

平成25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

運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の  
質の向上に関する調査研究事業報告書

平成26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

現在、小規模多機能型居宅介護の事業所数は、確実に増加している。しかし、数的な増加に伴い、地域密着型サービスとしての小規模多機能型居宅介護の質が問われることになってきている。小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアの拠点のひとつとして「地域での暮らし」そのものを支援するようになってきている。その小規模多機能型居宅介護の質の確保は、「地域の中で利用者の暮らしをいかに支えているか」を問うものでなければならない。この地域での暮らしの支援は、介護保険でのサービスだけでは支えきれないなかで、地域によってあり方が異なるものでもあり、全国一律のあり方ではない。「地域における最適を地域が自ら選ぶこと」にもなっている。

質の確保においても、全国一律でできるものではない。現在の質の確保の仕組みは、平成 18 年の地域密着型サービスの創設時からほとんど変化がない。また、ひとつの要素だけで確立できるものでもない。市町村の指定・指導、研修、評価、公表等幾層もの取り組みから質は確保できる。地域包括ケアの実現が問われているときに、その視点での質の確保が必要である。

そのため、本年度は「日常生活圏域」でどのような取り組みが必要かとの視点で調査研究事業を行った。この調査研究事業の柱は、運営推進会議を活用した「地域からの評価」である。地域密着型サービスでは運営推進会議が義務付けられているが、運営推進会議が成熟すると、運営推進会議を活用した外部評価も可能になるものと考え、モデル事業で検証してみた。これまでの外部評価より確実に事業所の質の向上に資することが明らかになった。さらに、この調査・研究では、今後の小規模多機能型居宅介護の質の確保についての方策を、研修や自治体の役割についても検討してきた。

次年度以降に課題を引き継ぐ内容となった報告書であるが、地域の中でだれもが安心して暮らし続けられるための事業所の質を向上させる一歩になるものと考えている。

この研究事業には、厚生労働省をはじめ全国の自治体および事業者の皆様のご協力をいただきました。また現地調査では、多くの事業所、行政の皆様にお力をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

平成 26 年 3 月 31 日

特定非営利活動法人  
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会  
理事長 川原 秀夫



## 目 次

要約	3
本編	
第1章 調査研究の目的・背景と概要	
1. 調査研究の目的	15
2. 調査研究の背景	15
3. 質の向上のための現状	16
4. 概要	18
第2章 小規模多機能型居宅介護の現状	
1. 事業所別のみた分析	23
2. 個票による利用者属性の分析	43
第3章 日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方、 地域での役割・拠点機能の検証	
1. 日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方	63
2. その人を支えることを出発点に、地域をも支える取組み	63
3. 各地での先駆的取組み	65
4. 先駆的な取組みから見えてきた9つの機能	85
5. まとめ・課題	91
第4章 小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた取組み事例	
1. 事業所独自の質の向上に向けた研修の取組み	95
2. 地域連絡会による質の向上に向けた研修の取組み	97
3. 行政と地域連絡会の協働による質の向上に向けた研修の取組み	102
4. まとめ	110
第5章 小規模多機能型居宅介護のサービス評価	
1. 小規模多機能型居宅介護のサービス評価	113
2. 事業所自己評価及び地域からの評価	115
3. まとめ	125
終章 まとめ	129
資料編	
小規模多機能型居宅介護サービス評価 実施ガイド	137
スタッフ個別評価 評価項目の説明	151
スタッフ個別評価 評価票（記入用紙）	163
事業所自己評価 評価票（記入用紙）	175
地域からの評価 説明&運営推進会議メンバー配布シート	187
地域からの評価 結果まとめ様式	193
小規模多機能型居宅介護サービス評価 総括表	203
小規模多機能型居宅介護全国調査 調査票	207



## 要 約







## 平成25年度老人保健健康増進等事業 運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の 質の向上に関する調査研究事業

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  
TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918  
URL <http://www.shoukibo.net/>  
E-mail: [info@shoukibo.net](mailto:info@shoukibo.net)

### 運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業

#### 1. 調査・研究の目的

○地域密着型サービス・小規模多機能型居宅介護が創設され丸7年が経過し、全国で約4,267か所の事業所が展開している（平成26年1月請求分）。このたびの事業は、質の高い小規模多機能型居宅介護の推進を図ることを目的に実施する。

- (1)小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた取組事例の収集  
（事業所の基本情報及び運営推進会議の積極的活用、事業所内の人材育成や研修、行政や地域連絡会等協働しての人材育成・研修等）
- (2)日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方、地域での役割・拠点機能の検証（日常生活圏域の拠点としての役割、機能、あり方）
- (3)小規模多機能型居宅介護の運営推進会議等の地域住民の参画による地域からの評価（外部評価）のあり方（運営推進会議等、地域住民の参画による地域からの評価及びその前提となる自己評価等のあり方及び項目、担い手の育成、公表等）

#### 2. 調査手法

- 2013年9月時点において、サービスを提供している小規模多機能型居宅介護事業所全数4,194件を対象とし、調査票を郵送配布・郵送回収とした。
- 回収件数は、1641件（39.1%）、有効回答は1,627件（38.8%）だった。
- 先駆的実践を取り組む事業所及び自治体へのヒヤリング調査を実施。
- 質の確保・向上に向けた実態調査を実施。調査だけでは出てこない部分を、各地に連絡会と意見交換も含め、情報を集約した。

