

2. 小規模多機能型居宅介護サービスの問題点

本章では、改正介護保険法によって2006年4月にスタートした小規模多機能型居宅介護の制度解説（要約紹介）をおこなった上で、自治体としての方針が明確にされている横浜市と稲城市の事例を取り上げ、その評価すべき点を指摘した上で、今後の小規模多機能型居宅介護の課題について考察した。

2-1 小規模多機能型居宅介護の制度概要

2006年度（平成18）改正された介護保険制度に基づき、小規模多機能型居宅介護に関する制度概要を説明する。

（1）小規模多機能型居宅介護の概要

①介護保険法改正における小規模多機能型居宅介護の定義

介護保険法改正における小規模多機能型居宅介護の定義について紹介し、解説を行う。

（介護保険法第8条17項）

この法律において「小規模多機能型居宅介護」とは、居宅要介護者について、その者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その者の選択に基づき、その者の居宅において、又は厚生労働省令で定める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、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって厚生労働省令で定めるもの及び機能訓練を行うことをいう。

要介護状態になって住み慣れた自宅や地域において、在宅生活を継続することを支えるところから、「通い」を中心として、利用者を取り囲む状態や希望などに応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせて提供するサービスである。

②サービス類型と利用対象者

小規模多機能型居宅介護は、「通い」を中心として、利用者や家族の状況に応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援するサービス類型である。

「居住」については、小規模多機能型居宅介護において必須とせず、必要に応じて、小規模多機能型居宅介護事業所に「居住」を担う施設を併設することで対応することになる。

③指定基準

a) サービスの形態

利用者と職員とのなじみの関係を形成するところから、利用者は1箇所の小規模多機能型居宅介護事業所に限って利用者登録を行い、複数の小規模多機能型居宅介護事業所の利用は認めない仕組みとする。

（利用定員）

1事業所当たりの登録定員 25名以下
「通い」の1日当たり定員 概ね15名以下

「泊まり」の1日当たりの定員 概ね9名以下

b) 職員配置に関する考え方

職員配置については、「通い」「訪問」「泊まり」それぞれの固定配置とせず、柔軟な業務遂行を可能とする。

(人員配置)

○管理者（常勤） 1名（事業所内の他の業務との兼務可）

管理者は、特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームなどの職員またはホームヘルパーとして3年以上の認知症高齢者の介護経験が必要とする。

○介護・看護職員

日中：通いの利用者3人に対して1名＋訪問介護対応1名

夜間：泊まりと夜間の訪問介護対応のため2名（1名は宿直可）

○介護支援専門員 1名（事業所内の他の業務との兼務可）

○事業所の代表者

代表者は、特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームなどの職員またはホームヘルパーとして、認知症高齢者の介護の経験または医療サービス・福祉サービスの経営者としての経験が必要。

小規模多機能型居宅介護は登録制で、ショートステイなどは使えないので、「泊まり」の緊急対応を行う。

(緊急時等の対応)

小規模多機能型居宅介護従業者は、現に指定小規模多機能型居宅介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師またはあらかじめ当該小規模多機能型居宅介護事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

c) 設備に関する考え方

民家等既存施設を活用した効率的なサービス提供等を可能とするところから、事業所全体として、利用者1人当たりの面積基準を設けるが、個々の設備ごとの面積基準は設けない。

(設備に関する考え方)

通いの高齢者が活動する部屋及び食堂は、1人当たりの面積を3㎡以上とする。

泊まりについては、全てを個室とする必要はないが、1人当たり4.5畳程度の面積（床面積7.43㎡以上）とプライバシーが確保できるしつらえとする。

d) 職員の質の確保

利用者の「囲い込み」や地域から孤立した事業運営が行われないようにするところから、次のような取り扱いを行う。

管理者等に対する研修受講を義務づけ、サービスの外部評価及び評価に係わる情報開示を求める。

地域の関係者を集め、事業所の運営状況について協議・評価する場を設ける。

(地域との連携等)

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、事業所が所在する市町村の職員または当該事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員、地域住民の代表者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置する。

e) 報酬設定に関する論点

利用者の様態や希望に応じた柔軟なサービス提供を行うためには、標準的なサービス利用料を設定し、月単位の定額報酬（要介護度別）として設定をする。市町村が独自に設定した指定基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合等で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に承認したときは、市町村が通常の報酬よりも高い報酬を設定することを可能にするなど、柔軟な仕込みとした。

介護保険上、市町村は、厚生労働省令で定める範囲内で基準を変更することと、厚生労働大臣が定める介護報酬額を超えない範囲内で介護報酬を変更することが可能とされている。

(介護報酬)

○介護予防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

○小規模多機能型居宅介護費

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

初期加算 30単位

※小規模多機能型居宅介護を利用している間は、算定できないサービス

(居宅サービス)

訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、居宅介護支援

(地域密着型サービス)

夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護

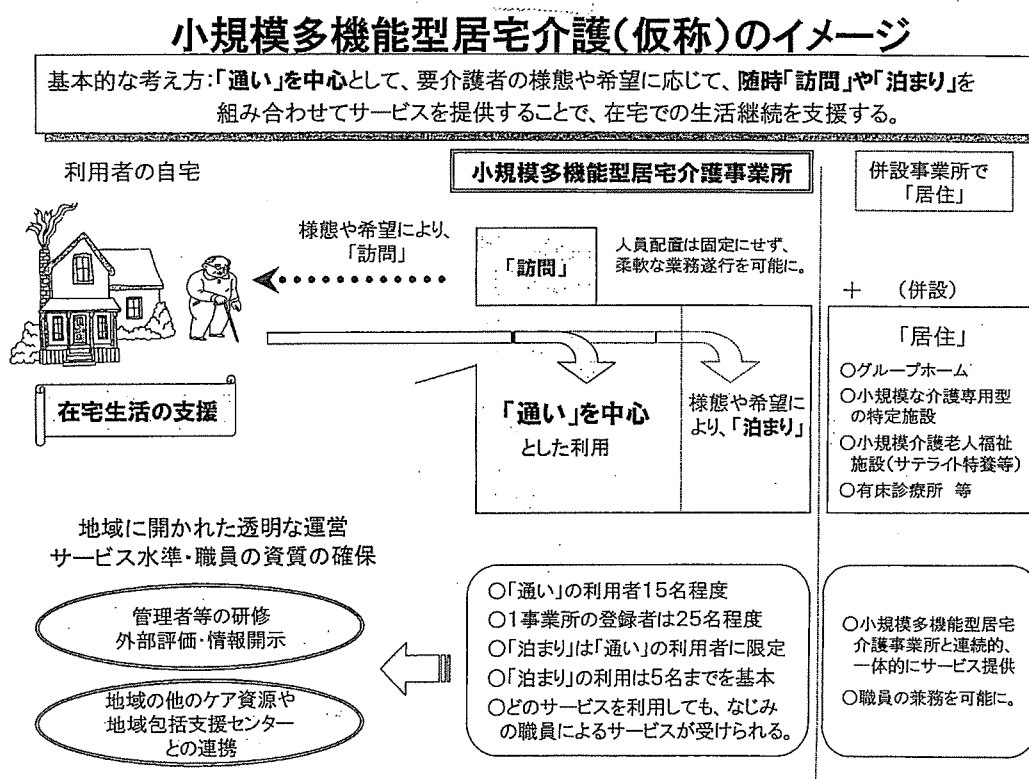
※介護予防小規模多機能型居宅介護についても、上記と同様のサービスについて、算定することはできない。

(2) 審議会議論と運営基準上の課題

認知症対応型共同生活介護（認知症対応型グループホーム）は、2000年度（平成12）介護保険制度施行後、その運営基準の甘さと小規模な建物の構造上の理由からくる閉鎖性から様々な問題や事件・事故が発生した。厚生労働省老健局は、介護保険制度施

行後、社会保障審議会介護保険部会ないしは介護給付費分科会等の審議を踏まえて、認知症対応型共同生活介護については、たびたび運営基準を強化してきた。小規模多機能型居宅介護については、2006年度（平成18）介護保険制度改正において制度化された地域密着型サービスの一類型として登場した。小規模多機能型居宅介護は、認知症対応型共同生活介護が制度発足当初混乱したような愚行を繰り返してはならない。

審議会等の議論を踏まえて人員配置に関する運営基準について、問題提起を行いたい。審議会委員間の議論では、小規模多機能型居宅介護における介護支援専門員については必置とするべきではないかと合意形成が行われる一方、ケアマネジメントの公正・中立の確保のためには、外部の介護支援専門員の活用が重要ではないかとの意見があった。小規模多機能型居宅介護も認知症対応型共同生活介護同様、どうしても地域から孤立化し閉鎖性を帯びてしまう危険性がある。地域から孤立化し閉鎖性を帯びてしまうと、利用者に対するケアの上で様々な問題が生じることになる。最悪の場合は、介護職員による精神的・身体的な虐待事件に発展することもある。その回避策として、地域との繋がりをもち法的にも位置づけられた居宅介護支援事業所（介護支援専門員）が、外部から関わるよう制度を構築するべきではなかったかと思われる。



