

平成28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の機能強化に向けた
今後のあり方に関する調査研究事業報告書

平成29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

「誰もが住み慣れた自宅や地域で認知症や障害があっても暮らし続けることができる」社会の実現に向け、平成 27 年の制度改正では、地域包括ケアシステムの構築に向け、総合事業や生活支援体制構築事業の導入、医療介護連携事業、認知症対策の強化等様々な大きな方針が打ち出された。

地域密着型サービスに小規模多機能型居宅介護が位置づけられて 11 年が経過し、報酬改定では「総合ケアマネジメント体制強化加算」「訪問体制強化加算」等が導入され、改正から 2 年経ち実施状況から成果や課題が見えてきた。

小規模多機能型居宅介護は 24 時間 365 日の生活を支えるため、ケアマネジメントとケアが内包されている在宅サービスであり、通い・訪問・宿泊の機能を活かし常に一体として支援が行われている。事業所だけで支援するのではなく、家族や近隣との関係など暮らし全体をとらえ、様々な周囲との関係を構築する間接支援を行っている実態も見えてきた。

それは、本人の持っている力、関係力への働きかけをすることで、本人らしい生活が可能になるからであり、直接的なケアだけで生活の継続・支えることが難しいことが実践を通じてわかったからである。

近年の調査から「通い」を中心ではなく「訪問」を中心に支えている実態がみえてきたことから本年度は、小規模多機能型居宅介護の訪問機能を活用し、どのような支援をすることで高齢者の自宅や地域での暮らしが実現できているのか、その有効性と効率性の検証をおこない小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能の実態とポイントを明らかにした。

また、要支援者や生活支援についての検証及び地域での暮らしを支援するコーディネート機能の検証も行い、小規模多機能型居宅介護の支援は利用者本人だけでなく家族や本人を取り巻く環境における課題にも目を向け必要な機関につなぐことや地域とのつながりの中で地域課題に共に取り組んでいる実態を明らかにした。この実践が、今後の地域包括ケアシステムの機能と役割として重要な存在として今後もその一助となることを願ってやまない。

この研究事業には、厚生労働省をはじめ全国の自治体および事業者の皆様のご協力をいただきました。貴重なご意見やご提言をいただきましたことを、心から厚くお礼申し上げます。

平成 29 年 3 月 31 日

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
理事長 川原 秀夫

小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方に関する調査研究事業
報告書目次

要約	5
序章 調査研究の目的・概要	
1. 調査研究の目的	15
2. 概要	16
第1章 小規模多機能型居宅介護の現状	
1. 調査の概要	23
2. 調査結果	25
2.1 基本情報	25
2.2 ケアマネジメント等の状況	33
2.3 サービス評価の実施状況	33
2.4 平成27年報酬改定後の状況	34
2.5 訪問の支援内容	37
2.6 緊急の訪問（予定外の訪問）	47
2.7 登録者が活用している連絡ツール	47
3. 小規模多機能型居宅介護の各機能を活かす調整（マネジメント）のあり方	48
3.1 小規模多機能型居宅介護らしい支援のための要素	48
4. 医療との連携	49
4.1 医療との連携としてしていること	49
4.2 訪問看護・訪問リハビリ（H28.10.の1か月）の実施状況	49
4.3 看取りを行ったケース	49
5. 地域等に対する取り組み	50
5.1 登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題	50
5.2 地域に対する取り組み	51
5.3 事業所のある地域に対する取り組みの有無とその内容	54
6. 個票による利用者属性の分析	55
第2章 小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能	
1. はじめに	72
2. 訪問体制強化加算	73
3. 訪問の支援内容	74
4. 事例	
4.1 地域ケアサポート館 福わ家	80
4.2 小規模多機能型居宅介護事業所まほろば	85
4.3 小規模多機能型居宅介護事業所たかはら	90
4.4 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ	96

4.5 小規模多機能ホームぶどうの家真備	100
4.6 中津総合ケアセンターいずみの園 寄り合いセンターいずみ	105
5. 調査から見えてきた小規模多機能型居宅介護の訪問機能	110

第3章 要支援者や生活支援についての検証及び地域での生活を支援する コーディネーター機能の検証

1. はじめに	118
2. 地域に対する取り組み	119
3. 事例	
◆総合事業	
3.1 小規模多機能ひなた	123
◆複合的な課題を抱える世帯及び地域支援・拠点	
3.2 ちば地域生活支援舎	129
3.3 小規模多機能型居宅介護「きんめい」「はしたて」	139
3.4 地域サポートセンターよいどこい	151
◆地域善隣事業	
3.5 ひつじ雲	159
◆自治体の取り組み	
3.6 加賀市地域包括支援センター	167
4. まとめ	173

第4章 質の確保

1. はじめに	178
2. 運営推進会議を活用した評価及び地域の人材育成	178
3. 事例	
◆サービス評価	
3.1 めおといわ「ゆい」	180
4. 質の向上のための研修	186
5. 小規模多機能型居宅介護の質の確保	188

終章 まとめ

まとめ	192
-----	-----

資料編

全国小規模多機能型居宅介護実態調査票	199
--------------------	-----

要約



平成28年度老人保健健康増進等事業

【要約版】小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方に関する調査研究事業

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
TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918
URL <http://www.shoukibo.net/>
E-mail: info@shoukibo.net

小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方に関する調査研究事業

1. 調査・研究の目的

○小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアシステムにおいて中重度者の要介護者の在宅生活を支える中核的なサービスである。今後多様化する利用ニーズに対応するための機能強化を検討するため、サービスの提供状況を把握したうえで、小規模多機能型居宅介護の今後の機能強化に向けた今後のあり方について以下の3点より検討を行い、報告会を開催し、報告書を作成する。

- (1)小規模多機能型居宅介護の実態調査と「訪問」機能の検証(全国調査)
- (2)要支援者や生活支援についての検証及び地域での生活を支援するコーディネート機能の検証
- (3)質の確保

2. 調査手法

- 2016年10月時点において、サービスを提供している小規模多機能型居宅介護事業所全数5,549件を対象とし、調査票を郵送配布・郵送回収とした。
- 回収件数は2,205件(39.7%)。
- 悉皆調査からの先駆的取組事業所への訪問調査(13件)

小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能の検証★全国調査の結果

3-1. 調査・研究結果の概要

◆現状と明らかになったこと(事業者像)

○1日あたりの訪問延べ回数の増加
登録者は年々増加する中で、「訪問」と「通い」は昨年と比較して増加。「訪問」は今回の調査で二桁となった。「宿泊」は若干減少している。

利用者数(10月末)	2016年	2015年	2014年	2013年
現在の利用登録者数(平均)	19.4	19.0	18.5	18.1
1日あたりの通い利用者数(平均)	11.0	10.3	10.7	10.6
1日あたりの宿泊利用者数(平均)	4.4	4.8	4.4	4.3
1日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	10.2	9.5	6.0	6.8
他市町村からの登録者数	0.3	0.3		

○定員充足状況

定員100%を満たしているのは7.7%
90~100%未満:16.6%
80~90%:24.6%
70~80%:18.8%
70%以上の合計では67.7%

2016年			【参考】前年	
登録者数/定員	事業所数	割合	事業所数	割合
0~10%以下	27	1.3%	19	1.2%
10~20%以下	20	0.9%	12	0.8%
20~30%以下	29	1.3%	23	1.5%
30~40%以下	55	2.5%	38	2.4%
40~50%以下	105	4.9%	89	5.7%
50~60%以下	164	7.6%	123	7.8%
60~70%以下	293	13.6%	230	14.7%
70~80%以下	406	18.8%	323	20.6%
80~90%以下	531	24.6%	381	24.3%
90~99%以下	358	16.6%	207	13.2%
100%	166	7.7%	119	7.6%
100%超	3	0.1%	3	0.2%
総計	2,157	100.0%	1,567	100.0%

○収支の状況

「赤字」が最も多く36.7%、
「ほぼ均衡している」が31.6%
「黒字」が20.3%

	2016		2015	
	事業所数	%	事業所数	%
①黒字	413	20.3%	236	15.9%
②ほぼ均衡している	641	31.6%	470	31.7%
③赤字	746	36.7%	554	37.4%
④不明	231	11.4%	221	14.9%
回答数	2,031	100.0%	1,481	100.0%

小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能の検証★全国調査の結果

3-2. 調査・研究結果の概要

◆現状と明らかになったこと(利用者像)

※個票調査で得られた41,022人(2,108事業所)が分析の対象。調査項目ごとに、有効回答を用いて分析。

○1月あたりの利用のしかた

1か月における「通い」「訪問」「宿泊」回数のそれぞれの利用平均をみると、利用者1人につき、「通い」は16.42回、「訪問」は15.18回、「宿泊」は6.45日となっている。

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
通い	16.42	16.73	17.15	16.27	16.97	16.60	16.74
訪問	15.18	13.63	10.88	8.87	7.82	9.14	7.92
宿泊	6.45	6.53	6.92	6.81	6.70	6.85	6.81

N=39,355 N=27,826

3つの機能を合計すると1か月あたり38.05回の利用をしている。昨年調査と比較して、「訪問」が増加し、「宿泊」が減少した。経年的にみても「訪問」の増加傾向は顕著である。

○世帯構成

独居高齢者が36.9%と昨年に比べて2.1%上昇し、年々独居世帯が増えている。高年齢世帯(独居+高年齢2人暮らし)が51.1%と制度創設後、初めて50%を超えた。

世帯	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
1.独居(近居家族無)	23.1%	21.9%	21.2%	19.2%	17.7%	16.4%	15.4%
2.独居(近居家族有)	13.8%	12.9%	12.3%	12.0%	10.8%	11.2%	10.9%
3.配偶者と2人暮らし	14.2%	14.7%	14.8%	14.7%	14.5%	15.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	12.3%	12.0%	12.4%	11.8%	11.9%	11.4%	11.1%
5.子ども世帯と同居	30.2%	32.2%	33.0%	35.1%	38.2%	39.8%	41.0%
6.その他	6.4%	6.3%	6.4%	6.0%	6.8%	6.3%	6.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%

N=40,312 N=28,329 N=26,304

○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42.6%
「1キロ前後」で30.2%となっている。
「同一敷地内」を除き、5キロ前後以内からの利用が72.8%となっている。

距離	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
1.同一敷地内	11.6%	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%	8.2%
2.1 ⁰ 前後	30.2%	30.2%	30.5%	29.2%	29.9%	30.6%	29.2%
3.5 ⁰ 前後	42.6%	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%	41.9%
4.10 ⁰ 前後	11.8%	12.6%	11.7%	13.2%	13.9%	14.5%	15.5%
5.それ以上	3.9%	4.2%	3.9%	4.4%	4.5%	5.1%	5.2%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=40,228 N=28,329

小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能の検証★全国調査の結果

3-3. 調査・研究結果の概要

◆現状と明らかになったこと(利用者像)

○利用タイプからの類型

1か月における「通い」「訪問」「宿泊」各サービスの利用状況から利用タイプ別に類型化した。「通い+訪問」が31.4%、「通い+泊まり」が29.0%となっている。全体の傾向としては昨年までとあまり利用の仕方に変化は見られない。

利用タイプ	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
通い	21.4%	21.9%	22.8%	23.9%	25.5%	24.5%	25.5%
通い+泊まり	29.0%	29.8%	33.8%	33.8%	34.3%	34.5%	35.7%
通い+訪問	31.4%	30.5%	27.1%	25.9%	23.9%	23.8%	22.1%
通い+訪問+泊まり	11.8%	11.7%	10.8%	10.3%	10.9%	11.2%	10.8%
泊まり	1.0%	0.9%	1.2%	1.7%	1.7%	2.1%	2.3%
訪問	5.4%	5.1%	4.0%	4.1%	3.5%	3.5%	3.3%
訪問+泊まり	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=39,355 N=27,594

○要介護度

要支援1及び2で11.0% (2014比+1.2%)
要介護1及び2で50.2% (2014比+1.6%)
要介護4及び5で19.4% (2014比-2.4%)

軽度者比率が上がり、重度者の比率が下がっている。

要介護度	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
要支援1	4.9%	4.6%	4.2%	4.2%	3.3%	3.7%	4.4%
要支援2	6.1%	6.0%	5.4%	5.5%	5.0%	5.1%	5.1%
要介護1	25.7%	24.9%	24.1%	22.9%	21.9%	21.3%	21.6%
要介護2	24.5%	24.5%	24.5%	24.8%	25.0%	24.9%	24.2%
要介護3	19.4%	19.4%	20.0%	20.4%	21.8%	20.9%	22.1%
要介護4	12.3%	12.4%	13.6%	13.8%	14.2%	15.1%	14.9%
要介護5	7.1%	8.1%	8.2%	8.4%	8.9%	8.9%	7.7%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=40,846 N=28,561 N=26,517

小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能の検証★全国調査の結果

3-4. 調査・研究結果の概要

◆現状と明らかになったこと

○特徴的な「訪問」での支援

訪問において地域で利用者が暮らし続けることができるように、環境を整えるために本人がこれまで繋がっている人や場所、資源との関係を絶やさない支援を行っている。

事業所がすること	事業所数	%	本人がすることの 声掛け・手助け	事業所数	%
①-1本人に代わっての地域での清掃活動	122	9.3	①-2地域での清掃活動の声掛け・手助け	242	18.4
②-1本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くことができるように調整・根回し	663	50.5	②-2地域の敬老会・老人クラブ等に行くための声掛け・手助け	684	52.1
③-1本人の地域のサロンに行くことができるように調整・根回し	557	42.4	③-2地域のサロンに行くための声掛け・手助け	587	44.7
④-1本人の地域の避難訓練の参加できるように調整・根回し	264	20.1	④-2地域の避難訓練の参加するための声掛け・手助け	288	21.9
⑤-1一人で買い物等に行けるようにするための商店や地域との調整・根回し	474	36.1	⑤-2一人で買い物等に行くための声掛け・手助け	610	46.4
⑥その他	85	6.5			
				回答数	1,314

○訪問の時間

支援内容の提供時間及びかかっている時間を調査した。医療についての支援内容にかかる時間が、他の支援よりも長時間になっている。

	提供のピークタイム		提供時間	
	早い提供時間	遅い提供時間	短い提供時間	長い提供時間
家事の支援	09時 08時 8時半	17時 18時 19時	13.8分	68.1分
介護の支援	08時 08時半 9時	17時 18時 19時	13.8分	70.6分
地域生活支援	09時 10時 8時	17時 16時 19時	13.9分	62.2分
関係の支援	09時 10時	16時 17時 15時	16.2分	72.1分
地域での支援	10時 09時	15時 16時 17時	20.1分	69.2分
医療についての支援	9時 8時半	17時 16時 18時	27.0分	148.6分

※地域生活支援・・・在宅生活継続のための環境を整えるなどの支援
(例:配食、郵便物の整理・朗読・代筆、草むしり等)
地域での支援・・・地域での暮らしの環境を整えるための支援
(老人クラブへの参加・地域のサロンへの参加等)

小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能の検証★全国調査の結果

3-5. 調査・研究結果の概要

◆現状と明らかになったこと

○予定外の訪問

緊急を含む予定外の訪問が4.52回
(H28.10月)ある。

	平均値 (件)	中央値 (件)
緊急の訪問(予定外の訪問)件数(平成28年10月の1か月)	4.52	1.00

○小規模多機能型居宅介護らしい支援の要素

「③予定と実施がズレた場合の対応能力(柔軟な対応)」 「①管理者やケアマネージャーが介護職員と一緒にケアをしていること」 「②24時間365日の対応」となっている。そのほか、「⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い」との回答も多い。

	事業所数	%	順位
①管理者やケアマネージャー(計画作成担当者)が介護職員と一緒にケアをしていること	1,126	57.1%	2
②24時間365日の対応	1,001	50.7%	3
③予定と実施がズレた場合の対応能力(柔軟な対応)	1,458	73.9%	1
④包括報酬	168	8.5%	9
⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い	537	27.2%	4
⑥毎日のミーティング	196	9.9%	8
⑦通院・外出介助	220	11.2%	7
⑧支援のためのマップ作り(本人中心の応援団づくり)	93	4.7%	11
⑨家族支援	357	18.1%	5
⑩医療機関との連携	346	17.5%	6
⑪地域包括支援センターへの働きかけ	55	2.8%	13
⑫多世代などが交流できる拠点	71	3.6%	12
⑬住民への働きかけ	115	5.8%	10
⑭民生委員への働きかけ	26	1.3%	16
⑮近所や友人との調整	54	2.7%	14
⑯周囲への根回し	37	1.9%	15
⑰その他	22	1.1%	17
回答数	1,973		

○訪問体制強化加算

住み慣れた地域や自宅において暮らしを継続するための支援として訪問で支援することを評価する「訪問体制強化加算」が創設された。

調査では、30.5%の算定となっている。

	事業所数	%
①加算をとっている	642	30.5
②加算をとれるのによっていない	110	5.2
③常勤の従業員を2名以上配置できないのでとれない	539	25.6
④要介護の訪問延べ回数が200回を超えていないためとれない	911	43.3
⑤登録者の総数のうち50%以上が同一建物の利用者のためとれない	114	5.4
⑥加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村(保険者)から指摘された	2	0.1
⑦その他	37	1.8
回答数	2,102	

小規模多機能型居宅介護における「訪問」のポイント

4-1. 「訪問」のポイント

◆人と人との調整や関わりでの支援

○これまでの介護サービスでは、本人の身体的能力のみに着眼点が置かれ、できないところを埋めていく支援が主となっていたのではないだろうか。しかし、身体的支援だけでは、そもそも人としての暮らしが満たされる訳ではない。

○重度化することで、親しい友人や近所の方もどのように話しかければよいのか、どのように接すればよいかわからなくなることがある。また事業所がかかわると、素人が邪魔をしちやいけないと考えがちである。その結果、本人や家族は孤立し、在宅生活を諦めてしまう。

○本人が望む暮らしとは、介護サービスの利用が目的ではなく、家族や地域、周囲の人とのつながりの中で、喜びや楽しみを感じ、自分自身の存在を感じることでこのこれまでの暮らしの継続である。従って、主人公である本人のいる自宅や地域に出向き、家族や周囲との関係を途切れることなくつなぎ、時には新たにつむぐことが本人や家族のニーズである。自宅や地域での暮らしは、家族や近所、地域が、認知症になっても受け入れられる下地づくりのための調整・根回しがなければ、継続できない。これらの取り組みが訪問の機能として明らかとなった。

○小規模多機能型居宅介護の役割のひとつは、本人の望む暮らしを実現するために家族や地域と本人とをつなぐことである。

小規模多機能型居宅介護における「訪問」のポイント

4-2. 「訪問」のポイント

◆居場所や過ごし方を整えるための支援

- 居場所とは、居たい場所、居ていいと思える場所である。そこでは、人と人が出会い、やり取りがあり、気兼ねなく過ごすことができる時間でもある。
- 自分専用のイスや使い慣れたもの、それらに囲まれた環境は何物にも代えがたい心落ち着くところである。それは自宅内だけでなく、好きな公園やなじみの商店、お気に入りの理髪店の待合スペースなど、居場所は地域にもある。
- 居場所には「習慣や役割を発揮できる場所」という意味もある。これまでの支援では、本人のための支援は考えても、本人が他者のためにすることや役割を担うための支援には焦点があたりなかった。自立支援とは本人の生きる力を引き出すことであり、「活動」や「参加」を促すための居場所や役割をもった居方（過ごし方）ができるような環境を整えることである。

小規模多機能型居宅介護における「訪問」のポイント

4-3. 「訪問」のポイント

◆制度や仕組みや地域の資源と本人とを切り離さない支援

- 制度や仕組みとは、本人を介護すること（介護保険）や経済的な保障（生活保護）等、直接的に本人を支えるものだけではない。
- 本人を支えている家族が、本人の介護以外の問題が原因で在宅での生活をあきらめないといけないことも少なくない。具体的には、世帯の貧困、就労できない家族の事情、家族の中に障害児・者がいること等である。
- 地域においては、認知症による行動を「迷惑行為」と捉えること、介護は家族がやるべきだといった風潮、障害がある人が住みづらい環境、地域課題への無関心など、これらは本人が自宅で暮らし続けたいと希望しても阻害する要因となりうる。
- 家族や地域の抱えている課題について、自分たちには関係ないと誰も関わらなければ、阻害する要因はさらに悪化することが予想される。
- 小規模多機能型居宅介護がすべてを解決できるわけではない。これらの課題や問題に目を背けるのではなく、解決に向けて制度や仕組みを活用し、地域の資源とつながることが大切なのである。

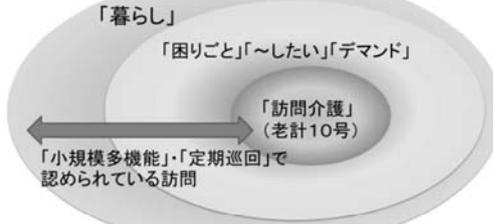
小規模多機能型居宅介護における「訪問」の課題

5. 「訪問」を生かすケアマネジメント

◆ケアマネジメントと支援

- 包括報酬だから「何でもできる」わけではない。
- ケアマネジメントの一連のプロセスにおいて「なぜ、その関わり(訪問)が必要であるか」を明らかにし、ケアプランに位置づけられなければならない。
- 本人や家族の希望というだけでは、支援の根拠とはならない。継続した関わりの中で、「なぜ、そのような要望があるのか」を考え、表出されないニーズを本人、家族や支えるチームで明らかにしていく過程が大切である。
- 老計10号においては、介護保険としてできる部分と、該当しない行為とが位置づけられているが、地域での暮らしを継続するために小規模多機能型居宅介護では老計10号の適用外となっている。
- 小規模多機能型居宅介護は包括報酬だから老計10号の適用外となっており、ニーズをもとに、できることが多い。しかし、事業所がなんでもやってしまうことが良いことか、考えなければいけない。

小規模多機能型居宅介護の「訪問」



※事業所がなんでもできることが本当に良いことか検討する必要がある。
(周囲が出来ることを奪ってはいないだろうか?)
※ひとつひとつの行為のみをみると不適切に見える。そのためには「なぜその支援が必要か」をマネジメント(アセスメント・担当者会議・記録・モニタリング)で根拠を示すことが必要である。

地域での生活を支援するコーディネート機能

6. 地域の課題に取り組む実践

◆登録者(利用者)の家族(世帯全体)が抱える複合的な課題についての相談

- 登録者(利用者)の家族(世帯全体)が抱える複合的な課題について相談があったと回答している「ある」が81.6%
- 事業所に相談された件数は、平均4.69件(平成27年11月～平成28年10月までの実績)となっていた。

	事業所数	%
①ある	1,708	81.6
②ない	321	15.3
③把握していない	65	3.1
回答数	2,094	

	平均値	中央値
相談された件数【人(世帯)】	4.69	3.00

◆地域に対する取り組みについての相談

- 地域の方から悩みを把握もしくは相談等が持ち込まれた経験が「あった」事業所が66.3%、「なかった」事業所が30.0%となっていた。

	事業所数	%
①あった	1,425	66.3
②なかった	644	30.0
③把握していない	83	3.9
回答数	2,148	

- 過去1年間(H27.11～H28.10)に相談のあった件数は、「1～10件程度」が92.3%と最も多かったが、10件を超える相談を受けていた事業所も存在している。

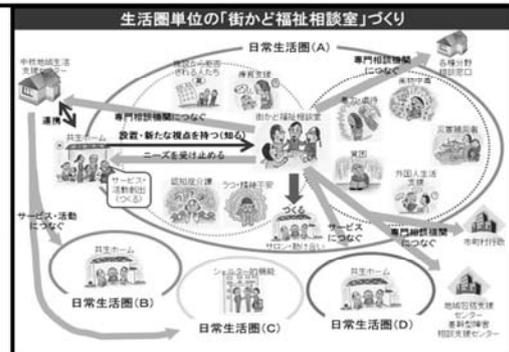
	事業者数	%
1～10件程度	1,315	92.3%
10～30件程度	103	7.2%
31件～50件程度	3	0.2%
50件以上	4	0.3%
回答数	1,425	

小規模多機能型居宅介護の利用ニーズは多様化しており、登録者だけでなくその家族も多くの課題を抱えており、さらに障害者や地域で暮らす高齢者の様々なニーズについても何らかの支援を求めている地域も多い。地域の中で制度の狭間の問題や複合的な課題を抱える者等に対する支援が小規模多機能型居宅介護のもつ機能が有効に展開されれば、社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法等の統合・連結により利用者や地域の課題に寄与できるのではないかと。

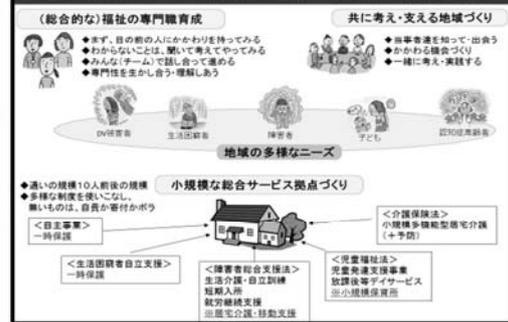
地域での生活を支援するコーディネート機能

7. 地域の課題に取り組むコーディネート機能

- ◆持ち込まれたニーズや目の前にある地域課題
- 柔軟に対応していくことが小規模多機能型居宅介護の強みであり、実践している事業者も少なくない。
- 利用者の生活を支援するためには、支える家族(世帯構成員)や地域の課題にも目を向けないと本人の状態像が好転しても、家族や地域が負担に耐え切れず、在宅生活を諦めてしまう場合もある。家族や地域を援助者と切り離すのではなく、抱えている課題を一緒に考えることが重要。
- ◆課題
- これまでの縦割りの制度や支援では多問題に対応できない。
- 一つの機関や事業所だけで解決するのではなく、専門職や専門の機関と繋がりともに解決や支援を行うことが必要。
- 行政や保険者は地域包括支援センターや事業者に丸投げするのではなく、制度やサービスで解決できない事例については住民生活を支える責任と覚悟をもって行動することが求められる。



多様な福祉ニーズを支える人・拠点・地域づくり



質の確保

8. サービス評価からみる質の向上

- ◆運営推進会議を活用した評価
- 実施状況としては、「スタッフ個別評価」の実施が68.6%、事業所自己評価が71.5%となっており運営推進会議における評価の実施は77.7%と昨年の38.6%から大幅増となった。また未実施が昨年の29.4%から7.0%と大きく減少しており、多くの事業所が取り組んでいることがわかった。
- 運営推進会議における評価への自治体・地域包括支援センターの参加では、地域包括支援センターの参加が68.4%、市町村の参加が50.3%となっている。
- ◆まとめ
- 運営推進会議は、重要である。事業所が地域とつながることでの新たな可能性を地域と模索することで、地域を取り巻く環境が改善され利用者の生活がより豊かなものとなる。
- 評価項目は、スタッフ・地域に向けてのメッセージ性もあり、事業所が目指す方向の代弁機能も備わっている。参加したメンバー同士が話し合い、評価が考えるきつとなる。
- 地域ケア会議や医療と介護の連携会議など地域のなかには様々な会議があり、地域の役員(民生委員や自治会役員等)も同様に出席を求められている。多数の会議に参加することの負担も増えている。地域にとっても事業所にとっても、重要な運営推進会議の効果的な運用のあり方がこれからの課題と考える。

	事業所数	%
①スタッフ個別評価を行った	1,464	68.6
②事業所自己評価を行った	1,527	71.6
③運営推進会議における評価を行った	1,659	77.7
④実施していない	150	7.0
⑤外部評価機関によるサービス評価を実施した	393	18.4
回答数	2,134	

	事業所数	%
①市町村が参加	1,034	50.3
②地域包括支援センターが参加	1,404	68.4
③どちらも参加していない	330	16.1
回答数	2,054	

質の確保

9. 研修からみる質の向上

◆現状

○小規模多機能型居宅介護を開設するために義務付けられた法定研修では、認知症介護実践者研修を除き、開設者、管理者及び計画作成担当者のみが受講する研修となっている。地域包括ケア体制を推進する以前につくられた研修カリキュラムに基づいているため、内容が地域密着型サービスの質の向上へ十分にはつなげていない。

○地域密着型サービス関係の開設要件である「法定研修」の開催頻度が年に1回という都道府県も多く、人材確保が困難な状況から職員採用と法定研修のタイミングが合わず、事業を開設しづらいとの声も出てきている。開設後に受講できるような柔軟な要件緩和を求める声もあるところである。

○認知症介護実践者研修は、認知症ケアのあり方そのものの変化により、認知症ケア関連の研修も基礎研修、実践者研修と見直しが行われた。小規模多機能型居宅介護にかかる地域密着型サービスの法定研修については、認知症ケアだけではなく、医療との連携を含んだ地域包括ケア及び地域生活支援(ライフサポートワーク)に重点を置くものになるように今後検討する必要がある。

◆まとめ

○支援のあり方では、PDCAサイクルの支援を前提に、その上で利用者の状態がどのように変化したかを捉える視点が必要である。地域生活の支援を行うサービスでは、更に多様な内容を持つことになる。それは、実践と研修(座学のみならずOJT)で取得していくこととなる。

様々なレベルに合わせて、中長期的視点での研修を早急に位置づかせる必要がある。ジェネラリストの人材の育成こそが人の支援で問われていると考える。

今後具体的カリキュラムの見直しを行い、地域包括ケアを推進する人材を育成していく必要がある。

まとめ

(1) 「訪問」の機能強化について

調査から明らかになったのは「訪問介護」とは違った訪問の機能であった。小規模多機能型居宅介護の訪問では、本人と「人」や「場所」「もの」とを結びつけたり、調整したり、根回しをしたりすることも訪問と位置付けて支援を行っていた。

◆人と人との調整や関わりの支援

◆居場所や過ごし方を整えるための支援

◆制度や仕組みや地域の資源と本人とを切り離さない支援

(2) 要支援者や生活支援について「地域での生活を支援するコーディネート機能」

今回明らかになったのは本人を支えるためには、本人と同居する家族や地域の課題や問題にも取り組んでいる事業所が少なくないということである。

介護度によって区別される支援ではなく横断的に支援するコーディネート機能や身近な地域のなかにもいつでも相談でき、とりあえず受け止めてくれる拠点は必要だと考える。

(3) 質の確保

日常生活圏域に計画整備されている特徴を生かす小規模多機能型居宅介護の質の確保は、「地域の中で利用者の暮らしをいかに支えているか」を問うものでなければならない。

小規模多機能型居宅介護の創設は、認知症高齢者の在宅での新たなケアの必要性から生み出された。日本の高齢者介護のあり方を自宅や地域での生活支援へシフトしていくためのサービスである。よって通い重視から訪問ニーズの高まりにより加算が創設されたとおり、高齢者や地域のニーズに合わせてサービスそのものも柔軟に変化し、進化する。

このような取り組みはすべての小規模多機能型居宅介護で取り組まなければいけないというものではない。地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域における様々な資源がその力を発揮することが重要である。

序章

研究の目的・概要

1. 調査研究の目的

小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアシステムにおいて中重度者の要介護者の在宅生活を支える中核的なサービスである。今後多様化する利用ニーズに対応するための機能強化を検討するため、サービスの提供状況を把握したうえで、小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方について以下の3点より検討を行い、報告会を開催し、報告書を作成する。

(1) 小規模多機能型居宅介護の実態調査と「訪問」機能の検証（全国調査）

平成27年度の実態調査では、訪問強化加算を取得している事業所が25.4%にとどまっており、その支援内容についても家事援助から身体介助まで様々であると考えられる。小規模多機能型居宅介護の訪問機能を活用し、どのような支援をすることで高齢者の自宅や地域での暮らしが実現できているのか、その有効性と効率性の検証を行う。

- ・訪問体制強化加算の検証
- ・「訪問」機能を活用し、どのような支援が行われているのか
- ・ケアの見える化及び効率化の検討

(2) 要支援者や生活支援についての検証及び地域での生活を支援する

コーディネート機能の検証小規模多機能型居宅介護のケアの特徴である隣近所や知人友人等の人と人とのつながりや、暦や習慣、生きがいや役割、仕事などとのつながり等、本人の持っている力を活用した支援（ライフサポートワーク）のノウハウを生かし、要支援者や登録者以外の高齢者への支援や地域のコーディネート機能を検証する。

- ・地域での生活を支援するコーディネート機能
- ・地域でつなぐ（地域をつなぐ）マネジメント機能のあり方
- ・事例検討

(3) 質の確保

事業所での支援のみならず自宅での支援、日中だけでなく夜間も含めた24時間のケアなど多様な支援が求められる小規模多機能型居宅介護は現場の最前線での人材育成機能を持っている。専門職の育成については、認知症ケアのみならず地域生活を支援するケアのあり方や、地域住民の育成機能としての運営推進会議の活用法等、地域でのケアの質の向上を目指すあり方について以下の視点で検討する。

- ・運営推進会議におけるサービス評価の実態・効果
- ・質の向上のための運営推進会議の活用法の検討
- ・質の向上を図るための研修システムのあり方

2. 概 要

(1) 委員会及び作業部会について

小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方に関する調査研究
委員会 名簿

◆委員会

No.	氏 名	所 属 (都道府県)	備考
1	山 田 尋 志	立命館大学 社会福祉法人端山園 (京都府)	
2	森 本 佳 樹	立教大学名誉教授	
3	柴 田 範 子	特定非営利活動法人「楽」 (神奈川県) 東洋大学ライフデザイン学部	
4	安 倍 信 一	社会福祉法人美瑛慈光会 (北海道)	
5	川 尻 良 夫	社会福祉法人こうほうえん (東京都)	
6	宮 島 渡	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ (長野県)	
7	岩 尾 貢	社会福祉法人共友会 (石川県)	
8	斉 藤 文 彦	社会福祉法人岳南厚生会高原荘 (静岡県)	
9	川 原 秀 夫	特定非営利活動法人コレクティブ (熊本県)	
10	冨 永 健 司	社会福祉法人九州キリスト社会福祉事業団 (大分県)	
11	北 口 未知子	加賀市高齢者こころまちセンター (石川県)	
12	井 樋 一 哉	厚生労働省老健局振興課 (課長補佐)	オブ ザーバー
13	林 英 典	厚生労働省老健局振興課基準第一係 (係長)	オブ ザーバー
14	金 子 博 人	厚生労働省老健局振興課基準第一係	オブ ザーバー

※敬称略

◆作業部会

No.	氏名	所属（都道府県）	備考
1	井上 信太郎	心のひろば（東京都）	
2	杉原 優子	地域密着総合ケアセンターきたおおじ（京都府）	
3	津田 由起子	ぶどうの家（岡山県）	
4	竹本 匡吾	社会福祉法人地域でくらす会（鳥取県）	
5	党 一 浩	小規模多機能ホームめおといわ「ゆい」（福岡県）	
6	後藤 裕基	小規模多機能ホームひばり（鹿児島県）	
7	黒岩 尚文	共生ホームよかあんべ（鹿児島県）	

※敬称略、都道府県順

◆事務局

No.	氏名	所属	備考
	井上 博文	東北工業大学石井研究室	実態調査委託
	山越 孝浩	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局
	太 齋 寛	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局

(2) 実施内容

- ①小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方に関する調査研究委員会を開催した。

小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後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、研究事業の内容についての検討を行った。開催回数は4回。

- ②作業部会の開催

委員会のもと、作業部会を設置し検討を進める。全国調査については、調査票の検討、集計結果の整理・検討、訪問調査先の選定等の内容の検討を行う。要支援者や生活支援についての検証及び地域での生活を支援するコーディネート機能の検証については、要支援者への支援のあり方、自主事業としての地域へ向け

た取り組み、市町村の地域支援事業（総合事業）を活用した事例検討を行う。質の確保についてはサービス評価の好事例の収集及び運営推進会議の育成、研修のあり方の検討を行う。開催回数は7回。

③全国実態調査の実施

i) アンケート調査の実施（悉皆調査／平成28年10月）

配布 5,549 事業所

回収 2,205 事業所（回収率は39.7%）

ii) 悉皆調査からの先駆的取組事業所への訪問調査（13件）

ヒヤリング調査先

*小規模多機能ひなた（北海道美瑛町）

*ちば地域生活支援舎（千葉県東金市）

*地域ケアサポート館 福わ家（東京都青梅市）

*ひつじ雲（神奈川県川崎市）

*小規模多機能型居宅介護事業所たかはら（静岡県富士宮市）

*小規模多機能型居宅介護事業所 まほろば（静岡県富士市）

*小規模多機能型居宅介護「きんめい」「はしたて」（石川県加賀市）

*加賀市地域包括支援センター（石川県加賀市）

*地域密着型総合ケアセンターきたおおじ（京都府京都市）

*小規模多機能ホームぶどうの家真備（岡山県倉敷市）

*めおといわ「ゆい」（福岡県福岡市）

*中津総合ケアセンターいずみの園 寄り合いセンターいずみ

（大分県中津市）

*地域サポートセンターよいどこい（鹿児島県霧島市）

④報告会の開催

実態調査から浮かび上がった訪問機能の内容や地域拠点のあり方等をまとめ、報告会を開催した。

日時：2017年3月23日（木）

会場：世界貿易センタービルRoomA（東京都港区浜松町）

内容：10:00～13:00

「我が事・丸ごとを実現する実践と制度理解」

多様な地域課題に寄り添う相談支援

大戸 優子 氏 いちはら生活相談サポートセンター

センター長・主任相談支援員（千葉県）

複合的な生活課題を支える地域拠点

黒岩 尚文 氏 共生ホームよかあんべ 代表（鹿児島県）

我が事・丸ごとの制度的理解

本後 健 氏 厚生労働省社会・援護局生活困窮者自立支援室長

コーディネーター

堀田 聡子 氏 国際医療福祉大学大学院 教授

13:00～14:00 昼食・休憩

14:00～14:30

全国実態調査「小規模多機能型居宅介護の動向」

東北工業大学石井研究室 井上 博文

14:30～15:00

小規模多機能の「訪問」に関する論点整理

調査研究委員会作業部会 委員 後藤 裕基

15:10～16:50

介護と医療の同時改定に向けた小規模多機能の今後

宮島 渡 × 川原 秀夫 × 三浦 明

(恵仁福祉協会) (コレクティブ) (厚生労働省老健局振興課)

⑤報告書の作成

報告書を作成し、関係者に配布した。

第1章

小規模多機能型居宅介護の現状

1. 調査の概要

調査は2016年12月より郵送配布により行った。2017年1月6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。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。

調査時点で確認できた全国5,549事業所に対してアンケート調査票を郵送した。その結果、2,205の事業所から回答を得た。回収率は39.7%（昨年度調査では30.9%）である。

また、利用者個票については、2,098事業所から計41,022人分のデータが収集された。

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。各都道府県別での回収数は以下のとおりである。回収数では北海道が131カ所、神奈川県、新潟県、福岡県、兵庫県が100カ所を超えた。山梨県、高知県、徳島県、和歌山県、奈良県、佐賀県が少ない。回収率が最も高かったのは青森県で65.7%、逆に低かったのは茨城県で25.9%となっていた。

なお、調査票の回答者は「管理者」が76.9%、「計画作成・介護職員」が14.6%などとなっていた。

表 1-1 回答者（複数回答）

回答者	事業所数	%
代表（開設者）	109	5.1%
役員	26	1.2%
事務長	34	1.6%
事業統括者	54	2.5%
管理者	1,631	76.9%
事務員	74	3.5%
計画作成・介護職員	309	14.6%
回答数	2,121	

表 1-2 都道府県別の回収状況

都道府県	2016調査				参考 2015調査		参考 2014調査	
	回答数	%	回収率	配布数	回答数	%	回答数	%
北海道	131	5.9%	41.1%	319	94	6.0	95	6.4
青森県	23	1.0%	65.7%	35	19	1.2	10	0.7
岩手県	41	1.9%	50.6%	81	41	2.6	34	2.3
宮城県	30	1.4%	41.1%	73	19	1.2	17	1.1
秋田県	41	1.9%	51.9%	79	32	2.0	26	1.8
山形県	46	2.1%	40.0%	115	33	2.1	26	1.8
福島県	43	2.0%	30.7%	140	34	2.2	37	2.5
茨城県	22	1.0%	25.9%	85	21	1.3	19	1.3
栃木県	29	1.3%	29.6%	98	21	1.3	20	1.4
群馬県	39	1.8%	33.9%	115	21	1.3	27	1.8
埼玉県	37	1.7%	29.8%	124	33	2.1	27	1.8
千葉県	49	2.2%	38.6%	127	27	1.7	36	2.4
東京都	68	3.1%	36.4%	187	54	3.5	42	2.8
神奈川県	103	4.7%	33.2%	310	62	4.0	56	3.8
新潟県	103	4.7%	55.1%	187	70	4.5	67	4.5
富山県	44	2.0%	55.0%	80	35	2.2	27	1.8
石川県	47	2.1%	56.6%	83	32	2.0	30	2.0
福井県	31	1.4%	36.0%	86	21	1.3	19	1.3
山梨県	10	0.5%	32.3%	31	10	0.6	6	0.4
長野県	49	2.2%	46.7%	105	26	1.7	30	2.0
岐阜県	30	1.4%	37.0%	81	26	1.7	22	1.5
静岡県	56	2.5%	38.6%	145	32	2.0	26	1.8
愛知県	72	3.3%	36.4%	198	46	2.9	39	2.6
三重県	30	1.4%	49.2%	61	20	1.3	22	1.5
滋賀県	30	1.4%	42.3%	71	24	1.5	27	1.8
京都府	70	3.2%	42.2%	166	44	2.8	37	2.5
大阪府	89	4.0%	35.2%	253	51	3.3	53	3.6
兵庫県	101	4.6%	40.4%	250	68	4.3	59	4.0
奈良県	17	0.8%	41.5%	41	11	0.7	5	0.3
和歌山県	16	0.7%	30.2%	53	5	0.3	6	0.4
鳥取県	21	1.0%	38.2%	55	19	1.2	19	1.3
島根県	38	1.7%	48.7%	78	24	1.5	22	1.5
岡山県	53	2.4%	29.0%	183	39	2.5	41	2.8
広島県	97	4.4%	44.9%	216	63	4.0	63	4.3
山口県	34	1.5%	38.6%	88	25	1.6	20	1.4
徳島県	14	0.6%	42.4%	33	13	0.8	12	0.8
香川県	20	0.9%	45.5%	44	10	0.6	11	0.7
愛媛県	44	2.0%	37.6%	117	48	3.1	33	2.2
高知県	13	0.6%	39.4%	33	13	0.8	13	0.9
福岡県	102	4.6%	37.4%	273	70	4.5	78	5.3
佐賀県	16	0.7%	31.4%	51	13	0.8	17	1.1
長崎県	57	2.6%	43.5%	131	36	2.3	40	2.7
熊本県	57	2.6%	35.8%	159	51	3.3	48	3.2
大分県	25	1.1%	51.0%	49	27	1.7	24	1.6
宮崎県	23	1.0%	38.3%	60	20	1.3	17	1.1
鹿児島県	61	2.8%	48.4%	126	41	2.6	52	3.5
沖縄県	32	1.5%	43.2%	74	20	1.3	23	1.6
回答数	2,204	100.0%	39.7%	5,549	1,564	100.0%	1,480	100.0%

2. 調査結果

2.1 基本情報

(1) 開設年度

開設年度別に見ると、2007年度開設が12.9%（258か所）と最も多く、次いで2012年度と2014年度が11.2%（223か所）、2011年度が10.5%（210か所）となっている。

表 2.1-1 開設年度別にみた事業所数

開設年度	H28(2016)年度		H27(2015)年度		H26(2014)年度		H25(2013)年度		H24(2012)年度	
	事業所数	割合								
H18,2006年度	157	7.9%	120	8.3%	121	8.5%	92	6.3%	177	14.8%
H19,2007年度	258	12.9%	203	14.1%	223	15.6%	260	17.9%	301	25.1%
H20,2008年度	191	9.6%	143	9.9%	152	10.6%	209	14.4%	219	18.3%
H21,2009年度	136	6.8%	118	8.2%	127	8.9%	127	8.8%	157	13.1%
H22,2010年度	154	7.7%	121	8.4%	144	10.1%	143	9.9%	183	15.3%
H23,2011年度	210	10.5%	200	13.9%	208	14.5%	220	15.2%	138	11.5%
H24,2012年度	223	11.2%	171	11.9%	196	13.7%	286	19.7%	25	2.1%
H25,2013年度	153	7.7%	122	8.5%	153	10.7%	113	7.8%		
H26,2014年度	223	11.2%	161	11.2%	107	7.5%				
H27,2015年度	177	8.9%	83	5.8%						
H28,2016年度	113	5.7%								
総計	1,995	100.0%	1,442	100.0%	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=2,174）、営利法人が43.3%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33.9%となっている。医療法人が11.9%、NPOが6.6%と続く。この数年での大きな傾向に変化はないが、NPOの割合は微減傾向にある。

表 2.1-2 法人種別にみた事業所割合

法人種別	2016年度	2015年度	2014年度	2013年度	2012年度	2011年度	2010年度
社会福祉法人	33.9%	35.5%	34.7%	31.9%	33.5%	29.5%	34.5%
社会福祉法人(社協)	1.7%	2.0%	1.9%	2.3%	1.6%	5.1%	2.5%
医療法人	11.9%	12.7%	11.4%	12.1%	12.8%	13.1%	10.2%
営利法人	43.3%	40.4%	41.6%	42.3%	41.3%	40.9%	41.7%
特定非営利活動法人	6.6%	6.9%	7.2%	8.2%	7.4%	9.2%	7.7%
その他	2.7%	2.4%	3.2%	3.3%	3.4%	2.1%	3.4%
総計	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%	100.0%

N=2,174 N=1,563 N=1,443

(3) 事業種別

小規模多機能居宅介護が96.8%、サテライト型は2.6%、基準該当が0.7%となっている。給付別では、介護および予防の両給付が85.6%となっており、介護給付のみが14.1%となっている。

表 2.1-3 事業種別にみた事業所数と割合

種類	事業所数	%
①小規模多機能型居宅介護	2,104	96.8
②サテライト型小規模多機能型居宅介護	57	2.6
③基準該当 小規模多機能型居宅介護	16	0.7
回答数	2,173	

表 2.1-4 給付別にみた事業所数と割合

給付別	事業所数	%
介護・予防給付	1,681	85.6%
介護給付のみ	276	14.1%
予防給付のみ	6	0.3%
回答数	1,963	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 40.5% (879 か所) だが、制度改正による最大登録定員の変更により、定員 29 人が 39.7% (861 か所) と次いで多くなっている。昨年調査よりも、定員 29 人の割合が増加している。平均は 25.9 人である。

表 2.1-5 登録定員の状況

【2016】

登録定員	事業所数	割合
11	1	0.0%
12	18	0.8%
13	2	0.1%
14	2	0.1%
15	18	0.8%
16	2	0.1%
17	1	0.0%
18	115	5.3%
19	3	0.1%
20	27	1.2%
21	8	0.4%
22	10	0.5%
23	2	0.1%
24	173	8.0%
25	879	40.5%
26	14	0.6%
27	10	0.5%
28	23	1.1%
29	861	39.7%
総計	2,169	100.0%
平均	25.85	—

【参考 2015】

登録定員	事業所数	割合
9	1	0.1%
10	1	0.1%
12	18	1.1%
13	2	0.1%
14	1	0.1%
15	15	1.0%
16	2	0.1%
17	2	0.1%
18	72	4.6%
19	1	0.1%
20	27	1.7%
21	5	0.3%
22	8	0.5%
23	1	0.1%
24	135	8.6%
25	731	46.6%
26	8	0.5%
27	8	0.5%
28	8	0.5%
29	521	33.2%
総計	1,567	100.0%
平均	25.5	-

(5) 通い定員

通いの定員別で見ると、15人が52.7%（1,141か所）と最も多いが、登録定員同様、制度改正の影響で、次いで18人が27.6%（599か所）と多くなっている。そのほか12人が11.0%（239か所）などとなっている。平均は15.2人と昨年比で微増となっている。

表 2.1-6 通い定員の状況

【2016】

通い定員	事業所数	割合
6	15	0.7%
7	1	0.0%
8	2	0.1%
9	72	3.3%
10	12	0.6%
11	7	0.3%
12	239	11.0%
13	17	0.8%
14	11	0.5%
15	1,141	52.7%
16	19	0.9%
17	22	1.0%
18	599	27.6%
19	9	0.4%
20	1	0.0%
総計	2,167	100.0%
平均	15.21	—

【参考 2015】

通い定員	事業所数	割合
3	1	0.1%
4	1	0.1%
6	17	1.1%
7	2	0.1%
8	1	0.1%
9	59	3.8%
10	5	0.3%
11	6	0.4%
12	184	11.7%
13	13	0.8%
14	9	0.6%
15	891	56.9%
16	13	0.8%
17	13	0.8%
18	351	22.4%
総計	1,566	100.0%
平均	14.9	-

(6) 泊まり（宿泊）定員

宿泊定員は昨年調査の結果とほぼ同様で、9人が48.2%（1,042か所）と最も多く、次いで5人が17.8%（385か所）、6人が12.5%（271か所）となっている。平均は7.3人である。

表 2.1-7 泊まり定員の状況

【2016】

宿泊定員	事業所数	割合
3	46	2.1%
4	113	5.2%
5	385	17.8%
6	271	12.5%
7	163	7.5%
8	144	6.7%
9	1,042	48.2%
総計	2,164	100.0%
平均	7.29	—

【参考 2015】

宿泊定員	事業所数	割合
2	5	0.3%
3	37	2.4%
4	89	5.7%
5	285	18.2%
6	188	12.0%
7	113	7.2%
8	113	7.2%
9	735	47.0%
総計	1,565	100.0%
平均	7.2	-

(7) 調査時点での利用者数

調査時点での利用者数は、登録定員および通い定員の緩和により、登録者数が平均 19.4 人と若干昨年と比較して増加した。通いの平均も 11.0 人と増加した。宿泊の平均は 4.4 人、訪問の平均（1 日延べ）が 10.2 人となっている。訪問の利用者数は昨年が続いて増加している。

表 2.1-8 調査時点での利用者数

利用者数(10月末)	2016年	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
現在の利用登録者数(平均)	19.4	19.0	18.5	18.1	19.0	18.4	18.0
1日あたりの通い利用者数(平均)	11.0	10.3	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	4.8	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)	10.2	9.5	6.0	6.8	5.0	4.4	4.3
他市町村からの登録者数	0.3	0.3					

(8) 調査時点での定員充足状況

調査時点で、定員 100%を満たしているのは 7.7%で昨年同様だった。90~100%未達が 16.6%と昨年比で増加、80~90%も 24.6%で微増である。

表 2.1-9 定員充足の状況

【2016】

登録者数/定員	事業所数	割合
0~10%以下	27	1.3%
10~20%以下	20	0.9%
20~30%以下	29	1.3%
30~40%以下	55	2.5%
40~50%以下	105	4.9%
50~60%以下	164	7.6%
60~70%以下	293	13.6%
70~80%以下	406	18.8%
80~90%以下	531	24.6%
90~99%以下	358	16.6%
100%	166	7.7%
100%超	3	0.1%
総計	2,157	100.0%

【参考 2015】

登録者数/定員	事業所数	割合
0~10%以下	19	1.2%
10~20%以下	12	0.8%
20~30%以下	23	1.5%
30~40%以下	38	2.4%
40~50%以下	89	5.7%
50~60%以下	123	7.8%
60~70%以下	230	14.7%
70~80%以下	323	20.6%
80~90%以下	381	24.3%
90~99%以下	207	13.2%
100%	119	7.6%
100%超	3	0.2%
総計	1,567	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 75.9%（平成 26 年度調査 74.6%）、平成 25 年度以前の開設では 75%を超えるが、平成 26 年度の開設では 73.6%、開設 1 年目となる平成 28 年度開設では 58.7%と低い。開設 4 年目以降で 75%を超える状況は昨年度、一昨年度の調査結果と同様である。

表 2.1-10 開設年と定員充足の状況

開設年度	登録定員	実登録	充足率
18(2006)	3,877	3,118	80.4%
19(2007)	6,586	5,145	78.1%
20(2008)	4,844	3,829	79.0%
21(2009)	3,519	2,793	79.4%
22(2010)	4,011	3,201	79.8%
23(2011)	5,511	4,248	77.1%
24(2012)	5,738	4,521	78.8%
25(2013)	3,796	2,896	76.3%
26(2014)	5,582	4,108	73.6%
27(2015)	4,499	3,049	67.8%
28(2016)	2,890	1,697	58.7%
総計	50,853	38,605	75.9%

(9) 1年間での利用契約の終了者数

過去1年間(2015/11/1~2016/10/31)において利用契約が終了した人数は平均7.60人(昨年度7.32人)、そのうち入院による終了者数は2.89人(昨年度2.82人)となっている。契約終了者数は微増の傾向にある。

表 2.1-11 契約終了者の数

	平均値(人)			
	2016	2015	2014	2013
契約終了者数	7.60	7.32	7.25	7.31
うち、入院による終了者数	2.89	2.82	2.63	2.77

契約終了者の理由をみると、前述のとおり入院が2.89人(事業所当たりの件数)だが、最も多いのは介護施設入所で3.24人である。死亡は2.37人と昨年の1.26人を上回り、特に病院での死亡が1.40人となっている。サービス付き高齢者向け住宅等への転居も1.68人となっている。

表 2.1-12 契約終了の理由

	事業所数	%	平均値(人)
①入院	1,509	71.2	2.89
②施設(特養・老健・グループホーム)	1,685	79.5	3.24
③小規模多機能以外の在宅の介護保険サービス	752	35.5	1.63
④死亡	1,424	67.2	2.37
そのうち			
自宅			0.53
事業所			0.46
病院			1.40
⑤サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)、有料老人ホーム等への引っ越し	533	25.2	1.68
⑥その他	511	24.1	1.48
回答数	2,119		

(10) 宿泊費・食費

宿泊費の平均額は2,167円、朝食の平均額は337円、昼食の平均額は547円、夕食の平均額は523円となっている。昨年比ではほぼ同様である。4年前(2012年)と比較すると宿泊費で平均50円、昼食代が20円、朝食・夕食代が10円の上昇である。

表 2.1-13 宿泊費と食費

平均値(円)	宿泊費	朝食代	昼食代	夕食代
2016年調査	2,167	337	547	523
2015年調査	2,162	337	543	520
2014年調査	2,151	334	536	515
2013年調査	2,109	328	528	509
2012年調査	2,118	327	526	512

(11) 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。

初期加算は98.4%(昨年96.5%)、認知症加算(I)が76.7%(昨年85.7%)、介護職員処遇加算Iが83.9%(昨年78.9%)、総合マネジメント体制強化が81.2%(昨年76.0%)と高い。訪問体制強化加算が昨年の25.4%から29.6%となっている。

表 2.1-14 加算の状況(加算ありの割合)

【2016年】

【参考2015年】

	該当数	%	該当数	%
①初期加算	2,159	98.4	1,527	96.5
②認知症加算(I)	1,683	76.7	1,357	85.7
同(II)	1,378	62.8	1,112	70.2
③看護職員配置加算I	723	33.0	495	31.3
同II	508	23.2	383	24.2
同III	148	6.7	97	6.1
④サービス提供体制強化加算(I)イ	969	44.2	689	43.5
同(I)ロ	232	10.6	228	14.4
同(II)	468	21.3	319	20.2
同(III)	150	6.8	116	7.3
同(IV)	5	0.2	3	0.2
⑤介護職員処遇改善加算I	1,840	83.9	1,249	78.9
同II	314	14.3	263	16.6
同III	30	1.4	23	1.5
同IV	18	0.8	13	0.8
⑥総合マネジメント体制強化加算	1,781	81.2	1,203	76.0
⑦訪問体制強化加算	650	29.6	402	25.4
⑧看取り連携体制加算	157	7.2	116	7.3
⑨従業者の員数が基準に満たない場合の減算	12	0.5	16	1.0
⑩過少サービスに対する減算	13	0.6	18	1.1
⑪中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	26	1.2	18	1.1
⑫市町村独自報酬	71	3.2	67	4.2
回答数	2,193		1,583	

【参考 2010～2014】

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

(12) 低所得者・生活困窮者向けの独自の減免措置

低所得者等への減免措置は、「なし」が 89.1%と最も多く、「宿泊費の減免」を実施している事業所は 7.2%、「食費の減免」が 4.9%となっている。

表 2.1-15 減免の実施状況

	事業所数	%
①ない	1,892	89.1
②食費の減免	104	4.9
③宿泊費の減免	153	7.2
④その他	61	2.9
回答数	2,124	

(13) 共生型サービス・一体型サービス

厚労省は共生型サービス・一体型サービスのような対象者横断のサービスを検討しているが、現在の法律でも障害福祉サービスの「基準該当サービス」の指定を受けることで、障害福祉サービスの実施が可能となっているが、そのことについて知っていた事業所は 34.7%となっていた。

表 2.1-16 障害福祉サービスでの基準該当サービスの認知

	事業所数	%
①制度・仕組みを知っていた	724	34.7
②制度・仕組みを知らなかった	1,360	65.2
回答数	2,085	

「制度・仕組みを知っていた」事業所のうち、実際に実施しているのは 6.5%の事業所で、「基準該当生活介護」が 3.6%、「基準該当短期入所」が 2.3%などとなっている。

表 2.1-17 基準該当サービスの実施状況

	事業所数	%
①実施していない	828	93.5
②基準該当生活介護	32	3.6
③基準該当自立訓練	5	0.6
④基準該当放課後等デイサービス	7	0.8
⑤基準該当児童発達支援	2	0.2
⑥基準該当短期入所	20	2.3
⑦基準該当就労継続支援B型	3	0.3
⑧日中一時支援	14	1.6
⑨その他	14	1.6
回答数	886	

2.2 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 80.0% (1,731 カ所) と最も多く、「ライフサポートワーク」が 20.6%となっている。昨年調査の結果とほぼ同様である。

表 2.2-1 ケアプランの使用状況

	2016		2015		2014		2013		2012	
	事業所数	%								
①ライフサポートワークを使用	445	20.6	335	21.5	328	23.0	334	22.3	225	18.8%
②居宅介護サービス計画書を使用	1,731	80.0	1,244	80.0	1,114	78.1	1,161	77.6	923	77.3%
③その他	73	3.4	41	2.6	44	3.1	58	3.9	32	2.7%
回答数	2,163		1,555		1,427		1,496		1,180	

2.3 サービス評価の実施状況

サービス評価の実施状況では「スタッフ個別評価」の実施が 68.6% (昨年 65.4%)、「事業所自己評価」の実施が 71.6% (昨年 61.8%) と昨年を上回った。また「運営推進会議における評価」実施が 77.7%と昨年の 38.6%から大幅増となった。未実施が昨年の 29.4%から 7.0%と大きく減少した。

表 2.3-1 サービス評価の実施状況

	事業所数	%
①スタッフ個別評価を行った	1,464	68.6
②事業所自己評価を行った	1,527	71.6
③運営推進会議における評価を行った	1,659	77.7
④実施していない	150	7.0
⑤外部評価機関によるサービス評価を実施した	393	18.4
回答数	2,134	

【参考 2015】

複数回答	該当数	%
①スタッフ個別評価を行った	1,018	65.4
②事業所自己評価を行った	962	61.8
③運営推進会議における評価を行った	600	38.6
④実施予定だがまだ実施していない	410	26.3
⑤実施する予定も立っていない	49	3.1
回答数	1,556	

運営推進会議における評価への自治体・地域包括支援センターの参加では「地域包括支援センター」の参加が 68.4%と昨年の 79.4%から減少し、「市町村が参加」も 55.7%から 50.3%と減少した。その一方で、「いずれも参加していない」が 3.2%から 16.1%と大きく増加した。いずれも参加は 712 事業所で 34.7%となっていた。

