

# 在宅老人ホーム

## <生まれた背景とその内容>

### <参考資料>

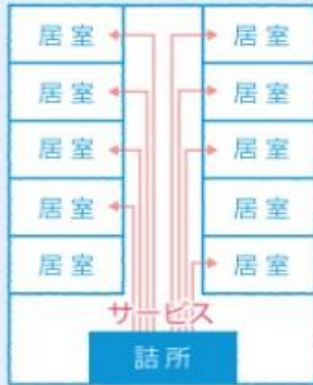
- ・厚労省 介護保険関連資料
- ・24時間在宅ケア研究会
- ・Zアミーユ 提供資料

# 在宅老人ホームとは？（あとで詳しく説明）

## これまでのサービスとの違い

老人ホームとの違いは、移動距離(時間)のみ！

### 従来の老人ホーム



訪問移動時間 1分

スタッフが待機する詰所から  
各居室へ向かいます。



### 在宅老人ホーム



訪問移動時間 10分

スタッフが事業所から  
各ご自宅へ訪問します。

これまでの老人ホームとの違いは、移動距離と時間のみ。

在宅老人ホームでは、サービス提供エリアを拠点（事業所）から約1キロ圏内、定員数を50名と限定することで、これまでの在宅サービスでは難しかった、老人ホームと同等のフルサービスをご自宅にお届けすることが可能になりました。

# 介護保険、要認定率の推移

## 高齢者人口と要介護認定率



【出典】介護保険事業状況報告

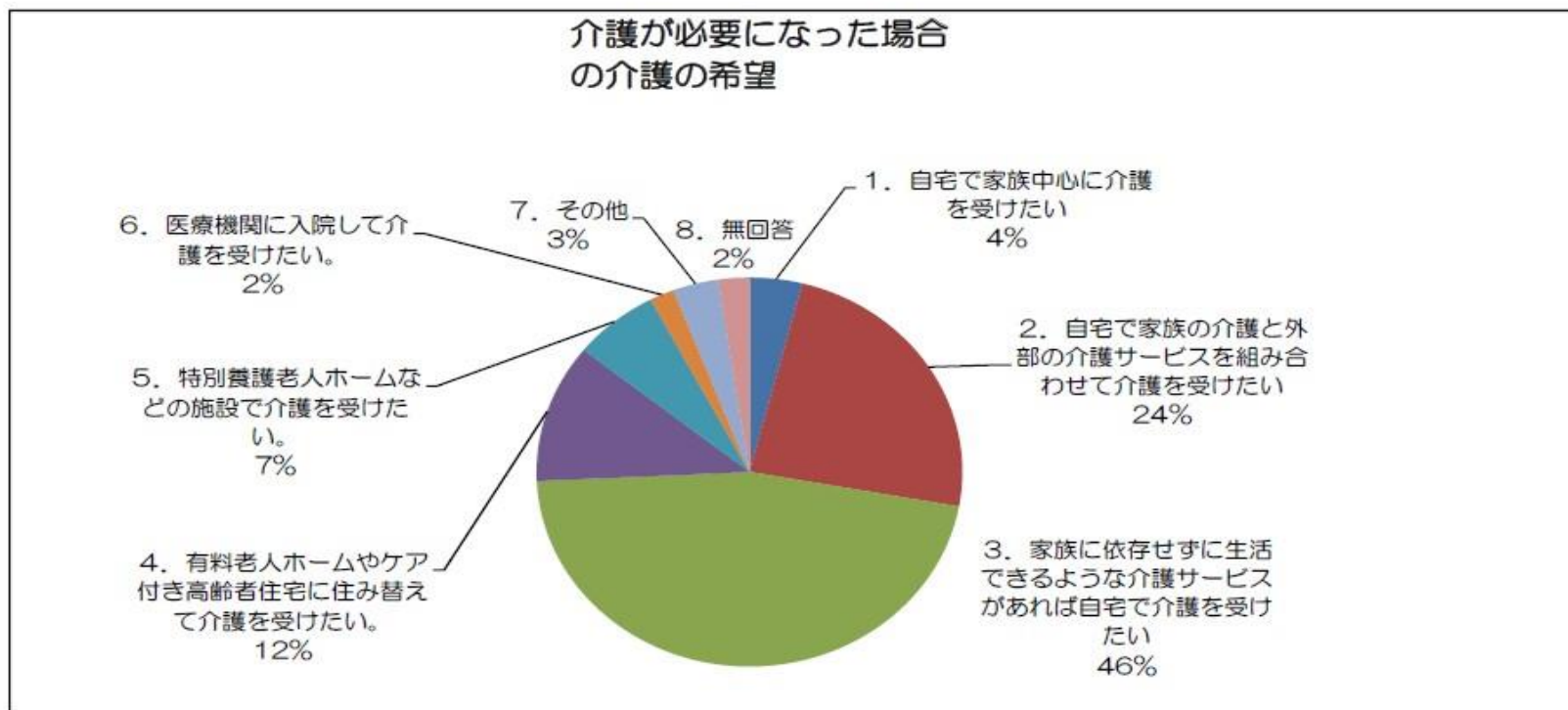
人口 認定者数 認定率(右軸)

