

平成23年度

世田谷区24時間対応の定期巡回・

随時対応サービス(モデル事業)

検討報告書

平成 24 年 3 月

世 田 谷 区

はじめに

世田谷区では、「高齢者が住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられる地域社会の実現」をめざし、平成 16 年度から全国に先駆けてナイトケアパトロール事業を実施し、平成 18 年度の介護保険制度改正で、夜間対応型訪問介護が創設されました。

その後、平成 20 年度に「24 時間随時訪問サービス等検討委員会」を設置し、居宅サービス利用者やケアマネジャー等に広くアンケート調査を行い、在宅で暮らす高齢者にとって 24 時間の随時対応ニーズが高いことがわかりました。そこで、21 年度から昼間の随時訪問サービス利用料の 9 割を区で独自に補助する事業を開始しました。

また、平成 22 年 8 月からは、国の「24 時間地域巡回型訪問サービスに関する調査研究事業」の研究と連携して巡回訪問サービスを行うとともに、区の独自施策としての 24 時間随時訪問サービスを組み合わせ、「世田谷区 24 時間地域巡回型訪問サービス事業」をモデル事業として実施しました。

平成 23 年度は、国の「24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス」モデル事業を、事業者を 2 事業者に拡大して実施し、平成 24 年度から新設される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の円滑かつ効果的なサービス提供を念頭に、34 人の実践例を通して分析と研究を行いました。

1 日複数回の訪問によるきめ細かな利用者の状態把握と 24 時間対応の安心感が、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の方、退院された方等の在宅生活を支える大きな力となった事例等により、本サービスの様々な効果が検証されました。一方、介護と医療・看護サービスの連携、計画作成担当者とケアマネジャーとの連携等、利用者の生活全般を支えるサービスならではの課題や、人材育成、サービス内容の周知等、新サービスの普及に向けた様々な課題があることも明らかになりました。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、利用者の生活を包括的・継続的に支え、いつまでも住み慣れた地域で暮らしたいという願いをかなえる地域包括ケアの基礎的サービスに位置づけられるものです。世田谷区では、国に先駆けて 24 時間対応サービスを実践、研究してきたこれまでの成果を生かし、今後も新たなサービスの研究、普及を図って参ります。

最後に、本事業にご協力くださった、ご利用者やご家族の方々、担当ケアマネジャーの方々に心より感謝申し上げます。なお、編集にあたり個人情報保護のため、研究に差し支えない範囲で一部、データや表現を変更している部分があります。

平成 24 年 3 月

目 次

第1章 研究概要.....	1
1. 本研究の目的.....	1
2. 取り組みの経緯.....	2
3. 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス(モデル事業)の概要.....	3
(1) 事業目的.....	3
(2) 対象者.....	3
(3) 内容.....	3
(4) モデル事業実施期間.....	3
第2章 事業実施状況.....	4
1. 利用者の状況.....	4
(1) 性別・年齢.....	4
(2) 世帯の状況.....	5
(3) 要介護度の状況.....	5
(4) 日常生活自立度(障害)の状況.....	6
(5) 日常生活自立度(認知)の状況.....	7
(6) 訪問の手段.....	8
(7) 1か月のサービス提供回数・内容.....	9
(8) 1か月のサービス時間.....	9
(9) 介護保険サービス単位数(1か月).....	10
2. 事例検討.....	13
(1) 退院後の在宅生活支援につながったケース(事例1、事例27).....	13
(2) 随時訪問で定期訪問ニーズを把握できたケース(事例2).....	19
(3) 認知症の利用者が安定した生活を維持できたケース(事例3、事例28).....	22
(4) 医療連携による閉じこもりの方へ支援ができたケース(事例4).....	28
(5) 入所しないで在宅生活が継続できたケース(事例5).....	31
3. その他の事例の状況.....	34
(1) 事例6.....	34
(2) 事例7.....	35
(3) 事例8.....	36
(4) 事例9.....	37
(5) 事例10.....	37
(6) 事例11.....	39
(7) 事例12.....	40
(8) 事例13.....	41
(9) 事例14.....	42
(10) 事例15.....	43
(11) 事例16.....	44

(12) 事例17	45
(13) 事例18	46
(14) 事例19	47
(15) 事例20	48
(16) 事例21	49
(17) 事例22	50
(18) 事例23	51
(19) 事例24	52
(20) 事例25	53
(21) 事例26	54
(22) 事例29	55
(23) 事例30	56
(24) 事例31	57
(25) 事例32	58
(26) 事例33	59
(27) 事例34	60
第3章 必要なサービスを提供するために	61
1. モデル事業とその効果	61
(1) 退院後の在宅生活支援	61
(2) 随時訪問による定期訪問ニーズの把握	61
(3) 認知症利用者の安定した生活を維持	62
(4) 医療連携による閉じこもりの方等への支援	62
(5) 入所しないで在宅生活を継続	62
(6) モデル事業の効果	63
2. 今後の課題等	66
(1) 事業者アンケート	66
(2) 医療・看護サービスとの連携	66
(3) ケアマネジャーと計画作成責任者の共同マネジメント	66
(4) 地域との連携	67
(5) 要支援の方へのサービス提供	67
(6) サービス普及への取り組み	68
3. おわりに	69
資 料 編	70
1. 平成 23 年度世田谷区 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業実施要綱	70
2. 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業検討委員会	72
(1) 開催の趣旨	72
(2) 検討委員会委員	72

第 1 章 研究概要

1. 本研究の目的

核家族化や高齢化が進む中、介護が必要な状態となっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で、尊厳と個別性が尊重された生活を継続することができるような社会環境の整備が求められる。しかし、居宅介護サービスは、夜間・深夜・早朝における時間帯の対応が十分でないことや、医療・看護と介護の連携不足などの問題から、緊急時の対応も含め、在宅生活を継続する環境が整っていない状況にある。

特に、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の高齢者が、高齢化や疾病等により介護が必要な状況が重度化した場合、必要なケアの種類や回数、医療の必要性が増え、現行の居宅介護サービスのみで在宅生活を継続するのは困難である。

本研究は、重度になっても在宅で過ごせるという選択肢を全ての高齢者がもてるような社会の実現をめざし、1 日あたり複数回の短時間訪問と必要な時にいつでも随時に訪問するサービスを組み合わせて提供し、その効果を検証しようというものであり、平成 22 年度から実施している国のモデル事業である地域巡回型訪問と世田谷区が独自に実施している 24 時間随時訪問サービスとを一体として提供した。

平成 23 年 10 月からは、モデル事業の実施事業者として従前からの「ジャパンケアサービス」社に加え公募により「やさしい手」社を追加した。24 年度から、24 時間 365 日いつでも必要な方に必要なタイミングで新サービスが提供できるよう、効果の上がる利用者やサービス提供のあり方、ケアマネジャーとの連携やオペレーション体制、事業の周知方法等、サービス環境の整備に向けて検討を行うこととした。

なお、この事業は、平成 23 年 6 月の介護保険法改正により創設され平成 24 年度から法令に基づく新サービス「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」のモデル事業として位置付けられている。

2. 取り組みの経緯

世田谷区では、「高齢者が住み慣れた地域で、安心して暮らし続けられる地域社会の実現」をめざし、平成 16 年度から全国に先駆けてナイトケアパトロール事業を実施した。その後、平成 18 年度の介護保険制度改正で、地域密着型サービスとして夜間対応型訪問介護が創設された。

その後、平成 20 年度に「24 時間随時訪問サービス等検討委員会」を設置し、24 時間の切れ目ない随時訪問サービスのニーズ等について特別養護老人ホームの待機者も含めて広く調査・研究を行い、「できる限り在宅で暮らし続けたい」と願う高齢者が大多数であること、そのための条件としては、「必要な時にいつでもヘルパーが訪問してくれること」であることを検証した。そこで、21 年度から夜間対応型訪問介護の対象とならない昼間の時間帯における随時訪問サービス利用料の 9 割を区で独自に補助する、24 時間随時訪問サービス事業を開始した。

また、国は平成 22 年 6 月に、老人保健健康増進等事業「24 時間地域巡回型訪問サービスに関する調査研究事業」として 24 時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会を立ち上げ、高齢者の孤立感の解消や介護・生活支援サービス体制の構築を図りつつ、効果的なサービス提供のあり方についての研究・検証を始めた。

この検討会では、本区を含む 13 自治体のモデル事業をもとに、次期法改正に向け、要介護高齢者を地域全体で支えるための体制整備（地域包括ケアシステムの構築）の一環として、医療・看護が連携した新たなサービスのあり方等について検討が行われ、本区でも、平成 22 年 8 月から、地域巡回型訪問と世田谷区が独自に実施している 24 時間随時訪問サービスを組み合わせて提供する「世田谷区 24 時間地域巡回型訪問サービス事業」を、夜間対応型訪問介護事業者である「ジャパンケアサービス」に委託して開始した。

このような研究・検証の結果等が明らかになる中で、平成 23 年 6 月に介護保険法が改正され、平成 24 年度から単身・重度の要介護者等の在宅生活を支えるサービスとして、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が法定のサービスとして開始されることとなった。

区では、平成 24 年度からの新サービス実施に備え、サービスの効果、課題、実施方法等についてさらに多角的に研究を進めるため、「ジャパンケアサービス」社に加え、プロポーザル方式による事業者選定を行い、平成 23 年 10 月より「やさしい手」にもモデル事業を委託し、拡大実施することとした。

3. 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス（モデル事業）の概要

(1)事業目的

高齢者が住み慣れた地域の在宅で安心して生活を継続できるよう、要介護高齢者に対し、定期巡回訪問と 24 時間の随時対応を組み合わせた「24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス」を実施することで、高齢者の孤立感の解消や介護・生活支援サービス体制の構築を図りつつ、効果的なサービス提供のあり方について検証を行う。

(2)対象者

委託事業者	ジャパンケアサービス	やさしい手
対 象 者	要介護 1～5	要介護度 3～5
実施地域	経堂・松原地区	池尻・太子堂・若林・ 下馬・上馬地区
利用者負担	月 9,000 円	要介護度 3：月 5,000 円 要介護度 4：月 8,000 円 要介護度 5：月 12,000 円

※ 委託事業者は、それぞれ異なる対象者、実施地域、利用者負担を設定することにより、利用者ニーズや事業の効果、採算等について、多角的に比較検討をすることができるように配慮した。

(3)内容

①随時対応サービス

利用者の 24 時間 365 日の連絡・通報に対応し、相談、緊急対応、安否確認等を行い、安心して在宅で日常生活を営むことを支援する。

②定期巡回訪問サービス

1 日複数回、利用者宅に訪問し、利用者の生活のリズムに応じて、排泄介助、配膳・下膳、服薬介助等のサービスを行う。

③事業内容の検証

有識者等による検討委員会を設置し、利用者の要介護度、介護保険サービスに関するニーズの変化、医療・看護との連携等について検証を行う。

(4)モデル事業実施期間

ジャパンケアサービス・・・平成 22 年 8 月～平成 24 年 3 月

やさしい手・・・・・・・・平成 23 年 10 月～平成 24 年 3 月

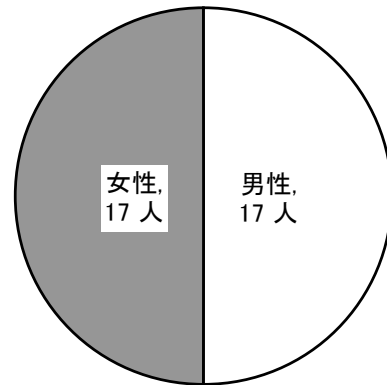
第2章 事業実施状況

1. 利用者の状況

(1) 性別・年齢

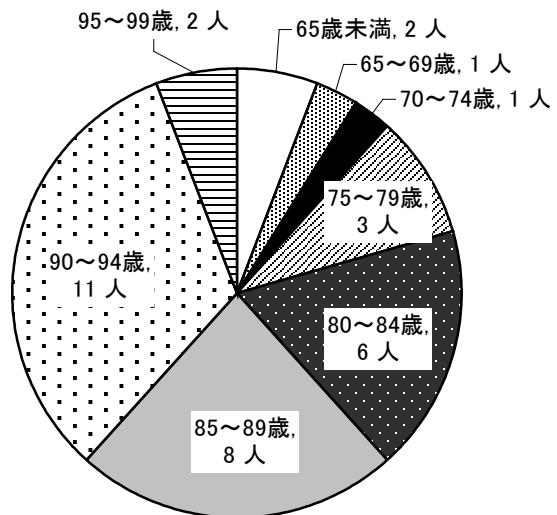
性別は、男性、女性ともに17人で半々の割合となっている。

性別	人数
男性	17 人
女性	17 人
計	34 人



年齢は、90～94歳が11人、85～89歳が8人、80～84歳が6人など、年齢の高い人が多く、34人中30人が後期高齢者（75歳以上）となっている。

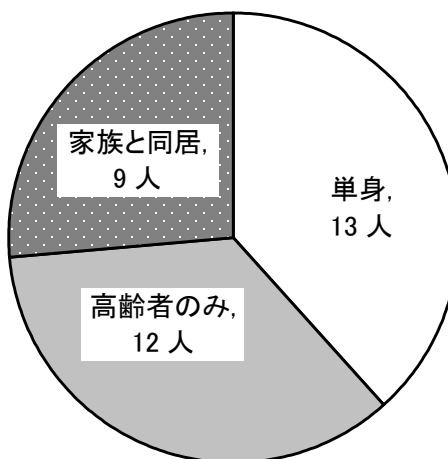
年齢	人数
65歳未満	2 人
65～69歳	1 人
70～74歳	1 人
75～79歳	3 人
80～84歳	6 人
85～89歳	8 人
90～94歳	11 人
95～99歳	2 人
計	34 人



