

平成27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

地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護  
の今後のあり方に関する調査研究事業報告書

平成28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

小規模多機能が制度化からされて 10 年が経ち、小規模多機能型居宅介護の姿は多様化している。住まい併設の事業所の増加や、訪問を中心に支援を行う事業所など、支え方は様々である。また、これまでの取り組みから地域を支える拠点として発展している事業所もある。

平成 27 年の報酬改定により、登録定員の上限が 25 名から 29 名へと拡大するとともに、新たに「総合マネジメント体制強化加算」「訪問体制強化加算」等が新設された。また新たなサービス評価の取り組みが始まり、事業所やケアの質について運営推進会議を活用して地域住民とともに考える仕組みがスタートした。さらに、地域支援事業における新しい総合事業との兼務要件の緩和などが行われた。

本調査研究事業では、これから小規模多機能型居宅介護が「地域包括ケアシステムの中で、どこまでどのような役割を担えるのか、そのための要件は何か、医療との連携のあり方など、実態の把握の中から展開のあり方や方向性および課題について」検討を行った。

小規模多機能型居宅介護は他の介護保険サービスと異なり、日常生活圏域ごとに計画的に整備されている。その強みを活かし、多くの事業所では地域住民の多様な相談を受け止め、地域の「つなぎ役」として住民と一緒に地域を支える実践を始めている。今後は小規模多機能型居宅介護が地域支援事業に取り組むことにより、地域の支援を要する皆様の地域での暮らしを下支えしていくことが可能となる。中重度になっても在宅や地域での生活が継続できる支援を行うためには、元気なうちから出来るだけ早くかかわりを持つことが重要であるということが実践から見えてきた。地域でのひとつの拠点となる方策がみえてきた。

また中重度になっても在宅や地域で暮らし続けることを支えるためには、医療との連携のあり方が問われている。在宅復帰や急性増悪期・終末期など、どのような課題があるのかを明らかにし、実現可能な取り組みを検討した。

更に、増加する小規模多機能型居宅介護の質の確保が問われている。サービス評価のみならず、質の向上・確保のための方策を検討した。

本研究調査が地域の中でだれもが安心して暮らし続けられるための取り組み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事業者の皆様のご協力をいただきました。また現地調査では、行政や多くの事業者の皆様にお力をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

平成 28 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



地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究事業 報告書

目 次

第1章 調査研究の目的・背景と概要	
1. 調査研究の目的	5
2. 調査研究の背景	5
3. 概要	6
第2章 小規模多機能型居宅介護の現状	
1. 調査の概要	13
2. 調査結果の概要	14
I. 基本情報	14
II. ケアマネジメント等の状況	23
III. 運営推進会議・サービス評価・情報公開について	24
IV. サービスの提供体制およびスタッフの状況について	27
V. 平成27年度報酬改定について	28
VI. 医療との連携	40
VII. 地域に対する取り組み	45
VIII. ケアマネジメントの特徴	49
IX. 個票による利用者属性の分析	50
第3章 自宅や地域での暮らしの限界点を高める小規模多機能型居宅介護の実践	
1. 生活圏域の拠点としてのあり方	
小規模多機能ひなた（北海道美瑛町）	73
きゅーぬふから舎（沖縄県宮古島市）	78
2. 医療との関係	
フロイデ総合在宅サポートセンターひたちなか（茨城県ひたちなか市）	86
共生ホームよかあんべ（鹿児島県始良市）	95
いくのさん家（鳥取県鳥取市）	101
特定非営利活動法人「楽」（神奈川県川崎市）	108
小規模多機能ホームひばり（鹿児島県鹿児島市）	112
3. ケアマネジメントのあり方	
特定非営利活動法人コレクティブ（熊本県熊本市）	117
4. 介護予防・日常生活支援総合事業等との関係	
熊本県地域密着型サービス連絡会小規模多機能部会	123
5. 質の高いサービスに向けて 運営推進会議とサービス評価	
めおといわ「ゆい」（福岡県福岡市）	129

終章

まとめ	137
提 言	143

資料編

全国小規模多機能型居宅介護実態調査票	147
--------------------	-----

## 第 1 章

### 調査研究の目的・背景と概要



## 1. 調査研究の目的

小規模多機能型居宅介護は、制度化され10年目を迎え、地域包括ケアシステム構築の中心的サービスのひとつとなってきた。特に制度化されたときの「通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせる」サービスから、新たに訪問体制強化加算も導入され、更に一部では地域支援事業を含めた地域展開を行うなど、地域での暮らしを支えるものへと発展してきている。これから小規模多機能型居宅介護が、地域包括ケアシステムの中で、どこまでどのような役割を担えるのか、そのための要件は何か、医療との連携のあり方など、実態の把握の中から展開のあり方や方向性および課題について検討を行う。

今回の事例検討会議では、全国での取り組み事例を掘り下げ、これからの小規模多機能型居宅介護のあり方を2日間で10事例程度を検討し、その要素や限界点などを明らかにする。参加者は、本委員会委員に加え、これからの小規模多機能型居宅介護のあり方を検討するための事例提供者及び有識者で構成する。

## 2. 調査研究の背景

平成18年の制度化から10年目を迎え、現在国内には4,966か所、実利用者約8.4万人（厚生労働省介護給付費事態調査（平成28年1月審査分）まで増加している。市町村で設定した日常生活圏域をベースに計画的に整備を進めてきた経緯が後押しとなり、地域における在宅サービスの主流としての立場を確立しつつある。

さらに平成27年の介護報酬改定により、単に小規模多機能型居宅介護が「通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせる」サービスから、地域での本人の暮らしを支えることを重視した支援（訪問体制強化加算）へと発展し、適切なサービス提供のあり方を住民とともに考え評価する仕組み（運営推進会議を活用したサービス評価）への移行、そして住民との協働による地域づくり（総合マネジメント体制強化加算）を推進することで、地域包括ケアシステムにおける中心的サービスとしての立場もより鮮明になったといえる。

同時に地域支援事業（新しい総合事業）による新たな介護予防のあり方が示されたなかで、地域の安心拠点としての小規模多機能型居宅介護の支援の幅（元気なうちから看取りまで）や厚み（本人主体のケア）も日々の実践のなかで地域を支える拠点的功能が求められるようになってきている。

この調査研究事業で、平成30年の医療と介護の同時改定に向け、またさらに5年後10年後の将来像を見据えるため、小規模多機能型居宅介護のサービス提供のあり方、登録者のみならず地域の安心拠点としての役割、市町村が取り組む地域支援事業における担い手としての小規模多機能型居宅介護のあり方など、の実態把握が必要である。

### 3. 概 要

#### (1) 委員会及び作業部会について

地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する  
調査研究委員会 名簿

No.	氏 名	所 属 (肩書)	備考
1	森 本 佳 樹	立教大学コミュニティ福祉学部 (教授)	委員長
2	柴 田 範 子	特定非営利活動法人「楽」 (理事長) 東洋大学ライフデザイン学部 (非常勤講師)	
3	堀 田 聰 子	国際医療福祉大学大学院 (教授)	
4	鈴 木 邦 彦	社団法人日本医師会 常任理事 (医療法人博仁会 理事長)	
5	宮 島 渡	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ (総合施設長)	
6	川 尻 良 夫	社会福祉法人こうほうえん (東京事業本部長)	
7	岩 尾 貢	社会福祉法人共友会 (理事長)	
8	川 原 秀 夫	特定非営利活動法人コレクティブ (理事長)	
9	稲 葉 好 晴	厚生労働省老健局振興課 (課長補佐)	オブ ザーバー
10	渡 辺 正 毅	厚生労働省老健局振興課 (基準第一係長)	オブ ザーバー

#### ◆作業部会

1	川 原 秀 夫	特定非営利活動法人コレクティブ (理事長)	
2	黒 岩 尚 文	共生ホームよかあんべ (代表)	
3	後 藤 裕 基	医療法人明輝会ろうけん青空 (統括管理部長)	
4	党 一 浩	小規模多機能ホームめおといわ「ゆい」 (管理者)	

#### ◆事務局

※敬称略、順不同

	井 上 博 文	東北工業大学石井研究室	実態調査委託
	竹 本 匡 吾	いくのさん家 (副理事長)	報告書執筆
	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地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究委員会の開催した。

小規模多機能型居宅介護における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、事業内容についての検討を行った。開催回数は3回。

②作業部会の開催

委員会のもと、作業部会を設置し、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った。開催回数は7回。

③小規模多機能型居宅介護のこれからの姿および地域包括ケアの拠点として役割の調査・検討

i) アンケート調査の実施（悉皆調査）

配布 5,118 事業所

回収 1,583 事業所（回収率は 31.1%）

ii) 悉皆調査から抽出された拠点活動の訪問調査（5 件）

実態調査において整理された情報について、作業部会において事業所に対し、ヒアリング調査を行う。

\*小規模多機能ひなた（北海道美瑛町）

\*フロイデ総合在宅サポートセンターひたちなか（茨城県ひたちなか市）

\*熊本県地域密着型サービス連絡会小規模多機能部会

\*きゅーぬふから舎（沖縄県宮古島市）

\*ひつじ雲（神奈川県）

iii) 事例検討会議の開催

全国での取り組み事例を掘り下げて、これからの小規模多機能型居宅介護のあり方を検討する事例検討会議を開催した。2日間で10事例程度を検討し、その要素や限界点などを明らかにした。参加者は、委員に加え、これからの小規模多機能型居宅介護のあり方を検討するための事例提供者及び有識者で構成した。

◆地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究委員会 事例検討会議検討委員

西村 周三 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会  
(医療経済研究機構) 所長

対馬 徳昭 つしま医療福祉グループ 代表

渋谷 篤男 全国社会福祉協議会 事務局長

井上信太郎 東京都小規模多機能型居宅介護協議会 会長

池田 宏幸 霧島市総務部財産管理課 (鹿児島県) 課長

辺見 聡 厚生労働省老健局振興課 課長 (オブザーバー)

※敬称略、順不同

- ◆事例検討会議 検討メンバー及び事例提供者
- 石崎 真美 小規模多機能ひなた（北海道美瑛町）  
 森 久紀 フロイデ総合在宅サポートセンターひたちなか  
 （茨城県ひたちなか市）
- 竹本 匡吾 いくのさん家（鳥取県鳥取市）  
 稲富 慎一 熊本県地域密着型サービス連絡会小規模多機能部会  
 坂東 瑠美 きゅーぬふから舎（沖縄県宮古島市）  
 川原 秀夫 特定非営利活動法人コレクティブ（熊本県）  
 柴田 範子 特定非営利活動法人「楽」（神奈川県）  
 黒岩 尚文 共生ホームよかあんべ（鹿児島県）  
 後藤 裕基 小規模多機能ホームひばり（鹿児島県）  
 党 一浩 めおといわ「ゆい」（福岡県）

※敬称略、順不同

#### ④報告会の開催

実態調査と事例検討会での論議を委員会でまとめ、「小規模多機能型居宅介護のこれから」について報告会を開催した。

日 時：2016年3月23日（水）

会 場：世界貿易センタービルRoomA（東京都港区浜松町）

内 容：

10:30～11:30

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

11:30～12:30 昼 食 ・ 休 憩

12:30～14:45

「小規模多機能型居宅介護の実践のから考える今後の論点整理」

◆医療との連携 後藤 裕基 × 吉井 靖子

（明輝会） （こぶし園）

◆地域拠点 竹本 匡吾 × 菅原 健介 × 安倍 信一

（地域でくらす会）（ぐるんとびー）（慈光会）

◆地域支援事業 山田 尋志 × 北口未知子

（新しい総合事業）（きたおおじ）（加賀市）

◆質の確保 黒岩 尚文 × 柴田 範子 × 党 一浩

（サービス評価等）（よかあんべ）（ひつじ雲）（めおといわ「ゆい」）

15:00～17:00

小規模多機能型居宅介護の展開と今後

～地域包括ケアシステムにおける小規模多機能の今後～

パネラー

社会福祉法人こうほうえん	東京事業本部長	川尻	良夫
社会福祉法人恵仁福祉協会（長野県）	常務理事	宮島	渡
社会福祉法人共友会（石川県）	理事長	岩尾	貢
特定非営利活動法人コレクティブ（熊本県）	理事長	川原	秀夫
厚生労働省老健局振興課	課長補佐	稲葉	好晴

コーディネーター

立教大学コミュニティ福祉学部	教授	森本	佳樹
----------------	----	----	----

⑤報告書の作成

報告書を作成し、関係機関に配布した。



## 第2章

### 小規模多機能型居宅介護の現状



## 1. 調査の概要

調査は2015年12月より郵送配布により行った。2016年1月8日を締め切りとして設定し、1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5,118事業所に対してアンケート調査票を郵送した。住所不明で戻ってきた事業所が32事業所あった。その結果、1,583の事業所から回答を得た。回収率は31.1%（昨年度調査では31.7%）である。

また、利用者個票については、1,501事業所から計28,620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94カ所、福岡県と新潟県が70カ所、兵庫県が68カ所、広島県が63カ所、神奈川県が62カ所と多く、和歌山県が5カ所、山梨県と香川県が10カ所と少ない。回収率が最も高かったのは大分県で61.4%、ついで青森県で59.4%、逆に低かったのは和歌山県で10.2%などとなっていた。

なお、調査票の回答者は「管理者」が78.1%、「計画作成・介護職員」が12.7%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）	81	5.4%
役員	41	2.7%
事務長	42	2.8%
事業統括者	34	2.3%
管理者	1178	78.1%
事務員	56	3.7%
計画作成・介護職員	192	12.7%
合計	1508	

表 1-2 都道府県別の回収状況

都道府県	2015調査				参考 2014調査		都道府県	2015調査				参考 2014調査	
	回答数	%	回収率	配布数	回答数	%		回答数	%	回収率	配布数	回答数	%
北海道	94	6.0	31.5%	298	95	6.4	滋賀県	24	1.5	36.9%	65	27	1.8
青森県	19	1.2	59.4%	32	10	0.7	京都府	44	2.8	29.5%	149	37	2.5
岩手県	41	2.6	56.9%	72	34	2.3	大阪府	51	3.3	22.6%	226	53	3.6
宮城県	19	1.2	31.1%	61	17	1.1	兵庫県	68	4.3	31.1%	219	59	4.0
秋田県	32	2.0	45.7%	70	26	1.8	奈良県	11	0.7	28.2%	39	5	0.3
山形県	33	2.1	31.1%	106	26	1.8	和歌山県	5	0.3	10.2%	49	6	0.4
福島県	34	2.2	30.6%	111	37	2.5	鳥取県	19	1.2	36.5%	52	19	1.3
茨城県	21	1.3	27.6%	76	19	1.3	島根県	24	1.5	32.9%	73	22	1.5
栃木県	21	1.3	22.1%	95	20	1.4	岡山県	39	2.5	23.8%	164	41	2.8
群馬県	21	1.3	20.4%	103	27	1.8	広島県	63	4.0	30.1%	209	63	4.3
埼玉県	33	2.1	28.0%	118	27	1.8	山口県	25	1.6	29.4%	85	20	1.4
千葉県	27	1.7	22.9%	118	36	2.4	徳島県	13	0.8	41.9%	31	12	0.8
東京都	54	3.5	31.4%	172	42	2.8	香川県	10	0.6	23.3%	43	11	0.7
神奈川県	62	4.0	22.1%	281	56	3.8	愛媛県	48	3.1	41.0%	117	33	2.2
新潟県	70	4.5	40.5%	173	67	4.5	高知県	13	0.8	40.6%	32	13	0.9
富山県	35	2.2	46.1%	76	27	1.8	福岡県	70	4.5	26.7%	262	78	5.3
石川県	32	2.0	40.0%	80	30	2.0	佐賀県	13	0.8	27.1%	48	17	1.1
福井県	21	1.3	26.6%	79	19	1.3	長崎県	36	2.3	29.0%	124	40	2.7
山梨県	10	0.6	40.0%	25	6	0.4	熊本県	51	3.3	34.9%	146	48	3.2
長野県	26	1.7	29.2%	89	30	2.0	大分県	27	1.7	61.4%	44	24	1.6
岐阜県	26	1.7	33.3%	78	22	1.5	宮崎県	20	1.3	33.3%	60	17	1.1
静岡県	32	2.0	23.0%	139	26	1.8	鹿児島県	41	2.6	34.5%	119	52	3.5
愛知県	46	2.9	25.6%	180	39	2.6	沖縄県	20	1.3	27.8%	72	23	1.6
三重県	20	1.3	34.5%	58	22	1.5	回答数	1,564	-	30.6%	5,118	1,480	

## 2. 調査結果の概要

### I. 基本情報

#### (1) 開設年度

開設年度別に見ると、2007年度開設が14.1%（203カ所）と最も多く、次いで2011年度が13.9%（200カ所）、2012年度が11.9%（171カ所）となっている。

開設一年未満の事業所167カ所のうち新規開設は89.2%（149カ所）で、他事業所の転換では「通所介護」からの転換が2/3（12カ所）を占めた。

表 I - 1 開設年度別にみた事業所数

開設年度	2015年度		2014年度		2013年度		2012年度	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
2006年度	120	8.3%	121	8.5%	92	6.3%	177	14.8%
2007年度	203	14.1%	223	15.6%	260	17.9%	301	25.1%
2008年度	143	9.9%	152	10.6%	209	14.4%	219	18.3%
2009年度	118	8.2%	127	8.9%	127	8.8%	157	13.1%
2010年度	121	8.4%	144	10.1%	143	9.9%	183	15.3%
2011年度	200	13.9%	208	14.5%	220	15.2%	138	11.5%
2012年度	171	11.9%	196	13.7%	286	19.7%	25	2.1%
2013年度	122	8.5%	153	10.7%	113	7.8%		
2014年度	161	11.2%	107	7.5%				
2015年度	83	5.8%						
総計	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=1,563）、営利法人が40.4%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35.3%となっている。医療法人が12.7%、NPOが6.9%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、社会福祉法人が微増となっている。

表 I - 2 法人種別にみた事業所割合

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

N=1,563 N=1,443

(3) 事業種別

小規模多機能居宅介護が97.1%、サテライト型は2.2%、基準該当が0.6%となっている。

表 I-3 事業種別にみた事業所数と割合

種類	該当数	%
①小規模多機能型居宅介護	1,520	97.1
②サテライト型小規模多機能型居宅介護	35	2.2
③基準該当 小規模多機能型居宅介護	10	0.6
回答数	1,565	

(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46.4%（731カ所）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33.2%（521カ所）と次いで多くなっている。次いで定員24人が8.6%（135カ所）、定員18人が4.6%（72カ所）などとなっている。平均は25.5人である。

表 I-4 登録定員の状況

【2015】

【参考2014】

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	-

登録定員	事業所数	割合
3	1	0.1%
5	1	0.1%
6	3	0.2%
8	1	0.1%
10	4	0.3%
11	1	0.1%
12	14	0.9%
15	14	0.9%
16	2	0.1%
17	1	0.1%
18	60	4.1%
19	2	0.1%
20	27	1.8%
21	5	0.3%
22	12	0.8%
23	4	0.3%
24	137	9.3%
25	1,187	80.4%
総計	1,476	100.0%
平均	24.11	-

(5) 通い定員

通いの定員別で見ると、15人が56.9%（891カ所）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22.4%（351カ所）が多くなっている。そのほか9人が3.8%（59カ所）などとなっている。平均は14.9人となっている。

表 I - 5 通い定員の状況

【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	-

【参考 2014】

通い定員	事業所数	割合
3	3	0.2%
4	1	0.1%
5	1	0.1%
6	16	1.1%
7	3	0.2%
8	3	0.2%
9	42	2.9%
10	3	0.2%
11	7	0.5%
12	165	11.2%
13	14	1.0%
14	5	0.3%
15	1,208	82.1%
総計	1,471	100.0%
平均	14.27	-

## (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47.0%（735カ所）と最も多く、次いで5人が18.2%（285カ所）、6人が12.0%（188カ所）となっている。このほか7人および8人も7.2%（113カ所）ある。平均は7.2人である。

表 I - 6 泊まり定員の状況

【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	-

【参考 2014】

宿泊定員	事業所数	割合
1	2	0.1%
2	7	0.5%
3	32	2.2%
4	69	4.7%
5	297	20.2%
6	151	10.3%
7	117	7.9%
8	109	7.4%
9	688	46.7%
総計	1,472	100.0%
平均	7.25	-

## (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 19.0人と若干昨年と比較して増加した。しかし、通いの平均は10.3人と若干減少する結果となった。泊まりの平均は4.8人、訪問の平均（1日延べ）が9.5人となっている。特に訪問の利用者数が大きく増加している。

表 I - 7 調査時点での利用者数

利用者数(10月末)	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
現在の利用登録者数(平均)	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)	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)	4.8	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)	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					

(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 7.6%、90~100%未満が 13.2%で、80~90%が 24.3%で最も多い。充足率 50%以下は 11.6%を占める。

表 I - 8 定員充足の状況

【2015】

【参考 2014】

登録者数/定員	事業所数	割合	登録者数/定員	事業所数	割合
0~10%以下	19	1.2%	0~10%以下	27	1.8%
10~20%以下	12	0.8%	10~20%以下	13	0.9%
20~30%以下	23	1.5%	20~30%以下	27	1.8%
30~40%以下	38	2.4%	30~40%以下	43	2.9%
40~50%以下	89	5.7%	40~50%以下	80	5.4%
50~60%以下	123	7.8%	50~60%以下	135	9.1%
60~70%以下	230	14.7%	60~70%以下	148	10.0%
70~80%以下	323	20.6%	70~80%以下	297	20.1%
80~90%以下	381	24.3%	80~90%以下	267	18.1%
90~99%以下	207	13.2%	90~99%以下	259	17.5%
100%	119	7.6%	100%	172	11.7%
100%超	3	0.2%	100%超	8	0.5%
総計	1,567	100.0%	総計	1,476	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 74.6% (平成 26 年度調査 75.7%)、平成 24 年度以前の開設では 75%を超えるが、平成 25 年度の開設では 71.3%、開設 1 年目となる平成 27 年度開設では 52.3%と低い。開設 4 年目以降で 75%を超える状況は昨年度調査での結果と同様である。

表 I - 9 開設年と定員充足の状況

開設年度	定員合計	登録者数	充足率
平成18年度	3,003	2,341	78.0%
平成19年度	5,140	4,066	79.1%
平成20年度	3,630	2,823	77.8%
平成21年度	2,985	2,346	78.6%
平成22年度	3,058	2,392	78.2%
平成23年度	5,169	3,885	75.2%
平成24年度	4,442	3,452	77.7%
平成25年度	3,075	2,193	71.3%
平成26年度	4,059	2,740	67.5%
平成27年度	1,971	1,031	52.3%
総計	36,532	27,269	74.6%

(9) 1年間での利用契約の終了者数

過去1年間(2014/10/1~2015/9/30)において利用契約が終了した人数は平均7.32人(昨年度7.25人)、そのうち入院による終了者数は2.82(昨年度2.63人)となっている。昨年度の結果とほぼ同様である。

表I-10 契約終了者の数

	平均値(人)		
	2015	2014	2013
契約終了者数	7.32	7.25	7.31
うち、入院による終了者数	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2.82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3.17人である。死亡は1.26人だが、死亡のうち病院での死亡が0.70人である。

表I-11 契約終了の理由

	件数	平均値(人)
①入院	2,932	2.82
②施設(特養・老健・グループホーム)	3,755	3.17
③小規模多機能以外の在宅の介護保険サービス	961	1.70
④死亡	1,986	1.26
そのうち自宅	441	0.28
事業所	368	0.23
病院	1,100	0.70
⑤サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等	405	0.36
⑥その他	357	0.32

(10) 宿泊費・食費

宿泊費の平均額は2,162円、朝食の平均額は337円、昼食の平均額は543円、夕食の平均額は520円となっている。昨年度調査結果に比べて若干増加している。

表I-12 宿泊費と食費

平均値(円)	宿泊費	朝食代	昼食代	夕食代
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) 加算の状況

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 96.5%、認知症加算（Ⅰ）が 85.7%、介護職員処遇加算Ⅰが 78.9%、総合マネジメント体制強化が 76.0%と高い。

表Ⅰ-13 加算の状況（加算ありの割合）

	該当数	%
初期加算	1,527	96.5
認知症加算（Ⅰ）	1,357	85.7
認知症加算（Ⅱ）	1,112	70.2
看護職員配置加算Ⅰ	495	31.3
看護職員配置加算Ⅱ	383	24.2
看護職員配置加算Ⅲ	97	6.1
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	689	43.5
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	228	14.4
サービス提供体制強化加算Ⅱ	319	20.2
サービス提供体制強化加算Ⅲ	116	7.3
サービス提供体制強化加算Ⅳ	3	0.2
介護職員処遇改善加算Ⅰ	1,249	78.9
介護職員処遇改善加算Ⅱ	263	16.6
介護職員処遇改善加算Ⅲ	23	1.5
介護職員処遇改善加算Ⅳ	13	0.8
総合マネジメント体制強化	1,203	76.0
訪問体制強化	402	25.4
看取り連携体制	116	7.3
従業員員数満たない場合の減算	16	1.0
サービス提供が過小である場合の減算	18	1.1
中山間地域居住加算	18	1.1
市町村独自報酬	67	4.2
回答数	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) 法人・グループで実施している併設の事業等

1) 介護保険事業

何からの介護保険事業を小規模多機能と同一敷地内で実施している事業所は 41.4%、同一市町村で実施している事業所は 54.8%となっている。その併設事業の内容を見ると、同一敷地以内では「認知症高齢者グループホーム」が 30.4%と最も多い。

一方、同一市町村内では「認知症高齢者グループホーム」が 31.3%、同一市町村内の他の地域で「小規模多機能居宅介護」を実施している割合が 29.4%、「介護老人福祉施設」が 20.4%となっている。

表 I-14 併設事業（介護保険事業）

施設系事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
1.小規模多機能型居宅介護（調査回答事業所以外）	47	3.2%	438	29.4%
2.複合型サービス	5	0.3%	30	2.0%
3.定期巡回・随時対応型訪問介護看護	21	1.4%	81	5.4%
4.認知症対応型共同生活介護	453	30.4%	466	31.3%
5.夜間対応型訪問介護	5	0.3%	34	2.3%
6.地域密着型介護老人福祉施設	134	9.0%	113	7.6%
7.地域密着型特定施設	16	1.1%	16	1.1%
8.特定施設入居者生活介護	27	1.8%	106	7.1%
9.介護老人福祉施設（特養）	55	3.7%	304	20.4%
10.介護老人保健施設（老健）	17	1.1%	121	8.1%
同一敷地内でありの施設数	655	41.4%		
同一市町村でありの施設数	867	54.8%		
いずれもなしの施設数	400	25.3%		
対象施設数	1583	100.0%		

【参考 2014】

施設系事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
1.小規模多機能型居宅介護（調査回答事業所以外）	48	3.2%	376	25.2%
2.複合型サービス	7	0.5%	40	2.7%
3.定期巡回・随時対応型訪問介護看護	19	1.3%	87	5.8%
4.認知症対応型共同生活介護	391	26.2%	412	27.7%
5.夜間対応型訪問介護	6	0.4%	36	2.4%
6.地域密着型介護老人福祉施設	116	7.8%	100	6.7%
7.地域密着型特定施設	16	1.1%	12	0.8%
8.特定施設入居者生活介護	24	1.6%	93	6.2%
9.介護老人福祉施設（特養）	35	2.3%	273	18.3%
10.介護老人保健施設（老健）	21	1.4%	119	8.0%
同一敷地内でありの施設数	582	39.1%		
同一市町村でありの施設数	761	51.1%		
いずれもなしの施設数	418	28.1%		
対象施設数	1490	100.0%		

## 2) 住まい系の事業

何からの住まい系の事業を小規模多機能と同一敷地内で実施している事業所は 17.3%、同一市町村で実施している事業所は 25.2%となっている。その事業の内容を見ると、同一敷地内では「サ高住」が 8.7%、「有料老人ホーム」が 6.3%などとなっている。

一方、同一市町村内では「サ高住」が 12.1%「有料老人ホーム」が 9.9%などとなっている。同一市町村での「サ高住」が昨年度調査の 10.9%から微増している。

表 I - 15 併設事業（住まい系の事業）

住まい系事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
1.軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	22	1.5%	97	6.5%
2.有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	94	6.3%	148	9.9%
3.サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	129	8.7%	180	12.1%
4.共生型ホーム（対象者を限定しない）	8	0.5%	8	0.5%
5.ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	12	0.8%	41	2.8%
6.高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	3	0.2%	12	0.8%
7.一般アパート・マンション	10	0.7%	23	1.5%
8.他が所有するアパート・マンション等の借り上げ住宅	4	0.3%	3	0.2%
同一敷地内でありの施設数	274	17.3%		
同一市町村でありの施設数	399	25.2%		
いずれもなしの施設数	979	61.8%		
対象施設数	1583	100.0%		

【参考 2014】

住まい系事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
1.軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	17	1.1%	83	5.6%
2.有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	96	6.4%	104	7.0%
3.サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	134	9.0%	162	10.9%
4.共生型ホーム（対象者を限定しない）	12	0.8%	7	0.5%
5.ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	10	0.7%	33	2.2%
6.高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	0	0.0%	7	0.5%
7.一般アパート・マンション	18	1.2%	15	1.0%
8.他が所有するアパート・マンション等の借り上げ住宅	5	0.3%	1	0.1%
同一敷地内でありの施設数	279	18.7%		
同一市町村でありの施設数	330	22.1%		
いずれもなしの施設数	936	62.8%		
対象施設数	1490	100.0%		

### 3) その他の事業

その他の事業を小規模多機能と同一敷地内で実施している事業所は 10.9%、同一市町村で実施している事業所は 24.1%となっている。その事業の内容を見ると、同一敷地以内では「地域交流拠点」の整備が 4.5%（昨年度調査 3.3%）、「配食」が 3.3%などとなっている。

一方、同一市町村内では「一般病院・診療所」が 10.1%、「配食」が 8.8%、「保育・学童保育」が 7.2%などとなっている。

表 I - 16 併設事業（その他）

その他事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
一般病院もしくは診療所	43	2.9%	151	10.1%
障がい者支援サービス	27	1.8%	135	9.1%
保育・学童保育（放課後保育）	25	1.7%	107	7.2%
配食	49	3.3%	131	8.8%
地域交流拠点	67	4.5%	69	4.6%
同一敷地内でありの施設数	173	10.9%		
同一市町村でありの施設数	382	24.1%		
いずれもなしの施設数	1076	68.0%		
対象施設数	1583	100.0%		

【参考 2014】

その他事業	同一敷地内		同一市町村	
	施設数	割合	施設数	割合
一般病院もしくは診療所	36	2.4%	137	9.2%
障がい者支援サービス	35	2.3%	105	7.0%
保育・学童保育（放課後保育）	25	1.7%	113	7.6%
配食	46	3.1%	129	8.7%
地域交流拠点	49	3.3%	50	3.4%
同一敷地内でありの施設数	153	10.3%		
同一市町村でありの施設数	362	24.3%		
いずれもなしの施設数	1013	68.0%		
対象施設数	1490	100.0%		

## Ⅱ. 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% (1,244カ所) と最も多く、「ライフワークサポート」が 21.5%となっている。63 事業所 (4.1%) で複数のケアプランを利用している。経年的にみると「居宅介護サービス計画書」の使用が微増している。

表Ⅱ-1 ケアプランの使用状況

	2015		2014		2013		2012	
	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%
①ライフサポートワークを使用	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	1,244	80.0	1,114	78.1	1,161	77.6	923	77.3%
③その他	41	2.6	44	3.1	58	3.9	32	2.7%
回答数	1,555		1,427		1,496		1,180	

### (2) 使用しているアセスメント様式

使用しているアセスメント様式では「その他」が 38.2% (536カ所) で最も多いが、その内訳で多数を占めるのが「独自作成」のもの利用で 122カ所である。「全社協版居宅サービスガイドライン」が 20.7% (290カ所)、「センター方式」が 16.3% (229カ所)、「MDS-HC」が 14.9% (209カ所) となっている。複数のアセスメント様式を利用している事業所は 43カ所あった。

表Ⅱ-2 使用しているアセスメント様式

複数回答	該当数	%
①MDS-HC	209	14.9
②包括支援プログラム	178	12.7
③全社協版居宅サービスガイドライン	290	20.7
④日本看護振興財団方式	5	0.4
⑤センター方式	229	16.3
⑥その他	536	38.2
回答数	1,402	

### Ⅲ. 運営推進会議・サービス評価・情報公開について

#### (1) 運営推進会議の構成と人数(平均)

運営推進会議の構成と人数を見ると、総数平均は 9.41 人、その内訳は、住民代表が約 3 割で 2.97 人、家族が 1.77 人、利用者が 1.22 人、地域包括支援センター職員が 0.91 人などとなっている。利用者を委員として構成する割合がわずかだが年々増加していることがわかる。その他の内訳には小学校、警察署、消防署などの関係者、ボランティアなどが記載されている例が多かった。管理者、法人職員などの記載もあった。

表Ⅲ－1 運営推進会議メンバーの数

		2015	2014	2013	2012	2011
		平均値 (人)	平均値 (人)	平均値 (人)	平均値 (人)	平均値 (人)
総数		9.41	9.40	9.44	9.24	9.63
委員 構成	利用者	1.22	1.19	1.14	1.11	0.97
	利用者の家族	1.77	1.86	1.97	1.91	1.98
	地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）	2.97	2.94	2.98	2.96	3.00
	市区町村職員	0.70	0.69	0.70	0.71	0.67
	地域包括支援センター職員	0.91	0.89	0.90	0.87	0.89
	小規模多機能型居宅介護について知見を有する者	0.62	0.61	0.57	0.56	0.59
	社会福祉協議会職員	0.15	0.16	0.17	0.16	0.17
	医師	0.08	0.09	0.09	0.09	0.09
	その他	0.97	0.97	0.92	0.89	1.07

#### (2) 運営推進会議の開催頻度

運営推進会議の開催頻度をみると、年間 6 回（2 か月に 1 回）が最も多く 77.0%を占めた。

表Ⅲ－2 運営推進会議の開催状況

	2015		2014		2013		2012	
	該当数	%	該当数	%	該当数	%	該当数	%
① 7 回以上	58	3.7	51	3.5	41	2.9	41	3.4%
② 6 回	1,211	77.0	1,008	70.0	1,092	76.8	959	78.9%
③ 5 回	111	7.1	94	6.5	111	7.8	97	8.0%
④ 4 回	56	3.6	56	3.9	71	5.0	69	5.7%
⑤ 3 回	57	3.6	64	4.4	56	3.9	27	2.2%
⑥ 2 回	45	2.9	34	2.4	45	3.2	21	1.7%
⑦ 1 回	21	1.3	25	1.7	6	0.4	2	0.2%
⑧ 0 回	13	0.8	109	7.6				
回答数	1,572	100.0	1,441	100.0	1,422	100.0	1,216	1.0

開催回数「4 回以下」と回答した事業所に、その理由を尋ねた結果、最も多かったのは「開設して間もないから」が 113 カ所（61.1%）となっていた。「サービスの提供に忙しく運営推進会議をやっている余裕がない」と回答した事業所も 14.6%（27 か所）あった。

表Ⅲ－3 運営推進会議を定期的に開催していない理由

	2015		2014	
	該当数	%	該当数	%
①開設して間もないから	113	61.1%	132	51.4
②関係者にどのように声掛けし、組織したらよいかかわからないから	3	1.6%	9	3.5
③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから	7	3.8%	8	3.1
④サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから	27	14.6%	37	14.4
⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから	1	0.5%	2	0.8
⑥その他	44	23.8%	94	36.6
回答数	185		257	

(3) 運営推進会議での議題

運営推進会議での議題をみると（複数回答）、前年度と比べてほぼ同様の傾向だが、「事業所のサービス評価に関すること」は減少傾向にあったが、今年度は昨年度の 54.1%から 67.9%へと増加した。

表Ⅲ－4 運営推進会議での議題

運営推進会議での議題	2015		2014		2013		2012	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
①利用者のケース	1,033	65.8	921	62.9	987	65.6	816	68.0%
②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告	1,535	97.8	1,419	96.9	1,458	96.9	1,166	97.2%
③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題	1,222	77.8	1,144	78.1	1,216	80.8	955	79.6%
④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題	1,312	83.6	1,189	81.2	1,250	83.1	1,013	84.4%
⑤メンバー同士の情報交換	1,158	73.8	1,050	71.7	1,053	70.0	837	69.8%
⑥地域・事業所での行事検討	981	62.5	909	62.1	997	66.2	786	65.5%
⑦登録者のケース以外の地域課題	434	27.6	406	27.7	413	27.4	348	29.0%
⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動	412	26.2	356	24.3	388	25.8	357	29.8%
⑨事業所のサービス評価に関すること	1,066	67.9	792	54.1	874	58.1	751	62.6%
⑩事業所と地域の情報交換の場になっている	1,039	66.2	995	68.0	1,044	69.4	834	69.5%
⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している	226	14.4	250	17.1	230	15.3		
⑫その他	61	3.9	66	4.5	79	5.2	78	6.5%
複数回答	事業所数	1,570	1,464	1,505	1,200			

(4) 運営推進会議の開催時間

運営推進会議の開催時間を見ると、30分から60分未満が56.3%と最も多く、次いで60分から90分未満が39.3%となっている。30分未満も2.9%ある。昨年度調査とほぼ同様の結果である。

表Ⅲ－5 運営推進会議の開催時間

	2015		2014	
	該当数	%	該当数	%
①30分未満	22	1.4	35	2.4
②30分から60分未満	880	56.3	851	59.1
③60分から90分未満	615	39.3	538	37.3
④90分以上	46	2.9	42	2.9
回答数	1,563		1,462	

(5) サービス評価について

運営推進会議におけるサービス評価の理解度では「ほぼ理解できている」が55.5%、「理解できている」が15.0%とあわせて7割を超えるが、「あまり理解できていない」も27.1%、「ほとんど理解できていない」も2.4%を占めている。

表Ⅲ－6 運営推進会議におけるサービス評価の理解度

	該当数	%
①理解できている	233	15.0
②ほぼ理解出来ている	861	55.5
③あまり理解できていない	421	27.1
④ほとんど理解できていない	37	2.4
回答数	1,552	

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 65.4% (1018 カ所)、「事業所自己評価」の実施が 61.8% (962 カ所) と過半数を超えた。また「運営推進会議における評価」実施が 38.6% (600 カ所) だった。未実施も 29.4% (459 カ所) と3割にのぼる。

表Ⅲ－7 サービス評価の実施状況

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 79.4% (1222 カ所) と高く、「市町村が参加」が 55.7% (857 カ所) となっていた。「いずれも参加していない」は 3.2% (49 カ所) となった。

表Ⅲ－8 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

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	

運営推進会議における評価の公表での「介護サービス情報公開システム」の活用の状況をみると、「活用している」事業所が 32.1% (490 カ所) となっていた。一方で今後も活用する予定のない事業所は 23.2% (354 カ所) あった。

表Ⅲ－9 「介護サービス情報公開システム」の活用

	該当数	%
①活用している	490	32.1
②活用する予定がある	681	44.7
③活用していない	354	23.2
回答数	1,525	

#### IV. サービスの提供体制およびスタッフの状況について

##### (1) 職員数の状況

職員総数平均は14.23人、常勤が8.61人、非常勤が5.83人、常勤換算で11.28人となっている。非常勤の人数が微増している。各職種別、専従・兼務別の職員数は以下表に示す。

表IV-1 職員数（常勤・非常勤別）の推移

職員数	2015年	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年
職員総数	14.23名	14.21名	14.14名	14.50名	14.17名	13.65名
常勤	8.61	8.66	8.69	8.85	8.75	
非常勤	5.83	5.74	5.46	5.66	5.39	
常勤換算人数	11.28	10.71	10.61	11.41	10.79	

表IV-2 職員の内訳別人数

2015					
職員総数		14.23			
常勤・非常勤		常勤	8.61	非常勤	5.83
常勤換算人数		11.28			
		常勤		非常勤	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
管理者	専従	0.17	0.14		
	兼務	0.84	0.43		
計画作成担当者	専従	0.18	0.16	0.06	0.03
	兼務	0.77	0.40	0.07	0.04
看護職員	専従	0.59	0.49	0.49	0.21
	兼務	0.20	0.11	0.22	0.08
介護職員	専従	6.10	5.06	3.63	1.94
	兼務	1.06	0.60	0.62	0.28
その他	専従	0.25	0.20	0.81	0.36
	兼務	0.21	0.10	0.35	0.12

また、現状の職員数についての状況を確認したところ、足りているとの回答は約6割、足りていないとの回答が約4割となった。「まったく足りていない」事業所は4.6%（71カ所）で平均2.71人足りていないとの結果だった。

表IV-3 職員の充足状況

	該当数	%	平均値（人）
①十分足りている	139	9.1	
②ほぼ足りている	791	51.7	
③あまり足りていない	529	34.6	1.62
④まったく足りていない	71	4.6	2.71
回答数	1,530		

## V. 平成 27 年度報酬改定について

### (1) 総合マネジメント体制強化加算

総合マネジメント体制強化加算を「とっている」割合は 79.8% (1231 カ所) だった。

表V-1 総合マネジメント体制強化加算の取得状況

総合マネジメント体制強化加算	事業所数	%
①加算をとっている	1,231	79.8
②加算をとれるのにとっていない	89	5.8
③加算がとれない	222	14.4
合計	1,542	100.0

総合マネジメント体制強化加算を「とっている」と回答した事業所のうち、それによる業務負担の状況について確認した。「増えていない」が 52.2%、「増えた」が 29.5%、「どちらともいえない」が 18.2%となった。

表V-2 総合マネジメント体制強化加算の取得による業務負担

加算をとっていると回答した事業所	事業所数	%
①加算要件を満たすために業務負担が増えた	355	29.5
②加算要件を満たすための業務負担は増えていない	628	52.2
③どちらともいえない	219	18.2
合計	1,202	100.0