表 2.3-2 運営推進会議における評価への自治体・地域包括支援センターの参加

	事業所数	%
①市町村が参加	1,034	50.3
②地域包括支援センターが参加	1,404	68.4
③どちらも参加していない	330	16.1
回答数	2,054	

【参考 2015】

複数回答	該当数	%
①市町村が参加	857	55.7
②地域包括支援センターが参加	1,222	79.4
③どちらも参加していない	49	3.2
回答数	1,539	

2.4 平成 27 年報酬改定後の状況

(1) 総合マネジメント体制加算

「加算をとっている」事業所が 84.2%を占める。「取れない」は 8.8%、加算が取れるのにとっていないは 7.0%となっている。

表 2.4-1 総合マネジメント体制加算の取得状況

	事業所数	%
①加算をとっている	1,796	84.2
②加算をとれるのにとっていない	149	7.0
③加算がとれない	187	8.8
④加算を取れると思っていたが、取れないとの指導を市町村（保険者）からされた	2	0.1
回答数	2,132	

(2) 訪問体制強化加算

「加算をとっている」事業所が 30.5%にとどまる。取っていない理由としては「要介護の訪問延べ回数が 200 回を超えていないため取れない」が 43.3%と多く、「常勤 2 名以上の配置ができないため」も 25.6%となっている。

表 2.4-2 訪問体制強化加算の取得状況

	事業所数	%
①加算をとっている	642	30.5
②加算をとれるのにとっていない	110	5.2
③常勤の従業者を 2 名以上配置できないのでとれない	539	25.6
④要介護の訪問延べ回数が 200 回を超えていないためとれない	911	43.3
⑤登録者の総数のうち 50%以上が同一建物の利用者のためとれない	114	5.4
⑥加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村（保険者）から指摘された	2	0.1
⑦その他	37	1.8
回答数	2,102	

(3) 看取り連携体制加算

「加算をとった」は4.0%と少ない。57.3%が「対象となる利用者がいない」という理由となった。「加算を取らなかった」も23.3%と多い。その理由を見ると、内容的には看護職員配置が満たないため、体制が整っていないためとの記述が多く、④⑤の回答とあわせて多くの理由が看護職員体制・配置に起因すると考えられる。

表 2.4-3 看取り連携体制強化加算の取得状況

	事業所数	%
①加算をとった	84	4.0
②加算をとれるがとらなかった	40	1.9
③加算をとらなかった	484	23.3
④看取ったが、看護職員配置加算Ⅰを取得していないためとれない	278	13.4
⑤看取ったが、看護師に24時間連絡できる体制を確保できていなかったためとれない	90	4.3
⑥対象となる利用者がいない	1,190	57.3
回答数	2,076	

(4) 短期利用居宅介護

短期利用居宅介護で活用できる室が確保可能な事業所は72.2%の事業所(1,256/1,728)で、確保している事業所での平均値は2.63室となっている。

実際に過去1年間での利用の有無を見ると、「なし」が82.7%となっており、「あり」は17.2%、その平均値は140日だが中央値は20日となった。100日を超えるケースも少なくないことから平均値は長くなっている。

表 2.4-4 短期利用居宅介護の利用の有無と日数

	該当数	%	平均値 (日)	中央値 (日)
①利用があった(延べ日)	347	17.2	140	20
②利用なし	1,671	82.7		
回答数	2,018			

(5) 同一建物居住とそれ以外での登録者の要介護度

結果から推測すると、約20%の事業所が何らかの居住(養護、軽費、優良の各老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅)を同一建物に持っているという結果である。4割以上の登録者が同一建物の居住者という事業所も13.4%を占め、ほぼすべて(80%以上)が同一建物居住者という事業所も5.8%あった。同一建物居住者の登録者は、要介護度4と要介護度5の登録者が占める割合が、同一建物居住者以外のそれと比べて若干高い。

表 2.4-5 同一建物の居住者の登録者に占める割合

同一建物の居住者の登録者に占める割合	事業所数	割合
0%	1,548	80.1%
0-20%未満	52	2.7%
20-40%未満	73	3.8%
40-60%未満	82	4.2%
60-80%未満	65	3.4%
80-100%未満	49	2.5%
100%	64	3.3%
合計	1,933	100.0%

表 2.4-6 同一建物居住者以外の登録者と同一建物居住者の登録者別での要介護度の状況

	(人)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合	人数	1,593	2,097	8,550	8,187	6,468	3,914	2,315
	平均値	0.83	1.09	4.47	4.28	3.38	2.05	1.21
	割合	4.8%	6.3%	25.8%	24.7%	19.5%	11.8%	7.0%
同一建物居住者の登録者に対して行う場合	人数	181	250	1,066	1,040	758	637	359
	平均値	0.46	0.63	2.69	2.63	1.91	1.61	0.91
	平均値	4.2%	5.8%	24.8%	24.2%	17.7%	14.8%	8.4%

(6) 収支の状況

今年度（H28）の収支の状況を見ると、「赤字」が最も多く 36.7%、「ほぼ均衡している」が 31.6%、「黒字」が 20.3%となっている。黒字の事業所割合が昨年比で約 5 ポイント減少した。

指定年度別に見ると、開設 1～3 年目の事業所では「赤字」の割合が 60.7%～46.7%と高い。

表 2.4-7 収支の状況

	2016		2015	
	事業所数	%	事業所数	%
①黒字	413	20.3%	236	15.9%
②ほぼ均衡している	641	31.6%	470	31.7%
③赤字	746	36.7%	554	37.4%
④不明	231	11.4%	221	14.9%
回答数	2,031	100.0%	1,481	100.0%

表 2.4-8 指定年度別にみた収支の状況

開設年度	黒字	ほぼ均衡	赤字	不明	総計N
18(2006)	24.2%	33.6%	30.2%	12.1%	149
19(2007)	23.8%	38.7%	27.7%	9.8%	235
20(2008)	16.9%	33.1%	40.4%	9.6%	178
21(2009)	22.0%	35.0%	27.6%	15.4%	123
22(2010)	27.2%	32.4%	31.6%	8.8%	136
23(2011)	26.2%	31.3%	26.2%	16.4%	195
24(2012)	18.4%	39.8%	29.6%	12.1%	206
25(2013)	20.5%	32.9%	39.7%	6.8%	146
26(2014)	16.7%	26.7%	46.7%	10.0%	210
27(2015)	13.0%	19.3%	57.1%	10.6%	161
28(2016)	9.3%	19.6%	60.7%	10.3%	107
総計	20.1%	31.7%	37.1%	11.1%	1,846

2.5 訪問の支援内容

(1) 家事の支援

家事支援では、事業所がすることとしては「利用者の安否確認、顔色等のチェック」が94.5%と高く、多くの事業所が行っていることがわかる。「健康チェック」「本人の部屋や日常を使う場所の清掃」も80%を超えて高い。

一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「日用品等の買い物の付き添い」や「本人の部屋や日常を使う場所の清掃」が60%を超えて高い。

表 2.5-1 家事支援の内容

(事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別)

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの 声掛け・手助け	事業所数	%
①-1健康チェック	1,860	86.7	①-2本人がセルフチェックするための手助け	1,064	49.6
②-1利用者の安否確認、顔色等のチェック	2,028	94.5			
③-1本人の部屋や日常使う場所の清掃	1,862	86.8	③-2本人のお部屋や日常使う場所の清掃	1,392	64.9
④-1火の元の確認	1,605	74.8	④-2本人が火の元の確認をしたあとの確認	1,193	55.6
⑤-1ゴミ出し	1,580	73.6	⑤-2ゴミ出しの付き添い	653	30.4
⑥-1洗濯	1,436	66.9	⑥-2洗濯の手助け	1,111	51.8
⑦-1衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)	1,226	57.1	⑦-2衣類の整理の手助け(夏・冬物等の入れ替え等)	1,007	46.9
⑧-1被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)	627	29.2	⑧-2被服の補修の手助け(ボタン付け、破れの補修等)	428	19.9
⑨-1調理(本人が食べるものを調理する)	1,131	52.7	⑨-2本人が調理することの手助け	705	32.9
⑩-1日用品等の買い物(内容の確認、品物・釣り銭の確認等を含む)	1,671	77.9	⑩-2日用品等の買い物の付き添い(内容の確認、品物・釣り銭の確認等を含む)	1,428	66.5
⑪-1酒タバコなどの嗜好品の買い物	464	21.6	⑪-2酒タバコなどの嗜好品の買い物の付き添い	429	20.0
⑫その他	260	12.1			
			回答数	2,146	

家事支援の提供時間の一番早い時刻では9時、8時、8時30分に大きなピークがある。提供時間の一番遅い時刻では17時、18時、19時に大きなピークがある。一番短い提供時間は平均13.8分、一番長い提供時間は68.1分となった。

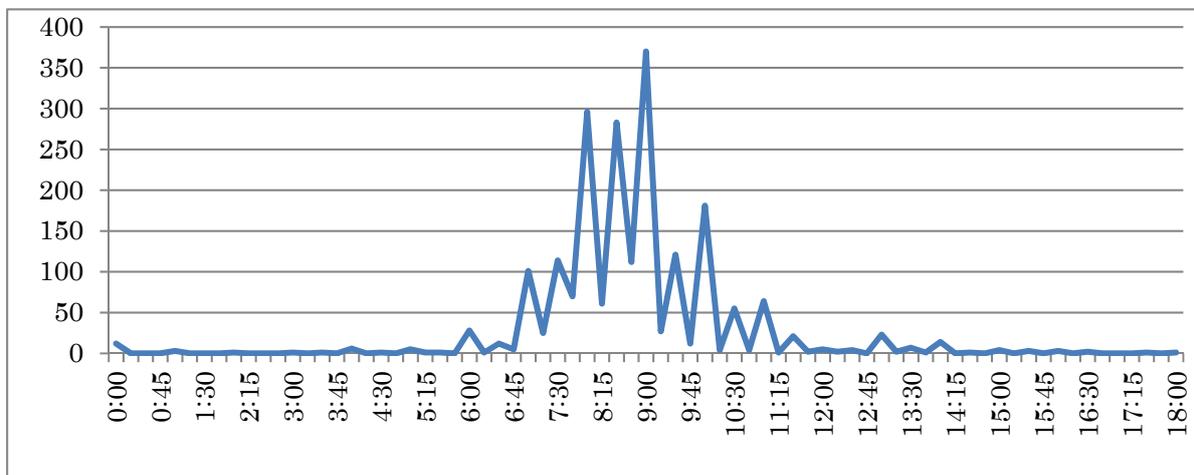


図 2.5-1 家事支援の提供時間の一番早い時刻

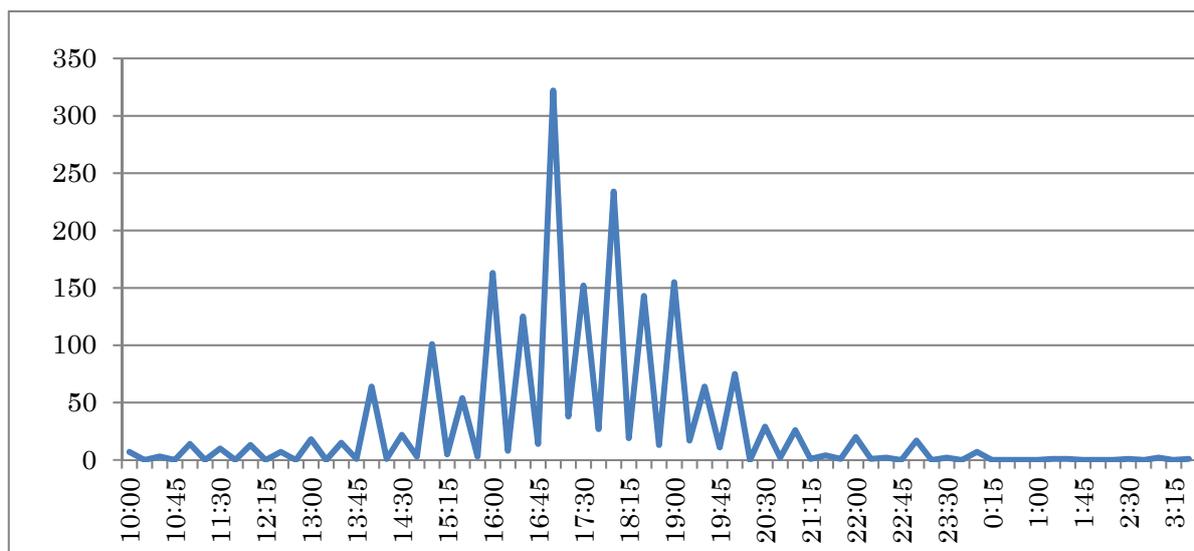


図 2.5-2 家事支援の提供時間の一番遅い時刻

表 2.5-2 家事支援の提供時間の平均（最短および最長の提供時間）

	平均値 (分)	中央値 (分)
一番短い提供時間は	13.8	10.0
一番長い提供時間は	68.1	60.0

(2) 介護の支援

介護支援では、事業所がすることとしては「利用者の安否確認、顔色等のチェック」が95.9%、「健康チェック」が93.1%と高い。「脱水予防のための水分補給」や「排せつ等の介助」も80%を超えて高い。

一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「脱水予防のための水分補給」が80%を超えて高い。

表 2.5-3 介護支援の内容

(事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別)

事業所がすること	事業所数	%	本人がすることの 声掛け・手助け	事業所数	%
①-1健康チェック	1,989	93.1	①-2健康チェックの声掛け・手助け	1,332	62.4
②-1利用者の安否確認、顔色等のチェック	2,048	95.9			
③-1脱水予防のための水分補給	1,810	84.7	③-2脱水予防のための水分補給の声掛け	1,793	83.9
④-1換気	1,675	78.4	④-2換気の声掛け・手助け	1,352	63.3
⑤-1室温・日あたりの調整等	1,653	77.4	⑤-2室温・日あたりの調整等の声掛け	1,331	62.3
⑥-1シーツ交換ベッドメイク	1,570	73.5	⑥-2シーツ交換ベッドメイクの手助け	911	42.6
⑦-1配膳、後片づけ（食事介助後の支援）	1,615	75.6	⑦-2配膳、後片づけの声掛け（食事介助後の支援）	1,197	56.0
⑧-1食事介助	1,145	53.6	⑧-2食事の声掛け・手助け	1,449	67.8
⑨-1排せつ等の介助	1,739	81.4	⑨-2排せつ等の声掛け・手助け	1,464	68.5
⑩-1清拭	1,308	61.2			
⑪-1入浴介助	1,089	51.0	⑪-2入浴の声掛け・手助け	976	45.7
⑫-1洗顔、歯磨き等（洗面）	1,144	53.6	⑫-2洗顔、歯磨き等（洗面）の声掛け・手助け	1,143	53.5
⑬-1お化粧・整髪	948	44.4	⑬-2お化粧・整髪の声掛け・手助け	938	43.9
⑭-1着替え	1,651	77.3	⑭-2着替えの声掛け・手助け	1,491	69.8
⑮-1体位変換	1,080	50.6			
			⑯-2移乗・移動	1,404	65.7
⑰-1起床介助	1,277	59.8	⑰-2起床のための声掛け・手助け	1,151	53.9
⑱-1就寝介助	1,109	51.9	⑱-2就寝のための声掛け・手助け	993	46.5
⑲-1専門的配慮をもって行う調理（配膳、後片づけ 嚥下困難者のための流動食等）	558	26.1			
⑳その他	169	7.9			
			回答数	2,136	

介護支援の提供時間の一番早い時刻では8時、8時30分、9時に大きなピークがある。提供時間の一番遅い時刻では17時、18時、19時に大きなピークがある。一番短い提供時間は平均13.8分、一番長い提供時間は70.6分となった。

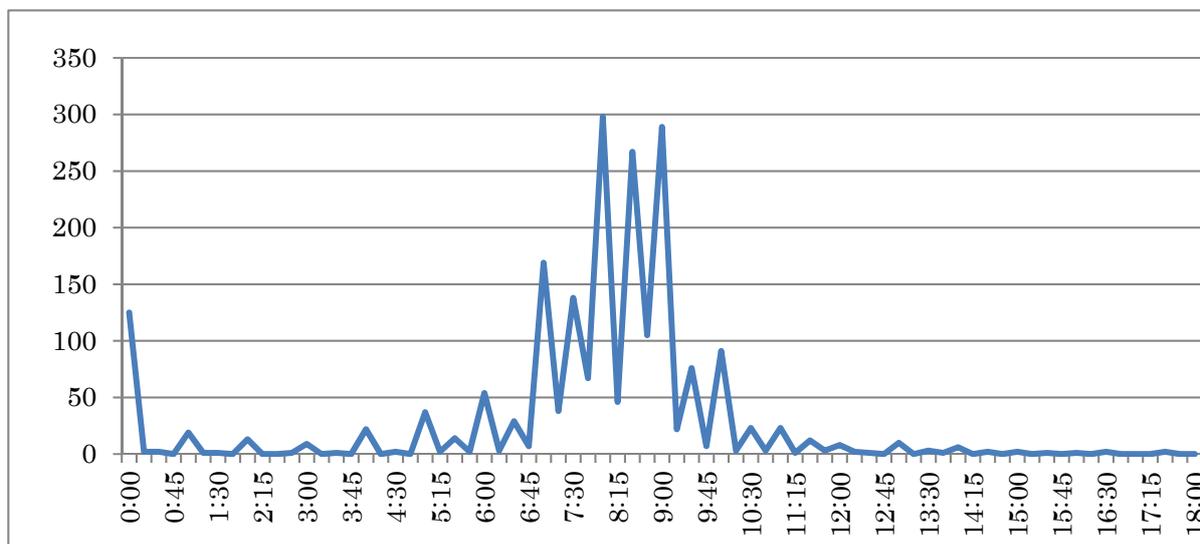


図 2.5-3 介護支援の提供時間の一番早い時刻

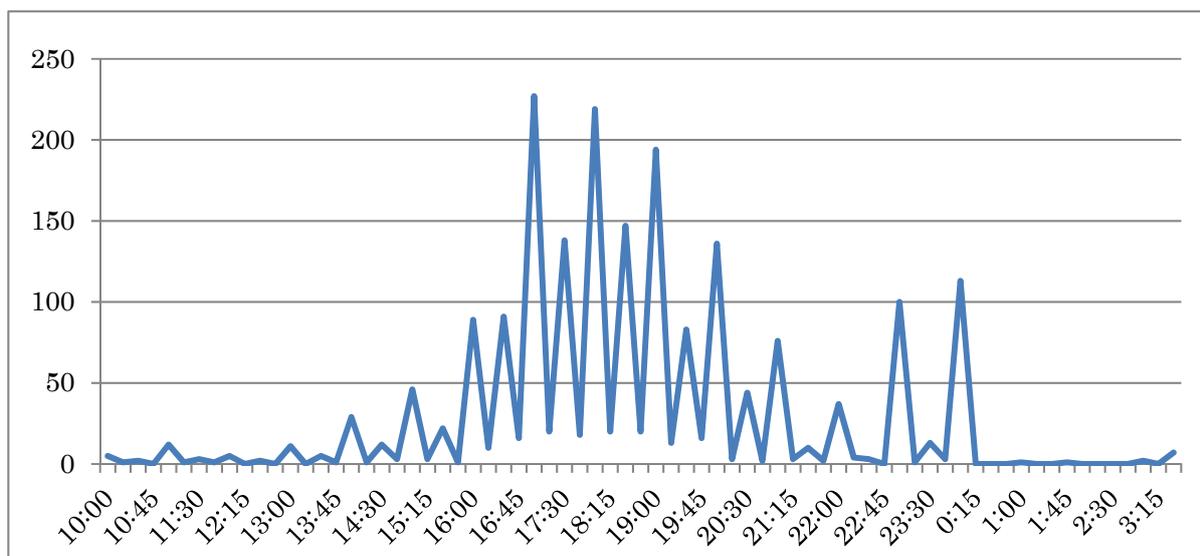


図 2.5-4 介護支援の提供時間の一番遅い時刻

表 2.5-4 介護支援の提供時間の平均（最短および最長の提供時間）

	平均値 (分)	中央値 (分)
一番短い提供時間は	13.80	10.00
一番長い提供時間は	70.60	60.00

(3) 地域生活の支援

地域生活の支援（在宅生活のための環境を整えるなどの支援）では、事業所がすることとしては「配食」が62.6%、「本人との関係づくりのための訪問」が67.6%、「電話による状態確認等」が65.8%と高い。

一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「目的・目標の明確な外出の付き添い」が50.7%と高い。

表 2.5-5 地域生活の支援内容（事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別）

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの声掛け・手助け	事業所数	%
①-1配食	1,241	62.6			
②-1本人が使わない部屋、ベランダ等室外の掃除	358	18.1	②-2本人が使わない部屋、ベランダ等室外の掃除の声掛け・手助け	369	18.6
③-1本人の分以外の買い物	132	6.7	③-2本人の分以外の買い物の声掛け・手助け	230	11.6
			④-2散歩等ふらりと外出するものへの付き添い	724	36.5
			⑤目的・目標の明確な外出の付き添い	1,004	50.7
⑥-1金融機関や役所での手続き代行	905	45.7	⑥-2金融機関や役所での手続きのための付き添い	933	47.1
⑦-1生活費などの支払い、金銭管理	565	28.5	⑦-2生活費などの支払い、金銭管理の手助け	702	35.4
⑧-1自宅での24時間を把握するための自宅への宿泊	47	2.4			
⑨-1本人との関係づくりのための訪問	1,339	67.6			
			⑩-2郵便物や通知の整理、文書朗読や代筆	989	49.9
			⑪-2農作物や果実の収穫作業等の声掛け・手助け	194	9.8
⑫-1草むしり・草刈り	215	10.8	⑫-2草むしり・草刈りの声掛け・手助け	287	14.5
⑬-1電話による状態確認等	1,523	76.8			
⑭その他	86	4.3			
				回答数	1,982

介護支援の提供時間の一番早い時刻では9時、10時、8時に大きなピークがある。提供時間の一番遅い時刻では17時、16時、19時に大きなピークがある。一番短い提供時間は平均13.9分、一番長い提供時間は62.2分となった。

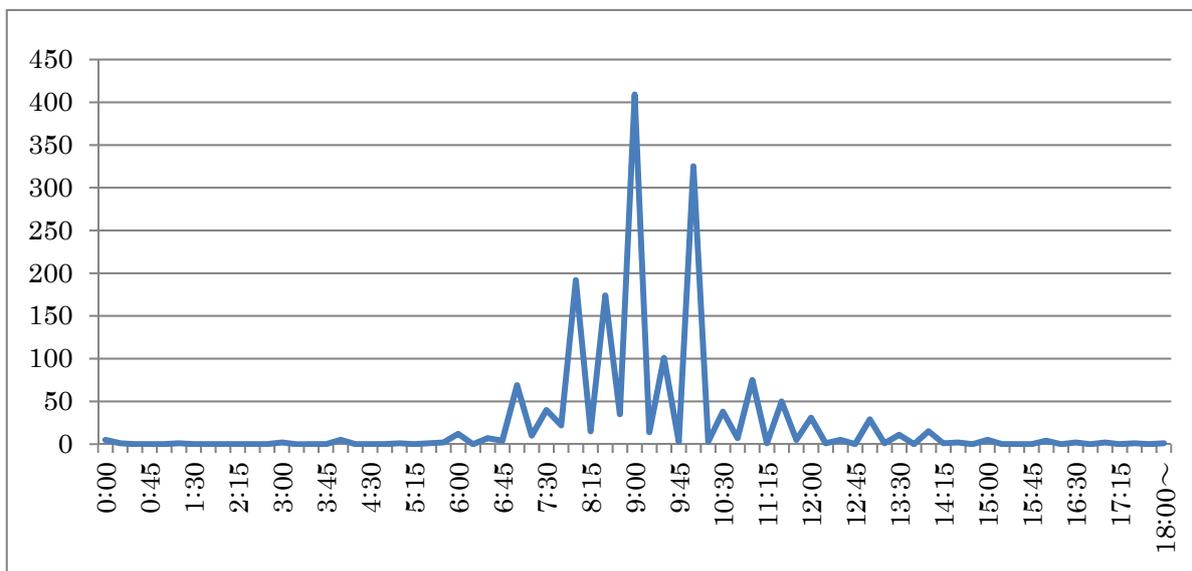


図 2.5-5 地域生活の支援の提供時間の一番早い時刻

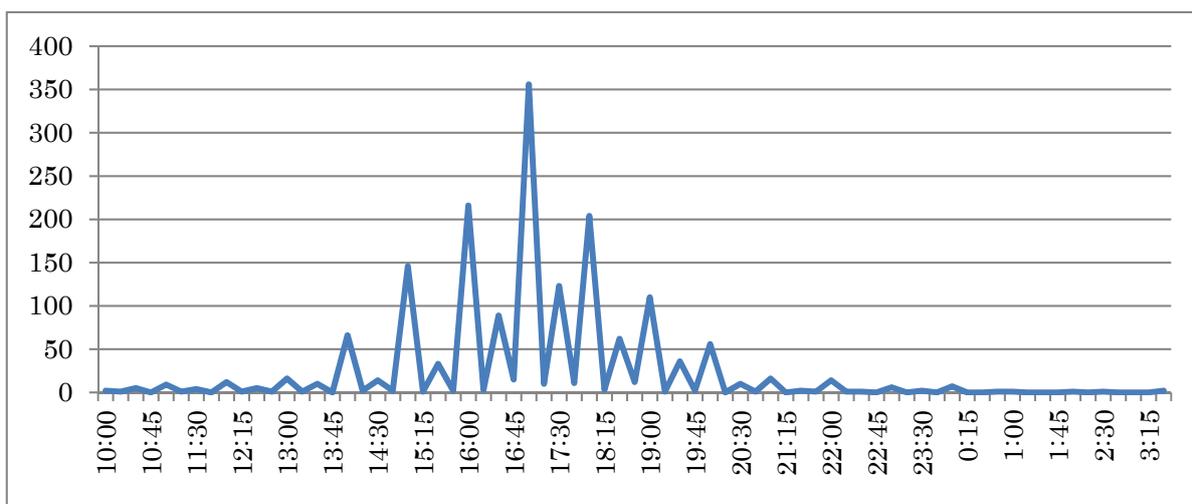


図 2.5-6 地域生活の支援の提供時間の一番遅い時刻

表 2.5-6 地域生活の支援の提供時間の平均（最短および最長の提供時間）

	平均値 (分)	中央値 (分)
一番短い提供時間は	13.9	10.0
一番長い提供時間は	62.2	60.0

(4) 関係の支援

関係の支援（在宅生活のための人と人との調整や関わりの支援）では、事業所がすることとしては「本人と茶飲み話をする」が57.1%と高い。

一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「回覧板をまわす声掛け・手助け」が34.6%と比較的高いものの、「家事」「介護」「地域」支援と比較しても、多くの事業所がまだまだ「関係の支援」に十分対応できていない状況がわかる。

表 2.5-7 関係の支援の内容

(事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別)

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの声掛け・手助け	事業所数	%
①-1知人・友人へふるまうための調理	40	2.8	①-2ふるまうための調理を本人がする手助け	141	9.9
②-1本人と茶飲み話をする	812	57.1			
③-1本人に代わってお店や近所への挨拶・謝罪	500	35.1			
④-1本人抜きで友人に会いに行く	71	5.0	④-2本人と一緒に友人に会いに行く	353	24.8
⑤-1釣りや映画等の趣味への促し	244	17.1	⑤-2釣りや映画等の趣味への同行	179	12.6
⑥-1旅行の計画づくり	82	5.8	⑥-2旅行に同行	59	4.1
⑦-1暦、風習、ならわしへの配慮	479	33.7	⑦-2暦、風習、ならわしへのこだわりへの促し	413	29.0
⑧-1本人に代わって回覧板をまわす	428	30.1	⑧-2回覧板をまわす声掛け・手助け	493	34.6
⑨-1ペットの世話	155	10.9	⑨-2ペットの世話のための声掛け・手助け	231	16.2
			⑩-2結婚式・葬式・法事等への付き添い	188	13.2
			⑪-2居酒屋への同行	41	2.9
⑫その他	87	6.1			
				回答数	1,423

介護支援の提供時間の一番早い時刻では9時、10時に大きなピークがある。提供時間の一番遅い時刻では16時、17時、15時に大きなピークがある。一番短い提供時間は平均16.2分、一番長い提供時間は72.1分となった。

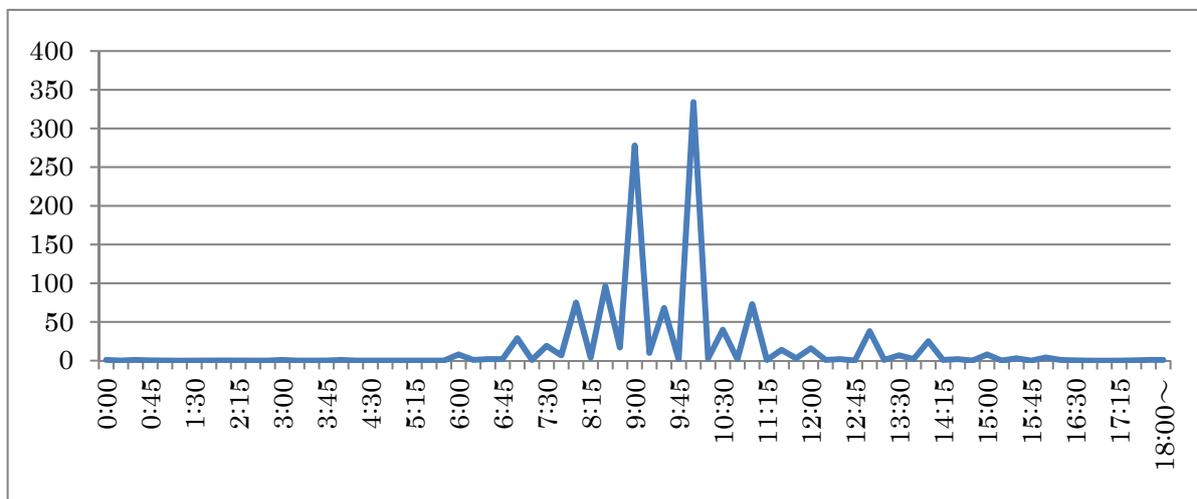


図 2.5-7 関係の支援の提供時間の一番早い時刻

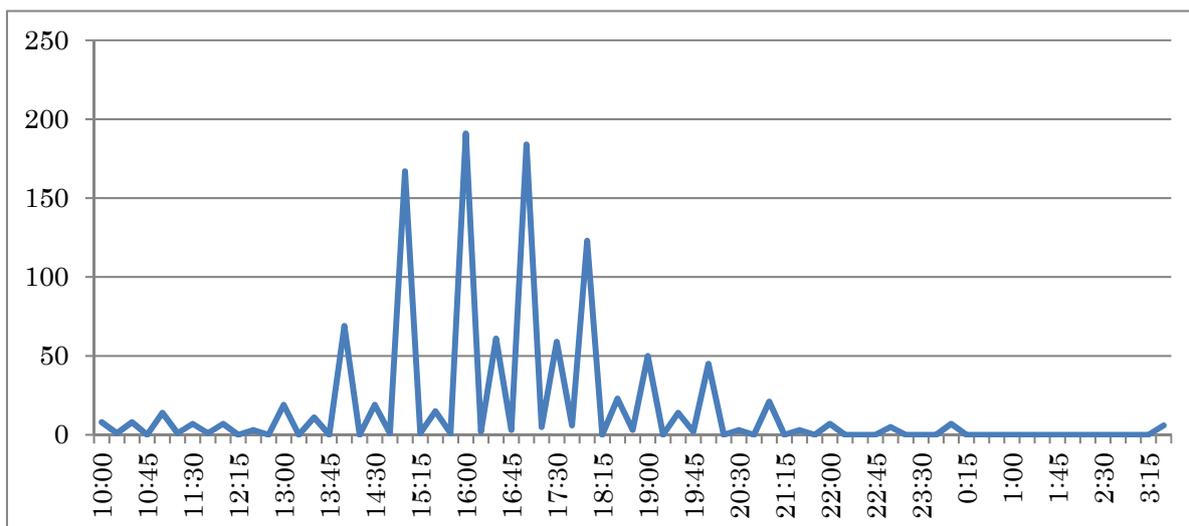


図 2.5-8 関係の支援の提供時間の一番遅い時刻

表 2.5-8 関係の支援の提供時間の平均（最短および最長の提供時間）

	平均値 (分)	中央値 (分)
一番短い提供時間は	16.2	10.0
一番長い提供時間は	72.1	60.0

(5) 地域での支援

地域での支援（地域での暮らしの環境を整えるための支援）では、事業所がすることとしては「本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くことができるように調整・根回し」が50.5%と高い。

一方、本人がすることの声掛け・手助けでも、「本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くことができるように調整・根回し」が52.1%と比較的高い。

表 2.5-9 地域での支援内容

(事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別)

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの声掛け・手助け	事業所数	%
①-1本人に代わっての地域での清掃活動	122	9.3	①-2地域での清掃活動の声掛け・手助け	242	18.4
②-1本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くことができるように調整・根回し	663	50.5	②-2地域の敬老会・老人クラブ等に行くための声掛け・手助け	684	52.1
③-1本人の地域のサロンに行くことができるように調整・根回し	557	42.4	③-2地域のサロンに行くための声掛け・手助け	587	44.7
④-1本人の地域の避難訓練の参加できるように調整・根回し	264	20.1	④-2地域の避難訓練の参加するための声掛け・手助け	288	21.9
⑤-1一人で買い物等に行けるようにするための商店や地域との調整・根回し	474	36.1	⑤-2一人で買い物等に行くための声掛け・手助け	610	46.4
⑥その他	85	6.5			
			回答数	1,314	

地域での支援の提供時間の一番早い時刻では10時、9時に大きなピークがある。提供時間の一番遅い時刻では15時、16時、17時に大きなピークがある。一番短い提供時間は平均20.1分、一番長い提供時間は69.2分となった。

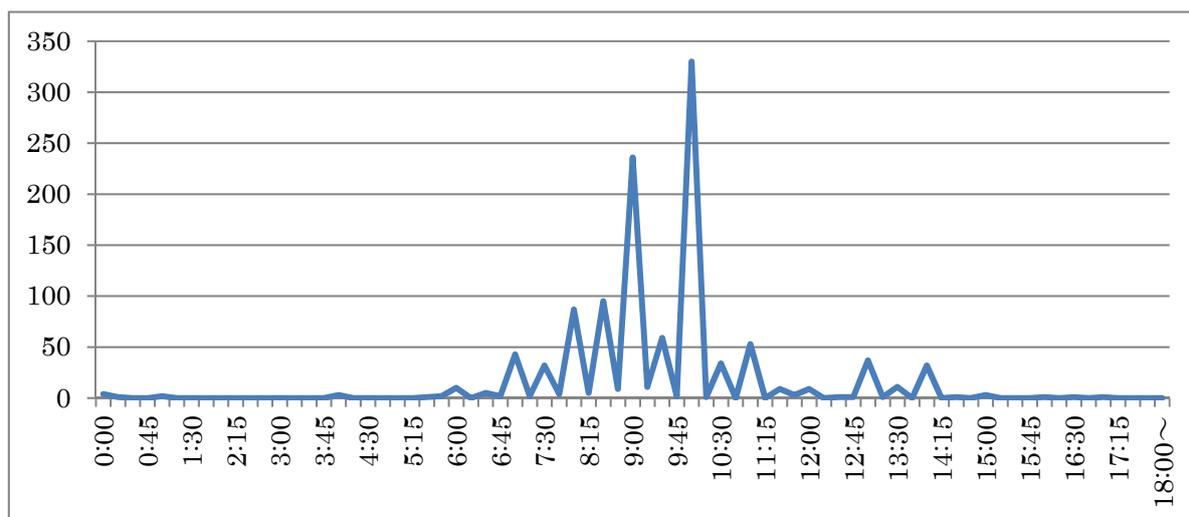


図 2.5-9 地域での支援の提供時間の一番早い時刻

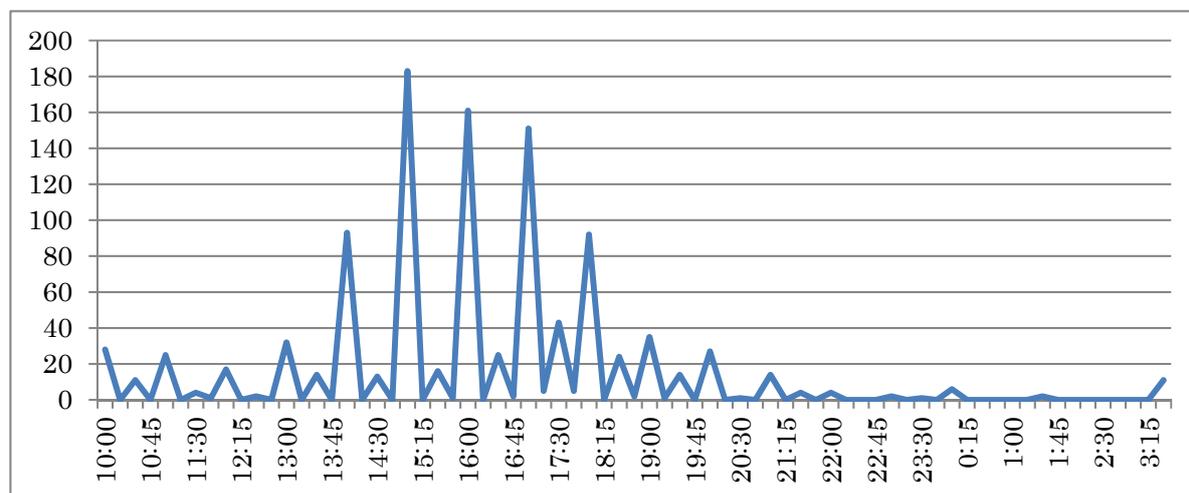


図 2.5-10 地域での支援の提供時間の一番遅い時刻

表 2.5-10 地域での支援の提供時間の平均（最短および最長の提供時間）

	平均値 (分)	中央値 (分)
一番短い提供時間は	20.1	15.0
一番長い提供時間は	69.2	60.0

(6) 医療についての支援

医療についての支援では、事業所がすることとしては「服薬介助」が 93.1%と高く、そのほか「通院・外出介助」「薬の受け取り」「医師とのやり取り（説明）」も 80%を超える。

表 2.5-11 医療について支援の内容

（事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別）

事業所がすること	該当数	%	本人がすることの 声掛け・手助け	該当数	%
①-1本人の代わりに医師に説明し・説明を受ける	1,745	84.1	①-2本人の言葉を代弁したり、医師からの説明をわかりやすく伝える	1,760	84.9
②薬の受け取り	1,757	84.7			
③病院の順番取り	1,034	49.9			
④服薬介助	1,931	93.1			
⑤通院・外出介助	1,859	89.6			
⑥利用者の入院先への見舞い	1,449	69.9			
⑦その他	113	5.4			
			回答数	2,074	

医療についての支援の提供時間の一番早い時刻では 9 時、8 時 30 分に大きなピークがある。提供時間の一番遅い時刻では 17 時、16 時、18 時に大きなピークがある。一番短い提供時間は平均 27.0 分、一番長い提供時間は 148.6 分となった。

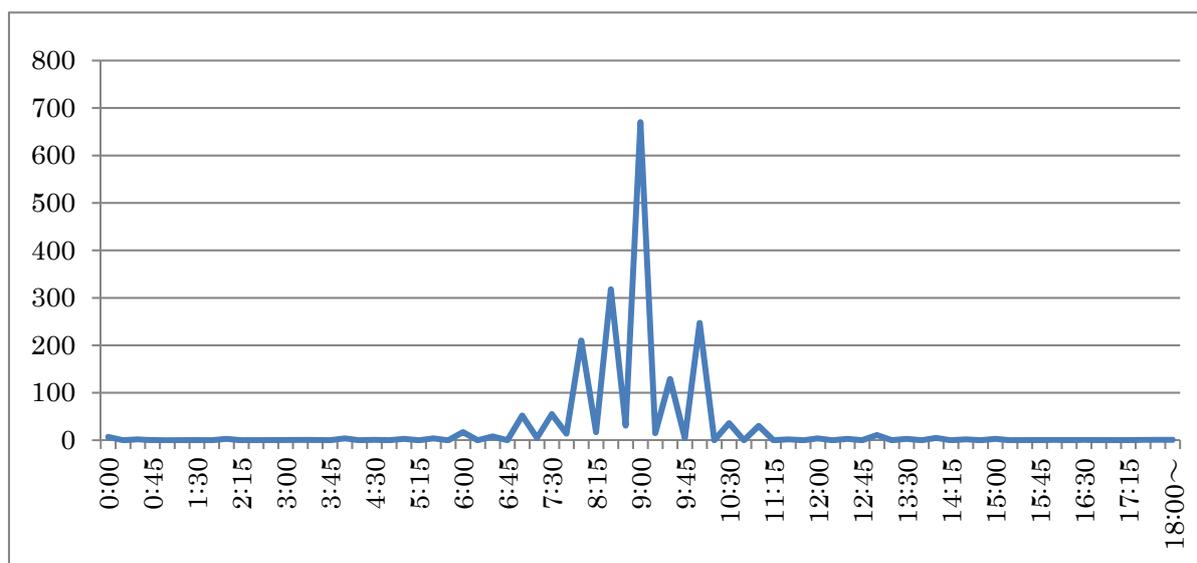


図 2.5-11 医療についての支援の提供時間の一番早い時刻

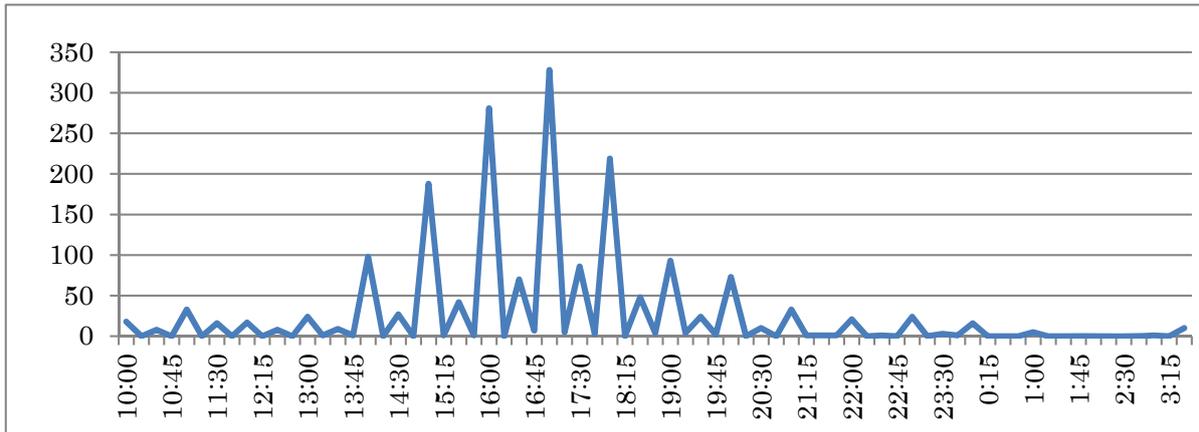


図 2.5-12 医療についての支援の提供時間の一番遅い時刻

表 2.5-12 医療についての支援の提供時間の平均（最短および最長の提供時間）

	平均値 (分)	中央値 (分)
一番短い提供時間は	27.0	30.0
一番長い提供時間は	148.6	120.0

2.6 緊急の訪問（予定外の訪問）

予定外の緊急訪問の件数は1ヶ月間で平均4.52件となった。

表 2.1-1 緊急訪問の件数（月平均）

	平均値 (件)	中央値 (件)
緊急の訪問（予定外の訪問）件数（平成28年10月の1か月）	4.52	1.00

2.7 登録者が活用している連絡ツール

登録者が活用している連絡ツールとしては、「固定電話」が91.9%、「携帯電話」が77.5%と高く、「緊急通報装置」は27.4%だった。「テレビ電話」や「IT機器」の利用は2.0%とまだ普及していない状況が明らかとなった。

表 2.7-1 登録者が活用している連絡ツール

	事業所数	%
①固定電話	1,906	91.9
②携帯電話	1,608	77.5
③緊急通報装置（ボタンやペンダント）	569	27.4
④テレビ電話	27	1.3
⑤パッドなどのIT	15	0.7
⑥その他	72	3.5
回答数	2,074	

3. 小規模多機能型居宅介護の各機能を活かす調整（マネジメント）のあり方

3.1 小規模多機能型居宅介護らしい支援のための要素

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて、小規模多機能型居宅介護らしい支援をするための要素上位3つを選択してもらった。

「③予定と実施がズレた場合の対応能力（柔軟な対応）」が最も多く73.9%、ついで「①管理者やケアマネジャーが介護職員と一緒にケアをしていること」が57.1%、続いて「②24時間365日の対応」が50.7%となっている。そのほか、「⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い」との回答も27.2%となっている。

表 3.1-1 小規模多機能型居宅介護らしい支援のための要素（上位3つを選択）

	事業所数	%	順位
①管理者やケアマネジャー（計画作成担当者）が介護職員と一緒にケアをしていること	1,126	57.1%	2
②24時間365日の対応	1,001	50.7%	3
③予定と実施がズレた場合の対応能力（柔軟な対応）	1,458	73.9%	1
④包括報酬	168	8.5%	9
⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い	537	27.2%	4
⑥毎日のミーティング	196	9.9%	8
⑦通院・外出介助	220	11.2%	7
⑧支援のためのマップ作り（本人中心の応援団づくり）	93	4.7%	11
⑨家族支援	357	18.1%	5
⑩医療機関との連携	346	17.5%	6
⑪地域包括支援センターへの働きかけ	55	2.8%	13
⑫多世代などが交流できる拠点	71	3.6%	12
⑬住民への働きかけ	115	5.8%	10
⑭民生委員への働きかけ	26	1.3%	16
⑮近所や友人との調整	54	2.7%	14
⑯周囲への根回し	37	1.9%	15
⑰その他	22	1.1%	17
回答数	1,973		

4. 医療との連携

4.1 医療との連携としてしていること

医療との連携で何をしているかでは、「③緊急時の連絡」が84.6%、「④服薬状況」が83.6%と高い。「②日々のケアの報告」が63.3%とやや低い。

表 4.1-1 医療との連携の具体的内容

	事業所数	%
①治療方針の確認	1,538	72.2
②日々のケアの報告	1,348	63.3
③緊急時の連絡	1,803	84.6
④服薬状況	1,781	83.6
⑤利用者の暮らしぶりの説明・報告	1,547	72.6
回答数	2,131	

4.2 訪問看護・訪問リハビリ（H28.10の1ヶ月）の実施状況

「リハビリを除く訪問看護ステーション」が23.4%の事業所で実施、実施実績のあった事業所の平均は2.1人だった。「リハビリを含む訪問看護ステーション」が18.1%、2.06人、「訪問リハビリテーション」が17.0%、1.81人、「医療保険の訪問看護ステーション」が15.4%、1.39人だった。

表 4.2-2 訪問看護・訪問リハビリの状況

	該当数	%	平均値 (人)
①（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを除く）	516	23.4%	2.14
②（介護保険）訪問看護ステーション（リハビリを含む）	400	18.1%	2.06
③（介護保険）訪問リハビリテーション	375	17.0%	1.81
④（医療保険）訪問看護ステーション	340	15.4%	1.39
回答数	2,205		1人以上あった事業所平均

4.3 看取りを行ったケース

過去1年間（H27.11.1～H28.10.31）で、死亡まで事業所が関わったケースを持っているのは全体の43.7%だった。その平均値は2.29人となっている。その内訳では「死亡場所は医療機関」が27.3%で、ケースの約6割を占める。「死亡場所は事業所」「死亡場所は自宅」とも約16%で看取りを行ったことがある事業所の約3割が経験ある状況となった。

表 4.3-1 事業所の看取りケースと死亡場所

	平均値 (件)	ありの 事業所数	割合
死亡まで事業所が関わったケース	2.29	905	43.7%
うち死亡場所は事業所	1.75	328	15.8%
うち死亡場所は自宅	1.41	322	15.5%
うち死亡場所は医療機関	1.81	566	27.3%
その他	1.50	20	1.0%
登録を解除し、居宅サービスへ移行したケース	1.89	205	9.9%
その他	2.41	46	2.2%
回答数		2,072	

5. 地域等に対する取り組み

5.1 登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題

登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題についての相談の有無では、「ある」が81.6%となっており、多くの事業所へ相談された経験があることがわかる。また、相談された件数では、平均4.69件となっていた。

表 5.1-1 複合的な課題についての相談の有無

	事業所数	%
①ある	1,708	81.6
②ない	321	15.3
③把握していない	65	3.1
回答数	2,094	

表 5.1-2 相談件数

	平均値	中央値
相談された件数〔人（世帯）〕	4.69	3.00

相談された具体的な内容（複数回答）を見ると、もっとも多くの回答があったものは「④家族関係・家族の問題」で77.2%、ついで「③介護者の病気」が59.1%、「①経済的困窮」が56.3%と続く。「⑦メンタルヘルスの課題」の相談も40.1%と少なくない。多種多様な課題、問題に対して事業所が相談に乗っている実態が明らかになっている。

表 5.1-3 複合的課題の相談の内容（複数回答）

	事業所数	%
①経済的困窮	1,071	56.3%
②就職活動困難	121	6.4%
③介護者の病気	1,126	59.1%
④家族関係・家族の問題	1,469	77.2%
⑤ダブルケア（介護と子育ての両立）	341	17.9%
⑥住まいの不安定	255	13.4%
⑦その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）	764	40.1%
⑧家計管理の課題	305	16.0%
⑨就職定着困難	63	3.3%
⑩就労継続	138	7.2%
⑪（多重・過重）債務	72	3.8%
⑫障害（手帳あり）	194	10.2%
⑬障害（疑い）	93	4.9%
⑭社会的孤立（ニート・引きこもり）	122	6.4%
⑮コミュニケーションが苦手	157	8.2%
⑯中卒・高校中退・いじめ	11	0.6%
⑰能力の課題（識字・言語・理解等）	103	5.4%
⑱生活習慣の乱れ	235	12.3%
⑲DV・虐待	241	12.7%
⑳けが	84	4.4%
(21) 刑余者	9	0.5%
(22) 自死企図	33	1.7%
(23) 不登校	11	0.6%
(24) 非行	2	0.1%
(25) 被災	29	1.5%
(26) その他	68	3.6%
回答数	1,904	

5.2 地域に対する取り組み

(1) 介護保険サービス以外の事業や取り組みの有無

介護保険サービス以外の事業や取り組みについて、「していない」事業所が 55.0% となっており、「している」の 43.8%をやや上回っている。

表 5.2-1 介護保険サービス以外の事業や取り組み

	事業所数	%
①している	913	43.8
②していない	1,146	55.0
③その他	36	1.7
回答数	2,085	

(2) 地域の方の悩みや相談等の持ち込み

地域の方から悩みを把握もしくは相談等が持ち込まれた経験が「あった」事業所が66.3%、「なかった」事業所が30.0%となっていた。

表 5.2-2 地域の方からの相談等の持ち込み

	事業所数	%
①あった	1,425	66.3
②なかった	644	30.0
③把握していない	83	3.9
回答数	2,148	

過去1年間（H27.11～H28.10）に相談のあった件数は、「1～10件程度」が66.6%と最も多かったが、10件を超える相談を受けていた事業所もわずかだがある。

表 5.2-3 地域の方からの相談等の持ち込み件数（年間）

	事業所数	%
なし	550	27.8
1～10件程度	1,315	66.6
10～30件程度	103	5.2
31～50件程度	3	0.2
50件以上	4	0.2
回答数	1,975	

また、持ち込み相談の内容としては、「(31)見学・視察」が50.4%と半数の事業所で回答があった。ついで「(36)近所に心配な人がいる」という相談が42.1%と多い。「(32)地域行事への協力依頼」と「(35)介護保険の話をしてほしい」が39.2%となっている。

表 5.2-4 地域の方からの持ち込み相談等の内容（複数回答）

	事業所数	%
(1) 経済的困窮	207	14.1%
(2) 就職活動困難	17	1.2%
(3) 介護者の病気	372	25.4%
(4) 家族関係・家族の問題	419	28.6%
(5) ダブルケア（介護と子育ての両立）	78	5.3%
(6) 住まいの不安定	87	5.9%
(7) その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）	183	12.5%
(8) 家計管理の課題	38	2.6%
(9) 就職定着困難	14	1.0%
(10) 就労継続	25	1.7%
(11)（多重・過重）債務	11	0.8%
(12) 障害（手帳あり）	42	2.9%
(31) 障害（疑い）	26	1.8%
(14) 社会的孤立（ニート・引きこもり）	71	4.9%
(15) コミュニケーションが苦手	19	1.3%
(16) 中卒・高校中退・いじめ	6	0.4%
(17) 能力の課題（識字・言語・理解等）	17	1.2%
(18) 生活習慣の乱れ	82	5.6%
(19) DV・虐待	69	4.7%
(20) けが	27	1.8%
(21) 刑余者	1	0.1%
(22) 自死企図	11	0.8%
(23) 不登校	7	0.5%
(24) 非行	3	0.2%
(25) 被災	18	1.2%
(26) ボランティアしたい	358	24.5%
(27) 事業所で働きたい	234	16.0%
(28) 事業所で実習したい	205	14.0%
(29) 介護や福祉の勉強をしたい	170	11.6%
(30) 小中学校からの慰問	265	18.1%
(31) 見学・視察	738	50.4%
(32) 地域行事への協力依頼	574	39.2%
(33) 町内会・自治会等の自治組織への加入	189	12.9%
(34) 災害時について	246	16.8%
(35) 介護保険の話をしてほしい	573	39.2%
(36) 近所に心配な人がいる	616	42.1%
(37) 近所に迷惑をかける人がいて困っている	228	15.6%
(38) 何かしたいが何をしたいかわからない	80	5.5%
(39) その他	88	6.0%
	回答数	1,463

5.3 事業所のある地域に対する取り組みの有無とその内容

「特にしていない」事業所が24.6%となっている。何らかの取り組みを行っている3/4の事業所の取り組み内容としては、「⑫介護相談」が最も高く47.2%、ついで「地域の清掃活動」が42.2%、「③認知症の勉強会・啓発事業」が33.0%と続く。

表 5.3-1 事業所のある地域に対する取り組みの内容（複数回答）

	事業所数	%
①登録者以外のサロン	356	21.4
②地域資源マップ作り	112	6.7
③認知症の勉強会・啓発事業	549	33.0
④介護講座（事業所にて）	281	16.9
⑤介護講座（事業所以外）	284	17.1
⑥認知症カフェや喫茶、食堂	323	19.4
⑦銭湯（浴室の解放）	24	1.4
⑧地域の清掃活動	704	42.4
⑨ボランティア養成講座の開催	45	2.7
⑩地域の団体・サークルの事務局	52	3.1
⑪登録者を支えるボランティアの募集	241	14.5
⑫介護相談	784	47.2
⑬登録者以外の行方不明者の捜索（日中）	218	13.1
⑭登録者以外の行方不明者の捜索（夜間）	58	3.5
⑮その他	175	10.5
	回答数	1,662
していない（無回答）	543	24.6

6. 個票による利用者属性の分析

個票調査で得られた 41,022 人（2,108 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 73.6% を占める。微増の傾向である。

表 6-1 利用者の男女比（調査年別）

男女比	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
女	73.6%	73.4%	73.1%	72.7%	73.2%	73.1%	72.4%
男	26.4%	26.6%	26.9%	27.3%	26.8%	26.9%	27.6%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0

N=40,961 N=28,576 N=26,561

(2) 平均年齢

女性利用者の平均年齢は 85.39 歳、男性の平均年齢は 82.80 歳となっている。経年的に見ると男女とも、わずかであるが、平均年齢は上昇している。2010 年と比較すると約 1 歳上昇している。

表 6-2 利用者の平均年齢（調査年別）

平均年齢	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
女	85.39	85.33	85.10	84.82	84.78	84.4	84.2
男	82.80	82.66	82.40	82.15	82.13	81.9	81.7
総計	84.7	84.6	84.37	84.09	84.08	83.7	83.5

N=40,422 N=28,332 N=26,379

(3) 要介護度

要介護度の状況をみると、最も多いのは「要介護 1」で 25.7%、ついで「要介護 2」で 24.5% となっている。昨年度と同様の傾向ではあるが、「要支援 1, 2」が微増、「要介護 5」が 1% の減少となった。

表 6-3 利用者の要介護度（調査年別）

要介護度	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
要支援 1	4.9%	4.6%	4.2%	4.2%	3.3%	3.7%	4.4%
要支援 2	6.1%	6.0%	5.4%	5.5%	5.0%	5.1%	5.1%
要介護 1	25.7%	24.9%	24.1%	22.9%	21.9%	21.3%	21.6%
要介護 2	24.5%	24.5%	24.5%	24.8%	25.0%	24.9%	24.2%
要介護 3	19.4%	19.4%	20.0%	20.4%	21.8%	20.9%	22.1%
要介護 4	12.3%	12.4%	13.6%	13.8%	14.2%	15.1%	14.9%
要介護 5	7.1%	8.1%	8.2%	8.4%	8.9%	8.9%	7.7%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=40,846 N=28,561 N=26,517

(4) 日常生活自立度

もっとも多いのは「A2」で26.7%、ついで「A1」で24.3%である。「J2」が微増、「C1, C2」が微減となっている。

表6-4 利用者の日常生活自立度（調査年別）

日常生活自立度	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
J1	4.8%	5.0%	6.3%	6.6%	6.6%	6.2%	5.0%
J2	15.8%	15.3%	14.5%	14.9%	14.0%	14.9%	15.4%
A1	24.3%	23.9%	23.3%	23.1%	23.4%	23.2%	23.5%
A2	26.7%	26.5%	26.4%	26.5%	26.6%	25.9%	25.7%
B1	11.1%	11.2%	11.1%	10.7%	11.2%	11.1%	11.4%
B2	12.3%	12.5%	12.9%	12.7%	12.8%	12.4%	12.9%
C1	2.5%	2.8%	2.7%	2.7%	2.8%	3.1%	3.1%
C2	2.5%	2.8%	2.7%	2.8%	2.8%	3.1%	2.9%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=36,435 N=25,527 N=24,512

(5) 認知症の日常生活自立度

もっとも多いのは「Ⅱb」で24.4%、ついで「Ⅲa」で21.7%である。昨年度とほぼ同様の傾向であるが、「Ⅳ」の重度認知症の割が微減している。

表6-5 利用者の認知症の状況（調査年別）

認知症日常生活自立度	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
自立	7.2%	7.2%	7.5%	7.6%	7.0%	7.0%	5.6%
I	14.9%	15.0%	14.2%	14.2%	13.5%	14.0%	14.2%
Ⅱa	13.7%	13.5%	13.8%	13.5%	14.1%	13.7%	14.4%
Ⅱb	24.4%	23.6%	23.4%	23.5%	22.4%	22.3%	21.9%
Ⅲa	21.7%	22.2%	22.0%	21.8%	23.0%	22.8%	22.0%
Ⅲb	7.5%	7.5%	7.4%	7.7%	7.8%	8.0%	8.6%
Ⅳ	8.9%	9.2%	9.8%	9.8%	10.2%	10.1%	10.9%
M	1.8%	1.8%	1.9%	1.9%	2.0%	2.0%	2.4%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=37,942 N=26,564 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8.2%を占める。昨年度とほぼ同様の傾向である。

