

## 2. 介護保険政策の転換ポイントと小規模・多機能の課題

### 2-1 介護保険政策と小規模・多機能サービス拠点

介護保険法が成立する前、介護保険制度のグランドデザインが描かれた時の居住型サービス施策から、2006年度介護保険制度改正に向けた居住型サービス施策のグランドデザインまで、経年的に居住型サービス施策を追っていくこととする。

#### (1) 介護保険グランドデザインと居住型サービス施策

厚生省（現厚生労働省）内における介護保険制度の検討が始まったのは、1993年11月に高齢者介護問題に関する省内検討プロジェクトチームが設置されたことによつてであった。1994年3月、厚生省は「21世紀福祉ビジョン」を策定し、新ゴールドプランの策定と新介護システムの構築を提言した。続いて同年12月、厚生省高齢者介護対策本部は「高齢者介護・自立支援システム研究会報告書」を公表し、「高齢者の自立支援」を基本理念とし、社会保険方式に基礎を置いたシステムの提言を行った。この社会保険方式によるシステムが、介護保険制度のグランドデザインであった。「高齢者介護・自立支援システム研究会報告書」では、「介護基盤の整備」のなかで「住宅対策とまちづくり」と題して以下のように述べている<sup>1)</sup>。

「バリアフリーの住宅やヘルパーステーション、デイサービス・デイケアセンター等の生活支援機能が付されたケアハウスやシルバーハウジングなどの整備を進めることが重要である。このような観点から、既存住宅の改造を推進するとともに、高齢者に配慮した公的住宅の整備、融資制度や税制を通じた民間住宅の整備促進等により、高齢者への対応を視野に入れた住宅ストックを形成していく必要がある。」

「高齢者介護・自立支援システム研究会報告書」では、介護を含む生活支援機能が付いた新しい高齢者の住まいの在り方が提言されている。介護保険制度の導入は、福祉サービスの対象者が病院で社会的入院を送っている状況から、地域において住み慣れたところで生活を送るため、訪問・通所系サービスとケアハウスやシルバーハウジング等新しい住まいの在り方を組み合わせることにより、利用者の尊厳と自立が保たれ、慣れ親しんできた地域に新しい生活の場を確保した。

これら訪問・通所系サービスと住まいの在り方を組み合わせる制度の実践は、2006年度介護保険制度改正で導入された小規模・多機能型居宅介護（訪問・通い・泊まり）に地域密着型特定施設入居者生活介護等（居住型）を併設するなど、地域密着型サー

ビスの考え方の素地に繋がるものがあったと思われる。

## (2) 介護保険グランドデザインと北欧居住型サービス施策

スウェーデンには、居住型サービスとして「サービスハウス」、「グループホーム」がある。井上誠一（厚生労働省勤務）は、1995年3月から3年間スウェーデン日本国大使館に勤務していたが、その後の継続研究を「高福祉・高負担国家スウェーデンの分析・・・21世紀型社会保障のヒント」にまとめている。そのなかで、彼は「サービスハウス」について以下のように述べている<sup>2)</sup>。

「いわゆるケア付きアパートであり、一般に自立して生活できる高齢者や介護の必要度のそれほど高くない高齢者が入居する。但し、入居後に介護の必要度が重くなっても、可能な限り住み続けることができる。各人の居住部分は、35～65㎡程度の広さであり、台所、トイレ、シャワー（浴室）が付く。～中略～ デイセンター等のサービス機能が付属しているのが普通である。職員（ヘルパー）が24時間体制で勤務しており、一般住宅の居住者同様、必要に応じてホームヘルプサービスを利用することができる。」

一見老人福祉法や介護保険法の枠外にある高齢者共同住宅や高齢者下宿に近いが、法の枠内ではケアハウスや有料老人ホーム、或いは介護保険法上の特定施設入居者生活介護に似ている。2006年度介護保険制度改正では、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護や小規模・多機能型居宅介護に併設された地域密着型特定施設入居者生活介護の類型にも似ているところがある。

福祉先進国と言われたスウェーデンやデンマークの居住型サービスや在宅サービスに関する実践は、介護保険制度のグランドデザインを描いていた厚生省にも伝えられていたものと思われる。介護保険法が成立する前、1990年代始めの特別養護老人ホームの多くは、大規模施設、雑居部屋、集団処遇、一日の日課中心主義のケアであり、当時の北欧諸国の高齢者ケアとは比較にもならなかった。介護保険制度の導入は措置（行政処分）から利用者と事業者の契約に基づいたサービスの関係に変え、居住型サービスや高齢者ケアの在り方に大きな変革をもたらせた。その理念の多くは北欧諸国からもたらされ、介護保険政策に反映されたものと思われる。

## (3) 介護保険制度改正と「2015年の高齢者介護」

2000年4月に介護保険制度は施行されたが、2006年4月には介護保険制度が全面的に改正され再スタートとなる。介護保険制度改正では、当初検討課題とされた障がい者福祉制度と介護保険制度との統合と保険料徴収年齢の引き下げは見送られ、介護保険財政上は厳しい再スタートとなった。しかし一方、施設給付と在宅給付との間に居住型サービスである地域密着型サービスの創設など、特筆するべく新たなサービス類型の創出があった。

2003年6月、厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会から「2015年の高齢者介護」が発表された。「2015年の高齢者介護」は、2000年度介護保険制度施行後の高齢者介護の課題から「尊厳を支えるケアの確立への方策」の一つとして、「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」の確立を提言している。この「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」の中に「在宅で365日・24時間の安心を提供する切れ間のない在宅サービスの提供」が謳われ、「小規模・多機能サービス拠点」の整備が政策提言されている。

この「小規模・多機能サービス拠点」が2006年度介護保険制度改正において登場した地域密着型サービスの中の小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護やそれに併設する地域密着型特定施設入居者居宅介護・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護である。小規模多機能型居宅介護等のグランドデザインは、先の高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」に記述された「小規模・多機能サービス拠点」であり、次ぎにその記述を見てみることにする<sup>3)</sup>。