### (2) 訪問体制強化加算

訪問体制強化加算を「とっている」割合は 27.4% (406 カ所) にとどまった。

表V-3 訪問体制強化加算の取得状況

訪問体制強化加算	事業所数	%
①加算をとっている	406	27.4
②加算をとれるのにとっていない	99	6.7
③加算がとれない	979	66.0
合計	1,484	100.0

訪問体制強化加算を「とっている」と回答した事業所のうち、それによる業務負担の状況について確認した。「増えていない」が 45.1%、「増えた」が 38.3%、「どちらともいえない」が 16.6%となった。

表V-4 訪問体制強化加算の取得による業務負担

加算をとっていると回答した事業所	事業所数	%
①加算要件を満たすために業務負担が増えた	169	38.3
②加算要件を満たすための業務負担は増えていない	199	45.1
③どちらともいえない	73	16.6
合計	441	100.0

(3) 看取り連携体制加算

看取り連携体制加算を「とっている」割合は14.1%（120カ所）にとどまった。「対象となる利用者がいなかった」が50.6%となった。

表V-5 看取り連携体制加算の取得状況

4月～10月における看取り連携体制加算	事業所数	%
①加算をとった	120	14.1
②加算をとれるがとらなかった	25	2.9
③加算をとらなかった	274	32.3
④対象となる利用者がいない	430	50.6
合計	849	100.0

(4) 2015年4月～10月における短期利用居宅介護

短期利用居宅介護に活用できる室数の平均は3.37、実際に利用があったとの回答は15.3%（185カ所）だった。利用の際の平均延べ日数は174日だった。

表V-6 短期利用居宅介護に活用することができる室数

	平均値（室）
短期利用居宅介護で活用できる部屋数	3.37

表V-7 短期利用居宅介護の実績（2015年4月～10月）

4月～10月における短期利用居宅介護	該当数	%	平均値（日）
①利用があった	185	15.3	173.11
②利用なし	1,025	84.7	
合計	1,210	100.0	

(5) 登録定員の緩和

制度改定の登録定員の緩和に伴い、2015年4月以降変更をした事業所は34.8%（529カ所）となった。変更後は最大定員の29名への変更がほとんどで、定員変更した事業所の変更前の平均登録定員は24.5人、変更後は28.1人だった。

表V-8 登録定員の変更の有無

登録定員の変更	該当数	%	変更前平均値（人）	変更後平均値（人）
①4月以降登録定員を変更した	529	34.8	24.5	28.1
②変更しない	993	65.2		
合計	1,522	100.0		

(6) 通い定員の緩和

また、通い定員の緩和に伴う変更をした事業所は25.7%（388カ所）となった。通いの定員変更した事業所の変更前の平均登録定員は14.4人、変更後は16.8人だった。

表V-9 登録定員の変更の有無

通い定員の変更	該当数	%	変更前 平均値 (人)	変更後 平均値 (人)
①4月以降登録定員を変更した	388	25.7	14.37	16.84
②変更しない	1,123	74.3		
合計	1,511	100.0		

## (7) 同一建物居住者の登録者数

2015年10月の登録者について、「同一建物居住者以外の登録者に対して行う場合」（同一建物（住宅）がない場合）と、「同一建物居住者の登録者に対して行う場合」（同一建物（住宅）がある場合）の要介護度別の人数を調査した。ここでの同一建物の定義は「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」としている。

「同一建物がない場合の登録者」の平均は18.41人である。「同一建物がある場合の登録者」の平均は「住宅以外の登録者」の平均が8.81人で、「住宅に住む登録者」の平均が11.20人となり、合計すると20.01人となっている。

「同一建物（住宅）がある場合の登録者」には、特に要介護度が4～5の利用者が多く、「住宅に住む登録者」になっている傾向がうかがわれる。

表V-10 同一建物居住者の登録者数

	同一建物（住宅） がない場合 a		同一建物（住宅）がある場合			人数 事業所数285	b/a
	人数 事業所数1,200	住宅以外の登録者	住宅登録者	計 b			
要支援1	0.88	1,171	0.41	0.45	0.86	129	97.7%
要支援2	1.17	1,547	0.49	0.62	1.11	178	94.9%
要介護1	4.60	6,149	2.21	2.79	5.00	796	108.7%
要介護2	4.50	5,996	2.09	2.61	4.70	743	104.4%
要介護3	3.57	4,787	1.76	1.98	3.74	565	104.8%
要介護4	2.25	3,027	1.14	1.54	2.68	439	119.1%
要介護5	1.44	1,928	0.71	1.21	1.92	344	133.3%
合計	18.41	24,605	8.81	11.20	20.01	3,194	108.7%

## (8) 報酬改定による収支の変化

## 1) 報酬改定前の状況

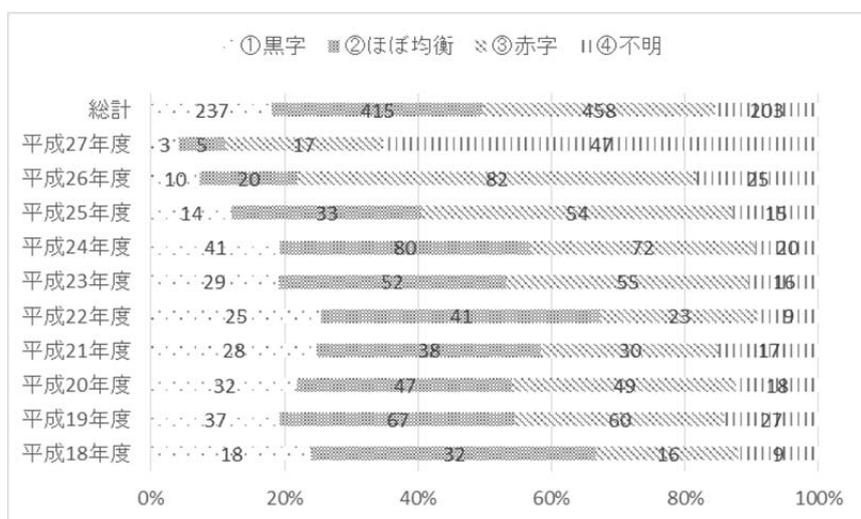
報酬改定前後での収支の状況については、改定前（昨年度）「赤字」が34.7%（497カ所）、「ほぼ均衡している」が31.9%（458カ所）となっている。指定年度別でみると、調査年度の指定事業所については調査時点で判断がつかず「不明」が65.3%を占め、開設後3年目（平成25年度開設）までは「赤字」が半数程度占める。

表V-11 報酬改定前の収支状況

報酬改定前(昨年度)の収支状況	該当数	%
①黒字	256	17.9
②ほぼ均衡している	458	31.9
③赤字	497	34.7
④不明	223	15.6
回答数	1,434	100.0

表V-12 指定年度別にみた改定前の収支の状況

指定年	黒字	ほぼ均衡	赤字	不明	総計
平成18年度	23.0%	40.7%	25.7%	10.6%	100.0%
平成19年度	20.7%	34.0%	30.3%	14.9%	100.0%
平成20年度	20.9%	32.8%	35.1%	11.2%	100.0%
平成21年度	21.6%	35.1%	24.3%	18.9%	100.0%
平成22年度	26.5%	35.0%	31.6%	6.8%	100.0%
平成23年度	18.7%	38.0%	30.5%	12.8%	100.0%
平成24年度	20.2%	37.4%	35.0%	7.4%	100.0%
平成25年度	6.8%	27.4%	53.8%	12.0%	100.0%
平成26年度	8.1%	11.0%	55.9%	25.0%	100.0%
平成27年度	4.3%	4.3%	17.4%	73.9%	100.0%
総計	18.1%	31.6%	34.9%	15.4%	100.0%



図V-1 指定年度別にみた改定前の収支の状況

## 2) 報酬改定後の状況

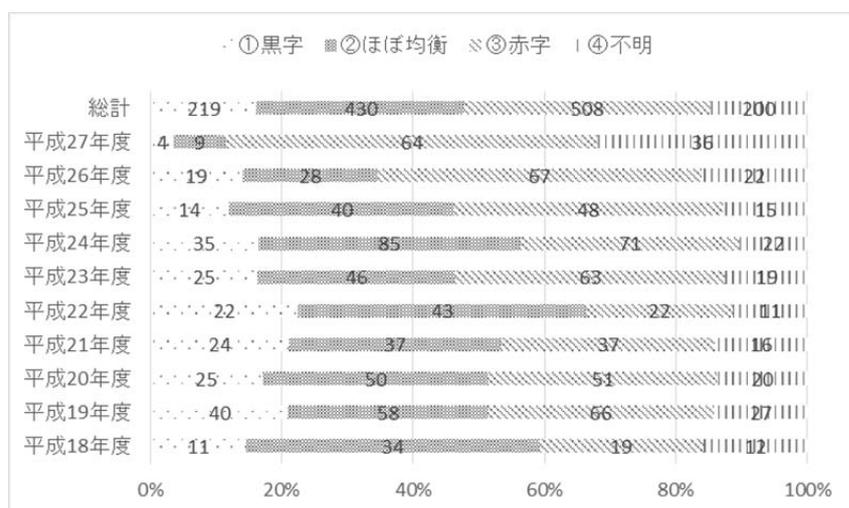
改定後（今年度）は「赤字」が37.4%（554カ所）と改定前と比較して増加し、「ほぼ均衡している」はほぼ同様で31.7%（470カ所）となっている。指定年度別でみると、開設年度が5年目までの事業所は報酬改定によって「黒字」転換の割合が多くなっているが、古いほど「黒字」の割合が減少している。

表V-13 報酬改定後の収支状況

報酬改定後(今年度)の収支状況	事業所数	%
①黒字	236	15.9
②ほぼ均衡している	470	31.7
③赤字	554	37.4
④不明	221	14.9
合計	1,481	100.0

表V-14 指定年度別にみた改定後の収支の状況

指定年	黒字	ほぼ均衡	赤字	不明	総計
平成18年度	15.8%	39.5%	31.6%	13.2%	100.0%
平成19年度	20.7%	31.9%	31.9%	15.4%	100.0%
平成20年度	17.9%	34.3%	35.8%	11.9%	100.0%
平成21年度	18.8%	32.1%	31.3%	17.9%	100.0%
平成22年度	22.2%	38.5%	29.1%	10.3%	100.0%
平成23年度	16.0%	35.1%	35.1%	13.8%	100.0%
平成24年度	16.6%	39.9%	35.6%	8.0%	100.0%
平成25年度	11.0%	29.7%	47.5%	11.9%	100.0%
平成26年度	12.2%	20.3%	47.3%	20.3%	100.0%
平成27年度	4.1%	2.7%	60.8%	32.4%	100.0%
総計	16.2%	31.7%	37.5%	14.7%	100.0%



図V-2 指定年度別にみた改定後の収支の状況

### 3) 収支の変化

収支の変化状況を事業所別にみると、「減益」が31.5%（446カ所）、「ほぼ変わらない」が31.3%（443カ所）となり、「増益」は20.4%（288カ所）となった。

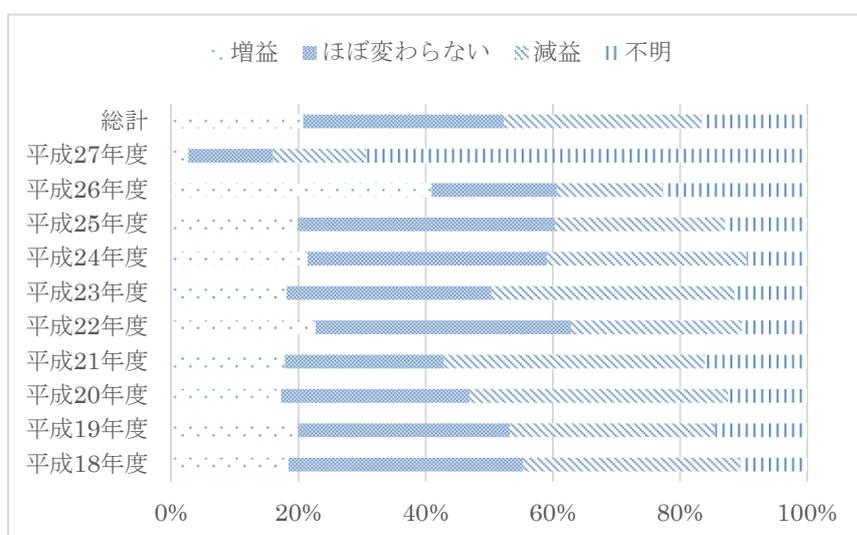
指定年度別にみると年度によりばらつきがあるが、平成24年度以前に開設した事業所では「減益」の事業所割合が比較的多くなっている。

表V-15 収支変化の状況

報酬改定後(今年度)の収支状況	事業所数	%
①増益	288	20.4
②ほぼ変わらない	443	31.3
③減益	446	31.5
④不明	238	16.8
合計	1,415	100.0

表V-16 指定年度別にみた収支変化の状況

指定年	増益	変化なし	減益	不明	総計
平成18年度	19.6%	33.9%	37.5%	8.9%	100.0%
平成19年度	19.0%	32.6%	32.1%	16.3%	100.0%
平成20年度	18.7%	32.1%	38.8%	10.4%	100.0%
平成21年度	14.5%	28.2%	38.2%	19.1%	100.0%
平成22年度	25.4%	34.2%	28.9%	11.4%	100.0%
平成23年度	16.2%	34.6%	38.4%	10.8%	100.0%
平成24年度	23.0%	37.9%	31.7%	7.5%	100.0%
平成25年度	24.1%	37.9%	24.1%	13.8%	100.0%
平成26年度	34.8%	20.5%	14.4%	30.3%	100.0%
平成27年度	2.0%	6.1%	14.3%	77.6%	100.0%
総計	20.7%	31.6%	31.1%	16.5%	100.0%



図V-3 指定年度別にみた収支変化の状況

報酬変動の理由については、「加算が取得できたため」が36.8%（430カ所）、「利用者が増加したため」が31.9%（373カ所）となっており、これらは報酬増、収益増に貢献した要因と考えられる。一方、「人件費の増加のため」が27.6%（323カ所）、「スタッフが確保できないため」が14.8%（173カ所）となっており、これらは減益につながる要因ととらえることができる。

表V-17 収支変化（報酬変動）の理由

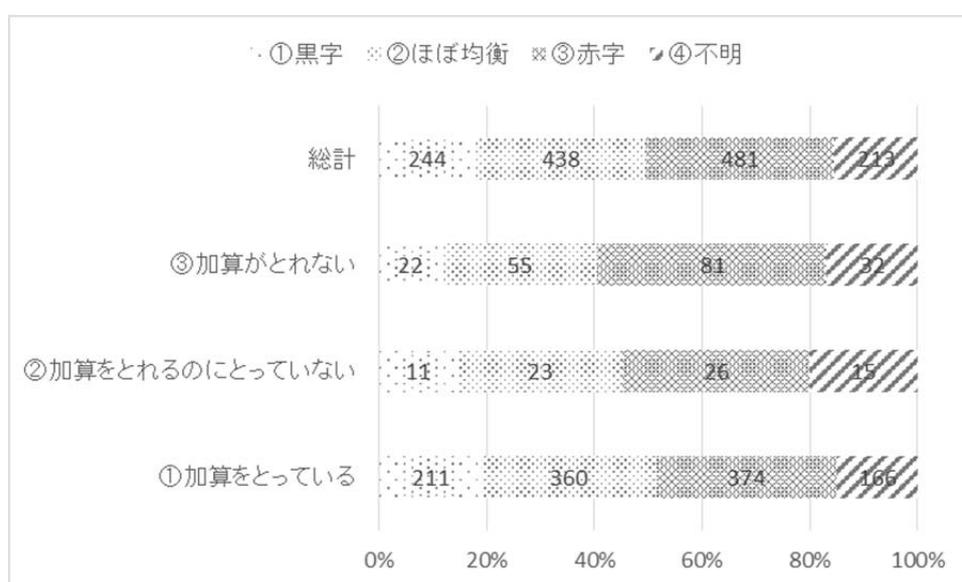
報酬変動の理由	事業所数	%
①加算が取得できたため	430	36.8
②利用者が増加したため	373	31.9
③人件費の増加のため	323	27.6
④スタッフが確保できないため	173	14.8
⑤その他	333	28.5
複数回答	合計	1,169

#### 4) 総合マネジメント体制強化加算と報酬改定前後の状況

総合マネジメント体制強化加算別で報酬改定前後をみると、「加算をとっている」事業所は、ほぼ割合に変化はなく、収支状況に変化はないと感じている。「加算をとれるのにとっていない」「加算がとれない」事業所は改定前後では「黒字」の割合が少なくなり、赤字の割合が多くなっており、収支状況として「赤字」であるという意識が多くなっている。

表V-18 総合マネジメント体制強化加算別にみた改定前の収支の状況

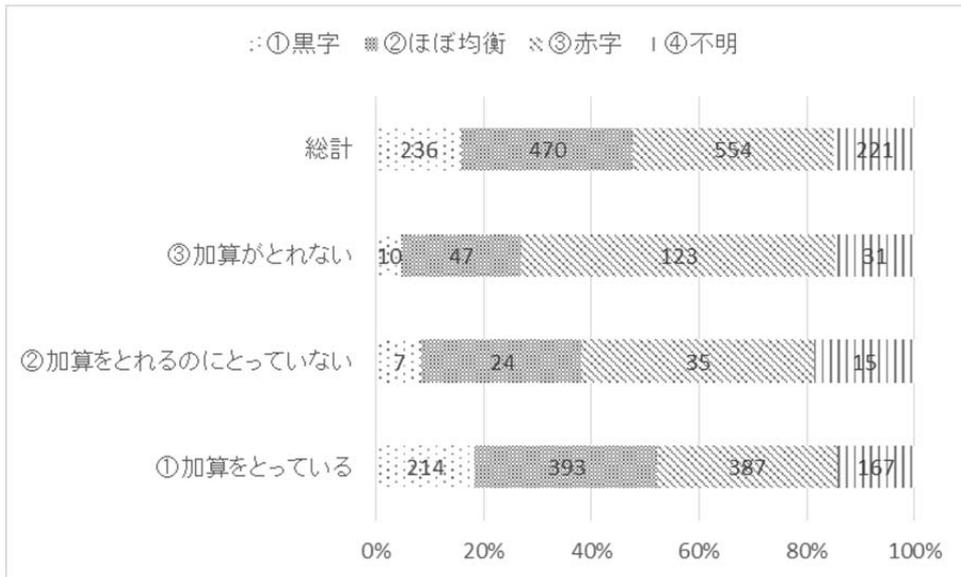
15.総合マネジメント体制加算	①黒字	②ほぼ均衡	③赤字	④不明	総計
①加算をとっている	19.0%	32.4%	33.7%	14.9%	100.0%
②加算をとれるのにとっていない	14.7%	30.7%	34.7%	20.0%	100.0%
③加算がとれない	11.6%	28.9%	42.6%	16.8%	100.0%
総計	17.7%	31.8%	35.0%	15.5%	100.0%



図V-4 総合マネジメント体制強化加算別にみた改定前の収支の状況

表V-19 総合マネジメント体制強化加算別にみた改定後の収支の状況

15.総合マネジメント体制加算	①黒字	②ほぼ均衡	③赤字	④不明	総計
①加算をとっている	18.4%	33.9%	33.3%	14.4%	100.0%
②加算をとれるのにとっていない	8.6%	29.6%	43.2%	18.5%	100.0%
③加算がとれない	4.7%	22.3%	58.3%	14.7%	100.0%
総計	15.9%	31.7%	37.4%	14.9%	100.0%



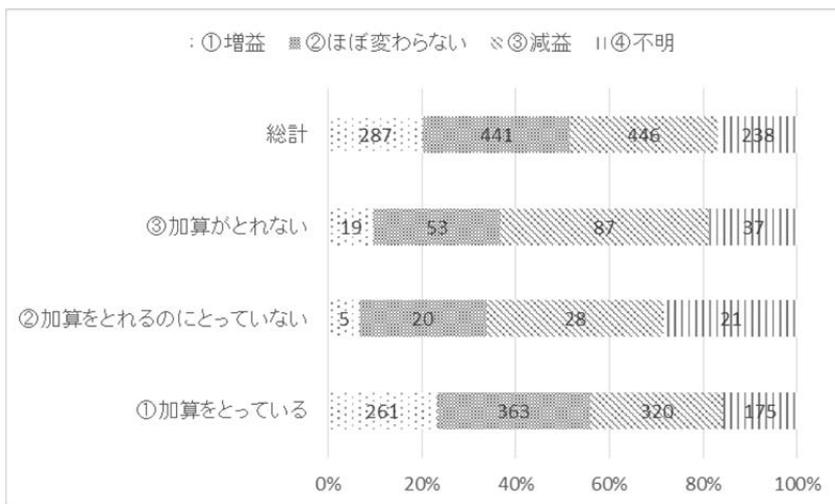
図V-5 総合マネジメント体制強化加算別にみた改定後の収支の状況

5) 総合マネジメント体制強化加算と収支の変化

総合マネジメント体制強化加算別で収支の変化をみると、「加算をとっている」事業所は、「増益」が23.3%、「ほぼ変わらない」が32.4%、「減益」が28.6%となっており、収支の変化について意識が分かれている。一方、「加算がとれない」事業所は「減益」と感じている事業所が44.4%と多くなっている。「加算をとれるのにとっていない」事業所においても「減益」と感じている事業所が37.8%と多くなっている。

表V-20 総合マネジメント体制強化加算別にみた収支の変化

15.総合マネジメント体制加算	①増益	②ほぼ変わらない	③減益	④不明	総計
①加算をとっている	23.3%	32.4%	28.6%	15.6%	100.0%
②加算をとれるのにとっていない	6.8%	27.0%	37.8%	28.4%	100.0%
③加算がとれない	9.7%	27.0%	44.4%	18.9%	100.0%
総計	20.3%	31.2%	31.5%	16.8%	100.0%



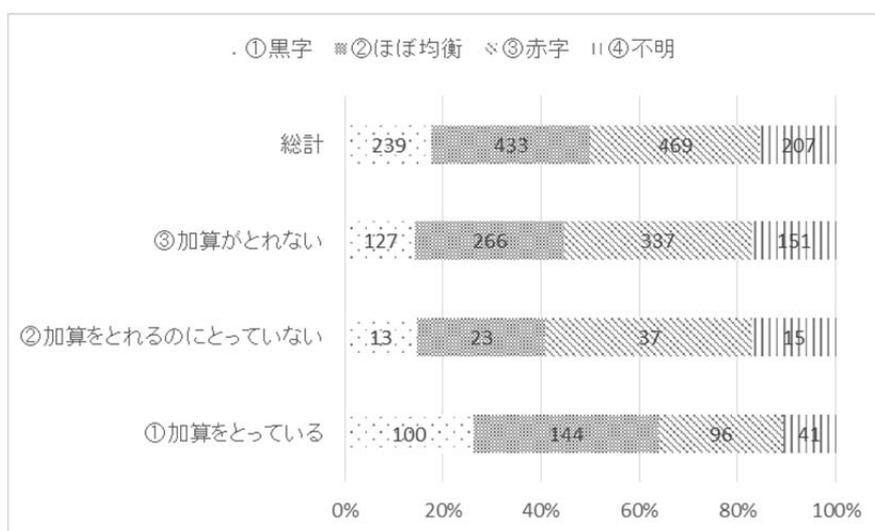
図V-6 総合マネジメント体制強化加算別にみた収支の変化

6) 訪問体制強化加算と報酬改定前後の状況

訪問体制強化加算別で報酬改定前後をみると、「加算をとっている」事業所は、「赤字」の割合が少なくなり、「黒字」「ほぼ均等」の割合が少し多くなっている。「加算をとれるのにとっていない」事業所は改定前後では「黒字」「ほぼ均等」「赤字」の割合が微増となっており、加算をとってもとらなくても変化なしと考えていると推測される。「加算がとれない」事業所は改定前後では「黒字」の割合が2%強減り、「赤字」の割合が10%ほど多くなっている。

表V-21 訪問体制強化加算別にみた改定前の収支の状況

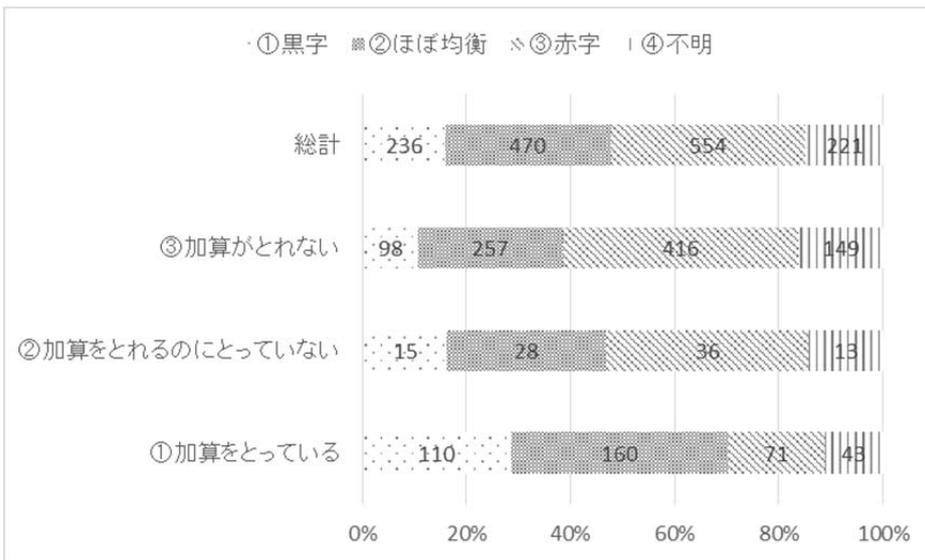
16.訪問体制加算	①黒字	②ほぼ均等	③赤字	④不明	総計
①加算をとっている	24.6%	35.5%	23.6%	10.1%	100.0%
②加算をとれるのにとっていない	13.1%	23.2%	37.4%	15.2%	100.0%
③加算がとれない	13.0%	27.2%	34.4%	15.4%	100.0%
総計	16.1%	29.2%	31.6%	13.9%	100.0%



図V-7 訪問体制強化加算別にみた改定前の収支の状況

表V-22 訪問体制強化加算別にみた改定後の収支の状況

16.訪問体制加算	①黒字	②ほぼ均等	③赤字	④不明	総計
①加算をとっている	28.6%	41.7%	18.5%	11.2%	100.0%
②加算をとれるのにとっていない	16.3%	30.4%	39.1%	14.1%	100.0%
③加算がとれない	10.7%	27.9%	45.2%	16.2%	100.0%
総計	15.9%	31.7%	37.4%	14.9%	100.0%



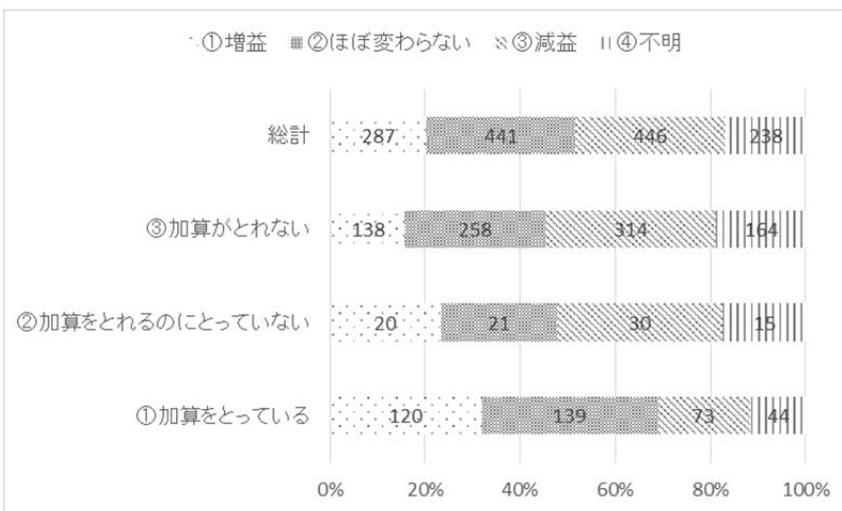
図V-8 訪問体制強化加算別にみた改定後の収支の状況

### 7) 訪問体制強化加算と収支の変化

訪問体制強化加算別で収支の変化をみると、「加算をとっている」事業所は、「増益」が31.9%（120事業所）、「ほぼ変わらない」が37.0%（139事業所）となり、合わせると68.9%となっている。一方、「加算がとれない」事業所は「減益」が44.4%（314事業所）、「加算をとれるのにとっていない」事業所は「減益」が34.9%（30事業所）と割合が多くなっている。

表V-23 訪問体制強化加算別にみた収支の変化

16.訪問体制加算	①増益	②ほぼ変わらない	③減益	④不明	総計
①加算をとっている	31.9%	37.0%	19.4%	11.7%	100.0%
②加算をとれるのにとっていない	23.3%	24.4%	34.9%	17.4%	100.0%
③加算がとれない	15.8%	29.5%	35.9%	18.8%	100.0%
総計	20.3%	31.2%	31.5%	16.8%	100.0%



図V-9 訪問体制強化加算別にみた収支の変化

8) 改定前の収支の状況別にみた改定後の収支と改定前後の収支の変化

改定前「赤字」の事業所が、改定前後の収支の変化を「増益」32.6%と感じているにもかかわらず、改定後の収支状況は「黒字」9.3%「ほぼ均等」14.7%と感じており、74.5%もの事業所が改定後も「赤字」と感じている。

表V-24 改定前の収支状況別にみた改定後の収支の状況

改定前の収支	改定後の収支					総計
	黒字	ほぼ均等	赤字	不明	不明	
黒字	62.1%	23.8%	12.9%	1.2%	100.0%	
ほぼ均等	6.1%	71.6%	21.0%	1.3%	100.0%	
赤字	9.3%	14.7%	74.4%	1.6%	100.0%	
不明	0.4%	2.2%	8.5%	88.8%	100.0%	
総計	15.9%	31.7%	37.4%	14.9%	100.0%	

表V-25 改定前の収支状況別にみた改定前後の収支の変化

改定前の収支	報酬改定前後の収支の変化					総計
	増益	ほぼ変わらない	減益	不明	不明	
黒字	28.8%	24.8%	44.4%	2.0%	100.0%	
ほぼ均等	11.7%	55.6%	30.7%	2.0%	100.0%	
赤字	32.6%	26.8%	36.4%	4.4%	100.2%	
不明	2.3%	1.4%	5.9%	90.4%	100.0%	
総計	20.3%	31.2%	31.6%	16.9%	100.0%	

9) 同一建物居住者有無別にみた改定前後の収支の変化

同一建物居住者ありの場合の事業所と同一建物居住者がなしの場合の事業所により、報酬改定前後の収支の変化をみると、「なし」では「増益」が30.1%、「減益」35.6%となっており、「あり」では「増益」が15.0%、「減益」35.6%となっている。

同一建物居住者の登録者の場合と同一建物以外の登録者による報酬の改定により「あり」の場合と「なし」の場合を比べると、「あり」の事業所が「減益」と感じる事業所が多いと推測したが、「あり」の事業所が5.5%ほど多くにとどまった。

表V-26 同一建物居住者有無別にみた改定前後の収支の変化

同一建物居住者有無	報酬改定前後の収支の変化				総計
	増益	ほぼ変わらない	減益	不明	
あり	15.0%	29.6%	35.6%	19.8%	100.0%
なし	21.8%	32.5%	30.1%	15.6%	100.0%
総計	20.5%	32.0%	31.1%	16.4%	100.0%

※ここでの同一建物の定義は「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」としている。

(9) サービス費の2割負担の影響

平成27年8月よりサービス費の利用者負担が1割から一定以上の所得者に対しては2割の負担が求められるようになった。

各事業所での2割負担者の有無と数を調べたところ、「いる」事業所は65.8% (979カ所) で平均1.92人となった。

表V-27 2割負担の該当者

平成27年10月時点での登録者の中での2割負担者	事業所数	%	平均値(人)
①2割負担の登録者がいる	979	65.8	1.92
②2割負担の登録者はいない	509	34.2	
合計	1,488	100.0	

2割負担となったことで利用を中止した登録者が「いる」と回答のあった事業所は80カ所 (7.2%) あった。

表V-28 2割負担該当者のうち利用中止に至ったもの

8月から2割負担になった登録者で利用を中止したもの	事業所数	%	平均値(人)
①中止した登録者がいる	80	7.2	1.13
②中止した登録者はいない	1,034	92.8	
合計	1,114	100.0	

## VI. 医療との連携

### (1) 医療連携の具体的内容

医療との連携において具体的にどのようなことを行っているかでは、「緊急時の連絡」が最も多く 87.5% (1,331 カ所)、「服薬状況」が 76.1% (1,159 カ所) などとなっている。「日々のケアの報告」は約過半の 52.8% (803 カ所) となっている。

表VI-1 医療連携の具体的内容

医療との連携の具体	事業所数	%
①治療方針の確認	990	65.0
②日々のケアの報告	803	52.8
③緊急時の連絡	1,331	87.5
④服薬状況	1,159	76.1
⑤利用者の暮らしぶりの説明・報告	926	60.8
複数回答	合計	1,522

### (2) 登録者のかかりつけ医

登録者のかかりつけ医の状況を、「往診・訪問診療を行っているかどうか」、さらに「入院設備があるかどうか」で類型した。登録者全体の 49.0% が「往診・訪問診療をしていない病院・診療所」がかかりつけ医となっている。「往診・訪問診療をしている病院・診療所」で「入院設備があるところ」、「往診・訪問診療をしている病院・診療所」で「入院設備がないところ」、「往診・訪問診療をしていない病院・診療所」で「入院設備があるところ」、「往診・訪問診療をしていない病院・診療所」で「入院設備がないところ」いずれも 6~7 人いる状況だった。

表VI-2 かかりつけ医の訪問診療および入院設備の状況と登録者数

登録者のかかりつけ医	①入院設備のある 病院・診療所 平均(人数)	②入院設備のない 病院・診療所 平均(人数)	合計	割合
①往診・訪問診療をしている病院・診療所	6.15 (4,183)	6.78 (6,573)	12.93	45.1%
②往診・訪問診療をしていない病院・診療所	7.77 (7,809)	6.28 (5,630)	14.05	49.0%
③不明	1.69 (358)		1.69	5.9%
			28.66	100.0%

### (3) かかりつけ医との連携

かかりつけ医との連携状況をみると「おおむね連携が図られている」事業所が 74.2% (1,136 カ所) となっているが、「ほとんど連携が図られていない」も 10.8% (166 カ所)、「まったく連携が図られていない」も 2.3% (35 カ所) あった。

表VI-3 かかりつけ医との連携状況

かかりつけ医との連携状況	事業所数	%
①十分に連携が図られている	195	12.7
②おおむね連携が図られている	1,136	74.2
③ほとんど連携が図られていない	166	10.8
④まったく連携が図られていない	35	2.3
	回答数	1,532
		100.0

#### (4) 訪問看護・訪問リハビリの状況

調査時点（2015年10月）での訪問看護と訪問リハビリの状況については、「訪問看護ステーション（リハビリを除く）」の利用は302カ所（19.1%）で利用の平均人数は2.04人だった。「訪問看護ステーション（リハビリを含む）」の利用は218カ所（13.8%）で利用の平均人数は2.22人だった。「訪問リハビリテーション」の利用は191カ所（12.1%）で利用の平均人数は1.75人だった。

表VI-4 訪問看護・訪問リハビリの状況

訪問看護・訪問リハビリの実施状況(10月)	事業所数	%	平均値(人)
①訪問看護ステーション（リハビリを除く）	302	19.1	2.04
②訪問看護ステーション（リハビリを含む）	218	13.8	2.22
③訪問リハビリテーション	191	12.1	1.75
事業所総数	1,583		

#### (5) 看取りの状況（ケース数）

過去1年間での看取りを行ったケースについて調査した。看取りがなかった事業所は全体の66.6%（1,055カ所）だった。全事業所の平均ケース数は0.8人で、多くの事業所が1～2人のケースだった。

表VI-5 看取りケース数（2014年10月1日～2015年9月30日実績）

看取りケース数	事業所数	割合
0	1,055	66.6%
1	244	15.4%
2	133	8.4%
3	60	3.8%
4	34	2.1%
5	16	1.0%
6	14	0.9%
7	7	0.4%
8	5	0.3%
9	4	0.3%
10	1	0.1%
11	3	0.2%
12	1	0.1%
14	1	0.1%
15	2	0.1%
16	1	0.1%
19	1	0.1%
21	1	0.1%
総計	1,583	100.0%
平均（人）	0.80	

看取りを行ったケースがある事業所について、さらに詳細をみると「安定期から死亡まで事業所が関わったケース」は361事業所で654件あった。そのうち「死亡場所が事業所」だったケースは235事業所394件となっていた。

「安定期から事業所が関わり、終末期及び臨死期に居宅サービスに移行したケース」があった事業所は58事業所で計98ケースとなった。「安定期から事業所が関わり、臨死期に病院に入院したケース」は128事業所で計184ケースあった。「安定期から事業所が関わり、終末期及び以降は病院に入院したケース」は169事業所、271ケースあった。

表VI-6 看取りケースの内容別件数

看取りを行ったケース	事業所数	件数	平均
安定期から死亡まで事業所が関わったケース	361	654	1.81
うち死亡場所は事業所	235	394	1.68
うち死亡場所は自宅	173	260	1.50
安定期から事業所が関わり、終末期及び臨死期に居宅サービスへ移行したケース	58	98	1.69
安定期から事業所が関わり、臨死期に病院に入院したケース	128	184	1.44
安定期から事業所が関わり、終末期以降は病院に入院したケース	169	271	1.60
その他	29	63	2.17
	ケース合計平均		2.41

## (6) 看取りの方針と体制

## 1) 看取りの実施方針

事業所としての看取りの方針や体制については、過半の事業所で「看取りをしようと考えている（すでにしている）」(52.8%、812カ所) となっているが、「考えていない」事業所も23.9% (367カ所) あった。

表VI-7 看取りケースの実施方針

事業所での看取りの実施について	事業所数	%
①看取りをしようと考えている（または、すでにしている）	812	52.8
②看取りをしようとは考えていない	367	23.9
③わからない	359	23.3
合計	1,538	100.0

## 2) 職員の看取りに関する知識

職員の看取りに関する知識では、「ほとんどの職員に知識がない」事業所が最も多く60.0% (914カ所) となった。「すべての職員に知識がある」事業所は2.7% (41カ所) だった。

表VI-8 職員の看取りに関する知識

職員の看取りに関する知識	事業所数	%
①全ての職員に知識がある	41	2.7
②ほとんどの職員に知識がある	498	32.7
③ほとんどの職員に知識がない	914	60.0
④知識がない	71	4.7
合計	1,524	100.0

## 3) 職員の看取りに関する共通認識

職員全体での看取りに関する共通認識は、「ある」と回答した事業所が39.0% (595カ所)、「ない」と回答した事業所が61.0% (931カ所) となった。

表VI-9 職員の看取りに関する共通認識

職員全体での看取りに関する共通認識	事業所数	%
①共通認識がある	595	39.0
②共通認識がない	931	61.0
合計	1,526	100.0

4) 看取りのために訪問してくれる医師

看取りのために訪問してくれる医師の状況では、「いない」事業所が 32.6%（488 カ所）、  
「複数人いる」事業所が 31.0%（464 カ所）などとなった。

表VI-10 看取りのために訪問してくれる医師

看取りのために訪問してくれる医師の有無	事業所数	%
①複数人いる	464	31.0
②1人いる	544	36.4
③いない	488	32.6
合計	1,496	100.0

「看取りを考えている（もしくは実施中）」事業所では、訪問してくれる医師が「複数人いる」ことが多く、「看取りは考えていない」事業所では訪問してくれる医師が「いない」との回答が多い。

表VI-11 看取りの対応と訪問してくれる医師の有無との関係

看取りへの対応	訪問してくれる医師			総計
	複数人いる	一人いる	いない	
看取りを考えている（実施中）	351	344	102	797
	44.0%	43.2%	12.8%	100.0%
看取りは考えていない	57	82	209	348
	16.4%	23.6%	60.1%	100.0%
わからない	52	112	174	338
	15.4%	33.1%	51.5%	100.0%
総計	460	538	485	1483
	31.0%	36.3%	32.7%	100.0%

5) 看取りのために訪問してくれる訪問看護事業所

看取りのために訪問してくれる訪問看護事業所の状況では、「ない」事業所が 42.4%（625 カ所）、  
「複数ある」事業所が 27.5%（406 カ所）などとなった。

表VI-12 看取りのために訪問してくれる訪問看護事業所

看取りのために訪問してくれる訪問看護事業所の有無	事業所数	%
①複数ある	406	27.5
②1事業所のみある	444	30.1
③ない	625	42.4
合計	1,475	100.0

「医師」の有無同様、「看取りを考えている（実施中）」事業所では訪問してくれる訪問看護事業所があるところが多く、逆に「看取りを考えていない」事業所では 60.8%で訪問看護事業所との連携が十分ではない状況が明らかになった。

表VI-13 看取りの対応と訪問してくれる訪問看護事業所の有無との関係

看取りへの対応	訪問してくれる訪問看護事業所			総計
	複数になる	1カ所ある	ない	
看取りを考えている（実施中）	275	273	235	763
	35.1%	34.9%	30.0%	100.0%
看取りは考えていない	66	69	209	344
	19.2%	20.1%	60.8%	100.0%
わからない	64	95	177	336
	19.0%	28.3%	52.7%	100.0%
総計	405	437	621	1463
	27.7%	29.9%	42.4%	100.0%