表 6-6 要介護度（縦軸）と日常生活自立度（横軸）（上：人数 下：割合）

	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	304	597	448	249	40	22	1		1,661
要支援2	233	640	580	526	110	47	3		2,139
要介護1	645	2,376	2,893	2,602	534	212	25	6	9,293
要介護2	365	1,346	2,615	2,993	1,061	518	52	15	8,965
要介護3	148	588	1,667	2,283	1,199	1,086	146	29	7,146
要介護4	50	153	505	811	813	1,662	336	218	4,548
要介護5	7	31	132	255	275	930	356	649	2,635
h.審査中	4	2	3	4	1	1	2	1	18
総計	1,756	5,733	8,843	9,723	4,033	4,478	921	918	36,405

	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	0.8%	1.6%	1.2%	0.7%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	4.6%
要支援2	0.6%	1.8%	1.6%	1.4%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	5.9%
要介護1	1.8%	6.5%	7.9%	7.1%	1.5%	0.6%	0.1%	0.0%	25.5%
要介護2	1.0%	3.7%	7.2%	8.2%	2.9%	1.4%	0.1%	0.0%	24.6%
要介護3	0.4%	1.6%	4.6%	6.3%	3.3%	3.0%	0.4%	0.1%	19.6%
要介護4	0.1%	0.4%	1.4%	2.2%	2.2%	4.6%	0.9%	0.6%	12.5%
要介護5	0.0%	0.1%	0.4%	0.7%	0.8%	2.6%	1.0%	1.8%	7.2%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
総計	4.8%	15.7%	24.3%	26.7%	11.1%	12.3%	2.5%	2.5%	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 8.7%を占める。大きな傾向に変化はない。

表 6-7 要介護度（縦軸）と認知症（横軸）（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	506	697	259	242	69	16	11	2	1,802
要支援2	675	989	303	230	50	6	10	2	2,265
要介護1	559	1,597	1,992	3,300	1,596	381	241	75	9,741
要介護2	508	1,196	1,386	2,832	2,211	615	456	113	9,317
要介護3	263	655	727	1,625	2,297	873	827	144	7,411
要介護4	172	391	418	782	1,354	583	849	121	4,670
要介護5	54	105	107	222	624	374	996	208	2,690
h.審査中	1	4	4	3	4	1	1		18
総計	2,738	5,634	5,196	9,236	8,205	2,849	3,391	665	37,914

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	総計
要支援1	1.3%	1.8%	0.7%	0.6%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
要支援2	1.8%	2.6%	0.8%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	6.0%
要介護1	1.5%	4.2%	5.3%	8.7%	4.2%	1.0%	0.6%	0.2%	25.7%
要介護2	1.3%	3.2%	3.7%	7.5%	5.8%	1.6%	1.2%	0.3%	24.6%
要介護3	0.7%	1.7%	1.9%	4.3%	6.1%	2.3%	2.2%	0.4%	19.5%
要介護4	0.5%	1.0%	1.1%	2.1%	3.6%	1.5%	2.2%	0.3%	12.3%
要介護5	0.1%	0.3%	0.3%	0.6%	1.6%	1.0%	2.6%	0.5%	7.1%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
総計	7.2%	14.9%	13.7%	24.4%	21.6%	7.5%	8.9%	1.8%	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7.3%を占める。昨年度と比較しても大きな変化はない。

表6-8 自立度（縦軸）と認知症（横軸）（上：人数 下：割合）

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
J1	256	569	273	298	186	55	42	22	1,701
J2	539	1,140	1,071	1,568	796	247	196	53	5,610
A1	534	1,294	1,361	2,546	1,798	501	489	125	8,648
A2	483	1,197	1,242	2,597	2,417	752	752	133	9,573
B1	269	543	480	828	1,016	391	381	59	3,967
B2	182	414	412	765	1,162	570	801	92	4,398
C1	33	83	58	97	227	110	244	49	901
C2	26	43	33	68	170	96	352	104	892
総計	2,322	5,283	4,930	8,767	7,772	2,722	3,257	637	35,690

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
J1	0.7%	1.6%	0.8%	0.8%	0.5%	0.2%	0.1%	0.1%	4.8%
J2	1.5%	3.2%	3.0%	4.4%	2.2%	0.7%	0.5%	0.1%	15.7%
A1	1.5%	3.6%	3.8%	7.1%	5.0%	1.4%	1.4%	0.4%	24.2%
A2	1.4%	3.4%	3.5%	7.3%	6.8%	2.1%	2.1%	0.4%	26.8%
B1	0.8%	1.5%	1.3%	2.3%	2.8%	1.1%	1.1%	0.2%	11.1%
B2	0.5%	1.2%	1.2%	2.1%	3.3%	1.6%	2.2%	0.3%	12.3%
C1	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%	0.6%	0.3%	0.7%	0.1%	2.5%
C2	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.5%	0.3%	1.0%	0.3%	2.5%
総計	6.5%	14.8%	13.8%	24.6%	21.8%	7.6%	9.1%	1.8%	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28年）が最も多く33.2%を占めている。1～2年目の利用者で59.5%を占めている。その傾向は昨年度の調査結果と同様である。

表6-9 利用者の利用開始年別にみた人数と割合

利用開始年	調査年2016		調査年2015		調査年2014		調査年2013		調査年2012		調査年2011	
	人数	割合										
H18	46	0.1%	45	0.2%	63	0.2%	96	0.4%	170	0.8%	198	1.2%
H19	214	0.5%	226	0.8%	323	1.2%	543	2.1%	836	3.7%	941	5.7%
H20	367	0.9%	378	1.4%	569	2.2%	955	3.7%	1,517	6.8%	1,679	10.2%
H21	570	1.5%	573	2.1%	864	3.3%	1,290	5.0%	2,256	10.1%	2,515	15.2%
H22	906	2.3%	971	3.5%	1,361	5.2%	2,230	8.7%	3,800	17.0%	4,380	26.5%
H23	1,428	3.6%	1,578	5.7%	2,445	9.4%	4,137	16.2%	6,483	28.9%	6,801	41.2%
H24	2,547	6.5%	2,892	10.5%	4,496	17.2%	7,507	29.4%	7,346	32.8%		
H25	3,750	9.6%	4,291	15.6%	6,460	24.8%	8,797	34.4%				
H26	6,064	15.5%	6,819	24.7%	9,494	36.4%						
H27	10,333	26.3%	9,806	35.6%								
H28	13,013	33.2%										
総計	39,238	100.0%	27,579	100.0%	26,075	100.0%	25,555	100.0%	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16.42回、「訪問」は15.18回、「宿泊」は6.45日となっている。昨年調査と比較して、「訪問」が増加し、「宿泊」が減少した。経年的にみても「訪問」の増加傾向は顕著である。

表 6-10 サービス別にみた利用の状況（調査月1か月の平均）

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
通い	16.42	16.73	17.15	16.27	16.97	16.60	16.74
訪問	15.18	13.63	10.88	8.87	7.82	9.14	7.92
宿泊	6.45	6.53	6.92	6.81	6.70	6.85	6.81

N=39,355 N=27,826

(11) 利用経路

最も多いのは「居宅介護支援事業所」経由で37.6%を占めるが、経年的に見ると6年前（2010年）と比較すると7.5%の減少となっている。「地域包括支援センター」は19.0%となっており、6年前（2010年）と比較する6.8%の増加である。そのほかでは「病院」が微増、「知人・近隣」が微減となっている。

表 6-11 利用者の利用経路（調査年別）

利用経路	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
1.居宅介護支援事業所	37.6%	38.2%	40.0%	39.5%	40.6%	43.1%	45.1%
2.地域包括支援センター	19.0%	17.8%	16.1%	16.1%	14.9%	13.4%	12.2%
3.市町区村(包括除く)	1.2%	1.4%	1.6%	1.5%	1.9%	1.7%	1.8%
4.病院	15.8%	14.4%	14.2%	14.0%	13.9%	13.9%	12.7%
5.運営推進会議	0.1%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
6.地域ケア会議	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%
7.知人・近隣	10.1%	11.1%	11.4%	12.5%	12.4%	13.2%	13.2%
8.その他	16.2%	16.8%	16.5%	16.1%	15.9%	14.3%	14.5%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%	100%	100%

N=39,738 N=27,969 N=26,050

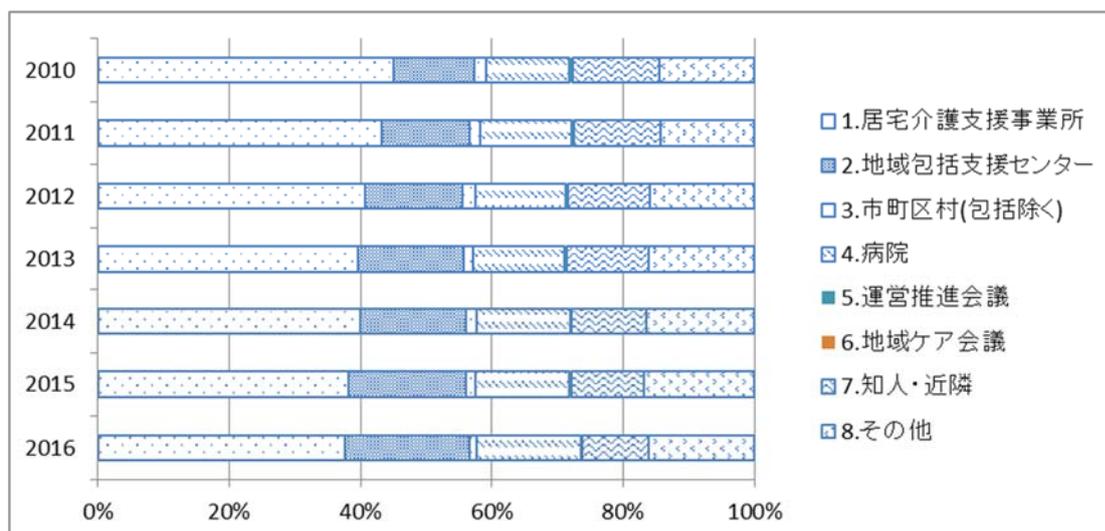


図 6-1 利用者の利用経路（調査年別）

要介護度が重くなるほど「居宅介護事業所」や「病院」の割合が増加し、要介護度が軽くなるほど「地域包括支援センター」や「知人・友人」の割合が高くなる。「病院」経由では要介護度3～5の介護度の重い利用者が多い。

表 6-12 利用者の利用経路

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	322	470	3,359	3,967	3,399	2,149	1,252	6	14,924
2. 地域包括支援センター	610	793	2,449	1,816	1,104	508	251	3	7,534
3. 市町村(包括除く)	19	32	136	124	85	29	33	1	459
4. 病院	229	294	1,363	1,419	1,279	1,071	597	1	6,253
5. 運営推進介護	8	8	12	10	11	2	4		55
6. 地域ケア会議	5	1	11	9	4	4	2	1	37
7. 知人・近隣	331	392	1,117	886	633	405	226	5	3,995
8. その他	422	462	1,749	1,466	1,173	697	435	5	6,409
総計	1,946	2,452	10,196	9,697	7,688	4,865	2,800	22	39,666

	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	2.2%	3.1%	22.5%	26.6%	22.8%	14.4%	8.4%	0.0%	100.0%
2. 地域包括支援センター	8.1%	10.5%	32.5%	24.1%	14.7%	6.7%	3.3%	0.0%	100.0%
3. 市町村(包括除く)	4.1%	7.0%	29.6%	27.0%	18.5%	6.3%	7.2%	0.2%	100.0%
4. 病院	3.7%	4.7%	21.8%	22.7%	20.5%	17.1%	9.5%	0.0%	100.0%
5. 運営推進介護	14.5%	14.5%	21.8%	18.2%	20.0%	3.6%	7.3%	0.0%	100.0%
6. 地域ケア会議	13.5%	2.7%	29.7%	24.3%	10.8%	10.8%	5.4%	2.7%	100.0%
7. 知人・近隣	8.3%	9.8%	28.0%	22.2%	15.8%	10.1%	5.7%	0.1%	100.0%
8. その他	6.6%	7.2%	27.3%	22.9%	18.3%	10.9%	6.8%	0.1%	100.0%
総計	4.9%	6.2%	25.7%	24.4%	19.4%	12.3%	7.1%	0.1%	100.0%

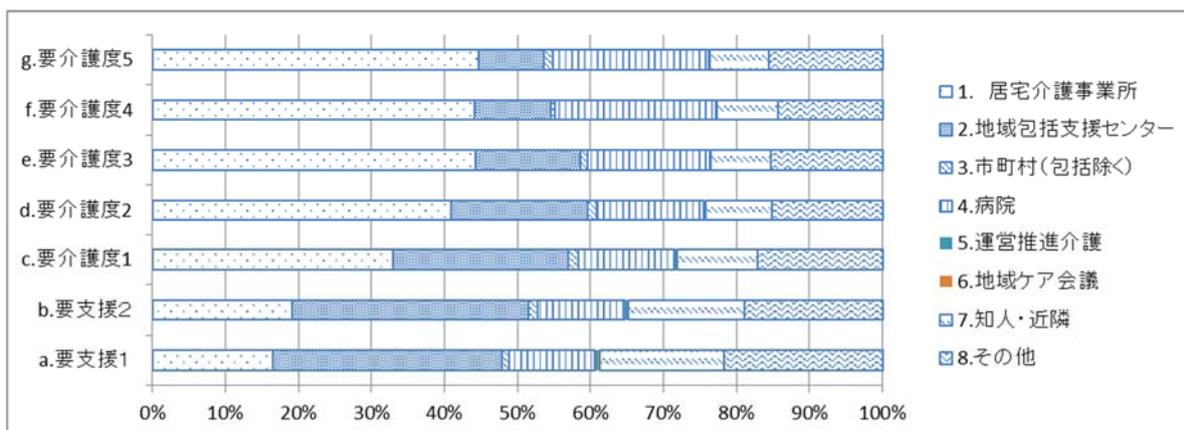


図 6-2 介護度別にみた移動経路

(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75.8%と最も多いが昨年度に引き続き微減傾向にある。6年前（2010年）と比較すると、6.8%の減少である。「高齢者住宅」の割合は5.9%で、6年前（2010年）の2.4%と比較すると大きな伸びである。

表6-13 利用者の住まいの形態

住まいの形態	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
戸建て	75.8%	76.7%	77.2%	78.1%	80.7%	81.6%	82.6%
集合住宅	12.7%	12.1%	12.5%	11.7%	12.1%	11.3%	11.3%
高齢者住宅	5.9%	5.6%	5.5%	5.4%	3.0%	3.0%	2.4%
有料老人ホーム	3.7%	3.7%	2.8%	2.7%	2.3%	2.2%	1.8%
その他	1.9%	1.8%	2.0%	2.0%	1.9%	2.0%	1.9%
総計	100%	100%	100%	100%	100.0%	100.0%	100.0%

N=40,482 N=28,352 N=26,332

要介護度別に住まいの状況をみると、要介護度4、5では有料老人ホーム（住宅型）が高めの傾向がある。

表6-14 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	1,479	288	117	54	37	1,975
要支援2	1,892	340	156	62	39	2,489
要介護度1	7,814	1,397	644	368	160	10,383
要介護度2	7,587	1,212	608	336	163	9,906
要介護度3	6,031	951	400	293	159	7,834
要介護度4	3,681	592	315	236	121	4,945
要介護度5	2,118	345	156	143	90	2,852
審査中	17	2	2	1		22
総計	30,619	5,127	2,398	1,493	769	40,406

	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	74.9%	14.6%	5.9%	2.7%	1.9%	100.0%
要支援2	76.0%	13.7%	6.3%	2.5%	1.6%	100.0%
要介護度1	75.3%	13.5%	6.2%	3.5%	1.5%	100.0%
要介護度2	76.6%	12.2%	6.1%	3.4%	1.6%	100.0%
要介護度3	77.0%	12.1%	5.1%	3.7%	2.0%	100.0%
要介護度4	74.4%	12.0%	6.4%	4.8%	2.4%	100.0%
要介護度5	74.3%	12.1%	5.5%	5.0%	3.2%	100.0%
審査中	77.3%	9.1%	9.1%	4.5%	0.0%	100.0%
総計	75.8%	12.7%	5.9%	3.7%	1.9%	100.0%

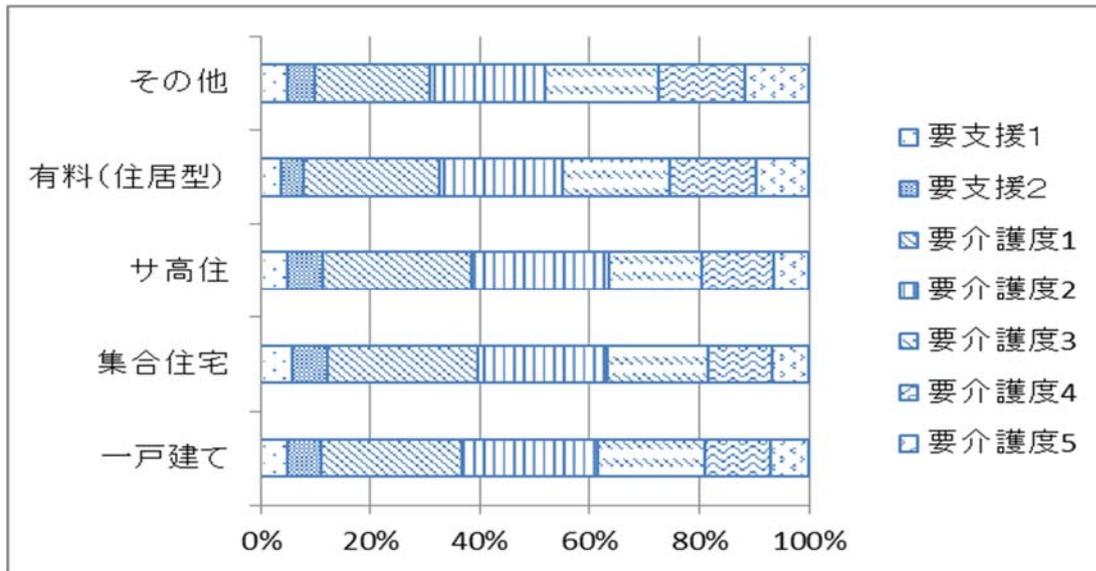


図 6-3 住まい別にみた要介護度の構成割合

(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 30.2%だが、経年的にみても減少傾向にある。6年前（2010年）と比較すると、11.4%の大きな減少である。一方、「独居（近居家族無）」が 23.1%を占め、6年前（2010年）と比較すると 7.7%の増加である。

表 6-15 世帯構成の状況

世帯	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
1.独居(近居家族無)	23.1%	21.9%	21.2%	19.2%	17.7%	16.4%	15.4%
2.独居(近居家族有)	13.8%	12.9%	12.3%	12.6%	10.8%	11.2%	10.9%
3.配偶者と2人暮らし	14.2%	14.7%	14.8%	14.7%	14.5%	15.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	12.3%	12.0%	12.4%	11.8%	11.9%	11.4%	11.1%
5.子ども世帯と同居	30.2%	32.2%	33.0%	35.1%	38.2%	39.8%	41.6%
6.その他	6.4%	6.3%	6.4%	6.6%	6.8%	6.3%	6.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100%

N=40,312 N=28,329 N=26,304

(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42.6%、ついで「1キロ前後」で30.2%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、11.6%となっており、この6年で3.4%増加した。「10キロ前後」も微減傾向にあり、6年前との比で3.7%の減少である。

表 6-16 利用者の住まいと事業所の距離

距離	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
1. 同一敷地内	11.6%	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%	8.2%
2. 1 ^キ 前後	30.2%	30.2%	30.5%	29.2%	29.9%	30.6%	29.2%
3. 5 ^キ 前後	42.6%	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%	41.9%
4. 10 ^キ 前後	11.8%	12.6%	11.7%	13.2%	13.9%	14.5%	15.5%
5. それ以上	3.9%	4.2%	3.9%	4.4%	4.5%	5.1%	5.2%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=40,228 N=28,329

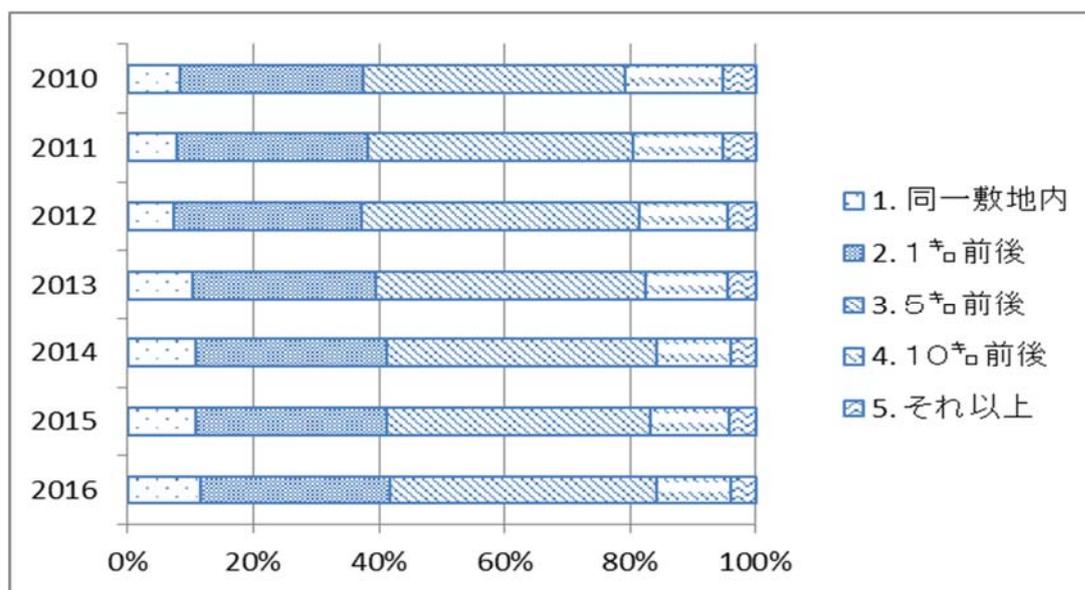


図 6-4 調査年と利用者の事業所との距離

(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。昨年までの傾向は継続し、「通い+訪問」が0.9%増加し、最も多いパターンとなった(31.4%)。「通い+泊まり」は29.0%と0.8%減少した。この6年で、「通い」は4.1%減、「通い+泊まり」が6.7%減、「通い+訪問」が9.4%増、「訪問」が2.1%増となっており、訪問が充実してきていることがわかる。

表 6-17 各サービスの利用タイプの状況

利用タイプ	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
通い	21.4%	21.9%	22.8%	23.9%	25.5%	24.5%	25.5%
通い+泊まり	29.0%	29.8%	33.8%	33.8%	34.3%	34.5%	35.7%
通い+訪問	31.4%	30.5%	27.1%	25.9%	23.9%	23.8%	22.1%
通い+訪問+泊まり	11.8%	11.7%	10.8%	10.3%	10.9%	11.2%	10.8%
泊まり	1.0%	0.9%	1.2%	1.7%	1.7%	2.1%	2.3%
訪問	5.4%	5.1%	4.0%	4.1%	3.5%	3.5%	3.3%
訪問+泊まり	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

N=39,355 N=27,594

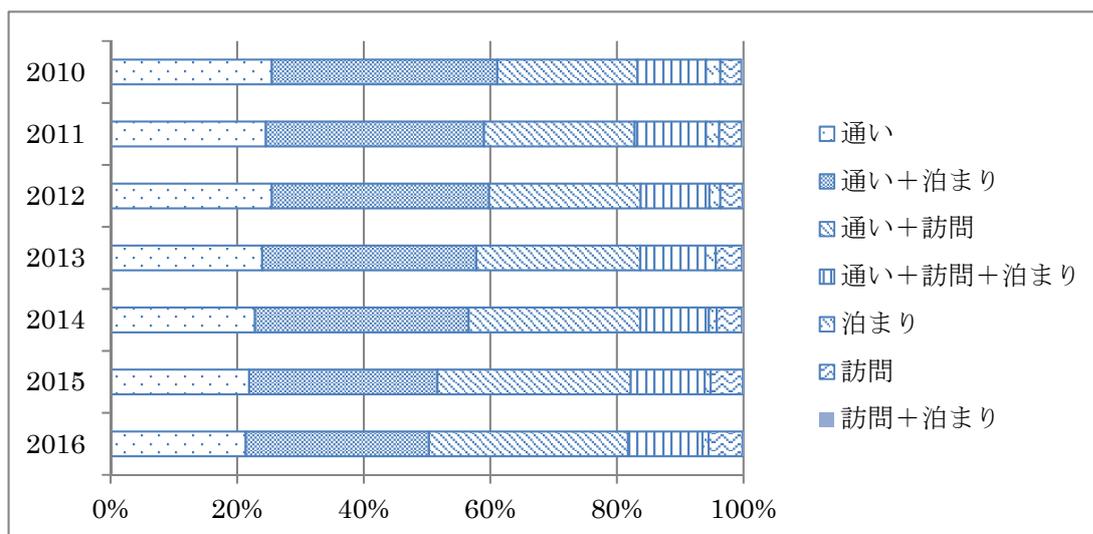


図 6-4 調査年と各サービスの利用タイプの状況

(16) 利用タイプと要介護度

要支援から要介護度が重度になるにしたがい「通い」、「訪問」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。

表 6-18 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	695	159	700	59	6	298	3	1,920
要支援2	773	252	953	135	10	301	1	2,425
要介護1	2,596	1,867	3,979	868	60	745	18	10,133
要介護2	2,095	2,779	3,150	1,118	76	386	16	9,620
要介護3	1,312	3,004	1,893	1,115	89	176	8	7,597
要介護4	638	2,080	1,113	746	80	130	7	4,794
要介護5	274	1,230	562	576	60	71	7	2,780
h.審査中	5	7	4	2	1	3		22
総計	8,388	11,378	12,354	4,619	382	2,110	60	39,291

	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	1.8%	0.4%	1.8%	0.2%	0.0%	0.8%	0.0%	4.9%
要支援2	2.0%	0.6%	2.4%	0.3%	0.0%	0.8%	0.0%	6.2%
要介護1	6.6%	4.8%	10.1%	2.2%	0.2%	1.9%	0.0%	25.8%
要介護2	5.3%	7.1%	8.0%	2.8%	0.2%	1.0%	0.0%	24.5%
要介護3	3.3%	7.6%	4.8%	2.8%	0.2%	0.4%	0.0%	19.3%
要介護4	1.6%	5.3%	2.8%	1.9%	0.2%	0.3%	0.0%	12.2%
要介護5	0.7%	3.1%	1.4%	1.5%	0.2%	0.2%	0.0%	7.1%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	21.3%	29.0%	31.4%	11.8%	1.0%	5.4%	0.2%	100.0%

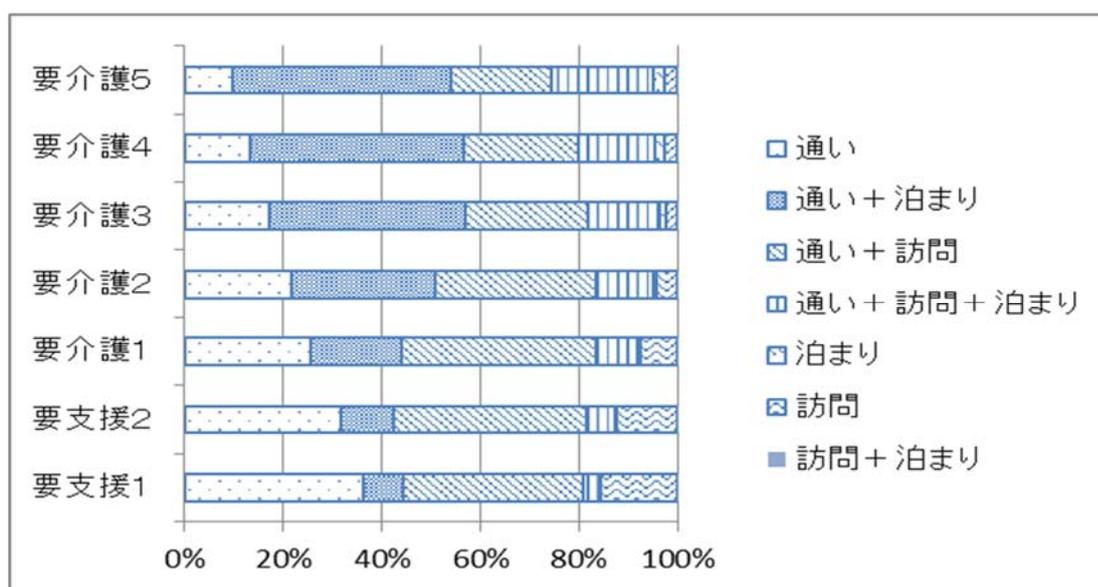


図 6-5 要介護度別にみた利用タイプ別の構成割合

(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」、「通い+訪問+泊まり」の割合が増加する傾向が顕著である。

表 6-19 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
J1	462	253	633	143	7	196	5	1,699
J2	1,489	1,012	2,077	501	26	427	9	5,541
A1	2,142	2,354	2,723	887	82	411	6	8,605
A2	1,988	2,848	2,929	1,111	84	456	15	9,431
B1	678	1,401	1,075	546	49	153	10	3,912
B2	558	1,708	1,162	720	58	125	5	4,336
C1	89	347	221	184	15	38	2	896
C2	65	366	203	186	16	41	2	879
総計	7,471	10,289	11,023	4,278	337	1,847	54	35,299
	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
J1	1.3%	0.7%	1.8%	0.4%	0.0%	0.6%	0.0%	4.8%
J2	4.2%	2.9%	5.9%	1.4%	0.1%	1.2%	0.0%	15.7%
A1	6.1%	6.7%	7.7%	2.5%	0.2%	1.2%	0.0%	24.4%
A2	5.6%	8.1%	8.3%	3.1%	0.2%	1.3%	0.0%	26.7%
B1	1.9%	4.0%	3.0%	1.5%	0.1%	0.4%	0.0%	11.1%
B2	1.6%	4.8%	3.3%	2.0%	0.2%	0.4%	0.0%	12.3%
C1	0.3%	1.0%	0.6%	0.5%	0.0%	0.1%	0.0%	2.5%
C2	0.2%	1.0%	0.6%	0.5%	0.0%	0.1%	0.0%	2.5%
総計	21.2%	29.1%	31.2%	12.1%	1.0%	5.2%	0.2%	100.0%

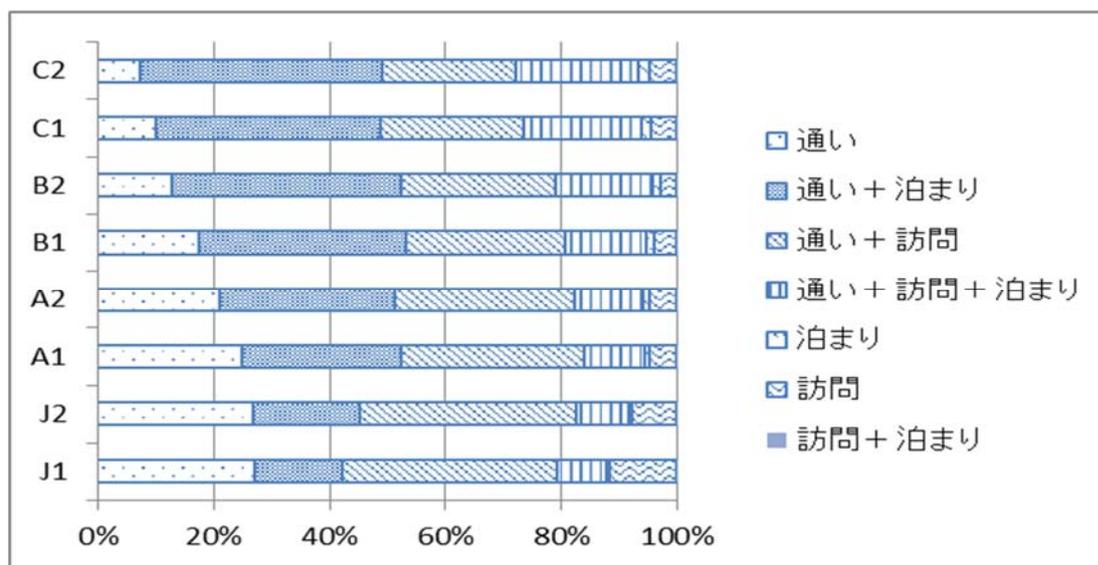


図 6-6 自立度別にみた利用タイプ別の構成割合

(18) 利用タイプと認知症

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

表 6-20 認知症と利用タイプ（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
なし	720	419	970	201	17	310	5	2,642
I	1,363	1,044	2,008	540	41	459	6	5,461
II a	1,161	1,197	1,770	544	43	306	7	5,028
II b	2,000	2,464	2,987	999	65	423	15	8,953
III a	1,502	2,701	2,274	1,101	107	245	15	7,945
III b	464	1,117	685	360	27	86	4	2,743
IV	498	1,442	671	547	40	95	5	3,298
M	110	261	142	98	1	24		636
総計	7,818	10,645	11,507	4,390	341	1,948	57	36,706

	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
なし	2.0%	1.1%	2.6%	0.5%	0.0%	0.8%	0.0%	7.2%
I	3.7%	2.8%	5.5%	1.5%	0.1%	1.3%	0.0%	14.9%
II a	3.2%	3.3%	4.8%	1.5%	0.1%	0.8%	0.0%	13.7%
II b	5.4%	6.7%	8.1%	2.7%	0.2%	1.2%	0.0%	24.4%
III a	4.1%	7.4%	6.2%	3.0%	0.3%	0.7%	0.0%	21.6%
III b	1.3%	3.0%	1.9%	1.0%	0.1%	0.2%	0.0%	7.5%
IV	1.4%	3.9%	1.8%	1.5%	0.1%	0.3%	0.0%	9.0%
M	0.3%	0.7%	0.4%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	1.7%
総計	21.3%	29.0%	31.3%	12.0%	0.9%	5.3%	0.2%	100.0%

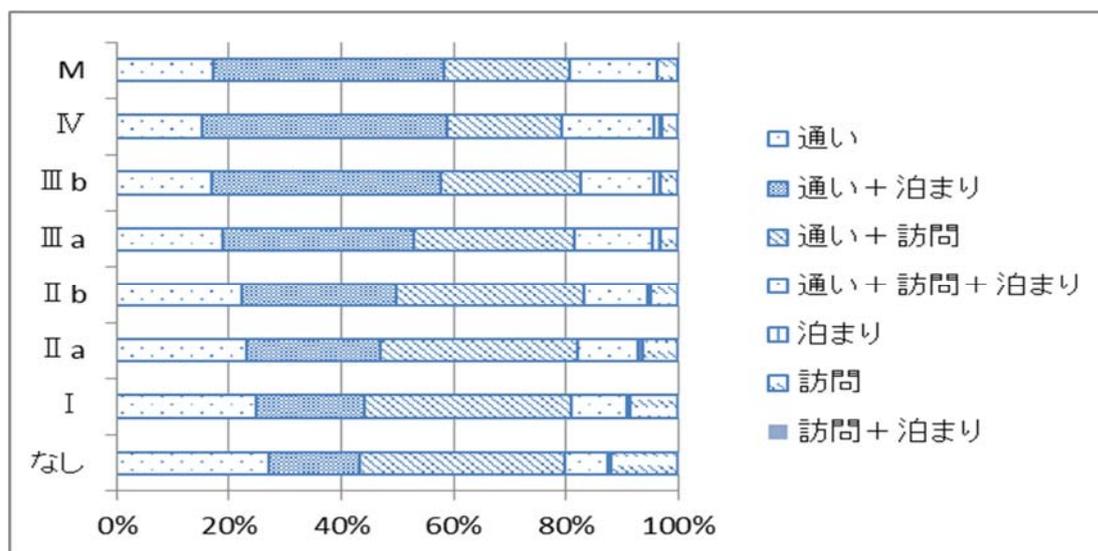


図 6-7 認知症別にみた利用タイプ別の構成割合

(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」や「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。

表 6-21 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)	776	1,547	4,583	1,096	103	870	25	9,000
2.独居(近居家族有)	785	1,174	2,366	567	57	363	9	5,321
3.配偶者と2人暮らし	1,391	1,514	1,543	671	58	364	11	5,552
4.子どもと2人暮らし	1,256	1,485	1,179	693	34	155	6	4,808
5.子ども世帯と同居	3,562	4,794	1,764	1,334	112	218	9	11,793
6.その他	564	769	764	245	17	125		2,484
総計	8,334	11,283	12,199	4,606	381	2,095	60	38,958

	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)	2.0%	4.0%	11.8%	2.8%	0.3%	2.2%	0.1%	23.1%
2.独居(近居家族有)	2.0%	3.0%	6.1%	1.5%	0.1%	0.9%	0.0%	13.7%
3.配偶者と2人暮らし	3.6%	3.9%	4.0%	1.7%	0.1%	0.9%	0.0%	14.3%
4.子どもと2人暮らし	3.2%	3.8%	3.0%	1.8%	0.1%	0.4%	0.0%	12.3%
5.子ども世帯と同居	9.1%	12.3%	4.5%	3.4%	0.3%	0.6%	0.0%	30.3%
6.その他	1.4%	2.0%	2.0%	0.6%	0.0%	0.3%	0.0%	6.4%
総計	21.4%	29.0%	31.3%	11.8%	1.0%	5.4%	0.2%	100.0%

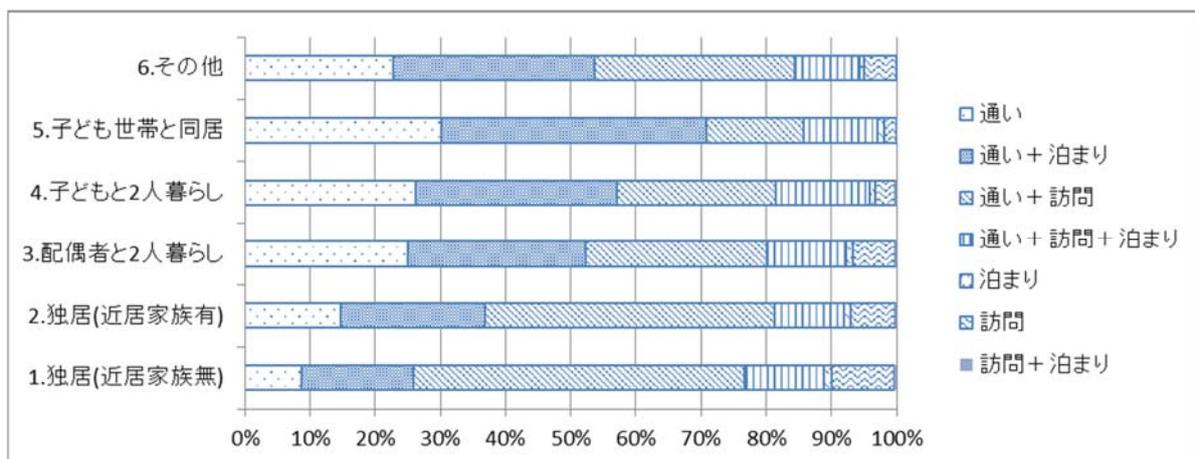


図 6-8 世帯構成でみた利用タイプ別の構成割合

(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 67.5%と 2/3 を占める。「訪問」も 8.5%と比較的高い。距離が長くなるほど「通い+泊まり」の割合が増加する。

表 6-22 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	402	486	3,010	166	10	380	7	4,461
1キロ前後	2,791	2,976	3,668	1,509	105	684	17	11,750
5キロ前後	3,874	5,426	4,238	2,100	168	736	28	16,570
10キロ前後	971	1,698	1,002	650	66	213	5	4,605
それ以上	279	640	299	171	26	78	3	1,496
総計	8,317	11,226	12,217	4,596	375	2,091	60	38,882

	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	9.0%	10.9%	67.5%	3.7%	0.2%	8.5%	0.2%	100.0%
1キロ前後	23.8%	25.3%	31.2%	12.8%	0.9%	5.8%	0.1%	100.0%
5キロ前後	23.4%	32.7%	25.6%	12.7%	1.0%	4.4%	0.2%	100.0%
10キロ前後	21.1%	36.9%	21.8%	14.1%	1.4%	4.6%	0.1%	100.0%
それ以上	18.6%	42.8%	20.0%	11.4%	1.7%	5.2%	0.2%	100.0%
総計	21.4%	28.9%	31.4%	11.8%	1.0%	5.4%	0.2%	100.0%

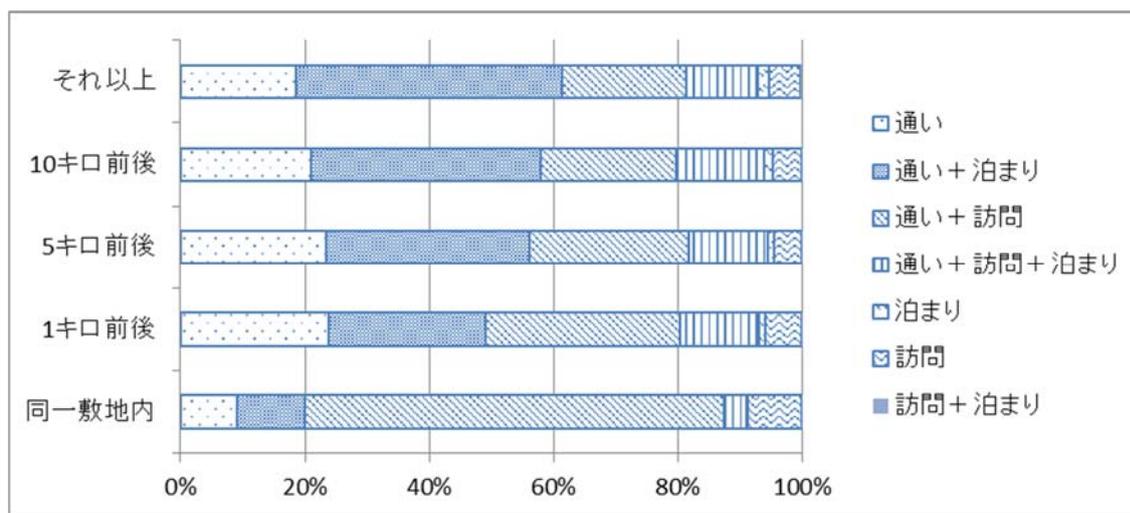


図 6-9 自宅と事業所との距離でみた利用タイプ別の構成割合

第2章

小規模多機能型居宅介護の「訪問」機能

1. はじめに

小規模多機能型居宅介護の実態調査と「訪問」機能の検証（全国調査・訪問調査）平成 27 年度の実態調査では、訪問体制強化加算を取得している事業所が 25.4%にとどまっており、その支援内容についても家事援助から身体介護まで様々であると考えられる。小規模多機能型居宅介護の訪問機能を活用し、どのような支援をすることで高齢者の自宅や地域での暮らしが実現できているのか、その有効性と効率性の検証を行う。

- ・ 訪問体制強化加算の検証
- ・ 「訪問」機能を活用し、どのような支援が行われているのか
- ・ ケアの見える化及び効率化の検討

なお、ここでは「通い」「宿泊」以外の場所で支援することを「訪問」と定義して、検討をおこなうこととし、小規模多機能型居宅介護の訪問機能は「訪問介護」とは同じ訪問であっても同一のサービスを示すものではない。

その理由については以下に示す。

小規模多機能型居宅介護の運営基準 62 条においては「指定地域密着型サービスに該当する小規模多機能型居宅介護（以下「指定小規模多機能型居宅介護」という。）の事業は、要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。」としており、居宅において提供されるサービスを訪問と位置付けている。また、基準第 73 条においても「指定小規模多機能型居宅介護の方針は、次に掲げるところによるものとする。（一）指定小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切に行うものとする。」

としており「訪問介護」やそれに準ずるという記載はなされていない。

しかし、介護保険サービスにおける「訪問」は「訪問介護」を連想させ、小規模多機能型居宅介護の訪問を「訪問介護」に準ずるとして指導を行っている市町村もあり、事業者も訪問サービスを訪問介護と同等と考えている事業者が存在することも否定できない。

今回の調査においては「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（平成 12 年 3 月 17 日老計 10 号）（以下老計 10 号）」をもとに調査票の作成を行った。訪問介護サービスにおいては出来高報酬のため小規模多機能型居宅介護の包括報酬とは大きな違いがある。訪問介護は、1 回あたりの時間や支援の内容が決められ、それ

が介護保険で算定することができるのかどうかを明確にする必要がある。そのための老計 10 号であり、老計 10 号に示された内容に合致するようケアプラン作成においても留意されている。出来高報酬のサービス形態においては訪問介護における支援の範囲や提供時間が厳密に決められ、ケアマネジメントによって管理されているのである。

2. 訪問体制強化加算

運営基準における解釈通知（基準第 62 条）「(1) 指定小規模多機能型居宅介護は、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせてサービスを提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するものである」として小規模多機能型居宅介護では通いを中心に支援を行ってきた。しかし、住み慣れた地域や自宅において暮らしを継続するための支援として通いが中心でなく訪問を中心とした実践も年々多くなり、訪問で支援することを評価する「訪問体制強化加算」が創設された。

今年度の実態調査では、訪問体制強化加算の算定状況については 30.5%となっている。

表 2.4-2 訪問体制強化加算の取得状

	事業所数	%
①加算をとっている	642	30.5
②加算をとれるのにとっていない	110	5.2
③常勤の従業者を2名以上配置できないのでとれない	539	25.6
④要介護の訪問延べ回数が200回を超えていないためとれない	911	43.3
⑤登録者の総数のうち50%以上が同一建物の利用者のためとれない	114	5.4
⑥加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村（保険者）から指摘された	2	0.1
⑦その他	37	1.8
	回答数	2,102

訪問体制強化加算の算定においては、3つの条件が付与されている。

- ・訪問サービスの提供にあたる常勤の従業者を2名以上配置している。
- ・算定月の訪問回数が200回以上ある。
- ・登録者の総数のうち50%以上が同一建物以外の利用者であり、その利用者の訪問延べ回数が月/200回以上であること

調査のうち「③常勤の従業者を2名以上配置できないのでとれない」については事業所の営業日・営業時間において常に訪問を担当する常勤の従業者を2名以上配置することを求めるものであるという間違った解釈をしている事業者や保険者があるようで、539事業所（25.6%）のうち加算取得できる事業所もあるのではないかと推測される。

(参考) 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A (平成 27 年 4 月 1 日)

問 165 訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者を 2 名以上法位置することとされているが、当該事業所の営業日・営業時間において常に満たすことが必要か。

(答) 「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、当該事業所において訪問サービスの提供に当たる者のうち 2 名以上を常勤の従業者とすることを求めるものであり、当該事業所の営業日・営業時間において常に訪問を担当する常勤の従業者を 2 名以上配置することを求めるものではない。

3. 訪問の支援内容

支援内容の調査においては老計 10 号の項目を基本として調査をおこなった。左の項目が直接支援を行うものであり、右側が間接的な支援（促しや環境の準備、付き添いなど）の項目となっている。

また、老計 10 号において不適切とされる項目もたずね、小規模多機能型居宅介護における訪問機能の幅を検証した。

(1) 家事支援の内容

表 2.5-1 家事支援の内容(事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別)

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの 声掛け・手助け	事業所数	%
①-1健康チェック	1,860	86.7	①-2本人がセルフチェックするための手助け	1,064	49.6
②-1利用者の安否確認、顔色等のチェック	2,028	94.5			
③-1本人の部屋や日常使う場所の清掃	1,862	86.8	③-2本人のお部屋や日常使う場所の清掃	1,392	64.9
④-1火の元の確認	1,605	74.8	④-2本人が火の元の確認をしたあとの確認	1,193	55.6
⑤-1ゴミ出し	1,580	73.6	⑤-2ゴミ出しの付き添い	653	30.4
⑥-1洗濯	1,436	66.9	⑥-2洗濯の手助け	1,111	51.8
⑦-1衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)	1,226	57.1	⑦-2衣類の整理の手助け(夏・冬物等の入れ替え等)	1,007	46.9
⑧-1被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)	627	29.2	⑧-2被服の補修の手助け(ボタン付け、破れの補修等)	428	19.9
⑨-1調理(本人が食べるものを調理する)	1,131	52.7	⑨-2本人が調理することの手助け	705	32.9
⑩-1日常品等の買い物(内容の確認、品物・釣り銭の確認等を含む)	1,671	77.9	⑩-2日常品等の買い物の付き添い(内容の確認、品物・釣り銭の確認等を含む)	1,428	66.5
⑪-1酒タバコなどの嗜好品の買い物	464	21.6	⑪-2酒タバコなどの嗜好品の買い物の付き添い	429	20.0
⑫その他	260	12.1			
				回答数	2,146

家事支援では、「利用者の安否確認、顔色等のチェック」が94.5%と高く、多くの

事業所が行っていることがわかる。「健康チェック」「本人の部屋や日常を使う場所の清掃」も80%を超えて高い。一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「日用品等の買い物の付き添い」や「本人の部屋や日常を使う場所の清掃」が60%を超えて高い。

(2) 介護支援の内容

表 2.5-3 介護支援の内容(事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別)

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの 声掛け・手助け	事業所数	%
①-1健康チェック	1,989	93.1	①-2健康チェックの声掛け・手助け	1,332	62.4
②-1利用者の安否確認、顔色等のチェック	2,048	95.9			
③-1脱水予防のための水分補給	1,810	84.7	③-2脱水予防のための水分補給の声掛け	1,793	83.9
④-1換気	1,675	78.4	④-2換気の声掛け・手助け	1,352	63.3
⑤-1室温・日あたりの調整等	1,653	77.4	⑤-2室温・日あたりの調整等の声掛け	1,331	62.3
⑥-1シーツ交換ベッドメイク	1,570	73.5	⑥-2シーツ交換ベッドメイクの手助け	911	42.6
⑦-1配膳、後片づけ(食事介助後の支援)	1,615	75.6	⑦-2配膳、後片づけの声掛け(食事介助後の支援)	1,197	56.0
⑧-1食事介助	1,145	53.6	⑧-2食事の声掛け・手助け	1,449	67.8
⑨-1排せつ等の介助	1,739	81.4	⑨-2排せつ等の声掛け・手助け	1,464	68.5
⑩-1清拭	1,308	61.2			
⑪-1入浴介助	1,089	51.0	⑪-2入浴の声掛け・手助け	976	45.7
⑫-1洗顔、歯磨き等(洗面)	1,144	53.6	⑫-2洗顔、歯磨き等(洗面)の声掛け・手助け	1,143	53.5
⑬-1お化粧・整髪	948	44.4	⑬-2お化粧・整髪の声掛け・手助け	938	43.9
⑭-1着替え	1,651	77.3	⑭-2着替えの声掛け・手助け	1,491	69.8
⑮-1体位変換	1,080	50.6			
			⑯-2移乗・移動	1,404	65.7
⑰-1起床介助	1,277	59.8	⑰-2起床のための声掛け・手助け	1,151	53.9
⑱-1就寝介助	1,109	51.9	⑱-2就寝のための声掛け・手助け	993	46.5
⑲-1専門的配慮をもって行う調理(配膳、後片づけ嚥下困難者のための流動食等)	558	26.1			
⑳ その他	169	7.9			
			回答数	2,136	

介護支援では、「利用者の安否確認、顔色等のチェック」が95.9%、「健康チェック」が93.1%と高い。「脱水予防のための水分補給」や「排せつ等の介助」も80%を超えて高い。一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「脱水予防のための水分補給」が80%を超えて高い。

(3) 地域生活の支援内容

家事支援や介護支援は「訪問介護」において同様の種類があるが、以下「地域生活支援」「関係の支援」「地域での支援」は小規模多機能型居宅介護の訪問機能を使って利用者や家族、地域のもっている力を活かすための支援であり、つながりを切らない

ようにするための間接的な支援である。

まず、地域生活の支援では、在宅生活のための環境を整えるための支援内容について聞いている。

表 2.5-5 地域生活の支援内容（事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別）

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの 声掛け・手助け	事業所数	%
①-1配食	1,241	62.6			
②-1本人が使わない部屋、ベランダ等室外の掃除	358	18.1	②-2本人が使わない部屋、ベランダ等室外の掃除の声掛け・手助け	369	18.6
③-1本人の分以外の買い物	132	6.7	③-2本人の分以外の買物の声掛け・手助け	230	11.6
			④-2散歩等ふらりと外出するものへの付き添い	724	36.5
			⑤目的・目標の明確な外出の付き添い	1,004	50.7
⑥-1金融機関や役所での手続き代行	905	45.7	⑥-2金融機関や役所での手続きのための付き添い	933	47.1
⑦-1生活費などの支払い、金銭管理	565	28.5	⑦-2生活費などの支払い、金銭管理の手助け	702	35.4
⑧-1自宅での24時間を把握するための自宅への宿泊	47	2.4			
⑨-1本人との関係づくりのための訪問	1,339	67.6			
			⑩-2郵便物や通知の整理、文書朗読や代筆	989	49.9
			⑪-2農作物や果実の収穫作業等の声掛け・手助け	194	9.8
⑫-1草むしり・草刈り	215	10.8	⑫-2草むしり・草刈りの声掛け・手助け	287	14.5
⑬-1電話による状態確認等	1,523	76.8			
⑭その他	86	4.3			
				回答数	1,982

地域生活の支援では、「配食」が62.6%、「本人との関係づくりのための訪問」が67.6%、「電話による状態確認等」が65.8%と高い。一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「目的・目標の明確な外出の付添い」が50.7%と高い。

（４）関係の支援内容

関係の支援では、在宅生活のための人と人との調整や関わりの支援内容について聞いている。

表 2.5-7 関係の支援の内容（事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別）

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの声掛け・手助け	事業所数	%
①-1知人・友人へふるまうための調理	40	2.8	①-2ふるまうための調理を本人がする手助け	141	9.9
②-1本人と茶飲み話をする	812	57.1			
③-1本人に代わってお店や近所への挨拶・謝罪	500	35.1			
④-1本人抜きで友人に会いに行く	71	5.0	④-2本人と一緒に友人に会いに行く	353	24.8
⑤-1釣りや映画等の趣味への促し	244	17.1	⑤-2釣りや映画等の趣味への同行	179	12.6
⑥-1旅行の計画づくり	82	5.8	⑥-2旅行に同行	59	4.1
⑦-1暦、風習、ならわしへの配慮	479	33.7	⑦-2暦、風習、ならわしへのこだわりへの促し	413	29.0
⑧-1本人に代わって回覧板をまわす	428	30.1	⑧-2回覧板をまわす声掛け・手助け	493	34.6
⑨-1ペットの世話	155	10.9	⑨-2ペットの世話のための声掛け・手助け	231	16.2
			⑩-2結婚式・葬式・法事等への付き添い	188	13.2
			⑪-2居酒屋への同行	41	2.9
⑫その他	87	6.1			
				回答数	1,423

関係の支援では、「本人と茶飲み話をする」が57.1%と高い。一方、本人がすることの声掛け・手助けでは、「回覧板をまわす声掛け・手助け」が34.6%と比較的高いものの、「家事」「介護」「地域」支援と比較しても、本項目の数値が全体的に低いことから、多くの事業所が「関係の支援」に十分配慮・対応できていない状況がわかる。

(5) 地域での支援内容

地域での支援では、地域での暮らしの環境を整えるための支援内容について聞いている。

表 2.5-9 地域での支援内容（事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別）

事業者がすること	事業所数	%	本人がすることの声掛け・手助け	事業所数	%
①-1本人に代わっての地域での清掃活動	122	9.3	①-2地域での清掃活動の声掛け・手助け	242	18.4
②-1本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くことができるように調整・根回し	663	50.5	②-2地域の敬老会・老人クラブ等に行くための声掛け・手助け	684	52.1
③-1本人の地域のサロンに行くことができるように調整・根回し	557	42.4	③-2地域のサロンに行くための声掛け・手助け	587	44.7
④-1本人の地域の避難訓練の参加できるように調整・根回し	264	20.1	④-2地域の避難訓練の参加するための声掛け・手助け	288	21.9
⑤-1一人で買い物等に行けるようにするための商店や地域との調整・根回し	474	36.1	⑤-2一人で買い物等に行くための声掛け・手助け	610	46.4
⑥その他	85	6.5			
				回答数	1,314

地域での支援では、「本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くことができるように調整・根回し」が50.5%と高い。一方、本人がすることの声掛け・手助けでも、「本人の地域の敬老会・老人クラブ等に行くことができるように調整・根回し」が52.1%と比較的高いとともに「地域のサロンに行くための声掛け・手助け」も44.7%と高い数値を示しており、本人の住む地域でのつながりが切れないようにすることへの配慮がなされていることがわかる。

(6) 医療についての支援

表 2.5-11 医療について支援の内容（事業者がすることと本人がすることの声掛け・手助け別）

事業所がすること	該当数	%	本人がすることの声掛け・手助け	該当数	%
①-1本人の代わりに医師に説明し・説明を受ける	1,745	84.1	①-2本人の言葉を代弁したり、医師からの説明をわかりやすく伝える	1,760	84.9
②薬の受け取り	1,757	84.7			
③病院の順番取り	1,034	49.9			
④服薬介助	1,931	93.1			
⑤通院・外出介助	1,859	89.6			
⑥利用者の入院先への見舞い	1,449	69.9			
⑦その他	113	5.4			
			回答数	2,074	

医療についての支援では、「服薬介助」が 93.1%と高く、そのほか「通院・外出介助」「薬の受け取り」「医師とのやり取り（説明）」も 80%を超える。

(7) 緊急訪問（予定外訪問）について

予定外の緊急訪問の件数は1か月間で平均 4.52 件となった。

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて、小規模多機能型居宅介護らしい支援をするための要素上位3つを選択してもらったデータからも「③予定と実施がずれた場合の対応能力（柔軟な対応）」が最も多く73.9%、ついで「①管理者やケアマネージャーが介護職員と一緒にケアをしていること」が57.1%、続いて「②24時間365日の対応」が50.7%となっている。そのほか、「⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い」との回答も27.2%となっている。

表 2.1-1 緊急訪問の件数（月平均）

	平均値 (件)	中央値 (件)
緊急の訪問（予定外の訪問）件数（平成28年10月の1か月）	4.52	1.00

表 3.1-1 小規模多機能型居宅介護らしい支援のための要素（上位3つを選択）

	事業所数	%	順位
①管理者やケアマネジャー（計画作成担当者）が介護職員と一緒にケアをしていること	1,126	57.1%	2
②24時間365日の対応	1,001	50.7%	3
③予定と実施がズレた場合の対応能力（柔軟な対応）	1,458	73.9%	1
④包括報酬	168	8.5%	9
⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い	537	27.2%	4
⑥毎日のミーティング	196	9.9%	8
⑦通院・外出介助	220	11.2%	7
⑧支援のためのマップ作り（本人中心の応援団づくり）	93	4.7%	11
⑨家族支援	357	18.1%	5
⑩医療機関との連携	346	17.5%	6
⑪地域包括支援センターへの働きかけ	55	2.8%	13
⑫多世代などが交流できる拠点	71	3.6%	12
⑬住民への働きかけ	115	5.8%	10
⑭民生委員への働きかけ	26	1.3%	16
⑮近所や友人との調整	54	2.7%	14
⑯周囲への根回し	37	1.9%	15
⑰その他	22	1.1%	17
回答数	1,973		

