



2023年9月27日

## 第225回 社会保障審議会介護給付費分科会

# 在宅の包括報酬型サービスとしての小規模多機能型居宅介護の価値 （生産性の向上による効率化）

特定非営利活動法人

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

〒105-0013東京都港区浜松町1-19-9井口ビル3階

TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918

<http://www.shoukibo.net/>

E-mail [info@shoukibo.net](mailto:info@shoukibo.net)

※一部表記を「全国小規模多機能連絡会」と略してします

1. 物価高騰における経費の増加
2. 認知症の独居及び老夫婦等の高齢者のみ世帯への支援の評価
3. 要支援者への支援
4. 人員基準緩和について
5. 外部の居宅介護支援事業所導入の意見について
6. 市町村による「地域デザイン」の重要性と地域拠点としての“小規模多機能”の有効活用

# 包括報酬型サービスだから実現できた「生産性の向上による効率化」

このように効率性の高いサービスが小規模多機能である 3

## ◆要介護度別の利用者1か月あたりの平均提供回数

【通い】 (N=34,329)			【訪問】 (N=31,912)			【宿泊】 (N=31,418)		
要介護度	該当数	平均通い回数	要介護度	該当数	平均訪問回数	要介護度	該当数	平均宿泊回数
全体	34,329	15.8回	全体	31,912	19.4回	全体	31,418	6.7回
要支援1	1,463	7.7回	要支援1	1,380	12.3回	要支援1	1,262	1.3回
要支援2	2,039	8.9回	要支援2	1,956	11.4回	要支援2	1,772	1.6回
要介護1	9,405	13.0回	要介護1	8,881	19.3回	要介護1	8,445	3.6回
要介護2	8,501	16.0回	要介護2	7,858	19.0回	要介護2	7,758	6.0回
要介護3	6,418	19.1回	要介護3	5,864	19.8回	要介護3	5,991	9.4回
要介護4	4,258	19.9回	要介護4	3,896	22.7回	要介護4	4,044	11.5回
要介護5	2,242	20.6回	要介護5	2,074	25.7回	要介護5	2,143	12.1回
審査中	3	9.3回	審査中	3	42.3回	審査中	3	0.0回

### 効率化

要介護1で  
差引5,960単位  
要介護3で  
差引8,620単位  
要介護5では  
差引16,579単位

## ◆各平均提供回数×居宅サービスの単位数

\* 物理的条件は除く回数のみで比較。

要介護度	通所介護 (地域密着型)	訪問介護 身体介護中心型 (20分未満)	短期入所生活介護 (併設型) 1日あたり	居宅介護支援費	上段：合計 中段：小規模多機能の単位数 下段：差引
各サービスの 単位数	要介護1 750単位 要介護3 1,028単位 要介護5 1,308単位	167単位	要介護1 596単位 要介護3 737単位 要介護5 874単位	要介護1 1,076単位 要介護3 1,398単位 要介護5 1,398単位	
要介護1	13.0 ÷ 13回 × 750 = 9,750単位	19.3 ÷ 19回 × 167 = 3,173単位	3.6 ÷ 4回 × 596 = 2,384単位	1,076単位	合計：16,383単位 小規模単位数：10,423単位 差引：5,960単位
要介護3	19.1 ÷ 19回 × 1,028 = 19,532単位	19.8 ÷ 20回 × 167 = 3,340単位	9.4 ÷ 9回 × 737 = 6,633単位	1,398単位	合計：30,903単位 小規模単位数：22,283単位 差引：8,620単位
要介護5	20.6回 ÷ 21回 × 1,308 = 27,468単位	25.7 ÷ 26回 × 167 = 4,342単位	12.1 ÷ 12回 × 874 = 10,488単位	1,398単位	合計：43,696単位 小規模単位数：27,117単位 差引：16,579単位

\* 通所介護は、同じ地域密着型サービス類型となる地域密着型通所介護で設定  
 \* 訪問介護は、時間と提供内容を考慮せず、一番低い単位数で設定  
 \* 短期入所生活介護は、単位数の一番低い併設型で設定