6) 事業所内看護師の看取りへの対応

事業所内の看護師の看取り対応が「できる」と回答したのは56.1%（843カ所）となっていた。

表VI-14 事業所内看護師の看取り対応

事業所内の看護師の看取り対応	事業所数	%
①対応できる	843	56.1
②対応できない	661	43.9
合計	1,504	100.0

## Ⅶ. 地域に対する取り組み

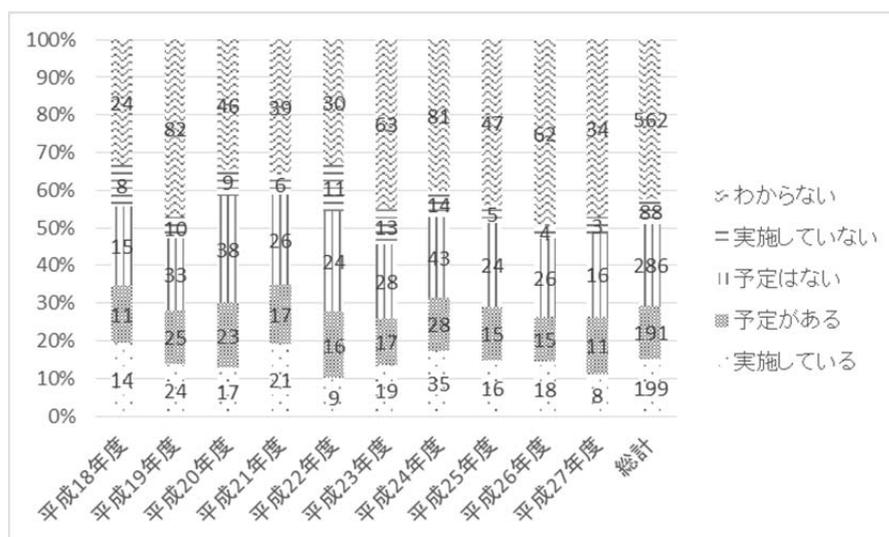
### (1) 地域支援事業

市町村の地域支援事業への事業所の取り組み（予定含）については、「実施している」が14.8%（218カ所）、「予定がある」が14.8%（217カ所）、「実施予定なし」が21.3%（313カ所）などとなった。「わからない」との回答が最も多く42.6%（626カ所）となっており、市町村の地域支援事業への理解が十分ではない状況がうかがわれる。

表Ⅶ－1 地域支援事業への取り組み状況

事業所での地域支援事業への取組み(予定含)	事業所数	%
①地域支援事業を実施している	218	14.8
②地域支援事業を実施する予定がある	217	14.8
③地域支援事業を実施する予定はない	313	21.3
④市町村が実施していない	95	6.5
⑤わからない	626	42.6
合計	1,469	100.0

開設年度別にみても、開設年度による対応における一定の傾向はみられなかった。



図Ⅶ－1 開設年度別にみた地域支援事業への取り組み状況

### (2) 登録者以外への個別支援

登録者以外に対する個別支援の実施状況については、「実施している」が19.9%（302カ所）となった。

表Ⅶ－2 登録者以外への個別支援の実施

登録者以外に対する個別支援の実施	2015年度		2014年度	
	事業所数	%	事業所数	%
①登録者以外の支援をしている	302	19.9	305	22.0
②していない	1,196	78.9	977	70.5
③その他	18	1.2	103	7.4
合計	1,516	100.0	1,385	100.0

登録者以外に対する個別支援をしている際の担当職員については、「管理者」が64.5%（273カ所）と最も多かったが、昨年度調査と比べると減少した。「計画作成担当者」「介護職員」とも昨年度比で減少しており、「看護職員」は微増した。

表VII-3 登録者以外への個別支援担当職員

登録者以外の個別支援している際の担当職員	2015年度		2014年度	
	事業所数	%	事業所数	%
①管理者	273	64.5	321	75.2
②計画作成担当者	228	53.9	282	66.0
③介護職員	227	53.7	272	63.7
④看護職員	154	36.4	152	35.6
⑤その他の職員	42	9.9	42	9.8
複数回答 合計	423		427	

登録者以外に対する個別支援の内容については、「安否確認」が最も多く57.3%（185カ所）、「外出支援」が20.7%（67カ所）などとなった。「安否確認」は昨年度調査比で10ポイント上昇した。「会食会」「外出支援」なども微増した。

表VII-4 登録者以外への個別支援の内容

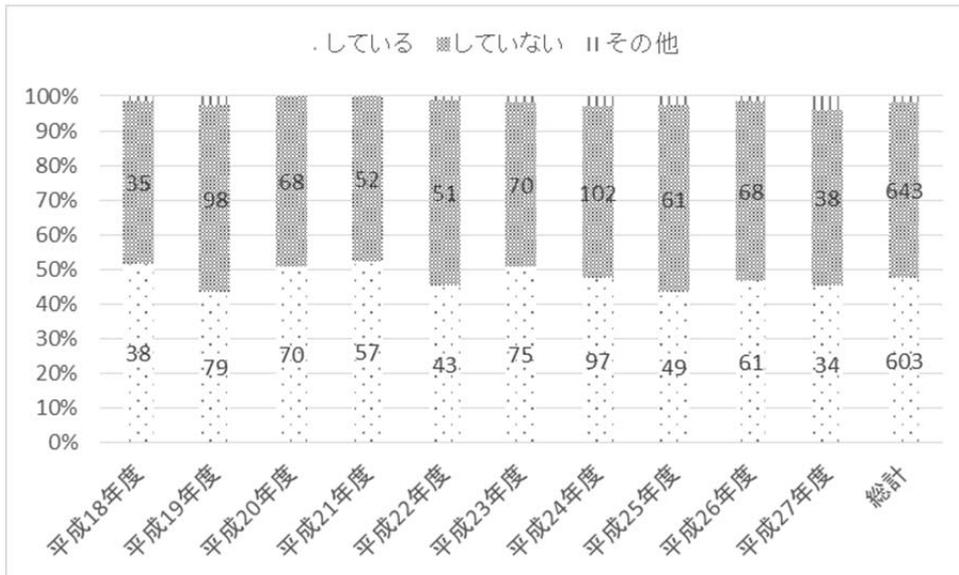
登録者以外の個別支援の内容	2015年度		2014年度	
	事業所数	%	事業所数	%
①配食サービス	68	21.1	85	19.9
②会食会	57	17.6	62	14.5
③安否確認	185	57.3	202	47.3
④家事援助のような生活支援	34	10.5	40	9.4
⑤外出支援	67	20.7	78	18.3
⑥直接介護支援	27	8.4	38	8.9
⑦DV等の緊急受入れ	36	11.1	46	10.8
⑧その他	114	35.3	185	43.3
複数回答 合計	323		414	

### (3) 地域に対する取り組み

介護保険サービス以外の事業や取り組みを「している」事業所は46.6%（713カ所）で、昨年度調査比で約5ポイント上昇した。開設年別にみると平成24年度以前に開設（開設4年目以前）した事業所ではおおむね50%の実施率だが、開設間もない事業所では実施している事業所は35～45%程度となっている。

表VII-5 介護保険サービス以外の事業や取り組みの実施

介護保険サービス以外の事業や取り組み	2015年度		2014年度	
	事業所数	%	事業所数	%
①している	713	46.6	583	41.2
②していない	790	51.6	765	54.1
③その他	28	1.8	66	4.7
合計	1,531	100.0	1,414	100.0



図VII-2 開設年度別にみた介護保険サービス以外の事業の取り組み状況

地域に対する介護保険サービス以外の事業や取り組みを「している」際の担当職員は、「管理者」が最も多く 87.4%（737 カ所）、「介護職員」が 67.5%（569 カ所）などとなった。昨年度調査比で、「計画作成担当者」は約 6 ポイント増、「看護職員」は約 4 ポイント増、「専属の職員」も約 2 ポイント増となった。

表VII-6 地域に対する取り組みの担当職員

地域に対する取組みの際の担当職員	2015年度		2014年度	
	事業所数	%	事業所数	%
①管理者	737	87.4	710	86.3
②計画作成担当者	554	65.7	489	59.4
③介護職員	569	67.5	565	68.7
④看護職員	293	34.8	251	30.5
⑤専属の職員（ボランティアコーディネーターや地域コーディネーター）	45	5.3	29	3.5
⑥その他の職員	77	9.1	80	9.7
複数回答 合計	843		823	

事業所のある地域に対する取り組みの具体的内容については、全体の 63.1%（987 カ所）の事業所が何らかの取り組みをしており、内訳では「介護相談」が 49.7%（491 カ所）、「地域の清掃活動」47.5%（469 カ所）、「認知症の勉強会・啓発事業」が 35.4%（349 カ所）などとなっている。特に昨年度調査と比べて増加したのは、「認知症カフェや喫茶、食堂」で 8.4%から 14.8%となった。介護人材の不足もあってか、「登録者を支えるボランティア募集」も 13.7%から 15.6%へと微増した。

表VII-7 地域に対する取り組みの具体的内容

地域に対する取り組みの具体	2015年度		2014年度	
	事業所数	%	事業所数	%
①登録者以外のサロン	221	22.4	152	18.6
②地域資源マップ作り	50	5.1	50	6.1
③認知症の勉強会・啓発事業	349	35.4	305	37.3
④介護講座（事業所にて）	166	16.8	147	18.0
⑤介護講座（事業所以外）	171	17.3	181	22.2
⑥認知症カフェや喫茶、食堂	146	14.8	69	8.4
⑦銭湯（浴室の解放）	18	1.8	15	1.8
⑧地域の清掃活動	469	47.5	397	48.6
⑨ボランティア養成講座の開催	38	3.9	31	3.8
⑩地域の団体・サークルの事務局	43	4.4	36	4.4
⑪登録者を支えるボランティアの募集	154	15.6	112	13.7
⑫介護相談	491	49.7		
⑬その他	194	19.7	186	22.8
複数回答	合計	987	817	

一方、利用者の自宅周辺地域に対する取り組みでは、全体の38.0%（594カ所）の事業所が何らかの取り組みをしており、内訳では「介護相談」（47.8%）、「地域の清掃活動」（33.0%）、「認知症の勉強会・啓発事業」32.5%などが比較的高い割合となった。

表VII-8 利用者の自宅周辺地域に対する取り組みの具体的内容

利用者の自宅周辺地域に対する取り組みの具体	事業所数	%
①登録者以外のサロン	122	20.5
②地域資源マップ作り	37	6.2
③認知症の勉強会・啓発事業	193	32.5
④介護講座（事業所にて）	74	12.5
⑤介護講座（事業所以外）	110	18.5
⑥認知症カフェや喫茶、食堂	76	12.8
⑦銭湯（浴室の解放）	6	1.0
⑧地域の清掃活動	196	33.0
⑨ボランティア養成講座の開催	25	4.2
⑩地域の団体・サークルの事務局	24	4.0
⑪登録者を支えるボランティアの募集	86	14.5
⑫介護相談	284	47.8
⑬その他	56	9.4
複数回答	合計	594

## VIII. ケアマネジメントの特徴

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントの特徴として事業所内に介護支援専門員（計画作成担当者）を配置している特徴を尋ねた（複数回答）。「利用者の変化に、すぐ柔軟な対応ができる」が92.5%、「利用者の日々の様子がわかる」が89.0%と特に高い割合を示した。「利用者の地域に関わりやすい」は42.5%となった。

表VIII-1 事業所内の介護支援専門員を配置していることでの特徴

事業所内に介護支援専門員(計画作成担当者)を配置している特徴	事業所数	%
①利用者の日々の様子が分かる	1,373	89.0
②利用者の情報量（むかしのことなど）が豊富に入る	949	61.5
③利用者の変化に、すぐ気づくことができる	1,272	82.5
④利用者の変化に、すぐ柔軟な対応ができる	1,426	92.5
⑤家族との関係が密である	1,283	83.2
⑥ほかの職員とのミーティング（話し合い）が頻繁にできる	1,240	80.4
⑦利用者の地域に関わりやすい	656	42.5
⑧その他	52	3.4
⑨特徴はない	18	1.2
複数回答	合計	1,542

## IX. 個票による利用者属性の分析

個票調査で得られた 28,620 人（1,501 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 73.4% を占める。経年的にみてもこの傾向はほぼ変化ない。

表IX-1 利用者の男女比（調査年別）

男女比	2015	2014	2013	2012	2011	2010
女	73.4%	73.1%	72.7%	73.2%	73.1%	72.4%
男	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

N=28,576 N=26,561

### (2) 平均年齢

女性利用者の平均年齢は 85.33 歳、男性の平均年齢は 82.66 歳となっている。過去 5 年間との変化をみると、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IX-2 利用者の平均年齢（調査年別）

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

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 24.9%、ついで「要介護 2」で 24.5% となっている。昨年度と逆転した。「要支援 1, 2」が微増となっている。

表IX-3 利用者の要介護度（調査年別）

介護度	2015	2014	2013	2012	2011	2010
要支援1	4.6%	4.2%	4.2%	3.3%	3.7%	4.4%
要支援2	6.0%	5.4%	5.5%	5.0%	5.1%	5.1%
要介護1	24.9%	24.1%	22.9%	21.9%	21.3%	21.6%
要介護2	24.5%	24.5%	24.8%	25.0%	24.9%	24.2%
要介護3	19.4%	20.0%	20.4%	21.8%	20.9%	22.1%
要介護4	12.4%	13.6%	13.8%	14.2%	15.1%	14.9%
要介護5	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%

N=28,561 N=26,517

(4) 日常生活自立度

もっとも多いのは「A2」で26.5%、ついで「A1」で23.9%である。経年的にみても大きな変化はない。

表IX-4 利用者の日常生活自立度（調査年別）

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

N=25,527 N=24,512

(5) 認知症

もっとも多いのは「Ⅱb」で23.6%、ついで「Ⅲa」で22.2%である。昨年度とほぼ同様の傾向であるが、「Ⅳ」「M」の重度認知症の割合が微減している。

表IX-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	2015	2014	2013	2012	2011	2010
自立	7.2%	7.5%	7.6%	7.0%	7.0%	5.6%
I	15.0%	14.2%	14.2%	13.5%	14.0%	14.2%
Ⅱa	13.5%	13.8%	13.5%	14.1%	13.7%	14.4%
Ⅱb	23.6%	23.4%	23.5%	22.4%	22.3%	21.9%
Ⅲa	22.2%	22.0%	21.8%	23.0%	22.8%	22.0%
Ⅲb	7.5%	7.4%	7.7%	7.8%	8.0%	8.6%
Ⅳ	9.2%	9.8%	9.8%	10.2%	10.1%	10.9%
M	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%

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IX-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	202	375	285	186	31	13	1		1,093
要支援2	194	437	403	376	69	18	1		1,498
要介護1	458	1,576	1,919	1,778	357	136	19	3	6,246
要介護2	266	953	1,812	2,090	771	325	38	8	6,263
要介護3	105	416	1,181	1,523	848	814	85	27	4,999
要介護4	38	98	376	593	571	1,168	272	143	3,259
要介護5	6	39	121	218	216	703	301	541	2,145
h.審査中				2					2
総計	1,269	3,894	6,097	6,766	2,863	3,177	717	722	25,505

	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	0.8%	1.5%	1.1%	0.7%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	4.3%
要支援2	0.8%	1.7%	1.6%	1.5%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	5.9%
要介護1	1.8%	6.2%	7.5%	7.0%	1.4%	0.5%	0.1%	0.0%	24.5%
要介護2	1.0%	3.7%	7.1%	8.2%	3.0%	1.3%	0.1%	0.0%	24.6%
要介護3	0.4%	1.6%	4.6%	6.0%	3.3%	3.2%	0.3%	0.1%	19.6%
要介護4	0.1%	0.4%	1.5%	2.3%	2.2%	4.6%	1.1%	0.6%	12.8%
要介護5	0.0%	0.2%	0.5%	0.9%	0.8%	2.8%	1.2%	2.1%	8.4%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
総計	5.0%	15.3%	23.9%	26.5%	11.2%	12.5%	2.8%	2.8%	100.0%

(7) 要介護度と認知症

もっとも多いのは「要介護1-Ⅱb」の利用者で全体の8.3%を占める。大きな傾向に変化はない。

表IX-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	332	481	187	143	40	4	5	1	1,193
要支援2	487	731	195	115	39	6	1	2	1,576
要介護1	380	1,081	1,356	2,207	1,124	246	167	43	6,604
要介護2	373	833	993	1,947	1,522	433	324	59	6,484
要介護3	195	454	499	1,135	1,585	613	565	107	5,153
要介護4	110	286	282	547	1,043	414	573	81	3,336
要介護5	46	103	83	182	527	272	808	175	2,196
h.審査中		2							2
総計	1,923	3,971	3,595	6,276	5,880	1,988	2,443	468	26,544

	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%	0.5%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%
要支援2	1.8%	2.8%	0.7%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.9%
要介護1	1.4%	4.1%	5.1%	8.3%	4.2%	0.9%	0.6%	0.2%	24.9%
要介護2	1.4%	3.1%	3.7%	7.3%	5.7%	1.6%	1.2%	0.2%	24.4%
要介護3	0.7%	1.7%	1.9%	4.3%	6.0%	2.3%	2.1%	0.4%	19.4%
要介護4	0.4%	1.1%	1.1%	2.1%	3.9%	1.6%	2.2%	0.3%	12.6%
要介護5	0.2%	0.4%	0.3%	0.7%	2.0%	1.0%	3.0%	0.7%	8.3%
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%	15.0%	13.5%	23.6%	22.2%	7.5%	9.2%	1.8%	100.0%

(8) 日常生活自立度と認知症

もっとも多いのは「A2－Ⅱb」の利用者で全体の7.1%を占める。昨年度と比較しても大きな変化はない。

表IX－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	193	432	183	221	114	58	37	13	1,251
J2	363	796	735	1,005	593	173	135	40	3,840
A1	404	873	937	1,715	1,306	312	374	75	5,996
A2	357	848	876	1,797	1,714	529	491	92	6,704
B1	175	394	332	613	733	279	251	48	2,825
B2	140	317	292	485	907	386	542	65	3,134
C1	25	56	42	101	144	95	201	40	704
C2	21	40	15	56	120	78	299	72	701
総計	1,678	3,756	3,412	5,993	5,631	1,910	2,330	445	25,155

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
J1	0.8%	1.7%	0.7%	0.9%	0.5%	0.2%	0.1%	0.1%	5.0%
J2	1.4%	3.2%	2.9%	4.0%	2.4%	0.7%	0.5%	0.2%	15.3%
A1	1.6%	3.5%	3.7%	6.8%	5.2%	1.2%	1.5%	0.3%	23.8%
A2	1.4%	3.4%	3.5%	7.1%	6.8%	2.1%	2.0%	0.4%	26.7%
B1	0.7%	1.6%	1.3%	2.4%	2.9%	1.1%	1.0%	0.2%	11.2%
B2	0.6%	1.3%	1.2%	1.9%	3.6%	1.5%	2.2%	0.3%	12.5%
C1	0.1%	0.2%	0.2%	0.4%	0.6%	0.4%	0.8%	0.2%	2.8%
C2	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%	0.5%	0.3%	1.2%	0.3%	2.8%
総計	6.7%	14.9%	13.6%	23.8%	22.4%	7.6%	9.3%	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27年）が最も多く35.6%を占めている。1～2年目の利用者で61.3%を占めている傾向は昨年度の調査結果と同様である。

表IX－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2015		調査年2014		調査年2013		調査年2012		調査年2011	
	人数	割合								
H18	45	0.2%	63	0.2%	96	0.4%	170	0.8%	198	1.2%
H19	226	0.8%	323	1.2%	543	2.1%	836	3.7%	941	5.7%
H20	378	1.4%	569	2.2%	955	3.7%	1,517	6.8%	1,679	10.2%
H21	573	2.1%	864	3.3%	1,290	5.0%	2,256	10.1%	2,515	15.2%
H22	971	3.5%	1,361	5.2%	2,230	8.7%	3,800	17.0%	4,380	26.5%
H23	1,578	5.7%	2,445	9.4%	4,137	16.2%	6,483	28.9%	6,801	41.2%
H24	2,892	10.5%	4,496	17.2%	7,507	29.4%	7,346	32.8%		
H25	4,291	15.6%	6,460	24.8%	8,797	34.4%				
H26	6,819	24.7%	9,494	36.4%						
H27	9,806	35.6%								
総計	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ヶ月）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16.73回、「訪問」は13.63回、「宿泊」は6.53日となっている。昨年調査と比較して、「訪問」の回数が平均で約3回増加した。経年的にみても「訪問」の増加傾向は顕著である。

表IX-10 サービス別にみた利用の状況（調査月1ヶ月の平均）

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

N=27,826

(11) 紹介経路

最も多いのは「居宅介護支援事業所」経由で38.2%を占める。「地域包括支援センター」は17.8%となっている。全体的な傾向は昨年とほぼ同様であるが「地域包括支援センター」は微増傾向にある。

表IX-11 紹介経路

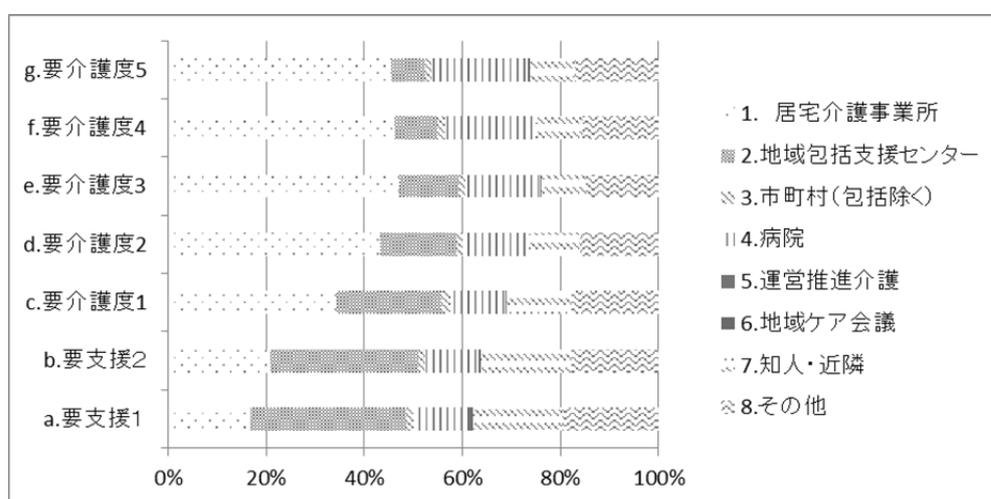
紹介経路	2015		2014		2013		2012	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1. 居宅介護支援事業所	10,690	38.2	10,421	40.0	10,093	39.5	9,103	40.6
2. 地域包括支援センター	4,987	17.8	4,203	16.1	4,108	16.1	3,347	14.9
3. 市町区村(包括除く)	381	1.4	411	1.6	385	1.5	419	1.9
4. 病院	4,023	14.4	3,693	14.2	3,574	14.0	3,109	13.9
5. 運営推進会議	37	0.1	41	0.2	44	0.2	37	0.2
6. 地域ケア会議	26	0.1	29	0.1	35	0.1	37	0.2
7. 知人・近隣	3,113	11.1	2,961	11.4	3,181	12.5	2,779	12.4
8. その他	4,701	16.8	4,291	16.5	4,109	16.1	3,571	15.9
合計	27,958	100.0	26,050	100.0	25,529	100.0	22,402	100.0

要介護度が重くなるほど「居宅介護事業所」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」の割合が高くなる。「運営推進会議」経由は要支援や要介護度1の割合が高く、「病院」経由では要介護度4,5の重い利用者が多い。

表IX-12 紹介経路と要介護度（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	198	349	2,294	2,847	2,456	1,548	985		10,677
2. 地域包括支援センター	426	577	1,635	1,111	721	342	152	1	4,965
3. 市町村(包括除く)	19	21	104	98	71	46	22		381
4. 病院	129	171	848	883	851	691	449	1	4,023
5. 運営推進介護	3	3	16	9	2	1	3		37
6. 地域ケア会議	1	1	10	8	3	1	2		26
7. 知人・近隣	252	310	778	731	495	292	243	2	3,103
8. その他	274	259	1,276	1,142	803	538	406		4,698
総計	1,302	1,691	6,961	6,829	5,402	3,459	2,262	4	27,910

	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	1.9%	3.3%	21.5%	26.7%	23.0%	14.5%	9.2%	0.0%	100.0%
2. 地域包括支援センター	8.6%	11.6%	32.9%	22.4%	14.5%	6.9%	3.1%	0.0%	100.0%
3. 市町村(包括除く)	5.0%	5.5%	27.3%	25.7%	18.6%	12.1%	5.8%	0.0%	100.0%
4. 病院	3.2%	4.3%	21.1%	21.9%	21.2%	17.2%	11.2%	0.0%	100.0%
5. 運営推進介護	8.1%	8.1%	43.2%	24.3%	5.4%	2.7%	8.1%	0.0%	100.0%
6. 地域ケア会議	3.8%	3.8%	38.5%	30.8%	11.5%	3.8%	7.7%	0.0%	100.0%
7. 知人・近隣	8.1%	10.0%	25.1%	23.6%	16.0%	9.4%	7.8%	0.1%	100.0%
8. その他	5.8%	5.5%	27.2%	24.3%	17.1%	11.5%	8.6%	0.0%	100.0%
総計	4.7%	6.1%	24.9%	24.5%	19.4%	12.4%	8.1%	0.0%	100.0%



図IX-1 介護度別にみた紹介経路

(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76.7%と最も多いが昨年度に引き続き微減傾向にある。今年度の結果では特に「有料老人ホーム」の増加が目立つ。

表IX-13 利用者の住まいの形態

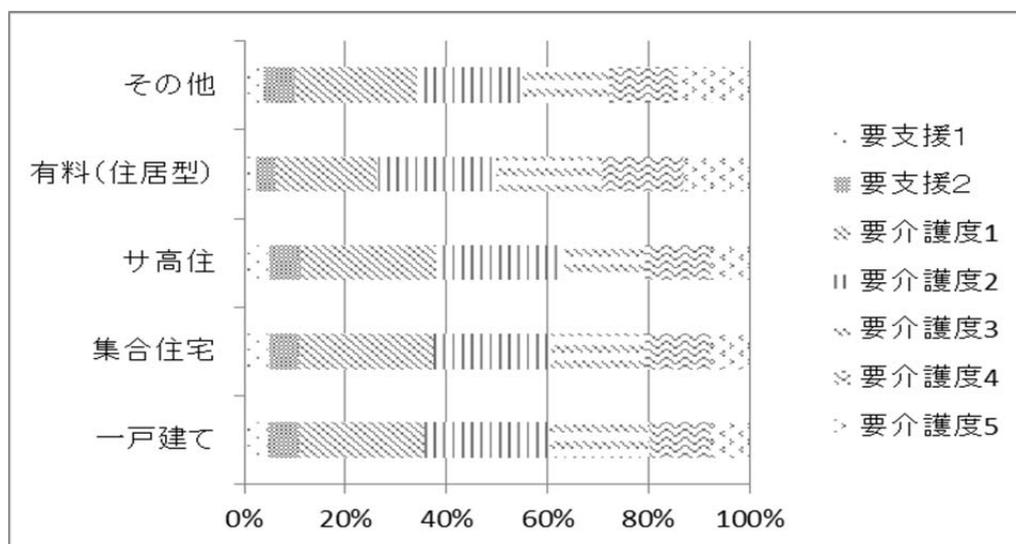
住まいの形態	2015		2014		2013		2012	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1. 一戸建て	21,755	76.7	20,319	77.2	20,316	78.1	18,372	80.7
2. 集合住宅(マンション・アパート等)	3,441	12.1	3,295	12.5	3,055	11.7	2,743	12.1
3. サ高住(高専賃・高優賃)	1,588	5.6	1,446	5.5	1,394	5.4	689	3.0
4. 有料老人ホーム(住居型)	1,049	3.7	743	2.8	713	2.7	521	2.3
5. その他	519	1.8	529	2.0	533	2.0	435	1.9
合計	28,352	100.0	26,332	100.0	26,011	100.0	22,760	100.0

要介護度別に住まいの状況をみると、要介護度1ではサービス付き高齢者向け住宅が、要介護度4と5では有料老人ホームが高めの傾向がある。

表IX-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	1,015	172	77	24	19	1,307
要支援2	1,332	202	100	41	33	1,708
要介護度1	5,377	908	428	208	125	7,046
要介護度2	5,382	806	399	247	107	6,941
要介護度3	4,280	642	256	222	89	5,489
要介護度4	2,623	443	205	170	70	3,511
要介護度5	1,703	264	121	135	73	2,296
審査中	3		1			4
総計	21,715	3,437	1,587	1,047	516	28,302

	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	77.7%	13.2%	5.9%	1.8%	1.5%	100.0%
要支援2	78.0%	11.8%	5.9%	2.4%	1.9%	100.0%
要介護度1	76.3%	12.9%	6.1%	3.0%	1.8%	100.0%
要介護度2	77.5%	11.6%	5.7%	3.6%	1.5%	100.0%
要介護度3	78.0%	11.7%	4.7%	4.0%	1.6%	100.0%
要介護度4	74.7%	12.6%	5.8%	4.8%	2.0%	100.0%
要介護度5	74.2%	11.5%	5.3%	5.9%	3.2%	100.0%
審査中	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
総計	76.7%	12.1%	5.6%	3.7%	1.8%	100.0%



図IX-2 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32.2%だが、経年的にみても減少傾向にある。「独居（近居家族無）」が21.9%を占め、こちらは増加傾向にある。

表IX-15 世帯構成の状況

世帯状況	2015		2014		2013		2012	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1. 独居(近居家族無)	6,192	21.9	5,576	21.2	4,975	19.2	4,012	17.7
2. 独居(近居家族有)	3,663	12.9	3,237	12.3	3,271	12.6	2,458	10.8
3. 配偶者と2人暮らし	4,164	14.7	3,897	14.8	3,818	14.7	3,286	14.5
4. 子どもと2人暮らし	3,401	12.0	3,250	12.4	3,051	11.8	2,712	11.9
5. 子ども世帯と同居	9,128	32.2	8,671	33.0	9,120	35.1	8,682	38.2
6. その他	1,781	6.3	1,673	6.4	1,725	6.6	1,553	6.8
合計	28,329	100.0	26,304	100.0	25,960	100.0	22,703	100.0

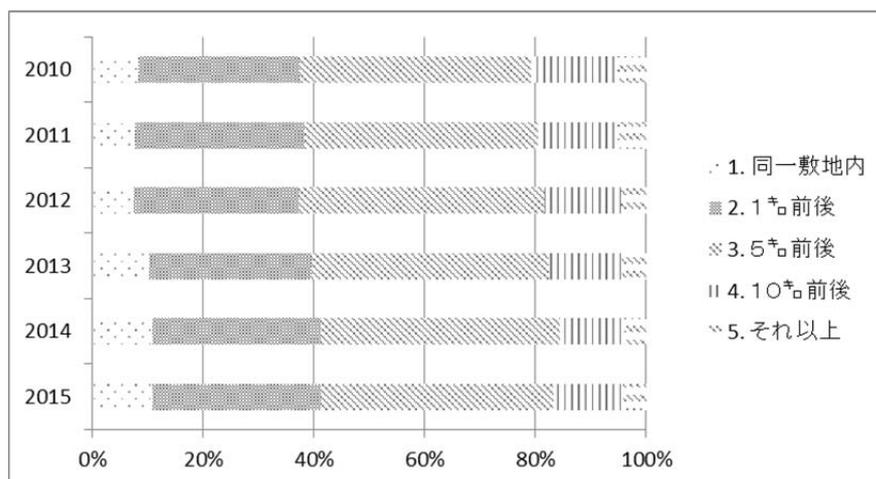
(14) 利用者の住まいと事業所との距離

もっとも多いのは「5キロ前後」で42.1%、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、10.9%となっており、この5年で約3%増加した。

表IX-16 利用者の住まいと事業所の距離

距離	2015	2014	2013	2012	2011	2010
1. 同一敷地内	10.9%	10.8%	10.4%	7.4%	7.7%	8.2%
2. 1キロ前後	30.2%	30.5%	29.2%	29.9%	30.6%	29.2%
3. 5キロ前後	42.1%	43.1%	42.9%	44.2%	42.1%	41.9%
4. 10キロ前後	12.6%	11.7%	13.2%	13.9%	14.5%	15.5%
5. それ以上	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%

N=2,8329



図IX-3 調査年と利用者の事業所との距離

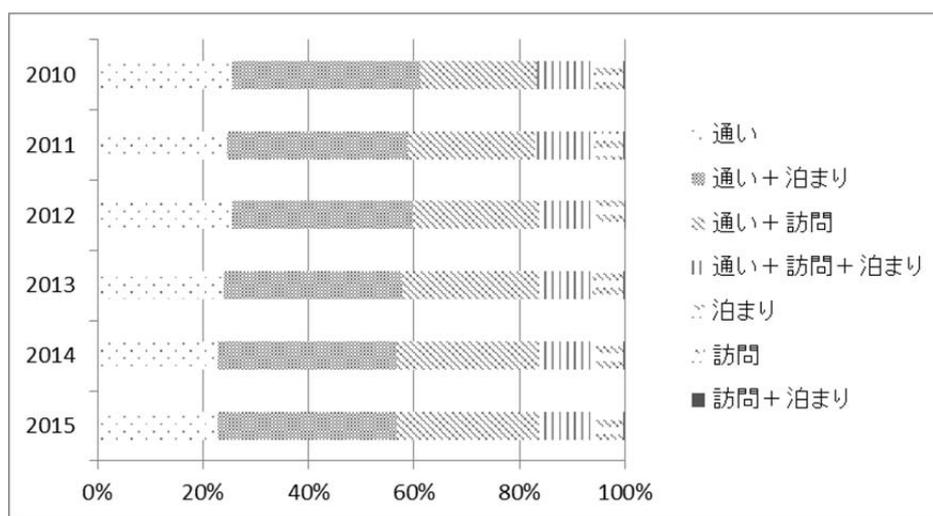
(15) 利用タイプからの類型

各サービスの利用状況から利用タイプ別に類型化した。これまでの傾向から変化があり、「通い+訪問」が約3%増加し、最も多いパターンとなった(30.5%)。「通い+泊まり」は29.8%と約5%減少した。「訪問」のみも5.1%と微増、一方「泊まり」のみは0.9%と微減となった。

表IX-17 各サービスの利用タイプの状況

利用タイプ	2015	2014	2013	2012	2011	2010
通い	21.9%	22.8%	23.9%	25.5%	24.5%	25.5%
通い+泊まり	29.8%	33.8%	33.8%	34.3%	34.5%	35.7%
通い+訪問	30.5%	27.1%	25.9%	23.9%	23.8%	22.1%
通い+訪問+泊まり	11.7%	10.8%	10.3%	10.9%	11.2%	10.8%
泊まり	0.9%	1.2%	1.7%	1.7%	2.1%	2.3%
訪問	5.1%	4.0%	4.1%	3.5%	3.5%	3.3%
訪問+泊まり	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%

N=27,594



図IX-4 調査年と各サービスの利用タイプの状況

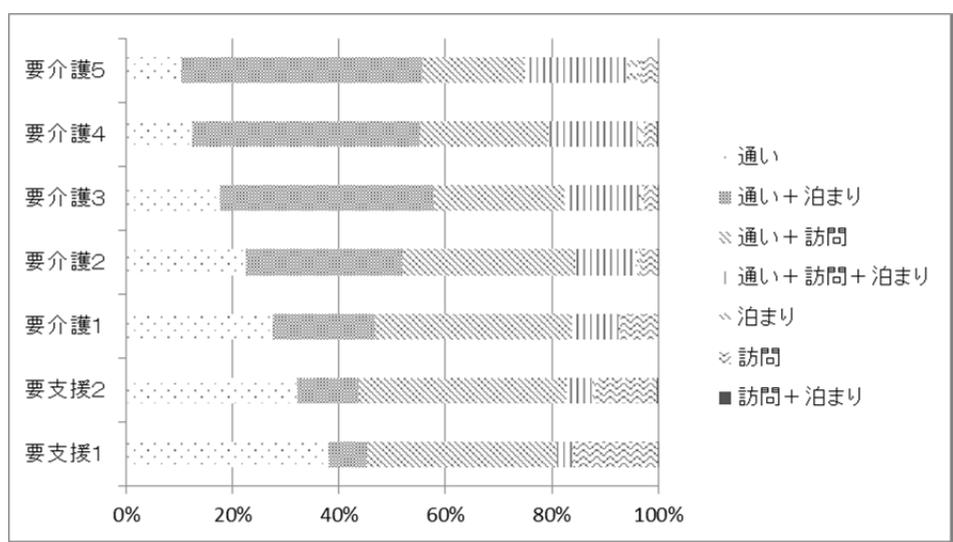
(16) 利用タイプと要介護度

要支援から介護度が重度になるにしたがい「通い」や「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」の割合が増加する傾向が明らかである。

表IX-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	484	93	455	36	3	202	1	1,274
要支援2	537	192	650	83	9	193	3	1,667
要介護1	1,895	1,319	2,551	601	35	484		6,885
要介護2	1,522	1,997	2,195	762	52	234	7	6,769
要介護3	935	2,150	1,308	740	55	136	7	5,331
要介護4	420	1,457	821	571	43	80	8	3,400
要介護5	231	1,002	430	423	61	72		2,219
h.審査中	3		1					4
総計	6,027	8,210	8,411	3,216	258	1,401	26	27,549

	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%	0.3%	1.7%	0.1%	0.0%	0.7%	0.0%	4.6%
要支援2	1.9%	0.7%	2.4%	0.3%	0.0%	0.7%	0.0%	6.1%
要介護1	6.9%	4.8%	9.3%	2.2%	0.1%	1.8%	0.0%	25.0%
要介護2	5.5%	7.2%	8.0%	2.8%	0.2%	0.8%	0.0%	24.6%
要介護3	3.4%	7.8%	4.7%	2.7%	0.2%	0.5%	0.0%	19.4%
要介護4	1.5%	5.3%	3.0%	2.1%	0.2%	0.3%	0.0%	12.3%
要介護5	0.8%	3.6%	1.6%	1.5%	0.2%	0.3%	0.0%	8.1%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
総計	21.9%	29.8%	30.5%	11.7%	0.9%	5.1%	0.1%	100.0%



図IX-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

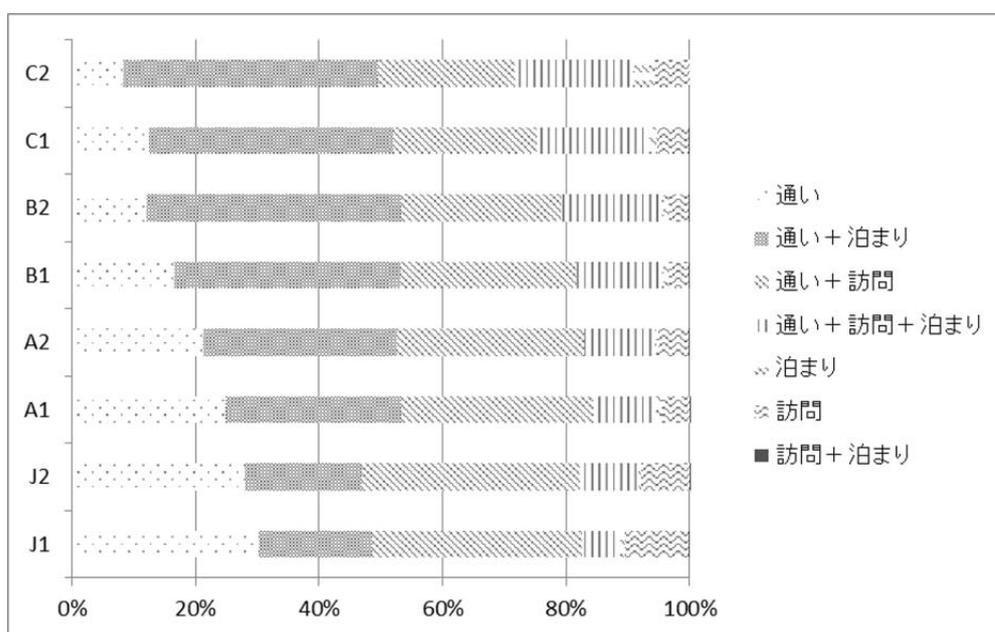
自立度が低くなるにしたがい「訪問」、「通い」や「通い+訪問」の割合が減少し、「通い+泊まり」の割合が増加する傾向が明らかである。

表IX-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	375	226	420	78	9	128	1	1,237
J2	1,064	720	1,335	362	18	295	1	3,795
A1	1,471	1,686	1,844	603	52	268	2	5,926
A2	1,397	2,053	1,990	755	44	318	7	6,564
B1	457	1,016	786	385	32	88	4	2,768
B2	368	1,260	787	501	35	93	7	3,051
C1	87	274	162	126	10	35	1	695
C2	58	290	155	135	25	39		702
総計	5,277	7,525	7,479	2,945	225	1,264	23	24,738

	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	1.5%	0.9%	1.7%	0.3%	0.0%	0.5%	0.0%	5.0%
J2	4.3%	2.9%	5.4%	1.5%	0.1%	1.2%	0.0%	15.3%
A1	5.9%	6.8%	7.5%	2.4%	0.2%	1.1%	0.0%	24.0%
A2	5.6%	8.3%	8.0%	3.1%	0.2%	1.3%	0.0%	26.5%
B1	1.8%	4.1%	3.2%	1.6%	0.1%	0.4%	0.0%	11.2%
B2	1.5%	5.1%	3.2%	2.0%	0.1%	0.4%	0.0%	12.3%
C1	0.4%	1.1%	0.7%	0.5%	0.0%	0.1%	0.0%	2.8%
C2	0.2%	1.2%	0.6%	0.5%	0.1%	0.2%	0.0%	2.8%
総計	21.3%	30.4%	30.2%	11.9%	0.9%	5.1%	0.1%	100.0%



