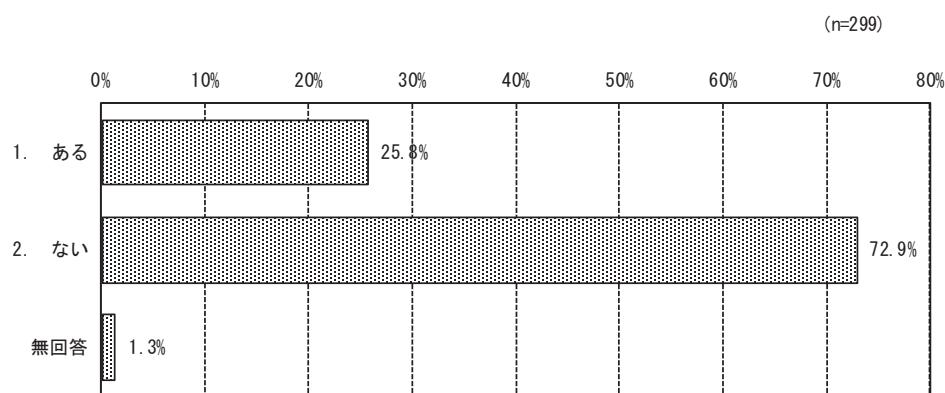
図 60 Q35. 入所前居住市区町村（措置された自治体）別入所者数



(ケ) Q36. 緊急対応等により個別契約で一時的な利用を受けざるを得なかったケースの有無

「1. ある」 25.8%、「2. ない」 72.9% となっている。

図 61 Q36. 緊急対応等により個別契約で一時的な利用を受けざるを得なかったケースの有無

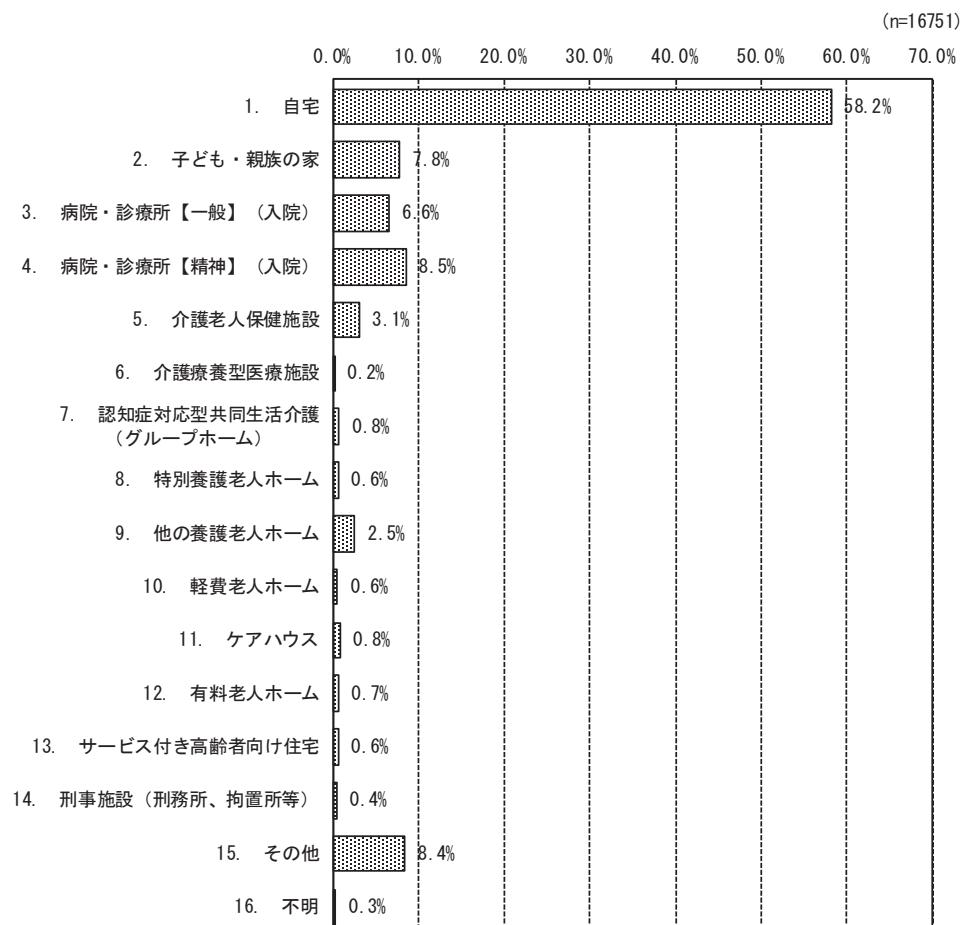


②入所者の入所経緯、定員充足状況

(ア) Q37. 入所前の居場所別入所者数

「1. 自宅」が最も多く 58.2%となっている。

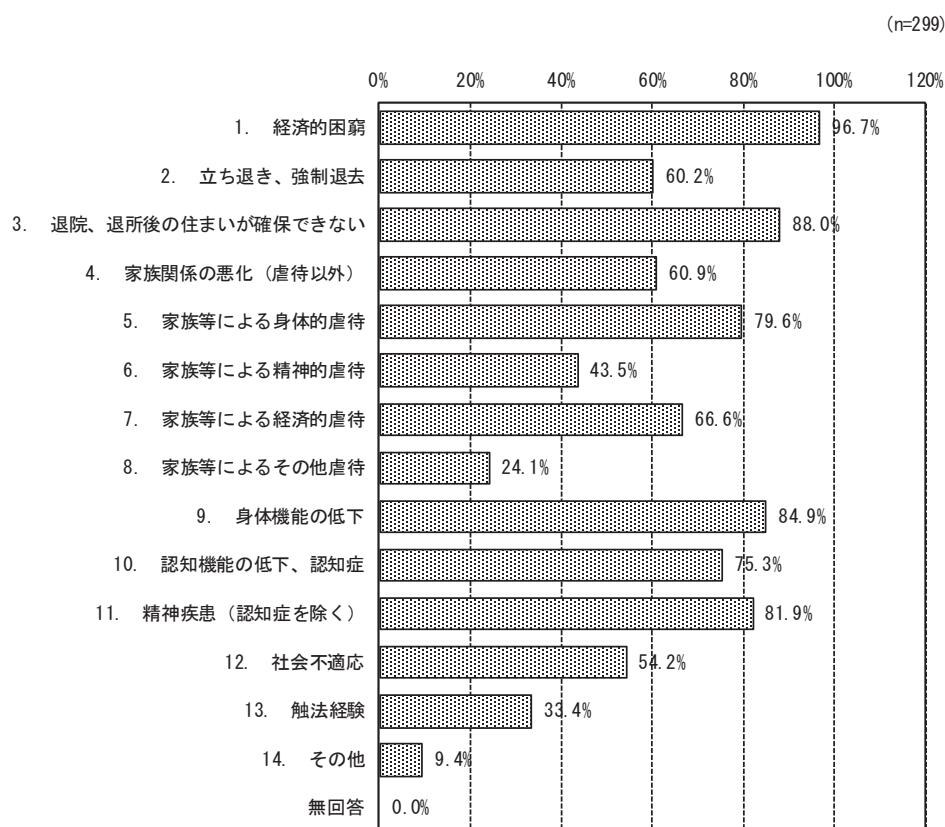
図 62 Q37. 入所前の居場所別入所者数



(イ) Q38. 対応したことのある入所者の措置理由

「1. 経済的困窮」の割合が最も高く 96.7% となっている。次いで、「3. 退院、退所後の住まいが確保できない (88.0%)」、「9. 身体機能の低下 (84.9%)」となっている。

図 63 Q38. 対応したことのある入所者の措置理由



(ウ) Q39. 入所待機者の有無

「1. いる」 46.5%、「2. いない」 52.8% となっている。

図 64 Q39. 入所待機者の有無

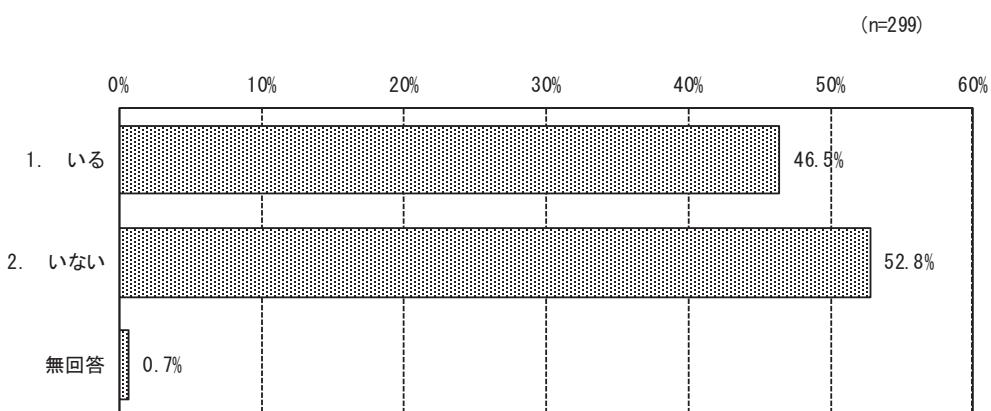


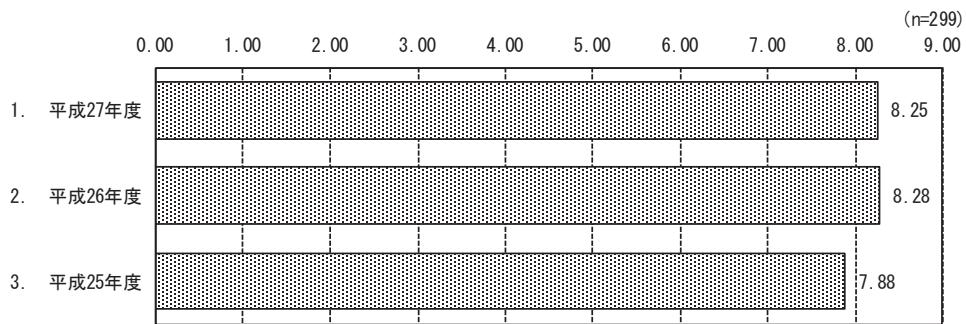
図 65 Q39_人数. 入所待機者数

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
14.84	1.00	2.75	15.00	205.00	28.28	4.00	3.00

(工) Q40. 新規入所者数

「2. 平成 26 年度」8.28 人、「1. 平成 27 年度」8.25 人となっている。

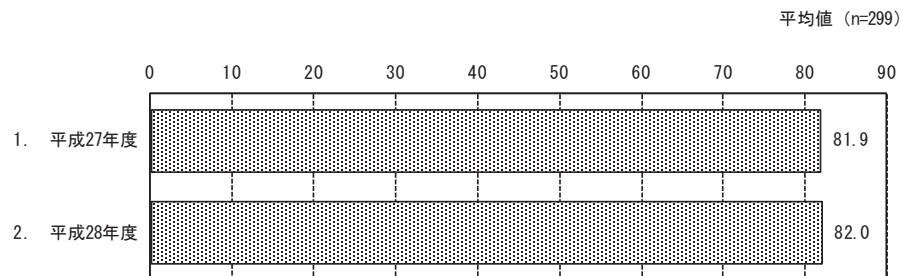
図 66 Q40. 新規入所者数（1 施設あたり平均人数）



(才) Q41-1. 充足率

「1. 平成 27 年度」81.9%、「2. 平成 28 年度」82.0% となっている。

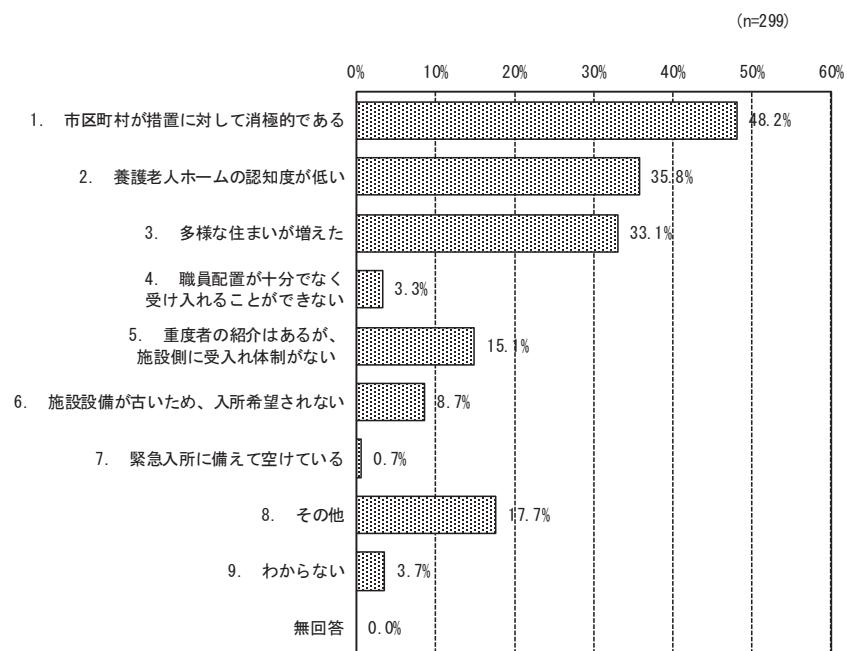
図 67 Q41-1. 充足率



(カ) Q42-2. 充足していない理由

「1. 市区町村が措置に対して消極的である」の割合が最も高く 48.2% となっている。次いで、「2. 養護老人ホームの認知度が低い (35.8%)」、「3. 多様な住まいが増えた (33.1%)」となっている。

図 68 Q42-2. 充足していない理由



(キ) Q42. 平成 27 年度（平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）の退所率

平均値 13.99、中央値 12.90、最頻値 13.80 となっている。

図 69 Q42. 平成 27 年度（平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）の退所率

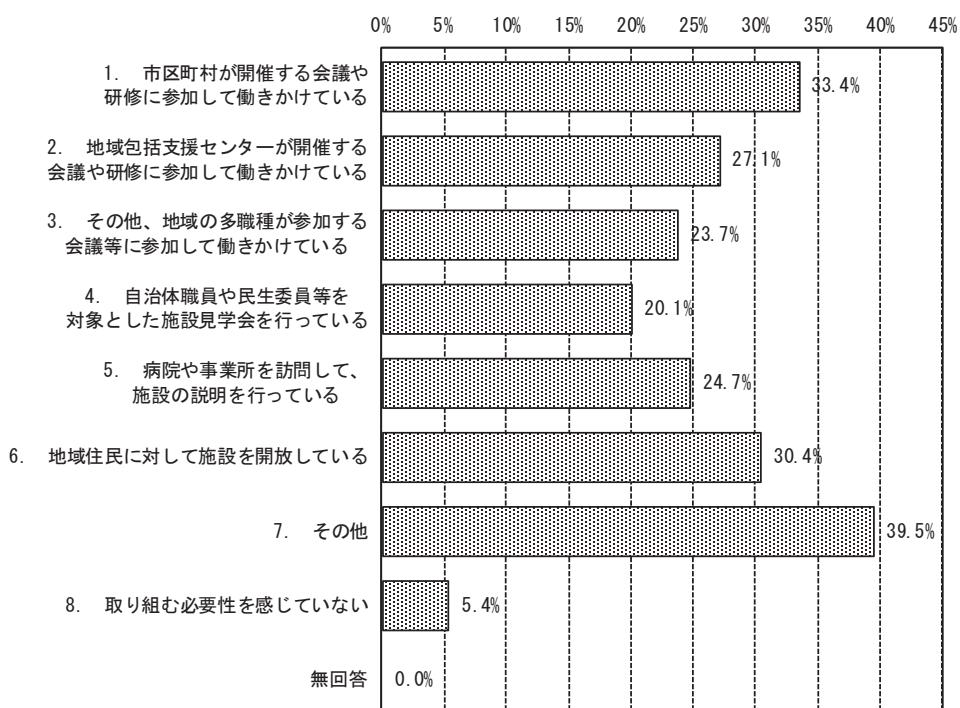
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
13.99	1.30	10.20	16.10	96.70	8.70	12.90	13.80

(ク) Q43. 定員充足に向けて取組んでいること

「7. その他」の割合が最も高く 39.5% となっている。次いで、「1. 市区町村が開催する会議や研修に参加して働きかけている（33.4%）」、「6. 地域住民に対して施設を開放している（30.4%）」となっている。

図 70 Q43. 定員充足に向けて取組んでいること

(n=299)



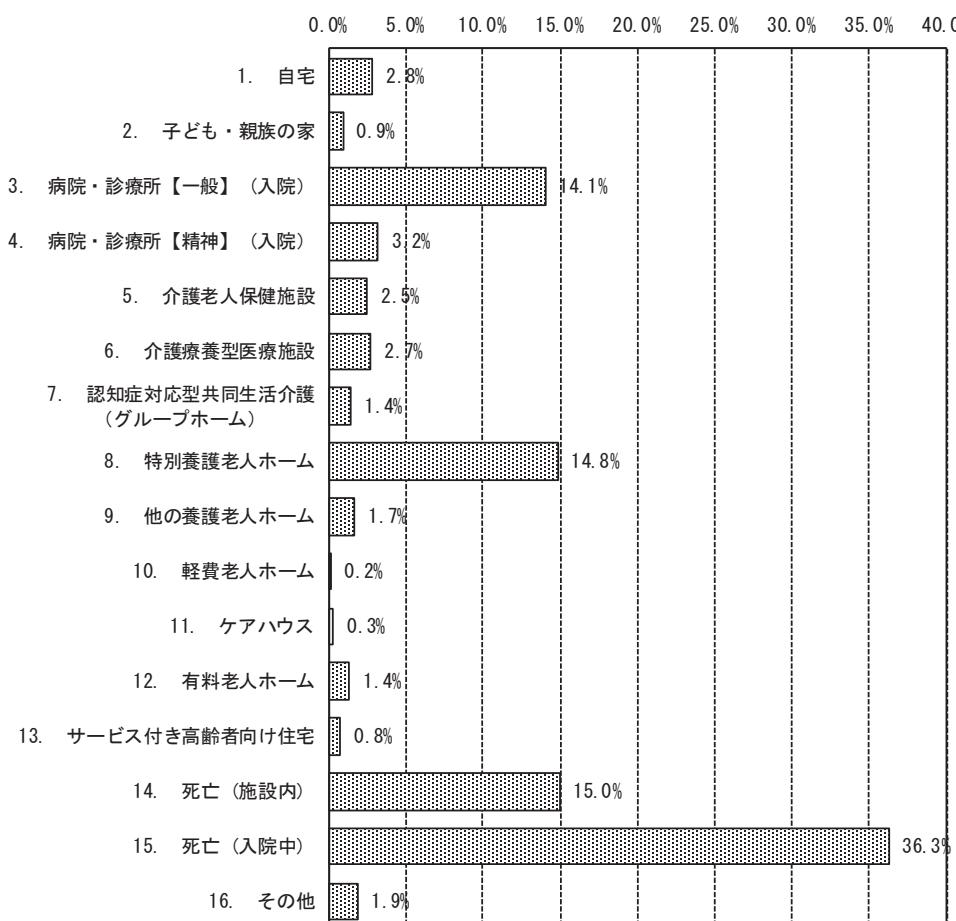
③入所者の退所・地域生活への移行の状況

(ア) Q44. 退所した入所者数（退所先別：平成 25 年度から平成 27 年度（過去 3 年間））

「15. 死亡（入院中）」が最も多く 36.3%、次いで「14. 死亡（施設内）（15.0%）」、「8. 特別養護老人ホーム（14.8%）」、「3. 病院・診療所【一般】（入院）（14.1%）」となっている。

図 71 Q44. 退所した入所者数（退所先別：平成 25 年度から平成 27 年度（過去 3 年間））

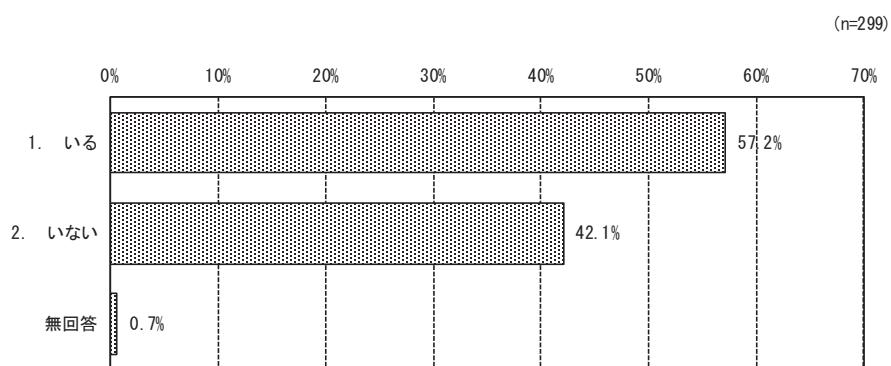
(n=7668)



(イ) Q45. 条件が整えば地域生活に移行できる入所者の有無

「1. いる」と回答した施設が 57.2%、「2. いない」と回答した施設が 42.1%となっている。

図 72 Q45. 条件が整えば地域生活に移行できる入所者の有無



「1.いる」と回答した施設における、「全入所者に占める移行できる人数の割合」は以下の通りである。

図 73 Q45_比率. 条件が整えば地域生活に移行できる入所者の割合 (%)

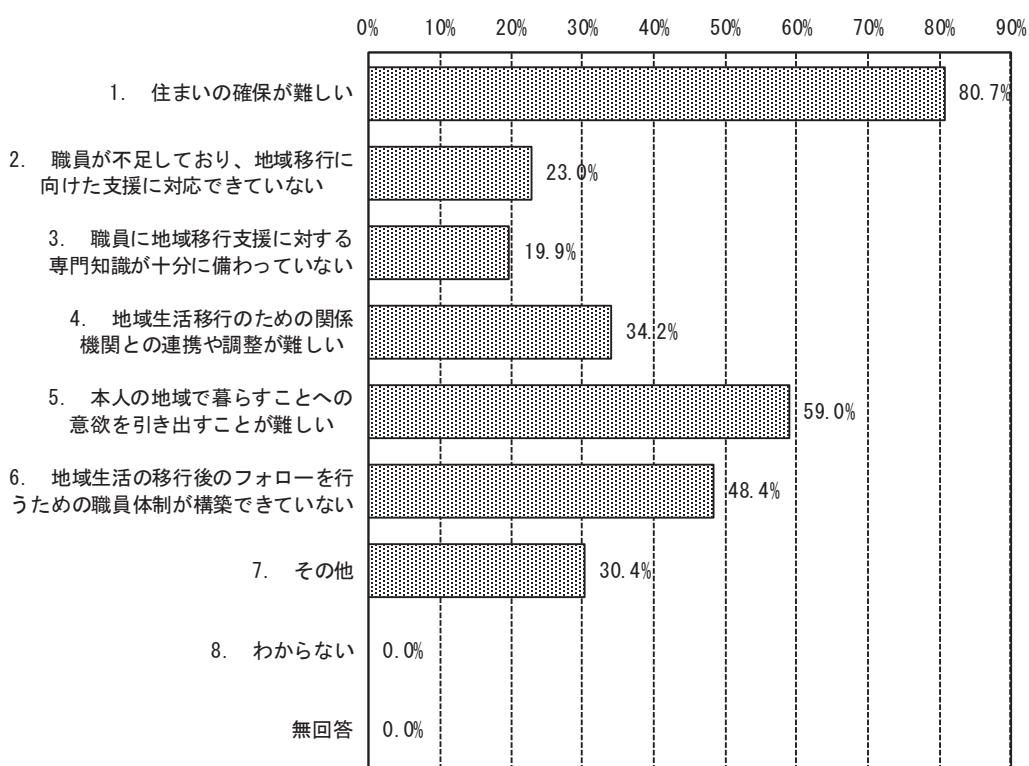
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
8.44	0.03	3.00	10.00	100.00	10.25	5.50	10.00

(ウ) Q45-1. 地域生活への移行ができない理由や移行する上での課題

「1. 住まいの確保が難しい」の割合が最も高く 80.7%となっている。次いで、「5. 本人の地域で暮らすことへの意欲を引き出すことが難しい (59.0%)」、「6. 地域生活の移行後のフォローを行うための職員体制が構築できていない (48.4%)」となっている。

図 74 Q45-1. 地域生活への移行ができない理由や移行するまでの課題

(n=161)



(4) 入所者に対するサービス提供の状況

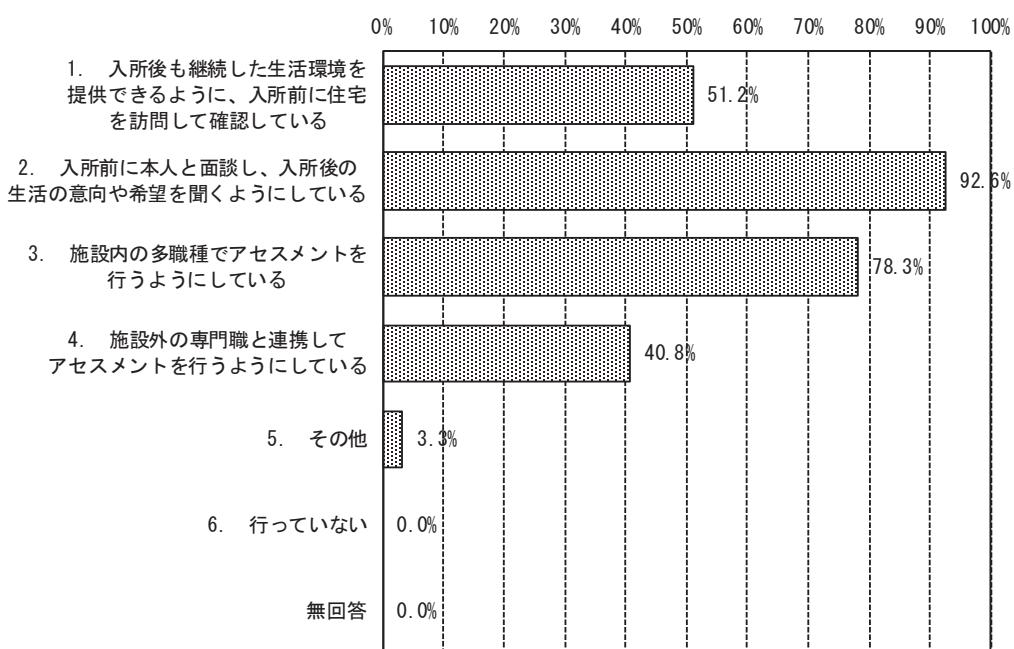
①入所前～入所時・入所中・退所時～退所後の支援状況

(ア) Q46. 入所時のアセスメント

「2. 入所前に本人と面談し、入所後の生活の意向や希望を聞くようしている」の割合が最も高く 92.6%となっている。次いで、「3. 施設内の多職種でアセスメントを行うようしている（78.3%）」、「1. 入所後も継続した生活環境を提供できるように、入所前に住宅を訪問して確認している（51.2%）」となっている。

図 75 Q46. 入所時のアセスメント

(n=299)

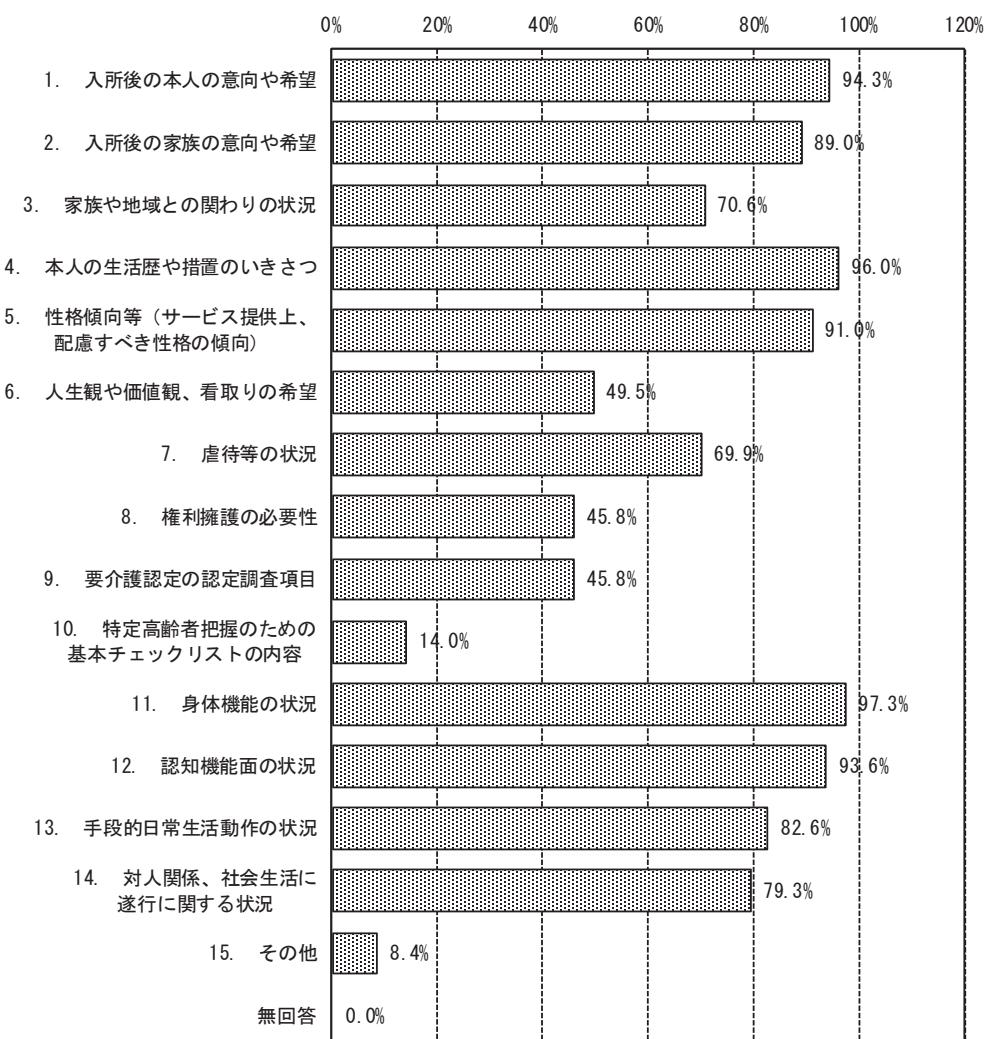


(イ) Q47. 入所時のアセスメントでの把握内容

「11. 身体機能の状況」の割合が最も高く97.3%となっている。次いで、「4. 本人の生活歴や措置のいきさつ(96.0%)」、「1. 入所後の本人の意向や希望(94.3%)」となっている。

図 76 Q47. 入所時のアセスメントでの把握内容

(n=299)

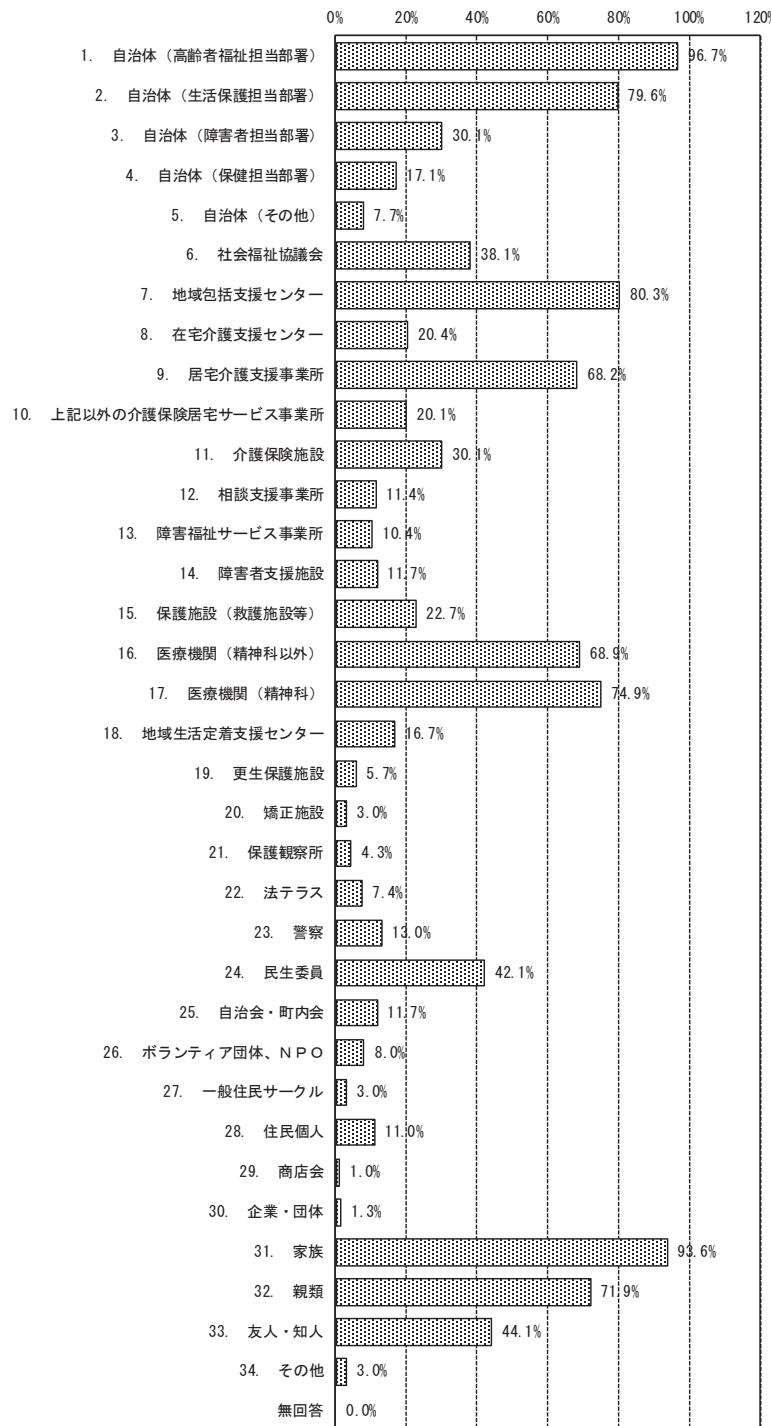


(ウ) Q48. 入所前～入所時に連携している機関、団体等

「1. 自治体（高齢者福祉担当部署）」の割合が最も高く 96.7%となっている。次いで、「31. 家族（93.6%）」、「7. 地域包括支援センター（80.3%）」となっている。

図 77 Q48. 入所前～入所時に連携している機関、団体等

(n=299)



(工) Q49. 入所前～入所時の支援にあたって課題に感じていること

図 78 Q49. 入所前～入所時の支援にあたって課題に感じていること

■ 入所前と入所後の情報の違い

- ・ 身元引受人との関係性が弱かったり、ご家族そのものに問題があり、入所後の協力等に不安を残すケースがみられる。
- ・ 措置権者により基本情報内容が異なる為、統一してほしい。 身元引受人が高齢であり、入所時の準備不足がある。
- ・ 介護保険施設に入所していたが、更新等で介護度が軽度化したために退所を余儀なくされるものの、自宅を引き払っており帰る場所がないという方が増えてきた。
- ・ 入所時の環境から入所後の生活へのスムーズな移行
- ・ 本人様の状態等が受け取った情報提供内容と異なっている場合がある。
介護認定を受ければ、要介護3以上になりそうな方でも（対象者は2以下）要介護2の状態のまま、入所になってしまうこともある
- ・ 行政からの情報が少ない時がある。 特に精神科や触法高齢者について経歴を明確にして頂くことが適切な、入所後の支援につながる為、重要である。
- ・ 措置事務所の調査が不十分。
生活相談員の調査力が不十分。
- ・ 単身生活の場合、認知症がどのくらい進んでいるのか1回の実態調査だけで把握しきれない。
- ・ 入所者当人が入所に納得していない場合
- ・ 生活保護の方について入所に伴う生活保護廃止となる際に生じる生活の支障を生活保護担当者が配慮していない場合がある
- ・ 入所前の生活状況やご家族の関わり、また医療機関の関わりの情報が、生きた情報として適切に把握できていないことが多い。
- ・ どのように支援するのか、各部署に伝え受入準備をするのだが、情報提供や面接で細部まで見極めることが難しい。
- ・ （本人・家族・病院や施設職員などとの）入所前の面談・調査と実際に施設入所してからのADL・支援レベルなどが違う事が多い。職員によっては“事前の話と違う。もっとしっかり調査してきて欲しい。”という声が聞かれる。
- ・ 面談チェックリストの見直し、面接スキルの向上が必要と考えると同時に、事前調査時と新しい環境下で本人が対応できるかできないかは個人差がある事、事前調査が100%ではないと言う事の職員理解を深める必要がある。
- ・ 親族関係の協力が得られない場合の、医療同意等が課題。施設としては、できる限り対応する意向があるものの、以前に比べて病院の体制が厳しくなっているため、結果入所者が不利益を被る可能性が増している。
- ・ 入所前には、施設見学。入所時には、在宅での生活に近い支援を実施したいと思っているが、個々の生活様式の違いを尊重しながら団体生活に移行する過程での支援方法。
- ・ 借家から施設の入所にあたり、お金がない方の電化製品・家財道具の処分対応について
- ・ 行政からくる依頼書の内容では利用者の事が把握できない又は実際と大きく違う（認知症が重度だったこともある）
- ・ 家族によるDVで緊急入所の場合、市町村措置担当課は、身元引受人を明確に決めない事が多い。そのことが、入院手続き等の遅滞を招くので、一時的にでも市町村が身元として対応してほしい。
- ・ 各自治体（措置権者）の支援、相談体制に大きな差がある。入所前後の協力体制がしっかりとほしいが、措置控えが顕著であるため、施設と措置権者のパワーバランスがとっても難しい現状である
- ・ 精神疾患のある方に対する支援方法。
- ・ 入所に対して不安を感じている方が多い、家族が預けっぱなしにすることが多い、そういうことがないようしていく努力はしている。

・ 面談や、体験利用だけでは、本人が実際施設で生活する際の希望や、個性、特性などを把握し支援することが困難な場合がある。
・ 入所前特に独居で生活をしていると、病院等で処方された薬を定期に服用せず、身体の状態がほとんどわからず、入所してから施設の嘱託医へ通院し、正確な病名がわかり治療していくというパターンが多い。よって、医療面が問題になってくる。当然入所前に入所申請の書類の中に「健康診断」という項目が設けられているが、アバウトで本来の治療をする箇所が見えてこない。
・ 入所時の情報が少なく、十分なアセスメントがないまま入所となるケースがある。 病気や債務、家の処分など、さまざまな課題が整理されないまま入所となり、施設での対応が困難。
・ 入所される方が納得されないまま入所されていて、事前の説明が不十分
・ 医療的（既往歴等）情報がない方への対応について
・ 行政の関わりが入所申請からの場合、生活歴や病歴などの情報が明確でなかったり、少ない場合が多い。入所希望者によっては措置入所の意味を理解できていないこともある。
・ 入所後になって判明する事実（福祉事務所も把握できていない）が現れる等、入所前の情報収集に限界がある。
・ 時間的に短い制約が多い中、十分なアセスメント（情報入手等）ができていないことから、必要最小限の断片的な情報で入所の可否を判断するが多く、入所後にアセスメントを進めなくてはならない。
・ 入所まで十分な調査ができないケース（緊急入所が求められる場合）が増えており、入所直後の状態変化など予想できないことも多々見られる。
・ 入所に当たって、措置機関が入所者の預金等の調査を充分に行っていないことから多額の預金所有者がいる。
・ 入所前に家族等に引受人の役割を説明し協力をお願いするが、有事の際、はっきりとした考えがなく施設の判断に任せるなど言われる方がいる。
・ 借金があることを隠している事。税金等滞納分が多くあることを隠している事。
・ 入所前の生活歴など、以前と比較し情報が少ない
・ 地域ケア会議に参加できていないため、入所前のケアの経過がわからない場合がある。
・ 入所手続きのみ来荘する家族も多く、入所前の面接や入所後の生活について情報発信していけばと感じている。
・ 精神疾患の方が多くなってきており、精神症状や入院歴などの情報が不足しているケースが多い。
・ 病院から直接入所の場合が多くなってきており、在宅生活での住まいの状況など把握できないことがある。
・ 入所前の情報（書類）と、入所時の状態が大きく違う時がある場合。
・ 借金があることを隠している事。税金等滞納分が多くあることを隠している事。
・ 入所時の環境から入所後の生活へのスムーズな移行
・ 本人、家族、行政（措置者）が隠していることが判明時の対応に困っている。 借金（税・水道・ガス・電気・TEL等）
・ 負債や借金、未払金があり、整理ができていないままの入所が、最近、目につく様になった。その全体像をつかむのに、手間がかかる。
・ 自宅が、空家のまま入所する人も増えてきた。そのまま放っておくわけにもいかず、処分に関する費用がない人も多い。
・ その方の生活歴をなかなか知ることができない
・ 意思疎通が困難な方、自分の名前すら書けない方など（養護のレベルで対応ができるのか時に疑問な対象者がいて）対応に苦慮する。
・ 緊急入所や精神障害の方の入所が多く、全体像を十分把握できない場合がある。
・ 成育歴や生活環境が不明の方が緊急入所される。
・ 借金、金銭トラブルなど入所後に分かることが多く、対処に困ることが多い。
・ 借金などの金銭絡みの問題把握。行政からの情報の少なさ
・ 各市町村から来る情報と入所前の面接1回では、情報収集が難しく、入所してから病気が分かることもある。
・ 本人の生活歴・病歴の情報が充分でない場合がある。

- ・措置施設で窓口が行政のため、聞き取り不十分で情報が不足がちである。特に家族関係（家系図）は入所後のケアの重要なポイントである。入所すると、家族も行政も非協力的姿勢を見せる。
- ・出来るだけ多職種で実態調査に行きたいが、人員にその余裕がない
入所前に本人や家族と顔をあわせる機会を一度だけでなく、複数回持ちたいが、緊急的な入所や退院に期限があつての入所だったりすることが多いので、難しい（身元引受人がいても顔をあわせないまま入所になってしまうこともある）
- ・身元引受人から、どの程度の支援や援助が望めるか、把握しにくいこと
入所直前のADLの確認
- ・緊急性がある場合には事前アセスメントができないため、必要な情報が後になってしまい、ケアは後手にまわってしまうこと。
- ・的確な情報の把握に努力しているが、把握漏れが入所後に出現するケースある。
- ・ケースによっては情報が不足していることがあり、対象者を支援していく中で、その方の生活をより豊かなものにするためには誰と連携をするのがよいか、みえにくく時がある。
- ・養護老人ホームに対する理解が、行政担当者も含め介護支援専門員や包括支援センター等のスタッフも不十分なこともあります、入所該当者に対する十分な説明がないままに、誤解を招いていることもあります。入所前の面談や説明の重要性を感じている。
- ・情報量が少ない。
- ・生活歴・病歴等の詳細な情報が得られない。
- ・認知症の場合、徘徊等の経験を確認していても、その程度が分からぬいため苦慮することが出てくる。
- ・入所前に本人と面談するが、本人の気持ちや性格がつかめず、入所後に支援が難しいことがある。
- ・包括やケアマネジャーの関わりが入所を機に途絶えるため、入所前の課題が未解決のまま、引き継ぎもそこそこに持ち込まれることが多い。
- ・介護保険や生活保護など何らかの制度を利用している方であれば、その方の情報が多く得られるのですが、制度の利用が全くなく、急に支援の対象となった場合、その対象者の情報がほぼない状態のまま入居についての問い合わせや会議をしなければならないことがある。関係機関が対象者の情報収集が不十分なことが多い。
- ・入所時提出の養護老人ホーム入所用健康診断書の様式が古すぎる
- ・入所前の資料、面接において情報に洩れがあり、入所後に対応苦慮する事がある。

■ 身元引受人や家族等の協力を得ることが困難

- ・収入が十分でないうえに、無計画な金銭管理によりローン返済、借金、各種支払い等があり、入所後も継続的に返済が必要な方が増えてきている。権利擁護事業等を活用すべきでもあるが、申請に時間がかかる、負担金が負担できないなど、実用に至る方は少なく、結果的に施設職員が代行して行うこととなり、それに掛かる負担が増大している。入所前にはそのような情報がなく、入所後に発覚するケースも多くあり、対応に苦慮している。外部からの支援も受けにくい。
- ・近親者がいない場合の身元引受人の問題
- ・入所の準備、支度を手伝ってくれる方が無い（汚れた物の持ち込み）
- ・医療の同意を得られる身元引受人が居ない
- ・身元引受人として活動出来ない方が多い
- ・身元引受人が居ないケース。※入所時に措置市町村より、探す旨話があるが、いまだに決まっていないケース。入院等が必要な時の対応等苦慮している。将来、特別養護老人ホーム等への住み替えも難しくなる。
- ・家族関係の希薄さから、引受人の選定ができない場合など。
- ・身元引受人様がいらっしゃらない場合や、あまり協力的では無いご家族の場合の対応に困る場合もある。
- ・個人情報保護により親族の状況を以前より把握できなくなった。
- ・身元引受人の確保について困難な場合がある。
- ・引受人が不在時に、どのように行政側と関わっていくか。
- ・刑事施設からの入所者の場合、その利用者との関わりや入所後の対応についてどのようにしていくか。

- ・引受人が非協力的な場合の連絡、対応が困難。
- ・家族との関係性が希薄な方が多くなり、入所前の準備や段取りを担当のケアマネジャーや施設側が行うことが増えている。
- ・養護老人ホームのため、家族と疎遠な方が多く、身元引受人不在のまま入所となるケースが多くなっている。
- ・家族が遠方にいるので対応が大変である。
- ・入所時にだけ身元引受人として来られるが、実際は、機能せず、連絡もなかなかつながらない。
- ・経済的虐待者に近い親族が身元引受人になるケースがある。
- ・債務などの問題を方針を決めず、施設側に委ねる等のケースがある。
- ・養護老人ホームのため、家族等身内の協力が得られない
- ・身元引受人が遠方の方が多く事前の説明等が電話や郵送になり連携がしにくい。
- ・生活状況を確認する際、措置をする行政が把握できていないこと（家族関係や負債状況）の聞き取りと、その支援策を相談するのに、キーパーソンがいないとき。信頼関係の構築
- ・精神疾患を抱える方の場合 P S Wは関わっているが地域住民との関わりがほとんどない。
- ・社会復帰の支援にたどりつけない。
- ・家族関係が悪く、身元引受者の決定ができない場合が増えてきている
- ・身元引受人がいない方の受け入れ。
- ・身元引受人がきちんと決まっていなかったり、遠方に居られ入所時来所ができない場合などの連絡体制のあり方に課題を感じる
- ・ご家族が全くいない方については、事前準備等の対応に苦慮する場合がある。

■ 経済的な理由

- ・生活保護受給者は医療のみの受給となる為、生活費（小遣い）の減少の説明をきちんとし、納得してもらう事。
- ・生活保護の受給が止まるにあたり、入所後に自由に使える金銭がなく退所したいという方がいる。
- ・自身が虐待者であり、家族と接見距離を置かなくてはいけないことを認知できておらず、「家族がいるから」と入所直前まで拒否が続いたケースあり。
- ・生活保護の切り替わりもあり、引っ越し代の借金が残り、施設側で返済計画を立てていくケースもある。
- ・入所前の借金の対応。
- ・経済面の問題。

■ 医療面や重度化に伴う対応の困難さ

- ・高齢者（90歳以上）の入所は体調の変化・管理に注意が必要。
- ・精神科長期入院者のへの対応及び、引受人のあり方。
要介護状態での入所がほとんどであり、入所後すぐに重度化していくのが現状。
- ・ADL の低下や認知症等により介護の必要性の高い方が入所を希望されることが多くみられるが、当施設は広く、その様な方が生活する際には問題が生じることが多く、入所しても早い段階で状態が悪化する場合があるため、どのような方でも受け入れるということができない状況にある。しかし、措置施設であり、セーフティネットとしての役割を果たすため、その中でも可能な限りは受け入れを行っており、介護を必要とする方や問題行動への対応が必要な方が多くなっている。入所申込み者の重度化への対応が難しく、課題と考えている。

■ その他

- ・細かいニーズを掴めても、実際に細かい支援へつなげられない。
- ・措置の為、入所までは市町の責任を感じている。
- ・当施設の運営資金が十分とは言えず、職員の体制や移送手段等に限界があるため、交通手段を持たない入所希望者に十分な対応ができない
- ・入所の日程調整
- ・職員のスキル（精神・発達・認知症等）

- ・ 介護保険施設に入所していたが、更新等で介護度が軽度化したために退所を余儀なくされるものの、自宅を引き払っており帰る場所がないという方が増えてきた。
- ・ 経済的虐待等への対応において専門職の介入はあるも安易に貸付等の金銭的負債をもって施設入居となるため、適正な介護保険サービスの利用ができないケースが見受けられる。
一過性の対応は謹んでほしい。
- ・ 明らかに独居が難しい状況にある利用者に、入所の意思が無く、頑なに入所を拒まれるが、家族や近隣の方々が入所を強く希望されている。その間で結論を求められる。
- ・ 一人部屋の希望が多いが一人部屋の数が限られており対応しきれない。
- ・ 自宅で一人暮らしをされてきた方も多いため、集団での生活への不安を抱く方が多い。合わせて視覚障害があるため、環境への適応に時間を要する。様々な事への不安から精神的に不安定にならないよう対応が必要と感じる。
- ・ 措置の決定に向けた動きの中で養護の理解を深めてもらう必要性を感じる
- ・ 本人の入所意志の確認
- ・ 施設に入所すると、今後は地域に戻ることはない、ご本人・ご家族が思い込んでいる。
- ・ 入所判定会が年4回（3ヶ月に1回）であるため、退院時の入所希望など、入所判定会まで待てないケースがある。
- ・ 入所をご希望される方が実際にいらしても、入所手続が煩雑な上、自治体の措置決定まで長時間をするため、入所に至らない。
- ・ 児童・民生委員の活動状況、自治体の広報活動
- ・ 面接時から入所の間に ADL 状況が変わらないよう、入所までの期間が長引かないように気をつける。
- ・ 無年金であったり入所したことに対する迷いや後悔をされる。
- ・ 入所前の居住地の整理（片づけ、公共料金の契約解除など）ができていない入所者に対し、入所した施設職員が代行するケースがある。
- ・ 触法や精神障害の方の生活設計を十分に行うことができない
- ・ 精神的な負担を少しでも軽減できるような声掛け支援ができるのか。
- ・ 入所基準が明確でない。精神疾患の入所判断が難しい。
- ・ ご家族が、養護老人ホームについてどこまで理解されているのか
- ・ 入所前相談もしくは入所時の時点で、終の棲家としての入所希望が主であり、将来的な地域生活への意向を希望する本人・家族がほぼない状況にあるため、その面における支援ニーズの引き出しが難しい。
- ・ 利用者本人が望まない、または理解できていない中での入所のため、利用当初は帰宅願望が強い場合が多い。
- ・ 在宅で生活している時は、ある程度自由がきいていたが、施設へ入所すると集団生活になり、施設での規則があるので自由がきかなくなり、不満を言われる方がいるので、どのように支援していくかわからない時がある。
- ・ 在宅での生活習慣から集団生活へ馴染むまで時間を要する。

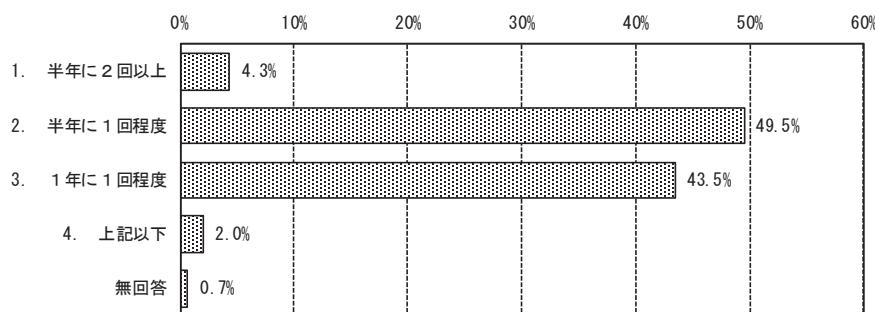
②入所中

(ア) Q50-1. アセスメントの頻度

「2. 半年に1回程度」の割合が最も高く 49.5%となっている。次いで、「3. 1年に1回程度(43.5%)」、「1. 半年に2回以上(4.3%)」となっている。

図 79 Q50-1. アセスメントの頻度

(n=299)

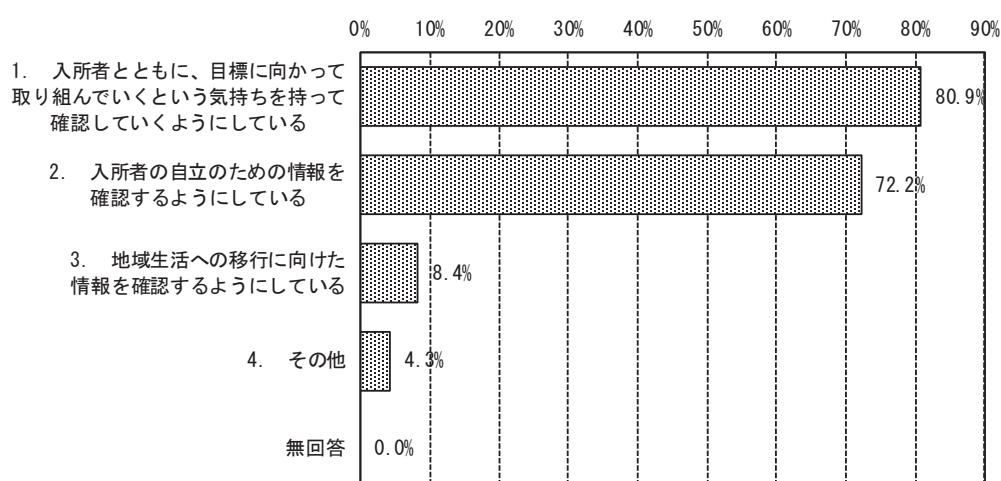


(イ) Q50-2. アセスメントにおいて配慮していること

「1. 入所者とともに、目標に向かって取り組んでいくという気持ちを持って確認していくようとしている」の割合が最も高く 80.9%となっている。次いで、「2. 入所者の自立のための情報を確認するようとしている(72.2%)」、「3. 地域生活への移行に向けた情報を確認するようとしている(8.4%)」となっている。

図 80 Q50-2. アセスメントにおいて配慮していること

(n=299)

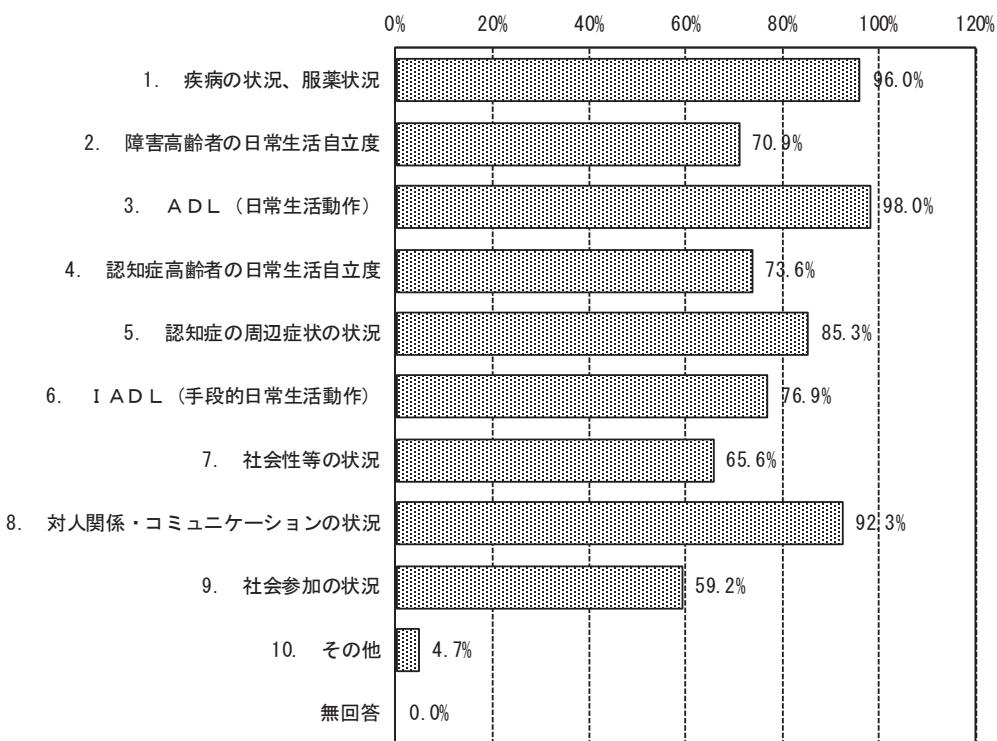


(ウ) Q50-3. アセスメント項目

「3. A D L (日常生活動作)」の割合が最も高く 98.0%となっている。次いで、「1. 疾病の状況、服薬状況 (96.0%)」、「8. 対人関係・コミュニケーションの状況 (92.3%)」となっている。

図 81 Q50-3. アセスメント項目

(n=299)

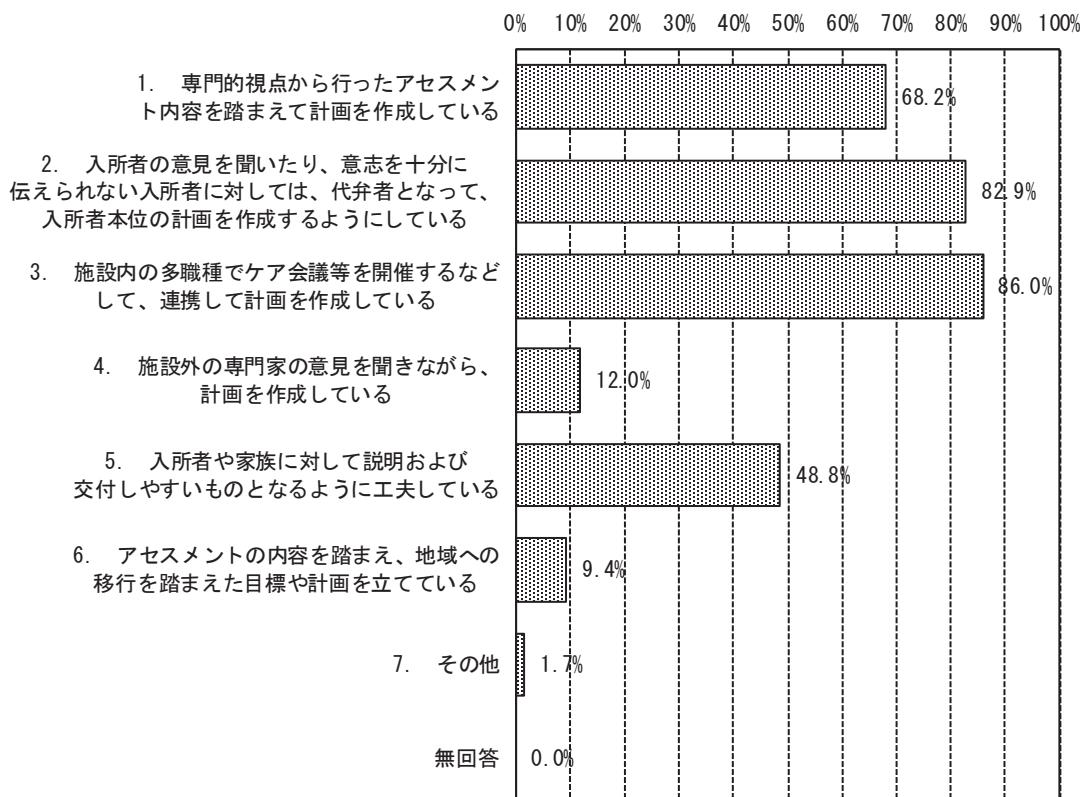


(エ) Q51. 処遇計画の作成にあたって工夫していること

「3. 施設内の多職種でケア会議等を開催するなどして、連携して計画を作成している」の割合が最も高く 86.0%となっている。次いで、「2. 入所者の意見を聞いたり、意志を十分に伝えられない入所者に対しては、代弁者となって、入所者本位の計画を作成するようにしている（82.9%）」、「1. 専門的視点から行ったアセスメント内容を踏まえて計画を作成している（68.2%）」となっている。

図 82 Q51. 処遇計画の作成にあたって工夫していること

(n=299)

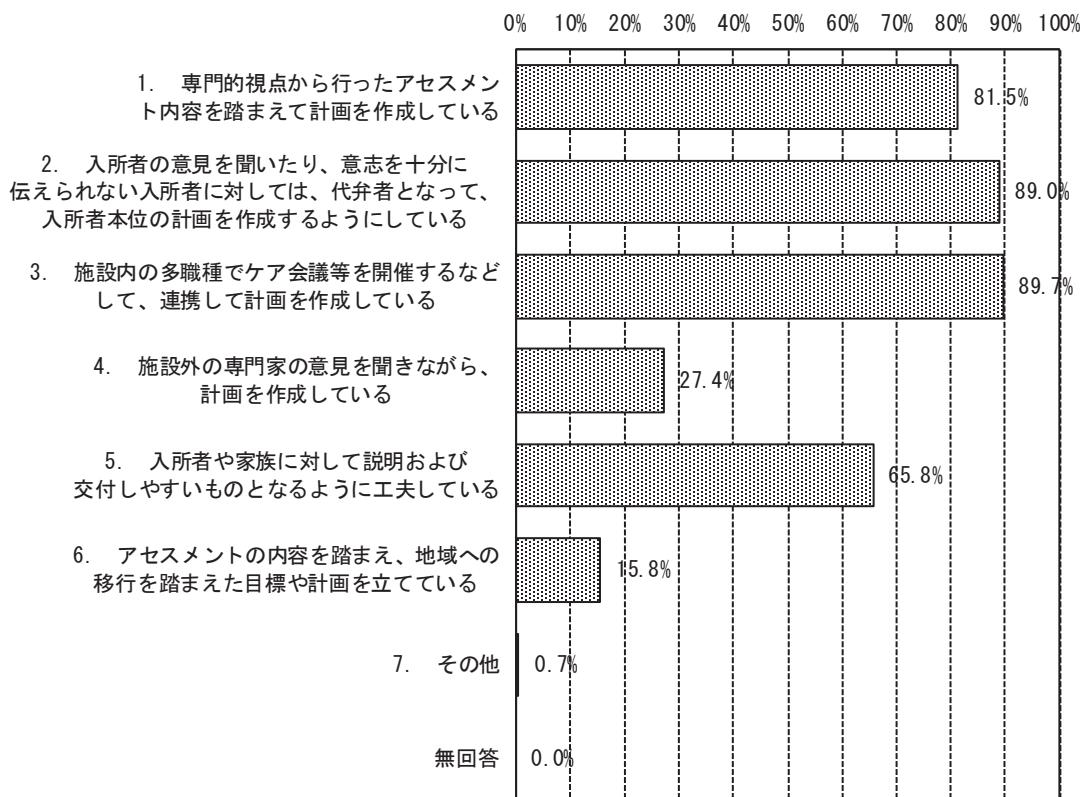


(才) Q52. 個別計画作成にあたって工夫していること

「3. 施設内の多職種でケア会議等を開催するなどして、連携して計画を作成している」の割合が最も高く 89.7%となっている。次いで、「2. 入所者の意見を聞いたり、意志を十分に伝えられない入所者に対しては、代弁者となって、入所者本位の計画を作成するようにしている（89.0%）」、「1. 専門的視点から行ったアセスメント内容を踏まえて計画を作成している（81.5%）」となっている。

図 83 Q52. 個別計画作成にあたって工夫していること

(n=146)

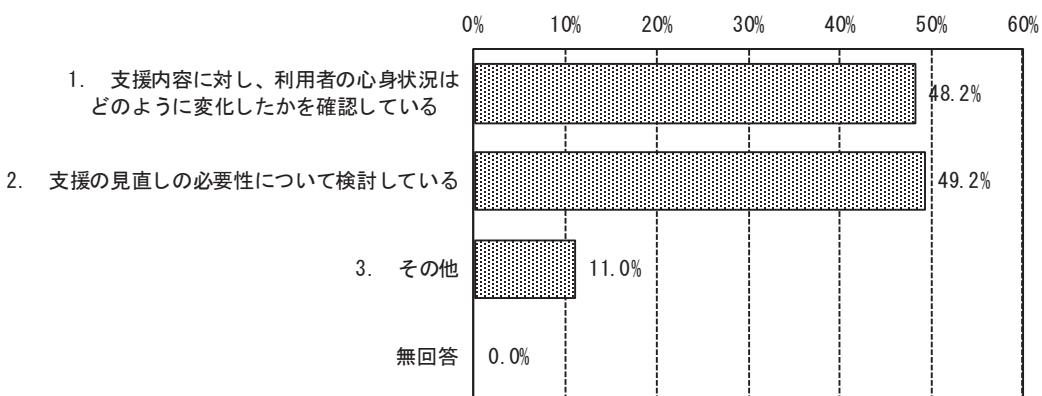


(カ) Q53. 地域移行支援を見据えたモニタリングの実施内容

「2. 支援の見直しの必要性について検討している」の割合が最も高く 49.2% となっている。次いで、「1. 支援内容に対し、利用者的心身状況はどのように変化したかを確認している（48.2%）」、「3. その他（11.0%）」となっている。

図 84 Q53. 地域移行支援を見据えたモニタリングの実施内容

(n=299)

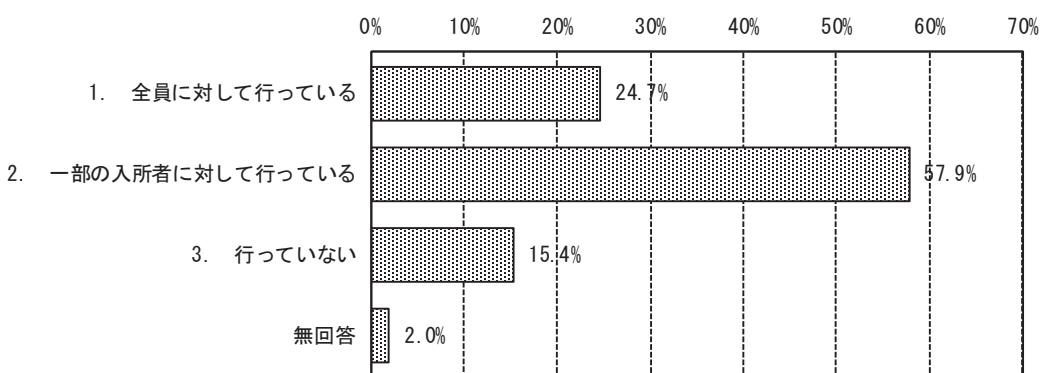


(キ) Q54. 入所者の手持ち現金管理の実施の有無

「2. 一部の入所者に対して行っている」の割合が最も高く 57.9% となっている。次いで、「1. 全員に対して行っている（24.7%）」、「3. 行っていない（15.4%）」となっている。

図 85 Q54. 入所者の手持ち現金管理の実施の有無

(n=299)

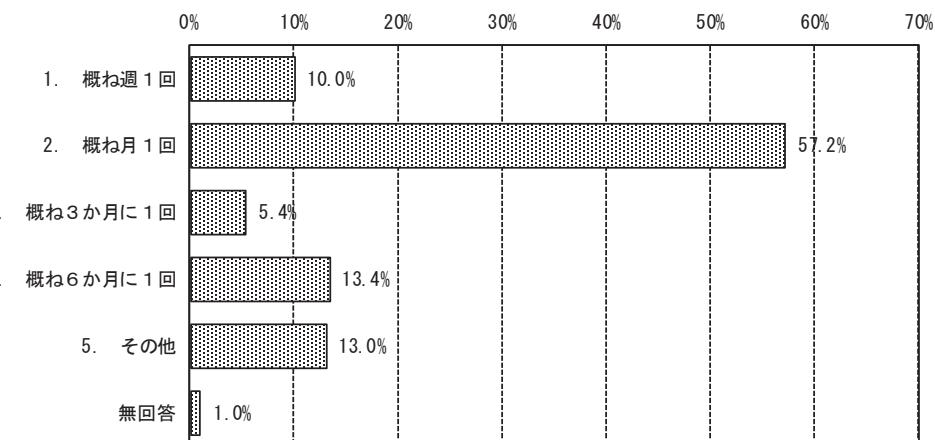


(ク) Q55-1. ケア会議の開催頻度

「2. 概ね月1回」の割合が最も高く57.2%となっている。次いで、「4. 概ね6か月に1回(13.4%)」、「5. その他(13.0%)」となっている。

図 86 Q55-1. ケア会議の開催頻度

(n=299)

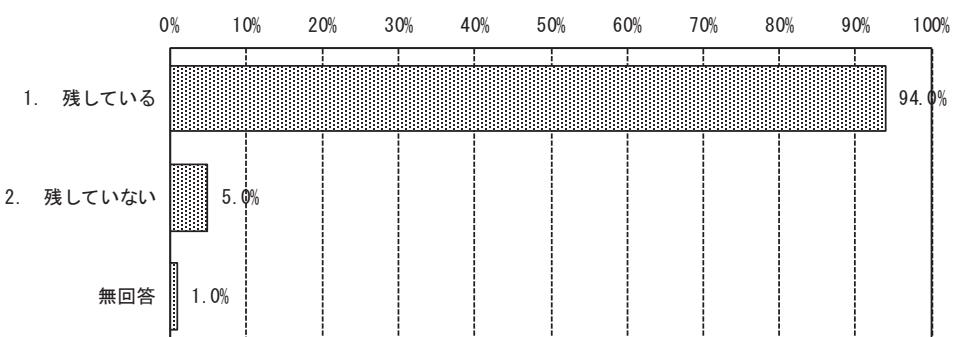


(ケ) Q55-2. ケア会議の記録

「1. 残している」94.0%、「2. 残していない」5.0%となっている。

図 87 Q55-2. ケア会議の記録

(n=299)

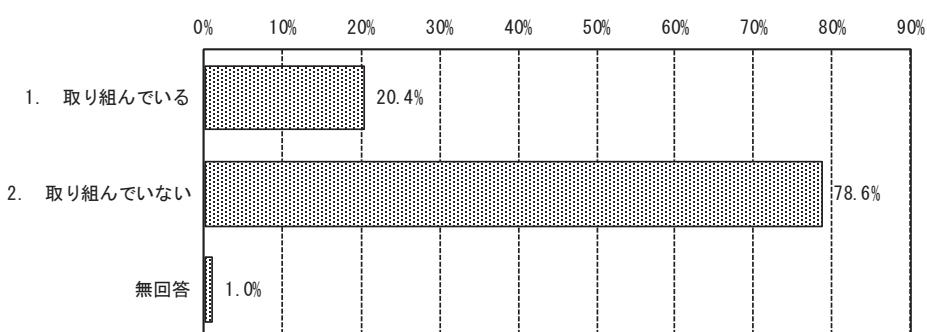


(コ) Q56-1. 地域への移行支援

「1. 取り組んでいる」20.4%、「2. 取り組んでいない」78.6%となっている。

図 88 Q56-1. 地域への移行支援

(n=299)

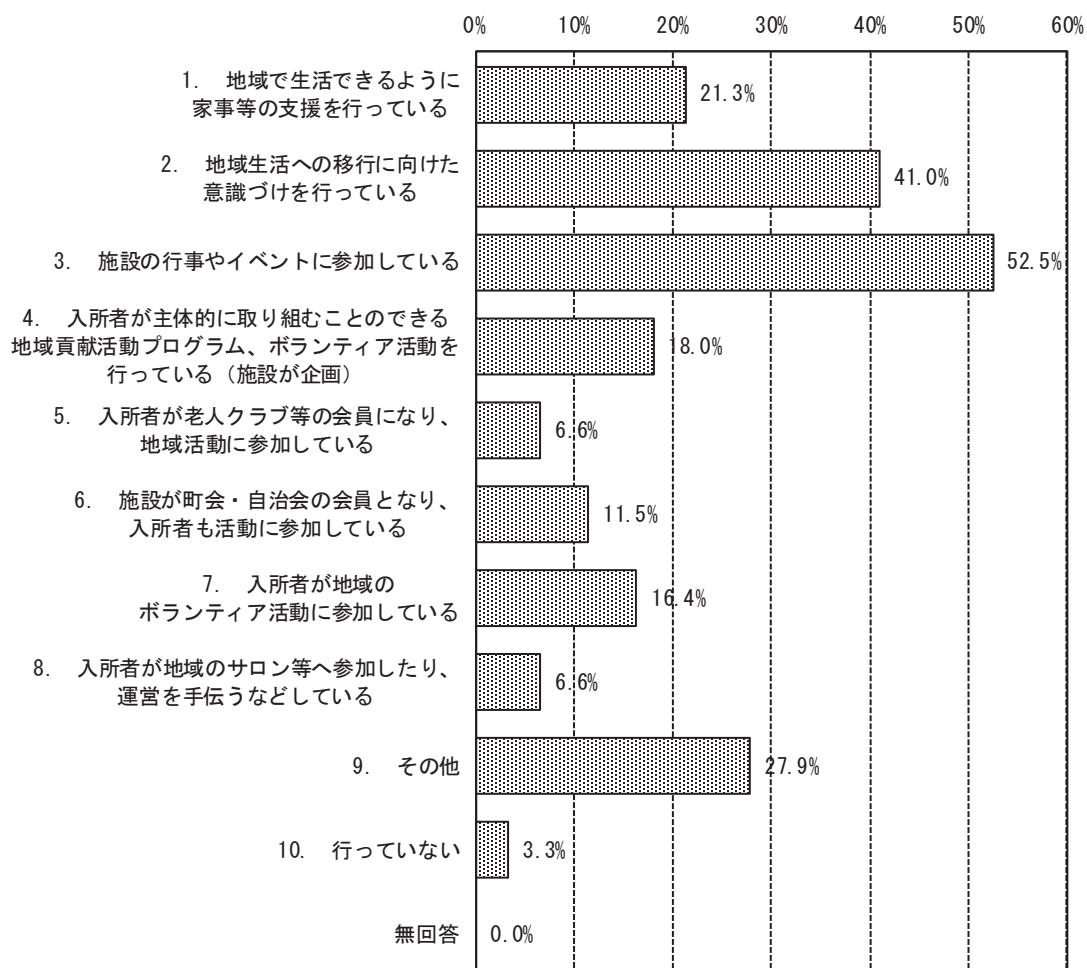


(サ) Q56-2. 地域への移行支援に関する取組内容

「3. 施設の行事やイベントに参加している（グループワークやコミュニティワークの視点で捉え、集団生活や地域生活を円滑に遂行できるようにするための場として支援）」の割合が最も高く52.5%となっている。次いで、「2. 地域生活への移行に向けた意識づけを行っている（41.0%）」、「9. その他（27.9%）」となっている。

図 89 Q56-2. 地域への移行支援に関する取組内容

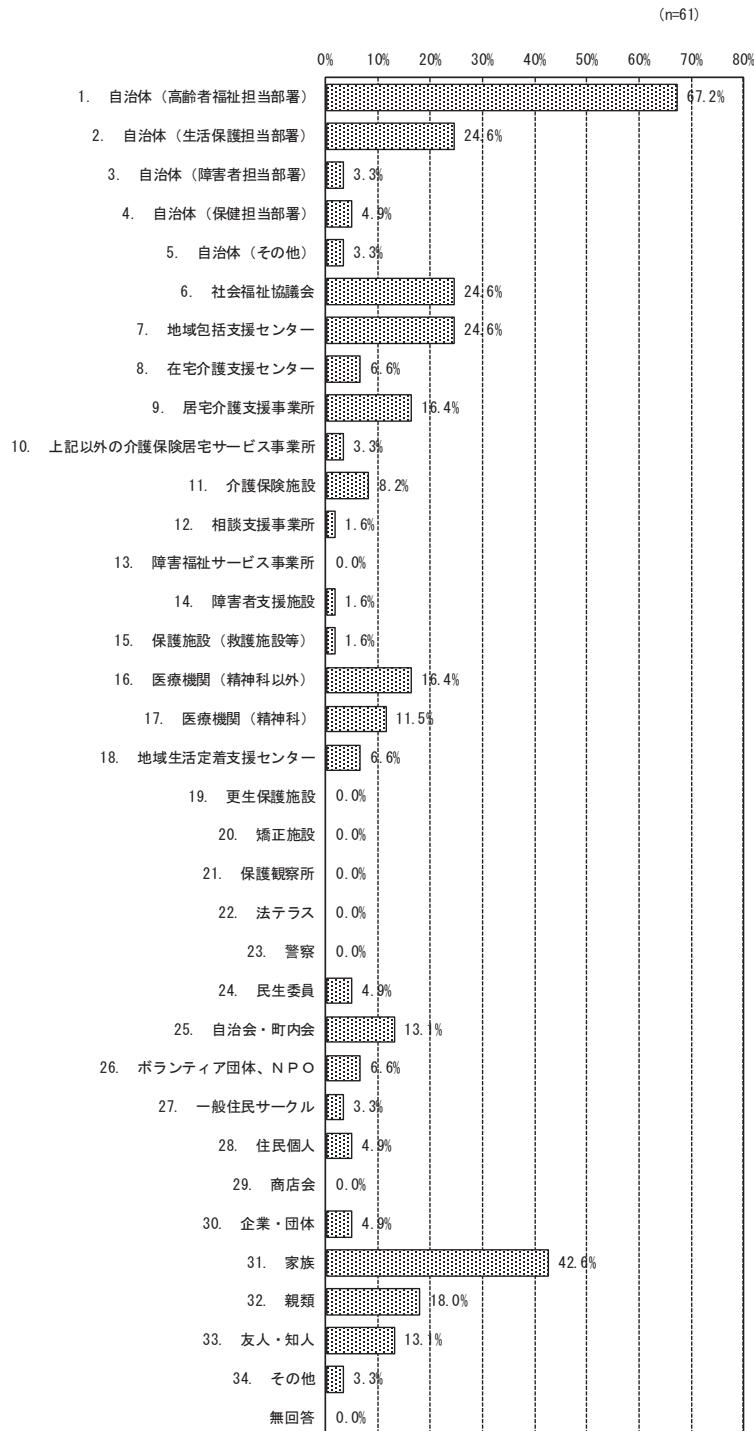
(n=61)



(シ) Q56-3. 地域への移行支援にあたって協力・連携した他の機関、社会資源

「1. 自治体（高齢者福祉担当部署）」の割合が最も高く 67.2%となっている。次いで、「31. 家族（42.6%）」、「2. 自治体（生活保護担当部署）（24.6%）」、「6. 社会福祉協議会（24.6%）」、「7. 地域包括支援センター（24.6%）」となっている。

図 90 Q56-3. 地域への移行支援にあたって協力・連携した他の機関、社会資源



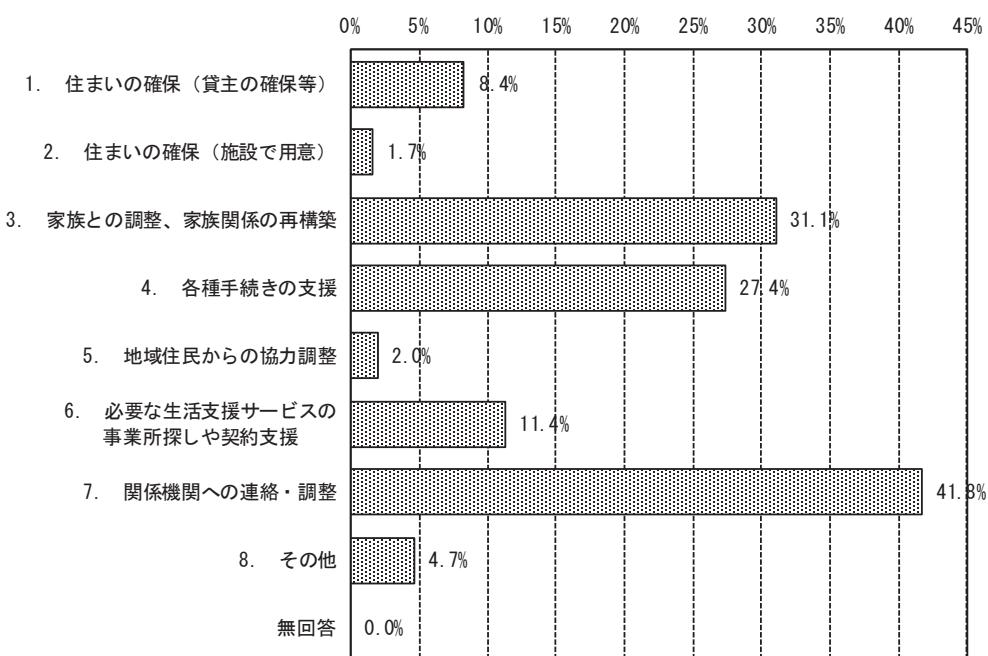
③退所時～退所後

(ア) Q57. 地域移行する際の準備として行っていること

「7. 関係機関への連絡・調整」の割合が最も高く 41.8%となっている。次いで、「3. 家族との調整、家族関係の再構築（31.1%）」、「4. 各種手続きの支援（27.4%）」となっている。

図 91 Q57. 地域移行する際の準備として行っていること

(n=299)

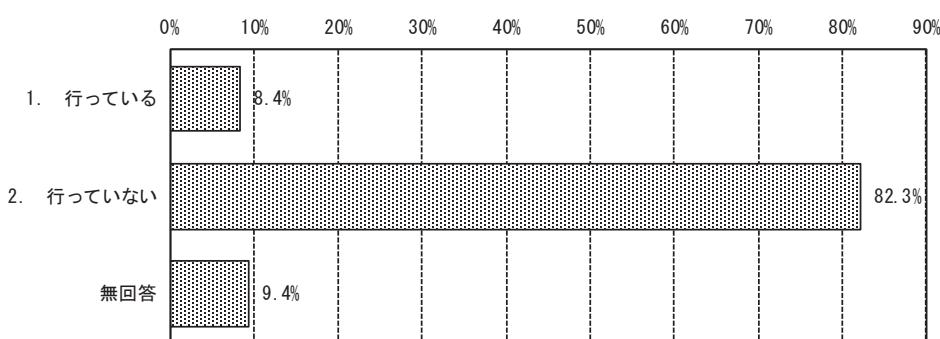


(イ) Q58-1. 退所後の支援の実施状況

「1. 行っている」8.4%、「2. 行っていない」82.3%となっている。

図 92 Q58-1. 退所後の支援の実施状況

(n=299)

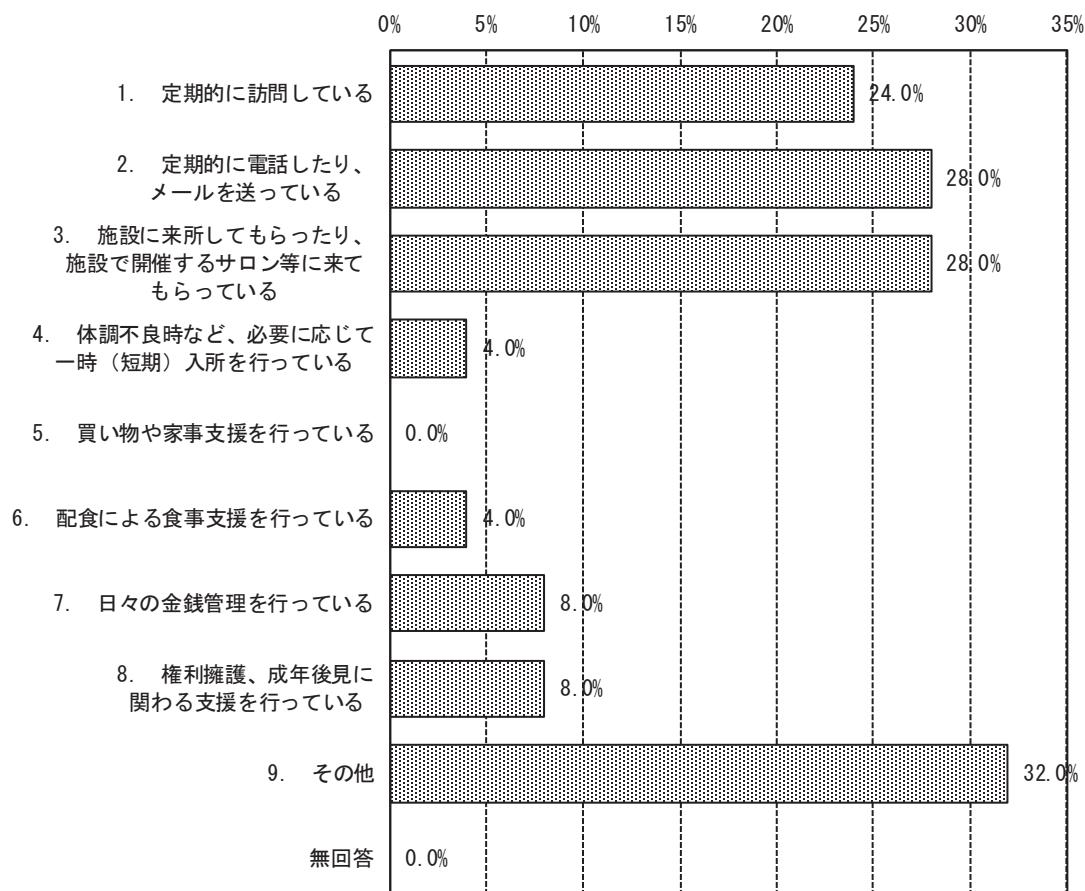


(ウ) Q58-2. 退所後に行っている支援

「9. その他」の割合が最も高く 32.0%となっている。次いで、「2. 定期的に電話したり、メールを送っている（28.0%）」、「3. 施設に来所してもらったり、施設で開催するサロン等に来てもらっている（28.0%）」となっている。

図 93 Q58-2. 退所後に行っている支援

(n=25)



(工) Q59. 退所時の支援にあたって課題に感じていること

図 94 Q59. 退所時の支援にあたって課題に感じていること

■ 退所後の住居の確保が困難

- ・ 家族による支援を得られないケースが多いため、住宅の確保、各種制度の申請、関係機関との調整、家族との調整等、支援内容は多岐にわたり、職員の負担が大きい。家族はもちろんのこと、関係機関との職種を超えた連携が必要であるように思われる。
- ・ 賃貸契約等に係る保証人の確保が難しい
- ・ 引受人(保証人)不在の場合、住居確保が困難。
- ・ 独居可能であっても、引受人の理解を得るのが困難。
- ・ 利用できるサービスがあっても、本人の理解力が乏しく、理解が進まない。
- ・ 障害を持っている方が住まいを確保する際に、保証人が必要な場合があり住まいが確保できない。

■ 入院時の対応や、医療提供に関する課題

- ・ 入院中の入所者に対して、常時の医療行為が必要になった場合、退院後、養護の職員体制では十分な対応ができないことを家族へ説明、医療機関と連携しながら他施設（療養型・特養）への転所を勧めるも、経済的に厳しい方が多く転所が難しい。
ご家族からは「頼る所も、お金もなく、医療機関や施設から見放されたような感じだ。」と言われたことがある。
- ・ 長期入院により措置が解除されても行き場が決まっていないことがある。
- ・ 体調不良で、長期入院となって退所される方が多いが、入院されてからは、施設で行っていた細かな目配りや支援が途切れてしまい、さまざまな面で不自由さや不都合を感じられるのではないかと、いつも案じている。また、たちまちの ADL の低下も危惧される。
- ・ 医療依存度が高い方への対応について、施設での対応が困難になった場合の療養先がなかなか見つからず難航するケースがあるが、医療機関や家族と連携を図り、退所時の情報提供や手続きがスムーズに行えるよう努めている。
- ・ 健康状態が悪化した場合の対応（救急搬送）
- ・ 現在長期入院中の者に対して、後の住所設定等の課題から円滑な退所への動きが取れない。
- ・ 重度化により退所するケースの場合、受け入れ先がなかなか見つからず、調整・移行に苦慮している。
- ・ 長期入院などによる退所は、身元引受人が不在の場合もあり、退所後も支援、連絡受けなど行っている。

■ 本人が退所を希望しないことや、自立した生活を送る環境を整えることへの課題

- ・ 各機関との連携が大切であるが、地域が遠方の場合は社会資源の情報が少なく、中心的に支援してもらえる機関を見つける必要がある。 状況を理解し、貢献してもらえる機関探しが課題である。
- ・ 退所後も変わりなく生活をしていただけるように、利用中の様子や支援方法を退所先に伝達する。
- ・ 家庭環境が整っていない状況でも本人の強い意思で在宅へ戻るケースがある。
利用者本人が家庭環境が悪い事を理解せずに（家族による身体的・経済的虐待やネグレクトを本人が理解していない）自宅へ帰るケースがある。
また、自由気ままに生活したい、と住まいの確保ができないうちに退所するケースもある。
どのケースも ADL が比較的自立しており、施設での生活の必要性を感じていない方が多く、行政・施設ともに説明しても理解されない。
- ・ 家族によっては、その人とのかかわりを拒む場合や、遠方により対応が難しいこと
- ・ 金銭管理、病院受診等健康管理、緊急時対応等についての支援。
- ・ 退所して社会へ出るという意識付けが難しい。
- ・ 本人の意思決定ではあるが、入所時の課題が解決されないまま地域へ復帰することに不安が残る。
- ・ 定員 120 名の高齢者施設であるが、75 歳未満の入所は全体の 7 %程度である。地域包括ケアの推進に伴い、地域で生活を送る年齢が高まっているためと思われるが、入所時の年齢が高齢化しており、家族との同居であれば地域移行も考えられるが、単独または夫婦のみでの生活は困難なケースがほとんどである。

- ・本人の地域生活に戻ることに対する漠然とした不安が強く、退所を希望しない。(施設での生活に安心を感じる)そのため地域移行をすすめることができない。
- ・退所時、施設側として、ご本人にとって必要なサービスと思っても、ご本人がそれを望まず、怠惰などの心配が残る。
- ・退所する本人の希望と現実の状況とが折り合わないことがある
- ・退所時、書類手続きに措置機関が立ち会わない市町村がある。
- ・退所後の生活環境が整えられるよう、家族や関係機関に密に連絡をとる。
- ・ADL の低下に伴い、養護老人ホームでの生活が困難となり、退所の運びとなるパターンが多くなってきているが、退所先（他施設等）がすぐ見つからず苦慮している。
- ・施設から地域（在宅）へ帰られるケースは稀である。
施設で生活している間に環境や疾病などの課題が解決すれば地域での生活も可能な場合があるのではないか?
出口支援は少ないのが現状である。
- ・地域への移行という退所のケースが少なく、そのために、どのような支援が必要なのか戸惑うことがある。養護老人ホームが一度入所したらすぐに退所できない、とか、退所した後の再入所は困難といった固定観念が行政にもあるために、地域への移行支援に対して消極的にもなっている。
- ・頼れる身寄りがない入所者が多いが、退所先を見つけるときにそのことが障害となり、重度化に即し状態に見合った生活場所へ移動を進めることが難しい。
- ・社会復帰や対処後の支援を念頭に入所する方や、その家族、措置機関は見たことがない。
- ・行先の確保から退所まで、ご本人の希望に添えるように連絡・調整をしている
- ・退所後の支援については、常時対応出来ないため、社会福祉協議会等へ依頼する。
- ・家族への援助（手続き等）
- ・施設に対して SOS を発信してくれるか、そうでない場合施設から細かく確認できる体制がとれるか、課題と感じている。
- ・定期的な連絡等はしていないが、各種案内の転送などもあるため退所後の住所の把握等努めている。家族等からの相談は頻繁にあるため都度可能な範囲で専門機関につなげるなど対応している。
- ・持ち金があまりない方が、自立したいとの事で退所にいたったが、結局サービスを受けないといけなくなり、退所を止めるべきだったのではないかと反省した。

■ どこまで施設として関わりを持つべきかが不明瞭

- ・退所後にどこまで関わって良いのか判断に迷う。
- ・当施設では開所後、施設から病院へ入院しそのまま死亡退所、または退院の見込みが立たなく退所するケースしか対応していない。退院の見込みがなく退所された場合は、入院中の状況や今後の方針などをご家族に確認するなどしていますが、どこまで関わりを持っていいか判断に迷う事がある。
- ・措置が廃止になった後は、施設との関係も切れるため、先方から連絡があった場合を除き、どこまで関わっていいのかが難しい。

■ 死亡時の諸費用の負担等

- ・死亡退所の場合、葬儀費用等について本人通帳からの引き出しについて
- ・身元引受がいない場合の対応
- ・身元引受人等がいない方もおり、遺留金品の引き渡しが困難なケースがある。
- ・退所者が所有していた財産の相続の問題。法定相続人へ金品は引き渡すが本人との関わりを拒否し金品引き渡しの際に来ない事がある。身元引受人が甥や従兄弟であったりした場合に容易に引き渡しができないのが課題となっている。
- ・墓がない。入所時点では課題にならなかった葬儀・墓等の問題が後になって表面化するケースがあり、措置権者である行政と相談を重ねるケースが多い。

■ その他

- ・対象者がいない。
- ・金銭管理（必要以上の買い物がないか、紛失や未払いが発生しないか、詐欺行為を受けていないかなど）
- ・虐待再発防止
- ・安全な自宅生活の環境（大掃除や、火災報知器の設置を必要とする場合がある）

<ul style="list-style-type: none"> 必要な福祉サービスの調整
<ul style="list-style-type: none"> 養護老人ホームとしても入所者にとっても、地域移行支援は重要であり取り組むべきことである。しかし、養護老人ホームだけで働きかけても法律、制度の整備、行政の協力がない限り難しいと思われる。
<ul style="list-style-type: none"> 在宅への移行退所は、ご家族（身元引受人）の理解と支援がなければ難しい。実際、退所に至ったケースは、この5年で1件。
<ul style="list-style-type: none"> 特養への申し込み自体が出来ない。（身元引受人不在のため）
<ul style="list-style-type: none"> 養護から特養への移行にあたり、金銭面から多床室の特養を希望することが多いが、現在、養護（個室）から特養（多床室）という点で移行拒否がある。
<ul style="list-style-type: none"> 刑務所帰りの方が本人希望にて別の施設に移ったが、近くに親戚の家があり親戚の方は訪ねて来られると困るなどの心配をされていた。
<ul style="list-style-type: none"> 要介護3以上になった時、介護老人福祉施設への申込みをし、順番が来て入所となる。
<ul style="list-style-type: none"> 自宅生活が継続できるのか？
<ul style="list-style-type: none"> 特養や老健に移動するタイミングが難しい。
<ul style="list-style-type: none"> 入所者の確保が難しい現状、退所支援を積極的に進める事が出来ない。
<ul style="list-style-type: none"> 入所時点では身元引受人になってくださった親族がいる場合でも、入所が長期化する中で親族も高齢になったり、身元引受人そのものがなくなったことから、その配偶者等より「引受人辞退」の申し出が出ることがよくある。 引受人になっていても途中で関わりを拒絶される場合、入院時同意、手術時同意、死亡時対応（費用・葬儀執行等）の対応が困難になるケースがある。 病院・銀行等へ説明・理解を得ることが難しくなってきている。引受人でもそのかかわりが親子ではなく遠方住の兄弟親戚等になると銀行が係る費用の出金を了解しないケースがある。
<ul style="list-style-type: none"> 身元引受人が死亡していたり、高齢であり退所時に手続きに時間がかかったり、次の行先の選択肢もなくなるため、早めに身元引受人又は成年後見人をたてる必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> 退所後も安否確認等が出来たら良いと思う。他の入所者への影響等、配慮が必要
<ul style="list-style-type: none"> 職員が充足しておらず、退所後の十分な支援は提供できない。
<ul style="list-style-type: none"> 職員配置の状況から、退所後の様子伺いまでは手が回らない。 地域担当に任せきりで、電話での様子観察するくらいが現実である。
<ul style="list-style-type: none"> 行き場が決まっていないため、行き場が決まるまで金銭管理をしなければならない事例があった。
<ul style="list-style-type: none"> 平成25年度に措置実施機関と協力の上、公営住宅へ退所された方がいるが、遠方の為手紙のやりとりのみとなっている。
<ul style="list-style-type: none"> 退所される方は医療機関で長期療養を要するケースのみで、近隣であれば可能な範囲で面会に行くなどの対応を行っている。近年は自らの意思で退所された方はいないが、退所後の生活状況について本人や家族へ定期的に確認するなどの対応が必要と考える。
<ul style="list-style-type: none"> きめ細かな支援が必要であるが、当施設の体力では中途半端な対応となるため継続的な支援は難しく、地域包括支援センターを中心とした支援活動にならざるを得ないと考える。ニーズに応えるためには人材の確保と専門的知識が必要であり、そのためには措置費収入の増額が必要である。
<ul style="list-style-type: none"> 措置解除後による施設との係わり
<ul style="list-style-type: none"> 私達の支援が不足している部分もあると思うが、退所する事例自体がほとんど無く、あっても行先が他施設や入院というケースがほとんどであるため、その後はそちらにお任せするということになってしまふ
<ul style="list-style-type: none"> ・受領していない年金受取のため「生計同一証明書」の記入を求められる事がある。基本は施設で記入できない事になっているが他施設ではどのように対応しているのか。

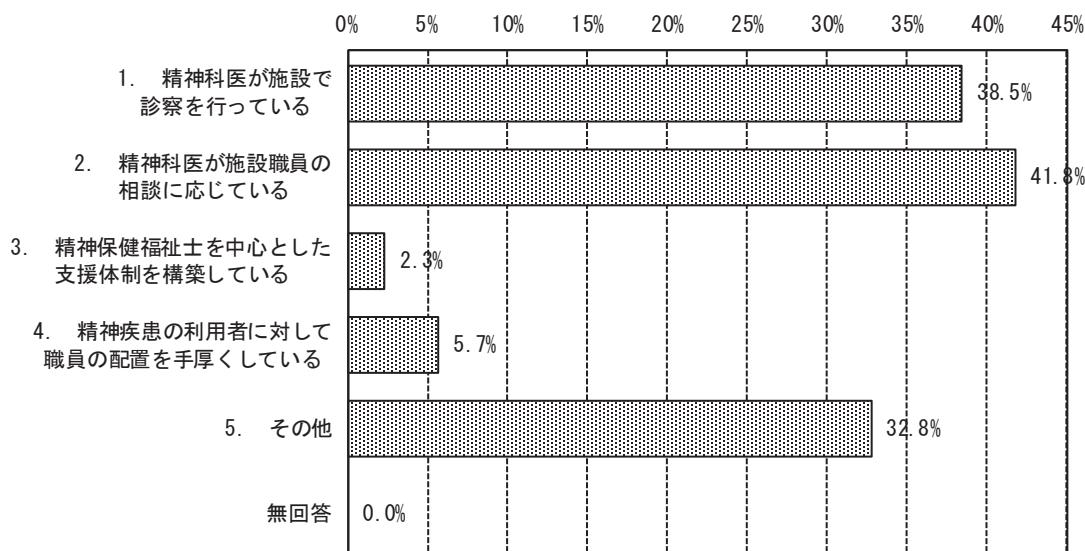
④医療の状況

(ア) Q60. 精神疾患への対応状況

「2. 精神科医が施設職員の相談に応じている」の割合が最も高く 41.8%となっている。次いで、「1. 精神科医が施設で診察を行っている（38.5%）」、「5. その他（32.8%）」となっている。

図 95 Q60. 精神疾患への対応状況

(n=299)

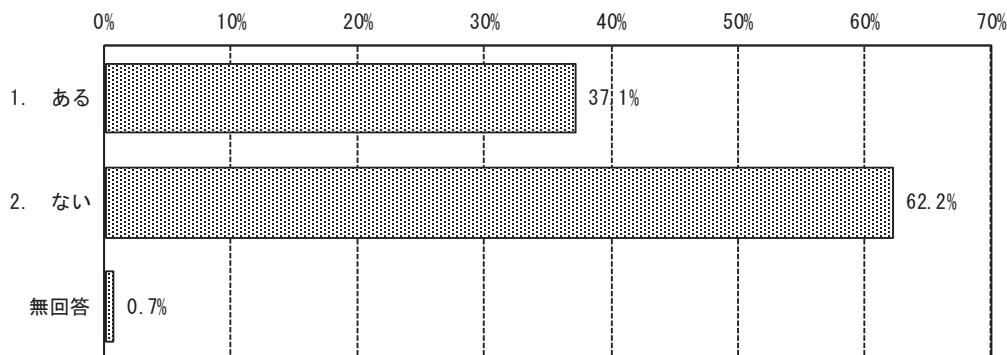


(イ) Q61-1. 平成 27 年度（平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）の看取り実績の有無

「1. ある」37.1%、「2. ない」62.2%となっている。

図 96 Q61-1. 平成 27 年度（平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）の看取り実績の有無

(n=299)

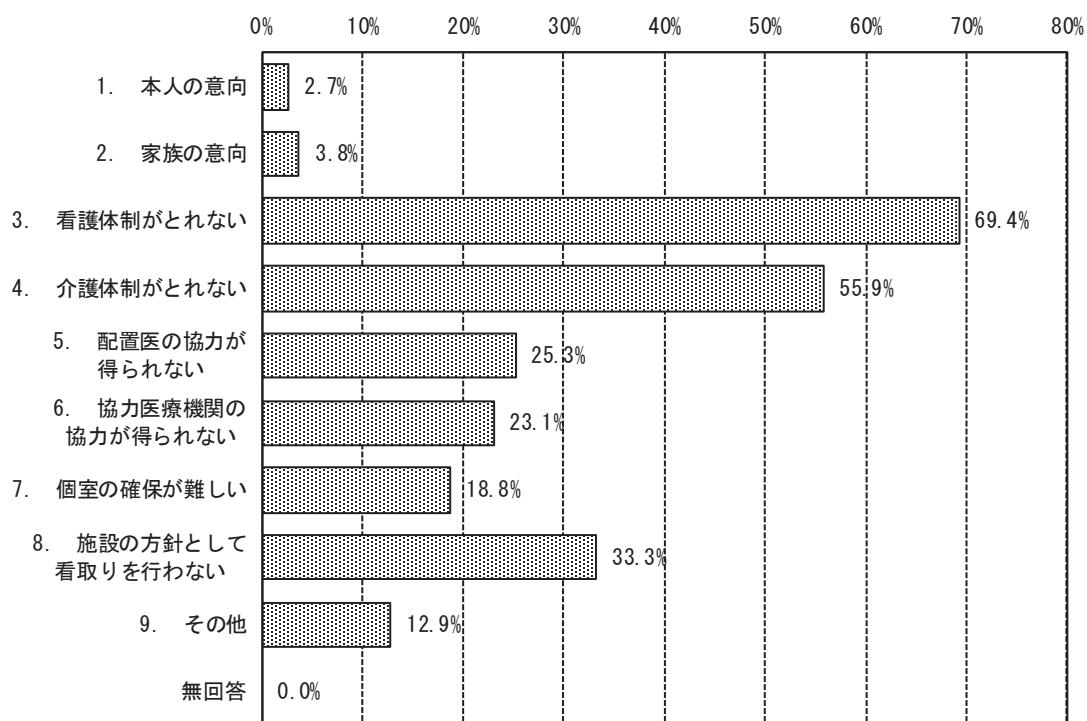


(ウ) Q61-1-1. 看取りを行っていない理由

「3. 看護体制がとれない」の割合が最も高く 69.4%となっている。次いで、「4. 介護体制がとれない (55.9%)」、「8. 施設の方針として看取りを行わない (33.3%)」となっている。

図 97 Q61-1-1. 看取りを行っていない理由

(n=186)

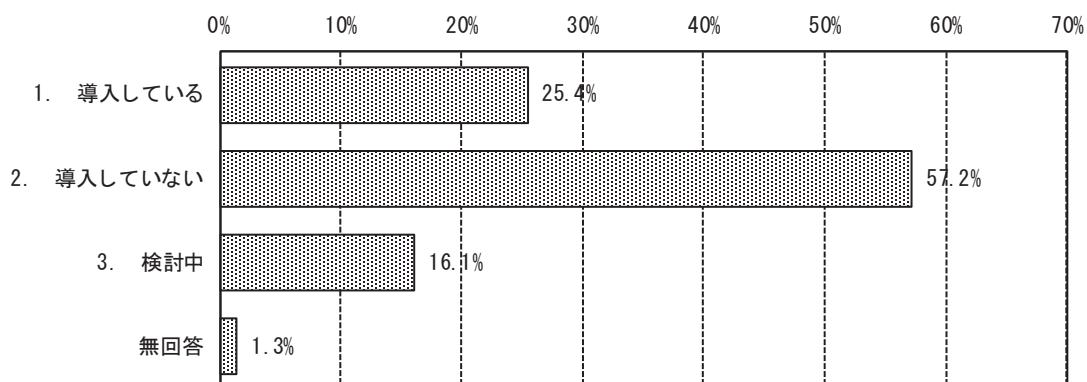


(エ) Q61-2. リビングウィル(生前意思表明書)の導入状況

「2. 導入していない」の割合が最も高く 57.2%となっている。次いで、「1. 導入している (25.4%)」、「3. 検討中 (16.1%)」となっている。

図 98 Q61-2. リビングウィル(生前意思表明書)の導入状況

(n=299)

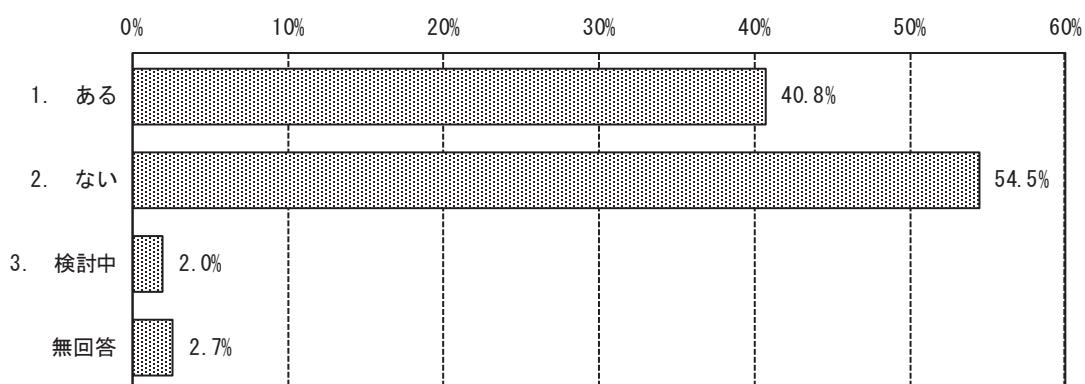


(才) Q61-3. 在宅療養支援診療所・病院との連携の有無

「2. ない」の割合が最も高く 54.5% となっている。次いで、「1. ある (40.8%)」となっている。

図 99 Q61-3. 在宅療養支援診療所・病院との連携の有無

(n=299)



(力) Q61-4. 看取りに関する課題

図 100 Q61-4. 看取りに関する課題

■ 職員の精神的負担が大きいこと

- ・ 夜間帯職員一人体制においての看取りは宿直者の心身の負担が大きいこと
- ・ 職員の精神的なフォロー
- ・ 職員教育。
- ・ 職員が看取りに対して、不安や恐怖があり、看取りに消極的であるため、看取りに関する知識不足の解消と意識改革を継続していくこと。
- ・ 職員の精神的負担が大きすぎること
- ・ まだまだ学習が不十分で、介護職員の中に、死に対する恐れがあり、消極的になっている。
- ・ これまで「看取り」に関する勉強会をあまり実施してていなかった。今後は、必要性を痛感しているので職員にたいする研修を実施していく。
- ・ 職員の心のケア
- ・ 経験の浅い職員にとって不安が大きい
- ・ 支援員看護職員の看取りに対する認識不足。
- ・ 職員の負担度
- ・ 職員のメンタルヘルス 身体的不安
- ・ 終末ケアは職員全員が気持ちを一つにしてかかわっていくのがベストであるが、なかなかそうもいかずストレスも伴う。養護老人ホームは夜間看護師不在というのも看取りを行う際の課題の一つでもある。しかし、よき看取りを成し遂げたときは職員全員、職種を問わず、達成感を得られる。
- ・ 職員の経験不足を補うための研修。

■ 現在の職員体制では困難

- ・ 24 時間の看護協力が難しい。
- ・ 看護師は最低限の人員配置であり、24 時間体制での連携は不可能ではないが負担感が大きい。
- ・ 90 歳以上の高齢者が年々増加している。自然死を選択されてもいざとなると救急搬送へ希望されたり、家族への連絡や対応もすぐ取れない状態である。
看取りは終末期の医療行為だと思うが、看護師 1 名体制で休日・夜間は不在。24 時間のオンコール対応。嘱託医との連絡体制も困難な時もある。すべてに救急搬送対応もできず、自然死というケースも前年度に比べて増加。介護職員・看護師への負担も増。
- ・ 人員配置が十分ではない、看取りに対する報酬がない等の理由で人手が十分ではない為、手厚い見取りができない。

	<ul style="list-style-type: none">・ 養護老人ホームの入所者が重度化し、現在の職員体制では厳しいものがあると考えます。・ 即応的な医療体制がのぞめない。現状の看護体制では無理がある。特に夜間の対応はできない。・ オンコールが看護職員だけではないため、嘱託医師への連絡判断が難しい。・ 看取りの時期、人員体制の問題等で、受入（退院）が可能かどうか判断が難しい。・ 職員配置が少ない現状での看取り対応は職員の負担が大きい・ 夜間において、夜勤者一人体制なので看取りへの不安。・ 看護師、介護職員の人数不足。 特に夜間の対応について 50 床一人夜勤の状況下では無理があると思う。・ 看護体制が取れない。・ 職員不足により 24 時間体制での十分な看取りができない。 養護対象者が看取り介護加算をとことができない。・ 国の基準では、養護老人ホームでは 24 時間の医療体制が取れる人員配置にない・ 看護師の人員配置では、大変であり人員増が必要。・ 夜間帯の職員数の不足・ 入所者数に対して職員配置が少なく、また、看取りを行った場合、他の入所者の方々もわかる為、高齢になられた方々が身近で死と直面された場合の不安等の心配もある為、実施出来ておりません。・ 養護老人ホームの配置基準では看取りは難しい。しかし、在宅療養支援を活用したら、お金がかかり利用できる人、出来ない人がでている。・ 夜間の職員が、60 名の入所者に対して 1 名の支援員しかおらず、対応できない。・ 介護、看護体制の更なる拡充が必要不可欠である。・ 看護師、介護員の増員・ 24 時間の看護師の配置がないため、医療的な手当てが困難。・ 医療・介護職員の不足・ 医療機関が施設機能の理解不足を感じる。また、職員の不安が大きいため研修を充実させていかなければならぬと感じる。・ 医師、看護師の夜間配置ができない。・ 施設内で、点滴等の医療行為が出来ない。・ 医師、看護師の 24 時間体制が整っていない。・ 職員の人数不足ということもあり、居室内で過ごしていただくのに本人の望みを十分に聞いてあげることが出来なかった。職員の力量もなかった。・ サクションが必要なケースの場合、夜間は看護師が配置されていないため、対応が困難。 看護師の労働環境がより一層過酷になる懸念がある。・ 夜間体制を整えることができず、夜間十分な対応をすることが困難。・ 病院では短期間での退院となり後は施設となるが職員数が不足しており勤務がきつい・ 夜勤が介護の人のみとなっている為夜間に変化があった場合の対応について・ 看護体制が取れない事や看取りに対する支援員などへの研修不足など。・ 看護師の配置不足。 介護職員の体制及び、人数。 医療連携 認定特定従事者
	<ul style="list-style-type: none">・ 職員不足により 24 時間体制での十分な看取りができない。 養護対象者が看取り介護加算をとることができない。・ 現養護の看護師配置基準では看取り体制を行うことは危険と考える。・ 終末期に付き添える体制がない。また現状収支では看取り体制構築の余裕がない。・ 職員の専門性とシステム構築が確立されていない・ 看護師が 1 人しかおらず、休みの日もあるので人手不足。・ 加齢に伴い身体機能の低下や全身状態の衰弱といった老衰の場合で、そのことを本人、家族が理解できている状況での看取りケアについては比較的行いやすい。しかし、基礎疾患があり、そのことに伴う苦痛が発生する場合、施設内での苦痛の緩和には限界がある。また、看取り対象者が複数名になると限られた職員数では負担感が大きくなり、特に看護職員の負担は大きく、業務内容とともに精神的な負担がかかってくる。

- ・ 養護は身の回りのことができる方が対象であり、看取りの場合は介護が必要となる為、対象としていない。看取りを行う場合、看取りを行えるだけの体制作りが必要であり、法人の理解と協力を得て必要な人員の配置が必要となるため、現状では困難である。
- ・ 日々または日内状態変動により、職員間のケアが統一出来ない場合がありケアに支障をきたすことがある。
- ・ 医療的な判断の比重が大きくなる為、看護職員の負担が大きい。
- ・ 常勤の看護職員がいなければ対応は困難。夜勤者1名体制での対応となるため、夜間のオンコール対応が増え、職員への負担が大きい。これまで看取りの対応も積極的に行ってきましたが、職員体制の維持が困難であるため、今後実施することは難しい状況である。
- ・ 養護老人ホームは特別養護老人ホームと比べて、看護師や介護員の数が少ないのでより良い看取りケアができない。
- ・ 特に夜間の職員体制の不足及び職員の看取りへの教育不足。
- ・ 宿直体制で夜間の応対が困難
- ・ 現状の看護力・介護力では、看取りを行うだけの力量に至っていない為、看取りを希望する利用者はいるものの、施設がそれに応じる事ができないが現実。
ギリギリまで施設で支援を行い、医療度・介護度が高くなった段階で協力病院へ入院。ターミナルを迎えて頂くという流れとしている。

■ 方針として看取りを行うことが困難

- ・ 施設として看取りの方の入所は認められていない。看取りを行えるだけの職員の配置になっていない。
- ・ 施設の方針で、看取りを取り入れていません。
- ・ 看取り介護をおこないたい想いはあるが、利用者の高介護化による支援、介護が非常に多くなっており、希望があっても必ず対応することが出来ない。

■ 看取りを行うにあたって適切な居室がない

- ・ 対応する個室が無い。
- ・ 居室は2人部屋であるので、遺体の安置場所の調整が必要となる。
- ・ 居室が2人部屋のため、環境を整える必要がある。
- ・ 多床室しかないため、終末期の方のための居室(個室)の準備ができない
- ・ 看取りを行うスペースが無い。
- ・ 施設の人員やハード面等設備が整っていない。
- ・ 落ち着いて看取りが出来る環境(お部屋)
- ・ 看取りに使用できる部屋がない

■ 家族等の支援、理解を得ることができない

- ・ 施設での看取りの対応(酸素や点滴の有無)について家族の受け止めかたによって理解が難しい時があった。
- ・ 家族が関わろうとしないケースが多い、死亡後の各手続きが煩雑である。
- ・ 養護老人ホームのため家族がいない、関係が良くない等協力が得られにくい
- ・ 家族関係が希薄な入居者に対して、家族との関係を再統合に向けての働きかけ。
- ・ 家人との関係が希薄であり、またいない場合が多い。成年後見人等を立てるが、看取りについての同意等が取れないことが多い。
- ・ 夜勤者が支援員一人のため対応が困難。
- ・ 容態が急変した場合の身元引受人等の意向が、的確に反映できているとは言えず、判断に迷う場合がある。例としては、「AEDが必要」となった場合があるにもかかわらず、身元引受人の意向が「救急搬送はしない」となっているなど、現場の状況を汲んでいるとは言い難い。
- ・ 家族が看取りと決めていても、状態により病院受診を希望する場合がある。看取りに対する家族の思いを十分理解するのは、難しい。
- ・ 本人の希望があっても、身元引受人の意向が異なり、疼痛時の対応等、医療的処置が困難な場合がある

- ・ 終末期についての考え方や各人の希望について、時々話し合う機会を設ける必要があるが、ご本人が高齢であり適切に判断できない状態の方が多い。また、ご家族からも伺う必要があるが、そのような機会がない
- ・ 家庭の看取りへの理解

■ 近隣医療機関等の協力を得ることができない

- ・ 協力病院が総合病院であるため、緊急的に施設に出向いてもらうことができず、また、居室や設備面、職員配置等、対応が難しい。また、看取りの対応に対する、職員のメンタル面での対応についても準備が必要と考える。
- ・ 協力医療機関・嘱託医は診療所であり 24 時間診察しておらず、夜間対応、緊急対応は難しい体制である。
- ・ 看取りの時期、人員体制の問題等で、受入（退院）が可能かどうか判断が難しい。
- ・ 近隣医療機関の在宅療養支援室などが機能していない。
緊急時の受け入れが困難である為、医療行為が必要なレベルになった場合には入院するようにしている。
- ・ 最終診断を下す医者の協力が必要。
- ・ 嘱託医の協力を得ること。
- ・ 配置医の協力も困難な状態である。
- ・ 医療との連携
- ・ 離島のため病院数も少なく、かかりつけ医の病院までも車で 30 分以上掛かってしまい地理的な要因も大きい。かかりつけの医師の協力も得ることが現状では難しい。また、少ない職員配置の中で看取りを実施する余裕もなく（介護職員、看護職員どちらも人的余裕がない。特に夜間帯）、職員の看取りに対する知識や意識を高めるための研修を行っていない現状では職員の負担が大きすぎる。
- ・ 主治医は週 1 回の往診以外で訪問診療することができないため、死亡診断書は病院で診療していたことが基本となる
- ・ 地方での医者不足は深刻であり、看取りを積極的に行ってくれる医師を探すことも難しい。
- ・ 嘱託医が高齢であり、対応することに無理がある。
- ・ 嘱託医の考えに左右され、医療体制が不安な点。

■ その他

- ・ 身元引受人がおらず本人の意思確認が困難な場合において、状態や年齢を考慮しても延命措置が望ましくないと思われるケースにおける緊急時の対応について。※入所時より知的障害等があり、リビングウィルが確認できない場合。
- ・ 特定施設でないため看取り介護加算の対象にならない。夜勤、オンコールも確保されていない。
- ・ 看取り期における医療的行為の実施については、施設体制、人員、設備の課題と直結している。入所の時点から時間を掛けて理解を得られるように説明していく必要があるが、入所の背景から家族からの支援を得るには難しいケースが多い為、本人の理解力が低下している場合などは、非常に判断に迷う事があり、どうしてもこれまでの生活歴や、言動などから類推するほかない場合がある。
- ・ 職員のスキルや知識に個人差があり、看取りに対する理解や認識が統一されていない面がある。
- ・ 看取り介護加算の算定について検討しているが、職員数が少なく特養のように、小刻みに状態確認や記録ができないため、加算の算定要件に反すると判断し算定できない。記録業務について、緩和されると取り扱いやすい加算と考える。
- ・ ありがたいことに、本人・家族より「この園にいたい。最後までお願いしたい。」と声を頂いている。職員皆が家族以上に入居者ひとりひとりに温かく関わっているからではないかと思う。一方で、人生の終末が近づいている利用者へは、本人が希望するような支援がどれほどできているのか不安でもある。本園は、一般型特定施設の指定を受け、看護師、介護員の配置も基準を満たし、職員を増員してきているが、それでも職員数の不足感がある。
 - ・ 医療機関との連携は密であり、その点看護師にも感謝している。
- ・ 措置施設の性格からか、心疾患による突然死のリスクが高い入居者（ハイリスク者）の存在がある。適切な措置替先もなく将来が心配される。
- ・ 生前意思表明書の導入も検討しているが急変時、本人の意思や家族の意向が変化することもあるため医師からの病状説明に合わせて本人や家族の意向を確認している。

- 家族は施設での看取りを希望し、施設もそれを了承しても、体調不良で苦しんでいる場合には医療機関へ受診の後、入院となり、そのままお亡くなりになるケースもある。
- 夜間・休日は嘱託医の往診が不可のため、可能な時間まで死亡診断を待つことになる。
- 個人で嘱託医以外の病院にかかっている利用者について、基本的に自己の主治医の協力を得られることが難しい。
- 本人の意思、意向の確認の重要性を実感。入所時より人生感や生活背景、できれば死亡後どうしてほしいか（葬儀、墓、財産等）を細かく把握でききたらと感じる。
- 看取りに対して、職員の意思統一が難しい。
- 医療機関との連携がとれなければ、スタートできない。医療に関していえば施設の立地場所とかなり離れており、仮に連携がとれたとしても医者の移動にかなりの時間を要するため送迎を誰がどのように行うのか等の問題がある。現在、総合病院と、今後の対応を協議中

（5）地域の低所得高齢者に対するサービス提供の状況

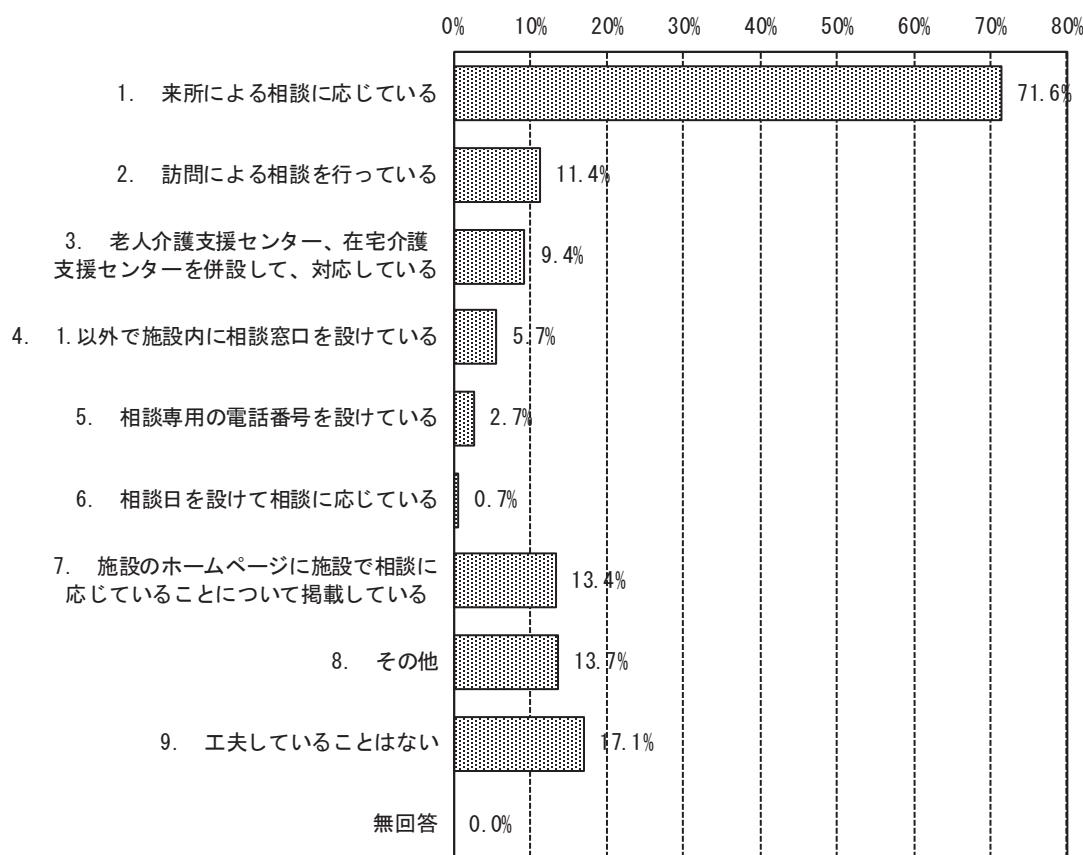
①地域で困難な生活課題を抱えている高齢者への支援状況

（ア）Q62. 地域からの相談に応じるための工夫

「1. 来所による相談に応じている」の割合が最も高く 71.6%となっている。次いで、「9. 工夫していることはない（17.1%）」、「8. その他（13.7%）」となっている。

図 101 Q62. 地域からの相談に応じるための工夫

(n=299)

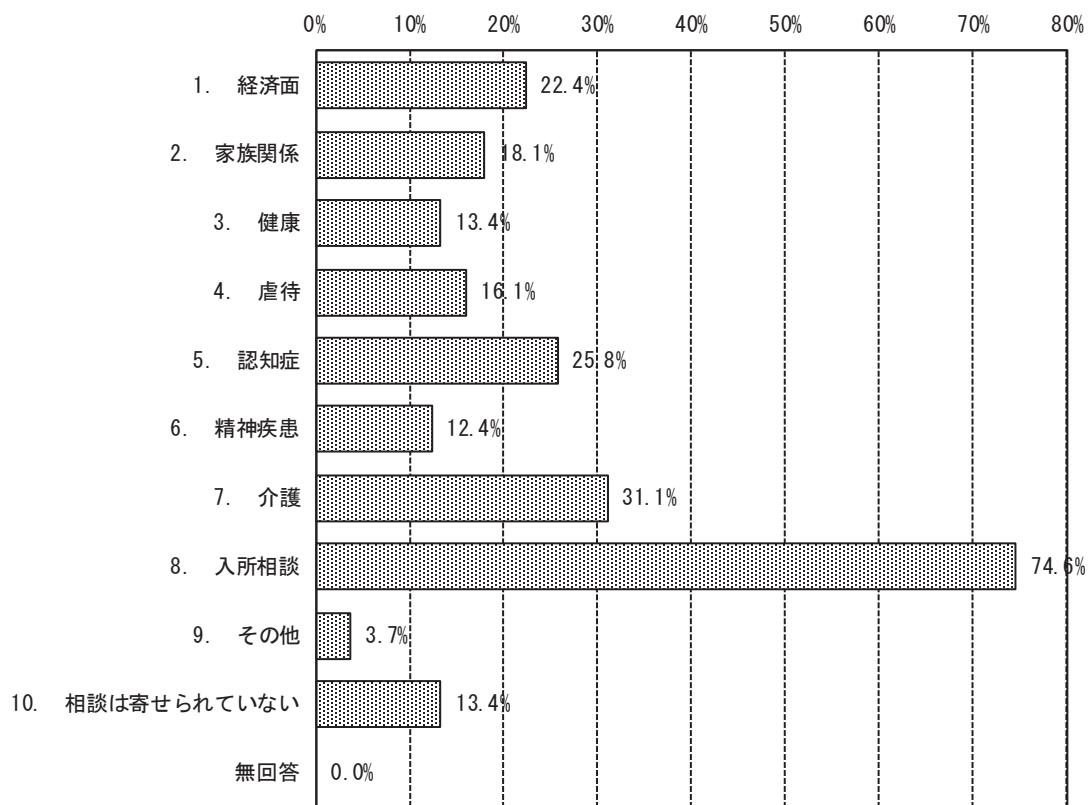


(イ) Q63. 地域から寄せられる相談

「8. 入所相談」の割合が最も高く 74.6%となっている。次いで、「7. 介護 (31.1%)」、「5. 認知症 (25.8%)」となっている。

図 102 Q63. 地域から寄せられる相談

(n=299)

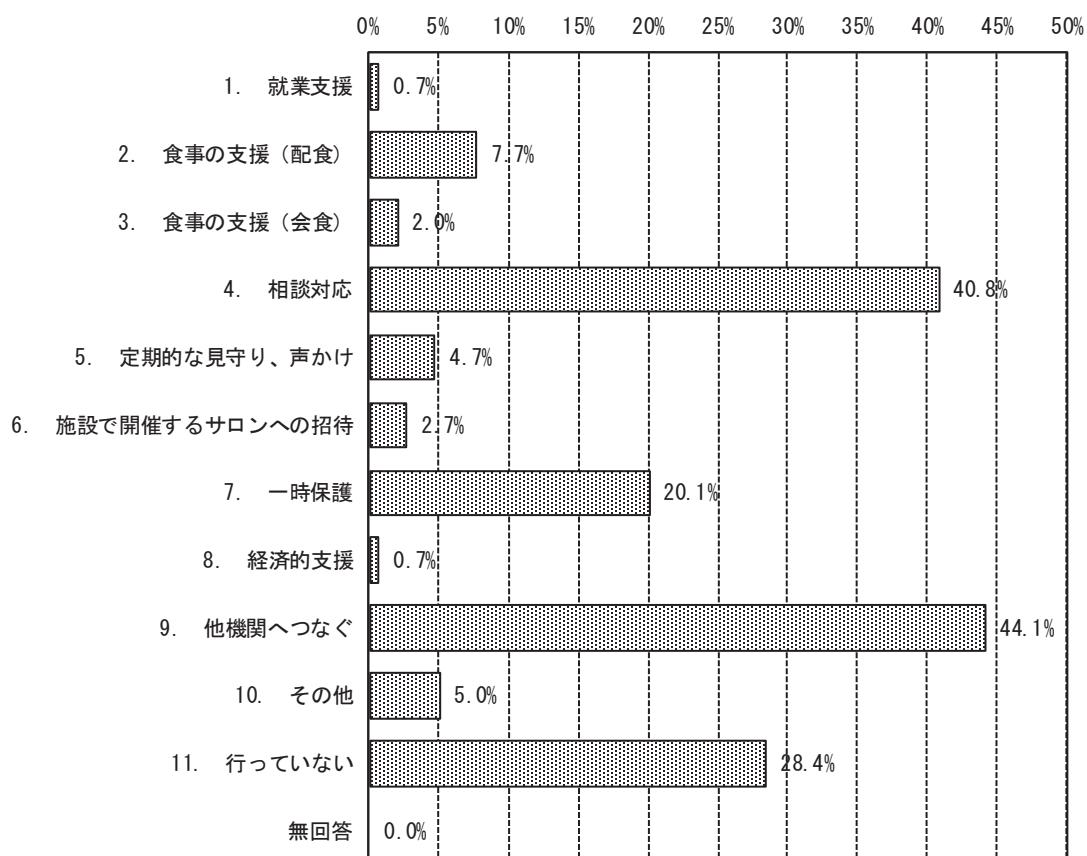


(ウ) Q64. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して行っている支援

「9. 他機関へつなぐ」の割合が最も高く44.1%となっている。次いで、「4. 相談対応(40.8%)」、「11. 行っていない(28.4%)」となっている。

図 103 Q64. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して行っている支援

(n=299)