4. 事 例

4.1 地域ケアサポート館 福わ家

(1) 基本情報

事業所名	有限会社心のひろば 地域ケアサポート館 福わ家
所在地	東京都青梅市藤橋 2-614-18
併設事業	認知症対応型共同生活介護
自法人の関連事業	訪問介護・居宅介護支援・福祉用具貸与・住宅改修・障がい者自立支援法居宅介護・一般家事代行
市町村人口	136,581人（平成28年10月1日現在）
市町村高齢化率	24%（平成25年4月1日現在）
面積	103.31 km ²
日常生活圏域の数	3 か所
小規模多機能型居宅介護の数	3 事業所（小規模多機能2か所、看護小規模多機能1）
地域の特徴	青梅市（おうめし）は、東京都西部の西多摩地域最大の市。立川市、八王子市、多摩市と共に東京都の中核都市に指定されている。1951年市制。関東山地と武蔵野台地にまたがり、中部を多摩川が東流する。中心市街は多摩川の谷口集落で青梅街道の宿場町として発達、青梅線が通じる。1967年に始まった青梅マラソン（2月）には、海外からも含めて約15,000人が参加するマラソン大会となっている。

(2) 自宅での暮らしと自己実現を支える「訪問」のかかわり

0氏 昭和6年3月生 86歳（平成29年3月現在） 女性 要介護3

既往：頸椎骨髄症体幹機能障害・子宮筋腫

概要：法人と0氏家族との出会いは平成12年介護保険制度施行時。0氏と夫は法人の訪問介護と居宅支援事業の利用、息子は平成15年障害者支援費制度施行時より訪問介護を利用されていた。0氏は夫と息子との3人暮らしだった、夫は糖尿病の網膜障害による視覚障害、のちに右足の切断、平成23年1月に突然自宅にて死亡。息子は進行性の難病による視覚障害、また知的障害もあり愛の手帳3度（※）。0氏は40歳代後半の時に頸椎の病気により下肢に麻痺がみられ、大手術を経て在宅復帰するも自宅内ではいざって移動しながら家事をこなしていた。頼りになる親族は疎遠だったり、すでに他界していたりで、いない。

※愛の手帳とは東京都療育手帳を指し、知的障害の程度区分のこと。数字が小さいほど障害が重く、1度が最重度、2度が重度、3度が中度、4度が軽度の区分

(3) 「家族3人で一緒に居たい」という気持ちを支えたい

0氏の家庭において最も重要な役割は食事の支度であった。夫と息子は0氏の調理の腕前をほめ、0氏が味付けたもの以外は食べたくないというほどであった。その他の家事や立ち仕事は主に夫が行っているが、時には0氏や夫が息子に指示をすること

によって息子も家事を行うこともあった。それぞれが生活に困難を抱えながらも、それぞれが補い合いながら暮らしている姿を目にする中で、この家族は、3人で協力することで何とか日常の暮らしを続けていけているのだと思えた。しかし時の経過とともに夫の視覚障害は徐々に進行し、また糖尿病による右足かかとの壊疽のために右ひざ下の切断を余儀なくされる。このことは、これまで夫が主に担当していた立ち仕事のほとんどを担うことが難しくなったことを意味した。また同時に0氏も脊髄の痛みや内臓の疾患によりこれまでのように調理場で包丁を持つことが難しくなっていた。進行性の難病を持った息子は、夫の代わりに立ち仕事のほとんどを頼まれるようになり、上手にできない時には夫や0氏に怒られることもあった。そうした状況の中で息子も精神バランスが崩れがちになり、いら立ちが見られたり、パニックを起こしたりすることが多くなっていた。

社会福祉協議会、息子が通う障害者自立支援センター（以下、自立支援センター）、地域包括支援センター、また当法人の訪問介護事業所管理者とケアマネジャーで、今後の0氏一家が望む暮らしとは何か、について関係者が共有し支援内容を導くべく、ケアカンファレンスを開くこととなった。話し合われた課題としては、①それぞれが障害をもっており、病気やけがなどの突発的な問題が起きたときに、即時的対応できない。②訪問介護という制度の中では提供できないサービスが必要になる可能性が高い。③通院の手段や付き添いをどうするのか。④家族3人以外に身寄りがなく、キーパーソンを生活に何らかの困難を抱えているそれぞれが担っている（息子のキーパーソンが0氏と夫、0氏と夫のキーパーソンは息子等）。⑤一つ屋根の下でそれぞれが生活に支援が必要な中で、世帯全体に関わる家事や生活支援を誰のプランで算定すればよいのか、サービスのコーディネートに限界がある。⑥自立支援センターとしては息子の通所サービス時のみの対応しかできないため、息子を家に帰したとしても障害を持った両親で支えられるのかが心配。⑦何かが起こる前に権利擁護や成年後見制度を使い第三者が関わった方がよいなどの、多岐にわたるものであり、「そろそろ在宅は無理」なため、例えば息子をグループホームに入れ、夫は訪問介護で支え、0氏は特養へなどといった内容の意見が多かった。しかし、法人としては、この家族と関わる中で「自分たちはこの家族しかいないから、家族で一緒に居たい」という3人の強い願いがあることを知っていた。法人として、その気持ちを最優先したいということ、カンファレンスの場で伝え、「いつまで続くか分からないが、できるところまでやってみよう」ということとなった。

（4）既存のサービスで支えることの限界を感じる

こうして法人の訪問介護サービスで、三人三様の支援を行うこととなった。しかし訪問介護では「老計第10号」でサービスの内容が細かく規定されているため、夫に1時間、息子に1時間、C氏に1時間を朝・昼・晩という細切れの支援で支えるしかなかった。実態としては「家族3人の暮らし」を支えるために支援に入っていたが、介護保険制度ではあくまでも「個人」への支援が基本となる。訪問介護として家族3人の暮らしを絶妙なバランスで支えようとしても、それぞれのケアプランをどのように描くのかということとは難しいものであった。時はコムスンの不正請求問題真っ盛り

である。厳しい実地指導も見込まれ、訪問介護の時間や内容の変更を行うことが難しい状況もあった。1人のプランを変更すれば、ほかの家族の分まで変更しなくてはならない。書類の整合性を保つために要した時間と、ケアプランの変更ごとに説明と同意のためにサービス担当責任者が0氏宅を訪問することは相当の業務量を必要とした。また同一法人内であっても訪問介護やケアマネジメント、障がい者支援という事業種別ごとに規定されている制度や思いにも違いがあるため、常に連携の課題に取り組む必要があった。法人としては、家族で一緒に居たいという思いに触れ、3人で助け合いながら暮らしている姿を見る中で、この家族を離れ離れにしない方法を探ることが優先課題であると認識していたため、「老計第10号」に記載されているものについては「介護保険の訪問介護」の中で納め、息子の通院の付き添いは、市町村判断で対応可能な「支援費制度」を利用し、息子に付き添う0氏の付き添い介助も含めて行うなど、既存の制度内での可能な限りの対応を行った。また、ケアマネジャーとサービス担当責任者、そしてヘルパーの一人一人とミーティングやメールを駆使して情報共有をしながら連携を取ることに尽力した。余談ではあるが、この頃に当法人では介護タクシー事業を開始することとなった。0氏一家が困難としていた外出の支援について、法人として取り組む必要性を感じたからである。結果として通院や役所への手続きは法人内サービスで賄い、連携を取りやすい状況の中で効率の良い配車と人手を提供することで移動の手段も確保することが可能になった。このことは、別々の法人の既存サービスを組み合わせる支援では、臨機応変な対応は難しく、同一事業所内での柔軟な連携なくしてこのように複雑な状況にある方の生活を支援することはできないことを実感させた。

平成18年に地域密着型サービスが創設されることとなった。同時に制度化された小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）はまさにこのような状況にある家族のためには必要なサービスであると思い立ち、法人として取り組むこととなった。その年の9月に東京都で4番目の小規模多機能として「地域ケアサポート館 福わ家」は事業を開始することとなった。

（5）小規模多機能を利用する経緯

ついに0氏が小規模多機能の利用を開始するのだが、それはあまりに突然の出来事からであった。平成23年の正月に0氏の夫がある日突然、亡くなってしまったのである。自宅のベッドで、朝、静かに息をひきとっていた。夫は片足切断後、義足を使用することになり、少しの立ち仕事や力仕事ができるようになっていた。また、息子に必要な声掛けや見守りをすることや、息子が自立支援センターへ通っている間、0氏と夫と二人で生活をしながら、それぞれの安否を確認し合っており、家族の中での夫の役割は大きかった。これまで障害を持ちながらも、それぞれのできることを共有しながら微妙なバランスで支え合っていたこの家族にとって、夫の死という事実は大きな局面を迎えさせることとなった。こうして、夫が欠けてしまった後の0氏と息子2人での生活をどの様に考えていくかについて、再度、関係機関を集めてカンファレンスが行われることになった。0氏と息子はともに「それでも自宅で二人で暮らしたい」という思いがあった。前回同様、カンファレンスでは「もう在宅は無理」と

いう意見がほとんどではあったが、小規模多機能を利用することで、息子がいない間は、“通い”で支援し、自宅で暮らし続けるための自宅でのしつらえや介護全般については臨機応変に“訪問”で支え、また万が一の時には“泊り”にも応えていくということで「そこまで言うなら、もう少し頑張ってみましょう」と、本人、息子、関係者の意見をまとめ小規模多機能の利用が始まった。

息子は、母が指示を出せば家の中のことは食事の支度を除いて一通りできていた。しかし自宅から一歩外へ出ると、毎日の送迎バスの乗り場まで一人で行くことができなかつたり、通院などの外出活動には支援が必要だつたりしたため、これまで通り訪問ヘルパーの利用は必要であつた。O氏はもともと“通い”の希望がなかつたが、小規模多機能の利用時には尿意や便意も感じづらくなり、おむつも利用するようになっていた状況であつた。また自宅は築50年ほどが経つた旧家であり、部屋の移動や排泄行為を一人ですることはできなくなつていた。さらに自宅のお風呂では入浴も困難な状況にあつたため住宅改修の提案もしてきたが、視覚障害を持つ息子が、家のしつらえが変わることによって混乱してしまうことをO氏は心配に思い、着手できずにいた。そして持病の悪化によりたびたび入院することもあり、体調には気を付ける必要が出てきた。また、日中は、息子がいないときは完全に独りになってしまうため、ベッドに寝たきりか、車いすで過ごすしかなく、O氏自身も一人で自宅にいることに不安感を訴える発言が見られるようになっていた。こうした理由から小規模の“通い”を利用することが必要であると判断し、利用を開始した。“通い”では自宅で行つていた食事の支度や週三回の入浴、トイレで排泄をすることができるようになっていった。そして、これまで家族以外の人とはあまり会話もしなかつたが、もともとおしゃべりが好きでもあつたO氏は、他の利用者と仲良く会話を楽しむようにもなつていく。

(6) 小規模多機能の「訪問」で支え続けたこと

しかし、O氏の心配事は何よりも息子のことである。息子のいない日中に“通い”を利用したとしても、母親としての役割は続けていたいという想いは強く、「息子が帰ってくる前にカギを開けておきたい」という希望があつた。O氏にとって、息子は何事にも変えられない存在であり、母親として一緒にいることが何よりも生きがいとなつていた。そうした想いを叶えるために、以下のような“訪問”での支援を行うこととした。①“通い”から帰宅する時間は息子が帰るタイミングとし、事業所から自宅にO氏とともに自宅へ訪問し、鍵を開けて、O氏が「母親として出迎えられるよう」に自宅の縁側に座つて待つという姿を支援する。②就寝前の排せつ介助と着替え、車いすからベッドへの移乗まで行う。③夜間に便が出たときは事業所に電話が来ることもあり、その都度夜間の排せつ介助に訪問する。④朝の息子の出発前には排せつ介助と着替え、ベッドから車いすへ移乗し、息子の出発を見送り、その後O氏も事業所へ通う。⑤O氏の体調によっては泊りを利用することもあつたが、その場合であっても「母親として出迎えられるよう」にすることに変わりはなく、いつもの時間に一旦帰宅し、縁側で息子の帰りを待ち、息子の夕食とお風呂が終わるまで一緒に過ごした後、事業所へ戻る。そのほかに“訪問”時の外出支援として、息子の食べるものや身の回り品の買い物、行政手続き、各種支払いなどの銀行等、夫の墓参り、美容室や昔から

の行きつけであり息子が好きな和菓子屋さん、息子と一緒に行くコンサートへの付き添いなども行っていった。O氏はしっかりと自分の生活を自分で決めることができる力があつたため、本人がその日に息子に何をしてあげたいのかは毎日変わってくる。そうした日々変わる可能性のある、「母親の役割を果たすこと」を支援するために、「訪問」を活用し日々、柔軟な支援を行っていった。

O氏と出会ってから16年。出会った時70歳であつたO氏も現在86歳になった。夜間一人で体位変換をすることも難しくなり、体調の悪い時は無理して帰宅せず、事業所に泊まることも多い。それでも息子が通う自立支援センターの休みとなる土日は、O氏が母親として息子と一緒に時間をすごせるように、なるべく家に帰れるような支援を継続している。

(7) 考察

通常の訪問介護では、本人が家にいてその人の在宅生活を支えるために、生活支援や身体介護は可能であるが、この事例において小規模多機能で行った“訪問”の目的はO氏が「母親の役割を果たす」ために、本人が自宅で過ごすことを支援するということである。「母親」であるということは、O氏にとっての自らの人生にとって欠くことのできないことであり、その役割を果たすことがO氏にとっての生きる意味となっていると言える。ケアという営みは単に、個人の排泄・食事・入浴を提供したり、生活の困難に対処することで、その人の生活を支えたりというものではなく、その人の自己実現を支える可能性を持っている。小規模多機能における“訪問”は、O氏の「母親の役割を果たす」ということを支え続けている。この事例のように、その人の自己実現を支えるという本来のケアの目的を達成する力が内包されていると考えられる。

4.2 小規模多機能型居宅介護事業所まほろば

(1) 基本情報

事業所名	小規模多機能型居宅介護事業所 まほろば
所在地	静岡県富士市天間 955 番 33
併設事業	小規模多機能型居宅介護、サテライト型小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、居宅介護支援事業所
自法人の関連事業	なし
市町村人口	255,579 人 (平成 29 年 3 月 1 日現在)
市町村高齢化率	25.66 % (平成 28 年 4 月 1 日現在)
面積	245 km ²
日常生活圏域の数	8 か所
小規模多機能型居宅介護の数	22 事業所 (看護小規模多機能型居宅介護 2 か所含む)
地域の特徴	<p>「まほろば」は北に富士山を望み、晴れている日は富士山のすそ野までしっかりみえており、青い空と見事なコントラストを醸し出している。また南に駿河湾が位置し、海の幸と山の幸を堪能できる。また滅多に雪も降らない温暖な地域でもあり、人々は穏やかな人柄だと言われている。事業所の周りには、市民の憩いの場となる公園や図書館・スーパー銭湯などある。またスーパー・コンビニなど生活の場となる施設も歩いていける距離に整備されている。富士市では小学校区で1か所ずつ公民館とコミュニティセンター（町づくりセンター）が整備されており、町内の行事も多く開催され、高齢者いきいきサロンも157か所余となっている。最近サロンとは別に小規模多機能型居宅介護事業所が中心になり、それぞれ特徴をもった認知症カフェも8か所を数えるようになった。</p>

(2) 訪問事例

◆ Aさん 女性 84歳 要介護度2 独居の場合

① Aさんと姪御さんとの関係

事業所から車で10分程度のところに自宅があり、住宅街の中の一軒家での生活である。身内はAさんの自宅から車で5分程度のところに、姪御さん家族が住んでいる。

姪と言ってもAさんの夫の姪であり、元気な頃はほとんど交流もなく、取り立てて何があったというわけではないが、あからさまに顔を合わせると強い口調で言い争う状態である。身内の責任感なのか、なんだかんだと言っても優しいのか、Aさんが体調を崩しての入院の手続きや受診・公的な手続きの時などは文句を言いながらも行ってきている。たまに自宅にも訪問して本人の様子を見てくれてもいる。

Aさんも姪御さんのいないところでは姪御さんに対して「大嫌いだよ。もうほっといてほしい」などと不満を漏らすことも多いが自分のために動いてくれることにま

んざらではないようで、姪御さんが「もう二度と来ないよ」などと捨て台詞を言って帰ったあとで嬉しそうに肩をすくめてニコニコされお茶目な顔をされる。姪御さんも「まほろば」の計画作成担当者（介護支援専門員）には「あの人は頑固で言うことを聞かないからすみませんね」と気遣ってくれたりする。

②まほろばとの出会い

平成 27 年 12 月、地域の総合病院に A さんが体調不良にて入院。胃がんが発見され根治手術が施行され、その後リハビリ病院に転院となる。リハビリ施行後、退院にあたり独居であること、アルツハイマー型認知症との診断もおりにていることなどを鑑み、24 時間 365 日対応可能な小規模多機能型居宅介護事業所「まほろば」に紹介となる。

③入院前の生活

毎週、日曜日に近くのスーパーマーケットの一角にテナントとして入っている洋服店が A さんや他の高齢者を送り迎えして、自分の店に案内し併設のスーパーでお弁当を買って他の高齢者と洋服を購入したり、談話をしたり、またお店の掃除をしたりして日中過ごしていた。一人でいることが多いせいか、寂しさからか、とても日曜日を楽しみにしていた。

結局、いくら姪御さんが注意しても高価な洋服やフリフリのついたとても着られないような洋服を毎回購入していた。初めて自宅に訪問した時は押し入れの中や 6 畳間が一度も袖を通していない洋服でいっぱいだった。

また毎月行きつけの美容院もタクシーで行き、なじみの関係になっていた。自宅で洗うと洋服が傷むと本人は思いこんでおり、洗濯を自宅でせずクリーニング店を利用している。一度袖を通したものは下着以外すべて定期的にクリーニング店が御用聞きに来て、毎月何万円という金額にてクリーニング店を利用していた。

訪問販売員や勧誘の話も長時間相手をして、互助会なども簡単に契約してしまっていた。経済的には夫が一流企業を定年まで勤め上げ、遺族年金と退職金の貯えがあり子どももいなかったため生活に困ることはなかった。

お天気の良い日は自宅の庭に出て草取りもよく行っていた。そこでご近所さんとの世間話に花が咲いたりもしていた。

入院前から本人の生活状態を心配して、姪御さんが地域包括支援センターに相談をかけていたようである。介護保険の認定もおりにており、デイサービスも計画されたようだが、1 度行ったきりで「とても不安な気持ちで 1 日過ごした」とのこと、本人が「もう行かない」と拒否をして 2 度目はなかったとのことだった。その後介護保険の利用はなかったようである。

ADL は屋外では、手押し車を使って歩行可能。排泄は時折汚すことはあるが、自分でトイレに行くことはできる。食事の支度は一切できないので近くのスーパーでお惣菜を買って食べていた。

物忘れも多く、火が危険ということで姪御さんがガスを止めている。家の中は買い物に行って同じものが山積みになっていた。特にトイレトペーパーやシャンプーなどたまに様子を見に来てくれる姪御さんがその都度片付けてくれていた。

④退院後の生活の検討

買い物などの移動手段はタクシーを利用していたが、退院後は認知症が進み、どこに行こうかと解からなくなることもあり、タクシーが使えなくなっていた。

ごみ出しは本人の昔からのお付き合いがあり何かと気にかけてくれるお隣のBさんが玄関にごみを出しておくと一緒にごみ置き場にだしてくれている。

姪御さんを含め本人がこれからどう生活していくか、どう支援していこうかと本人も含めて話し合った。

姪御さんは訪問販売などでなんでも購入してしまうこと、また足のふらつきがあり、転倒して骨折してしまうことなどを心配しており、施設入居を望んだ。しかし、本人は夫と過ごした住み慣れた自分の家で暮らしたいと強く望んでいた。

姪御さんも本人の性格上「この人は言い出したら聞かないので本人の好きなようにすればいい」と捨て台詞を言って帰ってしまった。

とりあえず在宅での生活を支援することとなった。事業所としてどう支援していくかセンター方式を使ってチームで本人の思い・家族の思い・本人のできること・できないことなどを話し合い今後の支援を検討した。スタッフ間の連携は連絡ノートを使用し、スタッフ全員が共通の認識を持って関わることとした。

⑤事業所としてのかかわりと家族との関係

定期受診はかかりつけが総合病院であるため1日がかかりになってしまうこと。担当医が「がん」の手術後であるということで決定権のあるご家族の付き添いを望んでいることなど考え、姪御さんと親戚の方が受診の付き添いを快く引き受けてくれた。

事業所の計画作成担当者としては、まずは本人が暮らしやすい環境から整えることとし、まず玄関の出入り、居間からトイレまでの移動に手すりを設置。玄関の段差の解消等の住宅改修をし、ご近所の人との交流のため本人が庭に出られるよう支援した。

以前他のデイサービスへ行って利用したくないと断ったことを考え、本人の望んでいることまた辛いと思っていることや寂しさなどを探るため、なじみの関係を築けるよう訪問からサービスを入れることとした。

日常生活を支えることとして、預金の出し入れは今まで金融機関の外回りの人が、年金が入るとすべておろしてきてくれたとのことだが、今後Aさんが入院等予測しないお金がかかることもあることを本人に話し、姪御さんと地域包括支援センター、事業所の計画作成担当者を含め、成年後見制度も視野に入れながら相談した。

Aさんは「自分のお金は自分で持っていたい」という強い訴えもあり、姪御さんも「本人の好きにすればいい」ということになった。

結果この時点では本人の意思のもと、成年後見制度の利用には至らなかったが、事業所としては、お金や通帳に関わることのリスクが伴うことを話した。

姪御さんもお金に関しては関わりたくないということで、再度本人と話をして成年後見制度の手続きを進めてもらうということにした。

本人も納得し、それまでスタッフと一緒に金融機関の窓口で生活費のみの金額を決めて引き出し、家計簿に買い物のレシートなどを貼って姪御さん・計画作成担当者や

スタッフと本人と残高を確認して行くこととした。美容院もご自分で予約が出来るので行きたいときはスタッフに相談してもらって送り迎えをして美容師さんにも事業所を知ってもらっている。

食材などの買い物もスタッフと一緒にいき、同じものが重ならないように考え、レジではお金を自分で払ってお釣りをしっかり確認してもらって生活リハビリの一環として行っていつている。

高額洋服を買う洋服店との関係は、本人は他者との繋がりを求め、寂しさを紛らわしたり、話を聞いてほしいという思いからの関係のようであった。そのため「通い」へお誘いするとともに、本人が求めている話しをしたい、人と繋がりたいということを支援し、環境を整えることで、洋服店との関係を断ち切ることができた。

「通い」を週2日利用し、他の利用者と交流できとてもうれしそうに過ごしている。また、「通い」を通じて地域の行事に参加できるように支援していくこととした。入浴も自宅はガスがとまっていること、また足が上がり危険であることを考慮して「通い」の時に入浴をしたり、また不定期に入浴だけの通いをする事とした。

ある日Aさんが洋服店に洋服代の未払いがあるので支払いに行くということでスタッフが付き添うと、またAさんが洋服を購入しようとしたのでスタッフが何気なく止めると洋服店にスタッフが怒鳴られたそうである。その時も高齢者の独り暮らしの人を何人もAさんと同じように自分の店に送り迎えをして1日遊ばせて洋服を購入させていたことが後にわかった。Aさん自身は「通い」の日が楽しみとなり自ら洋服店が誘いに来ても断ることが出来ていった。

また毎月高額なクリーニング代がかかっていたが、家で洗えるものはスタッフと一緒に洗濯をし、干してスタッフと取り込み片付けることとした。また雨が降ってきたときなどはご近所の方が取り込んで下さっている。

自宅で過ごすときはお昼時にスタッフが訪問し、食事の支度や夕食のおかずの準備を行い、季節に合わせて水分がとれるように声かけをした。1日に何回か伺って寂しさや不安を感じないようまたご近所とのお付き合いを継続できるように支援している。

現在Aさんは、「通い」と「訪問」を組み合わせながら自分の時間を大切に自宅生活している。

⑥Aさんを取り巻く背景

姪御さんが一番心配していたのは、ご本人の生活とお金の使い方であるということ。寂しさを紛らわせるために誰でも信用してしまう危うさや、認知症から来る物忘れ等である。事業所が関わることでAさんの在宅生活が継続できている。

Aさんがスタッフとなじみの関係になるために、お天気の良い日は花見に誘って公園に皆と一緒にいたり、地域の行事に他の利用者と一緒に参加して仲間意識を持ってもらった。ご近所の方とのお付き合いも、Aさんが若いころからとても面倒みが多く近所付き合いもまめに行っていたようで、関係は良好であった。近所に住むAさんの友人と姪御さんとも関係は良好で、顔を合わせれば世間話をする中で、時にはAさんの認知症の症状について愚痴をこぼしたりもしているようである。その中で地域包

括支援センターや介護保険制度の情報交換ができ、どこに相談に行けばどうなるとか、どこの介護保険事業所は…などサービス評価を地域の住民が行ってくれているようである。

⑦まとめ・考察

軽度と言われる状態像の方においても認知症や生活歴、暮らしの背景によってさまざまな課題がある。この事例においては、経済的に余裕があったため洋服店やクリーニング店との関係に問題があることが、事業所が関わるまでは表出されなかった。お金の使い方には関わらないという考える方もあるが、背景にあるのは「寂しさ」「人とのつながり」であり、誰もが持っているニーズである。このケースにおいては本人と関係を徐々に形成し、生活環境を整えるなかで周囲も気にしていた課題が解決した。

また、洋服店の課題については当初から情報があったが、いきなりその課題解決を行わなかった。それは、本人にとっては大切な繋がりのひとつであるからだ。周囲からは疑問を感じる関係であっても、専門職が関わったからといってその関係を否定することから始めるのではなくその関係に代わる環境を準備することが大切だと考えた。地域ではカフェや集う場はあるが、同様のニーズ（寂しさ・人との繋がり）とその資源をつなげていくことの必要性を改めて感じた。

4.3 小規模多機能型居宅介護事業所たかはら

(1) 基本情報

事業所名	社会福祉法人岳南厚生会 小規模多機能型居宅介護事業所たかはら
所在地	静岡県富士宮市小泉 1625 番地の 25
併設事業	認知症対応型共同生活介護
自法人の関連事業	特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイ、 居宅介護支援事業所
市町村人口	134,127 人（平成 29 年 2 月 1 日現在）
市町村高齢化率	26.7 %（平成 29 年 2 月 1 日現在）
面積	389 km ²
日常生活圏域の数	12 か所
小規模多機能型居宅 介護の数	11 事業所
地域の特徴	上小泉区・・・近くに幹線道路があり、交通の利便性が良い。 小・中・高校が隣接している。人口の転入率が高く、新しい住宅が増えている。昔から数世代にわたり地域に住む世帯と、造成された住宅地に住む若い世代が混在している。自治体活動が盛んで、主催行事も多く、地域の方も積極的に参加している。また、ふれあいサロンの開催や見守り活動も定期的に行われている。

(2) 事例 1

①事例の概要

A 氏（夫） 70 代・男性・要介護 3

パーキンソン症候群・眼疾患による視野狭窄があるため、歩行時には見守りや介助が必要。糖尿病、食事療法が必要。

B 氏（妻） 70 代・要支援 2

肺疾患があり、在宅酸素を常時使用。夜は人工呼吸器を使用。
体調にも変化があり、ベッドで横になって過ごすこともある。

高齢者世帯。

長男は他県に居住。時々電話で連絡をとっている。海外出張に行くことも多く、数か月に 1 度孫を連れて、自宅を訪れている。困ったときには、近所に住む A 氏の弟に頼んでいるが、弟も家族の入院介助のため不在であることが多い。

以前は、夫婦ともに多趣味であり、また、一緒に家庭菜園を行うことも楽しみであった。しかし、体調を崩してからは、近所付き合いもあまりしていない。自宅での家事は、B 氏が行っている。買い物は宅配サービスを利用することが多く、ごみ出しは、近所に住む弟にお願いしている。

②支援について

◆初回カンファレンス

他の介護サービスを利用していたが、夜間せん妄が出て、自宅での生活に困難が生じた。長期間のショートステイを検討したが、長期間の受け入れが難しいとのことで小規模多機能型居宅介護を利用することとなる。B氏は訪問介護を利用。A氏への訪問支援を検討する中で、訪問介護との按分を検討した結果、B氏も小規模多機能型居宅介護を利用したほうがいいのではないと居宅介護支援事業所からの提案もあり、同事業所を利用することとなる。

A氏の意向

「自分が家を守り続ける」

「妻（B氏）と色々相談している」

「サービスを利用しながら、夫婦二人で暮らしたい。息子にはあまり負担をかけたくない。」

B氏（妻）

「できるだけ自宅で一緒の生活をしたい」

「自分の体も心配」

「長時間の介護ができない」

事業所としての視点・確認事項

- ・ B氏のできること、できないことの確認
- ・ B氏が負担に感じるものの確認
- ・ 当面の目標「できるだけ自宅で生活を送る（B氏の体調を気にかける）」

支援内容

夜間はせん妄があり、介護によりB氏が倒れてしまえば在宅生活自体が不可能となるため、夜のみ宿泊。日中は自宅に帰り、自宅での生活を訪問で支援することとする。

◆経過①

泊りの際に夜間の状況を観察する。

当初は落ち着きなく、眠れないこともあったが服薬をきちんと行うこと、日中自宅で活動することで、徐々に寝るリズムができた。

孫が遊びに来た時は夫婦で出迎えることができ、息子も安心して在宅での生活を見守っている。

B氏は夜行ふの介護負担がないため体調が維持され、夫が帰ってくる日中に夫とともに活動ができ、夫婦の関係も良好。意欲と活動が向上した。

B氏の影響がA氏にも影響し、好循環が得られた。

◆経過②

B氏は、自身の病気についてこの先どうなるのかと不安に感じている。自分の

ことで精一杯であり、今後A氏の介護を続けていけるのだろうかとても不安に感じている。

ミーティングにて、訪問時にはB氏の体調観察と不安を感じる出来事について話を聞くこと、気を付けることをスタッフと共有。

不安なことについては、事業所内にて情報共有するようにする。

普段、関わっている職員だからこそ気付く小さな変化を見逃さないように、ちょっとした言葉を聞き逃さないように気を付けている。

訪問した職員が見たこと・聞いたこと・感じたことを、他のスタッフと共有し、その裏にある思いはどんなものなのかミーティングにて考える機会を作っている。

◆経過③

A氏、転倒や病状の進行により体調悪化。

時間の経過とともに体調が徐々に悪くなっている。

医療機関との連携は不可欠であり、受診に同行して状況の把握を行うこととする。

◆まとめ

宿泊から始まった支援であるが、自宅で生活したいとの思いを実現するために日中訪問にて自宅に連れて帰ることを継続している。B氏は自立している部分もあるが、自身の病気の心配もあり、支えないと崩れてしまうもろさが見え隠れしている。A氏とB氏の間関係を調整しつつ、必要な支援が何かを泊りと訪問での様子をチームで共有しながら支えている。時間の経過とともに医療的な関わりも必要となってきたので、より一層何を支援するのかをチームで検討して行きたい。

(3) 事例2

①事例の概要

C氏 90代 女性 要介護1 認知症

賃貸アパートに独り暮らし。

次男家族と同居していたが次男の死去にともない、現在のアパートに転居する。

長男は、他県に住んでいる。電話で連絡をとったり、月に一度アパートを訪れる。

C氏の姉妹は、遠くの市町に住んでおり行き来は殆どしていない。

長男が来た時に、日用品を購入したり、郵便物等を確認したり行政手続きなどを一緒に行っている。

C氏は、アパートに越してきてから日も浅く、隣近所に知り合いはいない。

地域包括支援センターからの紹介にて当事業所の利用となる。

「最近この地区のアパートに越してきた。買い物に出掛けたが、戻る家が分からず、警察に保護されることが続いている」

「包括支援センター職員と一緒に買い物をし、調理器具の使い方も説明したが、

使うことができていない。何も食べずに過ごしている」

「夏の炎天下にもかかわらず、窓も開けずに家の中にいた。」

長男が介護保険の申請をし、介護サービスの利用を希望されているとのことで紹介がある。

②支援について

◆初回カンファレンス

次男の死去、それに伴う環境の大きな変化により、精神的に不安定となり、認知症が急激に進行しているように思われた。

筋力の低下も見られ、自宅で転倒し鼻の下を数針縫うケガをしたこともあった。

長男は、他県で一緒に暮らすことを考えていたがC氏は「長男とは長年離れて暮らしていたのだから、今更迷惑をかけたくない。知らない街に行くことに不安があるし、なによりもこの土地に愛着があり離れたくない」と言われる。

長男も、「支援を受けながら生活できる間は、今の場所での生活を続けてもらえれば」とのことで支援が開始となる。

引っ越して間もないことや環境の変化によることでの混乱があると予測し、人に迷惑をかけたくない、外へ出ることでの不安など閉じこもりがちであったが、ここでいきなり通いに結び付け環境を変えるのではなく、C氏が自宅で生活ができる環境を作るため訪問から始めることとし、了承を得る。

行政から、民生委員へ依頼し、地域で行っている「見守り隊」の活動を通じて隣近所の方々が気にかけてくれる。

この時点での目標は「気兼ねなく外出ができる」とし、自宅での様子を確認すること、事業所がC氏をずっと見守ることはできないので、周囲の協力も得て監視ではなく、そっと見守る環境作りの構築を目指す。

◆経過①

新しい環境のなか、人との関係がないと思われていたが、時々市内に住む友人に電話をかけたり、友人が茶菓子を持って訪ねてきてくれることもあり、決して誰とも関わっていないわけではないことがわかった。また本人の気さくな性格もあり、訪問で環境の整備を一緒に行うことで徐々に混乱も減ったため、通いサービスへの移行する。

◆経過②

自宅に迎えに行った際は外出するための準備を職員が見守りながら一緒に行っている。

着替えにて季節を間違ってしまうことがあり、「今日これを着るのはおかしいかな？」と本人も不安を話される。「今日は少し寒くなるようだから、もう一枚何か羽織った方が良いかもしれませんね。これはどうでしょうか？」と会話しながら、一緒に洋服を選んでいる。

部屋の片づけを一緒に行い、ゴミの日には声をかけし、まとめてもらったゴミ

の袋を一緒に出しに行っている。

電磁調理器や電子レンジなど新しい器具の使い方について説明したが、使用することがうまくできなかつた。ガスコンロ等の設置も考えたが、火事の不安について長男、民生委員からの意見もあり、事業所としても大丈夫であるとの確証できないことから、食事については、買い物支援として朝食はパンなどを購入すること、昼・夕食は、通い等で確保していくこととした。

◆経過③

通いを開始し、しばらくすると利用者どうしで顔なじみになり話をするができるようになっていた。徐々に居場所を見つけることができた。

自宅で調理をする環境が作れなかつたため、通いの利用時に、昼食・夕食作りを手伝ってもらっている。

C氏は賄いの仕事をしていたことがあるとのことで、包丁を使うこと、洗い物など手際良く行っている。

◆経過④

朝食の手配は、毎日、以前住んでいた家の近くにある馴染みの店を利用するようにしている。金銭管理が難しく、何をどれだけ買ったかということやBさん一人で決めることは難しくなっているが、スタッフと一緒に店に行き、知り合いの店員さんに会えることを毎日楽しみにしている。店員さんも覚えていてくれて、「Cさん、いらっしゃい。今日は、調子はどうですか？」と気軽に話をしてくれる。

Cさんも、「あら、こんにちは。私のことを覚えていてくれるの？今日も、お仕事頑張ってるね」と、嬉しそうに答えられている。自分のことを覚えていてくれる人がいることが、本人にとっての喜びになっている。

◆まとめ

当初C氏と出会ったときは、認知症で混乱した状況であり自宅での生活が可能であるか、家族も周囲も不安であった。事業所においても同様の思いはあったが、環境の変化による混乱が予想されたため、環境を変えてしまう「通い」や「宿泊」というサービスに直結するのではなく、自宅で丁寧に話を聞く「訪問」や見守り隊のかかわり等により、いい結果を招いたと思う。

支援する側は時に、安全を確保することを目的に自分たちのテリトリーである事業所でケアを行いたいと思うが、利用者の暮らしの主体は自宅であり、ベースとなる自宅の生活環境が整わなければ、サービスをいくら積み重ねても意味がないのではないかと考える。

今回のケースでは事業所が訪問を通じて自宅で粘ったことで地域との関係や買い物先の商店との関係が図れた。

また、私たちは出会った当初は引きこもりの状況もあり他者との関係がないと決めつけていたが、友人との関わりや、C氏の持ち前の明るさ、気さくさにより

様々な人たちと結びつき、それがC氏の元気にも繋がっていった。私たち事業所が環境を整え、つなぐ支援を行うが、本人の持っている強み（ストレングス）に気が付き、活かすことが何よりも本人の力になると改めて気づく事例であった。

4.4 地域密着型総合ケアセンターきたおおじ

(1) 基本情報

事業所名	地域密着型総合ケアセンターきたおおじ
所在地	京都府京都市北区紫野大徳寺町 49-3
併設事業	地域密着型特別養護老人ホーム (29 名)、ショートステイ (10 床)、サービス付き高齢者住宅 (6 戸)、地域サロン
自法人の関連事業	人材・開発研究センター (複数法人連携の人材育成等)
市町村人口	1,474,735 人 (平成 28 年 10 月 1 日現在)
市町村高齢化率	27.2% (平成 28 年 10 月 1 日現在)
面積	827.8 km ²
日常生活圏域の数	76 か所
小規模多機能型居宅介護の数	88 事業所
地域の特徴	市内には 130 年にわたる小学校区単位の住民自治の歴史があり、現在もコミュニティの単位として受け継がれている。各学区で防災訓練、区民運動会などの行事が取り込まれる。事業所のある地域は、京都市の中心部に近い住宅地でかつては西陣織に係る家業をしていた家も多い。今宮神社、大徳寺、常德寺などの社寺の他、徒歩圏内に複数の大学があり、文化と歴史の薫る地域である。

(2) 事例：基本情報

Aさん 90代女性 持家に一人暮らし

要介護3 認知症 高齢者自立度Ⅲa 障害高齢者自立度 A2

ADL：食事（セッティングすれば自分で食べられるが一人では、手を付けないことも多い）

排泄動作：自立（トイレ以外の場所で排泄することが多い）

移動：自立

入浴：洗身等は声かけがなければしない

既往歴等：認知症（原因疾患名については診断書等には記載されていない）

家族関係：本人宅から車で 10 分程度の場所に、子供夫婦が住んでおり、協力的ではあるが仕事が忙しいため十分関われない状況である。

できるだけ本人の思うように自宅で過ごさせたいと思う反面、「一人暮らしは無理だな」とも感じたので特養入所申込みをしたと言っている。

(3) 支援経過

◆利用開始までの経緯

近隣の居宅介護支援事業所より、家族の意向ということで紹介があった。

一人暮らしで週2回の通所介護を利用。昼食の提供、夕方の安否確認と服薬確認を毎日の訪問介護により実施。朝食は近隣に住む子どもが毎日届けていたが、継続的に届けることが困難な状態であった。自分で買い物に出かけることもあった。

買い物に時間がかかったり、一人で早朝に通所介護に歩いて行くなどの行動が現れ、近隣に住む家族（子）も一人暮らしは難しいと判断し、施設入所を希望。施設が決まるまでの間として小規模多機能型居宅介護（以下、「小規模多機能」という。）を利用することとなる。

◆小規模多機能利用開始時の状況

以前からたびたびあった早朝に通所介護に出かける理由は、本人曰く、自宅で一人過ごしていると「不安になって」出かけるとのこと。その他、自分一人で近くのスーパーへ買い物に行くこともあるが、必要なものは買えないまま帰ってくるが多かった。そのほか「外国人が来る」と不安が一層高まり、訪問しても自宅に不在のことがある。

当初、日中の過ごし方を把握するための自宅への訪問、通いにてAさんのできるところとできないことの見極めをすることを目的に訪問と通いからかわりを始めることとした。事業所への通いのため自宅に迎えに行くと、「しんどいのでやめた」と言ったり、自宅に居ないため迎えに行った職員が探したりという状況が続き、通うことが難しい日々が続いた。

また、利用当初の訪問から、本人が庭で糸くずを燃やす、庭で排泄をする、植え込みに排泄物を撒くなどの理由で隣近所から苦情があることがわかる。

◆職員ミーティング

Aさんにかかわり始めて、なぜ早朝に不安になるのか、外国人が来るのは本当なのか、お出かけされるときにはどこに出かけようとされる場合が多いのかなど、Aさんの行動からAさんの気持ちを推察することを心がけるよう、訪問や通いの場面でのかわり方について話し合った。例えば「外国人が来る」という発言は、昔の戦争体験を思い出しているらしいことがわかり、本人の不安を取り除くような話かけを工夫することになった。また「糸くずを燃やす」ことや「庭での排泄」「排泄物を撒く」ことについては、近隣からの苦情もあることから、原因を探ることと合わせて対処が必要との判断をする。「糸くずを燃やす」ことについては、ご近所の一番の心配事でもあるため、火の元の確認や管理を徹底することを話し合った。具体的には、ライターやマッチを片付けること、ガスコンロについては元栓を閉め、調理ができるほかの方法を模索することとした。排泄に関しては、においや衛生の観点から、訪問した職員は必ず庭を点検し、排泄物を溜めない、庭の掃除をすることを徹底し、ケアすることと合わせ、ご近所の不安を払しょくすることを基本とした。

◆日々のかかわり

以前から早朝、通所介護に出かけることもあったため、利用開始時より、朝早くから訪問してかかわることとした。その際に、近隣に住む子ども夫婦が朝食を届けていたが困難になってきたため、小規模多機能にて朝食を提供することとした。早朝に訪問すると、手続き記憶の障害により、今からどうしてよいかわからないことが早朝に多く、途方に暮れていることもあった。一日の始まりの場面でAさんの不安になる機会を減らすことができ、かかわり、助言することによってスムーズに過ごすことも多くなってきた。通いへ来ることにもつながった。

家族が不安に感じている食事についても、事業所が届けるだけでなく、声掛けや見守りをするすることで、食事に手を付けずに時間が経ってしまうことや1日3食の食事を訪問や通いによって担保できているという安心感を提供することができた。

「外国人が来る」という発言については、単に認知症の問題でだけでなく、バイタルや水分摂取、排泄、服薬の影響もあるのではないかとということをかかわりの中から推測した。特に排泄については、ポータブルトイレの設置により明らかに改善され、どこでも排泄し、それを片付けるために庭に撒くような行動は激減した。

また、火の取り扱いや排泄物についても、自宅での過ごし方の様子からチームで話し合い対処した。

◆日々のかかわり方を考え在宅生活が継続できた経緯

- ・小規模多機能を利用開始時には、通いができないことが多かったが、訪問に切り替えて本人の思いを理解し、意向に沿うように努めた。
- ・訪問は早朝から開始し、朝食の援助、日中の通いあるいは通いが難しいときは随時、訪問へ切り替え、夕食の援助のための訪問を定期的に行った。本人が、一人でいると食事に手をつけないことが訪問時の観察からわかり、訪問時に食事を勧めることや、気分が安定している時は通い利用をして、見守りをしながら食事が確保できるよう配慮した。
- ・訪問を継続することで、「不安になって」という言葉の背景や、急に一人で出かけようとするのは、幻聴も影響していることが推測された。かかりつけ医に相談、内服薬の調整を行った。その結果、突然外に出かけるなどの焦燥感は少なくなり落ち着いて過ごせるようになった。
- ・庭で糸くずなどを燃やす行為は、屋内のガスコンロで火をつけて、庭に持って出ることがわかり、ガスの元栓をとめることで火事のリスクを防止することとした。ガスを使えないことで混乱の無いよう本人の精神状態をきめ細かい訪問で見極め確認した。
- ・庭で排泄をしたり、排泄物を撒くという行為については、訪問の際に庭の排泄物を職員が処理することで、近隣からの苦情が減った。また、庭で排泄をするのはトイレの場所がわからないのではないかと推測し、排せつのタイミングを見計らいながらポータブルトイレの活用と屋内のトイレへ誘導をするように努めた。繰り返し屋内のトイレへ誘導する中で、トイレでの排便がうまくできたことをきっかけに、庭で排泄をすることはあきらかに減少した。

◆結果

- ・民生委員から、近隣からの苦情はなくなっているとの報告を受けている。小規模多機能の利用以後、穏やかに過ごし、にこにこしていることが多くなったと感じているとの評価。
- ・火の元の管理や排泄についてのかかわりによって、近隣との関係が改善したこと、本人の混乱が少なく安定したことにより在宅生活の継続が可能となった。
- ・家族は、小規模多機能利用後2年ほど経過した頃には、本人の様子がかかなり穏やかになったことにより特養入所を希望せず、可能な限り本人が思うような暮らし方をさせたいと、自宅での生活継続を要望するようになった。

(4) 考察

- ・排泄物を撒くことと、庭で火を炊くことについて、訪問時の対応で近隣からの苦情を解決した。近隣からの苦情が解決できなければ地域での暮らしは継続できない。併せて、本人自身のそうした行動の背景について訪問時の状態から、アセスメントを行い援助することで、本人がどこで排泄をすればよいのかわからなかったという課題を解決することができ、自宅での生活の継続が可能となった。
- ・かかりつけ医との連携については、本人が混乱する場面や具体的な幻聴についての情報を的確に伝えること、本人の状態を共有することにより、内服薬のコントロールができ日常生活の安定に繋ぐ事ができたと思われる。

4.5 小規模多機能ホームぶどうの家真備

(1) 基本情報

事業所名	小規模多機能ホームぶどうの家真備
所在地	岡山県倉敷市真備町箭田 1179-6
併設事業	なし
自法人の関連事業	認知症対応型共同生活介護、訪問介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護、訪問看護、サービス付き高齢者向け住宅
市町村人口	484,174人（平成28年12月31日現在）
市町村高齢化率	26.3%（平成28年12月31日現在）
面積	355.63 km ²
日常生活圏域の数	26 か所
小規模多機能型居宅介護の数	29 事業所
地域の特徴	<p>◆真備圏域について 人口：22,844名 世帯数：8,832世帯 高齢化率：32.6%</p> <p>概要：真備町は、倉敷市の西部に位置し旧倉敷や総社市のベッドタウンとして急速に人口が増加し、地区東部はスーパーマーケットなどの郊外店の出店が相次ぎ激戦区となっている。その他に農産物としてタケノコがあり、県内を代表する産地である。</p> <p>奈良時代に遣唐使として2度中国に渡った吉備真備公ゆかりの地であり、推理小説作家・横溝正史や金田一耕助を生み出した歴史と文学のまちでもある。</p>

「一人暮らしは困難と言われる方が、自宅で暮らし続けている事例」

～本人の力を見極めながら、訪問内容を細かく検討する～

(2) 出会いから理解を深める時期

浅田さん（仮名）（84歳女性）は、約20年前にご主人を亡くし、その後は自宅で一人暮らしをしている。息子さんが二人あり、長男はアメリカ、次男夫婦は北海道と、遠方に暮らしている。

事業所が浅田さんと初めてお会いしたのは3年前の夏だった。地域包括支援センターから、「要支援2、軽度認知症で、物忘れがありゴミ捨てが出来なかったり、ATMが使えない。近所の方がよくしてくれており、それだけに近所の方の負担が大きくなってきている。本人は介護サービスの利用を望んでいないが、支援は必要と思われるので、関係作りからの関わりをお願いしたい」と依頼があった。

地域包括支援センター職員と一緒に訪問すると、掃除の行き届いた家で、庭には草もなく、サッシも汚れ一つない。髪をきちんとセットし、美しく化粧して背筋をピンと

伸ばした女性が、ためらいの表情を浮かべながら迎えてくださった。玄関先で話をしようかどうかと迷ったが、結局客間にお邪魔して話をうかがった。

どのタイミングで本人の暮らしに踏み込むか、いつも迷う。

その時の浅田さんは、きちんと理由をお話ししてお邪魔するほうが、本人の納得を得られるのではないかと思った。「何も困ってない」と言われたが「ときどき通りがかりに顔をのぞくこと自体はかまわない」と話される。

それから、週に2回程度訪問し、浅田さんと「ぶどうの家」が互いに知り合う時間を持つようになった。また近所の岡田さん（仮名）のお宅も訪問し、日頃の浅田さんの様子や、浅田さんとのこれまでの関係を教えていただいたり、ぶどうの家の役割をお話させていただいた。

この間のかかわりは、浅田さんに直接何かをするというよりも、浅田さんの人となりを理解すること、近所の中での浅田さんの立ち位置を理解することが中心だった。ご自分なりの覚悟を持って、一人で暮らしていることがわかるとともに、近所の方や友達との付き合いを楽しんでいることもわかった。

（3）岡田さんと本人とのバランスを見ながら、事業所の役割を考える

半年経ったころ岡田さんから、「浅田さんがお金を下ろすので一緒に銀行に行ってほしいと言っているが、私はお金のことには関わりたくないのを助けて欲しい」と連絡があった。さっそく北海道のご家族（次男夫婦）に連絡をとるとともに、事業所の職員が本人とともに銀行に行き、本人がATMの操作をされてお金を引き出すことができた。

本来、事業所は現金の出し入れに関わることはせず、成年後見制度をお勧めするようにしている。しかし、今の浅田さんには、そこを付き合うことで、「ぶどうの家」は困った時には頼ってもよいところだと分かってもらうとともに、自分がお金を管理しているという自信も失わないということが重要だと考えた。

また近所の岡田さんにも、負担を一人で背負わなくてもよいという事を感じていただきたい、というこちら側の思いもあった（現在、成年後見制度の活用をご本人・ご家族にもお勧めしている）。

この頃から、徐々に浅田さんは困ったことがあれば近所の岡田さんに相談し、岡田さんで対処できなければ、岡田さんから事業所に連絡が入るようになった。また、岡田さんが留守の時には、本人から直接事業所に電話がかかるようにもなってきた。たとえば、電磁調理器の使い方がわからないので、岡田さんがスイッチに赤い印をつけてくれた。いつもは浅田さんと岡田さんのやり取りで電磁調理器の操作ができていたが、岡田さんが不在の時にはどうしてよいかわからなくなり、直接事業所に電話がかかってくる。事業所は岡田さんが赤い印をつけてくれていることを知っているのので、「赤い印を押してください」と電話で説明することで、本人が電磁調理器を使うことができるようになった。

（4）事業所が何をすべきか、本人の力を見極める

亡くなったご主人のお墓が山の上にあるので本人はお参りをあきらめかけていた

が、職員が同行して一緒に墓掃除をした。お花や線香を自分で供えることができ、ほっとした表情の浅田さん。これまでも浅田さんは、お墓参りやお中元、お歳暮などの勤めを欠かしたことがなく、必ず自分でお花やお供えを準備し、お世話になった方や親戚に品物を選んで送るということをしてきた。それができる自分であることが浅田さんの気持ちの張りにもなっている。シルバーサービスなどに墓掃除を依頼することもできるが、それでは自分の手でご主人の墓をきれいにしてあげたいという気持ちが削がれることになってしまう。職員と一緒に作業をするという過程を通して、我々との一体感を持ってくださったとも感じた。

暑い夏も、寒い冬も、リュックを背負い500メートル先のスーパーに買い物に行く浅田さんをよく見かける。通りすがりに声をかけると、「私は一人ですから、こうして生活しないといけないんです。自分が頑張らないと」と笑顔で答えてくださる。スーパーで顔見知りの店員やお客さんと話をする楽しみはあるものの、浅田さんにとってこの距離を荷物を背負って歩くことはしんどいことに違いない。買い物に同行することはたやすいが、職員はあえてそれを行わないようにしている。自分の食べたい物を自分で選んで調達する、という当たり前のことが続けられているということが、在宅生活には必要だと思うからである。体調面がすぐれない時には、たまたま通りかかったようにして、買い物帰りの浅田さんに声をかけ、車で家まで送ったりしている。なるべく遠巻きに、遠巻きに見守り、いざという時だけ現れるというのが小規模多機能の立ち位置だと思うからである。

かかわり始めて1年過ぎる頃には、頻繁に電話がかかってくるようになってきた。「女の子が家に来て、黙っている」「男の人が何人もいて、ご飯を作らないといけなくなった」「タオルをたくさん背負ったおばあさんが私のベッドに座っているの」と、レビー小体型認知症の症状からくる幻視だったが、本人はその都度必死になってその幻視の対応をしていた。お弁当を5人分買って来ることもあった。浅田さんは「なぜこの人達が家にいるのか分からない」と不思議がってはいたが、そのことを怪しんではおられず、むしろ使命感を持って対応していた。

また通帳や財布が無いと何度も訴えられ、その度に一緒に探すと、殆ど毎回同じような場所から出てきた。この時、家のあちこちに現金が十万円単位で置いてあることが職員には分かったが、本人は自分でそれがわからないようだった。この頃、要介護度は要支援2から要介護1になった。

(5) 状態が変化しても変わらない生活ができる

利用開始から2年経ったころ、急性肺炎で入院し、一時は命が危ないと言われたが、2か月で無事退院することができた。入院当日、朝の訪問時にいつもと様子が違うと気づいた職員が2時間後に再度訪問したときにはさらに呼吸状態がおかしく、すぐに主治医に連絡して受診した後、救急搬送された。日頃から受診に職員が同行し、主治医に本人の生活の様子や体調を伝えることができていたので、緊急時にも主治医との連携がスムーズだった。

浅田さん本人は、元の生活に戻ることに自信がない様子だったが「家に帰りたい」

という思いがとても強かったので、できるだけ早い段階で自宅に帰ってもらうこととなった。入院が長引くと元の生活に戻れなくなる可能性が高まるからである。退院後は北海道に住む次男のお嫁さんがしばらく一緒に生活してくださるということだったが、お嫁さんが帰ってからは結局ひとりの生活になるので、その後をどう暮らしていくのかについてお嫁さん、近所の岡田さんも交えて話し合った。お嫁さんは極力手出しをせずに、ご本人に調理や洗濯掃除買い物をしていただくこと、岡田さんはこれまで通り本人を誘って食事や遊びに行ったりしてくださるということになった。事業所は週に2日訪問し、本人の生活の様子を確認することにした。

退院後、浅田さん本人とお嫁さんの二人での生活が始まると、お嫁さんが、本人が動くよりも先についつい口を出しすぎてしまい、浅田さんもそれに慣れ、自発的な行動が減ってくるようになってきた。訪問した職員から、「今の生活を続けると一人では暮らせなくなりそう」という声が上がリ、お嫁さんには北海道に帰ることをお勧めした。「まだまだ心配」と言われるお嫁さんだったが、本人がどんどんお嫁さんに頼っていく様子から、このままでは一人で暮らせなくなることをお話しし、お嫁さんも納得されて北海道に帰られた。現在もお嫁さんは北海道から毎朝浅田さんに電話をかけてくださっている。

そうして再び浅田さんの一人暮らしが始まった。当面は朝夕と2回訪問し、食事、服薬確認、口腔ケアが出来ているかどうかを確認し、できていなければ声かけのみで、本人が自分で「これが歯ブラシ、これがお薬」と確認して行うようにしている。朝は、炊飯が出来ているかどうかの確認を行い、できていなければ声掛けをするようにした。

その結果、朝はできていないことも多く、声かけや見守りが必要だが、夕方に訪問したときには、食事、服薬を終え「あなたが来るのを待ってたのよ。ちゃんと見てもらってから、歯磨きしようと思って」と言われることもしばしばあるくらい、夕方はしっかりと行動できるようになった。そこで夕方は毎日電話をすることにし、確実にできているかどうかの確認のために週2回訪問することにした。ひと月様子を見た結果、夕方に関しては自分でできていたので、朝1回の訪問と夕方の電話のみになった。

この時の認知症検査では長谷川式スケールで7点と低く、病状と生活の様子がかみ合わず、主治医は「よくこの状態で、電話だけで服薬管理ができていますね」と驚いていた。

実際、「幼稚園の子供が来て・・・」と岡田さんの家に言いに行ったり、早朝に「仕事に行く準備をしなきゃ」と張り切っていたかと思うと、「どうしたらいいかわからないの」と不安そうに訴えられることもあった。

また目薬が冷蔵庫のいつもの場所にあるにもかかわらず、「目薬がない」と言われ、目薬の保存容器の色が変わったことが原因ではないかと予想し、元の色の容器にすると、本人は何事もなかったかのように点眼することができるようになり、「目薬をさすぐらい、自分でできる」と平然と言われた。細かい日常の生活と本人の状態を把握しているからこそ、原因を推測し素早く対応できた結果である。本人のできる力を活用し、極力失敗をさせないかわりが、認知症の方には大切だと思う。

生活の中で困ったり、支援が必要な場面は限られているので、その見極めが最も大事である。職員は、利用者の歩く様や好みの服装、食べる時の癖や口癖まで把握して

いる。本人の変化を敏感に察知し、感じた違和感をもとに事業所でのミーティングで話し合い、解決するようにしている。だから浅田さんの目薬のように容器の色が変わったことで目薬がさせなくなった、ということに素早く気づけるのである。

約半年経った現在は、夕方の訪問も再開している。夕方の電話だけで本当にできているかどうか、次の日の朝訪問したときに確認するようにしていたが、「薬を飲んだ」と言われていても、実際には飲んでいないことが出てきたためである。

(6) 近所の岡田さんと事業所の関わり

先日訪問すると、部屋から部屋に廊下を横切るようにカーテンがついており、近所の岡田さんが「電気ストーブの上にタオルがかけてあって煙が出ていた。ストーブは危ないので、寝室のエアコンだけで台所まで温まるように自宅で余っていたカーテンをつけてあげた」と教えてくれた。

また、浅田さん本人も「パンを焼こうとして、その間に電話がかかってきて気づいたらトースターから火が出ていて驚いた」と、家中が煙で充満していたにもかかわらず淡々と言われることがあった。職員がこのことを岡田さんに話すと、昔のパンだけを焼くタイプのトースターを「今は使っていないから」と岡田さんが提供して下さることになった。はじめは、新しいトースターのことが理解できず、何枚も焼いたり、「あなた、食べてみて」と職員に言われることもあったが、操作が簡単なため、今では本人が自ら進んで使うようになっている。

火の元の心配事が出ると、周囲の心配の声が大きくなり、在宅生活が困難になることが多いが、岡田さんをはじめ近所の方はそれでも「浅田さんが若い時から近所のお年寄りの面倒を見てきたので、今は、私たちが浅田さんをみている。順番だから」と温かく見守ってくださっている。

「ランチに誘ったが、今日はお弁当が来るかもしれないからと、浅田さんが行こうとしない」と岡田さんからお聞きしたため、急遽弁当の訪問を夕方に切り替えた。浅田さんは曜日がわからないので、夕方にしておけばいつでも友達と出かけられるという配慮からである。岡田さんは友達として、これまで通りのお付き合いをしてくださっている。さらに、本人が困っていることについて、良かれと思うことを自然にしてくれている。

岡田さんが浅田さんの支援をやりやすいようにサポートすることも、事業所の仕事である。また、岡田さんになるべくストレスに感じずに浅田さんとのお付き合いを続けてもらえるということが、浅田さんが家で暮らし続けるためにとっても重要だと考えている。

実際、主治医の言われるように認知症の状態からすると、よく一人で暮らせていると感じる。このような取り組み方ができるのは、職員同士が日々細かい情報のやり取りをしていること、常に方向性を修正、統一しながらチームで動いていること、岡田さんや近所の方と、浅田さんを一緒に見ているという気持ちが共有できていること、北海道のお嫁さんとも、距離はあっても繋がっていることが重要である。何よりも浅田さん本人が、「一人でも家で暮らす」という強い気持ちでいることが、周りの人達を動かす原動力になっているのである。