「在宅の365日・24時間の安心を届けることのできる新しい在宅介護の仕組みが必要である。本人や家族の状態の変化に応じて、様々な介護サービスが、切れ間なく、適時適切に在宅に届けられることが必要である。すなわち日中の通い、一時的な宿泊、緊急時や夜間の訪問サービス、さらには居住するといったサービスが、要介護高齢者や家族の必要に応じて提供されることが必要であり、さらに、これらのサービスの提供については、本人の継続的な心身の状態の変化をよく把握している同じスタッフに行われることが望ましい。このためには、切れ間のないサービスを一体的・複合的に提供できる『小規模・多機能サービス拠点』が必要となる。」

要支援や軽度の要介護高齢者を老々介護する家族にとって、日常生活の上で予期していなかったアクシデントに見舞われることが時々ある。例えば、夜間、トイレに行こうとして転倒、家族も高齢で起こすことが出来ない。たまたま体調が悪く大量の便

失禁のため、家族だけでは対応が出来ない。このような事例の場合、家族だけの対応では非常に困難を伴うのだが、サービスの提供が予定ありきの定型化した制度の中では、また起きるのではないかという不安が病院への入院を選択しなければならない状況に陥ることがある。これまではこのようなニーズに対して、軽度の要介護状態であるがゆえに、施設の入所対象とはならず、病院の入院対象となってきた経緯があった。いわゆる社会的入院である。

高齢者が住み慣れた地域の中で、尊厳を保ち自立した生活を可能にしていくためには、介護・医療の訪問・通所系サービスと居住型サービスを組み合わせ、安心感を継続できる環境（小規模・多機能サービス拠点）を整備していくことが必要である。小規模・多機能サービス拠点が、中学校区や小学校区等生活圏域ごとに整備されれば、利用者にとって生活圏域の中でサービスを完結することにより、生活する上でのニーズを満たすことになる。小規模・多機能サービス拠点整備により、社会的入院が解消されれば、国民医療費による財政圧迫等国家的規模で回避することができ、経済的効果も高いということになる。

## 2-2 小規模多機能型居宅介護の運営基準・介護報酬

2006年度介護保険制度改正に向けて、小規模多機能型居宅介護の運営基準・介護報酬が示されたので、その概要と課題について以下に述べる。

### (1) 運営基準・介護報酬の概要

#### 1) 運営基準

小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の職員配置等について

##### ①利用定員

- ・1事業所当たりの登録定員 25人以下
- ・「通い」の1日当たり定員 概ね15人以下
- ・「泊まり」の1日当たりの定員 概ね9人以下

##### ②職員配置

- ・管理者（常勤） 1人（事業所内他の業務との兼務可）
- ・介護・看護職員

日中：通いの利用者3人に対して職員1名<sup>ア</sup>ラ訪問介護対応職員1名

夜間：泊まりと夜間の訪問介護対応のための職員2名（1名は宿直可）

〈小規模多機能型居宅介護従事者のうち1名以上の者は、看護職員でなければならない〉

- ・介護支援専門員 1名（事業所内他の業務との兼務可）

〈管理者は、特別養護老人ホーム・老人デイサービスセンター・介護老人保健施設・認知症対応型共同生活介護事業所等の職員または訪問介護員として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者であって、以下略〉

〈代表、特別養護老人ホーム・老人デイサービスセンター・介護老人保健施設・認知症対応型共同生活介護事業所等の職員または訪問介護員として、認知症高齢者の介護に従事した経験を有する者または医療サービス若しくは福祉サービスの経営に携わった経験を有する者であって、以下略〉

#### 2) 介護報酬

介護予防小規模多機能居宅介護費・小規模多機能型居宅介護費

要支援1 4,469単位/月 要支援2 7,995単位/月

経過的要介護 4、469 単位／月

要介護 1 11、430 単位／月

要介護 2 16、325 単位／月

要介護 3 23、286 単位／月

要介護 4 25、597 単位／月

要介護 5 28、120 単位／月

## (2) 運営基準・介護報酬上の課題

### 1) 認知症高齢者と小規模多機能型居宅介護

小規模多機能型居宅介護の介護報酬・運営基準は、制度発足ということもあり、厳しい三位一体改革の元で、評価するものである。しかし、個々の事例に即した場合、2009 年度介護報酬改定に向けて、取り組むべき課題があると思われる。

介護報酬は、小規模多機能型居宅介護は要介護 3 以上に高めの報酬単位が設定されている。この報酬単位は、認知症対応型共同生活介護の要介護 3 以上とほとんど変わらない。これは老々介護で要介護 3 ないしは要介護 4 の認知症高齢者を在宅で介護している事例については、小規模多機能型居宅介護の介護報酬はニーズに合致していると言える。認知症高齢者で徘徊のある者は、夕方になると徘徊等の不穏な症状を示し、家族を困らせることが多々ある。また、深夜、目が醒めて不穏な症状を呈したり、深夜トイレに行こうとして不穏な症状を呈して、弄便や家族に暴力を振ったりすることもある。

しかし、小規模多機能型居宅介護の職員に関する基準では、「夜間及び深夜の時間帯を通じて 1 以上の小規模多機能居宅介護従事者に夜間及び深夜の勤務を、1 以上の小規模多機能居宅介護従事者に宿直勤務を行わせる」と規定されている。要介護 3 ないしは要介護 4 の認知症高齢者を小規模多機能型居宅介護で夜間及び深夜「泊まり」で介護する場合、仮に職員の 1 人が夜間訪問介護の対応で出掛けて行った時、現行の介護報酬と職員配置基準では、かなり職員及び事業所の負担は高いと思われる。併設された居住サービスである地域密着型特定施設入居者生活介護や地域密着型老人福祉施設入所者生活介護との効率的な職員配置と運用が課題になると考える。今後、制度の運用の中で、厚生労働省や関係自治体において、実態の把握が必要になるとと思われる。

