

7) 利用者ニーズの発掘、利用者の確保等

小規模多機能サービスに関しては、依然、一般の認知度が低く、普及に当たっては広くその内容について人々の理解を深めることが重要である。

こうした視点から、サービスの PR の方法を見ると、広域ネットワーク方式が様々な対象に対して広く PR 活動を展開しているのに対し、母体派生方式や NPO 方式ではほとんどこうした動きは見られない。

経営基盤が脆弱なうえ、既存の取組の延長上で小規模多機能サービスに対応しているという側面があるものの、新たなサービスに対する地域住民の理解や認識を深め、利用者のニーズを発掘するための取組が求められている。

また、医療や福祉サービスとの連携確保に関しては、広域ネットワーク方式や母体派生方式の一部で地域の医療機関との連携などの取組が見られる。

しかし、母体派生方式では、提供するサービスとのネットワーク的な展開を実現するまでには至っておらず、医療・福祉との連携のための手順、取組を具体的に定める必要がある。

パンフレットや社内報などによる、一般の住民を対象とした広報活動も広域ネットワーク方式の事業者が実施するにとどまっている。

こうした事業者の立地のない地域では、自治体や社会福祉協議会など公的な主体による利用者ニーズの発掘や利用者確保の取組が必要になる。

【利用者ニーズの発掘、利用者確保の際の留意事項】

項目	事業類型	事業展開上の留意事項
提供するサービスの PR 方法	広域ネットワーク方式	<ul style="list-style-type: none"> 行政、居宅介護支援事業所、医療機関、地域包括支援センター、町内会等への PR 活動の展開 各地でのセミナーの開催
	母体派生方式	<ul style="list-style-type: none"> PR は実施していない（今後予定）
	本格的事業型 NPO 方式	<ul style="list-style-type: none"> 何もしていない
医療サービス、福祉サービスとの連携・派生的展開	広域ネットワーク方式	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関、福祉サービス事業所との連携が不可欠 定期的な連絡会、会議の開催による情報の共有化
	母体派生方式	<ul style="list-style-type: none"> 地域の開業医との連携 医療機関との組織的な連携は模索中
	本格的事業型 NPO 方式	<ul style="list-style-type: none"> 訪問して診察してくれる医師が必要
その他の工夫	広域ネットワーク方式	<ul style="list-style-type: none"> パンフレット、社内報によるサービス内容の広報（サービスの認知度が低い）
	母体派生方式	—
	本格的事業型 NPO 方式	<ul style="list-style-type: none"> 利用者をすべて受け入れる

8) 事業運営・経営上の工夫

サービス原価の低減方策に関しては、広域ネットワーク方式で、「要介護度の高い利用者確保し、介護報酬の収入を増やす」としているのに対し、母体派生方式、NPO方式では、「施設整備費等初期投資の圧縮」を指摘している。

また、母体派生方式では、制度によらない小規模多機能サービスの場合、グループホームの併設による人件費圧縮を挙げている。

介護保険制度にもとづく小規模多機能サービスでは、介護報酬の設定単価が低く、事業上の工夫を凝らすことが必要になる。

介護報酬サービスや独自のサービスでは、事業類型により様々な取組が行われており、それぞれの持ち味を活かしたサービスの提供が行われている。

収支計画の工夫では、広域ネットワーク方式が登録人員の常に確保することや、ハード、ソフト両面の工夫を挙げ、母体派生方式では、法人全体での収支確保が挙げられるなど、事業者の特性による違いが見られる。

他方、NPO方式では取組姿勢以外、留意すべき事項の指摘はなく、事業経営面の関心が薄い。

【事業運営・経営上の留意事項】

項目	事業類型	事業展開上の留意事項
サービス原価の低減方策（人件費、施設償却費等）	広域ネットワーク方式	<ul style="list-style-type: none"> ・人件費の圧縮は困難 ・要介護度の高い利用者の確保によるサービス料金の売り上げ増化
	母体派生方式	<ul style="list-style-type: none"> ・空家利用による初期投資の圧縮 ・グループホーム等を併設し人件費の低減を図る
	本格的事業型 NPO方式	<ul style="list-style-type: none"> ・施設整備費の圧縮
介護報酬サービスや独自サービスの提供	広域ネットワーク方式	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間対応の訪問介護、認知症ケアサービスの提供 ・ハード面の充実（機械浴槽、宿泊室の個室化）による中重度の人への的確なサービスの提供
	母体派生方式	<ul style="list-style-type: none"> ・「泊まり」、「延長サービス」などを独自に提供
	本格的事業型 NPO方式	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア精神による取組
収支計画の工夫	広域ネットワーク方式	<ul style="list-style-type: none"> ・登録人員を常に充足する ・サービスの質の向上、必要なサービスの継続的な把握 ・ハードとソフトの両面から工夫する
	母体派生方式	<ul style="list-style-type: none"> ・法人全体での収支確保
	本格的事業型 NPO方式	—

9) 継続的な運営改善

介護保険制度にもとづく小規模多機能サービスの提供に際しては、いわゆる PDCA サイクルの構築による継続的な取組の改善が求められ、中でも、サービスの評価はその中枢を担う重要な役割を持っている。

評価の仕組みに関しては、広域ネットワーク方式と母体派生方式が、「第三者評価」方式の導入を指摘するなど、評価の客観性確保を挙げ、広域ネットワーク方式はその結果の公表まで指摘している。

その公開方法に関しても、国による基準に基づくこととしている。

これに対し、母体穂意識と NPO 方式では、情報公開の具体的な取組には未着手の状況にあり、サービスの継続的な改善に向け課題が残っている。

職員のスキルアップに向けた取組では、広域的なネットワーク方式や母体派生方式で、一定程度尾プログラム化された研修会等が実施されているが、NPO 方式では組織独自の取組は今後の課題と見られる。

また、家族等からの苦情に関しては、記録を作成して是正措置に反映する必要がある。

(岡村 隆夫)

