

平成 22 年度 社団法人全国訪問看護事業協会研究事業

訪問看護事業の多機能化の現状と 課題の検証に関する研究事業

報 告 書

平成 23(2011)年 12 月

社団法人 全国訪問看護事業協会

目次

I. 研究概要	1
1. 背景および目的	1
2. 研究体制	1
3. 方法	2
II. 施設・サービスの実態	3
1. 本研究事業で取り上げた施設のパターン分類について	3
2. 施設一覧表	4
3. 各施設の概要	10
タイプⅠ 小規模多機能型	
1) 小規模多機能ケアハウス絆(東京)	10
2) 児童デイサービス・ショートステイめぐみ(北海道)	13
タイプⅡ 有料老人ホーム(外部サービス利用型)	
3) 大沢の家たんぽぽ(東京)	17
4) プランダムール(福岡)	21
5) ナーシングホーム椿(熊本)	25
タイプⅢ 高齢者専用住宅型(外部サービス利用型)	
6) ナーシングホーム JAPAN(愛知)	28
7) ひかりケアマンション三俣(群馬)	32

タイプⅣ 民間アパート(下宿型)

8) 神戸なごみの家(兵庫)	35
9) マザーハウス天神の森(大阪)	39
10) かあさんの家(宮崎)	42

タイプⅤ その他

11) コスモスハウスおはな(東京)	45
--------------------	----

Ⅲ. 各施設の利用者の実態	48
---------------	----

Ⅳ. 考察・提言	54
----------	----

1. 多機能施設等の分類と特徴	54
-----------------	----

- 1) 多機能施設等の分類
- 2) 多機能施設等の特徴(効果・成果)

2. 今後の普及に向けた方策(各施設のヒアリング内容から)	54
-------------------------------	----

- 1) 建物の確保について
- 2) 資金の確保について
- 3) 利用者の確保について
- 4) 職員の確保について
- 5) 医師との連携について
- 6) その他

3. 新型小規模多機能型居宅介護の提案	56
---------------------	----

4. 新型小規模多機能型居宅介護の規模(利用者数)および損益の試算	56
-----------------------------------	----

5. 新型小規模多機能型居宅介護を成功させるための制度設計上の必要条件	63
-------------------------------------	----

I. 研究概要

1. 背景および目的

近年、医療技術の進歩や在院日数の短縮から医療ニーズの高い人やターミナル期にある人が多く地域に戻ってきている中、住み慣れた自宅で生活したいと望みながらも、医療的ケアや介護力不足等の問題から在宅生活が継続できず、本人の意思に反して病院や施設に長期入院・入所せざるを得ない実態がある。

そのような状況の中で、訪問看護ステーションの看護師らが、利用者のニーズに沿って地域で暮らし続けるための方策を考え、事業化をし独自に実施し始めているが、その事業の立ち上げ方法、運営方法、形態、抱えている課題については把握できていない。

全国訪問看護事業協会では、2009年に作成した「訪問看護10ヵ年戦略」（日本看護協会と日本訪問看護振興財団と全国訪問看護事業協会で構成している訪問看護推進連携会議で決定）の中で、「訪問看護ステーションの多機能化・複合化を目指す」を掲げており、それを推進する立場からも、まず実態等を把握し、今後のあり方を模索する必要がある。

そこで、本研究事業の目的として、以下の内容を掲げた。

一つは、訪問看護師らが中心となって立ち上げた、医療的ニーズを有する利用者が滞在可能な施設に焦点を当て、その実態を把握し、効果・成果を明らかにすることであり、二つ目には、実施するに当たっての課題を明らかにし、さまざまな形で全国に普及する上での方策・留意点を検討することである。

2. 研究体制

<研究メンバー>

○村嶋 幸代：東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野 教授
田口 敦子：東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野 助教
永田 智子：東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野 講師
桑原 雄樹：東京大学大学院 医学系研究科

<事務局>

宮崎和加子：全国訪問看護事業協会 事務局次長
倉地 沙織：全国訪問看護事業協会

○委員長

3. 方法

1) 訪問調査(ヒアリング)

全国から機縁法で抽出した 12 ヶ所の施設を研究者が訪問し、施設の特徴などについてヒアリングを行った。実施時期は平成 22 年 6～12 月であった。ヒアリングの内容は、以下の通りである。

- (1) 施設概要： 開設主体、施設の種類、施設管理者、定員、職員構成と人数、利用者定員と利用者数、利用料金
- (2) 利用者の特徴： 年齢、疾患、背景、その他
- (3) 職員の体制： 勤務人数、勤務時間、休日・夜勤の人数・職種、給与、緊急時の対応
- (4) 施設立ち上げに至った経緯等
- (5) 事業分類と、他の施設サービスと異なる点
- (6) 対象者、家族、地域の反応・効果

以上について、対象施設の一覧としてまとめた。また、ヒアリングにおいて語られた内容を、施設の理念・ねらい、施設開設の動機、サービス提供内容、入居基準と実際に入っている方の特徴、開設するまでと開設後に行ったこと・苦勞したこと・良かったこと、利用者さんとのエピソード、この施設を運営していて感じる、現状制度の課題・変えてほしいところ、この施設を今後どうして行きたいか、新しくサービスを始めようとする看護師へのメッセージ、という形に構成しなおした上で、各施設に送付し、加筆修正を依頼した。

2) ヒアリング対象施設への質問紙調査

平成 23 年 2 月 1 日現在に、各施設に在籍している利用者の実態について、質問紙調査を行った。調査内容は、利用者各々の年齢、性別、利用開始からの年数、要介護度、認知症高齢者日常生活自立度、障害高齢者日常生活自立度、ADL 動作（移乗・食事摂取・嚥下・排泄）の自立度、疾患、医療処置、状態（ターミナル期、退院後 1 ヶ月など）、利用している外部サービス、サービス利用の理由（職員の判断による）であった。また、合わせて、勤務表の添付を依頼した。

なお、本研究は、東京大学医学系研究科・医学部研究倫理委員会の承認を得た。

Ⅱ. 施設・サービスの実態

1. 本研究事業で取り上げた施設・サービスのパターン分類について

ヒアリングによる情報収集を行う中で、施設には多様な形態・運営方法があることが分かってきた。特に、施設の制度的な位置づけにより、職員の配置状況が異なることから、これを元に施設のパターン分類を試みた。

タイプⅠ 小規模多機能型

介護保険制度による「小規模多機能型居宅介護」を活用し、施設内に看護職・介護職員を雇用するとともに、外部の訪問看護ステーションからの訪問看護を利用して、医療的ニーズを有する利用者をケアするタイプ。制度上、通所サービスと訪問サービスと宿泊サービスを合わせて提供する必要がある。

タイプⅡ 有料老人ホーム（外部サービス利用型）

有料老人ホームには、中に職員を配置してケアニーズを満たすタイプと、外部サービスを活用するタイプがある。ここでは、外部サービス利用型（訪問看護サービスを活用）である。

タイプⅢ 高齢者専用住宅型

高齢者専用賃貸住宅（高齢者の入居を拒まない「高齢者円滑入居賃貸住宅」のうち、専ら高齢者を賃借人とする賃貸住宅）、高齢者向け優良賃貸住宅（「バリアフリー化」され、「緊急時対応サービス」の利用が可能な賃貸住宅）の制度を用いる。

タイプⅣ 民間アパート（下宿型）

利用者が賃貸料を払って部屋を利用し、ケアニーズは外部サービスで賄うパターン。

タイプⅤ その他

2. 本研究事業で取り上げた施設の一覧表

本事業で取り上げた施設の基本的な概要について、前述のタイプごとに一覧表としたものを次頁以降に掲載する。

タイプ	タイプⅠ 小規模多機能型	タイプⅠ 小規模多機能型
事業所の名称	1) 小規模多機能ケアハウス絆	2) 児童デイサービス・ショートステイめぐみ
開設主体	株式会社 つつじヶ丘在宅総合センター	株式会社ころ
施設の種類	小規模多機能型居宅介護事業所	児童デイサービス 児童ショートステイ(休止)
施設管理者	金沢二美枝(看護師、ケアマネジャー)	白瀬幸絵(看護師 介護支援専門員 障害者 ケアマネジャー 法人取締役)
施設の概要 (建物、定員等)	鉄骨マンション9F 2世帯分 定員20名	1階:グループホームころ(2ユニット) 訪問看護ステーションめぐみ 2階:児童デイサービス 児童ショートステイ 他
住所	東京都調布市西つつじヶ丘3-37-2横田ファイ ブマンション911,912	北海道旭川市亀吉2条2丁目3-5
開設年	2007/3	2005/2
職員数	看護師1名 介護福祉士常勤10名、非常勤2名	常勤看護師3名 非常勤看護師10名(内看護 大学編入生7名) 常勤准看護師1名非常勤准看護師2名(内進学 コース学生)
利用料金 (家賃、共益費、その 他、入居一時金等)	1泊4千円 介護保険自己負担分 医療保険自己負担分	
利用者数	25名までの登録制 要介護1～5 医療可	70名
利用者の特徴	介護保険認定者、医療ニーズも可	超重症心身障害児や難病、小児がんなど 大学病院などの主治医と連携
入居基準	調布市民であること	
他の施設サービスと 異なる点	小規模多機能型居宅介護サービスとして、通 い・宿泊・訪問を提供	医療ニーズの高い認知症高齢者へのグループ ホーム、世代間交流もあり

タイプⅡ 有料老人ホーム	タイプⅡ 有料老人ホーム
3) 大沢の家たんぽぽ	4) プラダムール
有限会社 多摩たんぽぽ介護サービスセンター	株式会社誠心
有料老人ホーム	有料老人ホーム
千葉信子(看護師、ケアマネ、精神科リハビリ認定看護師)	吉松泰子(看護職、誠心代表取締役)
ケア対応型住宅(定員9名) 木造スレート葺2階建 個室5室、二人部屋2室 多目的室、浴室、洗濯室、トイレ(3)	住宅型有料老人ホーム(定員17名) 一般住宅を購入し利用 居室(個室なし)、食堂・共用スペース
東京都三鷹市大沢1-18-10	福岡県大宰府市観世音寺1-17-3
2004/12 (2007/10～有料老人ホーム届出)	2007/2
看護師1名、準看護師1名、社会福祉士1名、介護福祉士、ヘルパー2級3名、管理栄養士1名、事務1名 ヘルパーによる一人夜勤 (看護オンコール)	アクラス訪問看護ステーション職員兼務 ウイングヘルパーステーション職員勤務
入居金 74歳以下600万、75～84歳500万、85歳以上400万(入所30日後に200万償却、残金5年で償却) 入居保証金 100万(退所時返却) 管理費 11.5万円/月 食費 6.3万円/月 家賃相当額 5～6万円/月 医療保険自己負担分 介護保険自己負担分	入居一時金 50万円 家賃 1万円/月、共益費 3万円/月、管理費 6万円/月 医療保険自己負担分 介護保険自己負担分 日用消耗品 (+食費2万円/月) (+寝具リース2,299円/月)
9名(うち1名ショートステイ) 介護保険利用者8名(要介護3～5) 平均85歳(70～95歳) 脳梗塞、1型DM、躁鬱、網膜色素変性症、レビー小体型認知症、アルツハイマー型認知症 重度認知症、医療的ケアが必要な人、ターミナルの人	17名 要介護3～5 気管切開、人工呼吸器、胃ろう他あり
要介護認定者、要支援認定者	医療ニーズの高い、常時看護の必要な人、介護保険対象者
医療(胃ろう、経管栄養、HOT、人工透析、ストマ、自己注射、がんターミナル)、音楽療法	医療度・介護度の高い高齢者に対して、どんな状態でも「その人らしく」「自立」

タイプⅡ 有料老人ホーム
5) ナーシングホーム椿
株式会社 住心 椿グループ(代表:山下明美)
有料老人ホーム
廣田啓子(看護師)
2階建の1階部分を改装 定員20名
熊本県八代市松江町515-2
2008/3
看護師13名(正看7名、準看6名) 介護福祉士4名 ホームスタッフ(資格なし)1名
入居費 7万円/月 介護保険自己負担分 医療保険自己負担分 あわせて 10万円/月程度
20名 要介護4～5 医療ケアが必要なもの、がんターミナル
インスリン、ストマ、HOT、胃ろう(16名)
要介護4～5
医療ケアの多い人を対象とした施設

タイプⅢ 高専賃・高優賃	タイプⅢ 高専賃・高優賃
6) ナーシングホームJAPAN	7) ひかりケアマンション三俣
有限会社ナースコール在宅センター訪問サービス	株式会社ヴィータ
高齢者専用賃貸住宅	適合高齢者専用賃貸住宅
吉田豊美(看護師)	伊藤誠一
4階建て(定員26名) 居室26部屋 リハビリルーム	適合高齢者専用賃貸住宅 24室24名 木造2階建
愛知県名古屋市中千種区上野1-2-7	群馬県前橋市三俣町3-30-4
	2000/12
常勤看護師7名 夜勤専門4名 パート看護師7名	各施設に一人ずつ介護職1名配置(7:30～18:30) 夜間常駐看護師あり(17:00～9:00)
一般入居者(6ヶ月契約) 入居一時金 30万 契約金 30万 家賃 12.5万/月 共益費 6.5万/月 生活支援サービス料 6.0万/月 レスパイト入居者(1週間契約) 家賃 5.0万/週 共益費 3.0万/週 生活支援サービス料 2.0万/週	入居一時金 10万円 月額費用合計 10.9万円/月
	3施設合計で69名 要介護2以上(平均3.4) 吸引あり、経管栄養あり
基本的にはがん患者のみ その他は難病等	医療ニーズあり、要介護度高め
末期のがん患者であること	要介護2以上(口頭で説明) 併設のデイサービスを利用する
看護師が担当制であること 対象者が末期がん患者であることから、入居期間が6ヶ月の契約を行っている	デイサービス事業を核とした、生活サポートを行う

