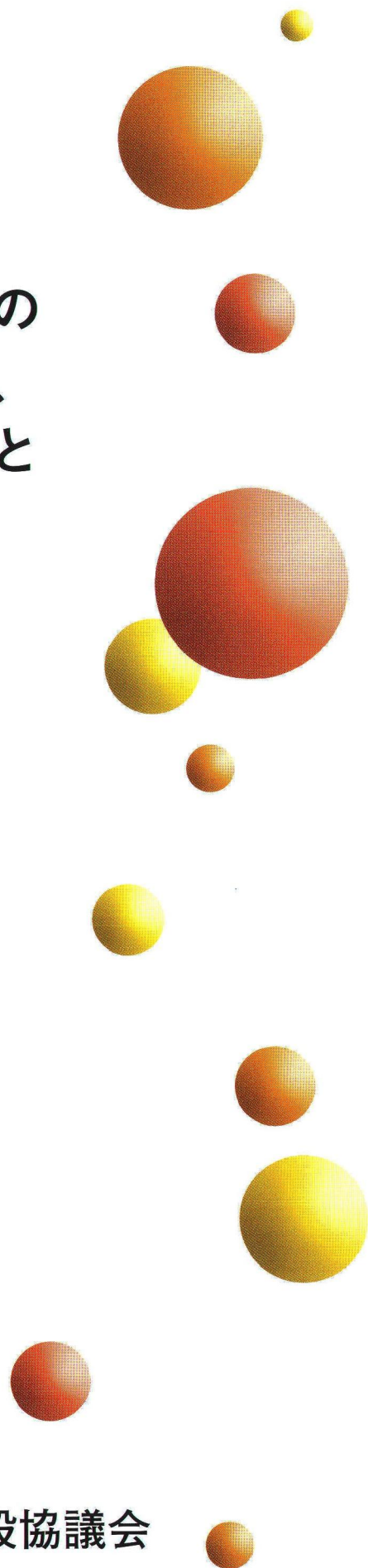


独立行政法人 福祉医療機構
長寿・子育て・障害者基金助成事業

新しいケアモデル確立のための
ケアハウス、グループホーム、
高齢者共同住宅等の位置づけと
その利用実態に関する
調査研究事業報告書

平成17年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会



はじめに

長生きして良かったと感じられる高齢社会。それが私達の究極の理想であろう。しかしながら介護保険の見直し時期を迎えた現在においても未だ抱える問題は多い、特に認知症高齢者は介護にあたる家族に、不安、困惑を与えることも多い。こうした現状の中でも要介護者の尊厳を損なうことなく如何に介護していくかは介護保険制度の中でも重要な課題となっている。現在までの経験の中から認知症の進行予防のためには生活の継続性を如何に維持するかが重要であり、そのために可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を送る体制づくりが重要である。介護保険制度の見直しの中でも「地域密着型サービス」として住み慣れた環境の中での生活維持を重点課題として取り上げている。

国保直診はこれまで保健・医療・福祉を統合した地域包括ケアの理念を掲げ地域におけるケア活動を展開してきた。地域包括ケアは高齢社会の中で求められている地域ケアのモデルであり、高齢者の居住地で展開されてきた活動はまさに地域に密着したケアサービスとも言えよう。

介護保険制度の中で従来の施設ケアから在宅に近いグループホーム、ケアハウス、小規模多機能施設、高齢者共同住宅などが新たなケア体制が展開されつつある。こうした施設は介護老人保健施設、介護老人福祉施設等とは異なり、高齢者の生活の場により近い場所で展開される新たなサービス体系として期待されている。一面、施設開設のハードルは低く、質の担保も確立されていないなど問題点も指摘されている。

新しいケアモデル確立のためのケアハウス、グループホーム、高齢者共同住宅等の位置づけとその利用実態に関する調査研究事業である本事業は国保直診および機能連携のあるケアハウス、グループホーム、小規模多機能施設、高齢者共同住宅などの地域に密着したケアサービス施設における医療機関に対するニーズ、連携状況について調査し、地域に密着したケアサービスのあり方とその展開において期待される医療機関の役割について検証を加えた。

連携のパターンとして「パートナー型」、「サポート型」、「ネットワーク型」の関与形式があることが明になったが、いずれのパターンにせよ地域に密着したケアサービスの充実を図り、その質の維持のためにも医療機関の支援活動が極めて重要であることが明らかになった。

また、要介護者が継続して介護を受けるためには地域として一定の介護の質を維持することが重要でありそのためには医療機関が参加したネットワーク型の支援体制の構築が重要であると考えられた。地域包括ケアを展開してきた国保直診は、この求められている医療パワーの最右翼に位置していると考えられその役割は大きい。

本事業の成果を踏まえ、各国保直診がその所在地域において質の高い「地域に密着したケアサービス」を支える役割をはたして頂ければ幸いである。

終わりにあたり、日常業務繁多な中で本事業にご協力頂いた国保直診ならびに関係各位に心より感謝申し上げますと共に、本事業のとりまとめにご尽力頂きました前沢委員長はじめ委員の方々、貴重なご助言を賜りました皆様に厚く御礼申し上げます。

平成 17 年 3 月

全国国民健康保険診療施設協議会
会 長 富 永 芳 徳

新しいケアモデル確立のためのケアハウス、グループホーム、高齢者共同住宅等の
位置づけとその利用実態に関する調査研究事業

目 次

I. 事業の概要	1
1. 事業の背景と目的	1
2. 事業の流れ	2
(1) 調査研究事業の企画	2
(2) 全国調査の実施: 全国状況の把握	2
(3) 事業所訪問調査の実施: 個別具体的な連携状況の把握	4
(4) 現地訪問ヒアリング調査の実施: 課題の抽出・解決方策の検討	7
(5) 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方セミナーの開催: 全国への普及	7
(6) 事業のまとめ	8
3. 検討体制	9
(1) 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方に関する検討委員会	9
(2) 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方に関する検討委員会 作業部会	9
4. 調査結果の概要	10
II. 「ケア付き小規模居住系サービス」の施策動向と現状	16
1. 「ケア付き小規模居住系サービス」の施策展開	16
(1) 厚生労働省における施策動向	16
(2) 国土交通省における施策動向	17
2. 国保直診所在地域における「ケア付き小規模居住系サービス」の現状	19
(1) 国保直診施設周辺での「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況	19
(2) 設置主体	19
(3) 運営主体	20
(4) 利用定員	21
(5) 従業者数	21
III. 「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関を取り巻く環境	22
1. 「ケア付き小規模居住系サービス」と国保直診との連携の現状	22
(1) 国保直診との連携状況	22
2. 認知症高齢者ケア需要と「ケア付き小規模居住系サービス」の重要性	23
(1) 認知症高齢者ケアのための施設需要について	23
(2) 新しい認知症高齢者ケアの仕組みの必要性	23
IV. 「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関との連携における課題	25
1. 対象事業所の概要と医療機関との連携状況	25

(1) 対象事業所の概要	25
(2) 調査対象事業所の連携の状況	27
(3) 国保直診との連携状況	29
2. 医療機関との連携に際しての問題点	30
(1) 医療サービスとの連携における問題点	30
(2) ターミナルケアに関する問題点	31
(3) 医療的ケアへの需要状況	33
3. 「ケア付き小規模居住系サービス」事業所における課題	38
(1) 健康づくり・介護予防	38
(2) 日常の医療的ケア	38
(3) 慢性疾患の管理	38
(4) 認知症ケア	38
(5) 通院・訪問診療・往診・入院	39
(6) ターミナルケア	39
(7) その他	39
4. 医療機関としてできると思われること	40
(1) 利用者に対する支援	40
(2) 家族に対する支援	41
(3) 事業所スタッフに対する支援	41
5. 連携の3つのモデル	43
(1) パートナー型医療機関～事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる～	43
(2) サポーター型医療機関～利用者に関わる事業所・機関を緊急時に備え後方支援する～	44
(3) ネットワーク型包括ケア機関～利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ～	45
6. 3つの連携の相互補完	46
7. 連携モデル実現に向けての課題	47
(1) 医療サービス提供の実効性の確保	47
(2) 「協力医療機関」の役割の明確化	47
(3) サービス事業所スタッフとの「共通認識」の醸成	48
V. 参考資料	49
(1) 実施のねらい	50
(2) 基調講演・事例発表 資料	51
2. 現地訪問ヒアリング調査結果	63
(1) 広島県・公立みつぎ総合病院	63
(2) 島根県・安来市立病院	70
3. 調査票	73

I. 事業の概要

1. 事業の背景と目的

我が国における認知症¹高齢者は今後急増し、認知症高齢者対策の重要性が高まっている。認知症高齢者は重症度や行動パターンがさまざまであることから画一的なケア形態に収束できる性質のものではない。介護保険制度見直しの中でも、可能な限り住み慣れた環境の中でそれまでと変わらない生活を送ることができるよう「生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系」が検討されている。こうした施策動向を踏まえ、近年、ケアハウス、グループホーム、小規模多機能施設、高齢者共同住宅といった、施設サービスでもなく在宅サービスでもない「ケア付き小規模居住系サービス」に対する関心が高まっている。（なお、こうした状況を踏まえ、本調査ではケアハウス、グループホーム、小規模多機能施設、高齢者共同住宅等を「ケア付き小規模居住系サービス」と総称することとした。）

国保直診（国保直営診療施設：以下同じ）は、これまで、医療機関としてさまざまな予防・治療・ケアサービスを提供するとともに、地域包括ケアを展開する中核機関として、他の医療機関、ケアマネジャー、介護保険事業者、市町村等と連携して、誰もが住み慣れた地域に生活し続けられるように、効果的かつ重層的な支援を行ってきた。

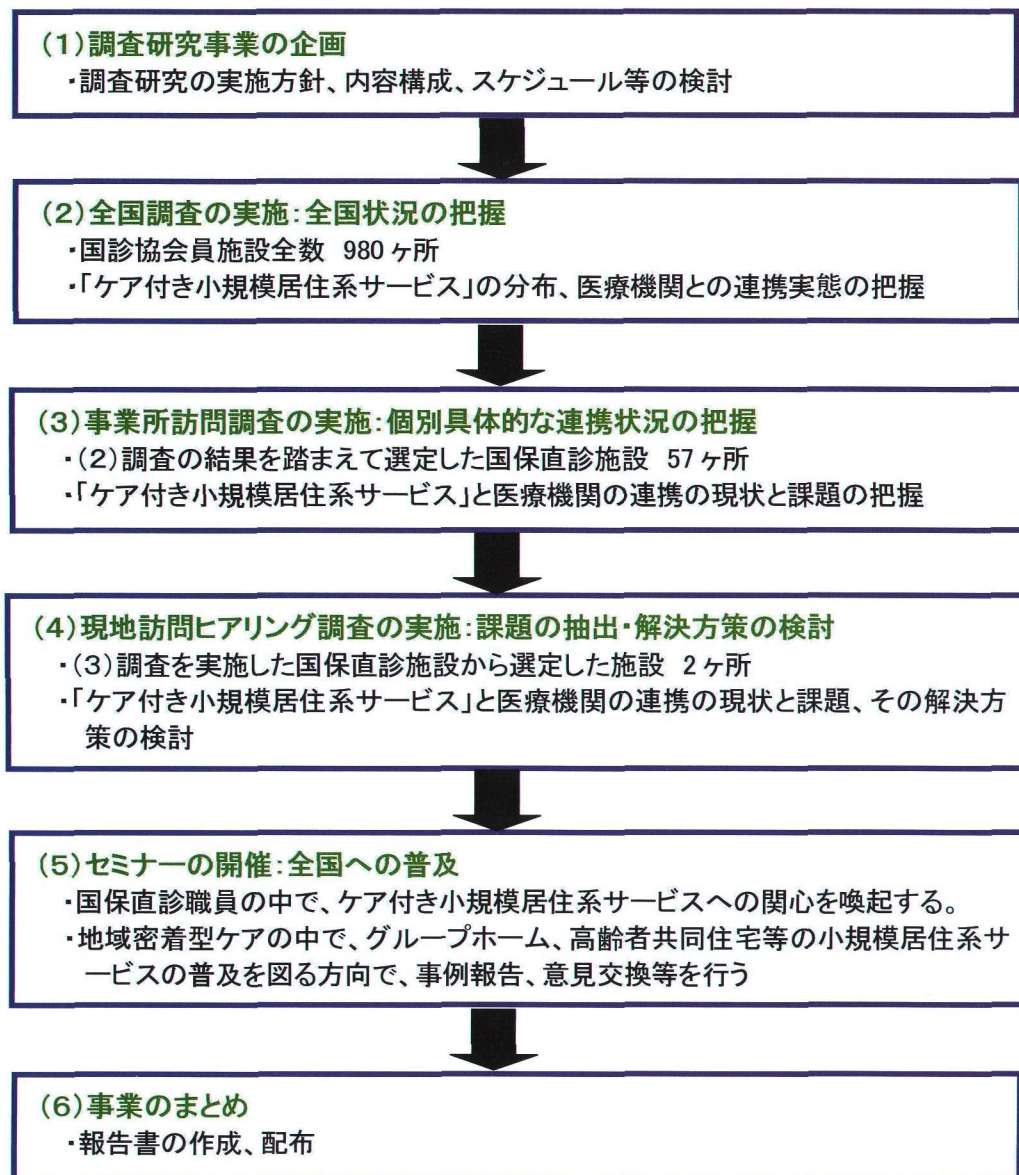
こうした現状をふまえると、今後は、新しいサービス体系である「ケア付き小規模居住系サービス」についても、国保直診が医療機関として、かつ地域包括ケアを展開する中核機関としてどのように関わっていくか、その方向性が問われることとなる。

そこで、本事業では、国保直診施設所在地域で運営されている、ケアハウス、グループホーム、小規模多機能施設、高齢者共同住宅等の「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況および在宅サービスや他の施設との連携状況を把握、さらにこれらのサービスが高齢者のニーズに対し提供サービスの質をどのように担保しているか、どのような問題点を内包しているか、さらに医療機関との連携状況や医療機関に対するニーズなどを調査した。

その結果を踏まえ、「ケア付き小規模居住系サービス」が地域における高齢者ケアの新たな受け皿としてより多くの役割を果たせるよう、内包する問題点の解決やサービスの質を担保していくために医療機関は何をなすべきかを検討し、医療機関の参加による新しい「ケア付き小規模居住系サービス」のケアモデルを提案することを目的とした。

¹ 本報告書では、これまでの「痴呆」、「痴呆症」にかえて「認知症」を用いることとした。ただし、過去に行われた事業・施策の名称や表記改正前に実施したアンケート調査などに関しては、事実認識に関する混乱を避けるために、従来どおりの表記としている。

2. 事業の流れ



(事業の具体的内容)

(1) 調査研究事業の企画

本事業を実施するに当たっての基本方針、事業実施の流れ、事業の内容、事業実施のスケジュール等について検討した。

(2) 全国調査の実施: 全国状況の把握

① 実施のねらい

全国の国保直診所在地域における「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況、サービス実施における国保直診との連携の状況などを把握した。

② 調査対象

国診協会員施設（国保直診）980 ヶ所全数を対象とした。調査の回収状況および調査で把握できた「ケア付き小規模居住系サービス事業所」の数は以下のとおりである。

図表 I-1 全国調査の回収状況：国保直診からの回答状況

	実数	割合
配布数	980	100.0%
回収数	353	35.9%
有効回答数	257	26.1%

図表 I-2 回答から把握できた「ケア付き小規模居住系サービス事業所」の数

	実数	割合
回収数	515	100.0%
ケアハウス	108	21.0%
グループホーム	291	56.5%
小規模多機能施設	31	6.0%
その他高齢者共同住宅等（生活支援ハウス、ケア付きアパートなど）	85	16.5%

③ 調査方法

施設に対する郵送配布、郵送回収。

④ 調査実施期間

平成 16 年 10 月～11 月

⑤ 調査内容

大項目	調査項目
「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況	・施設類型別設置数（当該市町村内、周辺地域） ・施設設置主体 ・施設運営主体 ・施設定員 ・施設従業者数 ・国保直診との連携関係 ・認知症高齢者ケアへの取り組み
「ケア付き小規模居住系サービス」の需要	・市町村のグループホーム等の整備計画 ・市町村の要介護認定者数（最新時点） ・市町村内での今後の施設設置見込み ・認知症高齢者ケア施設への需要 ・認知症高齢者ケアの仕組みの必要性

(3) 事業所訪問調査の実施:個別具体的な連携状況の把握

① 実施のねらい

「ケア付き小規模居住系サービス」がどのような運営を行っていて、どのような問題点を有しているのか、さらにこれらに対して医療機関はどのような関わりができるのか、全国調査で把握しきれなかったより具体的な連携の実態を把握するとともに、課題の抽出、解決方策検討の基礎資料とした。

また、こうした問題意識を背景に、国保直診職員と調査対象事業所職員がヒアリングを通じて、「ケア付き小規模居住系サービス」に対する医療機関の関わり方について共通認識を得る場とすること、さらに共通認識に基づいた新たな連携を始める契機とすることも本調査のねらいのひとつとした。

② 調査対象

全国調査で把握した「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況に関する情報を整理し、以下の条件を設定した。

(調査対象選定の条件)

- a. ケアハウス、グループホーム、小規模多機能施設、高齢者共同住宅いずれかに当てはまるサービスを提供していること。
- b. 小規模サービスであること（定員 10 名前後を目安とし、ケアハウスでも最大 30 名以下とした。）

全国調査においてこれらの条件に当てはまるケア付き小規模居住系サービス設置の報告のあった国保直診を抽出し、調査実施の可能性を打診した結果、積極的な回答のあった国保直診 48 ヶ所に調査実施を依頼した。訪問スタッフの確保やスケジュール面での調整が困難となった例もあり、最終的に、40 の国保直診から 57 の事業所についての調査結果を回収した。

図表 I-3 訪問調査を実施した国保直診と調査対象事業所の内訳

	都道府県	施設名	回収数	ケアハウス	グループホーム	小規模多機能施設	その他高齢者共同住宅等
1	北海道	浜益村国保診療所	1				1
2	北海道	士幌町国保病院	1				1
3	青森県	深浦町国保関診療所	2		2		
4	青森県	国保板柳中央病院	2			2	
5	青森県	六戸町国保病院	1		1		
6	岩手県	藤沢町国保藤沢町民病院	1		1		
7	岩手県	国保田野畑村診療所	1		1		
8	岩手県	普代村国保歯科診療所	1		1		
9	岩手県	新里村国保診療所	1	1			
10	岩手県	大野村国民健康保険診療所	1				1
11	宮城県	涌谷町国保病院	1				1
12	秋田県	町立大森病院	2		1		1
13	山形県	小国町立病院	1				1
14	群馬県	嬬恋村国保診療所	1	1			

15	埼玉県	国保町立小鹿野中央病院	3		3		
16	千葉県	総合病院国保旭中央病院	2		2		
17	新潟県	高柳町国保診療所	1				1
18	富山県	氷見市民病院	1		1		
19	富山県	黒部市民病院	1				1
20	石川県	公立羽咋病院	2		1		1
21	長野県	泰阜村診療所	1				1
22	長野県	組合立諏訪中央病院	3		1	1	1
23	岐阜県	国保坂下病院	2	1	1		
24	岐阜県	国保蛭川村診療所	1			1	
25	愛知県	東栄町国保東栄病院	1		1		
26	滋賀県	公立甲賀病院	3	1	2		
27	鳥取県	岩美町国保岩美病院	1		1		
28	島根県	安来市立病院	1		1		
29	島根県	隠岐の島町国保五箇診療所	1				1
30	広島県	芸北ホリスティックセンター	1		1		
31	広島県	公立みつぎ総合病院	4	1	2		1
32	山口県	周南市国保鹿野診療所	1	1			
33	徳島県	町立上那賀病院	1	1			
34	香川県	三豊総合病院	2		2		
35	香川県	国保財田診療所	1				1
36	高知県	十和村国保診療所	1			1	
37	長崎県	国保平戸市民病院	2		2		
38	熊本県	上天草市立上天草総合病院	1		1		
39	熊本県	国保新和町立病院	1		1		
40	大分県	山香町立国保総合病院	1		1		
		合計	57	7	31	5	14

※施設名称は、調査実施時の施設名で記載しています。

③ 調査方法

ケア付き小規模居住系サービス事業等に対し、調査を実施する国保直診から訪問調査員を派遣し、ケアの現場を見るときともに、事業所スタッフと意見交換をしながら調査に回答頂いた。

なお訪問調査員は、医療的な視点から調査対象事業所を評価できるとともに、地域包括ケアの視点から調査対象事業所と医療機関である国保直診の連携方策について検討できる職種、職歴の職員を国保直診において選定した。

④ 調査実施期間

平成 17 年 1 月

⑤ 調査内容

大項目	調査項目
調査対象事業所の基本属性	・運営開始年月 ・開設主体 ・実施しているサービス ・併設事業の状況 ・職員数 ・利用者の状況
調査対象事業所と医療機関との関係	・国保直診との連携状況 ・その他の医療機関との連携状況 ・介護予防への取組状況、医療機関から受けたい支援 ・訪問診療・往診における課題、医療機関から受けたい支援 ・入院における課題、医療機関から受けたい支援 ・通院における課題、医療機関から受けたい支援
調査対象事業所のターミナルケア(看取り)	・事業所の方針 ・ターミナルケアに必要な条件 ・医療機関から受けたい支援 ・ターミナルケアの経験の有無、医療機関との連携状況
サービスを運営する上で調査対象事業所が医療機関から受けたい支援	・利用者に対する支援 ・家族に対する支援 ・事業所スタッフに対する支援 ・その他
調査対象事業所の課題(訪問調査員の評価)	・健康づくり・介護予防 ・日常の医療的ケア ・慢性疾患の管理 ・認知症ケア ・通院・訪問診療・往診・入院 ・ターミナルケア ・その他
調査対象事業所に対して国保直診ができる支援(訪問調査員の評価)	・利用者に対する支援 ・家族に対する支援 ・事業所スタッフに対する支援 ・その他
訪問調査の成果	・調査を通じた気づき ・今後の活用方策
利用者の状況	・利用者の年齢、性別 ・要介護度、障害老人の日常生活自立度、痴呆性老人の日常生活自立度 ・必要とした医療的ケア(12月中) ・当該事業所が提供したサービス ・利用者の受療状況(12月中) ・介護予防等の支援の要否 ・行動障害の状況

（４）現地訪問ヒアリング調査の実施：課題の抽出・解決方策の検討

① 実施のねらい

事業所訪問調査の結果を踏まえて、「ケア付き小規模居住系サービス」に対して医療機関はどのような関わりができるかという観点から、さらに掘り下げた具体的な連携の実態を把握するとともに、課題の抽出、解決方策に関して、委員会委員が現場職員に対してヒアリングを行った。

② 調査対象

事業所訪問調査に協力いただいた国保直診及び調査対象事業所（ケア付き小規模居住系サービス）の中から、島根県・安来市立病院（グループホームなごみ）、広島県・公立みつぎ総合病院（グループホームおおぞら、グループホームかえで、訪問介護型住宅あけぼの、ケアハウスさつき）の２施設（５事業所）を対象とした。

③ 調査方法

本事業を実施するため本会に設置した「高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方に関する検討委員会委員会」委員が調査対象施設に出向き、国保直診から派遣された訪問調査員、調査対象の「ケア付き小規模居住系サービス」事業所の職員等に対してヒアリングを行った。

（主なヒアリング項目）

- ・医療機関との連携の具体的状況。
- ・医療機関との連携に際しての問題点と課題。
- ・地域包括ケアの中核機関たる国保直診との連携の方向、期待。
- ・医療機関、国保直診に求める支援の内容、方法等の具体的イメージ。

④ 調査実施期間

平成 17 年 2 月

⑤ 調査結果概要

（３）事業所訪問調査での回答に基づき、委員会委員、国保直診職員がサービス事業者に対して、具体的な運営状況や医療機関との連携の状況についてヒアリングを行った。ヒアリングを通じて、医療機関とサービス事業所との連携に関する具体的な問題点、さらに有効な連携を進める上での課題などに関して相互の認識を深めることができた。

（５）高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方セミナーの開催：全国への普及

① 実施のねらい

調査結果でも把握された「ケア付き小規模居住系サービス」が内包する問題点を踏まえ、今後もサービスの質を担保していくために、医療機関として何をなすべきか、国保直診の職員が各地域の特性をふまえて協議した。医療機関の参加により、「ケア付き小規模居住系サービス」を地域の中で有効に活用する新たなケアモデルについて協議し、関心と連携への意欲を喚起した。

② 参加対象者

国保直診及び併設保健福祉施設の在宅部門職員並びに国保直診所在地域の高齢者ケア推進関係者

③ 開催時期

平成 17 年 2 月 25 日

④ セミナー内容

13:00	受 付
	開会式 1.開会挨拶 全国国民健康保険診療施設協議会 会 長 富永 芳徳 2.挨拶 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方に 関する検討委員会 委員長 前沢 政次
13:10	基調講演 「ケア付き小規模居住系サービスにおける小規模多機能型居住系ケア」 ～その実践と医療機関に期待される役割～ 北海道大学病院総合診療部 教授 前沢 政次 ◎司 会：高山 哲夫 国診協副会長／中津川市国保坂下病院長
14:10	事例発表 1.岩手県・藤沢町医療福祉センター（グループホーム やまばと） 事務局長 工藤 博信 2.広島県・北広島町芸北ホリスティックセンター（シルバーハウジング） 所長 吉見 昭宏 ◎助言者：前沢 政次 北海道大学病院総合診療部教授 山本 和儀 帝京平成大学健康メディカル学部教授 ◎司 会：高山 哲夫 国診協副会長／中津川市国保坂下病院長
14:50	休 憩
15:00	グループワーク 「小規模多機能型居住系サービスと医療機関の連携のあり方について」 ◎司 会：前沢 政次 北海道大学病院総合診療部教授 高山 哲夫 国診協副会長／中津川市国保坂下病院長
16:20	セミナーの振り返り ①セミナーの成果を今後どのように実践するか ②セミナー評価 ◎司 会：高山 哲夫 国診協副会長／中津川市国保坂下病院長
16:30	閉 会

（６）事業のまとめ

調査研究事業の結果を報告書として取りまとめる。報告書は全国の国保直診及び地域の保健福祉施設、関連機関等へ配布することとした。

3. 検討体制

下記の検討委員会および作業部会を設置し検討を行った。

(1) 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方に関する検討委員会

■学識経験者

- | | |
|--------|----------------------------|
| 鳥海房枝 | 東京都北区特別養護老人ホーム清水坂あじさい荘副施設長 |
| *◎前沢政次 | 北海道大学病院総合診療部教授 |
| *山本和義 | 帝京平成大学健康メディカル学部教授 |

■国診協

- | | |
|--------|--------------------------|
| *阿波谷敏英 | 高知県・国保梶原病院長 |
| *大原昌樹 | 香川県・三豊総合病院地域医療部内科医長 |
| 金丸吉昌 | 宮崎県・西郷村国保病院長 |
| *佐々木宏之 | 島根県・島根県環境保健公社／前広瀬町立広瀬病院長 |
| 高山哲夫 | 岐阜県・中津川市国保坂下病院長 |
| 千葉昌子 | 宮城県・涌谷町老人保健施設主幹 |
| 廣田光前 | 滋賀県・虎姫町国保診療所長 |

■オブザーバー

- | | |
|------|------------------|
| 唐澤剛 | 厚生労働省保険局国民健康保険課長 |
| 三浦公嗣 | 厚生労働省老健局老人保健課長 |

◎：委員長、*：作業部会兼任

※五十音順。

※職名は平成17年3月末日現在。

(2) 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方に関する検討委員会 作業部会

- | | |
|-------|---------------------------|
| 阿波谷敏英 | |
| 大原昌樹 | |
| 上廻裕子 | 島根県：安来市立病院地域医療部グループホーム管理者 |
| 工藤博信 | 岩手県：藤沢町福祉医療センター事務局長 |
| 佐々木宏之 | |
| ●前沢政次 | |
| 山本和儀 | |
| 吉見昭宏 | 広島県・北広島町芸北ホリスティックセンター長 |