図IX-6 自立度別にみた利用タイプ別の構成割合

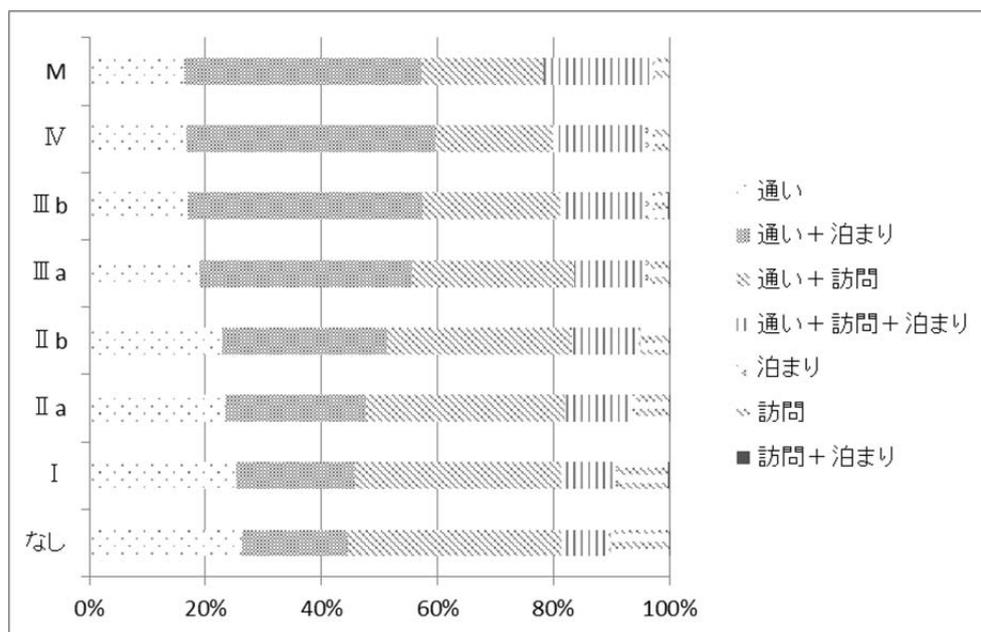
(18) 利用タイプと認知症

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

表IX-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	489	335	679	149	10	184	2	1,848
I	973	792	1,367	348	30	338	6	3,854
II a	820	843	1,203	407	21	197	3	3,494
II b	1,396	1,731	1,944	688	44	290	6	6,099
III a	1,078	2,077	1,583	691	56	180	5	5,670
III b	324	770	452	278	26	52	3	1,905
IV	397	1,023	479	364	45	67		2,375
M	73	183	94	81	4	12		447
総計	5,550	7,754	7,801	3,006	236	1,320	25	25,692

	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	1.9%	1.3%	2.6%	0.6%	0.0%	0.7%	0.0%	7.2%
I	3.8%	3.1%	5.3%	1.4%	0.1%	1.3%	0.0%	15.0%
II a	3.2%	3.3%	4.7%	1.6%	0.1%	0.8%	0.0%	13.6%
II b	5.4%	6.7%	7.6%	2.7%	0.2%	1.1%	0.0%	23.7%
III a	4.2%	8.1%	6.2%	2.7%	0.2%	0.7%	0.0%	22.1%
III b	1.3%	3.0%	1.8%	1.1%	0.1%	0.2%	0.0%	7.4%
IV	1.5%	4.0%	1.9%	1.4%	0.2%	0.3%	0.0%	9.2%
M	0.3%	0.7%	0.4%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
総計	21.6%	30.2%	30.4%	11.7%	0.9%	5.1%	0.1%	100.0%



図IX-7 認知症別にみた利用タイプ別の構成割合

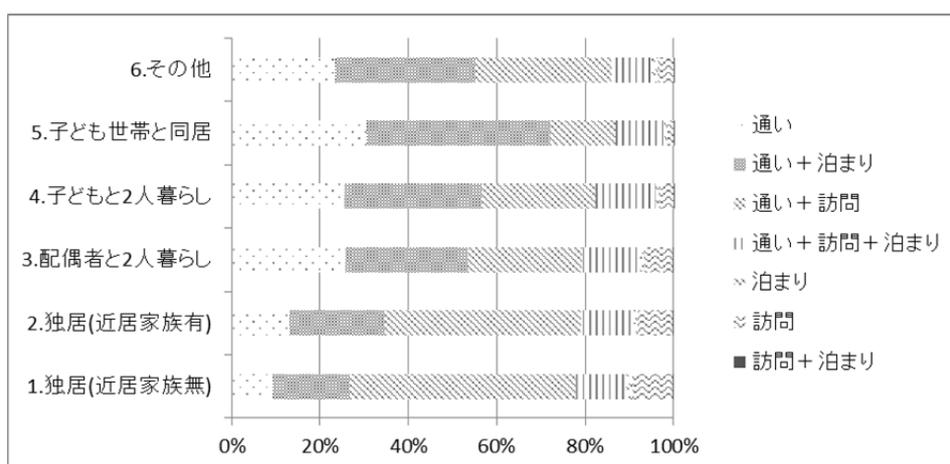
(19) 利用タイプと世帯構成

「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+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IX-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)	558	1,034	3,042	687	73	552	8	5,954
2.独居(近居家族有)	463	758	1,563	418	38	276	5	3,521
3.配偶者と2人暮らし	1,030	1,114	1,034	524	36	264	6	4,008
4.子どもと2人暮らし	835	1,022	847	447	23	109	2	3,285
5.子ども世帯と同居	2,720	3,685	1,316	970	63	128	4	8,886
6.その他	394	538	524	151	24	60	1	1,692
総計	6,000	8,151	8,326	3,197	257	1,389	26	27,346

	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%	3.8%	11.1%	2.5%	0.3%	2.0%	0.0%	21.8%
2.独居(近居家族有)	1.7%	2.8%	5.7%	1.5%	0.1%	1.0%	0.0%	12.9%
3.配偶者と2人暮らし	3.8%	4.1%	3.8%	1.9%	0.1%	1.0%	0.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	3.1%	3.7%	3.1%	1.6%	0.1%	0.4%	0.0%	12.0%
5.子ども世帯と同居	9.9%	13.5%	4.8%	3.5%	0.2%	0.5%	0.0%	32.5%
6.その他	1.4%	2.0%	1.9%	0.6%	0.1%	0.2%	0.0%	6.2%
総計	21.9%	29.8%	30.4%	11.7%	0.9%	5.1%	0.1%	100.0%



図IX-8 世帯構成でみた利用タイプ別の構成割合

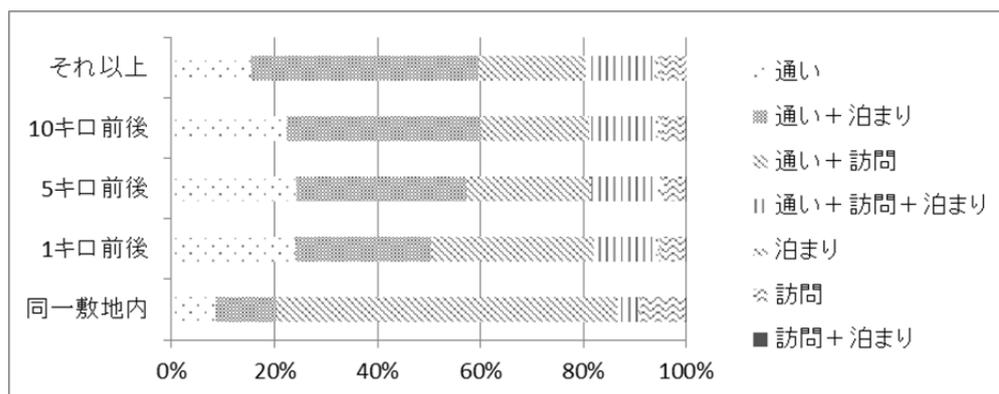
(20) 利用タイプと住まいと事業所との距離

「同一敷地内」居住の利用者は、「通い+訪問」のタイプが66.2%と2/3を占める。「訪問」も8.9%と昨年調査の4.7%と比べても大きく増加した。距離が長くなるほど「通い+泊まり」の割合が増加し、逆に「通い」のみや「通い+訪問」の割合が減少する。

表IX-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	253	343	1,941	115	16	260	2	2,930
1キロ前後	1,985	2,163	2,603	992	62	423	8	8,236
5キロ前後	2,793	3,807	2,786	1,495	125	489	11	11,506
10キロ前後	768	1,300	725	444	37	160	5	3,439
それ以上	176	507	238	151	14	58		1,144
総計	5,975	8,120	8,293	3,197	254	1,390	26	27,255

	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	8.6%	11.7%	66.2%	3.9%	0.5%	8.9%	0.1%	100.0%
1キロ前後	24.1%	26.3%	31.6%	12.0%	0.8%	5.1%	0.1%	100.0%
5キロ前後	24.3%	33.1%	24.2%	13.0%	1.1%	4.2%	0.1%	100.0%
10キロ前後	22.3%	37.8%	21.1%	12.9%	1.1%	4.7%	0.1%	100.0%
それ以上	15.4%	44.3%	20.8%	13.2%	1.2%	5.1%	0.0%	100.0%
総計	21.9%	29.8%	30.4%	11.7%	0.9%	5.1%	0.1%	100.0%



図IX-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

(21) 住宅併設の有無と利用タイプ

住宅併設タイプの利用者は「通い+訪問」の割合が、住宅併設ではないタイプの利用者では「通い+泊まり」の割合が高い。

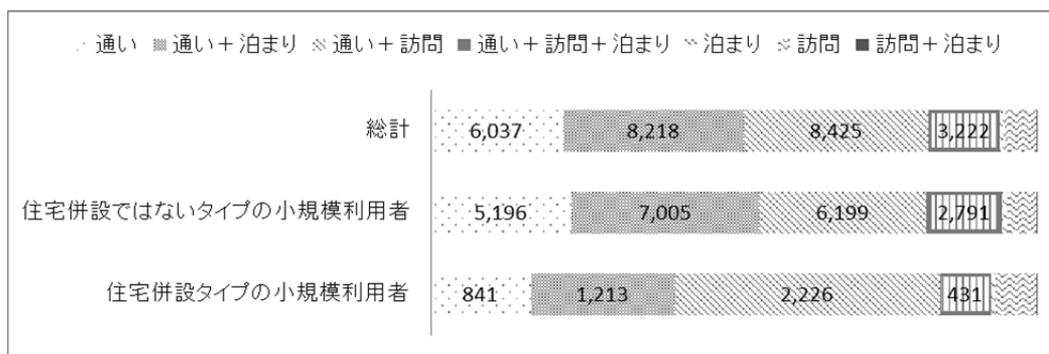
表IX-23 小規模多機能への住宅系施設併設の有無と利用タイプ（上：人数 下：割合）

	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
住宅併設タイプの小規模利用者	841	1,213	2,226	431	36	339	6	5,092
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	5,196	7,005	6,199	2,791	222	1,069	20	22,502
総計	6,037	8,218	8,425	3,222	258	1,408	26	27,594

	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
住宅併設タイプの小規模利用者*	16.5%	23.8%	43.7%	8.5%	0.7%	6.7%	0.1%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	23.1%	31.1%	27.5%	12.4%	1.0%	4.8%	0.1%	100.0%
総計	21.9%	29.8%	30.5%	11.7%	0.9%	5.1%	0.1%	100.0%

\*利用者本人が併設の住宅に居住していない場合も含む



図IX-10 小規模多機能への住宅系施設併設の有無と利用タイプ別の構成割合

(22) 住宅併設の有無と紹介経路

住宅併設タイプの利用者は比較すると「病院」からの経路が多く、住宅併設ではないタイプの利用者は「地域包括支援センター」からの経路が多い。「居宅介護事業所」経由の割合は約4割程度で差はない。

表IX-24 小規模多機能への住宅系施設併設の有無と紹介経路（上：人数 下：割合）

	居宅介護事業所	地域包括支援C	市町村(包括除C)	病院	運営推進介護	地域ケア会議	知人・近隣	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	2,076	664	74	903	7	6	558	997	5,285
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	8,345	3,539	337	2,790	34	23	2,403	3,294	20,765
総計	10,421	4,203	411	3,693	41	29	2,961	4,291	26,050

	居宅介護事業所	地域包括支援C	市町村(包括除C)	病院	運営推進介護	地域ケア会議	知人・近隣	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	39.3%	12.6%	1.4%	17.1%	0.1%	0.1%	10.6%	18.9%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	40.2%	17.0%	1.6%	13.4%	0.2%	0.1%	11.6%	15.9%	100.0%
総計	40.0%	16.1%	1.6%	14.2%	0.2%	0.1%	11.4%	16.5%	100.0%

(23) 住宅併設の有無と家族構成

住宅併設タイプの利用者は、比較すると「独居」の利用者割合が住宅併設ではないタイプよりも多く、住宅併設ではないタイプでは「子ども世帯と同居」「子どもと2人暮らし」の割合が高い。

表IX-25 小規模多機能への住宅系施設併設の有無と家族構成（上：人数 下：割合）

	独居(近居家族無)	独居(近居家族有)	配偶者と2人暮らし	子どもと2人暮らし	子ども世帯と同居	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	1,557	901	696	478	1,236	382	5,250
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	4,019	2,336	3,201	2,760	7,434	1,291	21,041
総計	5,576	3,237	3,897	3,238	8,670	1,673	26,291

	独居(近居家族無)	独居(近居家族有)	配偶者と2人暮らし	子どもと2人暮らし	子ども世帯と同居	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	29.7%	17.2%	13.3%	9.1%	23.5%	7.3%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	19.1%	11.1%	15.2%	13.1%	35.3%	6.1%	100.0%
総計	21.2%	12.3%	14.8%	12.3%	33.0%	6.4%	100.0%

(24) 住宅併設の有無と住宅の形態

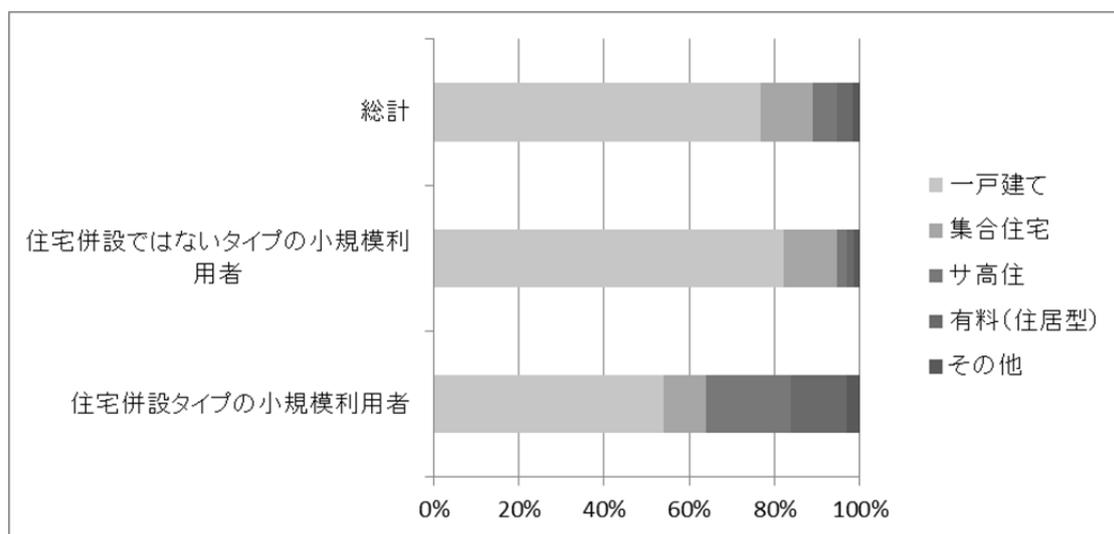
住宅併設タイプの利用者は「サービス付き高齢者向け住宅」や「有料老人ホーム」の割合が高く、住宅併設ではないタイプの利用者は「一戸建て」居住の利用者割合が高い。

表IX-26 小規模多機能への住宅系施設併設の有無と住宅の形態（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
住宅併設タイプの小規模利用者	2,859	530	1,048	690	169	5,296
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	18,896	2,911	540	359	350	23,056
総計	21,755	3,441	1,588	1,049	519	28,352

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料(住居型)	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	54.0%	10.0%	19.8%	13.0%	3.2%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	82.0%	12.6%	2.3%	1.6%	1.5%	100.0%
総計	76.7%	12.1%	5.6%	3.7%	1.8%	100.0%



図IX-11 小規模多機能への住宅系施設併設の有無と住宅の形態



## 第3章

### 自宅や地域での暮らしの限界点を高める小規模多機能型居宅介護の実践



平成 18 年の制度化から 10 年目を迎え、現在国内には 4,969 か所（平成 27 年 12 月現在、介護給付費実態調査）の小規模多機能型居宅介護が運営されている。市町村で設定した日常生活圏域をベースに計画的に整備を進めてきた経緯が後押しとなり、地域における在宅サービスの主流としての立場を確立しつつある。

今後の小規模多機能型居宅介護の更なる発展に向け、第 2 章で取組んだ全国調査より、いくつかの課題や特徴（強み）が見えてきた。本章では、これら課題や特徴を、実践から明らかにし、今後の発展に結びつけていきたい。

### （1）小規模多機能型居宅介護の地域における拠点性

**第一に、小規模多機能型居宅介護の地域における拠点性である。**小規模多機能型居宅介護は、市町村の介護保険事業計画によって日常生活圏域ごとに事業所が設置されるよう計画配置されている。この日常生活圏域ごとに計画配置されているメリットは、利用する高齢者が住み慣れた地域や自宅での暮らしを継続しながら介護が必要になっても生活し続けることができる点にある。それは事業所にとっても、事業所のみで支えるのではなく、利用者が培ってきた人間関係や地域での役割や生きがいを後押しすることで、本人の自己実現に向けた支援につながることや、そもそも自宅や地域での暮らしを心配する知人や友人、隣近所や地域が本人の在宅生活を実現するための応援団となり、ともに支えることができる点にある。運営推進会議においても 65.8%（1,033 事業所）が、利用者のケースについて運営推進会議の議題として設定し、参画しているメンバーとともにその支援のあり方について検討していることからもうかがえる。

さらに、登録している利用者の生活を地域とともに考えることが、登録者以外の地域で不安を抱える高齢者の生き方や過ごし方を考える機会の提供にもつながっている。前述の全国調査では、221 事業所が登録者以外のサロン活動を実施・協力していたり、349 事業所が認知症の勉強会や啓発事業を実施し、491 事業所が介護相談を受けているように、事業所のある地域に向けた取組みを実践している。

早めに出会った地域の高齢者が、地域の中でどのような時間を過ごし、人生を全うすることができるのか。小規模多機能型居宅介護がどのように登録者以外の高齢者とも関係をつくり、継続できているのか。

今後、小規模多機能型居宅介護が日常生活圏域の安心できる拠点として、その強みを発揮するために、どのような実践が行われ、地域における役割を担っているのか事例を通して掘り下げていきたい。

### （2）医療との連携

**第二に、医療との連携である。**地域包括ケアシステムを実現するためには、小規模多機能型居宅介護のみならず、地域の医療機関や訪問看護事業所との連携も欠かせない。連携内容としても、日々の方針の確認やケアの報告、服薬状況や利用者の暮らしぶりの説明や報告など、様々な点で連携している回答が寄せられている。登録者のかかりつけ医で、往診・訪問診療をしている病院・診療所は 1,421 に対し、往診・訪問

診療をしていない病院・診療所は1,583となっている。

特に急性増悪期や終末期においては、通院困難な場合も多く、訪問診療や訪問看護の必要性も高くなるにもかかわらず、看取りのために訪問してくれる医師がいない事業所は32.6%（488事業所）、訪問看護業所がない事業所は42.4%（625事業所）と、その体制が十分になるとは言い難い。

介護と医療の連携のもと、どのようにすれば入院・入所を回避しながら安心して最期まで自宅や地域で暮らし続けることができるのか、そのあり方が問われている。

また、在宅復帰や在宅生活を継続していくためのアプローチとして、リハビリ機能の強化も欠かすことができない。リハビリを含む訪問看護事業所を活用しているケースは0.85人、訪問リハビリテーションを活用しているケースは0.64人と極端に少ない。麻痺や運動機能の低下があっても、自宅や地域で暮らし続けるためには、専門的視点からのアドバイスが必須である。

急性増悪期や終末期だけでなく、回復期も含め、医療との連携のあり方が問われている。

### (3) ケアマネジメントのあり方

第三に、ケアマネジメントのあり方である。これまでの介護保険サービスでの支え方は、先ず介護保険サービスを入れ、足らなくなった分を地域の資源で補おうとしてきた。しかし、これでは地域での暮らしを継続できないし、自立支援とならない。小規模多機能型居宅介護が、単にバラバラに「通い」「宿泊」「訪問」を提供するだけでは、小規模「三」機能にすぎない。「多」機能であることの意味はなにか。単に三機能を臨機応変に組み合わせるだけではまだ小規模「多」機能とは言えないだろう。地域で暮らす本人の持つ「強み」や「関係性」を活かしながら、その人にあった形で「通い」「宿泊」「訪問」の機能それぞれが有機的につながり合いながら提供されることが重要である。

地域で暮らしてきた本人を安易に「通い」や「宿泊」につなげることは間違いであり、むしろ自宅での暮らしがさらに本人らしく豊かなものになるにはどうしたらよいかをまず考えることこそが大切である。利用者本人が暮らしの主体であることはもちろんのこと、本人の自己実現「～したい」をチーム（専門職だけではなく本人が培ってきた人・物・場所など継続してきた関係と一緒に関わること）で支援すること、すなわちライフサポートワークの観点が重要である。

もちろんケアの上で根拠や必然性があれば「通い」や「宿泊」もあってよい。しかしそのあり方は、あくまで本人視点でしっかりと検討され提供されなくてはならない。

小規模多機能型居宅介護に適切なケアマネジメントがなされていない場合の「通い」「宿泊」「訪問」は、それぞれがバラバラで支援者目線の組み合わせにすぎない。あくまで「柔軟かつ臨機応変」であることの意味は、常に本人視点であるべきあり、支援者側の都合によるものではない。

このような視点は、実態調査の中でも浮き彫りになってきている。小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントのあり方についての自由記述の一例を紹介する。

◆小規模多機能型居宅介護においては、ケアマネが計画を立て、現場に落とすというより、日々の支援のなかでの現場スタッフの気付きやアイデアに関わる人間が共有していくといったスタイルなので、特にケアマネでなくても良いように思われる。ご本人の情報、希望などを日々の業務のなかで、いかに共有できるかがポイントと考えている。

◆一人暮らしの場合、生活圏域の地域との関係（友人との関係や近所とのつながり）など途絶えないようにしていく気持ちで、日頃から自宅へ訪問した時には、隣近所の人の自宅へあいさつに出向いたり、民生委員宅へ寄ったりしてはいるが、本人とのつながりがなかなかできないところに、悩みがある。おたがいさまといっても、なかなか、近所の人との協力が十分に得られることなく、関係している事業所が、おおむね関わっているのが現状ではないかと思う。近所の人を協力としてもちたいというのは大きな壁ではないかと思う。時代の流れは、介護は専門職でということではなかろうかと思う。見守りについても、話の仕方によっては、近所の人には重く、うけとめられることもあり、むずかしいと思うことがある。

◆小規模多機能型居宅介護には、通い、宿泊、訪問と包括的に支援できる強みがあり、身体機能の低下や認知症状があっても、在宅は可能である。自宅や地域で生活していけるようなマネジメントは可能であるが、そのマネジメントを実現するためには、家族の支援、役割、地域の協力体制をどこまで引き出していけるか、また、プランに組み込んでいけるかが課題である。あくまで小規模多機能は介護施設であって本来家族がすべきことを側面から支援するという方向を守っていくことが重要であると考えている。

◆これまでの地域での暮らしを継続していくための支援が求められている今、地域との関係を深めていくことが重要である。本人の力や地域でのつながりを理解し、自立をうながしていくために、地域のネットワークの構築、協力は欠かせない。そのために介護に携わるものが利用者を取りまく環境を把握することは必須であるが、利用者の生活圏の広さや登録者のエリアの範囲によっては把握し関係作りをするまでに時間を要する等課題も多い。

小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントの視点として、介護保険サービスありきではない支援のあり方、地域での暮らしの支援、チームケアの3つの視点からそのあり方を検討したい。

#### （４）介護予防・日常生活支援総合事業等との関係

第四に、介護予防・日常生活支援総合事業等との関係である。地域拠点やケアマネジメントのあり方等で指摘したとおり、日常生活圏域の拠点としての期待の高い小規模多機能型居宅介護ではあるが、実態調査ではすでに地域支援事業を実施している事業所が14.7%（218事業所）ある一方で、予定がない21.2%（313事業所）、わからない42.9%（635事業所）となっている。

このように、いまだ足踏み状態の事業所は、何が課題となっているのか、またすで

に取り組んでいる事業所では、どのような実戦を行っているのか明らかにしたい。

#### (5) より高い質の確保に向けた取組み

第五に、より高い質の確保に向けた取組みである。運営推進会議とサービス評価、研修の在り方についてである。平成 27 年 4 月の改正により、これまでの外部評価機関によるサービス評価から、運営推進会議を活用したサービス評価に変更になっている。このサービス評価が運営推進会議を軸に取り組むことへの変更については、70.5% (1,094 事業所) が理解しており取り組みも進んでいる。

また、現場からの声として、小規模多機能型居宅介護に特化もしくは学びとなる研修の必要性についても多くの声が挙がっている。現行の法定研修は、開設者に対する「認知症対応型サービス事業開設者研修」、管理者に対する「認知症対応型サービス事業管理者研修」、計画作成担当者に対する「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」に加え、その基礎として管理者及び計画作成担当者には認知症介護実践修(実践者研修)、が義務付けられている。これら研修は「認知症」に焦点をあてたものであり、地域での暮らしを支える視点が弱く、現場実践に活かしにくい。また開設者や管理者の研修を見ても「労務管理」や「経営」「事業運営」など、開設時点では習得していなければいけないはずの内容も多く、法定研修としては疑問が残る。

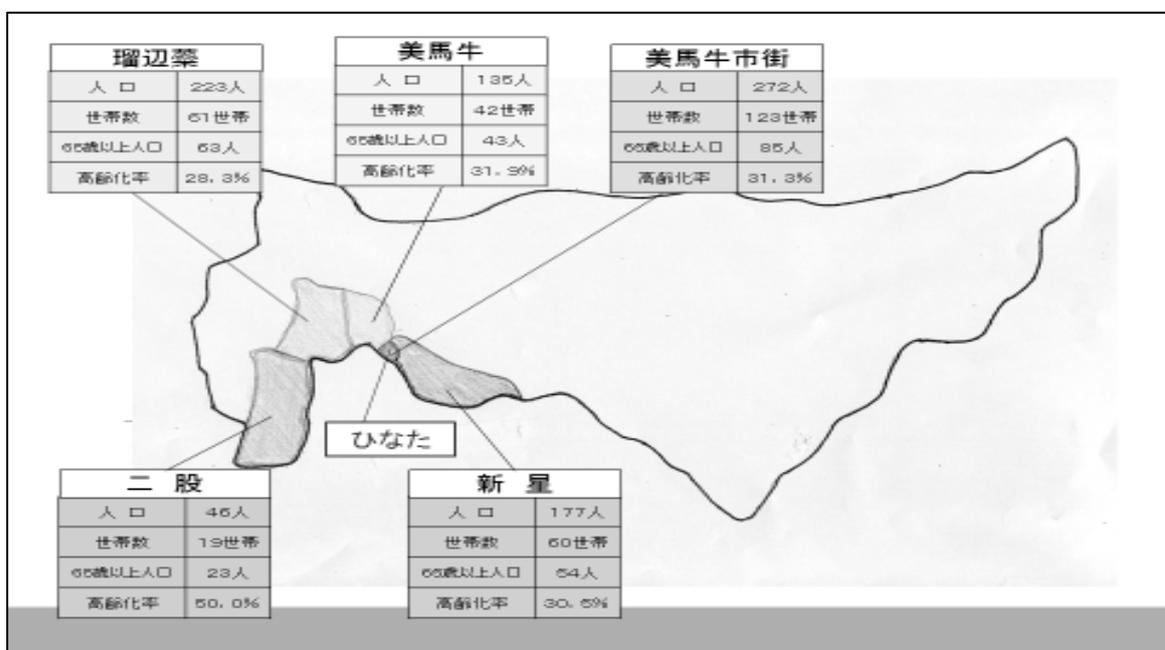
質の確保や向上に向けた研修のあり方についても検討が必要である。

以上 5 つの視点から事例を通し、小規模多機能型居宅介護の現状と課題、可能性について探りたい。

## 1. 生活圏域の拠点としてのあり方

- 事業所名 美瑛慈光園小規模多機能ひなた
- 法人種類 社会福祉法人
- 事業所住所 北海道上川郡美瑛町美馬牛北1丁目2番9号
- 日常生活圏域の設定数 町内全域で4か所
- 生活圏域の地域特徴

全盛期は、JR富良野線美馬牛駅を中心に、駅前には農協の支所があり、美馬牛の市街地を形成し、その周辺に留辺蘂、新星、二股の農村地帯が広がる地域である。現在は、農協の支所も取り壊され、市街地の商店もなくなり、市街地の人口も減少、農村部も離農による人口の減少に伴い、地域の小学校も統廃合され、現在美馬牛地区に小学校と中学校が残っている。



### □事業所の活動内容

美瑛慈光園小規模多機能ひなた（以下、「ひなた」という）は、美瑛町の4つの生活圏域の1つ、市街地から約12km離れた美馬牛という集落に、2009年4月に新築で開設した事業所である。

ひなたを開設する2年ほど前から、地域の住民や役場職員が中心となり、準備会を立ち上げ、「地域住民のこうあってほしい」「地域にこんなものがあつたらいい」という議論を重ねてきた。ひなたは、JR美馬牛駅から徒歩2分の場所にあり、場所の選定も地域住民の議論の中で選定。小規模多機能型居宅介護事業所と併せ、「地域支援相談室」も設置している。



平成21年4月開設  
登録 24名  
通い 12名  
泊まり 4名  
訪問 随時

ひなたの隣にある  
ゲートボール場  
老人会の方々が  
作りました

□地域とのつながりは、「つくる」ものではなく「できる」もの

ひなたでは、町内会に加入している。町内会は、そこに住む住民の方々と作られた自治組織であり、事業所が町内会に加入するということは、単に町内会に加入して会費を納めるということではなく、地域住民の一員として参画するということが表している。ひなたは、町内会の一員として、町内会の住民の方々と大変近い関係をつくっているとと思われる。

町内会の役割として、班長、町内の会議の出席、葬儀の手伝い、会館の掃除、地域の祭り、ソフトボール大会、地域のあらゆる行事に参加する中で、事業所も地域に住んでいる方を知る機会となり、地域の方にもひなたのことを少しずつ知ってもらえることにつながった。管理者自らも、地域の一員になるためにはどうしたらよいかという自問の末、家族の「俺が所長だったら地元に住むよ！」という背中を押す一言で、美瑛町中心部から美馬牛に引越しを決断した。管理者が引っ越し来てすぐに、班の中でお葬式が立て続けに2つあり、しかも事業所に班長が回ってきている時で、班長は、賄いを取り仕切らなければならない。地域の年配のご婦人たちに一から地域のしきたりや進め方等を教えてもらいながら、無事、班長の役割を果たすことができた。職員も受付などの手伝いを無事にこなして、2つの葬儀を終了することができた。

この葬儀の手伝いをしていて気づかされたことは、町内会の人たちから見て、地域総出の葬儀という機会を通して、管理者や事業所という立場からの見方ではなく「同じ町内の〇〇ちゃんが葬儀を取り仕切った」という「人」への評価であること。事業所と地域住民という縦方向の垂直になりがちな関係が、水平の目線で受け入れられ、認められていく。関係を作ろうとするよりもむしろ、葬儀を一生懸命につつがなく進めることへの努力が受け入れられ認められていった結果が、振り返ってみると「関係ができた」ということであろう。

## □事例を通して考える

Aさん、90代、女性、美馬牛で一人暮らし。平成24年10月からひなたを利用。はじめは、週1回の通いとそれ以外の日は訪問（安否確認、バイタルチェック）。娘さんは、車で30分のところに住んでいて、仕事をしており、週1回程度、母親の顔を見に来るといのかかわりはじめであった。

ある日、自宅で転倒し、大腿骨骨折。持病と高齢のため、手術はできない。保存的治療により半年の寝たきりの入院生活が続き、どんどん虚ろになっていき、生活がガラリと変わってしまった。退院は決まったものの、退院先の話し合いになり隣接の旭川市内の施設への話しも上がったが、ひなたの泊まりで受け入れることに決まる。

退院し、平成26年5月 ひなたでの泊まりが始まる。これまでのようにできないこと、歩けないことに混乱し、「家に帰りたい」と何度も言う。医師は、一人自宅で過ごすのは、無理だと言う。しかし、時間の経過とともに体調が落ち着いてきていることもあり、自宅に帰る検討を始めた。少しずつ毎日自宅まで散歩することから始まり、近所の方との顔合わせ、立ち話・・・と地域の方と会う機会を積極的に作っていった。そして、自宅での滞在時間を延ばし、夜間の自宅での過ごし方を考えるために職員が自宅に泊まりこんだり、娘さんが一緒に自宅に泊まったりしながらなんとか、自宅での生活が取り戻せないかを試行錯誤する。

そんな日々を過ごしていく中で平成27年6月食欲がなくなってくる。いつどうなるかわからない状況で娘さんと何度も相談を繰り返しながらAさんや娘さんが後悔しないように支え続ける。平成27年7月、自宅に帰っているときに亡くなられた。事業所も「こんなふうを支えられるんだ」という経験をするとともに、それを周囲で見てきたご近所やお友達なども、こんな状態でも自宅に帰ることができたり、ご近所と立ち話をしたりすることができるという成功体験を経験することができた。このことで家族や地域の意識が変わってくるきっかけとなった事例である。

## □生活圏域の拠点として地域での活動実践

『美馬牛地区支援ネットワーク』は、運営推進会議の中で、民生委員をされている方の提案から議論が始まった。農村部であるこの地域では、隣の明かりが見えない場所も多く、地域の中での交流が希薄になってきている現状の中で、この地域で『孤独死』を出したくない！という思いから発信されたものである。ひなたの運営推進会議で集まるメンバーは、地域の区長や民生委員、老人会の会長、役場福祉課の職員など、地域の代表者が集まっている。そのことも活かし、地域での見守りネットワークを自らの手で作っていかうというものである。

## 美馬牛地区生活支援ネットワーク

### 1. 会員

希望する人の登録制

会員カードに、氏名・住所・電話場号・緊急時の連絡先・身体状況・かかりつけ病院・主治医・協力員の記入と、個人情報に関する同意書に署名捺印してもらい、ひなたに保管する。

### 2. 協力員

行政区長、民生委員、ひなた運営推進会議メンバー、老人クラブ役員、福祉部長、隣近所の人・・・他協力者

### 3. 運営主体

運営主体は、地域住民で『生活支援ネットワーク会議』を将来的に目指し、当面の間は、ひなた運営推進会議の中で行っていく。事務局は当面はひなたに置く。

### 4. 具体的活動

- 日常の相談、安否確認  
・・・協力員が中心に行う。
- 緊急時の対応

① 家族が、本人の安否を確認できない



② 体調が悪くなったとの連絡が入った



会員は、希望する人の登録制とし、会員カードに、氏名・住所・電話場号・緊急時の連絡先・身体状況・かかりつけ病院・主治医・協力員の記入と、個人情報に関する同意書に署名捺印してもらい、ひなたに保管する。協力員は、行政区長、民生委員、ひなた運営推進会議メンバー、老人クラブ役員、福祉部長、隣近所の人などを募る。運営主体は将来的に「生活支援ネットワーク会議」を住民自らが設置・運営することを目指す。当面の間は、ひなた運営推進会議の中で行っていき、日常の見守りや安否確認は協力員で、緊急時の対応はひなたで行うこととする。

□地域の会館で、昼食交流会を開催

始まりは、要支援の利用者の増加である。ひなたが定員いっぱいとなり、この地域の中で、日中でかけていく場所、交流できる場がない。ひなただけでは支えきれないという現状から生み出されたものである。コンセプトは、地域の交流の場、集える場、地域の会館の利用というところから始まった。

実施にあたって、美馬牛老人会会長さんに伝え、会員の方々に知らせてもらい、参加者を募る。ひなたの利用者に声をかける。ひなたを訪問で利用しており、なかなか外に出る機会がない方にも声をかける。商店にチラシを貼ってもらい、置いてもらう。ひなたを利用したいと言ってくれている方で、定員いっぱいですぐに利用できていない方にも声をかける。回覧板でまわすということが決まった。

初めは、事業所の職員が全て段取りして、昼食づくりを参加者に手伝ってもらい形でスタートしたが、現在は、参加した方々が主体で昼食を作ってみんなで食べるという形になって来ている。1回の参加者は、20名前後、参加費400円。



#### □昼食交流会の今後の課題

はじめは、ひなたですべてお膳立てをして行っていたが、次第に地域の方々が主体となって行っていけるようになってきた一方、4年ほど続けてきて、いつも参加してくれる方が固定したり、ゲートボールや集いに参加するようなアクティブな方々多い。今後は、普段出て行く場がない人、家にこもって他者と会う機会が少ない人とどう関わって行くのか、それらの方々にどのようにアプローチしていくかが課題である。そのためには、送迎の問題、関係作りのために訪問を行っていくこと等を検討する必要があると考えている。

- 事業所名 小規模多機能型居宅介護事業所きゅ～ぬふから舎
- 法人種類 特定非営利活動法人
- 事業所住所 沖縄県宮古島市平良字池間 90-6
- 生活圏域人口 池間島 618 人／宮古島市平良圏域 A 2640 人  
(H28 年 1 月 31 日現在)
- 市町村人口 54,479 人 (H28 年 1 月 31 日現在)
- 生活圏域の設定数 市内全域で 8 か所  
(小規模多機能型居宅介護事業所 7 か所)  
(看護小規模多機能型居宅介護事業所 1 か所)

□生活圏域の地域特徴

宮古島市は、沖縄本島の南西に位置し、宮古島・池間島・来間島・伊良部島・下地島・大神島の 6 つの島から構成されている。その中で平良圏域 A は、旧平良市を南北に分けた北部地域を指し、最北端に位置する池間島は、沖縄本島の南西に位置し、周囲約 9 km、面積約 3 km<sup>2</sup>で、土地が狭く農耕地は少ないものの海陸に自然豊かな小離島である。「海洋民族の島」と言われ古くから漁業が盛んで、戦後は鰹漁で賑わい、1960 年代の人口は約 2,600 人を数えた。しかし魚価の低迷や高齢化などにより漁業で生計を成り立たせることは難しくなり産業は衰退、1980 年代には人口は 1,200 人にまで落ち込む。また 1992 年に宮古島北部と橋でつながり、保健医療福祉サービスが宮古島から提供されるなど生活の利便性は向上したが、同時に人口流出に拍車がかかり、ここ 30 年で人口はさらに半減、限界集落へと向かっている。

島民は「池間民族」と称されるほど、言葉や習俗、死生観や葬制度などが他地域とは違い、独特の地域文化・伝統行事が営まれており、今後どのようにこの島の文化伝統を継承していくかが課題となっている。



- 生活圏域高齢化率（H28年1月31日現在）  
池間島 46.3%／宮古島市平良圏域A地区 41.0%
- 登録定員／登録者数（H28年1月31日現在）  
29人／26人
- 通い定員／通いの1日平均数  
18人／15.2人
- 宿泊定員／宿泊の1日平均数  
4人／0人 ※H27年1年間 11名 37日間宿泊
- 1日あたりの訪問件数（直近1月の平均）  
54.4件
- 平均介護度（H28年1月31日現在）  
3.6

□取り組み概要

（1）今日も楽しいね♪と笑って生きられる地域を目指して

急激に島の過疎、高齢化が進行する中、宮古島で暮らす島出身者に対して高齢者がかけた「あんた達、島を捨てたね」の一言がきっかけとなり、子育てを終えたおばちゃんたちで「島に恩返しをしたい」という思いで立ち上がる。最初は手弁当でサロン活動（2003年～2006年）から始まり、高齢者と交流をしながら、島で暮らし続けている人々の声を拾い集め、その結果生まれたのが、小規模多機能型居宅介護事業所「きゅ～ぬふから舎」（2006年～）である。

「カナーダンギーマイ、ヤグマリーマイ、スマドウジャウカイ。  
カマヌユーンカイヤ、ヤーヌ、タタミノハナカラ。」

（たとえ動けなくなっても、寝たきりになっても、島がいい。

あの世への旅立ちは、住み慣れた我が家の畳から。）

共に支え合い島で暮らし、隣人家族に看取られながら我が家から旅立つ、以前は当たり前だったこの願いを守ることを理念とした。

島民の切実な願いを受け止め、一歩ずつ目標に向かっていくかに見えた矢先の2010年、独居高齢者の孤独死が島で起こる。それまで、当たり前にあると考えていた隣近所の支え合い（島の言葉でツムチャイ）が、すでに失われつつある現実と直面した。そこからもう一度島民の声を聴き、島の現実を見つめなおしながら、コミュニティの再生を基盤とした新たな地域福祉を模索することになっていくこととなった。

その中で、高齢者の生きがい・出番づくりのために生まれたのが、高齢者を主役とした民泊事業（2011年～）と、高齢者の経験と知恵・技が創る島おこし事業（2013年～）。そして、高齢者の出番拡大と次世代への文化伝統引き継ぎ事業（学童保育等の併設、2014年～）と歩み進めている。

戦中・戦後を生き抜き、この地域で暮らし続けてきた高齢者が毎日集う「きゅ～ぬふから舎」は、24時間365日を運営で、島の便利屋さんとなっている。毎日接する高齢者からの学びを活かし、高齢者の生きる力＝暮らしの知恵・経験・技を引き継ぎ

ながら、子どもも大人もおじいもおばあもみんなて島の未来を語り「今日も楽しいね」と笑って暮らせる地域を目指し今日も活動している。

## (2) オッチャンの玄関の扉

普通に地域で暮らし、その人らしい生き方を支えるためには、私たちには何ができるのだろうか？



みんなを巻き込み巻き込まれ、日々対応しながら考えさせられ、地域密着型の小規模多機能型居宅介護で私たちはよかった、本人もケアする側もみんなて「今日も楽しいね」と共に助け合って楽しく過ごせた事例／オッチャンを紹介する。