タイプⅣ 民間アパート	タイプⅣ 民間アパート
8) 神戸なごみの家	9) マザーハウス天神の森
任意団体	株式会社マザーハウス
下宿	下宿
松本京子(看護師)	横手喜美恵(看護師)
一般住宅 5室5名、1室ショートステイ用 鉄筋コンクリート造2階建 共用スペース	鉄骨造3階建 個室10室、二人部屋1室、共同リビング、食堂、 厨房、浴室、トイレ
兵庫県神戸市長田区雲雀丘2-2-3	大阪府大阪市西成区岸里東2-14-15
2002/2	2008
常勤介護福祉士3名(ヘルパーステーションからの派遣) ヘルパー1名、調理師1名、牧師1名 訪問看護ステーションの看護師2名が週に1回 ずつ夜勤	粉浜ヘルパーステーションからの派遣 追加サービスで必要な場合は求人を行うこともある 時給昼850円、夜1200円
入居預かり金 15万円(3ヶ月償却) 家賃 5万円/月 食費 4.5万円/月 光熱費・共益費 2.5万円/月 介護保険自己負担分 日帰り・短期利用 6,000円/日	入居一時金 100万円 部屋代 6万円/月 管理費 4万円/月 共益費 2万円/月 食事 4万円/月 医療保険自己負担分 介護保険自己負担分
5名 ガン末期、知的障害者等 気管切開あり、人工呼吸器なし	11名 要介護1～3:4名 要介護4:4名 要介護5:2名 視覚障害者あり
がんターミナル患者、慢性疾患患者	胃ろう、尿道留置カテーテル、各1名 西成区内よりも他区からの入居者が多い 主に病院や地域包括支援センターからの紹介 成年後見人:11人中2人は身寄りのない人
会員規約に賛同し、会員になる人	入居できる経済状況にある人 基本的に生活保護にある人は入っていない
がんを抱えた人々が暮らしあう場所、共同生活 支援の場	ベッド、マットレスは住宅付き…介護保険枠を 最大限活用するため 2階はベットも可 医療サービスについては、主治医は自由、紹 介もする。

タイプⅣ 民間アパート	その他
10) かあさんの家	11) コスモスハウスおはな
NPO法人 ホームホスピス宮崎	NPO法人コスモス
ケアハウス(住宅型)	第2種社会福祉事業宿泊所
医療職以外	山下眞美子(看護師、ケアマネ)
一戸建て住宅 定員5名	3階建て(土地総面積22坪) 13室、共用スペース、エレベーター
宮崎県宮崎市恒久2丁目19-6	東京都台東区日本堤1-13-3
2004	2009/5
介護職員(常勤13名 非常勤3名) ※訪問介護事業所職員 事務職員1名 ケアマネジャー1名	訪問看護ステーションコスモスの人員を配置
入居一時金 15万円 家賃 3~4万円/月 管理費 4.5~6.6万円/月 水道光熱費 1.5万円/月 食費 3.9万円/月 介護保険 1.3~2.6万円/月 合計料金 15~17万円/月	生活保護内
介護保険法の利用者 15名(1施設5名×3施設)	
疾患: 認知症を伴うがん末期、糖尿病、腎不全、高血圧、心不全、脳梗塞後遺症 背景: 認知症があり、医療依存度が高く、療養生活を必要とする方(家庭的な生活を望まれる方) その他: 延命治療を望まず、最後まで人間らしく苦痛なく暮らしていけることを強く望まれる家族が多い	医療処置が必要な患者、要介護1~5+身体障害者
特になし	生活保護、一人暮らし不可能、要医療
「かあさんの家」としては住宅の提供のみ 基本となる介護職員は同一法人のヘルパーステーションを利用 ⇒訪問介護サービスを利用者間で共有している	医療処置

3. 各施設の概要

タイプ I 小規模多機能型

1) 小規模多機能ケアハウス絆（東京）

施設概要

住所	東京都調布市西つつじヶ丘 3-37-2 横田ファイブマンション 911, 912
開設時期	2007 年 3 月
利用者数	25 名までの登録制
併設サービス	訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービス 地域包括支援センター
職員体制	看護師 1 名、介護福祉士（常勤 10 名、非常勤 2 名）
管理者	金沢二美枝（看護師、ケアマネジャー）

1. 施設の理念・ねらい

年をとっても住み慣れた地域でその人らしく生きられるよう、そして、その人が歩んできた道のりを大切にし、あるがままに受け入れてみなさまを支援します。施設としてではなく、あくまでも「家」（在宅）にこだわり、心地よい居場所（その人の役割）をつくり 3 つの絆（人と人との絆、家族との絆、地域との絆）を大切にしていきます。（ホームページより抜粋）

2. 施設を開設しようと思った経緯

平成 8 年に渡米した際に、訪問看護を見て、30 代後半の自分の人生で何ができるかを考えたときに在宅ケアしかないと思った。帰国後、地域にニーズがあったこともあり、平成 9 年医療法人の訪問看護ステーションの立ち上げに加わった。

その後、調布市から夜間のヘルパー事業、昼間の巡回事業、支援センター事業などの委託を受けながら、平成 12 年に株式会社として独立し、つつじヶ丘在宅総合センターを開設した。次いで平成 19 年に小規模多機能ケアハウス絆を開設した。どこにも受け入れ先がない利用者の受け入れ先としての活用を目指した。

3. サービス提供内容

がん末期の利用者の受け入れも可能。小規模多機能型居宅介護事業所と訪問看護（特別指示書）のサービスを組み合わせて提供している。

4. 入居者

調布市民であること。また、家族と同居している人であれば、家族の協力がきちんと得られることが条件となっている。

小規模多機能型居宅介護サービスでは、提供できるサービス量に限りがあり、利用者内で共有する必要がある。そのため、ケアの全てを施設に任せてしまう利用者・家族がいると、

他の利用者へしわ寄せがいつてしまい不満がたまってしまう。そこで、家族に働きかけて施設利用者家族で互助会を運営し、運営推進委員会、家族会を開催している。

5. 施設を開設するまで

マンション2部屋分＋駐車場代で月40万円程度の賃料の場所を確保した。建物の面積が100㎡未満なので、消防法の対象外である。

また、もともとデイサービスと合わせて、泊りのサービスを行っていたため、小規模多機能に移行しても利用者の確保には苦労しなかった。

6. 開設してから

無理な経営をしないことを心がけてきた。銀行からの借入金ゼロ、個人からの投資によって運営した。介護職員の処遇改善を図っている。

近年、地域の中でのつながりが少なくなっている現状を改善するために、地域の中でのネットワーク作りとして、主治医や婦人会などとのつながりを持ってきた。地域での基盤が大事だと考えている。

7. 施設を開設してよかったこと

利用者の多様な要望に応えるサービスを提供することができた。他の制度ではできないような利用者の困りごとに対する手助けがしやすい。「してあげる介護」から「一緒にやる介護」と発想を変え、プランニングを行うようになった。

8. 施設の今後

一戸建てもしくはアパート一棟を借りて、小規模ターミナルを作りたい。

小規模多機能ケアハウス絆（東京）



ステーション入口



眺めが良いです



居室の様子



明るい窓辺



トイレまでの道のり（要所要所に手すり）



職員の方々

タイプⅠ 小規模多機能型

2) 児童デイサービスめぐみ・児童ショートステイめぐみ・

グループホームころこ（北海道）

住所	北海道旭川市亀吉2条2丁目3-5
開設時期	2005年2月1日
利用者数	70名
併設サービス	訪問看護ステーション
職員体制	常勤看護師3名 非常勤看護師10名（内看護大学編入生7名） 常勤准看護師1名、非常勤准看護師2名（内進学コース学生）
管理者	白瀬幸絵（看護師 介護支援専門員 障害者ケアマネージャー 法人取締役）

1. 施設の概念・ねらい

- ・地域に不足しているサービスや医療ニーズが高く生活障害など困難事例に特化した対象者に専門職と連携し、サービスを提供している。
- ・地域や周辺地域の看護学生、指導者、教育者、管理者、ヘルパーへの教育や養成を担う。
- ・無いサービスは創る。

2. 施設を開設しようと思った経緯

医療法人の訪問看護ステーションに従事していた時、地域において、小児や困難事例に対するサービス提供が困難であり、特に小児に対するサービスが少なく、在宅生活を維持するための児童デイサービスや児童ショートステイ、グループホームが必要と考え、立ち上げた。

3. サービスの内容

- ・小児のデイケア・ショートステイを提供しているが、ショートステイについては現在休止している。
- ・グループホームでは、医療ニーズの高いエンドライフステージ、緩和医療などの看取りを積極的に行っている。
- ・施設では小児と高齢者の世代交流が行われている。
- ・児童デイサービス・グループホームでの医療的処置は訪問看護ステーションめぐみの職員が連携し、行っている。

4. 利用者・入居者

超重症心身障害児や難病、小児がんなどの小児に対するデイサービスを大学病院などの主治医と連携し、展開している。ショートステイについては、現在看護師不足と予算不足により休止しているが、緊急時には無償提供や留守番訪問などで対応している。

グループホームでは、医療ニーズの高いアルツハイマー型認知症・インシュリン・胃ろう・留置カテーテル・ストマなどの継続ケア、難病等、様々な疾患のエンドライフステージ、緩和医療等の看取りを積極的に行っている。

5. 施設を開設するまで

有限会社こころ開設前に、有限会社東光ヘルパーステーションを開設・運営し、グループホーム、訪問介護、地域密着型デイサービス（高齢者）を提供していた。その経験から、地域に不足している小児へのサービスやナーシングホームのようなグループホームの必要性を感じていた。新たな施設の開設を支援したいと銀行の理解も得られ、苦労なく実現することができた。

施設はリースバック方式により賃貸である。当初児童デイサービス、児童ショートステイは大幅な赤字で訪問看護、グループホームの利益で充填していた。

超重症心身障害児・者に対して、入浴や嚥下訓練、機能訓練などのケアを提供するデイサービスがなかったことから利用者の確保に苦勞することはなかったが、希望者が殺到したため利用者の選択が必要だった。

グループホームに関しても先に開設していた実績が評価され、病院の医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーからの紹介、訪問看護ステーションからの依頼等ですぐに満室となった。

6. 開設してから

今まで地域になかったサービスを展開しているため、需要は安定して存在する。デイサービスは重症者を対象としているため、入浴、機能訓練、嚥下訓練等を行う職員が規定の職員配置では不足であり、職員を3倍にして対応している。また、入浴や機能訓練、嚥下訓練、感染予防等のサービスの無償提供や、訪問看護師の応援を得ることにかかる費用の捻出は、他事業から補填して運営していた。その後、メディアの助けもあり、旭川市の制度変更によって、医療連携加算などの支援が活用可能となり、現在は赤字経営ではない。

児童ショートステイに関しては、施設に隣接する児童ショートステイ施設は市内に2箇所あるが、集団感染のリスクやマンツーマンのケアが受けられない等の理由から、こちらに利用者が殺到した。

看護師は訪問看護ステーションと児童ショートステイの職員を兼務で行っていた。しかし、看護師不足により訪問看護ステーションの運営に支障をきたしたため、児童ショートステイは休止となった。現在は、市内の児童ショートステイの施設と連携し、他の施設に緊急入所が難しい場合には、入所できる日まで、当施設でボランティアの方々が対応するよう変更した。ボランティアに変更したことで、職員負担、経費が削減された。しかし、職員の確保や国の制度改革があれば再開していきたいと考えている。

また、多くのネットワークにより、看護協会、全国訪問看護事業協会、訪問看護連絡協議会などの各種協会や、行政機関、教育機関、保健所などの公的な機関や、病院、在宅診療、居宅介護事業所、口腔センター、肢体不自由児センター、他の児童ショートステイ、福祉施設などの他のサービス提供機関との連携により、在宅療養生活が維持・継続し、切れ間ない支援ができるよう努力している。

7. 施設を開設してよかったこと

利用者にとってよかったこと

- ・小児と高齢者の関わりにより、互いに影響を受ける場面が提供できた。

地域のサービス資源として

- ・今まで地域になかったサービスの提供・提案ができ、旭川市独自の制度ができた（小児デイスサービス医療連携加算・小児在宅人口呼吸器の訪問入浴サービス・超重症心身障害児者訪問歯科診療）。
- ・地域・福祉・医療の連携により、利用者を中心にして、利用者の環境や生活と協働しながら、支援する一員になれた。
- ・医師からの信頼を得ることができた。

職員にとってよかったこと

- ・研修・講演を通して、小児の理解と訪問看護ステーションの情報提供ができ、在宅医療の選択肢が増える一助となった。実習教育機関として看護師・保健師、管理者、教育者、ヘルパー、国際支援機構 JICA などと、多くの関わりと学びを得た。
- ・多くの利用者から職員が経験し学びとなった。
- ・職員雇用が安定し経営ができていること（収入の確保ができた）。

8. 施設の今後

- ・訪問看護師の確保により児童ショートステイを再開したい。
- ・超重症心身障害児、人工呼吸器装着児などが在宅で最低週に 1 回訪問入浴サービスができるよう活動していきたい。
- ・エンドライフステージの対象者の終の棲家であり続けたい。
- ・質の高い介護が提供できるよう介護養成施設を開設したい。
- ・地域、道内、全国に小児の専門性や経営など講演、情報提供していきたい。
- ・医療連携の充実と継続ケアのために病院へ積極的に出向き情報提供や看護活動の PR をしたい。
- ・訪問看護師の育成活動をしたい。
- ・児童デイスサービスで入浴、機能訓練、医療ケアの提供ができるよう活動していきたい。
- ・若年者に対する療養通所介護の制度ができるように働きかけていきたい。
- ・重症心身障害児の通学支援制度ができるよう活動していきたい。
- ・地域以外の訪問に対する交通費等の補助等、利用者負担の軽減活動をしていきたい。

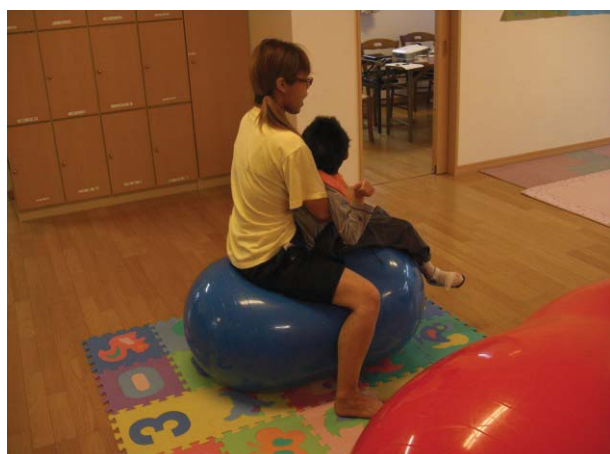
児童デイサービスめぐみ・グループホームころも（北海道）



ステーションはデイと同じフロアにあります



デイサービスの様子①



デイサービスの様子②



小児用の車いすもあります



グループホームの居室の様子

タイプⅡ 有料老人ホーム住宅型

3) 大沢の家たんぽぽ（東京）

施設概要

住所	東京都三鷹市大沢 1-18-10
開設時期	2004 年 12 月
利用者数	9 名
併設サービス	訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所 デイサービス
職員体制	看護師 1 名、准看護師 1 名、社会福祉士 1 名、介護福祉士、ヘルパー2 級 3 名、 管理栄養士 1 名、事務 1 名、ヘルパーによる一人夜勤（看護オンコール）
管理者	千葉信子（看護師）

1. 施設の理念・ねらい

何らかの事情で単身生活ができなくなった方が、家庭的な雰囲気の中で共同生活を楽しみつつ、ここで元気になり、悔いなく人生が終えられるように最期まで支援したい。モットーは“薬漬けにしない”“寝たきりにしない”“その人ができることを見出す”“生活者としての視点でケアを提供する”“口から食べることを諦めない”それを実現するために看護と介護の強力な連携、家族との綿密な連携、主治医との連携を重視する。