(図1) 小規模多機能居宅介護のイメージ

資料：厚生労働省老健局（2004）「全国介護保険課長会議資料」

2-2 地方自治体と小規模・多機能サービス拠点に関する施策

本節では、地方自治体のなかでは小規模・多機能サービス拠点に関する施策で先進地域となる横浜市と稲城市の報告書から施策概要をみる。

(1) 横浜市の小規模・多機能サービス拠点に関する報告書から

1) 小規模・多機能サービス拠点のケアと運営の在り方

①小規模・多機能サービスの必要性と求められる機能

a) 「2015年の高齢者介護」(2003.6/高齢者介護研究会)において、在宅生活を望む多くの要介護者が、施設への入所を決断せざるを得ない現実の背景には、在宅では365日・24時間の介護の安心を得ることが極めて困難であることが指摘されている。そのため要介護者ができる限り地域の中で、その人らしく暮らすために必要なサービスとして小規模・多機能サービスが提案された。

b) 横浜市は、都市型の生活を営みつつ、地域ごとに多様性があることが特徴である。横浜市では、地域の特性に応じたサービスを提供できる、地域に密着した拠点が必要であり、小規模・多機能サービス拠点はその機能を果たす拠点として期待される。

c) 機能としては、「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「泊まり」を組み合わせることで、在宅生活の継続を図るものである。横浜市では、これらに加えて、権利擁護の機能、家族支援のための相談・情報提供機能、家族支援のための休養機能、食事支援の機能、子育て機能なども検討していきたい。

d) 一つの事業者で多機能なサービスを提供することが望ましいが、必ずしも全ての機能を持つ必要はなく、地域ケアプラザなどを含む近隣の施設・事業者などの地域資源や連携によって、多機能制を確保していく方法も考えられる。重要なことは、馴染みの関係の中で多様なサービスが提供されることである。

②小規模・多機能サービスの利用者像

a) 小規模・多機能サービスの利用者は、地域の幅広い高齢者である。

b) 拠点のケアレベルは、地域のニーズ・資源や事業者の特性に応じて多様であってよいが、条件を整えば、要介護度の重い人や医療依存度の高い人、さらにはターミナル期の高齢者にも対応できることが望ましい。

c) また、利用者本人だけでなく、その家族全体を支援の対象と考えるべきである。

③小規模・多機能サービス拠点の立地環境、建物設備の在り方

a) 小規模・多機能サービス拠点は、従来の施設のようなものではなく、身近な地域(日常生活圏域)にあり、気軽に訪ねられるところであることが望ましい。

b) 小規模・多機能サービス拠点の建物環境は、多様であっても構わない。

c) 必ずしも新しい建物を建築することを求めるものではなく、民家などの既存資源を活用することも有効である。

④小規模・多機能サービス拠点での生活とケアの在り方

a)小規模・多機能サービス拠点でのケアの在り方は、その人らしさを尊重することが最も重要である。このため、利用者の求める生活をバックアップすることが重要であるが、同時に家族全体を地域で支えることも目標とすべきである。

b)安定した日常生活を維持する上では、密度の濃い、情緒的な交流が大事であり、利用者本人が、家族はもちろん、利用者同士やスタッフとの少人数の人間関係、地域との関わりなど、広がりのある人間関係を保てることが重要である。

c)小規模・多機能サービス拠点でのケアが、利用者の尊厳を保持するものであり、一人ひとりの求める生活を保障するような質の高いものであったとしても、地域から遊離して運営されているとしたら、サービスの総合的な評価は高いものにはならない。

d)日常生活を維持する上での支援を要する、要しないにかかわらず、多くの地域の人々が出入りするサービス拠点でなければならない、また、利用者も積極的に地域の活動に参加するものでありたい。

e)小規模・多機能サービス拠点でのケアは、利用者のそれまでの日常の暮らしについてよく知り、利用者それぞれが持っている生活やリズムや希望に沿った個別ケアを行うことが重要である。

⑤小規模・多機能サービス拠点のケア体制とスタッフの在り方

a)利用者をよく理解し、なじみの関係に基づいて、ケアができるような体制をめざすべきである。

b)介護スタッフには利用者のニーズを的確に把握する能力、ニーズを踏まえて対応を考える企画能力、寄り添って対応する実践力などが必要である。寄り添っているかどうかは、利用者の心身状態が安定しているか、利用者自身が楽しんでいるかどうかを見れば分かるものである。

c)利用者や地域のニーズに柔軟に対応できる資質のある介護スタッフを、必要な人数を確保することが重要な課題である。

d)特に、看護師は、常勤であることが望ましいが、常勤で確保できない場合も、近隣の訪問看護ステーション等との連携によって、常に支援が得られる体制を確保すべきである。

⑥小規模・多機能サービス拠点のサービスの質の確保・向上のために

a)小規模・多機能サービス拠点の質は、スタッフの質に大きく依存するため、その教育・研修は重要である。教育・研修では、事業経営者や運営責任者からの日々の理念・浸透を基本としつつ、利用者や家族の評価を考慮し、医療機関からの助言、地域の事業者等との勉強会の開催など、他の主体との関わりの中での教育・研修の機会を確保していくことが重要である。

b)近隣住民や民生委員等の地域の人々が自然に関わるような形をつくることにより、良い意味での緊張関係を保つこと、利用者や家族等から提示される苦情や意見等を、日常的に収集・把握して運営やサービスの改善に生かしていくことが重要である。