4.6 中津総合ケアセンターいずみの園 寄り合いセンターいずみ

(1) 基本情報

事業所名	社会福祉法人九州キリスト教社会福祉事業団 中津総合ケアセンターいずみの園 寄り合いセンター いずみ
所在地	大分県中津市蛸瀬 647-1
併設事業	認知症対応型共同生活介護
自法人の関連事業	同敷地内：訪問看護、通所介護、障がい児通所支援事業、 児童クラブ、子育て支援センター 法人事業：特別養護老人ホーム、ケアハウス、定期巡回随 時対応型訪問介護看護、障がい者就労継続支援 A・B 型、地域公益事業など
市町村人口	84,929 人（平成 28 年 10 月 1 日現在）
市町村高齢化率	28.7%（平成 28 年 10 月 1 日現在）
面積	491.5 km ²
日常生活圏域の数	10 か所（小学校区 22 か所）
小規模多機能型居宅 介護の数	4 事業所
地域の特徴	旧中津市、旧下毛郡が市町村合併。旧下毛郡は高齢化率も 高い（42.2%）、旧中津市は 26.2%。小規模多機能は旧中津 市に 4 事業所あり、中津市の合計特殊出生率は大手自動車 工場の誘致により 1.93 となっている。

(2) 概 要

大分県の県北にある中津市は、川を越えればすぐ福岡県という立地に位置し、そこに社会福祉法人九州キリスト教社会福祉事業団が運営する寄り合いセンターいずみは 2007 年 7 月に当市では初の小規模多機能型居宅介護事業所として開設した。登録定員 25 名、宿泊定員 9 名。認知症対応型共同生活介護 2 ユニットの併設している。開設当初は、通いのニーズが高く、定員 25 名に対し、20 名弱の登録定員となっていた。平成 27 年 1 月末の登録者数は 21 名、通いの平均 11.6 名、泊りの平均 5.6 名、平均訪問件数 5.1 件となっている。今年度の 4 月から 12 月までは訪問件数が月間 200 件を超え、加算の取得を行っていたが、利用者の入所、永眠、家族の希望にて宿泊利用が増加し、訪問件数が減少している。

訪問体制強化加算の新設に伴い、中津市の小規模多機能事業者連絡会にて、市担当職員とも話し合いの元、自宅玄関の中に入る行為を訪問として認め、買物支援や受診同行等、事業所外での行為も訪問として認めている。

(3) 事例

M氏 女性 独居 要介護3 81歳

既往歴：H20 甲状腺癌、アルツハイマー型認知症

家族は福岡県と山口県に在住

平成26年8月1日より登録

◆平成24年5月

M氏との関わりは、本法人の居宅介護支援事業所が平成24年1月から関わり始めた。平成20年に夫が亡くなり、独居生活開始。平成24年当時はアルツハイマー型認知症の診断はあったものの、1人で暮らし、買い物、受診なども自転車を使用し、近隣住民、民生委員、弟子（茶道：自宅に茶室あり）、教会の牧師、友人等、これまで関係者の支援によって生活されていた。

家族は福岡県、山口県に居住しており、日中自宅で何をしているかわからない、認知症の進行も心配し、訪問介護のサービスなどを利用してほしいという希望もあり、週2回生活援助（食事、掃除）での訪問開始となる。

あわせて、夜間対応型訪問介護の利用も開始する。訪問に関しては拒否的であったが、顔を見に行くという話により、訪問が実施できた。平成24年5月頃から、訪問日を忘れての外出、薬の飲み忘れ、食材の管理がうまくできないなど顕著に見られるようになる。受診後に内服薬を紛失する、郵便物の紛失などあり、訪問介護を週4日、週6日と日数を増やしてゆく。

買い物などは自分で行くが、同じものを大量に購入することもある。買い物をすることを持続してもらうために訪問介護員が買い物リストを作成して「これを買ってきてね」とメモを渡すが、「なぜ自分が使用しない物を買わなければならないのか？」と訪問介護員が渡すメモに対していらだつ場面も見られるようになる。このころから通所介護の利用を勧めるも、本人はまだ早いと拒否。

◆平成25年2月

調理が全くできなくなる（IHの上に炊飯器のお釜をおいて調理しようとする）朝食、夕食も食べているか確実ではない、鍵のかけ方がわからない、自転車にも乗れなくなるということもあり、定期巡回随時対応型訪問介護看護にサービス変更する。

◆平成25年12月

知人（A氏）（息子の同級生の母親）が自宅に上がり、ヘルパーが作った料理と一緒に食べたり、長時間自宅にいて、宿泊もしているようで本人から迷惑という発言がある。また、A氏の訪問回数が多くなることによって、物取られ妄想が強くなる。A氏が自宅に長時間おり、本人が安心できる相手ではないという認識により、財布や現金を隠している場所を変更する。そのことによりますます場所がわからなくなっているという状況であった。この頃から、「息子が帰省していて、今は外出中だが息子のことが心配」という発言が時折見られるようになる。

◆平成 26 年 5 月

総合病院の主治医が転勤で不在となり、市内のクリニックへ医師の変更を行う。

◆平成 26 年 6 月

A 氏の訪問は続いており、引き離す目的もあり以前から勧めていた通所介護の利用開始。これまでの習慣から教会に行くとのことでお誘いする。外出、サービスの提供については混乱なく利用される。

◆平成 26 年 7 月

「主人が亡くなった」「主人を迎えに行く」と頻繁に近隣の民生委員宅に行く。「夫が殺されたので行かなければいけない」と外出することが毎日起こるようになる。(時間はまちまち、1 日に複数回もあり) その際は、近隣住民が話をしても理解できず、担当の介護支援専門員(ケアマネジャー)などに連絡が入ることが頻繁に発生する。

それまで支援をしていた近隣住民、教会の牧師もこのままの生活に不安を抱かれるようになり、家族とも相談し、「認知症の症状のさらなる進行への不安、近隣住民との関係も考えると施設に入所させた方がよいと考えている」とのこと。

すぐに入所というわけではなく、通いと宿泊と訪問が可能な小規模多機能型居宅介護の説明を行う。

◆平成 26 年 8 月

小規模多機能型居宅介護への変更を行う。当時の担当ケアマネジャーは、小規模多機能型居宅介護へのサービス変更について見えない時間帯(夜間)の生活が不明、訪問のみでの対応の限界(出来高報酬であるため、訪問回数の増回の限界)や通所、ケアマネジャー、定期巡回との連携の限界、不穏時(徘徊の増加)の急な通所や宿泊の必要性、今後起こってくるであろう排泄などの介助の必要性を考え、小規模多機能型居宅介護サービスへ変更を家族に提案をした。

◆訪問支援内容

朝：毎日、内服薬の確認へ訪問、ゴミ出しの日はゴミ出し促し、郵便物の確認。

：冷蔵庫より朝食準備、ご飯は冷凍ご飯、副食はセブンミール(宅配)

昼：昼食は小規模多機能型居宅介護事業所から食事のケータリング、安否確認、電化製品が使えなくなったため、タイマー設定等実施。エアコン、ストーブ、炊飯器等

夕：戸締り、就寝支援。家族の帰宅を待つことがあるため、言葉かけ。

セブンミール(宅配)の受け取り声かけ。

支援開始後、近隣住民に M 氏に関わっていることを伝えるため挨拶実施。今後は小規模多機能居宅介護が支援を担当すること、「通い」「訪問」「宿泊」と急な変更

も対応できることを伝え、近隣住民の不安の軽減に努め、M氏が在宅で生活できる限界を引き延ばそうとした。以前のように近隣住民からご本人が不穏時連絡をもらうようにし、都度訪問支援実施。

時には 21：30 頃、隣人より連絡あり。「M氏が外をウロウロしている」とのことで訪問支援実施。玄関先や室内の電気が点いている。隣人も玄関先に来て下さり合流する。本人は「娘が帰ってくるはずなのに、まだ帰ってこない」と心配されている様子。隣人も説明するがなかなか納得されないとのこと。室内にて 15 分程度これまでの子育てのこと、夫との生活のことなどの話を傾聴し、落ち着いたところで、「今日は遅くなるから、子どもさんたちはホテルに泊まってもらいましょう」「あなたが来てくれて安心した」と落ち着かれたため、布団へ誘導し、就寝していただく。「娘には無理に帰ってこないように伝えて」と納得され笑顔でスタッフを見送られる。

その他に訪問時、「息子が突然帰って来ることがあるから」とテーブルに食事を二人分用意したり、息子の友達が泊まっているからと 4 人分食事を準備していたこともある。その都度傾聴説明、一緒に仏壇をお参りするなどの支援を実施する。

教会の牧師さん夫婦が、本人のそれまでの生活スタイル、見守ってくれる地域のキーパーソンである。本人も元々のクリスチャンであり、子ども達が自立し、夫が亡くなった後は特に心の拠り所であった。教会及び牧師夫婦は認知症になっても、関係が繋がっていた場所である。また、これまでの生活や変化等、継続して見守りをしているよき理解者でもある。本人も「教会に行かない」という希望があり、日曜日は馴染みの教会礼拝準備（眼鏡、ハンカチ、寄付金、服装選び）牧師が迎えに来るのをともに待ち、送り出しを行った。礼拝後も自宅に送り届けたことを牧師から連絡をもらい、本人の様子をお聞きし、訪問支援行った。

また、訪問時、不在の場合、行きつけのスーパー、美容院（来店した場合は娘さんに連絡が入るよう依頼している）等、周辺を搜索。概ね、スーパーに買い物に行かれている。一緒に買い物を行い、その時のご本人の様子によって、通いにお連れする場合や、自宅に送り、一緒に調理を行うこともあった。

支援を始めて 2 年が経過したころより、早朝より出かけ道に迷うことが散見され始め、地域住民が発見したり、事業所職員等に保護されることが多くみられるようになる。「引っ越しに行かないと」「子供たちが帰ってこない」等のワードが出現しているため、短時間の訪問では、スタッフが帰宅した後に不安になり、再度戸外へ出かけることも数回あり、通いの定員が空いている且つ本人が納得した場合、通い利用へ変更し、少しずつ通い、宿泊の頻度が多くなる。

排泄に関してもトイレがわからず、自宅内や事業所でも失禁が多くなる。家族も「そろそろ限界だと感じる。これまでは本人が一人暮らしを楽しそうにしていることが幸いだったが、慣れ親しんだ寄り合いセンターの中のグループホームに入所させたい。」と意向あり。

◆平成 28 年 8 月

併設グループホームの入居の声掛けを行い、家族は入居を希望。グループホームに

入居となる。現在も教会の礼拝には参加し、それまでの関係を少しでも継続できる
よう支援を行っている。

(4) まとめ・考察

この事例では、本人の希望する、住み慣れた自宅で、これまで構築してきた人間
関係を断ち切らない支援方法として、居宅介護支援事業所の介護支援専門員、定期
巡回随時対応型訪問介護看護、通所介護の介入を開始した。しかし、認知症の進行
とともに、3事業所が関わることで情報伝達や集約が遅れることや、地域の方からは
誰に相談してよいか窓口が分かり難かった。小規模多機能型居宅介護に変更してか
らは支援とマネジメントを行う1つの事業所が行うことにより、地域の方も支えや
すく、そのおかげで迅速に対応ができることが多かった。生活を点で見るのではなく、1
日の流れで確認できる小規模多機能型居宅介護が関わったことで、家族・牧
師・民生委員・近隣住民・美容室等、これまでの関係者から情報が集約でき、M氏
を支援するメンバーとして一体感、信頼関係が構築できた。

今回のケースはグループホームへの入所となり、もう少し在宅での生活が支援で
きたのではないかという思いもあるが、小規模多機能型居宅介護は「通い」「訪問」
「宿泊」を組み合わせ、サービス量の増加や施設入所を検討した際にも、柔軟に受
け入れができ、在宅生活にリスクが出た場合は、拠点として一時的に長期宿泊も可
能となる。

独居で家族が遠方であり、周囲の関係者の不満や不安（家族への不満を含め）を
解消するためには、聞き役としての小規模多機能型居宅介護があり、些細なこと
でも小規模多機能型居宅介護に相談すれば何とかしてくれるという構図が周囲の関係
者の安心・納得にもつながり、自宅での生活の継続ができたのではと思われる。

5. 調査から見えてきた小規模多機能型居宅介護の訪問機能

訪問調査、事例から見えてきたことは、

- ・時間の融通が利く
- ・支援内容の規定がない（老計10号の適用外）
- ・急な変更（通い拒否）にも柔軟に対応でき、訪問に切り替えることができる。
- ・本人や家族からの相談によりその場で訪問の支援内容の判断・変更ができる。
- ・関係づくりの訪問から始まり、ニーズによって通いや宿泊のかかわりにつながる。
- ・訪問介護は時間、支援内容が決まっているのでスタッフが何をすべきかが明確である。そのため支える側から見ると支援しやすい。小規模多機能型居宅介護の訪問は、自宅や本人の状態像によって臨機応変、優先順位による支援が可能であるため、スタッフのスキルが求められる。
- ・訪問してからの利用者の状態や家族の状況により、現場においてスタッフの気付きや判断により、支援内容の変更や追加訪問を即時的にチームで判断することが可能。
- ・必要に応じて1日に複数回訪問することができる（「2時間ルール(※)」の適用外)

※2つの訪問介護サービスの間隔が2時間以上あいていない場合、2つのサービスを1つのサービスとみなす既定。

- ・認知症の利用者で、送迎拒否などがある場合、本人のタイミングを見計らい、訪問したスタッフがそのまま送迎することができる。
- ・介護支援専門員（ケアマネジャー）と訪問する職員が同一事業所（日々顔を合わせるチーム）のため、情報共有や目的の共有がやりやすい。
- ・受診に同行している。

ということであった。

小規模多機能型居宅介護の3つの機能である「通い」「訪問」「宿泊」は「通所介護」「訪問介護」「短期入所介護」ではなく、それぞれ別の機能である。そして、その機能は「誰もが住み慣れた地域や自宅で、認知症になっても介護が必要になっても住み続けることができる」ことを実現することを目的としている。

それを実現するためには、その人と暮らしの全体を俯瞰して理解することが重要である。それは、できないことや困っていることのみ注目してその行為を補っただけでは暮らしを支えているとは言えないのではないだろうか。

出来高報酬のサービスでは提供できる時間と行為に制限がある。できる行為の制限の良し悪しではなく、そのような違いがあるということである。一方、小規模多機能型居宅介護は包括報酬であるため、訪問における行為について制限がない。制限がないというのは正確ではなく、そこに支援の必要性があり、ケアプランに位置付けられる内容であれば、その場その時で別の支援や時間の短縮、延長が可能であるということである。そして時間を延長しても、支援内容に変化が生じても料金に変化がない。

例えば、通いを拒否されている利用者に対して、顔見知りになりなじみの関係を作るため、訪問によって関係性を構築するといったことは訪問介護では不可能である。何か具体的な作業をする事柄があるわけではなく、関係を作ることを目的に訪問するのである。そしてこの機会を通じて相手を理解し、自分たちが何をしないとイケないのかを考えるとともに、利用者にとっても相手（事業者）を知る機会を自宅にて作る事ができる。

また、その訪問は一人で行う場合も多い。事業所でケアを行うのではなく、自宅や地域で行うことになるため、支援者本位（ケアをする側）で関わる事ができない。相手の環境とはその人の暮らしのルールに則ってケアをするということであり、すなわちその人の暮らしを意識して関わらないとイケない環境であるということである。

暮らしは人それぞれ違う。個別である。ADLの状態や認知症の症状が同じようであっても暮らしぶりが違えば支援の方法もおのずと違いがあるのである。

そこで重要なことはチームケアである。他職種連携をチームケアと表現することもあがあるが、ここでは同じ事業所におけるスタッフ同士におけるチームケアのことを言う。

何か困った時や悩んだ時に相談できる環境が事業所の中にあることが大切である。自宅での支援において、解決できないことが起こった場合、スタッフはどのように関わればいいのか、どのようなケアが有効なのか悩む。そんな時、通いで様子、別の日の自宅での様子を複数のスタッフが把握し身近にいるため、いつでも相談・話し合いができる環境があることが強みである。解決する方法がすぐに見つからなくても何のために支援しているのか目標を共有することができるかがカギである。なぜならば、介護保険のサービスをマネジメントしているのはケアプランであり、介護支援専門員（ケアマネジャー）である。小規模多機能型居宅介護には介護支援専門員（ケアマネジャー）が計画作成担当者として内包されており、現場と一緒にいる。日々の利用者の状況を詳細に説明しなくても状態像を共有しており、日々変化するケアの状況も把握しているからこそ、相談しやすい環境が作りやすいのではないかと考える。

次に、本人を在宅で支えるためには、周囲の環境も含めて支える必要がある。

本人の暮らしぶりを俯瞰して生活全体を把握しているからこそ、本人の状態像だけでなく、家族や近隣・知人等との関係性の変化に気が付くことができる。そして本人の暮らしの継続には、本人を支えている家族や見守っている地域、関わっている関係機関のすべての理解が必要であり、連絡調整係が必要である。

そのすべてを調整することもケアマネジメント機能のひとつである。例えば「一人暮らしで、火の元が心配」という周囲の声によって在宅生活の継続が困難になるのであれば、その問題に向き合う必要がある。「周囲が言っていること」という理由で関わりを持たなければ、やがては本人の状態像に関係なく、施設入所を迫られることも少なくない。

訪問において直接的なケアだけでなく、環境づくりや周囲への配慮を行っていることが実態調査から明らかになった。このことは、出来高報酬の訪問介護と小規模多機能型居宅介護における訪問と構造が違うことから起こり得るのではないかと推測する。

訪問介護員が「この人にとって必要な周囲への説明や配慮・支援」に気が付いたとしても老計 10 号にない行為となると支援することができない。訪問介護員は決められた支援（ケアプラン・個別援助計画）を行えばいいのであって、それ以外の困りごとについては訪問介護事業所の守備範囲外である。

小規模多機能型居宅介護は 24 時間 365 日の責任がある。それは小規模多機能型居宅介護を利用すると他のサービスの利用が制限され自分たちが支えなければ他に頼れるものがない、責任転嫁できないのである。また、そこにはケアマネジメントとケアが内包されており、常に一体として支援が行われている。私たちの範疇でないといって支援せずに放置しておくことで今後困りごとが大きくなり自分たちのところに戻ってくるのが予測されれば、その前に対応することを考えるのである。

自分たち事業所だけが頑張って支援を行うだけではなく、周囲の協力が必要不可欠である。周囲からの協力はお願いしたから得られるものではなく、様々な関係を構築してこそ成り立つものである。様々な関係づくりが困難であり手間がかかるからこそ多くの事業所では悩み、難しいと感じている。

ケアマネジメントにおいては、サービス担当者会議を開いて情報共有を行って協力を求めたり、事業所視点でインフォーマルサービスとのつながりを作ったりすれば地域との関係ができ本人を支えられると考えられていた。

本人の認知症状や心身の状態像のみに目を向け、周囲の関係性に目が向かなくなり、要介護状態になった今の状況にのみ注目が置かれたことによって、本来本人が持っているこれまでの人や物、場所との繋がりが見えなくなってしまった。課題のみを抽出することがアセスメントに置き換わってしまった結果である。それはケアをするためには状態像や病状、障害などの状況を理解しないとケアが提供できないからである。

しかし、暮らしを支えるためにはその人の障害や病気だけではなく、家族や近隣との関係など暮らし全体を見渡さないと地域での暮らしは継続できない。事業者が 24 時間 365 日火の元の心配をし続けることはできないからである。火の元が心配な利用者に対して、火事の危険から守るための支援としての電磁調理器や火災報知機、消火器の配置などの直接的な支援に加え、危険を除去したことの説明とともに、周囲への見守りや声掛けをより一層お願いすることが、これまで同様に火の元を心配してくれる周囲の力を活かす支援であり、周囲の不安を安心に変えるための間接的な支援である。

包括報酬だからすべてを事業所が行うことが支援なのではなく、本人の持っている力を活かすのと同様に、本人の持っている関係力へ働きかけをすることで地域生活は可能になるのではないだろうか。

小規模多機能型居宅介護おける訪問では、直接的な介護を行う訪問と関係性を保つような間接援助の訪問とを切り分けずに、両者とも訪問として一体となっていることも強みである。

調査から見えてきたポイント①

【その人の暮らしを中心に考える】

事業所だけではなくて暮らしの場（自宅、地域）でも利用者をみているので、暮らしを支える目が養える。

【訪問ができるケアのスキル】

事業所だけではなく利用者の自宅や地域でケアを行うことで「事業所でのかかり方」ではなく「自宅や地域でのかかり方」も求められるため、その場、その時に合わせた決まりや資源を活用することが求められるため、自宅や地域と事業所でのケアの落差を最小限にし、軸足を自宅や地域においた暮らしを支えるためのケアの実力がつく。

【人と暮らしの全体性】

自宅での暮らしの様子が直接見え、感じるからこそ、暮らしの全体を感じることができる。

【アセスメント力・プレイングマネジャー】

ある意味何をやってもいい自由度の高さが、スタッフの力量が上げる

調査から見えてきたポイント②

【家族支援・地域への関わり・チームケア】

家族も支援するチームの一員だからこそ、24時間365日支えられる。だからこそ家族支援や地域支援が必要と理解でき、それらを含めたチームケアが必要となる。

【ミーティング・即応、柔軟な支援】

悩んだことを常に相談し合える環境があることで、毎日がサービス担当者会議となる。だからこそスタッフは安心して自信をもって訪問ができる。

【目標の共有・情報の共有】

自分しか見ていないことも多いからこそ、チームに伝えることが大切。やってきたことを、みんなに報告することが大切。

【24時間365日を支える連続性】

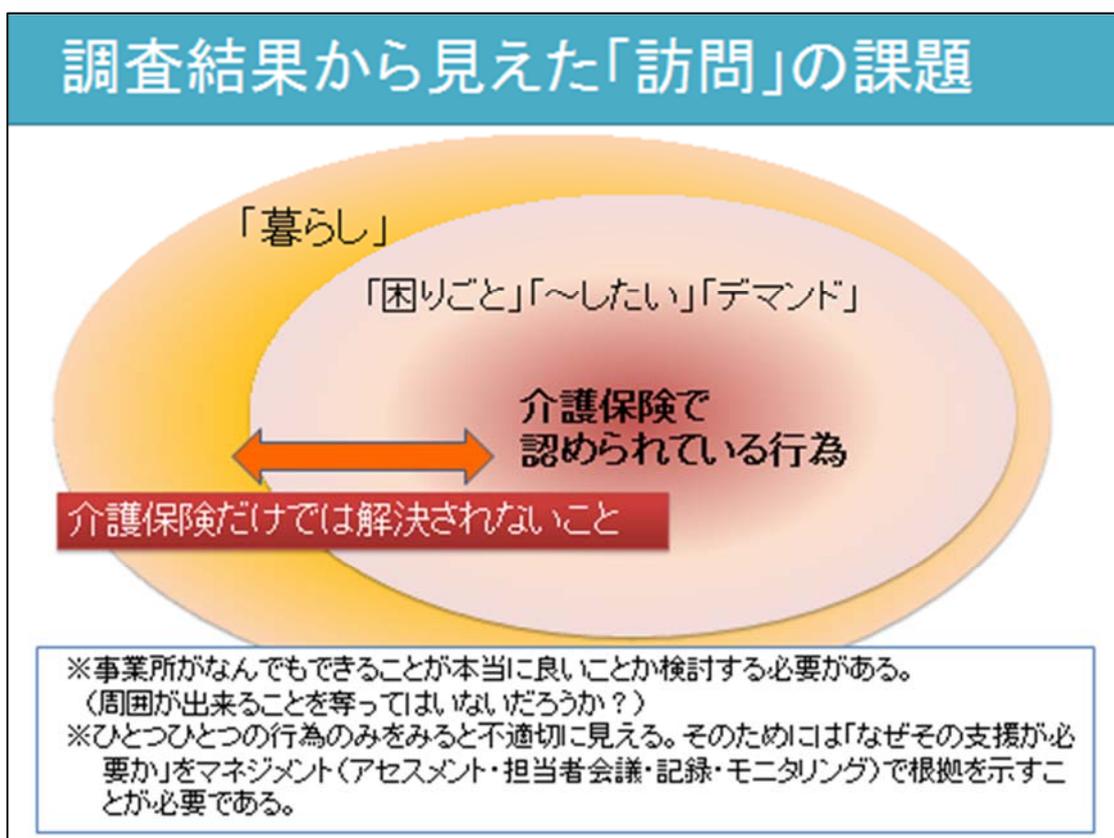
自宅でかかわるからこそ、自分たちがかかわっていない時ことを想像することで支援や注意を払う。

（アセスメント：起こっていることから、原因と予後予測をたて、それに合った支援やかかわりを考える。）

【課題】

小規模多機能型居宅介護の訪問は「なんでもできる」というのは間違いである。なぜ、その関わり（訪問）が必要であるかをケアマネジメントのプロセスの中で明らかにし、ケアプランに位置付けられないといけない。家族が希望しているから、本人が訴えるからということだけを理由として支援することも正しくはない。表出されている訴え（デマンド）の奥に隠れている潜在的なニーズを理解することが重要である。ニーズはすぐに導き出されるものではない。また人の暮らしにおいては揺らぎがあり、変化し続けるのである。今日は良くても明日も良いわけではないのである。

また、小規模多機能型居宅介護は包括報酬だからこそ、できることが多い。しかし、事業所がなんでもやってしまうことが良いことか、考えないといけない。事業所が肩代わりすることで、家族や地域の能力や機会を奪ってはいないだろうか。やりすぎず、それでいて困った時にはすぐに手が出せる。そんな絶妙な距離を保つことが大切ではないかと思う。



次に、小規模多機能型居宅介護事業所は地域密着型であり小規模である。だからこそ周囲の環境の影響を受けやすい。これまで本会では早めの出会いが大切であると伝えてきた。早く出会って、どのような暮らしを今後送りたいかを一緒に考えながら、いざという時はその意志に沿って支えていく。支え続けることこそが、小規模多機能型居宅介護事業者の役割であると伝えてきた。

しかし、総合事業が始まれば軽度者はその事業に吸収されてしまう。また、重度者

はさまざまな理由により介護老人福祉施設や有料老人ホームなどの住宅系サービスに抜き取られていく現状が訪問調査からも明らかになった。

小規模多機能型居宅介護の訪問の実践から見えてきたのは、暮らしを支えるために何をしないといけないのか？ということである。それは単なるケアという直接的な介護だけではなく、環境作りや周囲との調整、根回しなど間接的な支援である。暮らし全体を見通せるからこそ、そこで起こっている困りごとや暮らしづらさが理解できるのではないだろうか。最初に理解することは障害や病気、認知症の程度によりできないことではなく、その人の価値観やこれまでの暮らしぶり、どのように暮らし続けたいのかという暮らしの全体性であり、そこから困り事をみることの方が大切なかわりではないかと考える。

第3章

要支援者や生活支援についての検証及び地域での
生活を支援するコーディネート機能の検証

1. はじめに

小規模多機能型居宅介護のケアの特徴である隣近所や知人友人等の人と人とのつながりや、暦や習慣、生きがい、役割、仕事などとのつながり等、本人の持っている力を活用した支援（ライフサポートワーク）のノウハウを生かし、要支援者や登録者以外の高齢者への支援や地域のコーディネート機能について全国調査と訪問調査から検証する。

- ・地域での生活を支援するコーディネート機能（ライフサポートワーカー）
- ・地域でつなぐ（地域をつなぐ）マネジメント機能のあり方
- ・生活圏域の拠点としての「共生機能」の実態把握
- ・コーディネーターの養成のあり方

厚生労働省において「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」や「ニッポン一億総活躍プラン」「地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会（地域力強化検討会）」、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の設置、第193回通常国会において地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案など、制度施策という点でも様々な角度から誰もが住み慣れた生活圏域の中で暮らすことができるような手立てが検討されている。

小規模多機能型居宅介護では、ライフサポートワークを通じ住み慣れた地域で暮らし続けられることを目的に支援してきた。その実践の結果として、利用者がこれまでの人生で培ってきた人や場所、ものをつなぐ、つなぎ直すことで事業所だけで支えるのではなく、利用者を気にかけてくれる地域の人とともに支える実践が見られるようになった。

ライフサポートワークを通じた利用者と利用者の周囲との関わりは、利用者の問題だけでなく、地域が気にしていること、困りごとなど、利用者や運営推進会議を通じて地域課題にも関わるようになってきたのである。

また、利用者を自宅や地域で支えるためには家族支援は重要である。しかし、これまでの家族支援は介護者である家族のレスパイト目的が中心で、家族が在宅や地域においてケアの担い手として機能するための支援が家族支援の主たる内容であった。

しかし、今回の調査から小規模多機能型居宅介護が介護者にとってのレスパイトということだけでなく、独居や老夫婦世帯、老々介護などが引き起こす課題や、経済的課題、育児や家族の病気など様々な問題が存在することがわかった。そもそも家族構成が小さくなり、家族で支えられる力が弱まっていることも一つの要因であると考えられるが、本人を取り巻く環境（生活費、住まい、家族の生活困窮や先進的・身体的障害等）に課題があり、長期化・複雑化し、課題が複合化しやすいことも現実にある。

これらの課題は、利用者と直接関係がないようであるが、利用者を含めた家族環境が変化することで、直接利用者に影響を及ぼし無視できない事態に陥ることも少なくない。世帯丸ごと支援する必要がある、専門的な視点が不可欠である。そのためには専門機関につなげる機能が必要になる。もしくは、それらの課題に気づくことが必要

となるのである。件数が多いわけではないが、少なくともなくレアで特別なケースというわけではなくなってきたことがデータから見える。

これまで、介護保険サービスを中心に利用者を支えてきたが、これらの課題に対して小規模多機能型居宅介護としてどのような関わりができるのか、地域においてどのような役割が求められるのかを全国調査と訪問調査から検証する。

2. 地域に対する取り組み

(1) 登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題についての相談について

表5.1-1 複合的な課題についての相談の有無

	事業所数	%
①ある	1,708	81.6
②ない	321	15.3
③把握していない	65	3.1
回答数	2,094	

表5.1-2 相談件数

	平均値	中央値
相談された件数〔人（世帯）〕	4.69	3.00

登録者（利用者）の家族（世帯全体）が抱える複合的な課題について相談があったと回答している「ある」が81.6%あり、事業所に相談された数は、平均4.69件（平成27年11月～平成28年10月までの実績）となっていた。

表5.1-3 複合的課題の相談の内容（複数回答）

	事業所数	%
①経済的困窮	1,071	56.3%
②就職活動困難	121	6.4%
③介護者の病気	1,126	59.1%
④家族関係・家族の問題	1,469	77.2%
⑤ダブルケア（介護と子育ての両立）	341	17.9%
⑥住まいの不安定	255	13.4%
⑦その他メンタルヘルスの課題（うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など）	764	40.1%
⑧家計管理の課題	305	16.0%
⑨就職定着困難	63	3.3%
⑩就労継続	138	7.2%
⑪（多重・過重）債務	72	3.8%
⑫障害（手帳あり）	194	10.2%
⑬障害（疑い）	93	4.9%
⑭社会的孤立（ニート・引きこもり）	122	6.4%
⑮コミュニケーションが苦手	157	8.2%
⑯中卒・高校中退・いじめ	11	0.6%
⑰能力の課題（識字・言語・理解等）	103	5.4%
⑱生活習慣の乱れ	235	12.3%
⑲DV・虐待	241	12.7%
⑳けが	84	4.4%
(21) 刑余者	9	0.5%
(22) 自死企図	33	1.7%
(23) 不登校	11	0.6%
(24) 非行	2	0.1%
(25) 被災	29	1.5%
(26) その他	68	3.6%
回答数	1,904	

相談された具体的な内容（複数回答）を見ると、もっとも多く回答があったものは「④家族関係・家族の問題」で77.2%、ついで「③介護者の病気」が59.1%、「①経済的困窮」が56.3%と続く。「⑦メンタルヘルスの課題」の相談も40.1%と少なくない。多種多様な課題、問題に対して事業所が相談に乗っている実態が明らかになっている。

(2) 地域に対する取り組みについての相談について

表5.2-1 介護保険サービス以外の事業や取り組み

	事業所数	%
①している	913	43.8
②していない	1,146	55.0
③その他	36	1.7
回答数	2,085	

介護保険サービス以外の事業や取り組みについて、「している」の43.8%、「していない」事業所が55.0%となっており「している」をやや上回っている。

表 5.2-2 地域の方からの相談等の持ち込み表

	事業所数	%
①あった	1,425	66.3
②なかった	644	30.0
③把握していない	83	3.9
回答数	2,148	

5.2-3 地域の方からの相談等の持ち込み件数(年間)

	事業所数	%
なし	550	27.8
1～10件程度	1,315	66.6
10～30件程度	103	5.2
31～50件程度	3	0.2
50件以上	4	0.2
回答数	1,975	

地域の方から悩みを把握もしくは相談等が持ち込まれた経験が「あった」事業所が66.3%、「なかった」事業所が30.0%となっていた。過去1年間(H27.11～H28.10)に相談のあった件数は、「1～10件程度」が66.6%と最も多かったが、10件を超える相談を受けていた事業所も存在している。

表 5.2-4 地域の方からの持ち込み相談等の内容(複数回答)

	事業所数	%
(1)経済的困窮	207	14.1%
(2)就職活動困難	17	1.2%
(3)介護者の病氣	372	25.4%
(4)家族関係・家族の問題	419	28.6%
(5)ダブルケア(介護と子育ての両立)	78	5.3%
(6)住まいの不安定	87	5.9%
(7)その他メンタルヘルスの課題(うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など)	183	12.5%
(8)家計管理の課題	38	2.6%
(9)就職定着困難	14	1.0%
(10)就労継続	25	1.7%
(11)(多重・過重)債務	11	0.8%
(12)障害(手帳あり)	42	2.9%
(13)障害(疑い)	26	1.8%
(14)社会的孤立(ニート・引きこもり)	71	4.9%
(15)コミュニケーションが苦手	19	1.3%
(16)中卒・高校中退・いじめ	6	0.4%
(17)能力の課題(識字・言語・理解等)	17	1.2%
(18)生活習慣の乱れ	82	5.6%
(19)DV・虐待	69	4.7%
(20)けが	27	1.8%
(21)刑余者	1	0.1%
(22)自死企図	11	0.8%
(23)不登校	7	0.5%
(24)非行	3	0.2%
(25)被災	18	1.2%
(26)ボランティアしたい	358	24.5%
(27)事業所で働きたい	234	16.0%
(28)事業所で実習したい	205	14.0%
(29)介護や福祉の勉強をしたい	170	11.6%
(30)小中学校からの慰問	265	18.1%
(31)見学・視察	738	50.4%
(32)地域行事への協力依頼	574	39.2%
(33)町内会・自治会等の自治組織への加入	189	12.9%
(34)災害時について	246	16.8%
(35)介護保険の話をしてほしい	573	39.2%
(36)近所に心配な人がいる	616	42.1%
(37)近所に迷惑をかける人がいて困っている	228	15.6%
(38)何かしたいが何をしたいかわからない	80	5.5%
(39)その他	88	6.0%
回答数	1,463	

持ち込まれた相談の内容としては、「(31)見学・視察」が50.4%と半数の事業所で回答があった。ついで「(36)近所に心配な人がいる」という相談が42.1%と多い。「(32)地域行事への協力依頼」と「(35)介護保険の話をしてほしい」が39.2%となっている。

全国調査から小規模多機能型居宅介護が地域から利用者以外のことの相談を受けていることがわかった。

小規模多機能型居宅介護の利用ニーズは多様化しており、登録者だけでなくその家族も多くの課題を抱えており、さらに障害者や地域で暮らす高齢者の様々なニーズについても何らかの支援を求めている地域も多い。地域の中で制度の狭間の問題や複合的な課題を抱える者等に対する支援が小規模多機能型居宅介護のもつ機能が有効に展開されれば、社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法等の統合・連結により利用者や地域の課題に寄与できるのではないかと考える。小規模多機能型居宅介護が直接解決するというのではなく、これまでの関係を活用するなかで他専門機関とつながり、地域住民とともに考える地域の拠点・拠り所として活用できないか地域の取り組みから検証する。

3. 事 例

◆総合事業

3.1 小規模多機能ひなた

(1) 基本情報

事業所名	美瑛慈光園小規模多機能ひなた
所在地	北海道上川郡美瑛町美馬牛市街地
併設事業	なし
自法人の関連事業	特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイ、居宅介護支援事業所、サテライト型小規模特養、認知症対応型共同生活介護、老人保健施設(指定管理)、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、配食サービス、送迎サービス他
市町村人口	10,310人(平成29年2月28日現在)
市町村高齢化率	36.6%(平成29年2月28日現在)
面積	676.78km ²
日常生活圏域の数	4か所
小規模多機能型居宅介護の数	5事業所
地域の特徴	農業が主要産業、面積の70%は山林、15%が畑地で市街地から放射線状の伸びる沢沿い集落が形成され、東京23区に匹敵する広大な面積のなかに、高齢者が点在している状況にある。

美瑛町では、2004年の第3期介護保険事業計画作成時に、広大な地域に点在する高齢者を支えていくために、4つの日常生活圏域を設定し、小規模多機能型居宅介護事業所を拠点として整備していく計画を策定した。

その際に事業所は、単に介護保険サービス事業所ということではなく、地域を支えるための地域支援相談室としての機能を持たせていこうという行政との共通認識のもとに事業が展開されてきた。

事業を実施する中で、地域課題の掘り起しは地域住民代表による運営推進会議の場が活用され、個別具体的な相談から地域全体に関わる課題など、様々な意見が出され、事業所による支援や地域の社会資源を活用した取り組み、町への要請などを行って来ている。

(2) 町の総合事業につながっていく取り組み

2017年4月から新しい総合事業が美瑛町でも実施されていくが、これまでの小規模多機能型居宅介護事業所で取り組んできた活動が、総合事業につながり実施されることになった。

事業所の地域展開状況



(3) 月に1度の昼食会が地域のサロン事業に

B圏域の小規模多機能型居宅介護事業所「ひなた」では、開設当初より要支援の方の利用割合が多かった。この地区は過疎化も進み、住民同士が行き来するようなたまり場だった農協の支所や集いの場も次々と閉鎖し、日常的に交流できる場がなくなっていたことから、以前にも増して認定者が増加した要因と考えられる。運営推進会議においても、住民の声としても事業所とは別に、地域の「たまり場」が必要ではないかという意見も出されていた。そこで事業所の所在する地域の公民館を借りて、月に1回誰でも気軽に参加できる昼食会を2010年から実施してきた。

最初は事業所の職員が準備・運営を主導していたが、回を重ねる中で、参加者自らが自宅で作った漬物や惣菜など、思い思いの品を持ち寄るようになり、次第に昼食自体も献立をみんなで考え、当日の材料の準備は職員が行い、調理や配膳、片づけ等は参加したみんなで行うなど、少しずつ自主的な集まりへと変わってきた。

参加した住民の思いは、食事したいということよりもむしろみんなでワイワイ作ったり、味付けを吟味したりしながら、以前のように顔を合わせて会話することや役割分担しながら楽しむことを求めていたのであって「招待」されることを望んでいたものではないのではないかと考える。



こうした取り組みの経緯もあり、2016年、町より総合事業の実施に向け、昼食会をサロンとして他の地域でも実施していく提案があり7月よりモデル事業を社会福祉協議会やNPOと合わせて、町内6か所で実施され、一定の成果を確認し2017年4月よりモデル事業を実施した6か所で一般介護予防事業のサロンを実施することになった。

町が新総合事業開始に向けたモデル事業を実施
地域のみなさんの集いの場づくり

介護保険制度の見直しにより、平成29年4月から美瑛町独自の介護予防事業（介護予防・日常生活支援総合事業）がスタートします。
 新しい事業の実施に向けて、美瑛町では7月から10月の4カ月間、モデル事業を実施します。慈光会は、サロン活動事業（3か所）と生活支援サービス事業を受託して行うことになりました。

モデル事業の内容

○**サロン活動モデル事業**
 家に閉じこもりがちな高齢者の方が気軽に集える場として、町内6か所でサロン活動を実施します。地域のみなさん、ちびっこ大歓迎、どなたでもお気軽に参加ください。

○**生活支援サービスモデル事業**
 これまでの要支援の高齢者の方々等を対象に、地域で自立した生活を継続するために、個々の状態に合わせて、通所型サービスと訪問型サービスを一体的に提供することで、自宅での生活状態や、心身の状態の変化を日常的に把握し、ニーズに合わせた即時的な支援を行うことを目的に実施します。
 具体的には、町内1か所、小規模多機能ひなたで小規模多機能サービスの登録外で、ひなたに通って来られている方々を対象に実施します。

地域みんなのサロン モデル事業のご案内

<p style="text-align: center;">◇美馬牛・留辺蔭・新屋・二股地区◇</p> <p style="text-align: center;">ほっとするさーくるひなた</p> <p style="text-align: center;">7月～10月 第4土曜日 10：00～14：00 千歳会館（美馬牛市街） お問い合わせ 小規模多機能ひなた 電話 95-2143</p>	<p style="text-align: center;">◇横牛・朗根内・猿真布地区◇</p> <p style="text-align: center;">ほっとするさーくる七彩</p> <p style="text-align: center;">7/30(土)・8/26(金)・9/23(金)・10/29(土) 10：00～14：00 寿の家（朗根内） お問い合わせ 小規模多機能七彩 電話 96-2525</p>
<p style="text-align: center;">◇旭・五稜・美田・大村・北瑛地区◇</p> <p style="text-align: center;">ほっとするさーくるほたる</p> <p style="text-align: center;">7/31(日)・8/28(日)・9/25(日)・10/30(日) 10：00～14：00 北瑛行政区会館（北瑛第1） お問い合わせ 小規模多機能ほたる 電話 74-4071</p>	<p style="text-align: center;">◇◇美瑛地区全域◇◇</p> <p style="text-align: center;">ひなたほっこサロン</p> <p style="text-align: center;">7月～10月 第1土曜日 10：00～14：30 ひなたほっこの家（南町1-2-44） お問い合わせ NPOびえいぐらしの助けあい 電話 92-4224（井内）</p>
<p style="text-align: center;">◇◇美瑛地区全域◇◇</p> <p style="text-align: center;">北区サロン</p> <p style="text-align: center;">7月～10月 第4日曜日 9：00～15：00 北区行政区会館（大町1-3） お問い合わせ 美瑛町社会福祉協議会 電話 92-0733</p>	<p style="text-align: center;">◇◇美瑛地区全域◇◇</p> <p style="text-align: center;">あずかサロン</p> <p style="text-align: center;">7月～10月 第4日曜日 9：00～15：00 北区行政区会館（大町1-3） お問い合わせ 美瑛町社会福祉協議会 電話 92-0733</p>

(4) 事業所が行うサロンから老人会と合同での開催の動きも

B圏域の事業所「ひなた」の運営推進会議でモデル事業の実施状況の報告の中で、老人クラブ会長より、以下のような活動の実態が出された。

①単位老人クラブの中には、老人クラブイコール、ゲートボールクラブというところが多く、それによって活動に参加する人たちが限られている。②例会に交通手段がなくて出て来ない人もいるが、自分たちで送迎するのが難しい。③若い人が入って来なく、役員のなり手、運営が大変になってきており、存続が難しくなっている。

こうした実態を受けて、サロンを老人クラブと共催で実施することの話し合いが行われ、以下のような形で実施してみるようになった。

- ①各老人クラブの単位ごとに開催する（3か所で開催）
 - ②開催日は老人会の定例会に合わせて実施する
 - ③老人会の集まりになかなか出て来ない会員宅に役員と事業所職員がまわって参加を呼びかける
 - ④送迎が必要な方は事業所が対応する
- 4月3日に各老人クラブと合同によるサロンの実施にむけ準備を進めている。

(5) 登録外利用の取り組みが総合事業の「生活支援サービス」に

事業所では開設当初より、昼食代500円を持って遊びに来ている方がいた。友だちがひなたに登録して通っているのを聞いて「私も行きたい」ということで通って来るようになった。事業所としても、介護保険サービスを利用することにより、これまでのつながりを断ち切ることは、本人にとっても友人にとっても悪影響を及ぼすのではないかと考え、これまでどおりの友人関係を継続することが自宅や地域で生活していくためには大切なこととして、非該当の方でも実費（昼食代）をいただくことで遊びに来ていただくことができるようにした。現在は3名の方が登録外で遊びに来たり、職員が訪問したりしている。

また、事業所としては、できるだけ早い時期から事業所とつながりを持つことで状態像が悪化してから出合うのではなく、お元気な時からかわりを持つことで、症状や機能低下から本人を捉えるのではなく、B地区に住む住民として以前と変わらないかわりをもつことができるシームレスな支援につなげて行きたいと考え実施してきた。こうした実践に対して、町より総合事業の生活支援サービスとして行うことの提案を受け、2016年7月からモデル事業として実施、検討を重ね、2017年4月から町より委託を受け、5つの小規模多機能型居宅介護事業所で事業を実施することになった。町は、総合事業の3つめである「その他の生活支援サービス」を活用し、小規模多機能型居宅介護において総合事業に取り組むこととなった。

介護予防・日常生活支援総合事業等の状況(サービス類型)

1. 訪問型サービス

* 現行の訪問介護相当

① 訪問介護

* 多様なサービス

② 訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)

③ 訪問型サービスB (住民主体による支援)

④ 訪問型サービスC (短期集中予防サービス)

⑤ 訪問型サービス (移動支援)

2. 通所型サービス

* 現行の通所介護相当

① 通所介護

* 多様なサービス

② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)

③ 通所型サービスB (住民主体による支援)

④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)

3. その他の生活支援サービス

① 栄養改善を目的とした配食事

② 住民ボランティアが行う見守り

③ 訪問型サービス・通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援 →ここに該当

(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)



もちろん地域のニーズも様々であり、2017年4月以降は、小規模多機能型居宅介護事業所において住民の状況に合わせたサービス提供体制を整えている。

- ① 介護保険サービス (小規模多機能型居宅介護) の登録者としての利用
- ② 総合事業の生活支援サービスとして利用
- ③ 登録外の利用

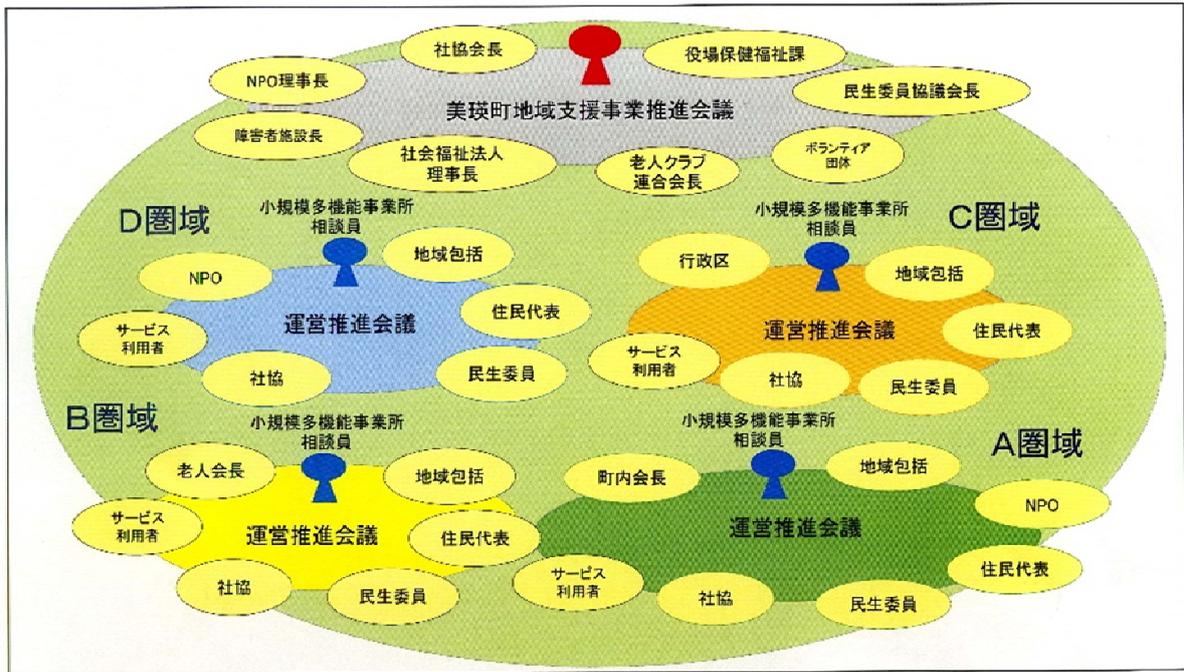
以上の3本立てで、個々のニーズに応じて行きたいと考えている。

(6) これまでの取り組みを通して

生活圏域ごとに地域を支える拠点として小規模多機能型居宅介護事業所が整備され、これまでの活動の中で、事業所は運営推進会議での話し合いの中から、地域課題を明らかにして、新しい取り組みを作っていくという役割を担っている。

そして、今回総合事業の実施に合わせて設置された、地域団体代表による町の「地域支援事業推進会議」の中で生活圏域での取り組みが取り上げられ、総合事業として町内で展開されることになった。

まさに、日常生活圏域ごとの小規模多機能型居宅介護事業所で実施されている運営推進会議が国の示す第2層の協議体であり、事業所が地域支援コーディネーターの役割を担っていると言える。



そして、総合事業の推進を議論する町の地域支援事業推進会議が第1層の協議体として事業を作っていく役割を果たしている。

◆複合的な課題を抱える世帯及び地域支援・拠点

3.2 ちば地域生活支援舎

(1) 基本情報

事業所名	鶺嶺の家
所在地	千葉県東金市
併設事業	障害福祉サービス：基準該当生活介護 基準該当自立訓練(生活・機能)
自法人の関連事業	高齢関係：小規模多機能型居宅介護、サテライト小規模多機能型居宅介護（1か所）認知症対応型共同生活介護 障害関係：生活介護、自立訓練、就労継続支援B型事業、障害者ヘルプ事業（居宅介護・行動援護等）、相談支援事業 児童関係：放課後等デイサービス、児童発達支援事業 生困関係：自立相談支援事業（委託事業） 地域福祉：サロン、福祉塾、情報センター
市町村人口	59,962人（平成28年4月1日現在）
市町村高齢化率	26.2%（平成28年4月1日現在）
面積	89.12 km ²
日常生活圏域の数	2か所
小規模多機能型居宅介護の数	5事業所（サテライト含む）
地域の特徴	<p>東金市は、東京都心まで約50km、千葉県のほぼ中央部に位置している。人口は約6万人で温暖な気候に恵まれ、平野部は良質な田園地帯が太平洋に向かって広がり、丘陵地は山武杉の森林に覆われている。</p> <p>古くは江戸時代、徳川家康の鷹狩りのために「御成街道」が造られたことにより、この地に宿場町と近隣の農産物が集まる問屋街とが形成された。以降、東金は物流の集散地としてにぎわうようになり、九十九里地域の中核都市として発展した。</p> <p>近年、市内に大学が開設されたことにより、国際色豊かに人口の流入もあるが、人口は年々減少の一途をたどっており、商店街もシャッター通りとなっている。</p>

(2) 基本コンセプト

当事業所（以降、鶺嶺の家とする）は、「本人の思いや願いをうけとめ、生きる力を地域で支える」という理念のもと、高齢者や障がい者、子どもなど地域に住む誰もが、住み慣れた地域で馴染みの関係性を維持しながら最期まで暮らし続けられるサービスづくりと地域での支援づくりをするため、「小規模多機能型居宅介護」の前身である宅老所の実践に学び、平成17年に共生型の宅老所を開設した。

開設した東金市は、千葉県の外房エリア、九十九里浜に位置し、古くから城下町として栄えた地域である。人口約6万。高齢化率26.2%、千葉県の平均は25.4%であるため、若干高い。人口は多少の増減はあるものの減少傾向になっており、逆に高齢化率は上がってきている。

支援エリアとしては、東金市内の中心部の2つの小学校区程度（中学校区）を基本とした。東金市の中心部であるため、代々東金で業を営んできた旧住民と近年東金市移り住んだ新住民が混在する地域で、介護や子育て、障がい者支援にかかる生活課題も多様な地域である。

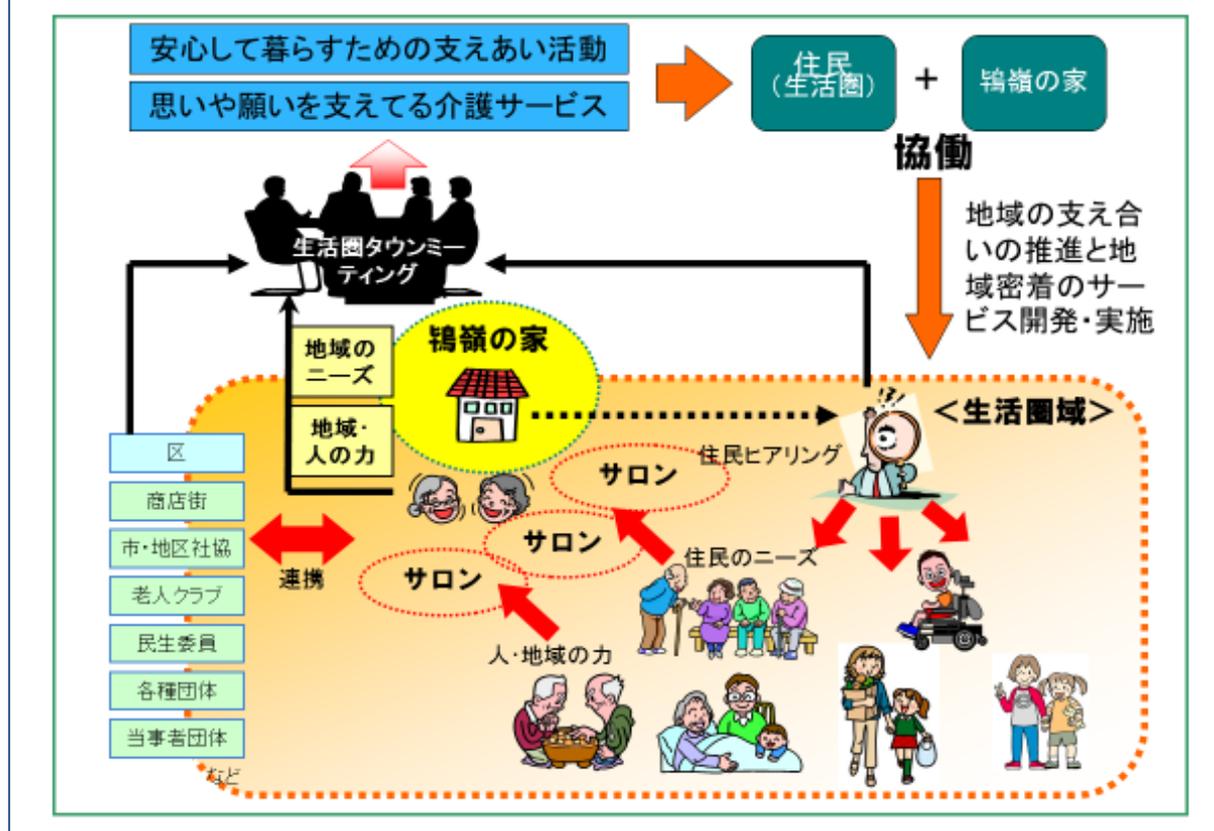
(3) 地域とのつながりづくり

開設にあたっては、近所や自治会役員、民生委員、地区社協などへのあいさつ回りや開所式等を行い啓発に努めた。

気軽に立ち寄ってもらえる場、地域のニーズ把握のため、地域の多様な人たちを対象とした昼食付きのサロンからはじめた。「消しゴム版画」や「着物地での小物づくり」、「詩吟（しぎん）」など毎回多様なテーマで実施。広報については、自治会長の理解により回覧版での広報に協力をいただいた。参加者は、毎回6~7人の少人数であったが、様々な方に参加いただいた。例えば、市内の施設に入居されている方、障がいのある当事者、要介護高齢者とその家族等、のちに事業所内の利用者も参加し、サロンを通じて近隣住民への当事者理解や関わりづくりの場にもなった。

この取り組みを始めて間もなく、通いを基本とした要介護高齢者が数人利用するようになり、その利用者のニーズからお泊りや外出・訪問へと支援が広がっていった。

生活圏域で安心して暮らせる仕組みづくり（H17～H18）



開所して5か月目、鶺嶺の家で使用する中古家具やソファを地域に募集する広報誌を見た方から、ソファ提供の話とともに、自宅に引きこもっている息子さんの相談が寄せられた。当事者となるTさんは、市内に在住する20代の男性。知的障害から市内の特別支援学校へ通学し、卒業後、市内の作業所で働いていたが、他の利用者・スタッフとの関係がくずれ、自宅に引きこもり、ここ数年自宅から出ない状態であった。

自宅に伺い、慎重に本人との関係を築くことから始めた。彼の家にある中古のソファをいただける話をもらい、事業所への運搬の手伝いをきっかけに外出を試みた。手伝いの後、鶺嶺の家や知らない場所に来ることに抵抗のあったTさんもかかわりを丁寧に持つことによりすっかり慣れ、翌週から鶺嶺の家に「手伝い?」「仕事?」という目的で通ってくることになる。この支援にあたっては、当時千葉県が、富山県や長野県等と同様に、経済特区による介護保険のデイサービスでの障害児者を受入られる仕組みを整備していたためそれを活用した。

通ってくるようになって、彼は少しずつ本来の「Tさんらしさ」を発揮し始めた。とても話好きでひょうきん、お願いするととても熱心に仕事や作業をしてくれた。通い初めて数か月後、「すっかり馴染んだね」と家族と話すなかで、昔は自宅前のバス停からバスに乗って20分かけて市内の作業所まで通っていたという話を聞き、家族や本人と何度も話し、スタッフが同行したり、陰から見守ったり、バスの運転手に協力をお願いしたり等数年かけて、昔のように自分でバスを使って来るようになった。

鶺嶺の家の過ごし方も、本人が一人で念仏のような言葉を唱えながら、一人の時間

を満喫したり、昼寝するという個別的な過ごし方から、一緒の場所にいる認知症の高齢者の方と絡まないけれど談笑したり、昼食づくりやおやつづくりを手伝ってくれたり、子どもの面倒を見てくれたりと他とかかわることが増え、気に掛けるようになってきた。

現在Tさんは、鶺嶺の家の毎日利用から、一般就労に向けて訓練する就労事業所に週4日通い、週1日だけ「自立訓練」として鶺嶺の家に通っている。今後に向けて、自立して生活するための仲間づくりや日常生活力を高めるための時間となっている。

(5) 地域に存在しない障害児の支援から

Tさんへの支援が始まった2か月後、鶺嶺の家の近所、徒歩3分圏内に住む方から、障がいのある子どもの居場所の相談が寄せられた。

B君は、元気で愛想がよい小学3年生、知的な障がいと身体の障がいにより、一般の学童保育の利用ができない状況にあった。また、当時は東金市内に障害児の受け入れ施設もなかったため、支援を行うことにした。

関わり始めてわかったことは、B君の近所や自治会長も含め、地域の人達は、自分達の自治会に障がい児者がいることを知らないということ。その要因は、特別支援学校と自宅を常にドアツードアで送迎していることで、家族自体もあまり積極的に地域の活動に参加しないことにあった。

そのため、支援には極力車両を使わず、車いすにのった状態で近所の公園や買い物等に出向くようにした。また、夏休み以降の放課後の学校迎えなどもあえて車両を使わないで車いすを押しながら歩行する送迎とした。

B君と同じく夏休みから利用になった小学校1年生のSちゃんは、好奇心が旺盛で、とても動きの多い子であったため、家の中で過ごすのが難しく、暑い日も寒い日もマンツーマンで近所中を散策して歩いた。ある時は近所の犬を飼っているお宅に、またある時は可愛い表示のあるお店やお宅に伺った。時々、一般的には聞き取りづらい、わからない声も出すので、通行する方に「ぎょっと」されることもあった。