2. 施設を開設しようと思った経緯

ケアマネジャーとしてデイサービスや施設入所の事業所を探す段階で、いずれも看護不在という現実遭遇した。また、施設や病院に入っても、数か月で転々とする状態があった。家族と連携し、看護と介護の両輪で家族のように過ごしながら最期の看取りまでできる施設が必要だと痛切に感じていた。ある利用者との出会いがあり、こうした考えが施設として現実化する際の土台となった。平成 16 年 12 月 3 日に開設し、平成 19 年に有料老人ホーム住宅型としての指定を受けた。

3. サービス提供内容

入所された方のほとんどが要介護 4 以上で、介護はもちろんのこと、医療ニーズがある方である。医療的ケアで受け入れ可能としていることは、胃ろう、経管栄養、在宅酸素、人工透析、ストマ、インシュリン管理、ターミナルケア等である。連携しているクリニックの医師が定期的な往診（訪問診療）をしており、密な連携をしている。施設が住宅型であることから、主として同一法人の訪問看護（PT、OT、ST 含む）、訪問介護、デイサービスを、本人および家族の希望により提供しているほか、施設外部の方々とのふれあいも大切にしている。

また、地域に根ざし、地域の事業所や行政との連携と信頼関係を理念とし、「大沢の家」の

利用者も参加するチャリティコンサートを開催し、地域への恩返しを心がけている。看護学生等の実習受け入れも積極的に行っている。行政とのパイプを大切にするために、認知症高齢者・精神障害者の未治療者や治療中断者への関わりを通して地域生活安定を目的とした相談事業や、介護予防事業を受託している。精神障害者の理解と啓発の一つとして、医療福祉関係者を対象とした事例検討会も隔月で行っており、毎回多数の方々が参加している。

4. 入居者

入居基準は要介護認定を受けた者であることとし、8 部屋（ベッド数は9床）である。現在の利用者は8名の入所者と、緊急時として短期間利用の有料ショートステイ利用者の1名である。8名の入所者の要介護度は3～5で、年齢は70～95歳である。

5. 施設を開設するまで

場所は、大沢の地で自然環境がいいところを探していた。偶然とはいえ、望ましい大きさの土地が身近に見つかり、思い切って購入することにした。借金して不動産を持つということのリスクが大きいことは、正直のところ後で知ることになった。ただし、施設の設計にはかなり注文をした。施設らしくない大きめの家であること、色は暖かく、木のぬくもりが感じられるいい素材にこだわり、家族に住ませたい家という思いを大切にしたい。

土地と建物をあわせて、友人知人に借金を申し入れ、取引銀行からと合わせて2億円を用意した。友人知人は、お金を借りるということだけではなく、良き理解者であり、応援者として涙が出るほど有難いご協力をいただいた。本来はこのような借金をすることは好ましくないということもあり、長期の借金となる銀行を除き5年間で完済をした。

利用者の確保のために内覧会の案内を市内の事業所に送付した。入所された方々は内覧会にみえたケアマネジャーの紹介と、近隣に住む方々だった。関連の雑誌を見たという方ではなく、すべてが口コミであった。

職員の確保に関しては、友人、知人にお願いした。管理者には、施設を作る数年前から「あなたの気持ちに沿い、お互いに理想のケアを展開したい」と話し合っていた友人がおり、その人に介護をまかせようと考えていた。また、現在、管理栄養士として勤務している方も、以前は介護職員として働いていたが、お願いして勤務移動をしていただいた。その二人を柱にして、その他の職員も口コミで来てくれた。医療ニーズのある利用者がいるため、夜勤は利用者の命を預かる業務が多い。そのため、どんな人でもいいということにはならないが、最終的には常にいい人材が集まっている。

6. 施設開設後に行っていること

施設が満床であれば、借金を返済しながら施設は運営できるが、空室が続くとかなり厳しくなってしまう。そのため、入居者確保が重要なポイントとなってくる。空室があるならば、有料でショートステイとして利用したいという希望に対して、入居者の生活を考えて馴染みの方に利用していただいている。大方は階下にあるデイサービスの利用者にご利用いただいている。

利用者の確保はすべて口コミによる。電話でのお問い合わせがあれば必ず見学に来ていただき、説明だけでなく、住んでいる方の話や雰囲気を見て、十分に納得してから入所を決めていただいている。ポイントは見学し、確かめていただくことである。

職員については、入居者の命と暮らしを守る仕事であることから、チームプレーを重要視している。看護師と介護職の双方が対等であることと、役割分担で動いていることを確認している。会議と研修、教育が必要である。また、悩みが話せることで、即対応策を練ることができる。基本的には24時間を通して、看護師に「ほうれんそう」*による意思疎通の良さと、バックアップ体制をとることによって連携して安心できるシステムになっている。そのことにより、いい職員がいい人を連れてきてくれる。

*「ほうれんそう」とは、「ほう」＝報告、「れん」＝連絡、「そう」＝相談

7. 施設を開設してよかったこと

利用者がよい方向に変化する例があったことが何よりよかった。たとえば、血糖コントロール不良で意識障害を伴って不安定だった人が、安定して暮らせるようになった例や、経口摂取できなかった人が、口から食事ができるようになった例などがある。

8. 現状制度の課題

有料老人ホームには公費の経済的援助がないために、高価な消防設備等も自力で用意せねばならない。また、市の様々な助成制度も活用できないことには、改善の余地があると思われる（オムツや訪問理美容等）。重症化し、医療が必要になっても看取りケアまで実施する有料老人ホーム（住宅型）としては、施設を維持していくことが何より重要であり、健全経営が必要である。そのためには、入居者確保と小規模有料老人ホーム（住宅型）関連の制度の改善が必要である。

9. 施設の今後

生活するための支援も重要であるが、入居される方々には人生の積み重ねがあり、尊厳と生きがいを支えることと、御家族との協力を重視している。このような視点でスタッフ教育を行い、看護職をリーダーとした後継者を育成していくことが今後の課題である。

10. 新しくサービスを始めようとする看護師の方へ

在宅支援は、看護と介護が車の両輪であると考えている。訪問による支援だけでは見えなかった看護と介護の強いパイプを大切にしながら、それぞれ役割分担しながら協働することが大変効果的である。結果的に利用者を大切に考えられ、当社のスタッフの教育機関となっているので、本当にこの施設をつくってよかったと思っている。一方で、ご利用者とその家族にとって、24時間365日の安心を保障することを忘れてはならない。

大沢の家たんぽぽ（東京）



施設正面



施設入口



建物 2 階が大沢の家たんぽぽです



お昼ご飯の一例



建物 1 階はデイサービス



リフトでの入浴も可能

タイプⅡ 有料老人ホーム

4) プランダムール（福岡）

施設概要

住所	福岡県大宰府市観世音寺 1-17-3
開設時期	2007 年 2 月
利用者数	17 名
併設サービス	訪問看護ステーション、有料老人ホーム、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、 デイサービス
職員体制	アクラス訪問看護ステーション職員兼務 ウイングヘルパーステーション職員勤務
管理者	吉松泰子（看護師）

1. 施設の理念・ねらい

入居者がその人らしく暮らせるように、個別性を重視しており、最後の看取りまで行っている。

「医療ニーズが高い方・看護が常時必要な方へ、安心した在宅医療を。人の笑い声や会話がある共同生活のなかで愛情・真心を込めてお世話します」（ホームページより）

2. 施設を開設しようと思った経緯

より医療ニーズの高い方に対しても、その人らしい生活のあり方を探っていく中で、共同生活をおくるという考えにたどりついた。

3. サービス提供内容

同一法人内のサービスでケア提供体制をとっており、「その人のためのケアを提供する」という姿勢を全ての職員の共通認識にしようと努力していることが特徴である。実際には、同一法人内の訪問看護ステーションとヘルパーステーションの職員が入居者へケアを提供している。ケアプランの隙間の時間は、1 人 1 日 3,000 円の料金を別途料金として徴収し、ケアを提供している。また、夜間は訪問看護ステーション職員の当直の場をプランダムール内にしていることで、夜間も看護師が施設にすることができる。

4. 入居者

医療ニーズが高く常時看護を必要とし、ケアマネジャーがいることが入居基準となっている。

現在は 17 名の入居者がおり、その要介護度は 4～5 で、中には気管切開をしていたり、人工

呼吸器を使用している人もいる。

5. 施設を開設するまで

たまたま高級住宅の売り物件があったので、銀行の理解を得て購入した。施設設立に要した費用は約1億円で、その内訳は土地建物9,000万円、備品（ベット、カーテン、福祉用具等）1,000万円だった。費用のうち、9,000万円は銀行より借り入れた。

開設にあたり苦労した事は、①周囲の理解を得る事が難しかった。②医師の理解と協力関係を得る事が難しかった。連携する医師は4回も変更したが、現在では、医師が一番の協力者となっている。③当施設はこれまでに無かった形式のサービスだったため、行政から理解を得られず閉鎖しなければならないのではないかと覚悟を決めた時期があった。行政の人が18人で監査を行った結果、会社の理念に理解を得ることができ、有料老人ホームとしての申請を受けてもらうことができた。

入居者は、病院の医療相談室に宣伝することで確保できた。また、開設後は口コミにより入居者が決まることもあった。

職員は、看護実習生を受け入れることで、その学生さんが就職をすることもある。また、ハローワークを通しての募集も行っている。職員の友達の看護師が就職したこともあった。

6. 施設を開設してよかったこと

何よりも入居者ご本人にとって、病気を抱えながらも、自分自身の生き方（尊厳）を取り戻し、笑顔で穏やかに過ごすことができるようになったことである。またご家族の方も、入居者の方が、ご本人らしく最期まで過ごされている姿を見ることができ、永眠の時「父はここで生活でき幸せな人生でした」と、お父様、お母様の人生に賞賛の声を下さることがあった。

入居者、またそのご家族だけでなく、職員（看護師、介護士）が、入居者と過ごし、看護介護に当たる事で、様々な経験ができています。その経験が、職員の意識を高め、自分の職にやり甲斐を感じる事が出来た。

7. 現状制度の課題

現在の制度は、大変すばらしく、高齢社会にとっても有用な制度と思っているが、その制度に、柔軟性という“心”を付加し、知恵をだし、“制度を成熟させる”事が出来なかったため、収穫（社会の評価）を得る事が出来なかったと思う。まず、現制度を充実（質の確保）させるための、事業者に対する教育、指導が必要だと思っている。

また、介護保険の支給限度額については、現在の方式であれば、給付限度額は現状維持で可能と考えている。現制度において給付限度額を現在の2倍に増額したとしても、これまで受けていたサービスが2倍に回数が増えるだけであり、24時間、365日の介護が必要である。

一日のサービスの回数が倍に増えたとしても、要介護者（高齢者）を 24 時間介護することは到底できない。

当施設では、介護サービス提供時間以外の介護サービスは、入居者から一日 3,000 円徴収し、介護サービスを提供（24 時間体制）している。つまり、入居者の月額負担は介護保険利用料金 1 割負担+9 万円で、24 時間切れ目の無い介護を受けられる訳である。

24 時間必要な“介護”に対して、国が 24 時間の介護費用を賄うことは到底無理な事だと思う。介護保険を利用しつつ足りない介護については、私費サービスを利用する事によって補う事が重要ではないか（ただし、貧困対策は別枠として支える対策が必要）。

見守り介護を充実した有料老人ホームの外部サービス型においては、要支援から要介護 2 までは、現行の支給限度額は 0 円にして月 9 万円支給し、要介護 3 以上は、現制度の給付限度額に+9 万円を支給すれば、要介護者の終の棲家として質の確保されたホームが運営できると確信している。

食事を提供し、安心できる生活環境があれば、要支援から要介護 2 までは、見守り程度の介護ですむが、要介護 3 以上は 24 時間の終日の介護看護が必要である。そこで、要支援～要介護 2 までは 9 万円支給、要介護 3 以上の方には、現制度の介護保険に上乘せして 9 万円支給できないかと思っている。この様な制度を現制度に付加することで、利用者の手出し負担額が 9 万円から 9 千円となる。

この制度変更ができれば、当施設で月利用料金 25 万円の方が、15 万円程度になる。すると厚生年金のような、月 15 万円受け取っている方は利用可能になるので、安心して老後を迎える事ができ、不安が解消される。老後の生活に安心すれば、国民が安心して暮らせ景気回復のきっかけとなると思う。

なんと言っても、現状の制度下で、各事業者が高齢者の自立支援に向けて知恵を出し、努力するような処方を出して欲しいと思っている。各事業者の使命を発揮する事を周知徹底させ、そのための指導教育をして頂きたい。

8. 施設の今後

多床室である当施設が評価されているのは、質の確保にあると思っている。質の確保が出来ないのであれば、高齢者を悲しませる事になるのではないかと不安になった。当施設のような実践をしたいという方がおられるが、私は「質」が勝負だと思っている。当施設を発展した形として、新たな発想での施設・住宅（『町』と考えている）が 11 月に完成する。高齢者が、死が訪れるその日まで自分として生きていくことを支援するという看護に徹して、自分の人生を貫き、人生の幕を降ろして頂きたい。家族も「父の人生はすばらしかった」と賞賛していただけるような看取りをしたいと思っている。

9. 新しくサービスを始めようとする看護師の方へ

看護師のための看護ではなく、利用者のための看護に徹して欲しい。

利用者の思いを汲み、その方の手となり足となる看護に徹して欲しい。

プランダムール（福岡）



施設正面



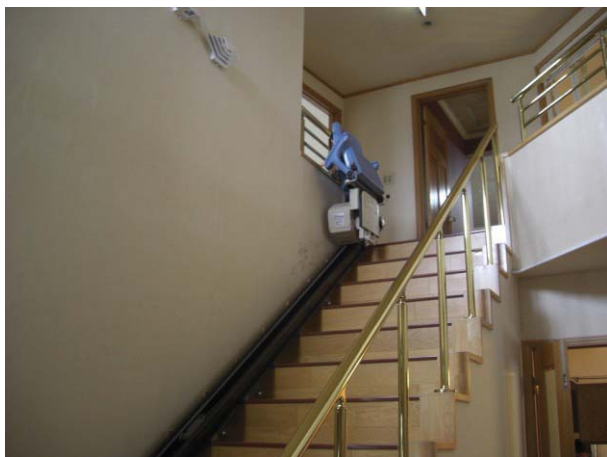
施設入口



部屋の様子



吸引も行う



階段は自動昇降機つき



地域の在宅療養者へも訪問します

タイプⅡ 有料老人ホーム

5) ナーシングホーム椿（熊本）

施設概要

住所	熊本県八代市松江町 515-2
開設時期	2008 年 3 月
利用者数	20 名
併設サービス	訪問看護ステーション、
職員体制	看護師 7 名、准看護師 6 名、介護員 4 名、
管理者	廣田啓子（看護師）