# 希望する介護の場所(本人)

## 介護の希望(本人の希望)

### 【自分が介護が必要になった場合】

最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。

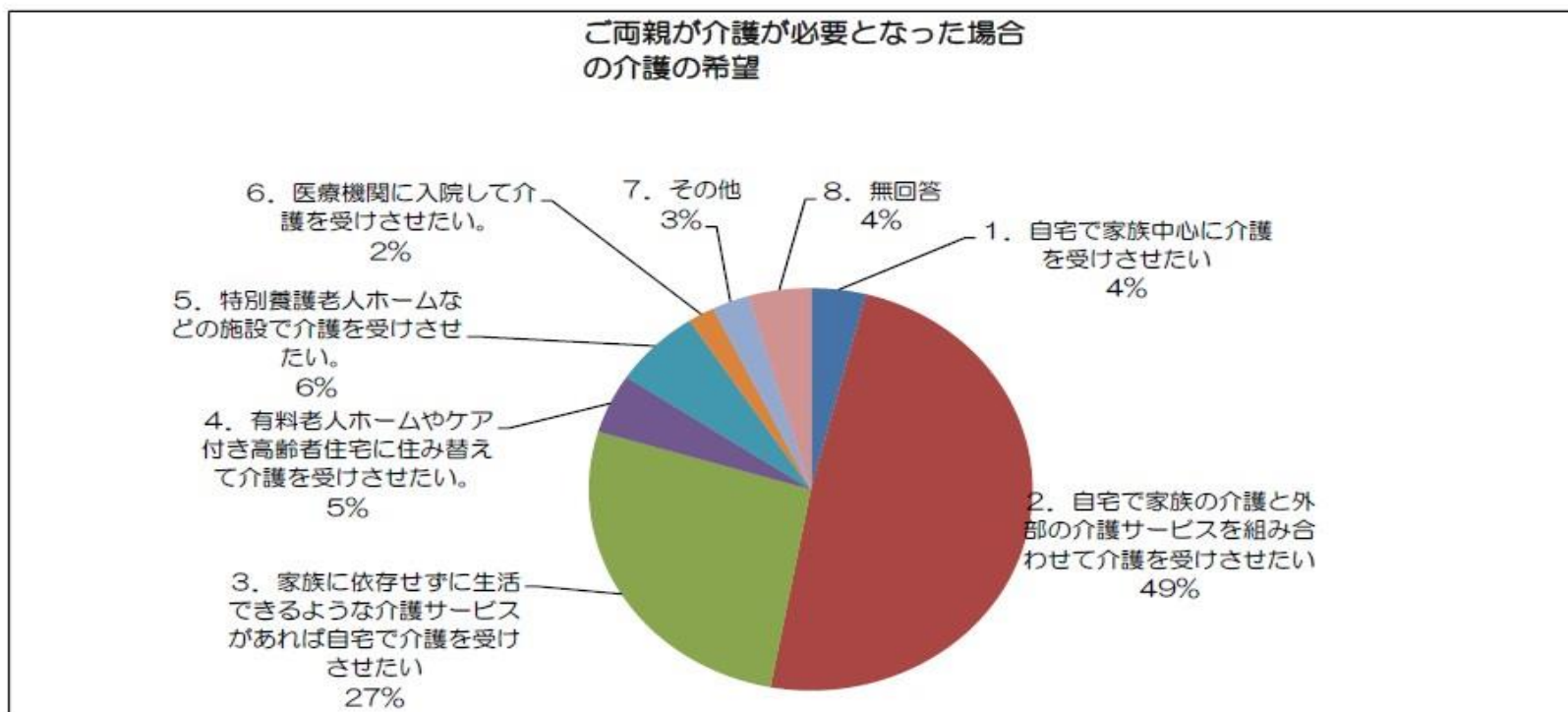


# 希望する介護の場所(家族)

## 介護の希望(家族の希望)

【両親が介護が必要になった場合】

- 最も多かったのは「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けさせたい」で49%、2位は「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けさせたい」で27%となっており、前記自分の場合と1位と2位が逆転している。



# 介護保険の経緯

家庭内介護 → 社会介護へ → 継続した改革

## 介護保険制度を巡るこれまでの経緯 <3年毎改正>

2000年

第1期  
(平成12年度～)

平成12年4月 介護保険法施行

第2期  
(平成15年度～)

平成17年改正(平成18年4月施行)

- 介護予防の重視(要支援者への給付を介護予防給付に。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターが実施。介護予防事業、包括的支援事業などの地域支援事業の実施。)
- 施設給付の見直し(食費・居住費を保険給付の対象外に。所得の低い方への補足給付。)
- 地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表、負担能力をきめ細かく反映した第1号保険料の設定など

第3期  
(平成18年度～)

平成20年改正(平成21年5月施行)

