

平成 24 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分

小規模多機能型居宅介護と住まいに関する調査研究報告書

平成 25 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

高齢化が急速に進む中で、高齢の単身者や夫婦のみの世帯が増加しており、介護・医療と連携して高齢者を支援するサービスを提供する住宅を確保することが極めて重要である一方、サービス付きの住宅の供給は、欧米各国に比べて立ち後れているのが現状です。このため、高齢者の居住の安定を確保することを目的として、バリアフリー構造等を有し、介護・医療と連携し高齢者を支援するサービスを提供する「サービス付き高齢者向け住宅」が2011年に創設されました。サービス付き高齢者向け住宅整備事業が創設され、サービス付き高齢者向け住宅として登録される住宅等の建設・改修費に対し、国が民間事業者・社会福祉法人・医療法人等に直接補助をされています。こういう背景の中で、住宅のディベロッパーなどが全国に多数建設しています。

そういった中で、小規模多機能型居宅介護が併設されているサービス付き高齢者住宅も見受けられるようになりました。その中には、サービス付き高齢者住宅の居住者を小規模多機能型居宅介護に登録することを前提にしている事業所もあるという噂がきかれるようになり、本連絡会としては危惧をしていたところです。

そこで、本年度は、小規模多機能型居宅介護と住まいに関する調査研究事業を行いました。

調査研究結果の詳細は本編に譲りますが、全国の小規模多機能型居宅介護事業所に何らかの住まいが整備されている事業所が20%弱あり、住まいが整備されている事業所による住まいの位置づけ、そしてその対応には差異があることも明らかになりました。

今後も高齢者の住まいに関する課題解決のための実現可能な方策を探っていく必要があります。その際、自治体（保険者）の地域包括ケアシステムのスタンスと、どのような地域包括ケアシステムを構築するかが大きなポイントになるように思われ、今後は高齢者住宅政策も交えた生活圏域ごとの地域密着型サービスのあり方を構築していく必要があります。

この研究事業には、アンケート調査及びヒアリング調査では、多くの事業所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。

2013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

理事長 川原 秀夫

小規模多機能型居宅介護と住まいに関する調査研究報告書

目次

要約

1	研究の背景と目的	5
2	調査の方法	5
2	結果概要	6

第1章 研究の背景と目的

1	背景	13
1-1	高齢者の住まいの現状	
1-2	福祉先進国の住まいとサービスの現状	
2	研究の目的	19
3	研究の方法	20

第2章	小規模多機能型居宅介護事業所と住まいに関するアンケート調査	23
-----	-------------------------------	----

第3章	小規模多機能型居宅介護と住まいに関するヒアリング調査	61
(1)	シンフォニー将監 (宮城県仙台市)	61
(2)	小規模多機能ホームひばり (鹿児島県鹿児島市)	65
(3)	小規模多機能ホームぶどうの家 (岡山県倉敷市)	69
(4)	有限会社わが家 (長野県宮田村)	74
(5)	こぶし園 (新潟県長岡市)	78
(6)	いつでんどこでん (熊本県山鹿市)	84
(7)	株式会社 アルワン (北海道札幌市)	89
(8)	隠居長屋ろんち (鹿児島県霧島市)	94
(9)	小規模多機能「燈」(北海道美瑛町)	97

第4章	小規模多機能型居宅介護と住まいについて	103
-----	---------------------	-----

資料

小規模多機能型居宅介護事業所に関する運営実態調査票	109
小規模多機能型居宅介護と住まいに関する調査研究委員会委員名簿	117
サービス付き高齢者向け住宅の併設の有無に関するシミュレーション	118

要 約

1. 研究の背景と目的

小規模多機能型居宅介護で高齢者の集合した住まいを支援するところや事業所に住まいを併設するところが増えている。

この調査研究事業では小規模多機能型居宅介護と住まいのあり方について、次の4つの論点について調査研究する。①小規模多機能型居宅介護と住まいとの関係の実態調査、②小規模多機能型居宅介護に併設した住まいのあり方、③もともとの大規模集合住宅(団地等)に支援がつく場合の支援のあり方、④今回導入された同一建物からの利用時の減算についての検証。

このことで、小規模多機能型居宅介護における住まいの意味やあり方を明らかにし、類型化や減算のあり方について提言することを目的に実施する。

2. 調査の方法

本調査研究事業は2つの調査により構成される

①自記式のアンケート調査(第2章 小規模多機能型居宅介護事業所と住まいに関する運営実態と課題)

今年度の調査では、前年度調査で対象とした3,279カ所(2011年11月現在、WAM-NETに掲載されていた小規模多機能型居宅介護事業所)および2012年12月現在、厚生労働省の介護サービス情報公表システムに掲載されているもののうち、前述のWAM-NETに掲載されていないもの(新たに開設されたもの)、合計3,509カ所に対して、自記式のアンケート調査票を郵送で依頼した。2011年12月に発送し、2012年1月27日までの期間を調査期間として設定した。その後、2月10日までに回収された回答について、分析した。

1,236カ所からの回答を得た(今回35.2%、2011年度30.2%、2010年度21.0%)であった。また、利用者の個別状況を調査する個票では、23,070人分のデータが得られた。

分析にあたっては、上記回答のうち、当該設問への有効回答を対象に分析を行った。

②ヒアリング調査(第3章 小規模多機能型居宅介護と住まいの実態把握訪問ヒアリング調査)

小規模多機能型居宅介護と住まいに関して、先駆的に行われている事業所の取り組みについて具体的に把握するために、ヒアリング調査を実施した。

2. 結果概要

今回、この調査研究事業では小規模多機能型居宅介護と住まいのあり方について、次の4つの論点について調査研究を行った。

- (1) 小規模多機能型居宅介護と住まいとの関係の実態調査
- (2) 小規模多機能型居宅介護に併設した住まいのあり方
- (3) もともとの大規模集合住宅(団地等)に支援がつく場合の支援のあり方
- (4) 今回導入された同一建物からの利用時の減算についての検証

現在の小規模多機能型居宅介護を含めた地域密着型サービス等の介護政策とサービス付き高齢者向け住宅などの住宅政策は、地域包括ケアシステムにおいて5本柱のひとつとして議論されているが、その推進者である市町村では住まいに関する具体的な計画は策定されておらず、政策の不一致がみてとれる。

高齢者の望む「住まい」には何が必要なのだろうか？個室でプライバシーが保たれていること。介護サービスがすぐいつでも受けられる距離にあること。それだけではない。自宅という住まいで例えるなら、そこにはその人自身がこれまでの暮らしを通して作ってきた歴史がある。これからの暮らし思い描き、暮らしにあった住みたい場所を考慮し、使い勝手の良い間取りを考え、さらには好みのしつらえを工夫する。家族構成によってもその都度、変化する。限られた空間としての住まいのみならず、近隣との関係性によって、暮らしに幅や深み加わり、その住まいに暮らすことの安心感へと繋がるのである。

(1) 小規模多機能型居宅介護と住まいの関係

小規模多機能型居宅介護の創設時に「通って、泊まって、自宅にも来てくれて、いざとなったら住むこともできる」という議論が行われていた。しかしながら、制度化されたのは「通い、訪問、宿泊」のみで、結果として住まいが切り離されることとなった。その理由としては、住まいを併設することで、住まいの定員を充足することに力点が置かれ、結果として高齢者の生活の継続性を断ち切ってしまうことを避けるための切り離しであった。

このたびの調査では、住まいがあり・なしによって統計上の違いを見出すことができるのではないかとの仮説のもと、調査を行ったが、どの項目においても大きな違いは見られなかった。

今回の回収率(35.2%)から見ると、回答していない約65%事業所がどのような事業運営を行っているかわからないままであるが、回答いただいた事業所の住まいの平均戸数は14.4戸と、比較的小規模な住まい機能を有していることがわかった。また、国の定める小規模多機能型居宅介護の登録定員の8割を併設

する住まいからの利用者となる場合は、減算をする規定が平成 24 年 4 月から設けられたが、今回、回答いただいた事業所の住まいは、1 棟あたりの戸数そのものが 6 割以下となっており、減算の対象とはならない事業所多い。これは、減算の状況を聞く項目においても、3 件が該当するのみとなっており、全体の 0.2%にとどまっている。また「平成 24 年度介護報酬改定に関する関係 Q & A（平成 24 年 3 月 16 日）について」で示されていることであるが、集合住宅と同一建物に所在する事業所の地域への展開というタイトルで、国が定める規定では登録定員の 8 割以上となる場合に減算の対象となるものを、市町村が独自に定める基準において登録定員の 5 割までとすることができる（問 160）といった、より水準の高い基準を設けている自治体があることも影響していることが考えられる。

今後、地域包括ケアシステムを市町村の特色を生かしながら推進していくためにも、市町村がどのような町を描き、計画や基準として設計していくのが問われることとなるであろう「住い」を単なる「居住の場」として捉え、戸数だけ増やし続けてしまうのか、これまでの暮らしの継続性が担保された「暮らしの場」として整備されるのかでは、高齢者の望む暮らしに大きく影響するものと考えられる。

（2）小規模多機能型居宅介護における「住まい」のあり方

そもそも、住まいとは何だろうか。介護保険制度創設時に、認知症グループホームが第 3 の住まいとして脚光を浴びたが、当時、施設か自宅かの 2 極でしか見ることができなかったものが、認知症グループホームの創設により、新たな類型として全国に広まっていった。今回の訪問調査でも、サービス付き高齢者住宅のほうが 4 人部屋の入居系施設よりもずっと住み心地が良いといった意見も聞かれた。

このような住まいに対して高齢者が期待することは何か。もちろんきれいな部屋や広い面積といったハードも重要であるが、やはり自宅で暮らし続けたいという思いを持ち、自宅で暮らし続けられなくとも、これまで暮らしてきた自宅と同じ住まい方をしたいという気持ちを持っているのではなかろうか。

「2015 年の高齢者介護」（厚生労働省老健局長の私的研究会／高齢者介護研究会／2003 年）の「生活の継続性を維持するための、地域での新しい介護サービス体系」の中で自宅について謳われている。「自宅とは、私たち自身が主人公である世界である。自宅であれば、介護が必要になった時でも、人は、自分自身で立てたスケジュールに沿って日常生活を営むことができる。朝何時に起きるかは自分の自由であるし、食事を摂るか摂らないか、何を食べるかも自分自身で決めることができる。（手助けさえあれば）買い物に出かけることもできる。

家族や友人たちとおしゃべりをし、夜更かしすることもできる。自宅の良さは、介護が必要になった時でも、介護のために自分の生活や自由を犠牲にすることなく、自分らしい生活を続けることができる点にある」と述べている。

このたびの住まいの議論も、住まいを単なる滞在している場所や時間で捉えるのではなく、自らが一つひとつの事柄を決めることができる「自己決定」やこれまでどおりのライフスタイルを継続できる「生活の継続性」、人生を歩んだ歴史とともに、多少、使い勝手が悪くてもやりくりしながらなんとか自分で家事ができる台所や家といった「自立支援」など、自己実現に向けた住まい方ができる居場所や居方（いかた）として本人が選択できるかどうか問われているのではなかろうか。訪問調査の中でも、これまでと同じ暮らしの場（同一町内会）にある住まいに移り住んだ場合、人間関係や地域とのかかわりをそのまま引っ越し先の住まいへ持ち込んで生活し続けることができるような住まいもあった。また、違う生活圏域から移り住んできた方であったとしても、これまでどおり自分のしたいように過ごし、気の向くままに一日のスケジュールが過ぎていく暮らしぶりを実現している事例もあった。

これまでは、どちらかという個室か相部屋かといった居住環境であったり、自宅にある家財を移り住んだ先にも持ち込むことができるかどうかといったしつらえなど、外形にばかり目を向けてきたきらいがある。

大切なことは、本人以外の周囲が選択するのではなく、本人が事業所（住まい）の特徴を理解し、ライフスタイルの継続ができれば、移り住む場所はこれまでと離れても構わないと選択することができたり、今までどおりの関係や環境で、夜寝る場所が自宅からちょっと離れた住まいへ移ったとしても、すぐに来てくれるスタッフが身近にいるほうが安心など、自らの希望に近い住まい方ができるかどうか選択するための要素になってくる。

そのうえで、住まい方を実現するためのケアのあり方も重要である。自宅と同じ生活圏域の中にある住まいであっても、事業所側のスケジュールによって起きる時間から、食事の時間、外出は許可制といった生活を住まいや事業所に縛り付けるような支援しかなければ、本人の生活の幅は狭められ、囲い込まれた暮らしになってしまう。

小規模多機能型居宅介護における住まいとは、生活の本拠となる自分らしい居場所や居方を実現する「自宅機能」であり、グループホーム、地域共生ホーム、サービス付き高齢者住宅等のような形態であったとしても、本人中心の自宅機能を実現するためのかかわり（ケア）によって大きく左右される。

(3) もともとの大規模集合住宅(団地等)に支援がつく場合の支援のあり方

大規模集合住宅(団地等)では、建物の構造上、その居住空間同士の距離が密なため、顔なじみになりやすい。しかし一方で、家族構成、年齢層、ライフスタイル等の異なる価値観を持つ人々の集団でもあり、回覧版配りや清掃活動など共同住宅だからこそ参加しなければ暮らしにくくなるという、相反する状況も産み出しかねないのが集合住宅(団地等)の特徴である。そのような環境の中、介護が必要となったり、認知症になった場合、同じ団地内に住む方々の理解なくして暮らしの継続性は困難である。今回の訪問調査でも、団地内からの苦情を受けつつも、本人の「可能な限りこの町営住宅で、夫婦二人で暮らしたい」という強い思いを実現するため、上下階やお隣への気遣いはもちろん、同じ集合住宅に住む方々への認知症の理解や周囲への安心の提供へ奔走している姿が報告された。本人にとっても、同じ色の同じ建物が何棟も立ち並び、階段を上ると同じ玄関がつけられている集合住宅では、より混乱を深める場合も多く、近隣の協力は不可欠である。

(4) 今回導入された同一建物からの利用時の減算についての検証。

小規模多機能型居宅介護と同一建物のサービス付き高齢者向け住宅等に対して減算が導入されているが、同一建物であっても対象となる養護老人ホーム、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、旧高齢者専用賃貸住宅以外は、減算の適用にはならない。住まいの整備を行っている196か所のうち、減算に該当する事業所が3件のみとなっているのも、同一敷地内にある別棟や道を挟んで隣接する場合は該当しないという瑕疵がある。そういうものでは意味がない。

また、介護保険における「減算」とは、人員配置の欠如や定員超過など減算されるべき違反や不適格事項がある場合に適用されるものであって、同一建物からの利用はなんら違反や不適格な意味はない。今後、このような支え方の違いを表現する類型化の議論が必要と考える。

第1章

研究の背景と目的

1. 研究の背景

1-1 高齢者の住まい（居住場所）の状況

平成 23 年 10 月末時点での高齢者人口は 65 歳以上で 29,752（千）人、75 歳以上で 14,708（千）人である。

この人口を基本として、高齢者の居住場所を算定する。

型	施設種	施設数	入居定員	計	65歳以上 に対して	75歳以上 に対して	計 (上+65,下+75)	データ年
A.広域型 介護施設	特別養護老人ホーム	5,953	427,634	978,731	1.4%	2.9%	3.3%	H23.9末
	老人保健施設	3,533	318,091		1.1%	2.2%		H23.9末
	療養型医療施設	1,711	75,991		0.3%	0.5%		H23.9末
B.地域密着型 介護施設	認知症高齢者グループホーム	9,484	141,941		0.5%	1.0%		H23.9末
	地域密着型特別養護老人ホーム	450	11,642		0.0%	0.1%		H23.9末
	特定施設入居者生活介護	152	3,432		0.0%	0.0%		H23.9末
C.措置	養護老人ホーム	959	66,027	426,981	0.2%	0.4%	1.4%	H21.12末
D.住宅系入居	軽費老人ホーム	1,883	75,118		0.3%	0.5%		H21.12末
	軽費老人ホームA型	225	13,185		0.0%	0.1%		H21.12末
	軽費老人ホームB型	29	1,365		0.0%	0.0%		H21.12末
	有料老人ホーム	6,244	271,286		0.9%	1.8%		H23.7.1
E.住宅	サービス付き高齢者向け住宅	3,143	100,925	100,925	0.3%	0.7%	0.3%	H25.2末
合計		33,766	1,506,637	1,506,637	5.1%	10.2%	5.1%	
							10.2%	
E.住宅	サービス付き高齢者向け住宅	2020年目標	600,000	600,000	1.7%	3.2%	1.7%	H24.01.推計
							3.2%	
65歳以上人口		29,752,000						H23.10.末
75歳以上人口		14,708,000						H23.10.末
2020年推計	65歳以上人口	36,124,000	サ付き住宅	600,000	1.7%			H24.01.推計
2020年推計	75歳以上人口	18,790,000	サ付き住宅	600,000		3.2%		H24.01.推計

広域型、地域密着型をあわせた介護保険対象の介護施設の定員は約 98 万人、養護老人ホームや軽費老人ホームなど措置・住宅系入居施設の定員合計は約 43 万人、サービス向け高齢者住宅は約 10 万人である。

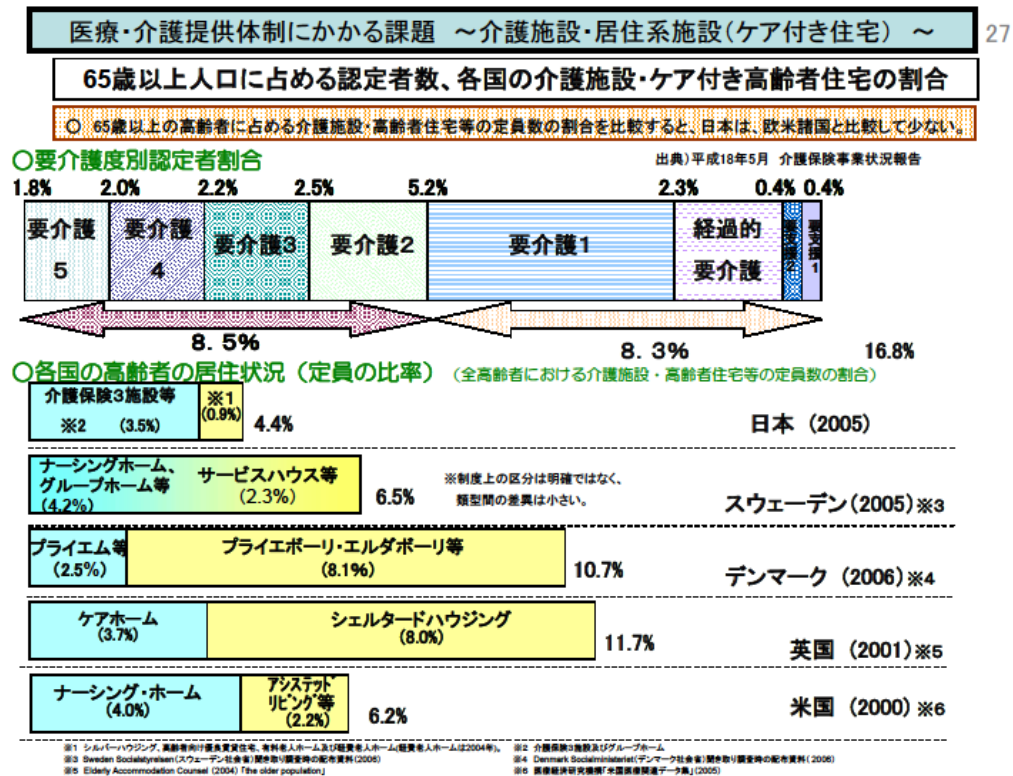
これを 65 歳以上、75 歳以上高齢者人口に占める割合を算出すると、65 歳以上では、介護施設が 3.3%、措置・住宅系入居施設が 1.4%、サービス付き高齢者向け住宅が 0.3%である。いわゆる介護保険対象の入居施設が 3.3%、その他の入居施設が 1.4%、高齢者住宅が 0.3%と言い換えることができる。合計 5.0%が自宅を離れて、何らかの施設もしくは高齢者住宅に居住していることになる。つまりは、95%が自宅（在宅）居住ということを示している。

また同様に 75 歳以上高齢者人口に占める割合を算出する。75 歳以上では、介護施設が 6.7%、措置・住宅系入居施設が 2.9%、サービス付き高齢者向け住宅が 0.7%である。いわゆる介護保険対象の入居施設への入居が 6.7%、その他の入居施設が 2.9%、高齢者住宅が 0.7%と言い換えることができる。つまり、75 歳以上高齢者でみると、10.2%が自宅を離れて、何らかの施設もしくは高齢者住宅に居住しており、90%が自宅（在宅）居住ということを示している。

国は 2020 年に向けてサービス付き高齢者向け住宅を 60 万戸まで拡充していく目標をたてている。この値をもとに、2020 年の推計人口に占める高齢者住宅

の割合を算定すると、65歳以上高齢者人口の1.7%、75歳以上高齢者人口の3.2%を占めることになる（国の目標値は3～5%）。

施設系の入居割合を減少させ、高齢者住宅の割合を増加、北欧・欧米並みの施設・住宅系の割合に移行することを目指していると言える。



(社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(第8回)資料)

② 住生活の安心を支えるサービスが提供される環境の整備

高齢者や障害者が安心して暮らすことができるサービスや、子育て世帯が安心して子どもを産み育てることができるサービスなど、住生活の安心を支えるサービスが地域において提供され、こうしたサービスをニーズに応じて受けることができるための環境の整備を図る。

【指標】

[高齢者の安定した住まいの確保]

・ 高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合 【0.9%(平17)→3～5%(平32)】

(住生活基本計画(全体計画), 国土交通省 より抜粋)

高齢者住宅の拡充と同時に、施設系の居住施設における居住環境の改善、施設の住居化も進められている。具体的には個室ユニット化による居住環境の向上である。制度としては「施設」(24時間ケアと居住とのフルパック)に位置づけられるが、居住環境を可能な限り住居化・住宅化することを目指すものであ

る。

現時点での特別養護老人ホームにおけるユニットケア実施率（ユニット型および一部ユニット型）は、施設数に対する割合で33.0%、定員の割合で26.2%（H23.10.1現在）、老人保健施設では施設数で9.3%、定員割合で5.0%となっている。

※サービス付き高齢者向け住宅

【制度創設の背景】

診療所や訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、今後新たに創設予定の定期巡回随時対応サービスなどを併設させながら、高齢者の単身・夫婦世帯が、安心して住み慣れた環境で、必要なサービスを受けながら暮らし続けることを可能とする賃貸等の住まい。改正高齢者住まい法（高齢者の居住の安定確保に関する法律）の公布（2011.4.28）、施行（2011.10.20）に伴い創設された。

各種の高齢者向け賃貸住宅を巡っては、医療・介護事業者との連携や行政の指導監督が不十分という課題があった。一方、老人福祉法に位置づけられていた有料老人ホームは、居住の安定性や入居一時金についての課題があった。さらに、高齢者住宅全般を取り巻く状況として、高齢者に適した住まいの絶対的不足、複雑な高齢者の住まいの制度などの課題もあった。これらの課題の解決が今回の制度改正の背景にある。

【制度の概要】

高齢者住まい法の改正により、高齢者円滑入居賃貸住宅（高円賃）、高齢者専用賃貸住宅（高専賃）、高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）を廃止、サービス付き高齢者向け住宅として一本化した。その上で、サービス付き高齢者向け住宅の都道府県知事への登録制度を国土交通省・厚生労働省の共管として創設した。

また、老人福祉法との調整規定を措置し、サービス付き高齢者向け住宅としての登録を受けた場合には、有料老人ホームとしての届出を不要とすること、入居一時金に係るリバースモーゲージを住宅金融支援機構の保険の対象に追加した。

このほか、終身賃貸事業の許可申請手続の緩和、高齢者居住支援センターの指定制度の廃止、高優賃に加えて、サービス付き高齢者向け住宅への支援措置も規定した。

【登録基準】

規模・設備面では、原則として各専用部分の床面積は25㎡以上、各居住部分に台所、水洗便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えたものであること（面積、設備とも条件によっては緩和規定あり）、バリアフリー構造であること（段差解

消、廊下幅の確保、手すりの設置)が条件。

サービス面では、看護・介護に関わる有資格者が日中常駐し、少なくとも状況把握(安否確認)サービス、生活相談サービスを提供しているものとしている。

その他、契約内容については、事業者から一方的に解約できないこととしているなど、居住の安定が図られた契約であること、敷金・家賃・サービス対価以外の金銭を徴収しないこと、前払い金に関して入居者保護が図られていることなどがある。

【支援措置】

供給促進のため、事業を運営する民間事業者、医療法人、社会福祉法人、NPO等に直接補助をする仕組み(サービス付き高齢者向け住宅整備事業)も整えられた。2011年度の予算における支援措置は、新築の整備に1/10、改修に1/3(いずれも上限100万円/戸)、デイサービスや、訪問介護事業所、診療所など高齢者生活支援施設併設の場合には、新築で1/10、改修で1/3(いずれも上限1000万円/施設)となっている。

税制面でも優遇措置を設け、所得税・法人税の割り増し償却、固定資産税の減額、不動産取得税の軽減が図られている。

(石井敏, 「用語解説」, 医療福祉建築, 2012/01, 日本医療福祉建築協会)

1-2 先進国の住まいとサービスの現状

(1) フィンランドの概要と社会保障

フィンランドの人口は約540万人。高齢化率は18.1%(2011年)である。社会福祉制度はスウェーデンやデンマークなど他の北欧諸国同様、北欧型の社会保障制度にもとづく。いわゆる高負担高保障の仕組みである。その制度を成立させる根幹は、国民・市民から徴収する税である。社会保障は税システムにより、保険制度ではない。日本でいう消費税(付加価値税VAT)は2010年の1%増に引き続き、2013年1月より再び1%増で、最高税率が24%、そのほか14%、9%の3段階での設定である。(他の北欧諸国は最高税率25%)。

このほか、国税と地方税の徴収により、収入による差異はあるものの収入の4~5割は様々な税金で徴収される。高い負担率である。

一方で、国民・住民は、高負担の恩恵を日常生活の中での医療・福祉・教育等で受ける。きわめて低額な自己負担により受けられる医療と福祉、大学院の高等教育まで無料で受けられる教育、質の高い文化的サービスやインフラ整備などは、北欧型社会保障制度の目指すところであり、また実現されているところである。人生の様々なステージにおいて、切れ目のないサービス提供と生活保障が図られており、国民・市民に安心感を与えている。

医療においては、1次医療は各地方自治体のヘルスセンターがその責任を負

い、2～3 次医療はより広域な医療圏を設定し自治体連合により提供、福祉（高齢者ケアや子育て支援など）と教育については各地方自治体はそのサービス提供と整備を行うことが義務づけられている。いずれも公的機関がその制度を保障するが、医療や福祉においては一部民間（プライベート、NGO/NPO）がそのサービス提供を担っている。医療においては、民間が占めるベッド割合は全入院ベッド数の 3～4%程度である。高齢者ケアにおいては、近年プライベートセクターの参入が高まっており、特に高齢者住宅の分野では民間サービスの占める割合が高い（後述）。しかし、いずれにしても最終的に自治体内におけるサービスのデザインとその提供の義務は自治体にあることには変わりがない。

都市別の人口を見ると、首都ヘルシンキは約 60 万人で、次いで、ヘルシンキの西に位置するエスポー市が 25 万人となっている。人口が 20 万人以上の自治体は 4 市、10～20 万の自治体は 4 市である。ヘルシンキおよび隣接するエスポー・ヴァンターで約 100 万人の都市圏域を構成する。

今後 50 年間、フィンランド国内の人口は増加し続ける予測されている。2060 年には 620 万人と、現在よりも 80 万人増加の増加予測である。特に高齢化率は上昇を続け、2030 年に 25.6%、2060 年に 28.2%になるとの推計である。

今後 30 年間での人口はヘルシンキ、エスポー、ヴァンターとも増加の見込みであり、ヘルシンキでは+13 万人増、エスポーで 7 万人増、ヴァンターで 5.5 万人増の推計となっている。人口増は住宅問題、特に高齢者の住宅問題に直結する。

高齢者世帯、高齢者を含む世帯割合は増加している。65 歳以上の世帯の割合は 18.1%、65 歳以上を含む世帯の割合は 27.6%、65 歳以上が居住する世帯に対する 65 歳以上の単身居住割合は 50.4%などとなっている。

	2000	2005	2010	2011
65歳以上割合	15.0	16.0	17.5	18.1
75歳以上割合	6.6	7.5	8.1	8.2
85歳以上割合	1.5	1.7	2.1	2.2
65歳以上を含む世帯割合	25.0	25.2	26.9	27.6
75歳以上を含む世帯割合	11.7	12.5	13.2	13.2
75歳以上単身居住割合(75歳以上人口に対して)	51.0	50.1	49.2	48.8
65歳以上単身居住割合(65歳以上が居住する世帯に対して)	50.7	51.1	50.7	50.4
75歳以上単身居住割合(75歳以上が居住する世帯に対して)	58.8	59.0	59.0	58.7

(2) フィンランドの高齢者福祉の概要

欧州の中でも比較的若い国フィンランドだが、今後の高齢社会の急速な進行、高齢者人口の増加、特に後期高齢者の増加、それに伴う高齢者の居住とケアは大きな課題であり、20～30 年後を見据えた対策と目標が定められて、それに向けて着実に進められている。

大きな流れとしては、まずは在宅での居住継続を最大限可能にするための住宅の環境整備と、高齢になっても健康で自立して生活することができるようにするための健康増進活動の充実と意識の啓発（精神的・身体的に自立して生き

るための教育と環境整備)である。

在宅生活を支えるのは訪問介護(看護)である。適切な訪問介護(看護)、医療的な処置が必要となれば在宅診療などにより、ほとんどの場合は自宅で暮らし続けることができるという思想に基づいている。医療に対する意識や高齢期における医療の関わり意識が日本とは異なるため、比較して論じることは難しいが、自然な時間の流れの中での老いと向き合い、子供との同居がほとんどなく、高齢期は夫婦、そして一人ひとりが精神的・身体的に自立して生きて行くことが求められる環境や状況にあることが、その根底にある。

在宅を離れて暮らさなければならないケースとしては、特に現在は認知症を想定している。24時間の見守りと介護が必要となるケースについては、老人ホームもしくはグループホーム(24時間ケア付き住宅)における対応が想定されている。

