

平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方  
に関する調査研究事業報告書

平成 27 年 3 月

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

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



# はじめに

---

日本は、世界に例を見ない速さで高齢化が進行しておりますが、一方で働き手は減少していることや、認知症高齢者や単身高齢世帯等が増加しています。

医療や介護サービスだけでなく、日常生活支援の対応がしきれずに「在宅生活困難者」となり、自宅を離れ、施設に入居せざるを得ない状況もあります。

病気になっても、介護が必要になっても、認知症になっても高齢者が地域で暮らし続けるためには、高齢者や認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、本人の意思が尊重され、認知症の方にもやさしい地域づくりや環境整備を推進していくことが求められます。

国は、団塊の世代が75歳を迎える2025年を見据え、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」「新オレンジプラン」を定め、関係法律の一体的改正や関係府省庁が連携した国家戦略として動き出しています。

中重度の要介護者や認知症になったとしても「住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるようにする」という地域包括ケアシステムの基本的考え方が求められています。

人の暮らしは、病気や介護というカテゴリで分断されるものではなく、これまでの本人や地域のつながりや関係の中で、暮らしそのものを支援するような資源を有機的に活用する仕組みやつなぐ支援により地域での暮らしの継続を図る必要があります。地域での暮らし方は一人ひとり異なるため、本人中心の視点も必要となります。また、24時間365日の暮らしは、公的サービスだけでは実現できません。私たち一人ひとりが地域で生活する主体者であることを自覚し、地域のことを自らのこととして捉える必要があります。そして、本人主体と住民主体を軸にし、様々な社会資源やネットワークを活かすことが必要です。

今後は、小規模多機能型居宅介護が基本としているライフサポートワークを軸に、登録の有無にかかわらず、多様な生活ニーズに応じ在宅生活を支える拠点として機能への期待が高まっています。

この報告書は、小規模多機能型居宅介護の強みに着目し、地域支援の考え方を明確にし、実践から地域にある住民の力や本人の安心につながる支援のあり方を検証、報告したものです。この報告書が今後の小規模多機能型居宅介護の取組みに反映されることを期待します。

最後に、本事業の実施にあたり、関係機関・団体の皆様から、貴重なご意見やご提言をいただきましたことに、心から厚くお礼申し上げます。

2015年3月

小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方に関する調査研究委員会

委員長 森本 佳樹

(立教大学コミュニティ福祉学部 教授)



# 目次

第1章 事業概要.....	1
1. 背景と目的.....	1
2. 事業内容.....	1
3. 研究体制.....	6
第2章 全国の状況（実態調査の結果から）.....	7
1. 調査の概要.....	7
2. 調査結果の概要.....	9
I. 基本情報.....	9
(1) 開設年度.....	9
(2) 法人種別.....	9
(3) 事業種別.....	10
(4) 登録定員.....	10
(5) 通い定員.....	11
(6) 泊まり（宿泊）定員.....	11
(7) 調査時点での利用者数.....	12
(8) 1年間での利用契約の終了者数.....	13
(9) 宿泊費・食費.....	13
(10) 請求加算.....	13
(11) 法人・グループで実施している併設の事業等.....	14
II. ケアマネジメント等の状況.....	17
(1) 使用しているケアプラン.....	17
(2) ケアマネジメントにおける課題.....	17
III. 運営推進会議・外部評価・情報公開について.....	18
(1) 運営推進会議の構成と人数（平均）.....	18
(2) 運営推進会議の開催頻度.....	18
(3) 運営推進会議での議題.....	19
(4) 運営推進会議の開催時間.....	19
(5) 外部評価について.....	19
(6) 介護サービス情報公表制度について.....	22
IV. サービスの提供体制およびスタッフの状況について.....	25
(1) 職員数の状況.....	25
V. 生活支援の状況.....	26
(1) 登録利用者の自宅での地域生活状況.....	26
(2) サービス利用前後における利用者の地域生活の変化.....	31
VI. 地域支援に関する取組み.....	35

(1) 登録者以外への個別支援 .....	35
(2) 地域に対する取組み（支援） .....	36
<b>Ⅶ. 個票による利用者属性の分析 .....</b>	<b>37</b>
(1) 男女 .....	37
(2) 平均年齢 .....	37
(3) 要介護度 .....	37
(4) 日常生活自立度 .....	38
(5) 認知症日常生活自立度 .....	38
(6) 要介護度と日常生活自立度 .....	39
(7) 要介護度と認知症日常生活自立度 .....	39
(8) 日常生活自立度と認知症日常生活自立度 .....	40
(9) 利用開始年 .....	40
(10) サービス別にみた平均利用回数（日数） .....	41
(11) 利用経路 .....	41
(12) 利用者の住まいの形態 .....	42
(13) 利用者の世帯構成 .....	44
(14) 利用者の住まいと事業所との距離 .....	45
(15) 利用タイプからの類型 .....	46
(16) 利用タイプと要介護度 .....	47
(17) 利用タイプと日常生活自立度 .....	48
(18) 利用タイプと認知症日常生活自立度 .....	49
(19) 利用タイプと世帯構成 .....	50
(20) 利用タイプと住まいと事業所との距離 .....	51
(21) 住宅併設の有無と利用タイプ .....	52
(22) 住宅併設の有無と利用経路 .....	53
(23) 住宅併設の有無と家族構成 .....	53
(24) 住宅併設の有無と住宅の形態 .....	54
<b>Ⅷ. 自由回答のまとめ .....</b>	<b>55</b>
<b>第3章 地域拠点としての小規模多機能に求められること .....</b>	<b>67</b>
<b>1 小規模多機能型居宅介護の強みを活かすために .....</b>	<b>67</b>
<b>2 地域を支援するために必要な視点 .....</b>	<b>69</b>
<b>3 実践事例 .....</b>	<b>73</b>
(1) おたがいさん（神奈川県藤沢市） .....	73
(2) 木守舎（鳥取県鳥取市） .....	76
(3) さかえまち（東京都日野市） .....	80
(4) ひなた（北海道上川郡美瑛町） .....	84
(5) まほろば（静岡県富士市） .....	88
(6) いつでんきなっせ（熊本県熊本市）／いつでんくるばい（熊本県山鹿市） .....	90
<b>4 小規模多機能が地域を支援することとは .....</b>	<b>93</b>
【重度者は事業者、軽度者は地域】 .....	93
(1) 主人公は住民であり、注目すべきは「暮らし」 .....	93
(2) 制度や事業から本人を見ない、あてはめない .....	94
(3) 本人の「声」を形にする（代弁機能含む） .....	94

(4) できないことに焦点をあてるのではなく、できてほしいこと、能力を持っていることに焦点をあてる .....	95
(5) 本人中心の地域包括ケアシステム .....	96
(6) 地域ケア会議は「軒下」で .....	96
(7) できるだけ早い出会いと、あきらめないお付き合い .....	97
<b>第4章 小規模多機能型居宅介護のサービス評価</b> .....	<b>99</b>
<b>1 課題意識</b> .....	<b>99</b>
<b>2 モデル事業の実施</b> .....	<b>99</b>
(1) サービス評価の視点 .....	99
(2) 本年度の小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた検討 .....	100
(3) 本年度のモデル事業 .....	101
<b>3 モデル事業におけるアンケート調査結果</b> .....	<b>104</b>
(1) 集計結果.....	104
(2) 自由回答より .....	106
(3) モデル事業から見えてきた特徴.....	107
(4) モデル事業から修正すべき点は.....	108
<b>4 サービス評価ガイド及び様式集の作成</b> .....	<b>109</b>
<b>第5章 まとめ</b> .....	<b>144</b>
【重度者は事業者、軽度者は地域】 .....	144
【地域からの評価】 .....	144
<b>資料編</b> .....	<b>146</b>



# 第1章 事業概要

---

## 1. 背景と目的

小規模多機能型居宅介護が創設されて9年が経過し、平成27年1月現在、4,664事業所が全国で開設されている。これまで小規模多機能型居宅介護は、登録者25人に対する支援がその対象とみられてきたが、全国の実践では、登録者のみならず、日常生活圏域の地域住民に対する支援も取り組まれている事例が報告されてきている。また「今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている」として、社会保障審議会介護保険部会でも報告されており、今後ますます小規模多機能型居宅介護の地域を対象とした取組みへの期待が高まっている。

このたびの調査研究事業では、地域包括ケア体制構築に向けて、日常生活圏域での地域支援のあり方を調査・検討し、地域に求められる小規模多機能型居宅介護のあり方を提案することを目的に実施する。

## 2. 事業内容

- (1) 小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方に関する調査研究委員会の開催  
小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方に関する調査研究を行うための委員会を設置し、事業内容についての検討を行った。

第1回：2014年7月3日（木）

- 1) 研究の趣旨と進め方について
- 2) 地域からの評価事業に関する取組みについて
- 3) 全国実態調査について

第2回：2014年11月14日（金）

- 1) 地域からの評価事業に関する取組みについて（速報）
- 2) 全国実態調査票（案）について

第3回：2015年3月19日（木）

- 1) 全国実態調査の集計結果について
- 2) 地域からの評価事業に関する取組みについて
- 3) 報告書（案）について
- 4) 報告会について

(2) 作業部会の開催

委員会のもと、作業部会を設置し、調査票の検討、集計結果の整理・検討、評価項目の検討、訪問調査先の選定等の内容の検討を行った。

第1回：2014年7月3日（木）

- 1) 研究の趣旨と進め方について
- 2) 地域からの評価事業に関する取組みについて
- 3) 全国実態調査について

第2回：2014年10月30日（木）

- 1) 地域からの評価事業に関する取組みについて（速報）
- 2) 全国実態調査票（案）について
- 3) 訪問調査先の選定

第3回：2014年11月14日（金）

- 1) 地域からの評価事業に関する取組みについて（速報）
- 2) 全国実態調査票（案）について

第4回：2015年1月7日（水）

- 1) 全国実態調査の暫定集計結果について
- 2) 報告書の柱立てについて
- 3) 報告会について

第5回：2015年3月19日（木）

- 1) 全国実態調査の集計結果について
- 2) 地域からの評価事業に関する取組みについて
- 3) 報告書（案）について
- 4) 報告会について

(3) 地域支援のあり方検討に向けた取組事例の収集

① アンケート調査の実施（悉皆調査／平成26年7月現在）

調査名：小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査

調査期間：2014年12月～2015年1月

調査方法：郵送による悉皆調査

回収（回収率）：1,516／4,673事業所（有効回収率31.7%）

② 悉皆調査から抽出された拠点機能の訪問調査

おたがいさん（神奈川県藤沢市）

小規模多機能型居宅介護 木守舎（鳥取県鳥取市）  
小規模多機能ホームさかえまち（東京都日野市）  
美瑛慈光園小規模多機能ひなた（北海道上川郡美瑛町）  
小規模多機能型居宅介護事業所まほろば（静岡県富士市）  
いつでんきなっせ（熊本県熊本市）／いつでんくるばい(熊本県山鹿市)

### ③事例及び訪問調査から地域支援を行う要素・条件の検証

地域支援を行う小規模多機能型居宅介護共通の事項として以下の3つの視点が重視され、利用者を支えていることがわかった。登録者以外の支援であるが、そもそも登録者の支援のあり方での共通事項が浮き彫りとなった。

#### 【小規模多機能型居宅介護の支え方の変化】

##### その1 在宅サービスにおける「包括報酬」の意味の理解と実践

登録者25人の暮らしを支えるため支給限度額に合わせた、回数制限があるサービスではなく、その人のその時の状態に合わせた支援を柔軟に、即時的に支援することを目指していた。

##### その2 小規模多機能型居宅介護のサービスだけで支えない「つなぐ」支援

24時間365日を小規模多機能型居宅介護のサービスだけで支えることは困難である。その人が持っている（持っていた）周囲との関係をつなぎ、周囲と一緒に支援を行う。

サービスを提供するだけではなく、その人の願いや思いを周囲に伝え、その人を支える応援団作りを行う。

##### その3 「その人を支える応援団」を支える環境は地域のニーズ

応援団を作る過程において登録者以外の困りごとや地域の課題があることに気が付く。一人ひとりを支える姿勢が結果として地域を面として支えることに繋がり、利用者本人を取り巻く周囲との関係づくりを通じて地域の拠点として機能する事業所となった。

### ④普及のための手引きの作成

小規模多機能型居宅介護が地域へ向けた取組みを進めていくための手引きとなるものを機能及び視点の2つから取りまとめた。

小規模多機能型居宅介護が日常生活圏域を支える要素として抽出できたのは以下の9つの機能である。

#### 【小規模多機能型居宅介護の地域支援の9つの要素】

- 1) 24時間365日の相談機能
- 2) 地域へ参加・活動するための「場」(居場所・機会)機能
- 3) 地域課題を掘り起し、地域住民、自治体とともに解決する機能
- 4) とともに考える仲間づくり機能
- 5) 地域の駆け込み寺機能
- 6) 認知症を理解する取り組み機能
- 7) 生活支援サービス提供機能
- 8) 生きがいつくり機能
- 9) つなぎ機能

さらに小規模多機能型居宅介護が地域へ向けた取組みとして求められる視点は以下の7つのおりであった。

#### 【地域へ向けた取組みとして求められる7つの視点】

- 1) 主人公は住民であり、注目すべきは「暮らし」
- 2) 制度や事業から本人を見ない、あてはめない
- 3) 本人の「声」を形にする(代弁機能含む)
- 4) できないことに焦点をあてるのではなく、できてほしいこと、能力を持っていることに焦点をあてる
- 5) 本人中心の地域包括ケアシステム
- 6) 地域ケア会議は「軒下」で
- 7) できるだけ早い出会いと、あきらめないお付き合い

#### (4) 地域住民の小規模多機能型居宅介護の理解促進と、そのための普及ツールとしてのサービス評価の実施

##### 【地域からの評価の実施】

###### ①プレ評価の実施

全国の10事業所で昨年度作成した項目を使って評価を実施し、不都合がないか確認をした。

###### ②プレ評価で出てきた意見をもとに、項目の再検討

現場職員からの「言葉が理解できない」等意見をもとに評価項目を修正した。

###### ③モデル事業

全国の全小規模多機能型居宅介護事業所へ評価表を配布し、協力可能などころでの実施と回答をお願いした。(8月送付、12月まで受付)

全国4300事業所に案内し、モデル事業参加事業所は383事業所になった。うち運営推進会議を活用した外部評価まで実施の事業所数は、206事業所であった。

###### ④ガイドの作成

モデル実施での意見を基に、全国で実施するための方策を作業部会および委員会で最終検討し、ガイドを作成した。

(5) 報告会の開催

小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方に関する報告会を開催した。

日 時：2015年3月20日（金）

会 場：世界貿易センタービル RoomA

参加者数：68名

(6) 報告書の作成

報告書を作成し、関係者に配布した。

### 3. 研究体制

#### 【委員会メンバー】

- 森本 佳樹 立教大学コミュニティ福祉学部 教授
- 安倍 信一 社会福祉法美瑛慈光会 理事長
- 岩尾 貢 社会福祉法人共友会 理事長
- 川原 秀夫 特定非営利活動法人コレクティブ 理事長
- 小山 剛 高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長
- 宮島 渡 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 総合施設長
- 山梨 恵子 ニッセイ基礎研究所生活研究部 准主任研究員

#### 【作業部会メンバー】

- 石川 裕子 鞆の浦・さくらホーム 介護支援専門員
- 川原 秀夫 特定非営利活動法人コレクティブ 理事長
- 北口未知子 加賀市高齢者こころまちセンター 所長補佐
- 黒岩 尚文 共生ホームよかあんべ 代表
- 後藤 裕基 医療法人明輝会ろうけん青空 統括管理部長
- 党 一浩 小規模多機能ホームめおといわ「ゆい」 管理者

#### 【オブザーバー】

- 稲葉 好晴 厚生労働省老健局振興課 課長補佐

(敬称略、○印は委員長、50音順)

#### 【事務局】

- 山越 孝浩 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
- 太齋 寛 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

#### 【調査委託機関】

- 東北工業大学石井研究室

## 第2章 全国の状況（実態調査の結果から）

---

### 1. 調査の概要

#### (1) 調査対象

調査時点で確認できた全国 4,673 事業所に対してアンケート調査票を郵送した。

#### (2) 調査期間

調査は 2014 年 12 月より郵送配布により行った。2015 年 1 月 9 日を締め切りとして設定し、月末までの到着分を対象とした。

#### (3) 調査方法

回答は郵送による返送もしくはインターネットより調査票をダウンロードしてもらい、メールでの回答返信も受け付けた。

#### (4) 回収状況

配布数	(a)	4,673 事業所
回収事業所数		1,516 事業所
有効回答数	(b)	1,480 事業所
有効回収率	(c = b / a)	31.7%

※各項目によって未記入・記入不備などもあるため、各項目有効な回答のみを用いて集計・分析を行っている。

(5) 事業所の所在地

各都道府県別での回収数は以下のとおりである。北海道が 95 か所、福岡県が 78 か所、新潟県が 67 か所、広島県が 63 か所と多く、奈良県が 5 か所、山梨県と和歌山県が 6 か所と少ない。

表 1-1 都道府県別の回収状況

都道府県	事業所数	%
北海道	95	6.4%
青森県	10	0.7%
岩手県	34	2.3%
宮城県	17	1.1%
秋田県	26	1.8%
山形県	26	1.8%
福島県	37	2.5%
茨城県	19	1.3%
栃木県	20	1.4%
群馬県	27	1.8%
埼玉県	27	1.8%
千葉県	36	2.4%
東京都	42	2.8%
神奈川県	56	3.8%
新潟県	67	4.5%
富山県	27	1.8%
石川県	30	2.0%
福井県	19	1.3%
山梨県	6	0.4%
長野県	30	2.0%
岐阜県	22	1.5%
静岡県	26	1.8%
愛知県	39	2.6%
三重県	22	1.5%
滋賀県	27	1.8%
京都府	37	2.5%
大阪府	53	3.6%
兵庫県	59	4.0%
奈良県	5	0.3%
和歌山県	6	0.4%
鳥取県	19	1.3%
島根県	22	1.5%
岡山県	41	2.8%
広島県	63	4.3%
山口県	20	1.4%
徳島県	12	0.8%
香川県	11	0.7%
愛媛県	33	2.2%
高知県	13	0.9%
福岡県	78	5.3%
佐賀県	17	1.1%
長崎県	40	2.7%
熊本県	48	3.2%
大分県	24	1.6%
宮崎県	17	1.1%
鹿児島県	52	3.5%
沖縄県	23	1.6%
回答数	1,480	100.0%

## 2. 調査結果の概要

### I. 基本情報

#### (1) 開設年度

開設年度別に見ると、2007年度開設が14.5%（223か所）と最も多く、次いで2011年度が14.5%（208か所）、2012年度が13.7%（196か所）となっている。

表 1-2 開設年度別にみた事業所数

開設年度	2014年度		2013年度		2012年度	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
2006年度	121	8.5%	92	6.3%	177	14.8%
2007年度	223	15.6%	260	17.9%	301	25.1%
2008年度	152	10.6%	209	14.4%	219	18.3%
2009年度	127	8.9%	127	8.8%	157	13.1%
2010年度	144	10.1%	143	9.9%	183	15.3%
2011年度	208	14.5%	220	15.2%	138	11.5%
2012年度	196	13.7%	286	19.7%	25	2.1%
2013年度	153	10.7%	113	7.8%		
2014年度	107	7.5%				
総計	1,431	100.0%	1,450	100.0%	1,200	100.0%

#### (2) 法人種別

開設事業所の法人種別を見ると（N=1,443）、営利法人が41.6%と最も多く、次いで社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）が34.7%となっている。医療法人が11.4%、特定非営利活動法人が7.2%と続く。

表 1-3 法人種別にみた事業所割合

法人種別	2014年度	2013年度	2012年度	2011年度	2010年度
社会福祉法人	34.7%	31.9%	33.5%	29.5%	34.5%
社会福祉法人(社協)	1.9%	2.3%	1.6%	5.1%	2.5%
医療法人	11.4%	12.1%	12.8%	13.1%	10.2%
営利法人	41.6%	42.3%	41.3%	40.9%	41.7%
特定非営利活動法人	7.2%	8.2%	7.4%	9.2%	7.7%
その他	3.2%	3.3%	3.4%	2.1%	3.4%
総計	100%	100%	100%	100.0%	100.0%

N=1,443

### (3) 事業種別

小規模多機能居宅介護が 97.9%、サテライト型は 1.8%、複合型サービスが 0.3%となっている。

表 1-4 事業種別にみた事業所数と割合

タイプ	事業所数	%
①小規模多機能型居宅介護	1,430	97.9%
②サテライト型 小規模多機能型居宅介護	26	1.8%
③複合型サービス	5	0.3%
総計	1,461	100.0%

### (4) 登録定員

登録定員を見ると、最も多いのは定員 25 人の事業所で 80.4% (1,187 か所)、次いで定員 24 人が 9.3% (137 か所) となっており、あわせて約 90%を占める。定員 18 人が 4.1% (60 か所)、定員 20 人が 1.8% (27 か所) などとなっている。平均は 24.11 人である。

表 1-5 登録定員の状況

【2014】

登録定員	事業所数	割合
3	1	0.1%
5	1	0.1%
6	3	0.2%
8	1	0.1%
10	4	0.3%
11	1	0.1%
12	14	0.9%
15	14	0.9%
16	2	0.1%
17	1	0.1%
18	60	4.1%
19	2	0.1%
20	27	1.8%
21	5	0.3%
22	12	0.8%
23	4	0.3%
24	137	9.3%
25	1,187	80.4%
総計	1,476	100.0%
平均	24.11	—

【参考 2013】

登録定員	事業所数	割合
6	2	0.1%
7	1	0.1%
8	2	0.1%
9	3	0.2%
10	7	0.5%
12	18	1.2%
13	2	0.1%
15	16	1.1%
16	2	0.1%
17	1	0.1%
18	75	5.0%
19	2	0.1%
20	35	2.3%
21	7	0.5%
22	10	0.7%
23	5	0.3%
24	140	9.3%
25	1,183	78.3%
総計	1,511	100.0%
平均	23.94	—

## (5) 通い定員

通いの定員別で見ると、15人が82.1%（1,208か所）と最も多く、次いで12人が11.2%（165か所）と続く。そのほか9人が2.9%（42か所）などとなっている。平均は14.27人となっている。

表 1-6 通い定員の状況

【2014】			【参考 2013】		
通い定員	事業所数	割合	通い定員	事業所数	割合
3	3	0.2%	3	1	0.1%
4	1	0.1%	4	2	0.1%
5	1	0.1%	5	2	0.1%
6	16	1.1%	6	22	1.5%
7	3	0.2%	8	2	0.1%
8	3	0.2%	9	65	4.3%
9	42	2.9%	10	5	0.3%
10	3	0.2%	11	8	0.5%
11	7	0.5%	12	190	12.7%
12	165	11.2%	13	10	0.7%
13	14	1.0%	14	7	0.5%
14	5	0.3%	15	1,187	79.1%
15	1,208	82.1%	総計	1,501	100.0%
総計	1,471	100.0%	平均	14.13	—
平均	14.27	—			

## (6) 泊まり（宿泊）定員

宿泊定員を見ると、9人が46.7%（688か所）と最も多く、次いで5人が20.2%（297か所）、6人が10.3%（151か所）となっている。このほか7人も7.9%（117か所）ある。平均は7.25人である。

表 1-7 泊まり定員の状況

【2014】			【参考 2013】		
宿泊定員	事業所数	割合	宿泊定員	事業所数	割合
1	2	0.1%	1	5	0.3%
2	7	0.5%	2	13	0.9%
3	32	2.2%	3	33	2.2%
4	69	4.7%	4	100	6.6%
5	297	20.2%	5	300	19.9%
6	151	10.3%	6	165	10.9%
7	117	7.9%	7	135	8.9%
8	109	7.4%	8	93	6.2%
9	688	46.7%	9	666	44.1%
総計	1,472	100.0%	総計	1,510	100.0%
平均	7.25	—	平均	7.09	—

## (7) 調査時点での利用者数

調査時点での利用者数は、登録者数が平均 18.5 人、通いの平均が 10.7 人、泊まりの平均が 4.4 人、訪問の平均（1 日延べ）が 6.0 人となっている。

表 1-8 調査時点での利用者数

利用者数(10月末)	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
現在の利用登録者数(平均)	18.5	18.1	19.0	18.4	18.0
1日あたりの通い利用者数(平均)	10.7	10.6	11.1	10.7	10.6
1日あたりの宿泊利用者数(平均)	4.4	4.3	4.4	4.2	4.2
1日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	6.0	6.8	5.0	4.4	4.3

調査時点で、定員 100%を満たしているのは 11.7%、90~100%未満が 17.5%で、70~80%が 20.1%で最も多い。充足率 50%以下は 12.8%となっている。

表 1-9 定員充足の状況

【2014】

登録者数/定員	事業所数	割合
0~10%以下	27	1.8%
10~20%以下	13	0.9%
20~30%以下	27	1.8%
30~40%以下	43	2.9%
40~50%以下	80	5.4%
50~60%以下	135	9.1%
60~70%以下	148	10.0%
70~80%以下	297	20.1%
80~90%以下	267	18.1%
90~99%以下	259	17.5%
100%	172	11.7%
100%超	8	0.5%
総計	1,476	100.0%

【参考 2013】

登録者数/定員	事業所数	割合
0~10%以下	7	0.5%
10~20%以下	12	0.8%
20~30%以下	23	1.5%
30~40%以下	65	4.3%
40~50%以下	88	5.9%
50~60%以下	144	9.6%
60~70%以下	154	10.3%
70~80%以下	307	20.5%
80~90%以下	246	16.4%
90~99%以下	278	18.6%
100%	168	11.2%
100%超	4	0.3%
総計	1,496	100.0%

開設年度別での定員に対する登録人数を割合で見ると、全体では 75.7%、2012 年度以前の開設では 77%を超えるが、2013 年度開設では 73.4%、開設 1 年目となる 2014 年度開設では 57.4%と低い。

表 1-10 開設年と定員充足の状況

【2014】

【参考 2013】

開設年	登録者数/定員	開設年	登録者数/定員
2006	79.4%	2006	79.4%
2007	79.1%	2007	78.7%
2008	78.3%	2008	79.4%
2009	79.3%	2009	77.3%
2010	77.4%	2010	78.0%
2011	77.4%	2011	76.7%
2012	77.7%	2012	73.5%
2013	73.4%	2013	54.2%
2014	57.4%		
合計	75.7%	合計	75.5%

## (8) 1年間での利用契約の終了者数

過去1年間（2013/10/1～2014/9/30）において利用契約が終了した人数は平均7.25人、そのうち入院による終了者数は2.63人となっている。昨年度結果とほぼ同様である。

## (9) 宿泊費・食費

宿泊費の平均額は2,151円、朝食の平均額は334円、昼食の平均額は537円、夕食の平均額は515円となっている。昨年度調査結果に比べて若干増加している。

表1-11 宿泊費と食費の状況

	事業所数 N=	2014年度	2013年度	2012年度
		(円)	(円)	(円)
宿泊費	1,471	2,151	2,109	2,118
朝食	1,474	334	328	327
昼食	1,474	537	528	526
夕食	1,474	515	510	512

## (10) 請求加算

各加算の状況（加算あり）一覧は以下の通りである。

表1-12 加算の状況

加算あり	2014	2013	2012	2011	2010
初期加算	95.8%	97.2%	96.6%		
事業開始時支援加算	10.8%	11.8%	5.5%	22.8%	31.4%
認知症加算	88.5%	86.4%	87.8%	86.7%	83.7%
看護職員配置加算Ⅰ	25.0%	50.0%	52.0%	50.8%	52.8%
看護職員配置加算Ⅱ	27.2%				
サービス提供体制強化加算	55.8%	57.1%	60.3%	57.9%	57.1%
処遇改善加算	85.4%	86.2%	82.4%		
市町村独自報酬	3.6%	3.5%	4.4%		
同一建物内からの利用(登録8割以上)減算	0.5%	減算	減算		
サービス提供が過小である場合の減算	0.5%	1.5%	0.2%		

N=1,472

### 1) 初期加算

初期加算「あり」は昨年度から微減で95.8%である。

### 2) 事業開始時支援加算

事業開始時の支援加算の請求状況は、「している」が10.8%となっている。

### 3) 認知症加算

認知症加算の請求状況は、「している」が88.5%となっている。

### 4) 看護職員配置加算

看護職員配置加算の請求状況は、「している」がⅠ・Ⅱあわせて52.2%となっている。

5) サービス提供強化加算

サービス提供強化加算の請求状況は、「している」が 55.8%となっている。

6) 処遇改善加算

処遇改善加算の請求状況は、「している」が 85.4%となっている。

7) 市町村独自報酬

市町村独自報酬の状況は、「あり」が 3.6%となっている。

8) 減算

同一建物内からの利用（登録 8 割以上）による減算は、「あり」が 0.5%、サービス提供が過小である場合の減算が 0.5%となっている。

(11) 法人・グループで実施している併設の事業等

1) 介護保険事業

何からの介護保険事業を小規模多機能型居宅介護と同一敷地内で実施している事業所は 39.1%、同一市町村で実施している事業所は 51.1%となっている。その併設事業の内容を見ると、同一敷地以内では「認知症対応型共同生活介護」が 26.2%と最も多い。

一方、同一市町村内では「認知症対応型共同生活介護」が 27.7%、同一市町村内の他の地域で「小規模多機能型居宅介護」を実施している割合が 25.2%、「介護老人福祉施設」が 18.3%となっている。

表 1-13 併設事業（介護保険事業）

【2014】

施設系事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
1.小規模多機能型居宅介護（調査回答事業所以外）	48	3.2%	376	25.2%
2.複合型サービス	7	0.5%	40	2.7%
3.定期巡回・随時対応型訪問介護看護	19	1.3%	87	5.8%
4.認知症対応型共同生活介護	391	26.2%	412	27.7%
5.夜間対応型訪問介護	6	0.4%	36	2.4%
6.地域密着型介護老人福祉施設	116	7.8%	100	6.7%
7.地域密着型特定施設	16	1.1%	12	0.8%
8.特定施設入居者生活介護	24	1.6%	93	6.2%
9.介護老人福祉施設（特養）	35	2.3%	273	18.3%
10.介護老人保健施設（老健）	21	1.4%	119	8.0%

同一敷地内でありの施設数	582	39.1%
同一市町村でありの施設数	761	51.1%
いずれもなしの施設数	418	28.1%
対象施設数	1490	100.0%

【参考 2013】

同一敷地内でありの施設数	590	38.8%
同一市町村でありの施設数	764	50.2%
いずれもなしの施設数	384	25.2%
対象施設数	1521	100.0%

## 2) 住まい系の事業

何からの住まい系の事業を小規模多機能型居宅介護と同一敷地内で実施している事業所は 18.7%、同一市町村で実施している事業所は 22.1%となっている。その事業の内容を見ると、同一敷地以内では「サービス付き高齢者向け住宅」が 9.0%、「有料老人ホーム」が 6.4%などとなっている。前年度に比べ、「サービス付き高齢者向け住宅」は微減（9.9%）、「有料老人ホーム」は微増（6.0%）となっている。一方、同一市町村内では「サービス付き高齢者向け住宅」が 10.9%「有料老人ホーム」が 7.0%などとなっている。

表 1-14 併設事業（住まい系の事業）

【2014】

住まい系事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
1.軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	17	1.1%	83	5.6%
2.有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	96	6.4%	104	7.0%
3.サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	134	9.0%	162	10.9%
4.共生型ホーム（対象者を限定しない）	12	0.8%	7	0.5%
5.ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	10	0.7%	33	2.2%
6.高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	0	0.0%	7	0.5%
7.一般アパート・マンション	18	1.2%	15	1.0%
8.他が所有するアパート・マンション等の借り上げ住宅	5	0.3%	1	0.1%

同一敷地内でありの施設数	279	18.7%
同一市町村でありの施設数	330	22.1%
いずれもなしの施設数	936	62.8%
対象施設数	1490	100.0%

【参考 2013】

同一敷地内でありの施設数	246	16.2%
同一市町村でありの施設数	301	19.8%
いずれもなしの施設数	880	57.9%
対象施設数	1521	100.0%

### 3) その他の事業

その他の事業を小規模多機能型居宅介護と同一敷地内で実施している事業所は 10.3%、同一市町村で実施している事業所は 24.3%となっている。その事業の内容を見ると、同一敷地以内では「地域交流拠点」の整備が 3.3%、「配食」が 3.1%、などとなっている。

一方、同一市町村内では「一般病院・診療所」が 9.2%、「配食」が 8.7%、「保育・学童保育」が 7.6%などとなっている。

表 1-15 併設事業（その他）

【2014】

その他事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
一般病院もしくは診療所	36	2.4%	137	9.2%
障がい者支援サービス	35	2.3%	105	7.0%
保育・学童保育（放課後保育）	25	1.7%	113	7.6%
配食	46	3.1%	129	8.7%
地域交流拠点	49	3.3%	50	3.4%

同一敷地内でありの施設数	153	10.3%
同一市町村でありの施設数	362	24.3%
いずれもなしの施設数	1013	68.0%
対象施設数	1490	100.0%

【参考 2013】

同一敷地内でありの施設数	156	10.3%
同一市町村でありの施設数	344	22.6%
いずれもなしの施設数	923	60.7%
対象施設数	1521	100.0%

## Ⅱ. ケアマネジメント等の状況

### (1) 使用しているケアプラン

使用しているケアプランをみると「居宅介護サービス計画書」の使用が75.0%（1,114 か所）と最も多く、「ライフサポートワーク」が22.1%となっている。

表 2-1 ケアプランの使用状況

	施設数	%
①ライフサポートワークを使用	328	22.1%
②居宅介護サービス計画書を使用	1,114	75.0%
③その他	44	3.0%
総数	1,486	100.0%

### (2) ケアマネジメントにおける課題

ケアマネジメントにおける課題を計画作成者にあげてもらおうと（複数回答）と、「アセスメント」が55.6%、「記録」が47.4%、「担当者会議」が45.6%、「モニタリング」が45.4%、「目標設定」が44.4%などと高く表れている。

表 2-2 ケアマネジメントにおける課題

	施設数	%
①記録	673	47.4%
②ミーティング	428	30.1%
③目標設定	631	44.4%
④アセスメント	790	55.6%
⑤モニタリング	645	45.4%
⑥面接	239	16.8%
⑦担当者会議	648	45.6%
⑧給付管理	118	8.3%
⑨その他	32	2.3%
総数	1,421	複数回答

### Ⅲ. 運営推進会議・外部評価・情報公開について

#### (1) 運営推進会議の構成と人数（平均）

運営推進会議の構成と人数を見ると、総数の平均は9.40人、その内訳は、住民代表が2.94人、家族が1.86人、利用者が1.19人、地域包括支援センター職員が0.89人などとなっている。経年的な大きな変化は見られない。

表 3-1 運営推進会議メンバーの数

運営推進会議メンバー	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
総数(人)	9.40	9.44	9.24	9.62	9.63
利用者	1.19	1.14	1.11	1.03	0.97
家族	1.86	1.97	1.91	1.94	1.98
住民代表	2.94	2.98	2.96	3.07	3.00
市町村職員	0.69	0.70	0.71	0.73	0.67
地域包括支援センター職員	0.89	0.90	0.87	0.87	0.89
有識者	0.61	0.57	0.56	0.63	0.59
社会福祉協議会職員	0.16	0.17	0.16	0.14	0.17
医師	0.09	0.09	0.09	0.09	0.09
その他	0.97	0.92	0.89	1.12	1.07

#### (2) 運営推進会議の開催頻度

運営推進会議の開催頻度を見ると、「定期的に開催」されている割合は92.4%である。「ほとんど開催できていない」割合が7.6%と、過去5年間の調査では最多である。平均の開催回数は5.10回（年）である。

表 3-2 運営推進会議の開催状況

運営推進会議の開催	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
定期的に開催	92.4%	95.0%	99.0%	97.0%	96.2%
ほとんど開催できてない	7.6%	5.0%	1.0%	3.0%	3.8%
開催頻度(平均)	5.10回	5.59回	5.70回		3.18回

「定期的に開催できていない」と回答した事業所に、その理由を尋ねた結果、最も多かったのは「開設して間もないから」が132か所（51.4%）となっていた。

表 3-3 運営推進会議を定期的に開催していない理由

	施設数	%
①開設して間もないから	132	51.4%
②関係者にどのように声掛けし、組織したらよいか分からないから	9	3.5%
③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから	8	3.1%
④サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから	37	14.4%
⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから	2	0.8%
⑥その他	94	36.6%
総数	257	複数回答

### (3) 運営推進会議での議題

運営推進会議での議題を見ると（複数回答）、前年度と比べて同様の傾向だが、「勉強会の開催」が17.1%（前年度 15.3%）と上昇した。「登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動」と「事業所のサービス評価に関すること」はこの3年間で減少傾向にある。

表 3-4 運営推進会議での議題

議題(複数回答)	2014年	2013年	2012年	2011年
①利用者のケース	62.9%	65.6%	68.0%	53.8%
②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告	96.9%	96.9%	97.2%	
③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題	78.1%	80.8%	79.6%	49.8%
④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題	81.2%	83.1%	84.4%	82.7%
⑤メンバー同士の情報交換	71.7%	70.0%	69.8%	
⑥地域・事業所での行事検討	62.1%	66.2%	65.5%	
⑦登録者のケース以外の地域課題	27.7%	27.4%	29.0%	32.7%
⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動	24.3%	25.8%	29.8%	
⑨事業所のサービス評価に関すること	54.1%	58.1%	62.6%	
⑩事業所と地域の情報交換の場になっている	68.0%	69.4%	69.5%	
⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している	17.1%	15.3%	6.5%	
⑫その他	4.5%	5.2%		
回答施設総数	1,464	1,505	1,200	950

### (4) 運営推進会議の開催時間

運営推進会議の開催時間を見ると、30分から60分未満が58.0%と最も多く、次いで60分から90分未満が36.7%となっている。30分未満も2.4%ある。

表 3-5 運営推進会議の開催時間

	施設数	%
①30分未満	35	2.4%
②30分から60分未満	851	58.0%
③60分から90分未満	538	36.7%
④90分以上	42	2.9%
総数	1,466	100.0%

### (5) 外部評価について

役に立っているとの回答は85.4%だった。

表 3-6 外部評価の評価

	施設数	%
①役にたっている	1,149	85.4%
②役にたっていない	197	14.6%
総数	1,346	100.0%

## 外部評価が役にたっていない理由：自由回答

外部評価が「役に立っていない」と回答した 197 事業所に対して、その具体的な理由を聞いたところ、①評価調査員の質や力量に関すること、②評価事業が活用されていないこと、③費用対効果に関すること、④仕組みそのものに意味を見出せないこと、⑤制度や仕組みに関する課題 などの意見が挙げられた。以下は、その主な意見をカテゴリごとに抜粋した。