## 小規模多機能型居宅介護の質の向上★全国調査の結果

### 3. 調査・研究結果の概要

#### ◆現状と明らかになったこと

#### ○小規模多機能型居宅介護利用者平均像

- ・平均年齢 84.09歳 女性8割
- ・要介護度2.56
- ・日常生活自立度A2が多い。
- ・認知症自立度Ⅱb又はⅢaが多い
- ・利用開始3年未満
- ・子世帯同居が減り独居・老老世帯が増えている
- ・戸建てに暮らす人が多い
- ・小規模多機能までの距離が5キロ程度が多い

#### ○1日当たりの訪問延べ回数の増加

- ・小規模多機能型居宅介護の制度開始当初は「通いを中心に訪問や宿泊を組み合わせて…」という文言通り、自宅から通うことが利用の中心であった。しかし、近年は、利用者の独居を支えることが多くなるなど、通うだけでは利用者を自宅から離すことにもつながり、多様な支援を模索してきた。そういった中で、連絡会等を中心にした研修などで独居の高齢者の暮らしを地域と共に支える事例発表などが行われ、職員は利用者が自宅で暮らし続けていくための多様な支援をしてきた。一方、職員数をみると常勤換算で10.61人であり過去3年を見ても大きな変化はない職員数が増加していないにもかかわらず、訪問という人手のかかる支援が増加している状況を見ると、現場職員に負担が重くなっていると推測できる。

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
自立	156	63	67	104	55	20	11	5	481
J1	176	320	186	162	120	31	36	6	1037
J2	361	689	609	962	519	123	137	36	3436
A1	358	768	845	1477	1130	327	321	79	5305
A2	358	759	812	1587	1519	512	513	96	6156
B1	165	316	311	508	646	246	267	26	2485
B2	128	272	253	507	768	372	547	71	2918
C1	30	31	42	82	145	87	191	34	642
C2	21	39	26	58	120	51	269	71	655
総計	1753	3257	3151	5447	5022	1769	2292	424	23115

世帯	2013	2012	2011	2010
1.独居(近居家族無)	19.2%	17.7%	16.4%	15.4%
2.独居(近居家族有)	12.6%	10.8%	11.2%	10.9%
3.配偶者と2人暮らし	14.7%	14.5%	15.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	11.8%	11.9%	11.4%	11.1%
5.子ども世帯と同居	35.1%	38.2%	39.8%	41.6%
6.その他	6.6%	6.8%	6.3%	6.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100%

利用者数	2013年	2012年	2011年	2010年
現在の利用登録者数(平均)	18.1	19.0	18.4	18.0
1日あたりの通い利用者数(平均)	10.6	11.1	10.7	10.6
1日あたりの宿泊利用者数(平均)	4.3	4.4	4.2	4.2
1日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	6.8	5.0	4.4	4.3

## 小規模多機能型居宅介護の質の向上★現状と課題

#### ◆質の向上のための仕組みの現状

##### ①事業者指定

最低基準を満たしていれば、指定されている。隣の敷地に他の事業所がある状況であり、地域包括ケアの視点が無い。

##### ②法定研修

- ・認知症介護サービス事業開設者研修
  - ・認知症対応型サービス事業管理者研修
  - ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
- 以上の法定研修は行われているが、内容が地域密着型サービスの質の確保となっていない。

##### (情報公表)

##### ③サービス評価

外部評価が機能していない。事業所は外部評価機関にとって「お客様」である。厳しい評価を行えば、次年度からの評価の依頼はなくなる。どうしても、表面的な美辞麗句が並ぶことになる。指定取り消しになった事業所の外部評価でも美辞麗句が並んでいる。

##### ④運営推進会議

機能しているところと形骸化しているところに分かれている。機能しているところは、地域の課題を地域と協働し支え始めている。

##### ⑤集団指導・実地指導・監査

小規模の自治体では、ほとんど集団指導も実地指導も行われていない。小規模多機能についての理解がされていない自治体があり、誤った指導が行われているところもある。

#### ◆そこでの課題(なぜ? どうして?)

- 基準を満たせば、指定が下りる。公募制をしいてないところも多い
- 日常生活圏域を支えるような事業所を指定する発想が不足
- 管理者と計画作成担当者しか法定研修がない。現場職員等は研修が少ない
- 「地域での暮らしの支援」(ライフサポート)という視点がまだ研修に位置づいてない
- 外部評価が機能していない。自己評価が中心と言われながらも、そのプロセスも管理者等が記入するだけで終わってしまっている場合も多く自己改善の取組みになっていない
- 現在の外部評価は、小規模多機能型居宅介護や事業所を知らない評価調査員が、年に1回の「行事」として訪問調査するのみ
- 運営推進会議は機能しているところと、そうでないところの差が大きい。メンバー選出から差があり、行政・地域包括のかかわり方も市町村で差がある
- 地域密着型サービスは質も含め、市町村が責任を持たなければいけないところが、最低基準だけを守ることに終始してしまっている

## 小規模多機能型居宅介護の質の向上★研修

### ◆現状及び明らかになった課題

- 法定研修は、管理者及び計画作成担当者の研修に限られている
- 介護職員は、事業所平均で年に1回程度の外部研修に出席している
- 地域での暮らしの支援(ライフサポートワーク)が、まだ研修内容に位置づいてない
- 事業所内の研修は、接遇や排せつや入浴等の個別援助技術中心で、地域包括ケアの推進と地域での生活を捉えた研修内容が少ない

### ◆事業所独自

- ライフサポートワーク研修
- 新人職員研修
- 介護知識技術研修
- 接遇研修
- 理念研修 等

### ◆連絡会独自

- 接遇・マナー研修
- 初任者研修
- ライフサポートワーク研修
- 終末期ケア研修 等

### ◆行政独自

小規模多機能型居宅介護専用の研修はなく、地域密着型サービス全体向けの研修等は一部の市町村で実施している。

### ◆連絡会＋行政

- ライフサポートワーカー研修
- 認知症コーディネーター研修
- 認知症サポートリーダー研修
- 地域コーディネーター研修 等

【鹿児島県霧島市】ライフサポートワーカー養成研修年間計画(年8回)