フィンランドでは、高齢者福祉サービスの整備と提供は、各自治体の義務である。それぞれの自治体が、その地域の事情に合わせて、適切なサービスを提供し整備、運用をしなければならない。

また、日本のような各施設やサービスに関わる細かい制度や基準はない。国はあくまでもガイドライン(考え方や推奨値)を示すのみであり、実質的な拘束力はなく、各自治体の判断の下、運用することになる。

フィンランドの高齢者福祉サービスは、高齢者センターサービス(アクティビティー支援、デイサービス)、在宅(訪問)サービス、入居系の介護施設サービス、および高齢者住宅におけるサービスに分類される。

大きな方向性と流れは、可能な限り在宅で暮らせる仕組みと環境づくりである。在宅生活が困難になった時のために、いわゆる「施設」サービスがある。スウェーデンやデンマークなどが、制度上の「施設」(institution)を廃止して、住宅(ケア付き含む)政策の中で、高齢者サービスやケアを進めているのに対し、フィンランドでは「施設」を残しながらも、住宅施策、在宅サービスの展開を進めているところが特徴的である。自治体にとってコストのかかる施設サービスよりも、また利用者にとっても「施設」な環境の中での生活よりも、一般の住まい、もしくはそれに近い環境や条件の中で生活できることが望ましい。そのために積極的に従来の「施設」を減少させ、在宅での生活支援、もしくは「施設」ではなく高齢期、要介護期に暮らせる「住宅」を増やす方向に政策的にも誘導している。古い「施設」は、その環境を改善(居室面積の拡充や居室へのトイレ・シャワーの設置など)し、それに伴い利用者の支払い方法を「施設」(包括)から家賃+サービス購入という「住宅」の形に転換していくことで、施設の減少を図っている。

(3) 福祉健康省による高齢者の居住場所の目標値

福祉健康省は、高齢者のための質の高いサービス提供に向けたナショナル・フレームワーク（国家戦略的枠組み）を 2008 年に策定した。その中では 2012 年までの目標として、75 歳以上の高齢者の暮らしとサービス利用について以下のように設定した。

- ・ 91-91%が適切な医療福祉サービスのもと「自宅」で暮らす（89.5%，2010 年）
- ・ 13-14%が定期的な「在宅ケア」を受ける
- ・ 5-6%がインフォーマルケア（家族等）のサポートを受ける
- ・ 5-6%がサービス付きの各種住宅で暮らす（5.6%，2010 年）
- ・ 3%が「施設」（老人ホームや長期療養病床）で生活する（5.7%，2010 年）

（4）75 歳以上人口（後期高齢者）の増加と住宅問題

ヘルシンキでは人口 59.5 万人（2012.1）に対して 6.8%にあたる 4 万人が 75 歳以上高齢者で、この割合は 2020 年には 8.5%に上昇する。また、2021 年までに、年金受給者は約 2.9 万人増加すると見込まれている。さらに、2040 年には人口が 70 万人を超えると見られている。

一方、フィンランド全体での状況を見ると、2010 年には 75 歳以上で、在宅で暮らしているのは約 39 万人（89.5%）、高齢期居住への準備が必要な 65-74 歳の 50.5 万人をあわせると、89.5 万人が住宅で暮らしていることになる。

（東北工業大学 教授 石井敏）

2. 研究の目的

小規模多機能型居宅介護で高齢者の集合した住まいを支援するところや事業所に住まいを併設するところが増えている。

この調査研究事業では小規模多機能型居宅介護と住まいの在り方について、次の 4 つの論点について調査研究する。①小規模多機能型居宅介護と住まいとの関係の実態調査、②小規模多機能型居宅介護に併設した住まいのあり方、③もともとの大規模集合住宅（団地等）に支援がつく場合の支援のあり方、④今回導入された同一建物からの利用時の減算についての検証。

このことで、小規模多機能型居宅介護における住まいの意味やあり方を明らかにし、類型化や減算のあり方について提言することを目的に実施する。

3. 研究の方法

本調査研究事業は2つの調査により構成される

①自記式のアンケート調査（第2章 小規模多機能型居宅介護事業所と住まいに関する運営実態と課題）

今年度の調査では、前年度調査で対象とした3,279カ所(2011年11月現在、WAM-NETに掲載されていた小規模多機能型居宅介護事業所)および2012年12月現在、厚生労働省の介護サービス情報公表システムに掲載されているもののうち、前述のWAM-NETに掲載されていないもの(新たに開設されたもの)、合計3,509カ所に対して、自記式のアンケート調査票を郵送で依頼した。2011年12月に発送し、2012年1月27日までの期間を調査期間として設定した。その後、2月10日までに回収された回答について、分析した。

1,236カ所からの回答を得た。(今回35.2%、2011年度30.2%、2010年度21.0%)であった。また、利用者の個別状況を調査する個票では、23,070人分のデータが得られた。

分析にあたっては、上記回答のうち、当該設問への有効回答を対象に分析を行った。

②ヒアリング調査（第3章 小規模多機能型居宅介護と住まいの実態把握訪問ヒアリング調査）

小規模多機能型居宅介護と住まいに関して、先駆的に行われている事業所の取り組みについて具体的に把握するために、ヒアリング調査を実施した。

第2章

小規模多機能型居宅介護と住まいに関するアンケート調査

1. 調査対象施設の概要

(1) 開設年度

開設年度別に見ると、2007年度開設が25.1%（301カ所）と最も多く、次いで2008年度が18.3%（219カ所）、2010年度が15.3%（183カ所）となっている。

（参考：昨年度実施調査結果）

開設年度	事業所数	割合
2006年度	177	14.8%
2007年度	301	25.1%
2008年度	219	18.3%
2009年度	157	13.1%
2010年度	183	15.3%
2011年度	138	11.5%
2012年度	25	2.1%
総計	1,200	100.0%

開設年度	事業所数	割合
2006年度	126	13.0%
2007年度	239	24.7%
2008年度	180	18.6%
2009年度	129	13.3%
2010年度	159	16.4%
2011年度	135	13.9%
総計	968	100.0%

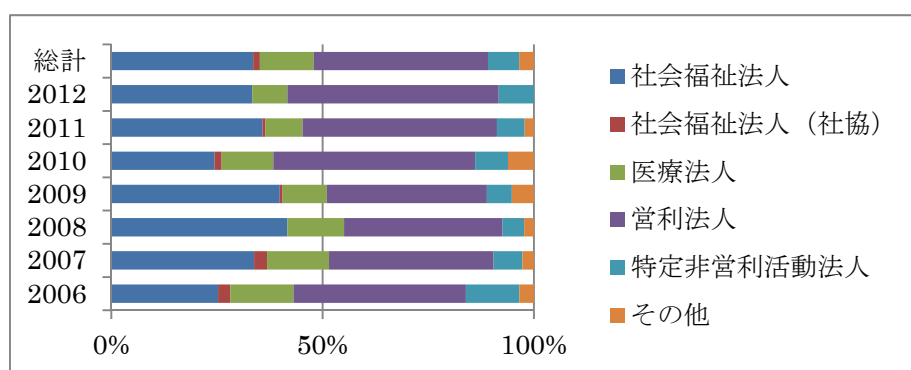
(2) 法人種別と開設年度

開設事業所の法人種別をみると（N=1,212）、営利法人が41.3%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33.5%となっている。医療法人が12.8%、NPOが7.4%と続く。過去3年の調査結果で大きな変化はみられない。

開設年度別にみると、制度創設期の2006年度開設ではNPOの割合が高く、社会福祉法人の割合が少なかったが、2007年度、2008年度では社会福祉法人が1/3近くを占め多くなった。2010年度以降、ふたたび営利法人の割合が高まっており、2012年度は50.0%を占める。医療法人はここ数年減少傾向にあり、2011年度、2012年度開設では8%台となっている。

法人種別	2012年度	2011年度	2010年度
社会福祉法人	33.5%	29.5%	34.5%
社会福祉法人(社協)	1.6%	5.1%	2.5%
医療法人	12.8%	13.1%	10.2%
営利法人	41.3%	40.9%	41.7%
特定非営利活動法人	7.4%	9.2%	7.7%
その他	3.4%	2.1%	3.4%
総計	100%	100.0%	100.0%

開設年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	総計	割合
社会福祉法人	44	99	90	61	44	49	8	395	33.6%
社会福祉法人(社協)	5	9		1	3	1		19	1.6%
医療法人	26	43	29	16	22	12	2	150	12.7%
営利法人	71	114	81	58	86	63	12	485	41.2%
特定非営利活動法人	22	20	11	9	14	9	2	87	7.4%
その他	6	8	5	8	11	3		41	3.5%
総計	174	293	216	153	180	137	24	1177	100.0%



(3) 事業種別

小規模多機能型居宅介護が 98.0%、サテライト型は 0.7%、複合型サービスが 1.3%となっている。

事業種別	事業所数	割合
1.小規模多機能型居宅介護	1,201	98.0%
2.サテライト型	8	0.7%
3.複合型サービス	16	1.3%
総計	1,225	100.0%

今後の事業展開の予定（直近一年以内）についてみると、現時点では特に検討せず現状維持が 89.1%、サテライトの展開を検討しているのが 5.6%、複合型サービスに転換を検討しているのが 1.4%だった。

事業展開予定	事業所数	割合
1.サテライトの展開を検討	65	5.6%
2.複合型サービスに転換を検討	16	1.4%
3.現時点では検討していない	1,027	89.1%
4.その他	44	3.8%
総計	1,152	100.0%

サテライトを展開している事業所に対して、サテライト展開の理由を尋ねたところ、「登録者・利用者の枠を増やしたいから」、「単独での開設より、運営上よいため」が半数の 5 事業所からあげられた。

サテライト開設理由	事業所数 (複数)
1.登録・利用者の自宅や生活圏により近い拠点が必要だったから	4
2.登録者・利用者の枠を増やしたかったから	5
3.単独での開設より、サテライトの方が運営上(人員配置等)よかったから	5
4.市町村行政からの要請	1

N=10

複合型サービスを展開している事業所に対して、複合型への転換の理由を尋

ねたところ、「利用者に医療依存度の高い方が多く、必要と考えて」が9事業所から、「事業運営上効率的だから」が7事業所からあげられた。

転換理由	事業所数 (複数)
①同一法人内で訪問看護サービスを実施しており、事業の運営上効果的だと考えたから	7
②報酬が高いから	2
③小規模多機能型居宅介護の利用者に医療依存度の高い方が多いため、必要と考えたから	9
④看護職員が2.5人以上いたから	5
⑤市町村行政からの要請	0
⑥その他	3

N=11

(4) 登録定員

登録定員をみると (N=1,231)、最も多いのは定員25人の事業所で79.9%、次いで定員24人が9.1%となっており、あわせて約9割を占める。そのほか、定員18人が4.4%、定員20人が2.2%などとなっている。平均は24.1人である。

(参考：昨年度実施調査結果)

登録定員	事業所数	割合
8	2	0.2%
9	2	0.2%
10	4	0.3%
12	11	0.9%
13	1	0.1%
14	1	0.1%
15	14	1.1%
17	1	0.1%
18	50	4.1%
19	2	0.2%
20	27	2.2%
21	5	0.4%
22	13	1.1%
23	3	0.2%
24	112	9.1%
25	983	79.9%
総計	1,231	100.0%
平均	24.10	—

登録定員	事業所数	割合
6	1	0.1%
8	4	0.4%
10	7	0.7%
11	3	0.3%
12	12	1.2%
13	1	0.1%
14	3	0.3%
15	16	1.6%
16	7	0.7%
17	9	0.9%
18	46	4.7%
19	6	0.6%
20	29	3.0%
21	7	0.7%
22	17	1.7%
23	11	1.1%
24	100	10.2%
25	697	71.4%
総計	976	100.0%
AVE	23.5	

(5) 通い定員

通いの定員別でみると (N=1,229人)、15人が80.4%と最も多く、次いで12人が11.6%と続く。そのほか9人が3.8%などとなっている。平均は14.2人となっている。

(参考：昨年度実施調査結果)

通い定員	事業所数	割合
4	1	0.1%
5	4	0.3%
6	11	0.9%
7	1	0.1%
8	2	0.2%
9	47	3.8%
10	3	0.2%
11	8	0.7%
12	143	11.6%
13	13	1.1%
14	8	0.7%
15	988	80.4%
総計	1,229	100.0%
平均	14.22	—

通い定員	事業所数	割合
4	2	0.2%
5	2	0.2%
6	11	1.1%
7	4	0.4%
8	4	0.4%
9	50	5.2%
10	11	1.1%
11	9	0.9%
12	116	12.0%
13	13	1.3%
14	11	1.1%
15	735	75.8%
16	1	0.1%
18	1	0.1%
総計	970	100.0%
AVE	14.0	

(6)泊まり（宿泊）定員

宿泊定員をみると(N=1,231人)、9人が41.2%と最も多く、次いで5人が22.4%、6人が12.3%となっている。このほか7人も8.4%、8人も6.9%ある。平均は7.0人である。

(参考：昨年度実施調査結果)

宿泊定員	事業所数	割合
1	1	0.1%
2	5	0.4%
3	25	2.0%
4	78	6.3%
5	276	22.4%
6	151	12.3%
7	103	8.4%
8	85	6.9%
9	507	41.2%
総計	1,231	100.0%
平均	7.01	—

宿泊定員	事業所数	割合
0	1	0.1%
1	2	0.2%
2	6	0.6%
3	25	2.6%
4	75	7.7%
5	220	22.7%
6	100	10.3%
7	59	6.1%
8	69	7.1%
9	412	42.5%
総計	969	100.0%
AVE	7.0	

(7)調査時点での利用者数

調査時点での利用者数は、登録者数が平均19.0人、通いの平均が11.1人、泊まりの平均が4.4人、訪問の平均(1日延べ)が5.0人となっている。

利用者数(10月末)	2012年	2011年	2010年
現在の利用登録者数(平均)	19.0	18.4	18.0
1日あたりの通い利用者数(平均)	11.1	10.7	10.6
1日あたりの宿泊利用者数(平均)	4.4	4.2	4.2
1日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	5.0	4.4	4.3

調査時点で、定員100%を満たしているのは13.3%、90~100%未満が17.7%で、70~80%以下が24.0%と最も多い。充足率50%以下も7.8%ある。

登録者数/定員	事業所数	割合
0～10%以下	1	0.1%
10～20%以下	4	0.3%
20～30%以下	9	0.7%
30～40%以下	29	2.4%
40～50%以下	52	4.3%
50～60%以下	106	8.8%
60～70%以下	131	10.9%
70～80%以下	290	24.0%
80～90%以下	209	17.3%
90～99%以下	214	17.7%
100%	158	13.1%
100%超	3	0.2%
総計	1206	100.0%

開設年度別での状況をみると、調査した2012年度に開設の事業所の登録者数平均は17.5人となっており、2011年度開設の17.6人とあわせて、それ以前に開設した事業所の平均と比べて低い値となっている。一方で、泊まりや訪問の利用人数平均は、開設年度にかかわらず、ほぼある一定の値を示している。開設間もない時期では、登録者は少ないものの、その分宿泊や訪問は柔軟に対応できる状況があり、それが結果として現れていると言える。

定員に対する登録人数を割合で見ると、全体では78.7%、2006年度開設から2010年度開設までは80%前後の値を示すが、開設1～2年では70%台前半になっている。

	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度
現在の利用登録者数(平均)	19.1	19.2	19.3	19.1	19.0	17.6	17.5
1日あたりの通い利用者数(平均)	10.9	11.4	11.6	11.3	11.1	10.3	10.8
1日あたりの宿泊利用者数(平均)	4.0	4.5	4.5	4.7	4.3	4.3	3.7
1日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	5.1	4.3	4.2	5.5	5.4	6.2	4.5

(参考：昨年度実施調査結果)

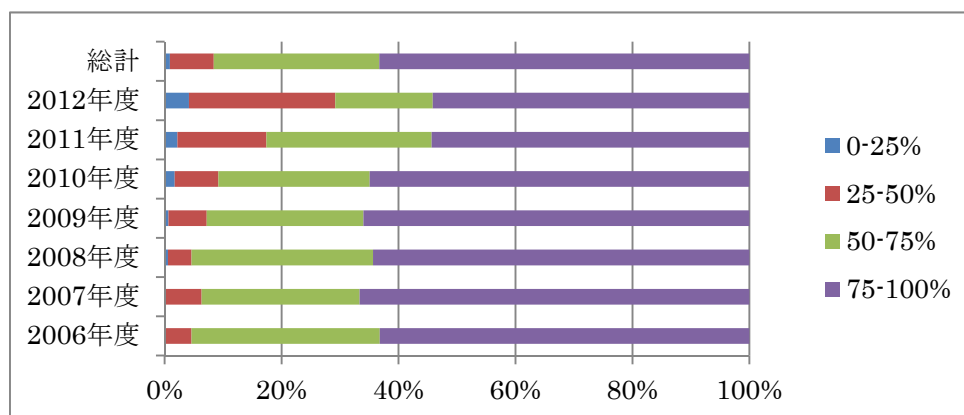
	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
現在の利用登録者(平均)	19.3	19.7	19.5	19.3	18.0	13.5
一日あたりの通い利用者数(平均)	11.1	11.2	11.4	11.4	10.5	7.8
一日あたりの宿泊利用者数(平均)	3.7	4.3	4.8	4.6	4.4	3.4
一日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	4.9	4.5	3.8	4.6	4.8	3.6

開設年度	登録者数/定員
2006	80.3%
2007	79.7%
2008	79.4%
2009	80.2%
2010	79.0%
2011	73.7%
2012	72.5%
合計	78.7%

さらに詳細に開設年度別の状況をみると、開設後 1～2 年目となる 2011 年度～2012 年度開設では、定員に対する登録人数の充足率が 50%以下の事業所が 2011 年度開設で 17.4%、2012 年度開設で 29.2%となっている。おおむね、充足率 75～100%の事業所が 2/3 を占めている。

開設年度	登録人数／定員 の割合				総計
	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
2006年度	0	8	56	110	174
2007年度	0	11	47	116	174
2008年度	1	7	54	112	174
2009年度	1	10	41	101	153
2010年度	3	13	45	113	174
2011年度	3	21	39	75	138
2012年度	1	6	4	13	24
総計	9	76	286	640	1,011

開設年度	登録人数／定員 の割合				総計
	0-25%	25-50%	50-75%	75-100%	
2006年度	0.0%	4.6%	32.2%	63.2%	100.0%
2007年度	0.0%	6.3%	27.0%	66.7%	100.0%
2008年度	0.6%	4.0%	31.0%	64.4%	100.0%
2009年度	0.7%	6.5%	26.8%	66.0%	100.0%
2010年度	1.7%	7.5%	25.9%	64.9%	100.0%
2011年度	2.2%	15.2%	28.3%	54.3%	100.0%
2012年度	4.2%	25.0%	16.7%	54.2%	100.0%
総計	0.9%	7.5%	28.3%	63.3%	100.0%



(8) 宿泊費・食費

宿泊費の平均額は 2,118 円、朝食の平均額は 327 円、昼食の平均額は 56 円、夕食の平均額は 512 円となっている。昨年度調査結果に比べてわずかだが上昇している。

	事業所数 N=	(円)
宿泊費	1,225	2,118
朝食	1,221	327
昼食	1,224	526
夕食	1,222	512

(参考：昨年度実施調査結果)

宿泊費(円)	朝食(円)	昼食(円)	夕食(円)
2,076	329	524	506

(9) 請求加算

各請求加算の状況（加算あり）一覧は以下の通りである。各加算の状況を試みる。

加算あり	2012	2011	2010
初期加算	96.6%		
事業開始時支援加算	5.5%	22.8%	31.4%
認知症加算	87.8%	86.7%	83.7%
看護職員配置加算	52.0%	50.8%	52.8%
サービス提供体制強化加算	60.3%	57.9%	57.1%
処遇改善加算	82.4%		
市町村独自報酬	4.4%		
減算	0.2%		

1) 初期加算

初期加算の請求状況は、「あり」が96.6%（1,193カ所）、「なし」が3.4%（42カ所）となっている。

初期加算	事業所数	割合
なし	42	3.4%
あり	1,193	96.6%
総計	1,235	100.0%

2) 事業開始時支援加算

事業開始時の支援加算の請求状況は、「あり」が5.5%（68カ所）、「なし」が94.5%（1,167カ所）となっている。

事業開始時支援加算	事業所数	割合
なし	1167	94.5%
あり	68	5.5%
総計	1,235	100.0%

(参考：昨年度実施調査結果)

事業開始時支援加算	事業所数	割合
請求している	225	22.8%
請求していない	762	77.2%
合計	987	100.0%

3) 認知症加算

認知症加算の請求状況は、「あり」が 87.8% (1,084 カ所)、「なし」が 12.2% (151 カ所) となっている。

認知症加算	事業所数	割合
なし	151	12.2%
あり	1084	87.8%
総計	1,235	100.0%

(参考：昨年度実施調査結果)

認知症加算	事業所数	割合
請求している	856	86.7%
請求していない	131	13.3%
合計	987	100.0%

4) 看護職員配置加算

看護職員配置加算の請求状況は、「あり」が 52.2% (642 カ所)、「なし」が 48.0% (593) カ所となっている。

看護職員配置加算	事業所数	割合
なし	593	48.0%
あり	642	52.0%
総計	1,235	100.0%

(参考：昨年度実施調査結果)

看護職加算	事業所数	割合
請求している	501	50.8%
請求していない	486	49.2%
合計	987	100.0%

5) サービス提供強化加算

サービス提供強化加算の請求状況は、「あり」が 60.3% (745 カ所)、「なし」が 39.7% (490) カ所となっている。

サービス提供体制強化加算	事業所数	割合
なし	490	39.7%
あり	745	60.3%
総計	1,235	100.0%

(参考：昨年度実施調査結果)

サービス提供強化加算	事業所数	割合
請求している	571	57.9%
請求していない	416	42.1%
合計	987	100.0%

6) 処遇改善加算

処遇改善加算の請求状況は、「あり」が 82.4% (1,018 カ所)、「なし」が 17.6% (217) カ所となっている。

処遇改善加算	事業所数	割合
なし	217	17.6%
あり	1,018	82.4%
総計	1,235	100.0%

7) 市町村独自報酬

市町村独自報酬の状況は、「あり」が 4.4% (54 カ所)、「なし」が 95.6% (1,181) カ所となっている。

市町村独自報酬	事業所数	割合
なし	1,181	95.6%
あり	54	4.4%
総計	1,235	100.0%

8) 同一建物内からの利用 (登録 8 割以上) 減算

減算の状況は、「あり」が 0.2% (3 カ所)、「なし」が 99.8% (1,232) カ所となっている。

減算	事業所数	割合
なし	1,232	99.8%
あり	3	0.2%
総計	1,235	100.0%

9) 複合型サービス独自加算

複合型サービスにおいて、複合型サービス独自加算の状況をみると「退院時共同指導加算」は、「あり」が 25.0% (4 カ所)、「緊急時訪問看護加算」は「あり」が 43.8% (7 カ所)、「特別管理加算」は「あり」が 37.5% (6 カ所)、「ターミナル加算」は「あり」が 37.5% (6 カ所) となっている。

退院時共同指導加算	事業所数	割合
なし	12	75.0%
あり	4	25.0%
総計	16	100.0%

緊急時訪問看護加算	事業所数	割合
なし	9	56.3%
あり	7	43.8%
総計	16	100.0%

特別管理 加算	事業所数	割合	ターミナル ケア加算	事業所数	割合
なし	10	62.5%	なし	10	62.5%
あり	6	37.5%	あり	6	37.5%
総計	16	100.0%	総計	16	100.0%

(10) 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 37.6%、同一市町村で実施している事業所は 46.8%となっている。併設事業の内容をみると、同一敷地以内では「認知症高齢者グループホーム」が 27.6%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 25.6%、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も 20.1%、「介護老人福祉施設」が 17.3%などとなっている。

施設系事業	同一敷地内		同一市町村	
1.小規模多機能型居宅介護（調査回答事業所以外）	36	2.9%	248	20.1%
2.複合型サービス	5	0.4%	14	1.1%
3.定期巡回・随時対応型訪問介護看護	15	1.2%	49	4.0%
4.認知症対応型共同生活介護	341	27.6%	316	25.6%
5.夜間対応型訪問介護	9	0.7%	30	2.4%
6.地域密着型介護老人福祉施設	64	5.2%	62	5.0%
7.地域密着型特定施設	15	1.2%	15	1.2%
8.特定施設入居者生活介護	24	1.9%	52	4.2%
9.介護老人福祉施設（特養）	39	3.2%	214	17.3%
10.介護老人保健施設（老健）	17	1.4%	113	9.1%

同一敷地内でありの施設数	464	37.6%
同一市町村でありの施設数	578	46.8%
いずれもなしの施設数	390	31.6%
対象施設数	1235	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 14.6%、同一市町村で実施している事業所は 18.5%となっている。併設の事業の内容を見ると、同一敷地以内では「有料老人ホーム（住宅型・健康型）」が 5.3%、「サービス付き高齢者向け住宅」が 4.9%などとなっている。

一方、同一市町村内では「サービス付き高齢者向け住宅」が 7.0%、「ケアハウス」が 5.7%、「有料老人ホーム」が 5.3%などとなっている。

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	1.4%	71	5.7%
2.有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	65	5.3%	66	5.3%
3.サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	60	4.9%	86	7.0%
4.共生型ホーム（対象者を限定しない）	7	0.6%	11	0.9%
5.ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	14	1.1%	28	2.3%
6.高齢者向け公営住宅（指定管理等含む）	4	0.3%	10	0.8%
7.一般アパート・マンション	16	1.3%	13	1.1%
8.他が所有するアパート・マンション等の借り上げ住宅	2	0.2%	7	0.6%

同一敷地内での施設数	180	14.6%
同一市町村での施設数	229	18.5%
いずれもなしの施設数	854	69.1%
対象施設数	1235	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 12.0%、同一市町村で実施している事業所は 22.7%となっている。事業の内容をみると、同一敷地以内では「病院・診療所」が 3.3%、「地域交流拠点」の整備が 3.6%などとなっている。

一方、同一市町村内では「病院・診療所」が 9.5%、「配食」が 8.7%、「保育・学童保育」が 7.2%などとなっている。

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	41	3.3%	117	9.5%
障がい者支援サービス	39	3.2%	79	6.4%
保育・学童保育（放課後保育）	22	1.8%	89	7.2%
配食	40	3.2%	108	8.7%
地域交流拠点	44	3.6%	36	2.9%

同一敷地内での施設数	148	12.0%
同一市町村での施設数	280	22.7%
いずれもなしの施設数	847	68.6%
対象施設数	1235	100.0%

(11) ケアマネジメント等の状況

1) ケアプラン

ケアプランの方式・様式の使用状況をみると、「居宅介護サービス計画書」の使用が 77.3%（923カ所）と最も多く、「ライフサポートワーク」が 18.8%となっている。

ケアプラン作成方式	事業所数	割合
ライフサポートワーク	225	18.8%
居宅介護サービス計画書	923	77.3%
その他	32	2.7%
いずれも	14	1.2%
総計	1,194	100.0%

2) ライフサポートワークの研修

ライフサポートワークの研修を受講した職員の有無をみると、「計画作成担当者」の受講が 44.6%、「管理者」が 39.8%などとなっており、「受講したことなし」が 41.2%を占める。

ライフサポートワークの研修受講職員	事業所数 (複数回答)	割合
管理者	434	39.8%
計画作成担当者	487	44.6%
介護職員	163	14.9%
看護職員	48	4.4%
その他の職員	13	1.2%
受講したことなし	450	41.2%
回答施設数総計	1,091	

(12) 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 9.24 人、その内訳は、住民代表が約 3 割で 2.96 人、家族が 1.91 人、利用者が 1.11 人、地域包括支援センター職員が 0.87 人などとなっている。

運営推進会議メンバー	2012年	2011年	2010年
総数(人)	9.24	9.62	9.63
利用者	1.11	1.03	0.97
家族	1.91	1.94	1.98
住民代表	2.96	3.07	3.00
市町村職員	0.71	0.73	0.67
地域包括支援センター職員	0.87	0.87	0.89
有識者	0.56	0.63	0.59
社会福祉協議会職員	0.16	0.14	0.17
医師	0.09	0.09	0.09
その他	0.89	1.12	1.07

(13) 運営推進会議の開催頻度

運営推進会議の開催頻度を見ると、「定期的で開催」されている割合は 99.0%である。「ほとんど開催できていない」割合も 1.0%と昨年に比べて減少した。平均の開催回数は 5.7 回となっている。

運営推進会議の開催	2012年	2011年	2010年
定期的で開催	99.0%	97.0%	96.2%
ほとんど開催できてない	1.0%	3.0%	3.8%
開催頻度(平均)	5.70回		3.18回

「ほとんど開催できてない」と回答のあった 12 事業所に、その理由を尋ねた

結果は以下の通りである。

開催できない理由	複数回答
①開設して間もないから	0
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	3
③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから	2
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	5
⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから	1
⑥その他	7

N=12

年間の開催回数が4回以下と回答があった50事業所に、その理由を尋ねた結果は以下の通りである。

開催が少ない理由	複数回答
①開設して間もないから	7
②会議の議題がないから	4
③運営推進会議のメンバーが集まらない(欠席が多い)から	16
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	24
⑤開催に関しての消極的な意見が多いから	6
⑥その他	19
回答施設数	N=50

(14) 運営推進会議の開催状況

運営推進会議の開催状況をみると(複数回答)、「サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告」が97.2%の事業所であげられた。そのほか「地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題」の場として位置づけているのが84.4%、「利用者や家族から要望や提案が出される」事業所は79.6%である。「利用者のケース」は68.0%である。

議題(複数回答)	2012年	2011年
①利用者のケース	68.0%	53.8%
②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告	97.2%	
③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題	79.6%	49.8%
④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題	84.4%	82.7%
⑤メンバー同士の情報交換	69.8%	
⑥地域・事業所での行事検討	65.5%	
⑦登録者のケース以外の地域課題	29.0%	32.7%
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	29.8%	
⑨事業所のサービス評価に関すること	62.6%	
⑩事業所と地域の情報交換の場になっている	69.5%	
⑪その他	6.5%	
回答施設総数	1,200	950

