

ビス評価の目的は、ホームの欠点を指摘することではなく、あくまでも、事業者自らがグループホームの現状を客観的に見直して、自らのサービスの行き届かない点に気づき、自主的な改善努力を積み重ねていくためのきっかけとすることにあります。従って、事業者が遵守しなければならない最低ラインとしての性格を有する指定基準とは異なり、評価項目は、サービス内容の向上に向けた体制づくりを促すことを意図して、指定基準よりも広範囲にわたり、より高いレベルを目指して構成されています。

グループホームの外部評価については、平成18年9月末現在、全国11003事業所（重複あり）の評価結果が、独立行政法人福祉医療機構が運営する介護サービスに関する情報提供サイト（WAMNET）上に公開されており、誰でも閲覧することができます。

（3）認知症ケアを巡る今後の展望

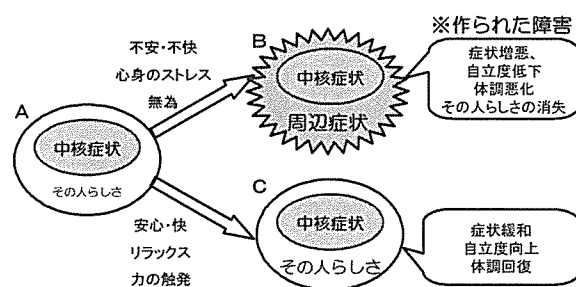
西暦2003年、日本の高齢者（65歳以上）人口はおよそ2,400万人、高齢化率（総人口に占める高齢者人口の割合）は18%を超えるに至り、スウェーデンを抜いて、世界で最も高齢化が進んだ国となりました。日本は、これから先、世界のどこの国も経験したことのない超高齢社会に向かって突き進むこととなります。

21世紀前半の本格的高齢社会を支えるために創設された介護保険が施行されてから6年が経過しました。この間、新制度は国民の間に着実に浸透し、介護サービスは、利用者数、サービス量ともに当初の予想を超えるペースで伸びています。制度運営は、概ね順調に推移しているように見受けられますが、介護サービスの現場には、改善すべき数多くの課題が残されていることも事実です。

▼認知症ケアに必要な視点と方策

認知症の高齢者の特徴として、記憶障害や見当識障害が進行していく一方で、喜びや悲しみ、思いやり、自尊心といった感情機能は、認知症が相当進行した段階であっても、しっかり保たれていることが珍しくないことはよく知られています。直近の出来事の記憶がつかないことに加え、自分の周囲の状況を正しく認識することができないために、認知症の高齢者は、いつも強い不安・ストレスを感じながら暮らしています。さらに、置かれる環境や周囲の者の接し方によっては、強い不安・ストレスを背景として、焦燥感、喪失感、怒り等を覚えることとなります。徘徊、せん妄、攻撃的な行為、身近な人をわざと困らせるような言動など、認知症の高齢者にみられる行動障害の多くは、このような周囲の不適切な対応によってもたらされる不安、失望、怒り等が発端となって惹き起こされるものであり、周囲によって「作られた障害」と考えるべきものといえましょう。

図2 認知症の人は状態が変化しやすい



適切な環境とケアで不安と混乱を最小に導くこと

高齢者認知症(編集)介護研究・研修東京センター 永田久美子主任研究主幹による

認知症の高齢者の特徴や心の内を周囲が正しく理解して、本人の個性や人格を尊重し、その人らしい暮らしをどう支えていくかという視点で接することが認知症の高齢者のケアには不可欠です。(図2、3)

▼『2015年の高齢者介護』

サービスの質の向上に向けた取組を促進し、高齢者の自立を支援する介護保険の理念を一人ひとりの生活の場に行き渡らせていくためには何が必要なのか。平成15(2003)年6月、厚生労働省老健局長の私的研究会として設置された高齢者介護研究会(堀田力座長)の報告書が取りまとめられました。

「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～」と題されたこの報告書では、高齢者ケアのあり方を巡る今後の課題と2015年までに実現すべき方策について具体的に提言されています。中でも、認知症の高齢者の特性に対応した新たなケアの方法論を確立し、尊厳あるくらしの継続を支援するための提言は、報告書を構成する主要な柱の一つとして位置づけられています。

報告書では、まず、最近の要介護認定データと将来推計人口を基に推計した日本の認知症高齢者数の将来見通しを示しています。それによると、2002年9月現在、日本全国で要支援・要介護認定を受けている314万人のうち、何らかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者(認知症高齢者の日常生活自立度判定基準のⅡ以上に相当)が149万に上ることが示されています。(表1)

要支援・要介護認定を受けている高齢者のおよそ2人に1人の割合で、日常生活を営む上で何らかの認知症の影響が認められており、介護保険3施設(特養、老健、療養型医療施設)の利用者に限れば、その割合は既に8割を超えていることが分かります。

さらに今後は、高齢者全体に占める75歳以上の後期高齢者の割合が増加することから、何らかの支援や介護を必要とする認知症の高齢者の数も増加の一途をたどることになります。いわゆる団塊の世代が全て65歳以上の高齢期に到達する2015年頃までには250万人を超

図3 認知症の中核症状と周辺症状

—増悪をまねく多様な要因の関与—

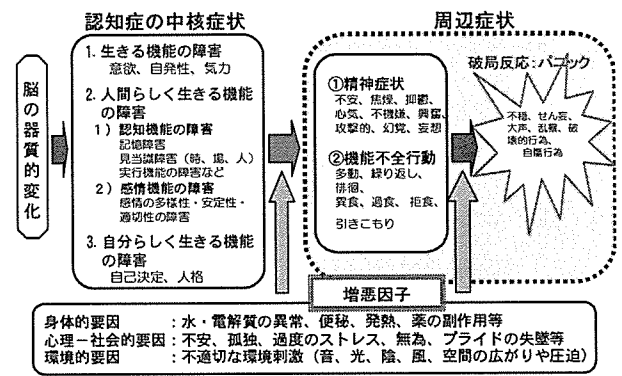
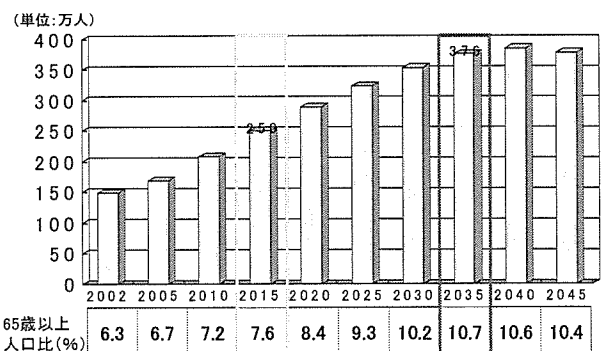


表1 要介護(要支援)認定者における認知症高齢者の推計

所在と認知症高齢者自立度	要介護(要支援)認定者	認定申請時の所在(再掲)				
		居宅	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	その他の施設
総数	314	210	32	25	12	34
自立度Ⅱ以上(再掲)	149	73	27	20	10	19

※ 2002年9月末についての推計。
 ※ 「その他の施設」: 医療機関、グループホーム、ケアハウス等

図4 要介護・要支援認定者における認知症高齢者の将来の推計



え、さらに彼らが85歳を迎える2035年頃には、その数は380万人にも達するものと推計されています。(図4)

増え続ける認知症の高齢者の暮らしをどのように支えていけばよいのでしょうか。21世紀前半、日本が乗り越えなければならない最大の課題の一つと言っても過言ではないでしょう。

▼これからの認知症ケアのあり方

こうした現状と将来見通しをもとに、報告書では、今後の高齢者介護は、身体的な障害よりもむしろ認知症に対応したケアを標準として位置づけていくことの必要性が強調されています。同時に、本人中心の考え方に基づく新しい認知症ケアの普及に向けて、次のような具体的な考え方が示されています。