日	時間	講義テーマ・講師(氏名)	研修会場
10/20	10:00-12:00	講義:介護現場でのコミュニケーションスキル向上について 講師:佐藤 誠一(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
10/27	10:00-12:00	講義:認知症対応型サービスの運営と安全管理 講師:田中 美穂(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
11/3	10:00-12:00	講義:高齢者の生活支援と地域包括ケアの推進 講師:山本 健一(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
11/10	10:00-12:00	講義:介護現場での安全管理と事故防止 講師:鈴木 浩二(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
11/17	10:00-12:00	講義:高齢者の生活支援と地域包括ケアの推進 講師:山本 健一(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
11/24	10:00-12:00	講義:介護現場での安全管理と事故防止 講師:鈴木 浩二(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
12/1	10:00-12:00	講義:高齢者の生活支援と地域包括ケアの推進 講師:山本 健一(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
12/8	10:00-12:00	講義:介護現場での安全管理と事故防止 講師:鈴木 浩二(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
12/15	10:00-12:00	講義:高齢者の生活支援と地域包括ケアの推進 講師:山本 健一(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
12/22	10:00-12:00	講義:介護現場での安全管理と事故防止 講師:鈴木 浩二(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター
12/29	10:00-12:00	講義:高齢者の生活支援と地域包括ケアの推進 講師:山本 健一(霧島市福祉課)	霧島市福祉センター

## 参考

### 各研修カリキュラム(時間数)について



※ 認知症介護実践研修、認知症介護指導者研修及びフォローアップ研修については、高齢者虐待に関する内容を盛り込むこと以外、時間数等のカリキュラム変更はない。

出典:厚生労働省老健局計画課(2006年9月)

参 考

「認知症介護サービス事業開設者研修」カリキュラムについて

講義・演習 360分(6時間)		+	現場体験 480分(8時間)	
プログラム	分数	目 的		
認知症高齢者の基本的理解	60	認知症という病気と症状について、下記の事項に関し、基本的な理解を図る。 ・「医学的理解」ー医学面から本人の生活に及ぼす影響を示し、生活障害としての理解を深めること。 ・「心理的理解」ー高齢者への周囲の不適切な対応・不適切な環境が及ぼす心理面の影響の内容を理解すること。 ・認知症という障害を抱える中で自立した生活を送ることの意味と、それを支援することの重要性を理解する。		
認知症高齢者ケアのあり方	90	・「認知症高齢者の基本的理解」を基に、「権利擁護」や「リスクマネジメント」の基本的な知識を付与し、認知症高齢者が、自分の能力に応じて自立した生活を送るための支援を行うために必要な、基本的な考え方を理解する。		
家族の理解・高齢者との関係の理解	60	・家族介護者のみではなく、他の家族も含めた家族の理解と、高齢者と家族の関係を通して、認知症介護から生じる家庭内の様々な問題や課題を理解し、家族への支援の重要性について理解する。		
地域密着型サービスの取組みについて	150	・地域密着型サービスの指定基準（特に「地域との連携」「質の向上」）について理解する。 ・認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護の各事業所からの実践報告を通じ、各事業のサービス提供のあり方について理解する。		
現場体験	480	・事業者や介護従業者の視点ではなく、利用者の立場から各事業所におけるケアを体験することにより、利用者にとって適切なサービス提供のあり方、サービスの質の確保等について理解する。		

出典：厚生労働省老健局計画課（2006年9月）

参 考

「認知症対応型サービス事業管理者研修」カリキュラムについて

プログラム	分数	目 的
地域密着型サービス基準について	60	・適切な事業所運営を図るため、地域密着型サービスの目的や理念を理解する。 ・適切な事業所管理を行うため、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護の各指定基準を理解する。
地域密着型サービスの取組みについて	90	・事業所からの実践報告を通じ、各事業のサービス提供のあり方について理解する。
介護従事者に対する労務管理について	60	・労働基準法の規定に基づき、適切な介護従業者の労務管理について理解する。
適切なサービス提供のあり方について	330	サービス提供に当たり、下記の事項等について、各事業所の運営・管理に必要な事項について理解する。 <地域等との連携> ・利用者の家族・地域・医療との連携 ・運営推進会議の開催 <サービスの質の向上> ・アセスメントとケアプランの基本的考え方 ・ケース会議・職員ミーティング ・自己評価・外部評価の実施 ・サービスの質の向上と人材育成 <その他> ・権利擁護(高齢者虐待を含む)及びリスクマネジメント ・記録の重要性 など

出典：厚生労働省老健局計画課（2006年9月）

参 考

「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」カリキュラムについて

講義・演習 540分(9時間)

プログラム	分数	目 的
1. 総論・小規模多機能ケアの視点	60	・小規模多機能ケアに関わる法的制度を理解し、小規模多機能ケアとその視点を理解する。
2. ケアマネジメント論	60	・小規模多機能型居宅介護のサービスのあり方を理解し、適切なケアプランの作成に資するよう、本人本位の視点を理解し、一人一人の在宅生活を支えるための機能とマネジメントを理解する。
3. 地域生活支援	60	・本人の地域生活を支援するネットワークづくりと、そのあり方を理解する。また地域・他機関との連携について理解する。
4. チームケア (記録・カンファレンス・アセスメント・プラン)	60	・小規模多機能ケアの基本である、一人一人のニーズにチームで応えるチームケアについて理解する。
5. 居宅介護支援計画作成の実際	講義 60 演習 240	・「ケアマネジメント論」並びに「地域生活支援」等の講義内容を踏まえ、講義及び実際の事例を用いた演習を通じて小規模多機能型居宅介護計画の作成並びに他の居宅サービス利用を含めた居宅介護支援計画の作成について理解する。