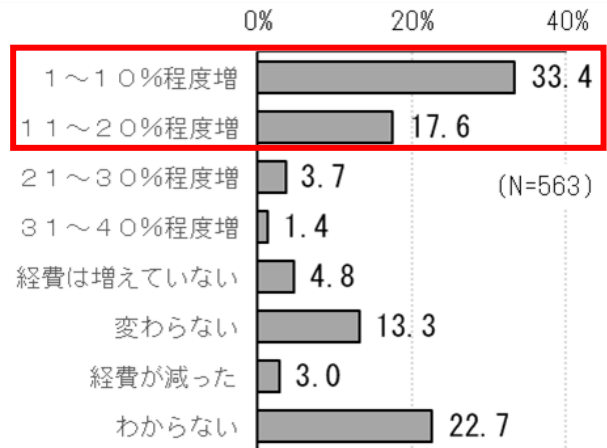
# 【1】経費増加への基本報酬上の配慮を

経費増加に対する報酬上の配慮を

増加した経費について、食材料費で経費が増加したと回答したのは56.1%、光熱水費で70.2%、燃料費で67.8%となっている。

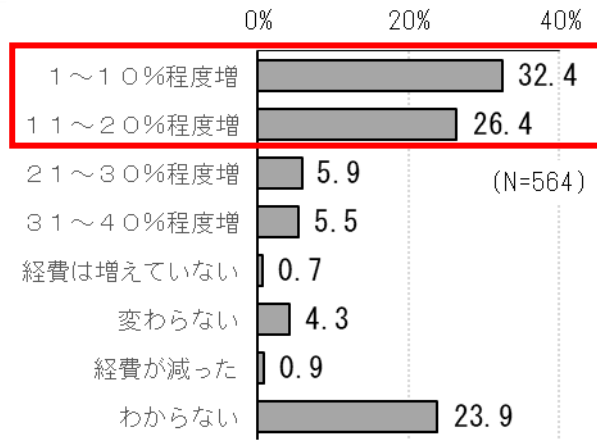
今後も継続していくであろう経費高騰にかかる基本報酬上の評価をお願いしたい。

## ◆増加した経費（食材料費）



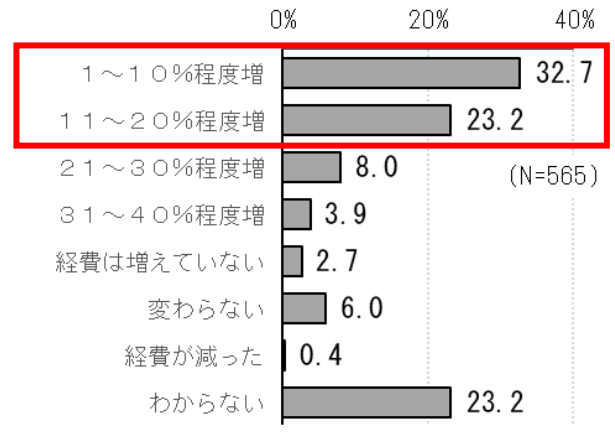
「1~10%程度増」が33.4%、  
「11~20%程度増」が17.6%、  
「1~20%合わせて：51.0%」

## ◆増加した経費（光熱水費）



「1~10%程度増」が32.4%、  
「11~20%程度増」が26.4%、  
「1~20%合わせて：58.8%」

## ◆増加した経費（燃料費）

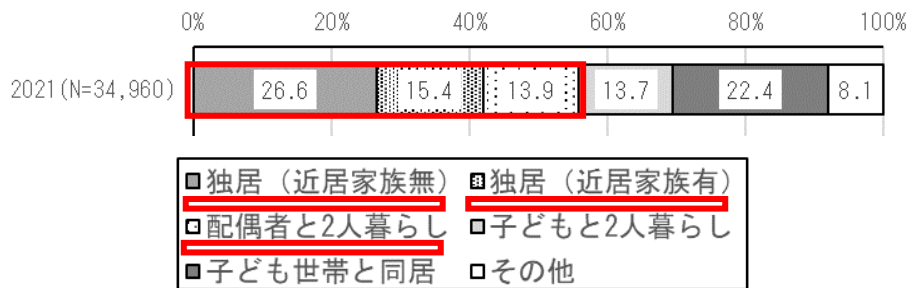


「1~10%程度増」が32.7%、  
「11~20%程度増」が23.2%、  
「1~20%合わせて55.9%」

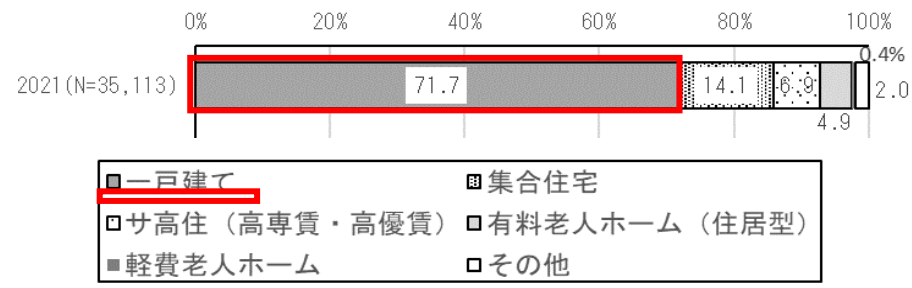
## 【2】認知症の独居及び老夫婦等の高齢者のみ世帯への支援の評価を

一戸建てに住む高齢者のみ世帯の利用者が増加傾向にあり、特に認知症の利用者への訪問の負担感が増している。軽度者（要介護1、2）であっても独居の場合、訪問のニーズが高く、今後、ますます増加する独居及び老夫婦世帯等の高齢者のみ世帯への支援について評価してほしい。

### ◆世帯構成



### ◆住まい形態



世帯構成は、独居（近居家族無＋有）及び配偶者と2人世帯のいわゆる高齢世帯では**55.9%**（昨年**55.3%**）となっている。住居形態は一戸建てが**71.7%**となっている。

### ◆認知症日常生活自立度

認知症自立度	2021
回答数	34,125
全体	100.0%
自立	6.9%
I	14.2%
II a	13.7%
II b	25.8%
III a	21.9%
III b	7.2%
IV	8.4%
M	1.8%

II以上が  
78.8%

### ◆日常生活自立度

日常生活自立度	2021
回答数	33,554
全体	100.0%
自立	2.4%
J 1	4.6%
J 2	15.6%
A 1	22.8%
A 2	27.2%
B 1	11.0%
B 2	12.0%
C 1	2.4%
C 2	2.0%