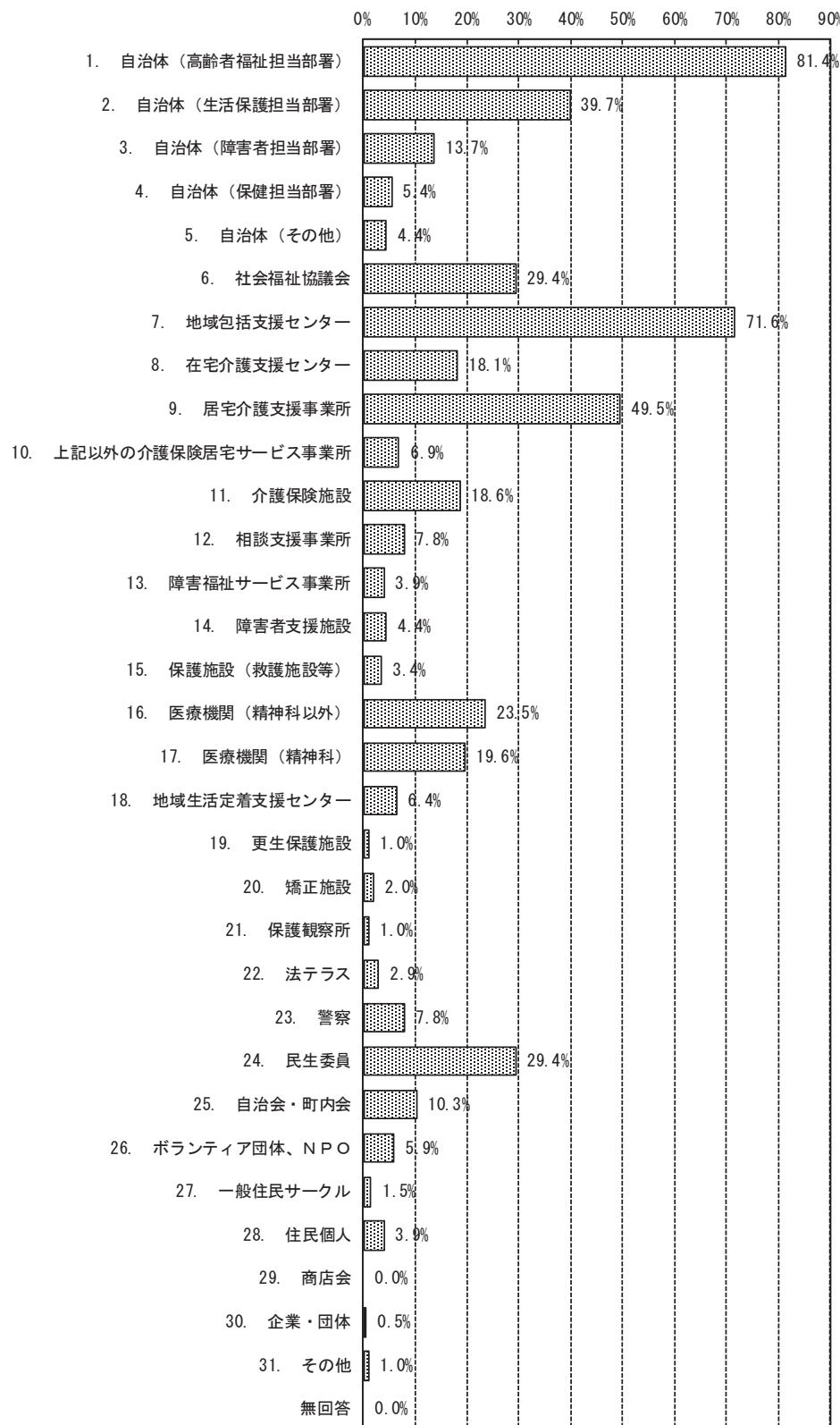


(工) Q64-1. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対する支援のために連携している機関、職種等

「1. 自治体（高齢者福祉担当部署）」の割合が最も高く81.4%となっている。次いで、「7. 地域包括支援センター（71.6%）」、「9. 居宅介護支援事業所（49.5%）」となっている。

図 104 Q64-1. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対する支援のために連携している機関、職種等

(n=204)

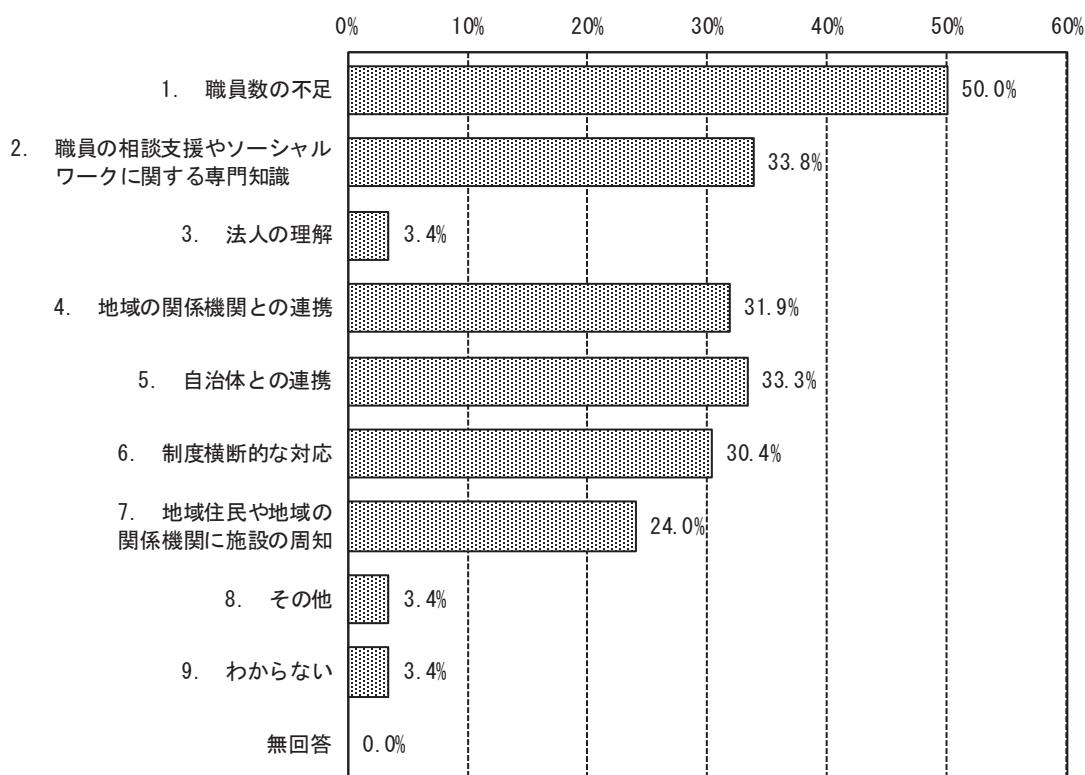


(才) Q64-3. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して支援を行う上での課題

「1. 職員数の不足」の割合が最も高く 50.0%となっている。次いで、「2. 職員の相談支援やソーシャルワークに関する専門知識（33.8%）」「5. 自治体との連携（33.3%）」となっている。

図 105 Q64-3. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して支援を行う上での課題

(n=204)



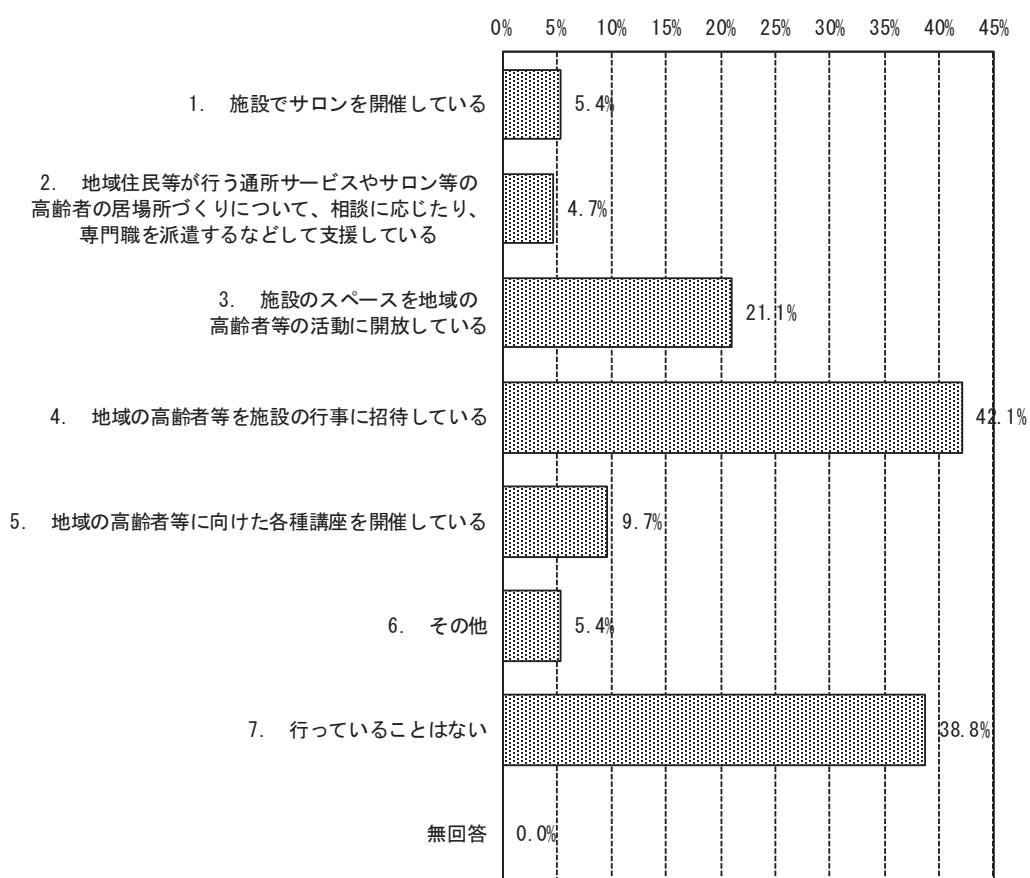
②拠点となって行っている地域の高齢者等に対する居場所・生きがいづくり、就労・日中活動支援

(ア) Q66. 地域の高齢者等に対する居場所づくり・生きがいづくりとして行っていること

「4. 地域の高齢者等を施設の行事に招待している」の割合が最も高く42.1%となっている。次いで、「7. 行っていることはない(38.8%)」、「3. 施設のスペースを地域の高齢者等の活動に開放している(21.1%)」となっている。

図 106 Q66. 地域の高齢者等に対する居場所づくり・生きがいづくりとして行っていること

(n=299)

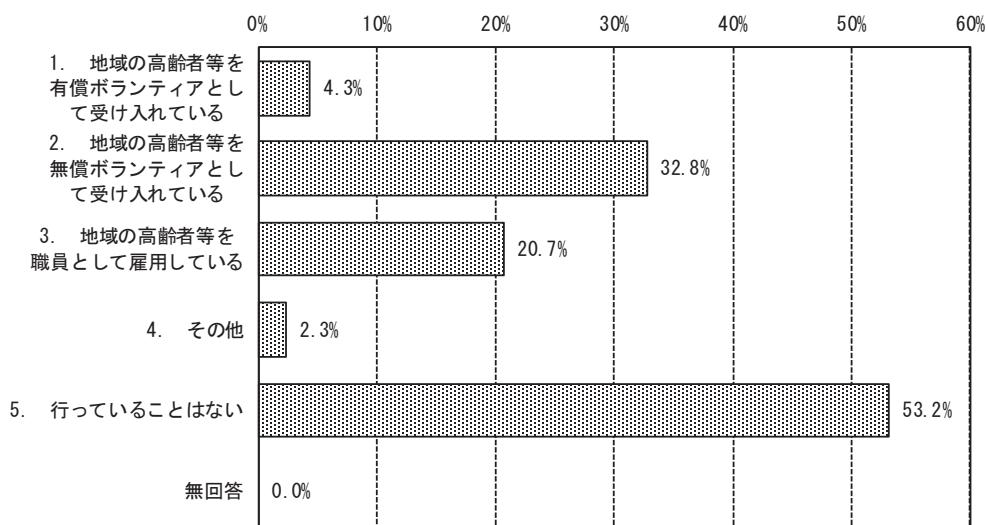


(イ) Q67. 地域の高齢者等に対する就労や日中活動支援として行っていること

「5. 行っていることはない」の割合が最も高く 53.2%となっている。次いで、「2. 地域の高齢者等を無償ボランティアとして受け入れている（32.8%）」、「3. 地域の高齢者等を職員として雇用している（20.7%）」となっている。

図 107 Q67. 地域の高齢者等に対する就労や日中活動支援として行っていること

(n=299)

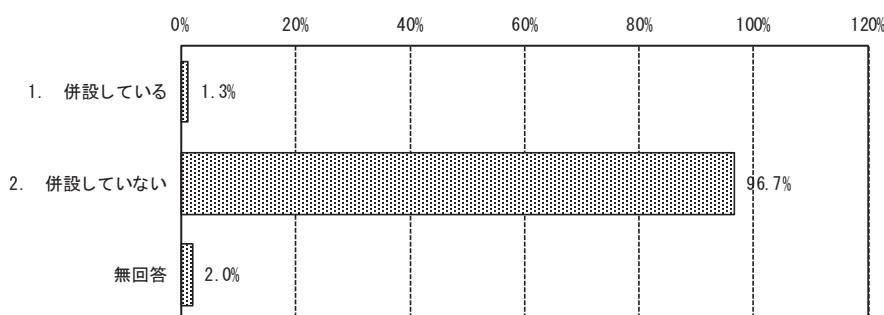


(ウ) Q68. 地域支え合いセンターの併設状況

「1. 併設している」 1.3%、「2. 併設していない」 96.7%となっている。

図 108 Q68. 地域支え合いセンターの併設状況

(n=299)

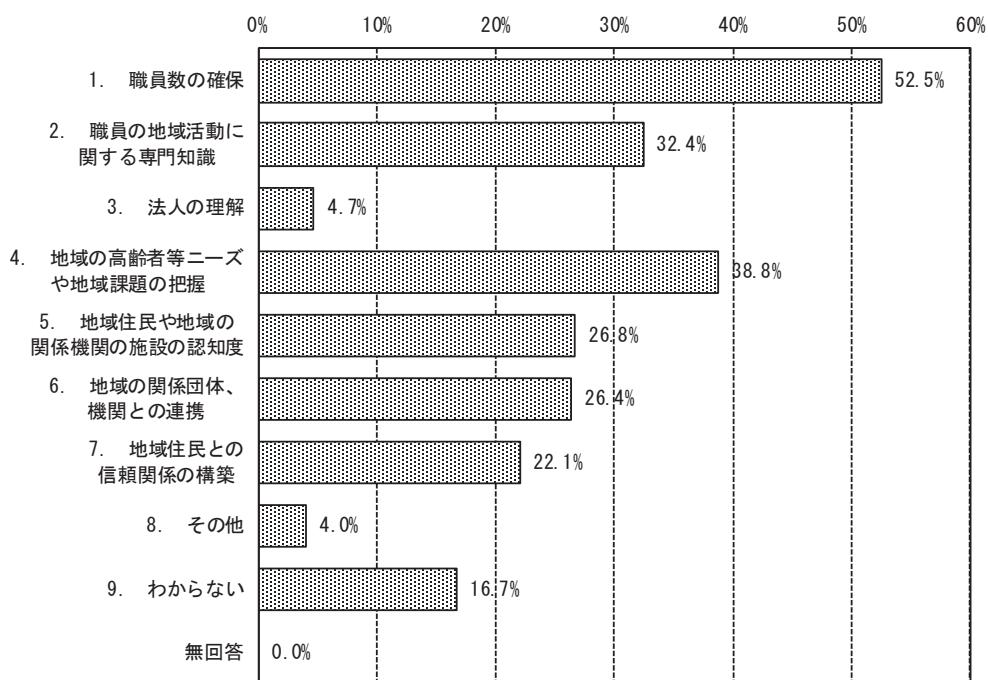


(工) Q69. 地域の高齢者等に対する居場所・生きがいづくり、就労・日中活動支援を行う上の課題

「1. 職員数の確保」の割合が最も高く 52.5%となっている。次いで、「4. 地域の高齢者等ニーズや地域課題の把握（38.8%）」、「2. 職員の地域活動に関する専門知識（32.4%）」となっている。

図 109 Q69. 地域の高齢者等に対する居場所・生きがいづくり、就労・日中活動支援を行う上の課題

(n=299)

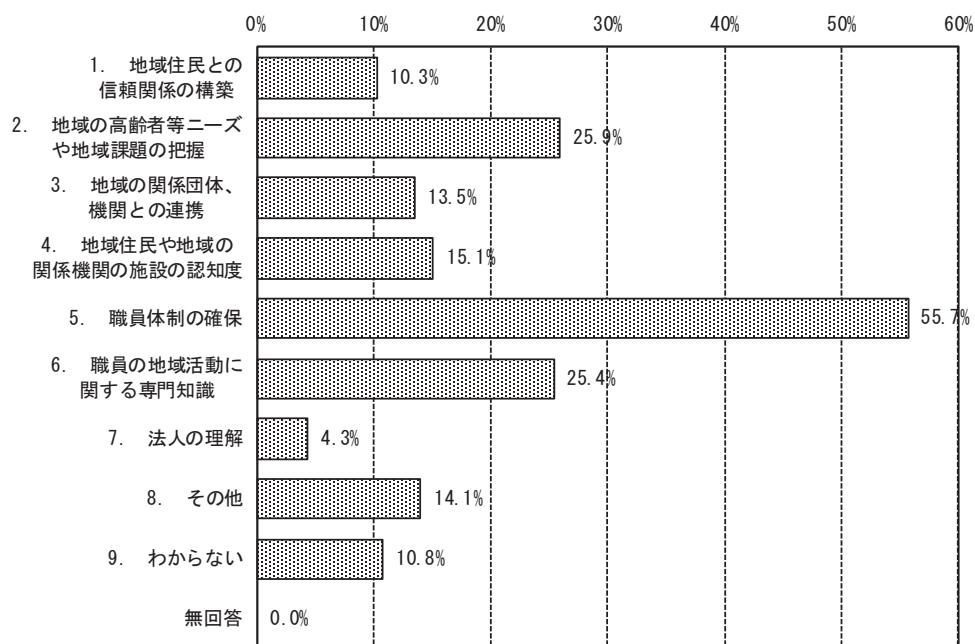


(才) Q70-1. 取組を行っていない理由

「5. 職員体制の確保」の割合が最も高く 55.7%となっている。次いで、「2. 地域の高齢者等ニーズや地域課題の把握（25.9%）」、「6. 職員の地域活動に関する専門知識（25.4%）」となっている。

図 110 Q70-1. 取組を行っていない理由

(n=185)

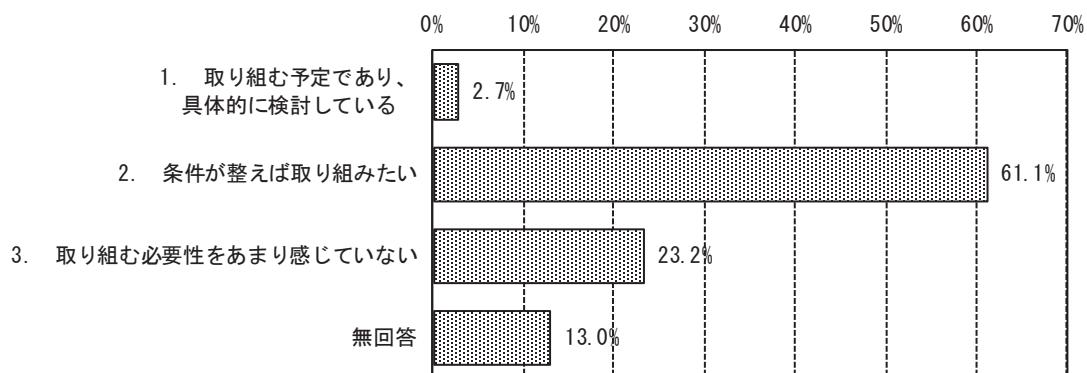


(力) Q70-2. 今後の取組意向

「2. 条件が整えば取り組みたい」の割合が最も高く 61.1%となっている。次いで、「3. 取り組む必要性をあまり感じていない (23.2%)」となっている。

図 111 Q70-2. 今後の取組意向

(n=185)



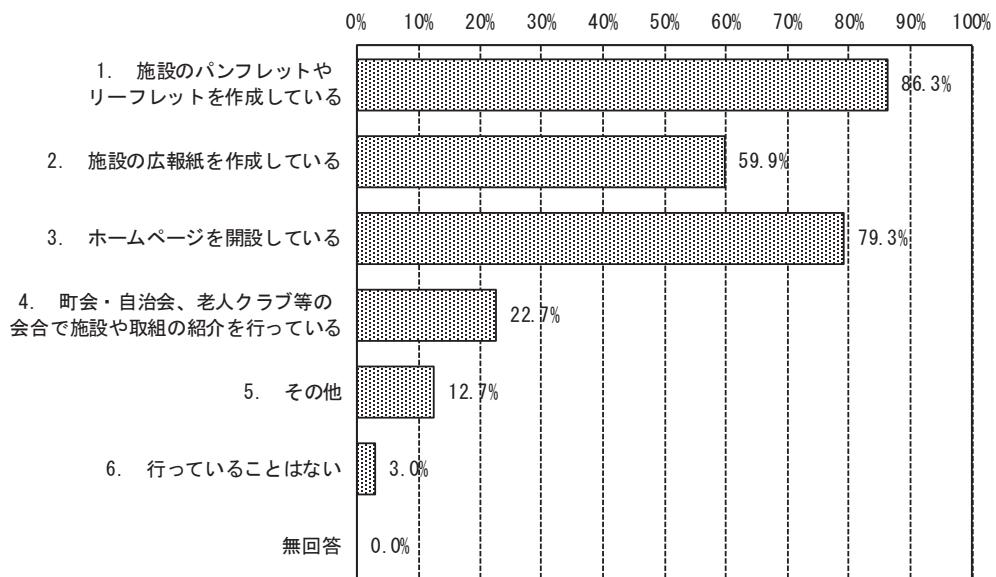
③施設を認知してもらうために行っていること

(ア) Q72. 施設を認知してもらうために行っていること

「1. 施設のパンフレットやリーフレットを作成している」の割合が最も高く 86.3%となっている。次いで、「3. ホームページを開設している (79.3%)」、「2. 施設の広報紙を作成している (59.9%)」となっている。

図 112 Q72. 施設を認知してもらうために行っていること

(n=299)

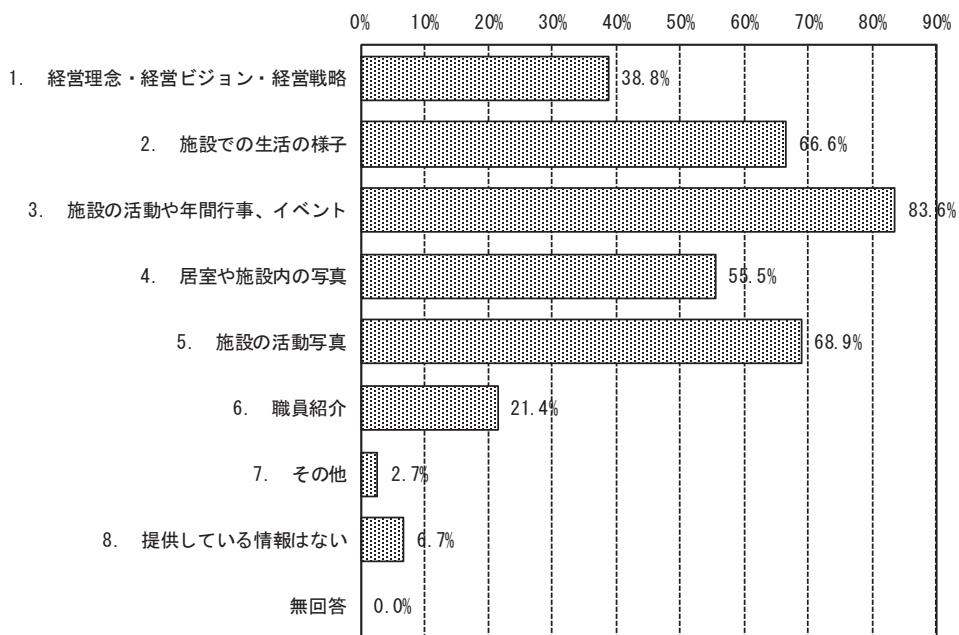


(イ) Q73. 施設の取組を認知してもらうために提供している情報

「3. 施設の活動や年間行事、イベント」の割合が最も高く 83.6% となっている。次いで、「5. 施設の活動写真 (68.9%)」、「2. 施設での生活の様子 (66.6%)」となっている。

図 113 Q73. 施設の取組を認知してもらうために提供している情報

(n=299)



(6) 市区町村、地域包括支援センターとの連携状況

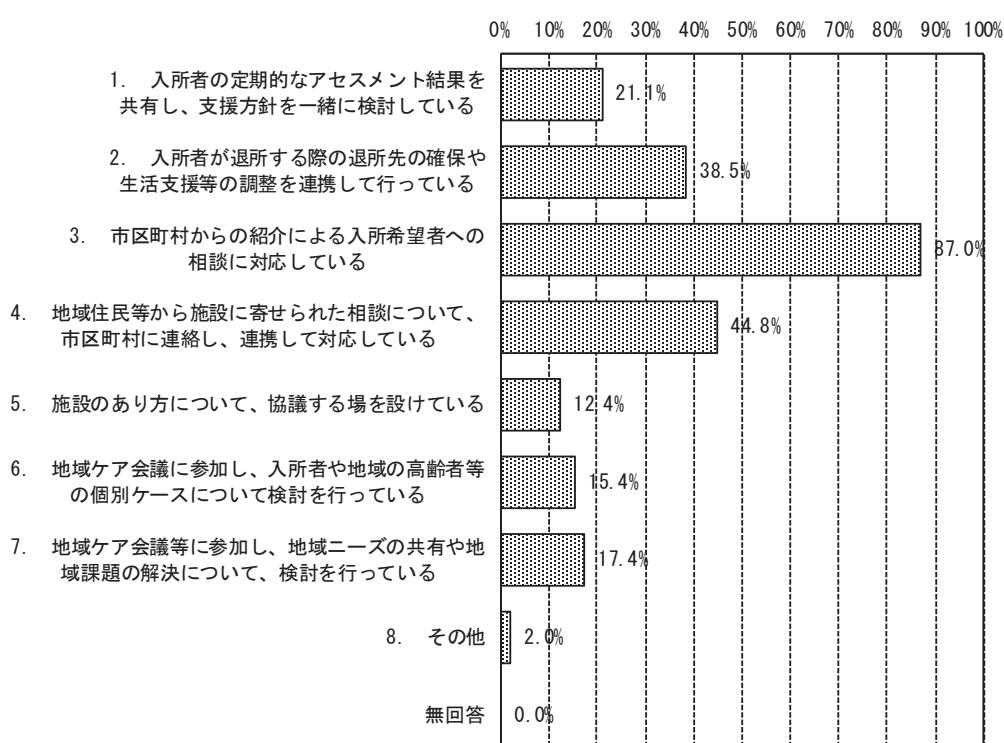
①市区町村

(ア) Q74. 市区町村と連携して行っていること

「3. 市区町村からの紹介による入所希望者への相談に対応している」の割合が最も高く 87.0%となっている。次いで、「4. 地域住民等から施設に寄せられた相談について、市区町村に連絡し、連携して対応している（44.8%）」、「2. 入所者が退所する際の退所先の確保や生活支援等の調整を連携して行っている（38.5%）」となっている。

図 114 Q74. 市区町村と連携して行っていること

(n=299)



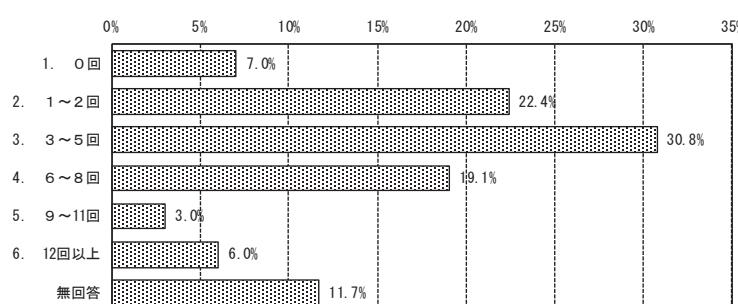
(イ) 入所判定委員会について

(i) Q75-1. 入所判定委員会の開催回数（平成 27 年度）

「3. 3～5回」の割合が最も高く 30.8% となっている。次いで、「2. 1～2回（22.4%）」、「4. 6～8回（19.1%）」となっている。

図 115 Q75-1. 入所判定委員会の開催回数（平成 27 年度）

(n=299)

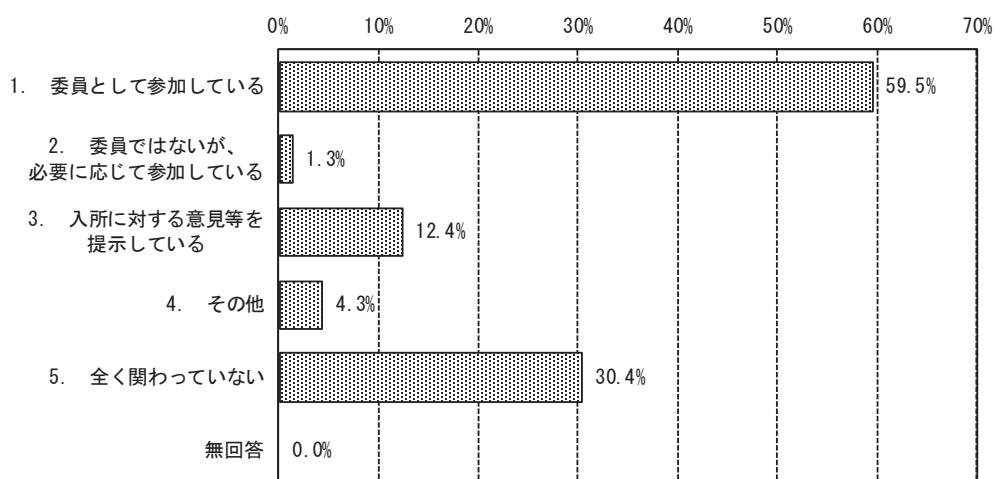


(ii) Q75-2. 入所判定委員会への関与状況

「1. 委員として参加している」の割合が最も高く 59.5%となっている。次いで、「5. 全く関わっていない (30.4%)」、「3. 入所に対する意見等を提示している (12.4%)」となっている。

図 116 Q75-2. 入所判定委員会への関与状況

(n=299)

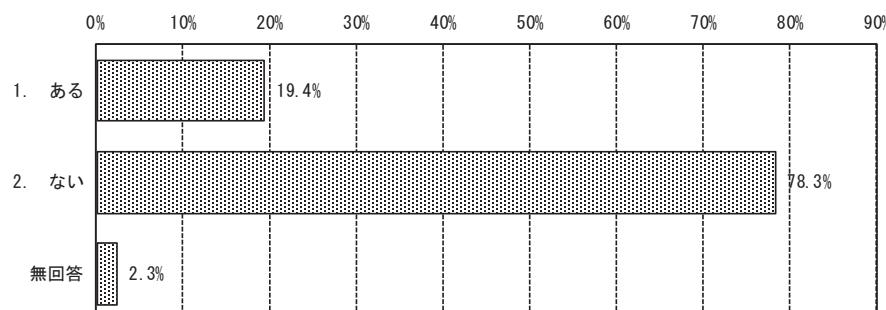


(iii) Q75-3. 市区町村に対する入所判定委員会開催の要望実績（過去3年間）

「1. ある」 19.4%、「2. ない」 78.3%となっている。

図 117 Q75-3. 市区町村に対する入所判定委員会開催の要望実績（過去3年間）

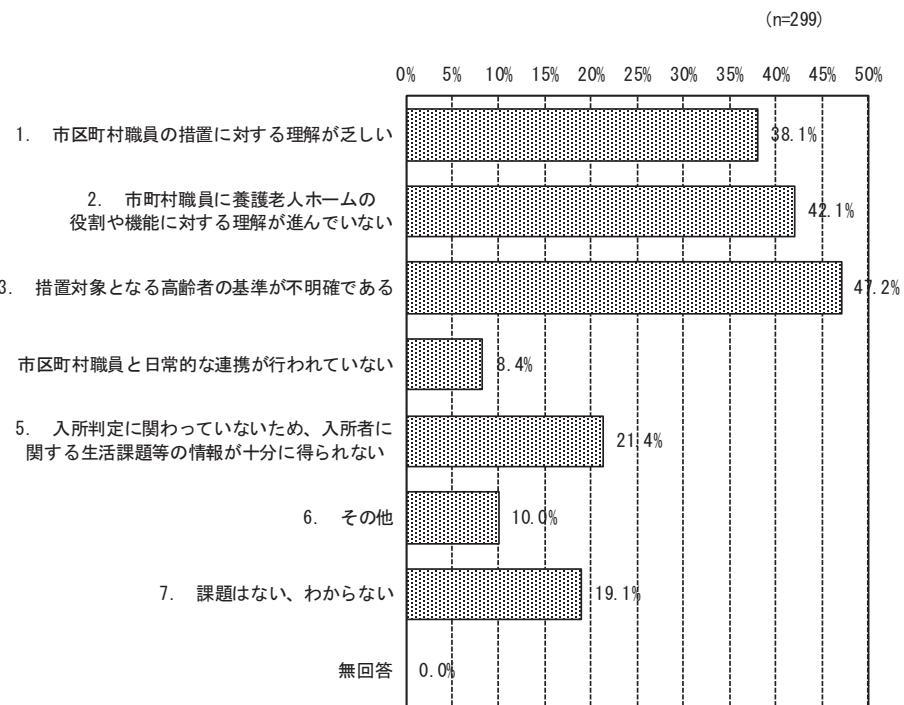
(n=299)



(ウ) Q76. 市区町村と連携して支援を行う上で課題に感じていること

「3. 措置対象となる高齢者の基準が不明確である」の割合が最も高く 47.2% となっている。次いで、「2. 市町村職員に養護老人ホームの役割や機能に対する理解が進んでいない（42.1%）」、「1. 市区町村職員の措置に対する理解が乏しい（38.1%）」となっている。

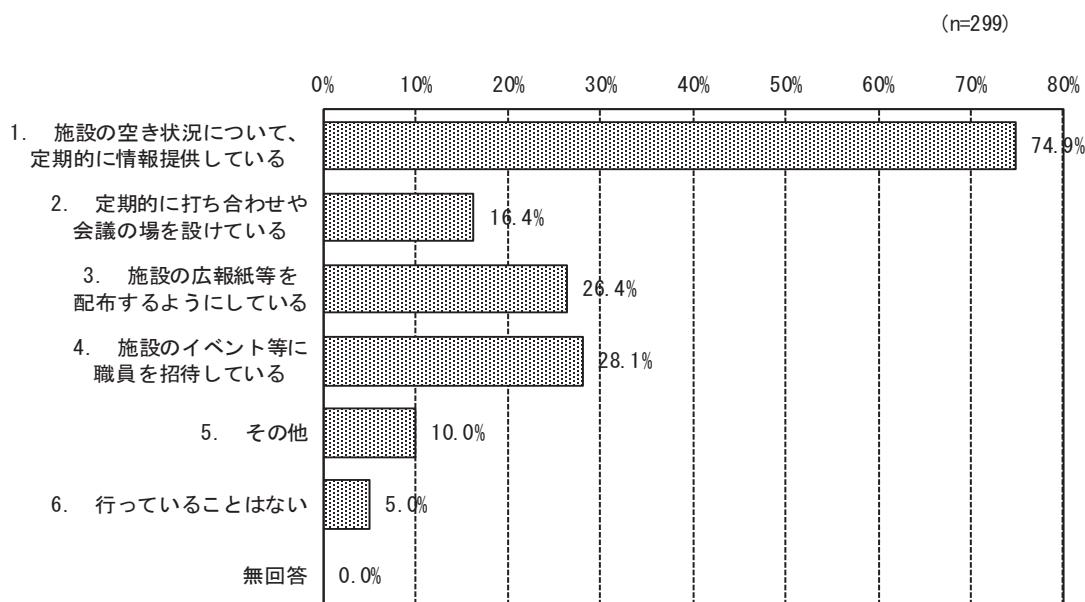
図 118 Q76. 市区町村と連携して支援を行う上で課題に感じていること



(エ) Q77. 市区町村への働きかけとして行っていること

「1. 施設の空き状況について、定期的に情報提供している」の割合が最も高く 74.9% となっている。次いで、「4. 施設のイベント等に職員を招待している（28.1%）」、「3. 施設の広報紙等を配布するようにしている（26.4%）」となっている。

図 119 Q77. 市区町村への働きかけとして行っていること

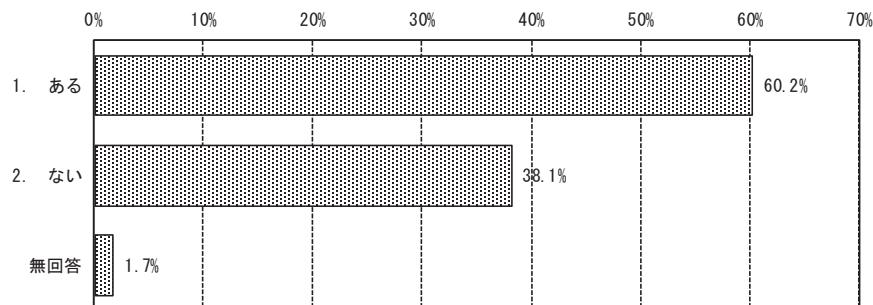


(才) Q78. 市区町村への要望等の提出実績

「1. ある」 60.2%、「2. ない」 38.1%となっている。

図 120 Q78. 市区町村への要望等の提出実績

(n=299)

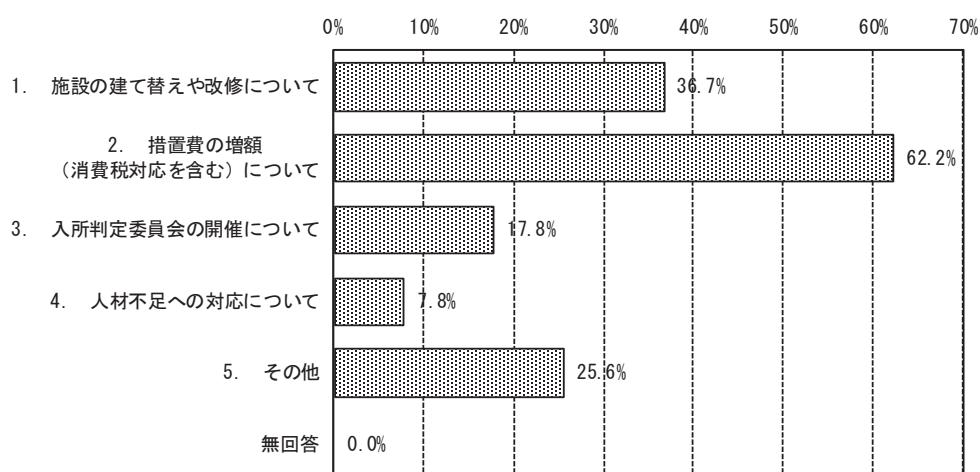


(才) - 1. 提出した要望の内容

「2. 措置費の増額（消費税対応を含む）について」の割合が最も高く 62.2%となっている。次いで、「1. 施設の建て替えや改修について（36.7%）」、「5. その他（25.6%）」となっている。

図 121 Q78-1. 提出した要望の内容

(n=180)



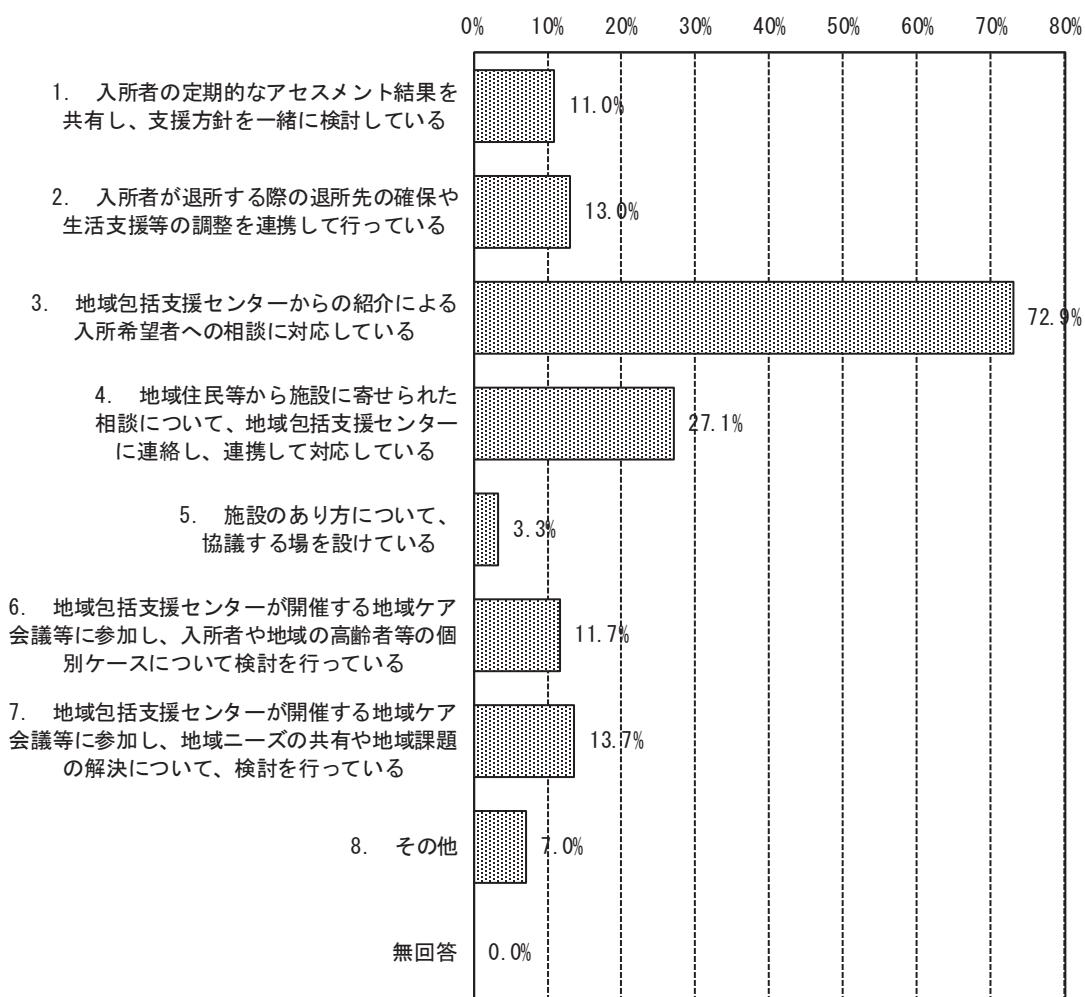
②地域包括支援センター

(ア) Q80. 地域包括支援センターと連携して行っていること

「3. 地域包括支援センターからの紹介による入所希望者への相談に対応している」の割合が最も高く 72.9%となっている。次いで、「4. 地域住民等から施設に寄せられた相談について、地域包括支援センターに連絡し、連携して対応している（27.1%）」、「7. 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議等に参加し、地域ニーズの共有や地域課題の解決について、検討を行っている（13.7%）」となっている。

図 122 Q80. 地域包括支援センターと連携して行っていること

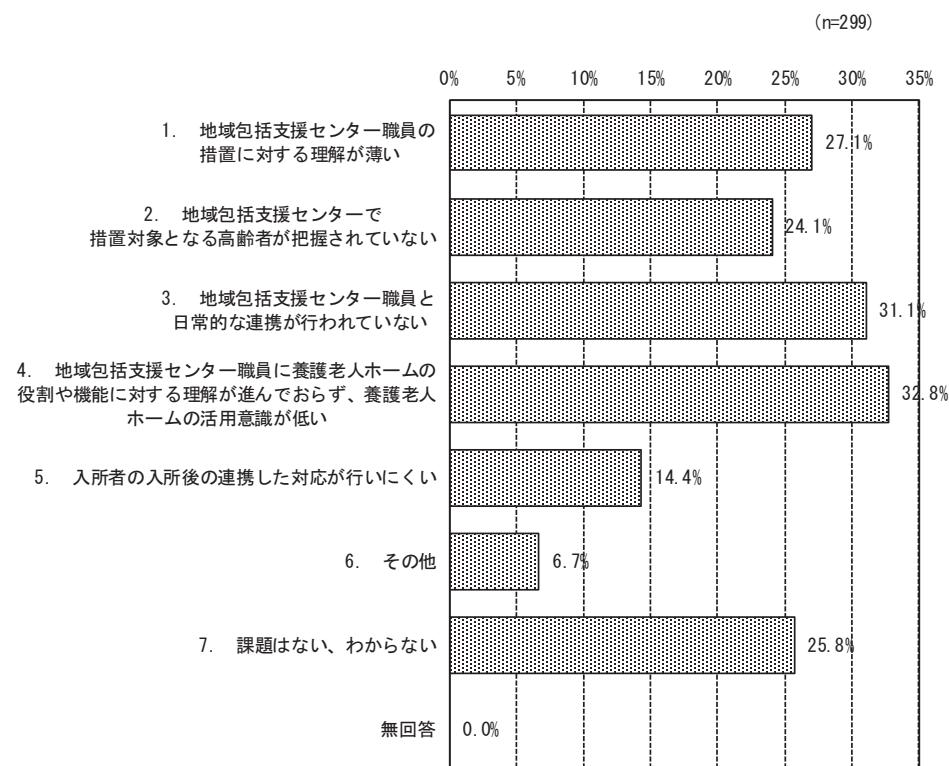
(n=299)



(イ) Q81. 地域包括支援センターと連携して支援を行う上で課題に感じていること

「4. 地域包括支援センター職員に養護老人ホームの役割や機能に対する理解が進んでおらず、養護老人ホームの活用意識が低い」の割合が最も高く 32.8%となっている。次いで、「3. 地域包括支援センター職員と日常的な連携が行われていない（31.1%）」、「1. 地域包括支援センター職員の措置に対する理解が薄い（27.1%）」となっている。

図 123 Q81. 地域包括支援センターと連携して支援を行う上で課題に感じていること



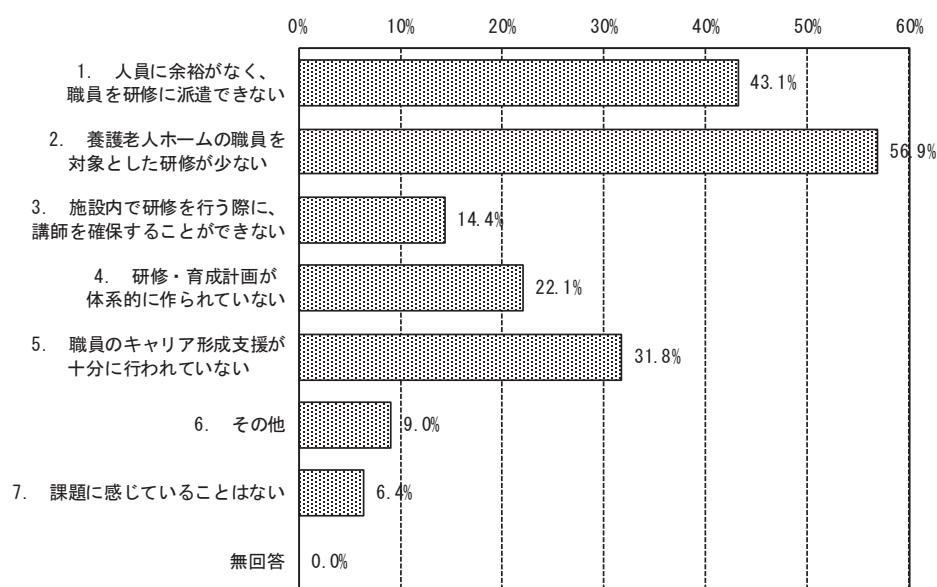
(7) 職員の人材育成

①Q82. 職員のスキル向上に関して課題に感じていること

「2. 養護老人ホームの職員を対象とした研修が少ない」の割合が最も高く 56.9%となっている。次いで、「1. 人員に余裕がなく、職員を研修に派遣できない (43.1%)」、「5. 職員のキャリア形成支援が十分に行われていない (31.8%)」となっている。

図 124 Q82. 職員のスキル向上に関して課題に感じていること

(n=299)



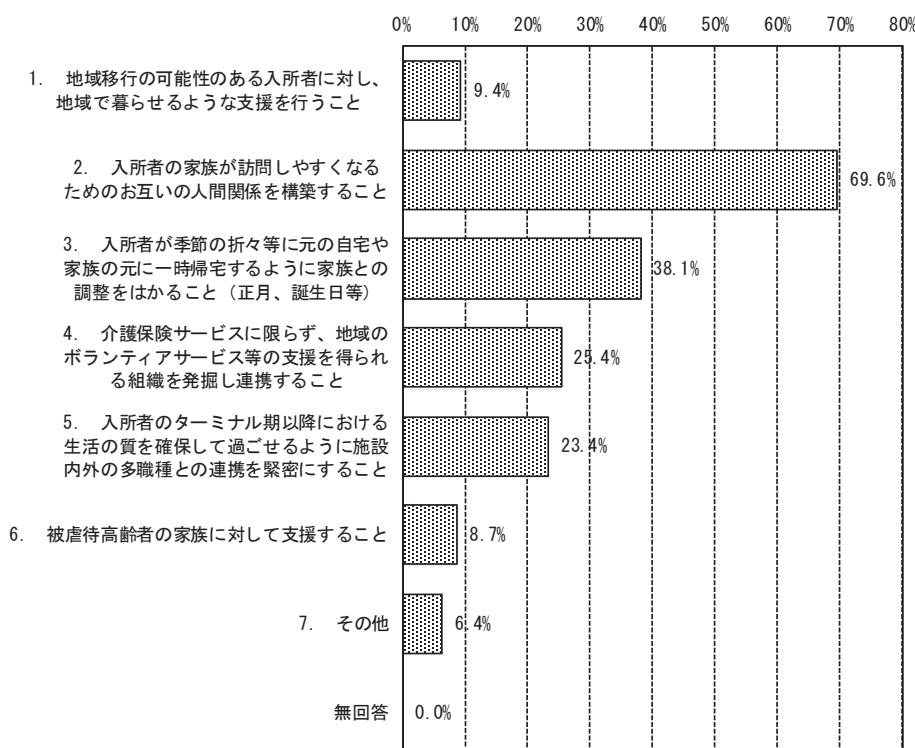
(8) 入所者への効果的な支援実施において力を入れていること、困難に感じていること

①Q83. 入所者への支援において特に留意して実践していること

「2. 入所者の家族が訪問しやすくなるためのお互いの人間関係を構築すること」の割合が最も高く 69.6% となっている。次いで、「3. 入所者が季節の折々等に元の自宅や家族の元に一時帰宅するよう に家族との調整をはかること（正月、誕生日等）（38.1%）」、「4. 介護保険サービスに限らず、地域 のボランティアサービス等の支援を得られる組織を発掘し連携すること（25.4%）」となっている。

図 125 Q83. 入所者への支援において特に留意して実践していること

(n=299)

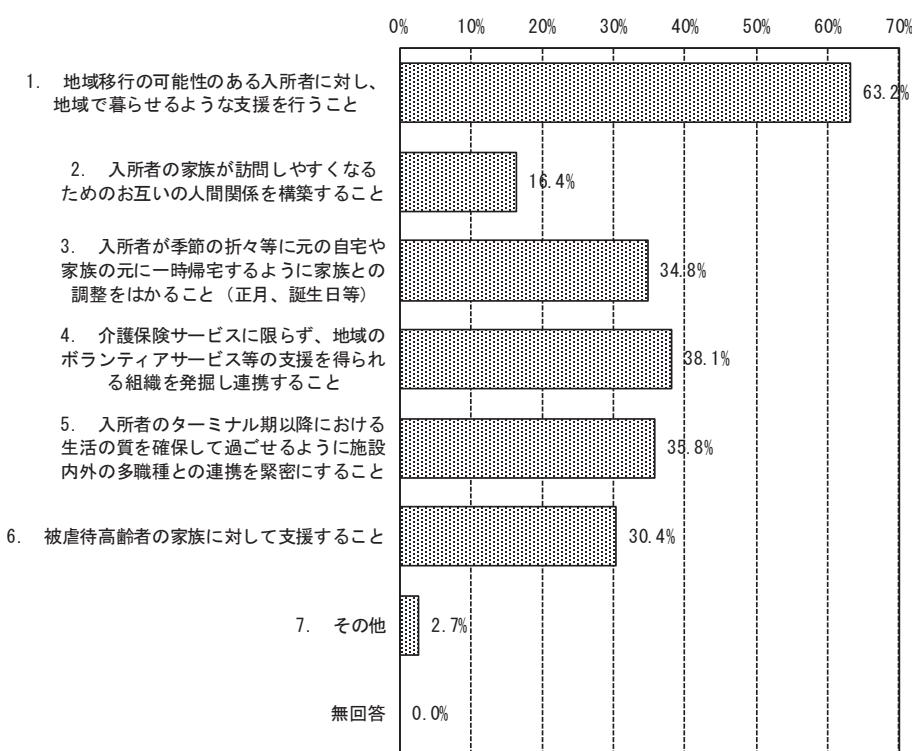


②Q84. 入所者への支援において特に実践する難度が高く十分実践できていないと感じていること

「1. 地域移行の可能性のある入所者に対し、地域で暮らせるような支援を行うこと」の割合が最も高く 63.2% となっている。次いで、「4. 介護保険サービスに限らず、地域のボランティアサービス等の支援を得られる組織を発掘し連携すること（38.1%）」、「5. 入所者のターミナル期以降における生活の質を確保して過ごせるように施設内外の多職種との連携を緊密にすること（35.8%）」となっている。

図 126 Q84. 入所者への支援において特に実践する難度が高く十分実践できていないと感じていること

(n=299)



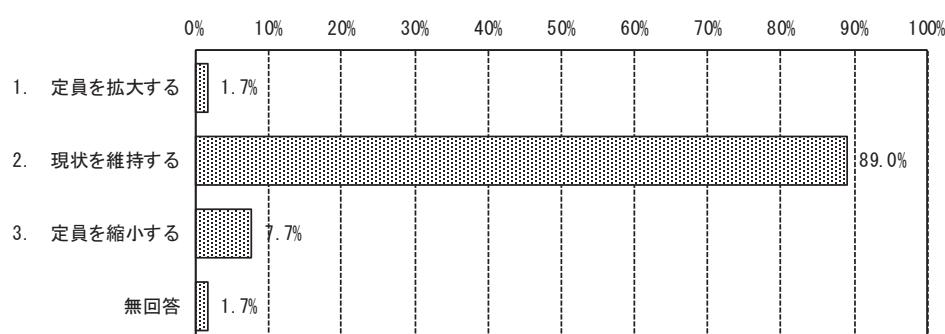
（9）今後の展望

①Q85. 今後の事業展開方向に関する基本的な方針

「2. 現状を維持する」の割合が最も高く 89.0% となっている。次いで、「3. 定員を縮小する（7.7%）」、「1. 定員を拡大する（1.7%）」となっている。

図 127 Q85. 今後の事業展開方向に関する基本的な方針

(n=299)

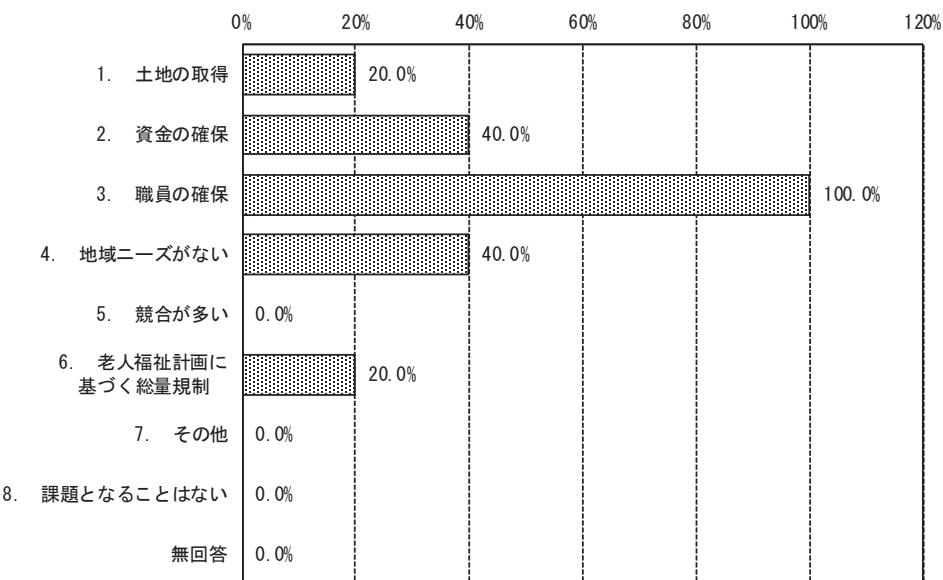


②Q85-1. 定員を拡大するために課題となること

「3. 職員の確保」の割合が最も高く 100.0%となっている。次いで、「2. 資金の確保（40.0%）」、「4. 地域ニーズがない（40.0%）」となっている。

図 128 Q85-1. 定員を拡大するために課題となること

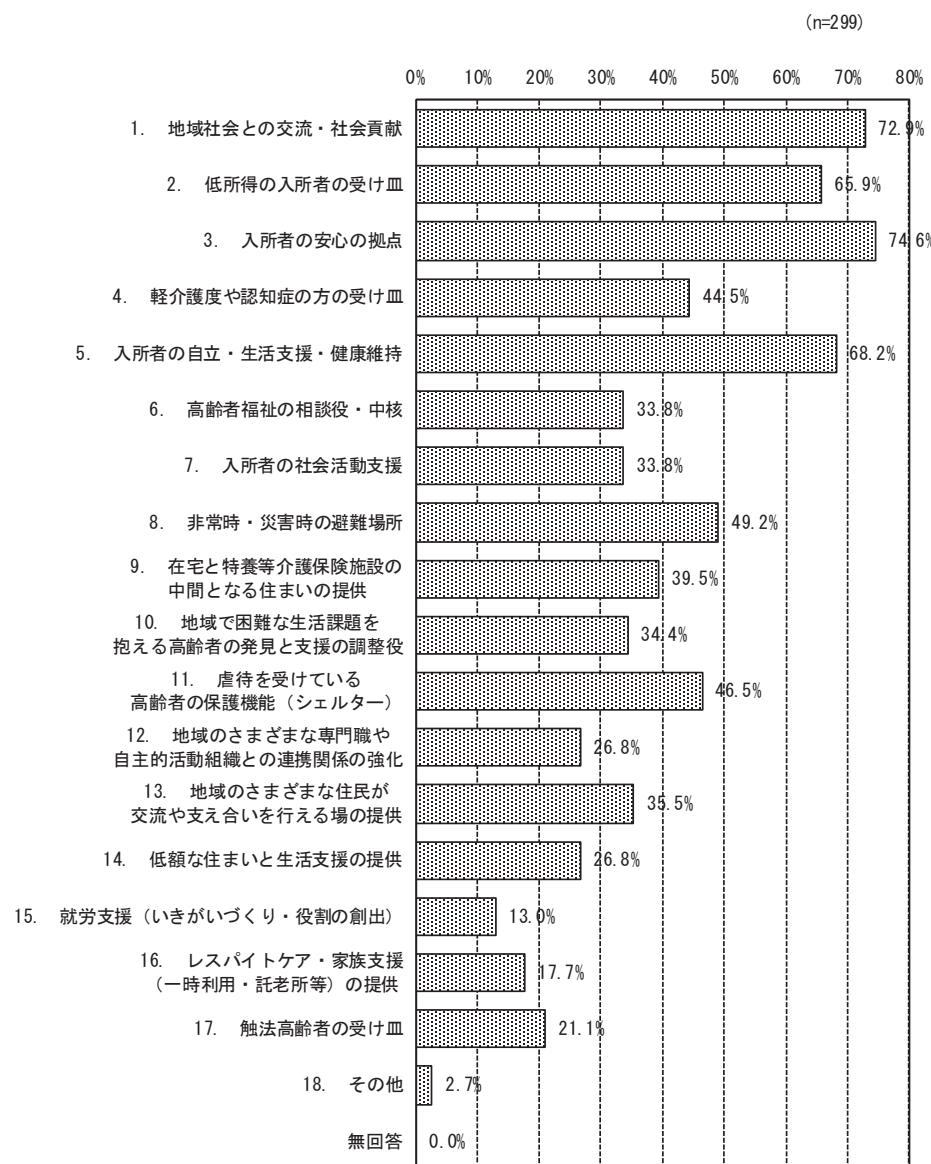
(n=5)



③Q86. 今後、法人として、養護老人ホームにおいて重点的に取り組んでいきたいこと

「3. 入所者の安心の拠点」の割合が最も高く74.6%となっている。次いで、「1. 地域社会との交流・社会貢献（72.9%）」、「5. 入所者の自立・生活支援・健康維持（68.2%）」となっている。

図 129 Q86. 今後、法人として、養護老人ホームにおいて重点的に取り組んでいきたいこと



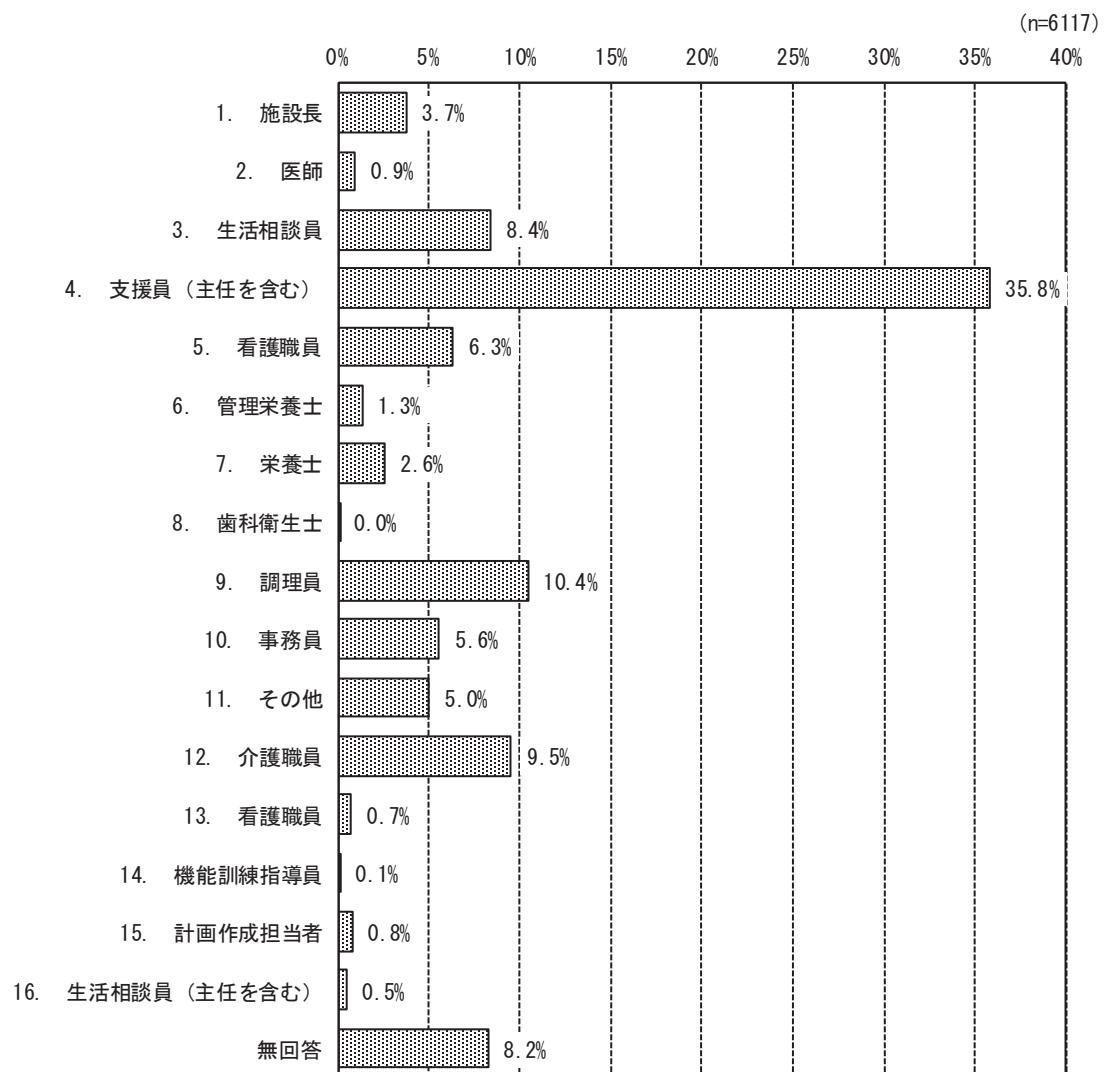
1-2. 職員票（全職員）

(1) 職種

① 主たる職種

「4. 支援員（主任を含む）」が最も多い。

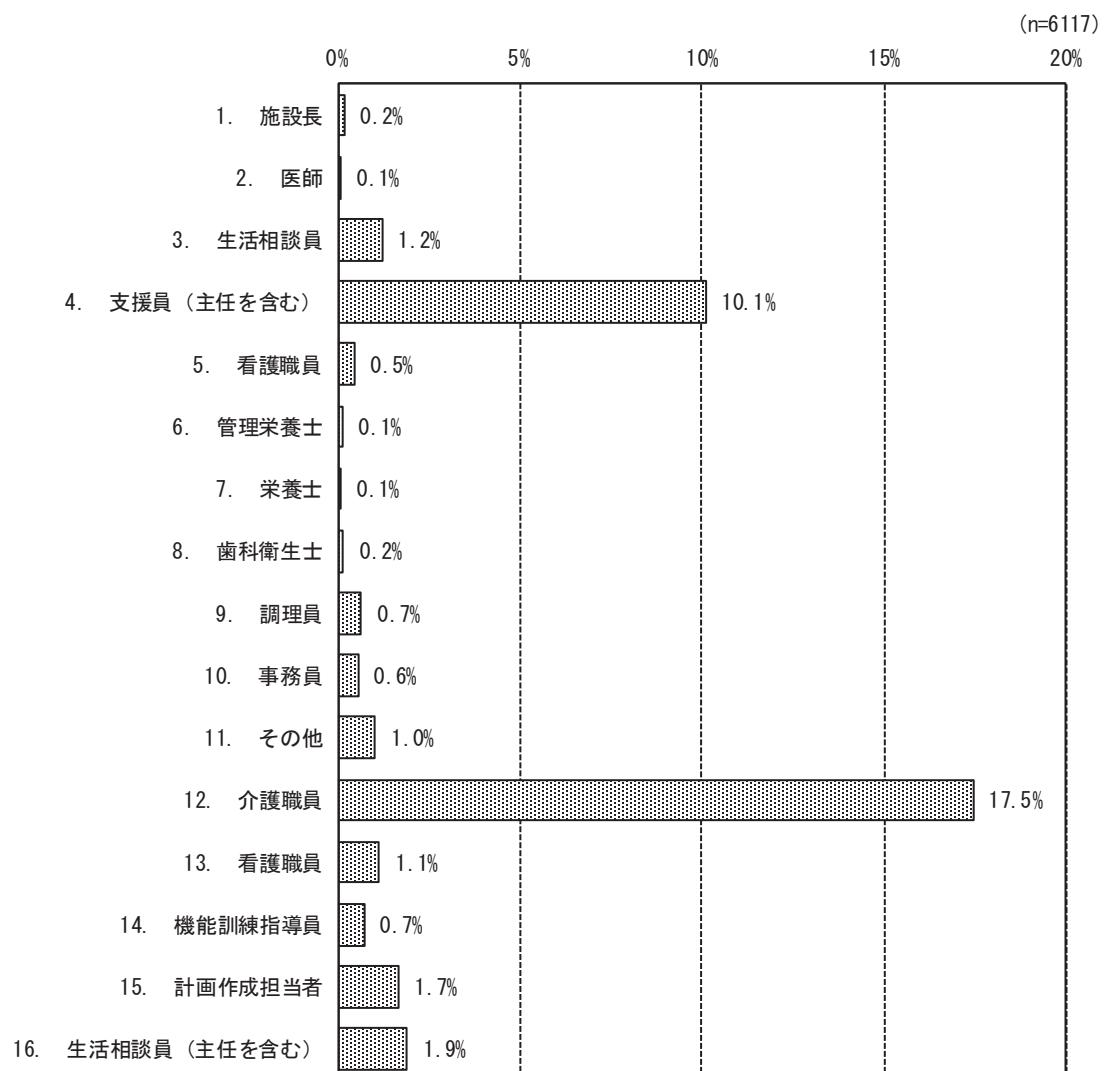
図 130 主たる職種



②兼務している職種

「12. 介護職員」が最も多い。

図 131 兼務している職種

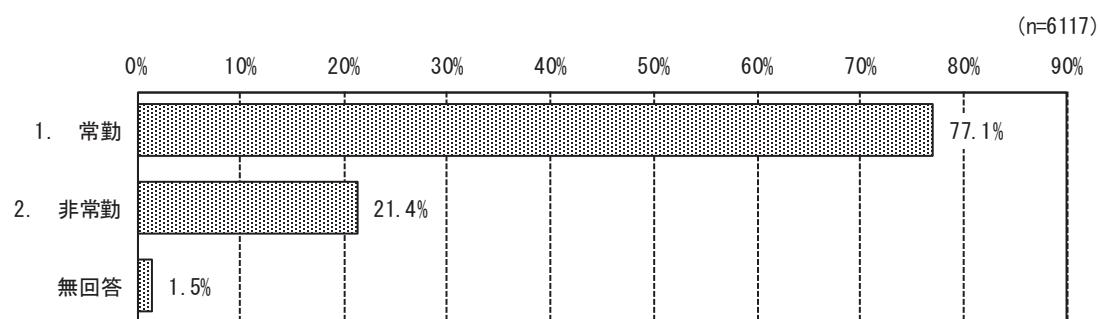


(2) 就業形態

①常勤、非常勤の別

「1. 常勤」が77.1%である。

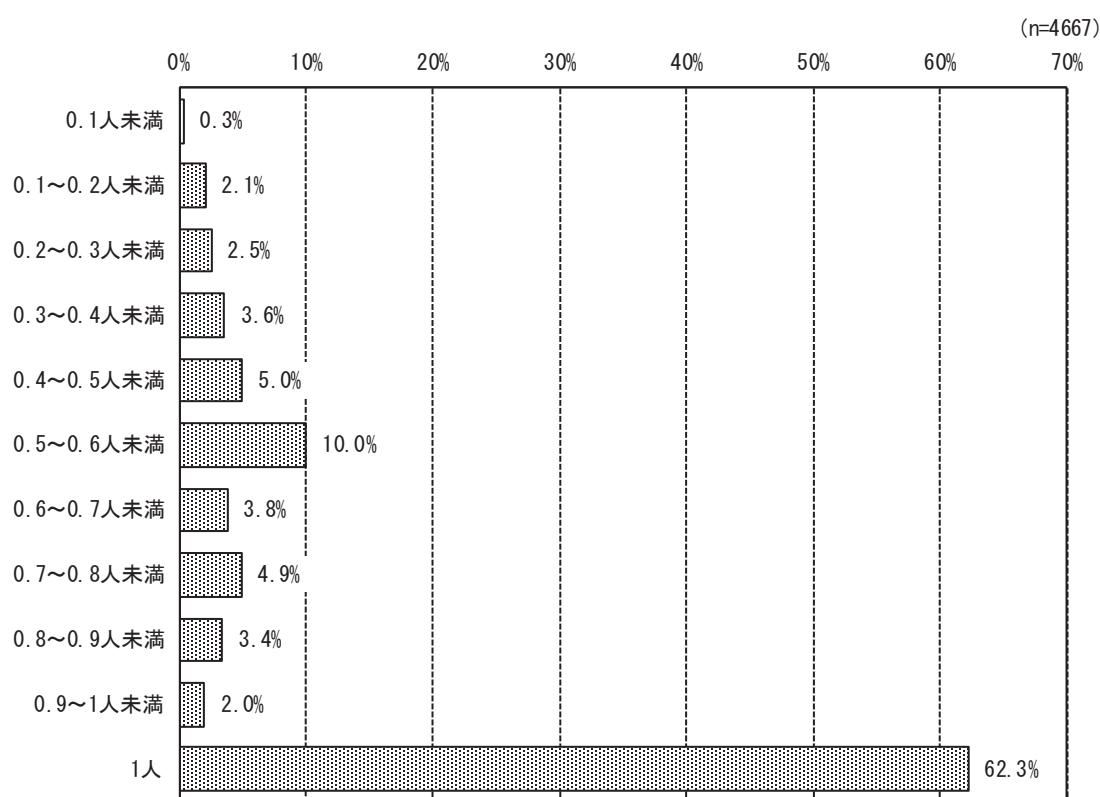
図 132 就業形態（常勤、非常勤の別）



②主たる職種の常勤換算人数

「1人」、「0.5～0.6人未満」の順である。

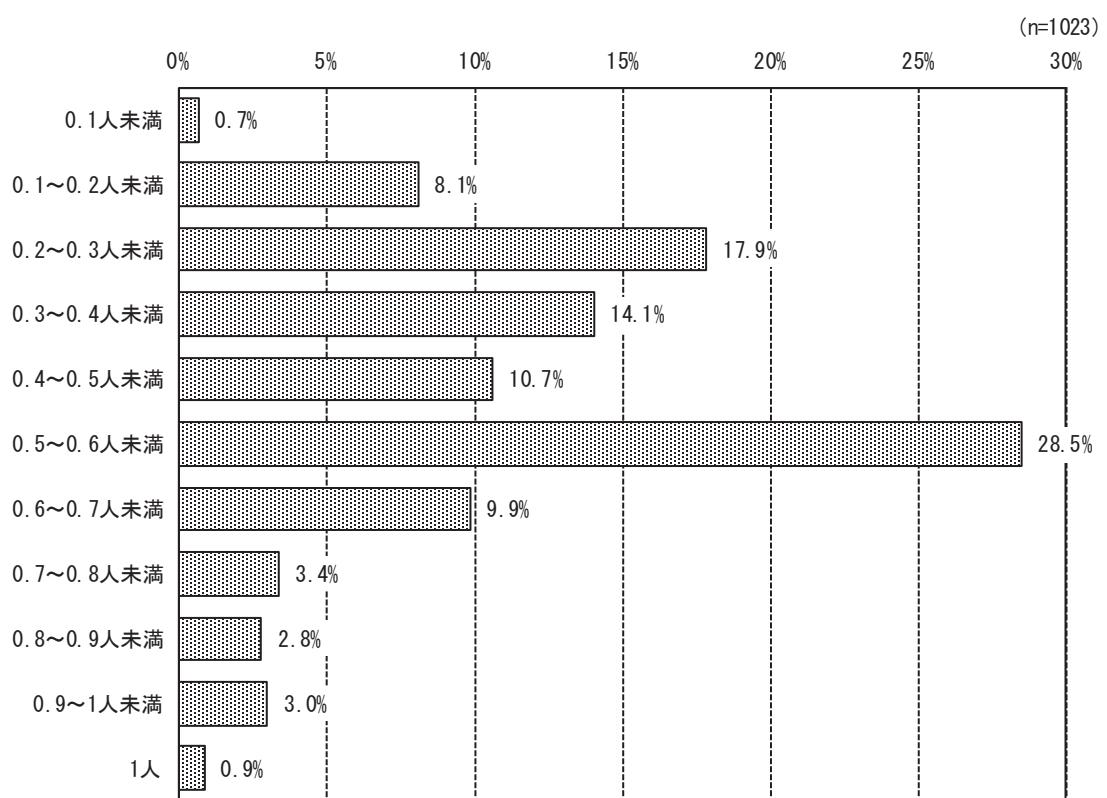
図 133 主たる職種の常勤換算人数



③兼務職種の常勤換算人数

「0.5～0.6人未満」「0.2～0.3人未満」の順である。

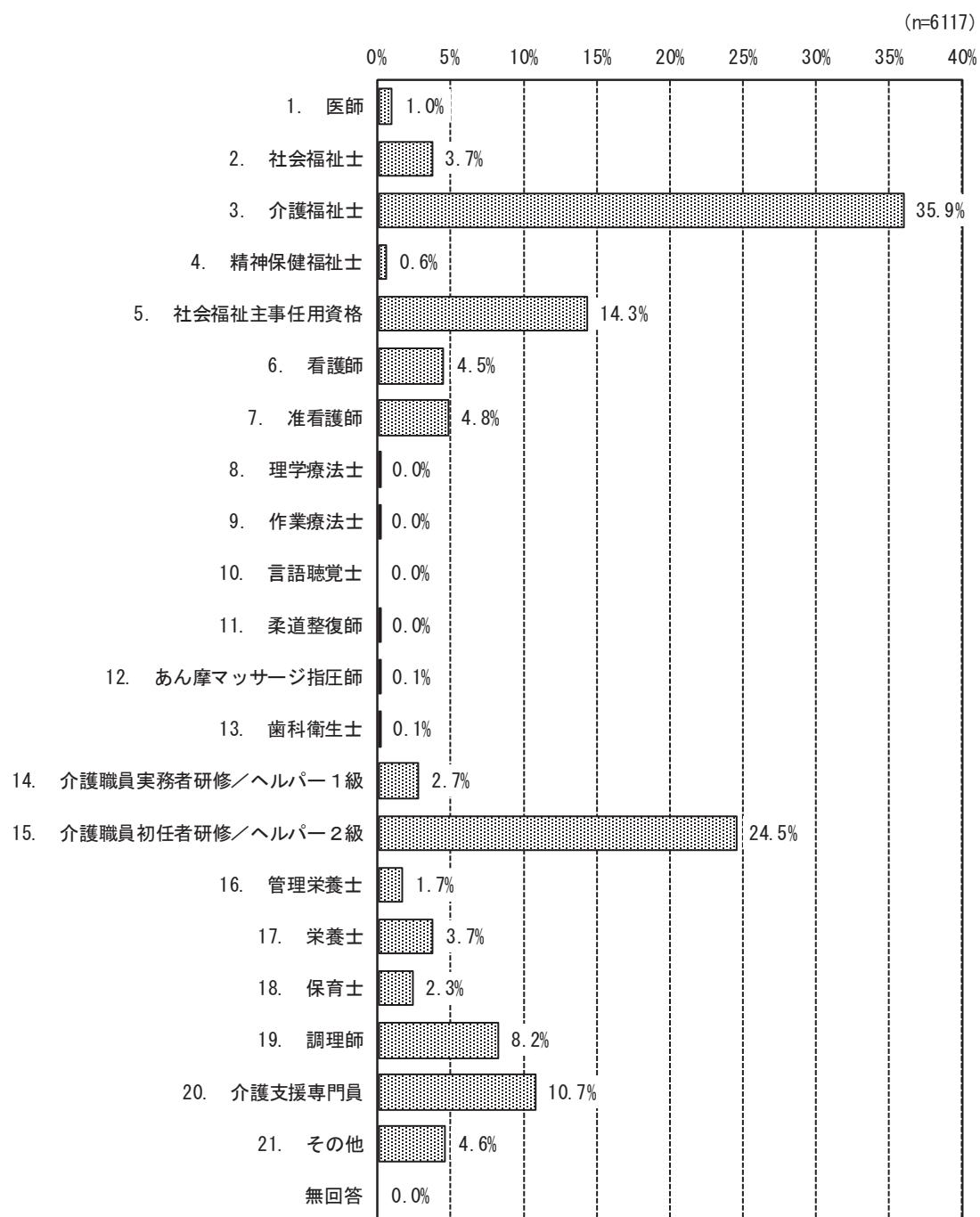
図 134 兼務職種の常勤換算人数



(3) 保有資格

「3. 介護福祉士」「15. 介護研修初任者研修／ヘルパー 2 級」の順である。

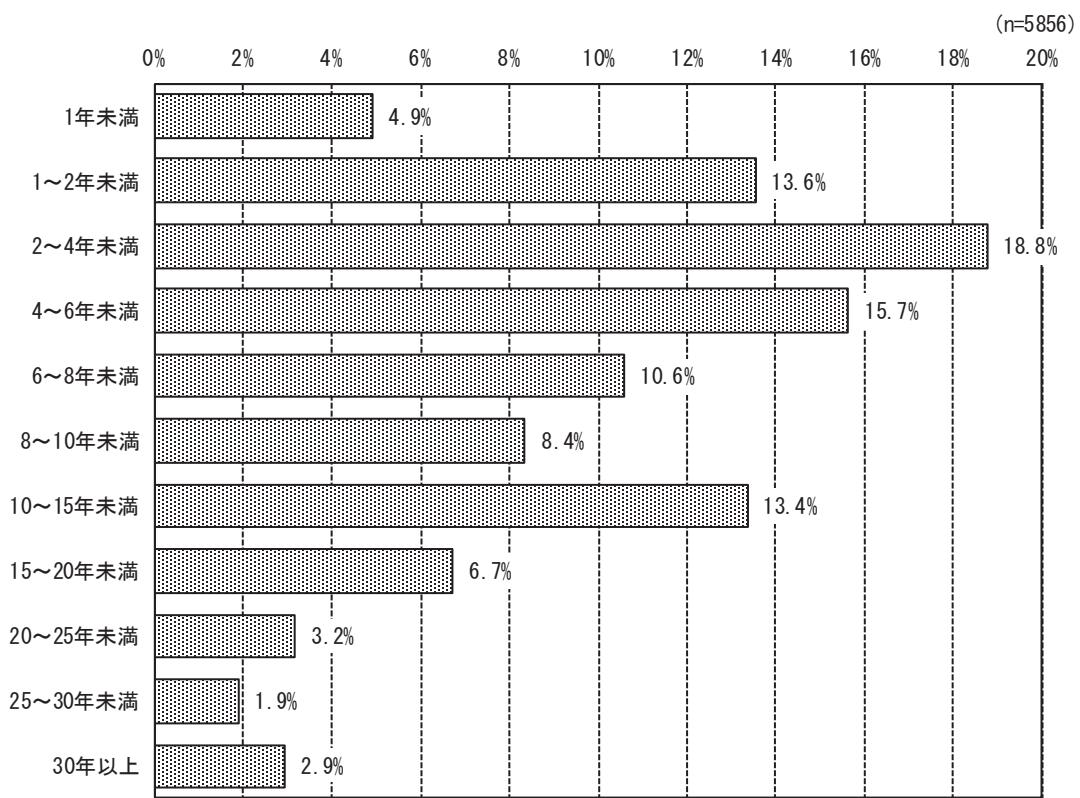
図 135 保有資格



(4) 貴施設での勤続年数

「2~4 年未満」が最も多い。

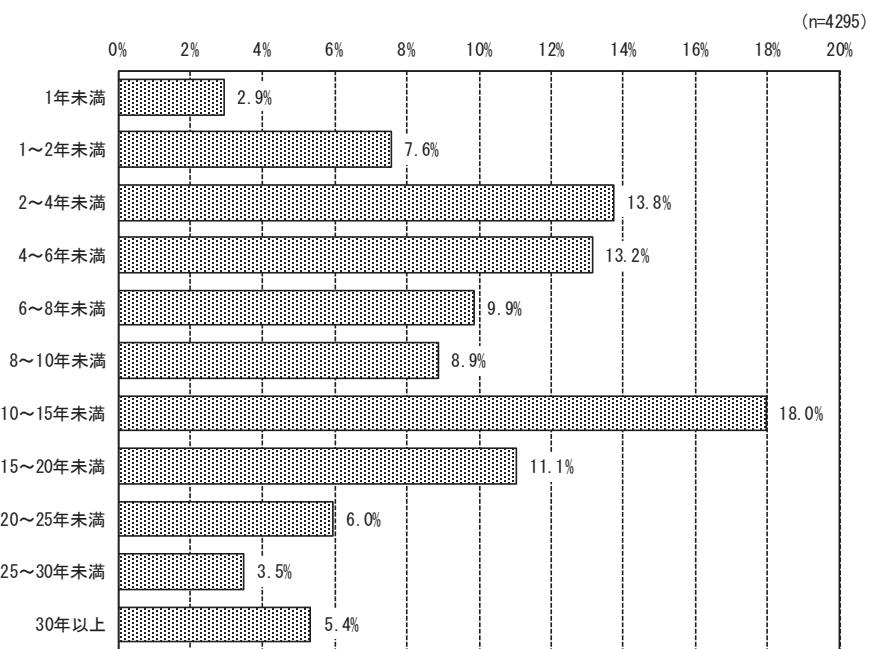
図 136 貴施設での勤続年数



(5) 他の法人の社会福祉施設を含めた勤続年数

「10~15 年未満」が最も多い。

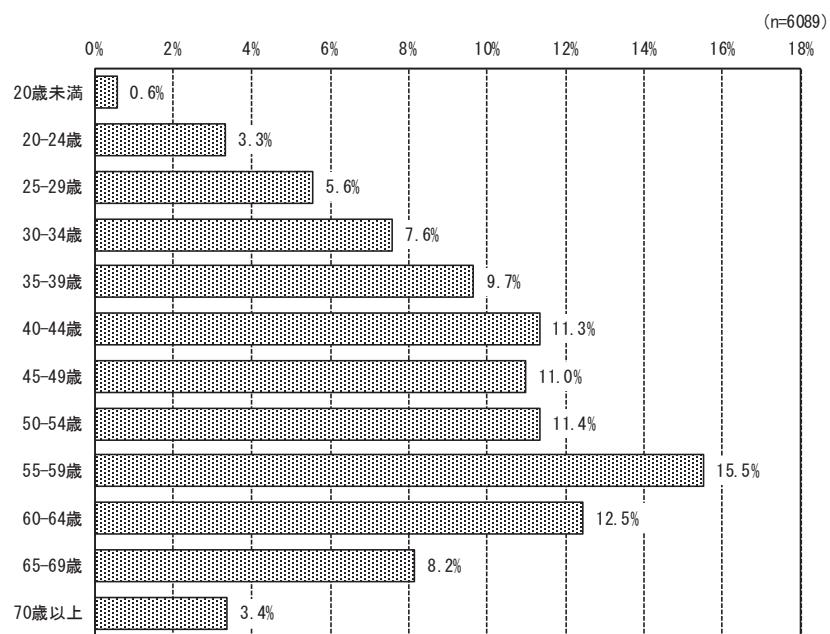
図 137 他の法人の社会福祉施設を含めた勤続年数



(6) 年齢

「55～59歳」が最も多い。

図 138 年齢

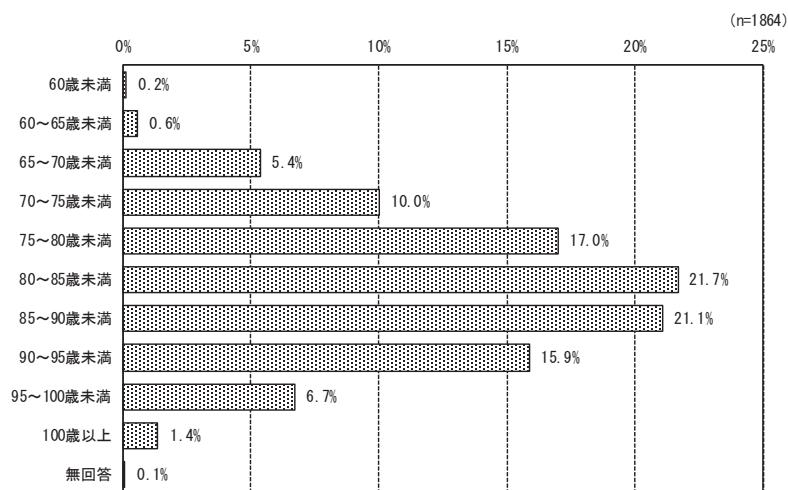


1-3. 入所者票（全入所者の10分の1抽出）

(1) 年齢

「80~85歳未満」が最も多い。

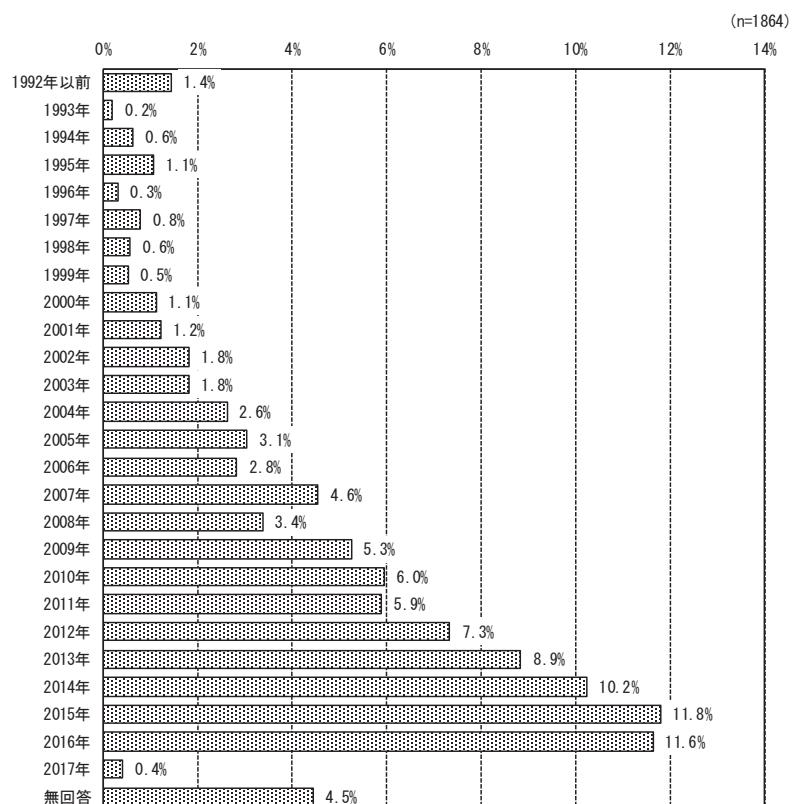
図 139 年齢



(2) 入所年（西暦）

「2015年」が最も多い。

図 140 入所年（西暦）

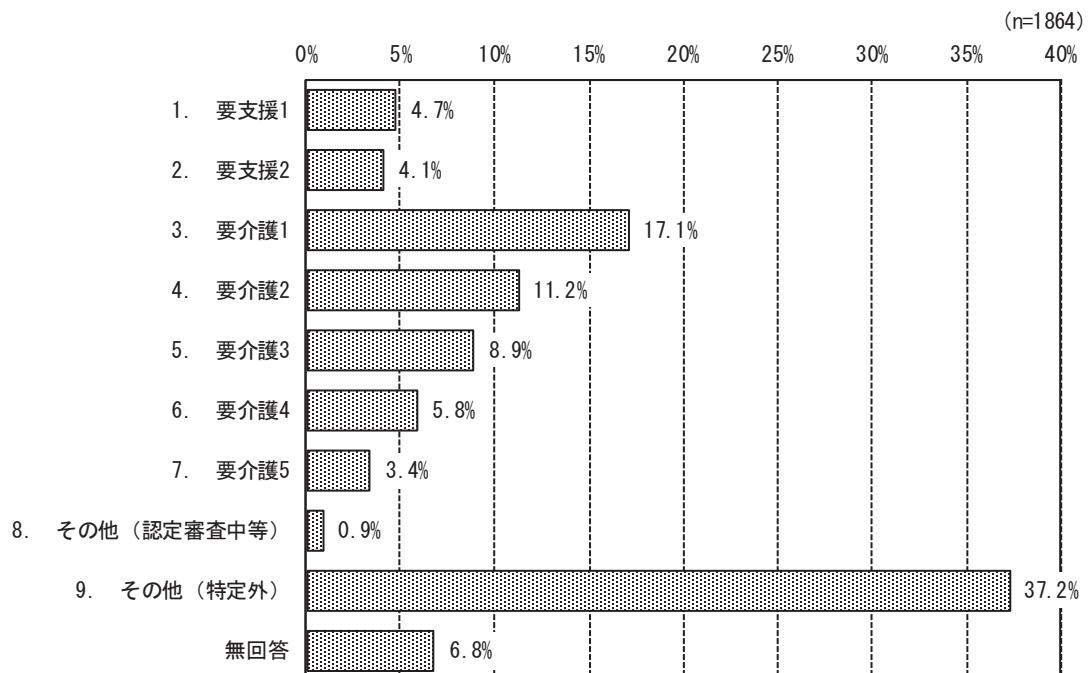


(3) 自立度

① 要介護度

「9. その他（特定外）」、「3. 要介護1」の順である。

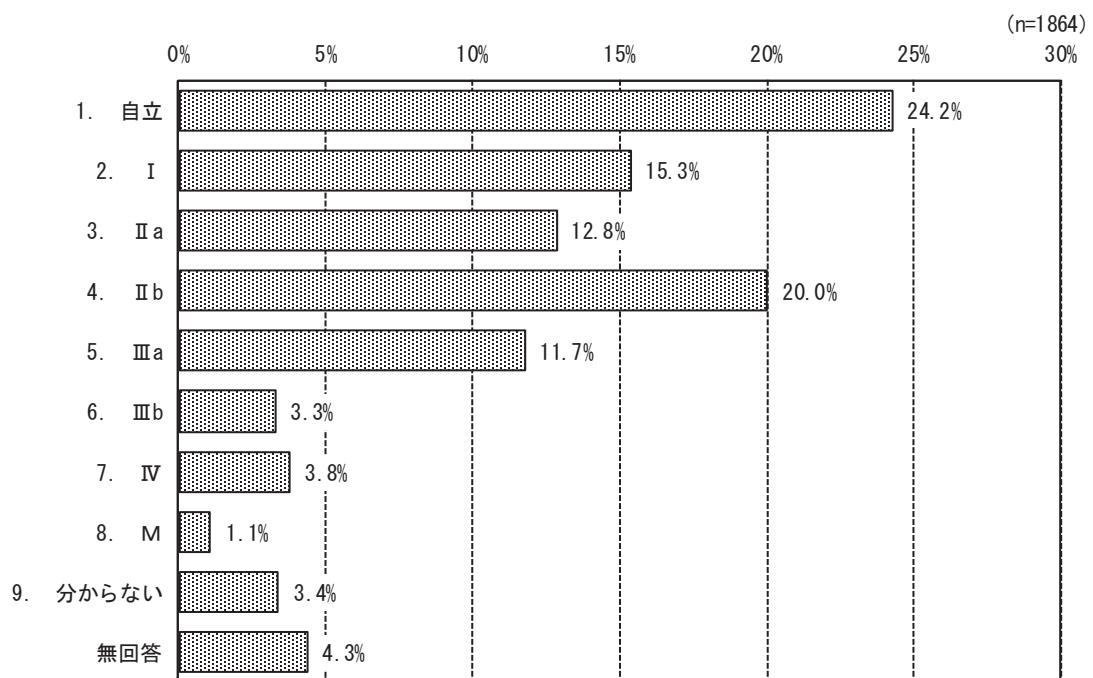
図 141 要介護度



② 認知症高齢者の日常生活自立度

「1. 自立」が最もも多い。

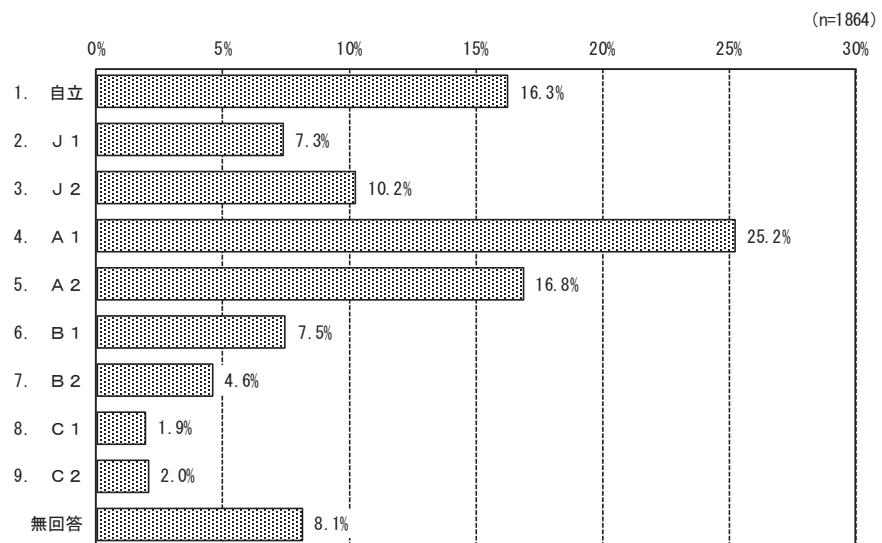
図 142 認知症高齢者の日常生活自立度



③ 障害高齢者の日常生活自立度

「4. A1」が最も多い。

図 143 障害高齢者の日常生活自立度

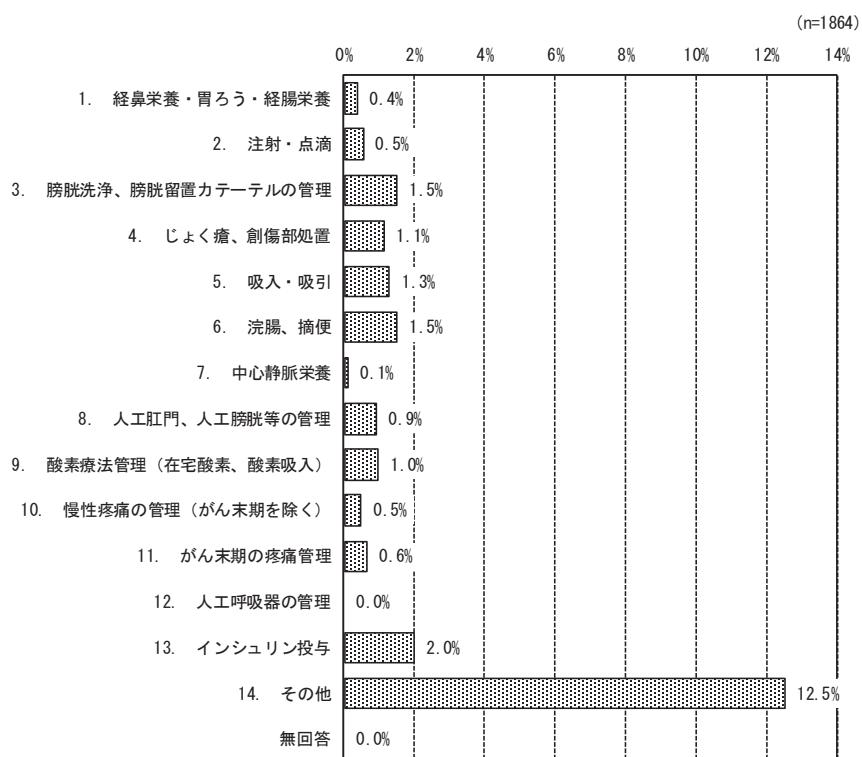


(4) 医療について

① 必要な医療ケア

「14. その他」が最も多い。

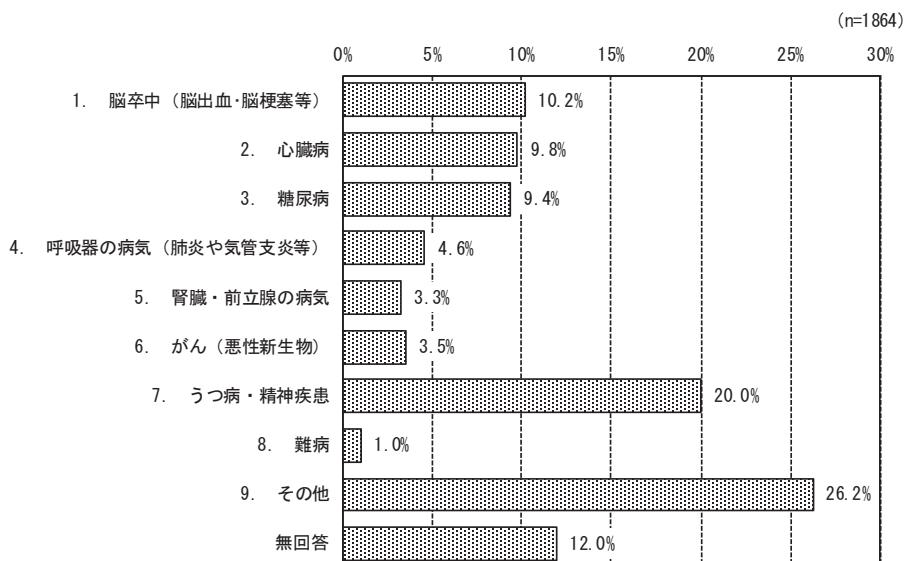
図 144 必要な医療ケア



②主な疾患

「9. その他」が最も多い。

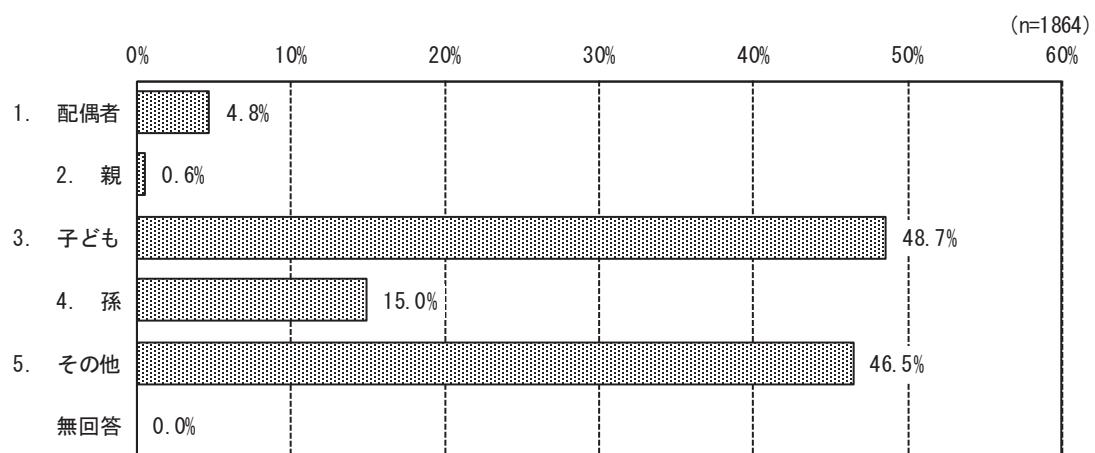
図 145 主な疾患



（5）家族等の有無

「3. 子ども」が最も多い。

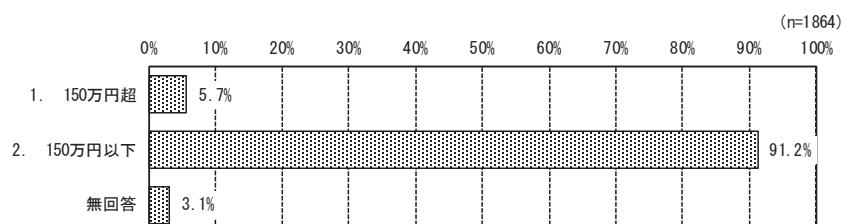
図 146 家族等の有無



（6）所得階層

「2. 150万円以下」がもっとも多い。

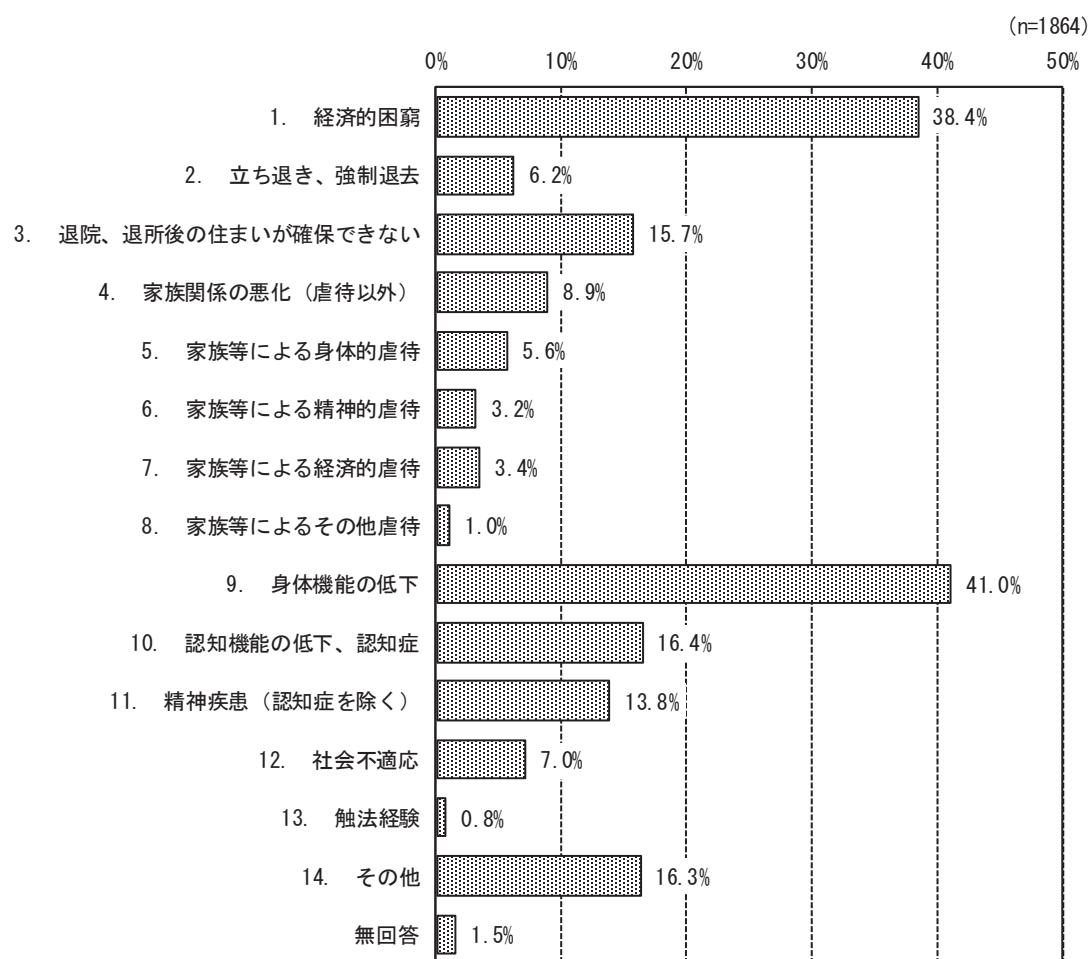
図 147 所得階層



(7) 入所理由

「9. 身体機能の低下」が最も多い。

図 148 入所理由

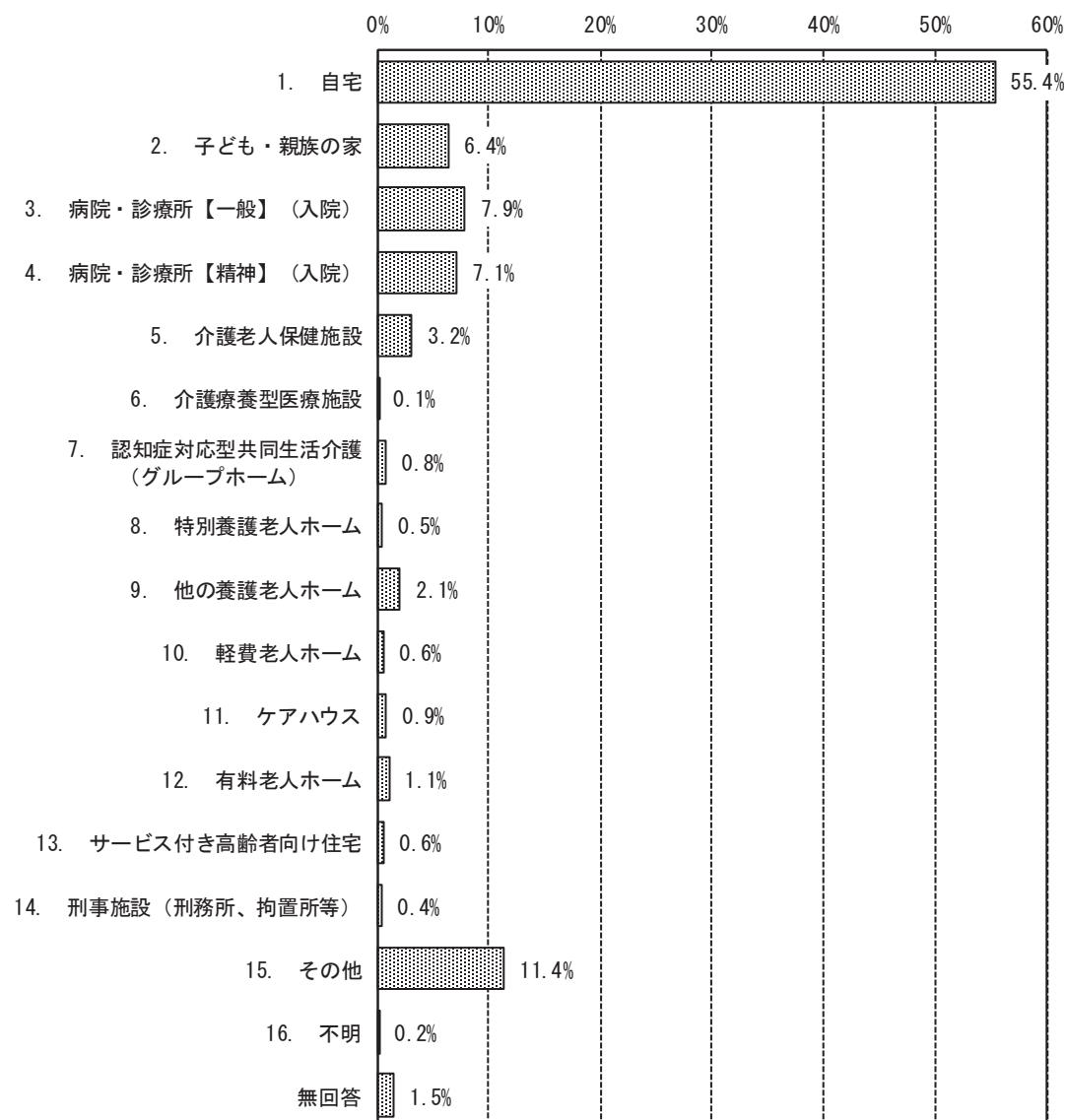


(8) 入所前の居場所

「1. 自宅」が最も多い。

図 149 入所前の居場所

(n=1864)

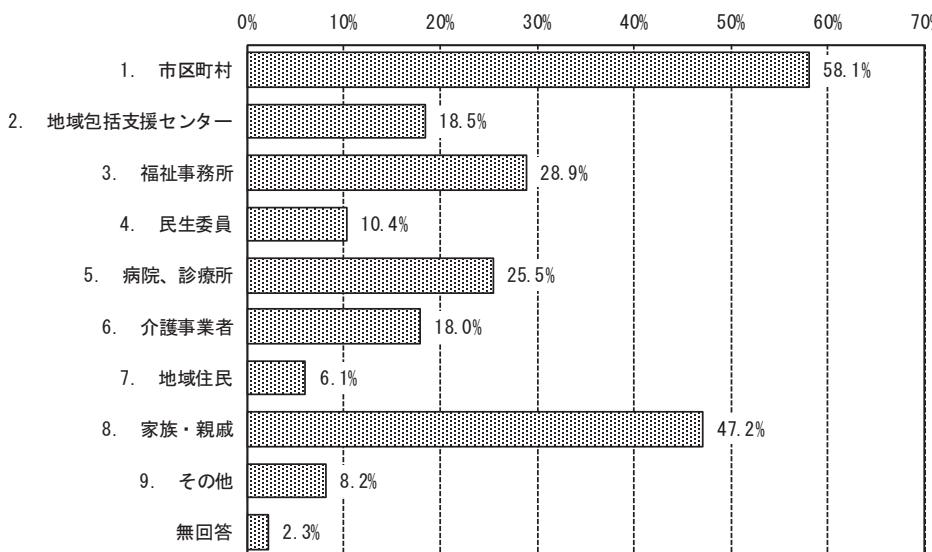


(9) 入所判定前に関わっていた職種や機関等

「1. 市区町村」が最も多い。

図 150 入所判定前に関わっていた職種や機関等

(n=1864)

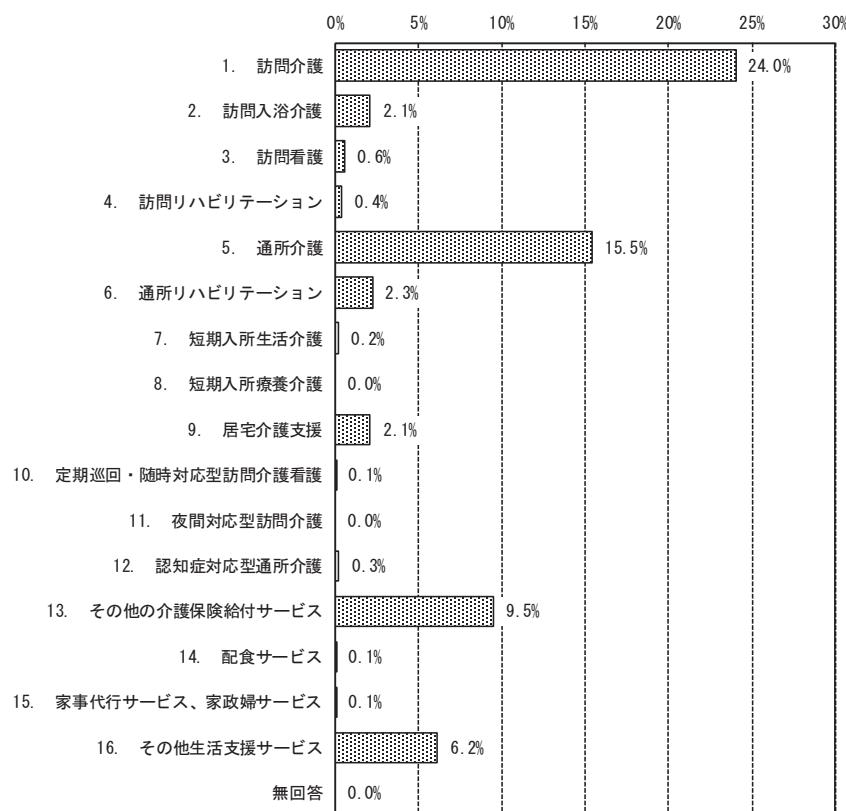


(10) 平成 28 年 11 月 27 日～12 月 3 日の間に利用した介護・生活サービス

「1. 訪問介護」が最も多い。

図 151 平成 28 年 11 月 27 日～12 月 3 日の間に利用した介護・生活サービス

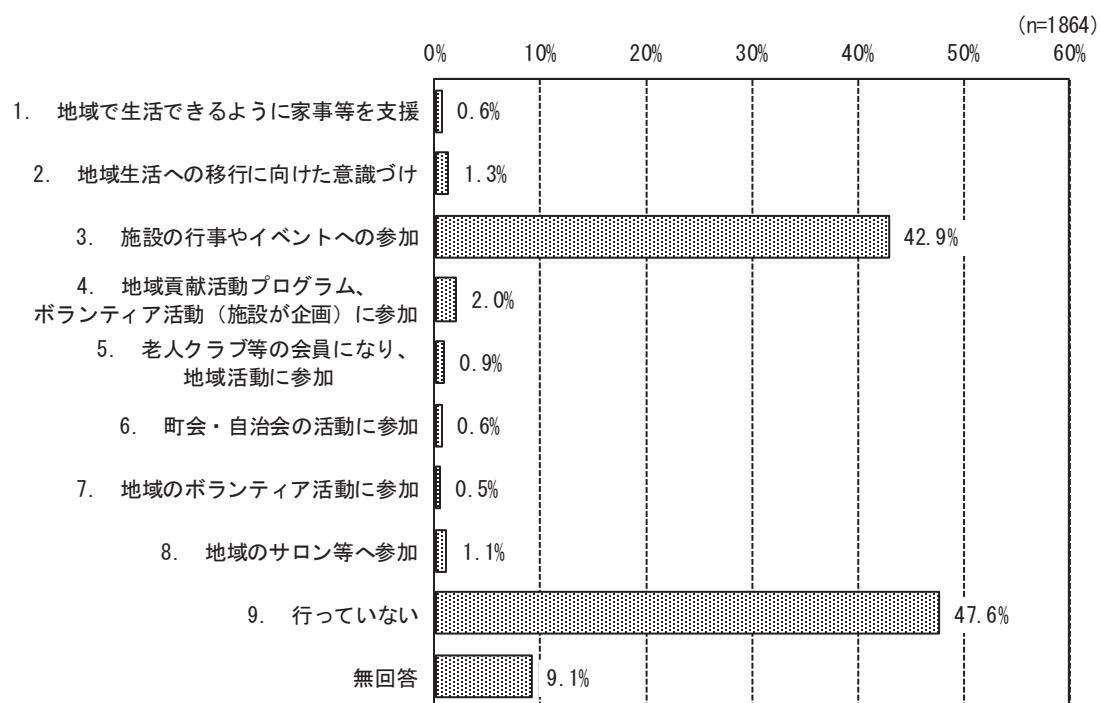
(n=1864)



(11) 地域生活移行プログラムの利用状況

「3. 施設の行事やイベントへの参加」が最も多い。

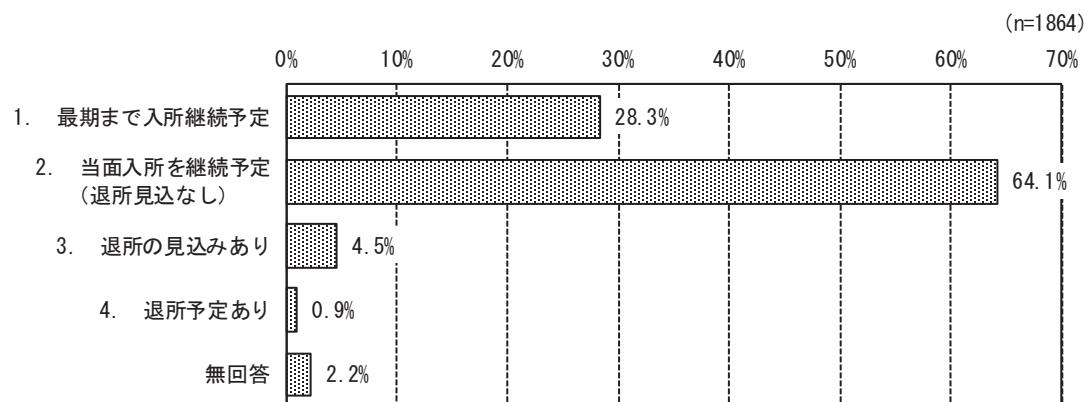
図 152 地域生活移行プログラムの利用状況



(12) 今後の入所継続予定

「2. 当面入所を継続予定」が最も多い。

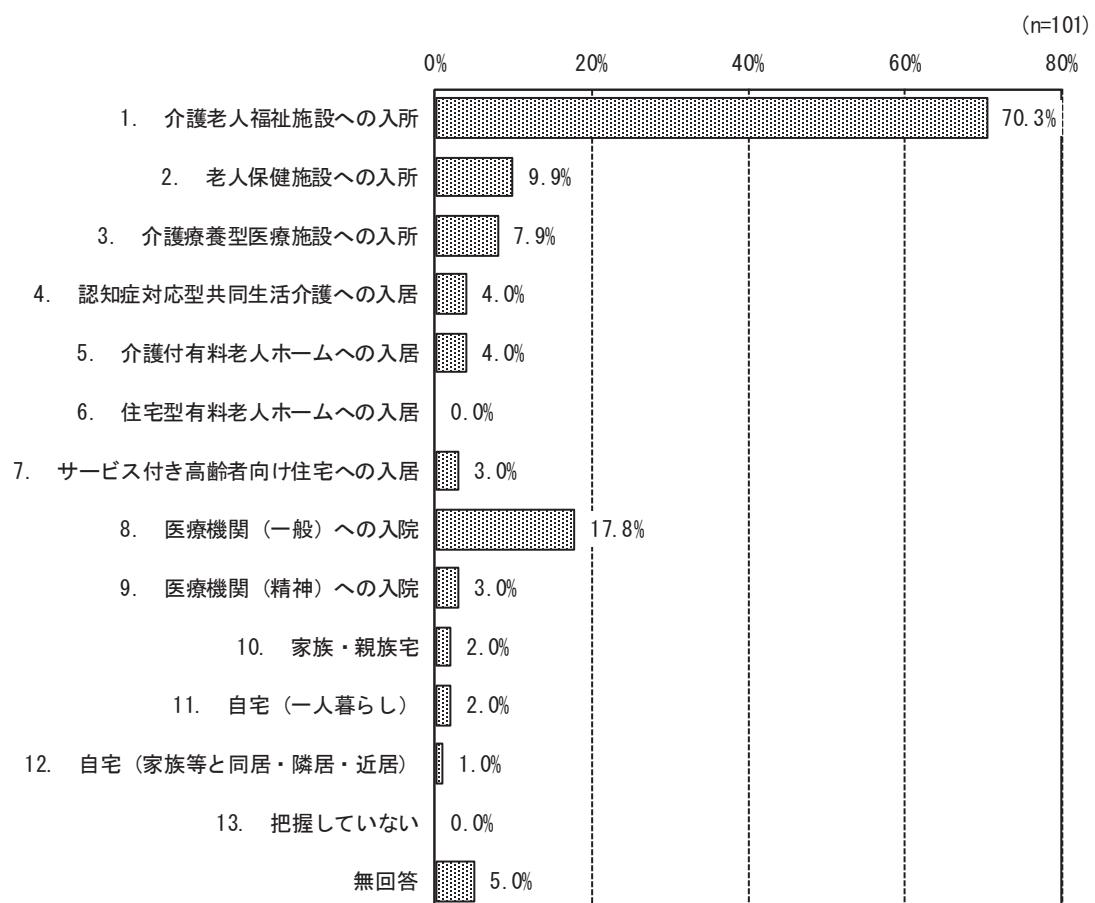
図 153 今後の入所継続予定



(13) 退所予定者の退居先意向

「1. 介護老人福祉施設への入所」が最も多い。

図 154 退所予定者の退居先意向



2. 養護老人ホームにおける訪問調査結果

(1) 養護老人ホーム平沼寮

対象施設	養護老人ホーム平沼寮
実施日	平成 28 年 2 月 6 日 (月) 14 時～17 時

①施設概要

定員	60 名																																																											
居室数等	・建物：5 棟 ・居室：10 曜 23 室、6 曜 14 室、3 曜 1 室、静養室 1 室 (個室 35 室、2 人部屋 13 室) ※介護棟は二人部屋																																																											
入所者数	・53 名 <市町村別> <table border="1"> <tr> <th>市内</th> <th>市外 (県内)</th> <th>県外</th> </tr> <tr> <td>12 名</td> <td>31 名</td> <td>10 名</td> </tr> </table> <年齢別> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>65 歳 未満</th> <th>65～ 70 歳 未満</th> <th>70～ 75 歳 未満</th> <th>75～ 80 歳 未満</th> <th>80～ 85 歳 未満</th> <th>85～ 90 歳 未満</th> <th>90 歳 以上</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>男性</td> <td>0 名</td> <td>1 名</td> <td>3 名</td> <td>3 名</td> <td>1 名</td> <td>1 名</td> <td>2 名</td> <td>11 名</td> </tr> <tr> <td>女性</td> <td>1 名</td> <td>3 名</td> <td>5 名</td> <td>7 名</td> <td>4 名</td> <td>12 名</td> <td>10 名</td> <td>42 名</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>1 名</td> <td>4 名</td> <td>8 名</td> <td>10 名</td> <td>5 名</td> <td>13 名</td> <td>12 名</td> <td>53 名</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>2.0%</td> <td>8.2%</td> <td>16.3%</td> <td>20.4%</td> <td>10.2%</td> <td>26.5%</td> <td>24.5%</td> <td>100.0%</td> </tr> </tbody> </table> ※平成 28 年 3 月末時点									市内	市外 (県内)	県外	12 名	31 名	10 名		65 歳 未満	65～ 70 歳 未満	70～ 75 歳 未満	75～ 80 歳 未満	80～ 85 歳 未満	85～ 90 歳 未満	90 歳 以上	合計	男性	0 名	1 名	3 名	3 名	1 名	1 名	2 名	11 名	女性	1 名	3 名	5 名	7 名	4 名	12 名	10 名	42 名	合計	1 名	4 名	8 名	10 名	5 名	13 名	12 名	53 名	%	2.0%	8.2%	16.3%	20.4%	10.2%	26.5%	24.5%	100.0%
市内	市外 (県内)	県外																																																										
12 名	31 名	10 名																																																										
	65 歳 未満	65～ 70 歳 未満	70～ 75 歳 未満	75～ 80 歳 未満	80～ 85 歳 未満	85～ 90 歳 未満	90 歳 以上	合計																																																				
男性	0 名	1 名	3 名	3 名	1 名	1 名	2 名	11 名																																																				
女性	1 名	3 名	5 名	7 名	4 名	12 名	10 名	42 名																																																				
合計	1 名	4 名	8 名	10 名	5 名	13 名	12 名	53 名																																																				
%	2.0%	8.2%	16.3%	20.4%	10.2%	26.5%	24.5%	100.0%																																																				
特定施設入居者生活介護の指定状況	指定あり (外部サービス利用型) <table border="1"> <tr> <th>要介護 1</th> <th>要介護 2</th> <th>要介護 3</th> <th>要介護 4</th> <th>要介護 5</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td>0 名</td> <td>4 名</td> <td>10 名</td> <td>4 名</td> <td>4 名</td> <td>22 名</td> </tr> </table> ※平成 28 年 3 月末時点									要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計	0 名	4 名	10 名	4 名	4 名	22 名																																							
要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計																																																							
0 名	4 名	10 名	4 名	4 名	22 名																																																							
併設施設・事業所の状況	・通所介護事業所 ・居宅介護支援事業所 ・訪問介護事業所																																																											
職員の状況	施設長・常勤 1 名 主任生活相談員：常勤 1 名 生活相談員：常勤 1 名 計画作成担当者：常勤 1 名 看護職員：常勤 2 名、非常勤 1 名 栄養士：常勤 1 名 主任支援員：常勤 1 名 支援員：常勤 10 名、非常勤 3 名 介護職員：常勤 9 名、非常勤 1 名 調理員：常勤 3 名、非常勤 4 名 事務員：非常勤 1 名																																																											

<入所者の状況>

- ここ数年、高齢の入所者で亡くなった人が多く、新しく入所してきた人が 60～70 代であることから、入所者の年齢が若くなっている。要介護認定を受けている入所者は 53 名中 22 名である。
- 市外、県外 (大阪府、京都府) からの入所者が多く、市内の入所者は 53 名中 12 名である。
- 触法行為経験者、知的障害の利用者もいる。
- 新たに入所した人数と入所前の居場所は、平成 25 年 4 名 (市内 1 名、市外 3 名)、平成 26 年 6 名 (市外 3 名、京都府 1 名、大阪府 2 名)、平成 27 年 8 名 (市内 1 名、市外 3 名、大阪府 3 名、京都府 1 名) である。
- 退所した人数と退所後の居場所は、平成 25 年 6 名 (市内 2 名、市外 3 名、東京都 1 名)、平成 26

年9名（市内3名、市外4名、京都府1名、大阪府1名）、平成27年3名（市外2名、兵庫県1名）である。

＜職員の状況＞

○職員の経験年数は5～6年の人が多い、中には20年以上の人もいる。

職員の年齢層は高い。60～70代で夜勤や宿直にも対応している。

○看護師は、土日は当番で勤務している。施設にいない時間帯はオンコールで対応している。

②入所者に対する支援について

（ア）ステージ別の支援の状況

【入所前】

○地域で暮らすことが難しくなった人について、市から受け入れについて相談があった場合、自宅を訪問したり、入院していれば病院へ行くなどして、本人や家族と会い、施設の説明を行う。

地域での生活に不安があればいつでも入所できるということを伝え、入所に向けて支援を行う。

○地域生活定着支援センター等から触法行為経験者の紹介があった場合、他の入所者に迷惑がかからないように、センターと入所前に打ち合わせを行い、事前に踏まえておかなければならぬことを確認する。入所後に問題が起きたら更生保護施設がすぐに駆けつけてもらえるかなども確認する。

○入所に関する他機関からの相談への対応は主に生活相談員が行う。

入所する可能性のある人についての情報を得たら、施設職員にフィードバックし、当施設で受け入れができるか、どうすれば受け入れができるか等について話し合う。

【入所時】

○本人が入所について了解したら、施設の主任支援員もしくは看護職員との面談を行う。

どのような問題を解決すれば、施設で楽しく暮らしてもらえるか、幅広く情報を収集する。特に、本人が一番困っていることは何かを把握する（例えば、金銭管理ができない、飲酒のコントロールができないなど）。

○次に、定期的に行っている朝の職員ミーティングで、看護職員、支援員、栄養士、施設長等、それぞれの視点から意見を出してもらう。疑問点があれば、自治体の担当者や病院のケースワーカー等に相談するなどして、受け入れ可能かの調整を行っていく。

○入所して間もない時期に、入所者に対して面談を行い、施設でどのように暮らしていきたいかを確認する。またタイミングを見はからって、延命についての希望を聞く。

面談時、盗癖や金銭管理など、抱えている課題から話を始めてしまうと、壁ができてしまうため、「ここではこのようなことをしていますが、昔は、どのようなことをしていましたか」「趣味はありますか。一度、クラブ活動を見学してみませんか」などと話を進めていく。

○新しい人が入所してくると、面倒をみてくれる入所者は多い。職員は面倒見のよい入所者と上手くつないでいく。

○入所したら、まず、職員は安心して話せる相手であることを感じてもらえるように支援する。

例えば、部屋の掃除と称して月に1回、週に1回など、定期的に顔を合わせて、話を聞くきっかけをつくる。掃除をしながら、「最近どうですか」などと声をかけ、徐々に関係性を作っていく。これまで、じっくりと自分の話を聞いてもらったことがない人は多い。腹を割って話すことができるようになると、話が止まらなくなることもある。話をする機会を作りながら、本人の変化をみていく。

○話だけでなく、ちょっとした動作でも本人の背景をうかがうことができる。例えば、職員が「これをどうしますか」と物を持って手をあげたとき、とっさに手で受けた人がいた。恐らく暴力や虐待を受けていて、反射的に受けたのではないかと思われる。

こうした細かい部分を少しづつ拾い、どのようにしたら施設で安心して暮らすことができるのかを地道に考えていく。

このような入所者の対応や変化は職員間で共有し、次の支援につなげていく。

入所生活中

○問題があつて入所してきた人も、施設での生活が規則正しく回り出すと落ち着いていく。

○長く入所している人が多いが、中には、施設内で役割を見つけて、職員のように活動し、生き生きとしている人もいる。皆に役立つことに本人も嬉しさを感じている。こうした人は、地域へ戻る可能性の高い人かもしれないが、現段階では、本人が戻りたくないなど、何かしらブレーキをかけている事項がある。