出典：厚生労働省老健局計画課(2006年9月)

小規模多機能型居宅介護の質の向上★地域での役割・拠点機能

◆現状及び明らかになった点

地域の拠点としての機能を持ってきた事業所が増加しつつある。しかしそのような事業所でも、当初は登録者の課題についてのみ取り上げていた。ところが登録者の地域での生活を支えるために、徐々に登録者以外の高齢者の課題や、子育て、ゴミの課題や、自治会の課題など地域の課題についても議論するようになっていった。生活圏の課題の解決に向けた取り組みをする、地域作りの活動を行う事業所も多くなりつつある。その活動に意図的に関わる自治体もあり、現在では開設前より地域づくり・地域拠点の要素を盛り込んで開設する地域もある。

○通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。(大牟田市)

○小規模多機能居宅介護事業所の整備にあたっては、計画段階から住民意見を深く反映させるとともに、開設後も住民が参画する「運営推進会議」が事業所のあり方や地域との関わりを議論し、小規模多機能型居宅介護事業所を中核とし、住民との協働による地域コミュニティの推進を図っている。(美瑛町)

◆小規模多機能型居宅介護における地域での役割・拠点(ライフサポートセンター)

- ①地域の相談機能
- ②地域への参加・活動の場
- ③地域課題を掘り起こし、地域住民、自治体とともに解決する機能
- ④人材育成機能
- ⑤地域の介護に関する駆け込み寺機能
- ⑥認知症の啓発
- ⑦生活支援サービス提供拠点機能
- ⑧生きがいづくり機能
- ⑨つなぎ機能



【北海道美瑛町】地域コミュニティの推進

## 小規模多機能型居宅介護の質の向上★地域での役割・拠点機能

○これまでの介護保険サービスでの支え方は、先ず介護保険サービスを入れ、足らなくなった分を地域の資源で補おうとしてきた。しかし、これでは地域での暮らしを継続できないし、自立支援とならない。

○地域での暮らしの支援(ライフサポート)は、まず本人の地域での暮らしそのものを支援することから始めなければならない。介護サービスを入れることが優先されるのではなく、介護サービスは暮らしを下支えるものでなければならない。

○「日常生活圏域で暮らしを支援すること」とは、本人、家族・介護者および地域住民の立場からの視点が大事である。事業者中心の視点であってはならない。

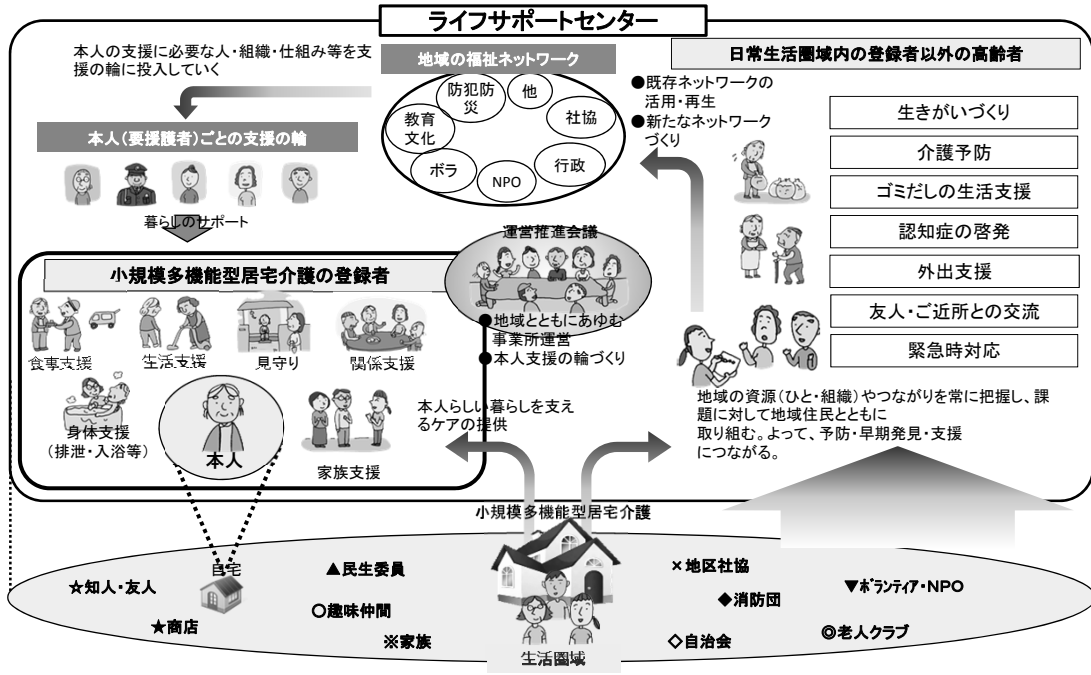
自らが生活する場をどのように創るのかは、地域包括ケアの中で、地域における「最適」を地域住民が自ら選ぶことが大切であり、物の見方・捉え方、物事の進め方など住民の視点・ペースで進めることが重要である。

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

○地域拠点の役割は、本人の力やつながりを活かし、かかわっていく中で本人を支えるネットワークを構築し、支える輪を広げていくことである。一人ひとりの支援の輪をつむぎ、重ねていく地域拠点のコーディネーター(ライフサポートワーカー)が必要である。