(2)世帯の状況

世帯の状況は、単身 13 人、高齢者のみ世帯 12 人、家族と同居 9 人となっている。

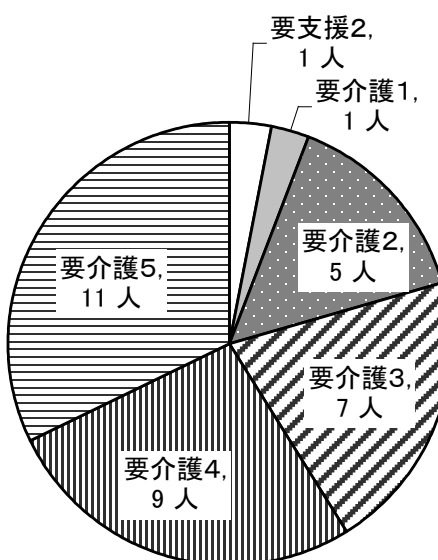
世帯状況	人数
単身	13 人
高齢者のみ	12 人
家族と同居	9 人
計	34 人



(3)要介護度の状況

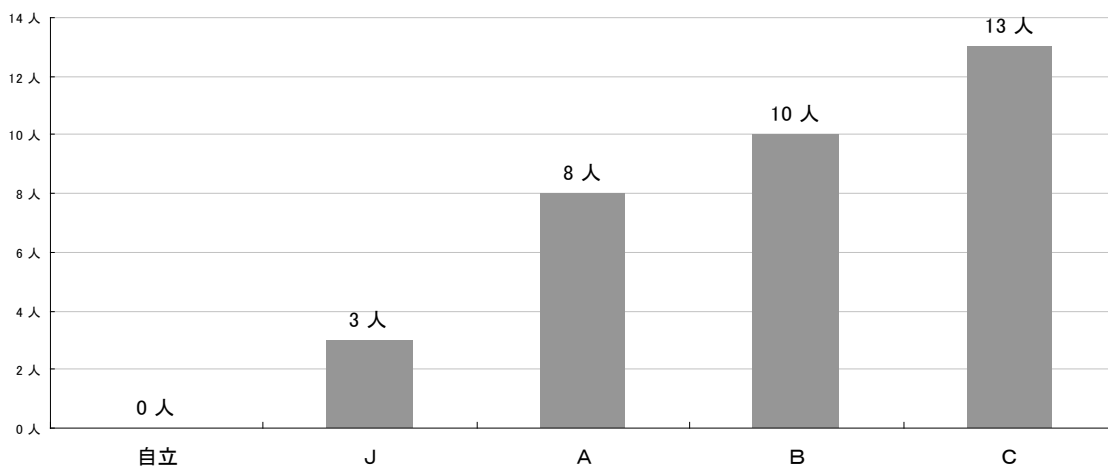
要介護度の状況は、要介護 5 が 11 人、要介護 4 が 9 人、要介護 3 が 7 人など、中重度の人が多い。

要介護度	人数
要支援 1	0 人
要支援 2	1 人
要介護 1	1 人
要介護 2	5 人
要介護 3	7 人
要介護 4	9 人
要介護 5	11 人
計	34 人



(4)日常生活自立度(障害)の状況

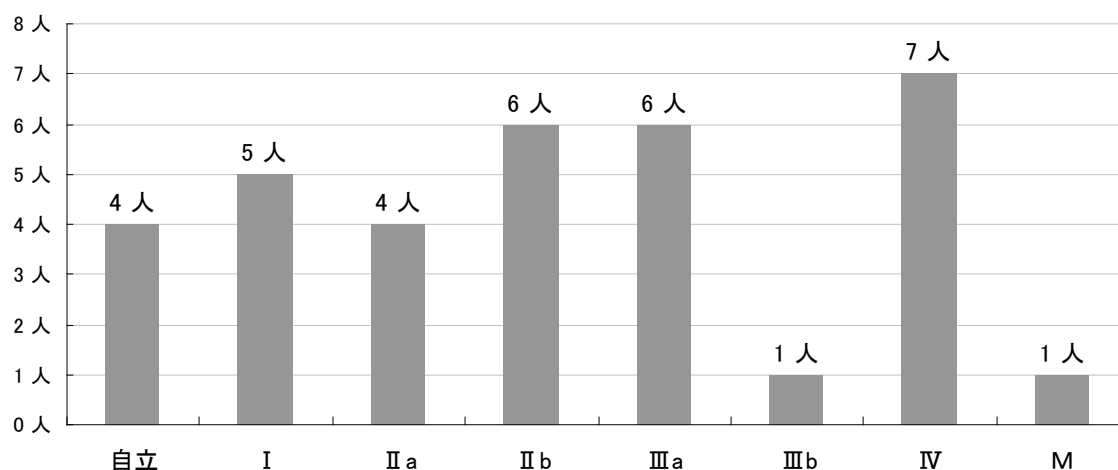
日常生活自立度（障害）の状況は、ランクCが13人、ランクBが10人、ランクAが8人、ランクJが3人と自立度の低い人が多い。



ランク	判定基準	人数
ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する	3人
ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1 日中は殆どベッドから離れて生活する 2 日中も寝たり起きたりの生活をしている	8人
ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 1 介助なしで車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する	10人
ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない	13人

(5) 日常生活自立度(認知)の状況

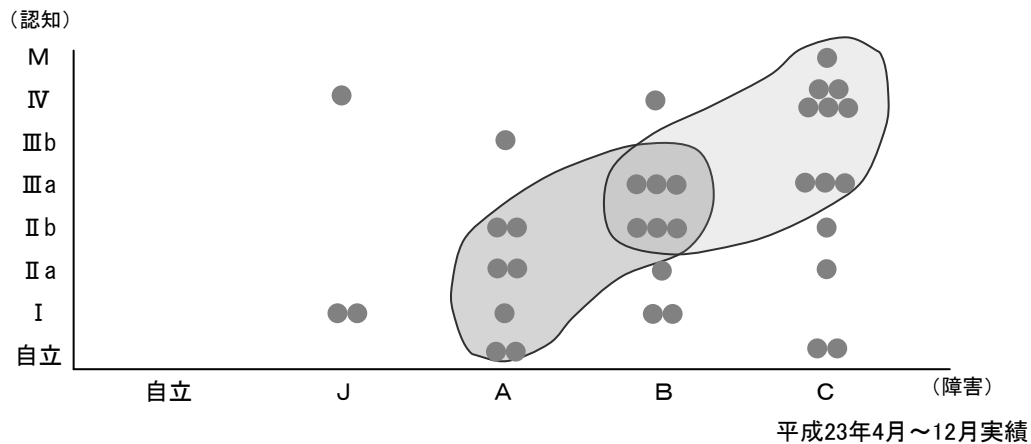
日常生活自立度(認知)の状況は、自立が34人中4人で、それ以外の30人は何らかの認知症を有している。ランク別にみると、ランクⅠからランクⅣまでバラつきがあるが、Ⅲa以上の人が34人中15人と自立度の低い人が多い。



ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	人数
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		5人
Ⅱa	家庭外で、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られても、誰かが注意していれば自立できる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスがめだつ等。	4人
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等。	6人
Ⅲa	日中を中心として、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等。	6人
Ⅲb	夜間を中心として、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする。		1人
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。		7人
M	著しい精神症状や問題行動或いは重篤な身体疾患(意思疎通が全くできない寝たきり状態)が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や、精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。	1人

日常生活自立度（認知）と日常生活自立度（障害）をクロス集計すると以下の表及びグラフのようになる。

障害 \ 認知	自立	J	A	B	C
自立			2		2
I		2	1	2	
Ⅱa			2	1	1
Ⅱb			2	3	1
Ⅲa				3	3
Ⅲb			1		
Ⅳ		1		1	5
M					1



(6) 訪問の手段

利用者宅への移動は、駐車場確保の難しさや狭隘道路問題等、区内の交通事情を考慮し、移動を極力短時間で行えるよう、ジャパンケアサービスは、狭隘道路も自由に往来できる自転車の活用を基本としている。ただし、夜間については、ヘルパーの安全確保の面から車での移動を行った。また、やさしい手は、事業所が利用者宅から離れている立地のため、車での移動を行っている。

ジャパンケアサービス

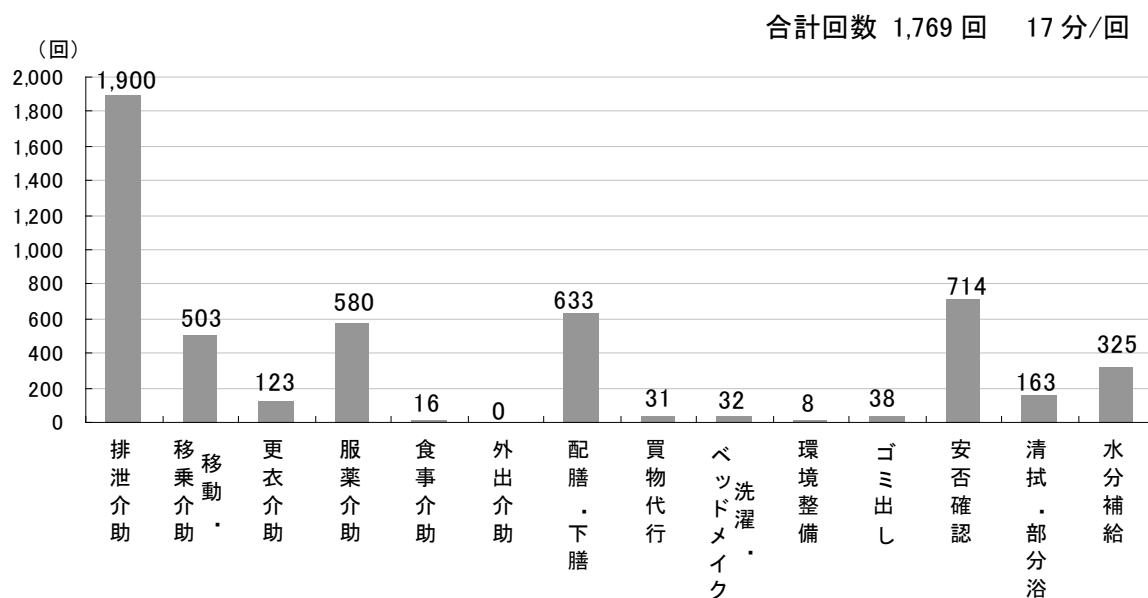
移動手段	日中帯は自転車・車、夜間帯は車を使用
到着までの時間	事業所から利用者宅までの最短距離 700m、移動時間 約 10 分 事業所から利用者宅までの最長距離 7,000m、移動時間 約 30 分

やさしい手

移動手段	車
到着までの時間	事業所から利用者宅までの最短距離 1,900m、移動時間 約 8 分 事業所から利用者宅までの最長距離 3,200m、移動時間 約 13 分

(7)1 か月のサービス提供回数・内容

1 か月のサービス提供回数を多い順にみると、排泄介助 1,900 回、安否確認 714 回、配膳・下膳 633 回、服薬管理 580 回、移動・移乗介助 503 回、水分補給 325 回などとなっている。



※配膳・下膳には簡単な調理を含む
 ※重複するサービスも計上している
 ※平成 23 年 12 月実績

(8)1 か月のサービス時間

1 か月の総サービス時間は、498 時間 31 分で、総サービス提供回数 1,769 回で割った 1 回あたりのサービス時間は約 17 分となっている。

	総サービス提供回数	総サービス時間	1 回あたりのサービス時間
定期訪問	1,769 回	498 時間 31 分	平均 約 17 分
随時訪問	23 回	5 時間 16 分	平均 約 14 分

※平成 23 年 12 月実績

(9)介護保険サービス単位数(1 か月)

(単位)

事例名	訪問 介護	訪問 看護	訪問 入浴	訪問 リハ	通所 介護	福祉 用具	ショート ステイ	夜間対 応型訪 問介護	合計	給付 限度額	備考
事例 1		7,180				2,850			10,030	19,480	
事例 2	8,661					1,300			10,961	35,830	
事例 3					5,428				5,428	30,600	
事例 4	8,196	3,320				2,475			13,991	26,750	
事例 5	1,678								1,678	26,750	
事例 6	1,768	7,430			4,270	2,200			15,668	19,480	
事例 7	2,061					600			2,661	16,580	9 月実績
事例 8	15,823				600				16,423	26,750	
事例 9	16,175				7,716	600	9,670		34,161	30,600	
事例 10	12,417	343			3,525	1,600	5,135		23,020	35,830	
事例 11	14,488	5,580	2,500			2,100			24,668	30,600	
事例 12		8,064							8,064	30,600	5 月実績
事例 13	7,211	2,120			8,050	1,300			18,681	19,480	
事例 14		3,320		9,562	24,496	1,700			39,078	35,830	
事例 15	2,210				5,260	3,450			10,920	30,600	
事例 16	7,920				3,496	1,000			12,416	19,480	
事例 17	12,612	9,960	6,250			2,150			30,972	30,600	7 月実績
事例 18										10,400	11 月実績
事例 19	10,850	4,720	11,250	11,620		8,875			47,315	35,830	9 月実績
事例 20					11,355	1,225			12,580	26,750	
事例 21	482	8,010	6,250			2,480			17,222	35,830	
事例 22	3,738					2,300			6,038	30,600	
事例 23	24,001					800			24,801	26,750	7 月実績
事例 24	3,850	9,670				3,100			16,620	35,830	
事例 25	14,930				19,802	1,300	13,800		49,832	35,830	
事例 26	721	8,010	16,250		4,076	2,400			31,457	35,830	
事例 27	7,377					3,030			10,407	30,600	
事例 28	5,208	3,320			10,243	1,548			20,319	26,750	
事例 29	624				2,353				2,977	19,480	
事例 30	3,843		1,250			3,120			8,213	30,600	
事例 31						300			300	26,750	
事例 32	3,348	10,868	17,500			1,850			33,566	35,830	
事例 33	12,978	7,180	11,250			2,750			34,158	35,830	
事例 34	21,590	3,320	5,000	5,598		2,325			37,833	35,830	