【継続的な運営改善に向けた留意事項】

項目	事業類型	事業展開上の留意事項
サービスの評価方法	広域ネットワーク方式	・「第三者評価」結果の開示 ・「自己評価」の定期的な実施と結果の公開
	母体派生方式	・月一回の会議による評価 ・外部評価、第三者評価の定期的な実施
	本格的事業型 NPO 方式	・研修生を受け入れることで評価
有効な情報公開の方法	広域ネットワーク方式	・「介護サービスの情報開示の標準化」にもとづく取組
	母体派生方式	—
	本格的事業型 NPO 方式	—
職員のスキルアップに有効な教育・研修方法	広域ネットワーク方式	・入社時必修研修、適時必修研修の実施 ・キャリアアップ講座の開講（ホームヘルパー2級、1級講座、介護福祉士受験対策講座、ケアマネージャー受験対策講座）
	母体派生方式	・日常的なコミュニケーションの実施 ・外部、内部研修・実習
	本格的事業型 NPO 方式	・県の宅老所連絡会で年4回研修会開催
苦情への対応と改善に向けた取組方法	広域ネットワーク方式	・常設の窓口を設置して対応 ・苦情発生時の記録の保管と是正処置への活用 ・個人情報保護を前提とした関連情報の公開
	母体派生方式	・苦情相談窓口の設置 ・苦情処理簿の作成 ・アンケート調査の実施
	本格的事業型 NPO 方式	—

7. グループヒアリング調査結果の分析

平成 19 年 3 月 14 日に行ったグループヒアリング結果について、各発表者の小規模多機能サービスへの取り組み状況、実施にあたっての課題等について整理し、以下に記す。

なお、グループヒアリングに参加した自治体、社会福祉協議会は以下の 6 者であり、提供資料については、巻末に資料として添付する。

自治体	札幌市、横浜市、神戸市
社会福祉協議会	北海道遠軽町社会福祉協議会、北海道本別町社会福祉協議会 島根県出雲市社会福祉協議会（佐田事業所）

(1) 小規模多機能サービスへの取り組み状況

①札幌市

札幌市では、今までグループホームや介護施設の整備水準を行政区ごとに設定してきた経緯もあり、10 区を生活圏として設定している。1 圏域の人口が 20 万人程度と大きいため、今後 87 ヶ所設置されているまちづくりセンターの圏域ごとに施設配置ができるように検討したい。

②横浜市

横浜市では、18 の区を 147 圏域に分けて生活圏を設定しており、3 ヶ年でモデル 3 ヶ所に加えて各圏域に小規模多機能型居宅介護事業所の立地を目指していたが、進んでいない状況にある（42/150）。横浜市としては特別養護老人ホームの待機者の解消が大きな課題であり、施設の立地を進めたい。

社会福祉法人、医療法人からの申請がない状況にあるが、小規模多機能型居宅介護事業の採算性が厳しいことを介護保険事業の経験から見込んでいるためではないか。

先進事例として各地の宅老所を視察したが、それぞれ特異的であり、平成 16 年度に検討委員会を設けて横浜市にあった形での小規模多機能サービス拠点のあり方を検討した。地域の福祉ネットワークのコアとなるようなものを期待したが、実際は介護保険制度の要件が厳しくて難しい。

1,000 万円の施設整備補助を条件にモデルを募集し、3 法人が認定された。当初は利用者が集まらずに苦勞していたが、半年ぐらいかけてやっと集められたようである。

地域資源の有効活用として空き店舗や空きマンションの改修型の施設整備を期待しており、所有者への意識啓発のための情報提供を行っている。また、シンポジウムを開催し、設置や利用者双方への情報発信を行った。今後、事業者どうしの連絡協議会を設置し、横の連携による情報共有化を図りたい。

③神戸市

神戸市では、市内を数千～数万人の規模で 77 の圏域に分けて生活圏を設定しており、圏域ごとに小規模多機能型居宅介護事業所の立地を目指している。

地域に根ざした社会福祉協議会等に良質なモデル施設（3 パターン）を先行整備し

てもらい、情報発信の場としている。社会福祉法人がサテライト型の特別養護老人ホームと併設するパターン、医療法人が診療所と併設するパターン、営利法人がグループホーム、特定施設と併設するパターンの3つである。

現在は、思ったほど施設整備が進んでいない状態にある。相談はいろいろとあるが、利用者の確保や地域の理解不足の問題などから事業に踏み込めていないのが現状。

今後、施設の質を保つための指導指針的なものの作成を検討したい。

④北海道遠軽町社会福祉協議会

平成17年に3町1村が合併した。旧遠軽町の社会福祉協議会は、介護保険事業の開始にあわせてさまざまな事業を行い、自立に向けて努力してきた。合併後、他のまちの社会福祉協議会との意識のギャップを感じており、自立化に向けたさらなる努力が必要と感じている。

利用者のニーズに応じて、認知症のデイサービス事業やグループホームの設置等を社会福祉協議会の事業として行ってきた。利用者のニーズにあわせた対応が肝心であり、結果として小規模で多機能サービスの提供につながっている。必ずしも介護保険の制度に則る必要はない。

施設ごとに独立採算として収支をチェックすることで赤字を出さない体質としている。ただし、収益があがる事業として認知されると民間事業者が立地し、競争が激しくなる。職員も民間事業者に引き抜かれることもある。

⑤北海道本別町社会福祉協議会

本別町は人口1万人程度の人口であるが、本町、勇足、仙美里の3つの生活圏を設定している。勇足と仙美里はそれぞれ1,200人程度の集落であり、国の助成制度を利用して小規模多機能型居宅介護施設を設置した。

仙美里で運営を開始して約2週間がたったところである。施設整備そのものは約1年前に終わっていたが、運営体制や運営条件を整えるために時間がかかった。勇足の施設は約半年後に運営開始予定である。

設定された生活圏の人口が少なく、利用者が見込めないため、施設運営は赤字となることが懸念されている。施設設置が先にあり、ニーズをあわせようとすることに無理がある。

介護保険で設定されている小規模多機能型居宅介護事業の職員配置等の条件を満たすための人材確保が大変であった。集落部では専門職を確保することが困難。

⑥島根県出雲市社会福祉協議会（佐田事業所）

出雲市の中心から30分ほど離れた山あいのまち（旧佐田町）で、社会福祉協議会が主となった事業展開を行っている。住み慣れた地域で暮らし続けることができるように、町内の介護サービスを一手に担っている。

平成15年から、介護施設の地域分散化に取り組んでおり、集団ケアから個別ケアへの移行を図っている。町内で1ヶ所だった通所介護事業所を8ヶ所に分散させた。地域に分散配置したことで野菜の提供や子供たちの参加など地域のバックアップも得

られている。地域分散によってニーズを掘り起こすことで、利用者の増加につながったが、介護職員を確保するのが大変であった。

小学校の分校跡、古い民家等の施設を活用している。改修費等は介護保険事業で得た収益を充てている他、町が改修費を拠出している場合もある。

介護保険制度に則った小規模多機能型居宅介護施設はないが、自主事業として宿泊もできるようにしている。

今後、新市の方針で、社会福祉協議会は事業展開を行わず、民間事業者の事業展開に移行することになるが、山あいのまち（旧佐田町）で民間経営の事業が成り立つか不安な面がある。