## 生活圏域での小規模多機能型居宅介護のこれからの姿

地域包括ケアの推進の中で、生活圏域の多様な生活ニーズに応え、在宅生活を支える拠点として、小規模多機能型居宅介護は発展していく。



## 小規模多機能型居宅介護の質の向上★サービス評価

### モデル事業

小規模多機能型居宅介護の運営推進会議等の地域住民の参画による地域からの評価(外部評価)のあり方を検討した。

- ①地域からの評価(外部評価)のあり方及び具体的仕組みの検討(委員会及び作業部会)
- ②地域からの評価(外部評価)の前提となる自己評価項目の検討及び試行(全国40か所)
- ③運営推進会議等、地域住民の参画による外部からの評価の試行(全国22か所)

### 自己評価の実際

自己評価は、個々のスタッフが自らの振り返り(スタッフ個別評価)を1~2週間以内で行い、事業所としての取りまとめ(意見交換、共有化)を行い、事業所自己評価とした。取りまとめには、日々のミーティングの中で、1~2項目づつ行う場合とほぼ全職員が集まって一斉に検討する場合があった。いずれも1項目15分~20分、総合計3時間~4時間、最大で8時間を要した事業所もあった。

### 地域からの評価の実際

運営推進会議を活用しての地域からの評価は、2日前~1週間前に事業所自己評価結果を示し、運営推進会議で自己評価の確認と地域から見える項目について意見をもらう形ですすめられた。

自己評価の確認について時間を要した事業所と、プロセスの確認を中心に改善計画を発表する事業所があった。地域からの見える項目では、地域の方々から具体的な改善課題が述べられた。時間は70分~120分程度を要したが、いつもの運営推進会議の時間+αで終わった。

### 見えてきたこと

自己評価については、「地域の皆さんにプロセスを明らかにする」こともあり、真摯に取り組まれた。ただ、評価項目が課題を見つけ⇒対応策を考えるものになっていたために、抽象的な改善計画となっているところがあった。

地域からの評価では、ガイドを示していなかった点もあり、意見が前後したり、意見が多く言われる方とされない方がいたりした。しかし、具体的な改善すべき事項は出てきた。これまでの外部評価より改善に結びつくものとなった。

## 小規模多機能型居宅介護の質の向上★サービス評価

### 実施しての効果

#### ◆事業所自己評価

○小規模多機能型居宅介護に特化した評価項目を開発し、モデル事業を実施した結果、有効であることが明らかとなった。

○スタッフ個別評価については、「地域の皆さんにプロセスを明らかにする」こともあり、真摯に取り組まれた。

○事業所自己評価は、そのプロセスが重要であり、スタッフ個別評価を事業所としての取りまとめ(意見交換、共有化)を行い、事業所自己評価として、個々の温度差や達成度の違いを確認した。プロセスを大事にした事業所としての自己評価として取りまとめられることにより、スタッフの学習効果が高かった。

#### ◆地域からの評価

○地域の方々は、事業所をよく見ている。場(機会)があれば、見ていること・感じていることについて意見を出される。

○その事業所のことを知っている人達が集まって評価することの大切さが本来の形

○地域から見える項目では、地域の方々から具体的な改善課題が述べられた。

○これまでの外部評価機関による外部評価よりも、身近な人からの指摘なため、より改善に結びつくものとなった。

#### ◆評価全般

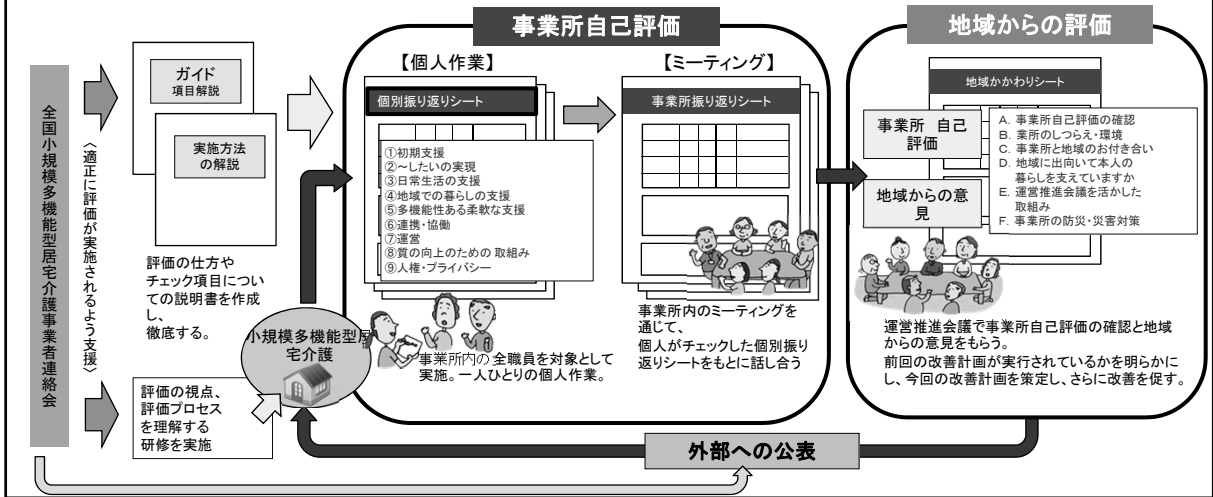
○事業所にとっては、これまでの外部評価より意味のある意見が多かった。

質の向上を図るためのツールとして、有効であるとの意見が多く出された。

「事業所自己評価」と「地域からの評価」のポイントとプロセス

【この評価のポイント】

- ◆全職員が自らを振り返り、自己評価を行うこと(スタッフ個別評価)
- ◆スタッフ個別評価をもとに、事業所全体で振り返り、話し合い、共有すること(事業所自己評価)
- ◆運営推進会議で、事業所自己評価の結果を報告し、かつ、地域からの意見をいただき、運営に反映させること
- ◆自己評価及び地域からの評価を毎年繰り返しながら、質の向上を図っていくこと
  - ⇒評価をスタッフ全員で行い、話し合うことでチーム作りになり、小規模多機能型居宅介護とは何かの確認になる
  - ⇒地域の方々の事業所に対する理解が進む
  - ⇒地域からの評価を行う運営推進会議に行政や地域包括支援センターが参加することで、理解が促進される