- 介護サービス事業者の法令遵守等の業務管理体制の整備。休止・廃止の事前届出制。休止・廃止時のサービス確保の義務化 など

第4期  
(平成21年度～)

平成23年改正(平成24年4月施行)

- 地域包括ケアの推進。24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスの創設。介護予防・日常生活支援総合事業の創設。介護療養病床の廃止期限の猶予
- 介護職員によるたんの吸引等。有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護。市町村における高齢者の権利擁護の推進。
- 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和。地域密着型サービスの公募・選考による指定を可能に。各都道府県の財政安定化基金の取り崩し。など

第5期  
(平成24年度～)

NEW

第6期  
(平成27年度～)

平成26年改正(平成27年4月以降施行)

- 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を地域支援事業に移行し、多様化。  
※地域支援事業:介護保険財源で市町村が取り組む事業。
- 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化。
- 低所得者の保険料軽減を拡充。
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ(ただし、月額上限あり)。
- 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加。 など

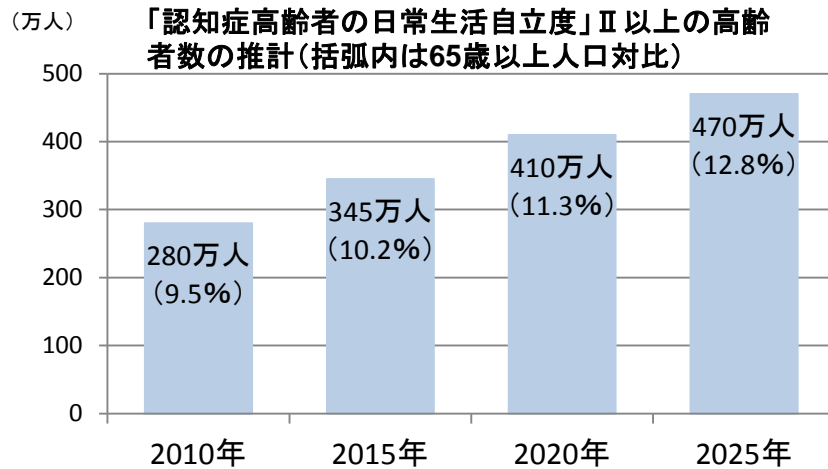
社会保障審議会(介護保険部会)

