

定期巡回・随時対応サービス モデル事業について（概要）

（1）定期巡回・随時対応サービスの概要

重度者を始めとした要介護高齢者の在宅支援を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービスとして、平成24年4月1日より地域密着型サービスとして実施されます。

（2）モデル事業の実施

高齢者が住み慣れた地域の在宅で安心して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するため、国がモデル事業を実施する市町村を募集。尼崎市においても、来年度少しでも早い時期に同サービスの提供が開始できるよう、公募により介護サービス事業者を選定し、委託によりモデル事業を実施（平成23年9月～24年3月）。

（3）モデル事業実施事業者公募

① 対象事業

尼崎市内で訪問介護もしくは訪問看護事業を実施する事業者を対象に公募（告知方法に関しては、尼崎市ホームページに掲載すると共に、市内で訪問介護事業を行う事業者及び訪問看護を行う事業者に対し、ファクスにて通知）を行いました。

② 受付期間

平成23年7月1日～平成23年7月11日

③ 申込事業者

4社（訪問介護3社、訪問看護1社）

法人名	所在地	市内実施事業
A介護(株)	次屋	訪問介護・居宅介護支援
(有)B介護	七松町	訪問介護・居宅介護支援
(社)兵庫県看護協会	南塚口町 1-26-28	訪問看護・居宅介護支援
(株)C介護	南塚口町	訪問介護

④ 選定方法

有識者からなる審査会による書類審査

⑤ 委託事業者

(社)兵庫県看護協会

(4) モデル事業実施報告

① 事業概要

事業開始年月日	平成 23 年 9 月 21 日
実施法人	社団法人 兵庫県看護協会看護協会 市内で訪問看護事業所と居宅介護支援事業所を運営
利用者負担額	介護度、利用回数に関係なく月額 2 万円
利用者数	独居 3 人、高齢者世帯 2 人の計 5 人
コール端末	モデル事業専用の携帯電話
鍵の管理	事業者で鍵を預かり管理 2 人 利用者宅にキーボックスを設置 3 人

② モデル事業に対する意見（報酬決定前）

利用者・家族	<ul style="list-style-type: none"> ●サービスの回数が増えて非常に助かっている。家族の負担も軽減している(週 2 回奈良から介護にきているが、帰りが早くなった)。 ●30分という時間はあっという間で、食事するのにあせってしまう。気を使ってしまう。 ●サービス回数が増える分、サービス提供の職員も多くなり、新しく加わったヘルパーに慣れるのに時間がかかる。新しいヘルパーとコミュニケーションが上手いかず、業務内容や連携について統一できていないことがある。誰に言ったらいいかわからない。 ●今まで 1 日 10 回以上電話をかけていた利用者からのコールが 1 日 2～3 回くらいに減った。(寂しいという内容がほとんど) ●睡眠前に定期巡回することで、精神的に安心できていると思われる。 ●毎日、ヘルパーさんが訪問してくれることに気を使う。 ●慣れてきて、余裕がでてきた。 ●緊急コールをどっち(訪看緊急かモデル事業オペレーター)にしたらいいかわからない。
事業者	<p>【収支について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護報酬が確定していないので不明な点が多い。モデル事業で 2 万円と設定しているが、この金額での運営は困難である。しかし、利用者の自己負担が多くなると、このサービスを受ける希望者が少なくなる可能性もある。 ●対象者の選定によっては、包括の報酬設定であるので回数を多く訪問すればするほど現行の介護報酬との格差(1 回訪問何単位で算定、夜間の加算もある)が生じ、事業所としては不利である。 <p>【サービス内容について】</p>