①環境を重視し、徹底して本人主体の個別アプローチを追求すること（英国の心理学者、トム・キットウッドが提唱するパーソン・センタード・ケアの考え方）。

②グループホームにおいて実践されている「小規模で家庭的な環境の下、なじみの人間関係を維持しながら、一人ひとりの高齢者が地域でその人らしく暮らし続けることを支援していく」という方法論は、施設や通所系サービスなど、他の介護サービスの領域にも広く普及させるべきであること。

③日常の生活圏域でサービスを完結させることを目指し、認知症高齢者に適したケアを追求する中で生み出されてきた「小規模多機能サービス拠点」、「施設機能の地域展開」、「ユニットケア」などの普及に向けた施策を、今後より一層前進させること。

これからの高齢者介護が目指すべき方向として、これまでのような「施設か在宅か」二つに一つの選択を前提とした発想から抜け出し、地域に根ざした包括的、継続的なケア体制を構築するために、地域に密着した在宅支援サービスの拠点整備を進めるといった考え方が具体的に提唱されたことは、今後の施策展開を考える上で極めて大きな意味があることといえましょう。

▼ユニットケア（小規模生活単位型特別養護老人ホーム）の普及について

特別養護老人ホームなどの大規模な施設においても、利用者の日々の生活に向き合い、一人ひとりの個性や希望を尊重した利用者本意のケアを具現化することが望まれます。このような意識の下で、現場の施設長や介護職員の創意工夫の中から生み出されたケアの手法がユニットケアです。

ユニットケアとは、施設の居室をいくつかの小グループに分けて、それぞれを一つの生活単位とし、少人数の家庭的な雰囲気の中でケアを行おうとするものです。いわばグループホームケアの長所を大規模施設に応用する新しいケアの形態として、次のような利点が期待されています。

①個室を組み合わせることにより、入居者は、個性とプライバシーが確保された生活空間を持つことができること。

②個室の近くに入居者同士が交流できる空間（セミプライベートゾーン）を設けることにより、他の入居者との良好な人間関係を築くことができ、相互の交流が進むこと。

③自分の生活空間と少人数の入居者同士で交流できる空間があることで入居者のス

トレスが軽減される（認知症に起因する徘徊などが少なくなる例も多い）こと。

④家族が周囲に気兼ねなく入居者を訪ねることができるようになり、家族との交流促進にも役立つことが期待できること。

こうしたことから、新たに特別養護老人ホームを整備する場合には、全室個室、かつユニットケアを特徴とする新型特養（小規模生活単位型特別養護老人ホーム）を基本とすることとされ、平成14年度からこれに対応した施設整備費補助制度が導入（平成17年度から地域介護福祉空間整備等交付金に移行）されました。さらに平成15年度からは、この新型特養の指定基準と介護報酬の体系が整えられ、平成18年度の介護報酬改定において、老人保健施設及び介護療養型医療施設に適用範囲が拡大されました。

（４）グループホームなどの小規模サービスにおける認知症ケアの可能性

▼痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究について

前項で紹介した高齢者介護研究会と並行して、平成14年度後半から、グループホームや宅老所など、小規模ケアの先駆的な実践者を中心とする研究班が組織され、認知症高齢者の新たなケアサービス体系に関する研究事業が行われました。この研究事業は、（財）医療経済研究機構が国の補助を受けて取組む調査研究の一環として、2カ年にわたって実施され、高齢者介護研究会の報告書の中でも言及されている「小規模多機能サービス拠点」やグループホームなどの小規模サービスにおける認知症ケアの今後の可能性について、4つの課題を設定して、実証論的な検討が行われました。ここでは、同研究事業における4つの課題の中から、2つの課題について紹介しましょう。

▼「在宅から一時宿泊、グループホーム入居に至るなじみの環境の連続性を考慮したケアのあり方」について

小規模多機能型サービスという事業形態は、日々の「通所」機能を中心に、介護保険外の任意事業として提供される一時的な「泊まり」や「居住」など、保険外事業も組み合わせながら、高齢者本人にとって必要なサービスを地域に密着した形で提供していくことを意図したサービスです。1980年代から一部の先進的な事業者による試みとして始まったものですが、グループホームが、自宅に替わる第2の居所に住み替えて、そこで必要なケアを受けながら、安心と新たな暮らしの実現を目指すサービスであるのに対して、小規模多機能型サービスは、高齢者本人や家族の希望に応じて、できる限り自宅に住み続けることができるよう支援することを意図したサービスであるといえます。具体的には、民家を改修するなど認知症の高齢者にとって親しみやすい家庭的な環境の下で、なじみの仲間とともに手仕事などをして日中の時間を過ごしながら、入浴や食事などのサービスを受けます。小規模多機能型サービスは、高齢者本人の自宅での生活の継続を支えることに軸足を置きながら、気軽に通える身近な場所で必要なサービスを継続的に提供する仕組みです。高齢者本人の心身の状態と家族の状況に応じてサービス内容を調整し、その時々が必要とされる多様なサービスを提

供します。本人の要介護度が軽いうちは、週に数回の「通い」から始まり、家族が必要とする時には時間を延長して対応します。本人の状態が重度化するのに伴って、週に数回の「泊まり」を受け入れ、最終的にはそこに「住む」こともできるといったイメージです。(図5)

その際、高齢者の状態の変化に応じて他の施設に移されるのではなく、通い慣れた場所でなじみの仲間と過ごし、なじみのスタッフが介護に当たることから、環境の変化に適応することが困難な認知症の高齢者にとって、リロケーションに伴うダメージを回避して、混乱を最小限にとどめることができることが大きな利点といえます。

この研究では、小規模多機能型サービスにおける認知症ケアの利点と望ましいサービスのあり方について明らかにし、このサービス形態を何らかの形で介護保険制度に取り入れた場合に留意しなければならない事項を洗い出すとともに、グループホームへの応用（デイサービスの併設などによるグループホームの多機能化など）の可能性についても検討されました。議論の経過は、地域に密着した新しい在宅生活支援サービスのあり方に関する提言としてまとめられています。

改正介護保険法では、高齢者介護研究会の報告書に加え、この研究班からの提言内容なども踏まえて、「小規模多機能型居宅介護」として定義され、今回新たに創設された「地域密着型サービス」の一つとして制度に位置づけられました。なお、この「小規模多機能型居宅介護」では、居住機能は本体機能から分離され、グループホームなどの居住系サービスを併設して一体的な運営を可能とすることにより対応することとされています。

▼地域密着型サービスと小規模多機能型居宅介護について

この「地域密着型サービス」については、サービスの利用が主として市町村の圏域内からの利用にとどまるような規模及び特徴を有するサービスを対象とし、次のような仕組みとされています。

- ①保険者である市町村がサービス事業者の指定及び指導監督権限を有し、原則としてその市町村の住民（被保険者）が利用する場合に限り保険給付の対象となること（ただし、ある事業者が、隣接する他の市町村からも指定を受けた場合には、その市町村の住民（被保険者）も利用できる仕組みとされました）。
- ②市町村は、介護保険事業計画において、