○施設内にいくつものクラブ活動があり、活動が好きそうな人には職員から参加をうながす。クラブ活動は、入所者同士で共通項を見出す機会ともなっている。クラブ活動をいつも掛け持ちしている人もいる。参加することで精神的に安定する人もいる。

○地域イベントで、入所者に興味を持ってもらえそうなものがあれば紹介して、参加を支援している。

○以前、施設内に自治会があつたが、人間関係などの課題から解体した。

○入所者の就労について、15年前、シルバー人材センターに通っていた入所者がいた。

また、昭和50年代には、敷地内に作業所があり、入所者が近所から仕事を受けて内職の仕事をしていたこともある（補助金事業）。

現在の入所者について、内職レベルの仕事であればできそうな人もいるが、職員の見守りは必要である。

奈良県内の養護老人ホームで、知的障害の入所者が作業所へ通っている事例がある。当施設の入所者でも、日中、仕事が出来そうな人について検討してみたい。

退所時（病院、多施設、自宅等）

○退所が決まる時点で、退所後に地域で緩やかに関わってくれる人を見つけられるかが重要となる。家族や親戚は期待できないため、公的機関か地域から見つける必要がある。養護老人ホームの職員も関わっていくが、地域で新たな繋がりができることで、可能性が広がる。もし上手くいかなければ、戻ってくることができるとよい。

○まずは外泊という形で、地域で暮らしてみるなど、自治体と柔軟に調整できるとよい。

退所後の伴走型支援

○他自治体から措置されて入所している人は、施設近くに地盤がないため、施設の近くで地域に戻った場合、閉じこもりにならないような支援が必要である。

一方で、施設から遠い、元々住んでいた地域へ戻った場合、当施設で退所後の支援を行うことが難しい。

○元々住んでいた地域で受け入れられていない、地域で追いまわされていたなどの過去がある場合も多く、元の地域に戻ると、負の連鎖に巻き込まれてしまう可能性がある。そこに対する支援が求められる。

○退所後に行う支援として、自宅への訪問のほか、入所していた時に施設で担ってもらっていた役割引き継ぎ、施設に通つて行ってもらうことも考えられる。地域に戻っても施設で必要とされていたことを感じてもらえると、地域に移行した後も心強いのではないか。施設において、継続して対応してもらう枠を設けておくことは大切である。

○役割は無くても、顔を見せに、ご飯を食べに来てもらうだけでもよい。施設としても安心であるし、本人にとっても施設が地域の居場所の一つとなる。

看取り・逝去

○入所者に看取りの方法について希望を確認しているが、8割以上が施設での看取りを希望する。

あとは分からぬ人と、わずかだが、中には少しでも長生きしたいので、病院で延命治療など何でもしてもらいたいという人もいる。ほとんどの入所者を施設内で看取っている。葬式は身寄りがあればお願ひするが、ない場合は施設で行う。施設内に祭壇もある。供養は施設に法話に来てくれるお坊さんにお願いしている。お骨は専門に対応してくれる近くのお寺にお願いしている。

○病状が急変して、医師に来てもらい、急遽ターミナルの対応が必要になることもある。

ターミナルの対応で訪問看護を利用するではなく、施設の看護師が対応する。家族には、延命処置等の医療を望むのであれば入院が必要であり、施設内での看取りの場合、十分な医療処置を行うことができないことを確認する。

ターミナルの段階になっても、家族が見つからなかったり、亡くなっても関わりたくないという家族もいる。

○年間の看取りの件数について、平成28年度は7人であった。いずれも施設内で亡くなった。

○このように施設内で最期を見送ってもらえることは、入所者にとって安心感につながる。

(イ) 支援において重点を置いていること、対象者像等について

知的障害者

○知的障害の人が入所してきた場合でも、基本的に、知的障害のない人と支援の視点は変わらない。

○入所者に金銭管理ができないという課題がある場合、それは、宵越しのお金を持たない人なのか、障害によってできないのか、様子を見る。知的障害の場合、アプローチやケアの方法が異なるかもしれないが、そこは手探りで対応している。

○若い知的障害の人に対する支援は、社会的な能力をつけるための訓練システムがあるが、高齢の知的障害の人に対する支援は、指導的なものとは異なるのではないかと感じる。70年、80年と生きてきた人であること、それまでどうにか送ってきた生活の仕方があったことを忘れないようにしている。これまでの生活歴から、外出が好き、好きな食べ物がある、こうすると喜ぶなど、好きなことを把握して大切にしていきたい。

○知的障害の疑いは、様々な状況を組み合わせてみた結果、様子がおかしいと気づくことがある。なぜそうしなければならないのか理由を伝えて理解してもらえないため、伝え方に工夫がいる。認知症の高齢者に対するケアでは通用しない。

○知的障害のある入所者の例として、年末になると、このままだと凍死してしまうからと、万引きをして刑務所にいくということを繰り返していた人がいた。県外の地域生活定着支援センターから紹介があった。

アルコール依存症

○アルコール依存症の人を受け入れる際には、入所前の本人や家族との面談の際に、アルコールは一切断ってもらうことを伝える。

○以前、アルコール依存症の人を受け入れた際、医師からお酒のコマーシャルを見ただけでも病的に欲してしまうと聞いた。そこで、誕生会で出していたお酒を出さないことにした。他の入所者は、様子を察して、理解してくれた。

触法行為経験者

○入れ墨をしている人が入所してきた際には、最後にお風呂に入つてもらうなどの配慮を行った。

○触法行為経験者と同室の入所者などと口論になってしまうことがある。居室変更をしたり、けんかした相手がしっかりしている人であれば、上手く気にしないようにと話をして、状況が落ち着くように持っていく。

家族との関係・虐待

○本人の生活歴をみると、家族に連絡できる状態ではない場合がある。虐待を受けていたため、

家族に知られないように、住民票の閲覧制限をかけている入所者も数人いる。

- 入院が家族と連絡をとるきっかけとなることが多いが、連絡がつかなかつたり、関わりたくないと言われることがある。

- 一方で、入院がきっかけで連絡をとった後、よい関係が続くこともある。

受け入れができない事由

- 胃ろうの場合、看護職員の体制により（土日に配置していない）、受け入れていない。

- 暴力を振るうという情報があった場合、支援員の多くが女性のため、受け入れが難しい。

(ウ) 施設が立地する地域のニーズや期待等

- 金銭管理の能力が無く、人に騙されやすい人が地域にいて、周囲に迷惑をかけている場合など、地域住民の理解を得ることができないということで、相談がある。

- 地域包括支援センターから短期宿泊（全額実費負担の私的契約）の相談がある。介護保険の短期入所を使うことのできない、要介護ではない課題を抱えた高齢者で、短期宿泊のニーズのある人が地域にいる。また、要支援の人も、短期入所を多く利用してしまうと、他の介護保険サービスが使えなくなってしまうため、1～2泊であれば実費負担で養護老人ホームを利用したいというニーズがある。毎月1件程の利用がある。

緊急ショートステイの相談は地域包括支援センターから頻繁にある。また、市で生活管理指導短期宿泊事業を行っているが、この事業の利用者はいない。

- 家族や近隣の人から、自費でもよいから入所できないのかとの相談が年間に何件もある。措置施設であることを伝える。

- 措置理由として、他府県からの困難な課題を抱えている人が増えている。理由は、見境なしに物をとってしまう、アルコール依存症、刑務所からの出所と同時の入所などである。

- 養護老人ホームの対象となる人は、制度の狭間にあって、支援を受けることができない人だと感じる。そこを見逃してはいけないと感じている。

(エ) 最近重要となってきた支援の内容

- （他の各項目で解説）

(オ) 今後の取り組みについて

<地域移行について>

- 隣の自治体で、措置している人のうち、地域移行できそうな人をあげて、アプローチしたことがあった。当施設の入所者にも候補者が3名ほどいたが、最終的に本人が踏み切ることができなかつた。

- 入所後、何年もかけて生活を安定させてきているため、地域移行の候補となった時には年齢的に地域へ戻ることが難しくなってしまう。

- 地域移行が可能かどうかは、戻った先に心安い人がいるかどうかが大きいと感じる。

- どうにもならなくなつて最終の手段で入所してきた人について、もっと早い段階で措置されれば、地域移行の可能性が高くなると感じる。

借金、犯罪などを何度も繰り返し、地域とも深くこじれている場合、同じ地域へ戻ることは難しい。

- ここ数年で地域移行した入所者は1名であり、姉が一緒に住むということで退所となつた。

③実際に取り組んだ支援事例

- 【事例1】夫婦で入所してきた人で、妻は自殺未遂、夫は糖尿病が悪化して車いすという状態だった。夫に対して、医療面の支援を行つたところ、健康管理に対する意識が高く、自分で運動も行つた。その結果、体調面が安定したことから地域移行の候補となつた。金銭管理に問題があつ

たが、施設で支援し、ある程度の貯蓄もできた。

○【事例2】精神疾患があり、入所前は、家族、親戚を転々としてきて、行く先々で問題を起こしてきた人がいる。入所時に娘と連絡をとったが、今後、連絡はとらないでほしいと言われた。

入所時、精神疾患の状況については、よく分からなかった。精神病院へ行ったが、問題ないと言われたとのことだった。服薬もしていなかった。

入所後、「頭がおかしい感じがする」と言われたので、病院の精神科へ連れて行った。そこで入院してもよいくらいの精神状態といわれた。本人は入院したくないということで、服薬から始めた。薬の副作用でふらつくことがあり、「病院が毒を飲ませている。食事にも毒が入っている」と言って、施設の食事を摂らなくなってしまった。自分でスーパーへ行って、弁当や総菜を買って食べている。金銭面はしっかりとしている。

「こんなところに来るつもりはなかった。ここは電波が来ている」と言い出し、市の職員、本人を交えての話し合いを行った。しかし本人は施設から出たくないということだった。

部屋にいると誰かに見張られているということで同室の利用者とトラブルになることから、要介護者の棟の個室に変更した。

施設から出たいと言うが、出てもいいですよというと、出ないという。このことより、助けを求めていること分かる。

障害者手帳は所持していない。自分の病気を受け入れることができず、受診をしたがらない。病院へは入所後に1度行ったきりで、治療を行うことができない状況にある。

本人の話を聞くようにしているが、聞きすぎると、妄想が膨らんでしまうため、15分程度に留めている。話が長くなりそうになると、「今から出かけないといけない」と言って話を止めたり、他の部署から内線をかけてもらうなどして調整している。

習い事が好きだということで、地域で開催している講座へ参加するように伝え、参加してくれた。しかし、その間、寮長が見張っているとのことで、精神疾患の症状は出ている。

○【事例3】アルコール依存症で、入所前、入退院を繰り返していた入所者がいる。当事者会に入っていたが合わないからと辞めていた。

お酒に関するケアではないが、昔、菊を作っていたと写真を見せてくれた。そこで、施設で菊づくりを行うことにした。

飲酒を管理されることに対するストレスに、どのように対応していくかが課題であり、細心の注意を払っている。

飲酒してしまう可能性があるため、外出はしないようにしてもらっている。一度、外出してしまったことがあるが、飲まずに帰ってきた。今のところ飲酒をしていないようであり、施設職員が自分を認めてくれている、信頼してくれていると感じて、裏切ってはいけないと思っているのかかもしれない。日々の専門職の関わりにより、信頼関係が築かれている。

○【事例4】知的障害で、地域で暴力団員に監禁され、お金を取りられるなどしていた人がいる。本人が自治体へ駆け込み、自治体からの紹介で、緊急保護で受け入れた。

入所後は、元気に競輪などへ行っていた。しかし、盛り場へ行くと、以前、関わりのあった暴力団員にあってしまい、同じ手口で、2度ほど騙されてしまった。「施設にいると、小遣いが制限される。こちらにくれば、いくらでもあげる」など、自分の望みを聞いてくれるようなことを言われると、そちらについて行ってしまう。

騙されて借金を抱えている上、つけて食事をしてしまうことから、入所前から借金整理で関わっている弁護士がいる。犯罪に巻き込まれそうになると、その弁護士が助けていて、入所後も相談にのってくれている。

施設での生活に、本人がいらいらとして精神科に入院したいと言ったことがあった。入院が決まった時、暴力団員がそれを聞きつけ、施設に乗りこんできたことがあった。弁護士に電話をして、それ以上立ち入るようであれば警察に電話するようにとのアドバイスを得た。その後、緊急入院することになり、暴力団員が来ないように保護入院とした。

入院中に成年後見人をつけるための手続きを始めた（後見人は支援してきた弁護士）。しかし、内臓に疾患があって病状が悪化し、退院の見込みが立たなくなつたため、成年後見の手続きはストップしている。

現在は全介助の状態にある。胃ろうを作つたため（家族に確認）、当施設に戻れなくなったことから、介護保険施設を探している。

知的障害の程度は、入所時の情報では軽度ということだったが、成年後見の手続きのために鑑別診断を行つた際に、重度の知的障害であることが明らかとなつた。

- 【事例5】虐待を受けていた入所者は数名おり、住民基本台帳の閲覧制限をかけている人は2～3名である。

家族から虐待を受けていたが和解した人が1人いる。娘による虐待で、保護するために入所となつた。当施設に入所していることを知って、施設に謝罪したいと娘から電話があり、市に相談し、本人も施設に来てもらってよいということで、職員が同席して会うことになった。娘が号泣して謝っていた。他の入所者に気を遣い、娘に来てもらうのは正月くらいでよいということで、現在は、年に1回、正月に施設に来てもらつていて、家族との関係は修復された。

④地域におけるアウトリーチ活動

（ア）地域とのネットワーク構築について

入所者の紹介について

- 障害者支援センター（指定相談支援事業所）や精神科病棟のケースワーカーのほか、施設のボランティアや職員を通じて地域住民からの相談もある。

自治体との連携

- 自治体の措置担当を直接訪問して、施設の説明や、地域に措置の必要な人がいないか等、情報交換をしている。奈良だけでなく、京都や大阪まで訪問する。措置を行つたことがない担当者は多く、養護老人ホームのない市町村では、措置担当者を置いていないところもある。

説明の際には、老施協のパンフレットを必ず持っていく。自治体の措置担当者の理解が進む。

- 昨年、措置が行われた自治体では、10年間、措置が行われていなかつた。措置が必要な人を当施設で把握していて、自治体の担当者に相談した。担当者が措置の手続き方法を理解していくなかつたたね、相談に応じながら進めていった。

- 要介護ではない支援が必要な高齢者が地域にいても、自治体で十分に把握できていない。措置控えもあり、養護老人ホームで支援した方がよい人が入所につながっていない。その点を改善していく必要がある。

- 精神疾患について対応に困った際には、保健所にも相談している。

地域ケア会議への参加

- 地域包括支援センターが主催する校区単位の地域ケア会議に参加している。養護老人ホームへの理解が進んでおらず、地域への発信不足を痛感している。地域に知られていないため、相談もこないのだと感じる。

- 地域ケア会議で、困難事例をあげてのグループワークを行つていて。そこで、例えば、金銭管理等に課題のある困難ケースがあれば、養護老人ホームで支援できることを伝える。

- 地域ケア会議を活用して地域に向けての発信を行うことができる。

民生委員との連携

- 民生委員を施設に呼んで、養護老人ホームの説明を行ったことがある。民生委員の施設の認知度は低かった。
- 地域の民生委員との連携が課題である。顔見知りではあるが、組織的な連携ができていない。

地域住民との関わり

- 施設の文科系のクラブ活動で作品展を行う際に、地域住民が手伝ってくれる。
- 施設の夏祭りには地域住民も招待している。地域に貼り紙をして周知している。
- 地域住民の当施設の認知度は低い状況にあり、こうした関わりを通じて周知している。

社会福祉協議会との連携

- 社会福祉協議会との連携では、併設の通所介護事業所のフロアを介護予防教室に使ってもらっている。

医療機関との連携

- 入所者が入院した精神科病院とは、退院後も連携している。病院には相談員もいるため、精神疾患を抱えた入所者について、受診の有無に関わらず、状況について情報共有したり、相談にのってもらうなどしている。
- 一時期、精神科からの入所依頼が多くたが、今は落ち着いた。一般病院からの紹介も時々あるが、要介護度が重い、家族がいるなどの理由で、措置ではなく他のサービスの利用となる場合が多い。
- 内科の嘱託医がおり、毎週診察に来てもらっている。また、緊急時は、連絡をすれば、いつでも、すぐに来てくれる。

介護サービス事業所との連携

- 特定施設入居者生活介護は外部サービス利用型で、通所介護、訪問介護、福祉用具レンタル、訪問看護（理学療法士の訪問）を利用している。
- 介助方法について、入所者が利用している訪問看護ステーションのPTに相談している。

相談支援事業所（生活支援センター）

- 少しづつ、地域生活定着支援センターとの連携ができつつある。該当する入所者がいれば、センターと連携しながら地域移行を目指した支援していきたい。地域移行のシステムや手法についても発信できるとよい。

市内の社会福祉法人による連絡会

- 市内の社会福祉法人で連絡会を作り、3か月に1回集まっている。軌道にのりだしたところである。

生活相談員の連携組織

- 平成27年、奈良県老人福祉施設協議会の養護老人ホーム部会の中に、生活相談員連絡会を立ち上げた。皆で力を出し合いながら、生活相談員が中心となって地域発信、地域貢献を行っていきたいと考えている。今後、養護老人ホームが地域に対して貢献できることを検討していく。
- 特別養護老人ホームや老人保健施設等の介護保険施設の生活相談員を対象とした研修会もあり、そこでの他施設の生活相談員との交流がある。
- 入所者のケアの方針について考える際など、生活相談員の繋がりに助けられている。生活相談員を務める中で、気持ちが楽になった。

(イ) 相談支援、アウトリーチ活動の実施体制、実施状況について

- 居宅介護支援事業所を併設しているため、そこで困難な人の相談があった場合、紹介がある。

居宅介護支援事業所を通じて、地域の情報が入ってくる。

(ウ) 施設の保有する建物・設備や人的資源等を生かした取組状況、福祉人材育成の状況

ボランティアの受け入れ・連携

○ボランティアの受け入れを行っている。ボランティアは職員の紹介が多い。

○傾聴ボランティアは市からの紹介で受け入れている。

傾聴ボランティア団体の代表は、地域の中で頻繁に連携している地域住民の一人で、施設内の様々な仕事も手伝ってくれる。毎月、施設に来ている。

職場体験の受け入れ

○ここ20年ほど、地域の小学校、中学校から職場体験を受け入れている。こうした活動を通じて、養護老人ホームに対する理解、認知度が上がるなどを期待している。

大学等の実習生の受け入れ

○大学の教育実習生の受け入れを行っている。

○社会福祉士の実習生も受け入れている。

⑤施設職員に対する教育・研修等の状況

(ア) 情報共有の方法

○週1回、朝に、その日に勤務している職員が集まってミーティングを行っている。そこで、各入所者に必要なケアについて処遇会議（ケアカンファレンス）を行う。

○さらに、そのうち月に1回は、厨房等の職員も含め、全職員が集まり、職員会議を行っている。業務の流れに関する改善点などを話し合う。

(イ) 支援を通じた育成

○入所者は様々な課題を抱えており、支援員には、個々の入所者に対する支援の方法を自分で考え、試して経験してもらうようにしている。上手くいかなければ、他の方法を考えてももらう。生活相談員は後方支援でフォローする。

生活相談員が全て支援の方法等を決めてしまうと、現場の支援員は支援の意味を理解しないまま対応してしまうことになってしまう。養護老人ホームに暮らしている人への支援にどのような意味があるのか、職員が理解して支援できるようにしていきたいと考えている。こうした取組はやりがいを持って働くことにつながり、離職防止にもなる。

(ウ) 新たな取組導入への課題

○新たな人事考課システムや長期を展望した仕組みを検討しようとすると、職員の理解を得て推進することが難しい。目の前の課題解決に対しての意見は出るが、全体的、長期的な取組については、日々の対応で負われている中、職員が理解しやすいように具体的に伝えていく必要がある。

(エ) 研修への参加

○特別養護老人ホーム等で行われている科学的な介護への取組が遅れているため、職員研修の必要性を感じている。職員に対し、トップダウンで新しい方法を取り入れてもらうことが難しいため、自分達から困っていることに対して、こうしたいと言えるような支援を行いたい。施設内で研修を行っているが、それだけでは難く、外部研修の受講が必要である。

奈良県老人福祉施設協議会の養護老人ホーム部会で研修を行う予定だが、生活相談員連絡会も一緒に内容を検討している。

企画している研修は、胸骨圧迫とAEDに関する研修である。以前は資格があれば人形を借りて実施することができたが、最近は消防署員による1時間半程度の研修となっている。日程や時

間が合わないため、2リットルのペットボトル等で手作りして研修を行うことを予定している。

⑥その他

○養護老人ホームに入所しなくても、地域にいる課題のある高齢者を、施設から緩やかに見守る方法があってもよいと感じる。そして、いざ困ったら入所できるようにする。空床もあることから、社会資源として有効活用するための方策を検討する必要があると感じる。

(2) 養護老人ホーム桑折緑風園

対象施設	養護老人ホーム桑折緑風園
実施日	平成 28 年 2 月 28 日 (火) 14 時～17 時

①施設概要

定員	100 名																											
居室数等	・建物：鉄筋コンクリート平屋建て 2,386 m ² 木造平屋建て 62 m ² ・居室：2人部屋 20 室、1人部屋 60 室																											
入所者数	・99 名 <table border="1" data-bbox="539 561 1389 696"> <tr> <th></th> <th>60～69 歳</th> <th>70～79 歳</th> <th>80～89 歳</th> <th>90～99 歳</th> <th>100 歳以上</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td>人数</td> <td>14 名</td> <td>35 名</td> <td>32 名</td> <td>17 名</td> <td>1 名</td> <td>99 名</td> </tr> <tr> <td>%</td> <td>14.1%</td> <td>35.4%</td> <td>32.3%</td> <td>17.2%</td> <td>1.0%</td> <td>14.1%</td> </tr> </table>								60～69 歳	70～79 歳	80～89 歳	90～99 歳	100 歳以上	合計	人数	14 名	35 名	32 名	17 名	1 名	99 名	%	14.1%	35.4%	32.3%	17.2%	1.0%	14.1%
	60～69 歳	70～79 歳	80～89 歳	90～99 歳	100 歳以上	合計																						
人数	14 名	35 名	32 名	17 名	1 名	99 名																						
%	14.1%	35.4%	32.3%	17.2%	1.0%	14.1%																						
特定施設入居者生活介護の指定状況	指定あり (一般型) <table border="1" data-bbox="539 752 1389 853"> <tr> <th>要支援 1</th> <th>要支援 2</th> <th>要介護 1</th> <th>要介護 2</th> <th>要介護 3</th> <th>要介護 4</th> <th>要介護 5</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td>2 名</td> <td>1 名</td> <td>12 名</td> <td>13 名</td> <td>12 名</td> <td>8 名</td> <td>1 名</td> <td>49 名</td> </tr> </table>							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	合計	2 名	1 名	12 名	13 名	12 名	8 名	1 名	49 名					
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	合計																					
2 名	1 名	12 名	13 名	12 名	8 名	1 名	49 名																					
併設施設・事業所の状況	・訪問介護事業所																											
職員の状況	施設長：1 名 生活相談員：4 名 支援員：6 名 (うち夜間専従支援員 2 名) 介護職員：17 名 看護職員：3 名 機能訓練指導員：1 名 栄養士：2 名 調理員：9 名 事務員：3 名 嘱託医：1 名																											

<入所者の状況>

- 要介護認定を受けている入所者は約半数である。
- 市街地から離れているところに立地しているため、当施設を選択する人は少なく、福島市内の養護老人ホームを希望する人が多い。
- 触法行為経験者、虐待被害者、ホームレス経験者といった困難な課題を抱えた入所者が多い。
- 新たに入所した人数と入所前の居場所は、平成 25 年 13 名 (自宅 9 名 病院 2 名 老健 1 名 高齢者賃貸住宅 1 名)、平成 26 年 11 名 (自宅 8 名 病院 2 名 ホームレス 1 名)、平成 27 年 15 名 (自宅 9 名 病院 4 名 矯正施設 1 名 ホームレス 1 名) である。
- 退所した人数と退所後の居場所は、平成 25 年 16 名 (死亡 10 名 サ高住 2 名 特養 2 名 精神科病院 1 名 自宅 1 名)、平成 26 年 7 名 (死亡 4 名 養護盲 1 名 サ高住 1 名 自宅 1 名)、平成 27 年 24 名 (死亡 17 名 老健 3 名 特養 1 名 ホームレス 2 名 無料定額宿泊所 1 名) である。

<職員の状況>

- 職員の男女比は、男性：女性 = 7 : 3 である。矯正施設からの入所者がいることもあり、男性比率が高い。

②入所者に対する支援について

(ア) ステージ別の支援の状況

入所前

- 経済的虐待を受けている人を受け入れた際、入所前から自治体、病院、警察と連携して対応した。
自治体から虐待被害者の緊急の受け入れの相談もある。氏名も分からず状態で、まず、避難場所を確保したいというニーズにも対応している。
- 地域生活定着支援センターの職員と様々な会合等で顔を合わせる機会があり、矯正施設からの退所者の受け入れについて相談がある。地域生活定着支援センターでは、退所者それぞれに対し、入所先として合ったところを考えて紹介している。当施設の入所者は畑を耕すなど、活動的な人が多いことから、日常を活発に過ごしたい人を紹介する傾向にある。
- 福島県内には養護老人ホームが4施設あり、4施設の生活支援相談員で刑務所を見学した。その後、刑務所の職員が当施設を見学に来た。お互いに連携しながら、当施設にいた人を入所につなげていく。
- 介護施設の入所者で、入浴介助の際にたくさんの痣があることが分かり、その施設からケアマネジャー、警察、自治体に連絡がいき、当施設につながった例もある。
- 地域住民から直接相談を受けることは少ない。自治体や地域包括支援センターから紹介を受けて、見学に来ることはあるが、入所につながるケースは少ない。

入所時

- 虐待被害者の緊急の受け入れについて、まずは施設に来てもらった後、自治体職員等に危険性の状況を確認する。次に、お風呂に入ってもらい、身体的虐待による痣がないかなど、身体観察を行う。
そして、疾患の有無を本人や、確認のできる人がいれば、その人に確認する。薬を飲んでいる場合は、施設が薬を管理する。所持金や預貯金の確認も行い、施設が管理する。
電話で本人の所在確認があった際に知らせてはいけない人について確認する。必要があれば、住民票の閲覧制限の手続きも行う。
- 自治体に虐待に関する緊急入所の詳細な対応マニュアルがあるわけではないため、当施設から必要な情報を自治体等から収集する必要がある。
- 入所時に、身元引受人に対し、必ず治療方針の事前確認を行っている。

入所生活中

- 入所後、施設での生活を理解し、慣れるまでには時間がかかる。そこで、入所後、約3か月間は、入所者の心のケアに配慮した対応を行う。例えば、生活相談員が、毎日2~3時間程度をかけて話を聞き、信頼関係を構築していく。
- 入所後に友達に会うことを希望する場合もあるが、まずは施設の生活に慣れてもらう必要があるため、地域との交流は段階的に持つようにしてもらっている。
家族の中には関わりたくない人もいるが、「自宅に帰りたい」と訴える人がいれば、家族に面会の依頼を行うこともある。
- 利用者には常日頃から「税金を使って入所しているのだから、社会貢献をしてほしい」と伝えている。その結果、入所者の間で社会貢献に向けた雰囲気ができ始めている。例えば6~7人の入所者が朝の5時~7時に自主的に施設内の雪かきを行ったり、駐車場の砂利をスコップで整備してくれる人もいる。
- 施設での生活が乱れている入所者に対しては、敢えて「出ていいですよ」などと伝える。居場所が当施設であることを理解しているので、対応してくれる。

退所時（病院、多施設、自宅等）

- 矯正施設や拘置所からの入所者について、それが他の入所者に伝わり、施設での生活を継続していくことが難しくなり、他の養護老人ホームに移る場合もある。
- 他の養護老人ホームとの連携は大切であり、福島県内の4つの養護老人ホームとネットワークを作っている。4か月に1回程度、会議を開催して直接会うようにしている。電話でも頻繁に連絡を取っている。

退所後の伴走型支援

- 入所前に虐待を受けていた人で、介護保険サービスを利用すれば自宅に戻れるということで、退所した人がいた。退所後、しばらくすると、再び、虐待被害を受けていた。当施設が退所後に関われない場合、地域包括支援センターや自治体にモニタリングを行う体制が整っているとよい。

看取り・逝去

- 現在、施設内での看取りは行っていない。今後、医療連携や職員のスキルアップを図ることで、看取りに対応できるようにしていきたい。

（イ）支援において重点を置いていること、対象者像等について

触法行為経験者

- 矯正施設や拘置所から入所してきた人が、自らそのことを他の入所者に話してしまうことがあり、他の入所者を不安にさせてしまう。触法行為経験者が入所してきた場合、施設としては、他の入所者に伝えない方針としている。本人から話してしまわないように、どのような対応ができるかがポイントとなる。

家族との関係・虐待

- 家族から虐待を受けていた入所者の中には、住民票の閲覧制限をかけている場合もある。
- 職員間では、虐待加害者から電話があっても、本人が入所していることは伝えないように注意している。他の入所者が電話を取ってしまうこともあることから、入所者に口外しないように依頼しても、理解してもらうことが難しい場合もあり、課題となっている。

ホームレス

- ホームレスをしていて入所てくる人もいる。措置されたきっかけとしては、雑木林に家を作して火事を起こした、道で倒れて病院に運ばれたなどがある。
- ホームレスだった人は自由気ままに生活していたことから、施設での規則正しい集団生活を窮屈に感じてしまい、中には出ていってしまう人もいる。どのようにしたら、生活リズムを改善し、施設での生活を継続できるか、検討している最中である。

重度者・医療ニーズがある入所者

- 要介護度が重くても、医療ニーズがあっても、胃ろうではなければ、基本的に受け入れている。法人の理事長が医師であり、施設に往診にきている。往診に対応している医師がいるため、安心して受け入れることができる。

受け入れができない事由

- 基本的には、どのような人でも受け入れているが、触法行為経験者で、放火を4回も犯したことがある人については、再犯の不安もあって断ったことがある。

（ウ）施設が立地する地域のニーズや期待等

- 触法行為経験者、被虐待者、生活困窮者、ホームレス等の行き場のない人を見つけて、入所や支援につなげることが当施設の地域における役割だと考えている。
- 虐待事由で入所したが、冷却期間を得たことで虐待を行った家族が落ち着き、短期間の入所で

退所していく人もいる。レスパイト機能としての活用方法であり、社会資源として多様な活用の仕方が考えられる。

○当施設の活用方法について、自治体担当者の理解は進んでいるが、担当者が変わると引き継がれていらない場合がある。施設の理解促進に関わる自治体との継続した関わりが必要であり、苦労する点である。

(工) 最近重要な支援の内容

○ (他の各項目で解説)

(才) 今後の取り組みについて

<地域移行について>

○まず、元気な入所者が車いすの入所者の介助を行ったり、ゴミの回収を行うなど、施設内で貢献ができるように支援していく。次に、地域に貢献できるように支援し、駅前周辺の掃除を行ったり、児童の横断歩道誘導者を担っている入所者などもいる。施設貢献→地域貢献→社会貢献という流れで、社会生活が送ることができるようになれば、地域への移行が可能になるとを考えている。

○一方で、地域移行が可能と思われる入所者をどのように社会へ送り出すかは課題である。

③実際に取り組んだ支援事例

○【事例1】矯正施設からの入所者で、当初、小遣いの額を多く要求したり、健康上の理由から食事の量を制限する必要があったが、もっと食べたいと言うなど、折り合いがつかなかった。一人での外出も難しいと判断し、職員が同行していたが、本人は、一人での外出を希望していた。入所後3か月をかけて、施設と本人との間で調整をしていったが、ある日、一人で決めたルールを越えた外出をして、一度、戻ってきたが、また外出して行方不明になってしまった。地域生活定着支援センターが友人の情報を把握していたため、連絡先を教えてもらい、居場所を突き止めることができた。施設職員で友人宅を訪ねたが、既に別に場所へ行ってしまい、会うことができなかつた。

最終的に、近くの飲食店で泥酔して転倒し、救急車で病院に運ばれたことで、施設側で居場所を知るに至った。

施設を無断で出て行き、病院に運ばれるまで、多くの人に迷惑をかけたことについて、本人は反省したようで、これを機に、生活態度が改善された。

施設としては、本人が反省していることを踏まえ、本人を信頼して、外出の禁止は行わなかつた。小遣いについても、金額を上げたところ、逆に上限まで使わなくなつた。

本人が自制できる部分に対し、施設側が制限し過ぎていたことに気づき、時間をかけて話していくなければ、本人にとっての最適なルールは分からぬものだと感じた。

本人と職員の信頼関係の構築には時間がかかる。

施設内に自治会があり、本人が自治会長とよく話していることも、生活態度が変わったことに影響していると考えられる。

矯正施設にいたことは、職員以外の他の利用者には伝えないようにしている。自治会長は知っているようだが、口外するようなことはしない。本人も言わない方がよいと理解している。

○【事例2】矯正施設からの退所者で、当初から模範的な生活を送ることができている人がいた。生活態度に問題が無かったこともあり、職員と本人の関わりは薄かつた。

しかし、本人側には「いつも施設に合わせている」といった施設に対するストレスが、徐々に溜まっていた。相談できる相手が施設内にあまりいなかつたこともあり、ストレスが溜まってきているということを外に発信できていなかつた。

そのストレスが限界を超え、人が変わったように暴力的になった。そこからコミュニケーションを頻繁に取るようにしたが、既に遅かった。当施設で暮らしていくことは難しい状況にあると判断し、その人に合った住まいを探すことになった。身元引受人となる家族はおらず、収入もなく、また、矯正施設にいたこともあり、新しい住まい見つけるまでに約半年がかかった。

住宅支援機構とも連携して住まい探しを行い、隣県の無料低額宿泊所で、身元引受人がいなくても入居できるということで、そこに決まった。30～40代の若い入居者との共同生活であり、活動的な人が多く、養護老人ホームよりも、その人には合っていた。

- 【事例3】毎日、当施設からシルバー人材センターへ通っている入所者がいる。朝7時に朝食を食べて、自転車に乗って、シルバー人材センターに行き、草むしりを行っている。シルバー人材センターから施設に帰ってくると、まっ先にお風呂に入るのが日課である。自宅から職場へ通うのと同じような暮らし方をしている。

シルバー人材センターで仕事を始めたきっかけは借金があったことで、働くほど元気であったこともあり、当施設からシルバー人材センターに依頼した。

④地域におけるアウトリーチ活動

(ア) 地域とのネットワーク構築について

地域包括支援センターや民生委員等への周知

- 養護老人ホームの周知を目的としたチラシを作成し、地域包括支援センターや民生委員等へ配布している。また、職場説明会の機会を利用して、養護老人ホームを紹介し、人材の確保を図っている。

入所者の紹介について

- 地域生活定着支援センターや自治体からの直接の紹介が多い。

地域包括支援センターから紹介されて当施設に本人や家族から直接問い合わせもくるが、その場合は、入所につながるケースは少ない。

自治体との連携

- 家族関係を構築し直す支援を、自治体と連携して行っている。

虐待を受けていた入所者が、自宅に電話をしてしまったために、虐待していた家族に居場所が知られてしまったことがあるが、このように知られてしまった場合、まずは家族と面会をして、自治体担当者と一緒に冷静な話し合いを行っていく。家族関係が改善する可能性があるという思いから自治体と連携してトライしている。

地域ケア会議への参加

- 地域包括支援センターが主催する校区単位の地域ケア会議には、平成28年度から参加している。

地域住民との関わり

- 以前、防災協力員制度があり、災害があった時に施設の避難誘導をお願いしていたが、防災協力員が高齢化したことにより、解散してしまった。

○施設で夏祭りを行っていて、地域住民も参加していたが、参加者が高齢化したため、現在は行っていない。

○施設の周知や行き場のない人の相談につなげることを目的に、平成29年度から、地域の自治会の回覧板を活用して、情報発信するようにしている。

- 年に1回、保育所の園児を施設に招いて発表会をしてもらうなどの交流を行っている。

医療機関との連携

- 精神科病院からの退院者の受け入れを行っている。

○理事長が医師で、有床クリニック（内科・外科・小児科）を経営しており、夜9時まで開所しているほか、緊急時には、何時でも対応してもらうことができる。

介護サービス事業所との連携

○特定施設入居者生活介護の一般型にしたことで、地域の介護保険サービス事業所とのつながりができた。

（イ）相談支援、アウトリーチ活動の実施体制、実施状況について

○地域住民から相談を受けることは少ない。

（ウ）施設の保有する建物・設備や人的資源等を生かした取組状況、福祉人材育成の状況

ボランティアの受け入れ・連携

○婦人会からボランティアの受け入れを行っている。

大学等の実習生の受け入れ

○専門学校の看護科の実習生を職場体験として受け入れている。

⑤施設職員に対する教育・研修等の状況

（ア）情報共有の方法

○月に1回は、職員が集まり、施設の考え方や理念を伝えている。管理職は、月3回ほど集まっている。

（イ）施設目標を考えさせる機会

○毎年、「利用者」「職員」「地域」それぞれに対する施設目標案を、職員に考えてもらい、その中から最も良いものを選んで、その年の目標としている。平成28年度から、その目標を挙げた理由について、考えた職員に説明してもらうようしている。

利用者や職員だけでなく、地域に対してできることを職員一人ひとりが考える機会ともなっている

（ウ）プリセプター制

○平成28年度より、中途職員を含めた新入職員（プリセプト）に対して3か月間、現場での指導や相談役として先輩職員がマンツーマンでつくようにしている。新人は、日々作成する業務日誌へその日取り組んだことや疑問に感じたことを記録し、それに対してプリセプター（先輩職員）がコメントを返すようにしている。そうすることで、新人の疑問を解消することができ、振り返りもできるようになる。職場に慣れるのが早くなっている。

○平成29年度の新入職員には、平成28年度のプリセプトをつかせる予定としている。毎年、繰り返していくば、職員同士、縦と横のつながりが強化されると考えている。継続していくことで、離職率の低下につながるとよいと感じている。

（エ）研修への参加

○平成28年4月より、特定施設入居者介護（一般型）に変更したため、施設内で月に1～2回、介護等に関する研修を行っている。

○外部研修にも積極的に参加するようにしており、昨年度は職員54名が参加した。

○大規模な法人では、配置転換等あるが、当法人は養護老人ホームしかないため、積極的に研修の機会を設けるようにしている。

○平成29度からは、新人研修、中堅職員研修も行う予定である。

⑥その他

○ボタンを押すと警備会社につながり、5分以内で警備員が来るシステムを導入している。施設に

は、精神疾患の入所者が 20 名弱いることから、女性職員の安心感にもつながっている。

○求人案内は施設で自主作成している。写真を効果的に活用し、働いてみたいと思ってもらえるようなデザインの工夫を行っている。施設のホームページも準備しており、平成 29 年 4 月から開設する予定である。

III 軽費老人ホームにおける低所得高齢者への効果的な支援のあり方に関する検討

1. アンケート調査結果

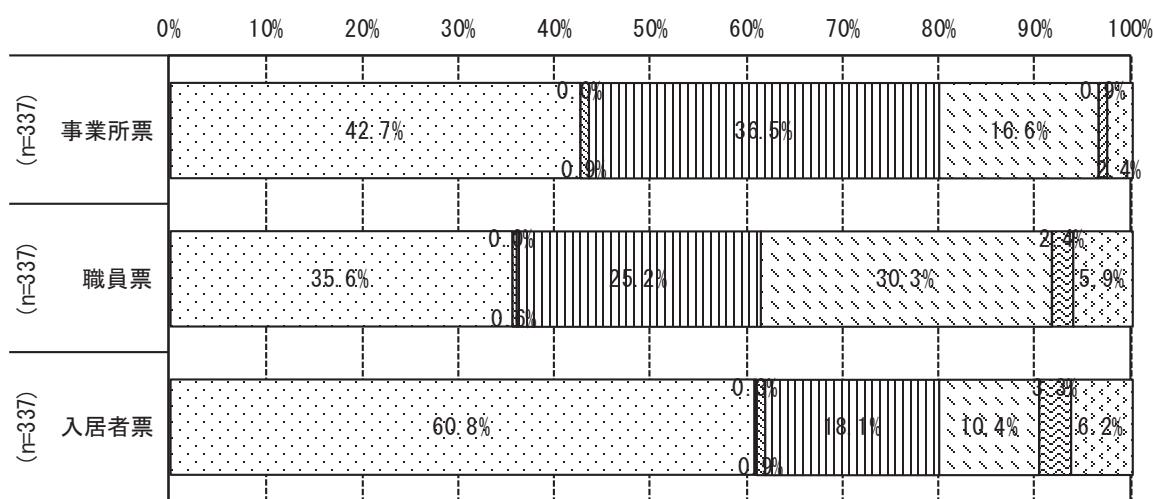
1-1. 施設票

(1) 施設の基本情報

①Q1. 回答者

いずれも「1. 生活相談員」が最も多い。

図 155 Q1. 回答者



□1. 生活相談員 □2. 看護職 □3. 計画作成担当者 □4. 施設長 □5. 事務員 □6. 介護職 □無回答

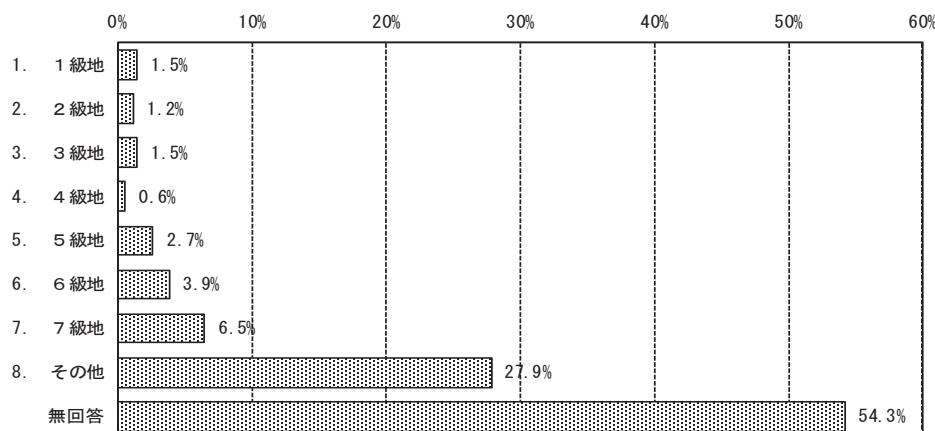
②Q2. 地域区分

(ア) Q2-1. 地域区分（特定部分）

「8. その他」の割合が最も高く 27.9% となっている。次いで、「7. 7級地 (6.5%)」、「6. 6級地 (3.9%)」となっている。

図 156 Q2. 地域区分（特定部分）

(n=337)

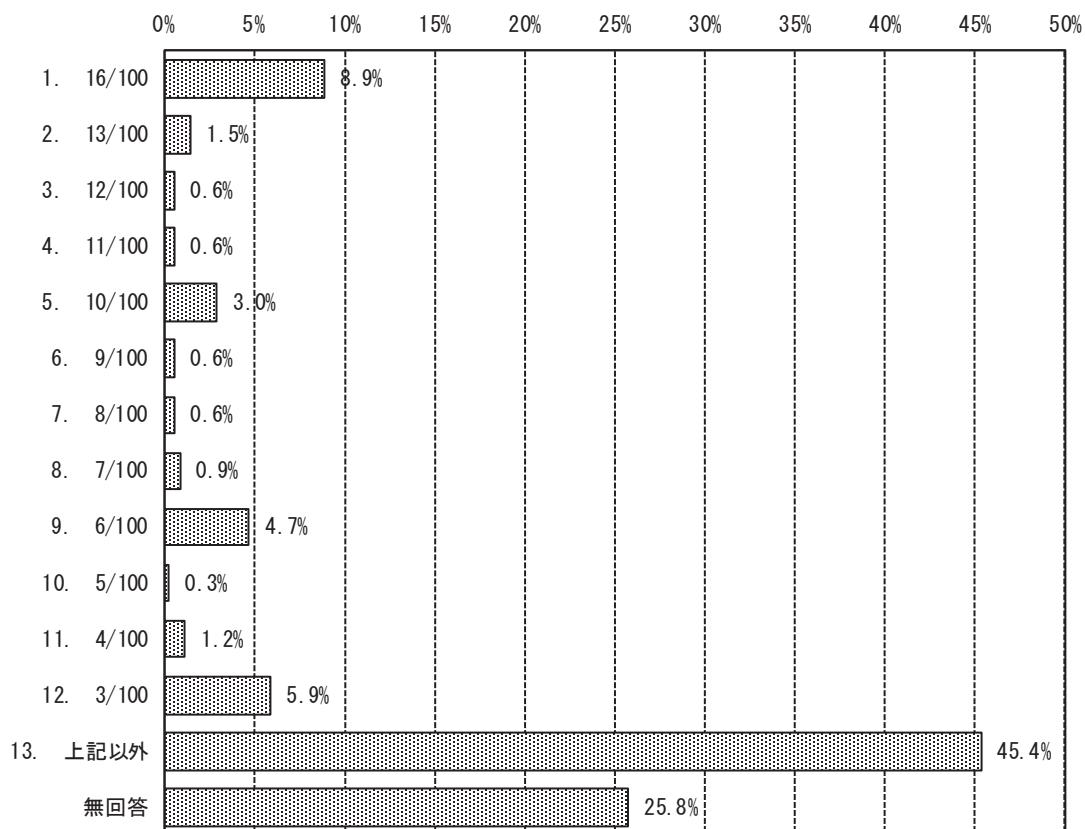


(イ) Q2-2. 地域区分（その他部分）

「13. 上記以外」の割合が最も高く 45.4%となっている。次いで、「1. 16/100 (8.9%)」となっている。

図 157 Q2. 地域区分（その他部分）

(n=337)

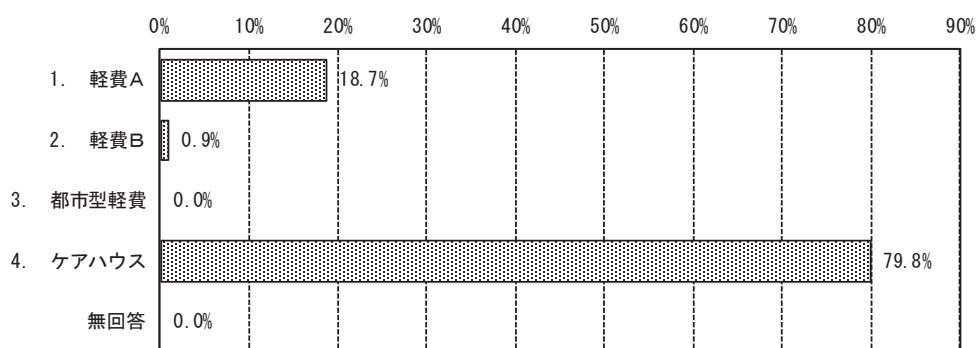


③Q3. 施設の種別

「4. ケアハウス」の割合が最も高く 79.8%となっている。次いで、「1. 軽費A (18.7%)」、「2. 軽費B (0.9%)」となっている。

図 158 Q3. 施設の種別

(n=337)

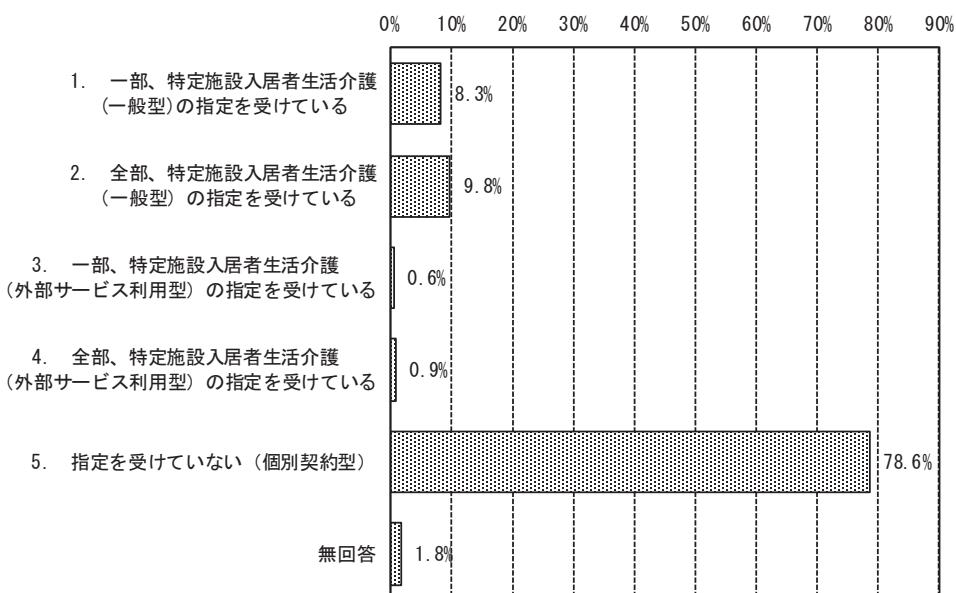


④Q4. 特定施設入居者生活介護の指定

「5. 指定を受けていない（個別契約型）」の割合が最も高く 78.6%となっている。次いで、「2. 全部、特定施設入居者生活介護（一般型）の指定を受けている（9.8%）」、「1. 一部、特定施設入居者生活介護（一般型）の指定を受けている（8.3%）」となっている。

図 159 Q4. 特定施設入居者生活介護の指定

(n=337)

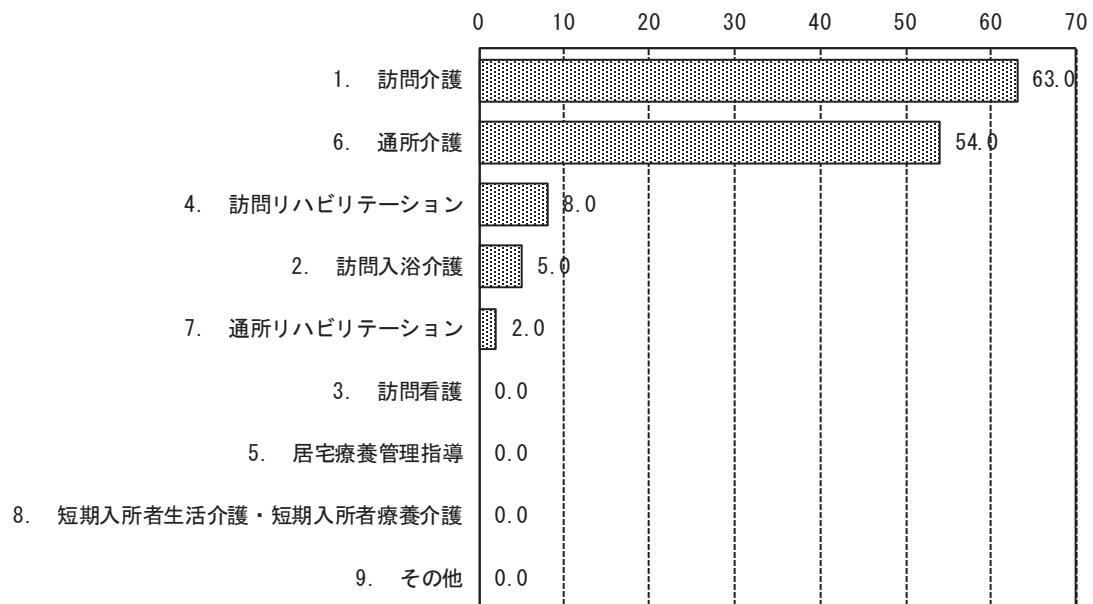


⑤Q5. 入居者の利用している外部サービスについて

「1. 訪問介護（63人）」、「6. 通所介護（54人）」等が多い。

図 160 Q5. 入居者の利用している外部サービスについて

(n=5)

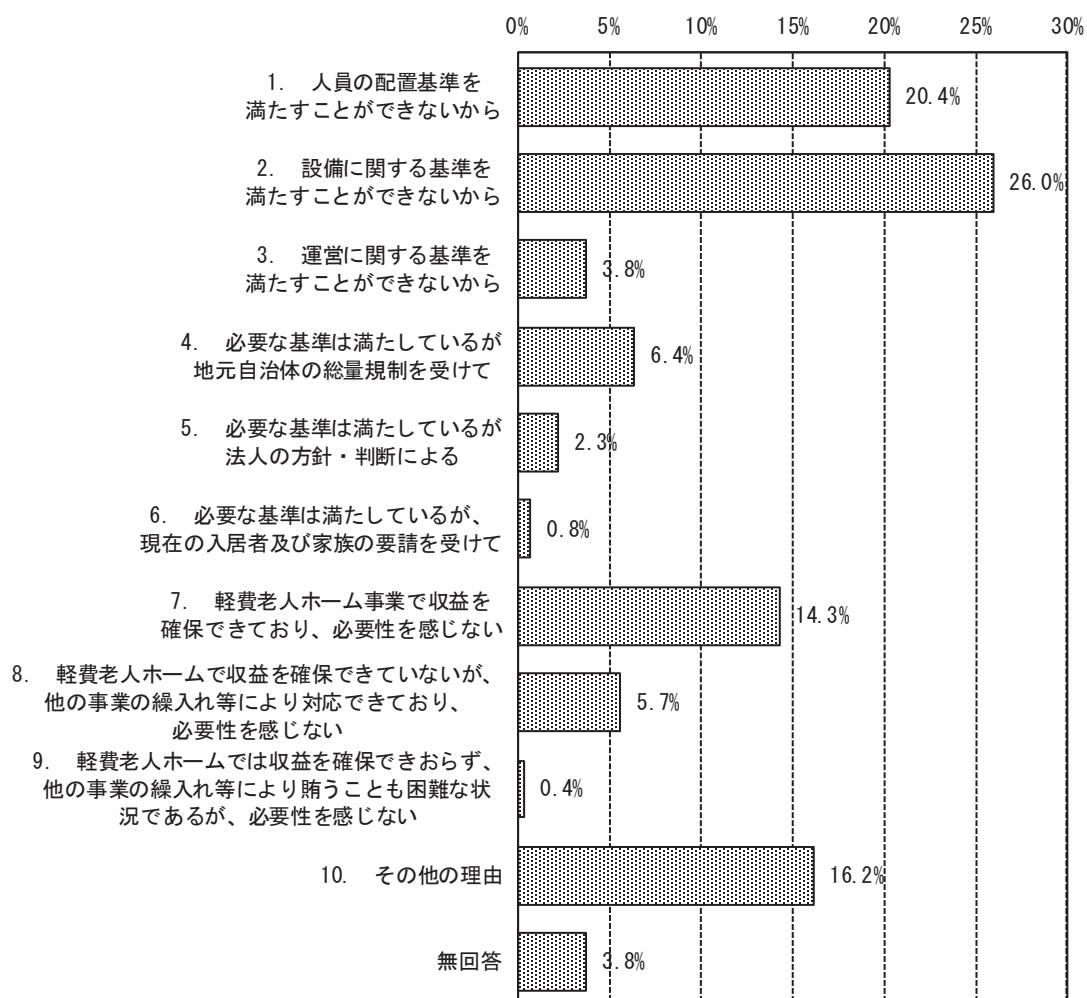


⑥Q6. 指定を受けていない主な理由

「2. 設備に関する基準を満たすことができないから」の割合が最も高く 26.0%となっている。次いで、「1. 人員の配置基準を満たすことができないから（20.4%）」、「10. その他の理由（16.2%）」となっている。

図 161 Q6. 指定を受けていない主な理由

(n=265)

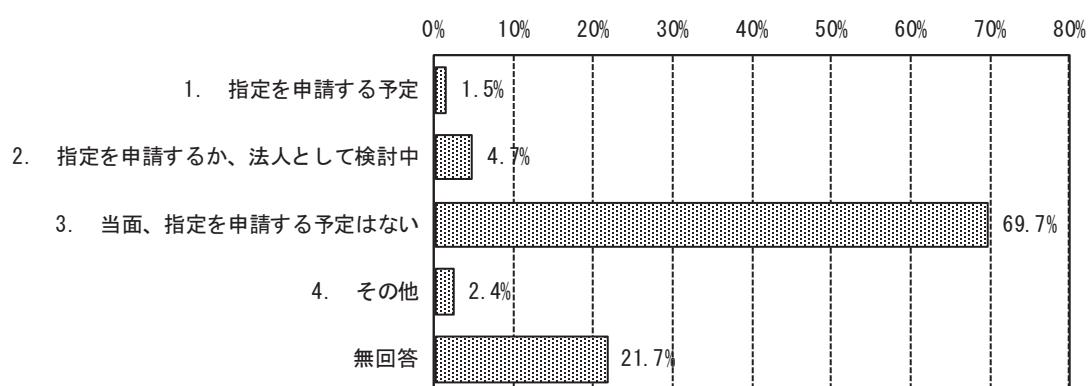


⑦Q7. 特定施設入居者生活介護の指定を受ける予定

「3. 当面、指定を申請する予定はない」の割合が最も高く 69.7%となっている。次いで、「2. 指定を申請するか、法人として検討中（4.7%）」となっている。

図 162 Q7. 特定施設入居者生活介護の指定を受ける予定

(n=337)

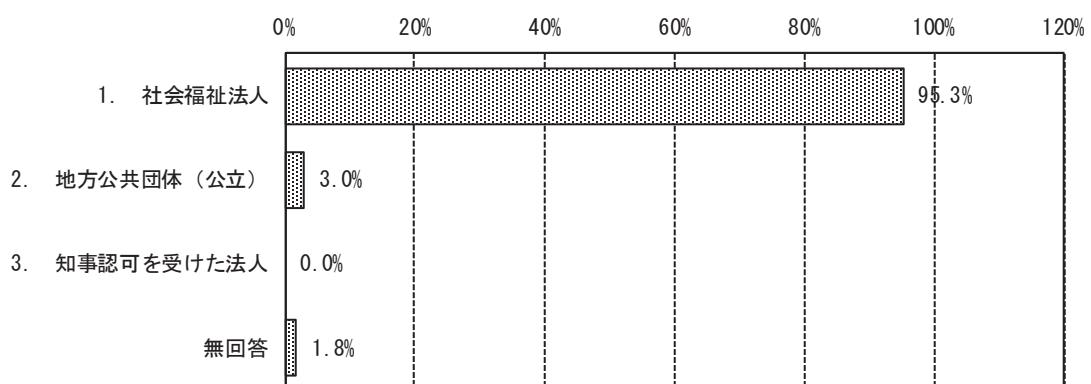


⑧Q8. 開設（設置）主体

「1. 社会福祉法人」の割合が最も高く 95.3%となっている。次いで、「2. 地方公共団体（公立）（3.0%）」となっている。

図 163 Q8. 開設（設置）主体

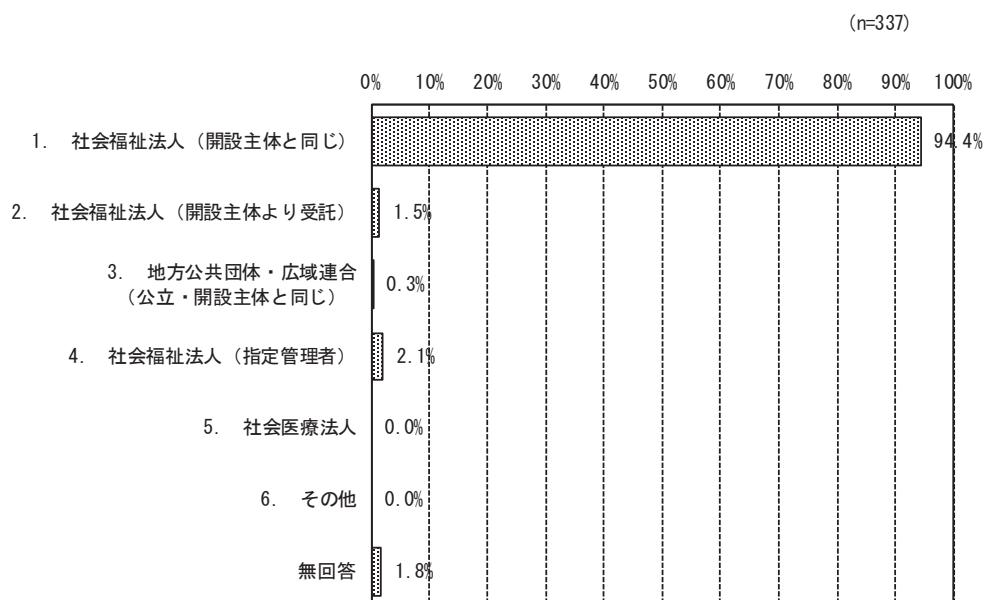
(n=337)



⑨Q9. 経営（運営）主体

「1. 社会福祉法人（開設主体と同じ）」の割合が最も高く 94.4%となっている。次いで、「4. 社会福祉法人（指定管理者）（2.1%）」となっている。

図 164 Q9. 経営（運営）主体



⑩Q11. 入所定員数

平均値 44.22 人、中央値 50.00 人、最頻値 50.00 人となっている。

図 165 Q11. 入所定員数

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
44.22	10.00	30.00	50.00	150.00	20.70	50.00	50.00

図 166 Q11. 入所定員数（うち、特定施設入居者生活介護の入居定員）

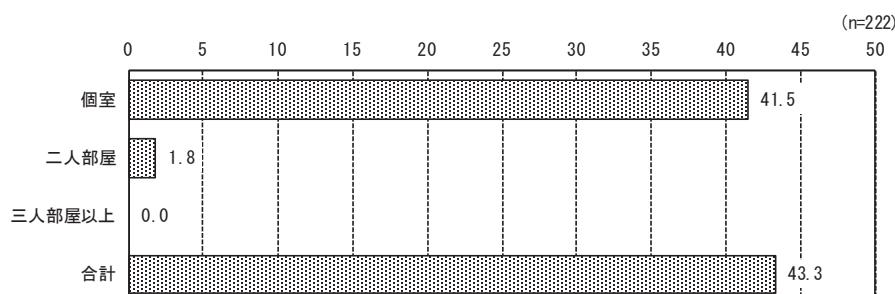
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
38.13	10.00	22.00	50.00	100.00	20.20	30.00	50.00

⑪居室・施設の状況

（ア） Q12-1. 居室タイプ別の居室数

「個室」が最も高く 41.5 室となっている。

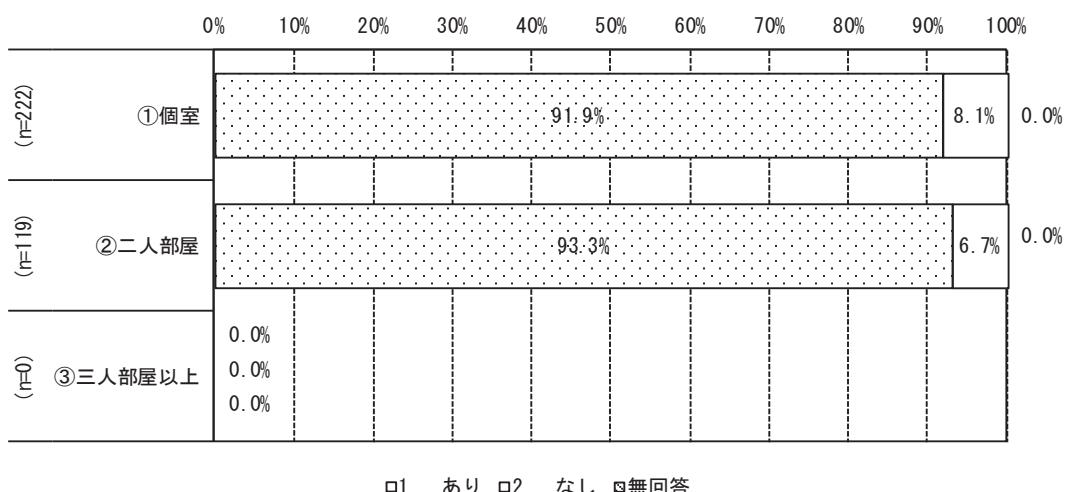
図 167 Q12-1. 居室タイプ別の居室数（1 施設あたり平均居室数）



(イ) Q12-1. 居室内のトイレ設置の有無

「①個室」における割合は 91.9%、「②二人部屋」における割合は 93.3%となっている。

図 168 Q12-1. 居室内のトイレ設置の有無



□1. あり □2. なし □無回答

(ウ) Q12-2. 標準的な居室面積

平均値 22.26 m²、中央値 22.83 m²、最頻値 22.00 m²となっている。

図 169 Q12-2. 標準的な居室面積

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
22.26	10.90	19.74	25.00	34.10	4.41	22.83	22.00

(エ) Q12-3. 空床数（ない場合は「0」を記入）

平均値 1.81 床、中央値 0.00 床、最頻値 0.00 床となっている。

図 170 Q12-3. 空床数

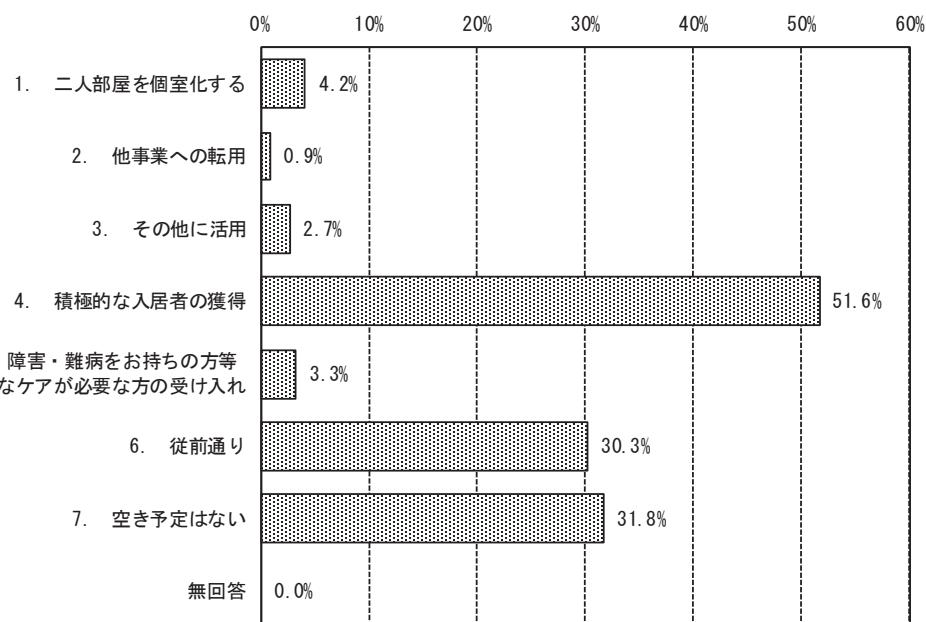
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
1.81	0.00	0.00	2.00	47.00	4.78	0.00	0.00

(才) Q12-4. 今後3年間の空床利用の予定

「4. 積極的な入居者の獲得」の割合が最も高く 51.6%となっている。次いで、「7. 空き予定はない (31.8%)」、「6. 従前通り (30.3%)」となっている。

図 171 Q12-4. 今後3年間の空床利用の予定

(n=337)

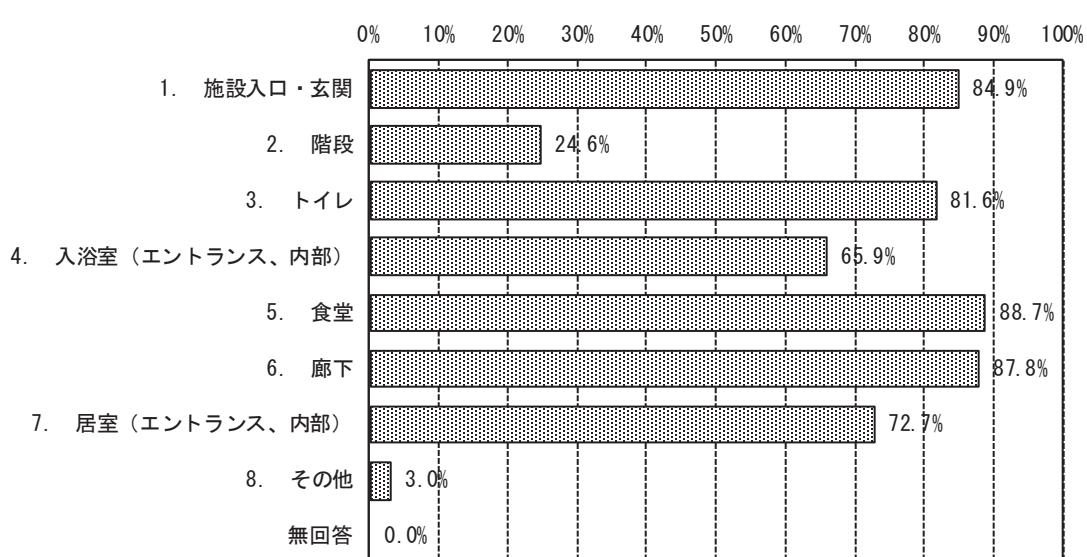


(力) Q12-5. 施設のバリアフリー化の状況

「5. 食堂」の割合が最も高く 88.7%となっている。次いで、「6. 廊下 (87.8%)」、「1. 施設入口・玄関 (84.9%)」となっている。

図 172 Q12-5. 施設のバリアフリー化の状況

(n=337)

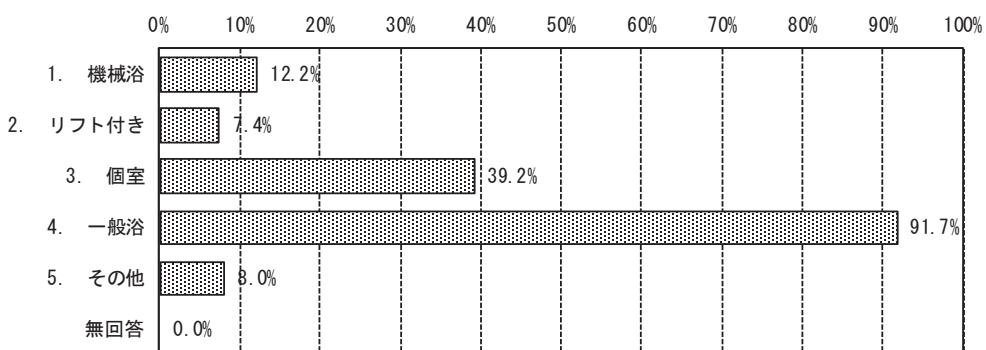


(キ) Q12-6. 入浴設備・入浴方法

「4. 一般浴」の割合が最も高く 91.7%となっている。次いで、「3. 個室 (39.2%)」、「1. 機械浴 (12.2%)」となっている。

図 173 Q12-6. 入浴設備・入浴方法

(n=337)



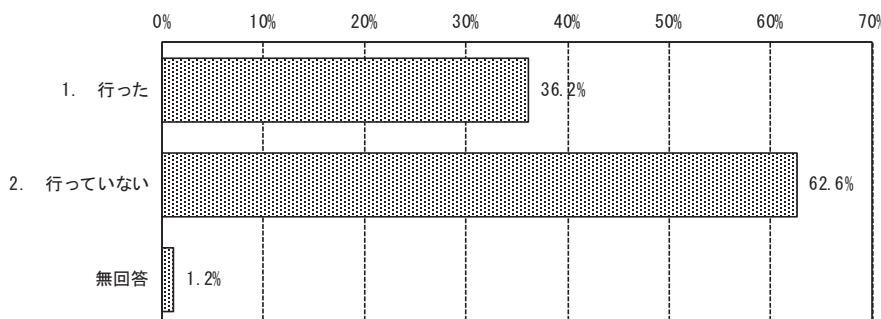
(ク) 大規模な修繕について

(i) Q13-1. 施設設置後の大規模な修繕の実施有無

「2. 行っていない」施設が 62.6%となっている。

図 174 Q13-1. 施設設置後の大規模な修繕の実施有無

(n=337)

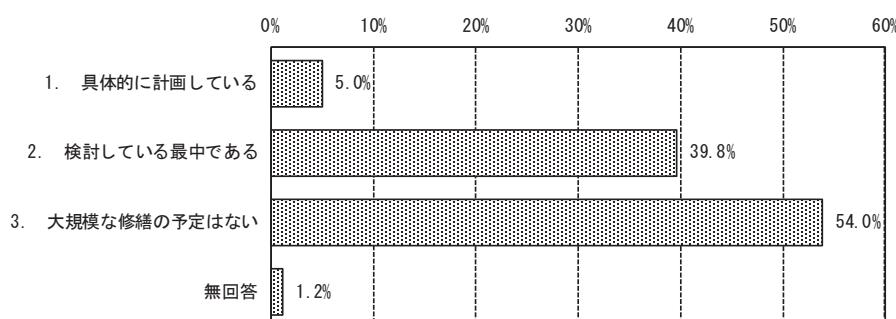


(ii) Q13-2. 今後の大規模な改修の予定

「3. 大規模な修繕の予定はない」の割合が最も高く 54.0%となっている。次いで、「2. 検討している最中である (39.8%)」、「1. 具体的に計画している (5.0%)」となっている。

図 175 Q13-2. 今後の大規模な改修の予定

(n=337)



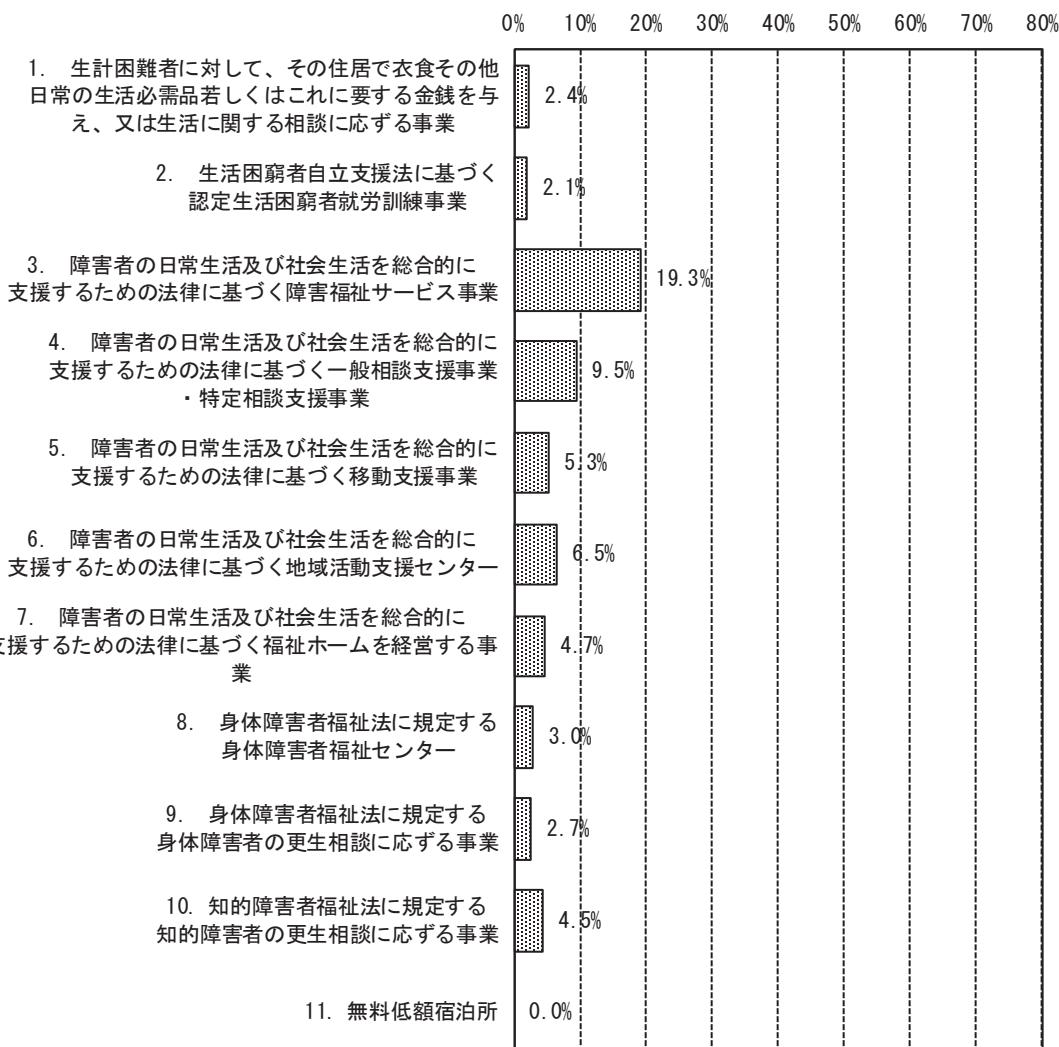
⑫Q14. 貴施設から概ね30分圏内に立地する施設・事業所において実施している事業

(ア) Q14. 【社会福祉法第二種事業関係（一部）】

「3. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業」が最も多く19.3%、次いで「4. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく一般相談支援事業・特定相談支援事業（9.5%）」「6. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく地域活動支援センター（6.5%）」となっている。

図 176 Q14. 【社会福祉法第二種事業関係（一部）】

(n=337)

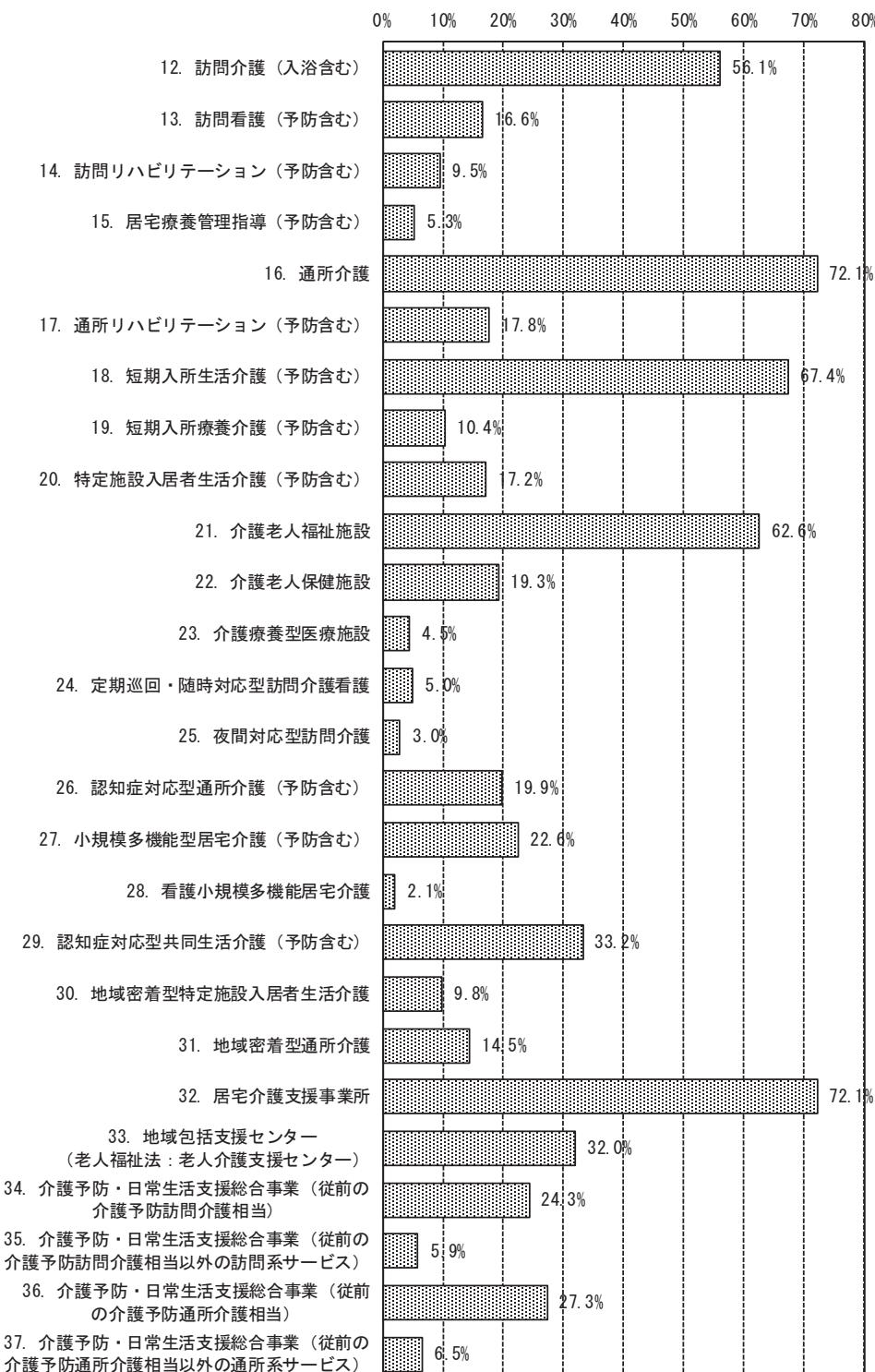


(イ) Q14. 【介護保険法関係】

「16. 通所介護 (72.1%)」、「32. 居宅介護支援事業所 (72.1%)」、「18. 短期入所生活介護（予防含む）(67.4%)」、「21. 介護老人福祉施設 (62.6%)」等の割合が高くなっている。

図 177 Q14. 【介護保険法関係】

(n=337)

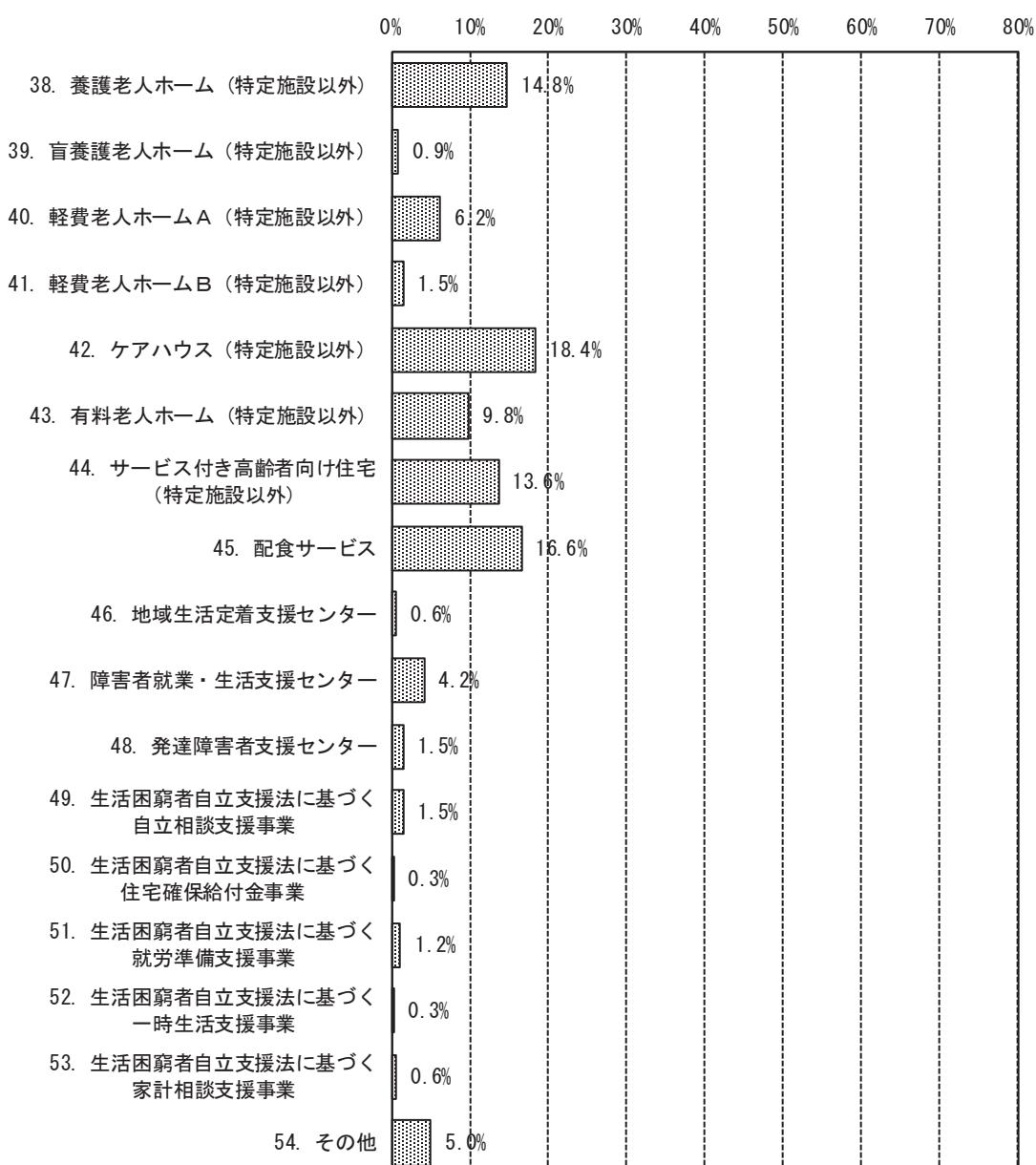


(ウ) Q14. 【その他福祉・介護に関する事業】

「42. ケアハウス（特定施設以外）（18.4%）」、「45. 配食サービス（16.6%）」、「38. 養護老人ホーム（特定施設以外）（14.8%）」等の割合が高くなっている。

図 178 Q14. 【その他福祉・介護に関する事業】

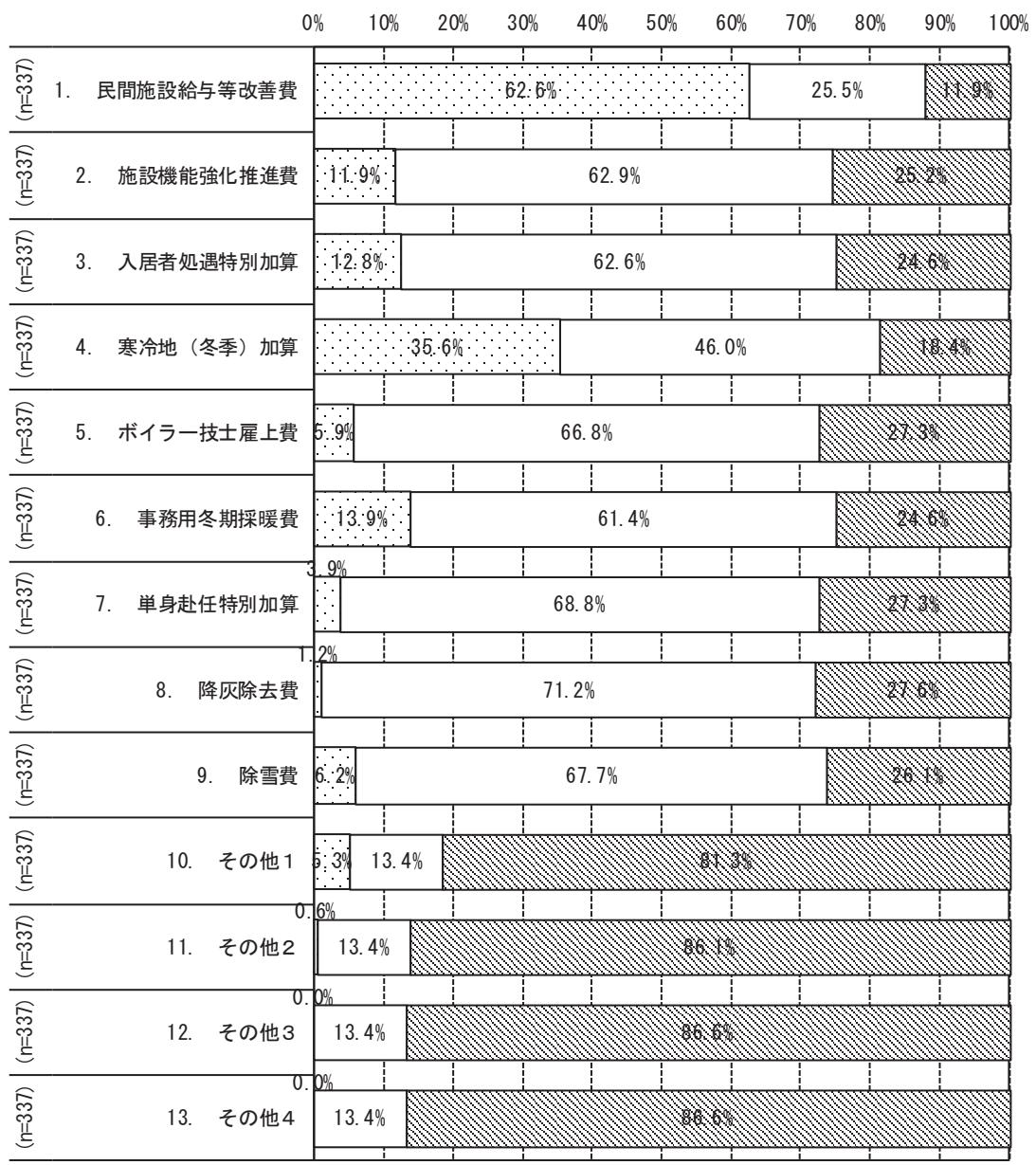
(n=337)



⑬Q15. 自治体における当該加算の有無

「1. 有」の割合に着目すると、「1. 民間施設給与等改善費」における割合が最も高く 62.6%となっている。次いで、「4. 寒冷地（冬季）加算（35.6%）」、「6. 事務用冬期採暖費（13.9%）」となっている。

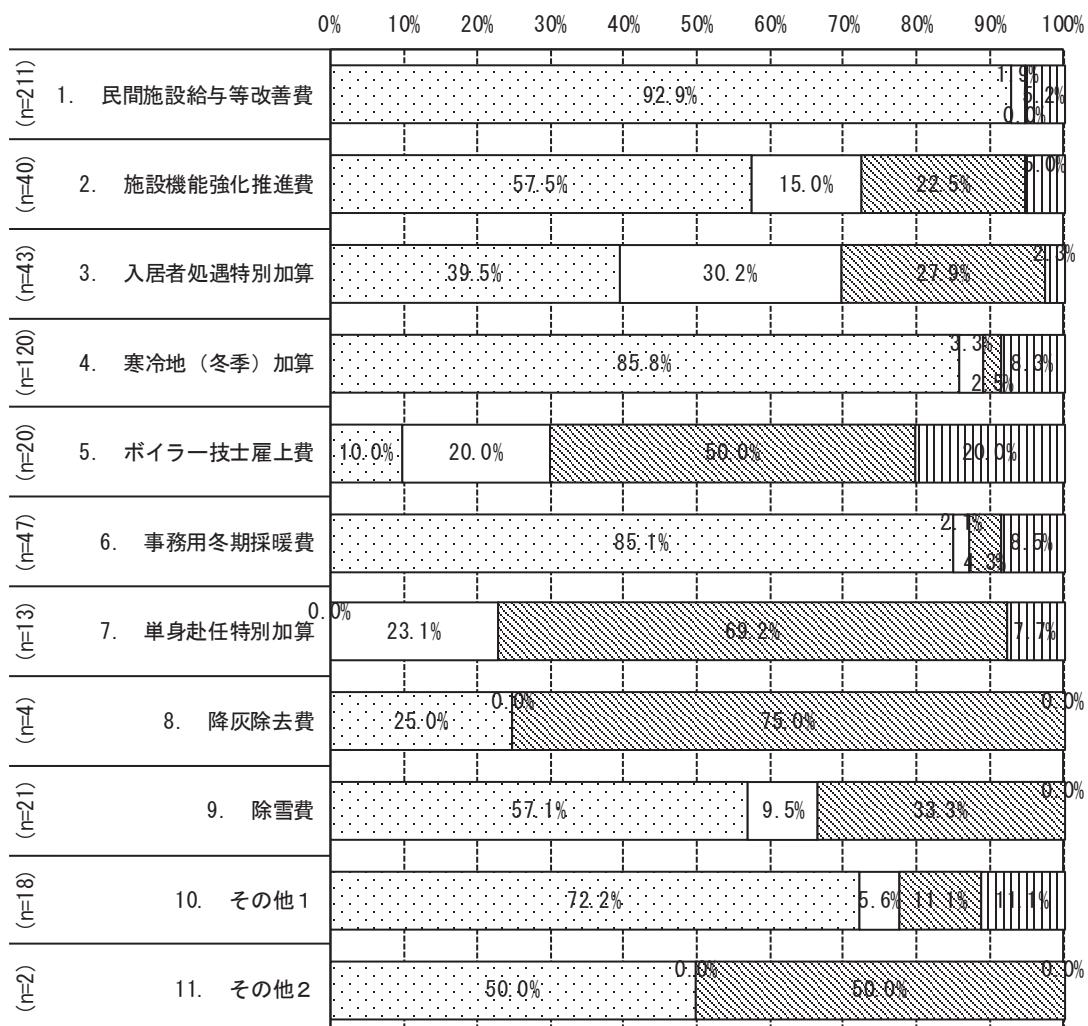
図 179 Q15. 自治体における当該加算の有無



⑭Q15. 請求実績（軽費老人ホーム事業部分）

「1. 請求実績あり」の割合に着目すると、「1. 民間施設給与等改善費」における割合が最も高く 92.9% となっている。次いで、「4. 寒冷地（冬季）加算（85.8%）」、「6. 事務用冬期採暖費（85.1%）」となっている。

図 180 Q15. 請求実績（軽費老人ホーム事業部分）

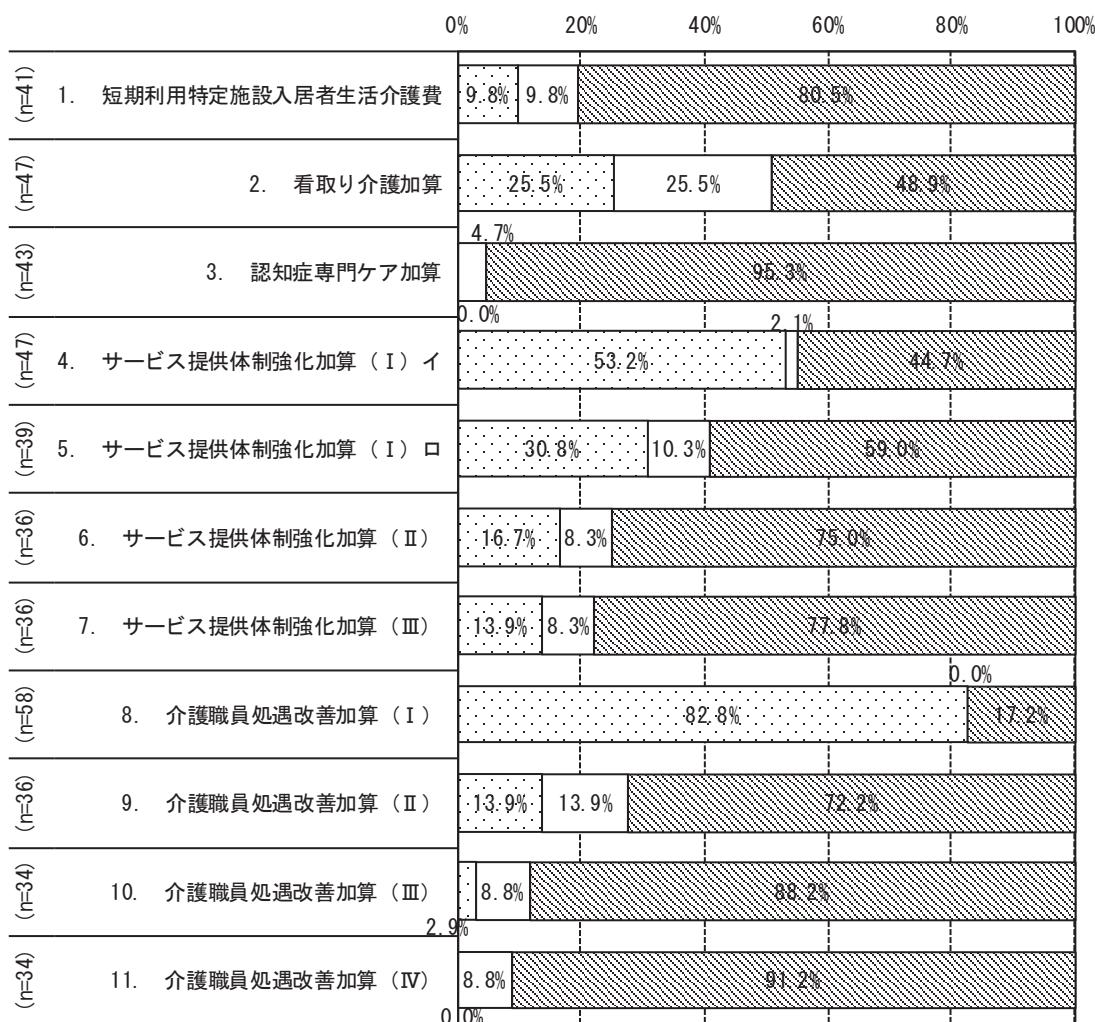


□1. 請求実績あり □2. 体制はあるが請求実績なし □3. 体制なし □無回答

⑯Q15. 請求実績（特定施設入居者生活介護事業部分）

「1. 請求実績あり」の割合に着目すると、「8. 介護職員処遇改善加算（I）」における割合が最も高く 55.8%となっている。次いで、「4. サービス提供体制強化加算（I）イ（34.7%）」、「5. サービス提供体制強化加算（I）ロ（18.8%）」となっている。

図 181 Q15. 請求実績（特定施設入居者生活介護事業部分）



□1. 請求実績あり □2. 体制はあるが請求実績なし □3. 体制なし

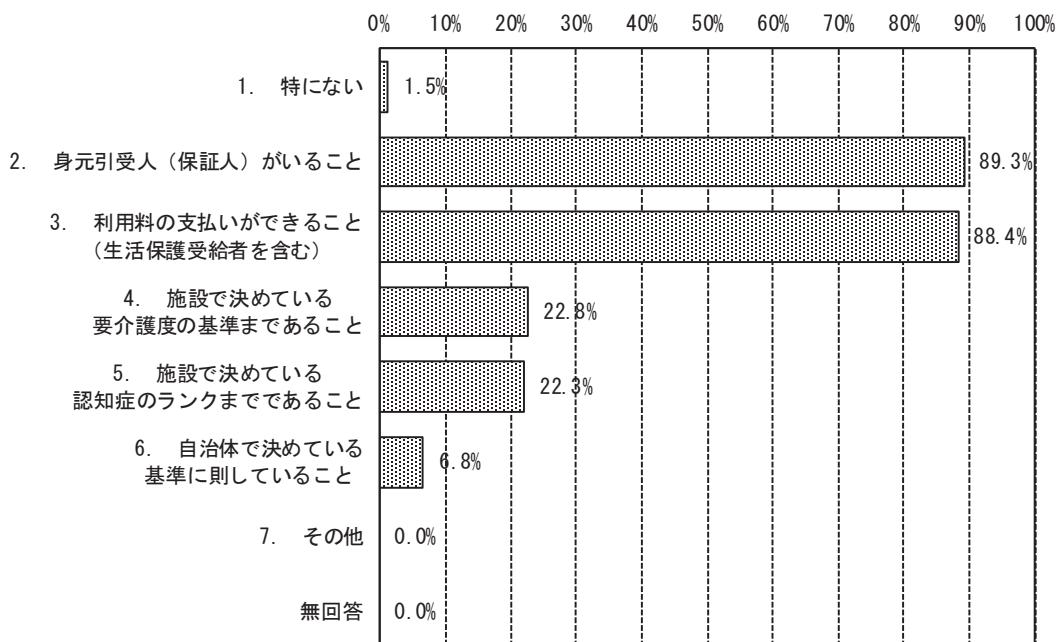
(2) 入居要件・基準について

①Q17. 入居要件・基準

「2. 身元引受人（保証人）がいること」の割合が最も高く89.3%となっている。次いで、「3. 利用料の支払いができる（生活保護受給者を含む）(88.4%)」、「4. 施設で決めている要介護度の基準までであること (22.8%)」となっている。

図 182 Q17. 入居要件・基準

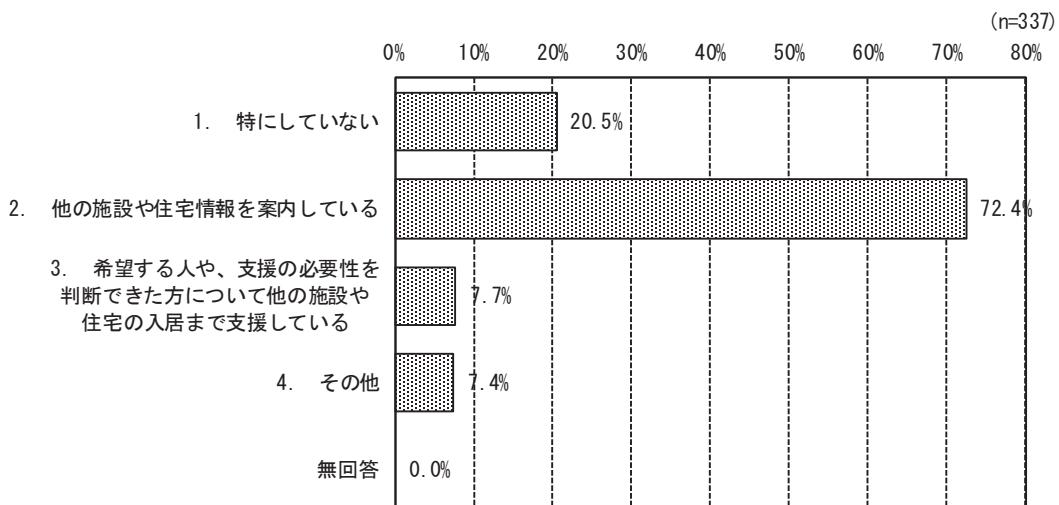
(n=337)



②Q18. 入居要件・基準に該当せず入居を断った人に対して実施している支援

「2. 他の施設や住宅情報を案内している」の割合が最も高く72.4%となっている。次いで、「1. 特にしていない (20.5%)」、「3. 希望する人や、支援の必要性を判断できた方について他の施設や住宅の入居まで支援している (7.7%)」となっている。

図 183 Q18. 入居要件・基準に該当せず入居を断った人に対して実施している支援



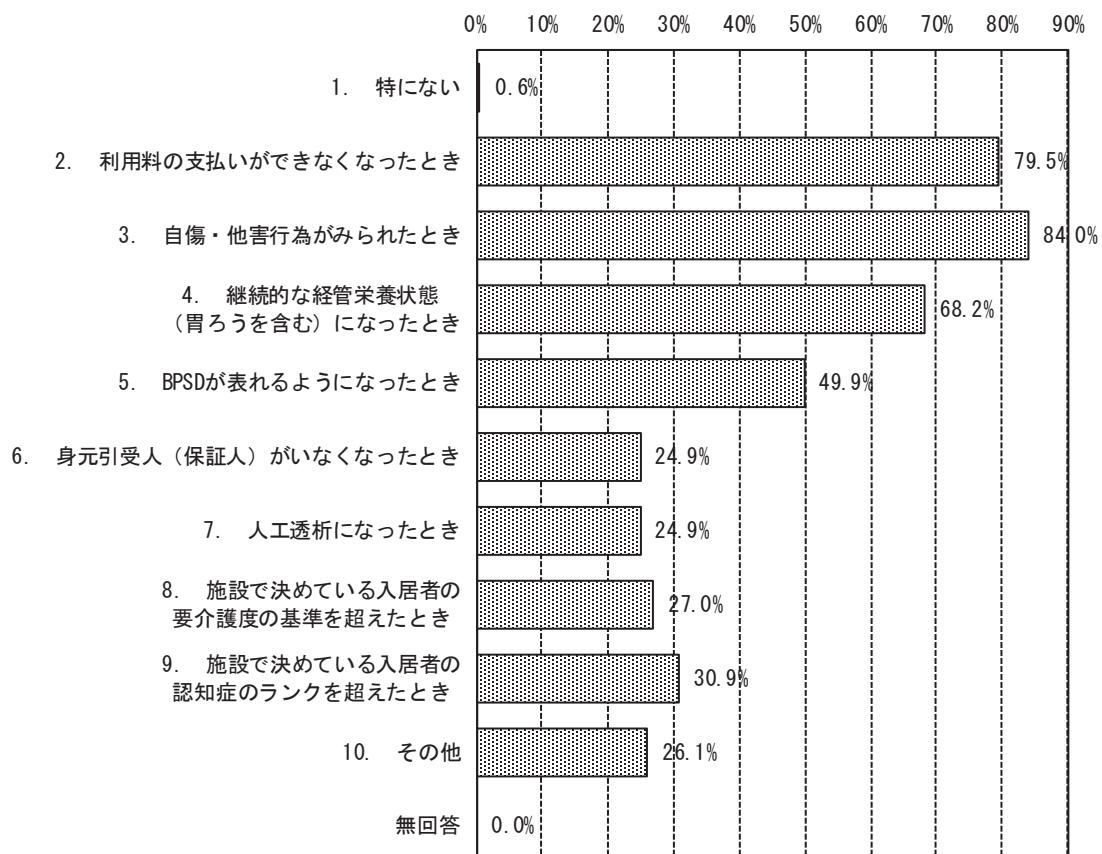
(3) 入居継続が難しくなる場合の判断基準について

①Q19. 入居継続が難しくなる場合の判断基準

「3. 自傷・他害行為がみられたとき」の割合が最も高く84.0%となっている。次いで、「2. 利用料の支払いができなくなったとき(79.5%)」、「4. 継続的な経管栄養状態(胃ろうを含む)になったとき(68.2%)」となっている。

図 184 Q19. 入居継続が難しくなる場合の判断基準

(n=337)

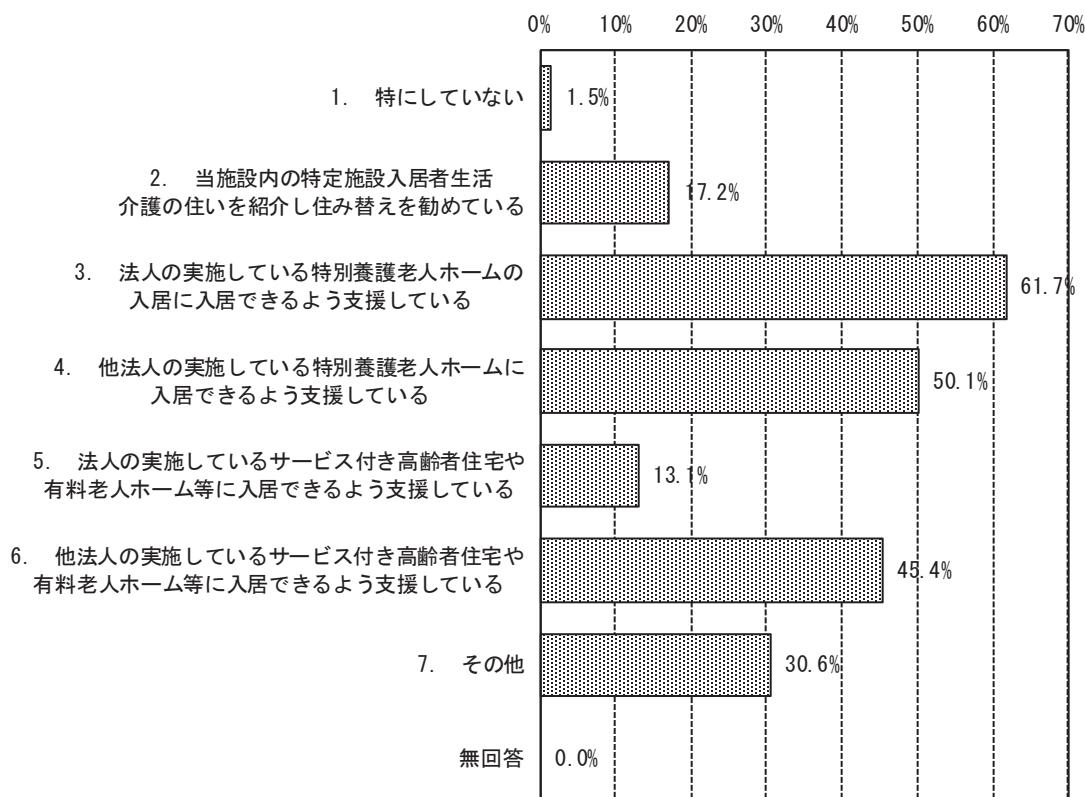


②Q20. 入居継続が難しくなった入居者に対して実施している支援

「3. 法人の実施している特別養護老人ホームに入居できるよう支援している」の割合が最も高く61.7%となっている。次いで、「4. 他法人の実施している特別養護老人ホームに入居できるよう支援している（50.1%）」、「6. 他法人の実施しているサービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム等に入居できるよう支援している（45.4%）」となっている。

図 185 Q20. 入居継続が難しくなった入居者に対して実施している支援

(n=337)

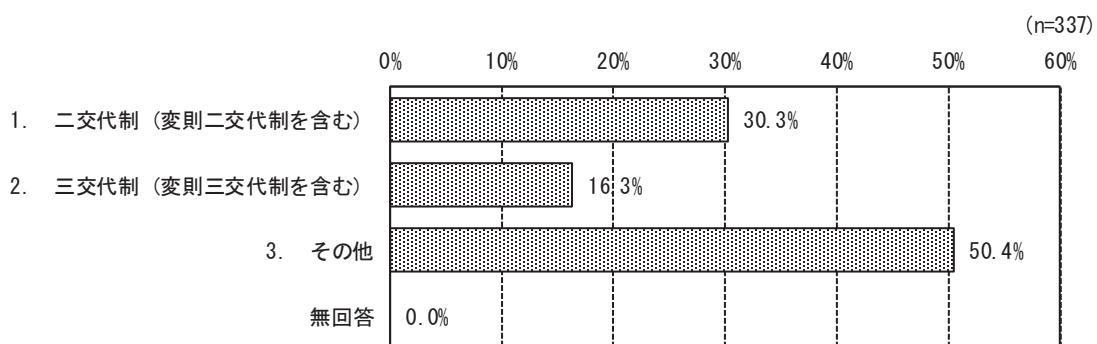


(4) 職員の状況

①Q22-1. 介護職員の勤務形態

「3. その他」が最も多い。

図 186 Q22-1. 介護職員の勤務形態



②Q22-2. 介護職員の夜勤 1 回あたりの平均勤務時間

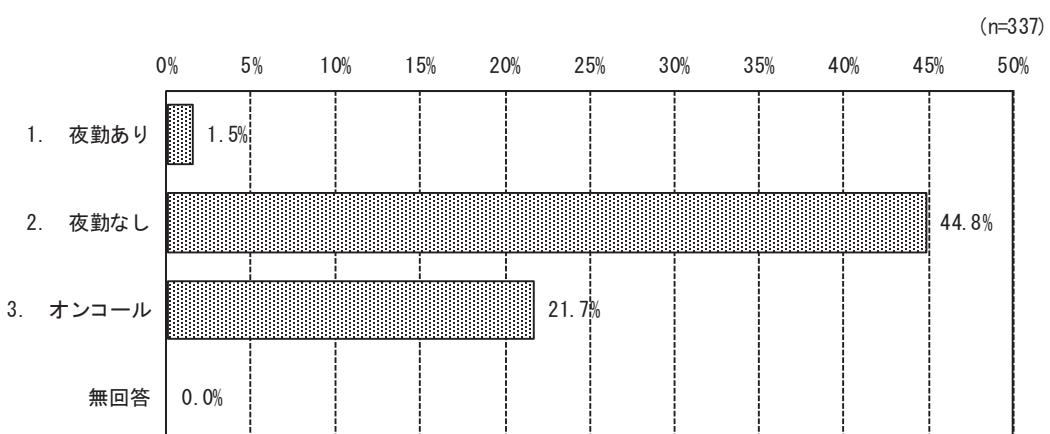
図 187 Q22-2. 介護職員の夜勤 1 回あたりの平均勤務時間

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
12.62	4.00	8.00	16.00	21.50	3.93	14.50	16.00

③Q22-3. 看護職員の夜勤有無

「2. 夜勤なし」が最も多い。

図 188 Q22-3. 看護職員の夜勤有無



④Q22-3. Q23. 採用充足率 (%)

平成 27 年 4 月 1 日 (水) ~ 平成 28 年 3 月 31 日 (木) の 1 年間における採用充足率は以下の通りである。

図 189 Q23. 採用充足率 (%)

	平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
介護職員	98.05	33.00	100.00	100.00	120.00	8.88	100.00	100.00
看護職員	98.29	50.00	100.00	100.00	100.00	8.29	100.00	100.00

なお計算式は以下。

※採用充足率 = (平成 27 年 4 月 1 日 (水) ~ 平成 28 年 3 月 31 日 (木) の 1 年間に実際に採用した総人数) ÷ (平成 27 年 4 月 1 日 (水) ~ 平成 28 年 3 月 31 日 (木) の 1 年間の総採用予定者数) × 100

(5) 入居者の状況

①入居者の属性

(ア) Q24. 総入居者数（人）

平均値 42.14、最小値 9.0、最大値 125.0、標準偏差 19.58 となっている。

図 190 Q24. 総入居者数（人）

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
42.14	9.00	28.00	50.00	125.00	19.58	47.00	50.00

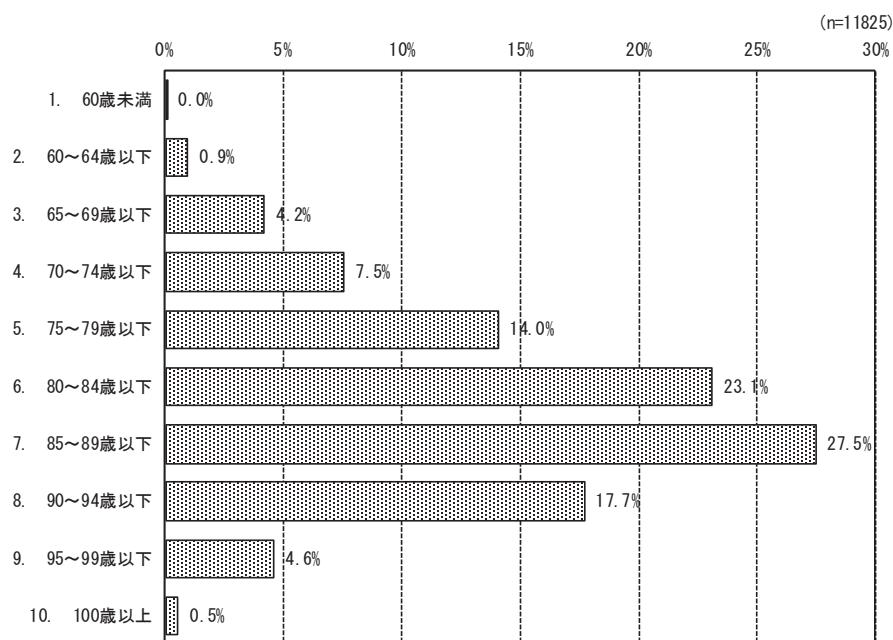
図 191 Q24. うち、特定施設入居者生活介護の入居者数（人）

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
33.87	4.00	20.00	45.00	96.00	18.68	29.00	18.00

(イ) Q25. 年齢別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分以外）

「7. 85～89 歳以下」が最も多く 27.5%、次いで「6. 80～84 歳以下 (23.1%)」、「8. 90～94 歳以下 (17.7%)」となっている。

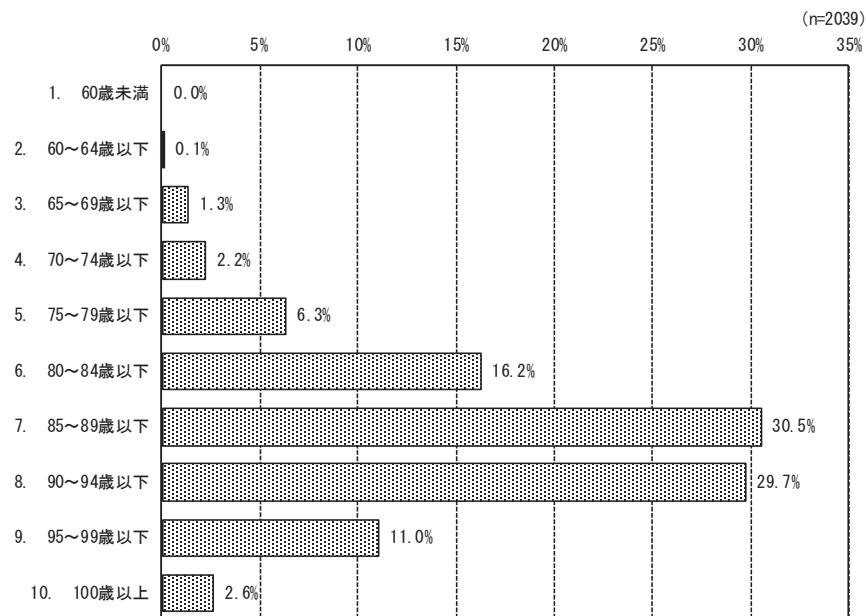
図 192 Q25. 年齢別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分以外）



(ウ) Q25. 年齢別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分）

「7. 85～89歳以下」が最も多く30.5%、次いで「8. 90～94歳以下(29.7%)」、「6. 80～84歳以下(16.2%)」となっている。

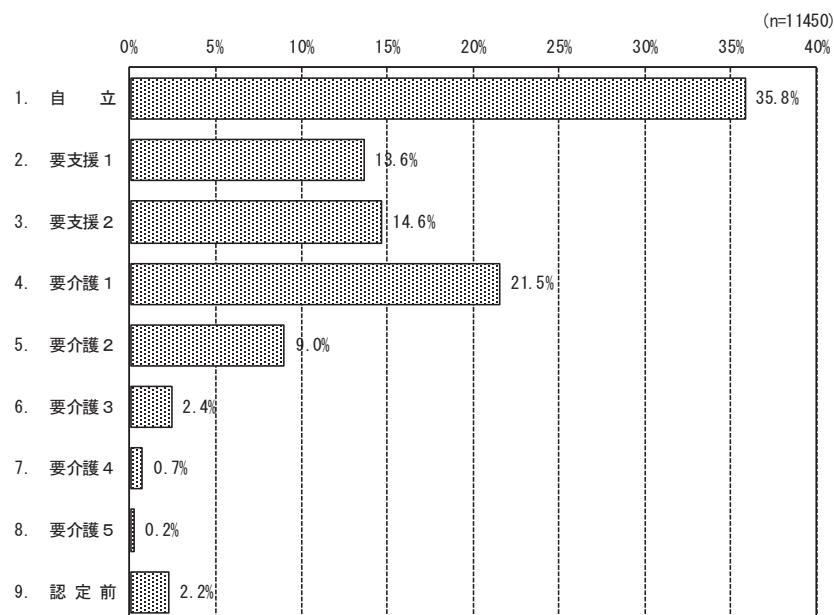
図 193 Q25. 年齢別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分）



(エ) Q26. 要介護度別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分以外）

「1. 自立」が最も多く35.8%、次いで「4. 要介護1(21.5%)」、「3. 要支援2(14.6%)」、「2. 要支援1(13.6%)」、となっている。

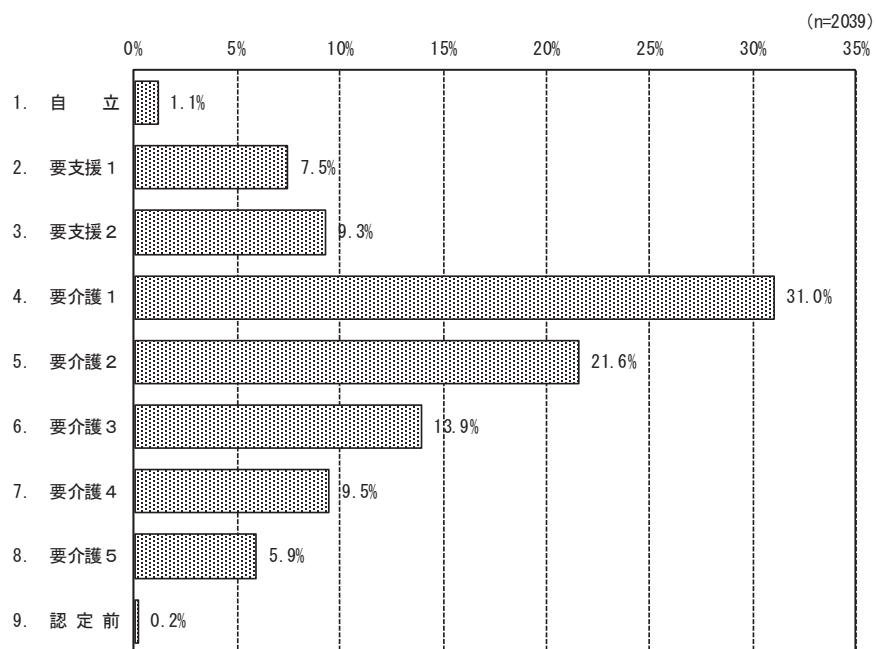
図 194 Q26. 要介護度別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分以外）



(才) Q26. 要介護度別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分）

「4. 要介護 1」が最も多く 31.0%、次いで「5. 要介護 2 (21.6%)」、「6. 要介護 3 (13.9%)」となっている。

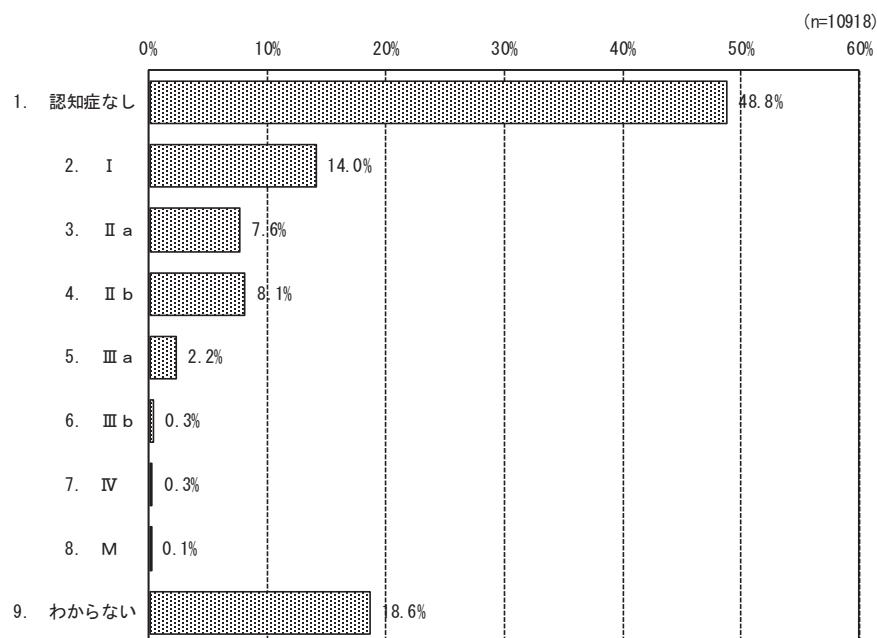
図 195 Q26. 要介護度別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分）



(力) Q27. 認知症高齢者の日常生活自立度別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分以外）

「1. 認知症なし」が最も多く 48.8%、次いで「9. わからない (18.6%)」、「2. I (14.0%)」となっている。

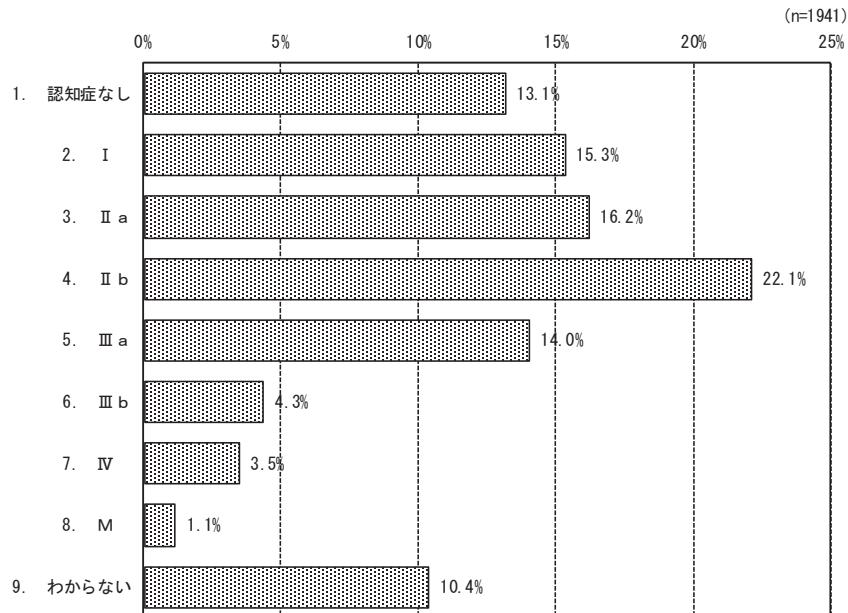
図 196 Q27. 認知症高齢者の日常生活自立度別入居者数
(特定施設入居者生活介護事業部分以外)



(キ) Q27. 認知症高齢者の日常生活自立度別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分）

「4. II b」が最も多く 22.1%、次いで「3. II a (16.2%)」、「2. I (15.3%)」となっている。

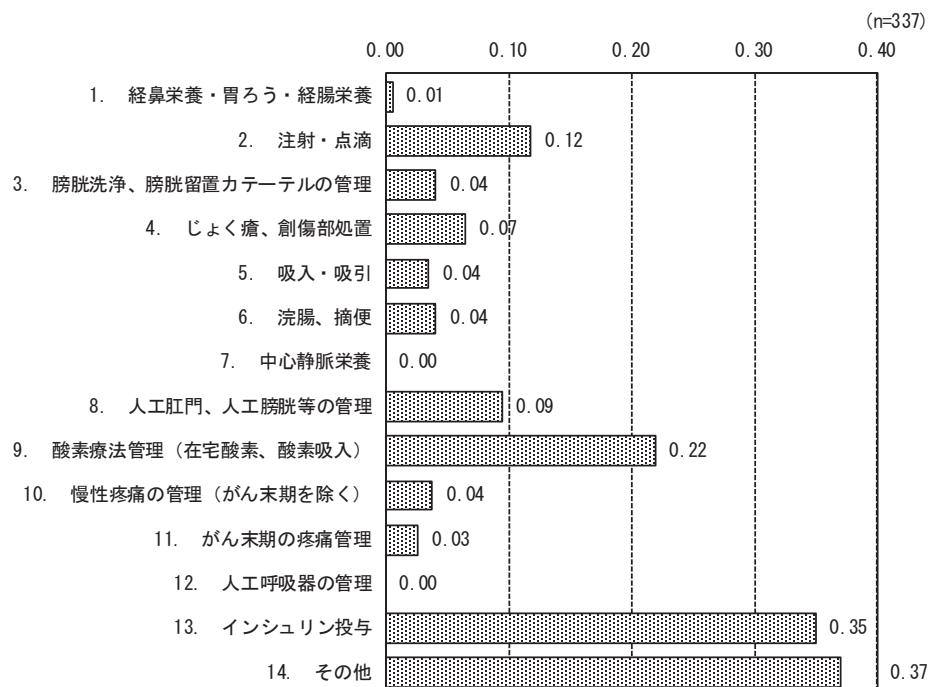
図 197 Q27. 認知症高齢者の日常生活自立度別入居者数
(特定施設入居者生活介護事業部分)



(ク) Q28. 必要な医療ケア別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分以外）

「14. その他」が最も多く 0.37 人、次いで「13. インシュリン投与 (0.35 人)」、「9. 酸素療法管理（在宅酸素、酸素吸入）(0.22 人)」となっている。

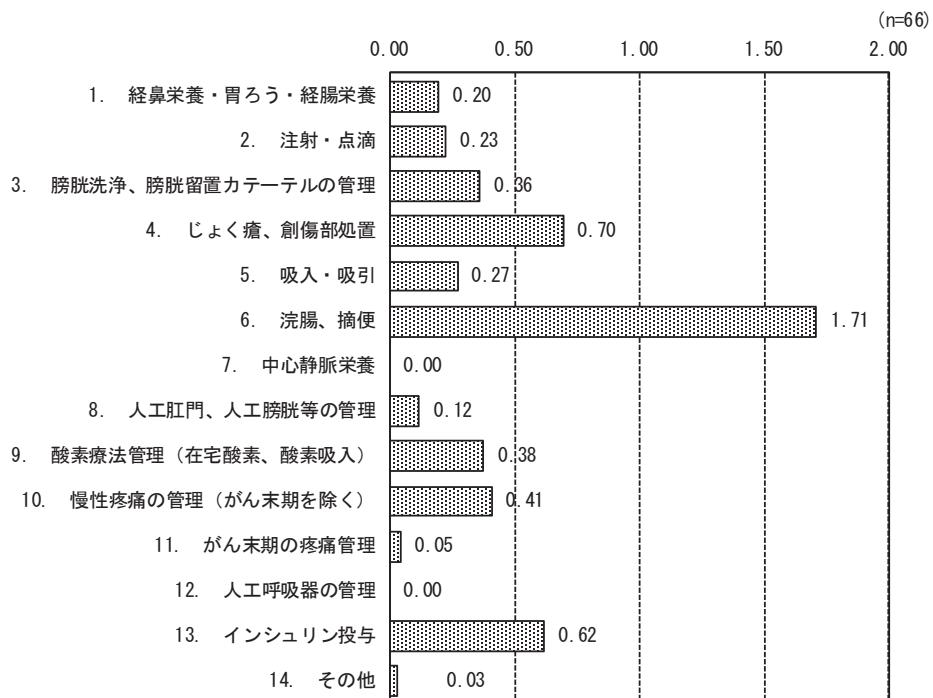
図 198 Q28. 必要な医療ケア別入居者数（1施設あたり平均人数）
(特定施設入居者生活介護事業部分以外)



(i) Q28. 必要な医療ケア別入居者数 (特定施設入居者生活介護事業部分)

「6. 浣腸、摘便」が最も多く 1.71 人、次いで「4. じょく瘡、創傷部処置 (0.70 人)」、「13. インシュリン投与 (0.62 人)」となっている。