# 今後の介護保険をとりまく状況(確認)

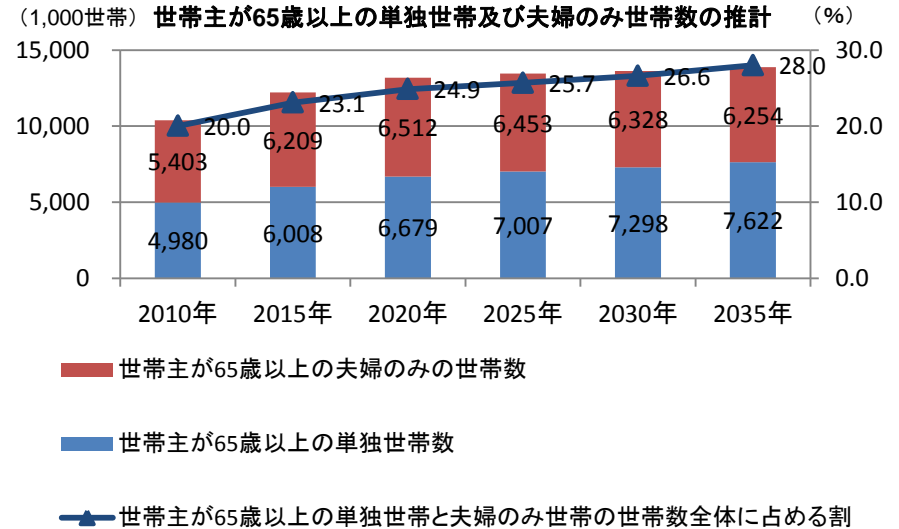
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口(割合)	3,058万人(24.0%)	3,395万人(26.8%)	3,657万人(30.3%)	3,626万人(39.4%)
75歳以上高齢者人口(割合)	1,511万人(11.8%)	1,646万人(13.0%)	2,179万人(18.1%)	2,401万人(26.1%)

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	~	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ( )は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

## 医療・介護サービスの提供体制作りの改革の趣旨

- <将来図> 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、  
3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上の時代に。
  - ・今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加
  - ・現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できない
- <医療への不安>
  - ・入院患者が増えると、救急患者の受入れを断る事例が増えるのではないかと
  - ・退院して在宅に帰りたいが往診してくれる医師が見つからないのではないかと
- <介護への不安>
  - ・介護度が重度化、一人暮らしや老夫婦だけ → 安心して暮らすことができるかと
  - ・在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるかと
  - ・認知症になっても地域で生活を続けていくことができるか、などといった不安
- <対策>
  - ・急性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられる
  - ・リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリが受けられるようにする必要
  - ・退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実
  - ・早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにする
  - ・生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする

2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急に実施することが不可欠です。



# 医療・介護サービスの提供体制 改革後の望ましい姿（サービス提供体制から）

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。

## 入院医療

### 【高度急性期病院】

- ・医師・看護師を多く配置
- ・質の高い医療と手厚い看護により、早期に「急性期後の病院」や「リハビリ病院」に転院可能

・いつでも必要な場合に往診してくれる医師が近くにいる、必要な訪問看護サービスを受けることができる。

## 外来医療

## 在宅医療



歯科医療 薬局

## 住まい

(患者さん・家族(同居、単身))



連携強化

## 介護

### 【生活支援・介護予防】



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO等

- ・ボランティア、NPO等の多様な主体による見守り、配食、買い物支援等の生活支援サービスを充実させる。
- ・社会参加が推進され、地域での介護予防活動を充実させる。