図5 小規模多機能型サービスの機能

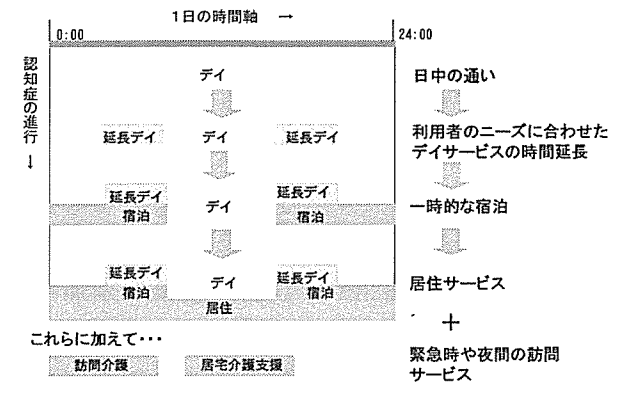
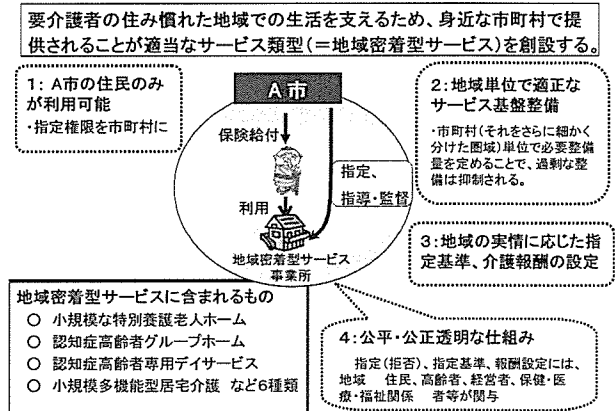


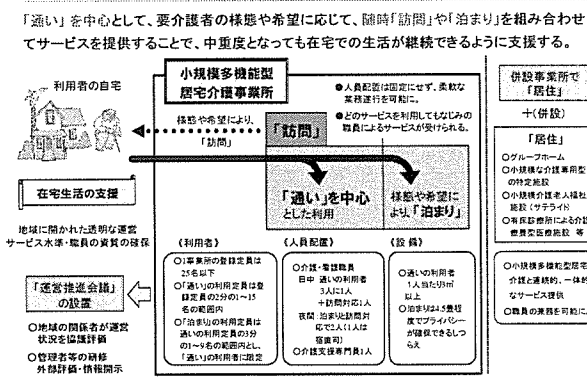
図6 地域密着型サービスの創設



生活圏域ごと及び市町村全体として、各地域密着型サービスのうち、入所系及び居住系サービスの「必要利用者定員総数」を設定し、それを超えた場合には、指定をしないことができること。

③市町村は、一定の範囲内で指定基準及び介護報酬の変更を行うことができること。具体的には、小規模多機能型居宅介護の他、グループホームや認知症対応型デイサービス、定員29人以下の小規模特養などを含め、6種類のサービスが位置づけられました。(図6、7)

図7 小規模多機能型居宅介護



▼「グループホームにおけるターミナルケアの可能性」について

グループホームの利用対象者については、かつては「軽度から中等度の認知症高齢者」を中心に考えられてきました。グループホームの運営費に対する国庫補助制度が初めて導入された平成9（1997）年度当時、利用対象者は次のように定められていました。

○概ね65歳以上の中等度の痴呆性高齢者（65歳未満であっても初老期痴呆に該当する者を含む）であって、次のいずれにも該当する者。

- ・家庭環境等により家庭での介護が困難な者
- ・概ね身の自立ができており、共同生活を 送ることの支障がないこと（極端な暴力行 動や自傷行為がある等共同生活を 送ること が難しい者は除く）

その後、介護保険の施行に際し、グループホームの指定基準があらためて検討される中で、この利用対象者の範囲（状態像）が医療保険福祉審議会（当時）における論点の一つとして浮上しました。結論として、良質なケアと生活環境を整えれば、かなり重度の認知症高齢者であっても穏やかな生活を取り戻すことが可能であることが考慮され、運営基準上は、利用対象者を中程度までの認知症高齢者には限定しないことに落ちつきました。ま

図8 回答のあった事業所の利用者の概況 性別、平均年齢、要介護度

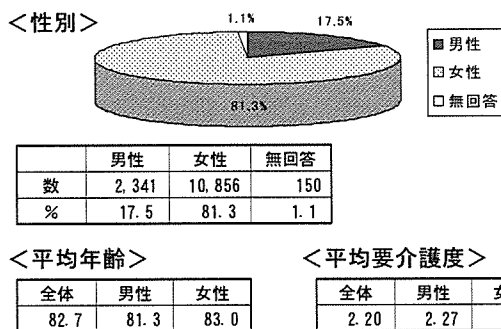
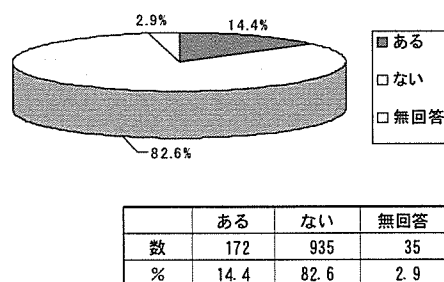


図9 回答のあった1,192事業所の概況 ターミナルケアに取り組んだ経験



た、介護報酬についても、要介護度が中度までの者を相対的に手厚く評価していますが、要介護4、5の重度要介護者の継続利用もあり得る前提で報酬体系が組まれています。

実際、精神症状や行動障害が現れている認知症高齢者であっても、グループホームのような小規模で家庭的な環境の下で対応を心得たスタッフの適切なケアを受けることができれば、混乱した状態から徐々に穏やかさを取り戻し、向精神薬などに頼らなくても、認知症に起因して現れる様々な症状を緩和することが可能であることが明らかになってきています。グループホームの将来像という視点で利用対象者を考えるとき、従来の限定的な対象者像にとらわれることなく、ケアの水準や環境条件を見極めながら、より広い可能性を模索する試みが求められています。

そこで、この調査研究では、グループホームにおけるターミナルケアについての実態調査が行われました。調査は、平成15(2003)年1月17日現在、当時の社会福祉医療事業団(現在の福祉医療機構)が運営する介護サービスに関する情報提供サイト(WAMNET)に登録されている全国のグループホーム、2579事業所全てを対象として調査票の郵送により行われ、1192事業所から回答(有効回収率46.2%)がありました。

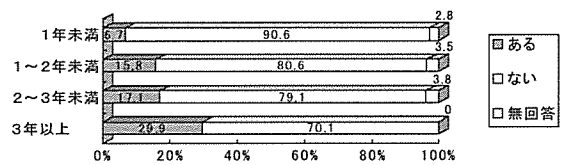
回答のあった1192事業所の利用者13347人の調査時点での内訳は、平均年齢が82.7歳、平均要介護度は2.20となっています。(図8)

グループホームで実際にターミナルケア(看取り)に取り組んだ経験の有無についての問いでは、全体の14.4%にあたる172事業所が「ある」と回答し、中でも開設から3年以上経過した事業所に限れば、29.9%が「ある」としています。(図9~10)

さらにこの内の98事業所が、それぞれの利用者156人について、グループホームで実際に看取ることができたと回答しています。(表2)

次に、グループホームでターミナルケアまで行うことについてホーム長個人の考え

図10 回答のあった1,192事業所の概況
取組経験 開設後年数別の内訳



開設後年数	ある	ない	N. A
1年未満	29	395	12
1~2年未満	54	275	12
2~3年未満	45	208	10
3年以上	44	103	0
無回答	0	4	1