	<p>●利用者の生活は、短時間の巡回訪問だけでは成り立たない。例えば、おむつ交換だけでケアが終わるわけではなく、おむつ交換をして体位を整えて、必要時は水分や食事の介助をするなどが必要となる。1時間程度の時間が必要な時間帯もある。</p> <p>【人員の確保と教育】</p> <p>●現在、夜間勤務したいと希望される職員もある。又、他事業所との兼務で空いている時間勤務したいとの希望もある。しかし、常勤の介護職員の採用は困難である。</p> <p>●本サービスは身体介護を必要な方を対象にしているが、様々な身体の状態に対応できる介護職員の教育が必要である。又、痰の吸引・胃瘻の管理ができる職員の育成も不可欠である。</p> <p>【オペレーターの育成】</p> <p>●オペレーターへの連絡内容は多岐にわたる。病状の急変などの場合でも適切な連携ができることが必要である。判断できない場合に相談できる体制の構築も不可欠である。（緊急時の連絡体制の整備など）</p> <p>【ケアマネジャーの仕事の評価】</p> <p>●本サービスを調整する為には、既存のケアプランからサービスを変更するなどかなりの業務量が発生する。又、モデル事業の説明や調整も必要で、ケアマネジャーの役割は非常に大きい。</p> <p>【その他】</p> <p>●痰の吸引について訪問看護ステーションで研修してもらってよかった。</p>
行政	<p>●高齢者が住み慣れた地域での在宅生活の継続を可能にするために、その理念は大変すばらしく有効なサービスだと考える。また、このサービスを上手く立ち上げた事業者は、その地域の在宅サービスの中心的な役割を担うことになると考え次期計画中に各日常生活圏域毎に整備をしたいと考えている。</p> <p>●サービス時間が概ね20分程度というのは制度の主旨としては理解できるが、介護現場ではなかなか機械的な流れ作業のサービス提供は難しく、介護度の高い利用者像を想定すると厳しい内容に感じる。しかし、現在ある在宅サービスとの併用を前提にすると、支給限度額の部分で難しくなる。実際に事業実施に手を上げる事業者が出てこないことには意味がないので、サービス時間と利用単位については事業者（現場）の意見を十分に聞いていただきたい。</p> <p>●当サービスに興味を示す事業者は大変多いが、やはり報酬体系等が見えないところはどこも「必ずやる」ということにはなっていない。出来る限り早期に制度を確定していただきたい。制度確定がないと事業者指定の準備もできないため、モデル事業の利用者は4月になると一旦サービスが切れてしまう。利用者が継続利用を望むのであればそれを可能にしたいというのが実感</p>

(5) 報酬等が出た後の意見

1. 小規模多機能と同様に、ケアマネジャーの動向がこのサービスの立ち上げにおいて大きな役割を持つ。【事業者】
2. 従来型個室より高額なこの単位数で利用できる、利用する在宅の高齢者がはたしてどれだけいるのか？【事業者・行政】
3. 看護師の確保が難しい。また、事業者としてはこの単位数でも非常に厳しい運営は目に見えている。【事業者】
4. サービス付高齢者住宅等への併設による囲い込みへの懸念がある（訪問介護には設けられた同一住宅での多人数利用の減算がない）。【行政】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスモデル事業報告

実施主体（社団法人兵庫県看護協会尼崎訪問看護ステーション）

1. モデル事業の目的

平成24年度に制度化が予定されている「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」について、今年度にモデル事業を行い、高齢者が住み慣れた地域の在宅で安心して生活を継続するための効果的なサービス提供の在り方についての検証を行う。

2. 事業実施機関

平成23年9月～平成24年3月

3. 事業の対象者

尼崎市に居住する居宅要介護者とする。

4. 事業の内容

1) 定期巡回訪問サービス

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。

2) 随時対応のサービス事業

利用者に対し、24時間365日対応可能な窓口を設置し、当該窓口利用者からの電話回線による連絡に対応するオペレーターを配置し、利用者からの通報内容に応じて随時の対応を行う（通話による相談援助、転倒などにおける定期巡回サービス以外の訪問サービスの提供、医療機関等への通報等）。利用者へは事業所から携帯電話を貸出した。

5. 事業の実施

1) 事業の実施に当たっては、居宅介護支援事業所等と連携し、あらかじめ利用者の心身の状況や他の介護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きサービスを提供する事。

2) 事業の実施に当たっては地域の医療機関、利用者のかかりつけ医等との密接な連携を確保し、利用者の医療・看護ニーズの対応を迅速に行う体制を確保すること。

3) 事業の実施に当たっては、配食サービスその他の生活支援サービスなどの活用も併せて検討する事。

4) オペレーターは看護師、介護支援専門員を充てることとする。

5) 利用者は本事業に要する経費の一部を負担することとする。

6) 事業所独自の取決め

- ・利用者は本事業に要する経費の一部（2万円）を負担する事とする。短期入所利用や入院時は日割り計算とする。生活保護世帯は負担なし。
- ・モデル事業での定期巡回・随時対応の訪問介護は身体介護を中心とする。生活支援は介護保険と併用する。
- ・訪問看護は他事業所が担当している利用者については、そのまま訪問看護を継続し、モニタリングのみ尼崎訪問看護ステーションが行う