### ◆要介護度

要介護度	2021
回答数	35,492
全体	100.0%
要支援1	4.4%
要支援2	6.1%
要介護1	27.5%
要介護2	24.6%
要介護3	18.6%
要介護4	12.4%
要介護5	6.5%
審査中	0.0%

### ◆1か月間の平均訪問回数

世帯構成	該当数	平均訪問回数
全体	31,531	19.3回
独居 (近居家族無)	8,661	29.0回
独居 (近居家族有)	4,980	32.0回
配偶者と2人暮らし	4,357	14.3回
子どもと2人暮らし	4,299	12.2回
子ども世帯と同居	6,734	6.3回
その他	2,500	16.0回

認知症日常生活自立度は、II以上が**78.8%**、日常生活自立度はランクAが**50.0%**、平均要介護度は**2.18**となっており、身体的にはお元気で、認知症の症状が顕著な利用者が増加していることで自宅への訪問ニーズが高まっている。

### 【3】要支援者への支援

要支援者にとって、宿泊を利用することのできるサービスは小規模多機能型居宅介護のみであり、併せて通い、訪問も一体的に利用することができることから、その利便性は極めて高い。

今後ますます増加する要支援高齢者への早めの出会いをより充実させる観点からも、報酬や基準上の考え方を含め、要支援者を受け入れやすい環境整備について検討していただきたい。

### 【4】人員基準の緩和等(基準・人員配置等)

現行制度では、小規模多機能型居宅介護の管理者や計画作成担当者等に常勤や専従の要件があっても兼務することができる取り扱いが示されているが、「認知症対応型共同生活介護」や「定期巡回・随時対応訪問介護看護」等において一部、兼務が認められていない規定もある。

昨今の人員確保の困難さや効率的な人員の運用を可能にするための基準緩和について、事業運営に支障のない範囲で柔軟な対応ができるよう、検討していただきたい。

# 【5】外部の居宅介護支援事業所導入の意見について

ケアとマネジメントが一体化したことにより実現できている「利用者の地域生活支援を推進することで利用者家族、地域との価値観の共有」が進んでいることや「ケアとマネジメントが一体となっていることで即時的・柔軟性ある支援が実現でき、かつ効率的な運営」ができている生産性の向上を捨てて、外部のケアマネジャーにする価値があるだろうか。

小規模多機能型居宅介護の利用者を外部のケアマネジャーに切り替えた際の追加支出

利用者数：介護給付費等実態統計（令和5年4月）

項目	単位	総数	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
小規模多機能型居宅介護利用者数（A）	（人）	113,800	4,900	6,200	29,900	27,600	21,400	15,500	8,300
居宅介護支援費（1月あたり）（B）	（単位数）		438	438	1,076	1,076	1,398	1,398	1,398
年間単位数（A×B）×12月＝（C）	（単位数）	1,559,056,800	25,754,400	32,587,200	386,068,800	356,371,200	359,066,400	260,028,000	139,240,800
居宅介護支援費年額（C×10円＝D）	（円）	15,590,568,000	257,544,000	325,872,000	3,860,688,000	3,563,712,000	3,590,064,000	2,600,280,000	1,392,408,000

↓  
**約156億円／年**

- 「価値観の共有」「生産性の向上」を捨てて156億円の支出を選択する理由が「利用者が現在のケアマネジャーを変えたくなかった」でよいのだろうか。
  - ・もし関係性のみを重視するのであれば、兼ねてから議論がある「伴走型」として在宅でも施設でも同じケアマネジャーが一貫して支援したほうが良いのではないか。
- 在宅の包括報酬型サービスである小規模多機能型居宅介護費には居宅介護支援費分が含まれているという制度創設当初の説明であったが、
  - ・マネジメント費用が基本報酬に含まれている→居宅介護支援費分の自己負担はおかしい。
- 上記の理由があっても外部ケアマネジャーに変更すると・・・
  - ・外部のケアマネジャーになると、その分のマネジメント費用が本体報酬から減額されることになることでの現場の失望と混乱（包括報酬型サービスの衰退）
  - ・財政上では、約156億円の居宅介護支援費の追加支出

## 【6】市町村による「地域デザイン」の重要性と地域拠点としての“小規模多機能”の有効活用

小規模多機能型居宅介護の17年の実践は、即時対応を含めて地域の虚弱高齢者や要支援者相当等の高齢者へのサポートにも力を発揮している。地域包括支援センターのランチや生活支援コーディネーターの配置（石川県加賀市、神奈川県川崎市）、市町村独自のライフサポートワーカーの配置（福岡県福岡市、鹿児島県霧島市）などの自治体とも協働した実践である。

支援を必要とする要支援相当等の方の様々なニーズ（買い物、ゴミ出し、孤立・孤独、充実感のない暮らし等）が地域に身近な地域拠点として窓口になるとともに、本人のこれまでの暮らしの中で培ってきた人間関係を生かした「つなぎ機能」が、相談にとどまらない相談の延長線上で支援（解決策の模索）を考える糸口になっていることがわかった（川崎市）。

在宅の包括報酬型サービスである小規模多機能型居宅介護が、地域の総合相談窓口や介護予防・日常生活支援総合事業の担い手として、親和性が高い実践を積み重ねているためである。