### ① 評価調査員の質や力量に関すること

・ 外部評価の調査員の評価するところがずれていて、指摘される部分も納得できず、意味があるとも思えない。
・ 評価員によって他事業所のやり方を強引にすすめたり、当事業所の地域性(農村地帯)の配慮はなく、又、違う年には、全てが良く評価され、調査員とのなれ合いが感じられた。
・ 主観的意見が多い。
・ 実地指導と言っている事が違うので、とまどう。
・ 話題が内容的に薄い。
・ 小規模多機能について、あまり詳しく知らない方が評価員となっているから。
・ 特別、参考となるアドバイス等もない。
・ 審査員のスキルが低すぎる。質問の的がずれている。重要な所の質問が無く、全てが同じ比重で見ている様に感じる。
・ 評価者により評価が大きく変わるため、基準がはっきりしない。
・ 保険者の指導と矛盾することがある。
・ 改善案も不可能なので評価機関の変更をしたい。
・ 改善できない理由がある事項を毎回指摘される。その度毎回説明をくり返している。
・ 調査員が小規模多機能についての知識がない為、小規模について勉強して帰って頂く機会になっている。
・ 形式的、調査員に知見がなさすぎる。料金が高い。

### ② 評価事業が活用されていないこと

・ 利用希望者家族の中で、外部評価結果について触れられた方はいない。又、結果で当事業所を選んだと言う話も聞かない。
・ 手間がかかっているだけで、実際にその評価が、一般の方たちにどの程度役に立っているのかがわからない。
・ 地域性もあると思うがネット利用者からの本事業所情報を得たことがない。
・ 特に他事業所等から、外部評価を見たという話を聞かない。又、自分たちも見ることがない。

<ul style="list-style-type: none"> <li>評価を見ている人がいないようだ。地域密着型だから、利用者や地域の方々が評価してくれているので十分でもあり、厳しくもあり評判が広まっていると思われます。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>活用されているか不明の為。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>誰も見ない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>インターネットに評価が公表されているが、見ている人がいない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>外部の人が見に来ることについては必要だと思われるが、果して外部評価の結果を誰が見ているのか、どういう役にたっているのか分からない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>まだ役に立っていないように思える。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ワムネットでどの位利用されているかがわからない</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>外部評価をみましたと言っの問い合わせはなし。外部評価の知名度は0件だった。</li> </ul>

### ③ 費用対効果

<ul style="list-style-type: none"> <li>外部評価の結果を、外部の一般の方が見る機会がほとんど無く、お金をかけて実施する意味がない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>気づきや確認等には役立っていると思われるが高い金額を支払ってまでの必要性を感じない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>料金が高いわりには、役に立つ情報がない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者になり3度目の外部評価を受けました。費用もかかりますし、利用者のご家族のアンケートは参考になりますが…1日の対応は大変ですし、判定者も経験等もない方がいらしたり…</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>時間と経費がかかる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>外部の意見は運営推進会議でまかなえている。さらに料金を支払って外部評価を受けても、どれだけの人がみているか疑問に思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>自己点検にはよいと思うが、情報公表制度と重複する事項もあり、費用も高額であるため、あまり役に立っているとは思えない。評価事項が毎回同じである。</li> </ul>

### ④ 仕組みそのものに意味を見出せないこと

<ul style="list-style-type: none"> <li>意味があるとは思えない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>特別な必要性を感じない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1日だけみても本当の評価になりにくい。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>現在未実施であり、来年度より実施する予定。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>何の為に手間暇掛けてやっているのか分からなくなる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>項目等参考にすることはあっても役にたっているとまでは感じない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>厳しくなく、評価後、事業所のためになっているとは思えない。</li> </ul>

・ 内容が小規模多機能に一致しない項目があり、運用出来ない場所がある。
・ 毎回同じ質問で形式的だから。
・ 自己評価の結果を運営推進委員会で評価してもらおう事で十分に思う。

### ⑤ 制度や仕組みに関する課題

・ 年1回、数時間の調査では、書類上のチェックのみになりがち、義務づけられている運営推進会議の中で行うようになればよいのでは。
・ 運営推進会議を定期的に行うほうが、第三者の目が入り、より運営に活かされている。
・ 自己評価の結果を運営推進委員会で評価してもらおう事で十分に思う。

### (6) 介護サービス情報公表制度について

役に立っているとの回答は 55.3%で、役に立っていないが 44.7%を占めた。

表 3-7 情報公開の評価

	施設数	%
①役にたっている	711	55.3%
②役にたっていない	575	44.7%
総数	1,286	100.0%

#### 介護サービス情報公表制度が役にたっていない理由：自由回答

介護サービス情報公表制度が「役に立っていない」と回答した 575 事業所に対して、その具体的な理由を聞いたところ、①周知されていない・利用されていない、②インターネットの使いにくさ、③外部評価制度との重複感 などに関するの意見が挙げられた。以下は、その主な意見をカテゴリごとに抜粋した。

#### ① 周知されていない・利用されていない

・ 閲覧数が少ない。どちらかと言えば外部評価を参考にされてると思います。
・ 一般的に知られていない。
・ ほとんどみる機会がない。
・ あまり活用されていないと感じる。
・ まったく見えず、役に立っているとは思えない。
・ 誰も見ていない。

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ どれだけの方が見られているのか。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 見ている人がいないと思う。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 問い合わせがない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 役にたっているのかどうか、よくわからない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ あまり活用できていないため、わからない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 利用希望者家族の中で、外部評価結果について触れられた方はいない。又、結果で当事業所を選んだと言う話も聞かない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 情報公表も外部評価も同じで、どれだけ一般の方たちの役に立っているかわからない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 例年通り打ち込むだけのようになってしまうっており、公表した反応や結果があまり返って来ない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ どの様に活用されているかわからない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 閲覧されていないと思われる。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 特に問い合わせもないため、よくわからない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 公表しているものを見て意見・質問・要望等来ないため役に立っているか実感はない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 情報公表の内容を確認したとの意見が、他事業者や利用希望者から聞かれることがない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 情報公表後に反応があったのかわからない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 新規の方や利用者家族など、ネット等で検索した事がある人がいない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 特別な必要性を感じない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 反応があまりない為。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 何の役に立っているのか？</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ほとんど見えない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 情報公表をあまりみない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 実用性が感じられない。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 活用出来る情報になっていない。手軽に提供出来ない。判断材料にならない。</li> </ul>

## ② インターネットの使いにくさ

田舎でもある為か、インターネットなど利用して相談に訪れる方はいない。直接、電話か、見学して下さる。
高齢者や地方などインターネット使用の機会がまだまだ少ない状況にあるのでは。
一部のユーザーにしか役に立っていないような気がする。
インターネットを見る人が少ない。
PC を使える方が少なくて比較できていない。
高齢者がインターネットを利用していない事が多い為。

## ③ 外部評価制度との重複感

外部評価と内容が重複する部分があり、利用者ケアとは別の立場での煩雑業務になっている感がある。
外部評価の方が細かいので、二度手間であり、一部の方しか見ていない気がする。
外部評価で充分だと思う。
外部評価と同じ。
外部評価を行っているので、外部評価のみが良いと思う。
はたしてご家族様などが自ら進んで見るのか疑問。外部評価だけで充分ではないか。
外部評価があるので、同じ内容もあり、必要性を感じない。

## IV. サービスの提供体制およびスタッフの状況について

### (1) 職員数の状況

職員総数の平均は 14.21 人、常勤が 8.66 人、非常勤が 5.74 人、常勤換算で 10.71 人となっている。過去 4 年間大きな変動はない。各職種別、専従・兼務別の職員数は以下表に示す。

表 4-1 職員数と内訳

職員数	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
職員総数	14.21名	14.14名	14.50名	14.17名	13.65名
常勤	8.66	8.69	8.85	8.75	
非常勤	5.74	5.46	5.66	5.39	
常勤換算人数	10.71	10.61	11.41	10.79	

職員総数		平均値 (名)	14.21			
常勤・非常勤		平均値 (名)	常勤	8.66	非常勤	5.74
常勤換算人数		平均値 (名)	10.78			
			常勤		非常勤	
			実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
管理者	専従	平均値 (名)	0.18	0.15		
	兼務	平均値 (名)	0.84	0.45		
計画作成担当者	専従	平均値 (名)	0.20	0.16	0.07	0.04
	兼務	平均値 (名)	0.77	0.39	0.07	0.03
看護職員	専従	平均値 (名)	0.58	0.51	0.46	0.19
	兼務	平均値 (名)	0.24	0.12	0.24	0.09
介護職員	専従	平均値 (名)	5.99	5.12	3.58	1.90
	兼務	平均値 (名)	1.05	0.57	0.63	0.24
その他	専従	平均値 (名)	0.08	0.06	0.34	0.14
	兼務	平均値 (名)	0.05	0.02	0.08	0.03

## V. 生活支援の状況

### (1) 登録利用者の自宅での地域生活状況

8つの項目について、その参加や利用の状況と、その取り組みにおける支援者についてまとめた。以下、項目ごとに分析している。

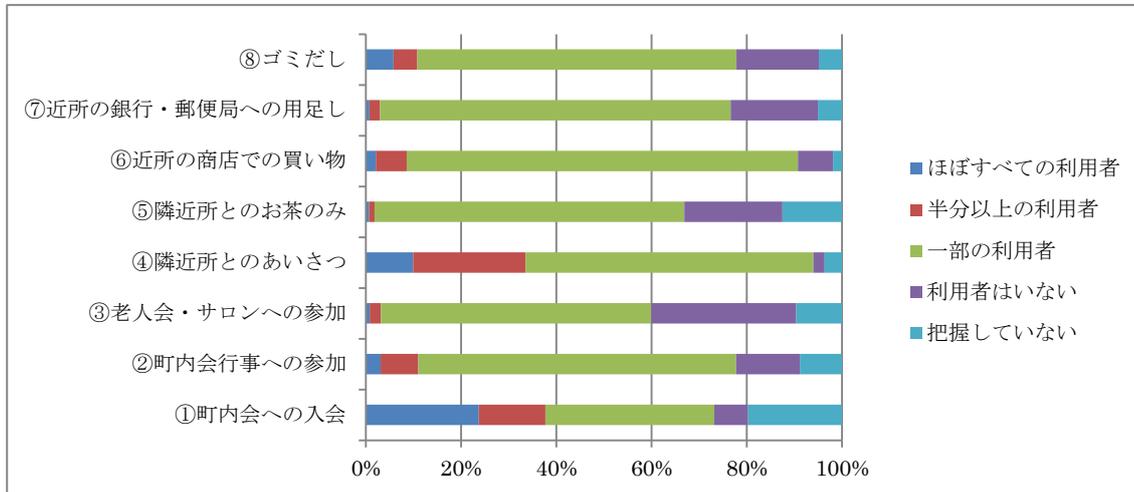


図 5-1 地域生活における利用者の参加状況

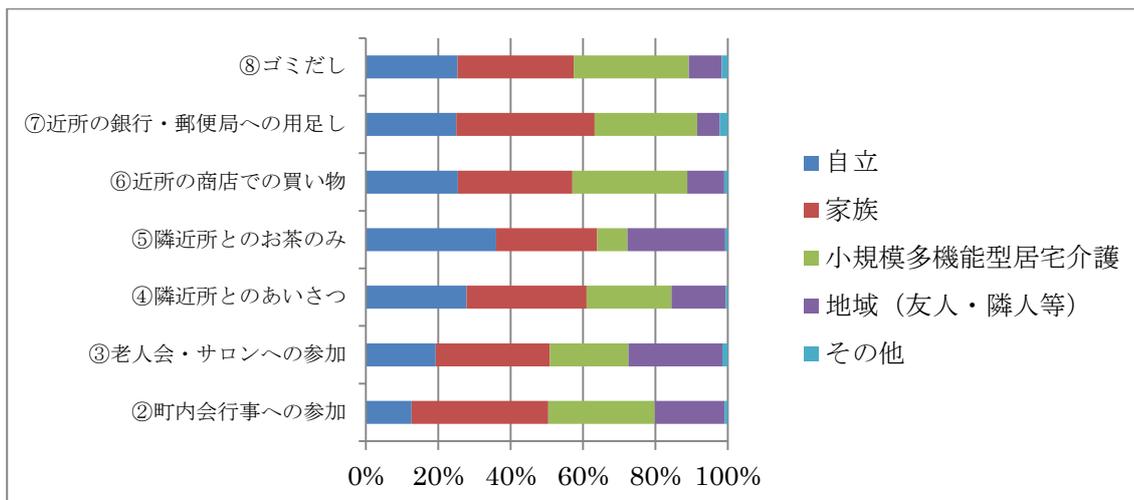


図 5-2 諸活動における利用者参加の際の支援者

### 1) 町内会への入会

「一部の利用者」が入会しているとの回答が 35.4%と最も多く、「利用者はいない」が 7.1%、「把握していない」も 19.7%を占める。

表 5-1 町内会への入会の状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	343	23.7%
②半分以上の利用者	202	14.0%
③一部の利用者	512	35.4%
④利用者はいない	103	7.1%
⑤把握していない	285	19.7%
総数	1,445	100.0%

### 2) 町内会行事への参加

「一部の利用者」が参加しているとの回答が 66.8%と最も多く、「利用者はいない」が 13.4%、「把握していない」が 8.9%を占める。「ほぼすべての利用者」が参加しているとの回答は 3.1%だった。

表 5-2 町内会行事への参加の状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	45	3.1%
②半分以上の利用者	115	7.9%
③一部の利用者	972	66.8%
④利用者はいない	195	13.4%
⑤把握していない	129	8.9%
総数	1,456	100.0%

参加している場合の支援者（複数回答）は「家族」が 70.9%、「小規模多機能型居宅介護」が 55.2%などとなった。

表 5-3 町内会行事への参加の際の支援者

	人数	%
①自立	273	23.6%
②家族	821	70.9%
③小規模多機能型居宅介護	639	55.2%
④地域（友人・隣人等）	418	36.1%
⑤その他	19	1.6%
総数	1,158	複数回答

### 3) 老人会やサロンへの参加

「一部の利用者」が参加しているとの回答が 56.8%と最も多く、「利用者はいない」が 30.4%、「把握していない」が 9.6%を占める。「ほぼすべての利用者」が参加しているとの回答は 0.8%だった。

表 5-4 老人会やサロンへの参加の状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	12	0.8%
②半分以上の利用者	34	2.3%
③一部の利用者	825	56.8%
④利用者はいない	442	30.4%
⑤把握していない	140	9.6%
総数	1,453	100.0%

参加している場合の支援者（複数回答）は「家族」が 53.8%、「地域の友人・隣人」が 44.2%、「小規模多機能型居宅介護」が 36.9%などとなった。

表 5-5 老人会やサロンへの参加の際の支援者

	人数	%
①自立	292	32.7%
②家族	480	53.8%
③小規模多機能型居宅介護	329	36.9%
④地域（友人・隣人等）	394	44.2%
⑤その他	22	2.5%
総数	892	複数回答

#### 4) 利用者宅の隣近所とのあいさつ等

「一部の利用者」がしているとの回答が 60.4%と最も多く、「ほぼすべての利用者」がしているとの回答は 10.0%だった。

表 5-6 自宅近隣の人とのあいさつの実施状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	145	10.0%
②半分以上の利用者	344	23.6%
③一部の利用者	880	60.4%
④利用者はいない	35	2.4%
⑤把握していない	53	3.6%
総数	1,457	100.0%

あいさつ等をしている場合の支援者（複数回答）は「家族」が 70.9%、「自立」が 59.6%、「小規模多機能」が 50.3%などとなった。

表 5-7 自宅近隣の人とのあいさつ実施時の支援者

	人数	%
①自立	810	59.6%
②家族	963	70.9%
③小規模多機能型居宅介護	683	50.3%
④地域（友人・隣人等）	437	32.2%
⑤その他	15	1.1%
総数	1,359	複数回答

#### 5) 利用者宅の隣近所とお茶のみ等

「一部の利用者」が参加しているとの回答が 65.0%と最も多く、「利用者はいない」が 20.6%、「把握していない」が 12.5%を占める。

表 5-8 自宅隣近所とお茶のみ等への参加状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	10	0.7%
②半分以上の利用者	17	1.2%
③一部の利用者	951	65.0%
④利用者はいない	302	20.6%
⑤把握していない	183	12.5%
総数	1,463	100.0%

参加している場合の支援者（複数回答）は「自立」が最も多く 60.9%、「家族」が 47.2%、「地域の友人・隣人」が 45.8%などとなった。

表 5-9 お茶のみ等への参加の際の支援者

	人数	%
①自立	608	60.9%
②家族	471	47.2%
③小規模多機能型居宅介護	142	14.2%
④地域（友人・隣人等）	457	45.8%
⑤その他	11	1.1%
総数	998	複数回答

#### 6) 利用者宅の近所の商店での買い物等

「一部の利用者」がしているとの回答が 82.2%と最も多く、「利用者はいない」が 7.3%などとなっている。

表 5-10 自宅近隣の商店での買い物の状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	30	2.1%
②半分以上の利用者	95	6.5%
③一部の利用者	1,199	82.2%
④利用者はいない	107	7.3%
⑤把握していない	28	1.9%
総数	1,459	100.0%

している場合の支援者（複数回答）は「家族」が 67.9%、「小規模多機能型居宅介護」が 67.8%と高い割合で、「自立」も 54.3%などとなった。

表 5-11 買い物時の支援者

	人数	%
①自立	720	54.3%
②家族	900	67.9%
③小規模多機能型居宅介護	899	67.8%
④地域（友人・隣人等）	291	22.0%
⑤その他	27	2.0%
総数	1,325	複数回答

#### 7) 利用者宅の近所の銀行や郵便局等への用足し

「一部の利用者」がしているとの回答が 73.6%と最も多く、「利用者はいない」が 18.3%などとなっている。

表 5-12 近隣の銀行や郵便局への用足しの状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	11	0.8%
②半分以上の利用者	32	2.2%
③一部の利用者	1,072	73.6%
④利用者はいない	267	18.3%
⑤把握していない	74	5.1%
総数	1,456	100.0%

している場合の支援者（複数回答）は「家族」が 70.8%と高く、「小規模多機能型居宅介護」が 52.4%、「自立」も 46.1%などとなった。

表 5-13 銀行や郵便局への用足しの際の支援者

	人数	%
①自立	530	46.1%
②家族	813	70.8%
③小規模多機能型居宅介護	602	52.4%
④地域（友人・隣人等）	132	11.5%
⑤その他	47	4.1%
総数	1,149	複数回答

#### 8) 利用者宅のゴミだし

「一部の利用者」がしているとの回答が 67.0%と最も多く、「利用者はいない」が 17.3%などとなっている。

表 5-14 自宅ゴミだしの状況

	人数	%
①ほぼすべての利用者	85	5.8%
②半分以上の利用者	73	5.0%
③一部の利用者	980	67.0%
④利用者はいない	253	17.3%
⑤把握していない	71	4.9%
総数	1,462	100.0%

している場合の支援者（複数回答）は「家族」が 65.8%、「小規模多機能型居宅介護」が 65.2%と高く、「自立」も 51.9%などとなった。

表 5-15 ゴミ出しの際の支援者

	人数	%
①自立	620	51.9%
②家族	786	65.8%
③小規模多機能型居宅介護	779	65.2%
④地域（友人・隣人等）	221	18.5%
⑤その他	41	3.4%
総数	1,194	複数回答

## (2) サービス利用前後における利用者の地域生活の変化

「あまり変化がない利用者が多い」と回答した事業所が 42.8%である一方、「少しの変化のみあった利用者が多い」と回答した事業者も 38.8%、「大きな変化があった利用者が多い」との回答も 10.6%あった。

表 5-16 小規模多機能型居宅介護利用前後における地域生活における変化

	人数	%
①大きな変化があった利用者が多い	131	10.6%
②少しの変化のみあった利用者が多い	480	38.8%
③あまり変化がない利用者が多い	529	42.8%
④全く変化がない利用者が多い	96	7.8%
総数	1,236	100.0%

開設年による捉え方の差をみるために開設年別に分析したが、年によりばらつきのある結果となり、開設年による相関は見られない。

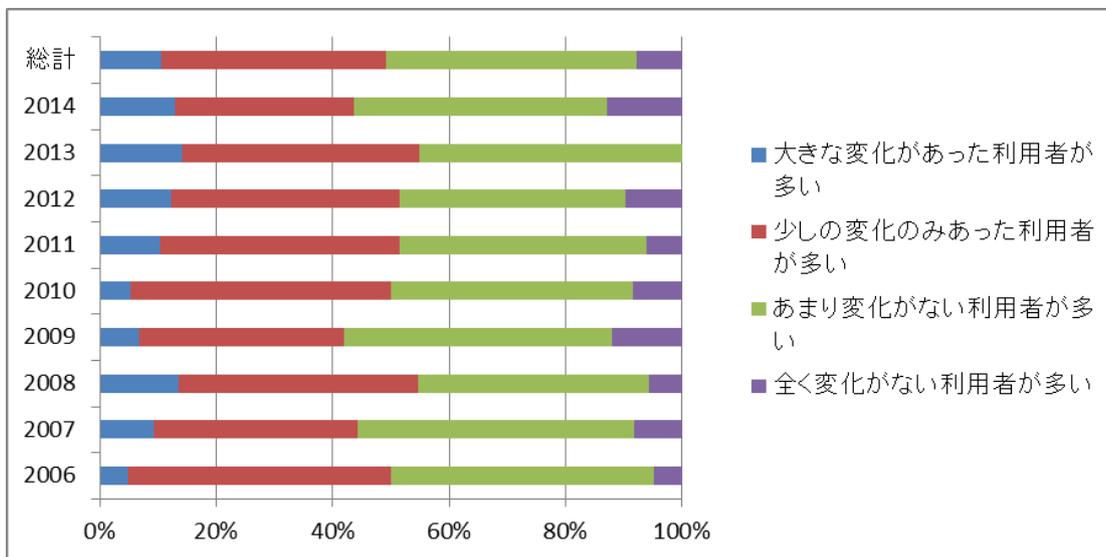


図 5-3 開設年と地域生活の変化の状況

## 利用者の「地域生活における変化」について：自由回答

利用者のサービス利用前後における地域生活の変化について、具体的な内容を聞いたところ、①外出機会や他者との交流に関すること、②地域住民の声かけや見守り等の地域力の向上に関すること、③馴染みの場所や買い物に出かけることが増える等の生活の質の向上に関すること の具体例が挙げられた。以下は、その主な回答をカテゴリごとに抜粋した。

### ① 外出機会や他者との交流に関すること

独居や独身息子と母の2人暮らし、ネグレストなどの人達が近隣住民と関わるようになり、生活の質が向上した。体調管理がしっかりと出来、外気の暑寒にも負けず体調を崩すことがなくなった。
閉じ込めりの人が多かった為小規模を利用するようになって出かける時に「いってらっしゃい」と声をかけてくれる人が増えた。
サロンを休んでいた人が小規模からサロンへ参加するようになり昔馴染みの人と逢う機会が増えた。
利用者が外出の機会がなかった方がほとんどであったが、地域の夏祭りや敬老会に参加し昔なじみの仲間に会えるようになった。
民生委員との交流ができた。
わざわざ施設まで会いにきてくれる方が多くなった。
利用者様の友人方も、小規模で行う行事にも、参加され、地域交流が増えた。
町内の祭りに出られた。
運動会に参加できた。
出入りが多くなった分、近所の方と顔を合わせる機会が増えた方もいらっしゃる。
外出の機会が増えた(図書館、買い物等)。
地域行事に積極的に参加できるようになった。
公民館の行事に参加できるようになった。
小学校の運動会へ見学に行くようになった。
隣人や旧知人と会う機会をもてた。
同窓会に参加できた。
隣人と会話できるようになった。
小学校の学習発表会に参加し、小学生、先生方とふれあう機会を持つことにより、大変喜んでもらった。
近所付き合いが増えた。

利用者の近所に買い物に行けるようになった。
事業所の通いを利用したことによって、とじこもりがちではなく、家族と外出する機会が増えた。
馴染みの商店街に行く回数が増えた。地域のサロンで、友人や以前の同僚と会えるようになった。
友達が出来て楽しく交流できるようになった。
外出する機会が増えた。
買い物等、外出の支援があり、行きたい時に行けるようになったとの声がある。その際、近所の方から“元気だった”との声かけをもらえ、無事な姿を見せられる。
地域の祭り等に参加する回数が増えた。
利用者が近隣との付き合いができるようになった。
様々な催しに参加されるようになった。
利用者は当施設の地域コミュニティーセンターで友人やその知人とお茶をのみ歓談する。
近隣の方が自宅を訪問される事が増えた。
近所のコンビニへ買い物に出掛けた時に道で会った知人に話しかけてもらう事が増えた。
自宅から外出することのなかった利用者が、いざ出かけてサービスを受けるようになったら元気になり、いきいきしてきた。知人や隣の人もびっくりしている。

## ②地域住民の声かけや見守り等の地域力の向上に関すること

近所の方が小規模へ緊急時の通報をしてくれるようになった。
利用者の近隣の人達が声をかけ、変化があった時は、こちらにも TEL をくれる様になった。
時々、様子を近所の方が事業所に伝えてくれる。
地域の有志で作る、運動を中心としたサークルに声をかけてくれる。
介護サービスの利用をしている事を知り、見守り等が必要であることを理解認識してくれた。
外出先でも良く声をかけてもらうようになった。
利用者が散歩等外出時に近所の方が声をかけて下さる。
送迎時近所の方が声をかけてくれるようになった。
事業所のサポートで外出の機会が増えた。(買物、散歩)
地域で無断外し歩いているのを見かけたら、連絡をくれるなど、してくれるようになった。

お向かいの方が、本人の状況(認知症を有すること)をわかって下さり、訪問時に状況を教えてくれるようになった。
こちらからお願いした訳でもなく、進んで「一緒に出すから」とゴミを出してくれるようになった。
近隣の方が声をかけてくれるようになった。
近隣、地域住民、民生委員、家族の意識が一体化して来た様に感じる。
利用者を見かけると、近隣の人たちが本人と自事業所職員に声をかけてくれるようになった。
近所の方が何かあったら訪ねてきてくれるようになった。(相談含む)
利用者に関わるヤクルトレディーと時折連絡をとりあうようになった。
近所の方が利用者の様子を注意して見守ってくれるようになった。時々、事業所にも電話を入れて下さるなど、情報交換できるようになっている。
朝夕のご挨拶や、行事に参加して頂く事で、利用者を気にかけてくださったり、お声をかけて頂けるようになった。

### ③馴染みの場所や買い物に出かけることが増える等の生活の質の向上に関すること

利用者の方が銀行に行ったり、美容室に行ったり、服を買いに行ったりされる。
なじみの床屋へ再度行くようになった。
中断していたなじみの店(サロン etc)に行く事が再会出来た。(美容院、クラブ活動)
利用者の近所の美容室に行くことができるようになった。
介助することで、スーパー等の利用をすることができるようになった。
利用者がまだ要介護状態になる前に、よく利用していた美容院や喫茶店に、自事業所職員といっしょに行くことができるようになり、付き合いが再会した。
利用者がなじみのお店に行く回数が増えた
介護サービスを利用するようになって、雨戸閉めゴミ出し等の近隣援助がなくなった方が1名いた。
買い物に行けるようになった。
自宅からも買い物などへ出かけることが多くなった。
買い物ができるようになった。
通いサービスで、来所される事で、久しぶりにお会いして、話が弾まれたり、レク活動にも、取り組まれ、意欲がわいた利用者様が増えた。
外出や会話する機会が増え、買い物や地域行事の参加等でき他者からも「笑顔が増えた」とお言葉あり。
利用者が明るくなった話を沢山するようになった。友人がくるようになった。
小規模多機能型居宅介護で過ごす人との仲間意識が芽生えた。
よく会話されるようになった。
1人で公共の機関を使い、外出される様になった。
自ら親しい方に関わりを持つ様になった。

## VI. 地域支援に関する取組み

### (1) 登録者以外への個別支援

#### 1) 個別支援の実施

「登録者以外」にも個別支援している事業所は 22.0%となった。

表 6-1 登録者以外への個別支援の状況

	人数	%
①登録者以外の個別支援をしている	305	22.0%
②登録者のみ個別支援している	977	70.5%
③その他	103	7.4%
総数	1,385	100.0%

#### 2) 登録者以外への個別支援をしている場合の担当職員

上記設問において、個別支援実施の場合の担当職員は（複数回答）、「管理者」が 75.2%、「計画作成担当者」が 66.0%、「介護職員」が 63.7%などとなっている。

表 6-2 登録者以外への個別支援の担当職員

	人数	%
①管理者	321	75.2%
②計画作成担当者	282	66.0%
③介護職員	272	63.7%
④看護職員	152	35.6%
⑤その他の職員	42	9.8%
総数	427	複数回答

#### 3) 登録者以外への個別支援をしている場合の支援内容

登録者以外への個別支援実施の場合の支援内容は（複数回答）、「安否確認」が 48.8%と最も多く、「配食サービス」が 20.5%、「外出支援」が 18.8%などとなっている。

「その他」としては、話し相手、お茶のみ、介護保険申請手続き等各種の相談業務、緊急時の受け入れや対応などの回答があった。

表 6-3 登録者以外への個別支援の内容

	人数	%
①配食サービス	85	20.5%
②会食会	62	15.0%
③安否確認	202	48.8%
④家事援助のような生活支援	40	9.7%
⑤外出支援	78	18.8%
⑥直接介護支援	38	9.2%
⑦DV等の緊急受入れ	46	11.1%
⑧その他	185	44.7%
総数	414	複数回答

## (2)地域に対する取組み（支援）

### 1)介護保険サービス以外の地域に対する事業や取組み

「していない」が半数を超え54.1%、「している」が41.2%となった。

表 6-4 介護保険サービス以外の地域に対する事業実施

	人数	%
①している	583	41.2%
②していない	765	54.1%
③その他	66	4.7%
総数	1,414	100.0%

### 2)地域に対する取組み（支援）をしている場合の担当職員

上記設問において、「している」場合の担当職員は（複数回答）、「管理者」が86.3%と最も多く、「介護職員」68.7%、「計画作成担当者」59.4%などとなっている。

表 6-5 介護保険サービス以外の地域に対する事業実施の際の担当者

	人数	%
①管理者	710	86.3%
②計画作成担当者	489	59.4%
③介護職員	565	68.7%
④看護職員	251	30.5%
⑤専属の職員 （ボランティアコーディネーターや地域コーディネーター等）	29	3.5%
⑥その他の職員	80	9.7%
総数	823	複数回答

### 3)地域に対する取組み（支援）をしている場合の内容

地域に対する取組みや支援の具体については（複数回答）、「地域の清掃活動」が48.6%、「認知症の勉強会・啓発事業」が37.3%と高い。「介護講座」、「サロン」、「ボランティア募集」も10%を超える。

表 6-6 地域に対する取組みの具体的内容

	人数	%
①登録者以外のサロン	152	18.6%
②地域資源マップ作り	50	6.1%
③認知症の勉強会・啓発事業	305	37.3%
④介護講座（事業所にて）	147	18.0%
⑤介護講座（事業所以外）	181	22.2%
⑥認知症カフェや喫茶、食堂	69	8.4%
⑦銭湯（浴室の解放）	15	1.8%
⑧地域の清掃活動	397	48.6%
⑨ボランティア養成講座の開催	31	3.8%
⑩地域の団体・サークルの事務局	36	4.4%
⑪登録者を支えるボランティアの募集	112	13.7%
⑫その他	186	22.8%
総数	817	複数回答

## Ⅶ. 個票による利用者属性の分析

個票調査で得られた 26,561 人（1,433 事業所）が分析の対象である。調査項目ごとに、有効回答を用いて分析している。

### (1) 男女

女性が 73.1% を占める。この傾向は過去 5 年間変化ない。

表 7-1 利用者の男女比

男女比	2014	2013	2012	2011	2010
女	73.1%	72.7%	73.2%	73.1%	72.4%
男	26.9%	27.3%	26.8%	26.9%	27.6%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0

N=26,561

### (2) 平均年齢

女性利用者の平均年齢は 85.10 歳、男性の平均年齢は 82.40 歳となっている。過去 5 年間との変化をみると、男女とも、わずかであるが、平均年齢は上昇している。

表 7-2 利用者の平均年齢

平均年齢	2014	2013	2012	2011	2010
女	85.10	84.82	84.78	84.4	84.2
男	82.40	82.15	82.13	81.9	81.7
総計	84.37	84.09	84.08	83.7	83.5

N=26,379

### (3) 要介護度

要介護度の状況を見ると、最も多いのは「要介護 2」で 24.5%、ついで「要介護 1」で 24.1% となっている。2013 年度と比較すると「要介護 3~5」が微減となっている。平均介護度は「要介護 2, 36 (N=24,893)」

表 7-3 利用者の介護度

介護度	2014	2013	2012	2011	2010
要支援1	4.2%	4.2%	3.3%	3.7%	4.4%
要支援2	5.4%	5.5%	5.0%	5.1%	5.1%
要介護1	24.1%	22.9%	21.9%	21.3%	21.6%
要介護2	24.5%	24.8%	25.0%	24.9%	24.2%
要介護3	20.0%	20.4%	21.8%	20.9%	22.1%
要介護4	13.6%	13.8%	14.2%	15.1%	14.9%
要介護5	8.2%	8.4%	8.9%	8.9%	7.7%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=26,517

#### (4) 日常生活自立度

もっとも多いのは「A2」で26.4%、ついで「A1」で23.3%である。5年間で大きな変化はない。

表 7-4 利用者の日常生活自立度

日常生活自立度	2014	2013	2012	2011	2010
J1	6.3%	6.6%	6.6%	6.2%	5.0%
J2	14.5%	14.9%	14.0%	14.9%	15.4%
A1	23.3%	23.1%	23.4%	23.2%	23.5%
A2	26.4%	26.5%	26.6%	25.9%	25.7%
B1	11.1%	10.7%	11.2%	11.1%	11.4%
B2	12.9%	12.7%	12.8%	12.4%	12.9%
C1	2.7%	2.7%	2.8%	3.1%	3.1%
C2	2.7%	2.8%	2.8%	3.1%	2.9%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=24,512

#### (5) 認知症日常生活自立度

もっとも多いのは「IIb」で23.4%、ついで「IIIa」で22.0%である。昨年度とほぼ同様の傾向である。

表 7-5 利用者の認知症日常生活自立度

認知症日常生活自立度	2014	2013	2012	2011	2010
自立	7.5%	7.6%	7.0%	7.0%	5.6%
I	14.2%	14.2%	13.5%	14.0%	14.2%
II a	13.8%	13.5%	14.1%	13.7%	14.4%
II b	23.4%	23.5%	22.4%	22.3%	21.9%
III a	22.0%	21.8%	23.0%	22.8%	22.0%
III b	7.4%	7.7%	7.8%	8.0%	8.6%
IV	9.8%	9.8%	10.2%	10.1%	10.9%
M	1.9%	1.9%	2.0%	2.0%	2.4%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=24,949

## (6) 要介護度と日常生活自立度

もっとも多いのは「要介護 2-A2」の利用者で全体の 8.1%を占める。

表 7-6 要介護度と日常生活自立度（上：人数 下：割合）

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	71	186	332	226	161	23	10			1,009
要支援2	58	127	374	374	295	61	22	3		1,314
要介護1	177	406	1,425	1,824	1,568	322	129	8	2	5,861
要介護2	87	242	878	1,740	1,982	663	354	39	11	5,996
要介護3	43	102	410	1,080	1,588	830	717	81	26	4,877
要介護4	13	30	100	327	644	622	1,230	253	134	3,353
要介護5	2	7	24	128	209	201	706	277	487	2,041
h.審査中			3	2	4	2	1	1	2	15
総計	451	1,100	3,546	5,701	6,451	2,724	3,169	662	662	24,466

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	0.3%	0.8%	1.4%	0.9%	0.7%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
要支援2	0.2%	0.5%	1.5%	1.5%	1.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	5.4%
要介護1	0.7%	1.7%	5.8%	7.5%	6.4%	1.3%	0.5%	0.0%	0.0%	24.0%
要介護2	0.4%	1.0%	3.6%	7.1%	8.1%	2.7%	1.4%	0.2%	0.0%	24.5%
要介護3	0.2%	0.4%	1.7%	4.4%	6.5%	3.4%	2.9%	0.3%	0.1%	19.9%
要介護4	0.1%	0.1%	0.4%	1.3%	2.6%	2.5%	5.0%	1.0%	0.5%	13.7%
要介護5	0.0%	0.0%	0.1%	0.5%	0.9%	0.8%	2.9%	1.1%	2.0%	8.3%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	1.8%	4.5%	14.5%	23.3%	26.4%	11.1%	13.0%	2.7%	2.7%	100.0%

## (7) 要介護度と認知症日常生活自立度

もっとも多いのは「要介護 1-IIb」の利用者で全体の 7.8%を占める。

表 7-7 要介護度と認知症日常生活自立度（上：人数 下：割合）

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	総計
要支援1	319	389	161	106	38	10	3	1	1,027
要支援2	410	584	164	122	33	10	5	1	1,329
要介護1	406	999	1,301	1,933	949	193	155	41	5,977
要介護2	367	825	926	1,813	1,382	388	322	59	6,082
要介護3	185	379	510	1,148	1,538	551	569	109	4,989
要介護4	120	271	274	538	1,069	430	598	99	3,399
要介護5	50	86	93	167	487	261	790	156	2,090
h.審査中	1	5	3	3			3		15
総計	1,858	3,538	3,432	5,830	5,496	1,843	2,445	466	24,908

	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	総計
要支援1	1.3%	1.6%	0.6%	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
要支援2	1.6%	2.3%	0.7%	0.5%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
要介護1	1.6%	4.0%	5.2%	7.8%	3.8%	0.8%	0.6%	0.2%	24.0%
要介護2	1.5%	3.3%	3.7%	7.3%	5.5%	1.6%	1.3%	0.2%	24.4%
要介護3	0.7%	1.5%	2.0%	4.6%	6.2%	2.2%	2.3%	0.4%	20.0%
要介護4	0.5%	1.1%	1.1%	2.2%	4.3%	1.7%	2.4%	0.4%	13.6%
要介護5	0.2%	0.3%	0.4%	0.7%	2.0%	1.0%	3.2%	0.6%	8.4%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	7.5%	14.2%	13.8%	23.4%	22.1%	7.4%	9.8%	1.9%	100.0%