若い頃から思い込みが激しく、自己中心的な性格で自由気ままに生活してきたオッチャンは、要介護状態になってもいろんなことを毎日して、自分で建てた家で暮らし続けていた。

家の玄関の開き方がわからなくなったときには、打ち破ってしまうほど。扉を開いた時「よかった～、あけられなかったよ～、ありがと～」と訪問スタッフにすがって泣いてくれたオッチャン。

「あら～、台風が来たみたいだね、怪我はなかったか？」と、このドアをみても笑って心配してくれる隣近所。「なんにもわからなくなってきちゃって大変だよ、でも怪我がないからすごいよ」と言って笑う甥。

そして、「またガラスを割ったら大変だから」と、笑い合って扉の応急処置を協力し合って工夫して修理してくれるご近所さんたち。

「これはすごいですね、怪我をしなくて本当によかったよ」と笑って見守り、いざというときにいつでも駆けつけてくれる在宅医。

一人ひとりが、ただひたすらオッチャンと向き合い、ありのままの今を受け止め、オッチャンを知り続け、関わり続けることができた。

毎日毎日あ～だこ～だと関わるみんなて良い結束力を深めながら、オッチャンの望みを知ろうとし、オッチャンの望みに応えようと悪戦苦闘し、喜怒哀楽した象徴がオッチャンの玄関である。

## (3) オッチャンときゅーぬふから舎の出会い

若い頃は、船に乗ったり出稼ぎに行ったりの生活、65歳まで清掃センターで働き、その後は、畑仕事をしながら昼から酒を飲み気ままな生活を送っていた。寝込むことが増えてきたが、病院受診を勧めても断固拒否。67歳、腰から下の激しい疼痛に耐えられなくなり姪夫婦が強制的に受診させ入院。病名は、肝臓がん、大腸がん、骨転移であった。大腸がん切除・人工肛門増設、入院から二か月後、ICU病棟から一般病棟へ移るとすぐに、「手術したから治っている！」と、帰宅希望が強かったオッチ

チャン。昔から、病院や医者が嫌いなこともあり、病院から逃げ出すことを繰り返していたそうである。

退院後、独居生活のため、食事と排泄ケアを主に介護の利用を開始したのがきゅ〜ぬふから舎との出会いである。約一年半の利用で、ストマ交換や身の回りのことはゆっくり自立（要介護2～要介護1～要支援1、更新拒否自立へ）し、生活できるようになる。

昔から理解力が弱く、人の意見を聞かずにわがままな生活をしてきたこともあり、他者からの支援は拒否も多く、甥・姪を頼りに、その後はサービス介入なく生活するようになっていた。

70歳で左後頭葉の梗塞で右空間失認があったが自立での独居生活を継続し、73歳で自宅で倒れているところを甥が発見し救急搬送、入院。病名は、右アテローム性脳梗塞による高次機能障害、直腸がん術後・転移性肝癌であった。病院からは、「海馬領域の脳梗塞の為、認知記憶能力の著しい障害あり、意思伝達も難しい状態。身内が姪・甥に限られ一人暮らしであり、一人で生活できる能力がなく、病状悪化に繋がる可能性がある。」「右視床から内包にかけて梗塞があり不穏状態が続き、空間失認が進行、失語症状、右顔面麻痺、嚥下障害も併発している。」「左不全麻痺によるADLの低下・嚥下難も生じている。難聴・呂律障害があり会話成立は困難な状態。具体的な意思表示も困難で日常訴えに波がある。こちらが言っていることへの理解はできていない。」「退院調整に向けて姪甥が強く島での生活を希望、しかし一人暮らしのため種々の介護サービスが必要であると思われる。またストマ状態でありストマを自分で外したり不潔行動や摂食ができず嚥下機能に問題はないが、自分で口に食事をもっていけないため様々な点で介助が必要である」という状況であった。

このような状態で、病院からは在宅生活は不可能と入院継続・施設への転院の勧めもあったが、姪・甥から「叔父の所に行くとなんとすぐに連れて帰ってくれと言う。みんなに迷惑をかけるからと個室にしかいられず、それでも大声を出し落ち着かない。しょっちゅう呼び出されて大変。私たちがいない間は手足もずっと縛られていてかわいそう。同じ縛られて生活するなら、家で縛られていた方がまし。病気も病気だし長くもないだろう…、なんとか家に帰せないか？」という相談がきゅ〜ぬふから舎に入る。

相談を受け、面会をしてみると、飲酒後の酩酊状態のような印象の行動・会話であったが、本人の意向は何度問うても同じで「(島の方言で)自分は酒に酔っているだけだ、家にかえりたい」と、きちんと言語化して答えることができた。そこで、退院調整を行い、在宅生活を開始するに至る（要介護5、障害老人の日常生活自立度B2、認知症高齢者の日常生活自立度IV）。

#### （4）オッチャンとの毎日の関わり開始（退院調整～在宅復帰～入院調整）

最期まで自宅生活を希望するオッチャンの医療から介護への移行は、訪問診療を導入。日中は通い、朝晩は訪問、夜は甥が対応することとなる。病院・医者嫌いのオッチャン、退院直後の在宅医の初回訪問では、「俺には医者はいらない！酒がいる」と医者を実験し言うことができていた。

在宅医は「そうか、わかった。俺も酒が好きだから友達になろう」と言って新たな

関わりが始まる。

退院後1週間は這いずっての移動、手引き歩行は可能。家ではあらゆる扉を開け散らかし、オッチャンは「腹が減っている」と言うものの、食事摂取が難しく、どうすれば食べられるのかが課題であった。(日に日にわかったことだが、この頃は食材も箸やスプーンといった食事道具も認識できていなかった)食事介助を拒否するため、できるだけ馴染みのあるもので、手掴みで食べられるものをセッティングし、気が向いたら食べるようにしていると次第に落ち着いていった(最初に食べられたのは大好きなコロッケ!)。10日目くらいになると箸が持てるようになり、3週間目にしてご飯を普通に食べられるようになる。ADL全般に介助が必要ながらもゴロゴロと畳の間で過ごしたり、気が向いたらお姉さんのところに行くなど発語は少ないものの楽しそうに過ごし始めた。

退院後2~3週目、歩行ができ安定、自発的な会話が増加。「テレビがなくてつまらない」とのことだったので、テレビを姪に設置してもらったが、3日目にして分解。次第に洋服のファスナーなどを破る行動や、家の中が夜間に水浸しになったりするため、行動把握が課題となる。排尿も自立できるようになったが、放尿の習慣にてあちこちに尿汚染が見られるようになり、環境調整も必要となる。

退院1か月も過ぎると体力もつき、歩行距離も長くなり、昼夜・天候も関係なく外にでて徘徊する。夜間もほとんど眠らなくなり、問題行動がエスカレート。オッチャンは、「家の修理をしている、自分は忙しい」と落ち着きがなくなり、隣近所は、「元気になってきて良いけど大変そうだね、もともと分解作業を庭でしていたからやらせてみてはどうか」、「夜大声を出したり、ガタガタ音がしているよ。意識して気にしているよ」と協力的に見守り、甥・姪は、「帰宅出来て嬉しかったが、度が過ぎている。夜は寝てくれないので病院の様に縛ることができないか。どうしたらいいのか、動き回られると大変」と、身体機能の回復には喜んでいたが、認知症状に伴う問題行動の悪化に困惑していた。

薬剤調整や、その時々状況に訪問・通い・泊りと親戚の介入、隣近所の見守りを駆使し問題行動の緩和策を練っていきしたが、日に日に、破壊行動・行動範囲の広がりにより危険行動の回避が最大の課題となった。日中は、オッチャンの気が済むまで、明るいうちなら雨でも関係なく散歩、通いでも廃棄の機械などを地域から提供を受け修理作業(破壊)するのを付き添い見守り対応。事業所への泊りではますます落ち着かず、外に出たり不穏が助長したため、自宅訪問を状態に応じ変更。甥・姪・介護スタッフ・隣近所と連携し見守りを強化し、徘徊と送迎、破壊と片づけ、見守りと声掛けの繰り返しで過ごすようになる。特に夜間は、添寝で寝かせつけても二時間後には大声をあげるか、部屋をどんどんたたか、家から出るなどの行動があり、明け方3



(作業や徘徊の様子)

時から6時に不穏状態になっていった。

とうとうある日、3時半に大声で騒いでいたのを隣人が確認したのを最後に、早朝6時の訪問時には自宅に不在、行方不明になる。親戚、介護スタッフはもちろん、島民総出で捜索、警察へ相談する事態となる。約4時間後、人通りのない畑の奥の草むらからパンツ一丁で発見された。オッチャンは、鳥小屋を探しに行っていて寝てしまったとの事で、医師の往診も受けたが身体状況には問題なし。今後どうするかを、本人・姪・甥・隣近所・事業所・診療所、他捜索してくれた島民も含めて検討し、その結果、夜は眠るように精神科受診させて薬を調整してもらうことになる。そして精神科受診後、在宅生活立て直しのための医療保護入院（病名は器質性精神障害）となった。

#### （5）オッチャンとの関わり継続（退院再調整～在宅再復帰）

病院からは、「主に夜間の不眠、徘徊の為、精神科に入院して薬物調整を行ってきたが、薬物療法の効果はほどほどで不十分と言わざるを得ない状況であると思われる。これ以上入院が長引くと生活能力の低下が懸念されるため、姪甥と話し合い、退院が良いと思う。」「徘徊して過ごし、時々病院の備品を分解したり、放尿、ストマを引き裂いたりする行為みられる。本人自体は穏やかで、粗暴行動はない。週3～4日は睡眠がとれている。週2～3回は不眠で眠剤を服用した後ふらつきながら徘徊が見られ、転倒、転落防止のために拘束していた。」とのことであった。

在宅生活再開に向けて、気にかけてくれている隣近所へも相談したところ、「うるさくなくなったら寂しくもある。あの時は本人のペースがわからず大変で、みんな疲弊したが、3ヶ月も仕切りなおしたらみんな大丈夫じゃないか？ちゃんと、きゅ～ぬふから舎で見ていくんだらう？夜だけ静かにみんなを寝かしてくれればいいんじゃないか」と、独居生活再開も拒否なく協力的な言葉をいただくことができた。

退院後は、朝から寝るまで介護スタッフ1名をオッチャン担当として増員、一対一体制でオッチャンの状況に合わせ、自宅と事業所との訪問・通いのケアを組み立てた。夜は住み慣れた自宅という環境の力をかりて眠れるように、見守り体制は入院前と変えず朝夜は訪問で対応、特に深夜は甥と隣近所の協力を得て独居復帰をしていった。



退院当初は、家では眠るだけ、生活の大半を通いで過ごし、台風時のみ泊りで対応。徐々に暮らしのリズムもつかめてきて、本人のその日の状況に応じて、大好きな自宅で訪問を中心に生活ができるようになっていった。夜間は眠りすぎ静かになると逆に心配したりしたが、夜間不穏で問題になることは少なくなった。

オッチャンがこれまで生活してきた時間を支えられるようになりたいと皆で関わっていくと、状態も落ち着き、退院2か月後には向精神薬の力も借りずに穏やかに過ごされる日常になってきた。狭いところに入れば徘徊はせず、ずっと作業行動するなど、新たな発見の連続。通いで落ち着かなくなれば常に人がいる事務所の奥に誘導するとオッチャンなりの作業をするようになり、退院三か月後には、事務所に居る時間が多

くなり、介護スタッフからのオッチャン担当1名増も解消できていった。

毎日毎日、色々なものに関心を持ち、熱心にいろんな作業行動に打ち込む時間も増え体力低下もあったが、作業行動を見守ることにより破壊行動や広範囲な徘徊は見られなくなっていった。

#### (6) オッチャンの新たな関わり（日常生活～看取り）

介護スタッフをはじめ、親戚、隣近所の人たちもオッチャンの突飛な行動や発言に和まされ、笑いや楽しみの関わりになっていった。甥・姪も、「なんだか落ち着いていて、入院前よりも人との交流ができるようになって驚いている」とのことであった。散歩程度の徘徊や事業所・自宅での作業行動を繰り返していく中で、オッチャンは、子ども達、特に幼児・学童期の子ども達に関心を持ち始め、次第に自ら子どもの声のする方に出向き、自然に溶け込むようになっていった。不思議と子ども達とも意気投合し、新たな人間関係を構築していった。通いの午後は、放課後学童保育の子ども達と遊び、子ども達からも「オッチャン！」と呼ばれ、助け合い、遊び合い、その姿はほほえましく、子ども達の保護者も含め地域の人気者になっていった。



退院後半年過ぎた頃より、癌の進行もあり身体機能はだんだん低下、発熱等を繰り返す、車いす移動となっていったが、マイペースに生活。徐々に、食事を食べようとする行動以外は、ほとんど反応がみられなくなるまで低下していった。子ども達や地域の馴染みの人たちと顔を合わせると、元気な頃には偏屈だったオッチャンの影もなく、笑顔を見せ穏やかに過ごし衰弱していった。



全身的な病変に伴う衰退に医療的に苦痛除去のみのケアと、毎日自宅から出て地域の人たちやお姉さんや甥・姪、子ども達との交流を優先し通いは継続、穏やかに楽しく過ごせるための関わりのケアに重きを置くこととなった。発熱し調子が悪く寝込むと、事業所のベッド周囲には

利用者やスタッフの他、子ども達、またその親が心配して見舞いに来てくれた。表情のよい時間を多く持てるよう地域の人たちの協力を得て、最後の最期まで皆で楽しく過ごす日常の中、退院後1年1か月目台風の接近する夜に、甥と介護スタッフに囲まれ、自宅から旅立つことができた。

台風が過ぎ去り、出棺の際には子ども達と利用者・スタッフと島のみんなでお別れをした。オッチャンは、私たちや島の子ども達に身をもって、病气や老い、命、そしてどんな自分になっても住み慣れた我が家で暮らし、最期まで生き抜くことを教えてくれた。

#### (7) オッチャンが旅立った後

家族のいないオッチャンを最期まで主介護者となり、一番振り回された甥から出た言葉は、「叔父は、病気になって、介護になって良かった。心からそう思う。」であった。

「大変だったことが、楽しいことになっていった。台風で橋も閉鎖された日に旅立つなんて…最後の最期までお騒がせな叔父だった」そんな風に笑ってくれた。

オッチャンを怖がり、関わることを拒否し続けていた本家の長男夫婦までもが、皆が交わり楽しそうな姿を見て、最期の看取りに際し『何かできることはないか』と言い参加するようになった。そして無事、本家へ位牌が引き取られていったのである。

スタッフだけでなく、地域の人や子ども達を巻き込んで、みんなでワイワイと介護するからこそ、過重な負担を恐れることなく家族や親族がもっと積極的に関われる、そんな可能性を感じさせてくれたオッチャンであった。

そして、いまだ毎日のように、思い出を語っては笑い涙し、その一つ一つが供養となって、私たち自身の癒しになっていく。介護って人が亡くなったら終わりじゃない、一人一人の人生が周りの人たちと融合しながら次へつながっていく、そんな橋渡しをしていくものであろう。

#### (8) ここで暮らし続け、ここで最期まで生き抜きたい、その思いを支えたい

語りつくせぬほどのエピソードがあるオッチャン、楽しく関わった実践は、ほつれかけていた糸が紡がれるように、みんなと助け合うことを楽しみ、自然と心と心が紡がれていったように感じる。

癌や脳梗塞などの発症時には入退院を繰り返したが、病院や施設を拒否しつづけたオッチャンの生き方は、まさしく、島人の心に息づいている当たり前の暮らし方であった。

カナーダンギーマイ、ヤグマリーマイ、スマドウジャウカイ。

カマヌユーンカイヤ、ヤーヌ、タタミヌハナカラ。

最期の瞬間まで「今日も楽しいね」と笑っていられるよう支えていくことを実践させてくれたオッチャン、それはかつて地域の営みの中にあたり前にあった助け合い（ツムチャイ）を活かしていくことであった。

毎日毎日、計画通りや施設通りの枠では抑制されてしまう、その人らしい生き方、ありのままの行動や状態を、出会ったみんなで見守り、理解しながら日々自宅・地域・事業所内で即時的に柔軟に楽しみながら関わる事が出来た地域密着型の小規模多機能型居宅介護だったから、最期の瞬間まで楽しくオッチャンを支えることができたと思う。

## 2. 医療との関係

□事業所名 フロイデ総合在宅サポートセンターひたちなか

□法人種類 医療法人

□事業所住所 茨城県ひたちなか市足崎 1474 - 7

□生活圏域人口 16,443 人（平成 27 年 4 月 1 日現在）

□市町村人口 159,212 人（平成 27 年 4 月 1 日現在）

□生活圏域の設定数 市内全域で 8 か所

□生活圏域の地域特徴

約 3 キロ程度の距離に太平洋が広がり、常陸那珂港や国営ひたち海浜公園、常陸那珂工業団地などからなる「ひたちなか地区」と市街化調整区域による農業的土地利用が大半を占めている。

市街化区域では、勝田第 2 工業団地を取り巻くように昭和 40～50 年代に造成された団地が点在するとともに、土地区画整理事業も進められている。

□生活圏域高齢化率

24.45%（平成 27 年 4 月 1 日現在）

□登録定員／登録者数（H28 年 1 月 31 日現在）

29 名／29 名

□通い定員／通いの 1 日平均数

18 名／16.8 名

□宿泊定員／宿泊の 1 日平均数

9 名／7.1 名

□1 日あたりの訪問件数

7.3 件

□平均介護度

2.4

□取り組み概要

### ◆志村フロイデグループの展開

志村フロイデグループは、志村大宮病院を中心とした医療法人と社会福祉法人、看護師養成の学校法人を併せ持ち、病院や施設を退院・退所され、在宅に戻られた方をそれぞれの地域において必要なサービスを 24 時間・365 日提供している。病院がある常陸大宮市を中心とする県北西部地域においては、『地域完結型エリア』としてグループの全ての訪問系サービスや通所系サービス、そして小規模多機能型居宅介護や地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービスなどが連携することで、このエリアにおける 24 時間 365 日の地域包括ケアを目指している。

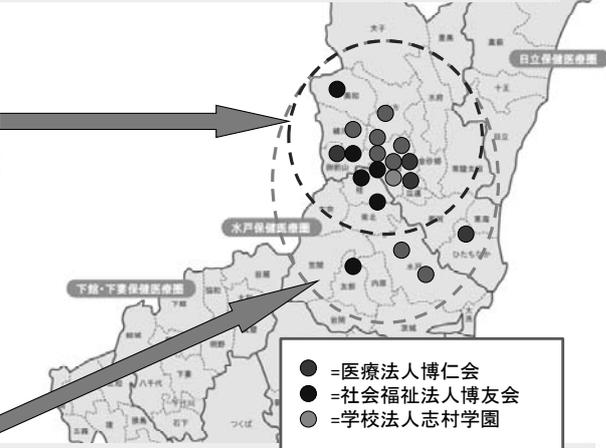
また、県庁所在地のある水戸市を中心とする県央地域では、『地域連携型エリア』として、その地域の医療機関等と連携し、常陸大宮市同様の地域包括ケアを目指している。

# 志村フロイデグループの展開

## ●フロイデ総合在宅支援システム

常陸大宮市を中心とする  
県北西部地域  
↓  
地域完結型エリア

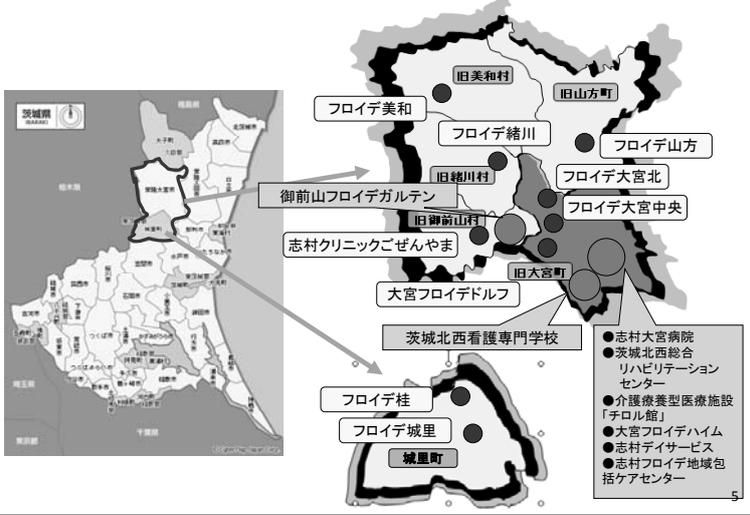
水戸周辺を含む  
県央・県北西部地域  
↓  
地域連携型エリア



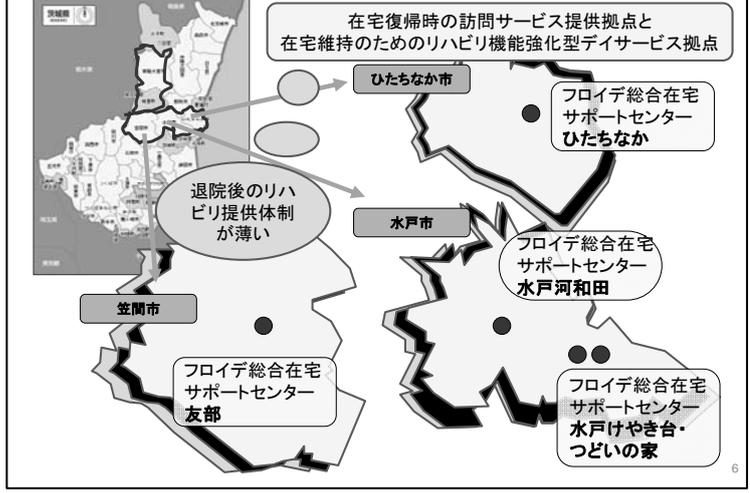
- = 医療法人博仁会
- = 社会福祉法人博友会
- = 学校法人志村学園

●24時間・365日の地域包括ケアの確立を目指す！  
●在宅部門の総力を結集し、在宅復帰を可能にする！

## 地域完結型エリア拠点図



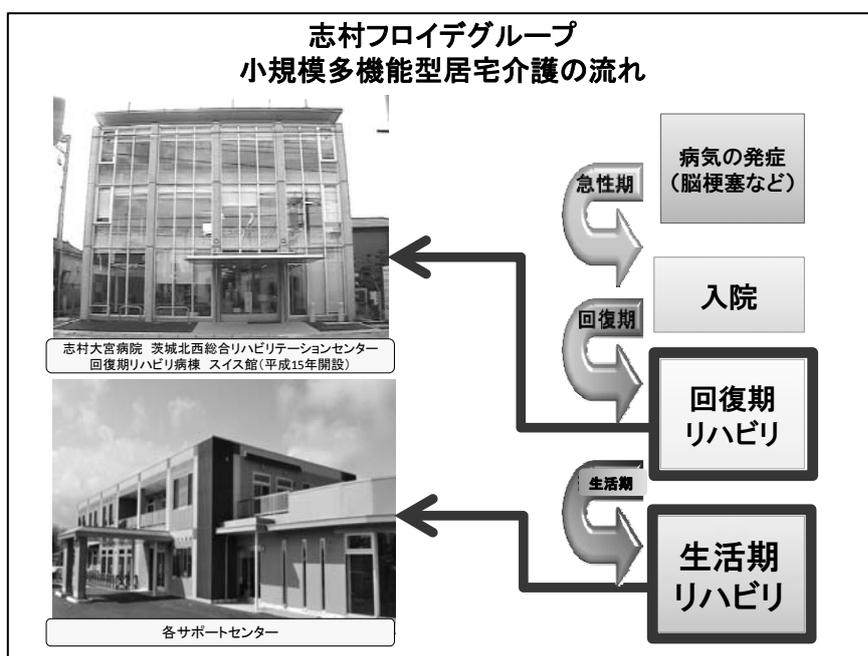
## 地域連携型エリア拠点図と活動ポイント



### ◆小規模多機能型居宅介護拠点および特徴

県内に小規模多機能型居宅介護が6か所あり、全事業所に看護師または准看護師を1～2名配置している。また、理学療法士や作業療法士が常勤で配置されているリハビリ機能強化型デイサービスを併設し、介護・看護・リハビリが一体となった対応をしている。

また、志村フロイデグループの小規模多機能型居宅介護の流れとして、平成15年に開設した志村大宮病院 回復期リハビリ病棟スイス館に入院された方の受け皿となっていることが一つあげられる。地域医療連携センターを中心に、リハビリ専門医・社会福祉士・介護支援専門員・リハビリ専門職・看護師による定期的なカンファレンスや、入院している家族を対象とした2か月に1回の家族相談会を実施することで後方支援を確立している。

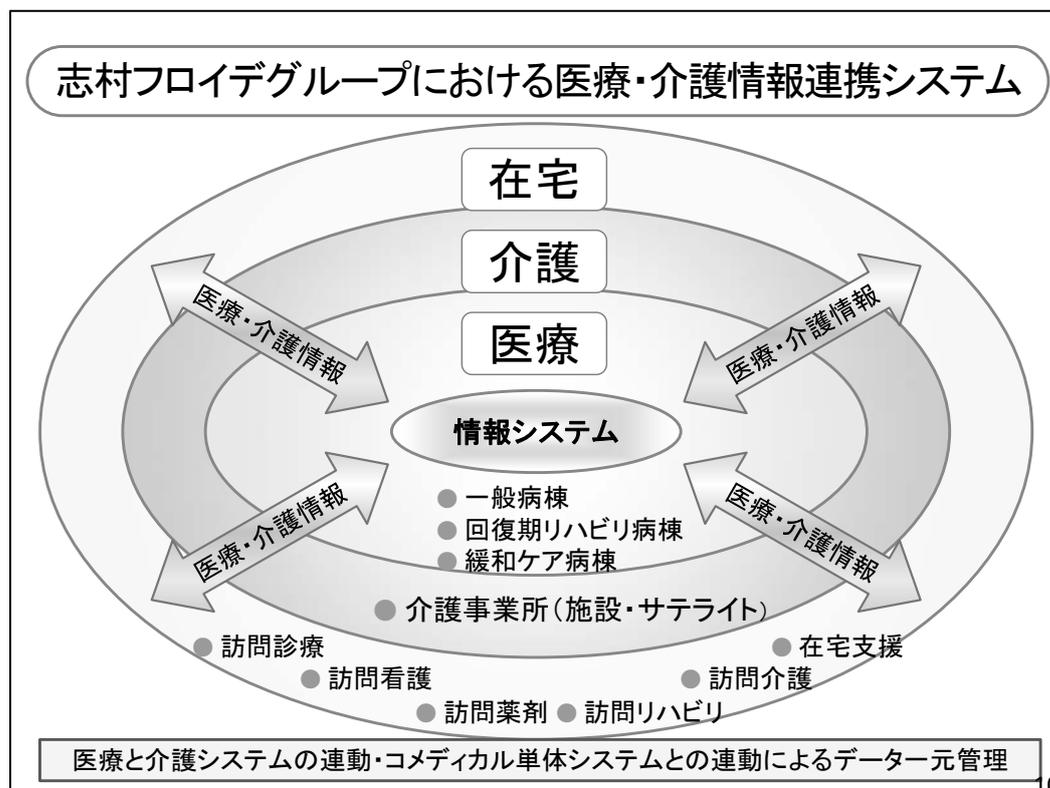


### 志村フロイデグループ入退院支援体制

- 総合相談センター  
(医療・介護・リハビリ・緩和 等の全ての相談窓口)  
志村地域医療連携センター  
センター長(看護師) 1名  
社会福祉士 5名 介護支援専門員 1名
- 志村フロイデ地域包括ケアセンター  
介護支援専門員9名
- 法人相談員  
老健3名 通所リハ1名 特養2名  
通所介護14名
- 退院支援について  
介護支援連携指導 月平均15件
- 患者サポート体制
- リハケアカンファレンス 月平均10件



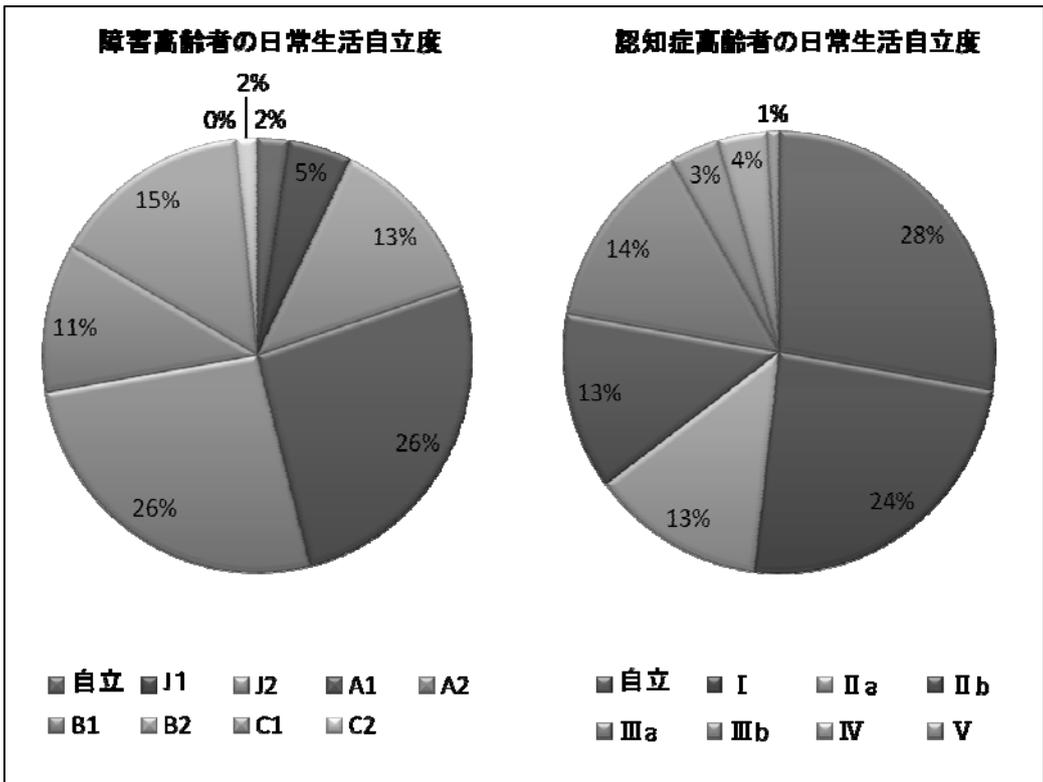
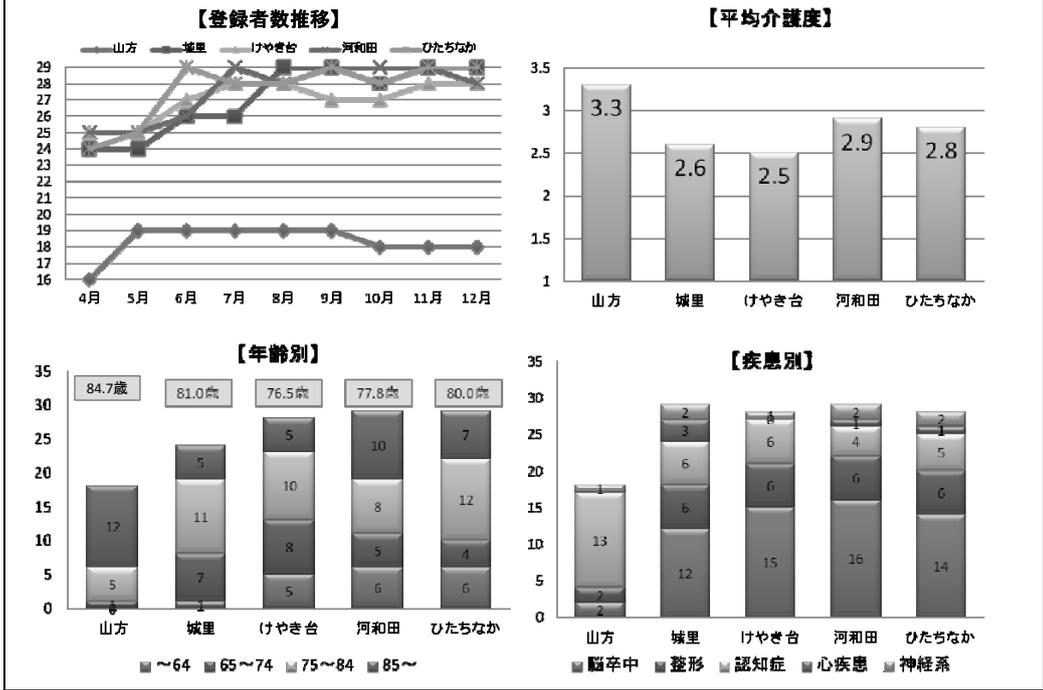
また、電子カルテを導入することで、医療・介護情報データの一元化を図ることができている。



志村フロイデグループ・小規模多機能型居宅介護登録者の特徴として、認知症の登録者も当然いるが、脳卒中・整形疾患の患者割合が6～7割と多く、自宅での受け入れ体制に不安を感じている家族が殆どである。また、現状では退院後すぐに自宅へ戻ることが難しく、リハビリテーションや住環境の改善も必要な方が多いことが挙げられる。

そこで、利用方法の一つとして、まずは宿泊をメインに利用していただき、生活環境に向けたリハビリを提供。経過をみながら短時間・日中・夜間だけ等と自宅に帰って、自宅で困っていることを確認。そして、小規模多機能型居宅介護の職員とリハビリ専門職とでアセスメントを行い住環境の整備する。そうすることで、在宅生活への本人の自信と家族の安心感を得ることができ、数か月後には通いと訪問を中心とした自宅での生活に戻ることができる。更には、併設してあるリハビリ機能強化型デイサービスに移行する場合もある。

# 【小規模多機能登録者の構成と分類】



## 【リハビリ機能強化型デイサービス】



## 【リハビリ機器練習】



## リハビリ機能強化型デイサービスの特徴

“施設全体をリハビリテーションの場”とし、自立支援の考えをもとに生活機能訓練や身体機能訓練などスタッフ全体で利用者のリハビリをサポートしていくデイサービス。

### ◆セラピストの役割

- ① 定期的な評価を基に、利用者と生活目標を設定。
- ② 生活目標に合わせてプログラムを立案し、運動方法や注意点などをアドバイス
- ③ 生活機能訓練、身体機能訓練の実施
- ④ 機能訓練を指導する上で必要な技術をスタッフに指導
- ⑤ 利用者ごとに特に注意が必要な動作・活動についてスタッフと検討・アドバイス



**リハビリの立場から施設全体を盛り上げ、  
多職種と連携しサービスを作り上げていく!!**

## □事例の紹介

- ・ Mさん65歳・男性・要介護2
  - ・ 障害高齢者の日常生活自立度A1、認知症高齢者の日常生活自立度 自立
  - ・ 17歳から60歳まで東京にて郵便局員として働く。結婚歴はなく、兄夫婦と姉が近隣に在住されているが両家族とも同居は困難な状況。
  - ・ 既往歴として高血圧症、結腸癌（OPE歴有り）
  - ・ H25. 1. 22  
自宅にて左側の麻痺を自覚し国立国際医療研究センター病院へ緊急搬送され右視床出血と診断される。
  - ・ H25. 2. 27  
リハビリ目的で志村大宮病院転院するが、重度の運動麻痺と中等度の感覚障害があり、失望感から強い自殺願望あり。
  - ・ H25. 6. 29  
小規模多機能居宅介護登録開始し、サービス利用方法として毎日宿泊利用（日中兄の自宅へ行くこと有り）。この時も自殺願望を口にする事があった。  
介入方法としては、宿泊をされながらリハビリテーションを行ううちに、生きる意欲が出てきたため、自立した生活ができるようにと本人の希望により土地購入及び住宅の建築を行い、一人で暮らせるようにすることを目的とした。また、事業所職員見守りの下、入浴・調理・掃除・洗濯や食器を洗う練習や物を持って運ぶ練習等、在宅での生活に向けた訓練を提供すると同時に計画作成担当者は自宅近隣住民の支援体制を構築するために、商店や交番にあいさつ回りを行った。
  - ・ H25. 9. 14  
土地を購入し自宅を建てる。また、運転の希望が出てきたことから運転許可を目指して、運転に必要な筋力やバランス、判断力を得るための訓練を開始する。
  - ・ H26. 6. 5  
リハビリ専門医の診断にて許可となる。
  - ・ H26. 6. 16  
自宅での生活を開始され、利用方法として、通い：週3回、訪問：週1回、安否確認の連絡は随時行い、自家用車も購入される。
- \*現在では介護保険からの脱却を目指しており、入院当初から口にしてきた自殺願望は一切なくなった。



## □地域や家族とのつながりを築く

一方で地域の拠点となるために、地域と一体となった事業所づくりも必要である。開設前には自治会長や市議会議員、民生委員、高齢者クラブの方々との意見交換会や、勉強会と称して住民参画の事業所運営の先進的な事例を紹介するなどして理解を得ることに努めている。また、開設後も地域活動には力を入れており、自治会の賛助会員に加入するだけでなく、地域の行事にも率先して参加している。また、ひたちなか市の健康づくり重点事業に職員を毎回派遣したところ、参加されている方が、ボランティアとして草取りに来て下さるようになり、更にはフロイデサポーターというボランティアを組織化して、週に2～3回ご利用者の付き添いなどをして下っている。このように元気なうちから事業所に出入りしてもらうことで何かあったら気軽に事業所にお問い合わせしようと思って頂ける事が必要であると考えている。



意見交換会



地元のお祭りに参加



ボランティアの皆さん



子供会との交流

また、家族との信頼をより深くするために、2か月に1回、家族相談会や食事会を実施している。これらを開催することで職員と家族のコミュニケーションを図ることができている。



#### □まとめと今後の課題

小規模多機能型居宅介護は認知症の方やそのご家族を支えているだけではなく、医療、リハビリとの連携を図ることで、脳卒中・整形外科疾患の中重介護の方の在宅生活を支える事が可能である。また、医療、リハビリ、看護、介護の連携を密に図って在宅生活の限界点を上げるためには、それぞれが点ではなく、小規模多機能型居宅介護のように面で支える事が有効である。

今後の課題として、これまでに登録された方々の介護度の変化を追跡するとともに1つの指標を作り、家族介護の負担とどう結びついているのか可視化し、小規模多機能型居宅介護が在宅生活を支える上で必要不可欠であることの根拠を作り上げて行くことが必要であると考えます。

- 事業所名 共生ホーム よかあんべ
- 法人種類 株式会社
- 事業所住所 鹿児島県始良市加治木町反土 2378
- 生活圏域人口 21,645 人
- 市町村人口 35,120 人
- 生活圏域の設定数 市内全域で3か所
- 生活圏域高齢化率  
29.0%
- 登録定員／登録者数（2016年1月31日現在）  
25名/22名
- 通い定員／通いの1日平均数  
15名/12名
- 宿泊定員／宿泊の1日平均数  
5名/3名
- 1日あたりの訪問件数】  
21件
- 平均介護度（2016年1月31日現在）  
1.9

□はじめに「その本人の存在感が最期までそこにある暮らしを支援する」

T氏は、自宅で、大好きな孫の結納を見届けて息を引き取られた。T氏との出会いから8年を振り返り報告し、小規模多機能型居宅介護における医療との連携及び早めの出会いからその機能を十分に活かすことにより重度者も自宅や地域で最期まで支えることが可能であることを提言する。

□T氏の紹介と経緯

- ・99歳 女性 疾患名：認知症・脳梗塞
- ・認知症自立度：IV 日常生活自立度：C2

夫に先立たれてからも一生懸命に家族を支えたきたT氏。認知症を発症し、平成2007年から当事業所のデイサービスとお泊りを利用する。当時から、意思疎通は困難で、T氏の思い、伝えたいことが理解できず、ご家族、スタッフ共に悩み、ど関わればいいのかかわからず、泣いたこともあった。3年前には脳梗塞を発症し、一端救急病院に運ばれるが、抑制を余儀なくされることや、「母は病院が嫌いだから」ということもあり、点滴をしたまま退院し、生活の場は自宅から事業所へと変わっていった。

□具体的な取り組み『親の意見と茄子の花は真に一つの嘘はない』

「親の意見とナスの花は真に一つの嘘はない」。この言葉は、私たちがT氏から教えていただいた言葉である。

T氏との出会いは2007年の春。T氏の長女とその娘2人の4人暮らし。長男は県外に在住。夫は1991年に他界。性格は几帳面な一方、島唄や踊りが大好きなおおら

かな部分もあった。誰よりも遅く寝て、誰よりも早く起き、家事は手際よくこなし、子供の服は生地を織って作っていたそうである。食事はさっと済ませ、動いていない時間はないくらいに1日を過ごし、女が家を空けることは良しとせず、自分の楽しみのために時間を使うこともなかったと長女から、伺った。

認知症が進行してからは、トイレに上手くいけなかったり、食事をどのようにして食べてよいかわからないこともあったことで「ばあちゃん海に飛び込んで死ぬ！」と言って玄関を一人で飛び出して行くことも度々あり、事業所もどうすればよいのか悩み苦しむことが度々あった。

それでもT氏が家に帰ると、長女は「ばあちゃん、お帰り」と笑顔で迎え、お互いに、苦しい時期が幾度となくありながら、いつも離れることなくずっと一緒に過ごしてきた。

2012年の5月11日、自宅で意識消失。救急病院に搬送され集中治療室に運ばれた。診断は脳梗塞。点滴など治療を行ったところ、ぐったりしていたT氏が、突然、何度も起き上がろうとした。その状況を見た集中治療室の看護師は「抑制承諾書」のサインを求めた。入院手続きの書類を書く長女の手は止まり、「母は病院が嫌いだから…」と言いながらペンを置き「入院させたくない。連れて帰って欲しい」と事業所に伝えた。