### 2) 宅老所と運営基準

本調査研究を通して感じたことは、宅老所と呼ばれている小規模・多機能サービス

拠点の先駆的実践を歴史的に切り開いてきたNPO法人等の事業者の多くが、地域密着型サービスの指定を市町村から取得することについて、保留にしているところが見られる。

理由は、運営基準のなかの職員配置基準が宅老所にとってハードルが高いからと思われる。民家改修型の宅老所を運営・管理している中核職員の多くは、介護サービスを奉仕的に提供していることが多く、職員配置は厳しい状況の中で行っている。小規模多機能型居宅介護の職員配置基準では、夜間・深夜の複数職員配置等増員しなければならず、看護師や介護支援専門員は必要配置となっている。これら運営基準等について、民家改修型宅老所系のNPO法人等は、厚生労働省や関係自治体の制度運用について、様子見をしているものと思われる。

厚生労働省は、2000年4月介護保険制度施行以来、認知症グループホームについて、基準の強化を行ってきたが、その閉鎖性からいまだ虐待等の事件は止むことなく、基準違反で取消し処分される認知症グループホームは、後を立たない。小規模多機能型居宅介護のサービス展開においては、認知症対応型共同生活介護について制度発当初起こった事件・トラブルを起してはならない。この度、厚生労働省より示された小規模多機能型居宅介護の高めの運営基準は、新しいサービス類型を創設する産みの苦しみであると考えられる。また、今後の厚生労働省や関係自治体の課題は、小規模多機能型居宅介護従事者職員の研修体制の整備と小規模多機能型居宅介護等を担う職能団体の育成・支援である。

## 2-3 おわりに

介護保険制度の保険給付サービスでは、いまだ在宅給付と施設給付であるが、この度介護保険制度改正により、実体上は居住型サービスである小規模多機能型居宅介護を含む地域密着型サービスが誕生したことは、大きく評価されるものである。また、介護保険の保険者である市町村が地域密着型サービスの事業者を指定するなど、保険者として最も重要な責任を持つ介護保険財政等に対して、直接の責任を持つに至ったことは特筆すべきことである。

しかしながら、小規模多機能型居宅介護の理解は、市町村自治体において、本調査研究を通してはまだ不十分という感触を受けた。小規模多機能型居宅介護は、制度上高めの運営基準等が設定されたが、認知症対応型共同生活介護の轍を踏むことなく、小さく産み大きく育ててほしい。市町村介護保険事業計画において、小規模多機能型居宅介護の整備目標数値が示された現在、明確なコミュニティケアの理念を持ち、運営基準をクリアできる事業者パイオニア的に実践を集積して貰ってもよいかと思われる。これから厚生労働省や関係自治体の課題は、高めの運営基準の維持と小規模多機能型居宅介護を担う専門職員の研修体制の整備、小規模多機能型居宅介護等を担う職能団体の育成・支援である。

(注)

- 1) 厚生省高齢者介護対策本部 (1995)、p.33.
- 2) 井上 (2003)、p.137.
- 3) 高齢者介護研究会 (2003)、p.48.

(参考文献)

- ・井上誠一 (2003). 『高福祉・高負担国家スウェーデンの分析……21世紀型社会保障のヒント』中央法規.
- ・厚生省高齢者介護対策本部 (1995). 『新たな高齢者介護システムの構築を目指して／高齢者介護・自立支援システム研究会報告書』ぎょうせい.
- ・厚生労働省老健局 (2006). 『全国介護保険担当課長ブロック会議資料』
- ・高齢者介護研究会 (2003). 『2015年の高齢者介護……高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて』法研.



### 3. 自治体アンケート調査結果の分析

#### 3-1 調査の概要

##### (1) 調査のねらい

今日、高齢者福祉を含めた地域福祉を推進するうえで、人々が住み慣れた地域にできる限り永く済み続けられる仕組みづくりが求められており、地域包括ケアシステムを整備することが喫緊の課題とされている。

この課題解消に向けて、筆者らは先駆的な実践者がこれまで取組んできた「小規模多機能サービス拠点」を、全国のどこに住んでいても利用できるよう、広く普及することが必要と考えている。その際、「小規模多機能サービス拠点」が成立するうえで、地域と深く結び付いている自治体の果たすべき役割が重要且つ大きいものと仮定し、「小規模多機能サービス拠点」が成立するための要件、課題について、介護保険制度の改正を見越した対応予定、課題及び福祉サービスを提供している事業者への支援の可能性をアンケートにより調査し、検討することとした。

##### (2) 配布回収状況

###### 1) 対象

平成18年1月10日現在の全国の自治体2,056箇所（政令指定都市：14市、東京都特別区：23区、市：747市、町：1,030町、村：242村）を対象に、福祉の担当部署への郵送による調査票の配布回収方式により調査をおこなった。

###### 2) 調査期間

配布及び回収は以下の期間に実施した。

平成18年1月10日～2月28日

###### 3) 回収数等

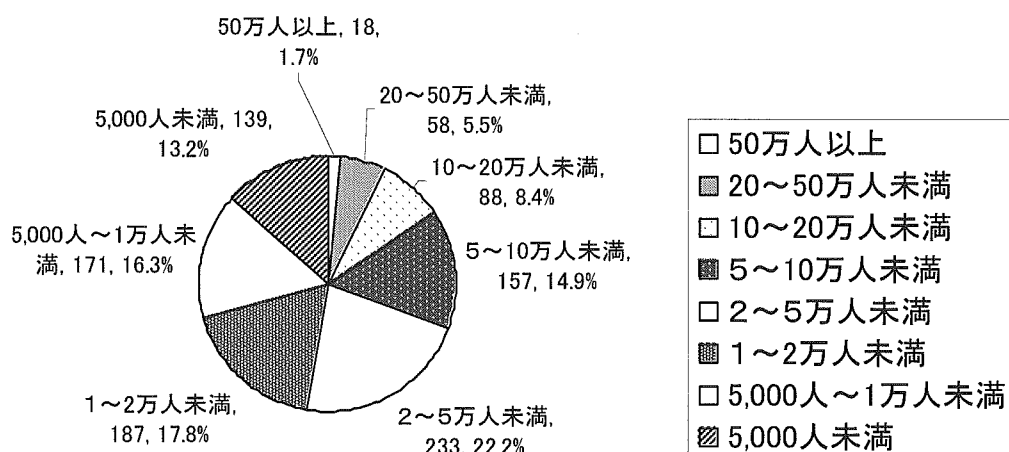
総配布数2,056票に対し、1,051票の有効回答が得られ、有効回収率は51.1%となっている。