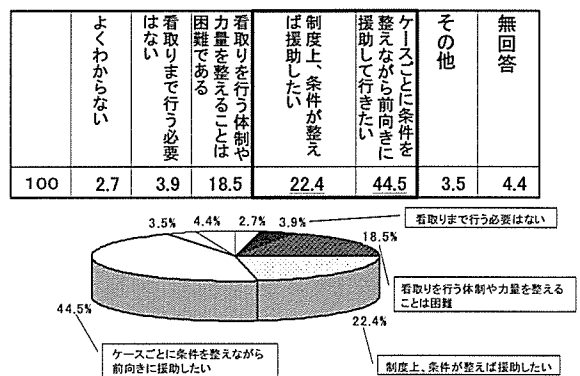
表2 実際に看取ることができた事業所

- 利用者のターミナルケアに取り組んだ実例があると回答した172事業所のうち、98事業所が、グループホームにおいて実際に看取ることができた経験を有していた。

<実際に看取ることができたケース>

	1例	2例	3例	4例	5例以上	無回答
事業所数	64	19	8	5	2	0

図11 看取りについてのホーム長の意識(%)



をねたところ、「制度上、条件が整えば援助していききたい」又は「ケースごとに条件を整えながら前向きに援助していききたい」との積極的な考えを示す回答が全体の3分の2（66.9%）に及びました。（図11）

ところで、平成17（2005）年3月末時点において、既に6400カ所（平成18年3月末では、8026カ所）を数えるグループホームの95%以上は介護保険施行後に開設されています。事業開始から、まだそれほど時間が経過していないことから、現在は、認知症の状態も身体障害の程度も比較的軽度の利用者が多くを占めているものと考えられます。実際、この時の実体調査に回答を寄せたグループホームの利用者の平均要介護度は2.20でしたし、国が行っている介護給付費実態調査の結果でも、平成16年9月現在の全国の利用者の平均要介護度は、2.36（平成17年9月末で、2.39）となっており、こうした見方を裏付けています。

一方、既に開設から年月を経ているグループホームでは、時間の経過とともに、利用者の認知症の状態や身体的な障害の重度化が進んでいます。結果として、制度導入当初には想定されていなかったような重度認知症の高齢者がグループホームで生活し続けることは、今や特殊なケースではなくなってきました。ここで「認知症が重度化したり、身体障害の程度が進んで寝たきり状態に近づいたら施設や病院へ」という流れが安易に定着してしまえば、環境の変化に対する適応力が著しく衰えている認知症高齢者に対し「住み慣れた居住空間となじみの人間関係の喪失」という2重のダメージを強いることにもなりかねません。

もとより、すべてのグループホームに、利用者の終末期に至るまでの継続支援を求めることは現実的ではありません。しかし、介護職員の援助技術や医療との連携体制について、一定の水準が確保されているグループホームにおいて、利用者本人や家族が希望する場合には、事業所の運営方針として看取りの時まで継続して支援することを目指そうというのであれば、制度面からもそうした取組を下支えする仕組みを整えることが望まれます。

これまで、グループホームの利用者は、医療保険の下で医師の往診等を受けることはできましたが、介護保険の他の居宅サービスを利用する場合には、居宅療養管理指導を除いて保険給付は行われず、事業者がその費用を負担してサービスを利用することとされてきました（急性増悪等により、主治医から特別指示書が交付された場合は、月に14日間を限度として医療保険の下での訪問看護を利用することができます。）。

しかし、認知症や身体的合併症の重度化に伴う医療ニーズの増高に対応するためには、グループホーム利用者の医療・看護ニーズに応える仕組みの創設が望まれます。

そこで平成18年度の制度改正では、保険給付としての訪問看護の利用やホームに看護職員を配置した場合の介護報酬上の評価のあり方などについて検討された結果、グループホームの介護報酬に医

表3 介護保険法の改正（GHの定義）

【改正前】

【改正後】

第7条（略）

第8条（略）

15 この法律において、「痴呆対応型共同生活介護」とは、要介護者であつて痴呆の状態にあるもの（当該痴呆に伴つて著しい精神症状を呈する者及び当該痴呆に伴つて著しい行動異常がある者並びにその者の痴呆の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、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をいう。

18 この法律において、「認知症対応型共同生活介護」とは、要介護者であつて認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）について、その共同生活を営むべき住居において、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をいう。

療機関との連携等による看護提供体制を評価する「医療連携体制加算」が新設されました。

▼グループホームの機能の拡張について

こうした議論を反映して、改正介護保険法では、旧法第7条第15項のグループホームの定義規定の中で、「痴呆」の呼称が「認知症」に改められた他、対象者の範囲に係る記述が見直されました。

旧法では、グループホームの対象者を以下の場合を除く認知症の要介護者として定めていましたが、このうち、①②に係る部分が削除されました。(表3)

- ①当該痴呆に伴って、著しい精神症状を呈する者
- ②当該痴呆に伴って著しい行動異常がある者
- ③その者の痴呆痴呆の原因となる疾患が急性の状態にある者

この改正は、上記①、②の状態にある認知症の高齢者を初めから対象外としてしまうのではなく、むしろ「本人を取り巻く様々な要因により①、②の状態にある高齢者が、穏やかな暮らしを取り戻すことができるよう援助することこそ、グループホームに期待すべき機能ではないか」との考え方に立脚するものです。

さらに、改正法施行に先行して、平成17年度からは、一定の要件を満たした地域（構造改革特区）において、これまでは想定されていなかったグループホームの短期利用を認める規制緩和が試行されました。(表4)

続いて、平成18年度の介護報酬改定では、この試行の成果なども踏まえて、「短期利用共同生活介護費」と「認知症対応型通所介護費Ⅱ」が新設され、全国共通の仕組みとして、一定の要件を満たすグループホームでの短期利用及び日帰り利用を可能とする制度が創設されました。

これにより、グループホームは、入居利用者だけでなく、自宅で暮らし続けることを希望する認知症の高齢者や家族の生活を支援する機能を併せ持つことができることになりました。また、ホームへの入居に先立ち、短期利用や日帰り利用を上手に活用すれば、入居当初に起こりがちなリロケーションダメージの緩和にも役立つものと期待されます。

今回の制度改正により、グループホームと小規模多機能型居宅介護は、住み慣れた地域で暮らし続けることを願う認知症高齢者や家族の在宅生活を支援するサービスとして、基本理念を共有することが制度上も鮮明になったと観ることができるでしょう。

表4 グループホームの短期利用事業

1 事業のねらい

- ① 在宅で生活する認知症高齢者の臨時・緊急ニーズに対する受け皿として
- ② 入居希望者の体験的利用により、入居直後のリロケーションダメージの緩和を期待して

2 事業の内容

- 短期利用の受け入れは、1人/1ユニットまでとする
- あらかじめ定める利用期間は30日以内とする
- 短期利用についても、グループホームの指定基準及び介護報酬を適用する
- 短期利用分については、区分支給限度額を基礎とする給付管理の対象とする

(5) これまでの弱点を克服して新たな認知症ケアの確立を

長年住み続けてきた地域で暮らしていると、いつも自分のことを気にかけてくれるご近所さんがいたり、毎日買い物に出かけるなじみのお店があったりするものです。多くの高齢者が、たとえ介護が必要になったとしても住み慣れた地域や自宅で暮らし続けることを望むのは、ごく自然なことといえましょう。しかしながら、在宅、施設を含め、これまでの高齢者ケアサービス体系は、こうした時間的・空間的な生活の連続性や、高齢者が長年地域で暮らす中で培ってきた社会的なつながりを維持していくことについて、必ずしも十分に配慮しながら築かれてきたわけではありません。これからの認知症ケアのあり方を考える時には、人間がもともと持っている「生きる力」や「可能性」を最大限に引き出しながら、「生ある主体」として尊重していく関わりがより一層重視されることになるでしょう。そのためには、生活支援のあり方も、あらかじめ提供者側が作った日課に沿った管理的な関わりではなく、高齢者一人ひとりのペースに合わせたゆったり型の援助スタイルに改めていくことが求められるでしょう。同時に、介護のあり方も、「する側」と「される側」という、向かい合う縦の関係から、生活の再構築途上にある高齢者を対等の立場で側面から支えるため、同じ方向を向いて寄り添う横の関係へと、関わり方の視点を変えていくことが必要となるでしょう。