(15) 職員数の状況

職員総数平均は14.5人、常勤が8.85人、非常勤が5.66人、常勤換算で11.41となっている。各職種別・専従・兼務別の職員数も以下に示す。

職員数	2012年	2011年	2010年
職員総数	14.50名	14.17名	13.65名
常勤	8.85	8.75	
非常勤	5.66	5.39	
常勤換算人数	11.41	10.79	

職員総数		14.50名 (1,151施設)			
常勤・非常勤		常勤 8.85名 ・ 非常勤 5.66名			
常勤換算人数		11.41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	0.26	0.23		
	兼務	0.79	0.44		
計画作成担当者	専従	0.24	0.19	0.16	0.08
	兼務	0.66	0.37	0.08	0.04
看護職員	専従	0.65	0.58	0.51	0.26
	兼務	0.31	0.16	0.30	0.15
介護職員	専従	6.23	5.91	3.33	1.98
	兼務	1.32	0.77	0.56	0.25
その他	専従	0.10	0.05	0.34	0.15
	兼務	0.12	0.05	0.12	0.04

(16) 看取り対応

1) 看取りへの関わりの経験

事業所での看取りへの関わり経験をみると、「関わりあり」が 36.9% (442カ所) となっている。

看取りの関わり	事業所数	割合
あり	442	36.9%
なし	756	63.1%
総計	1198	100.0%

看取りへの関わりが「ある」場合、今後の取り組みを聞くと、「是非続けたい」が 27.0%、「機会があれば続けたい」が 68.4%、「続けたくない」が 4.7%となった。一方、関わりが「ない」場合は、「今後は是非行いたい」が 5.9%、「機会があれば行いたい」が 70.2%と前向きな回答が多く占めた。「行いたくない」は 23.9%だった。

ありの場合の今後	事業所数	割合
是非続けたい	116	27.0%
機会があれば続けたい	294	68.4%
続けたくない	20	4.7%
総数	430	100.0%

なしの場合の今後	事業所数	割合
是非行いたい	40	5.9%
機会があれば行いたい	474	70.2%
行いたくない	161	23.9%
総数	675	100.0%

2) 法人種別と看取り経験

法人種別での看取りの経験をみると、「あり」は NPO 法人 (52.8%)、医療法人 (38.9%)、営利法人 (37.1%) で平均を上回り高い。社会福祉法人 (社協) では 15.8%と低い。

運営法人	看取り経験		総計
	あり	なし	
社会福祉法人	128	269	397
社会福祉法人(社協)	3	16	19
営利法人	179	303	482
医療法人	58	91	149
特定非営利活動法人	47	42	89
その他	17	23	40
総計	432	744	1,176

運営法人	看取り経験		総計
	あり	なし	
社会福祉法人	32.2%	67.8%	100.0%
社会福祉法人(社協)	15.8%	84.2%	100.0%
営利法人	37.1%	62.9%	100.0%
医療法人	38.9%	61.1%	100.0%
特定非営利活動法人	52.8%	47.2%	100.0%
その他	42.5%	57.5%	100.0%
総計	36.7%	63.3%	100.0%

3) 看取り経験と看護師数

看取り経験の有無と看護師 (専任・兼任) の数を比較してみると、大きな相違はみられない。

	常勤実員 看護師(専任)	常勤換算 看護師(専任)	常勤実員 看護師(兼任)	常勤換算 看護師(兼任)
看取り経験あり	0.65	0.61	0.28	0.17
看取り経験なし	0.65	0.56	0.33	0.16

(17) 小規模多機能介護における利用者の看取りとそれに関わる状況

1) 看取りの知識

「ほとんどの職員に知識がない」が 63.4% (754 カ所) と多く、「ほとんどの職員に知識がある」は 32.1% (382 カ所) となっている。

1. 職員は看取り(重度化)に関する知識がありますか	事業所数	割合
全ての職員に知識がある	23	1.9%
ほとんどの職員に知識がある	382	32.1%
ほとんど職員に知識がない	754	63.4%
全く知識がない	31	2.6%
総数	1190	100.0%

2) 看護師不在時の看取りの不安

「大変不安」が 41.8% (503 カ所)、「不安」が 54.0% (650 カ所) と、多くの施設で不安を抱えている状況がある。

2. 看護師がいない時の看取り(重度化)の対応に不安がありますか	事業所数	割合
大変不安である	503	41.8%
不安である	650	54.0%
全く不安がない	51	4.2%
総数	1204	100.0%

3) 看取り時における職員の意志決定・家族への伝達の状況

「ほとんどの職員はできない」が 56.7% (667 カ所) となっており、「ほとんどの職員はできる」が 37.6% (443 カ所) となっている。

3. 看取り(重度化)時に職員は意志決定や家族への伝達をすることができますか	事業所数	割合
全ての職員ができる	32	2.7%
ほとんどの職員はできる	443	37.6%
ほとんど職員はできない	667	56.7%
すべての職員はできない	35	3.0%
総数	1177	100.0%

4) 看取りに関する利用者本人の意思確認

「ほとんどの利用者はできない」が 73.7% (866 カ所)、「すべての利用者はできない」が 3.3% (39 カ所) となっている。「ほとんどの利用者はできる」が 22.0% (259 カ所) である。

4. 看取り(重度化)に関して、利用者本人の意思確認ができますか	事業所数	割合
全ての利用者ができる	11	0.9%
ほとんどの利用者はできる	259	22.0%
ほとんど利用者はできない	866	73.7%
すべての利用者はできない	39	3.3%
総数	1175	100.0%

5) 看取りに際しての家族の理解と協力

「ほとんどの家族にある」が 51.8% (600 カ所)、「全ての家族にある」が 3.8% (44 カ所) となっている。

5. 看取り(重度化)に家族の理解と協力があると思いますか	事業所数	割合
全ての家族にある	44	3.8%
ほとんどの家族にある	600	51.8%
ほとんど家族にない	503	43.4%
すべての家族にない	12	1.0%
総数	1159	100.0%

6) 看取りのために訪問してくれる医師の有無

「ほとんどいない」が 65.0% (742 カ所)、「まったくいない」が 9.1% (104 カ所) と看取りに関わる医師の確保の難しさがうかがわれる。

6. 看取り(重度化)のために訪問してくれる医者はいますか	事業所数	割合
たくさんいる	295	25.9%
ほとんどいない	742	65.0%
全くいない	104	9.1%
総数	1141	100.0%

7) 看取りに際しての必要な準備

看取りに際しての必要であろう準備に対する考え方を尋ねた。「必要」との回答が高かったものとしては、「家族の理解と協力」が 97.0% (1,179 カ所)、「事業所としての方針の明確化」が 95.1% (1,153 カ所)、「職員の看取りに対する知識・経験、技術向上」が 92.7% (1,121 カ所) と高い。「24 時間対応の訪問医療」、「24 時間対応の訪問看護」、「事業所内の環境整備」、「報酬上の配慮」などが 60%を超えていた。

「できれば必要」との回答が高かったものは、「利用者の自宅の環境整備」が 52.1% (626 カ所)、「一般市民への理解と啓発」が 40.5% (487 カ所) である。

逆に「住まいの整備」は「必要」が 20.6%、「できれば必要」が 48.9%、「必要ない」が 30.5%と他と比較して「必要ない」の割合が非常に高い。

看取りに際しての必要な準備	必要	できれば必要	必要ない	総計
1. 利用者の意思確認が必要	683	516	4	1,203
2. 家族の理解と協力が必須	1,179	34	2	1,215
3. 事業所としての方針の明確化が必要	1,153	54	5	1,212
4. 24時間対応可能な訪問医療が必要	893	305	12	1,210
5. 24時間対応可能な訪問看護が必要	743	421	37	1,201
6. 職員の看取り(重度化)に対する知識や経験、技術の向上が必要	1,121	87	1	1,209
7. 看取り(重度化)に対応するための事業所内の環境整備が必要	733	437	37	1,207
8. 看取り(重度化)に対応するために利用者の自宅の環境整備が必要	516	626	60	1,202
9. 看取り(重度化)になった時に、住み替えを行う「住まい」などの整備が必要	243	576	360	1,179
10. 介護報酬の設定が必要(看取り加算など)	832	342	33	1,207
11. 看取り(重度化)に関して、一般市民への理解と啓発が必要	685	487	30	1,202

看取りに際しての必要な準備	必要	できれば必要	必要ない	総計
1. 利用者の意思確認が必要	56.8%	42.9%	0.3%	100.0%
2. 家族の理解と協力が必須	97.0%	2.8%	0.2%	100.0%
3. 事業所としての方針の明確化が必要	95.1%	4.5%	0.4%	100.0%
4. 24時間対応可能な訪問医療が必要	73.8%	25.2%	1.0%	100.0%
5. 24時間対応可能な訪問看護が必要	61.9%	35.1%	3.1%	100.0%
6. 職員の看取り(重度化)に対する知識や経験、技術の向上が必要	92.7%	7.2%	0.1%	100.0%
7. 看取り(重度化)に対応するための事業所内の環境整備が必要	60.7%	36.2%	3.1%	100.0%
8. 看取り(重度化)に対応するために利用者の自宅の環境整備が必要	42.9%	52.1%	5.0%	100.0%
9. 看取り(重度化)になった時に、住み替えを行う「住まい」などの整備が必要	20.6%	48.9%	30.5%	100.0%
10. 介護報酬の設定が必要(看取り加算など)	68.9%	28.3%	2.7%	100.0%
11. 看取り(重度化)に関して、一般市民への理解と啓発が必要	57.0%	40.5%	2.5%	100.0%

(18) 「住まい」の整備状況と登録者の利用

1) 「住まい」の整備状況(同法人・グループ法人にて)

小規模多機能居宅介護の登録者のための「住まい」(登録者に住んでもらうことを目的としたもの、もしくは近くに「住まい」を整備した結果、利用することになった)の整備の有無を訪ねた。

「行っている」は16.2%(196カ所)となった。

住まいの整備	事業所数	割合
行っている	196	16.2%
行っていない	1013	83.8%
総計	1209	100.0%

整備していない場合の今後の整備予定では、「ある」が4.5%(44カ所)となった。

行っていない場合の今後の整備予定	事業所数	割合
ある	44	4.5%
ない	696	70.5%
わからない	247	25.0%
総数	987	100.0%

運営法人種別に、その整備状況をみると、「住まいあり」の59.1%が営利法人によるもので、社会福祉法人が16.6%、医療法人が10.9%、NPO法人が9.8%などとなっている。

	住まいあり	住まいなし	総計
社会福祉法人	32	365	397
社会福祉法人(社協)	0	19	19
医療法人	21	131	152
営利法人	114	374	488
特定非営利活動法人	19	71	90
その他	7	34	41
総計	193	994	1,187

	住まいあり	住まいなし	総計
社会福祉法人	16.6%	36.7%	33.4%
社会福祉法人(社協)	0.0%	1.9%	1.6%
医療法人	10.9%	13.2%	12.8%
営利法人	59.1%	37.6%	41.1%
特定非営利活動法人	9.8%	7.1%	7.6%
その他	3.6%	3.4%	3.5%
総計	100.0%	100.0%	100.0%

2) 「住まい」の規模

整備を行っている場合、何棟整備しているか、その戸数とともにみると、1棟が最も多く85.1% (154カ所) となっている。平均の戸数は13戸となっている。次いで2棟が12.2% (22カ所)、平均戸数は21戸である。全体での平均戸数は14.4戸となっている。

行っている場合の棟数	事業所数	割合	平均戸数
1	154	85.1%	13.1
2	22	12.2%	21.0
3	2	1.1%	34.5
4	1	0.6%	13.0
6	2	1.1%	57.0
総計	181	100.0%	14.4

3) 「住まい」整備の理由

「住まい」を整備した理由(複数回答)では、63.4% (104カ所) で「暮らしぶりや今後の支援を考えたときの必要性から」となっており、「事業所の運営安定のため」も50.0% (82カ所) あった。「家族からの要望」が38.4% (63カ所) と続く。

「住まい」を整備した理由	事業所数 (複数回答)	割合
小規模多機能型居宅介護事業所の運営の安定を図るため	82	50.0%
当該市町村以外の人でも利用できるようにするため	33	20.1%
ご利用される本人のご家族からの強い要望があったため	63	38.4%
ご利用される本人からの強い要望があったため	32	19.5%
「暮らしぶり」や「今後の支援」を考えたときに必要だと思ったため	104	63.4%
理由はわからない	13	7.9%
回答事業所総数	164	100.0%

4) 「住まい」の家賃と面積

家賃平均は約6万(最低)～7万(最高)で面積は16.8～20.0㎡程度となっている。

最低家賃	事業所数	%	最高家賃	事業所数	%
～10000円以下	1	0.6%	～10000円以下	0	0.0%
～30000円以下	28	18.1%	～30000円以下	17	11.0%
～50000円以下	40	25.8%	～50000円以下	35	22.6%
～70000円以下	42	27.1%	～70000円以下	37	23.9%
～90000円以下	21	13.5%	～90000円以下	32	20.6%
～110000円以下	12	7.7%	～110000円以下	14	9.0%
11001以上	11	7.1%	～130000円以下	8	5.2%
総計	155	100.0%	～150000円以下	9	5.8%
平均	60,065 円		15001以上	3	1.9%
			総計	155	100.0%
			平均	71,665 円	

最低面積	事業所数	%	最高面積	事業所数	%
7㎡以下	4	3.5%	7㎡以下	1	0.9%
9㎡以下	16	13.9%	9㎡以下	9	7.8%
11㎡以下	12	10.4%	11㎡以下	11	9.6%
13㎡以下	5	4.3%	13㎡以下	8	7.0%
15㎡以下	10	8.7%	15㎡以下	11	9.6%
17㎡以下	5	4.3%	17㎡以下	6	5.2%
19㎡以下	27	23.5%	19㎡以下	16	13.9%
21㎡以下	17	14.8%	21㎡以下	16	13.9%
21㎡～	19	16.5%	25㎡以下	13	11.3%
総計	115	100.0%	35㎡以下	14	12.2%
平均	16.8 ㎡		35㎡～	10	8.7%
			総計	115	100.0%
			平均	20.0 ㎡	

5) 「住まい」と小規模多機能居宅介護の登録者

「住まい」の総戸数は2,623戸となっている。このうち、自身の小規模多機能居宅介護の登録者の利用者は1,375人となっており、住戸の52.4%が小規模多機能の登録者が占めているということになる。

住宅総戸数	小規模利用者	割合
2,623	1,375	52.4%

「住まい」ありの事業所における登録者／定員（定員の充足率）をみると、全体で 83.4%となっており、全体平均 78.7%を上回る。100%（超含む）の事業所も 21.4%と全体平均での 13.3%を上回り、90%台も 20.8%と高い。「住まい」利用者が小規模の登録者にもなることで、定員の充足率が高まっていると言える。

住宅あり施設における登録者／定員(充足率)	事業所数	割合
0～10%以下	0	0.0%
10～20%以下	0	0.0%
20～30%以下	0	0.0%
30～40%以下	2	1.1%
40～50%以下	4	2.2%
50～60%以下	8	4.5%
60～70%以下	20	11.2%
70～80%以下	35	19.7%
80～90%以下	34	19.1%
90～99%以下	37	20.8%
100%	37	20.8%
100%超	1	0.6%
総計	178	100.0%

また、「住まい」ありの各事業所における住宅居住者のうちの小規模多機能の登録者割合をみてみると、100%、つまり「住まい」居住者全てが小規模多機能に登録しているという事業所が 39.3%ある。80%以上の居住者が登録している事業所は 49.7%を占めている。一方で、「住まい」はあるものの、必ずしも小規模を利用していないケースもあり、その割合が 0～10%以下の事業所も 14.2%ある。事業所による住まいの位置づけ、そしてその対応の差異はある。

「住まいあり」事業所における住宅居住者のうちの小規模登録者割合	頻度	割合
0～10%以下	26	14.2%
10～20%以下	6	3.3%
20～30%以下	16	8.7%
30～40%以下	11	6.0%
40～50%以下	6	3.3%
50～60%以下	6	3.3%
60～70%以下	9	4.9%
70～80%以下	12	6.6%
80～90%以下	15	8.2%
90～99%以下	4	2.2%
100%	72	39.3%
総計	183	100.0%

6) 「住まい」の有無による利用者の属性

①要介護度

「住まいあり」の事業所の利用者は要介護度 3 以上の割合が平均より高い。平均要介護度は 2.54 で、「住まいなし」の 2.45 を若干上回る。

	要支援1	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	審査中	総計
住まいあり施設の小規模利用者*	96	151	722	736	738	519	325	2	3,289
住まいなし施設の小規模利用者	657	993	4,297	4,982	4,253	2,733	1,710	11	19,636
総計	753	1,144	5,019	5,718	4,991	3,252	2,035	13	22,925

	要支援1	要支援2	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	審査中	総計
住まいあり施設の小規模利用者*	2.9%	4.6%	22.0%	22.4%	22.4%	15.8%	9.9%	0.1%	100.0%
住まいなし施設の小規模利用者	3.3%	5.1%	21.9%	25.4%	21.7%	13.9%	8.7%	0.1%	100.0%
総計	3.3%	5.0%	21.9%	24.9%	21.8%	14.2%	8.9%	0.1%	100.0%

*利用者本人が「住まい」に居住していない場合も含む

②紹介経路

「住まいあり」の事業所の利用者の紹介経路は病院が 19.1%と高い。一方、「住まいなし」は居宅介護支援事業所が 41.7%、地域包括支援センターが 15.6%と高い。

	居宅介護事業所	地域包括支援C	市町村(包括除く)	病院	運営推進介護	地域ケア会議	知人・近隣	その他	総計
住まいあり施設の小規模利用者*	1,115	357	51	618	2	3	455	631	3,232
住まいなし施設の小規模利用者	7,988	2,990	368	2,491	35	34	2,324	2,940	19,170
総計	9,103	3,347	419	3,109	37	37	2,779	3,571	22,402

	居宅介護事業所	地域包括支援C	市町村(包括除く)	病院	運営推進介護	地域ケア会議	知人・近隣	その他	総計
住まいあり施設の小規模利用者*	34.5%	11.0%	1.6%	19.1%	0.1%	0.1%	14.1%	19.5%	100.0%
住まいなし施設の小規模利用者	41.7%	15.6%	1.9%	13.0%	0.2%	0.2%	12.1%	15.3%	100.0%
総計	40.6%	14.9%	1.9%	13.9%	0.2%	0.2%	12.4%	15.9%	100.0%

*利用者本人が「住まい」に居住していない場合も含む

③世帯状況

「住まいあり」の事業所の利用者の世帯は独居の割合が高い。独居（近居家族なし）が 27.6%、独居（近居家族あり）が 17.9%となっている。

	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
住まいあり施設の小規模利用者*	898	583	411	271	819	267	3,249
住まいなし施設の小規模利用者	3,114	1,875	2,875	2,441	7,863	1,286	19,454
総計	4,012	2,458	3,286	2,712	8,682	1,553	22,703

	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
住まいあり施設の小規模利用者*	27.6%	17.9%	12.7%	8.3%	25.2%	8.2%	100.0%
住まいなし施設の小規模利用者	16.0%	9.6%	14.8%	12.5%	40.4%	6.6%	100.0%
総計	17.7%	10.8%	14.5%	11.9%	38.2%	6.8%	100.0%

*利用者本人が「住まい」に居住していない場合も含む

④利用形態

「住まいあり」の事業所の利用者の利用形態での特徴は「通い+訪問」の割合が 38.7%と高い（住まいなしは 21.5%）ことである。前述したように、住ま

いへの居住と小規模多機能サービスの利用とがセットになっているケースが多くあるため、このような結果となっているものと思われる。

	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
住まいあり施設の小規模利用者*	646	825	1,230	240	65	168	7	3,181
住まいなし施設の小規模利用者	5,053	6,855	4,122	2,189	320	617	29	19,185
総計	5,699	7,680	5,352	2,429	385	785	36	22,366

	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
住まいあり施設の小規模利用者*	20.3%	25.9%	38.7%	7.5%	2.0%	5.3%	0.2%	100.0%
住まいなし施設の小規模利用者	26.3%	35.7%	21.5%	11.4%	1.7%	3.2%	0.2%	100.0%
総計	25.5%	34.3%	23.9%	10.9%	1.7%	3.5%	0.2%	100.0%

*利用者本人が「住まい」に居住していない場合も含む

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会の認知度	事業所数	割合
知っている	1,121	92.6%
知らない	89	7.4%
総計	1,210	100.0%

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会への加入	事業所数	割合
加入している	343	29.9%
加入していない	805	70.1%
総計	1,148	100.0%

都道府県単位の連絡会はあるか	事業所数	割合
ある	550	47.5%
ない	145	12.5%
わからない	463	40.0%
総計	1,158	100.0%

都道府県単位の連絡会への加入	事業所数	割合
加入している	455	42.4%
加入していない	617	57.6%
総計	1,072	100.0%

市町村単位の連絡会はあるか	事業所数	割合
ある	593	50.5%
ない	366	31.1%
わからない	216	18.4%
総計	1,175	100.0%

市町村単位の連絡会に加入しているか	事業所数	割合
加入している	563	55.2%
加入していない	457	44.8%
総計	1,020	100.0%

2. 登録利用者の個人属性について

(1) 利用者年齢

利用者を年齢別にみると、75歳以上の後期高齢者が約90%を占めている。特に85～99歳が51.6%（11,743人）と最も多く、昨年度調査よりも増加している。64歳以下の第二号保険者は2.1%（483人）で昨年度調査よりも若干割合は下がっている。

年齢区分	人数	割合	2011年度
～64	483	2.1%	2.3%
65～74	1,778	7.8%	7.8%
75～84	8,589	37.7%	44.2%
85～99	11,743	51.6%	45.3%
100～	175	0.8%	0.4%
合計	22,768	100.0%	100.0%

性別でみると、女性が73.2%を占めており、2010年度調査からほぼ変化はない。女性、男性とも利用者の平均年齢は上昇し、女性は84.8歳（0.4歳↑）、男性は82.1歳（0.2歳↑）となっている。

男女比	2012	2011	2010	平均年齢	2012	2011	2010
女	73.2%	73.1%	72.4%	女	84.78	84.4	84.2
男	26.8%	26.9%	27.6%	男	82.13	81.9	81.7
総計	100.0%	100.0%	100.0	総計	84.08	83.7	83.5

(2) 要介護度

要介護度別にみると（N=22,925人）、要介護度2が25.0%と最も多く、次いで要介護度1が21.9%、要介護度3が21.8%と続く。要支援（1と2）の割合は合計8.3%でこの3年で斬減傾向にある。要介護度5の利用者は8.9%で昨年度と同様である。平均の要介護度は2.47である（要支援は1で算出）。

介護度	2012	2011	2010
要支援1	3.3%	3.7%	4.4%
要支援2	5.0%	5.1%	5.1%
要介護1	21.9%	21.3%	21.6%
要介護2	25.0%	24.9%	24.2%
要介護3	21.8%	20.9%	22.1%
要介護4	14.2%	15.1%	14.9%
要介護5	8.9%	8.9%	7.7%
総計	100.0%	100.0%	100.0%

(3) 日常生活自立度

日常生活自立度をみると（N=20,950人）、A2が最も多く26.6%を占め、次いでA1が23.4%を占める。過去3年でみると大きな変化はないが、J1が斬増でJ2が斬減という傾向にある。A2も斬増傾向にある。

日常生活自立度	2012	2011	2010
J1	6.6%	6.2%	5.0%
J2	14.0%	14.9%	15.4%
A1	23.4%	23.2%	23.5%
A2	26.6%	25.9%	25.7%
B1	11.2%	11.1%	11.4%
B2	12.8%	12.4%	12.9%
C1	2.8%	3.1%	3.1%
C2	2.8%	3.1%	2.9%
総計	100.0%	100.0%	100.0%

(4) 認知症日常生活自立度

認知症日常生活自立度をみると (N=21,624 人)、Ⅲa が 23.0% と最も多く、次いでⅡb が 22.4% となっている。Ⅳが 10.2%、M が 2.0% と重度認知症の割合も昨年度同様である。

認知症日常生活自立度	2012	2011	2010
自立	7.0%	7.0%	5.6%
I	13.5%	14.0%	14.2%
Ⅱa	14.1%	13.7%	14.4%
Ⅱb	22.4%	22.3%	21.9%
Ⅲa	23.0%	22.8%	22.0%
Ⅲb	7.8%	8.0%	8.6%
Ⅳ	10.2%	10.1%	10.9%
M	2.0%	2.0%	2.4%
総計	100.0%	100.0%	100.0%

(5) 要介護度と日常生活自立度

要介護度と日常生活自立度の状況をみると、要介護度 2・日常生活自立度 A2 が 8.2% と最も多い。次いで要介護度 2・日常生活自立度 A1 が 7.0%、要介護度 3・日常生活自立度 A2 が 7.0% となっている。

	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	181	233	167	88	12	4			685
要支援2	182	289	255	251	41	13			1,031
要介護度1	463	1,069	1,426	1,256	224	94	10	7	4,549
要介護度2	334	805	1,467	1,707	580	288	29	8	5,218
要介護度3	162	379	1,082	1,472	765	624	78	18	4,580
要介護度4	41	117	372	589	514	1,046	216	99	2,994
要介護度5	9	23	119	199	201	605	246	442	1,844
審査中	0	3	3	2	1	2		2	13
総計	1,372	2,918	4,891	5,564	2,338	2,676	579	576	20,914

	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	0.9%	1.1%	0.8%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%
要支援2	0.9%	1.4%	1.2%	1.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	4.9%
要介護度1	2.2%	5.1%	6.8%	6.0%	1.1%	0.4%	0.0%	0.0%	21.8%
要介護度2	1.6%	3.8%	7.0%	8.2%	2.8%	1.4%	0.1%	0.0%	24.9%
要介護度3	0.8%	1.8%	5.2%	7.0%	3.7%	3.0%	0.4%	0.1%	21.9%
要介護度4	0.2%	0.6%	1.8%	2.8%	2.5%	5.0%	1.0%	0.5%	14.3%
要介護度5	0.0%	0.1%	0.6%	1.0%	1.0%	2.9%	1.2%	2.1%	8.8%
審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	6.6%	14.0%	23.4%	26.6%	11.2%	12.8%	2.8%	2.8%	100.0%

(6) 要介護度と認知症日常生活自立度

要介護度と認知症日常生活自立度の状況をみると、要介護度2・認知症日常生活自立度Ⅱbが7.0%で最も多く、次いで要介護度1・認知症日常生活自立度Ⅱbが6.8%、要介護度3・認知症日常生活自立度Ⅲaが6.8%となっている。要介護度5で認知症日常生活自立度がⅣとMの最重度の利用者は、あわせて4.0%となっている。

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
要支援1	236	276	96	62	26	5	2	1	704
要支援2	348	458	131	90	16	4	1	4	1,052
要介護度1	351	772	1011	1470	773	171	136	34	4,718
要介護度2	312	707	918	1511	1287	340	263	70	5,408
要介護度3	135	377	544	1038	1476	531	533	95	4,729
要介護度4	86	228	263	510	965	398	541	83	3,074
要介護度5	44	82	83	162	434	242	721	141	1,909
審査中		3	1	1	4	1	1	2	13
総計	1512	2903	3047	4844	4981	1692	2198	430	21607

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
要支援1	1.1%	1.3%	0.4%	0.3%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%
要支援2	1.6%	2.1%	0.6%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%
要介護度1	1.6%	3.6%	4.7%	6.8%	3.6%	0.8%	0.6%	0.2%	21.8%
要介護度2	1.4%	3.3%	4.2%	7.0%	6.0%	1.6%	1.2%	0.3%	25.0%
要介護度3	0.6%	1.7%	2.5%	4.8%	6.8%	2.5%	2.5%	0.4%	21.9%
要介護度4	0.4%	1.1%	1.2%	2.4%	4.5%	1.8%	2.5%	0.4%	14.2%
要介護度5	0.2%	0.4%	0.4%	0.7%	2.0%	1.1%	3.3%	0.7%	8.8%
審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	7.0%	13.4%	14.1%	22.4%	23.1%	7.8%	10.2%	2.0%	100.0%

(7) 日常生活自立度と認知症日常生活自立度

日常生活自立度と認知症日常生活自立度をみると、日常生活自立度A2・認知症日常生活自立度Ⅲaが7.0%と最も多く、次いで日常生活自立度A2・認知症日常生活自立度Ⅱbが6.7%、日常生活自立度A1・認知症日常生活自立度Ⅱbが6.4%となっており、昨年と同様の傾向である。

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
J1	318	318	222	216	171	57	38	14	1,354
J2	247	573	570	747	509	108	107	36	2,897
A1	289	679	799	1,323	1,048	312	345	73	4,868
A2	286	645	702	1,398	1,458	476	467	92	5,524
B1	142	290	324	462	581	239	243	42	2,323
B2	97	231	274	437	759	309	501	62	2,670
C1	18	43	32	57	144	77	171	35	577
C2	20	28	14	41	109	49	250	66	577
総計	1,417	2,807	2,937	4,681	4,779	1,627	2,122	420	20,790

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
J1	1.5%	1.5%	1.1%	1.0%	0.8%	0.3%	0.2%	0.1%	6.5%
J2	1.2%	2.8%	2.7%	3.6%	2.4%	0.5%	0.5%	0.2%	13.9%
A1	1.4%	3.3%	3.8%	6.4%	5.0%	1.5%	1.7%	0.4%	23.4%
A2	1.4%	3.1%	3.4%	6.7%	7.0%	2.3%	2.2%	0.4%	26.6%
B1	0.7%	1.4%	1.6%	2.2%	2.8%	1.1%	1.2%	0.2%	11.2%
B2	0.5%	1.1%	1.3%	2.1%	3.7%	1.5%	2.4%	0.3%	12.8%
C1	0.1%	0.2%	0.2%	0.3%	0.7%	0.4%	0.8%	0.2%	2.8%
C2	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.5%	0.2%	1.2%	0.3%	2.8%
総計	6.8%	13.5%	14.1%	22.5%	23.0%	7.8%	10.2%	2.0%	100.0%