（２）小規模多機能サービスの展開の課題

①事業者の認識の課題

小規模多機能型施設の設置者の多くは、事業拡大を目的としており、なぜ事業を始めたのかの理念が不足しているのではないかと懸念されている。一人の人を支えることから始めるべきであり、利用者が地域に密着できるようにすることが必要である。

本来は、審査の段階で指導できればよいが、当面は数の確保が優先されるため、条件設定などは後回しになる。

事業者に対する指導指針的なものを作成し、啓発を図ることも必要である。

②設置形態の課題

小規模にこだわらず、多機能サービスが提供できるのであれば、大規模多機能といった形があってもよいのではないかと懸念されている。

神戸市では、地域密着型の特別擁護老人ホームとのセットで小規模多機能サービスが展開されている。

制度のモデルとなった宅老所は、あえて介護保険制度の小規模多機能型居宅介護の事業所の認定を受けていない。基本に戻ってデイサービス事業に宿泊を付加することから始めてもよいのではないかと懸念されている。無理に制度にのらない方がかえって運営的には楽な場合もある。

基本は利用者ニーズから始めるべき。施設整備から始めると本来の目的と違ったものになってしまう。運営的にも厳しくなる。

③生活圏設定の課題

小規模多機能サービスは一人の人を支えることから始まっており、行政が設定する日常生活圏とは、利用者からの圏域と供給者からの圏域ということで、同じ圏域でも地域の捉え方に齟齬が生じる。

④地域との連携の課題

地域包括支援センターや地域のさまざまな介護事業者との連携が必要である。地域のケアマネージャーどうしの情報共有化などソフト対策が重要である。

横浜市では区単位で認知症のSOSネットワークを形成している。

身近な地域にどのような拠点が必要なのかの議論が必要である。行政と個別の事業者をつなぐ役割が社会福祉協議会にはあるのではないかな。

神戸市、横浜市では、市社協は介護保険導入以降、事業からは手を引き、人材育成等の役割を担うようになってきた。区社協はボランティアのコーディネートなど行政と地域を結ぶ役割を担っている。

介護保険事業で通所サービスが展開されることにより、それまであったボランティア的な地域内での助けあいの関係が崩れてしまっているのではないかな。

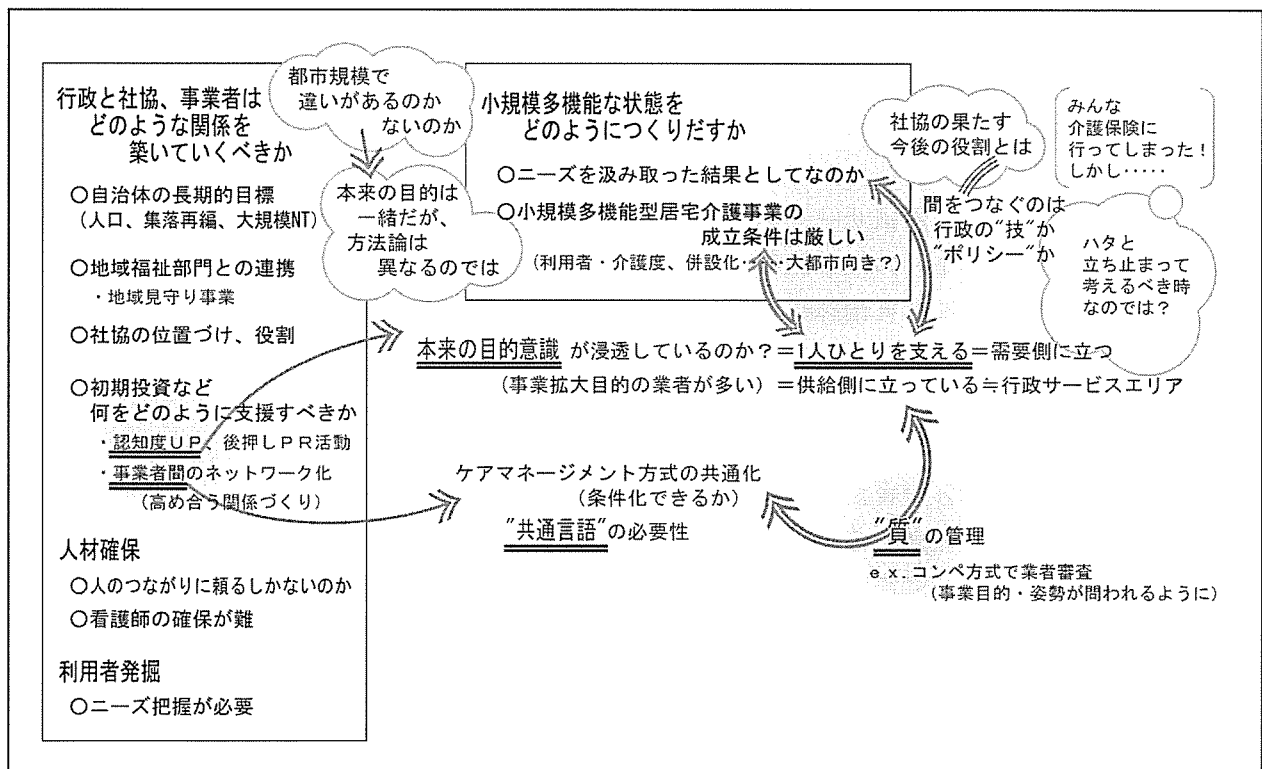
小さいまちならではの情報の共有化が必要である。社会福祉協議会の役割も高まっている。大きなまちでも、地域ニーズからみれば一つ一つは小さなまちと同じなのではないかな。一方、行政としての施策の必要性はまちの規模によって異なるのではないかな。

⑤ 情報提供の課題

事業者が主体的に行政から情報を引き出してくれるようになるとういが、まだそこまで至っていない。

事業者間のネットワークを形成し、情報を共有化することにより、お互いに高めあう関係づくりにつなげていくことが必要である。

(山本 一彦)



図一グループヒアリングにおける小規模多機能サービスの展開の課題

IV 考察

これまでの検討、分析結果から、小規模多機能サービス拠点を展開する上での課題について考察をまとめることにする。

(1) 行政の動向と課題

①既存の施設、組織等の活用による展開

各自治体では、小規模多機能サービス拠点を提供するために、既存の施設や組織の活用による展開を基本に考えており、新たな事業主体、手法を検討している例は特になく、既存のいわば地域資源を活用予定の自治体が多い。