- ・病院の退院調整スタッフが連携先の身近な病院を紹介
- ・自分で転院先を探す必要がない

### 【急性期病院】

### 【回復期病院】



- ・身近なところで集中的なリハビリを受けることができる。

- ・早期の在宅復帰、社会復帰が可能

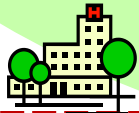
- 高齢者が安心して暮らせる多様な住まい作りを目指している
- 一戸建て、マンション
  - サービス付き高齢者向け住宅
  - 有料老人ホームなど

### 【在宅介護サービス】



- ・24時間対応の訪問介護・看護サービス、とか
- 小規模多機能型居宅介護等により、高齢者の在宅生活を支援

### 【慢性期病院】



### 「地域包括ケアシステムの整備」

医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築

### 【特別養護老人ホーム・老人保健施設】



・地域の拠点として在宅介護サービス等も積極的な展開が期待される。

※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

# では、これから目指す「地域包括ケアシステム」とは

## 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。

### 地域包括ケアシステムの姿



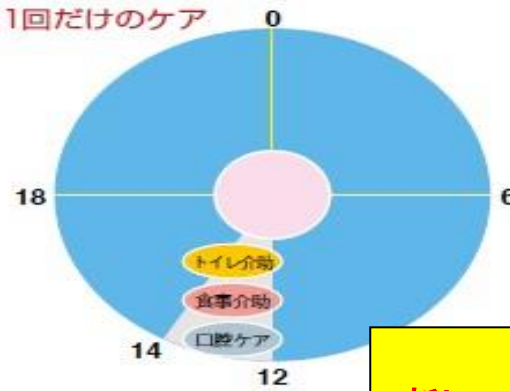
# 新しい仕組み導入の考え方

出典:24時間在宅ケア研究会

## 従来サービス

従来の訪問介護は、日中に30分以上滞在することが多く、利用は週数回程度がほとんどでした。

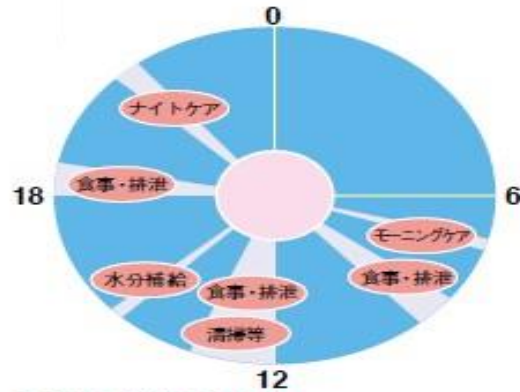
1日1回だけのケア



新しい仕組みは？

## 新しいサービスの例

朝は、夜間のおむつ交換、  
トイレの介助、  
洗顔や歯磨き、  
朝食の配下膳  
昼は、トイレ、昼食  
夜は、トイレ、夕食



1日に短時間で必要なケアが何回も受けられる



1日に3~6回前後、  
定期的に訪問します。  
その時に必要なこと  
だけを支援しますから、  
短時間でも大丈夫  
なのです



# 24時間定期巡回・随時訪問サービス

出典:24時間在宅ケア研究会

2012-04より実施  
(厚労省主導)  
全国各地でテスト試行

定期巡回

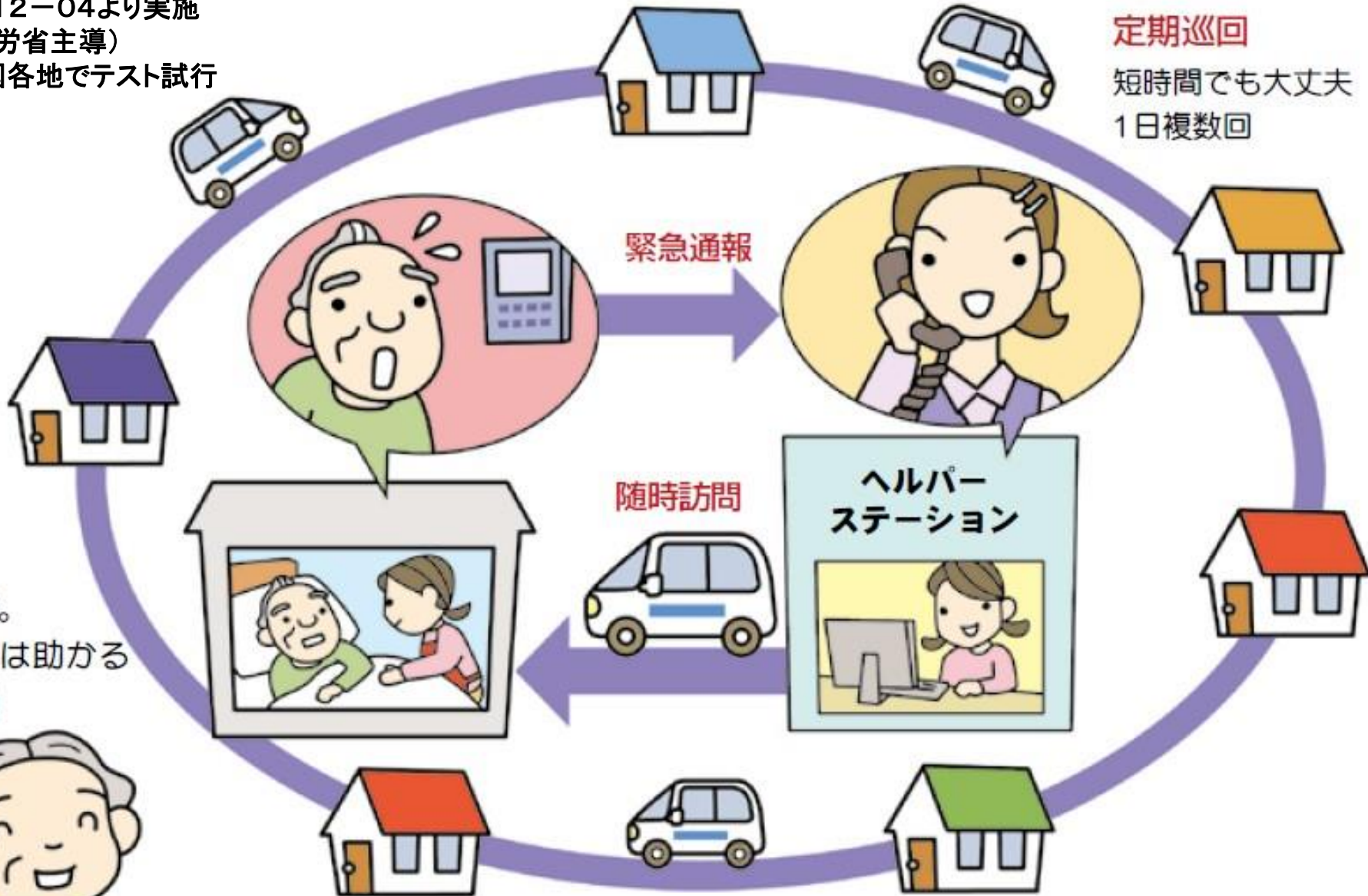
短時間でも大丈夫  
1日複数回

緊急通報

随時訪問

ヘルパー  
ステーション

まあ。  
それは助かる  
わね



# 定時巡回・随時対応サービス導入時の訪問例

定期巡回・随時対応サービス導入時の訪問例