### ◆親和性の高い実践内容

- (ア) 計画配置された24時間365日の地域に身近な拠点
- (イ) 「訪問」を通じた地域へのアウトリーチのノウハウ
- (ウ) 相談と支援を一体的に提供できるワンストップの伴走型支援
- (エ) 民生委員や地域住民を巻き込んだ関係力を生かした協働
- (オ) 高齢者の持っている力を引き出す認知症ケアの実践
- (カ) 運営推進会議を活用した地域ネットワークの構築  
(家族、地域住民、地域包括支援センター、行政等)

これらの特徴は、従来の地域包括支援センターにおいて受理した相談内容が、介護予防・日常生活支援総合事業等の各種サービスに結び付く前の状態像（非該当）であったとしても、相談者（高齢者）自身が構築してきた近隣・友人とのネットワークを生かした生活支援に結び付ける強みとなる。

上記特徴を活用しつつ、市町村による「生活全体を支えるためのサービスと地域デザイン（H30地域包括ケア研究会）」を進めるうえで、地域包括支援センターの総合相談機能の補完だけでなく、包括的支援事業（社会保障充実分）の「在宅医療・介護連携推進事業」「生活支援体制整備事業」「認知症総合支援事業」や「一般介護予防事業」の担い手としての活動も期待できる場所である。これらの活動を通して地域拠点として当該地域で活動の基盤づくりを進めることが、結果として事業所の登録者へのケアの質の向上や在宅の限界点の引き上げにつながる。



# — 参考資料 —

# 18年目を迎える包括報酬型サービスである小規模多機能型居宅介護の価値

not care work but life support work . not care management but life support management.

(ケアワークではなく、ライフサポートワーク。 ケアマネジメントではなく、ライフサポートワーク)

## ◆課題認識◆

### ○認知症高齢者700万人の時代

→認知症高齢者の増加、独居、高齢者のみ世帯の増加、後期高齢者の高齢化（75歳以上の増加）

### ○核家族化や後期高齢者の増加は、サービス利用のために外出することができない方の増加（アウトリーチの必要性）

→医療も介護も、利用者自らの力ではサービスを利用できない

（サービス利用のために出向く× → サービスが出向く○ ）

### ○限られた財源でより効果的・効率的に運用してこための持続可能な制度

→在宅の包括報酬型サービスの有効活用

### ○人口減少に伴う担い手不足は全産業共通で、今後さらに介護人材の確保は困難になる

→これまで以上の工夫や効率化が必要（生産性の向上・効率化の必要性）

→介護人材のすそ野を広げるための具体的実践が必要

### ○マネジメントはケアだけではない →支援のネットワークを構築する「包括型マネジメント」

→高齢者自身の培ってきた地域資源の有効活用（富士山型のすそ野を広げる取組み）

→地域に点在する資源への「つなぎ機能」による支援ネットワーク構築

「2015年の高齢者介護」で目指した哲学を実践してきた「小規模多機能の実践の価値」

（ライフサポートワーク）

### ○人材・財源の効果的、効率的な制度運用のための「生産性の向上」「効率化」

→認知症基本法に明記された基本的施策を利用者とともに地域へ普及する実践

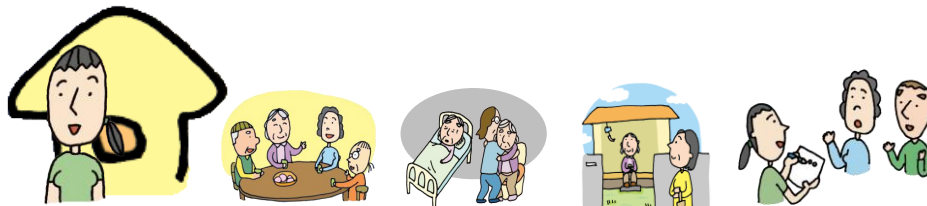
（水平統合の推進によるバリューチェーンの構築）

→内包するケアマネジメント機能によるサービス（機能）の効率化と人材の有効活用

（限られたサービス提供量を垂直統合することで最適化を図るケアの構築）

# 小規模多機能型居宅介護の付加価値

小規模多機能型居宅介護の価値を更に高めるために、また利用者や地域のニーズ応えるために、様々な機能を合わせもった実践が生まれている。



「小規模多機能型居宅介護」

## 登録者に向けての追加機能

- ・医療系の機能併設
- ・住まい系の機能併設
- \*複合的課題を抱える世帯
  - ・障がい系の機能併設
  - ・保育系の機能併設
  - ・学童保育系の機能併設