6. 事業の実際

1) 担当者

訪問介護職員：24名（他の訪問介護事業所と兼務している人が殆ど）

オペレーター：看護師・介護支援専門員が交代で担当する

看護師：今まで利用している訪問看護はそのまま継続し、モデル事業ではモニタリングを中心に訪問看護を実施する。

2) 利用者一覧表

No.	年齢	性別	介護度	認知症自立度	日常生活自立度	家族状況	施設入所希望状況	医療の受療状況	開始年月日	訪問看護の頻度	ヘルパー				その他のサービス	鍵預かり
											朝	昼	夕	眠前		
1			介3	I	B	夫婦	無	通院	9月21日	週1回	60	60	30		配食	有
2			介5	II	C	独居	無	訪問診療	9月22日	週2回	60	60	60	30	生活援助・配食	玄関
3			介5	III	C	夫婦	無	訪問診療	11月1日	週3回	30	30	30		訪問入浴・訪問リハビリ	無
4			介2	I	J	独居	無	通院	11月1日	週3回			60		生活援助通所介護	無
5			介5	II a	C	夫婦	無	訪問診療	11月1日	朝・夕毎日	60	30	30	60	訪問入浴	無

3) モデル事業実施に至らなかった利用者

No.	年齢	性別	介護度	家族状況	理由
1			要支援	独居	精神疾患あり。介護者の了解が得られない
2			介5	日中独居	モデル事業が嫌。夜は娘が介護可
3			支2	独居	訪問がたくさん入るのが嫌
4			介4	独居	他事業所のサービスを限度額以上利用しており、モデル事業への移行が困難
5			介3	夫婦	家族の受け入れが困難
6			介5	息子夫婦同居	説明中
7					吸引が必要。夜間も頻回に必要な為、巡回型には限界があると判断した
8			介5		吸引が必要。夜間も頻回に必要な為、巡回型には限界があると判断した

4) 随時対応について

	コール件数	訪問件数	訪問内容
9月	2件	0	
10月	3件	0	
11月	17件	1	同居の要支援者の夫がトイレで動けなくなった
12月	21件	2	①オムツの当て方がおかしい。②精神的不安で興奮状態
1月	24件	0	
2月	2件	1	嘔吐した
3月	2件	0	

7. まとめ

【モデル事業の効果について】

- ・ 定期的に訪問してくれるので安心する
- ・ いつでもオペレーターが対応してくれるので安心する。
- ・ 家族も体が不自由なため介護ができないので、助かっている
- ・ 一緒に夕食を作ったりするのでうれしい、助かっている。不安がなくなった。

【モデル事業の問題点】

- ・ 関わるヘルパー、訪問看護師、介護支援専門員へモデル事業の説明が不足していた。
- ・ 介護保険では、ケアプランにそって時間通りサービスを行っているが、巡回型では必要な時間でのサービスになり混乱した。利用者・家族への繰り返しの説明が不足していた。
- ・ ヘルパーさんによってする事や時間が違うという意見があった。手順づくりが必要。
- ・ 30分では少ないことがあるという意見もあった。時間配分を臨機応変にする必要あり。効率を優先すると利用者の満足度が下がる。しかし経営も考えなければならない。
- ・ ヘルパーによって頼みやすい人、頼みにくい人がいるという意見もあった。人材育成が課題。
- ・ 訪問看護師が行ったモニタリングの結果をケアマネージャーとタイムリーに共有できなかった。
- ・ 看護師が行うモニタリングの内容の検討や学習会が必要。
- ・ サービス担当者会議がタイムリーにできていなかったため、情報の共有が不足していた。
- ・ 他職種・多人数の関わることにより連携がスムーズにいかないことがあった。情報共有の難しさを痛感している
- ・ オペレーターによる随時対応体制が加わったが、今までの緊急連絡ルートもあり、どこに連絡すればいいのか戸惑ったケースがあった。
- ・ 定期巡回・随時対応ではヘルパーの人員が沢山必要の為確保がむずかしかった。
- ・ 今回のモデル事業では、ヘルパーの人員不足のこともあり、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、病院などへ説明できなかった。今後はきちんと広報して行う必要がある。