前項でも述べたように、小規模多機能型サービスは、自宅での生活の継続を支えることに軸足をおきながら、認知症の高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、24時間365日の安心を提供する在宅サービスの新たな形態です。その理念と機能を考えると、必然的に身近な地域ごと、つまりは高齢者の日常の生活圏域を単位として整備していくことが求められるでしょう。

同時に、在宅支援という意味では、高齢者とともに高齢者を支える家族を支援するという視点も大切です。施設入所の契機が、多くの場合、本人の希望よりもむしろ家族の意向、端的には家族介護が限界に至った時点において決まるという現実を考えると、本人の在宅生活の継続を支援するためにも、家族支援という視点を忘れることはできません。元気で活躍していた頃の本人のことをよく知る身近な家族であればこそ、認知症に伴う様々な周辺症状が目の前に現れる状況はそう簡単に受容できるものではありません。むしろ、家族であるがゆえに冷静に受けとめることが困難な場面が少なくないといえるでしょう。家族が限界に達し、不安にかられて耐えられなくなれば、本人の在宅生活の継続も危機にさらされてしまいます。保険制度外の泊まりや訪問機能などを備えた小規模多機能型サービスや、自宅から住み替えて利用するタイプの居宅サービスであるグループホームが在宅支援に大きな力を発揮するのは、まさにこれらのサービスが認知症高齢者本人とともに家族を支援する機能を有しているからだといえます。煮詰まった人間関係の中で憔悴し疲弊した家族（と本人）をいったん家族介護の重荷から解放し、適度な距離を保ちながら新しい関係性を再構築するきっかけをつくることで、家族と本人との関わりを再び紡いでいくことができるでしょう。グループホームや小規模多機能型サービスを利用することで安心と穏やかさを取り戻した身内の姿を目の当たりにし、家族であるがゆえに自分たちで問題を抱え、苦しみ、在宅での限界を超えた介護を続けてきたことに気づいて、「ようやく冷静に本人

と向き合えるようになった。」と語る家族もおられます。

グループホームや小規模多機能型サービスは、21世紀の日本の認知症ケアを支える主要な選択肢の一つであり、これからの高齢者ケアサービスのあり方に大きな影響を及ぼす潜在力をも秘めています。

今後、地域に根ざした包括的なサービス体系をどのように整えていくのか、また、既存のケアサービスをハード・ソフト両面からどのように見直していくべきかを考える時、良質なケアを提供しているグループホームや小規模多機能型サービスの実践は、私達に豊かなヒントを与えてくれることでしょう。

高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて、介護現場の第一線で活躍する実践者達の創意工夫や実践に期待し、とともに考えていきたいと思えます。

グループホームや小規模多機能型サービスが、サービスの質をさらに高めるための努力を続けながら、住み慣れた地域で認知症高齢者の暮らしを支える拠点として、地域偏在なく普及していくことを願ってやみません。

<引用・参考文献>

- 平成16年版 厚生労働白書
- 今、なぜ痴呆症にグループホームか（小笠原祐次編、バルプロ・ベック=フリス、友子・ハンソン著 筒井書房）2002年2月
- 痴呆性高齢者グループホームの将来ビジョン（医療経済研究機構）2000年3月
- 2015年の高齢者介護（高齢者介護研究会報告書）2003年6月
- 高齢者の尊厳を支える介護（老人保健福祉法制研究会編 法研）2003年10月
- 初期から終末期に至るまでの地域に密着した新たな痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書（医療経済研究機構）2003年3月
- 痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究報告書（医療経済研究機構）2004年3月
- 痴呆バリア・フリー百科（日比野正巳、永田久美子他著 TBS ブリタニカ）2002年9月
- 自宅でない在宅（外山義著 医学書院）2003年7月
- 介護保険制度の見直しに関する意見（社会保障審議会介護保険部会報告）2004年7月


2. グループヒアリング提供資料

(1) 神戸市提供資料

神戸市の地域密着型サービスについて (小規模多機能型居宅介護)

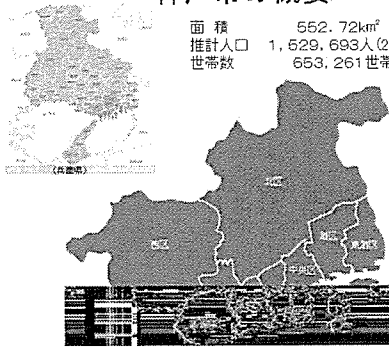
- 神戸市の概要
- 事業所指定・整備状況
- サービスの推進策
- サービス展開上の課題
- 今後に向けて

平成19年3月14日
神戸市保健福祉局高齢福祉課 水野進太郎



神戸市の概要

面積 552.72km²
推計人口 1,529,693人(2006.12.1)
世帯数 653,261世帯



- 1 東灘区
- 2 灘区
- 3 中央区
- 4 兵庫区
- 5 北区
- 6 真田区
- 7 須磨区
- 8 垂水区
- 9 西区

神戸市の状況

① 高齢者数(高齢化率)の伸び

	15年度	18年度	20年度	26年度
総人口	1,534千人	1,546千人	1,552千人	1,555千人
高齢者人口	284千人	307千人	325千人	366千人
高齢化率	18.5%	19.9%	21.0%	24.8%

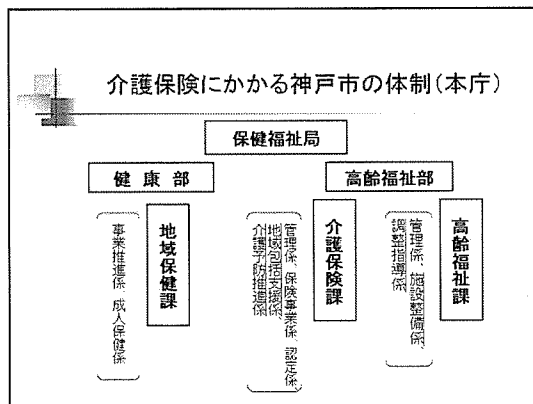
(人口は住民基本台帳集計とその推計による。第3期神戸市介護保険事業計画より。)

② 地域密着型サービスの基盤エリア=日常生活圏域

行政区(東灘区～西区) 9
日常生活圏域 77か所
(中学校区レベル、1圏域あたり約2万人)

③ 地域包括支援センターの設置数 75か所

社会福祉法人 32
医療法人 12
株式会社 7
社団法人 2
NPO、生協、高齢者生協、
財団法人、JA 各1
計58法人75センターが77圏域をカバー



地域密着型サービスの指定状況

指定時期	指定事業所数			地域密着型介護老人福祉施設
	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	認知症対応型通所介護	
18年4月		67事業所	24事業所	2施設
18年5月	1事業所		1事業所	
18年7月				
18年9月	1事業所			
18年10月	2事業所			
18年11月			2事業所	1施設
19年1月	1事業所		1事業所	
19年3月	1事業所			
計	6事業所	67事業所	28事業所	3施設

(18年4月分はみすみ指定)

小規模多機能型居宅介護一覧表(18か所)