私たちは「T氏は病院嫌いですよ。帰りましょう」と長女へ告げ、すぐにかかりつけ医へ連絡。「よし、解った。大丈夫だ。連れて帰れば良いよ。みんなで見ていこう」とかかりつけ医師からも力強い言葉をもらった。T氏を抱き抱え、いつもの送迎車に乗せて事業所へ向かった。家族、スタッフはもちろん、これまで一緒に時間を過ごしてきた他の利用者もT氏を懸命に支えてくれた。

小規模多機能型居宅介護は小規模であるがゆえにスタッフと利用者、また、利用者同士が関係を作りやすい。利用者同士で、名前を呼んで声をかけることは殆どない。しかし、「何故、寝ているのか?」「何故、ご飯を食べに起きてこないのか?」と気にかける。そして、どうしても気になれば「起きろー」とか「ご飯を食べろ」「調子が悪いのか」と側に寄って声をかける。

事業所によっては、重度化したことによって個室に隔離し、事業所の中だけで完結してしまい、利用者と地域や友人などの関係も断ち切ってしまうことがある。このことは案外、気づかずにケアを行っていることも多いのでは無いだろうか? 早めの出会いから重度になっても関わり続けるには、単に医療ニーズに応えられれば良いというものではない。その本人の状態の変化があっても、周囲との関係を断ち切らない、紡ぎ続けることがその本人の安心感に繋がり、本人が持つ生ききる力を引き出すことに繋がるのである。

T氏が事業所に戻ってきてから、他の利用者が声をかけたり、「しっかりご飯は食べんといかん」「早く元気になりなさい」などの励ましや見守りなど、何かと気にかけてくれた。この関係こそが最後まで「暮らし」の中で生きるための大切な要素の一つではないかと考える。見守っている人、見守られている人、それぞれの力があってこそ成り立つ関係なのである。

事業所に戻ってからのT氏は凄い回復力で見事に危険な状態を乗り越えた。以前の

ようには言葉は出なくなり、島唄も聞くことはできなくなったが、最後の最後まで食事も口から少しずつ食べ、長女は毎朝手作りの特製ジュースを届けられ「これぞ、元気の源！」とゆっくり飲み続けた。

この脳梗塞以降、何度も脳梗塞や肺炎を繰り返したが、入院することなく、周囲の支えで乗り越えてきた。

何故、主介護者である娘は幾度とない変化に遭遇しても入院させることなく、また施設入所を選択しなかったのだろうか。それは、長く関わり、付き合っていくことで本人と家族の思いを共有する医療を含めたチームが形成されたためだと思う。「連携」とは情報を共有することだけでは全く意味をなさない。その理由としては、情報を提供したり、共有したりするだけでは具体的アクションに繋がらないからである。そもそも「連携」とは何のためにするのか。それはそのご本人の思いを実現するためにするものである。従って、具体的行動に繋がらない連携は全く意味をなさないといっても過言ではない。今回の事例を通して改めて感じたことは、ただ情報を共有する連携ではなく、その情報をもとにそれぞれが役割を認識し、ともに行動するなかで本人、家族の思いを共有し、本人・家族を含めたチームを形成していくことが最も重要であり、そのことがまさに連携であると感じた。

そして、変化点において一緒に考え、時には揺れる中で、本人の思いに立ち返り、「もう少し頑張ってみよう」と前に進む。このような、プロセスを踏んで構築されたチームがあることによって、家族も後悔しない介護をしたい、本人の思いを最期まで大切にしたいと強く思うことができると思う。重度化やターミナル期において小規模多機能の泊まり機能は必要不可欠である。そのような場面でこそ、事業所に医師の定期訪問診療が可能になれば家族・事業所スタッフと直接顔を合わせ、語り合い、情報や思いの共有をすることが可能となり、本人を支えるチームが作られる。その結果、安易な入院や施設入所は十分に回避できると考える。

2015年正月。厳しい状態を何度も乗り越えながら新年を迎えた。

「ばあちゃん、3月29日が娘の結納だから、それまで頑張っただよ、大丈夫だよ、ね、ばあちゃん、、、」と長女は毎日、毎日、T氏の耳元で囁き続けた。

3月29日、孫娘の結納当日。T氏はその約束を守り、結納が始まって15分後の11時45分に静かに息を引き取られた。ふすま一枚を隔てたすぐの隣の部屋で孫の結納を見届け99歳の生涯を閉じられた。事業所からご自宅に戻られて5日目だった。

この3年間ほどは、脳梗塞を繰り返し、事業所に泊まっていた。1月頃から呼吸が変化し、「結納の日までどうだろう？」と、誰もが心の中に不安を抱いていた。

3月25日に「家に帰りましょう。今しか帰れない」と、こちらから家族に伝え、事業所の他の利用者、スタッフに見送られながら自宅に戻った。この10年間支えてくれた医師も「よし、帰ろう」とみんなの背中を押してくれた。私たちは、T氏の自宅への思いや、家族への思い、娘や孫の思いに対してとにかく行動したいと考えていた。

そして、結納までの5日間、長男と長女と子供たちとともに自宅で親子水入らずの時間を過ごした。

私たちは頻繁に訪問し、状態観察や排せつの確認・交換、顔や手を拭いたり、とにかく身体に触れ声をかけ続けた。またT氏を囲み、家族がこれまでのことを色々と話を聞かせてくれた。

結納当日は「母が体調悪くて隣の部屋で休んでいます」とだけ伝えられ結納は時間通りに始められた。結納が始まって間もなくしてT氏の横に付き添っていたスタッフが長女と長男に、息を引き取られたことを告げた。家族は迷いもあったがそのまま結納は続けられた。結納終了後に長男が「実は・・・」と切り出され、結納の間閉じられていたふすまを開け、お婿さんとそのご両親と対面された。ご両親は最初、驚いたご様子だったが、T氏のそばに行かれ、「息子が結婚します。よろしくお願ひします」と語られた。その言葉はT氏が、一番うれしい言葉だったと思う。

結納を終えた孫とスタッフ、そして長女とともに自宅のお風呂で身体を綺麗にし、お気に入りの着物を着られ、化粧をした。

お亡くなりになったあとも、私たちは自宅へ通い、ご家族の話を聴く時間を作った。

「母は生ききった。ああすれば良かったはない。母は父の遺言を守った。認知症になって立ち止まり、

脳梗塞になって恩返しがてきた。あれも、これも母のおかげ。亡くなって、ますます『ありがとう』が出てくる。二つの喜びがあった」と長女は語ってくれた。

この二つの喜びはT氏自身が孫娘の結納を見届けた喜び。最期を家族全員で過ごすことができた喜びと私達は解釈している。



### 【家族の揺れる心情を支える医療】

T氏を支えたのは介護事業所や家族だけではなく、かかりつけ医の存在がとても大きい。具体的なケアは介護事業所として行ってきたが、何度も脳梗塞を繰り返し、体調の変化もある中で介護スタッフも家族もこのまま介護事業所でみて大丈夫なのか、医療機関で入院治療したほうがいいのか、医療職が24時間配置されている介護施設のほうがいいのか、何度も心が揺れ動いた。その都度相談にのって支えてくれたのがかかりつけ医である。日頃の身体的な情報のやり取りだけでなく、T氏の思いや、そのために自分たちが何をしないといけないのかを常に見守ってくれ、最後は「大丈夫」と私たち事業者や家族の思いを支えてくれた。

恐らくかかりつけ医は、家族が入院治療を望めばそれに応えてくれ、施設入所を希望されれば、それにも応えてくれたらう。T氏については在宅で支えることを目標とし、それを支えてくれた大きな存在であった。

医療機関によっては「もう在宅では無理」「入院したほうがいい」「施設に入所したほうがいい」ということを医師から断定されることも少なくない。これは、医師が考

える在宅で支える仕組みや実際のケアがなされていないことの結果が「在宅では無理」ということに繋がっていると推測される。

しかし、今回のケースでは支え方についてのアドバイスや指示はもちろん、医療機関や介護施設に比べて整っていないケアの環境ながらも T 氏の生き様とそれを支える家族の思いをかかりつけ医が認め、支えてくれたと思う。

私たち事業所は医師への連絡や報告を身体状況だけや病状の変化のみを伝えることは行わなかった。なぜならば、それらの変化を報告するときの多くは「悪くなった」状況の報告であり、その情報だけを耳にする医師の立場を考えれば、不安やその状況をかえる手段を考えると思われたからである。私たちは「本人の生き様」「家族の思い」「周囲の状況」「T 氏がいてくれる良さ」なども合わせて医師に伝えた。また、家族が参加するカンファレンスに医師が時々参加して意見交換がされたことも、医師と家族、医師と事業者との信頼関係に影響を与え、最後まで見守ることができたと考える。

「医療との連携」は情報の伝達が目的のように捉えられることも少なくないが、介護事業者側から考えると、医師にチームの中でどのような役割を担ってもらいたいかを考えないといけない。そのために私たちがどのように行動しないといけないか、医療機関へ治療を丸投げしてしまうのでは、その人の思いや暮らしを支えることはできないと思う。

#### □成果と効果

T 氏が今は亡きご主人や家族と暮らし続けてきた自宅で、最期は孫娘の結納を見届けることができた。自宅に帰ってからは枕元で長男が島唄を唄ってくれる等、家族水入らずで時間を過ごすことができた。

その T 氏の最期に、スタッフはそこに寄り添うことができ、一人ひとりが直接関わることを通して、看取り期に私たちに求められる姿勢を具体的に気づかせてくれた。ご本人との出会いに感謝し、ご家族と一緒にこれまでを振り返る中で、そこまでに至る日々の時間の重さと意味を語り合うことが、看取り期のケアであると考えている。

#### □課題・考察・まとめ

この 8 年間、T 氏の自宅、家族との関係を切り離さないということを大切にしてきた。長女さんは「認知症になって立ち止まり、脳梗塞になって恩返しができた」と語られた。この言葉はいつも側にいて、最期まで母にできることはやったというご家族の満足感によるものだと考える。そして偶然にも孫娘の結納と重なった最期。家族の「結納までは生きていて欲しい」という想いと、「可愛い孫娘がお嫁さんに行くまでは」というこれまで孫と一緒に暮らしてきた T さんの想いが通じ合い「生ききる力」をもたらした。

「母は生ききった」と葬儀での長男の言葉に「看取りは私たち介護者のものではなく、家族のものになるように」。私たちは日々のケアの中で大切な人と目には見えない絆を紡いでいく大切さを T 氏から学んだ。

□提言

- ①終末期において家族の気持ちは揺れる。その家族の揺れる思いを医師・介護職がチームとなって受け止め、真のニーズに最期まで責任をもって支える意志共有が不可欠である。
- ②終末期において、本人の状態観察のみならず、本人・家族・医師・看護スタッフ・介護スタッフが日々、顔を合わせる機会が必要である。
- ③小規模多機能の泊まり機能を活用し、緩やかに終末期を迎えることは可能である。しかし、そのためには事業所に医師の定期訪問診療が必要不可欠である。

- 事業所名 小規模多機能型居宅介護いくのさん家
- 法人種類 社会福祉法人
- 事業所住所 鳥取県鳥取市湖山町西二丁目 237-2
- 生活圏域人口 30,456 人（平成 27 年 9 月 30 日現在）
- 市町村人口 193,064 人（平成 27 年 1 月 1 日現在）
- 生活圏域の設定数 市内全域で 6 か所
- 生活圏域の地域特徴

日本海沿いの港町、都市部、淡水の池としては日本有数の広さを誇る湖山池、そして中山間地を含む二つの中学校区（湖東・湖南）を合わせて、ひとつの日常生活圏域として設定。戦前までは漁村や農村の点在する地域であったが、湖東地区は高度経済成長期にベッドタウンとして造成された団地、郊外型の商業地域、大学や高校などの教育機関、漁村や農村などの歴史ある集落が併存する特殊な地区となっている（人口は 28,306 人で高齢化率は 21.4%）。

対する湖南地区は、圏域人口のわずか約 7%が暮らし、温泉街を中心に南に中山間地、北に池沿いの農村が広がり、過疎化と人口減少による様々な課題を抱えている（人口は 2,150 人で高齢化率は 36.7%）。取り組み概要に登場する寺岡医院は後者の湖南地域にあり、谷の奥深くから都市部まで圏域全体に出向いて往診をおこなっている。事業所は湖山池の対岸に位置し、湖東地区側にある。

- 生活圏域高齢化率  
22.5%
- 登録定員／登録者数（H28 年 1 月 31 日現在）  
29 名／24 名
- 通い定員／通いの 1 日平均数  
15 名／11.5 名
- 宿泊定員／宿泊の 1 日平均数  
9 名／6.5 名
- 1 日あたりの訪問件数  
14.5 件
- 平均介護度（H28 年 1 月 31 日現在）  
2.5

取り組み概要

（1）寺岡医師とのかかわり始め

遡ること 1996 年当時、市保健センターの F 保健師が中心となって、担当圏域で抱えていた困難事例を医師、訪問看護師、在宅介護支援センター、デイサービスの職員ら有志と忌憚なく話し合う会を「ざっくばらんに話し合う会」と称して不定期に寺岡医院で開催していた。

すでに当時から医療や介護の専門分野だけでなく経済的な問題や多問題家庭などへの対応について多職種連携の必要性を感じ、地域の「顔の見える関係」づくりをお

こなっていた会であった。

その会に直接参加していたわけではなかったが、小規模多機能型居宅介護の前身でおこなっていた宅老所の活動を応援してくれていたF保健師の誘いで、たまたま忘年会にだけ参加することとなり、そこで初めて寺岡均医師と出会う。当時は徘徊や被害妄想への手探りの対応で日々追われていたこともあり、地域医療の立場で医師が感じていることを知ることのできた初めての経験であった。



今思えば、同じ圏域のなかで互いに手探りで解決策を探る者同士の親近感を感じ、地元こんな先生がいたのか、仕事で関わりたいなあ、と帰りの車中で強く感じたことが出発点であった。

そんな折、圏域内の港町の網元の家で、70歳を過ぎた長女が100歳の母親（慢性心不全で、浮腫から次々と大きな褥瘡ができていた）を介護していて、地元の開業医Aから「こんな状態では診られない、早く入院だ」とさじを投げられる出来事があった。

「入院はさせたくない、最期まで家で看たい」と強く言われる長女と、短気なA医師とのあいだに挟まれて、困っていたときにふと寺岡医師のことが頭に浮かび、寺岡医師に電話で相談したところ、A医師を怒らせることも承知の上で「いいよ」と即答。いつ亡くなるかわからない状態の本人の浮腫をせっせと治療する寺岡医師の姿に心を打たれる。

## （2）寺岡医師の信念

- ・在宅を診る医者は、

「浅く広く、あまりいじらない」「ヤブ医者でいい」

「いつもと変わらない」と「大きな病気を見逃さない」が役割

- ・看取りの際の決まり文句は、

「ぼくは何もしないよ」

「ええ～！点滴するの？（面倒くさいなあ）」

「そろそろ今夜はお酒を控えようかな」

老衰により看取りの段階に入ったときのサービス担当者会議ではいつも寺岡医師は「積極的な治療はしません。もし一日でも長くと思われるのであれば入院を勧めます」とはっきり言われる。

「自然な形で最期を」と常々言ってきた家族であっても、医師から直接そう言われると戸惑うこともあり、普段から我々事業所が「医師、本人と家族、事業所」のトライアングルで看取りについての共通認識を作ってこなかったことに気づき、反省することもある。

そうした場合、もし仮に家族とジタバタと入院の受け入れ先を探し、複数の病院で

断られ、困り果ててもう一度寺岡医師にお願いする、という事態になったとしても、おそらく寺岡医師は特に気を悪くされる様子もなく「そうですか、わかりました」と言われるのではないかと思う。そうした大きな支えがあることに感謝しなくてはならない。

### (3) 寺岡医院と小規模多機能型居宅介護との関係

	寺岡医院	小規模多機能型居宅介護
医療面	消化器内科の医師1名で、看護師はいない。処置、検査は医師がすべておこなう。軽四駆（ジムニー）で谷の奥まで往診に行く。	宿泊の利用者であれば往診の受け入れが可能。看護職員も配置されているが、制度的に医療行為はできない。
連絡体制	午前が外来、午後は往診で、夕方にも外来。朝の外来が忙しい。	医院との距離が車で15分と微妙。緊急時は医師の携帯に直接電話することもあるが、なるべく外来の時間帯に電話する。
地域との関係	患者は先代からの昔馴染みの高齢者が多い。子ども（校医）から高齢者施設（協力医）までカバー。	運営推進会議に参加していただけ、事業所や地域の課題をともに話し合うようにしている。
患者（利用者）との関係	通院からスタートし、必要に応じて往診。可能なら看取りまで関わる。ただし近くに総合病院がなく、入院となると関係が切れやすい。	介護から生活支援まで担当。家族間の関係調整から経済的問題、権利擁護も。困難ケースや主治医が決まっていない場合は寺岡医師を紹介。
認知症	認知症サポート医として、専門医とのつなぎ役、地域の啓発	困難ケースについては寺岡医師と相談し、認知症専門医への受診をおこなう。

### (4) 連携から見えてくる課題

寺岡医師のように、看取りに積極的で小規模多機能型居宅介護に対して理解のある医療機関と連携が図れている場合、かえって医療側への安易な依存（生活上の判断まで医師に任せてしまったり、事業所の介護が未熟で医師の期待に応えられていない等）がないか、常に自らを戒める必要がある。

寺岡医師は地元医師会で高齢者を長く担当されており、当事業所だけでなく圏域内の他法人の小規模多機能型居宅介護とも個別のケースで関係を築いておられるが、事業所側にとっては個別のケースのなかでの寺岡医師との連携（点と線）であって、圏

域全体（面）を意識する関係には至っていない。

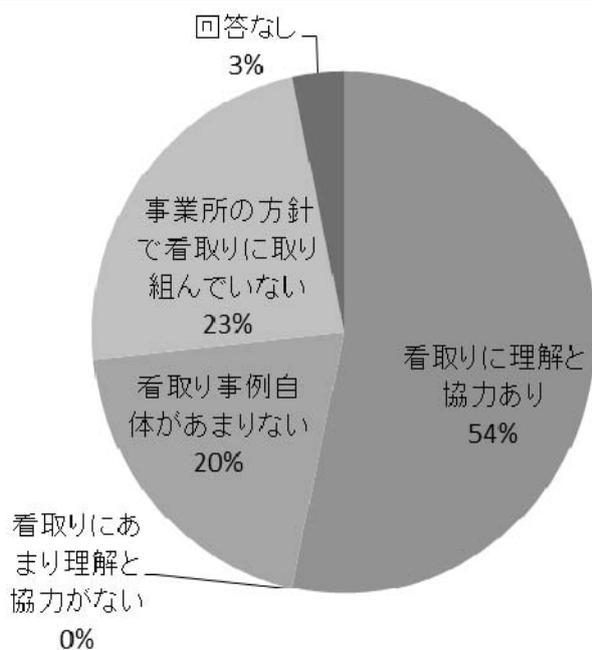
医療と介護の連携において、これまで個々の事業所が築いてきた関係を、圏域という観点で発展させていくことは、地域包括ケアシステムにとっても大きな意義を持つことは明白である。

圏域の地域連絡会の活動として、寺岡医師に普段、小規模多機能型居宅介護に対して感じていることや看取りについての講演をお願いし、事業所との意見交換の場を設けたことがあり、今後はより一層、圏域全体の課題として医療と小規模多機能型居宅介護の連携を発展させていくことを模索していきたい。

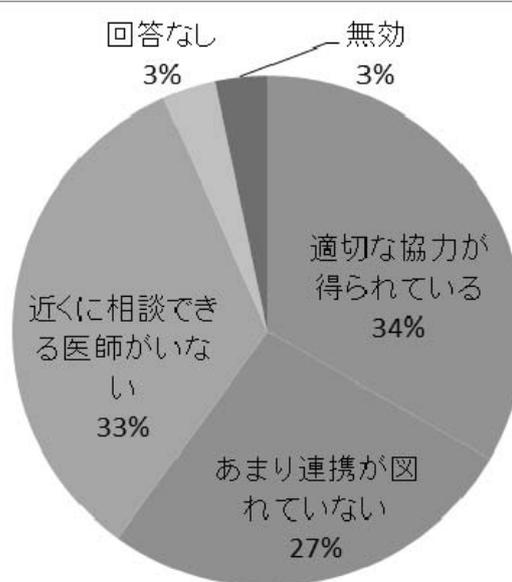
その前提として、医療と小規模多機能型居宅介護は現在どのような関係にあるのかを明らかにする意味で、2015年4月に鳥取市内のすべての小規模多機能型居宅介護（30事業所）に対しておこなったアンケートの結果が以下の通りである。

※出典「鳥取市小規模多機能ケア会議 平成27年度アンケート結果報告書」

<協力医との関係について>



<認知症専門医との関係について>



「看取り」についていえば、協力医（主に地元の開業医）側は協力的であり、むしろ方針としておこなわない事業所側の課題であることがわかる。管理者や職員に看取りの経験が乏しいことや、看取りをリスクと捉える法人側の考え方も根底にあるのかもしれない。

管理者や職員が看取りに対して消極的な背景には、医療とのアクセスの難しさも挙げられる。

「かかり始め」から看取りの段階に至るまでの長い過程においては、「訪問」だけでなく「通い」のなかでも本人と医療とのあいだをつなぐ支援が必要となるが、現

行の制度では「通い」の時間帯における訪問診療は認められていない。しかし、包括報酬である小規模多機能型居宅介護のサービス提供においては、「地域での暮らし」という観点で見れば、柔軟に医療とアクセスできることの意義は大きいと感じる。

また右段の表の通り、認知症専門医との連携があまり図れていないことは大きな課題である。

小規模多機能型居宅介護は、地域の認知症高齢者の支援拠点として、さまざまな周辺症状に対しての深い洞察や臨機応変な対応が求められている。環境面の配慮や本人主体のケアの提供はもちろんのこと、専門医との連携時期についての判断や情報提供のあり方についても当然のことながら高い見識を求められている。

#### (5) まとめ

本稿の作成にあたり、あらためて寺岡医師とともに、地域包括ケアシステムにおいて「医療と小規模多機能型居宅介護」の関係がよりよく発展していくために必要な観点を以下の通り整理した。

- 「地域での暮らしを支える」観点において「医療と介護との連携」の最小単位は、「本人・家族」、「かかりつけ医」、「小規模多機能型居宅介護」のトライアングルである。
- そのトライアングルに、個々の必要に応じて足りないもの（専門的な認知症治療、高度医療、リハビリなど）を随時適切に組み合わせていく必要がある。
- トライアングルがうまく機能するためには、小規模多機能型居宅介護が「本人・家族」と「医療」との適切な「つなぎ役」となることが求められている。
- 「地域での暮らし」を支えるためには、自宅と同じように小規模多機能型居宅介護の事業所内においても訪問診療が可能になることの意義は大きい。
- 地域包括ケアシステムにおいて、医療と小規模多機能型居宅介護がより効果的に連携を果たしていくためには、看取りに対しての両者の積極性が欠かせない。
- 医療の側からみて連携のしやすい小規模多機能型居宅介護というのは、①普段の健康状態（バイタル、食事・水分・排泄状態など）が適切に管理され、②異常に早期に気づくことができ、③夜間や休日などの空白時間帯の病状推移に対する想像力の高さがあることが求められている。起こりうることをいち早く医療側と相談し早めの対応をすることができれば、医師や看護師の負担も減る。
- かかりつけ医が認知症サポート医として、専門医との連携を図るためには、まずは普段から小規模多機能型居宅介護とかかりつけ医のあいだに密な情報交換がおこなわれていなくてはならない。



# おやつの時間



## 第四回

### ～吉岡温泉町の「赤ひげ先生」の秘めた思い～



いつも大変お世話になっている寺岡先生。その風貌と人柄から吉岡温泉町の「赤ひげ先生」との異名を持つとか持たないとか。今回じっくりお話をうかがいました。医療のこと、介護のこと、吉岡温泉町のこと。寺岡先生の魅力満載の「おやつの時間」です！

寺岡先生 で、何かから話すの(笑)？

竹本 まずは先生が医師になったきっかけや、これまでの経歴から聞かせてください。

寺岡先生 親父が医者だったからね。小学校に入った頃には周りから医者になるんでしょ？って固められていたからね(笑)。よっぽど嫌いじゃない限りまあそれでもいいかなって思っていたかな。獨協医科大学で学んでね。医師免許とってから研修医として栃木の大学病院で2年間働いた。それから越谷(埼玉)に獨協の病院ができるっていうんでその立上げに関わって。消化器内科のね。そこで5年間働いてたよ。

竹本 そうしたキャリアを持ちながら、ここ吉岡温泉町に戻ってきたのはなぜですか？

寺岡先生 どつちみち戻ろうとは思っていたのね。子供の教育もあったし。あんまり転勤ばっかでもかわいそうだな。まだ親父も健在だったし、まあ帰ってしばらくはあーそぼってね(笑)。

竹本 お父さんのことを少し聞かせてください。

寺岡先生 親父はね、反面教師ですよ。本当に田舎の医者。患者とも医学的な話なんか全くなくて、みんなが知らないような世間の裏の話ばかり知っていたよ(笑)。あの人、個性が強くていろんなことやっていたからね。真似はできない。というよりもしたくない(笑)。だいたい親父が医

者になったのも、ばあさんがこいつをこのまま社会に出したら警察沙汰になるっていうんで医者にさせたって言うくらいだし。

竹本 それはすごいです(笑)。お父さんの時代と先生の時代とは医師を取り巻く環境もだいぶ変わっているんでしょね。

寺岡先生 親父の頃はざっくりばらん、アバウトにやっていたからね。往診なんか普通患者からお願ひされなきゃ行かないでしょう？でも親父なんかこめんくさいも言わずに勝手に玄関入って行って「来たよ」ってね(笑)。今じゃ無理だよ。医師法違反。押し売りになっちゃうからね。正直、大丈夫かな、どうしているかなって思うときもあるんだけど入っていきません。今の時代はぐっとこらえるしかない。

竹本 看取りについてもやはり違いますか？

寺岡先生 当時の田舎の医者は看取りなんて当たり前でしたから。だいたいは延命治療なんてするような時代じゃなかったからね。たしか僕が帰ってきた頃は鳥取の在宅での看取り件数は全国でも1位、2位と高くてね。それから施設や病院の入院体制ができてから減っていった。ここ3、4年かな、また在宅が増えだしてきたのは。包括ケアの影響だろうね。僕も、看取りはねえ！一人一人、場面場面によって違うから、何が一番良いのか分からないっていうのが困るよな。

竹本 先生は地域に根ざした医療を実践されていますよね。地域における開業医の役割についてどのように感じていますか？

寺岡先生 まず医師ということに関し、て言えば、二極化が進んでいるよね。

一つのことを専門的に深く突っ込んで治療する先生と、私みたいに浅く広くやって余りいいじゃないという医療。これ、やぶ医者って言われるんだけど(笑)。

竹本 専門医ではなく総合医ということですね。よい意味で「やぶ医者」化を目指していく。

寺岡先生 そう(笑)。地域を診るにはそれが一番適していると思ってる。在宅の医者がしなければいけないこととって、いつもと変わりはしないねというところ、大きな病気を見過さない。この二つだけ見逃さないというね。

竹本 まさに地域の砦ですね。介護保険が始まって事業所もたくさんできました。吉岡の周囲の状況をどのようにみていますか？

寺岡先生 繋がりが希薄になってしまっただけのままとまりがなくなくなった。介護保険も施設ばかり建てたのではなく、地域に出て行くといったスタンスの介護をやるべきだと思う。そもそも利用者を施設内だけで完結させる介護は無理だと思ってるからね。

竹本 施設で囲いこむのではなくて吉岡の地域と繋がるような介護を目指すべきだと。

寺岡先生 うん。施設の外まで広がって行ってそこに住んでいる人間をなんとか引っ張り込まないと。地域と関わってやっていかないと今の介護は無理だと思ってる。じゃあ誰が音頭をとるかといえれば小規模多機能が核にならないと。今、鳥取でも30近くあるんでしょ？せつかくこまで作ったんだから、もつと地域と関わらないと。小規模多機能が地域を引っ張ってくれば再び繋がりが出さなれないかな。



デイサービスセンター  
**いくのさん家**  
鳥取市行徳3丁目732番地  
TEL 23-6622 (FAX 兼)

小規模多機能型居宅介護  
**木守舎**  
鳥取市行徳2丁目429番地  
TEL 24-0303 (FAX 兼)

王子焼きは出なくても...



場所：寺岡医院  
ゲスト：寺岡先生  
聞き手：いくのさん家：竹本匡吾

竹本 最後に先生の目指している将来像があつたら教えてください。  
寺岡先生 スタンスは何も変えませんが、このスタンスを変えないのが一番良いと思つている。ポチポチ、何も広げずにやるんだらうな。  
竹本 お酒を飲むスタンスも？  
寺岡先生 最近は大人しくなつたよ。  
(笑) あんまり量が飲めなくなつた。それでも毎日欠かさずに飲んではいけれど。(笑)

仕事をしたいなど私たちも思つて  
いるんです。「いくのさん家」に期待  
することありますか？  
寺岡先生 今まで通りやつていただき  
たいなど。要望はありません(笑)。

## コラム



『八月の鯨』  
「したい」を支える



川本さん(96歳・仮名)の様子が最近おかしい。日中うたた寝が多くなり、起きていてもうわの空。食事の量も減つてきて、日に日に体力も落ちていく。大郷いくのさん家の職員一同、川本さんのこれからについてを話し合う。  
「食事、水分量は詳細に記録する。」

「食べられないからといって無理強いをしない。」  
一人一人が気になることを挙げていく。  
「まだ体力のあるうちに、川本さんのしたいことをさせてあげたい。」  
ここでピタリと空気が止まった。職員一同考え込む。川本さんのしたいこととして、なんだろう？  
これまでも聞いてきた。「川本さん、好きな食べ物ってなんですか？」  
「もう歳やし、なんでもええなあ。」  
「今度、川本さんの行きたい場所に出かけませんか？」  
「もう歳やし、行かんでええわ。」  
「袋川の桜が満開だつて、お花見に行きましょー！」  
「もう歳やし、ええにしようか。」  
いつだって「もう歳やし。」  
そう言つて交わされる。川本さんのしたいこと。職員一同、しばらく「ウーン」と考える。

「八月の鯨」という映画の中に、名優リリアンギッシュ演じる老婆が、「壁に大きな窓を作りましょーよ！」と訴えるシーンがある。「そうすればここから入り江で泳ぐ鯨が見られるねえ、この壁に大きな窓を作りましょーよ！」  
まああるい嘘をさらに大きく輝かせ、幼子のような表情をたたえて訴える。何度観てもその嬉々とした姿にほれほれする。そしてこう思う。きつと年齢などは関係ないのだ。ささやかながらも「したい」という思いがあればきつと生きている。「したい」という思いあつてこそ「生」なのだ、と。  
ちよつと寄り道。川本さんのことである。一人の職員がハタと気づいて口にした。「そういえば、山下さんに会つたらんなあつて。あの、今なにしとるだあつて言つていました。」  
山下さんはボランティア。川本さんも心を通わすなじみの方だ。その場にポツと灯りがともつた。  
「山下さんに会いに行こうと思っただけど。」  
次の日、そつと川本さんに聞いてみる。「そうかえ...ほう、そうかえ。」  
いつもの口癖「歳だけえ...」が出てこない。口元も緩んでいる。どうやらまんざらでもない様子。さつそく山下さんに連絡し、会える段取りを整えた。

医療が人の「生きる」を支える仕事であるなら、介護は人の「生きたい」を支える仕事。介護にできることがあつるとするならば、その人の思いにじつと耳をすますこと。そしてその思いを抱えつつ、半歩後ろから共にそつと歩んでいくことではなからうか。会いたい、食べたい、暮らしたい...。その先に「したい」を見据えていなければ、介護の仕事は成り立たない。  
山下さんとの無事再会まで、川本さんの体調に気を配る。「したい」にまだまだ寄りそえる。大郷いくのさん家の介護ならぬ「たい護」がまた一つはじまつた。  
(西堀慶)

いくのさん家  
居宅介護支援事業所  
鳥取市吉方温泉1丁目252番地1  
TEL 30-7881 FAX 30-7882

デイサービス  
吉方温泉いくのさん家  
鳥取市吉方温泉1丁目406番地  
TEL 30-6565 (FAX 兼)

- 事業所名 小規模多機能ホームひつじ雲
- 法人種類 特定非営利活動法人
- 事業所住所 神奈川県川崎市幸区幸町 4-18-8
- 生活圏域人口 161,788 人(2015.12)
- 市町村人口 1,459,287 人(2015.12)
- 生活圏域の設定数 市内全域で7か所(川崎市は区が7か所)
- 生活圏域の地域特徴

10年ほど前から川崎駅周辺西口の大規模な再開発が進められ、幸区は市内でも東京、横浜に近く移動に便利な地域であるため、若い世帯の増加傾向にある。そのため、市内でもっとも人口が増加している中原区に次ぐ人口増加地域となっている。一方、市営団地では川崎市内で最も古い河原町団地(1971年/1,598戸)が幸区内にあり一部の地域では高齢化率が非常に高い。若い世代が暮らす地域と高齢化が進んでいる地域と混在している都市型の地域である。

- 生活圏域高齢化率  
21.4%(平成27年12月)
- 登録定員/登録者数 (H28年1月31日現在)  
25人/22人
- 通い定員/通いの1日平均数  
15人/10.9人
- 宿泊定員/宿泊の1日平均数  
4人/1.7人
- 1日あたりの訪問件数  
11.6件
- 平均介護度 (H28年1月31日現在)  
3.13

□取り組み概要

川崎駅前の人通りの多い住宅街の中で事業所を開設。近くには有料老人ホーム、介護老人福祉施設等をはじめとした入居施設が立ち並ぶ。地域住民の感覚としては介護が必要になったり、認知症になったら、抵抗感なくそれらの施設に入居するという傾向が散見されている。共稼ぎ世帯が多く、近年は老々介護、一人暮らしの世帯も増えている。

ひつじ雲は2004年4月法人格を取得し、6月認知症デイサービス(365日型・泊りあり)を開所。2006年の地域密着型サービスの創設前に、ひつじ雲を利用している方のご家族から「最後まで親を看たいが、もう少しだけ楽になれないか」と相談を受け、小規模多機能型居宅介護に移行した経緯がある。開設当時は地域から「よそ者」扱いされていたが、ご近所との関係構築のために地道に地域との接点を探っていった。運営推進会議に参加して下さるようになった町内会の役員の方々からの地域住民相互の関係性が薄くなっていることが課題であるというような発言から、地域住民との

繋がりを取り戻すきっかけのひとつとして食事会の必要性を強く感じた。この取り組みはご近所の方々を交えて、地域の町内会館を借りて食事会を開き、雑談を酌み交わすことで関係構築に繋がりが持てるようになっていった。工夫した点は、その食事会に管理栄養士、歯科医や歯科衛生士の協力をもらい、参加者とともに「健康と食」について考えを深めあえたことである。そのことが住民との共通の話題となり、距離感が縮んでいった。



平成18年5月から借りていた旧・ひつじ雲



東北の震災後のコンビニ跡をかりて改修工事をした現在のひつじ雲（入口）



長年続けている  
ひつじc a f eでの定例食事会

ここでは食事会を通じてつながりを持った、事業所と口腔ケアを専門とする歯科との連携について報告する。

**【事例】**A氏 84歳 女性 元・小学校の校長職。87歳の夫(元・校長職)が身のまわりの世話をしている。A氏は小学校を退職後、地域の社会福祉協議会のボランティアとして中心的な役割を担い、その活動の幅は広がったと夫は話す。夫自身も青少年の家の管理者をしたり、広域老人会の会長をしたりと、長年地域の活動を担ってきた。夫婦は事業所から徒歩5分程度の場所に60年以上住んでおり地域の名士である。通いの利用日は散歩がてら職員が車いすを押して事業所までの送迎をしている。平成20年頃から認知症を発症。パーキンソン症候群も伴い、短期間で身体機能が低下していった。

座位など姿勢の保持が難しく、常に深い前傾姿勢で食事や水分がまともに摂れない状況であった。主介護者の夫は一人での介護に限界を感じ、親族の協力も得ながらひつじ雲を利用することになった。訪問診療を利用し、主治医は自宅に赴いて全身管理

を行っていたが、嚥下力の低下が著しいことから、主治医への相談のもと夫と話し合い、訪問歯科診療の導入を行うことにした。

本人の目標は「馴染みのここに商店街に買い物に行く」「以前管理をしていた近くのお地蔵さんの掃除をすることができる」である。本人、主介護者の夫、主治医、訪問歯科(日常は歯科衛生士)、ひつじ雲で話し合いを重ね、当面のゴールとして水分・食事が必要量摂れるようになるということを支援の方向性として決めた。特に歯科衛生士の存在は大きく、ひつじ雲は歯科衛生士と一緒に自宅に訪問するなどして日常生活の食事に関する情報交換を中心にケアのポイント等の調整や連携を行った。

その結果、摂食・嚥下のアセスメント、口腔ケアの方法やポイントなどを歯科衛生士から直接、情報交換することで細かな支援方法について共有されていった。一方、極端な前傾姿勢は水分を摂る時も、食事を摂る時も大きな課題となり、姿勢の改善については、これまでも様々な事例で連携を図ってきた理学療法士に助言をもらい、歯科と共働で取り組むこととした。職員が本人に繰り返し声をかけ、姿勢を安定させたり語り掛けることで、水分や食事を摂る際の嚥下の改善が徐々に図れてきた。

また、取り組んでいく過程において、本人の顕著な行動が現れた。本人と目を合わせ水分を勧めるためには、本人の前傾姿勢より職員は更に姿勢を低くして語りかけることが必要であるということである。目と目が合わなければ誰が話しかけているのかわからない。

本人は職員と目が会う前に、声をかけたその声の主が誰なのかを判断できるようになってきた。声をかけたスタッフや夫に対して、腕をつまんだり、叩いたり、とA氏ならではの対応をするようになっていった。職員が「あー、また!!」等と楽しそうに反応すると、とても良い表情をして顔を上げ、お茶を一口飲む。その動作は長い期間、繰り返し続き、言葉をうまく発することのできないが私たちへのコミュニケーションのひとつなんだと判断した。顔を上げることができるようになると、少しずつ姿勢の変化も現れてきた。

ひつじ雲では日々の散策や、姿勢の改善、口腔ケアを行うことで、摂食・嚥下機能の低下防止に力を入れてきた。通いや訪問時において毎日3回の口腔ケアと飲み込みしやすい姿勢、適切な水分・食事が摂れるように取り組んだ。歯科医・歯科衛生士と連携、協働してきたことが、短期間のうちに摂食・嚥下機能の改善と若干の姿勢の改善に繋がったと考えている。

これらの取り組みで、事業所内で他の利用者が歌っていると、顔を上げ、前傾姿勢を起こし、リズムに合わせて身体を小さく動かしたり、散策で近所の子供たちに関心が向けられ、楽しそうな声が聞こえると姿勢を正し、その姿を見て涙を流したり、表情が穏やかになり笑みがこぼれる姿が見られた。

夫も高齢であるため体調を心配した親族は、妻の施設入所を強く勧めたが、現在はそのようなこともなく、夫は周囲に「この家で最期まで妻と二人で暮らし続ける」と宣言している。訪問診療の主治医も、口から食べることの重要性に強く関心を持つことがこの取り組みから覗えた。歯科医師や歯科衛生士との連携が大切であり、これまでは誤嚥を心配して安静が第一と考えてきたが、食事を摂るなどリスクだけではない、

日常生活の継続性に気が付いた取り組みとなった。

この事例から見えてきたものは、日々のチーム内での情報・目的共有と、それぞれの事業形態が別々で動くのではなく、行動をともにすることで更に可能性が広がった発見である。例えば歯科だけ、リハビリだけといった専門的観点（一つの視点）だけでは汲み取ることはできなかったと考える。支えあう視点とはお互いの意見や気づきを述べ合うことであり、そのことが新たな取り組みにつながった。本人の状態像が改善されることで、家族の気持ちも大きく変化し、それが自信につながることでAさんに対して良い影響が作られ、それがさらに支える側にも波及していくような、良い循環が起こっていった。

しかし、家族の心理として様々な出来事が起こると、気持ちが揺れ動くことはよくあることである。私たちはその揺れに付き合いながら、今何が起こっているのかをみんなと一緒に確認し、ともに考えること、あきらめないことが、家族がへの安心にもつながるものであると考える。

これまで連携が大切と言われながらも、それぞれの専門職が持つ領域のみでしか考えてこなかった事実がある。長年取り組んできた「地域での食事会」を通じてできた、歯科医師や歯科衛生士の繋がりを活かし、一人の利用者に対して関わった。

連携が大切であることはわかっているにもかかわらず、繋がりにくい。顔の見える関係が大切であると言われていたが、どのようにして顔の見える関係を作っていくのか、課題の一つである。



以前と比べると座位姿勢も取れるようになり、食事量も水分量も半年前に比べて良好になる

□事業所名 サテライト小規模多機能ホームすばる

□法人種類 医療法人

□事業所住所 鹿児島県鹿児島市川上町 2750-43

□生活圏域人口 4.8万人

□市町村人口 60.8万人

□生活圏域の設定数 市内全域で17か所

□生活圏域の地域特徴

鹿児島市の北部にある台地の上に形成された地域。古くから鹿児島市街地への野菜や花木などの供給地となっており、近郊農業が盛んであることから、畑地が占めている。近年では宅地開発が進んでおり、人口流入も見られる。古くから住み続けている人と新たに入ってきた人たちとが混合している地域である。6つの中学校区を跨いでおり、県立の養護学校もある。市街地より離れた地域であることから鹿児島市内でも介護老人福祉施設や障害者施設が数多くある地域である。