2) 小規模・多機能サービス拠点を支える地域の在り方

①地域展開の要件

a) 地域での支援を展開する際には、地域に開かれた拠点をめざすこと、ケアの基準を「地域の暮らし」に置くこと、地域住民や関係者との共同の視点を持つこと、に留意することが必要である。

b) スタッフと地域住民とが、協議や活動を通じて、ともに高齢者の生活の在り方について学びあい、育ちあう関係を築いていくことが必要である。

c) 利用者一人ひとりのその人らしい生活の実現を支援するためには、地域ニーズにあった人材を発掘し、協同していくことが必要である。

②事業者間の連絡・情報共有・連携の仕組み

a) 地域や利用者のニーズに対応できる多機能性を確保するためにも、近隣の他の小規模・多機能サービス事業者や介護サービス事業者との連携作りが必要である。

b) そのためには、定期的な情報交換、勉強会等相互に研鑽する仕組みを作りとともに、利用者の相互受け入れのために、イベントなどを通じて日頃から利用者同士、利用者とスタッフとの顔馴染みの関係を作っておくことが必要である。

③医療（医療機関）との関わり

a) 日頃からスタッフが利用者の様子をよく観察・確認し、そこから兆候を踏まえ、的確に医療機関に相談・連携する関係を構築する必要がある。

b) 緊急時や看取り時の対応の在り方は、事前に利用者本人や家族の意思を確認し、その内容を医療機関とも共有しておくことが必要である。

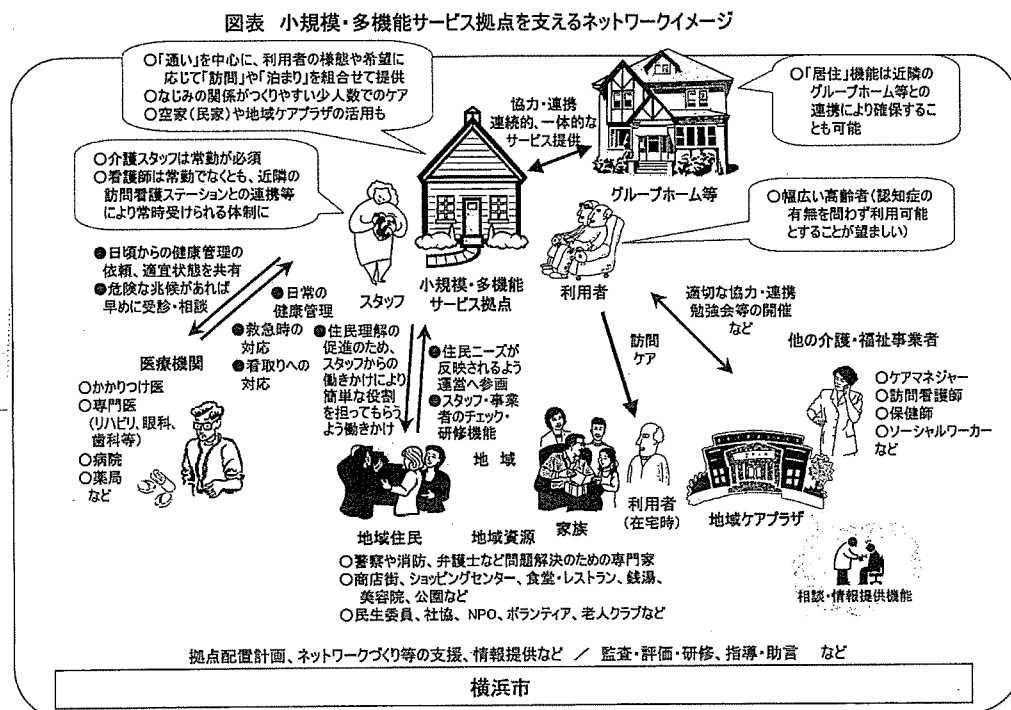
④地域資源の活用

a) 小規模・多機能サービス拠点を、地域に開かれた拠点としていくためには、ハード、ソフト両面の地域資源の活用と連携が必要になる。

b) 地域ケアプラザは地域の交流・活動の場の提供としての機能を果たしており、地域の様々な人が集まることから、人材の発掘・組織化のコーディネーター役となっている。地域との連携を深める上で有効に活用すべきである。

3) 小規模・多機能サービス拠点展開と横浜市の役割

小規模・多機能サービス拠点を地域のニーズにあわせて必要数設置し、効果的に運営していくためには、高齢者の努力のみならず、地域の人々の助け合い、市や区の具体的な推進が重要である。横浜市の具体的な施策として、地域のニーズや特性を反映した整備計画の立案が求められている。また、事業者の地域での組織化・ネットワーク作りを支援するためのコーディネート、継続的な情報交換への支援などが求められる。



(図2) 横浜市における小規模・多機能サービス拠点を支えるネットワークイメージ

資料：横浜市小規模・多機能サービス拠点の在り方検討委員会（2005）

「横浜市における小規模・多機能サービス拠点の在り方」

(2) 稲城市の認知症ケア対応小規模多機能型サービスに関する報告書から

稲城市における小規模・多機能サービス拠点の整備における保険者機能の在り方について、報告書に基づいて述べる。

1) 小規模・多機能サービス拠点整備における保険者機能の在り方

① 認知症ケアニーズの捉え方

認知症高齢者の量的ニーズを将来に渡って把握するとともに、潜在的なニーズを把握するために、日常のまちなかでの発見者が重要な役割を担うことを踏まえた体制の構築をめざしていく。