1. 施設の理念・ねらい

老人ホーム運営 11 年の実績をもとに、より充実した看護内容・責任のある看護体制をもって精一杯お世話させていただきます。医療の必要性の高い方を対象とした入居施設のため、医療機関との連携を密にし安全なケア、質の高いケアに努めます。訪問看護ステーションが併設されておりますので、重度の方、医療が必要な方の入居も可能です。（ホームページより抜粋）

2. 施設を開設しようと思った経緯

開設当初、民家を利用した有料老人ホームからスタートし、訪問介護事業所のみの併設であったが、胃ろうの方の受け入れは不可能だった。訪問看護ステーションを併設し、看護師のみの職員を確保することにより、より充実した施設の運営と医療ケア中心の利用者の支援にもお役に立つことができるのではないかと、新たな有料老人ホームの開設を志した。

3. サービス提供内容

ナーシングホーム椿内に訪問看護ステーション椿を併設している為、計画的なケア以外でも即時に対応が可能である。

4. 入居者

入居基準は要介護 4～5 であること。現在は 20 名の入居者がおり、がんターミナル、インスリン、ストマ、HOT、胃ろう（16 名）の必要な利用者がある。がんターミナルをこれまでに 3 人看取っている。現在は人工呼吸器を使っている利用者はいないが、状況により受け入れ可能である。

5. 施設を開設するまで

開設するまでに居介護支援事業所や病院に 50 件ほど営業に回り、施設に関して説明し、利用者の確保に努めた。また、施設見学会の案内状を郵送した。さらに各新聞広告・チラシ・求人雑誌等に求人広告を出し、職員を確保した。

6. 開設してから

開設してからの経営は赤字で同法人内の利益を回しているのが現状であったが、現在では地元からの信頼も厚く経営も順調な伸びをみせている。利用者は、病院からの依頼が主だが、飛び込みでの依頼もある。それらは主に八代市内からの依頼だが、熊本市内からの場合もある。

緊急時の対応が早いという事で、地域の病院・家族から評価をいただいている。

7. 現状制度の課題

- ・夜間の吸引・体位変換に対する報酬体系がない。施設一人に対して、もしくは、吸引 1 回につきいくらといった形でもいいので、加算をつけることはできないか。
- ・訪問看護をすべて医療保険にして欲しい。
- ・訪問看護の制度が複雑であり、クリニックの医師やケアマネジャーが訪問看護を理解しにくい。

ナーシングホーム椿（熊本）



施設正面



入所者の様子



経管栄養も対応可能です



酸素も用意



シャワー浴も可能



訪問看護ステーションの様子

タイプⅢ 高専賃・高優賃

6) ナーシングホーム JAPAN (愛知)

施設概要

住所	愛知県名古屋市千種区上野 1-2-7
開設時期	2009 年 1 月 1 日
利用者数	定員 25 名 述べ約 130 名 (平成 23 年 3 月 1 日現在)
併設サービス	訪問看護ステーション、往診クリニック
職員体制	訪問看護師、看護助手 介護職員は外部サービスとの契約
管理者	吉田豊美 (看護師)

1. 施設の理念・ねらい

在宅：自宅にいる安心感同様、スタッフが家族の一員

共感：常に入居者家族様の意見に耳を傾ける

誠実：誠実でオープンなサービスとコミュニケーション

尊厳ある生活：創造性豊かな生活のある療養

経験：終末期における長年の経験と実績によるサポートと治療

信頼：入居者様との長期的な信頼関係

以上の 6 つを基本理念としている。(ホームページから抜粋)

2. 施設を開設しようと思った経緯

医療技術の進歩により、「終末期」が長くなってきている。しかし、胃ろうや人工呼吸器等医療的ケアがある方の在宅生活は家族への負担が大きく、一家離散の原因にもなりかねない。また、緩和ケア病棟では、ベッド不足が問題となっており、看取り場所の確保が課題となっている。当施設のような「自宅 or 施設」以外の「疑似在宅」が必要であると考えた。

3. サービス提供内容

当施設では、住宅を保障し訪問看護を提供しているが、その他のサービスは、それまで利用者さんが利用していたサービス（往診、ケアマネジャー、訪問介護など）がそのまま利用できるため、家との連続性を保てる。また、地域の他のサービスを利用することで、抱え込みになることを防いでいる。

訪問看護は基本的に医療保険で提供している。介護保険の訪問看護は近隣の大型ステーションが提供しているため、そのステーションが実施することが少ない医療保険の利用者を対象とした。

また、ターミナル期の利用者を対象としているため、6 ヶ月間の定期建物賃貸借契約を結

んでいる。利用者が、入居後 6 ヶ月より前に亡くなってしまった場合は、残金額を日割り計算で返金している。

4. 入居者

18m²の部屋が 26 室あり、平均入居日数が 108.7 日（一年以上の 1 人を含む）、72.4 日（同除く）である。入居日数が短い人では 3 日の人もいた。入居者の要介護度は自立～要介護 5 まで幅広く、がん終末期が最多、その他、難病認定を受けている方もいる。

5. 施設を開設するまで

市内に大きな建物をつくることは難しいこともあり、現状の規模の建物となった。家族が通いやすいよう交通の便の良い場所で考えた。施設駐車場を多く確保するように努めた。むやみに居室を増やさず、リビングや足湯、岩盤浴、ライブラリ、リハビリルームなどの共有スペースの充実を図った。開設に要した費用はすべて銀行からの借り入れで賄った。

施設の利用者を確保するために、がん患者専用の施設であることを今までの訪問看護ステーションのネットワークを利用して宣伝した。また、ホームページ上にマンガを載せ、分かりやすくなるよう努めた。在宅での看取りを希望する方に、第 2 の在宅としての利用をすすめた。

職員は求人誌、ハローワーク等を利用し、「緩和ケア」に関心のある看護師を特に募集した。そして、施設開設の半年前からスタッフに対し、講師を招いてホスピスケアの勉強会、講習会を実施し、能力の向上を図った。「尊厳死」という理念をきっかけ、リビングウィルを作成し、活用・修正に努めた。

6. 施設の開設後について

当施設の収支は非常に不安定で、同じ経営母体の訪問看護ステーションの安定した収入があって初めて運営できている。利用者は病院のソーシャルワーカーからの紹介、看取った方の家族などの口コミにより、安定して確保できており、待機者がでることもある。また、ナーシングホームを利用しなかった場合でも、同経営母体の訪問看護ステーションが訪問している利用者に対して、看取りの時だけ短期で入所するといったレスパイトとしても活用している。

職員は、同経営母体の訪問看護ステーションの看護師と当施設の看護師のローテーションを行っており、施設、訪問のどちらの業務にも携われるようにしている。

7. 施設を開設してよかったこと

本人の望む生活を、最後まで選択できることである。在宅でありながら、24 時間、看護師が近くにいることにより、病院と同等の安心感を得ることができている。家族やヘルパーやケアマネジャーなど、医療職以外の人々との関わりが出来ているため、社会的な生活ができている。利用者は、賃貸契約を結んでいる「入居者」であるため、入院中よりも、自分の要望を医療職に伝えやすい環境となっている。

利用者家族は、療養者本人と適度な距離を保つことができ、介護の疲れをためこまず、良好な関係を築けている。また、居室内のソファベッドや家族室（和室・8畳程度）があるため、心配な場合は付き添うことができる。家族が浴室を利用することもでき、配食サービスも利用できる。

8. 現状制度の課題

建設系の方が施設の見学に来ることが多い。しかし、施設の建物への関心が高く、ケアの内容（ソフト面）や人員体制についてはあまり考えていないことが多く、不安である。また、見学に来る人の中には、儲かると思ってくる人が多い。

できれば15床程度での運営を行いたかったが、経営を安定させるため26床での運営となった。24時間、亜急性期にも対応できるスタッフの教育が今後の課題である。

9. この施設の今後

スタッフの看護師の休みを増やしたいが、看護師が不足しているため、現状では難しい。スタッフのリフレッシュ休暇を取れるようにしていきたい。

この施設を建てるときの借金の返済が終わったら、家賃が現在の半分程度の次の施設作りを始めたい。

10. 新しくサービスを始めようとする看護師の方へ

近年、訪問看護ステーションに小規模型施設を併設していく動きがあるが、「訪問看護」だけで地域療養者・家族を支えられるものではないと思う。人材教育やシステムの整備を十分に行った上でも、様々な障害があると考えられるが、看護師が主体となり、よりよい地域医療を推進していければと思う。

ナーシングホーム JAPAN（愛知）



施設正面



施設看板



部屋の様子



レクリエーションの様子



共有スペース（ラウンジ）①



共有スペース（ラウンジ）②

タイプⅢ 高専賃・高優賃

7) ひかりケアマンション三俣（群馬）

施設概要

住所	群馬県前橋市三俣町 3-30-4
開設時期	2000 年 12 月
利用者数	ひかりケアマンションの 3 ヶ所合計で 69 名
併設サービス	訪問看護ステーション、デイサービス、居宅介護支援事業所、地域栄養サポートセンター
職員体制	各施設に一人ずつ介護職 1 名配置（7:30～18:30） 夜間常駐看護師あり（17:00～9:00）
管理者	伊藤誠一

1. 施設の理念・ねらい

介護付高齢者住宅にデイサービス・訪問看護を備え、高齢者が安心して暮らせる環境を整えました。昼間は併設されたデイサービスセンターをご利用いただき、夜間は定期的な訪問巡回により、安全で安心な暮らしを提供しています。（ホームページより抜粋）

2. 施設を開設しようと思った経緯

要介護度高が高くなると、現在の支給限度額では在宅での生活は難しいということは前々から感じていた。また、訪問看護の一軒一軒の移動に対しては報酬が支払われないため、利用者・提供者ともに不都合な制度であると考えていた。そこで、集合化への動きが必要だと考え、「Sustainable Community の形でなければ今後もたない」と感じた。Community を捨ててきた日本社会の中に Community を取り戻したい。

3. サービス提供体制

日中（7:30～18:30）は各施設に一人ずつ介護職員 1 名を配置しており、夜間（17:00～9:00）は看護師が常駐している。同一法人が開設しているデイサービスが外付けである。大多数の入居者がデイサービスの広い浴場を利用している。

4. 入居者

入居基準は要介護 2 以上であることと、併設のデイサービスを利用することであるが、他のデイサービスを利用することも可能である。

現在の入居者の要介護度平均は 3.4 である。吸引、24 時間点滴が必要な人がいたこともあった。現在、経管栄養を行っている人は 10 人程度で、吸引を行っている人は 3 人程度である。癌末期の利用者もあり、過去に看取りの経験もある。

5. この施設の今後

日本社会の中に Community を取り戻すための第一ステップとして、この高齢者事業をおこなっているが、実際には従来の施設と同じような形態になってしまっている。

運用面としては、オープンシステムの病院のような形（特定の医師、看護師との連携なし）をとり、個別住宅では難しいが、介護保険のカバーできない夜間等の部分を個別の契約でまかなう形にしていきたい。

将来的には、県営住宅＋複合住宅（Collective Housing）の“ヘルスケア・コミュニティ”を作っていきたい。例えば、32 世帯分の住居＋デイケア＋子育て支援＋シニアセンター＋食事提供＋仕事（農業＋収益化）のような形が考えられるが、高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）でないと群馬ではできないと思っている。

将来的には小学校区にひとつ程度の規模で全国区に広げていき、コミュニティヘルス基地にしたい。これを支えていくのは訪問看護師だと思っている。

ひかりケアマンション三俣（群馬）



ひかりケアマンション入口



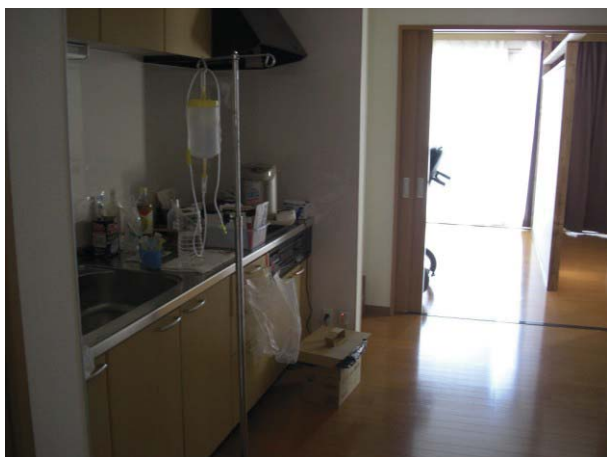
広い廊下



リフト浴も可能



入居者の方へ声掛け



経管栄養の準備



吸引も可能

タイプⅣ 民間アパート

8) 神戸なごみの家（兵庫）

施設概要

住所	兵庫県神戸市長田区雲雀丘 2-2-3
開設時期	2002 年 2 月
利用者数	5 名+ショートステイ 1 名
併設サービス	訪問看護ステーション、ヘルパーステーション
職員体制	介護福祉士 3 名（常勤、ヘルパーステーションからの派遣）、ヘルパー 1 名、調理師 1 名、牧師 1 名、訪問看護ステーションの看護師 2 名が週に 1 回ずつ夜勤
管理者	松本京子（看護師）

1. 施設の理念・ねらい

癌または難病などによって、これまでの生活を継続することが困難になられた方々のための、自分らしい豊かな生活を送っていただける「第2の我が家」。入居者様やご家族の意思を尊重し、最後まで尊厳を保ちながら自分らしく生きることを支援する。

ご利用される方々に、今までの生活と変わらなく過ごしていただき「第2の我が家」となるよう、ひとりひとりの暮らしの習慣を大切にする。それぞれの人生を語り合い、思い出に笑いあり涙あり、共に時間を過ごし、かけがえのない「なじみの関係」を築けるよう努める。

（ホームページから抜粋）

2. 施設を開設しようと思った経緯

阪神大震災以降地域ケアに関心をもった。利用者が自由に過ごして、足りない部分を補う、一緒に存在できることを喜べる場所作りに興味を持った。在宅ホスピス立ち上げに関わってきたが、1年ほどで利用者の4割が独居ということに気づいた。自分のケア意識「入居者が最期まで生きる支援とは何か」について深めたいと考えていた。自分のケア意識に合致するような場所を作りたいという思いから施設の立ち上げに至った。

3. サービス提供内容

がんを抱えた人々が暮らしあう場所、共同生活支援の場を提供している。可能な限り家族が泊り看取りに主体的に関われるようにしている。

すきまなくケアプランを組んでおり、90分×5人＝450分が収入となるが、介護職の人数によりこれは不安定である。夜勤が介護職のときは、看護職である管理者が施設の離れの部屋で寝ている。しかし、夜中にコールが鳴ることは殆どない。