□生活圏域高齢化率

26.7%

□登録定員／登録者数（2016年1月31日現在）

18人／18人

□通い定員／通いの1日平均数

12人／8.1人

□宿泊定員／宿泊の1日平均数

6人／1.1人

□1日あたりの訪問件数

53件

□平均介護度（2016年1月31日現在）

1.82

□取り組み概要

（1）事例概要

M・Iさん 要介護1 男性 67歳 独居

（認知症状はないが、地域ではちょっと変わった人という存在）

悪性腫瘍により医療機関は服薬管理や食事の管理など一人でできないだろうという事で自宅ではなく、施設を含めた高齢者住宅を勧められる。そこで、サテライト小規模多機能ホームすばる併設のサービス付き高齢者向け住宅に入居となる。入居をきっかけにサテライト小規模多機能ホームすばる（以下すばる）で支援を行うこととなる。

悪性腫瘍については入院治療を行う大規模医療機関と、退院後生活の場であるサービス付き高齢者向け住宅における医療管理として在宅支援診療所との2つの医療機関が関わる。

関わった当初より本人は「治療はしてほしい」「自宅に帰りたい」という希望を持っており、そのことを訴えられていた。

家族でありキーパーソンの兄は「自宅に帰れば無理をするので、安心できる場所で暮

らしてほしい」とすばるに併設しているサービス付き高齢者向け住宅での暮らしを希望している。

すばるでは、当初より本人の希望である「自宅での暮らし」が実現できないか検討する一方で、医療機関から期待されている「服薬管理」と「食事の提供」を主な支援として関わることとなる。

## 事例紹介

- M・I様 67歳
- 要介護度 1
- 既往歴
  - 右上葉肺がん(ステージⅥ)
  - 右癌性胸膜炎
  - 転移性副腎腫瘍
  - 転移性骨腫瘍疑い
  - 頭部外傷後てんかん
- 生活保護受給
- 身障手帳(2種3級)



・障害高齢者の日常生活自立度: J1  
 ・認知症高齢者の日常生活自立度: I

※認知症はないが、地域では  
 ちょっと変わった人。

## (2) 医療機関との連携ツール「キュアケアネット」

医療法人明輝会では、医療機関と介護事業所における情報ツールのひとつとして活用している。

利用者情報や日頃の状況など、このツールを共有している事業所間であればそれぞれの情報を共有することができる。セキュリティにより閲覧や機能には制限があり、介護スタッフから医師まであらゆる職種がこの情報ツールを使用して、日々の支援に活用している。



タイムラインでやり取り



インテークの情報



スケジュールの確認

今回の事例においても、服薬の状況や本人の日常の状況などこのツールを活用して行った。しかし、誰もが自分のことを知っていることで「管理されている」ことを強く感じ、Mさんの不満となる。

「情報の共有」が良いことであるという専門職側の便利さだけが注目されがちだが、便利だからこそ情報をどのように活用するのかを改めて考えさせられた。情報の活用について「ルールに則って」ということはわかっているものの、現場への教育や情報共有のためのルール作りなど、わかっているが取り組めなかったことが明らかとなった。

### (3) 経過

#### ～関わり当初～

服薬管理のための支援であったため、事業所で薬を預かり服用時に手渡す支援を提案するが、本人が自分で行うという希望があったため、薬を飲んだかどうかを本人に確認することから始まる。サービス付き高齢者住宅へ入居後2週間を経たぐらいから、家族への金銭的な不満や訪問診療やすばるからの訪問など時間で管理されることなど、様々な不満を訴えられる。

訪問診療時に不在であることや、悪性腫瘍の治療を主とする大規模医療機関を受診する際に家族が迎えに来た時にも不在であることもあり、サービス付き高齢者住宅で本人の行動を管理してほしいという要望を医療機関、家族から受ける。しかし、本人が望んでいることと合致しないため、その都度事業所内でミーティングを行う。また、本人を交えたカンファレンスを開くも、本人の希望である「自宅に帰る」「治療の継続」の両立ができる方法が見いだせずにいる。

#### ～不満と変化～

そのようななかで、本人の部屋にはどこからか盗ってきたであろう幟など様々なものが増えだす。

またこの時期に女性スタッフに「一緒に住んでくれ」などの言動も聞かれた。この時の言動をスタッフは「セクハラ的なもの」として捉えていたが、振り返ってみると「自宅に帰るための方法としてのひとつの提案」を本人が発していたのだと思われる。悪性腫瘍の治療を主とする大規模医療機関に対して「本人は自宅に帰りたい」という希望を伝えるが、医師からは「自宅に帰るのであれば今の治療の継続はできない」とはっきり言われた。本人は治療の継続を希望され、継続してサービス付き高齢者住宅での生活を選択される。

数カ月経過したのち、サービス付き高齢者住宅で意識消失があり、救急車で搬送される。

原因として、処方されていた薬を服用せずに、自身で購入した市販薬を服用していたことであることが考えられた。悪性腫瘍の治療を主とする大規模医療機関としてはサービス付き高齢者住宅にて服薬管理ができていたと考えていた。受診の際にすばるからは現状を報告していたが、服薬管理に対する認識の差が明らかになり、このままの治療継続は難しいのではないかとということで、大規模医療機関からは治療中止の提

案がなされる。しかし、治療継続の希望があるため服薬を最低限のものに代えて治療の継続となる。

しかし、自己都合による服薬や本人の暮らしに変わりはなく逆に無断で外出することが増え、その都度すばるの職員がMさんを探すということが増える。本人の立ち回り先は把握しており、何か問題があれば事業所へ連絡してもらえよう地域にはお願いして回った。地域の協力を含めた見守りの環境を構築する。

入院とサービス付き高齢者住宅への退院の繰り返しを続けていたが、入院中に意識消失が見られ「治療の継続ができない」ということになる。またこの時期の少し前に大規模医療機関で主治医が変更になっていたこともあり、本人は「A病院は自分を実験台にした」という言動も聞かれた。治療ができないことに対して納得はしていないものの、治療したいという言動は聞かれなかった。

### ～治療打ち切りと失踪～

最後の退院から数日後、サービス付き高齢者住宅から失踪する。

事業所スタッフや在宅のかかりつけの医療機関、地域包括支援センター、家族などで捜索する。本人の立ち回り先にも確認するが立ち寄った形跡はなかった。家族と相談し警察へ捜索をお願いする。

家族とは認知症などではなく本人の意思で出て行っているの、これ以上の捜索はしない旨を伝え了承。余命宣告を受けて数日後の失踪であり、最悪「自殺」ということも考えたが具体的な行動や捜索方法が見いだせなかった。

5日後本人より兄へ連絡があり。事業所スタッフも一緒に駆けつける。5日間どう過ごしていたかは話してくれなかったが「お風呂に入りたい」ということで連絡したとのこと。本人と兄は喧嘩してしまい「あとはすばるでお願いします」と兄からは丸投される。

事業所スタッフは本人と近所の温泉に行き、自宅ないし、サービス付き高齢者住宅に帰ることを話しをするも「帰らない」と言い張る。数時間話をし、サービス付き高齢者住宅には今後戻らなくていいということを約束して自宅に帰ることとなる

後日、かかりつけ医、生活保護、家族、本人などと話し合いの場を作り「自宅での生活」を確認。本人からは何のサービスもいらないということであったが、家族からすばるとかかりつけ医の関与はお願いしたいということで本人は納得する。ただし時間に制約されたくないということから、定期的な診療ではなく何かあったら駆けつける形で良ければ医療機関は関わるという条件となる。

また、すばるは訪問を中心に関わるが本人がいないときは、それで構わないということになった。

その後、すばるでは自宅の近所の人たちとの関係を作ることと、本人が不在の時と居るときのサインを決めて、本人が関わってほしい時に関わるような距離感での安否確認を行うこととなる。

その後、半年以上経過するが継続して自宅での生活ができている。

#### (4) 考察

今回Mさんとの関わりは、悪性腫瘍が見つかって服薬管理が必要となったからの関わりであったが、すばるが関わる前から介護保険サービスを利用していた。既存のサービスでMさんにとっての服薬管理は困難であるとのことから小規模多機能型居宅介護への移行となったが、元気な時からの関わりがあれば、最初から自宅での生活を中心とした支援のあり方が検討できたのではないかと考える。

#### (5) 早期からの関わり

医療側では「治療」、小規模側では「暮らし」と目的に違いがあり、「本人の望む暮らし」について医療側に伝える共通言語及び介護側の表現力がないことの課題が浮き彫りとなった。また在宅を支える医療機関と悪性腫瘍を主に治療する大規模医療機関との暮らしに対する見方が違い、医療機関との連携においてそれぞれへの伝え方が難しかった。

「本人の望むこと」に継続して関わることを目標としていたことで「本人が望むこと」に周囲が折れる形となった。私たちが支援していることにスポットを当てがちだが「本人の力」があつてこそであり、「本人の力」をどのように引き出し、活かすのかを考えて「支援・関わる」ことが重要であると考えられる。そのための具体的な方法として、事業所内でのミーティングを常に行ってきた。「今起きていることがどういうことなのか」「自分たちは今何を支援するのか」「気を付けること」「注意すべきこと」など短時間でも数多くのミーティングの機会を持つことで様々なスタッフの意見や不満をその都度確認し、自分たちがすることをみんなで確認することができた。

### 3. ケアマネジメントのあり方

- 事業所名 小規模多機能ホームきなっせ
- 法人種類 特定非営利活動法人
- 事業所住所 熊本県熊本市北区
- 生活圏域人口 28,054人
- 市町村人口 739,015人
- 生活圏域の設定数 市内全域で27か所
- 生活圏域の地域特徴  
熊本市の旧北部町圏域で、国道3号線沿いの住宅地と農業地の混在地
- 生活圏域高齢化率  
21.7%
- 登録定員／登録者数（2016年1月31日現在）  
25人/23人
- 通い定員／通いの1日平均数  
15人/11人
- 宿泊定員／宿泊の1日平均数  
9人/6人
- 1日あたりの訪問件数  
20件
- 平均介護度（2016年1月31日現在）  
2.9
- 取り組み概要  
1999年宅老所として開設、認知症通所介護から小規模多機能型居宅介護へ移行。  
「認知症の人の地域での中での暮らしの支援」にこだわってきた。

小規模多機能型居宅介護でのケアマネジメントについて、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会では下記のように位置づけてきた。

- これまでの介護保険サービスでの支え方は、先ず介護保険サービスを入れ、足りなくなった分を地域の資源で補おうとしてきた。しかし、これでは地域での暮らしを継続できないし、自立支援とならない
- 地域での暮らしの支援（ライフサポート）は、まず本人の地域での暮らしそのものを支援することから始めなければならない。介護サービスを入れることが優先されるのではなく、介護サービスは暮らしを下支えするものでなければならない
- 「日常生活圏域で暮らしを支援すること」とは、本人、家族・介護者および地域住民の立場からの視点が大事である。事業者中心の視点であってはならない  
自らが生活する場をどのように創るのかは、地域包括ケアの中で、地域における「最適」を地域住民が自ら選ぶことが大切であり、物の見方・捉え方、物事の進め方など住民の視点・ペースで進めることが重要である

○地域拠点（ライフサポートセンター）は、これまでの施設のようにすべての機能を持つことを目指すものではなく、本人がどのように暮らしたいのか（自己決定）、本人の持てる力を生かし（自立支援）、これまでの暮らしの継続（生活の継続性）を支援することが求められる

◆居宅のケアマネジャーによるケアプラン作成については、現時点では下記の理由により絶対反対である

○「小規模多機能型居宅介護は、顔なじみのスタッフにより、利用者やその家族等のニーズに適宜対応するため、必要なサービス（訪問、通い、宿泊）を柔軟に組み合わせ提供することにより、利用者の地域生活を総合的に支援するものであり、従来の広域型サービス（訪問介護、通所介護、短期入所生活介護）とは、その運営手法が異なるサービスである。このため、小規模多機能型居宅介護ならではのケアプラン作成手法の確立が求められ」（平成22年3月5日「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議」）「小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントについて（ライフサポートワーク）」として確立させてきた。

○在宅サービスでは唯一、内包型のケアマネジャーが配置されたことで、小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントはチームで作成するプランとなっている。そして、包括報酬の利点を生かし、利用者の状態の変化に対して、柔軟かつ、臨機応変にフォーマル、インフォーマルを問わず、サービスを提供できることが従来の居宅介護支援事業とは大きく異なる点であり、小規模多機能型居宅介護の最大のメリットである。

（2014年介護給付費分科会での全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会の小規模多機能型居宅介護についての要望）

今回「チームで作成し、チームで取り組み、チームで評価する」取り組みを行った実践からチームで作成する小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントのあり方を明らかにする。

□「チームで作成する」ことの問題意識

チームでプランを作成することの追及を行ってきた。これまでは介護支援専門員中心に、日々のミーティングなどでのケアプランの作成を行ってきた。短いミーティング時間なので介護支援専門員のつくったプランの確認が中心になっていた。これまでのように提供するサービスが通い中心の場合は、時間は短くてもミーティング時間は確実にとることができた。ところが一日40回～70回の訪問を行うとなると全体が集合してのミーティングの開催は困難になった。毎日朝から夜までスタッフ3～4名が地域に暮らす利用者宅へ訪問している。このことで地域での暮らしの支援は確実にできるようになってきている。しかし、管理者や計画作成担当者も地域へ出向き、事業所内では通い利用者6～7名にスタッフ1名～3名のことが多い。

この結果、これまで毎日行ってきた15分程度のミーティング時間も取れなくなり、情報の共有やプランの確認がうまくいかなくなってきた。記録の仕方や日誌の様式な

どを変更し情報の共有を図ってきたが、それだけでは不十分であり、何よりケアの統一と P D C A サイクルづくりが困難になってきた。

□週 1 回の全職員参加のケアミーティングの開催

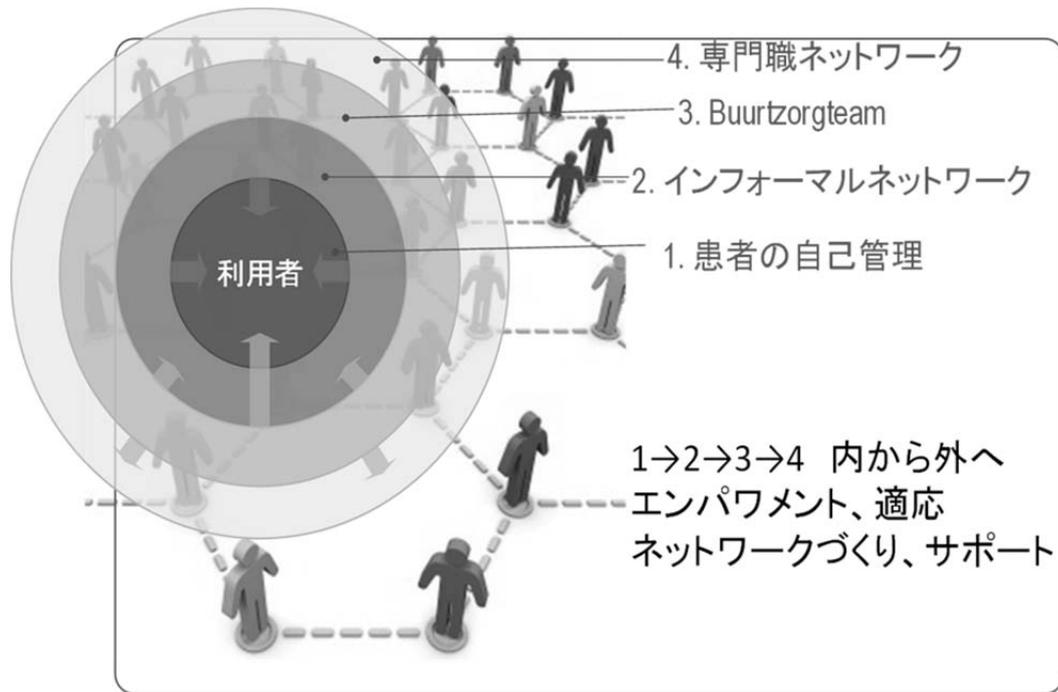
そこで、毎日の申し送りやミーティングを廃止し、週 1 回の事業所の全職員参加のケアミーティング実施することにした。毎週定例で 2 時間の時間を確保し実施している。この時間帯の利用者への支援は、地域の資源(地域の方々、ご家族、訪問看護等)の活用でカバーすることになっている。この全職員参加のケア会議でスタッフの意識は大きく変わった。これまで受け身で指示待ちであった職員たちが自分の意見を出す。このことでまず情報の共有が確実にできるようになる。更に自分が参加してつくったプランに責任を持つようになる。プランの進行(DO)状況が明確になる。更に「事業所だけで支えること」から、インフォーマルな地域の資源や他のフォーマルサービスとともに支えるようにもなった。自分たちの情報を集め、自分たちで決めて、地域の資源を活用し、自分たちで実行し、自分たちで振り返り、評価する。チームでのケアプラン作成と実施、評価となっている。

<b>チームで作成するプランとケアマネのみのプランの対比</b> <small>小規模多機能型居宅介護のケアマネの多くは現場、しかしチームでの支援が必要。スタッフの意識の転換が図られつつある</small>	
ケアマネのみによるプラン	チームでのプラン
<b>一人の視点</b> 情報は限られる (アセスメント) 専門性が限られる  他のスタッフには、やらされ感がある 評価には時間がかかる 現場の育成とはなりにくい ケアマネのみの責任	<b>チームでの視点</b> 情報の共有 専門職(チーム内の看護職員など)との協働 一緒に決めたことは実現できる 評価が早い 現場のスタッフの育成になる チームでの責任

□ヒントは、ビュートゾルフ

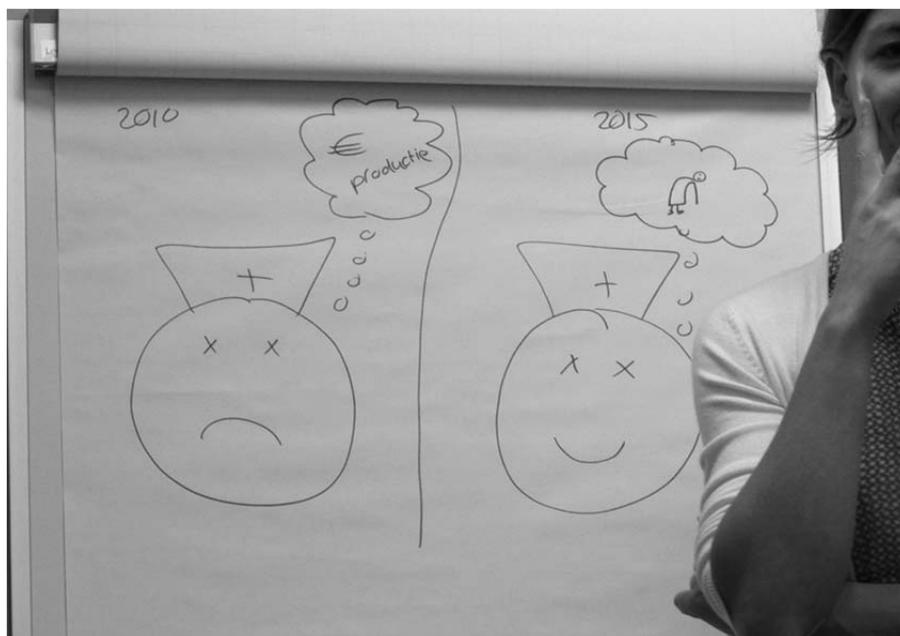
このチームケア会議のあり方のヒントは、ビュートゾルフ (オランダの在宅サービス組織)にある。ビュートゾルフでは、分業を廃し、地域看護師が全プロセスに責任を持つシステムをとっている。このことでスタッフのレベルアップと高い意識形成が行われている。ビュートゾルフでは各利用者について、窓口となる「パーソナルカウンセラー」役を決めているものの、ケースマネジメントとケア・サポート提供の分業はしない。ケア・サポートについても細切れの機能別分業を廃し、地域看護師がジェネラリストとして全プロセスに責任を持ち、包括的な支援を展開する。

このオランダでのあり方を参考としてチームケア会議(ミーティング)を行った。これまでのケアマネジャーのみのケアプランから、チームで作成するケアプランづくりが変わった。ケアマネジャーは、全体を統括しチームで作成したプランとその実施に責任を持つものになっている。そこでのマネジメントは、「玉ねぎモデル」と言われる。



(「地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の今後のあり方に関する調査研究事業」委員堀田聡子氏資料より)

「人は変わりたいが、人には変えられたくない」



[ビュートゾルフの取り組み] 以前は「お金」、現在は「利用者本人」を見て仕事している

## ◆作成されたプランの違い

作成されたプランも明らかに違っている。一つの例を示す。

### 介護支援専門員のみで作成したプラン

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① 作成 平成27年 6月 23日

利用者名	K 殿	生年月日	大正10年 月 日	住所	確認欄	K
事業所名・介護支援専門員名	小規模多機能型居宅介護事業所きなっせ 古閑由希子					
認定日	平成27年 2月 日	認定の有効期間	平成27年 2月 1日～平成29年 1月 31日		要介護状態区分 要介護度3	
個々の目標(ゴール)	「さびしい」「つらい」 誰なじみの人たちとの関わりを続けたい					
審査会の意見						
当面の目標・ニーズ	「誰か来てくれんかな」 周りの人(家族・スタッフ)が私の話を聞いて、思いを分かって対応してくれる					

目標を達成するための 具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつ、だれが、どのようにして)		
自分の思いを言葉にして、周りの人たち(家族・スタッフ)が私の思いに合わせた対応をしてくれる	・「降りたい」「さびしい」 ・「ちょっと聞いてもらいたい」などと、今の思いをスタッフや家族に話す	家族 ・面会時や帰宅時に本人の話を聞く ・可能時は兄嫁やスタッフと協力し、帰宅時対応(送迎・在宅中の対応) ・スタッフと対応の仕方を共有		・本人の話をしっかりと聞き ・言葉や表情、態度から思いをくみ取り、対応 ・帰宅時の対応(可能であれば家族とも協力) ・家族と対応の仕方を共有	随時 (H27/07/01～H27/08/31)	本人 家族 スタッフ	連携しながら各々の役割を実行する
他の介護保険サービスの必要と具体的課題							
モニタリング					確認欄		

### チームで作成したプラン

小規模多機能型居宅介護のライフサポートプラン① 作成 平成27年 9月 11日

利用者名	K 殿	生年月日	大正10年 月 日	住所	確認欄	K
事業所名・介護支援専門員名	小規模多機能型居宅介護事業所きなっせ 古閑由希子					
認定日	平成27年 2月 日	認定の有効期間	平成27年 2月 1日～平成29年 1月 31日		要介護状態区分 要介護度3	
個々の目標(ゴール)	「ばあちゃん、ばあちゃんって言ってほしか」 気心した人との関わりをもち続けたい					
審査会の意見						
当面の目標・ニーズ	#1. 「ここ誰んなっせ」「あいさつもさっさん」 自分に声をかけてくれる人がいて、関わりを持てる #2. 「さ、癒らう」 私の居心地のいい場になりたい					

目標を達成するための 具体的プロセス/課題	本人	家族・介護者	地域	事業所	具体化 (いつ、だれが、どのようにして)		
#1. 私に声をかけてくれる人がいて、いてほしい時にそばにきてもらえる	・あいさつ ・「ここにおいで」「さべなっせ」「ちよっと聞いてちょうだい」とそばへ人を招く	・可能時に面会または自宅へ一緒に帰り過ごす ・本人の様子をみて通官声掛け ・事業所との情報交換	・近所の方 在宅時、外で見かけたらあいさつ、会話 ・家族、事業所との情報交換	・本人の様子観察、スタッフ間で情報共有 ・通官声掛けしたりそばに座り会話、話をしっかりと聞く ・家族、地域の方との情報交換	随時 (～H27年10月末)	本人 家族 近所の方 きなっせスタッフ	各々が協力しながら役割を実行する
#2. 居心地のいい場所にいることができる	・気分を言葉に出す ・自宅、きなっせなど、それぞれの場で過ごす	・自宅内の環境整備(本人が落ち着ける場所づくり、好きな菓子の用意) ・可能時、面会または自宅へ一緒に帰り過ごす	・近所の方 在宅時、外で見かけたり家を訪ねてあいさつ、会話 ・家族、事業所との情報交換	・本人の言葉や表情をみて思いを知り、居心地のいい場所づくりをする ・自宅に帰ることを意識し、本人へ働きかけ ・地域へ協力依頼 ・家族・地域の方との情報交換	随時 (～H27年10月末)	本人 家族 近所の方 きなっせスタッフ	各々が協力しながら役割を実行する
他の介護保険サービスの必要と具体的課題							
モニタリング					確認欄		

プランの差は、明白である。チームでは本人の声も地域との繋がりも具体的である。何よりチームのメンバーが常に感じている「ご本人の思い」により近づいている。

◆「チームで作成するプラン」での介護支援専門員の役割

介護支援専門員の役割は、次のように言われる。(東京都介護支援専門員業務の手引より)

- ◆ 相談・援助だけではなく、多職種協働・連携の体制づくり、給付管理も重要な業務です
- ◆ 必要な文書の作成、情報の管理は、必須の基本業務です
- ◆ 専門的な観点から、利用者の真のニーズを把握しましょう
- ◆ 利用者の自己決定・意志決定を支えましょう
- ◆ 「自立」「自律」を意識し、「個としての自立・生活共同体としての自立」(家族・地域)の両輪の調和のマネジメントを目指しましょう
- ◆ 中長期的な視野を持ち、目標を明確にしつつ、利用者の状況の変化に対応しながら、継続的に利用者を支援していくことが必要です
- ◆ ケアマネジメントは以下の図のように基本プロセスに即して、P (Plan: 計画)、D (Do: 実行)、C (Check: 点検)、A (Act: 調整、見直し)の循環サイクルで継続的に支援します

包括報酬のサービスに内付けされた介護支援専門員は、給付管理からは一定の自由がある点を除き、今回「チームで作成」しても介護支援専門員の責任で行う上記の役割に変更はない。これまで一人で「勝手に」行っていたものを「チームで多職種」の目で作成するものである。一緒に取り組むことで負担は軽減するが、そのまとめ役は当然、介護支援専門員と言える。

このことにより負担の軽減した介護支援専門員は、地域とのつなぎ役(インフォーマルネットワークづくり)を果たすことや専門職との連携を強化することに力を発揮することが可能になる。介護支援専門員が「給付の管理者」から、地域での暮らしを支援する「ライフサポートワーカー」へと転換していく礎にもなるものである。

## 4. 介護予防・日常生活支援総合事業との関係

□事業所名 熊本県地域密着型サービス連絡会小規模多機能部会

□法人種類 任意団体

□事業所住所 熊本県

□取り組み概要

熊本県内で小規模多機能型居宅介護事業者が取り組んでいる新総合事業への取り組み事例を報告する。小規模多機能型居宅介護の地域との連携推進について平成 28 年 4 月から次のような基準が示されているが、その枠にとらわれない実践の取り組みである。

### 地域との連携の推進

小規模多機能型居宅介護の地域との連携を推進していくため、小規模多機能型居宅介護事業所と同一敷地内に併設する事業所が新総合事業を行う場合は、利用者の処遇に支障がないことを前提に、小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が、新総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等の職務と兼務することを可能とするとともに、事業所の設備（居間及び食堂を除く）について、新総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等との共用を可能とする。

### 改正後の基準

小規模多機能型居宅介護事業所と同一敷地内に併設する事業所が介護予防・日常生活支援総合事業を行う場合には、入所者の処遇に影響がないという条件のもと、人員・設備について以下のとおりとする。

- ① 小規模多機能型居宅介護事業所の管理者が、総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等の職務と兼務することを認める。
- ② 小規模多機能型居宅介護事業所の設備（居間及び食堂を除く）について、総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等との共用を認める。

□事例 1 縁がわ小国新橋（熊本県阿蘇郡小国町）

介護保険を利用せずに要支援の方々を支える

小国町は山間部にある人口 8,000 人の小さな町である。小規模多機能型居宅介護が 2 か所整備されている。通所介護からの移行で小規模多機能型居宅介護が整備されたときに「予防給付の方々の受け皿」として整備された。

要支援の方々を対象に、定年退職した職員を非常勤で再雇用したスタッフ 1 名と住民の方で週 2 回「介護予防」を実施している。利用者は、元「デイサービス縁がわ小国」の利用者と新たな要支援程度の方々 10 名。「デイサービス縁がわ小国」が小規模多機能型居宅介護事業所に移行したとき、要介護者だけで小規模多機能型居宅介護事業所の定員 (25 名) 一杯になったために、要支援の方々が利用できなくならないように介護保険は利用せずに自主事業として開始した。費用は要支援のときと同額の自己負担である。必要な方への送迎及び相談支援のみ小規模多機能型居宅介護の加配された

職員が支援している。場所は、デイサービス時に利用していた民家で、小規模多機能型居宅介護事業所から徒歩 10 分のところにある。

要介護の方々と一緒の場から予防中心の方々の場へ転換したことで大きな変化が生まれた。デイサービスで要介護者と一緒に予防給付の方々の支援を行っていた時には、利用者は受け身で、スタッフに要介護者と同じような支援を望んでいた。それがスタッフは定年退職した後に非常勤として雇用された同年代の 1 名と住民のボランティアの数名なので、まだ動ける方々は自分たちでその日の活動を決め、一日を楽しく過ごすようになる。これまで世話を受けることを心地よく思っていた参加者は、一転して自分たちの力を発揮し活動している。その結果、利用者は 1 年以上要支援から要介護へは移行しなかった。



## □事例 2 よんなっせ縁がわ(熊本県山鹿市)

小規模多機能に併設した「地域の縁がわ」で支援

山鹿市は、人口 54,000 人の中山間部の市である。認知症の地域支援に取り組み始めて 9 年になる。

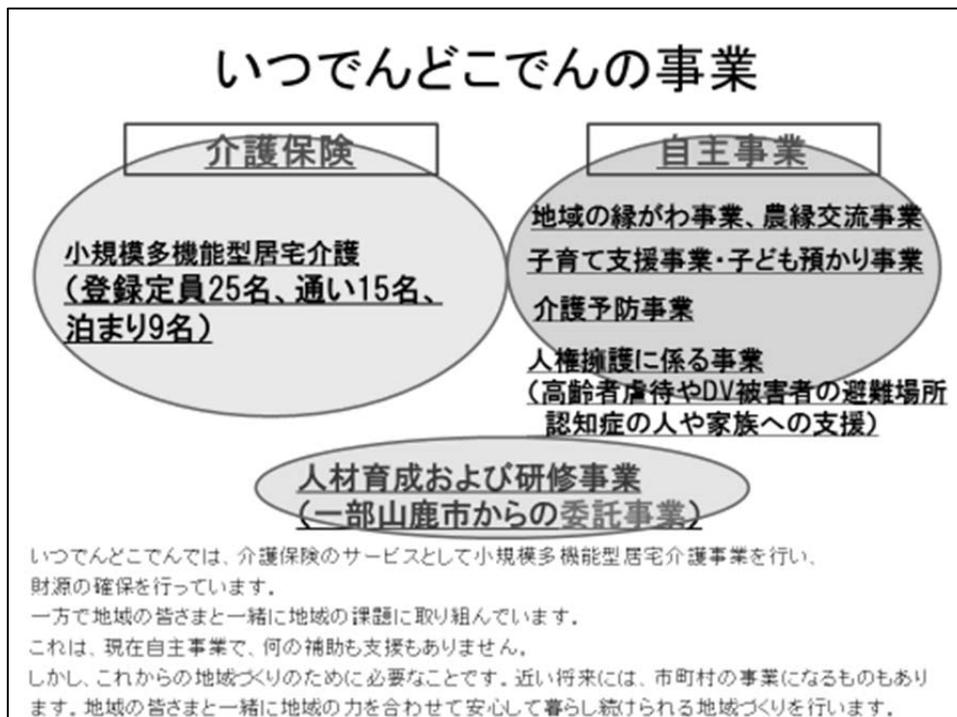
山鹿市では、1 年間の研修を受けた住民(認知症サポーターリーダー)が中心になり地域の要支援者への支援を開始している。本年度の研修内容は下記の表のとおりである。山鹿市では 9 年間で 8 シリーズ合計約 500 名の認知症サポーターリーダーを養成してきた。この養成された住民の皆さんが現在は介護予防拠点で介護保険を利用せずに支援している。総合事業開始時(28 年 4 月～)にはこの活動が通所型サービス A 型や B 型として位置づく予定である。

山鹿市では、小規模多機能型居宅介護事業所 12 か所のうち 8 か所に介護予防拠点が整備されている。市内では他にグループホームや通所介護にも併設され市内全体で 14 か所の介護予防拠点がある。

そのひとつ「よんなっせ縁がわ」では、小規模多機能型居宅介護事業所「いつでんどこでん」に併設した地域の縁がわスペース(介護予防拠点)で週 2 回介護予防教室を

開催している。毎回 10 名以上の参加者があり、それを住民サポートリーダー3～5 名で支援している。必要に応じ住民の方が送迎している。現在は実費のみ本人負担(200 円)である。

小規模多機能型居宅介護のスタッフは、後方支援に徹している。相談対応や専門職との繋ぎ役のみ行っている。



平成27年度 第8期やまが認知症地域サポートリーダー養成講座カリキュラム			
目的: 認知症地域サポートリーダー養成講座で学んだ内容を活かして、地域(地域にある介護予防活動拠点を中心に)で活動できる人材を育成する。			
対象者:○市民			
○介護・医療サービス事業所職員(住民としての参加)			
○地域包括支援センター職員や社会福祉協議会職員			
募集人員:50名			
開催日時	テーマ・内容	講師	備考
第1回 7月18日(土) 9時30分～12時	開校式・オリエンテーション	山鹿市介護保険課	各回とも現サポートリーダーの核となつている方々のファシリテーターとして参加
	講義「認知症を生きる人と家族の支援」	NPO法人コレクティブ代表 川原 秀夫 氏	
第2回 8月17日(月) 13時～15時	講義「認知症当事者の声を聴く」	中村 重信さん(神奈川)	※8月8日市民フォーラム 熊本大学医学部 橋本Dr (ネットワーク主催)
第3回 9月19日(土) 9時30分～12時	講義「地域でのチームづくり」 小規模実習について	めおといわ「ゆい」(福岡市) 党 一浩氏 山鹿市内小規模多機能管理者 (原山、稲富、他)	
第4回 10月24日(土) 13時～16時	講義「徘徊SOSネットワークの取組み」 徘徊者捜索声かけ模擬訓練について	大牟田市ライフサポート研究会 代表 大谷 るみ子 氏	※小規模実習(10～11月) 徘徊者捜索声かけ模擬訓練(10～3月)
第5回 11月28日(土) 9時30分～12時	「地域での認知症の人の支援と権利擁護」	共友会理事長(石川県) 岩尾 貢 氏	
第6回 12月19日(土) 9時30分～12時	講義「認知症介護の基本のき」	黒岩 尚文氏(霧島市)	
第7回 H28年1月23日(土) 9時30分～12時	自らの地域での支援について考える	現サポートリーダー	
第8回 H28年2月27日(土) 13時～16時	認知症市民フォーラム(新庁舎大ホール) 「認知症になつても安心して暮らせるまちづくりinやまが」	丹野智文さん、井上博文さん	
第9回 H28年3月19日(土) 9時30分～12時	1年間のまとめ マップづくりと今後の活動 修了式	NPO法人コレクティブ代表 川原 秀夫 氏 山鹿市	

### □事例3 さしよりカフェ / 仕事の間きなつせ(熊本市北区)

「認知症カフェ」や「若年認知症の人の働く場」を小規模多機能型居宅介護事業所「きなつせ」から徒歩で5分離れた民家で行っている。

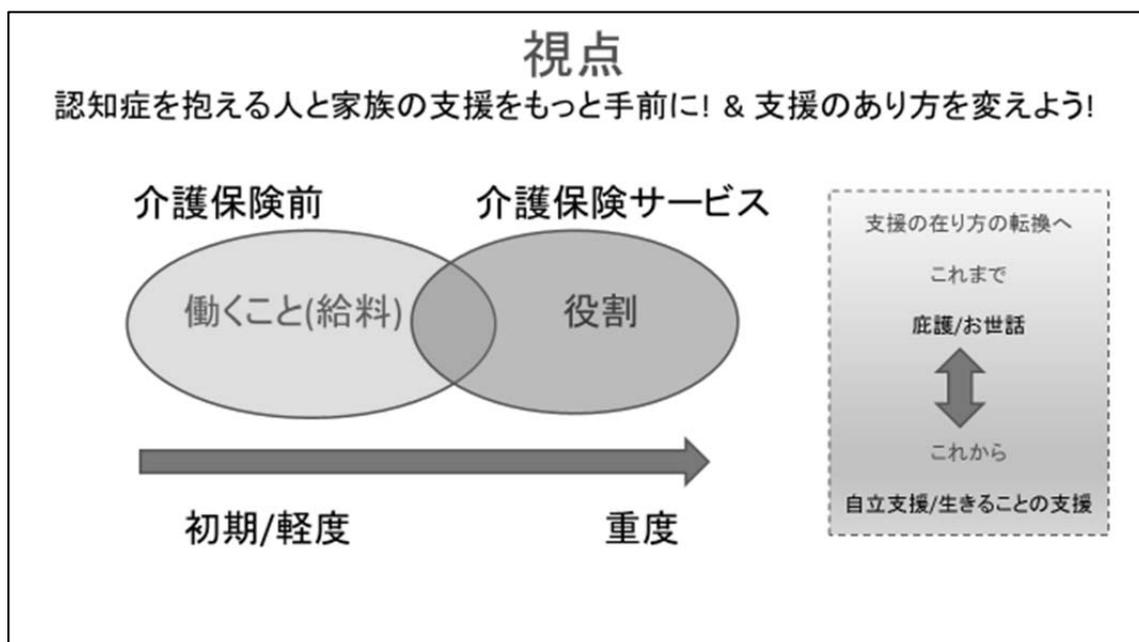
小規模多機能型居宅介護は、その利用者の80%が認知症の方々である。認知症で小規模多機能型居宅介護のサービス利用になる方は、自宅で本人の混乱が酷い状態になり、家族も限界状況になってからの方が多し。

そこで認知症の方々の支援を転換したいとの想いから、運営推進会議のメンバーの貸家を借りて、初期からの支援が始まっている。

さしよりカフェ(認知症カフェ)を地域の諸々の専門職(病院勤務のOTや看護師、施設勤務の介護福祉士など)と一緒に立ち上げた。まだ月1回の開催であるが週1回に増やす予定である。

この借家をまた月1回「働く場」として活用している。

若年認知症や初期認知症の人の多くは「働きたい」と思っておられる。職場での失敗などから「自信喪失や不安」になり、仕事も辞め自宅へ閉じこもりになる方もいる。仕事を辞めずに働き続けられることが一番であるが、辞めざるを得ないことも多い。しかし「はたらきたい」「社会の役に立ちたい」との願いは誰もが持ち続ける。このことを少しでも実現できる支援も問われる。「仕事をして対価をもらうこと」ができれば、生きがいや介護保険へのスムーズな移行も可能になる。現在、発送のための袋詰めや洗車、草取り、畑づくりを行っている。一日 500 円～1000 円程度の対価にしかなっていないが生き活きとした姿が生み出されている。



#### □取り組みから

3事例ともまだ地域支援事業に位置づいてはいないが、市町村の理解では地域支援事業として確立することもできると考える。しかし事例1と事例3は、小規模多機能型居宅介護との併設ではない。現在の基準からすると小規模多機能型居宅介護事業所の職員が兼務することはできない。別途職員を雇用してとなると普遍化は難しくなる。現行の併設の基準を更に緩和して欲しい。

また、小規模多機能型居宅介護の介護予防の方々についても、地域支援事業での支援も可能である。しかし「通い」と「訪問」を柔軟に一体的に支援することを市町村は現在の地域支援事業(介護予防・生活支援サービス事業)で位置づけていない。現在のサービスの例示では「その他の生活支援サービス」は、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、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(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)からなるとされている。小規模多機能型居宅介護的な一体的提供についての明確な位置づけがないために、市町村ではサービスとして位置づかない。この点にも改善を望みたい。

## 5. 質の高いサービスに向けて 運営推進会議とサービス評価

- 事業所名 小規模多機能施設めおといわ「ゆい」
- 法人種類 医療法人
- 事業所住所 福岡市城南区東油山 1-33-7
- 生活圏域人口 17,716 人（2015 年 4 月 1 日現在）
- 市町村人口 1,531,919 人（2015 年 9 月 1 日現在）
- 生活圏域の設定数 市内全域で 57 か所
- 生活圏域の地域特徴

福岡市の人口は 153 万人を突破（2016. 2. 1 現在）。政令市では神戸市に次ぎ、全国 6 番目の人口規模となっている。7 つの行政区に分かれ、めおといわ「ゆい」はその中の城南区という行政区で小規模多機能型居宅介護として運営を行っている。城南区の人口は約 12 万人、高齢化率は 20.3%。事業所として関わりのある城南第 4 圏域においては高齢化率が 26.2%となっており、「若い街」としてイメージのある福岡市においても高齢化問題は現実味を帯びている状況にある。

- 生活圏域高齢化率  
26.2%
- 登録定員／登録者数（2016 年 1 月 31 日現在）  
22 名／20 名
- 通い定員／通いの 1 日平均数  
12 名／9.3 名
- 宿泊定員／宿泊の 1 日平均数  
5 名／3.3 名
- 1 日あたりの訪問件数  
9 名／23.3 回
- 平均介護度（2016 年 1 月 31 日現在）  
3.40
- 取り組み概要

### （1）運営推進会議を“活かす”

2006 年度に介護保険制度のなかで新たに創設された“地域密着型サービス”には、運営基準の中に 2 ヶ月に一度、地域住民や地域包括支援センター、行政・社協等の参加を求めた運営推進会議の開催が義務付けられている。目的は事業所を地域に可視化すること、ケアの質の向上を目指すものとして位置づけられてきた。現在はさらに進展した形で、高齢者問題等の地域課題に向き合える拠点機能としての役割を担う可能性やそのきっかけ作りとしての期待が寄せられている。