※介護保険サービス単位数は、平成 23 年 12 月実績

※但し、平成 23 年 12 月までにサービス利用を中止している方は異なる。備考欄に該当する期間を記載。

要介護度	世帯状況	事例名	日常生活自立度 (障害)	日常生活自立度 (認知)	傷病
要支援2	単身	事例 1 8	A	自立	咽頭癌(終末期)
要介護1	高齢者のみ	事例 7	A	Ⅱb	慢性呼吸不全、腰椎変形
要介護2	単身	事例 1	B	Ⅱb	認知症、狭心症、糖尿病、水疱性天疱瘡、出血性胃潰瘍
	単身	事例 1 6	B	Ⅲa	認知症、左上腕骨骨折
	単身	事例 2 9	J	I	動脈瘤、腎不全
	高齢者のみ	事例 6	A	Ⅲb	腹部脊柱管狭窄症、糖尿病、高血圧症、両部形成膝関節症、認知症
	高齢者のみ	事例 1 3	A	I	認知症、低血圧症
要介護3	単身	事例 4	A	Ⅱb	右大腿骨頸部骨折、認知症、変形性腰椎症、高血圧症、糖尿病、高脂血症、左目視力障害、右目白内障
	単身	事例 8	A	Ⅱa	肝硬変、変形性膝関節症、認知症
	単身	事例 2 8	J	I	脳出血、認知症、硬膜下血腫
	高齢者のみ	事例 2 0	B	Ⅱb	腰部脊椎間狭窄症、両変形性膝関節症、糖尿病、大動脈弁狭窄症、夜間せん妄
	高齢者のみ	事例 2 3	B	Ⅲa	水頭症、糖尿病、網膜症、認知症、急性硬膜下血腫、心筋梗塞
	高齢者のみ	事例 3 1	B	I	脊椎腫瘍
	家族と同居	事例 5	A	Ⅱa	変形性脊柱症、慢性気管支炎
要介護4	単身	事例 9	C	Ⅳ	認知症
	単身	事例 1 1	C	自立	脳梗塞後遺症、糖尿病、心筋梗塞
	単身	事例 1 7	B	Ⅱb	慢性腎不全、狭心症、鼻部基底細胞癌
	単身	事例 2 2	A	自立	パーキンソン病
	単身	事例 2 7	C	Ⅱa	肝臓癌末期、糖尿病、高血圧症、骨粗鬆症、慢性 C 型肝炎、腎盂腎炎、尿路感染症
	単身	事例 3 0	C	Ⅳ	食道癌(終末期)、肺炎、甲状腺機能低下、高血圧症
	高齢者のみ	事例 1 2	C	Ⅲa	総合失調症
	家族と同居	事例 3	J	Ⅳ	認知症、左慢性硬膜下血種
	家族と同居	事例 1 5	B	Ⅲa	左大腿骨骨折、心室性期外収縮、高血圧症、逆流性食道炎、心不全、認知症
要介護5	高齢者のみ	事例 2	C	Ⅲa	脊髄小脳変性症、陳旧性脳出血、認知症
	高齢者のみ	事例 1 4	B	Ⅱa	認知症、両変形性膝関節症、右肘骨折、左肘骨折
	高齢者のみ	事例 1 9	C	Ⅱb	脳梗塞後遺症、右下肢静脈閉塞症、消化管出血

要介護度	世帯状況	事例名	日常生活 自立度 (障害)	日常生活 自立度 (認知)	傷病
要介護5	高齢者のみ	事例 2 5	B	Ⅳ	認知症、脳梗塞、ヘルニア
	高齢者のみ	事例 3 3	C	Ⅲa	脳梗塞後遺症左麻痺、大腸がん、下血、廃用症候群
	家族と同居	事例 1 0	C	Ⅳ	右大腿骨骨折、腰椎圧迫骨折、認知症、脳梗塞後遺症、逆流性食道炎
	家族と同居	事例 2 1	C	Ⅳ	糖尿病、下肢筋力低下、褥瘡
	家族と同居	事例 2 4	C	自立	左第 4・5 指欠損、肺炎、前立腺肥大、糖尿病、慢性呼吸不全
	家族と同居	事例 2 6	C	Ⅳ	認知症、脳梗塞
	家族と同居	事例 3 2	C	M	脳梗塞後遺症、左股関節骨折、右膝関節症
	家族と同居	事例 3 4	B	I	脳出血、脳梗塞、両上下肢不全麻痺、腎不全

2. 事例検討

(1) 退院後の在宅生活支援につながったケース(事例1、事例27)

【事例1】

①基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護2 服薬の有無：有
家族の状況	世帯形態：単身 日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：Ⅱb
傷病名	認知症、狭心症、糖尿病、水疱性天疱瘡、出血性胃潰瘍
必要な医療ケア	皮膚の状態観察、健康管理

②24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回・随時対応サービス	サービス内容：排泄介助、服薬介助、配膳・下膳 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 17 分、最大 25 分、最小 10 分
その他の介護保険サービス	訪問看護、福祉用具貸与
介護保険サービス以外	配食サービス(7 回/週)

③訪問の手段

移動手段	自転車、車
到着までの時間	事業所からの距離 500m、到着まで約 5 分

④月間サービス提供回数

(2012 年 12 月末現在)

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
1 日のサービス回数			3 回	3 回	3 回	3 回	3 回	3 回	3 回	—
月間サービス回数			38 回	81 回	93 回	87 回	90 回	87 回	93 回	569 回
コール回数			35 回	6 回	9 回	4 回	5 回	8 回	8 回	75 回
随時訪問回数			4 回	2 回	3 回	2 回	2 回	3 回	1 回	17 回

⑤サービス時間

総サービス提供回数	総サービス時間	1回あたりのサービス時間
569 回	160 時間 56 分	平均 17 分

⑥サービス内容

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
排泄介助			25 回	82 回	96 回	88 回	90 回	87 回	93 回	561 回
移動・移乗介助			1 回	回	2 回	回	回	回	回	3 回
更衣介助			1 回	回	回	回	回	回	回	1 回
服薬介助			1 回	41 回	56 回	56 回	90 回	87 回	93 回	424 回
食事介助			1 回	回	回	回	回	回	回	1 回
外出介助			回	回	回	回	回	回	回	回
配膳・下膳			12 回	41 回	56 回	56 回	90 回	87 回	93 回	435 回
買物代行			5 回	回	回	回	回	回	回	5 回
洗濯・ベッドメイク			回	回	回	回	回	回	回	回
環境整備			回	回	回	回	回	回	回	回
ゴミ出し			回	回	回	回	回	回	回	回
安否確認			1 回	2 回	3 回	1 回	1 回	1 回	1 回	10 回
清拭・部分浴			回	回	回	回	回	回	回	回
水分補給			回	回	1 回	回	回	1 回	回	2 回

※配膳・下膳には簡単な調理を含む ※重複するサービスも計上している

⑦サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成 22 年 12 月に入院し、23 年 2 月に退院したが、出血性胃潰瘍により同年 2 月に再入院となった。その後、コミュニケーションも良くとれ、座位も安定してきたため、同年 6 月に再び在宅復帰となった。認知症があり、生活面での支援も必要のため、定期訪問で食事の準備や服薬管理、天疱瘡による皮膚疾患の状態を観察するとともに、転倒時等の随時訪問も行うことを目的に本サービスを導入した。
現在の状況 (修了している 場合は、終了 までの経緯)	退院後の 6 月からサービスを導入し、朝食・夕食時の服薬管理を行うことで、離れて暮らす家族の安心につながっている。定期訪問時に臀部の褥瘡が見つかり、訪問看護と連携を図り、定期訪問で薬の塗布を行っている。また、玄関で転倒した際には、緊急コールでヘルパーが訪問し、救急車を要請して一時入院となったが早期に退院し、その後も転倒時にはコールを鳴らしてヘルパーの介助を受けている。起床・就寝時の訪問で生活にリズムができ、また、1 日複数回の訪問することにより、自身のことを話すようになってきた。

⑧訪問のパターン(1週間モデル)

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活動作
深夜	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								
	10:00						24 時間サービス	24 時間サービス	起床
		24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス			朝食
午後	12:00								
	14:00		訪問看護 (リハビリ)		訪問看護 (医療)				昼食
夜間	16:00								
	18:00								
		24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	夕食
深夜	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
		24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	就寝

【事例27】

①基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：Ⅱa
家族の状況	世帯形態：単身 在宅復帰に伴い 9:00～21:00 の間、遠方に住む娘が介護に通っている	
傷病名	肝臓癌末期、糖尿病、高血圧症、骨粗鬆症、慢性 C 型肝炎、腎盂腎炎、尿路感染症	
必要な医療ケア	癌のターミナル、在宅酸素管理、腹水の確認、排便コントロール褥瘡の予防、	

②24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回・随時対応サービス	サービス内容：オムツ交換、軟膏塗布 利用回数：3～4 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 18 分、最大 25 分、最小 5 分
その他の介護保険サービス	訪問介護、福祉用具貸与、 ※計画上には、通所介護及び訪問入浴があったが、身体状況の悪化により利用実績なし
介護保険サービス以外	医療保険による訪問看護（7 回/週）、訪問診療（1 回/週）、配食サービス（7 回/週）

③訪問の手段

移動手段	車
到着までの時間	事業所からの距離 2,700m、到着まで約 10 分

④月間サービス提供回数

（2012 年 12 月末現在）

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
1 日のサービス回数							3～4 回			—
月間サービス回数							61 回			61 回
コール回数							0 回			0 回
随時訪問回数							0 回			0 回

⑤サービス時間

総サービス提供回数	総サービス時間	1 回あたりのサービス時間
61 回	18 時間 10 分	平均 18 分

⑥サービス内容

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
排泄介助							61 回			61 回
移動・移乗介助							回			回
更衣介助							回			回
服薬介助							回			回
食事介助							回			回
外出介助							回			回
配膳・下膳							回			回
買物代行							回			回
洗濯・ベッドメイク							回			回
環境整備							回			回
ゴミ出し							回			回
安否確認							回			回
清拭・部分浴							回			回
水分補給							回			回

※配膳・下膳には簡単な調理を含む ※重複するサービスも計上している

⑦サービス利用による状況の変化

利用開始時	<p>肝臓の状態悪化、脱水症状等により、平成 23 年 8 月に入院し、その後、癌の進行等に伴い ADL の顕著な低下がみられた。住み慣れた自宅に戻り、デイサービスに通いたいという本人の希望と、自宅に戻りたいという家族の希望があり、在宅に復帰するタイミングにあわせ 10 月から本サービスを導入した。</p>
現在の状況 (修了している 場合は、終了 までの経緯)	<p>サービス導入当初から、看護師やケアマネジャーと綿密な打合せを行ない、サービスの内容や注意点を共有しながら、1 日 3 回～4 回の定期訪問を行った。</p> <p>本人負担の少ない短時間のサービス (5 分) を提供するとともに、多量の便と尿による皮膚トラブル (褥瘡の手前) についても、定期訪問により清潔を保つことができ、悪化を防ぐことができた。ヘルパーの訪問により、介護に不慣れな家族の介護不安や疑問に応えることができ、家族も介護技術を身につけることが出来た。緊急コールの利用はなかったが、いつでも繋がるという大きな安心感を得ることができたとのことであった。10 月末に再入院となった。</p>

⑧訪問のパターン(1週間モデル)

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活動作
深夜	2:00	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	
	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00			24 時間サービス	24 時間サービス			24 時間サービス	
		訪問介護	訪問介護			訪問介護	訪問介護		
	10:00								
		家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	排泄等
午後	12:00	家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	食事
	14:00	24 時間サービス	24 時間サービス	訪問看護 (医療保険)	24 時間サービス	24 時間サービス	訪問看護 (医療保険)	24 時間サービス	
		訪問看護 (医療保険)	訪問看護 (医療保険)		訪問看護 (医療保険)	訪問看護 (医療保険)		訪問看護 (医療保険)	
	16:00	家族	訪問診療	家族	家族	家族	家族	家族	排泄等
夜間	18:00	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	
		家族	家族	家族	家族	家族	家族	家族	食事
	20:00								
		24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	
深夜	22:00	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	家政婦	
	24:00								

(2) 随時訪問で定期訪問ニーズを把握できたケース(事例2)

① 基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：Ⅲa
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯（認知症の夫と同居）	
傷病名	脊髄小脳変性症、陳旧性脳出血、認知症	
必要な医療ケア		

② 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回・随時対応サービス	サービス内容：排泄介助、体位変換 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 15 分、最大 18 分、最小 13 分
その他の介護保険サービス	訪問介護、福祉用具貸与
介護保険サービス以外	通院（2 回/週）

③ 訪問の手段

移動手段	車
到着までの時間	事業所からの距離 2,633m、到着まで約 15 分

④ 月間サービス提供回数

(2012 年 12 月末現在)

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
1 日のサービス回数								3 回	2 回	—
月間サービス回数								85 回	67 回	152 回
コール回数								2 回	11 回	13 回
随時訪問回数								2 回	11 回	13 回

⑤サービス時間

総サービス提供回数	総サービス時間	1回あたりのサービス時間
152 回	38 時間	平均 15 分

⑥サービス内容

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
排泄介助								84 回	67 回	151 回
移動・移乗介助								13 回	3 回	16 回
更衣介助								1 回	回	1 回
服薬介助								回	回	回
食事介助								回	回	回
外出介助								回	回	回
配膳・下膳								回	回	回
買物代行								回	回	回
洗濯・ベッドメイク								回	回	回
環境整備								回	回	回
ゴミ出し								回	回	回
安否確認								回	回	回
清拭・部分浴								回	回	回
水分補給								回	回	回

※配膳・下膳には簡単な調理を含む ※重複するサービスも計上している

⑦サービス利用による状況の変化

利用開始時	<p>以前から夜間対応型訪問介護を利用していたが、深夜のコールが頻繁にあり、支給限度額を超過していた。そのため、夫が夜中に起きて対応することも多く、夜ゆっくり眠れないことによる介護疲れとストレスが溜まり、子どもたちが心配していた。そこに、ケアマネジャーが本サービスの利用を提案し、最初はあまり乗り気ではなかったが、子どもたちに勧められ、本サービスを導入した。</p>
現在の状況 (修了している場合は、終了までの経緯)	<p>深夜コールの回数の多かった時間帯を分析し、そこに合わせて一晩に3回の定期訪問をし、排泄介助を行っている。また、日中は以前から利用している訪問介護の利用を継続している。深夜の介護負担が減ったことで夫のストレスが軽減され、ヘルパーとのコミュニケーションが円滑に図れるようになった。</p>