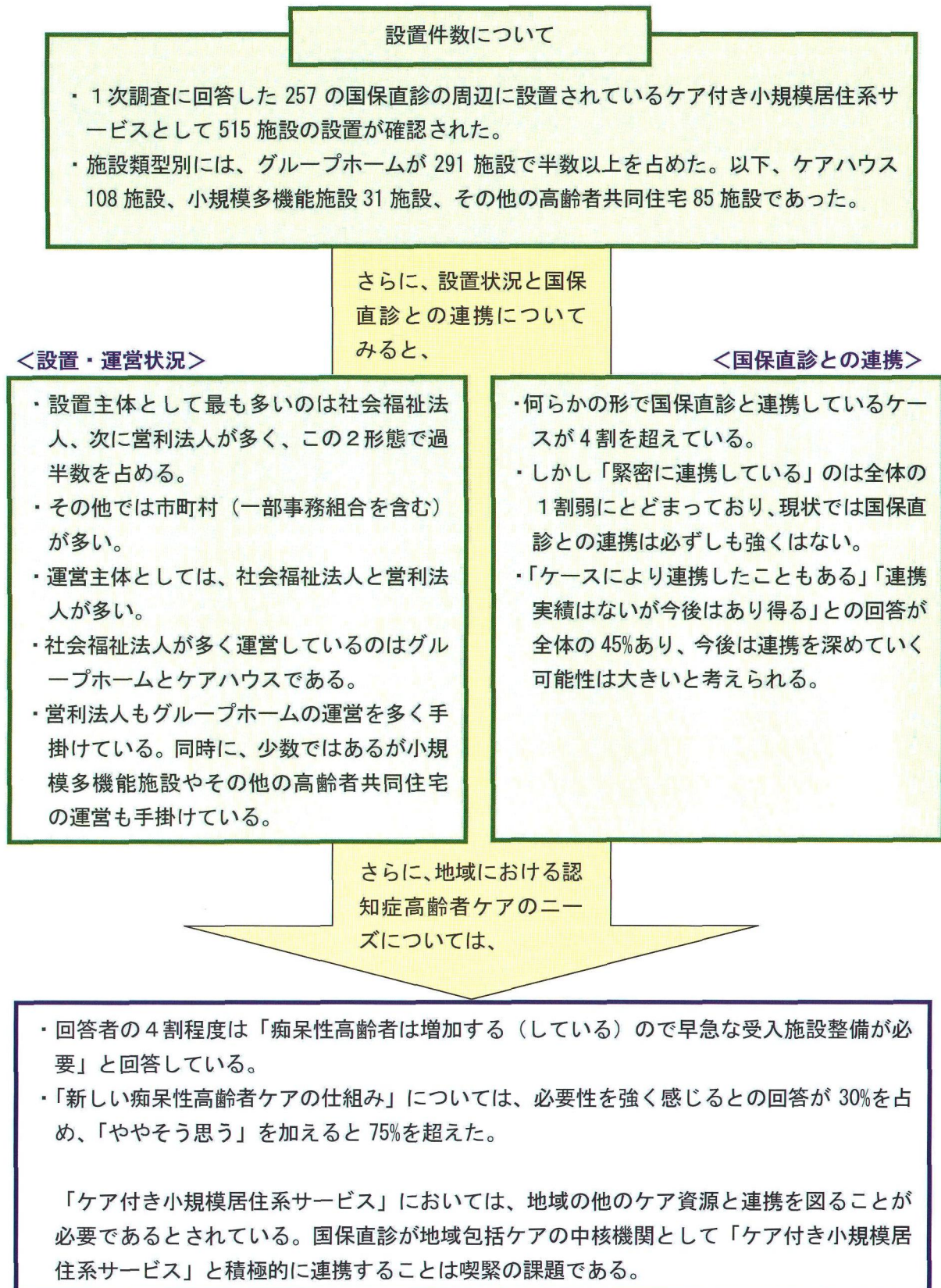
●：作業部会部会長

※五十音順。

※職名は平成17年3月末日現在。

4. 調査結果の概要

1. ケアハウス・グループホーム・小規模多機能施設・高齢者共同住宅等の設置状況



2. 医療機関や他のサービスとの連携状況について（事業所訪問調査の結果）

- ・ 訪問調査に回答した 57 事業所における医療機関や他のサービスとの連携状況は以下のとおり。

<医療機関との連携>

▽ 国保直診との連携

- ・ 半数近くの 22 施設が「事業所として日常的に相談・連携している」と回答。
- ・ 「特定の利用者について日常的に相談・連携している」、「緊急時に相談・連携している」を含めると、8 割以上の施設は、何らかの形で国保直診と連携している。

▽ 他の医療機関との連携

- ・ 30 施設が「事業所として日常的に相談・連携している医療機関がある」としている。
- ・ しかし「特定の利用者」は 8 施設、「緊急時」は 9 施設で、いずれも国保直診の半数程度にとどまっている。

<他のサービスとの連携>

▽ 設置主体が有するサービス

- ・ 過半数の 28 施設が通所介護事業所をあげている。
- ・ その他に多いのは居宅介護支援事業所 23、介護老人福祉施設 20、在宅介護支援センター（基幹型以外）17、訪問介護事業所 16。
- ・ 医療機関としては、14 事業所が診療所をあげているが、病院は 6 施設にとどまった。

▽ 関連施設・サービスとの連携

- ・ 27 施設が「施設入所等の受入れ」を回答。
- ・ 以下、医療・看護に関する助言・指導 24、介護方法に関する助言・指導 19、医療・看護に関するサービス提供 18。
- ・ 一定のサービス連携が行われている。

医療機関との連携に関する問題点は、

【訪問診療、往診に関して】

- ・ 11 施設が「休日・夜間等、緊急時に対応してくれる医療機関の確保が困難」を、7 施設が「日常的に訪問診療・往診に応じてくれる医療機関の確保が困難」をあげている。
- ・ その他としても訪問診療・往診に関連する要望があげられており、ケア付き小規模居住系サービスのかなりの事業所は安定的な訪問診療・往診を確保したいとの要望を抱えている。

【入院に関して】

- ・ 「受け入れ医療機関が見つからない」という回答は少ないものの、「家族の付き添いを求められた」11、「認知症の症状悪化で入院継続ができなくなる」12 などの回答が多い。
- ・ 家族による介護が難しい、あるいは認知症の利用者を多く受け入れているなど、ケア付き小規模居住系サービスが受け入れている利用者の特性を反映した問題点がある。

【通院に関して】

- ・ 「通院介助の人手不足」「家族が通院に付き添えない」といった通院介助に関する問題点や、「長時間の待ち時間で診察前に本人が混乱する」といった認知症利用者に関する問題点がある。

3. ケア付き小規模居住系サービスの運営に関する課題

ケアハウス、グループホーム、小規模他既報施設、高齢者共同住宅等のケア付き小規模居住系サービスの運営に関しては、以下のような課題が把握された。

<健康づくり・介護予防について>

- ・利用者の「健康づくり・介護予防」に対する意識付けが不十分である。
- ・保健師・看護師による健康相談、PT・OT等による運動指導等の専門職の介入が不足している。
- ・利用者個人に合わせた介護予防マネジメント等、個別ケアが不足している。
- ・「健康づくり・介護予防」の取り組みが自宅で取り組みにつながっていない。

<日常の医療的ケアについて>

- ・家族にできる簡単な日常の医療的ケアが、医療職でない事業所スタッフには実施できない。
- ・食事療法、血糖コントロールについて適切なアドバイスができる専門職がいない。
- ・変化に対応できる専門職がいないため、重症になるまで先送りされることがある。
- ・薬に詳しくないので、適切な服薬管理ができていない。

<慢性疾患の管理について>

- ・予防・管理のための定期的な医療職の巡回、医療機関の受診、検査が必要である。
- ・慢性疾患に関する知識が利用者にも職員にも不足しており、外部の専門職が啓発する必要がある。
- ・服薬管理等をはじめとして、自己管理には限界がある。
- ・定期的な点滴・インシュリン注射、経管栄養、胃ろう、ストーマの処置ができない。

<認知症ケアについて>

- ・認知症が今より重度化した場合にどこまで対応できるか不安である。
- ・認知症の進行を予防するような関わりが少ない。
- ・認知症に対する正しい理解と進行予防について、利用者、家族、職員の研修が必要である。
- ・職員間のカンファレンス、ケース検討等の継続的な研修が必要である。

<ターミナルケアについて>

- ・医療職が常駐していないので、往診、看取りをしてくれる医療機関、訪問看護の確保が必要である。
- ・夜間は職員が1人しかいないので、精神的・身体的な負担が過大である。
- ・本人家族に対して病状の説明と同意、今後のケアについての選択肢を提示できる職員がいない。

<その他>

- ・事業所職員は急変時の医療的ケアの基礎知識が不足している。
- ・日常と異なる事態が発生した場合に、医療的な判断を医療職以外で的確に行うのは困難である。
- ・些細なことでも相談できる医師がいない。
- ・介護予防事業等、医療面での指導・助言を得たいが、どこに相談したらよいか分からない。

こ
が
こ
は
医
療
機
関
踏
ま
え
ら
を

(1) 利用者に対する支援

① 訪問看護、往診、回診など

- ・特に利用者のニーズが高いのは、定期的な往診である。
- ・入居者の病状を把握し、軽い病気については電話での相談に応じる。
- ・また、急変時は往診や点滴実施する等の支援策を検討する必要がある。

② 医療機関の利用のしやすさ向上

- ・診察待ち時間を短縮し、利用者の負担を減らすことが重要。
- ・事業所のスタッフと連携を取り受診日、予約時間に受診できるシステムづくり。
- ・日常的に主治医やケアマネジャーと連携しておき、病院で治療したり、迅速に入院ベッドを確保できるような支援体制整備。

③ 紹介・派遣

- ・国保直診または周辺医療機関の専門職を、利用者のもとに紹介、派遣する。
- ・そのために紹介する人材の準備、さらにネットワーク化するなど。

④ 講演・教室

- ・講演・教室の開催情報を施設に発信、国保直診が実施する講演等に参加を促すなど。

(2) 家族に対する支援

① 地域医療情報の提供

- ・医療サービス制度の紹介、地域の医療機関や医療専門職、関連サービスを紹介・助言
- ・退院時の相談対応
- ・家族介護教室、住民健康講座等、地域で開催される情報提供催事を家族に知らせ、同時に参加を促す。家族による介護力向上を情報提供という形で側面支援する。

② 医療面での説明・指導

- ・利用者の身体状況、病状、及び治療方針や期間などについて、家族へ丁寧にわかりやすい説明を行い、十分に納得してもらった上で医療ケアを実施する。
- ・認知症に対しては、日常言動の変化について情報提供、入院時の健康状態を逐次報告するなどの対応で家族の理解を促進する。

(3) 事業所スタッフに対する支援

① 国保直診における研修会等への参加促進

- ・国保直診で行っている講座、研修会等に、事業所スタッフにも参加してもらい、知識・技術を深めてもらうための一助とする。
- ・健康指導講座や栄養指導講座、ケア・疾患・認知症に関する研修、感染予防や褥瘡対策研修等を提供する。

② 国保直診職員との交流促進

- ・現場で働く職員との定期的な話合いの機会を設け、その中で相談対応、アドバイスを行う。
- ・グループホーム間の交流の機会を企画立案し、国保直診職員も含めて、ケース対応の方法や事業所運営の方法などに関しての意見交換の機会をつくる。

4. 提言：「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関との連携モデル

「ケア付き小規模居住系サービス」事業所が内包する問題点を改善しサービスの質を担保していくために医療機関がどのように係わるか、という観点から国保直診の関連現状をみると、以下に示すような3タイプに分類できる。

1. パートナー型医療機関～事業所と協働して機能的に利用者に直接関わる～

【イメージ】

- 地域ケアの最前線にあつて、「ケア付き小規模居住系サービス」事業所の密接な協力医療機関として協働する。
- 事業所が包括できない医療・保健サービス等を提供し、利用者に直接関わる。
- 地域のニーズにあわせて、柔軟かつ機動力を発揮してサービスを提供する。

【サービスモデル】

- かかりつけ医として事業所に往診・訪問診療し、利用者に対して医療サービスを提供する。
- 事業所で利用者と直接関わることで、事業所職員に対して医療的な知識やケアの留意点など、サービス提供場面を通じて研修する。
- 利用者や家族に対して、個別面談を通じて、医療的な知識やサービスの情報等を提供する。

2. サポーター型医療機関～利用者に関わる事業所・機関を重装備で後方支援する～

【イメージ】

- パートナー型医療機関が主として日常的な医療サービス提供を想定するのに対して、緊急時、あるいは高度・専門的な医療を必要とする場合に備えて後方支援する。
- 地域の最前線では提供できない高い専門性、充実したスタッフ、高度な医療設備を必要とする医療サービスを提供する。
- 事業所やパートナー型医療機関のニーズにあわせて、技術的な援助や職員に対する助言・指導を行う。

【サービスモデル】

- 夜間・休日や状態急変時の緊急対応を行う。(入院等)
- サポーター型医療機関が実施する職員研修に、事業所やパートナー型医療機関の職員を希望に応じて受け入れる。
- 利用者や家族に対して、医療的な知識やサービスを提供するため、サポーター型医療機関が講習会や介護教室等を開催する。

3. ネットワーク型包括ケア機関～利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ～

【イメージ】

- 「ケア付き小規模居住系サービス」事業所や地域の個々の医療機関がどのようなサービスを提供でき、あるいはどのようなサービスを提供できないのかを踏まえ、利用者が住みなれた

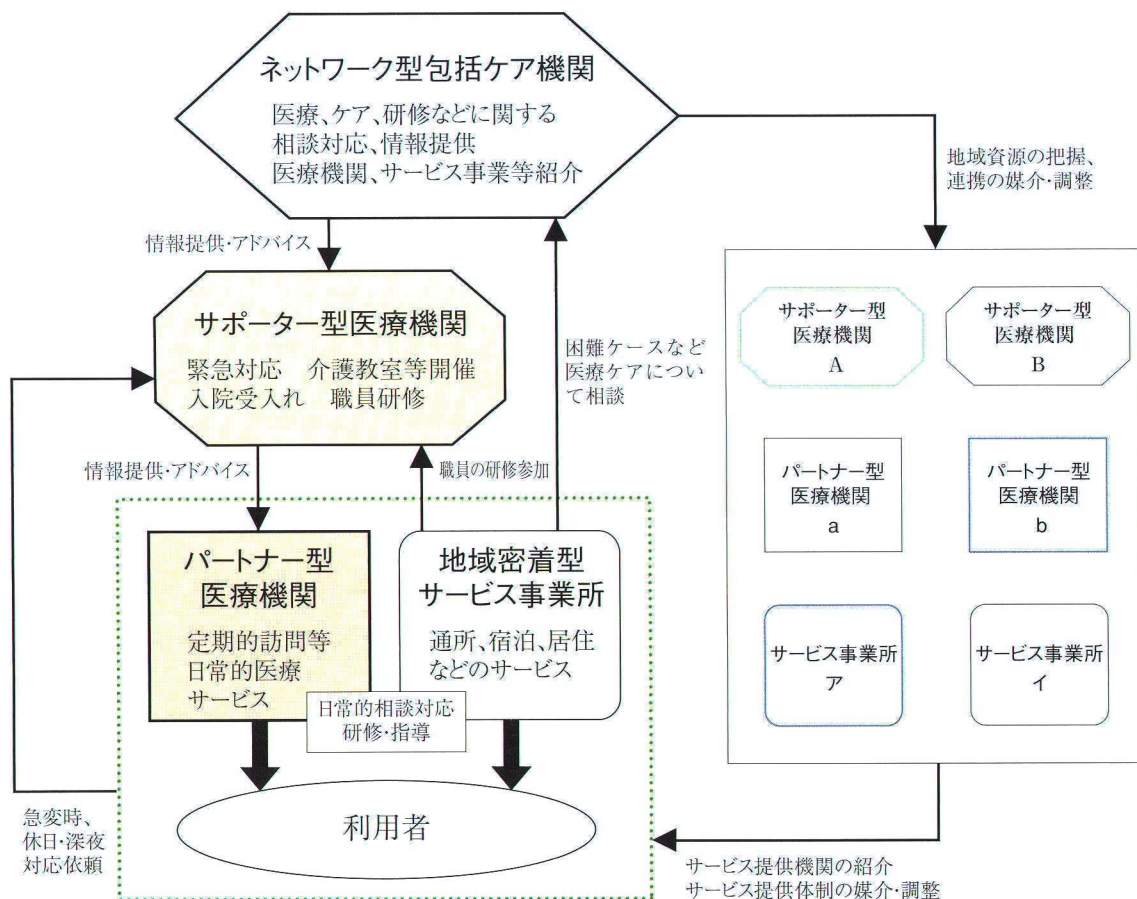
地域でその人らしい生活が続けることができるよう、医療だけでなく、保健・福祉（介護）等のケアサービスを相互につなぎ、必要なサービスを事業所・医療機関が連携して提供できるよう体制づくりの調整役を務める。

【サービスモデル】

- 「ケア付き小規模居住系サービス」事業所からの相談に応じ、必要に応じてパートナー型医療機関、サポーター型医療機関等を紹介する。
- 事業所や医療機関の職員向けの各種研修の情報を提供する。
- 利用者や家族からの、医療的な知識やサービスに関する相談を受け付ける。
- 自治体や医療・保健・福祉（介護）等の事業所等、地域の多様なサービス提供機関や人材を活用し、介護予防からターミナルまで包括的なケアネットワークを構築する。

3つの連携の形態は相互に補完関係にある。3つの連携の形態を分類することによって、利用者への日常的な医療サービスから急変時の対応、事業所スタッフや家族への日常的な相談対応や研修・指導、長期的な視点での予防的指導や人材育成・体制整備まで、包括的な地域ケアのシステムを構築することができる。

「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関の連携の相関図



Ⅱ. 「ケア付き小規模居住系サービス」の施策動向と現状

1. 「ケア付き小規模居住系サービス」の施策展開

(1) 厚生労働省における施策動向

① 「ケア付き小規模居住系サービス」の展開

これまでの「ケア付き小規模居住系サービス」の展開は以下の図表Ⅱ-1のように整理できる。1980年代以降、認知症ケアの新しい方策として、また、施設ケアの地域展開方策として、自発的に立ち上げられた実践の蓄積が、次第に制度として全国に普及してきた様子が見えてくる。特に、介護保険制度施行以後は、「ケア付き小規模居住系サービス」に対する関心が一層の高まりをみせており、制度的な位置づけへ向けた検討も盛んに行われている。

図表 Ⅱ-1 「ケア付き小規模居住系サービス」の展開

展開段階	年	施策展開
宅老所・グループホームの先駆的な取り組み	1989	栃木県高齢者デイホーム事業開始
	1991	島根県高齢者介護ホーム事業開始
各地への広がり・認知症高齢者ケア制度の模索	1992	E型デイサービス制度化
	1994	痴呆性老人対策に関する検討会報告
	1995	グループホームモデル事業開始 E型デイサービス弾力化
介護保険導入前夜と全国ネットワーク	1997	グループホーム(運営費補助)制度化 介護保険法成立
	1998	グループホーム(整備費補助)制度化 特定非営利活動促進法成立 富山県・富山市民間デイサービス育成事業を障害者に拡充
	1999	グループホームサービス評価モデル事業開始
介護保険制度下で本格化する「ケア付き小規模居住系サービス」への注目	2000	介護保険制度の導入 高齢者痴呆介護研究・研修センター開設(仙台、東京、大府)
	2001	痴呆介護指導者養成研修開始 グループホーム自己サービス評価の義務付け
	2002	小規模生活単位型特養(全室個室・ユニットケアの新型特養)の創設 グループホーム第三者サービス評価の義務付け
	2003	痴呆専用単独型デイ等に併設する宿泊部門の整備費補助(補正予算) 厚生労働省高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」報告
	2004	介護保険制度見直しにおける「小規模多機能居宅介護(仮称)」等の創設

出所：宅老所・グループホーム全国ネットワーク編「宅老所グループホーム白書 2004 小規模多機能ホームの可能性」全国コミュニティライフサポートセンター (CLC)

② 「2015年の高齢者介護」における「地域包括ケアシステム」

厚生労働省老健局長の私的研究会「高齢者介護研究会」の報告「2015年の高齢者介護」(2003年6月)では、「生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系」として、以下のような新しいケアと住まいのサービス体系からなる「地域包括ケアシステム」の概念が提起されている。

○在宅で365日・24時間の安心を提供する「小規模・多機能サービス拠点」

○高齢者向け優良賃貸住宅やシルバーハウジング等の高齢者向け住宅、有料老人ホーム、ケア

ハウス等の自宅、施設以外の多様な「住まい」

○高齢者の在宅生活を支える施設機能の地域展開としての「サテライトケア」や施設の新たな役割としての「ユニットケア」

③ 介護保険制度見直しにおける「ケア付き小規模居住系サービス」

介護保険制度施行後 5 年の介護保険制度見直しにおいては、新しいサービス体系として「ケア付き小規模居住系サービス」が提起された。その対象となるサービスは、新たなサービス類型として介護保険法に追加するサービスも含め、以下のとおりである。

- 小規模（定員 30 人未満）介護老人福祉施設
- 小規模（定員 30 人未満）で介護専用型の特定施設
- 認知症高齢者グループホーム（旧：痴呆性高齢者グループホーム）
- 認知症高齢者専用デイサービス（旧：痴呆性高齢者専用デイサービス）
- 小規模多機能型居宅介護（仮称）
- 地域夜間訪問介護（仮称）

「ケア付き小規模居住系サービス」は、要介護者等の住み慣れた地域での生活を 24 時間体制で支えるという観点から、要介護者の日常生活圏域内にサービス提供の拠点が確保されるべきサービスであるとされ、以下のような仕組みで運営される予定とされている。

- 保険者たる市町村がサービス事業者の指定権限を有する（その事業者のサービスを当該保険者の被保険者が利用する場合、給付対象となる。）。
- 市町村は、介護保険事業計画において、生活圏域ごと及び市町村ごとに、各ケア付き小規模居住系サービスのうち、小規模入所系サービス及び小規模居住系サービスの「必要利用者定員総数」を設定し、それを超えた場合には、指定をしないことができる。
- 市町村は、一定の範囲内で指定基準及び報酬の変更を行うことができる。

なお、「ケア付き小規模居住系サービス」においては、サービス内だけでは包摂できない機能（かかりつけ医機能、リハビリ機能など）があること、単なる「囲い込み」のようなサービスになるおそれもあることを十分に考慮し、地域の他のケア資源や小規模多機能型居宅介護事業所との相互連携を図ることが必要であるとされている。また、地域における包括的・継続的ケアマネジメントの観点から、地域包括支援センターなどの地域における相談・サービス調整機能拠点との連携も重要である。

こうした指摘を踏まえると、医療機関として、また地域包括ケアの中核機関として、国保直診が「ケア付き小規模居住系サービス」との連携をより効果的なものとすべく、地域の現況に即した取り組みを推進することが喫緊の課題であるといえる。

（２）国土交通省における施策動向

国土交通省においても、高齢社会に対応した住宅政策という観点から、「ケア付き小規模居住

系サービス」の整備に繋がるような各種の取組みが行われている。その概要は以下のとおりである。

図表 II-2 高齢社会に対応した住宅政策一覧

	持家住宅	賃貸住宅
第8期 住宅建設 5箇年計画	○平成27年度の住宅のバリアフリー化の目標 ・手すりの設置、広い廊下幅の確保、段差の解消等がなされた住宅ストック(2割) ・居住者の個別の事情に応じたバリアフリーリフォームがなされた住宅(2割) ○公的資金による住宅建設(平成13年度～平成17年度) ・高齢者向け優良賃貸住宅を供給(11万戸) ・公営住宅等についてエレベーターの設置等改善を実施 ・住宅金融公庫融資におけるバリアフリーリフォーム等の推進	
新規供給	○住宅金融公庫融資の優遇によるバリアフリー化 ・最優遇金利である基準金利の適用 ・割増融資 ○住宅金融公庫融資の二世帯住宅に対する優遇 ・高齢者同居住宅に対する特別割増融資 ・親子リレー償還の適用	○公共賃貸住宅のバリアフリー化 ・公営、公社、公団住宅 ○高齢者向け優良賃貸住宅の供給 ・整備費補助、家賃対策補助 ・住宅金融公庫融資の優遇(戸当たり床面積等の引下げ等) ・税制の優遇(固定資産税の軽減等)
既存住宅の リフォーム	○住宅金融公庫融資の優遇によるバリアフリー化 ・最優遇金利の適用 ・融資限度額の引上げ ○バリアフリーリフォームのための住宅金融公庫融資による死亡時一括償還制度	○既設公共賃貸住宅のバリアフリーリフォーム ・既設公営、公団住宅について、手すりやエレベーターの設置等の改善 ○公団高齢者同居多世帯向け賃貸住宅制度 ・既存の小規模住宅の二戸一改造等 ○既存建築物の改良による高齢者向け優良賃貸住宅の供給 ・整備費補助、家賃対策補助 ・住宅金融公庫融資の優遇(バリアフリーリフォームを行い、高齢者向け優良賃貸住宅とする場合の既存住宅購入費に対する貸付け) ・税制の優遇(所得税・法人税の特別償却) ○高齢者円滑入居賃貸住宅の共用部分リフォーム ・共用部分のバリアフリー改良に対する補助
入居優遇		○公営住宅の入居者資格 ・高齢者について原則単身入居可 ・高齢者のみ世帯等について入居収入基準の緩和 ○特定目的公営住宅(老人世帯向け) ・戸数枠の設定 ・当選率優遇 ○公団賃貸住宅の入居優遇 ・当選率の優遇 ・入居基準収入の緩和 ・扶養世帯との同居のための当選率優遇
福祉との連携		○シルバーハウジングプロジェクト、高齢者向け優良賃貸住宅、登録住宅等への生活援助(LSA)の派遣 ○公共賃貸住宅と社会福祉施設等との併設
情報提供等		○高齢者円滑入居賃貸住宅の登録・閲覧制度 ○登録住宅の家賃債務保証制度 ○終身建物賃貸借制度
	○高齢者が居住する住宅の設計に係る指針	

出所：老人保健福祉法制研究会編「高齢者の尊厳を支える介護」法研

2. 国保直診所在地域における「ケア付き小規模居住系サービス」の現状

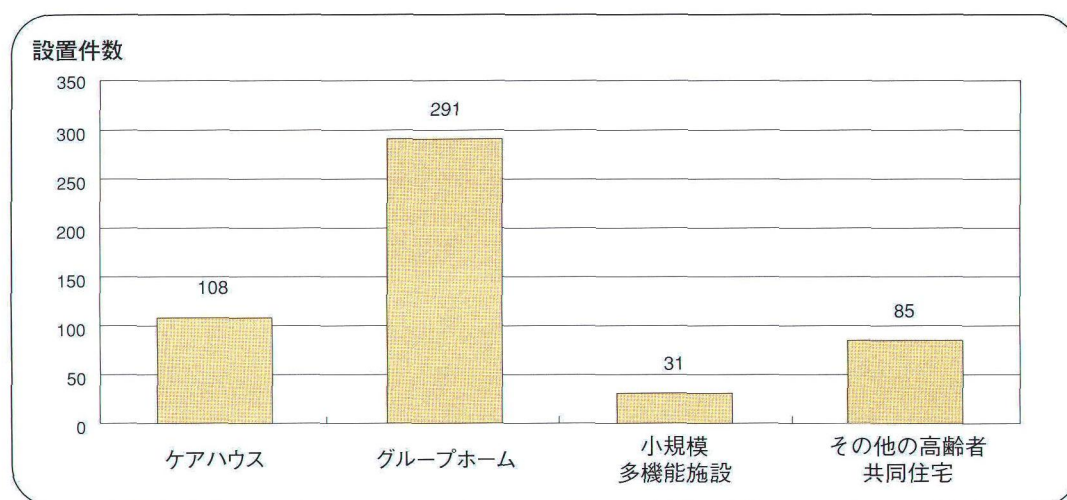
本調査では、国保直診所在地域における「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況、サービス実施における国保直診との連携の状況などを把握するために、全国の国診協会員施設（国保直診）980を対象としたアンケート調査を実施した。980施設からの有効回答数は257（有効回答率26.1%）であった。

以下では、回答のあった257施設周辺での「ケア付き小規模居住系サービス事業所」の設置状況等を整理した。

（1）国保直診施設周辺での「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況

- ・回答のあった257の国保直診の周辺では、515のケア付き小規模居住系サービス施設の設置が確認された。
- ・施設類型別には、グループホームが291件で半数以上を占めた。