小規模多機能型居宅介護の質の向上★市町村の責任と役割

◆現状及び明らかになった課題

○介護保険は地方自治の試金石

自らの地域の基盤整備と事業所の質の確保は市町村の責務。しかし、現在は評価・研修等の質の確保の確保については都道府県任せ。

○地域密着型サービスは、市町村の裁量であるが、公募制を取り計画的な整備・育成を行っているところは少ない。

○市町村は整備はすすめるが、質の確保については関心が無いように見える。

◆指定から指導まで一貫した理念のもとでの地域包括ケア体制の推進

○サービス過剰、自立阻害のサービスは淘汰したい。

○本来の「予防」「介護」の考え方を住民に定着させたい。

○薄くなってきている「互助」「共助」の仕組みを安定的につくり、地域の見守りや孤立化防止等も図りたい。

○団塊世代等の住民の力を活用し、その人たちの社会参加や就労につながる形やまちの活性化を図りたい。

1 無いものねだりをせずにあるものを活かす

・目の前の資源を生かす

・国が示すイメージ図のような地域は多くない

2 役所だけ、事業者だけが無理をせず、一緒にやっていく

・プロを信じて任せる ・地域力を繋ぎ結び付ける

3 初めから目標は高く掲げない

・できることは限られている ・早く手を付けることが大事

自治体職員からの声より

制度改正の前で多くの市町村は・・・

- 「新しい組合事業の事業内容は既存の事業」
- 「人員基準・運営基準あり」
- 「職員採用」が厳格な要件をもち、採用が難しい
- 「職制関係」が厳格な要件をもち、採用が難しい

「新しい組合事業」の事業内容は既存の事業... 人員基準・運営基準あり... 職員採用... 職制関係... 採用が難しい... 採用が難しい... 採用が難しい... 採用が難しい...



【まとめ】運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業

1. 研修について 提案

○これからの地域包括ケアの推進は、市町村の責務  
数的整備だけでなく、質の確保・向上も含まれるものとする

○地域密着型サービス事業者の育成は、保険者(市町村)の責任のもと行うことにすべきではないか。  
現在都道府県・政令市で行われているすべての法定研修(認知症介護サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修)を保険者(市町村)に移行してはどうか。

単独では困難な保険者(市町村)については都道府県が支援すべきではないか

○保険者(市町村)は、事業所の質の向上のために、最低基準の法定研修だけを実施するのではなく、研修の機会が少ない介護職員向けの研修や日常生活圏域の拠点の人材育成のため研修も行うべき  
地域づくりのための「ライフサポートワーカー研修」等、必要な研修を実施することを義務付けてはどうか。

- ・初任者研修・中堅研修・リーダー研修
- ・現場職員研修・多職種連携(ライフサポートモデル)研修
- ・地域コーディネーター研修(ライフサポートワーカー研修) 等

○研修の内容で、基軸になるのは地域での暮らしの支援(ライフサポート)であり、すべての研修の内容に位置付けることが必要ではないか。

【まとめ】運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業

2. 地域での役割・拠点機能 提案

◆ 今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている。(介護保険部会報告)

日常生活圏域での本人の暮らしを支援するためには、地域での取り組みが重要であり、その核となる地域拠点(ライフサポートセンター)が必要である。小規模多機能型居宅介護の24時間365日の地域での生活支援の機能を活用し、総合相談機能や配食、会食、安否確認、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援するための拠点が必要である。各生活圏域に1か所以上のセーフティネットの受け皿になる拠点を整備する必要がある。

○小規模多機能型居宅介護事業所の役割として、登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和など運営を柔軟に行うことが可能な指定基準とすることを検討してはどうか。(介護保険部会報告)

これの具体的実現が必要。

○地域住民に対する支援を果たす拠点は、市町村の新たな地域支援事業を担い、財源を確保したうえで、柔軟な取り組みができるものでなければならない。

○一方で、地域支援拠点の役割を果たす事業所の取り組みを市町村のみでなく全国で取り組めるように、介護報酬で評価する仕組みができないだろうか。

【まとめ】運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業

3. 地域からの評価について 提案

モデル事業から、これまでの外部評価より事業所の質を向上させることができるツールであることが明らかになった。  
事業所の質の向上とならない構造的な欠陥を持つ外部評価は、すみやかに地域からの評価に移行することが必要ではないか

- 本年度のモデル事業で一部修正すべき点  
自己評価で改善課題が具体的になりにくい⇒現状に対して「何故・どうして」と考察欄入れる  
課題だけでなく、取り組んでいる点の確認が明らかにできるようにする  
地域からの評価にもチェック欄を設けて、最低必要な点を確認する

○地域からの評価を導入するための注意事項と方策

地域からの評価は、運営推進会議を核に行うものである。運営推進会議が機能していないと成り立たない。そのため、この地域からの評価のときには、少なくとも市町村およびその圏域を担当する地域包括支援センターが参加すべきである。

地域からの評価を全国で実施するために、来年度は新自己評価表を用いての自己評価を全国の事業所で実施し、更に全国の可能なところで「地域からの評価」を実施すべきではないか。

27年度以降は、これまでの外部評価から「地域からの評価」に切り替えるべきである。その準備ができない市町村においては、29年度まで移行期間を持つようにすべきではないか。