⑧訪問のパターン(1週間モデル)

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活動作
深夜	2:00	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	PTイレ介助
	4:00	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	PTイレ介助
早朝	6:00								
	8:00								
午前	10:00	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	朝食
						訪問看護 (医療)			
	12:00		訪問介護						昼食
				訪問介護	訪問介護				
午後	14:00	訪問介護				訪問介護		訪問介護	
					訪問看護 (医療)				
	16:00								入浴
		訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	訪問介護	夕食
夜間	18:00								
	20:00								
深夜	22:00								就寝
	24:00	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	

(3) 認知症の利用者が安定した生活を維持できたケース(事例3、事例28)

【事例3】

①基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：J 日常生活自立度（認知）：IV
家族の状況	世帯形態：家族と同居（日中独居）	
傷病名	認知症、左慢性硬膜下血種	
必要な医療ケア		

②24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回・随時対応サービス	サービス内容：安否確認 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均14分、最大15分、最小13分
その他の介護保険サービス	通所介護
介護保険サービス以外	

③訪問の手段

移動手段	自転車
到着までの時間	事業所からの距離1,000m、到着まで約12分

④月間サービス提供回数

(2012年12月末現在)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
1日のサービス回数	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回	—
月間サービス回数	73回	80回	60回	71回	77回	66回	81回	72回	76回	656回
コール回数	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回
随時訪問回数	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回

⑤サービス時間

総サービス提供回数	総サービス時間	1 回あたりのサービス時間
656 回	168 時間 58 分	平均 15 分

⑥サービス内容

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
排泄介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
移動・移乗介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
更衣介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
服薬介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
食事介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
外出介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
配膳・下膳	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
買物代行	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
洗濯・ベッドメイク	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
環境整備	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
ゴミ出し	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
安否確認	73 回	80 回	60 回	71 回	77 回	66 回	81 回	72 回	76 回	656 回
清拭・部分浴	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
水分補給	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回

※配膳・下膳には簡単な調理を含む ※重複するサービスも計上している

⑦サービス利用による状況の変化

利用開始時	認知症による徘徊があり、人と話すことを好む傾向がある。平成 22 年 9 月から本サービスを利用し、1 日 3 回の安否確認を行っている。平成 23 年 4 月以降は、デイサービスの利用を週 2 回から週 1 回に減らしている。デイサービスと本サービス以外に利用しているサービスはなく、地域包括支援センターとの関わりがあるが、地域等との関わりが少ない。
現在の状況 (修了している 場合は、終了 までの経緯)	薬を変えたことで、せん妄やこだわりなどの周辺症状は落ち着いている。本サービスの利用で家族も安定し、本人の相談等をするなどの変化が現れてきた。以前は、施設入所を希望していたが、現在、入所の話はでなくなっている。薬の変更に伴う副作用により、体調を崩すことが度々あったが、その都度、家族やかかりつけ医に相談することで、適宜調整できている。ヘルパーとレクリエーションを楽しむ等、精神的緩和ケアの効果が、徘徊は全くなっている。

⑧訪問のパターン(1週間モデル)

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活動作
深夜	2:00								
	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								起床
午前	10:00								朝食
	12:00	24 時間サービス	24 時間サービス	通所介護	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	
	14:00								昼食
午後	16:00	24 時間サービス	24 時間サービス		24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	
	18:00								夕食
夜間	20:00								
	22:00								就寝
深夜	24:00								

【事例28】

①基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護3 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：J 日常生活自立度（認知）：I
家族の状況	世帯形態：単身 近県に娘がいる	
傷病名	脳出血、認知症、硬膜下血腫	
必要な医療ケア	服薬管理、バイタルチェック	

②24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回・随時対応サービス	サービス内容：更衣の声掛け、安否確認 利用回数：2 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 13 分、最大 20 分、最小 5 分
その他の介護保険サービス	訪問介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与
介護保険サービス以外	配食サービス（7 回/週）、 通院（1 回/月）※娘が対応

③訪問の手段

移動手段	車
到着までの時間	事業所からの距離 2,700m、到着まで約 10 分

④月間サービス提供回数

（2012 年 12 月末現在）

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
1 日のサービス回数								2～3 回	2～3 回	—
月間サービス回数								7 回	50 回	57 回
コール回数								0 回	0 回	0 回
随時訪問回数								0 回	0 回	0 回

⑤サービス時間

総サービス提供回数	総サービス時間	1 回あたりのサービス時間
57 回	12 時間 27 分	平均 14 分

⑥サービス内容

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
排泄介助								回	22 回	22 回
移動・移乗介助								回	回	回
更衣介助								7 回	50 回	57 回
服薬介助								7 回	50 回	57 回
食事介助								回	回	回
外出介助								回	回	回
配膳・下膳								回	回	回
買物代行								回	回	回
洗濯・ベッドメイク								回	回	回
環境整備								回	回	回
ゴミ出し								回	回	回
安否確認								回	回	回
清拭・部分浴								回	回	回
水分補給								7 回	50 回	57 回

※配膳・下膳には簡単な調理を含む ※重複するサービスも計上している

⑦サービス利用による状況の変化

利用開始時	<p>平成 23 年 9 月に、玄関で転倒しているところを発見され入院となり、アルツハイマー型認知症の診断を受けた。退院後は、訪問介護、デイサービス、訪問看護の各サービスを利用しながら、本人のペースで在宅生活を継続していたが、着替えを行わないため、自宅でもデイサービスでも同じ服を着て過ごし、体臭や皮膚トラブルが発生していた。更衣の声かけ等を行うことを目的に本サービスを導入した。</p>
現在の状況 (修了している 場合は、終了 までの経緯)	<p>朝 7 時 30 分に訪問し、更衣の確認を行うとともに、就寝直前の時間 (19 時 30 分) に合わせて、更衣と就寝の声かけを行っている。規則正しい更衣を行うことで、体臭や皮膚トラブルの改善がみられた。短時間の訪問ではあるが、1 日 2 回のヘルパー訪問により、日常生活の中で他者との交流が増え、本人がヘルパーの訪問を楽しみにするなど、生活にリズムと活気が生じている。</p> <p>1 日 2 回、毎日ヘルパーが訪問することは、離れて暮らす家族の安心にもつながっている。</p>

⑧訪問のパターン(1週間モデル)

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活動作
深夜	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								起床
		24 時間サービス							
午前	8:00								買い物 掃除
		訪問介護				訪問介護			
	10:00			訪問看護					
午後	12:00		通所介護		通所介護		通所介護	24 時間サービス	見守り
	14:00			訪問介護					入浴
夜間	16:00	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	
	18:00	24 時間サービス							就寝
深夜	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

(4) 医療連携による閉じこもりの方へ支援ができたケース(事例4)

①基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護3 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：Ⅱb
家族の状況	世帯形態：単身	
傷病名	右大腿骨頸部骨折、認知症、変形性腰椎症、高血圧症、糖尿病、高脂血症、左目視力障害、右目白内障	
必要な医療ケア		

②24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回・随時対応サービス	サービス内容：配膳・下膳、足浴、服薬管理 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 20 分、最大 35 分、最小 11 分
その他の介護保険サービス	訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与
介護保険サービス以外	配食サービス（7 回/週）、整形外科の往診（2 回/月）

③訪問の手段

移動手段	自転車、車
到着までの時間	事業所からの距離 800m、到着まで約 10 分

④月間サービス提供回数

(2012 年 12 月末現在)

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
1 日のサービス回数	3 回	3 回	3 回	3 回	3 回	3 回	4 回	3 回	3 回	—
月間サービス回数	102 回	99 回	63 回	83 回	84 回	101 回	114 回	88 回	93 回	827 回
コール回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
随時訪問回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回

⑤サービス時間

総サービス提供回数	総サービス時間	1回あたりのサービス時間
827 回	220 時間 8 分	平均 16 分

⑥サービス内容

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
排泄介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
移動・移乗介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
更衣介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
服薬介助	76 回	76 回	47 回	62 回	62 回	90 回	62 回	60 回	62 回	597 回
食事介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
外出介助	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
配膳・下膳	76 回	76 回	47 回	61 回	75 回	90 回	93 回	90 回	93 回	701 回
買物代行	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
洗濯・ベッドメイク	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
環境整備	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
ゴミ出し	13 回	13 回	11 回	13 回	13 回	14 回	13 回	12 回	13 回	115 回
安否確認	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
清拭・部分浴	回	25 回	21 回	22 回	22 回	22 回	22 回	21 回	22 回	177 回
水分補給	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回

※配膳・下膳には簡単な調理を含む ※重複するサービスも計上している

⑦サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成 22 年 8 月に自宅で転倒し、床に横たわったまま 2 日後に近隣住民が発見し、救急搬送された。1 ヶ月後に退院したが歩行は不安定で、認知症による物忘れ等も進行していた。糖尿病や皮膚疾患があり、食事も摂れていないので、服薬管理と身体を保清、配膳・下膳が必要なため本サービスを導入した。
現在の状況 (修了している 場合は、終了 までの経緯)	訪問リハビリの時間に合わせてヘルパーが訪問し、作業療法士を通じて看護師、かかりつけ医師とも連携し、咀嚼障害、栄養補充、水分摂取、血圧、リハビリメニュー等の検討を行っている。本人の必要なカロリー量を計算し、服薬の調整を行うことで、栄養状態等の改善がみられた。簡単なリハビリの実施や食器洗いなど、簡単な日常動作をヘルパーと一緒にやる機会を増やしたことで、ベッドで横になっている時間が減少した。 本サービスの効果の 1 つである、医療連携がうまく図れているケースである。

⑧訪問のパターン(1週間モデル)

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活動作
深夜	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
午前	8:00								起床
	10:00	24 時間サービス							朝食
				訪問介護					隔週で往診あり
						訪問看護(リハビリ)			
午後	12:00	24 時間サービス							昼食
		訪問介護							
	14:00								
				訪問介護			訪問介護		
夜間	16:00								
	18:00	24 時間サービス							夕食
深夜	20:00								
	22:00								就寝
深夜	24:00								

(5)入所しないで在宅生活が継続できたケース(事例5)

①基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護3 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：Ⅱa
家族の状況	世帯形態：家族と同居（日中独居）	
傷病名	変形性脊柱症、慢性気管支炎	
必要な医療ケア		

②24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回・随時対応サービス	サービス内容：安否確認、服薬介助、配膳・下膳、体清拭、足浴、外出介助 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均15分、最大20分、最小10分
その他の介護保険サービス	訪問介護
介護保険サービス以外	往診（1回/月）

③訪問の手段

移動手段	自転車、車
到着までの時間	事業所からの距離1,600m、到着まで約15分

④月間サービス提供回数

(2012年12月末現在)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
1日のサービス回数			3回	3回	3回	3回	3回	3回	3回	—
月間サービス回数			72回	88回	80回	79回	74回	65回	67回	525回
コール回数			0回	0回	0回	0回	0回	0回	1回	1回
随時訪問回数			0回	0回	0回	0回	0回	0回	1回	1回

⑤サービス時間

総サービス提供回数	総サービス時間	1回あたりのサービス時間
525 回	135 時間 55 分	平均 16 分

⑥サービス内容

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	合計
排泄介助			回	回	回	回	回	回	回	回
移動・移乗介助			回	回	回	回	回	回	回	回
更衣介助			回	回	回	回	回	回	回	回
服薬介助			24 回	29 回	26 回	26 回	25 回	24 回	24 回	178 回
食事介助			回	回	回	回	回	回	回	回
外出介助			回	回	回	回	回	回	回	回
配膳・下膳			24 回	29 回	26 回	26 回	25 回	24 回	24 回	178 回
買物代行			回	回	回	回	回	回	回	回
洗濯・ベッドメイク			回	回	回	回	回	回	回	回
環境整備			4 回	4 回	5 回	4 回	5 回	4 回	4 回	30 回
ゴミ出し			回	回	回	回	回	回	回	回
安否確認			回	回	回	回	回	回	回	回
清拭・部分浴			24 回	30 回	28 回	27 回	27 回	25 回	25 回	186 回
水分補給			24 回	29 回	26 回	26 回	25 回	24 回	24 回	178 回

※配膳・下膳には簡単な調理を含む ※重複するサービスも計上している

⑦サービス利用による状況の変化

利用開始時	<p>自宅での生活を好む傾向があり、デイサービスの欠席が続き、他者とのふれあいが無いまま過ごしていた。家族が就労のため、日中は独居状態であった。物忘れが進み、環境・体調ともに管理ができず、主治医からショートステイの頻繁な利用がなければ、在宅生活継続は難しいとの話があった。家族の希望により、ショートステイではなく本サービスを利用することで在宅生活を支援することとなった。</p>
現在の状況 (修了している場合は、終了までの経緯)	<p>以前から肩甲骨付近に発赤および掻き傷痕が確認されており、痒みの訴えもあったため、家族とともに皮膚科を受診した。湿疹との報告を受けたが、引き続き経過観察を行っている。体温は 36.0～37.0℃の間を推移しており、本人からも体調は良い方だ、と聞いている。水分摂取については、コールサービスと併せて引き続き促しを行っている。</p>

⑧訪問のパターン(1週間モデル)

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活動作
深夜	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								起床
	8:00								朝食
午前	10:00					24 時間サービス			土・日の午前 は家族が対 応(サービス キャンセル)
				24 時間サービス					
		24 時間サービス	24 時間サービス		24 時間サービス				
	12:00								
午後	12:00	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	24 時間サービス	昼食
	14:00	訪問介護							
	16:00					24 時間サービス			
		24 時間サービス		24 時間サービス					
	18:00				24 時間サービス		24 時間サービス		
			24 時間サービス					24 時間サービス	
夜間	20:00								夕食
	22:00								就寝
深夜	24:00								