	時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
		就 寝	●[随時]コールのみ	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝
早 朝	6:00	就 寝	●[随時]コールのみ	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝
	7:00	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア	○モーニングケア
朝 食 時	8:00	○食事・排泄・ デイ準備	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄・ デイ準備	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
	9:00	デイスサービス 利用	○食事・排泄	○食事・排泄	デイスサービス 利用	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
	10:00		○食事・排泄 ○清掃等	○食事・排泄		○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
11:00					●[随時]排泄・水分補給			
昼 食 時	12:00	デイスサービス 利用	○食事・排泄	○食事・排泄	デイスサービス 利用	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄
	13:00		○水分補給	○水分補給		○水分補給	○水分補給	○水分補給
午 後	14:00					●[随時]排泄・水分補給		
	15:00					●[随時]排泄・水分補給	★[看護]定期モニタ リング・アセスメント	○水分補給
	16:00					●★[看護]		
夕 食 時	17:00							
	18:00	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄	○食事・排泄・ ナイトケア	○食事・排泄	○食事・排泄
就 寝 時	19:00					(就 寝)		
	20:00					●[随時]排泄・水分補給		
	21:00	○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア	○ナイトケア		○ナイトケア	○ナイトケア
深 夜 帯	22:00	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝
	23:00	就 寝	就 寝	●[随時]排泄	就 寝	就 寝	就 寝	就 寝
	0:00							
	1:00							
	2:00							