【まとめ】運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業

4. 市町村の役割について 提案

◆地域包括ケア体制の推進のために、保険者(市町村)が指定から指導まで一貫して、質の向上も含めて責任を持つようにはどうか

<研修>

- 法定研修は、市町村の責務にすべき
- 自治体と事業者が協働で企画・運営している研修を実施している市町村では、事業者指定や育成面でも充実している現状があることから、事務負担の軽減や、研修企画のノウハウ等、保険者(市町村)において取組みにくい事柄もあることから、当該市町村内の事業者と協働で実施することが必要ではないか

<サービス評価>

- 地域からの評価が行われる運営推進会議には、地域包括支援センターとともに、自治体職員も必ず出席する必要があるのではないかと。
- 運営推進会議を、地域づくり拠点機能の一つと捉え、積極的に活用することが地域包括ケアの推進のために必要ではないかと。

<自治体の役割>

- サービス過剰、自立阻害のサービスは淘汰しなければならない。  
本来の「予防」「介護」の考え方を住民に定着させ、薄くなってきている「互助」「共助」の仕組みを安定的につくり、地域の見守りや孤立化防止等も図るべきではないかと。
- 自治体は、介護だけ予防だけではなく、地域づくりの視点を持つべきではないかと。

## 第1章

### 調査研究の目的・背景と概要



## 1. 調査研究の目的

地域密着型サービス・小規模多機能型居宅介護が創設され丸7年が経過し、約4,267か所の事業所が展開している（平成26年1月請求分／厚生労働省介護給付費実態調査より）。これから地域包括ケアの実現に向け、2025年までに日常生活圏域ごとに整備がすすめられ、40万人分が整備される見込みの小規模多機能型居宅介護への期待は高まっている。

このたびの事業は、地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護）に義務付けられている運営推進会議の果たしている役割、機能を検証するとともに、事業者、行政、地域住民が一体となった質の向上の方策等について3点の柱で調査研究を行い、質の高い小規模多機能型居宅介護の推進を図ることを目的に実施する。

- (1) 小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた取組事例の収集  
（事業所の基本情報及び運営推進会議の積極的活用、事業所内の人材育成や研修、行政や地域連絡会等協働しての人材育成・研修等）
- (2) 日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方、地域での役割・拠点機能の検証  
（日常生活圏域の拠点としての役割、機能、あり方）
- (3) 小規模多機能型居宅介護の運営推進会議等の地域住民の参画による地域からの評価（外部評価）のあり方  
（運営推進会議等、地域住民の参画による地域からの評価及びその前提となる自己評価等のあり方及び項目、担い手の育成、公表等）

## 2. 調査研究の背景

在宅の限界を高めるサービスとして小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスの創設とともに制度化された。小規模多機能型居宅介護事業所数は、地域包括ケアの推進の中で確実に増加している。

平成24年に発表された「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」では、平成29年度までの5年間に14万人分まで小規模多機能型居宅介護を増やす計画が立てられており、平成26年1月で4,267か所、実利用者約7.1万人（厚生労働省介護給付費事態調査（平成26年1月審査分）まで増加している。

このように期待され増加している小規模多機能型居宅介護であるが、その取り組み内容は、小規模多機能型居宅介護とは言えないような事業所も出てきている。

一部の小規模多機能型居宅介護事業者では、地域から切り離し、本人のニーズから乖離して毎日宿泊を入れる等のサービスを提供することだけを行い、また必要な支援を提供しない等「悪質な事業所」もある。地域の中での利用者や家族・介護者の生活には目を向けていないところが出てきている。

小規模多機能型居宅介護の指定権者である市町村も、設置数を増やすことに傾斜していたり、指導内容も「通い」と「通所介護」を混同していたりと、介護保険法の理念・目的や、住民福祉の向上とはかけ離れた指導に陥っていることも否めない。今後更に増加する小規模多機能型居宅介護の質の向上が、いま課題となってきている。

一方で、日常生活圏域ごとに整備されてきている小規模多機能型居宅介護は、その

特徴を發揮すべく、登録者以外の虚弱高齢者等への支援を取り組み始めている事業所も出てきている。

この調査研究事業で、地域における最適を地域が自ら選ぶことになる地域包括ケアの推進の中での小規模多機能型居宅介護の質の向上に焦点をあて、それを地域住民や利用者本人の視点で行うことが問われる。

### 3. 質の向上のための現状

質の向上は、例えば研修を充実する等の一面的な取り組みで行えるものではない。事業者指定、事前研修、実地指導、日々の研修、運営推進会議、評価、公表、監査等幾層もの取り組みの合算で行われるものである。この現状は下記の通りである。

#### (1) 事業者指定

指定基準で定められている最低基準を満たしていれば、指定されている現状である。事業者公募をしていない市町村もあり、道を挟んだ隣の敷地に小規模多機能型居宅介護事業所がある状況であり、地域包括ケアの推進の視点はなく、日常生活圏域を支えるような事業所を指定する発想は薄い。

#### (2) 法定研修

現在、小規模多機能型居宅介護に義務付けられている研修は以下のとおりである。

- ・ 認知症介護実践研修（認知症介護実践者研修）
- ・ 認知症介護サービス事業開設者研修
- ・ 認知症対応型サービス事業管理者研修
- ・ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

上記の法定研修で認知症介護実践者研修以外は、開設者、管理者及び計画作成担当者のみが受講する研修となっており、一般の介護職員が受講する機会がないうえ、地域包括ケア体制を推進する以前につくられた研修カリキュラムに基づいているため、内容が地域密着型サービスの質の向上につながってはいない。