一方、中国、四国、九州などでは、「医療法人による展開を考える」とする回答が他地域に比べ多いなど、福祉サービス提供に向けて地域性があり、地域の特色や独自性を踏まえた取り組みが検討されている。

また、厚生労働省の小規模多機能政策の要綱等の確定が遅れたことが大きな要因であるが、利用者や民間事業者の確保などの課題もあり、制度運用開始の直前でも自治体行政としての方針が定まっていないとする回答が相当数見られた。おそらく地元の事業者からも問い合わせがなされたものと思われるが、自治体レベルで先行して取組むだけの体制を取れるところが少ないためであろう。

②小規模な自治体における行政の役割の重要性

小規模多機能サービス拠点の展開については、北海道や東北地方などの人口規模 1 万人未満の小規模な自治体を中心にみられる特徴として、特別養護老人ホームや社会福祉協議会など行政と密接な係りを有する施設、組織による展開を考える自治体が多い。

その背景には、福祉サービスを担う民間事業者や小規模多機能サービス拠点の先駆けである宅老所などの取り組みの実績が少ないために、サービス展開に向けた既存ストックのない小規模自治体においては、小規模多機能サービス拠点の展開に向けた行政の主導的な役割が極めて重要になるといえる。

③民間事業者への適切な情報提供、誘導施策の必要性

人口規模の大きな自治体では、サービスの提供主体は、民間事業者をはじめ医療法人、NPO 法人、従来からある宅老所など、多くの選択肢のあることが明らかで、小規模多機能サービス拠点の展開に具体性のあることが確認できる。

しかしその反面、事業者によるサービス水準の格差や行政区域内での地域格差の発生など、サービスを如何に的確に提供していけるかが課題となる。

④ソフト中心の支援を検討

小規模多機能サービス拠点の展開に向け、自治体として可能な民間事業者等への支援施策としては、住民や事業者への情報提供を行うと指摘する自治体が多く、特に人口規模の大きな自治体にその傾向が強い。

全国的にはこうした、住民への情報提供とともに民間事業主体の適切な誘導によってサービス展開を考える、という《ソフト中心の支援を行う》という姿勢が大勢となっている。

ただし、その一方で小規模な自治体では、「土地・建物の斡旋・提供」、「介護技術に対する相談・助言」など、一步踏み込んだ支援を考える自治体が多く、民間事業者がいない中で小規模多機能サービス拠点を如何に展開して行くかについて、積極的な模索がなされていることも注目しておきたい。

(2) 事業者ヒアリングによる課題

①介護保険制度の導入により岐路に立つ単独運営事業者

事業者の多くが大規模な施設サービスに疑問・限界を感じ、利用者ニーズへの誠実な対応を志向するなかで事業を展開して来たため、制度にあわせてサービスを提供するのではなく、利用者ニーズを阻害しない範囲で制度を利用するという意識が強い。

そのため、2006年度の介護保険制度改正で創設される「小規模多機能型居宅介護」事業の指定を受けることに多くの事業者が懐疑的であり、提供しているサービスが阻害されないかどうか、制度運用の動向を伺っている。

一方で、介護報酬の見直し等により、現在の事業運営では経営が厳しくなる場合も想定されるため、サービスの提供範囲の検討（拡充または縮小）、事業効率性の検討（集約化、効率化、職員配置等）を行わなくてはならない隘路に差し掛かっている。また、事業の設立時から携わってきたコアスタッフから、事業継続に向け次の世代に事業を如何に引き継いで行くかも大きな課題となっている。

②ネットワーク的に事業展開する、母体施設と連携した事業者

母体施設と連携したサテライト型の小規模・多機能サービス拠点は、母体施設と複数のサテライト施設とのネットワークを形成することにより、地域全体の包括的なケアサービスを提供するというパターンで事業を成り立たせている例がある。

人口10～20万人程度の中規模な自治体では、このような包括的なケアサービスにより、地域全体で提供される福祉サービスの質の向上につながるが、半面、利用者が特定の事業者によって囲い込まれてしまい、他の事業者の参入機会（多様化の芽が奪われる可能性もある。そのことだけからいえば、多様な選択を望ましいものとする介護保険制度の理念に反する結果をもたらすことになるといえる。

なお、小規模な自治体では、母体となる施設が立地しておらず、新たにサテライト的に小規模・多機能サービス拠点の誘致を図っても、安定的な運営に必要な利用者が確保できない場合には、自治体の支援が必要であることが指摘されており、自治体への全国アンケート調査結果と符合している。

③行政政策判断の先行する公的機関運営の事業者

社会福祉協議会など公的機関の運営によりサービス提供を図る場合には、地域福祉計画の策定による位置づけ等、計画的に施設の配置を行うことができる。

しかし、実際のニーズに即して利用者を確保できるのか否か、健全な事業運営に向

けてボランティアスタッフの確保など地域の協力を得られるのか否かなど、多くの課題がある。

また、例えば調査対象が予定しているような公設民営方式を採用する場合でも、運営リスクをあいまいにとらえ、欠損が生じた場合に安易に行政に頼りがちになるという重い課題がある。

④立地条件、利用者ニーズへの対応等に課題のある全国展開運営の事業者

全国的に事業を展開している企業のノウハウが活かせ、一定程度のサービス水準の確保が可能である反面、各地域の特性や利用者ニーズへのきめ細かい対応といった点で課題もある。

事業者サイドからの一般的な資産運用の視点からは、小規模・多機能サービス拠点を必ずしも展開する必要性はなく、利用者にとって適切なサービスの提供に課題が残る。

また、資産所有者の状況等に応じた、特定目的会社方式の事業運営の導入など、個別的な事業展開パターンケースが多く、自治体等が計画性や地域バランスに配慮しながらこうした事業者の展開するサービス拠点の設置、誘導は難しい。

さらに、事業者が事業展開可能な利用者の確保が可能な地域に、展開の場が限定され、小規模自治体でのサービス提供は期待できない。

(3) 自治体ヒアリングによる課題

①小規模多機能型居宅介護サービスの普及に地域間格差の生じる恐れ

中国地方では高率で既に展開を予定しているのに対し、北海道では「展開の可能性がない」とする自治体が多いというように、地域によって取組み姿勢に大きな差があり、サービスの全国的な普及に向けて取り残される地域が生じる可能性がある。