- ・日常生活圏域に整備されている小規模多機能型居宅介護を生かし、地域ニーズに応じた付加価値を高めている

## 登録者以外（地域）に向けての付加価値

### すそ野を広げる

- ・認知症カフェ
- ・地域食堂
- ・サロン
- ・総合事業
- ・共生型サービス

### 相談機能強化

- ・生活支援コーディネーターの配置
- ・地域包括支援センター・ランチ併設



子ども 認知症高齢者 障害者

### 地域の多様なニーズ



DV被害者

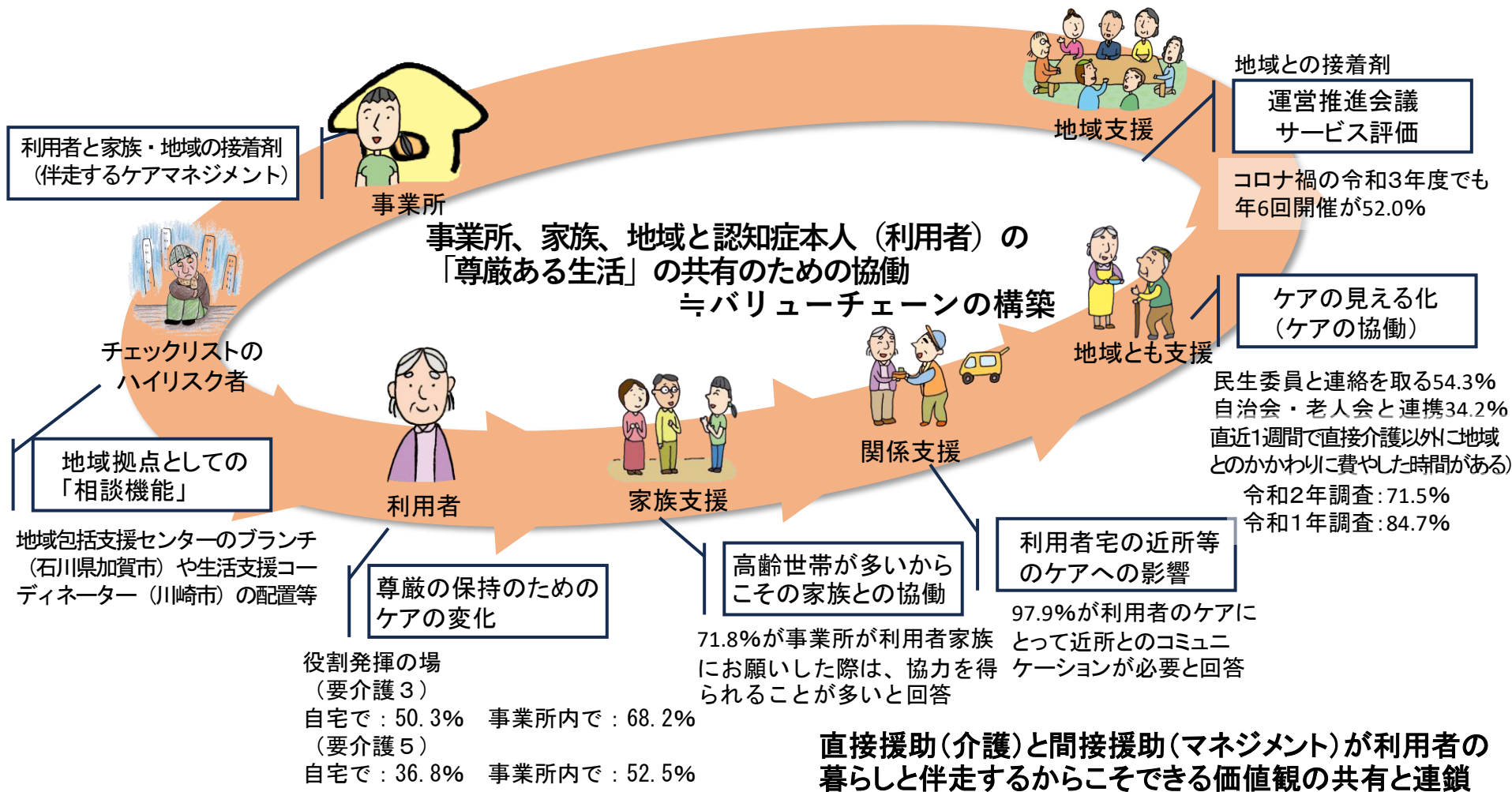


生活困窮者

# 「認知症基本法」を具現化する実践

## ～ケアとマネジメントが一体化したからこそできる認知症のケア観の共有～

独居・老夫婦世帯の増加（R03調査で利用者全体の55.9%）及び在宅の介護力の低下は、事業所のみで抱え込むことはできず、利用者家族、地域をも巻き込んだネットワークづくりを生み出し、利用者がどこでどのような生活を送りたいのかを一緒に考える支援を展開している。