(8) 利用開始年

利用者の利用開始年をみると、調査年の H24 年利用開始（1 年目）が 32.8% と最も多く、次いで前年の利用開始（2 年目）28.9% となっている。

利用開始年	2012		2011	
	人数	割合	人数	割合
H18	170	0.8%	198	1.2%
H19	836	3.7%	941	5.7%
H20	1,517	6.8%	1,679	10.2%
H21	2,256	10.1%	2,515	15.2%
H22	3,800	17.0%	4,380	26.5%
H23	6,483	28.9%	6,801	41.2%
H24	7,346	32.8%		
総計	22,408	100.0%	16,514	100.0%

(9) 利用様態

「通い」の利用は月平均 16.97 回、「訪問」が月平均 7.82 回、「宿泊」が月平均 6.70 回となっている。昨年と比較すると「通い」が微増、「訪問」と「宿泊」が微減となっている。

	2012	2011	2010
通い (N=22,366)	16.97	16.60	16.74
訪問 (N=22,366)	7.82	9.14	7.92
宿泊 (N=22,366)	6.70	6.85	6.81

(10) 紹介経路

紹介経路をみると (N=22, 402 人)、居宅介護支援事業所が 40.6%と最も多く、次いでその他が 15.9%、地域包括支援センターが 14.9%、病院が 13.9%と続く。過去 3 年間の傾向をみると、居宅介護支援事業所が減少、地域包括支援センターが増加、病院は昨年と横ばいという傾向である。

利用経路	2012	2011	2010
1.居宅介護支援事業所	40.6%	43.1%	45.1%
2.地域包括支援センター	14.9%	13.4%	12.2%
3.市町村(包括除く)	1.9%	1.7%	1.8%
4.病院	13.9%	13.9%	12.7%
5.運営推進会議	0.2%	0.3%	0.3%
6.地域ケア会議	0.2%	0.1%	0.2%
7.知人・近隣	12.4%	13.2%	13.2%
8.その他	15.9%	14.3%	14.5%
総計	100%	100%	100%

(11) 紹介経路と要介護度

紹介経路別に利用者の要介護度をみると、居宅介護支援事業所経由では要介護度 4 と 5 で 27.5%、要支援(1 と 2)が 3.7%となっている。要介護度 2 が 25.9%で最も多い。

地域包括支援センター経由では、要介護度 1 が 30.6%と最も多く、要支援(1 と 2)の割合も 15.5%と高い。要介護度 4 と 5 はあわせて 11.9%である。

病院経由では、要介護度 4 と 5 があわせて 29.6%と高く、紹介経路別では最も高い。要支援(1 と 2)は 5.8%である。

	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.居宅介護支援事業所	135	204	1,613	2,353	2,275	1,510	986	3	9,079
2.地域包括支援センター	186	331	1,019	826	570	261	135	2	3,330
3.市町村(包括除く)	18	20	109	106	79	55	28		415
4.病院	73	106	568	738	696	559	360	4	3,104
5.運営推進会議	2	1	9	7	12	5	1		37
6.地域ケア会議		3	10	13	3	6	1		36
7.知人・近隣	163	245	719	666	502	311	164	1	2,771
8.その他	166	202	830	859	736	463	300	3	3,559
総計	743	1,112	4,877	5,568	4,873	3,170	1,975	13	22,331

	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.居宅介護支援事業所	1.5%	2.2%	17.8%	25.9%	25.1%	16.6%	10.9%	0.0%	100.0%
2.地域包括支援センター	5.6%	9.9%	30.6%	24.8%	17.1%	7.8%	4.1%	0.1%	100.0%
3.市町村(包括除く)	4.3%	4.8%	26.3%	25.5%	19.0%	13.3%	6.7%	0.0%	100.0%
4.病院	2.4%	3.4%	18.3%	23.8%	22.4%	18.0%	11.6%	0.1%	100.0%
5.運営推進会議	5.4%	2.7%	24.3%	18.9%	32.4%	13.5%	2.7%	0.0%	100.0%
6.地域ケア会議	0.0%	8.3%	27.8%	36.1%	8.3%	16.7%	2.8%	0.0%	100.0%
7.知人・近隣	5.9%	8.8%	25.9%	24.0%	18.1%	11.2%	5.9%	0.0%	100.0%
8.その他	4.7%	5.7%	23.3%	24.1%	20.7%	13.0%	8.4%	0.1%	100.0%
総計	3.3%	5.0%	21.8%	24.9%	21.8%	14.2%	8.8%	0.1%	100.0%

(12) 住まいの形態

利用者の住まいの形態をみると (N=22, 760 人)、戸建て住宅に住む割合が 80.7%、集合住宅が 12.1%、高齢者住宅が 3.0%、有料老人ホームが 2.3%などとなっている。戸建てが減少傾向にあり、有料老人ホームが微増傾向、高齢者住宅は昨年同様である。

住まいの形態	2012	2011	2010
戸建て	80.7%	81.6%	82.6%
集合住宅	12.1%	11.3%	11.3%
高齢者住宅	3.0%	3.0%	2.4%
有料老人ホーム	2.3%	2.2%	1.8%
その他	1.9%	2.0%	1.9%
総計	100.0%	100.0%	100.0%

(13) 世帯状況

世帯状況を見ると（N=22,703人）、子供世帯と同居が38.2%と最も多いが、過去3年でみると減少傾向にある。次いで独居（近居家族なし）が17.7%となっていて、これは増加傾向にある。

世帯	2012	2011	2010
1.独居(近居家族無)	17.7%	16.4%	15.4%
2.独居(近居家族有)	10.8%	11.2%	10.9%
3.配偶者と2人暮らし	14.5%	15.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	11.9%	11.4%	11.1%
5.子ども世帯と同居	38.2%	39.8%	41.6%
6.その他	6.8%	6.3%	6.3%
総計	100.0%	100.0%	100%

(14) 事業所と自宅の距離

事業所と自宅との距離をみると（N=22,578人）、5キロ前後が44.2%と最も多く、増加傾向にある。次いで1キロ前後が29.9%でほぼ同様、10キロ前後は13.9%で減少傾向にある。事業所の増加に伴い、利用圏域が若干小さくなっている（10キロ以上含めると18.4%、2010年で20.7%）傾向がある。

距離	2012	2011	2010
1. 同一敷地内	7.4%	7.7%	8.2%
2. 1 ^キ 前後	29.9%	30.6%	29.2%
3. 5 ^キ 前後	44.2%	42.1%	41.9%
4. 10 ^キ 前後	13.9%	14.5%	15.5%
5. それ以上	4.5%	5.1%	5.2%
総計	100.0%	100.0%	100.0%

(15) 利用パターン（通い・宿泊・訪問の利用パターン）

利用パターンをみると（N=22,366人）、「通い+泊まり」が34.3%と最も多く、次いで「通い」のみが25.5%、「通い+訪問」が23.9%となっている。

利用タイプ	2012	2011	2010
通い	25.5%	24.5%	25.5%
通い+泊まり	34.3%	34.5%	35.7%
通い+訪問	23.9%	23.8%	22.1%
通い+訪問+泊まり	10.9%	11.2%	10.8%
泊まり	1.7%	2.1%	2.3%
訪問	3.5%	3.5%	3.3%
訪問+泊まり	0.2%	0.3%	0.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%

(16) 利用パターンと要介護度

利用パターンと要介護度をみると、最も多いのは要介護度3で「通い+泊まり」のパターンで全体パターン中の9.2%を占める。次いで要介護度2の「通い+泊まり」が8.1%を占める。

要介護度別にみると、要支援1では「通い」のみが41.9%と多く、次いで「通い+訪問」が31.0%となっている。「訪問」のみも14.2%と高いのが特徴である。一方で「泊まり」利用は少ない。要支援2も要支援1とほぼ同様の傾向である。

要介護度1になると「泊まり」を含む割合が増加し、「通い+泊まり」が22.8%になる。要介護度2になると「通い+泊まり」が最も多いパターンとなり32.3%を占める。「通い+訪問+泊まり」のパターンも10.3%と10%を超える。

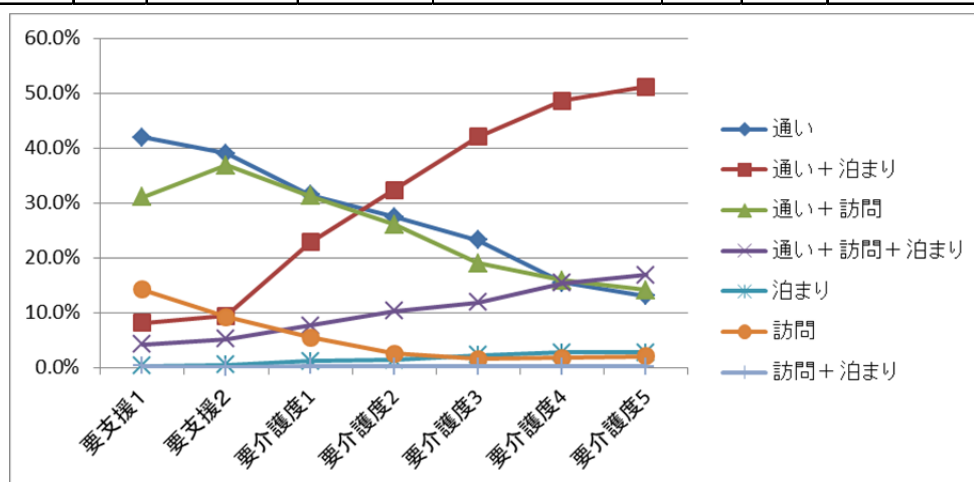
要介護度3では「通い+泊まり」が4割を超え42.0%を占める。「通い+訪問」は2割を下回る。

要介護度4と5では、さらに「通い+泊まり」など「泊まり」を含む割合が増加し、要介護度4では「通い+泊まり」が48.6%、要介護度5では51.1%、「通い+訪問+泊まり」も要介護度4で15.4%、要介護度5で16.9%になる。一方で「通い」のみのパターンは10数%に減少する。

	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	307	59	227	31	2	104	2	732
要支援2	438	105	414	58	5	103		1,123
要介護度1	1,528	1,109	1,516	369	58	266	11	4,857
要介護度2	1,528	1,803	1,451	573	73	138	9	5,575
要介護度3	1,126	2,036	922	575	106	75	6	4,846
要介護度4	485	1,523	496	481	86	55	5	3,131
要介護度5	256	1,009	278	333	53	41	3	1,973
審査中	2	4	2	3	2			13
総計	5,670	7,648	5,306	2,423	385	782	36	22,250

	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	1.4%	0.3%	1.0%	0.1%	0.0%	0.5%	0.0%	3.3%
要支援2	2.0%	0.5%	1.9%	0.3%	0.0%	0.5%	0.0%	5.0%
要介護度1	6.9%	5.0%	6.8%	1.7%	0.3%	1.2%	0.0%	21.8%
要介護度2	6.9%	8.1%	6.5%	2.6%	0.3%	0.6%	0.0%	25.1%
要介護度3	5.1%	9.2%	4.1%	2.6%	0.5%	0.3%	0.0%	21.8%
要介護度4	2.2%	6.8%	2.2%	2.2%	0.4%	0.2%	0.0%	14.1%
要介護度5	1.2%	4.5%	1.2%	1.5%	0.2%	0.2%	0.0%	8.9%
審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	25.5%	34.4%	23.8%	10.9%	1.7%	3.5%	0.2%	100.0%

	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	41.9%	8.1%	31.0%	4.2%	0.3%	14.2%	0.3%	100.0%
要支援2	39.0%	9.3%	36.9%	5.2%	0.4%	9.2%	0.0%	100.0%
要介護度1	31.5%	22.8%	31.2%	7.6%	1.2%	5.5%	0.2%	100.0%
要介護度2	27.4%	32.3%	26.0%	10.3%	1.3%	2.5%	0.2%	100.0%
要介護度3	23.2%	42.0%	19.0%	11.9%	2.2%	1.5%	0.1%	100.0%
要介護度4	15.5%	48.6%	15.8%	15.4%	2.7%	1.8%	0.2%	100.0%
要介護度5	13.0%	51.1%	14.1%	16.9%	2.7%	2.1%	0.2%	100.0%
審査中	15.4%	30.8%	15.4%	23.1%	15.4%	0.0%	0.0%	100.0%
総計	25.5%	34.4%	23.8%	10.9%	1.7%	3.5%	0.2%	100.0%



(17) 利用パターンと日常生活自立度

利用パターンと日常生活自立度との関係を見ると、全体ではA2の「通い+泊まり」のパターンが9.2%と最も多く、次いでA1の「通い+泊まり」が7.9%と続く。

Jでは「通い+訪問」および「通い」のみの割合が3割を超え、「訪問」のみの割合も5%を超えるなど「通い」と「訪問」の組み合わせ、もしくはいずれか

の単独利用が多数を占める。Aで「通い+泊まり」のパターンが最も多くなり1/3を占める。

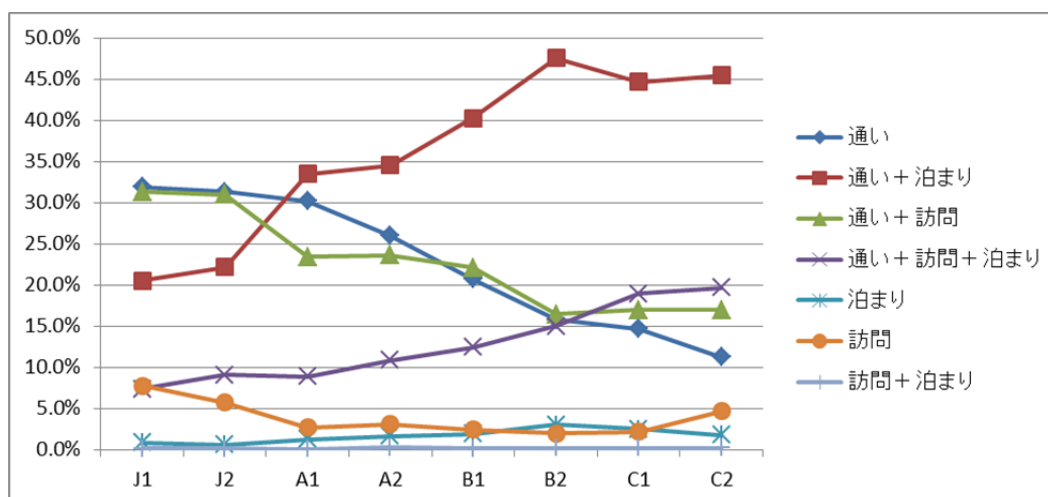
Bになると、「通い+泊まり」が4割を超えるようになり、そのほか「泊まり」を伴うパターンが増加する。

Cでは「通い+泊まり」が45%前後、「通い+訪問+泊まり」が20%弱を占めるようになる。C2では「訪問」のみも4.7%と比較的高い。

	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	432	278	424	100	12	105	2	1,353
J2	896	635	887	259	17	164	3	2,861
A1	1,459	1,616	1,131	429	61	129	4	4,829
A2	1,413	1,880	1,285	590	91	169	16	5,444
B1	476	924	508	286	44	56	3	2,297
B2	413	1,244	430	393	80	51	5	2,616
C1	82	250	95	106	14	12	1	560
C2	63	254	95	110	10	26	1	559
総計	5,234	7,081	4,855	2,273	329	712	35	20,519

	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	2.1%	1.4%	2.1%	0.5%	0.1%	0.5%	0.0%	6.6%
J2	4.4%	3.1%	4.3%	1.3%	0.1%	0.8%	0.0%	13.9%
A1	7.1%	7.9%	5.5%	2.1%	0.3%	0.6%	0.0%	23.5%
A2	6.9%	9.2%	6.3%	2.9%	0.4%	0.8%	0.1%	26.5%
B1	2.3%	4.5%	2.5%	1.4%	0.2%	0.3%	0.0%	11.2%
B2	2.0%	6.1%	2.1%	1.9%	0.4%	0.2%	0.0%	12.7%
C1	0.4%	1.2%	0.5%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	2.7%
C2	0.3%	1.2%	0.5%	0.5%	0.0%	0.1%	0.0%	2.7%
総計	25.5%	34.5%	23.7%	11.1%	1.6%	3.5%	0.2%	100.0%

	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	31.9%	20.5%	31.3%	7.4%	0.9%	7.8%	0.1%	100.0%
J2	31.3%	22.2%	31.0%	9.1%	0.6%	5.7%	0.1%	100.0%
A1	30.2%	33.5%	23.4%	8.9%	1.3%	2.7%	0.1%	100.0%
A2	26.0%	34.5%	23.6%	10.8%	1.7%	3.1%	0.3%	100.0%
B1	20.7%	40.2%	22.1%	12.5%	1.9%	2.4%	0.1%	100.0%
B2	15.8%	47.6%	16.4%	15.0%	3.1%	1.9%	0.2%	100.0%
C1	14.6%	44.6%	17.0%	18.9%	2.5%	2.1%	0.2%	100.0%
C2	11.3%	45.4%	17.0%	19.7%	1.8%	4.7%	0.2%	100.0%
総計	25.5%	34.5%	23.7%	11.1%	1.6%	3.5%	0.2%	100.0%



(18) 利用パターンと認知症日常生活自立度

利用パターンと認知症日常生活自立度との関係を見ると、最も多いパターンはⅢaで「通い+泊まり」のパターンで9.2%、次いでⅡbで「通い+泊まり」の7.5%である。

認知症なし(自立)では「通い+訪問」が33.0%と最も多く、「通い」が31.9%と続く。「訪問」のみも9.6%ある。

Iでは「通い」のみが最も多く29.8%、「通い+訪問」が29.5%などとなっている。

Ⅱaでは「通い+訪問」が最も多くなり29.7%、「通い+泊まり」が28.9%、「通い」のみが27.6%などと続く。

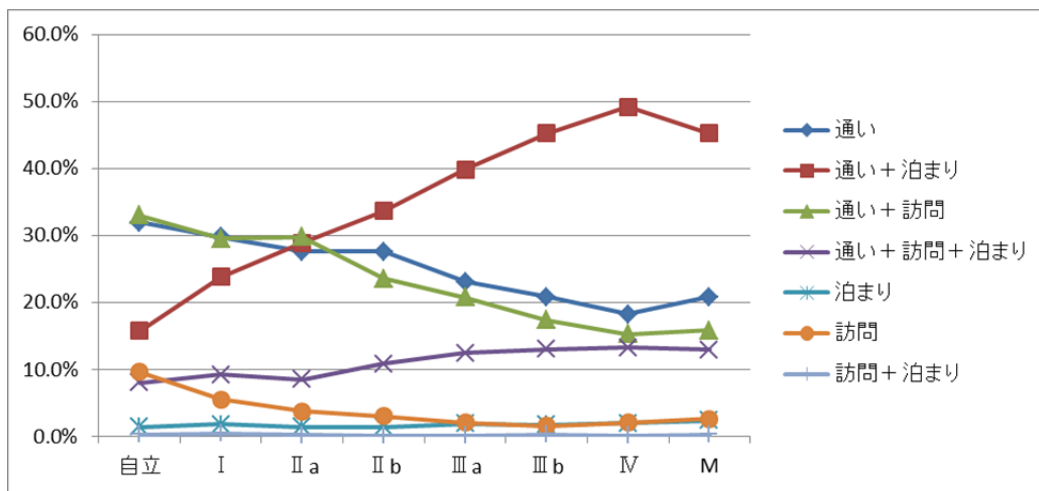
Ⅱbになると「通い+泊まり」が最も多くなり33.6%となる。「通い+訪問+泊まり」も10%を超えるようになる。

Ⅲ以上ではさらにその傾向が強まり、Ⅲb以上では「通い+泊まり」が45%以上となり、「通い+訪問」は20%以下に減少する。「通い」と「泊まり」の組み合わせの比重が高くなる。

	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
自立	473	233	489	119	21	142	4	1,481
I	844	675	837	262	50	156	11	2,835
II a	825	865	890	254	42	111	5	2,992
II b	1,310	1,595	1,118	515	66	141	3	4,748
III a	1,121	1,937	1,007	604	93	99	5	4,866
III b	347	753	289	217	29	26	4	1,665
IV	394	1,062	329	286	42	44	2	2,159
M	87	189	66	54	10	11	1	418
総計	5,401	7,309	5,025	2,311	353	730	35	21,164

	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
自立	2.2%	1.1%	2.3%	0.6%	0.1%	0.7%	0.0%	7.0%
I	4.0%	3.2%	4.0%	1.2%	0.2%	0.7%	0.1%	13.4%
II a	3.9%	4.1%	4.2%	1.2%	0.2%	0.5%	0.0%	14.1%
II b	6.2%	7.5%	5.3%	2.4%	0.3%	0.7%	0.0%	22.4%
III a	5.3%	9.2%	4.8%	2.9%	0.4%	0.5%	0.0%	23.0%
III b	1.6%	3.6%	1.4%	1.0%	0.1%	0.1%	0.0%	7.9%
IV	1.9%	5.0%	1.6%	1.4%	0.2%	0.2%	0.0%	10.2%
M	0.4%	0.9%	0.3%	0.3%	0.0%	0.1%	0.0%	2.0%
総計	25.5%	34.5%	23.7%	10.9%	1.7%	3.4%	0.2%	100.0%

	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
自立	31.9%	15.7%	33.0%	8.0%	1.4%	9.6%	0.3%	100.0%
I	29.8%	23.8%	29.5%	9.2%	1.8%	5.5%	0.4%	100.0%
II a	27.6%	28.9%	29.7%	8.5%	1.4%	3.7%	0.2%	100.0%
II b	27.6%	33.6%	23.5%	10.8%	1.4%	3.0%	0.1%	100.0%
III a	23.0%	39.8%	20.7%	12.4%	1.9%	2.0%	0.1%	100.0%
III b	20.8%	45.2%	17.4%	13.0%	1.7%	1.6%	0.2%	100.0%
IV	18.2%	49.2%	15.2%	13.2%	1.9%	2.0%	0.1%	100.0%
M	20.8%	45.2%	15.8%	12.9%	2.4%	2.6%	0.2%	100.0%
総計	25.5%	34.5%	23.7%	10.9%	1.7%	3.4%	0.2%	100.0%



(19) 利用パターンと世帯状況

利用パターンと世帯状況をみると、独居では「通い+訪問」が40%前後と高く、「訪問」のみの割合も高い。特に独居で近居の家族なしの場合には「訪問」

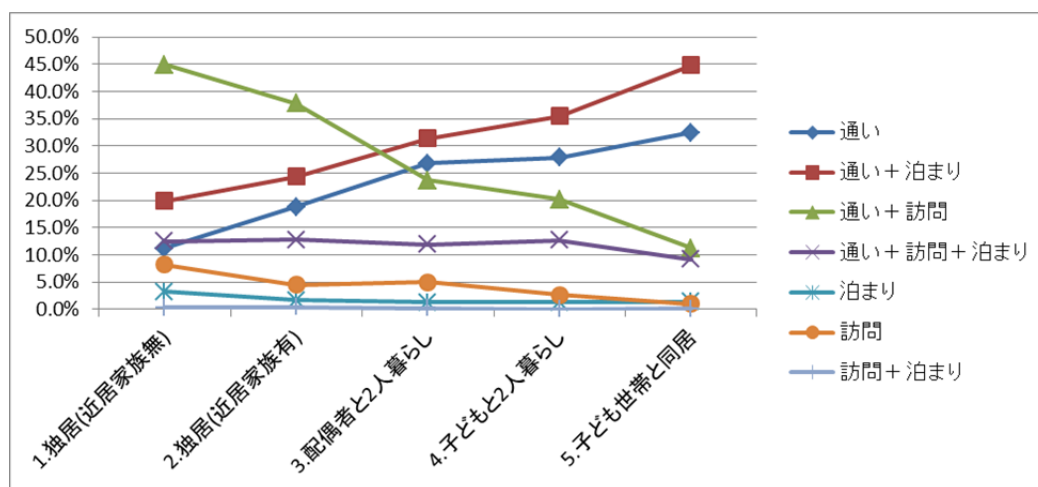
のみが8.1%、「泊まり」のみも3.2%となっている。

配偶者や子供との2人暮らしになると、「通い+泊まり」の割合が最も高いものの、「通い」のみの割合も高くなり、配偶者と2人暮らしで26.7%、子供と2人暮らしで27.9%となる。

子供世帯と同居になると、「通い+泊まり」が44.8%と高くなり、「通い」のみも32.4%と高い。一方で「通い+訪問」の割合は11.2%と低くなる。

	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)	433	771	1,740	482	123	315	10	3,874
2.独居(近居家族有)	443	574	891	300	38	105	9	2,360
3.配偶者と2人暮らし	859	1,006	759	383	40	159	6	3,212
4.子どもと2人暮らし	742	944	537	336	33	69		2,661
5.子ども世帯と同居	2,756	3,808	952	779	114	79	9	8,497
6.その他	412	520	361	148	27	53	2	1,523
総計	5,645	7,623	5,240	2,428	375	780	36	22,127

	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)	11.2%	19.9%	44.9%	12.4%	3.2%	8.1%	0.3%	100.0%
2.独居(近居家族有)	18.8%	24.3%	37.8%	12.7%	1.6%	4.4%	0.4%	100.0%
3.配偶者と2人暮らし	26.7%	31.3%	23.6%	11.9%	1.2%	5.0%	0.2%	100.0%
4.子どもと2人暮らし	27.9%	35.5%	20.2%	12.6%	1.2%	2.6%	0.0%	100.0%
5.子ども世帯と同居	32.4%	44.8%	11.2%	9.2%	1.3%	0.9%	0.1%	100.0%
6.その他	27.1%	34.1%	23.7%	9.7%	1.8%	3.5%	0.1%	100.0%
総計	25.5%	34.5%	23.7%	11.0%	1.7%	3.5%	0.2%	100.0%



(20) 利用パターンと自宅までの距離

利用パターンと自宅までの距離をみると、同一敷地内では「通い+訪問」が60.2%と極めて高くなっている。「訪問」のみも7.0%と高い。1キロ前後、5キロ前後では「通い+泊まり」もそれぞれ29.1%、37.6%と高いが、「通い」のみも27.8%、27.1%と高い。

10キロ前後、それ以上では「通い+泊まり」が43.5%、44.2%とそれぞれ高くなる。「泊まり」のみの割合も2.1%、3.2%と若干高めとなる。

	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	202	189	917	81	24	106	5	1,524
1キロ前後	1,838	1,924	1,734	763	83	265	9	6,616
5キロ前後	2,650	3,673	1,878	1,108	161	294	13	9,777
10キロ前後	726	1,342	516	342	66	89	7	3,088
それ以上	209	442	175	120	32	21	2	1,001
総計	5,625	7,570	5,220	2,414	366	775	36	22,006

	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	13.3%	12.4%	60.2%	5.3%	1.6%	7.0%	0.3%	100.0%
1キロ前後	27.8%	29.1%	26.2%	11.5%	1.3%	4.0%	0.1%	100.0%
5キロ前後	27.1%	37.6%	19.2%	11.3%	1.6%	3.0%	0.1%	100.0%
10キロ前後	23.5%	43.5%	16.7%	11.1%	2.1%	2.9%	0.2%	100.0%
それ以上	20.9%	44.2%	17.5%	12.0%	3.2%	2.1%	0.2%	100.0%
総計	25.6%	34.4%	23.7%	11.0%	1.7%	3.5%	0.2%	100.0%

(21) 利用パターンと紹介経路

利用パターンと紹介経路の関係をみると、居宅介護支援事業所経由では「通い+泊まり」が39.5%と高く、「通い+訪問+泊まり」も13.6%と他の経路と比べて高い。

地域包括支援センター経由は「通い+訪問」が30.1%と高い。

市町村経由は「通い」が30.0%、「訪問」が6.3%と高いのが特徴である。

病院経由は「通い+泊まり」が38.0%と最も多い。運営推進会議経由も同様「通い+泊まり」が37.8%と高い。地域ケア会議景趣では「通い」のみが38.9%と最も高い。

	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.居宅介護支援事業所	1,973	3,527	1,843	1,217	144	205	14	8,923
2.地域包括支援センター	918	821	993	337	44	178	3	3,294
3.市町区村(包括除く)	124	120	98	43	2	26		413
4.病院	682	1,129	701	301	63	91	6	2,973
5.運営推進会議	10	14	12			1		37
6.地域ケア会議	14	10	9	2		1		36
7.知人・近隣	856	765	729	185	55	133	7	2,730
8.その他	969	1,136	806	322	62	140	6	3,441
総計	5,546	7,522	5,191	2,407	370	775	36	21,847

	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.居宅介護支援事業所	22.1%	39.5%	20.7%	13.6%	1.6%	2.3%	0.2%	100.0%
2.地域包括支援センター	27.9%	24.9%	30.1%	10.2%	1.3%	5.4%	0.1%	100.0%
3.市町区村(包括除く)	30.0%	29.1%	23.7%	10.4%	0.5%	6.3%	0.0%	100.0%
4.病院	22.9%	38.0%	23.6%	10.1%	2.1%	3.1%	0.2%	100.0%
5.運営推進会議	27.0%	37.8%	32.4%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	100.0%
6.地域ケア会議	38.9%	27.8%	25.0%	5.6%	0.0%	2.8%	0.0%	100.0%
7.知人・近隣	31.4%	28.0%	26.7%	6.8%	2.0%	4.9%	0.3%	100.0%
8.その他	28.2%	33.0%	23.4%	9.4%	1.8%	4.1%	0.2%	100.0%
総計	25.4%	34.4%	23.8%	11.0%	1.7%	3.5%	0.2%	100.0%

第3章

小規模多機能型居宅介護と住まいのヒアリング調査

(1) シンフォニー将監

【事業所名】シンフォニーハウス楽楽（9室）

【所在地】仙台市将監10丁目33-17

【住まいの種類】サービス付き高齢者向け住宅

【併設事業所】小規模多機能型居宅介護・保育園（せんだい保育室・認定保育園）

【自法人の関連事業所】通所介護

【住まいを整備するに至った経緯（思い）】

仙台市北部の将監団地は、昭和40年代に開発されたベッドタウンである。1丁目から13丁目まであり、人口約1万4千人、小学校は3つ、中学校は2つある。将監地区全体の平均高齢化率は約25%であるが、最初に開発された1丁目～3丁目は30%に達する。このように将監団地は高齢化を向かえている地域であるが、年齢層で見ると70歳前後が最も多く、老人クラブが盛んな比較的小さい高齢者が多く住む地域である。