実施場所	事業所名称	種別	利用者数等(人)			計画	開設時期(予定)
			登録	通い	宿泊		
灘区 友が丘	すこやか友が丘	社福	25	15	8	○	18年5月
垂水区 百舞子	やわらぎ垂水舞子	営利	25	15	5	○	18年9月
長田区 大橋町	かがはし	生協	25	15	6		18年10月
垂水区 本多町	くつろぎの家・本多町	営利	25	15	7		18年10月
垂水区 泉が丘	フアボール泉が丘	社福	25	15	5	○	18年11月
東灘区 深江本町	さくら	医療	24	12	4		18年3月
東灘区 森引町	高齢者70代・甲南	社福	25	15	5	○	18年4月
兵庫区 千鳥町	ハーモニーイン千鳥	社福	27	15	8	○	18年4月
兵庫区 浜中町	花みぎさサテライト	社福	25	15	5	○	18年6月
垂水区 鳥喰通	わび・ねん鳥喰通	社福	25	15	5	○	18年7月
東灘区 向洋町中	協会の苑六甲が丘	社福	25	15	5	○	18年6月
中央区 須川崎町	須川崎町	社福	15	10	4	○	18年8月
須磨区 白川台	白川の家	社福	25	15	5	○	18年6月
北区 山田町	樹山ホーム	社福	25	15	9	○	18年10月
長田区 富成町	長田が丘・野村	社福	25	15	4	○	18年12月
西区 玉津町	オリンピア神戸西	社福	25	15	5	○	20年11月
北区 鈴蘭台南町	鈴蘭台ホーム	社福	25	15	9	○	21年4月
垂水区 西舞子	垂水舞みれ通	社福	25	15	5	○	21年4月

(18年4月以降の開設時期は現時点での見込み、施設名称も変更される場合がある。)

本市の取り組み、取り扱い

- 小規模特養・グループホームは公募選考
- 小規模多機能は事前協議制
- 指導指針の策定(国基準の具体化)

主な内容

スプリンクラー等の設置
運営推進会議を実施検討段階から設置
地域の医療関係団体とあらかじめ協議 など

小規模多機能型居宅介護の推進策(1)

地域再生計画提案(H16)

地域介護・福祉空間整備等交付金の活用(H17～)
(小規模特養・小規模多機能)

↓
良質モデルの先行、発信

小規模多機能型居宅介護の推進策(2)

老人福祉施設連盟に研究会を設置

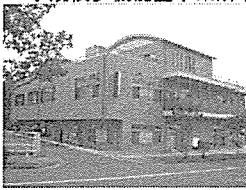
サービスのあり方を検討(18. 2. 8～4. 28 全4回実施)

研究会の効果

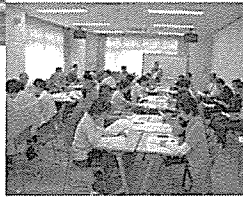
地域におけるサービスの必要性の再認識
社会福祉法人の機運の高まり
発想の切り換え(実は原点回帰)
問題点・課題の認識・共有化
横の連携

小規模多機能型事業所事例「すこやか友が丘」

(神戸市須磨区)
(18年5月1日指定)



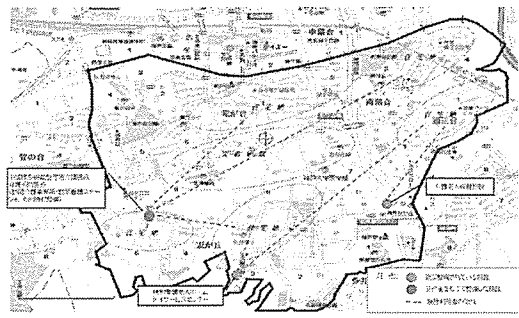
- 小規模多機能型居宅介護事業所
- 通所介護事業所
- 知的障害者通所更生施設
- 地域交流事業
- 喫茶「シャベリーな」



16年度 地域再生計画提出

17年度 地域介護・福祉空間
整備計画作成

日常生活圏域の状況(きたすま)



小規模多機能事業所の併設事業所(例)

- ①社会福祉法人の場合
 - ・小規模特養
 - ・一般デイ
- ②医療法人の場合(現在は事例なし)
 - ・在宅療養支援診療所
 - ・訪問看護(療養通所介護)
- ③営利・非営利法人等
 - ・グループホーム
 - ・高齢者住宅(特定施設・非特定)
 - ・一般デイ(宅老所志向)
 - ・訪問介護

運営推進会議について

設置状況(19年3月1日現在)

種別	事業所等数	設置数	未設置数
小規模多機能型居宅介護	6事業所	6事業所	0
認知症対応型共同生活介護	6・7事業所	6・6事業所	1事業所
地域密着型介護老人福祉施設	3施設	3施設	0

- 小規模多機能型居宅介護は、事前協議段階で運営推進会議の設置を指導・確認。
- 構成員のうち、「住民代表者は2以上」と指導。
- 課題として、グループホームの一部に地域交流の重要性に関する認識が低いと思われる事業所(運営推進会議の議題がわからない、地域住民の代表者等の参加が得られないといった訴え)。
- そのために、運営推進会議設置運営マニュアルの作成等を考えている。

地域密着型サービスの課題

- 住民へのサービス理解普及
- ケアマネ・関係者への理解普及
- 小規模多機能事業者の不振(サービス利用の移行が進まない…)
- ノウハウ不足
- 新規参入に二の足(行政側も対応が慎重)
- 運営推進会議の設置遅れ(GH)
- 新規整備事業所の開設遅れ
- 整備補助金(計画策定)の対象限定
- 他市町民利用との関係

(利用者・家族からは感謝の声、利用者が増えないゆえ、自治会長から存続を危ぶむ声…)



(2) 横浜市提供資料

■横浜市における小規模多機能型居宅介護事業所整備の事業経緯

1. 概要

横浜市では、都心部での小規模多機能拠点の事例がなかったことなどから、介護保険制度化を視野にいれつつ、平成 15 年より独自に検討を進めてきました。先行事例の視察、有識者との検討会、モデル事業者との連携などを重ね、現在にいたっています。

2. 経緯

平成 15 年度

【国】高齢者介護研究会（厚生労働省私的研究会）報告書

【市】都市型小規模多機能サービス拠点の検討開始

【市】先進事例視察（のぞみホーム、きなっせ、よりあい、せんだんの杜など）

平成 16 年度

【国】社会保障審議会・介護保険部会（厚生労働省）報告書

【市】小規模多機能サービス拠点あり方検討委員会 設置

平成 17 年度

【市】小規模多機能サービス拠点整備モデル事業 募集開始

【市】第 3 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 策定

平成 18 年度

【国】介護保険法等関連法令 改正

【市】モデル 3 事業者 指定・事業開始

【市】平成 18 年度開設希望 小規模多機能型居宅介護事業者 募集開始

【市】シンポジウム「ヨコハマ型小規模多機能の展開と可能性」開催

【市】平成 19 年度開設希望 小規模多機能型居宅介護事業者 募集開始

3. 市施策との関係等

- ・ 第 3 期介護保険事業計画（3 か年で 1 5 0 か所（日常生活圏域ごとに 1 か所））
- ・ 市町村交付金制度の活用（1 5, 0 0 0 千円／1 か所）
- ・ 空き家活用推進プロジェクトとの連携（民家改修型への支援）
- ・ P R 活動（シンポジウム、ホームページ、個別相談・説明、市広報番組等）

(3) 本別町提供資料

■小規模多機能居宅介護の課題と展望

平成 19 年 3 月 12 日：本別町総合ケアセンター 木南

1. 日常生活圏域の設定（別紙参照）

本町は、旧ふるさと銀河線の駅を中心に市街地が形成されており、「勇足」「仙美里」地区の中心部に保育所、小・中学校、郵便局、役場出張所などの公共機関が配置されている。

介護サービス事業所が全て「本別」地区に整備されていることから、「勇足」「仙美里」地区の通所サービス利用者にとっては、サービス利用までの移動時間が負担となっていたこともあり、それぞれの圏域において身近な場所でサービスを利用できる基盤整備を行うため、3つの圏域を設定した。