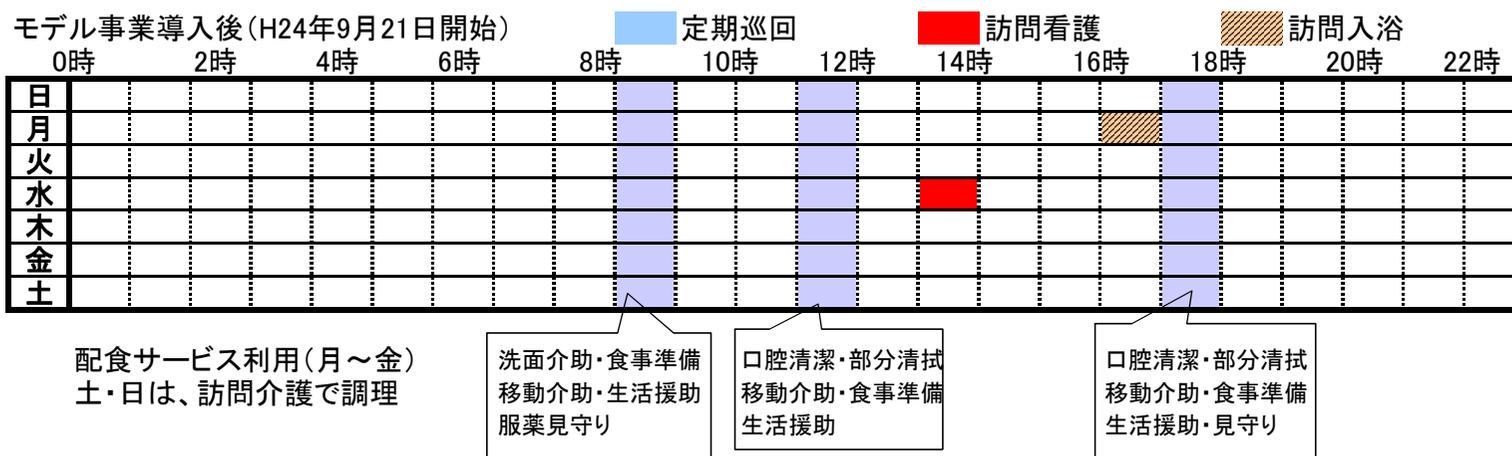
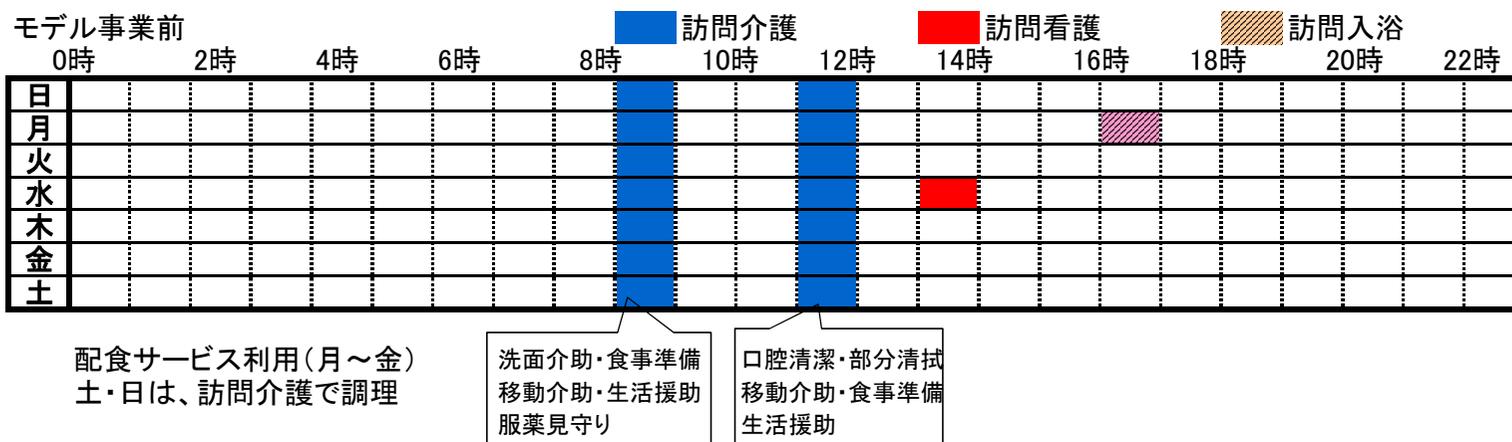
【今後の展望】