人口規模が小さいと、活用できる既存資源が少なく、とくに民間事業者の参入が期待できないため、社会福祉協議会へのサービス提供を依存する傾向が強まる。

小規模自治体では、行政主導とならざるを得ず、これまでも密接な関係にあった社協と連携していくことが現実的である。事実、北海道のH町では、町からの要請を受けて、社協が交付金を使って小規模多機能居宅介護施設を2箇所整備する予定となっている。

一方、人口規模が多くなるほど営利事業者の参入が見込まれるため、当然営利企業がサービスの担い手の主力となってくる。その場合、特養やグループホームからの展開など多様な選択肢の存在が前提となる。例えば、K市の人口規模（150万人）にあっても、当面は特養やグループホームの運用実績を有する社会福祉法人が望ましいと考えている。なぜなら、地域住民との連携のもと、地域に根ざした運営が必要であることや運営上（夜間の職員体制等）のバックアップ施設があったほうが良いと考えるからである。

②事業者不在と事業者の誘導、地域内格差の発生への危惧

人口1万人以下の小規模な都市では、民間事業者の存在自体がないことが最大の課

題となっている。

一方、人口規模が大きくなると、例えばサービス水準に関して、「行政が指定した事業者がスタッフの技術や質の担保が保てるか（K市）」、「制度にのっとった適正な運営が確保できるかどうか（KG市）」など実現上の課題を挙げる自治体は多い。

また、「小規模多機能サービス拠点をどう展開していくのかのエリアに関しての方針はない（H市：人口10万人）」のが多くの自治体の実態であろう。

さらに、「面積や要介護認定者の少ない圏域同士においては、複数単位での利用を想定した整備も考慮する必要がある（N市：人口24万人）」、「島となっている地域は日中高齢者だけの島となっており、今後介護が課題（M市：人口51万人）」、「ある地域は閉山後の人口激減で介護をどうすべきか（NH市：人口12万人）」などの課題認識がある。

③小規模多機能サービス拠点への明確な方針の不在

小規模自治体では、小規模多機能サービス拠点が何をするのかわからない（M町：人口8千人）」など、まだそもそもの理解が浸透していない状況にあると想定される。

一方、人口規模が多くなるほど営利事業者の参入が見込まれるので、それに伴い、需要と供給の両面の把握が自治体としては気になるところである。H市（人口10万人）が言う「行政として地域住民のニーズを把握しきれておらず、ニーズ把握の仕組みづくりを行政内部につくることが先決と考えている。人的体制がそもそも整っておらず、様々な課題に対応できていない」といった状況が他の都市でもあてはまると考えられる。

（岡村 隆夫）

参考：「小規模多機能型居宅介護」の現状の課題

池田昌弘（全国コミュニティライフサポートセンター理事長）は、今回の小規模多機能拠点に関する課題について以下のようにまとめている。

「小規模多機能型居宅介護」の現状の課題

1. 制度の趣旨を理解した行政計画の策定と整備

小規模多機能型居宅介護は、「2015年の高齢者介護」の、①「目指すべき高齢者介護」とは、介護が必要になっても、自宅に住み、家族や親しい人々とともに、不安のない生活を送りたいという高齢者の願いに応えること、②施設への入所は最後の選択肢と考え、可能な限り住み慣れた環境の中で、それまでと変わらない生活を続け、最期までその人らしい人生を送ることができるようにすること、という理念を具体化する仕組みとして生まれたものである。

市町村には、こうした背景から創設された制度の意味を理解し、従来の施設と在宅の二元論で構成されてきた関連の行政計画の見直しを図るとともに、その実現のための環境を整え、計画的に整備を進めていく役割を果たすことが求められているが、その余力を持たない市町村も全国的には多く存在する。

こうした市町村の現状を打破するためには、都道府県の積極的な市町村支援も重要である。

2. 「通い」が基本であること以上に意味のある「泊まり」という仕組み

特養に移り住んだ高齢者に、親族以外の友人・知人が訪ねてくることは稀である。その理由としては、移り住む特養が、住み慣れた自宅から遠く離れていて訪ねることができないということもあるだろうが、高齢者本人のこれまでのつながりを維持・継続することへの配慮がまったくと言っていいほどに欠落していたことにある。

お互いの家を行き来していた高齢者のつながりは、どちらかの居が変わることで、切り離されてしまう。

小規模多機能ケアは、そうならないためにも、自宅から居を移すのではなく、暮らしの拠点を自宅に残したまま、自宅で暮らすことが困難な時間を事業所で過ごすという曖昧感のある仕組みを実現してきたのである。

小規模多機能ケアは「通いが基本」とされているが、自宅から居を移さないことで、高齢者本人のつながりを切らないで済んでいるのは、「泊まり」という仕組み、特に長期の泊まりを実現したことにほかならない。

3. 「通所介護+自主」型の小規模多機能ケアの推進

小規模多機能ケアはデイサービスから出発し、利用する高齢者一人ひとりに寄り添うなかから、デイサービス以外の時間を支援することが、自宅での暮らしを継続させることになると気づき、「時間延長」や「土日の利用」「泊まり」へと支援を広げてき

た。その結果、「小規模多機能型居宅介護」が創設された。

制度の創設によって、「通所介護」に自主事業を組み合わせる「小規模多機能ケア」を実施することを国は妨げていない。自治体によっては、こうした「小規模多機能ケア」を厳しく取り締まっているところもあるが、「通所介護」においても、可能な自主事業を組み合わせることで容易に「小規模多機能ケア」が実現可能となるわけで、こうした形態も積極的に推進することが求められている。

4. 大規模施設における「小規模多機能ケア」の推進

特養などの大規模施設に併設された「通所介護」や「短期入所生活介護」「訪問介護」などの在宅支援サービスを利用する高齢者であっても、小規模多機能ケアのような支援があることで、自宅での暮らしの継続が可能となる人は少なくない。

現行の介護保険制度において、実施のためには工夫と労力が伴うが、大規模施設における小規模多機能ケアも推進されるべきもので、制度の緩和で実現の可能性も広がるものと考えられる。

5. 自治体と事業者、事業者と地域住民との協働活動の支援・促進

「小規模多機能ケア」の目指すケア、目指す社会を実現するためには、①自治体と事業者、②事業者の組織、③事業者と運営推進会議を含めた地域住民などの学習や協働活動は、先駆的な市町村の例からも有効な取り組みといえる。現時点では、特に、介護支援専門員や居宅介護支援事業所の理解が、喫緊の課題となっている。