「勇足」「仙美里」地区は、人口 1,200 人弱の小さな単位であり、この人口規模でサービス基盤の整備を行うことは、事業の経営面からみても無謀と思われかねないが、北海道特有の集落が散在し広域なサービス提供エリアを持つ本町にとっては、集落の崩壊につながりかねない一極集中の基盤整備を行わないための圏域設定でもあった。しかし、北海道内の人口 1 万人未満の自治体で、複数の圏域を設定したところは数町村であり、北海道特有の地理的条件を克服するための基盤整備のあり方を描けない結果であると同時に、この条件を克服するための支援の手立てがない状況にある。国からの交付金に上乗せするような形での北海道からの支援策（地域政策総合補助金での対応等）についても検討いただきたいと考えている。

2. 介護報酬上の課題

包括報酬となっているため、利用者側からは「介護 1」でも「介護 5」でもサービスの利用回数に違いがないのに料金が違うといった不公平感を生じさせており、軽度者に対する報酬がグループホームと比較して著しく低い設定になっている。

この報酬設定では、志の高い方が多角的な事業展開をしている事業者しか参入できず、全国的にも小規模多機能への参入が低調なのは、報酬設定に無理がある上、人員配置基準が厳しいことが理由であると考えられる。

登録者のみしかサービス利用ができない仕組みを見直し、圏域内のホームヘルプサービス利用者については、登録者以外でも利用を認めるべきである。

また、ケアマネジメントに対する評価は別建てとし、特定施設入所者生活介護についても、ケアプラン作成に伴う利用者負担を介護報酬のなかに位置づけてはならないと考える。

3. 人員配置基準上の課題

夜間の人員配置が経営上の一番大きな課題であり、24時間オンコール体制が確保できていれば、宿直を置かなくても良いと考える。また、人員配置基準を下回る部分は、指定・監督を行う市町村が書き換えることが出来ないとされているが、そもそも地域密着型サービスという新たなサービス類型である以上、これらの権限についても

市町村に委譲すべきと考える。

4. 今後の展望

居住機能がこのサービスと別建てとなっており、併設施設が地域密着型サービスに限定されているが、結果的に施設志向の高い北海道では、併設施設の入所からサービスが埋まっていくことが予想される。

小規模多機能サービスの利点を最大限に活かすためには、高齢者共同住宅や中重度者向けの住宅など、事業所に居住部門を併設して整備をすすめるべきと考えている。

本町でも地域介護・福祉空間整備等交付金の先進型提案事業での整備の検討を行っているが、過疎地の町村では国民年金のみの生活者が多く、低所得層が低料金で住むことのできる住宅を生活圈域毎に小規模多機能施設とセットで整備を行うべきであり、厚労省の福祉空間整備交付金と国交省の住宅整備交付金を統合して、「住まい」と「介護」の一体的整備を図っていく必要がある。

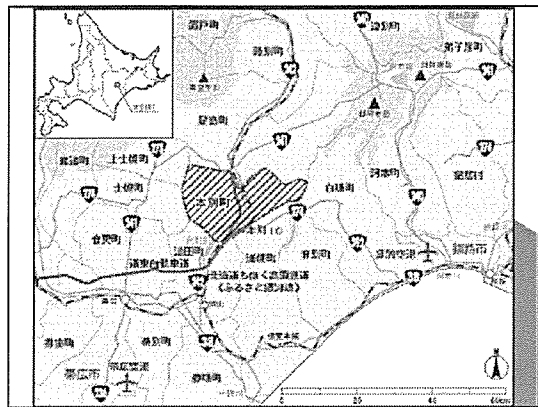
また、医療機関との連携が今後の課題であり、定期的な訪問を行ってもらえる医師の確保や診療報酬上の評価も必要である。さらに、地域包括支援センターのサブステーション機能を「住まい」か「小規模多機能事業所」に併設することにより、サービス利用者の利便性がさらに高まり、在宅生活の継続の可能性も高まるものと思われる。

上記で述べたとおり、小規模多機能事業所の近くに「住まい」を含めた周辺サービス基盤を整備できるかによって、小規模多機能サービスの良さが引き出されると思われる。

(4) 本別町社会福祉協議会提供資料

小規模多機能型居宅介護の
開設経過と今後の課題

2007年3月14日(水)
本別町社会福祉協議会
事務局次長 大野内寛



小規模多機能型居宅介護設立の契機

- 地域福祉計画の策定(行政・社協協働策定)
→ 生活課題の把握、小規模多機能型居宅介護整備の位置づけ
- 地域福祉実践計画の策定(社協・行政連携策定)
→ 小規模多機能型居宅介護実施の位置づけ
- 地域介護・福祉空間整備等交付金の活用
→ 小規模多機能型居宅介護整備の財源確保

計画における小規模多機能型居宅介護の位置づけ

地域福祉計画での位置づけ

地域に開かれた施設づくり
生活圏域に密着した小規模
多機能型サービスの導入

地域福祉実践計画での位置づけ

地域福祉計画に位置づけられる「二次福祉圏」ごとに、訪問、通所、宿泊サービスを一体的に提供する小規模多機能型居宅介護事業所の設置をめざす
小規模多機能型居宅介護事業所の設立、運営にあたっては地域住民、ボランティア、在宅福祉ネットワーク、自治会などの理解と協力を得ながら進めていくことをめざす

利用者にとって利用しやすい環境整備、柔軟なサービス提供体制の確立をめざし、平成17年度から通所・訪問・宿泊サービスを一体的に提供する、小規模多機能型居宅介護の検討を本協会の開始し、平成18年度の問題に向けて取り組んでいきます

地域介護・福祉空間整備等交付金の活用

- 地域介護・福祉空間整備等交付金(市町村交付金)とは
市町村は、基盤整備促進法に基づき、日常生活圏域を単位として、公的介護施設等の面的な配置構想を策定し、今後3年以内に実施する基盤整備事業を明らかにした市町村整備計画を策定することができる。対象事業は以下のものが示されている。
 - ・ 小規模多機能型居宅介護
 - ・ 小規模特別養護老人ホーム
 - ・ 小規模老人保健施設
 - ・ 小規模特定施設入所者生活介護
 - ・ 認知症グループホーム
 - ・ 認知症デイサービス
 - ・ 夜間対応型訪問介護事業
 - ・ 介護予防拠点
 - ・ 地域包括支援センター
 - ・ 生活支援ハウス
 - ・ 高齢者の在宅生活を支えるための基盤形成