## (8) 日常生活自立度と認知症日常生活自立度

もっとも多いのは「A2-Ⅱb」の利用者で全体の7.0%を占める。

表 7-8 自立度と認知症日常生活自立度（上：人数 下：割合）

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	総計
自立	170	68	51	74	43	26	15	1	448
J1	201	333	170	197	98	37	40	15	1,091
J2	342	710	667	931	556	129	135	33	3,503
A1	353	804	931	1,602	1,145	334	337	83	5,589
A2	338	767	833	1,695	1,628	488	522	101	6,372
B1	201	364	337	528	695	267	255	41	2,688
B2	158	283	289	507	859	369	592	80	3,137
C1	20	55	42	80	152	76	193	36	654
C2	16	28	26	49	125	61	280	64	649
総計	1,799	3,412	3,346	5,663	5,301	1,787	2,369	454	24,131

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	総計
自立	0.7%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%	1.9%
J1	0.8%	1.4%	0.7%	0.8%	0.4%	0.2%	0.2%	0.1%	4.5%
J2	1.4%	2.9%	2.8%	3.9%	2.3%	0.5%	0.6%	0.1%	14.5%
A1	1.5%	3.3%	3.9%	6.6%	4.7%	1.4%	1.4%	0.3%	23.2%
A2	1.4%	3.2%	3.5%	7.0%	6.7%	2.0%	2.2%	0.4%	26.4%
B1	0.8%	1.5%	1.4%	2.2%	2.9%	1.1%	1.1%	0.2%	11.1%
B2	0.7%	1.2%	1.2%	2.1%	3.6%	1.5%	2.5%	0.3%	13.0%
C1	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%	0.6%	0.3%	0.8%	0.1%	2.7%
C2	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.5%	0.3%	1.2%	0.3%	2.7%
総計	7.5%	14.1%	13.9%	23.5%	22.0%	7.4%	9.8%	1.9%	100.0%

## (9) 利用開始年

利用者の利用開始年をみると、調査年（平成 26 年）が最も多く 36.4%を占めている。1～2 年目の利用者で 61.2%を占めている。

表 7-9 利用者の利用開始年

利用開始年	調査年2014		調査年2013		調査年2012		調査年2011	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H18	63	0.2%	96	0.4%	170	0.8%	198	1.2%
H19	323	1.2%	543	2.1%	836	3.7%	941	5.7%
H20	569	2.2%	955	3.7%	1,517	6.8%	1,679	10.2%
H21	864	3.3%	1,290	5.0%	2,256	10.1%	2,515	15.2%
H22	1,361	5.2%	2,230	8.7%	3,800	17.0%	4,380	26.5%
H23	2,445	9.4%	4,137	16.2%	6,483	28.9%	6,801	41.2%
H24	4,496	17.2%	7,507	29.4%	7,346	32.8%		
H25	6,460	24.8%	8,797	34.4%				
H26	9,494	36.4%						
総計	26,075	100.0%	25,555	100%	22,408	100.0%	16,514	100.0%

## (10) サービス別にみた平均利用回数（日数）

調査月（1か月）における「通い」「訪問」「宿泊」それぞれの利用平均をみると、「通い」は17.15回、「訪問」は10.88回、「宿泊」は6.92日となっている。昨年調査と比較して、「訪問」の回数が平均で約2回増加した。「通い」も平均で約1日増加している。

表7-10 サービス別にみた利用の状況（調査月1か月の平均）

	2014	2013	2012	2011	2010
通い (N=26,030)	17.15	16.27	16.97	16.60	16.74
訪問 (N=26,030)	10.88	8.87	7.82	9.14	7.92
宿泊 (N=26,030)	6.92	6.81	6.70	6.85	6.81

## (11) 利用経路

最も多いのは「居宅介護支援事業所」経由で40.4%を占める。「地域包括支援センター」は昨年同様で16.1%となっている。傾向は昨年と同様である。

表7-11 利用者の紹介経路

利用経路	2014	2013	2012	2011	2010
1.居宅介護支援事業所	40.0%	39.5%	40.6%	43.1%	45.1%
2.地域包括支援センター	16.1%	16.1%	14.9%	13.4%	12.2%
3.市町区村(包括除く)	1.6%	1.5%	1.9%	1.7%	1.8%
4.病院	14.2%	14.0%	13.9%	13.9%	12.7%
5.運営推進会議	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
6.地域ケア会議	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%
7.知人・近隣	11.4%	12.5%	12.4%	13.2%	13.2%
8.その他	16.5%	16.1%	15.9%	14.3%	14.5%
総計	100.0%	100.0%	100%	100%	100%

N=26,050

介護度が重くなるほど「居宅介護事業所」の割合が増加し、介護度が軽くなるほど「地域包括支援センター」の割合が高くなる。「運営推進会議」経由は要支援の割合が高く、「病院」経由では要介護度が重い利用者が多い。

表 7-12 利用の経路と要介護度（上：人数 下：割合）

	a.要支援1	b.要支援2	c.要介護度1	d.要介護度2	e.要介護度3	f.要介護度4	g.要介護度5	h.審査中	総計
1.居宅介護事業所	181	293	2,144	2,748	2,445	1,630	962	7	10,410
2.地域包括支援センター	347	422	1,342	993	634	303	144	7	4,192
3.市町村(包括除く)	18	21	122	92	71	51	31		406
4.病院	118	153	704	853	793	651	417	2	3,691
5.運営推進介護	10	3	8	6	5	3	4		39
6.地域ケア会議	2	3	9	5	4	3	3		29
7.知人・近隣	200	260	821	666	474	337	193	1	2,952
8.その他	213	249	1,115	1,014	773	544	363	3	4,274
総計	1,089	1,404	6,265	6,377	5,199	3,522	2,117	20	25,993

	a.要支援1	b.要支援2	c.要介護度1	d.要介護度2	e.要介護度3	f.要介護度4	g.要介護度5	h.審査中	総計
1.居宅介護事業所	1.7%	2.8%	20.6%	26.4%	23.5%	15.7%	9.2%	0.1%	100.0%
2.地域包括支援センター	8.3%	10.1%	32.0%	23.7%	15.1%	7.2%	3.4%	0.2%	100.0%
3.市町村(包括除く)	4.4%	5.2%	30.0%	22.7%	17.5%	12.6%	7.6%	0.0%	100.0%
4.病院	3.2%	4.1%	19.1%	23.1%	21.5%	17.6%	11.3%	0.1%	100.0%
5.運営推進介護	25.6%	7.7%	20.5%	15.4%	12.8%	7.7%	10.3%	0.0%	100.0%
6.地域ケア会議	6.9%	10.3%	31.0%	17.2%	13.8%	10.3%	10.3%	0.0%	100.0%
7.知人・近隣	6.8%	8.8%	27.8%	22.6%	16.1%	11.4%	6.5%	0.0%	100.0%
8.その他	5.0%	5.8%	26.1%	23.7%	18.1%	12.7%	8.5%	0.1%	100.0%
総計	4.2%	5.4%	24.1%	24.5%	20.0%	13.5%	8.1%	0.1%	100.0%

要介護度により、経路の傾向が異なり、要支援では地域包括支援センター経由、介護度が重くなるにしたがって居宅介護事業者や病院からの経路の割合が高くなる。

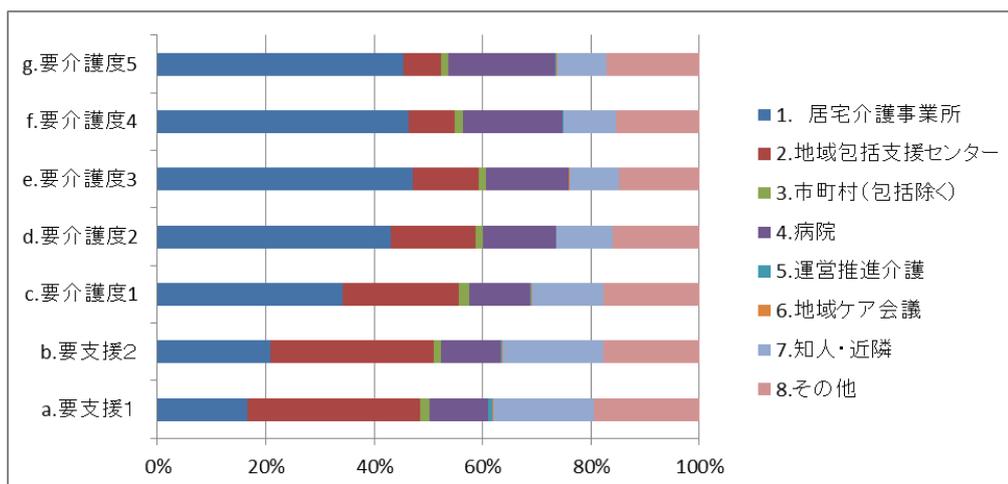


図 7-1 介護度別にみた紹介経路

## (12)利用者の住まいの形態

利用者の住まいの形態をみると、「戸建て」が77.2%と最も多いが微減傾向にある。代わって「高齢者住宅」、「集合住宅」、「有料老人ホーム」の増加傾向が明らかである。

表 7-13 利用者の住まいの形態

住まいの形態	2014	2013	2012	2011	2010
戸建て	77.2%	78.1%	80.7%	81.6%	82.6%
集合住宅	12.5%	11.7%	12.1%	11.3%	11.3%
高齢者住宅	5.5%	5.4%	3.0%	3.0%	2.4%
有料老人ホーム	2.8%	2.7%	2.3%	2.2%	1.8%
その他	2.0%	2.0%	1.9%	2.0%	1.9%
総計	100%	100%	100.0%	100.0%	100.0%

N=26,332

要介護度別に住まいの状況をみると、要介護度1ではサービス付き高齢者向け住宅が、要介護度4では有料老人ホームが高めの傾向がある。

表7-14 要介護度と住まいの状況（上：人数 下：割合）

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
要支援1	878	130	56	21	18	1,103
要支援2	1,110	174	73	33	31	1,421
要介護度1	4,784	847	425	175	111	6,342
要介護度2	5,016	794	353	171	112	6,446
要介護度3	4,110	648	235	146	99	5,238
要介護度4	2,732	410	192	129	95	3,558
要介護度5	1,624	283	107	67	62	2,143
審査中	15	4			1	20
総計	20,269	3,290	1,441	742	529	26,271

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
要支援1	79.6%	11.8%	5.1%	1.9%	1.6%	100.0%
要支援2	78.1%	12.2%	5.1%	2.3%	2.2%	100.0%
要介護度1	75.4%	13.4%	6.7%	2.8%	1.8%	100.0%
要介護度2	77.8%	12.3%	5.5%	2.7%	1.7%	100.0%
要介護度3	78.5%	12.4%	4.5%	2.8%	1.9%	100.0%
要介護度4	76.8%	11.5%	5.4%	3.6%	2.7%	100.0%
要介護度5	75.8%	13.2%	5.0%	3.1%	2.9%	100.0%
審査中	75.0%	20.0%	0.0%	0.0%	5.0%	100.0%
総計	77.2%	12.5%	5.5%	2.8%	2.0%	100.0%

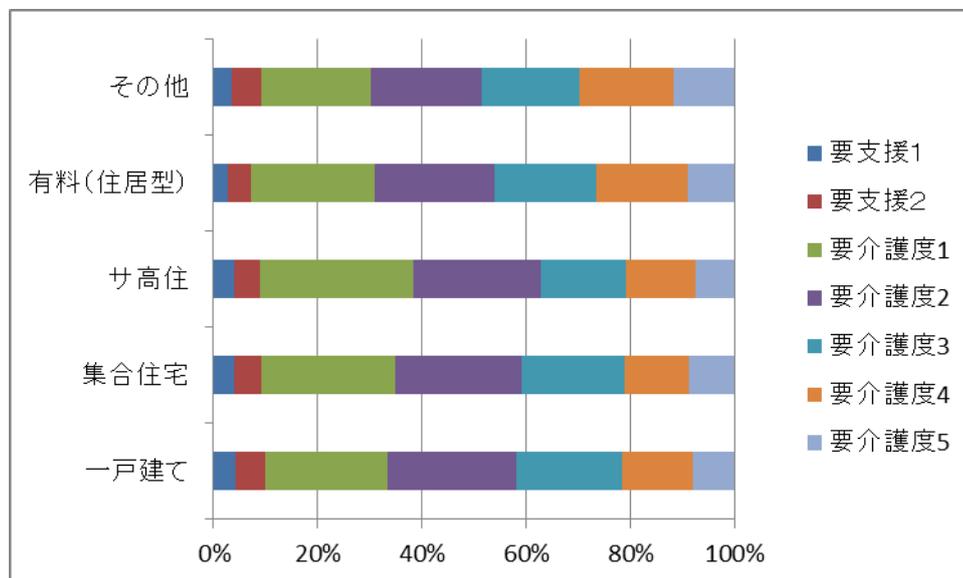


図7-2 住まい別にみた要介護度の構成割合

### (13)利用者の世帯構成

もっとも多いのは「子供世帯と同居」で33.0%だが、2010年調査から8%以上の減少である。「独居（近居家族無）」が21.2%を占め、増加傾向にあり、「独居・老々世帯」の合計は48.3%にのぼる。

表 7-15 世帯構成の状況

世帯	2014	2013	2012	2011	2010
1.独居(近居家族無)	21.2%	19.2%	17.7%	16.4%	15.4%
2.独居(近居家族有)	12.3%	12.6%	10.8%	11.2%	10.9%
3.配偶者と2人暮らし	14.8%	14.7%	14.5%	15.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	12.4%	11.8%	11.9%	11.4%	11.1%
5.子ども世帯と同居	33.0%	35.1%	38.2%	39.8%	41.6%
6.その他	6.4%	6.6%	6.8%	6.3%	6.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%

N=26,304

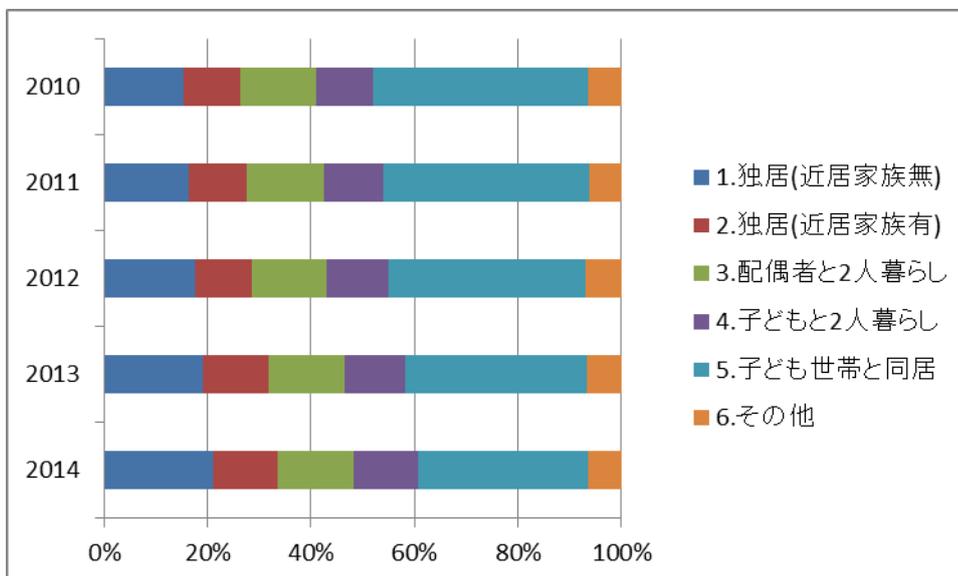


図 7-3 調査年と世帯構成

#### (14)利用者の住まいと事業所との距離

もっとも多いのは「5キロ前後」で43.1%、ついで「1キロ前後」で30.5%となっている。「同一敷地内」は併設の高齢者住宅等からの利用とみられるが、10.8%となっており、この5年で2%以上増加した。また、「10キロ前後」「それ以上」の遠方からの利用は減少傾向にある。

表 7-16 利用者の住まいと事業所の距離

距離	2014	2013	2012	2011	2010
1. 同一敷地内	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%	8.2%
2. 1 <sup>キ</sup> 前後	30.5%	29.2%	29.9%	30.6%	29.2%
3. 5 <sup>キ</sup> 前後	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%	41.9%
4. 10 <sup>キ</sup> 前後	11.7%	13.2%	13.9%	14.5%	15.5%
5. それ以上	3.9%	4.4%	4.5%	5.1%	5.2%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=26,221

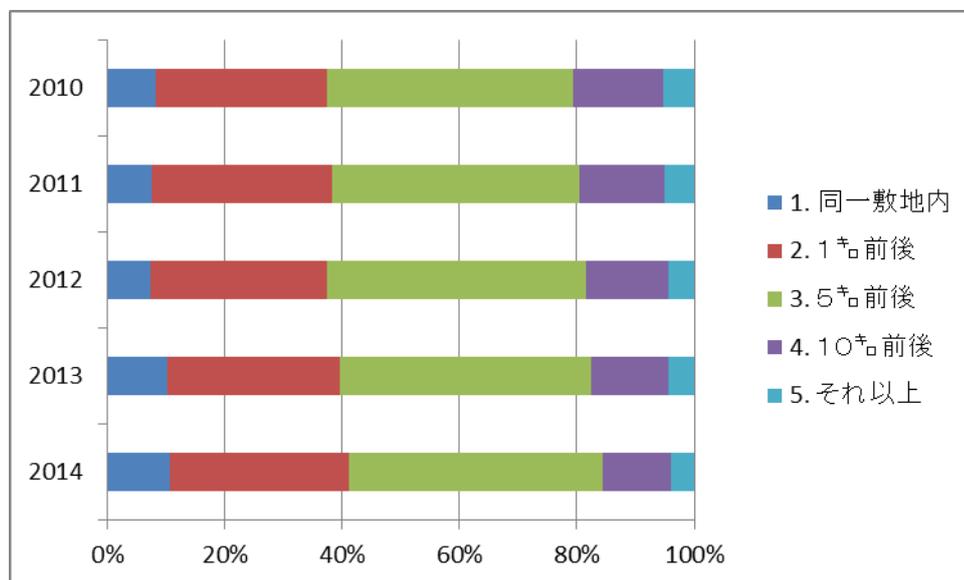


図 7-4 調査年と利用者の事業所との距離

### (15)利用タイプからの類型

各サービスの利用状況から利用タイプ別に類型化した。最も多いのは「通い+泊まり」のタイプで約 1/3 を占める。「通い+訪問」が 27.1%と増加傾向にある。

表 7-17 各サービスの利用タイプの状況

利用タイプ	2014	2013	2012	2011	2010
通い	22.8%	23.9%	25.5%	24.5%	25.5%
通い+泊まり	33.8%	33.8%	34.3%	34.5%	35.7%
通い+訪問	27.1%	25.9%	23.9%	23.8%	22.1%
通い+訪問+泊まり	10.8%	10.3%	10.9%	11.2%	10.8%
泊まり	1.2%	1.7%	1.7%	2.1%	2.3%
訪問	4.0%	4.1%	3.5%	3.5%	3.3%
訪問+泊まり	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=26,029

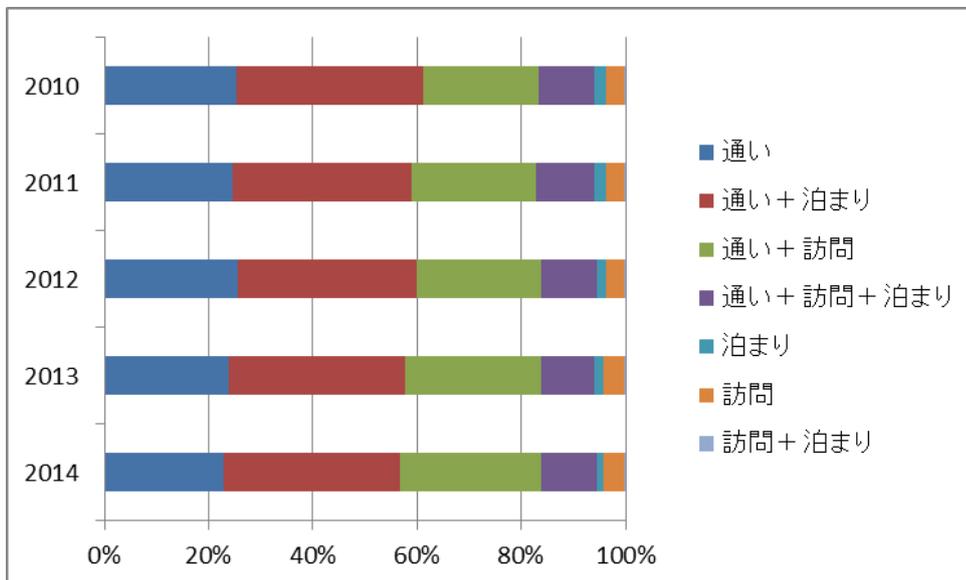


図 7-5 調査年と各サービスの利用タイプの状況

## (16)利用タイプと要介護度

要支援から介護度が重度になるにしたがい「通い」や「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」の割合が増加する傾向が明らかである。

表 7-18 要介護度と利用タイプ（上：人数 下：割合）

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
要支援1	408	105	370	54	3	147	3	1,090
要支援2	447	165	536	101	8	134	7	1,398
要介護1	1,816	1,373	2,137	518	41	372	15	6,272
要介護2	1,540	2,104	1,783	665	68	188	14	6,362
要介護3	955	2,278	1,127	629	77	99	6	5,171
要介護4	492	1,710	701	493	74	57	10	3,537
要介護5	244	1,044	389	348	51	37	9	2,122
h.審査中	7	4	4	5				20
総計	5,909	8,783	7,047	2,813	322	1,034	64	25,972

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
要支援1	1.6%	0.4%	1.4%	0.2%	0.0%	0.6%	0.0%	4.2%
要支援2	1.7%	0.6%	2.1%	0.4%	0.0%	0.5%	0.0%	5.4%
要介護1	7.0%	5.3%	8.2%	2.0%	0.2%	1.4%	0.1%	24.1%
要介護2	5.9%	8.1%	6.9%	2.6%	0.3%	0.7%	0.1%	24.5%
要介護3	3.7%	8.8%	4.3%	2.4%	0.3%	0.4%	0.0%	19.9%
要介護4	1.9%	6.6%	2.7%	1.9%	0.3%	0.2%	0.0%	13.6%
要介護5	0.9%	4.0%	1.5%	1.3%	0.2%	0.1%	0.0%	8.2%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	22.8%	33.8%	27.1%	10.8%	1.2%	4.0%	0.2%	100.0%

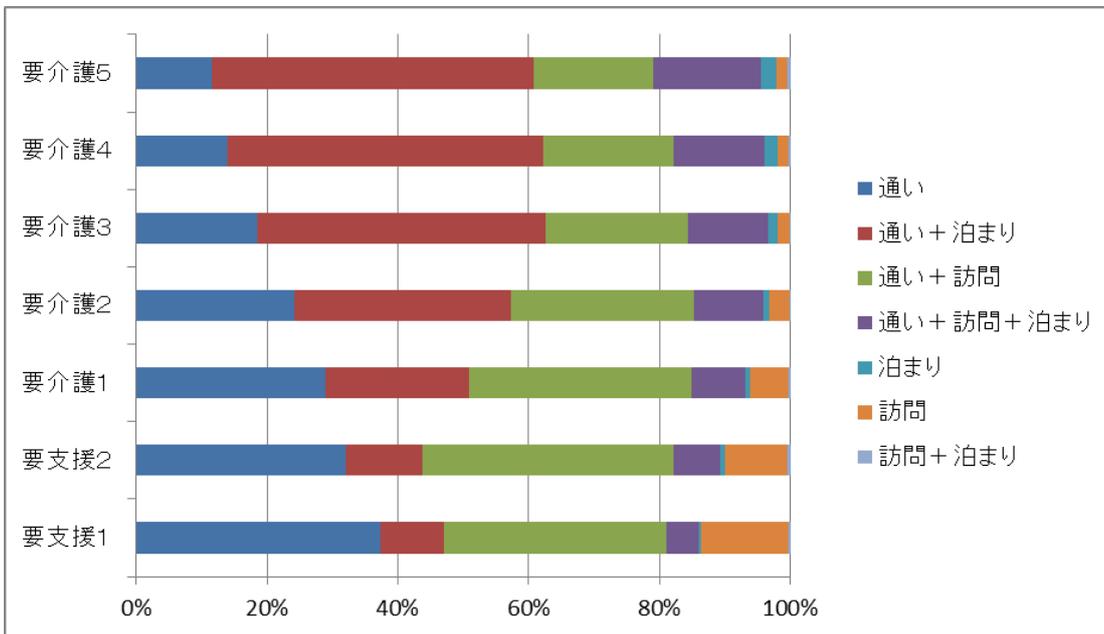


図 7-6 要介護度別にみた利用タイプ別の構成割合

## (17)利用タイプと日常生活自立度

自立度が低くなるにしたがい「訪問」、「通い」や「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」の割合が増加する傾向が明らかである。

表 7-19 自立度と利用タイプ（上：人数 下：割合）

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
自立	139	100	133	35	2	40		449
J1	313	224	364	87	3	89	4	1,084
J2	1,012	763	1,172	313	20	236	5	3,521
A1	1,457	1,824	1,558	522	51	208	13	5,633
A2	1,452	2,168	1,707	722	66	240	18	6,373
B1	491	1,048	693	335	42	66	8	2,683
B2	460	1,438	687	416	63	54	9	3,127
C1	99	292	130	107	13	15	3	659
C2	70	316	118	116	15	17	2	654
総計	5,493	8,173	6,562	2,653	275	965	62	24,183

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
自立	0.6%	0.4%	0.5%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	1.9%
J1	1.3%	0.9%	1.5%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	4.5%
J2	4.2%	3.2%	4.8%	1.3%	0.1%	1.0%	0.0%	14.6%
A1	6.0%	7.5%	6.4%	2.2%	0.2%	0.9%	0.1%	23.3%
A2	6.0%	9.0%	7.1%	3.0%	0.3%	1.0%	0.1%	26.4%
B1	2.0%	4.3%	2.9%	1.4%	0.2%	0.3%	0.0%	11.1%
B2	1.9%	5.9%	2.8%	1.7%	0.3%	0.2%	0.0%	12.9%
C1	0.4%	1.2%	0.5%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%	2.7%
C2	0.3%	1.3%	0.5%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	2.7%
総計	22.7%	33.8%	27.1%	11.0%	1.1%	4.0%	0.3%	100.0%

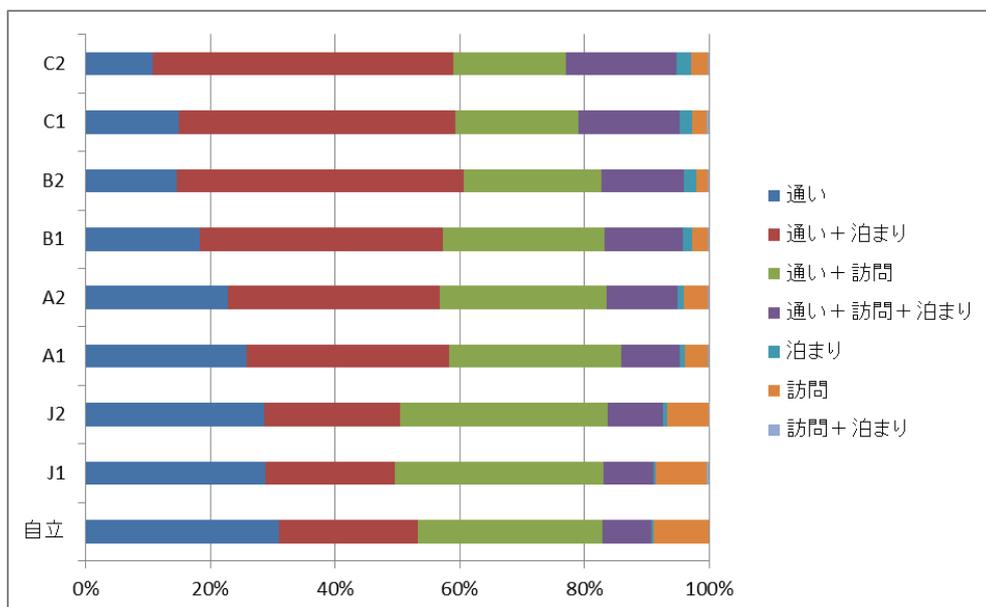


図 7-7 自立度別にみた利用タイプ別の構成割合

## (18)利用タイプと認知症日常生活自立度

認知症が重度になるにしたがい「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」の割合が増加する傾向が明らかである。

表 7-20 認知症日常生活自立度と利用タイプ（上：人数 下：割合）

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
自立	509	349	617	173	14	172	9	1,843
I	915	841	1,125	335	33	224	11	3,484
Ⅱa	859	911	1,073	363	28	133	11	3,378
Ⅱb	1,388	1,822	1,629	597	69	223	13	5,741
Ⅲa	1,084	2,186	1,319	621	80	123	7	5,420
Ⅲb	324	831	361	220	32	39	4	1,811
Ⅳ	411	1,175	427	324	35	42	6	2,420
M	90	215	82	55	6	10	3	461
総計	5,580	8,330	6,633	2,688	297	966	64	24,558

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
自立	2.1%	1.4%	2.5%	0.7%	0.1%	0.7%	0.0%	7.5%
I	3.7%	3.4%	4.6%	1.4%	0.1%	0.9%	0.0%	14.2%
Ⅱa	3.5%	3.7%	4.4%	1.5%	0.1%	0.5%	0.0%	13.8%
Ⅱb	5.7%	7.4%	6.6%	2.4%	0.3%	0.9%	0.1%	23.4%
Ⅲa	4.4%	8.9%	5.4%	2.5%	0.3%	0.5%	0.0%	22.1%
Ⅲb	1.3%	3.4%	1.5%	0.9%	0.1%	0.2%	0.0%	7.4%
Ⅳ	1.7%	4.8%	1.7%	1.3%	0.1%	0.2%	0.0%	9.9%
M	0.4%	0.9%	0.3%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.9%
総計	22.7%	33.9%	27.0%	10.9%	1.2%	3.9%	0.3%	100.0%

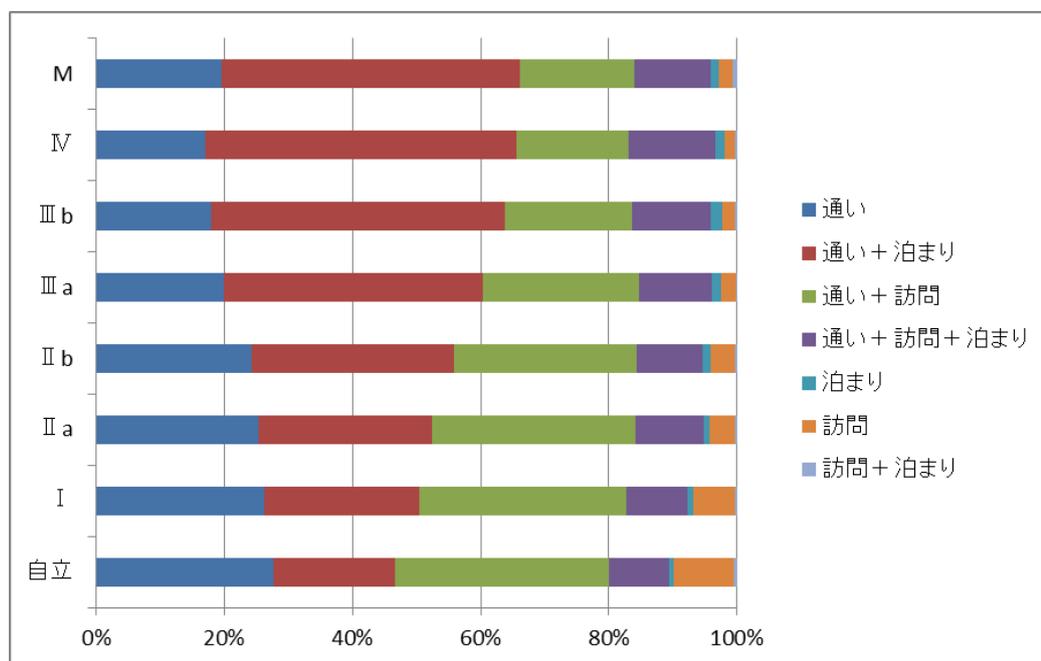


図 7-8 認知症日常生活自立度別にみた利用タイプ別の構成割合

## (19)利用タイプと世帯構成

「独居」では「通い+訪問」のが中心となり、「子ども世帯と同居」では、「通い+泊まり」が中心となる傾向が明らかである。「訪問」のみも「独居」が多いが、「通い+訪問+泊まり」タイプは世帯構成に関わらず一定程度いる。

表 7-21 世帯構成と利用タイプ（上：人数 下：割合）

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
1.独居(近居家族無)	540	1,115	2,587	738	77	408	15	5,480
2.独居(近居家族有)	531	742	1,337	359	39	162	12	3,182
3.配偶者と2人暮らし	1,013	1,163	975	401	39	202	8	3,801
4.子どもと2人暮らし	867	1,101	687	394	35	82	6	3,172
5.子ども世帯と同居	2,533	3,973	1,014	763	100	112	13	8,508
6.その他	401	612	377	142	25	60	11	1,628
総計	5,885	8,706	6,977	2,797	315	1,026	65	25,771

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
1.独居(近居家族無)	2.1%	4.3%	10.0%	2.9%	0.3%	1.6%	0.1%	21.3%
2.独居(近居家族有)	2.1%	2.9%	5.2%	1.4%	0.2%	0.6%	0.0%	12.3%
3.配偶者と2人暮らし	3.9%	4.5%	3.8%	1.6%	0.2%	0.8%	0.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	3.4%	4.3%	2.7%	1.5%	0.1%	0.3%	0.0%	12.3%
5.子ども世帯と同居	9.8%	15.4%	3.9%	3.0%	0.4%	0.4%	0.1%	33.0%
6.その他	1.6%	2.4%	1.5%	0.6%	0.1%	0.2%	0.0%	6.3%
総計	22.8%	33.8%	27.1%	10.9%	1.2%	4.0%	0.3%	100.0%

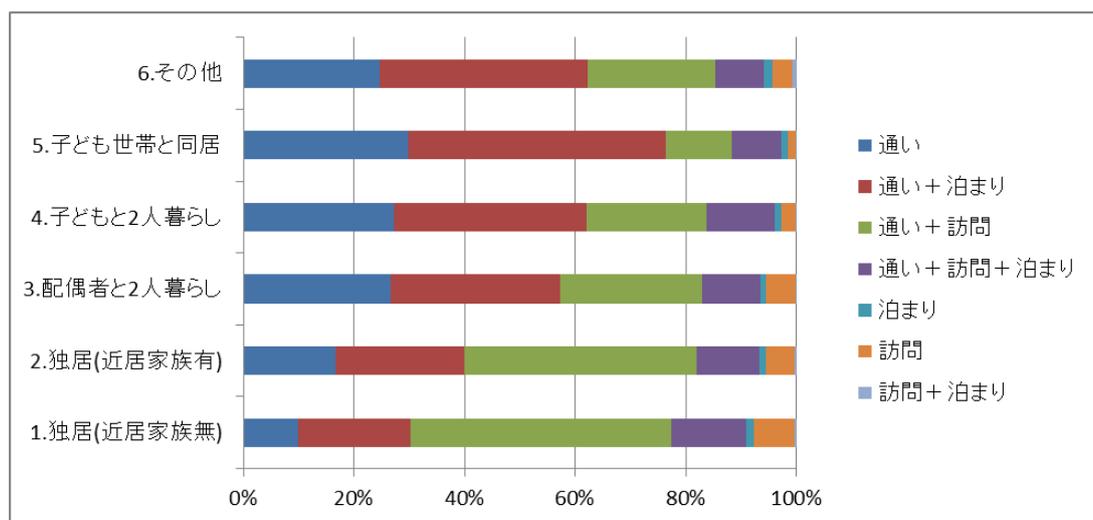


図 7-9 世帯構成でみた利用タイプ別の構成割合

## (20) 利用タイプと住まいと事業所との距離

「同一敷地内」居住の利用者は、「通い+訪問」のタイプが 69.3%と 2/3 を占める。「訪問」も 4.7%と高めである。距離が長くなるほど「通い+泊まり」の割合が増加し、逆に「通い」のみや「通い+訪問」の割合が減少する。

表 7-22 住まいと事業所との距離と利用タイプ (上：人数 下：割合)

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
同一敷地内	252	333	1,926	101	20	130	17	2,779
1キロ前後	2,022	2,299	2,079	972	77	356	12	7,817
5キロ前後	2,720	4,243	2,330	1,265	139	398	22	11,117
10キロ前後	680	1,321	503	356	53	113	9	3,035
それ以上	189	485	165	101	26	29	5	1,000
総計	5,863	8,681	7,003	2,795	315	1,026	65	25,748

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
同一敷地内	9.1%	12.0%	69.3%	3.6%	0.7%	4.7%	0.6%	100.0%
1キロ前後	25.9%	29.4%	26.6%	12.4%	1.0%	4.6%	0.2%	100.0%
5キロ前後	24.5%	38.2%	21.0%	11.4%	1.3%	3.6%	0.2%	100.0%
10キロ前後	22.4%	43.5%	16.6%	11.7%	1.7%	3.7%	0.3%	100.0%
それ以上	18.9%	48.5%	16.5%	10.1%	2.6%	2.9%	0.5%	100.0%
総計	22.8%	33.7%	27.2%	10.9%	1.2%	4.0%	0.3%	100.0%

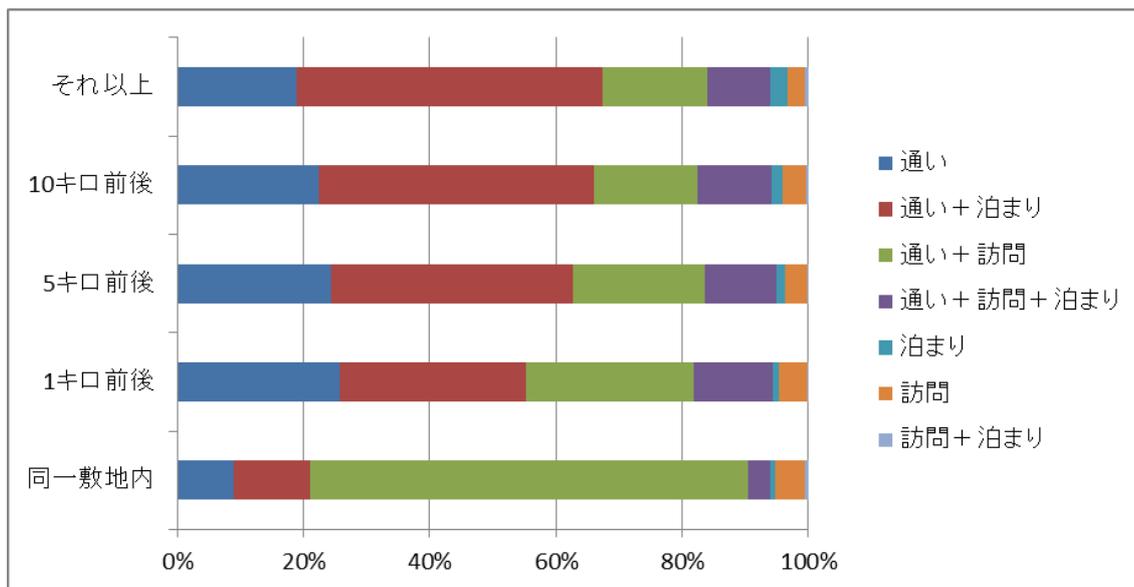


図 7-10 自宅と事業所との距離でみた利用タイプ別の構成割合

## (21)住宅併設の有無と利用タイプ

住宅併設タイプの利用者は「通い+訪問」の割合が、住宅併設ではないタイプの利用者では「通い+泊まり」の割合が高い。

表 7-23 住宅系施設併設の有無と利用タイプ（上：人数 下：割合）

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	887	1,425	2,293	343	41	213	15	5,217
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	5,047	7,365	4,770	2,475	281	824	50	20,812
総計	5,934	8,790	7,063	2,818	322	1,037	65	26,029
	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
住宅併設タイプの小規模利用者*	17.0%	27.3%	44.0%	6.6%	0.8%	4.1%	0.3%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	24.3%	35.4%	22.9%	11.9%	1.4%	4.0%	0.2%	100.0%
総計	22.8%	33.8%	27.1%	10.8%	1.2%	4.0%	0.2%	100.0%