図表 II-3 「ケア付き小規模居住系サービス」の設置状況



（2）設置主体

- ・ケア付き小規模居住系サービスの設置主体として最も多いのは社会福祉法人、次に営利法人が多く、この2形態で過半数を占める。その他では市町村（一部事務組合を含む）が設置主体という例も多い。
- ・社会福祉法人はケアハウスの設置主体として6割以上を占めるとともに、グループホームについてもケアハウス以上に多くの設置主体となっている。
- ・一方、営利法人はグループホームの設置主体となる例が多く、グループホームの3割近くは営利法人が設置主体である。
- ・市町村が多く設置しているのはその他の高齢者共同住宅である。

図表 II-4 「ケア付き小規模居住系サービス」の設置主体

	調 査 数	国 保 直 診	市 町 村 (一部事務組合を含む)	社会福祉協議会	社会福祉法人	医療法人	その他の公益法人	営 利 法 人	組合等の中間法人	N P O 法 人	任意団体・ボランティア団体	個 人	そ の 他	無 回 答
全 体	515 100.0	1 0.2	82 15.9	12 2.3	146 28.3	63 12.2	4 0.8	126 24.5	0 0.0	37 7.2	4 0.8	15 2.9	3 0.6	22 4.3
ケ ア ハ ウ ス	108 100.0	0 0.0	10 9.3	5 4.6	68 63.0	10 9.3	0 0.0	8 7.4	0 0.0	1 0.9	0 0.0	1 0.9	1 0.9	4 3.7
グループホーム	291 100.0	1 0.3	19 6.5	6 2.1	74 25.4	49 16.8	1 0.3	85 29.2	0 0.0	27 9.3	1 0.3	12 4.1	1 0.3	15 5.2
小規模多機能施設(宅老所)	31 100.0	0 0.0	7 22.6	0 0.0	1 3.2	0 0.0	1 3.2	11 35.5	0 0.0	6 19.4	3 9.7	2 6.5	0 0.0	0 0.0
その他の高齢者共同住宅	85 100.0	0 0.0	46 54.1	1 1.2	3 3.5	4 4.7	2 2.4	22 25.9	0 0.0	3 3.5	0 0.0	0 0.0	1 1.2	3 3.5

(3) 運営主体

- ・運営主体の構成としては、社会福祉法人と営利法人が多い。その他では社会福祉協議会とNPO法人がそれぞれ8%程度を占める。
- ・社会福祉法人が多く運営しているのはグループホームとケアハウスである。ケアハウスに関しては今回把握された施設の6割は社会福祉協議会が運営している。
- ・営利法人もグループホームの運営を多く手掛けている。同時に、少数ではあるが小規模多機能施設やその他の高齢者共同住宅の運営も手掛けている。
- ・市町村は、設置主体としては80以上の施設を設置しているが、運営数はその1/3以下である。これは、市町村が設置し、運営は社会福祉協議会などに委託する例が多いためと考えられる。

図表 II-5 「ケア付き小規模居住系サービス」の運営主体

	調 査 数	国 保 直 診	市 町 村 (一部事務組合を含む)	社会福祉協議会	社会福祉法人	医療法人	その他の公益法人	営 利 法 人	組合等の中間法人	N P O 法 人	任意団体・ボランティア団体	個 人	そ の 他	無 回 答
全 体	515 100.0	3 0.6	26 5.0	40 7.8	161 31.3	54 10.5	7 1.4	124 24.1	0 0.0	41 8.0	3 0.6	19 3.7	7 1.4	30 5.8
ケ ア ハ ウ ス	108 100.0	1 0.9	5 4.6	7 6.5	64 59.3	10 9.3	0 0.0	8 7.4	0 0.0	1 0.9	0 0.0	2 1.9	3 2.8	7 6.5
グループホーム	291 100.0	2 0.7	3 1.0	12 4.1	80 27.5	40 13.7	4 1.4	84 28.9	0 0.0	29 10.0	0 0.0	15 5.2	3 1.0	19 6.5
小規模多機能施設(宅老所)	31 100.0	0 0.0	1 3.2	2 6.5	3 9.7	0 0.0	0 0.0	10 32.3	0 0.0	8 25.8	3 9.7	2 6.5	0 0.0	2 6.5
その他の高齢者共同住宅	85 100.0	0 0.0	17 20.0	19 22.4	14 16.5	4 4.7	3 3.5	22 25.9	0 0.0	3 3.5	0 0.0	0 0.0	1 1.2	2 2.4

(4) 利用定員

- ・利用定員としては、6人～10人の施設が最も多く、次いで11～30人の施設が多い
- ・類型別でみると、ケアハウスは10人～30人の施設が最も多く、30人以上の施設も多い。
他の施設類型よりは二回り程度大きな施設であることがわかる。
- ・他の施設類型は8人程度をユニットとして運営しており、大きくても2ユニット程度の施設が多い。

図表 II-6 「ケア付き小規模居住系サービス」の利用定員

	調 査 数	0 人	6 人	11 人	31 人	51 人 以 上	無 回 答
全 体	515 100.0	18 3.5	213 41.4	185 35.9	37 7.2	8 1.6	54 10.5
ケ ア ハ ウ ス	108 100.0	1 0.9	7 6.5	44 40.7	31 28.7	8 7.4	17 15.7
グループホーム	291 100.0	5 1.7	154 52.9	111 38.1	2 0.7	0 0.0	19 6.5
小規模多機能施設(宅老所)	31 100.0	1 3.2	8 25.8	7 22.6	0 0.0	0 0.0	15 48.4
その他の高齢者共同住宅	85 100.0	11 12.9	44 51.8	23 27.1	4 4.7	0 0.0	3 3.5

(5) 従業者数

- ・施設の従業者数は、6人～10人という施設が最も多く、5人以下の施設もほぼ同数であり、従業者数の面でも小規模な施設が多いことが分かる。
- ・無回答が多いのは、非常勤従業者や兼務従業者も多く、それらの取り扱いを明確にしていなかったためと思われる。

図表 II-7 「ケア付き小規模居住系サービス」の従業者数

	調 査 数	0 人	6 人	11 人	31 人	51 人 以 上	無 回 答
全 体	515 100.0	93 18.1	113 21.9	80 15.5	0 0.0	0 0.0	229 44.5
ケ ア ハ ウ ス	108 100.0	20 18.5	14 13.0	9 8.3	0 0.0	0 0.0	65 60.2
グループホーム	291 100.0	22 7.6	90 30.9	63 21.6	0 0.0	0 0.0	116 39.9
小規模多機能施設(宅老所)	31 100.0	4 12.9	6 19.4	2 6.5	0 0.0	0 0.0	19 61.3
その他の高齢者共同住宅	85 100.0	47 55.3	3 3.5	6 7.1	0 0.0	0 0.0	29 34.1

Ⅲ. 「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関を取り巻く環境

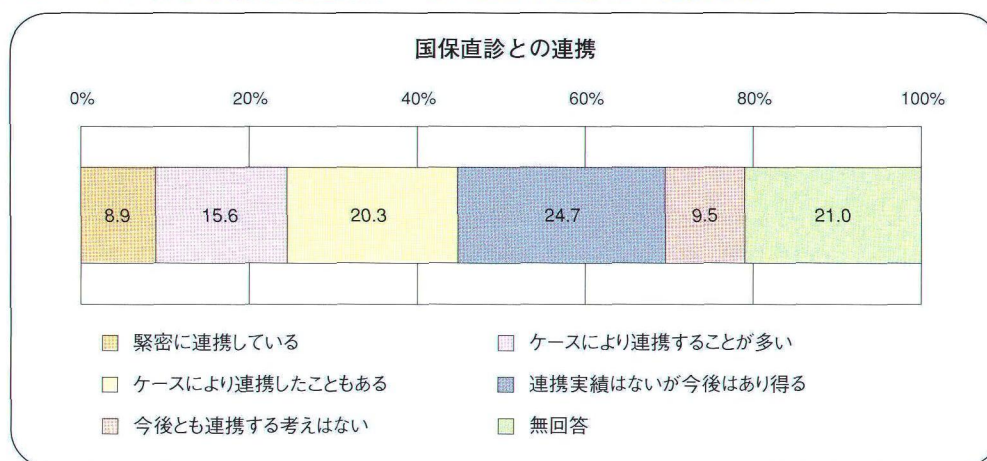
1. 「ケア付き小規模居住系サービス」と国保直診との連携の現状

全国調査に回答した 257 施設周辺での「ケア付き小規模居住系サービス」と国保直診との連携の状況は、以下のとおりである。

(1) 国保直診との連携状況

- ・今回設置が確認された 515 施設については、何らかの形で国保直診と連携しているケースが 4 割を超えているが、「緊密に連携している」のは全体の 1 割弱にとどまっており、現状では国保直診との連携は必ずしも強くはない。

図表 Ⅲ-1 ケア付き小規模居住系サービスと国保直診との連携状況



- ・その中では、小規模多機能施設、その他の高齢者共同住宅で「緊密に連携している」が 10% 以上あることがわかった。
- ・また、「ケースにより連携したこともある」「連携実績はないが今後はあり得る」との回答が多く、今後は連携を深めていく可能性は大きいと考えられる。

図表 Ⅲ-2 国保直診との連携の程度

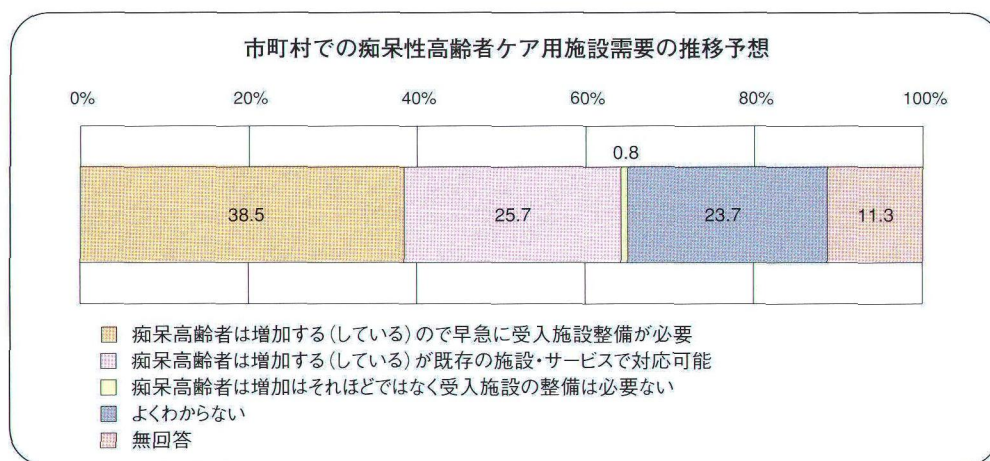
	調査数	緊密に連携している	ケースにより連携することが多い	ケースにより連携したこともある	連携実績はないが今後はあり得る	今後とも連携する考えはない	無回答
全 体	515	45	79	105	128	49	109
	100.0	8.7	15.3	20.4	24.9	9.5	21.2
ケ ア ハ ウ ス	108	9	16	31	21	13	18
	100.0	8.3	14.8	28.7	19.4	12.0	16.7
グ ル ー プ ホ ー ム	291	17	45	53	83	27	66
	100.0	5.8	15.5	18.2	28.5	9.3	22.7
小規模多機能施設(宅老所)	31	5	4	7	6	1	8
	100.0	16.1	12.9	22.6	19.4	3.2	25.8
その他の高齢者共同住宅	85	14	14	14	18	8	17
	100.0	16.5	16.5	16.5	21.2	9.4	20.0

2. 認知症高齢者ケア需要と「ケア付き小規模居住系サービス」の重要性

(1) 認知症高齢者ケアのための施設需要について

- ・回答した 257 の国保直診のうち 4 割程度は「痴呆性高齢者は増加する（している）ので早急な受け入れ施設整備が必要」と回答している。
- ・一方、「痴呆性高齢者は増加する（している）が既存の施設・サービスで対応可能」との回答も 1/4 程度を占めた。地域によって痴呆性高齢者の受け入れに関する体制整備の状況が異なることが示されていると考えられる。

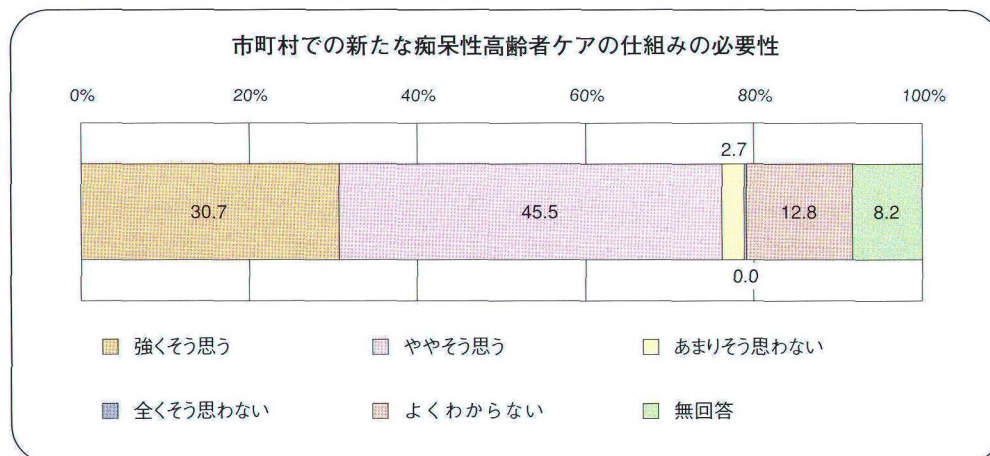
図表 Ⅲ-3 市町村での認知症高齢者ケア施設需要の推移予想



(2) 新しい認知症高齢者ケアの仕組みの必要性

- ・「新しい認知症高齢者ケアの仕組み」については、回答した 257 の国保直診のうち必要性を強く感じるとの回答が 30%を占め、「ややそう思う」を加えると 75%を超えた。

図表 Ⅲ-4 市町村での新たな認知症高齢者ケアの仕組みの必要性



「ケア付き小規模居住系サービス」は認知症ケアの新たな方策として試みられてきた経緯があるが、「高齢者介護研究会」などの最近の検討では、サービスそのものの充実はもとより、地域の他のケア資源と連携を図ることが必要であるとされている。

サービスの充実を図っていくためには、医療機関としての物理的、精神的支援を行っていくことが強く求められている。また、包括的・継続的ケアマネジメントの観点から、地域におけ

る相談・サービス調整を拠点として行っていくことも重要となっている。

これらのことから国保直診が医療機関として、地域包括ケアの中核機関として、「ケア付き小規模居住系サービス」と積極的に連携することは喫緊の課題であるといえる。

IV. 「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関との連携における課題

ケア付き小規模居住系サービスと医療機関との連携における課題を明らかにするために、事業所訪問調査を実施した。訪問調査の回答を得られたケア付き小規模居住系サービスは57事業所であった。57事業所のサービス類型別の内訳と利用者数は以下のとおりである。

図表 IV-1 事業所訪問調査対象施設の内訳

	類型別施設数	入所人数
ケアハウス	7	106
グループホーム	31	377
小規模多機能	5	102
その他	14	160
合計	57	745

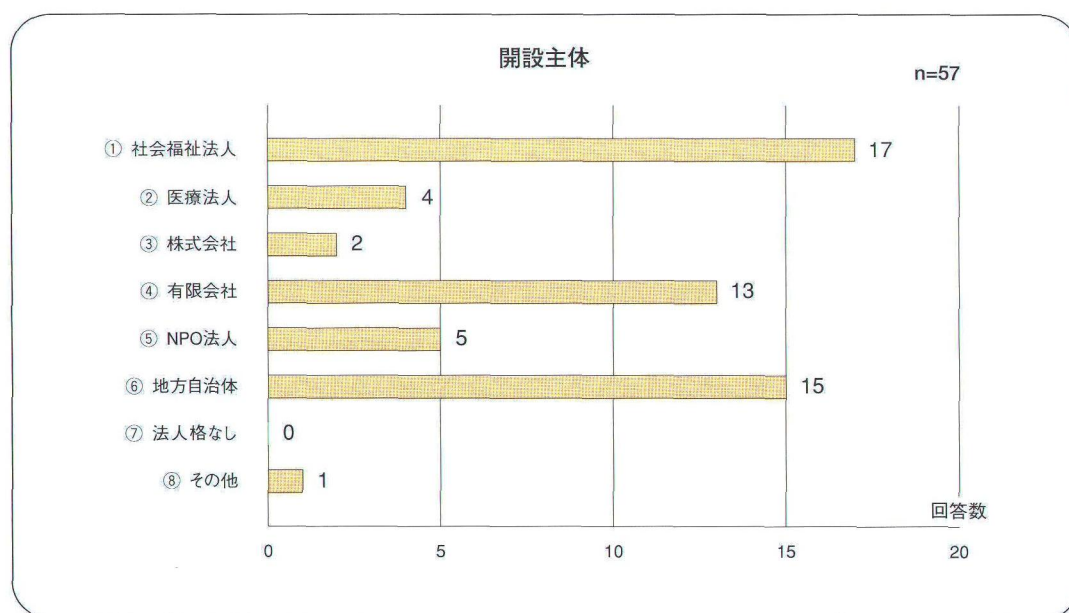
調査結果に基づき、これら事業所の開設、運営の状況および運営上の課題、特に医療機関との連携にかかる問題意識を以下に示す。

1. 対象事業所の概要と医療機関との連携状況

(1) 対象事業所の概要

開設主体は社会福祉法人 17、地方自治体 15、営利法人 15、が多数を占めた。

図表 IV-2 訪問調査対象施設の開設主体



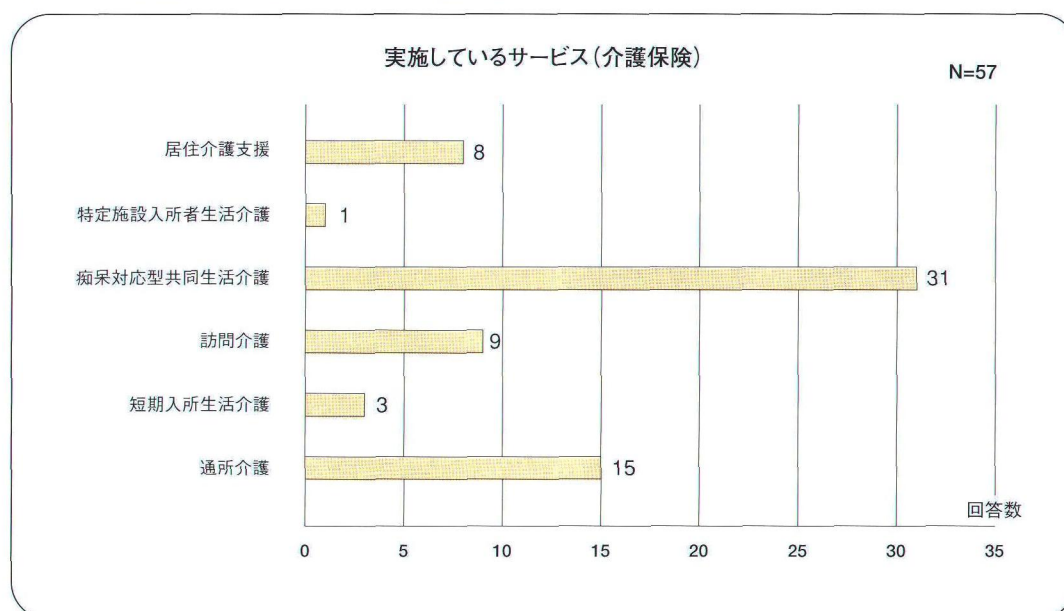
図表 IV-3 類型別の開設主体

	開設主体							
	1 社会福祉法人	2 医療法人	3 株式会社	4 有限会社	5 NPO法人	6 地方自治体	7 法人格なし	8 その他
ケアハウス	6	0	0	0	0	1	0	0
グループホーム	10	4	2	8	2	4	0	1
小規模多機能	0	0	0	2	2	1	0	0
その他	1	0	0	3	1	9	0	
合計	17	4	2	13	5	15	0	1

実施しているサービス内容は、介護保険給付対象サービスに関しては、痴呆対応型共同生活介護を実施しているのが 31 施設、以下同様に通所介護は 15、居宅介護支援 8、訪問介護 9 であった。

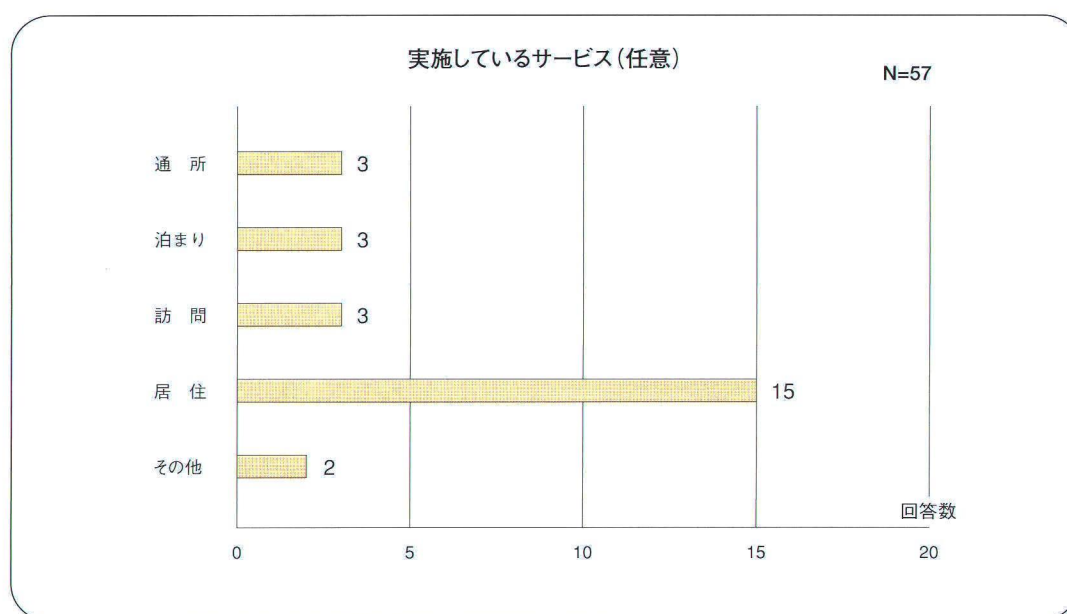
地域の補助事業あるいは施設の任意サービスとしては、居住サービスを提供している施設が 15 を占めた。

図表 IV-4 実施しているサービス(介護保険)



	通所介護	短期入所生活介護	訪問介護	痴呆対応型共同生活介護	特定施設入所者生活介護	居宅介護支援
ケアハウス	1	2	2	1	0	2
グループホーム	4	1	2	28	0	2
小規模多機能	3	0	3	0	0	3
その他	7	0	2	2	1	1
合計	15	3	9	31	1	8

図表 IV-5 実施しているサービス(補助事業、任意サービス)



	通 所	泊まり	訪 問	居 住	その他
ケアハウス	0	0	0	2	0
グループホーム	1	1	1	2	0
小規模多機能	0	0	0	3	1
そ の 他	2	2	2	8	1
合 計	3	3	3	15	2

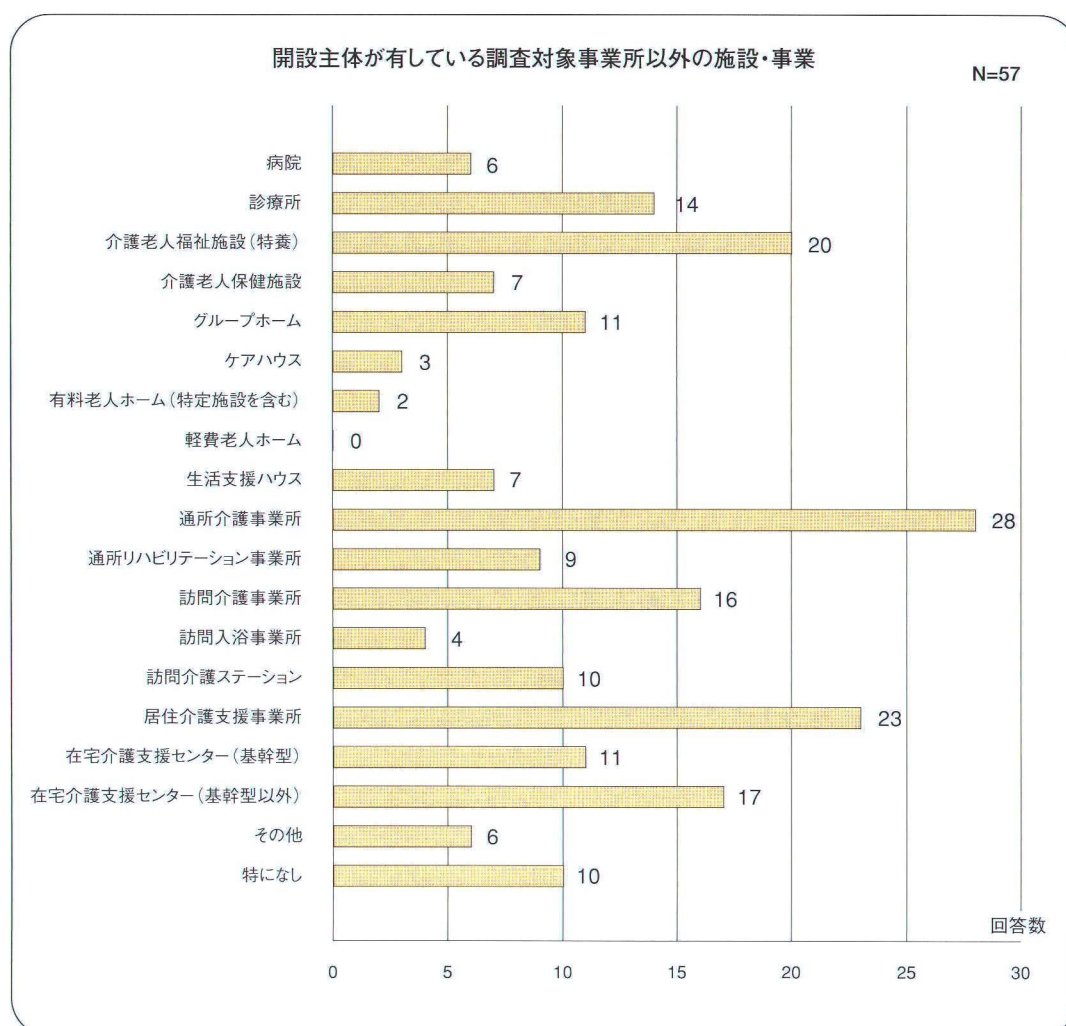
(2) 調査対象事業所の連携の状況

開設主体が調査対象事業所以外に医療・ケアサービスの施設ないしサービスを有している場合は、そうした施設・サービスとの連携が行われる可能性が高い。その観点から、開設主体が有している調査対象事業所以外の施設・事業をみると、過半数の 28 事業所が通所介護事業所をあげている。その他に多いのは居宅介護支援事業所 23、介護老人福祉施設 20、在宅介護支援センター（基幹型以外）17、訪問介護事業所 16 となっている。

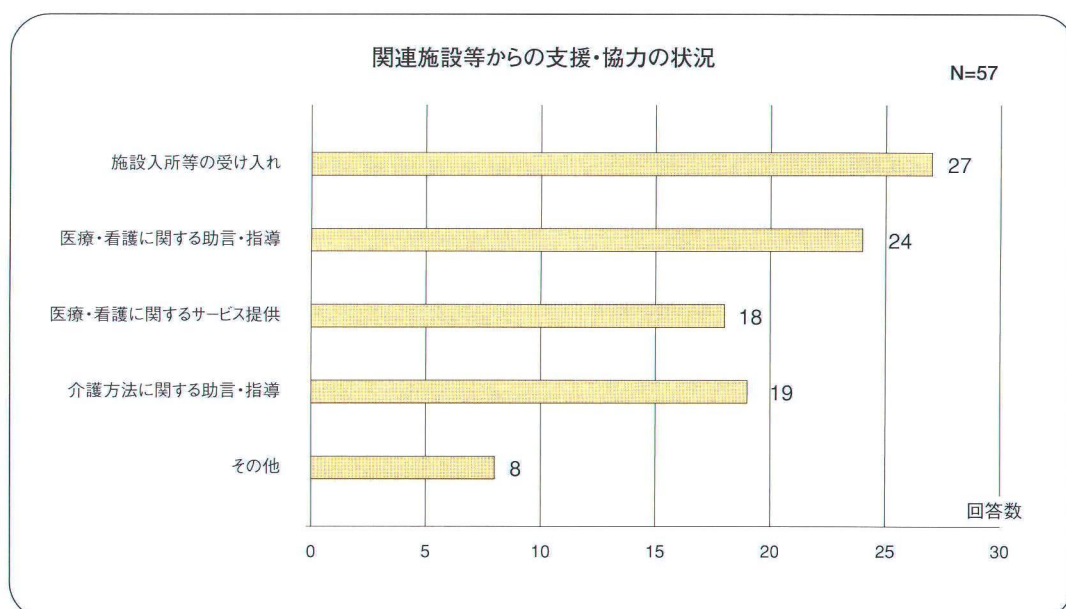
医療機関としては、14 事業所が診療所をあげているが、病院は 6 事業所にとどまっている。