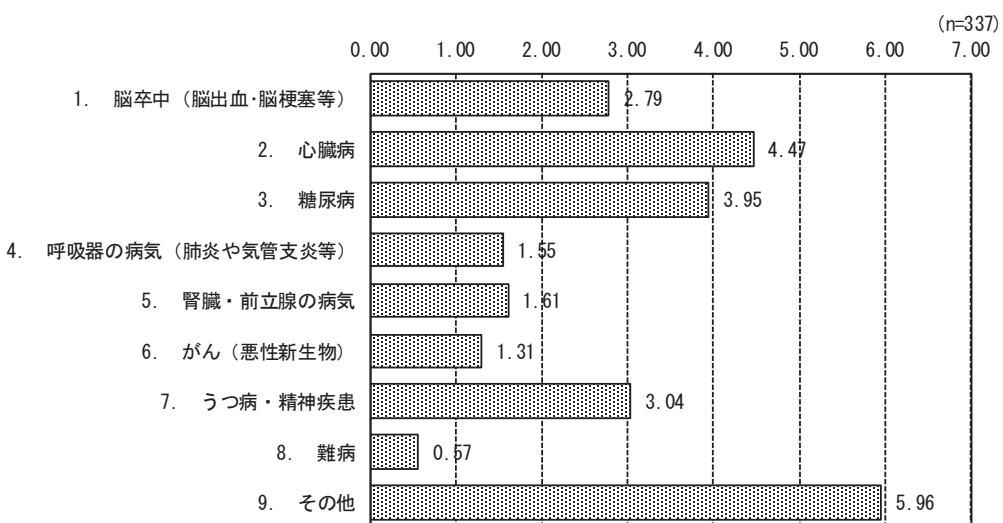
図 199 Q28. 必要な医療ケア別入居者数 (1施設あたり平均人数)
(特定施設入居者生活介護事業部分)



(ii) Q29. 現在受診している主な疾患別入居者数 (特定施設入居者生活介護事業部分以外)

「9. その他」が最も多く 5.96 人、次いで「2. 心臓病 (4.47 人)」、「3. 糖尿病 (3.95 人)」となっている。

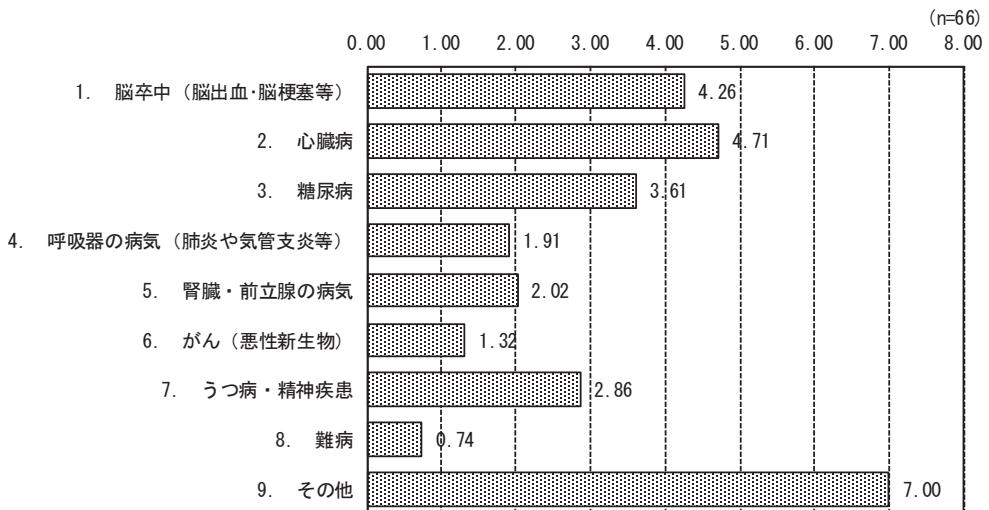
図 200 Q29. 現在受診している主な疾患別入居者数 (1施設あたり平均人数)
(特定施設入居者生活介護事業部分以外)



(iii) Q29. 現在受診している主な疾患別入居者数（特定施設入居者生活介護事業部分）

「9. その他」が最も多く 7.00 人、次いで「2. 心臓病（4.71 人）」「1. 脳卒中（脳出血・脳梗塞等）（4.26 人）」となっている。

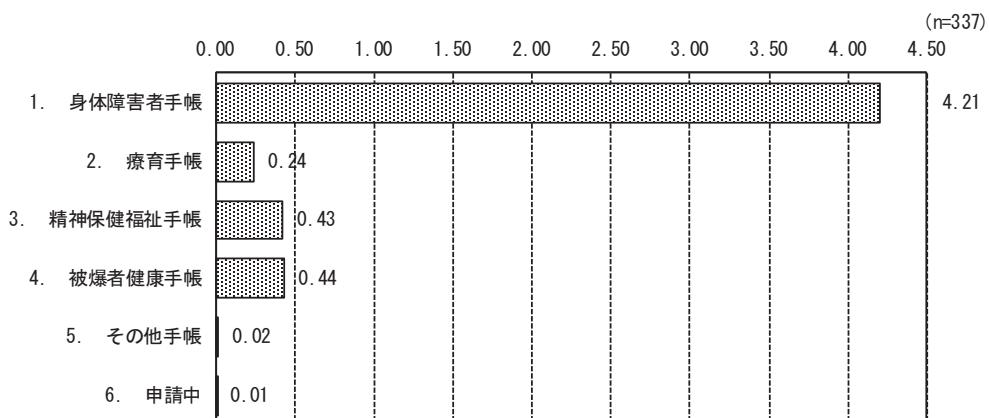
図 201 Q29. 現在受診している主な疾患別入居者数（1施設あたり平均人数）
(特定施設入居者生活介護事業部分)



(ヶ) Q30. 障害者手帳の所持状況別入居者数

「1. 身体障害者手帳」が最も多く 4.21 人となっている。

図 202 Q30. 障害者手帳の所持状況別入居者数（1施設あたり平均人数）

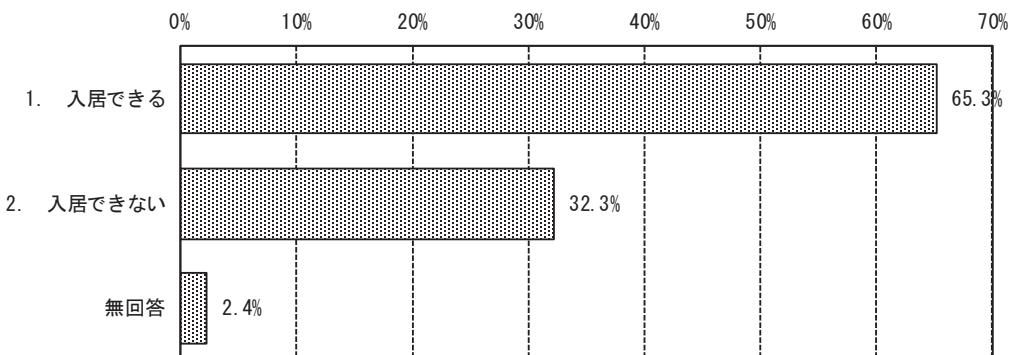


(コ) Q31. 生活保護受給者の入居可否

「1. 入居できる」 65. 3%、「2. 入居できない」 32. 3%となっている。

図 203 Q31. 生活保護受給者の入居可否

(n=337)



入居できる施設に対して「現在、受給している入居者数」を伺ったところ、以下のとおりである。

図 204 Q31. 生活保護受給者の入居者数 (1 施設当たり)

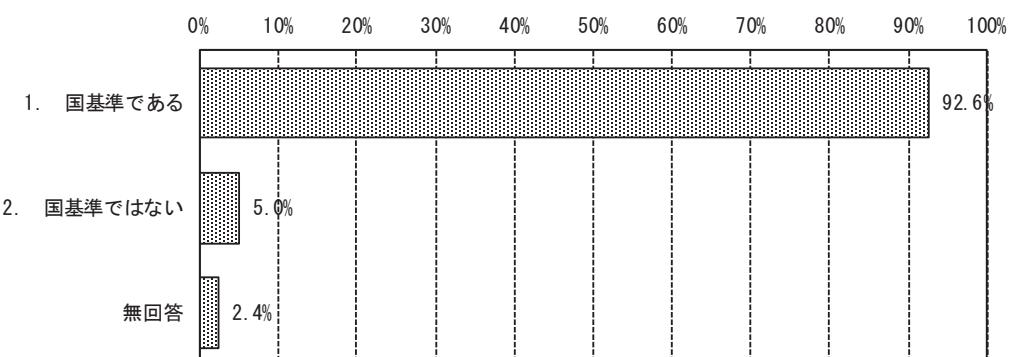
平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
1.80	0.00	0.00	2.00	18.00	2.84	1.00	0.00

(サ) Q32. 対象収入による階層区分

「1. 国基準である」 92. 6%、「2. 国基準ではない」 5. 0%となっている。

図 205 Q32. 対象収入による階層区分

(n=337)

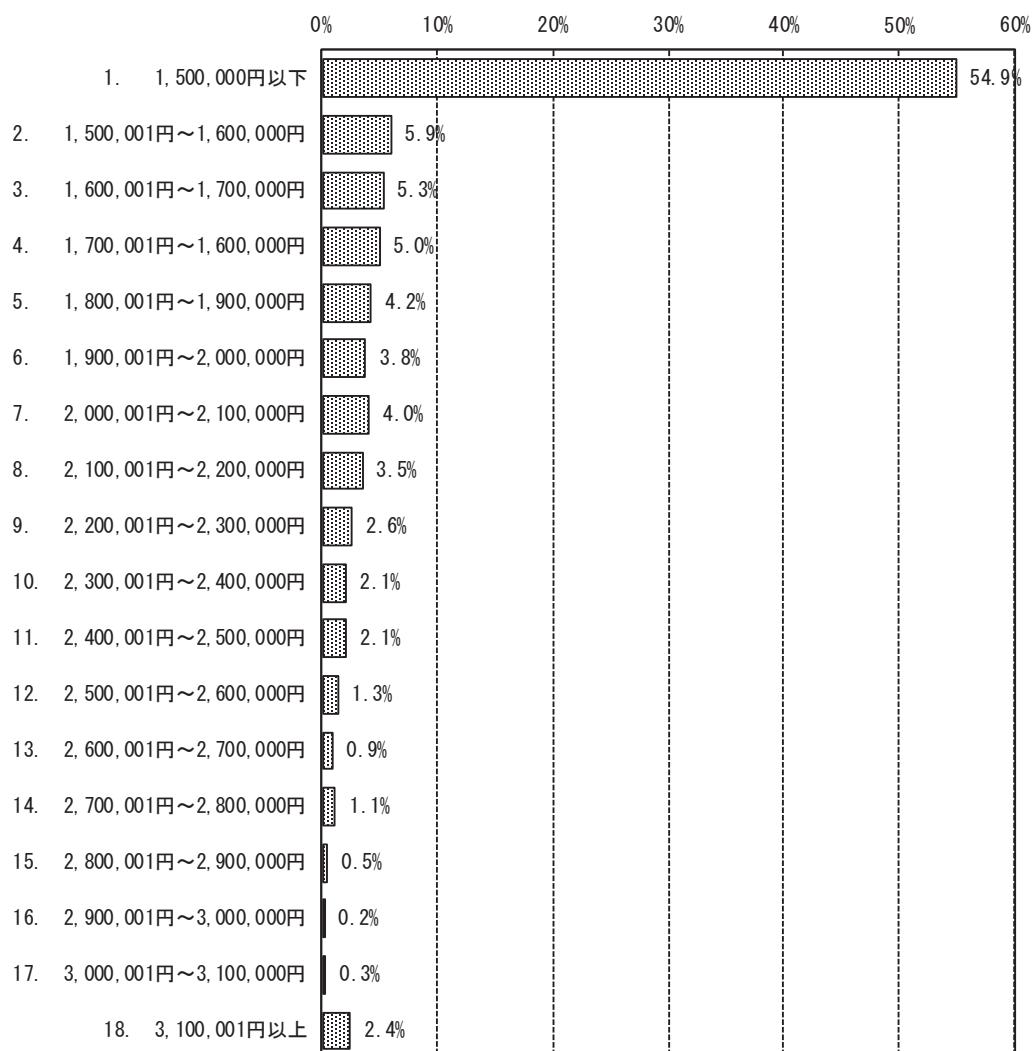


(シ) Q32-1. 各収入階層別の入居者数（軽費老人ホームの入居者）

「1. 1,500,000円以下」が最も多く54.9%となっている。

図 206 Q32-1. 各収入階層別の入居者数（軽費老人ホームの入居者）

(n=10177)

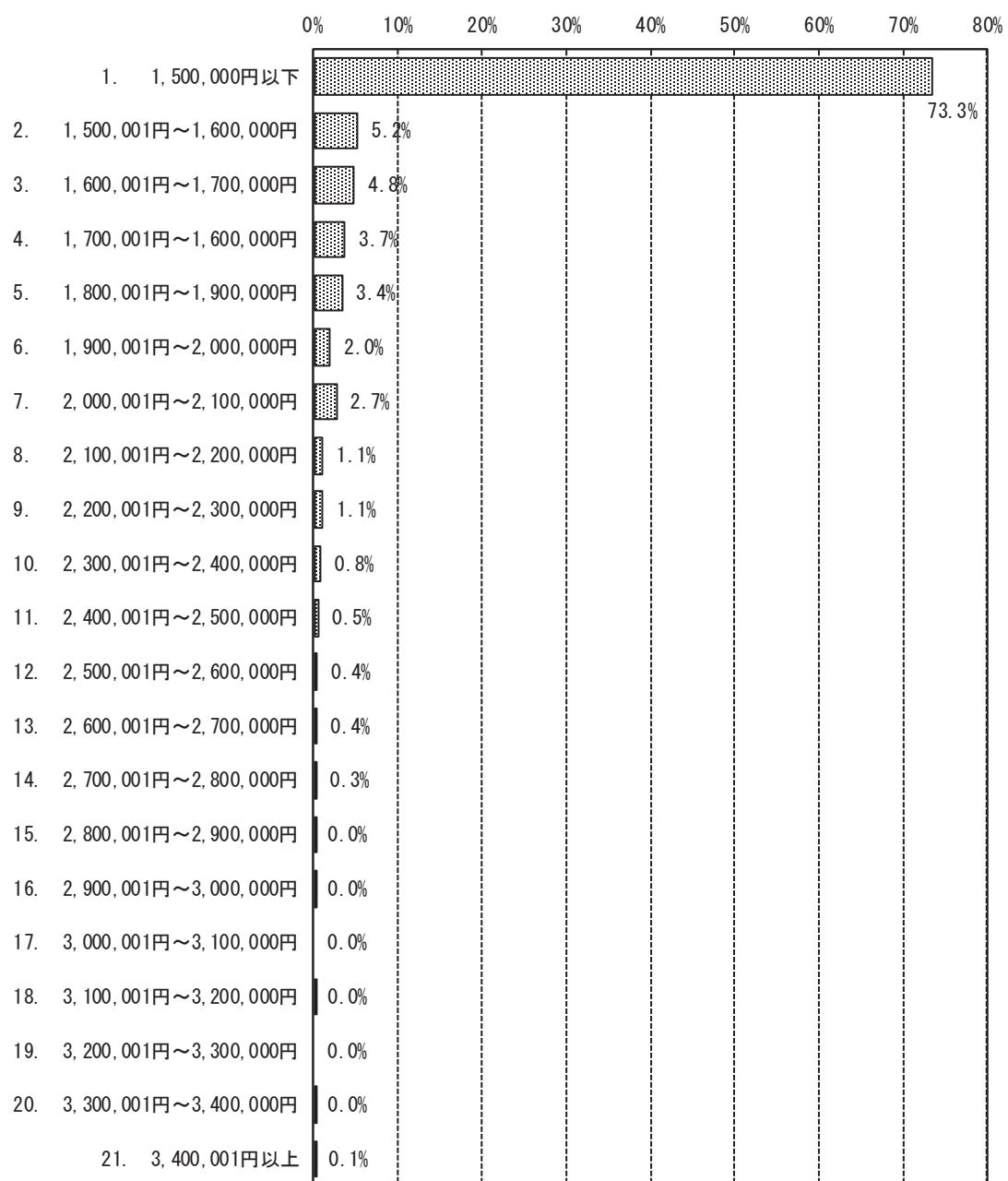


(ス) Q32-1. 各収入階層別の入居者数（軽費老人ホームAの入居者）

「1. 1,500,000円以下」が最も多く73.3%となっている。

図 207 Q32-1. 各収入階層別の入居者数（軽費老人ホームAの入居者）

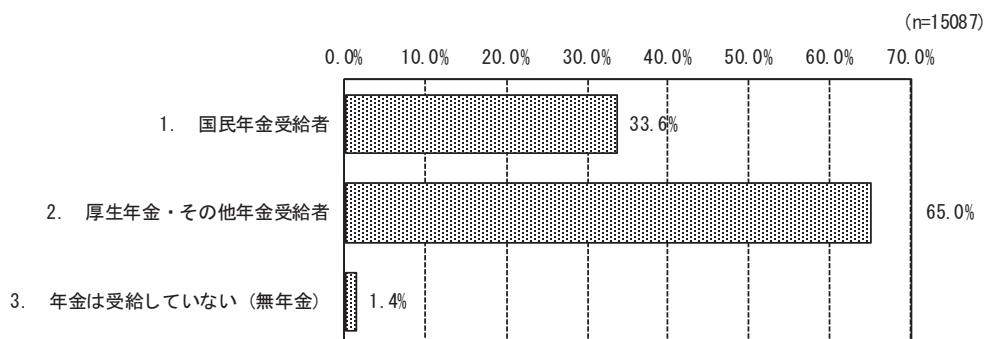
(n=2749)



(セ) Q33. 年金受給状況別入居者数

「2. 厚生年金・その他年金受給者」が最も多く 65.0%、次いで「1. 国民年金受給者 (33.6%)」となっている。

図 208 Q33. 年金受給状況別入居者数

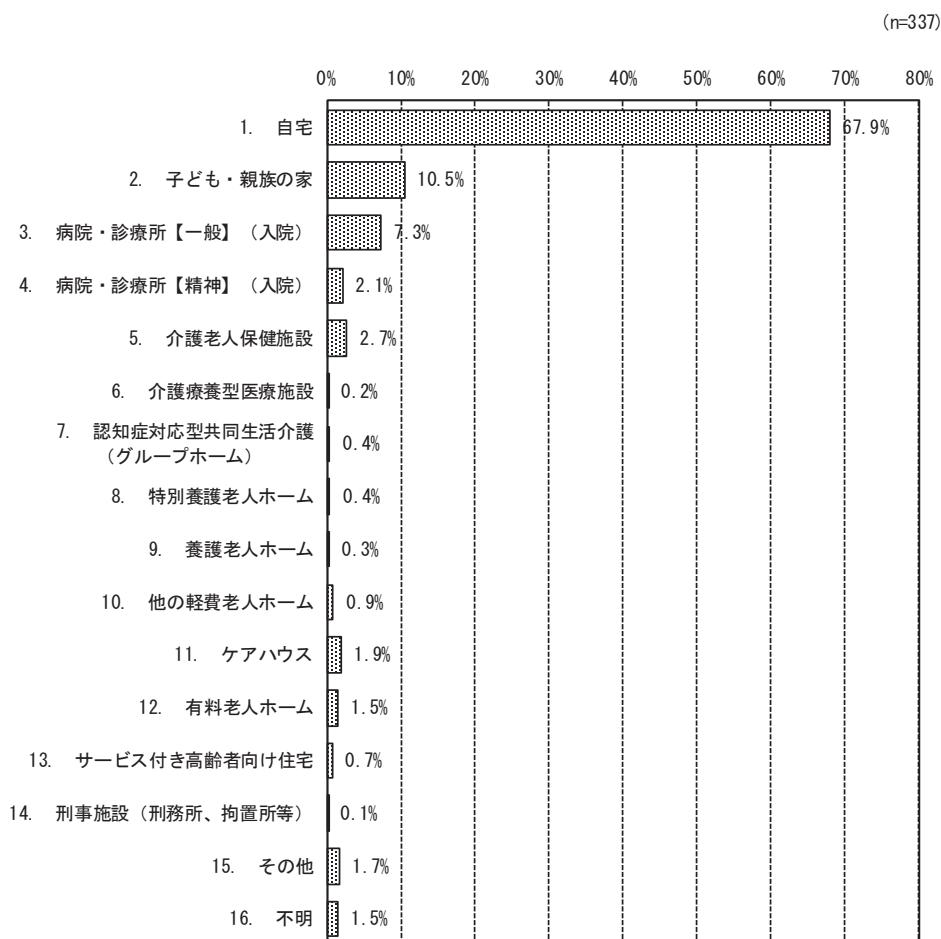


②入居者の入居経緯、定員充足状況等

(ア) Q34. 入居前の居場所別入居者数

「1. 自宅」が最も多く 67.9% となっている。

図 209 Q34. 入居前の居場所別入居者数

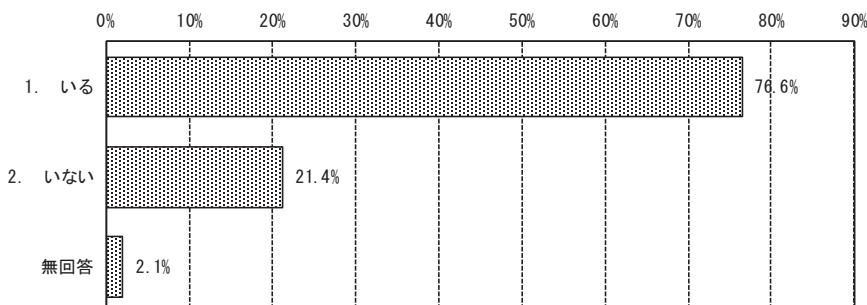


(イ) Q35. 入居待機者の有無

「1. いる」の割合が最も高く 76.6%となっている。次いで、「2. いない (21.4%)」となっている。

図 210 Q35. 入居待機者の有無

(n=337)



(ウ) Q35. 入居待機者数

平均値 18.21 人、中央値 8.00 人、最頻値 5.00 人となっている。

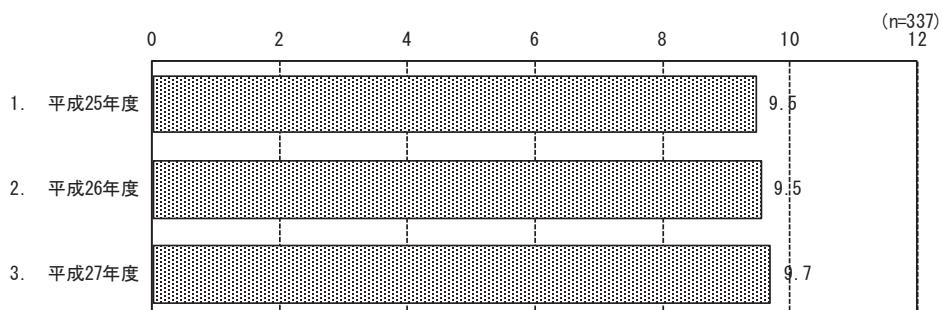
図 211 Q35. 入居待機者数

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
18.21	1.00	4.00	20.00	180.00	27.45	8.00	5.00

(エ) Q36. 新規入居者数

「3. 平成 27 年度」9.7 人、「1. 平成 25 年度」「2. 平成 26 年度」9.5 人となっている。

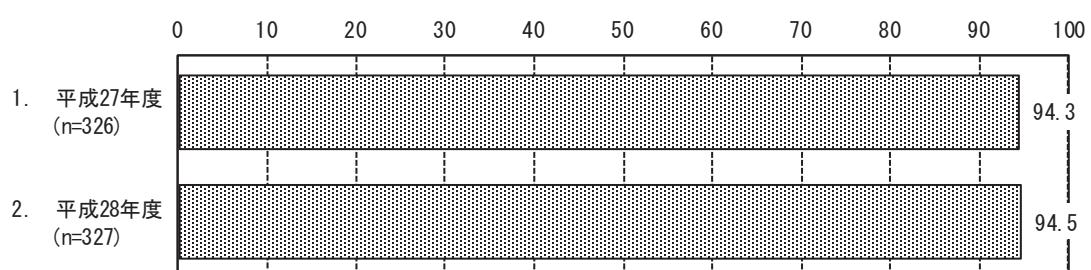
図 212 Q36. 新規入居者数



(オ) Q37-1. 定員充足率 (%)

「1. 平成 27 年度」の割合が最も高く 94.3% となっている。次いで「2. 平成 28 年度 (94.5%)」となっている。

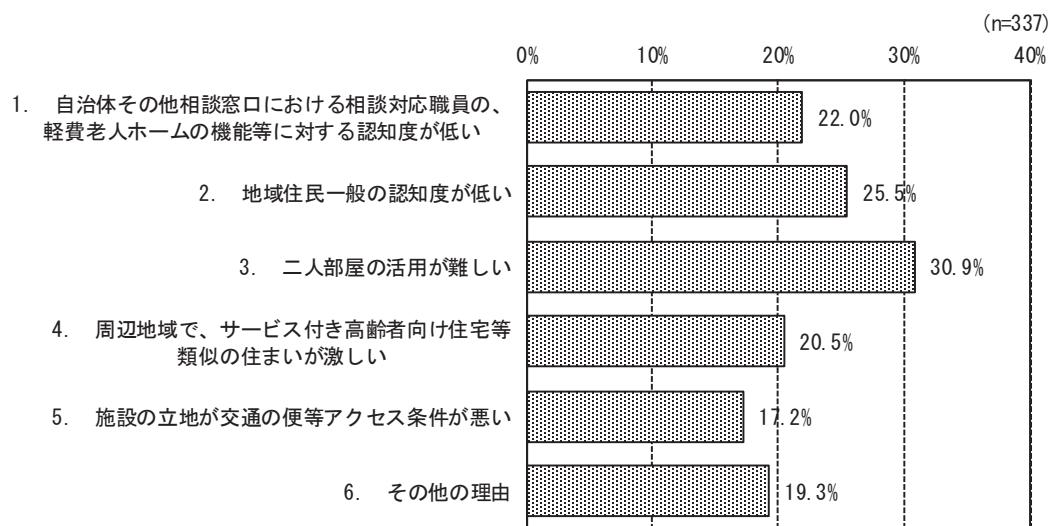
図 213 Q37-1. 定員充足率 (%)



③Q37-2. 充足していない場合の理由（主なものを2つ）

「3. 二人部屋の活用が難しい」の割合が最も高く 30.9%となっている。次いで、「2. 地域住民一般の認知度が低い（25.5%）」となっている。

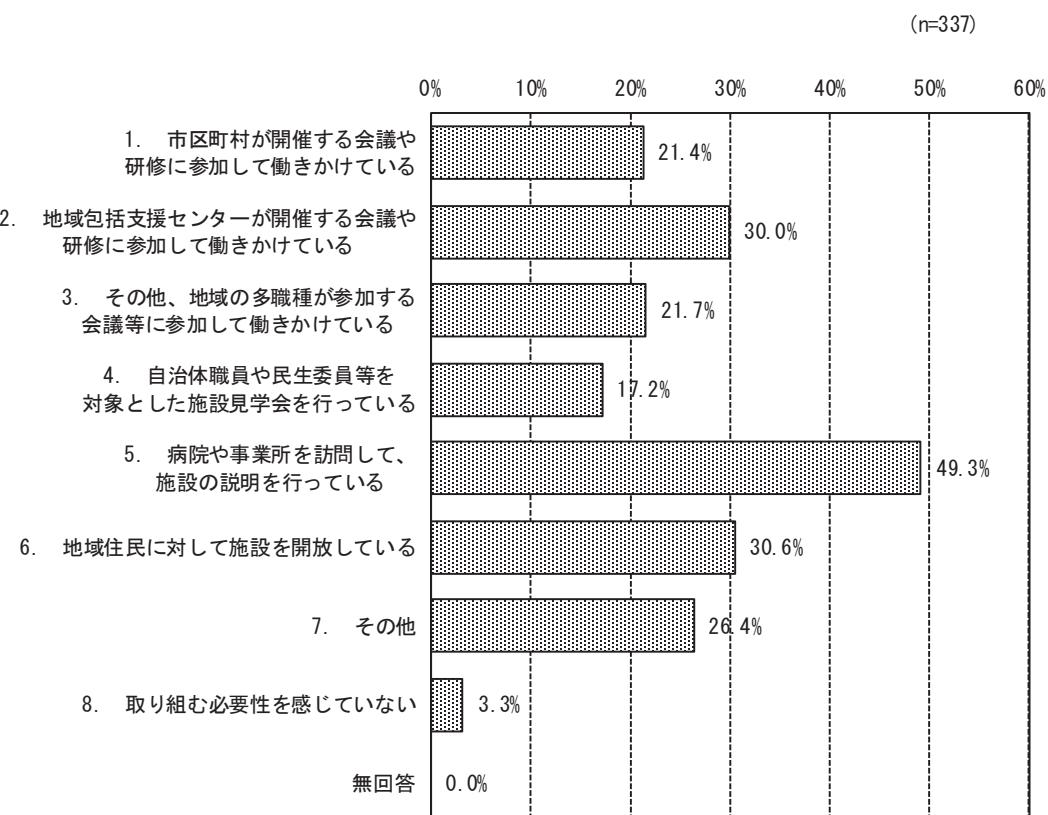
図 214 Q37-2. 充足していない場合の理由（主なものを2つ）



④Q38. 定員充足に向けて取組んでいること

「5. 病院や事業所を訪問して、施設の説明を行っている」の割合が最も高く 49.3%となっている。次いで、「6. 地域住民に対して施設を開放している（30.6%）」、「2. 地域包括支援センターが開催する会議や研修に参加して働きかけている（30.0%）」となっている。

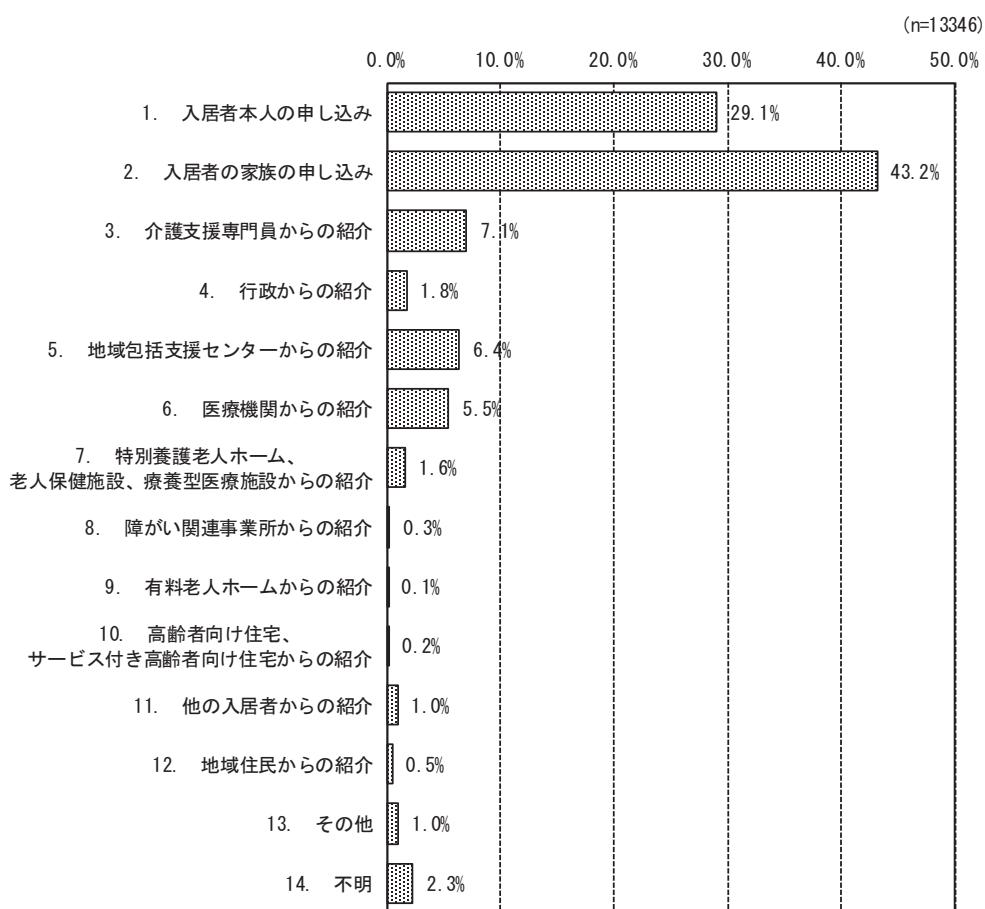
図 215 Q38. 定員充足に向けて取組んでいること



⑤Q39. 主な入居経路別入居者数

「2. 入居者の家族の申し込み」が最も多く 43.2%、次いで「1. 入居者本人の申し込み(29.1%)」となっている。

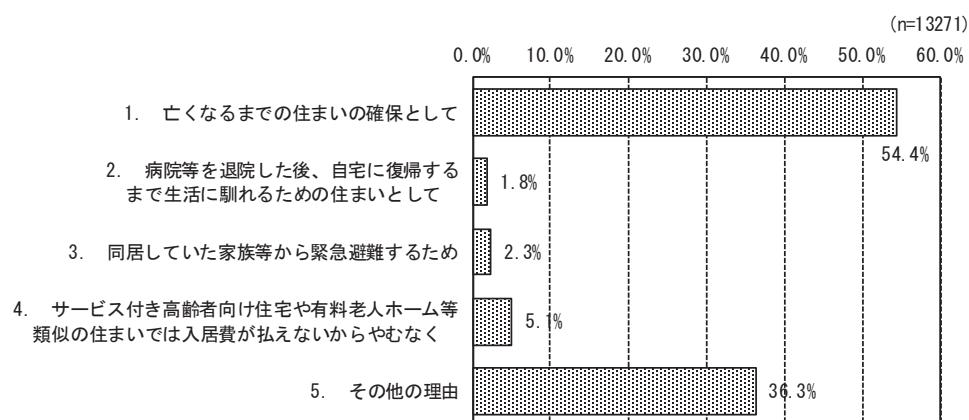
図 216 Q39. 主な入居経路別入居者数



⑥Q40. 主な入居の理由別入居者数

「1. 亡くなるまでの住まいの確保として」が最も多く 54.4% となっている。

図 217 Q40. 主な入居の理由別入居者数



⑦入居者の退去状況

(ア) Q41. 平成 27 年度 1 年間の総退所者数

平均値 7.68 人、中央値 7.00 人、最頻値 6.00 人となっている。

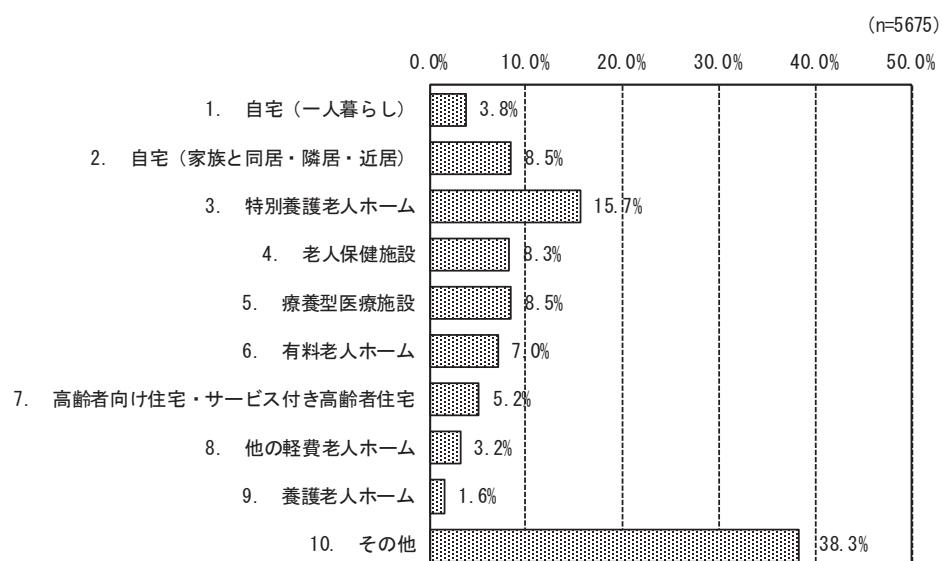
図 218 Q41. 平成 27 年度 1 年間の総退所者数

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
7.68	0.00	4.00	10.00	64.00	5.58	7.00	6.00

(イ) Q42. 入居者の主な退所先（平成 25 年度～27 年度の実績）

「10. その他」が最も多く 38.3%、次いで「3. 特別養護老人ホーム（15.7%）」「2. 自宅（家族と同居・隣居・近居）（8.5%）」「5. 療養型医療施設（8.5%）」となっている。

図 219 Q42. 入居者の主な退所先（平成 25 年度～27 年度の実績）

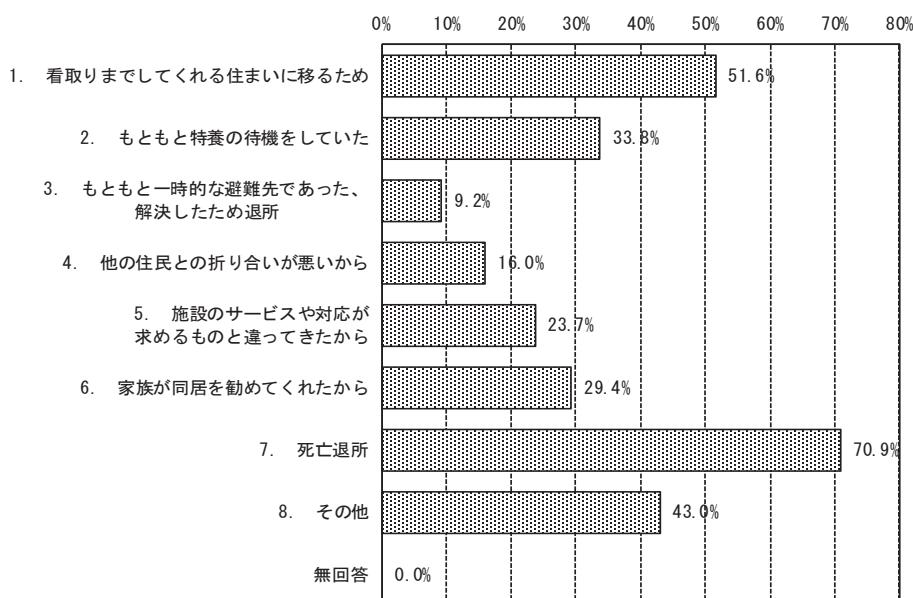


(ウ) Q43. 入居者の主な退所理由（平成 25 年度～27 年度の実績）

「7. 死亡退所」の割合が最も高く 70.9% となっている。次いで、「1. 看取りまでしてくれる住まいに移るため (51.6%)」、「8. その他 (43.0%)」となっている。

図 220 Q43. 入居者の主な退所理由（平成 25 年度～27 年度の実績）

(n=337)



⑧Q44. 平成 27 年度（平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）の入居者の退所率

平均値 15.68%、中央値 15.30%、最頻値 13.80% となっている。

図 221 Q44. 平成 27 年度（平成 27 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）の入居者の退所率

平均値	最小値	25% 値	75% 値	最大値	標準偏差	中央値	最頻値
15.68	0.10	11.70	19.43	31.70	6.34	15.30	13.80

（6）入居者に対するサービス・支援の提供状況

①入居～退所ステージ別の支援の状況について

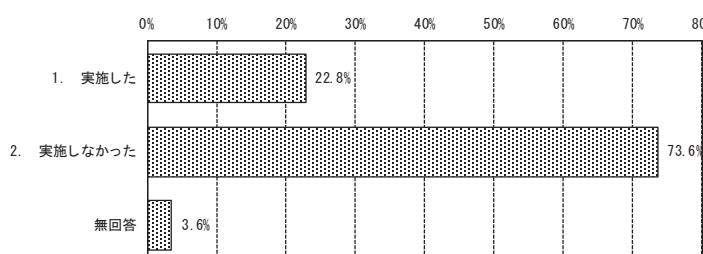
(ア) Q45 アウトドア実施等を通した地域の対象者の把握と入居に向けた初期相談について

(ア) - 1. Q45-1. 地域で自法人が行う相談活動に参加

「1. 実施した」22.8%、「2. 実施しなかった」73.6% となっている。

図 222 Q45-1. 地域で自法人が行う相談活動に参加

(n=337)

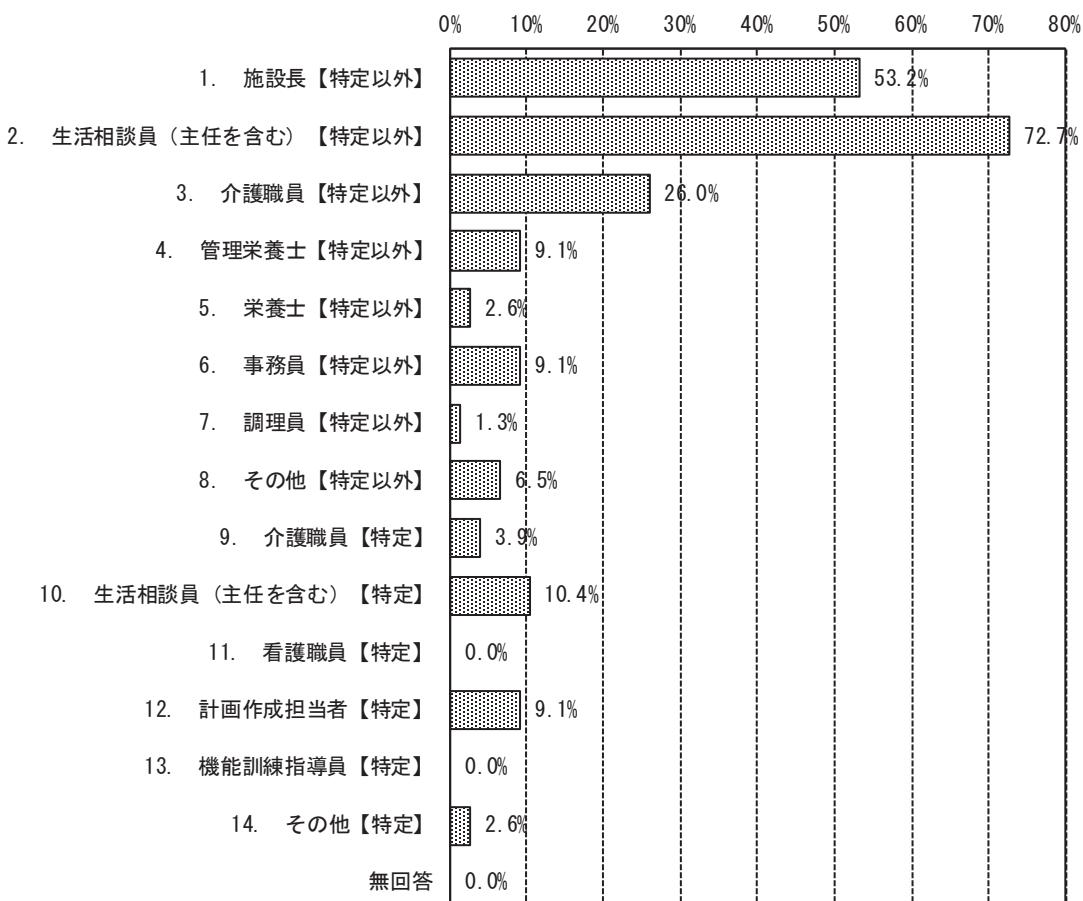


(i) Q45-1①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 223 Q45-1①. 主に担当した職種

(n=77)

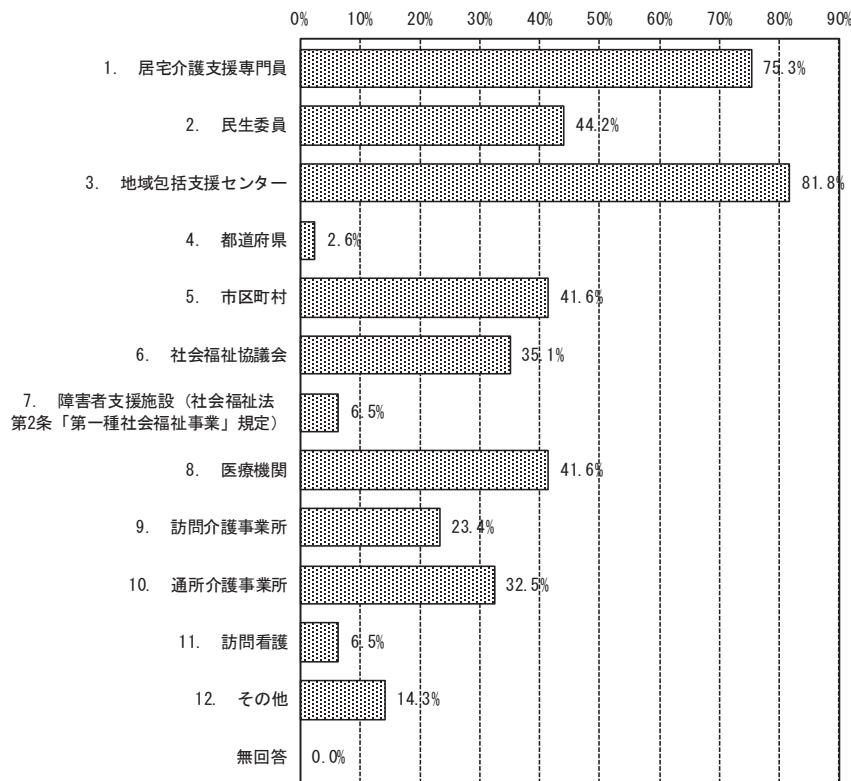


(ii) Q45-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「3. 地域包括支援センター」の割合が最も高く 81.8%となっている。次いで、「1. 居宅介護支援専門員（75.3%）」、「2. 民生委員（44.2%）」となっている。

図 224 Q45-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=77)

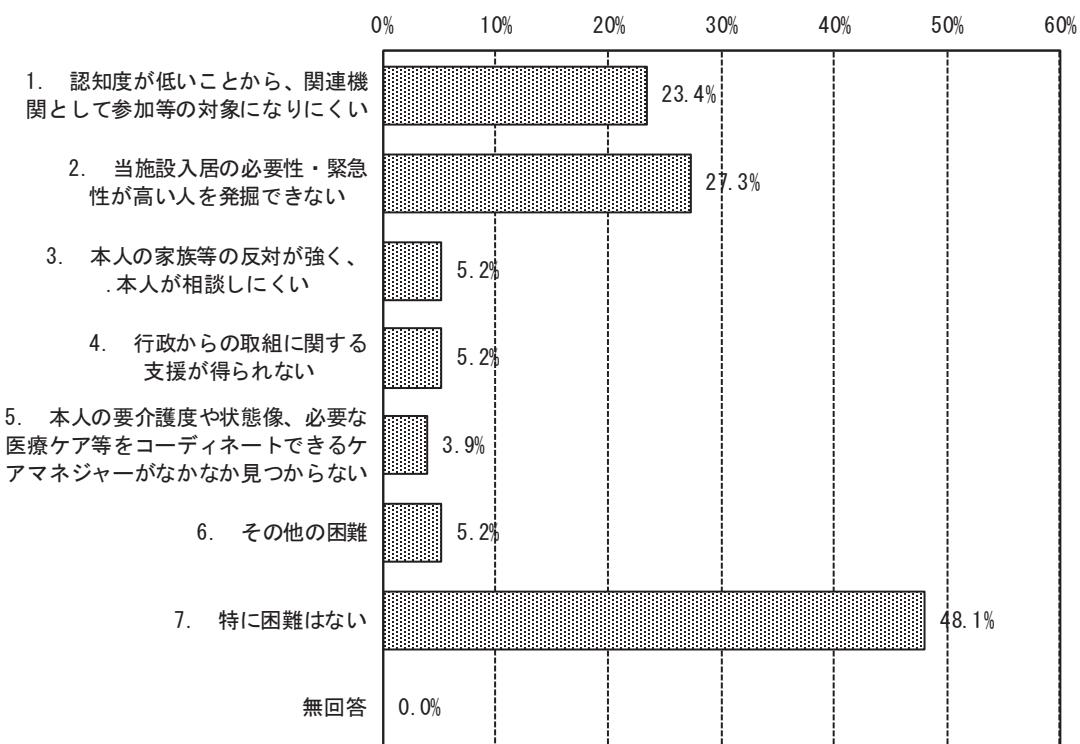


(iii) Q45-1③. 実施する上で困難だったこと

「7. 特に困難はない」の割合が最も高く 48.1%となっている。次いで、「2. 当施設入居の必要性・緊急性が高い人を発掘できない（27.3%）」、「1. 認知度が低いことから、関連機関として参加等の対象になりにくい（23.4%）」となっている。

図 225 Q45-1③. 実施する上で困難だったこと

(n=77)



(iv) Q45-1④. 具体的な支援内容や結果

図 226 Q45-1④. 具体的な支援内容や結果

■ 会議や地域の催事、イベント等によるもの

- サービス利用者の家族、地域住民代表者を対象に法人独自で交流会議を開催し、個別相談やグループ討議等を行っている。（年数回）
- 法人等が主催で行ったイベントの一環として相談を受け付けた。実際に施設を見学され、説明をしたが、まだ、先の事として、入居申込みには至らなかった。
- 家族と本人が一緒に見学に来るよう勧め、来所されるも双方の意見が一致しないことが多い。
- 町内会や老人クラブ等の行事に参加し、また施設行事への招待を行うことにより近隣の住民への周知を行った。また地域内の各学校（小中学校、高等支援学校、養護学校、幼稚園等）とも交流し、施設の役割等周知を行った。
- 地域主催の福祉祭りに参加し、来場者から相談を受け付ける
- 地域の方にも参加の呼びかけをし、日常の介護相談や介護技術の講義、参加者の方と一緒に料理クラブやカラオケなど毎月内容を変更して開催している。基本的には地域に住んでおられる方、ケアハウスのような施設へ入居されている方（要介護認定は未認定の方を主に対象）などを対象として、同法人の介護支援専門員等の専門職がそれぞれ相談などの対応をしている。少しずつ認知度も上がっており、今後も色々な角度から福祉、介護についての認識を広げていけたらと考えている。

■ 訪問等によるもの

- 最寄の公民館と連携しチラシによる周知に協力いただいたが地域住民の反応はそれほど見られなかった。
- 出前講座・・・ケアハウスの説明、ゲーム、体操、栄養相談、ノロウィルス対策についての説明など
- 自治会やサロン・小中高校への出前授業。結果、施設への訪問者が増えている
- 町内会の参加から施設状況を伝え、受け入れ態勢などの基準等を説明した。
- 独居高齢者や高齢者世帯宅の清掃、および道中の道路清掃を通じての訪問・相談援助を行った。現在のところ、施設入居というよりも在宅生活の継続という点で成果を出している。
- 月2回近隣の団地で買い物が困難な地域があり、解消のために巡回買い物バスが公園に来た際、自法人の特養、居宅支援のケアマネジャーと相談員、管理栄養士、看護師が出向いて相談業務やお困りごとの相談会を開催している。住んでいる近くにこのような施設があることも知らない方が多く、介護保険の利用の仕方やサービスの利用についての問い合わせ、施設を見学したい等の相談があり、対応した。
- 地域の2つの町内会会合に参加させてもらい、当施設の案内や入所条件、入所に関する実態、及び管理栄養士による在宅における食生活について、講演及び相談をした。
施設へのご理解を頂き、在宅生活における食生活について、色々な相談を受けている。
- 終活フェアに参加した。
- 出前介護教室へ一緒に参加し、施設について紹介等を実施した。

■ 施設への通い等によるもの

- 地域交流事業の中で、介護相談の窓口を設置。相談があれば対応している。
- 近隣にお住いの方の、田舎のお母様の入居の件で、ご見学とご相談があり、入居に繋げた。
- 医療機関からの退院後の受け入れ先としての相談受付
- 家族様からの相談受付
- 社会福祉協議会、地域包括支援センターへの空室状況の報告
- 当法人の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに相談があり、特定ケアハウスが必要と思われるかたや入居希望が聞かれる方等の相談。
- 近隣の事業所に働きかけて、施設の見学に来てもらい、施設がどういうものか知ってもらい、話をさせてもらうことで、支援できることが広がってくる。施設入居というハードルが低くなかった。
- 認知症カフェという取り組みを毎月1回行っている。
- 認知症に伴う、心身の変化やその特性、対応などを知っていただき、地域の中での早期発見の必要性を感じてもらえた。施設への問い合わせが増えた。
- 在宅で過ごす方々が、包括や居宅に相談に来られた際に、ケアハウスの説明などについて対応を行っている。
- ケアハウスの認知不足を補うべく地域住民を対象に見学会を実施。そこで、生活課題の聞き取りや生活困窮者はいるのか、健康管理はどうかと管理栄養士による栄養相談を実施した。
- 殆ど食事が摂れていない、お金がなくなってしまうなど、一人暮らしは困難な状態であったため、見守りのある生活はできないかと相談あり。居宅介護支援専門員、社会福祉協議会（権利擁護）、施設長と協議をし、ご本人と面談。軽度の認知症はあるものの、入居するに至った。

■ その他

- 行政や地域包括支援センター・社協との連携により、低所得者・独居で何らかの援助を要する高齢者の受入を積極

的に行ってている。最近では、脳卒中で入院後、自宅での生活が困難となった方の引っ越し、自宅の解約、転居等の支援を実施している。また、入居後、生活保護の申請や成年後見人等の申請支援も地域包括支援センターと行っている。

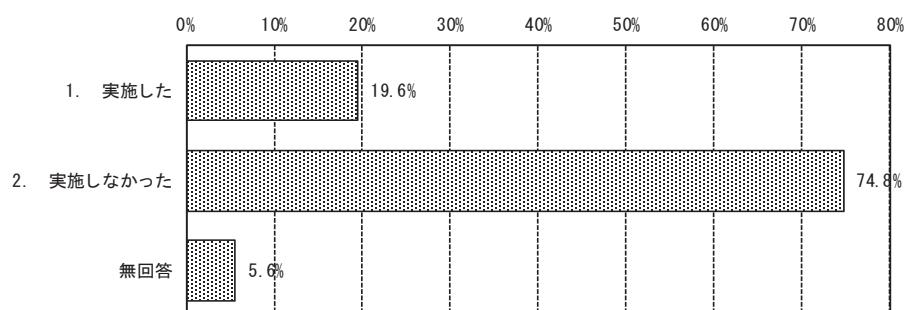
- ・ 地域包括支援センター、市町村、社協等と連携し、入所者確保に努めている。
- ・ 民生委員からの質疑・応答・相談
- ・ 同一法人内に地域包括支援センターと居宅介護支援事業所があるためケアハウス独自の活動はない。
- ・ 当法人で実施している在宅介護支援センターや居宅支援事業所の介護支援専門員と共に地域の困難事例への対応の検討や実施、他機関との連携を行った。
- ・ 軽費老人ホームに入所する事で問題が解消するケースは入居して頂き、その他の支援が妥当なケースは他の社会資源と繋げる。

(ア) - 2. Q45-2. 地域で他の団体が行う相談活動に参加

「1. 実施した」 19.6%、「2. 実施しなかった」 74.8%となっている。

図 227 Q45-2. 地域で他の団体が行う相談活動に参加

(n=337)

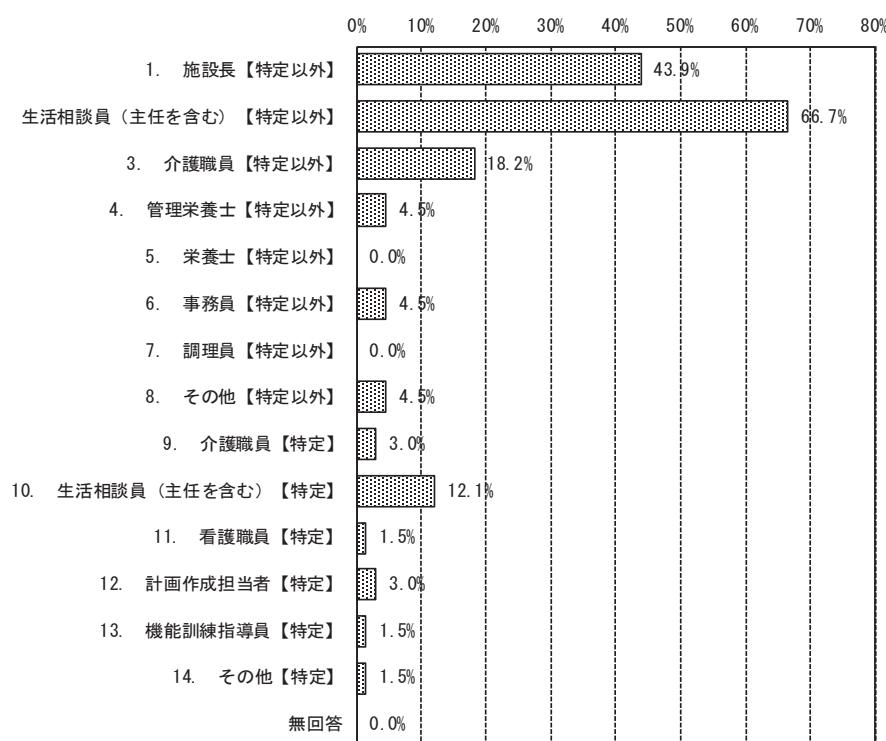


(イ) Q45-2①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 228 Q45-2①. 主に担当した職種

(n=66)

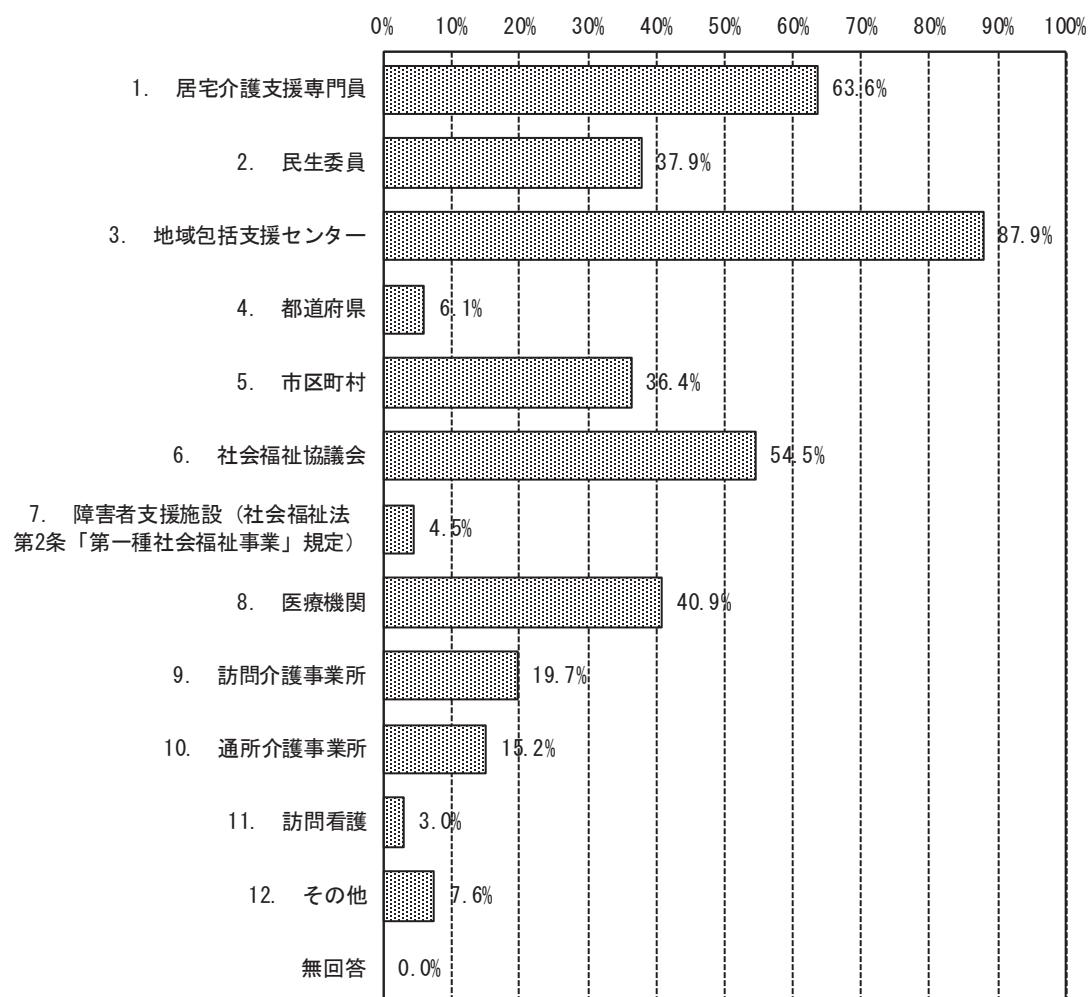


(ii) Q45-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「3. 地域包括支援センター」の割合が最も高く 87.9%となっている。次いで、「1. 居宅介護支援専門員 (63.6%)」、「6. 社会福祉協議会 (54.5%)」となっている。

図 229 Q45-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=66)

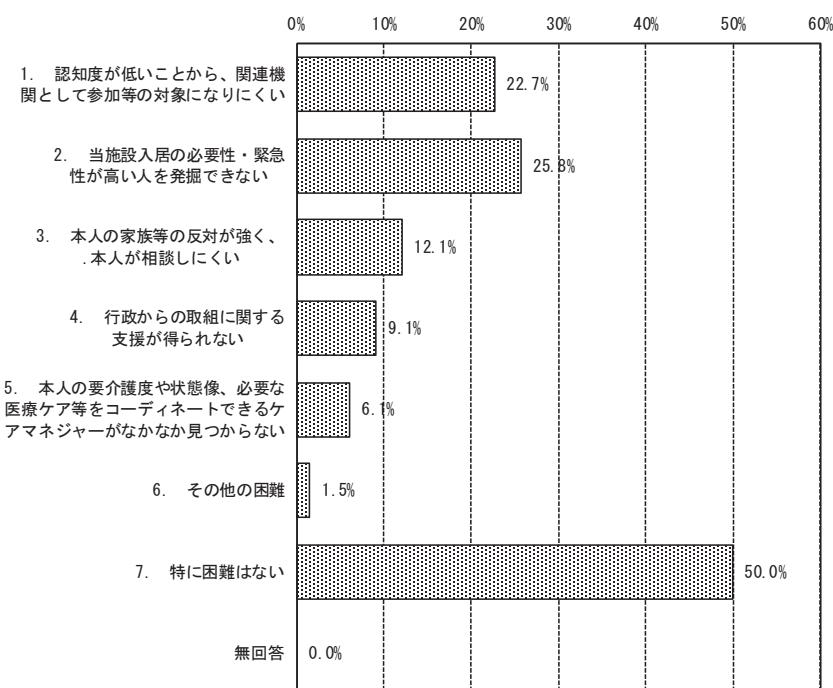


(iii) Q45-2③. 実施する上で困難だったこと

「7. 特に困難はない」の割合が最も高く 50.0%となっている。次いで、「2. 当施設入居の必要性・緊急性が高い人を発掘できない (25.8%)」、「1. 認知度が低いことから、関連機関として参加等の対象になりにくい (22.7%)」となっている。

図 230 Q45-2③. 実施する上で困難だったこと

(n=66)



(iv) Q45-2④. 具体的な支援内容や結果

図 231 Q45-2④. 具体的な支援内容や結果

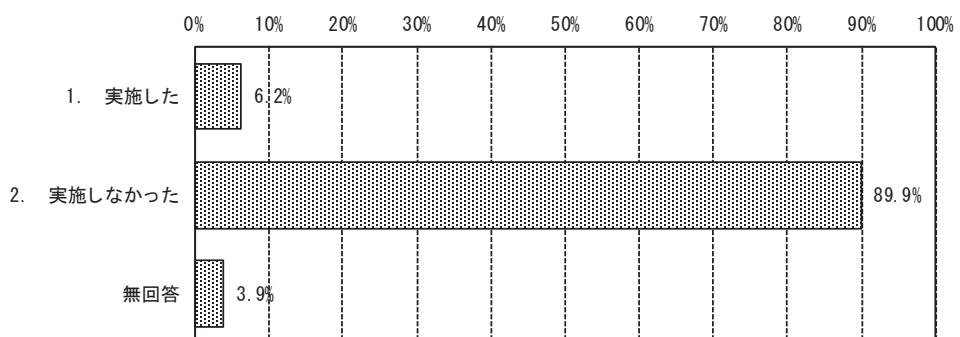
<ul style="list-style-type: none"> 行政や地域包括支援センターが主催の相談会等に合同で参加 居宅介護支援専門員の行う会議において（担当者会議等）施設内での様子や他事業所との関わりを話し、情報を共有してその人らしい生活の援助を皆で検討する。 地域が実施する交流事業に参加し、説明やPR・意見交換などをした。 市内の地域包括支援センター職員を対象に見学説明会を行ったところ数件の紹介をいただいている。 認知症高齢者の家族交流会 区役所、区社協、泉区の特養が合同で地域の相談会を年に1回開催して、実際に支援として繋げている。 市の地域支援事業である体操を実施し、地域住民にも開放した結果、地域住民の参加が非常に多くなり、住民間の融和が生まれ、他の地区に分校のようなものもできた。その事業を通じ、地域住民の多様な相談にも乗っている。 地域包括支援センターが行う、介護予防教室に参加。年5回程度、高齢者詐欺や介護予防運動を実施 地域の問題発掘。高齢者の問題だけでなくその他の問題を抱えた人の支援について。 社会福祉協議会・地域包括支援センター主催の会議や講習会には必ず参加し、顔つなぎしている 包括や病院などを訪問し空き状況や入居基準などについて説明した。 社会福祉協議会と連絡及び協力 認知症カフェ 【包括から相談】夫からのDVがある方の入居について包括・市の職員から相談がある。包括職員やご本人との面談を何度も重ね、お部屋の確保・入居に必要な書類・家電、家具等の準備や手配も出来ていたが 息子様が保証人になることを頑なに拒否し 入居取りやめとなる。息子様とは電話で何度も施設について説明をし、施設への入所は前向きだったが保証人になる件に関して 受け入れて頂けず入居には至らなかった。 自治体のPR不足により参加者がすくない 社会福祉協議会等の研修には参加している。包括支援センターとも連携をとれている。 軽費老人ホームを知っていただき、地域包括支援センターや行政からの空床の問い合わせは増えた。連携機関としてのつながりが強くなった。 高齢者福祉におけるケアハウス施設のあり方等 認知症サポーター養成講座への参加により、意識の向上につながった。 地域住民や社会福祉士会会員が熊本地震を振り返る事ができる活動に参加 地域の商工会が主催するイベントにケアハウスの相談会として出店をおこなった。 入居相談やケアハウスとは何かという説明をさせてもらったが、現在は本人・家族に必要性がないという人が多くみられた。 地域包括支援センターが開催する、リハビリ体操教室に参加。対象外の方が多く、今後近隣や家族で不安になったら相談できる施設に出会えたことが喜ばれた。 民生員の会合に参加。各民生員に、ケアハウスについての情報を提供した。 自治会長を通じ、地域で生活する独居老人世帯での生活が困難をきわめているとの相談を受け、地域の高齢者健康維持活動に参加。困った場合の窓口の情報提供や軽費老人ホーム・ケアハウスがどのようなところかの情報提供を行った。参加者以外にも、チラシ・パンフレットを配布してもらった。 「〇〇思いやりネットワーク」に参加、地域の福祉課題検討会を実施。また、制度のはざまにいる方への支援(緊急時の物品提供など)実施。但し、現状は、要望に沿うものが無く提供できていない。 地域で行っている『ライフレスキュー事業』に参加し、生活困窮者に対して支援を行った。(相談、日常生活物品、食料等の支援)。個人情報保護の関係で行政からの情報が得にくく、支援がしにくい部分があった。行政からの支援がある部分などの把握等。 2016年11月11日(介護の日)に、「介護・認知症なんでも電話相談」(10時~18時)に、生活相談員が相談員として1名が参加した(13時~14時)。※全体として、20名の相談員が電話対応。 生活困窮者や高齢者虐待の一時避難場所としての相談対応を実施した。他、地域のケアネット実施に向けての取り組みの意見交換などに参加。 地域で社会的問題(ゴミ屋敷)を抱える人に対応⇒入居 社会福祉協議会が行う権利擁護事業が関わっているケースで、一人暮らしが困難な方の入居相談があった。入所されていた介護老人保健施設、ご家族と相談のうえ、入居に至った。

(ア) - 3. Q45-3. 地域で、他の団体が行う高齢者見守り訪問活動に参加

「1. 実施した」 6.2%、「2. 実施しなかった」 89.9%となっている。

図 232 Q45-3. 地域で、他の団体が行う高齢者見守り訪問活動に参加

(n=337)

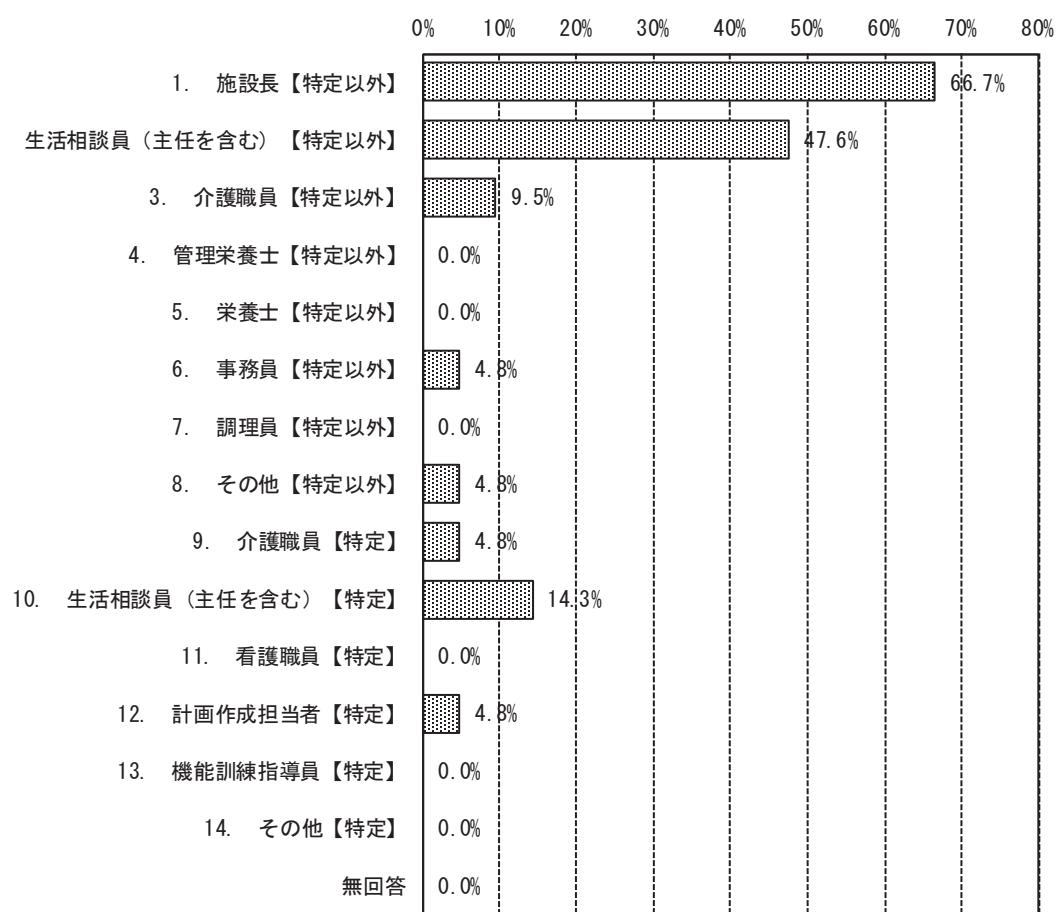


(イ) Q45-3①. 主に担当した職種

特定以外では施設長が最も多くついて生活相談員の順である。特定では生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 233 Q45-3①. 主に担当した職種

(n=21)

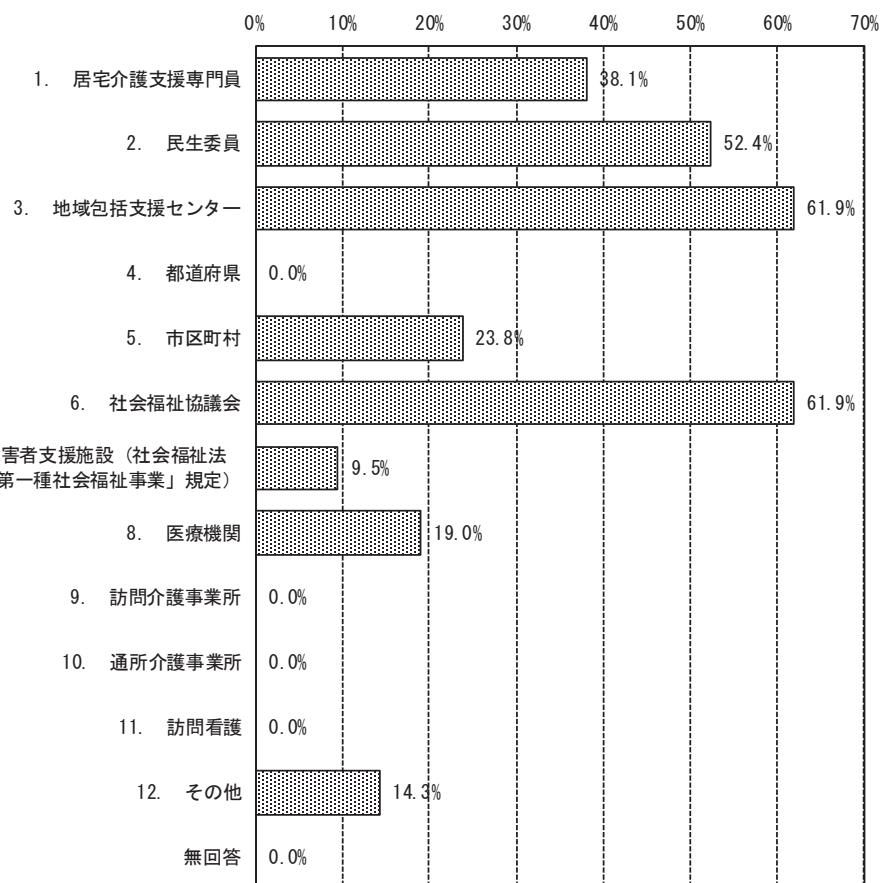


(ii) Q45-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「3. 地域包括支援センター」、「6. 社会福祉協議会」の割合が高く、それぞれ 61.9% となっている。次いで、「2. 民生委員 (52.4%)」となっている。

図 234 Q45-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=21)

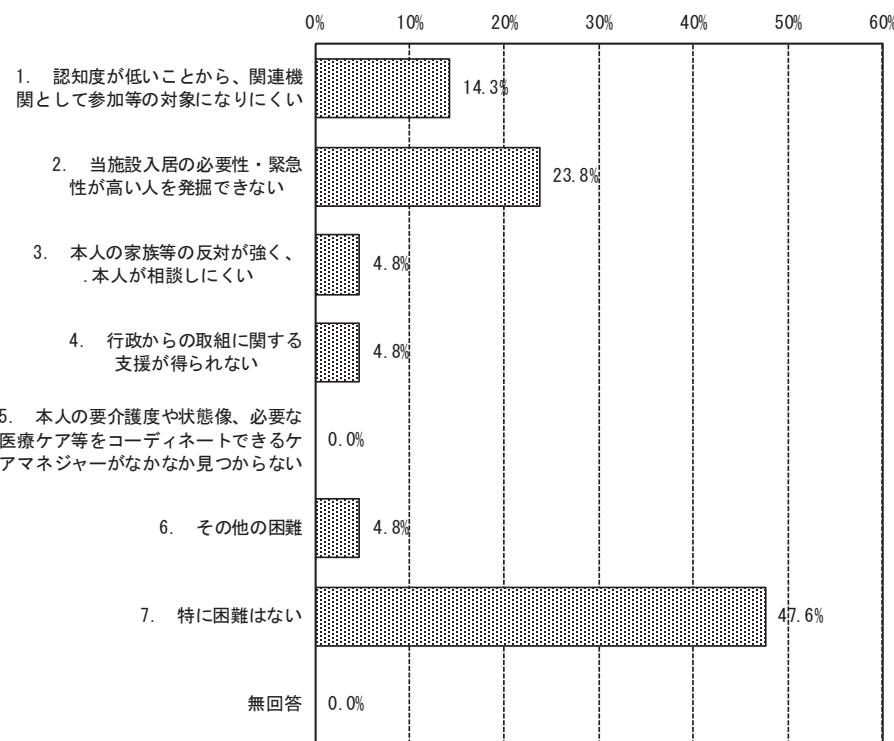


(iii) Q45-3③. 実施する上で困難だったこと

「7. 特に困難はない」の割合が最も高く 47.6%となっている。次いで、「2. 当施設入居の必要性・緊急性が高い人を発掘できない (23.8%)」、「1. 認知度が低いことから、関連機関として参加等の対象になりにくい (14.3%)」となっている。

図 235 Q45-3③. 実施する上で困難だったこと

(n=21)



(iv) Q45-3④. 具体的な支援内容や結果

図 236 Q45-3④. 具体的な支援内容や結果

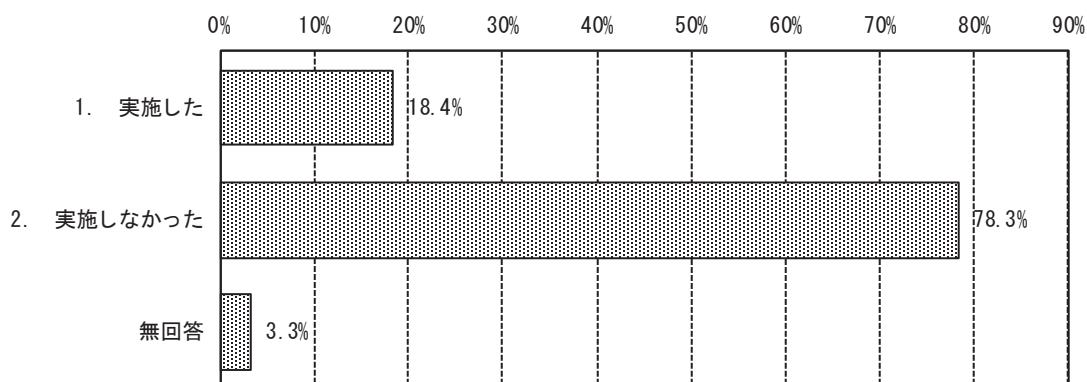
・ 認知症サポーター養成講座の講師を派遣
・ 地域の民生委員協議会への参加（月1回）
・ NPOが主催する多世代交流センターへ、月1回～2回程度相談員を派遣し、地域の高齢者と交流を図っている。
・ 施設長が民生委員となり見守り支援をしている
・ 会議に参加し、情報共有している
・ 少年育成センターに協力して、こども緊急避難所となっている。法人内でデイサービスの送迎を利用した「ちいき安全パトロール」を実施している。
・ 高齢者宅を訪問し自施設の紹介や介護相談等を行う
・ 地域安心SOSネットワークに参加
・ 認知症カフェやおこもりカフェに参加
・ 2016年11月18日、○○市地域包括支援センター東部が呼びかけ実施した「認知症おでかけサポート訓練」（認知症徘徊模擬訓練：14時～16時）に参加（当ケアハウスの施設長、生活相談員と併設グループホーム介護職員）した。内容は、認知症の人が外出し、行方不明となったことを想定した、「通報・連絡・捜索・発見・報告」の情報伝達と認知症の方への「声かけ」訓練。全体10名ほどの参加者（介護事業所、民生委員・自治会役員・社会福祉協議会・警察・市職員）があった。

(ア) - 4. Q45-4. 地域で行われる介護保険地域ケア会議に参加

「1. 実施した」18.4%、「2. 実施しなかった」78.3%となっている。

図 237 Q45-4. 地域で行われる介護保険地域ケア会議に参加

(n=337)

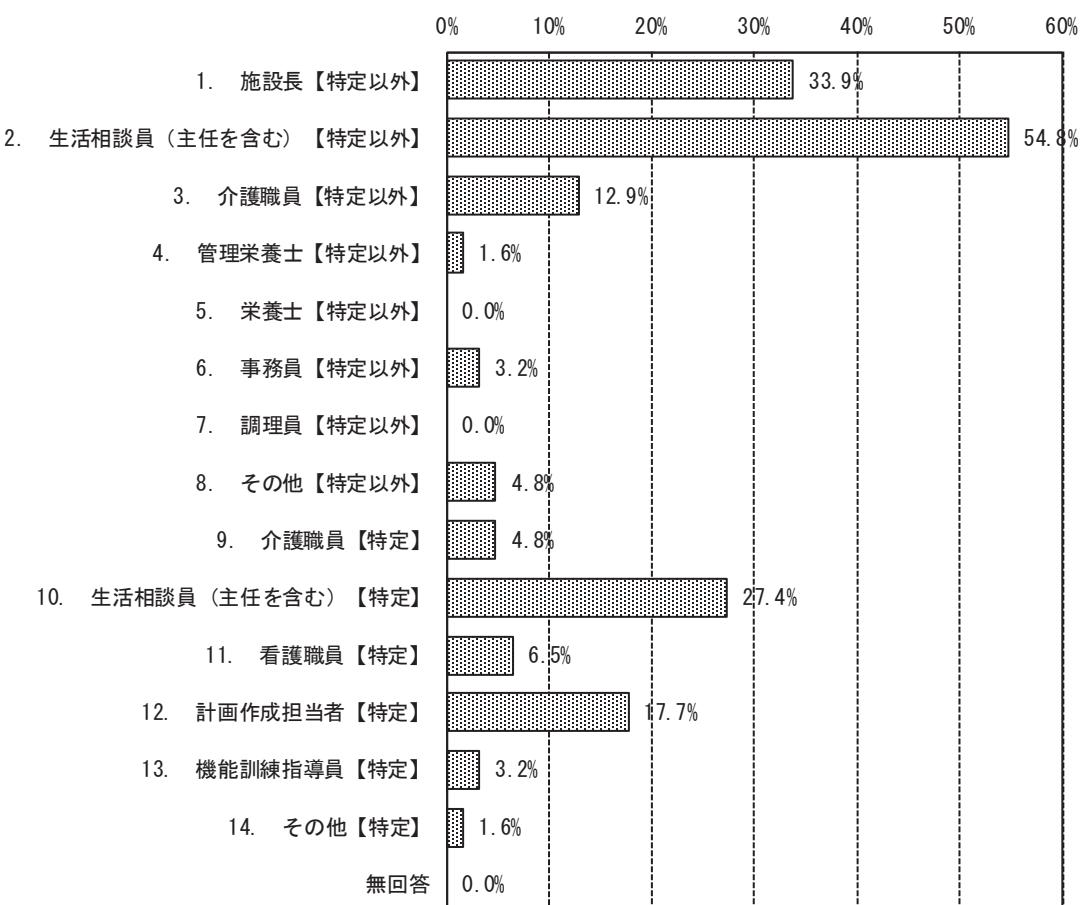


(i) Q45-4①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 238 Q45-4①. 主に担当した職種

(n=62)

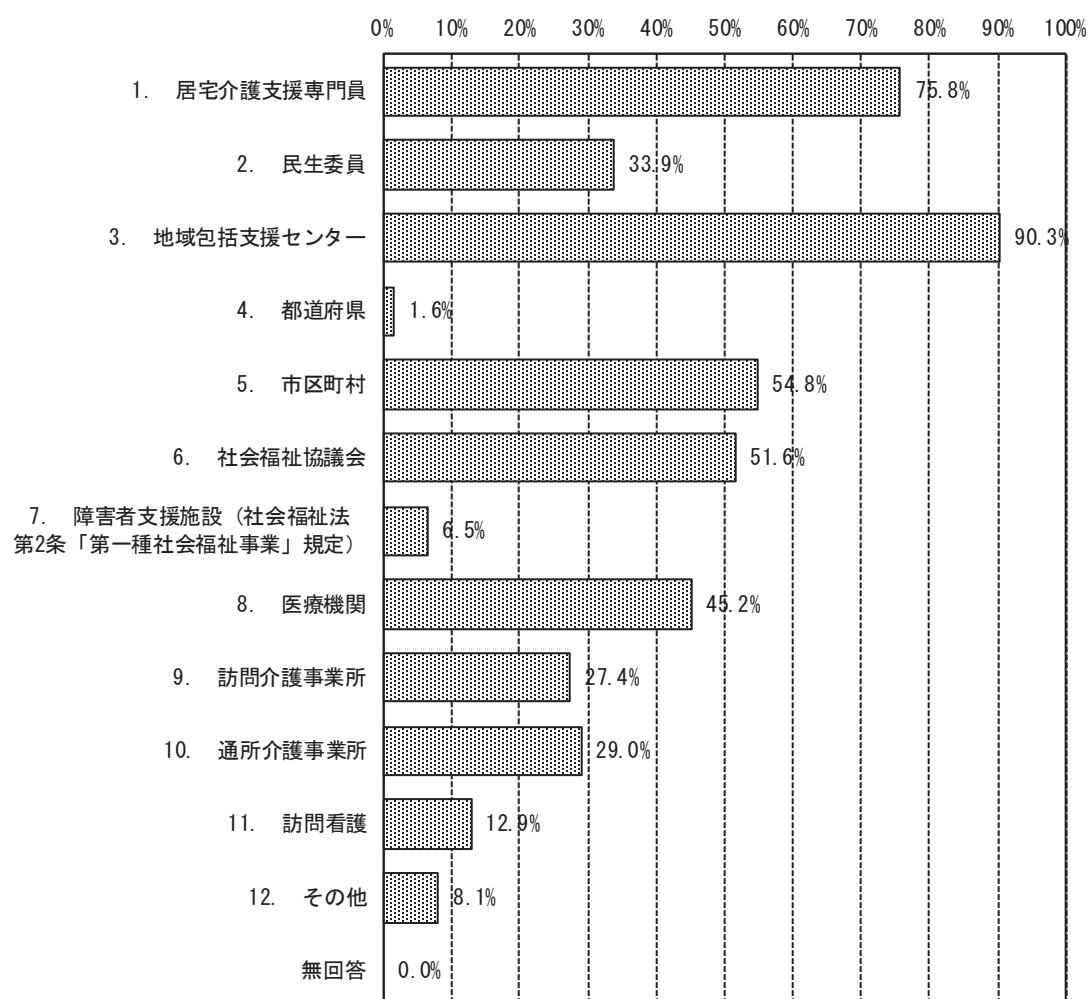


(ii) Q45-4②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「3. 地域包括支援センター」の割合が最も高く 90.3%となっている。次いで、「1. 居宅介護支援専門員 (75.8%)」、「5. 市区町村 (54.8%)」となっている。

図 239 Q45-4②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=62)

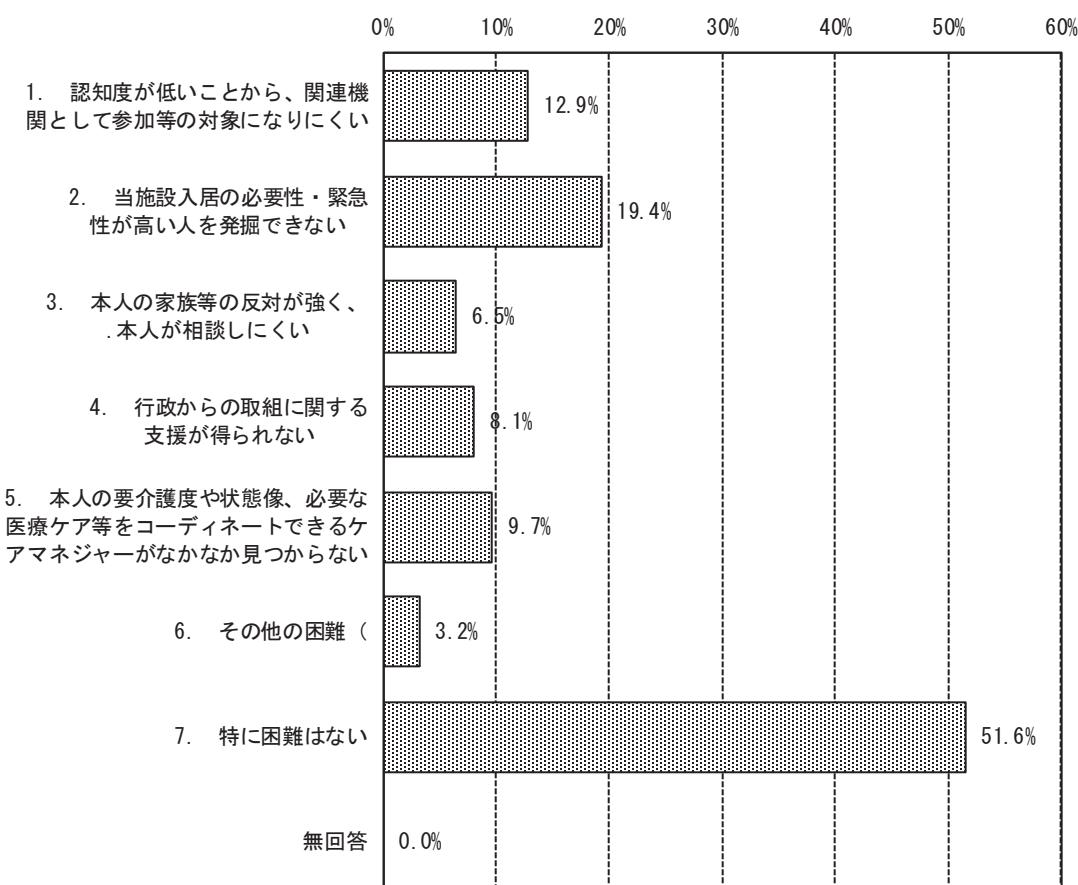


(iii) Q45-4③. 実施する上で困難だったこと

「7. 特に困難はない」の割合が最も高く 51.6%となっている。次いで、「2. 当施設入居の必要性・緊急性が高い人を発掘できない（19.4%）」、「1. 認知度が低いことから、関連機関として参加等の対象になりにくい（12.9%）」となっている。

図 240 Q45-4③. 実施する上で困難だったこと

(n=62)



(iv) Q45-4④. 具体的な支援内容や結果

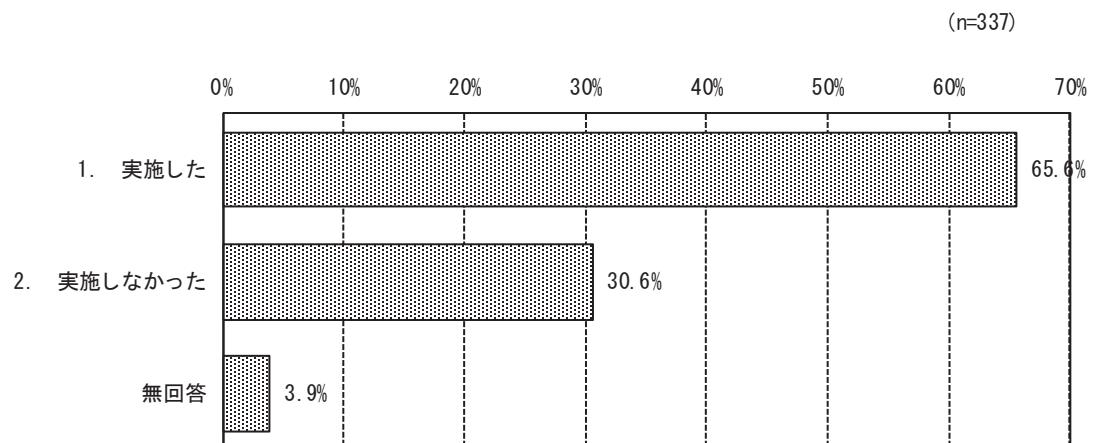
図 241 Q45-4④. 具体的な支援内容や結果

・ 地域ケア会議への参加により、行政や民生委員・健康推進委員等との連携を深める事ができた。
・ 在宅介護支援センターが主体となり参加している。
・ 地域ケア会議においては、施設の概要を理解した居宅介護支援専門員等が参加しているため、状況に応じた紹介等を行っていただけているため、改めて説明せずとも入居相談につなげてくれている。会議に参加することで連携に努めている。
・ 地区全体の介護保険事業者の意見交換会
・ 参加する中で担当者の顔が見えることを喜んでいただいている
・ 会議等で意見交換をするなかで二人部屋の需要はあるが、種々問題により実際に入居されるまでが困難。
・ 地域ケア会議
・ 地域ケア会議に参加する事で他事業所担当者との情報共有が行えた。
・ 軽費老人ホームの優位性をアピールできた。60歳から入居できることや、看護師の常駐、介護保険外であることなど
・ 会議に参加することで、地域連携が図れるようになった。 具体的な入居ケースはないものの、当施設の周知が図れる意味でも有意義な会議の参加となっている。
・ ケアハウスの認知度が低く、理解を深めていくのに定期的に広報やお話をしに出向いている。
・ 地域で暮らす高齢者の生活は見えてくるが、ケアハウスの認知度は低い。また、説明をしても“いずれは入居したい”と保険のような考え方をする人が多い。
・ 軽費老人ホームでの生活が難しくなり、特別養護老人ホームへの入所を希望するが、身元引受人がなく受け入れが難しい。地域ケア会議で話し合い、成年後見制度の申立をすることになる。市長申し立ての手続きを進めながら、特別養護老人ホームが空くまで、他施設のショートステイ利用でつなぐ。特別養護老人ホーム入所時の身元引受人は、成年後見人が決まるまでは、軽費老人ホームの施設長で対応する。
・ 介護保険要介護認定者・予防給付以外の地域に住んでいる健康高齢者を対象とした体操教室の実施
・ 会議に参加することで、地域連携が図れるようになった。 具体的な入所ケースはないものの、当施設の周知が図れる意味でも有意義な会議の参加となっている。
・ 各施設での取組等について事例検討を実施
・ 地域の困難事例などのケア会議に社会福祉法人施設の意見者として参加した。
・ 施設空き状況を報告し、ニーズがある方に利用して頂ける旨をお知らせした。
・ 地域包括の実施する、地域ケア会議への出席、校区福祉委員会への会議の出席等々
・ 各施設での取組等について事例検討を実施

(ア) – 5. Q45-5. 入居者の病院等退院後施設復帰した後の介護保険利用に関して、地域の医療機関の地域連携室との情報交換、介護保険利用開始支援

「1. 実施した」 65.6%、「2. 実施しなかった」 30.6%となっている。

図 242 Q45-5. 入居者の病院等退院後施設復帰した後の介護保険利用に関して、地域の医療機関の地域連携室との情報交換、介護保険利用開始支援

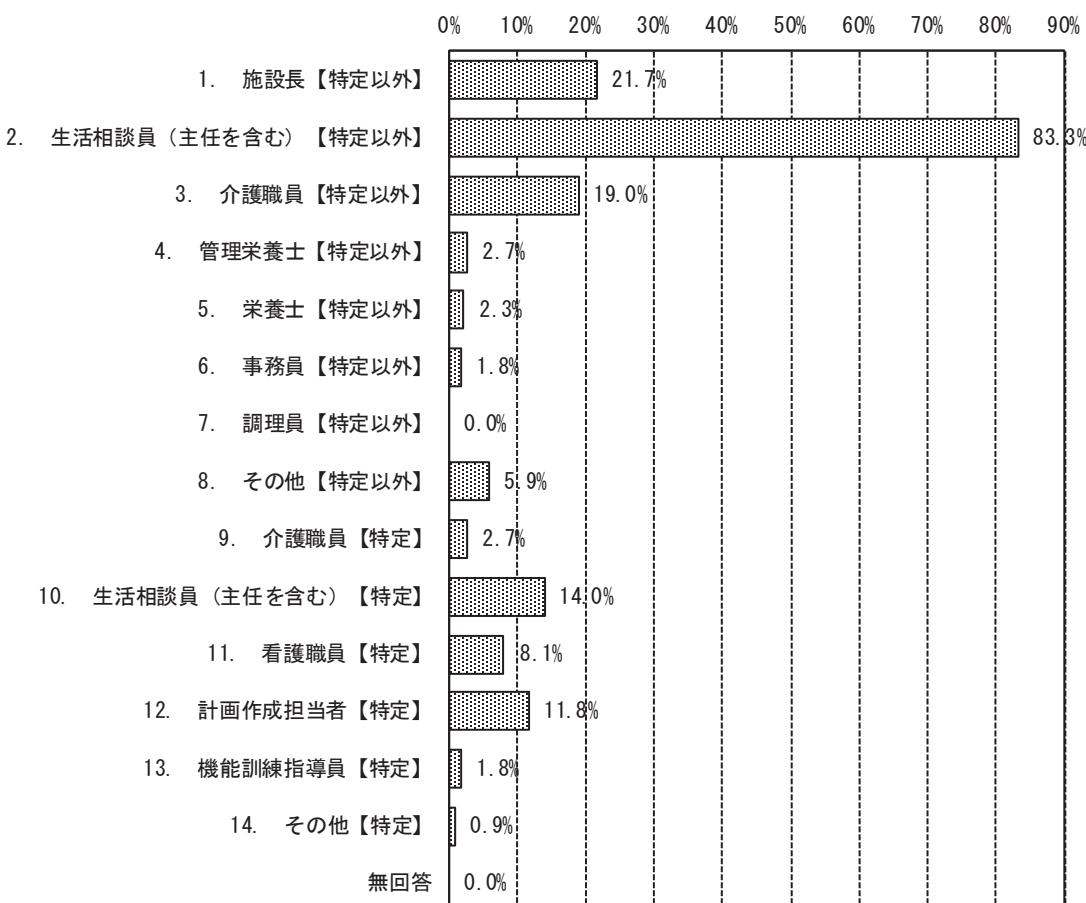


(i) Q45-5①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 243 Q45-5①. 主に担当した職種

(n=221)

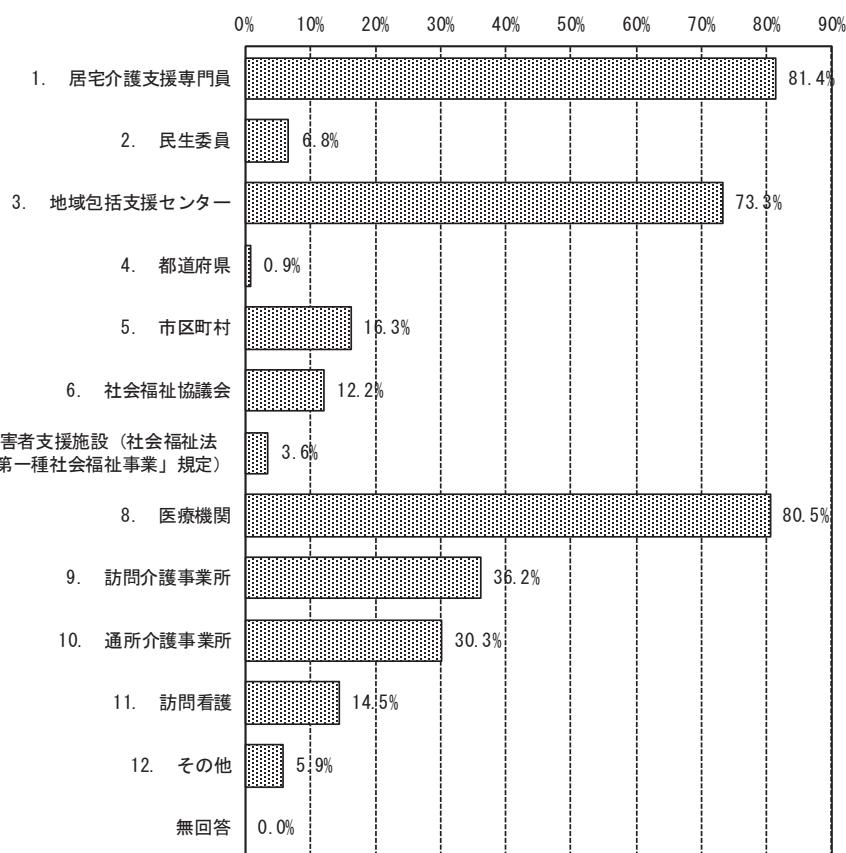


(ii) Q45-5②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 81.4%となっている。次いで、「8. 医療機関(80.5%)」、「3. 地域包括支援センター (73.3%)」となっている。

図 244 Q45-5②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=221)

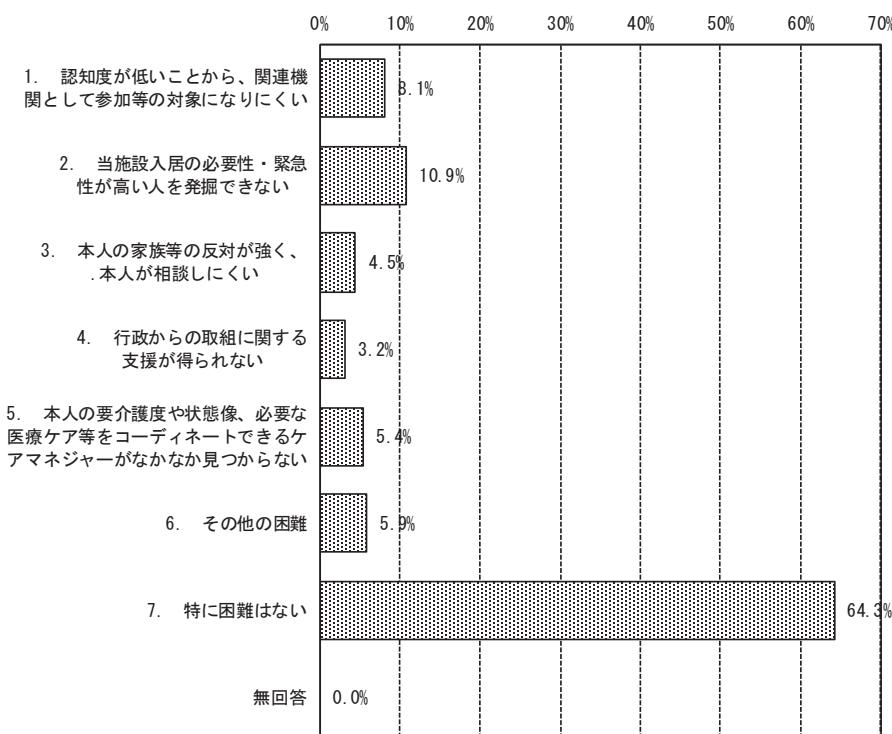


(iii) Q45-5③. 実施する上で困難だったこと

「7. 特に困難はない」の割合が最も高く 64.3%となっている。次いで、「2. 当施設入居の必要性・緊急性が高い人を発掘できない（10.9%）」、「1. 認知度が低いことから、関連機関として参加等の対象になりにくい（8.1%）」となっている。

図 245 Q45-5③. 実施する上で困難だったこと

(n=221)



(iv) Q45-5④. 具体的な支援内容や結果

図 246 Q45-5④. 具体的な支援内容や結果

■ 介護保険サービスの利用に関する支援

- ・ 独居への不安を家族が地域包括支援センターに相談している段階で本人が入院し、症状安定後に入院先の地域連携室と地域包括支援センターと情報交換を行った。病院退院後、ケアハウスへ入居し、介護保険の新規申請手続きを行った。
- ・ 退院後、ケアハウスでの生活に不安があればショートステイを利用しつつ、ケアハウスでの生活に慣れてもらう。心身の状態からケアハウスでの生活に必要なサービスを提供する。
- ・ 施設内において、管理栄養士・看護師・介護員への情報提供を行い、ケアマネジャーを通して介護保険サービス利用する。
- ・ 骨折の為、入院。これまでできていた、日常生活動作に支障があったので、短期入所生活、訪問介護のサービスを受けて、回復にいたり、ケアハウスでの生活を続けることができた。
- ・ 病院退院後の生活の場所として、MSWやケアマネジャーと連携して、介護保険サービスを使うことで入居後の生活が可能になった。
- ・ ケアハウスという特性、特定施設との混同で医療機関等は特にその施設サービスや介護保険サービスの利用可否について誤解が多く、改めて説明する場合がある。
- ・ 日頃から各方面との関係作りに取り組んでおり、関係機関やご家族との連絡調整がスムーズに行えたことで入居者への介護保険サービスの利用がスムーズにいった。
- ・ 入院され、退院された際に介護保険のサービスが必要になり、介護保険の申請を行い、病院や居宅介護支援専門員等とカンファレンスを行い、必要なサービスを開始した。
- ・ 退院時、家族や医療相談員からの情報を得ながら必要なサービスを担当ケアマネジャーや新たに居宅介護支援事業所と契約してサービスを相談していただく。
- ・ 病院に入居希望者の面会に行き、ケアハウス入居後の介護サービスの具体的な必要性を説明。入居前からケアプランを立てることができた。
- ・ 退院後のプラン見直しの中で区分変更やサービス開始にかかる手続きをした。
- ・ 入居までに担当ケアマネジャーを通じて、ケアハウスで生活出来るように、利用する介護保険サービスの内容を話し合い、必要なサービスがあれば利用の計画を行い実施する。又、体調・嗜好に合ったお食事の提供など、ケアハウスでできる対応を話し合う。
- ・ 法人の居宅介護支援事業所を通じ、退院と同時に保険サービスを適用
- ・ 進行がんの術後、オストメイトとなった入居者の復帰に関して、当施設では医療的ケアを確保できないので、日常的に必要な医療支援や急変時の対応について、病院や地域包括支援センターと連携し、居宅介護支援事業者や訪問看護サービスの利用に繋げた。
また、自身の状況についてなかなか理解できない利用者に対し、家族やケアマネジャー、訪問看護師と連携し、声掛けや見守りを行い、現在では利用者本人もストーマの扱いにも慣れて安定した状態を保っている。
- ・ 日常生活で不便なことが出てきた際、早めに同法人内の地域包括支援センターに相談を行う。必要に応じての介護保険の利用と、退所後の転居先の不安の軽減につながっている。
- ・ 入院中や退院時の状況が入居時と変化がある時は、区分変更申請を行っている。
- ・ 居宅ケアマネジャー・地域包括と連携し、在宅での生活が継続できるよう訪問介護（看護）・通所サービスを利用できるよう支援した。
- ・ 障害者生活施設退所に伴いケアハウス入居。障害者施設で補っていたサービスを介護保険を申請し、介護保険で対応することとした。
- ・ 退院後、介護保険サービスや医療サービスの必要性について、本人・家族の相談にのり、サービス導入までをフォローする。
- ・ 併設する介護保険事業所（特養、通所介護、訪問介護、短期入所）の生活相談員等と、居宅介護支援センターの介護支援専門員と、連携し介護保険の利用内容を検討している。また医療の部分はケアハウスの看護職員と特養の看護職員と連携し検討している。
- ・ 入居者が他入居者から孤立して精神的に苦痛になり入院、退院後に介護保険によるヘルパー利用によって生活が可能となる。
- ・ 見学・体験入居を通じ、ケアハウスの入居、介護サービスの利用に繋げる。
- ・ 医療機関やご家族、または担当ケアマネジャーと連携し、必要なサービスの提供を支援。
- ・ 医療ソーシャルワーカーや居宅介護支援事業所との連絡調整
サービス担当者会議への同席、入居者及びご家族様との連絡調整
入居者やご家族様へ介護保険認定申請の説明等
介護保険サービスの説明等
- ・ 入居されるに当たり、地域包括支援センターとMSWと連携し、必要な在宅サービスを相談したり、入居後でも継続して行える生活リハビリ等についても相談している。
- ・ 必要に応じた情報の共有を随時行い、適切な介護保険サービス利用につなげた。
- ・ 退院後、スムーズに介護サービスが利用できるよう調整を行った。

- ・ サービス担当者会議というかたちで、ケアマネジャーを中心に医師・看護師また介護サービス事業者が一堂に会し、対象者が施設生活を送る上での必要なサービスについて話し合っている。デイサービスやヘルパー、福祉用具レンタルなど適切なサービスを受けながら生活できるよう支援できている。
- ・ 退院後にどんな生活を送りたいのかを本人に実際にイメージしてもらい、どこまで自分でできるか家族の介護力はどれくらいなのかを情報収集し、デイ、ヘルパー利用のサービスにつなげた。
- ・ 施設入居が必要な方に対し、医療機関や居宅介護支援事業所・地域包括支援センターと連携し介護保険の新規申請・区分変更を行い、入居に向けて支援を行った。
- ・ 入院した入居者の退院前のカンファレンスに参加。状況の確認や必要なサービスについての提供を検討した。退院時に、介護サービス等の導入に至るケースもあった。
- ・ 近隣の総合病院や、精神科病棟の退院者の受け入れを、地域連携室や相談室と連携して実施。受入れの際には、病棟カンファレンスにも参加し、スムーズな在宅生活の構築をお手伝いしている。また、その際には、ケアハウスのサービスと、介護保険・障害福祉サービス・民間サービス・ボランティア・家族支援を、効率よく組み合わせて、生活できるように助言や、サービス調整などを行っている。
- ・ 当施設への入居に際し、安全に日常生活を過ごしていただけるよう、必要に応じて在宅介護サービスや福祉用具の利用等ができるように連携している。
- ・ 施設入居者の身体面の低下が見られた際に、地域包括支援センターにご相談させて頂き、必要に応じて介護保険の新規申請を実施し、その後ご本人・ご家族と協議し、実際に介護保険サービスの利用開始へと至っている。また、病気や怪我等で医療機関へ入院された際に、退院後の施設復帰を考慮し、担当ソーシャルワーカーに施設状況を説明し、ご本人・ご家族と協議し、介護保険の新規申請を実施し、退院後早期に介護保険サービスが利用できるよう支援を行った。
- ・ 退院後、掃除・洗濯や入浴等が難しい状態であれば、担当ケアマネジャーと相談して、デイサービス（デイケアサービス）やホームヘルプサービス（家事援助）等の利用開始の連絡調整、手続きの支援をした。
- ・ 地域包括やMSW等と連携し、退院前（入院中）からカンファ等に参加し、退院と同時に必要なサービスが開始できるように支援する。
- ・ サマリーにてADL等を確認し、必要な介護サービス利用を促す。
- ・ 医療機関入院中に要介護認定の調査をうけてもらい、施設へ入居と同時に介護サービスを利用できるよう支援した。医療機関に入院中に入院前の状態と大きく状態が変化したため、要介護認定の変更申請を行い、適切なサービスが提供できるよう支援した。施設で生活を送るにあたり、注意する点や医療的な対応等について情報提供してもらい、退院後の支援に繋げた。
- ・ 入院中の視覚障害者が入居を検討するために、お試し昼食体験・居室内に手すりの設置を行った。居宅支援事業所のケアマネジャー、訪問看護ステーションの理学療法士によるアドバイスと福祉用具事業者により手すりを設置して、トイレまでの歩行や食堂までの移動支援体験を行った。
- ・ 入居者退院時にケアマネジャーを中心にサービス利用になっている事が多いのが現状。ケアハウスの人員体制から会議への参加や他機関との連携が不十分であると感じる。本来、入居者の一番近くにいる立場なので普段からの入居者の状況把握、他機関との連携がもっと密に行える事が望ましいと思う。
- ・ 退院前に、本人、家族、ケアマネジャー、医療相談員、施設相談員で会議を実施。必要となるサービスを検討。
- ・ 病院への面接をして本人、家族と面談して相談をする。ケアハウスの入居につながることがないこともある。人によっては家族の援助が受けれない時は引っ越し等も対応する。
- ・ 退院後の施設入居予定者の退院ケアカンファレンスに参加し、退院後の生活課題を明確化し介護保険などのサービス利用の検討を行った。
- ・ 退院時の状態を確認し、必要なサービスの提供準備を整えた。
- ・ 医療機関より入居となる。退院前に病院の相談員と退院後の居宅介護支援専門員と連携。ご本人・ご家族の希望を踏まえ、デイケアを週2回ご利用となる。

■ その他

- ・ 病院ソーシャルワーカーや医師への情報提供により、新規利用の打診等を頂いた。
- ・ ケアハウス単体と言うよりは、法人全体で、医療機関地域連携室とは日頃から連携をしながら受入をしている。
- ・ 訪問活動を行い、定期的に情報交換を行っている。
- ・ 医療機関の地域連携室、居宅介護支援専門員と連携し、入居希望者の今後の関わり方を検討。医療的なニーズの確保ができたため入居に至る。
- ・ 入居者の状況に応じて、あらゆるニーズに対処し、本人及び親族に安堵してもらえた。
- ・ 病院側が施設の医療対応能力を超える状態で退院させるケースが時々ある。退院後、再度入院の繰り返しとなる。
- ・ サマリー等、事前の情報交換を実施。
- ・ 近隣病院の地域連携室を訪問し説明等を行っている。数件の紹介をいただいている。
- ・ 地域連携室と連携することにより退所から当施設への入居の設定ができた。
- ・ 各関係機関と連絡を密にしているので連絡調整がスムーズにいっている。
- ・ 精神科入院者の退院にあたり、受け皿として当施設に入居。本人の病態が悪化した場合の入院を当該精神科と連携。
- ・ 本人、家族の同意の上で入院時の情報を地域連携室等へ依頼。入居前に事前面接を病院にて実施。
- ・ 空き情報の提供
- ・ ケアハウスで安全かつ本人らしい生活が送れるよう調整する
- ・ 身体機能・認知機能、ADLの確認ができた
食事制限、服薬状況など個別の事案について情報共有できた

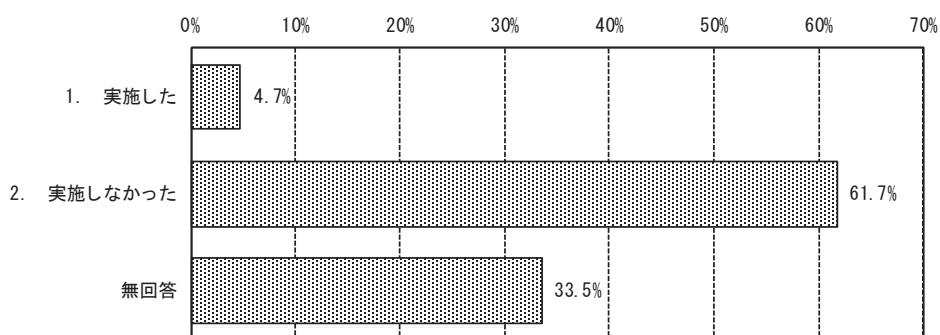
- ・ 飲酒等について施設側管理とした。(一日の限度を決める等) 多飲の恐れがなくなった。
- ・ 医療機関連携室からの相談後、情報共有を行い、速やかに入居までの支援が行えた。
- ・ 入院によりADLが低下し独居への復帰に不安が大きい高齢者の退院後の受け入れ先として、病院の地域連携室より相談を受けたため、面談・家族の意向を聞き、施設の説明を行い、了解を得られた後に申し込みをいただき入居に至った。
- ・ 病院のソーシャルワーカーとのコミュニケーションは医療・介護を縦断的に動くことができ有意義なものとなった。
- ・ 退院後リハビリの実施等も含め連携が必要な場合が多く、退院後の支援に役立てることが出来た。現状として家族が参加するケースが多いが、身元家族が遠方などにいる場合や本人確認が困難な場合の対応をどのようにしていくかが課題となる。
- ・ 退院前カンファレンスへの参加などで、ご本人の情報収集、共有等行っている。入居後のサービス内容などをご本人、ご家族の意向をもとに検討をしている。
- ・ 病院の地域連携室との調整だけでなく、直接病院へ行き、本人や看護師などから情報を収集する。
- ・ 本人ができると思い込んでおり、人の手を借りようとせず、家族の支援にも拒んでいる。
- ・ 入院中に介護保険の申請を医師から勧められたが保険者である自治体から急性期では安定しないので時間が立つてから調査したいと言われたが、本人は退院をして介護保険の利用をしたいが介護度がつかないので色々な面で入居者に対して適切なサービスが提供できなかった。
- ・ スタッフが地域連携室と連絡を取りながら、退院に向けてのカンファレンス等を実施。施設で出来ること、出来ないことなどをお話している。
- ・ カンファレンスに参加、それができないときは書面や電話での情報交換を密に行つた。
- ・ 介護保険+医療の知識を持ち対応して下さったので、とても安心して相談できた。

(ア) - 6. Q45-6. その他の取組

「1. 実施した」 4.7%、「2. 実施しなかった」 61.7%となっている。

図 247 Q45-6. その他の取組

(n=337)

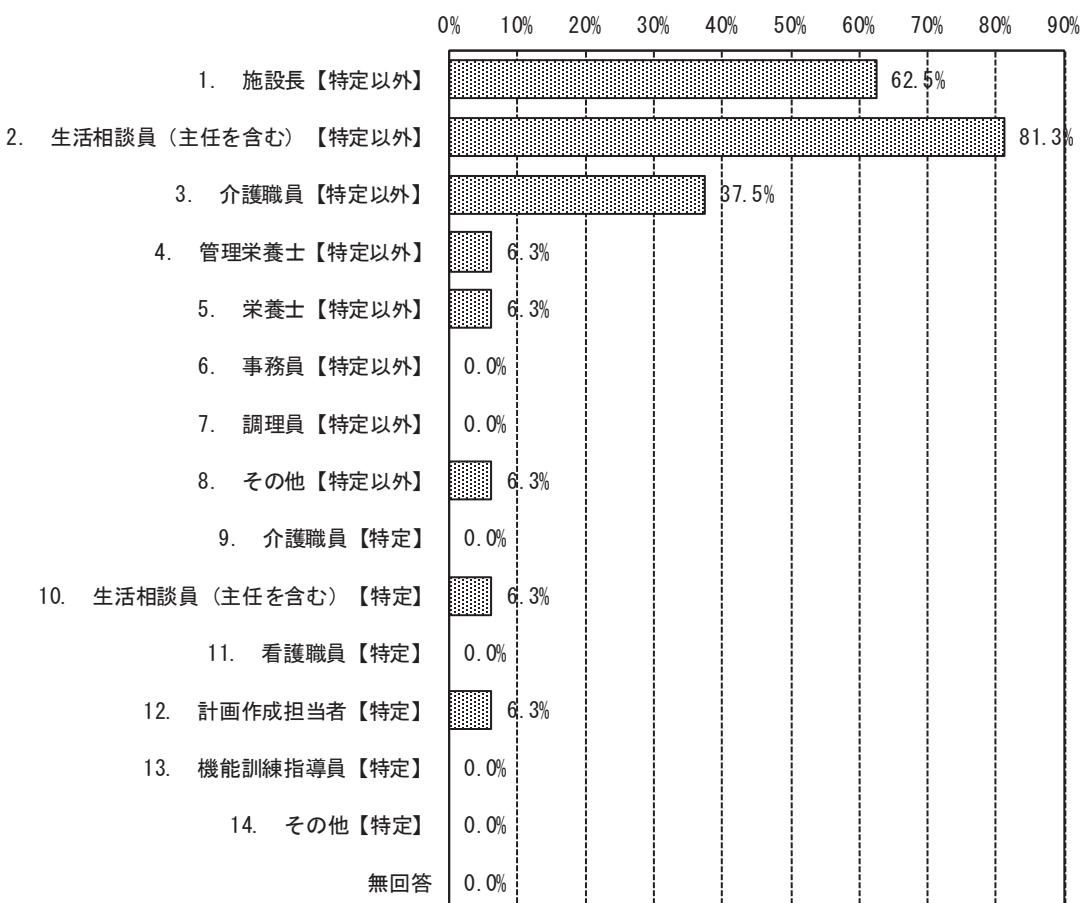


(i) Q45-6①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 248 Q45-6①. 主に担当した職種

(n=16)

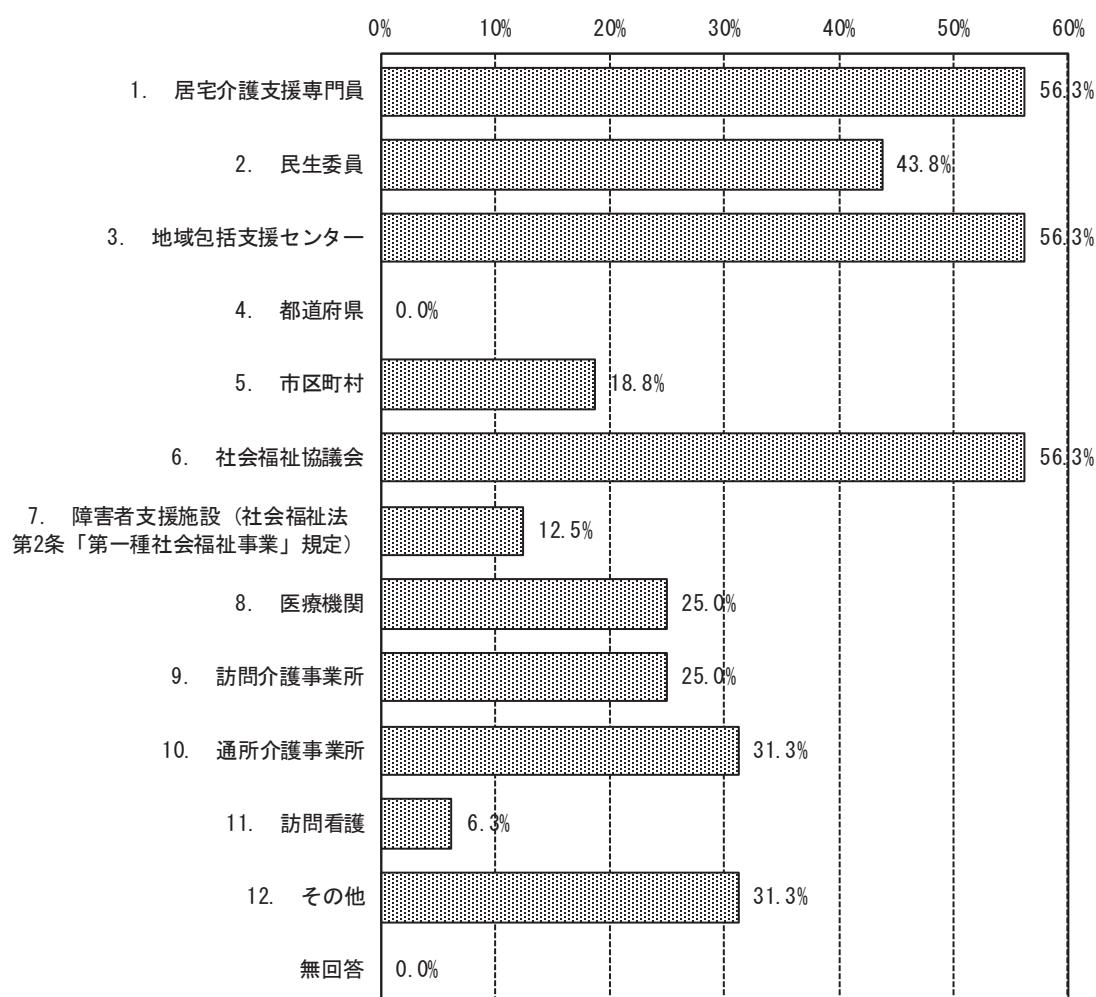


(ii) Q45-6②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」、「3. 地域包括支援センター」、「6. 社会福祉協議会」の割合が高く、それぞれ 56.3% となっている。

図 249 Q45-6②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=16)

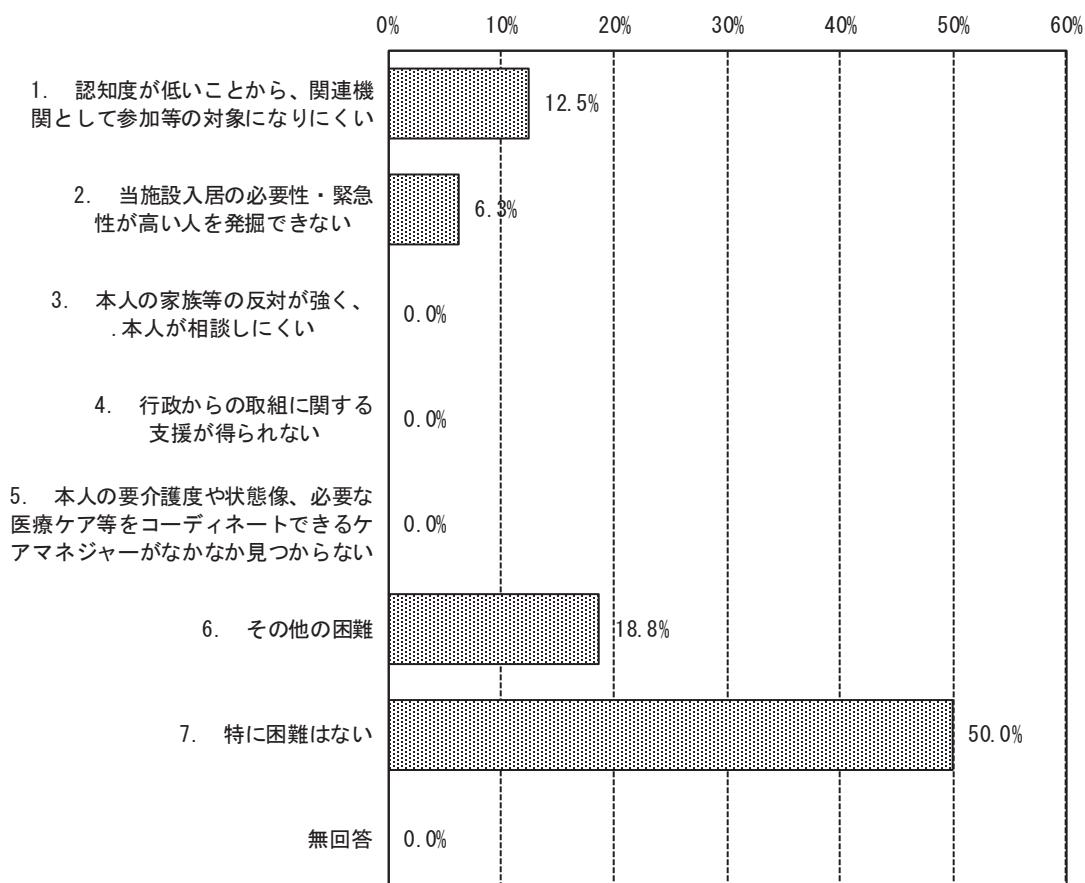


(iii) Q45-6③. 実施する上で困難だったこと

「7. 特に困難はない」の割合が最も高く 50.0%となっている。次いで、「6. 他の困難 (18.8%)」、「1. 認知度が低いことから、関連機関として参加等の対象になりにくい (12.5%)」となっている。

図 250 Q45-6③. 実施する上で困難だったこと

(n=16)



(iv) Q45-6④. 具体的な支援内容や結果

図 251 Q45-6④. 具体的な支援内容や結果

- ・ 元気な高齢者をデイサービスが空いている日曜日に解放し、受入。運用方法によって参加者数に違いが出た。
サロン活動への講師派遣など
- ・ ケアハウス入居者確保のため、関係機関へのPR活動の実施
- ・ 施設のパンフレットを持参し施設紹介を行っている。
- ・ キャラバンメイトによる認知症サポーター養成講座を開講し、認知症高齢者を地域で支えるサポーター養成を行った。
- ・ 定期的に、健康体操やレクレーション、感染予防の情報提供などをを行いながら、信頼関係を深めている。また、施設のご紹介なども行う。
- ・ 本人の心身の状態の把握のため必要な情報を共有しスムーズな入居支援につなげた。
- ・ 入居対象者、サービスの内容、利用料金等の簡単な資料作り、説明。15分かかったが10分くらいを目標とする。長く難しい話は不要。
- ・ 地域の清掃活動、祭りなどに参加し入居者様で参加意向のある方と一緒に参加し、地域の方々との交流を持つ。その過程でホームのことを知って頂けるようコミュニケーション・アプローチを図った。
- ・ 各包括支援センターや居宅支援事業所等へ訪問し、施設の説明や空き状況などの情報提供を行った。
- ・ 生活課題を聞き取り、軽費老人ホーム入所が妥当であれば利用して頂き、そうでない場合は他の社会資源と繋げる。

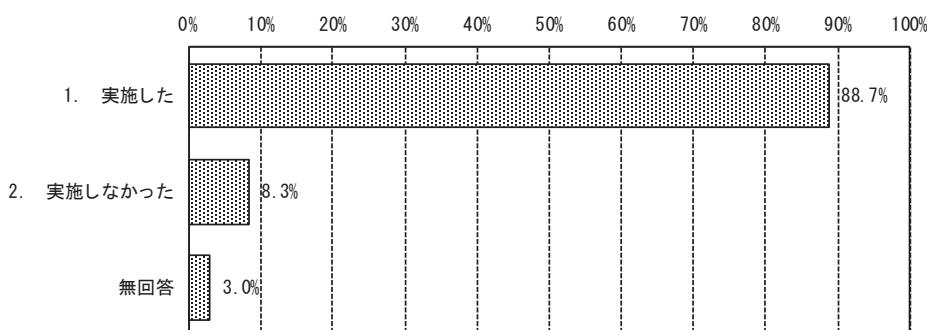
(イ) 入居にあたってのアセスメント

(イ) – 1. Q46-1. 本人の心身の状態、利用している医療、介護サービス、所得状況等等を把握・確認するため、多機関・専門職（担当の医師や介護事業所、行政等）に対し、確認や情報収集を実施

「1. 実施した」88.7%、「2. 実施しなかった」8.3%となっている。

図 252 Q46-1. 本人の心身の状態、利用している医療、介護サービス、所得状況等等を把握・確認するため、多機関・専門職（担当の医師や介護事業所、行政等）に対し、確認や情報収集を実施

(n=337)

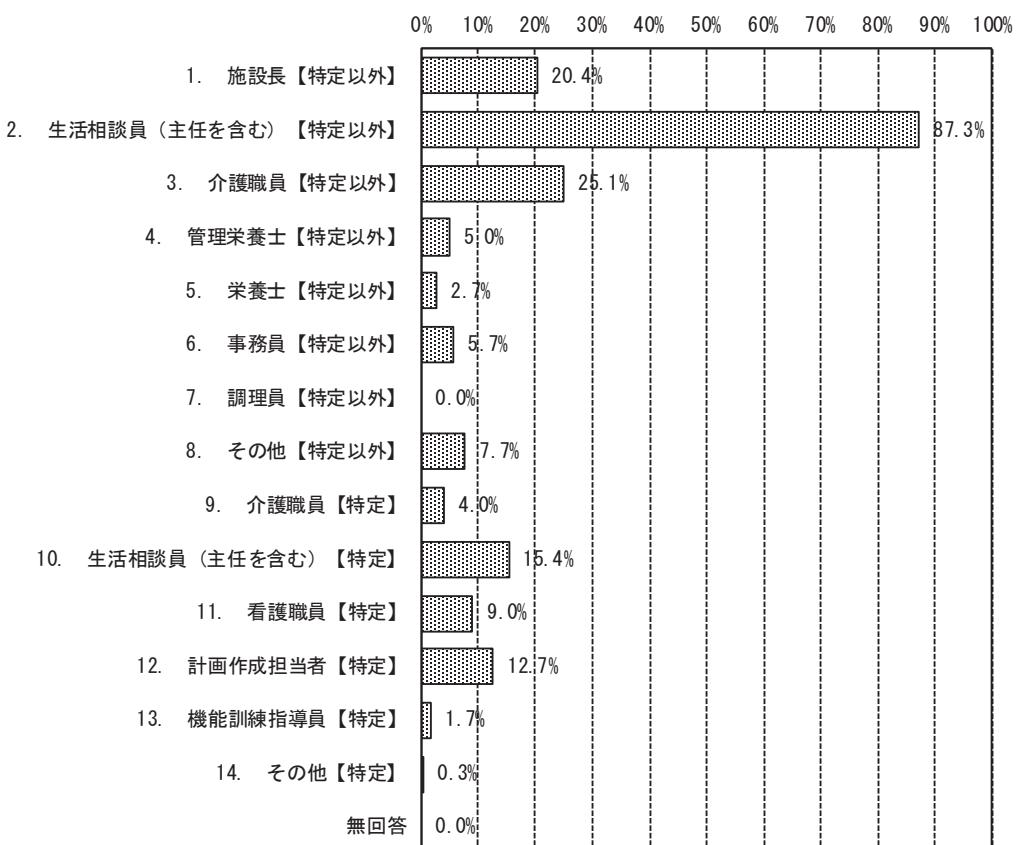


(i) Q46-1①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 253 Q46-1①. 主に担当した職種