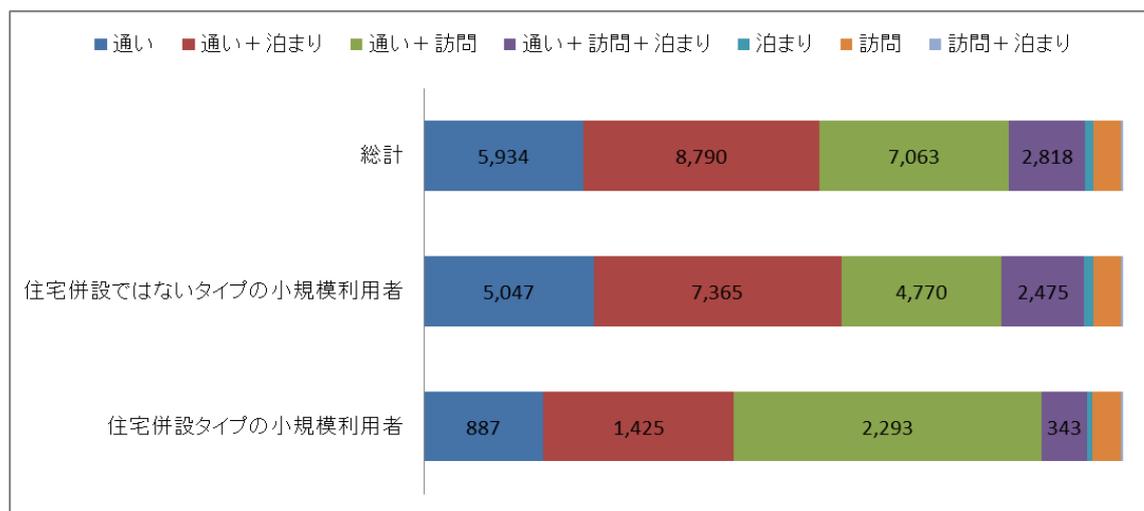


図 7-11 住宅系施設併設の有無と利用タイプ別の構成割合

## (22)住宅併設の有無と利用経路

住宅併設タイプの利用者は比較すると「病院」からの経路が多く、住宅併設ではないタイプの利用者は「地域包括支援センター」からの経路が多い。「居宅介護事業所」経由の割合は約4割程度で差はない。

表 7-24 住宅系施設併設の有無と利用経路（上：人数 下：割合）

	居宅介護事業所	地域包括支援○	市町村(包括除く)	病院	運営推進介護	地域ケア会議	知人・近隣	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	2,076	664	74	903	7	6	558	997	5,285
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	8,345	3,539	337	2,790	34	23	2,403	3,294	20,765
総計	10,421	4,203	411	3,693	41	29	2,961	4,291	26,050

	居宅介護事業所	地域包括支援○	市町村(包括除く)	病院	運営推進介護	地域ケア会議	知人・近隣	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	39.3%	12.6%	1.4%	17.1%	0.1%	0.1%	10.6%	18.9%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	40.2%	17.0%	1.6%	13.4%	0.2%	0.1%	11.6%	15.9%	100.0%
総計	40.0%	16.1%	1.6%	14.2%	0.2%	0.1%	11.4%	16.5%	100.0%

## (23)住宅併設の有無と家族構成

住宅併設タイプの利用者は、比較すると「独居」の利用者割合が住宅併設ではないタイプよりも多く、住宅併設ではないタイプでは「子どもと2人暮らし」「子ども世帯と同居」の割合が高い。

表 7-25 住宅系施設併設の有無と家族構成（上：人数 下：割合）

	独居(近居家族無)	独居(近居家族有)	配偶者と2人暮らし	子どもと2人暮らし	子ども世帯と同居	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	1,557	901	696	478	1,236	382	5,250
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	4,019	2,336	3,201	2,760	7,434	1,291	21,041
総計	5,576	3,237	3,897	3,238	8,670	1,673	26,291

	独居(近居家族無)	独居(近居家族有)	配偶者と2人暮らし	子どもと2人暮らし	子ども世帯と同居	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	29.7%	17.2%	13.3%	9.1%	23.5%	7.3%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	19.1%	11.1%	15.2%	13.1%	35.3%	6.1%	100.0%
総計	21.2%	12.3%	14.8%	12.3%	33.0%	6.4%	100.0%

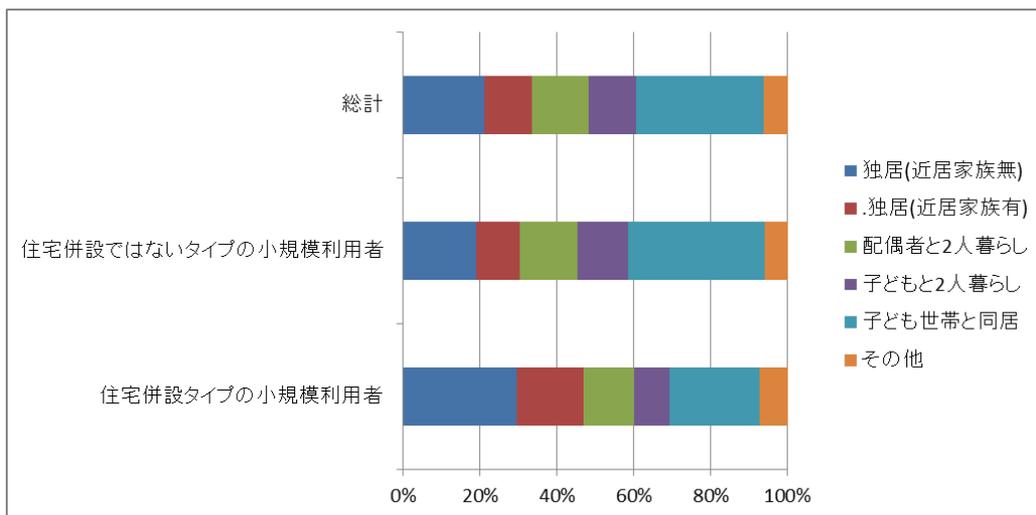


図 7-12 住宅系施設併設の有無と家族構成

## (24)住宅併設の有無と住宅の形態

住宅併設タイプの利用者は「サービス付き高齢者向け住宅」や「有料老人ホーム」の割合が高く、住宅併設ではないタイプの利用者は「一戸建て」居住の利用者割合が高い。

表 7-26 住宅系施設併設の有無と住宅の形態（上：人数 下：割合）

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	2,875	586	1,104	536	202	5,303
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	17,444	2,709	342	207	327	21,029
総計	20,319	3,295	1,446	743	529	26,332

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	54.2%	11.1%	20.8%	10.1%	3.8%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	83.0%	12.9%	1.6%	1.0%	1.6%	100.0%
総計	77.2%	12.5%	5.5%	2.8%	2.0%	100.0%

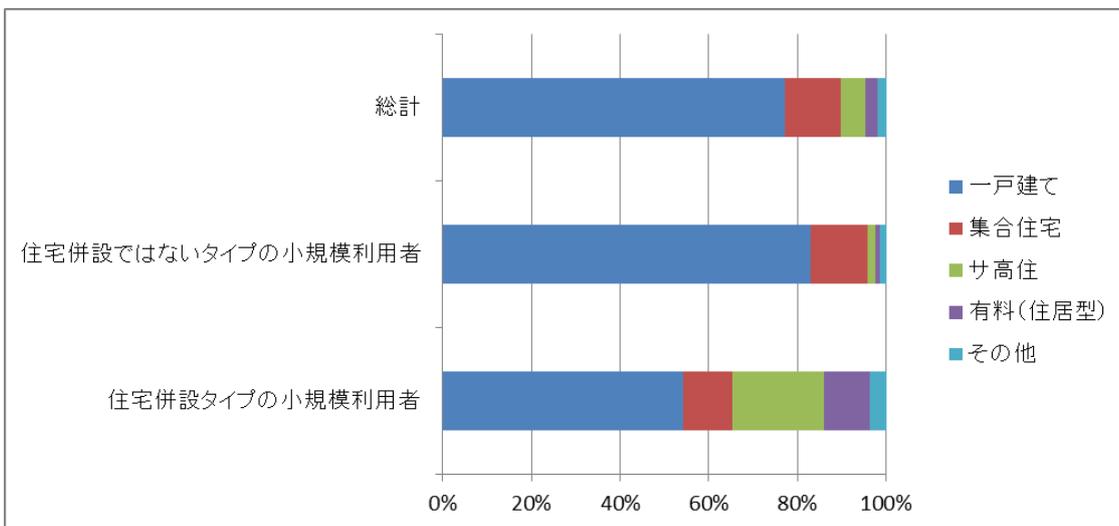


図 7-13 住宅系施設併設の有無と住宅の形態

## Ⅷ. 自由回答のまとめ

### (1) 小規模多機能の質的向上に関するユニークな取り組み：自由回答

小規模多機能の質的向上に関して、事業所ごとに取り組んでいるユニークな取り組み事例を求めたところ、①交流スペースや介護予防教室の実施、②教育研修等の充実、③地域住民との交流、④地域活動への参加、⑤事業所運営の工夫、⑥医療ケアの充実、⑦ボランティアや実習生の受け入れ、⑧運営推進会議に関すること等の具体的な事例が寄せられた。

以下は、その主な内容をカテゴリごとに抜粋した

#### ①交流スペースや介護予防教室の実施

事業所内にて作業スペースや、喫茶スペース等を作り自由に移動し、参加していただけるようにしている。
事業所建物内で高齢者サロン、介護予防体操教室を行っており小規模利用者との交流を定期的に行っている。
近所の方を中心に、お茶会を開催している。
地域へ向けて、介護に関する相談などを受けつけるカフェを実施している。
年4回の住民参加型の異世代交流サロン。
26.12～認知症カフェがスタートし、登録の方及び地域の方との接点を作り、より小規模の理解を深めてもらえる場所としても活用したい。
2ヶ月に1度、手書きのおたよりで催しの案内を地区の方に発信している。ビデオ鑑賞会やお茶会、絵手紙教室など利用者と住民が参加し行う。
併設の喫茶に血圧計を設置し測定。ノートに記入し、事業所の看護師がアドバイスをを行い、喫茶来店者に向けた、血圧栄養指導勉強会を開催。
地域の集会所として利用してもらっている。
地域サロンとお食事会等、積極的な交流を行っている。
認知症サポーター研修でオレンジカフェを開催している。
地域の高齢者の方を先生としての手芸教室の開催2週間に1度。
地域サロンとお食事会等、積極的な交流を行っている。

## ②教育研修等の充実

<p>月に1回、他事業所と合同でテーマを決め、内部研修を行っています。担当職員は外部の研修や自分たちで資料を集め、質の向上につなげています。</p>
<p>運営推進委員会委員の県外視察研修を年1回実施。(過去6回実施)類似人口規模等勘案して行う。</p>
<p>小規模研修時、他府県の事業の実際をスライドで見て説明を受けました。冬季、雪の多い地域等でのスタッフの訪問のケアの様子、学ぶべき事が多くありました。</p>
<p>各種団体の研修会(小規模多機能連絡会、介護支援専門員連絡協議会、介護福祉士会)に参加し認知症や介護技術、制度の理解等について学んでいます。</p>
<p>市連絡会による研修会を定期的実施しています。</p>
<p>資格のない職員に対して介護職員初任者研修を外部講師に来てもらって実施した。</p>
<p>認知所の方への理解や利用者体験、ケアプラン作成における社内外の研修。</p>
<p>小規模多機能事業所(5ヶ所)で勉強会を実施している。</p>
<p>毎月、テーマをきめ職員一人一人が講師となり研修を行っている。</p>
<p>職員育成の研修に重点をおいている。</p>
<p>市主催による地域密着事業所間の認知症スタッフ間の交流研修を今年度2回実施。</p>
<p>年間研修計画を作成し、事業所会議での勉強会では職員が勉強会に使用する資料を作成し、講師となり勉強会を開催している。自らの質の向上に取り組み振り返りも行え、知識向上が図られている。</p>
<p>スタッフ会議……月一度全員で年間の計画表に沿った勉強会を開催し、全員のスキルアップを図っている。</p>
<p>介護技術インストラクター養成研修を実施している。</p>
<p>認知症実践者研修を受講している。</p>

### ③地域住民との交流

月一回事業所主催のダイレストラン(ケータリング)に地域の住民を招待している。
地域児童館の子供達を招き、縁日とXマス会を実施。
年2回の定期交流を図っている。
年2回(5月12月)に餅つき開催。
地域協力理解を得て、地域全戸に案内し、夏まつりの実施。
地域協議会民生委員等の参加する運営推進会議の皆様に飲食コーナーを行って頂き、地域全体の大きな夏まつりとなり地域の皆様の夏の楽しみとなっています。
野菜の無人販売所を設置し、地域の高齢者が作った野菜を販売している。
雑巾を利用者に縫ってもらい、近隣小学校へ贈呈したり、登下校の見守り隊に参加している。
地域の子育支援と高齢者との交流を図りハローウィンには仮装して当施設全階に訪問してもらっている。
町内の中学校では毎年、11月3日か2日文化の日で歌を生徒さん達とうたったり、グランドゴルフをしたり、一緒にお昼を食べたりしてきます。昼食と豚汁を御馳走になってきます。幼稚園ではテントを貼って運動会に呼んで下さいます。施設には地域の人達のバカ面やピアノ教室の発表会を施設で行ったり、幼稚園の可愛い歌やプレゼントや毎年施設に慰問に来て下さいます。そんな時は、一緒になって楽しく歌ったり、手をたたいて喜びます。研修はマンパワー、研修センターで行っています。
地域の「こども見守り隊」の服を教育委員会より貰い、利用者と通学、帰宅時など見守りを行っている。
毎朝10時より、利用者と地域住民の方々とラジオ体操を行っている。
近隣の保育園と交流があり、年2回訪問したり来所したり園児さんにふれあっている。

#### ④地域活動への参加

町の祭参加(展示即売)品を毎年作って、楽しみに参加しています。
児童館の児童との事業所の夏まつりイベントへの参加受け入れ。
特にユニークではないが、近隣の住民にも声をかけて夏まつりを毎年行っている。
市のフェスティバルに利用者が参加。訪れた子供たちに紙芝居の読み聞かせや自分たちで作った作品をプレゼントし好評だった。(昨年 11 月実施)
地域の文化祭に参加、利用者作成の作品の展示を行った。
近隣のコミュニティーセンターなどに出向いて一緒に活動しています。(歌やスポーツ活動)
住宅が密集しているところに施設があり近所の住人、雪で困ることあり、一部施設駐車場を開放し雪のための所提供する。また協力し、近所の道路を地域の方と一緒に除雪行っている。
地域のお祭りの模擬店を地域の方と一緒にしている。
地域交流の場の掃除や草むしり等にお掃除隊として出かけている。
法人自治会員として近隣住民の方といっしょに活動しており事業への理解と協力を付けている。
地域交流の場の掃除や草むしり等にお掃除隊として出かけている。

#### ⑤事業所運営の工夫

チャレンジシートを作成し、職員の目標課題について1年間を通し評価している。
毎月励行目標を掲げ、その目標を意識しながらケアに取り組んでいる。
1年間の年度初めにキックオフ会議を開催し、各事業所のふりかえりと取組みを発表、評価を行い、職員1人1人が目標に向け成長出来る様サポートしている。又、研修を通しスキルアップにつなげ、事業所全体の質を上げサービス提供につなげている。
個別外出、全利用者を月に1回以上、1対1で、その人の好きな所へ連れて行きます。「次はどこへ行こう?」「来月はこうしたい」と未来の話をしてくれる様になりました。
月に1回は行事(バーベキュー、鉄板焼)などを行っている。
小規模多機能は外出ができるので、月に1回イベントを決めて外出(遠足、花見、外食など)している。寒さ暑さの厳しい月は、施設内で行う。

<p>近隣のコンビニが月に2回出張販売をして下さり、利用者様が自由に買い物出来るようにしている。</p>
<p>また、事業所門扉には、“出張販売中”の幟を立てて近隣地域の方に呼びかけている。</p>
<p>小規模多機能のサービス自体が他サービスに無いものと考えており、その利用者に応じて様々な支援が全てユニークだと思っています。例えば、自転車で毎昼夕食を食べに来られる利用者があるが、急な雨天時や悪天候時などの時は臨機応変な対応ができ、お弁当を逆に配達したり本人を迎えに行ったりする。</p>

## ⑥医療ケアの充実

<p>医療からの紹介が多く、点滴、カテーテル留置、胃瘻、吸引などを必要とする利用者が増えてきた。介護士が吸引できる体制に取り組み、講師を派遣してもらい50時間の研修と受け入れ実習先を依頼し来年度から開始する。</p>
<p>日赤の看護講師にフットケアの講習を依頼し、実施した。</p>
<p>言語知覚療法士、作業療法士が在籍しているため、リハビリ個別訓練に力を注いでいる。</p>
<p>救命救急研修。(心臓マッサージ)</p>
<p>普通救命講習。</p>
<p>医療知識向上研修。(介護職用)</p>
<p>救急処置法の研修指導員の研修を数名に受けさせ、法人で計画的に実践研修をおこなっている。</p>

## ⑦ボランティアや実習生の受け入れ

<p>中学生の職場体験、高校生の介護実習を受け入れている。</p>
<p>地域中学校から職場体験(中2)、福祉体験(中3)を受け入れ利用者との交流をしている。</p>
<p>自治会の会長が毎週ボランティアで来られ利用者との話し相手になってもらっています。</p>
<p>近隣の総合高校生の福祉授業の場として活動してもらっています。</p>
<p>定期的に近隣の方が演奏会を行ってもらっています。</p>
<p>ボランティア活動を積極的にとり入れて、利用者で昔やっていた特技や裏技を披露していただいている。畑があり利用者に収穫していただけている。</p>
<p>地域の小学生の社会体験学習の場となっている。</p>

### ⑧運営推進会議に関すること

運営推進委員による1日体験。

運営推進会議による先進地視察。

運営推進会議のメンバーに利用者手作りの作品をプレゼントし事業所の活動を深めている。

### ⑨その他

「夢プラン」利用者様があきらめていたこと、昔よくやったこと等をお手伝いします。

通常のサービス以外のことで利用者様が輝けるプランを実施。

定期的(月2回)に保育園との交流を行っている。

「あなたの願い叶えます」プロジェクトという取組を行っています。

利用者1人ひとりの願いを聞き、可能な限り実現して行こうとする取り組みです。

認知症サポーター養成講座での寸劇の披露。

ケアマネ区民向けに小規模多機能サービス紹介映像を作成。

区内高齢者住宅相談員と連携。緊急時受入れ等、バックアップ体制の確認。

認知症サポーター講座で寸劇をした。男性職員がお婆さん役や近所の奥様役になり、地域の人や家族様にもわかりやすい研修ができたと思います。

## (2) 小規模多機能型居宅介護の運営や支援に関する意見・要望等：自由回答

小規模多機能型居宅介護の運営や支援に関する意見・要望等について意見を求めたところ、多くは、介護報酬の低さや職員の処遇改善、看取りケアや独居老人への支援に対する加算の要望等の意見が大半を占めていた。また、小規模多機能型居宅介護事業に対するケアマネジャーや住民への理解を求める意見も多数認められた。

以下は、その主な意見をカテゴリごとに抜粋した。

### ① 採算がとれないとする意見

臨時対応(緊急時)が多いので、(緊急訪問、緊急延長)その際の加算、入浴等の有無で配置も変わる。処遇改善加算分を賞与として分配しているが、介護報酬削減は士気が下がり、サービス低下につながるのではとどまって欲しい。
小規模事業所の職員には支援すべき項目についてあまり制限が無い為(その気にならなければ行う必要性は無い)、就業時間内に事業所が目指している介護に関する事柄を全て行おうとすれば無理があります。他事業と比較しても報酬が多いとは言えず、職員のモチベーションにも影響があると考えます。このままていくと職員の確保という面において問題が起これ事業所の存続においても大きな不安要素となる事が考えられます。加算項目の見直しと職員の報酬増につながる制度を考える事が必要になるのではと思います。
介護予防の介護報酬が低すぎて、利用希望があっても躊躇してしまう。
他のデイサービスに比べて職員配置時間は24時間と3倍が必要。その割に報酬が少ない。通所の時間だけを行政は見ている。
とにかく利用者が集まりません。お泊まりデイがあつては、小規模の存在が薄れます。人員基準が厳しすぎます。全く採算が取れません。グループホームがあるから何とか運営できる状態です。もっと報酬をupしたり、国が進めないで小規模の存在がなくなってしまう気がします。実際に今の状態が続けば小規模がない方が、利益がよくなりますし、介護職員の給与も多少は上げられると思います
「登録定員と利用定員と月丸め報酬(+自治体ごとの裁量の曖昧さ・狭さ)との間のジレンマ」に悩まされている事業所が数多く存在しているであろう点を是非とも今後の参考として頂けるとありがたいです。
介護報酬が低い割には、サービス内容が濃く、24時間・365日対応なので、割に合わない。
介護報酬と人件費の比率が、人件費の割合の方が大きいため、運営が難しい。利用者様にとっては、とても良いサービスなので続けていきたいが難しい状況がある。
登録者が入院等で一時的な減になるケースが多い。運営していく上で採算性が非常に厳しい時期が上記の理由によりある。介護報酬について見直しが必要ではないか。
今後小規模多機能で勤める職員の確保が必要であり、法人単位での取り組みは行っているのかもしれませんが、新卒の職員が受け入れができる力と、新卒が選んで来る知名度のアップが必要と思われますし、安定して運営できる、経営の為の介護報酬が必要だと思えます。まあ、普通の意見ですけど…。
小規模多機能は、職員数に対して、介護報酬が少ないように思える。地方は有料老人ホームも多くあるため、入所施設へも介護度が高ければ入れる。そのため、小規模には介護度の軽い利用者が来るため、報酬が少ないが、職員数は確保する必要がある。
多機能だけに利用方法も様々で、柔軟に応えるには職員数も必要となる。今の報酬では職員給料も安く、人手不足となっている。

## ② 独居老人への対応に関する加算について

<p>ケアマネの登録における制度上の点から居宅介護支援事業所などがない事業所の場合、同じ制度上についていない為、利用者の方への周知もほとんどなく、登録人数確保においても他の事業所やその他ケアマネよりの対応困難事例のケースが多く、本来の居宅支援となりにくい。年々核家族化による事実上独居や介護困難による連泊者が増える傾向にある。</p>
<p>要介護認定が軽度であっても、独居の方や認知症の方が、在宅生活を継続する為には、多くの支援が必要なケースが多い。それにも関わらず、軽度者の介護報酬の設定が低いので、限度額管理対象外単位として、認知症加算の報酬見直しや独居加算の算定を検討頂きたい。</p>
<p>独居者には加算の設定をお願いしたい。</p>
<p>要支援者の看護職員配置加算、独居加算等をどうして取れないか。</p>
<p>昨年12月で定員の25名登録になりました。支援、介護度の軽い方が多く、収入が低くなっています。しかし、独居や長男との2人暮らしが多く、居宅では利用できる範囲が決まっており、支援に不足が生じます。小規模は定額の支払いでどのような利用でも可能です。職員の数を確保できず、管理者、ケアマネも業務を分担しています。居宅と同じように1割額にしてほしいと思います。職員の処遇がもっと良くなるような小規模であってほしいです。</p>
<p>独自加算以外で、独居に対する加算。</p>
<p>加えて、独居世帯が多く、訪問回数も多く必要になってくる。移動時間がかなり必要で、スタッフも必要になっている。今回の改定で、訪問についての加算が出来そうなのはかなり助かる。</p>
<p>独居老人に対してサービスが増大している。生活支援全体をささえていかなければならないため、独居に対するサービス加算など考えていただきたい。</p>
<p>独居老人の在宅支援の困難さを痛感します。</p>
<p>認知症や独居のか方の場合、ADLはほぼ自立されているものの火の始末や買物、金銭管理等様々なことに問題を抱えているケースがあり、その場合、訪問や通いの回数を増やさざるをえない。人手もかなり必要となるケースもあるが介護度が低く量と料金がつりあわないと感じます。また、入所できないので決まるまで…という理由での申し込みも多く在宅と施設のつなぎの間の場所と考えられていることも多いように思われます。</p>
<p>独居、老々介護、同居家族があっても介護力がない等、受入が困難な状況が多くなってきており、十分なサービスをすればするほど経営がむずかしくなっている。</p>
<p>介護度が1で認知症で、毎日利用があったり、通院、救急搬送があると、1の基本料ではやってはいけない。家族がいる利用者と独居の利用者では、どうしてもサービスが偏り平等に出来ない。</p>
<p>現在、訪問や通いを主体にしてきた独居の利用者や老々介護の利用者が、介護度が高くなるにつれて、徐々に泊りが多くなることになる。何らかの形で泊りの枠を増やせるようにしないと、登録定員が増えたとしても、新たな利用者の受け入れが困難になりかねない。</p>
<p>高齢者が望む住み慣れた地域、自宅で住み続けるために支援を行っているが、独居高齢者や認知症高齢者二人暮らしは小規模多機能サービスを利用し個別対応にも限度があり住み続けるには困難な状況になっている。25名の登録者で通所が15名の縛りがあるので、徘徊する利用者の対応が充分できないし、訪問要員が1名なので独居高齢者の在宅日の対応も充分にはできてない。どこまで支援していくかで悩むことが多くなっている。</p>
<p>地域性もあるが、独居が多く生活援助の占める割合が多く、運営上の負担が大きい。</p>
<p>独居の方は、そのサービスを希望している方が多く、積極的に受けたいが、通いでは認知症状のある方も多いため、今後の課題であると考えています。</p>
<p>独居老人が増加している。生活全体を支えていかなければならない。訪問にしろ日中数日の訪問サービスをくりかえし人件費もままならない状況である。</p>

### ③ 看取りケア加算について

<p>小規模多機能型居宅介護は一定の職員が個々に合わせ通所、訪問、泊まりを組み合わせ途切れのない援助を行う。その途切れのない援助の先に「自然な看取り」があると思う。しかし小規模多機能型居宅介護は、実際「ターミナルケア加算」や「看取り加算」がない。</p>
<p>今後のターミナルケアの受け入れに関して、職員の質と受け入れ体制に不安を感じます。</p>
<p>利用者の増減が激しく仲々利用人数がふえない。特養の待機者の施設になりかねない。ターミナルの利用者は仲々対応がむづかしい(看護師不足の為)昇給をさせてあげられず職員の確保がむづかしい。</p>
<p>看取り加算は必ず必要だと思う。</p>
<p>今後も小規模でのターミナルケアは、増えると思われるので制度整備、加算等の支援をお願いしたい。</p>
<p>当事業所では、積極的に看取りを行っています。その際、看護師の負担が多くなっています。小規模多機能型居宅介護でも看取りに対する加算がとれるようになって欲しいです。</p>
<p>同一敷地での施設は、減算になることについて、有料等の併設の施設は、看取りまですることが多いので、看取りでの加算を増やして頂きたい。</p>
<p>医師の訪問サービスをうけることができないことから、ターミナルケアへの取り組みに難しさを感じる。</p>
<p>看取りケア等、医療型のサービスのニーズが多くなっているがスタッフがそろわないため、苦戦している</p>
<p>看取り期の宿泊対応において、在宅の訪問介護と違い医療との連携において制限が多いため対応不可の医療機関が多い。</p>
<p>2.ターミナルまで担当させていただくのに、施設へも主治医の往診が欲しいです。自宅と行ったり来たりでみとりを迎えるのに看護師の自宅訪問を考えています。</p>
<p>看取りに関して…積極的にやりたいと思っています。各利用者の主治医が小規模の施設内で往診 OK となれば、やりやすくなると思います。</p>
<p>看取り期の宿泊対応において、在宅の訪問介護と違い医療連携の面で制限多く、対応不可の医療機関が多い。</p>
<p>重度化・高齢化が進む中での医療連携の充実。利用料金が增大する中での減免制度の充実を図らなければ、在宅で看取りまで支援を行うことが難しいように思います。小規模多機能だけの問題ではありませんが、在宅サービスがより充実すべく、その中で小規模多機能がどのような役割を担い、支援ができるのか考えていかなければならないと思います。</p>

### ④ 職員処遇の改善や人材確保に関する意見

<p>今後小規模多機能で勤める職員の確保が必要であり、法人単位での取り組みは行えているのかもしれませんが、新卒の職員が受け入れができる力と、新卒が選んで来る知名度のアップが必要と思われますし、安定して運営できる、経営の為の介護報酬が必要だと思います。まあ、普通の意見ですけど…。</p>
<p>小規模多機能は、職員数に対して、介護報酬が少ないように思える。地方は有料老人ホームも多くあるため、入所施設へも介護度が高ければ入れる。そのため、小規模には介護度の軽い利用者が来るため、報酬が少ないが、職員数は確保する必要がある。</p>
<p>多機能だけに利用方法も様々で、柔軟に応えるには職員数も必要となる。今の報酬では職員給料も安く、人手不足となっている。</p>

リハビリ職員の配置加算があった方がよい(リハビリの充実へつながる)。
次期介護保険の改正に伴い、小規模多機能の事業所数の拡大を意図して、加算が増えていること及び登録定員の拡大は評価できる反面、介護職員の確保が困難な状況の中で人員基準の見直しが行われなかったことは残念である。今後、介護労働者の確保がますます困難になると思われるため、人員基準の見直しを進めていただければ幸いです。
処遇改善加算だけを引き上げてもサービスの質や人材確保につながるとは考えられない。優秀な人材ほど他の業種へ流れてしまっている悲しい現実があります。
小規模は経営的に難しいのですがそこで働く職員に給与面で手厚く出来る事が質の向上につながります。処遇改善加算の引き上げがあれば良いと思います。
・介護職員の給料が低いこと、労働量に見合っていないと思う。
とにかく働く職員が足りなくて、募集しても面接すら全くない状態で、精神的につぶれてしまいそうな状況の中で業務に取り組んでいる。
介護職員の給与が up できるよう更なるしくみ作りをしてほしい、男性が一家を支えられる給与体系。

#### ⑤ 小規模多機能型居宅介護の周知に関する意見

小規模はその利用者を多方面からとらえなければいけない性格がとても強いです。個人だけではなく家族、地域行政への働きかけはとても大きな課題です。使っていただくためには、まだまだ認知度はとても弱いです。介護保険の改正にむけて、小規模の役割はこれからとても大きくなります。皆さんに知っていただく、皆さんにやさしくわかりやすく広報情宣して欲しいです。病院や地域連携室、行政とのやりとりの中で“加算”で運営の安定が図れる政策をお願いします。
小規模多機能型居宅介護についての地域、利用者、家族の知名度および理解がまだまだ不十分である。通い訪問、泊りが計画的ではなく、スポット的に利用できるメリットが専門職を含め、理解されていないのが現状である。居宅事業所等からのスムーズな移行ができる。または、ケアマネも紹介できる流れになればと祈る。加算についても、利用者負担ではない手段を望む。
あまりサービスを知られておらず、周知が大きな課題となっている。
PR 不足なのか、まだまだ浸透されておらず「初めて聞きました」「初めて内容が分かりました」という方が多いです。国として力を傾注している施策であり、将来を見据えた事業の展開であることを、大々的に周知して頂けたらと考えます。本来のあるべき姿で事業を推進していくには、壁が厚いと感じています(地方は…という事かも知れませんが)。
まだまだ周知が足りないと思う以上に、それぞれの事業所の質の良し悪しがそのまま地域での福祉力の良し悪しにつながる所はすばらしい事業所の形だと思う。
現在いろいろな地域で、小規模多機能の登録者が増えずに普及や経営・運営がなかなかうまくいかないと聞いている。問題の原因が全国一律とは思っていないが自分の知っている地域・範囲においては、小規模多機能や複合型の普及のためには「居宅ケアマネ及び(ケアマネからの)利用者側への啓発」が必須と考える。
小規模多機能の周知が広がっていないのが現状だと感じており、営業がしづらく感じます。
小規模多機能を知ってもらうために行政や自治体提供のテレビ番組やドラマなどがほしい。

未だ、サービス内容の理解やサービス種類の周知・認知度の低さに愕然とします。

## ⑥ 職員教育・研修に関する意見

通・訪・泊とあり利用者やご家族の状況に応じて利用していただき、重宝がられている。とても便利で良い制度だと思う。その反面、職員一人にかかる負担は大きくなっていると思う。通所で来られた利用者への配慮訪問で入る事で、その人の生活を見る事ができる洞察力も要求される。宿泊者への安全確認へ気配りし職員は気の休まる時間が少ない。それを含め職員同志の連携と研修は今後も必要と思う。

介護職の離職率が高い中で変則勤務を強いられる小多機能の人員確保はとても困難で通い・訪問・宿泊を出来る職員を育てて行くのも大変です。

指導できる職員を育成しても、法人内の異動で他部署に行ってしまう、なかなか地域包括ケアに向けて介護職員を育成する役割を果たすことができない。

職員の確保は本当に困難となっています。教育等の支援を行ってもらいたいと考えています。

全職員が専門知識を身につけるべく、定期的に研修や勉強会に参加し、ボトムアップを図り、介護の仕事に誇りを持って欲しいと思う。日々の業務に追われているのが現状であり、勤務時間内に研修を受けることの出来る人員体制が柔軟に出来たら、職員の志気も高まるのではないかと感じる。

小規模多機能の居宅の特性上、どうしても「既存の居宅」で限度額オーバーになる方の問い合わせが多いように感じる。本当に多様なサービスを必要としている方へ登録が促進するよう、介護支援専門員や包括などへの教育が必要ではないか？

今後の小規模の為に研修等多く受けて人材が育っていく事を願っています。

制度の理解等は難しく、基準を読んでも意味が分からない、現実にはどうすれば良いのかわからないとか、緊急臨時の受け入れなど居宅との違いがわからないという事も多いので、初めて小規模で働く人の為の研修会が、各県内で開催してもらえると、現場の人達が働きやすいし間違った理解のまま運営する事が少なくなると思います。

地域密着サービスとして市町村が研修を開催するとか、県が県内の数か所で開催してくれればありがたいのになと思います。

## ⑦ 訪問機能に関すること

訪問件数が多いと、通いに対しての職員が実質上、足りない時がある。居宅費の報酬がない。柔軟に対応できるサービスの良さが、小規模の良さでもあるのに、しぼりが多くなってきているように思う。
現在の人員基準では、訪問サービスが弱くなると感じている。訪問サービスの必要性は今後、増えていくと考えられる為、訪問サービスを強化した人員基準を現実化し、それに見合う介護報酬の見直しを望む。
この4月の改正に対し、地域への訪問回数を増やす方向になりますが、それに伴い、介護職の入職が厳しいので、通所の定員の調整をして、訪問職員を増やすこととなります。これは本末転倒になるのではないのでしょうか？営利目的ではないにしろ、上層部の意向が強ければ、致し方ないことです。(人件費削減)どこも通所を短時間で支援し、介護職を雇わないようにしたら質の低下になりそうです。利用者にとって良いことなのでしょうか？
夜間、早朝の訪問の頻度が多いケースについて、加算で評価してほしい。
認知症や独居のか方の場合、ADLはほぼ自立されているものの火の始末や買物、金銭管理等様々なことに問題を抱えているケースがあり、その場合、訪問や通いの回数を増やさざるをえない。人手もかなり必要となるケースもあるが介護度が低く量と料金がつりあわないと感じます。また、入所できないので決まるまで…という理由での申し込みも多く在宅と施設のつなぎの間の場所と考えられていることも多いように思われます。

## ⑧ 軽度要介護者の報酬について

要介護認定が軽度であっても、独居の方や認知症の方が、在宅生活を継続する為には、多くの支援が必要なケースが多い。それにも関わらず、軽度者の介護報酬の設定が低いので、限度額管理対象外単位として、認知症加算の報酬見直しや独居加算の算定を検討頂きたい。
要支援のうちから介護予防的に利用できる小規模多機能も必要。介護報酬の見直しを。
小規模多機能型居宅介護事業は基本的に居宅介護が主体で要介護度1、2の利用者が多数を占める。要介護度低位への介護報酬基準が低額に抑えられているため、利用者ニーズを充足するサービス提供すると、経営状況を悪化させる。要介護度低位への介護報酬基準の見直しを希望する。
介護報酬が実態と合っていない(予防、介1、介2)。
要介護1～3の方に対して介護報酬の引き上げをお願いしたいと思います。

## ⑨ 利用者の負担増について

介護報酬アップすることは、大変ありがたい事ですが、利用者負担増も悩ましい点です。
市町村独自加算や、従来の加算をいただけることは、事業所にとって利益となり大変ありがたいが、そのために限度額を超過することもあり、利用者には負担が大きくなる。処遇改善加算のように限度額外だと助かるのでは。また介護度により、限度額の残が少なく訪問看護や福祉用具レンタルが、必要であっても、充分に入れることができない。
負担限度額が適用されない為、利用者負担が大きく、特養などに移られる方が多い(継続的に泊まりを利用の方)。

以上のように、運営や支援に関する意見・要望等に関する自由回答意見では報酬改定や事業運営の現状に対してネガティブに捉えている意見が多く挙げられている。しかし、これらの意見に混じって、小規模多機能型居宅介護は、「市町村との協力があってこそその地域密着型サービスである」との考えを示し、地域住民との連携強化を図りながら「資源としての関り方や、一住民としての近所付き合い(おせっかい)をする中で、今後のつながりを密にしていきたい」との思いや、「地域活動に職員が関わることで、本当の意味での地域密着型になるのでないかと思っている」などの実践により、地域包括ケアシステムの構築を目指して歩みを進めようとしている前向きな意見も寄せられている。