	3:00							
4:00								
5:00							●[随時]コールのみ	

出典:24時間在宅  
ケア研究会

# 介護サービスから提供されるサービス量

## 第5期介護保険事業計画におけるサービス量の見込み等について(確定値)

	2011年度(実績)※1	2014年度 サービス量見込み(確定値)※2	(参考)2015年度 改革シナリオ※3	(参考)2025年度 改革シナリオ※3
<b>在宅介護</b>	314 万人/日	348 万人/日 (11%増)	361 万人/日 (15%増)	463 万人/日 (47%増)
うちホームヘルプ	130 万人/日	148 万人/日 (14%増)	- 万人/日 -	- 万人/日 -
うちデイサービス	205 万人/日	234 万人/日 (14%増)	- 万人/日 -	- 万人/日 -
うちショートステイ	38 万人/日	43 万人/日 (13%増)	- 万人/日 -	- 万人/日 -
うち訪問看護	30 万人/日	34 万人/日 (13%増)	37 万人/日 (23%増)	51 万人/日 (70%増)
うち小規模多機能	6 万人/日	9 万人/日 (50%増)	10 万人/日 (67%増)	40 万人/日 (567%増)
うち定期巡回・随時 対応型サービス	- 万人/日	2 万人/日 -	1 万人/日 -	15 万人/日 -
うち複合型サービス	- 万人/日	1 万人/日 -	- 万人/日 -	- 万人/日 -
<b>居住系サービス</b>	32 万人/日	41 万人/日 (28%増)	38 万人/日 (19%増)	62 万人/日 (94%増)
特定施設	16 万人/日	21 万人/日 (31%増)	18 万人/日 (13%増)	24 万人/日 (50%増)
認知症高齢者グループホーム	16 万人/日	20 万人/日 (25%増)	20 万人/日 (25%増)	37 万人/日 (131%増)
<b>介護施設</b>	89 万人/日	99 万人/日 (11%増)	106 万人/日 (19%増)	133 万人/日 (49%増)
特養	47 万人/日	56 万人/日 (19%増)	57 万人/日 (21%増)	73 万人/日 (55%増)
老健(+介護療養)	42 万人/日	43 万人/日 (2%増)	49 万人/日 (17%増)	60 万人/日 (43%増)

※1) 2011年度の数値は介護給付費実態調査月報(平成23年11月調査分)による数値であり、福祉用具販売(予防含む。)及び住宅改修(予防含む。)の数値は未計上。

なお、ホームヘルプは訪問介護(予防含む。)、夜間対応型訪問介護の合計値。デイサービスは通所介護(予防含む。)、通所リハ(予防含む。)、認知症対応型通所介護(予防含む。)の合計値。ショートステイは、短期入所生活介護(予防含む。)、短期入所療養介護(予防含む。)の合計値。