V 結論

以上の分析と考察にもとづき小規模多機能サービス拠点を展開する上での課題を以下に結論としてまとめておく。

(1) 小規模多機能サービス拠点の展開に地域間格差の生じる恐れ

人口1万人以下の小規模な都市では、民間事業者の存在自体がないことが最大の課題となっている一方、人口規模が大きくなると、サービスの質や人材の確保或いは、「制度にのっとった適正な運営が確保できるかどうか」など実現上の課題を挙げる自治体が多くなり、両者の間には課題の内容に大きな開きがある。

また、「小規模多機能サービス拠点をどう展開していくのかのエリアに関しての方針はない」など、多くの自治体で介護保険制度にもとづく「小規模多機能型居宅介護」サービスの導入を直前に控えながら（アンケートが実施直前であったため）、小規模多機能サービス拠点の今後の展開に、明確な方針を持ち合わせていない実態も浮き彫りとなった。2006年4月以降の動きもある程度以上の事業規模を前提にしないとの採算の見通しが立たないことから、事業者の動きは目立ったものがみられず、自治体担当者もまた指導性を発揮するようなものは少ない段階にあるといえる。

その一方で、中国地方など、小規模多機能サービス拠点の先駆的先駆けとなった「宅老所」等の立地の多い地域では、同サービスを「既に展開を予定している」とする自治体が多く、「展開可能性がない」とする回答の多い北海道とは異なる状況にあることが伺われ、地域間で較差の生じる可能性は避けられないといえる。一つには宅老所のような類似のサービス拠点が民家の改修を中心に定着している地域には可能性についての可視性が高いのに比較して、会社組織によるグループホーム経営が中心の地域とでは採算性に対する判断の差が働くためであると思われる。

(2) 小規模自治体における行政の役割と責任の重さ

小規模多機能サービス拠点の展開を考える際に、北海道や東北地方などの人口規模1万人未満の小規模な自治体を中心に、特別養護老人ホームや社会福祉協議会など行政と密接な係りを有する施設、組織による展開を考える自治体が多い。

福祉サービスを担う民間事業者や小規模多機能サービス拠点の先駆けである宅老所などの立地がなく、サービス展開に向けた既存ストックのない小規模自治体では、小規模多機能サービス拠点の展開に向けた行政の主導的な役割が極めて重要である。

行政が主導的役割を担う場合、ヒアリング事例にある社会福祉協議会など公的機関の運営によりサービス提供を図るケースが考えられるが、実際のニーズに即して利用者を確保できるのか、事業性を確保できるのかなど多くの課題があり、その解消を図る方策を検討することが必要になっている。

(3) 既存の地域資源活用の視点からの事業者と行政との連携、協働の必要性

小規模多機能サービス拠点の展開に向けては、既存の福祉関連の施設、組織の活用など、いわゆる地域資源を活用した展開を考える自治体が一般的である。

その際、サービスの普及、促進の上で、宅老所、グループホームなどから派生した、小規模多機能サービス拠点を先駆的に手がける事業主体の活用は、極めて重要である。

しかし、こうした事業者の多くが大規模な施設サービスに疑問・限界を感じ、利用者ニーズへの誠実な対応を志向するなかで事業を展開して来たため、制度にあわせてサービスを提供するのではなく、利用者ニーズを阻害しない範囲で制度を利用するという意識が強いなど、改正介護保険制度に対応することに抵抗を感じている事業者は少なくない。介護予防を本格的に取り組む上で、生活圏域におけるサービス拠点は必須のものであり、自治体の地域包括ケアシステムに関するビジョンを基礎とする行政のイニシアチブがポイントとなる。

(4) 小規模多機能サービス拠点の展開に向けた多様な行政支援施策の必要性

小規模多機能サービス拠点の整備には、以上に示した問題、課題への対応が基本となるが、自治体アンケートおよびヒアリングの結果をまとめると次の支援方策等の推進が期待される。

1) 小規模多機能サービス拠点の展開に向けた支援施策

①事業設立のきっかけづくりの支援

単独運営事業者には、地域の人材・資源を活用するためのきっかけづくりとして、意識の高い住民や既存の福祉サービス提供事業者等に対して、先進事例の紹介や見学等を促すとともに、地域の切実なニーズを拾い上げ、共有化するためのフォーラムやシンポジウム等を開なども有効な方策と考えられる。

②事業設立にあたっての具体的な支援

事業の設立時の資金調達面の支援として、各種助成金等の紹介や申請支援、地元金融機関の紹介等を行うとともに、NPO法人等の資金調達面での信用力の乏しい事業者に対する借り入れの保証等についても検討が求められる。

また、遊休化している既存施設（商店街の空き店舗、自治体の遊休資産、学校の余剰教室等）の利用の斡旋、当初の施設改修費の一部助成など、事業参入の障壁を低くすることが求められる。

③事業運営の支援

事業運営面では、介護保険制度の活用支援として各種相談等に対応するとともに、さまざまな先進事例や制度情報等を紹介し、事業者の創意と工夫を促すことが必要である。

また、事業者（供給）と利用者ニーズ（需要）のマッチングのために、施設情報の宣伝・PRや利用者の紹介や、事業者が孤立しないように、地域の医療施設、福祉施設等とのネットワーク形成の仲立ちを行うことなどが重要である。

④スタッフの育成支援

単独事業者等においては、事業運営の厳しさやネットワークの不足等によりスタッフの十分な育成ができていない状況もあることから、勉強会・研修会の開催や先進地

見学の助成等スタッフの研修・育成に対する支援が求められる。

⑤事業該当ではないが関連するサービス提供体制の確立

また地域の高齢者、障がい者他の、さまざまな住民が集まる場の提供（地域のお茶の間サロンの施設）等、小規模多機能サービス拠点を提供する事業にはならないものの、高齢者等の生きがいつくり、地域の住民活動の底上げにつながる活動を支援する仕組み（まちづくり活動支援事業等）が求められる。

2) 都市規模に応じた支援の展開

①人口1万人未満では直接的、具体的な支援策が必要

人口1万人未満では、「土地・建物の斡旋・提供」、「利用者の紹介」など具体的な支援予定が14～18.7%と比較的高い。

小規模な都市では、整備するといっても数箇所の小規模多機能サービス拠点にとどまることを考えれば、裾野を広げて面的な展開を図るためには、場所の提供やサービス提供事業者への情報提供を含めた踏み込んだ支援策が求められている。