## 第3章 地域拠点としての小規模多機能に求められること

### 1 小規模多機能型居宅介護の強みを活かすために

#### (1) 本人が望む暮らしを支える

小規模多機能型居宅介護は、利用者の「住み慣れた自宅（地域）で暮らしたい」という思いの実現に向けて支援するサービスである。訪問介護や通所系サービスは出来高報酬となるため、支給限度額内で提供できるサービスの量は限られてくるが、小規模多機能型居宅介護は包括報酬となっているため、介護度ごとにサービスの量が定められている仕組みではない。その人にとっての必要に応じて、必要な支援をマネジメントできる点は、このサービスの大きな強みと言えるだろう。

小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）のような包括報酬の考え方は、介護保険制度施行当初から存在する施設サービス等にも共通している。介護施設では要介護度や支給限度額にかかわらず、その時々利用者の状態に応じて必要な支援が柔軟に提供されている。小規模多機能は、介護施設における支援と同様に本人を包括的に支えていくことで、利用者の在宅生活や地域での継続的な暮らしを支えていこうとするサービスなのである。

しかし、この当たり前と思われる小規模多機能の強みを活かしていくためには、事業者側の意識改革が必要となってくる。柔軟で即時的な対応を求められることの多い小規模多機能は、従来の在宅サービスの提供方法とは異なる点が多いからである。また、従来の在宅サービスでは、「サービスをどれだけ利用できるか」という部分に思考が向きやすく、必要以上に通う回数や宿泊の日数を増やしてしまう傾向がある。改めて「住み慣れた自宅（地域）で暮らしたい」と思う本人の視点から、小規模多機能型居宅介護のあるべき姿を考えてみよう。

#### (2) デマンドとニーズの違いを理解する

例えば、サービスの利用回数を増やすことと、自宅や地域での継続的な暮らしを実現することとの直接的な関連は薄い。なぜなら、本人は、サービスの利用回数を増やすことを望んでいるのではなく、自宅での生活を望んでいるからである。必要以上のサービス利用は、本人の自宅での居場所を失い、友人・知人との関係をも希薄にさせてしまう危険があり、ひいては本人を自宅や家族、地域から切り離してしまうことにもなりかねない。

一方、家族支援の観点から見ても、いわゆるデマンドとニーズの捉え方の違いにより必要のないサービス利用を増やしてしまっている可能性は否めない。例えば、家族が「毎日利用させてほしい」と要望する場合にも、家族は「事業所に通うこと」を求めているのではなく、「自宅で日中見守りをするができない」ことや、「入浴や排せつをうまく介助することができない」ことを訴えているだけのことが多い。在宅介護で様ざまに起きてくる生活課題にこそ、当事者のニーズが隠れているのに、支援する側は「毎日の通いを増やすこと」が家族のデマンドだと捉えて、サービス提供量を増やしてしまうのである。

事業者には、このような不必要なサービスが増えれば増えるほど、本人の望む暮らしを阻害する要因になるという理解が必要である。支える側の多くが「サービス提供」と「支援」をはきちがえ、「サービスを提供すること」のみを目的としまえば、本人が持っている「力」を奪い、支援

の本質を見失ってしまうことにもつながっていく。介護保険制度や福祉制度の中だけで本人の生活課題を解決しようとするのではなく、本人が持っている「力」や、本人の回りにある地域の「力」を支援における大切な要素と捉え、本人らしい暮らしの実現に向かっていくことが重要である。

### (3) つなぐ支援・機能を持つ

実践を通して見出されたことは、小規模多機能における「つなぐ支援」の大切さである。

従来の介護サービスは、利用者への直接的な介護サービスの提供のみを仕事と考えてきた。しかし、本人が自分の「力」を発揮し、自分らしく生きていくためには、「できない部分」を補てんするだけの従来の介護サービスでは不足感がある。加えて、本人がこれまで培ってきた周囲との関係や自身の「力」に注目し、その関係を活かそうとすればするほど、本人をとりまく人、モノ、資源等につないでいく機能が不可欠であることにも気づかされる。本人への直接的なケアの提供だけ行ってきた介護サービスが、本人や周囲（家族・隣人・友人・知人・地域）との関係をつなぎ直すという機能を発揮することで、自宅での暮らしを支える支援の形は様ざまに広がっていくのである。本人のこれまでの暮らしぶりや社会とのつながり、人生観や価値観などの生活全体を捉えて、「できる部分」からのアプローチへと思考転換を図ることが重要である。

もちろん、「つなぐ支援」には、事業所の努力だけでなく周囲の協力関係も不可欠となる。それゆえ、周囲への理解を促すという部分も含めて「つなぐ支援」を考えていくことが重要である。本人が持っている（持っていた）「力」に注目し、その「力」を発揮するための方法を事業所のみならず本人や周囲を巻き込みながら支援することが大切である。支援の目標はあくまで、本人が望む「住み慣れた自宅（地域）で暮らしたい」を実現させることである。そのような小規模多機能本来の役割を果たしていく上で、本人、家族、周囲の人の思いをくみ取り、その思いを周囲に伝える「代弁機能」と、その思いを具体的な行動につなげるための「調整機能」を備えていくことは、今後、小規模多機能事業者の重要な取組み課題になると考えられる。

### (4) 地域との相互関係を築く

自宅での生活を継続するためには、小規模多機能だけでなく、地域住民との協力が不可欠である。そのとき、事業所は地域との関係をどのように保ち、アプローチしていけばよいのだろうか。鍵になるのは、地域と協力して支援する対象者の捉え方である。

事業所にしてみれば「登録者を支援すること」が取組みの中心となりがちだが、地域の人たちにしてみれば、困っているのは小規模多機能の利用以外にもたくさんいる。その際、協力を求める支援の対象を小規模多機能の登録者に限定し、それ以外の人たちについては「知りません」という姿勢で臨んでいては地域からの信頼を得ることは出来ないだろう。さらに、「住み慣れた自宅（地域）で暮らし続ける」の実現に向けては、地域住民が自発的に「困っている高齢者について考え、行動する」ことのできる地域へと成長していくことが望まれる。そうした地域全体の変化があつてこそ、登録者の生活の質の向上にも繋がっていく。

だからこそ、登録者以外の地域の困りごとや課題について、地域とともに考え、ともに行動する事業所としての姿勢が重要となる。すなわち、小規模多機能の登録者以外の支援は、登録者の支援と同様に必要な取組みであるという理解が必要である。

## 【小規模多機能の支え方の変化】

(その1) 在宅サービスにおける「包括報酬」の意味の理解と実践

登録者 25 人の暮らしを支えるため支給限度額に合わせた、回数制限があるサービスではなく、その人のその時の状態に合わせた支援を柔軟に、即時的に支援することを目指していた。

(その2) 小規模多機能型居宅介護のサービスだけで支えない「つなぐ」支援

24 時間 365 日を小規模多機能型居宅介護のサービスだけで支えることは困難である。その人が持っている（持っていた）周囲との関係をつなぎ、周囲と一緒に支援を行う。

サービスを提供するだけでなく、その人の願いや思いを周囲に伝え、その人を支える応援団作りを行う。

(その3) 「その人を支える応援団」を支える環境は地域のニーズ

応援団を作る過程において登録者以外の困りごとや地域の課題があることに気が付く。一人ひとりを支える姿勢が結果として地域を面として支えることに繋がり、利用者本人を取り巻く周囲との関係づくりを通じて地域の拠点として機能する事業所となった。

## 2 地域を支援するために必要な視点

(1) 24 時間 365 日の相談機能

地域に暮らす高齢者を支援するうえでは、24 時間 365 日の相談窓口を設け、だれでも、いつでも身近に相談できる場所と人の存在が必要である。また、対応する事業所には出会いの段階でスクリーニングが求められる。この場合のスクリーニングは「ふるい分ける」という意味だけにとどまらない。相談者からの相談内容を、1 つだけの単純な問題、複数の複雑な問題、緊急対応が必要な問題といったように内容を整理することで、当事者が本当に必要としている支援につないでいくことができる。もちろん、面接の際に、インテーク面接としての面接技術や信頼関係の構築等は言うまでもない。

相談窓口には「〇〇相談所」や「介護何でも相談」など看板やノボリをだして「相談窓口がここにありますよ」と表明している相談窓口もある。地域を支援しようとする事業所においては「〇〇相談所」という看板はあるが、それだけではなく、外からの相談を受けやすいように周囲との関係づくりや配慮を日頃から行っている窓口もある。また、相談窓口は相談が来るのを待つだけではなく、出向くこともできる。サロンに参加して移動相談窓口を開設することもできれば、日頃の地域の人たちとの何気ない会話や愚痴の中から地域の課題を発掘することもできる。そのことを地域住民と一緒に考えることでさらに地域との信頼関係が増し、相談窓口としての機能が深まるケースもある。

相談機能は、相談窓口の看板を掲げることが重要ではなく、地域の人たちが発している言葉から、何が課題となっているのか掘り起こす力・発見する力を持つ窓口であることが重要である。

## (2)地域へ参加・活動するための「場」(居場所・機会) 機能

地域の中には、高齢者がいつでも気軽に立ち寄れる「場」やみんなが集まる「居場所」がある。介護サービスとは関わりがなくても、世間話や困りごとの相談、周囲の情報などが何気なく話されている中で高齢者の暮らしが支えられている面もある。そして「〇〇さんが病気した」「△△さんが困っている」などの会話から、声をかけたり手助けしたりと、誰かを気にかけ、支え支えられる相互関係がつけられていくのである。

専門職として心がけなければいけないことは、

- ①こうした住民自らの意思で培われてきた地域活動や、場、つながり等があるということ認識すること。
- ②地域活動や場、つながりを尊重し、専門職として関わり過ぎたり、地域の関係性を壊してしまわないようにすること。
- ③地域活動や場、つながりが薄れたり、壊れていけば、これまでの地域の力(資源)を活かして紡ぎなおすこと。

が小規模多機能に求められている。

## (3)地域課題を掘り起し、地域住民、自治体とともに解決する機能

運営推進会議や地域の人たちとの交流により発見したり、掘り起こされた地域の課題は、小規模多機能としての意識を持って向き合っていくことが重要である。地域住民から出された(つぶやかれた)課題を放置することなく、次のステップに繋げていくことで地域からの信頼を得たり、小規模多機能が地域拠点としての機能を認めてもらうことにもつながっていく。

ただし、掘り起こされた課題の全てを事業所が解決するのでは無理がある。大切なのは「つなげていく」ことである。課題によって行政や関係機関に伝えたり、必要な人に集まってもらったり、課題について話し合う場を提供することなど、事業所として出来ることは様々あるはずだ。地域の課題について他人事ではなく、主体的に関わりを持つ姿勢がとても重要である。

介護の専門職として、事業所がこれまで培ってきた知識やノウハウ、経験値などを地域に還元していくという発想も大切にしたい。そのためには、積極的に地域に出向いて顔を覚えてもらったり、会話をしたり、住民と交わり一緒に考えていくことが重要である。それが、新たな発想や推進力へとつながっていく。

## (4)ともに考える仲間づくり機能

高齢期を迎え認知症や要介護状態になった時、自分が望む生活を送ることはできるのか?現状では非常に厳しい。

社会保障制度のしくみ、介護を支える社会資源、サービスの質の良し悪し等、高齢者介護を取り巻く情報は様ざまあるが、逆に情報が溢れすぎていて分かり難くなっている面もあるだろう。何よりも介護が無縁な時期には情報への興味も無く、当事者になってから慌てて情報収集しても、理解するのは容易なことではないだろう。その時、頼りにすべきは専門職の存在であろうが、専門職が「その人の望む生活の継続」をどれほど実現できるかは不明瞭な部分も多い。

この課題を解決していくためには、専門職だけに頼ることなく、生活の主体者である本人が専門職

や地域住民、行政と共に課題を共有し、行動することが必要である。そのためにも、地域住民、専門職、行政機関等が双方向に情報交換を行ったり、適切な支援ができる人材の育成、関係づくりや活動の場づくりなどに取組み、共に学び、参加し、体験できる機会の提供が必要である。また、そのプロセスを通じて「本人が望む生活」に向けて共に働く仲間が出来、協働が生まれてくるのである。

#### (5)地域の駆け込み寺機能

介護が必要な状況に突然なった時、何をどうしていいかわからない、冷静に時間を掛けて取り組むことができないような状況の時に「取りあえず支援する」といった即応的・即時的な支援が求められる。

このような「困った時にいつでも対応してくれる場所」が身近な地域にあることは大きな安心につながるのである。

#### (6)認知症を理解する取り組み機能

認知症の人を支えるには家族・介護者だけでは困難であり、周囲の理解と協力が不可欠である。周囲が認知症について理解を深めることや、認知症の人や介護者への継続的な支援の取り組みが必要であり、一人で支えるというよりは繋がりを持ってチームで取り組むことが大事である。

もちろん、認知症サポーター養成講座や介護教室等の直接的に認知症の学習をする機会を提供することも重要である。しかし、これまで述べてきたとおり、つどいの場での交流や、運営推進会議のような場における事例検討など、隣近所の身近な方とともに認知症の方のことを考えることは啓発効果としては大きい。

#### (7)生活支援サービス提供機能

生活支援サービスとは、食事サービスや買い物代行サービス、移送サービスなどが考えられる。小規模多機能に求められることは、サービスの種類から対応を考えるのではなく、一人ひとりの利用者に必要な支援を柔軟に考え、アイデアや工夫で実践につなげていくことである。

例えば配食サービスを提供する場合、「買い物はできないが調理する能力はある」、「全てのおかずを調理することはできないがご飯は炊ける」など、支援して欲しい内容は個別に異なる。それを出来ることも出来ないこともひとつくりにして、「配食サービス」としてだけで対応してしまえば、サービスの目的は自立支援ではなく「食事を配ること」が目的化されてしまうだろう。そうなれば、本人が本来持っている機能（できること）をどのように活用するのか、どのような支援が必要なのかといったきめ細かな支援を行うことは難しくなる。生活支援サービスとは、できることを奪うものではないはずだ。

生活支援サービスを数多く立ち上げてメニューを整えたとしても、必ず埋められない「隙間」は生じてくる。その隙間を埋めるために、また新しい「生活支援サービス」をつくっても意味はない。本来、生活の中に起きてくる些細な躓きの一つひとつに対応し、本人の力が不足している部分を補い支えていくことが生活支援サービスである。だからこそ、地域の人たちの力を必要としている場面も数多く見受けられる。一人ひとりを支える個別ケアの延長線上で、本人にとって必要なもの（こと）は何かを隣近所、友人・知人、民生委員等の地域住民、そして、地域包括支援センターをはじめとする専門機関が膝を突き合わせて共に考える中から、必要な支援（サービス）を見出していくことが重要

である。

小規模多機能は、包括報酬という特性上、「通い」や「訪問」といったサービスから利用者を捉えるのではなく、ニーズから捉えることに長けている。生活支援サービスの場合も、初めから配食サービスを組織化することを目的にしてしまえば、取組みの形骸化を生む恐れがある。きめ細やかに一人ひとりへの対応を積み上げていく先で、支援する住民同士で情報交換したり、共通化できることを効率化して初めて生活支援サービスとしてひとつの形をつくることができると考える。

従来の介護ボランティアが、養成されただけでは中々その力を発揮できなかったのは、組織化が目的であったからだとも考えられる。この地域に「何が必要」で「どんな支援が求められているのか」を保険者や行政任せにするのではなく、小規模多機能が地域住民とともに考え、必要に応じて自ら支援の方法を考えることのできる「場（拠点）」が必要である。

## (8)生きがいづくり機能

高齢になって、「自分に出来ること」が徐々に減っていくと、「人にやってもらうこと」の方が多くなっていく。それは、役割の喪失や他者とのつながりを減少させ、本人の生きる力をそぎ落とすことにもつながっていく。

生きがいは「役割を与えること」ではなく「自身の気持ちが動いて行動に移すこと」である。その「気持ち」が生きる力に結びつくことで、生活の中で良い反応が連鎖していくのである。「集いの場」や「多世代の集会所的機能」を活用してこれまで培ってきた習慣や技術を活かすことができる機会を多くつくり出すことは生きがいの生み出すきっかけとなるのである。

## (9)つなぎ機能

生活を継続するためには、介護サービスだけではなく、それまで本人が培ってきた環境（人・場所・物・機能）の糸を紡ぎ直すことが重要である。

「つなぐ」とはネットワークを作ることであり、基礎となる資源は地域の中の、より身近なところに、多く存在している。しかし「地域の資源（人・場所・物・機能）」の中には隠れているものも多くあり、草の根的にひっそりと活躍しているものもある。

地域にある資源を発掘したり、現状の資源をもっと多くの人が利用できるように発展させたり、新たな資源を作りだし、それぞれが効果的に活動できるようにネットワークを作るなど資源が有効に活用されるようコーディネート機能が必要である。

地域には孤立した高齢者や身体機能の低下、認知症が理由で外出がままならない状況等の高齢者を地域の「場」（居場所・機会）に繋ぎ、地域との関係づくりや活動する機会を提供することも小規模多機能としての重要な取組みになる。

## 3 実践事例

### (1) おたがいさん（神奈川県藤沢市）

- 【事業所名】 おたがいさん  
【法人種類】 株式会社  
【事業所住所】 神奈川県藤沢市亀井野 4-12-93  
【生活圏域人口】 35000  
【市町村人口】 42 万人  
【生活圏域の設定数】 2  
【生活圏域の地域特徴】 住宅地  
【生活圏域高齢化率】 20.05  
【登録定員／登録者数】 23/25（H27 年 1 月 1 日現在）  
【通い定員／通いの 1 日平均数】 11（直近 1 月の平均）  
【宿泊定員／宿泊の 1 日平均数】 2.4（直近 1 月の平均）  
【1 日あたりの訪問件数】 4  
【平均介護度（H27 年 2 月 12 日現在）】 1.75

#### 【事例】 地域に求められる小規模多機能 子供を巻き込んだ取り組み

株式会社あおいけあ小規模多機能型居宅介護おたがいさんは、住宅街の一角にある。当初、グループホームと小規模デイサービスを提供していた。当時、事業所が歩道の狭い車通りの多い車道に面していることからあえて塀を作らず、地域の方が敷地を通るように仕向けた。そのことによってサラリーマンや学生、子ども達が近隣の駅に向かう近道として、事業所の敷地内を気軽に使われるようになった。しかし、気軽に通り道として利用されるも、事業内に立ち寄るまでは至らなかったようである。

そこで、その通り道が単なる通過点になってしまうことなく、足を止めてもらえる「場」になるにはどうしたら良いのかを検討した。

その結果、まず初めに取り組んだのがトイレとベンチの設置である。事業所の利用者のみならず、そこを通る誰もが利用できるような場所にトイレを設置した。これによって近くの公園

で活動されている方たちがトイレを借りに来てくれるようになった。そして、玄関横に気軽に座れるベンチ。これによって利用者は、靴を履く、脱ぐという時に便利になった。

しかし、これだけでは、まだ子どもたちが事業内に立ち寄ることはなかった。

そして次にトイレの横に本棚を設置し、マンガを置いてみた。すると公園で遊んでいた子どもが、トイレを借りに来た後、玄関のベンチに座ってマンガを読む光景が見られるようになったとのことである。更に、玄関に棚を設置し、そこに駄菓子を置いた。すると、駄菓子があることが小学生の中で口コミのように広がり、子どもたちが買いに来るようになった。そしてその子どもたちの姿に最初に気づくのは、利用者だった。最初は「ほら子どもが呼んでいるよ」と職員を呼んでいた。しかし、1人でやってくる子どもは少なく、2人以上で来るので職員1人の対応では難しいと感じられたのか、利用者がその子供たちの対応に手伝ってくれるようになり、そのうち、子どもたちが入ってきたら

「いらっしやい」と声をかけるように変化していったそうである。認知症があつて計算が少し遅くても、高齢の利用者の対応力はすごい。計算はすべて子どもたちにしてもらってしまう。子どもが「これください」と来れば、すかさず「いくらだい?」「おつりはいくらだい?」と聞き返してしまう。駄菓子の売り買いを通して利用者と子どもたちの接点が生まれたのである。

この事業所では地域の中の通り道だった事業所の敷地がトイレやベンチ、マンガ、駄菓子を手段として、子どもたちが自然と事業所の中に入り始めたことによって、利用者と子供たちが自然に触れ合える「場」に変化したのである。その後、事業所の地域向けの「流しそうめん」のようなイベントのときは、無料でそうめんを食べることができると自分たちでチラシを作り小学校で配布するようになった。すると子ども達だけでなく、保護者や小学校の教員までもがイベントに来るようになった。何年も経過してくると、名前が解らなくとも自然に挨拶が交わされ、会話も生まれる。これが隣近所の普通の関係である。

### 【事例】

50年農業一筋80歳代男性。病院から退院したが、家で外にも出ずに過ごし、体力的にも運動能力的にも低下がみられていた。家族から外に出る機会になればとサービス利用の相談があった。そこで、敷地内の空いている土地を活用し今までの経験を活かして畑をつくってもらうことになった。利用当初は、何故行かなければならないのかと疑問を持っておられた。しかし、職員から「ここに畑をつくりたいので、教えていただけませんか?」と持ち掛けると「仕方ねえな」と話されながら、土の作り方から鍬の使い方、気象状況を見ながら種をまく時期はいつ頃だと、ひとつひとつ丁寧に教えてくださった。そうになると、職員と利用者と

いう「支える」「支えられる」という関係から、「教えてもらう人」「教える人」となり、職員は尊敬の眼差しに変わる。当初は畑づくりをしていたが、「自分たちで米づくりをしたい」という職員の希望を伝えるとそれも快諾され、苗を刈ってきて、プランターで米づくりを始めた。苗をプランターに植えると少し苗が余った。それを、事業所の外に置いていたら、駄菓子を買いに来た子どもたちが「苗もらって良いですか?自分たちもやってみたい」と近くのスーパーから発砲スチロールの箱をもらってきて、学校帰りや休みの日に米づくりを始めたのである。利用者と子どもたちの苗を横に置き、利用者が自分たちのものだけ気にかけるようにして子供たちの苗はあえて、世話はしないことにしてみた。成長してくると当たり前ではあるが、プロが育てたものと、子どもたちの苗とでは成長の度合いが全く違う。それを子ども達は見て「じいちゃんすげえ」と利用者に対して尊敬の眼差しに変化したのである。この頃になると、農業を教えてくれている利用者も家族から「今日おたがいさんに行く日よ」と声をかけると「仕方ねえな、俺が行かないと困るからな」と言われるようになった。収穫した米は事業所で食べ、その藁で縄を結び、その縄で秋から冬にかけて軒先に大根や柿を干す。この光景は昔からの当たり前で「何をしているの?何ができるの?」と目を輝かせながら聞いてくる。

ある日、事業所に駄菓子を買いに来た子どもが言った。「ねえ、ここにいるおじいちゃんやおばあちゃんは認知症じゃないよね。だってテレビでみたのとは全然違うもん」と。おたがいさんは利用者の9割の方が認知症である。

代表の加藤さんは最後にこれから目指していく小規模多機能のあり方を以下のように語っていただきました。

「施設慰問という大人が作り出した交流の

機会ではなく、自然と子ども達が自分から行こうと思えるような取組みが大切だと思います。私の経験上、慰問に来てくれた子どもたちがその後、施設に足を運んでくれることはありません。そして、もし、自分が高齢者の立場であれば一方的に「慰問」をされることはお断りしたい。なぜ高齢者の自尊心をつぶすような行為をするのだろうか？多世代の交流ができることで、認知症に対しても「怖い」「おかしな人」という偏見をもたず、人としてあたりまえの付き合いができるようになると思います。うちで働いているスタッフの娘さんは小学校の時から「おたがいさん」で殆どの時間を過ごしています。自宅に帰っても親はいないので、中学・高校時代も部活が終わるとここに帰ってきます。弊社ではスタッフは子どもを連れて出勤して構わないとしています。利用者さん達が見守り遊んでくれます。ちなみにこの娘さんは高校を卒業する年、進路先に「株式会社あおいけあ」と書いていました。現在 22 歳で入社 4 年目、親子で働いています。小規模多機能には保育所も学童保育も必要ありません。今後は小規模多機能のスペースを使い不登児への支援も本格的に開始していきます。小規模多機能は高齢者の為だけの事業所ではなく将来をにう子ども達を含めた全ての人の居場所にできると考

えています。」



## (2) 木守舎（鳥取県鳥取市）

【事業所名】 小規模多機能型居宅介護 木守舎

【法人種類】 社会福祉法人

【事業所住所】 鳥取県鳥取市行徳2 二丁目 429 番地

【登録定員/登録者数】

25 名/23 名（H27 年 2 月 1 日現在）

【通い定員/通いの 1 日平均数】

15 名/12.7 名（H27 年 1 月）

【宿泊定員/宿泊の 1 日平均数】

9 名/5.3 名（H27 年 1 月）

【1 日あたりの訪問件数】 約 9 件（H27 年 1 月）

【平均介護度】 3.0（H27 年 2 月 1 日現在）

【生活圏域人口（A 圏域）】 人口：13,374 名

【生活圏域の設定数】

A 圏域には 5 箇所の小規模多機能がある。

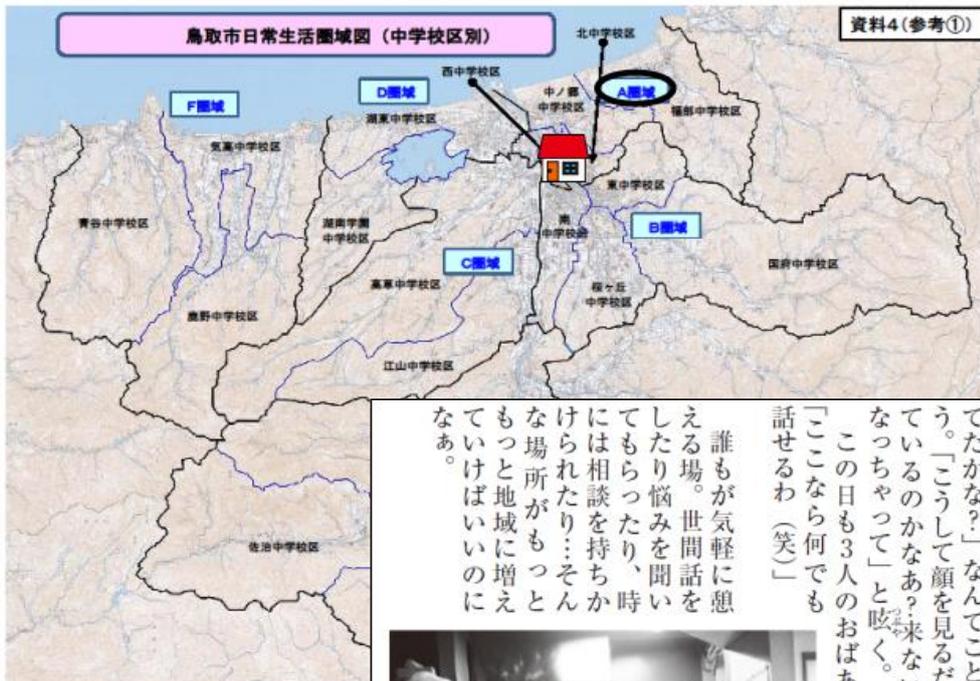
【市町村人口】 192,954 名（高齢化率 28.6%）

【生活圏域高齢化率（A 圏域）】

29.3%高齢者世帯率 62.4%

【地域の特徴】

鳥取駅周辺の商店街からほど近い距離の住宅街。神社や仏閣が多く、近くに大規模河川があるため住民の防災意識が高い。高齢者が多く、地元のスーパーや喫茶店が憩いの場になっている。



ほっこり喫茶「ホットハウス」

川端Sマートの斜め向かいにあるホットハウス。お店を構えて12年。夕方になると近所のお年寄りが集まる喫茶店。女店主いわく、決まって15時になると近所のおばあちゃんたちが集まり井戸端会議を始めるという。そんなおばあちゃんたちをいつも傍でそつと見守っている店主「あれ？さつきも同じ話、してたかな？」なんてこともよくあることのように。「こうして顔を見るだけで安否確認になっているのかなあ？来ない日が続くと心配になっちゃって」と呟く。

この日も3人のおばあちゃんが集まった。「ここなら何でも話せるわ（笑）」

誰もが気軽に憩える場。世間話をしたり悩みを聞いてもらったり、時には相談を持ちかけられたり；そんな場所がもつともっと地域に増えていけばいいのになあ。

「いくのさん家の玉子焼き」平成 27 年春号より

## 【事例】珈琲豆がつなく、 Aさんらしい暮らし

### ○小規模多機能型居宅介護を利用するまで

Aさんは78歳の女性。平成24年に認知症の診断を受けている。徐々に物忘れがひどくなり、散歩に出ると帰り道がわからなくなったり、それまでできていた家事も難しくなってきた。夕方になると「晩御飯を作らなきゃ」と意気込んで台所に立つものの、以前のように段取り良く出来ず、毎日イライラして長年連れ添った夫や息子さんと口論をするようになってしまった。そんな日々に息子さんも疲れ果て、たまたま耳にした「小規模多機能型居宅介護 木守舎」の噂を聞いて、事業所へ相談に来られたのが平成26年夏のことだった。

### ○Aさんの思いはなんだろう

Aさん一家は10年前まで鳥取駅前で評判の喫茶店を営み、閉店した今でも、自宅兼店舗でこだわりの自家焙煎珈琲豆を販売している。Aさんは認知症になった今でも店に立ち、お客さんの相手をしている。職人堅気の夫を支えたい、自分もしっかりしてなきゃ・・・という気持ちがある。その立ち姿にあふれている。

そんな忙しい毎日でも、近所にある喫茶店「ホットハウス」に長年通いつめ、馴染みの友人たちとの会話を生きがいに暮らしてきた。

Aさんと衝突する日々に疲れきった家族を支援するため、まずは夕方の短時間の「通い」を提案したが、Aさん本人は首を縦に振らない。Aさんとの信頼関係を培うため、自宅兼店舗にスタッフが「訪問」で通い詰める日々が続く。店番をしていることに誇りを持っているAさんに、いったいどんな支援が必要なのか？事業所として自問を繰り返す。

Aさんが私たちスタッフの顔を見て笑顔が出るようになってきたのを見計らって、「他の

利用者に珈琲を振舞ってもらおう」という名目で「通い」を試してみたものの、「どうして私がここに来なければならぬの」と言われ、すぐに歩いて自宅に帰ってしまう日々が続いた。「どうして私が・・・」というAさんの言葉はもったもた。でもこのままだとAさんとその家族の暮らしが行き詰まってしまう。

### ○Aさんの思いに立ち返る

「Aさんの大切にしている事は何だろう？」

Aさんについてスタッフでミーティングをした。Aさんは「店番をしなければいけない、家族を支えなければいけない」という強い思いがある。自営業のAさん家族にとって、店番をしているというのはその家族の一員であることの証明でもある。しかし認知症のため、馴染みのお客さんに声をかけることはできず、豆をきちんと量ったり、お釣りを渡すという基本的なことができない。けっして言葉には出さないが、Aさんには「自分は家族の一員としての役割を果たしているのだろうか」という悩みがあるのではないかと・・・と「木守舎」では考えた。

店番を続けることはもちろん大事だが、店に立つ以外でも、家業の助けになっているという満足感が得られることはないのだろうか。

そして、なじみの喫茶店「ホットハウス」に行けば友人と過ごす大切な時間がある。「通い」を増やせば、その暮らしを奪ってしまうことにもつながりかねない。Aさんにとって必要で、われわれ事業所にできる支援はないのか、見つめ直すことにした。

### ○Aさんの新たな仕事を提案

Aさんにとって家業の珈琲豆販売に携わることは家族の一員としての証し。では、Aさんと事業所を、「珈琲豆」で結ぶことはできないかを考えてみた。

Aさんのお店と「小規模多機能型居宅介護木守舎」がコラボレーション（共同）で、オリジナルブレンド豆を作り、それをAさんとスタッフがお客さんに配達をするというのはどうだろうか。配達に行き、出会いが増えて販路が拡大するたびに、Aさんの仕事が増え、店に立つ以外でも家族の役に立つ実感が得られるのではないだろうか。

早速息子さんにこの提案をしたところ、二つ返事でOKをいただいた。Aさんのお店と事業所のコラボ商品「木守舎ブレンド」企画が固まった。

早速、運営推進会議と家族会でも提案し、メンバーに試飲をしていただいた。その中で一番人気だったブレンド豆を、「木守舎ブレンド珈琲」と名づけた。

シールのデザインは小物づくりの得意なスタッフが担当。販路拡大の第一歩として、「木守舎」の母体法人がおこなっているカフェのメニューに取り入れたり、機関紙「いくのさん家の玉子焼き」に載せたりして宣伝を開始。すぐに注文が入るようになり、Aさんとスタッフの配達と集金作業が始まった。

今では、口コミでファンが増え、色々なところから注文を受けるようになり、Aさんのおかげで、事業所も地域に溶け込む機会を得て、逆に事業所は「ありがたい」状態となった。

「木守舎」は、Aさん家族の家業のお手伝いをしているのではない。珈琲豆の配達というAさんの社会的役割を通して関係性を豊かにし、Aさんの望む暮らしに少しでも近づけていきたい、という支援の目標を見失わないよう心掛けているのである。

### ○新たに取り組んでいること

課題として残されている夕方の支援については、「通い」で夕食のおかず作りを職員といっしょに行い、自宅に持ち帰って家族に食べて

もらうという取り組みを開始した。いずれは自宅でAさんが自分で夕食作りができるようにつなげていきたいと考えているとのことである。

また、Aさんの自宅のすぐ近くの商店街のお祭りで、「木守舎c a f e」を出店する計画も進めている。Aさんには淹れたて珈琲をお客さんに出してもらい、宣伝と販売をがんばっていただきたいと事業所は考えている。

「木守舎ブレンド珈琲」のファンが増えるたびにAさんの関係性も増えていく。珈琲豆のもたらす絆が、これからもっとこの町に広がっていったらいいな、と考えている今日この頃である。



「木守舎ブレンド珈琲」



「珈琲を入れる A さん」

# コラム



## 「木守舎ブレンドコーヒー」

### 誕生秘話



僕はずっとここ、川端生まれの川端育ち。小さいころは、すぐそこに映画館があったりパチンコ屋があったりね。とにかく賑やかな町だった。飲み屋もたくさんあったしね。今ではずいぶん寂しくなった。それでも好きは好きだよ。この町がね。

うちは元々たばこや食品、日用雑貨なんかを置いていたんだ。おやじがまだ若いころにはエスカルゴなんかも置いていたって言うから、ずいぶんハイカラな店だったんじゃないかな。コーヒーを扱うようになったのは昭和30年の初めごろ神戸の取引先からコーヒーの



自家焙煎をやったらどうかって勧められてね。当時、鳥取で自家焙煎なんてやっている店なんてなかったから、画期的だったみたいでね。それからだんだんとコーヒー専門店になっていった。昭和43年ころから平成18年までは、末広のほうでも喫茶店をやっていた。うちの嫁、大きなおなか抱えながらウエイトレスしていたよ(笑)。

初めは、通帳がなくなつたと言いついてね。母の様子がなんだかおかしいなと思っていたら、物忘

れがだんだんひどくなつてきて。近所の人の勧めで、木守舎に通わすようになったんだけど、最初はうまくなじめなかつたみたいだね。最近だよな。週2回、午後からの短時間だけでも通えるようになったのは。

木守舎から、母の役割、仕事を作りたいからオリジナルのブレンドコーヒーを作ってもらえないかって頼まれたときはいまいちピントこなくてね。こういった事業所からの注文は初めてだったし。

(それでも二つ返事でOK(笑)。阿部珈琲と木守舎のコラボだね。母が木守舎に行くときは配達よろしくって。なるほどなって思ったよ。ちゃんと商品渡して、集金までしているんだって？(笑)。だいぶ職員さんにも慣れたみたいで、行かないって言ったり、木守舎から飛び出して歩いて帰って来るなんてこともなくなったよ。家にいるときはほら、ずっとああして店番している。お客が来ないか外を気にしてね。母が店にいるとね、昔からのお客さんが喜ぶの。「元気？」ってね。

川端の通りも来年アーケードが取り外されるから、だいぶ印象が変わるんだろうなあ。残念だよ。それでもよくよしていられないし、なにかやってみようと思ってる。来年春の花祭りの時には遊びにいでよ。母と木守舎とでブレンドコーヒーを出す計画もあるって言うしね。

語り手・・・阿部高志  
聞き手・・・金谷佳寿子

---

### (3) さかえまち（東京都日野市）

---

【事業所名】 小規模多機能ホームさかえまち

【法人種類】 社会福祉法人

【事業所住所】 東京都日野市栄町 2-17-1 都営栄町二丁目アパート

【生活圏域人口】 26,621 名（H24 年 1 月 1 日現在）

【市町村人口】 180,975 名（H27 年 1 月 1 日現在）

【生活圏域の設定数】 市内全域で 9 か所

【生活圏域の地域特徴】

かつては辺り一面が田園だった名残で、地域のところどころに用水路が残っているのどかな地域である。古くから住んでいる同族の方が多く、同じ苗字の方が集まっている地域も複数ある。他方、新興住宅地も広がっており、後から越して来た新しい住民の方も増えている。古くからの住民と、新しい住民の交流は少なく、関係性の希薄さが課題である。小規模多機能ホームさかえまちは都営団地の 1 階にあり、周囲も同様の団地が立ち並んでいる。元自治会長さんによると、個人情報保護のために自治会名簿もつくれず、どこに誰がいるのか良く分からないそうで、何かあった時に助け合うことが難しいと心配されている。

【生活圏域高齢化率】 18.5%（H24 年 1 月 1 日現在）

【登録定員／登録者数】 25 名／登録者数 25 名《若年の方 7 名》（H27 年 1 月 31 日現在）

【通い定員／通いの 1 日平均数】

通い定員 15 名／通いの 1 日平均数 12.9 名《若年の方 3.8 名》（直近 1 月の平均）

【宿泊定員／宿泊の 1 日平均数】

8 名／宿泊の 1 日平均数 3.9 名《若年の方 0.3 名》（直近 1 月の平均）

【1 日あたりの訪問件数】 4.4 件／《若年の方 1.0 件》（直近 1 月の平均）

【平均介護度】 2.4（全体）／2.7《若年の方》（H27 年 1 月 31 日現在）

---

#### 【事例】若年性認知症の当事者と家族の会 「芽吹き」を創るまで

##### ○取組み概要

小規模多機能ホームさかえまち（以下、さかえまち）では、平成 23 年に日野市で初となる若年性認知症の当事者と家族の会「芽吹き」を立ち上げ、今日まで活動を続けている。現在 10 名の当事者とその家族、そしてこの地域のサポーターが入会している。活動を開始してから、五、六十代のアルツハイマーや高次脳機能障害の方の相談を受ける機会が増え、相談を受ける中で、さかえまちを利用したいと希望される方もいる。そういった方々を受け入れていくうちに、現在は、25