②サービス提供エリア設定の在り方

認知症となっても地域で当たり前に暮らせることを前提とした日常生活のエリア設定を基本とする。具体的には、中学校区程度の規模で、在宅介護支援センターを核としたエリア設定とする。在宅介護支援センターのブランチを小規模多機能施設や市民がよく通りかかる街の中に設置し、気軽に立ち寄れるものとする。

③サービス拠点に求められる機能

在宅介護支援センターの機能として、認知症ケアの指導的役割について見直しと強化が求められるが、全ての在宅介護支援センターで認知症ケアに対する専門性を持ち、対応していくことは難しいことから、認知症ケアが得意なセンターを設けることとする。各サービス拠点には、家族や認知症ケアに関わる職員に対する情報提供として、基本教材等を用意し、教育機能の強化に努める。認知症ケアの担い手として大きな役割を担うことから、積極的にエンパワメントしていく。その他、地域ケアの担い手と成り得る人材の養成や地域資源の発掘を図っていく。また、サービス拠点として、利用者がそこへ行けば、相談からサービス手続きまで全てが済む体制の構築を目指す。

④地域ケアのネットワークの在り方

地域の民生委員やボランティア団体、管理組合に留まらず、商店街、理・美容室、銭湯、食堂など、高齢者の生活に必然性の高い業界ともネットワークを構築し、日常生活の中から認知症ケアニーズを発掘し、地域の担当者へつなぐ仕組みづくりを目指す。在宅介護支援センターなどのサービス拠点に対しては、こうした地域ネットワークをコーディネートする力をつけるための支援を行っていく。

2) 小規模・多機能サービス拠点の整備と稲城市の役割

稲城市においては、保険者として認知症ケアと小規模・多機能サービス拠点に対する理念と方針・在り方を市民や事業者に示していくことが求められる。その共通認識のもとに小規模・多機能サービス拠点を中心とした地域の認知症ケア体制を、地域住民や関係機関が連携して構築していくことが併せて求められる。

稲城市における小規模・多機能サービス拠点は、在宅介護支援センターのブランチ的な機能を担い、日常生活圏域における相談機能とともに、家族や地域の民生委員、ボランティア等に対する支援機能を持つことが期待される。

2-3 小規模多機能型居宅介護と政策課題

(1) 小規模多機能型居宅介護と介護報酬・指定基準

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などに応じ、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、在宅での生活の継続性を支援するものである。サービスの対象者は、認知症高齢者まで対応することで、厚生労働省老健局としては、幅広く対応できる制度にしたいと社会保障審議会介護給付費分科会（2005.10.12）で述べている。

小規模多機能型居宅介護の介護報酬が薄く広く設計されている。事業者は、単独型の小規模多機能型居宅介護より認知症対応型グループホームや地域密着型介護老人福祉施設、地域密着型特定施設に併設されている場合、職員の配置上一定の緩和措置が受けられるため、経営基盤上有利と考えられる。もともと小規模・多機能サービス拠点の拠点は、NPO 法人等いわゆる宅老所系が牽引してきた。しかし、単独の立ち上げでは指定基準の厳しさや介護報酬の関係上、実際の運営面での不安から、小規模多機能型居宅介護の指定を取ることを見送った NPO 法人が多かった。

次に小規模多機能型居宅介護の介護報酬は、定額制であるため過少なサービス提供とならないような配慮が必要である。これは、定額制が持つリスクであるが、運営協議会等でチェックする必要があると考えられる。

市町村が独自に設定した指定基準において、サービスの質を確保するための特別な要件を課している場合で、市町村からの申請に基づき厚生労働大臣が個別に承認したときは、市町村が通常の介護報酬よりも高い報酬を設定することを可能にするなど、柔軟な仕組みとなっている。この点については、抽象的な表現なので、厚生労働省老健局は、ガイドラインの提示が望まれる。

(2) 政策からみた地域ケアと小規模多機能型居宅介護の可能性

①利用者ニーズからみた小規模多機能型居宅介護と満足度

初期の認知症等の場合、家族が介護負担の軽減やリハビリテーション等を目的に通所系サービスの利用を希望しても、利用者本人に認知症の自覚がないことから、利用につながる場合も見受けられる。小規模多機能型居宅介護は、「訪問」としての利用でサービスを開始しつつ、「なじみの関係」ができたところで「通い」そして「泊まり」へとつなげていき、利用者本人の混乱を最小限にしたサービスの導入が容易になると考えられる。

また、認知症の場合は、利用者本人の感情や身体状況の変化が急激に発生することがあり、家族の負担は多大となり、日常生活のなかで大きな不安となっていく。小規模多機能型居宅介護は、そのような変化に合わせて、サービスの内容を利用者ニーズに応じて、適時変化させていくことが可能である。