こうした関連施設からの支援・協力状況を見ると、27 事業所が「施設入所等の受け入れ」をあげており最も多い。以下、医療・看護に関する助言・指導 24、介護方法に関する助言・指導 19、医療・看護に関するサービス提供 18、となっており、一定のサービス連携が行われていることが分かる。

図表 IV-6 開設主体が有している調査対象事業所以外の施設・事業



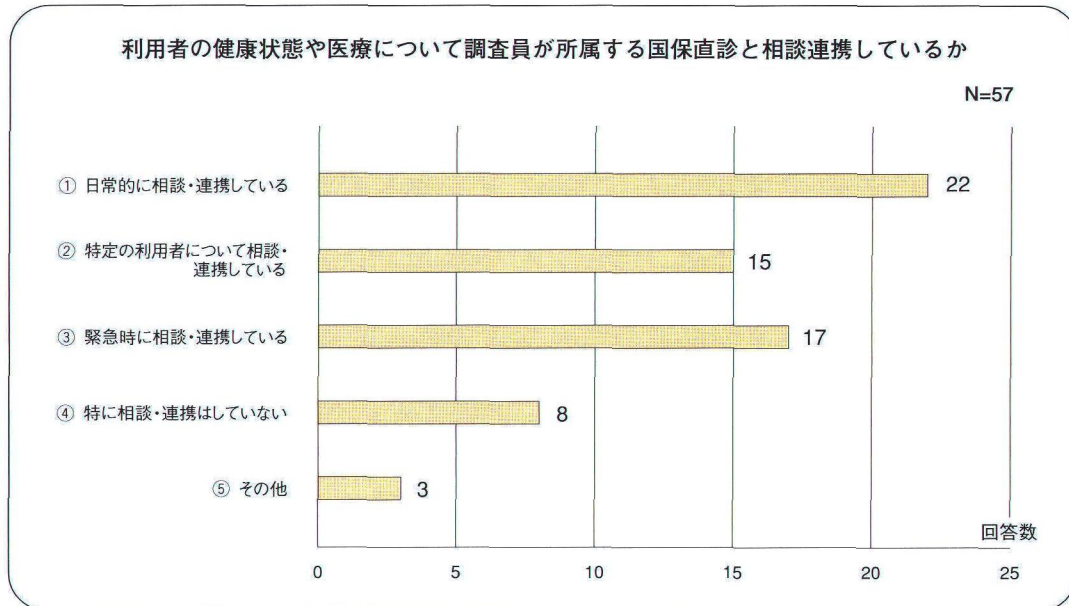
図表 IV-7 関連施設等からの支援・協力の状況



(3) 国保直診との連携状況

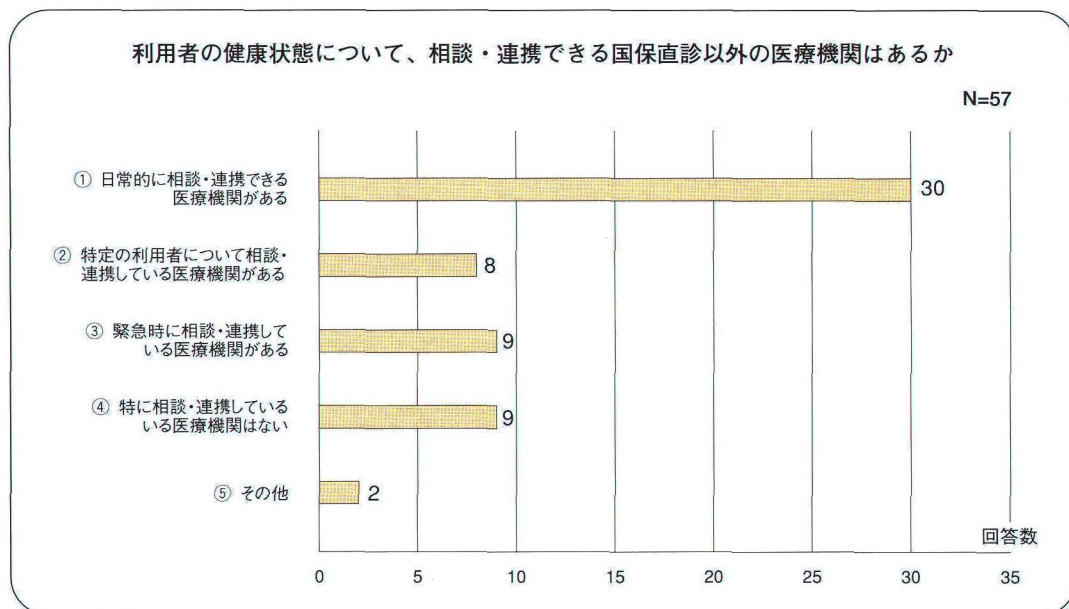
国保直診との連携に関しては、8 割以上の事業所が「事業所として日常的に相談・連携している」、「特定の利用者について日常的に相談・連携している」、「緊急時に相談・連携している」のいずれかであると回答しており、何らかの形で国保直診と連携している事業所が多いことが分かった。しかし、「事業所として日常的に相談・連携している」との回答は4 割弱であり、緊密な連携を行っている例は多くはない。

図表 IV-8 国保直診との連携状況



国保直診以外に関しては、30 事業所が「事業所として日常的に相談・連携している医療機関がある」としているが、「特定の利用者」は8 事業所、「緊急時」は9 事業所で、いずれも国保直診の半数程度にとどまっている。

図表 IV-9 国保直診以外の医療機関との連携



2. 医療機関との連携に際しての問題点

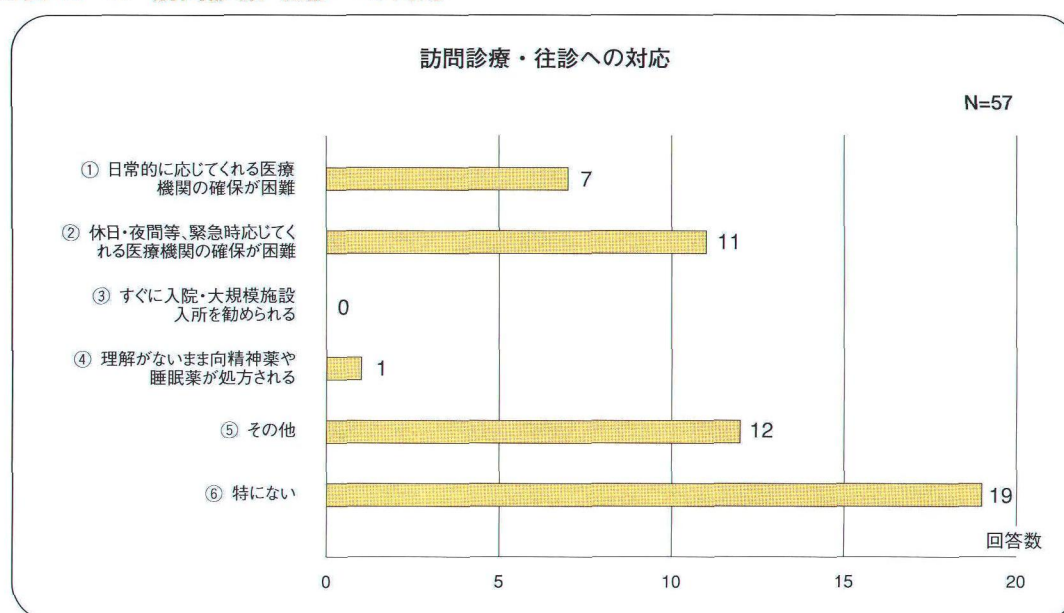
(1) 医療サービスとの連携における問題点

【訪問診療・往診】

訪問診療・往診に関しては、19 事業所が「特に困っていることはない」とする一方で、11 事業所が「休日・夜間等、緊急時に対応してくれる医療機関の確保が困難」を、7 事業所が「日常的に訪問診療・往診に応じてくれる医療機関の確保が困難」をあげている。また、その他としても「相談対応だけでなく訪問診療・往診をして欲しい」、「状態変化時には主治医以外でも円滑に対応して欲しい」、「スタッフの人手不足で通院が難しい」など、訪問診療・往診に関連する要望があげられた。

これらの結果から、ケア付き小規模居住系サービスのかなりの事業所は安定的な訪問診療・往診を確保したいとの要望を抱えていることが分かった。

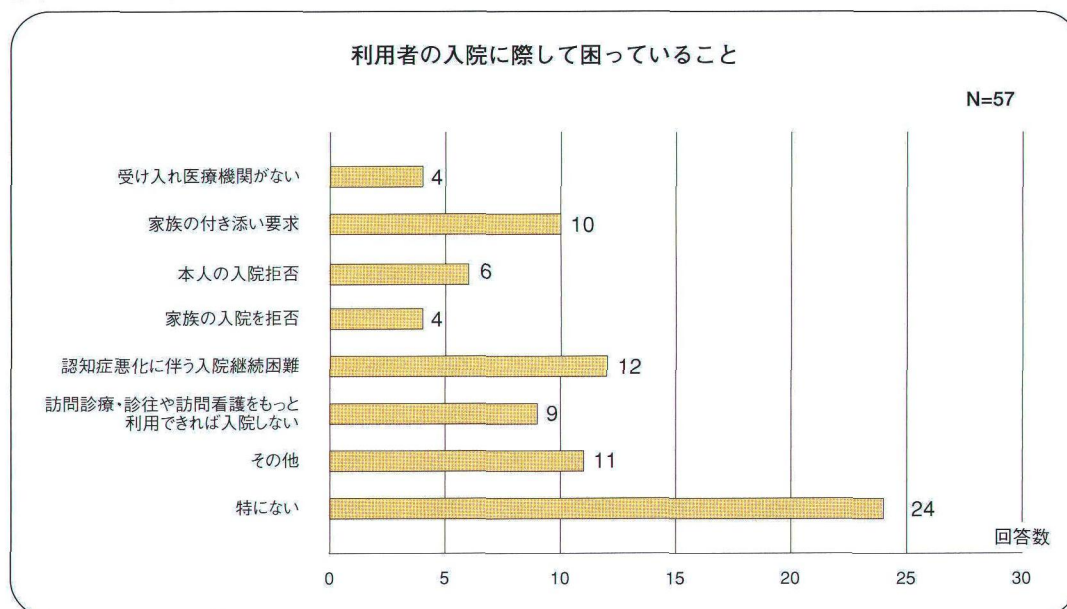
図表 IV-10 訪問診療・往診への対応



【入院】

入院に関しては、「受け入れ医療機関が見つからない」という回答は少ないものの、「家族の付き添いを求められた」11、「認知症の症状悪化で入院継続ができなくなる」12 などの回答が多い。家族による介護が難しい、あるいは認知症の利用者を多く受け入れているなど、ケア付き小規模居住系サービスが受け入れている利用者の特性を反映した問題点があることが分かった。

図表 IV-11 利用者の入院に際して困っていること

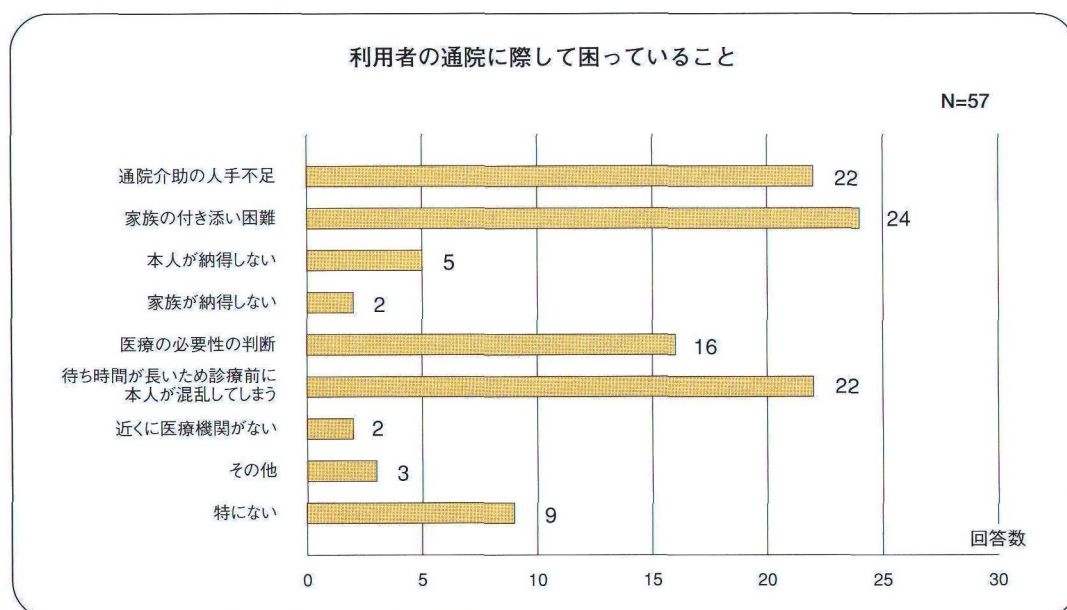


【 通院 】

通院に関しては、20 以上の事業所が「通院介助の人手不足」「家族が通院に付き添えない」といった通院介助に関する問題点や、「長時間の待ち時間で診察前に本人が混乱する」といった認知症利用者に関する問題点をあげている。

また、16 事業所が「医療の必要性の判断に迷うことがある」と回答しており、医療機関との連携に関する初期段階での判断部分に課題があることが示された。

図表 IV-12 利用者の通院に際して困っていること



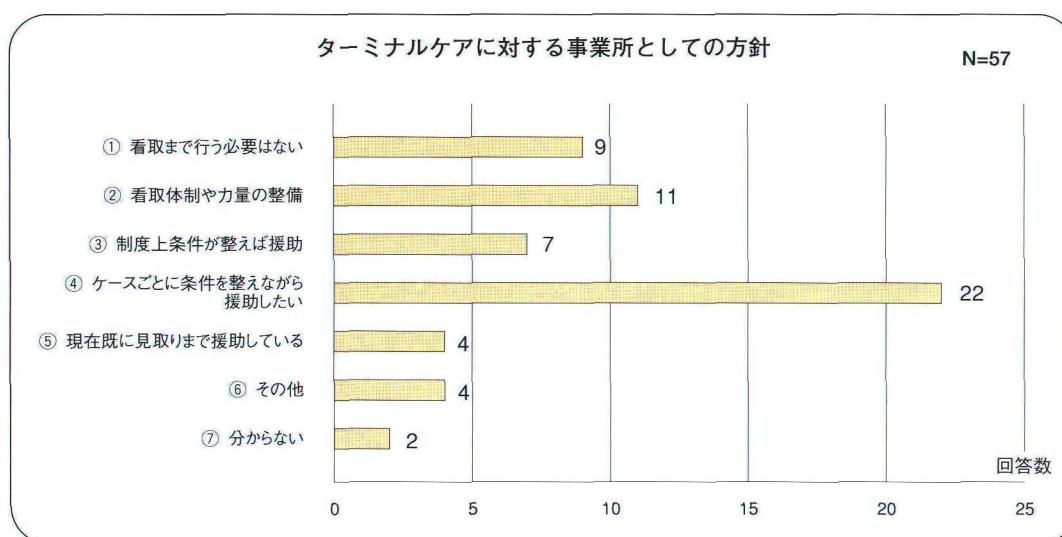
(2) ターミナルケアに関する問題点

ケア付き小規模居住系サービス事業所のターミナルケアに対する姿勢は、「看取りまで行う必要はない」、「看取りを行う体制や力量を整えることは困難」との回答が合計 20 ある一方で、「制度上条件が整えば援助していきたい」7、「ケースごとに条件を整えながら前向きに援助したい」

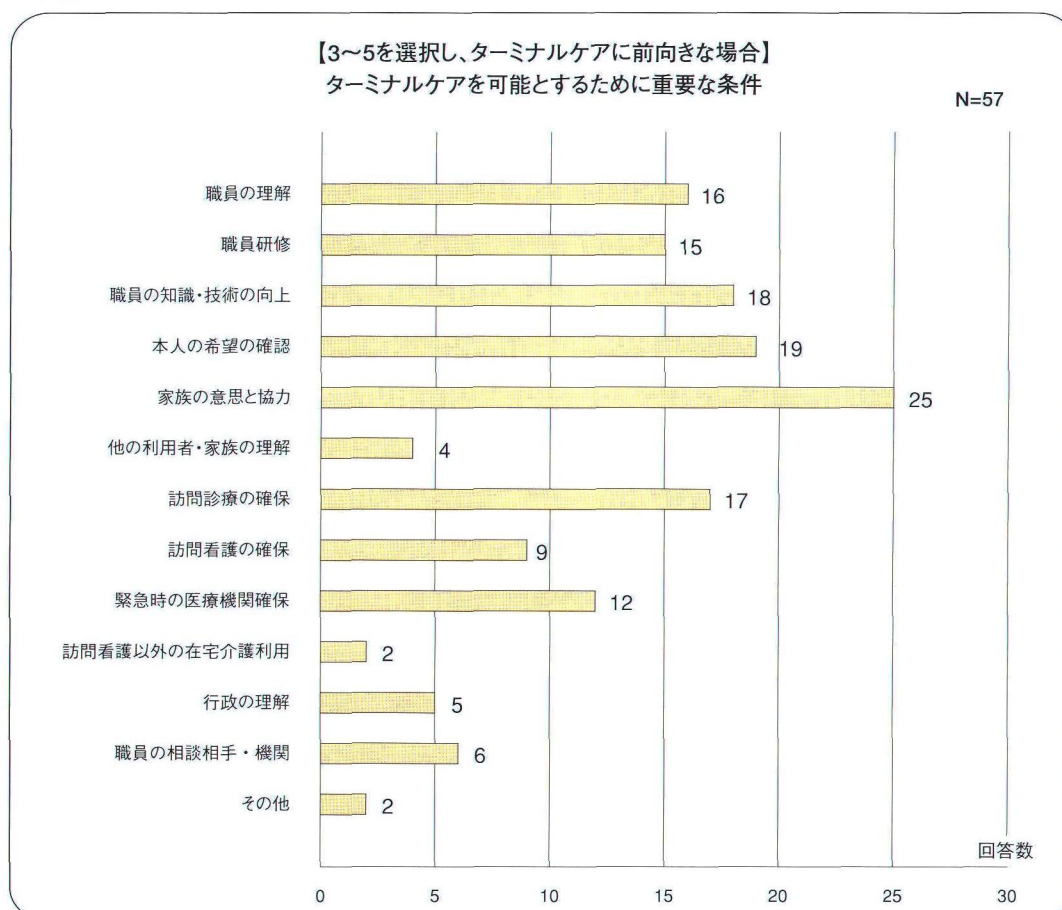
が 25 と、32 が条件付きながら積極的な姿勢を示す事業所がやや多い状況である。既に看取りまで援助しているとの回答も 4 施設ある。

前向きに取り組もうとしている施設が、「整えるべき条件」として指摘しているのは、「家族の意志と協力」、「職員の理解や知識・技術向上」となっていて、「訪問診療・訪問看護の確保」、「緊急時の受け入れ医療機関の確保」があげられており、医療機関との連携が大きなウエイトを占めている。

図表 IV-13 ターミナルケアに対する事業所としての方針



図表 IV-14 ターミナルケアを可能とするための条件



（３）医療的ケアへの需要状況

事業所訪問調査に際して、各事業所にどのような利用者が何人いるのか、どのようなサービスを利用しているのか、どのような医療的なケアを必要とし、どのような受療状況であるのかなどを調査した。訪問調査に先立って事業所へ調査票（様式 2）を送付し、訪問調査時に回収した。

【利用者調査回収状況】

訪問調査の対象とした 58 の事業所から、760 名分のデータを回収した。

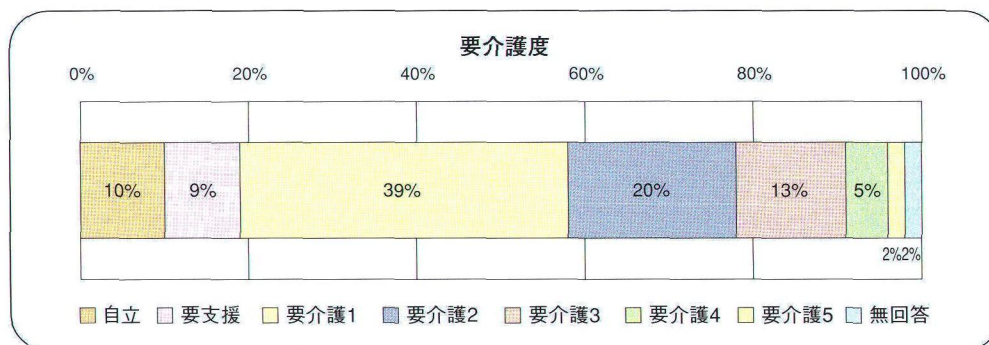
① **利用者の年齢** 平均年齢 81.6 歳 最年少 53 歳 最高齢 99 歳

② **性別構成** 男性 208 (27.3%)、女性 552 人 (72.7%)

③ 要介護度

利用者の要介護度としては、要介護 1 が最も多く 39%を占めた。自立、要支援もそれぞれ 10%程度あり、利用者全体の 6 割程度は要介護 1 以下、要介護 2 を加えると全体の約 8 割となる。比較的要介護度の低い利用者が多数を占めている。要介護度の重い要介護 4、要介護 5 は合計しても全体の 5%程度である。

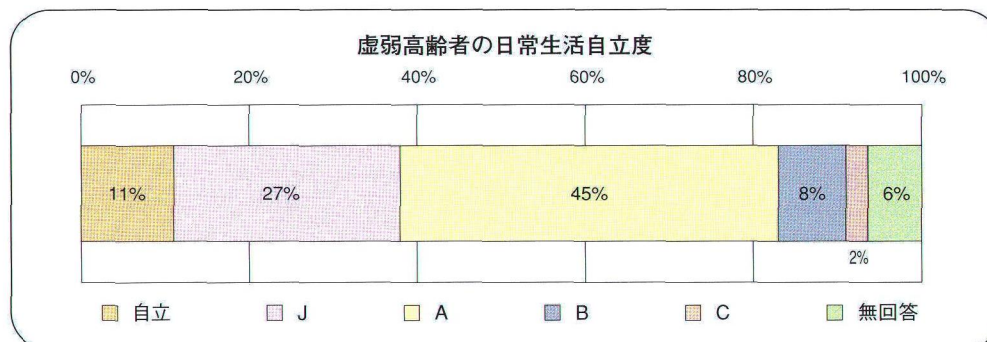
図表 IV-15 要介護度



④ 虚弱高齢者の日常生活自立度

日常生活自立度をみると、「自立」「J」の合計が全体の 4 割弱を占めている。さらに「A」45%を加えると全体の 80%を超える。比較的自立度の高い利用者が多い。

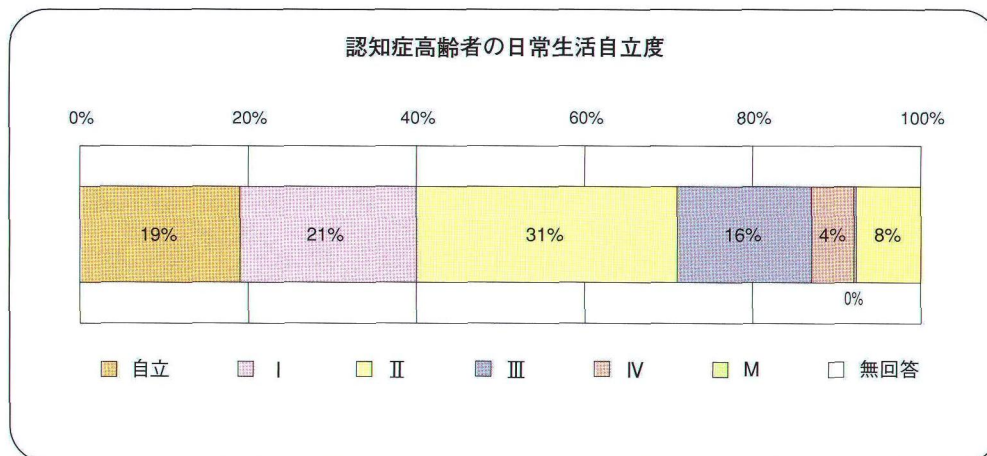
図表 IV-16 虚弱高齢者の日常生活自立度



⑤ 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、自立 19%、Ⅰ 21%、Ⅱ 31%で、Ⅱ以下が7割を占めている。

図表 IV-17 認知症高齢者の日常生活自立度

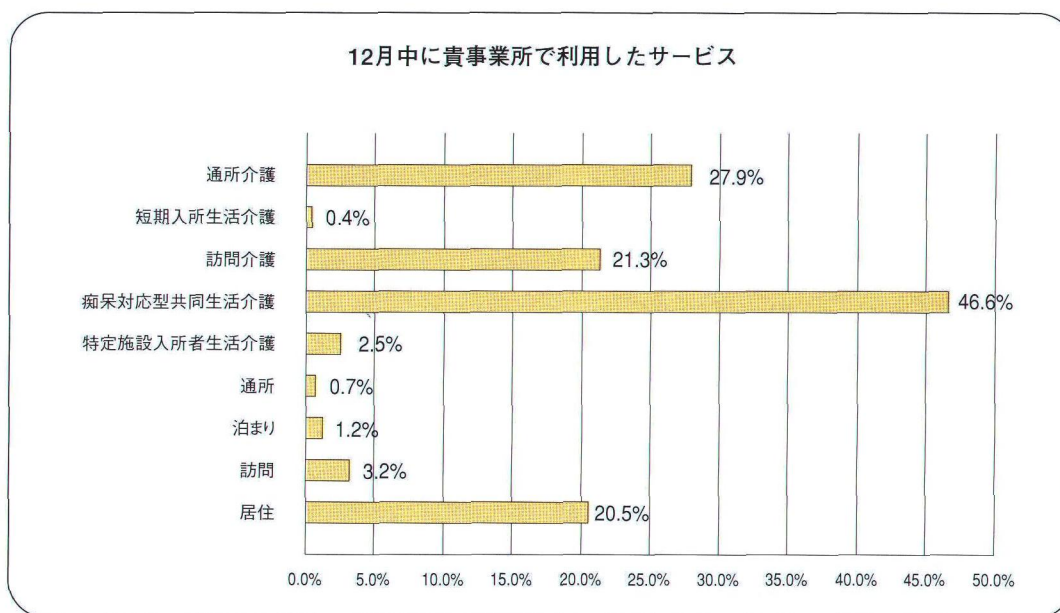


⑥ 1ヶ月間のサービス利用状況

調査対象とした12月中に各事業所で利用されたサービスの分布は以下のとおりである。

最も多いのは「痴呆対応共同生活介護」で利用者全体の46.6%が利用した。次いで、介護保健サービスとしては「通所介護」27.9%、「訪問介護」21.3%が多い。介護保健以外の任意・自主サービスとしては「居住」20.5%の利用が多い。その他のサービスの利用は少ない。