シンフォニー将監は、この将監地域に住む子どもやその両親、高齢者や障がいをもつ人たちが、環境を変えることなく安心・安全に暮らし続けることができるようにとの思いでつくった小規模な複合施設である。何か困りごとや相談があれば、いつでも飛び込んできてほしいと、オープンな運営を心がけている。

シンフォニー将監は、桜並木や将監沼、それに郵便局やスーパー、診療所も近くにあり、環境にも生活の利便性にも恵まれた住宅地の中に建つ。1階が「小規模多機能居宅介護シンフォニー将監」と「サンキッズ保育園」（せんだい保育室・認定保育園）、2階がサービス付き高齢者向け住宅「シンフォニー楽楽」である。

認知症や障がいをもった方の在宅や地域での居住継続を支援するために「小規模多機能型居宅介護」を整備し、独居や玄関の段差等の理由で在宅が困難になった場合には、同じ建物の2階の「高齢者専用賃貸住宅」に住み替えて、家族や地域との関係を継続して暮らしていく。そして、多世代交流と子育て支援のために保育園を併設。これら3つの機能を複合化させて、誰もが将監で暮らし続けることができるように「地域生活支援」を実施することを目指したのである。

シンフォニー将監の外壁はひとときユニークである。自然をモチーフにしたみずみずしい絵が一面に描かれ、目を引く。これは、地域に根差した運営をするため、開設前に行った「ウォールアート・ワークショップ」の成果である。仙台在住のアーティストが描いた絵を、地域住民とともに、ワークショップによって10倍にして壁面に模写し、アーティストが仕上げたものである。この施設が、「利用者だけではなく、地域のすべての人たちに使われるものであってほしい」という思いで企画されたものである。新聞等を通じて参加者を募集し、

4か月かけて、のべ約 200 人の参加を得て完成した。取材も多くて地域でも話題になり、近隣の住民が差し入れをしてくれたり、制作の過程を通じて地域とのつながりができていった。

また、シンフォニー将監よりひと足早い 2004 年 6 月に、将監 8 丁目の桜並木の前にある民家を借り上げ、定員 10 名のデイサービス「シンフォニーさくらの家」をオープンした。

通りからよく見える場所に職員が畑を作っていたら、散歩途中の男性が、野菜作りの指導をしてくれるようになった。また、ジャズコンサートやマンドリン演奏会を行ったときには、利用者が「あがらんしゃい（方言）」と地域の人たちを迎えてホスト役を務めた。

このように、新しくできる施設が地域の人たちに自然になじんでいくように、開業前のプロセスを重視した。

シンフォニー将監は、2005 年 4 月に運営開始。小規模多機能の制度化を見据えて、「通所」＋「居宅」＋「訪問」＋「自主の泊り」として事業を行い、2006 年 11 月に仙台市から指定を受けて小規模多機能型居宅介護として再スタートした。



【住まいがあることでの効果】

2階のサービス付き高齢者住宅「シンフォニー楽楽の玄関」と「小規模多機能の玄関」は別である。高専賃も小規模多機能も玄関は地域とつながっている。

小規模多機能が高齢者専用賃貸住宅の付属施設としてあるのではなく、「住み慣れた地域に小規模多機能があり」、「住み慣れた地域に高齢者住宅がある」ことを意識させる意味合いをもつ。小規模多機能と高齢者住宅は住民が住み慣れた地域で住み続けることを継続する手段の一つであることを示している。自宅で暮らす高齢者も高齢者住宅の入居者も「地域住民」なのである。

高齢者住宅の戸数は全部で9戸。住戸数を抑えた理由は、小規模で家庭的な生活空間を目指したことと、住戸数が多くなれば小規模多機能を地域の人たちが使いにくくなるためである。

各住戸の広さは19.37～21.74 m²。トイレとミニキッチン、エアコンが付く。住宅であるからナースコールは付けない。その代わりに、生活リズムセンサーと、事務所や携帯につながるテレビ電話を設置する。また、共用部には、広めの食堂兼リビングと、浴室、共用洗濯機がある。

24時間スタッフが常駐し、特養待機の場所などではなく、最期まで暮らすことができる終の棲家である。小規模多機能や訪問診療の医師などと連携しターミナルケアを行う。

以前、最初の入居者である99歳になる男性のBさんの看取りを行った。高齢者住宅に入居する以前は、将監団地在住の要介護5の方であったが、長期入院を余儀なくされて寝たきり状態。退院して高齢者住宅に移り住んでからは徐々に意欲が出て、自分で食事を取ることもできて杖をついて歩くこともできるようになった。移り住んで4年。徐々にではあるが、体力は落ちていき、車いすの生活となったが、クリスチャンであるBさんは家族や職員への感謝をいつも口にしていた。本人と家族がこのままでの最後を望まれた。そして、「住み慣れた自宅」ではなかったが、「住み慣れた地域」にある高齢者住宅で、家族・他の入居者・職員に見守られて老衰により亡くなられた。

現在、入居者9人のうち、自立が1人、要支援2が1人、要介護1が2人、要介護2が1人、要介護3が2人、要介護4が2人。入居開始から4年経過し、重度化が進んでいる。当初、近隣に住む子世帯による呼び寄せの方が多かったが、次第に将監又はその周辺に住む方に入れ替わってきている。

高齢者住宅に入居すると、可能な限り、それ以前の暮らしと同様の暮らしの継続を支援したいと考えている。そのため、以前からのケアマネジャーやヘルパーやデイサービスを継続して利用している方もいる。

住み慣れた地域で住み続けるためには、「ケア」と「生活」両方の継続をすることが重要となる。

時々、昼ぐらいになると本日通い利用の予定ではない人が来たりする。通常のデイサービスだったら、『今日はお休みだから、帰ってくださいね』という対

応になるのだろう。でも、小規模多機能ではそれも受け入れる。そもそも認知症の人は、休みと伝えていても、少し時間がたつとそれを忘れてたり、それが理解できないからサポートが必要なわけだから。でも不思議なことに、天気の悪い日はあまり来ないことが多い。

地域での生活にはそれぞれのペースがあり、9:00-16:00 というようなサービスの枠に生活が当てはまらない人もいて当然である。基本的に来るのも、帰るのも自由であり、突然の来訪を受け入れることが自由な生活の支援につながっている。

突然の来訪でも、帰りは送ることが多い。利用者のほとんどは、この近所に住んでいるので5分もあれば往復できるから、それほどの手間でもない。これが往復30分以上もかかるようだと、人員や業務の都合で不具合が生じるため、『16:00まで待って』『みんなと一緒に帰ろう』というような話になるのだろう。地域に密着したサービスのメリットは、こんなところでも生かされている。

また、中には24時間の見守りという意味では、在宅より施設の方が安心という考え方もあるだろう。施設でも、夜勤時に何件かコールが重なれば、優先順位の高い人から順番に行く、後になれば10分以上待たされることもあるだろう。小規模多機能の場合は利用者がこの地域の人に限定されているので、電話がきたら5分くらいで自宅まで行くことができます。24時間見守るという面での対応には、それほど大きな違いはないと言える。

「同じ建物の中にナースがいる安心」と「自分の家で暮らせるという自由」。どちらを選ぶかは利用者次第であるが、「何かあればすぐに駆けつけられる」という小規模多機能の体制も含めて情報を提供し、利用者の「○○したい」という暮らしを支えるためのケアマネジメントが望まれる。

(2) 小規模多機能ホームひばり

【事業所名】 サービス付き高齢者向け住宅 星空

【所在地】 鹿児島市吉野町 2061

【住まいの種類】 サービス付き高齢者向け住宅

【併設事業所】 小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護

【自法人の関連事業所】 有床診療所・老人保健施設・居宅介護支援事業所・訪問介護・訪問看護・訪問リハビリテーション・通所介護・通所リハビリテーション・認知症対応型通所介護・有料老人ホーム

【住まいを整備するに至った経緯（思い）】

平成 14 年に老人保健施設を開所。当初は施設内のケアの質を高めることが利用者のためになるのではないかと考え、ケアの質の向上のために努力する。

しかし、ケアの質が上がるにつれ、家族からは「これだけしてくれるのであれば、自宅より施設の方が本人のためには良いのではないか」「施設にずっといさせて欲しい」との声を多数の家族からいただく一方で、入所している利用者からは「自宅に帰りたい」との声があがり、専門職としての支援のあり方に迷いが生じる。

施設内でのケアの質を上げることが、必ずしも利用者の思いを叶えることにつながらないのではないかと考え、平成 16 年に介護老人福祉施設で取り組まれていた「逆デイサービス」に取り組むことになる。

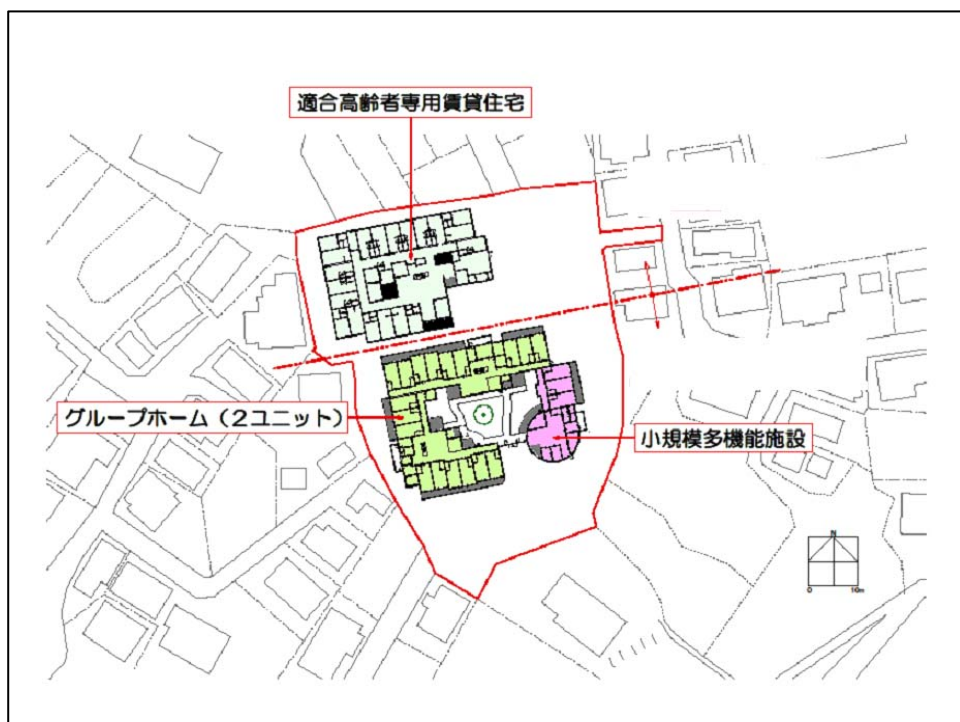
逆デイサービスとは、施設に入所しているご利用者を、日中、民家（法人が借りている普通の民家）にお連れし、少人数で家庭的な環境の中で過ごすことで、認知症のケア等に有効であるという取り組みであった。

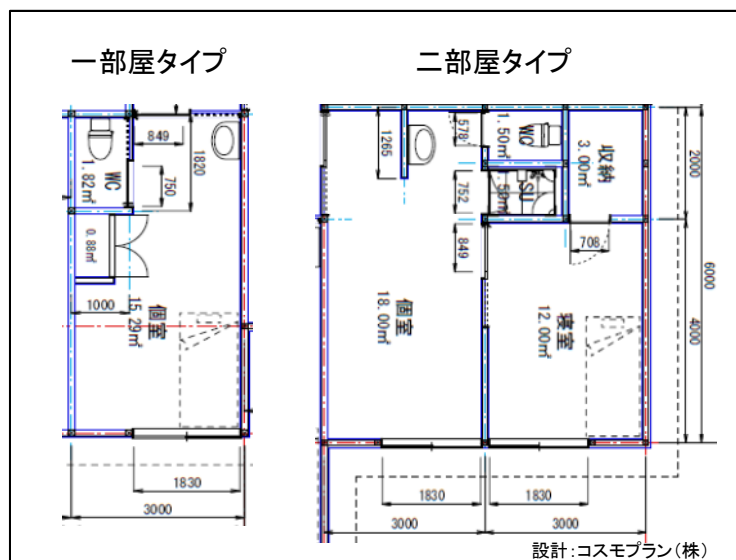
ろうけん青空においても、法人が月 6 万円の 3LDK の平屋の一軒家を借り、施設内では徘徊がおさまらない利用者や比較的 ADL が良好な利用者 1 名～3 名程度を日中お連れしていたところ、認知症の方が落ち着いたり、施設では受身な利用者が自ら家事を行うなど、一定の効果が表れた。また、比較的 ADL が良好な利用者（要介護 1・2）で住宅状況や家族の都合でなかなか在宅復帰が難しい方が、継続的に逆デイサービスの住宅で生活することで、施設からその住まいに移り住むことができるようになる方が現れた。



逆デイサービスで過ごす民家に移り住んだ利用者・家族からは、概ね良い評価をいただき、民家借り上げ式の共同生活は最大で2棟6名の方（1棟3名）が生活するまでになる。

生活の場としては有効であった民家ではあるが、平成18年に起きた長崎のグループホーム火災を受け、法人において利用者を守るため、消火設備も何もない普通の民家に住まわせることは社会的責任を果たすことにはならないと考え、消火設備も完備した「適合高齢者専用賃貸住宅」を整備するに至る。立地については住宅地の中ということで、たまたま前年に整備した小規模多機能型居宅介護事業所の隣接地に空いている土地があり、地主より土地の活用の依頼が法人にあったために、平成19年に整備することとなった。





【住まいがあることでの効果】

当初は「適合高齢者専用賃貸住宅」という名前や高齢者住宅という概念が一般的ではなかったため、多くの方（専門職・医療機関・家族）からは高齢者施設であると思われていた。しかし、この建物は「住まい」であるということを説明し、あくまでも医療や介護については外部からのサービスを利用し、住宅でできることは希望に応じての食事の提供・生活相談・安否確認（日中の食事の際に行う）程度しかできないことを伝えるも、なかなか理解していただけなかった。

そんな折、ある医療機関から妻と二人暮らしで、ご主人が末期がんのターミナル期である要介護5の介護が、必要な状況であるも、妻としては余命が短く医療機関でこれ以上の治療が望めないのであれば自宅に連れて帰りたい、施設だと夫しか入所できないので最期の時間を一緒に過ごすことができず、自宅に連れて帰っても介護ができるかどうか不安であるということで退院を躊躇しているケースがあった。

そこでご夫婦と一緒に住宅に住んでいただき、ご主人のケアは小規模多機能と訪問診療と訪問看護等の外部サービスで行い、妻は不安な時は相談することがすぐできる等の安心感から、住まいに転居される生活されることとなった。

最後の看取りは星空（適合高齢者専用賃貸住宅）で行い、その後、妻は自宅へ帰るという利用であった。星空では「住まい」という強みを活かし、ご利用者の自由な時間や自由な行動に踏み込み過ぎないようにすることを心がけてい

る。高齢者専用住宅ということで施設的な発想で運営されている事業所も少なくないようであるが「施設」ではなく「住まい」が何かを考えながら運営を行ってきた。

サービス付き高齢者向け専用賃貸住宅
(旧適合高齢者専用賃貸住宅)

星空

『高専賃(適合高齢者専用賃貸住宅)』とは、高齢者向けの賃貸住宅の普及を目指して、国土交通省が高齢者居住安定法(2001年に施行)により設けた制度で、一人暮らしの高齢者や高齢夫婦が安心して暮らせる、緊急時対応サービスのついた、バリアフリーの賃貸住宅のことです。



医療費・介護保険サービス利用料は別途負担となりますが、要介護度やご希望に応じた各種サービスを選択して受けることができます。

ここ数年、年に1名以上の方が最期を星空で迎えられている。星空では「本人」「家族」が希望されれば、その様な場を提供できると考えている。現在もターミナル期の方が1人住まわれている。

また、認知症でときどき、星空に帰ることができずに警察にご厄介になっている方も住み続けており、良質な医療と介護サービスがあれば施設ではない、地域や自宅に近い環境で生活が継続できるものと考えている。

住まいを軸とした良質な介護サービスのひとつとして、小規模多機能型居宅介護が有効であると考えており、これまでの介護保険サービスにはない柔軟で即応性のあるケアを提供できる強みは、住まいで住み続けるためには大変有効だと考えている。

現在、星空での隣接の小規模の登録者の割合は68%。年々星空の入居者の介護度が重くなるにつれて、登録者の率が増えてきているのが課題(地域の利用者の受け入れに支障がでてくる)であるため、現在サテライト型小規模多機能型居宅介護を検討中である。

(3) ぶどうの家

【事業所名】 ぶどうの家

【所在地】 岡山県倉敷市船穂町船穂 1711-6

【住まいの種類】 認知症対応型共同生活介護

【併設事業所】 小規模多機能型居宅介護 通所介護

【自法人の関連事業所】 サービス付き高齢者専用賃貸住宅

【住まいを整備するに至った経緯（思い）】

平成 8 年、民家を借りてデイサービスを開始する。開設当初は、在宅の人であれば、年齢・障害、認知症の有無に関わらず、必要であれば受け入れて行く。また、家族の状況に合わせて時間の延長などサービスのカタチにこだわらない、柔軟な対応を行い、いつでも利用できる（24 時間 365 日）事業所を目指した。

事業を行う上での理念・こだわりは、以下の 4 つである。

① 在宅にこだわる

自宅はと心安らげる「居場所」であり、居場所にはなじみの関係、心許せる関係があるものである。自分の力を最大限発揮しながら生きていきたいと願う利用者の思いを実現することである。

② 目の前の人を支える

制度や仕組みに振り回されず「私とあなた」という援助する側、される側ではない人対人として人間関係を大切にすることで、制度に暮らしを合わせるのではなく、暮らしにあった仕組み（制度）を活用する。

支えるとは、本人の力を奪わないことである。ときに、本人や家族の力を信じ、厳しいことを伝える場合もある。本人の生活力を活用して、いきいきと楽しい暮らしを目指す。

③ 自分たちの都合で投げ出さない

本人を中心に考え、自分たちの都合で投げ出さない。今置かれている状況を、誰の立場から見ることが重要である。「困っている」とは、だれが困っているのか。実は本人は困っていない。本当に困っているのは、対応できない周囲（援助者側）なのではなかろうか。周囲にも現状を伝え、最後までかかわり続ける。

④ どんな暮らしがしたいか一緒に考える

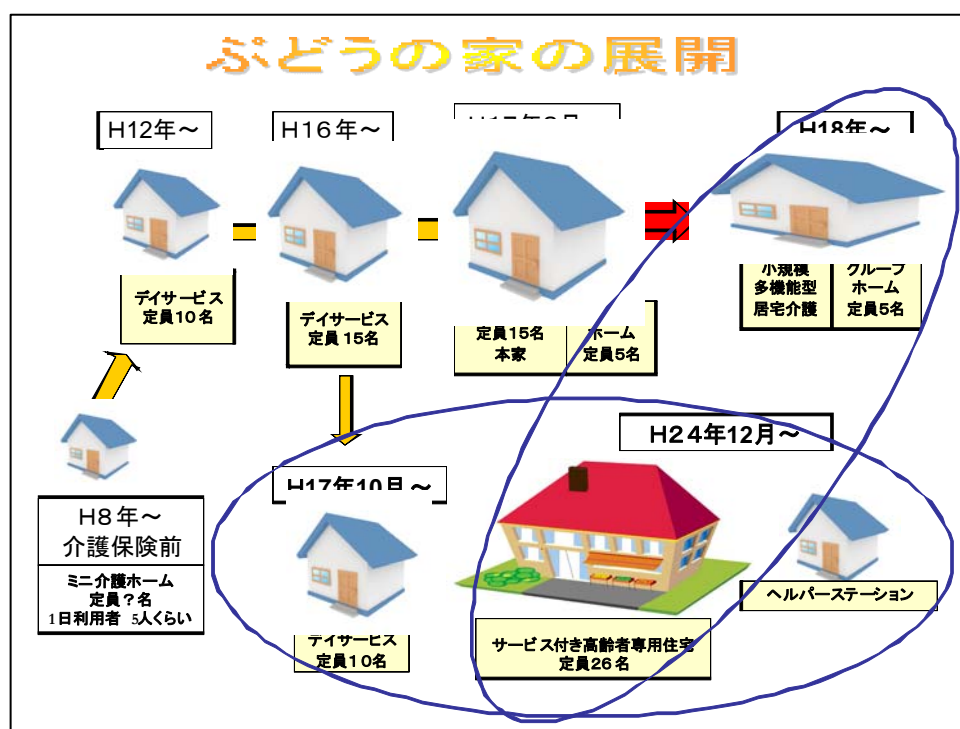
どこで、誰と、どのように暮らしたいのか。誰が暮らすのか。誰のための支援なのか。日々のかかわりの積み重ね。どこで、どんなふうに最期を迎えたいのかを本人や家族・介護者と一緒に考える。

上記のような運営を行っていく中で、まずデイサービスの利用者で自宅に帰れない人が出てくる。理由は様々であるが、本人の状況や家族の状況等により、事業所に滞在する時間が多くなり、通いなれたぶどうの家であれば泊まりたい

という方である。現在でいうお泊まりデイである。また、帰ることができない方の滞在日数が増え、長期間のお泊りとなる。このような方々を安心して過ごしていただくことができるようにするために、平成17年には認知症グループホームの運営を始める。

また、定期的なデイサービスや訪問だけでは在宅生活を支えられない人が出てくると、小規模多機能型居宅介護に転換する。

デイサービスや小規模多機能では支えられない人がいるということで自宅からの住み替えと24時間の継続したケアの必要性からサービス付き高齢者住宅を運営するというで、目の前のご利用者に合わせて新たなサービスを選択していった経緯がある。



【なぜ、住まいが必要何か】

通所介護や訪問介護、小規模多機能型居宅介護などの介護保険サービスだけでは支えきれない方がいる。理由はさまざまであるが、家族と介護上、距離を置くことが必要な方や、住まいが別にあることで、かえって家族との心理的距離が縮まる場合など、物理的距離と心理的距離が相反する場合もある。また、長い方では10年以上のお付き合いをしている方もおり、身体状況や認知症状が重度化してきている方もいて、住まいの整備の必要性を感じた。

【事例：つねさん（仮名）】

当初は訪問介護でかわり、のちに小規模多機能型居宅介護の利用となった方で、10年以上のお付き合いになる方。

87歳で、20年くらい病院に行く以外は外に出たことがない独居の高齢者である。近所に娘が住んでいるが、仕事をしており、多忙であり、本人も娘に迷惑をかけたくないとの思いを持っている。既往症はパーキンソン病、要介護3である。

訪問で支える

小規模多機能型居宅介護の様子を見に来られると「みなさん、楽しそうですね」と言われるものの「でも私は、体が動かず、ご迷惑をかけるので、ここに（自宅）にいます」とおっしゃる。小規模多機能型居宅介護では、1日1回の訪問で3食の準備をするかわりから始まった。

死ぬまで家にいたい

ベッドからトイレに行くまで、1時間かけていくこともあり、間に合わないことや尿漏れしていることも増えてくる。本人にとっては大きな決断として排泄をトイレではなく、ポータブルトイレをベッドのある部屋の隣室に置くことになる。

これまでの1日1回の訪問から、1日3～4回の訪問となり、家族が来られないときの夜の就寝介助にも入るようになる。

それでも本人は「私はここで家を守らなければならない」「この家のしきたりや親せき付き合いは、私にしかできないことだから」と自宅での生活を主張する。つねさんにとっての自宅とは、自分がこだわっていることが周囲から認めもらえる場であり、自分にとって必要なものがすべてある場、自分の生活にこだわることのできる場である。

【サービス付き高齢者住宅「花帽子」への住み替え】

ポータブルトイレに行こうとして力尽き、部屋の入口に倒れていることもあり、娘からは家にいたいなら、模様替えをすることを言い渡される。つねさんは「わがままを言ってすみません」と何度も話され、結果的にベッドのある部屋にポータブルトイレを置くことになる。これまでつねさん自身がこだわっていた暮らしぶりを、崩さざるを得なくなっている。ベッド下で2時間転倒したままのこともあるが、本人はぶどうの家を遠慮し、電話しない。

ぶどうの家では、携帯電話を手配していただき、使い方の設定と確認をし「いつでも電話をかけてほしい」旨を伝える。徐々にSOSの電話がかかるようになる。

頼りにしていた娘の入院もあり、ますます体が動かなくなる。ほとんど毎晩、1日3回以上電話がかかってくるようになる。

0時「ベッドから落ちた」

2時「リモコンがない」

4時「ペットボトルが届かない」

5時「便が出そうだったけど、違いました」

6時「やっぱり出そうです」

娘さんは「家にいたいなら、おむつのなかでおしっこしなさい」「ぶどうの家
にこれ以上、迷惑をかけないように！」と言ったことをつねさんに話され、「母
のわがままです」という言葉が出るようになる。娘さんも職員もつねさんの一
人暮らしが限界であることは理解していたのである。管理者も「これ以上スタ
ッフの負担が大きくなることは見てられない」「ここまでで、やめても良いよ」
との思いを持っていたが、職員からは「ここまでやってきたのだから、頑張り
ます。つねさんが望む限り、最期までやらせてほしい」という結論にたどり着
いた。

ある日、本人が 119 番に「ベッドに挟まれて動けません」と通報され、レス
キュー隊が出動することがあった。家族からは「これ以上、みなさんに迷惑は
かけられない」「母にとってより良い暮らしを今後させたい」「私が母にとつ
ての悪者になります」という言葉のもと、花帽子へ入居される。本人からは「騙
されました」「いつも一緒にがんばろうと言ってくださっていたのに、私が先に
こんなことになってしまって、申し訳ありません」と話され、つねさんがこだ
わっていたのは、自分一人で生きていくというライフスタイルであることに気
付く。

【新しい挑戦】

居場所が変化し、ライフスタイルを変更せざるを得なくなったことで、本人
の中にも変化が現れた。これまでは病院以外には自宅を出ることもほとんどな
かった暮らしをしてきたが、花帽子に入居後「私は、ここで新しい挑戦をしま
す」と自宅での暮らしとは全く違った暮らしを模索するようになった。散歩や
買い物、写真など、人とのかかわりを楽しみ、役割を見出すことにも挑戦した
のである。スタッフは、結果的につねさんのこだわっていたライフスタイルを
壊してしまったことに悩んでいたが、つねさん自身、自分の生き方を見出し、
次々と挑戦するたくましさを発揮したのである。

部屋から出たい時だけ出てきて、他者とのかかわりを楽しむゆとりができ、つ
ねさんの小さな望みが実現していく中で、次々にやりたいことができ、それも
実現する。望みをかなえるためにつねさんも頑張り、頑張ることでもた、他者
が喜んでくれるという好循環を築くことができたのである。

【住まいがあることでの効果】

小規模多機能と住まい（サービス付き高齢者向け住宅・グループホーム）の
一体運営の良さとしては、馴染みの人と場所に移り住むのでリロケーションダ
メージがまったく新しいところに移り住むよりも軽減される。

職員数が多いので、外出その他の個別対応がやりやすい環境があり、利用者の自由度がこれまで以上に増す。

他のサービスとの組み合わせ、特に外部からの行き来があるサービスとの組み合わせは、外部の人との交流など外部との接触があることで良い影響を及ぼすと考えている。

小規模多機能型居宅介護を運営する中で泊まりの弊害を感じた。それは本人を支えるため（支えていたつもり）に泊まりを行っていたが、結果的には本人を家族から話すことに繋がり、在宅での生活が続けられなくなるというケースである。これは泊まりが増えるほど施設入所に繋がりやすい傾向がある。

<自宅で暮らす>

- ・誰もいない時に、転んだり、具合がわるくなったら心配
- ・家族に迷惑をかけるかもしれないという遠慮と心配
- ・安全安心は少ないけれどこれまで通りの生活環境やこれまでの暮らしの継続ができる

など

<施設で暮らす>

- ・好きな時に好きなところに行けない
- ・見知らぬ人との共同生活
- ・安心安全な生活はあるが、これまでの生活環境とはまるで違うものであり、これまでの暮らしの継続ができない

これまでと過ごす場所が変わるだけで、生活スタイルは変えなくても良い。言い換えると、自宅で介護が難しくなった場合、過ごす場所は変えなくても、生活スタイルを変えなければならないことがある。住まい（居場所）を変える事で、これまで培ってきた自分なりのライフスタイルを貫くことができる。特に、24時間、常に支えが必要な方（いつ、何時、何があるかわからない人たち）が、地域を身近に感じ接することができる。住宅の廊下が地域の道路のような捉え方のなかで、住宅の廊下が地域に伸びていき、広い地域につながっていく。

小規模多機能に住まいが隣接することで、ケアマネジャーもサービスも変わらず関わることができ、施設の安全安心と自宅の気ままさを併せ持つことができるのである。

【事業所名】わが家

【所在地】長野県上伊那郡宮田村 7612-11

【住まいの種類】住宅型有料老人ホーム

【併設事業所】宅幼老所・通所介護・訪問介護・生活介護・生活訓練・移動支援・タイムケア・日中一時支援・小規模多機能型居宅介護・託児・学童保育・一般旅客運送・福祉有償移送・よろず相談所

【自法人の関連事業所】

【住まいを整備するに至った経緯（思い）】

特別養護老人ホームに臨時職員として採用、翌年、公務員初級試験を受け晴れて伊那市職員（公務員）となる。それから14年近く、措置時代の養護、特養を行き来し、「畳の上でなぜ死なせてくれないんだ！」の声に突き動かされ、何度も躊躇した結果、平成15年12月退職し平成16年より宅幼老所を運営する。

ある利用者を通所、訪問、自主でのお泊まりや冬季は長期間のお泊りで在宅を支えていたが、老健施設へ入所となる。介護者である娘さんも施設入所に非常に悩まれたが、わが家には長期間泊まれるサービスが無いため施設入所を選択する。

このような出来事を期に、住まいの必要性を感じ、在宅型有料老人ホームを整備する。



【住まいがあることでの効果】

独居 さと子さん（仮名）

主介護者 娘 同じ村内に居住 通って母親の介護をしている

通所サービス、訪問サービスと自主事業での泊りサービスを利用して在宅を支えていた。冬季の間は、雪のため、5か月間という長期間宿泊。

このような支援で3年間過ごすが、主介護者より、母親の介護と自分の生活の両立が難しく、このまま自宅で母親を支えていくことが困難であるとの相談を受ける。

さと子さん自身は、これまで慣れした親しんだ自宅での生活を希望していたが、娘の負担を考えると、自宅でのこのままでの生活は難しいという思いも持っていた。

自宅での生活が難しいのであれば、冬季のように、ずっと「わが家」で住み続けることを希望された。それは、これまでの「わが家」のスタッフとの関係を途切れさせたくないという思いや、施設入所となるとこれまで住み慣れた地域以外に移らないといけないという不安があったからである。

しかし、「わが家」では、一時的な泊りには対応できても「住み替え」のニーズにこたえられない。主介護者の娘も、できればこれまで慣れ親しんでいる「わが家」での継続的な関係を希望したが、この時点では、さと子さんと娘さんの思いに答えることができず、老健への施設入所を選択する。

これまでのさと子さんとの関係を継続したいという思いから「わが家」では住み替えのニーズにも対応できるよう、「住まい」の整備を行うこととなる。

一年後に「住まい処よろず家」が完成し、主介護者の娘とも相談し、さと子さんを老健より「住まい処あずま家」へ移り住んでもらうこととなる。

住まいを併設した効果として

- ・これまで自宅での生活を支えていたスタッフがそのまま関われる
- ・これまでと同じ人がケアを継続することできめ細かな支援ができる
- ・村役場の近所の住宅街にあり、これまでの自宅と同じような景色が見える（これまで住み慣れた地域で継続して生活ができる）
- ・家族やご近所の方も自由に入出りができ、これまでの自宅と変わらない人付き合いが継続できる

当初(民家改修型で事業)



改修後(住まい併設)



重度心身障害者の M さん

わが家には、平成 17 年からご利用いただいています。

当時、彼女は養護学校に通い、土曜日、日曜日に、タイムケア事業で、通ってくれていました。

なじみの関係ができ、母からこの子が高校を卒業した後の行き先がなくて、困っているとの言葉で私たちは、この子が安心して過ごせる場所の提供を目指し、基準該当の生活介護をとりました。

そして、より動きある生活ができるように新たな拠点として、あずま家という、宅幼老所を作りました。

現在、M さんは、19 歳、卒業と共に生活介護で利用が始まりました。あずま家に通所しながら、週 2 回、村から派遣される OT (作業療法) と、PT (理学療法)、MT (音楽療法) をうけ、週 3~4 回の入浴、母親が対応できない時の浣腸、摘便、病院に通う時の付き添い、また、家族の急病時、緊急時のお泊りもしていま

す。

今後の課題は、年金受給の歳となり、成年後見、親亡き後の M さんの居場所について家族と共に考えていかななくてはならないと思っています。

精神科病院から地域へ

地域へ帰る（す）取り組みは、知的障害者施設だけではなく、精神科病院も行っている。県立の病院では、ベッド数が150床ほど減ってしまったため、受け入れ態勢が整わないまま地域に投げ出される形で自宅に帰ってくる人たちが出てきている。

わが家・あずま家でも、訪問や、通いで在宅を支え、住居に困っている方々へは、有料、老人ホームを提供してきた。しかし、入居の希望者が多く、また、介護事業所が地域に少ないため適正なサービスを提供できていない現状がある。

また、精神疾患についての知識、理解不足のため、適切なサービスに繋がれないという問題がある。

私たちは、病院との連携を取りつつ、サービス提供事業所との連絡調整を行い、行政と調整を行っている。



 **わが家からあずま家&よろず家へ**

- 居所介護
- 訪問介護
- 生活介護
- 生活訓練
- 行動支援
- イムケア
- 泊まり
- 日中一時支援
- 小規模多機能型居宅介護
- 託児
- 学童保育後の預かり
- 緊急時宿泊
- 住宅型有料老人ホーム
- 一般旅客運送
- 福祉有償移送
- よろず相談所

いい湯だな～
ばーちゃん!