名の登録者中 7 名が 65 歳以下という、若年の方が複数利用される特徴的な事業所となった。なお、「芽吹き」の会員である当事者の方の半数は、さかえまちではなく、他のサービスを利用されている。この会の活動を担っているのはさかえまちであるが、事業所の登録者だけではなく、広く地域の方を対象とした相談窓口としても機能している。

若年性認知症の方を支援する会を創るにあたっては、49 歳でアルツハイマーと診断された男性の利用者夫妻との出会いからである。奥様には周囲の理解を得られず悔しい思いをした経験があり、当初より、日野市でこのような会をともに立ち上げてほしいとお誘いを受けていた。このご夫妻を支えたいという思いが会を創る原動力と

なった。しかし会を立ち上げようとしても、高齢の方に比べ若年の方の数はずっと少ないため、受け身で待っているだけではこの試みを広めることはできない。そこで日野市と医師会に協力いただき、当事者の方やその家族との出会いの場をつくることを目的に、若年性認知症のセミナーを開催。セミナーでは期待していた通りに 50 代の方が来場され、繋がり、会を立ち上げることができた。その後も日野市が「芽吹き」のメンバーによる講演会を開催し、周知の機会を得た。この講演会を機に「芽吹き」という若年性認知症の方の相談窓口の存在が周知され、問い合わせを受けるようになっていった。



当事者が育てた野菜

### ○「芽吹き」の活動内容

「芽吹き」では隔月でイベントを開催している。ボーリング大会や素麺流し、植物園散策、宴会等々、当事者の方のご希望に応じて活動内容を決めている。開催の時は地域の方の力を借りながら、さかえまちのスタッフが黒子となって盛り上げている。

また、ご家族同士で体験を分かち合えるような懇談会も設けており、懇談会には医師も参加し、家族の悩みや疑問に答えている。何かあれば個別相談も随時受けている。

若年性認知症についての啓発活動にも力を入れており、「芽吹き」の会員とともに各地で講演を行っている。講演以外では、若年性認知症をテーマにした映画『明日の記憶』の上映会も実施。日野市の協力を得て 1,500 名の方が来場された。



「芽吹き」の素麺流し



メンバーの医師

### ○小規模多機能ホームさかえまちの活動内容

次に「芽吹き」の活動とは別に、さかえまちの日々の活動内容も紹介する。若年の利用者の活動で最も力を入れているのが農作業である。これは56歳のご利用者の一言で始まったものである。彼は自分が病気であることを理解しているが、その喪失感の中、畑仕事は唯一自信を持ってできる作業だと言われたことがきっかけとなる。ならばその力を発揮していただこうと、無料で使える畑をスタッフが探して来たことから取組みが始まった。天気の良い日は若年の方数名で畑に出かけ、採れた野菜は地域の販売所に卸し収益も得ている。他にも近所のケーキ屋さんの鉢植えの手入りを担ったり、地域で行われている果実の摘み取り作業に参加したりと、屋外での活動が中心となっている。こうした活動が好きの人にとって一番困るのが雨天時である。室内で何もせずじっとしていること程辛いものはなく、そんな時は日曜大工やシュレッターがけ、卓球など、室内でもできる作業や運動を行っている。

このように「芽吹き」及びさかえまちでは、高齢者の多い施設や活動に馴染めない当事者の方にとっての居場所として機能している。デイサービスに馴染めず、さかえまちの登録に至った方もいる。さかえまちでは、自然に若い利用者同士が集まって過ごしている。

病気を患う前に行っていた活動を再開し、本来



畑作業



鉢植えの手入れ



ご利用者作の靴箱

の力を取り戻せた方。62歳で高次脳機能障害となったある男性利用者は、登録当初、道が分からず行方不明になるという出来事があったが、ともに作業を続けて行くうちに、徐々に機能が回復し、現在は元々勤めていた会社に通勤できるようになった方など。小規模多機能型居宅介護というツールをうまく活用し、若年の方が安心して過ごせる居場所づくりができ、また本来の力を取り戻すきっかけにもなり得るということが分かってきた。

さかえまちは家族にとっても大切な居場所となっている。当事者の方が若いこともあり、高齢の方よりも見た目には健康的なため、いくら家族が介護の苦勞を語っても、その度に周囲の無理解に傷ついてしまう。こうした無理解から、ご家族が孤独に陥る場合もある。

また「芽吹き」の会員の中には隣の市から来られている方もいる。60歳でアルツハイマーと診断された男性とその奥様である。隣の市に若年性認知症の集まりはないため、「芽吹き」を訪ねて来られたものである。その奥様からは「ずっと誰にも理解してもらえずにつらかったが、この会で悩みを分かち合えて救われた」といった言葉聞かれた。

やはり何よりも大きな成果は、若年の方を支援する糸口ができたことである。支援をしたくとも、若年性の当事者の方がそこにいるかわからなければそれはかなわない。若年の方の相談窓口としてさかえまちが認知されるようになったことで、登録者だけではなく、広く地域において困っている方々の支援も可能になった。

若年の方は高齢者以上にご自身の意思をしっかりと表明されることが多く、納得できなければ何事にも応じてもらえない。以前、ある利用者に当施設の組織としての未熟さを指摘されたことがあった。この方は数年前まで部長として活躍された方である。組織のあり方を熟知された利用者だったからこそ、事業所のあり方や対応のまずさを指摘していただくことができたのではなかろうか。人手不足とか、忙しいといった言い訳は通用しない、こうした利用者からの厳しい評価に日々真摯に向き合っていくことで、スタッフの支援能力が向上したことも、若年の利用者を受け入れたことで現れた成果の一つである。

### ○今後の課題

若年性認知症の方を支援する上での一番の苦労は、ご家族が当事者の病気をなかなか受け入れられないところにある。高齢の方であってもご家族が認知症を受け止め切れないことは少なくなない。若年の方の場合はなおさらである。若くして認知症になることは、誰にとっても思いもよらないことであるが、家族が受け入れられずにいる間にも、当事者の方の心身は高齢者以上に速いスピードで変化していく。当事者の方と家族のこうしたギャップを埋めることも「芽吹き」の役割の一つである。しかし現状ではこのギャップを確実に埋める方法はみつからない。家族の気持ちを察しながら、当事者の方の変化を客観的に伝えるだけで精一杯のようである。

もう一つ課題は、まだまだ多くの能力がある若年の方が、わざわざお金を支払い介護保険を利用していることに違和感を覚えることである。周囲

の理解があれば、ちょっとした支援で当事者の方は働くことができるのである。以前、アルツハイマーと診断されてから約3年間遺跡発掘のアルバイトをされた男性の方がさかえまちにもいたが、遺跡の発掘の場では生産性はあまり追及されなかったため、働くことができた。若年性の認知症を患っていても、周囲の理解があれば十分働けるのである。つまり、認知症だからといって必ずしも介護保険サービスを受ける必要はないのではなかろうか。遺跡発掘のように、当事者の方が周囲の理解を得ながら働ける場を増やすことが、介護保険サービスを利用すること以上に大切であると考え。そういった場を増やして行くために、小規模多機能として何ができ、何が求められているのか日々模索することが求められる。

#### (4) ひなた（北海道上川郡美瑛町）

【事業所名】美瑛慈光園小規模多機能ひなた

【法人種類】社会福祉法人

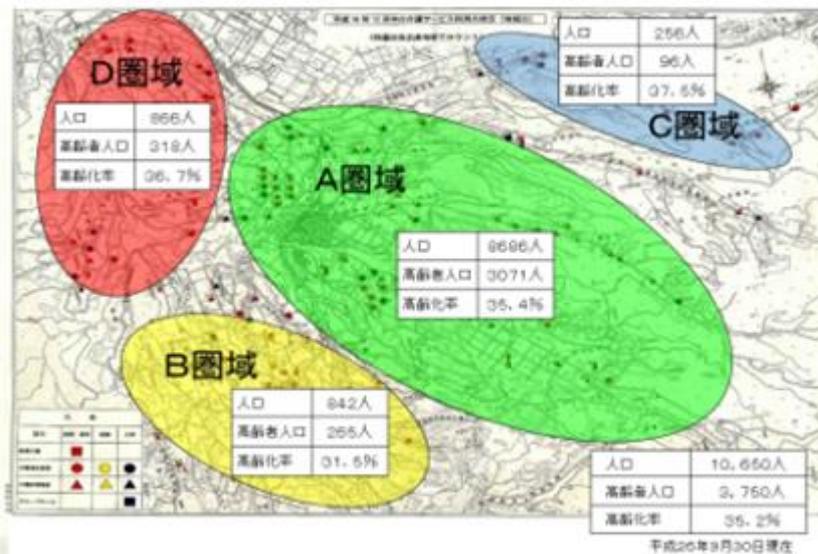
【事業所住所】北海道上川郡美瑛町美馬牛北1丁目2番9号

【生活圏域の設定数】4つ

【生活圏域の地域特徴】

全盛期は、JR富良野線美馬牛駅を中心に、駅前には農協の支所があり、美馬牛の市街地を形成。その周辺には留辺蘂、新星、二股の農村地帯が広がる地域であった。現在は、農協の支所も取り壊され、市街地の商店もなくなり、市街地の人口も減少、農村部も離農による人口の減少に伴い、地域の小学校も統廃合され、現在美馬牛地区に小学校と中学校が残っているという現状である。

生活圏域の人口と高齢化率



町内に4つの生活圏域を設定し、圏域ごとに小規模多機能型居宅介護支援事業所を地域拠点として整備



## ○事業所の活動内容

美瑛慈光園小規模多機能ひなた（以下、ひなた）は、4つの生活圏域の1つ、市街地から12km離れた美馬牛という集落に、2009年4月に新築で開設した。地域の生活支援の拠点づくりをめざして、以下の取り組みを行っている。

拠点づくりのめざす方向は、住民のみなさんが、住み慣れた地域で住み続けていくための様々な課題を、自らのこととして考え、その解決のために、ひなたをうまく使っていただくことである。そのためには、ひなたの運営を通して、地域の中にひなたの理解者、協力者を作っていくことだと考えて活動している。



小規模多機能ひなた



事業所の裏で飼っている羊

小学生の子たちが見に来ている

## ○地域とのつながりをつくる

### ■事業所と町内会

町内会は、そこに住む住民の方々に作られた自治

組織である。事業所が町内会に加入するということは、ただ町内会に加入して会費を納めるということではなく、住民として参加するということだと考えている。ひなたは、町内会の一員として、町内会の住民の方々と大変近い関係をつくっている。

もちろん、町内会の総会やお祭りなどの行事などには積極的に参加しているが、町内会のつながりに決定的な変化をもたらしたのは、美瑛の市街地に住んでいた、ひなたの女性の所長が事業所のある町内会の同じ班に引っ越して来たということであった。

引っ越し来てすぐに、班の中でお葬式が2つ立て続けにあり、しかも事業所に班長が回ってきていたため、事業所の職員が手伝いに参加することとなった。所長は班長として、賄いを取り仕切らなければならないだけでなく、年配のご婦人たちに1から教えてもらいながら、何とか役割を果たす。職員も受け付けなどの手伝いを無事こなして、2つの葬儀を終了することができた。

この葬儀の手伝いを通して、町内会の人たちから見て、彼女は事業所の所長から、同じ町内の〇〇ちゃんへ変化していったのである。

所長が引っ越して来て、事業所が班長として2つの葬儀を手伝って、町内会の中で事業所と住民のみなさんとの距離は人と人との距離とともに大変近い関係になっていった。

### ■月1回の昼食会

地域のお年寄りが集まることができる場所を作りたいと考え、3年前から町内の公民館を借りて、月1回昼食会を行っている。当初は、事業所の職員が全て段取りして、昼食づくりを参加者に手伝ってもらう形でスタートしたが、現在は、参加した方々が主体で昼食を作ってみんなで食べるという形に変化している。

1回の参加者は、20名前後、参加費400円で、地域の方々に回覧版を使って呼びかけをし、行っている。



地域のお年より、ひなたの利用がみんなで昼食づくり、そして食事会

### ■家族会の組織化

ひなたでは、利用者家族の会を作って、年に数回集まる機会を作っている。

焼肉をしたり、各自が1品ずつ料理を持ち寄ったり、鍋を囲んだりして、家族同士の交流や、事業所からの情報の発信などを行っている。

卒業した家族の方々の中には、引き続き参加させて欲しいということで、家族会に残っている方もおり、家族会は、いわば事業所の応援団となっている。事業所に相談に来て、ともに介護を実践する中で、事業所のよき理解者という関係ができたということである。

### ○シームレスな支援

ひなたの登録者は現在23名であるが、登録されていない方も通って来ている。

元気なうちから、昼食会に参加する、事業に通ってくる・・・事業所とつながっていて、介護が必要になったら登録するという、切れ目のない支援を通し、本人との関係、家族介護者との関係を早くから作っていくことが、「住み慣れた地域で粘る」という支援にとって大変重要だと考えてのものである。

### ○運営推進会議で地域課題の話し合い

ひなたの運営推進会議は、各行政区の区長、老人会の会長、民生委員、地域代表の女性、利用者、利用者家族、役場地域包括職員などで構成されている。

運営推進会議は年6回実施しているが、焼肉、忘年会、新年会など、推進委員と職員の交流を大切にしながら運営してきている。

話し合いの内容は、事業所の運営状況の報告や避難訓練の計画・実施、事業所で羊を飼う相談、事業所の運営課題などと合わせ、生活圏内の高齢者の生活支援ネットワークづくりなど、地域の課題についても話し合われている。



家族会の新年会（1月）

## 住み慣れた地域で最後まで生活できるネットワーク(案)

以前は、3～4世代、多くの家族に囲まれていました。子供も老人も、多くの家族の見守られて生活していました。

最近、少子高齢の社会になり、老人世帯や一人暮らしの老人が増加してきました。隣の近い市街地とは違い、農村部では隣の明かりも見えず、専業農家の多くなった農村では、本人の姿を何日もみないことが多くなってきました。まわりの人たちも多忙になりました。

本人たちは、できる限りこの地で住みたいと願っているのが本心です。老人を手助けできる方法、できることがあるのではないのでしょうか。

- キーワード
- ・普及してきた携帯電話
  - ・地域定着型の老人介護施設ができた
  - ・行政、介護施設、地域と遠方にいる家族との交流

○1つの提案

- ・人と人との繋がりは対面の話し合いでした。それを携帯電話で日常的にできないのでしょうか。

## 美馬牛・二股・瑠辺薬・新星生活支援ネットワーク

### 1. 会員

希望する人の登録制

会員カードに、氏名・住所・電話番号・緊急時の連絡先・身体状況・かかりつけ病院・主治医・協力員の記入と、個人情報に関する同意書に署名捺印してもらい、ひなたに保管する。

### 2. 協力員

行政区长、民生委員、ひなた運営推進会議メンバー、老人クラブ役員、福祉部長、隣近所の人・・・他協力者

### 3. 運営主体

運営主体は、地域住民で『生活支援ネットワーク会議』を将来的に目指し、当面の間は、ひなた運営推進会議の中で行っていく。事務局は当面はひなたに置く。

### 4. 具体的活動

- 日常の相談、安否確認・・・協力員が中心に行う。
- 緊急時の対応

### ① 家族が、本人の安否を確認

できない



### ② 体調が悪くなったとの連絡が入った

入った



## (5) まほろば(静岡県富士市)

【事業所名】小規模多機能型居宅介護事業所まほろば

【法人種類】特定非営利活動法人

【事業所住所】静岡県富士市天間 955 番 33

【生活圏域人口】32,686 人

【市町村人口】26 万人

【生活圏域の設定数】8 圏域

【生活圏域の地域特徴】

北側に霊峰富士を望み、閑静な住宅地の中にまほろばがあります。地域のシンボルは梅の花。ちょうど2月～3月にかけてあちらこちらに可愛らしい梅の花が咲き誇っています。

【生活圏域高齢化率】24.1%

【登録定員／登録者数】

小規模多機能（本体）25 名、サテライト 18 名／本体 23 名、サテライト 16 名

【通い定員／通いの1日平均数】

本体定員 15 名、サテライト定員 12 名／本体平均 12 から 15 名、サテライト平均 10 名

【宿泊定員／宿泊の1日平均数】

本体定員 6 名、サテライト定員 5 名／本体平均 2 から 3 名、サテライト 4 名

【1日あたりの訪問件数】本体 7 件、サテライト 3 件

【平均介護度】本体 2.6、サテライト 2.5

【取り組み概要】縁側カフェ（認知症カフェ）

### 【事例】縁側カフェ「まほろば喫茶 梅の里」

小規模多機能型居宅介護事業所まほろば（運営主体：特定非営利活動法人ハッピーネット富士）が取り組んでいる。認知症の人だけでなく、だれでも集える場としてのカフェである。毎月1回開催されている。

平成19年4月に「小規模多機能型居宅介護まほろば」は開所している。登録25名通い15名泊まり6名でスタートし、グループホームも併設。平成25年9月サテライト型小規模多機能型居宅介護（登録定員18名）を開設し、そこに交流室を備えてスタートする。

#### I 法人としての開所してからの問題意識

- ① どうしたら自宅で、自分らしく生活できるか。その為には私達はどう支援していけばよいのか。
- ② 本人と家族の心の葛藤を癒せるのは？

- ③ 元気になる為にどのようにしていくべきか。
- ④ 医療連携をどう取っていくか。
- ⑤ 地域とのかかわりはどうしていくべきか。



## Ⅱ 事業所として地域にどう溶け込むか、 そのため次の取組みを行った

- ① 町内会に参加させて頂く。回覧板がまわってきて公園や公会堂の掃除に参加から始める。
- ② 散歩や毎日庭に出て地域の人にあいさつ。
- ③ 民生委員協議会に毎月参加し、担当の民生委員さん宅や町内会長には運営推進会議の案内を持参。
- ④ 地域の行事には利用者さんと必ず参加。
- ⑤ 地域の方を職員として採用。

## Ⅲ 地域の施設として、縁側【認知症】 カフェを交流室でオープン

その目的は、

- ① 地域のボランティアさんにも小規模多機能型居宅介護を知ってもらえる。
- ② 地域の方と顔なじみになれる。
- ③ 認知症の人やご家族の悩みを共有できる。
- ④ 閉じこもりがちな高齢者の集いの場となれる。
- ⑤ 利用者さんも地域の方と交流・共生できる。
- ⑥ 独居の方も声をかけあえる。

月に 1 回でも仲間と会えることが何よりの楽しみ。カフェのない日もちょっと寄る事も…。

少しずつ地域に根差した取組みを行う中で、地域交流としての「縁側カフェ」はサテライトの開設後交流室を活用 25 年 12 月から始まった。月 1 回の定期的な開催である。参加者は、毎回 20 名以上となる。その中に認知症の方やその疑いのある方が 5~6 人いる。「まほろば」の代表が静岡県の認知症の人と家族の会の世話人を務めていることもあり、認知症の方と家族の方の集いの場となっている。それを家族の会や地域の皆様とスタッフで支えている。午後 1 時くらいから始まり午後 3 時すぎには一旦終わる。それですぐに帰る方もあるが、午後 4 時すぎまで続く

こともある。その日の過ごし方はいろいろである。地域包括支援センターから制度の説明があったり、薬剤師の話があったり、歌声喫茶になったりする。勉強会は 30~40 分くらいの時間で行う。それ以上時間が長くなると苦痛となる認知症の人もいるためである。クリスマス会などもある。

ここでは参加している認知症の方にさりげない目配りをしながら会話に巻き込み、コーヒーやお茶を楽しむ。担当のスタッフを決めていて、案内や準備を行っている。

このカフェは、事業所が地域との交流を目指して始められた。その中で、認知症の人とご家族にとって、月に 1 回ではあるがホットする場となっている。家族の会とのつながりで、介護経験者の皆さんと小規模多機能の専門職が「今困っている方々、今から困難を抱える方々」を支援している。

---

(6) いつでんきなっせ(熊本県熊本市) / いつでんくるばい(熊本県山鹿市市)

---

【事業所名】 いつでんきなっせ  
【法人種類】 特定非営利活動法人  
【事業所住所】 熊本市東区戸島西 1-23-63  
【生活圏域人口】 46,000 人  
【市町村人口】 74 万人  
【生活圏域の設定数】 27 圏域  
【生活圏域の地域特徴】 住宅地  
【生活圏域高齢化率】 16.3%  
【登録定員／登録者数】 24/15 人 (H27 年 3 月 1 日現在)  
【通い定員／通いの 1 日平均数】 12/9  
【宿泊定員／宿泊の 1 日平均数】 9/6  
【1 日あたりの訪問件数】 6 件  
【平均介護度 (H27 年 3 月 1 日現在)】 4.2  
【取り組み概要】 認知症カフェ

---

【事業所名】 いつでんくるばい  
【法人種類】 特定非営利活動法人  
【事業所住所】 熊本県山鹿市熊入町 1093 番地  
【生活圏域人口】 7,000 人  
【市町村人口】 55,000 人  
【生活圏域の設定数】 8 圏域  
【生活圏域の地域特徴】 住宅地(温泉)  
【生活圏域高齢化率】 32.9%  
【登録定員／登録者数】 24/22 人 (H27 年 3 月 1 日現在)  
【通い定員／通いの 1 日平均数】 12/7 人  
【宿泊定員／宿泊の 1 日平均数】 6/1 人  
【1 日あたりの訪問件数】 75  
【平均介護度 (H27 年 3 月 1 日現在)】 2.8  
【取り組み概要】 認知症カフェ

---

【事例】 さしおりカフェ

小規模多機能型居宅介護事業所いつでんきなっせ、いつでんくるばい(運営主体:特定非営利活動法人コレクティブ)では、多職種・学生・住民と協働し地域の認知症の人を支えるためのカフェを開業している。

○認知症の人と家族の支援は出会いを早くすること

開設の問題意識は、次の様なことであった。

①小規模多機能型居宅介護事業で、訪問を強化して自宅で暮らす方々を支えていると、地

域には何の支援も受けていない認知症の人と家族が存在することに気づかされる。今ここから支援を始めれば、これまで私たちに出会ってきた認知症の方々(小規模多機能の登録者)と違った支援が可能になるのではないかと。少なくとも、まだ自分の暮らしがあり、「○○したい」を自分の言葉で話せるので、これから先の支援のあり方が見えてくる。ライフサポートワークの視点での支援がより可能になる。

②一方で、全国で認知症カフェが広まろうとしているが、それがブームのような様子を呈していることに対しての違和感から始まっ

た。利用者の抱え込みのために始めようとしているところもある。何より本人にとって最初のサービスの場になるであろうときに、そこから排除されることであってはならない。だれもが集える場は、そこに認知症の方への支援の専門性がなければ、「変なことを言う人」「ここはあなたが来る場ではない」等で排除されてしまう。

### ○1年以上の準備期間

そこで、京都での認知症カフェの取り組みを参考に、平成25年9月から月2回の立ち上げチーム勉強会を開催し検討してきた。更に1年間スタッフや支援者の研修を実施した。大学の実習で事業所に研修に来た学生も一緒に学んだ。学生たちは、「オレンジパートナー学生の手会」というグループを立ち上げ、仲間を集り15名のグループとなった。

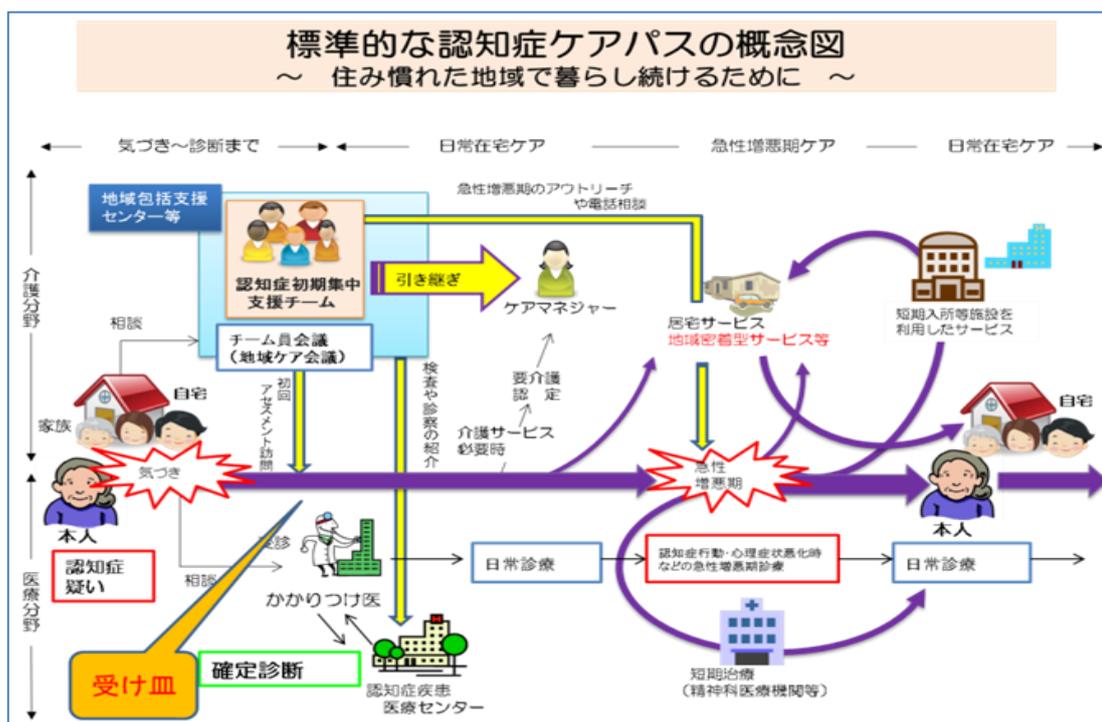
26年4月には、学生たちを含めて60名を超える勉強会を行い、準備していった。確認していったことは、認知症カフェはどのような位置付けになるか、そこで何を指すのかである。認知症ケアパスの初期の受け皿として機能しなければならないということだった。

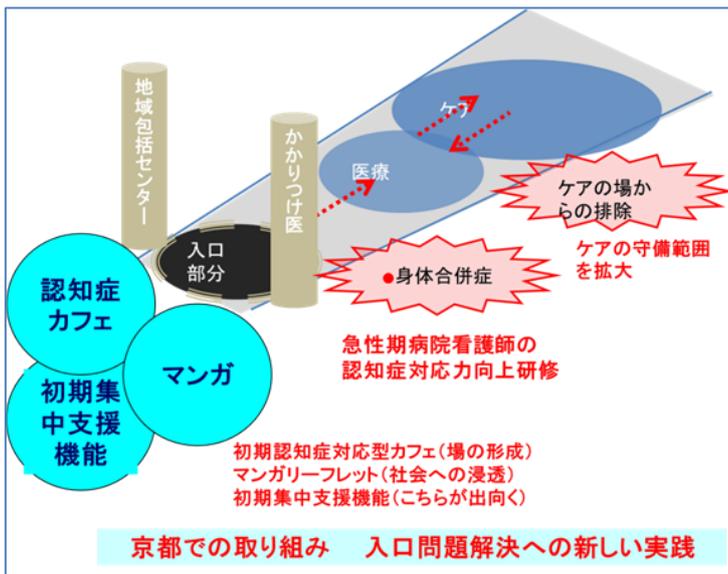


### ○認知症初期支援カフェ

表面的には「普通のカフェ」だが、認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場である。初期認知症の人の居場所となり、認知症の人と家族を地域で支える出発点となるもの。そこは、次の様な場でありたい。

- ①切れ目なく連続したケアを提供する最初の「拠点」
- ②診断後のサポート体制の起点（早期診断を受けてよかった）
- ③知症のイメージを、さらに疾病観を変える場





### ○さしおりカフェ（認知症カフェ）

「さしおり」とは、熊本弁で「とりあえず」との意味である。「とりあえず」が出発点であり、ここに固定するものではないとの意味から名付けた。ご本人とご家族にふさわしい支援につなげるまでの場である。

適切な支援に繋げるために、専門職の関わりが必要と考えた。

また、認知症カフェは認知症の本人と家族が安心して過ごせる場で「カフェ」を名乗るのも、気軽に集いやすい雰囲気をつくるためである。本人は社会とつながり、生きがいを感じるきっかけとなる。家族も苦労を語ることで心の支えとなる。医師やケアマネジャーなどの専門家も加われば、必要なケアを受ける入り口にもなる。ただ気軽さを追えば茶話会にとどまり、ケアに片寄れば場所を変えたデイサービスになりかねない。認知症カフェが有意義に機能するポイントは、本人、家族、地域住民、専門家が対等な立場で参加できる場であるとともに、個別の問題にも解決策を紹介できることが重要だと言われている。

カフェという「場」の取り組みで大事にしているのは、事業所だけで行わないことである。専門職は、県の介護福祉士会の協力で呼びかけ、また作業療法士も有志で参加している。医師も、在宅医療の医師が関わり始めてきている。地域住民は、認知症サポートリーダー(1年間の認知症支援の研修を受けた住民)と家族の会の方々が参加している。

このような経過の中で、学生・専門職・地域住民と共にさしおりカフェを平成26年12

月から開設している。「いつでもきなっせ」では、学生が中心で現在月1回開催している。「いつでもくるばい」では、作業療法士と地域のサポーターが中心で月2回の開催となっている。支援者が増えれば、少なくとも週1回の開催にしたいと準備している。関わるスタッフは、それぞれ責任者を配置し、支援者との連絡や準備を行っている。特に大事にしているのは、話し込むことである。自宅で暮らしている方々は、話す機会が少ないことで「話をすること」だけでも満足される。コミュニケーション力が問われている。

この取り組みの特徴の一つとして、打ち合わせと反省会である。開催日の支援者は一定ではないので情報の共有が必要となる。参加したAさんとBさんは「顔を見るのもいや」の関係、Cさんに「この話はタブー」「同じことを聞かれると不機嫌になる」等情報を共有するための打ち合わせであり、反省会である。ここで気づき生まれ、専門職もこれからの支援のあり方を学んでいる。

まだまだこれからの取り組みであるが、認知症の人と家族を支援する地域でのチームづくりを目指している。



## 4 小規模多機能が地域を支援することとは

### 【重度者は事業者、軽度者は地域】

地域包括ケアが推進されるなかで、行政は具体的に何をやっていいのかわかっている。事例にもあるように小規模多機能においては、すでに地域で様々な活動の実践が行われている。これらの事例に共通するのは、「目の前の利用者の暮らしを支える」ために直接的な介護サービスだけでなく、それ以外の活動や人の手による広がりの中で活動がなされていることである。そして、この様々な活動に参加するのは地域の人たちであり、その活動を通して地域に広がるという効果が期待される。この広がりや、活動の場を意識して行うことが地域を支援することにつながると思う。

また、どの取り組みも目の前の人の力を活かして活動を行っている。高齢者本人は何も力がないと決めつけてはいないだろうか。実は介護や手助けが必要な高齢者は一見何も持ち合わせていない弱い立場のように見えるが、大きな力を持っていることがこれらの事例からも見えてきた。小規模多機能においては、地域の中重度者への支援を期待され、事例のような取り組みが全国の小規模多機能で実践されつつあり、さらなる広がりが期待されている。

他方、小規模多機能の登録者だけでなく、軽度者やこれから介護が必要になるであろう人々にとっても、これらの地域での取り組みは有意義であると考えられる。平成 27 年の制度改正でも、一次、二次予防対象者や一部の要支援者への関わりは、介護保険サービスから地域支援事業に移行するよう道を示されている。今後は、場の提供や仕掛けづくりの協力を小規模多機能が担い、日々の運営は地域住民や元気な高齢者、ボランティアが担うことが、行政施策という側面からだけでなく、困りごとを抱える地域に住む高齢者にとっても求められているものである。専門の事業者が主体的に運営することはコストも掛かり、何よりも介護人材の不足が全国的に起きている背景を考えると、中重度者の支援で手一杯になっている実情もある。だからといって軽度者も地域住民であり、全く関わらないという姿勢はよくない。だからこそ、事業所としては場や人材育成等のソフト作りへの協力、緊急対応や困りごとへのフォローは行うも、日々のかかわりや場の運営は地域の人たちに任せるということも地域包括ケアシステム構築には重要な視点である。

### (1) 主人公は住民であり、注目すべきは「暮らし」

少子高齢化は、地域での暮らしに大きな変化をもたらす。高齢になると他人の援助がないと生活ができない人が一定割合出てくる。超高齢社会とはこれら的高齢者が増えるということであり、少子化は高齢者を支える人数が減り、負担が増えるということである。介護保険では、高齢者の「尊厳の保持」「自立生活の支援」を目的としている。「尊厳の保持」は、高齢者自らの意思に基づいた生活を維持できるよう、本人の自己決定を尊重することによってはじめて可能となる。

介護の問題は介護が必要な人や介護している家族・介護者だけの問題ではない。歳を重ねていく中で病気のリスクは増え、誰もが支援を必要とする可能性があり、自分だけは大丈夫と言うことは決して言えないのである。だからこそ、今は元気な高齢者でも、支援を必要とする高齢者でも、その家族でも「明日は我が身」という身近な課題なのである。よって、いつ何時、どのような状態になるかわからないからこそ、すべての住民が自分自身の今後のために、どこで、どのように暮らしたいのかを考えることが重要である。

自分が住みたいまちをつくるためには、他の誰でもない自らが、自らの生活環境を良くしていくため、自分自身で考え、行動するという主体的な意識が重要になる。主体的とは、ないものを要求する活動や新しい制度やサービスを役所に作ってもらうという考えではなく、すでに今あるものや、うまく力を発揮できていない地域の資源や人を互いに活かし活かされるような知恵や工夫を出し合う関わりが、主体的に関わることなのではなかろうか。

高齢になり、人の手助けが必要になった時や、これまでのように自分一人の力では解決することができなくなったときなど、これまで元気なときにできていた暮らしができなくなったことへの課題で

ある。

例えば、電球を変えることができない。重たい買い物がとっても不自由。買い物に行けない。三度の食事の準備ができない。外出する機会や近隣との付き合いが減り、気が付くと数日誰とも話をしていないなど、生活を送る中でちょっとした不自由や困りごとなどである。

病気になって、医療が必要になれば医療サービス、介護が必要になれば介護サービスと言ったものは、その出来事の困りごとにしか作用してこなかった。しかし、病気や介護は生活の一部であり、病気が生活ではなく、介護が生活でもない。生活の中の一部に病気や介護があるのである。だからこそ、これまでの介護サービスではできないことだけを抽出しそのことを中心に、もしくはそのことのみに対して援助を行ってきた。そのため介護サービスで補うことができない生活の困りごとが増えてきたとき、自宅で生活したいと望んでもあきらめてしまうことも多くあった。これは介護が必要な人だけではなく、元気な高齢者であっても、心身の衰えや、病気の治療、近隣との付き合いの減少による孤立感など、様々な不安を抱えている可能性が高く、こういった不安感が、心身に変化を生じた際に自宅で生活をおきらめてしまう一因となっているケースも少なくない。

これまで何気なく送っていた生活が年齢とともに不自由になり、できないことが増えていくことは自然なことのように思える。しかし、その不自由なことやできないことは本人にとっては非常に不便であるとともに、これから先どうなるのかと言った不安にもつながるのである。そしてその不安は心身ともに悪い影響を与える大きな要因となる。

身体の障害や衰えによりできないことを生活の一部から切り取って、機能を評価するのではなく、生活に合わせた支援や役割作りなどの関与がとても重要であることから「主人公は住民であり、注目すべきは『生活』」である。

## （２）制度や事業から本人を見ない、あてはめない

介護保険制度が施行され介護保険事業がスタートすると、事業を行うことやサービスを提供することが目的になってしまうというケースが増えてきた。これは、当初の目的の「本人を支える」ことから状態像を特定し、介護保険サービスの利用につながるかどうかだけで利用する人を探すことに目的が入れ替わり、事業を利用してもらうためのサービスになってしまったと言える。例えば、在宅支給限度額管理を優先したサービスの当て込みや、友人に会いに行くために通所系サービスを利用するといったことである。また、本人の発言力が小さいと発言力の大きなサービス提供事業者や家族・介護者等の周囲の言葉が優先されてしまい、本人は施設やグループホームなどに入所を希望していても周囲の困りごとが優先されて入居に至るケースもでてくる。

制度や事業は、本人の自立した生活や自己実現のためのツール（道具）である。しかし、制度や事業が始まると、支えるべき本人よりも、担い手であるほうの事情や理屈が優先されてしまい、サービスに本人の生活を合わせることを当然のこととして押し進められていった。その結果として担い手の都合により、本人への支援の量や質などが決まってしまう、そのことが常態化してしまうこともある。

これまでのこのような経緯を振り返り、真ん中に据えるべきは「本人」からであり、すべての支援は本人発で始まることが重要である。

## （３）本人の「声」を形にする（代弁機能含む）

本人の声を形にするということは、本人の言っていることをそのまま受け取るのではなく、その発している言葉や表情、しぐさ等をサインやシグナルと捉え、潜在的な思い（ニーズ）を見据えることが大事なことである。

例えば目の前の人「死にたい」と言う言葉を発したとしよう。その時「この人は死にたいのだ」と単純に考えないだろう。「死にたい」ほど「つらい」「悲しい」「さびしい」「恥ずかしい」などといったことを思い巡らすのではないだろうか。

その言葉にならない思いが潜在的な思い（ニーズ）であり本人も気が付いていない無意識の思い（ニーズ）なのである。

口に出すことすべてが「本音」ではない。自分が思っていることと正反対のことを言うこともあれ

ば、周囲に遠慮をして自分の意見ではないことを言う、伝えたい言葉が思いつかず、ニュアンスの違う言葉で表現することもあるだろう。また、言葉にすることで、本当に伝えたかったことが言葉で伝えていることとは別なことだったと気が付くこともある。それほど言葉で発している表現は、そのこと自体がすべてではなく、隠れた思い（ニーズ）があるのである。

一方、思いを受け取る専門職側は社会通念、道義などの世間の人が一般的に考えると思われる常識というフィルターを通して聞くのである。それに付け加え、自分自身の経験や専門家としての思い（ニーズ）や考えからも、言葉を捉えるのである。

このことは、本人が発している言葉は、受け手の常識や知識、社会性において受け取り方がずいぶん違う可能性があるということである。だからこそ、本人の言葉の意味をそのまま鵜呑みにするのではなく、その発言の背景や思いの言い換えやおうむ返しに聞き直したりして本人に確認や了解を取りつつ、本人が伝えたいと思われるものを表す作業が必要なのである。