しかし、来る日も来る日も歩き続けたおかげで、近所の人たちに鶺嶺の家のことを知ってもらったり、子どもたちやお年寄り、障がいの人たちのことも知ってもらうことができた。また人によっては、名前を憶えてもたったりして、次第に周囲から受け入れてもらえるようになっていった。

自分の自治会には、障害のある子どもや人はいないと思っていた自治会長にサロンを通じて知っていただき、学校帰りに通学路にあるお店の店員さんから「お帰り」と声をかけてもらえるようになった。

鶺嶺の家の中での認知症や要介護高齢者との関わりは、食事時や外出、ふとした日常の中での関わりで、それぞれの状態や年代、生活スタイルを大事に支援を行った。

私たちは、もともと、高齢者分野での経験とスキルが中心のスタッフばかりであったため、本人や家族、近隣の専門分野のお話を伺いながらの支援であった。

ただ、一人ひとりの生活課題に寄り添いながら支えるという点では、子どもであろうが、障がいの方であろうが、認知症高齢者であろうがあまり変わらないような気がしている。むしろ、その人たち・その子らとの出会い方が大事である。

(6) 登録・利用者以外の支援について

最近あったとても特殊な出会いとしては、近所に住む触法関係の方である。

鶺嶺の家の庭の草むしりを利用者と一緒をしていたところ、隣のアパートからその様子見ていた強面の男性（Cさん）が、アパートから鶺嶺の家にやって来て、「俺にも手伝わせてくれ」と話しかけてきた。何かただならない雰囲気を感じた私たちは、Cさんから話を聞いてみると「今までさんざん悪いことをしてきた。今は執行猶予期間で親元に帰って来ているが、刑務所に戻る前に、今草むしりをしている方や子ども達とふれあいたい。良いことがしたい」とのことだった。スタッフからは、前科もあり、またこれからも刑務所に入る人を受け入れて良いのか？利用者に危害を加えないのか？など、さまざまな意見が出た。でも、まずは、受け止めてみることにした。

結果、そのCさんは、刑務所に戻るまでの一週間、とても親切かつ丁寧に利用者へお話しされ、草むしりにも積極的協力してくれ、壊れていたフェンスの修理までしてくれた。

Cさんは、今も刑務所から私たちに手紙をくれる。

Cさんは、鶺嶺の家の利用者ではないが、なんらか、本人の中での課題や生きづらさを抱えていることはわかったため、受け止め、その思いや持っている力を求めているものにつなぐことも、福祉的な地域拠点の一つの役割と機能であると考えている。

(7) 共生ケアという実践

高齢分野と障害分野の支援を単純には比較はできない。しかし、あえて言えば、高齢分野の中でも認知症ケアは、治らない又は治りにくい病気によって、これまでの暮らしや獲得してきた権利を失っていく流れにある。それをどのような関わりによって維持・継続し、本人の尊厳を保つかということが問われる。ここで大きな役割を果たす一つとして医療があるが、認知症という病気により起る周辺症状や生活障害に対しては、必ずしも医療という側面だけでは解決できない。その人のこれまでの暮らしや関係性、その人らしさなどを把握したうえでの支援が必要となるため、暮らしを支えるための介護が必要となる。介護の中でも特に地域生活を支援する要素やソーシャルワーク的視点が重要である。しかし現実には、生活や人に焦点があたり、認知症状による行動障害に目が向き、場当たりの対応に終始しがちである。

一方、障害福祉分野は、先天性の障害（その人の個性）や治らない中途障害による周りとの違いや理解不足による差別により普通の暮らしが送れないこと、権利保障されない状況等がある。そのため、障害をどう個性として位置づけ、思い思いの暮らしができるようにするための環境改善、権利獲得・擁護、差別防止に務めるといった関わりが必要になる。そのため認知症ケアと同様に、地域生活を支援する要素やソーシャルワーク的視点が重要である。一方で、肢体不自由や難病、障害者の高齢化に伴う支援などは、医療的ケアや基礎介護が必要かつ重要な場合もあり、その部分では、一部の障害福祉専門職・専門施設を除いては苦手としている部分である。

鶺嶺の家の実践を通じて見えてきた、高齢者と障害児者の行動範囲や活動の量や内容の違いによるかかわり方の違いについては、強度行動障害等の理由による専門的な行動援護を必要とする場合を除き、個別支援という観点で見たときには大きな

違いは少ないのではないだろうか。あるとすれば、かかわる専門職側にその知識やスキルが身についているかという点と対象者に対する一方的な援助や庇護の対象とみなす偏向姿勢によるものではなかろうか。職員を見ていると、業務であるゆえ仕方ないと勤務している部分も否めないが、対象者への出会い方や関わり方、関わる人数規模や密度によっては、高齢者分野で培ったノウハウをもってかかわることができていると感じる。

小規模多機能型居宅介護は、地域に密着したサービス拠点として、共生ケアを推進する役割・機能を十分に兼ね備えていると考えている。ただ、障害者や生活困窮者、その他DV、セクシャルマイノリティによる偏見・差別などの内容によっては、身近な地域での支援が、本人にとって苦しく・困難な場合もある。この点に関し、ソーシャルワーカーの中には、「地域密着」「生活圏域の支援」に対し、疑問を投げかけられる場合もある。

しかし、小規模多機能型居宅介護単体で解決しようとするれば難しいこともあるが、近隣地域の人々の協力や社会資源としっかりつながり協働することにより、対応可能である。また、別の生活圏域や市町村の小規模多機能型居宅介護の連絡会や事業者同士のネットワークで、共同で対応することもその一つの対応として考えられる。

共同とは、DVやマイノリティ等の課題は本人の居住場所近くでは、支援が難しい場合もあるが、特例的に他の施設や地域で受入・支援を行い、安定後に戻れる可能性があればもとの地域に戻すという意味である。

小規模多機能型居宅介護は、そのサービス固有の力とそれを支える連絡会・ネットワークの力を持ち得ていると考える。

さらに「社会福祉事業」という使命や地域の「福祉拠点」としての役割を果たす小規模多機能型居宅介護と考えた時に、高齢や障害のみならず社会で起こっている触法関係者の社会復帰施設の受け入れ不足や、社会的理解と支援の役割を考え、チャレンジすることもあってよいと考える。

鵷嶺の家で誰かの「人の役に立ちたい」という思いを受け止め支援することができたのも、関わるスタッフの意識と理解、本人を見立てる力と問題発生時の覚悟なのかもしれない。

鵷嶺の家でのこれまでの取り組み、そして、先に見据える「共生ケア」の観点としては、5点があげられる。

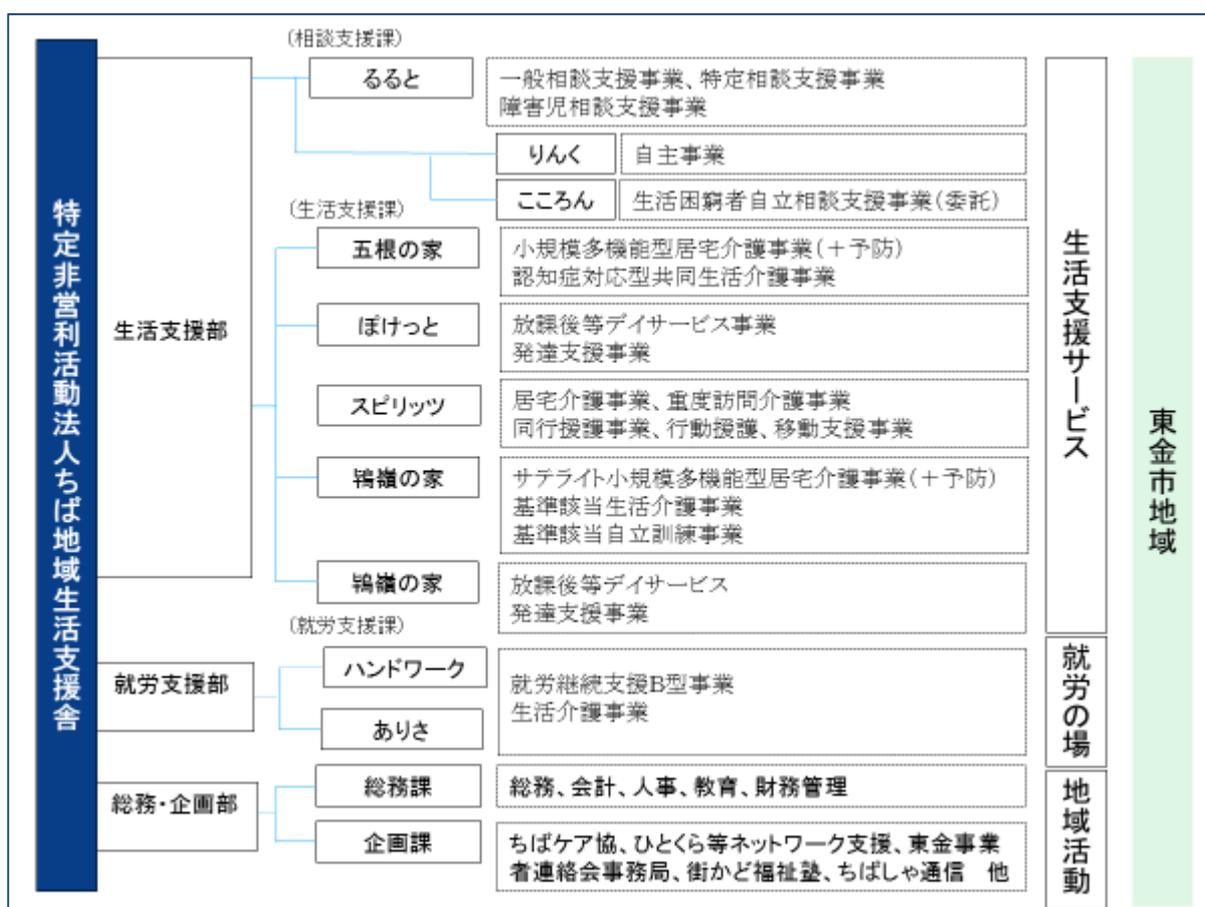
- ①本人（利用者）の暮らしに密着した人たちとの関わりの維持・継続支援
- ②本人（利用者）の暮らしに密着するであろう人たちとの関係づくり支援
- ③サービス利用者同士の日常の関わり合いの支援
- ④鵷嶺の家という場を通じてのサービス利用者と地域住民の関わり合いの支援
- ⑤鵷嶺の家の近隣地域のニーズや課題を住民が共有して共に支援を育む

(8) これまでの取り組みを通じて

現在、鵺嶺の家は、開設当初の通所介護をベースにした宅老所から小規模多機能型居宅介護のサテライト事業所としての平成 28 年 4 月に指定を受けた。一方障害者総合支援法上は、東金市からの基準該当生活介護、基準該当自立訓練の指定を受けた。また、制度を利用できない・事業指定を受けられない・対象にならない部分については、これまで同様、自費又は法人内の他のサービスの補填し支援をしている。

法人としては、鵺嶺の家から見えたニーズや地域課題に応えるため、障害者総合支援法や児童福祉法、生活困窮者自立支援法などに基づく個別サービスを展開している。その中で、それぞれの分野・サービスでの実践を深め、その実践から学んだものを「鵺嶺の家」の実践に取り入れて、地域拠点として強化を図っていきたいと考えている。

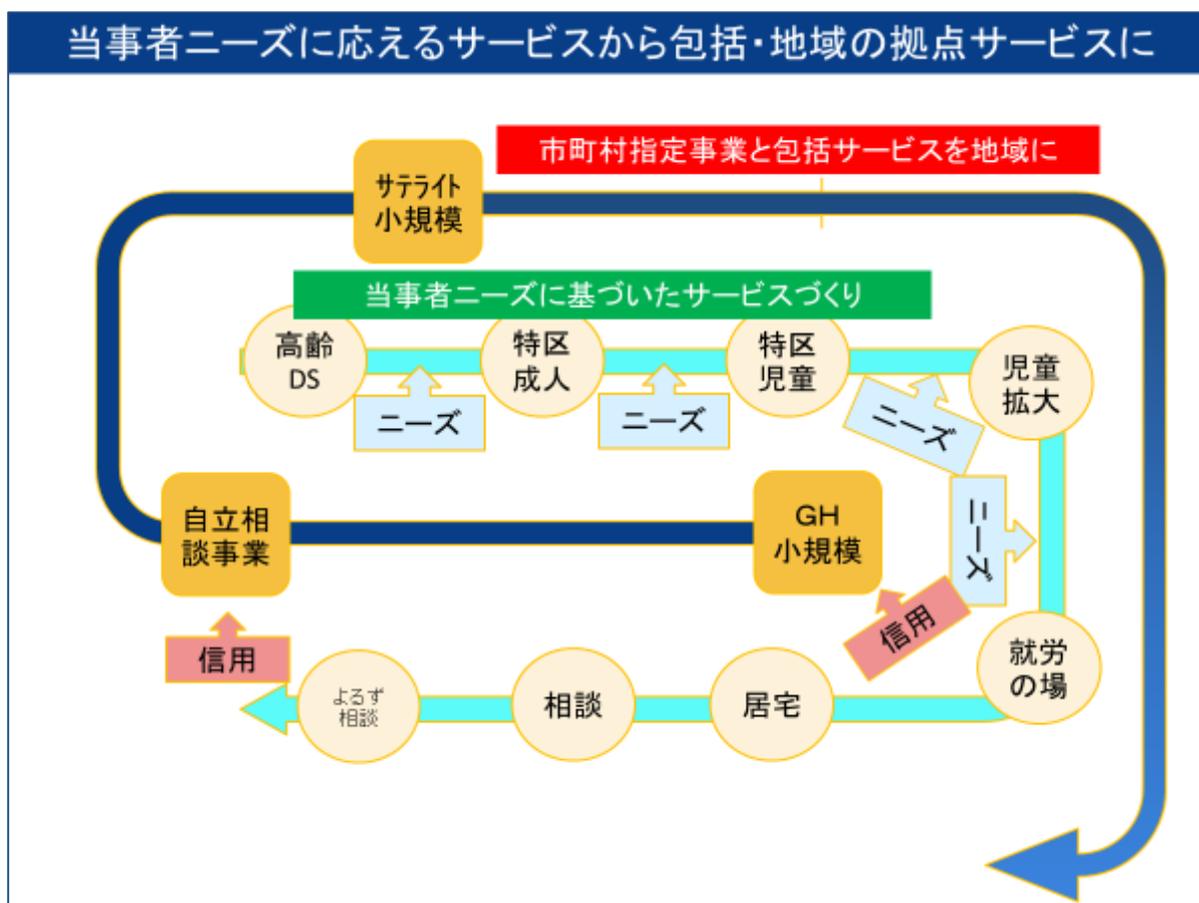
また、この実践を市内の次の生活圏域（小学校区・中学校区）に展開するとともに、そうした取り組みを広げたいと考えている。



一方、目の前のニーズや持ち込まれた地域課題に柔軟に対応していくことが小規模多機能型居宅介護の強みであるが、それと対になる総合相談支援の整備も急務であるため、障害の相談支援に加え、生活困窮者の自立相談支援、地域福祉情報センターりんくなどの相談支援実践にも取り組んでいる。

(9) 今後の課題

鶉嶺の家の共生ケアの実践は、先達の実践と開設当初の千葉県の政策や東金市の理解、関係者や地域の協力に、偶然にも後押しされたものである。



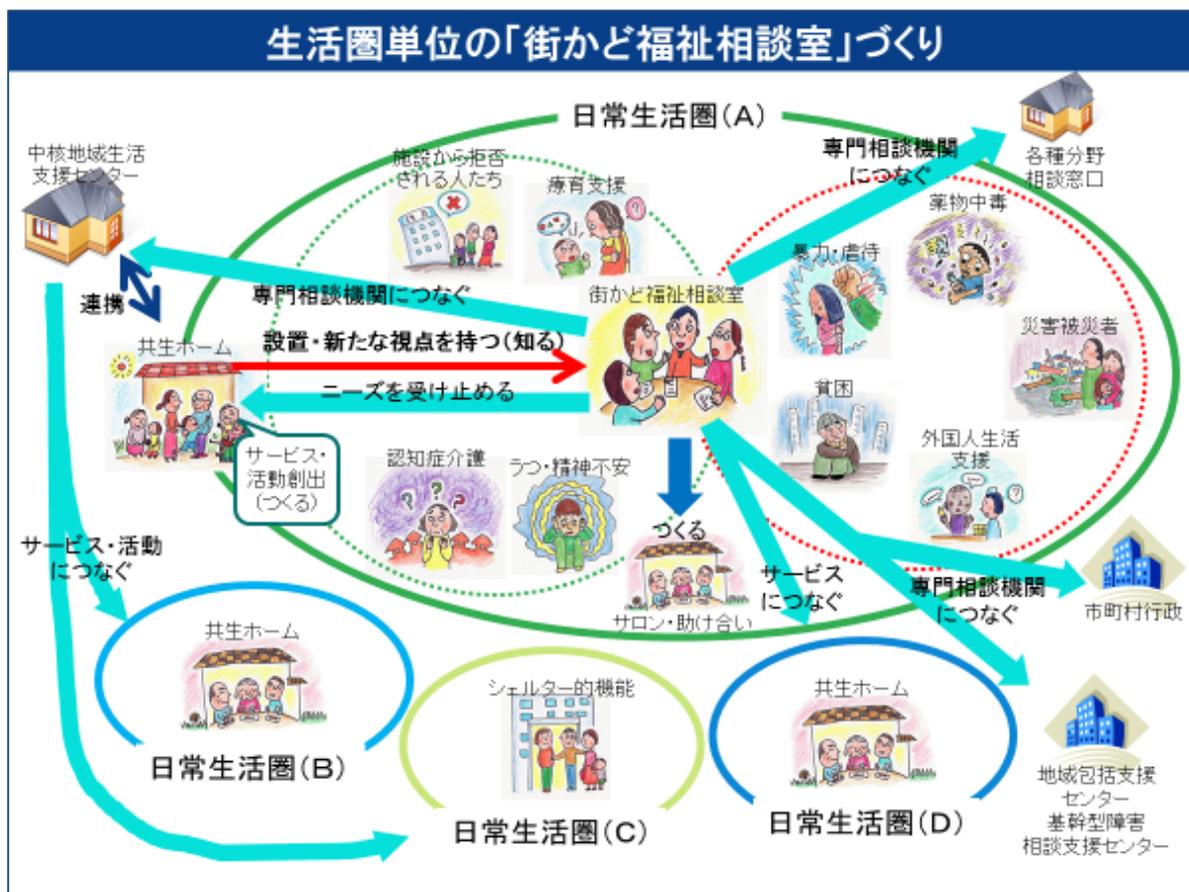
元々、共生ケアの源流である富山や長野の宅老所の実践において、その実践を制度として後押しするため、特区制度や当時の制度を一部改正し、つぎはぎ的に整備され、現在に至ったように感じている。

つぎはぎ的とは言え、その時々に必要な改正がなされ、実践を後押しされたことは、サービスがない地域での支援や地域のニーズに即時的に対応できる仕組み、利用者の関係性からつながる連続的な支援、包括的な支援という点では、大きな効果があったと感じている。

また、これまで、高齢や障害、児童など縦割りで福祉・介護サービスが提供されてきたわが国では、地域において制度やサービスを統合した横断的な支援によって、高齢者の残存能力の活用や障がいを持つ方の潜在能力を引き出すことでの相乗効果を生み出すことにつながったことは成果といえよう。

ただ、一方では実践者によってその支援の中身に幅が生じ、共生ケアの適切な推進につながっていない状況がある。また、介護保険や障害者総合支援法、児童福祉法等のサービスを横断するため、制度の理解はもちろんのこと、行政サイドの担当窓口がバラバラであるために、必要なサービスや支援に関する相談や推進に関する相談体制がない。さらに、障害・児童に対する支援は、基準該当サービス等による部分的な整

備になっているため、小規模多機能型居宅介護の強みである包括的ケアマネジメントと支援ができない状況になっている。具体的には、相談支援と居宅介護をはじめとした訪問系支援が、拠点から一環した支援としてできない状況となっている。



現在の共生型事業は、介護保険事業が基本となり、そこに障害福祉サービスが「通所系」「宿泊系」のサービスをのせ、基準・人員配置は基本に基づく形になっている。自治体の障害福祉担当課は、指定だけを行い実地指導的な要素を果たさない。そのため事業者は、高齢福祉担当課による介護保険の実施指導のみとなっている。介護保険上のサービスの質の担保としてはよいが、障害福祉サービスとして、さらには共生型サービスとして共生ケアという観点で見た時には決して十分な状況ではないと考える。

これは、単に自治体の実地指導体制を強化すればよいということではなく、本当に共生型サービスや共生ケアを推進していこうとする場合に、ともにサービスの質を考え、施策を考える自治体の窓口や担当課や専門職（ソーシャルワーカー）がない・いないことが問題なのである。

今後推進される共生型サービス事業所の創設において、地域福祉事業や地域福祉計画も大事であるが、その中身を支えるフォーマルサービス（共生型サービス）をチェックできる体制も必要と考える。

小規模多機能型居宅介護において共生型サービスが適用されるのであれば、高齢・児童・障害を含めた登録・通い・宿泊・相談支援の枠組みが望ましい。報酬も障害程度区分に応じた月額報酬体系が必要である。また、人員配置等においては、小規模多機能型居宅介護の基本人員と訪問体制加算にならった形での共生型体制加算を整備

し、訪問を基本とした人員体制の整備が望ましいと考える。障がい児者の支援はマンツーマン支援的な要素も多いためである。



現在国が示す「わが事丸ごと」が示す施策の一つとして、小さな拠点や共生ケアを推進するならば、高齢・児童・障害・生活困窮者等を包括したサービスの枠組みが必要であると考えられる。

3.3 小規模多機能型居宅介護「きんめい」「はしたて」

(1) 基本情報

事業所名	小規模多機能型居宅介護「きんめい」「はしたて」
所在地	石川県加賀市
併設事業	認知症対応型共同生活介護 就労継続支援事業（A型） 等
自法人の関連事業	障害福祉事業：就労継続支援事業（A型）、相談支援事業 介護保険事業：認知症対応型共同生活介護事業、居宅介護 支援事業、認知症対応型通所介護事業
市町村人口	68,789 人（平成 28 年 10 月 1 日現在）
市町村高齢化率	32.7%（平成 28 年 10 月 1 日現在）
面積	306 km ²
日常生活圏域の数	7 か所
小規模多機能型居宅 介護の数	12 事業所
地域の特徴	加賀市は、石川県の南西に位置する市で福井県と接し金沢より J R 特急で 25 分程度。平成 17 年 10 月に旧来からの加賀市と山中町が新設合併して誕生。日本海に面し、面積の 7 割を森林が占めた豊かな自然環境である。約 3,900 のものづくり企業の事業所が立地している産業都市であり、伝統工芸（九谷焼・山中漆器）、国の重要文化財（長流亭、山の下寺院群等）を有し、加賀温泉郷（山代温泉、片山津温泉、山中温泉）として北陸新幹線の開通もあわせ温泉地年間観光入込客数約 200 万人にのぼる観光地である。

共生型の在り方について

～小規模多機能型居宅介護における取り組みから～

小規模多機能型居宅介護（以下、「小規模多機能」と言う。）における共生型サービスについては端緒に就いたばかりである。それ故実践数も少なく、小規模多機能としてのあり方を明確に示す状況にはない。しかし、小規模多機能の利用ニーズは多様化しており登録者だけでなくその家族も多くの問題を抱えており、さらに障害者や地域で暮らす高齢者の様々なニーズについても何らかの支援を小規模多機能に求めている地域も多くある。地域の中であって制度の狭間の問題や複合的な課題を抱える者等に対する支援は、小規模多機能のもつ機能が有効に展開される場合も想定され、基準該当サービスを活用することの有効性や総合事業等の連結により小規模多機能が持つ伸びしろにもっと注目すべきであろう。介護保険サービスの複合的運営だけでなく障害者総合支援法との連結によってその対象となる方の地域での生活の継続が可能となるのであれば、小規模多機能のもつ多機能化はさらに多くの可能性を見出すことになる。小規模多機能がハブ機能となって各機関による協働を包括的にサービス展開

することも決して不可能なことではない。複数の課題を抱えている本人・家族やサービス利用がスムーズに行われていない場合など小規模多機能のもっている専門性や人材を地域展開することは望まれるところでもある。介護保険だけでない共生型サービスのあり方を模索するための一事例として本法人が実施した「地域包括支援センターブランチ」と「宅配弁当事業」「基準該当による障害者デイ」を通して考察するとともに、実践から「共生」の意味について考えたい。

(2) 小規模多機能型居宅介護における地域包括支援センターブランチの取り組み

1) 取り組みの実際

①個別の相談

加賀市は小規模多機能型居宅介護を実施する「小規模多機能ホームはしたて」（以下、「小規模多機能」と言う。）に、地域包括支援センターブランチ（以下、「ブランチ」と言う。）の業務を委託している。ブランチでは地域住民や家族、関係機関から介護や生活に係る相談を受け、訪問やケア会議等を実施している。相談は緊急な場合や家族の都合で夜間、土、日の場合もある。事業所は小規模多機能であるため、24時間365日開所しており、いつでも相談を受け付けることができる。また、ブランチとして主担当を決め活動しているが、必要に応じて小規模多機能の全スタッフが主担当へのつなぎや、緊急時の訪問活動を実施している。

実際の支援にあたっては、既存のサービスを当てはめるのではなく、本人や関係機関の持つ、地域での繋がりを断ち切らない、あるいは結びなおす等の支援を心掛け、これまでの暮らしの継続や本人・家族の自己実現を重視している。

小規模多機能はブランチに加え、障害者総合支援法上の相談支援事業所を併設しており、ブランチの主担当は相談支援事業所の相談支援専門員を兼務している。例えば高齢者の相談に訪問に行くと、同居している精神障害者の息子にも支援が必要であること等がある。年齢や障害の種別に関わりなく、地域住民の誰もが福祉や介護等の相談を身近な場所でできる総合相談窓口として更なる充実を図っていく事が重要である。



②地域活動への参加

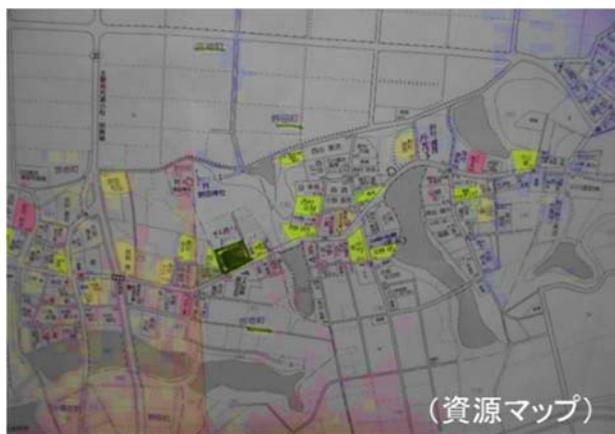
加賀市橋立地区には9町あり、その内4町でサロン活動やサークル活動を実施している。各会は月に3回程度実施され、ブランチとして少なくとも月1回ずつ参加してきた。会に参加している地域住民と顔なじみになることで、ブランチの機能について普及啓発することができ、本人自身の介護相談は基より、家族や友人の相談等も受けることが増えてきた。

また、各会には小規模多機能の利用者と一緒に参加している。小規模多機能の利用者の中には認知症等によって介護が必要になり、住民との関係が途切れている方も少なくない。そのため一緒に参加すると、会の参加者から「久しぶりやね」「よく来たね」「元気そうやね」等とお互いに再会を喜ばれ、小規模多機能の利用者の繋がりを結びなおす機会になっている。

その他、自治会、まちづくり推進協議会、民生委員協議会、各町内会等へ定期的に参加した。地域の様々な課題からランチや小規模多機能として地域に貢献できることがないか一緒に検討した。

③資源マップづくり

区長や民生委員、その他住民の方々と、地域で気になる人・場、あるいは橋立で暮らしていく上で重要な人・場等を確認、共有するために橋立の地図を広げ、「資源マップ」づくりを行った。ランチとして考えつくのは、公民館や各町の民生委員等であるが、住民の方々からは住民だからこそ把握している資源がたくさん示された。例えば気になる「人」であれば、一人暮らし高齢者世帯、障害のある子がいる世帯等であり、気になる「場」であれば治安に影響する空き家、土砂崩れの恐れのある斜面等である。また、要になる「人」であれば地域の世話焼きさん等であり、要になる「場」であれば商店、居酒屋、喫茶店等が意見として出された。更にはそれぞれの「人」同士や「人」と「場」との関係性について理解を深める機会となった。



これらはランチにおける個別支援において、相談者の福祉ニーズに対してサービスの当てはめではなく、これまでの繋がりを重視した支援に役立てることができた。また一方で繋がりが切れている場合には改めて結びなおす支援にも役立てることができた。またランチで出会った住民に対してだけでなく、小規模多機能や同地域にある他の介護事業所の利用者の方の支援にも活かすことができた。

④地域の拠点づくり

サロンやサークル活動がない地域において、ランチにおける個別相談や区長や民生委員、老人会長等の町内の役員だけでなく、一般の住民との座談会等において、「お互いにお茶でも飲みながら旦那の愚痴を言いたい」「最近、あの人の顔を見ないけどどうしているかな」「ちょっとした体操をしたい」「隣のサロンまで行っているが、もっと近くにあったら良いのに」等の声を伺っていた。ランチとして他の町の活動を伝えることや、加賀市社会福祉協議会が事務局で実施しているサロンに係る補助金について情報を提供する等し、サロンづくりを住民の方々と検討している。現在、老人会のメンバーが中心となり、町内会がバックアップする形で月1回程度からサロン

活動を実施していこうと準備中である。

⑤事業所を地域の新たな拠点として

ランチが地域の方にとって馴染みの場所となるよう、また小規模多機能の利用者や地域住民がお互いの交流の場となるよう、ランチが人の集まる場（トポス）の機能を持たないか試行錯誤している。

例えば月 1 回昼食の時間帯（11 時～14 時）に「おでん屋」を始めた。地域の方々が気軽に食べに来てくれる場になり、一人暮らしで、いつも一人で食事をしている方にとって会話を楽しみながら食事ができる機会になっている。また日頃は顔を合わせない住民同士の交流の場や、小規模多機能の利用者と住民が再開する場となっている。一方で「おでん屋」の前日から小規模多機能の利用者と一緒に仕込みをする等、利用者の方の活躍できる機会にもなっている。

また、月 1 回のペースで手芸サークルができないか、地域の方々と企画を練っている。ランチでかかわりのある地域のお年寄りで手芸の先生をしていた方がおり、閉じこもりがちになっていることを知った。その方が活躍できる場をつくれなかと考えたことがきっかけだった。一方で、80 歳代前後の方の中には、地域の特性上、若い時分に和裁や洋裁をしていた方が少なくない。小規模多機能の利用者の中にも、「洋裁を習いに行っていた」「友達と一緒に洋裁をしていた時が一番楽しかった」と思い出を話す人もおり、生きがいにつながる活動にならないかと考えている。

⑥歴史や風土を理解する

橋立地区にある 9 町の歴史について文献を調べる、町にある資料館を訪問する、地域の方々に講義いただく等して、事業所内で勉強会を重ねた。歴史を理解することで、ランチでかかわる住民や小規模多機能の利用者の生きてきた時代背景を知る手がかりになり、これまでの暮らしや今後の望む暮らしに係る思いを深く理解することにつながった。

今後、事業所も地域の社会資源として、橋立の風土を大切にし、歴史を継承していく活動や、観光を盛り立てる活動ができないか等、まちづくりに如何に貢献できるかを検討していくことも重要であろう。

2) 取り組みから考える有効性

小規模多機能もランチも、誰しものが身近な地域で自分らしく暮らし続けられることを支援することや、そのための地域づくりが活動目的の一つとして共通しており、お互いの活動が連動しやすいと考える。

例えば、小規模多機能には

- 24 時間 365 日開所している
- 小規模多機能の職員には事業所で培った臨機応変で柔軟な支援を実施するノウハウがある
- 宿泊できる場がある
- 町内会等への参画、地域行事への参加、地域住民が集える拠点づくり、地域住民のニーズに応じた自主事業の実施、運営推進会議等を活用した地域づくりなど、

日常的な地域との繋がりを大切にしている等の特徴、あるいは活動を通して培ったノウハウや関係力がある。そのため、上記取り組み例にあるように、加賀市からランチに求められる①訪問による相談対応機能、②地域福祉活動拠点等後方支援機能、③緊急時対応可能な機能を発揮しやすい。

「地域づくり」には拠点が必要である。小規模多機能の利用者等とのかかわりから見出される地域課題やランチ活動で把握する地域課題について、事業所として取り組めることと、地域全体で取り組むことが必要なことの両側面から検討することができ、住民のニーズに基づく地域資源の充実を図る上で効果的である。

3) 取り組みから見えた課題

小規模多機能での登録者への介護や生活支援を超えた活動について、一部の登録者の家族からは不安な声が上がっている。小規模多機能の登録者へのケアの質が低下することの懸念やスタッフ不足による基礎介護力の低下の心配である。これは小規模多機能のスタッフが忙しそうに動いていることや、そもそも小規模多機能が地域の資源として住民のニーズに基づいたあらゆる支援にチャレンジし続けることが求められるという意識がスタッフによって格差があることが原因と考える。

本来、小規模多機能を有効に機能させるにはチームの概念が不可欠である。ランチにおいて担当者が決められていても、支援の実態はスタッフ全体で取り組んでおり、ランチ自体が多機能性を有していると思われる。

全スタッフで利用者へのかかわりや言動を点検するとともに、改めて小規模多機能は登録者に対する「通い」「泊り」「訪問」を組み合わせた支援に止まらず、地域住民にとっての身近な相談窓口として機能することや、地域づくりに寄与することが求められること等、「多機能化」の意味を考えることが重要である。

(3) 小規模多機能型居宅介護事業所における宅配弁当事業の取り組み

1) 取り組みの実際

例1 A氏（女性、90歳代、アルツハイマー型認知症、一人暮らし、家族は息子が遠方に在住）

A氏は自分で食事の準備ができなくなったため、遠方（車で50分程度）に住む息子が4日に1回程度、スーパーで買った稲荷寿司と草餅（他のものは食べない）を持って自宅を訪問していた。また、ゴミ捨てがうまくできずに道に散乱することや、猫に餌を与えるため自宅周辺が不衛生になる等によって近隣住民とトラブルが増えていった。

そのため息子は「施設に入りたい」と、地域包括支援センターに相談した。しかし本人は「施設には行きたくない」「一人が気楽」と頑なに拒否した。そのため、一先ず見守りを兼ねて小規模多機能が自主的に実施している、地域の一人暮らし高齢者等に向けた宅配弁当（以下、「宅配弁当事業」と言う。）で支援していくこととなった。

まず、弁当の内容はご本人が唯一食べる稲荷寿司を毎食提供することとした。また、食べてもらえないことを前提に、煮魚や煮物、皮を剥いたトマト等、食べやすいように調理をしたおかずを添えて提供した。当初は稲荷寿司のみ食べていたが、次第にお

かずも食べてくれるようになり、今では「美味しい」と完食してくれるまでになった。

また、宅配スタッフとも顔なじみになり、これまでの暮らしや、夫と苦勞して建てた家を大切に思っていること等を話してくれるようになった。改めて自宅での暮らしが継続できるよう本人、家族の了解の下、民生委員や近所の方を交えてゴミ捨てや餌やりの解決方法を検討した。

ゴミ捨てについては足が不自由になってきて、ゴミ袋をゴミステーションまで引きづって歩くため、袋が破けて散乱していることがわかった。そのため、ゴミをまとめて家の前に置いておけば、近所の人が代わりに出してくれることとなった。また本人は関係ができてきた宅配スタッフに「誰も訪ねて来ない」「知り合いはみんな死んでもうた」と寂しい気持ちを吐露し、「猫はかわいい」と話した。餌やりをするのは一人暮らしの寂しさが背景にあるのではと考えた。そこで民生委員から月1回の体操を行うサークルに誘うこととした。本人がサークルに行くとメンバーからは「久しぶりやったね」「どうしとったんや」等と、これまで途切れていた近所づきあいが再開し、次第に餌やりも減っていった。

宅配スタッフは本人の日々の様子を息子に連絡した。最近では、息子は課題が解決されてきたことや、本人が元気で過ごしている様子を見て、「本当はいつまででも家で暮らさせてやりたいんです」と、本人の自宅での暮らしに安心している様子が伺える。

例2 B氏（男性、80歳代、アルツハイマー型認知症、高血圧、一人暮らし、娘が県外在住）

B氏は妻を急に亡くした。それまで家事等はほとんどしたことがなく、特に食事作りはできないということだった。また、血圧が高く服薬が欠かせないが、時々飲み忘れがあるようだった。そのため宅配弁当事業で減塩食を昼と夕に提供し、訪問した際には服薬の確認を併せて行うこととした。その他の掃除や洗濯等の家事は週に1回、訪問介護を利用することとなった。

食事の内容については減塩食ながらも、なるべく味が感じられるよう調理し提供した。また、服薬については2週に1回程度、飲み忘れがあり、適宜服用を勧めたり、血圧を計らせていただいたりした。健康状態は概ね安定しており本人や家族も安心していた。

B氏はこれまで足腰は丈夫で、多少のふらつきはあったが、杖等は使用せず歩かれていた。しかし、ある日を境に歩くスピードが遅くなったことや、屋内の壁や柱につかまる頻度が増えてきたことに宅配スタッフが気づいた。すぐにケアマネジャーや訪問介護事業所とも情報共有し、本人と娘に受診を勧めた。検査をしたところ硬膜下血腫が見つかり緊急手術となった。原因は転倒したことによる頭部外傷が推測されたが、本人は思い当たる出来事は記憶にないようで、原因不明だった。

術後は良好で徐々に歩行状態も回復し退院した。娘は施設入所を考えたが、本人は家で暮らし続けたいと希望した。小規模多機能の利用によって、「小規模多機能ホームはしたて」がこれまで以上に密に関わることができることを情報提供すると、本人も娘も本人の状況を良く知ったスタッフがいる事業所であれば安心とのことで、小規

模多機能を利用しながら自宅での暮らしを続けていく事となった。

例3 C氏（女性、80歳代、アルツハイマー型認知症、小規模多機能を利用）

C氏は息子夫婦と同居している。もともとは専業主婦で家事や畑仕事に精を出す働き者だった。また、婦人会にも積極的に参加する等、社交的な人だった。しかし認知症を患い、次第に家事がこなせない、畑は作物をすぐに枯らしてしまう等、できないことが増え閉じこもるようになっていった。



息子夫婦はともに働いており、本人を日中一人で過ごさせることに不安を感じ、小規模多機能を利用することとなった。利用当初は口数が少なかったが、元来、働き者で社交的だったため、事業所の食事作りを積極的に手伝ってくれたり、他の利用者の方との会話を楽しまれたりと、徐々に生き生きと過ごすようになった。



そこで宅配弁当事業における宅配業務の同行を提案した。本人は快諾くださり、宅配スタッフとともに配達業務に携わることとなった。すると宅配先で婦人会に参加していた時に交流のあった人と久しぶりに出会い、お互いに励まし合ったり、宅配で地域を歩いていると住民から「Cさん、元気になったわね」と声をかけられたりと、途切れていた繋がりが回復していった。

2) 取り組みから考える有効性

上記事例に加え、他にも宅配弁当によって栄養状態が改善し、体力がついて、今では自分で食事づくりまでできるようになった方や、宅配に併せて電球を交換したり、石油ストーブの灯油交換を行ったりといった「ポイントの支援」によって、暮らしを支援している事例もある。そのことから、小規模多機能で宅配弁当事業を実施した場合、

- 宅配スタッフが本人と馴染みの関係になることや、頻繁に見守りができること、そもそも宅配スタッフには介護や医療に係る知識や技術がある等から、本人の体調の変化や福祉ニーズを敏感にキャッチすることができ、必要な支援にタイムリーにつなぐことができる。
- 小規模多機能として、日常的に地域住民との交流や連携を重視しているため、

宅配弁当事業においても必要な時に近所や民生委員等と連携がスムーズにできる。

- 小規模多機能として、介護等に係る制度や専門機関との繋がりがあため、宅配スタッフとしてサービス担当者会議へ出席する等を通じて、本人の望む暮らしを支えるチームの一員として機能することができる。
- 家族へ小まめに連絡をする等により安心感を持っていただくことができ、家族支援にもつながる。
- 弁当の宅配範囲を事業所のある地域に限定しているため、効率よく宅配でき、宅配弁当利用者の個別の事情（宅配時間、食事の好み、栄養状態改善のためのメニューの提供等）に柔軟に対応できる。また、食事提供以外のポイントの支援（電球の交換、新聞の廃棄、雪かき、服薬の確認、外出支援等）にも対応しやすい。
- 宅配弁当づくりや宅配業務に小規模多機能の利用者に携わっていただくことで、携わっていただく方の生きがいつくりにつながることもある。また、ピアサポート機能を持つこともできる。
- 小規模多機能の訪問機能の延長で実施できるため、人材の確保が容易であることや、低コストに抑えることができ、事業の実施が比較的容易にできる。

等の有効性があると考えており、宅配弁当事業によって施設入所や長期入院等を避けられる場合があることが実証された。

3) 取り組みから見えた課題

今後の課題としては、小規模多機能の登録者への支援を最優先に考えれば、宅配できる範囲や対象者数には限界があり、当該地域の宅配弁当に係るニーズに十分に对应されない場合があるため、どのような工夫が必要か検討を重ねていく必要がある。

(4) 小規模多機能型居宅介護事業所における基準該当生活介護の取り組み

1) 取り組みの実際

例1 D氏（女性、20歳代、脳性小児麻痺による肢体不自由、日中仕事がある母と二人暮らし）

D氏は特別支援学校卒業後、生活介護事業所を月曜日～土曜日、9時～16時まで利用していた。また、母は7時～21時頃まで仕事で不在のことが多いため、生活介護事業所のサービス提供時間以外は日中ショートステイを利用していた。しかし、長年通所を利用してきた生活介護事業所が人員不足を理由に土曜日を閉所することとなった。自宅近くで土曜日に開所している別の事業所がない。そこで、基準該当生活介護を実施している小規模多機能は365日開所しているため、ひとまず土曜日のみ利用していくこととなった。

D氏は人と触れ合うことや外出が好きで、いつかはディズニーランドに行きたいとも考えている。これまでの生活介護事業所では行事として年に数回、メンバーと出かけることはあったが、その日の気分や行きたい場所に併せて気軽に外出できるわけではなかった。一方、小規模多機能では、例えば日々の食材等の買い物にショッピング

センターに行くが、D氏も一緒に出かけ、本人は雑貨店でアクセサリを購入する等、自分なりに外出を楽しまれるようになった。また、大型の生活介護事業所ではイベントの際にボランティア等が入ることはあるが、日常的に地域住民が立ち寄る場にはなっていない。小規模多機能は日頃から地域住民との交流がある。地域のお年寄りが畑仕事の後の一服に立ち寄ったり、お裾分けに野菜を持ってきてくれたりしている。また、学校帰りの子どもが立ち寄ることもある。D氏はそうした住民との交流も楽しまれ、住民も重度の障害者でも地域で暮らすことができることを理解できる機会となっている。

一方、小規模多機能を利用している高齢者の方の中には、当初、涎が出るD氏を見て怪訝な顔をする方もいた。しかし、次第に本人に「よだれをちゃんと拭かんといかん」と言い、やさしく拭かれる等、交流が生まれるようになった。本人も当初は同年代のスタッフとの交流を楽しみにしていたが、少しずつ、高齢者の方とかかわりも好まれるようになってきている。



(事業所内で団らん)

D氏は小規模多機能の利用を続ける中で、小規模多機能へ毎日通いたい希望するようになった。活動や交流が楽しいものになったことに加え、大型の事業所よりも小規模多機能のスタッフは濃密にかかわることができ、本人は上手く言葉にできなくとも思いが伝わりやすいことに安心感を抱くようになったことも大きな要因である。また、



(地域の祭りに外出)

これまで母の仕事の都合で、21時頃まで過ごせる場が必要だったことから、1日の内で生活介護事業所と日中ショートステイ事業所を利用していた。しかし、D氏は1日通して好きな場で過ごすことを希望していた。母の仕事の都合に柔軟に対応できる生活介護事業所はないこともあり、従来の生活介護事業所は解約し、小規模多機能を月曜日から土曜日まで利用することとなった。

例2 E氏（男性、10歳代、難治性てんかん、重度の肢体不自由、知的障害）

E氏は特別支援学校卒業後、生活介護事業所を月曜日から土曜日まで利用していた。しかし当該事業所の土曜日の閉鎖によって、他に土曜日に利用できる生活介護事業所がないこと、範囲を広げて探しても、そもそもてんかんがあると受け入れを断られることが多いことから、看護師もいる基準該当生活介護事業を行う小規模多機能を土曜日のみ利用することとなった。

E氏は利用当初、慣れない場所に戸惑うような様子もあった（場所の確認作業を行う等）が、すぐに本来のペースを取り戻し、場に馴染んで過ごすことができた。また、E氏は重度の肢体不自由やてんかん、身体が大きくなり複数人での介助が必要等により、気軽に外出できず、室内で過ごすことが多かった。そこで、小規模多機能ではスタッフの介助で事業所周辺を散策することや、ドライブに積極的に出かけることとした。E氏は外出の機会が増えるごとに楽しそうになり、これまで滅多に見られなかった笑顔や笑い声も聞かれるようになった。また、散策の途中、近所の方から声かけられることや、畑で作っている花や野菜を頂くなどの交流も増えた。事業所には地域の方がたの交流スペースにもなっているテラスがあるが、そこで地域の方と一緒に過ごす時間も多くなった。



利用3か月を過ぎた頃から、E氏は自ら立ち上がって歩こうとする場面が増えてきた。これはE氏が周囲に気兼ねせずリラックスした場合にしか見せない行動で、自宅以外では見せない姿だった。その様子を知った母親からは「本人は子供の頃からゆったりとした雰囲気のところを好んでいた。そのため、お年寄りが集まる、ゆったりとした雰囲気の小規模多機能が本人に合っていると思う」ということや、「本人が、『立ち上がりたい』と思うペースに合わせて寄り添い、一緒に歩くなどの支援があるから、立ち上がろうとするのだと思う」等の感想が聞かれた。

2) 取り組みから考える有効性

小規模多機能が基準該当生活介護を実施することは、事業所における多機能化の一つとして有効だと考えている。その有効性については

- 通常的生活介護事業所は地域によっては偏在していることも多く、利用者の身近な地域にない場合がある。一方、小規模多機能は地域に点在しているため、本人が暮らす身近な地域で必要な支援が受けやすい。
- 小規模多機能として24時間365日開所しているため、基準該当生活介護においても、本人や家族の都合に応じて、土・日や早朝から夜中までの利用等、柔軟に受け入れることができる。
- 小規模多機能は看護師の配置があるため、医療的ニーズにも対応しやすい。なお、生活介護は人員配置上、看護師は必置でないため、医療的ニーズのある利用者の受け入れができない場合も少なくない。
- 大型の事業所と違い、外出支援や生きがい支援等の活動を本人の希望に応じて

フレキシブルに行える。

- スタッフには障害特性やライフステージに応じたニーズを理解し支援につなげられるよう、必要な知識や技術の習得が求められる。しかし基本的には、介護の技術を有していることや、認知症介護等に係る教育・実践で培われた「本人の主体性重視」「暮らしの継続」「生きがいを支援する」等の大切な視点について理解があること等から、障害者への支援において、これまで以上の質が担保されると考える。
- 地域のお年寄りや子ども等と、ごく自然に交流ができ、地域の住民にとっても障害のある人の理解を深める機会になる。

等があると、実践を通して考えた。地域に点在する小規模多機能において障害者支援が展開されれば、年齢や障害の有無に関わらず、誰もが身近な地域で安心して暮らし続けられる社会を築いていく一助になる。

3) 取り組みから見えた課題

高齢者や認知症のある人、障害のある人が同じ場で支援を受ける場合、行動範囲や活動量、活動内容の違いは、以前から指摘されているところであるが、生活圏域に計画配置されている小規模多機能の身近な使いやすさと、障害や年齢による特性に応じた支援のあり方のギャップをどのように捉え、支援するのかが重要な課題である。

例えば、年齢が若い障害のある人の場合、動ける手段があれば活動性が高い場合が多い。E氏の場合、車いすで自由に動き回りたい本人の行動と、高齢者の活動の量や範囲に差があり、E氏の行動の速さや活動性に合わせた場の確保を如何に工夫できるかが課題である。また、障害の特性に合わせた機能的なリハビリテーションの提供や、本人に合わせた環境調整について専門家の意見を聞く等、リハビリテーションの専門職との連携のあり方について検討していく事も必要である。

今後、リハビリテーションや障害者支援の専門機関がどのような意向を持ち、生活介護事業所がどのような実態にあるか等について関心を持っていく必要がある。

(5) まとめ

「地域包括ケアシステム」は高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられることを目的に構築されてきた。今後、「地域包括ケアシステム」を深化させていくには、高齢者のみならず全ての住民を包摂した視点が重要である。例えば高齢者が暮らす世帯への支援において、同居する障害者や子どもへの支援が必要になることもある。また、高齢者が「自分らしく」暮らし続けられる地域を創造していくには、年齢や障害の有無に関わらず地域住民がお互いに支え合える関係づくりが重要となる。

そのため、今後、小規模多機能が、「地域包括ケアシステム」の推進を担う拠点として展開していくためには、地域の身近な総合相談窓口機能や、福祉ニーズを抱えた住民と関係機関を結ぶハブ機能、更には地域づくり機能の充実等、地域のニーズを捉え「多機能化」させていく事が求められると考える。

共生型サービスの在り方について～小規模多機能型居宅介護における取り組みから～（概要）

1. はじめに

共生型サービスの在り方について、小規模多機能型居宅介護事業所において実施した「地域包括支援センタープランチ」と「宅配弁当事業」を通して考察すると共に、実践から「共生」の意味について考えたい。

2. 小規模多機能・プランチ

（取り組みの実際）

- ① 個別相談（訪問、来所、電話、ケア会議等）
- ② 地域活動（サロン・サークル）への参加
- ③ 資源マップ作り
- ④ 地域の拠点づくり
- ⑤ 事業所を地域の新たな拠点として
- ⑥ 歴史や風土を理解する

（取り組みから考える有効性）

小規模多機能

- 以下のノウハウ、関係力がある
 - ・ 24時間、365日開所している
 - ・ 職員には聴機応変で柔軟な支援を実施するノウハウがある
 - ・ 宿泊できる場がある
 - ・ 町内会等への参画など、日常的な地域との繋がりがあ

相乗効果

プランチ

- 以下の機能が求められる
 - ① 訪問による相談対応機能
 - ② 地域福祉活動等後方支援機能
 - ③ 緊急対応機能

相談支援事業

3. 小規模多機能・宅配弁当事業

（取り組みの実際）

- 例1 認知症、一人暮らしの女性。ゴミ捨てが上手くできず近隣トラブル。宅配弁当事業で食事の支援を行うと共に、地域資源をコーディネートし、地域の人と一緒に課題を解決。結果、施設入所せずに一人暮らしを継続。
- 例2 認知症、一人暮らしの男性。家事ができない。高血圧で服薬があるが管理できない。宅配弁当事業で食の確保と共に、服薬や体調確認。その他の家事はヘルパー。宅配スタッフが発見した下血腫瘍を発見し即時対応。宅配弁当事業で馴染みになったスタッフが小規模多機能の利用によって、本人・家族とも手術後も自宅での暮らしを希望。
- 例3 認知症、小規模多機能利用、女性。宅配弁当づくりや宅配業務に携わっていただく。活き活きな様子を取り戻した。また宅配によって地域の人との繋がりが回復。

（取り組みから考える有効性）

- ・ スタッフが本人と馴染みの関係を重視。本人の体調の変化や福祉ニーズを敏感にキャッチ。必要な支援にタイムリーに対応することができる。
- ・ 必要な時に店舗や民生委員等と連携がスムーズにできる。
- ・ 本人の望む暮らしを支えるチームの一角として機能することができる。
- ・ 連絡を密に取り、安心感を持っていただく等、家族支援。
- ・ 効率よく宅配でき、宅配弁当利用者の個別の事情に柔軟に対応できる。また、食事提供以外の「ポイントの支援」にも対応しやすい。
- ・ 宅配弁当づくりへの関与は生きがいづくりの支援。ピアサポート機能を持つこともできる。
- ・ 小規模多機能の人材を活用する為、人員確保が容易。低コストに抑えることができ、事業の実施が比較的容易。

4. 小規模多機能・基準該当生活介護

（取り組みの実際）

- 例1 脳性麻痺による肢体不自由、20歳代の女性。同居する母の都合で曜日や時間帯が通常の生活介護事業所では対応できない。小規模多機能の24時間365日開所を活かし、柔軟に対応。本人が好きな外出の支援を日常的に実施。社会的で、事業所に来る地域住民（居住事後のお年寄り、学校帰りの子ども等）との交流を深め、住民も障害者が地域で暮らすことを理解。言語的なコミュニケーションが困難な本人であっても、小規模多機能でのノウハウを活かし、本人とのかかわりの中で、思いを汲み取り、支援に活かすことができた。
- 例2 てんかん。肢体不自由、知的障害のある10歳代の男性。医療的ニーズもあり、看護師配置のある小規模多機能だからこそ対応できる。散歩やドライブ等の外出の機会を奪われず、笑顔が見られることや、自ら立ち回すこと（安心できる自宅外ではこいつは言動はない）が見られるようになった。

（取り組みから考える有効性）

- ・ 小規模多機能は地域に点在。身近な地域で支援を受けやすい。
- ・ 24時間365日開所のため曜日や時間帯、柔軟に受け入れることができる。
- ・ 看護師等の配置があるため、医療的ニーズにも対応しやすい。（生活介護は人員配置上、看護師は必須ではない）
- ・ 外出支援や生きがい支援等の活動を本人の希望に応じて柔軟に行える。
- ・ スタッフには障害特性やライフステージに応じたニーズを理解し支援につなげられるよう、必要な知識や技術の習得が求められる。基本的には、介護の技術を有していることや、認知症介護等に係る教育・実践で培われた「本人の主体性重視」等の大切な視点について理解があること等から、障害者への支援において、これまで以上の質が担保される。
- ・ 地域のお年寄りや子ども等と自然に交流ができ、地域の住民にとって障害のある人の理解を深める機会になる。

5. まとめ

小規模多機能は誰もが地域で望む暮らしが継続できる「共生社会」の実現に向け、「高齢者」、「子ども」、「障害者」等も含め、年齢や障害の有無に関わらず、地域の全住民がこれまで積み重ねてきた「歴史」「伝統」「習慣」「風土」等を重視し、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や、地域に必要な「機能」を共に検討していく役割がある。

「共生」を『高齢者』と『障害者』等、限定的な切り口で捉えるのではなく、地域の人、物、場、機能、情報、財源等、あらゆる社会資源の可能性に注目し、協働していく姿勢が重要である。

つまり、小規模多機能は誰もが地域で望む暮らしが継続できる「共生社会」の実現に向け、「高齢者」、「子ども」、「障害者」等も含め、年齢や障害の有無に関わらず、地域の全住民がこれまで積み重ねてきた「歴史」「伝統」「習慣」「風土」等を重視し、一人ひとりが活躍でき支え合える「場」や、地域に必要な「機能」を共に検討していく役割がある。「共生」を『高齢者』と『障害者』等、限定的な切り口で捉えるのではなく、地域の人、物、場、機能、情報、財源等、あらゆる社会資源の可能性に注目し、協働していく姿勢が重要である。

3.4 地域サポートセンターよいどこい

(1) 基本情報

事業所名	地域サポートセンターよいどこい
所在地	鹿児島県霧島市国分府中町17番8号
併設事業	地域交流スペース
自法人の関連事業	小規模多機能型居宅介護
市町村人口	127,552人（平成26年10月1日現在）
市町村高齢化率	24.1%（平成26年10月1日現在）
面積	603.7km ²
日常生活圏域の数	10か所
小規模多機能型居宅介護の数	19事業所
地域の特徴	<p>鹿児島県本土の中央部に位置する市。2005年11月7日、国分市と始良郡溝辺町・横川町・牧園町・霧島町・隼人町・福山町の1市6町が合併し誕生した、鹿児島県で2番目の人口規模を有する市である。そのため、面積が広く中心部と山間地域とでは人口格差が生まれている。</p> <p>薩摩地方と大隅地方、また宮崎県を結ぶ交通の要所で、国道・鉄道などの交通手段が発達し、古くから鹿児島県内有数の都市として発展してきた。また、鹿児島空港の開港、九州自動車道の開通による地理的な条件を生かし、大手の企業が工場を構えハイテク産業が発展した。（参考：Wikipedia）</p>

(2) 複合的な生活課題を支える地域拠点

小規模多機能型居宅介護という一つのツールを使い、誰もが認知症になっても介護が必要になっても住み慣れた地域の中で暮らし続けられることを支援することが常に求められている。そのような状況の中、支援を必要とする方との出会いは様々である。身近な地域の中に存在していることから、単純に介護が必要になって、介護保険認定を受け、通い・訪問・宿泊サービスが形式的に開始される方ばかりではない。身元不明の徘徊者、虐待等、本人や家族から相談ではなく、行政や警察から日中、夜間に関わらず連絡があり、一時的に保護し、そこから関わりが始まるケースも少なくない。

今回、一つの虐待事例をもとに、地域拠点としての機能の可能性を明らかにし、安心拠点として何が求められているのかを考察する。

2014年8月13日 18時過ぎ

県の保健師より地域包括支援センターに連絡入る。息子が暴力を振るった。夫婦を保護できないかと相談があり、本人宅を訪問。

自宅に行くとするで、息子と父親は警察同行のもと、精神科病院に向かっていた。母親だけが自宅に残っている。母親より「買い物をしてきたものを息子が裏の川に

流し、その後2階に上がってきて、まず私の腹を突き、次に父親の顎を殴った。怖くなって警察を呼んだ」。

保健師より地域包括支援センター職員に連絡あり。息子を保護入院させるつもりで県立精神科病院に移送した。しかし、医師の診断結果は、息子はとても落ち着いていて正常な態度であり、実際に暴力を振るったと判断できないため、保護入院は不可能となった。息子が戻る前に母親を避難させて欲しい。父親も病院から戻り次第、避難させたいと依頼がある。

その依頼を受け、地域包括支援センターより地域サポートセンターよいどこい（小規模多機能型居宅介護）に緊急受入れの要請が入る。その30分後に母親が地域包括支援センタースタッフとともに来所。それから1時間ほどして、警察、市役所職員とともに父親は自家用車で来られる。夫婦ともに70歳代。父親は歩行もしっかりしていて車の運転もできる。母親は自立歩行ではあるものの、円背があり多少ふらつきも見られ、見守りが必要な状態。二人とも、しっかりとお話をされるが表情は憔悴しきっている様子であった。既に時間は21時前だったが、何も食べていないということだったので、軽い食事を摂ってもらい、まず今夜はゆっくり休んでいただき、明日、改めてゆっくりお話を伺うことにする。