【考察】

目の前のご利用者のニーズを支えるために「住み替えられる住まい」を準備したケースである。多くの事業者は「事業すること」が目的となってしまうが、

「わが家」においては、目の前の人の思いに応えるために「住まい」を準備した。

介護事業所に住まいが併設されれば便利であるということではなく、「目の前の人の思いに応えるために何をするのか」ということを考えた一つの事例である。

今回は、さと子さんの思いに応えるために住まいを併設したが、「目の前の思いを大切にする」という考え方はさと子さんのみに限ったものではなく、そのほかの入居者へも同じ思いで関わりを持っているのである。

また、介護事業所が少ない地域ではあるが、精神疾患などこれまでのように身体的なケアのみで支えられる人だけではなく、そのことが地域の問題でもあり、事業所の課題である。そのようななかで、高齢者だけでなく地域の困りごとにみきあっている事業所である。

(5) 高齢者総合ケアセンターこぶし園

【事業所名】 高齢者総合ケアセンターこぶし園

【所在地】 新潟県長岡市（地域に分散）

【住まいを整備するに至った経緯】

* 目指している方向

- ・ 在宅サービスでの定額（小規模多機能型居宅介護）の拡大
- ・ 地域（生活圏域）の中で提供するサービスの拡大
- ・ 普通の住まい（バリアフリー）の提供
- ・ 24時間365日連続するサービスの拡大

* キーワード＜施設機能を地域へ＞

・ 施設志向が根強いのは、入居する本人ではなく、周りの家族や介護者である。

* 施設のメリット

- ・ 24時間365日途切れることのないケアの提供
- ・ 何かあった時に、短時間で発見・対応してくれる
- ・ 費用は包括報酬
- ・ 在宅のサービスに比べて施設の方が安い

* 施設のデメリット

- ・ 集団での生活でプライベートな時間が作りにくい
- ・ これまでの人間関係が途切れやすい
- ・ これまでの生活習慣が維持できない
- ・ 自由な行動が自宅に比べて制限されてしまう

施設のメリットである24時間365日の介護は在宅サービスにはなく、施設のデメリットは在宅の生活に存在している。在宅にはない施設のメリットを在宅

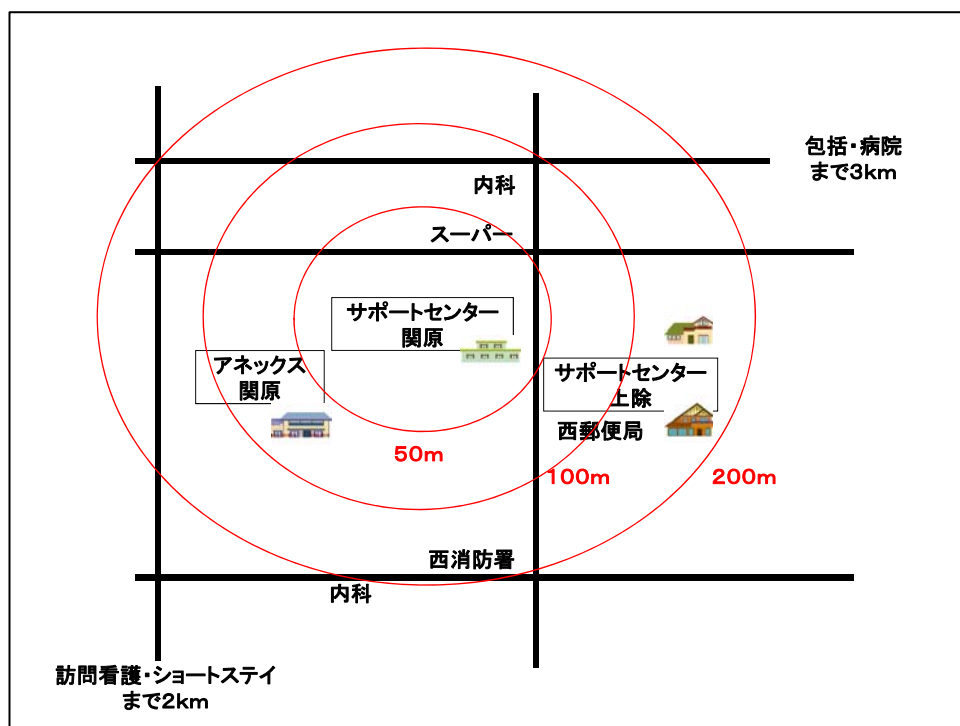
にも作るために、施設を分散し地域拠点としての機能を持たせて、地域支援を行っている。

【住まいがあることでの効果】

・周辺に点在しているサービスを繋なぎ合せフルタイム・フルサービスを提供

<ネットワーク型サポートセンター>

- ・認知症グループホーム 18名
- ・在宅支援型住宅 9室
- ・居宅介護支援事業所
- ・24時間ケアサービスステーション
- ・通所介護事業所 26名
- ・小規模多機能型居宅介護事業所




それぞれのサービス（拠点）を繋ぎ合せて、地域を支える

<コラボレート型サポートセンター>

土地・居住部分は通常のアパートとして民間事業者が担当し、介護部分はフルタイム・フルサービスを提供する社会福祉法人長岡福祉協会（こぶし園）が担当する。


- ・通所介護（こぶし園）
- ・訪問看護（こぶし園）
- ・訪問介護（こぶし園）
- ・配食サービス（こぶし園）
- ・在宅介護支援センター（こぶし園）
- ・居宅介護支援事業所（こぶし園）
- ・バリアフリーアパート（民間）

サポートセンター永田



通所介護
訪問看護
訪問介護
配食サービス
在宅介護支援センター
居宅介護支援事業所

こぶし園 ←



バリアフリーアパート
26.39㎡×8部屋

→ 民間



○住居の概要

建築年月日	平成16年1月
所在地	長岡市永田2丁目9番25号
構造	木造平屋建て2世帯
築年数	洋室7畳・クローゼット キッチン・トイレ
付帯設備	エアコン・電動物干し

○費用の概要

家賃（月給）	40,000円
敷金	40,000円
仲介料（不動産）	10,000円
保険料（2年間）	10,000円
光熱水費	自己負担

○その他

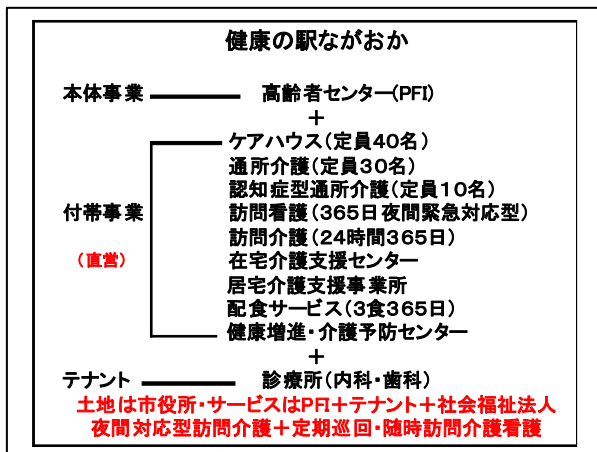
- ・介護が必要な場合は介護保険等のサービスを利用することになります。
- ・食事サービスを利用する場合は、別途実費（1日760円）がかかります。

※その他詳細は別途費用がかかります。

<健康の駅ながおか>

- ・ 高齢者センター(PFI)
- +
- ・ ケアハウス (定員40名)
- ・ 通所介護 (定員30名)
- ・ 認知症対応型通所介護 (定員10名)
- ・ 訪問看護 (365日夜間緊急対応型)
- ・ 訪問介護 (24時間365日)
- ・ 在宅介護支援センター
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 配食サービス (3食365日)
- ・ 健康増進・介護予防センター
- +
- ・ 診療所 (内科・歯科)

土地は市役所・サービスは PFI+テナント+社会福祉法人 (夜間対応型訪問介護+定期巡回・随時訪問介護看護)



< サポートセンター撰田屋（土地・建物は民間所有） >

- ・ 特別養護老人ホーム 20名
- ・ 認知症グループホーム 9名
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業（登録定員 25名 通い 15名 宿泊 6名）
- ・ 配食サービス
- ・ カフェテラス・キッズルーム
- ・ 在宅支援型住宅

サポートセンター撰田屋

撰田屋地区に介護保険サービスだけでなく地域の皆様からもご利用いただける総合サービスを新たに開設しました。より自宅から近い形で生活の維持や住み替えによって、家族や地域住民との親密な関係を維持して生活していただきたいという考えをこらせたサービスセンターです。

サービスメニュー Service Menu

- 地域密着型小規模老人福祉施設
サテライト型特別養護老人ホーム撰田屋(定員20名)
要介護認定を受けた方、自宅での介護が困難な撰田屋地区の方、住み替えによる地域での生活を継続することを目的としたサービスです。介護のニーズは、このエリアの需要です。
- 小規模多機能型居宅介護撰田屋
(登録人数25名 通い15名 泊り6名)
「通い」型、24時間対応のサービスです。全てのサービスを個別スタッフが提供していただきます。認知症の対応したサービスを提供できます。料金については毎月定額です。必要なサービスが必要な時にのみ利用することができます。
- カフェテラス・キッズルーム
【カフェテラス】高齢者の皆様を中心に、地域内の皆様が気軽に集えるスペースとして設定したお茶会・おしゃべりスペースです。高齢者の定着を促し、介護するスペースで、カフェテラスを利用される地域の皆様やサポートセンターを利用される高齢者の世代交流のスペースとして活用いたします。

【1階】

【2階】

- 認知症対応型共同生活介護(定員9名)【1階】
認知症になってから居住しつづけた地域で暮らしたいという希望を叶えるため、明るく家庭的な環境を整えることや家族や地域との結びつきを大切にしながら、その人の意思を尊重し、その人らしい暮らしを実現して頂きます。
また、福祉施設がワンストップで生まれたこのシステムを日本に定着させるために目的の暮らしのペースに変わっていきます。
- 在宅支援型住宅(10室)【2階】
在宅支援型住宅ではバリアフリー環境・車イス対応の居住を提供。認知症対応型共同生活介護(グループホーム)併設が特徴です。
また、小規模多機能型居宅介護事業所が隣接しており、住み慣れた地域での暮らしをサポート利用できる方は、要介護高齢者・虚弱高齢者です。

お問い合わせ 見学・ご相談は随時、対応しております。お気軽にお問い合わせください。

〒940-1105 新潟県長岡市撰田屋5丁目9番73
サポートセンター撰田屋
TEL.0258-39-1510 FAX.0258-39-1512
TAKADA 高田建設事務所
TEL.0258-36-1230(代表) FAX.0258-36-8185
URL: http://www.takada-arc.com
E-mail: info@takada-arc.com

在宅支援型住宅 ユニバーサルハイツ撰田屋 【10室】

在宅支援型住宅とは、バリアフリー環境(車イス対応)の居住を提供するもので、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)が1階部分に併設されています。また小規模多機能型居宅介護事業所が隣接しており、住み慣れた地域での暮らしをサポートいたします。
利用できる方は、要介護高齢者・虚弱高齢者です。

※建物1階部分は認知症対応型共同生活介護となっております。

1. サービスの内容

a. 住居の提供
b. 緊急の場合の安否確認と連絡調整
c. 相談援助

2. 入居に際して必要なもの

a. 寝具一式 b. 日用品等(ゴミ箱・ハンガー等)
c. 衣類 d. ベッド(必要な方のみ)
e. 使用済みの家具・衣類ケース等 f. 洗面用具
g. その他

3. 設備内容

・キッチン
・トイレ
・クローゼット付
・全室バリアフリー対応

～案内図～

4. ご利用料金

重料(全室)	40,000円(月額)
共益費	5,000円(月額)
光熱水費	実費
敷金	40,000円(入居時)

食事代(希望者のみ)	
朝食	420円
昼食	540円
夕食	540円
合計	1,500円

※ 所得により減額有り

損害保険料 10,000円(年間)

お問い合わせ先
〒940-1105 新潟県長岡市撰田屋5丁目9番22号
TAKADA 高田建設事務所
高田アレス・タカダ
TEL.0258-36-1230(代表) FAX.0258-36-8185
URL: http://www.takada-arc.com
E-mail: info@takada-arc.com

〒940-1105 新潟県長岡市撰田屋5丁目9番73
サポートセンター撰田屋
TEL.0258-39-1510 FAX.0258-39-1512

開設予定:平成26年春開設(平成24年土地引き渡し50年間の定期借地権契約)
計画地:千葉県柏市豊四季台一丁目807-1および937-75(豊四季台団地内)

構造:RC造地上6階建て

延床面積:6,337.25㎡(予定)

敷地面積:3,500㎡第1種中高層住居専用地域(建ぺい率60%/容積率200%)。

施設用途:サービス付き高齢者向け住宅(自立型 36㎡10室 54㎡20室 75㎡5室)

(介護型 18㎡60室 27㎡10室)

- ・小規模多機能型居宅介護
- ・定期巡回随時対応型訪問介護看護
- ・訪問看護ステーション
- ・訪問介護ステーション
- ・居宅介護支援事業所
- ・認知症グループホーム
- ・地域包括支援センター
- ・地域交流スペース
- ・クリニック(在宅療養支援診療所)
- ・主治医診療所
- ・薬局
- ・学童保育施設 等

こぶし園においては、介護老人福祉施設も「住まい」という感覚であり、「住まい」に24時間365日途切れない食事・介護・医療サービスがあれば、施設という限られた建物のなかだけでなく、地域でも生活が可能であるとの考えである。また、施設と違い、住み慣れた地域では、それまで本人が培った人や地域との関係が存在しており、そこには馴染みの関係が存在している。これまでの施設では、それまでの生活(関係)を断ち切って施設に入所してることになり、施設のケアをいくら充実させていっても、利用者が「そこに住みたい」と思えるところにはならないのである。

そこで、地域に施設の様な機能(24時間365日途切れることのない医療・介護・食事)の支援とこれまで本人が培った地域との関係が再び結び着くような工夫(サポートセンター構想)を行っている。

(6) 小規模多機能ホームいつでんどこでん

【事業所名】「小規模多機能ホームいつでんどこでん」

(NPO法人よんなっせ山鹿)

【所在地】熊本県山鹿市古閑 1312-3

【住まいの種類】共生ホーム（地域ふれあいホーム）

高齢者・障がい者のための低料金での住まい（別棟9部屋、レスパイト用に常時2部屋確保）

【併設事業所】なし

【法人の事業所】

小規模多機能居宅介護（登録定員25名、通い15名、泊まり9名）以外は自主事業

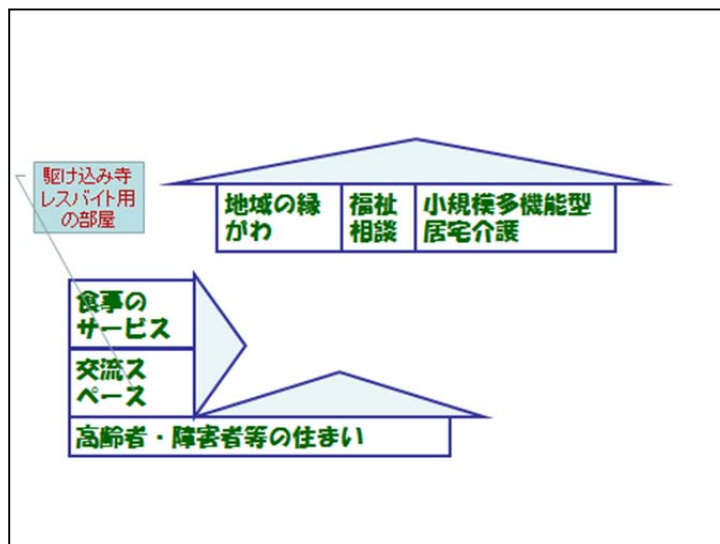
地域の縁がわ事業、農縁交流事業・子育て支援事業・子ども預かり事業（自主事業：半日400円、食事付き）、市委託のトワイライト事業（母子宿泊等）、子育てサロン（毎週木曜日）、介護予防事業（介護予防サロン：毎週火曜日）

人材育成および研修事業（市と協働で認知症サポートリーダー養成、実習受け入れ、徘徊模擬訓練等）

人権擁護に係る事業（高齢者虐待やDV被害者の避難場所、認知症の人や家族への支援（家族のつどい等）

住まいの状況

「コレクティブホーム」と名付けている住まいは、小規模多機能とは別棟にあり、9部屋がある。内レスパイト用に常時2部屋確保している。利用者は、障がい者4～5名と高齢者2名である。障がい者は、精神や知的および身体の三障がいの方が利用している。高齢者の利用者は、認知症がありホームの近くの借家から追い出された方々であり小規模多機能の利用者である。またレスパイト用2部屋は、DVや認知症高齢者の虐待からの避難場所、不登校の学生の体験学習の場等多様な利用となっている。（利用料は食費込一日2,200円）



「地域の縁がわづくり」から「地域ふれあいホーム」としての「いつでんどこでん」

日の当たる縁がわは、隣近所の人たちがおしゃべりをしたり、子どもたちの遊ぶ様子を見守ったり、お年寄りから若い母親に子育ての知恵を伝えたり、時には収穫した野菜を選別したりといろいろな人の交流の場であった。

熊本県では、現代における「地域の“縁がわ”」として、地域の誰もがいつでも気軽に集い、支え合う地域の拠点づくりの普及を図っている。「地域の縁がわ」は単に集まり交流するだけではなく、地域で暮らし続けるための安心とつながる場、若しくはつなげる場である。この地域の縁がわづくりは、これまでの公的福祉サービスだけでは「地域の中で安心して暮らし続ける」ことが困難になっている中で、地域の共助を創り出す取り組みである。



『いつでんどこでん』を整備した目的

『きなっせ』が、通って、泊まって、家にも出向いて、最後には住むこともできる小規模多機能ホームとして5年が経過したときである。『きなっせ』で支え続けていた認知症の人が、地域の無理解と地域で支えるシステムがないために地域で弾き出されてしまうことが続いた。まだ移り住む必要がないと思われるにもかかわらず自宅で暮らしたいとの願いに反して住まいになってしまうことも多かった。私たちの必死の支えだけではどうしようもないのかと無力感に襲われた。このことから可能な限り自宅で暮らし続けられるためのシステムをつくろうと取りくんだのが『いつでんどこでん』である。平成15年3月に開設した。

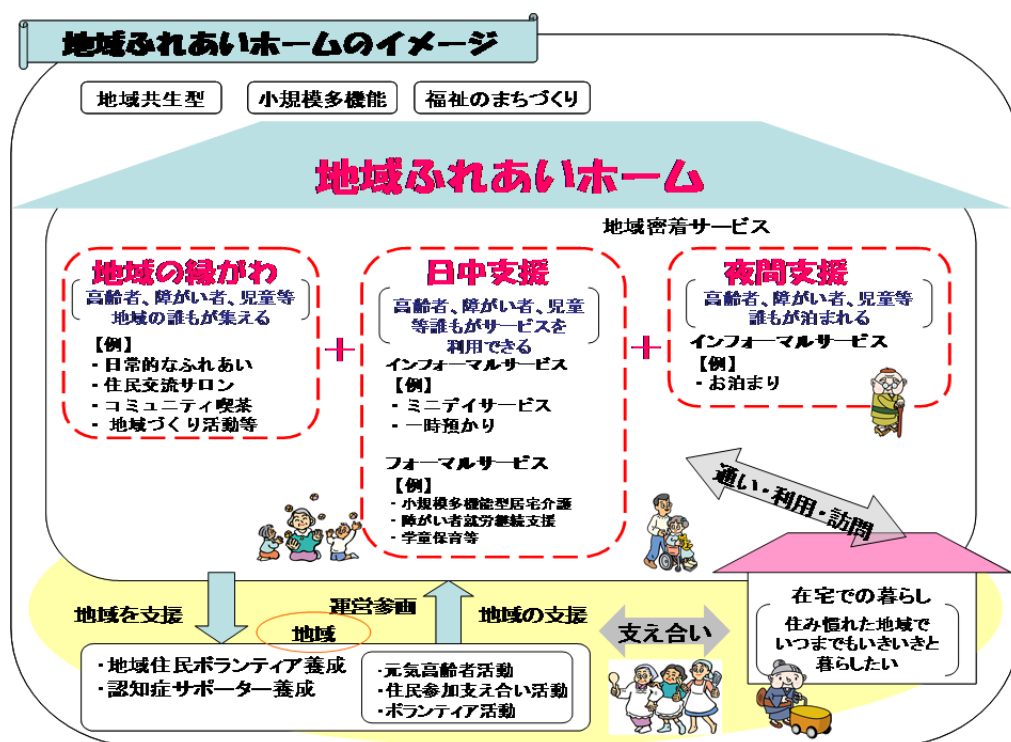
可能な限り自宅で暮らし続けられるためのシステムを考えていく時に、まず求められたことは①困ったその時に対応が可能、②24時間365日の安心、すなわち、これまでの入所施設の機能と同じことが地域の中で受けられる、「小規模多機能サービス拠点」となることであった。そのため、地域サポートセンター（①小学校区内のことには24時間の相談・緊急対応が可能。②小学校区内の介護ニーズには必ず応える。決してNOとは言わない。③緊急の場合、救急車より早く自宅に着く一小学校区内だから可能。）を核に取り組みを行った。

また、地域を想定した時に、高齢者だけでなく子どもからしょうがいのある方まで支えることが自然なことだろうと「共生ホーム」を整備し活用している。そこは独自事業の「共生ホーム（9部屋の内、緊急対応用として2部屋を常に確保）」である。宅老所の「通って・泊まって・出向いて・住むこともできる」

住まいとして、どうしてもこれまでの自宅で住み続けられない方々用の住まいである。小規模多機能型居宅介護を利用していても、長期の泊まりとなり、自宅に帰れなくなる方もいる。そのした方々の住み慣れた地域から切り離されずに暮らし続けられる住まいである。それは2～3部屋でも機能する。多くても5～6部屋あれば十分である。

「地域ふれあいホーム」の展開へ

『いつでんどこでん』の取り組みは、「地域ふれあいホーム」の展開となっている。「地域ふれあいホーム」は、地域交流サロンなどの「地域の縁がわ」づくりに取り組みながら、介護や子育て支援、障がい者の地域生活支援を行うなどの日中の支援と、体調や家族の状況などにより、必要なときには夜、泊まることもできる施設として、熊本県は県単事業として平成21年度から施設整備の補助を行っている。



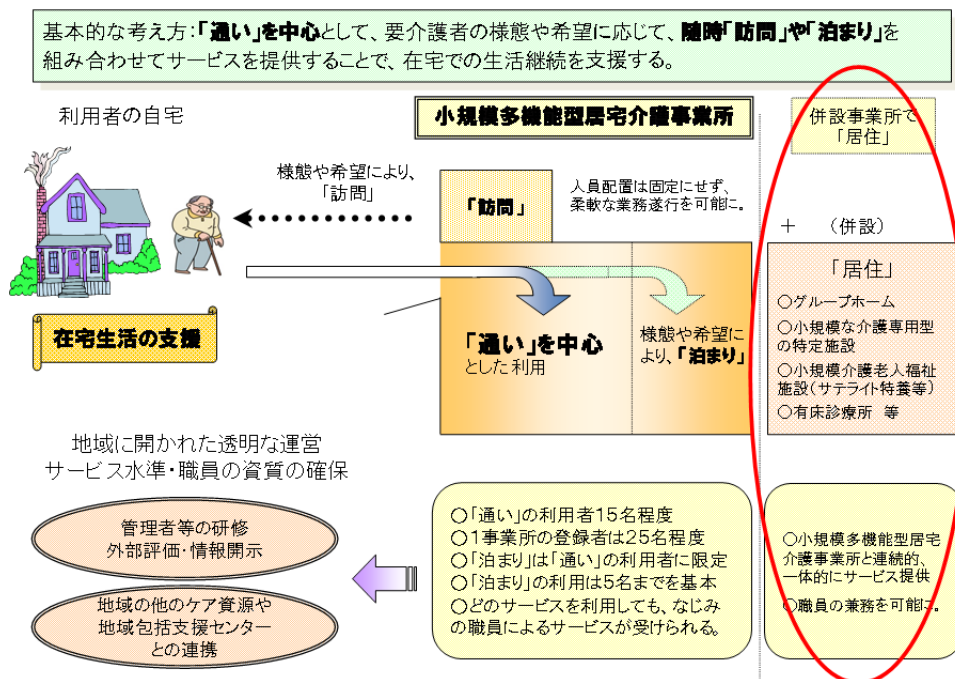
【考察】

「宅老所の通って・泊まって・出向いて・住むこともできる」ことを小規模多機能型居宅介護として制度化するときのサービスの骨格として、次のように言われていた。

(平成 18 年の制度化時)

「居住」については、小規模多機能型居宅介護において必須とせず、必要に応じ、小規模多機能型居宅介護事業所に「居住」を担う場を併設することで対応することになる。(それが下記のイメージ図である)

制度化されたときの小規模多機能型居宅介護のイメージ



最初から併設施設として位置づけられたのが、グループホーム、小規模な介護専用型の特定施設、小規模介護老人福祉施設(サテライト特養等)、有床診療所等である。ここについては管理者や職員が一体で運営できるとされた。小規模多機能以外のサービスの利用との併設となっている。住まいを先に整備すると、そこを埋めるために利用者を集めてしまうとの問題意識からである。

既にある「住まい」(そこにはアパートや団地などの集合住宅を含む)を介護サービスが支える。そのひとつが小規模多機能型居宅介護であることは当然である。しかし、悩ましいのは同じように見える形態でありながら、小規模多機能型居宅介護に新しい「住まい」を併設することである。この形態は、新たな「施設」を造ることになる。小規模多機能型居宅介護の目的は、住み慣れた地域で、可能な限り住み続けることを支えるものであるにもかかわらず、新たな形の「施設」を造り、結果として地域から切り離れた新たな形態の「施設」をつくることになる。こうした住まいの併設は、いわゆる「抱え込み」になることから市町村で独自の基準を定め、制限しているところも出てきている。例えば熊本県山鹿市では「併設の施設からの利用は、サービス利用者の半数を超え

てはいけない」ことを条例で謳っている。

① 暮らし（生活）を支えるためのサービスのあり方

用意されているサービスに利用者を当てはめるのではなく、個々の利用者に柔軟なサービスを提供すること。

移り住む「住まい」も必要であり、安心のために早めの移り住みもある。そのときに、サービス(小規模多機能型居宅介護)に合わせて、住まいを造ることではなくて、地域の中での暮らしを継続する「住まい」に、適切な各種のサービスが入ることが必要である。他の地域から呼び寄せ囲い込むような「住まい」では、これまでの「生活の継続」はできない。