4. 入居者

入居基準は会員規約に賛同し、会員になれる人である。がんの利用者を優先しており、独居または以前に施設にいた人が多い。利用者の要介護度の平均は要介護4である。

5. 施設を開設するまで

土地付き住宅（元クリニック）を購入し、家主という立場でサービスを提供している。開設に必要な資金は自己資金と理事からの資金提供、友人からの資金提供によって賄った。しかし、当直手当などの人件費は先に開設した訪問看護ステーションからの持ち出しもあった。なお、家具・食器等はすべて頂き物を利用した。また、日本財団から補助金を得て、施設の床をフローリングにするのに充てた。

初年度は、取り組みへの周知が図れず、主な利用者は病院の連携室からの紹介であった。特にどのような対象が可能かわからないために紹介しにくい状況もあったと思われる。2年目になると事例を含めた報告の機会を多く得ることができ、病院だけでなく地域のケアマネジャーからの問い合わせも多くなった。現在は、部屋数が少なく希望に添えないことがある。

スタッフには恵まれていた。介護職は知り合いからの紹介や一般募集での採用をした。また、開業している医師と連携した。

6. 施設を開設してから

4,000万円を20年で借入れ、月に25万円返済している。1年目は100万円以上赤字になったが、2年目の収支はとんとんだった。しかし、これは大家のボランティアによるところが大きい。

利用者は、9割は病院の地域連携室からの紹介である。がん優先、独居・施設にいた人が多く、待機者がいる。

看護師は興味を持っている人が多く安定しているが、介護職の就業の継続がむずかしい。また、1人夜勤への抵抗がある。

囲い込みの危険を回避するために、何かを決めるときは必ず行政を入れている。理事会（医師、看護師、介護職、社会福祉士等6名）を設けた。対外的にきちんと説明ができて、収益の上がるシステムが必要である。特に緩和ケアを専門としている医師との協力関係が持てたことがよかった。

現在は、社会的信頼を得るためにNPO申請準備中。

7. 施設を開設してよかったこと

- ① 発病以来痛みから解放されず、また家族関係も悪かった人が、症状緩和が出来て闘病日記を書いたり、自分自身を見つめなおす機会となり、亡くなる前に家族と和解できた。特に折り合いの悪かった嫁の笑顔に初めて気づけたといって感謝して亡くなられた。
- ② 遠方から介護に来ていた一人息子とその家族が、安心できる環境に入居したことで、本人を安心して介護できた。「自分が一番つらいときに息子がそばにいたので何より自分は幸せだ」と喜びながら最期を迎えられた。
- ③ 不定愁訴が多く、自分の人生をあきらめていた人が、「まだ自分にもやれることがある」と新たな発見をし、調理士さんの休みの日は、料理など職員に教えてくれるようになった。

- ④ 亡くなる前の1週間を姉妹で泊まり込み介護できて満足だった。家族だけでは不安でもなごみの家で家族が主体の看取りができた。
- ⑤ 家族も自由に出入りできて一緒にご飯を食べて過ごせた。(思い出のノートより)

8. 現状制度の課題

現在は認められていない制度だが、小規模の集合住宅が在宅として認知されること。行政からの依頼もあり、現状では必要なサービスとして認められているが、訪問介護の利用について変則的な利用が可能になれば運営が軌道に乗りやすいと考える。現在は2時間以上あけなければ介護に入れないなどの制約があるので、必要なサービスに保険を利用できずボランティアで提供している。

デイサービスとして認められ、利用者が2人程度でも保険の給付対象になると家族の自己負担が軽減できるのではないか。

9. 施設の今後

人の療養相談や寄合所的な役割が持てるように、地域に浸透させたい。

10. 新しくサービスを始めようとする看護師の方へ

- ・ 開設当初は管理者自らがボランティア的な動きになるので、分かち合える仲間が必要。
 - ・ 地域の医療機関や介護支援専門員とのネットワークを構築しておくとう入居者の確保が円滑。
- 先にNPOを立ち上げる動きをしておくとう補助金などの申請が可能になることが多い。

神戸なごみの家（兵庫）



施設正面



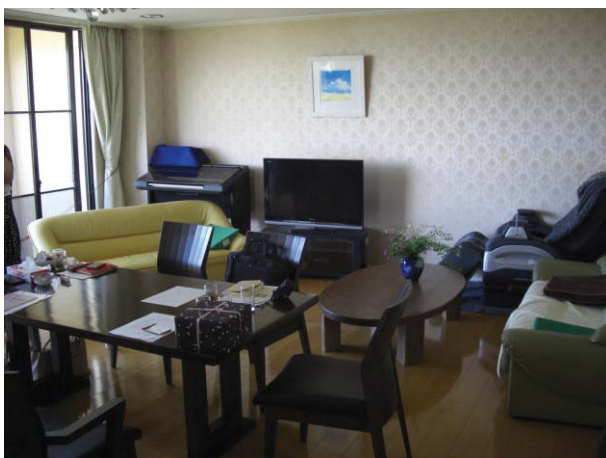
施設入口



部屋の様子



階段の様子



リビングの様子



窓からは緑が見える

タイプⅣ 民間アパート

9) マザーハウス天神の森（大阪）

施設概要

住所	大阪府大阪市西成区岸里東 2-14-15
開設時期	2008 年
利用者数	11 名
併設サービス	訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、家政婦紹介所
職員体制	粉浜ヘルパーステーションからの派遣 追加サービスで必要な場合は求人を行う
管理者	横手喜美恵（看護師）

1. 施設の理念・ねらい

人生最後まで、人間らしく、自由に楽しく生きていただけるようにお手伝いしたい。これまでの施設のあり方に疑問を持っていた。

2. 施設を開設しようと思った経緯

これまでの経験で様々な施設を見てきたが、ケアの中身に納得できないことが多かった。年をとって安心して生活できるように、自分でやってみようと思ったことがきっかけ。既存のサービスに足りない部分を自分で作っていくという経験をした。

もともとは西成区に作るつもりはなかったが、偶然土地があり、それまでのイメージと違う感触を持ったためにこの場所に作ろうと思った。兄が設計技師であり、建築は友人に頼んだ。夫も早期退職し、ヘルパーの資格をとって協力してくれた。

3. サービス提供内容

主治医と連携し、必要な人には訪問看護を利用することで、がん末期の利用者の受け入れも可能である。下宿としての住宅の提供と、併設のヘルパーステーションからの介護職員の派遣、訪問看護（特別指示書）のサービスを組み合わせて提供している。介護保険の枠を超えたサービスは1時間2,000円で自費サービスを提供している。非常事態に備えて看護師が隣の訪問看護ステーションまたは近くのマンションで待機している。

4. 入居者

入居できる経済状況にあることが条件となっており、基本的に生活保護の方を受けてはいない。

現在の利用者は10名（要介護1～3：4名、要介護4：4名、要介護5：2名）である。その中には、視覚障害者、胃ろう造設者、尿道留置カテーテルの利用者が各1名いる。

区内よりも他区からの入居者が多く、主に病院や地域包括支援センターからの紹介が多い。2名が成年後見人制度を利用しており、11人中1人は身寄りのない人である。

5. 施設を開設するまで

建物は不動産屋の仲介により確保できたため、特に苦労はなかった。また、銀行から6,000万円借り入れた。

利用者は、知人のケアマネジャー、職員のケアマネジャー、地域包括支援センターからの紹介により確保できた。職員は新聞広告により確保した。また、会社の入り口に募集のはり紙をしている。

6. 施設を開設してから

銀行からの融資は38万円／月返済している。職員へのボーナスは他事業の利潤で賄っている。

利用者が死亡、入院により退居されて空室が出た場合には、関係機関へ電話、FAXによりPRしている。

7. 施設を開設してよかったこと

利用者に同居家族がいた場合は、気を遣って会いに来にくかったが、入居後は特定の家族だけでなく、遠くからでも親戚や友人が会いに来てくれるようになったことを喜んでいたり、利用者や、大事なネコと一緒に安心して暮らせるようになった利用者の方もいた。

また、家族にとっても、安心して生活することができたり、入居されている方に会いに来やすくなった。

8. 現状制度の課題

開設当初は経営が大変だったが、今はやっと順調になってきた。立ち上げの時点で何らかの補助があればいいと思う。税控除等の制度がほしい。

9. 施設の今後

福祉施設とは違う自由さを担保しつつ、より専門性の高いケアを提供できる施設にしたい。入居している人たち同士がファミリーになれるようにお互いに支えあえる関係づくりをしたい。

10. 新しくサービスを始めようとする看護師の方へ

経営の見通しが立てば、後は信念と勇気です。頑張ってください。

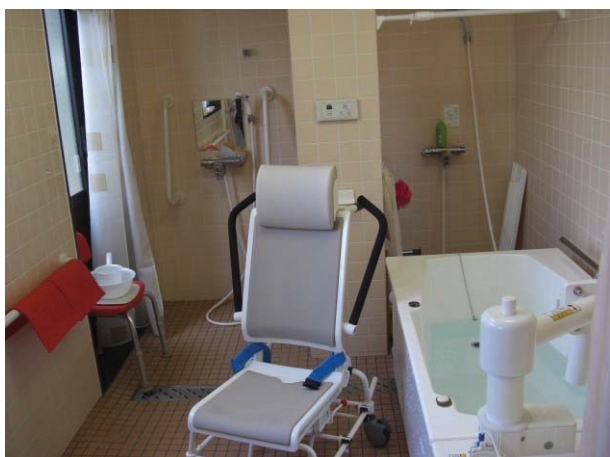
マザーハウス天神の森（大阪）



施設正面



リビングの様子



お風呂の様子



食事を準備中



建物2階部分はペットと暮らせます



ステーションの様子

タイプⅣ 民間アパート

次の紹介するのは、訪問看護師・ステーションが中心となって事業を行っているのではないが、開設時点で訪問看護ステーションの看護師たちとの密接な関係で作られたこと、また現在でも訪問看護ステーションから訪問しながら一緒に実施しているのでヒアリングし、掲載した。

１０）かあさんの家（宮崎）

施設概要

住所	宮崎県宮崎市恒久２丁目 19-6
開設時期	2004 年 6 月
利用者数	15 人（1 施設当たり 5 人×3 施設）
併設サービス	訪問介護ステーション、居宅介護支援事業所、ケアサロン
職員体制	同一法人が運営する訪問介護事業所の職員を配置。介護職員は、常勤 13 名、非常勤 3 名。ケアマネジャー 1 名、事務職員 1 名。
管理者	市原美穂

１．施設の理念・ねらい

住み慣れた地域で、なじみの人たちに囲まれて「その人らしく」人生を全うすることを望む方々の、施設でもない自宅でもないもう 1 つの「居場所」。生活することそのものが、生きるあかしであり、リハビリに繋がると考えます（パンフレットより抜粋）

２．施設を開設しようと思った経緯

以前より、在宅ホスピス協会のボランティアをしていた。在宅死を希望する人、医師、看護師で勉強会を実施し、宮崎県でホスピスを作るための要望書を作成した。勉強会を基にした任意団体ホームホスピス宮崎を設立し、市議会、医師会へ要望書を提出した。

2004 年、緩和ケア病棟で受け入れられない患者（高齢、認知症のがん患者）からの相談が増えたため、家を借りて「かあさんの家」事業を開始した。

３．サービス提供内容

「かあさんの家」としては住宅の提供のみを行っており、基本となる介護職員は同一法人の訪問介護事業所を利用している。日中は介護保険による訪問介護サービスを利用し、夜間は訪問介護事業所の介護職員と利用者の間に同意書による契約を交わしたうえで、介護職員が夜勤を行っている。このような体制を作ることにより、24 時間介護職員の目が入るようになっている。

また、夜間は介護職員が家族に代わって医療処置を実施することの同意を得ている。医療処置（血糖値コントロール、吸引など）にはかかりつけ医、および訪問看護師による指導が

十分行われている。訪問介護以外の介護保険サービスは、利用者それぞれの状態に合わせて外部サービスを利用している。

4. 入居者

特に入居基準は設けておらず、どのような状態の方でも入居することが可能である。

実際に入居しているのは、認知症があり、医療依存度が高く、療養生活が必要な方で、家庭的な生活を望まれる方である。また、特にターミナルの方では延命治療を望まず、最後まで人間らしく苦痛なく暮らしていけることを強く望まれる場合が多い。

5. 施設を開設するまで

借り先となる家がなかなか見つからず、苦勞した。借り先の家の家主さんを利用者の一人とすることで、家を借りたこともあった。

6. 現状制度の課題

現在のサービス提供体制は既存の制度にのっていないことが大変。現行の有料老人ホームの施設基準に従って設備を整えると大きな手間、お金がかかる。

同じようなサービスを提供する事業所が増えた際に、悪徳と呼ばれる事業所が発生しないための枠組みを作る必要がある。基準を設けて、ケアの質の評価をすることができないだろうか。

行政からのバックアップがほしい。家賃位の補助が必要。

7. 施設の今後

「かあさんの家」の理念を共有して、他の人が同様のサービスを提供できるようにしたい。

かあさんの家（宮崎）



かあさんの家看板



入口は普通の民家と同じ



部屋の様子



食事は手作り



オルガンを持ち込むこともできます



隣の家の方が庭の手入れをしてくれます

その他 第 2 種 社会福祉事業 宿泊所

東京の“山谷”地域は、日雇い労働者の簡易宿泊所が多い地域として有名で、また路上生活者も多い。その地域にあえて、訪問看護ステーションを立ち上げ活動をし、その延長線上に単身独居で行き場のない人たちのために宿泊できる所を作った。訪問看護師が地域の実情に合わせて必要なものを作り上げていくという意味で示唆に富んでいるので紹介する。

1 1) コスモスハウスおはな（東京）

施設概要

住所	東京都台東区日本堤 1-13-3
開設時期	2009 年 5 月
利用者数	13 名
併設サービス	訪問看護ステーション、居宅介護支援、デイサービス
職員体制	訪問看護ステーションコスモスの人員を配置
管理者	阿部直美（看護師） 法人代表：山下真実子（看護師、ケアマネジャー）

1. 施設の理念・ねらい

障害や疾患を抱えた方々が、地域の中で人とのつながりを大切にしながら、生きがいを持って共に暮らせるよう支援する。（施設パンフレットより）

2. 施設を開設しようと思った経緯

簡易宿泊所利用者が、要介護・要医療状態になったときの行き場が無いため。

3. サービス提供内容

ボランティアの支援もあり、花見、クリスマス、パーティー等開催している。利用者が亡くなった際には葬送支援ネットワークによりボランティアで僧侶が来てお経をあげて下さる。

また、当法人では、山谷地域の労働福祉センターでの健康相談や、簡易旅館の巡回なども行っている。さらに山谷とならんで簡易宿泊所が多い地域としてな有名横浜市寿町でも訪問看護ステーションを立ち上げるなど、路上生活者の多い地域で様々な活動を行っている。