(n=299)

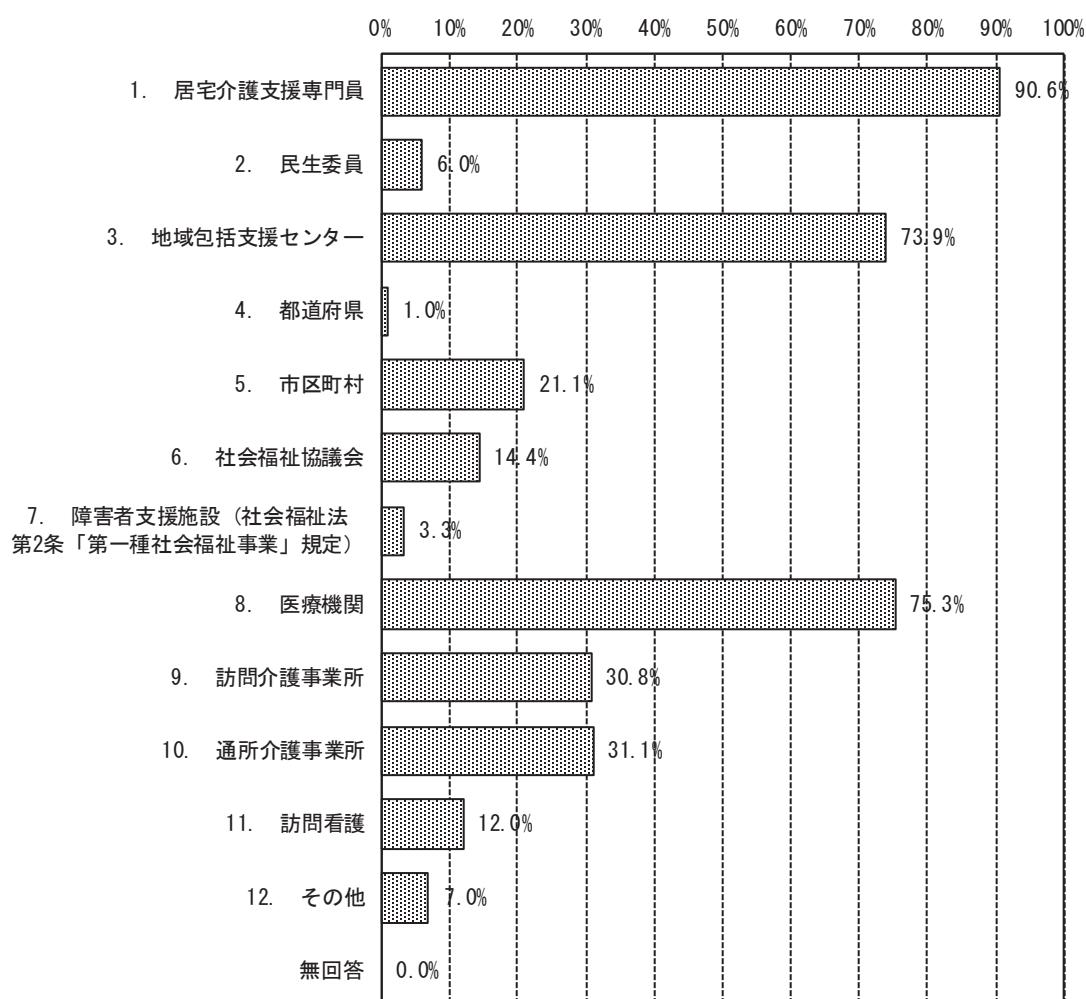


(ii) Q46-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 90.6%となっている。次いで、「8. 医療機関(75.3%)」、「3. 地域包括支援センター (73.9%)」となっている。

図 254 Q46-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=299)

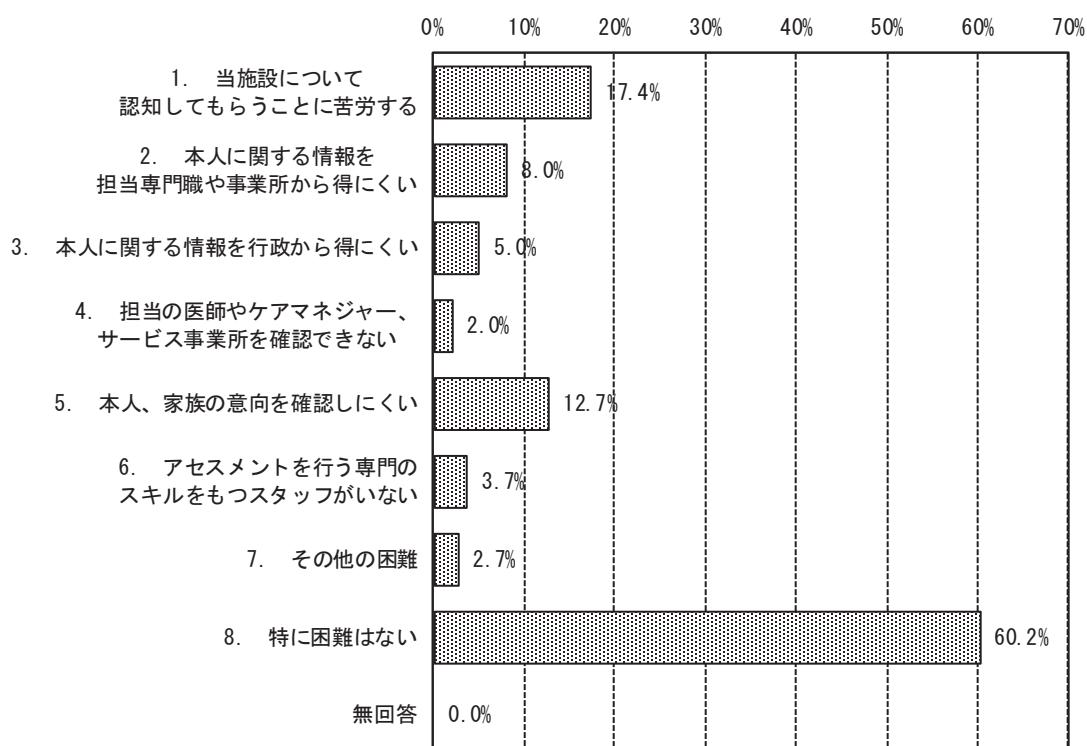


(iii) Q46-1③. 実施する上で困難だったこと

「8. 特に困難はない」の割合が最も高く 60.2%となっている。次いで、「1. 当施設について認知してもらうことに苦労する（17.4%）」、「5. 本人、家族の意向を確認しにくい（12.7%）」となっている。

図 255 Q46-1③. 実施する上で困難だったこと

(n=299)



(iv) Q46-1④. 具体的な支援内容や結果

図 256 Q46-1④. 具体的な支援内容や結果

■ 入居者本人に対する情報収集等の支援

- ・ 入居前に、本人と家族に面接の機会を確保し、面会を行う。（自宅や病室など）
- ・ 入居前の生活の様子や家族間の係わり、既往歴などについて、情報収集している。
- ・ 入居前健康診断と面接を行っている。
- ・ 申込者、本人との面接時、入居前の入院入所先、居宅介護支援相談員からの情報提供をいただきながら確認できるため。
- ・ 相談員等が行政担当者や地域包括支援センターと本人の居住先へ出向き、本人の状況を直接確認する。
- ・ 入居の条件等（自立生活可能な方が対象であること、保証人）を本人、家族に説明し、体験入居を実施し、入居判定を行っている。
- ・ 入居時は必ず関係機関等でご本人の状況を確認している。
- ・ 入居前の面談をご自宅にて実施。
可能であれば本人、家族、担当居宅介護支援専門員に同席を依頼。
- ・ 本人・家族を含め事前に面接等を行った
- ・ 担当のSW（包括、病院）、介護支援員（居宅事業所）より、情報提供を受ける。本人、ご家族の事前承諾を得て、直接連絡を行った。
- ・ 入居事前面接後、健康診断書及び主治医から施設嘱託医へ診療情報提供書の提出を依頼する
- ・ 担当ケアマネジャーより介護サービスの内容等の情報を共有する
- ・ 入居希望される前には、必ず入居希望者に来て頂き、入居申込後に職員が入居前のアセスメント等の聞き取りを行っている。
- ・ 入居前、家人、若しくは本人へ収入額が分かる資料を提示して頂いている。例）源泉徴収票や通帳記帳などで確認
- ・ 新規で介護保険制度を利用される方について、本人、本人家族へ情報提供を行う。

■ ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携による支援

- ・ 該当年度の入居者のうちは地域包括支援センターとの連携がうまくいっていたが、介護サービス未申請であったり、担当者が病気療養中であったり等の理由でアセスメントが不十分であった入居者の中には、問題行動の多い人もいた。
- ・ 介護支援専門員からの情報、病院からのサマリー等でだいたいを把握できているので特に問題になることはない。
- ・ 担当する介護支援専門員または家族から本人の状態を聞き取ることが多いが、介護保険サービスの利用がなく身元保証人も離れて暮らしているケースについては本人からしか聴取できないため、正誤を確認することができないことがあった
- ・ 担当居宅介護支援専門員から、入居者の生活歴や病歴、ADLの情報をいただいている。施設職員によるご本人・ご家族からの聞き取りと合わせて、利用前状況表を作成し、各職員がその情報を共有しながら、より適切に処遇や接遇に当たることが出来ている。
- ・ 担当の介護支援専門員から基本情報の収集。
- ・ 主にケアマネジャー。かかりつけ医に連絡。本人のADL等の把握。
- ・ 主に居宅介護支援専門員から情報収集し、必要であればご家族の了解を頂いて他機関へ伺った。所得情報については、ご家族が管理していることが多く、把握するために必要な証明書等頂くことについては、理由を説明し理解することによりスムーズな対応をしていただいた。
- ・ 認知症と診断されているがBPSDの症状がほとんどない入居希望者に対し、入居後に病状の悪化が起きないか等の確認作業に手間取った。最終的には、面談時に本人や家族への聞き取り調査や、担当ケアマネジャーからの情報で確認した。
入居後は安定した状態を保ち、認知症の症状やBPSDは見られていない。
- ・ ケアマネジャー等に施設内での生活状況を伝えるとともにケアマネジャーからの情報提供を依頼している。
- ・ 担当者会議等の場において、入居者のADL・家族状況等についての情報収集はもちろん、何か変化があればその都度、連絡を取り合うことで、情報の共有を図っている。
- ・ 自宅にお住まいの場合は居宅や包括に情報を依頼している。
- ・ 入居前に担当ケアマネジャーより認定調査票等情報を頂く
- ・ 90歳代の女性で、医療機関に社会的入院をされていたが退院を余儀なくされ、家族が生活の場を探しておられた。知人が当ケアハウスに入居されていたため、見学し入居申込をされる。ケアマネジャーと連携を図り入院中の本人、担当医、看護職員とカンファレンスを行う。訪問介護、通所介護を利用しながら、ケアハウスでの生活が可能との判断にて入居となる。
- ・ 入居申し込みのあった利用者にケアマネジャーが付いていた場合、連絡を密に取り、生活状況、サービス利用内容と状況、家族・本人の状況などの情報を頂いている。
- ・ ケアマネジャーと情報共有を図ることにより本人の身体的状況を把握でき、体調不良時の対応が迅速にでき訪問看護利用へ繋げることができた。
- ・ 介護支援専門員との連携を中心にアセスメントを実施。医療面ではかかりつけの医師に診療情報提供書の作成を依頼して情報収集に努めている。

- 通常は、入居相談の際にある程度の聞き取り調査を行っている。また入居希望者に、体験入居をお願いしているが、その際ケアマネジャーへ情報提供を依頼するケースが多い。ケアマネジャーからの紹介ケースも多く、情報の受け渡しはスムーズ。
- 基本的にはケアマネジャーからの情報収集が多い。ご家族からは、入居相談時に情報をお聞きしている。
- 入居相談時に、ケアマネジャーから身体状況や所得状況について確認を行った。
- 入居後の生活が円滑にできるよう入居前のケアマネジヤーや家族から情報収集を行い、入居後のケアマネジャーと連携を取り、入居後も円滑に生活を開始できた。
- 地域包括支援センターの支援員やケアマネジャー等と連携して、情報収集。行政等からは情報が得にくい。
- 入居に際して本人や家族、担当のケアマネジヤーや入所施設の職員等から情報提供を受け、入居後に支援に繋げた。
- 居宅支援事業所や地域包括支援センターのケアマネジャーより、入居前の直近の状況や支援計画書の情報提供を受けた。
- 特段のアセスメントツールは使用していない。日常生活について本人もしくは介護支援専門員から聞き取りを行う。
- 本人、家族に施設見学に来てもらい、利用している居宅介護支援事業所、入院している病院から、情報を得ることを確認し、各関係機関から情報提供を受けている。

■ 医療機関との連携による支援

- 医療機関受診状況や、介護サービス受給状況等詳細に調査し確認している。
- 入居者の心身の状況や体調の変化について、本人および家族と医師の間に入り、互いの情報共有に努めている。また、日々の状況についても、正しく詳しく説明できるように、医療機関とは連携を図っている。
- 退院後入居となる場合、回復状態や服薬状況を確認し、入居後の支援の参考とした本人のADL等の情報を得て生活を整えた
- 入居時や入退院時に係者でカンファレンスを行い、情報を共有し、必要なサービスや対応を検討する。
- 精神病院入院中のご利用者より、入居希望の件で何度も入電があり、病院係者と連携し、入居に繋げた。
- 健康状態が気にかかるご利用者については、担当医師へ様子を報告し、こちらでの生活で気を付ける事項のアドバイスを頂いている。
- 病歴、薬、サービス等情報提供がスムーズにできている
- 医療機関へ入院中の方に関してもはカンファレンスに参加し情報を共有することで、家族様とも対面できよりよく利用者様のことが把握できる。
- 入院中の際は病院に出向き、ソーシャルワーカーや看護師からの情報を得ている。
- 入居前に病院の医療連携室より病状等確認する
- 通院送迎時に地元の医院と生活状態の報告、処置内容や処方内容の指導を受けている。また、往診時にも同様の連携を行っている。
- 入居に際し、医療機関ソーシャルワーカーや担当ケアマネジャーから情報を得ることで、より入居者にとって必要なサービスの提供に努めた。

■ その他

- 入居生活者の状態像がわからない機関がほとんどで理解していただくことに時間がかかる。
- 緊急入院の際の対応や、退院後の支援についての相談や受け入れについて、また新規サービス利用者の対応についてなど関係事業所と連携している。
日常的に連携している事業所とは密に情報交換や、相談を行っているため、新規の相談についてもスムーズに対応できる。
- 入居するにあたり、関係する機関が集まり会議を開催。
本人の意向や役割分担などをスムーズに入居できるように支援。
- 遠方からの問い合わせの場合、医療情報など様々な情報の制限
- 非該当の方の情報収集が難しい
- 家族からお話を聞くが、あまり関わりがない、また関わりたくないという方もいて、情報が得にくかったり、身の回りのことはできますという話でも、実際会ってみると全然できていなかったことがある。また、家族と本人の希望や困っていることが違う。家族にしっかり現状を把握して、理解してもらえるように努めた。
- 利用者様の生活状況（心身状態や金銭面）に合わせて、主治医や市町村へ適宜相談を行っている。
- 定期的な健康診断と地域との連携、家族からの聞き取りにより心身の状況等を把握した。
- 他領域の専門職との交流は新しい視点をもたらす
- 関係している事業所等から、情報収集を行う。
- 入居時も含め円滑な関係が保たれていると感じている。
身体状況の確認に限らず、所得収入や家族への対応も含め必要に応じ関係機関とのコミュニケーションを図っている。
- 生活相談員がアセスメントシートを活用してADLの状況などを調査する。
看護師が看護記録シートを活用して既往歴や内服薬など医療面の情報を収集する。
- 本人の現在の状況や、家族等の身元保証人（成年後見人の場合もある）の意向を施設職員に伝え、今後の施設での処遇を考える。金銭的な支援については、生活保護や社会福祉協議会の地域擁護事業につなげていく。
- 電話で問い合わせたり、直接関係機関を訪問したりして、情報収集している。
- 家族構成、病歴、ADL、緊急時の搬送先の病院などを聞き取り、カルテにファイルする事で緊急時の対応に備えている。
- スムーズに情報が提供されている。

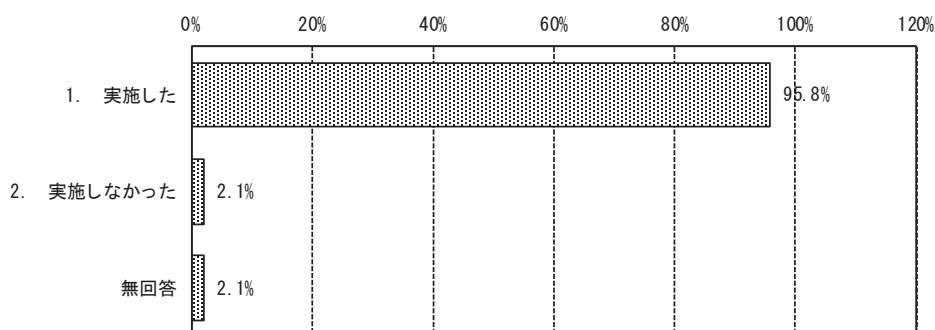
- ・ ホームの特性や自立が前提であることから周知しそのうえでできうる支援を相談に応じて説明し、入居者（相談者）の状況の把握を行った。
- ・ 入居希望者についての情報提供・情報交換などを行った。入居に至るケースや困難な場合などもあるが、施設に対する理解や担当者同士の信頼感を深めることができた。入居する場合も、本人や家族は専門の機関が間に入ってくれることで、負担の軽減や安心感につながった。
- ・ 本人・家族以外からの多角的な面から、情報を得ることで、状態を客観的に分析し、事故などのリスクに備える。
- ・ 入居前に入居予定者の状況を把握するため、他の機関から情報を頂いている。
- ・ 情報提供書の入手の依頼や昨年の認定調査票の依頼をして協力していただいた。
- ・ 情報提供が紙面の時もあるが、ほとんどが電話でのやりとりなので、十分把握することが出来ず、入居されてから対応することも多い。
- ・ ご入居時やプラン作成時など、関係する機関より話を聞いたり、プランの内容を確認するなどの連携を持っている。
- ・ カンファレンス開催
- ・ アレルギーや定期薬による、禁食の有無及び減塩対応等の確認
- ・ 電話等での確認や情報提供を依頼。
- ・ 見学して、申込書を出していくという、一度きりの面談で、あとは、電話での状態確認が主なため、入居してみると、かなり、身体状況が違っているという事があった。
- ・ 必要に際し、書面・電話連絡等にて対応した。
- ・ 医療機関や介護サービス事業者からの情報収集を行っている。
- ・ 介護を提供出来ない施設である、というところが周知されていない。周知されづらい所に苦労する。その所を説明しないと、先に進めないので。
- ・ 関わりのある関係機関に問い合わせをしたり、情報収集を行った。
- ・ 日常生活において状態の変化などあった場合や新たな疾患等があった際に医療機関やケアマネジャーなどに情報をもらい、施設での対応を検討した。
- ・ 本人、家族、各機関からの聞き取り。健康診断書の提供を求める。収入および必要経費の報告と資料提出を求める。
- ・ 本人や区からの情報が正確でないことが多い、自立度など。
- ・ 新入居にあたり関係機関から情報収集するとともに、利用中のサービス事業所からも身体状況の情報収集を行った。

(イ) - 2. Q46-2. 入居に関する本人の意思や家族の意向の確認、調整

「1. 実施した」 95.8%、「2. 実施しなかった」 2.1%となっている。

図 257 Q46-2. 入居に関する本人の意思や家族の意向の確認、調整

(n=337)

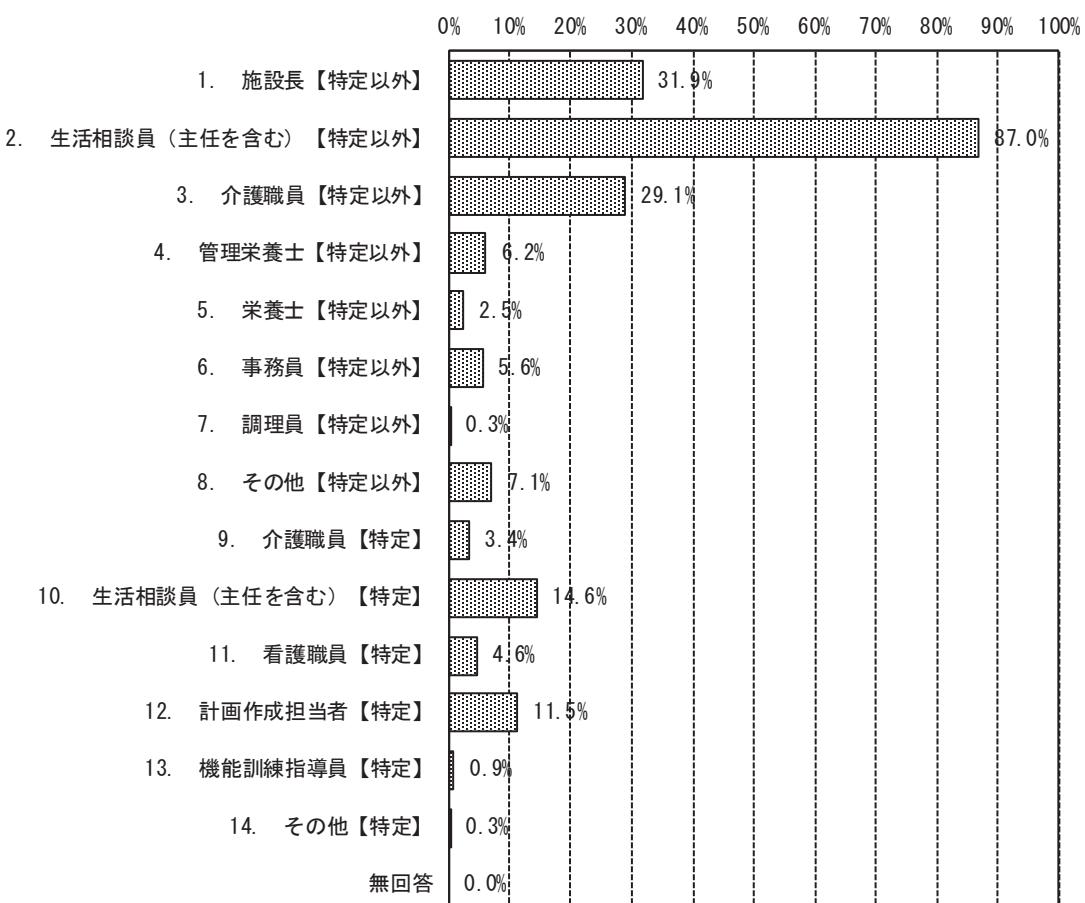


(i) Q46-2①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 258 Q46-2①. 主に担当した職種

(n=323)

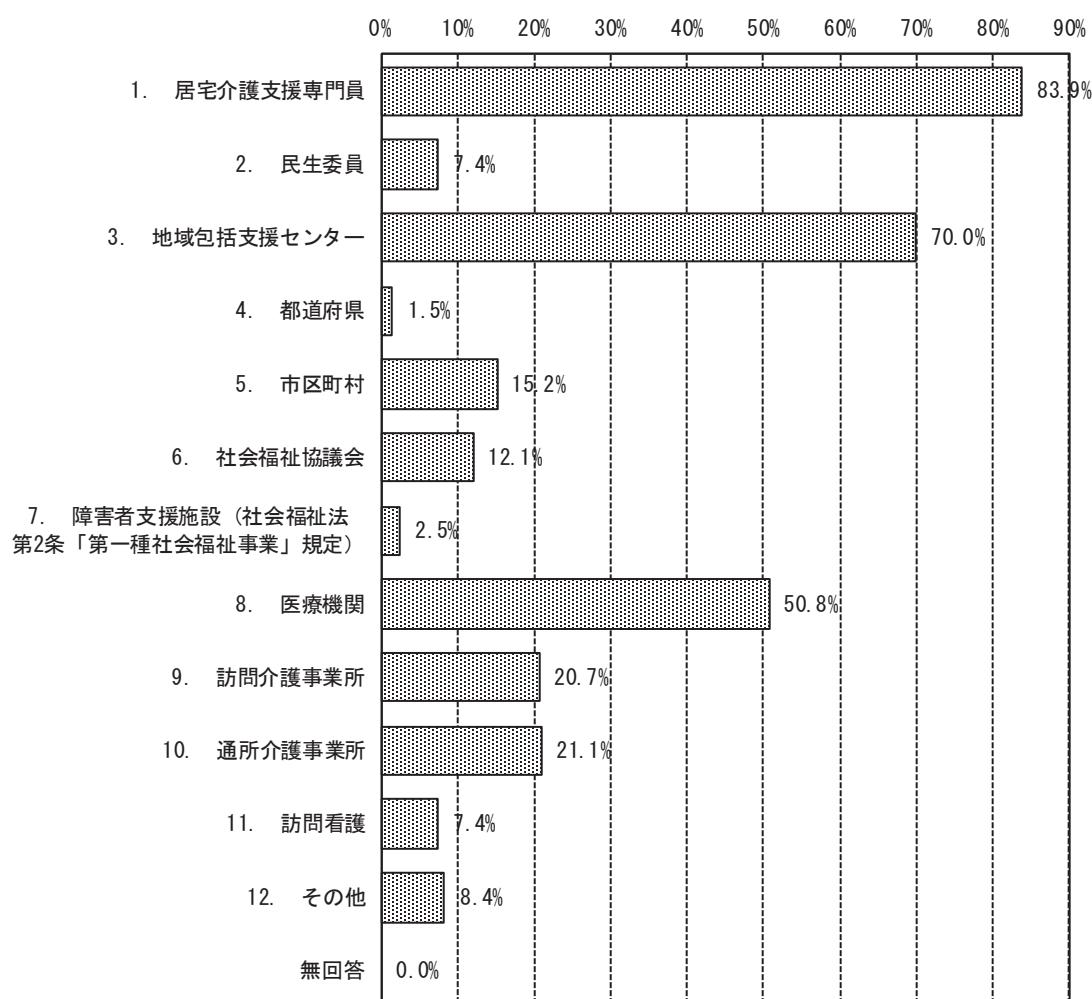


(ii) Q46-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 83.9% となっている。次いで、「3. 地域包括支援センター (70.0%)」、「8. 医療機関 (50.8%)」となっている。

図 259 Q46-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=323)

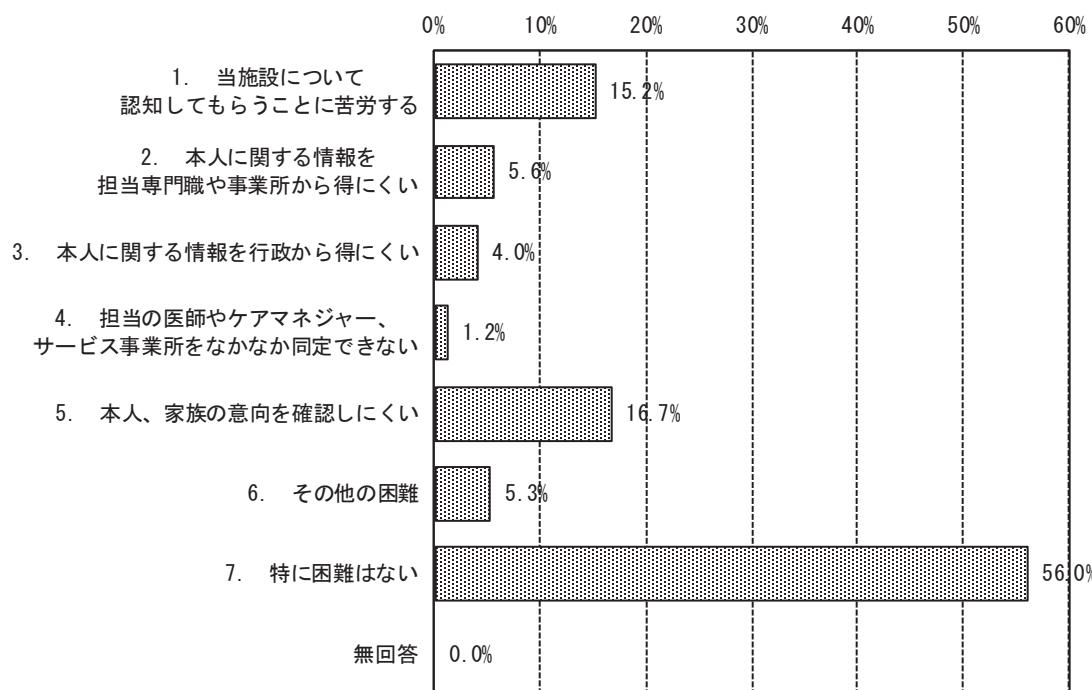


(iii) Q46-2③. 実施する上で困難だったこと

「7. 特に困難はない」の割合が最も高く 56.0%となっている。次いで、「5. 本人、家族の意向を確認しにくい（16.7%）」、「1. 当施設について認知してもらうことに苦労する（15.2%）」となっている。

図 260 Q46-2③. 実施する上で困難だったこと

(n=323)



(iv) Q46-2④. 具体的な支援内容や結果

図 261 Q46-2④. 具体的な支援内容や結果

■ 入居前の面談、聞き取り、アンケートの実施など

- ・ほとんどのケースは電話での聞き取りの後、面談にて詳細確認という方法で問題はなかったが、認知症や妄想がある本人が入居申込みをしたことを家族が知らなかつたというケースがあり、今後はそういった可能性も視野に入れるようにした。
- ・家族会の開催、アンケートの実施など
- ・面接時、情報の確認を実施している。
- ・入居前に、本人と家族に面接の機会を確保し、面会を行う。（自宅や病室など）
- ・入居前の生活、身体の様子、入居後の生活の予定、意向、希望、不安などを聞いています。
- ・入居後の安定した生活継続のためにも、本人意思の確認は十分に行い、意思決定の期間も急がせずに待ち、納得を得て入居する形をとっている。
- ・入居に関しては、入居する本人様が納得してみえない土壇場での入居キャンセルに繋がる問題点があるので、面接前に入居理由・意思をはっきりさせて防止している。
- ・本人と家族の意向が違う場合があつたが、入居した場合の状況について説明したうえで、本人、家族が話し合って、結論を出された。
- ・本人に入居志望理由を聞き取り、家族からも意向を聞くようによっている
- ・施設に入居申し込みに来訪された際に、ご家族、ご利用者に入居に関する思いや意向を聞き取りしている。入居された際は、ご家族、ご利用者の意向を踏まえたサービスの提供を行なうことが出来ている。
- ・入居者や家族から支援内容を聞き取るようにしている。
- ・入居前に、ケアハウスでの生活について詳しく説明する機会を必ず設けている。実際の居室など施設内を見学してもらう。その上で、入居の意志があるかどうか、家族と本人に確認を行うルールとしている。
- ・本人の心情や家族関係の情報を参考とした
- ・本人はもちろん、家族の意向を、将来的も含めて確認し、入居していただく。
- ・入居前に面接を行い本人・家族の意向を確認し、利用が決まってからも、事前に訪問調査を実施し、再度家族・本人の意向を確認する。
- ・本人だけの意思で入居希望を出され、家族との同意をとつていなかつたため、家族内でお互いが納得するまで話し合っていただくように話す。
- ・空室が出た際に現時点での入居希望を電話で確認。入居希望の場合は施設にて面談。
- ・ケアハウスについての詳しい説明等
- ・生活歴や日常生活動作の状況、コミュニケーション・精神の状況、健康状態、キーパーソン等の確認を行う
- ・入居前に見学や相談のなかで、できること、できないことの説明の上、調整している。
- ・本人、家族、ケアマネジャーとケアハウスでの生活について話し、理解して頂く。又、介護サービスの利用が必要ならば、ケアハウスの利用料とその料金、本人の収入など含め説明し理解して頂きました。
- ・入所の相談の際に、ご家族様が無理やりケアハウスに入居させるような形で、入居相談に来られて入居対象者ご本人の気持ちがないがしろにされるケースがあり施設入居と同時に介護保険サービスを利用するについても、ご了承いただくことに関して少し苦労した、しかし入居までの話し合いで、ケアハウスがどういった所かということと介護保険サービスの利用についても、ご本人様に丁寧に話をし、結果的には理解を得られた。
- ・入居時には本人や家族に入居の意志については確認した上で入居していただいている。自立型の施設なので意思確認が困難なことはほとんどない。
- ・家族の協力があってこそ、本人も穏やかに過ごすことができるので、入居後も交流を続けて欲しい。面会者の多い人は明るく、生き生きと生活している。
- ・在宅、医療機関等へ直接訪問し本人や家族と面会し、施設の説明や本人の意向を確認する。
- ・面接時、入居時に把握し、施設サービス計画に反映している。
- ・ご本人からは日頃のかかわりから確認している。ご家族からは訪問時等で意向を確認している。
- ・関係機関と連携をとり家族との連絡調整に努めたが、連絡が取れないまま入居には至らないケースがあつた。
- ・基本的にはご本人、身元保証人様に直接来ていただき施設について理解して頂いたうえでの入居となる。
- ・ご本人の意思・ご家族の要望は必ず確認している。
- ・面談時に入所意思を最終確認。
入居時に担当者が生活意向を確認。
- ・入居前に訪問、または来ていただき、本人・家族に施設見学・内容の説明（料金説明等）を行い、意向を確認してから必要に応じ介護保険サービスを取り入れながら入居していただいている。
- ・本人・家族を含め事前に面接等を行つた
- ・本人、家族の意思を尊重している。
- ・80歳代男性で心不全、腎不全の疾患があるが自宅での独り暮しであった。不規則な食生活等で入退院を繰り返していた。二人の娘はケアハウスの入居を希望されていたが本人が自宅での生活を希望されていた。ケアハウスに併設して特養に妻が入所している事や、ケアマネジャー、ケアハウス職員と何度も話し合いをし入居の運びとなる。通所介護を利用し妻の面会も行なっている。体調が整い入院することがなくなる。

- ケアハウスでのできることとできないことを入居の前にしっかりと説明し、お互いに納得したうえで入居となり、できるだけ本人の希望にそえるよう柔軟に対応した。
- 入居前に本人、家族への面談を行い意向の確認を行っている。
- 健康診断や健康相談を通して入居者や家族の意向を確認し、安心安全な生活ができるような調整を行った。
- 契約までに見学・体験を通じて、当事業所での生活を説明して、本人の意思確認、家族の意向を必ず確認している。
- 入居前の面接時にご本人、ご家族より意向を聴取する。
- 施設見学をお願いし、面談で意向の確認をする。また、他施設入所の場合は実調を実施。
- 入居できる日程の確認をし、居室のリフォームの段取りを介護職員と決めた
- 入居前の入居事前面接にて、ご本人様及びご家族様へ入居の意向を確認する
入居問い合わせ時に、可能であれば施設の見学をしていただき施設概要やサービス内容について説明する
- 主に行政からの情報提供を受けて入所調整を行なうことが多い。
施設側からも必要に応じ、生活状況や介護状況について確認のため、連絡調整する場面もある。
- 入居前には必ずご本人へも来所して頂き、ご本人の入居の意向を確認し、了承を頂いた上で入居をして頂いている。入居後は生活面、介護保険サービスの内容変更など、その時々での相談で対応をしている。
- 入居するに当たって本人の意向やご家族様の意向について確認している。また、入居後も生活される中で、本人の意向についても確認しながら対応している。
- 生活相談員がアセスメントシートを活用してADLの状況などを調査する。
看護師が看護記録シートを活用して既往歴や内服薬など医療面の情報を収集する。
- 細かな情報収集に努め本人の意思、家族の意向の聞き取りを行った。入居後の本人の負担を軽減できるよう努めた。
- 入居者の抱えている問題やニーズを把握し、安心して生活できるよう支援の方向性を決めた。
- 主に医療機関入院中や通所介護利用中で、入居希望のため来設または問い合わせのあった方（ご家族を含む）に対して意向などを確認した。詳しくお話をさせていただき、円滑な入居につなげることができた。
- 入居後どのような生活を送りたいのか本人・家族の意向の聞き取りを行い、また生活歴を把握することで、できる限り本人・家族の意向に添えるよう支援を行っている。
- 入居の際には、重要事項説明書を中心にパンフレットや活動内容の情報提供を行う。ケアハウス側が可能なサービス領域と不可能な領域を本人・家族に理解、納得していただける説明をこころがけている。今のところ苦情等もなく、メリット・デメリットをご理解いただいているかと思われる。家族との繋がりが希薄な方が多いので家族との連携に関しては苦慮するケースもある。
- 見学に来ていただいたら、時間をかけてゆっくりと説明し、本人が困難なことへの自覚と家族の想いを伝えて納得して頂いている。
- 面接を通じて直接のコミュニケーションを図った。
- 直接施設への訪問をしてもらい意向や状況を確認する。また、定期的に電話などでも情報交換。直接確認することができ、また面談することで、必要な情報をいただける機会となるが、しっかりと情報をいただけないケースもあり、入居してからの問題となる場合もある。
- 本人・家族の意思を尊重し、入居前の十分な説明とコミュニケーション、納得を得ることで、入居後にお互いに、トラブル等のリスクに備える。
- 施設見学に来られた際に、相談・話し合いの場を設ける。入居前に面接を行い、本人の意思や家族の意向を確認する。
- 当施設が、入居予定者・ご家族の希望に沿った環境であるか判断頂くため、ご見学にお越し頂いております。
- 見学や面談のときに同行していただき、入居にあたっての要望などを聞いていただいた。
- 電話での確認が多い。出来るだけ事前に面談をと考えているが、家族が遠方などの場合、入居後になることもある。
- ご入居時はケアマネジャーが中心になり、意向や好みを聞き出し、プランにつなげるようになっている。また、食事についても、管理栄養士が食の好みなどを直接聞くなどの対応をしている。
- 本人と面接を行い、意向を確認し、計画書を作成した。
- 本人へのアセスメントの実施
- 本人、家族、担当ケアマネジャーなどとの面談を実施。
- 直接聞き取りやケアマネジャー等からの情報提供
- 施設見学時において、聞き取りを行った。
- ケアプラン作成時に意向の確認を行っている。
- 入居に際して本人や家族、担当のケアマネジャーや入所施設の職員等から情報提供を受け、入居後に支援に繋げた。
- 入居前の施設見学・相談において、ご本人とご家族から、入居についての意向確認を行った。
- 本人の意向はもちろんのこと、身元引受人となるご家族に口頭で入居意向確認している。それには書面は用いず、契約書に確認。意向確認後に入居判定会議を実施。これまでの意向は、当施設で提供できうるものばかりであり調整もさほどない。
- 一度、試しに入居してもらって、想像していた生活と現実の生活の差を調整していくように対応した。
- 入居時や日常生活の中で思いについての意向の確認を隨時行っている。
- 本人、家族からの聞き取り。本人、家族の意向に違いがある場合の調整。
- 言語障害があり、本人の意向確認が難しかった。担当支援専門員、病院のソーシャルワーカーと連携を図り、意志の確認を行った。
- ご家族として入居をしてもらいたいという思いははっきりしているが、ご本人の本当の思いを確認しづらいことがある。入居後に、「こんなはずではなかった」と訴える方もいた。

■ その他

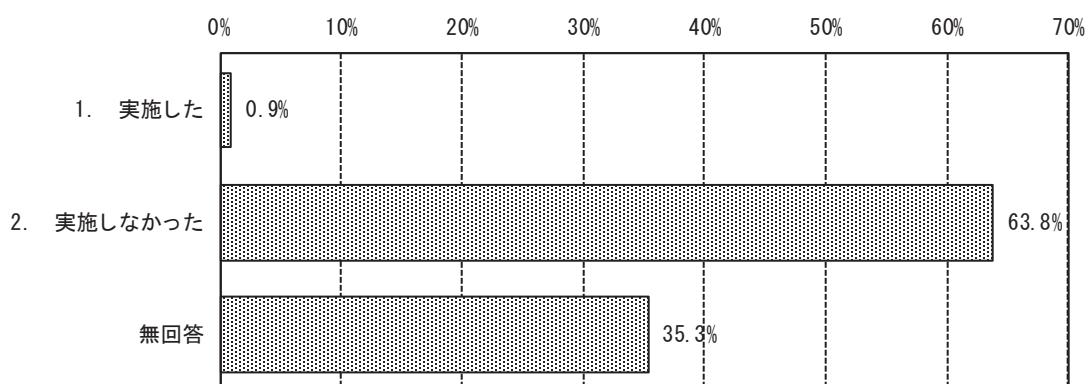
- ・ 入居のお勧めを、ケアマネジャーを通して本人や家族にしていただいた。
- ・ ケアハウスという特性、特定施設との混同で医療機関等は特にその施設サービスや介護保険サービスの利用可否について誤解が多く、改めて説明する場合がある。そのうえで意向を確認している。
- ・ 当施設での生活のイメージを具体的に描いていただけるような情報提供に努め、担当のケアマネジャーにも施設入居後の生活について説明して頂いた。
入居後は、特に問題なく、安心して過ごしておられる。ここへ来てよかったです、とのお言葉もいただいた。
- ・ 家族が遠方で連絡が取りづらかったり、身内がなく保証人が立てにくかったりした。
- ・ ケアハウスは介護保険事業ではない為、ケアプランや認定調査に関する情報を得にくい。
- ・ 担当のソーシャルワーカー、介護支援員より、情報提供を受ける。本人、ご家族の事前承諾を得て、直接連絡を行った。
- ・ パンフレットなどを用いて繰り返し説明を行う。
- ・ ケアハウスに対する認知が低く、高齢者施設=介護付きの施設と思われるよう感じます。そのため、ケアハウス利用者の介護にサービス料金が別途発生することを、その都度説明しご理解頂く必要があるが、同時に施設への不満などにつながりやすい。
- ・ ご本人の希望で食事形態を刻み食で提供する事により、無理なく食事を召し上がる事ができた。趣味を生かした生活を送りたいとのご希望があり、発表の場をもうけることでいきいきとした生活を送ることができています。
- ・ 本人（特に男性）は「邪魔者にされた」との思いもつよく、入居後も心理的なケアを要する
- ・ 認知症にて本人の意思が確認しづらい。家族からの希望により、本人に入居の話をせずに面談する事で、本人の意思を確認しづらい
- ・ 主に行政からの情報提供を受けて入居調整を行なうことが多い。
- 施設側からも必要に応じ、生活状況や介護状況について確認のため、連絡調整する場面もある。
- ・ 介護を提供出来ない施設であると言う事が、周知されておらず、1から説明しなくてはならず、苦労した。
- ・ 奥さんが亡くなられた方の、奥さんの残した遺産相続のお手伝い（凍結されている銀行口座の凍結解除のために、戸籍謄本の取り寄せの手伝いや、印鑑証明取得の手伝い、弁護士の紹介等々）

（イ）－3. Q46-3. その他の取組

「1. 実施した」 0.9%、「2. 実施しなかった」 63.8%となっている。

図 262 Q46-3. その他の取組

(n=337)

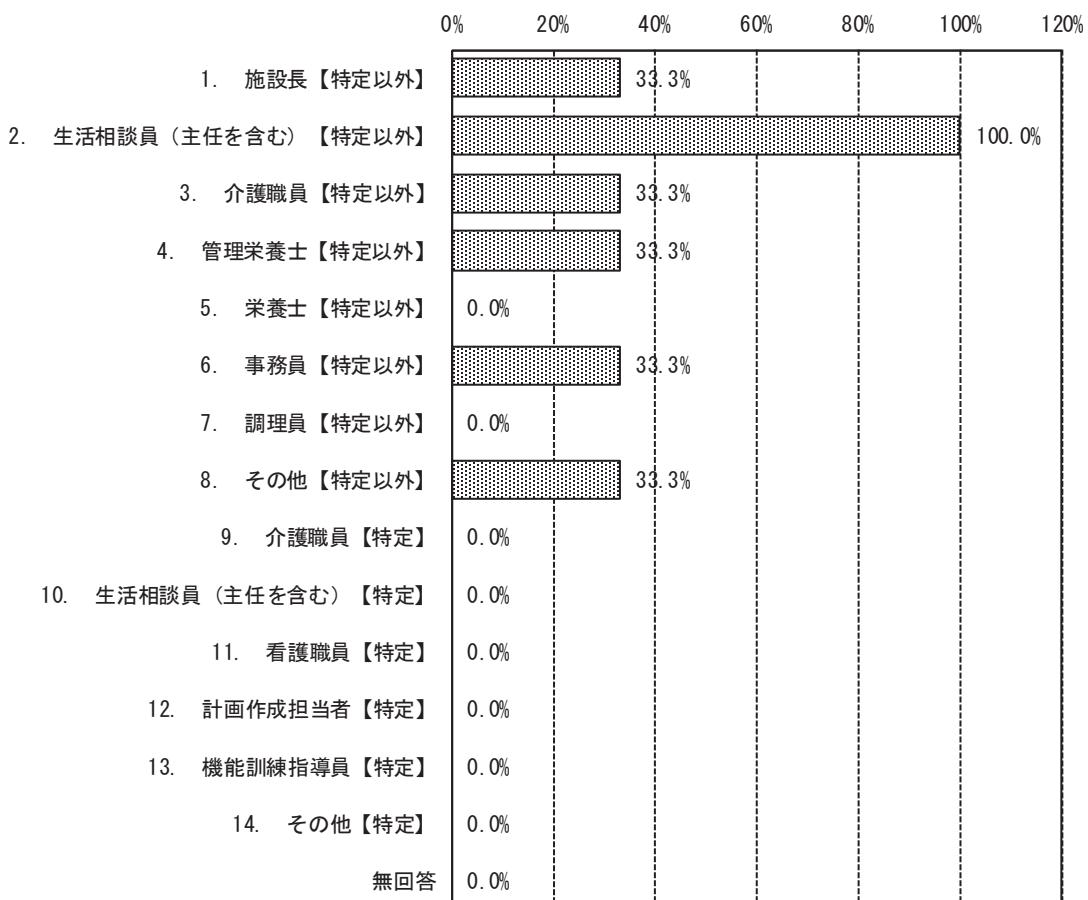


(i) Q46-3①. 主に担当した職種

特定以外の施設でのみ実施されており、職種では生活相談員（主任を含む）が最も担当している。

図 263 Q46-3①. 主に担当した職種

(n=3)

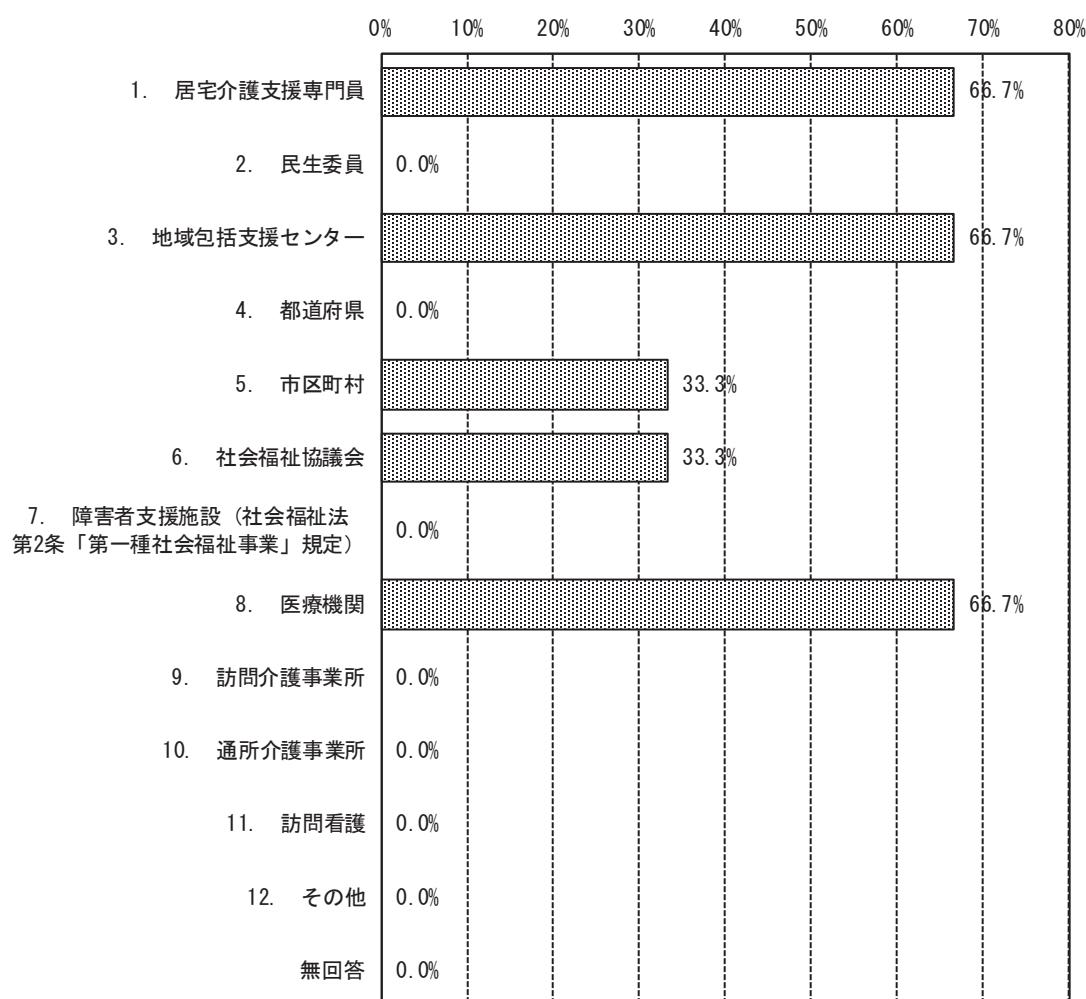


(ii) Q46-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」、「3. 地域包括支援センター」、「8. 医療機関」の割合が高く、それぞれ 66.7% となっている。

図 264 Q46-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=3)

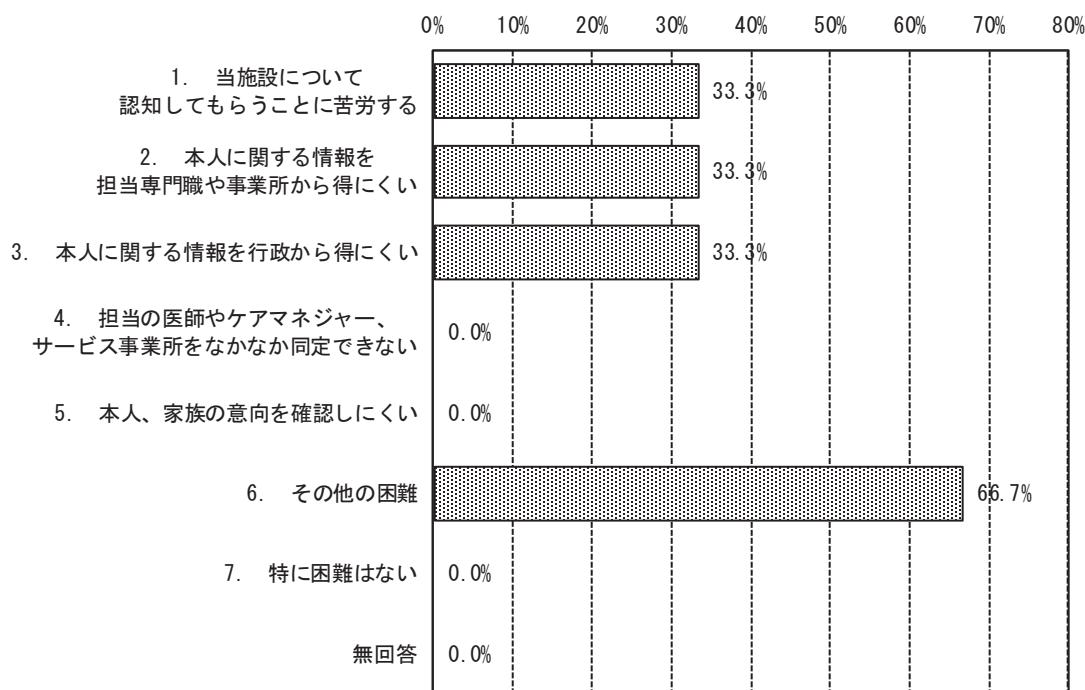


(iii) Q46-3③. 実施する上で困難だったこと

「6. その他の困難」の割合が最も高く 66.7%となっている。次いで、「1. 当施設について認知してもらうことに苦労する (33.3%)」、「2. 本人に関する情報を担当専門職や事業所から得にくい (33.3%)」、「3. 本人に関する情報を行政から得にくい (33.3%)」となっている。

図 265 Q46-3③. 実施する上で困難だったこと

(n=3)



(iv) Q46-3④. 具体的な支援内容や結果

図 266 Q46-3④. 具体的な支援内容や結果

- | |
|---|
| ・ 自宅に訪問することで、直接生活環境などを確認し、生活の障害となっていることなどの把握につながった。 |
| ・ 社会福祉協議会と連携し、本人に必要な支援を調整。 |

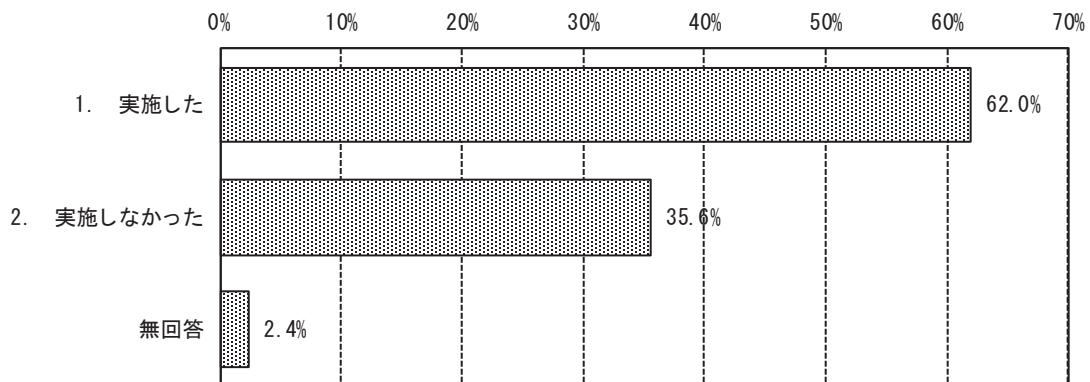
(ウ) 入居決定～入居契約締結～入居における多機関との調整

(ウ) - 1. Q47-1. 住んでいた住宅の家主や管理会社、同居家族等との調整

「1. 実施した」 62.0%、「2. 実施しなかった」 35.6%となっている。

図 267 Q47-1. 住んでいた住宅の家主や管理会社、同居家族等との調整

(n=337)

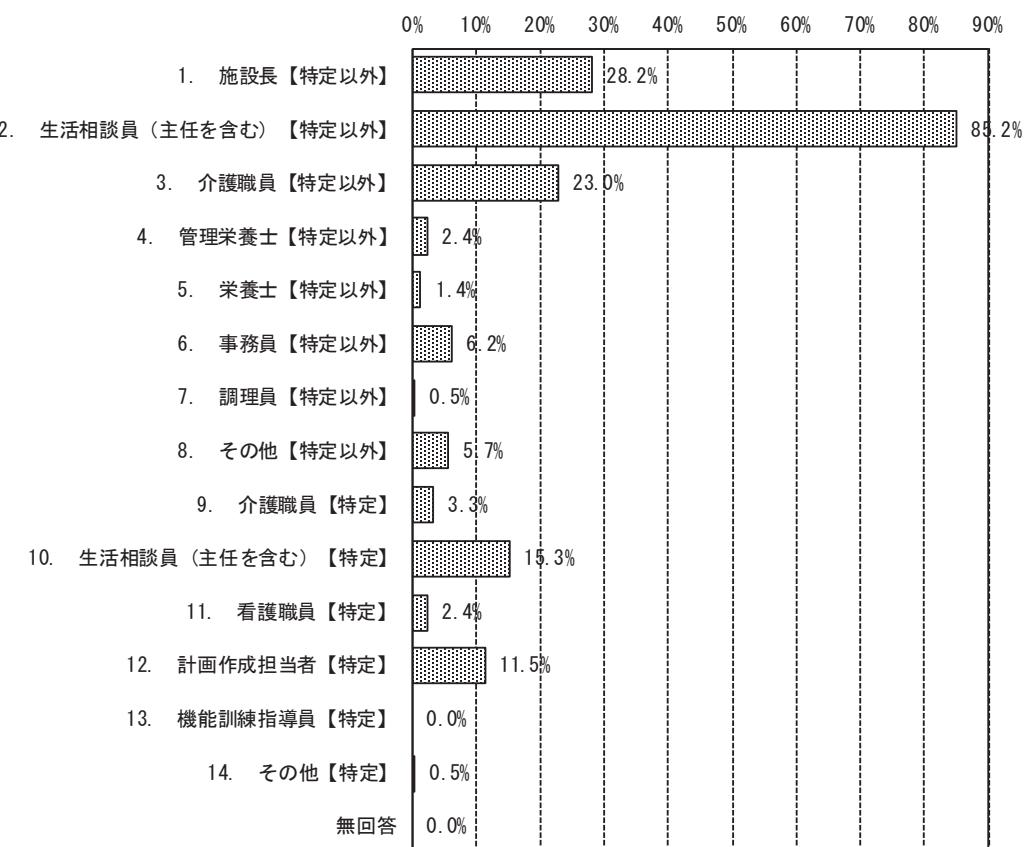


(イ) Q47-1①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 268 Q47-1①. 主に担当した職種

(n=209)

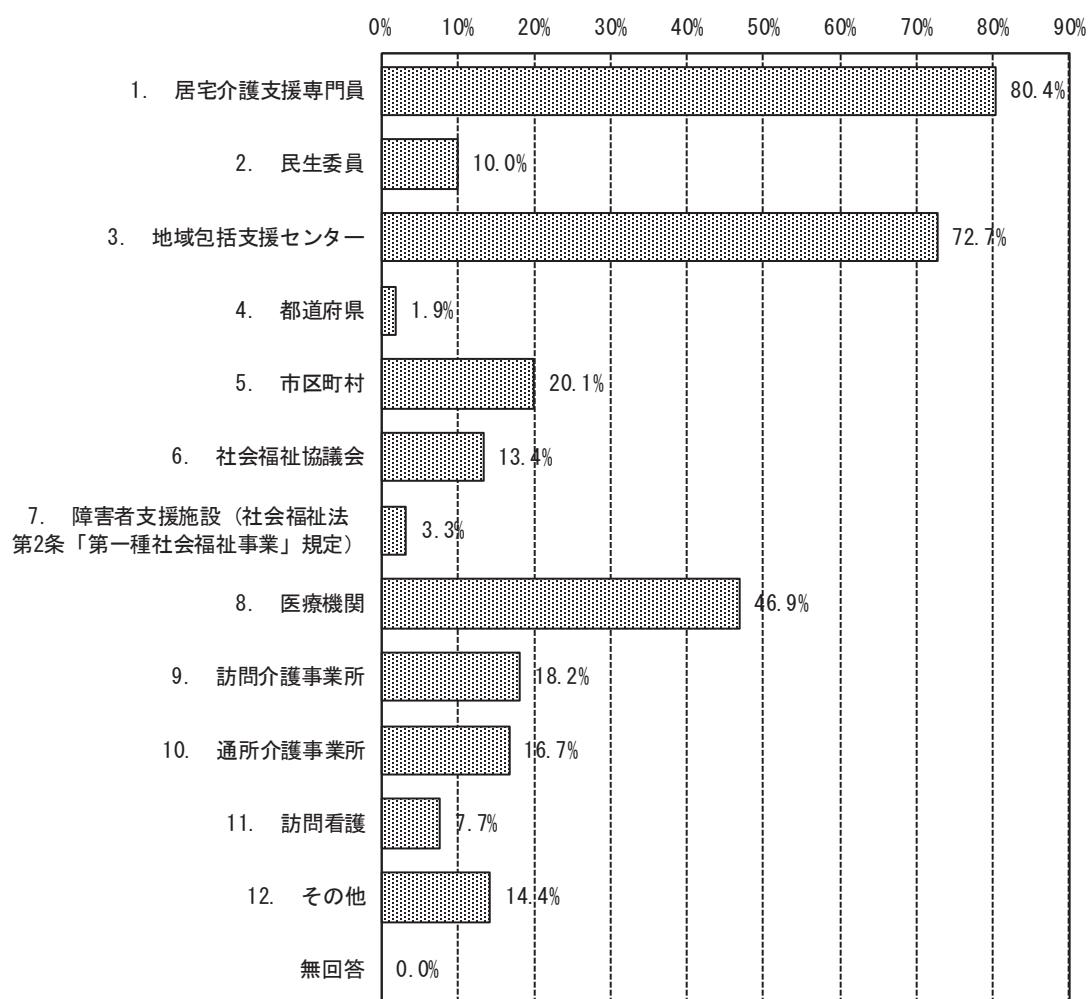


(ii) Q47-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 80.4%となっている。次いで、「3. 地域包括支援センター (72.7%)」、「8. 医療機関 (46.9%)」となっている。

図 269 Q47-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=209)

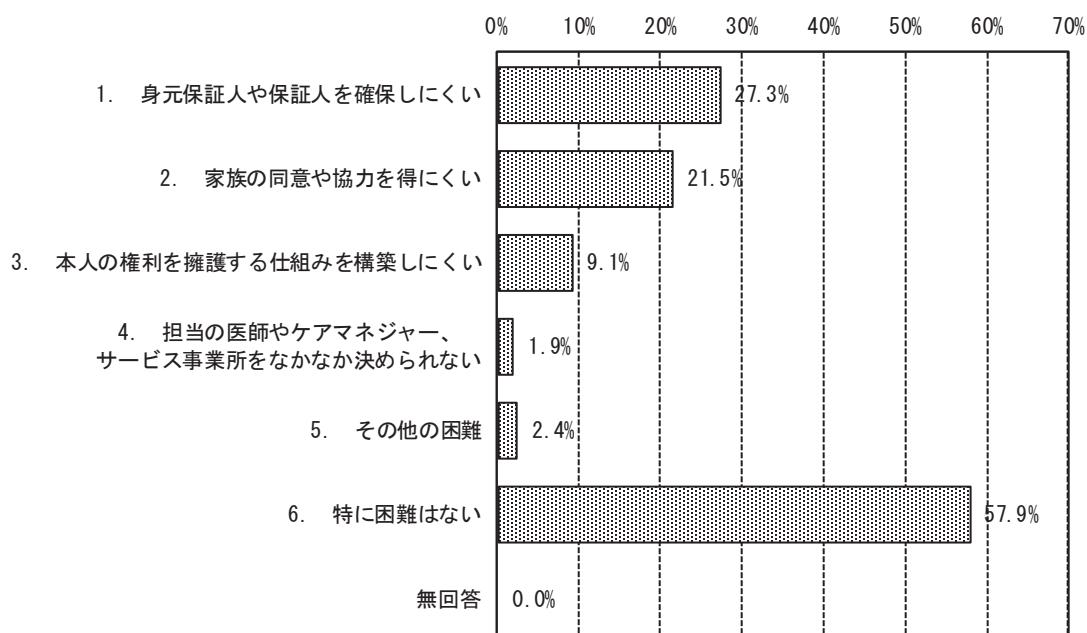


(iii) Q47-1③. 実施する上で困難だったこと

「6. 特に困難はない」の割合が最も高く 57.9%となっている。次いで、「1. 身元保証人や保証人を確保しにくい（27.3%）」、「2. 家族の同意や協力を得にくい（21.5%）」となっている。

図 270 Q47-1③. 実施する上で困難だったこと

(n=209)



(iv) Q47-1④. 具体的な支援内容や結果

図 271 Q47-1④. 具体的な支援内容や結果

■ 保証人の手配等の支援や課題等

- 家族はいるが協力的でない場合の保証人の確保が難しかったが後見人の説得により保証人として契約することができた。
- 関係機関を通じて家族との連絡調整に努めたが、保証人が確保できず入居に至らないケースがあった。
- 保証人がいない為、民間の保証人代行サービス会社利用で入居したが、会社倒産の為保証が得られなくなった事例あり。
- 70歳代女性、息子は海外勤務で嫁、孫と同居されていたが、折り合いが悪くケアハウス入居を決められる。息子も帰国時にケアハウスを見学されて保証人となる。現在は嫁とも距離を置いたため関係は円満である。
- 緊急対応時の家族・身元保証人の役割を連携機関に理解して頂いて、家族との調整、入居日の決定をしている。
- 内縁の妻とその家族と長年同居していたが、本人の加齢などの問題から同居の家族が、本人の希望も踏まえて施設入居のために動いてくださっていた。施設側としては、身元引受人は親族に依頼したいため、その旨を説明し、本人の兄弟に連絡を取っていただくようお願いした。兄弟に来所していただき、身元引受人となることに了解を得た。
- 遠方に家族がいる、知人が身元を保証する、高齢の親族が緊急連絡先や身元を保証するなど、支援が受けにくい事例が増えている。電話や手紙などを活用し、援助をいただけるように調整するが、難しいケースも多い。なるべく、サービスを利用できるように可能な対応を検討している。
- 入居者本人、身元保証人、入居契約担当職員が全員で面談する機会を設け、意思統一を図った。
- 入居契約前の施設見学で、保証人の役割について、同居家族との調整を行った。
- 身元保証人の役割を、担つて下さる方がいない。
- 入居時介護度を持たず入居となつたが、生活をしていく上で介護度が必要とされた場合、ケアマネジャー又は包括支援センターに連絡し、入居後の生活に支障がないよう手配。
- 子供もおらず、家族が高齢の兄弟だったり、甥や姪あまり本人に親身になって相談にのってくれないため、引っ越しから入居の段取りを施設の方で行った。
- 身寄りのない方の入居時やその後の生活の中での緊急時の対応など市役所職員などとの連携を確保することを行つた。

■ 契約行為に関する支援や課題等

- 入居までの調整は本人のほかは家族（身元保証人）とのみ行っている
- 入居意思はあるも家族が遠方で独居の方の入居の際、本人と共に賃貸住宅の引き払いや、契約解除、各種の住所変更等を対応。
- 家主・管理会社共に親切で食事や買い物の介助もしてくれていた
- 入居契約等に関しては家族に協力を依頼し、また身寄りがいない方に対しては成年後見制度の利用を勧めている。
- 行政や法律家の方たちとの相談や助言を機に作成した。
- 契約内容、重要事項の説明、個人情報使用同意を得る、退所時の居室修繕の扱いについて説明
- 家族関係が悪く、入居時の契約を進んでくれなかったので、電話で連絡を取り合い契約内容の説明を行つた。

■ 引っ越しに係る支援や課題等

- 入居室のリフォーム、清掃。
- 引っ越しや、入居後のサービス利用の調整、入居後の生活支援等についての相談を行い、問題なく経過。
- 当法人内の自立型ケアハウス等他施設からの入居の際は、引越し等の手伝いを行つてている。
- 独居から施設入居された利用者様が大半である為、空き家となってしまった自宅は家族が管理している。郵便物の転送届けの手続き等の援助は行つてている。
- 住宅の家主や管理会社とは連絡をすることはほとんどないが、入居前に同居されていたご家族とは、必要であれば、入居前の訪問にて、環境設定を確認させて頂くこともある。
- 引越し日時の調整や、身の回りの必需品の調達について、丁寧な説明を行つた。

■ その他

- 利用者の状況に応じて情報交換を行つた。
- 入居時に本人及び家族との面談を実施している。
- 入居者の担当民生委員に協力をお願いする。
- 手順通り事務を進めた
- 入居者と同居家族の理解が得られるよう努力している。
- 回答期間においては、家族等とも入居契約について同席してもらえるよう調整できている。
- 入居家族からの状況確認
- いつまで、在宅のサービスを続けるのか等、主治医をどこにするのか等他機関との調整後、入居されています。
- ご家族がいる方はスムーズにすることが出来たが、いない方については検討することが多く決定することが難しかつた。

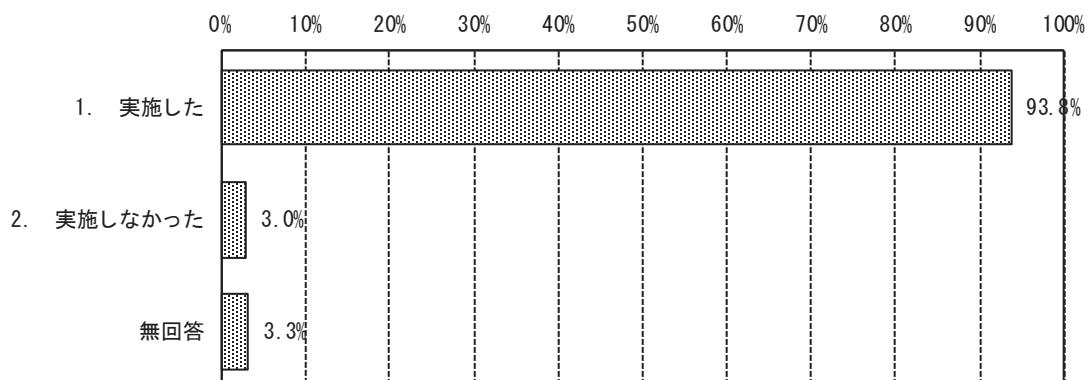
- ・ 入居前のアセスメント時、生活援助や通所介護等、入居者が軽費老人ホームで生活する上で必要なサービス調整を、本人・家族・ケアマネジャー等と協議し安心した生活が送れるように支援している。
- ・ URの家賃を滞納し、立ち退きを迫られるも行き場がなく、当施設に入居。金銭管理が出来ず、借金もあるため、親族等と生活の立て直しを図る。
- ・ 家族や医療機関、介護保険機関との連絡調整
- ・ 情報収集やカンファレンスの実施
- ・ 老人保健施設からの依頼に対応し、入居となった。
- ・ ご家族との話し合いを行い、互いの意向や思いの確認。担当ケアマネジャーやご家族から情報の収集。
- ・ 入院中の入居希望者の受け入れの際に、関係事業所や医療機関と連携し、入居の対応を行っている。また、入居後も、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどと相談して対応している。
- ・ 生活相談員が担当ケアマネジャーや施設の生活相談員と情報交換を実施する。
- ・ 施設見学や入居申込み時の対応、入居後の生活について確認、調整を行った。
- ・ サービスが必要と思われる方でも、家族（子供）は、同居していないので、分からなくサービスはつけなくてもいいと思っている方が多数いました。例えば、洗濯や掃除など出来ていないのに、付けようとはしない。
- ・ 入居までのスケジュールについて、ご家族やケアマネジャーなどと調整して円滑な入居につなげられた。
- ・ 主にご家族と調整し滞りなく進んでいる
- ・ 入居者・ご家族及び他の機関との調整を行い、入居日等を検討しご負担が無いように配慮している。
- ・ 自立型のケアハウスから転居される方などの場合は、そこでの様子をケアハウスの職員や担当ケアマネジャーに直接聞いたり、ご家族との中に入っていただきながら、信頼関係の構築に努めるようしている。また、その家族の力に合わせて、荷物の移動などのサポートを行っている。
- ・ 入居時には必ず家族との調整を行っている。また、必要に応じて多機関との連絡調整を行う。
- ・ 同居している家族から本人の状態や生活状況等の情報を得る事で、入居決定から入居契約、入居まで特に混乱する事もなく、スムーズに事を運ぶ事が出来ている。
- ・ 入居にあたり、健康診断の要請や、必要に応じてサマリーの取得、他事業所等へのサービス状況の聞き取り。

(ウ) – 2. Q47-2. 入居後の受診や、介護サービス等の利用に関する調整

「1. 実施した」 93.8%、「2. 実施しなかった」 3.0%となっている。

図 272 Q47-2. 入居後の受診や、介護サービス等の利用に関する調整

(n=337)

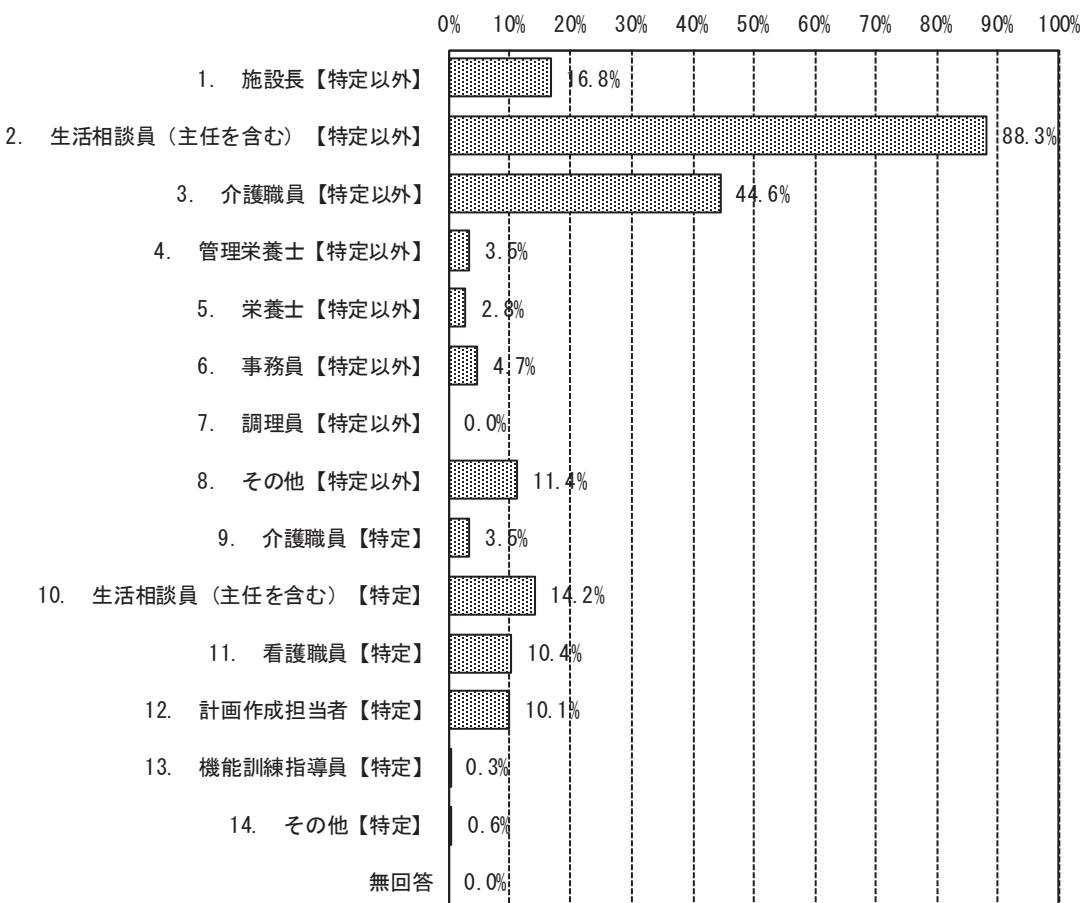


(i) Q47-2①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 273 Q47-2①. 主に担当した職種

(n=316)

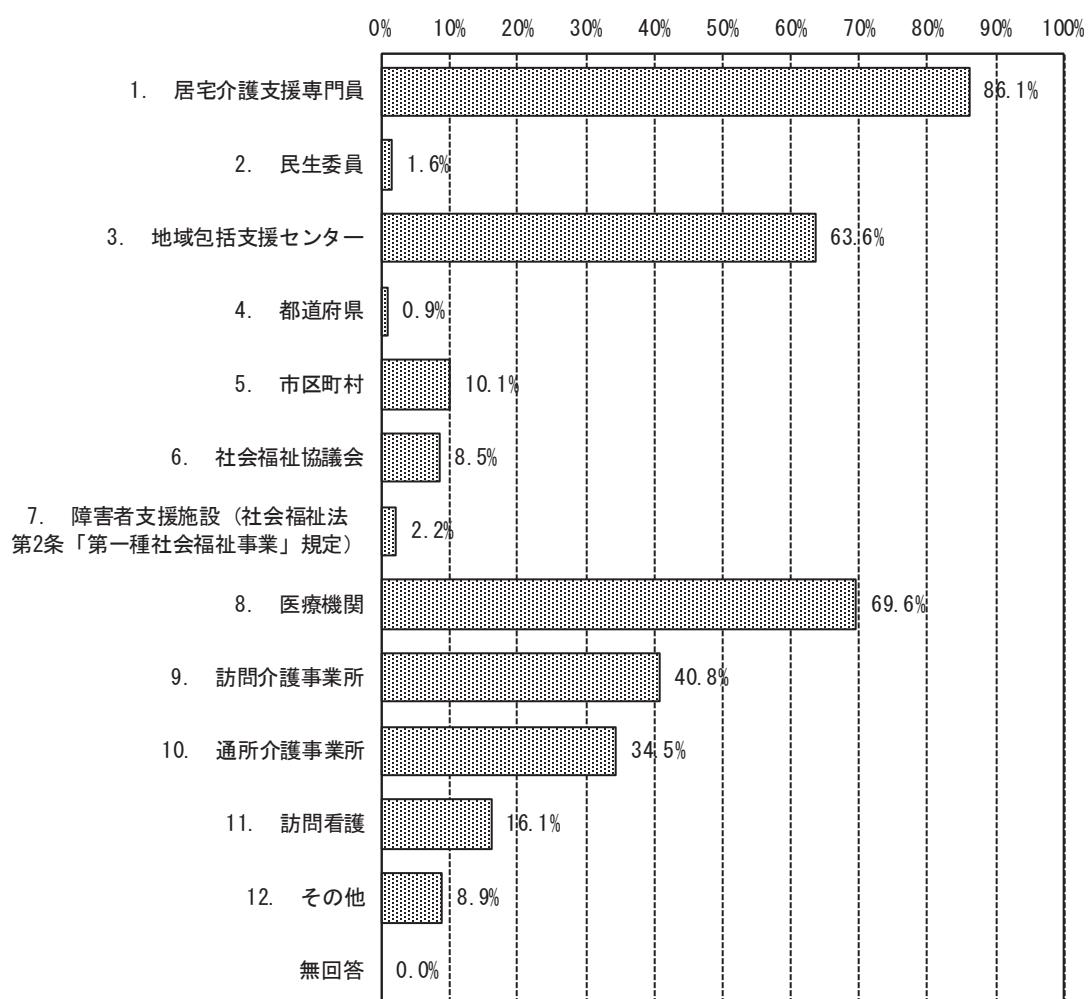


(ii) Q47-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 86.1%となっている。次いで、「8. 医療機関(69.6%)」、「3. 地域包括支援センター(63.6%)」となっている。

図 274 Q47-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=316)

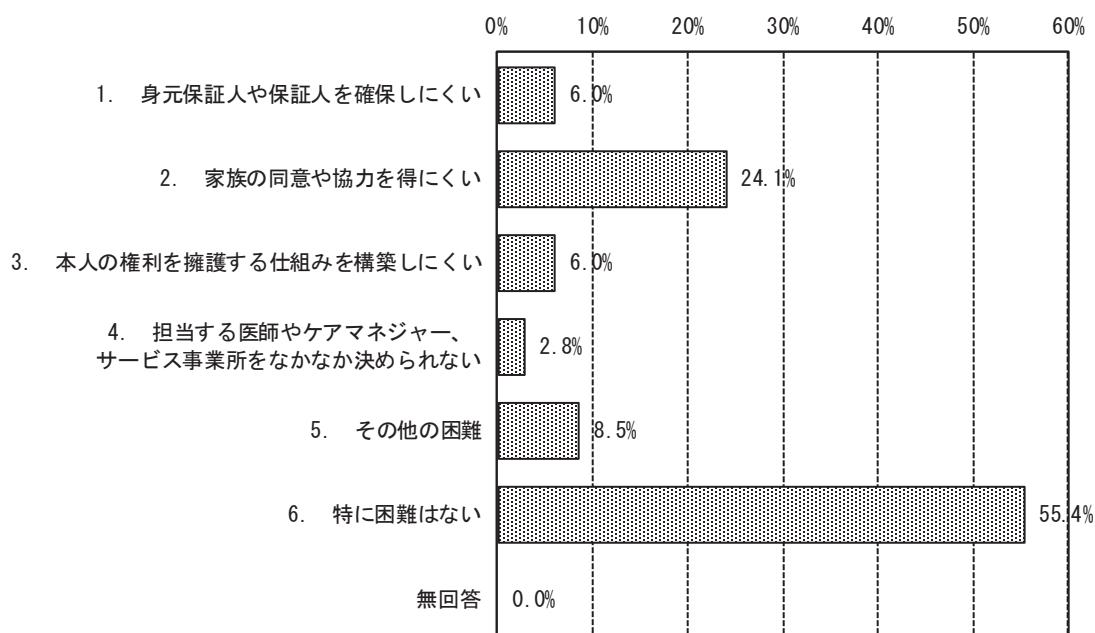


(iii) Q47-2③. 実施する上で困難だったこと

「6. 特に困難はない」の割合が最も高く 55.4%となっている。次いで、「2. 家族の同意や協力を得にくい (24.1%)」、「5. その他の困難 (8.5%)」となっている。

図 275 Q47-2③. 実施する上で困難だったこと

(n=316)



(iv) Q47-2④. 具体的な支援内容や結果

図 276 Q47-2④. 具体的な支援内容や結果

■ 介護保険サービスの利用にかかる支援や課題等

- ・ 約半数の入居者が入居前から利用していた通所サービスを継続利用。
他の入所者も「運動がしたい」「小物作りがしたい」等の希望に合わせた通所系サービスの利用を開始した。
- ・ 利用者の状況に応じて情報交換を行った。
- ・ 必要に応じて介護サービスを調整。金銭的に利用できないこともある。
- ・ 特定利用者には介護保険外での通院介助を利用し、希望者には通院介助を行っている。特定以外の利用者に対しては家族の協力、または外部ヘルパー利用。
- ・ ケアマネジャーに入居日を連絡し、利用サービス事業所と調整をしてもらった。
- ・ 入居前に所要の準備を行っておくことで、本人の転居に伴う混乱をできるだけ防止するように心がけている。
- ・ ご本人様の生活レベルに合った介護保険サービスの利用についての提案。
- ・ 介護保険を利用されている入居者は担当ケアマネジャーが主にサービスを計画書に盛り込み、体調変化時は施設職員が本人、家族、担当ケアマネジャーに相談しながら受診対応を行う。介護サービスが必要となったとき、施設での支援を検討し、その結果本人、家族へサービスの利用について勧めていく。
- ・ 入居後も今までのADL等を保つため、プランを立て、実施している。
- ・ 入居時家族から支援の申し出があったが、入居後その支援が難しくなった。ケアマネジャーも含めサービスの見直しを話し合い、新しく介護サービス利用で調整中。
- ・ ケアマネジャーの紹介など
- ・ 一例として、入居後に認知症の初期症状に似た言動があり、施設内の交流もなかなかうまくできない利用者への支援を行なった。
家族は支援や協力の意思や意欲はあるが、病気や仕事等忙しく、対応が遅くなりがちだった。地域包括支援センターの情報を伝え、通所や訪問のサービス利用についても情報提供を行なった。地域包括支援センターにも情報を伝えた。
その後本人は、通所介護の利用を始め、外出や交流が楽しいと通所を楽しみにするようになった。
- ・ 日常生活の状況を随時報告しながら、介護サービスの必要性を家族に説明し同意を得ることで、サービス利用につなげた。
- ・ 80歳代女性、入居後物忘れなどの症状が出現したため、県外の息子に連絡し主治医に相談を行い、専門医受診につなげる。アルツハイマー型認知症の診断があり、ケアマネジャーと相談し、引きこもり防止、見守り等にて通所介護サービスを導入する。
- ・ 入居後の外部サービス利用の調整を行っている。受診についても基本はご家族様に付き添いをお願いしているが、都合が悪い場合は自費でヘルパー利用による受診付き添いのサービスを提供している。
- ・ 本人・家人の希望を確認のうえ、必要に応じて随時連絡調整を行う。
- ・ 保証人や親族の協力が得られないことが多く、施設で支援した。
- ・ 入居者や家族の理解が得られるよう説得している。
- ・ ケアハウス利用者の介護サービスは、ケアマネジャーと連携を取りサービス利用の継続を調整。
特定施設利用者の介護サービスは、ケアマネジャー業務を引き継ぎ、本人の希望・現状に基づいた必要なサービスの提供を行う努力をしている。
- ・ ヘルパーの乗降介助だけでは不安なときがある 家族は平日は就労している。施設が介助するしかないのでは?
- ・ ご本人やご家族より意向の確認。ケアハウス入居においていかなることが問題、課題になるか確認。
- ・ その時の状況に合わせて、担当ケアマネジャーと家族と相談しながら進めている。
- ・ 入居後に必要な介護サービスを検討し、ご家族の意向もうかがいケアマネジャーに依頼した。契約立会い、サービス担当者会議でご本人にご理解いただく。
- ・ 居宅介護支援事業所との連絡調整、サービス担当者会議への同席、入居者及びご家族様との連絡調整、入居者やご家族様へ介護保険認定申請の説明等、介護保険サービスの説明等
- ・ 当施設近隣に同法人の居宅支援事業所及び包括支援センターがあり、利用開始のための相談等行っている。
- ・ 入居後の医療サービス、福祉用具を始めとする健康管理・生活支援へのアドバイス。
- ・ こちらの意向を押し付けず、根気よくコミュニケーションをとり、現在の本人の状況を家族に理解してもらう。デイサービスを利用する入居者のデイサービスの準備を職員が行う。訪問ヘルパーと協力し、洗濯ものの取り込みや収納を行う。
- ・ 介護サービスの利用については本人の状況に応じて家族の理解も含め、ケアマネジャー等と細心の注意を払いながらすすめている。
- ・ 入居者の抱えている問題やニーズを把握し、サービス利用に向けた調整を行った。
- ・ 介護サービスは特定施設なので、全て施設でケアを行っている。
- ・ 同居していない家族は、親は出来ると思っている方が多く、サービスが必要なのに、必要ないと思っている方が多い。
- ・ 介護サービスの利用については、本人のADLなどを考慮し主に通所系サービスや訪問系サービスに対して利用した場合のメリットを挙げながら、利用につなげられるよう支援している。

- 車イス利用で移動手段が難しい家族には、福祉車両の申請手続きをしたり、予約を代行したり、緊急を要するときは施設送迎を行ったりする事もある。また、家族に代わって有償ボランティアに付き添いを依頼し、相互作用がスムーズに行えるように調整している。
- 特定施設入居者生活介護のため、介護保険サービスの利用に関しては利用条件が限られるが、可能な範囲の中で情報提供や利用手続きを行っている。
- 受診困難者に対しては往診にて対応。介護サービスについては、併設のデイサービス・ホームヘルプサービス・ショートステイがある為、サービス希望者には紹介を行っている。
- 保証人や親族の協力が得られないことが多く、施設で支援した。
- サービス担当者会議への出席・連携、ヘルパーを利用する入浴の時間等の調整。
- デイサービスや訪問介護の利用の継続について支援していただいた。
- 本人・家族と相談しながら、また担当ケアマネジャーと連絡をとりながら、介護サービスの利用に繋いだ。
- 介護保険を利用している方は、居宅介護支援専門員と連携をとることで、必要な介護保険サービスの導入を実施することができた。
入居後の受診に関しては、地域が変わらないようであれば、主治医は継続し、通院もそのまま行った。遠方からの入居となる場合は本人、家族と相談し、本人、家族主体で主治医の変更を行っていただいた。受診に関しては、病院への送りだけは施設で行っている。通院介助が必要な方は、介護保険サービスを利用し、ヘルパーや介護タクシーが利用できるよう居宅介護支援専門員と連携を行った。
- 当施設近隣に同法人の居宅支援事業所及び包括支援センターがあり、利用開始のための相談等行っている。
- 認知症の進行や身体機能の低下等にともない、認知症グループホームへの入居がスムーズにいかなかった。また、精神的な不安感のある利用者（物とられや部屋への虫の侵入）さんへの家族対応が得られないこともあった。家族に代わって、介護保険申請を行い、ケアマネジャーと連携し、訪問介護と精神科診療所の訪問看護利用開始の支援を行った。
- 入居者のかかりつけ医とサービス提供事業所に容態の情報、生活情報を電話にて報告する。円滑な受診ができるよう通院毎に職員が記載する連絡ノートを持たせたり、月に1回生活状況、健康状況をまとめて関係機関に文書にて提供している。
- 同法人内に地域包括支援センター、居宅介護支援事業所がある。連携を図りやすく、スムーズにサービス利用に繋げられている。

■ 受診時における支援や課題等

- 受診が必要の際は、身元引受人の理解をいただき、速やかに受診をしていただいている。
- 入居前後に、病院受診の件については、施設で出来る事、緊急の時の対応等を説明している。居室にはナースコードや内線があり、緊急な対応にも、併設の短期入所の職員が昼夜対応している。看護師もオンコール体制があつて夜間、駆けつける対応も整備されている。必要時には、本人の意向を確認しながら、担当のケアマネジャーと協働する事で、対応できている。
- 受診先については入居前のかかりつけ医に引き続き通院するのか、施設周辺の病院、診療所に変更するのか意向を聞いている。介護サービスについては担当の介護支援専門員と、入居前の利用状況や入居後の生活で必要なサービスがあるか話し合う。
- 定期の病院受診に家族の協力を得られず、施設職員やケアマネジャーが通院に付き添って対応した。継続して治療を受けることにより、安定した状態で過ごすことが出来ている。
- 通院介助できる病院はルールによって一か所と決めている。他の科への通院はご家族か、外部サービスを利用してヘルパー契約を結んでもらっている。それでも間に合わない時は、サービスで施設職員が送迎のみ対応などケースに応じた支援を行っている。
- 嘱託医に主治医変更する場合の支援、介護サービス利用につなげる支援
- 入所以前に意志の確認を、本人・家族とも話し合い了解を得ている。
- 受診の必要性を家族に訴えてもなかなか対応していただけない。お金がかかり、時間も必要なためか、協力していただけない家族も多い
- 介護サービスの利用については居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと連絡調整することで問題なくすすめることができている。
受診に関しては、ご本人単独では難しいがご家族が遠方である等の理由から、施設職員の付き添いによる受診手順の確認や、担当ケアマネジャーの診察付き添い等で対応しており、その点は課題として考えている。
- 家族が遠くにいる方など身体の状況に合わせ職員が受診の手伝いをする。
- 転院に関しての調整や、嘱託医との連携、介護サービス利用に向けての相談等実施している。
- 入居後、受診し、家族や介護支援専門員に報告し、多職種で検討した。
- 提携病院への同行受診
- ご家族の協力が得れない場合は、往診の手配や受診が必要な場合は送迎、付き添いを行う。
- 受診の送迎など、入居時に説明し、家族対応で行ってもらっている。なお、緊急時は別に対応
- 一般の方では自立されている方多く自力での生活が出来ていた。特定についても職員が同行し受診等はできていた。
- 週に1回車運行のサービスを行っており、定期受診はそれのかかりつけ医院への送りサービスを利用される。緊急時はすぐに身元保証人様へ連絡を取り付添を依頼する。身元保証人様の付添が困難な場合、職員付添にて対応行う。
- 精神科を受診している方や病状・状態の変化があった方に関しては、同行させて頂き主治医からのお話も聞かせて頂いている。

- 施設の送迎サービスを活用し、かかりつけ医への受診を支援している。また本人、ケアマネジャー等と相談し介護タクシーを利用するなどの介護保険サービスを利用する等の調整を行った。
- 主治医や後方病院への送迎、連絡調整 デイサービスやホームヘルパーの利用
- 家族が遠方で対応できない場合や連絡がつかない場合もあり、突発的な事象に対しては施設職員が受診同行や介護サービス事業者との連絡調整を本人の間に入り実施。
- 施設で受診介助は行っていない。家族が遠方の場合は難しい。
定期受診は訪問介護等を利用して頂いている。
- 基本的には家族が受診の対応をしてくれたが、家族がいない方は、ケアマネジャーと連携して輸送介助の手続きをした。
- 薬を預かり日付けを付けて受診日までチェックする。
- 医療機関へ連絡し受診を行った。
地域の社会資源へも連絡調整を行ない活用した。
- 連携事業所と医師、ケアマネジャーとの入居者に対する見方が相違することがあり、それぞれの立場を尊重した話し合いを実施して、最終的には入居者に選択して頂いている。
- 特定施設利用者の受診は、家族や本人の希望により嘱託医に切り換えている。
- 地域の医療機関との連携をとり受診を行っている。介護サービスについては介護支援専門員との連携をとり適切にサービス調整している。
- 医療機関への受診は、原則ご本人様かご家族様が対応していただくなっているが、毎週2回は施設から希望の受診先まで送りのサービスを行っている。
- 施設内に内科専門だが、クリニックもあり、入居者のほとんどがそのクリニックを主治医とされている。主治医とされる方の新規入居後の初診には必ず同行（ご家族やケアマネジャーも同行可能であれば）し、入居前の生活や今後の生活についての報告、検討している内容を伝えている。
- 受診についても、近隣に総合病院があり、協力医療機関として連携を図っている。
- 受診については、家族の協力を得ているため問題はない。
- 生活相談員から家人へ受診の依頼を行う。受診が困難な家族には、法人内にある訪問介護事業所に依頼している。
- 入居後は協力医の判断によって他科受診可能となる。
- 受診については、本人やご家族と相談して医療機関にかかっていただくよう依頼したり、場合によっては施設側でお連れしたりしている。
- 医療機関と家族で調整した内容を、その都度報告してもらい、身体状況の把握に努めている。
- 受診に関しては、本人・家族の意向を踏まえ主治医と相談しながら病院紹介や受診の手配を行っている。
- 受診への同行や連絡調整を行った。家族などでの調整が難しい場合や家族の代わりに情報提供する必要性が高いケースなどが増えている。また、求められている。家族などのかかわりが希薄な状況である。
- 専門家への受診はご家族へ依頼するためご家族との調整を行う
- 受診日管理と声掛け。予約手配。服薬管理。医療機関とのやり取り。ボランティア・介護サービスの手配。
- 家族は訪問診療を希望していたが、対応する医師がいなく、外来受診となつた。
- 定期受診の際、必要に応じて情報提供を行うとともに、ご家族の付添える日時について医療機関と調整している。
- 緊急時の受診は、すぐに対応が出来ている。定期的な受診についてはご家族の協力を得たり、NPOの活用を進めている。病状の不安定な時や、精神科の受診など、日々の細かな様子を医師につながなくてはならないケースについては、職員が同行するケースが多い。
- 精神疾患の入居者様で、通院は一人で行っていたが、医師へ体調不良を正確に伝えられず、当施設の生活面で支障が出ていた。（認知症のような症状） 家族へ通院の付き添いを依頼したが、難しいと返答され、やむを得ず、生活相談員が通院付き添いをした。半年前に、外出先で転倒していたことを医師へ伝え、脳神経外科の専門医を紹介され、硬膜下血腫と診断された。緊急入院で手術をしたこと、大事に至らなかった。回復され当施設で、生活を継続している。
- 受診の送迎、同行等
- 家族へ医療機関付添の依頼、MSW等との連携、医療機関からの送迎の手配など
- 病院受診のための送迎支援
- 連携している他の機関との情報交換及び、受診・サービス利用の調整。
- 施設が受診が必要と判断をした時には必ず身元保証人へ連絡をしている。必要に応じて付き添いの依頼を行い、困難な場合には施設で対応をしている。
- 入居後の医療機関の受診について、家族からの協力が得られにくい場合もあり、職員が受診に際して付添を行っている。
- 入居者1名に対し、2名の保証人に、受診時の協力を、お願いしている。保証人の仕事状況や距離的状況によって、協力が得られない場合もあった。
- なかなか身元保証人の方々の協力が得られず、当施設が主になって行うものが、多い。
- 歩行に不安がある方で介護サービス実施を勧めるが本人の意志が固く、また家族との連絡がつきにくくサービス開始までに時間がかかった
- 総合病院などに検査に行くなど、家族が忙しく付き添ってもらえないことがあり、職員が対応した。
- 身寄りのない方の緊急受診時など市役所担当者と連絡が取れないときなどの対応を行った。状態の変化に伴いケアマネジャーへ連絡しサービス調整を依頼した。
- 本人の状態に合わせ対応。
- 外部への通院介助は、ほぼすべて付き添い、送り迎えともに行っている。また、受診医療機関の選定も介入して行っている。

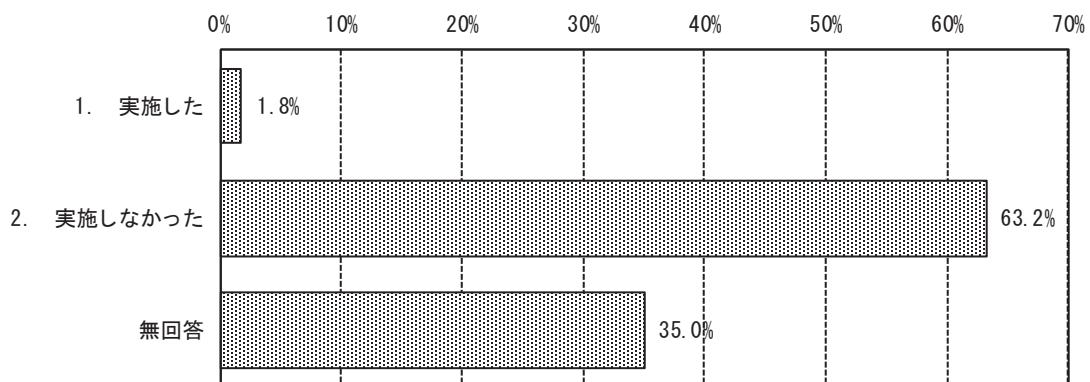
- 在宅からの主治医をもたれ入居後も継続して利用されています。一部県外から来られた方は、家族・本人と調整して近隣の医療機関へ転院してもらっています。
- 硬膜化血腫のため、入退院を繰り返していたので、適宜、対応してもらえるよう医療機関の地域連携室、ご家族と相談をして訪問診療に繋いだ。

(ウ) – 3. Q47-3. その他の取組

「1. 実施した」 1.8%。「2. 実施しなかった」 63.2%となっている。

図 277 Q47-3. その他の取組

(n=337)

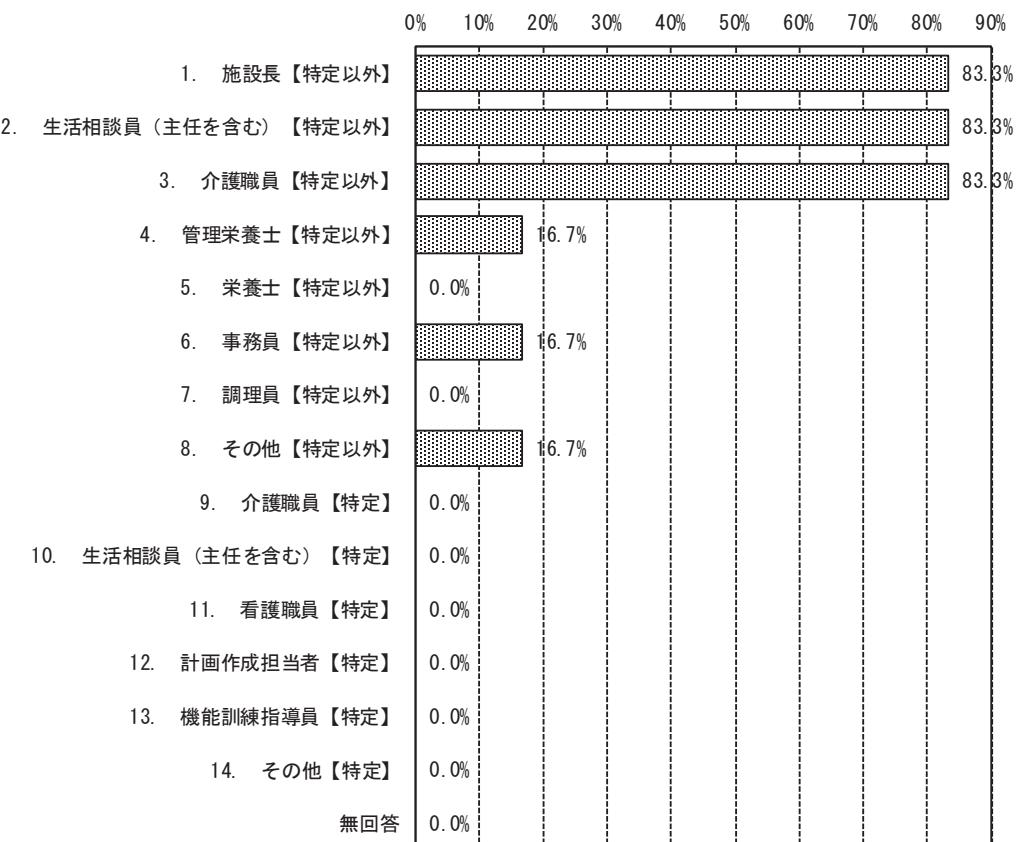


(イ) Q47-3①. 主に担当した職種

特定以外の施設でのみ実施されており、施設長、生活相談員（主任を含む）、介護職員が同等程度担当している。

図 278 Q47-3①. 主に担当した職種

(n=6)

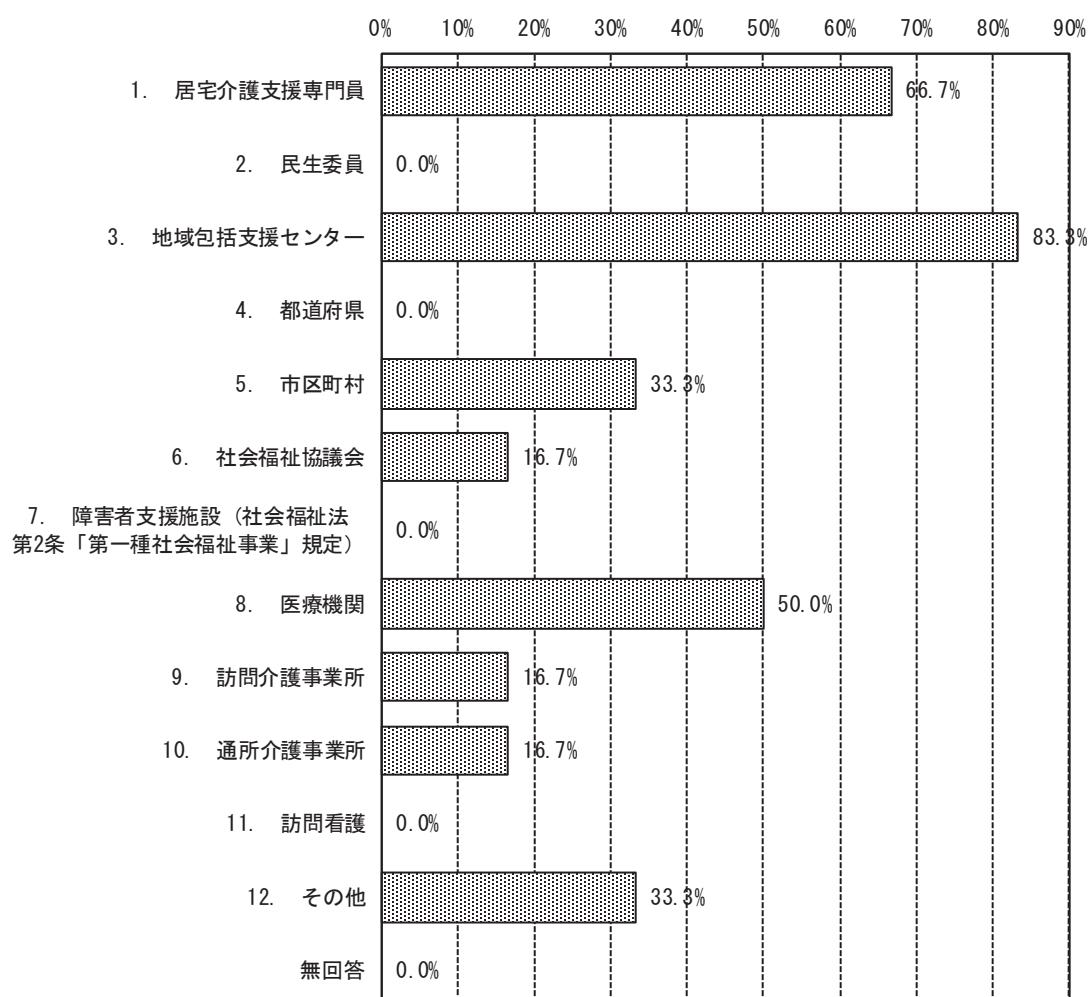


(ii) Q47-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「3. 地域包括支援センター」の割合が最も高く 83.3%となっている。次いで、「1. 居宅介護支援専門員 (66.7%)」、「8. 医療機関 (50.0%)」となっている。

図 279 Q47-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

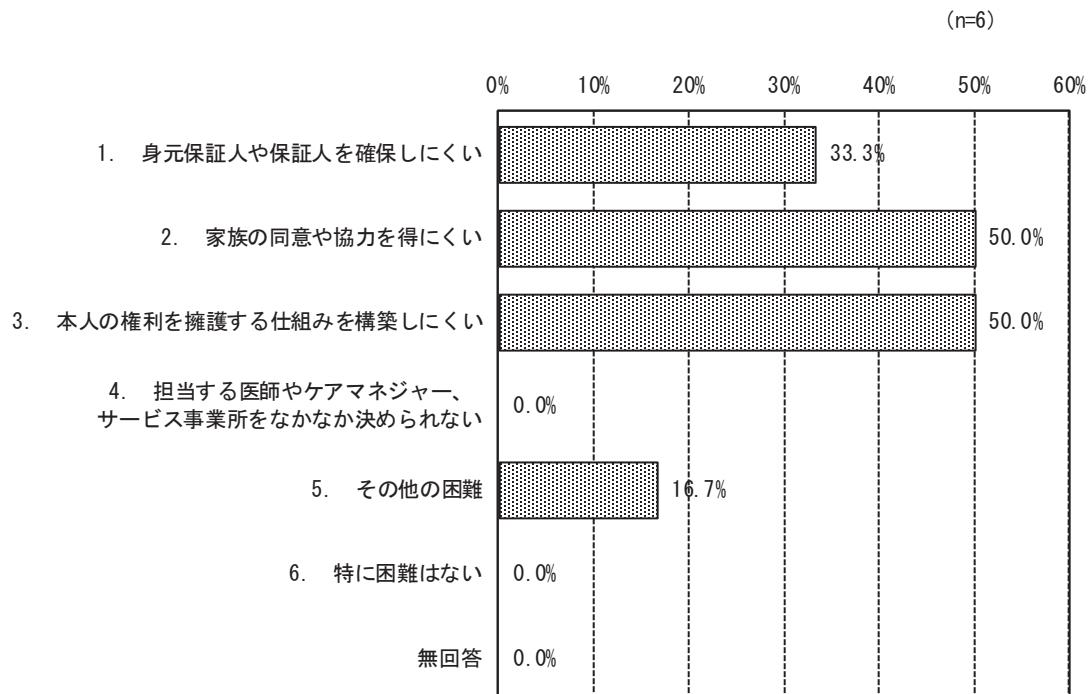
(n=6)



(iii) Q47-3③. 実施する上で困難だったこと

「2. 家族の同意や協力を得にくい」、「3. 本人の権利を擁護する仕組みを構築しにくい」の割合が高く、それぞれ 50.0% となっている。次いで、「1. 身元保証人や保証人を確保しにくい(33.3%)」となっている。

図 280 Q47-3③. 実施する上で困難だったこと



(iv) Q47-3④. 具体的な支援内容や結果

図 281 Q47-3④. 具体的な支援内容や結果

- | |
|--|
| ・ 入居者支援を行うにあたって、身元保証人や家族に理解してもらえるよう努力している。 |
| ・ 入居者が携わっていた事業の縮小の為の手続き。ボランティアの行政書士との交渉、事務所の片づけ等。無駄な出費を抑えることができた。 |
| ・ 認知症が進行し、できない事が多くなっているが、関わってくれる家族がいないため、必要な情報を提供し、サービス調整につなげる。しかしながら、負担金などの問題があり、多くの負担ができなかつたり、家族がお金のことだけは口を挟み、必要なサービスが利用できなくなる場合もある。 |
| ・ 双方の利用者、家族から事情の聞き取り。後の対応の調整。 |

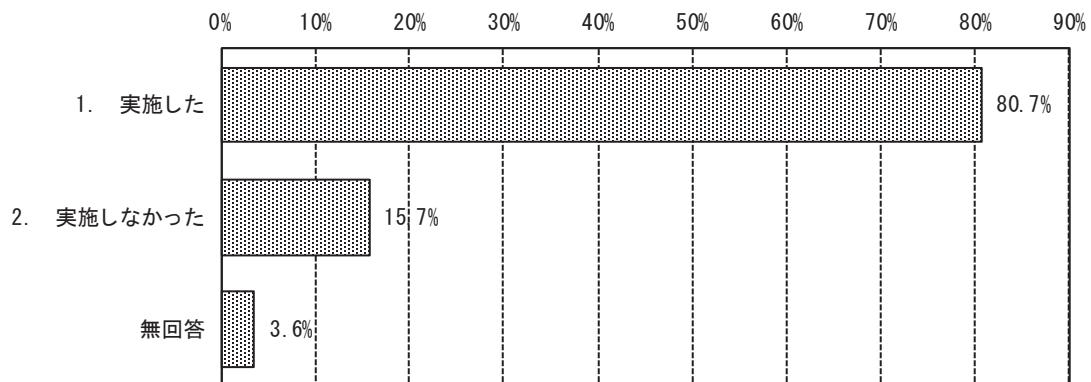
(工) 入居生活中の支援

(工) - 1. Q48-1. 入居者の社会性向上や生きる意欲づけ、自己肯定感の向上支援

「1. 実施した」 80.7%、「2. 実施しなかった」 15.7%となっている。

図 282 Q48-1. 入居者の社会性向上や生きる意欲づけ、自己肯定感の向上支援

(n=337)

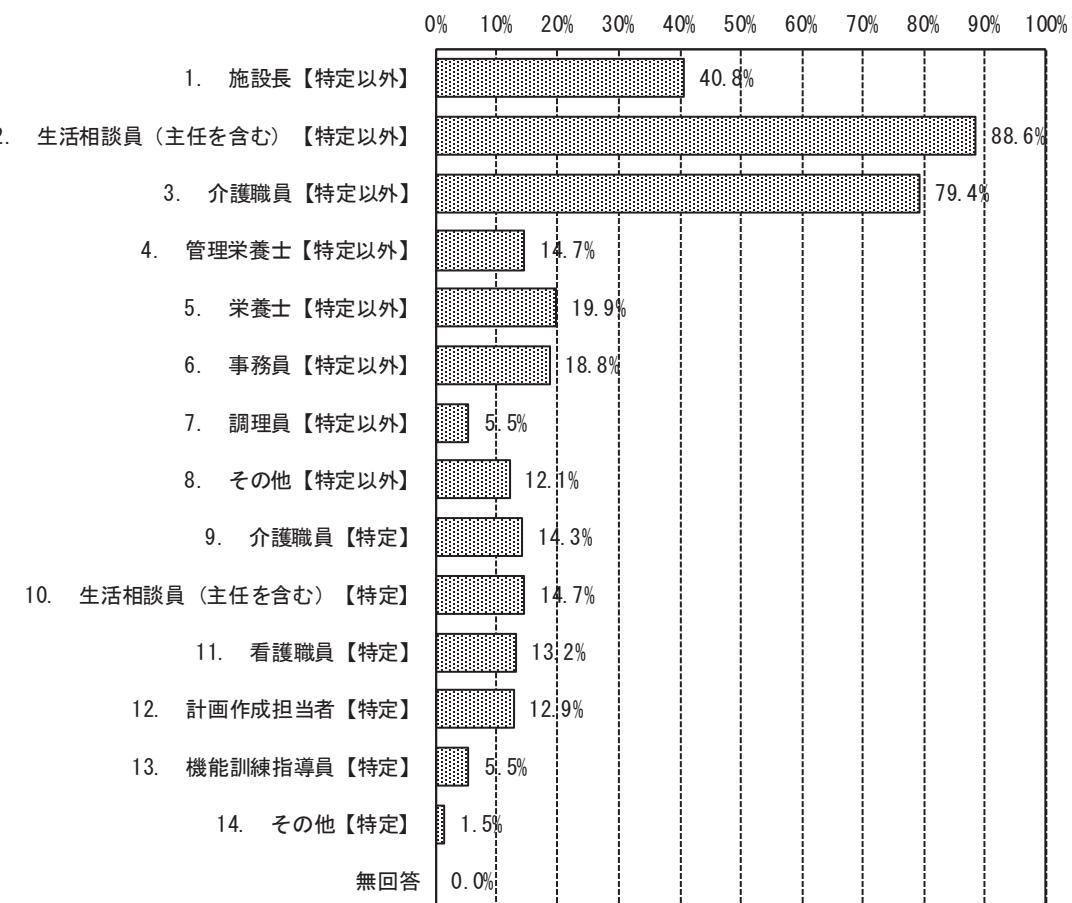


(i) Q48-1①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 283 Q48-1①. 主に担当した職種

(n=272)

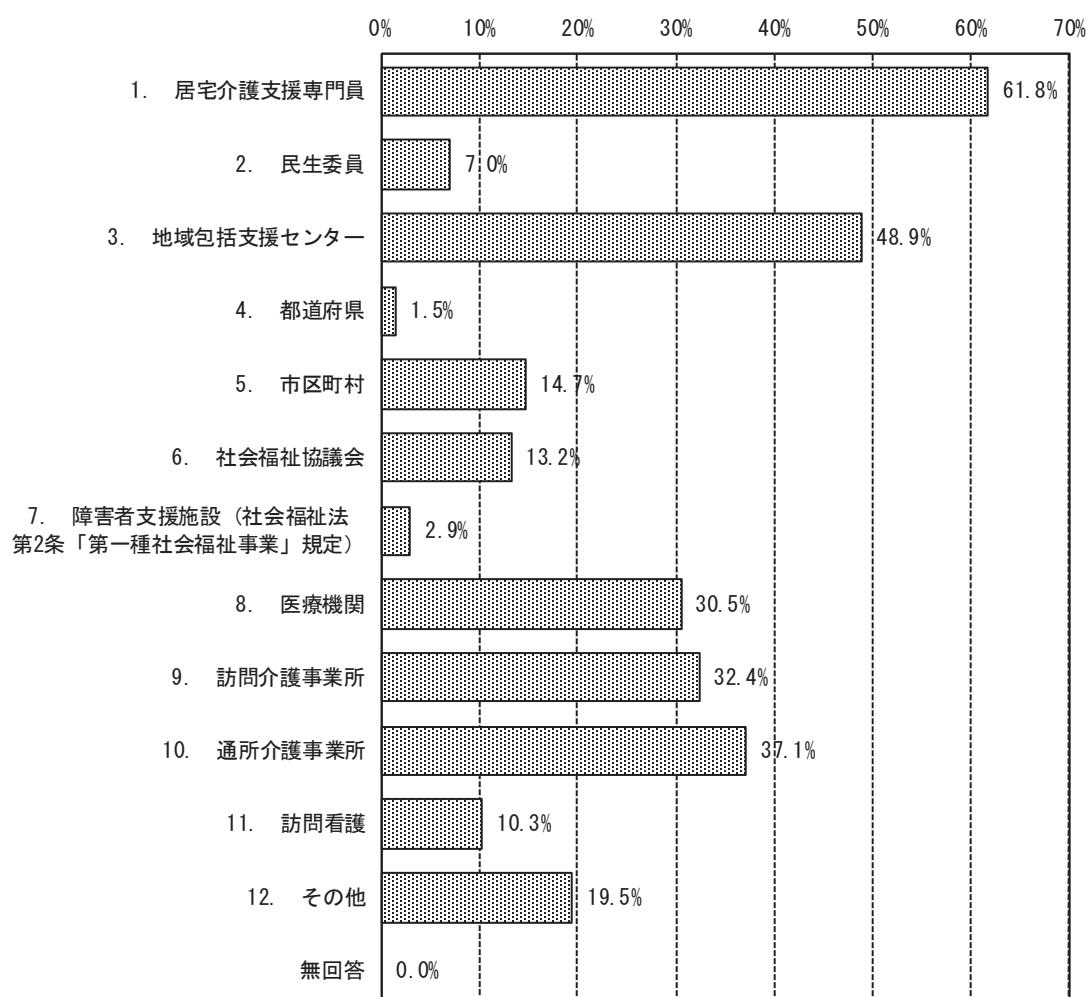


(ii) Q48-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 61.8%となっている。次いで、「3. 地域包括支援センター（48.9%）」、「10. 通所介護事業所（37.1%）」となっている。

図 284 Q48-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=272)

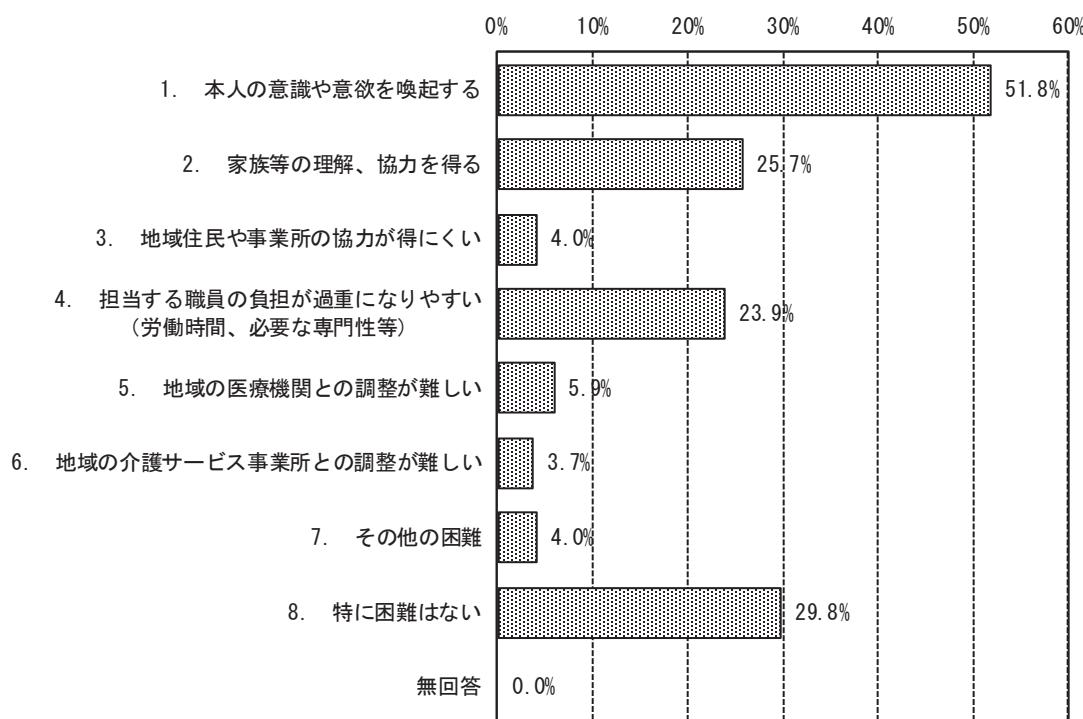


(iii) Q48-1③. 実施する上で困難だったこと

「1. 本人の意識や意欲を喚起する」の割合が最も高く 51.8%となっている。次いで、「8. 特に困難はない (29.8%)」、「2. 家族等の理解、協力を得る (25.7%)」となっている。

図 285 Q48-1③. 実施する上で困難だったこと

(n=272)



(iv) Q48-1④. 具体的な支援内容や結果

図 286 Q48-1④. 具体的な支援内容や結果

■ 支援内容

- ・ 時期折々の行事への参加（初詣、節分、花見、七夕、夏祭り、敬老会、餅つき、クリスマス）
誕生会での料理作り
年一度の日帰り旅行（主としてみかんやりんごの果物狩り）
- ・ 地域サロンなど、地域に出る活動を支援。また施設内行事や趣味の活動を多く実施。
- ・ 各種事業所と連携し、必要な介護サービスを利用もらっている。
心身機能低下防止のための運動をしている。
“作業の日”を設け、新聞でゴミ入れを折り、それを併設施設で使用している。
不安等に対する相談を随時受けている。
- ・ 施設行事や日課への参加呼びかけにより、同居者との連携を深めるよう図っている
- ・ 透析利用者への療養食の提供、水分制限の援助。
- ・ 自主的な生活習慣を促す。（血圧計・体操・カラオケ）
- ・ 趣味活動の支援や、施設から各種サービス提供した。個人的な話題について、時間を作つて親身に対応した。
- ・ 生活上で困っていることがないかを聞き取つたり、本人からの要求や訴えに傾聴する
- ・ プロジェクターにて大画面の映画上映会を定期的に開催。日々の生活に楽しみを持っていただけるような形になっている。
- ・ 入居者支援について、本人に理解してもらうよう努力している。
- ・ 地域での交流事業に参加していただいたら、施設が実施する地域交流事業に積極的に参加していただいている。
- ・ ケアマネジャーの仲立ちで入居に繋がった人の保証人に、疎遠だった家族になってもらつた。それがきっかけで施設によく訪問され関わってくださるようになった方がいる。
- ・ 生きがい作りの支援のため、お花や習字のクラブの実施、お花見や盆踊りなどの行事の開催。俳句や作品などを作り地域のイベントや文化祭などに出展。

- アレルギーのある入居者に対し、医療機関・施設・通所事業所で話し合いを持ち、それぞれ対応することを確認しあった。
- 趣味で作った作品等を各展示会に出展し意欲を出してもらっている（短歌 習字 手芸等）
- 外食、お花見、ゲーム大会、日帰り旅行、作品作り、クリスマス会、お楽しみ会、餅つき大会、離茶会等
- 帰宅時間が遅い方に関しても、環境や連絡方法を改善したり、リスクが多くなる事案でも自己決定を大事に、希望にそういうな話し合いをしている。またご家族とも情報の共有をしている。
- アンケートを実施
- 余暇活動や趣味活動、サークル活動などは参加しやすい内容の検討や選択肢の幅を持たせるなど工夫を行ったり、達成感が持てるような活動を増やしている。また日常の援助の中で個別に目標を持てるような会話やかかわり方を意識している。
- グラウンドゴルフを通して、地域の人や入居者同士のコミュニケーションを深め、大会などに出場することにより、自信にもなり、生きる意欲づけになった。
- 職員が入居者に感謝するような機会を日常的に仕掛けている（施設内の飾りつけ、施設周りのゴミ拾いなど）
- 併設された保育園での園児見守り。学童保育へ向かう子供達の見守りを担っていただく。責任を任せられることで、健康に気を配られるようになり、生活にめりはりが生まれた。
- 地域の社会資源を活用した体操教室やフラワー・アレンジメント教室、カラオケ交流会等の趣味や交流の機会を設けている。
他利用者との交流や、自分で何かを作って人に見せたり批評し合ったりすることが生活の張り合いにもなっている。
- 地域のイベント情報の提供、毎月、氣功教室の開催にて心身のリフレッシュを図る、ドライブや誕生会の行事を予定する
- 各入居者が行っている趣味の作品等でケアハウス作品展を開催し発表の場を設けている。外部の作品展への出展や見学。
- 地域主催のグラウンドゴルフ大会への参加を呼びかけ参加していただく事で、地域交流を図る。また、市の主催する文化祭に入居者作品を出展することで、意欲の向上が図られた。
- 体操、大正琴、書道、茶道、生け花等各教室や年中行事の開催
- 入居者の希望に沿えるような行事などを設定し実施した。
- 必要な場合に応じデイサービスを利用し活気の向上や、訪問介護を利用し環境を整えている。
- ふれあいきいきサロンへの参加
- 外出支援・介護予防の実施　社会的交流、社会情勢の把握、生活意欲の向上
- ある女性、糖尿病の疾患がありインスリン自己注射あり、うつ病の既往があり他入居者との関わりが少ない中でも気が合う方と談笑されている。通所介護利用時やケアハウス内でのカラオケに参加を促し笑顔で歌われている。テーブル上の一輪ざしの花も生けていただき他の入居者から感謝されておられる。
- 毎月、利用者様が楽しんで参加できる催し物を検討し実施しているが、行事のマンネリ化となっている。個別に趣味や得意な作業の継続を援助したいが職員不足となってしまいなかなか実現できない。
- 外出行事や四季の移ろいに応じた行事の開催。
- 本人の希望を確認の上、訪問介護、通所介護の利用を調整。
- いろいろな行事への参加呼びかけ
入居者同士で語り合える空間の設置
- 食事の提供、医療機関受診対応、リハビリ体操を行う。
- 入居者一人一人の性格・能力に合わせた身体的、精神的な向上手段を連携機関の担当者と相談しながら、当事業所でどう対応すべきか計画し、実行するようしている。事例としては、パワーリハビリに通って筋力維持を図る方、事務作業の手伝いを依頼して脳トレを図る方等の向上策を計っている。
- 利用者に対し、外部で行われている体操教室やレクリエーション活動などを掲示し、都度お知らせをしている。
他、意欲低下の著しい利用者に対し、介護保険サービス利用で意欲向上出来るよう、手続きの手伝いをしている。
- 誕生会、季節行事、ドライブ等を行うことにより、日々の生活に変化と潤いを持って頂くことができた。
- 地域の活動（避難訓練）に参加したり、施設内でも役割の創出をしている
- 何か問題がおこった時に入居者さまから話を傾聴する。必要であれば助言を行う。
- ご本人の環境適応に従って体操や行事参加に声をかけた。ご本人の生活ペースを乱さないことを確認した。
- 社会福祉協議会へ連絡し「ふまねっとサポーター」や「傾聴ボランティア」の協力を得て来所していただいている
その他、入居者の申し出により希望の個別対応支援を行っている
- 入居後の医療サービス、福祉用具を始めとする健康管理・生活支援へのアドバイス。
- 毎月のクラブ活動（書道、絵手紙クラブ、生花クラブ）、定期的に開かれる外部ボランティアの慰問の催物などを開催。
- 利用者一人一人の個別希望処遇。入院した入居者に職員が面会を行っているが、入居者が「帰りたい」と強く思ってくれる。年に1回食事のアンケートを行い、入居者の主体性を大切にしている。
- それぞれの人生観や価値観に配慮しながら、個々に合わせた支援や働きかけを行えるように努めている。自己肯定においては、入居者同士の関わりが重要と考えており、職員が潤滑的な役割でサポートしている。
- 入居者同士の交流や身体機能の維持、生活意欲の向上を目的とした行事等を企画し、社会性の向上や意欲づけを図った。

- ・ さまざまな行事やクラブ活動を実施しているが、中でも併設の老人保健施設と共同で納涼祭や地域高齢者を招待した合同敬老会を毎年実施し、余興を楽しんでいただくのはもちろん、地域の方との交流機会を持ったり敬老会では長寿（最高齢・白寿・米寿・喜寿）の方をお祝いしたりしており、入居者の方に大変喜ばれ施設生活の糧にしていただいている。
- ・ クラブ活動（音楽、水彩画、おやつ作り等）への参加を促す。医師による月1回の相談会開催、外部講師による健康教室参加による暮らしの大切さの意識づけ。
- ・ 存在意義を感じていただくために、個別に役割作りをしている。またできないことに目を向けるのではなく、できることに目を向け能力を生かすことができるよう日常生活やレクリエーション等を援助している。
- ・ 趣味活動への支援行事企画等、地域のサークル活動の紹介・広報
- ・ 行事の充実。健康維持のためのラジオ体操（毎日）、健康体操（週1回・60分）、散歩（週1回30分程度）、イス坐禅会（週1回）、外出機会の創出のための買い物ツアー（週1回）、バス遠足（月1回）、趣味活動のための習字教室（月2回）、ぬりえ教室（月2回）、詩吟教室（月2回）、カラオケ教室（月2回）、合唱クラブ（月2回）、特別食の提供、個室での相談日の実施など、さまざまな取り組みにより、なるべく多くの入居者がフォローできるように支援している。
- ・ 行事・クラブ活動 家庭的な穏やかな雰囲気でコミュニケーションを大切にする。
- ・ 買物レク・ドライブレク及び生花クラブ等の行事を行い、意欲づけに繋がる支援を行っております。
- ・ 月2回のウォーキング時に、施設周辺のゴミ拾いを実施することによって、地域の一員としての自覚を持つよう支援している。
- ・ ご入居者の得意とする分野をボランティアとして活動している場合、（手芸の講師等）活動をサポートできるよう受け入れ先（デイサービスセンター）と連携している。また、特養にご入居している妻の世話を毎日いかれる方がいるが、妻のご入居している特養の職員と連携しながら、移動が安全に出来るようしている。飼い犬の世話が十分にできなくなったため、施設職員が協力しながら世話をしている。本人が愛犬と過ごす時間を作っている。ケアハウスでの余暇活動を提案し、実施している。
- ・ 利用者の趣味である音楽療法をボランティアで探した。
- ・ 自主的な生活習慣を促す。（血圧計・体操・カラオケ）
- ・ 不安などがある時には、隨時、話を傾聴し、助言を行った。
元気で働く意欲がある方には、働き場所などを提供し、働くことで役割を持つことができ、意欲を持って生活ができた。
- ・ お誕生日の外出、家族との家族会等
- ・ 各種行事やイベントの多様化と工夫を行っている
- ・ 積極的に施設外行事を実施し、社会との関わりを持てるように支援したり、クラブ活動等も入所者の意見を聞き、やってみたいと意見があがったものは積極的に実施した（園芸クラブ、映画鑑賞会、おやつ会、演劇やニュージカル等鑑賞へ外出）
- ・ 生きがい対策として、入所者の知識や特技を活かして主体的な活動の機会や交流できる場を設けることで参加を広げ、その人らしい生活ができるように支援した。行事や趣味など聞き取りを実施し、そこからニーズをくみ上げ実行する。
- ・ さまざまな集会やクラブ活動をボランティアによって指導、実施して頂いている。
- ・ 様々な施設内行事及び施設外行事を企画し、参加を促した。
- ・ 地域の保育所、小学校の行事には参加の希望者がなかなかいない。個別に墓参りに行ったり、小旅行などボランティアさんなどお願いして対応した。
- ・ 日常生活上状態の変化が生じた際、次の行き先が決定するまでやサービス調整がされるまでの間、施設職員での支援を行っている。
- ・ 常に困りごとに対しては、隨時対応。習い事に行きたいという希望があれば、教室を探す。何かやりたいけど、何をしていいのかわからないという方には、提案など。
- ・ 出来るだけ部屋に閉じこもらないようにレクリエーション活動、趣味活動、デイサービス、近隣の行事に参加してもらっている。
- ・ 参加人数は少ないながら、サークル活動を継続して行っている。