次に要支援・要介護1等軽度の利用者にとって、膝が曲がらない・長距離な歩行がしづらいところから、一番初めに不自由を感じることは、清掃、買い物等である。訪問介護の場合、生活援助（家事援助）は、介護報酬上時間的な上限枠が設けられており、無制限ではなく現状では利用者の不満は高い。しかし、小規模多機能型居宅介護

は、要介護度別定額制であり、「訪問」サービスのなかで、利用者のニーズでサービスの時間を増やすことが可能であり、満足度を得ることが可能である。

②利用者ニーズからみた小規模多機能型居宅介護と NPO 法人宅老所

小規模多機能型居宅介護の要介護度別定額制では、「要支援 1.2, 要介護 1.2」と「要介護 3.4.5」との間で大きな差があるが、例えば「要介護 3.4.5」の介護給付費は、介護老人福祉施設多床室のそれと大差はない。

2006 年度（平成 18）介護保険制度改正前、小規模・多機能サービス拠点を最初に展開をしたのは NPO 法人が経営をする宅老所であったが、その利用対象者のほとんどは要支援・要介護 1.2 の利用者であった。これは宅老所の主なサービスは通所介護であったのだが、通所介護の利用者が「泊まり」サービス利用を希望していたからである。例えば、初期の認知症高齢者は、身体は元気であるため火の始末が心配であり、一人で自宅に置いておけないが、介護している家族にも生活があり、いつも「通い」慣れている小規模多機能型居宅介護で「泊まり」を行うことで、リロケーションダメージが防止できるのである。

厚生労働省老健局は、介護報酬政策立案をする際、「要介護 3.4.5」の介護給付費のみ高めに設定をした。「要介護 3.4.5」は、多くの都市では施設の入所対象者であるが、東京都特別区のような大都市では、「要介護 3.4.5」の利用者でも容易に施設に入所できないことから、小規模多機能型居宅介護の「泊まり」機能を施設の代替え策として位置づけたのでないかと、介護給付費の高さから邪推をしてしまう。

多くの都市では、介護予防と自立支援の視点から、地域ケアでもっともニーズの高い利用者は、「要支援 1.2, 要介護 1.2」である。NPO 法人宅老所系の小規模・多機能サービス拠点利用者のうち大きく占める部分は、「要支援 1.2, 要介護 1.2」である。小規模・多機能型居宅介護のニーズを政策立案サイドから考えるならば、NPO 法人宅老所の利用者ニーズを介護報酬改訂時に再度考慮する必要があるのではないかと思われる。

③小規模・多機能型居宅介護と定額制

介護老人福祉施設や介護老人保健施設は、要介護度介護量はリンクしていない。よく言われている話であるが、何らかの精神不安に陥っている入所利用者がナースコールを 100 回押す場合と、要介護 5 で寝たきりの入所利用者の介護量を比較した場合、ナースコール 100 回が高いと言われている。しかし、介護報酬上介護給付費は、要介護 5 の利用者が高い。

施設介護は、小規模多機能型居宅介護や訪問系サービスと違い、箱物の介護サービスからくる環境上の理由から、要介護度、利用者ニーズを反映したケアプランに関係なく、まるめで収入を得ることが可能となり、経営上安定しやすい。小規模多機能型居宅介護は、登録利用者を 25 人と規定しているが、この 25 人の利用者は、要介護度も利用者ニーズに即したケアプランも別々である。小規模多機能型居宅介護は、木目の細かいサービス体制が構築される必要があるが、要介護度別定額制に基づいた介護給付費の額が適切なのかは、次の介護報酬改定までに、検証する必要があると思われる。

る。

④小規模多機能型居宅介護と日常生活圏域

小規模多機能居宅介護は、日常生活圏域（中学校区・小学校区）に1箇所であるが、北海道のような広域過疎積雪寒冷地域でも展開は可能であるのか疑問に感じるところである。小規模・多機能サービス拠点展開では、厚生労働省老健局では全国10箇所モデル事業を行ったが、サービス提供上人口規模は2～3万人は欲しいと言われている。全国で平均をすると、中学校区は概ね1万人、小学校区は6,000～7,000人である。

北海道は人口数千人以下の郡部町村が多数あり、本州における都府県の1/3, 1/4, 1/5の面積を有している広域過疎の郡部町村が多数あるが、このような郡部町村で、日常生活圏域に展開する小規模多機能型居宅介護というシステムは有効なのだろうかという疑問を感じる。

小規模多機能型居宅介護は利用者ニーズに合わせて、そのサービス内容を「通い」「訪問」「泊まり」と臨機応変に変化させ提供する。しかし、積雪寒冷広域過疎地域は、日常生活圏域内の移動だけでも、特に冬期間は非常に多くの時間を費やす。規定上の数の職員で対応していくには、たいへん効率が悪い。今後の検討課題と言える。