また、表出されている言葉と解決策が違う場合もある。例えば地域住民の要望として「病院が欲しい」という思い（言葉）が発せられたとしよう。病院が欲しいという言葉そのまま受け止めれば、その解決方法は病院を作ることになるので、病院を誘致する必要があり、病院が建たなければこの思いには応えることができない。

「病院が欲しい」と言っていることを「医療サービスを受けたい」という思いと捉えたならば、病院がある地域であれば解決できるが、病院が無い地域であれば、病院までの移動すなわち送迎の課題として捉えることができる。また病院に行くことができないのであれば、往診（訪問診療）として医療機関から出向いてもらうという解決策も出てくるのである。そしてこの思い（ニーズ）は地域の事情によって変化するのである。だからこそ、それぞれの地域において思いを（ニーズ）を形にすることが必要なのである。「声」を形にすることは、思いを共有することが可能となり、共有することで解決に向けた行動が具体的にやりやすいものとなる。

#### （４）できないことに焦点をあてるのではなく、できてほしいこと、能力を持っている

##### ことに焦点をあてる

都市には商店など便利がいいが、近隣の人づきあいが希薄である。一方、田舎では商店などがなく、買い物は車で隣の地域まで行かないといけませんが、近隣との人づきあいが濃いなど地域によってそれぞれ特徴がある。都市は田舎のいいところに、田舎は都市のいいところにそれぞれ憧れるのである。地域包括ケアではサービスや建物を新たに作るのではなく、今あるものを変化や統合させ新たな役割や新しい機能に生まれ変わるように変化させることを考えないといけない。

地域においても、民生委員、社会福祉協議会、自治会、など地域に役割のある人や機関がある。そして行政の所管部門の政策によって事業名や活動する人が変わる。しかし地域では事業こそ違うものの、同じような活動をそれぞれ別々にやっている例も少なくない。また、人口が少ない地域になると、その役割が一人何役も担わないといけないということもある。

新たに機能や役割を作ると、人口が減少する地域においては大きな負担となってしまう。だからこそ、これからは無いものを嘆くのではなく地域にある強みを生かし変化させることが大切なのである。

例えば鹿児島県龍郷町では、気になる人の夜の見守りを、夜間にウォーキングしている方々をお願いしている。夜間の気になる人の家のカーテンは閉まっているのか、電気が付けっぱなしになっていないか、など気にかけている人への安否確認を、民生委員や近隣の人たちだけに任せていない。地域推進委員会を中心に「夜間の一人暮らしの人の安否確認」という課題をみんなで話し合った。その中で、地域では夜間に健康のためにウォーキングをしている人やグループがあることがわかった。夜のウォーキングのついでに気になる人の家の安否確認をお願いしたのである。

安否確認を新たに近隣に作ることも重要であるが、自らの趣味の延長線上に「おせっかい」をふりかけて「ついで」に安否確認をしてもらうという今あるものに変化（追加）を加え、実現した一例である。

地域において継続した活動を行うためには、無理せず負担に感じず気軽にできることが大切である。

そのためにも地域にあるものを伸ばし、無いものはあるものへと変化させ新しい機能を生み出す視点が重要である。

## (5) 本人中心の地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムは、システムを構築することが目的ではない。「尊厳の保持」と「自立生活の支援」のために地域に暮らす一人ひとりに見合った支え方を地域でどのように具体化できるかが重要である。あくまでも中心は地域のなかで生活している「本人」であり、制度や仕組みが中心ではない。

2000年の介護保険制度の施行以来「介護の社会化」が推進され、数多くの介護サービスがサービス提供を行い、利用者も増えてきた。しかし、こうした量的拡大の一方で各サービスや地域にそれまであった高齢者を支える力（資源）は地域の中で多くは断片化されたままで、統合的には提供されていない。その結果介護が必要な人の在宅での生活の継続は依然として困難であり、本人や家族の望まない選択として、自宅での生活をあきらめ、住み慣れた地域を離れなければならないといった問題が生じている。こうした課題を地域ごとで取り組み、地域の高齢者の生活を支える仕組みを構築することが必要である。

高齢者の生活を支える仕組みの基となるものは「本人」の声であり、本人がこれまで培ってきた生活の中にあるのである。

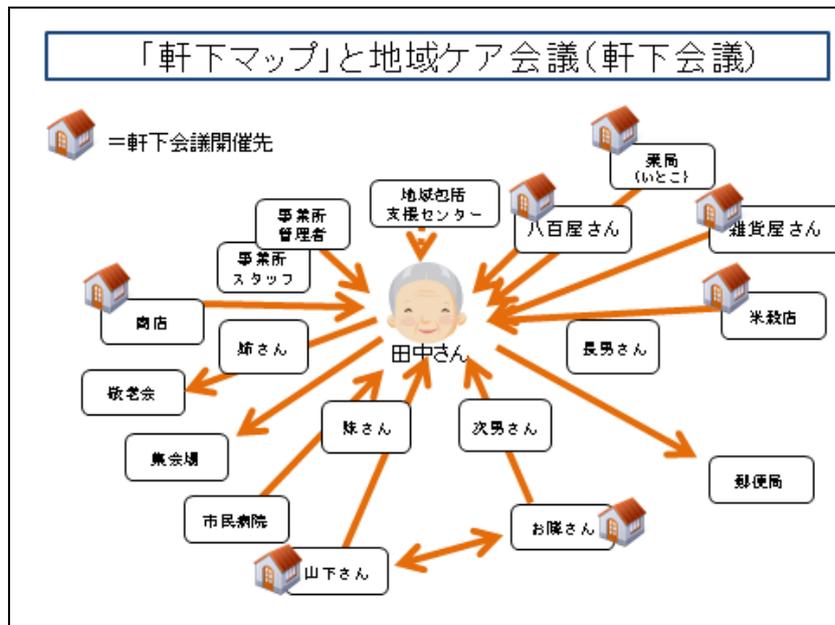
そして、その「本人」の声や、持っている力を活かして支える過程で生じる地域の中でのつながりや、行動をとともにすることでの団結力は本人を支える大きな力となり、地域の大きな財産になるのである。

## (6) 地域ケア会議は「軒下」で

高齢者本人は何も力がないかと言うと、そうではない。介護や手助けが必要な高齢者は一見何も持ち合わせていない、弱い立場のように見えるが、大きな力を持っている。それはこれまでの人生の中で培ってきた友人や知人、近隣の本人を気にしてくれる人たちである。この周囲の本人を気遣い、知っている人たちは、元気なときはお互いがそれぞれの力で行き来し、交流することができた。しかし介護が必要になったり、心身の機能が低下したりする中でかかわる機会が減るとこれまでの関係が薄れてしまうのである。しかし、身近で気にかけてくれる人たちはいる。しかも周囲に「助けられている」と気づかれないようなそっとした支援なのである。数人の方々が気にかけて、支援していたとしても、お互い知らなかったり、知っていても深入りしない距離感をもった世話焼きである。

そういった関係をつなぐことは自分自身の存在感を感じたり、取り戻したり、誰かのために何かをしたい、他者に受け入れられている、どこかに所属しているなど、承認されたり、所属している欲求が満たされる。人と人のつながりは本人が生きていく上で欠くことのできない重要な力なのである。この繋がり力＝関係力は、根拠性が低く、現実的には目に見えにくいいため、見落としがちであるが、この関係力を丁寧に紡ぎ、生かし、本人中心のネットワークを構築する作業が軒下会議である。

軒下会議とは、これまでの専門職が集まって行う担当者介護とは違い、本人を気遣う人や知っている人、心配してくれている人たちと、以前の暮らしを大切に考え、お付き合いされている方の軒先に必要な都度周り、井戸端会議の延長のような形で「気になることはないか」「気になることがあればいつでも連絡を」など関係が途切れないように糸を紡いでいく過程のことである。



自宅や地域での暮らしの継続は、介護サービスだけではなく、それまで本人が培ってきた環境（人・場所・物・機能）の糸を紡ぎ直すことが重要である。

「つなぐ」とはネットワークを作ることであり、基礎となる資源は地域の中に多く存在している。しかし「地域の資源（人・場所・物・機能）」の中には隠れているものも多くあり、草の根的にひっそりと活躍しているものもある。

軒下会議では、地域にある資源を発掘したり、現状の資源をもっと多くの人が利用できるように発展させたり、新たな資源を作りだし、それぞれが効果的に活動できるようにネットワークを作るなど資源が有効に活用されるよう確認する場の「個別の地域ケア会議」でもあり、地域の一人ひとりの顔が見える範囲で行われる。ケア会議としては、本人から見ても一番身近な会議である。

各地域で出されたなかで共通した課題や、個別ではなくもう少し大きな範囲、課題を検討するのが「地域ケア会議」である。地域ケア会議では個々の本人の顔は見えないが、軒下会議（個別の地域ケア会議）から明らかになった地域の課題や新たな取り組みなど、ほかの地域とも共通するような課題に対して検討する会議である。

### （7）できるだけ早い出会いと、あきらめないお付き合い

近所の方々を気にかけて、心配し、時にはちょっと手を貸すことができる時期から出会い、自身の生活で困りごとや心配事が出てきても、できることは自分です。ときに担い手であり、あるときにはお手伝いいただくようなシームレスな関係が地域にはある。

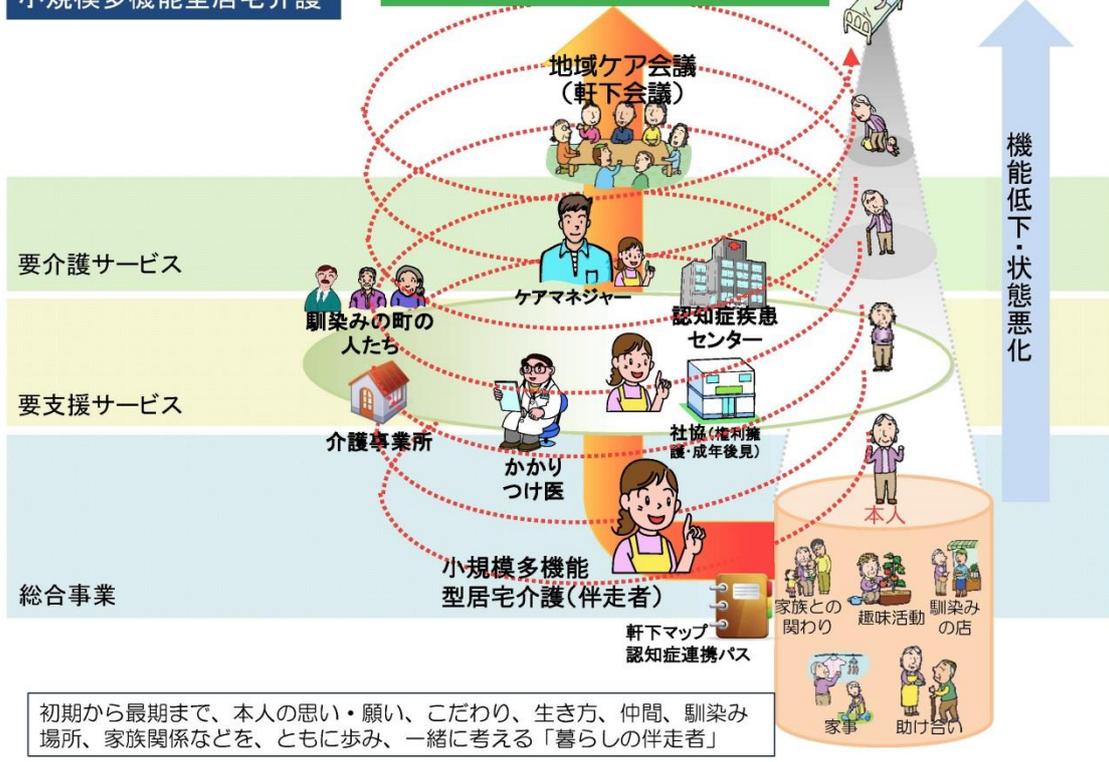
早めに出会い、常に本人とともに歩む伴走者が必要である。先駆的な地域においては小規模多機能に「ライフサポートワーカー」や「地域福祉コーディネーター」を配意している。

特定の「一人」のためにネットワークを一人ずつ構築し、一人ひとりと繋がる糸を丁寧に紡ぎ、支えることができるつなぎ役であり代弁者であることが重要である。

そして、周囲から反対されても本人の思いを代弁することをあきらめてはいけない。

本人支援の伴走者・・・  
小規模多機能型居宅介護

自分らしい暮らしと最期のあり方



初期から最期まで、本人の思い・願い、こだわり、生き方、仲間、馴染み場所、家族関係などを、ともに歩み、一緒に考える「暮らしの伴走者」

## 第4章 小規模多機能型居宅介護のサービス評価

### 1 課題意識

私たち地域密着型サービスの質の確保とは何だろうか？

私たち事業者は、登録された利用者を支えようとしている。しかし、残念なことに「小規模多機能型居宅介護に期待していたのに、小規模多機能型居宅介護サービスを理解していない事業者がいる」との声もきく。これから更に増加する必要があるサービスであるが、その質の確保がなされなければ、数は増えても役に立たない事業所となる可能性がある。このことは、小規模多機能型居宅介護事業全体への否定的評価にもなっていく。

ご本人やご家族から「安心」、地域の皆さんから「あの事業所があるからこれからの介護は大丈夫」となってもらうためには、また市町村からの「もう少し頑張ってもらいたいの声」に応えるためには、質の向上を図る取り組みが必要である。

厚生労働省の示す運営基準の中で「事業所は提供するサービスの質を自ら評価するとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表すること」が義務付けられている。サービス評価は、質の確保・向上に資するものとならなければならない。

だが、これまでの年に1回の外部評価機関が訪問し実施する外部評価は、次の理由で構造的な欠陥となっていた。

- ① 一年に1回訪問して何がわかるのだろうか。地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」が、外部評価では「優れた事業所」として評価される。外部評価実施日の対応だけで評価する危険性がある。
- ② また、例え外部評価で課題が見つかったとしても、事業所は外部評価機関にとって「お客様」である。厳しい評価を行えば、次年度からの評価の依頼はなくなる。どうしても、表面的な美辞麗句が並ぶことになる。実際に指定取り消しになったような事業所の外部評価でも、美辞麗句が並んでいる。
- ③ 更に、外部評価の料金は評価機関ごとに変わる。その結果、事業所は、どうしても「費用が安く」「評価の甘い」機関に集まることになる。

### 2 モデル事業の実施

#### (1) サービス評価の視点

これまでの外部評価機関からの評価では、質の向上は困難(昨年度までの「小規模多機能型居宅介護の質の確保についての報告書」)が見えてきた中で、「小規模多機能型居宅介護の評価のあり方検討」で、確実に一步一步の質の向上を目指す評価のあり方を探ってきた。

サービスの質の評価には、3要素（「構造（ストラクチャー）」、「過程（プロセス）」、「結果（アウトカム）」）を評価する。

トカム)」がある。これまでの私たち事業所の取組みから見えてくるのは、例えば開設当初は新人職員中心で小規模多機能型居宅介護とは何かほとんど理解していなかったような事業所が、振り返りのプロセスの中で、地域住民からも行政からも、なにより利用者と家族から「ここがあるから安心」と評価される事業所として成長している実態がある。質の向上のためのプロセスは、何より事業者自らが実践を振り返ることから始まるものであると言える。振り返り(反省)なしには、質の向上はあり得ない。このことから小規模多機能型居宅介護のサービス評価では、プロセスを問うことを大事にした。また、アウトカムについては、運営推進会議を活用する中で、その中に利用者本人や家族、更にこれからの利用を考える地域の方々の声を反映することで、アウトカム評価にもつながるものとした。構造(ストラクチャー)については、市町村の指導や情報公表によることが適切と考えた。

しかもプロセスを大事にしたサービス評価とは、「できている」「できていない」といった単なるチェックではなく、次の改善目標を掲げて事業所がポジティブに取り組む構造となることが重要である。小規模多機能型居宅介護のサービス評価のあり方は、次のように言える。

先ず事業所でのチームをつくろう!

実践を振り返ろう

そのプロセスを大事にしよう

そうした取り組みを本人、家族、地域の皆様に分かってもらおう!

地域から気づいたことを言ってもらおう

地域でのチームをつくろう

このことにより、地域も事業所も共に育ち合おう!

## (2) 本年度の小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた検討

サービスの質の向上に向けた評価事業の検討は、下記の通りである。

### [2012 年度]

「地域密着型サービスの質の向上の取組に関する調査研究事業」

これまでの外部評価の限界

運営推進会議での外部評価の試行

### [2013 年度]

「運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業」

評価の仕組みの検討

評価項目の検討

モデル評価事業の実施

以上を踏まえ、本年(2014 年)度のモデル事業は、次の 4 段階で実施した。

#### ① プレ評価の実施

- 全国の 10 事業所で昨年度作成した項目を使って評価を実施し、不都合がないか確認をした。

## ②プレ評価で出てきた意見をもとに、項目の再検討

- 現場職員からの「言葉が理解できない」等意見をもとに評価項目を修正した。

## ③モデル事業

- 全国の全小規模多機能型居宅介護事業所へ評価表を配布し、協力可能などところでの実施と回答をお願いした。(8月送付、12月まで受付)
- 全国4300事業所に案内し、モデル事業参加事業所は383事業所になった。うち運営推進会議を活用した外部評価まで実施の事業所数は、206事業所であった。

## ④ガイドの作成

- モデル実施での意見を基に、全国で実施するための方策を作業部会および委員会で最終検討し、ガイドを作成した。

# (3) 本年度のモデル事業

## ①プレ評価

10事業所で実際に自己評価・運営推進会議での外部評価を実施した。事業所自己評価項目は、基本は昨年度と同じ項目とした。この自己評価項目は、小規模多機能型居宅介護とは何かを理解するための項目である。小規模多機能型居宅介護の制度化時点で検討した評価項目を、小規模多機能型居宅介護の現在に合わせて見直し、全職員で自己評価するために簡略化したもので下記9項目である。

- ①初期支援
- ②～したいの実現
- ③日常生活の支援
- ④地域での暮らしの支援
- ⑤多機能性ある柔軟な支援
- ⑥連携・協働
- ⑦運営
- ⑧質の向上のための取り組み
- ⑨人権・プライバシー

地域からの評価項目は、自己評価のプロセスの確認と地域から見える事柄及び地域と一緒に取り組むことを項目としている。

事業所がどのように振り返り、改善していくのかを市町村や地域包括支援センター及び公正な目で見られる方々を含んだ運営推進会議で論議するようにしている。

- A. 事業所自己評価の確認
- B. 事業所のしつらえ・環境
- C. 事業所と地域のお付き合い
- D. 地域に出向いて本人の暮らしを支える取り組み
- E. 運営推進会議を活かした取り組み
- F. 事業所の防災・災害対策

## ②プレ評価で出てきた意見をもとに、項目の再検討

本年度のプレ評価で出てきた意見は、現場スタッフから「言葉が判らない」などの意見があった。現場職員に理解できる言葉へと修正した。

さらに作業部会では、言葉の修正と出された意見をもとに評価項目を整理した。

### 1) スタッフ個別評価

自らに真摯に向き合うことが大事なので、次の様な自らの振り返りを PDCA サイクルで捉え、そのプロセスを明確にする構成とした。

- ・各チェック項目で「達成度」を確認する
- ・記録などの根拠を確認しながら記入する
- ・自らの実践で、できている点を記入する
- ・自らの実践で、できていない点を記入する
- ・なぜ？ どうしてできていないのか？ その理由を考え、記入する

### 2) 事業所自己評価

事業所でのミーティングにより、自らの現状と改善課題を明らかにするものとした。ミーティングを通じたプロセスが重要で、このことで事業所でのチームづくりにもなることを目指した。

- ・スタッフ間での違いを理解し事業所としての課題を明らかにする
- ↓
- ・なぜ？ どうして？ → 「できている」「できていない」をみんなで考える
- ↓
- ・それを基に改善に向けた改善計画を作成する

整理するために事業所の評価表を数値化できるものは数値化し、また改善すべきことを具体的に表現するようにした。

- ・チェック項目ごとに記入 人数を集計
- ・スタッフ個別評価に基づき、できている点を記入する
- ・スタッフ個別評価に基づき、できていない点を記入する
- ・できている点、できていない点を踏まえ、事業所としての達成度を記入する
- ・記入した達成度の理由を記入し、なぜ？ どうしてできないのか？ を記入する
- ・次回（来年）の評価までに取り組む、具体的な改善計画を記入する

### 3) 運営推進会議での外部評価

短い時間内で、効率的に評価ができるように事前に配布し、目を通してもらう作業を入れた。また、運営推進会議のメンバーの皆様に事前に気づいた点を記入してもらう補助シートを作成した。

- ・運営推進会議のメンバーに、事前に事業所自己評価結果と地域調査票を配布。
- ・事業所の自己評価のプロセスおよび改善計画が妥当なのか

- ・地域及び当事者・ご家族から、見えることについて話し合う
- ・出された意見をもとに評価総括表を作成する

### ③全国モデル事業

モデル事業参加事業所は 383 事業所。うち運営推進会議を活用した外部評価まで実施の事業所数は、206 事業所であった。評価事業を実施してのアンケート結果及びそのことから見えてくる特徴は次の通りである。

### 3 モデル事業におけるアンケート調査結果

#### (1) 集計結果

※ 一部未記入や無効分があり集計数は項目ごと異なる

#### 1. 自己評価(管理者)

1. 取組みの期間について	長い	やや長い	やや短い	大変短い
	18	129	143	46
内容について(全体)	取り組みやすい	まあまあ 取り組みやすい	まあまあ 取り組みにくい	まったく わからない
	61	193	71	11
「項目についての説明」について	わかりやすい	まあまあ わかりやすい	あまり わかりやすすくない	まったく わからない
	36	187	99	14
「チェック項目ポイント」について	わかりやすい	まあまあ わかりやすい	あまり わかりやすすくない	まったく わからない
	42	173	99	22
記入しやすさ	記入しやすい	まあまあ 記入しやすい	あまり 記入しやすすくない	まったく 記入しにくい
	57	191	70	18
事業所自己評価・ミーティング	取り組みやすい	まあまあ 取り組みやすい	あまり取り組み やすすくない	まったく 取り組みにくい
	54	145	104	33

	最大数	最小数	平均数
スタッフ個別評価人数	21 人	2 人	8.4 人
ミーティング参加人数	14 人	2 人	6.1 人

#### 2. 自己評価(スタッフ)

取組みの期間について	長い	やや長い	やや短い	大変短い
	46	129	133	26
内容について(全体)	取り組みやすい	まあまあ 取り組みやすい	まあまあ 取り組みにくい	まったく わからない
	61	153	101	19
「項目についての説明」について	わかりやすい	まあまあ わかりやすい	あまり わかりやすすくない	まったく わからない

	45	177	99	13
「チェック項目ポイント」について	わかりやすい	まあまあ わかりやすい	あまり わかりやすすくない	まったく わからない
	43	178	97	16
記入しやすさ	記入しやすい	まあまあ 記入しやすい	あまり 記入しやすすくない	まったく 記入しにくい
	57	191	68	18
事業所自己評価・ミーティング	取り組みやすい	まあまあ 取り組みやすい	あまり取り組み やすすくない	まったく 取り組みにくい
	54	175	72	33

### 3. スタッフ個別、事業所自己評価項目について(管理者)

	よくわかった	なんとかわかった	あまり わからなかつた	わからない
1. 初期支援	54	173	74	30
2. 「～したい」の実現	72	182	68	15
3. 日常生活の支援	68	181	69	16
4. 地域での暮らしの支援	45	169	81	39
5. 多機能性ある柔軟な支援	48	165	84	37
6. 連携・協働	43	158	99	34
7. 運営	34	163	108	29
8. 質を向上するための取り組み	43	168	86	37
9. 人権・プランバシー	36	183	83	32

### 4. 地域からの評価を取り組んでの感想(管理者)

取り組みの期間について	長い	やや長い	やや短い	大変短い
	15	38	124	29
内容について	取り組みやすい	まあまあ 取り組みやすい	まあまあ 取り組みにくい	まったく わからない
	21	118	50	17
「項目についての説明」について	わかりやすい	まあまあ わかりやすい	あまりわかりやす くない	まったく わからない
	25	119	49	15

記入しやすさ	記入しやすい	まあまあ記入しやすい	あまり記入しやすすくない	まったく記入しにくい
	18	97	70	21
意見の出やすさ	出やすい	まあまあ出やすい	あまり出やすすくない	出にくい
	27	121	41	17

## 5. 地域からの評価項目

	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
A. 自己評価の確認	32	127	37	10
B. 事業所のしつらえ・環境	40	133	26	7
C. 事業所と地域	37	125	32	12
D. 地域に向いて本人の暮らしをささえる取組み	33	96	63	14
E. 運営推進会議を活かした取組み	62	114	23	7
F. 事業所の防災・災害対策	58	120	21	7

### (2) 自由回答より

#### ○ 事業所自己評価での意見

否定的意見もある

- 常勤職員は2名のみでどう評価したら良いかわからない
- 普段もミーティングもほとんどできていない、今回のようなミーティングは無理
- スタッフの考えがバラバラなので、まとめようがない
- スタッフの評価は、信頼できない(義務的、いいかげん)
- 改善課題がでて、改善しようがない(法人の考えに従わざるを得ない)
- こうした現状を肯定しても事業所の質は向上しない。これをどのように一步一步改善していくのかが問われる。
- 良かった意見も多かった
- このような機会にスタッフと論議出来て良かった
- 自分たちの取組みを自分たちで反省し振り返ることができた
- これまで管理者だけで行っていた自己評価を全員でやることで、すごく勉強になった

#### ○ 運営推進会議での外部評価

ここでも否定的意見もあったが、こうした意見を受けとめ改善することが問われているのでは?!

- 地域の方々は、何でこんなことに関与されるのかと言われた
- 家族から、そもそも家族の意見の集約はされているのかと言われた

良かったとの意見も多かった

- 地域からの意見を聞いて良かった
- 費用も掛からないので是非来年度から実施できるようにしてほしい
- 地域の人たちが考えていることが始めて判った

#### ○ 全体的な意見

- 判断基準がはっきりしない
- 大きな枠で考えるようになっているが、何を問われているのかははっきりしない
- 現場職員にとっては重たい
- 地域等との関係など現場職員ではわからない
- 必要性はわかるが介護職が不足している中で可能な限り簡略化して欲しい
- 法人の考えとこの評価の考え方とは全く違う、そのときに書けない
- 運営推進会議のメンバーは法人との関係がある方、その人たちが法人に意見することはない
- 運営推進会議では、報告・チェックを受けてきたが、更にチェックされるようできつい
- 非常に良い取り組み 続ければ必ず事業所の質の向上になる
- これから地域に根差すことが必要
- 地域に必要となる小規模多機能をつくるために必要な取り組み
- もう少し判りやすくなると、これまでの仕組みよりずっと良い

### (3) モデル事業から見えてきた特徴

#### ① 評価についてのアンケートで評価項目が「わかる」と「わかりにくい」に分かれた。

- これは、モデル事業に真剣に取り組んだ表れでないか。これまでの評価項目は細分化されていたが、考えざるを得ない項目なので判りにくいも多かったのではないか。
- これまでは、管理者などが行っていただけだったが、地域の方々にも見せるとなるとでたらめできないので積極的意見が多かった。
- 特に自己評価は、「できている」と考えていたことが実践を高めると「できていない」となるのが常である。一步でも改善しようという取り組みこそが必要ではないか。自らの質の向上を図らなければ、これからの介護は担えない。

#### ② 評価期間

- 評価期間は、自己評価および外部評価をしっかりと行うには「短い」、形式的に行うだけであれば「長い」

#### ③ 運営推進会議での外部評価

- 「行政が参加している運営推進会議」では、自己評価も確実に行われ、改善課題も明確になっているところが多い
- 「行政参加がなく地域からの参加も少なく、包括 1 名程度の参加の運営推進会議」では、ほとんどが「やれている」の評価、改善も「現状維持」の傾向がある

#### ④ 改善課題が具体的か

- 改善課題を各事業所が記しているが、抽象的な表現が多く、だれが何をいつどのように改善す

るのが判らないところがあった。

- 事業所の現状把握ができていない(アセスメントがされていない)で、高い課題を目標にしているところもあった。

#### (4)モデル事業から修正すべき点は

モデル事業で多くの貴重な意見があった。そこでは、現在の「外部評価機関での評価」の方が楽との意見、あるいはこれまでの評価項目方が細かくてチェックしやすい等これまでと比較しての意見が多かった。否定的な意見の多くが、慣れた現在の方法が良いとのことであった。

しかし、多くの取り組んだ事業所では確実にプラスの回答が得られている。「判りにくい」についても、「始めてなので理解するのに時間がかかった」ので判りにくかったとの意見も多かった。

よって項目等の修正は、文言の修正のみで可ではないかと委員会で結論付けた。ただ、取り組むためのガイドが必要とのことで、ガイドを作成することになった。

また、この評価システムが真に理解され、質の向上につながるためには、研修が必要である。認知症サービス管理者研修などでの研修が今後必要である。そのためには、各県の管理者研修等の講師への研修も必要になる。

## 4 サービス評価ガイド及び様式集の作成

本委員会においては、モデル実施での意見を基に、全国で実施するために作業部会および委員会で最終検討し、ガイド（小規模多機能型居宅介護事業「サービス評価」の概要）及び、「小規模多機能型居宅介護 サービス評価【様式集】」を作成した。

成果物は、次の通りである。

### ①小規模多機能型居宅介護事業「サービス評価」の概要

### ②「サービス評価」の概要）及び、「小規模多機能型居宅介護 サービス評価【様式集】

#### ◆自己評価

スタッフ個別評価・・・・・・・・・・（ス-①～⑨）

事業所自己評価・・・・・・・・・・（事-①～⑨）

#### ◆外部評価

外部評価（地域かかわりシート①）、・・・・（地①-1～3）

外部評価（地域かかわりシート②）、・・・・（地②-1～6）

#### ◆小規模多機能型居宅介護「サービス評価」総括表

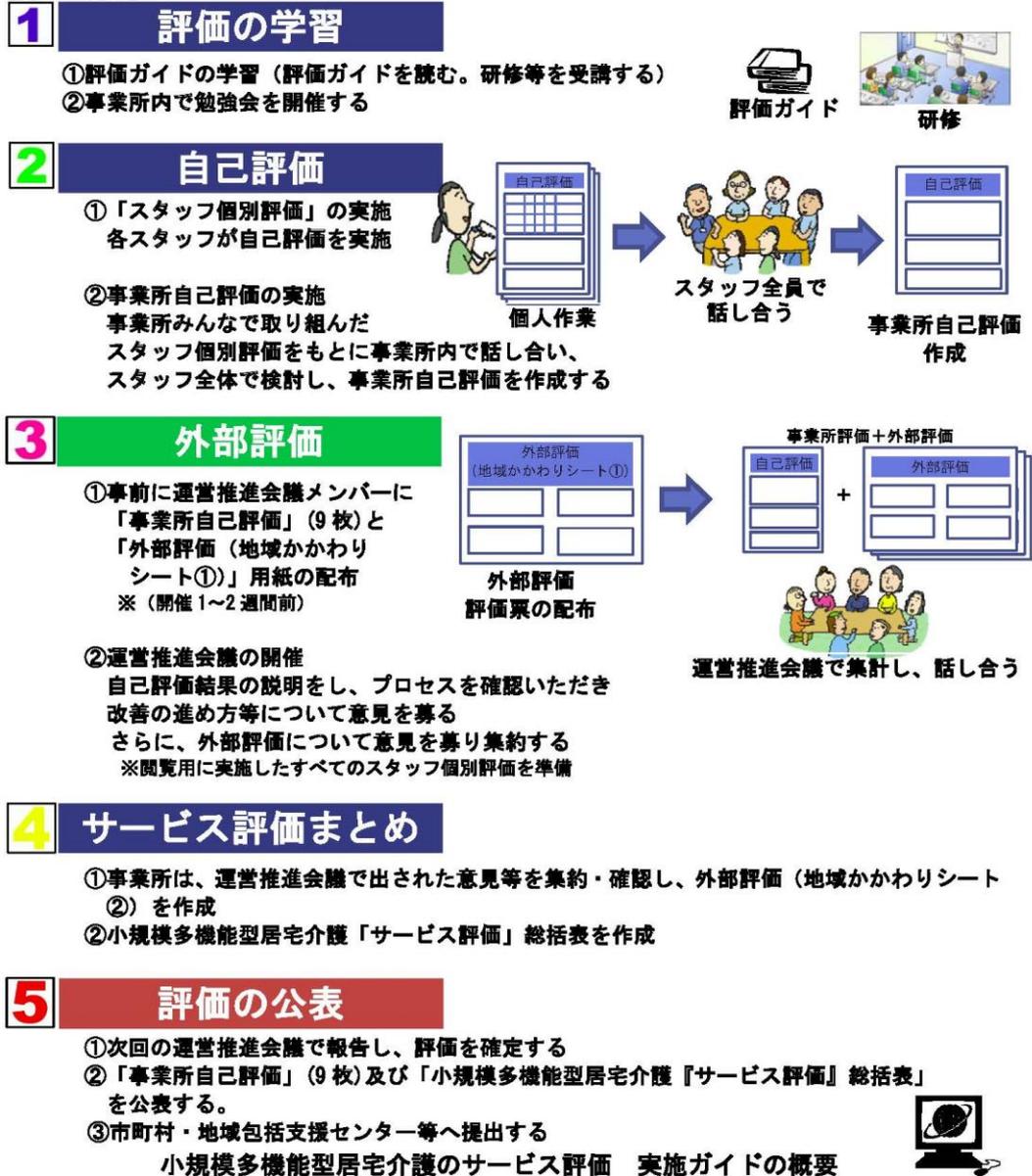
## 小規模多機能型居宅介護事業「サービス評価」の概要

### 【はじめに】

小規模多機能型居宅介護事業所の「評価」は、「自己評価」と「外部評価」の2つからなります。その作業は…

- ①「自己評価」については、管理者等が中心になり、事業所内のスタッフ全員で行います。
- ②「外部評価」については、運営推進会議のメンバーと一緒にいきます。
- ③評価結果の公表については、利用者及び利用者家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムでの公表、業所内への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターに置いておく、法人のホームページ等への掲載等により公表します。

### 【評価の流れ】



## 1 評価の学習

### (小規模多機能型居宅介護のサービス評価)

厚生労働省の示す運営基準の中で「事業所は提供するサービスの質を自ら評価するとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表すること」が義務付けられています。サービス評価の目的は、質の確保・向上に資するものです。

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は、質の向上の取組みです。常にチームでステップアップしていく必要があります。評価項目では、小規模多機能型居宅介護とは何か理解していくことを目指しています。理解が深まれば、これまで「できている」と思っていたことが、「できていない、改善が必要だ」となる場合もあります。

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は、自己評価と外部評価の2つから構成されています。

自己評価…一人ひとりのスタッフが自らの取組みを振り返ります。それを基に事業所内でのミーティングを通して事業所として、できている点、できていない点を確認し、改善する方策を検討します。事業所を少しでも良くするために、事業所の実践を振り返り、改善していくものです。

外部評価…「定期的に外部の者による評価」を市町村や地域包括支援センター等の公正・中立な立場にある第三者が出席する運営推進会議で行うものです。自己評価を運営推進会議で報告し検討し、また地域からの意見を募るものです。

サービス評価では、「できている・できていない」といった評価にとどまらず、以下のことを目指しています。

「話し合いからスタッフ間や地域の皆様と理解し合うこと」

- ・スタッフが話し合いながら、実践の振り返りや課題について話し合う。
- ・事業所と地域住民、行政・地域包括支援センターが「運営推進会議」において、事業所自己評価をもとに今後の課題について話し合うこと。

「小規模多機能型居宅介護や認知症の人と家族の支援について理解が深まる」

- ・サービス評価を通して、小規模多機能型居宅介護を学ぶことができる。
- ・サービス評価を地域住民や行政、地域包括支援センターが参画した運営推進会議で取り込まれることで、開かれた事業所づくりになるとともに、認知症の人と家族への理解が深まる。

また介護が必要となっても、いつまでも「自分たちのまち」で暮らし続けることを実現する地域包括ケアの推進のために、事業所と地域、行政がともに考え、支え合う「地域づくり」を行うひとつに繋げることとなります。

## 2 自己評価

自己評価は2つの作業から構成されています。ひとつは、スタッフ個別評価であり、もうひとつはスタッフ個別評価を取りまとめた、事業所自己評価です。

自己評価では、すべての職員がスタッフ個別評価に取組み、自らの実践を振り返ることから始めます。

### (1) スタッフ個別評価（個別振り返りシート）

これまでの取組みやかかわりを自らが振り返ることが目的です。ほかのスタッフがどのように振り返っているのかを気にするのではなく、自らに向き合い、振り返ることが大切です。よって、個別振り返りシートでは、話し合いながら進めるのではなく、一人で取組みます。一人ひとりの振り返りは、資格、肩書き、経験の長さ等で違う場合があります。なぜ違うのか、どのように違うのかは、その後に実施する事業所自己評価で話し合いますので、違っていても心配することはありません。

### (2) 事業所自己評価（事業所振り返りシート）

各自が取組んだ「スタッフ個別評価（個別振り返りシート）」を持ち寄り、現在の各自の実践状況を話し合い、スタッフ全員で昨年度の課題への取組みが実現できているか、また事業所の現在はどうか振り返ることが事業所自己評価となります。管理者や計画作成担当者が一人でするものではありません。事業所自己評価（事業所振り返りシート）では、全体で話し合い、それぞれの考えや実践、項目に関する捉え方の違いなどを話し合うプロセスを重要視しています。その中から改善の方策を考えます。この一連の流れが、事業所のコミュニケーションの場となることで、ともに育ちあう機能を果たすものです。

## 3 外部評価

外部評価は、保険者（市町村）や地域包括支援センターをはじめ地域住民が参画する運営推進会議で行います。ここでもともに話し合うプロセスを大事にしています。

外部評価は、「できている」「できてない」という結果のみで判断するだけではなく、まず事業所が真摯に自らの取組みを振り返り、質の向上を図っているかを確認します。そのうえで、「地域」が日頃感じていることと事業者自身が考えることとの違いについて話し合うプロセスを通して、事業所の課題や今後の進むべき方向を見出すことを外部評価としています。

運営推進会議のメンバーは、福祉や介護の専門家ではありません。事業所は、事業所自己評価において検討した内容と改善の計画を、専門的な言葉で表現するのではなく、日頃行っていることを誰にでもわかりやすく伝えることが求められます。

また地域からの評価は、立場で視点が違う場合もあります。発言する立場や経験の違いによっては例えば「鍵をかけて出さないほうがよい」という意見もあるかもしれません。そのような意見に対して、介護保険事業者としての倫理観を持って応えていくことも、大切な取組みです。