■ 課題

- ・ 参加人数は少ないながら、サークル活動を継続して行っている。
- ・ 行事を含め、入居者1人1人についても、その時必要な支援の対応をおこなっているが、入居者の受け入れが難しく結果には結びつかない。
- ・ 障害を持つ入居者の方がケアハウスでの生活を覚るために一時的にマンツーマン対応することがあった。どの程度理解できるのかを把握することが難しかった。（専門性の必要性）
- ・ 個別アセスメントをシェンパワメントするためのストレング視点を発見することに時間を要した。
- ・ 金銭面の理由が大きくご家族も援助が難しいため介護サービスの利用が望ましい人に対してサービスの利用に結び付かない。ご家族に対応してもらうにも仕事をしておりますように来られない。
- ・ 介護予防や生きがい活動の充実に努めているが、職員数の不足により、担当する職員の負担が過重になりやすい。
- ・ 本人のやる気がない。また本人はやる気があっても、事故のリスクがあり難しい。なので施設内で出来ることをやっていただくが、他の入居者からクレームや嫌み等言われ、出来ないことが多かった。
- ・ 年齢的な身体能力などの低下により、閉じこもりがちになる方が少なくない。また認知症の発症により、被害的な見方が多くなったり、混乱されることもある。主に日常のかかわりの中で、励ましや、傾聴、声掛けを実施。必要時は物忘れ外来の受診を勧めることもある。

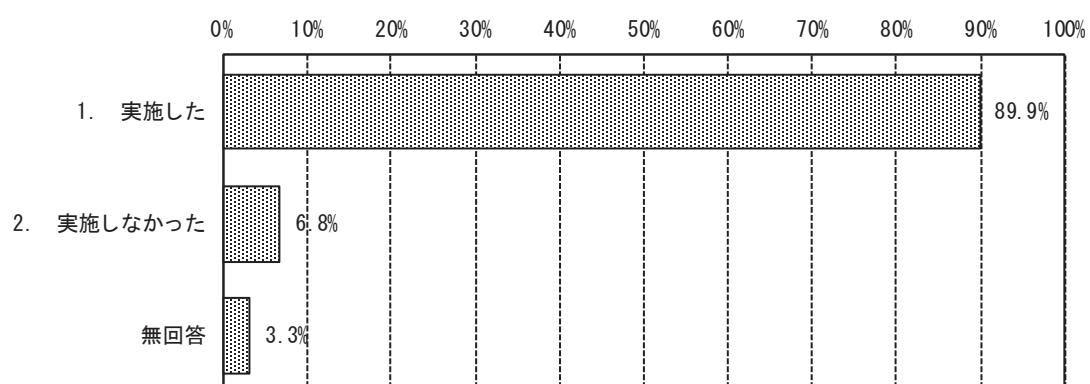
- ・ 自活力維持に働きかけるアプローチの構築と実施。その過程でご入居者様の向き不向き、理解度の違いから、円滑な進行が難しい状況はある。
- ・ お一人にかけられる時間も多くはないためにやりたいことと出来ることの差が生じている。
- ・ 施設で個別援助計画を作成し、個別援助計画に基づいて支援を行っている。必要に応じて、ご家族・関わる外部関係機関との調整・連携を実施。ご本人の意識・生活向上に向けた支援計画となっているが、ご本人の意識が低く、計画遂行に難しさを感じている。
- ・ 施設に入居したら施設任せになってしまふご家族もおり、なかなか協力を得られない状況にある。また、入居者の社会性の向上や生きる意欲付けをするにあたり、入居者と職員との思いにも差があり、入居者に対してうまく動機づけをする事が難しい。
- ・ 仕事に就きたいと希望する入居者さんに対し、人材派遣会社、シルバーパートナーやハローワークを紹介・支援した。一度は、病院給食の食器洗いのアルバイトに就いたが、仕事がきつくなってしまった。
- ・ 日常生活中の声掛け、コミュニケーション、編み物が得意な方に編み物を依頼するなどの役割つくり。ただし、全員に役割を作ることことは難しい
- ・ 自ら動くという気持ちには、なかなかなって頂けなかった。

(工) 一2. Q48-2. 外出、社会参加（地域交流を含め）支援、及び介護予防や介護サービスの支援

「1. 実施した」 89.9%、「2. 実施しなかった」 6.8%となっている。

図 287 Q48-2. 外出、社会参加（地域交流を含め）支援、及び介護予防や介護サービスの支援

(n=337)

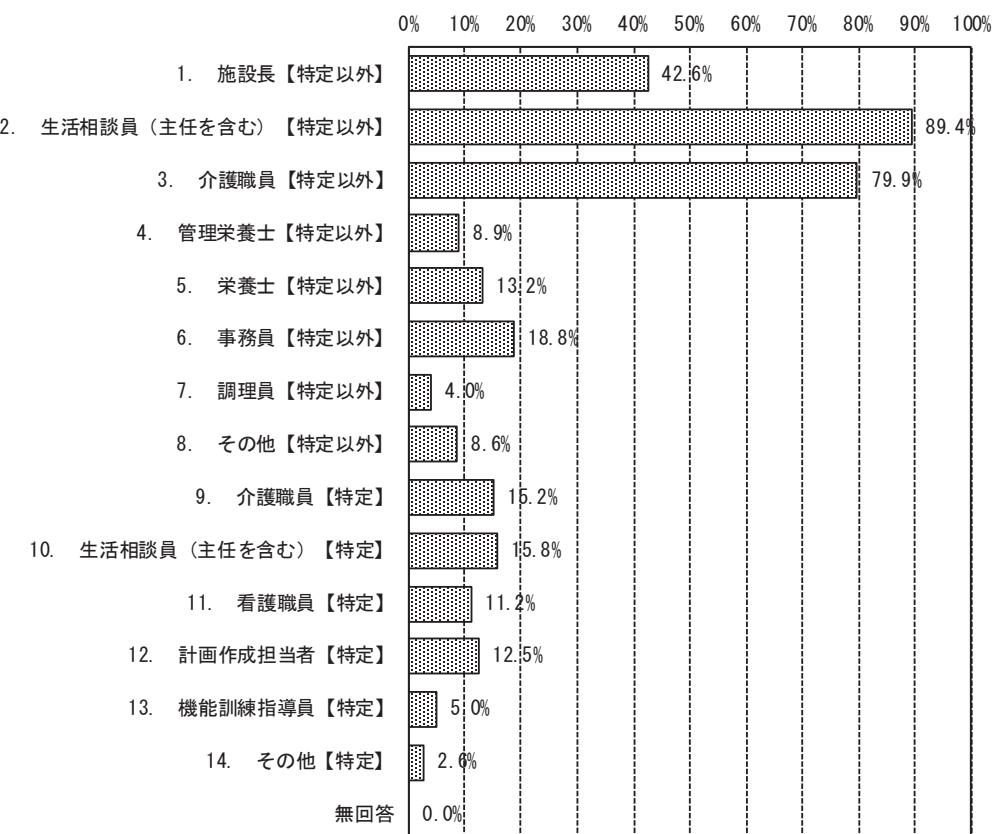


(i) Q48-2①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 288 Q48-2①. 主に担当した職種

(n=303)

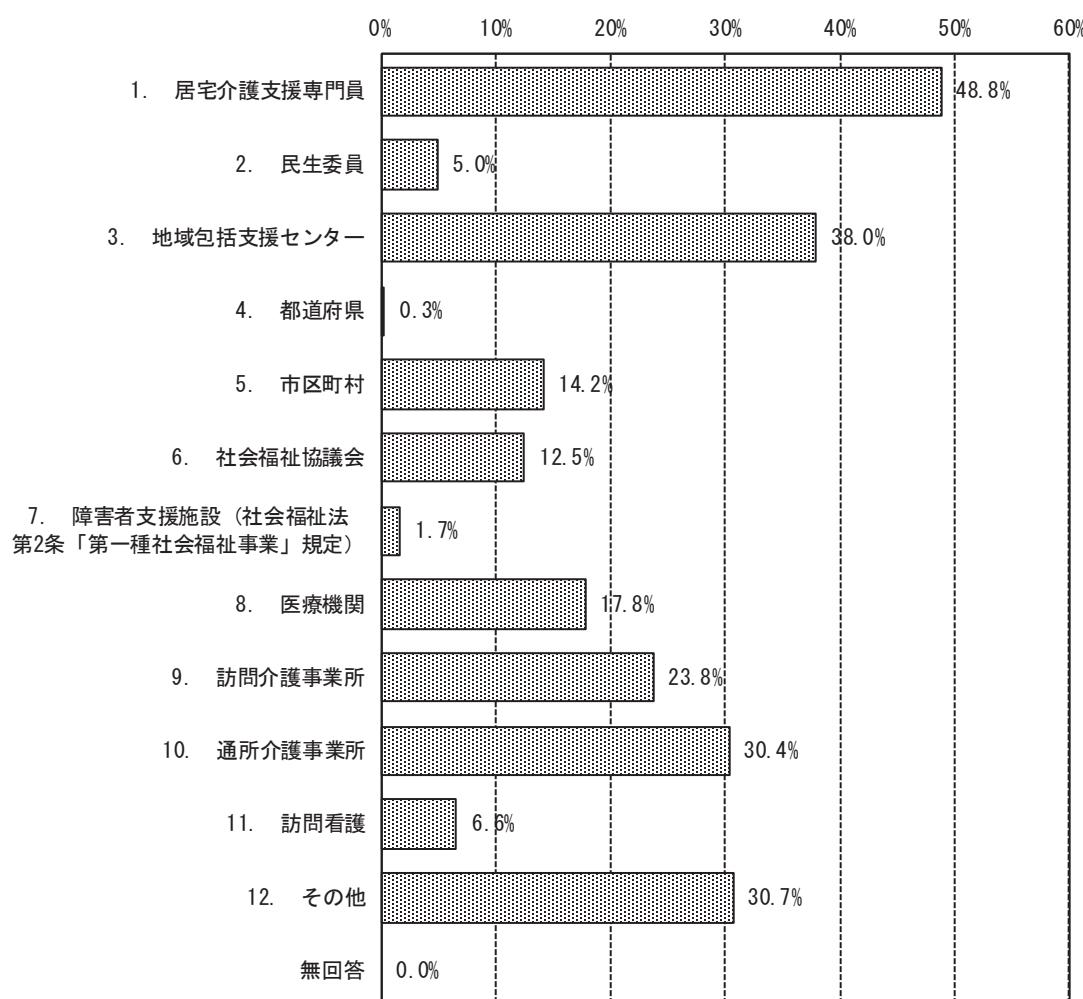


(ii) Q48-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 48.8%となっている。次いで、「3. 地域包括支援センター (38.0%)」、「12. その他 (30.7%)」となっている。

図 289 Q48-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=303)

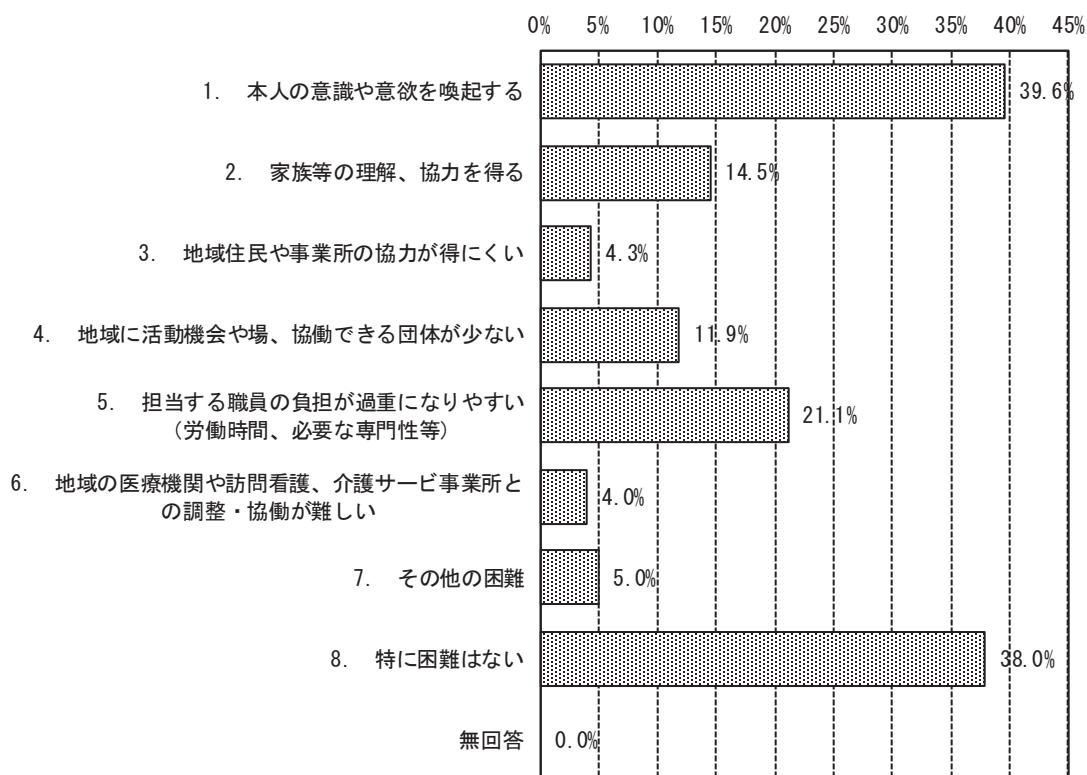


(iii) Q48-2③. 実施する上で困難だったこと

「1. 本人の意識や意欲を喚起する」の割合が最も高く 39.6%となっている。次いで、「8. 特に困難はない（38.0%）」、「5. 担当する職員の負担が過重になりやすい（労働時間、必要な専門性等）（21.1%）」となっている。

図 290 Q48-2③. 実施する上で困難だったこと

(n=303)



(iv) Q48-2④. 具体的な支援内容や結果

図 291 Q48-2④. 具体的な支援内容や結果

■ 地域の催事、外出に関する支援や課題

- ・ バラ祭り会場へのドライブ、市主催の福祉祭りへの参加、地元敬老会への参加
- ・ 買い物や地域への外出活動・行事の開催。
- ・ 定期的に外出サービスを企画し、実施している。
- ・ 介護予防、事故防止のためそのリスクがある方に対し、日中はデイルームで過ごしていただき、職員の見守りのもとアクティビティの提供や、必要な介護、居室への引きこもり防止などを目的とし毎日実施している。
- ・ 四季の花見外出、食事（外食）や日用品の買い物、墓参等を目的にして、外出機会を設定する他、日々の日課として定時の体操運動時間を設け、心身の健康を維持できるように図っている。
- ・ 外出行事や地域の幼稚園児との交流の機会の提供等。
- ・ 地域そば会の参加 外食行事
- ・ 金銭管理を自己管理しているが一人では金融機関に出かけられない方への外出サービス。各種バスハイクを企画して生活に楽しみと刺激を持っていただいている。施設内で提供する各種イベントにお誘いしている。
- ・ 外出や訪問の行事への参加を促したり、必要な介護サービスの調整を行っている
- ・ 季節に応じた行事にて、初詣やお花見へ外出。季節感を肌で感じながら、他の入居者とも交流を深めていただくことが出来た。
- ・ 入居者が前向きになれるよう努力している。
- ・ 地域行事の参加や、年間行事に外出行事を計画し、支援を行っている。季節に合った取り組みを行い事で外出の機会と季節感を感じてもらう事ができる。
- ・ 外出行事、地域交流事業の実施
- ・ 地域のボランティア団体を招き、交流を促している。また、地域の学校行事に参加している。
- ・ 地域清掃等出来ることで参加していただいている。
- ・ 年2回バス旅行や地域イベントに参加。外出時のタクシーの手配、身なりの整容
- ・ 施設行事として外出や交流イベントを様々実施。
特に地域交流には力を入れ、中学校との交流会や地域との交流イベントにも積極的に参加。
宣伝効果も狙い、入居者様用のボランティアスタッフジャンパーも作成し地域のボランティア活動に参加。
平日は必ず体操・レクリエーション時間を設け、職員分担で先導している。
介護サービスでは補えない服薬確認やセッティング、安否確認等を入居者様の実態に応じて対応。
- ・ 食事会やショッピング、ドライブ等の外出支援を行う。また、市内にある老人クラブの方々と交流会の開催。（カラオケ大会等）
- ・ 希望があれば地域の文化祭や展示会などの外出支援。年に3回地域の小学校との交流会の開催。
- ・ 個別支援による希望実現、サークル活動等による打ち上げ、春・秋・正月に外出行事を組んでいる。
- ・ 各季節ごとの行事に参加をすすめる。
- ・ 社会見学など。
- ・ 地域の運動会、文化祭などに見学外出、遠足外出
- ・ 外出する行事を多く設定しており、買物や食事とともに実施。外出は自由であり、市内のサークルに参加される方や仕事をされる方もおられる。
- ・ 施設で行う行事への参加働きかけ。
- ・ 一人で外出出来ない人について、介護サービスでヘルパーの付き添い等利用できるようにする。
- ・ 外食、日帰り旅行
- ・ 認知症であっても、一人で、通院、外出が出来るように、通院時に病院との連絡を取り合い、所在確認と、処方箋の確認等、連携をとっている。
- ・ 参加された入居者、地域の方からは好評で、次回の開催希望も頂いている。ケアハウス入居者対象で、年2回の親睦旅行、お花見等実施している。行き先は入居者の希望を伺い、できるだけ意向に沿って決定。
- ・ 社会参加のため、職員が運行するルートバスを利用して外出できるよう支援を行っている。
- ・ 年間の予定ではバスでの外出レクなどを定期的に実施。個々に町内会や老人クラブに参加している入居者もいるため情報交換等行っている。
- ・ 展示会や音楽会の鑑賞など、外出を支援した。毎年の参加を楽しみにしている。
- ・ 地元の小学校の生徒らと、手紙のやりとりを通じて、交流を行う。学校関係者には、最初なかなか軽費老人ホームという施設が理解できず、單にかわいそうなお年寄りがいる老人ホームという認識であったが、交流を続けるうちに徐々に関係者の理解が深まった。
- ・ 一般住民と同じように地域の敬老会やゴミ拾いに参加している。体操は入居者、地域住民が混然一体となって行っているため自然と社会参加となっている。
- ・ 地域の老人会で行っている農園の収穫祭に参加させて頂いている。
- ・ ケアハウスの企画する外出行事に参加することに消極的な方への支援が難しい。（自分が行くことで迷惑がかかる、歩行が大変など）
- ・ 季節ごとに外食や外出の機会を設けている。これを大きな楽しみとしている利用者も多く、ケアハウス内の話題にもなる。また、年に1、2度、法人全体でのお祭りイベントもあり、地域住民も様々な形で参加される。入居者も歌等披露するので、その練習もあり、大きな楽しみとなっているもようである。

・ 地域の屋外清掃を実施しています。
・ 市（社会福祉協議会）が開催している習い事への参加で趣味を持ち外出の機会へつながった。
・ ご本人の要望に沿った個別外出や地域行事への見物等の支援をしている。
・ ご家族をお誘いし共に外食等の機会を確保している。
・ 初詣・外出等、四季折々を感じていただける外出行事を企画実施している。また定期的な送迎サービスを利用していただき外出行事の支援を行っている。
・ 散歩やシルバーセンターでのボランティア活動、バスハイク等の小旅行
・ 定期的なショッピングや行楽行事などの外出支援を実施
・ 近隣の介護施設との交流（夏祭り、慰問等）
・ 外部講師への委託
・ 全盲の入居者、キーパーソンは県外の弟（障害者）70歳代で若いが、全盲のためケアハウス外の外出は少ない。ガイドヘルパーの利用を導入しバスで市内まで買い物に出かけたり、盲人会の行事に参加されるようになった。
・ 近隣の学校や保育園の行事に参加していたが、入居者のADLの低下により、外出に職員の人数を確保しないといけなくなり、行く回数が減ったり、限られた方しか行けなくなつた。
・ 近隣施設との交流が持てている。ボランティアによる行事の際は近隣施設や近隣住民の方たちにも声をかけ参加していただけている。今後も継続予定である。
・ 個別での外出支援
・ 地域の公民館活動への参加、送迎など調整を行った。
・ 随時入居者の希望する店での理美容対応、初詣や紅葉狩り等外出を行った。 自法人や他法人の介護サービス利用に関して調整を図り利用への支援を行った。
・ バスツアー（花見・紅葉ツアー）
・ 毎月、季節に合わせた外出行事を企画している。また、ボランティアによる講演会や演芸会も実施している。
・ 気分転換を図るため、施設行事としてバス旅行などの外出の機会を設けている。 他、地域交流につながるよう地域住民と公園を共に清掃したり、町内夏祭りに利用者と参加している。
・ 1日旅行を年2回実施している。
・ 意欲の低い方の「やる気」をひきだすことが難しい
・ 地域で行われている行事の参加、文化展に出演する。
・ 外出支援で散歩のボランティアに来てもらう
・ 夏から秋にかけて、参加者を募りバスレクに出掛ける 入居者がボランティアグループに入会し、各所へ出向き交流会を行っている
・ 各ボランティアグループに来所していただき交流会を実施する
・ 季節ごとのドライブなど
・ ボランティアの協力による自立支援体操、外出レク、買い物送迎等を通じた健康管理及び社会参加支援
・ 地域のまつり（当施設が開催）で子どもとの交流や地域の方との交流による生きがい作り
・ 毎週水曜日に、地域の方が、当施設の地域交流スペースを利用している。その場に、入居者も参加する事で地域の方々との交流の場が生まれている。 公園ピクニック、喫茶店、アウトレットモールなど外出を計画して実施している。
・ 地域のお祭りに参加し地域交流をしている（場所・駐車場を会場に貸している）。地域で行っている太極拳の方へ施設の娯楽広場を提供している。職員や利用者様も時々参加し交流をはかっている。
・ 全体で行う外出行事や個別の希望処遇で外出を促す。毎月1回、金融機関への送迎を行っている。
・ 毎月の外出企画又は随時ボランティアの受け入れを実施し、社会参加支援に取り組んでいる。外出については入居者の心身機能に配慮し、企画している。レベル低下などの対応が課題でもある。
・ 外食や季節に応じた外出行事、また地域の催し（祭り、敬老会）などに参加できる機会を設けている。また、「介護サービスを利用したい。」「サービス内容を変更したい。」といった申し出に対して、ケアマネジャーや関係機関などと連携し、適切なサービスが受けられるよう支援している。外出行事では、帰設された際必ずと言っていいほど「良かった。」「楽しかった。」「また連れて行ってほしい。」と言った声が聞かれる。また、介護サービスの利用についても、困っていたことが解消し満足されている方が多い。
・ 毎年、市内の神社に初詣に行ったり、桜の時期には花見に行ったりと外出の機会を設けている。また、地域のいろいろなボランティアグループの方達が毎月慰間に来て、入居者の方達と交流を図る機会がある。
・ お花見・遠足等、施設で定期的に外出の企画を立てている。
・ 買い物や外食企画を定期的に開催。参加者に偏りはあるものの、入居者の楽しみとなっている。
・ 体力維持の体操（DVDの映像をみながらの体操や間違い探し・音読等を実施）。参加者に偏りがあるものの、入居者の生活リズムの1つとなっている。
・ 旅行や買い物などのイベントの実施。 要支援・要介護となった方たちへの事業所紹介や説明、調整
・ 自治会の案内による、健康維持活動への参加。釣り振興会よりライフジャケットを無償にて貸与してもらい釣り場情報も提供してもらった。赤い羽根共同募金より、自動車の購入補助をいただいた。
・ 外出など行うが一度に外出できる職員・入居者の人数が限られてしまうため参加入居者の調整などに苦慮する。
・ 施設内でのレクリエーションやクラブ活動、買い物ツアー・バスハイク等の外出行事、他機関との連携。
・ 個別やグループでの外出の支援を行っている。
・ 地域そば会の参加 外食行事
・ 全般的には月に2度のショッピングや月に1度の外食（昼食）を実施している。
・ 当法人で、町内会の賛助会員となり、町内の歌声サロンの案内を頂いた。当施設の入居者がサロンに参加され、町内の住民の方と交流することができ、喜んでいる。

・ お花見、ドライブ、食事会等
・ 入居者及び職員による、施設周辺道路のゴミ拾いボランティア活動の実施
・ 月1回の外出行事を開催し、ご利用者間との交流、地域とのふれあいの時間を作る。
・ 地域の文化祭、お祭り等行事に参加（外出支援）、他施設とのレクリエーション大会への参加など
・ 買い物、外食、バザー開催、市の社会福祉協議会主催のふくし祭りに出店、参加
・ 連携している他の機関が主催する、様々な催し及び行事や祭りへの参加。
・ 今年度から当施設の老人クラブ解散、入居者と地域住民とのコミュニケーションの場が一つ少なくなってしまった。地域行事への参加は例年と変わらず行っており、今後も情報提供を行いつつ、地域行事への参加や外出支援等実施していきたい。
・ 季節ごとに外出行事を計画し、参加者を募って外出を行っている。入居者の方の状態が以前に比べ重度化してきており、外出等を行う事が大変になってきている。
・ 外出支援は、施設長・相談員・介護職員・事務職員とボランティアの協力で実施。（桜見、紅葉狩り、初詣、映画館・美術館鑑賞、回転寿司・うなぎ料理・五平もち・焼肉など食事会、期日前投票、図書館）
・ 外出行事の企画・ボランティア受け入れによる交流の場を設ける。 強制もできないので全員の参加は難しい。参加者からは好評を得ている。
・ 市町村が計画する公園等のゴミ拾いに参加
・ 地域の幼稚園児の行事に参加する
・ 定期的に外出行事を実施し、地域のボランティアの方々に参加を依頼し、社会参加、地域交流を含めた支援を行っている。
・ 定期的な通院の支援。外出、外食行事の実施。地域行事への参加。
・ 月に1度の外食会、地域での夏祭り（施設が主催）。地域の方々の理解を得られるようになり、参加が増えた。
・ 特定施設入居中で、精神疾患がある方が快方に向かい、結果家族と一緒に旅行をしたいとのニーズに対して、市内へ送り迎えを行った。 軽費入居利用者が、日本海までカニを食べたいというニーズに対して、レンタカーを発注し送り迎えをした。 その他、外出のニーズに関しては、軽費・特定を問わず必ず援助を行っている。
・ 定期的な外出支援、個別外出を計画、実施している。
・ 外出は、各自で自由に行っている。月2回買物にスーパーに社有車で出かけている。地域行事に年2回施設で参加者を募って参加している。
・ 市町村が計画する公園等のゴミ拾いに参加
・ 外出の機会を設けても、参加希望者が少ない現状である。職員人数の状況から、少ない人数で対応できるよう、誕生日の方に促し提供するなど、外出の機会を作った。

■ 買い物等に関する支援

・ 定期的に買い物等を支援。
・ 買い物送迎支援
・ 近隣に商店がない為、月1回買い物ツアーに出かける。
・ 定期的に、買い物困難な入居者に対し、施設車両にてスーパーなどに送迎。また、特定利用者に対しては、週に1回、日用品などの購入のため、買い物介助を実施。
・ 買い物付添、ヘルパーと外出。
・ IADLの維持、ADLの向上を期待して、屋外訓練としてお買い物支援（ショッピングツアー）を行っている。
・ 月に1度の買い物支援での職員の送迎。
・ 施設行事として年4回の買い物外出
・ 買い物外出
・ 地域のスーパーへの買物ツアーや、リサイクル書店への買物
・ 週1回の買い物行事
・ 買い物の日や外食の日など計画する。
・ 毎週地元商店での買物
・ 買物ツアー
・ 日常的に買い物や金融機関等への付き添いを行っている。
・ 毎月2回、参加者を募り施設のバスにて近隣のスーパーへショッピングに出掛ける
・ 行事の一環で、外出を兼ねて外で食事をしたり、買物をしたり行っている。
・ 希望に応じて買物・外出等、個別の外出援助も行っている。地域で開催されるイベントや老人会が企画しているお祭りにも参加している。

■ 介護予防等サービスの提供に関する支援

・ 介護予防体操や農作業等の趣味的活動
・ 入居者の心身の状態に合わせ、通所介護などに参加してもらっている。
・ ケアハウスで年2回～3回、介護予防教室を開催。
・ 介護予防センターの講座や、行事の企画、地域包括支援センターの協力を得た勉強会などを実施している。
・ 施設の介護予防や生きがい活動を地域にPRしているが、地域住民の参加は少ない状況。
・ 閉じこもり防止の為に、必要に応じデイサービスを利用されている。
・ また、ケアハウスでも年に2回外出活動を行っている。

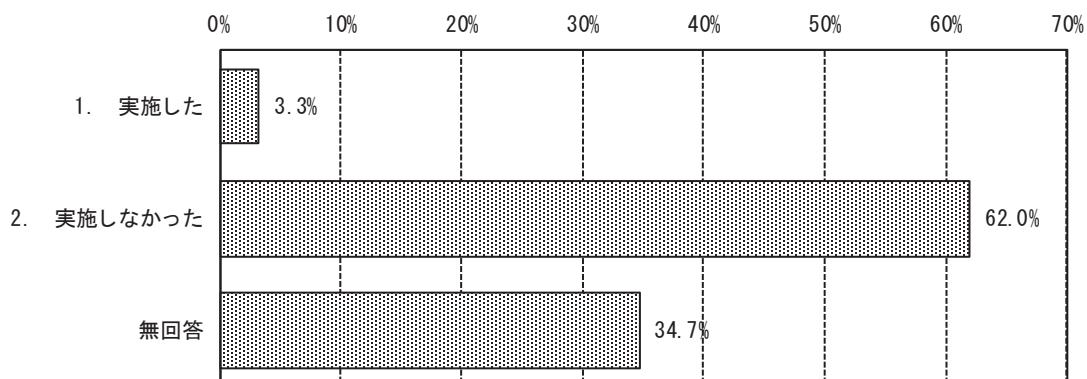
- 外出支援・介護予防の実施、介護保険サービス利用の相談
- 介護予防教室を専門業者が月3回出張して開催している。
- 定期な体操教室・健康チェックを行うことにより、健康意識の向上に繋がっている。
- 法人内のデイサービスで特別な行事があるときは、希望者を募り、参加することが出来る。コーラスや三味線、予防教室など。
- 介護予防としてダンス教室の時間を設けた
- 地域包括支援センター主催の介護予防教室や転倒予防教室の送迎や参加を促し、入居者様の地域との関わりや普段、ともに生活していてもあまり交流がなかったが、参加を通して入居者同士の交流の機会が持てたと感じました。
- 認知症カフェに地域の方が参加し、ケアマネジャー・地域包括の方などが出席し、ご相談にのっている。
- 外出行事の企画や通所介護への参加を促し、地域社会との交流及び社会性の向上に努めた。
- 地域公民館での介護予防体操などへの参加を促進しているが、なかなか人数を増やせないでいる現状である。
- 毎月行う健康体操教室、隔月の栄養講話、年2回の日帰りバスツアー、市内の軽費老人ホーム演芸会等の積極的参加及び演芸出演を促す。様々な行事を通して社会参加、介護予防に取り組む。
- 必要に応じて、通所介護サービス等の利用ができるように支援している。
- ヘルパー利用、デイサービス利用は、本人の身体的な状態を把握しながら、その都度支援している。また、社会参加支援については、地域の祭り等に参加してもらい、地域との交流を図っている。
- ケアハウス以外の交流が全くない方にケアハウス以外とのかかわりが持てるよう、趣味を活かしたサークル活動と一緒に参加したり、地域交流できる場を見学したりするが、継続利用にはならなかつた。その後、主治医と連携し、介護認定を受け、認定が出たことで、介護予防通所サービスにつながった。
- 身体機能の維持・向上等のために介護予防をテーマとして位置づけし、サービスの利用について促した。
- 介護予防としては、施設内の施設を使って、入居及び地域の方を対象に講師ボランティアの協力を得て実施。転倒予防教室、認知症予防講座、脳トレーニング講座、音楽療法（ハーモニカ・フルート・ギター・マンドリン・ヘルマンハープ・うた折り紙・ジャズ）、マジックショーショー、落語、ロコモダンスなど。
- 外出は、リフレッシュの機会であり、生きようという、活力源となり、介護予防につながる。

(工) - 3. Q48-3. その他の取組

「1. 実施した」3.3%、「2. 実施しなかった」62.0%となっている。

図 292 Q48-3. その他の取組

(n=337)

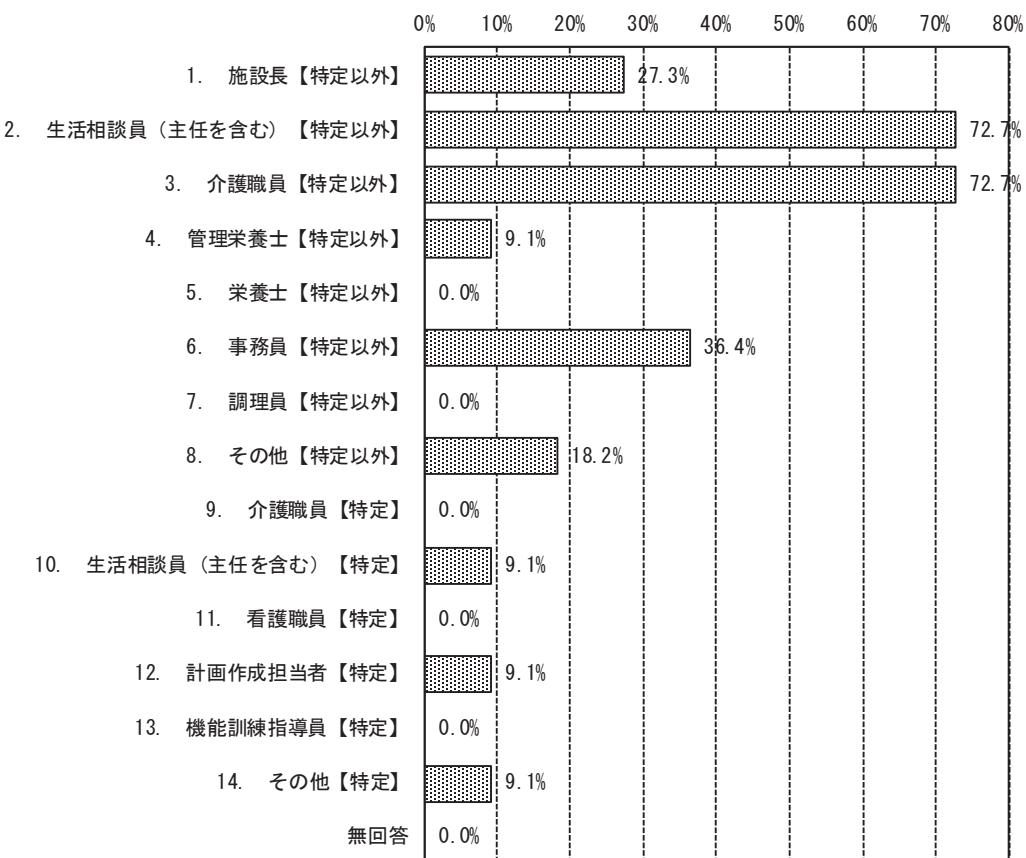


(i) Q48-3①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 293 Q48-3①. 主に担当した職種

(n=11)

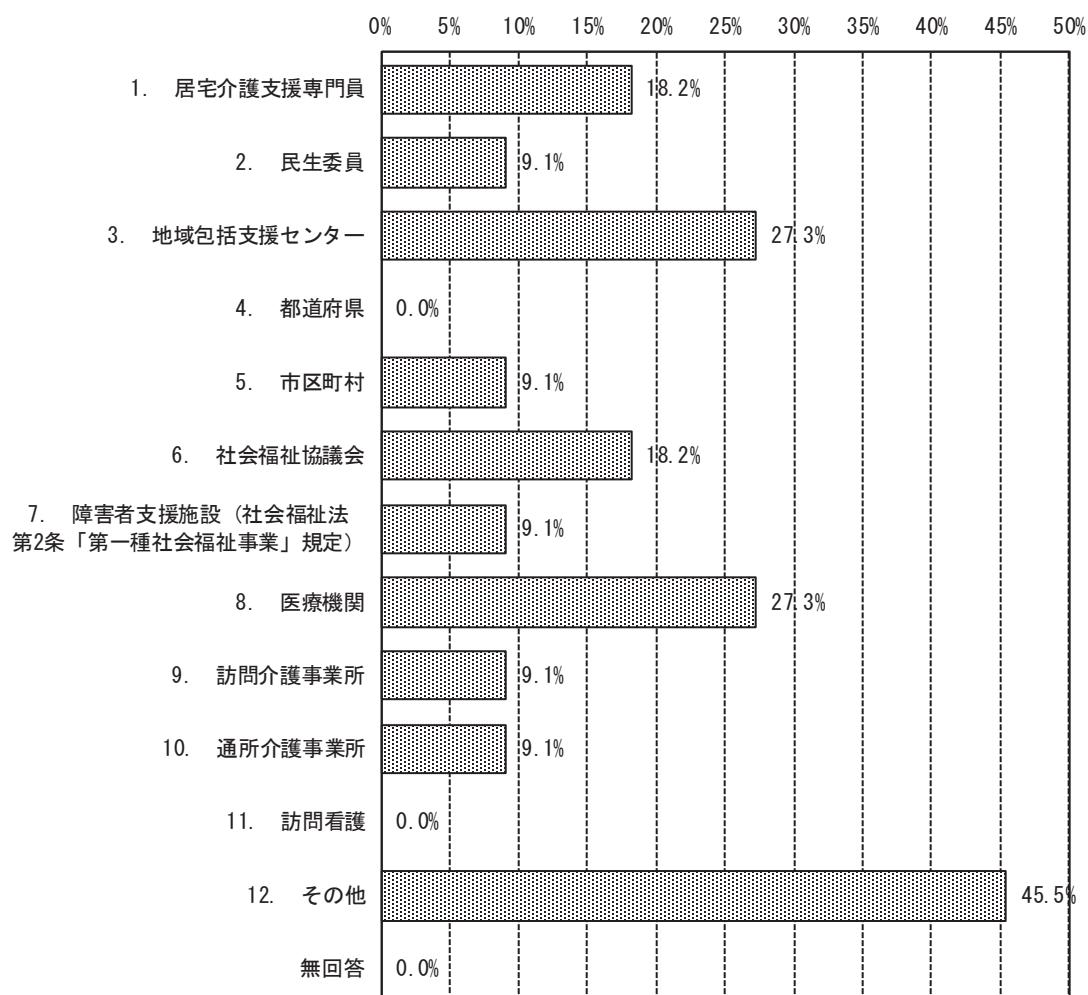


(ii) Q48-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「12. その他」の割合が最も高く 45.5%となっている。次いで、「3. 地域包括支援センター（27.3%）」、「8. 医療機関（27.3%）」となっている。

図 294 Q48-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=11)

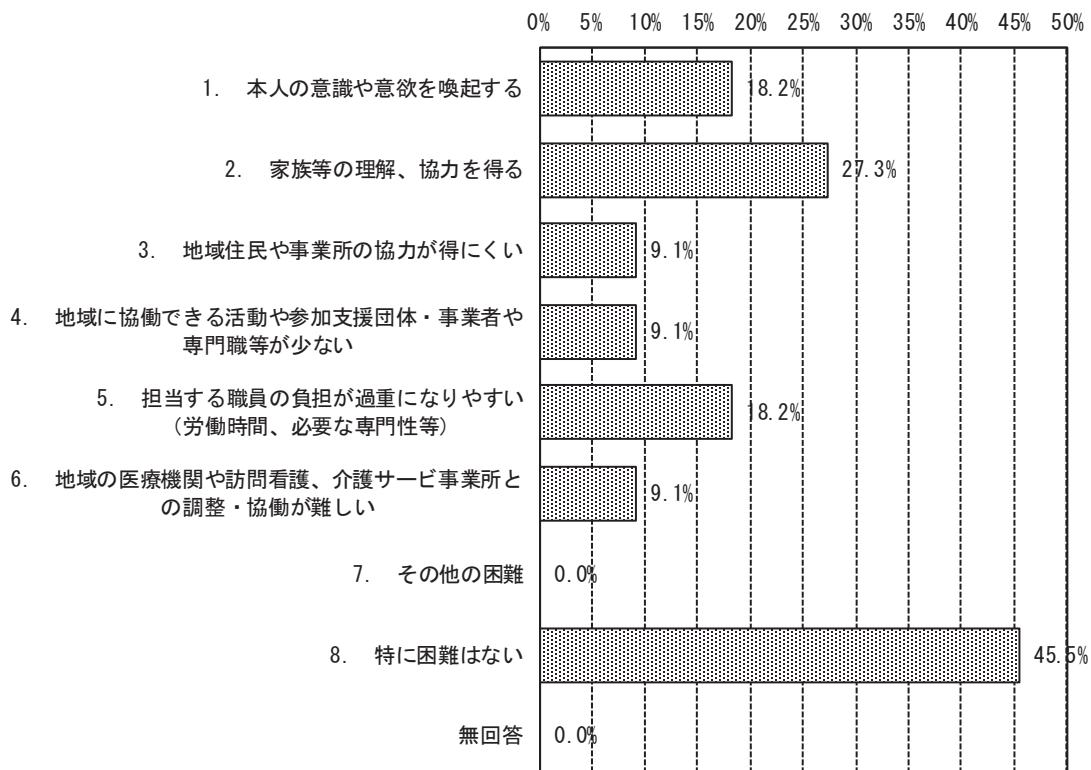


(iii) Q48-3③. 実施する上で困難だったこと

「8. 特に困難はない」の割合が最も高く 45.5%となっている。次いで、「2. 家族等の理解、協力を得る（27.3%）」、「1. 本人の意識や意欲を喚起する（18.2%）」、「5. 担当する職員の負担が過重になりやすい（労働時間、必要な専門性等）（18.2%）」となっている。

図 295 Q48-3③. 実施する上で困難だったこと

(n=11)



(iv) Q48-3④. 具体的な支援内容や結果

図 296 Q48-3④. 具体的な支援内容や結果

- 金銭管理の困難な利用者に対し、身内の協力が得られない場合、社会福祉協議会が運営する、日常生活自立支援事業を活用している。
- 年に1度、施設の負担で日頃外出の機会の無い入居者を近隣の観光地へバス旅行を実施。施設の行事としての祭りが、地域でも恒例となっており、周辺の住民が施設を訪れることで、入居者との交流を図っている。月に1度、地域のボランティアである健康体操指導員の方に来所いただき、介護予防を兼ねて施設で体操教室を開催している。
- 当施設での生活維持が困難になった方への対応で、なかなかご家族がレベルの低下を認めて下さらず、次の段階の施設選びが進まなかった。
- 喫茶スペースを提供することにより、ご利用者が自由に過ごせる場所を提供。職員が、お茶を出す対応をすることで、普段聞けない話なども話せ、居場所の確保ができた。
- 障害者支援施設の訪問販売（お菓子の販売）を通して障害者の方達と交流を図っている。
- 行事での受け入れ。訪問販売。

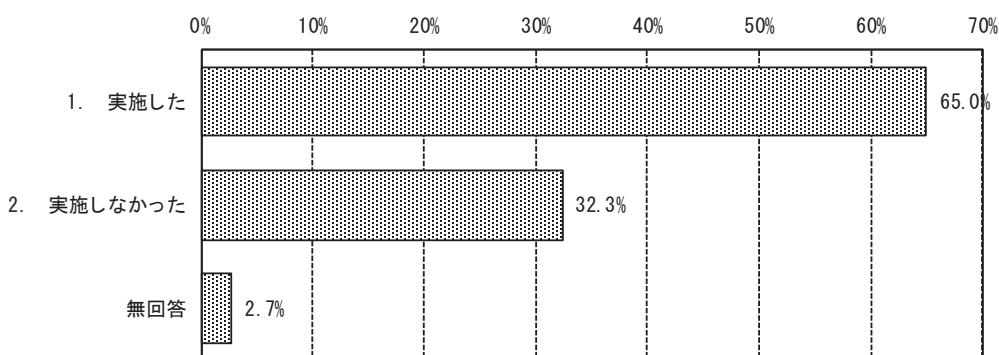
(才) 退所～看取りにあたっての支援

(才) - 1. Q49-1. 退所後の住まいや利用サービス（病院等入院、被虐待高齢者の復帰を含め）確保、公的扶助利用、成年後見人の選定等に関する支援

「1. 実施した」65.0%、「2. 実施しなかった」32.3%となっている。

図 297 Q49-1. 退所後の住まいや利用サービス（病院等入院、被虐待高齢者の復帰を含め）確保、
公的扶助利用、成年後見人の選定等に関する支援

(n=337)

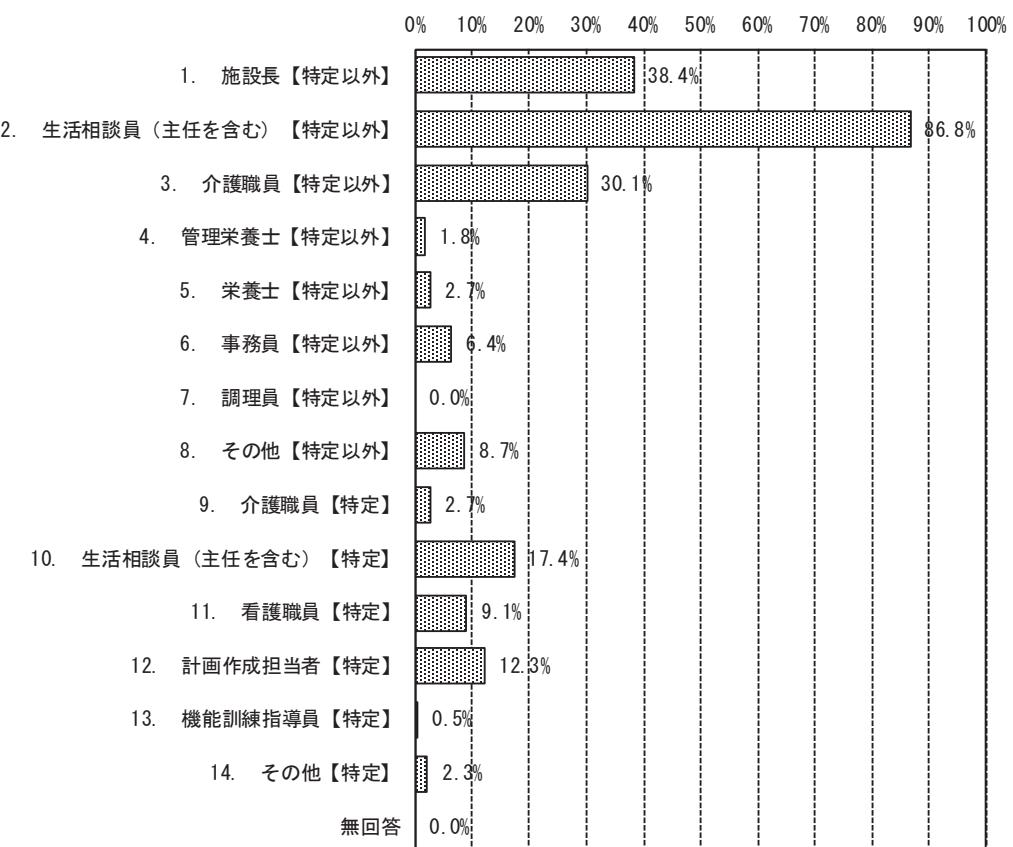


(i) Q49-1①. 主に担当した職種

特定以外、特定共に、生活相談員（主任を含む）が最も多く担当している。

図 298 Q49-1①. 主に担当した職種

(n=219)

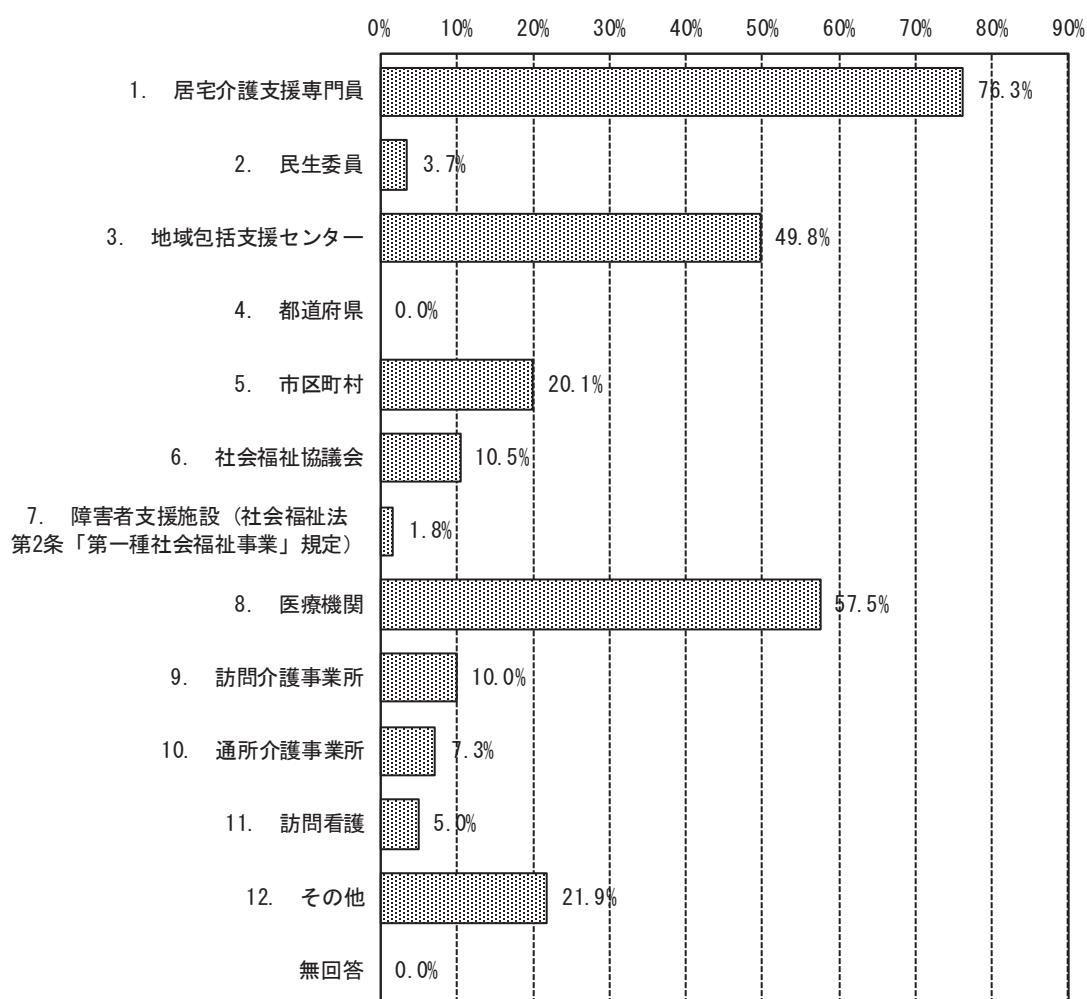


(ii) Q49-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」の割合が最も高く 76.3%となっている。次いで、「8. 医療機関(57.5%)」、「3. 地域包括支援センター(49.8%)」となっている。

図 299 Q49-1②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=219)

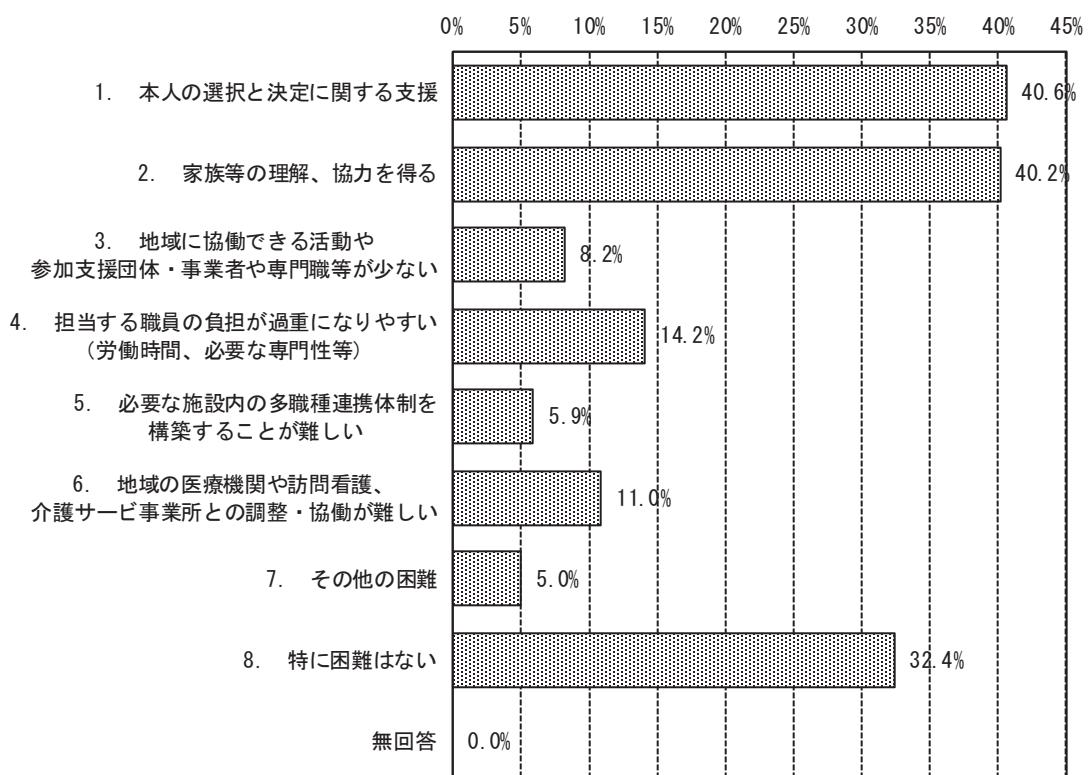


(iii) Q49-1③. 実施する上で困難だったこと

「1. 本人の選択と決定に関する支援」の割合が最も高く 40.6%となっている。次いで、「2. 家族等の理解、協力を得る（40.2%）」、「8. 特に困難はない（32.4%）」となっている。

図 300 Q49-1③. 実施する上で困難だったこと

(n=219)



(iv) Q49-1④. 具体的な支援内容や結果

図 301 Q49-1④. 具体的な支援内容や結果

■ 他施設等への入所における支援と課題

- ・ 金銭的な問題で入居先が見つからないことがある。
- ・ ケアハウス退所にあたり、家族、ケアマネジャーと協議し、退所後の行き先を利用者の状況に合わせ紹介している。
- ・ 次の入居施設への情報引き継ぎを行った。
- ・ 本人死亡時には遺留品の整理と親族への引き渡しや、不用品については処理事業者への引き渡し等を行なった。親族から感謝の意を表された。
- ・ 退居先の施設についてのみ家族、介護支援専門員と連携して話し合った。
- ・ 退所に当たって、入居者や家族等の理解が得られるよう努力している。
- ・ 退所後の住まい確保に協力している。施設探しから、空き状況の確認等を行い、ご家族に情報提供している。入居先が決まった時点では、サマリー作成を行い、入居先施設に情報提供を行っている。
- ・ 退所後の介護付き老人ホーム等との連絡。
- ・ ケアマネジャーより家族へ退所後の住まいについて、身体の状況等考え同法人の特養・サービス付き高齢者住宅など説明。入所申込みを行い、ショートステイを利用しながら入所に向けて待機されています。他の施設へ入所される方もおられます。
- ・ 同居家族から虐待されていた被虐待高齢者の場合、家族復帰させることは難しい。施設側が家族と接触すると本人の居場所が当該虐待していた家族に知れてしまうため、表立って支援できない。
- ・ その方の状態にあった施設や病院を紹介し、スムーズに移行できるよう連絡調整を行った。
- ・ 入居者本人はずっとケアハウスに住み続けたいと希望されるが在宅生活が限界であるという理解のむずかしさがあり家族の説得により退所
- ・ 自立生活が困難になってきている状況を本人の自覚も促しながら、ご家族にも随時報告し、介護支援専門員等と連携し、計画的に次のステージへの移行を進めていくよう努めた。

担当のケアマネジャー、医療機関と情報交換を行い、多職種で退所後の方向性について協議する。これをもとにご本人様、家族様に情報を提供することで安心していただけている。
退院後、軽費老人ホームでの生活が困難と思われる方に対し、家族や本人と話し合い、特養・老健・GH等の介護保険施設への入所の支援を行った。
同法人、他施設及び近隣施設への紹介
本人・家族の意思のすり合わせと意向等を確認しながら、より良い生活の場所を検討する。
状況に応じた支援を受けることができるよう医療機関・福祉施設等へ円滑な移行ができるよう支援しています。
速やかに退所後の住まいに移行できない場合、担当職員の負担が大きい
居宅介護支援事業所の紹介、ご本人様・ご家族様との連絡調整、担当ケアマネジャーとの連絡調整、医療ソーシャルワーカーとの連絡調整、他施設との連絡調整
生活保護受給者も入居しており、関係機関との連携は密に行っている。 成年後見についても、必要に応じて情報提供等実施している。（現在成年後見該当者なし）
退所後も家族や本人の相談に乗る。退所したい入居者と退所させたくない家族との調整。
退所の手続き・費用の支払い、介護サービスの利用などについて相談に応じた。
特別養護老人ホームへの入所手続き支援
併設の老人保健施設への入所や近隣の医療機関への入院などで先方と連携し、退所の際にはスムーズに進むよう支援することができた。
本人の状況を親族が理解できない部分において、施設のハード面において自活での生活が難しい所を理解してもらえば、担当した職員が家族へ理解を得ることのむずかしさ。
特養・老健・有料ホームなどへのスムーズな入所支援
常時介護が必要な状態等になり、ケアハウスでの生活を維持することが困難な状況が見受けられた場合、関係機関に相談するとともに安全に生活できる環境を、入居者・ご家族に提案している。
軽費老人ホームでの生活が困難となり、介護保険施設への移行が必要となった際に、ご家族・担当ケアマネジャーに相談・協議し、ご本人・ご家族が不安なく移設できるよう対応を行っている。 日頃から、ご家族や担当ケアマネジャーに状況報告を行っていたが、やはり移行のご相談をさせて頂くと、戸惑いを見せられるご家族もいた。
退所後の住まいが確定し、退所するまでの期間は、居宅介護支援専門員と連携をとりながら介護保険サービスを利用して対応している。介護保険サービスで対応が難しい部分は、ケアハウス介護職員が対応し、安全に過ごせるよう配慮し、次に住まいへつなげた。
入居者様が、認知症を発症してしまい、周辺症状（徘徊、他入居者の私物を盗む）が見られるようになった。当施設では、支援が足りなくなったため、家族、ケアマネジャー、相談員とで話し合いをして、サ高住へお引越しとなった。認知症のご本人を説得するのが、困難であった。
特別養護老人ホームへの入所
ケアマネジャーと連携・相談しながら、今後の生活についての相談援助など。
1名の方が、地域社会に戻った。その他は、同系列の特養に入所。
入所可能な他の施設を本人や家族に紹介し、情報提供を行った。
虐待を受けていた利用者が、本人の家族のもとに帰りたいとの意向により、市町村、警察等との連携を図り本人の意向通りに自宅に戻った。
退所後の認知症グループホームやサービス付高齢者向け住宅の見学に、ご本人・ご家族とともに同行支援。 ターミナルケアを行っていただける病院への転院を医療機関スタッフとともに支援。 生活保護申請を、保証人である身元保証サービス事業所職員とともに、支援。
ADL が低下しても、受け入れ先が見つからず、ケアハウスで介護を提供しているケースもあり。
元気になり退所というケースはない。ケアハウスの生活が難しくなればショートステイを利用しながら特養入所で生きるよう対応している。
ケアハウスでの生活が困難になった際に退所場所がなかなか確保されず、家族への情報提供、ケアマネジャーや医療機関との連携を図っている。
本人の状態や家族の事情に合わせた退所後の生活の場の紹介。退所先への情報提供。

■ 成年後見制度の活用や、契約等に関する支援と課題

成年後見の紹介と関係機関との調整。
身元保証人である妹様にも認知症の症状が出てきたため地域包括支援センターに相談し、後見人制度の利用を開始した。
本人の将来に対する不安について、成年後見制度の利用の説明と社会福祉士の紹介をした。不安なく生活を送られている。
弁護士（法テラス）への依頼では困難を感じた。法的な制度開始とともに費用が発生するため、本人の経済力がないとすすめにくく。NPO法人などへの依頼は「どこを選べばよいのか」判断に困る。
見守り契約・遺言など（行政書士）
成年後見の制度を知らない方も見えるため、ご家族の状況で必要ではないかと判断した際に、相談させていただいている。
判断力の低下がみられ、ご家族のかかわりが無い方については、積極的に成年後見人制度などを活用し、連携しながらサポートしている。
成年後見人制度利用申請支援（地域包括、弁護士、社福士などと連携して申請、審判、後見開始へ）

- ・ 成年後見についても、必要に応じて情報提供等実施している。（現在成年後見該当者なし）
- ・ 自身で様々な事を理解し判断する事が困難な人に対し、成年後見人制度を利用した。
- ・ 精神認知機能の状態に合わせて、社会福祉協議会や地域包括支援センターに相談を行い、権利擁護事業や成年後見の制度へつながるように支援している。
- ・ 市町村申立てで成年後見人の決定に至った。日常生活状況、経済状況等を後見人に伝え、グループホーム・社会福祉協議会・市町村に引継ぎを行った。

■ 治療や入院等における支援と課題

- ・ 病気で緊急入院され、入院中死亡されるケースが多い。夜間対応することも結構あり、担当職員の負荷が大きいことがある
- ・ 長期入院を余儀なくされる見通しがたった入居者様について、ご家族等に説明や施設見学に立ち会い、申込までを支援した。
- ・ 虐待により施設で保護をした利用者があったが、地域包括支援センターとの情報交換や役割分担に困り、医療機関の受診や緊急時の対応に困った。
- ・ 退所後の住まいについて医療機関と連携した。また公的扶助の申請手続き等支援している。
- ・ 退所後の病院等の入院について、医療機関と連携し支援を実施した。
- ・ 急性期の治療の必要はないが医療の必要な状態の方の入院先の支援。
- ・ 入院者への支援（お見舞い、家族との調整、自費サービス等の支援）
- ・ 80歳代男性、十二指腸がん、イレウスなど既往があつたが、ケアハウスで訪問介護、通所介護を利用しながら生活をされていた。外出先で転倒され骨折し入院加療となる。環境の変化により認知症も進行する。イレウスの併発等もあり寝たきりとなつたため療養のできる病院を主治医、家族、ケアマネジャーと共に検討し転院される。ケアハウスでの生活が困難となり退所となる。
- ・ 基本的に看取りは行っていないが、主治医と連携を取り、指示を受けながらみれる範囲までは施設で援助している。
- ・ 退所後に医療機関へ出向きターミナルケアの支援を行つた。
- ・ 胃潰瘍による出血で入院となられたが、認知症の悪化に伴い、ケアハウスでの生活継続が困難となつた。一時法人内のショートを御利用していただいたが、最終的にはリハビリのため老健へ入所となつた。ケアマネジャー及び特養担当者、老健ケアマネジャーとの連携に加え、ご本人の帰宅願望が著しかつたので、面会し、なだめることも多かつた。
- ・ 主には状態を崩されての病院入院の対応がほとんど。（救急搬送の手配や病院までの同行）
- ・ 本人・家族の意向を踏まえ、各機関と連携のもと情報提供や調整を行つてある。退所される方の大多数が病院への入院であるため、どのような環境・地域の病院を希望されるか、どういった治療内容を希望されるかを聞きとり、病院 MSW と連携を図つてある。
- ・ 平均年齢が高く、体調の変化などが多い。併設して病院があるため、概ね、入院などの対応がスムーズに行えている。家族や本人も安心感につながっている。
- ・ 医療的ニーズが高くなつた場合においては、受け入れ病院を主治医と相談して、入院が出来るように支援している。
- ・ 医療機関、他施設への入所支援、連携
- ・ 入居中、精神疾患の悪化により、他の利用者からの苦情が増加。家族の同意は得られたが、本人が納得していない状態での入院となつてしまつた。

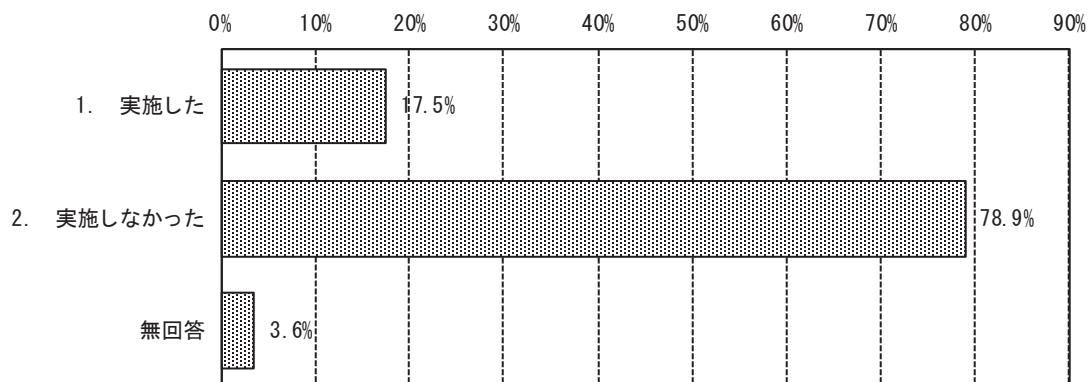
■ 死亡退所の場合

- ・ 市町村申立てで成年後見人の決定に至つた。日常生活状況、経済状況等を後見人に伝え、グループホーム・社会福祉協議会・市町村に引継ぎを行つた。
- ・ 医療機関・施設・ご家族と共同で看取りを進める。その他退所についてはご家族と相談しながら退所先とも連携しながら進めている。

(才) - 2. Q49-2. 本施設内でターミナル～看取り期まで過ごすことを支援する

「1. 実施した」 17.5%、「2. 実施しなかった」 78.9%となっている。

図 302 Q49-2. 本施設内でターミナル～看取り期まで過ごすことを支援する
(n=337)

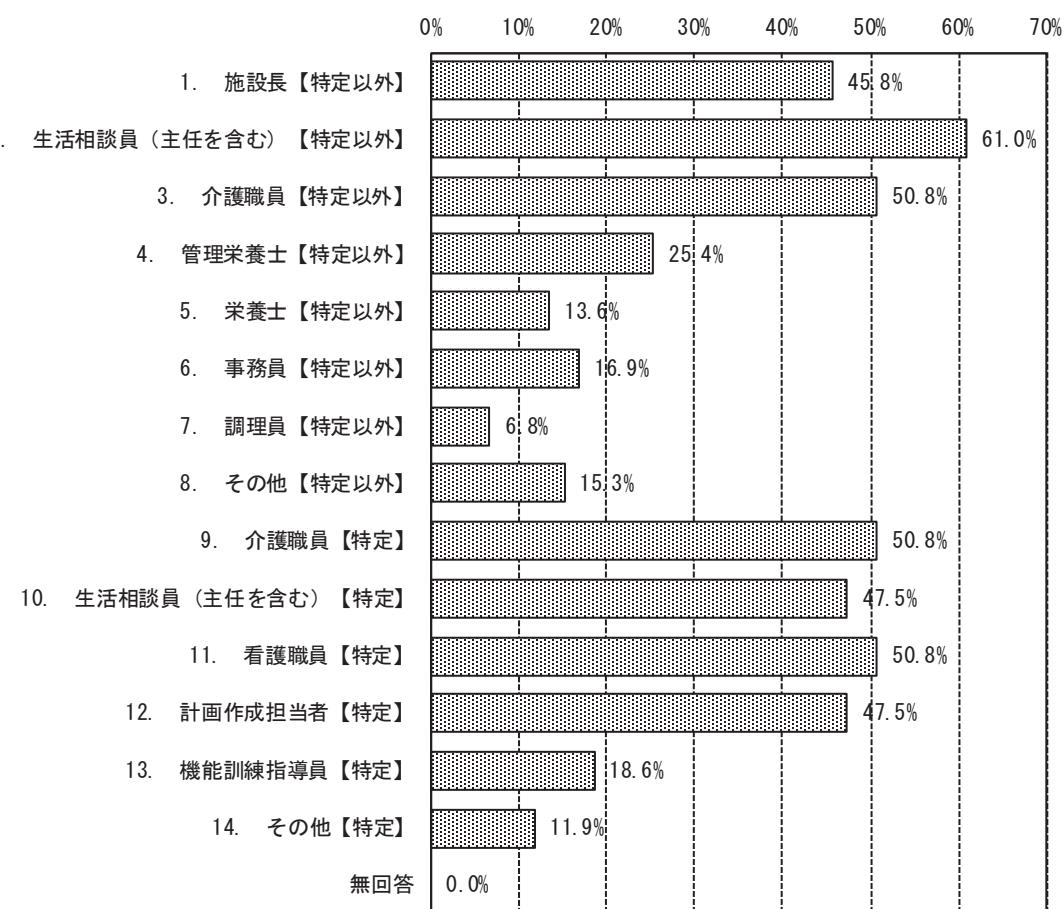


(i) Q49-2①. 主に担当した職種

特定以外では生活相談員（主任を含む）が最もよく担当している一方、特定では、介護職員、看護職員、生活相談員（主任を含む）、計画作成担当者等、担当職種が多職種にわたっている。

図 303 Q49-2①. 主に担当した職種

(n=59)

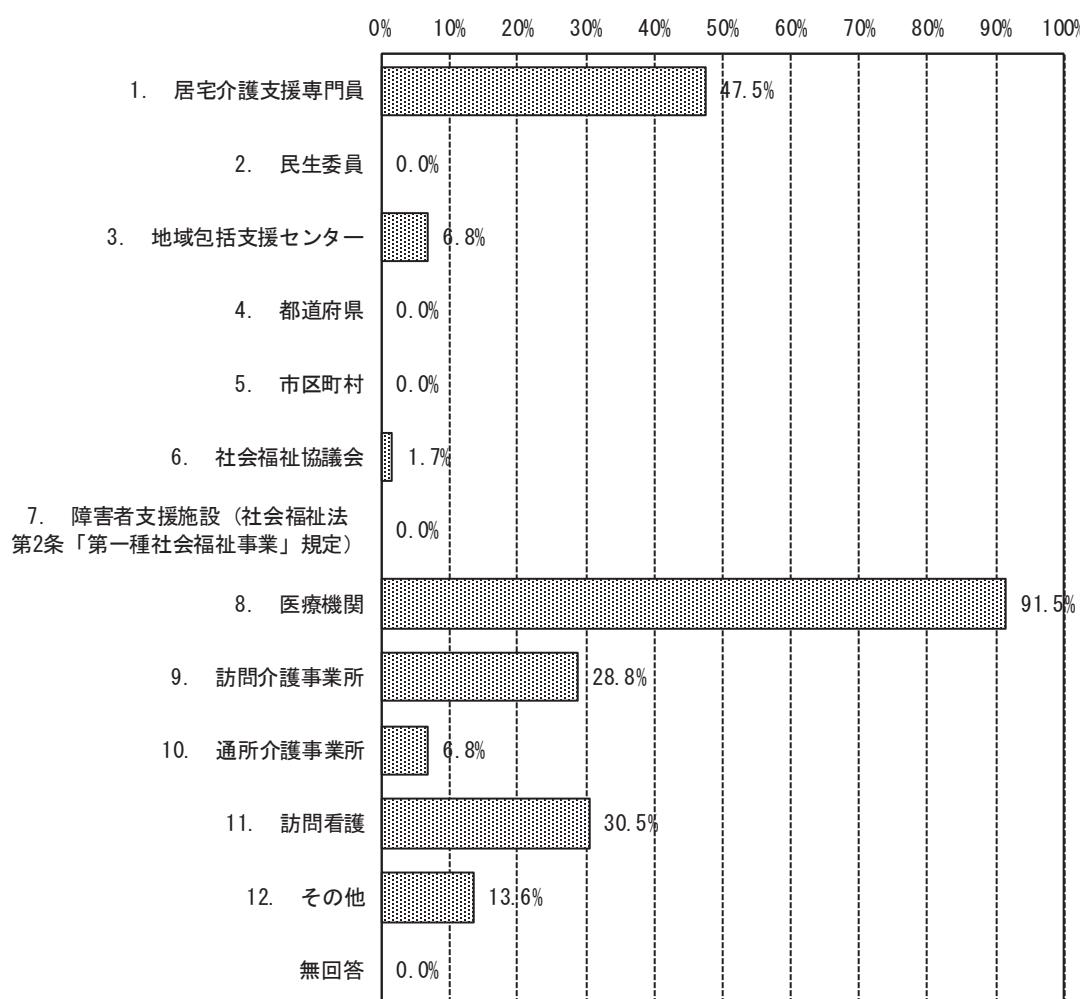


(ii) Q49-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「8. 医療機関」の割合が最も高く 91.5%となっている。次いで、「1. 居宅介護支援専門員(47.5%)」、「11. 訪問看護(30.5%)」となっている。

図 304 Q49-2②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=59)

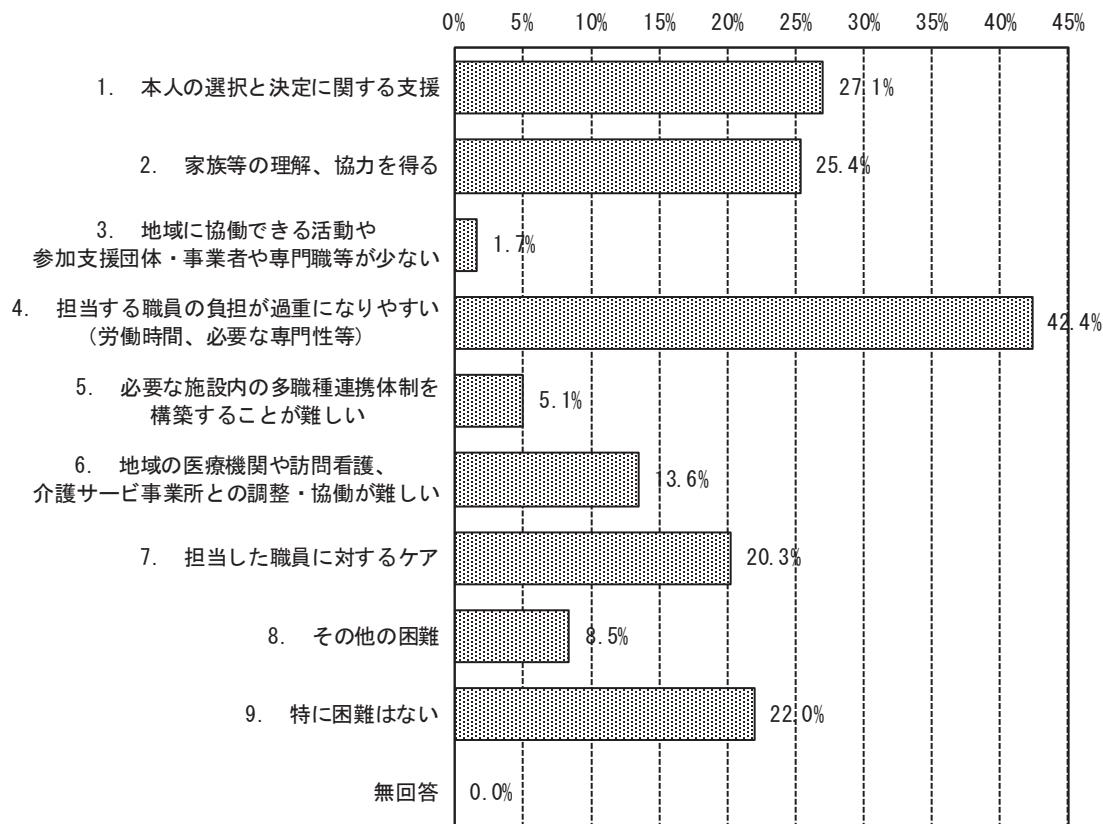


(iii) Q49-2③. 実施する上で困難だったこと

「4. 担当する職員の負担が過重になりやすい（労働時間、必要な専門性等）」の割合が最も高く42.4%となっている。次いで、「1. 本人の選択と決定に関する支援（27.1%）」、「2. 家族等の理解、協力を得る（25.4%）」となっている。

図 305 Q49-2③. 実施する上で困難だったこと

(n=59)



(iv) Q49-2④. 具体的な支援内容や結果

図 306 Q49-2④. 具体的な支援内容や結果

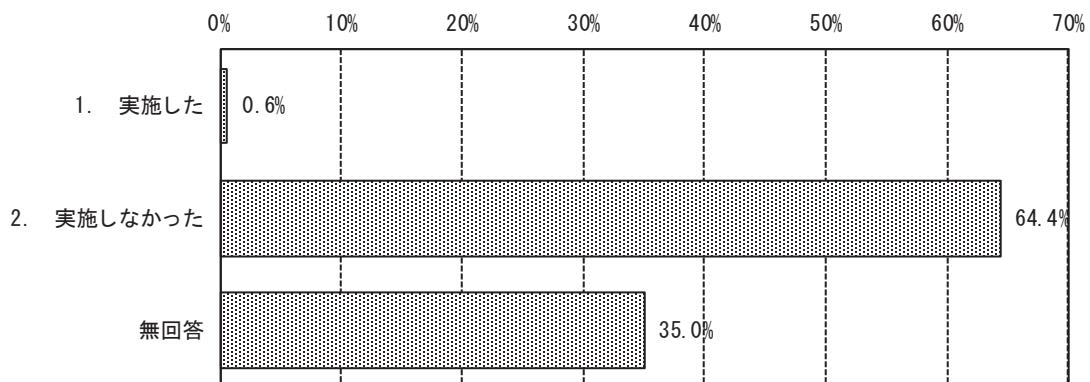
・ 主治医に、ターミナル期以前より本人家族の希望を伝える。また、本人家族に対し、施設側から看取りの方法などを事前に説明しておく。
・ 勤務時間外の対応をせざるを得ない。訪問介護だけではなく、そこが対応できない時間帯に併設する短期入所の職員が支援する調整が初めての事だったので、軌道に乗るまで時間を要した。 結果として本人、家族の希望を叶える事ができた。職員にも各機関の協力を得ながら、看取りケアをすることができたという自信ができた。
・ 訪問診療。
・ 看取り介護 6 件以上実施
・ 癌のターミナルステージに入った入居者を在宅サービス事業所、居宅サービス事業所、医療機関と協力しながら介護した。亡くなる前に医療機関に移動となつたが、それまでケアハウスの機能を最大限に活かして援助を行つた。
・ 多職種で家族・本人を交え、カンファレンスを行い、希望を聞き、施設内でできることを説明し、対応した。
・ 年に 3 件程度看取りを行つてゐる。【特定施設にて】往診先の医師と連携を取り対応している。
・ 100 歳で終末期を迎える本人の強い希望を家族が理解し、ケアハウスでの看取りを希望。家族が 24 時間見守りながら介護サービス等を組み入れターミナルケアを実施した。
・ 肺がん末期の入居者 80 歳代女性、キーパーソンは姪。最期までケアハウスで生活することを希望された為、受診の付き添い服薬、在宅酸素の管理等を職員が行う。訪問介護家事援助は導入できたが、身体介護及び通所介護での入浴は辞退された為ケアハウス職員にて見守りで入浴をされる。最期はケアハウス職員が病院にて看取る。
・ 往診の対応できる地域の診療所と、連携調整し、特定居室で末期までの介護
・ 訪問診療での受診を継続しながらできるだけ居室で過ごしていただけるよう支援した。 体調悪化し、入院され 5 日後にご逝去された。
・ 長寿者について訪問診療を受けていただき、救急対応受け入れ先を確保した。
・ 延命措置（胃瘻や 24 時間点滴継続）するかどうかは、家族や協力医との相談により決めている。寝たきり状態となり、褥瘡を形成しないよう、数時間ごとの体位変換やベッド周辺の環境調整を行い、本人の苦痛を最小限に和らげることを優先している。そして、家族への心理的サポート（定期的に様態を報告する。最期は看取れるよう急変時は早期に連絡）を行つてゐる。
・ ターミナルケアを行うあたり、ご本人、ご家族の希望や意見を伺い、医師、相談員、ケアマネジャー、看護師、介護職員でケアの方法をご家族を交え話し合つてゐる。
・ 本人・家族が施設での看取りを希望された場合は、当施設の看取り指針に沿つて看取り介護を実施してゐる。医師とも協力し、住み慣れた環境の中で安心して最期を迎えることができるよう、居室環境の整備、楽しみとしての食事の提供、清潔保持等の援助を行つた。また、家族も付き添えるよう簡易ベッドの準備をしてゐる。
・ 本人の意思と家族の協力、ケアマネジャーの技量、訪問看護と往診クリニックの医師の支援体制、ケアハウス職員の細やかな対応で最期を看取ることができました。
・ 末期がん患者の入居・医療提供の支援。
・ 看取りに対してのご家族の考えがまとまらず、理解も得にくかったため、話しが進まなかつた。
・ 職員の意思疎通が図れておらず、対応方法が統一できていなかつた。
・ 本人が強く施設での最期を望まれたため、本人の希望を最優先し、主治医の協力で病院から退院し看取りとなつた。
・ 本人の意思を尊重し、各関係機関等との連携を図りながら出来る限りケアハウスでの生活が続けられるように支援を実施した。
・ 癌末期の方を本人、御家族の希望で、ケアハウスの御本人の居室で最期まで看取りをさせて頂いた。 同法人に居宅、訪問看護、訪問介護があり、細かいプランをケアマネジャーより作成して頂いた。 また、ケアハウススタッフの細かい訪室、互いの連絡ノートでの情報のやり取りを行い、御家族に感謝を頂く最期の時を支援させて頂いた。
・ 施設で最期を迎えたとの意向を受け、主治医・家族・施設との連携を図り看取りケアを行つた。
・ 徐々に老衰するだけでなく、動脈瘤の破裂で急死される。ガン末期でもいくらか ADL が保たれている人についてはヘルパー利用や往診などで最後を見送つた。
・ 看取りまで行つてゐる。
・ 食事が摂れなくなり、終末期の対応になつた。元々、訪問診療を利用していたので、主治医・訪問看護・訪問介護事業者と連携を取りながら、最期を迎えた。

(才) - 3. Q49-3. その他の取組

「1. 実施した」 0.6%、「2. 実施しなかった」 64.4%となっている。

図 307 Q49-3. その他の取組

(n=337)

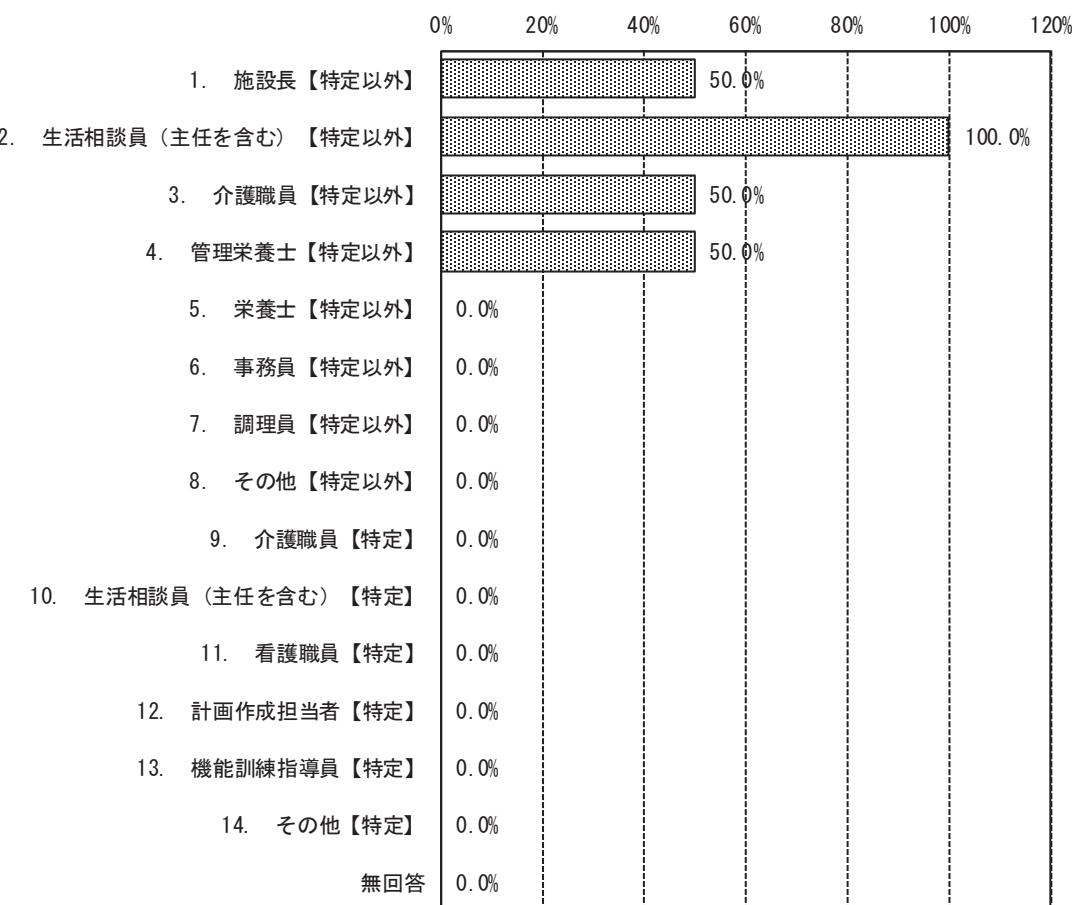


(i) Q49-3①. 主に担当した職種

特定以外でのみ取組まれており、特に生活相談員（主任を含む）が中心である。（なおn=2のため参考情報にとどまる）

図 308 Q49-3①. 主に担当した職種

(n=2)

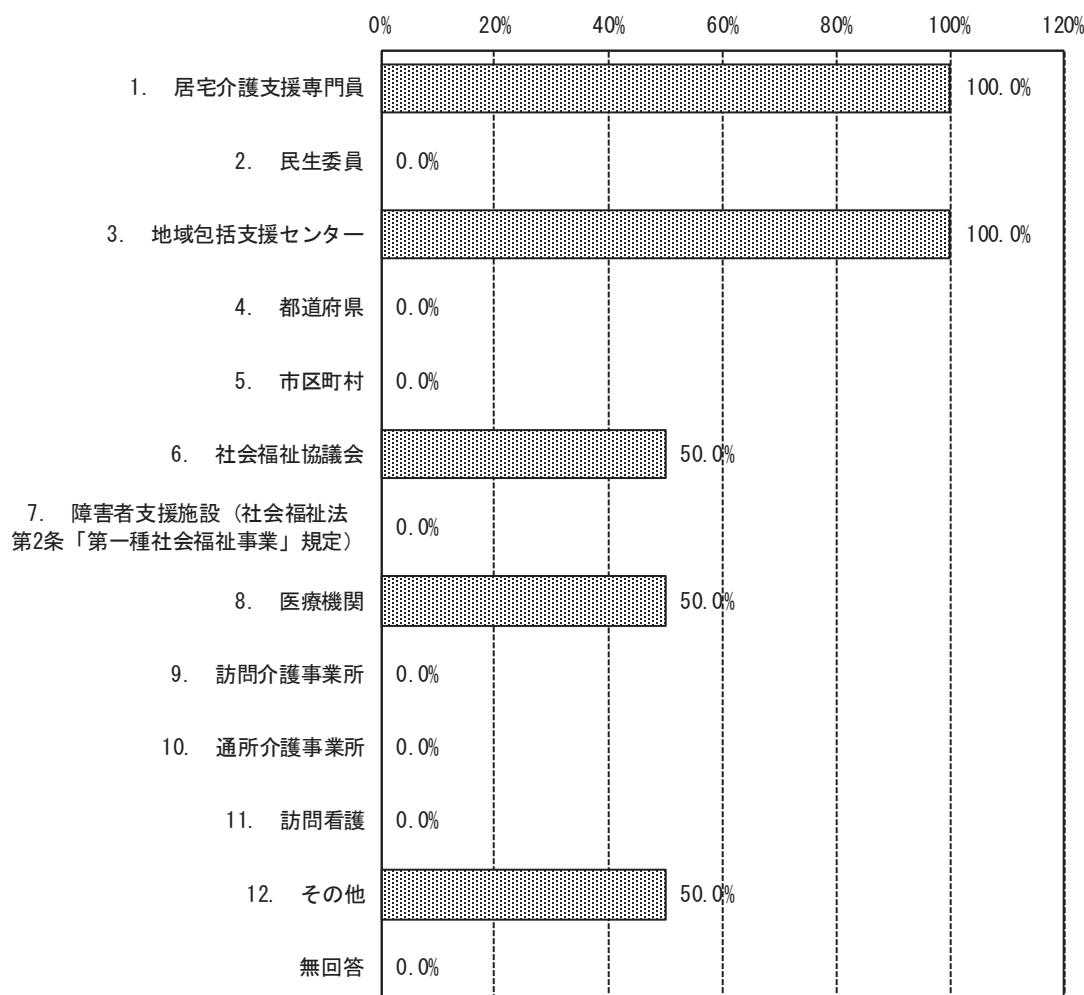


(ii) Q49-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

「1. 居宅介護支援専門員」、「3. 地域包括支援センター」の割合が高く、それぞれ 100.0%となっている。次いで、「6. 社会福祉協議会 (50.0%)」、「8. 医療機関 (50.0%)」、「12. その他 (50.0%)」となっている。

図 309 Q49-3②. 特に連携している他の機関、地域資源等

(n=2)

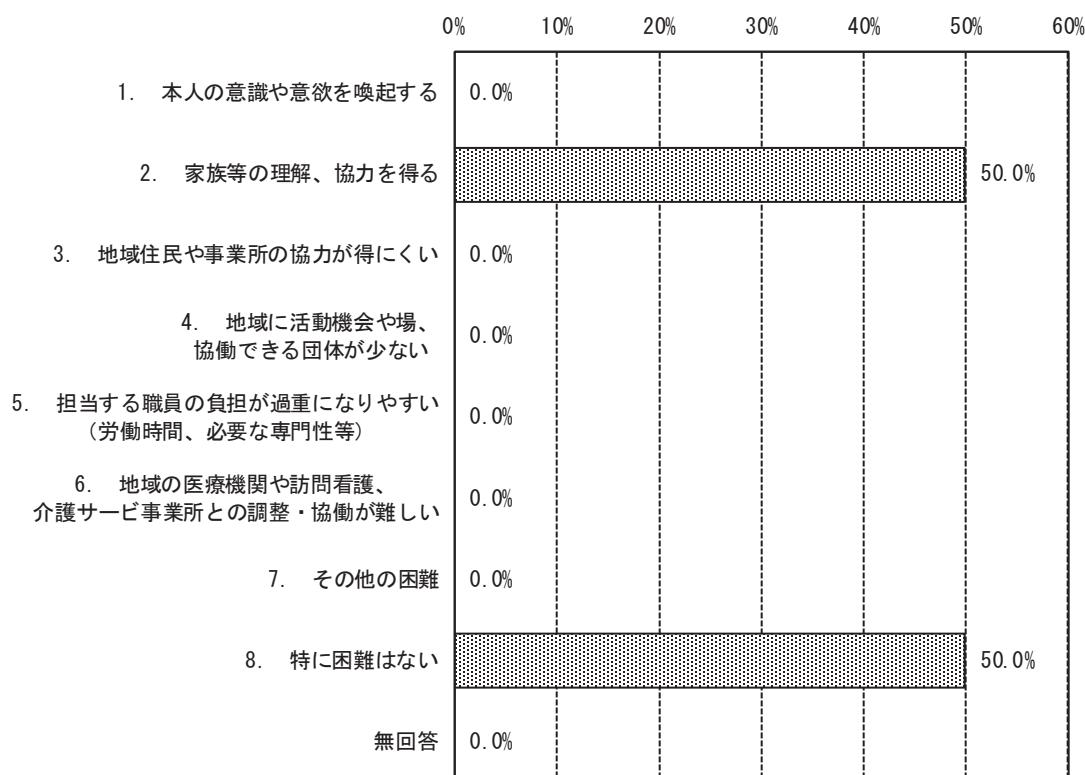


(iii) Q49-3③. 実施する上で困難だったこと

「2. 家族等の理解、協力を得る」、「8. 特に困難はない」の割合が高く、それぞれ 50.0%となっている。

図 310 Q49-3③. 実施する上で困難だったこと

(n=2)



(iv) Q49-3④. 具体的な支援内容や結果

図 311 Q49-3④. 具体的な支援内容や結果

- ご利用者の情報提供を、定期的に、また、体調変化時には頻回に行い、現在の身体状況などを把握してもらう。トラブルの防止と次の施設への移行がスムースに行いややすくなる。
- 本人は自宅での生活を希望されており、(ADL 的にも経済的にも可能なレベル) 裁判所の調停を通じ調整しており、関係機関とのやりとり。

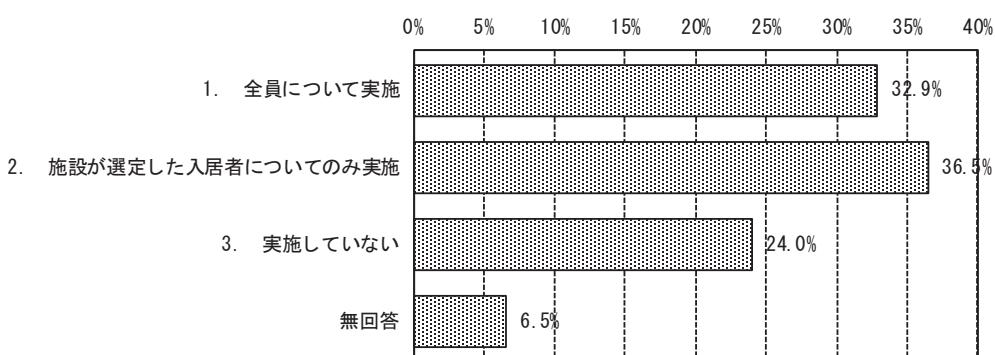
②サービス担当者会議の実施状況について

(ア) Q50-1. 実施の有無（特定施設入居者生活介護事業以外）

「2. 施設が選定した入居者についてのみ実施」の割合が最も高く36.5%となっている。次いで「1. 全員について実施（32.9%）」、「3. 実施していない（24.0%）」となっている。

図 312 Q50-1. 実施の有無

(n=337)

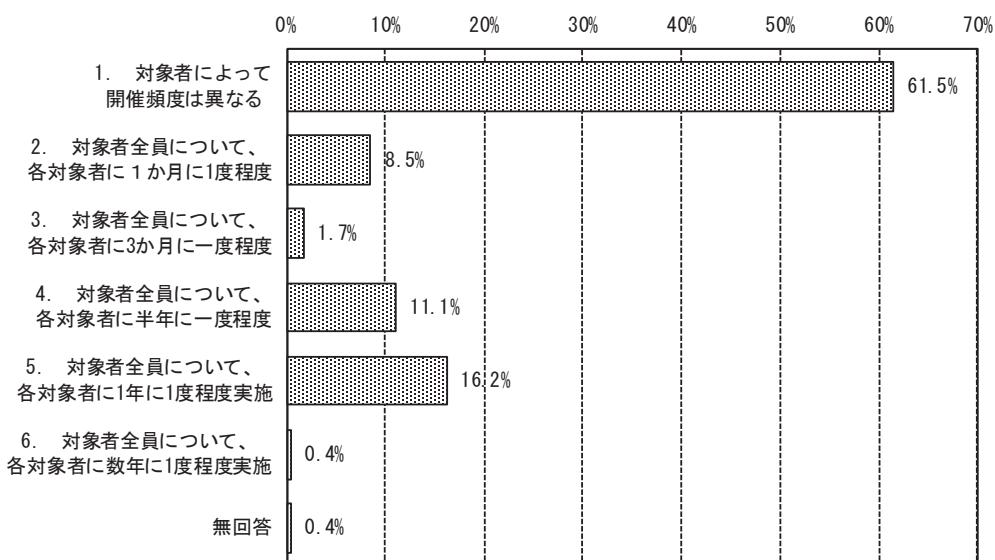


(イ) Q50-2. 開催頻度（特定施設入居者生活介護事業以外）

「1. 対象者によって開催頻度は異なる」の割合が最も高く61.5%となっている。次いで、「5. 対象者全員について、各対象者に1年に1度程度実施（16.2%）」、「4. 対象者全員について、各対象者に半年に一度程度（11.1%）」となっている。

図 313 Q50-2. 開催頻度

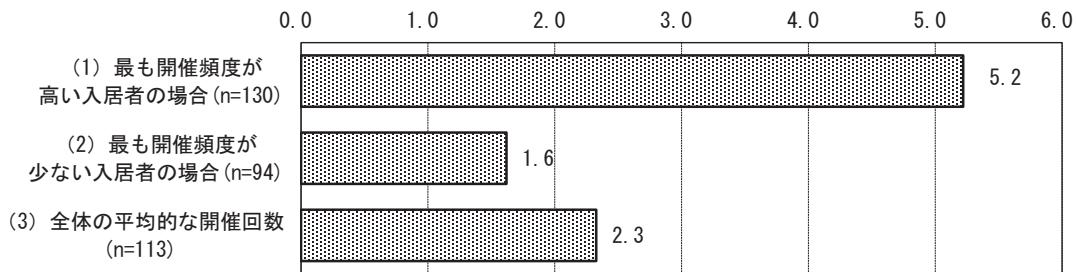
(n=234)



(ウ) Q50-3. 年間開催数（特定施設入居者生活介護事業以外）

「(1) 最も開催頻度が高い入居者の場合」5.2回、「(2) 最も開催頻度が少ない入居者の場合」1.6回、「(3) 全体の平均的な開催回数」2.3回となっている。

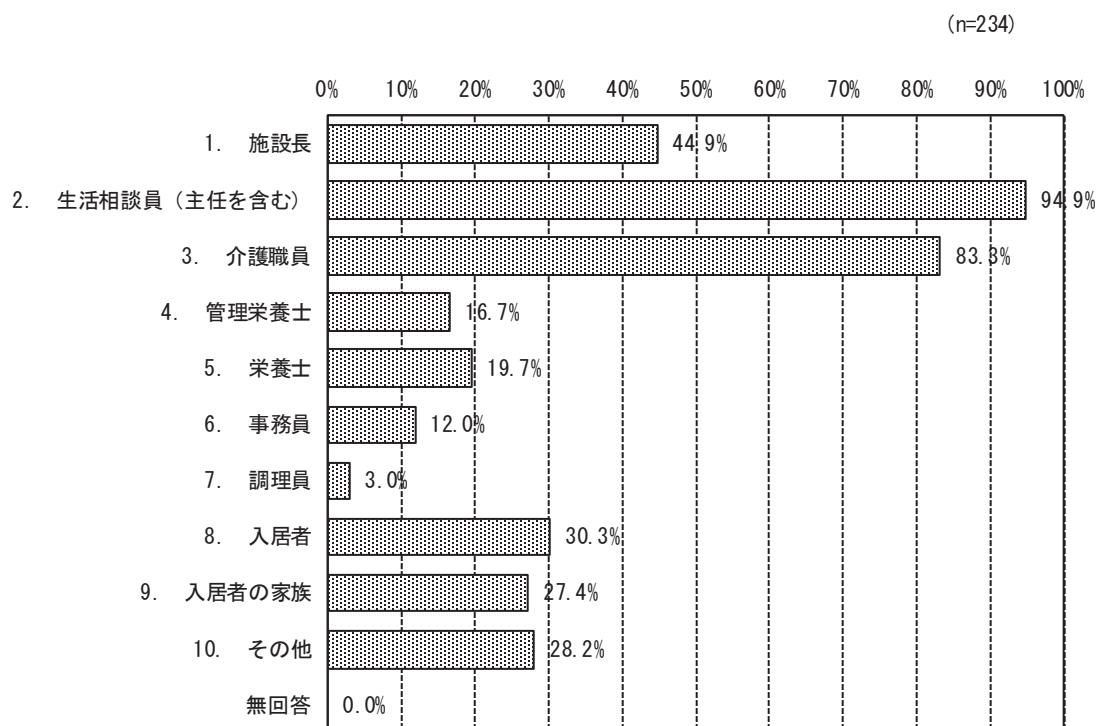
図 314 Q50-3. 年間開催数



(エ) Q50-4. 会議の参加者（特定施設入居者生活介護事業以外）

「2. 生活相談員（主任を含む）」の割合が最も高く94.9%となっている。次いで、「3. 介護職員（83.3%）」、「1. 施設長（44.9%）」となっている。

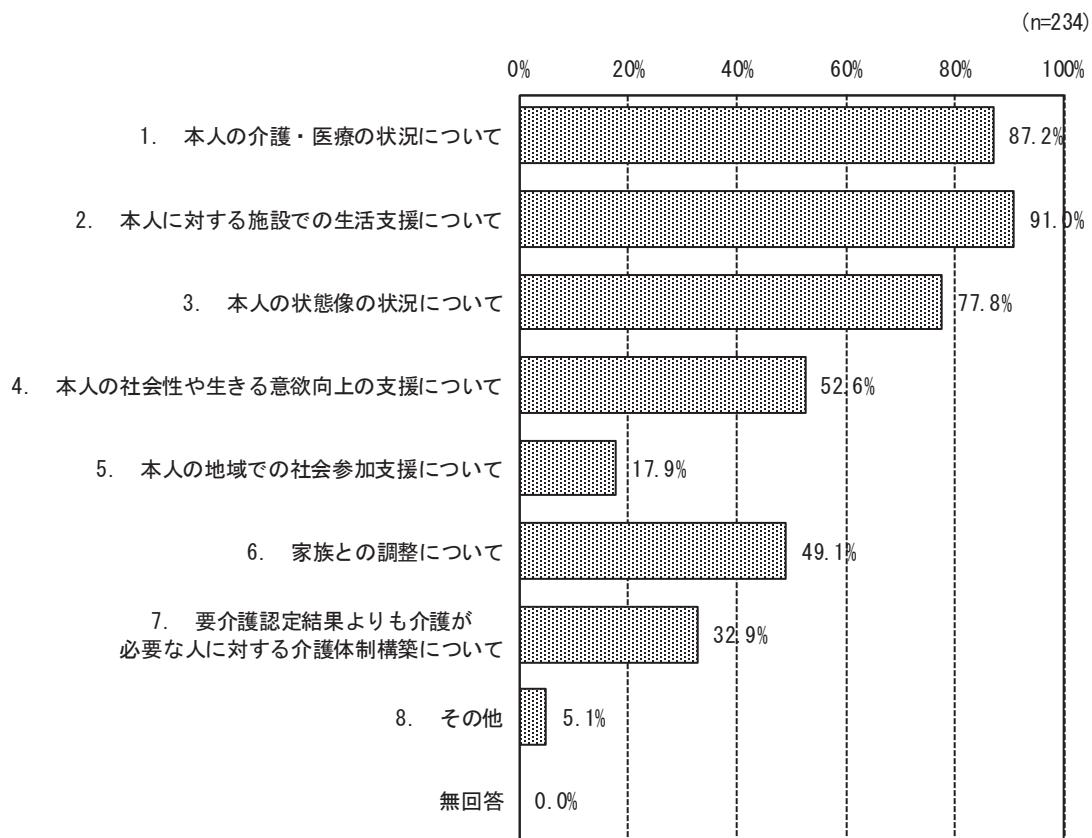
図 315 Q50-4. 会議の参加者



(才) Q50-5. 会議での主なテーマ（特定施設入居者生活介護事業以外）

「2. 本人に対する施設での生活支援について」の割合が最も高く 91.0%となっている。次いで、「1. 本人の介護・医療の状況について（87.2%）」、「3. 本人の状態像の状況について（77.8%）」となっている。

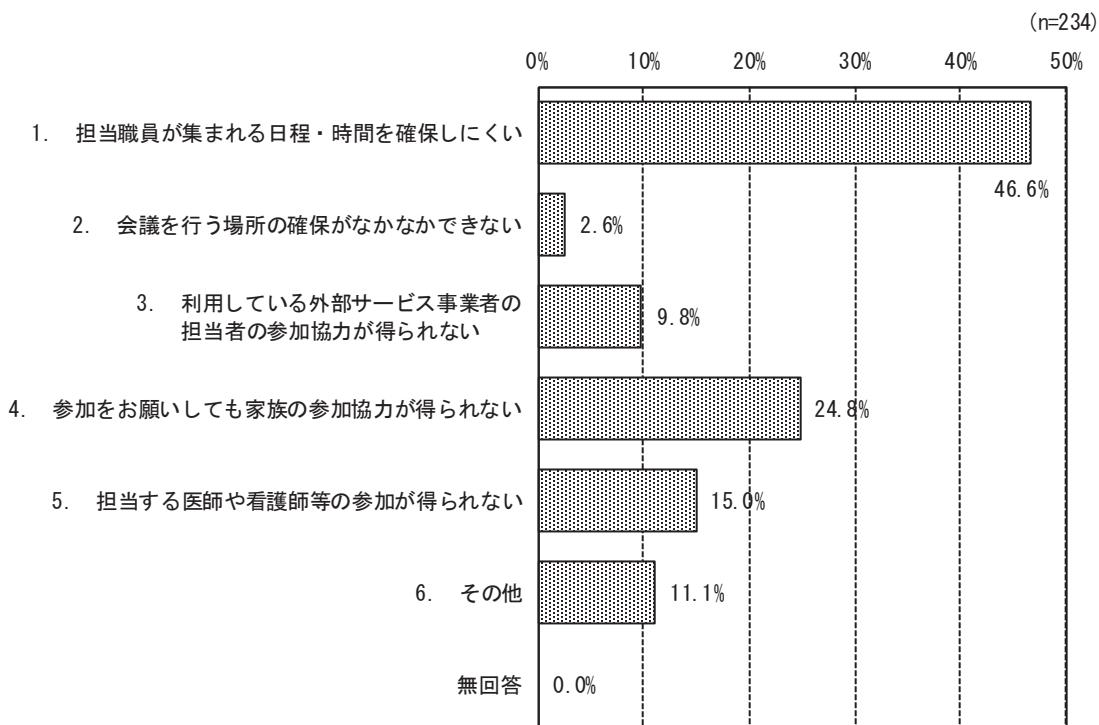
図 316 Q50-5. 会議での主なテーマ



(力) Q50-6. 会議を開催するにあたっての課題（特定施設入居者生活介護事業以外）

「1. 担当職員が集まれる日程・時間を確保しにくい」の割合が最も高く46.6%となっている。次いで、「4. 参加をお願いしても家族の参加協力が得られない（24.8%）」、「5. 担当する医師や看護師等の参加が得られない（15.0%）」となっている。

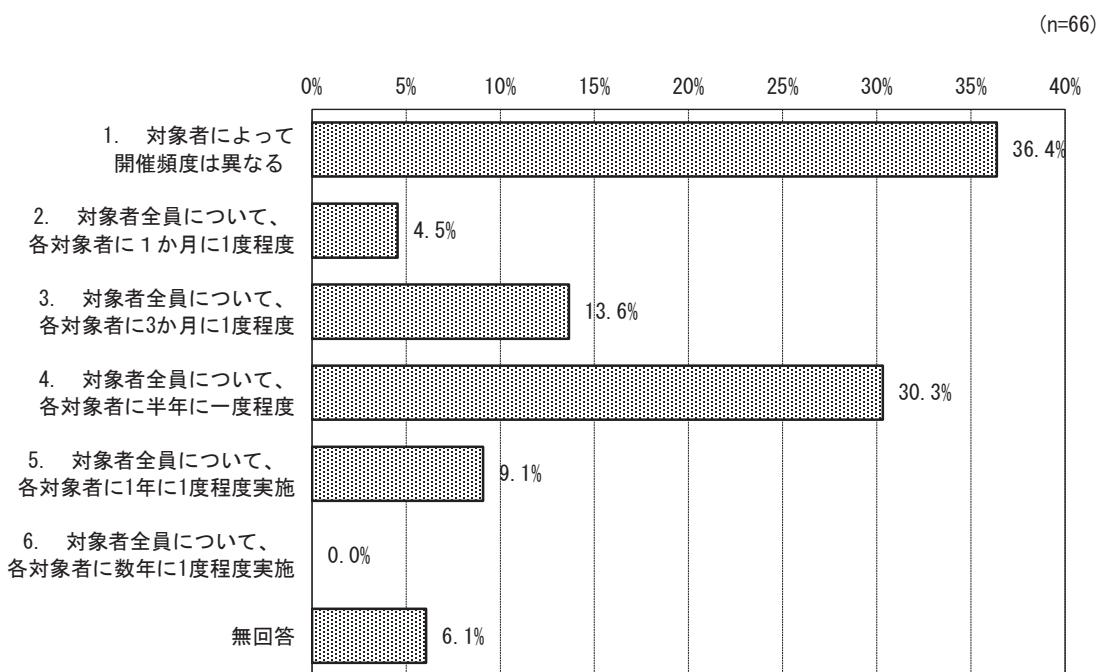
図 317 Q50-6. 会議を開催するにあたっての課題



(キ) Q51-1. 開催頻度（特定施設入居者生活介護事業）

「1. 対象者によって開催頻度は異なる」の割合が最も高く36.4%となっている。次いで、「4. 対象者全員について、各対象者に半年に一度程度（30.3%）」となっている。

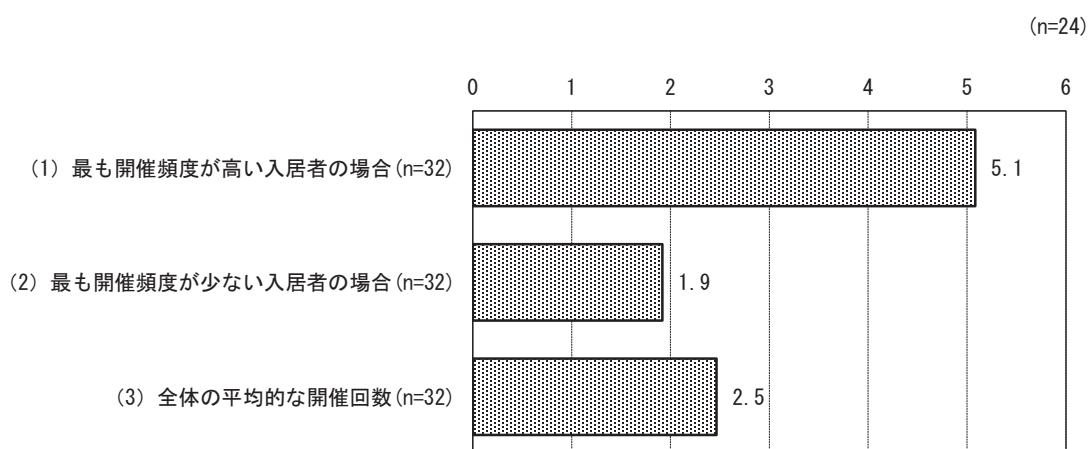
図 318 Q51-1. 開催頻度



(ク) Q51-2. 年間開催回数（特定施設入居者生活介護事業）

「(1) 最も開催頻度が高い入居者の場合」5.1回、「(2) 最も開催頻度が少ない入居者の場合」1.9回、「(3) 全体の平均的な開催回数」2.5回となっている。

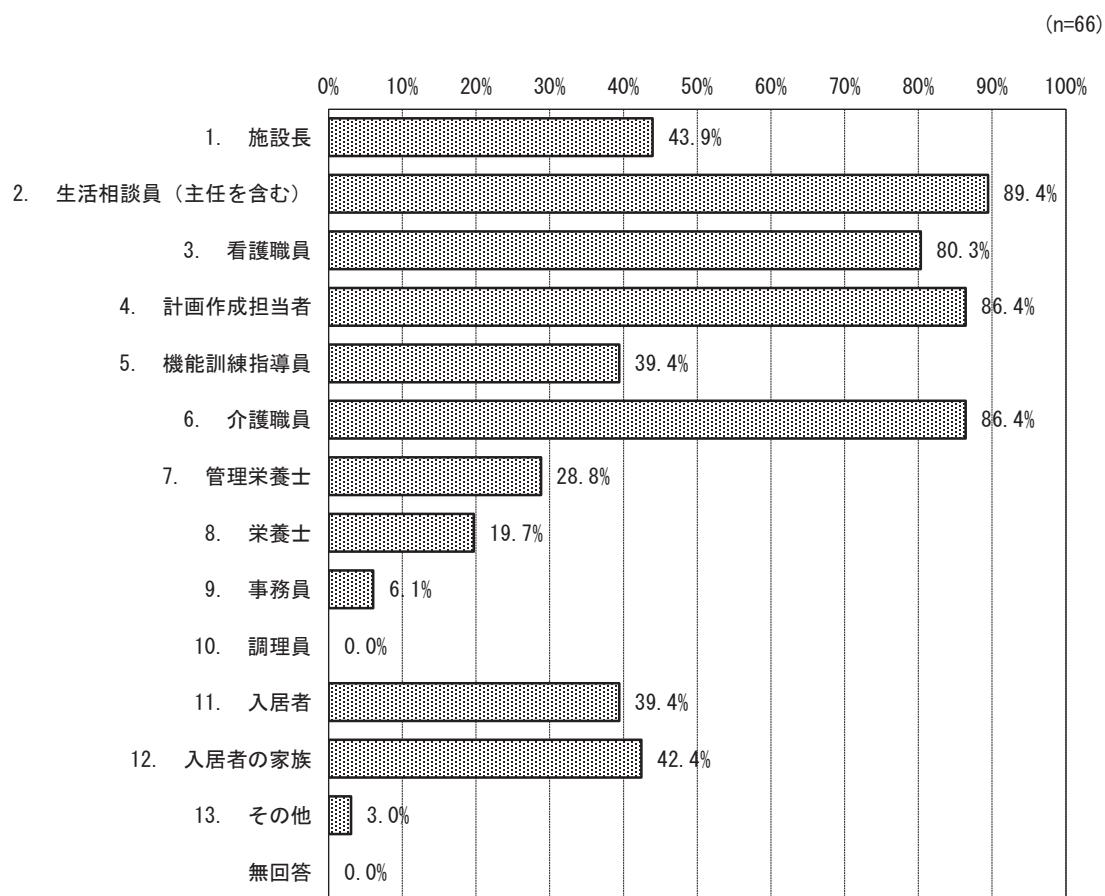
図 319 Q51-2. 年間開催回数



(ヶ) Q51-3. 会議の参加者（特定施設入居者生活介護事業）

「2. 生活相談員（主任を含む）」の割合が最も高く 89.4% となっている。次いで、「4. 計画作成担当者（86.4%）」、「6. 介護職員（86.4%）」となっている。

図 320 Q51-3. 会議の参加者

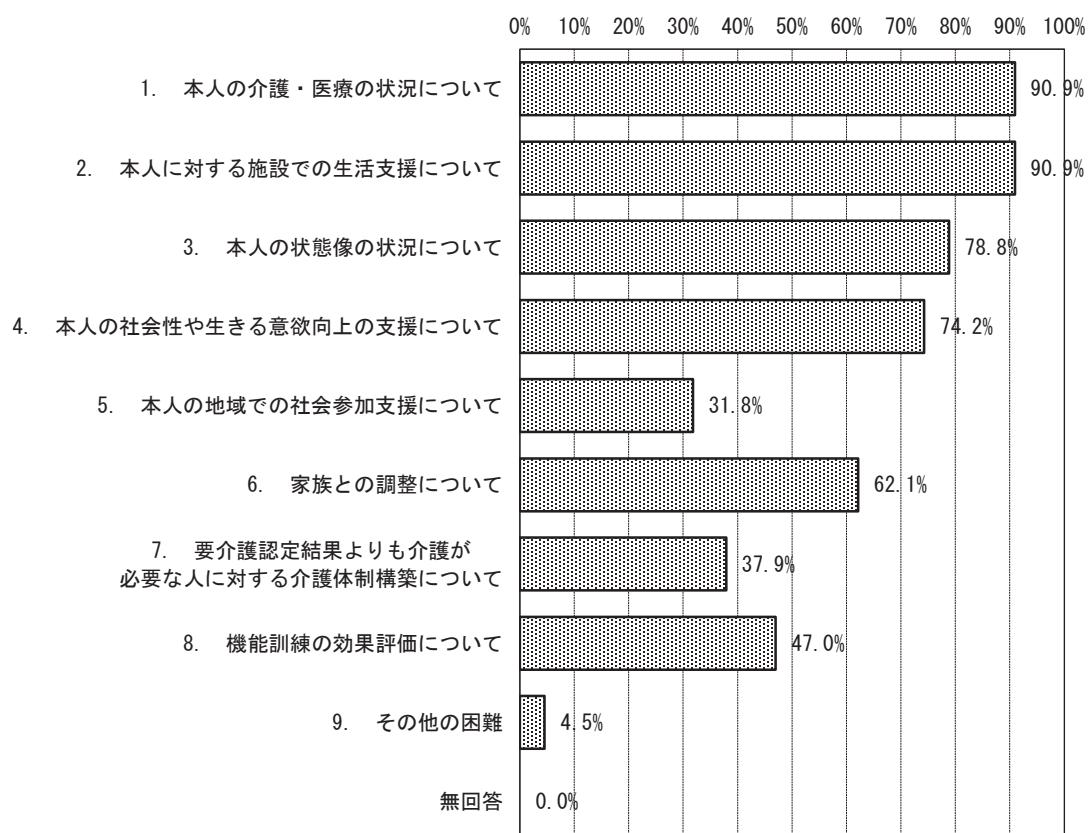


(コ) Q51-4. 会議での主なテーマ（特定施設入居者生活介護事業）

「1. 本人の介護・医療の状況について」、「2. 本人に対する施設での生活支援について」の割合が最も高く 90.9%となっている。次いで、「3. 本人の状態像の状況について（78.8%）」となっている。

図 321 Q51-4. 会議での主なテーマ

(n=66)

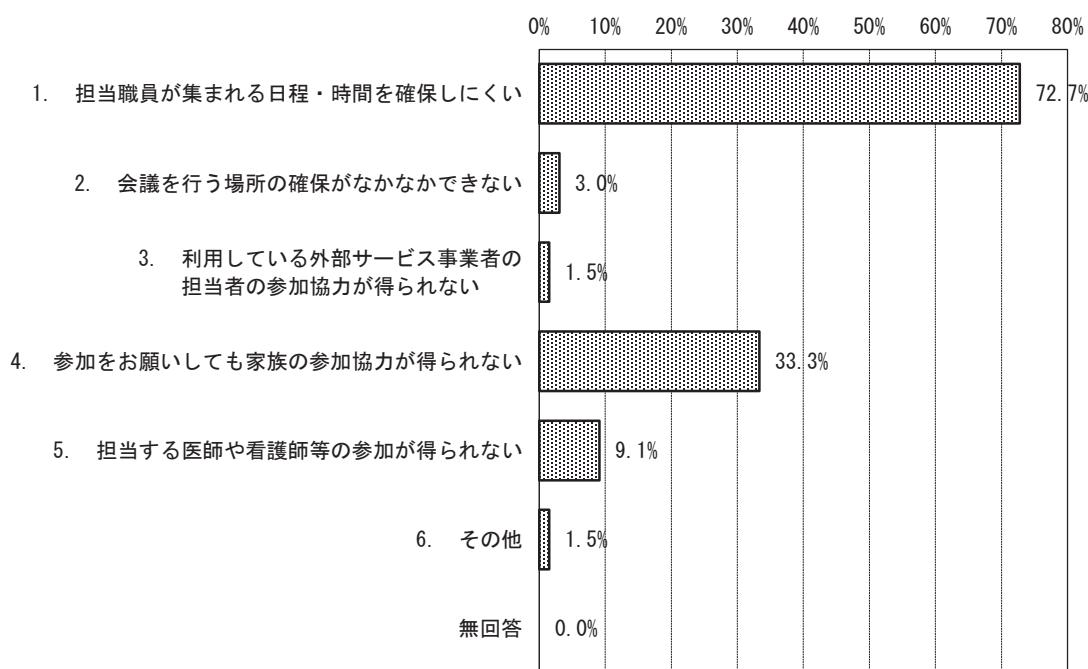


(サ) Q51-5. 会議を開催するにあたっての課題（特定施設入居者生活介護事業）

「1. 担当職員が集まれる日程・時間を確保しにくい」の割合が最も高く72.7%となっている。次いで、「4. 参加をお願いしても家族の参加協力が得られない（33.3%）」、「5. 担当する医師や看護師等の参加が得られない（9.1%）」となっている。

図 322 Q51-5. 会議を開催するにあたっての課題

(n=66)



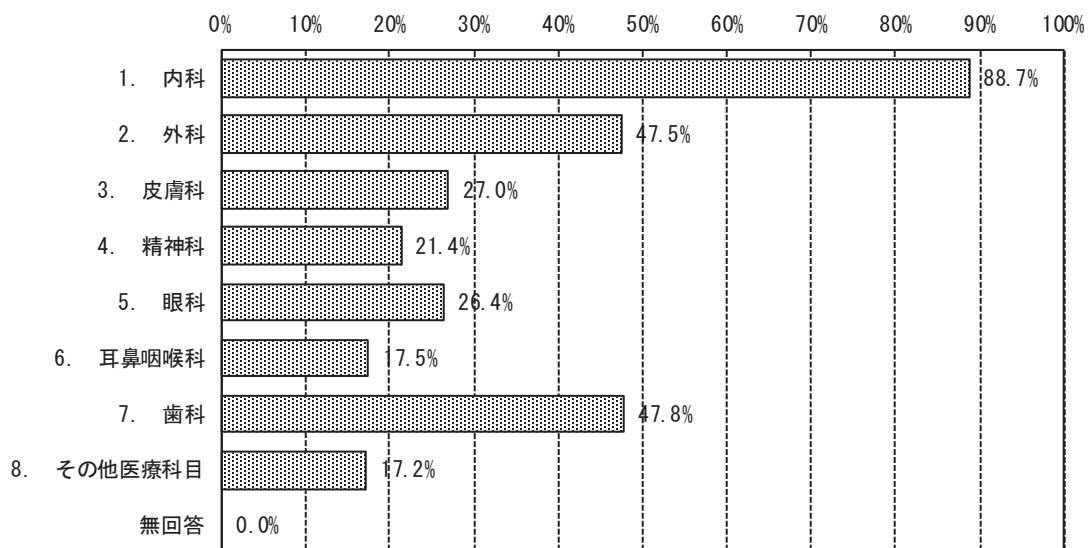
③医療の状況について

(ア) Q52. 協力病院の診療科目

「1. 内科」の割合が最も高く 88.7% となっている。次いで、「7. 歯科(47.8%)」、「2. 外科(47.5%)」となっている。

図 323 Q52. 協力病院の診療科目

(n=337)

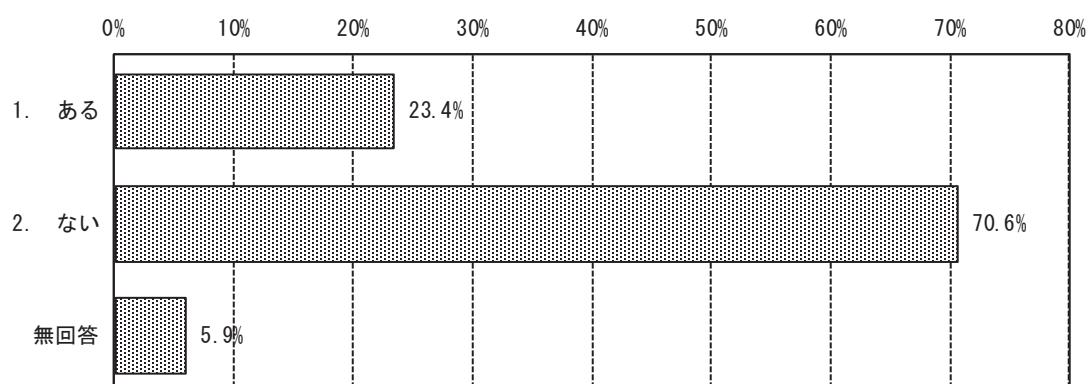


(イ) Q53-1. 認知症専門医との連携有無

「1. ある」 23.4%、「2. ない」 70.6% となっている。

図 324 Q53-1. 認知症専門医との連携有無

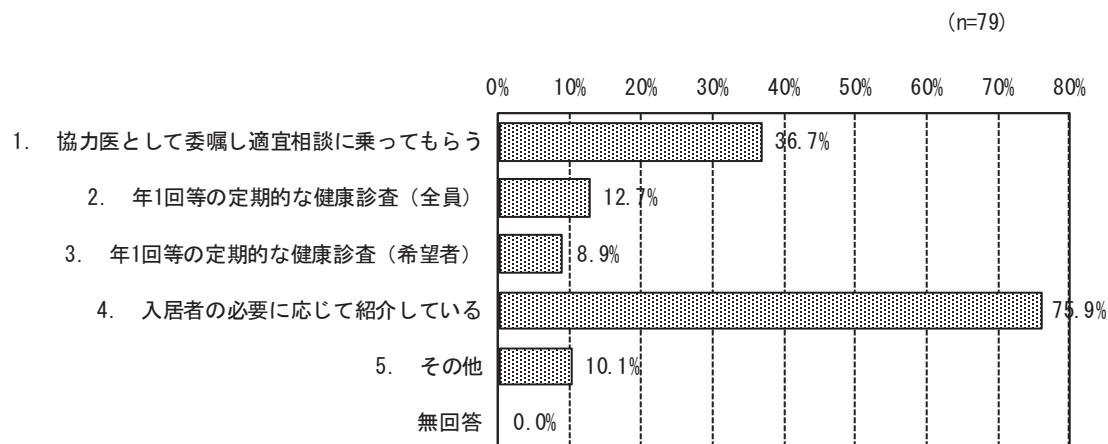
(n=337)



(ウ) Q53-2. 認知症専門医と連携して行っていること

「4. 入居者の必要に応じて紹介している」の割合が最も高く 75.9%となっている。次いで、「1. 協力医として委嘱し適宜相談に乗ってもらう (36.7%)」、「2. 年1回等の定期的な健康診査 (全員) (12.7%)」となっている。

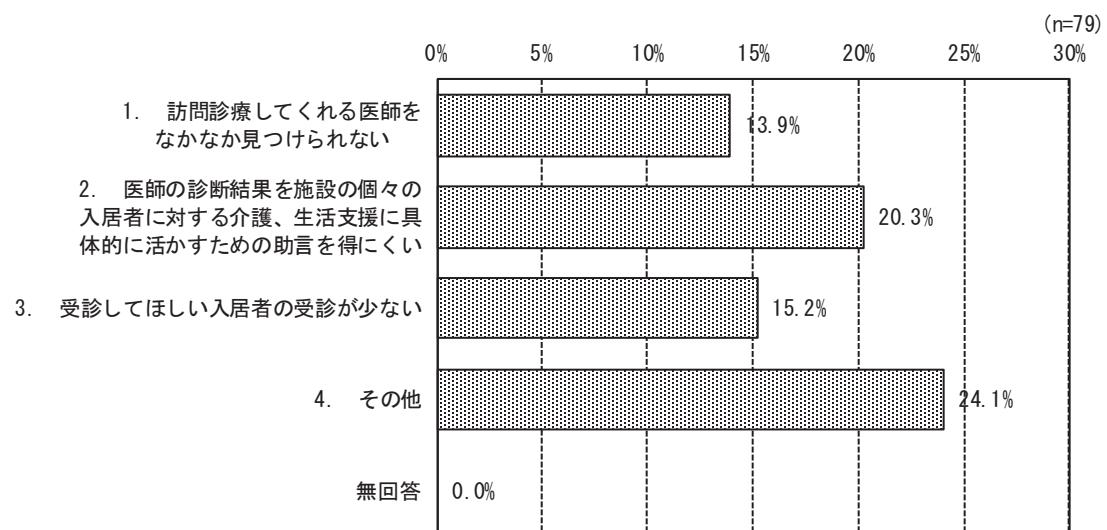
図 325 Q53-2. 認知症専門医と連携して行っていること



(エ) Q53-3. 認知症専門医との連携成果及び課題状況

「4. その他」の割合が最も高く 24.1%となっている。次いで、「2. 医師の診断結果を施設の個々の入居者に対する介護、生活支援に具体的に活かすための助言を得にくい (20.3%)」、「3. 受診してほしい入居者の受診が少ない (15.2%)」となっている。

図 326 Q53-3. 認知症専門医との連携成果及び課題状況

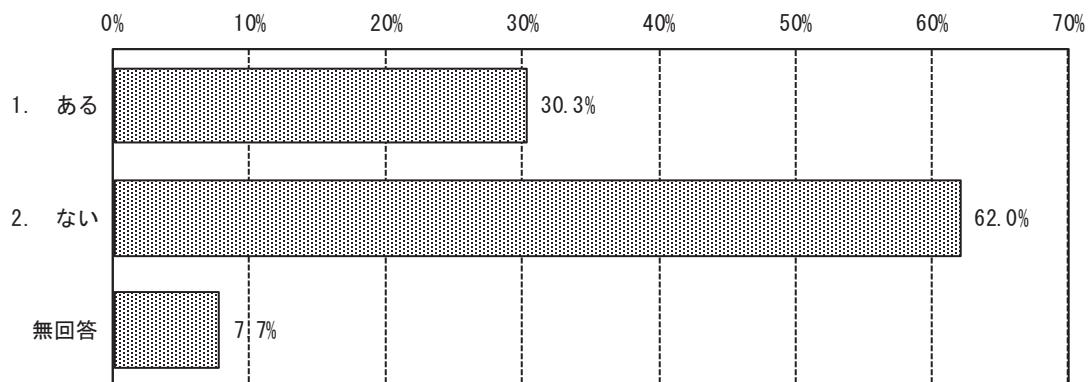


(才) Q54-1. 精神科医との連携有無

「1. ある」 30.3%、「2. ない」 62.0%となっている。

図 327 Q54-1. 精神科医との連携有無

(n=337)