- ・ 利用者にとって、概ねこのサービスは安心につながっている。
- ・ 利用者によっては、多くの介護職員が訪問するために混乱する人もいることを念頭にサービスを導入することが必要
- ・ 利用者に今までの訪問介護のサービスとの違いを理解していただいた上で、サービスを導入することが重要
- ・ 利用者すべてが、巡回型サービスの内容や緊急連絡方法を理解することは困難であるので、個々の状況に合わせて関係者が臨機応変に対応する必要がある。
- ・ 一体型も連携型もそれぞれ、連携がキーポイントになる。
- ・ 介護・看護職員がサービスの現場でキャッチした情報をタイムリーに介護支援専門員へ伝え、タイムリーにケアマネジメントできるためにはそれぞれが役割認識し、行動できるようにすることが重要。
- ・ 地域包括支援センターとの連携を十分図ることにより、地域づくりに貢献できる事業である。
- ・ この定期巡回・随時対応型訪問介護看護は今後重要な事業である。
導入時、関係する人たちが、充分連携して、新しいサービスを作り上げていく事が重要でないか。
- ・ モデル事業を利用している人は皆、サービスを継続することが必要である。
市町が早く準備して、空白の期間をなるべく少なくする必要がある。

事例1

【利用者状態像】

高齢者のみの世帯(夫は要支援1)
 要介護 3
 日常生活自立度 B
 認知症日常生活自立度 I
 病名: 膠原病・腰椎圧迫骨折・喘息
 ステロイド治療中
 時間帯によって腰から下肢にかけて、
 激痛が起こり動けなくなる
 H23年4月30日退院



【サービス導入に至った理由】

- モデル事業導入前は、介護サービスを限度額以上使用しており、夕方のケアは遠方から来ている家族が行っていた。家族・本人の負担となっていた。
- 高齢夫婦世帯で、夫も要支援認定されており、夫の介護協力は得られない。
- 特に夕食後の後片付けは本人の負担が大きかった

【サービス事業による効果】

- 1日3回きちんとケアを受けることができ、家族・本人の負担の軽減につながった。
- 夕方サービスが入ることにより、本人、家族の安心感が得られた

- 随時対応の電話があることで、いつでも来てくれるという安心があった
- 移動介助・歩行見守りを毎行行った事で、継続した生活リハとなり徐々に歩行出来るようになった。(入院中の診断では、今後車椅子生活で歩行は難しいと言われていた。
- 同居している要支援の夫が夜間転倒し、オペレーターに連絡があり、緊急対応ができた。

【本人の反応】

- 以前より体調は良くなったが、まだ不安があるので引き続きヘルパーさんに助けてほしい。
- ヘルパーさんによってする事やサービス時間にばらつきがあった事が不満であった。