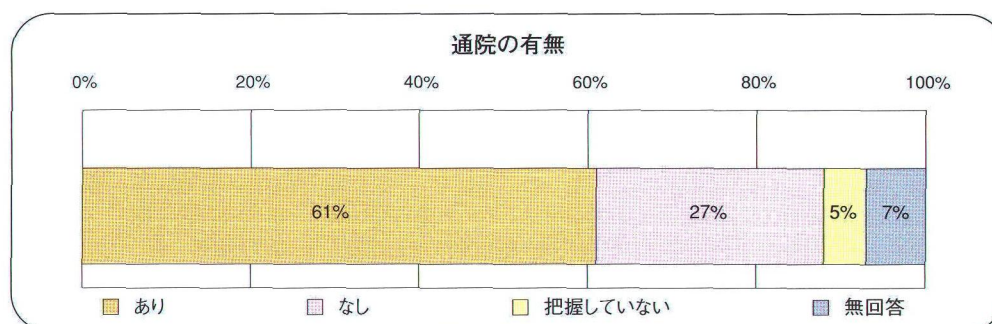
図表 IV-18 12月中に貴事業所で利用したサービス



【 1ヵ月の通院状況 】

医療的ケアを受けるために通院（12月中）している利用者の割合は、約6割程度である。半数以上は通院している。通院回数の平均は2.2回である。

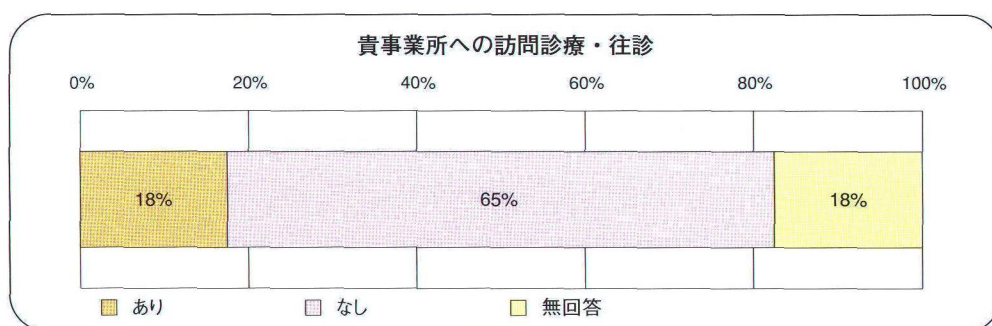
図表 IV-19 通院の有無



【 1ヵ月の訪問診療・往診の状況 】

医療的ケアのために事業所への訪問診療・往診（12月中）を受けた利用者の割合は18%である。通院の1/3程度にとどまっている。訪問診療・往診数の平均は2.0回である。少数ではあるが10回以上の訪問診療を受けている例もある。

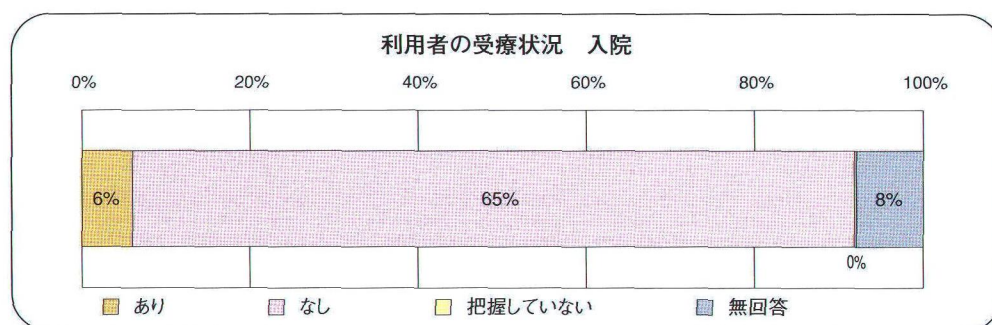
図表 IV-20 貴事業所への訪問診療・往診



【 1ヵ月での入院の状況 】

調査対象とした12月に入院した人は48名で、利用者全体に対する割合は6%である。

図表 IV-21 利用者の受療状況 入院

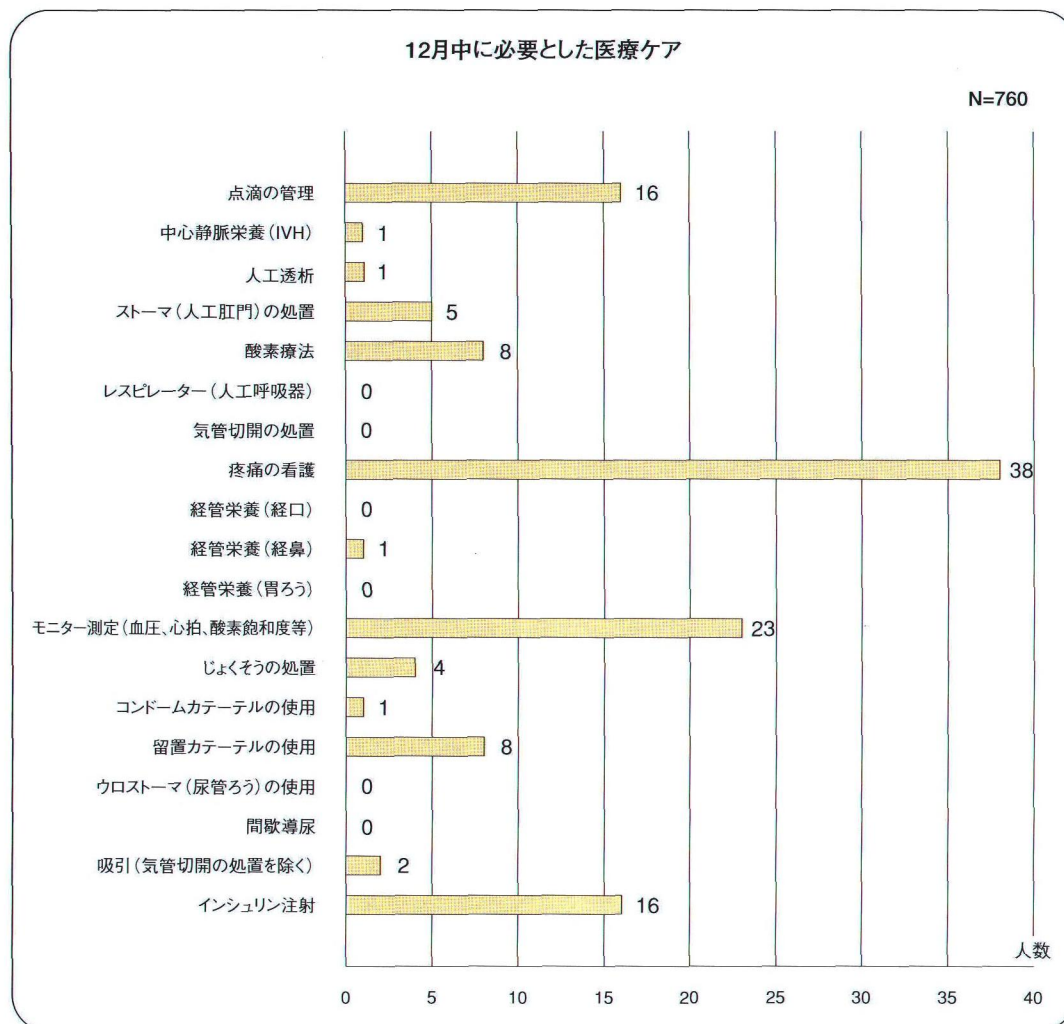


【 1ヵ月に必要とした医療的ケア 】

調査対象とした12月中に必要とした医療ケアの分布は以下のとおりである。疼痛の看護、モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）、点滴の管理、インシュリン注射が比較的多い。

一方、件数は少ないが中心静脈栄養、人工透析、酸素療法など、医療的な技術や判断のウエイトが大きいと思われるケアも行われている。

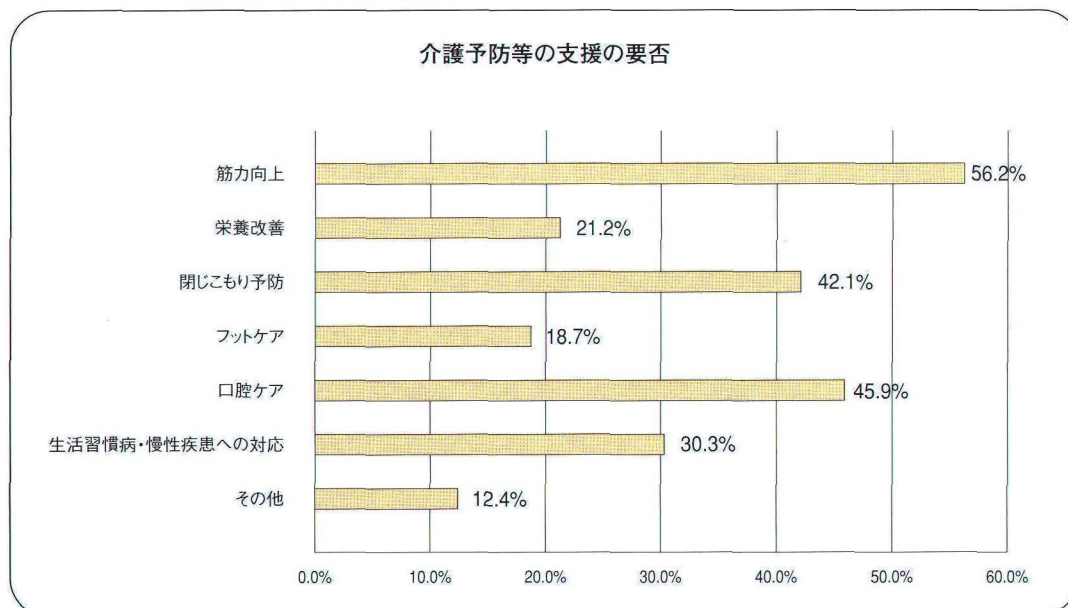
図表 IV-22 12月に必要とした医療的ケア



【 介護予防等の支援の要否 】

介護予防の観点からの支援としては、筋力向上（56.2%）、口腔ケア（45.9%）、閉じこもり予防（42.1%）などが多く行われているが、生活習慣病・慢性疾患への対応、栄養改善、フットケアなどは3割程度以下にとどまっている。

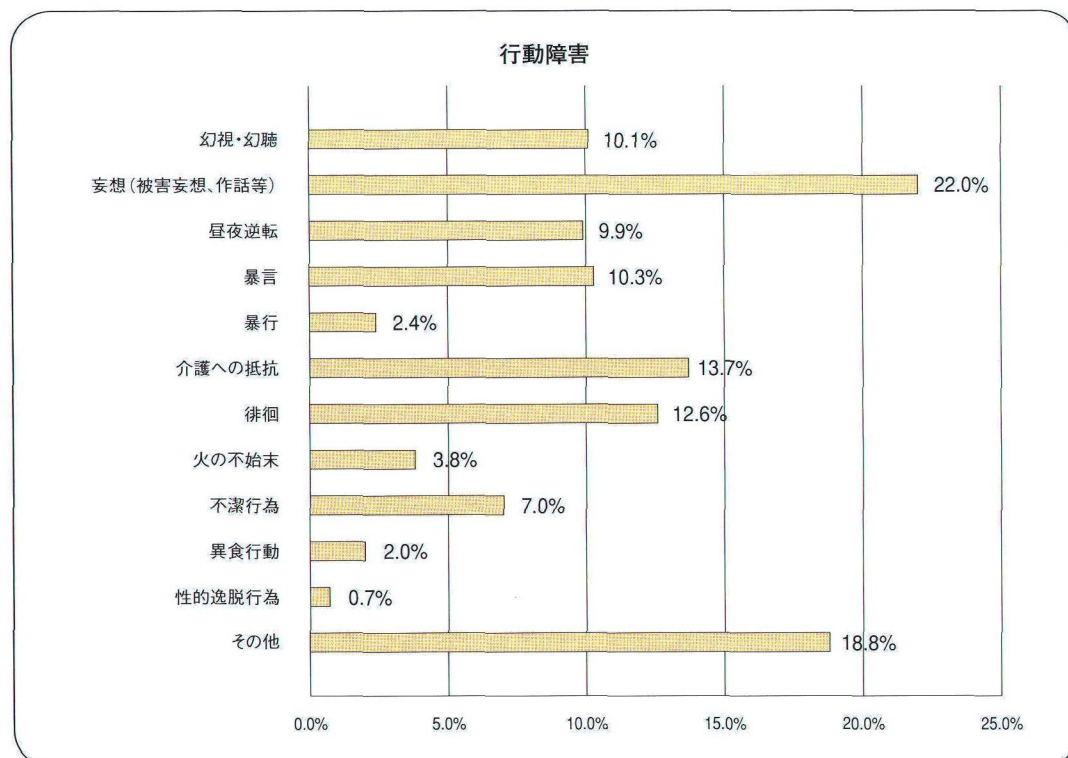
図表 IV-23 介護予防等の支援の要否



【 行動障害 】

利用者の行動障害としては、妄想（被害妄想、作話等）が22%あり、最も多い。その他では、介護への抵抗、徘徊、幻視・幻聴、暴言、昼夜逆転などが10%程度ある。

図表 IV-24 行動障害



3. 「ケア付き小規模居住系サービス」事業所における課題

ここまでの調査結果から、今回回答を寄せた「ケア付き小規模居住系サービス」に関しては、国保直診を含む医療機関との連携は、日常的な緊密な連携は多くないが、利用者やケースによってはといった条件付きの連携はある程度行われている状況が把握できた。

以下では、国保直診による事業所訪問調査の結果および現地ヒアリング調査結果から、ケア付き小規模居住系サービス事業所の抱えるより具体的な課題、連携の質に関する課題を抽出した。

（１）健康づくり・介護予防

- 保健師・看護師による健康相談、PT・OT 等による運動指導等の専門職の介入機会が少ない。
- サービスを通じての利用者の「健康づくり・介護予防」に対する意識付けが不十分である。
- 事業所における「健康づくり・介護予防」の取り組みが自宅での取り組みにつながっていない。
- 集団的な取り組みはなされているが、利用者個人に合わせた介護予防マネジメント等、個別ケアが不足している。
- 冬季は活動の場が限られるので、「健康づくり・介護予防」のメニューが少なくなる。

（２）日常の医療的ケア

- 家族にできる簡単な日常の医療的ケアが、医療職でない事業所スタッフには実施できない。
- 食事療法、血糖コントロールについて適切なアドバイスができる専門職がいない。
- 薬に詳しくないので、適切な服薬管理ができていない。
- 血圧・体温は定期的に測定しているが、漠然とした不安がある。
- 個別に健康状態を把握して、変化に対応する専門職がいないため、重症になるまで先送りされたり、本人の訴えに職員が振り回されたりする。

（３）慢性疾患の管理

- 予防・管理のための定期的な医療職の巡回、医療機関の受診、検査が必要である。
- 慢性疾患に関する知識が利用者にも職員にも不足しており、外部の専門職が啓発する必要がある。
- 利用者による自己管理に任せているが、服薬管理等をはじめとして、自己管理には限界がある。
- 定期的な点滴・インシュリン注射、経管栄養、胃ろう、ストーマの処置ができない。
- 職員が栄養指導を受けていないので、治療食をきちんと調理できない。食事制限のある人に合わせた間食が用意できない。

（４）認知症ケア

- 様々なケースへの対応方法や判断基準など体系的な知識が不足しており、毎日「このケアでいいのだろうか」と不安な思いでケアしている。
- 認知症が今より重度化した場合にどこまで対応できるか不安である。
- 認知症の進行を予防するような関わりが少ない。
- 認知症に対する正しい理解と進行予防について、利用者、家族、職員の研修が必要である。
- 認知症特有の症状に職員が気付いていない。

- 認知症ケアについて外部の医療専門職のアドバイスをもらっているが、医療専門職も認知症を十分理解できていないケースがあり、正しいアドバイスが得られないことがある。

(5) 通院・訪問診療・往診・入院

- 通院介助のスタッフが不足している。通院の待ち時間が長く、その間の付き添いスタッフの確保が大変である。
- 通院介助に人手を取られ、事業所のケアが行き届かなくなっている。
- 歯科・眼科は往診の方が待ち時間が短くてすむが、なかなか往診してもらえない。
- 通院のための交通手段がない。
- 通院を嫌がる利用者については、回診時等に診察・指導を重点的に行う配慮が必要である。
- 日常的に連携していても、個人開業医の場合は、休日・夜間の往診・訪問診療は対応できない場合がある。
- 重度の認知症高齢者が入院できる医療機関が不足している。
- 利用者の受診結果や退院時の情報が医療機関から得にくい。
- 退院して施設に戻ったとき、医療的ケアが必要な場合の対応体制が不十分である。

(6) ターミナルケア

- やる気はあるが、現在の人員体制では難しい。
- 夜間は職員が1人しかいないので、精神的・身体的な負担が過大である。
- 医療職が常駐していないので、往診、看取り等の対応をしてくれる医療機関、訪問看護の確保が課題である。
- 建物の構造上車椅子に対応できない、静養室がない等、ハード面の環境が整わない。
- 最期まで責任を持って看取るということを頭では理解できていても、緊急対応や他の利用者への理解の求め方に不安があり、ターミナルケースが発生した場合にトラブルになっている。
- 本人家族に対して病状の説明と同意、今後のケアについての選択肢を提示できる職員がいない。
- 終末期の高齢者医療など全般的かつ体系的な知識が不足している。

(7) その他

- サービス事業所職員は急変時の医療的ケアの基礎知識が不足している。
- 急変時に備えた24時間の相談体制はあるが、十分活用されていない。(急変に気づくのが遅れたり、治療が必要かどうか判断できていない。)
- 日常と異なる事態が発生した場合に、医療的な判断を医療職以外で的確に行うのは困難である。
- うつ傾向等、精神面のフォローができない。
- 些細なことでも相談できる医師がいない。
- 一部の職員は積極的に外部の医療専門職を活用しているが、事業所職員全体に浸透していない。
- 「何かあれば医療機関に連絡すればよい」と外部の専門職に依存しきっている。
- 専門的な研修や指導を受ける機会が少ない。
- 介護予防事業等、医療面での指導・助言を得たいが、どこに相談したらよいか分からない。

4. 医療機関としてできると思われること

本調査では、国保直診職員の訪問調査によりサービス事業所が抱える課題に関して、医療機関に対してどのような支援を期待しているかを聞き取りした。さらに国保直診の職員として、利用者、家族、事業所職員に対して支援できると思われることを回答してもらった。それらを踏まえ、医療機関として期待される役割と、国保直診としての可能な支援のあり方についてとりまとめた。

(1) 利用者に対する支援

① 訪問看護、往診、回診

- ・事業所における課題として、慢性疾患に対し事業所内で日常的なケアを行っているものの、それでいいのであろうかという漠然とした不安が多いことが明らかになった。施設を訪問し、利用者の健康状態をチェックしつつ、健康管理上の指導を行うことが求められており、これに答えることが可能と回答した国保直診は多い。
- ・特に利用者のニーズが高いのは、定期的な往診である。地域の事情、医療機関のそれぞれの事情により可能か否かは異なるが、定期的とは言わないまでも入居者の病状を把握し、軽い病気については電話での相談に応じる、また、急変時は往診や点滴を実施する等の支援策を検討する必要がある。
- ・また、緊急時には、事業所は医療機関と信頼関係のもと、比較的円滑に対応がなされているようであるが、それでも不慮の事態に対する医療的な不安感を感じている事業所は多い。国保直診が、その高度な医療ノウハウを根拠にして、緊急時にも安心感を与えることが必要とされている。
- ・かかりつけ医や周辺の高次医療機関等との情報交換や役割分担などの連携が必要となる。

② 国保直診の利用のしやすさ向上

- ・多くの事業所で、日常的な通院時について、待ち時間短縮や通院手段支援についての要望が寄せられた。
- ・通院待ち時間を短縮し、利用者の負担を減らすために、事業所のスタッフと前もって連携を取り、受診予約日、予約時間に受診できるようなシステムづくりを考えるなど、国保直診を利用しやすい状況を提供することも必要である。
- ・また、通院に坂道や距離などで支障のある高齢者に対しては、バスによる送迎サービスを提供している自治体に支援を呼びかける等の方策も検討する必要がある。
- ・急変や緊急時に円滑に受け入れるために、日常的に主治医やケアマネジャーと連携しておき、病院で治療したり、迅速に入院ベッドを確保できるような支援体制整備も考えられる。
- ・事業者側からは特に要望は見られなかったが、国保直診職員の側から、通院の際の窓口を明確にして対応をスムーズにする、接遇を良くする、等の提案がなされていた。

③ 紹介・派遣

- ・スタッフの余裕がないなど医療機関が訪問等の対応を取りにくい場合は、直接施設を訪問するのではなく、国保直診の豊富なネットワークを活かして、協力してもらえる医療専門職を紹介してもらいたい、という要望が多かった。

- ・理学療法士、作業療法士、運動指導士、メンタルな面での支援が必要なときに相談にのってくれる人など、国保直診または周辺医療機関の専門職を、利用者のもとに紹介、派遣すること、紹介する人材の準備、さらにネットワーク化するなどの方策が考えられる。

④ 講演・教室

- ・日常的な健康づくりのために行われる講演や教室に対し、事業所単独ではノウハウや情報が不足しているため、そもそもどこで何が行われているかという情報がない、事業所で開催したいと考えても手が回らない、やり方がわからないといった現状に対し、国保直診として支援できることを考える必要がある。
- ・講演・教室の開催情報を施設に発信する、国保直診が実施する講演等に参加を促すなど、積極的に展開していくべきであると考ええる。

(2) 家族に対する支援

① 地域医療情報の提供

- ・家族側からは、地域にどのような認知症ケアの専門的医療機関があるのか、どう選べばいいのか、利用するための制度・仕組みはどうなっているのか、等の情報提供ニーズが高い。
- ・国保直診からも事業所を通じて間接的に、または直接、情報提供を行っていくことが望まれている。情報としては、医療サービス制度の紹介、地域の医療機関や医療専門職、関連サービスを紹介・助言することや、退院時の相談等のニーズが高い。
- ・家族介護教室、住民健康講座等、地域で開催される情報提供催事を家族に知らせ、同時に参加を促すことにより、認知症や医療・介護について学習を深めて、在宅で介護が出来るように誘導する。家族による介護力向上を情報提供という形で支援する。

② 医療面での説明・指導

- ・認知症の利用者が医療機関に通院、入院することになった場合など、家族と直接対面することになった際には、認知症特有の症状や家族の状況に十分配慮し、安心感、信頼感を持ってもらうことが重要である。利用者の身体状況、病状、及び治療方針や予後などについて、家族へ丁寧にわかりやすい説明を行い、十分に納得してもらった上で医療・ケアを実施することが望まれる。
- ・認知症に対しては、家族に日常言動の変化を情報提供する、入院時の健康状態を逐次報告するなどのニーズへの対応が医療における家族の理解を促進する。

(3) 事業所スタッフに対する支援

① 国保直診における研修会等への参加促進

- ・事業所職員のケアのレベルを向上させるために、国保直診の果たす役割は大きいと思われる。国保直診で行っている講座、研修会等に、事業所スタッフにも参加してもらい、知見、ノウハウを深めてもらうための一助とする。事業所は地域の中で情動的に孤立している場合も多いため、まずは講座等の開催情報の提供を行うことが必要である。次に円滑かつ気安く参加してもらうために参加の垣根をできるだけ低くすることも重要となる。

- ・国保直診職員が事業所職員に受けてもらいたいと考える研修は、健康指導講座や栄養指導講座、ケア・疾患・認知症に関する研修、感染予防や褥瘡対策研修等が挙げられている。

② 国保直診職員との交流促進

- ・今回の直診職員の訪問について多くの事業所から感謝の声が寄せられたという。現場で働く職員との定期的な話合いの機会を設けてもらい、その中で相談を行い、助言を得たいとのニーズは高い。また逆に直診職員が高齢者ケアの現場で高齢者本人の日常生活の様子や日常生活に基づいたケアの状況を学ぶなど、交流を通じてお互いの気づきと理解を深める契機とできれば良いと考える。
- ・また、国保直診と事業所の一对一の交流だけでなく、国保直診を媒介に複数の事業所間での交流のきっかけ作りを行うことも有効と思われる。グループホーム間の交流の機会を企画立案し、国保直診職員も含めて、ケース対応の方法や事業所運営の方法などに関する意見交換によって相互に知識やノウハウを高め合ってもらうなど、地域ケアの体制づくりの媒介役をはたすことも大切である。

5. 連携の3つのモデル

「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関との連携については、今回の調査から3つの形態に分類することができる。

(1) パートナー型医療機関～事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる～

【 イメージ 】

- 地域ケアの最前線にあつて、「ケア付き小規模居住系サービス」事業所の密接な協力医療機関として協働する。
- 事業所が包括できない医療・保健サービス等を提供し、利用者に直接関わる。
- 地域のニーズにあわせて、柔軟かつ機動的にサービスを提供する。

【 サービスモデル 】

- かかりつけ医として事業所に往診・訪問診療を行い、利用者に対して医療サービスを提供する。
- 事業所で利用者と直接関わることで、事業所職員に対して医療的な知識やケアの留意点など、サービス提供場面を通じて研修する。
- 利用者や家族に対して、個別面談を通じて、医療的な知識やサービスの情報等を提供する。

【 事 例 】

日常的な連携	・ 日常の生活や病状を把握し、変わった様子があれば、受診や往診をしてもらっている。 ・ 地域ケア会議で、医療的ケア以外の生活支援に関するアドバイスをもらっている。 ・ 協力医療機関となっており、健康管理のため往診・通院・入院など優先的に行っており、定期的に情報交換も行っている。 ・ 利用者の健康状態については常に相談できる体制にある。また、緊急時の対応、居住への往診もすぐ対応できる体制をとっている。週に一回連絡会を開催し、連携を取っている ・ 嘱託医契約が結ばれており、毎週2回の訪問で診療を行っている。 ・ 往診により利用者の健康管理を行っている。又、訪問ヘルパーとの情報交換も毎日行っており、利用者の健康状態を常にチェックしている。
緊急時の対応	
地域の体制整備	

（２）サポーター型医療機関～利用者に関わる事業所・機関を緊急時に備え後方支援する～

【 イメージ 】

- パートナー型医療機関が主として日常的な医療サービス提供を想定するのに対して、緊急時、あるいは高度・専門的な医療を必要とする場合に備えて後方支援する。
- 高いマネジメント能力、経験豊富なスタッフ、充実した医療設備を必要とするような、地域の最前線では提供できない医療サービスを提供する。
- 事業所やパートナー型医療機関のニーズにあわせて、技術的な援助や職員に対する助言・指導を行う。

【 サービスモデル 】

- 夜間・休日や状態急変時の緊急対応を行う。（入院等）
- サポーター型医療機関が実施する職員研修に、事業所やパートナー型医療機関の職員を希望に応じて受け入れる。
- 利用者や家族に対して、医療的な知識やサービスを提供するため、サポーター型医療機関が講習会や介護教室等を開催する。

【 事 例 】

日常的な連携	・ ケア会議を通して入所者の健康管理等について相談している。 ・ 月 1 回の定期受診により、日頃の健康状態の相談と処方を受けている。緊急時も速やかに対応して頂いている。
緊急時の対応	・ 緊急時の場合は提携医療機関から国保直診の方へ連絡をとっていただき受診し、悪いときは入院という形をとっている。 ・ 夜間や緊急時の対応も容易にできるよう、病院管理当直を窓口にして連携できる体制としている。
地域の体制整備	・ 入居者の日常生活上の問題点をあげ、各種機関の果たすべき役割等及び家族等の具体的関わりについて検討。 ・ 地域における認知症対応の受け皿が必要との問題意識から直営グループホームを整備。

（３）ネットワーク型包括ケア機関～利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ～

【 イメージ 】

- 「ケア付き小規模居住系サービス」事業所や地域の個々の医療機関がどのようなサービスを提供でき、あるいはどのようなサービスを提供できないのかを踏まえ、利用者が住みなれた地域でその人らしい生活をつづけることができるよう、医療だけでなく、保健・福祉（介護）等のケアサービスを相互につなぎ、必要なサービスを事業所・医療機関が連携して提供できるよう体制づくりの調整役を務める。

【 サービスモデル 】

- 「ケア付き小規模居住系サービス」事業所からの相談に応じ、必要に応じてパートナー型医療機関、サポーター型医療機関等を紹介する。
- 事業所や医療機関の職員向けの各種研修の情報を提供する。
- 利用者や家族からの、医療的な知識やサービスに関する相談を受け付ける。
- 自治体や医療・保健・福祉・介護等の事業所等、地域の多様なサービス提供機関や人材を活用し、介護予防からターミナルまで包括的なケアネットワークを構築する。