⑤小規模多機能型居宅介護とエリア限定

小規模多機能型居宅介護事業者は、市町村から事業を展開するエリア（日常生活圏域）を指定されるのであるが、利用者満足度の低いサービス事業者が受託した場合、当該地域に住む利用者は実に困ったことになる。そこで運営協議会の機能が非常に重要となる。運営協議会（運営推進会議）は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村職員、地域包括支援センター職員等で構成される。また、運営協議会は2箇月に1回以上開催をし、提供サービスの報告と評価を行い、要望・助言等聞かなければならないことになっている。

利用者や家族の立場に立つと、確信犯的に利用者満足度の低いサービス事業者が当該地域で小規模多機能型居宅介護を展開した場合、果たして指定基準に規定された運営協議会でサービスの内容が改善されるのか疑問である。その場合は、市町村の役割が非常に重要な機能を果たすことになる。

2-4 おわりに

現在、施設入所は、要介護3・4・5が主であり、施設における判定会議により緊急度に合わせて入所順番が決まっている。しかし、1年で1施設の入れ替わり人数は入所者数の1割程度であり、早急な避難や入所はできない。「通い」を中心として、利用者や家族の状況に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、在宅生活の継続を図ろうとする小規模多機能型居宅介護は、利用者本人及び自宅で介護地獄に陥っている家族にとって朗報である。そのため、小規模多機能型居宅介護の展開は、地方自治体による施策に任せるのみならず、厚生労働省老健局として現場実態に合わせた指定基準、介護報酬等政策の見直しも必要と思われる。

(島津 淳)

(参考文献)

- ・横浜市小規模・多機能サービス拠点の在り方検討委員会（2005）.『横浜市における小規模・多機能サービス拠点の在り方』.
- ・稲城市（2006）.『痴呆ケア対応小規模多機能型サービス調査研究事業報告書』.
- ・宅老所・グループホーム全国ねっとわーく編（2005）.『小規模多機能ケア評価システムの在り方・運営に関する調査研究』.
- ・宅老所・グループホーム全国ネットワーク他編（2005）.『宅老所・グループホーム2005』筒井書房.
- ・杉山孝博・高橋誠一編（2005）.『小規模多機能サービス拠点の本質と展開』筒井書房.
- ・小規模多機能ホーム研究会編（2003）.『小規模多機能ホームとは何か』筒井書房.

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

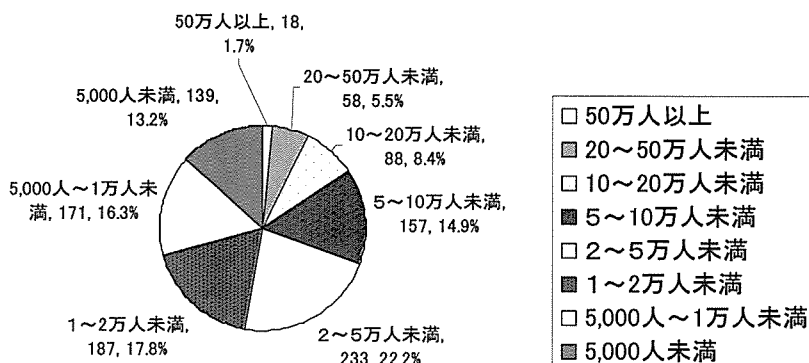
総配布数2,056票に対し、1,051票の有効回答が得られ、有効回収率は51.1%となっている。

(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。



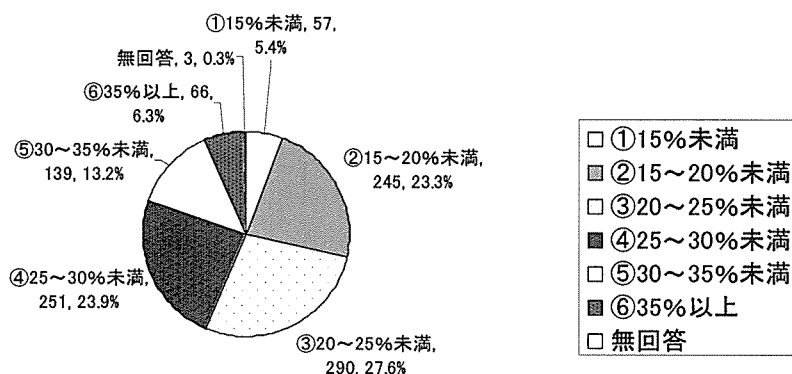
図Ⅲ-3-1 自治体の規模 (n = 1,051)