小規模多機能型居宅介護の質の向上とともに、地域の皆様の介護に対する認識を変えていく取組みにもなります。

## 4 サービス評価まとめ

事業所は、運営推進会議（外部評価）で出された意見をもとに「地域からの評価（地域かかわりシート②（結果まとめ様式）」を作成します。また、それに基づき「小規模多機能型居宅介護『サービス評価』総括表」を作成します。

作成した結果は、次回の運営推進会議で報告し、評価を確定します。また、出席した市町村・地域包括支援センター等にも確認します。

## 5 評価の公表

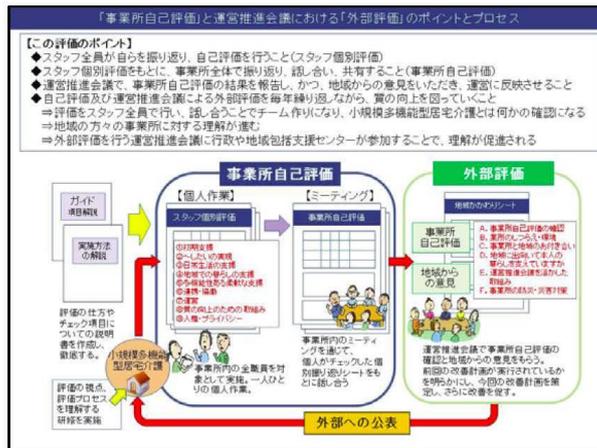
評価結果の公表については、利用者及び利用者家族へ提供するとともに、「介護サービスの情報公表制度」に基づく介護サービス情報公表システムでの公表、事業所内への掲示、市町村窓口や地域包括支援センターでの掲示、法人のホームページ等への掲載等により公表します。

なお、公表するシートは、「小規模多機能型居宅介護『サービス評価』総括表」と「事業所自己評価（9枚）」になります。

### 【さいごに】

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は、自らを振り返り、改善課題を確実に実行していくことが目的です。そして運営推進会議での外部評価は、地域とともにステップアップしていくプロセスです。

この取組みを通して、地域のみなさんとともに、地域から必要とされる事業所づくりを目指しています。



小規模多機能型居宅介護 サービス評価の詳細は…

⇒しょうきぼどっとねっと (<http://www.shoukibo.net/>)

※3月中旬公開予定。



## 小規模多機能型居宅介護 サービス評価 【様式集】

### ◆自己評価

スタッフ個別評価・・・・・・・・・・（ス-①～⑨）

事業所自己評価・・・・・・・・・・（事-①～⑨）

### ◆外部評価

外部評価（地域かかわりシート①）・・・・（地①-1～3）

外部評価（地域かかわりシート②）・・・・（地②-1～6）

### ◆小規模多機能型居宅介護「サービス評価」総括表

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

1. 初期支援（はじめのかかわり）

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画

個人チェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
①	前回の課題について取り組みましたか？				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
①	本人の情報やニーズについて、利用開始前にミーティング等を通じて共有していますか？				
②	サービス利用時に、本人や家族・介護者が、まず必要としている支援ができていますか？				
③	本人がまだ慣れていない時期に、訪問や通いでの声掛けや気遣いができていますか？				
④	本人を支えるために、家族・介護者の不安を受け止め、関係づくりのための配慮をしていますか？				

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

2. 「～したい」の実現  
(自己実現の尊重)

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組みましたか？				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 「本人の目標（ゴール）」がわかっていますか？				
② 本人の当面の目標「～したい」がわかっていますか？				
③ 本人の当面の目標「～したい」を目指した日々のかかわりができていますか？				
④ 実践した（かかわった）内容をミーティングで発言し、振り返り、次の対応に活かしていますか？				

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

3. 日常生活の支援

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組みましたか？				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 本人の自宅での生活環境を理解するために「以前の暮らし方」が10個以上把握できていますか？				
② 本人の状況に合わせた食事や入浴、排せつ等の基礎的な介護ができていますか？				
③ ミーティングにおいて、本人の声にならない声をチームで言語化できていますか？				
④ 本人の気持ちや体調の変化に気づいたとき、その都度共有していますか？				
⑤ 共有された本人の気持ちや体調の変化に即時的に支援できていますか？				

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

4. 地域での暮らしの支援

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画	
---------	--

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組みましたか？				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 本人のこれまでの生活スタイル・人間関係等を理解していますか？				
② 本人と、家族・介護者や地域との関係が切れないように支援していますか？				
③ 事業所が直接接していない時間に、本人がどのように過ごしているか把握していますか？				
④ 本人の今の暮らしに必要な民生委員や地域の資源等を把握していますか？				

できている点	
--------	--

できていない点	
---------	--

なぜ？どうして？できていないのか？（その理由）	
-------------------------	--

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

5. 多機能性ある柔軟な支援

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画
---------

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組みましたか？				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 自分たち事業所だけで支えようとせず、地域の資源を使って支援していますか？				
② ニーズに応じて「通い」「訪問」「宿泊」が妥当適切に提供されていますか？				
③ 日々のかかわりや記録から本人の「変化」に気づき、ミーティング等で共有することができていますか？				
④ その日・その時の本人の状態・ニーズに合わせて柔軟な支援ができていますか？				

できている点
--------

できていない点
---------

なぜ？ どうして？ できていないのか？ (その理由)
----------------------------

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

6. 連携・協働

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組めましたか？				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① その他のサービス機関（医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所）との会議を行っていますか？				
② 自治体や地域包括支援センターとの会議に参加していますか？				
③ 地域の各種機関・団体（自治会、町内会、婦人会、消防団等）の活動やイベントに参加していますか？				
④ 登録者以外の高齢者や子ども等の地域住民が事業所を訪れますか？				

できている点

できていない点

なぜ？どうして？できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

7. 運営

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組みましたか？				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 事業所のあり方について、職員として意見を言うことができますか？				
② 利用者、家族・介護者からの意見や苦情を運営に反映していますか？				
③ 地域の方からの意見や苦情を運営に反映していますか？				
④ 地域に必要とされる拠点であるために、積極的に地域と協働した取組みを行っていますか？				

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

8. 質を向上するための取組み

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組みましたか?				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 研修（職場内・職場外）を実施・参加していますか				
② 資格取得やスキルアップのための研修に参加できていますか				
③ 地域連絡会に参加していますか				
④ リスクマネジメントに取り組んでいますか				

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

9. 人権・プライバシー

氏名

◆前回の改善計画に対する取組み状況

前回の改善計画
---------

個人チェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 前回の課題について取り組みましたか?				

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない
① 身体拘束をしていない				
② 虐待は行われていない				
③ プライバシーが守られている				
④ 必要な方に成年後見制度を活用している				
⑤ 適正な個人情報の管理ができている				

できている点
--------

できていない点
---------

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）
---------------------------

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

1. 初期支援 (はじめのかかわり)

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組めましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	本人の情報やニーズについて、利用開始前にミーティング等を通じて共有していますか?					
②	サービス利用時に、本人や家族・介護者が、まず必要としている支援ができていますか?					
③	本人がまだ慣れていない時期に、訪問や通いの声掛けや気遣いができていますか?					
④	本人を支えるために、家族・介護者の不安を受け止め、関係づくりのための配慮をしていますか?					

できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること
--------	------------------------------

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること
---------	-------------------------------

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)
---------------	----------

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

2. 「～したい」の実現 (自己実現の尊重)

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	「本人の目標 (ゴール)」がわかっていますか?					
②	本人の当面の目標「～したい」がわかっていますか?					
③	本人の当面の目標「～したい」を目指した日々のかかわりができていますか?					
④	実践した (かかわった) 内容をミーティングで発言し、振り返り、次の対応に活かしていますか?					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること
--------	-------------------------------

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること
---------	--------------------------------

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)
---------------	-----------

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

3. 日常生活の支援

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	本人の自宅での生活環境を理解するために「以前の暮らし方」が10個以上把握できていますか?					
②	本人の状況に合わせた食事や入浴、排せつ等の基礎的な介護ができていますか?					
③	ミーティングにおいて、本人の声にならない声をチームで言語化できていますか?					
④	本人の気持ちや体調の変化に気づいたとき、その都度共有していますか?					
⑤	共有された本人の気持ちや体調の変化に即時的に支援できていますか?					

できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)

事一③

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

4. 地域での暮らしの支援

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	本人のこれまでの生活スタイル・人間関係等を理解していますか?					
②	本人と、家族・介護者や地域との関係が切れないように支援していますか?					
③	事業所が直接接していない時間に、本人がどのように過ごしているか把握していますか?					
④	本人の今の暮らしに必要な民生委員や地域の資源等を把握していますか?					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

5. 多機能性ある柔軟な支援

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	自分たち事業所だけで支えようとせず、地域の資源を使って支援していますか?					
②	ニーズに応じて「通い」「訪問」「宿泊」が妥当適切に提供されていますか?					
③	日々のかかわりや記録から本人の「変化」に気づき、ミーティング等で共有することができていますか?					
④	その日・その時の本人の状態・ニーズに合わせて柔軟な支援ができていますか?					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること
--------	-------------------------------

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること
---------	--------------------------------

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)
---------------	-----------

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

6. 連携・協働

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計(総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計(総人数)
①	その他のサービス機関（医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所）との会議を行っていますか？					
②	自治体や地域包括支援センターとの会議に参加していますか？					
③	地域の各種機関・団体（自治会、町内会、婦人会、消防団等）の活動やイベントに参加していますか？					
④	登録者以外の高齢者や子ども等の地域住民が事業所を訪れますか？					

できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

7. 運営

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	事業所のあり方について、職員として意見を言うことができますか?					
②	利用者、家族・介護者からの意見や苦情を運営に反映していますか?					
③	地域の方からの意見や苦情を運営に反映していますか?					
④	地域に必要とされる拠点であるために、積極的に地域と協働した取組みを行っていますか?					

できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

8. 質を向上するための取組み

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組めましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	研修 (職場内・職場外) を実施・参加していますか					
②	資格取得やスキルアップのための研修に参加できていますか					
③	地域連絡会に参加していますか					
④	リスクマネジメントに取り組んでいますか					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること
--------	-------------------------------

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること
---------	--------------------------------

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)
---------------	-----------

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

9. 人権・プライバシー

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	身体拘束をしていない					
②	虐待は行われていない					
③	プライバシーが守られている					
④	必要な方に成年後見制度を活用している					
⑤	適正な個人情報の管理ができている					

できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること
--------	------------------------------

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること
---------	-------------------------------

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)
---------------	----------

外部評価 地域かかわりシート①

- 外部評価（地域かかわりシート①）は、A～Fまでの6項目となります
- 項目Aについては「事業所自己評価」をお読みいただき、適当と思われる箇所に☑を記入ください。わかりにくい場合は、運営推進会議当日に事業者から説明がありますので、空欄のまま持参し、当日記入いただいても結構です。
- B～Fの項目については、当日までに下記チェック項目の適当と思われる箇所に☑を記入し、運営推進会議当日に持参してください。
- 当日は、運営推進会議メンバーの記入したチェック箇所を集計しながら、ご意見をいただく予定です。
- 下記チェックに基づき、当日お聞きしたい内容は、各項目の「できている点」「できていない点」「次回までの具体的な改善計画」の3点です。
- 地域かかわりシートへの皆様のご意見は、事業所の質の向上につながり、皆様の地域にとって必要な拠点となるために大変重要です。事業所を育て、認知症になっても、介護が必要となっても、安心して暮らし続けることができる町をともにつくるために、ご理解、ご協力をお願いします。

A. 事業所自己評価の確認（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤スタッフ全員で事業所自己評価に取り組んでいることが確認できましたか？ ※常勤とは週32時間以上勤務の職員（正規・嘱託・臨時職の別ではない）			
2	事業所自己評価を作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されて実施していることが確認できましたか？ ※ただし、ミーティングの場面では常勤職員の2/3以上の参加が望ましい			
3	前回の改善計画に対して、具体的な取組みが行われていましたか？			
4	今回の改善の必要な点が明らかになり、その改善計画が具体的に立てられていますか？			

B. 事業所のしつらえ・環境（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？  【前回の改善計画】			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

C. 事業所と地域のかかわり（該当部分に✓を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	職員はあいさつできていますか？			
2	事業所は、地域の方に知られていますか？			
3	何か困りごとや相談ごとがあった場合に、事業所は相談しやすい場所になっていますか？			
4	事業所のスタッフは、地域の行事やイベントに参加していますか？			

D. 地域に出向いて本人の暮らしを支える取組み（該当部分に✓を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	利用者を事業所の中だけに閉じ込めていませんか？			
2	利用者本人が住んでいる地域の方を交えた会議が行われていますか？			
3	事業所の利用者は、地域の行事やイベントに参加していますか？			
4	利用者以外のご近所の心配な方に、事業所はかかわっていますか？			

E. 運営推進会議を活かした取組み（該当部分に✓を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	運営推進会議では、事業所の取組みが解かりやすく説明されていますか？			
2	運営推進会議では、地域の心配の方等の事例検討が行われていますか？			
3	運営推進会議では、地域での取組みを一緒に取組もうとしていますか？			
4	運営推進会議で出た意見を、改善につなげていますか？			

F. 事業所の防災・災害対策（該当部分に✓を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	事業所の防災計画（火災・風水害・地震等）を知っていますか？			
2	事業所は、地域の防災訓練に参加・参画していますか？			
3	事業所の防災訓練に参加したことがありますか？			
4	災害時、事業所は頼りになりそうですか？			

以上で終了です。ありがとうございました。

外部評価 地域かかわりシート②（結果まとめ様式）

A. 事業所自己評価の確認

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤のスタッフが全員で事業所自己評価に取り組んでいることが確認できましたか？			
2	事業所自己評価を作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されていることが確認できましたか？ ※ただし、ミーティングの場面では常勤職員の2/3以上の参加が望ましい			
3	前回の改善計画に対して、スタッフ全員で具体的な取組みが行われていましたか？			
4	今回の改善の必要な点が明らかになり、その改善計画が具体的に立てられていますか？			

【上記4つのチェック項目に関する意見】

※結果ではなく、事業所自己評価に取り組んだ経過（姿勢）に対する意見

【前回の改善計画に対して意見】

※前回の改善計画に対しての取組み結果に対する意見

【今回の9つのテーマごとに記入された改善計画に対する意見】

※今回の改善計画が具体的かつ達成可能な計画になっているかについての意見

【「自己評価」をテーマにした自由意見】

【改善計画】※後日記入

B. 事業所のしつらえ・環境

No.	項目	はい	いいえ	わから ない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【前回の改善計画】

【「事業所のしつらえ・環境」をテーマにした自由意見】

【今回の改善計画】 ※後日記入

C. 事業所と地域のかかわり

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	職員はあいさつできていますか？			
2	事業所は、地域の方に知られていますか？			
3	何か困りごとや相談ごとがあった場合に、事業所は相談しやすい場所になっていますか？			
4	事業所のスタッフは、地域の行事やイベントに参加していますか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【前回の改善計画】

【「事業所と地域のかかわり」をテーマにした自由意見】

【改善計画】 ※後日記入

D. 地域に向いて本人の暮らしを支える取組み

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	利用者を事業所の中だけに閉じ込めていませんか？			
2	利用者本人が住んでいる地域の方を交えた会議が行われていますか？			
3	事業所の利用者は、地域の行事やイベントに参加していますか？			
4	利用者以外のご近所の心配な方に、事業所はかかわっていますか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【前回の改善計画】

【「地域に向いて本人の暮らしを支えている」をテーマにした自由意見】

【改善計画】 ※後日記入

E. 運営推進会議を活かした取組み

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	運営推進会議では、事業所の取組みが解かりやすく説明されていますか？			
2	運営推進会議では、地域の心配の方等の事例検討が行われていますか？			
3	運営推進会議では、地域での取組みを一緒に取組もうとしていますか？			
4	運営推進会議で出た意見を、改善につなげていますか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【前回の改善計画】

【「運営推進会議を活かした取組み」をテーマにした自由意見】

【改善計画】 ※後日記入

F. 事業所の防災・災害対策

No.	項目	はい	いいえ	わから ない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	事業所の防災計画（火災・風水害・地震等）を知っていますか？			
2	事業所は、地域の防災訓練に参加・参画していますか？			
3	事業所の防災訓練に参加したことがありますか？			
4	災害時、事業所は頼りになりそうですか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【前回の改善計画】

【「事業所の防災・災害対策」をテーマにした自由意見】

【改善計画】 ※後日記入

小規模多機能型居宅介護「サービス評価」 総括表

法人名	代表者	法人・事業所の特徴	
事業所名	管理者		

出席者	市町村職員	知見を有するもの	地域住民・地域団体	利用者	利用者家族	地域包括支援センター	近隣事業所	事業所職員	その他	合計
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

項目	前回の改善計画			前回の改善計画に対する取り組み・結果			意見			今回の改善計画		
	実施状況	達成率	備考	取り組み	結果	評価	意見	対応	実施状況	達成率	備考	
A. 事業所自己評価の確認												
B. 事業所のしつらえ・環境												
C. 事業所と地域のかかわり												
D. 地域に向いて本人の暮らしを支える取り組み												
E. 運営推進会議を活かした取り組み												
F. 事業所の防災・災害対策												



## 第5章 まとめ

---

### 【重度者は事業者、軽度者は地域】

地域包括ケアが推進されるなかで、行政は具体的に何をやっていいのか悩んでいる。事例にもあるように小規模多機能においては、すでに地域で様々な活動の実践が行われている。

小規模多機能型居宅介護は、登録者だけでなく軽度者やこれから介護が必要になるであろう人々にとっても、これらの地域での取組みは有意義である。平成27年の制度改正でも、一次、二次予防対象者や一部の要支援者への関わりは、介護保険サービスから地域支援事業に移行するよう道を示されている。

今後は、地域での居場所の提供や仕掛けづくりの協力を行い、日々の運営は地域住民や元気な高齢者、ボランティアが担うことが、行政施策という側面からだけでなく、困りごとを抱える地域に住む高齢者にとっても求められているものである。

事業者が主体的に運営することはコストも掛かり、何よりも介護人材の不足が全国的に起きている背景を考えると、中重度者の支援で手一杯になっている実情もある。だからといって軽度者も地域住民であり、全く関わらないという姿勢はよくない。だからこそ、事業所としては場や人材育成等のソフト作りへの協力、緊急対応や困りごとへのフォローは行うも、日々のかかわりや場の運営は地域の人たちに任せるということも地域包括ケアシステム構築には重要な視点である。

### 【地域からの評価】

地域住民は一番の評価者であり、応援団である。評価とは、一度限りのものではなく、日々の中にこそ評価がある。常に事業所と関わりのある地域の目が事業所を育て、決してその場限りの対応ではできない質を生む。地域評価を通じ、地域の理解が進むと同時に、職員全員での取組みにより職員の意識が高まる。その取組みこそが「質の向上」に資するものである。

また、地域が小規模多機能型居宅介護の支援のあり方をともに考えていくことで、認知症や加齢に伴い身体的な障がいがあったとしても住み慣れた自宅（地域）で生活を継続することに結び付く。それらの取組みに行政も積極的に関わるなかでこそ、地域包括ケアへの理解が進むものである。

全国先進地における実践事例からも、小規模多機能型居宅介護は登録者のみに直接介護支援を提供する単なる介護サービス事業所だけではない側面を持っているということが明らかになった。

今後は、平成30年の診療報酬、介護報酬の同時改定にむけた地域でのケアのあり方やサービスのあり方の検討とともに、日常生活圏域単位でのサービス提供や報酬の仕組み等も踏まえた小規模多機能型居宅介護のこれからの検討が進むことが考えられる。

そのためにも、まず目の前の利用者の人生、周囲との関係を紡いでいくことに注力し、本人が安心して暮らし続けられる支援を確立するとともに、地域を支える拠点としての機能も果たしていく。登録者の声に、住民や行政の声や期待に、真摯に耳を傾け、小規模多機能型居宅介護が実践で応えることが地域包括ケアシステムの具体化につながる。



## 資料編

---

小規模多機能型居宅介護サービス評価モデル事業 アンケート

このアンケートは、厚生労働省老健局からの補助を受け、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が実施するもので、小規模多機能型居宅介護におけるサービス評価について、来年度に向けた提案をすることを目的に実施するものです。

次年度に向けて、小規模多機能型居宅介護のサービス評価のあり方に関する検討に活用するものです。送付致しました調査票にご回答の上、

**平成26年10月31日(金)まで**に、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。

**【お問い合わせ先】**

**全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会**

FAX：03-6430-7918 / E-mail：research@shoukibo.net

※ 専用 URL から調査票をダウンロードし、簡単に記入することができます。

[http://www.shoukibo.net/2014model\\_works/](http://www.shoukibo.net/2014model_works/)

事業所名（都道府県名）	( )
記入者名（職名）	( )
連絡先	電話 ( )

1. 自己評価（スタッフ個別評価及び事業所自己評価）を取り組んでみての感想（管理者）

項目	該当か所に○（マル）もしくは必要事項を記入
取組みの期間について	1. 長い      2. やや長い      2. やや短い      4. 大変短い
内容について （全体）	1. 取組みやすい      2. まあまあ取組みやすい 3. あまり取組みやすすくない      4. 全く取組みやすすくない
「項目についての説明」 について	1. わかりやすい      2. まあまあわかりやすい 3. あまりわかりやすすくない      4. まったくわからない
「チェック項目ポイント」 について	1. わかりやすい      2. まあまあわかりやすい 3. あまりわかりやすすくない      4. まったくわからない
記入しやすさ	1. 記入しやすい      2. まあまあ記入しやすい 3. あまり記入しやすすくない      4. まったく記入しにくい
事業所自己評価・ミーテ ィング	1. 取組みやすい      2. まあまあ取組みやすい 3. あまり取組みやすすくない      4. 全く取組みやすすくない
スタッフ個別評価人数	スタッフ個別評価人数      人
ミーティング参加人数	ミーティング参加人数      人



3. スタッフ個別評価及び事業所自己評価項目について（管理者）

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
1. 初期支援				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

※よくわかった～わからないまで該当部分に○（1か所のみ）

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
2. 「～したい」の実現				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
3. 日常生活の支援				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
4. 地域での暮らしの支援				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

スタッフ個別評価及び事業所自己評価項目について（続き）

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
5. 多機能性ある 柔軟な支援				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

※よくわかった～わからないまで該当部分に○（1か所のみ）

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
6. 連携・協働				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
7. 運営				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
8. 質を向上する ための取組み				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

スタッフ個別評価及び事業所自己評価項目について（続き）

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
9. 人権・プランバシー				
【上記か所にチェックした理由及び項目に対する意見】				

※よくわかった～わからないまで該当部分に○（1か所のみ）

●その他、不要な項目や追加の必要な項目、自由意見等、ご記入ください。

4. 地域からの評価を取り組んでみての感想（管理者）

項 目	該当か所に○（マル）もしくは必要事項を記入
取組みの期間について	1. 長い      2. やや長い      2. やや短い      4. 大変短い
内容について (全体)	1. 取組みやすい      2. まあまあ取組みやすい 3. あまり取組みやすすくない      4. 全く取組みやすすくない
「項目についての説明」 について	1. わかりやすい      2. まあまあわかりやすい 3. あまりわかりやすすくない      4. まったくわからない
記入しやすさ	1. 記入しやすい      2. まあまあ記入しやすい 3. あまり記入しやすすくない      4. まったく記入しにくい
意見の出やすさ	1. 出やすい      2. まあまあ出やすい 3. あまり出やすすくない      4. まったく出にくい
その他 (地域からの評価に 関しての自由意見)	

5. 地域からの評価項目について（管理者）

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
A. 自己評価の確認				
	【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】			

※よくわかった～わからないまで該当部分に○（1か所のみ）

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
B. 事業所のしつ らえ・環境				
	【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
C. 事業所と地域 のかかわり				
	【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
D. 地域に出向い て本人の暮ら しをささえる 取組み				
	【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
E. 運営推進会議 を活かした取 組み				
【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】				

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
F. 事業所の防 災・災害対策				
【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】				

●その他、不要な項目や追加の必要な項目、自由意見等、ご記入ください。

※お手数ですが、事業所自己評価及び地域からの評価、総括表を添付してください。  
ご協力、ありがとうございました。

2014 小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査 調査票

このアンケートは、厚生労働省老健局からの補助を受け、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会が実施するもので、小規模多機能型居宅介護事業および複合型サービスを実施している事業所を対象とした調査です。

小規模多機能型居宅介護に関する実態を把握することにより、より地域の実情や利用者の状況に応じたシステムおよびケアマネジメントあり方検討に活用するものです。送付致しました調査票にご回答の上、平成27年1月9日(金)までに、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

FAX : 03-6430-7918 / E-mail : research@shoukibo.net

※ 専用 URL から調査票をダウンロードし、簡単に記入することができます。

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

I. 基本情報についてお伺いします。

1. 貴事業所名及び所在地並びに記入者名等をご記入ください。

事業所名			
種類	<input type="checkbox"/> ①小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ②サテライト型 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ③複合型サービス	指定年月 (平成)	平成 年 月
運営法人	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人(社協) <input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 営利法人(有限会社・株式会社等) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
都道府県		市町村	
電話番号		記入者職名	<input type="checkbox"/> 代表(開設者) <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 事務長 <input type="checkbox"/> 事業統括者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 計画作成・介護職員
FAX 番号			

注) 以下、2で②(サテライト型)を選択される方は、本体とサテライトを別々の用紙に記載ください。

2. 貴事業所の登録定員及び通い定員等をご記入ください。

登録定員	通い定員	宿泊定員
名	名	名

3. 貴事業所の実費費用をご記入ください。

宿泊費	朝食代	昼食代	夕食代
円	円	円	円

4. 貴事業所にて請求している加算及び減算等について、該当するものすべてに☑をつけてください。

(複数回答)

<input type="checkbox"/> 初期加算	<input type="checkbox"/> 事業開始時支援加算	<input type="checkbox"/> 認知症加算
<input type="checkbox"/> 看護職員配置加算 I	<input type="checkbox"/> 看護職員配置加算 II	
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 市町村独自報酬 ( 単位)
<input type="checkbox"/> 同一建物内からの利用(登録8割以上)減算 (複合型サービス独自加算)	<input type="checkbox"/> サービス提供が過小である場合の減算	
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	<input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算	<input type="checkbox"/> 特別管理加算
<input type="checkbox"/> ターミナルケア加算		

5. 現在、貴法人が実施しているサービスについて、**該当するものに☑をつけてください。**

同一法人が実施している事業		同一 敷地内 で実施	同一 市区町村 で実施
介護 保険 事業	小規模多機能型居宅介護（現在の調査回答事業所以外）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	複合型サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域密着型特定施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護老人福祉施設（特養）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介護老人保健施設（老健）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

同一法人が実施している事業		同一 敷地内 で実施	同一 市区町村 で実施
住 ま い	軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	共生型ホーム（対象者を限定しない）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法人が所有する一般アパート・マンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
そ の 他	アパート・マンション等の借り上げ住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	一般病院もしくは診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	障がい者支援サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保育・学童保育（放課後保育）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	配食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域交流拠点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. ケアマネジメント等の状況についてお尋ねします。

6. 「ケアマネジメント」の状況についてお聞きします。

6-1) 使用しているケアプランについて、**該当するものに☑をつけてください。**

<input type="checkbox"/> ① ライフサポートワークを使用	<input type="checkbox"/> ② 居宅介護サービス計画書を使用
<input type="checkbox"/> ③ その他（ _____ ）	

6-2) **計画作成者にお聞きします**

ケアマネジメントにおいて**最もご自分で課題だと感じるもの3つに☑をつけてください。**

(複数回答)

<input type="checkbox"/> ① 記録
<input type="checkbox"/> ② ミーティング
<input type="checkbox"/> ③ 目標設定
<input type="checkbox"/> ④ アセスメント
<input type="checkbox"/> ⑤ モニタリング
<input type="checkbox"/> ⑥ 面接
<input type="checkbox"/> ⑧ 担当者会議
<input type="checkbox"/> ⑨ 給付管理
<input type="checkbox"/> ⑩ その他（ _____ ）

Ⅲ. 運営推進会議・外部評価・情報公表についてお伺いします。

7. 現在の運営推進会議の構成をお答えください。

総 数		人
委員構成	利用者	人
	利用者の家族	人
	地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）	人
	市区町村職員	人
	地域包括支援センター職員	人
	小規模多機能型居宅介護について知見を有する者 ⇒具体的に[ ]	人
	社会福祉協議会職員	人
	医師	人
	その他 [ ]	人

8. 貴事業所の運営推進会議について、お聞かせください。

8-1) 運営推進会議の実施頻度について、**該当するものに☑**をつけてください。  
(平成24年10月1日～平成25年9月末までの実績でお答えください。)

<input type="checkbox"/> ① 7回以上	<input type="checkbox"/> ② 6回	<input type="checkbox"/> ③ 5回
<input type="checkbox"/> ④ 4回	<input type="checkbox"/> ⑤ 3回	<input type="checkbox"/> ⑥ 2回
<input type="checkbox"/> ⑦ 1回	<input type="checkbox"/> ⑧ 0回	

8-2) 上記の8-1)で4回以下(④⑤⑥⑦⑧)と回答した事業所にお聞きします。  
「運営推進会議を開催できていない」理由について、**該当するものに☑**をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①開設して間もないから
<input type="checkbox"/> ②関係者にどのように声掛けし、組織したらよいか分からないから
<input type="checkbox"/> ③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから
<input type="checkbox"/> ④サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから
<input type="checkbox"/> ⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから
<input type="checkbox"/> ⑥その他 [ ]

8-3) 運営推進会議の議題についてお聞きします。  
運営推進会議での議題について、**該当するものすべてに☑**をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①利用者のケース
<input type="checkbox"/> ②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告
<input type="checkbox"/> ③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題
<input type="checkbox"/> ④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題
<input type="checkbox"/> ⑤メンバー同士の情報交換
<input type="checkbox"/> ⑥地域・事業所での行事検討
<input type="checkbox"/> ⑦登録者のケース以外の地域課題
<input type="checkbox"/> ⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動
<input type="checkbox"/> ⑨事業所のサービス評価に関すること
<input type="checkbox"/> ⑩事業所と地域の情報交換の場になっている
<input type="checkbox"/> ⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している
<input type="checkbox"/> ⑫その他 [ ]

8-4) 運営推進会議のおおよその開催時間について、**該当するものに☑**をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①30分未満	<input type="checkbox"/> ②30分から60分未満	<input type="checkbox"/> ③60分から90分未満	<input type="checkbox"/> ④90分以上
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

8-5) 外部評価について、**該当するものに☑**をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①役にたっている	<input type="checkbox"/> ②役にたっていない
その理由 [ ]	



VI. 個別利用者の状況についてお伺いします。

1 2. 平成 26 年 10 月における登録者について、基礎情報と利用状況等についてご記入ください  
(10 月 1 日 ~ 10 月 31 日までの実績内容で記載ください)。

利用者基礎情報					利用状況					利用者の状況 (※該当項目の数字を記入)					
番号	年齢	性別 1. 男 2. 女	要介護認定状態区分	日常生活自立度 (寝たきり度)	認知症自立度	登録した年月		通い回数 (延べ回数)	訪問回数 (延べ回数)	宿泊回数 (延べ回数)	紹介経路 1. 居宅介護支援事業所 2. 地域包括支援センター 3. 市町村(包括除く) 4. 病院 5. 運営推進会議 6. 地域ケア会議 7. 知人・近隣 8. その他	住まいの形態 1. 一戸建て 2. 集合住宅(マンション・アパート等) 3. サ高住(高専賃・高優賃) 4. 有料老人ホーム(住居型) 5. その他	世帯状況 1. 独居(近居家族無) 2. 独居(近居家族有) 3. 配偶者と2人暮らし 4. 子どもと2人暮らし 5. 子ども世帯と同居 6. その他	事業所との距離 1. 同一敷地内 2. 1 <sup>km</sup> 前後 3. 5 <sup>km</sup> 前後 4. 10 <sup>km</sup> 前後 5. それ以上	登録直前の居場所 1. 自宅 2. 病院等 3. 老人保健施設 4. 特別養護老人ホーム 5. グループホーム 6. サ高住(高専賃・高優賃) 7. 有料老人ホーム(住居型) 8. その他
						年	月								
例	90	1	2	02	IIa	20	10	31	20	0	1	3	1	1	1
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															

Ⅶ. 生活支援の状況についてお伺いします。

13. 小規模多機能型居宅介護において、事業所と地域の関係性も重要ですが、利用者ご本人にも地域やつながりがあり、本人主体の地域生活を理解し、支援することが求められます。ここでは、地域のかかわりにおいて、平成26年7月～10月におこなったものに☑をつけてください。

1. 登録の利用者の自宅での地域生活状況等についてお聞きします。

①利用者は利用者の住む地域の町内会に入会していますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

②利用者の住む地域で開催されている町内会の行事（清掃や祭り等）に利用者が参加していますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

a. 参加している場合、誰が支援していますか？（複数回答）

①自立  ②家族  ③小規模多機能型居宅介護  ④地域（友人・隣人等）  ⑤その他（ ）

③利用者の住む地域で開催されている老人会やサロンなどに利用者が参加していますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

a. 参加している場合、誰が支援していますか？（複数回答）

①自立  ②家族  ③小規模多機能型居宅介護  ④地域（友人・隣人等）  ⑤その他（ ）

④利用者宅のとなり近所とのあいさつ等をしている利用者がいますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

a. となり近所とのあいさつ等がある場合、誰が支援していますか？（複数回答）

①自立  ②家族  ③小規模多機能型居宅介護  ④地域（友人・隣人等）  ⑤その他（ ）

⑤利用者宅のとなり近所とお茶のみ等をしている利用者がいますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

a. となり近所とお茶のみ等がある場合、誰が支援していますか？（複数回答）

①自立  ②家族  ③小規模多機能型居宅介護  ④地域（友人・隣人等）  ⑤その他（ ）

⑥利用者宅の近所の商店で買い物等をしている利用者がいますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

a. 商店で買い物等をしている場合、誰が支援していますか？（複数回答）

①自立  ②家族  ③小規模多機能型居宅介護  ④地域（友人・隣人等）  ⑤その他（ ）

⑦利用者宅の近所の銀行や郵便局等へ用足しをしている利用者がいますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

a. 近所の銀行や郵便局等で用足ししている場合、誰が支援していますか？（複数回答）

①自立  ②家族  ③小規模多機能型居宅介護  ④地域（友人・隣人等）  ⑤その他（ ）

⑧利用者宅のゴミだしをしている利用者がいますか？

①ほぼすべての利用者  ②半分以上の利用者  ③一部の利用者  ④利用者はいない  ⑤把握していない

a. 自宅でゴミだしをしている場合、誰が支援していますか？（複数回答）

①自立  ②家族  ③小規模多機能型居宅介護  ④地域（友人・隣人等）  ⑤その他（ ）

2 小規模多機能型居宅介護利用前後の利用者の地域生活はどのような変化がありましたか？

該当するものに☑をつけてください。

- ①大きな変化があった利用者が多い      ②少しの変化のみあった利用者が多い  
③あまり変化がない利用者が多い      ④全く変化がない利用者が多い

**【利用者の地域生活にどのような変化があったのか具体的にお書き下さい】**

※利用者の地域生活とは本人を取り巻く地域との関係のことを指し、その地域との関係の変化についてお書き下さい。

例) ・利用者のお隣のお友達とお茶のみの回数が増えた。

- ・利用者がなじみのお店に行く回数が増えた
- ・利用者の向かいのお家の人が利用者を見かけると声をかけてくれるようになった など

VIII. 地域支援に関する取組みについて

14. 登録者以外への個別支援について（地域支援事業等の登録者以外の高齢者等に対する支援について）

14-1) 登録者以外に対する個別支援を実施していますか。 該当するものに☑をつけてください。

- ①登録者以外の個別支援をしている      ②登録者のみ個別支援している  
③その他 ( )

14-2) 登録者以外を個別支援している場合、担当している職員に 該当するものすべてに☑をつけてください。  
(複数回答)

- ①管理者    ②計画作成担当者    ③介護職員    ④看護職員  
⑤その他の職員 ( )

14-3) 登録者以外を個別支援している場合、どのようなことを支援していますか。

該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答)

- ①配食サービス    ②会食会    ③安否確認    ④家事援助のような生活支援  
⑤外出支援      ⑥直接介護支援    ⑦DV等の緊急受入れ  
⑧その他(具体的に: )

15. 地域に対する取組み(支援)について

15-1) 小規模多機能型居宅介護において、介護保険サービス以外の事業や取組みをしていますか。

該当するものに☑をつけてください。

- ① している      ② していない  
③ その他 ( )

15-2) 地域に対する取組み（支援）をしている場合、担当している職員に該当するものすべてに☑をつけてください。（複数回答）

<input type="checkbox"/> ①管理者	<input type="checkbox"/> ②計画作成担当者	<input type="checkbox"/> ③介護職員	<input type="checkbox"/> ④看護職員
<input type="checkbox"/> ⑤専属の職員（ボランティアコーディネーターや地域コーディネーター等）			
<input type="checkbox"/> ⑥その他の職員（			

15-3) 地域に対する取組み（支援）をしている場合、どのようなことをしていますか。

該当するものすべてに☑をつけてください。（複数回答）

<input type="checkbox"/> ①登録者以外のサロン	<input type="checkbox"/> ②地域資源マップ作り	<input type="checkbox"/> ③認知症の勉強会・啓発事業
<input type="checkbox"/> ④介護講座（事業所にて）	<input type="checkbox"/> ⑤介護講座（事業所以外）	<input type="checkbox"/> ⑥認知症カフェや喫茶、食堂
<input type="checkbox"/> ⑦銭湯（浴室の解放）	<input type="checkbox"/> ⑧地域の清掃活動	<input type="checkbox"/> ⑨ボランティア養成講座の開催
<input type="checkbox"/> ⑩地域の団体・サークルの事務局	<input type="checkbox"/> ⑪登録者を支えるボランティアの募集	
<input type="checkbox"/> ⑫その他（具体的に：		

#### Ⅷ. 自由回答

16. 小規模多機能型居宅介護事業の質の向上に関して、ユニークな取組みをしている事業所や研修機関、研修内容等をご紹介します。

-----
-----
-----
-----
-----

17. 小規模多機能型居宅介護事業の運営及び支援に関してのご意見・要望を自由に記載ください。

※制度・加算・減算等についてのご意見 ※今後の小規模多機能型居宅介護の展開予定等

-----
-----
-----
-----
-----

～アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。～  
**※パンフレットと事業所の平面図を同封して頂けると幸いです。**



平成 26 年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業  
小規模多機能型居宅介護による地域支援のあり方に関する調査研究事業報告書

---

平成 27 年 3 月

◆発行 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)