4. 入居者

独居、単身で、アパートや簡易宿泊所では暮らしていけない方が対象であり、ご本人がコスモスハウスおはなへの入所をご希望されている方。特に要介護者、癌ターミナル、H I V、認知症の方を対象としている。看取りも実施している。

5. 施設を開設するまで

施設を開設するまでにかかった費用は、土地の借地権購入：2,100万円、建設費、設備費：5,000万円であった。その費用は訪問看護ステーションコスモスの貯蓄：2,000万円、銀行からの貸与：2,000万円、個人からの貸与：3,100万円により集めた。また、施設の利用者は、訪問看護ステーションの利用者および、区役所、福祉事務所より依頼のあった方だった。

職員は訪問看護ステーションコスモスの看護師2名が対応しているほか、知り合いからの紹介によって集まった。

6. 施設を開設してから

当施設は年間約500万円の赤字を出しており、訪問看護ステーションコスモスの利益分で補てんしている状態である。

入所希望者は多く、待機者が多数出しており要望に応えきれていないのが現状である。また、夜間の当直者、土日の勤務者の確保がやや困難である。さらに、“赤字財政”により常勤職員が1名しか雇用できておらず、他の職員は非常勤でしか雇用できていないことが課題である。

7. 施設を開設してよかったこと

認知症のため一人で生活ができず、生活保護のためにグループホームへの入所も出来ない方が、職員、ボランティアに支援されて穏やかに生活出来るようになった。また、当施設で最期を看取った方には、ボランティアの僧侶が来て供養していただき、入居者全員でお別れができた。

8. 現状制度の課題

このような施設をつくる場合には、制度的にいろいろ厳しく、補助がない中で設立した。今後補助制度等で赤字を出さずスムーズに運営が行われるようになるとよい。費用等を内部で賄うと透明性の問題が出てくる。第三者機関による評価も必要と考える。

9. 施設の今後

今後も単身独居で行き場のない人を最期まで看取りたい。

10. 新しくサービスを始めようとする看護師の方へ

このような施設は、新しい制度ができなければ金銭的にも人的にも運営が難しいので、そこを理解して立ち上げて欲しい。

コスモスハウスおはな（東京）



施設正面 施設看板



共有スペースの様子 廊下からそれぞれの部屋へ



Ⅲ. 各施設の利用者の実態

質問紙調査に協力の得られた 10 施設（以下、①～⑩とする）の結果について、以下に示す。

1. 入居者の特徴

1) 年齢・性別

入所者の平均年齢では、①・②が約 88 歳と高く、70 代だったのは⑥・⑦・⑨のみであった。範囲を見ると、⑤と⑥は 50 代の入所者も居た。⑩の利用者は、40 歳未満の訪問看護ステーション登録者だけについて計算したところ、平均 12 歳であった。

平均年齢の高い施設で女性が多く、そうでないところはほぼ半々であった。⑨は男性の割合が高かった。

施設	利用者数(人)	年齢(歳)				性別			
		平均値	標準偏差	最小値	最大値	男(人)	(%)	女(人)	(%)
①	18	88.1	7.0	75	100	3	16.7%	15	83.3%
②	18	88.1	5.0	76	97	4	22.2%	14	77.8%
③	18	82.3	7.6	70	95	9	50.0%	9	50.0%
④	8	82.3	7.8	69	94	1	12.5%	7	87.5%
⑤	19	80.0	11.0	56	98	8	42.1%	11	57.9%
⑥	22	75.9	8.0	59	86	11	50.0%	11	50.0%
⑦	5	77.8	7.1	69	86	2	40.0%	3	60.0%
⑧	11	87.1	9.4	74	105	4	36.4%	7	63.6%
⑨	13	77.9	9.5	62	91	9	75.0%	3	25.0%
⑩	36	12.1	7.2	1	34	17	47.2%	19	52.8%
合計	168	67.2	30.2	1	105	68	40.7%	99	59.3%

2) 利用開始からの年数・利用前の居所

利用開始からの年数を見ると、②・⑤・⑥・⑦は 1 年未満が半数以上に対し、①・⑧・⑨は 1～3 年が多かった。⑩の利用者は 5 年以上と長いものも多かった。

利用前の居所として在宅が多いのは①・⑨で、他は入院・入所が多かった。

	利用開始からの年数										利用前の状況			
	1ヶ月未満	1年未満	1-2年未満	2-3年未満	3-4年未満	4-5年未満	5-6年未満	6-7年未満	10-11年未満		在宅	他病院に入院	他施設に入所	その他
①	0	1	4	13	0	0	0	0	0		17	1	0	0
		5.6%	22.2%	72.2%							94.4%	5.6%		
②	1	10	4	3	0	0	0	0	0		0	8	10	0
	5.6%	55.6%	22.2%	16.7%								44.4%	55.6%	
③	0	7	4	3	3	1	0	0	0		0	9	9	0
		38.9%	22.2%	16.7%	16.7%	5.6%	0.0%					50.0%	50.0%	
④	0	1	2	0	0	1	2	2	0		0	3	4	1
		12.5%	25.0%	0.0%	0.0%	12.5%	25.0%	25.0%				37.5%	50.0%	12.5%
⑤	3	10	2	1	1	2	0	0	0		0	16	2	1
	15.8%	52.6%	10.5%	5.3%	5.3%	10.5%						84.2%	10.5%	5.3%
⑥	3	16	3	0	0	0	0	0	0		2	18	0	0
	13.6%	72.7%	13.6%								10.0%	90.0%		
⑦	0	4	0	0	0	0	0	0	1		0	5	0	0
		80.0%							20.0%			100.0%		
⑧	0	2	7	2	0	0	0	0	0		4	5	0	0
		18.2%	63.6%	18.2%							44.4%	55.6%		
⑨	0	3	10	0	0	0	0	0	0		10	1	1	1
		23.1%	76.9%								76.9%	7.7%	7.7%	7.7%
⑩	0	2	4	4	4	3	19	0	0		36	0	0	0
		5.6%	11.1%	11.1%	11.1%	8.3%	52.8%				100.0%			
合計	7	56	40	26	8	7	21	2	1		69	66	26	3
	4.2%	33.3%	23.8%	15.5%	4.8%	4.2%	12.5%	1.2%	0.6%		42.1%	40.2%	15.9%	1.8%

3) 要介護度

入所者の要介護度を見ると、②・③・⑤は、7～9割が要介護4以上に対し、①・④・⑦・⑨は要介護2～3が多かった。

	要介護度 要支援 I・II	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	認定申請 中	認定なし(自 立含む)
①	1 5.6%	0	2 11.1%	8 44.4%	3 16.7%	4 22.2%	0	0
②	0	0	0	1 5.6%	2 11.1%	15 83.3%	0	0
③	0	0	0	0	1 5.6%	17 94.4%	0	0
④	0	0	2 25.0%	3 37.5%	2 25.0%	1 12.5%	0	0
⑤	0	1 5.3%	2 10.5%	1 5.3%	2 10.5%	13 68.4%	0	0
⑥	0	1 4.5%	2 9.1%	4 18.2%	3 13.6%	9 40.9%	1 4.5%	2 9.1%
⑦	0	0	0	2 66.7%	1 33.3%	0	0	0
⑧	0	2 18.2%	0	2 18.2%	4 36.4%	3 27.3%	0	0
⑨	1 8.3%	0	3 25.0%	5 41.7%	1 8.3%	2 16.7%	0	0
合計	2 1.6%	4 3.1%	11 8.5%	26 20.2%	19 14.7%	64 49.6%	1 0.8%	2 1.6%

4) 自立度

認知症日常生活自立度については、②が全員Ⅳ、⑩は83.3%がⅢである一方、⑧は60%、⑥は50%が自立・Ⅰであり、⑨も自立・Ⅰが46.2%と比較的多い。①・④・⑤などは様々な認知症度のケースが居る。

障害高齢者日常生活自立度については、②が全員Ⅲであり、⑩も91.7%がⅢ、③も66.7%がⅢだが、①・⑨はⅡが3～4割で、①・⑧・⑨は半数以上がⅡまたはⅠである。

	認知症日常生活自立度 自立・Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ					障害日常生活自立度 Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ Ⅵ				
					不明だが認知 機能障害あり					
①	3 17.6%	3 17.6%	5 29.4%	4 23.5%	0	2 11.8%	6 33.3%	5 27.8%	4 22.2%	3 16.7%
②	0	0	0	18 100.0%	0	0	0	0	0	18 100.0%
③	3 16.7%	0	2 11.1%	8 44.4%	5 27.8%	0	0	0	6 33.3%	12 66.7%
④	1 12.5%	1 12.5%	1 12.5%	3 37.5%	1 12.5%	1 12.5%	0	3 37.5%	3 37.5%	2 25.0%
⑤	0	5 26.3%	3 15.8%	4 21.1%	7 36.8%	0	0	2 10.5%	6 31.6%	11 57.9%
⑥	11 50.0%	6 27.3%	0	1 4.5%	0	4 18.2%	3 15.8%	4 21.1%	3 15.8%	9 47.4%
⑦	1 20.0%	1 20.0%	2 40.0%	1 20.0%	0	0	0	2 40.0%	2 40.0%	1 20.0%
⑧	6 60.0%	3 30.0%	1 10.0%	0	0	0	0	6 54.5%	2 18.2%	3 27.3%
⑨	6 46.2%	2 15.4%	1 7.7%	1 7.7%	3 23.1%	0	2 40.0%	2 40.0%	0	1 20.0%
⑩	0	0	3 8.3%	3 8.3%	30 83.3%	0	0	1 2.8%	2 5.6%	33 91.7%
合計	31 18.7%	21 12.7%	18 10.8%	43 25.9%	46 27.7%	7 4.2%	11 7.0%	25 15.9%	28 17.8%	93 59.2%

5) ADL 動作

具体的な ADL 動作についてみると、②・③は移乗と排泄が全員全介助であった。一方、①・⑨は半数以上が自立または見守りレベルであった。

	移乗				食事摂取				嚥下			排便			
	自立	見守り	一部介助	全介助	自立	見守り	一部介助	全介助	できる	見守り	できない	自立	見守り	一部介助	全介助
①	6	4	4	4	11	0	5	2	13	5	0	8	1	4	5
	33.3%	22.2%	22.2%	22.2%	61.1%		27.8%	11.1%	72.2%	27.8%		44.4%	5.6%	22.2%	27.8%
②	0	0	0	18	0	0	1	17	0	4	14	0	0	0	18
				100.0%			5.6%	94.4%		22.2%	77.8%				100.0%
③	0	0	0	18	0	1	1	16	0	6	12	0	0	0	17
				100.0%		5.6%	5.6%	88.9%		33.3%	66.7%				100.0%
④	1	1	1	5	3	1	1	3	5	3	0	1	1	3	3
	12.5%	12.5%	12.5%	62.5%	37.5%	12.5%	12.5%	37.5%	62.5%	37.5%		12.5%	12.5%	37.5%	37.5%
⑤	0	0	3	16	4	0	0	15	5	4	10	0	1	2	16
			15.8%	84.2%	21.1%	0.0%	0.0%	78.9%	26.3%	21.1%	52.6%		5.3%	10.5%	84.2%
⑥	3	3	3	13	10	4	1	7	11	7	4	2	3	3	14
	13.6%	13.6%	13.6%	59.1%	45.5%	18.2%	4.5%	31.8%	50.0%	31.8%	18.2%	9.1%	13.6%	13.6%	63.6%
⑦	0	2	2	1	0	2	2	1	3	2	0	1	0	2	2
	0.0%	40.0%	40.0%	20.0%	0.0%	40.0%	40.0%	20.0%	60.0%	40.0%	0.0%	20.0%		40.0%	40.0%
⑧	3	1	5	2	5	3	1	1	7	3	1	4	0	4	3
	27.3%	9.1%	45.5%	18.2%	50.0%	30.0%	10.0%	10.0%	63.6%	27.3%	9.1%	36.4%		36.4%	27.3%
⑨	6	4	1	2	8	0	0	2	8	3	2	5	0	2	2
	46.2%	30.8%	7.7%	15.4%	80.0%		0.0%	20.0%	61.5%	23.1%	15.4%	55.6%		22.2%	22.2%
⑩	1	0	2	33	1	1	1	33	3	14	19	0	0	1	35
	2.8%		5.6%	91.7%	2.8%	2.8%	2.8%	91.7%	8.3%	38.9%	52.8%			2.8%	97.2%
合計	20	15	21	112	42	12	13	97	55	51	62	21	6	21	115
	11.9%	8.9%	12.5%	66.7%	25.6%	7.3%	7.9%	59.1%	32.7%	30.4%	36.9%	12.9%	3.7%	12.9%	70.6%

6) 疾患

疾患についてみると、⑥は半数が悪性新生物、③・⑥・⑦・⑩は半数以上が神経系疾患だった。①・②では 7～8 割が認知症だった。

	循環器系疾患	神経系疾患	筋骨格系疾患	悪性新生物	呼吸器疾患	精神疾患	認知症	その他
①	2	1	4	1	6	3	14	0
	11.1%	5.6%	22.2%	5.6%	33.3%	16.7%	77.8%	0.0%
②	3	6	0	0	1	1	15	2
	16.7%	33.3%	0.0%	0.0%	5.6%	5.6%	83.3%	11.1%
③	10	9	2	2	4	0	9	7
	55.6%	50.0%	11.1%	11.1%	22.2%	0.0%	50.0%	38.9%
④	6	2	2	0	5	2	4	1
	75.0%	25.0%	25.0%	0.0%	62.5%	25.0%	50.0%	12.5%
⑤	12	3	0	1	1	1	0	1
	63.2%	15.8%	0.0%	5.3%	5.3%	5.3%	0.0%	5.3%
⑥	0	11	1	11	1	0	0	0
	0.0%	50.0%	4.5%	50.0%	4.5%			
⑦	0	3	0	1	0	0	0	1
	0.0%	60.0%		20.0%				20.0%
⑧	7	0	1	0	1	0	1	1
	63.6%	0.0%	9.1%		9.1%	0.0%	9.1%	9.1%
⑨	10	0	0	0	0	0	2	11
	76.9%						15.4%	84.6%
⑩	3	32	1	2	1	1	0	1
	8.3%	88.9%	2.8%	5.6%	2.8%	2.8%	0.0%	2.8%
合計	53	67	11	18	20	8	45	25
	31.5%	39.9%	6.5%	10.7%	11.9%	4.8%	26.8%	14.9%

7) 医療処置

医療処置についてみると、処置の無い患者が①・④・⑧・⑨で半数以上であった。一方、経管栄養は②の 77.8%、③の 66.7%、⑤の 68.4%、⑩の 52.8%が実施しており、吸引は②の 83.3%、③の 50%、⑩の 55.6%が実施していた。