介護事業所としての使命は「その人（ご利用者）の望む暮らしの実現」である。事業所にはご利用者が登録し利用しているが、その多くの利用者が「これまでどおりの暮らしを続けたい」「住みなれた自宅や地域で安心して過ごしたい」と願っている。それは、たとえ認知症になっても、介護が必要になっても自分らしく暮らし続けたいという願いであり、これは介護保険の三原則の一つでも挙げられている『日常生活の継

続』に該当するものである。

私たちは、介護事業所のみでその人の自宅や地域での暮らしを支え続けることは困難であり、なおかつ、それは当事者自身が望んでいる姿ではないということに日々の実践から気が付いた。本人の思いや願いを叶えるためには、それらを取り巻く周囲（地域）の理解や良質な関心が求められることが必要と考え、運営推進会議の場でケアの実際や当事者の思いを発信してきた。

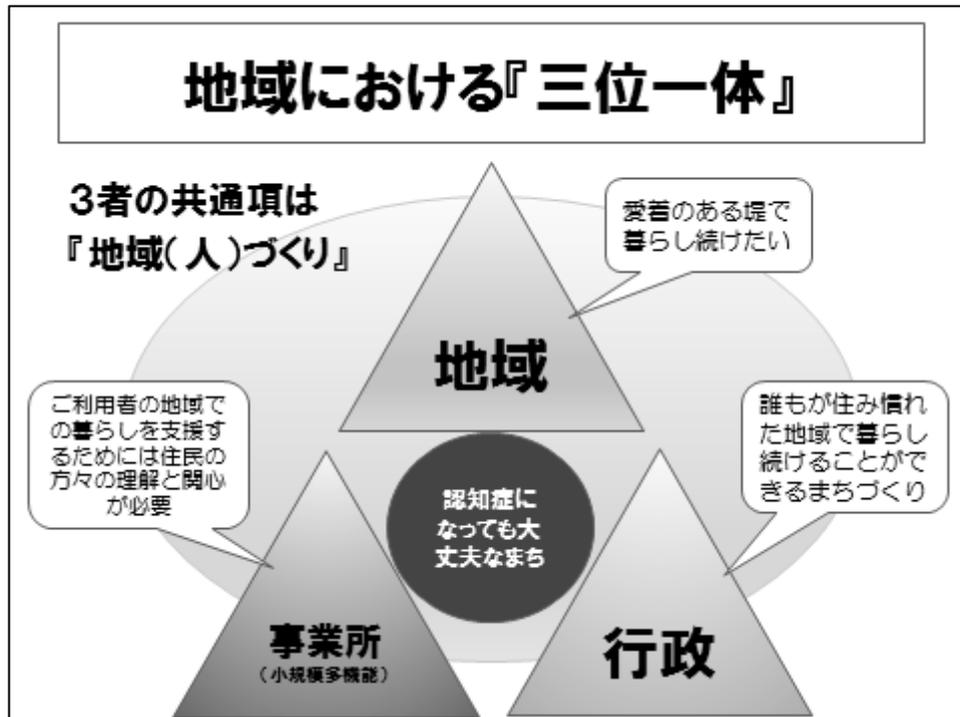
地域の人々は当初「認知症になったら施設や病院に入所入院すればいい。」と考えていたが、いざ、それが自分の身に降りかかってきたことを一緒に考えると「やっぱり住み慣れた場所で暮らし続けたい」という思いの転換につながってきた。

運営推進会議の場には行政や社協の参加もあり、地域住民、介護事業所、行政で三位一体となって『認知症になっても安心して暮らせる堤地区をつくろう！』という雰囲気になっていった。

 <p><b>参加者全員で事例を深めあう</b></p>	<p>めおといわ「ゆい」 運営推進会議の様子</p> <p>【参加者】 利用者、家族、自治会長、民生委員（複数）、公民館長、行政（市役所・区役所・校区担当保健師）、社会福祉協議会、認知症介護指導者、近所の介護事業所・ケアマネなど</p>
<p>【会議の内容】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・運営状況等の報告</li><li>・事例報告/検討</li><li>・それぞれからの情報発信</li><li>・意見交換</li><li>・「ゆい」にできること</li><li>・「地域」にできること</li></ul> <p>など…。</p>	 <p><b>みんなで避難訓練</b></p>

## （２）三位一体で取り組んだ認知症事業

平成 21 年度、それぞれの強みを活かし、堤地区において認知症サポーター養成講座を展開していった。私たちは専門職・キャラバンメイトとして認知症についての話、行政は事業計画の作成や地域住民の方々への根回しなどを担当。地域住民の方々はとにかく関心を持って講座に参加してくれることをお願いしていった。繰り返し開催された認知症サポーター養成講座では、認知症予防の話は行わず“なったあと”のことについて参加者と学びあっていった。



やりっぱなしの研修ではなく継続し続けることに力をおき、同じ地域で繰り返し講座を開催。当事者意識に基づいた支援のあり方は多くの住民の共感を呼ぶものがあった。受講修了者の中から「自分達も出来ることを一緒に取り組みたい」と有志が立ち上がり、認知症啓発劇団の“劇団つつみ”が旗揚げされた。劇団員は自治会長、民生児童委員、運営推進会議のメンバー、ボランティアの約10名で結成され、地域で開催される認知症サポーター養成講座と一緒に出演し普及啓発を行っていった。参加者からするといつもお世話になっている自治会長や民生委員、顔なじみが迫真せまる演技を披露するので、見るほうにとっては強いインパクトがあったようだ。住民のなかで「認知症明日はわが身」というフレーズが地域で広がっていった。その傍ら、私たちは専門職としてシナリオの協力や演技のアドバイスなどの裏方としてバックアップしていった。

### (3) ターニングポイント

認知症サポーター養成講座は継続的に開催。平成23年度に行った講座の終了後、ある参加者から「この講座、やり続ける意味ってあるの？」と意見をもらった。改めて何のためにやっているのかを考えるきっかけとなった。

多くの住民に講座に参加してもらい、その時点で、堤地区でオレンジリングを手にした人数は500人近くになっていた。しかし、住民から得た意見は「当事者の気持ちに寄り添って関わりあって、支えあっていきたいと思っているのに、実際地域の中で当事者の方と触れ合う機会なんて一切ないよ」というものだった。多くの認知症当事者は介護サービスの利用で日中は不在だったり、施設に入所していたり、家族から「家から出ないように」と言われて地域に出向くことは出来なかったのかもしれない。これらの意見をもとに、もう一度、行政の担当者と話し合いをおこなった。この思い

を絶やさず、続けていくことが必要と意見が一致し、“認知症サポーター・ステップアップ講座”の開催を企画した。平成24年度に4回シリーズの講座を計画し、住所登録をしていたオレンジリングを手にした住民に向け案内文を送付。その中から約40名が参加し、講座を受けたりグループワークで膝を突き合わせて意見を交わした。



#### (4) 住民発！認知症カフェの誕生

グループワークでは、これまでのことを振り返りつつ、さらに知識を蓄えていった。最後の4回目の講座の中で、「じゃあ、いま、この地域にとって必要なこと、できることはなんだろう」と投げかけたとき、各グループから挙げた意見は「認知症の当事者にも、介護家族にもやさしい集いの場が必要」という発言だった。堤校区にはその時点で8つのサロンが存在しており、集いの場がない訳ではなかったが、参加者からは「カリキュラム化されていない自由気ままな柔らかい雰囲気のある場。たとえば、喫茶店やカフェのような気軽さのある空間が認知症の方や家族の憩いの場として必要なのでは」という意見からカフェスタイルの提案がなされ、“つつみカフェ”が誕生したのであった。

平成25年5月に公民館で第1回目がオープン。カフェは、毎月一回、公民館を貸しきって開催している。時間は10時～16時まで。無料で何杯でも何時間でもいることができる認知症カフェが誕生した。当日のスタッフは20名～30名のオレンジリングを手にした認知症サポーターの地域住民が、率先してカフェの運営に携わっている。当日の会場設営、受付係、マスター役、店員、まかない飯作り、BGM担当など、住民自らが役割を見つけて積極的に関わっているのが印象的だ。「私も将来、認知症になってもここ(カフェ)に来たいけん、わたしのことよろしくね」と住民同士、宣言しあっている姿はこれまであまり見たことがなかったように思う。

来店者は地域住民はじめ、複数の地域の介護サービスを利用している認知症の当事者も参加する。一日に何度も参加する人もいる。見た目はわからないが重度の認知症高齢者も多数訪れ、ハーモニカの演奏や特技などを披露する。地域の合言葉にもなっている“認知症をやさしくつつみ（堤）こんで”につながっていることを実感できる。カフェをオープンしてまもなく 3年になろうとしているが毎回 100 名近くの来店者が訪れ、いまでも継続している。延べ来店者数も 3000 人を越えており地域の大切な財産となっていることは間違いない。最近では、地域の引きこもりがちな高齢者や、このカフェに参加するためにデイサービスの利用日をずらしてまで来店する人がいるなど賑わいをみせており、さらには近所の乳児院の子供達や地域の障がい者施設の利用者も参加している。

他世代間の交流もでてきて、最近では認知症カフェあらため、地域カフェだよねって呼び合っている。





## 平成25年5月 オープン

**《主な来店者》**

- ◆認知症の当事者、支える家族
- ◆地域にお住まいの住民
- ◆認知症サポーター
- ◆近隣の介護保険事業所  
(小規模多機能、特養、GH、DSなど)
- ◆地域の乳児院・障がい者施設
- ◆堤小学校が授業の一環で来店したことも
- ◆行政関係者
- ◆視察



当事者の声をかき消すことなく、「自宅や地域で暮らし続けたい」という望みをかなえるためには、専門職や行政を含めた様々な機関のさらなる理解とともに、一般住民の意識改革も必要であると考えている。認知症になったとたん、地域から隔絶されるのではなく、つながりを保ちこれまでどおりの暮らしを続けるためには、地域における土壌作りも必要だろう。実際、つつみカフェでは、認知症の当事者が昔なじみの友人らと再会することができ、それがきっかけとなり本人を支えるサポーターが増えている。

それらを実現するためには地域住民と共に歩んでいく姿勢が大切であり、当事者意識に基づく思考、行動が不可欠であると思う。

小規模多機能型居宅介護では、利用者の暮らしを地域の中で営み続けるためにも事業所と地域が歩みより、行動を共にし、音あわせをしていながら地域の未来図と一緒に描いていくことで、誰もが暮らしやすい地域の実現に近づけることができると考える。つつみカフェを運営することが目的ではなく、それらの取り組みは「認知症になってもこの地で暮らし続けたい」という当事者の望む暮らしを実現するための手段の一つにすぎない。地域住民にとっては、当事者を地域から切り離さず、共に歩み、関わり続けることで自分の将来もデザインしていくことができるようになり、当事者意識に基づくそれは、ひいては介護予防や地域包括ケアシステムの実現に向けて重要なものの一つだと認識している。



《ユニバーサル都市・福岡賞 2015 最優秀賞受賞》

## 終章 まとめ



## 【ま と め】

小規模多機能型居宅介護が制度化され 10 年が経過した。本年度の調査研究は「これからの小規模多機能型居宅介護のあり方」について、全国の実態把握と取組みから見えるこれからの姿を明確にし、そのための改善点を明らかにすることである。

地域包括ケアの中での小規模多機能型居宅介護の役割は、他の介護保険サービスと異なり基本的に日常生活圏域ごとに計画的に整備されるサービスであることから、生活圏域を支えることにある。このことで地域包括ケアの中心的サービスになり得る。また利用登録者を支えるために、利用者をつなぐ地域の方々とともに支えること（ライフサポートワーク）で、地域の力を生かし、つなぐことを実践している。地域でのこれからの支え方の実践で示している。

小規模多機能型居宅介護の制度創設当初の基本的な考え方は「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」を組み合わせるサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するものであった。

しかし、この 10 年の実践の中で小規模多機能型居宅介護の姿は多様化している。住まい併設の事業所も増加したり、訪問を中心に地域を支えている事業所もある。地域の拠点として地域になくてもならない事業所へと発展している事業所もある。

このようなことから小規模多機能型居宅介護のこれからの姿(基本的な考え方)は、次のように言える。日常生活圏域内の、要援護者の様態や希望に応じて、「通い」「訪問」「宿泊」および多様なニーズに対応する機能を組み合わせるサービスを提供することで、住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援する。またあわせて、生活圏域内の多様な支援を要する方々を支援し、地域包括ケアの担い手となる。

### (1) 全国の実態調査から

#### ○登録定員と充足率

平成 27 年の報酬改定で登録定員の上限が 25 名から 29 名に増えている。平成 26 年度の調査では登録定員 25 名が 80.4%であるのに対し、今年度の調査では 25 名が 46.6%、25 名から 29 名までが 34.3%で、合計すると 81.3%が 25 名以上の登録定員となっている。一方、定員に対する充足率を見ると、80%以上の充足率が 47.3%（平成 26 年度）45.1%（今年度）となっていることから、登録定員が増えなくても充足率があまり落ちていないことがうかがえる（差-2.2 ポイント）。

登録者の少ない事業所の傾向として、0~60%の充足率で比較してみると、21.9%、（平成 26 年度）から 19.4%（平成 27 年度）になっていることから、若干ではあるが充足率が改善している（2.5 ポイント改善）。

登録定員を 26 人以上にしているところが 545 事業所（34.7%）通い定員を 16 人以上に変更した事業所は 377 事業所（24.0%）にとどまっている。168 事業所が登録定員を増やしても、通い定員を増やしていないことから、訪問を活用していることが推察される。

### ○訪問体制強化加算

単に小規模多機能型居宅介護が「通いを中心に随時訪問や宿泊を組み合わせる」サービスから自宅や地域での本人の暮らしを支えることを重視した支援するため、訪問が増加している。昨年の調査では1日あたり平均6.0回だったものが9.5回へと増加している。訪問体制強化加算を取得している事業所は25.4%のとどまっていることから、加算を取っていない事業所でも訪問が増加していることがうかがえる。

### ○契約終了について

平成25年度の調査では、安定期から死亡まで事業所が関わったケースが336件あったのに対して、平成27年度では654件と大幅に増えている。これは、看取り体制強化加算の導入もあるが、事業所が地域で暮らす利用者を最後まで支えようとしている姿が増えつつある。

一方で、1年間（2014年10月から2015年9月）に契約を終了した数を見ると、入院や老人保健施設等への移行も6,687件もある。事業所での医療・看護がもう少し可能であれば支え切れる方も多いと事業所の皆さんから言われている。

### ○総合マネジメント体制強化加算について

これまでの在宅支給限度枠内でのマネジメントが、外だしされた総合マネジメント体制強化加算については、取得率は高いと考えていたが、76.0%にとどまっている。

平成27年改定の新規の加算については、さらに内容の理解・周知が必要である。

小規模多機能型居宅介護のケアマネジメントは、チームで作成するライフサポートプランの姿がある。

### ○職員の状況

約4割の事業所が人手不足を感じている。

### ○利用者の要介護度

最も多いのは「要介護1」で24.9%、ついで「要介護2」で24.5%となっている。前年と比較して、要介護3から5の重度者が減少して、軽度者が増加している。特に軽度者で認知症状のある方の利用が増加している。これは、通所介護や訪問介護の予防給付が総合事業に移行する中で、予防給付が残っている小規模多機能型居宅介護への地域包括支援センター等からの紹介が増加していることによると思われる。

### ○利用者の状態像

利用者の平均年齢として女性85.33歳、男性82.66歳は介護保険サービス全体の利用者像と近い平均年齢であるが、利用者像として浮かび上がってくるのは、要介護度1及認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱbと要介護2で認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱbの2つに位置づく高齢者が多く、一戸建ての住まいが76.7%と突出して

多い。世帯構成としては独居及び配偶者と二人暮らしの割合が 49.5%と利用者の約半数である。住まいと事業所の距離は、83.2%が 5 キロ以内となっている。

利用タイプは、通いのみ 21.9% (昨年比-0.9)、通い+宿泊 29.8% (昨年比-4.0)、通い+訪問 30.5% (昨年比+3.4)、通い+宿泊+訪問 11.7% (昨年比+0.9)、宿泊のみ 0.9% (昨年比-0.3)、訪問のみ 5.1% (昨年比+1.1)、宿泊+訪問 0.1 (昨年比-0.1) 訪問が絡んでいる利用の仕方は、ほぼポイントを上げており、逆に訪問を利用していない利用の仕方はポイントを下げている。

○小規模多機能型居宅介護の利用者像は、事業所のある地域周辺(5Km 圏域)の一戸建てに住む動ける認知症をもった独居及び高齢者のみ世帯の方であることがわかる。

○独居や高齢者のみ世帯で認知症状を持った高齢者を地域で支えている姿は、経年比較をみても、制度創設当初から現在も継続して小規模多機能型居宅介護が役割を果たしている。制度創設当時は、要介護 3, 4, 5 といった重度者を地域で支える想定で始まったが、現在は、地域で支えるための軽度のうちからかかわりをはじめ、重度になり、終末期まで支えようとする小規模多機能型居宅介護の存在がある。

## (2) 地域拠点と地域支援事業について

○小規模多機能型居宅介護が「地域の拠点」として、地域になくてはならない事業所となるためには、登録者を自らのサービスだけで支援することだけではなり得ない。小規模多機能型居宅介護の登録者を支えるにも地域の皆さまとともに支える必要がある。その地域には多様な課題があり、小規模多機能型居宅介護の専門性も地域にとって必要とされる。地域に根差すことは、事業所と地域の相互の支援関係が必要である。

○今後、市町村による地域支援事業の取り組みが本格化する。小規模多機能型居宅介護は、地域支援事業を一体的に取り組むことで、介護を必要としない元気なうちから関わりを持つことが可能となる。このことで小規模多機能型居宅介護は地域拠点として、住民の身近な相談先となり、登録外の住民に対する一定の支援をしていく。

○小規模多機能型居宅介護の要支援者を含めた軽度者へのかかわりは、介護予防に限らない。現在でも介護保険外で支援している事業所がある。「小規模多機能ひなた (北海道美瑛町)」や「きゅ〜ぬふから舎 (沖縄県宮古島市)」の事例では、住民が自発的に動き、近所の心配な方を支え合う取組みが報告されている。実態調査においても心配事や介護の相談、サロン活動、認知症カフェ、地域の清掃活動など、日常生活圏域内の地域住民の暮らしの下支えする役割を果たしている結果が明らかとなった。

- そうした取り組みは事業所に併設された場で行われているだけでなく「めおといわ『ゆい』(福岡県福岡市)」の「つつみカフェ」の取り組みのように公民館を活用したり、「縁がわ小国新橋(熊本県小国町)」等のように地域の空き家を活用することにより、事業所が住民を抱え込むのではなく、住民にとって、より身近な場で関係を培うことにつながっている。
- 小規模多機能型居宅介護がこうした役割を果たしている背景には、登録者に対する支援を事業所のみで行うのではなく、地域住民といっしょに担い、登録者、住民、専門職それぞれの強みを活かした実践の積み上げようとしているからである。
- 要介護度にかかわらず軽度者であっても、「訪問」や「通所」等の単一サービスで支えることには限界がある。単一サービスをバラバラに当てはめるのではなく、本人が培ってきた人間関係や生きがい、役割や仕事が途切れないよう、暮らし全体を下支えする支援が「一体的」に提供される必要がある。
- 少子高齢化が急速に進行する中、「地域包括ケア」のために投入可能な財源や人材は無尽蔵ではない。限られた資源を最大限に有効活用することが必須となる。このため買い物支援・配食などの一般的な生活援助については、介護福祉士等の専門職が担うのではなく、地域の互助組織やボランティアなどを活用することを考えていく必要がある。支援を必要とする人が求めているものを小規模多機能型居宅介護は住民とともに考え、かかわっていくことが重要である。
- そうして住民と事業所が一緒に支援の担い手になるということは、事業所側が支援をおこない、住民側がそれを受け取るという一方的な関係ではなく、いわば双方向の関係づくりであり、それが信頼関係を醸成する基となる。本人が培ってきた人間関係やボランティア、行政、地域包括支援センター、NPO・企業等のこれまでの地域との関係が途切れないような取り組みが必要である。小規模多機能型居宅介護においてその役目を担う人材を本会では「ライフサポートワーカー」と呼んでいる。
- ライフサポートワーカーの役割は「つなぐ」機能であり、本人が培ってきた人間関係や生きがい、役割や仕事が途切れないようにすることである。日常生活圏域に根差し、圏域を支える小規模多機能型居宅介護だからこそ担うことのできるものである。小規模多機能型居宅介護が地域の拠点となるためにはこうした人材の配置が必要である。
- 小規模多機能型居宅介護に配置されるライフサポートワーカーの活動は、包括的支援事業における地域住民からなる「生活支援コーディネーター」の役割である生活支援の担い手の育成や、関係者のネットワークづくり、ニーズと資源のマッ

チング等とは異なり、専門職の立場で、そのことをバックアップする存在である。相談支援等の間接援助のみならず、柔軟かつ即時的な対応ができるケアと一体となっていることでその役割が発揮される。

### (3) 医療との関係について

- 看護職員配置加算 61.6%と多くの事業所が加算を取得している。医療との連携においては「十分に連携が図られている」「概ね連携が図られている」が 86.9%と多くの事業所で医療との連携が図られている。
  
- 看取りのケースへの関わりは 1,153 件あり、そのうち 116 事業所が看取連携体制加算を算定している。看取連携体制加算は取得していなくても看取りは行われている。
  
- 「看取りをしようと考えている（または、すでに行っている）」は半数以上の事業所（52.8%）に上る。事業所には「看取りに対応できる看護師がある程度いる」（56.1%）が、「ほとんどの職員が看取りの知識のない」と答える事業所が約 60%ある。看取りの体制はあるもの、介護職側に知識がなく、看取りにおいて事業所内のチームで支える体制ができていない事業所もあることが推測される。
  
- 一方医療側から見ると、訪問診療、特別訪問看護指示書や厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合のみ医療保険による訪問看護を利用できるのが宿泊時に限られる。日中においては事業所に連泊している場合でも「通い」にカウントされるため、訪問診療や訪問看護ステーションが利用できない。
  
- 看取りまでの支援を行う場合や、医療ニーズが高い人で通院できない事情の利用者が、事業所に連泊した場合、訪問診療など訪問系の医療サービスを受けるのが難しい。そういう人は入院にならざるを得ない現状がある。そのため、事業所で最後までかかわりたいと思っても関われないということが起こっている。
  
- リハビリについては、訪問看護ステーション（リハビリを含む）と訪問リハビリテーションの利用が 25.9%しかない。訪問リハビリは、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（平成 19 年 2 月 19 日開催）において、通いサービスや宿泊サービスを利用している利用者が、小規模多機能居宅介護事業所において訪問看護を利用する形態を認めていないとのことから、利用が居宅のみと限られている。
  
- そのため連泊の支援が必要な利用者はリハビリサービスを受けることが難しい状態にある。そのため、連泊中に適切なリハビリが行われていたら自宅に帰ることができた人も、施設や医療機関を選択せざるを得ないケースも見受けられる。

#### (4) 質の確保・向上

- 団塊の世代が後期高齢期を迎える5年後、10年後を見据え、持続可能な介護保険制度のもと、地域包括ケアシステムの中核をなす小規模多機能型居宅介護という道具をさらに使いやすくしていく必要があるが、一方で増加する小規模多機能型居宅介護の質の確保についても更に考えなければいけない。
  
- 平成27年4月より導入された運営推進会議を活用したサービス評価については、自らが提供するサービスの質について向き合う機会となったことも含め、今まで以上にPDCAサイクルに基づく質の向上に向けた好循環を新しいサービス評価の仕組みによって生み出したと言える。また、小規模多機能型居宅介護により身近な存在である運営推進会議を活用することで地域住民の参画を得ることにより事業所が今まで以上にオープンになった意味は大きい。
  
- 運営推進会議を活用したサービス評価は、事業所の理解度は一定程度進んでいるものの、市町村における理解にバラつきがあり、運営推進会議への参加も進んでいないとの声もある。更に評価の公表についても市町村の関わりは重要である。
  
- 質の向上を図るうえで研修も大切な要素である。しかし現在の法定研修（認知症介護実践研修、認知症対応型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）は、介護保険事業を実施するうえですでに備わっていなければならない知識等を教授するに留まり、受講者のニーズとかけ離れているため見直しが必要である。また、認知症ケアが中心のカリキュラムになっており、チームや多職種連携、地域生活支援など、これからの地域包括ケアを担うためのカリキュラムとはなっていない。

## 【提 言】

### (1) 地域拠点と地域支援事業について

- 日常生活圏域の支援を目指す小規模多機能型居宅介護は、地域で不安を抱える軽度者に対して、地域支援事業に取り組むことで、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をおこなうことができる。
- 新しい介護予防・日常生活支援総合事業において、多様化するサービスの典型例として「訪問型サービス」「通所型サービス」が示されているが、「その他の生活支援サービス」において小規模多機能型居宅介護的な「通い」「訪問」「配食」「見守り」等を一体的に提供するサービスについての明確な位置づけがないために、市町村ではサービスとして位置づかない。この点について、訪問型サービス、通所型サービス以外に、「一体型サービス」として具体的に明記されることが必要である。
- 平成27年報酬改定において、小規模多機能型居宅介護の地域との連携を推進していくため、同一敷地内に併設する事業所が新総合事業を行う場合は、利用者の処遇に支障がないことを前提に、管理者が訪問型サービスや通所型サービス等の職務と兼務することが可能となったが、「併設」だけでなく、生活圏域内の身近な「近隣」の場所での取り組みも可能になるようにさらなる緩和が必要である。
- 地域支援事業では、相談支援だけでなく、介護等の直接支援による緊急時の対応ができる小規模多機能型居宅介護に、地域コーディネートの役割を担う人材（ライフサポートワーカー）を置くことが必要である。市町村が、包括的支援事業の中で位置づけることができるように願いたい。

### (2) 医療との関係について

- 終末期や急性増悪の時など、通院が困難な利用者が事業所において連泊する支援を受けた際に、医療サービスが支援しやすい環境を作る必要がある。
- 自宅で訪問診療を利用している高齢者が事業所に連泊している場合は、訪問診療を利用するために一時帰宅しなければいけない。現在の訪問診療や訪問看護を利用する際の「宿泊サービスに限る」という診療報酬上の解釈を、通いや宿泊のサービス提供時間で解釈するのではなく、連泊期間中は事業所が本人にとって一時的な在宅となることから、一定の条件（終末期や悪性増悪期）においては診療可とするような解釈の緩和が必要である。

- また、終末期や悪性増悪期の医療だけでなく在宅復帰や在宅生活の継続をしていくためにはリハビリ機能も必須であり、小規模多機能型居宅介護に専門職を配置することではなく、地域の訪問看護や訪問リハビリテーションの専門職（看護師、理学療法士、作業療法士等）から支援を得られるような連携体制が必要である。
- 終末期や急性増悪の時など、通院が困難な利用者が事業所において連泊する支援を受けた際に、医療サービスが支援しやすい環境を作る必要がある。

### (3) 質の確保・向上

- 運営推進会議を活用したサービス評価について  
質の向上はすぐに図れるものではない。自らの実践を日々振り返り、住民・行政とともに、日常生活圏域に必要とされる小規模多機能型居宅介護を目指したサービス評価及び質の向上について継続的に取組まなければならない。
- 市町村は、指定権者であるとともに住民の声を代弁する役割を持っている。事業者や日常生活圏域の福祉向上を念頭に指導育成することが求められる。よって、運営推進会議を活用したサービス評価を諮る際の運営推進会議には必ず出席し、質の向上の機会を活かさなければいけない。
- 市町村や都道府県レベルの地域連絡会では、サービス評価の項目の意味や取組み方法など、身近な事業者同士が継続的に学び合える機会をつくることが求められる。
- これからの法定研修（認知症介護実践研修、認知症対応型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）は、認知症ケアに関連する知識だけでなく、地域包括ケアを実現するための生活支援モデルであるライフサポートワークを基本とし、チームケアや多職種連携、地域生活支援などの講義や演習を取り入れた具体的カリキュラム等を検討すべきである。また、管理者や計画作成担当者だけではなく、現場の介護職員等にも同様な研修が必要である。

## 資料編



2015年度  
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】

締め切り：平成28年1月8日（金）

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会  
<http://www.shoukibo.net/>

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28年1月8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) 以下、2で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

2-2) 開設1年未満の事業所にお伺いします。

<input type="checkbox"/> 新規事業所として開設
<input type="checkbox"/> 他事業所からの転換 ( <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他 ( ) )

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"/> 初期加算	<input type="checkbox"/> 認知症加算(I)	<input type="checkbox"/> 同(II)
<input type="checkbox"/> 看護職員配置加算 I	<input type="checkbox"/> 同 II	<input type="checkbox"/> 同 III
<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> 総合マネジメント体制強化加算	<input type="checkbox"/> 訪問体制強化加算	<input type="checkbox"/> 看取り連携体制加算
<input type="checkbox"/> 従業者の員数が基準に満たない場合の減算		
<input type="checkbox"/> 過少サービスに対する減算	<input type="checkbox"/> 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"/> 市町村独自報酬 (                      単位)		

5. 現在、貴法人が実施しているサービスについて、**該当するものに☑**をつけてください。

同一法人が実施している事業		同一 敷地内 で実施	同一 市区町村 で実施
介護 保険 事業	小規模多機能型居宅介護（現在の調査回答事業所以外）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域密着型特定施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護老人福祉施設（特養）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護老人保健施設（老健）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

同一法人が実施している事業		同一 敷地内 で実施	同一 市区町村 で実施
住 ま い	軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	共生型ホーム（対象者を限定しない）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法人が所有する一般アパート・マンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	アパート・マンション等の借り上げ住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
そ の 他	一般病院もしくは診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	障がい者支援サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保育・学童保育（放課後保育）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	配食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域交流拠点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ケアマネジメント等の状況についてお尋ねします。

6. 「ケアマネジメント」の状況についてお聞きます。

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（	）

7. 使用しているアセスメント様式について、**該当するものに☑**をつけてください。

<input type="checkbox"/> ① MDS - HC	<input type="checkbox"/> ② 包括支援プログラム	<input type="checkbox"/> ③ 全社協版居宅サービスガイドライン
<input type="checkbox"/> ④ 日本看護振興財団方式	<input type="checkbox"/> ⑤ センター方式	<input type="checkbox"/> ⑥ その他（

III. 運営推進会議・外部評価・情報公表についてお伺いします。

8. 現在の運営推進会議の構成をお答えください。

総 数	人
利用者	人
利用者の家族	人
地域住民の代表（自治会役員や民生委員等）	人
市区町村職員	人
地域包括支援センター職員	人
小規模多機能型居宅介護について知見を有する者 ⇒具体的に[ ]	人
社会福祉協議会職員	人
医師	人
その他 [ ]	人

9. 貴事業所の運営推進会議について、お聞かせください。

9-1) 運営推進会議の実施頻度について、該当するものに☑をつけてください。  
(平成26年10月1日～平成27年9月末までの実績でお答えください。)

- |                                |                              |                              |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①7回以上 | <input type="checkbox"/> ②6回 | <input type="checkbox"/> ③5回 |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> ④4回   | <input type="checkbox"/> ⑤3回 | <input type="checkbox"/> ⑥2回 | <input type="checkbox"/> ⑦1回 | <input type="checkbox"/> ⑧0回 |

9-2) 上記の9-1)で4回以下(④⑤⑥⑦⑧)と回答した事業所にお聞きします。

「運営推進会議を開催できていない」理由について、該当するものに☑をつけてください。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ①開設して間もないから                      |
| <input type="checkbox"/> ②関係者にどのように声掛けし、組織したらよいか分からないから   |
| <input type="checkbox"/> ③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから          |
| <input type="checkbox"/> ④サービスの提供に忙しく、運営推進会議をやっている余裕がないから |
| <input type="checkbox"/> ⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから           |
| <input type="checkbox"/> ⑥その他 [ ]                         |

9-3) 運営推進会議の議題についてお聞きします。

運営推進会議での議題について、該当するものすべてに☑をつけてください。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ①利用者のケース                   |
| <input type="checkbox"/> ②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告     |
| <input type="checkbox"/> ③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題      |
| <input type="checkbox"/> ④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題    |
| <input type="checkbox"/> ⑤メンバー同士の情報交換               |
| <input type="checkbox"/> ⑥地域・事業所での行事検討              |
| <input type="checkbox"/> ⑦登録者のケース以外の地域課題            |
| <input type="checkbox"/> ⑧登録者のケース以外の地域課題に対する取り組み・活動 |
| <input type="checkbox"/> ⑨事業所のサービス評価に関すること          |
| <input type="checkbox"/> ⑩事業所と地域の情報交換の場になっている       |
| <input type="checkbox"/> ⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している     |
| <input type="checkbox"/> ⑫その他 [ ]                   |

9-4) 運営推進会議のおおよその開催時間について、該当するものに☑をつけてください。

- |                                 |                                      |                                      |                                 |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①30分未満 | <input type="checkbox"/> ②30分から60分未満 | <input type="checkbox"/> ③60分から90分未満 | <input type="checkbox"/> ④90分以上 |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|

10. 貴事業所のサービス評価について、お聞かせ下さい

10-1) 今年度から運営推進会議におけるサービス評価になりましたが、理解できていますか？

- |  |                                     |                                       |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①理解できている      | <input type="checkbox"/> ②ほぼ理解できている | <input type="checkbox"/> ③あまり理解できていない |
| <input type="checkbox"/> ④ほとんど理解できていない |                                     |                                       |

10-2) 今年度、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実施予定だがまだ実施していない |
| <input type="checkbox"/> ⑤実施する予定も立っていない    |   |

10-3) 運営推進会議における評価に自治体・地域包括支援センターは参加していますか(予定も含む)

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 |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|

10-4) 運営推進会議における評価の公表について「介護サービス情報公表システム」を活用していますか(予定も含む) 該当するものに☑をつけてください。

- |                                  |                                     |                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①活用している | <input type="checkbox"/> ②活用する予定がある | <input type="checkbox"/> ③活用していない |
|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

IV. 利用状況等についてお伺いします。

1 1. 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 27 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

1 2. 平成 26 年 10 月 1 日から 27 年 9 月 30 日までの 1 年間に、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
--------	---

12-2) 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っ越し ( ) 名	
<input type="checkbox"/> ⑥その他 [ ] ( ) 名	

V. サービスの提供体制およびスタッフ状況等についてお伺いします。

1 3. 貴事業所の職員の人数 (実人数) をお答えください。非常勤については、常勤換算での人数もお答えください (平成 27 年 10 月末現在)。常勤換算については、常勤の従事者が勤務すべき時間数 (一般的には週 40 時間程度) をもとに計算してください (0 名は 0 と必ずお書き下さい)。

職員総数		名			
常勤・非常勤		常勤 名		・ 非常勤 名	
常勤換算人数		名			
		常勤		非常勤	
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算
管理者	専従	名	名		
	兼務	名	名		
計画作成担当者	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名
看護職員	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名
介護職員	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名
その他 [ ]	専従	名	名	名	名
	兼務	名	名	名	名

13-2) 現状の職員数について該当するものに☑をつけてください

<input type="checkbox"/> ①十分足りている	<input type="checkbox"/> ②ほぼ足りている
<input type="checkbox"/> ③あまり足りていない ( ) 人不足)	<input type="checkbox"/> ④まったく足りない ( ) 人不足)

VI. 個別利用者の状況についてお伺いします。

14. 平成27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・高優賃) 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2人暮らし 4. 子どもと2人暮らし 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. 1 <sup>km</sup> 前後 3. 5 <sup>km</sup> 前後 4. 10 <sup>km</sup> 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・高優賃) 7. 有料老人ホーム(住居型) 8. その他
						年	月								
例	90	1	支1	B2	IIa	20	10	31	20	0	1	3	1	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															

Ⅶ. 平成 27 年報酬改定についてお伺いします。

15. 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

②③の理由

( )

)

15-2) 上記で①加算をとっていると回答した事業所にお聞きします。該当するものに☑をつけてください。

①加算要件を満たすために業務負担が増えた  
 ②加算要件を満たすための業務負担は増えていない  
 ③どちらともいえない

その理由

( )

)

16. 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加算がとれない

②③の理由

( )

)

16-2) 上記で①加算をとっていると回答した事業所にお聞きします。該当するものに☑をつけてください。

①加算要件を満たすために業務負担が増えた  
 ②加算要件を満たすための業務負担は増えていない  
 ③どちらともいえない

その理由

( )

)

17. 看護職員配置加算 I（常勤の正看護師配置）を取得している事業所に聞きます。4 月～10 月において、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。

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対象となる利用者がいない

②の理由

( )

)

18. 4 月～10 月において、短期利用居宅介護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。

短期利用居宅介護で活用できる部屋数

部屋

18-2) 4 月～10 月において、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

①の理由

( )

)

19. 登録定員について、該当するものに☑をつけてください。

- ①4月以降登録定員を変更した（      名）→（      名）  
 ②変更しない

20. 通いの定員について、該当するものに☑をつけてください。

- ①4月以降通いの定員を変更した（      名）→（      名）  
 ②変更しない

21. 10月の登録者について、人数を記入ください。

	同一建物居住者以外の 登録者に対して行う場合	同一建物居住者の 登録者に対して行う場合
要支援1	名	名
要支援2	名	名
要介護1	名	名
要介護2	名	名
要介護3	名	名
要介護4	名	名
要介護5	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。

22. 収支の状況について、該当するものに☑をつけてください。

報酬改定前（昨年度）の収支状況	<input type="checkbox"/> ①黒字 <input type="checkbox"/> ②ほぼ均衡している <input type="checkbox"/> ③赤字 <input type="checkbox"/> ④不明
報酬改定後（今年度）の収支状況	<input type="checkbox"/> ①黒字 <input type="checkbox"/> ②ほぼ均衡している <input type="checkbox"/> ③赤字 <input type="checkbox"/> ④不明
昨年度と今年度の収支の変化の状況	<input type="checkbox"/> ①増益 <input type="checkbox"/> ②ほぼ変わらない <input type="checkbox"/> ③減益 <input type="checkbox"/> ④不明

22-2) 報酬の変動について、該当するものに☑をつけてください。

- ①加算が取得できたため       ②利用者が増加したため  
 ③人件費の増加のため       ④スタッフが確保できないため  
 ⑤その他  
（理由記入）

#### VIII. 医療との連携についてお伺いします。

23. 医療との連携として、何をしていますか。該当するものに☑をつけてください。

- ①治療方針の確認    ②日々のケアの報告    ③緊急時の連絡  
 ④服薬状況       ⑤利用者の暮らしぶりの説明・報告

24. 登録者のかかりつけ医についてお聞きします該当するものに数字を入れてください。

- ①往診・訪問診療をしている病院・診療所  
 入院設備のある病院・診療所      (      人)  
 入院設備のない病院・診療所      (      人)  
②往診・訪問診療をしていない病院・診療所  
 入院設備のある病院・診療所      (      人)  
 入院設備のない病院・診療所      (      人)  
③  不明 (      人)  
①～③の=合計      人 (現登録者数)



**IX. 地域生活支援についてお伺いします。**

**29. 市町村の地域支援事業について**

貴事業所での地域支援事業への取組み（予定含）について、**該当するものに☑**をつけてください。

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ①地域支援事業を実施している    | <input type="checkbox"/> ②地域支援事業を実施する予定がある |
| <input type="checkbox"/> ③地域支援事業を実施する予定はない | <input type="checkbox"/> ④市町村が実施していない      |
| <input type="checkbox"/> ⑤わからない            |  |

**X. 登録者以外の個別支援についてお伺いします。**

**30. 登録者以外への個別支援について（地域支援事業等の登録者以外の高齢者等に対する支援について）**

30-1) 登録者以外に対する個別支援を実施していますか。**該当するものに☑**をつけてください。

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①登録者以外の支援をしている | <input type="checkbox"/> ②していない |
| <input type="checkbox"/> ③その他（          |                                 |

30-2) 登録者以外を個別支援している場合、**該当する担当職員すべてに☑**をつけてください。

(複数回答)

- |                                   |                                   |                                |                                |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①管理者     | <input type="checkbox"/> ②計画作成担当者 | <input type="checkbox"/> ③介護職員 | <input type="checkbox"/> ④看護職員 |
| <input type="checkbox"/> ⑤その他の職員（ |                                   |                                |                                |

30-3) 登録者以外を個別支援している場合、どのようなことを支援していますか。

**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配食サービス    | <input type="checkbox"/> ②会食会    | <input type="checkbox"/> ③安否確認      | <input type="checkbox"/> ④家事援助のような生活支援 |
| <input type="checkbox"/> ⑤外出支援      | <input type="checkbox"/> ⑥直接介護支援 | <input type="checkbox"/> ⑦DV等の緊急受入れ |  |
| <input type="checkbox"/> ⑧その他（具体的に： |                                  |                                     |  |

**XI. 地域に対する取組みについてお伺いします。**

**31. 地域に対する取組みについて**

31-1) 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) 地域に対する取組みをしている場合、**該当する担当職員すべてに☑**をつけてください。(複数回答)

- |   |                                   |                                |                                |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①管理者                               | <input type="checkbox"/> ②計画作成担当者 | <input type="checkbox"/> ③介護職員 | <input type="checkbox"/> ④看護職員 |
| <input type="checkbox"/> ⑤専属の職員（ボランティアコーディネーターや地域コーディネーター等） |                                   |                                |                                |
| <input type="checkbox"/> ⑥その他の職員（                           |                                   |                                |                                |

31-3) 事業所のある地域に対する取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 その他（具体的に：      |  |   |

31-4) 利用者の自宅周辺地域に対する取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その他（具体的に：      |  |   |





平成 27 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  
地域包括ケアシステムにおける小規模多機能型居宅介護の  
今後のあり方に関する調査研究事業報告書

---

平成 28 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](mailto:info@shoukibo.net)