※2) 2014年度の数値は、第5期介護保険事業計画の最終年度における介護サービス量の見込みについて、本年4月18日現在で集計した数値であり、未報告の14保健者の数値は未計上。

なお、在宅介護の数値については、便宜上、2009年度の受給率を用いて算出した推計値。また、在宅介護の再帰サービスについては、年間延べ人数(月単位)を12で除した算出した推計値。

※3) 2025年度の数値は、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について」(平成24年3月)による(2015年度も左記と同様の方法で算出したもの)。

# Zアミーユ：実際に対応されている事例はどうか？

## ケーススタディー

### サービスご利用の事例について

当サービスを実際にご利用されたお客様の一例をご紹介します。  
幅広いお悩みが解消され、「自宅での暮らし」が実現されています。

事例	要介護度	世帯状況	疾患・症状
退院後、自宅での受け入れ準備段階からのサポートにより、スムーズな在宅復帰がかなったケース。	要介護2	高齢夫婦	肺炎、神経痛
糖尿病による生活上の不安も、毎日の食事の管理や24時間の緊急対応など、トータルケアによりご自宅暮らしを継続されているケース。	要介護2	独居	糖尿病
室温調整や食事準備が困難になり、独居での生活が難しくなっていたが、毎日の食事提供と安否確認によりご自宅暮らしを継続されているケース。	要介護2	独居	認知症
主な介護者である家族の入院により、施設入所を検討したが、本サービスを利用し、1日6回の排せつ介助などにより自宅生活が継続できているケース。	要介護2	子と同居	膀胱がん
精神疾患があるが、1日4回の服薬確認など、定期訪問での生活の安定により、おひとりでも自宅生活を継続されているケース。	要介護4	独居	統合失調症、認知症
施設から自宅への復帰が叶ったケース。夫婦で食事提供サービスを利用するなど、同居家族の負担軽減へもアプローチしているケース。	要介護4	高齢夫婦	高次脳機能障害
生活保護費受給の方。医療行為の補助（インスリン）や食事提供、トイレ誘導など1日9回の訪問により、自宅暮らしを継続されているケース。	要介護5	独居	パーキンソン病・糖尿病
進行性の難病への対応。訪問頻度の増加も定額サービスへの移行で自己負担の軽減につながったケース。	要介護5	独居	パーキンソン病

現在の要介護度は「非該当、要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5」の8段階となっている。

要介護者の介護にどれだけの時間が必要なのかという判断が、その人の要介護度の判定となります。

判定基準の1つとして重要なのが日常生活自立度です。

「認知症高齢者の日常生活自立度」とは簡単に言うと、認知症の方にかかる介護の度合い、大変さをレベルごとに分類したものです。

主に医療関係者や施設事業者が書面で利用者(患者)の情報をやりとりする際や、介護保険の認定の際(認定調査の資料・主治医意見書)の書類に使用されます。

レベルには「自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M」の8段階があり、Ⅰに近い方が軽く、Ⅳに近くなるほど重くなります。※Mレベルについては後述。認知症のない方の場合には「自立」にチェックが入る仕組みとなっています。



# 日常生活自立度の判断基準

出典: 認知症ネット(提供: SMS)

## ● 日常生活自立度の判断基準一覧

レベル	判断基準
I)	「何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している状態」基本的には在宅で自立した生活が可能なレベルです。
II a)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭外で多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態」
II b)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内で見られるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態」
III a)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心に見られ、介護を必要とする状態」
III b)	判断基準「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが夜間にも見られるようになり、介護を必要とする状態」
IV)	「日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態」
M)	「著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする状態」

# 小規模多機能型居宅介護

出典:厚労省サイト

小規模多機能型居宅介護は、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組合せ、家庭的な環境と地域住民との交流の下で日常生活上の支援や機能訓練を行います。

！ 補足で説明します

小規模多機能型居宅介護の定員(1日あたり)は以下のように定められています。