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

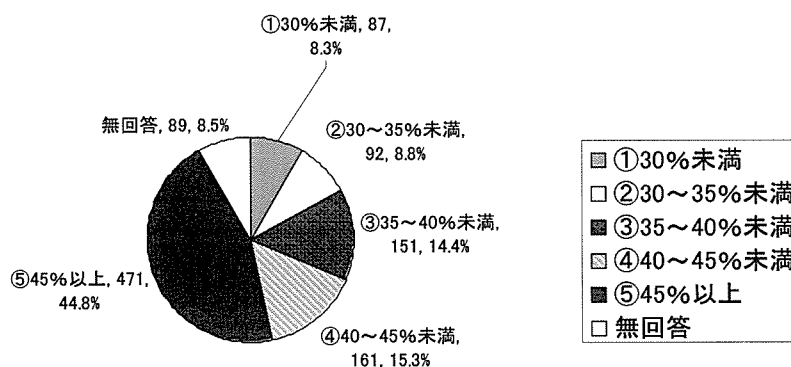
①15%未満	②15~20%未満	③20~25%未満	④25~30%未満	⑤30~35%未満	⑥35%以上	無回答	回答数
57	245	290	251	139	66	3	1051
5.4%	23.3%	27.6%	23.9%	13.2%	6.3%	0.3%	100.0%

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。

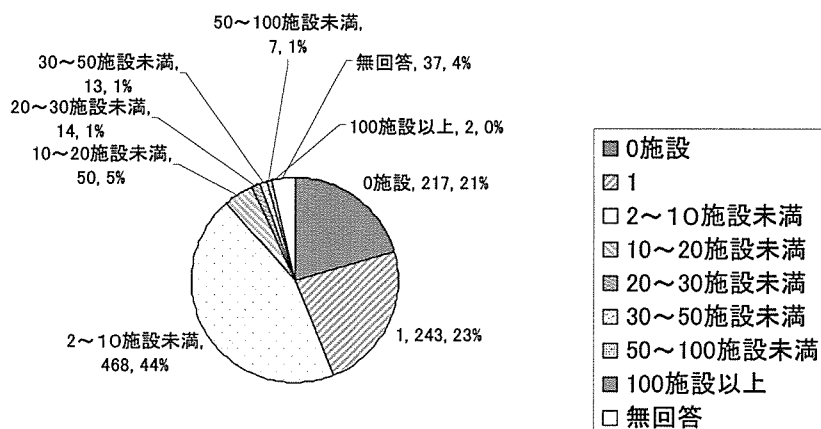


図 III-3-4 グループホームの施設数 (n=1,051)

表 III-3-4 グループホームの施設数

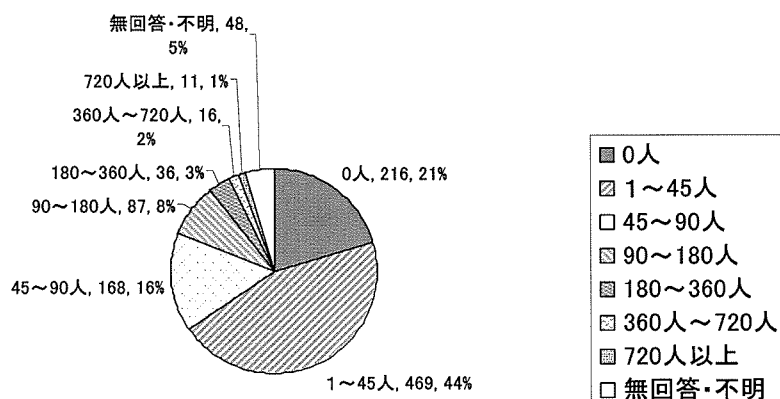
0施設	1	2～10施設未満	10～20施設未満	20～30施設未満	30～50施設未満	50～100施設未満	100施設以上	無回答	回答数
217	243	468	50	14	13	7	2	37	1051
20.6%	23.1%	44.5%	4.8%	1.3%	1.2%	0.7%	0.2%	3.5%	100.0%

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。



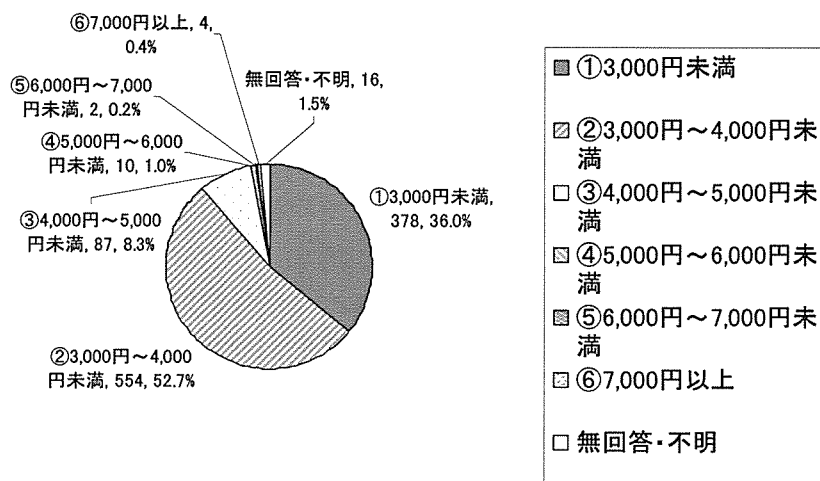
図Ⅲ-3-5 グループホームの総定員数（n=1,051）

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	360～720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。