②人口10万人以上では、的確な情報の提供や人材育成など側面支援が必要

アンケート結果では人口10万人以上になると、「スタッフの研修・教育に関する支援」が約20%と高率になる。

これは民間事業者の参入による「サービス提供水準の違い」を課題としている自治体が多いことがあり、各事業所での十分なスタッフ教育がなされるとは限らず、自治体としての情報提供、人材育成支援が重要な役割を担うことが考えられる。

また、都市規模の大きい自治体では、多様な選択肢（事業主体）を目指すべき地域福祉の実現に向けて適切にコントロール（事業指定・監督権限の遂行）できるかが課題となる。そこでは、サービスの質の確保、地域資源（遊休公共施設等）の有効活用や適切な立地誘導など、民間事業者の提供するサービスを、適切に誘導することが求められている。

3) 自治体のイニシアチブが重要

自治体が考えている可能な支援内容は、総じて様々な情報提供や相談・助言の窓口としての役割が主体となっており、費用負担などの財政に関わる支援については、自治体によって意見が分かれている。

一方、事業者も同様な支援を期待しており、支援内容の全体像としては自治体と事業者の間に明らかなギャップはない。

ただし、当該自治体の支援可能策とそこに存する事業者の希望支援策が合致しているとは限らない。例えば、施設整備費の助成を事業者が希望したとしても当該自治体が費用面の助成は困難というケースも容易に想定される。中でも、資金調達や不採算部分の運営に対する事業者の希望に対して、自治体の先駆的な判断が求められるといえる。事業者サイドから様々な助言・アドバイスを求められる場合、基本方針や支援策のない自治体では、対応が困難となる。

事業者アンケートや訪問調査あるいはワークショップの結果から判断する限り、小規模多機能サービス拠点については、グループホームのような普及は現時点では難しい。自治体は、地域福祉の政策を明確にし、小規模多機能サービス拠点の展開を目指していくのであれば、受身の姿勢による支援ではなく、事業設立のきっかけづくりへ向けた積極的な対応が求められる。

(5) 残された課題—ケアの質保障を組み込んだマニュアルを—

安心と安全がキーワードとなる高齢者の生活支援における基本は住まい・居住の場の確保である。シームレスなケアの拠点が安心して過ごすことのできる住まいとして位置づけられることが目標となっているが、地域密着のサービス拠点としての小規模多機能ホームは、地域密着のグループホームをイメージするとよい。今日、有料老人ホームの多様化が進み、制度的な運用の弾力化が進んだこともあり、2000年に400施設程度であった有料老人ホームは、2005年には3倍を越える1400施設に達している。バリエーションは①標準的な介護付き有料老人ホーム、②施設が外部サービス事業者と契約して介護サービス等を利用できるようにしている有料老人ホーム（このタイプが拡大するであろう）、③意外と合理的なのが、利用者が自分で介護サービスを契約して利用する有料老人ホーム（これは契約を基本とする制度に対応しており、権利性も保障されているため、自己責任でサービスを確保するということになる。ただし選択肢が保障されている地域に限定されることになるが）、④古典的な健康な高齢者であることを条件に要介護状態になった場合は退去することを前提にした有料老人ホームである。おそらく今後は、②と③がメインとなるであろう。

これは施設建設の抑制を進めている厚生労働省の政策に対する利用者の選択志向と事業者サイドのビジネスモデルの設定が重なっているためである。実は、従来、「入居者が常時10人以上で、食事を提供している」という定義を適用していたものが、食事・介護・家事・健康管理のいずれかのサービスを提供していれば、人数に関係なく有料老人ホームとみなすことになっている。このことは、小規模多機能サービス拠点の多くは有料老人ホームとして捉えることを可能にするものである。それだけに我々の研究グループがビジネスモデルを意識した研究に取り組んだ意義は大きいのである。だれでも尊厳のある生き方を尊重されるための居住条件の柱が建てやすくなったことは、1990年代後半に英国が直面したプライベートナーシングホームを想起させる。核家族主義の英国社会においては、老後を一人で暮らす確率はきわめて高い。そこで施設ケアコストを抑制する方策として、誰でも経営できるホームを認めたのであるが、ビジネスとして取り組みやすい条件設定であり、普通の民家に2、3人をケアするものから10人くらいをケアするもの（杉岡が以前調査したケースではビクトリア朝時代の牧師の住宅をリフォームして経営していた）が爆発的に増加して、次に発生したことはケアの質、つまり高齢者虐待を生じさせないためにはどうすべきか、が問題になった。

今後、小規模多機能ホームが有料老人ホーム化していくことを考えるとケアの質確保を基本とした評価と運営マニュアルの作成が課題となる。

(杉岡 直人)

資料

1. 認知症ケアの深化の足跡 ～グループホーム、小規模多機能ケアの誕生から地域密着型サービスの創設まで

寄稿：札幌市保健福祉局健康衛生部 館石宗隆

(1) グループホームの誕生

ごく最近まで、どこの国でも「認知症（痴呆症）」を患っている人について、「わけのわからない異常なことをする人」とか「どうすることもできない存在」などと、極端なマイナスイメージを前提に語られることが少なくありませんでした。

家庭では、親思いで優しくかった息子や娘が、介護疲れなどがもとで、認知症の親を折檻してしまったり、部屋に閉じこめたり、縛ったりするなどの悲劇が繰り返されてきました。施設や病院などでは、鍵のかかる認知症専用棟での集団生活を強いられたり、向精神薬を用いて無気力な状態にさせられても、「認知症なんだから仕方がないこと」となかばあきらめられてきました。

こうした悲劇を繰り返すことなく、認知症の人に対しても人間らしい暮らしとケアを保証したいと多くの人々が願う中、1980年代のスウェーデンにおいて「グループホームケア」という新しい概念が誕生しました。

『小規模で家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりの気持ちを大切にできるケアを行えば、「異常にみえる行動」が消えてゆくのではないか。高い天井、白い壁、白衣のスタッフ、大人数をまとめて日課で動かす集団的なケアのあり方こそが、認知症高齢者の不安をかきたて、徘徊、暴力、不潔行為などを引き起こす誘因となっているのではないか。』こうした仮説は、その後間もなく、具体的な取組の成果によって裏付けられていきました。スウェーデンでは、老年精神科医であるバルブロ・ベック＝フリス医師が、1985年、モータラ（スウェーデン中部の湖畔に位置する町の名）に開設したグループホーム「バルツァルゴーデン」のモデルと成果を政府が認めたことを契機として、グループホームが広く普及していくこととなります。