【家族の反応】

- 娘より: 両親両方の介護に対する身体的・経済的負担が大きいので、できるだけ負担を少なく、今のサービスを落とさず継続してほしい

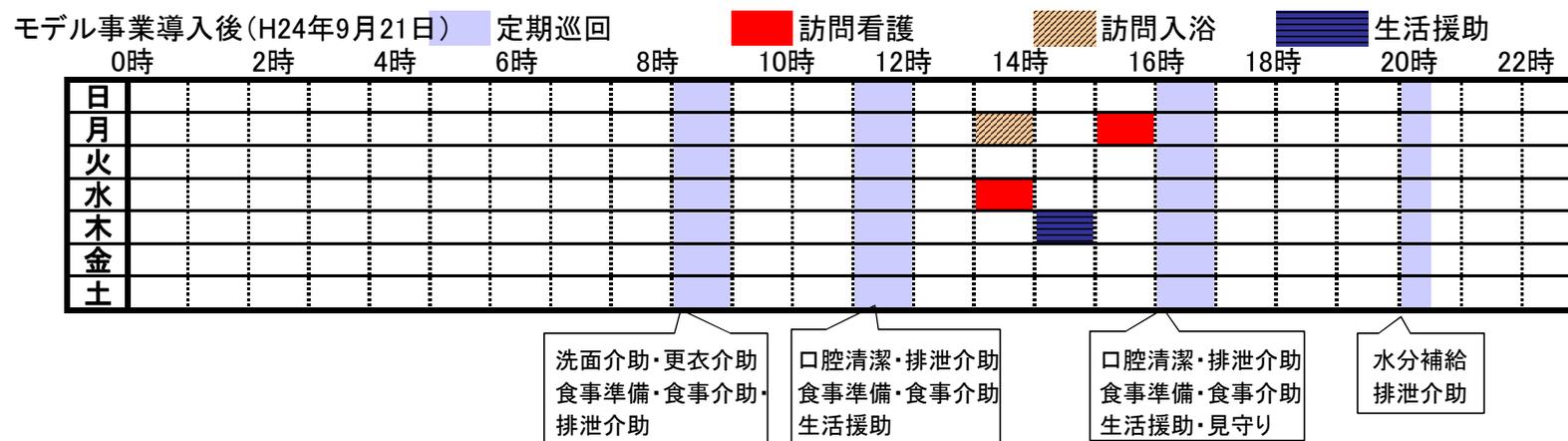
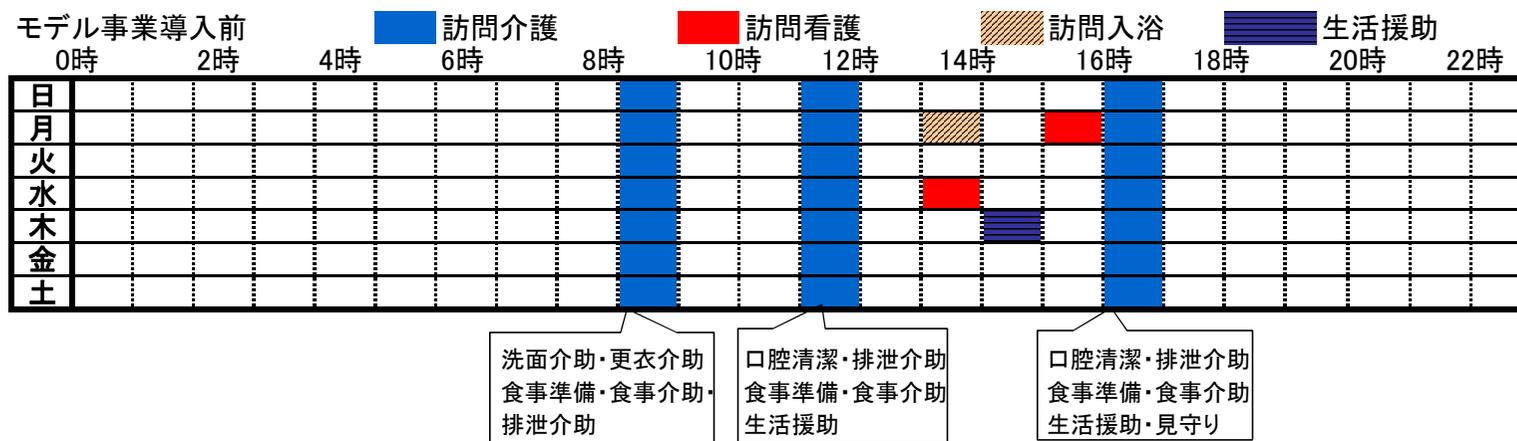
【問題点】

- モデル事業導入前は訪問介護を限度額以上使っており、決められた時間いっぱいケアをしてほしい思いが強い人だった。そのため、モデル事業では必要なケアが終われば終了ということが理解できなかった。
- 定期巡回訪問介護・看護がなければ在宅生活が困難である。
- 鍵を預ける事に不安・抵抗があり、サービス担当者間での鍵の受け渡しが大変であった。

事例2

利用者状態像

独居 生活保護受給者
 要介護 5
 日常生活自立度C
 認知症日常生活自立度 II
 病名：C型肝炎・変形性膝関節症



【サービス導入に至った理由】

- 自宅で転倒し入退院を繰り返していたが、在宅生活を継続したいという本人の強い希望があった
- 認知機能の低下があるため、金銭管理ができず、近親者との関係もうまくいっていなかったため、ケースワーカーを交えて検討が必要であった
- 認知症の進行に伴い、食事摂取量の低下や脱水症状も見られ、体調変化が大きかったため、介護から早期に医療へつなげることが必要だった。
- 夜間不安によるヘルパー事業所への緊急コールが頻繁にあった。