【 事 例 】

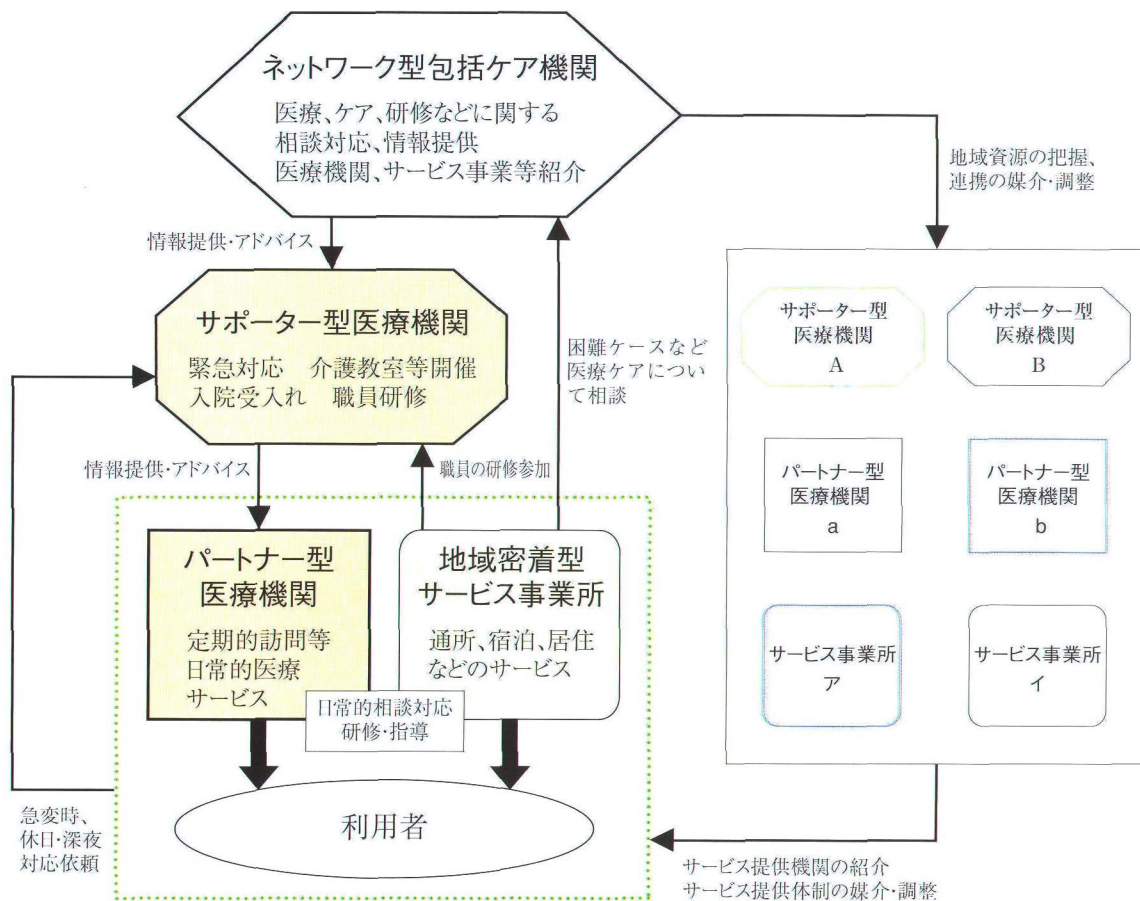
日常的な連携	
緊急時の対応	・提携医療機関の医師と蜜に連絡が取れているので緊急時には相談、受診を行っている。 ・入院等は開業医に判断を仰いでいるが、専門的なものは直接、国保直診にかかっている。直接相談することも可能である。
地域の体制整備	・経済的に在宅から医療機関までの通院が困難な透析の方についての受け入れなどでも連携を取っている。 ・開業医を通じて（紹介）、突発的な疾病が起きた際、早急に対応する。 例：骨折（疑）の受診 等 ・認知症ケアのやり方やリハビリについては、PTの訪問を得て入浴介助を指導してもらった。グループホームにきてもらえるならそのほうがよい。 ・訪問看護の中で介助技術を実際に見せてもらうことが非常に有効である。

6. 3つの連携の相互補完

「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関との連携の形態については、それぞれ相互に補完関係にある。3つの連携の形態に分類することによって、利用者への日常的な医療サービスから急変時の対応、事業所スタッフや家族への日常的な相談対応や研修・指導、長期的な視点での予防的指導や人材育成・体制整備まで、包括的な地域ケアのシステムを構築することができる。

また、地域の人口・年齢構造特性や医療・介護に関する資源の状況によっては、ひとつの医療機関が2ないし3の連携機能を兼ねることも考えられる。

「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関の連携の相関図



7. 連携モデル実現に向けての課題

本調査で検討した「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関との連携のあり方は、介護保険制度の見直しの中で提案されている「地域密着型サービス」の考え方と重なるものである。地域密着型サービスの活用を、国保直診所在地域という比較的医療・介護の資源が限られた地域でケーススタディしたともいえる。連携モデルとして示した医療機関の役割に関しても、たとえばネットワーク型包括ケア機関で想定している機能は、地域包括支援センターの枠組みの中で想定できる機能であるなど、介護保健制度の中で役割・機能を具体化していくことができると考えられる。

こうした連携機能を具体化させていくことは、国診協が推進してきた「地域包括ケア」をさらに充実させる方向であり、国保直診もそれぞれの地域における機能・役割を踏まえて、積極的に取り組むことが望まれる。その一方で、実現させるためにはいくつかの課題があることも、事業所訪問調査や現地ヒアリング調査で指摘されている。以下ではこれらの課題を整理しておく。

（１）医療サービス提供の実効性の確保

ケア付き小規模居住系サービス事業所と医療機関との連携のベースは、日常的な相談対応や訪問診療、往診等のニーズへの柔軟な対応であるが、医療機関側としてもスタッフ不足等により、ひとつの医療機関だけでは地域のニーズに十分対応することは困難な状況がある。

また、ケア付き小規模居住系サービスからのニーズの大きい分野としてターミナルケアの支援がある。ターミナルケアについては、自治体や医療機関によっては「医療機関に任せるべき」との見解を示しているところもあるが、在宅での看取りと同じと捉えれば、今後ニーズが拡大することも考えられる。

こうした日常的な医療サービスの安定的な提供を実現するためには、地域の医療機関で役割分担や交代制などの仕組みを作るなどして、実効性ある体制づくりを進める必要がある。ターミナルケアに関しては、地域の開業医も含めたターミナルケアネットワークの整備を進めている地域もあり、こうした動きを足掛かりに、医療機関・医療スタッフ間での連携体制を拡大していくことが考えられる。

（２）「協力医療機関」の役割の明確化

開設に際して医療専門職を確保する必要のないグループホームは、かわりに「協力医療機関」を指定して登録することになっているが、協力医療機関が備えるべき条件やはたすべき役割については明確にされていないため、医療機関との連携づくりの基盤となる日常的な相談程度でも円滑に進められない状況がある。

「協力医療機関」が共通して一定の役割を果たすことが明確になれば、前述した地域での医療機関・医療スタッフの連携体制も、それを前提に検討することができる。また、より地域特性を反映した連携関係を検討することも容易になる。

こうした実効的効果が期待できることから、地域において「協力医療機関」が担うべき役割について具体的に体系化することから検討することが重要である。ヒアリングでは、日常的な相談対応などと同時に、認知症ケアに関する認識を高めるための医療スタッフを対象とした研修の必要性なども指摘された。

（３）サービス事業所スタッフとの「共通認識」の醸成

本調査で実施した国保直診職員によるサービス事業所への訪問調査は、医療スタッフと直接意見交換する機会をつくったという意味で、多くのサービス事業所から好意的に受け止められた。反面、このことは、医療機関との意見交換の機会がこれまではあまりにも少なかったことを示すことでもある。調査票の回答では、特に地域における認知症ケアに関しては、医療機関との実効的な連携を築く前提となるべき共通認識がつくられていなかった、との指摘もあった。

現地ヒアリング調査でも、「認知症ケアに関しては日常生活の安定とそれに基づいたケアの構築が重要であることを、医療機関側ももっと認識を深めるべき」との指摘があった。

こうした背景から、医療機関のスタッフを対象とした研修や事業所スタッフとの意見交換を推進することなどにより、地域における認知症ケアに関する共通認識を普及させることが重要である。

V. 参考資料

1. 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方セミナー講演資料
2. 現地訪問ヒアリング調査結果
3. 調査票

1. 高齢者共同住宅等を主とした新しいケアのあり方セミナー講演資料

(1) 実施のねらい

調査結果でも把握されたケア付き小規模居住系サービス（高齢者共同住宅等）が内包する問題を踏まえ、今後もサービスの質を担保し、さらに地域ケアの機能を高めていくためには、医療機関として何をなすべきか、国保直診の職員が各地域の特性をふまえて協議した。医療機関の参加により、「ケア付き小規模居住系サービス」を地域の中で有効に活用する新たなケアモデルについて協議し、関心と連携への意欲を喚起した。

①開催日 平成 17 年 2 月 25 日

②会 場 全国都市会館

③プログラム

13:00	受 付
13:10	開会式
14:10	基調講演 「ケア付き小規模居住系サービスにおける小規模多機能型居住系ケア」 ～その実践と医療機関に期待される役割～ 北海道大学病院総合診療部 教授 前沢 政次
14:50	事例発表 1.岩手県・藤沢町医療福祉センター（グループホーム やまばと） 事務局長 工藤 博信 2.広島県・北広島町芸北ホリスティックセンター（シルバーハウジング） 所長 吉見 昭宏
15:00	休 憩
16:20	グループワーク 「小規模多機能型居住系サービスと医療機関の連携のあり方について」
16:30	セミナーの振り返り ①セミナーの成果を今後どのように実践するか ②セミナー評価
	閉 会

1. 基調講演（抄録）

地域密着型サービスにおける小規模多機能型居住系ケア

～その実践と医療機関に期待される役割～

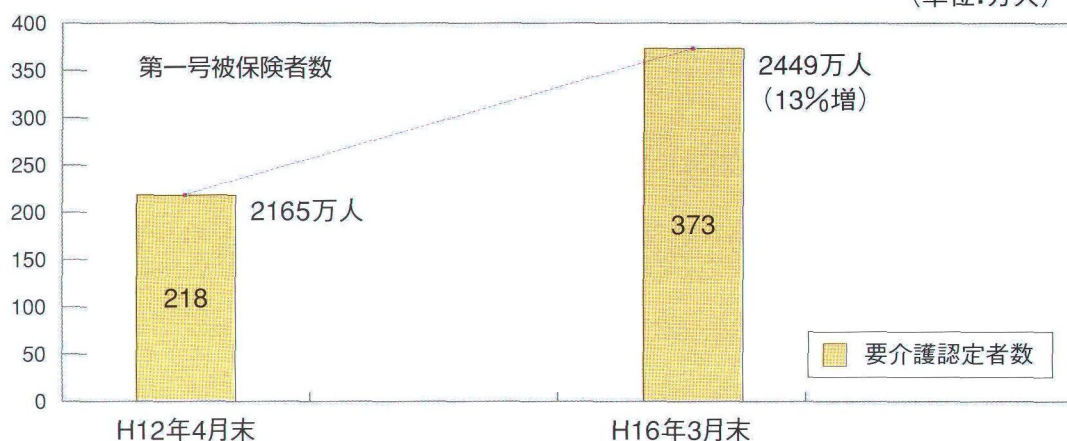
北海道大学病院総合診療部 教授 前沢 政次

1 介護保険の現状

○サービスの利用者は、4年間で急増している。

【第1号被保険者数（65歳以上の被保険者）と要介護認定者数の推移】

（単位：万人）

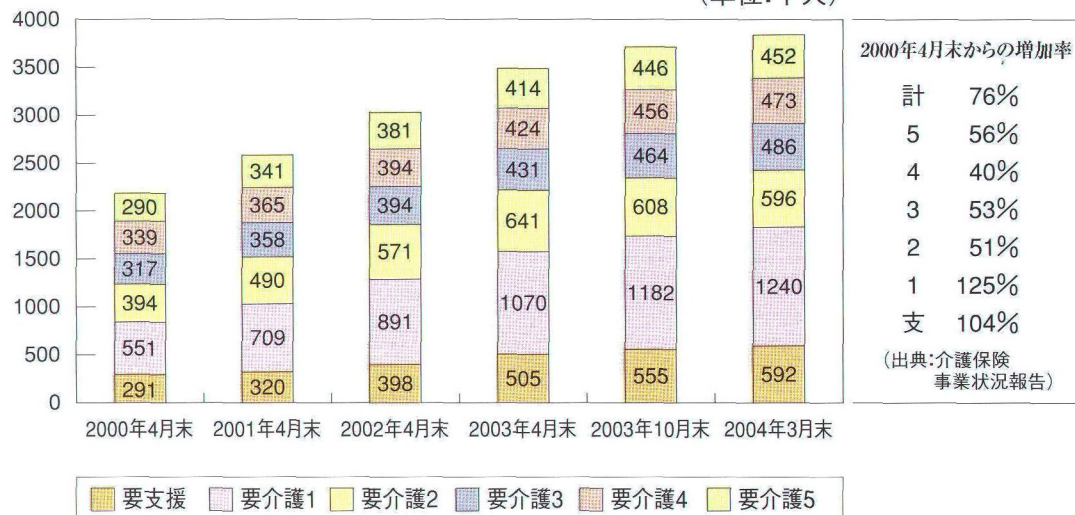


要介護認定を受けた人は4年で約166万人増加（76%）

特に、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加（118%）

【要介護度別認定者数の推移】

（単位：千人）



○介護保険制度の課題

1.介護予防

要支援の約半数は2年後に重症化

2.認知症高齢者の増加にどう対応するか

認定者の半数弱が「Ⅱ以上」。

約8%が動ける認知症。その6割は在宅で生活。

3.サービスの質の確保をどうするか

指定取消し121事業所(2000.4～2003.12累計)

2 現場での工夫

○認知症の分類

原因	障害される部位	病名
変性型	前方型 後方型	前頭側頭型 アルツハイマー型
血管型	限局性 びまん性	脳血管障害 Binswanger病
その他		薬物、うつ病、 正常圧水頭症

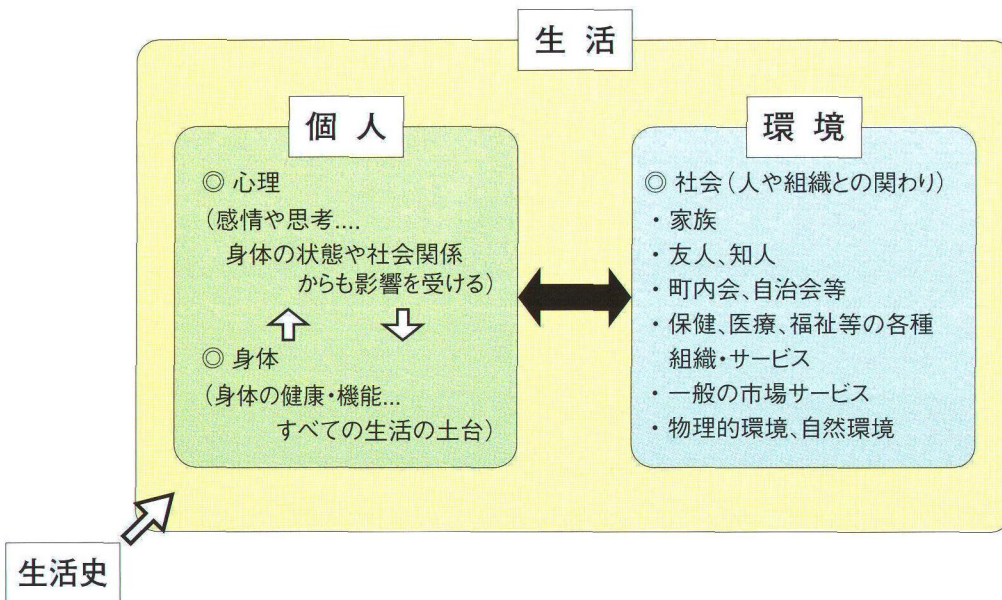
○認知症対策はまず身体から

- ・脱水を見抜く
- ・便秘を見抜く

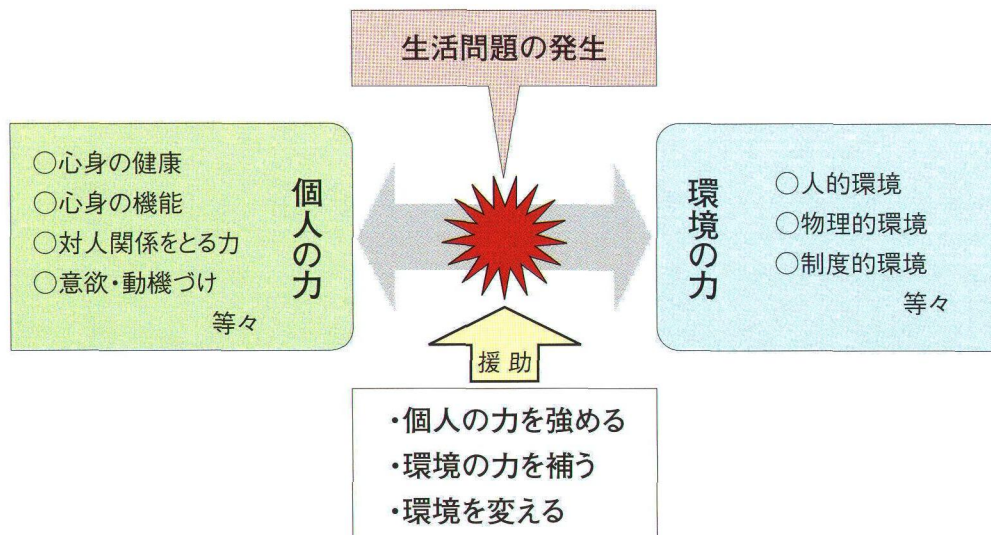
○中核症状と周辺症状

	中核症状	周辺症状
表現	記憶、見当識、判断、言葉、 数のしょうがい	幻覚妄想、抑うつ、意欲、 せん妄、徘徊、弄便、収集、 攻撃
個人差	痴呆の人誰にもあり	人(環境)によって出る
医学的 説明	可能	不可能(人間理解による)

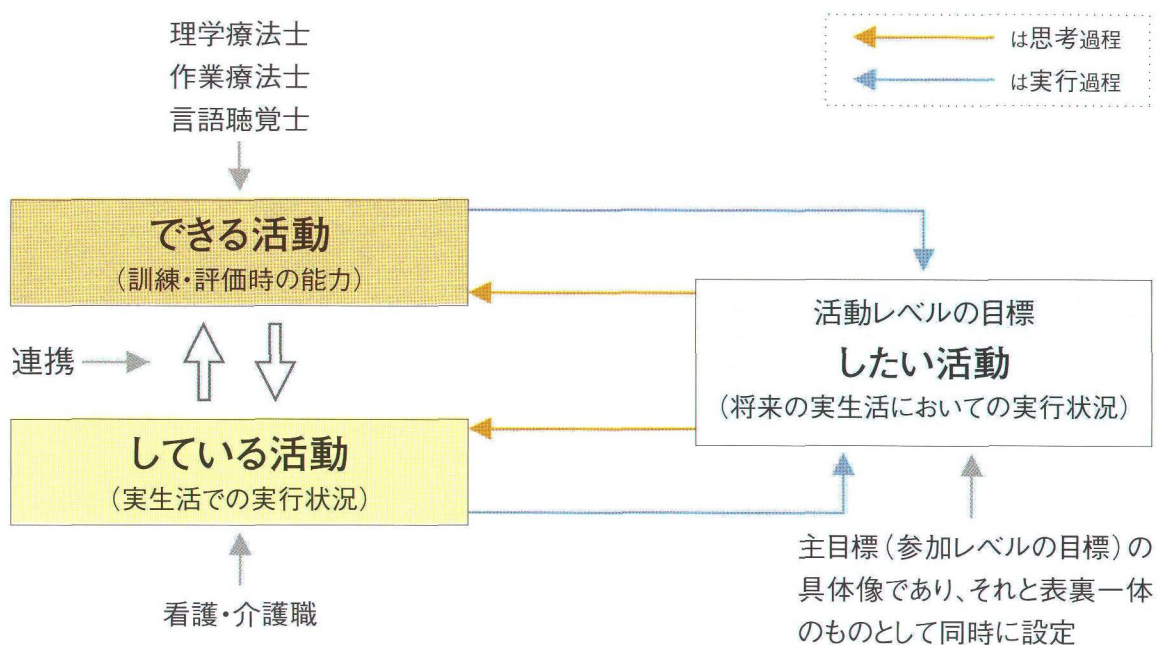
○身体・心理・社会的存在としての人間



○個人と環境の相互作用と援助活動の関係



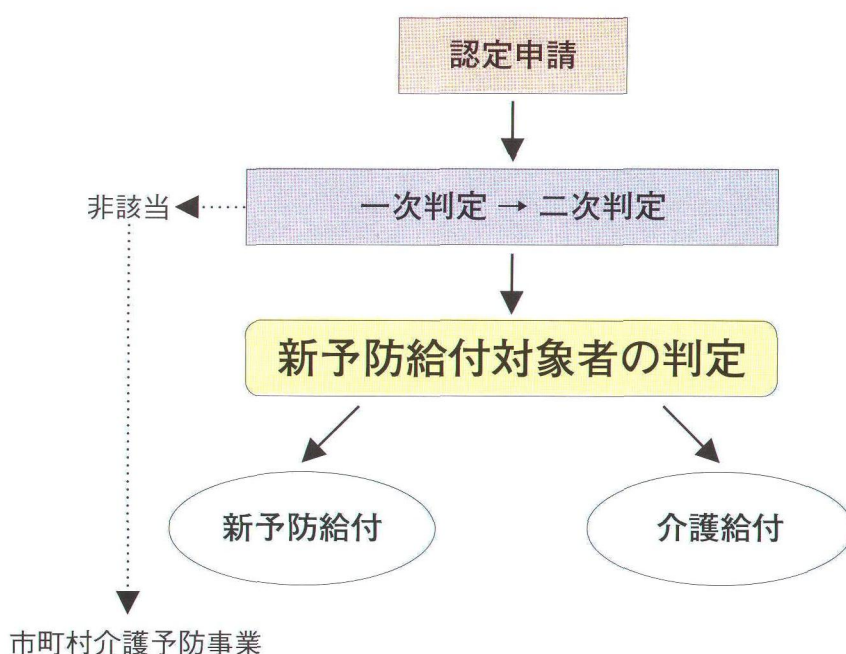
○生活目標づくり



※ 思考過程の矢印は、まず活動レベルの目標として「する活動」を設定し、その実現に向けていかに「できる活動」と「している活動」とを向上させていくかを計画するという意味。
 実行過程の矢印は、この目標に向けて活動向上訓練を行っていくという意味。

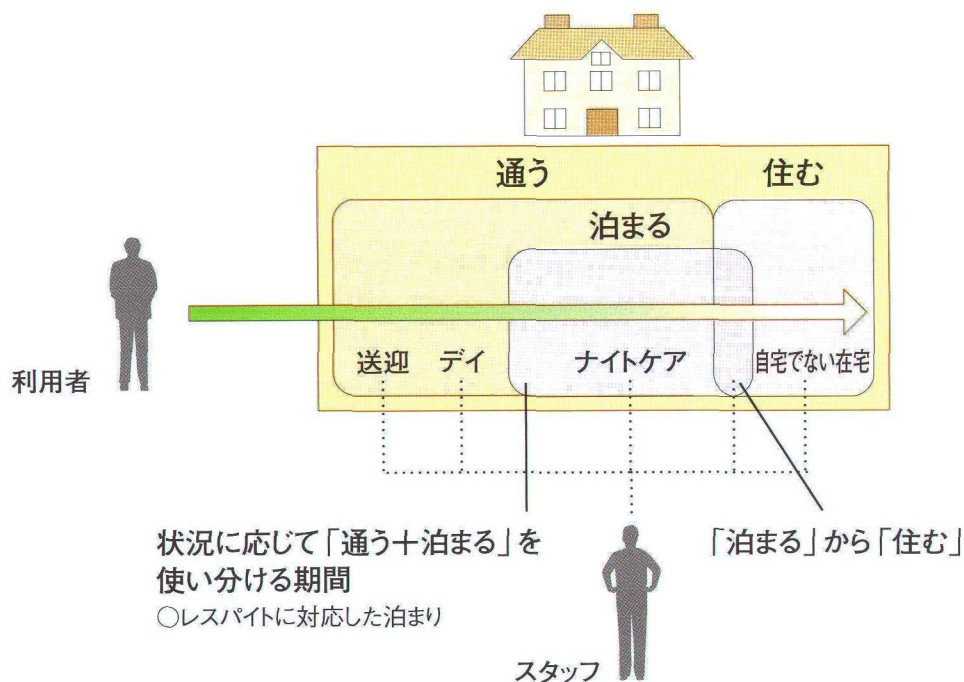
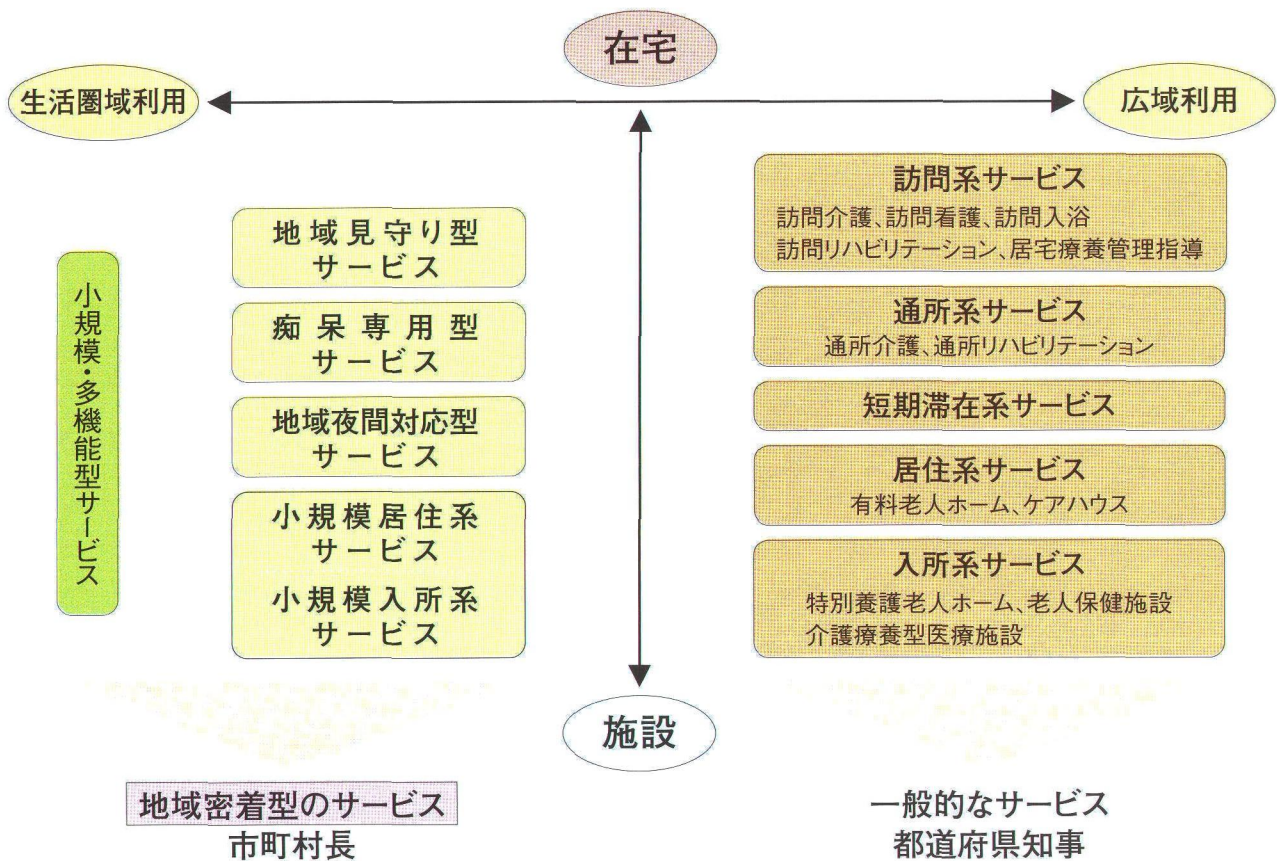
3 地域密着型サービスへ (介護保険見直し論から)