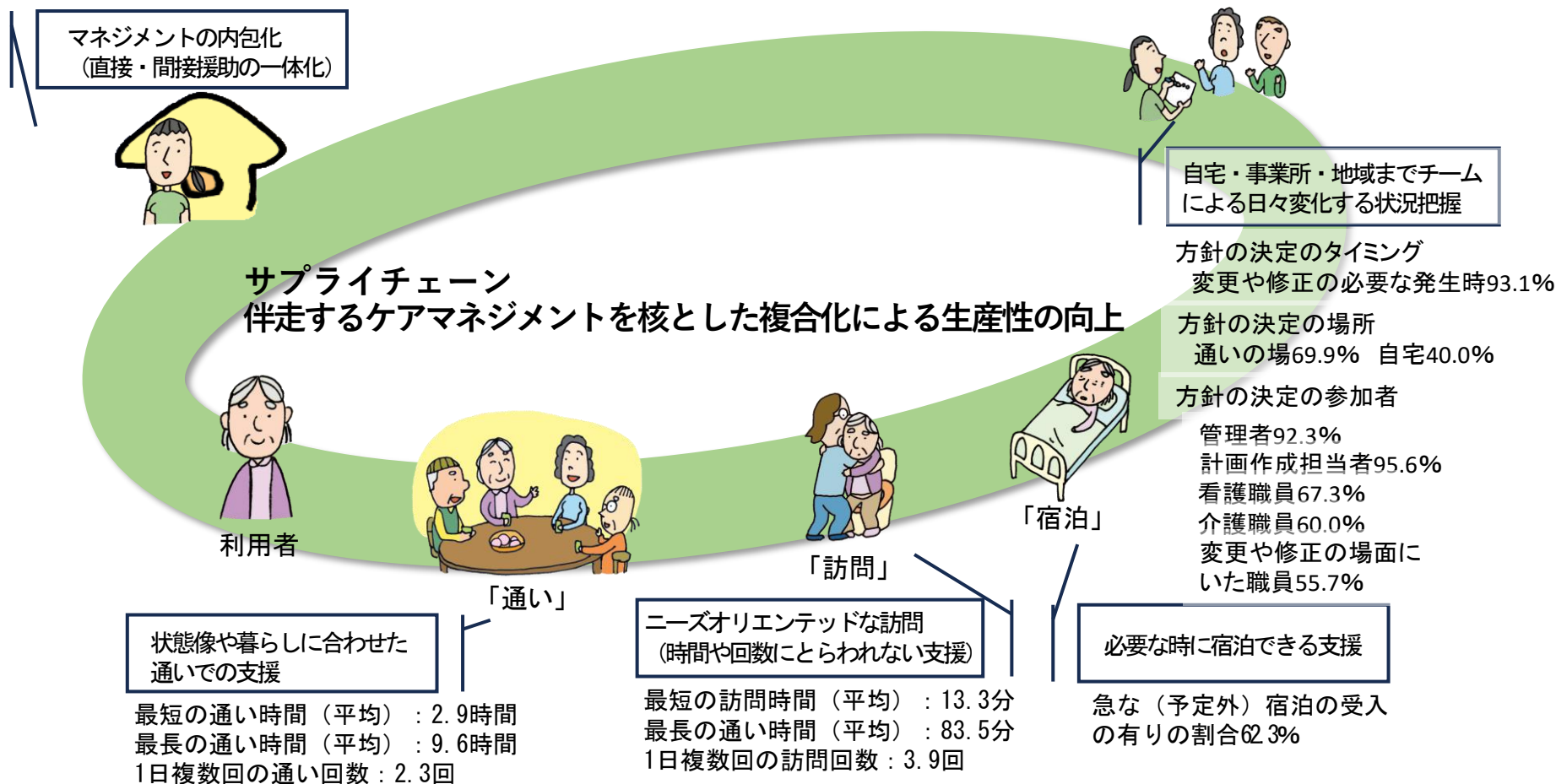


データ等：R04自主事業「小規模多機能型居宅介護のプレゼンスを高める方策に関する調査研究事業」

○R03老健事業に協力いただいた1,795事業所への継続調査を実施（回答724事業所）約40.3%

# 「尊厳を支えるケアの確立」のためのサプライチェーンの構築 ～複合化及び内包するケアマネジメントで実現した「生産性の向上」～

認知症700万人の時代における独居・老夫婦世帯の増加及び介護人材確保の困難な状況で、ケアマネジメントを核としたケアのサプライチェーン化を果たし、付加価値を生み出すとともに生産性の向上が図られている（生産性の向上の具体的な数値資料はP3）。



「通い」「宿泊」「訪問」「マネジメント」を包括報酬化したことによるケアのサプライチェーン化と生産性の向上

データ等：R04自主事業「小規模多機能型居宅介護のプレゼンスを高める方策に関する調査研究事業」

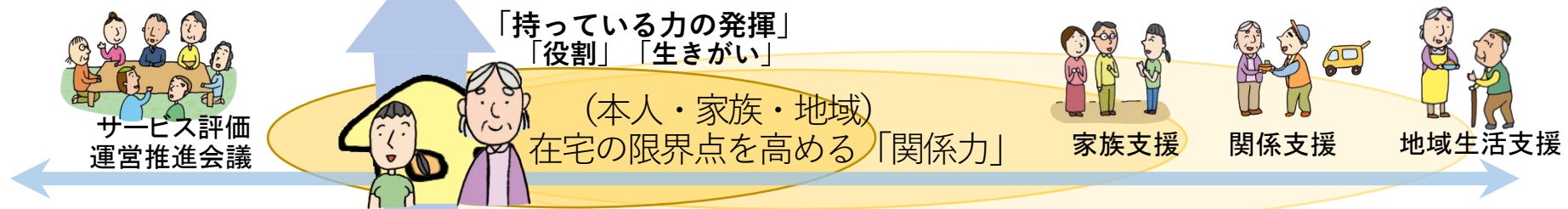
○R03老健事業に協力いただいた1,795事業所への継続調査を実施（回答724事業所）約40.3%