	なし	点滴	酸素療法	吸引	経管栄養	尿カテ	疼痛コントロール	インスリン	その他
①	10 55.6%	1 5.6%	2 11.1%	2 11.1%	0	3 16.7%	2 11.1%	1 5.6%	1 5.6%
②	1 5.6%	0	0 0.0%	15 83.3%	14 77.8%	0	0	1 5.6%	5 27.8%
③	2 11.1%	0	1 5.6%	9 50.0%	12 66.7%	3 16.7%	0	0	8 44.4%
④	6 75.0%	0	0	0	0	0	1 12.5%	1 12.5%	3 37.5%
⑤	2 10.5%	0	1 5.3%	4 21.1%	13 68.4%	1 5.3%	0	0	5 26.3%
⑥	2 9.1%	2 9.1%	4 18.2%	9 40.9%	9 40.9%	8 36.4%	6 27.3%	0	14 63.6%
⑦	1 20.0%	0	0	0	0	1 20.0%	0	1 20.0%	2 40.0%
⑧	8 72.7%	0	1 9.1%	0	1 9.1%	1 9.1%	0	0	1 9.1%
⑨	9 69.2%	0	1 7.7%	0	2 15.4%	0 0.0%	0	2 15.4%	0
⑩	2 5.6%	0	16 44.4%	20 55.6%	19 52.8%	7 19.4%	0	0	33 91.7%
合計	43 25.6%	3 1.8%	26 15.5%	59 35.1%	70 41.7%	24 14.3%	9 5.4%	6 3.6%	72 42.9%

8) 利用者の状態

ターミナル期の患者が多いのは⑥の 31.8%で、⑩では脱水症状や食事量低下も多かった。⑦では、食事量低下と ADL 低下が目立った。夜間の要観察者は、②・③・⑦で 90~100%であるのに対し、①や⑨は少なく、⑤・⑥・⑧ではいなかった。

	ターミナル期	退院後1ヶ月	熱発継続	脱水症状	食事量低下	ADL低下	夜間要観察
①	1 5.6%	0	1 5.6%	1 5.6%	0	1 5.6%	1 5.6%
②	0	4 22.2%	2 11.1%	0	3 16.7%	2 11.1%	17 94.4%
③	1 5.6%	0 0.0%	2 11.1%	1 5.6%	2 11.1%	1 5.6%	17 94.4%
④	0	0	0	0	0	0	4 50.0%
⑤	0	1 5.3%	2 10.5%	0	2 10.5%	2 10.5%	0 0.0%
⑥	7 31.8%	0 0.0%	1 4.5%	0	0	5 22.7%	0 0.0%
⑦	0	0	1 20.0%	0	2 40.0%	2 40.0%	5 100.0%
⑧	0	0	0	0	0	0	0
⑨	0	0	0	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	1 7.7%
⑩	1 2.8%	1 2.8%	7 19.4%	25 69.4%	21 58.3%	2 5.6%	11 30.6%
合計	10 6.0%	6 3.6%	16 9.5%	27 16.1%	31 18.5%	15 8.9%	56 33.3%

2. 利用している外部サービス

②・③・④・⑤・⑥・⑦で訪問看護を 100%利用していた。②・③・④・⑥・⑦では訪問診療も 100%だった。訪問介護を 100%利用していたのは、③・④・⑥・⑦・⑧であった。

	訪問看護	訪問診療	訪問介護	訪問リハ	通所介護	通所リハ
①	6 33.3%	12 66.7%	0	2 11.1%	0	0
②	18 100.0%	18 100.0%	14 77.8%	2 11.1%	1 5.6%	0
③	18 100.0%	18 100.0%	18 100.0%	3 16.7%	0	1 5.6%
④	8 100.0%	8 100.0%	8 100.0%	0	3 37.5%	0
⑤	19 100.0%	0	0	0	18 94.7%	1 5.3%
⑥	22 100.0%	22 100.0%	22 100.0%	14 63.6%	6 27.3%	1 4.5%
⑦	5 100.0%	5 100.0%	5 100.0%	2 40.0%	2 40.0%	0
⑧	10 90.9%	4 36.4%	11 100.0%	4 36.4%	3 27.3%	0
⑨	11 84.6%	1 7.7%	12 92.3%	0 0.0%	6 46.2%	0
⑩	35 97.2%	1 2.8%	3 8.3%	0 0.0%	22 61.1%	2 5.6%
合計	152 90.5%	89 53.0%	93 55.4%	27 16.1%	61 36.3%	5 3.0%

3. このサービス(施設)を利用している理由

各利用者がこのサービスを利用している理由について職員に尋ねたところ、「サービスが気に入った」が100%なのは①・③・⑦・⑩で、「この地域に住み続けたい」は②で100%、⑩で97.2%、④で87.5%であった。「入院したくない」「他施設に入所したくない」は④・⑦・⑩が多かった。「介護者不在」は②・④・⑤が多かった。「他の入院・入所先なし」は②・④・⑥が多かった。

	サービスが気に入った	この地域に住み続けたい	入院したくない	他施設に入所したくない	介護者不在	介護負担軽減	他の入院・入所先なし	その他の理由で入所先なし
①	18 100.0%	0	2 11.1%	1 5.6%	1 5.6%	6 33.3%	3 16.7%	1 5.6%
②	2 11.1%	18 100.0%	1 5.6%	7 38.9%	14 77.8%	5 27.8%	16 88.9%	0
③	18 100.0%	0	1 5.6%	0	0	0	12 66.7%	0
④	5 62.5%	7 87.5%	7 87.5%	7 87.5%	5 62.5%	1 12.5%	7 87.5%	1 12.5%
⑤	6 31.6%	11 57.9%	0	0	15 78.9%	0	4 21.1%	3 15.8%
⑥	0	0	0	1 4.8%	1 4.8%	0	19 90.5%	0
⑦	5 100.0%	1 20.0%	2 40.0%	3 60.0%	1 20.0%	0	2 40.0%	1 20.0%
⑧	0	3 27.3%	0 0.0%	3 27.3%	5 45.5%	4 36.4%	0	0
⑨	0	0	0	0	0	0	0	13 100.0%
⑩	36 100.0%	35 97.2%	35 97.2%	35 97.2%	11 30.6%	28 77.8%	2 5.6%	1 2.8%
合計	90 53.9%	75 44.9%	48 28.7%	57 34.1%	53 31.7%	44 26.3%	65 38.9%	20 12.0%

4. 結果のまとめ

利用者の状況では、要介護度、疾患、医療処置の有無等、利用者像が施設によって異なっていた。また、疾患の重症度、入所後の年数にもばらつきがあり、利用の理由にも施設差があることから、疾患や障害が軽症なうちからの利用が多い施設と、重くなってからの利用が多い施設に大別されること、適切な入院・入所先がない利用者を主に受け入れる施設と、家庭的な雰囲気や住み慣れた地域で療養したいというニーズに応える施設として求められている場合がある可能性が示唆された。

IV. 考察・提言

1. 多機能施設等の分類と特徴

医療ニーズの高い人が安心・安全な在宅生活を送るためには、往診や訪問看護による医療の提供の他に切れ目ない介護が必要である場合が多く、介護力不足を理由に在宅生活を継続できない療養者が多い。このような地域のニーズを訪問看護師が把握し、制度にないサービスも含めて、自らが奮起して事業を立ち上げ・開設・運営し始めている。

今回、「訪問看護ステーション等が中心となって立ち上げた、医療ニーズを有する利用者が滞在可能な施設等」（以下、多機能施設等という）11ヶ所を訪問し、ヒアリングすることができた。そしてその中で訪問看護ステーション＋多機能施設等について、開設の仕方や、運営方法についてある程度把握することができた。

1) 多機能施設等の分類

多機能施設等は、大きく5つに分類される。

- ①タイプⅠ・・・訪問看護ステーション＋小規模多機能居宅介護
- ②タイプⅡ・・・訪問看護ステーション＋有料老人ホーム（住宅型）
- ③タイプⅢ・・・訪問看護ステーション＋高齢者専用住宅・高齢者優良住宅
- ④タイプⅣ・・・訪問看護ステーション＋民間アパート
- ⑤タイプⅤ・・・訪問看護ステーション＋その他

2) 多機能施設等の特徴（効果・成果）

個別のヒアリングの中で多様な効果・成果が示されたが、まとめると以下のとおりである。

- ①医療ニーズがある入所・入居した方が、安心して暮らし続けることができる。
- ②利用者の生活の質が高まった。
- ③家族の安心感が増し、かかわりにゆとりが出てきた。
- ④自分らしい望む姿で最期の時期を過ごし、亡くなることができた。
- ⑤訪問看護の看護師がそのまま多機能施設等の支援も担当することで、利用者には安心感がある、そして看護師の有効活用ができる。

医療的なケアと日常生活支援の専門職としての看護師が、主体的に事業を展開することにより、持っている力を存分に利用者に還元できることが明らかとなった。また、看護師不足の折、看護師の有効活用にもつながるといえる。

2. 今後の普及に向けた方策（各施設のヒアリング内容から）

各施設へのヒアリングを通して、今後、訪問看護師や訪問看護ステーションが、こうした施設を立ち上げる際に、参考になると思われる方策をまとめた。

1) 建物の確保について

土地付き住宅を購入する、高級住宅の売り物件を購入する、など各施設等は独自に建物を確保していた。土地のみを購入し、自ら施設を設計し建物を作っている場合もあった。また、自治体の高齢者複合型施設の公募を利用することで、都・区が借りている土地・建物をさらに借り受けて運営するなどの方法をとっている施設もあった。

地域によっては、大きな建物は難しいなどの課題があり注意が必要である。

細やかなサービスを提供するためには、訪問看護ステーションの近辺に建物を確保することが重要であり、建物を確保し、その中に訪問看護ステーションを併設することも今後の方策の一つとして有用であると考えられる。

2) 資金の確保について

主な資金の確保先は、①銀行からの借入れ、②自己資金、③友人、知人、法人理事からの借入れ、④行政からの助成であった。今後、看護師が独自に資金を確保し、新しい施設を開設していくためには、立ち上げに対して何らかの資金支援があればよりスムーズに着手する看護職が多くなるのではないだろうか。

資金の返済は、訪問看護ステーションをはじめとする既存の施設の収益や、新たに設立した施設の収益から行っていた。

3) 利用者の確保について

施設開設時の利用者確保の方法として、病院、地域の訪問看護ステーション、他の介護事業所（ケアマネジャーなど）、市役所・区役所などへPRを行っていた。PRの際には、既存のネットワークを活用する、利用者・家族の口コミを利用する、ホームページ上でマンガで宣伝するなどの工夫が見られた。

開設以降に利用者不足という課題を抱えた施設はなく、利用者が安定的に確保されていることがわかった。また、利用希望者が多く、待機者が出る施設もあることから、当該サービスへのニーズが高いことがうかがえた。安定的に利用者確保することについては、訪問看護で培ったネットワークが大いに有効であった。

4) 職員の確保について

求人誌、ハローワーク、新聞広告などの一般的な方法を用いて職員を確保しているほか、知人の紹介により職員を確保している。また、同じ経営母体の事業所の職員を活用する、実習生を受け入れて、サービスを周知している施設もあった。

職員を確保した後も、研修や勉強会を通じて職員の能力向上を図っていた。今後の課題として、一人夜勤への抵抗があることなどが挙げられ、勤務状況の改善による離職予防が重要だと考えられる。

5) 医師との連携について

医療ニーズの高い人の滞在可能な施設の開設を考える場合、医療的ケアを行うには医師の指示が必要であることは周知のことであるが、施設などによっては医療ケアを実施することが法的に認められていない場合があることを留意しなければならない。

6) その他

看護師が経営する多機能施設等は、医療ニーズの高い人が多いという性質上、施設単独でサービスを提供していくことが困難であり、周囲の人々の協力を得ながら運営を行っていた。医師会、行政などの協力を得ることも重要であった。

また、理事会を設けることで、対外的な説明が十分できるようにしている施設もあった。

3. 新型小規模多機能型居宅介護の提案

今後、医療ニーズの高い人の需要が増すと予測される「小規模多機能居宅介護」は、介護保険サービスの一つであるが、ここでは医療ニーズの高い人が利用できるような制度を開発することを想定し、今回調査した実態に基づいて試算を行い、運用上の課題を示す。この新しいタイプを「新型小規模多機能型居宅介護」と呼ぶことにする。主なイメージは、訪問看護ステーションと同一建物が同一敷地内に立地している。医療ニーズの高い利用者を中心とした「新型小規模多機能居宅介護」である。

4. 新型小規模多機能型居宅介護の規模（利用者数）および損益の試算

今回、訪問看護師が運営する 11 か所の小規模多機能施設を視察したが、各施設の利用者は概ね 5～25 人で、平均要介護度は 4 前後であった。試算はこの実態に基づいて行った。また、小規模多機能施設と訪問看護ステーションの関わり方には、別々に運営する場合と一体的に行っている場合があった。前者は訪問看護ステーション用に看護師 2.5 人が最低必要である。後者は、小規模多機能施設に看護師が 2.5 人いれば訪問看護ステーションを兼ねることができる。

試算は、4 つの STEP に分けて行った。即ち、「STEP 1：利用者数と要介護度の仮定」、「STEP 2：必要な職員数の試算」、「STEP 3：必要な支出額の試算」、「STEP 4：月あたりの収入合計金額および収支の試算」、「試算のまとめ」である。

なお、職員数は、職員の常勤換算数を用いて試算した。

試算Ⅰ. 医療ニーズの高い利用者のみを対象とした場合、かつ、両事業所が別々に運営して連携する（連携型）

事業は別の組織体として運営され、両方の事業が連携して事業を行う。夜間の看護は、訪問看護ステーションに依存する形である。ここでは新型小規模多機能居宅介護の人員のみについて試算する。

STEP 1：利用者数と要介護度の仮定

試算にあたっては、今回の視察結果から、利用者数の定員を①10人、②12人、③15人の3パターンと仮定した。また、全利用者をショートステイ、デイサービス、訪問（在宅）に分けた時に医療ニーズの高い利用者が多いという訪問看護ステーションの特徴を考慮し、ショートステイの利用者の割合を約半分と多めに設定した。（全国の実態調査結果では、ショートステイは約1/3）（表1）

表1. 実現可能な利用者数—パターン分類別 (人)

パターン	合計	ショートステイ	デイサービス	デイサービス 合計	訪問(在宅)
パターン①	10	5	2	7	3
パターン②	12	6	3	9	3
パターン③	15	8	4	12	3

訪問看護師が立ち上げる新型小規模多機能型居宅介護の特徴として、医療ニーズの高い利用者への提供が多いことを考慮し、要介護度は平均が約4になるように仮定した（表2）。