3. その他の事例の状況

(1) 事例6

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護2 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：Ⅲb
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯	
傷病名	腹部脊柱管狭窄症、糖尿病、高血圧症、両部形成膝関節症、認知症	
必要な医療ケア	居宅療養管理指導、看護師による入浴介助	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：排泄介助、体位変換（移動・移乗含む） 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 15 分、最大 28 分、最小 7 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
	随時訪問回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成 23 年 3 月に、バルーンカテーテルを挿入して退院したが妻にも腰痛があり、介護不安を抱いていた。入院中に下肢筋力が低下し歩行時にふらつきがみられたため、ADL 向上と妻の介護負担の軽減を目的に 4 月より本サービスを導入した。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	ヘルパーと歩行器を使用した室内歩行の練習を行い、本人が積極的に歩行するようになり、日中は妻とリビングで過ごす時間が多くなった。定期訪問により尿廃棄の処理をすることで安心されている。尿路感染予防のために、1 日 1 回、陰部の洗浄も行っている。8 月の再入院でカテーテルを抜去した後、頻尿（夜間 5～6 回）による睡眠不足、下肢筋力の低下、右膝の痛みの訴えがあった。本人・妻とも疲労が溜まり、ショートステイの利用も考え始めていたが、現在は、妻が睡眠薬で睡眠管理を行うことで、頻尿による睡眠不足は軽減されている。

(2)事例7

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護1 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：Ⅱb
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯（要支援2の妻と同居） 介護力は低く、近隣に住む娘は頻繁には通えない	
傷病名	慢性呼吸不全、腰椎変形	
必要な医療ケア	在宅酸素の為、継続的な内科への通院	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：足浴、安否確認、排泄介助、通院介助、 ベッドメイク 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均14分、最大20分、最小10分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数						0回				0回
	随時訪問回数						0回				0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、福祉用具貸与 介護保険以外：整形外科への通院（2回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	要支援2の妻と本人の2人暮らしで、慢性呼吸器不全により在宅酸素を使用している。前立腺肥大、心房細動、不眠症の服薬もある。高齢者のみ世帯で妻にも心臓疾患があるため、何度か夫婦で救急搬送されている。本人の妻に対する依存度が高く、妻にとっては強いストレスとなっている。通院時の介助と足浴、妻の負担軽減のためのベッドメイクとポータブルトイレ処理のため、平成23年9月より本サービスの導入となった。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	ケアマネジャーと担当者会議を開催し、本人・家族ともサービス開始当初は納得していたが、短時間のサービスではなく、長時間滞在型の柔軟な家事援助サービスを利用したいとの意向の変化があった。しばらく様子を見たいとの希望により、1ヶ月間本サービスの提供を行ったが、随時訪問のニーズも無かったことから、平成23年9月末でサービス終了となった。

(3)事例8

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護3 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：Ⅱa
家族の状況	世帯形態：単身	
傷病名	肝硬変、変形性膝関節症、認知症	
必要な医療ケア		

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：服薬介助、配膳・下膳、足浴、ゴミ出し 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 14 分、最大 25 分、最小 10 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
	随時訪問回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、福祉用具貸与 介護保険以外：訪問歯科（1 回/週）、配食サービス（7 回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成 22 年 9 月から本サービスを利用しており、導入当初はヘルパー拒否があり、表情の変化も乏しかった。食事の好みやこだわりがあり、体重が 30kg 近くまで減少し、入院の一步手前だった。生活環境の一層の改善に向け、6 時 30 分にゴミ出しのサービス提供を 23 年 4 月から開始した。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	毎日複数回、決まった時間にヘルパーが訪問することで、表情の変化が乏しかった本人の笑顔が増え、ヘルパー拒否についても、どのヘルパーも受け入れられるようになった。洗濯物の取り込みや雨戸の開閉はヘルパーに頼み、出来ることは自分で行うようになった。ゴミ出しのサービスを導入したことで、室内の清潔を保つことができています。ヘルパーの確認により、朝夕の服薬も規則正しくできるようになった。また、毎日足浴を行うことで浮腫みがなくなり、事業所内の合同（夜間対応・居宅・訪問）カンファレンスで提案された弾力靴下を着用している。ヘルパーが朝・夕の食事を配膳することで、体重も現在、35.5kg と安定している。

(4)事例9

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：IV
家族の状況	世帯形態：単身 近隣に住む長女が通いで介護をしている	
傷病名	認知症	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：体位変換、オムツ交換、水分補給 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均11分、最大23分、最小10分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回
	随時訪問回数	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、ショートステイ 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成22年9月より本サービスの利用を開始し、平成23年度も継続して利用している。平成21年2月に、主に介護を担っていた夫が亡くなったことで認知症状が進み、身体状況も悪化した。近くに住む家族が本人宅に通いながら介護を続けているが、本人は要介護4であり、生活全般に介護が必要なため、既存の介護保険サービスでは支えきれなくなり、本サービスを導入した。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	以前は施設入所を検討していたが、本サービスの他に、デイサービス、ショートステイ等、その他のサービスや社会資源を組み合わせて在宅生活を継続している。本サービスによりヘルパーがきめ細かく訪問することで、家族も介護に自信を持てるようになり、在宅で可能な限り過ごしてもらいたいとの意向を叶えている。本人のADLは緩やかに低下しているものの、日中は離床して生活ができていることから、重度で独居の方の在宅生活の支援につながっている。

(5)事例10

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：IV
家族の状況	世帯形態：家族と同居（日中独居）	
傷病名	右大腿骨骨折、腰椎圧迫骨折、認知症、脳梗塞後遺症、逆流性食道炎	
必要な医療ケア		

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：おむつ交換、体位変換（移動・移乗含む） 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 11 分、最大 20 分、最小 8 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
	随時訪問回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与、ショートステイ 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	前年度からの継続利用者で、本サービス導入時は、身体の痛みにより座位・立位が不安定になり、ほぼ寝たきりの状態だった。尿意や便意がないため、リハビリパンツからテープ式のオムツの装着となった。近所に住む子どもが主な介護者だが、夫婦とも疾病があり、十分な介護が行えない状況であった。介護者の心身の疲れがみえてきたところでは、ショートステイの利用も取り入れている。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	排泄や移乗の介助をヘルパーが行うことで、体力的にも介護者に余裕が生まれ、食事介助に専念することができている。深夜の排泄介助の効果で、洗濯物も減った。生活のリズムは安定しており、介護者の体調、精神面も安定している。平成 23 年 12 月中旬より発熱が幾度か観察され、家族に医師の受診を勧めた結果、胆石症であることが判明し、3 日間の入院で胆石摘出手術を受けた。入院を経た以降も、入院前と大きな変化はなくデイサービスを利用し、精神状態も安定している。

(6)事例11

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：自立
家族の状況	世帯形態：単身	
傷病名	脳梗塞後遺症、糖尿病、心筋梗塞	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：排泄介助、起床介助、買物代行、足浴 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均16分、最大25分、最小10分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0回	0回	5回	1回	0回	6回	4回	1回	16回	33回
	随時訪問回数	0回	0回	3回	1回	0回	3回	2回	1回	9回	19回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具貸与 介護保険以外：配食サービス（14回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	12月初旬から室内での転倒が多くなり、臀部に褥瘡ができたり、ADLの低下が顕著になった。夜間の随時訪問コールも頻繁になったため、担当者会議を開催し、12月下旬から本サービスの導入となった。訪問介護や訪問看護も利用しており、日中の訪問者が多いため、鍵の開閉のタイミングに合わせてヘルパーが訪問し、安否確認を行っている。本人は独居で、生活全般に介助が必要なため、訪問介護（生活援助）、訪問入浴、訪問看護を組み合わせて対応している。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	本サービスの利用を開始して以降、随時訪問コールの回数が減少している。入浴を訪問介護から訪問入浴に変更することにより、入浴時の転倒のリスクが大幅に減少するとともに、訪問看護を追加したことで糖尿病の管理も以前より改善されている。

(7)事例12

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：Ⅲa
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯	
傷病名	総合失調症	
必要な医療ケア	全身状態の観察（訪問看護）、排便コントロール（訪問看護）、必要時の保清（訪問看護）、家族の訴えの傾聴（訪問看護）、	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：おむつ交換、手浴、足浴、全身清拭、更衣介助、ベッドメイク 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均14分、最大30分、最小8分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数		2回								2回
	随時訪問回数		2回								2回
その他のサービス等	介護保険：訪問看護 介護保険以外：往診（1回/月）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	20代から統合失調症を発症し、閉じこもりの状態だったが、平成21年頃から妻の腰痛や物忘れが悪化し、精神科医の往診等を受けながら介護サービスの利用を始めた。平成23年頃から体力が低下し、トイレ利用ができず排便コントロールが困難になった。訪問看護に強い拒否があり、排便処理が家族の負担になっていたため、本サービスの導入となった。訪問看護から、拒否が強い時は無理に近寄らないよう指示があった。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	開始当初は、声かけで怒りが出ていたが、徐々にオムツ交換、手浴、足浴、清拭、更衣介助を行えるようになった。妻にケアコール端末の機能を理解していただき、排便時のコールが出来るようになり、家族の負担が軽減された。その後、熱が下がらず検査入院をし、細菌感染により入院が長引いた。家族からは、退院後にも本サービスの利用を継続したい意向を聞いていたが、約1ヶ月後に入院先の病院にて永眠された。

(8)事例13

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護2 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：I
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯（要支援2の妻と同居）	
傷病名	認知症、低血圧症	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：安否確認、バイタルチェック、買い物、ゴミ出し 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均10分、最大20分、最小5分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数								0回	0回	0回
	随時訪問回数								0回	0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	7時に起床し、19時には就寝するため、日中のみの時間帯で利用を開始した。朝の血圧は比較的低いが、血圧の変動が大きいため、ケアマネジャー、訪問看護事業所、医師と連携を図り、血圧が高い日の対応を確認している。本人の要望で安否確認の定期訪問を行っているが、妻の受けている訪問介護サービスと時間帯が重なる場合は、キャンセルとなっている。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	本人が電話に出ると通話が長くなり、以前、訪問販売で詐欺にあった経験から不安だ、という相談が妻からケアマネジャーにあった。その連絡を受け、ヘルパーが訪問した際に声かけを行い、注意を促している。日中にも、めまいや倦怠感から、パジャマに着替えて横になっていることが多い。血圧の変動が引き続き大きく、本人・妻とも本サービスでの訪問で安心できている。ただし、1日3回の訪問を予定しているが、平日は1日1回、土日等は1日2回の訪問を希望しているため、キャンセル回数が増えている。

(9)事例14

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：Ⅱa
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯	
傷病名	認知症、両変形性膝関節症、右肘骨折、左肘骨折	
必要な医療ケア	体調管理	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：足浴、清拭、配膳・下膳、服薬確認、水分補給 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 20 分、最大 30 分、最小 15 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数								10 回	5 回	15 回
	随時訪問回数								4 回	2 回	6 回
その他のサービス等	介護保険：訪問看護、訪問リハビリ、通所介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	本人の排尿の時間帯に合わせて訪問するように、家族、ケアマネジャーと相談し、訪問時間を調整したが時間がうまく合わず、妻の負担が大きかった。尿器の使用を促したが、本人の拒否がみられた。コールボタンでの随時対応も行ったが、泌尿器科へ受診後、バルーン使用となり、夜中に起きることがなくなったため、介護負担が軽減された。12 月に腰痛圧迫骨折が判り、家族、ケアマネジャーと訪問時間の再調整を行っている。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	12 月に気管支炎と誤嚥性肺炎のため 3 週間入院し、筋力低下により寝たきりの状態で退院した。その後、自宅で 3 時間は座位が保てるようになり、週 3 回のデイサービスで入浴、機能訓練を行っている。以前は、深夜の排泄介助を中心に訪問していたが、現在は日中の時間帯を中心に、体操、排泄介助、移乗介助等を行っている。体調も安定し、座位保持の時間も長くなり、5～6 秒であれば立位も可能になった。食欲があり、在宅での生活を強く希望しているため、本人の満足につながっている。

(10)事例15

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：Ⅲa
家族の状況	世帯形態：家族と同居（三男と同居）	
傷病名	左大腿骨骨折、心室性期外収縮、高血圧症、逆流性食道炎、心不全、認知症	
必要な医療ケア	服薬管理	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：おむつ交換 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 15 分、最大 20 分、最小 10 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0 回									0 回
	随時訪問回数	0 回									0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成 22 年夏頃から食事が摂れなくなり、体重減少、意欲低下、せん妄、ADL の低下がみられた。介護者の食事に関する意識が低く、ケアマネジャーにつなぎ、栄養補助食品の提案をした。ヘルパーの訪問に合わせ、1 日 3 回軽食を提供し、不足しがちな栄養を摂ることを目的に本サービス導入となった。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	平成 23 年 3 月、心不全および左下肢血管浮腫のため 2 週間入院した。寝たきり状態だったため、ADL の低下がみられた。退院後も食事は殆ど摂れず、呼吸不全もあり、定期的な点滴と酸素投与を開始した。本サービスにより家族とコミュニケーションを重ね、不安の解消を図った。本人は意思表示、排泄も殆どなく、次第に意識レベルが下がり 4 月に永眠された。医療と連携しながら終末を迎えた事例は、本サービスでは初めてであり、最期まで住み慣れた地域・自宅で暮らしたいという希望を実現できた。家族からは自宅で看取りたいという願いが叶って良かったとの感想を頂いた。

(11)事例16

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護2 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：Ⅲa
家族の状況	世帯形態：単身	
傷病名	認知症、左上腕骨骨折	
必要な医療ケア	内服のフォロー	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：服薬介助、配膳・下膳、安否確認 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均20分、最長30分、最短15分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数							0回	0回	0回	0回
	随時訪問回数							0回	0回	0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成23年10月に左上腕骨の骨折により入院し、11月に退院し、本サービスの導入となった。レビー小体型認知症に伴うせん妄があるため、服薬は必須であり、転倒のリスクも高い。居室内の衛生状態が悪く、漏電箇所もあり、火災の危険も予測されるため、環境整備について地域包括支援センターと協議していく。服薬確認と食事の確保を主な目的として本サービスを導入した。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	冷たい食事は摂らないため、電子レンジを購入した。ADLが回復したことにより外出の機会が増え、訪問時に不在のこともある。金銭管理は難しく、衝動買いが多い。また、所持金が少なくなると不穏になる傾向がある。認知症状は"まだら"であり、被害妄想によりヘルパー訪問に対する受け入れは良好とはいえないが、定期訪問サービスの結果、概ね入室は出来てきている。本人の希望を聞きながら、経済的な食材の購入を行い、自分で電子レンジの利用も出来ることから、飲食と服薬の確保に関しては、本サービスによる効果を発揮している。