# 小規模多機能型居宅介護が生み出した「ケアのイノベーション」 ~17年の実践で進化させたライフサポートワーク(Life Support Work)とは~ 「通い」「宿泊」「訪問」の組み合わせではない、新たな価値の創造

## 水平統合 (task shifting・task share) (自己実現のためのタスク・シフト/シェア)

- ◆新機軸4 「できないことを補完するだけでなく、持っている力と関係性をつなぐ認知症ケア」
- ◆新機軸5 「家族とのケアの協働」
- ◆新機軸6 「利用者が培ってきた関係から支援のすそ野を広げる」

not care work but life support work .  
 not care management but life support management .  
 (ケアワークではなく、ライフサポートワーク)  
 (ケアマネジメントではなく、ライフサポートワーク)



## 小規模多機能型居宅介護は、 本人(利用者)とともに「縦」と「横」をつなぐ「地域拠点」

## 垂直統合 (Integrated Care Network) (自己実現のために一人ひとりのケアをデザインする)

- ◆新機軸1 「在宅の包括報酬型サービス」
- ◆新機軸2 「利用者やサービスと日々伴走するケアマネジメント」
- ◆新機軸3 「ミーティングによる意思決定支援と即時的柔軟な対応」

- 訪問介護
- 通所介護
- 短期入所
- ケアマネジメント (医療)

(機能・チーム・意思決定)

### ◆背景◆

- 認知症高齢者700万人の時代
  - 認知症高齢者の増加、独居、高齢者のみ世帯の増加、後期高齢者の増加 (高齢者の高齢化)
  - 早く出会って長いお付き合いの重要性 (人として尊厳あるケアのために)
  - 持っている力を生かす早めのアプローチ
- アウトリーチの必要性
  - 医療も介護も、利用者自らの力ではサービスを利用できない (サービス利用のために出向く× → サービスが出向く○)
- マネジメントはケアだけではない →支援のネットワークを構築する「包括型マネジメント」
  - 高齢者自身の培ってきた地域資源の有効活用 (富士山型のすそ野を広げる取組み)
  - 地域に点在する資源への「つなぎ機能」による支援ネットワーク構築

「ライフサポートワーク」とは  
 小規模多機能型居宅介護による利用者主体の  
 地域生活支援のためのマネジメントや支援の総称。

# 小規模多機能型居宅介護の6つの付加価値

## ◆新たな価値の創造：新機軸1「在宅の包括報酬型サービス」

- 居宅サービスでは「サービス提供の時間内」の支援であり、提供時間外は「申し出」があるまで状態把握することが難しい一方、包括報酬型サービスである小規模多機能では、サービスを提供していない時間の困りごとや不安の把握が遅れることで状況が悪化するとさらに支援量が増えることから、需要と供給のバランスをとりつつもサービス提供の最適化（見極めたニーズに基づくサービス提供）が図られやすい。
- また、包括報酬型サービスによる24時間365日支援のために、支援の視点が「サービス」から「支援内容」に変化したことでサービス（手段）が目的化せず、ニーズに応える「時間」「場所」「内容」のために最適な方法（サービス＝機能）を模索することができ、機能の価値が高まった。

## ◆新たな価値の創造：新機軸2「利用者やサービスと日々伴走するケアマネジメント」

- 利用者のうち独居や老夫婦などの高齢者のみ世帯が半数（R03調査55.9%）を超え、在宅の介護力が低下していることが常態化した現在では、利用者の状態を把握するために日々伴走することが欠かせなくなっている。今後さらに増える後期高齢者の高齢化にむけて、ケアマネジメントはプレイングケアマネジャーとして「伴走」「ケアとマネジメントの内包化・一体化」は不可欠な要素となる可能性が高い。

## ◆新たな価値の創造：新機軸3「ミーティングによる意思決定支援と即時的柔軟な対応」

- 利用者の日々変化する状態像や環境の変化に対して「その場」「その時」で対応することができるのはミーティングがポイントとなっている。ミーティングとは、朝晩の定期的なミーティングや申し送りだけでなく、ニーズが発生したタイミングで実施することで、その都度利用者の意思決定を支援し、即時的柔軟な対応を可能としている。
- ミーティングの参加者は、決定権限のある管理者や計画作成担当者（介護支援専門員）だけでなく、利用者の毎日の様子を把握している介護・看護職員が参加し、ニーズが発生したその場で話し合っていることから、即時的柔軟な対応には内包されたケアマネジメントの有効性が最大限に発揮され、多職種のチームで取り組んでいることがわかる。

## ◆新たな価値の創造：新機軸4「できないことを補完するだけでなく、持っている力と関係性をつなぐ認知症ケア」

- 認知症ケアにおけるアセスメントは、できない部分（課題）だけでなく、むしろストレンクスを探ることが重要であり、提供者、利用者の垣根をなくし、誰もが持っている力を発揮できる視点やかかわりが重要である（地域共生社会）。
- 見守りやちょっとした声掛けがあれば「できる」利用者に対して、介護事業所のみで支えることは不可能。「暮らし難い」要因を認知症のみが原因として捉えず、利用者が培ってきた人や場所やものとの関係を再構築する「つなぐ支援」を行うことで本人の「できる」を増やす。

## ◆新たな価値の創造：新機軸5「家族とのケアの協働」

- 小規模多機能らしい支援をするための要素として「家族支援（41.6%）」が2番目の回答となっている。利用者の暮らしを支えるための家族支援である。また、利用者家族とのかかわりの工夫や状況では「事業所が利用者家族にお願いした際は、協力を得られることが多い（71.8%）」が最多となっている。
- 利用者を支えるためには、事業所のみでの支援ではなく、家族とともに支えている姿が浮かび上がってくる。家族も地域包括ケアネットワークにおける重要な資源の一つとして協働関係を構築し、ともに支援にあたっている。