② 適切な規模

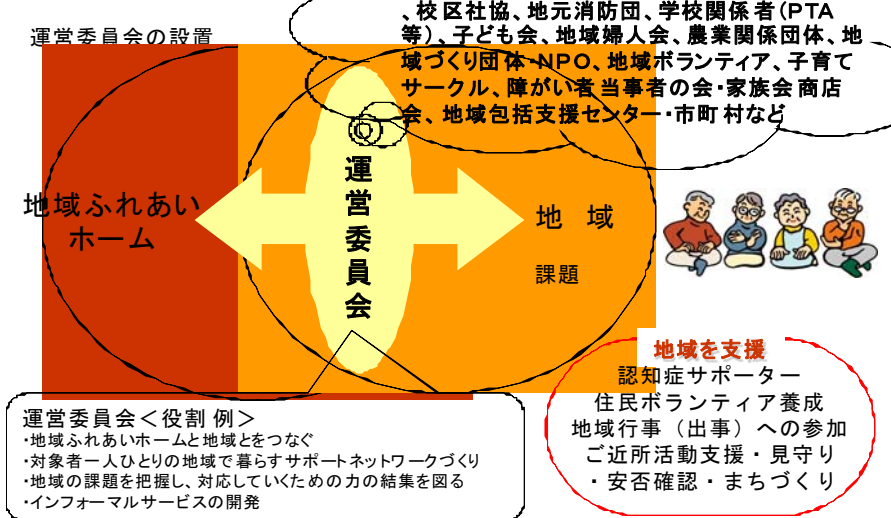
その「住まい」の規模は、所謂団地などを除いて、大規模になることは望ましくない。それは、他の地域から移り住ませる、呼び集めることになる。ひとつの小規模多機能型居宅介護で通って、泊まりながら、それが継続して、住み続けなければならない人は、多くて4~5人である。その程度の「住まい」でも十分である。

③ 囲い込みにならない仕組み

「住まい」+小規模多機能型居宅介護となれば、地域の目も入り難くなり、質の確保の上でも、課題が出てくる。それを克服するためには、一定の仕組みが必要になる。

次の図は、熊本県で推進している「地域ふれあいホーム」の質の確保のための仕組みである。地域に開かれていること、地域の目が入ることを確保するために、現在義務化されている地域密着型サービスでの運営委員会を住まいの部分にも広め、一体として取り組もうとしている。小規模多機能型居宅介護に併設する「住まい」の部分も地域に開かれていることが必要である。こうした仕組みを持ち合わせて「住まい」を併設することが望ましいといえる。

地域ふれあいホームの これからの展開



(7) 株式会社 アルワン

【事業所名】株式会社 アルワン

【所在地】北海道札幌市

【住まいの種類】高齢者・障害者下宿

【併設事業所】小規模多機能型居宅介護

【自法人の関連事業所】ヘルパーステーション・指定居宅介護事業所・児童デイサービス

【住まいについて】

有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅と違い、高齢者のみを限定とした住まいではない。高齢者だけでなく、障害者など、普通の方も入居が可能である。

しかし、食事の提供サービスや、介護事業所が併設されていることから高齢者が入居している率が高いようである。

一般の人も入居が可能であるため（現に高齢者以外が居住している）、高齢者の居住の安定確保に関する法律に係る住まいの要件を満たす必要が無い。

【楽明館33】

場所：札幌市北区北33条西12丁目

併設事業所：小規模多機能型居宅介護事業所

建物概要：RC壁式構造、耐火造、3階建て、敷地694㎡、エレベーター完備

居室概要：

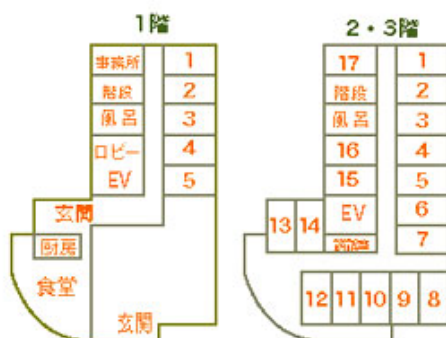
〈総室数〉39室

〈居室面積〉8～10帖

〈居室設備〉全室車イス対応トイレ、洗面台、クローゼット、くつ箱、カーテン、

電話回線、インターネット回線、TVアンテナ

共用設備概要：浴室、洗面室、全自動洗濯機、食堂、ホール、ロビー、セントラルヒーティング



入居室		
1階	居室10畳	5室
2階	居室10畳	5室 (ベランダ付)
	居室8～10畳	12室
3階	居室10畳	5室 (ベランダ付)
	居室8～10畳	12室

入居費用	
家賃	36,000円～58,000円
管理費	30,000円
光熱費	7,000円
食費	40,000円
暖房費	16,000円(11月～4月)
敷金	2ヶ月分(入居時)



多機能住宅



住まいの共用

廊下

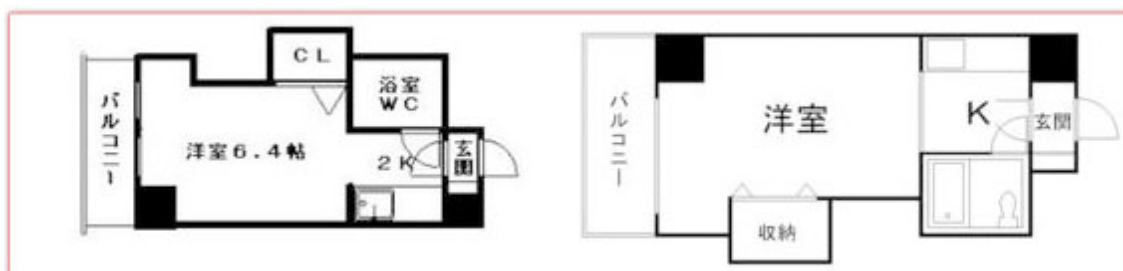
近隣に住む地域住民の住み替えもある。特に冬場、雪かきができない独居の近所の方などが、冬場だけの入居を希望されて来館されるが、その後も住み続けるケースが数例ある。ご近所に自宅を持つ方は、日常的に自宅と「住宅」を行き来する方もいる。

家賃は一定におさえられており、生活保護受給者にも入居可能な設定をしており、実際入居されている方もいる。医療、介護サービスは入居者の希望に応じて対応している。

【楽明館 南1条】

場所：札幌市中央区南1条西15丁目1-316

併設事業所：小規模多機能型居宅介護事業所



入居時の料金 92,000 円

内 訳	敷金	72,000 円～ (家賃の二ヶ月分)
	火災保険料	10,000 円 (2年更新)

一ヶ月の料金表

【一ヶ月の料金表】		お部屋は全て1Kタイプ		
		大	中	小
合計（5月～10月）		124,000円	105,000	99,000円
合計（11月～4月）		144,000円	123,000	114,000円
内訳	家賃	58,000円	42,000	36,000円
	食費	36,000円	36,000	36,000円
	水道光熱費	10,000円	7,000円	7,000円
	管理費	20,000円	20,000円	20,000円
	暖房費	20,000円	18,000円	15,000円



<居室の一例>

台所、バス、トイレ付き

札幌の中心地に位置しており、1Fには居酒屋（テナント）が入っている。もともと、貸しアパートとして運営されていたが、建物が老朽化していくなかで、入居率が低下。今後のアパート経営が難しいと判断し、今の事業所に一括借り上げ及び運営を依頼したとのこと。そこで、介護事業所を併設し、365日の食事サービスを付け、高齢者も入りやすい状況を作り、運営する。

この住宅も高齢者だけを限定としていないため、高齢者の居住の安定確保に関する法律に係る住まいの要件を満たす必要が無い。

建物自体は、もともとアパートであったため住まいとしての機能は整っているが、バリアフリーの観点から見ると段差等がある。しかし、建物の改修及び立替えすると今の費用で入ることができない。

(8) 隠居長屋ろんち

【事業所名】 隠居長屋ろんち

【所在地】 鹿児島県霧島市溝辺町麓 988 番地 1

【併設事業所】 なし

【自法人の関連事業所】 特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援事業、小規模多機能型居宅介護、地域包括支援センター

●施設を作った経緯と目的

昭和初期より診療所を営み、地域の在宅医療に取り組んできた徳永医院が特別養護老人ホーム「フラワーホーム」を設立したのは昭和 55 年である。

以来、社会福祉法人「山陵会」として高齢者福祉に関するサービスを総合的に整え、診療所での医療とともに地域の高齢者の健康を見守ってきた。

霧島市溝辺町は零細農家が多く、高度経済成長期に若い世代が故郷を離れ大都市へと移住していった。高齢となった親の世代の多くは単身もしくは夫婦世帯である。

持ち家率は高いが、住宅の老朽化は進んでいる。過疎化も進んだため、隣近所との関係が希薄になる一方で介護サービスの非効率化も招いている。脳梗塞などで体が不自由になったり、車いすが必要になったら家での生活がむずかしい。認知症を発症し薬の管理ができない、家事ができないなど自宅で暮らし続けることが困難になっていく方もおられる。

しかし、特別養護老人ホームは待機者が多くなかなか入れない。また、グループホームや有料老人ホームは経済的に入居できないなどの不安を高齢者は持っている。

一方、介護が必要な状態になっても可能な限り住み慣れた地域で生活したい。今住んでいる地域に住み続けたいと、日常生活圏域内の生活を望んでいる。

そして、ひとりで暮らすことの寂しさや不安が認知症やうつ病などの疾患の発生に大きく関連している。

地域で暮らし続けること、一人で暮らすことでの不安という弊害を解消もしくは和らげるような取り組みを検討していたところ、国土交通省が「高齢者・障害者・子育て世帯居住安定化推進事業」を募集していたので、社会福祉法人山陵会の事業として申請しモデル事業となった。

「医療と福祉のサービスが高齢者の暮らしを支えられれば、介護必要な状態になっても自分の家で暮らすことができる」ことを目的としている。



●概要

「隠居長屋ろんち」は徳永医院に隣接しており、介護保険のサービス施設も目と鼻の先にある。60歳以上で介護保険認定が要支援1～要介護5までの方の入居が可能である。部屋数は10室でL字型の建物の中央部分に食堂がある。部屋の広さは18平米以上で家賃は本人の収入により1万円から2万5千円で電話回線、エアコン、水洗トイレ、台所、などの設備がある。また、共同の浴室、食堂、があり個人のプライバシーを確保しつつ地域交流スペースとして、パーゴラを設けておりテーブルやベンチが置かれ、釜戸や囲炉裏もある。

パーゴラの下で「たまり場」として名付けられた交流スペースで、毎週土曜日に地域の高齢者と入居者が一緒に、地元も旬の食材を使って、草餅、ちまき、月見団子、そば、味噌など季節の料理をみんなで作り、一緒に食べる。時にはソバ植えやさつま芋植えを行い収穫までの農作業をしたり、民謡を歌ったり、年長者の知識や郷土の食文化を学び暮らしの知恵を若い世代に継承する。

●事例紹介

対象者：KHさん 年齢：85歳 女性 介護度：要介護2
既往歴：脳梗塞後遺症（左側中度の麻痺） 脳血管性認知症 うっ血性心不全

生活歴

宮崎県に生まれ育つ。子どもは娘が一人。平成5年にご主人が他界。その後もハウス栽培等を行い生計を立ててきたが、病気の発症を機に介護が必要な状態となる。娘は鹿児島に嫁いでいたため宮崎では介護をしてくれる人がいなかった。娘も同居は出来なかったが、本人が近くのグループホームに入居することができ面会には行けるようになった。数年間グループホームでの暮らしを続けていたが、だんだんと経済的負担が大きくなり、グループホームで暮らし続けることが難しくなってきた。ちょうどその頃、隠居長屋ろんちが完成したことで入居することになる。また入居と同時に小規模多機能型居宅介護のサービスを利用することになった。



*現在のサービス利用状況

週5日の通いサービスを利用しており、朝・昼・夕の食事の提供、服薬管理をされている。入浴も通いサービスの時にしている。本人は入浴を楽しみにしており一人でゆっくりと入れるので満足している。またドライブやお出かけも好きで、その日の天候や気分で行かされる気ままなサービスが気に入っている。

る。通いサービスの他には週2日の訪問サービスを利用。朝と夕のお弁当の配達と服薬管理を受けている。通いサービスが休みの2日間の昼食は、隠居長屋ろんちで他入居者と語らいながら食堂でご飯を食べている。毎週土曜日は入居者と近所の高齢者と一緒に四季折々の料理や行事に参加され楽しんでおられる。また、隣町に住む娘さんも時々泊まりに来られ一緒に過ごす時間ができている。

*医療との連携

ある年、本人がインフルエンザに感染した時があった。高い熱が出て、一人では動けない状態だった。娘さんも仕事を休むことが出来ず、また、隠居長屋ろんちに一人でいることは出来ない状況。事業所としても、インフルエンザの感染が確認できている方を受け入れることは、まん延防止からも悩ましい状況だった。しかし、主治医と連携を取り、小規模多機能の宿泊サービスを利用し、個室隔離の対応、水分補給や食事の提供など事業所と主治医とで連携をきちんとしたことにより、1週間ほどで無事回復し再び隠居長屋ろんちに帰ることができた。この時にしっかりと事業所で支えることが出来たので本人も家族も安心して隠居長屋ろんちで暮らしていけると思えたのではないかと思う。

*まとめ・考察

隠居長屋ろんちに入居しながら小規模多機能型居宅介護を利用するようになり、2年6カ月が経過した。グループホーム入居中の時とは違い、四六時中スタッフの目がある環境ではなくなった。しかし、洗濯や身の回りの簡単な片付けなど自分で出来ることは自分でしながら、介護度も変わることなく暮らし続けることが出来ている。現在は社会的入院を含め、地域に受け皿がなく退院したくても退院できない高齢者が数多くおられる。また地域で暮らしていきたいけど、昔ながらの家屋、一人暮らしの心配などにより地域での暮らしを諦めざるを得ない施設入居者も数多い。高齢者の住まいの確保と必要なサービスを必要な量提供できる小規模多機能型居宅介護の組み合わせは、今後の高齢社会を見据えた理想的なサービス形態のひとつではなかるか。

(9) 小規模多機能「燈」

【事業所名】美瑛慈光園小規模多機能「燈」

【所在地】北海道上川郡美瑛町南町3丁目11番地322

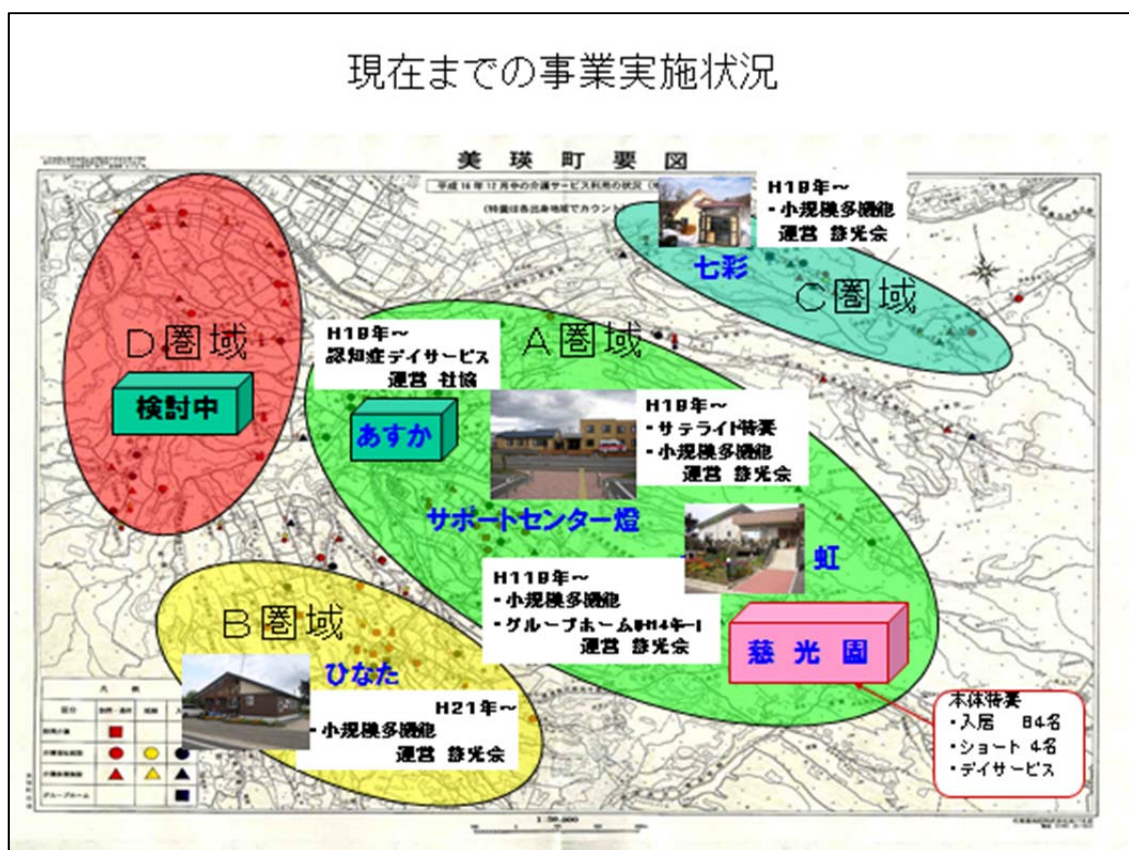
【併設事業所】サテライト特養(16床)・サテライトショートステイ(4床)

【委託事業】高齢者福祉住宅(21名の独居高齢者が入居)

【自法人の関連事業所】特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援事業、痴呆対応型共同生活介護、給食サービス、介護相談、移送サービス

【公営住宅に暮すご夫婦を支えた事例】

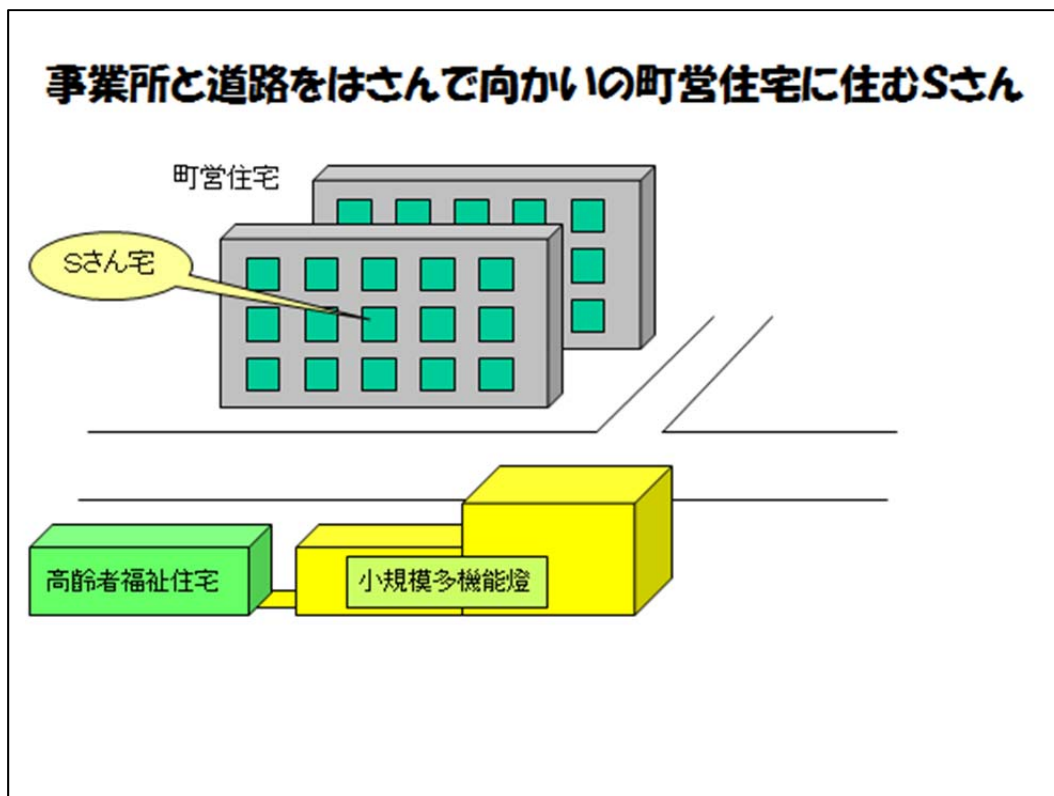
小規模多機能「燈」は平成19年10月1日に開園した。事業所の道路向かいにある町営住宅に暮すご夫婦を支えた事例を紹介する。



Sさんは72歳の男性、要介護5である。妻と二人暮らし。本人は50代後半に関節リウマチを発症し、近年になって急激に状態が悪化し、日常生活において細かな支援が必要になった。認知症状はない。また妻は中等度の知的障害で妄想もあり、服薬もままならない状態で近所とのトラブルも多かった。従って、妻がSさんの身体介護含む日常生活の支援を行うことは難しかった。

「可能な限りこの町営住宅で、夫婦二人で暮らし続けたい」というSさんの

強い思いがあり、これまで関わってきた美瑛町の保健師と社協のケアマネジャーより依頼があり、小規模多機能「燈」の向かいにある町営住宅にお住まいのご夫婦を支援することとなった。



Sさんは利用開始当初、何とかつかまり歩行ができる状態であったものの、腕がほとんど上がらないため食事・水分は妻が介助していた。利用開始後すぐに屋内の環境を整え、屋内移動のための6輪車いすを手配し、買い物も行きたいという希望もあり外出用の4輪車いすをレンタルすることとなる。開始時の

支援内容は週2回入浴のみの通い、週1回買い物の付き添い及び通院の付き添いだった。それから1か月後、全く歩くことができなくなり、立位保持も困難になる。移乗の際は妻に小規模多機能へ電話をかけてもらい、スタッフがその都度訪問し、介助していた。排尿は、妻が尿瓶で対応した。更に1か月後、自分でほとんど動くことができなくなり、動作においても全介助が必要となり、訪問回数を増やす。併せて特殊寝台、床ずれ防止マット、車いすクッションをレンタルした。

それから2か月後には、食事、排泄を介助していた妻が精神疾患による精神不安定になり、うまく夫の介助ができなくなる。Sさん夫婦の暮す町営住宅は3階建てで21世帯が暮らしていた。妻が時々大声をあげたり、1階のお宅の窓ガラスを叩いたり、ゴミの日ではない日にゴミを出してしまったりと、団地内からの苦情が出始めたのもこのころからである。そして、Sさんは排尿感覚が低下のため常時、オムツを必要とするようになり、徐々に体力も低下し、離床時間が短くなる。また、その2か月後には、一日のほとんどをベッド上で生活するようになった。妻も、自らの疾患のための通院を促しても、なかなか一人では行こうとされず、また服薬も飲み忘れが多いことから、支援が必要となり、小規模多機能に登録をしていただき、利用となる。妻には服薬介助、通院付き添い、週2回入浴のみの通いを主に支援を開始した。

Sさんへの1日の支援の内容

時間	サービス内容	備考
7:00	訪問	夜中から朝方 電話があれば訪問し排泄介助
8:00	訪問	8:30 朝食介助 排泄介助
9:00	訪問	朝食後はトイレ介助
10:00		
11:00	訪問	11:30 排泄介助
12:00		
13:00	水・土曜日 入浴の通い	13:00 昼食介助 排泄介助
14:00	日曜日 買い物付き添い	
15:00	訪問	15:30 排泄介助
16:00		
17:00	訪問	17:30 排泄介助
18:00	訪問	
19:00	訪問	18:45 夕食介助 排泄介助
20:00	訪問	20:30 排泄介助
21:00	訪問	
22:00	訪問	22:00 排泄介助 施錠

- ・週 2 回、小規模多機能に通い入浴。
- ・毎週日曜日は買い物（2 時間かかる）。
- ・通院やお金をおろすなどの用事は随時対応。
- ・食事は朝・夕は小規模多機能から届け、昼は買い物してきた惣菜やカップラーメンなど、本人が希望するものを食べる。
- ・S さんの訪問と合わせて、妻の服薬介助。

S さんと妻の生活リズムも整い、しばらくは病状も安定し暮しておられたが、半年ほど経過し、S さんが肺炎のため入院。2 週間ほどで退院したが痩せ細り体力が落ちてしまった。

自宅に戻ってからは、離床するのは 30 分が限界となった。そのため、外出用としてリクライニング車いすをレンタル。しかし、また 3 か月後に肺炎で入院となる。そして、20 日ほどで退院できたものの、本人が「このまま自宅へ帰るのも不安」ということで、自信を取り戻すまで宿泊サービスの利用となった。

現在、S さんは併設のサテライト特養に入所となったが、妻は現在も小規模多機能を利用しながら町営住宅に住み、S さんともいつでも一緒に過ごせる環境の中で暮らし続けている。

【考察】

「可能な限り住み慣れた町営住宅で、夫婦二人で暮らし続けたい」という思いを大切に関わってきた。当初は、要介護 5 の日常生活において全面的に介助が必要な方と知的障害のある方の二人暮らしで、どこまでその思いを叶えることができるのだろうかと不安のほうが大きかった。「住み慣れた地域」ということからすれば、隣接するサテライト特養にお二人とも入所していただければリスクも回避でき良いと考え、S さんに提案したこともあった。

しかし、S さんの思いはあくまでも「これまで暮らし続けてきた自宅で」という強い思いであった。その背景としては、これまで二人で暮らしてきた思い出や妻の障害による周囲との関係構築のむずかしさ、体は自由に動かなくても自分が妻の側で守ってやらねばならないという妻へのいたわりの気持ちや夫として義務を果たそうという強い思いがあったのではないかと考える。障害の進行に伴い、日常生活においてできなくなることが増えてくる。そのような中、サービス提供者側の視点でリスクばかりに目を向け安易に暮らしの場を周囲の都合で変えてしまうことは本人の生きる力を奪ってしまうことにほかならない。本人の状態の変化に添って支援のあり様を考え、困っていることに柔軟に即時的に支えていく事によってそれまでの暮らしが継続できるということが実証できた事例となった。

第5章

小規模多機能型居宅介護と住まいについて

今回、この調査研究事業では小規模多機能型居宅介護と住まいの在り方について、次の 4つの論点について調査研究を行った。

- (1) 小規模多機能型居宅介護と住まいとの関係の実態調査
- (2) 小規模多機能型居宅介護に併設した住まいのあり方
- (3) もともとの大規模集合住宅(団地等)に支援がつく場合の支援のあり方
- (4) 今回導入された同一建物からの利用時の減算についての検証

現在の小規模多機能型居宅介護を含めた地域密着型サービス等の介護政策とサービス付き高齢者向け住宅などの住宅政策は、地域包括ケアシステムにおいて 5 本柱のひとつとして議論されているが、その推進者である市町村では住まいに関する具体的な計画は策定されておらず、政策の不一致がみてとれる。

高齢者の望む「住まい」には何が必要なのだろうか？個室でプライバシーが保たれていること。介護サービスがすぐいつでも受けられる距離にあること。それだけではない。自宅という住まいで例えるなら、そこにはその人自身がこれまでの暮らしを通して作ってきた歴史がある。これからの暮らし思い描き、暮らしにあった住みたい場所を考慮し、使い勝手の良い間取りを考え、さらには好みのしつらえを工夫する。家族構成によってもその都度、変化する。限られた空間としての住まいのみならず、近隣との関係性によって、暮らしに幅や深み加わり、その住まいに暮らすことの安心感へと繋がるのである。

(1) 小規模多機能型居宅介護と住まいの関係

小規模多機能型居宅介護の創設時に「通って、泊まって、自宅にも来てくれて、いざとなったら住むこともできる」という議論が行われていた。しかしながら、制度化されたのは「通い、訪問、宿泊」のみで、結果として住まいが切り離されることとなった。その理由としては、住まいを併設することで、住まいの定員を充足することに力点が置かれ、結果として高齢者の生活の継続性を断ち切ってしまうことを避けるための切り離しであった。

このたびの調査では、住まいがあり・なしによって統計上の違いを見出すことができるのではないかとの仮説のもと、調査を行ったが、どの項目においても大きな違いは見られなかった。

今回の回収率(35.2%)から見ると、回答していない約65%事業所がどのような事業運営を行っているかわからないままであるが、回答いただいた事業所の住まいの平均戸数は14.4戸と、比較的小規模な住まい機能を有していることがわかった。また、国の定める小規模多機能型居宅介護の登録定員の8割を併設する住まいからの利用者となる場合は、減算をする規定が平成24年4月から設

けられたが、今回、回答いただいた事業所の住まいは、1棟あたりの戸数そのものが6割以下となっており、減算の対象とはならない事業所多い。これは、減算の状況を聞く項目においても、3件が該当するのみとなっており、全体の0.2%にとどまっている。また「平成24年度介護報酬改定に関する関係Q&A（平成24年3月16日）について」で示されていることであるが、集合住宅と同一建物に所在する事業所の地域への展開というタイトルで、国が定める規定では登録定員の8割以上となる場合に減算の対象となるものを、市町村が独自に定める基準において登録定員の5割までとすることができる（問160）といった、より水準の高い基準を設けている自治体があることも影響していることが考えられる。

今後、地域包括ケアシステムを市町村の特色を生かしながら推進していくためにも、市町村がどのような町を描き、計画や基準として設計していくのかが問われることとなるであろう「住い」を単なる「居住の場」として捉え、戸数だけ増やし続けてしまうのか、これまでの暮らしの継続性が担保された「暮しの場」として整備されるのかでは、高齢者の望む暮らしに大きく影響するものと考えられる。

（2）小規模多機能型居宅介護における「住まい」のあり方

そもそも、住まいとは何だろうか。介護保険制度創設時に、認知症グループホームが第3の住まいとして脚光を浴びたが、当時、施設か自宅かの2極でしか見ることができなかったものが、認知症グループホームの創設により、新たな類型として全国に広まっていった。今回の訪問調査でも、サービス付き高齢者住宅のほうが4人部屋の入居系施設よりもずっと住み心地が良いといった意見も聞かれた。

このような住まいに対して高齢者が期待することは何か。もちろんきれいな部屋や広い面積といったハードも重要であるが、やはり自宅で暮らし続けたいという思いを持ち、自宅で暮らし続けられなくとも、これまで暮らしてきた自宅と同じ住まい方をしたいという気持ちを持っているのではなかろうか。