【サービス事業による効果】

- 独居で認知機能の低下があったため、定期的な訪問をすることにより、在宅生活を支えることができた
- サービス開始とともに多くの関係者が関わることになり最初は混乱していたが、慣れてくると定期的に訪問することで、会話もでき、安心感につながった。
- 体調変化時はヘルパーから早期に訪問看護につなげられ対応できた。
- 寝る前に定期訪問する事で脱水予防や不安が軽減出来た。その結果緊急コールは少なくなった。

【家族の反応】

- できれば施設に入ってほしいが、本人が頑なに在宅を希望しているので仕方がない。
- ヘルパーさんみんなに迷惑をかけて申し訳ない。
- 家に居る限り、今のサービスを継続してほしい。

【問題点】

- モデル事業を開始した時、たくさんの方が出入りするようになったため、最初は混乱した。
- 本人は認知症があった為、モデル事業の意味や緊急コールの使い方を説明しても理解が得られなかった。
認知症の人の場合は、家族やキーパーソンへの説明が重要である。
認知症の進行に伴い、不信感や物取られ妄想が出現し興奮状態が多くなり、ケアマネジャーが交代する事になった。
- 今まで、緊急時は、訪問看護が直接対応していたが、モデル事業では最初にオペレーターが対応することになると時間がかかると予測される。

事例3

利用者状態像

高齢者のみの世帯
 要介護 5
 日常生活自立度 C
 認知症日常生活自立度 III
 病名: 大腿骨頸部骨折・尿路感染症・
 嚥下障害

医療的ケア

尿道留置カテーテル
 胃ろう注入



洗面介助・水分補給
 排泄介助
 体位変換

水分補給・排泄介助
 体位変換

水分補給・排泄介助
 体位変換

【サービス導入に至った理由】

○ 高齢の夫が一人で介護をしており介護負担が大きかったが、ヘルパーを利用すると限度額を超え経済的負担が大きくなるため利用出来なかった。

【サービス事業による効果】

- 介護・経済的負担の軽減につながり、在宅サービスが継続できている。
- 定期的に訪問介護が入ることで、夫が安心して社会的参加(ボランティア・公園の掃除など)が出来た。

【家族の反応】

- 一日3回30分で訪問介護は足りている。
- モニタリングの訪問看護の役割がわからなかった。
- 自分も病気を持っているのでしんどくなってきているので、このまま続けてほしい。

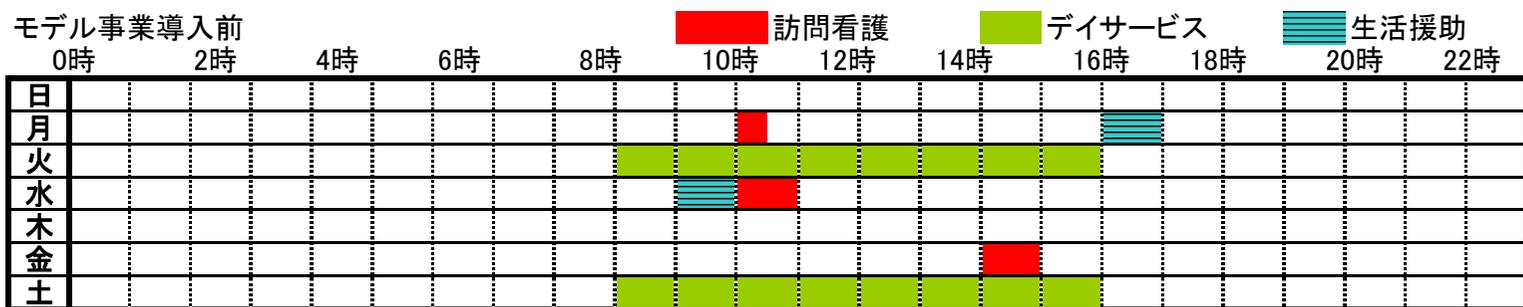
【問題点】

- 高齢夫婦のため、定期巡回訪問介護・看護がなければ在宅生活が困難である。
- 医療依存度・介護度が高くなると、訪問介護以外でのサービス利用が増える。
- 多職種・他事業所が多く関わっていたため、タイムリーな情報共有が難しかった。