○新予防給付の対象者選定と給付決定の流れ



○地域包括支援センター

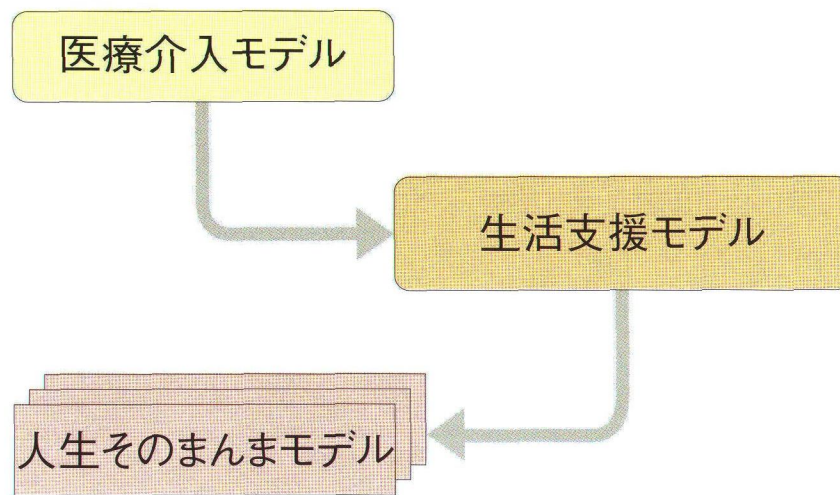
- ① 総合的な相談窓口機能 社会福祉士
- ② 介護予防マネジメント 保健師
- ③ 包括的・継続的なマネジメント
(マネジメント統括) スーパーバイザー的ケアマネジャー



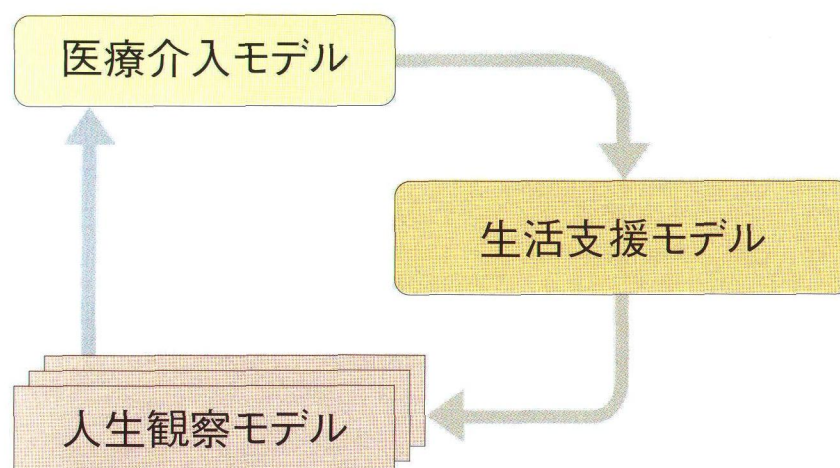
○医療機関の役割とは

- ・認知症に対する環境整備の支援 — ケアワーカーのこころのケアも
- ・早期発見
- ・予防活動

○ケアモデルの成長



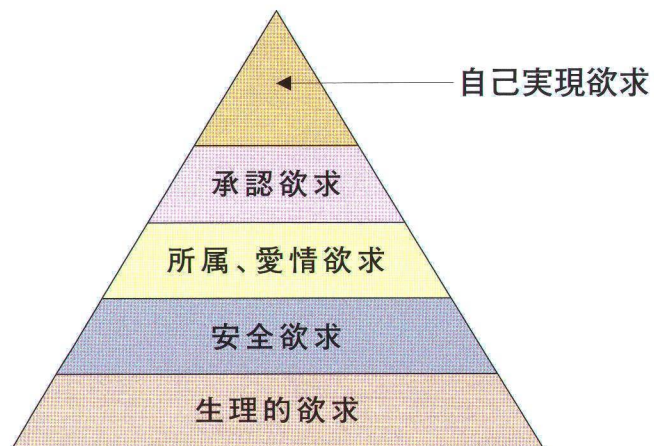
○ケアモデルの適用



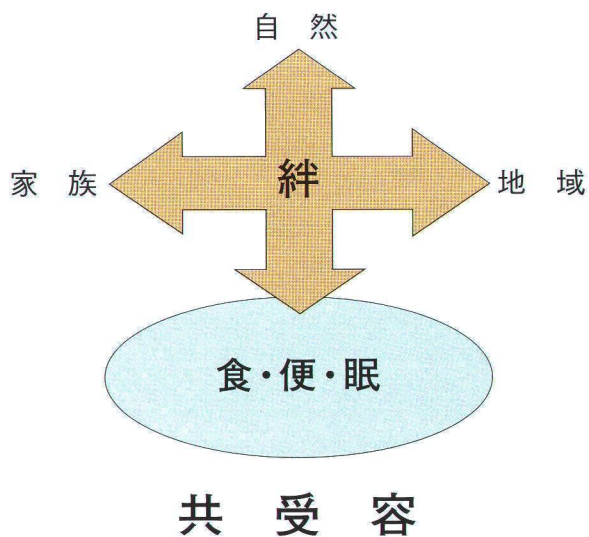
○三つのモデルを比較する

	医療介入 モデル	生活支援 モデル	人生観察 モデル
目 標	治癒・延命	生活改善・ 機能回復	自己決定による 人生
対 象	疾病・障害	ADL・IADL	生活史・人生観
方 法	検査・治療	アセスメント	直感・傾聴
内 容	悪い部分を治療	衣食住の整備 介護予防	ありのまま絆を 大切に

○人間の持つ欲求(マズロー)



○人間らしく生きる基本



2. 事例報告

(1) グループホームやまばと（岩手県・藤沢町福祉医療センター）

藤沢町福祉医療センター 事務局長 工藤博信

<藤沢町の概要>

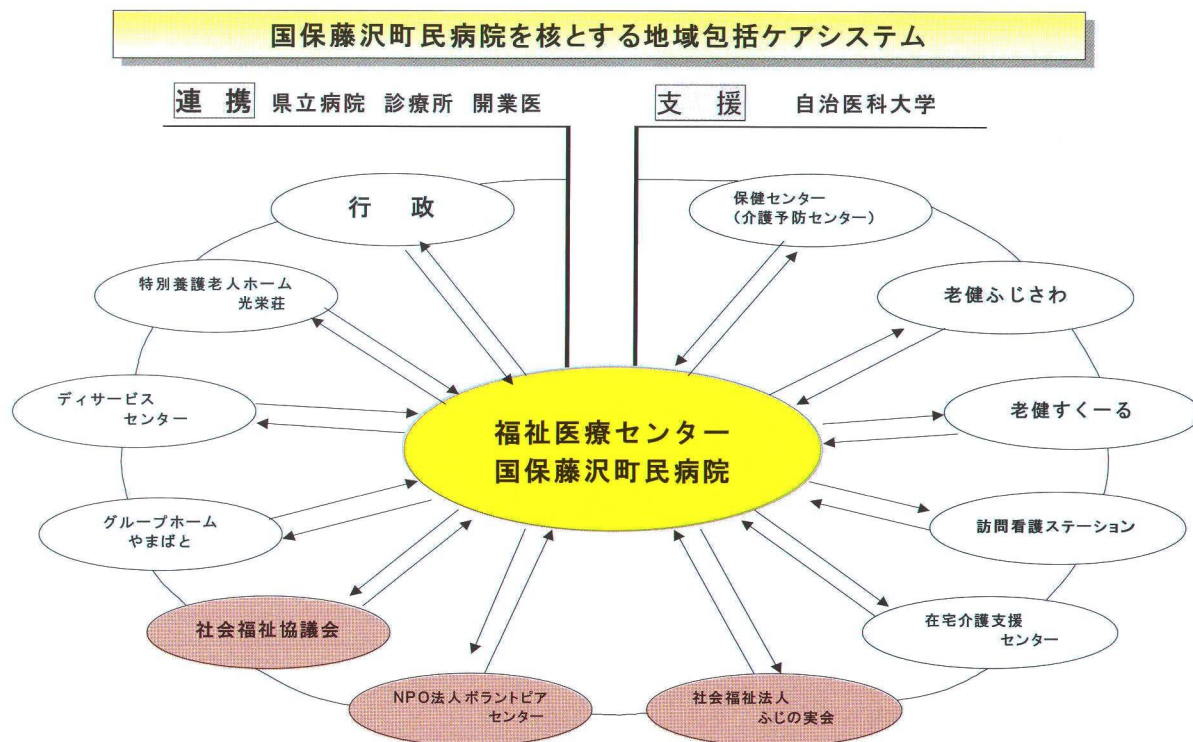
- ・ 岩手県南部の宮城県境、中山間地域
- ・ 人口は 10,209 人、高齢化率 31.7%
→65 歳以上高齢者約 3,200 人 ひとり暮らし世帯 218 高齢者世帯 227
- ・ 主産業は農業（米、たばこ、ピーマン、りんご、畜産）
- ・ 内陸型の気候で、県内では最も温暖な地域に属し積雪も 10 センチ前後と少ない

<藤沢町福祉医療センター>

- ・ 藤沢町民病院 ・ 老健ふじさわ ・ 保健センター
- ・ 介護予防センター ・ 在宅介護支援センター ・ 訪問看護ステーション
- ・ 特別養護老人ホーム光栄荘 ・ デイサービスセンター ・ 高齢者グループホームやまばと
- ・ 地区健康センター

(関連する組織)

- ・ 知的障害者更正施設 ふじの実学園
- ・ NPO法人 ボラントピアセンター
- ・ 藤沢町社会福祉協議会



＜藤沢町福祉医療センターの基本的考え方＞

- ・地域を向いた包括的総合的な医療を基本に、健康づくりや介護をつなぎ目のないサービスとして提供する
- ・サービスの現場と管理を分離しない
- ・「長く生かされる」から「生きていて良かった」長寿社会へ
- ・住民の信頼と、共に支え合う仕組みのなかで成り立つ

＜グループホームやまばと＞

- ・開設 平成 15 年 1 月
- ・定員 9 名
- ・利用実績 16 名
- ・主な活動 掃除、洗濯、調理、片づけ、野外活動、趣味活動、買い物等
- ・目標 ☆家庭的な環境の下で利用者のそれぞれの持っている能力を大事にする
☆穏やかに過ごすことで精神安定と痴呆の進行を緩和する
☆家族や地域住民との交流を大切にし、積極的に社会参加をする

＜2年間を経過して感じたこと＞（管理者としての感想）

- ①少人数であるため、利用者同士がなじみの関係をつくりやすい
- ②利用者個々のペースが大切にできる
- ③利用者が在宅での生活習慣や趣味を生かせる（家庭的な雰囲気）
- ④お互いに支え合う気持ちが出てくる

（具体的に効果が出たこと）

- ①症状が緩和した（徘徊が少なくなった、意欲低下が見られなくなった、不穏が少なくなった、物をなくさなくなった、物を集めることが少なくなった等）
- ②自分にもできる事があるという満足感（炊事、洗濯、掃除、共同作業、趣味活動等）
- ③安心して生活している（表情が穏やかになる）

（今後の課題として検討すべきこと）

- ①重・中・軽度が一緒に生活するには限界があり、レベルに応じた対応が必要（生活型、介護型）
- ②状態の変化に伴っての退所後の行き先が施設となるのが一般的であるが、痴呆が進行する恐れがあり、個室化、ユニット化している施設が望ましい。
- ③住み慣れたところで安定した生活をおくっている現状から、介護する側としてはターミナルまで見ていきたい

痴呆性高齢者グループホームやまばと



(2) シルバーハウジング（広島県・北広島町芸北ホリスティックセンター）

芸北ホリスティックセンター長 吉見 昭宏

＜旧芸北町の概要＞（北広島町に合併する以前の状況）

- ・ 広島県の西北端、標高 750m、255 k m、高原、積雪地帯
- ・ 産業：農林業、酪農、スキー産業（スキー場 8 ヲ所）、民宿
- ・ 人口：3,019 人、高齢者人口：1,120 高齢化率：37.1%
- ・ 介護保険料賦課基準額：3,500 円
- ・ 介護保険認定者数：206 人、認定率：18.5%
- ・ サービス利用率：82% （居宅サービス受給者：114 人、施設サービス受給者：45 人）
- ・ 2 ヲ所のシルバーハウジング

＜芸北ホリスティックセンター内のシルバーハウジングについて＞

- ・ 国保総合保健施設設立時の一条件
- ・ 夫婦二人部屋 2（10 畳＋炊事場＋トイレ）、一人部屋 3（6 畳＋炊事場＋トイレ） 計 7 人
- ・ 医療依存度の高い人
- ・ 社会福祉協議会に業務運営委託
- ・ 生活援助員と宿直員
- ・ 入居者の負担金：4,500 円＋電気代＋水道代
- ・ あらゆる行事に参加できる。
- ・ エリアの中にホリスティックプラザがある。
- ・ ボランティア（話し相手、買い物手伝い）
- ・ 談話室

＜高齢者福祉センター内のシルバーハウジングについて＞

- ・ 医療依存度が低い高齢者
- ・ 6 畳部屋＋炊事場＋便所（8 部屋） 計 8 人
- ・ 社会福祉協議会事務局
- ・ ヘルパーステーション
- ・ デイサービスセンター
- ・ 生活援助員（看護師）と宿直員
- ・ 入居者の負担金：4,500 円＋電気代＋水道代
- ・ ボランティア（買い物の手伝い、話し相手）
- ・ 談話室

<医療機関との連携状況・体制>

- ・ 悪性疾患、心疾患、抑うつ状態、慢性呼吸器疾患療養中の高齢者をとうしての専門医との連携
- ・ 24 時間体制とチームケア体制
- ・ 1～2 週間に 1 回の定期検診

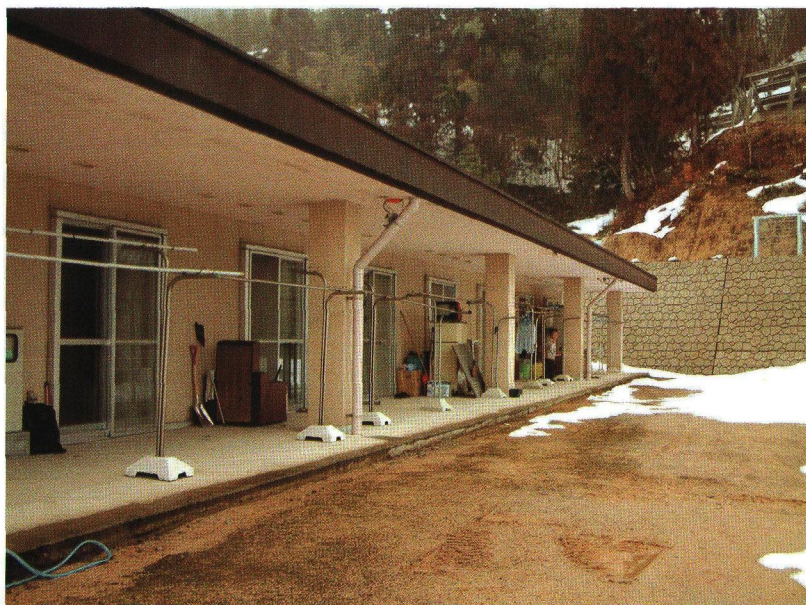
<問題点・課題>

- ・ 子孫が居られない高齢者の定住化
- ・ 非課税所得の高齢者の定住化

芸北ホリスティックセンター



高齢者福祉センター内のシルバーハウジング



2. 現地訪問ヒアリング調査結果

(1) 広島県・公立みつぎ総合病院

○日 時：2005 年 2 月 18 日（金）

○訪問者：検討委員会 前沢委員長、高山委員、山本委員、大原委員

事務局 国診協 鈴木、三菱総合研究所 川口、高森

○ヒアリング対応：公立みつぎ総合病院

グループホームかえで、グループホームおおぞら、ケアハウスさつき、
訪問介護型アパートあけぼの

■利用者の状況（医療的ケアの利用状況を中心に）

（あけぼの）

居宅介護支援は色々な事業所があるが、サービスそのものはあけぼのの中でやっている。
公立みつぎ総合病院までの距離は車で 10 分弱。開業医は車で 3 分程度のところにある。

入院等は開業医に判断を仰いでいるが、専門的なものは直接、公立みつぎ総合病院にかかっている。直接相談することも可能である。

夜間は 2 名当直の体制。何かあれば管理者に連絡する（15 分以内で管理者が来られるので）。

週何回か定期的にリハビリを利用している利用者がいる。ストーマ利用の方は近隣の医療機関で定期的に受診しているが、悪化したときは公立みつぎ総合病院へ照会してもらう。

筋力向上をねらいとして、意識的に遊歩道の散歩をしている。グランドゴルフをおこなうこともある。リハビリをやっている姿を見せてもらって一緒にやることもある。

認知症による行動障害が顕著になった場合は、老健に預かってもらうこともあるが、多くはグループホームに入ってもらっている。

施設の運営方針として、野菜作り、花作り等を取り入れて、あまり束縛しないで元気に暮らしてもらうようにしている。

（おおぞら）

特に医療的ケアが必要な人はいない。日常的な医療的ケアとしては、協力医療機関（開業医、歯科医）に依頼して日常的な薬をもらっている。皮膚科、専門的な診療科は公立みつぎ総合病院を利用している。緊急時にも公立みつぎ総合病院を活用する。

生活習慣病・慢性疾患への対応は、医療機関に相談し日々対応している。腔ケアは、毎食自分でできる人は自分でやってもらい、できない人はスタッフが介助している。行動障害はほぼ対応できている。

介護予防等の支援については、日常生活の生活リハビリを基本とした料理、草取り等といった生活行動を通じた支援が中心となる。食事量が減少したり、体重が減った人については、医療機関に相談して栄養補充をしている人もいる。

閉じこもり予防として、午前・午後と時間を決めて体操する等の活動をしている。できるだけ

みんなで話ができるようにしている。

(かえで)

健康管理は月 1 回内科的な診察を受けている。6 人が内服。精神科に 2 名受診している。安定しているので、特に調子が悪くなることは今までにはなかった。

作業療法士が 1 人いるので、リハビリ的視点でチェックしてもらい、定期的に ADL もチェックしている。併設のリハビリセンターとも連携している。パワーリハビリに 2 人、ST 等にも興味がある人がいるので、俳句や詩吟クラブに参加し、趣味を活かしながら通ってもらっている。生活の中での楽しみとしてリハビリを行っている。

口腔ケアについては、公立みつぎ総合病院の歯科衛生士、歯科医に協力を得ている。歯科衛生士にチェックしてもらい、歯科治療に関しても必要に応じて受診している。職員も 3 食毎に口腔ケアに対応している。3 食作っているので、できることは利用者にやってもらうようにしている。

行動障害については、薬はアリセプト等を服用するケースが多い。

(ケアハウスさつき)

公立みつぎ総合病院の関連施設ということで、医療機関との情報交換は比較的やりやすい状況にある。自立している人がほとんどなので、体調が悪ければ普通に病院で受診するが、歩行に不安がある人はヘルパーの介助で医療機関に受診してもらうこともある。

ケアハウスの中では医療的ケアはないが、インシュリン注射をしている人がいて、自己注射の方が 2 人いる。自己注射が難しい人は関連施設の看護師に対応してもらっている。いまのところ受診については、特に問題ない。

■医療機関との連携について

地域や施設の方からは、医療機関には声をかけにくい。医療機関から地域に声をかけてもらうと、安心感が大きい。地域の社会資源は病院との連携を望んでいる。

■夜間の対応について

(おおぞら)

スタッフが対応に不安を感じた時はユニットの責任者へ連絡して指示を仰ぐ。さらに状態がおかしいときには医療機関の方へ連絡して、状態を報告し判断を仰ぐ。まずは連絡・相談して、状況に応じて医療機関へ行ったり、訪問診療に来てもらったりする。

連れて行かなければならない時は、スタッフ間で連絡して、誰かがグループホームに残れるようにしている。

夜間(夜勤)は 16:30～翌 9:30 (そのうち 21:00～7:00 の間は 1 人)。スタッフは、経験者 4 人、10 人は新人である。

■課題になっていること

(あけぼの)

町が開催する医療に関する勉強会、検診情報がほしい。他のことについては、相談すれば的確

な情報ももらえるし、何かあれば、連携医療機関が連携を取ってくれているので困っていない。

認知症ケアのやり方、リハビリについては、PT の訪問を得て入浴介助を指導してもらった。グループホームにきてもらえるならそのほうがよい。歯科衛生士、看護師に医療の勉強会をしてもらいたい。訪問看護の中で介助技術を実際に見せてもらうことなども非常に有効である。

当施設はアパートということもあるが、ケアをすることで元気になる方も多いので、その人たちの自立を支援する意味で利用者の心のケアについて、専門的に関わってもらえるとありがたい。特に、心療内科については、眠れないというとすぐ薬が出て、足が不安定になり、転倒の恐れが出てくるので、薬ではない処置も期待したい。

当施設では、利用者一人一人をスタッフの誰が中心に見るという形を決めている。通院、リハビリに行って元気になりたい人がたくさんいるので、スタッフも色々な形でかかわりたいという意識が強い。いろいろな関わりの試みとして、介護タクシーの申請を出そうとしている。

施設からも情報発信ができるとよいのではないかな。医療機関の勉強会は医師会のほうから FAX が来るが、一方通行ではなく、こちらからも情報発信してみるとよい。

(おおぞら)

介護スタッフは、ほとんどが新人なので、できるだけ知識だけでなく、実践的なアドバイスがもらえると自信につながる。認知症の進行を予防するアドバイスや、生活習慣病に関する研修があれば声をかけてもらいたい。栄養士、歯科衛生士に来てもらって、状態を見てもらえると助かるし、入居者の健康づくり、疾病等の早期発見にもつながる。

今のところはなるべく医療機関へ出向きたいが、思いだけで、なかなか実行できない。来てもらえれば、利用者、家族も安心できるだろう。家族に要望を聞いたところ、スタッフと同じように医療機関が支援してくれれば心強いという反応であった。

(かえで)

医療に関する研修に関しては、職員全員が公立みつぎ総合病院の職員なので、病院の研修を受けられる。さらに総合保健施設でも合同研修会（月 1 回）もやっていたり、部署ごとに研修したりしている。技術・接遇の経験者の確保についても特養、老健の経験者を配置するようにしたので、技術的な面での指導が可能。

施設が高台にあるので、地域との交流が不十分。ボランティアにはもっと来てもらいたい、車に乗れない人もいるので難しい。利用者には、特養・老健・リハセンターの行事等に必ず声かけしてきてもらう。地域住民の役割を隣接施設に頼んでいる。職員が立ち寄りたりすることも重要である。

スタッフの配置は 3 : 1。併設でユニットつけると夜勤 1 人で可能ということになっているが、実際上はほとんど不可能。制度的な基準を今後見直してほしい。

(ケアハウス)

リハビリに関してはリハ専門職が体の動き、運動の話をすると興味を持ってもらえる。転倒予防のモデル事業もケアハウス内の行事を企画するよりも参加者が多い。専門職に来てもらえると、利用者も頑張らないといけないという気持ちになってもらえるので、専門職が来ることに意味が

ある。リハのスタッフにしても、総合施設ということでつながっているが、行けばいいということにはなるが、住んでいる人は、家という意識が強いので、来てほしいという気持ちは強い。

他の分野でも外部からの講師等の講演が期待されている。連携施設ということで、栄養指導における連携、調理実習等の行事のなかで、病院職員と連携を取りながら、施設行事を行っていく。調理実習は、ケアハウスで行うものと料理教室として総合施設全体で行なっているものがあり、いずれも管理栄養士が携わっている。

交通手段に関しては、交通の便が悪いところなので、病院に受診するのが大変。関連施設の送迎等の便を借りているが、帰りは時間がばらばらなので、帰りの移動対応は大きな課題である。利用者の多くは年金生活なので、タクシー利用も限界がある。

移動手段について要望が出たことはある。地区単位、施設単位の送迎を確保するかは検討課題。コミュニティバス等（100 円）を利用することも考えられる。

■直診併設のメリット・デメリット

（あけぼの）

関連施設があると種々の場面で対応してもらえる部分もあり、廊下続きなのはうらやましい。いろんなことで不安を抱えることがあるので、もっと医療機関との距離感を縮めていきたい。

土日は開業医が対応できないので、休診日は国保直診（公立みつぎ総合病院）が頼りになる。24 時間体制で対応してくれる。

一方、開業医は、家族のことも知っているしケアの小回りもきく。連携する医療機関が国保聴診施設でないといけないか、といわれるとそれは疑問。大きな病院は医師が根づいてくれない、慣れてきたころにいなくなるという側面もある。

公立みつぎ総合病院でケアマネジメントをやっているケースがほとんどだが、開業医との連携はケアマネジャーも十分感じている。

■ターミナルケア（看取り）について

（あけぼの）

サポートしてもらえれば在宅で最期ということもありうる。ただ、専門職がいないので、家族が見ることにはなる。今いる人が希望すれば、頑張りたい気持ちはある。

（おおぞら）

体制や力量を整えるのは難しいがケースごとに条件を整えながら前向きに援助していきたい。現在は訪問看護が入って来られないので、医療的なことがグループホームでも対応可能となるように、行政の理解が得られればよい。

■ケアの選択について

この施設でよいのか、医療機関がよいのか、医師の意見をもらわないと判断できない。医師にきちんとした説明をしてもらいたい。家族にも本人にも納得してもらった上で選択してもらいたい。悔いが残らないように選びたい。

ケアハウスで以前ターミナルぎりぎりまでやった経験では、施設にいる間は、ここで最期を迎えたいという希望があるし、出やすい。しかし後で、あの時入院すればよかったというような話が出てくる。ステージごとに過ごせる場は違ってくるが、医療のバックアップがあれば柔軟に対応できる。元気になってケアハウスに帰りたいということを励みに治療していた人もいたので、悔いのない最期を迎えられるのではないかと思った。

■今後の展望、予算確保

介護保険での新予防給付があるが、グループホームは訪問看護やリハの医療系サービスが使えない。ケアハウスも特定施設になると、閉じこもりになってしまうので、あえて外の刺激を入れるために特定施設は取っていない。新予防給付の中で、それをうまく使って、外からサービスを入れられるようにしたい。

介護予防の予算でやっていけるところもあるが、グループホームはその対象になりにくいので、どのような対応とするかは今後の検討課題となる。

これからも継続的にサービス事業所と医療機関との情報交換をしていくための仕組みが必要である。定期的にやっている会議に来てもらうのが有効ではないか。

これまで民間資源がなかったので、情報交換の機会がなく、公立みつぎ総合病院として連絡会議・勉強会をやってもトップダウンの会議になりがちであった。

せっかくの勉強会なので、民間事業所のスタッフにも入ってもらって病院職員にも刺激になる機会にすると良いのではないか。

ケアマネの勉強会というよりは、地域でやるからにはケアマネが声をかけて、皆で会議しないといけない。

あけぼのでは要介護 3→1 になり在宅復帰した例もある。専門職がいるかいないかだけではなく、民間の力を教えてもらうべき。職種等にとらわれることなく勉強していかなければいけない。

■合併に向けて

御調町 8,000 人、尾道市 9 万人、向島町 2 万が合併するが、公立みつぎ総合病院は今の水準を維持する。

旧御調町のエリアではサービス事業と医療機関との連携ができると感じているが、尾道市は医師会主導の仕組みができていて、また考え方が違う。

尾道市は資源が豊富なので、既存システムを使う。一方、旧御調町は民間資源がないので、公立みつぎ総合病院が資源開発をしている。歴史が違うので、これからどの様に調整していくかは課題である。

■訪問調査実施後のサービス事業者の感想

(あけぼの)

声をかけてもらって、安心、気分的に楽になった。何かあったときに、どこに、どの様にして支援を仰げばよいのか不安があったが、今回の調査で医療機関との距離感が近くなった。保健師とつながりができたので良かった。

(おおぞら)

今後年齢と共に利用者も状態が落ちていく。その不安がスタッフにあるので、今後どういうふうにしていったらよいだろうということでお話があったので、今後協力してもらえる、助言が得られるとなれば、利用者もスタッフも安心ができる。

(かえで)

すでに協力医療機関としての関係があるので、助かっている面が多い。受診するときに空いた時間に早く見てもらうといった配慮をしてもらえる。総合施設ということで、種々の専門職種が勤務しているので、都度相談してもらって助かっている。サービス事業所は介護職員がほとんどなので、医療面について夜勤特養併設の協力体制は心がけている。今後は、訪問リハ、訪問看護等についても、利用者さんのために過ごしやすい施設にしていきたい。

(ケアハウス)

すでに協力医療機関としての関係があるので、相談・情報共有しながらやっている。ケアハウスは鍵がかかるアパートであり、廊下つながりで色々な施設が併設されている。それらをうまく利用して、ひとりでかぎ付きの家で安心して生活できるように仲介役をしていかなければいけない。