### (3) 回答自治体の概要

#### 1) 人口規模

回答の得られた自治体の人口規模は、下図に示すとおりとなっている。

有効回答数 1,051 件中最も回答数の多いのは、人口 2～5 万未満の自治体で 233 件、22.2%であり、以下 1～2 万人 187 件、17.8%、5,000 人～1 万人未満 171 件、16.3%、5～10 万人未満 157 件、14.9%などとなっている。



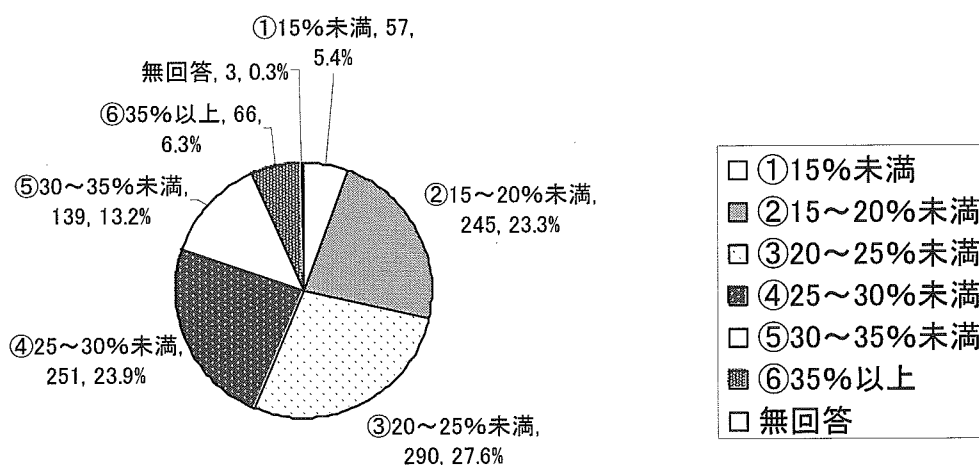
図Ⅲ-3-1 自治体の規模 (n=1,051)

表Ⅲ-3-1 自治体の規模

①5,000人未満	②5,000人～1万人未満	③1～2万人未満	④2～5万人未満	⑤5～10万人未満	⑥10～20万人未満	⑦20～50万人未満	⑧50万人以上	無回答	回答数
139	171	187	233	157	88	58	18	0	1051
13.2%	16.3%	17.8%	22.2%	14.9%	8.4%	5.5%	1.7%	-	100.0%

## 2) 高齢化の状況

回答の得られた自治体の高齢化の状況は、高齢化率 20～25%未満が 27.6%、25～30%未満が 23.9%、15～20%未満 23.3%となっており、平成 16 年現在の総務省統計局の「推計人口」による全国平均の高齢化率（65 歳以上人口の比率）19.5%に比べると、やや高齢化率の高い自治体による回答結果と推察される。



図Ⅲ-3-2 高齢化の状況 (n = 1, 051)

表Ⅲ-3-2 高齢化の状況

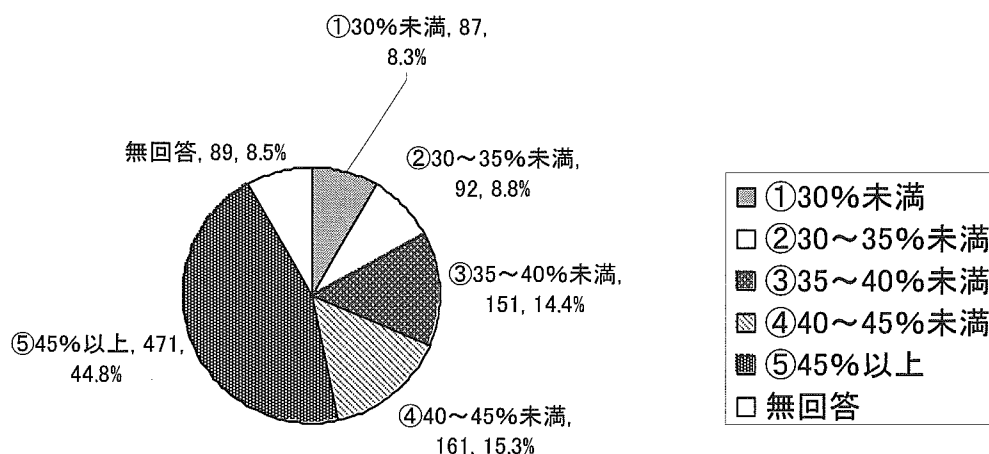
①15%未満	②15～20%未満	③20～25%未満	④25～30%未満	⑤30～35%未満	⑥35%以上	無回答	回答数
57	245	290	251	139	66	3	1051
5.4%	23.3%	27.6%	23.9%	13.2%	6.3%	0.3%	100.0%

### 3-2 高齢者福祉サービスの概況

#### (1) 施設・居住系サービス利用者の概要

当該自治体の要介護認定者数（要介護度2～5（平成18年1月～2月現在の旧基準による））に占める施設・居住系サービス利用者の割合について問い合わせた結果は、利用割合が「45%以上」と回答する自治体の割合が最も多く、471件、有効回答数1,051件のおよそ45%を占めている。

次いで「40～45%未満」が15.3%となっており、全国的に4割以上の要介護者が施設または居住系の福祉サービスを受けている結果となっており、家族によるインフォーマルな介護とともに、介護保険制度を中心としたフォーマルな福祉サービスが、介護において大きな役割を占めつつある実態が見て取れ、高齢者福祉における介護サービスの役割の重要性が明らかになっている。