「2015年の高齢者介護」（厚生労働省老健局長の私的研究会／高齢者介護研究会／2003年）の「生活の継続性を維持するための、地域での新しい介護サービス体系」の中で自宅について謳われている。「自宅とは、私たち自身が主人公である世界である。自宅であれば、介護が必要になった時でも、人は、自分自身で立てたスケジュールに沿って日常生活を営むことができる。朝何時に起きるかは自分の自由であるし、食事を摂るか摂らないか、何を食べるかも自分自身で決めることができる。（手助けさえあれば）買い物に出かけることもできる。家族や友人たちとおしゃべりをし、夜更かしすることもできる。自宅の良さと

は、介護が必要になった時でも、介護のために自分の生活や自由を犠牲にすることなく、自分らしい生活を続けることができる点にある」と述べている。

このたびの住まいの議論も、住まいを単なる滞在している場所や時間で捉えるのではなく、自らが一つひとつの事柄を決めることができる「自己決定」やこれまでどおりのライフスタイルを継続できる「生活の継続性」、人生を歩んだ歴史とともに、多少、使い勝手が悪くてもやりくりしながらなんとか自分で家事ができる台所や家といった「自立支援」など、自己実現に向けた住まい方ができる居場所や居方（いかた）として本人が選択できるかどうか問われているのではなかろうか。訪問調査の中でも、これまでと同じ暮らしの場（同一町内会）にある住まいに移り住んだ場合、人間関係や地域とのかかわりをそのまま引っ越し先の住まいへ持ち込んで生活し続けることができるような住まいもあった。また、違う生活圏域から移り住んできた方であったとしても、これまでどおり自分のしたいように過ごし、気の向くままに一日のスケジュールが過ぎていく暮らしぶりを実現している事例もあった。

これまでは、どちらかという個室か相部屋かといった居住環境であったり、自宅にある家財を移り住んだ先にも持ち込むことができるかどうかといったしつらえなど、外形にばかり目を向けてきたきらいがある。

大切なことは、本人以外の周囲が選択するのではなく、本人が事業所（住まい）の特徴を理解し、ライフスタイルの継続ができれば、移り住む場所はこれまでと離れても構わないと選択することができたり、今までどおりの関係や環境で、夜寝る場所が自宅からちょっと離れた住まいへ移ったとしても、すぐに来てくれるスタッフが身近にいるほうが安心など、自らの希望に近い住まい方ができるかどうか選択するための要素になってくる。

そのうえで、住まい方を実現するためのケアのあり方も重要である。自宅と同じ生活圏域の中にある住まいであっても、事業所側のスケジュールによって起きる時間から、食事の時間、外出は許可制といった生活を住まいや事業所に縛り付けるような支援しかなければ、本人の生活の幅は狭められ、囲い込まれた暮らしになってしまう。

小規模多機能型居宅介護における住まいとは、生活の本拠となる自分らしい居場所や居方を実現する「自宅機能」であり、グループホーム、地域共生ホーム、サービス付き高齢者住宅等のような形態であったとしても、本人中心の自宅機能を実現するためのかかわり（ケア）によって大きく左右される。

- (3) もともとの大規模集合住宅(団地等)に支援がつく場合の支援のあり方
大規模集合住宅(団地等)では、建物の構造上、その居住空間同士の距離が

密なため、顔なじみになりやすい。しかし一方で、家族構成、年齢層、ライフスタイル等の異なる価値観を持つ人々の集団でもあり、回覧版配りや清掃活動など共同住宅だからこそ参加しなければ暮らしにくくなるという、相反する状況も産み出しかねないのが集合住宅（団地等）の特徴である。そのような環境の中、介護が必要となったり、認知症になった場合、同じ団地内に住む方々の理解なくして暮らしの継続性は困難である。今回の訪問調査でも、団地内からの苦情を受けつつも、本人の「可能な限りこの町営住宅で、夫婦二人で暮らし続けたい」という強い思いを実現するため、上下階やお隣への気遣いはもちろん、同じ集合住宅に住む方々への認知症の理解や周囲への安心の提供へ奔走している姿が報告された。本人にとっても、同じ色の同じ建物が何棟も立ち並び、階段を上ると同じ玄関がつけられている集合住宅では、より混乱を深める場合も多く、近隣の協力は不可欠である。

（４）今回導入された同一建物からの利用時の減算についての検証。

小規模多機能型居宅介護と同一建物のサービス付き高齢者向け住宅等に対して減算が導入されているが、同一建物であっても対象となる養護老人ホーム、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、旧高齢者専用賃貸住宅以外は、減算の適用にはならない。住まいの整備を行っている 196 か所のうち、減算に該当する事業所が 3 件のみとなっているのも、同一敷地内にある別棟や道を挟んで隣接する場合は該当しないという瑕疵がある。そういうものでは意味がない。

また、介護保険における「減算」とは、人員配置の欠如や定員超過など減算されるべき違反や不適格事項がある場合に適用されるものであって、同一建物からの利用はなんら違反や不適格な意味はない。今後、このような支え方の違いを表現する類型化の議論が必要と考える。

資 料

2012 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

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 25 年 1 月 31 日 (木) 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			
運営法人	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人(社協) <input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 営利法人(有限会社・株式会社等) <input type="checkbox"/> その他 ()		
都道府県		市町村	
記入者名		記入者職名	<input type="checkbox"/> 代表(開設者) <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 事務長 <input type="checkbox"/> 事業統括者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 計画作成・介護職員
電話番号			

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. 貴事業所の種類等についてお聞きします。

2-1) 貴事業所の種類を教えてください(一つだけ)。

<input type="checkbox"/> ①小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ②サテライト型 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> ③複合型サービス
--

[限定質問]

2-2) 上記の 2-1) で、①「小規模多機能型居宅介護」に回答した事業所にのみお聞きします。

(1) 事業所の指定年月(西暦)を教えてください。

年	月
---	---

(2) 現在実施している小規模多機能型居宅介護事業所を展開する予定(直近一年以内)はありますか。

<input type="checkbox"/> ①サテライトの展開を検討している <input type="checkbox"/> ②複合型サービスに転換を検討している <input type="checkbox"/> ③現時点では検討していない <input type="checkbox"/> ④その他 ()

2-3) 上記の 2-1) で、②「サテライト型」のみに回答した事業所にのみお聞きします。

(1) 事業所の指定年月(西暦)を教えてください。

年	月
---	---

(2) サテライトを展開した理由をお聞かせください（複数回答）

<input type="checkbox"/> ①登録・利用者の自宅や生活圏により近い拠点が必要だったから <input type="checkbox"/> ②登録者・利用者の枠を増やしたかったから <input type="checkbox"/> ③単独での開設より、サテライトの方が運営上（人員配置等）よかったから <input type="checkbox"/> ④市町村行政からの要請 <input type="checkbox"/> ⑤その他（具体的に： _____）
--

2-4) 上記の 2-1) で、③「複合型サービス」のみに回答した事業所にのみお聞きします。

(1) 貴事業所の開所の状況について教えてください。

<input type="checkbox"/> ①新規開所 <input type="checkbox"/> ②既存の小規模多機能型居宅介護を複合型サービスに転換

(2) 貴事業所の指定年月（西暦）を教えてください。また、既存の小規模多機能型居宅介護から複合型サービスに転換をした事業所については、従来の指定年月も教えてください。

新規指定	年 月	従来指定	年 月
------	-----	------	-----

(3) (1) で②と回答した事業の方にお聞きします。複合型サービスに転換した理由をお聞かせください（複数回答）

<input type="checkbox"/> ①同一法人内で訪問看護サービスを実施しており、事業の運営上効果的だと考えたから <input type="checkbox"/> ②報酬が高いから <input type="checkbox"/> ③小規模多機能型居宅介護の利用者に医療依存度の高い方が多いため、必要と考えたから <input type="checkbox"/> ④看護職員が 2.5 人以上いたから <input type="checkbox"/> ⑤市町村行政からの要請 <input type="checkbox"/> ⑥その他（具体的に： _____）

3. 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

4. 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

5. 貴事業所にて請求している加算及び減算等について、当てはまるものに☑をつけてください。（複数回答）

<input type="checkbox"/> 初期加算 <input type="checkbox"/> 事業開始時支援加算 <input type="checkbox"/> 認知症加算 <input type="checkbox"/> 看護職員配置加算 <input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算 <input type="checkbox"/> 処遇改善加算 <input type="checkbox"/> 市町村独自報酬（ _____ 単位） <input type="checkbox"/> 同一建物内からの利用（登録 8 割以上）減算 （複合型サービス独自加算） <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算 <input type="checkbox"/> 緊急時訪問看護加算 <input type="checkbox"/> 特別管理加算 <input type="checkbox"/> ターミナルケア加算
--

6. 現在、貴法人が実施しているサービスについて、当てはまるものすべてに☑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"/>
	複合型サービス	<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 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"/>
	一般アパート・マンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	他が所有するアパート・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"/>
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。

7. 「ケアマネジメント」の状況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。

7-1) ケアプランは、どの方式・様式を使用していますか？

<input type="checkbox"/> ライフサポートワークを使用	<input type="checkbox"/> 居宅介護サービス計画書を使用
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

7-2) ライフサポートワークの研修を受講したことのある職員はいますか？（複数回答）

<input type="checkbox"/> 管理者	<input type="checkbox"/> 計画作成担当者	<input type="checkbox"/> 介護職員	<input type="checkbox"/> 看護職員	<input type="checkbox"/> その他の職員
<input type="checkbox"/> 受講したことがない				

Ⅲ. 運営推進会議および地域の諸機関との連携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
委 員 構 成	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) 運営推進会議の開催について、**該当するものに☑**をつけてください。

<input type="checkbox"/> ①開催している	<input type="checkbox"/> ②開催できていない
----------------------------------	------------------------------------

9-2) 上記の9-1)で、①「開催している」と回答した事業所にお聞きします。
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23年10月1日～平成24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
--------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

9-3) 上記の9-1)で②「開催できていない」と回答した事業所にお聞きします。

(1) 「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。

- ①開設して間もないから
- 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
- ③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから
- 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
- ⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから
- ⑥その他

(2) 上記(1)で、④～⑥の回答をした事業所の方にお聞きします。実施頻度が法定の回数より少ない理由について、**該当するものすべてに☑**をつけてください。

- ①開設して間もないから
- ②会議の議題がないから
- ③運営推進会議のメンバーが集まらない（欠席が多い）から
- 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
- ⑤開催に関しての消極的な意見が多いから
- ⑥その他

9-4) 運営推進会議の議題についてお聞きします。

(1) 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。

- ①利用者のケース
- ②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告
- ③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題
- ④地域住民や関係機関職員からの要望や提案・話題
- ⑤メンバー同士の情報交換
- ⑥地域・事業所での行事検討
- ⑦登録者のケース以外の地域課題
- 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
- ⑨事業所のサービス評価に関すること
- ⑩事業所と地域の情報交換の場になっている
- ⑪その他 []

IV. 利用状況等についてお伺いします。

10. 現在の利用登録者の人数と利用者数をご記入ください。（平成24年10月末現在）

現在の利用登録者数	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

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。

11. 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24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40時間）をもとに計算してください。

職員総数		名			
常勤・非常勤		常勤		非常勤	
常勤換算人数		名		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

VI. 個別利用者の状況についてお伺いします。

1 2. 平成 24 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	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 (述べ回数)	訪問回数 (述べ回数)	宿泊回数 (述べ回数)	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. 病院 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 (近家族無) 2. 独居 (近家族有) 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 ^{km} 前後 3. 5 ^{km} 前後 4. 10 ^{km} 前後 5. それ以上
						年	月							
例	90	●・女	2	B2	Ⅱa	20	10	31	20	0	1	3	1	1
1		男・女												
2		男・女												
3		男・女												
4		男・女												
5		男・女												
6		男・女												
7		男・女												
8		男・女												
9		男・女												
10		男・女												
11		男・女												
12		男・女												
13		男・女												
14		男・女												
15		男・女												
16		男・女												
17		男・女												
18		男・女												
19		男・女												
20		男・女												
21		男・女												
22		男・女												
23		男・女												
24		男・女												
25		男・女												
26		男・女												
27		男・女												
28		男・女												
29		男・女												
30		男・女												

Ⅶ. 看取り(重度化)の状況についてお伺いします。

1 3. 小規模多機能型居宅介護の利用者の看取りにかかわったことがありますか？

ある ⇒ あると答えた方にお聞きします。これからも看取りを続けますか？

(是非続けたい 機会があれば続けたい 続けたくない)

ない ⇒ ないと答えた方にお聞きします。これから看取りを行いたいですか？

(是非行いたい 機会があれば行いたい 行いたくない)

1 4. 小規模多機能型居宅介護の利用者の看取りに関して、該当するものに☑をつけてください。

1. 職員は看取り(重度化)に関する知識がありますか	<input type="checkbox"/> 全ての職員に知識がある <input type="checkbox"/> ほとんどの職員に知識がある <input type="checkbox"/> ほとんど職員に知識がない <input type="checkbox"/> 全く知識がない
2. 看護師がいない時の看取り(重度化)の対応に不安がありますか	<input type="checkbox"/> 大変不安である <input type="checkbox"/> 不安である <input type="checkbox"/> 全く不安がない
3. 看取り(重度化)時に職員は意志決定や家族への伝達をすることができますと思いますか	<input type="checkbox"/> 全ての職員ができる <input type="checkbox"/> ほとんどの職員はできる <input type="checkbox"/> ほとんど職員はできない <input type="checkbox"/> すべての職員はできない
4. 看取り(重度化)に関して、利用者本人の意思確認ができますと思いますか	<input type="checkbox"/> 全ての利用者ができる <input type="checkbox"/> ほとんどの利用者はできる <input type="checkbox"/> ほとんど利用者はできない <input type="checkbox"/> すべての利用者はできない
5. 看取り(重度化)に家族の理解と協力があると思いますか	<input type="checkbox"/> 全ての家族にある <input type="checkbox"/> ほとんどの家族にある <input type="checkbox"/> ほとんど家族にない <input type="checkbox"/> すべての家族にない
6. 看取り(重度化)のために訪問してくれる医者はいますか	<input type="checkbox"/> たくさんいる <input type="checkbox"/> ほとんどいない <input type="checkbox"/> 全くいない

1 5. 利用者の看取り(重度化)に際して、必要と感じている準備について、該当するものに☑をつけてください。

1. 利用者の意思確認が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
2. 家族の理解と協力が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
3. 事業所としての方針の明確化が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
4. 24時間対応可能な訪問医療が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
5. 24時間対応可能な訪問看護が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
6. 職員の看取り(重度化)に対する知識や経験、技術の向上が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
7. 看取り(重度化)に対応するための事業所内の環境整備(設備やしつらえ等)が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
8. 看取り(重度化)に対応するために利用者の自宅の環境整備(設備やしつらえ等)が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
9. 看取り(重度化)になった時に、住み替えを行う「住まい」などの整備が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
10. 介護報酬の設定が必要 (看取り加算など)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない
11. 看取り(重度化)に関して、一般市民への理解と啓発が必要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> できれば必要 <input type="checkbox"/> 必要ない

Ⅷ. 小規模多機能型居宅介護と住まいの在り方についてお伺いします。

16. 貴事業所では、貴法人や同一グループ法人で、小規模多機能型居宅介護の登録者のための「住まい」（小規模多機能型居宅介護の登録者に住んでもらうことを目的としたもの、または、近くに「住まい」を整備した結果、利用することになった）の整備をおこなっていますか？

<input type="checkbox"/> 行っている	<input type="checkbox"/> 行っていない
↓	↓
16-2 へ	16-1 へ

(限定質問) 上記 16 にて、「行っていない」と回答した事業所にのみお聞きします。

16-1) 今後 1 年以内に「住まい」の整備を行う具体的な予定はありますか？

<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> わからない
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

(限定質問) 上記 16 にて、「行っている」と回答した事業所にのみお聞きします。

16-2) 住まいの建物数・戸数と実際にその「住まい」（建物）に、貴事業所の 10 月中の利用者のうちの何人がお住まいになっているか？を教えてください。

建物数	棟	総戸数	戸（室）
-----	---	-----	------

16-3) 上記「住まい」にお住まいの方のうち、10 月中の小規模多機能型居宅介護の登録者は何人いますか。

登録者	人
-----	---

16-4) 「住まい」を整備した理由を教えてください。

(該当するもの全てに☑をお願いします。また、ご意見もお願いします。)

<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所の運営の安定を図るため <input type="checkbox"/> 当該市町村以外の人でも利用できるようにするため <input type="checkbox"/> ご利用される本人のご家族からの強い要望があったため <input type="checkbox"/> ご利用される本人からの強い要望があったため <input type="checkbox"/> ご利用される本人の「暮らしぶり」や「今後の支援」を考えたときに必要だと思ったため <input type="checkbox"/> 理由はわからない <input type="checkbox"/> その他 ()
「小規模多機能型居宅介護」と「住まい」（集合住宅等）の関係について、メリット・デメリット、収益等に関して、ご意見をお聞かせください。

16-5) 「住まい」にかかる費用と広さ等について教えてください。

(1ヶ月の1部屋あたりの費用と面積)

家賃 (共益費含む)	最低 :	円 ~	最高 :	円
面積		m ² ~		m ²

Ⅷ. 各種連絡会について

17. 各種連絡会等への加入状況についてお聞きします。

17-1) 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会についてお聞きします。

① 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会があるのを知っていますか？

知っている 知らない

② 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会に加入していますか？

加入している 加入していない

17-2) 都道府県単位の地域密着型サービス連絡会や小規模多機能型居宅介護事業者連絡会等についてお聞きします。

① 都道府県単位の地域密着型サービス連絡会や小規模多機能型居宅介護事業者連絡会等の連絡会がありますか？

ある（名称 _____）
ない
わからない

② 都道府県単位の地域密着型サービス連絡会や小規模多機能型居宅介護事業者連絡会等の連絡会に加入していますか？

加入している 加入していない

17-3) 市町村単位の地域密着型サービス連絡会や小規模多機能型居宅介護事業者連絡会等についてお聞きします。

① 市町村単位の地域密着型サービス連絡会や小規模多機能型居宅介護事業者連絡会等の連絡会がありますか？

ある（名称 _____）
ない
わからない

② 市町村単位の地域密着型サービス連絡会や小規模多機能型居宅介護事業者連絡会等の連絡会に加入していますか？

加入している 加入していない

Ⅹ. 自由回答

18. 小規模多機能型居宅介護事業の運営及び支援に関してのご意見・要望を自由に記載ください。

※減算項目についてのご意見 ※今後、小規模多機能型居宅介護の展開予定

～アンケートは以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。～

※パンフレットと事業所の平面図を同封して頂けると幸いです。

小規模多機能型居宅介護と住まいに関する調査研究委員会 名簿

No.	氏 名	所属（肩書）	備考
1	高 橋 紘 士	国際医療福祉大学大学院（教授）	委員長
2	井 上 博 文	東北工業大学石井研究室	
3	川 原 秀 夫	特定非営利活動法人コレクティブ（理事長）	
4	小 山 剛	高齢者総合ケアセンターこぶし園（総合施設長）	
5	宮 島 渡	アザレアンさなだ（総合施設長）	
6	後 藤 裕 基	医療法人明輝会ろうけん青空（統括管理部長）	
7	津 田 由起子	小規模多機能ホーム・ぶどうの家（代表）	
8	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

※敬称略、順不同

◆◆◆参考資料◆◆◆◆◆

ここでは入居定員 25 人のサービス付き高齢者住宅に小規模多機能型居宅介護事業所（登録定員 25 人）を併設したモデルと住宅を併設しない小規模多機能型居宅介護の収支シミュレーションを行う。

シミュレーションに当たって、サービス付き高齢者住宅に小規模多機能型居宅介護事業所（登録定員 25 人）を併設したモデルを基に説明を行う。

【前提条件】

- ・ 1 階が小規模多機能型居宅介護事業所で、定員は登録 25 人、通い 15 人、宿泊 5 人。
- ・ 宿泊費は 1 泊 2000 円、食費は朝・昼・夕それぞれ 1 食 500 円とした
- ・ サービス付き高齢者住宅は全 25 戸（個室）、共有スペースとして食堂、リビング、キッチン、浴室、トイレなどを設置している
- ・ 開設時の人員配置は、管理者兼ケアマネジャー（正職員）1 人、看護師（正職員）1 人、介護福祉士（正職員）5 人、介護職員（常勤パート）2 人とした。
- ・ サービス付き高齢者住宅の入居者の生活を支援するため、食事提供サービス、安心見守りサービスを行う。 サービス付き高齢者住宅の入居者の生活をサポートする職員 3 人は、6 時から 20 時までローテーションで勤務。夜間にサービス付き高齢者住宅で緊急事態が起きたときは、小規模多機能型居宅介護事業所の職員に連絡して対応する

(1) 収入の結果

介護保険収入は、「要介護度別の介護報酬」×「登録者数」で計算できる。本シミュレーションでは基本報酬のほか、登録者全員にサービス提供体制強化加算（I）（月 500 単位、介護福祉士を 4 割以上配置、開設時から 3 カ月の実績により加算）、事業開始時支援加算（I）（月 500 単位、事業開始後 1 年未満で登録者数が定員の 8 割未満に算定）、看護職員配置加算（I）（月 900 単位）を算定し、さらに認知症の登録者 5 人に認知症加算（I）（月 800 単位）を算定している。

開設当初に登録者数が 10 人（要介護 1 が 3 人、2 が各 4 人、3 が 1 人、4 が 1 人、5 が 1 人）の時点で、同一建物居住者に対する減算（所定単位数に 90/100 を乗じた単位）をしたうえでの介護保険収入の合計額は月 199 万 5930 円である。利用者の全額自己負担である宿泊サービス（1 泊 2000 円）の収入はサービス付き高齢者住宅が併設していることを考慮してなしとする。食事サービスについては、すべての登録者が週 4 日通って昼食を食べると仮定。昼食の収入（登録者 10 人×4 回×4 週×500 円）で月 8 万円となる。介護保険収入を合わせた事業所全体の収入は月 207 万 5930 円である。

(2) 支出の結果

小規模多機能型居宅介護事業の支出の内訳は、人件費 7 割、家賃 1 割、その他 2 割となっている。各職員の 1 カ月の人件費は、管理者兼ケアマネジャー 35 万円、看護師 30 万円、介護福祉士（正職員）24 万円、介護職員（常勤パート）15 万円。開設時の人員配置は、管理者兼ケアマネジャー1 人、看護師 1 人、介護福祉士（正職員）5 人、介護職員（常勤パート）2 人だから、人件費は合計で月 236 万 5000 円となる。登録者数が 15 人に達する段階で、常勤パートを 1 人増やすため、人件費の合計額は月 253 万 0000 円にアップする。

オーナーに支払う家賃として、小規模多機能型居宅介護事業所の部分で月 40 万円。この額は常に一定である。そのほか光熱水費や食材料費、リース代などを合わせた人件費以外の支出額は、登録者数が 10 人の段階で月 81 万 8 千円。これに前述の人件費を加えると、支出額は月 318 万 3000 円に達する。

(3) シミュレーションの結果

サービス付き高齢者住宅を併設した小規模多機能型居宅介護事業所の開設当初の登録者が 10 人の時点で、月総収入 207 万 5930 円から月総支出 318 万 3000 円を差し引くと、収支差はマイナス 110 万 7070 円で赤字となる。登録者が 15 人に増えても、月総収入は 313 万 3450 円、総支出は 346 万 2000 円となり、収支差はマイナス 32 万 8550 円で赤字のままである。登録者が 25 人に増えると、月総収入は 504 万 1030 円、総支出は 401 万 4000 円となり、収支差は 102 万 7030 円で大幅な黒字となる。しかし、次年度（3 年目）になると、同一建物居住者に対する減算（前年度 1 月当たりの実登録者の数が登録定員の 80%以上の事業所）に該当するため、所定単位数に 90/100 を乗じた単位数となるため、登録者が 25 人に増えると、月総収入は 455 万 6927 円、総支出は 401 万 4000 円となり、収支差は 54 万 2927 円となりで大幅に黒字が減ることになる。

表 2 住宅を併設していない小規模多機能型居宅介護事業所と比べると、①開設当初の登録者の登録率が高くなっている②小規模多機能型居宅介護事業所の職員配置が、住宅に配置される職員を考えて少なく配置できる等の理由から、①開設当初の初期費用が少なくすむ②同一居住者に対する減算を考慮しても人件費が低くなるため、利益率が高くなることが予測される

本シミュレーションではサービス付き高齢者住宅を同一建物で併設している小規模多機能型居宅介護事業所と住宅を併設していない小規模多機能型居宅介護事業所を比較した。基本的な違いは登録率と人員配置である。結果としてサービス付き高齢者住宅を同一建物で併設している小規模多機能型居宅介護事業所は同一建物居住者に対する減算を考慮しても、利用者の登録率が早めに高くなることで、初期投資を抑えることができ、早い段階で黒字化に転換でき、利

益率が単独の小規模多機能型居宅介護より高くなると推測される。

表1 サービス付き高齢者住宅を同一建物で併設している小規模多機能型居宅介護事業所シミュレーション

- ・同一建物から、サービス付き高齢者住宅に住むすべてが登録
- ・同一建物居住者に対する減算（前年度1月当たりの実登録者の数が登録定員の80%以上の事業所）は3年目より該当することになる

登録25名 通い15名 泊まり5名 地域区分10.00

介護度平均2.3	1年目			2年目		
小規模多機能登録者合計	10	15	18	20	24	25
要介護	一人当たり単位					
要支援1	4,469					
要支援2	7,995					1
経過的要介護	45,494					
要介護1	11,430	3	4	4	6	6
要介護2	16,325	4	6	7	10	10
要介護3	23,286	1	3	4	5	4
要介護4	25,597	1	1	2	3	2
要介護5	28,120	1	1	1	1	2
サービス提供体制加算I	500	10	15	18	20	25
看護職員配置加算I	900	10	15	18	20	24
認知症加算I	800	5	7	9	10	12
事業開始時加算I	500	10	15			
収入						
小規模多機能居宅介護売上	1,995,930	3,013,450	3,648,530	4,173,360	4,756,080	4,841,030
食費(朝・昼・夕各500円)	500	80,000	120,000	144,000	160,000	200,000
宿泊費(2000円)	2,000					
合計	2,075,930	3,133,450	3,792,530	4,333,360	4,948,080	5,041,030
支出						
水道光熱費	60,000	100,000	120,000	150,000	180,000	180,000
食材料費	48,000	72,000	86,400	96,000	115,200	120,000
通信費	20,000	20,000	30,000	50,000	60,000	60,000
消耗品費	40,000	40,000	40,000	40,000	50,000	50,000
リース(車両・機器など)	80,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000
ガソリン・オイル	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
家賃	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000
研修費・福利厚生	20,000	20,000	20,000	30,000	30,000	30,000
広告費	20,000	0	0	0	0	0
保険	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
その他	100,000	150,000	200,000	250,000	250,000	250,000
合計	818,000	932,000	1,026,400	1,146,000	1,215,200	1,220,000
人件費						
人件費合計(正規職員はボーナス込み)	9	10	10	11	11	11
管理者兼介護支援専門員	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000
看護師	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000
介護士(正規職員)	240,000	1,200,000	1,200,000	1,200,000	1,440,000	1,440,000
介護士(正規職員以外)	150,000	300,000	450,000	450,000	450,000	450,000
法定福利費(10%)	215,000	230,000	230,000	254,000	254,000	254,000
合計	2,365,000	2,530,000	2,530,000	2,794,000	2,794,000	2,794,000
収支差額	-1,107,070	-328,550	236,130	393,360	938,880	1,027,030

表2 住宅を併設していない小規模多機能型居宅介護事業所シミュレーション
登録25名 通い15名 泊まり5名 地域区分10.00

介護度平均2.3	1年目			2年目		
小規模多機能登録者合計	5	10	15	18	20	25
要介護	一人当たり単位					
要支援1	4,469					
要支援2	7,995					1
経過的要介護	45,494					
要介護1	11,430	2	3	4	4	6
要介護2	16,325	2	4	6	7	10
要介護3	23,286	1	1	3	4	4
要介護4	25,597		1	1	2	2
要介護5	28,120		1	1	1	2
サービス提供体制加算 I	500	5	10	15	18	25
看護職員配置加算 I	900	5	10	15	18	24
認知症加算 I	800	2	5	7	9	12
事業開始時加算 I	500	5	10	15		
収入						
小規模多機能居宅介護売上	898,960	1,995,930	3,013,450	3,648,530	4,173,360	4,841,030
食費(朝・昼・夕各500円)	500	70,000	140,000	180,000	234,000	290,000
宿泊費(2000円)	2,000	60,000	120,000	120,000	180,000	180,000
合計	1,028,960	2,255,930	3,313,450	4,062,530	4,603,360	5,311,030
支出						
水道光熱費	60,000	60,000	100,000	120,000	150,000	180,000
食材料費	42,000	84,000	108,000	140,400	150,000	174,000
通信費	20,000	20,000	20,000	30,000	50,000	60,000
消耗品費	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	50,000
リース(車両・機器など)	80,000	80,000	100,000	100,000	100,000	100,000
ガソリン・オイル	30,000	40,000	50,000	60,000	80,000	100,000
家賃	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000
研修費・福利厚生	20,000	20,000	20,000	20,000	30,000	30,000
広告費	20,000	20,000			0	0
保険	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
その他	100,000	100,000	150,000	200,000	250,000	250,000
合計	832,000	884,000	1,008,000	1,130,400	1,270,000	1,364,000
人件費						
人件費合計(正規職員はボーナス込み)	9	9	11	12	13	15
管理者兼介護支援専門員	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000	350,000
看護師	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000	300,000
介護士(正規職員)	240,000	1,200,000	1,200,000	1,440,000	1,680,000	1,920,000
介護士(正規職員以外)	150,000	300,000	300,000	450,000	600,000	750,000
法定福利費(10%)	215,000	215,000	254,000	269,000	293,000	332,000
合計	2,365,000	2,365,000	2,794,000	2,959,000	3,223,000	3,652,000
収支差額	-2,168,040	-993,070	-488,550	-26,870	110,360	295,030

平成 24 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分
小規模多機能型居宅介護と住まいに関する調査研究報告書

平成 25 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