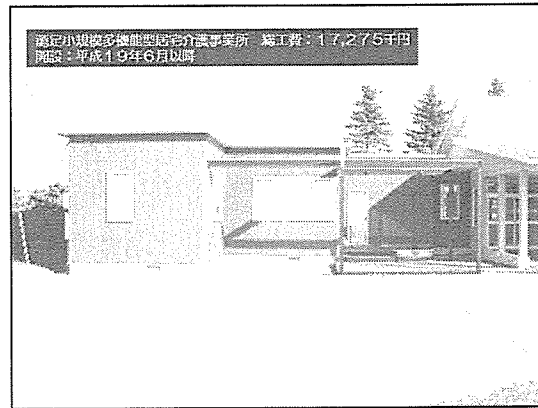
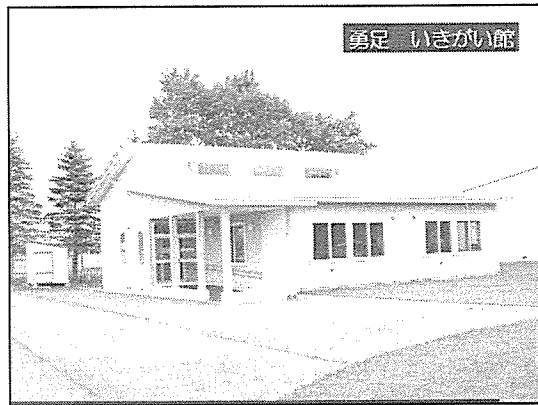
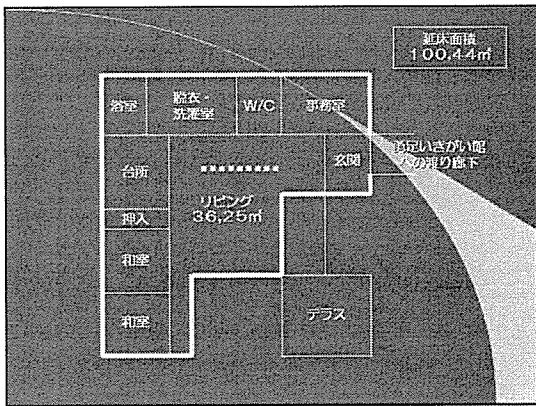
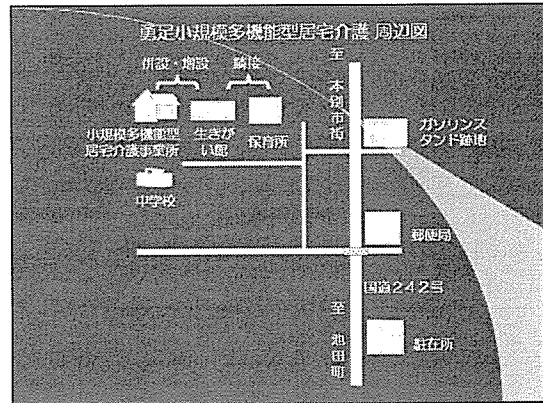
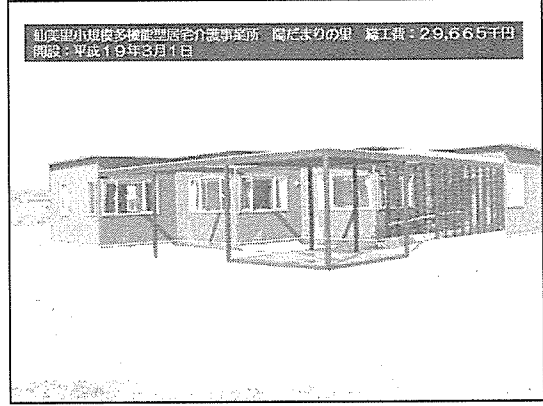
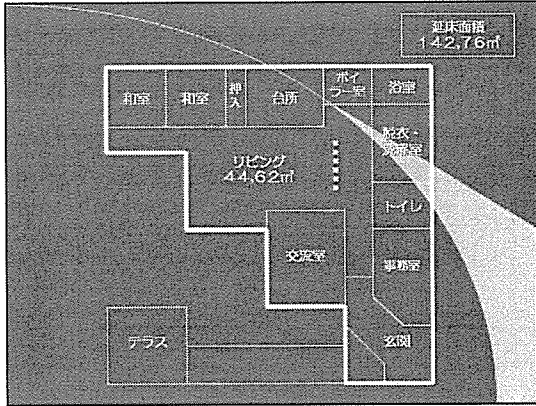
日常生活圏域の設定及び地区別人口推計

年度	本別地区	仙美地区	奥平地区	合計
2005	4,598	6,006	1,452	9,906
2010	4,361	5,718	1,377	9,592
2015	4,124	5,430	1,302	9,274
2020	3,887	5,142	1,227	8,952
2025	3,650	4,854	1,152	8,634

日常生活圏域ごとのサービス基盤整備状況

地区	既存	新規
本別地区	特別養護老人ホーム 高齢者短期入所 老人保健施設 介護老人ホーム 訪問看護 認知症GHI・等	介護予防拠点 3
奥平地区	なし	小規模多機能型居宅介護 介護予防拠点 1
仙美地区	なし	小規模多機能型居宅介護 介護予防拠点 1

仙美里小規模多機能型居宅介護 周辺図



開設時の状況

事業所状況：隠岐島の隠岐(美里)のみ3月1日にサービス提供開始
 利用者定員 登録12名(内い定員6名)
 →開設時の登録利用者6名
 要支援1(2名) 要支援2(1名) 要介護1(1名)
 要介護2(1名) 要介護4(1名)
 (4月以降に10名程度まで増加予定)

収支状況：年間10,443千円の赤字
 →人件費率140%

職員配置：総動員8名
 管理者兼CM 1名(職員)
 看護師 1名(嘱託職員)
 介護士 1名(嘱託職員)
 介護員 5名(臨時職員)

現 状：身近な地域(日常生活圏)での、在宅生活の継続を支援するため、柔軟なサービス提供に取り組んでいるが、事業所経営としては安定のきさしが見えにくい。

今後の課題

サービスの質の向上や安定的なサービス提供の実現のためには事業所運営、経営の安定化が不可欠。この経営安定化の実現のためには以下の事項について検討する必要がある。

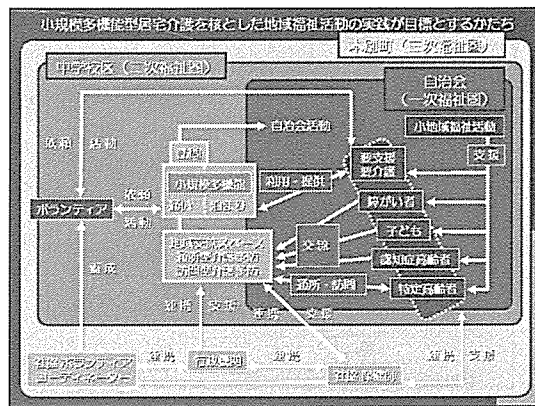
- 地域実態に合わせた弾力的な制度運用
 - 日中や夜間の人員配置基準が高く、また程序的な負担手不足の条件が重なり、募集を滞らす人材の確保が困難
 - 上記に関連し、良質な人材確保のため採用条件を引き上げ(パートではなく常勤採用)ざるを得ない事により、介護報酬に対する人件費の均衡が保てない
 - 有資格者(介護支援専門員、看護師)の配属を必須としているため、地方の町村部では確保が困難である
 - 上記に関連し、介護支援専門員が併設以外の事業所の形を認められないなど、制約が多すぎる
- 行政の総合調整機能への期待
 - 自治体の長期的計画に基づく施設、在宅サービスの整備目標の設定
 - 福祉人材の養成と確保の支援(自治体の一括登録制)
 - 事業者連絡会の設立や研修会の実施など、事業者の育成と経営支援

■ 運営推進会議の活性化

現在、地元自治会長・地元自治会福祉部長・近隣自治会長・老人クラブ会長・民生児童委員(2名)・元町議(地域の知見者)・行政担当者の8名で構成されており、今後、利用者代表・家族代表の2名を加え、10名での組織を想定している。

地域に開かれた事業所づくりには、地域住民の目や声が重要である。この運営推進会議を意見聴取の場として位置づけるだけでなく、事業所の取り組み改善や24時間365日の複合的サービス提供に取り組むなど、従来の在宅サービスで達成し得ない柔軟性や安心感の提供などの利益を符合合わせり、多機能型居宅介護サービスの理解と支援を得るための重要な場としていく必要がある。

また、社協が事業主体であることの意義として、公共サービスの色合いも持ち合わせていることから、経営安定化の現況を上げなく、従来の地域福祉活動の実践であった、住民ネットワークなどを活用し、介護保険制度の該当者だけでなく地域の生活課題(子ども、障がい者など)への支援も期待される。



(5) 遠軽町社会福祉協議会提供資料