図Ⅲ-3-3 施設・居住系サービス利用者の割合（n=1,051）

表Ⅲ-3-3 施設・居住系サービス利用者の割合

①30%未満	②30～35%未満	③35～40%未満	④40～45%未満	⑤45%以上	無回答	回答数
87	92	151	161	471	89	1051
8.3%	8.8%	14.4%	15.3%	44.8%	8.5%	100.0%

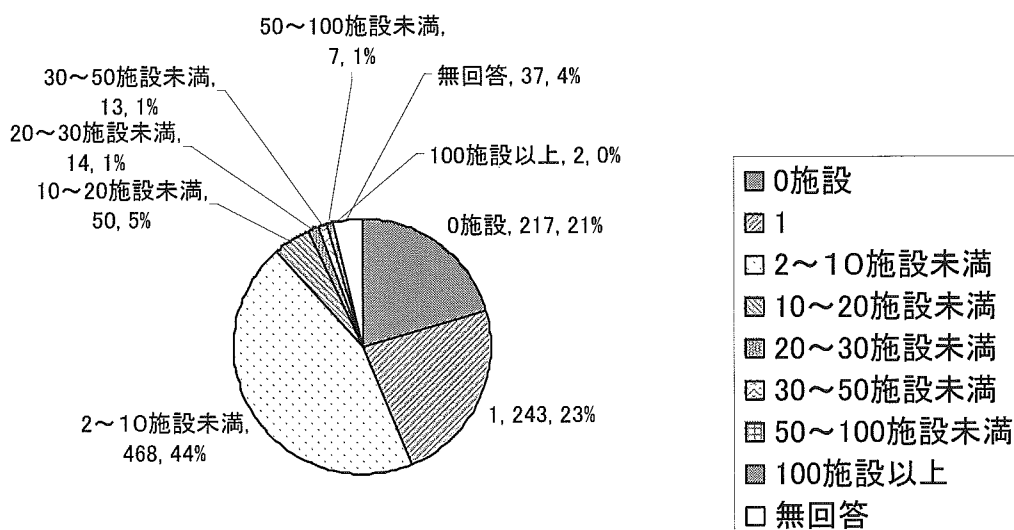
(2) 認知症対応グループホームの概要

1) 施設数

近年、急速に整備の進んだ認知症対応型のグループホームに関しては、無回答を除く1,014自治体のうちの797自治体、78.6%に設置済の状況にある。

回答の得られたおよそ8割、大半の自治体で既に設けられていることから、当該施設が福祉サービスの地域における基盤となっているものと考えられる。

設置数に関しては、「2～10施設未満」が最も多く23.1%を占め、次いで「1施設」23.1%という状況にある。



図Ⅲ-3-4 グループホームの施設数 (n=1,051)

表Ⅲ-3-4 グループホームの施設数

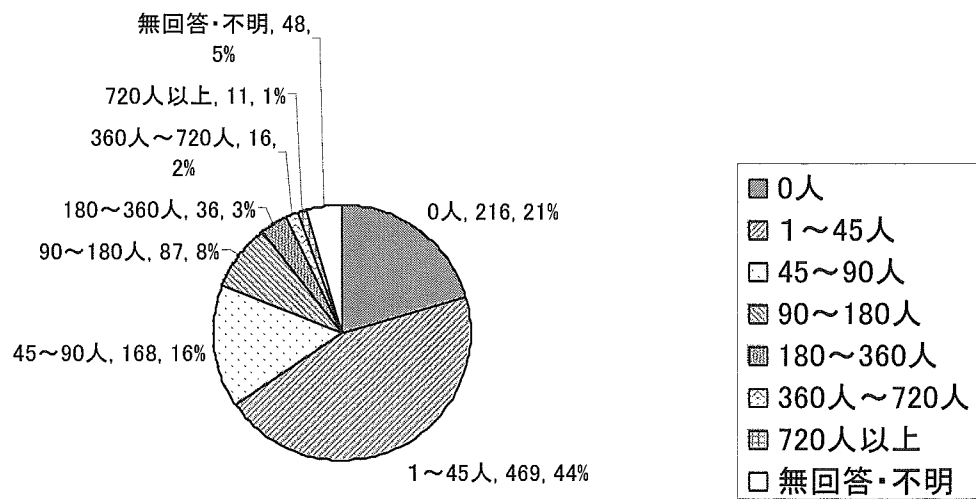
0施設	1	2～10施設未満	10～20施設未満	20～30施設未満	30～50施設未満	50～100施設未満	100施設以上	無回答	回答数
217	243	468	50	14	13	7	2	37	1051
20.6%	23.1%	44.5%	4.8%	1.3%	1.2%	0.7%	0.2%	3.5%	100.0%