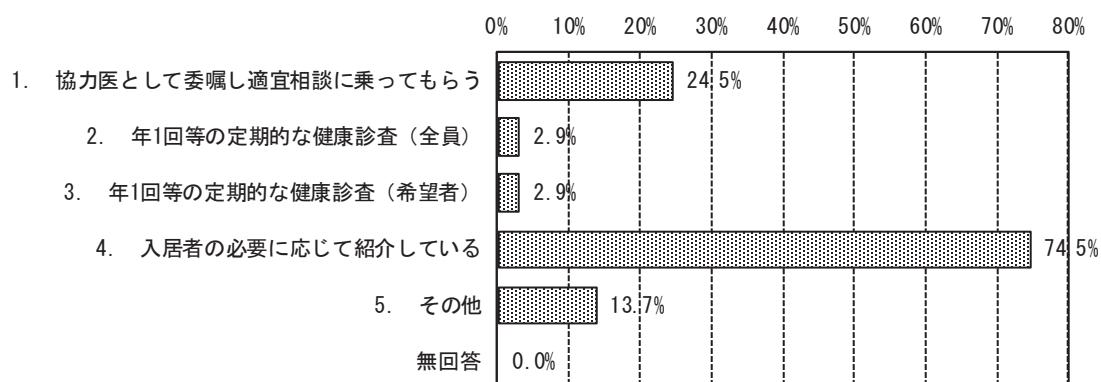


(才) Q54-2. 精神科医と連携して行っていること

「4. 入居者の必要に応じて紹介している」の割合が最も高く 74.5%となっている。次いで、「1. 協力医として委嘱し適宜相談に乗ってもらう (24.5%)」、「5. その他 (13.7%)」となっている。

図 328 Q54-2. 精神科医と連携して行っていること

(n=102)

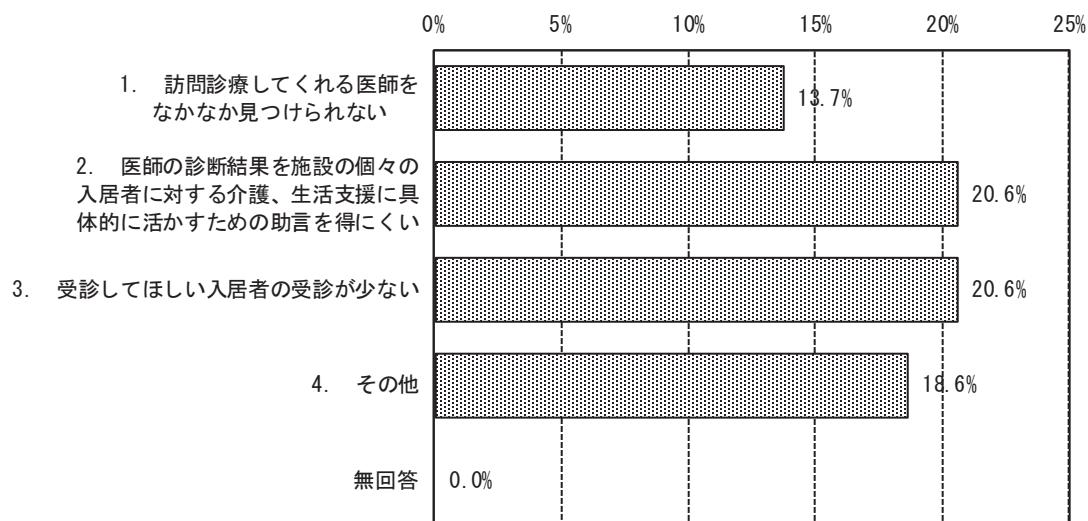


(キ) Q54-3. 精神科医との連携成果及び課題状況

「2. 医師の診断結果を施設の個々の入居者に対する介護、生活支援に具体的に活かすための助言を得にくい」、「3. 受診してほしい入居者の受診が少ない」の割合が高く、それぞれ 20.6% となっている。次いで、「4. その他 (18.6%)」となっている。

図 329 Q54-3. 精神科医との連携成果及び課題状況

(n=102)

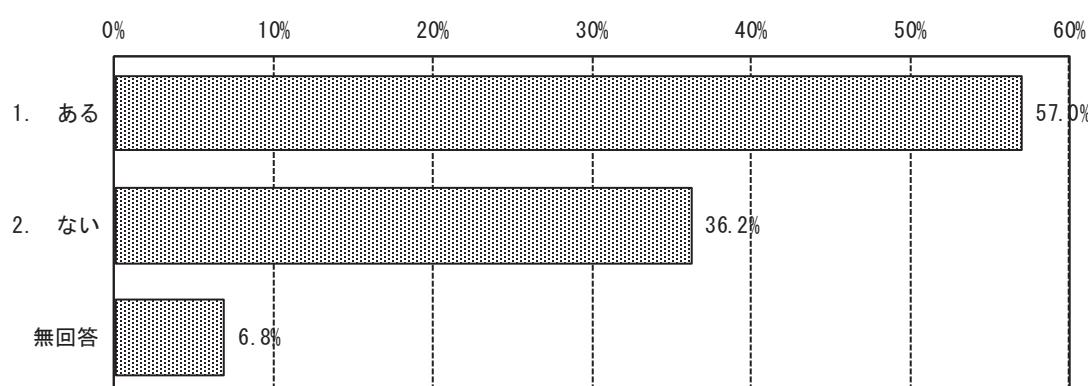


(ク) Q55-1. 歯科医師・歯科衛生士との連携有無

「1. ある」 57.0%、「2. ない」 36.2% となっている。

図 330 Q55-1. 歯科医師・歯科衛生士との連携有無

(n=337)

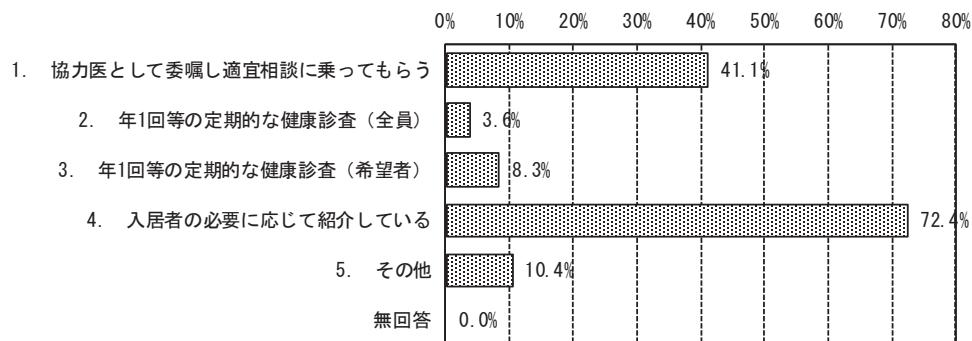


(ヶ) Q55-2. 歯科医師・歯科衛生士と連携して行っていること

「4. 入居者の必要に応じて紹介している」の割合が最も高く 72.4%となっている。次いで、「1. 協力医として委嘱し適宜相談に乗ってもらう (41.1%)」、「5. その他 (10.4%)」となっている。

図 331 Q55-2. 歯科医師・歯科衛生士と連携して行っていること

(n=192)

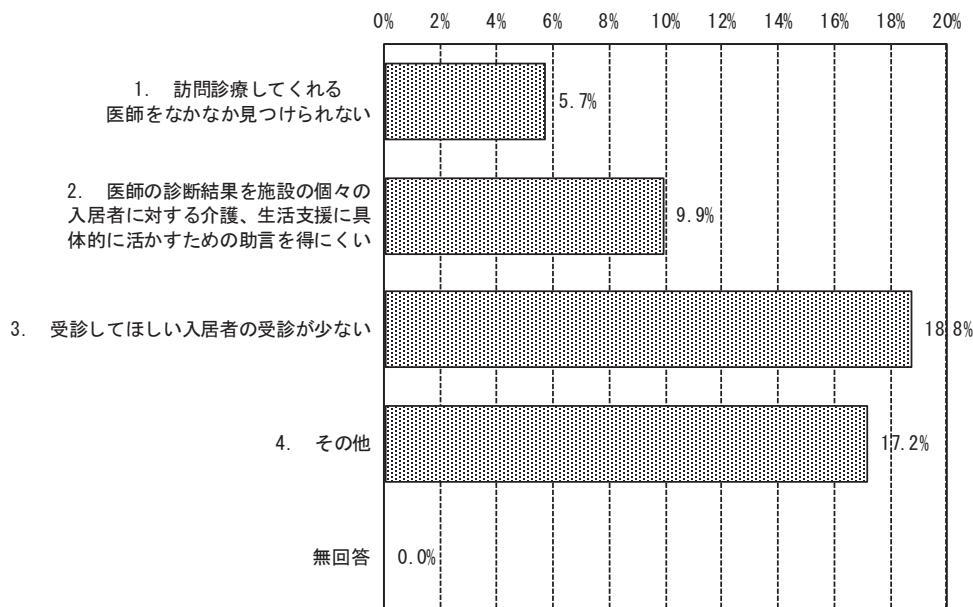


(コ) Q55-3. 歯科医師・歯科衛生士との連携成果及び課題状況

「3. 受診してほしい入居者の受診が少ない」の割合が最も高く 18.8%となっている。次いで、「4. その他 (17.2%)」、「2. 医師の診断結果を施設の個々の入居者に対する介護、生活支援に具体的に活かすための助言を得にくい (9.9%)」となっている。

図 332 Q55-3. 歯科医師・歯科衛生士との連携成果及び課題状況

(n=192)

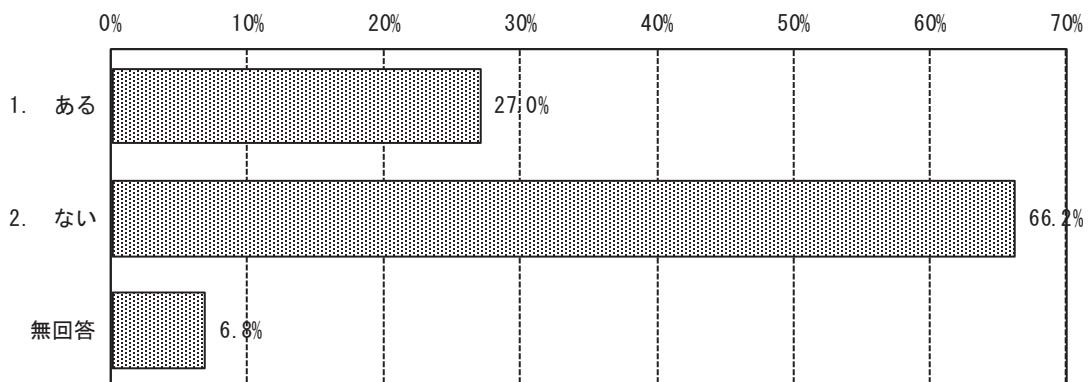


(サ) Q56-1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との連携有無

「1. ある」 27.0%、「2. ない」 66.2%となっている。

図 333 Q56-1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との連携有無

(n=337)

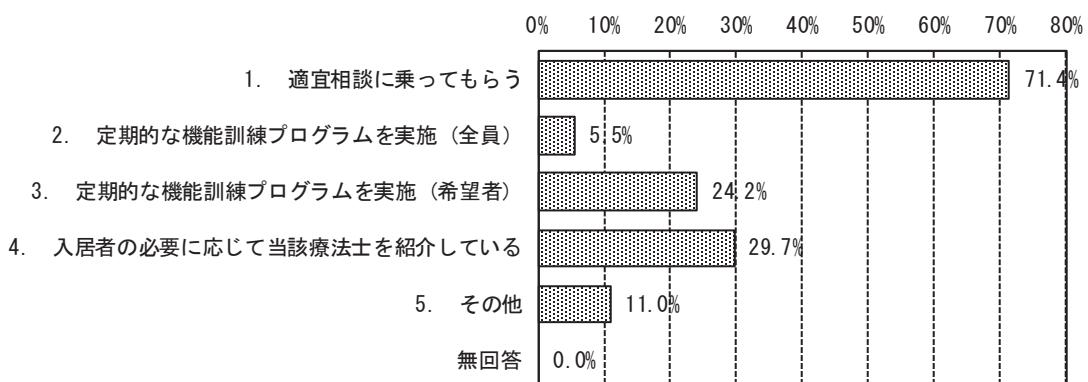


(シ) Q56-2. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と連携して行っていること

「1. 適宜相談に乗ってもらう」の割合が最も高く 71.4%となっている。次いで、「4. 入居者の必要に応じて当該療法士を紹介している（29.7%）」、「3. 定期的な機能訓練プログラムを実施（希望者）（24.2%）」となっている。

図 334 Q56-2. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と連携して行っていること

(n=91)

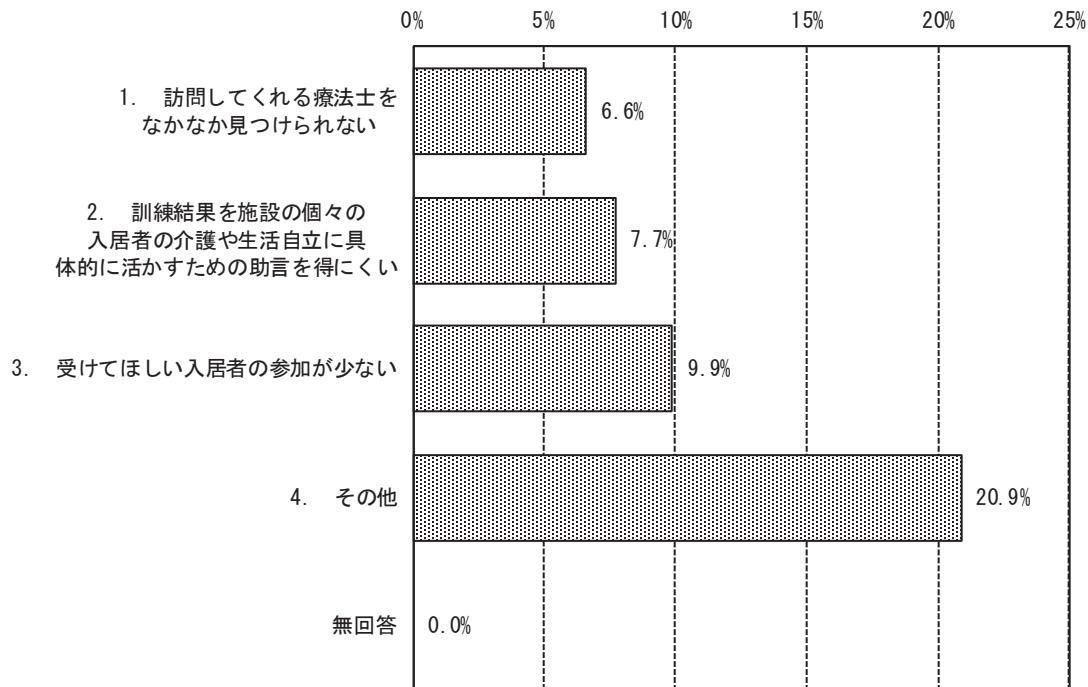


(ス) Q56-3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との連携成果及び課題状況

「4. その他」の割合が最も高く 20.9%となっている。次いで、「3. 受けてほしい入居者の参加が少ない (9.9%)」、「2. 訓練結果を施設の個々の入居者の介護や生活自立に具体的に活かすための助言を得にくい (7.7%)」となっている。

図 335 Q56-3. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士との連携成果及び課題状況

(n=91)



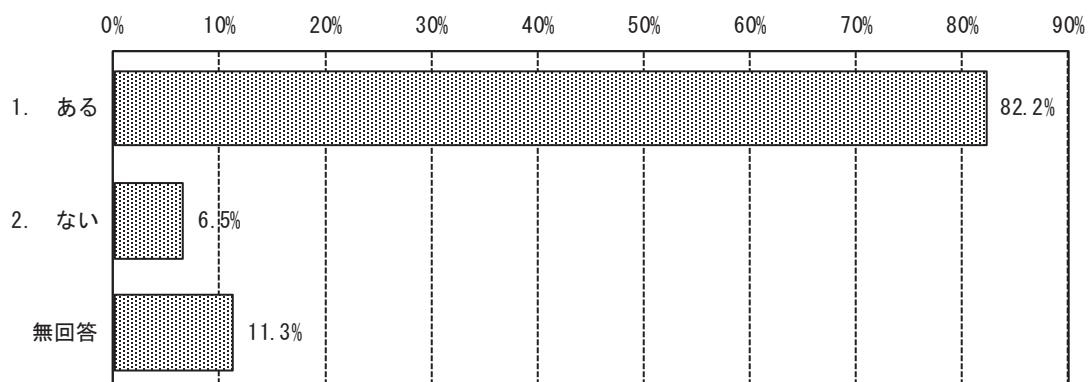
④ケアマネジャーとの連携状況

(ア) Q57-1. 入居者の担当ケアマネジャーとの連携有無

「1. ある」 82.2%、「2. ない」 6.5%となっている。

図 336 Q57-1. 入居者の担当ケアマネジャーとの連携有無

(n=337)

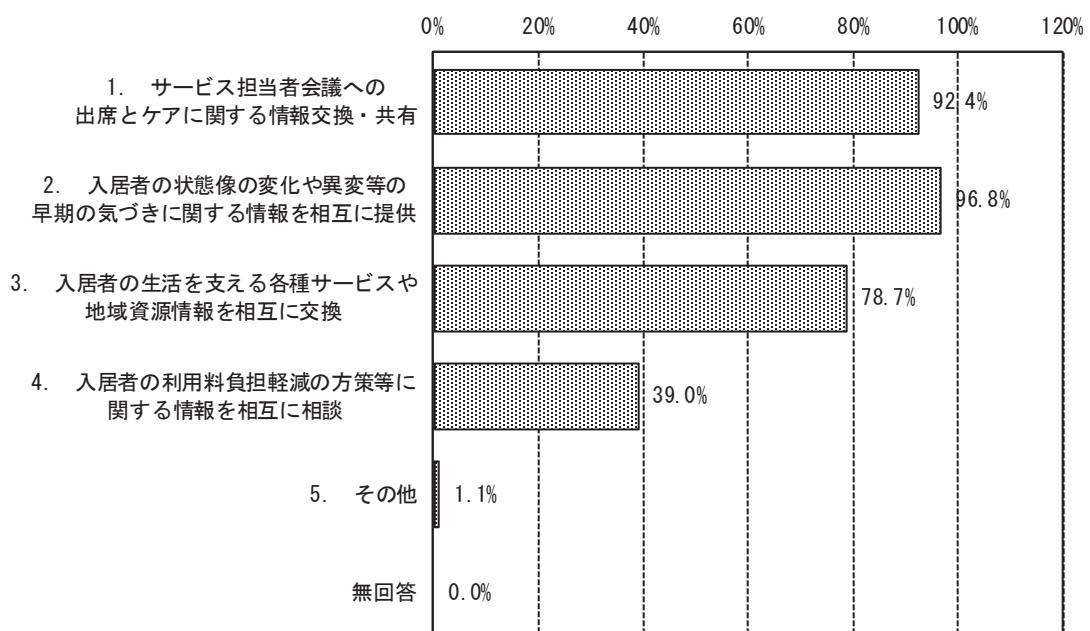


(イ) Q57-2. 入居者の担当ケアマネジャーと連携して行っていること

「2. 入居者の状態像の変化や異変等の早期の気づきに関する情報を相互に提供」の割合が最も高く 96.8%となっている。次いで、「1. サービス担当者会議への出席とケアに関する情報交換・共有 (92.4%)」、「3. 入居者の生活を支える各種サービスや地域資源情報を相互に交換 (78.7%)」となっている。

図 337 Q57-2. 入居者の担当ケアマネジャーと連携して行っていること

(n=277)

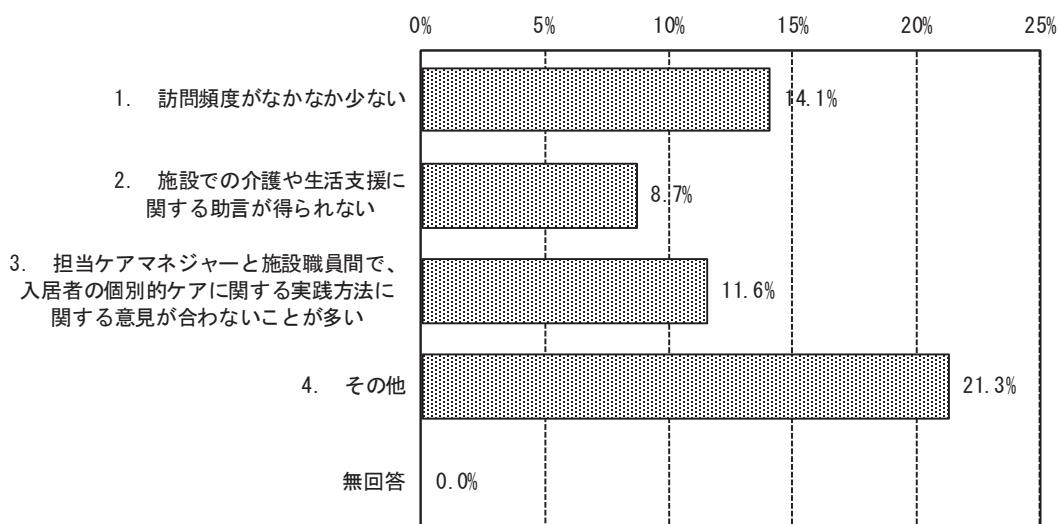


(ウ) Q57-3. 入居者の担当ケアマネジャーとの連携成果及び課題状況

「4. その他」の割合が最も高く 21.3%となっている。次いで、「1. 訪問頻度がなかなか少ない（14.1%）」、「3. 担当ケアマネジャーと施設職員間で、入居者の個別的ケアに関する実践方法に関する意見が合わないことが多い（11.6%）」となっている。

図 338 Q57-3. 入居者の担当ケアマネジャーとの連携成果及び課題状況

(n=277)



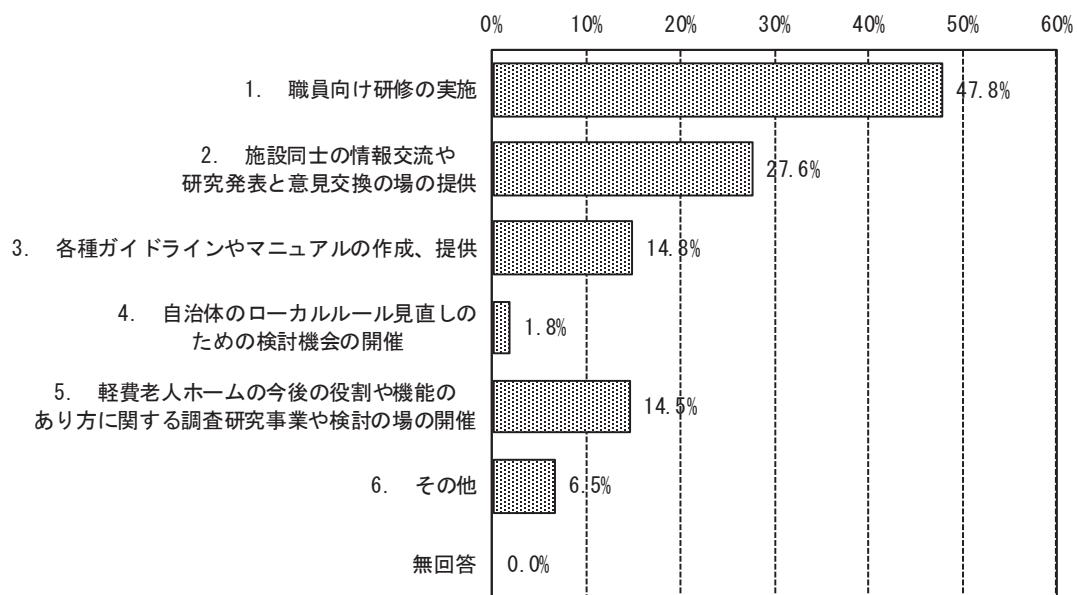
⑤都道府県・政令市・中核市との連携状況

(ア) Q58. 都道府県・政令市・中核市と連携して行っている具体的な支援の取組

「1. 職員向け研修の実施」の割合が最も高く 47.8%となっている。次いで、「2. 施設同士の情報交流や研究発表と意見交換の場の提供（27.6%）」、「3. 各種ガイドラインやマニュアルの作成、提供（14.8%）」となっている。

図 339 Q58. 都道府県・政令市・中核市と連携して行っている具体的な支援の取組

(n=337)

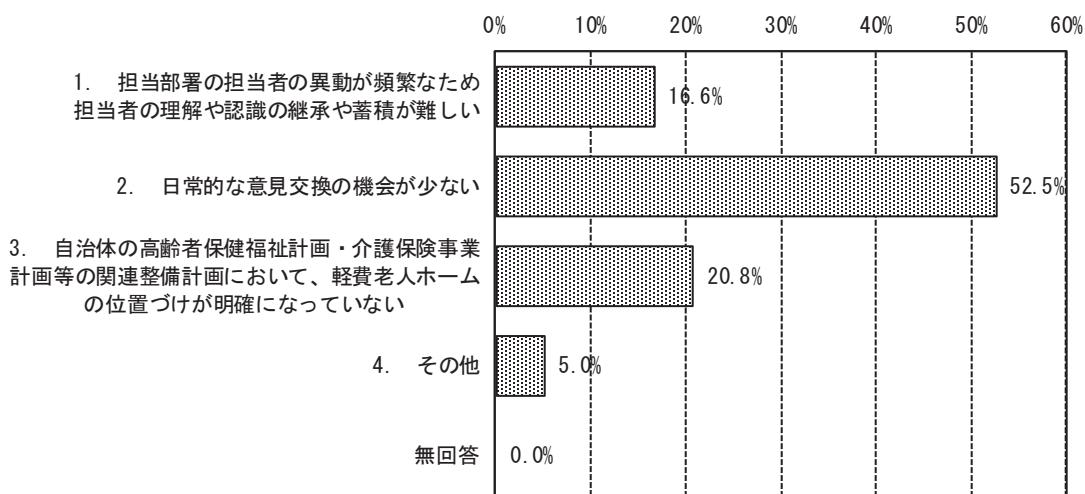


(イ) Q59. 都道府県・政令市・中核市と連携して支援を行う上での課題

「2. 日常的な意見交換の機会が少ない」の割合が最も高く 52.5% となっている。次いで、「3. 自治体の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画等の関連整備計画において、軽費老人ホームの位置づけが明確になっていない（20.8%）」、「1. 担当部署の担当者の異動が頻繁なため担当者の理解や認識の継承や蓄積が難しい（16.6%）」となっている。

図 340 Q59. 都道府県・政令市・中核市と連携して支援を行う上での課題

(n=337)

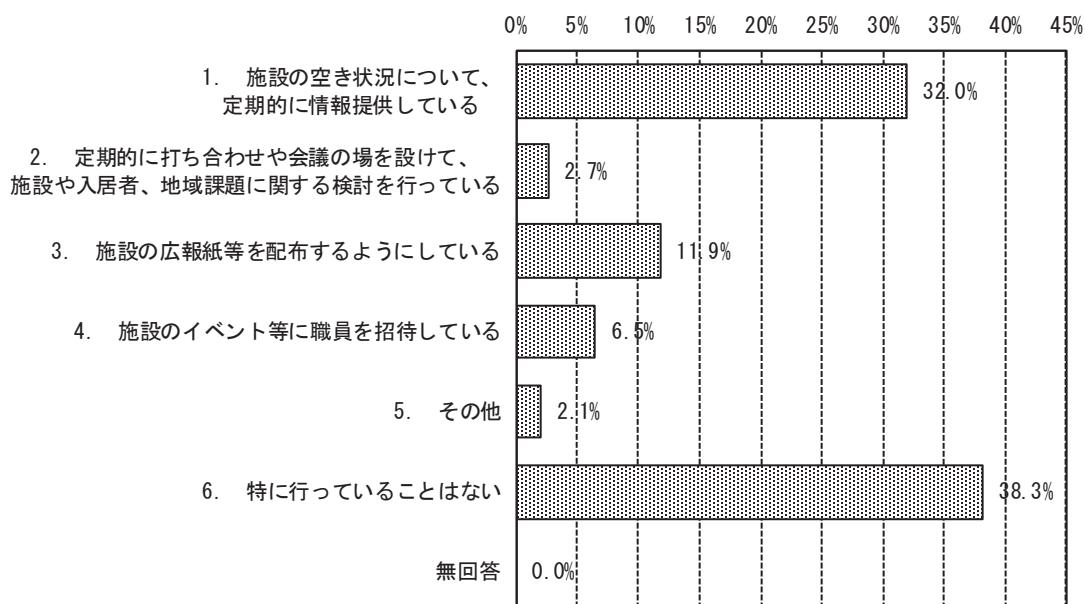


(ウ) Q60. 都道府県・政令市・中核市への働きかけとして具体的に行っていること

「6. 特に行っていることはない」の割合が最も高く 38.3% となっている。次いで、「1. 施設の空き状況について、定期的に情報提供している（32.0%）」、「3. 施設の広報紙等を配布するようにしている（11.9%）」となっている。

図 341 Q60. 都道府県・政令市・中核市への働きかけとして具体的に行っていること

(n=337)



(工) Q61. 都道府県・政令市・中核市への要望等の提出状況

「1. 提出した」 11.9%、「2. 提出していない」 77.7%となっている。

図 342 Q61. 都道府県・政令市・中核市への要望等の提出状況

(n=337)



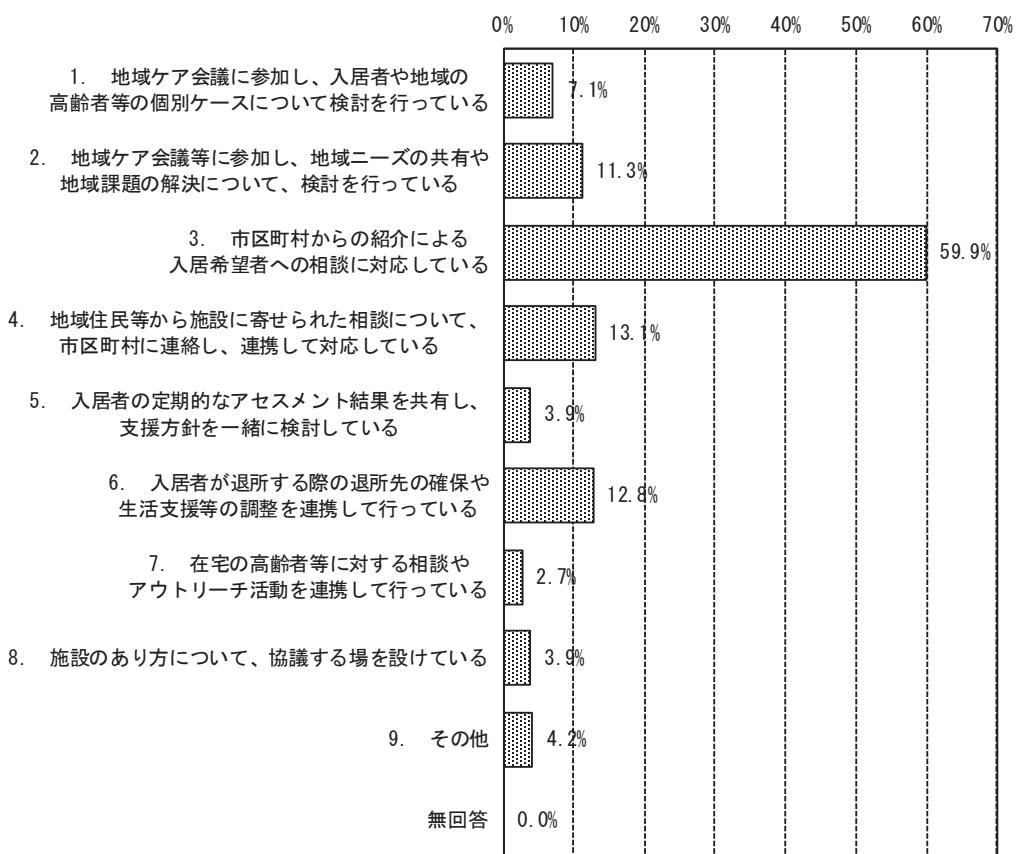
⑥市（政令市・中核市除く）区町村との連携状況

(ア) Q63. 市区町村と連携して行っている具体的な支援の取組み

「3. 市区町村からの紹介による入居希望者への相談に対応している」の割合が最も高く 59.9% となっている。次いで、「4. 地域住民等から施設に寄せられた相談について、市区町村に連絡し、連携して対応している（13.1%）」、「6. 入居者が退所する際の退所先の確保や生活支援等の調整を連携して行っている（12.8%）」となっている。

図 343 Q63. 市区町村と連携して行っている具体的な支援の取組み

(n=337)

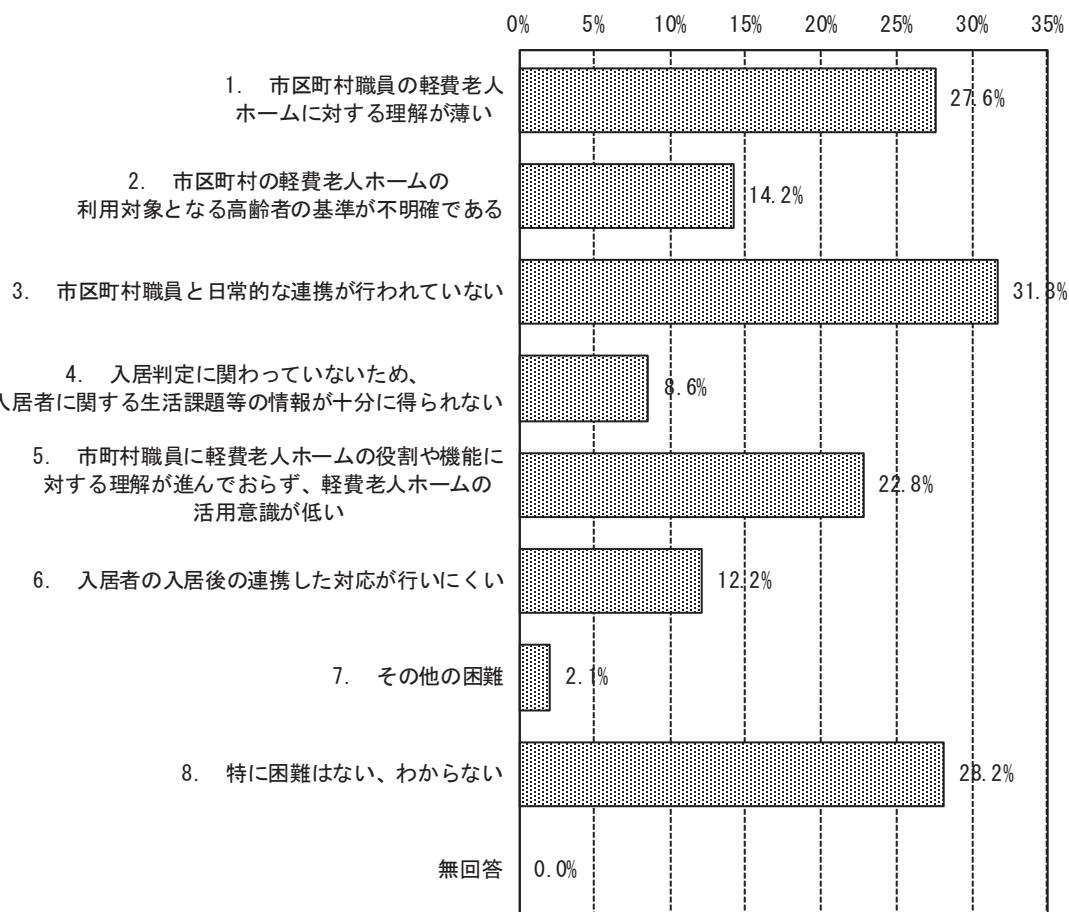


(イ) Q64. 市区町村と連携して支援を行うにあたって行う上での課題

「3. 市区町村職員と日常的な連携が行われていない」の割合が最も高く31.8%となっている。次いで、「8. 特に困難はない、わからない(28.2%)」、「1. 市区町村職員の軽費老人ホームに対する理解が薄い(27.6%)」となっている。

図 344 Q64. 市区町村と連携して支援を行うにあたって行う上での課題

(n=337)

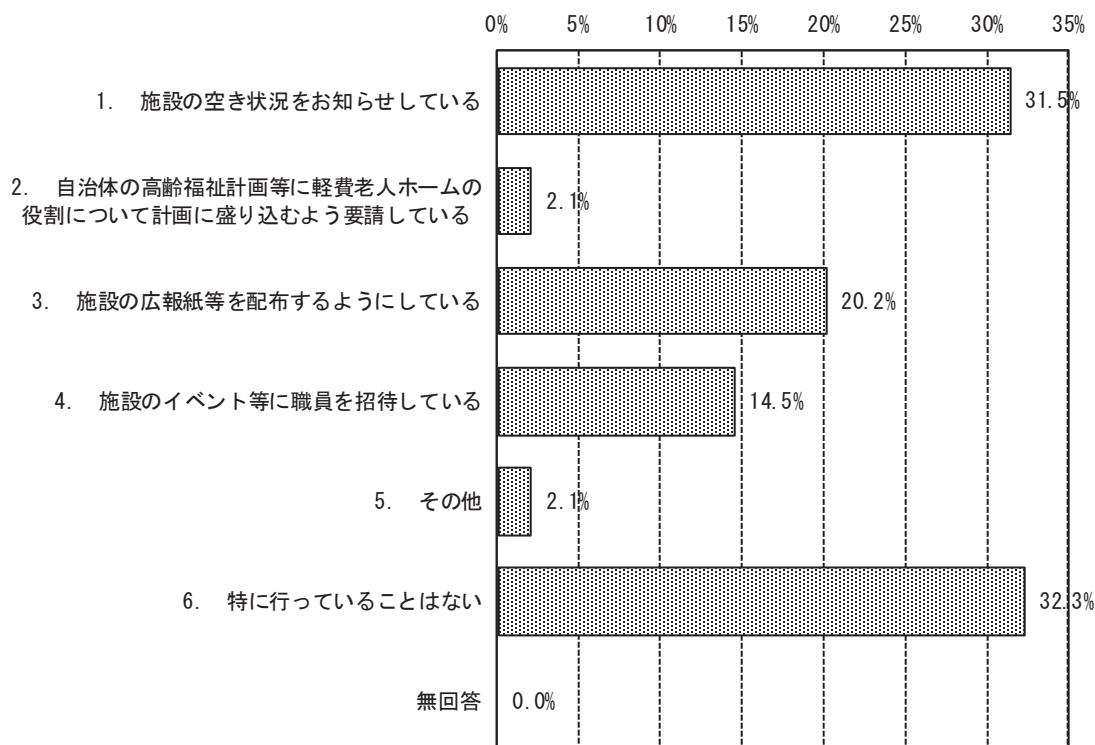


(ウ) Q65. 市区町村への働きかけとして具体的に行っていること

「6. 特に行っていることはない」の割合が最も高く 32.3%となっている。次いで、「1. 施設の空き状況をお知らせしている（31.5%）」、「3. 施設の広報紙等を配布するようにしている（20.2%）」となっている。

図 345 Q65. 市区町村への働きかけとして具体的に行っていること

(n=337)

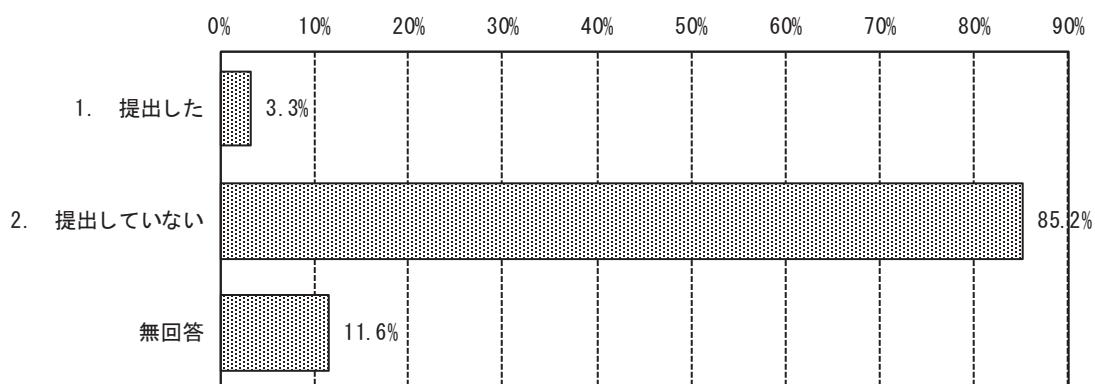


(エ) Q66. 市区町村に対する要望等の提出状況

「2. 提出していない」の割合が最も高く 85.2%となっている。次いで、「1. 提出した（3.3%）」となっている。

図 346 Q66. 市区町村に対する要望等の提出状況

(n=337)



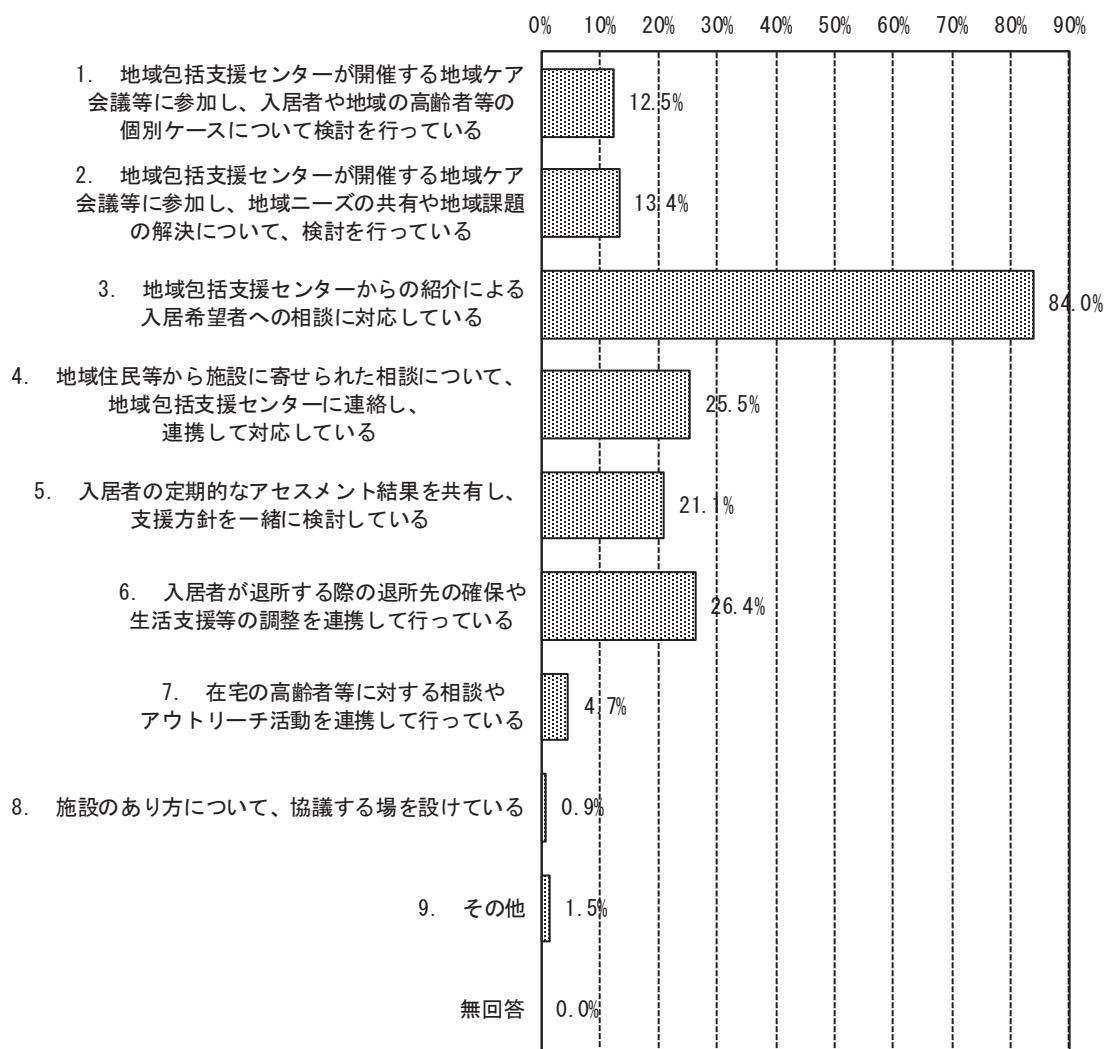
⑦地域包括支援センターとの連携状況

(ア) Q68. 地域包括支援センターと連携して行っている具体的な支援の内容

「3. 地域包括支援センターからの紹介による入居希望者への相談に対応している」の割合が最も高く 84.0%となっている。次いで、「6. 入居者が退所する際の退所先の確保や生活支援等の調整を連携して行っている（26.4%）」、「4. 地域住民等から施設に寄せられた相談について、地域包括支援センターに連絡し、連携して対応している（25.5%）」となっている。

図 347 Q68. 地域包括支援センターと連携して行っている具体的な支援の内容

(n=337)

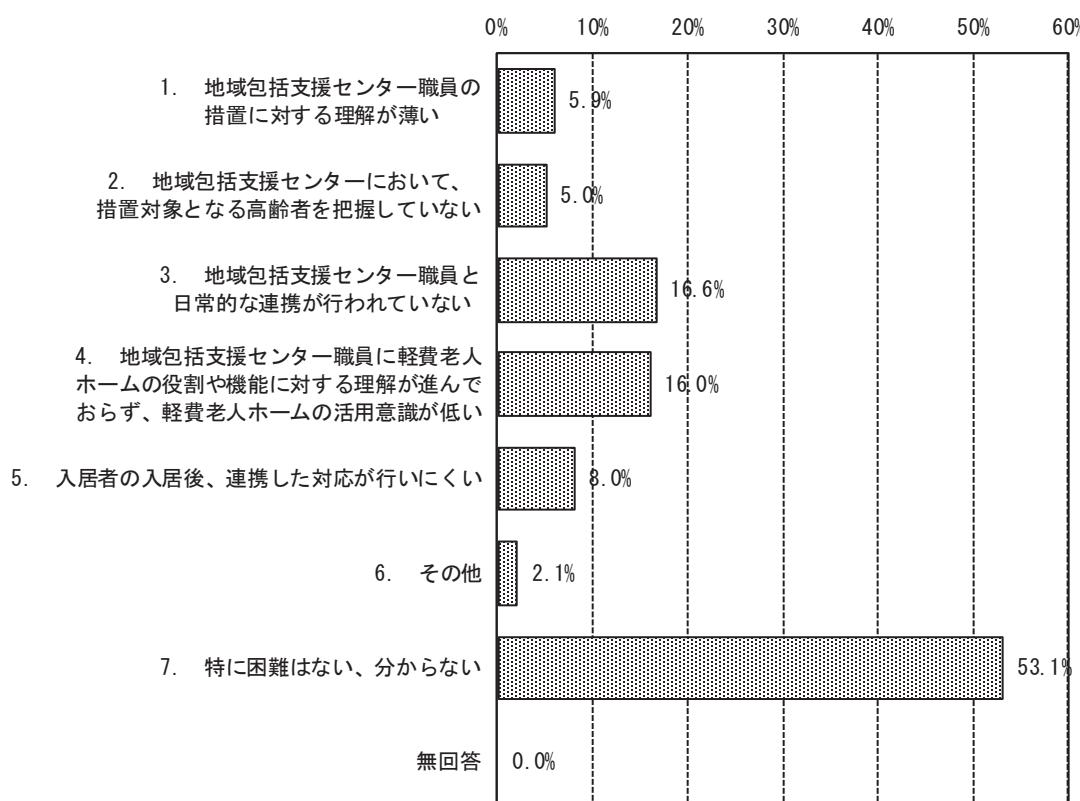


(イ) Q69. 地域包括支援センターと連携して支援を行う上での課題

「7. 特に困難はない、分からない」の割合が最も高く 53.1%となっている。次いで、「3. 地域包括支援センター職員と日常的な連携が行われていない（16.6%）」、「4. 地域包括支援センター職員に軽費老人ホームの役割や機能に対する理解が進んでおらず、軽費老人ホームの活用意識が低い（16.0%）」となっている。

図 348 Q69. 地域包括支援センターと連携して支援を行う上での課題

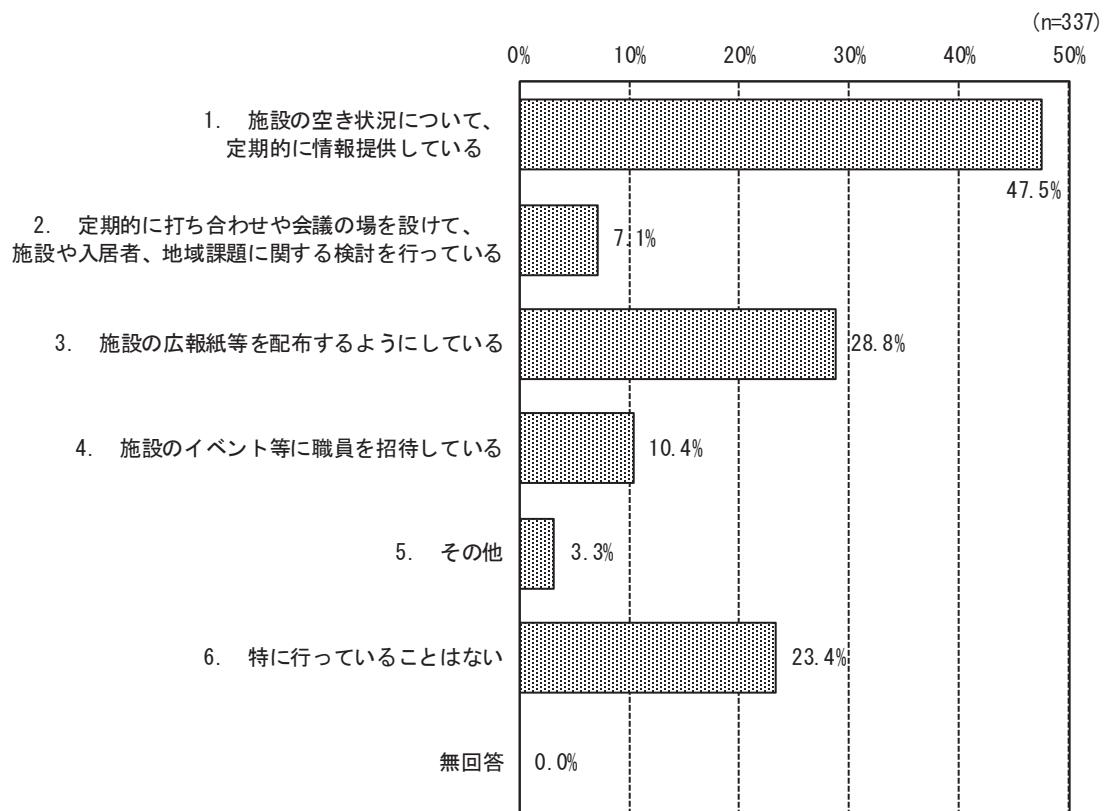
(n=337)



(ウ) Q70. 地域包括支援センターへの働きかけとして具体的に行っていること

「1. 施設の空き状況について、定期的に情報提供している」の割合が最も高く47.5%となっている。次いで、「3. 施設の広報紙等を配布するようにしている（28.8%）」「6. 特に行っていることはない（23.4%）」となっている。

図 349 Q70. 地域包括支援センターへの働きかけとして具体的に行っていること



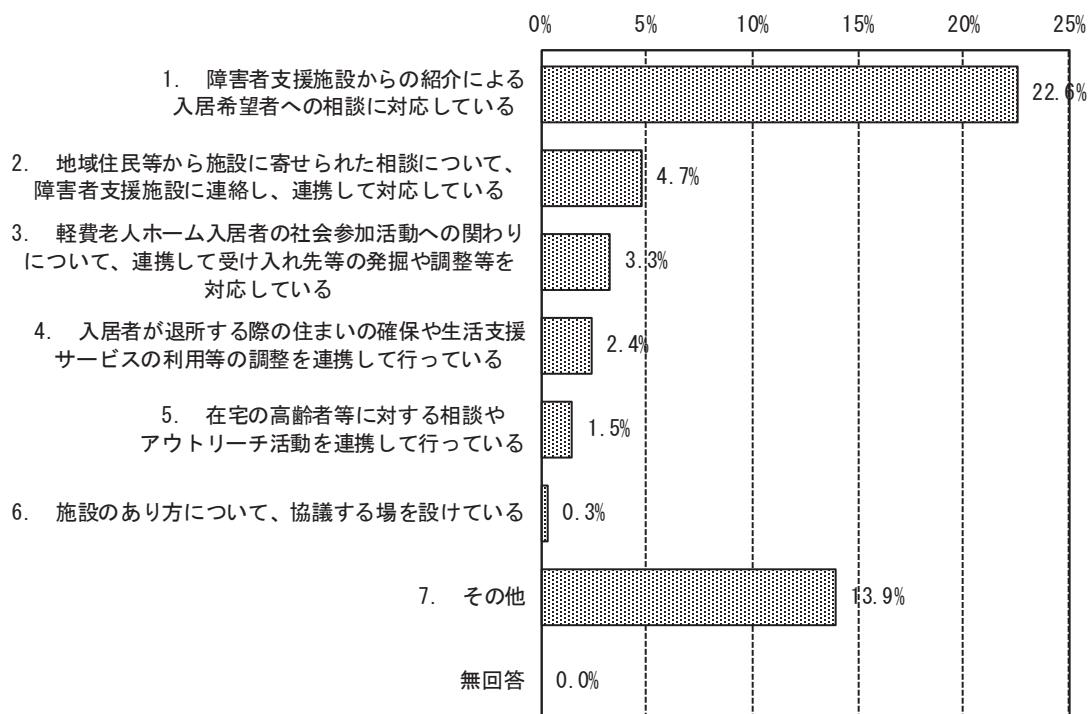
⑧障害者支援施設との連携状況

(ア) Q71. 障害者支援施設と連携して行っている具体的な支援の内容

「1. 障害者支援施設からの紹介による入居希望者への相談に対応している」の割合が最も高く22.6%となっている。次いで、「7. その他(13.9%)」、「2. 地域住民等から施設に寄せられた相談について、障害者支援施設に連絡し、連携して対応している(4.7%)」となっている。

図 350 Q71. 障害者支援施設と連携して行っている具体的な支援の内容

(n=337)

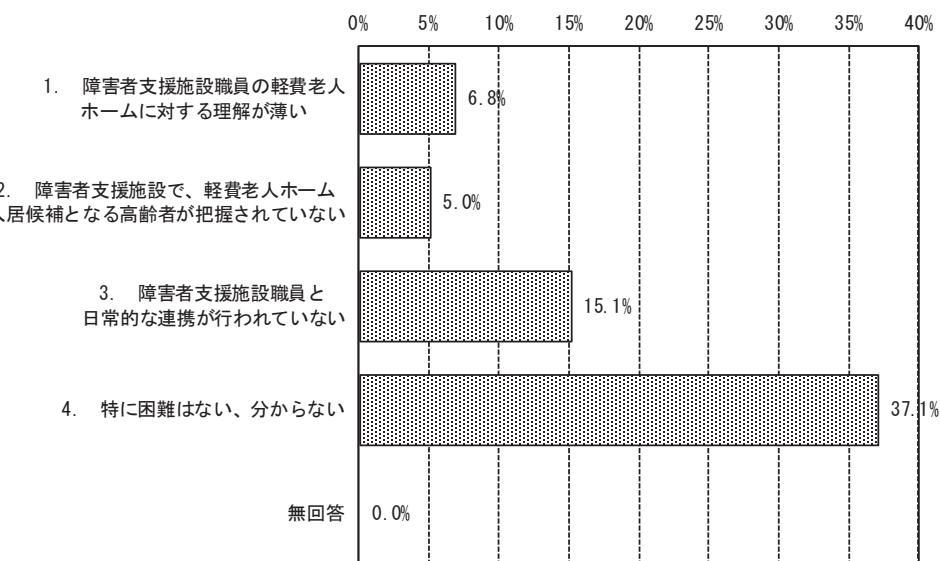


(イ) Q72. 障害者支援施設と連携して支援を行う上での課題

「4. 特に困難はない、分からない」の割合が最も高く 37.1%となっている。次いで、「3. 障害者支援施設職員と日常的な連携が行われていない（15.1%）」、「1. 障害者支援施設職員の軽費老人ホームに対する理解が薄い（6.8%）」となっている。

図 351 Q72. 障害者支援施設と連携して支援を行う上での課題

(n=337)

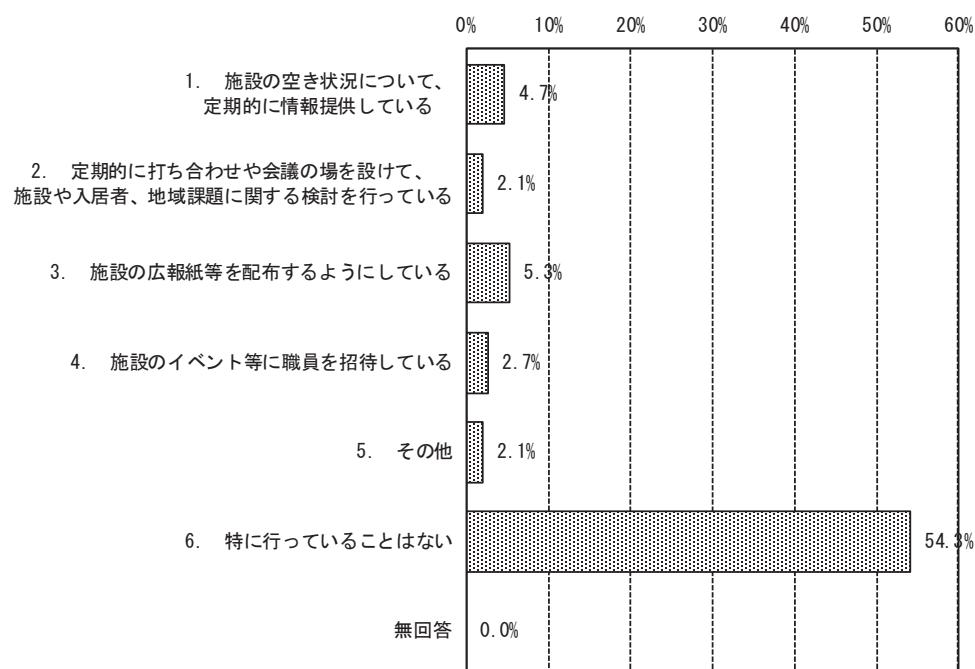


(ウ) Q73. 障害者支援施設への働きかけとして具体的に行っていること

「6. 特に行っていることはない」の割合が最も高く 54.3%となっている。次いで、「3. 施設の広報紙等を配布するようにしている（5.3%）」、「1. 施設の空き状況について、定期的に情報提供している（4.7%）」となっている。

図 352 Q73. 障害者支援施設への働きかけとして具体的に行っていること

(n=337)



(7) 地域の高齢者に対するサービス提供の状況

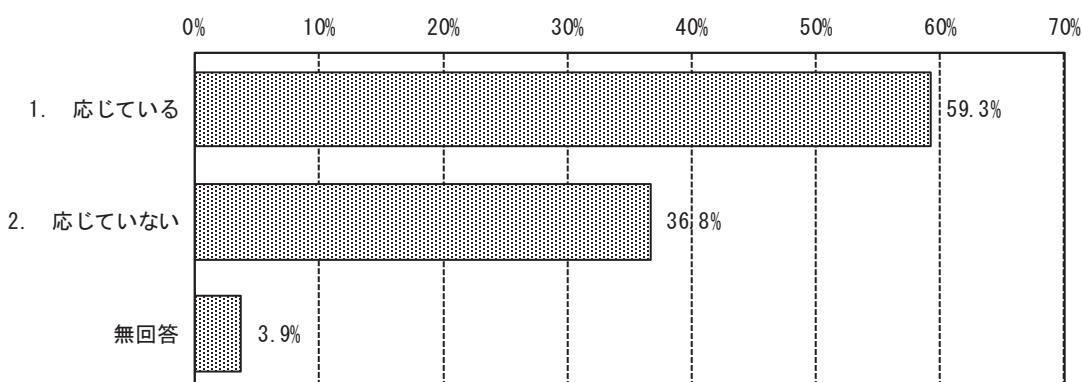
① 地域で困難な生活課題を抱えている高齢者への支援状況

(ア) Q74. 地域からの相談への対応状況

「1. 応じている」59.3%、「2. 応じていない」36.8%となっている。

図 353 Q74. 地域からの相談への対応状況

(n=337)

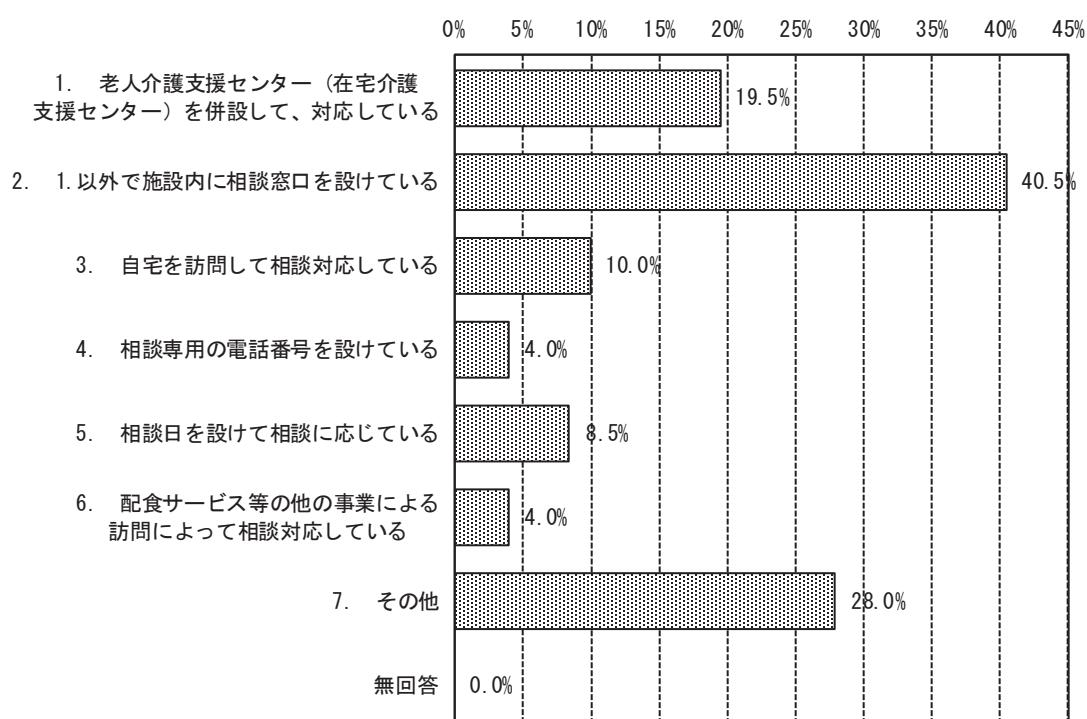


(イ) Q74-1. 相談への対応形態

「2. 1.以外で施設内に相談窓口を設けている」の割合が最も高く 40.5%となっている。次いで、「7. その他（28.0%）」、「1. 老人介護支援センター（在宅介護支援センター）を併設して、対応している（19.5%）」となっている。

図 354 Q74-1. 相談への対応形態

(n=200)

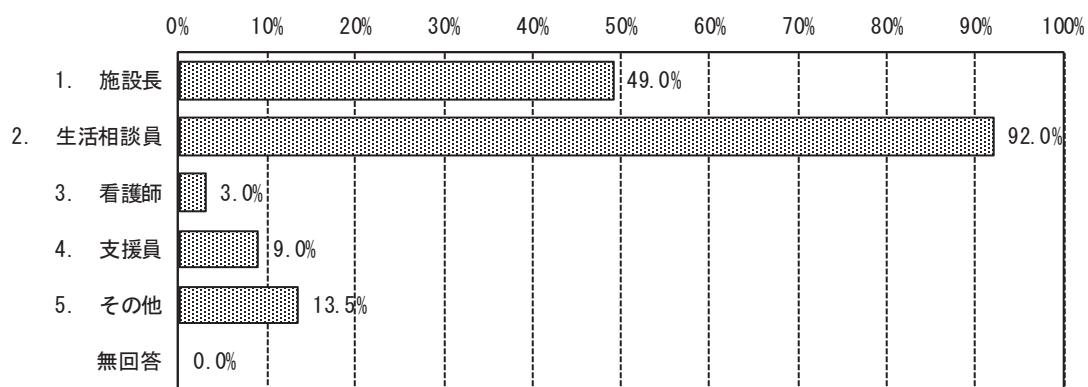


(ウ) Q74-2. 相談への対応者

「2. 生活相談員」の割合が最も高く 92.0%となっている。次いで、「1. 施設長 (49.0%)」、「5. その他 (13.5%)」となっている。

図 355 Q74-2. 相談への対応者

(n=200)

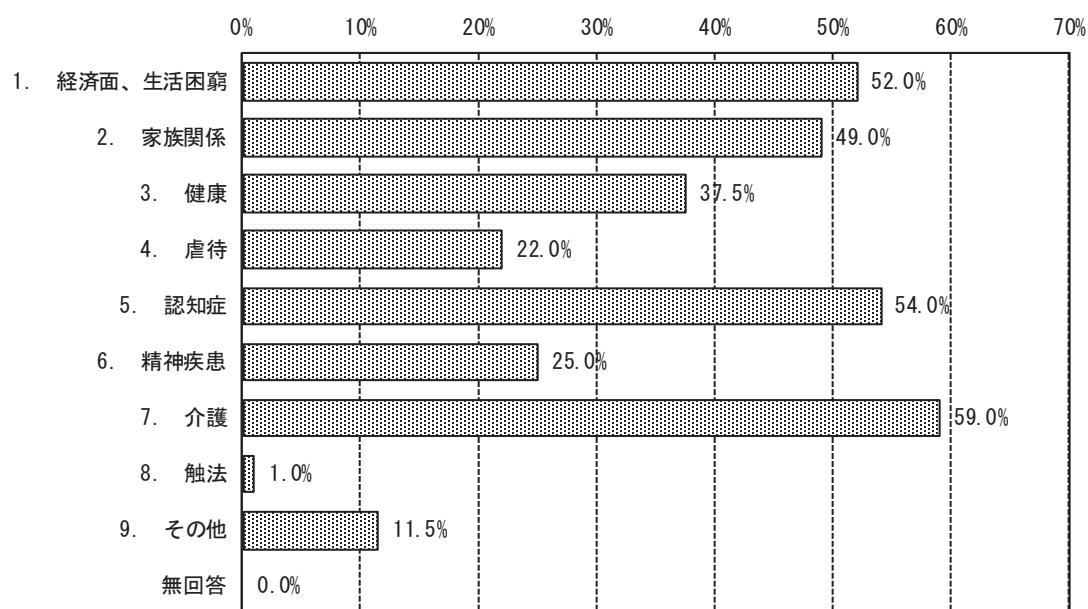


(エ) Q74-3. 寄せられている相談の内容

「7. 介護」の割合が最も高く 59.0%となっている。次いで、「5. 認知症 (54.0%)」、「1. 経済面、生活困窮 (52.0%)」となっている。

図 356 Q74-3. 寄せられている相談の内容

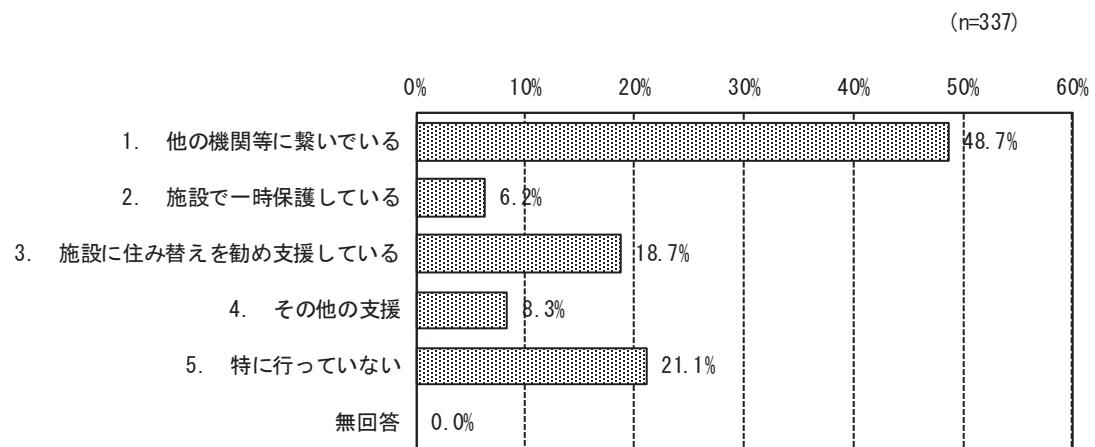
(n=200)



(才) Q75. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して行っている支援

「1. 他の機関等に繋いでいる」の割合が最も高く 48.7% となっている。次いで、「5. 特に行っていない (21.1%)」、「3. 施設に住み替えを勧め支援している (18.7%)」となっている。

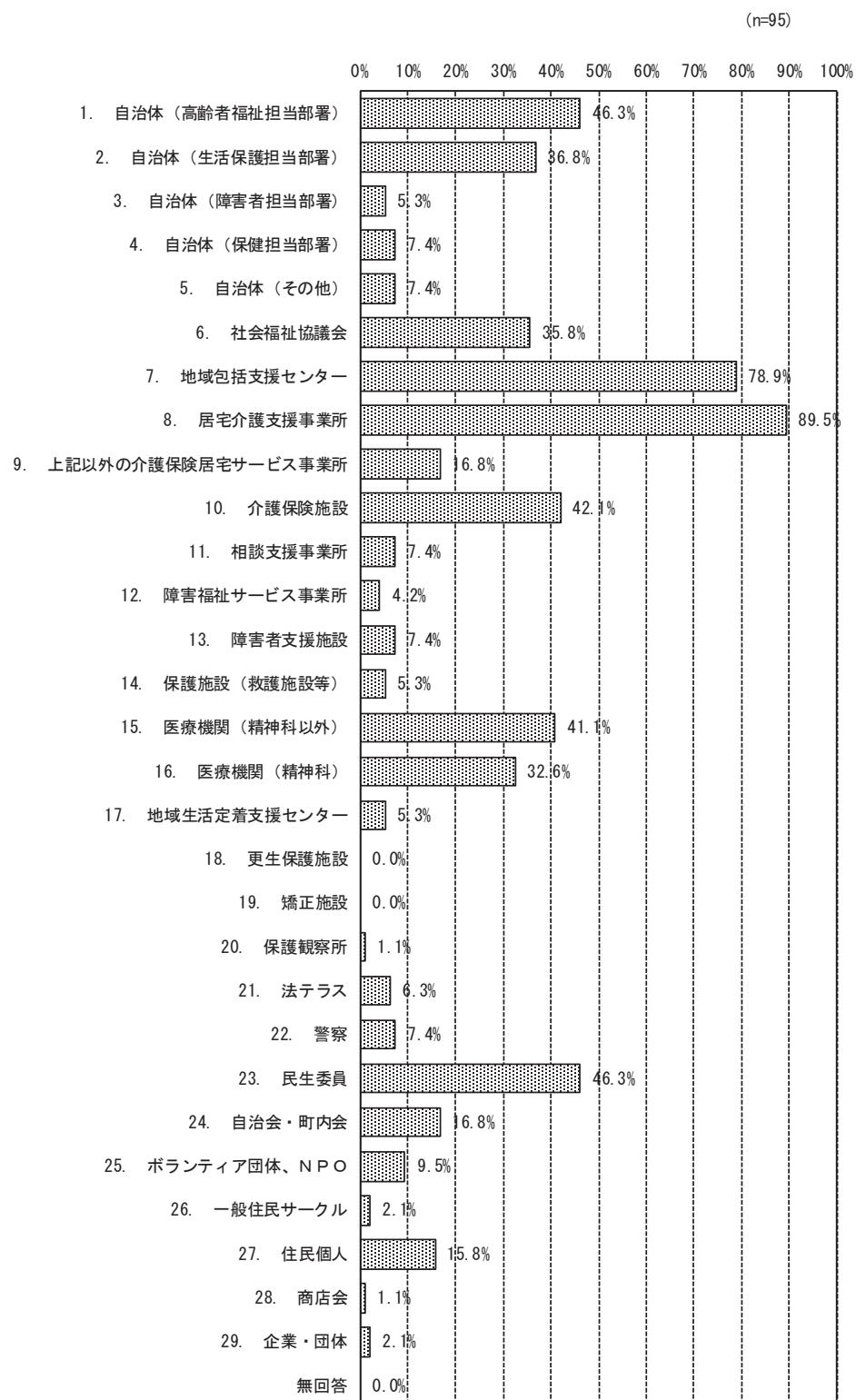
図 357 Q75. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して行っている支援



(力) Q75-1. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して支援するために連携している機関、職種等

「8. 居宅介護支援事業所」の割合が最も高く 89.5%となっている。次いで、「7. 地域包括支援センター（78.9%）」、「1. 自治体（高齢者福祉担当部署）（46.3%）」、「23. 民生委員（46.3%）」となっている。

図 358 Q75-1. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して支援するために連携している機関、職種等

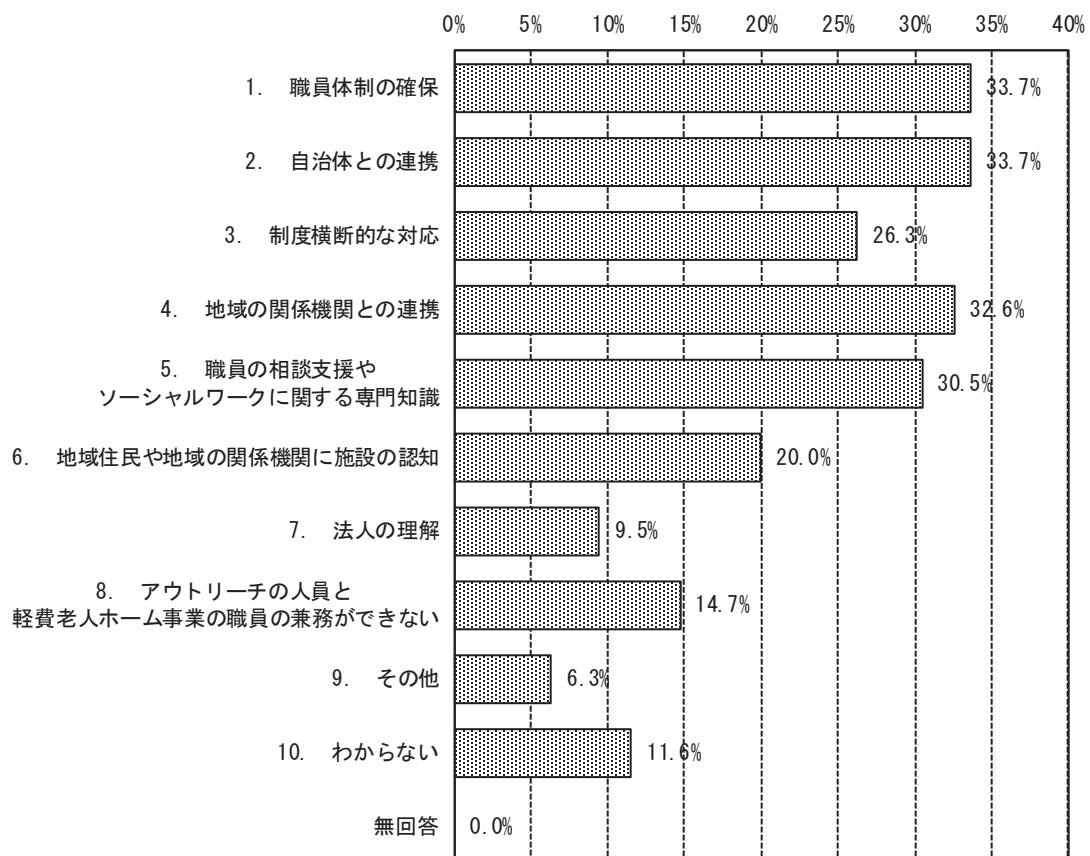


(キ) Q75-3. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して支援を行う上での課題

「1. 職員体制の確保」、「2. 自治体との連携」の割合が高く、それぞれ 33.7% となっている。次いで、「4. 地域の関係機関との連携（32.6%）」となっている。

図 359 Q75-3. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して支援を行う上での課題

(n=95)

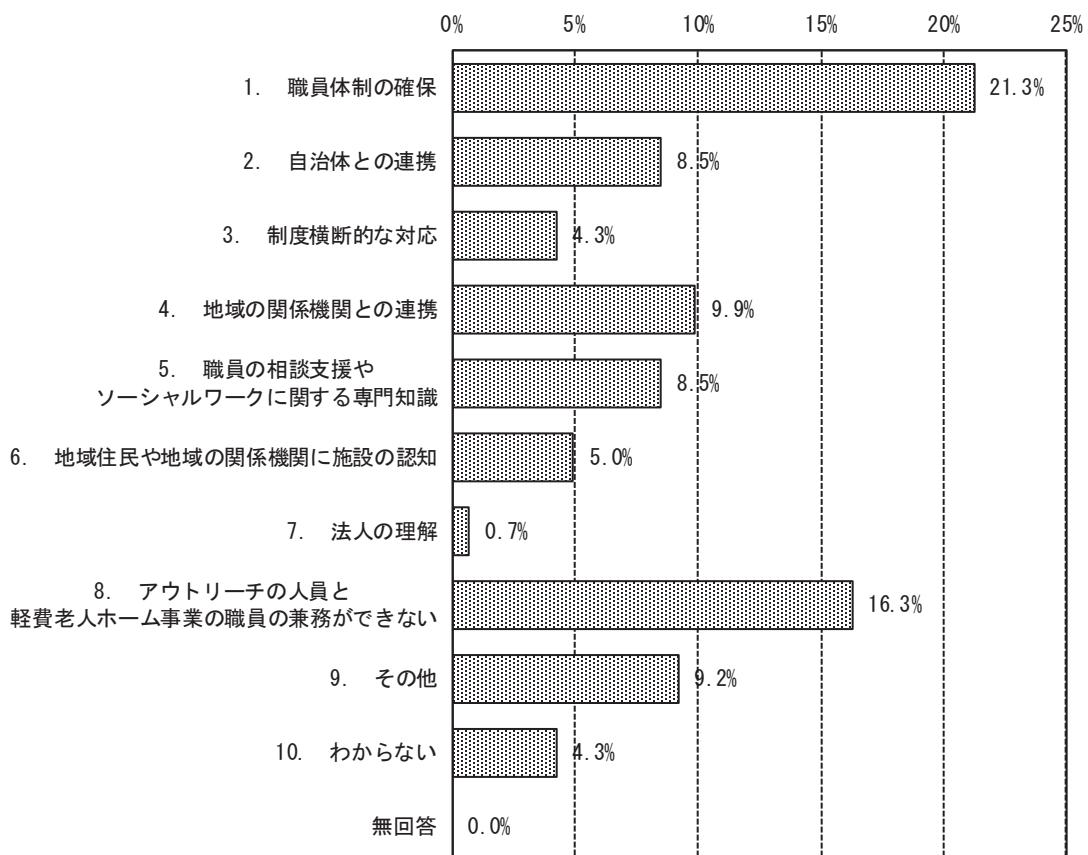


(ク) Q75-4. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対する支援を行っていない理由

「1. 職員体制の確保」の割合が最も高く 21.3%となっている。次いで、「8. アウトリーチの人員と軽費老人ホーム事業の職員の兼務ができない(16.3%)」、「4. 地域の関係機関との連携(9.9%)」となっている。

図 360 Q75-4. 地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対する支援を行っていない理由

(n=141)

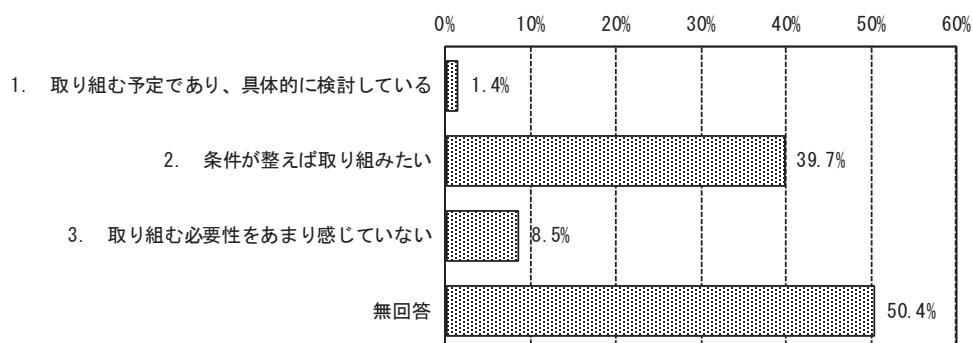


(ヶ) Q75-5. 今後、困難な生活課題を抱えた高齢者に対する支援を行う意向

「2. 条件が整えば取り組みたい」の割合が最も高く39.7%となっている。次いで、「3. 取り組む必要性をあまり感じていない(8.5%)」となっている。

図 361 Q75-5. 今後、困難な生活課題を抱えた高齢者に対する支援を行う意向

(n=141)



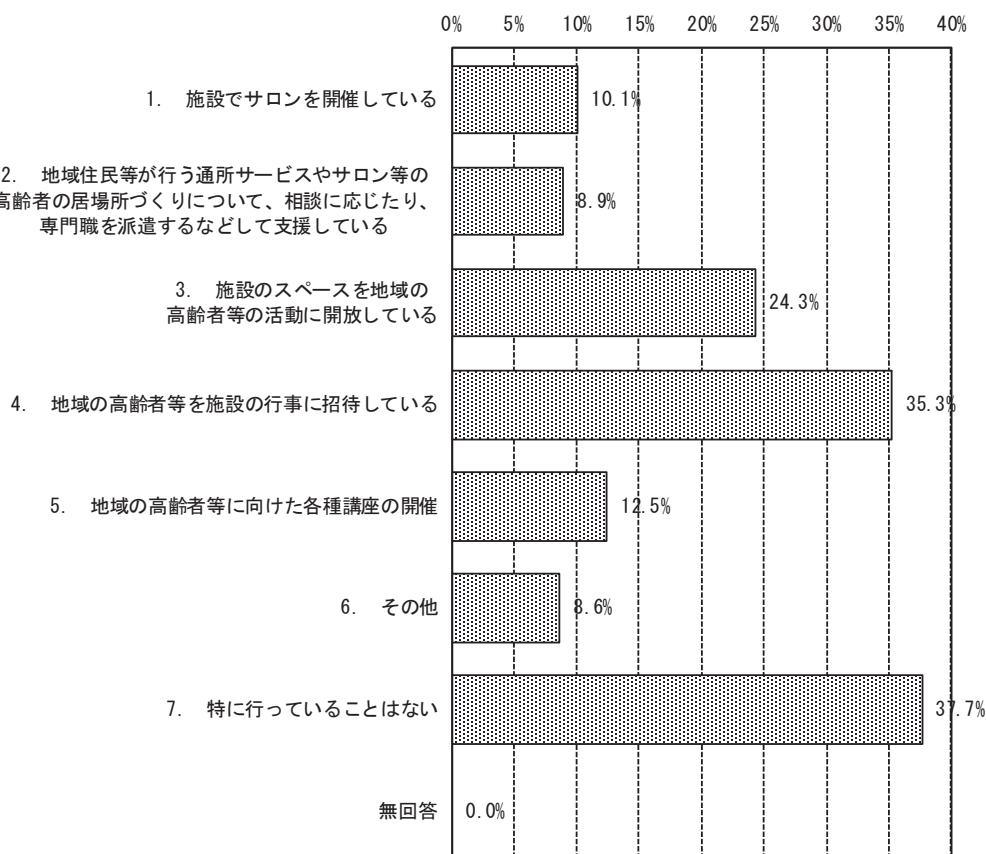
②地域の高齢者等に対する居場所・生きがいづくり、就労・日中活動支援

(ア) Q77. 地域の高齢者等に対する居場所づくり・生きがいづくりに関連する取組の実施状況

「7. 特に行ってていることはない」の割合が最も高く37.7%となっている。次いで、「4. 地域の高齢者等を施設の行事に招待している(35.3%)」、「3. 施設のスペースを地域の高齢者等の活動に開放している(24.3%)」となっている。

図 362 Q77. 地域の高齢者等に対する居場所づくり・生きがいづくりに関連する取組の実施状況

(n=337)

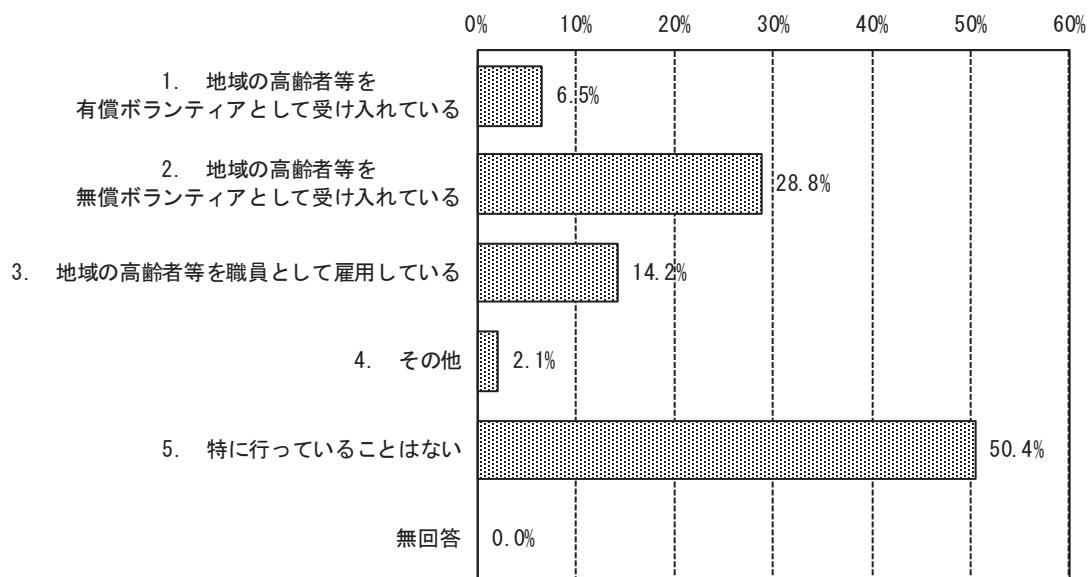


(イ) Q78. 地域の高齢者等に対する就労や日中活動支援として行っていること

「5. 特に行っていることはない」の割合が最も高く 50.4%となっている。次いで、「2. 地域の高齢者等を無償ボランティアとして受け入れている（28.8%）」、「3. 地域の高齢者等を職員として雇用している（14.2%）」となっている。

図 363 Q78. 地域の高齢者等に対する就労や日中活動支援として行っていること

(n=337)

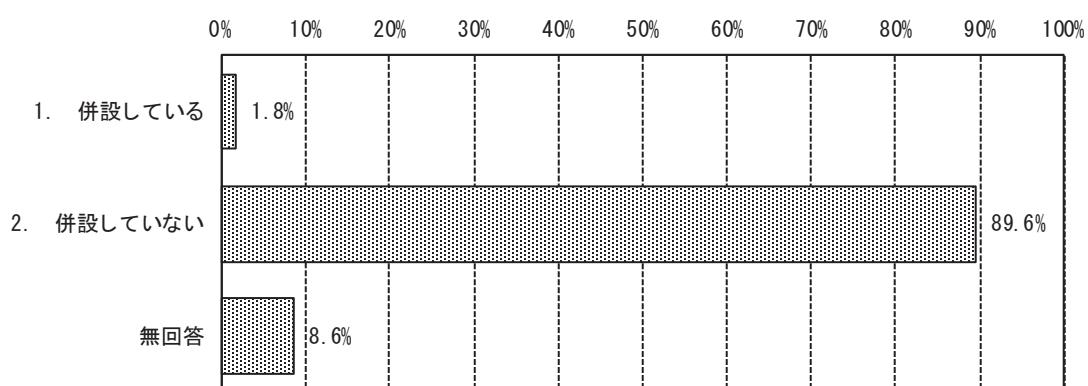


(ウ) Q79. 地域支え合いセンターの併設状況

「1. 併設している」 1.8%、「2. 併設していない」 89.6%となっている。

図 364 Q79. 地域支え合いセンターの併設状況

(n=337)

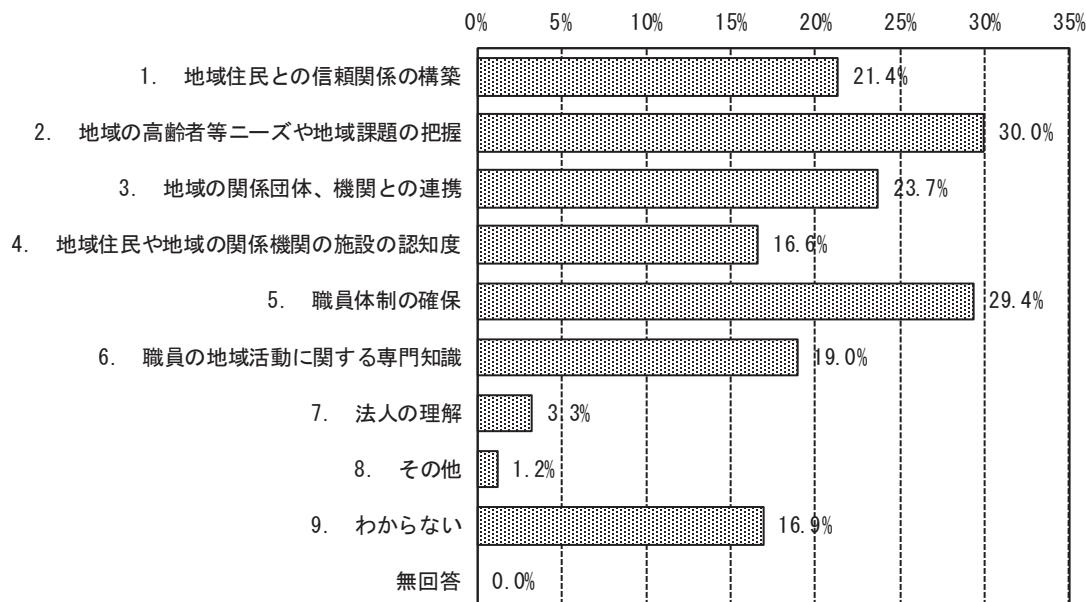


(工) Q80. 地域の高齢者等に対する居場所・生きがいづくり、就労・日中活動支援を行う上での課題

「2. 地域の高齢者等ニーズや地域課題の把握」の割合が最も高く 30.0%となっている。次いで、「5. 職員体制の確保 (29.4%)」、「3. 地域の関係団体、機関との連携 (23.7%)」となっている。

図 365 Q80. 地域の高齢者等に対する居場所・生きがいづくり、就労・日中活動支援を行う上での課題

(n=337)

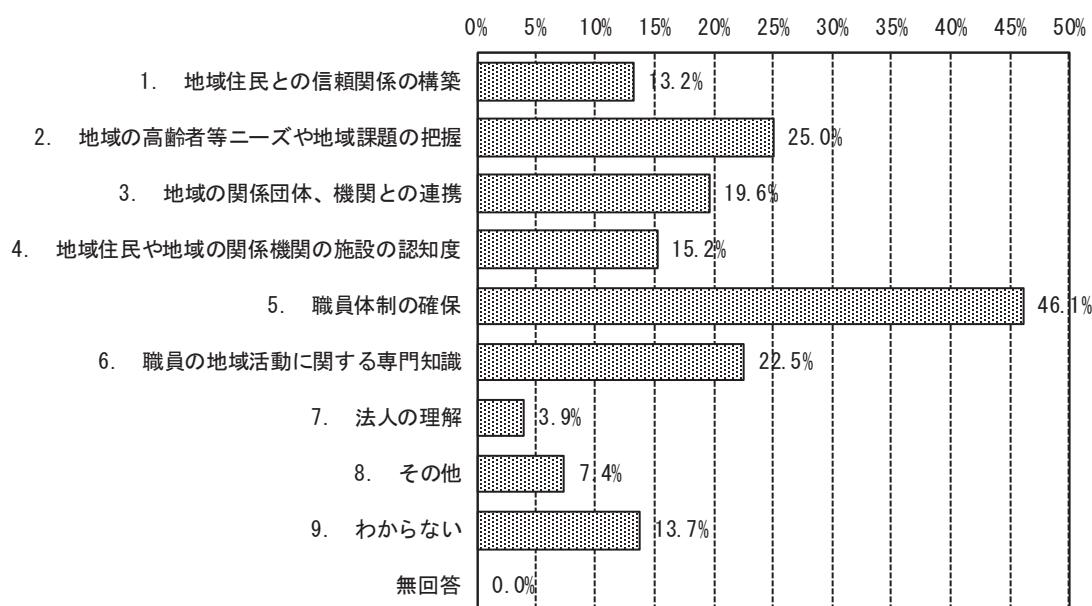


(才) Q81-1. 支援を行っていない理由

「5. 職員体制の確保」の割合が最も高く 46.1%となっている。次いで、「2. 地域の高齢者等ニーズや地域課題の把握 (25.0%)」、「6. 職員の地域活動に関する専門知識 (22.5%)」となっている。

図 366 Q81-1. 支援を行っていない理由

(n=204)

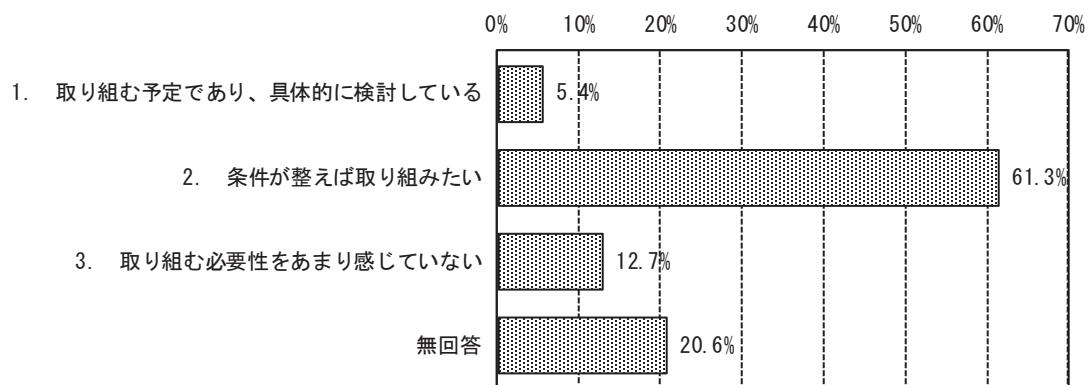


(力) Q81-2. 今後の取組意向

「2. 条件が整えば取り組みたい」の割合が最も高く 61.3%となっている。次いで、「3. 取り組む必要性をあまり感じていない（12.7%）」となっている。

図 367 Q81-2. 今後の取組意向

(n=204)



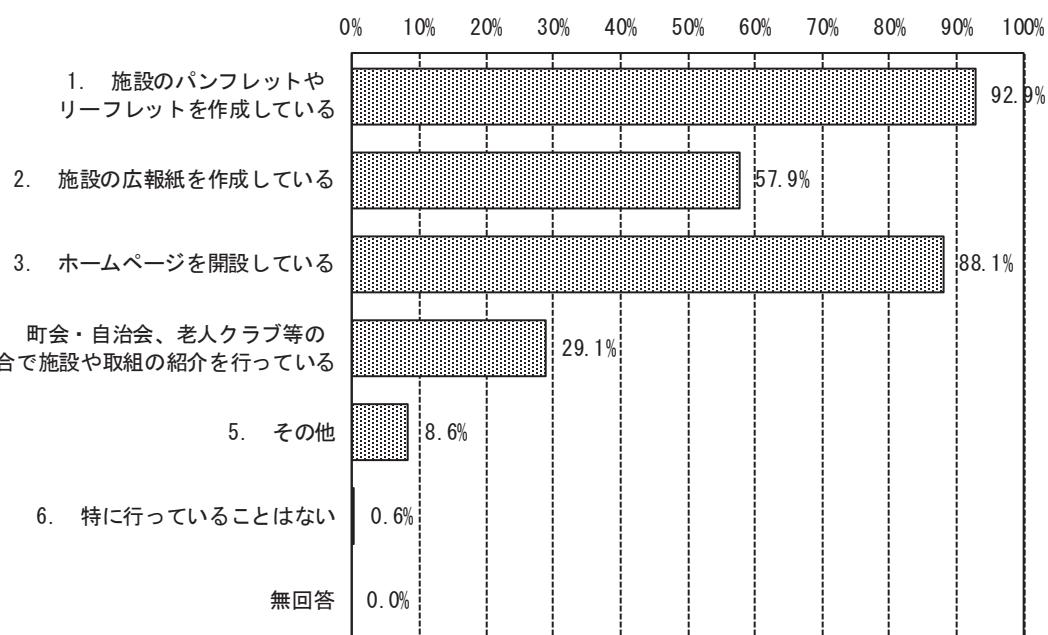
(8) 施設を認知してもらうために行っていること

①Q83. 施設認知のために行っていること

「1. 施設のパンフレットやリーフレットを作成している」の割合が最も高く 92.9%となっている。次いで、「3. ホームページを開設している（88.1%）」、「2. 施設の広報紙を作成している（57.9%）」となっている。

図 368 Q83. 施設認知のために行っていること

(n=337)

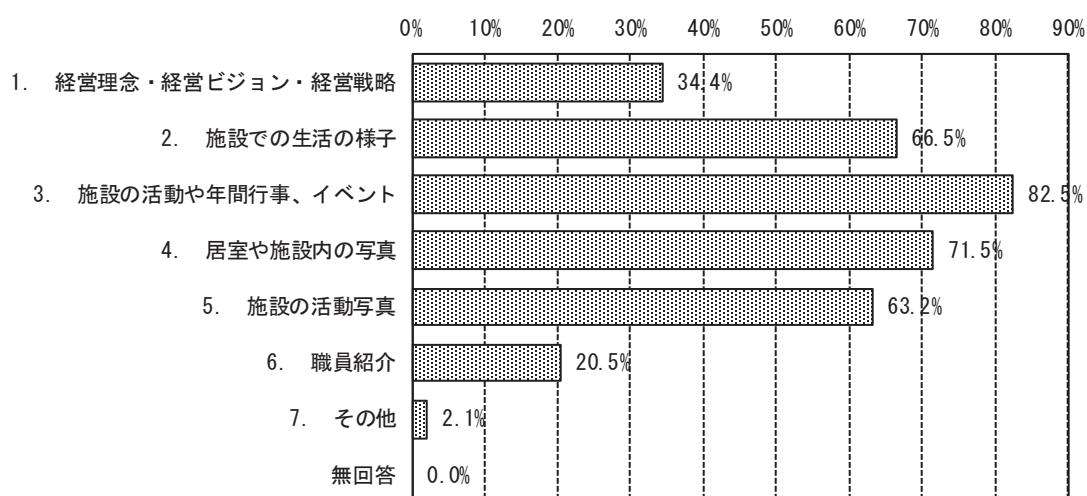


②Q84. 施設の取組を認知するために提供している情報

「3. 施設の活動や年間行事、イベント」の割合が最も高く 82.5%となっている。次いで、「4. 居室や施設内の写真（71.5%）」、「2. 施設での生活の様子（66.5%）」となっている。

図 369 Q84. 施設の取組を認知するために提供している情報

(n=337)

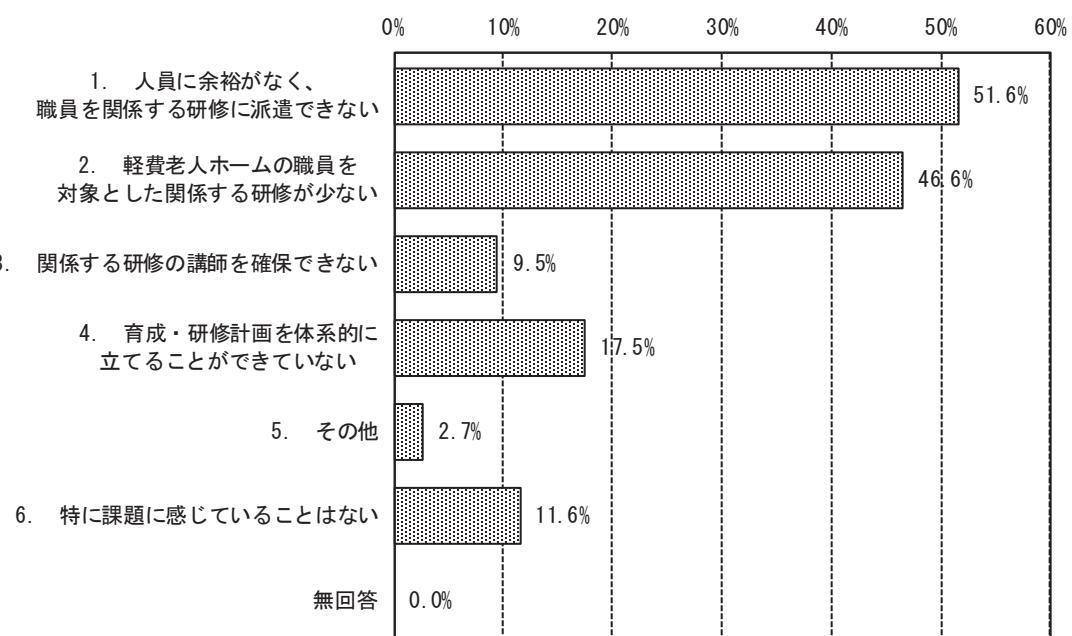


(9) 地域でのアウトリーチ活動により積極的に取り組んでいくために必要な職員の育成について

①Q85. 地域のアウトリーチ活動に積極的に取り組む職員の育成を行う上で課題

「1. 人員に余裕がなく、職員を関係する研修に派遣できない」の割合が最も高く 51.6%となっている。次いで、「2. 軽費老人ホームの職員を対象とした関係する研修が少ない(46.6%)」、「4. 育成・研修計画を体系的に立てることができていない(17.5%)」となっている。

図 370 Q85. 地域のアウトリーチ活動に積極的に取り組む職員の育成を行う上で課題
(n=337)



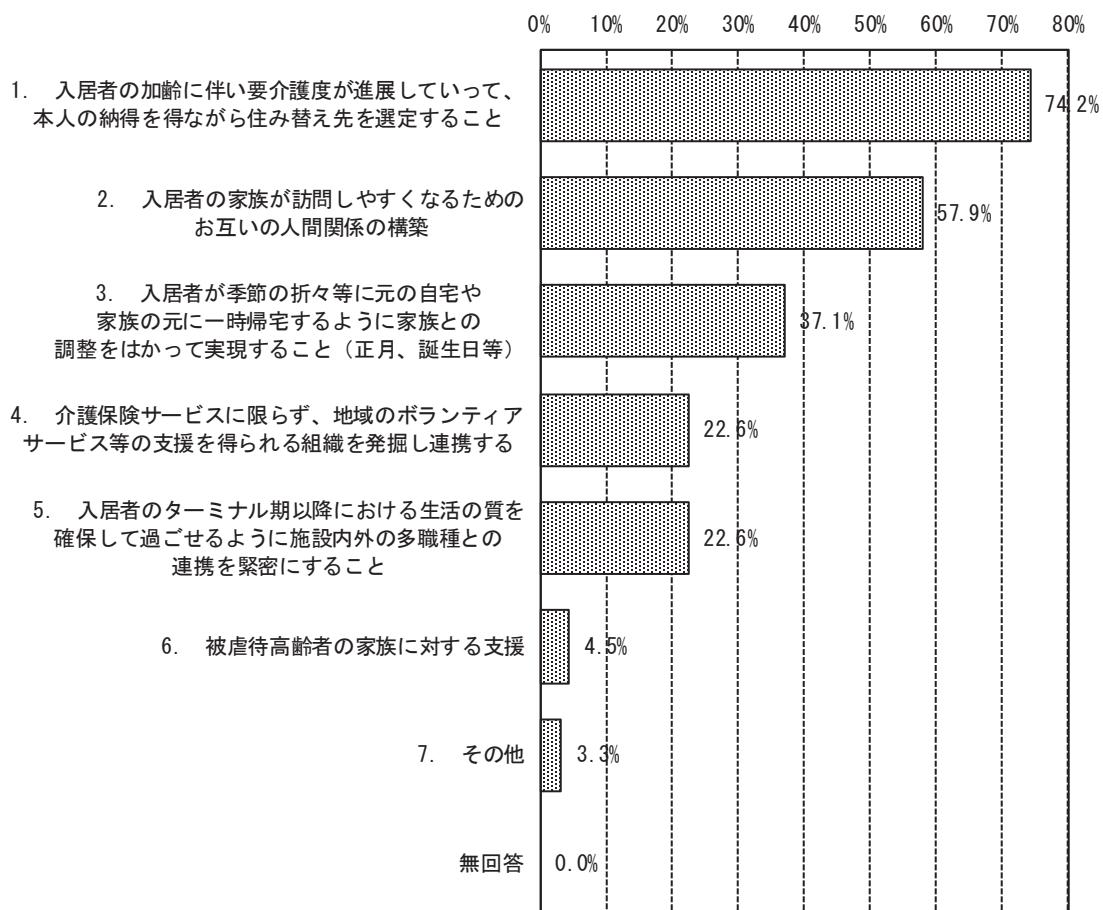
(10) 入居者への効果的な支援実施において力をいれていること、困難に感じていること

①Q87. 入居者への支援において、特に留意して実践していること

「1. 入居者の加齢に伴い要介護度が進展していって、本人の納得を得ながら住み替え先を選定すること」の割合が最も高く74.2%となっている。次いで、「2. 入居者の家族が訪問しやすくなるためのお互いの人間関係の構築（57.9%）」、「3. 入居者が季節の折々等に元の自宅や家族の元に一時帰宅するように家族との調整をはかって実現すること（正月、誕生日等）（37.1%）」となっている。

図 371 Q87. 入居者への支援において、特に留意して実践していること

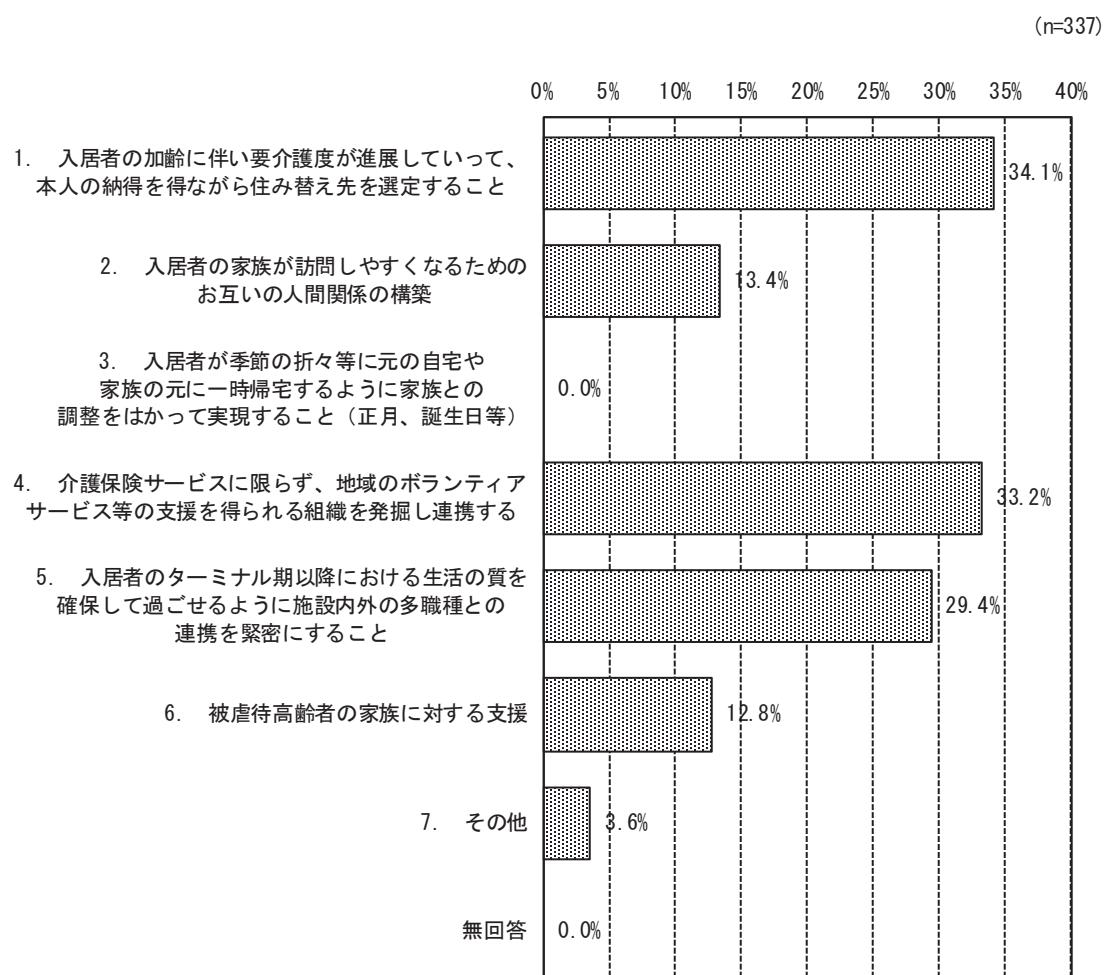
(n=337)



②Q88. 入居者への支援において、特に実践する難度が高く、十分実践できていないと感じていること

「1. 入居者の加齢に伴い要介護度が進展していって、本人の納得を得ながら住み替え先を選定すること」の割合が最も高く34.1%となっている。次いで、「4. 介護保険サービスに限らず、地域のボランティアサービス等の支援を得られる組織を発掘し連携する（33.2%）」、「5. 入居者のターミナル期以降における生活の質を確保して過ごせるように施設内外の多職種との連携を緊密にすること（29.4%）」となっている。

図 372 Q88. 入居者への支援において、特に実践する難度が高く、十分実践できていないと感じていること



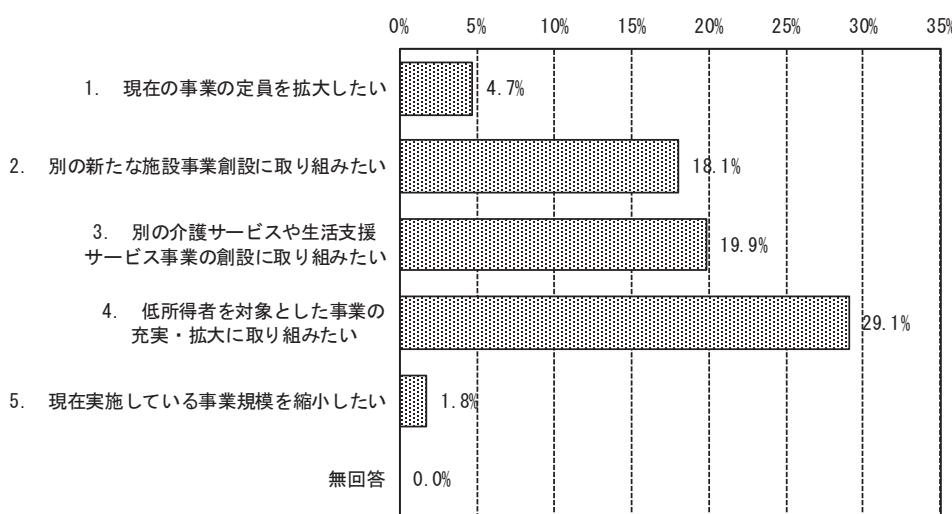
(11) 今後の事業・経営展望

①Q89. 今後の事業展開方向に関する基本的な方針

「4. 低所得者を対象とした事業の充実・拡大に取り組みたい」の割合が最も高く 29.1%となっている。次いで、「3. 別の介護サービスや生活支援サービス事業の創設に取り組みたい（19.9%）」、「2. 別の新たな施設事業創設に取り組みたい（18.1%）」となっている。

図 373 Q89. 今後の事業展開方向に関する基本的な方針

(n=337)

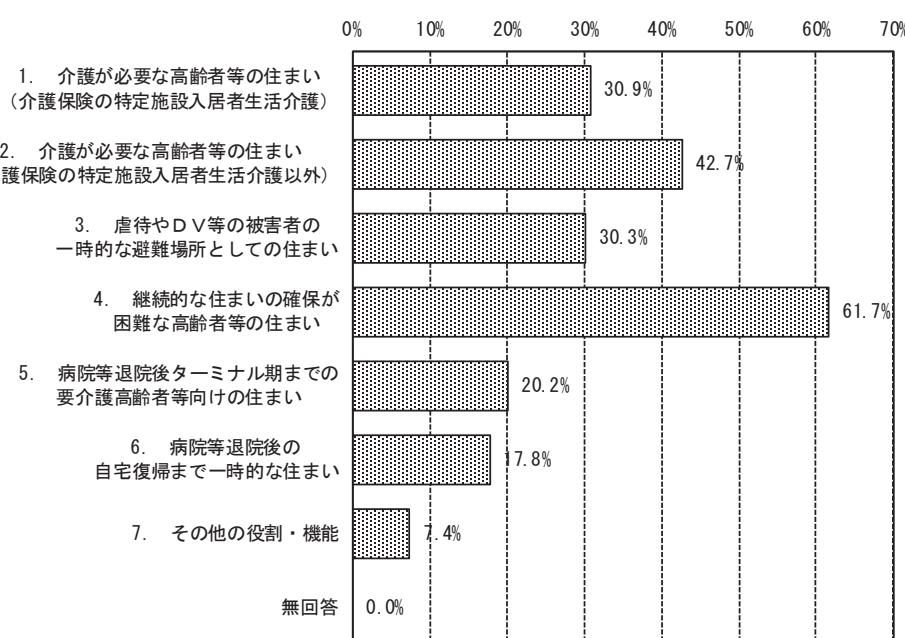


②Q90. 今後、経営する軽費老人ホームが果たすべき役割・機能の目標

「4. 繼続的な住まいの確保が困難な高齢者等の住まい」の割合が最も高く 61.7%となっている。次いで、「2. 介護が必要な高齢者等の住まい（介護保険の特定施設入居者生活介護以外）（42.7%）」、「1. 介護が必要な高齢者等の住まい（介護保険の特定施設入居者生活介護）（30.9%）」となっている。

図 374 Q90. 今後、経営する軽費老人ホームが果たすべき役割・機能の目標

(n=337)

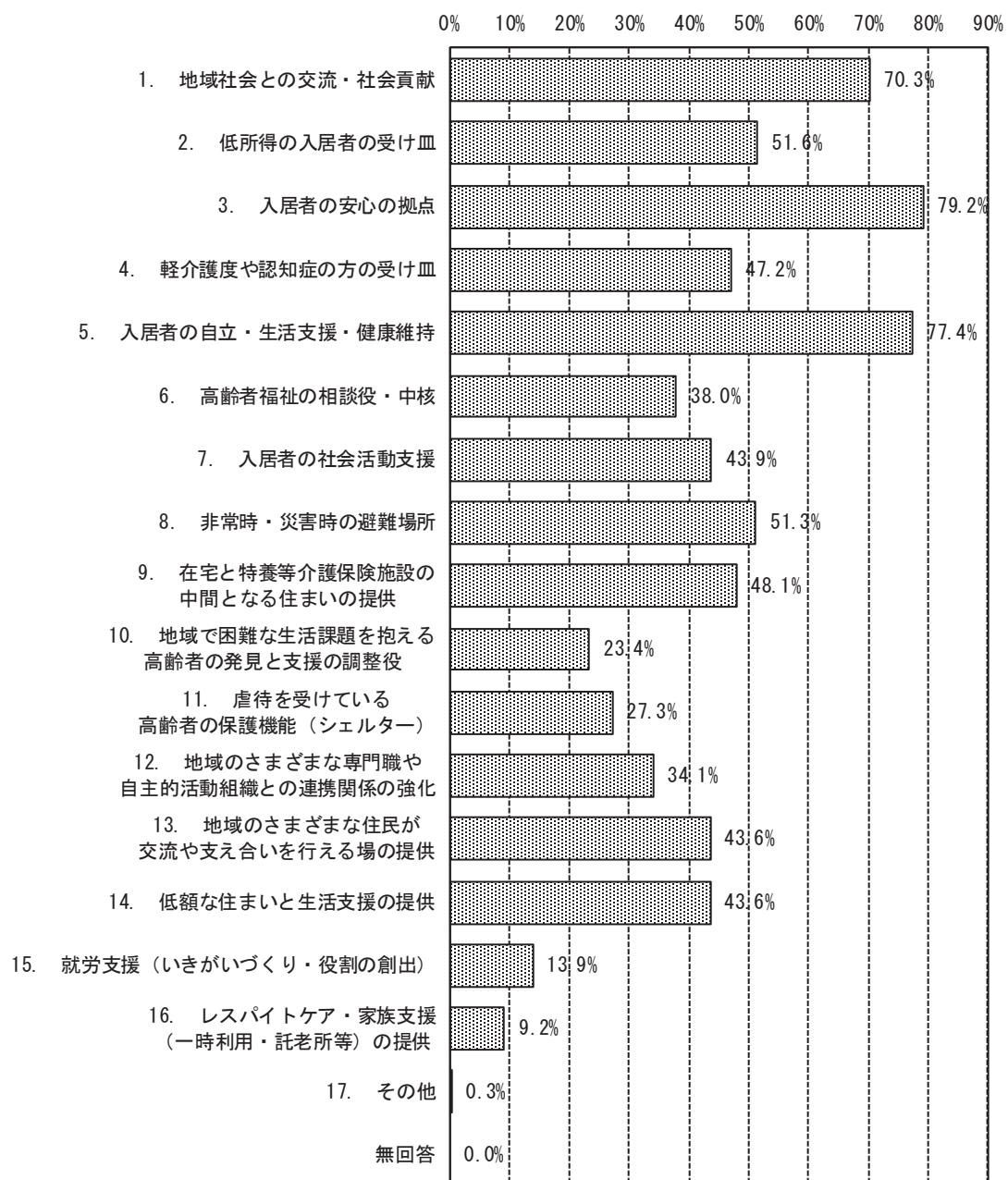


③Q91. 今後、法人として、軽費老人ホームにおいて重点的に取り組んでいきたいこと

「3. 入居者の安心の拠点」の割合が最も高く 79.2% となっている。次いで、「5. 入居者の自立・生活支援・健康維持 (77.4%)」、「1. 地域社会との交流・社会貢献 (70.3%)」となっている。

図 375 Q91. 今後、法人として、軽費老人ホームにおいて重点的に取り組んでいきたいこと

(n=337)

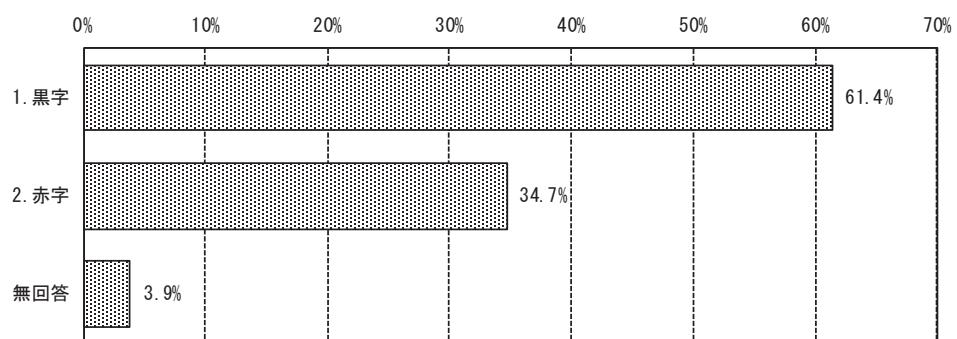


(12) Q92 平成 27 年度の収支状況

「1. 黒字」 61. 4%、「2. 赤字」 34. 7%となっている。

図 376 Q92. 平成 27 年度の収支状況

(n=337)

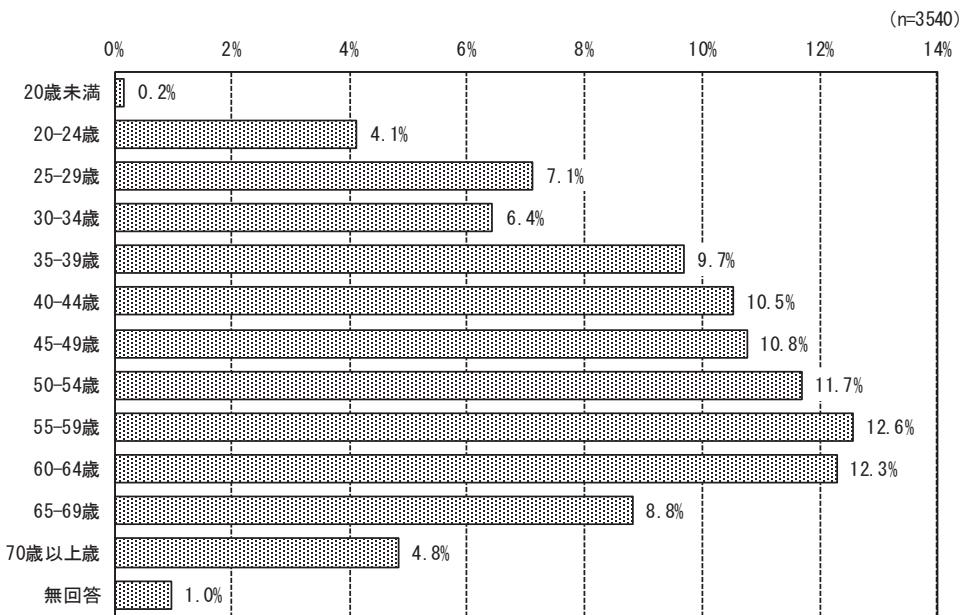


1-2. 職員票（全職員）

(1) 年齢

「55~59歳」が最も多い。

図 377 年齢

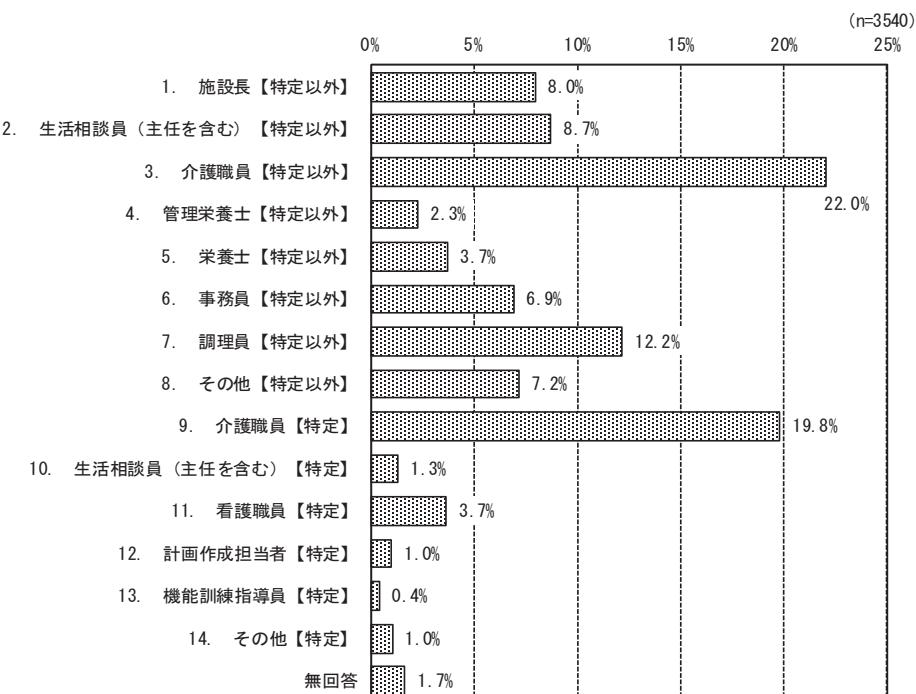


(2) 職種

① 主たる職種

「3. 介護職員【特定以外】」が最も高く 22.0% となっている。次いで、「9. 介護職員【特定】(19.8%)」「7. 調理員【特定以外】(12.2%)」となっている。

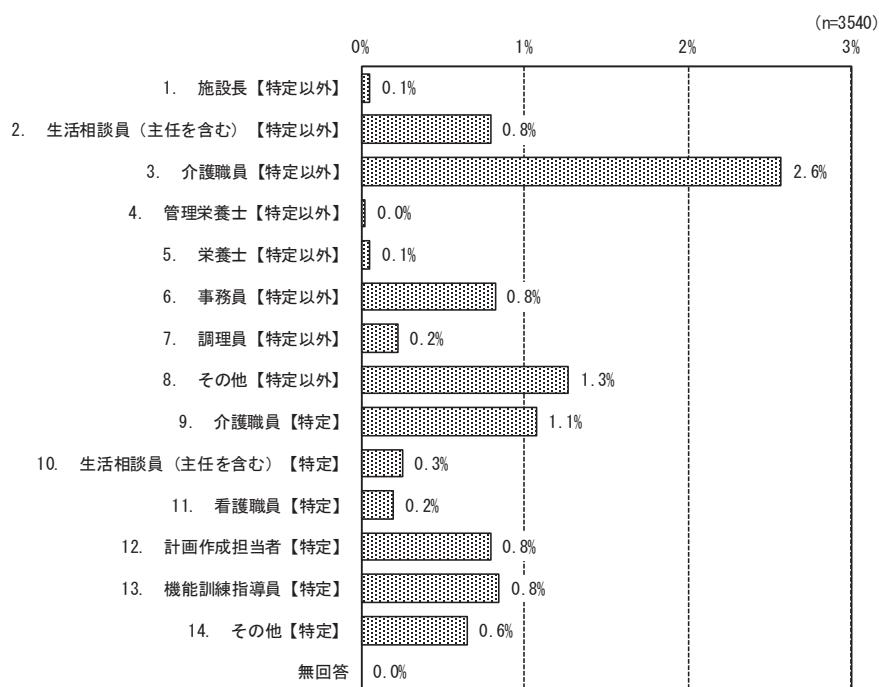
図 378 主たる職種



②兼務している職種

「3. 介護職員【特定以外】」が最も高く 2.6%となっている。次いで、「8. その他【特定以外】(1.3%)」「9. 介護職員【特定】(1.1%)」となっている。