(12)事例17

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：Ⅱb
家族の状況	世帯形態：単身	
傷病名	慢性腎不全、狭心症、鼻部基底細胞癌	
必要な医療ケア	鼻部洗浄・処置、服薬のセッティング、足の処置	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：配膳・下膳、服薬確認、買い物代行、洗濯、更衣介助、体位変換、排泄介助、身体整容、ゴミ出し、安否確認 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均19分、最大35分、最小19分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	27回	54回	37回	75回						193回
	随時訪問回数	14回	30回	9回	27回						80回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具貸与 介護保険以外：介護タクシー（3回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	在宅生活の継続を希望し、人工透析の迎え、訪問介護、訪問入浴を利用していた。平成22年11月から、食事の配膳・下膳と服薬管理を行うことを目的に本サービスを導入した。食事は、肝臓病食が本人の嗜好に合わないこともあってなかなか進まず、体力が落ち、日常生活動作もままならなくなり、サービスの項目が増えていった。状態が徐々に悪化し、入退院を繰り返していた。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	平成23年6月に右足指の壊死がみられた。6月初旬に、人工透析時に心臓に負担がかからないよう、胸部へのカテーテルの埋め込み手術を行い、6月下旬に退院した。定期訪問以外に、転倒介助、起き上がり介助に関する随時訪問の要請が頻繁にあった。食事の摂取量は引き続き少なく、栄養補助食品の促しを訪問時に毎回行っていた。8月に再度入院となり、そのまま入院先の病院にて永眠された。

(13)事例18

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要支援2 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：自立
家族の状況	世帯形態：単身 週末は郊外の長男宅で過ごす、同居の予定はない	
傷病名	咽頭癌（終末期）	
必要な医療ケア	ターミナルケア	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：安否確認、水分補給 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 7 分、最大 10 分、最小 5 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数							2 回	1 回		3 回
	随時訪問回数							0 回	0 回		0 回
その他のサービス等	介護保険：なし 介護保険以外：医療保険での訪問看護（3 回/週）、 往診（1 回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	末期癌のため、3 カ月後にはホスピスへの入院を検討しているという相談が、地域包括支援センターからあった。本サービスを利用することで、ホスピスまでの期間をなるべく延ばし、自宅で暮らしたいという本人の希望を受け、本サービスを導入した。咽頭を摘出しているために発声が出来ず、会話は筆談で行うこととした。タッチフォンを設置し、コミュニケーションを図りながら緊急時の対応を行うとともに、定期訪問での安否確認により状態の把握を行った。
現在の状況 （終了している 場合は、終了 までの経緯）	平成 23 年 10 月より、深夜の時間帯を含む 1 日 3 回の定期訪問を行い、痛みを抑える事に努めた。痛みの恐怖から、モルヒネを常時常備していないと不安感からの痛みが出るため、訪問時には手をさすり、訪問看護に薬の残量と状態を伝え、医療ケアで入っている看護師につなぎ日常生活を支えた。11 月、家族宅に滞在している時に状態が悪化し、病院に入院となった。在宅には戻れないとのことで、本サービスは終了した。

(14)事例19

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：Ⅱb
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯	
傷病名	脳梗塞後遺症、右下肢静脈閉塞症、消化管出血	
必要な医療ケア	訪問リハビリ、浣腸、摘便	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：排泄介助、おむつ交換、移動介助 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均21分、最大35分、最小10分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数		19回	41回	59回	49回	33回				201回
	随時訪問回数		13回	35回	52回	44回	25回				169回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ、福祉用具貸与 介護保険以外：訪問診療（1回/月）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成22年9月より本サービスを導入し、家族の排泄介助の負担が軽減され、随時訪問を依頼するコールの回数も減ってきていた。平成23年2月中旬から介護老人保健施設に入所し、5月中旬に退所したため、3ヶ月ぶりに本サービスの提供を開始した。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	残暑による熱中症や風邪等により、発熱することが幾度かあったが、本サービスを利用していたため、早期に家族に報告、対応出来たことで大事に至らず、その日の内に回復することができた。毎週1～2日、本人が経営する会社に出向くなど、体調は概ね良好であり、本人や家族からは本サービスを高く評価していただいている。その後も、老人保健施設への入退所を繰り返し、現在は入所しているが、在宅生活をしている時には、本サービスで定期訪問と随時訪問を組み合わせて利用していた。

(15)事例20

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護3 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：Ⅱb
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯	
傷病名	腰部脊椎間狭窄症、両変形性膝関節症、糖尿病、大動脈弁狭窄症、夜間せん妄	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：デイサービスの送迎、排泄介助、更衣介助 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均20分、最大30分、最小15分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数									0回	0回
	随時訪問回数									0回	0回
その他のサービス等	介護保険：通所介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	アルツハイマー型認知症があり、骨折により入院していたが、平成23年12月にリハビリを終え、手引きで歩けるようになって退院した。同居の妻に対する暴言が強く、妻も要介護状態で介護力に乏しい状況である。退院後の体力維持と社会交流のために平日はデイサービスに通所し、デイサービスの送迎と就寝介助、転倒時の随時対応を目的として本サービスを導入した。ヘルパーに対しては、抵抗は無く受け入れている。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	週6日のデイサービス通所の疲れのために、通所の拒否があり、現在は週4日に減らしている。就寝介助については、夜の訪問に家族の抵抗があり、毎回キャンセルになっている。妻には、夫の世話をしたい気持ちがあるものの身体的に難しいため、妻の思いを尊重しながらサービスを提供している。本人は、排泄、更衣などの介助が必要であるが、デイサービスの無い日は、一日中のんびり過ごしたいとの本人の希望により、定期訪問はキャンセルになっている。

(16)事例21

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：IV
家族の状況	世帯形態：家族と同居（隣棟の長女と同居）	
傷病名	糖尿病、下肢筋力低下、褥瘡	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：オムツ交換 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均20分、最大30分、最小15分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数								6回	0回	6回
	随時訪問回数								6回	0回	6回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	夜間対応型訪問介護を利用していたが、主介護者の子どもが腰椎圧迫骨折になり、オムツ交換ができなくなったため、平成23年12月から本サービスを導入した。本人に日常生活の様子を聞き、夜間の時間帯を含む1日3回の定期訪問を開始した。本サービスを開始したことで、家族がオムツ交換することがなくなり、腰痛も軽減してきた。本サービス以外に週2回の訪問看護と週1回の訪問入浴を利用している。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	状態は安定している。ベッド上ではあるが、家族との会話を楽しみながら食事をしている。本人、家族とも、ヘルパーに対して毎回、感謝の言葉をかけていただいている。これまで介護を一手に引き受けていた家族が、自身の腰椎圧迫骨折でオムツ交換が全く出来なくなっても、施設入所ではなく住み慣れた自宅での生活が継続できたことに、大変喜んでもらえている。

(17)事例22

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：A 日常生活自立度（認知）：自立
家族の状況	世帯形態：単身	
傷病名	パーキンソン病	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：安否確認、買い物、ゴミ出し、洗濯、リハビリ体操 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均11分、最大15分、最小10分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0回	0回	0回	0回	0回	0回	1回	0回	2回	3回
	随時訪問回数	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、福祉用具貸与 介護保険以外：医療保険による訪問リハビリ（1回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	世帯構成は独居で、親戚とも音信不通のため、介護の協力は得られない状況であった。平成22年夏頃からパーキンソン病が悪化し、振せんが強くなった。腰痛や右膝痛もあったため、同年9月より安否確認、ゴミ出し等を行うことを目的として本サービスを導入した。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	平成23年1月に居室で動けなくなり、緊急コールで救急搬送された。2月に退院し、本サービスにて在宅生活を継続していた。11月に体調不良で入院し、12月初旬に退院したが、足の痛みが強く、立位・座位ともに困難でトイレにも行けなくなった。ケアマネジャーと相談し、痛みが続く場合は再入院の手続きをとることを確認。1週間後の定期訪問時にトイレの入口で転倒しているところを発見した。痛みが強く、在宅生活は困難と判断し、救急要請にて入院した。要介護度や経済状況から、従来の訪問介護では対応は難しい事例であったが、早期の対応で重篤な状況を回避でき、本サービスの効果を発揮できた。

(18)事例23

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護3 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：Ⅲa
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯	
傷病名	水頭症、糖尿病、網膜症、認知症、急性硬膜下血腫、心筋梗塞	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：おむつ交換、体位交換、水分補給、検温 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均11分、最大15分、最小10分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数					0回					0回
	随時訪問回数					0回					0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	糖尿病、心筋梗塞、水頭症により認知症が重度化し、平成21年12月にいったん要介護5となった。その後、水頭症の手術を受けて症状が改善し、平成22年6月から要介護3となった。同居の妻も、要介護3であり、施設入所を検討した時期もあったが、子どもの強い希望と、兄弟の協力を得ながら、出来る限り在宅で暮らせるよう、本サービスを導入した。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	サービス開始日に38℃近くの発熱があり、痰の絡みや発汗、体熱感が観察された。家族に診察の必要性を伝え、かかりつけ医の往診の結果、左肺に痰が溜まっていた。しばらく様子を見たが、下肢の疼痛、乏尿、継続的な高熱等によりサービス開始から3日後に病院へ入院し、退院の日程が未定のため、いったんサービスを終了した。

(19)事例24

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護 5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：自立
家族の状況	世帯形態：家族と同居（二世帯）	
傷病名	左第4・5指欠損、肺炎、前立腺肥大、糖尿病、慢性呼吸不全	
必要な医療ケア	痰の吸引、胃ろう管理、	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：おむつ交換、体位変換、口腔ケア 妻が吸引する際に本人の手などを抑える 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 20 分、最大 30 分、最小 10 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数								0 回	0 回	0 回
	随時訪問回数								0 回	0 回	0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与 介護保険以外：往診（2 回/月）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	誤嚥性肺炎により胃ろうを造設し、平成 23 年 12 月に退院した。入院時カンファレンスにより、一日複数回の痰の吸引が必須であり、痰の吸引補助と排泄介助を行うことを目的に本サービスを導入した。痰の吸引は、同居の妻と週 3 回訪問する訪問看護師が行っている。妻は、胃ろうの管理や痰の吸引などが初めてであり、介護不安があった。同居の子どもは、就労のため介護に関われず、本人の身の回りの世話は妻が行っている。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	サービス開始時は、37.5℃以上の発熱があることが多かったが、現在は、発熱することもなく状態は落ち着いている。妻は、退院当初は戸惑いながら痰の吸引等を行っていたが、ヘルパーが声をかける中で徐々に落ち着き、手際も良くなってきた。本人とのコミュニケーションは、ヘルパーが毎日複数回訪問していることで、頷く程度から単語での会話が可能になってきている。下肢を右に曲げていることが多い為、訪問時に下肢を伸ばすよう声かけをしている。褥瘡はできていない。

(20)事例25

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：IV
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯（要支援の妻と同居） 近県に住む長男が2週間に1度訪問	
傷病名	認知症、脳梗塞、ヘルニア	
必要な医療ケア	服薬管理、排便管理	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：排泄介助、デイサービスの送迎、洗濯物取り込み 利用回数：3回/日 1回あたりサービス時間：平均20分、最大35分、最小15分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数									0回	0回
	随時訪問回数									0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、ショートステイ 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	週6回デイサービスに通っているが、朝の送り出しの時に、尿汚染の処理等で準備に時間が掛かっていた。排尿の多くは明け方にあるようで、尿失禁の状態が定期訪問の時間まで続いている状況だった。尿失禁による洗濯物が多く、家族の介護負担となっていたため、排泄介助、洗濯物の取り込みを主な目的として本サービスを導入した。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	早朝の時間帯に短時間の排泄介助を行うことで、朝のデイサービスへの送り出しがスムーズになった。 デイサービスの迎えのための訪問に合わせて、洗濯物の取り込みを行い、要支援で歩行器を使用している妻の介護負担の軽減を図っている。

(21)事例26

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：IV
家族の状況	世帯形態：家族と同居	
傷病名	認知症、脳梗塞	
必要な医療ケア	排便コントロール、病状観察	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：オムツ交換、水分補給、体位変換 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 11 分、最大 15 分、最小 10 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数	0 回	0 回	3 回	2 回	1 回	1 回	2 回	4 回	0 回	13 回
	随時訪問回数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、通所介護、福祉用具貸与 介護保険以外：なし										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	平成 22 年 7 月頃から、主に介護を担っていた子どもの配偶者の腰痛が悪化したため、9 月から本サービスを導入した。就労している子どもも休日は積極的に介護を行っていたが、深夜の対応が続き、心身ともに疲れていた。1 日複数回ヘルパーが訪問し、オムツ交換等を行うことで、本人の介護だけでなく家族の心身の負担軽減をめざしている。
現在の状況 (終了している場合は、終了までの経緯)	引き続き、安定した健康状態、ADL を維持している。食事の摂取量も殆ど日差がない。デイサービス、訪問看護、訪問入浴の利用やかかりつけ医への往診をしながら、サービスを引き続き可能な限り利用していることが窺える。季節の変わり目は発熱することが多いが、現在のところ元気な様子であり、ADL の変化を微小に抑えるよう努めるという目標は達成でいっている。引き続き微細な変化に注視しつつ ADL を可能な限り維持していく。

(22)事例29

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護2 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：J 日常生活自立度（認知）：I
家族の状況	世帯形態：単身	
傷病名	動脈瘤、腎不全	
必要な医療ケア		