## 2) 定員

また、自治体ごとの総定員数は「45人以下」が最も多く全体の半数近く（44.6%）を占め、次いで「45～90人」となっている。

ワンユニット9人の定員と仮定すると、5～10ユニットの施設整備を中心に各自治体において整備が進められているものと推察される。

施設規模が比較的小規模で、投資リスクも小さいために、民間事業主体を含む多くの事業主体による施設整備が行なわれた結果によるものと推察される。



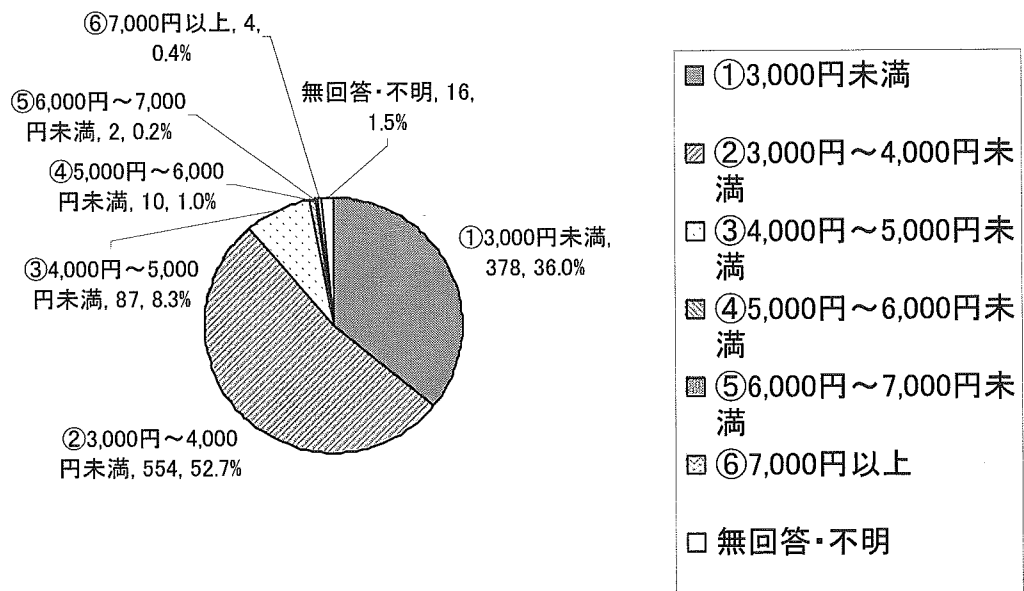
図Ⅲ-3-5 グループホームの総定員数 (n=1,051)

表Ⅲ-3-5 グループホームの総定員数

0人	1～45人	45～90人	90～180人	180～360人	360人～720人	720人以上	無回答・不明	回答数
216	469	168	87	36	16	11	48	1051
20.6%	44.6%	16.0%	8.3%	3.4%	1.5%	1.0%	4.6%	100.0%

### (3) 介護保険料の概要

介護保険料は、「3,000円～4,000円未満」が最も多く過半数を上回る52.7%となっており、「3,000円未満」の36%とあわせると、回答のあった1,051件全体のおよそ9割がこの範囲に含まれている。



図Ⅲ-3-6 介護保険料 (n=1,051)

表Ⅲ-3-6 介護保険料

①3,000円未満	②3,000円～4,000円未満	③4,000円～5,000円未満	④5,000円～6,000円未満	⑤6,000円～7,000円未満	⑥7,000円以上	無回答・不明	複数回答	回答数
378	554	87	10	2	4	16	4	1051
36.0%	52.7%	8.3%	1.0%	0.2%	0.4%	1.5%	-	100.0%

### 3-3 地域密着型サービスの展開予定

#### (1) 概要

介護保険制度の改正によって導入の予定された、「地域密着型サービス」に対する今後の展開予定・可能性についての自治体の考えは、次のような傾向となっている。

#### 1) グループホームを中心にサービスを展開

「既に展開を予定している」サービスとしては、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）が最も多く全体のおよそ半数の49.9%であり、以下、認知症対応型通所介護（32.1%）となっており、筆者らが着目している小規模多機能型居宅介護を既に展開しているとする回答も31.8%となっている。

グループホームが高い割合を示すのは、先に示したとおり、およそ8割の自治体にグループホームが普及し、高齢者福祉サービスの基盤となっていることからの帰結と考えられる。

また、小規模多機能型居宅介護に関しては、その先駆的な役割を担ってきた宅老所やその派生的な施設の普及によるところが大きいものと考えられる。

#### 2) 展開の可能性にとどまる小規模多機能型居宅介護

また、「予定はないが展開の可能性はある」としているサービスでは、小規模多機能型居宅介護が最も多い44.1%を占め、以下、認知症対応型通所介護（39.3%）、夜間対応型訪問介護（ホームヘルプサービス）（34.0%）となっている。

小規模多機能型居宅介護に関しては、宅老所などの立地する自治体にとっては従来からあるサービスの延長として認識される傾向にあり、一方、その立地のない自治体にとっては新たな福祉サービスとして理解されているなど、自治体間の認識に違いがあることが伺える。

#### 3) 施設系サービスの展開の可能性は少ない

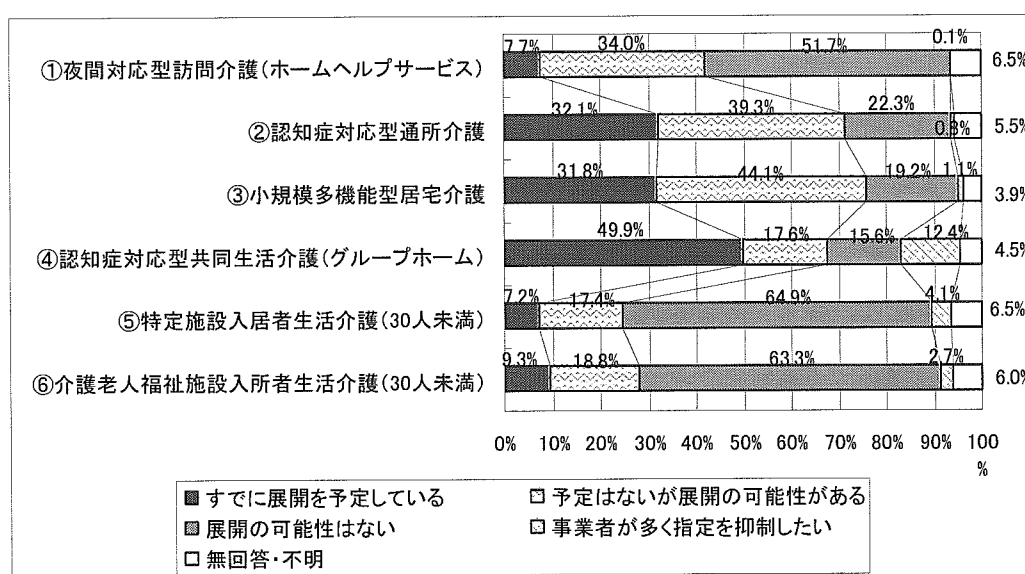
さらに、「展開の可能性はない」とするサービスでは、特定施設入居者生活介護（30人未満）や介護老人福祉施設入所者生活介護（30人未満）がそれぞれ、64.9%、63.3%と多く、施設系サービスについて展開の可能性は少ないとする自治体が多い。なお、夜間対応型訪問介護に関しても、51.7%が否定的な回答をしている。