図 379 兼務している職種

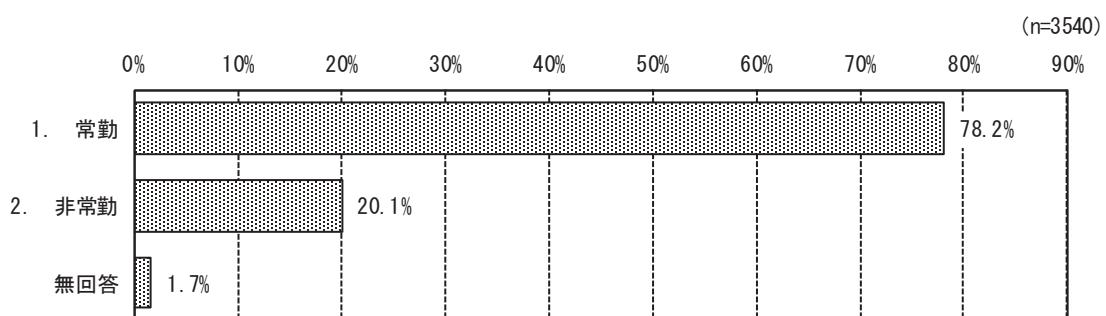


（3）就業形態

①常勤、非常勤の別

「1. 常勤」78.2%、「2. 非常勤」20.1%となっている。

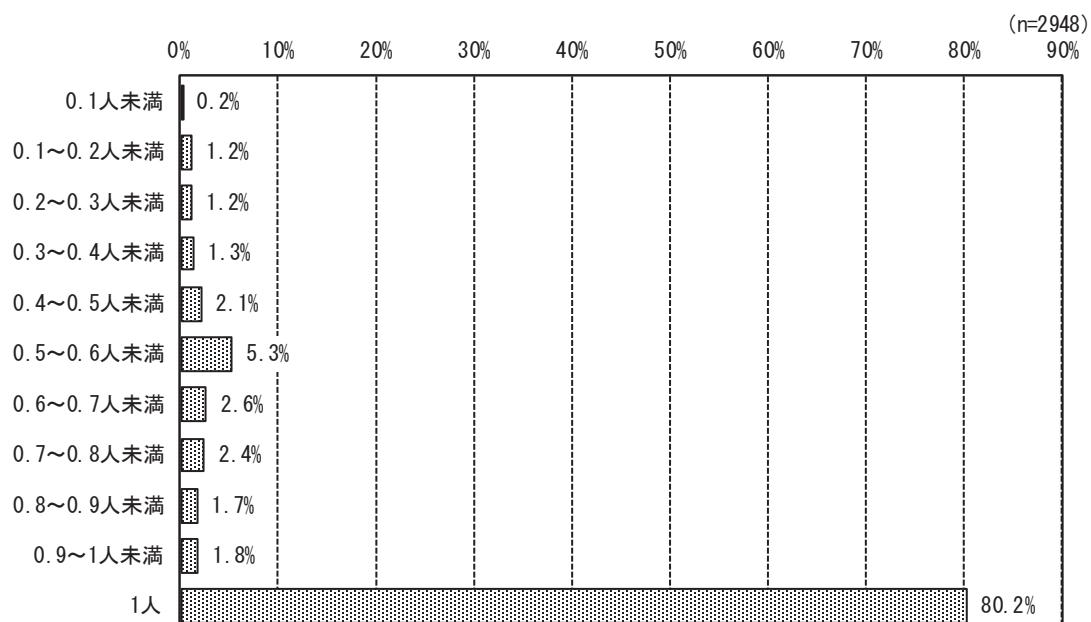
図 380 就業形態（常勤、非常勤の別）



②主たる職種の常勤換算人数

「1人」が最も多い。

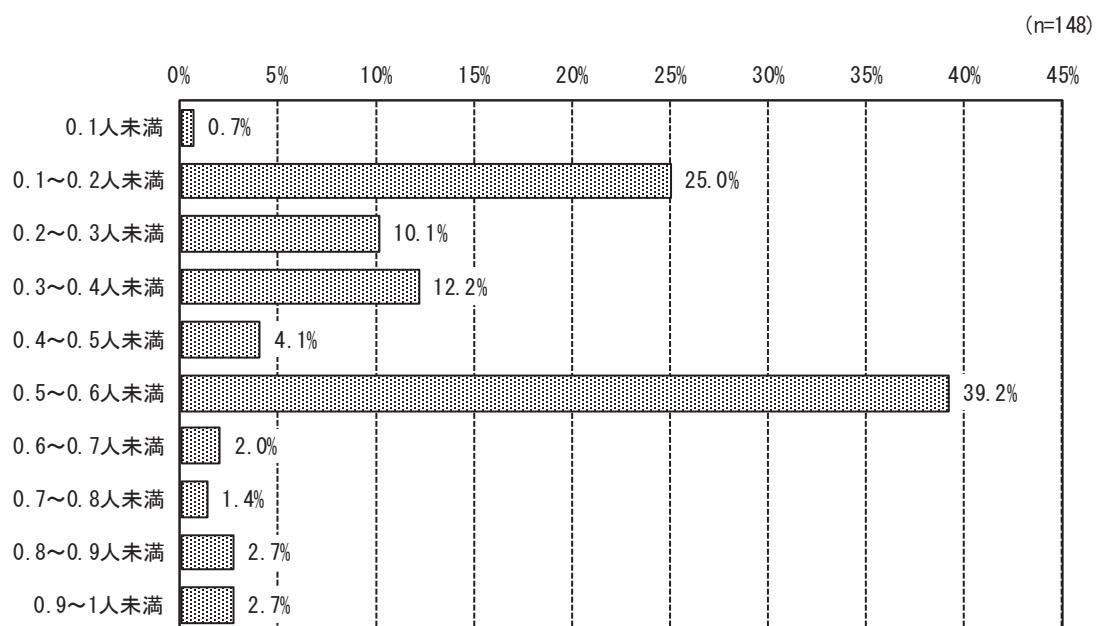
図 381 主たる職種の常勤漢族人数



③兼務職種の常勤換算人数

「0.5~0.6人未満」が最も多い。

図 382 兼務職種の常勤換算人数

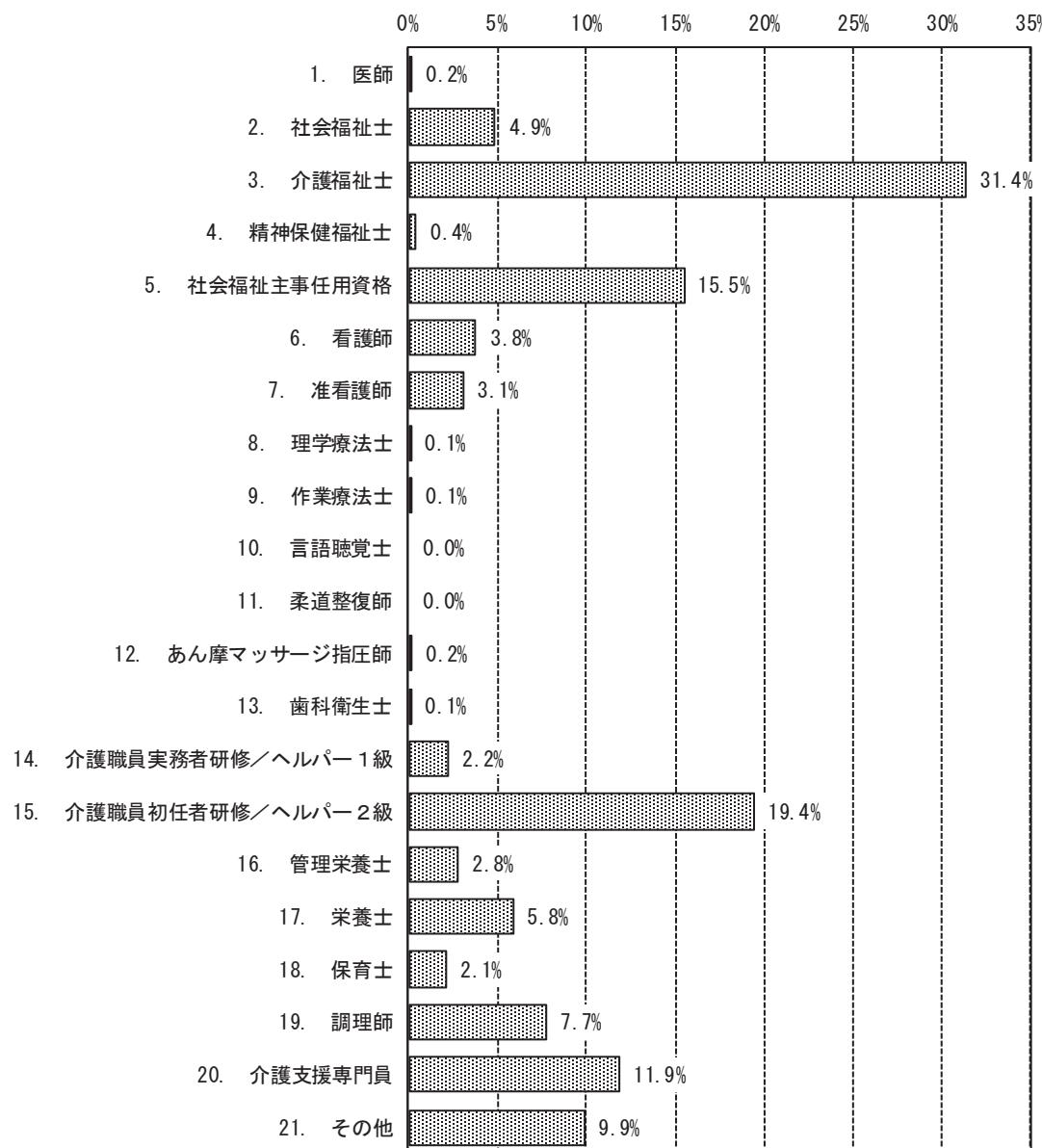


(4) 保有資格

「3. 介護福祉士」が最も多い。

図 383 保有資格

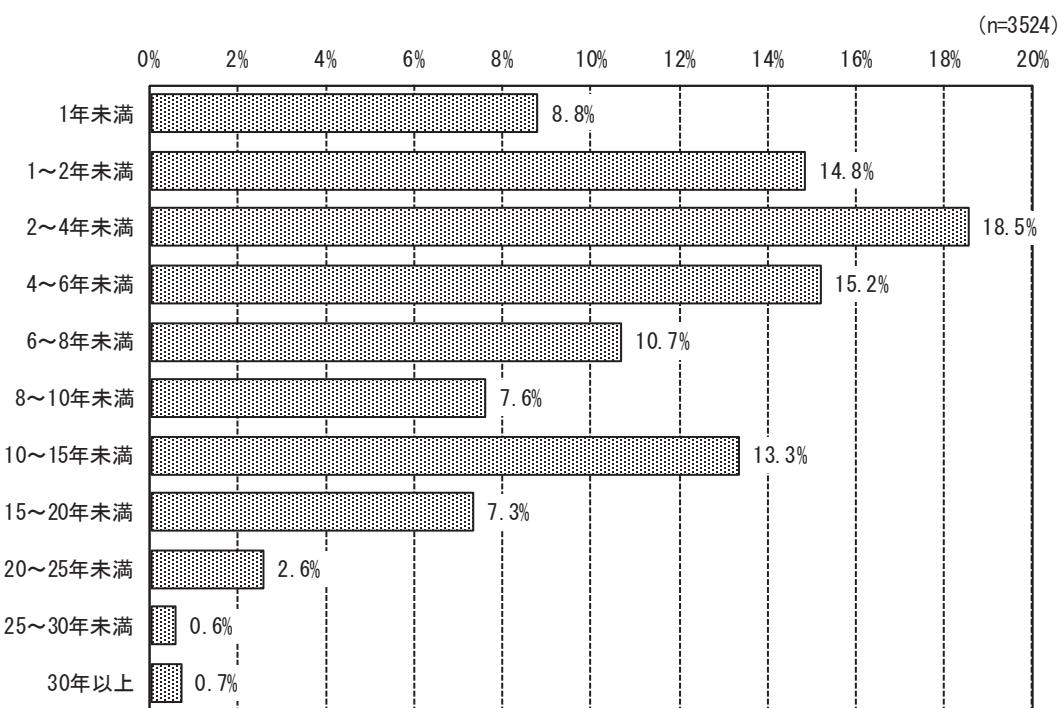
(n=3540)



(5) 貴施設での勤続年数

「2~4 年未満」が最も多い。

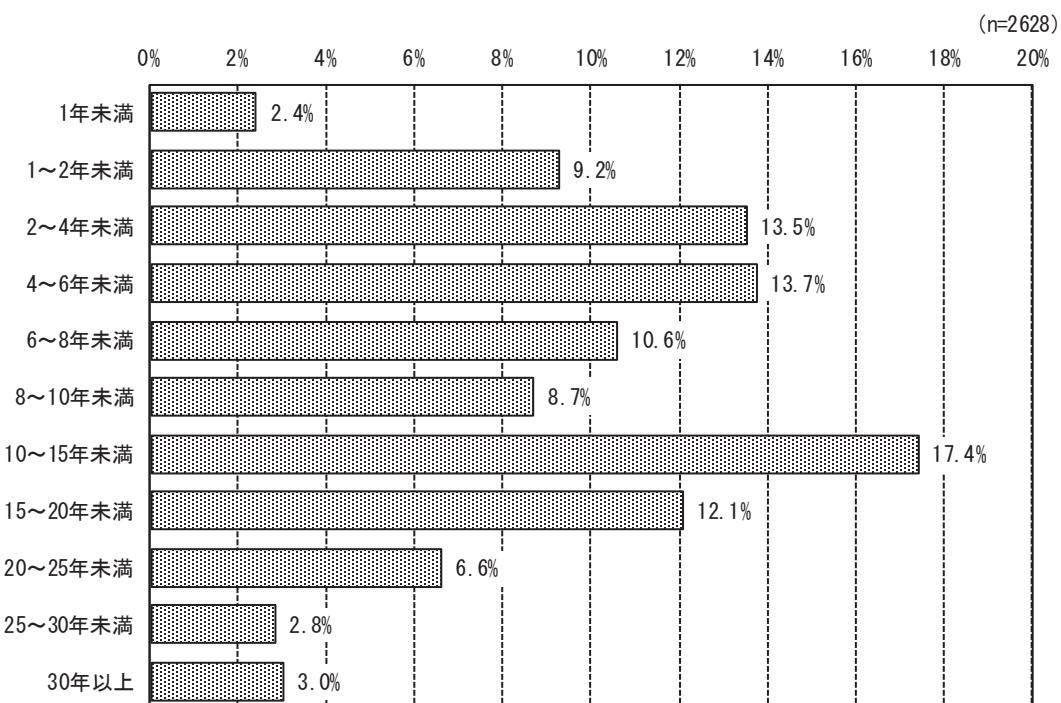
図 384 貴施設での勤続年数



(6) 他の法人の社会福祉施設を含めた勤続年数

「10~15 年未満」が最も多い。

図 385 他の法人の社会福祉施設を含めた勤続年数



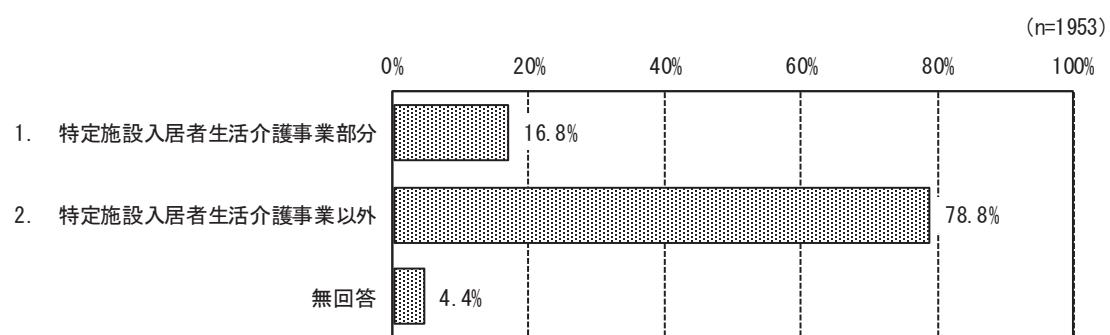
1-3. 入居者票（全入居者の10分の一）

（1）入居施設のタイプ

① 特定・特定外の別

「1. 特定施設入居者生活介護事業部分」16.8%、「2. 特定施設入居者生活介護事業以外」78.8%となっている。

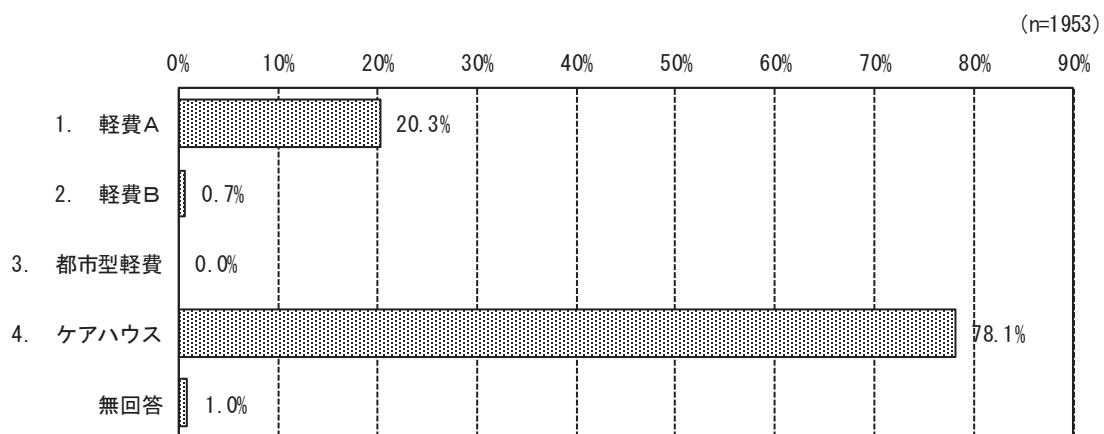
図 386 特定・特定外の別



② 入居施設の種類

「4. ケアハウス」の割合が最も高く78.1%となっている。

図 387 入居施設の種類

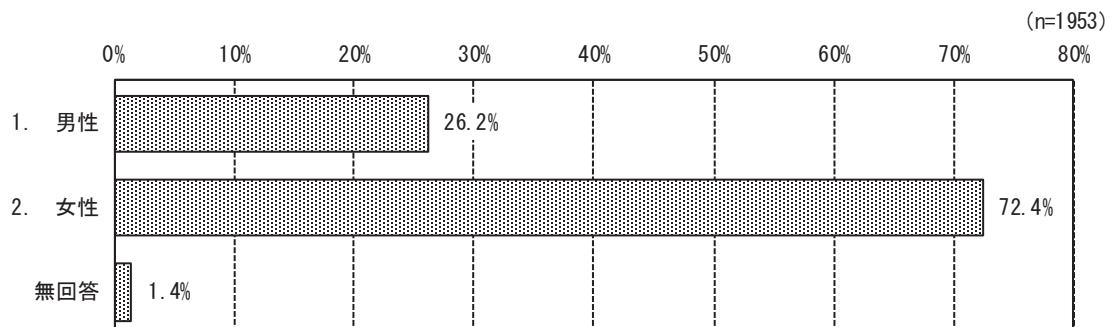


(2) 性別・年齢

① 性別

「1. 男性」 26.2%、「2. 女性」 72.4%となっている。

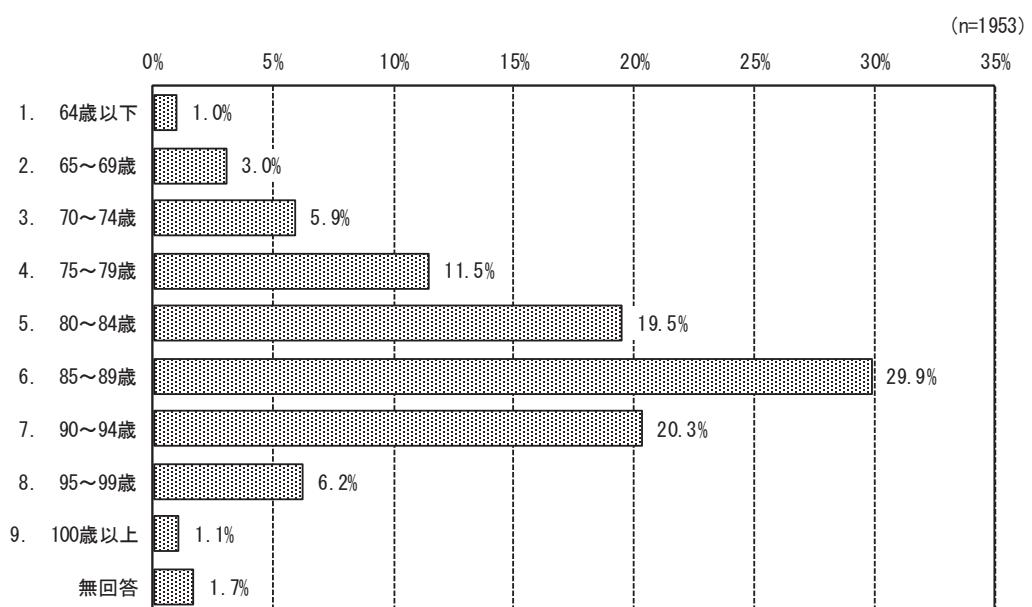
図 388 性別



② 年齢

「6. 85～89歳」が最も多い。

図 389 年齢

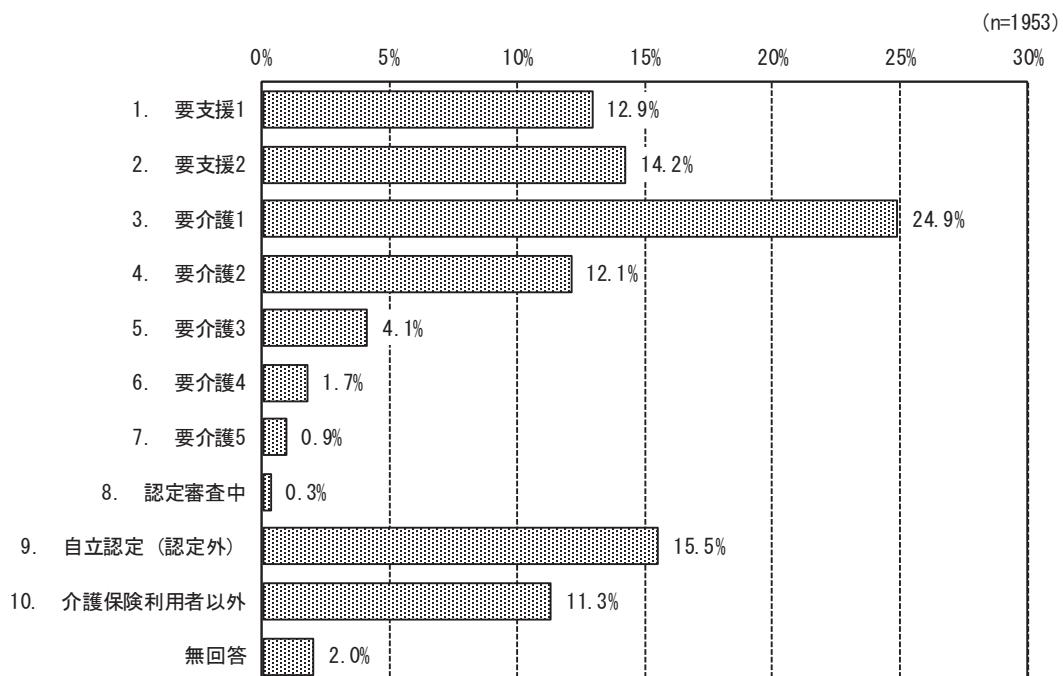


(3) 自立度

① 要介護度

「3. 要介護 1」が最も多い。

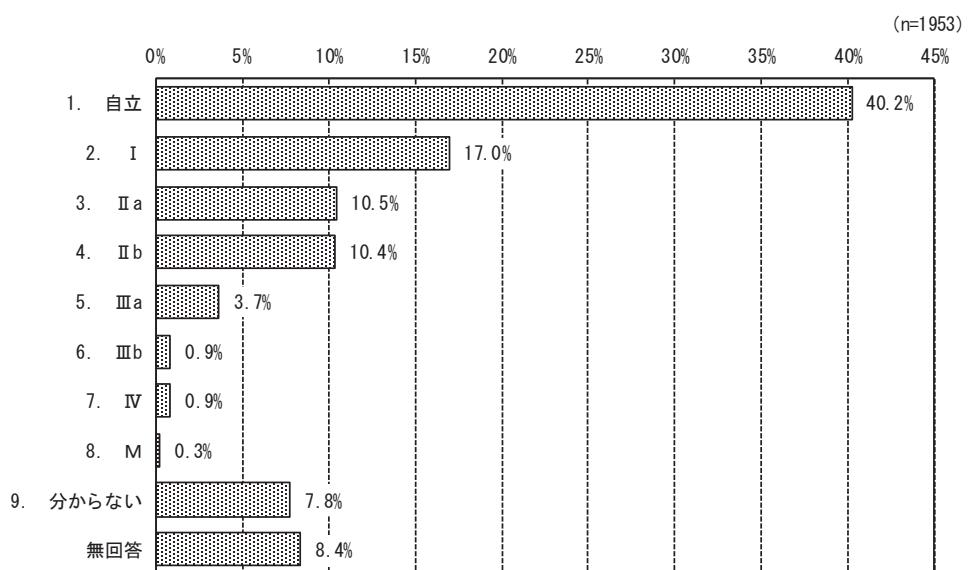
図 390 要介護度



② 認知症高齢者の日常生活自立度

「1. 自立」の割合が最も高く 40.2% となっている。次いで、「2. I (17.0%)」「3. IIa (10.5%)」となっている。

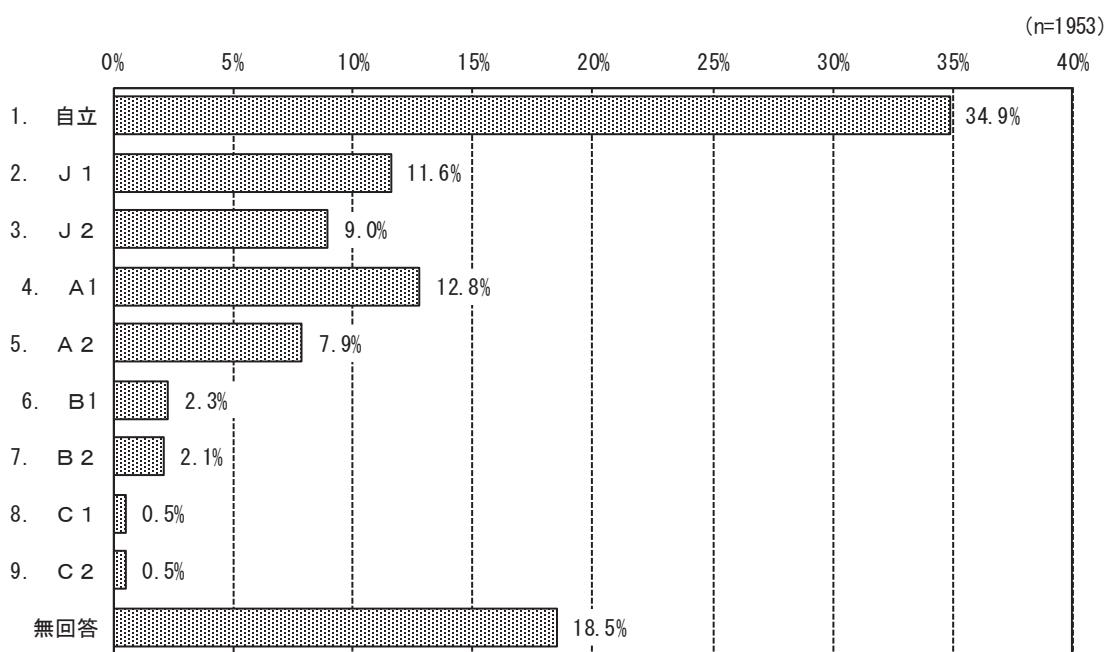
図 391 認知症高齢者の日常生活自立度



③ 障害高齢者の日常生活自立度

「1. 自立」の割合が最も高く 34.9% となっている。次いで、「4. A1 (12.8%)」「2. J1 (11.6%)」となっている。

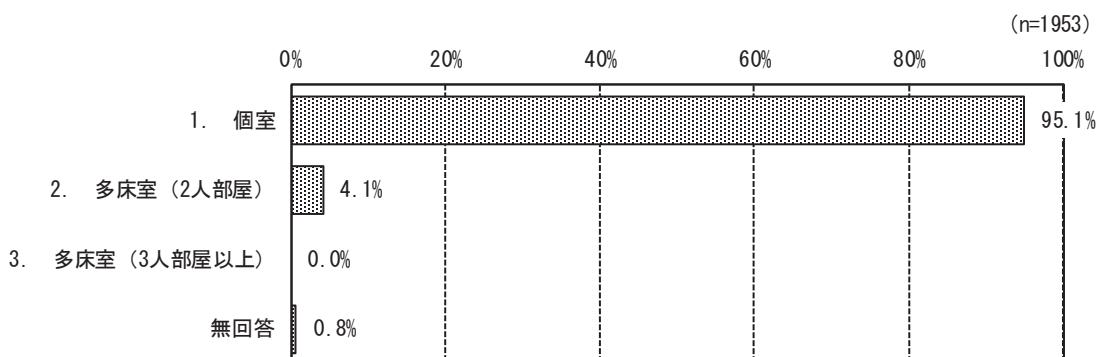
図 392 障害高齢者の日常生活自立度



(4) 現在の居室のタイプ

「1. 個室」が最も多い。

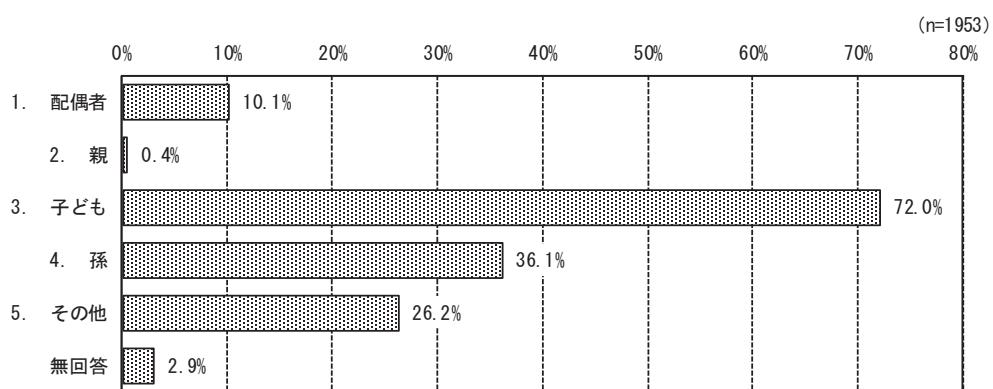
図 393 現在の居室のタイプ



(5) 家族等の有無

「3. 子ども」の割合が最も高く 72.0%となっている。次いで、「4. 孫 (36.1%)」「1. 配偶者 (10.1%)」となっている。

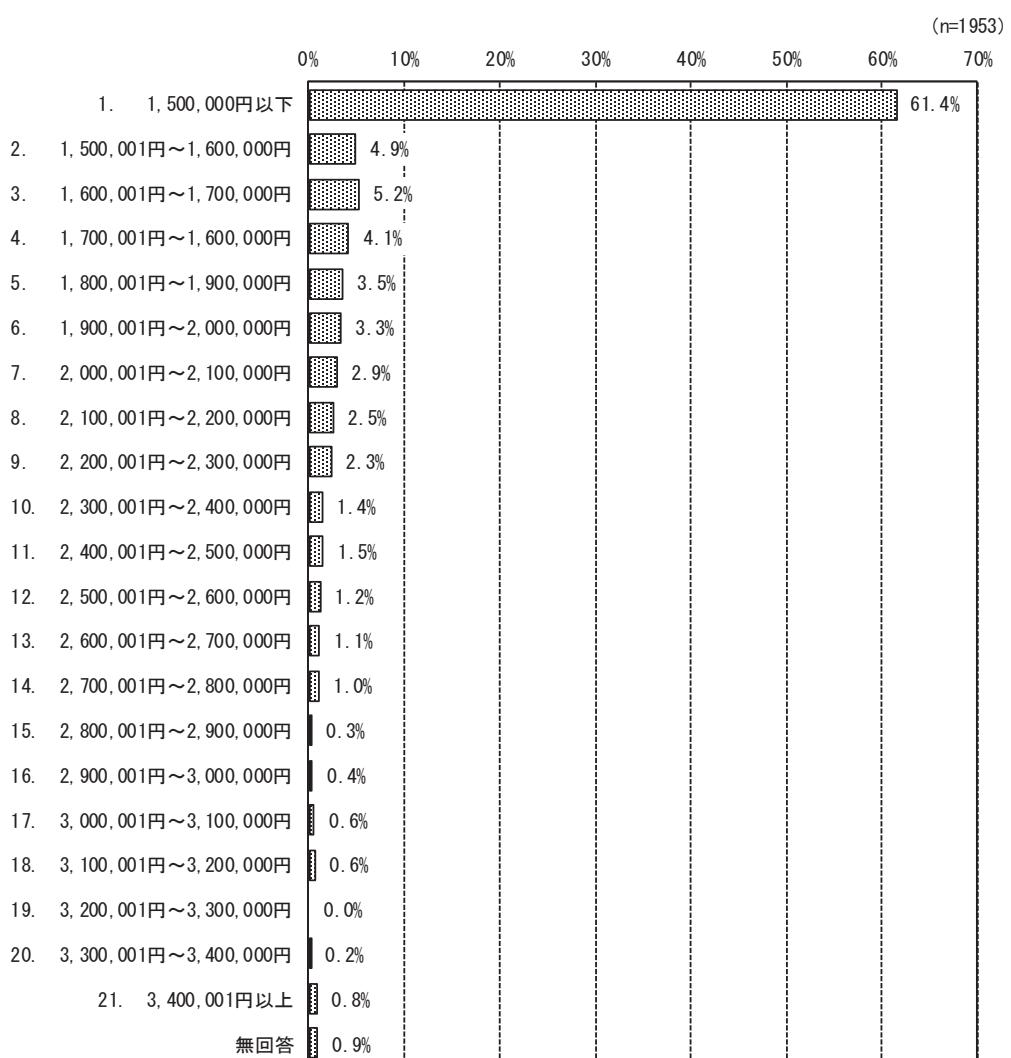
図 394 家族等の有無



(6) 収入階層

「1. 1,500,000円以下」が最も多い。

図 395 収入階層

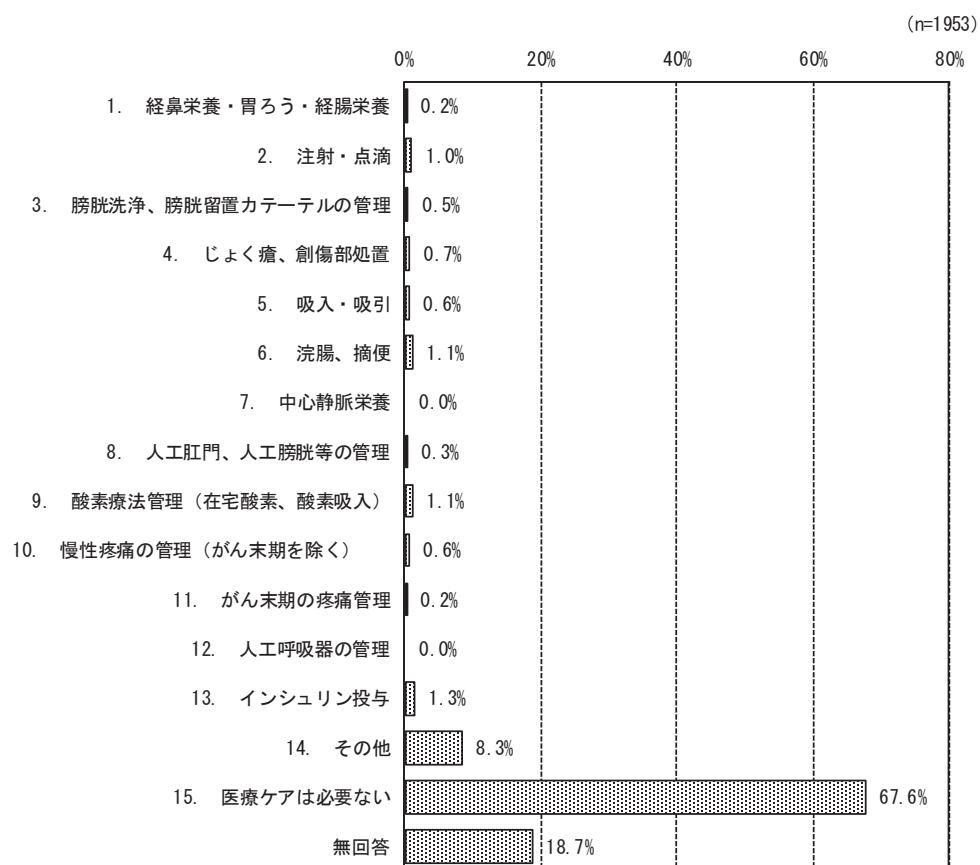


(7) 医療の状況

① 必要な医療ケア

「15. 医療ケアは必要ない」「14. その他」を除くと、「13. インシュリン投与（1.3%）」が最も多い。

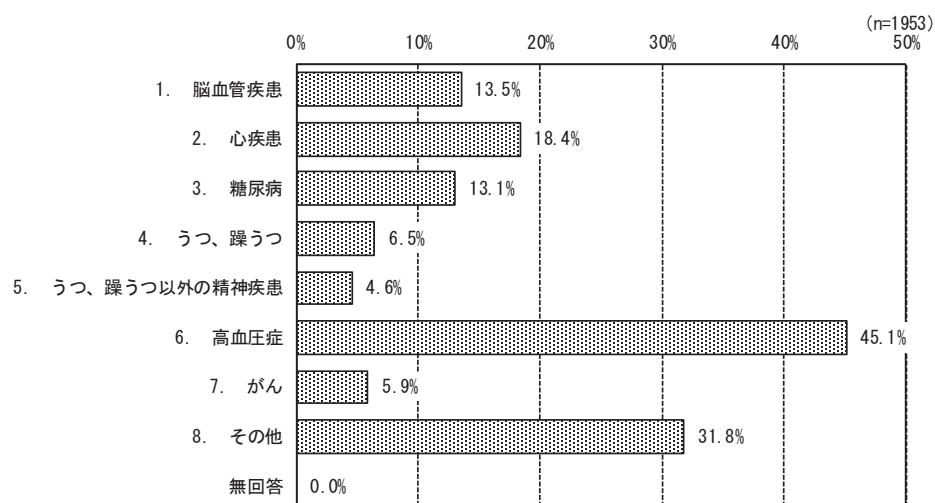
図 396 必要な医療ケア



② 主な疾患

「6. 高血圧症」が最も多い。

図 397 主な疾患

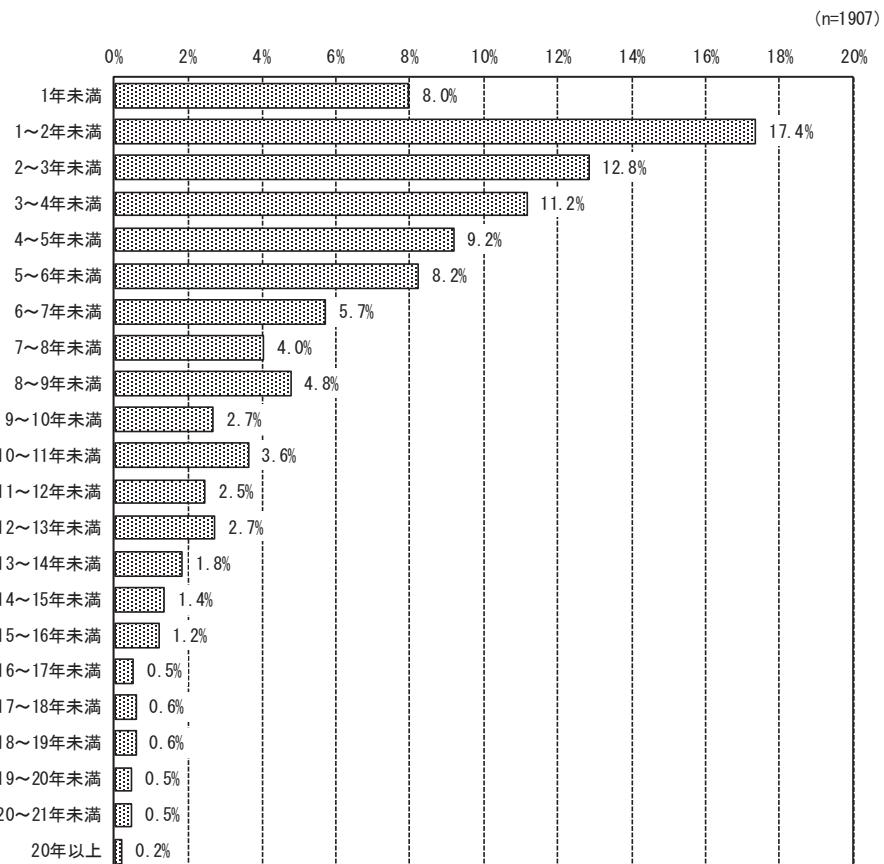


(8) 入居に関する履歴

① 入居年数

「1～2年未満」が最も多い。

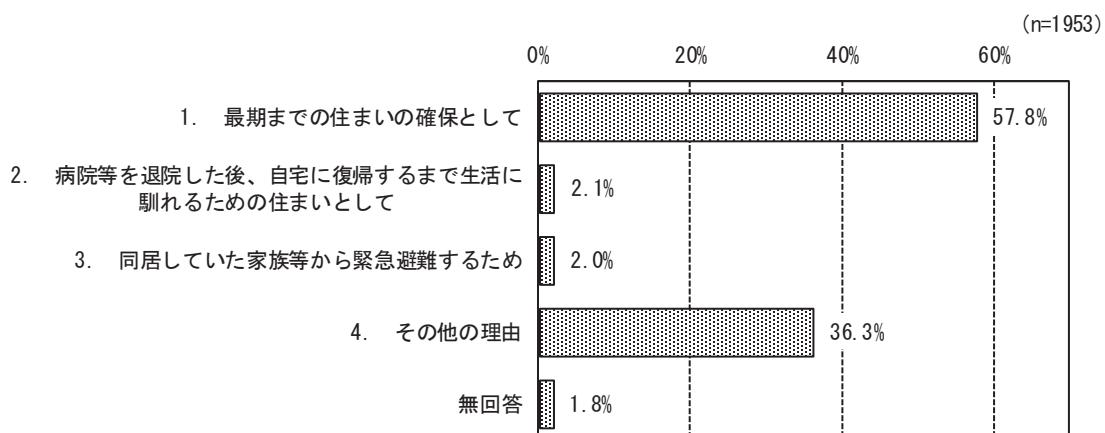
図 398 入居年数



② 入居理由

「1. 最期までの住まいの確保として」が最も多い。

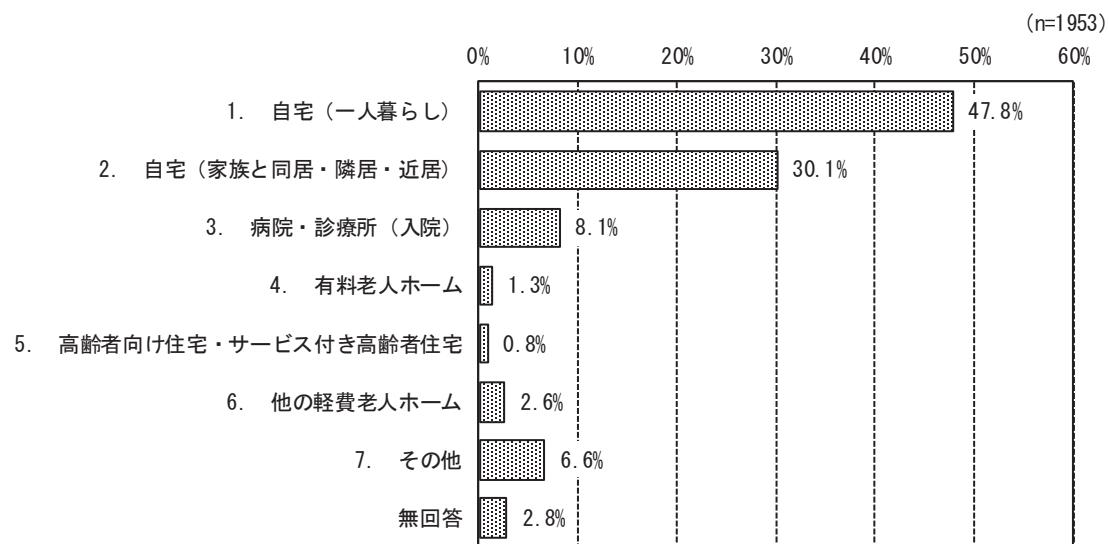
図 399 入居理由



③入居前の居場所

「1. 自宅（一人暮らし）」が最も多い。

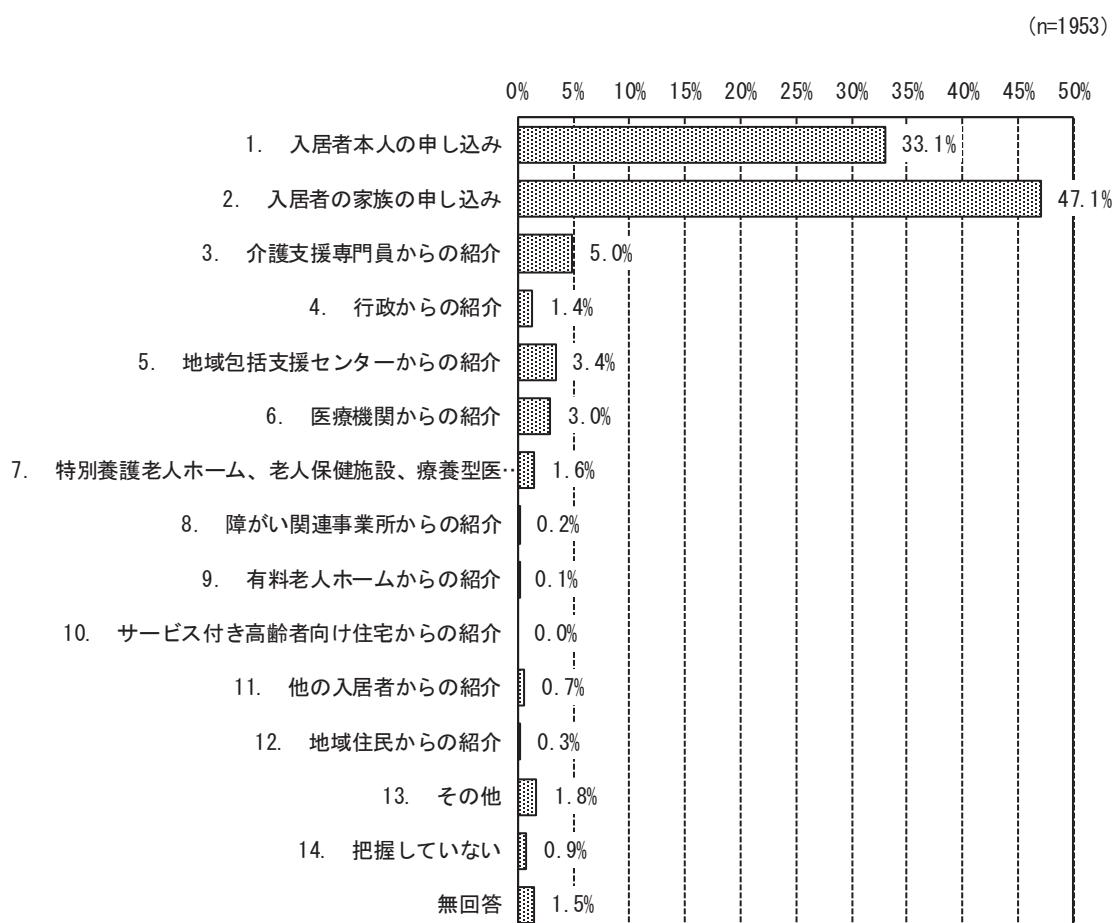
図 400 入居前の居場所



④入居経路

「2. 入居者の家族の申し込み」が最も多い。

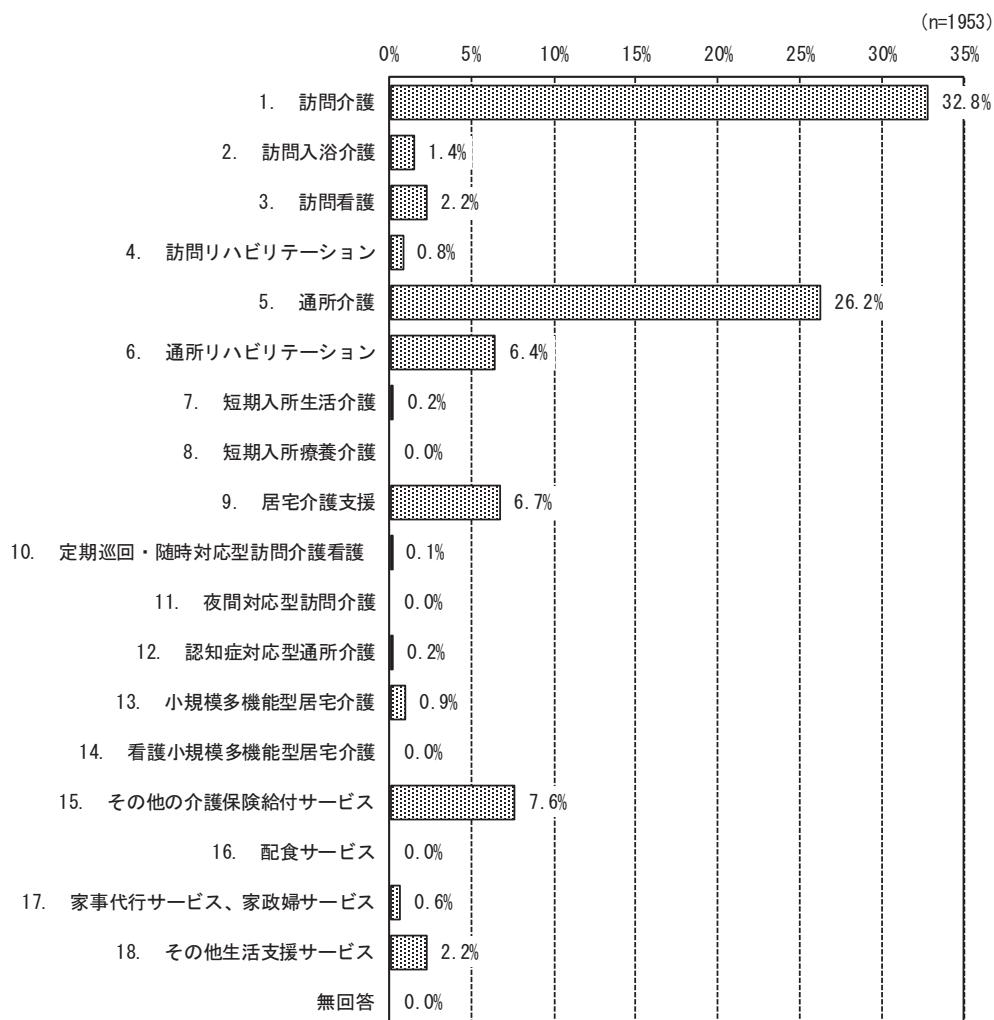
図 401 入居経路



⑤一週間（平成 28 年 11 月 27 日～12 月 3 日）に利用した介護・生活支援サービス

「1. 訪問介護」がもっとも多い。

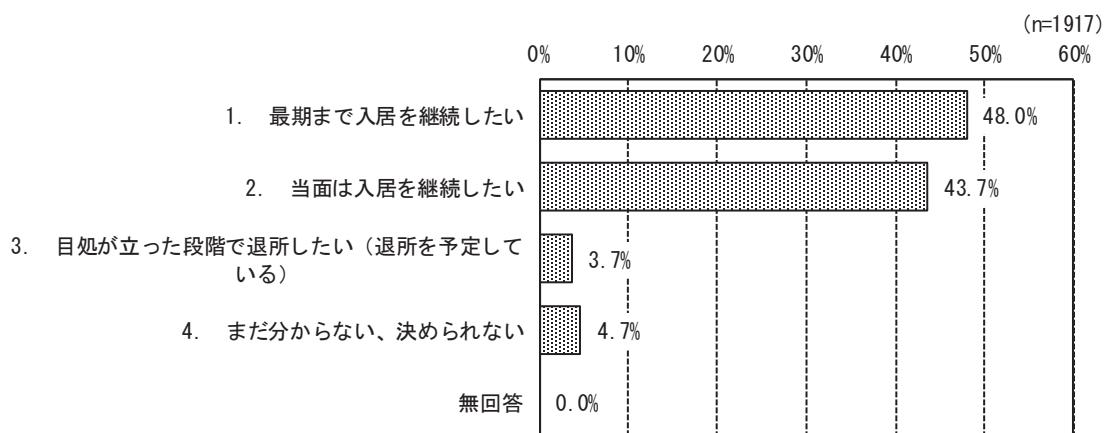
図 402 一週間（平成 28 年 11 月 27 日～12 月 3 日）に利用した介護・生活支援サービス



⑥今後の居住継続予定

「1. 最期まで入居を継続したい」が最も多い。

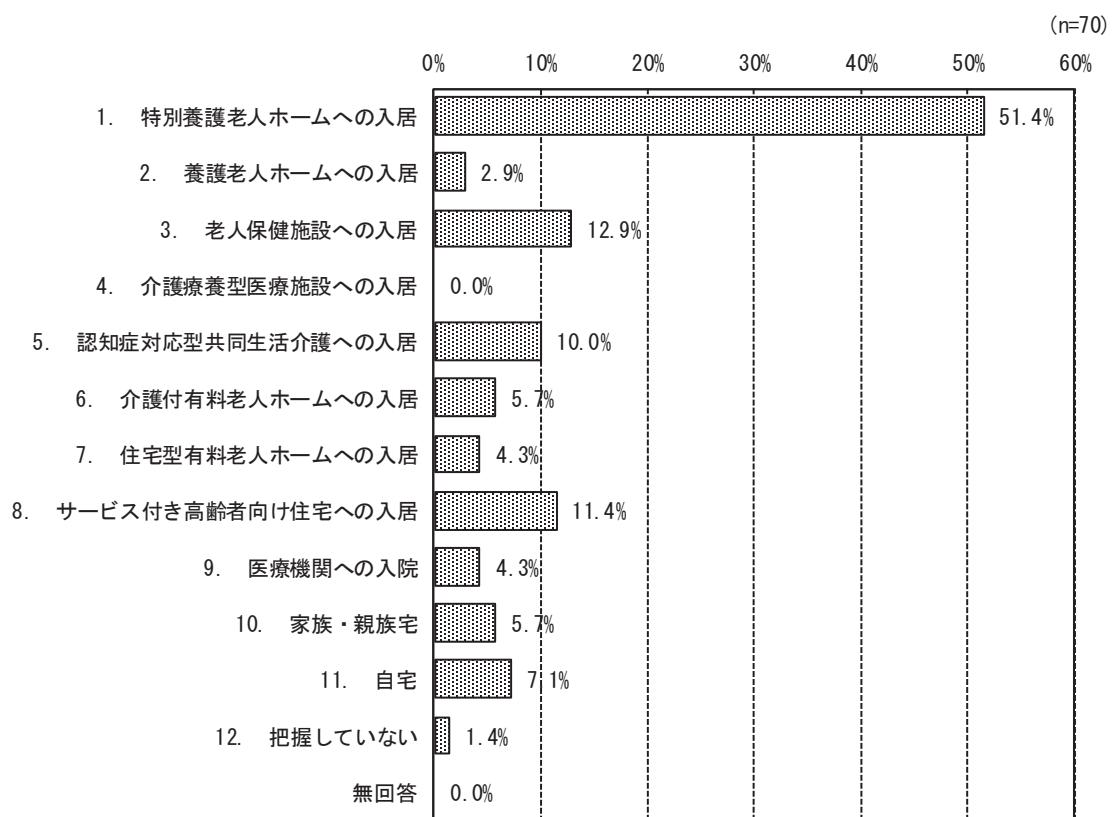
図 403 今後の居住継続予定



⑦退所予定者の退所先意向

「1. 特別養護老人ホームへの入居」が最も多い。

図 404 退所予定者の退所先意向



2. 軽費老人ホームにおける取組の事例調査結果

(1) ケアハウス白山荘

対象施設	ケアハウス白山荘
実施日	平成 29 年 2 月 23 日 (木) 13 時～16 時

①施設概要

開設	平成 13 年 平成 21 年「特定施設入居者生活介護」を取得。(当時、高知県からも、指定取得を強く勧められていた。県の事務費削減効果を期待した面もあったと推察している。)																																																																									
定員	50 名																																																																									
居室数等	<ul style="list-style-type: none"> ・建物：6 階建て（延べ面積 3,537.35 m²） ・居室：35～52 m²、個室（約 14 番）46 室、夫婦部屋 2 室（4 名）トイレ・洗面・ミニキッチン・納戸 																																																																									
入居者数 (4 月 1 日現在)	<ul style="list-style-type: none"> ・待機者 55 名。なお、実質の待機者数は 20～25 名ではないかと推察される。 <入居者の住所地別> 高知市+南国市=84.0% <男女比>7 人:43 人 <平均年齢>88.0 歳、最高年齢 102 歳（90 歳以上 25 名） <所得階層>1 の人（150 万未満）：31 人 ・入居の状況 <p style="text-align: right;">(単位：人)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>在宅から</th> <th>医療機関 から</th> <th>社会福祉 施設</th> <th>介護老人 保健施設</th> <th>その他</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26 年度</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>27 年度</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>28 年度</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">在宅の方は独居の方が多い。身寄りのない方はこれまでには、いない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退所の状況 <p style="text-align: right;">(単位：人)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>在宅 へ</th> <th>長期 入院</th> <th>社会福 祉施設</th> <th>介護老 人保健 施設</th> <th>死亡</th> <th>その他</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26 年度</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>27 年度</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>28 年度</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ・入居者の確保面では県内に施設間競合ではなく棲みわけが出来ていると思う。 ・平均入居年数： <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>3 年未満</td> <td>18 名</td> </tr> <tr> <td>3 年以上 5 年未満</td> <td>12 名</td> </tr> <tr> <td>5 年以上</td> <td>20 名</td> </tr> </table>									在宅から	医療機関 から	社会福祉 施設	介護老人 保健施設	その他	計	26 年度	2	0	1	0	2	5	27 年度	6	0	1	0	0	7	28 年度	1	1	0	1	0	3		在宅 へ	長期 入院	社会福 祉施設	介護老 人保健 施設	死亡	その他	計	26 年度	0	4	0	0	2	0	6	27 年度	0	2	1	2	2	0	7	28 年度	0	1	0	0	2	0	3	3 年未満	18 名	3 年以上 5 年未満	12 名	5 年以上	20 名
	在宅から	医療機関 から	社会福祉 施設	介護老人 保健施設	その他	計																																																																				
26 年度	2	0	1	0	2	5																																																																				
27 年度	6	0	1	0	0	7																																																																				
28 年度	1	1	0	1	0	3																																																																				
	在宅 へ	長期 入院	社会福 祉施設	介護老 人保健 施設	死亡	その他	計																																																																			
26 年度	0	4	0	0	2	0	6																																																																			
27 年度	0	2	1	2	2	0	7																																																																			
28 年度	0	1	0	0	2	0	3																																																																			
3 年未満	18 名																																																																									
3 年以上 5 年未満	12 名																																																																									
5 年以上	20 名																																																																									
特定施設入居者生活 介護の指定状況	<p>指定あり（平成 28 年 4 月 1 日現在）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>要介護 1</th> <th>要介護 2</th> <th>要介護 3</th> <th>要介護 4</th> <th>要介護 5</th> <th>計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 名</td> <td>7 名</td> <td>7 名</td> <td>5 名</td> <td>1 名</td> <td>34 名</td> </tr> </tbody> </table> <p>自立： 5 名 要支援 1： 7 名 要支援 2： 4 名 ※平成 28 年 3 月末時点</p>							要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計	14 名	7 名	7 名	5 名	1 名	34 名																																																							
要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	計																																																																					
14 名	7 名	7 名	5 名	1 名	34 名																																																																					
併設施設・事業所の 状況	なし																																																																									
職員の状況	<p>施設長：常勤 1 名 生活相談員：常勤 1 名（事務長兼務） 看護職員：常勤 2 名</p>																																																																									

	栄養士：常勤 1 名 ケアマネジャー：常勤 1 名 介護職員：常勤 15 名（配置基準：12.1 名） 事務員：常勤 1 名 清掃、雑務：非常勤 4 名
協力医療機関	ほそぎ東部クリニック（1日4便送迎車あり）

<入居者の状況>

○平成 21 年 9 月平均介護度 1.2、特定契約者 25 名

平成 28 年 4 月平均介護度 1.9、特定契約者 45 名

○24 時間の排せつや移動介助が必要な方、特養待機の方、認知症の方についても、入居を受け入れている。

○常時車いすの入居者は 5 人。

<職員の状況>

○職員は原則、正規職員として採用している。

○雑務については、専用のパート職を雇用し対応している。介護職員が介護の仕事に専念できるようにするためである。

○勤務時間形態は、以下の A、F が基本形態である。他、勤務時間形態には以下がある。パートを除く全職員がシフト勤務勤務体制である。

A : 午前 7 時～午後 4 時

B : 午前 7 時 30 分～午後 4 時 30 分

C : 午前 8 時～午後 5 時

D : 午前 9 時～午後 6 時

E : 午前 9 時 30 分～午後 6 時 30 分

F : 午前 11 時～午後 7 時

G : 午後 6 時～午前 7 時

夜勤 : 午後 6 時 30 分～午前 7 時 30 分

○夜勤体制：専属 2 名体制であったが、担当職員が 1 月から長期病欠に入ったため 2 月から全職員交替で対応。特に男性が夜勤担当に入ることが多く、月間 4 ～ 5 日。女性の場合は 2 日程度。

○平均勤続年数 5 年超、特定施設指定後、在職年数 2 ～ 3 年の「一通り、作業がこなせるようになった段階で」介護職層を退職する人が増加している。

○在職 2 ～ 3 年で退職する職員の退職理由に「ケアハウスで学ぶことは済んだので」という消極的なものもあった。退職後の転職先は、特養やグループホームのようである。

○地域の有効求人倍率が好転しており当施設でもオリコミも打っているが採用できず欠員補充できていない。（高知市内や当市内はまだ人の採用状況は良い方であり、郡部では全く採用できていない）

○「特定施設入居者生活介護」事業に対する認知度が近年大きく変化、以前は「どのような内容の施設？」と問合せ等もあったが、現在は一般型ケアハウスに入居の方から転居の問合せがあるようになってきた。

②入居者に対する支援について

（ア）ステージ別の支援の状況

訴求・広報・普及・アウトリーチ

○入居者の主な入居経路

- ・ 地域の民生委員からの相談からの入居が増えている。また通院している病院からの問合せも増えている。病院における当施設の認知度は高いと思う。また、当市には社会福祉法人自体が少ないとから市から「〇〇計画の策定委員として参加してほしい」という要請が多い。
- ・ ご本人の周囲の方が困って、当施設に電話をかけたことを契機に入居に至った方もいる。また、独居の認知症で夜間徘徊をされる方についてご近所の方が市役所に相談し、市役所から当施設に連絡をする場合も増加。この場合は、県外に住むご家族に本人の補助人になってもらった。
- ・ 週に 3 ～ 4 組の入居に関する照会が入る。病院からの照会や、インターネットからの照会、当

施設の通りがかり（高知市や南国市等）の照会が主なもの。特にインターネット経由の照会が増加。

- ・年に1回程度は、南国市から生活保護受給者の受け入れの問合せはある。（入居費用は生活保護費と同額程度）
- ・市直営の地域包括支援センターから、従来は年に1回程度要支援1～2の方の入居希望者の照会があったが最近は照会回数が減少している。
- ・病院の地域連携室や本人の家族から「退院患者の受け入れ先として可能か」という照会は増えている。
- ・問い合わせは南国市内、高知市内からが8割。特に車で10分圏内の方からの入居申込みが増えている。

入所（居）前

- 一度の見学で申込まれる方が多い。ご本人が見学に来る場合もある。
- ご夫婦で入居を希望される場合、空きベッドがないためにすぐ入居出来ない場合もある。
- 入居決定の際には、再度、ご本人、ご家族の意思の確認、面談後に入居契約をさせていただく。

入所（居）生活中

- 平成28年度転倒骨折は1件。身体状況（心・腎不全等）の変化により同じ方の救急搬送を繰り返す状況もある。
- 今後は、入居者のお子さんである保証人が、ご本人より先に亡くなるケースが発生することが想定される。
- 通院介助サービスを自費で利用している入居者が10人いる。サービス提供事業者は、高知市内、南国市内に立地している。
- 当施設の1日の生活の流れは以下の通り。入居者が一日を通して一人ぼっちになる時間というのは少ない。

・7:00～ モーニングケア
・8:00 朝食
・10:00～ 集団体操（体操、筋力維持訓練）・水分補給、居室巡回
・12:00 昼食
・13:00～ 入浴
・14:30～ レク（水曜・土曜）、映画会（月1回）、誕生日会、各種ゲーム、居室巡回、水分補給等
・17:30～ 夕食、随時イブニングケア
・19:00 ～5:00 夜間巡回、随時排せつ介助等（19時、21時、23時、1時、5時、その他体調不良時は随時）
・毎週水曜・土曜 お買い物の送迎
・毎日第二日曜日 映画鑑賞

○年間行事

・5月	春の遠足（美術館、外食等）
・6月	あじさい見学
・7月	夕涼み会
・8月	市民コーラス来荘（ボランティア）
・9月	敬老会、歌謡・舞踊ショー（ボランティア）
・10月	防災訓練（総合）
・11月	文化祭、秋の遠足（植物園）
・12月	クリスマス忘年会
・1月	新春お茶会
・2月	家族懇談会

<家族との交流>

○家族懇談会：年間3回実施

・開催時期：

春季（年度末懇談会）

夏季（夕涼み会）

冬季（忘年会）

・当日の主なプログラム

・日常生活の報告、行事等での様子等説明

・ご家族からの要望

・施設からのお知らせ（お願い事項）

・各委員会活動

・歓談・懇談

○要介護度の軽度の入居者の方は、生活上のさまざまな要望を施設職員に伝えたいと思う。したがって、介護職員が入居者個々の個別対応に十分時間投入できることが重要となる。また、対応のためのきめ細かな入居者とのコミュニケーションもより必要となる。その対応能力は、①培える力であり、②その職員が元来保持している力の両面が合わせもった能力。

看取り・逝去

○このステージの入居者に施設が対応できるかできないかの判断は、現場の看護職、介護職の判断に依存する面が大きい。

○「当施設で最期まで看取ってほしい」、「いざとなったら病院に行かせてほしい」の意向に分かれる。入居者本人、ご家族共に半々程度。

○入居者の主治医によっては、看取りに対応しておらず、その場合、当施設では対応できることに限界がある。高知市内に在宅療養支援診療所は1か所あるが、その医療機関の場合は主に末期がん患者の看取りを担当している。

(イ) 支援において重点を置いていること、対象者像等について

認知症の方

○ご自宅が施設の近くにあるので「帰りたい」と帰宅願望が強く、連日夜間、職員の手を振り払い帰ろうとされる入居者がいらっしゃったが、そのような場合はケアマネジャーのプランに基づいて一ヶ月間、特別体制をとり、介護職員がその方の気持ちに添い、一緒に自宅に帰るなどの対応をした。気持ちが落ち着くと短時間で施設に戻ることもあるが、何度かは翌朝迎えに行くこともあった。

○ただし、認知症の方の場合はいったんBPSDがおさまったと思って安心しても、次の日には行方が分からなくなり探すと、元職場の倉庫内で座っているのを発見する等も経験した。

精神障害の人

○入居してから徐々に発症する場合は、職員側が気づくことが難しい。主治医に相談の上、ご家族に伝える。直接、施設からご家族に報告することはできない。

○また、現場の職員にそのことを伝えることは難しい。

○本人、家族がいないところで医師と相談したいという場合がある。実際に、病院を受診時に、病院の医療相談室相談員に、手紙を書いて相談したことがある。

○なお、施設職員は原則病院付き添いをしない。家族による付き添いが出来ない方で付き添い介助が必要な人は外部ヘルパーを雇ってもらっているが、外部で都合がつかない場合、詳しい説明を必要とする場合は状況に応じて職員による付き添いを行っている。

○在宅に戻れず家族も希望していない人を一時受け入れて現在に至っている方もいる。状態に

波がある。

- 入居後に、入居者の若いころの精神疾患について家族から説明を受けたことがあった。その際は、入居後病院に入院したのち、病院の経営する特養に入所している。「白山荘では受け入れ無理だろう」と病院から言わされたため。

【医療依存度のあるひと】

- 現状では「定期的に医療措置が必要な方」については、対応できないので入居をお断りしている。(例) 胃ろう、インスリン注射、人工肛門
- 在宅酸素利用者の入居者はいる。
- 胃ろうに関しては入居者の家族が望まないことが多い。現在、胃ろうするとどのようになるか家族も勉強されている場合が増えている。

(ウ) 施設が立地する地域のニーズや期待等

【地域の高齢者等が集まれる場所づくり】

- 当施設の評議員より「デイサービス事業所が閉鎖されたため地域の要介護高齢者の集まる場所がなくなった、集まれる雰囲気がある場所があればいい。」等の要望や声から地域のニーズを拾っている。

(エ) 最近重要な支援の内容

- ケアハウスにおいては「足りていないところ」に効果的にサポートしていくこと、入居者とコミュニケーションしていく中でそのことを判断し支援を進めることが重要。
- ケアハウスで看取りができるには、看取り対応する医師がいることがポイント。

(オ) 今後の取り組みについて

- 今後は、身寄りのない方についても受け入れていくべきと考えている。
- また、地域の小学校との連携を強めていきたい。そこから小学校PTAとの連携も強化できる。

③実際に取り組んだ支援事例

【事例1】昨年看取った方

- ・入居者のかかりつけ医が「やりましょう」と24時間体制で対応してくれ、当施設職員も頑張って看取り介護を実施。近所に住む入居者の子ども（先妻の子）には、相談員とケアマネジャーが現状報告（本人と家族の関係は希薄）を担当。
- ・現場サイドの介護職員の投入工数は非常に大きい。したがって、その介護職員が担当できることが増えるほど、その上位の職員はより良質の看取りケアを実施するための教育体制や環境を作る業務に専念できるようになる。

④地域におけるアウトリーチ活動その他地域包括ケアシステム構築に関する取組状況

(ア) 地域とのネットワーク構築について

【市社会福祉協議会】

- 当団体とは良好な関係を構築しているが、特に協働して実施している取組は、現在のところはない。

【地域包括支援センター】

- 地域の福祉施設として地域ケア会議参加の案内は来ている。参加はしているが積極的な参加とまでは至っていない。

⑤施設職員に対する教育・研修等の状況

(ア) 施設内研修

- コミュニケーション能力、判断力、問題解決能力の具体的な技術に関する教育・研修が中心である。

(イ) 外部研修

- 積極的に参加している。平成 27 年度外部研修派遣実績：延 66 名。
- 新人、中堅、管理経営各層により適宜派遣している。年度の予算の可能な範囲で県外研修へ積極的に参加。
- 先駆的施設との交流、事例学習

(ウ) 介護職の育成について

- こころざし、気持ちのレベルを高くする人材教育が必要。看取りは「作業」ではなく、「気持ち」の部分が大きい。「やさしくなりなさい」と指導している。
- ケアの現場職員の専門性を引き上げることが課題である。

⑥その他

- 評議員の主な構成：民生委員 2 人、元民生委員 1 人、婦人会会長 1 人、地域のふれあい館委員 1 人、市会議員（隣接地区の地区長）1 名、地域の体育会 1 名
- 介護職員の確保が最も苦労している。
- 介護職は介護職の仕事に専念するために、24 年度から、居室を含めた掃除等担当のパート職員を雇用し始めたがメリットの一方、デメリットもある。一緒に掃除を行う中で、入居者個々の色々な情報や変化を得ることができていたが、その機会は減ってしまったので、両担当者間の報・連・相を心がけている。

(2) 軽費老人ホームほんだくらぶ

対象施設	軽費老人ホームほndaくらぶ
実施日	平成 28 年 3 月 7 日 (火) 13 時～16 時半

①施設概要

開設	昭和 55 年 10 月 1 日								
定員	100 名								
居室数等	<ul style="list-style-type: none"> ・建物：3 階建て（建物面積 3,238 m²、集会場 133 m²） ・設備：単身用居室（6畳、サンルーム）94 室、夫婦用居室 3 室（8畳、サンルーム）食堂、医務室、静養室、施設長室、事務室、寮母室、宿直室、調理室、浴室、トイレ、ロビー、湯沸室、洗濯室、談話室、集会場等 								
入居者数 (平成 28 年 3 月 31 日現在)	<ul style="list-style-type: none"> ・100 名 <入居者の住所地別> 千葉市、市原市、八千代市、いすみ市、東京都 他 <男女比>男 34 人:女 62 人 <平均年齢>79.9 歳、(90 歳以上 10 名) <所得階層>1 の人 (150 万未満)：単身 71 世帯、夫婦 2 世帯 (平成 3 年 7 月 1 日以降の入居者、平成 28 年 3 月 31 日現在) 								
特定施設入居者生活 介護の指定状況	指定なし (平成 28 年 4 月 1 日現在)								
併設施設・事業所の 状況	なし								
職員の状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">施設長：常勤 1 名</td> <td style="padding: 5px;">栄養士：常勤 2 名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">事務員：常勤 2 名</td> <td style="padding: 5px;">寮母：常勤 7 名、非常勤 1 名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">生活相談員：常勤 1 名</td> <td style="padding: 5px;">医師（外科）非常勤 1 名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">看護職員：常勤 1 名</td> <td></td> </tr> </table>	施設長：常勤 1 名	栄養士：常勤 2 名	事務員：常勤 2 名	寮母：常勤 7 名、非常勤 1 名	生活相談員：常勤 1 名	医師（外科）非常勤 1 名	看護職員：常勤 1 名	
施設長：常勤 1 名	栄養士：常勤 2 名								
事務員：常勤 2 名	寮母：常勤 7 名、非常勤 1 名								
生活相談員：常勤 1 名	医師（外科）非常勤 1 名								
看護職員：常勤 1 名									

<入居者の状況>

○千葉市以外から入居した人が 3 分の 2 以上である。(64%)

【入居前住所】

	千葉 市内	千葉 県内	福岡 県	愛知 県	神奈 川県	東京 都	埼玉 県	茨城 県	岐阜 県	宮城 県	合計
男性	13	14	1	0	0	4	0	1	0	1	34
女性	22	28	0	1	1	7	1	1	1	0	62
合計	35	42	1	1	1	11	1	2	1	1	96

○入居の理由として、独居が困難・不安、虐待、精神障害疾患が主に挙げられる。

【入居理由】 (単数回答)

理由	男性	女性	計
家族間の事情で同居困難	6	26	32
独居が困難・不安	17	21	38
住居がない	1	5	6
住居が狭く家族と同居困難	2	2	4
友人が欲しい・孤独感	0	0	0
生活費負担を軽減したい	4	0	4
その他（気楽に暮らしたい・本人の意思等）	4	8	12
合 計	34	62	96

○社会的養護を必要とする入居者状況

生活保護受給者	後見人・保佐人利用者	虐待緊急避難ケース
8人	12人	16人

○入居期間の状況（平成28年3月31日現在）

1年未満	1年以上～ 3年未満	3年以上～ 5年未満	5年以上～ 10年未満	10年以上～ 15年未満	15年以上	計
20名	25名	17名	25名	5名	4名	96名

※入居者の平均入居期間：3年9か月

○要介護認定者数の状況（平成28年3月31日現在）

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	計
4名	7名	21名	7名	1名	1名	1名	42名

<職員の状況>

○勤務年数は比較的長く、入れ替わりは殆どない。パートで入職し、働きぶりが良ければ、正社員にする方針としている。寮母の中には、特別養護老人ホーム経験者のもいる。

○当施設で働く上で、入居者の人間関係の調整に苦労することはある。本施設で働くには、コミュニケーション能力等が必要となる。

○宿直専門が1人いる。その他、概ね週1回で各寮母が宿直を担当している。

②入所者に対する支援について

(ア) ステージ別の支援の状況

訴求・広報・普及・アウトリーチ

○生活相談員や事務長が、機会ある度に、千葉市に限らず、行政や地域包括支援センターと情報交換をしている。

○平成24年以前は、虐待被害者等の入居はなく、高齢を理由に賃貸契約できない人やURの家賃を滞納したがために退去を余儀なくされた人、一人暮らしや不安という理由で子どもに連れてこられた人等が主に入居していた。しかし、当施設の稼働率が悪かったこともあり、平成24年以降は、役所から地域のニーズを聞き、精神障害者のように入所できる施設がなく困っている人や虐待被害者等も受け入れるようにした。1人受け入れると、「ほんだくらぶは行き場のない人も受け入れることができる」と認識されるようになり、さらに、口コミによって千葉市外にもその情報が広がり、特に宣伝をしなくとも、入所者が増加した。

○東京都の新島村からも4名入居している。きっかけは、最初の1人が当施設を見つけたことである。その人は、息子と2人で新島に住んでいたが、認知症のため要介護2となり、住民だけでは支えられなくなった。息子が地域包括支援包括センターに相談したところ、偶然、当施設に空きがあることを見つけ、入居に至った。

○その後も、新島の地域包括支援包括センターから連絡があり、3名が続けて入居した。新島には特別養護老人ホームがあるが、高齢化が進んでおり、また、独居者も多いため、誰でも入所できる状況ではない。住みなれた島を離れることはやはり大変なことであるが、知らない人ばかりの施設に入所するよりも、知り合いがいる施設に入居する方が心強いというメリットがある。

○主に地域包括支援センターや家族からの紹介である。そのうち、7割が地域包括支援センターである。

入居前

○電話で相談連絡を受けた後に、保証人とともに当施設に見学に来てもらい、施設内を歩く様子やコミュニケーション能力、持病の確認を行う。また、ケアマネジャー等の専門職が関わっている場合は、本人に係る情報提供を依頼する。特に問題なければ、本人に対して、入居の意思

の確認を行う。その後、健康診断書を提出してもらい、当施設で対応できると判断できれば、施設長や看護師等を交えて面接を行う。それら全て行った上での入居となる。ただし、面接を行い、本人の入居意向を確認した後に、断る場合もあることは予め伝えている。

○長年の信頼関係から、行政は当施設がどのような人を受け入れられるのかを把握しており、当施設につなげる時点である程度の選別をしているため、遠方に住んでいる人の場合は、見学後、家族を含めて面接を行い、そのまま入居とすることもある。

○初めて紹介を受けた病院等からの受け入れの場合には、施設側から病院や自宅等に訪問することもある。また、DV 被害により保護している施設からの受け入れの場合は、その施設に訪問することとしている。

入居生活中

○当施設は、自立した人が入居することが前提であるため、本人の意思を尊重することを基本としている。ただし、何があっても強制することができない点がジレンマでもある。

○生活保護を受給する必要が出てきた入居者には、申請のための面接に付き添うなどの支援を行うことがある。

○借金を抱えている人に督促状が多く来る場合、電話を掛けて「この人に請求しても返すことはできない」などと伝えることはある。

○入居中に鬱を患う人はいるが、施設としては高度に専門的な対応はできない。
多少の妄想等の傾向が出ていても、通常の生活に支障が無ければ、施設が必要以上に介入しない方針としている。

○入居者の身の回りの掃除は、自分で行っている。自分で対応できない人は、ヘルパーや家族が対応している。

○認知症の疑いのある人は、施設から診断を勧めがある。徐々に認知症になり始めた人がいると、「あいつを早く出せ」と言う入居者もいる。そういう場合、入居者同士で争いとなり、時には殴り合いにもなることがある。暴力を振るう場合は、施設が仲裁に入ることもある。

○食堂の1年間に1回の席替えの際は、入居者同士が話し合い等で決めるよう伝えている。

○20時以降は、自室に戻ることが原則であるが、それ以外は自由に過ごして良く、禁止事項はない。宴会も自主的に開催している。他人に迷惑がかかる場合には、施設が介入する。中には、恋愛もある。

○書道やカラオケ等のクラブ活動が行われているが、全て自主参加制としている。食事を摂ったり風呂に入ったりしていれば、施設から強制することは特になし。スポーツクラブや水泳等、外出する人はいる。また、近所の住民と交流を持ち、その人に車で迎えに来てもらい、一緒にカラオケに行く人もいる。入居者の中には、特別養護老人ホームへボランティアに行く人も過去にいた。

○入居者は車を運転する人が過去にはいだが、現在はいない。車を運転する人がいれば、当施設の近くにある駐車場を借りることになる。ただし、他の入居者を乗せることは禁止している。

○基本的に施設内で喫煙をしても良いこととしているが、居室内は禁煙にしている。非喫煙者からの苦情はある。

退所時（病院、多施設、自宅等）

○泥酔して、職員を殴る等した場合には、退所をお願いしている。

○入居時には問題が無かったにもかかわらず、入居後に他の入居者と合わなくなるといったケースが多い。元気な入居者が多いため、喧嘩やいじめになることもある。また、集団生活を逸脱する人もいる。そのような人に対して、無下に施設から出すということはしていないが、家族を呼んで次の施設を探すよう調整することはある。

○脳梗塞の後遺症のため、半身麻痺の人がいた。介護保険料を延滞していたために利用料が3割

負担であった。着替えや洗濯のみ支援を受けていたが、3割負担であったため、経済的に負担となっていた。年金生活である姉が、経済支援を行っていた。年金をある程度受給しており、生活保護を受給しておらず、要介護2であったことから、特別養護老人ホームにも入所できない状況であった。役所と相談して、最終的に、生活保護ビジネスをしているような所に移らざるを得なかつた人もいる。

看取り・逝去

- 当施設では看取りを行っていない。
- 朝は元気であったにもかかわらず、突然死により昼に亡くなった人はいる。また、横断歩道で交通事故に遭遇し、死亡した人もいる。

(イ) 支援において重点を置いていること、対象者像等について

触法行為経験者

- 触法行為経験者であることを、他の入居者に知らせないよう伝えている。

家族との関係・虐待

- DVに係る相談を受けた場合、できる限り早く（手続きを完全に終わらせていくなくても）、受け入れられるよう動くことが重要だと思っている。
- 家族からのDV被害者は、旧姓を用いるなど名前を変えて入所する人もいる。DV被害者の中には、家の処分まで施設に求める場合があるが、お断りしている。
- 虐待被害者が自宅に戻った後は、主に行政が対応を行う。退所後に、施設として支援する能力や権利はない。
- 虐待被害者の中には、入居してしばらくすると、子どもの様子が心配になり、自ら自宅に戻る人もいる。しかし、再び家族からDVを受け、警察の介入により当施設に再入居するケースがある。
- 遺産相続争いの問題で、保証人でない家族から入居者本人のお金の管理等について開示を求められることがあるが、個人情報の保護を理由に、施設からは保証人以外に教えることはない。

要介護者

- 当施設はバリアフリー化していないため、風呂に1人で入れなくなる場合には、通所介護にならざることもある。また、転倒によって入院することとなり、要介護度の変更申請を行い、特別養護老人ホームに入所する人もいた。
- ヘルパーが入る回数が区分支給限度額を超える場合には、ケアマネジャーに連絡して対応を仰ぐようにしている。強制的に退居させることはしていない。
- 入院して有料老人ホームに入所したが、貯金が尽きて、当施設に入居する人もいる。

精神疾患者

- 従前は親が家で精神疾患のある子を守っていたが、現在はその仕組みが壊れてきたため福祉的な住まいの需要は増加している。その意味で軽費・養護の役割は高まっていると思う。
- 以前は、精神疾患を隠す人がいたが、現在は減ってきてている。施設によっては、統合失調症等の人を受け入れることが難しい所もあるが、当施設は、ノウハウのある精神保健福祉士（事務長）が常駐しているため、ある程度の支援を行うことができる。看護師も精神医療センターで勤務経験者であり、受け入れる体制が整っている。

借金負債者

- 借金の整理に向け、後見人や弁護士による支援も受けている人が、財産を管理されることを重荷に感じる場合もあり、当施設に入居していること自体が窮屈に感じる場合もある。どこまで踏み込んで支援をすべきかの判断は難しい。

受け入れができない事由

- 認知症の進行が強い人は断ることが多い。当施設は、玄関に鍵を掛ける訳にはいかない。部屋は個室であり、鍵は本人に管理を任せている。したがって、徘徊して施設に戻れなくなるような人については、断っている。
- 伝染性の病気を患っている人や、重度の糖尿病を患っている人は断っている。
- 精神疾患者については、基本的に受け入れているが、自傷他害が疑われる人やアルコール依存症の人は断っている。

(ウ) 施設が立地する地域のニーズや期待等

- 触法行為経験者、虐待被害者等、精神障害者等、行き場のない人を受け入れることが当施設の役割だと考えている。

(エ) 最近重要な支援の内容

- 虐待被害者（親）を保護することは当然であるが、親の年金を頼りに生活していた子どもが自殺する場合もある。残された家族に対してもフォローする必要があるが、施設として対応できることは限られている。

(オ) 今後の取り組みについて

- 子ども食堂をしたりできれば良いが、そのための人材や財源、ハードが不足している。
- 特定の人が音頭を取らなければ、施設が地域とつながりをもつのは難しい。

③実際に取り組んだ支援事例（課題）

【事例1】殺人未遂で7年間刑務所にいた60代後半の人を受け入れたことがあった。行き先が無かったため、千葉県地域生活定着支援センターの紹介により、当施設に入居することになった。入居当初は特に問題は無かったが、数か月経過後、「被害者に謝罪に行きたい」と訴え、被害者宅周辺を徘徊するようになった。保護観察が終わったため、法務局も施設から外出禁止にする訳にはいかず、引き留められることができなかった。最終的には、アパートを見つけて施設から出て行った。しかし、被害者は不安であり、「どうにかしてくれ」と訴えたところ、警察が対応することとなった。

【事例2】2、3か月前に、地域生活定着支援センターから紹介されて、窃盗罪で執行猶予付きの人が入居した。入居前には、法務局から本人の情報を得るようにした。後見人とも面接を行ったが、本人が「自由に生活したい」ということで、本施設を退所し、スーパーで働きながらアパート暮らしをすることとなった。しかし、現在は金銭面で苦しい状況である。

④地域におけるアウトリーチ活動

(ア) 地域とのネットワーク構築について

地域包括支援センターや民生委員等との関わり

- 入居者個人が地域包括支援センターに行くことによって、地域包括支援センターの担当者とつながることはある。
- 地域ケア会議への参加については、参加案内が来ないこともあります、現在、出席していない。
- 過去に民生委員の会合に出席したことはある。
- 社会福祉協議会とのつながりは全くない。

入所者の紹介について

- 地域生活定着支援センター、市役所の高齢課、民生委員等からの紹介が多い。

自治体との連携

- 自治体（千葉市に限らない）からは「ほんだくらぶは行き場のない人も受け入れることができ」と認識されており、触法行為経験者、虐待被害者等、精神障害者等、を受け入れている。
- 本人と家族が揉めているケースで、自治体によっては本人と家族の話し合いの場に立ち合うなど協力的なところもある。そういうたた自治体と連携することで、支援がしやすくなっている。

⑤中核地域生活支援センターの連携

- 千葉県には、24時間365日体制で福祉サービスのコーディネート・福祉の総合相談・権利擁護等を行う「中核地域生活支援センター」を圏域ごとに設置しており、虐待被害者等の場合は、中核地域生活支援センターに連絡して家族と本人の間に入つてもらうこともある。

地域住民との関わり

- 施設内の集会場を地域の人々に公開することは実施していない。
- 以前は、保育園との交流会（園児の来園）があったが、インフルエンザ等のウイルス感染が懸念されるため、保育園側が、交流会実施を様子見としている（園児の訪問は実施されていない）。

NPO法人との連携

- 千葉県内に居住地があった入居者で後見人や保佐人をつける必要がある場合、主に「NPO法人成年後見なのはな」が受けている。「NPO法人成年後見なのはな」の協力が無ければ入居できない人は多数いる。

医療機関との連携

- 最近では、退院時の受け皿としても、病院から認識されており、入居につながるケースは多い。以前は、大きな病院でも地域相談室がないところもあり、相談先が分からなかつたが、今は地域連携室があるため、地域連携室から相談が来ることが多い。
- 精神疾患患者の親が亡くなり、保護する人がいなくなつたために、精神病院から相談を受けることもある。
- 提携病院へ通院の際は、施設の看護師が同行するようにしている。また、月2回は施設に往診に来てもらうことになっている。

介護サービス事業所との連携

- 入居者の介護サービス活用状況（平成29年3月1日現在）

(複数回答)

理由	人数
デイサービス	7
デイケア	2
ヘルパー（掃除、洗濯、デイ送り出し、入浴）	16
ベッド貸与サービス	5
シルバーカー貸与サービス	1
歩行補助杖貸与	2
おむつ給付	3
合計（延べ人数）	36

(ア) 相談支援、アウトリーチ活動の実施体制、実施状況について

- 基本的に、入居者の受け入れは、行政や地域包括支援センター、地域生活定着支援センター、中核地域生活支援センターから紹介を受けている。東京都の新島のように、一度当施設につなげると、継続して紹介を受けることが多い。

(イ) 施設の保有する建物・設備や人的資源等を生かした取組状況、福祉人材育成の状況

後見人の研修生の受け入れ・連携

○市民後見人の研修生を受け入れることはある。

⑥施設職員に対する教育・研修等の状況

(ア) 職員の養成

○職員の養成は0JTが主である。

(イ) 研修への参加や資格取得

○外部研修には積極的に参加するよう伝えている。

○寮母は、基本的にヘルパー2級や初任者研修を修了していれば良い。入職時に保有していない
ても、入職後に取得すれば良いこととしている。その場合は、取得費用は施設が受講料を補助
し、講習受講中は出勤扱いとしている。中にはケアマネジャーの資格を取得する人もいる。資
格に応じて手当を付与することとしている。

⑦その他

○施設は築年数が長く、改修すべき時期だとは思っているが、改修費用の確保が厳しい状況である。

メンテナンスはある程度している。

○車椅子で移動するスペースはない。入居者も歩行できなくなれば、施設を出なければならないと
いう認識がある。転倒しても、なるべく入居し続けられるよう、家族にも「特別養護老人ホーム
はコストが高い」と伝えている。また、提携病院に入院する人や特別養護老人ホームの入所者の
家族が当施設に面会に来られた際に、「特別養護老人ホームや病院は、日々の活動に自由が無い」
と当施設の入居者に伝えることもある。そのような情報を入居者が聞くこともあることから、多
くの入居者は「できるだけ当施設で暮らしていきたい」と思っている。

IVまとめ

(1) 事業継続・運営における課題

①施設運営について（養護老人ホーム）

- 養護老人ホームにおいては、1958年から1980年代に建築された施設が多く（図5）、既に大規模修繕等を終えている施設は53.1%となっている一方で、行っていない施設も46.9%となっている（図29）。施設の経営状況も平成27年度収支状況が「赤字」の施設は38.5%（図35）となっており、施設の経営状況は非常に厳しい実態がある。
- この点を踏まえれば、施設運営の原資となる入所措置が適切になされるよう、行政担当者の措置制度に対する理解をより深めていただくとともに、一般財源化されている措置費運営費の適切な財源確保が不可欠である。
- また、養護老人ホームにおける「空床」の活用についても課題がある。市町村事業として行われている「生活管理指導短期宿泊事業」と称される事業があるが、こうした事業の実施委託を受けていない施設は54.5%（図18）となっている。また、この事業以外に短期入所と同様なサービスを提供するための専用の居室を設けている施設は16.7%（図22）存在している。
- 養護老人ホームにおいては、措置入所が必要とされる高齢者について、市町村等の行政担当者が措置を行わない、いわゆる「措置控え」の課題があり、全国的にみて、定員に対し約8割程度しか入所していない実態がある。一方で、配置や設備の共用、補助金適正化法等の規制の関係から、こうした空床を有効に活用できない実態がある。社会資源を有効に活用していく観点からは、これらの緩和策について検討していく必要があるのではないか。
- 平成27年度介護報酬改定において、養護老人ホームにおいても一般型特定施設の指定を受けることが可能となっている。指定を受けることにより介護保険事業収益を得ることが可能となるが、外部サービス利用型特定施設も含め、指定を受けていない養護老人ホームは45.5%（図7）となっている。これに関しては、法人や施設の方針によって特定施設の指定を受けない施設もあると考えられるが、大きく(i)施設基準を満たせない(ii)人員基準を満たせない課題があるものと考えられる。
- (i)については、実態として、施設におけるバリアフリー等の整備を行う予定がないと答えた施設は61.5%となっていることや（図26）、一般浴の使用割合が95.0%（図27）、多床室におけるプライバシーの確保として様々な工夫により対応している実態がある（図28）ことなどを踏まえると、特定施設の指定申請を受けるにあたって、個室要件や特浴等の設置が足枷となっていることも考えられる。なお、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（平成28年3月7日）において、一般型特定施設入居者生活介護の指定を受ける養護老人ホームについて、「都道府県等の判断で、平成27年4月1日時点で既設の多床室の養護老人ホームについても一般型の特定施設入居者生活介

⁴ 生活管理指導短期宿泊事業・・・養護老人ホーム、生活支援ハウス（高齢者生活福祉センター）、軽費老人ホーム、特別養護老人ホーム等の空きベッドを活用して一時的に宿泊させ、生活習慣等の指導を行うとともに体調調整を図る事業。

護の指定が可能」とされているが、実態として指定が進んでいない可能性は否定できない。重度化する入居者への対応が円滑になるよう、運用上の配慮が必要である。

- (ii)については、必要な新卒採用数が確保できない（49.2%）、必要な中途採用数が確保できない（67.9%）、良質な人材の確保が難しい（69.2%、いずれも図36）等、職員の採用に関し、多くの課題を抱えている実態があることがわかる。また、勤務する職員についても、「55～59歳」の者が最も多く（図138）、若手の担い手の確保に困難している実態があることがわかる。また、施設内における勤続年数は、2～4年未満が最も多い18.8%（図136）となっており、他の法人の社会福祉施設も含めた勤続年数を含めると、10～15年未満が18.0%と最も高い割合となるが、他施設での経験等も踏まえた上で養護老人ホームに入職している者が多いことがわかる。
- 特定施設の申請にあたっては、看護職員の配置や機能訓練指導員等、別途特定施設の指定基準を満たす必要があるが、看護職員を中心とした人材確保難の状況が続いている。職員の配置についても生産年齢人口が減少する社会にあって、適切な見直しが必要ではないか。

②施設運営について（軽費老人ホーム）

- 軽費老人ホームに関しては、平成16年に事務費補助金が都道府県等に財源移譲され、平成20年には基準改正がなされた結果、軽費老人ホームA型、B型については、基準省令の附則において残された状態となっている。
- 一方で、軽費老人ホームA型も約2割程度存在しており（図158）、介護度が自立の低所得高齢者の生活を支える貴重な社会資源としてその役割を発揮していることを踏まえれば、当該施設の十分な活用を進めていかねばならない。
- 当然、特定施設の指定申請により、介護度が重くなる入居者への生活を支えていく必要もあるが、「当面、指定を申請する予定はない」と回答している施設が69.7%（図162）あることを踏まえれば、一定数、介護度自立の施設としての役割が地域において求められていることを踏まえる必要がある。この点、附則として位置づけられている施設のあり方については、今後見直しが必要ではないか。
- 軽費老人ホームの運営状況も、養護老人ホーム同様厳しい状況であり、平成27年度収支が赤字の施設は34.7%（図376）となっている。特定施設の指定申請を受けていない理由としても「設備に関する基準を満たすことができないから」が26.0%、「人員の配置基準を満たすことができないから」が20.4%となっており（図161）、多様な施設経営を行う観点から、養護老人ホーム同様、特定施設の指定申請に関し、一定程度の要件緩和が必要と考えられる。

⁵ (参考)【厚生労働省】全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議(平成28年3月7日)資料についてのQ&A
<http://www.roushikyo.or.jp/contents/administration/korosho/shiryo/detail/226>

(2) 支援における課題と展望

①養護老人ホームにおける入所ステージ別の効果的支援のあり方の企画検討

■ 日頃行うことについて

- 養護老人ホームについては、日頃様々な相談が寄せられる。全体として、入所相談が 74.6%（図 102）となっており、その後、他機関へつなぐ、あるいは自施設で何らかの相談援助を行っているケースが多いものと考えられる（図 103）。
- また、地域の高齢者への居場所・生きがいづくりとして、施設行事への招待はもとより（図 106）、地域の高齢者等を無償ボランティアとして受け入れている施設も約3割存在しており（図 107）、地域の高齢者を職員として雇用している例もある（図 107）。今般、新しい総合事業がスタートする運びとなるが、地域の高齢者に自施設の運営に関わっていただくことは、ひいては地域に施設のことをより広く知ってもらうことができ、結果的に地域福祉の増進に繋がるものと考えられる。
- 養護老人ホームの措置控えが叫ばれて久しいが、市町村に対して入所判定委員会の要望実績をみると、入所判定委員会の開催について要望した施設は約 17.8%（図 121）となっており、積極的に入所につながる契機を設けるよう、市町村との関わりを深める必要がある。
- 働きかけとして、施設の空き状況の情報提供は行っているものの、定期的な打合せや会議の場を設けている割合は 16.4%と低い（図 119）。現場としての課題を共有する機会を定期的に設けることによって、相互の信頼感を高めていく土壌を醸成していくことが肝要と考えられる。
- 介護保険導入以降、制度の定着によって高齢者に関しては、地域包括支援センターが様々なサービスを采配することが多い。一方で、地域包括支援センター職員に養護老人ホームの役割や機能に対する理解が進んでおらず、養護老人ホームの活用意識が低いと答えた施設は 32.8%（図 123）存在しており、今後は地域包括支援センターへの訴求も重要と考えられる。
- その他、事例にも見受けられたように、医療機関の退院後、矯正施設退所者等の生活を支えるうえでも貴重な施設となっている。病院等のメディカルソーシャルワーカーや、地域定着支援センター等とも情報交換の機会を持つことによって、こうした高齢者を受け入れていく一助となるのではないか。

■ 入所前における支援

- 入所前には、本人との面談により、入所後の生活以降や希望を聞くようにしていると答えた割合は 92.6%（図 75）となっており、本人の自立支援に寄り添うアセスメントがなされているものと考えられる。一方、本人が望む環境での生活を実現するうえでは、本人がどのような環境での生活を望んでいるか、或いは、どういった生活実態があったか等を把握することが望ましい。この点、入所後も継続した生活環境を提供できるように、入所前に住宅を訪問して確認を行っている施設は約 5 割であり、今後の取組が期待されるところである。

- また、「養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」第2条基本方針において、「養護老人ホームは、入所者の処遇に関する計画に基づき、社会復帰の促進及び自立のために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようすることを目指すものでなければならない。」とされており、社会復帰の促進が謳われている。
- 社会復帰は即ち地域での生活を含むものであるが、条件が整えば地域生活に移行できる入所者の有無について、「いる」と答えた施設は57.2%（図72）となっており、条件を整えることによって、基本方針に則った役割の発揮が叶うものと考えられる。ここでの課題は、住まいの確保が80.7%（図74）となっており、図78にもあるとおり、身元保証等の契約行為にもひとつの課題があるものと考えられる。本人が望み、かつ家庭環境等の周囲の環境の調整がつくのであれば、入所者に地域での生活を行っていただくことも視野に、成年後見人等の調整を進めることも必要となる。
- なお、住まいの確保に関して、厚生労働省においては、「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」の全国展開、国土交通省においては新たな住宅セーフティネット制度の検討が行われているが、こうした取り組みの普遍化に期待したい。

■ 入所時～入所中における支援

- 入所後、アセスメントの見直しについては、半年に1回程度行っている施設が49.5%（図79）となっている。また、処遇計画の作成にあたっては、施設内の多職種でケア会議等を開催するなどして、連携して計画を作成していると答えた施設が86.0%（図82）となっており、密に情報共有をしながら、定期的に見直し、支援を充実させている状況が伺える。
- 一方、地域移行支援を見据えた支援については、アセスメントにおいて観点として取り入れている施設は8.4%と少なく（図80）、処遇計画においても目標として勘案されることも9.4%と少ない（図82）ものと考えられる。今後は、地域での生活が可能と思われる入所者については、その観点も含め処遇計画等へも反映することが必要ではないか。
- なお、訪問調査にも見られたように、被虐待高齢者の場合は、家族との関係が修復すれば、共に住んでいた自宅で生活する選択肢もありうる。実際、移行する際の準備として行っていることとして、関係機関への連絡・調整の他、家族との調整、家族関係の再構築を約3割（図90）の施設が行っていると回答している。例えば入所者が被虐待高齢者等の場合で、家族との関係に修復の可能性があるのであれば、その支援を行うことによって、地域での生活を促すこともまた、養護老人ホームが果たしうる役割のひとつである。

■ 退所等における支援

- 養護老人ホームを退所された方には、入院による退所や他施設への入居のため退所なさる場合がある。訪問調査では、入院による退所にあっては、入院した医療機関との情報共有を密にし、退院後も施設として受け入れる体制があることを表明していくことによって、引き続き養護老人ホームとしての関わりを持ち続けられるよう努力している事例もあった。退院後は、再び施設に戻ってもらえる環境を整えておくことも重要である。

- 一方、実態調査の回答では、退所後どこまでフォローし、養護老人ホームの職員として関わるべきか悩ましいといった声も挙げられていた。例えばサロン等を開催し、そうした場に参加してもらうような環境を整えることで、本人の社会性を損ねることなく、また本人の生活環境等も伺い知る機会を保つことによって、間接的な支援を行うことは考えられる。その他、配食サービス等の提供を施設として行っているのであれば、当該サービスの提供によって、それぞれの自宅に訪問するといったことも考えられる。
- 養護老人ホームの入所者の退所のなかで、死亡による退所の場合、医療との関わりが問題になる場合がある。特に「看取り」に際しては、看護師の配置が困難であるといった理由の他、対応する職員の負担増が大きい。また、地域においては医療資源も限られており、医療計画や医師偏在の課題等も含めわが国の喫緊の課題をどう解決していくか、現場の実態に見合った形で、対応を行っていかねばならない。
- 職員の意識や、質を高めていくうえでは、地区社会福種協議会や老施協等の研修等への参加をはじめ、参加が困難な場合については、本会にて e-learning による研修動画を公開しているので、参考されたい。

(参考) 養護老人ホーム施設内研修にかかる手引き WEB 動画について (要会員ログイン)
<http://www.roushikyo.or.jp/contents/seminar/other/detail/261>

(参考) 養護老人ホーム施設内研修にかかる手引き WEB 動画について (一般公開分)
<http://www.roushikyo.or.jp/contents/seminar/other/detail/262>

②軽費老人ホームにおける入所ステージ別の効果的支援のあり方の企画検討

■ 日頃行うことについて

- 軽費老人ホームについては、A型やケアハウスといった施設類型の他、特定施設入居者生活介護の指定の有無によっても随分性格が異なってくるが、総じて、入居者の退院後施設復帰した後の介護保険利用に関して、地域の医療機関の地域連携室との情報交換、介護保険利用開始に関する支援や、入居者ケアマネジャーとの連携は積極的に行っている実態があり（図 242）、特に在院期間の短縮化に伴い、地域連携室との関わりはより重要性を増してくるものと思われる。
- 一方で、地域で自法人、或いは他の団体が行う相談活動への参加については、必ずしも高い実績とは言い難い（図 222、227）。軽費老人ホームと地域の関係機関とのネットワークは、地域の高齢者をはじめとする住民の様々な相談事へのフォローアップを可能とするものと考えられる。まずは、施設への催事等を展開していくなかで気軽に相談できる窓口等を設けること等により、きっかけづくりを行っていく必要があるのではないか。
- なお、自治体との意見交換についても同様に課題があると考えられる。職員向けの研修等で連携して行っている施設数は 47.8% となっている（図 339）一方で、日常的な意見交換の機会が少ないと感じている施設は過半数に上る（図 340）。また、都道府県等に対する要望等を提出したかどうかに

については、7割を超す施設が行っていないと回答している（図 342）。軽費老人ホームにおいては、施設整備や消費税増税分にかかる諸費用の改定等を求めていく必要があるが、一般財源化され、財源の所管は各自治体にあることを踏まえれば、自治体に対する積極的な働きかけも行っていく必要がある。こうした活動によって、自治体に軽費老人ホームの存在を認知させることによって、結果的に他機関と情報共有を行っていく礎にもなろう。

- 同様に、地域で行われる介護保険地域ケア会議への参加について、「実施した」と答えた施設は 18.4%（図 237）となっており、こちらも高い割合とは言い難い。軽費老人ホームそのものは介護保険施設ではないが、低所得高齢者の生活を支える社会資源としての重要な役割があることを踏まえれば、既に地域包括ケアシステムの一翼を担っているものともいえる。
- この点、特定施設の指定の有無を問わず、自治体行政はじめ関係機関に照会し、例えば地域ケア会議に生活相談員等が参画することによって、地域の社会資源としての意義を高めることにも繋がり、同会議に参加している他の関係機関に対してもその役割を発信する契機にもなる。本会では軽費老人ホームに関する周知用のパンフレットを作成しているので、広報・啓発にご活用いただきたい。

（参考）軽費老人ホームパンフレット”自立した、尊厳ある生活を支える軽費老人ホーム・ケアハウス”
<http://www.roushikyo.or.jp/contents/pr/other/detail/210>

■ 入居前における支援

- 「日頃行うことについて」の段において言及したこととも密接に関わってくるが、入居者本人の心身の状態、利用している医療、介護サービス、所得状況等を把握・確認するため、多機関・専門職（担当の医師や介護事業所、行政等）に対し、確認や情報収集については、88.7%の施設が実施している（図 252）。主にこうした情報収集を行うのは生活相談員となっており（図 253）、職責に即した適切な支援が行えているものと推察される。
- また、当該情報収集にあたって、特に連携している他の機関、地域資源等については、居宅介護支援専門員の割合が最も高く 90.6%、次いで、医療機関が 75.3%、地域包括支援センターは 73.9% となっている（図 254）。こうした関係機関との連携は引き続き進めていくことと併せて、高齢者の増加に伴い、今後ニーズが増加すると考えられる医療機関や訪問看護との連携、障害者支援施設との連携の強化も検討していかねばならない。
- なお、こうした情報収集における課題として、要介護認定が非該当の高齢者の情報収集が却って困難になっていることや、特定施設ではない施設において、入居見込みの方が施設で介護保険サービスを受けられるものと認識しており、その説明を行うことへの苦慮等が挙げられている（図 261）。軽費老人ホームの場合にあっては概ね、家族や関係機関の協力により、情報収集に苦慮する場面は少ないものと考えられるが、入居者本人に関する情報収集の精度を高く保つうえでは、平素より様々な機関との情報共有、意見交換を行っていくことが肝要である。
- また、軽費老人ホームに入居するにあたっては、住んでいた住宅の家主や管理会社、同居家族等との調整も必要となる。こうした調整を実施している施設は 62.0% 存在しており（図 267）、こちらも生活相談員が主にその職に当たっている実態がある（図 268）。実施する上で課題となっているこ

とについては、多くの施設が特に困難はない（57.9%）と回答している一方、身元保証人や保証人を確保しにくい（27.3%）、家族の同意や協力を得にくい（21.5%）ことが挙げられる（図270）。

- 軽費老人ホームへの入居に際しては、身元引受人（保証人）がいることを要件としている施設が89.3%（図182）となっている。本人死亡の際の残置物の処分、費用償還等のために契約慣習上求めており、財産管理については成年後見制度の利用によってカバーしている実態がある。しかしながら、あくまで身元引受人は契約慣習であるため、一定程度のリスクは伴うものの、柔軟に入居の支援を行うことは可能である。
- これを踏まえれば、真に問題となるのは医療行為への同意にかかってくることと推察される。現在では訪問調査でもあったように、施設長がその役を買って対応せざるを得ない実態があるが、協力医療機関にも事情についてしっかり理解いただくよう、働きかけを行っていくことが肝要である。
- なお、平成28年5月に「成年後見制度の利用の促進に関する法」が成立し、現在内閣府において、成年後見人が財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代等も行えるよう、制度見直しを進めている。こうした動向に注視しつつ、必要な医療が滞りなく提供されるよう、対応を行うことが求められる。

■ 入居時～入居中における支援

- 入居時には、本人や家族の意思を適切に把握することが求められる。これら意向の確認はほぼ全ての施設で実施している（図257）が、施設のことを認知してもらうことへの苦労や、本人、家族の意向を確認しにくいといった実態が伺える（図260）。施設のことを認知してもらうことについては前述のとおりであるが、本人、家族の意向を確認しにくい理由としては、本人が認知症を有している場合、家族が遠方に居住していること、本人と家族との関係が希薄であることといったことが挙げられる（図261）。これらの場合においても可能な限り、本人の自立した生活を支える観点に立ち、支援を行っていくことが必要である。
- 入居後の受診や、介護サービス等の利用にあたっても家族の同意や協力を得にくいケースがあることも明瞭となった（図275）。費用負担が伴うことや、多忙等の理由により、定期的な病院受診について家族の協力が得られず、施設職員やケアマネジャーが通院に付き添うことによって対応しているものも散見される（図276）。こうしたフォローアップは施設として担っていかねばならないと考えられるが、入所の際に、施設で対応ができること、緊急時の対応等をしっかり説明しておくことも必要であろう。これには協力医療機関等との連携も不可欠なため、日頃の情報共有、意見交換を密に行っておくことが助けになるものと考えられる。
- なお、医療機関とのかかわりでいえば、認知症専門医との連携は約2割（図324）の施設で、精神科医との連携は30.3%（図327）の施設で、歯科医師・歯科衛生士との連携に至っては、57.0%（図330）の施設でなされている。地域において存在する医療機関には限りがあるが、適時適切な診療等を得ることが容易となるよう、関係性の構築が必要である。
- その他、外出、社会参加（地域交流を含め）支援、及び介護予防や介護サービスの支援等について

は、各施設において様々な取り組みを行っているが、実施する上で課題だったこととして、本人の意識や意欲を喚起するが 39.6%と比較的高い数値となっている（図 290）。例えば清掃等の役割があれば入居者の社会的な関わりへの意欲が高まり、また買い物等への外出や旅行等の行事は、日々の生活への意欲を高める。様々なイベントやレクリエーションを通じて、可能な限り入居者の生活意欲を高めていくことが肝要である。

■ 退所等における支援

- 退所後にも各施設で様々な支援を行っている実態があきらかとなった。退所後の住まいや利用サービス（病院等入院、被虐待高齢者の復帰を含め）確保、公的扶助利用、成年後見人の選定等に関する支援を実施している施設は 65.0%（図 297）となっており、ここでも生活相談員は重要な役割を担っている（図 299）。実施する上で課題として挙げられているのは、本人の選択と決定に関する支援、家族等の理解、協力を得るがそれぞれ約4割となっている（図 300）。
- 病院入院や他の施設への入所の際にも受け入れ施設の空き状況の確認から家族への情報提供はもとより、入居先施設への情報提供を行うなどの丁寧な対応を進めている一方で、退所したい入居者と退所させたくない家族（逆も然り）との間の調整、本人の状況を親族が理解できていないなかで、施設のハード面のために自立した生活が困難であることを理解してもらうのに苦労していること、家族からの被虐待高齢者の場合、施設側が家族と接触すると本人の居場所が知られてしまう可能性もあること等から表立って関わることが難しいといった実態がある（図 301）。
- 退所先の調整については、個別具体的な対応が必要となってくるが、やはりこのときにもケアマネジャーはもとより、様々な機関との関わりの幅をもつことで、入居者本人の選択肢も増えることになるため、地域ケア会議をはじめ、積極的に関わりの機会を持っていかねばならない。
- 一方、看取り期まで過ごすことを支援している施設は 17.5%と少ない（図 302）。本人の自立した生活の支援は、本人の望む亡くなり方への支援を含むという捉え方に遷移しつつある⁶。看取りにあたって主に担当する職種は、生活相談員のみならず、介護職員、看護職員、計画作成担当者等、多様な職種の関わりが重要となってくる（図 304）。結果的に、担当する職員の負担が過重になりやすく（図 305）、対応の困難さには懸念が残る。訪問調査にもみられたように、看取りを迎えるにあたっては、協力医療機関、あるいはかかりつけ医の姿勢によっても対応が異なってくる。
- 地域の医師偏在といった本質的な課題はあるにせよ、法人・施設の理念として施設で亡くなることを希望する入居者については、その望みをどのように叶えることができるかの観点に立ち、職員間や関係機関との意識共有を進めていくことが必要ではないか。

⁶ 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～p32 他

V 提言

1 はじめに

- 以上のとおり、公益社団法人全国老人福祉施設協議会では、「養護老人ホーム・軽費老人ホームの低所得高齢者への効果的な支援のあり方に関する調査研究事業」と題し、養護老人ホーム及び軽費老人ホームの実態把握を行うとともに、複雑多様な福祉的ニーズを有する高齢者に対し、効果的な支援を行うにあたって、別途支援フローを取り纏めた。
- 効果的な支援を行うにあたっては、以下の点において課題があることから、これらの解消に向け、厚生労働省においては今後対応を検討されたい。

2 措置費・運営費の確保について

- 平成 18 年度以降、養護老人ホームの措置費は一般財源化され、運営されているところであるが、平成 27 年度の収支状況をみると赤字施設割合は 38.5%（図 35）となっている。また、軽費老人ホームの事務費補助等についても、都道府県等の一般財源化がなされているところであるが、平成 27 年度の収支差率が赤字である施設は全体の 34.7%（図 376）となっており、これら老人福祉施設の逼迫した経営状況に鑑み、消費税増税分への対応も含め、総務省等との協議のうえ適切な予算措置を講じられたい。
- また、例えば軽費老人ホームにおいて、施設設置後、大規模な修繕を行っていない施設は全体の 62.6%（図 174）となっており、一方で、今後具体的に大規模修繕の計画がたっているのは、約 5.0%（図 175）と少ない。今般、国においては、軽費老人ホームの事務費補助金の見直しも検討されたが、今後は、施設整備補助金及び管理費のあり方や会計基準等も含めて見直しを検討されたい。

3 地域における貴重な人材の積極的な活用について

1) ソーシャルワーク機能の更なる発揮に向けて

- 養護老人ホームにおいては、その基本方針において社会復帰が謳われているところであるが、入所者の地域への移行支援に取り組んでいる施設は全体の 20.4%（図 88）となっている。また、条件が整えば地域生活に移行できる入所者がいると答えた施設は全体の 57.2%（図 72）となっており、こうした入所者の地域での生活を支える取組の推進が必要となる。
- 入所者の地域への移行支援において課題となっている事項としては、「住まいの確保」が難しいことのほか、「地域生活の移行後のフォローを行うための職員体制が構築できていない」といった意見が多い。
- 軽費老人ホームにおいては、地域で困難な生活課題を抱えた高齢者に対して支援を行う上での課題として、「職員体制の確保」及び「アウトリーチの人員と軽費老人ホーム事業の職員の兼務ができない」が挙げられている。
- こうした、「地域生活の移行後のフォローを行うための職員体制が構築できていない」ことや「アウトリーチの人員と軽費老人ホーム事業の職員の兼務ができない」ことについては、両施設の人材がソーシャルワーク機能をより一層発揮できる体制の構築を推進していく観点から、ソーシャルワーク機能を評価していく必要がある。
- この点、養護老人ホーム・軽費老人ホームの生活相談員等が地域における高齢者等の生活支援を行うことを事業化し、その人件費相当分を一部補助し、地域における福祉的支援を行うことへのインセンティブを付与してはどうか。

- なお、平成 27 年度介護報酬改定において、専従要件の緩和により、「法人内の他の職務であっても、同時並行的に行われるものではない職務であれば、各々の職務に従事すべき時間帯が明確に区分された上で兼務することは差し支えないこと。」とされているが、むしろ地域での取り組みに参画する時間帯は、職務に従事すべき時間として兼務を認めることとされたい。

2) 重度化する要介護高齢者等への対応に向けて

- こうした人員基準の考え方や運用上の見直しを行うことにより、今後、重度の要介護高齢者への対応を高めていくため、特定施設入居者生活介護の指定を受けることが比較的容易になるものと考えられる。
- なお、設備基準や人員配置基準の運用上の見直し等にあたっては、「地域共生社会」において述べられている複合的なサービス対応の主旨も含め、障害者をはじめとする他分野の福祉サービスにも応え得ることができるよう、配慮すべきである。

4 入所（居）前アセスメント情報の精緻化に向けて

- とりわけ養護老人ホームにおいては、例えば入所後に重度の知的障害であることがわかる等の入所前に行政機関等から収集していた情報と入所後の情報差に苦慮している実態が見受けられた。この点、どのような情報について整理されれば円滑な入所が可能となるか検証のうえ、行政の提供する情報を今以上に精緻化していく必要がある。
- また、今後は、当該情報を単に紙媒体による記録によってのみではなく、ICT を用い、地域において福祉的ニーズも含めた情報の総有が可能となるような仕組みの検討が必要ではないか。

5 入所（居）における身元保証や医療行為への同意について

- 特に、軽費老人ホームにおいては、身元引受人は契約慣習であって、置かなければならぬ法律上の決まりはないが、成年後見等にも依り難い場合、有事の際の費用補填等については一定程度国として検討する必要があろう。
- また、医療行為の同意に関しては、成年後見人では行うことができない。「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」においても、患者本人の意思決定を基本としており、自分の判断ができない状態となってしまった際に尊厳死を希望する場合、事前指示書（Advance Directive⁷⁾）を作成することが必要とされている。
- 同様の仕組みの導入、制度化も視野に、今後は、成年後見人が当該代理人の役割を代替するか、新たに別の位置付けの代理人を設定すること等により、医師及び事業者双方にとって、刑事訴追等の恐れを免れるよう、安心・安全の体制を整えていく必要がある。

6 効果的な支援に向けて

- 昨今、高齢者福祉は介護保険法に包含され、介護度自立の高齢者における福祉に関して、目の目を見ることが少なくなっている。一方で、既に見てきたように、地域の社会資源として養護老人ホーム、軽費老人ホームが低所得高齢者の生活支援施設として重要な役割を担っており、その実態は、あまり知られていない。
- この点、都道府県や市町村等からも地域ケア会議等、介護保険法上位置づけられている会議体等に、積極的に養護老人ホームや軽費老人ホームの生活相談員等を招聘されたい。特に、ヒアリング調査等で在院期間日数の短縮のために、退院する高齢者等の住まいとして、いずれの施設も重要な役割を発揮していることが明らかとなっている。

⁷ 患者が受けたい医療、受けたくない医療について自身の意思決定を医師に表明する代理人の選任を明記した書面

- なお、ヒアリング調査におけるケアハウス白山荘の看取りの事例において、本人が望む最期を迎えるかはどうかは、医師の協力も非常に重要であることがわかった。本人の意思、医師の適切な関わり、事業所・職員のケアがそれぞれ密な連携を持つことが重要であり、その上で、常日頃、協力医療機関等との情報共有を図つておくことが望ましい。
- 養護老人ホームにおいては「生活管理指導短期宿泊事業」という名称で空き部屋を活用して一時的に宿泊することにより、生活習慣の指導や、体調調整等を行う事業があるが、市町村がそもそも実施していない場合もあり、現在当該事業の委託を受けている養護老人ホームは約45.2%（図18）と低調である。当該事業について、養護老人ホームの空床という既存の社会資源を有効活用する観点からも、各市区町村の事業を勧奨されたい。
- また、養護老人ホームについては、緊急対応等により、個別契約で一時的な利用を受けざるを得なかったケースも約25.8%（図61）存在していることや、「地域力強化検討会中間とりまとめ」等において「複合課題丸ごと」「世帯丸ごと」「とりあえず丸ごと」といった考え方が示されていることを踏まえ、養護老人ホーム及び軽費老人ホームにおける空床に関しては、より複合的な課題や福祉ニーズに対応するため、生活困窮者をはじめ、柔軟な入所を可能とするよう検討されたい。
- 生産年齢人口の減少を考えれば、今後は高齢者保健福祉の関係者のみならず、障害福祉や定着支援センター等、他領域にまたがる専門職が一堂に会する場において、地域全体の解決を図っていくことが望まれる。その場には、養護老人ホームや軽費老人ホームといった老人福祉施設のこれまで果たしてきた役割が十二分に活かせることができよう。

おわりに

低所得高齢者が抱える生活問題と老人ホームとしての支援

今回、全国老人福祉施設協議会の「養護老人ホーム・軽費老人ホームの低所得高齢者への効果的な支援のあり方に関する調査研究」に関わらせていただき、本当に貴重な経験をさせていただき、多くのことを学ばせていただきました。

調査研究を通して一番衝撃を受けたことは、養護老人ホームと軽費老人ホームの利用者である低所得高齢者の実態です。低所得高齢者が抱える問題が、私の予想を超えて深刻であるということです。

私は、軽費老人ホームの部会に所属しました。部会のヒアリング調査の一環で訪問したある施設では、地域での生活に困難を抱えた人が多くなってきており、特に経済的虐待が増えてきています。具体的には、親の年金を当てにする子どもがいて、それが虐待へという流れとなっていること、この施設では全体の2割弱が、こうした背景からの避難ケースであるとのことでした。

私が知っている定員80名の養護老人ホームの例ですが、無年金者が28名いて、お小遣い金がないこと、自治体によってはお小遣い金が出ることもあるが、お小遣い金が出ない自治体からの入所者には、この施設としてお小遣いを出しているとのことでした。また、この施設で、過去3年間に入所した33人の高齢者の入所理由をリストアップしたところ、その半数が虐待でした。特に同居の息子からの虐待が目立ちます。子ども世代の経済的脆弱性が背後にあることです。

また、全国的にひとり暮らし高齢者が増加してきていますが、ひとり暮らし高齢者で、家が老朽化して住めなくなり入所、あるいは独居生活をしていたが、認知症が進み、在宅生活が不可能となり入所、家賃滞納でアパートを追い出されて入所等々、こうした入所理由からも今日の生活困難の特徴が見えてきます。

今、低所得高齢者の生活上に起こっている問題を、まるごと正しく把握することが大切だと痛感しました。

さて、本調査研究で学ばせていただいたことのもう一つは、施設として地域全体の高齢者の問題を把握しようとする姿勢です。本調査研究会では「フェーズごとの支援フロー」の策定を検討してきました。特に、フェーズ初期段階での相談あるいは多職種連携を積極的に行い、地域全体の高齢者の実態把握をしようと実践している施設からの報告が研究会がありました。まさに、地域高齢者へのアウトリーチを実践しているのです。

私は、地域ごとの高齢者の生活実態を、調査を通して把握する中で、制度を利用しない高齢者の生活課題を捉えました。特に貧困と孤立状態にある高齢者は、制度を利用していない人びとでした。そこから、地域で声をあげない高齢者の存在を見る必要があるのではないかと考えるようになりました。

介護保険サービスの利用状況について見ると、65歳以上高齢者の内、介護サービスを実際受けている人は2割弱です。貧困と孤立問題に直面している高齢者は、諸サービスを利用していない人びとです。

私は、2011年2月から東京都港区政策創造研究所の初代所長に就任し、港区のひとり暮らし高齢者の全数調査を実施する機会（調査時点は2011年5月）を得ました。回収数3,947ケース、回収率69.8%でした（『港区におけるひとり暮らし高齢者の生活と意識に関する調査報告書』港区政策創造研究所、2012年）。このひとり暮らし高齢者調査の結果を若干紹介すると、港区において、生活保護基準程度の年間150万円未満のひとり暮らし高齢者は37%でした。また、お正月三が日をひとりで過ごした人が33%、近所とのつきあいがあまりない人は27%でした。

他方、私は、港区調査と同じ 2011 年に、山形県における実質ひとり暮らし高齢者の 20%抽出に関わりました。調査の有効回収数は 5,160 ケース、有効回収率は 94.8% でした (『山形県におけるひとり暮らし高齢者の生活と意識に関する調査報告書』山形県民生委員児童委員協議会、2012 年)。

山形県のひとり暮らし高齢者の場合の生活保護基準を、おおよそ 120 万円 (年間) とすると、この 120 万円未満の合計は、44% となります。また、正月三が日をひとりで過ごした人は、27% で、近所とのつきあいがあまりない人は、15% でした。

以上のように個々の項目で比較すると、都市部と農村部ではひとり暮らし高齢者の状況に違いがありますが、孤立し制度を全く利用していない人の存在は、全国的課題です。

港区は、2012 年度から、ふれあい相談員という新たな制度を創設し、港区内の全地区すなわち 5 地区の地域包括支援センターに 2 名ずつ、合計 10 名配置しました。ふれあい相談員は、諸制度を全く利用していない人を行政がリストアップし、全数訪問するものです。予約なしの訪問は、非常に困難を伴うものですが、徐々にいろいろな潜在化していた問題を発見し、支援につなげています。2014 年度のふれあい相談員の活動実績を見ると、ひとり暮らし高齢者の訪問対象数は、3,476 人、面会率は 94.1% となっています。

さらに、港区政策創造研究所が、2012 年に実施した「75 歳以上高齢者を含む 2 人世帯」への全数調査の結果から、家族と同居している世帯の課題が明らかになり、ふれあい相談員の訪問対象に「複数の 75 歳以上の高齢者のみで構成される世帯」が追加されています。この訪問対象数は、2014 年度 1,548 人、面会率 97.5% となっています。なお、ふれあい相談員は、現在 1 名増員され、合計 11 名となっています。このふれあい相談員のシステムは、地方自治体の取り組みです。

さて、老人ホームがアウトリーチの視点を持って地域に向かう姿勢は、非常に重要です。かつて「施設の社会化」ということが強調された時代がありました。地域にある問題の全体を把握し、解決のリーダーシップをとろうとする取り組みでした。今、改めて老人ホームの社会的役割が問われているのではないでしょうか。

地域の高齢者の生活上に起こっている問題を大きく捉え、声を上げない高齢者の問題を把握し、その課題を関係機関との連携の中で考えて行くことが求められていると思うのです。養護老人ホーム・軽費老人ホームの存在意義に確信を持ち、その独自性を發揮する時です。

明治学院大学
教授 河合 克義

低所得高齢者を取り巻く状況と老人福祉施設への期待

今回の調査研究事業では、軽費老人ホーム・養護老人ホームが、低所得高齢者に対して効果的な支援を行うために必要なポイントを入所前から退所後までのフローとして示しました。

まず、現在、高齢者はどのような状況で暮らしているのでしょうか。厚生労働省が毎年発表しているなかで最新の「平成27国民生活基礎調査」のデータを参照してみます。

平成27年6月4日現在の全国の世帯総数は約5,036万1千世帯であり、「高齢者世帯」は約1,271万4千世帯（全世帯の25.2%）であり、約4分の1が高齢者世帯であることが分かります。これは、平成元年の約3,057世帯から比べると約4倍となり、割合として全世帯の7.8%から約3倍強といえます。

次に同調査における世帯の所得等の状況をみてみると、平成26年1月1日から12月31日までの1年間の1世帯の平均所得金額は、「全世帯」では541万9千円となっていますが、「高齢者世帯」は287万3千円であり、平成17年の301万9千円から減少していることが分かります。また、所得の種類別の状況は、全世帯では「稼働所得」が74.5%、「公的年金・恩給」が19.6%ですが、高齢者世帯では「公的年金・恩給」が67.5%、「稼働所得」が20.3%と、年金に頼る割合が高いことが分かります。しかしながら、昨今では無年金者の増加とともに、受け取る年金額の高齢者間格差、さらには年金だけで生活のすべてを賄うことができない現実もあるのではないでしょうか。

以上の調査結果からも、高齢者の世帯が増え、とくに生活を営む上で、何らかのリスクが起こった時に、同居等の家族の支えが見込めない単独世帯が急増していることが分かります。

また、今後の家族形態の予測として、さらに単独世帯、高齢者のみ世帯が増加するとともに、勤労形態も現役時代の働き方が非正規雇用だった割合も増えることが予想され、結果として今まで以上に十分な年金が見込めない低所得高齢者が増加することが見込まれます。

このような世帯や経済状況の中で、今後「低所得高齢者」の数が増えることは充分に予測されますが、将来的な予測ではなくいま現在、このような状況で生活の場を追われている人々がいます。

そもそも低所得高齢者の課題というのは、「低所得=お金が少ない、ない」という経済的な課題のみならず、低所得に伴う「暮らし」への支障があるといえます。例えば、バランスの良い食材を買うことができず栄養状態が悪くなりADLの低下につながる、医療や介護への費用負担を手控えることに伴い、発見された時には重篤な状況に陥ってしまう。また、趣味や余暇活動を楽しむことも控えざるを得ず、引きこもりがちになってしまします。さらに、賃貸のアパート等に暮らしていれば家賃そのものも払うことがままならなくなり生活の場を追われてしまう、などです。

理念的には、高齢期はその人の人生の集大成と位置づけ、最後の時までその人らしく生き続けることが志向される「サクセスフルエイジング」と位置づけられていますが、現実は経済的な課題が身体的・心理的・環境的な課題へと直結する厳しい状況といえるでしょう。

このような低所得高齢者の生活を支える軽費老人ホーム・養護老人ホームは、これまで、入居・入所者の状況からその時代の日本社会の課題をあぶりだし、その課題に対し支援という形で解決策を模索してきたといえるのではないでしょうか。具体的には、入居・入所者に対する支援を通じ、入居・入所者への出会い（インテーク）から一人ひとり異なる生活の課題（ニーズ）をアセスメントし、ニーズの確定から解決するための方策をプランニングし、プラン（処遇計画）に基づいた実践を行い（インターベンション：介入）、定期的に実践を検証し（モニタリング）、入居・入所者の退所（ターミネーション：終結）まで見届けており、まさしく、ソーシャルワークの過程そのものといえます。

私は養護老人ホームの部会に参加させていただきましたが、養護老人ホームの入所要件は老人福祉法において「経済的」、「環境的」と規定されています。経済的要件については収入認定で客観的な判定が図られやすいですが、「環境的」な課題は一人ひとり様々であり客観化することは容易ではないでしょう。その環境的な課題に対する支援というのは、複雑に絡み合ってなかなかほどけない糸のように、複数の課題を一つ一つ丁寧にほぐしていく作業であり、これは養護老人ホームの支援の特徴といえ、入所者一人ひとりの個別性が高いがゆえに明確な特徴を伝えにくかったといえます。

さらに、措置制度という行政処分による課題もあります。第二次世界大戦後、日本の福祉の手続きは措置という形で行政が決定権を持ち、対象者を保護・救済するという形で効率化を図り一定の成果をあげました。措置制度が成立した経緯が戦後の混乱期を早急に解決するシステムとして位置づけられた側面から、対象者は行政が決定した「反射的利益」であり、権利性は認められてきませんでした。また、行政と福祉事業者の関係も「措置委託」という形をとり、事業者にとって入所者は行政からの決定を待つという関係性が成立せざるを得なかつたかもしれません。

しかし、2000年の社会福祉法改正、介護保険法施行が契機となり、福祉の手続きの多くが利用・契約制度となり、それまでの措置制度から180度転換し、とくに、老人福祉施設の中で一番の施設数である特別養護老人ホームが介護老人福祉施設に転換し、さらに施設数が急増したことから、措置施設である養護老人ホーム、老人福祉法施行時から契約施設であった軽費老人ホームが見えにくくなつたことも否めません。

このように、福祉制度の特徴や高齢者福祉政策の変化の中で見えにくい存在であった養護老人ホーム・軽費老人ホームですが、施行から約15年を経過した介護保険制度の課題、社会に急増した生活困窮者への課題を解決するために、軽費老人ホーム・養護老人ホームへの再評価がされているのが現在といえます。この時世を追い風に、これまで長年培ってきた軽費老人ホーム・養護老人ホームの支援力を施設内で見える化・共有化し、その力を地域社会に見せる力に拡げていくことが重要になってくるのではないかでしょうか。

本研究では、会員施設の協力によるヒアリング調査やアンケート調査をもとに、これまでの調査研究では特に落とし込まれてこなかった「入所前」や「退所」を意識的に盛り込み、時系列と入所者の特徴を掛け合わせた支援フローを作成しました。まず、それぞれの施設の中での入居・入所者や地域への支援のあり方を意識するための目安としていただきたいです。また、この支援フローを活用することによって、職員自らが行っている支援の意味や効果、流れが見えてくることでしょう。さらに、施設内の入居・入所者支援にとどまらず、地域の低所得高齢者が抱える課題を見つけ、繋げることを通して軽費老人ホーム・養護老人ホームが果たせる新たな役割も見えてくることでしょう。このような地域社会への積極的な取り組みを通して、行政や地域包括支援センターのみならず地域住民に認知され、軽費老人ホーム・養護老人ホームが「地域の身近で大切な存在」になっていくはずです。ぜひ、この支援フローを活用し、支援力・発信力を高めていただきたいとおもいます。

城西国際大学
准教授 清水 正美

無断複製・転載・引用を禁ず

「養護老人ホーム・軽費老人ホームの低所得高齢者への
効果的な支援のあり方に関する調査研究」報告書

平成28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
平成29年3月

発行 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会／老施協総研
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-1 塩崎ビル7F
TEL 03-5211-7700／FAX 03-5211-7705
URL : <http://www.roushikyo.or.jp>
E-mail : js.souken@roushikyo.or.jp