## ◆新たな価値の創造：新機軸6「利用者が培ってきた関係から支援のすそ野を広げる」

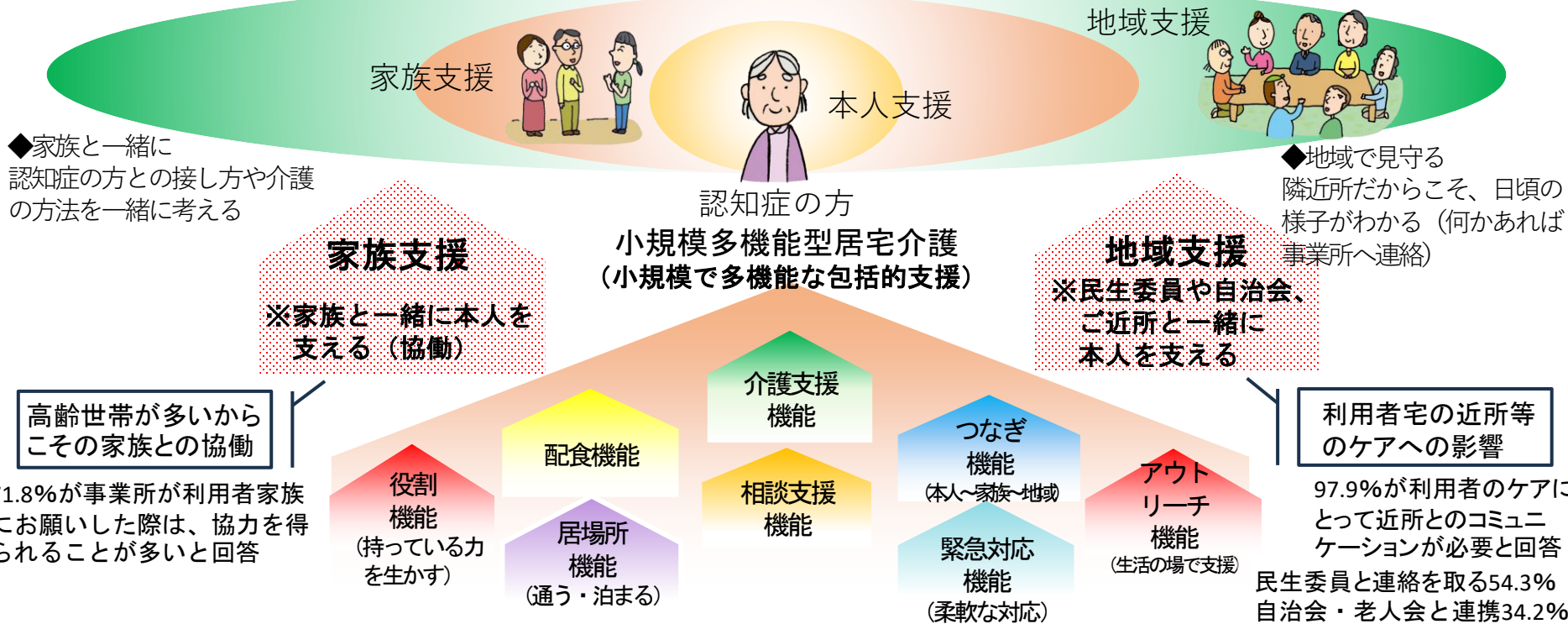
- 在宅の利用者を支えるためには「利用者宅のご近所等とのコミュニケーションは利用者のケアにとって必要である（97.9%）」。
- 一部の事業所では「利用者宅の近所等にケア方法を伝える（10.7%）」「事業所が利用者宅の近所等に対して一緒にケアを行うような取り組みを行っている（12.6%）」と地域とのケアの協働化も進めている。

データ等：R04自主事業「小規模多機能型居宅介護のプレゼンスを高める方策に関する調査研究事業」

○R03老健事業に協力いただいた1,795事業所への継続調査を実施（回答724事業所）約40.3%

# 認知症の人を支えるためには、家族や地域とワンチームで 「本人支援、家族支援、地域支援で認知症高齢者を支える新しいケアのあり方」

認知症高齢者700万人の時代は、高齢化率の上昇（85歳以上の方の増加）、人口減少による担い手不足が顕著となることで、認知症高齢者を特定の専門職のみで支えるのではなく、本人のできることを増やし、家族や地域と一緒に支えることがしか超えられない。



【小規模多機能型居宅介護が有効な理由：介護離職を防ぐ「通い」と「訪問」の組み合わせ支援】

女性 87歳 要介護4 働く娘と2人暮らし (週3日の通いと、1日5回の訪問/1回30分程度)  
高齢による腰の骨折で突然ベッドから起き上がれなくなり、介護経験のない娘は右往左往。近隣の方が「小規模多機能」へ連絡をくれる。娘の仕事中は「通い」と「訪問」を利用し仕事をし続けることができるよう支援しつつ、自宅で娘が介護できるよう、ベッドからの起き上がりや排せつ介助の仕方を練習し、在宅生活を継続。