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：布団とりこみ、透析の送り出し 利用回数：2 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 30 分、最大 40 分、最小 25 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数									0 回	0 回
	随時訪問回数									0 回	0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、通所介護 介護保険以外：通院（透析 3 回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	以前は、本人のペースで日々の買い物を行いながら、週 1 回の訪問介護で重い買い物の代行を行っていた。動脈瘤の治療のために入院し、退院後の在宅生活を支援する目的で本サービスを導入した。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	<p>退院後の ADL が、入院中の見込みほどには低下していなかったため、透析の時間に合わせて定期訪問を実施したが、本人からサービス中止の申し出があり、サービスを終了した。</p> <p>退院時のサービス利用に関しては、身体の回復状況の見込みを正確に立てることが困難であるため、特に、退院前に本人とよく話し合い、相互に十分理解を深めておく必要があった。また、ケアマネジャーとも、本サービスの計画と実施状況について、きめ細かく共有することが重要であった。</p> <p>退院前のアセスメントの重要性と難しさを学ぶことができた事例であった。</p>

(23)事例30

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護4 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：IV
家族の状況	世帯形態：単身 成見後見人が隣に住んでいる	
傷病名	食道癌（終末期）、肺炎、甲状腺機能低下、高血圧症	
必要な医療ケア	癌に関する服薬管理（疼痛管理）、栄養管理	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：安否確認、覚醒時排泄介助 利用回数：2回/日 1回あたりサービス時間：平均7分、最大15分、最小5分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数									0回	0回
	随時訪問回数									0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問入浴、福祉用具貸与 介護保険以外：訪問診療（1回/週）、医療保険による訪問看護（2回/週）、後見人からの見守り支援										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	癌末期の在宅復帰事例であり、退院時に本人から、急変時の延命、救急搬送を望まないとの希望があった。容体が急変した場合は、訪問看護事業所、または後見人に連絡をする等の手順について本人及びケアマネジャーと確認を行った。サービス担当者会議で、訪問の主な目的は「安否確認」であることを確認し、本サービスを導入した。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	1日2回の定期訪問時に、本人は入眠していることが多かったが、毎日安否確認を行った。訪問時、逝去されている本人を発見し、予め確認してあった手順に沿って対応した。 本サービスを利用することで、本人負担の少ない柔軟な短時間サービスを実施することができた。短期間で終了となったが、本サービスで安否確認を行うことが、本人にとって在宅復帰を決断する契機となった事例であった。

(24)事例31

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護3 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：I
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯（要支援1の義理の弟と同居） 介護力に不安あり	
傷病名	脊椎腫瘍	
必要な医療ケア		

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：安否確認、覚醒時排泄介助 利用回数：2回/日 1回あたりサービス時間：平均19分、最大30分、最小10分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数									0回	0回
	随時訪問回数									0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、福祉用具貸与 介護保険以外：訪問診療（2回/月）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	脊椎腫瘍で入院していたが、在宅復帰にあたり、本サービスを導入した。日によって状態の変化はあるが、入院中は立位不安定で、介助が必要な状況であった。ポータブルトイレの移乗を中心とした定期訪問を行うことで、在宅生活を支援していくことを目的としている。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	退院後のADLは、入院中の見込みより安定しており、定期訪問に行ったものの、自身でポータブルトイレを使用して排泄を終えている時もあった。その日の状態に合わせて、ポータブルトイレへの誘導、排泄後の処理を行い、柔軟なサービス提供を行っている。

(25) 事例32

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：M
家族の状況	世帯形態：家族と同居（障害のある娘と息子と同居） 主介護者は娘	
傷病名	脳梗塞後遺症、左股関節骨折、右膝関節症	
必要な医療ケア	胃ろう（家族、訪問看護）、排便コントロール、皮膚状態の確認、	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：オムツ交換、体位交換 利用回数：3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 18 分、最大 25 分、最小 15 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数									0 回	0 回
	随時訪問回数									0 回	0 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具貸与 介護保険以外：訪問診療（2 回/月）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	訪問介護（身体 1）による 1 日 3～4 回のサービスを利用しており、20 万円を超える介護保険自己負担額が発生していた。また、皮膚が敏感で、度重なる皮膚トラブルがみられた。訪問介護の利用状況から、本サービスの趣旨に合致しているため、本サービスを導入し、訪問介護は週 3 回の利用に変更した。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	毎日 3 回、ベッド上にて排泄介助・体位交換を実施することで、清潔が保たれ、本サービスの導入後は目立った皮膚トラブルはみられていない。また、緊急コールの設置は、介護を担う家族の安心につながっている。 費用が包括払いとなっている本サービスを利用することで、利用者ニーズに沿ったサービスを定額の利用料で提供でき、自己負担額の軽減を図ることができた。

(26)事例33

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護 5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：C 日常生活自立度（認知）：Ⅲa
家族の状況	世帯形態：高齢者のみ世帯（要介護 2 の妻と同居）	
傷病名	脳梗塞後遺症左麻痺、大腸がん、下血、廃用症候群	
必要な医療ケア	拘縮予防のためのリハビリテーション、排便コントロール、健康指導	

■24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：排泄介助、軟膏塗布 利用回数：2～3 回/日 1 回あたりサービス時間：平均 16 分、最大 30 分、最小 5 分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数								1 回	0 回	1 回
	随時訪問回数								1 回	0 回	1 回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、福祉用具貸与 介護保険以外：訪問診療（2 回/月）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	1 日の最後の訪問介護（排泄介助）が夕方であり、その後は同居の妻がパットの交換のみを行い、翌朝 9 時までの 15 時間は介護サービスで対応していない状態であった。夜間帯に排便があった場合は、夜間対応型訪問介護を月に 2～3 回利用していたが、妻の夜間における介護負担が大きかったため、本サービスを導入した。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	訪問看護ステーションと連携を図り、硬縮の状況確認を行なった上でケアの内容を決定した。以前は、夜間コールで随時訪問を要請していたが、本サービスの導入に伴って改めてアセスメントを行った結果、23:00 のヘルパー訪問の希望に沿って、夜間に定期訪問を行うことで、緊急コールの利用回数を減らすことができた。 妻も、夜間ゆっくりと休むことが出来るようになり、生活の安定に大きな効果を上げることができた。

(27)事例34

■基本的な状況

心身の状況	要介護度：要介護5 服薬の有無：有	日常生活自立度（障害）：B 日常生活自立度（認知）：I
家族の状況	世帯形態：家族と同居（妻、長男と同居） 介護者2人は仕事の関係で不規則な生活のため、介護力には不安がある	
傷病名	脳出血、脳梗塞、両上下肢不全麻痺、腎不全	
必要な医療ケア	排便コントロール、服薬指導、健康指導、皮膚状態の確認	

■24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等利用状況

定期巡回	サービス内容：排泄介助、移動介助、水分補給 利用回数：2回/日 1回あたりサービス時間：平均18分、最大40分、最小5分										
随時対応	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
	コール回数									0回	0回
	随時訪問回数									0回	0回
その他のサービス等	介護保険：訪問介護、訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ、福祉用具貸与 介護保険以外：配食サービス（7回/週）										

■サービス利用による状況の変化

利用開始時	脳出血により入院し、リハビリテーションのための転院を経て、在宅復帰となった。同居の家族は全員就労しており、時間も不規則であることから、夜間の介護体制が不可欠であったため、本サービスの導入となった。
現在の状況 （終了している場合は、終了までの経緯）	本サービスにより、夜間も安心して生活を送ることができている。主介護者からは、「昼間のヘルパーも重要だが、夜間に来てもらえることが安心」との感想をいただいている。介護保険サービスと本サービスを組み合わせることで、身体の清潔を保ち、安心した在宅生活を継続することができている。

第3章 必要なサービスを提供するために

1. モデル事業とその効果

この節では、前年度に引き続きモデル事業の効果を検証する。前年度は主に要介護者の普段の日常生活に対しての支援に着目し、生活リズムの調整や家族の介護負担軽減といった効果を検証したが、今年度は本サービスの退院後・緊急時といった場合での効果や、家族に対しての影響について検証を行い、2年間の成果としてサービスの効果と対象者像をまとめた。

(1) 退院後の在宅生活支援(事例1、6、14、15、30)

退院に合わせて、1日複数回訪問することで利用者の状態を継続的に確認できる本サービスを導入することは、在宅生活の復帰に対する利用者の不安を軽減し、心身両面から在宅生活を支援する効果がある。

例えば、事例1では、糖尿病や認知症のある利用者に、1日3回の定期訪問を行うことで、食事の配膳・下膳や服薬管理等を行っている。定期的で確実なヘルパー訪問は、持病のある単身の高齢者にとっても、離れて暮らす家族にとっても在宅生活を続ける上での安心につながっている。また、事例6や14では入院中に衰えた体力を取り戻すため、訪問時に歩行練習や体操の補助を行い、心身機能の維持・向上を図っている。

定期訪問での安否確認をするとともに、排泄介助で家族の介護への負担を軽減することにより、ターミナルでの在宅復帰を可能にした事例も2件ある。利用者の尊厳保持と在宅生活の継続という本モデル事業のコンセプトを実現できた事例といえる。

(2) 随時訪問による定期訪問ニーズの把握(事例2、11、19、22)

随時訪問時に利用者の心身の状況を把握し、随時訪問が多い時間帯に定期訪問を計画的に導入することで、随時訪問の回数を減らすことができる。事例2においては、夜間対応型訪問介護の随時訪問で排泄のタイミングを把握して本モデル事業を導入したため、有効な支援が図れた。

また、定期訪問と随時訪問を組み合わせることで、よりの確な対応が可能となる。事例19では、定期訪問で利用者の体調不良に気づき、家族に知らせるなど迅速に対応した結果、早期治療、回復できた。事例22においては、転倒時に自力で随時訪問のコールをすることもできなかったが、翌朝の定期訪問で発見され、救急

入院となった。従来の訪問介護だけでは早期発見、重篤な状況の回避ができなかった事例であり、定期訪問と随時訪問の二重の訪問サービスが利用者の安全をサポートしたといえる。コール端末を持っていたとしても自力で連絡がとれないような緊急事態の対応も、毎日複数回行うきめ細かな巡回訪問に期待される役割である。

(3) 認知症利用者の安定した生活を維持(事例3、10、15、16、27)

1 日複数回訪問することでのきめ細かなコミュニケーションは、認知症の高齢者のヘルパーに対する抵抗感を軽減する効果をあげている。地域との関わりが少ない場合において、ヘルパーとの日常的なコミュニケーションやレクリエーションが精神的な緩和ケアになっており、認知症の利用者の徘徊を減らす効果をあげている(事例3、16)。

また、こうした精神的なケアの効果は、利用者だけでなく家族にも及んでいる。家族とヘルパー間でのコミュニケーションにより、家族の介護に対する不安や疑問を解消し、利用者と家族の関係が改善しているケースも見られ、1 日複数回ヘルパーと話ができることが、利用者だけでなく家族にとっても、安心や信頼につながっている(事例15、27)。

(4) 医療連携による閉じこもりの方等への支援(事例4、12、18)

利用者の心身のアセスメントには、必要なカロリー量や服薬のリスクといった医療的な事柄についての検討も必要であるため、主治医や看護師との連携が求められる。定期的にカンファレンスの場を設けるなど、医療と介護が密接な連携を図っていくことが、サービスの質を高めることにつながる。

また、事例4では、単身で閉じこもり傾向であった利用者宅を、訪問リハビリの時間に合わせてヘルパーが訪問し、かかりつけ医とも連携しながら血圧、栄養、水分等の検討を行い、栄養状態や日常動作の改善を図っている。定期訪問で体調変化を早期発見し、医療機関で早期治療を行い、傷病の重篤化を回避することができた事例もある。

ヘルパーの定期訪問は、新たな医療的ニーズの発見という意味でも有効である。

(5) 入所しないで在宅生活を継続(事例5、14、21)

介護を必要とする高齢者の状況は、心身の状態の他、世帯状況など、高齢者を取り巻く介護環境も一人ひとり異なっている。また、どういう過ごし方をされたいかという生活への思いも、個人によって違っている。

通所介護や短期入所を利用しながら在宅生活を継続している方も多いが、事例5のように、自宅より長い時間を過ごすことを希望される方にとっては、日中・夜間を通した1日複数回の定期訪問と24時間対応は欠かせない。コールバックサービスで水分補給の確認を行うなど、自宅での暮らしをきめ細かくサポートする本サービスは、自宅での生活を希望される方のニーズに沿ったサービスといえる。

(6)モデル事業の効果

平成22年度、23年度とモデル事業を実施する中で、前述のような様々な効果が検証された。心身の状況をはじめ、世帯、住まいなど、利用者を取り巻く環境は一人ひとり異なっているが、本サービスの効果と利用者像の類型が明らかになった。

<サービスの効果>

○ 介護人材の士気と質の向上における効果

本サービスは、利用者の状況をきめ細かく把握し、継続的にアセスメントを行いながら利用者ニーズに沿って必要なサービス提供を行うものであり、利用者の状況を総合的に把握して柔軟かつ的確に対応するという、従来のサービスにはない幅広い視点とスキルが必要とされる。そのため、介護人材の確保が難しいと想定される一方で、本サービスを行うことを通して多職種間の連携、継続したサービス提供のあり方を実践し、介護者の士気の高揚と質の向上を図ることができる。

○ 頻回訪問の効果

本モデル事業では、定期訪問について、1回20分未満のサービスを1日3回という目安を設けて実施したが、排泄介助や食事の配膳・下膳、服薬介助等、提供できるサービス内容の種類は多様であり、1回の訪問にかかる時間の平均は約17分であったことから、サービス提供時間の設定は妥当であった。

これまで長時間の訪問介護を受けていた利用者からも、本サービスを利用して、短時間の頻回サービスの方が使い勝手が良くて助かったという声があった。短時間の訪問であっても利用者との関係を築くことが出来、時間帯や提供するサービス内容など、利用者のニーズやケアプランの方向性と一致したサービスを提供することができる。

○ 災害時等の対応

震災の発生直後、オペレーションセンターから各利用者のケアコール端末にコールバックをかけて安否確認を行い、柵とベッドに挟まれていた利用者を救出することができた。オペレーションセンター機能を活用することで、緊急時における適切な対応が期待できる。