事例4

【利用者状態像】

独居
 要介護 2
 日常生活自立度 J
 認知症日常生活自立度 I
 病名:統合失調症



【サービス導入に至った理由】

- 寝る前の内服薬の飲み忘れがあり、精神状態が不安定であった。
- 夕方不安が強く、夕食がしっかり摂れなかった。

【サービス事業による効果】

- 夕方ヘルパーが入り内服薬を準備し声掛けする事で飲み忘れが少なくなった。
- 夕方ヘルパーが入り一緒に食事を作り、しっかり食べる事が出来た。

【本人の反応】

- 夕方ヘルパーさんと一緒に食事を作ったりするのでうれしい。助かっている。

【問題点】

- 精神疾患があり、サービスの変化や生活のリズムが変わる事に対応が難しく精神的に不安定となり入院となった。
- 精神的に不安定であって、頻回な見守りが必要である精神疾患の人は、介護度が軽く出る傾向があり、生活を支えることが困難である。

事例5

【利用者状態像】

高齢者のみの世帯(夫も要支援状態)
要介護 5
日常生活自立度 C
認知症日常生活自立度 II a
病名:パーキンソン病

【医療的ケア】

中心静脈栄養⇒胃瘻

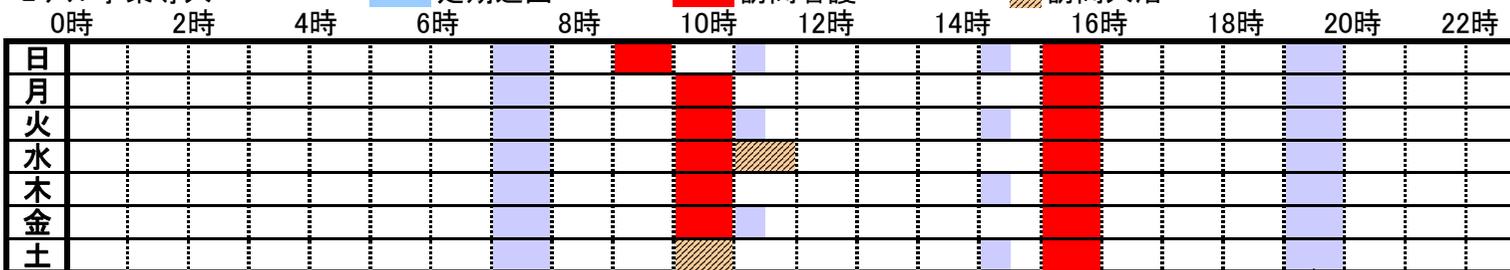
モデル事業導入前は入院中

モデル事業導入

定期巡回

訪問看護

訪問入浴



洗面介助・排泄介助
体位交換・生活援助

口腔清潔・部分清拭
排泄介助・体位交換

口腔清潔・部分清拭
排泄介助・体位交換

口腔清潔・排泄介助
体位交換

【サービス導入に至った理由】

- 転院を繰り返し、老健への入所を検討していたが、本人・夫は在宅を強く希望した。
- 介護度・医療依存度が高く介護力が低いため、介護サービス量が多く必要となり介護保険の限度額を超える。

【サービス事業による効果】

- 希望通りの在宅生活が出来、意欲的になりADLも上がった。
- 入院中には、発語も少なかったがいろんなサービスが関わり積極的に声かけする事で、発語や笑顔が増えた。
- 要支援の夫は安心して、病院受診や外出が出来るようになった。

【本人の反応】

- ヘルパーさんにいつも来てほしい

【家族の反応】

- ヘルパーさんに来てもらわないとやっていけない。30分では短すぎる。何もできない。
- 自分も体が不自由なので一人ではできない。
- 家にいると嬉しそうなので、このまま継続してほしい。

【問題点】

- 頻度の多い定期的なサービスを持続する事で、家族の介護に対する依存度が高くなった。
- サービス回数が増えることによって、サービスに係る人材が多く必要になる。またそのために職種間での連携が重要になってくる。
- 医療依存度や緊急性の高い利用者に対して、オペレーターの判断能力が重要になってくる。
- 介護者が軽度の認知症があった為、緊急時オペレーターよりもいままだ慣れ親しんだケアマネージャーへ連絡をとることが多かった。