2016年8月14日 午前

これまでの経緯を聞き、とりあえず今後のことについて検討する

◆出席者：県の保健師2名、市役所高齢福祉部署担当者、障害福祉部署担当者、地域包括支援センター、精神障害相談センター、小規模多機能型居宅介護スタッフ

父親（夫）：長年、金融関係に勤めていて、関東地方に住んでいた。子どもは3人。今回、暴力を振るったのは同居している末っ子（次男）。息子は20数年、引きこもりに近い状態でほとんど仕事はしたことがない。我々は奴隷のように使われてきた。長男、長女も本人とは全く会話ができない。兄弟の関係は長年断ち切っている。定年になり、妻の親戚がいる鹿児島に引っ越してきた。次から次へと買い物をして私たちに支払いを求めてきたり、パチンコ屋の送り迎え、とにかく言うことを聞かなければ大声で怒ったり、家の中のものを壊したりする。家の中にホースで水をまき、水浸しにしたこともあった。役所の人にもこれまで何度も相談してきた。でも「〇〇に相談してください」と別なところを紹介されるだけだった。もう、息子とは一緒に暮らすことはできない。妻も身体を壊してしまう。

母親（妻）：「どうしてあんなになってしまったのか、わからない。3人同じように育ててきたつもりなのに、なぜだろう」と涙ながら話される。

関東に暮らしている長男さんに、一度、鹿児島に戻ってきてもらい、今後のことについて相談していくことを決める。それまでの間、「よいどこい」にて過ごしてもらうこととする。衣類も何も持ちだせなかったのも、とりあえずのものをスタッフが購入してくる。

制度としては2人とも介護認定は受けておらず、緊急的措置のため霧島市独自の制度である『生活指導型ショートステイ』を活用することとする。

2016年8月23日

長男が関東から戻ってきたため、話し合いの場を持つ。

◆出席者・・・夫婦・長男・よいどこい（黒岩・市原）

夫婦と2日前に横浜から帰ってきた長男とが、何度も話を重ね、現在の家を出て新たな生活をしていくことを決断されたとのこと。次男とは今後、一切の関係を断ち切ることが自分たちのためにも次男のためにも必要と決める。長男も「親父と御袋があいつと本当に縁を切るなら俺も時々は鹿児島に帰ってきて、できることはする」と言われる。

仕事の都合もあり、長男が鹿児島に滞在できる期間は2～3日。この間で整理すべきことを確認する。

銀行関係：現在、妻名義でA銀行通帳を二通、郵貯通帳が一通ある。次男の携帯電話料金、WOWOW、新聞、ケーブルテレビの料金をこれまで負担をしていたが、今後は自分たちの生活のためにもお金は必要なので経済的援助を断ち切る。A銀行通帳のひとつは年金の振込があり、携帯電話料金・WOWOW・新聞・ケーブルテレビの引き落としもされているので、まずは残高をA銀行通帳の別の通帳に移動、同時に年金振込先の変更手続きを行う。その後、通帳を解約。現在、次男が住んでいる家の電気・ガス・水道料金の取り扱いについては保健所と相談する。

車について：二人で生活を継続していくうえで車は必需品。しかし、車種やナンバーは覚えられているため、外出のたびに不安を抱く。現在の車は車検も近づいており、車両も古いため車検費用もかかる。これらのことから、新たな中古車を購入することを判断。夕方、長男同行のもとディーラーに行き中古車を選び購入を決めることとする。

住まいについて：昨日、地域包括支援センターにも相談に行った。養護老人ホームや有料老人ホームのパンフレットを渡されただけだった。しかし、まだ老人ホームに入る状況ではないし、できれば夫婦二人で自由に暮らしていきたい。次男の住む自宅から離れたところにアパートか借家を探し暮らしたいとのこと。長男の居る間に見つからない場合は小規模多機能型居宅介護のスタッフと一緒に探すことを約束する。

携帯電話について：現在の携帯電話は、次男からの連絡が入る可能性もあるということで機種はそのままで番号の変更の手続きを行う。携帯電話会社の営業担当者にその場で連絡をし、午後に事業所へ来てもらい手続きをする。

荷物の取り出しについて：荷物の取り出しについてはあくまでも最小限にする。期日については保健所、警察の指示に従う。出来る限り早急に行う。連絡調整は小規模多機能型居宅介護のスタッフで行う。

2016年8月28日（夫婦に同行）

- ・新たな印鑑を夫婦と一緒に購入。
- ・市役所に行き、実印の紛失、改印届を行う。
- ・母親の年金口座振込先変更手続きを市役所の窓口で行う。次回10月の振り込みから変更される。
- ・夫婦と郵便局に行き、通帳紛失届ならびに再発行届を行う。二週間以内に小規模多機能型居宅介護に送付される予定。
- ・保険会社の担当者に来てもらい、生命保険証書の紛失ならびに再発行の手続きを行う（自宅にあって取り出せないため）。
- ・新聞は販売所に連絡をして8月いっぱいまで止めるよう電話で手続きする。

2016年8月29日（父親に同行）

- ・本店で作った通帳を再発行及び改印手続き
- ・通帳改印届（母親）2通改印届け。
- ・電気、水道、後期高齢保険料の自動振替停止を行う。
- ・郵便局に行き、夫の保険証券について再発行手続きを行う。
- ・ガス会社に電話にて振替手続き終了。

2016年8月30日（夫婦）

- ・よかあんべ（隣市の同法人の小規模多機能型居宅介護）の夕涼み会に参加。

2016年9月1日

- ・午前中はそれぞれ病院受診、午後から家電を購入。
- ・冷蔵庫、テレビ、洗濯機、クーラー1台、トースター、炊飯器、電気ポット、単式IHヒーターの購入)

2016年9月5日

- ・転居先に電化製品の搬入。カーテンレールを母親とスタッフ（市原）で購入に行く。

2016年9月2日

- ・午前中は父親が耳鼻科、そのあと夫婦で買い物。午後から不動産の契約。

2016年9月3日

- ・市役所にて新住所への異動届、後期高齢者保険証の変更、
- ・水道局にて使用者変更届、9月3日まで父親が使用者、4日以降は次男が使用者、ケーブルテレビ解約届提出、車の納車は5日午後と連絡がある。

2016年9月5日

- ・午前9時過ぎからは母親と長男とで新しい借家へ荷物の搬入

- ・父親と事業所スタッフ(黒岩)で九州電力に元の自宅の電気廃止と新たな住まいの開始届けを行う。市役所にて、印鑑証明を夫婦各二通取得し、車の廃車届及び新規の登録を行う。また、先日、使用者変更の手続きを終えた自宅の水道料金を精算する。
銀行に父親の再発行通帳を受け取りに行く。その際に住所変更を行い、取引証明発行依頼をする。
- ・小規模多機能型居宅介護にて、夫婦、長男と市役所、地域包括支援センター職員同席のもとこれまでの経緯と今後のことについて説明する。
- ・午後から借家で荷物整理。家電製品も届き、カーテンも取り付け、生活がスタートできる形になる。16時頃、車が届きこれまでの車は廃車手続きをしてもらう。

今後の処理事項：

- ・水道料金支払い
- ・国民年金、厚生年金証書再発行手続き
- ・郵便局にて夫の保険について確認
- ・衛生公社浄化槽契約の廃止

この日から、小規模多機能型居宅介護での泊まりは終了し、新しい借家での暮らしがスタートする。

その後

- ・母親は介護認定を受け、霧島市内の通所介護にリハビリを兼ね週1回通うようになる。父親は好きな菜園をしながら二人元気に過ごす。
- ・次男については保健所職員が月に1回訪問。近隣から「門扉や玄関ドアがペンキで塗られ気持ち悪い」との連絡が市役所に入る。当初は保健所の担当者が行っても玄関の扉を開けなかったが、徐々に顔を合わせて話ができるようになる。障害者年金の相談を役所にしに来たこともあった。小規模多機能型居宅介護と保健師は常に連絡を取り合い情報共有していたが、夫婦は知りたくないとのことで伝えず。

平成27年10月末、保健所から小規模多機能型居宅介護に連絡あり。次男の遺体が自宅のトイレ前で発見。死因は不明。死後、1週間程経過しているのではないかとのことだった。

自宅内は、障子は破れ棧も折れて、サッシも割れていた。壁は煙草のヤニで真っ黄色。箆筒の中身はあちこちに散乱し、倒され、足の踏み場もない状態であった。また、本人が亡くなっていたとされるトイレの入り口の床はシミが広がり、異臭が漂っていた。後々、リフォーム業者が入ってわかったことであるが、そのシミは床板を通り、床下のコンクリートまでシミとなっていた。



夫婦だけで密葬をあげられた後「もう一度、自宅に戻って二人で暮らしたい」と小規模多機能型居宅介護スタッフに相談に来られる。小規模多機能型居宅介護スタッフでリフォーム業者を手配し、細かな片付けは夫婦とスタッフで行う。



平成27年12月末、奥様の通っておられる通所介護スタッフ、小規模多機能型居宅介護スタッフで借家からの引っ越しを行い、自宅での暮らしをスタートする。

現在、母親は霧島市内の通所介護を継続して利用され、父親は、小規模多機能型居宅介護の道路向かいの畑を借りて野菜を作っており、かかわりは継続している。



【考察】

今回、この夫婦が息子さんから虐待を受け、緊急避難的に小規模多機能型居宅介護で受入れ、関わった経過を振り返った時に、大きく4つのことを大切にしてきたのではないかと考えられる。

①安全と安心の保障。

夫婦は虐待を受け、これまでの住まいから突然、移動させられ、環境が一変する。また、これまで受けてきた暴力等の恐怖感は強く残り、不安を抱えている。まずは緊急避難的に受け入れた事業所として、絶対に守り抜きます！という覚悟を言葉と態度で示すことが重要である。そのことが、夫婦も生きたい、生き続けたいという希望につながるのではないかと考える。

②情報の開示をし、ネットワークを形成。

今回のようなケース場合、夫婦の抱える大きな不安を受け止め、今後の安心した暮らしを再構築していくことを一事業所だけで抱え込むべきことではない。またそれは不可能である。従って、行政や包括支援センター等、各関係機関とともに、情報共有し、現状を整理し、本人とともに望む暮らしを再構築していくことが大切である。そのためにも、形だけの連携ではなく、それぞれの機関の役割を明確にして責任を持って行動していくことが求められる。そして、役割分担をしたからといって任せきりにしないということも重要である。本人の最も身近にいる小規模多機能型居宅介護事業所スタッフがコーディネーター役として、進捗状況を常に把握し、本人の困りごとばかりでなく、各機関の困りごともその立場に立って考え、各関係機関が動きやすい状況をつくることが重要である。

③本人・家族、それぞれの暮らしの保障支援

本人は今後の暮らしについて、様々な不安を抱えている。しかし、虐待を受けながらも心のどこかで実の息子の健康や暮らしを心配し続け、葛藤していることは間違いのない。今回のケースでも息子の日々の細かな暮らしぶりはご本人たちに伝えなかったものの、息子さんのことは保健所でしっかりサポートし続けていることは伝え続けた。それぞれの機関が役割分担をし、本人、家族の暮らしを住まいの確保、経済面等の保障、人が安心して暮らしていくために必要な環境を整える支援をし続けることが重要である。

④最もそばにいる我々が諦めない

どのような状況にあっても、再度、本人が笑顔で暮らせる状況が取り戻せることを、最も側にいる我々が諦めてはいけない。本人は、何故、このようなことになってしまったのかという戸惑い、どこかで会ったらまた暴力を受けるかもしれないという恐怖感、これから自分たちはどこでどんな風に生きていけるのだろうかという、この先の人生に対する不透明感等々、当事者ではない我々には計り知れない複雑な心境にあると考えられる。そのような心境を、理解した上で、本人自身が今後の暮らしに希望を持てるようになるまで、また自信が持てるようになるまで、我々はそばに居続け、ともに新たな暮らしの構築のために歩み続けることが求められている。

今回のケースを通して小規模多機能型居宅介護の新たな可能性が明らかになったのではないかと考える。それは地域の拠点としての役割が担えるということである。単なる介護サービスを提供するだけでなく、必要な人が、必要な時に、駆け込める。そして、どのような状況であってもまずはしっかり受け止め、各関係機関と連携を図り、コーディネートしながら、その本人の暮らしを再構築できるという機能が場として活用できるのではないだろうか。コーディネートしていくためには、地域の中にある資源や制度を熟知していて、活用できるスキルと行動力が求められる。

今回、この夫婦との突然の出会いから、関わりを通して、小規模多機能型居宅介護が複合的な生活課題を抱える方の支援ができる機能を兼ね備えている地域の拠点になりえることが明らかになった。そして、さらに安心拠点になるためには、出会った人を支えきる覚悟を持ち、地域の各機関と連携しコーディネートできる人材育成が求められていることを実感した。

◆地域善隣事業

3.5 ひつじ雲

(1) 基本情報

事業所名	特定非営利活動法人 楽 小規模多機能型居宅介護ひつじ雲
所在地	神奈川県川崎市幸区幸町 4-18-8
併設事業	
自法人の関連事業	小規模多機能型居宅介護サテライト事業所（くじら雲） ひつじ café、地域善隣事業
市町村人口	1,491,629 人（平成 29 年 3 月 1 日現在）
市町村高齢化率	19.3%（平成 28 年 4 月 1 日現在）
面積	142.7 km ²
日常生活圏域の数	7 か所
小規模多機能型居宅介護の数	43 事業所
地域の特徴	<p>神奈川県北東部に位置し、多摩川を挟んで東京都と隣接。横浜市と東京都に挟まれた、細長い地形。</p> <p>市内を縦断する形で JR 南武線が通り、南武線と交差する形で 5 つの私鉄が横断。海側から京急線、東急東横線、東急田園都市線、小田急線、京王相模原線が走っている。</p> <p>川崎港側から川崎区、幸区、中原区、高津区、宮前区、多摩区、麻生区の 7 つの区から構成されている。</p> <p>（川崎市HPより）</p>

(1) ひつじ雲のこれまでの取り組み

特定非営利活動法人楽を設立し、平成 29 年 4 月で 14 年目を迎える。認知症デイサービスから小規模多機能型居宅介護に移行したのは制度誕生後すぐであった。小規模多機能型居宅介護について、ご家族へ説明すればするほど、デイサービスから移行してほしいという声は強かった。迷うことなく始めた小規模多機能型居宅介護だが、あれから 10 年が経過、現在も基本となる考え方は変わっていないが、運営推進会議等で「こんな風にしてもらえるといいな」というご家族の声とともに「お年寄りはどういうことを希望しているのではないか」「そうすることで以前の暮らしぶりに少しずつ近づけるのではないか」等、ケアにかかわる自分たちがお年寄りの立場にたって考え取り組んできた経緯もある。縁をもつ高齢者の方々との出会いから人生の最期の場面までにかかわる中で、お年寄り自身から、ご家族から「生ききる」ということを学ばせてもらい、取り組み方を少しずつ変えてきた経緯がある。

地域との関係性を密にできないか、もう少し、事業所が地域のお役に立てないかを模索してきた数年間があった。介護事業者は儲けるために始めていると発言する町内

会の役員の声、認知症と世間に知られるのは嫌なことだと思われる地域のご家族とも繋がることができなかつた数年間。近所の方々との縁をどのように作るか考え、9年前に食事会を始めた。初回は町内会の役員が冷やかし半分で食事会に参加してもらっていたが、以降、近隣のお年寄りたちに参加を勧めてくれる方々に変わっていった。食事会の始めの頃から、近隣の方々同士が、料理を食べながら会話が途切れず賑やかで、楽しんでいることが役員の方々に理解してもらえたようだった。そして、健康でいられるためにと、管理栄養士、歯科衛生士、調理メンバー等がボランティアとして素晴らしいチームを作ってくれた。よく噛んで食べられる口でいるようにと楽しい講話と体操を取り入れた歯科衛生士、その季節に応じたメニューを取り入れ、しかも、自宅で簡単にでき、体に良いメニューの作り方を紹介してくれる管理栄養士、そして、調理メンバーは自身の腕も上がると協力的に食事会は回を重ねた。



ひつじ café での食事会



当初、食事会は町内会館で行われた食事前の体操。

参加者は一時固定化したが、事業所の職員たちが近隣へのポスティングを継続し、参加する方々が増えた。食事会の始まり当初は、食事は近くに小さな一部屋を借りて食事作りをしてきた。そんな状況を近所の町内会長が知り、町内会長が管理する一軒家を低家賃で貸してくれた。一階で食事作りやボランティアが開催するお茶会、二階には事業所に入らない家具等を保管する場所、打ち合わせの場所として活用している。

町内会や民生委員等の近隣住民とかわることが多くなり、若手が少なくなった祭りの手伝いをするようになった。依頼されて7年。男性職員のほとんどが神輿づくりから担ぎ手として地域の一員となって活躍している。

現在も管理者は地域の女性消防団に加入し、若手男性職員は体育指導員として参加している。



9年間借りていた事業所の狭い風呂場では、浴槽に浸かることができない重度の方々があり、職員たちも気にかけていた。地域の方々と会話をする機会が多くなり「ひつじ雲さんに銭湯を貸してあげたら」と銭湯のオーナーに声をかけてくれた方がいた。午後の銭湯が開くまでの時間を使って利用させてもらうことになる。下肢筋力の低下しているお年寄りが多かったことから、私たちはポータブルトイレを持参。次回、銭湯を借りた際に、トイレが和式便座から洋式便座に変わっていた。オーナーの取り計らいに嬉しく思った。

普段、シャワーしか利用できなかったお年寄りの表情、呼吸が楽になり、腕などの可動域も若干の変化に繋がることがわかった。スイカをもってご主人に会いに来た奥様は、うれしくて涙を流した。事業所が次に広い場所に転居した際は、ご主人が浴槽に入れるようすると理事長がその場で奥様と約束したらしい。

開設当初から使用していた一軒家の事業所は、東北の震災で壁に亀裂が入ったり、引き戸が外れたりした。家主とも話し合い、次の居場所を探すことにした。近隣の方々に情報提供をお願いし、数日間で数件の情報をいただくことができた。その中で、コンビニを1か月後に閉めるというオーナーに会い即決してもらえた。早いもので転居して4年目を迎えることになる。奥様と約束した風呂場はお年寄りたちの好きな場所の一つになっているし、職員の腰痛予防にも繋がっている優れモノである。

NPO法人楽は早い出会いから自宅で最期を迎えるまでの縁を大切にしてきた。昨年も7人の利用者が自宅で静かに最期を迎えた。しかし、振り返ってみると「ここにいたい」と発言している利用者本人の意向を尊重できず、施設入所に至った利用者も少なくない。どのような思いで一日一日を過ごし最期を迎えたであろうかと考えることがある。

日々の取り組みで大切にしていることは、利用者本人の声を大切にしつつ、家族にも思いを語ってもらい受け止めることである。そのような時間をもち事業所との関係性ができると、自宅で最期を選択する介護者が増えてきたことは間違いない。約1年かけて、ある利用者の生活を継続して記録し、それを映像化した。

数年前から施設ではない生活の場がNPO法人楽にも必要かもしれないと思うようになっていた。

(3) 地域善隣事業の取り組み

3年前、川崎市の健康福祉局から電話があった。「川崎市として国の地域善隣事業を受託しようと思う。民間にできたら取り組んでみてほしいと思っているがどうだろうか」という内容の話だった。考えていたことが実現できるかもしれないと承諾した。

受託後、市の担当部署の職員と地域善隣事業の説明に回らせてもらった。区役所の担当職員に、民生委員の役員会の会議日に説明できる時間を調整してもらうが、説明の場では民生委員と類似する業務をなぜ市は民間にさせるのかと怒りをあらわにされる場面があった。町内会会長会、地域包括支援センター等、他の方々への説明会でも同様、調整に時間がかかり、説明の場だけでは理解を得られる状況ではなかった。

区内の複数の不動産会社を訪問し、取り組みの内容を説明させてもらったが理解していただくには時間が必要だと肌で感じた。

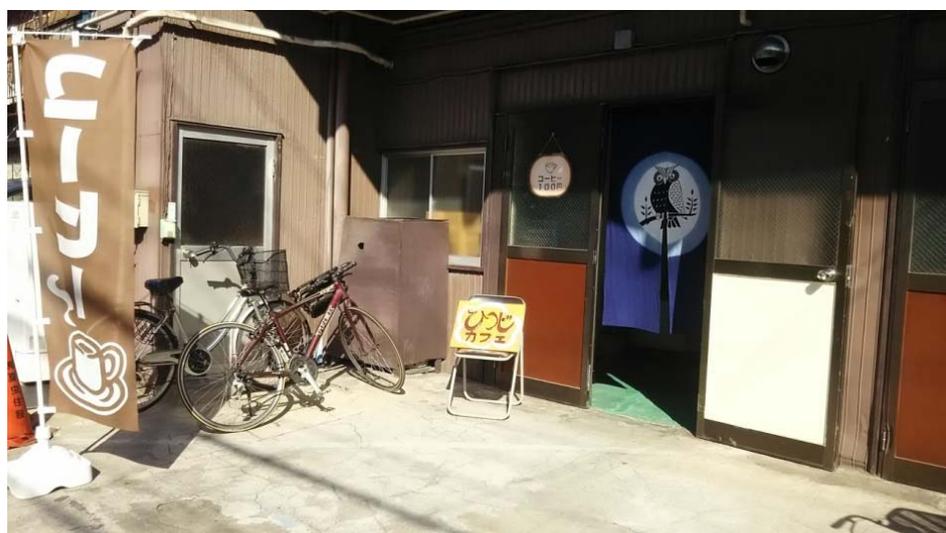
最初に住まいが必要だという理由で出会った方は、80歳代の男性であった。ある地域包括支援センターを訪問し、説明させてもらうために約束の時間に伺ったときのことである。職員が住まいの相談を受けているが、その取り組み方法がわからず聴くことだけに数か月を費やしてきたという。相談者である80代の男性の相談を、知り合いの不動産会社の社長とともに聞くところから始めた。結果、現在住む大家との関係性悪化で転居の必要性が高い方であったため、引っ越すこととなった。高齢者が単独でアパート探しをする場合、そのハードルが高く、転居に至るまで紆余曲折ある。地域善隣事業に理解のある不動産会社と出会い、アパートを探すことは困難ではなかったが、その後のかかわりのなかでも本人の目標のようなものが見えてこない。何度も親身になって話しを聞くと、故郷への思いを強く持っていることがわかり、何十年と連絡していない故郷に住む身内の電話番号を記憶していた。「叔父さん、帰ってきてよ。待っているから」の言葉を聞き「申し訳ありません。随分お世話になりましたが、やはり郷里へ帰ります」という言葉を残して郷里へ帰った。住宅紹介だけではない地域善隣事業の奥深さ、難しさを「本人にとっての幸せは何なのか」を最初に出会った高齢者から考えさせられた。

2人目に出会った方は50歳代の男性。都内に住み、派遣職員として川崎に通勤している方だった。川崎で週3回透析を受けながらの通勤は相当堪えるようであった。透析を受けている病院からの相談で住まい探しが始まった。本人がどのような暮らしをしたいのかを聞きながらの住まい相談。事業所が緊急連絡人となり様々な対応をすることにした。週3回の透析後の体調はだるさが残り、環境整備にまで手が回らないのが現実。病院と連携して自室にも訪問。それによって、体調等の予測ができた。一時体調が良く、本人は川崎から少し離れた大手企業に本採用された。半年が過ぎた頃から、体調不良が原因で仕事を休むことが多くなったようだ。病院から連絡を受けた。本人の部屋に訪問すると荒れていた。職場と病院の距離があり3時間の透析ができていない。一時、休職をして体調を観ることにしたが、復帰は難しく、病院と住まいとの行き来の毎日。大通りで倒れているところを通行人が救急車を呼び搬送された。警察から事業所に連絡を受け、病院での付き添いを始める。体調不良から仕事を離れている現状、残る預貯金で生活をしているが、病院と縁が切れることはなく、いずれ、生活保護の申請等も必要になると予測している。そして、将来的には単なる生活支援では収まらない生活に向かっていると思われる。生活支援と病院と連携しながら相談を受け続けることの必要性を感じ取り組んでいる。

生活の質の安心・安定につなげるためには、家賃の高い川崎周辺であっても暮らしやすさ(風通し、広さ)は譲れないと考えている。以降、住まい紹介・生活支援に関しては、相談に力を入れ、それを受けて住まい探しに奔走する。川崎は横浜より家賃が高いという一般相場だが、地元の不動産業者と顔見知りになり、地域善隣事業は入居

後も定期的に訪問し、相談や生活支援を行うことで、不動産会社の方々がリスクと考えることは避けられることを伝えてきた。理解してもらえる不動産会社も増えて、アパートの紹介をしてもらうことは難しくはなくなった。4畳半や6畳一部屋のアパートは避ける。風の通らない、風呂やシャワーのないアパートは避ける。生活の質を担保するための最低限の条件であると考え行動してきた。

地域善隣事業に取り組んで2年目、地域に集う場がないことを以前から気にかけていた。高齢の方々の閉じこもりで気になる方がいることを食事会の参加者から聞こえてくることがあった。特に2階に住み足腰が弱った高齢者が外に出づらい状況にあるようだった。不動産業者と縁ができたこともあり、安く借りられそうな場の情報をお願いした。地元で長く不動産の財産管理をしている社長にお願いし、駅前の一部物件を持ち主のご夫婦に低家賃で貸してもらえることになった。



集いの場は色気がない建物であるが、徐々に知られることになり馴染みのお客様が増えた。人が集うようになり「caféらしい雰囲気になってきたね」と足を運ぶ方々からそんな言葉をいただく。1か月の予定表を作り建物の表や知り合いの店先に貼ってもらう。Caféの日を週3回、ボランティアの協力を得て踊りやフマネットを月2回、学生さんに指導をお願いしている太極拳なども。月1回の食事会はcafé内が広いこともあり参加者が増えた。閉じこもり気味の気になっている方々を、元・民生委員の女性たちが声をかけて連れてきてくださる。予定外に町内会のお茶会や楽しみ会にと場所提供にも繋がっている。

G		平成 29 年 2 月			ひつじCafe予定表	
日	月	火	水	木	金	土
			1	2		
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

DD-Cafe-----日、火、木の曜8日 10時-18時定です、コーヒー片100円です。
 DDおまつり鑑賞-----18日、27日(ともに月曜日) 18:30-、観覧なくていい、間違ってもいい、誰でも気軽に参加できる鑑賞です。
 DD椅子に座って割り狂いよ-----10日、24日(ともに土曜日) 18:30-、椅子に座ったままでもできる日毎お楽しみです。
 DD大加筆会早ばう-----19日(日) 18:30-、早生さんに教えてもらいながら、楽しく大加筆会早ばうよ。
 DD食卓会--9日(月曜日) 11:30-、

DD-Cafeは田崎市が国から受託した老健福祉事業を、NPO法人表に受託している事業の一環です。
 注：お申し込みは、お申し込みが済んでいない場合は、お申し込みをお願いします。
 生活上での小さな四りごと(電気)の球が切れた、ごみお捨てにおられないなどありましたら、ご連絡ください。

DD-Cafe--名番1-792(立林神社の近くです)
 お問い合わせは、D-Cafeにお問いします(電話:044-522-4910) 担当:原浩

11

予定表



フマネット



餃子づくり



バザー

通りかかりの方がひつじ café に立ち寄って、孫のことで相談に繋がることもあった。何度か自宅に訪問させてもらい、20歳の孫にも会う。祖母が孫を2歳の時から育てていた。「私も働きながらだから、孫の細かなところを観て育てられなかったかもしれない」と振り返る。中学卒業後、仕事に就くと数日も持たず、自室に閉じこもってしまう生活の繰り返しだったようだ。相談後、市内の仕事紹介を主とする会社とも接触してみたが、なかなか本人の気持ちが受け入れるに至らない。区役所の若手の社会福祉士に接触し、繋いでみてもらえることに。初回の出会いが良かったようで、5か月かけて、今は自宅から少し離れた介護事業所に見習いで通い始めている。「これからも繋がっていきますよ」と言う言葉もいただく。

馴染みの高齢女性からは、「銭湯に通えなくなった知人がいる。行ってみたら痩せてしまって29キロしかない。ちょっと行ってみてもらえないか」という相談。陽が当たらないアパートの2階に住んでいた。こんな近くにこのような人が住んでいた。階段は急でぬれていたら滑り落ちることもあるだろうと思える環境。本人の体調などを聞き、生活保護課に通院するためのタクシー券の手配をお願いできないか等折衝しながら通院先へ搬送。一時の入院後、訪問診療に切り替えさせてもらう。度々訪問し、本人の了解を得て介護保険の申請をし、地域善隣事業と混合するような小規模多機能型居宅介護の利用が始まった。本人の気持ちは「ここを離れたくない。ここで最期を迎えたい」と明確だった。心配していた友人の協力を得ながら、必要に応じた訪問を繰り返した。1日の殆どをベッド上で過ごし、酸素吸入、下肢筋力の低下により、立ち上がることができない。半年前までは自身の足で銭湯にも買い物にも出かけていた方である。いつか元気になろうと言う希望をもって日々を過ごしていたが、自身でトイレに行くことすらできなくなり、排せつが心配で夜間の呼び出しは多くなっていった。友人の訪問や事業所の訪問を度々目にする地域の方々が、誰のところに訪問しているのかを気にかけてくれるようになった。友人からは「体調を聞いてくれる方が増えてきたよ」と。生活保護課には親族に連絡してもらい、川崎まで足を運んでもらう。栄養の吸収がわるく、体重の増加に繋がらない。出会って7か月、医師から「そろそろかもしれない」と伝えられる。ある日、早朝の訪問で気になっていた職員は、事業所で話し合っただけで医師に連絡し再度訪問。職員が訪問するのを待って命を閉じた。集う場があって、縁ができた方であった。

Cafe は住まい探しで出会った方々も足を運ぶ場になり、古い建物の気になるところは大工道具を持参して修理に取り組んでくれる。何人かの方は自らの役割をもってもらえた。男性が3、4人と集うようになると、人と集うことをしなかったと聞く高齢男性も定期的に見え、昔話に花を咲かせている。

昨年夏ころからNPO法人がサブリースにてアパート運営ができないか協力不動産会社と話し合いをしてきた。4室(1室:6畳、3畳、キッチン、風呂付)空いているアパートのオーナーの了承、時間がかかった川崎市健康福祉局の了承も得られて改修工事を行う。1月末には1年間に3回も転居を繰り返して来た生活保護の男性。これが最後の転居と生活保護ワーカーが認めて引っ越し。1階に住みたかったと。2月初め、

横浜市で生活保護を受給し、透析は川崎の病院でという男性。80歳という年齢で自室は2階にあった。治療後、2階に上がることが大変、通院のためのタクシー代が横浜市として課題という方であった。1階に住み、通院も病院に近くなった。2人の高齢男性には転居時は片づけ等の補助をし、今は生活支援、相談を受けている。いずれ介護サービスが必要になる対象者ではあるが、自分らしい暮らしを続けてほしいと願っている。4月に入ったら猫を飼っていて、なかなか転居できる物件に出会えなかった女性高齢者が入居する。70歳になってもなお現役で働いているが「6畳一部屋で猫と住んでいる。もう少し広いところに住めないかな」と相談を受けた方。一部屋はNPO法人楽の職員に住んでもらっている。必要な時、行動できるようにするためである。



サブリースにて法人が始めたアパート運営は、一步踏み出したばかりである。低所得層の方々の住まいは、家賃が高いが狭く、環境として良いとは言えない。80歳以上の健康を害している高齢者が2階住まいを解消できていない現実を目の当たりにしてきた。生活の安定とは住まいも含めて言うことであり、小規模多機能型居宅介護の運営をしつつ、地域善隣事業に取り掛かり、住まいと生活支援に特化した支援の必要性を肌で感じてきた。対象の方々は体調変化に繋がる可能性のある方々ばかり。見守る目があることと、関係機関との繋がりを密にすることで生活に安定感を得られるのではないかと思う。

昨年6月、川崎市の居住支援協議会が立ち上がった。住まい紹介の依頼は相当数あるというが、既に入り口で行き詰っている高齢者の相談があるという。そのような方々に対応できる力を備え、居住支援協議会に加わっている機関と連携しながら、健康的な生活を可能にする住まいの確保と、生活支援に取り組んでいきたいと思っている。

地域善隣事業とは、高齢者等の地域での居住継続を支援するため、空き家等を活用した「住まいの確保」と「住まい方の支援」を一体的に提供する新しい事業スキーム
一般財団法人高齢者住宅財団HPより

◆自治体の取り組み

3.6 加賀市地域包括支援センター

(1) 基本情報

事業所名	加賀市役所 地域包括支援センター
所在地	石川県加賀市大聖寺南町ニ 41 番地
併設事業	
自法人の関連事業	
市町村人口	68,789 人 (平成 28 年 10 月 1 日現在)
市町村高齢化率	32.7% (平成 28 年 10 月 1 日現在)
面積	306 km ²
日常生活圏域の数	7 か所
小規模多機能型居宅介護の数	12 事業所
地域の特徴	加賀市は、石川県の南西に位置する市で福井県と接し金沢より J R 特急で 25 分程度。平成 17 年 10 月に旧来からの加賀市と山中町が新設合併して誕生。日本海に面し、面積の 7 割を森林が占めた豊かな自然環境である。約 3,900 のものづくり企業の事業所が立地している産業都市であり、伝統工芸（九谷焼・山中漆器）、国の重要文化財（長流亭、山の下寺院群等）を有し、加賀温泉郷（山代温泉、片山津温泉、山中温泉）として北陸新幹線の開通もあわせ温泉地年間観光入込客数約 200 万人にのぼる観光地である。

(2) 加賀市の概要

加賀市地域包括支援センター「高齢者こころまちセンター」は、平成 18 年度より直営 1 か所でスタートし、全市の高齢者の総合相談や、個々の状況に応じた支援を行っている。その他、介護予防事業、認知症対策等地域支援事業のメニューに対応した事業も展開し、介護保険事業計画策定にも担当職員として地域包括支援センターがかかわることで、加賀市の高齢者の生活実態や相談実態から、本市の支援体制づくりのあり方を考えてきた。加賀市の特徴として介護施設は、要介護 3 以上の認定者がほとんど入所できる整備状況にあり、介護や認知症になったら家族に迷惑をかけたくないから施設に入所する、という考えが根強いところである。また、人口減少も含め同居世帯が減少し、独居、高齢世帯が増加している。

(3) 小規模多機能型居宅介護の計画的整備

加賀市では、第 3 期介護保険事業計画以降、施設整備の方針を大きく転換。「施設に入らざるを得ない」選択だけではなく、自宅や住み慣れた地域で住み続けることもできるように在宅サービスの充実を図って選択肢を増やし、日常生活圏域における大規模な介護老人福祉施設の地域分散化や、小規模多機能型居宅介護事業所を圏域単位

で計画的に整備し、介護予防拠点も併設してきた。計画段階から「地域の資源」、そして行政のパートナーとして地域づくりに参画してもらい、学童クラブの併設、市の介護予防事業の実施のほか、地域住民に開放した行事や各種取り組みにより、要介護者に限らず誰もが行き通える拠点づくりを進めてきた。

（４）加賀市地域包括ケアビジョンの策定

地域包括ケアシステムの構築に向けて、「規範的統合」が謳われている。規範的統合とは「保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態」として、その必要性が説かれている。加賀市では平成 27 年 3 月にビジョンを策定。市内横断ワーキングを立ち上げ検討した。「本人主体」「住民主体」のもと地域包括ケアシステムの 5 つの要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が日常生活圏域で一体的に、一人ひとりの生活に届けることができることとし、住民、事業所、行政の協働のもとに進める地域づくりを方向性として定めた。

（５）地域福祉コーディネーターモデル事業

地域包括支援センターの相談実態においては、「介護」の相談内容よりも、ゴミだしや買い物等がしづらくなってきたという「生活支援」の相談割合が高い。地域での生活は、近所や友人のつながりの中で営まれている。そこで専門職がサービスとしてゴミ出しや買い物サービスを提供するのではなく、本人がこれまで培ってきた関係性や強みを活かした支援体制を探るため、平成 26 年度に生活支援体制構築モデル事業を実施した。

規範的統合の中心に本人（高齢者）を据え、本人発の視点での「目的」や「共有」を目指すことから出発し、地域内の専門職や友人・知人・地域の方々など、本人の一番身近な地域において、本人中心のネットワーク（パーソナルサポートネット＝軒下マップ）を構築するために必要な要素や仕組みを検討することとし、小規模多機能型居宅介護に地域福祉コーディネーターを設置。全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会にも協力をもらい、委員会の設置、研修会の開催も併せて実施した。

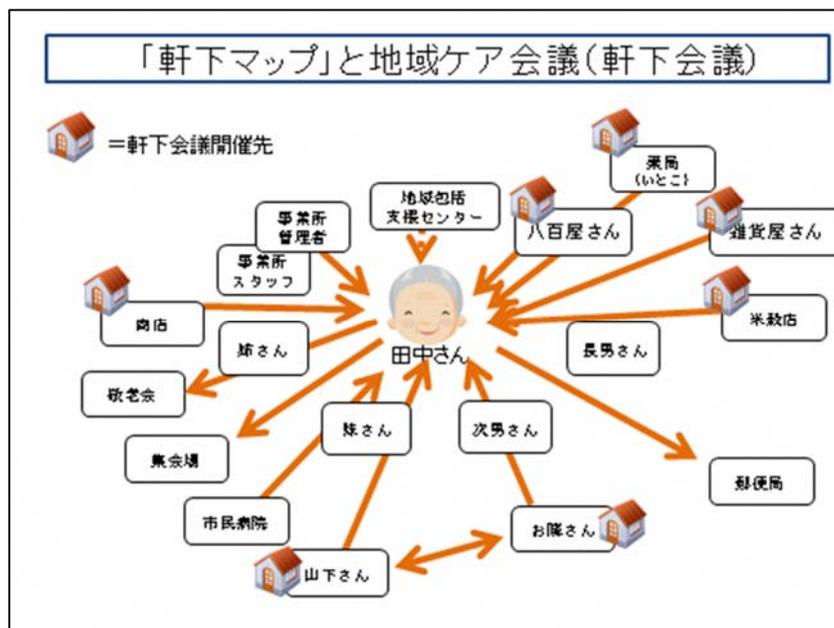
地域福祉コーディネーターは、受託者である小規模多機能型居宅介護事業所と委託元である地域包括支援センターの両者の特徴を生かすことを心がけた。これまでの地域へのアプローチやネットワークづくりを活かし、登録者以外の基本チェックリストの 2 次予防事業対象者を個別訪問するとともに、事業所のある地域の住民や資源などの実情を把握し、相談に関わった人にはアセスメントツール「軒下マップ」づくりを通してつながりやその理由を把握し支援に活かすようにした。「軒下マップ」は、本人を取り巻く人間関係や場とのつながりを図式化して“見える化”したものであり、その作成を通して、本人がこれまでの人生で構築してきたネットワークが生活支援に繋がっていることや、認知症や ADL の低下に伴い、つながりが途切れてしまったり、サービスを利用することによって分断されている場合なども図式化することによってわかってきた。

このモデル事業から、地域で暮らし続けるための要素や、生活支援体制構築のために必要な地域福祉コーディネート業務の視点とその考え方をまとめたガイドラインを作成した。

ガイドラインでは、「すべての支援は本人発で始まることが重要」とし、「高齢者の生活を支える仕組みの基になるものは『本人』の声であり、本人が培ってきた生活の中にある」ことを明記した。

制度や事業から本人をあてはめず、「本人中心のネットワーク」による支援のためにも、本人と個人的なつながりがある者が参加する「軒下会議」を開催してきた。軒下会議の成果として、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ことが見えてきた。「紡ぐ」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」でもあった。

ケアマネジメントのあり方そのものが本人の望むつながりや暮らしぶりが基軸となり、本人の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』」であるとし、コーディネートする拠点と人材として ①24時間 365日の身近な相談機能 ②地域への参加・活動するための「場」（居場所・機会）機能 ③地域課題の掘り起こし、地域住民、自治体と共に解決する機能等、9項目があがった。



(6) 地域包括ランチ及び地域福祉コーディネートの実際

モデル事業や住民アンケート、相談の実際から「本当はこの家に住み続けたい。だけど、一人では何もできない、生きて行けない」という声からも、地域のニーズはサービスを増やしてほしいということではなく、何かあったときに駆けつけてくれる「安心」や、気に留めてくれる人や場所の「つながり」、そして自分の生活のことは最後まで家族に迷惑をかけないよう、自分のことは自分で決める「自己決定」を求めている、ということがわかった。これらを受けて ①早目の出会いと地域の中での相談体制 ②どんな状態になっても地域で暮し続けられるよう介護サービス利用の有無にかかわらず「柔軟性」「緊急時対応」「訪問機能の充実」 ③住民主体で支え合う地域の仕組みや機会の創出（高齢者の社会参加の推進）が実現できるようにした。『身近な相談窓口』という包括ランチの機能と、フォーマル、インフォーマルのようなサービスの区別ではなく『顔の見える関係作り』を構築し、継続して関わる地域福祉コーディネーターを合わせた体制づくりを進めることとなった。

「顔の見える関係づくり」「向こう三軒両隣」のような生活実態の把握や支援のため、おおむね小学校区単位で計画的に設置し、地域づくりのパートナーとして整備してきた地域密着型サービス事業所に委託する方針とした。平成 27 年度より年 5～6 か所整備し、現在、公募により小規模多機能型居宅介護事業所 11 か所に設置し展開している。

支援にあたっては、モデル事業で取り組んだ内容を委託業務とし、早めの出会いと関わりを重視している。また、1人の職員だけが業務を担うのではなく小規模多機能型居宅介護の訪問機能を活かし、地域に出向く職員すべてにランチ及び地域福祉コーディネーター業務の担い手として、住民や高齢者の出会の機会を大切にしてもらっている。これまでの小規模多機能型居宅介護の基本的考え方である「ライフサポートワーク」を活かし、専門職が直接支援するだけでなく、地域で出会う地域住民も本人を支えるためのチームとし、途切れそうなところに介入し、つなぎ合わせることで、さまざまな協力者や応援団づくりへとつながっている。

1つ目の事例では、要介護状態になり地域のサークルへの参加が途切れていた人が、ランチのコーディネーターとともにサロンに顔を出すことにより、サークルリーダーたちが「要介護になったら介護サービス」という考え方から、「地域のサークルはどんな状態になっても来てもいいよね。要介護や認知症になってもみんなを受け入れようね」という考え方に変わり、再び定期的に通うことができるようになった。

2つ目の事例では、地域の「高齢者の集まる場（機会）がほしいね」という住民の声を、基幹型包括とともにランチのコーディネーターが地域の公民館長や民生委員に働きかけ、その地区の広場で地元の理美容院が事務局となり、毎週ラジオ体操を開催。そこに近所や友人の誘いのもと、閉じこもりがちな高齢者が参加できるようになった。

3つ目の事例では、ご近所さんや世話焼きさんたちが遠目に気にしている声がだんだん大きくなり、仕方なく民生委員がゴミだしを支援しているという情報を軒下マップに書き込み、軒下会議につないだことで、何かあったときにもランチのコーディネーターが助けてくれるという安心感がご近所さんや世話焼きさんに実感でき、支援

が続いているケースであった。

(7) 検証

ある民生委員から、「毎月訪問するようにしていたのに、ある日突然いなくなった。」と嘆く声を聞く。これは、せっかく地域で頑張って支えてきたにもかかわらず、ある日突然施設入所が専門職のみによって決定され、自宅を去ったことを意味する。実際、支えていた隣近所や民生委員に挨拶もなく、施設入所していたという話は多い。本人からすれば家族も地域にも迷惑をかけられない、事業所も個人情報だから了解も得ずに話すわけにはいかない、そのなかでそっと地域を離れていく状況がある。しかし、それはいい去り方なのだろうか。実際には先ほどの民生委員のように心配や寂しさ、もっと話かけていればよかったという後悔の念もあると思う。加賀市における取組みや展開は、地域に出向き、地域の声を聞き、早めに手を打ち、支える方法を住民とともに考える。そこには、小規模多機能型居宅介護の登録者と非登録者の違いのあるなかで、どこまで事業所が行い、どこまで地域に働きかけるのか、迷惑ではないのかなどの悩みや戸惑いも多い。しかし、日常での挨拶、地域行事の手伝いや顔出しを通して、住民の意識が「〇〇介護事業所の人」から「〇〇さん」に変化していることに気づく。組織ありきではない、顔の見える関係がコーディネーターと住民との間に芽生えている。何気ない日常会話の中にお互いに笑いがあり、その先に地域のさまざまな情報や、気になる高齢者の相談に繋がっている。そのかわりが異変時の早期発見機能にもなり、地域の一員として住民とともに考える場面が生まれている。これまでも、気に留めてくれている住民の姿はあったが、それが不安の声として「施設に入ったほうがいいんじゃない？」につながっていた。今は、地域住民の気に留めている姿や、見守り支えていること自体が不安にならないよう、下支えの機能がそこにあると確信する。小規模多機能型居宅介護を地域の拠点として、支援を必要とする高齢者の身近な相談場所という思いでランチを設置してきたが、それ以上に地域住民の安心につながっている。また元気な高齢者の活躍の機会にもなっている。それは、小規模多機能型居宅介護に有している訪問機能と拠点機能による相乗効果であり、必要なときに出向くことができる、地域のなじみの関係を意識して取り組んできた強みとして今の動きに活かされている。

(8) まとめ

介護の問題は、介護が必要な人や介護をしている家族・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が増え、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、今は元気な高齢者やその家族にとっても「明日は我が身」という身近な問題なのである。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、ないものを単にだれかに要求したり、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方ではなく、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（特に人材）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ことが、住民自らが主体的に関わる、ということにつながるのではないか。

（9）課題と今後

小規模多機能型居宅介護に当該業務を委託するにあたり、職員の加配配置をしているが、通常の小規模多機能型居宅介護の業務以外での動きでもあり、事業所全体で取り組む体制として、事業所内での制度の理解や業務の理解、コミュニケーションスキルの向上などたくさんの課題がある。また地域住民のさまざまな声を受け止めることは大変なことである。しかし、そのかわりが自分たちのスキルアップや人材育成に繋がっていることを自覚してほしい。住み慣れた地域での当たり前の暮らしの継続を大切に取り組んできた小規模多機能型居宅介護が、その地域の住民や高齢者と早めに出会うことにより、これから登録者になる人の思いや姿を捉えやすいこと。それが結果として望む暮らしの支援につながることを信じている。

4. まとめ

利用者の生活を支援するためには、一番身近で支える家族（世帯構成員）の課題にも目を向けないと、本人の状態像が好転しても、家族がその負担に耐え切れず、在宅生活を諦めてしまう場合もある。家族は事業者と同じ援助する側と切り離すのではなく、本人の生活を向上させるためにも、家族も本人を支えるチームの一員として、抱えている課題を一緒に考えることが重要である。

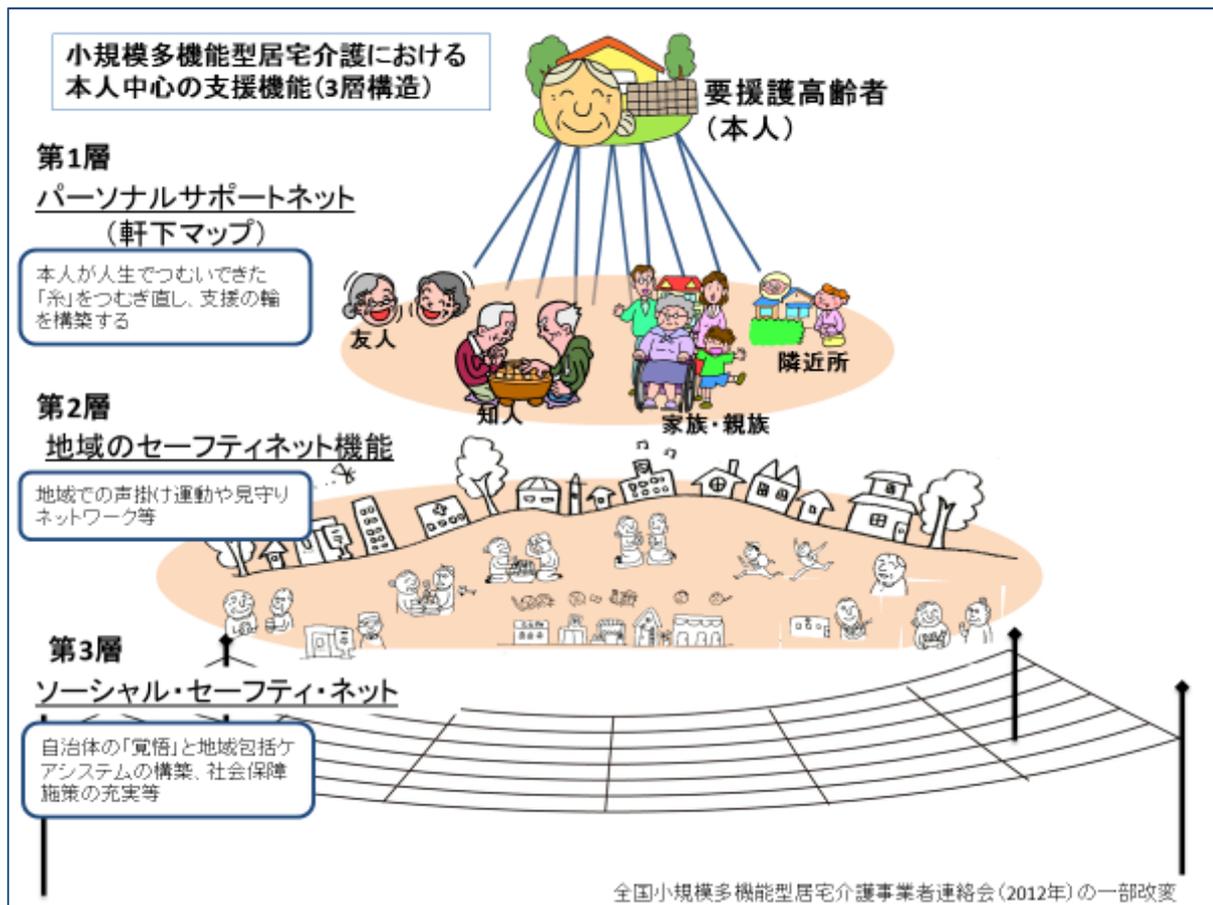
また、利用者の地域や自宅での暮らしの継続を実現するために小規模多機能型居宅介護は本人を支援し、家族を支援し、地域の協力をもらいながら、本人と本人を取り巻く環境に対して少しずつ時間をかけて深めてきた。それは「支援する側」「される側」という一方的な構図ではなく、本人の思い、家族の思いを受け止め、家族だからこそできることを整理し、地域の思いや課題に向き合いながらそれぞれができることをコーディネートしてきたのである。その過程において利用者の介護だけではないそれぞれの問題や課題と出会うことは当然のように感じる。これもまた地域を巻き込んだチームである。

どこまで私たちは関わらないといけないのか？という疑問が浮かぶが、利用者を支えるために丸ごと関わる覚悟と、それをみる視点は重要だと考える。

小規模多機能型居宅介護では、利用者主体の地域生活支援であるライフサポートワークを通じ支援してきた。実践の中で利用者が大切にしてきた人やモノ、場所、暦、ならわしなどと利用者をつなぐ、切り離さない支援は、事業所だけでできることは限られ、利用者にとって身近な地域の人とともに支える実践が多い。また、利用者が抱えている課題は運営推進会議等で地域との話し合いの機会をもつことで、地域でも同じ課題に悩む方々の存在も明らかにしてきた。さらに地域との接点が増え、小規模多機能型居宅介護の「支え方」を、何十年来とお付き合いしてきた地域の友人を通して体感し理解することで、ここにだったら愚痴を言える、相談できることが理解され、それがまた地域との連携を深めていくことになる。そのため地域で起こっている独居や老夫婦世帯の介護問題、育児と介護のダブルケア、経済的困窮、家族の病気など、様々な困りごともち込まれることも多くなった。一方で、ボランティアしたい、介護や福祉を学びたいなど地域の福祉に参画する意欲を示す相談もある。

これまでこれら地域で起こっている課題については、社会福祉協議会をはじめとした中間支援組織の担当するコミュニティソーシャルワークの分野としてアプローチされてきた。

小規模多機能型居宅介護でも、日常生活圏域に計画配置されている特徴を生かし、コミュニティソーシャルワークに取り組む是非がこれまでも議論されてきた。このたびの事例からも明らかになったとおり、取り組むべきか否かの議論ではなく、必要に迫られて取組んでいるものをいかに後押しするかが重要である。



本人や地域の抱える複合的な課題に関しては、地域包括ケアシステムの構築に向けて「保険者や自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本方針が、同一の目的のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態」として規範的統合が謳われている。住民は、一人ひとりが我が事として考え行動することを基本とし、それでも解決しないときには専門職としての小規模多機能型居宅介護と一緒に考え、取り組む姿勢は重要である。一方、行政や保険者は事業所や委託先の地域包括支援センターに丸投げしていないだろうか。共に考え、課題の解決に向けて取り組むチームの一員としての役割を担っているか。市民生活のセーフティネットを担う行政や保険者は覚悟を持ち取り組む姿勢こそ地域包括ケアシステムの構築には必要である。そのためには地域の特性を知り、地域の資源や持っている機能を活用すること、本人や地域における課題を表面だけで捉えずに、なぜそれが起こっているのかを分析するアセスメント能力が求められている。

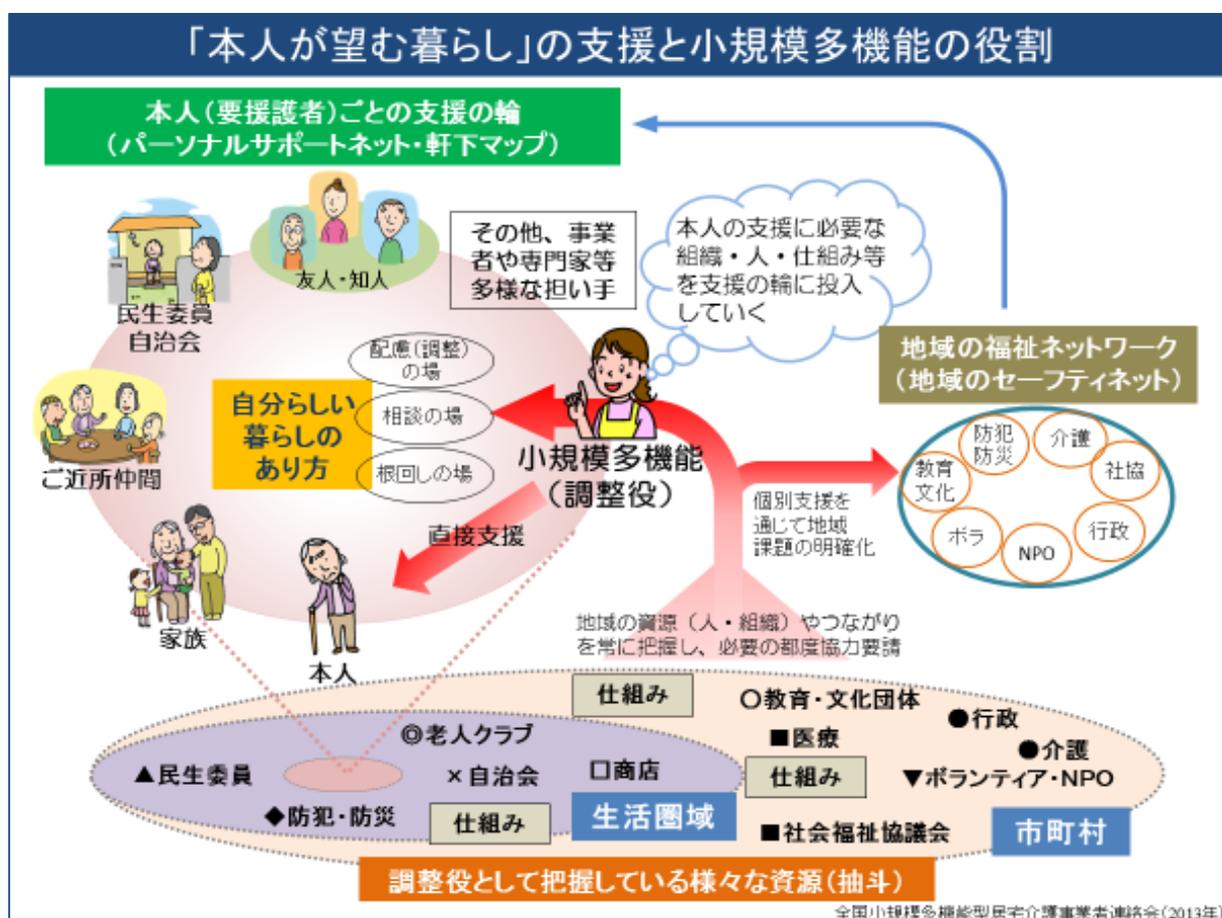
行政においては縦割りの仕組みではなく、複雑化する多問題に対応するために行政機関が柔軟に対応する能力、住民生活を支える覚悟と責任がなければ、地域包括ケアシステムの構築は成し得ない。

このように地域の課題も含め、小規模多機能型居宅介護がすべてを解決しないといけないということではない。困っていること、問題、課題があればそれを解決するないしは、一緒に悩み、考えてくれる人、機関につなげるという役割が大切ということ

である。

これまでの専門職は自らの専門以外の事柄について興味を持たず、気が付いても専門外だから関係ないという視点が少なからずあったのではないだろうか。しかし調査からも見られるように、課題が複雑化し多問題化した事例が少なくないのも事実である。そこに私たちがどのような姿勢で関わるのかが問われているのではないだろうか。

介護保険において、通所介護、短期入所生活介護、訪問介護として縦割りだったものを、小規模多機能型居宅介護という機能によって本人中心の「通い」「訪問」「宿泊」という機能を包括的に支援するサービスとして制度化した。高齢のみならず障害・児童でも、小規模多機能型居宅介護を活用することにより、窓口機能、関わる機能を包括的に統合することができるのではないだろうか。



また、生活困窮の課題のように高齢や障害といった分野で分けることのできない課題や、子どもの課題のように、その親の抱えている問題が子どもの課題として表れるものについての支援も多くなってきている。

- ・利用者だけでなく、利用者を取り巻く環境における課題に気が付く視点
- ・課題を自分たちには関係ないと決めつけず、一緒に取り組むという姿勢
- ・自分たちだけで抱え込まず、各専門職につなぐコーディネート機能

- ・つなぐためには、どんな専門職（機関）があるのか知る
- ・「いざ」という時は一時的に保護する機能
- ・何かあった時にみんなが集える「場」としての拠点

しかし、本来求められている利用者への支援がおろそかにならないように、人員配置やケアのあり方には配慮が必要であり、便利な機能は周囲の力や機会を奪うことになるリスクもあることから、慎重な議論も必要である。

第4章

質の確保

1. はじめに

現在、小規模多機能型居宅介護の事業所数は、確実に増加している。しかし、数的な増加に伴い、地域密着型サービスとしての小規模多機能型居宅介護の質が問われることになってきている。小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアの拠点のひとつとして「地域での暮らし」そのものを支援するようになってきている。

その小規模多機能型居宅介護の質の確保は、「地域の中で利用者の暮らしをいかに支えているか」を問うものでなければならない。この地域での暮らしの支援は、介護保険でのサービスだけでは支えきれない。しかも地域によってあり方が異なるものでもあり、全国一律のものではない。「地域における最適を地域が自ら選ぶこと」にもなっている。質の確保においても、全国一律でできるものではない。現在の質の確保の仕組みは、平成 18 年の地域密着型サービスの創設時からほとんど変化がない。また、ひとつの要素だけで確立できるものでもない。市町村の指定・指導、研修、評価、公表等幾層もの取り組みから質は確保される。地域包括ケアの実現が問われているときに、その視点での質の確保が必要である。