■調査訪問した調査員（国保直診職員）の感想

ケア付き小規模居住系サービスの施設を回ってみて、「地域力」をつけていくことが重要ということ強く感じた。高齢になるほど医療機関との関係は濃くなっていくが、今回調査した施設では、開業医から訪問看護の指示や介護用品のレンタルの連絡ももらっている。利用者は皆穏やかに暮らしていた。この人たちがずっとここで生活できたらよい。介護老人保健施設や介護老人福祉施設に移らず、このまま生活するためには、元気に介護予防という意識を職員、利用者、地域全体が視点を持っていかなければいけない。

今回、気がついた最も重要な点は、今まで医療機関としてどの様な支援が提供できるかを各施設に明確に伝えていなかったことである。フットケア、口腔ケア、生活習慣病予防、閉じこもり予防等、どんな職種が具体的にどんなことをできるのか窓口を明確にしていなかった。勉強会も含めて、「あけぼの」や「おおぞら」からもやってほしいことについて情報交換はしていたが、実

際には要望に添った情報提供が十分ではなかったとわかったので、改めて一緒に勉強していきたい。お互いに上手に利用しあえたらよいなと思った。

ゼロから新しいサービスを作っていくことは大変だが、ディスカッションを常にやっていくには国保直診だけではなく地域から声を出してもらい、地域力をつけていくことが課題。43 箇所の集会所、年 2 回健康教育をしているが、その集会所、拠点の 1 つとして、職員がその施設を知ることが重要。他の職員は、行ったことのない人が多いので、お互いの施設をしっかりと知り合うことが必要。

地域の社会資源で一番敷居が高いのは公的病院ということがわかった。それを解決するためには、公的なところのほう積極的に情報を提供していくべきであると、改めて認識した。広報すら情報が行き届いていなかった点を知り、原点に帰った気がする。意見を出し合う場、合同の研修会等ができればよい。

3 ヶ月に 1 回勉強会をやっているが、研究発表会は地域でお互いが何をやっているか知りたい。この地域は地域ケアの中心に保健師がいることが重要。相互理解の場面でも保健師が中心的な役割を担えるのではないか。

今までは講演会があってもお知らせを渡すだけだったが、これからは来てもらったり、こちらからで向いたり、相互に行き来しやすくなった。今後も、これをきっかけに、転倒予防教室等をその場でやりたいという思いが強くなった。公民館ですっとやっているものに入ってもらうのは大変なので、きてもらうのであれば、教室があると、利用者が喜ばれるし、よいと思う。

現在、転倒予防のモデル事業のために 1 週間に 1 回ケアハウスに行っている。今までやっていたのは 6、7 人の参加だったが、現在は常時 20 人前後きている。求めているものをやっていくと手ごたえを感じている。利用者の方は孤独な面もあって、意外と体の心配や不安は声に出していけないので、週 1 回のモデル事業は良かった。今はこれに参加したほうがよいと思うという気持ちを本人に感じてもらいたい。それが感じられれば続けてもらえる。高齢になるほど続けていくのは大変だけれども、意識づけの場も必要。

（２）島根県・安来市立病院

○日 時：2005 年 2 月 28 日（月）

○訪問者：検討委員会 前沢委員長、佐々木委員、金丸委員、大原委員
事務局 国診協 鈴木、三菱総合研究所 橋本

○ヒアリング対応：安来市立病院地域医療部グループホームなごみ

■施設概要

グループホームなごみは病院直営の施設であり、病院直営のグループホームは国保直診の中でも数少ない運営体制である。看護師が一人専従していることも大きな特色。

医療の延長線上で、地域における認知症対応の受け皿が必要との前病院長の問題意識から整備された。平成 14 年に開所。

病院から直近に立地している。移転した特養の跡施設を活用している。居住環境としては在宅ではないが、スペースや日当たりには恵まれており、利用者の満足度も高い様子。

■地域の医療・福祉の資源

合併前の旧広瀬町には通所施設、通所リハ、特養、通所介護、訪問介護事業所、訪問入浴の各サービスがあった。このうち特養と通所介護は公設民営で整備されたものである。サービスの提供範囲は、安来市の範囲を想定している。

一方、医療機関は安来市立病院（旧広瀬町立病院）の他に、安来市の中心市街地に安来第一病院がある。医療機関はいずれも市内全域がサービス提供範囲との認識である。

■グループホームなごみの運営概要

グループホームなごみは安来市立病院の直営施設である。その上病院の直近に立地していることから、運営面では日常的に連携している。

安来市立病院及び近隣の歯科医院を協力医療機関としている。施設利用者は 1、2 ヶ月に一度、定期的に健康診断を受診することとなっている。また、転倒や発熱などの緊急時には、事前に医療機関に連絡することで、待ち時間無しで優先的に受診することができる。

職員は常勤 6 名を確保しているが、正規職員は施設管理者のみで、5 名が嘱託職員である。その他、短時間労働 3 名である。

■運営上の特色

医療処置が必要な場合の優先的な受診や、医療スタッフへの相談などの日常的な連携など、病院直営のメリットを最大限に生かしている。夜間や緊急時の対応も容易にできるよう、病院管理当直を窓口にして連携体制を整備している。

また、病院のシステムやスタッフを熟知した看護師が施設管理者を努めているため、病院や医療専門職を活用するための調整が非常に円滑になされている。施設利用者の医療ニーズを病院に伝えるだけのことで、病院側の運営システムを理解した上で受診や訪問診療の判断を下せるため、病院側も受け入れやすい。施設スタッフの中に医療専門職がいることの意味は大きい。

■病院、医療機関の円滑な利用について

病院受診に際しての待ち時間の問題点は、医療機関側とのルールづくりで解決できるのではない。グループホーム側からの明確なアピールも必要である。

一方、医師の側も認知症への理解の認識を深めることが必要。認知症を全く理解していない対応も散見される。地域住民に対しては、イベントなどを通じて交流機会を作り、理解を深めてもらっている。この点では、むしろ医師が遅れている。

■ターミナルケア（看取り）対応

ターミナルケアへの対応経験は過去に1件ある。認知症で自立度のレベルが低下してきた時に、神経内科の医師と相談した。さらに家族とも相談した後でターミナル対応を開始した。この時の経験はスタッフにとって非常に貴重な経験を積む機会となった。

グループホーム協会からも看取りの件数が増えているとのレポートが出されている。良い医師との連携が課題であるが、自宅での看取りと同様と考えれば、医師の確保はそれほど困難な課題ではない。

宮崎県では開業医のターミナルケアネットワークができており、その他の地域にも普及すると考えられる。ただし、県の見解は「グループホームには医療的ケアの機能がないのだから、看取りは病院に任せればよい。」であり、病院以外の施設での看取りが増加することについては、あまり歓迎していない。

■協力医療機関のあり方について

グループホームの認可を得るためには「協力医療機関」を指定することになっているが、実際に機能している例は少ない。協力医療機関としてはたすべき役割、義務などの規定がなく、対応はそれぞれの医療機関に任されている。

「協力医療機関」のあり方を具体的に体系化する検討が必要である。例えば多くの医師は、病気の説明と薬の説明はできるが、認知症ケアについては説明できない。登録されている協力医療機関の医療スタッフを対象とした認知症研修などがあってよい。少しでも、現場との共通認識をつくれる機会を増やすことが重要である。

■グループホームスタッフの医療研修について

病院で行う救急蘇生研修をスタッフに紹介したところ、スタッフ全員が参加した。スタッフ側でも医療研修への関心は高い。グループホーム入所者は、身体状況の急変が想定されるにもかかわらず、医療スタッフの位置づけがないことはむしろ不自然ではないか。服薬管理だけでも、安全性や確実性の面で医療スタッフが従事することの効果は大きい。

一方、医療スタッフの側も、地域密着型サービスに関与する際には、医療的な処置の視点だけでなく、生活の中での健康づくりを身につけていることが必要であり、そのための研修などがあって良い。

■医療機関とグループホームとの連携を進める上での課題（一般への提案）

グループホームは協力医療機関を定めて申請することとなっているが、一般には様々な医療ニーズに応えられる連携体制ができていない。協力医療機関のあり方を体系的に示す必要がある。

ターミナルケア（看取り）への対応体制も求められている。認知症などを理解している「良い医師」との連携が課題となるが、普通の住居での看取りと同様に捉えれば、それほど困難な問題ではない。

職員に医療的知識を持たせる研修も必要だが、一方で医師の認知症への理解を拡げることにも課題。認知症対応の場合、特に医療的処置の視点だけでなく、生活の中での体調維持・健康づくりの視点が必要。

■国保直診としての取り組み方向

国保直診は、地域における認知症ケアの受け皿であるグループホームなどに、もっと積極的に関わるべき（協力医療機関になるなど）。

医療機関としても、認知症早期発見の機能を高め、その後のケアをコーディネートできる機能が求められる。

認知症への将来への不安から入所を申し込む人もいるなど、グループホーム整備への要望は多い。地域ケアのシステムの中で、身体が弱り始めた当初は小規模多機能施設などを利用し、認知症の進行にあわせてグループホームへ移行するような支援ができるのが理想的と思われる。それに見合うだけの地域での受け皿整備が必要であり、医療的なケアの面をバックアップする医療機関の役割は重要である。

グループホームのスタッフには医療専門職はいないのが一般的だが、今回のヒアリングを行なった当該施設では、看護師が一人いるだけで医療機関との連携が巧みに構築されていたのが印象に残った。グループホームの人員基準に医療スタッフの位置づけがないことが課題であると感じた。

3. 調査票

以下では、参考資料として本調査で実施したアンケートの調査票を掲載しておく。

(1) 全国調査の調査票

- ・国診協会員施設全数 980 ヶ所
- ・「ケア付き小規模居住系サービス」の分布、医療機関との連携実態の把握 等
- 高齢者共同住宅等 設置状況／利用者概況調査票 (2 枚)

(2) 事業所訪問調査の調査票

- ・国保直診施設及び国保直診所在地域の「ケア付き小規模居住系サービス」事業所 57 ヶ所
- ・「ケア付き小規模居住系サービス」と医療機関の連携の現状と課題の把握 等
- 様式 1 高齢者共同住宅等運営状況調査 事業所調査票 (8 枚)
- 様式 2 利用者状況調査 (1 枚)

高齢者共同住宅等 設置状況／利用概況調査 施設票

施設名

回答者名

I. 国保直診所在市町村における高齢者共同住宅等の設置状況について

Q1. 貴施設の所在する市町村内及び周辺地域においては、ケアハウス、グループホーム、宅老所、小規模多機能ホーム、高齢者共同住宅等の小規模居住系サービス（※1）施設が設置されていますか。

施設類型	所在地	市町村内	周辺地域
ケアハウス			
グループホーム			
小規模多機能施設（宅老所）			
その他の高齢者共同住宅等			

国保直診の併設施設も含めて、設置されていることを確認している施設について、所在地域別、施設の類型別に、右の該当欄に施設数を記入してください。施設類型については、以下の説明を参考にしてください。該当する類型がよくわからない場合は、「その他の高齢者共同住宅等」の欄に記入してください。

ケアハウス：60才以上で自炊ができない程度の身体機能の低下等が認められるか、又は高齢者のため独立して生活するには不安が認められ、家族による援助を受けることが困難な者を対象とした施設。
定員30人以上（特別養護老人ホームなどに併設する場合は15人以上）

グループホーム：痴呆性高齢者が、小規模な生活の場で少人数（5人から9人）を単位とした共同同居の形態で、食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフとともに共同で行い、生活する施設。

小規模多機能施設：小規模（定員15人程度以下）で、自宅と施設間のケアの連続性を重視して、通所、泊まり、居住、ホームヘルプなどのサービスを一体的に提供する施設。宅老所もこれに含める。

Q2. 高齢者共同住宅等の概要をお尋ねします。

Q1. でお答えいただいた高齢者共同住宅等について、各施設の名称、所在地、施設類型、設置主体、運営主体、国保直診との連携状況、利用定員、従業者数をお知らせ下さい。
記入例を参考に、「施設類型」、「設置主体」、「運営主体」、「国保直診との連携」については、回答欄下に示した選択肢から該当の番号を選んで、その番号を回答欄に記入してください。

施設名称	所在地	施設類型	設置主体	運営主体	国保直診との連携	利用定員	従業者数
記入例 〇〇の家	△△市◇◇町××番地	3	2	9	2	8人	4人
1.						人	人
2.						人	人
3.						人	人
4.						人	人
5.						人	人

施設類型の選択肢

1. ケアハウス 2. グループホーム 3. 小規模多機能施設（宅老所） 4. その他の高齢者共同住宅

設置主体、運営主体の選択肢

1. 国保直診 2. 市町村（一部事務組合を含む） 3. 社会福祉協議会 4. 社会福祉法人 5. 医療法人
6. その他公益法人 7. 営利法人（有限会社、株式会社等） 8. 組合等の中間法人 9. NPO法人
10. 任意団体・ボランティア団体 11. 個人 12. その他

国保直診との連携状況の選択肢

1. 緊密に連携している 2. ケースにより連携することが多い 3. ケースにより連携したこともある
4. 連携実績はないが今後はあり得る 5. 今後とも連携する考えはない

5施設以上ある場合は、この調査票をコピーして記入欄を追加してください。

Q3. 高齢者共同住宅等の痴呆性高齢者ケアに関する取り組みについてお尋ねします。

Q2. でお答えいただいた各高齢者共同住宅等について、痴呆性高齢者ケアに関して重要といわれている「小規模多機能」、「地域密着」、「ユニットケア」といった取り組みがなされているかをお知らせ下さい。回答欄の選択肢で当てはまるものに○をつけて下さい。（いくつでも）
さらに、選択した事項に該当する具体的運営内容や特徴的取り組みの内容を簡単にお書き下さい。

小規模多機能：Q1の小規模多機能施設の解説を参照してください
地域密着：特養など母体施設の人的・物的資源を地域に展開し、在宅サービスの拠点を施設外に設け、地域の高齢者がその生活圏で支援を受けられるようにするサービス提供体制。
ユニットケア：幾つかの居室や共有スペースをひとつの生活単位として整備し、家庭的な環境の中で入所者とスタッフが少人数ごとに生活をともにしながら、個別のケアに近づけようとするケアの方法。

施設名称 (Q2と同じ施設名)	取り組みの重点	具体的運営内容／特徴的取り組み
1.	1. 小規模多機能 2. 地域密着 3. ユニットケア 4. その他	
2.	1. 小規模多機能 2. 地域密着 3. ユニットケア 4. その他	
3.	1. 小規模多機能 2. 地域密着 3. ユニットケア 4. その他	
4.	1. 小規模多機能 2. 地域密着 3. ユニットケア 4. その他	
5.	1. 小規模多機能 2. 地域密着 3. ユニットケア 4. その他	

II. 国保直診所在市町村における痴呆性高齢者ケアに対するサービス需要について

Q4. 市町村の要介護認定者数は何人ですか。 1. 知っている → 約 () 人
2. 知らない

Q5. 市町村のグループホーム整備計画の目標値をご存じですか。 1. 知っている → 整備目標は () ケ所
2. 知らない

Q6. 市町村内での今後の高齢者共同住宅等の設置予定をご存じでしたらお知らせ下さい。 1. 設置予定有り → 予定施設数 () ケ所
2. 設置予定はない
3. よくわからない

Q7. 今後市町村内では、痴呆性高齢者ケアのための施設需要は、どのように推移すると思いますか。 1. 痴呆高齢者は増加する（している）ので、早急に受入施設整備が必要
2. 痴呆高齢者は増加する（している）が、既存の施設・サービスで対応できる
3. 痴呆高齢者の増加はそれほど多くなく、受入施設の整備は必要ない
4. よくわからない

Q8. あなたの市町村では、新たな痴呆性高齢者ケアの仕組みが必要であると思いますか。 1. 強くそう思う 2. ややそう思う
3. あまりそう思わない 4. 全くそう思わない
5. よくわからない

ご協力ありがとうございました。回答が済みましたら国診協へご返送下さい。

様式1 高齢者共同住宅等運営状況調査 事業所調査票

※この調査は、今後の介護保険制度改革の一環として整備される「地域密着型サービス」に医療機関はどのように関わるべきか、医療機関としての支援方策等を検討するために実施するものです。

※ この調査票は、医療機関である国保直診の調査員の方が、今後「地域密着型サービス」への展開可能性のある調査対象の高齢者共同住宅等（以下「調査対象事業所」という）に出向き、「地域密着型サービス」に医療機関はどのような支援ができるかという視点から、実際のケアの現場を見学していただくことを前提としています。調査対象事業所の職員と意見交換し、必要に応じて利用者・家族からも聞き取りを行って、記入してください。

※ 但し、問6～問8については、訪問調査実施前にいったんご記入いただき、さらに訪問調査を通じて得られた知見や気づきを踏まえて調査実施後に追加、修正のうえ、最終の回答としてください

【調査員】

国保直診施設名		調査員氏名	
所在地	都道府県	市区町村	

【調査対象事業所】

事業所名	
所在地	都道府県

【調査日時】

2005年()月()日()時()分～()時()分

問1 調査対象事業所の基本情報について記入してください。

運営開始年月	西暦()年()月 ※法人格取得前、介護保険事業者指定前を含む。		
開設主体 (○は1つ)	1. 社会福祉法人 4. 有限会社 7. 法人格なし 2. 医療法人 5. NPO 法人 8. その他() 3. 株式会社 6. 地方自治体		
実施しているサービス	実施しているものに ○	実施している場合の概況 定員 延利用者数 (12月中)	
介護保険	通所介護		
	短期入所生活介護		
	訪問介護		
	痴呆対応型共同生活介護		
	特定施設入所者生活介護		
補助・任意 (市町村の補助・委託事業、利用者との相対契約に基づく自由事業)	居宅介護支援		
	通所		
	泊まり		
	訪問		
開設主体が有している調査対象事業所以外の施設・事業所(複数回答可)	居住		
	その他()		
	1. 病院	10. 通所リハビリテーション事業所	
	2. 診療所	11. 訪問介護事業所	
	3. 介護老人福祉施設(特養)	12. 訪問入浴事業所	
	4. 介護老人保健施設	13. 訪問看護ステーション	
	5. グループホーム	14. 居宅介護支援事業所	
	6. ケアハウス(特定施設含む)	15. 在宅介護支援センター(基幹型)	
	7. 有料老人ホーム(特定施設含む)	16. 在宅介護支援センター(基幹型以外)	
	8. 軽費老人ホーム	17. その他()	
9. 生活支援ハウス	18. 特になし		
【他の施設・事業所がある場合】 関連施設等からの支援・協力の状況	1. 施設入所等の受け入れ→具体的に()		
	2. 医療・看護に関する助言・指導→具体的に()		
	3. 医療・看護に関するサービス提供(人材提供)→具体的に()		
	4. 介護方法に関する助言・指導→具体的に()		
	5. その他→具体的に()		

職員数	常勤		非常勤	
	実人数	換算人数*	実人数	換算人数*
合計				
医師				
保健師				
看護師・ 准看護師				
PT・OT・ST				

問2 調査対象事業所と医療機関との関係について記入してください。

利用者の健康状態や医療について、調査員が所属する国保直診と相談・連携しているか(○は1つ)	1. 事業所として日常的に相談・連携している 2. 特定の利用者について日常的に相談・連携している 3. 緊急時に相談・連携している 4. 特に相談・連携はしていない 5. その他()
【相談・連携している場合】 具体的な相談・連携の内容	
利用者の健康状態や医療について、相談・連携できる国保直診以外の医療機関があるか(○は1つ)	1. 事業所として日常的に相談・連携できる医療機関がある 2. 特定の利用者について日常的に相談・連携している医療機関がある 3. 緊急時に相談・連携している医療機関がある 4. 特に相談・連携している医療機関はない 5. その他()
【相談・連携している場合】 具体的な相談・連携の内容	
利用者に対する介護予防等の支援状況(筋力向上、栄養改善、閉じこもりず、フットケア、口腔ケア、生活習慣病・慢性疾患への対応等)	
介護予防等の支援における医療機関との連携状況	

換算人員は以下の計算式にそって計算し、小数点以下第2位を四捨五入して、小数点第1位まで記入してください。得られた結果が0.1に満たない場合は「0.1」と記入してください。

ただし、1週間に勤務すべき時間数が32時間未満となる施設の場合は、換算する分母は32時間としてください。

【換算数の計算式】

職員の1週間の勤務時間
施設が定めている1週間の勤務時間

※1か月に数回の勤務である場合

職員の1か月の勤務時間

施設が定めている1週間の勤務時間×4(週)

利用者に対する介護予防等の支援にあたって、医療機関からどのような支援を受けたいか（自由記述）	
利用者に対する調査対象事業所への訪問診療・往診に際して困っていることがあるか（複数回答可）	1. 日常的に訪問診療・往診に応じてくれる医療機関の確保が困難である 2. 休日・夜間等、緊急時に訪問診療・往診に応じてくれる医療機関の確保が困難である 3. 訪問診療・往診に際してすぐに入院・大規模施設入所を勧められる 4. 投薬の必要性について理解がないまま向精神薬や睡眠薬が処方される 5. その他（ 6. 特に困っていることはない
利用者の訪問診療・往診にあたって、医療機関からどのような支援を受けたいか（自由記述）	
利用者の入院に際して困っていることがあるか（複数回答可）	1. 受け入れ医療機関が見つからない 2. 家族の付き添いを求められた 3. 本人が入院を拒む 4. 家族が入院を拒む 5. 入院先で痴呆の周辺症状が悪化し、入院が継続できなくなる 6. 訪問診療・往診や訪問看護等の医療系サービスをもっと利用できれば入院しないで済む 7. その他（ 8. 特に困っていることはない
利用者の入院にあたって、医療機関からどのような支援を受けたいか（自由記述）	

【この設問は、調査対象事業所が居住系サービス（痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護等）を提供している場合のみ回答ください。居住系サービスを提供していない場合は、問3に進んでください。】

利用者の通院に際して困っていることがあるか（複数回答可）	1. 通院介助の人手が足りない 2. 家族が通院に付き添えない 3. 本人の納得が得られないことがある 4. 家族の納得が得られないことがある 5. 医療の必要性の判断に迷うことがある 6. 待ち時間が長いと診察前に本人が混乱してしまうことがある 7. 近くに医療機関がない 8. その他（ 9. 特に困っていることはない
利用者の通院にあたって、医療機関からどのような支援を受けたいか（自由記述）	

問3 調査対象事業所のターミナルケア（看取り）に対する考え方について記入してください。

ターミナルケアに対する事業所としての方針	1. 看取りまで行う必要はない 2. 看取りを行う体制や力量を整えることは困難である 3. 制度上条件を整えば援助していきたい 4. ケースごとに条件を整えながら前向きに援助していきたい 5. 現在すでに看取りまで援助している 6. その他（ 7. 分からない
【3～5を選択し、ターミナルケアに前向きな場合】ターミナルケアを可能とするために重要な条件（5つまで○）	1. ターミナルケアの意義についての職員の理解 2. ターミナルケアに就いての職員研修 3. 職員の知識・技術の向上 4. 本人の希望の確認 5. 家族の意思と協力 6. 他の利用者・家族の理解 7. 訪問診療・往診に応じてくれる医療機関の確保 8. 訪問看護の確保 9. いざというときの受け入れ医療機関の存在 10. 訪問看護以外の在宅介護サービスの利用 11. 行政の理解 12. 職員の不安や疑問を気軽に相談できる人・機関 13. その他（
ターミナルケアを可能とするために医療機関からどのような支援を受けたいか（自由記述）	【利用者に対して】 【利用者家族に対して】 【事業所スタッフに対して】 【その他】
ターミナルケアの経験の有無	1. 経験あり→（ 2. 経験なし
【経験ありの場合】ターミナルケアにおける医療機関との連携状況	

問4 調査対象事業所は、サービスを運営していく上で医療機関からどのような支援を受けたいか、できるだけ具体的に記入してください。

【利用者に対する支援】
【家族に対する支援】
【事業所スタッフに対する支援】
【その他】

問5 調査対象事業所は、新しい地域密着型サービスに対する医療機関の支援のあり方についてどのように考えているか、具体的に記入してください。

--

【訪問調査は以上で終わります。ご協力ありがとうございました】

※以下の設問は、訪問調査実施前にいったんご記入いただき、さらに訪問調査を通じて得られた知見や気づきを踏まえて調査実施後に追加、修正のうえ、最終の回答としてください。

問6 調査対象事業所は、医療機関職員であるあなたの視点から見てどのような課題を抱えていると感じましたか。健康づくり、介護予防、日常の医療的ケア、慢性疾患の管理、痴呆ケア、通院・訪問診療・往診・入院、ターミナルケア等の観点からできるだけ具体的に記入してください。

健康づくり・介護予防	
日常の医療的ケア	
慢性疾患の管理	
痴呆ケア	
通院・訪問診療・往診・入院	
ターミナルケア	
その他	

問7 上記の課題について、あなたが所属する国保直診は、医療機関として、また、地域包括ケアの中核機関として、
調査対象事業所にどのような支援ができると考えますか。

利用者に対する 支援	
家族に対する 支援	
事業所スタッフに 対する支援	
その他	

問8 今回訪問調査で調査対象事業所のケアのあり方をみて、あなたにはどのような気づきがありましたか。また、
その気づきを今後、国保直診での業務にどのように活かしていきたいと考えますか。できるだけ具体的に記入
してください。

訪問調査を通じた 気づき	
今後どのように活 かしたいか	

【調査は以上です。ご協力ありがとうございました】

様式2 利用者状況調査
(平成16年12月中のサービス利用者全員について記入)

調査対象事業所名:

国保直診施設名:

()枚目

① 利用者 ID	② 年齢	③ (○は1つ) 性別 1 男 2 女	④ 要介護度 (○は1つ) 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 要介護6 7 要介護7							⑤ 障害老人の 日常生活 自立度 (○は1つ) 1 自立 2 A 3 B 4 C 5 D					⑥ 痴呆性老人の 日常生活自立度 (○は1つ) 1 自立 2 I 3 II 4 III 5 IV 6 M					⑦ 12月中に必要とした医療的ケア (調査対象事業所が提供したものに○、その他医療機関等が提供したものに△) 1 点滴の管理 2 人工透析 3 ストーマ(人工肛門)の処置 4 レスビレーター(人工呼吸器) 5 酸素療法 6 経管栄養(経口) 7 経管栄養(経鼻) 8 経管栄養(胃ろう) 9 気管切開の処置 10 留置カテーテルの使用 11 コンドームカテーテルの使用 12 じょうろの処置 13 モニター測定(血圧、心拍、血酸素飽和度) 14 経管栄養(胃ろう) 15 経管栄養(経鼻) 16 経管栄養(経口) 17 吸引(気管切開の処置を除く) 18 ウロストーマ(尿管ろう)の使用 19 留置カテーテルの使用																			⑧ サービス利用開始年月	⑨ 12月中に貴事業所で利用したサービス(該当する全てに○) 介護保険 1 通所介護 2 短期入所生活介護 3 通所介護 4 特定施設入所者生活介護 5 痴呆対応型共同生活介護 6 通所 7 泊まり 8 訪問 9 居住 10 あり									⑩ 利用者の受療状況(12月中) 通院の有無 1 あり 2 なし 3 把握していない (12月中の通院回数) 貴事業所への訪問 診療・住診 1 あり 2 なし 3 把握していない (12月中の受診回数) 入院 1 あり 2 なし 3 把握していない									⑪ 介護予防等の支援 の要否(該当する全てに○) 1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5 6 要介護6 7 要介護7 8 その他							⑫ 行動障害 (該当する全てに○) 1 妄想(被害妄想、作話等) 2 幻視・幻聴 3 昼夜逆転 4 暴言 5 暴行 6 徘徊 7 徘徊への抵抗 8 火の不始末 9 不潔行為 10 不潔行動 11 性的逸脱行為 12 その他											
			1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																							
記入 例	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
1	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
2	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
3	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
4	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
5	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
6	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
7	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
8	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
9	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
10	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
11	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
12	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
13	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
14	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
15	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
16	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
17	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
18	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
19	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
20	55	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											

この事業は、独立行政法人 福祉医療機構（平成 16 年度長寿・子育て・障害者基金助成事業）の助成により行ったものです。

新しいケアモデル確立のためのケアハウス、グループホーム、高齢者共同住宅等の
位置づけとその利用実態に関する調査研究事業 報告書

平成 17 年 3 月

調査主体 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目 11 番 35 号
TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986
ホームページ URL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>
E-mail: office@kokushinkyo.or.jp
調査受託機関 株式会社 三菱総合研究所 社会システム研究本部
〒100-8141 東京都千代田区大手町二丁目 3 番 6 号
印刷・製本 株式会社プラクシス