施設介護から在宅介護への流れが国の施策方針として打ち出されていることを受けた、自治体としての判断が示されているものと考えられる。

本研究がテーマとしている小規模多機能サービス拠点の展開に係りの大きな、「小規模多機能型居宅介護」に関しては、積極的な展開の意欲は見られないものの、一方で否定的な意見も少なく、各サービスの中で中間的な位置にあるというのが実情と考えられる。

このため、現状では制度の詳細等が明らかになるのを待って、自治体としての判断を下す予定という状況にあるものと考えられる。



図Ⅲ-3-7 地域密着型サービスの導入予定 (n=1,051)

表Ⅲ-3-7 地域密着型サービスの導入予定

地域密着型サービスの区分	すでに展開を予定している	予定はないが展開の可能性はある	展開の可能性はない	事業者が多く指定を抑制したい	不明	回答数
①夜間対応型訪問介護(ホームヘルプサービス)	80 (7.7)	353 (34.0)	536 (51.7)	1 (0.1)	67 (6.5)	1,037
②認知症対応型通所介護(デイサービス)	333 (32.1)	408 (39.3)	231 (22.3)	8 (0.8)	57 (5.5)	1,037
③小規模多機能型居宅介護	330 (31.8)	457 (44.1)	199 (19.2)	11 (1.1)	40 (3.9)	1,037
④認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	517 (49.9)	182 (17.6)	162 (15.6)	129 (12.4)	47 (4.5)	1,037
⑤特定施設入居者生活介護(30人未満)	75 (7.2)	180 (17.4)	673 (64.9)	42 (4.1)	67 (6.5)	1,037
⑥介護老人福祉施設入所者生活介護(30人未満)	96 (9.3)	195 (18.8)	656 (63.3)	28 (2.7)	62 (6.0)	1,037