表2. 要介護度別利用者数

	合計 (人)	要介護度3 (人)	要介護度4 (人)	要介護度5 (人)	平均 要介護度
パターン①	10	3	3	4	4.1
パターン②	12	4	4	4	4.0
パターン③	15	5	5	5	4.0

STEP 2：必要な職員数の試算

小規模多機能型居宅介護の設置基準を基に、パターン①～③の利用者に必要な1日あたりの職員数を試算した（表3～5）。

試算の前提は以下の通りである。

- ・管理者は看護職である
- ・ケアマネは兼務可であるため人件費には反映させない
- ・訪問看護の支払いは医療保険からとする。
- ・常勤換算：（日中・夜間の配置人数）×（1ヶ月の総時間）÷（一人の職員が毎月勤務可能な時間）
- ・一人の職員が勤務可能な時間：8時間×22日＝176時間／月とする
- ・夜間の看護職は訪問看護ステーションから訪問する
- ・ショートステイの利用者は、日中はデイサービスを全員が利用する

表3. パターン① 利用者10人の場合					(人)
		サービス別 利用者数	必要職員数		
			介護職員	看護職員	ケアマネ
昼間	ショートステイ	(5)	0	0	兼務
	デイサービス	7	2	1.5	
	訪問	3	1	0	
	職員数小計		3	1.5	
	常勤換算		4.1	2.0	
	夜間	ショートステイ	5	1	
夜間	デイサービス	0	0	(1)	
	訪問(～21時)	4	0.5	(1)	
	未利用者	1	—	—	
	職員数小計		1.5	0	
	常勤換算		3.4	0	
	常勤換算合計		7.5	2.0	

たとえば、表3の場合、昼間（8時～16時と想定）はショートステイとデイサービスを合わせて7名の利用者が施設に滞在し、3名は自宅にいる。施設に滞在している利用者に対し、介護職員2名、看護職員1.5名が対応すると仮定する。訪問は介護職員1名が担当する。

介護職員は、デイサービス2名＋訪問1名＝3名で、3名×8時間×30日＝720時間となり、これを176時間で割ると、4.1名となる。すなわち、日中の介護職員として実際には4.1名必要ということになる。同様に看護職員も、計算すると、2.0名となる。

夜間（16時～8時と想定）は、5名の利用者が宿泊しており、1名の介護職員が対応する。訪問業務が21時までであるため0.5名分上乘せする。必要な介護職員数は1名×16時間×30日＋1名×4時間×30日＝600時間となり、176時間で割ると3.4名必要である。看護師は、看護職員はステーションから訪問するため、必要職員数には計上していない。

以上から、昼間と夜間の職員数の合計は、介護職員7.5名、看護職員2.0名となる。同様の試算を利用者が12名、15名の場合に行うと、介護職員7.5名、看護職員2.0名（表4）、介護職員8.9名、看護職員2.0名（表5）となる。

表4. パターン② 利用者12人の場合				(人)	
		サービス別 利用者数	必要職員数		
			介護職員	看護職員	ケアマネ
昼間	ショートステイ	(6)	0	0	兼務
	デイサービス	9	2	1.5	
	訪問	3	1	0	
	職員数小計		3	1.5	
	常勤換算		4.1	2.0	
夜間	ショートステイ	6	1	(1)	
	デイサービス	0	0	(1)	
	訪問(～21時)	3	0.5	(1)	
	未利用者	3	—	—	
	職員数小計		1.5	0	
	常勤換算		3.4	0	
合計			7.5	2.0	(1)

表5. パターン③ 利用者15人の場合			(人)		
		サービス別 利用者数	必要職員数		
			介護職員	看護職員	ケアマネ 兼務
昼間	ショートステイ	(8)	0	0	
	デイサービス	12	3	1.5	
	訪問	3	1	0	
	職員数小計		4	1.5	
	常勤換算		5.5	2.0	
夜間	ショートステイ	8	1	(1)	
	デイサービス	0	0	(1)	
	訪問(～21時)	3	0.5	(1)	
	未利用者	4	—	—	
	職員数小計		1.5	0	
		常勤換算	3.4	0	
合計			8.9	2.0	(1)

STEP 3：必要な支出額の試算

次に、STEP 1、2を前提にしたときに、常勤換算した職員数・月あたりの人件費・その他の費用を含めた支出合計額を算出した（表6）。

表6. 1月あたりの必要職員数・人件費・その他の費用を含む支出合計の試算

	必要職員数(人)		人件費(円/月)			その他の費用を含む 支出合計額(円)★
	介護職	看護職	介護職	看護職	人件費合計	
パターン①(利用者10人)	7.5	2.0	1,604,250	634,200	2,238,450	3,580,649
パターン②(利用者12人)	7.5	2.0	1,604,250	634,200	2,238,450	3,580,649
パターン③(利用者15人)	8.9	2.0	1,903,710	634,200	2,537,910	3,880,109

* 月額単価:介護職 213,900円、看護職 317,100円とする(H21年度賃金構造基本統計調査から引用)

* その他の費用:1,342,199円とする

(社会福祉法人すこやか福祉会 小規模多機能型居宅介護「馬渡さん家」2010年7月期実績値から引用)

STEP 4：月あたりの収入合計金額および収支の試算（小規模多機能型居宅介護費用単価のシミュレーションも含む）

あらかじめ仮定したパターンごとの要介護度別利用者数に基づき、収入および収支を試算した（表7）。

その際、新型小規模多機能型居宅介護の費用単価の条件を A. 現行制度下、B. 現在の 5%増とする、C. 介護給付費の限度額全額を活用、の3つで設定し、シミュレーションした（表7・8）。

表7. 1月あたりの収入および収支(A～Cの単価によるシミュレーション)

要介護度別利用者仮定数(人)				A. 現行制度下(円)		B. 5%増(円)		C. 限度額全額(円)	
要介護度3	要介護度4	要介護度5		収入合計額	収支	収入合計額	収支	収入合計額	収支
パターン①	3	3	4	2,591,290	▲ 989,359	2,720,855	▲ 859,795	3,153,700	▲ 426,949
パターン②	4	4	4	3,080,120	▲ 500,529	3,234,126	▲ 346,523	3,727,200	146,551
パターン③	5	5	5	3,850,150	▲ 29,959	4,042,658	162,549	4,659,000	778,891

*▲:事業所の収支がマイナスであることを表す

*収支:収入合計-支出合計(表6★の金額)

表8. シミュレーションA～Cにおける小規模多機能型の介護費用単価 (円)

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
A. 現行制度下(a)	114,300	163,250	232,860	255,970	281,200
B. 5%増(a*1.05)	120,015	171,413	244,503	268,769	295,260
C. 限度額全額(b)	165,800	194,800	267,500	306,000	358,300

参考: 表9. 介護保険限度額に占める小規模多機能型介護費用単価の割合

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
介護保険限度額(b)	165,800	194,800	267,500	306,000	358,300
a/b*100(%)	68.9	83.8	87.1	83.7	78.5

試算のまとめ：収支から見た新型小規模多機能型居宅介護の介護費用単価と利用者数の検討

以上、利用人数のパターン①～③について、STEP 1～4 を経て、費用単価の条件 A, B, C で試算したところ、以下の点が明確になった。

- ・「A. 現行制度下」と「B. 5%増」の単価のままでいくと、パターン①（利用者数 10 人）、パターン②（利用者数 12 人）では収支が 1 月あたり 5 万～40 万円の赤字となる。このため、単価の増額を検討する必要がある。
- ・「A. 現行制度下」および「B. 5%増」であっても、利用者数が 15 人いれば黒字であるが、15 人の利用者をコンスタントに維持できるかが課題となる。
- ・「C. 限度額全額」を単価とした場合、利用者数①～③ではいずれのパターンも収支は黒字になるが、一方で、連携の重要な要素である訪問看護や他のサービスの利用者には、介護保険が使えなくなるため、それ以外、即ち、医療保険等から費用を請求する必要がある。

試算Ⅱ. 医療ニーズの高い利用者だけではなく介護ニーズのみの利用者との混合型とした場合、かつ、両事業所が一体化して運営される（一体型）

それぞれの事業が一体的に運営される。新型小規模多機能型居宅介護の看護職が常勤換算 2.5 人以上の配置の場合は、その人数で訪問看護ステーションとしての指定申請が可能であるため、両方の事業を一体的に運営することが可能となる。

STEP 1：利用者数と要介護度の仮定

利用者数を 25 人とし、パターン③を用いて利用者数を勘案した（表 10）。訪問看護の範囲内に重症の利用者はそれほど多くないと考えられるため、要介護度 4, 5 は 10 名、要介護度 2, 3 が 15 名という仮定を置いた（表 11）。その他の想定は試算Ⅰと同じとした。

表10. 実現可能な利用者数—パターン分類別 (人)

パターン	合計	ショートステイ	デイサービス	日中滞在者 (ショート+デイ)	訪問(在宅)
パターン③	25	12	6	18	7

表11. 要介護度別利用者数

	合計 (人)	要介護度2 (人)	要介護度3 (人)	要介護度4 (人)	要介護度5 (人)	平均 要介護度
パターン③	25	7	8	5	5	3.3

STEP 2 : 必要な職員数の試算

厚生労働省の設定(注)をもとに、看護職員が行う訪問もサービスに含め、夜間も看護職1名が滞在すると仮定した。試算Ⅰの想定と同じ。(表12)

(注: 第74回社会保障審議会 介護給付費分科会資料2
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001c1kj.html>)

表12. 必要人数の算定 (人)

		サービス別 利用者数	必要職員数		
			介護職員	看護職員	ケアマネ
昼間	ショートステイ	(12)	0	0	兼務
	デイサービス	18	5	1	
	訪問	7	2	1	
	職員数小計		7	2	
	常勤換算		9.5	2.7	
夜間	ショートステイ	12	2	1	
	訪問(～21時)	7	0.5		
	未利用者	6	—	—	
	職員数小計		2.5	1.0	
	常勤換算		6.1	2.7	
合計			12.0	3.7	(1)

STEP 3 : 必要な支出の試算

次に、常勤換算した職員数・月あたりの人件費・その他の費用を含めて支出合計額を算出した(表13)。

表13. 1月あたりの必要職員数・人件費・その他の費用を含む支出合計の試算

	必要職員数(人)		人件費(円/月)			その他の費用を含む 支出合計額(円)★
	介護職	看護職	介護職	看護職	人件費合計	
パターン③	15.7	5.5	3,354,341	1,729,636	5,083,977	6,426,176

* 月額単価: 介護職 213,900円、看護職 317,100円とする(H21年度賃金構造基本統計調査から引用)

* その他の費用: 1,342,199円とする

(社会福祉法人すこやか福祉会 小規模多機能型居宅介護「馬渡さん家」2010年7月期実績値から引用)

STEP 4 : 月あたりの収入合計金額および損益 (小規模多機能型居宅介護費用単価のシミュレーションも含む)

仮定した要介護度別利用者数に基づき、収入および収支を試算した(表14)。

小規模多機能型居宅介護の費用単価の条件を A. 現行制度下、B. 現在の 5%増とする、C. 介護給付費の限度額全額を活用の 3 つでシミュレーションした（表 14）。

表 14. 1 月あたりの収入および収支（A～C の単価によるシミュレーション）

要介護度別利用者仮定数（人）					A. 現行制度下（円）		B. 5%増（円）		C. 限度額全額（円）	
要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5		収入合計額	収支	収入合計額	収支	収入合計額	収支
パターン③	7	8	5	5	5,691,480	▲ 734,696	5,976,054	▲ 450,122	6,825,100	398,924

*▲：事業所の収支がマイナスであることを表す

*収支：収入合計－支出合計（表 6★の金額）

なお、限度額一杯を活用すると仮定すれば、損益額としては黒字になる。これは小規模多機能型居宅介護への入居者の、訪問看護を全て医療保険で提供することという仮定の下に算出した数値であり、訪問看護を介護保険の制度内で提供すると、たちまち赤字になることを留意すべきである。

今回行った試算は、訪問看護ステーション管理者が開設・運営している小規模多機能型居宅介護の収支を試算し、経営可能か否かを検討したものである。

結論として、試算 I のように、外部から訪問看護ステーションが入れば経営として可能になることがわかった。しかし、小規模多機能型居宅介護のみでは少々厳しいと言わざるを得ない。

平成 23 年 5 月に出された厚生労働省の試案では、看護師を内部に配置することが想定されていた。しかし、それでは看護師が多数必要となる。このため、看護師は外付けにし、訪問看護ステーションと一体的に経営させるほうが現実的である。

5. 新型小規模多機能型居宅介護を成功させるための制度設計上の必要条件

事業を起業する看護師の理念や地域の需要、資金などさまざまな条件により、訪問看護ステーションにプラスする事業形態は前述の通り多様である。新型小規模多機能型居宅介護だけで看護職を配置することはさまざまな面で無理がある。無理のない制度設計のためには、新型小規模多機能型居宅介護と訪問看護ステーションを一体的に運営するのがよいと言える。

新型小規模多機能型居宅介護の運営が持続するためには、どこまでを介護保険で見るかがポイントとなる。新型小規模多機能型居宅介護には、医療ニーズが高いケースが利用する可能性が高く、医療保険で訪問看護できることが重要である。

現在の小規模多機能型居宅介護は、介護保険の中で賄われているが、訪問看護を利用すると、支給限度額をオーバーしてしまう可能性が強い。重度者をみるためには訪問看護が不可欠であり、この部分が賄えないと新型小規模多機能型居宅介護は成り立たない。

看護を多く必要とする人に対して、安定的な生活の場を提供するためには訪問看護が不可欠である。介護保険で運営される新型多機能型居宅介護で提供される看護は、医療保険の中で提供されるという位置づけが必要である。

(追記)

本研究は、平成 22 年度の事業であるが、諸事情から報告書が遅れた。その主な理由は、平成 24 年の医療保険・介護保険の同時改訂に伴い、厚生労働省から提案された新規事業案をもとに何度も議論・試算を行ってきたことによる。

平成 23 年末に、厚生労働省、社会保障審議会介護給付費分科会で、「複合型サービス」が（「小規模多機能型居宅介護」と「訪問看護事業所」がいっしょになったもの）新規事業として位置付けられた。医療ニーズの高い要介護者への支援の充実のための施策である。この報告書は「複合型サービス」が提示される前の研究であり、この報告書では、「新型小規模多機能」と表現していることをご了解いただきたい。

平成 22 年度 社団法人全国訪問看護事業協会研究事業
訪問看護事業の多機能化の現状と課題の検証に関する研究事業
報告書

平成 23 年 12 月 28 日

発行・編集 社団法人 全国訪問看護事業協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-3-12 壱丁目参番館 401

TEL : 03-3351-5898 FAX : 03-3351-5938

※ 本書の一部または全部を許可なく複写・複製することは著作権・出版権の侵害になりますのでご注意ください。