○ 夜間緊急コールの減少

サービスを通じてのアセスメントや継続的なモニタリングを実施し、計画的に定期訪問を導入することで、随時訪問の回数を減らすことが可能となる場合がある。例えば、随時訪問で排泄介助を行っていた利用者について、サービスを通じて排泄のタイミングを把握し、そこに合わせた定期訪問を行うことで緊急コール回数を減らす等のケースが考えられる。

○ コミュニケーション効果

1 日複数回訪問することでのきめ細かなコミュニケーションは、認知症等の高齢者にとって、ヘルパーに対する抵抗感を軽減する効果をあげている。また、次の訪問が間近に予定されていることで「また来てくれる」という期待が持てるとともに、いざという時は緊急コールが出来るという、24 時間つながっていることでの大きな安心感が、要介護の高齢者の在宅生活を支える効果が期待できる。

○ 家族等が気づきにくい状況変化への対応

高齢者が家族と同居されている場合、却って状況の変化を見落としてしまったり、対応が遅れてしまうケースがある。高齢者は自分から症状を訴えないこともあるため、就労等で日中家を留守にする家族が、日常の変化に気づきにくいことがある。こうした場合には、毎日の定期訪問で利用者の状況をきめ細かく見守り、新たな医療・看護ニーズを発見する等、状況の変化が把握できる。

<利用者像>

○ 要介護度が重度の方

定期的な体位交換やオムツ交換が必要な重度の方の介護は、介護を担う家族等の負担も大きいですが、1 日に複数回必要なケアを行う本事業により、サービスを効率よく提供するとともに、24 時間対応により安心を守ることができる。

○ 世帯状況が単身の方

毎日の食事の配膳・下膳、服薬管理等を通じて安否確認をきめ細かく行うとともに、定期巡回と随時訪問の二重の対応を行うことで、日常生活の支援だけでなく救急対応や生活面を含めた総合的なサービスを提供できる。

○ 認知症の方

決まった時間に毎日訪問することで、ヘルパーへの抵抗感がなくなり、コミュニケーションが円滑に図れるようになって、家族を含めた信頼関係を築くことができる。その効果として、日常の生活リズムが整うとともに、徘徊がほとんどなくなる等、認知症の状態の安定が期待できる。

○ 閉じこもり傾向のある方

歩行が不安定だったり、物忘れがあったりして、心身の機能が低下することで外出の機会が減り、閉じこもり傾向となっていた高齢者に、定期的に声がけや配膳・下膳等を行うことで、日常生活の意欲向上、生活習慣の改善が図れる。

○ 退院・退所直後の方

病院や施設等において、医療・看護・食事・衛生面で手厚いケアを受けていた高齢者が退院・退所して在宅に戻る際には、本人、家族とも特に不安が大きいため、1 日複数回のきめ細かな訪問、24 時間対応が可能な本サービスの導入が、心身両面における安心と負担軽減につながる。

○ 要介護度が軽度の方

要介護度が軽度であっても、医療ケアが必要な方や認知症の方は、複数回の訪問できめ細かく生活全般をサポートしていく必要がある。簡単な料理、洗濯、リハビリ体操などをヘルパーと一緒にすることで、日常生活における意欲が高まり、介護予防（重度化予防）の効果が期待できる。

2. 今後の課題等

この節では、平成 22 年 8 月から実施してきたモデル事業の成果をふまえ、平成 24 年度に創設される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」において、サービスの効果をより具体的に実現していくための課題等について整理する。

(1) 事業者アンケート

23 年度にモデル事業を実施した事業者には、地域包括ケアの推進に向けた今後の活用等についてアンケートを行ったところ、モデル事業の実施にあたって困難であった点や、制度への要望等について、各事業者の立場から課題が寄せられた。

介護人材の確保と育成を図るためには、求人活動の拡大の他、研修により新サービスへの不安解消、離職防止に努めることや、新サービスへの理解と実践を積む必要がある。また、利用者ニーズを的確にとらえるためのオペレーターの質の向上や、一定数の利用者が確保できるまでの採算性の問題などがあげられた。

(2) 医療・看護サービスとの連携

本モデル事業では、定期訪問で看護サービスの提供を行っていないため、サービス導入時のアセスメント等により、医療・看護サービスと連携を図ったが、定期巡回・随時対応型訪問介護看護では、介護と看護の一体的提供の観点から、利用者に主治医の指示に基づく適切な訪問看護サービスを提供しなければならない。

特に、連携型事業者の場合は、定期的・継続的なモニタリングやアセスメント、体調急変時の判断や医師との連携、介護職員への療養上の助言等について、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と訪問看護事業所が、それぞれの事業所規模や人材、地域特性などを考慮しながら、どう連携を図っていくのかが、重要である。訪問看護事業所との契約に基づき、医療ケアを必要とする利用者を支えるサービスとして、利用者に対するアセスメントや、随時対応における連絡体制の確保を図る必要がある。

(3) ケアマネジャーと計画作成責任者の共同マネジメント

定期巡回・随時対応型訪問介護看護においては、利用者の日々の心身状況の把握が可能であり、柔軟にサービスを変更する必要があることから、計画作成責任者がサービス提供日時を決定することができるとされている。ケアマネジャーと計画作成責任者が共同でサービス計画を作成するとともに、計画作成責任者からケアマネジャーへという方向でのコミュニケーションが、従来のサービスに比べて重要にな

る。

本モデル事業でも、退院時の支援としてサービス導入を行ったが、見込みよりもADLが良好、または不良だったため、当初に予定していた巡回訪問サービスが利用者のニーズに合わず、結果としてサービス導入の効果をあげることができなかった事例もあった。

利用者の在宅生活を支える柔軟な支援を行うためには、医療・看護サービスとの連携の他、ケアマネジャーと計画作成責任者との連携が課題であるが、定期訪問等で把握した利用者の状況を、ケアプラン全体に反映・活用させることが可能になるなど利用者にとってのメリットは大きい。利用者や家族のニーズやケアプラン全体の方向と一致したサービスを提供するために、状況の変化に応じてきめ細かくプランの内容を修正するなど、それぞれの役割分担と一体的な管理の下で、迅速かつ柔軟・的確な対応が求められる。

(4) 地域との連携

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、毎日複数回訪問することで利用者の心身の状況をきめ細かく的確に把握するだけでなく、ケアマネジャー、訪問介護、訪問看護等が連携して、緊急対応も行う包括的なサービスである。

介護が必要となっても、地域で暮らし続けたいという高齢者の願いをかなえる本サービスを、必要な方に効果的に利用していただくためには、利用者や家族、地域住民、医療関係者、地域包括支援センターの職員等の要望や助言を聞き、利用者が培ってきた地域での人間関係を重視しながらサービス提供に努めなければならない。介護・医療連携推進会議の場の活用や、民生委員との連携を行い、地域に密着したより適切で効果的なサービスの提供を目指していく必要がある。

(5) 要支援の方へのサービス提供

本モデル事業では、原則として要介護1～5の方を対象としたが、地域包括支援センターからの相談により、末期がんの要支援者へもサービス提供を行った。その結果、定期巡回による服薬管理やオペレーションセンターを活用した鎮痛剤の残量確認などは、単身で暮らす利用者の不安の軽減に非常に有効であった。この事例のように、定期巡回・随時対応型訪問介護看護により利用者の心身のケアと改善が著しく期待できる場合については、対象者を拡大することも今後の検討課題と考える。

(6) サービス普及への取り組み

本モデル事業では、定期巡回サービス、随時対応サービス、随時訪問サービス、を提供し、利用者の日常生活上の介護や緊急対応を行ってきた。

利用者の尊厳を保持し、可能な限り居宅においてその有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう援助し、心身機能の維持回復を目指す、という定期巡回・随時対応型訪問介護看護の基本方針は、法改正の周知の中である程度浸透してきたと思われる。

しかし、保険者による公募指定や介護報酬改定の動き等をみても、一体型・連携型、事業所間の契約、看護・介護職員連携強化加算、計画作成責任者と介護支援専門員、緊急通報設備、兼務の要件等、地域の実情や各事業所の連携、運営方法など、サービスの提供体制は多様な形態が想定される。また、定期訪問で把握した利用者の状態を、最新情報として蓄積・共有し、次の訪問や対応に繋げていくことも求められる。

地域包括ケアの根幹となるこの新サービスが、真に利用者にとって効果的なものとなるためには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所はもちろん、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問看護事業所等で、介護サービスに関わる職員が、この新しいサービスの広い概念を十分理解し、工夫しながら一人ひとりの利用者にとって最善のサービス提供をめざしていく必要がある。

多職種が連携して、チームで支える多角的、継続的な効果を発揮できるよう、様々な機会と手法を用いて、今後のサービス普及を図っていきたい。

3. おわりに

平成 22 年 8 月から実施してきた本モデル事業は、介護保険法の改正により、平成 24 年度から「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」として、介護保険の地域密着型サービスに位置づけられる。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は、単身・重度の要介護者であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で、尊厳と個別性が尊重された生活を継続することが出来るような社会環境の整備をめざした、「地域包括ケア」の仕組みを支える基礎的なサービスである。

内容としては、介護と看護が連携を図りつつ「定期巡回」「随時対応」の手段を適宜・適切に組み合わせて、必要なタイミングで必要な量と内容のケアを一体的に提供する新しいサービス類型となっている。

包括的なサービスを提供するにあたり、指定のあり方や、一体型・連携型あるいは事業所間の契約など事業所の体制、計画作成責任者と介護支援専門員の連携等、様々なサービスの提供体制が想定される。

多彩な職種の専門性を生かした、柔軟できめ細かなサービス提供の実現には、各事業所、ケアマネジャー、ヘルパー、看護師、オペレーター等が、この新しいサービスの趣旨と仕組みとを正しく理解し、的確な情報共有のもとで、利用者の状況に合わせてそれぞれの役割を十分果たしていく必要がある。

国のモデル事業の実施に先駆け、24 時間対応サービスの実現をめざして先進的に取り組んできた世田谷区としては、新しく創設される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が、高齢者の在宅生活を支える仕組みとして効果的な機能を発揮するよう、今後も研究・普及を図っていきたい。

資 料 編

1. 平成 23 年度世田谷区 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業実施要綱

23 世介保第 203 号

平成 23 年 4 月 1 日

(目的)

第 1 条 居宅要介護者（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 2 項に規定する居宅要介護者をいう。以下同じ。）に対し、介護と看護の連携のもと、短時間の定期巡回訪問サービス及び通報システムによる随時対応サービスを適宜かつ適切に組み合わせて提供し、高齢者が住み慣れた地域で安心して在宅生活を継続するための効果的なサービス提供のあり方について検証を行うことを目的とする。

(事業の対象者)

第 2 条 平成 23 年度世田谷区 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業（以下「事業」という。）の対象者は、区内に居住する居宅要介護者とする。

(事業の内容)

第 3 条 事業の内容は、次の各号に掲げるサービス等の区分に応じて定めるものとする。

- (1) 定期巡回訪問サービス 事業の利用者に対し、あらかじめ作成された計画に基づき、日常生活上の世話を、必要に応じて 1 日数回程度提供するものであって、原則として、そのサービスの提供に要する標準的な時間が 1 回当たりおおむね 20 分未満のもの。
- (2) 随時対応サービス 利用者に対し、24 時間 365 日対応可能な窓口を設置し、当該窓口寄せられた利用者からの電話その他の通信装置等による連絡、通報等に対応する職員（以下「オペレーター」という。）を配置し、利用者からの通報内容に応じて随時の対応（通話による相談援助、転倒時等における訪問サービスの提供（定期巡回訪問サービスに係るものを除く。）、医療機関等への通報等をいう。）をするもの。
- (3) 事業の内容の検討 有識者、地域包括支援センターの職員等による検討委員会を設置し、事業の企画、利用者の要介護度等及び介護保険サービスに関するニーズの変化並びに事業に要した経費、人員体制等について検証等を行うもの

(事業の実施)

第 4 条 事業の実施にあたっては、次に掲げる事項に留意するものとする。

- (1) 指定居宅介護支援事業所と連携して、あらかじめ利用者の心身の状況及び他の介護保険サービスの利用状況を勘案し、適切なアセスメントに基づいたサービスを提供すること。
- (2) 利用者のかかりつけ医、地域の医療機関、指定訪問看護事業所等との緊密な連携及び利用者の医療・看護ニーズへの対応を迅速に行う体制を確保すること
- (3) 定期巡回訪問サービス及び随時対応サービス（訪問サービスに係るものに限

る。)は、介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、訪問介護員１級過程修了者又は訪問介護員２級過程修了者により提供するものとする。

- (4) オペレーターのうち１名以上については、看護師、介護福祉士、医師、保健師、社会福祉士、准看護師又は介護支援専門員を充てること。
- (5) 利用者に対し、事前のアセスメントに基づき、どのような場合に随時の訪問サービスを提供するのかについて説明を行うこと。
- (6) 利用者は、経費の一部を負担すること。

附 則

この要綱は、平成２３年４月１日から施行し、平成２４年３月３１日限り、その効力を失う。

2. 24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス事業検討委員会

(1)開催の趣旨

介護保険法の改正により、平成 24 年度から地域密着型サービスとして新たに創設される「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」の円滑なサービス導入に向け、利用者の要介護状態、介護ニーズ等の変化、本事業に係る経費、人員体制、医療・看護との連携等の様々な課題について研究し、効果的なサービス提供のあり方について検証を行うため、検討委員会を設置した。

(2)検討委員会委員

とちもと いちさぶろう 栃本 一三郎	上智大学 総合人間科学部長
わだ まさる 和田 勝	国際医療福祉大学大学院教授
すえのぶ のりこ 末延 法子	主任介護支援専門員
おがわ あさえ 小川 朝恵	松原あんしんすこやかセンター 管理者
ほりかわ たかひと 堀川 雄人	世田谷区 地域福祉部長

平成 23 年度
世田谷区24時間対応の定期巡回・随時対応サービス
(モデル事業)報告書

平成 24 年 3 月発行

世田谷区 地域福祉部 介護保険課

〒154-8504 世田谷区世田谷 4-21-27

T E L : 03-5432-1111

F A X : 03-5432-3042

<http://www.city.setagaya.tokyo.jp//>