## (2) 都市規模別の展開予定

地域密着型サービスに関する自治体の取り組みに関しては、人口1万人未満の小規模な自治体とそれ以外の自治体間で大きな違いのあることが明らかである。

人口規模による取り組みの違いは以下の通りとなっている。

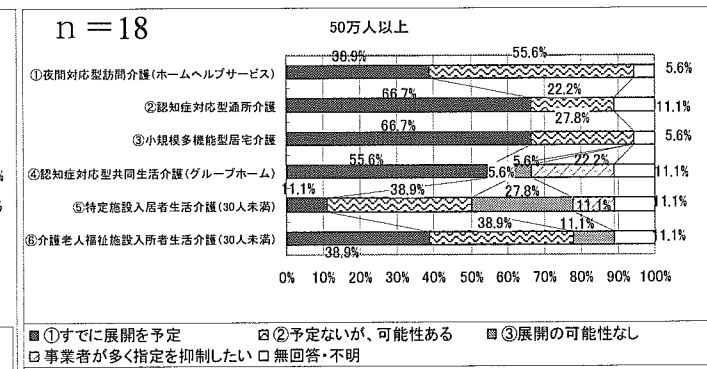
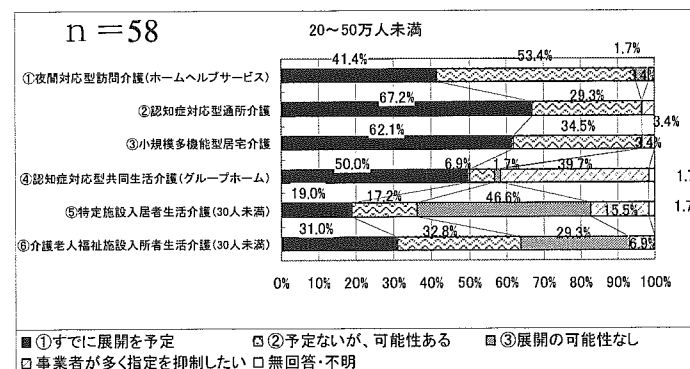
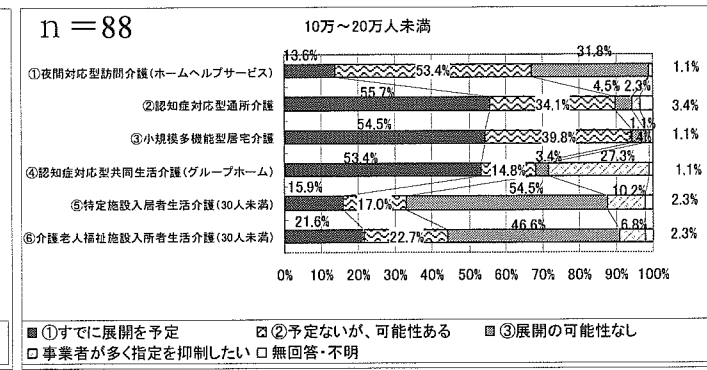
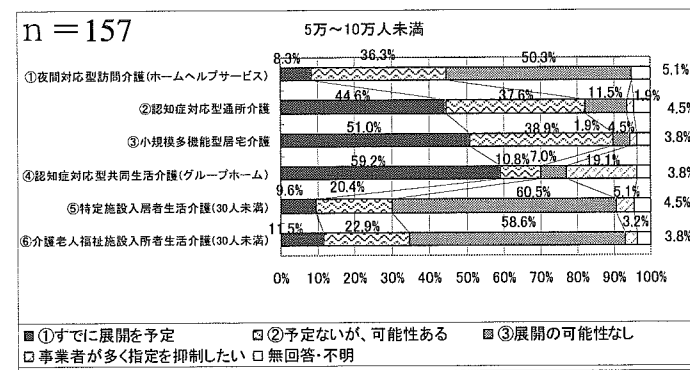
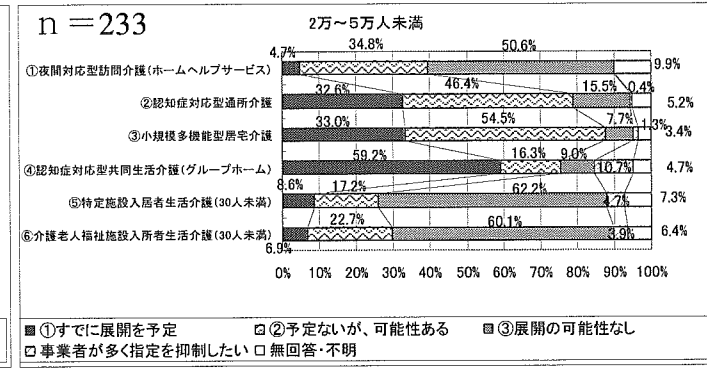
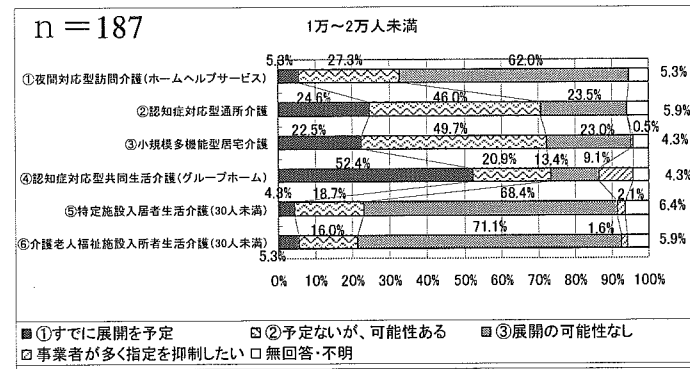
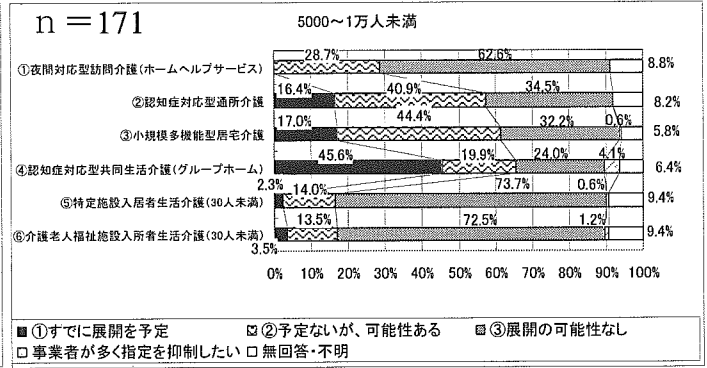
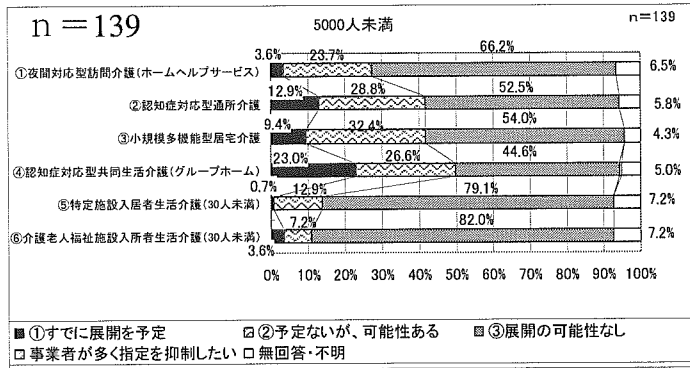
### 1) 地域密着型サービスへの取り組みが進む規模の大きな自治体

「特定入居者生活介護」を除いた他のサービスに関して、1万人以上の自治体では、一定割合で展開を予定するとの回答が得られており、一定程度の人口規模を有する自治体では、地域の包括的なケアシステムの構築に向けて何らかの取り組みが進められようとしている。

### 2) 小規模な自治体で包括的なケアシステム構築に課題

これに対し、人口1万人未満の自治体では展開を予定とする回答が極端に少なく、その一方、「展開の可能性なし」との回答が極めて多くなり、施設サービスによっては8割以上の高率で展開に否定的な見解が見られる。

「小規模多機能型居宅介護」に関しても、人口5,000人未満で54%が、1万人未満で32.2%が展開の可能性なしと回答しており、規模の大きな自治体に比べ、小集落地域での包括的なケアシステムを如何に築いて行くかが今後の大きな課題であることが確認される。



図Ⅲ-3-8 都市規模別の地域密着型サービスの導入予定

### (3) 小規模多機能型居宅介護サービスの地域別展開予定

小規模多機能型居宅介護サービスに着目すると、その今後の取り組みに関しては、都市規模に加え、地域によって以下の違いが見られる。

#### 1) すでに展開を予定している割合が過半数を超える高率の地域

中国地方の自治体では、小規模多機能型居宅介護サービスの展開を予定している自治体が 74 件中 37 件、50.0%と高率で、しかも展開の可能性があると回答も 24 件、32.4%と高い。

#### 2) すでに展開を予定している、予定はないが可能性があるという割合の高い地域

また、関東、中部、近畿地方という大都市の集中する地域及び東北、四国、九州地方では、サービスの展開を既に予定しているか、今後の可能性があるとする自治体が多い。

なお、東北、四国、九州地方では、大都市圏に比べると展開の可能性がないとする回答の割合が相対的に多くなっている。

#### 3) 展開予定が少なく、展開可能性はないとする回答の多い地域

このような地域には北海道が該当する。

北海道では展開の可能性がないとする回答が 46 件、回答総数の 40.7%と地域別で最も高い割合となっている。

北海道は人口集積が少なく、また大都市から遠隔にある小規模自治体が多く、このような社会的な背景が小規模多機能型居宅介護サービスへの取り組みの違いに反映しているものと考えられる。