今年度は、実働し始めた「運営推進会議におけるサービス評価の実態・効果」「質の向上のための運営推進会議の活用法の検討」および「質の向上を図るための研修システムのあり方」を検討した。

2. 運営推進会議を活用した評価及び地域の人材育成

平成 18 年の小規模多機能型居宅介護の創設と合わせて運営推進会議が義務付けられた。基準第 34 条において「指定小規模多機能型居宅介護事業者は、指定小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する市町村の職員又は当該指定小規模多機能型居宅介護事業所が所在する区域を管轄する法第百十五条の四十六第一項に規定する地域包括支援センターの職員、指定小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下この項において「運営推進会議」という。）を設置し、おおむね二月に一回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けなければならない」と規定されているものである。

またサービス評価については、基準第 72 条第 2 項において「指定小規模多機能型居宅介護事業者は、自らその提供する指定小規模多機能型居宅介護の質の評価を行い、それらの結果を公表し、常にその改善を図らなければならない」と謳われている。

さらに平成 27 年 3 月には、サービス評価の実施方法を外部評価機関による評価から、前述の運営推進会議を活用した評価に変更がなされている。変更の目的としては、質の向上のためのツールということを強く意識し、一時点の現状を明らかにするだけでなく、さらに進化・発展していくため、自らが振り返り、チームで実践状況を話し合い、ステップアップしていくための戦略的ツールとして活用できるものを目指したもので、事業所自己評価と地域からの評価の 2 つから構成されている。事業所自己評

価は、一人ひとりのスタッフが自らの取組みを振り返り、ミーティングを通して各自のできている点、できていない点を共有し、事業所の実践を振り返るものとしている。地域からの評価は、「定期的に外部の者による評価」を保険者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の方々にしていただくものとなっている。

実施状況としては、「スタッフ個別評価」の実施が 68.6%、事業所自己評価が 71.5% となっており、運営推進会議における評価の実施は 77.7%と昨年の 38.6%から大幅増となった。また未実施が昨年の 29.4%から 7.0%と大きく減少しており、多くの事業所が取り組んでいることがわかった。

表 2.3-1 サービス評価の実施状況

	事業所数	%
①スタッフ個別評価を行った	1,464	68.6
②事業所自己評価を行った	1,527	71.6
③運営推進会議における評価を行った	1,659	77.7
④実施していない	150	7.0
⑤外部評価機関によるサービス評価を実施した	393	18.4
回答数	2,134	

【参考 2015】

複数回答	該当数	%
①スタッフ個別評価を行った	1,018	65.4
②事業所自己評価を行った	962	61.8
③運営推進会議における評価を行った	600	38.6
④実施予定だがまだ実施していない	410	26.3
⑤実施する予定も立っていない	49	3.1
回答数	1,556	

運営推進会議における評価への自治体・地域包括支援センターの参加では、地域包括支援センターの参加が 68.4%、市町村の参加が 50.3%となっている。

表 2.3-2 運営推進会議における評価への自治体・地域包括支援センターの参加

	事業所数	%
①市町村が参加	1,034	50.3
②地域包括支援センターが参加	1,404	68.4
③どちらも参加していない	330	16.1
回答数	2,054	

【参考 2015】

複数回答	該当数	%
①市町村が参加	857	55.7
②地域包括支援センターが参加	1,222	79.4
③どちらも参加していない	49	3.2
回答数	1,539	

3. 事例

◆サービス評価

3.1 めおといわ「ゆい」

(1) 基本情報

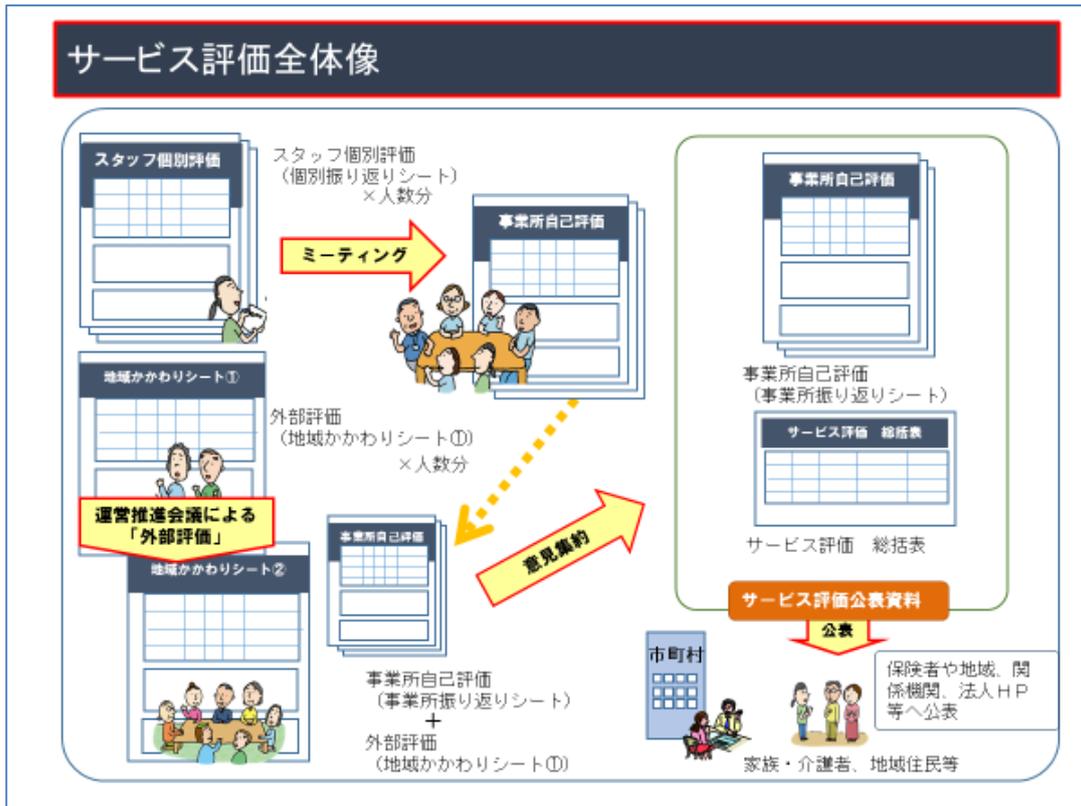
事業所名	めおといわ「ゆい」
所在地	福岡県 福岡市
併設事業	なし
自法人の関連事業	病院、診療所、居宅介護支援、訪問看護、訪問介護、通所介護、住宅型有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護
市町村人口	1,553,607人（平成28年10月1日現在）
市町村高齢化率	21%（平成28年9月末日現在）
面積	340 km ²
日常生活圏域の数	57 か所
小規模多機能型居宅介護の数	43 事業所
地域の特徴	福岡市は九州の北部にある福岡県の西部に位置する人口約156万人の市である。福岡県の県庁所在地であり、政令指定都市である。創業のための雇用改革拠点として、国家戦略特区にも指定されている。2017現在、人口規模は日本の市で5位、九州地方では最大の市である。（参考:Wikipedia）

(2) 【運営推進会議を活用した質の確保】～地域からの評価～

地域密着型サービスの創設と同時に位置づけられた『運営推進会議』。運用から10年が経ち、平成27年度からは事業所のサービス評価（外部評価）を行う場面としてこの会議が活用されるようになった。

そもそも、地域密着型サービスとして「日常生活の継続」をイメージしたとき、利用者の地域での生活を支え続けるためには、事業所の力のみならず、近所の良き理解者が増え日常的な関わりが保たれることで、その人を取り巻く環境は大きく改善し、「その人らしく、これまで通りの暮らしを営み続ける」という理念実現の近道につながると考えられている。しかしながら、一足飛びに周囲との合意形成が整い、地域住民が利用者にとっての良き理解者や事業所の応援団になってくれるということは現実的には難しい。事業所と地域、利用者と地域をつなぐ媒体としてこの会議を活かさない手はない。ここでは、昨年度から制度化された運営推進会議における『地域からの評価』について、めおといわ「ゆい」の取り組みを報告したい。

図：サービス評価全体像（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会）



(3) 運営推進会議

めおといわ「ゆい」は平成18年に開設された事業所である。ここで行われている運営推進会議のメンバーは、利用者、家族、自治会長、民生児童委員、ボランティア、地域包括支援センター、区社会福祉協議会、地域の事業所（主任ケアマネ、認知症グループホーム、デイサービス、薬局など）、市の担当者、区の地域保健福祉課、校区担当保健師、学識経験者など約20名で構成されている。2か月に一度開催される会議の内容は、登録利用者数、提供状況等の数値化されたものの報告はそこそこに、実際の日々行っているケースの事例を紹介していきながら事業所の中身を知っていただけるように工夫している。その人の望む暮らしを実現するための様々な障壁や課題、本人と周囲の想いのズレなどを表現しながら自己決定を尊重し自己実現につなげるためには何が必要か。上手くいったこと、失敗したこと、ぶち当たっている壁、悩みなどを文字化して参加者に問いかけている。意見交換の中では在宅介護の実態や憤りを吐露する家族とそれに共感する他の家族や地域住民、行政。また、実際利用してみての実感を述べられる利用者とその家族…。様々な視点から双方向のやり取りが行われ、当事者意識に基づいた考えで議論が深められている。10年が過ぎ、60回近く開催されるなかで、現在は事例検討やケース会議に近づいたような形となり、会議の充実化が図られている。

写真：めおといわ「ゆい」運営推進会議の様子



(4) スタッフ個別評価

地域からの評価を取り組むにあたって、まず、取り組まなくてはならないのがスタッフ個別評価である。事業所に従事するスタッフに向けて事前に勉強会を開催し、運営推進会議の目的、位置づけやその場におけるサービス評価の意味、地域から評価をいただくことの有効性などについて“小規模多機能型居宅介護 サービス評価【実施ガイド】(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会)”を用いて学びあい、読み合わせを行った。勉強会を済ませ、それぞれにスタッフ個別シート1～9を配布。次に開催される事業所自己評価(ミーティング)の日程に併せて締め切り日を決定した(締め切りまで約2週間)。

この間で大切なのは「個人の振り返り」である。事業所全体で取り組んでいるものではなく、あくまでも個人レベルで問われている項目に取り組んでいるか、積極的に参画できているかについての設問であることを強調して伝え、「できている」「できていない」についても素直な現時点での自分の気持ちとして表現して良いことであること、また、できていなくてもそれは非難されるものではないことを約束した。

(5) 事業所自己評価(ミーティング)

事業所として2回目となる今回の取り組みは、過去に経験していることもあって比較的スムーズに流れを作ることができた。1～9項目の事業所自己評価のすべてを一気に作り上げることは困難であると判断し、また、ゆっくり丁寧に作り上げていくことに重点を置き3回に分けてミーティングを開催することにした。3回のミーティングすべてに参加することは勤務調整上難しいため、どうしても当日参加できないスタッフは評価シートの提出のみで可とした。そのため、事業所自己評価の実施日、メンバーの欄は3回に違いがある。ミーティングの開催にあたっては、1項目につき概ね30分～45分程度で行われた。

まずは、事業所自己評価の作成に伴い、集められたスタッフ全員分の個別評価を用い、挙手にて人数の集計を行う。角度の違うそれぞれの視点で評価チェックが行われ、甘く評価したもの、厳しく評価したもの、妥当に評価したものに別れるが、それはそれで尊重した。シートでは「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」という偶数段階評価に置きかえることで事業所全体の立ち位置をわかりやすく表現されている。

“前回の改善計画に対する取組み結果”と“個人チェック表のできている点、できていない点”について議論する。自分がそこにチェックした理由やできている・できていないの判断したポイントなどを伝えあった。日常業務では勤務中にじっくり議論する時間も物理的にスタッフが揃うことも確保しにくい状態であるため、このように時間を割きミーティングを通して意見交換することで、これまで感じ取ることができなかった他のスタッフの考え方や新たな気づき生まれ、お互いの結束や信頼は強化されたように思う。進行役の役割は大きなものであると考えるが、チーム作りの場として、事業所内のすり合わせの場としてこのミーティングを位置づけることでスタッフものびのびと発言することができ、またその意見が事業所運営に反映されるとなるとモチベーションにもつながるのではないだろうか。

めおといわ「ゆい」では進行役を管理者が担い、上述したように目的は「チーム作り」と「事業所内の音あわせ」であることを事前に伝えスタッフの考えを拾い上げ取りまとめていった。

(6) 運営推進会議における「地域からの評価」の開催に向けて

会議のメンバーに開催案内とともに、“サービス評価の概要（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会）”、“事業所自己評価1～9項目”、“地域かかわりシートA～F”の3点を添付し今回の会議はサービス評価（外部評価）の位置付けであること、昨年行った同評価の振り返りとともに、来年度に向けての建設的な話し合いの場であることを説明する。

以上平成 29 年 1 月吉日

運営推進会議

関係者各位



小規模多機能施設めおといわ「ゆい」

施設長 党 一浩

電話：092-874-3300

第 53 回 運営推進会議（事業所サービス評価）の開催について

新春の候、皆様いよいよお元気で過ごしとのこと、お喜び申し上げます。平素はなみなみならぬお引き立てを心より感謝申し上げます。今年も何卒宜しくお願い致します。

早速ですが、定例の運営推進会議を開催する運びとなりましたので皆様にご案内させていただきます。今回は、昨年度から介護保険制度で義務付けられた「運営推進会議を活用した地域からの評価」（事業所サービス評価）とさせていただきます。事業所の成長のため、皆様のお力を賜りたく存じます。

『評価』と聞くと構えてしまいがちですが、求められているものは、事業所をより知っていただき、普段からの付き合いの中で率直に感じられていることや私どもだけでは気づかない視点などをいただきながら段階を一步一步ずつ上るように事業所の成長を目指すものであります。今年で2回目（モデル事業を入れると3回目）となりますが皆さまのご協力よろしくお願い致します。

※添付資料は ①概要・②事業所自己評価（1～9項目）・③外部評価【記入例】・④外部評価（地域かかわりシート）となっております。特に皆様にご協力いただきたいのは④となっております。当日は地域かかわりシートの「はい」「いいえ」「わからない」の数を集計する必要がありますのでチェックを記入の上お越しく下さい。当日参加いただけない方もチェックしていただき、返信していただければ幸いです。ご協力をお願い致します。

※ご不明な点等ありましたらいつでもご連絡ください。

～運営推進会議開催案内～

記

日時：平成 29 年 2 月 7 日（火）13:30～15:30 頃

場所：小規模多機能施設めおといわ「ゆい」（福岡市城南区東油山 1-33-7）

内容：運営推進会議を活用した地域からの評価

めおといわ「ゆい」：運営推進会議案内文（一部）

会議メンバーに対しては、この評価の意味や目的をしっかりと伝えることが必要であろう。普段つきあいの中から生まれる事業所への意見を踏まえながら、毎年1段ずつ階段を上るようなイメージで事業所の確かな成長を積み重ねていくものであること、また、そのプロセスを、地域住民をはじめとした会議メンバーと一緒に歩いていくという点がこの評価のポイントの一つである。

(7) 開催当日

評価のための特別メンバーを招集するのではなく、いつもの運営推進会議のメンバーで当日の進行が行われる。事前に案内文と一緒にメンバーに配布した事業所自己評価1～9の説明を行う必要があるが、限られた時間であるため事業所が特に注力した項目、事業所内ミーティングで話題が盛り上がった項目について3項目程度に絞り込み重点的に説明した。それ以外の項目については、各メンバーから意見をいただきつつ、項目の中身を深めていった。議論の中身は9項目に付随して、普段事業所との付き合いの中で思っていること、疑問、提案等について意見が繰り広げられた。事業所では気づかない視点を周囲は持っている。長年に渡ってしっかりとコミュニケーションを図っているご家族でさえ、我々に新たなヒントを与えてくれる結果となった。

参加している自治体職員は会議に参加することで事業所の普段が手に取るようにわかると発言する。「これまでは、実地指導の観点から紙ベースのみで事業所を判断しがちであったが、この会議に参加することでリアルに感じることができる。利用者や家族の感想を直接聞くことができ、周辺地域の住民からみた事業所というのは実地指導のみでは見ることができない。また、事業所自己評価は実地指導対策で作られたものではなく、全スタッフが素直に取り組んでいる様も確認することができこの評価システムはとても現実的だ」と期待を寄せる。

事業所自己評価項目、地域からの評価項目の中身を目にすることで、あえて事業所から発信しなくても、事業所が何を目指そうとしているのか、何で地域と積極的に関わろうとしているのかを知ってもらう良い機会となった。

当日は3時間を超える積極的な意見が繰り広げられた。項目にはない部分についても熱く議論され、その場で結論（次回の改善計画）を見出すまでには至らなかった。総括表についてはこの場でもらった意見を参考にし、事業所に持ち帰って作成に取り組むことにし、次回の会議の開催日程を確認した上でその日の会議は終了した。

(8) 総括表の作成

会議メンバーからいただいたA～Fの項目について、それぞれの数を集計する。アンケート形式で“地域かかわりシート”の提出のみで協力してくれた方もいたのでその分も含めて取りまとめる。

会議メモからその日に出た意見を思い出しながら総括表の作成に取りかかる。得られた意見を基に、事業所として何ができるのか。達成ができないような高い目標設定をするのではなく、事業所全体として取り組めるもの、改善計画を確実に進めることによって、事業所の成長を確認できる内容に作り上げていった。

サービス評価 総括表

平成29年3月16日

小規模多機能型居宅介護「サービス評価」総括表										
法人名	医療法人 社団誠仁会	代表者	飯田 武史	法人・事業所の特徴	民家改修型の家庭的な雰囲気のある事業所。閑静な住宅街の中に位置し、日々のかかわりのなかで地域とのつながりを大切にしている。認知症を地域で支えるという観点からは福岡市内の中でもモデル地域的な取り組みを推進しており、住民による普及啓発劇団の“劇団つみ”や月に一度開催される“つつみカフェ”は市内外より高い評価をいただいている。「その人の望む暮らしの実現」に向けて、【自立支援】、【自己決定】、【日常生活の継続】を念頭に置いたケアを心掛けている。					
事業所名	小規模多機能施設 めおといわい	管理者	党 一浩	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
出席者	市町村職員	知見を有するもの	地域住民・地域団体	1人	1人	1人	1人	2人	(7カ所協力)3人	14人
項目	前回の改善計画	前回の改善計画に対する取組み・結果	意見	今回の改善計画						
A. 事業所自己評価の確認	<ul style="list-style-type: none"> ◆月に一回、平日を使って全員出勤の日を作り、各種会議の充実を図る ◆校区におけることも110番の申請、おとな110番の検討を自治会で行う ◆半年に一度、事業所内で事業所自己評価を振り返る機会を設ける(9月頃) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆全員出勤の日をすることは現実的に難しく、実行することは出来なかった。 ◆城南区社協、城南区、城南区地域密着部会の協働で認知症110番の家事業を展開することができた。⇒区内で広がっている ◆半年に一度の振り返りは行うことが出来なかった 	<ul style="list-style-type: none"> ◆事業所自己評価では「できてない」とチェックしているスタッフが多いが、周りから見ると「できている」と思う。 ◆事業所自己評価を通してスタッフ全員が日々を振り返るいい機会になった。 ◆スタッフ全員の顔写真付きの紹介チラシを作ってご家族にも渡してみたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆来年度は9月に事業所自己評価を振り返る機会をカンファレンスで行う。 ◆スタッフプロフィールシート(1枚物)を作成し、ご利用者家族、運営推進会議メンバーにお配りしたい。 						
B. 事業所のしつらえ・環境	<ul style="list-style-type: none"> ◆玄関周りのしつらえを再検討し、照明等を見直す ◆私道部分に掲示板を設置し、事業所の様子を発信する 	<ul style="list-style-type: none"> ◆前回の評価を終えた時点で、玄関の照明器具を変更し、輝度を明るくした。 ◆私道部分の掲示板については引き続き検討事項とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆家庭的な雰囲気の中でケアが行われている。落ち着く。 ◆車道から入り込んだところに雑物があるので、入りやすいかといえは物理的にそうではない。 	なし						
C. 事業所と地域のかかわり	<ul style="list-style-type: none"> ◆さらに、多くのスタッフが認知症等で地域に出向いていけるよう勤務調整を工夫する 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ふれあいサロンやつつみカフェ、認知症など、交際の機会が増えている。なるべく、地域行事に積極的に参加できる勤務状況を安定化させたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆もっと地域の人たちに向けて小規模多機能のことが知ってほしい。利用するとその良さが分かるのだが、一般的にはまだまだ周知されていないと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆行政の力も借りながら、小規模多機能のPRができるような機会を作り、市民に情報発信していく。 						
D. 地域に出向いて本人の暮らしを支える取組み	なし	なし	<ul style="list-style-type: none"> ◆充分行えていると思う。 	なし						
E. 運営推進会議を活かした取組み	<ul style="list-style-type: none"> ◆これまで参加者人数が多いため、公民館で開催していたが、事業所スタッフの理解促進や参加者にも事業所内を知ってもらうため今後には事業所で開催する 	<ul style="list-style-type: none"> ◆今年度から運営推進会議を事業所内で行うようになり、スタッフもどのような方がお越しになっているか知る機会が増えている。半面、会議にスタッフを参加させることが難しく、今後の課題として残る。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆充実した運営推進会議が行われている。いくつかの事業所の同じ会議に出席しているが、この会議のように親山の意見が出ることはめずらしい。 ◆事例を通して事業所の中身がよく伝わってくる。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆運営推進会議にスタッフも参加できるように工夫していく。 						
F. 事業所の防災・災害対策	なし	なし	<ul style="list-style-type: none"> ◆災害時に機能できるかどうかは規模によって変わってくると思う。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆困ったときは「お互いさま」で支えあうことができるように事業所防災訓練や地域の防災訓練を通して意識付けを行ってきたい。 						

(9) 地域からの評価2回目の運営推進会議

「はい」「いいえ」「わからない」のチェックが集計されたA～F項目のシートと事業所内での会議でスタッフと作り上げた“サービス評価 総括表”のシートを添付し当日の会議資料として提出した。前回の会議とは若干構成メンバーが入れ替わっていたため、前回の会議の概略を説明。その時出た意見なども振り返りながら総括表の説明を行い、会議メンバーから次回の改善計画について承認をいただいた。

会議に所要した時間は100分程度。“地域からの評価”以外についての意見交換もあり、会議は充実したものとなった。



運営推進会議 当日の様子

4. 質の向上のための研修

質の確保を図るための有効な手段として研修が存在する。小規模多機能型居宅介護を開設するために義務付けられた法定研修では、認知症介護実践者研修を除き、開設者、管理者及び計画作成担当者のみが受講する研修となっている。一般の介護職員が受講する機会がないうえ、地域包括ケア体制を推進する以前につくられた研修カリキュラムに基づいているため、内容が地域密着型サービスの質の向上へ十分にはつながっていない。

また、地域密着型サービス関係の開設要件である「法定研修」の開催頻度が年に1回という都道府県も多く、人材確保が困難な状況から職員採用と法定研修のタイミングが合わず、事業を開設しづらいとの声も出てきている。開設後に受講できるような柔軟な要件緩和を求める声もあるところである。

一方で研修内容や受講要件についても、研修開始から10年を経過し、都道府県・政令市でバラツキもみられる。



【各研修カリキュラム（時間数）厚生労働省老健局計画課（2006年9月）】

特に受講者からも「介護支援専門員実務研修と重複している」と不評なのが小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修である。県によっては、この研修で介護支援専門員実務研修（研修時間87時間）と同じような研修が行われている。次はある県の研修プログラムである。

- 【講義1】小規模多機能ケアの視点（総論）（60分）
- 【講義2】ケアマネジメント論（90分）
- 【講義3】チームケアのための記録（90分）
- 【講義4】実践事例の報告（90分）
- 【講義5】居宅介護支援計画作成の実際（390分）

一日かけて行われる「居宅介護支援計画作成の実際」では介護支援専門員実務研修の講師が、同じ内容で講義して事例もある。

「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第七十三条」に次のように記されている。

指定小規模多機能型居宅介護は、利用者が住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、妥当適切に行うものとする。

この小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修では、このことを実現するため、

「小規模多機能型居宅介護のサービスのあり方を理解し、適切なケアプランの作成に資するよう、地域生活支援、チームケアを含んだ本人本位の視点を理解し、本人主体の視点、24時間365日の支援、地域生活の継続、地域資源の活用などを踏まえたケアプランの作成」（すなわち一人ひとりの在宅生活を支えるためのライフサポートワーク）の研修にならなければならない。

質の確保としての研修については、当会の平成25年度報告書で下記の様に検討し、提案しているが、具体的な改定には至っていない。

○法定研修

- ・認知症介護サービス事業開設者研修
- ・認知症対応型サービス事業管理者研修
- ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

以上の法定研修は行われているが、内容が地域密着型サービスの質の確保となっていない。

○管理者と計画作成担当者しか研修がない。現場職員等は何の研修もない。

○地域での暮らしの支援（ライフサポート）という視点がまだすべての研修に位置づいてない。

提案

○事業者育成は、保険者（市町村）の責任のもと行うこととし、すべての法定研修（認知症介護サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）を市町村に移行してはどうか。

○保険者は、事業所の質の向上のために法定研修のみは実施するのではなく、研修の機会が少ない介護職員向けの研修や日常生活圏域の拠点の人材育成のための「ライフサポートワーカー研修」等、必要な研修を実施することを義務付けてはどうか。

- ・初任者研修・中堅研修・リーダー研修
- ・現場職員研修・多職種連携（ライフサポートモデル）研修
- ・地域コーディネーター研修（ライフサポートワーカー研修）等

○研修の内容で、基軸になるのは地域での暮らしの支援（ライフサポート）であり、すべての研修の内容に位置付けることが必要ではないか。

今回検討した研修のあり方については、平成25年度報告と大きな相違はない。

認知症介護実践者研修は、認知症ケアのあり方そのものの変化により、認知症ケア関連の研修も基礎研修、実践者研修と見直しが行われた。小規模多機能型居宅介護にかかる地域密着型サービスの法定研修については、認知症ケアだけではなく、医療との連携を含んだ地域包括ケア及び地域生活支援（ライフサポートワーク）に重点を置くものになるように今後検討する必要がある。

5. 小規模多機能型居宅介護の質の確保

(1) 運営推進会議を活用したサービス評価からみる質の確保

今回、新たに設けられた運営推進会議を活用したサービス評価“地域からの評価”については、これまでの外部専門機関から受ける評価システムとは一味違った外部評価となっている。事業所として、地域と普段から付き合っているからこそ、評価を受けるその時だけを取り繕えるものではない。また特定のスタッフのみで取り組めるものでもない。365日の日常業務の中で事業所全体がチームとして成熟しているか、またそれに向けて日々前進しているかを問いかけている。事例からも事業所自己評価においては、チーム内のすり合わせの貴重な機会であること、深まる議論からスタッフ同士の信頼関係やベクトルの確認が定まっていくプロセスとなっていることがわかった。事業所としても日々襟を正していきながら、適度な緊張感をもってケアに取り組めるものは質の向上につながるものである。

また、評価項目そのものにおいては、スタッフに向けて、あるいは地域に向けてのメッセージ性もあり、事業所が目指す方向の代弁機能も備わっている。事業所の玄関に鍵がかかっているかどうかを問う項目では、「鍵をかける」のが正解なのか、「鍵をかけない」ことが正解なのか、一見するとわからない。どちらも正解であり不正解の場合もある。地域性や事業所の置かれた状況を参加したメンバー同士が話し合い、テーマをもって考えるきっかけとなることが周囲に対しての意味付けとなっている。

運営推進会議そのものは通常業務と切り離された「余計なもの」ではなく、事業所運営をしていくなかで重要な位置として存在している。事業所が地域とつながることで生まれる新たな可能性を地域と模索することで、地域を取り巻く環境が改善され利用者の生活がより豊かなものとなる。

事業者は運営推進会議を活用した地域からの評価をやらされているという受け身の姿勢ではなく、一つひとつの項目の意味を考え、スタッフとともに地域の人々に発信する能力も求められている。事業所も地域の一つの資源として、地域の中でどのような機能を期待されているのか、またどのような機能を事業者は発揮すべきかを利用者とのかかわりや、普段開催される運営推進会議、日々の地域との関わりから考え、地域とともに考え行動するためのツールとして活用できるものである。

評価を行う運営推進会議への出席において、保険者（市町村）の参加が50.3%、地域包括支援センターの参加が68.4%にとどまっている。

また地域ケア会議や医療と介護の連携会議など地域のなかには様々な会議があり、地域の役員（民生委員や自治会役員等）も同様に出席を求められている。多数の会議に参加することの負担も増えている。

地域にとっても事業所にとっても、重要な運営推進会議の効果的な運用のあり方がこれからの課題と考える。

(2) 研修からみる質の向上

私たちの支援のあり方では、PDCAサイクルの支援を前提に、その上で利用者の状態がどのように変化したかを捉える視点が必要である。地域生活の支援を行うサー

ビスでは、更に多様な内容を持つことになる。それは、実践と研修(座学のみならずOJT)で取得していくこととなる。

いろいろのレベルに合わせて、中長期的視点での研修を早急に位置づかせる必要がある。ジェネラリストの人材の育成こそが人の支援で問われていると考える。

研修の基軸に求められるのは、利用者の暮らしを地域で支える“ライフサポートワーク”の観点である。中長期的なプログラムを立て、研修に一貫性を持たせることが重要であると考察する。また、行政との協働スタイルによる人材育成の取組みは、今後、地域拠点の役割を担う小規模多機能型居宅介護において「ライフサポートワーカー」といったコーディネーターとしての人的配置を展開することで、地域拠点としての担い手を育てあげることにつながると考えられる。これからの地域包括ケアの推進は、市町村の責務であり、数的整備だけでなく、質の確保・向上も含まれるものと考えられる。したがって、地域密着型サービス事業者の育成は、保険者(市町村)の責任のもと行うことにすべきである。現在都道府県・政令市で行われているすべての法定研修(認知症介護サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修)を保険者(市町村)に移行することを提案する。保険者(市町村)は、事業所の質の向上のために、最低基準の法定研修だけを実施するのではなく、中身の充実を図りつつ、さらに研修の機会が少ない介護職員向けの研修や日常生活圏域の拠点の人材育成のため研修も行うべきである。地域づくりのための「ライフサポートワーカー研修」等、必要な研修を実施することを義務付けることが望ましいと考える。例えば、以下のような研修である。・初任者研修・中堅研修・リーダー研修・現場職員研修・多職種連携(ライフサポートモデル)研修・地域コーディネーター研修(ライフサポートワーカー研修)等 これらの研修の内容で、基軸になるのは地域での暮らしの支援(ライフサポート)であり、すべての研修の内容に位置付けることが必要である。

(平成25年度 本会報告書より)

今後具体的カリキュラムの見直しを行い、地域包括ケアを推進する人材を育成していく必要がある。

終章

まとめ

小規模多機能型居宅介護の訪問機能を活用し、どのような支援をすることで高齢者の自宅や地域での暮らしが実現できているのか、その有効性と効率性の検証をおこなった。

(1) 「訪問」の機能強化について

調査から明らかになったのは「訪問介護」とは違った訪問の機能であった。小規模多機能型居宅介護の訪問では、本人と「人」や「場所」「もの」とを結びつけたり、調整したり、根回しをしたりすることも訪問と位置付けて支援を行っていた。

- ・人と人との調整や関わりの支援
- ・居場所や過ごし方を整えるための支援
- ・制度や仕組みや地域の資源と本人とを切り離さない支援

◆人と人との調整や関わりの支援

これまでの介護サービスでは、本人の身体的能力のみに着眼点が置かれ、できないところを埋めていく支援が主となっていたのではないだろうか。しかし、身体的支援だけでは、そもそも人としての暮らしが満たされる訳ではない。

重度化することで、親しい友人や近所の方もどのように話しかければいいのか、どのように接すればいいのかわからなくなることがある。また事業所がかかると、素人が邪魔をしちゃいけないと考えがちである。その結果、本人や家族は孤立し、在宅生活を諦めてしまう。

本人が望む暮らしとは、介護サービスの利用が目的ではなく、家族や地域、周囲の人とのつながりの中で、喜びや楽しみを感じ、自分自身の存在を感じることでこのこれまでの暮らしの継続である。従って、主人公である本人のいる自宅や地域に出向き、家族や周囲との関係を途切れることなくつなぎ、時には新たにつむぐことが本人や家族のニーズである。自宅や地域での暮らしは、家族や近所、地域が、認知症になっても受け入れられる下地づくりのための調整・根回しがなければ、継続できない。これらの取り組みが訪問の機能として明らかとなった。

小規模多機能型居宅介護の役割のひとつは、本人の望む暮らしを実現するために家族や地域と本人とをつなぐことである。

◆居場所や過ごし方を整えるための支援

居場所とは、居たい場所、居ていいと思える場所である。そこでは、人と人が出合い、やり取りがあり、気兼ねなく過ごすことができる時間でもある。

自分専用のイスや使い慣れたもの、それらに囲まれた環境は何物にも代えがたい心落ち着くところである。それは自宅内だけでなく、好きな公園やなじみの商店、お気に入りの理髪店の待合スペースなど、居場所は地域にもある。

また居場所には「習慣や役割を發揮できる場所」という意味もある。これまでの支

援では、本人のための支援は考えても、本人が他者のためにすることや役割を担うための支援には焦点があたりなかった。自立支援とは本人の生きる力を引き出すことであり、「活動」や「参加」を促すための居場所や役割をもった居方（過ごし方）ができるような環境を整えることである。

◆制度や仕組みや地域の資源と本人とを切り離さない支援

制度や仕組みとは、本人を介護すること（介護保険）や経済的な保障（生活保護）等、直接的に本人を支えるものだけではない。

本人を支えている家族が、本人の介護以外の問題が原因で在宅での生活をあきらめないといけないことも少なくない。具体的には、世帯の貧困、就労できない家族の事情、家族の中に障害児・者がいること等である。

また、地域においては、認知症による行動を「迷惑行為」と捉えること、介護は家族がやるべきだといった風潮、障害がある人が住みづらい環境、地域課題への無関心など、これらは本人が自宅で暮らし続けたいと希望しても阻害する要因となりうる。

家族や地域の抱えている課題について、自分たちには関係ないと誰も関わらなければ、阻害する要因はさらに悪化することが予想される。

しかし、小規模多機能型居宅介護がすべてを解決できるわけではない。これらの課題や問題に目を背けるのではなく、解決に向けて制度や仕組みを活用し、地域の資源とつながることが大切なのである。

これらの支援は「誰もが住み慣れた自宅や地域で認知症や障害があっても暮らし続けることができる」ための実現を目指す実践である。

これまでの介護サービスでは報酬となる直接的なケア（支援）に視点が集まる傾向にあった。しかし、小規模多機能型居宅介護においては包括報酬という特徴から行為そのものにこだわるだけでなく、その人の望む暮らしぶりに思いを馳せ、本人とともに人生を描くことを大切にしている。なぜならサービス回数や組み合わせよりも、求められるのは在宅生活を送ることができているという結果だからだ。

「在宅生活の継続」という結果を出すために、自分たちがかかわっていない時に家族がどのようにかかわっているのか、本人はどんな過ごし方をしているのか、見えていない部分をモニタリングすることが大切である。そのために必要なスキルや工夫の仕方が訪問のあり方を調査したことでわかった。

これは「訪問」に限ったことではなく「通い」「宿泊」においても同様の要素であり、小規模多機能型居宅介護はこの3つの機能を柔軟かつ効率的に活用することが重要である。

また、小規模多機能型居宅介護だけで本人を支えられるわけではない。ライフサポートワークによる地域での暮らしの実現のため、近隣や地域住民との協働をはじめ、病院・診療所等の医療機関、自治体や保険者、地域包括支援センター、社会福祉協議会等と本人を中心としたネットワークを作り、それぞれが役割を果たすことが求められる。

(2) 要支援者や生活支援について「地域での生活を支援するコーディネート機能」

さらに、今回明らかになったのは本人を支えるためには、本人と同居する家族や地域の課題や問題にも取り組んでいる事業所が少なくないということである。

本人を支えるためには、家族や地域が抱えている不安や困難と向き合わなければ支えられない。

小規模多機能型居宅介護は運営推進会議を通して地域との関係を少しずつ深めてきた結果、地域の課題を地域住民と一緒に考え、活動する事業所も少なくないことが調査から明らかとなった。また、本人を支えるために家族支援も行ってきた。その結果としてそれぞれの課題や問題に関わる事業所があることは当然の結果ともいえる。それらの取り組みから一般介護予防事業としてのサロンの開催や、登録外の方へのかかわりも見られた。介護度に関係なく、高齢者とのかかわりを行っている実践から総合事業の「生活支援サービス」に発展した事例も報告された。要支援者に対して、予防給付であれ地域支援事業であれ、早めの出会いから要介護状態になっても関わり続けることが大切である。

介護度によって区別される支援ではなく横断的に支援するコーディネート機能や身近な地域のなかにいつでも相談でき、とりあえず受け止めてくれる拠点は必要だと考える。

よって、第1に、本人を支えるとともに、その背景にある家族や世帯の複合的な課題を受け止める支援の必要性、第2に、日常生活圏域の拠点として圏域内の課題を抱える方へアプローチする必要性がある。

高齢や障害、介護保険・障害福祉、住民と事業所等を統合することが「共生」なのではない。地域でともに生活を営む住民の一人として、その土地や住民が積み重ねてきた歴史や伝統、習慣等を、障害や年齢を特徴と捉え、一人ひとりが輝き、活躍できる場や機能をもとに考えていくことが求められる。

そして今回の調査から小規模多機能型居宅介護ではこれらの機能を担うことができると考える。

(3) 質の確保

日常生活圏域に計画整備されている特徴を生かす小規模多機能型居宅介護の質の確保は、「地域の中で利用者の暮らしをいかに支えているか」を問うものでなければならない。そのために、運営推進会議において、利用者や利用者家族、地域住民とともに検討の場をサービス評価という仕組みを導入し取り組んでいる。しかし、実態としては保険者（市町村）の参加が 50.3%、地域包括支援センターの参加が 68.4%にとどまっている。

今後は、行政や保険者は住民や事業所とともに考え、質の確保に向けて取り組むチームの一員としての役割を担うため、市民生活のセーフティネットを担う覚悟を持ち取り組む姿勢こそ地域包括ケアシステムの構築には必要である。

今回の報告は、今後のあり方を示すものとなるが、そもそも小規模多機能型居宅介

護の創設は、認知症高齢者の在宅での新たなケアの必要性から生み出された。日本の高齢者介護のあり方を自宅や地域での生活支援へシフトしていくためのサービスである。

よって通い重視から訪問ニーズの高まりにより加算が創設されたとおり、高齢者や地域のニーズに合わせてサービスそのものも柔軟に変化し、進化する。

ただし、このような取り組みはすべての小規模多機能型居宅介護で取り組まなければいけないというものではない。住民や自治会組織、商店等の地域の力が生かされる場合や介護保険サービス事業所・医療機関・社会福祉協議会等がその能力やつながりによって持っている力を発揮し取り組まれる場合、行政主導で取り組まれる場合がある。様々な機関がこれらの取り組みを担う可能性があり、地域の特性や事業所の状況に合わせて検討すべきである。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域における様々な資源がその力を発揮することが重要である。

資料編

2016 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の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29年1月6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職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	指定年月	平成 年 月
	<input type="checkbox"/> ②サテライト型小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 介護給付
	<input type="checkbox"/> ③基準該当 小規模多機能型居宅介護		<input type="checkbox"/> 予防給付
運営法人	<input type="checkbox"/> ①社会福祉法人	<input type="checkbox"/> ②社会福祉法人(社協)	<input type="checkbox"/> ③特定非営利活動法人
	<input type="checkbox"/> ④医療法人	<input type="checkbox"/> ⑤法人(有限会社・株式会社等)	
	<input type="checkbox"/> ⑥その他 ()		
都道府県		市町村	
電話番号		記入者 職名	<input type="checkbox"/> ①代表(開設者) <input type="checkbox"/> ②役員
FAX番号			<input type="checkbox"/> ③事務長 <input type="checkbox"/> ④事業統括者
			<input type="checkbox"/> ⑤管理者 <input type="checkbox"/> ⑥事務員
			<input type="checkbox"/> ⑦計画作成・介護職員

注) 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"/> ①初期加算	<input type="checkbox"/> ②認知症加算(I)	<input type="checkbox"/> 同(II)
<input type="checkbox"/> ③看護職員配置加算 I	<input type="checkbox"/> 同 II	<input type="checkbox"/> 同 III
<input type="checkbox"/> ④サービス提供体制強化加算(I)イ	<input type="checkbox"/> 同(I)ロ	<input type="checkbox"/> 同(II) <input type="checkbox"/> 同(III) <input type="checkbox"/> 同(IV)
<input type="checkbox"/> ⑤介護職員処遇改善加算 I	<input type="checkbox"/> 同 II	<input type="checkbox"/> 同 III <input type="checkbox"/> 同 IV
<input type="checkbox"/> ⑥総合マネジメント体制強化加算		
<input type="checkbox"/> ⑦訪問体制強化加算	<input type="checkbox"/> ⑧看取り連携体制加算	
<input type="checkbox"/> ⑨従業者の員数が基準に満たない場合の減算	<input type="checkbox"/> ⑩過少サービスに対する減算	
<input type="checkbox"/> ⑪中山間地域等に居住するものへのサービス提供加算	<input type="checkbox"/> ⑫市町村独自報酬 (単位)	

5. 貴事業所にて低所得者・生活困窮者向けに利用料等、事業所独自の減免措置についてお伺いします。**該当するものすべてに☑**をつけてください(社福減免を除く)

<input type="checkbox"/> ①ない	<input type="checkbox"/> ②食費の減免	<input type="checkbox"/> ③宿泊費の減免	<input type="checkbox"/> ④ その他 ()
------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

6. 共生型サービス・一体型サービスについてお伺いします。

現在、厚生労働省では、共生型サービス・一体型サービスのような、対象者横断型のサービスの推進を検討しています。現在の法律でも、障害福祉サービスの「基準該当サービス」の指定を市町村（障害福祉担当課）から受け、同一建物内にて定員の範囲内で障害福祉サービスを実施することができます。このことについて、該当するものすべてに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①制度・仕組みを知っていた	<input type="checkbox"/> ②制度・仕組みを知らなかった
--	---

6-2) 上記で①にチェックした事業所の方にお聞きします。実施している事業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"/> ①実施していない	<input type="checkbox"/> ②基準該当生活介護
<input type="checkbox"/> ③基準該当自立訓練	<input type="checkbox"/> ④基準該当放課後等デイサービス
<input type="checkbox"/> ⑤基準該当児童発達支援	<input type="checkbox"/> ⑥基準該当短期入所
<input type="checkbox"/> ⑦基準該当就労継続支援B型	<input type="checkbox"/> ⑧日中一時支援
<input type="checkbox"/> ⑨その他 ()	

II. ケアマネジメント等の状況についてお尋ねします。

7. 「ケアマネジメント」の状況についてお聞きします。

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 ()	

III. サービス評価（地域からの評価）についてお伺いします。

8. 貴事業所のサービス評価について、お聞かせ下さい

8-1) 昨年度（平成27年度）、該当するものに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①スタッフ個別評価を行った	<input type="checkbox"/> ②事業所自己評価を行った
<input type="checkbox"/> ③運営推進会議における評価を行った	<input type="checkbox"/> ④実施していない
<input type="checkbox"/> ⑤外部評価機関によるサービス評価を実施した	

8-2) 昨年度（平成27年度）の評価に自治体・地域包括支援センターは参加しましたか。

該当するものに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①市町村が参加	<input type="checkbox"/> ②地域包括支援センターが参加	<input type="checkbox"/> ③どちらも参加していない
----------------------------------	---	---------------------------------------

IV. 利用状況等についてお伺いします。

9. 現在の実登録者の人数と利用者数をご記入ください。

(平成28年10月末現在)

現在の実登録者数	名	1日あたりの宿泊利用者	約 名
1日あたりの通い利用者	約 名	1日あたりの訪問延べ利用者	約 名
実登録者の内、事業所の所在する市町村以外の隣接する他市町村からの登録者数			名

10. 平成27年11月1日から28年10月末までの1年間において、利用契約が終了した人数（死亡者も含む）について、ご記入ください。(0名は0と必ずお書き下さい)。

契約終了者数	名
--------	---

10-2) 契約終了理由について下記に該当するものに☑、()に人数を記入ください。

<input type="checkbox"/> ①入院 () 名	<input type="checkbox"/> ②施設（特養・老健・グループホーム）() 名
<input type="checkbox"/> ③小規模多機能以外の在宅の介護保険サービス () 名	
<input type="checkbox"/> ④死亡 () 名 [そのうち自宅 () 名・事業所 () 名・病院 () 名]	
<input type="checkbox"/> ⑤サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）、有料老人ホーム等への引越し () 名	
<input type="checkbox"/> ⑥その他 [()] () 名	

V. 個別利用者の状況についてお伺いします。

11. 平成28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. 市町区村(包括除く) 4. 医療機関 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・高賃賃) 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. 配偶者と同居 4. 子どもと同居 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. 100m前後 3. 500m前後 4. 1000m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・高賃賃) 7. 有料老人ホーム(住居型) 8. その他
						年	月								
1	90	1	支1	Ⅱa		20	10	31	20	0	1	3	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															
28															
29															
30															

VI. 平成 27 年報酬改定後の状況についてお伺いします。(平成 28 年度)

1 2. 総合マネジメント体制加算について、**該当するものに☑**をつけてください。

- ①加算をとっている ②加算をとれるのにとっていない ③加算がとれない
 ④加算を取れると思っていたが、取れないとの指導を市町村（保険者）からされた
 ②③④の理由（

(参考) 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (平成 27 年 4 月 1 日)

問 1 5 5 総合マネジメント体制強化加算について、利用者の心身の状況等に応じて、随時、関係者（小規模多機能型居宅介護の場合は、介護支援専門員、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者）が共同して個別サービス計画の見直しに当たりすべての職種が関わる必要がある。また、個別サービス計画の見直しが多職種協働により行われたことを、どのように表せばよいか。

(答) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護（中略）通常の居宅サービスとは異なる「特有のコスト」を有しているため、総合マネジメント体制強化加算により評価するものである。（中略）

個別援助計画の見直しは、多職種協働により行われるものであるが、その都度全ての職種が関わらなければならぬものではなく、見直しの内容に応じて、適切に関係者がかかわることで足りるものである。

また、個別援助計画の見直しに係る多職種協働は、必ずしもカンファレンスなどの会議の場により行われる必要はなく、日常的な業務の中でのかかわりを通じて行われることも少なくない。通常の業務の中で、主治の医師や看護師、介護職員等の意見を把握し、これに基づき個別サービス計画の見直しが行われていれば、本加算の算定要件を満たすものである。なお、加算の要件を満たすことを目的として、新たに多職種協働の会議を設けたり書類を作成することは要しない。

1 3. 訪問体制強化加算について、**該当するものに☑**をつけてください。

- ①加算をとっている ②加算をとれるのにとっていない
 ③常勤の従業者を 2 名以上配置できないのでとれない
 ④要介護の訪問延べ回数が 200 回を超えていないためとれない
 ⑤登録者の総数のうち 50%以上が同一建物の利用者のためとれない
 ⑥加算を取れると思っていたが、人員基準を満たしていないと市町村（保険者）から指摘された
 ⑦その他（

(参考) 平成 27 年度介護報酬改定に関する Q & A (平成 27 年 4 月 1 日)

問 1 6 5 訪問体制強化加算について、訪問サービスを担当する常勤の従業者を 2 名以上法位置することとされているが、当該事業所の営業日・営業時間において常に満たすことが必要か。

(答) 「訪問サービスを担当する常勤の従業者」は、当該事業所において訪問サービスの提供に当たる者のうち 2 名以上を常勤の従業者とすることを求めるものであり、当該事業所の営業日・営業時間において常に訪問を担当する常勤の従業者を 2 名以上配置することを求めるものではない。

1 4. 看取り連携体制加算について、**該当するものに☑**をつけてください。

(平成 27 年 11 月 1 日から 28 年 10 月末までの 1 年間)

- ①加算をとった ②加算をとれるがとらなかった ③加算をとらなかった
 ④看取ったが、看護職員配置加算 I を取得していないためとれない
 ⑤看取ったが、看護師に 24 時間連絡できる体制を確保できていなかったためとれない
 ⑥対象となる利用者がいない
 ②③の理由（

1 5. 短期利用居宅介護について、活用できる部屋数はいくつですか。

短期利用居宅介護で活用できる部屋数

部屋 (平成 28 年 10 月末日)

(参考) 宿泊室の数の算定式

宿泊室が 9 室、登録定員が 25 人、登録者の数が 20 人の場合、 $9 \text{ 室} \times (25 \text{ 人} - 20 \text{ 人}) \div 25 = 1.8$ となり、短期利用の登録者に対して活用できる宿泊室数は 2 室となる (小数点第一位以下は四捨五入)。宿泊室数の計算を行うに当たって基準となる登録者の数は、短期利用を認める当該日の登録者の数を使用する。

15-2) 平成27年11月1日から28年10月末までの1年間において、短期利用居宅介護について、**該当するものに☑**をつけてください。

①利用があった(延べ 日) ②利用なし

16. 平成28年10月末日の登録者について、**人数を記入**ください。

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合	名	名	名	名	名	名	名
同一建物居住者の登録者に対して行う場合	名	名	名	名	名	名	名

※同一建物の定義：養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。

17. 収支の状況について、**該当するものに☑**をつけてください。

今年度の収支状況 ①黒字 ②ほぼ均衡している ③赤字 ④不明

VII. 「訪問」の支援内容についてお伺いします。

18. 昨年度の調査では、訪問体制強化加算を取得している事業所が25.4%にとどまっており、その支援内容についても家事援助から身体介護まで様々であると考えられます。小規模多機能型居宅介護の訪問を活用し、どのような支援をすることで高齢者の自宅や地域での暮らしが実現できているのか、その有効性と効率性の検証を行い、ケアの見える化及び効率化の検討をしたいと考えております。以下、これまでの小規模多機能型居宅介護の「訪問」の実践を項目化しましたので、「訪問」としてこれまで支援したことのある内容として**該当するものすべてに☑**、をしてください。

※ここで言う「訪問」とは、「通い」「宿泊」に属さないことを訪問と整理し、項目設定しています。

18-1) 家事の支援について

事業所がすること	本人がすることの声掛け・手助け
<input type="checkbox"/> ①-1 健康チェック	<input type="checkbox"/> ①-2 本人がセルフチェックするための手助け
<input type="checkbox"/> ②-1 利用者の安否確認、顔色等のチェック	<input type="checkbox"/> ③-2 本人のお部屋や日常使う場所の清掃
<input type="checkbox"/> ③-1 本人の部屋や日常使う場所の清掃	<input type="checkbox"/> ④-2 本人が火の元の確認をしたあとの確認
<input type="checkbox"/> ④-1 火の元の確認	<input type="checkbox"/> ⑤-2 ゴミ出しの付き添い
<input type="checkbox"/> ⑤-1 ゴミ出し	<input type="checkbox"/> ⑥-2 洗濯の手助け
<input type="checkbox"/> ⑥-1 洗濯	<input type="checkbox"/> ⑦-2 衣類の整理の手助け(夏・冬物等の入れ替え等)
<input type="checkbox"/> ⑦-1 衣類の整理(夏・冬物等の入れ替え等)	<input type="checkbox"/> ⑧-2 被服の補修の手助け(ボタン付け、破れの補修等)
<input type="checkbox"/> ⑧-1 被服の補修(ボタン付け、破れの補修等)	<input type="checkbox"/> ⑨-2 本人が調理することの手助け
<input type="checkbox"/> ⑨-1 調理(本人が食べるものを調理する)	<input type="checkbox"/> ⑩-2 日用品等の買い物の付き添い
<input type="checkbox"/> ⑩-1 日用品等の買い物 (内容の確認、品物・釣り銭の確認等を含む)	<input type="checkbox"/> ⑪-2 酒タバコなどの嗜好品の買い物の付き添い
<input type="checkbox"/> ⑪-1 酒タバコなどの嗜好品の買い物	<input type="checkbox"/> ⑫ その他()
<input type="checkbox"/> ⑫ その他()	

18-2) 家事の支援の提供時間についてお聞きします(平成27年11月~平成28年10月までの実績)

一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻教えてください(緊急時対応を除く)。

一番早い時刻は「 : 」 一番遅い時刻は「 : 」

※例：0時→24時の時刻で(例：早い「4:00」遅い「23:00」)

一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください(緊急時対応を除く)。

一番短い提供時間は「 分」 一番長い提供時間は「 分 (時間)」

※例：短い「1分」、長い「240分(4時間)」

- 22-2) 地域での支援の提供時間についてお聞きします(平成27年11月～平成28年10月までの実績) 一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻を教えてください(緊急時対応を除く)。

一番早い時刻は「 : 」 一番遅い時刻は「 : 」

※例: 0時→24時の時刻で(例: 早い「4:00」遅い「23:00」)

- 一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください(緊急時対応を除く)。

一番短い提供時間は「 分」 一番長い提供時間は「 時間 分」

※例: 1時間30分

23. 医療についての支援

事業所がすること	本人がすることの声掛け・手助け
<input type="checkbox"/> ①-1 本人の代わりに医師に説明し・説明を受ける <input type="checkbox"/> ②薬の受け取り <input type="checkbox"/> ③病院の順番取り <input type="checkbox"/> ④服薬介助 <input type="checkbox"/> ⑤通院・外出介助 <input type="checkbox"/> ⑥利用者の入院先への見舞い <input type="checkbox"/> ⑦その他()	<input type="checkbox"/> ①-2 本人の言葉を代弁したり、医師からの説明をわかりやすく伝える

- 23-2) 医療について支援の提供時間についてお聞きします(平成27年11月～平成28年10月までの実績) 一番早い提供時刻と一番遅い提供時刻を教えてください(緊急時対応を除く)。

一番早い時刻は「 : 」 一番遅い時刻は「 : 」

※例: 0時→24時の時刻で(例: 早い「4:00」遅い「23:00」)

- 一番短い時間と一番長い提供時間を教えてください(緊急時対応を除く)。

一番短い提供時間は「 分」 一番長い提供時間は「 時間 分」

※例: 1時間30分

24. 緊急の訪問(予定外の訪問)についてお聞きします。緊急の訪問件数を記載ください。

緊急の訪問(予定外の訪問)件数 件(平成28年10月の1か月)

25. 登録者の活用している連絡ツールについてお聞きします。**該当するものに☑**をつけてください。

- ①固定電話 ②携帯電話 ③緊急通報装置(ボタンやペンダント)
 ④テレビ電話 ⑤パッドなどのIT
 ⑥その他()

VII. 訪問機能をはじめ、小規模多機能型居宅介護の各機能を生かす調整(マネジメント)のあり方についてお伺いします。

26. 小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて小規模多機能型居宅介護らしい支援をするための要素の上位**3つに☑**、を記入ください。

- ①管理者やケアマネジャー(計画作成担当者)が介護職員と一緒にケアをしていること
 ②24時間365日の対応 ③予定と実施がズレた場合の対応能力(柔軟な対応)
 ④包括報酬 ⑤通所介護・訪問介護よりできることが多い
 ⑥毎日のミーティング ⑦通院・外出介助
 ⑧支援のためのマップ作り(本人中心の応援団づくり)
 ⑨家族支援 ⑩医療機関との連携
 ⑪地域包括支援センターへの働きかけ ⑫多世代などが交流できる拠点
 ⑬住民への働きかけ ⑭民生委員への働きかけ
 ⑮近所や友人との調整 ⑯周囲への根回し
 ⑰その他()

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り組みをしていますか。
該当するものに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> ① している	<input type="checkbox"/> ② していない
<input type="checkbox"/> ③ その他 ()	

31-2) 地域の方から悩みを把握もしくは相談等が持ち込まれたことがありますか。**該当するものに☑をつけてください。**

<input type="checkbox"/> ① あった	<input type="checkbox"/> ② なかった	<input type="checkbox"/> ③ 把握していない
--------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

31-3) 平成 27 年 11 月～平成 28 年 10 月までに何件ありましたか。**該当するものに☑をつけてください。**

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1～10 件程度	<input type="checkbox"/> 10～30 件程度	<input type="checkbox"/> 31～50 件程度	<input type="checkbox"/> 50 件以上
-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

31-4) 持ち込まれた相談内容はどのようなものでしたか。**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 経済的困窮	<input type="checkbox"/> ② 就職活動困難	<input type="checkbox"/> ③ 介護者の病気
<input type="checkbox"/> ④ 家族関係・家族の問題	<input type="checkbox"/> ⑤ ダブルケア (介護と子育ての両立)	<input type="checkbox"/> ⑥ 住まいの不安定
<input type="checkbox"/> ⑦ その他メンタルヘルスの課題 (うつ・不眠・不安・依存症・適応障害など)		
<input type="checkbox"/> ⑧ 家計管理の課題	<input type="checkbox"/> ⑨ 就職定着困難	<input type="checkbox"/> ⑩ 就労継続
<input type="checkbox"/> ⑪ (多重・過重) 債務	<input type="checkbox"/> ⑫ 障害 (手帳あり)	<input type="checkbox"/> ⑬ 障害 (疑い)
<input type="checkbox"/> ⑭ 社会的孤立 (ニート・引きこもり)	<input type="checkbox"/> ⑮ コミュニケーションが苦手	
<input type="checkbox"/> ⑯ 中卒・高校中退・いじめ	<input type="checkbox"/> ⑰ 能力の課題 (識字・言語・理解等)	
<input type="checkbox"/> ⑱ 生活習慣の乱れ	<input type="checkbox"/> ⑲ DV・虐待	<input type="checkbox"/> ⑳ けが
<input type="checkbox"/> ㉑ 刑余者	<input type="checkbox"/> ㉒ 自死企図	<input type="checkbox"/> ㉓ 不登校
<input type="checkbox"/> ㉔ 非行	<input type="checkbox"/> ㉕ 被災	<input type="checkbox"/> ㉖ ボランティアしたい
<input type="checkbox"/> ㉗ 事業所で働きたい	<input type="checkbox"/> ㉘ 事業所で実習したい	<input type="checkbox"/> ㉙ 介護や福祉の勉強をしたい
<input type="checkbox"/> ㉚ 小中学校からの慰問	<input type="checkbox"/> ㉛ 見学・視察	<input type="checkbox"/> ㉜ 地域行事への協力依頼
<input type="checkbox"/> ㉝ 町内会・自治会等の自治組織への加入	<input type="checkbox"/> ㉞ 災害時について	
<input type="checkbox"/> ㉟ 介護保険の話をしてほしい	<input type="checkbox"/> ㊱ 近所に心配な人がいる	
<input type="checkbox"/> ㊲ 近所に迷惑をかける人がいて困っている	<input type="checkbox"/> ㊳ 何かしたいが何をしたいかわからない	
<input type="checkbox"/> ㊴ その他 ()		

31-5) 事業所のある地域に対する取り組みをしている場合、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 介護相談
<input type="checkbox"/> ⑬ 登録者以外の行方不明者の捜索 (日中)	<input type="checkbox"/> ⑭ 登録者以外の行方不明者の捜索 (夜間)	
<input type="checkbox"/> ⑮ その他 (具体的に:)		

XI. 自由回答

3 2. 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。

3 3. 次回報酬改定に向けた小規模多機能型居宅介護へのご意見・要望を自由に記載ください。

34. これからの小規模多機能型居宅介護の在り方に関してのご意見・要望を自由に記載ください。

～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 28 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分
小規模多機能型居宅介護の機能強化に向けた今後のあり方に関する調査研究事業報告書

平成 29 年 3 月
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