(2) 日本のグループホームの現状

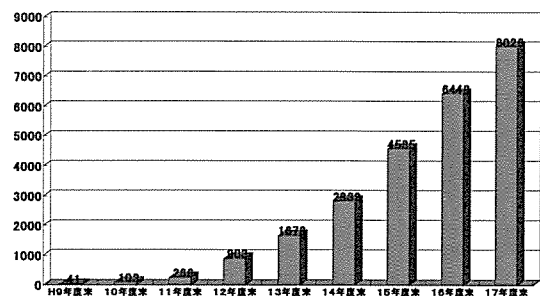
スウェーデンから少し遅れて、1990年代に入ると、日本でも、いくつかの地域で先駆的な事業者による実践が始まります。また、当時の厚生省も、認知症の高齢者に対するグループホームケアの有用性に着目して、平成6（1994）年度から3年にわたり、当時はまだ全国に8カ所しかなかったグループホームを対象とする調査研究事業に着手しています。その研究結果を踏まえて、平成9（1997）年度にはホームの運営費に対する国庫補助の仕組みが導入され、平成10（1998）年度からは施設整備費についても国庫補助制度が創設されるなど、介護保険の施行を視野に入れながらグループホームの整備が進められていきました。

平成12（2000）年度からは、介護保険法に基づく指定居宅サービスの一つとして位置づけられたことを契機として、グループホームは、今日まで急速な増加を続けています。同法施行直前の平成12（2000）年3月末時点において、日本全国に

266カ所だったグループホームは、平成18（2006）年3月末には8000カ所を超えるまでに至っています（図1）。

特別養護老人ホームが、昭和38（1963）年の制度創設から5000カ所を超えるまでに40年の歳月を要したことと比較すれば、そのスピードがどれだけ急速かお分かりいただけるでしょう。

図1 認知症高齢者グループホーム事業所数の推移(全国)



▼グループホームケアの理念と特徴

介護保険の運営基準では、グループホームは、「要介護者であって認知症であるものについて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で（中略）～ 利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるようにするもの」とされています。

具体的には、グループホームは5人から9人までの少人数を一つの単位（ユニット）として、認知症の利用者が共同生活を営むことができるように配慮された住居です。ホームには、利用者一人ひとりの居室（原則として4畳半以上の個室）の他に、利用者が共同で日常の暮らしを営むための空間として、居間、食堂、台所、浴室などとともに、必要な設備が備えられます。日常の生活場面においては、少人数の介護スタッフが、利用者の傍らに寄り添い見守りながら、買い物や食事の支度、掃除、洗濯などの家事を可能な限り利用者と一緒に行うよう援助することにより、生活意欲を引き出しながら一人ひとりの残存能力の維持に努めます。

このように、利用者一人ひとりが、小規模で落ち着いた家庭的な雰囲気の中で思い思いの暮らしを送ることにより、認知症の進行をできるだけ緩徐にして、その人らしい穏やかな生活を送り続けられるよう支援することがグループホームケアの理念であり、特徴でもあります。それと同時に、なじみの少人数で生活の場を共有することから、別に改まった場を用意しなくとも、日々の暮らしの中でごく自然に（作業）回想法が実践されているようなケア形態であると解することもできるでしょう。

▼サービスの質の確保の重要性

しかしその一方で、グループホームはそのサービスとしての特性、すなわち、①利用者は基本的に判断や認知能力の衰えた認知症の高齢者であること、②小規模かつ家庭的な環境の下で介護や日常生活の援助などが行われることから、利用者にとっては、穏やかな暮らしの場となることが期待される反面、運営の在り方如何によっては、外部の目が届かない密室的、閉鎖的な空間となる場合が懸念されること、などから、利用者保護のために十分な配慮が必要であることがかねてから指摘されてきました。

▼管理者等の研修の義務づけ

そこでまず、従業者の資質向上を図る観点から、平成13年度より、事業運営の要

となるホームの管理者と計画作成担当者について、都道府県及び政令指定都市が実施する認知症介護実務者研修の基礎課程（平成17年度からは「認知症介護実践者研修」に改称）を受講するよう義務づけられました。さらに、平成15年度以降は、事業開始（ユニットの増設も含む）以前に管理者等が同研修を修了していることが事業者の指定要件とされているところです。

▼サービス評価

もう一つの取り組みとして、グループホームのサービスの質の評価があげられます。

<自己評価>

介護保険制度では、各サービスの運営基準において、「事業者は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない」ことが規定されています。中でもグループホームについては、まず平成13年度より少なくとも年に1回は、都道府県の定める基準に基づいて、自らサービスの質の評価を行い（自己評価）、その結果を公開することが義務づけられました。自己評価の結果は、ホーム内の見やすいところに常備するとともに利用者の家族に郵送すること、また、新たな利用申込があった場合などには、本人や家族に提示する「重要事項説明書」に添付すべきことなどが義務づけられています。

<外部評価>

次に平成14年度からは、自己評価と同様に少なくとも年に1回は、各都道府県が第三者の視点から公正な評価を行うことができる機関として選定した評価機関が実施するサービス評価（外部評価）を受けて、その結果を公開することが新たに義務づけられました。（全ての都道府県において実施体制が整うまでには相応の期間を要することから、平成17年度上半期までは、一定の経過措置が置かれていましたが、現在は原則どおり実施することとされています。）

▼サービス評価の視点及び目的

実際のサービス評価に当たっては、各グループホームが、管理者（ホーム長）を中心にまず自己評価を行った上で、続いて外部評価を受け、それぞれの結果を対比しながら両評価結果の相違点について考察することにより、自らが提供するサービスの改善に向けた自主努力につなげていくことが期待されています。サービス評価の導入当初、厚生労働省は、評価が一定の視点から偏りなく行われるよう、各都道府県が具体的な基準（評価項目）を定める際の参考に供するため、134の自己評価項目（サービスの具体的な実施に関する（プロセス）項目）とともに、第三者の視点から客観的な評価を行うことが可能な項目としてその中から抽出した71の外部評価項目をそれぞれ例示しました。その後、平成18年の介護保険の制度改正において新たに創設された「小規模多機能型居宅介護」（後述）にもサービス評価が義務づけられたことを契機として、評価項目（参考例）の見直しが行われ、グループホーム及び小規模多機能型居宅介護のサービス評価に用いる共通項目として、100の自己評価項目と30の外部評価項目が、平成18年10月に厚生労働省から例示されています。

ここで強調しておきたいのは、サービス評価（自己・外部評価）の目的です。サー