また、平成 24 年 6 月に発出された「今後の認知症施策の方向性」でも謳われている他職種協働研修(ライフサポートモデル)という考え方も入っておらず、地域の中での暮らしそのものを支える(ライフサポートワーク)視点も少ない。

#### (3) サービス評価

現在の外部評価は、評価調査員が一年または二年に 1 回訪問して評価する。地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」が外部評価では「優れた事業所」として評価される。また、例え外部評価で課題が見つかったとしても、事業所は外部評価機関にとって「お客様」である。厳しい評価を行えば、次年度からの評価の依頼はなくなる。どうしても、表面的な美辞麗句が並ぶことになる。また実際に、指定取り消しになったような事業所の外部評価では、美辞麗句が並んでいる。

サービス評価は、自己評価及び外部評価から構成されているが、経営者や管理者だけで自己評価を行い、一部の職員だけが知る評価となっている場合も多く、自己改善

の取組みに結びついていない。

#### **(4) 運営推進会議**

機能しているところと形骸化しているところに分かれている。メンバー選出から差があり、行政・地域包括支援センターのかかわり方も、市町村間で格差がある。一方で、機能しているところは、事業所内の報告や課題にとどまらず、地域の課題を地域住民と協働し、検討や取組みが始まっている。

#### **(5) 集団指導・実地指導・監査**

小規模な町村部では、集団指導も実地指導も行われていない自治体もあり、格差が生まれている。そもそも小規模多機能型居宅介護について理解されていない自治体もあり、通いを通所介護、訪問を訪問介護と同様のサービスと理解し、「通いは、朝 9 時から午後 4 時まで」「通院介助はサービスではできない」などの誤った指導が行われているところもある。

地域密着型サービスは事業者指定や整備数だけでなく、その質も含め、市町村が責任を持つことになってないために、最低基準だけを守ることに終始してしまっており、市町村の作成する介護保険事業計画とサービスの質は連動していない現状である。

## 4. 概 要

### (1) 委員会及び作業部会について

運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究委員会 名簿

No.	氏 名	所 属 (肩書)	備考
1	森 本 佳 樹	立教大学コミュニティ福祉学部 (教授)	委員長
2	太 田 貞 司	神奈川県立保健福祉大学 (名誉教授)	
3	岩 尾 貢	社会福祉法人共友会 (理事長)	
4	川 原 秀 夫	特定非営利活動法人コレクティブ (理事長)	
5	小 山 剛	高齢者総合ケアセンターこぶし園 (総合施設長)	
6	宮 島 渡	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ (総合施設長)	
7	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
8	松 山 政 司	厚生労働省老健局振興課 (基準第一係長)	オブ ザーバー

#### ◆作業部会委員

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

#### ◆事務局

	山 越 孝 浩	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局
	太 齋 寛	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会	事務局

※敬称略、順不同



## (2) 実施内容

- ①運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究委員会の開催  
平成25年7月より運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上を実現するための検討委員会を設置し、事業内容についての検討を行った。開催回数は全5回。
- ②作業部会の開催  
委員会のもと、作業部会を設置し、小規模多機能型居宅介護のサービス評価に関する自己評価及び外部評価の調査票の検討、全国調査の集計結果の整理・検討及び訪問調査等を行った。開催回数は10回。
- ③小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた取組事例の収集
  - i) アンケート調査の実施（悉皆調査／平成25年10月現在）  
配布事業所数：4,194事業所  
回収数：1,641事業所（回収率38.8%）
  - ii) ゲストスピーカーの招聘  
石川裕子氏（鞆の浦・さくらホーム／広島県）  
柴田範子氏（ひつじ雲／川崎市）  
安倍信一氏（美瑛慈光会／北海道）  
水井勇一氏（加賀市／石川県）  
池田武俊氏（大牟田市／福岡県）  
佐藤アキ氏（山鹿市／熊本県）  
池田宏幸氏（霧島市／鹿児島県）
- ④日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方、地域での役割・拠点機能の検証
  - i) 悉皆調査から抽出された拠点機能の訪問調査（5件）  
北海道美瑛町（美瑛慈光会）  
新潟県長岡市（長岡福祉協会）  
大牟田市（福岡県）  
山鹿市（熊本県）  
霧島市（鹿児島県）
- ⑤小規模多機能型居宅介護の運営推進会議等の地域住民の参画による地域からの評価（外部評価）のあり方
  - i) 自己評価項目及び進め方の検討（14回の更新作業）
  - ii) 自己評価項目確定のための「プレ評価」の実施（11事業所で実施）
  - iii) 地域からの評価項目及び進め方の検討（4回の更新作業）
  - iv) モデル評価の実施
    - ・事業所自己評価（40事業所で実施）
    - ・地域からの評価（22事業所で実施）
  - v) 実施したモデル評価に基づいた項目やプロセスの再検討
  - vi) 「小規模多機能型居宅介護サービス評価 実施ガイド」の作成

⑥報告会の開催

小規模多機能型居宅介護の普及啓発や質の向上資するための報告会を開催した。

日 時：平成26年3月14日（金）

会 場：世界貿易センタービル「roomA」（東京都港区浜松町）

参加人数：125人

⑦報告書の作成

報告書を作成し、関係者に配布した。

## 第2章

### 小規模多機能型居宅介護の現状



## 1. 事業所別にみた分析

調査は2013年10月に郵送配布により行った。回答は郵送による返送もしくはインターネットより調査票をダウンロードしてもらい、メールでの回答返信も受け付けた。

調査時点で確認できた全国4,194事業所に対してアンケート調査票を郵送した。その結果、1,641の事業所から回答を得た。回収率は38.8%である。

各項目、有効回答で集計・分析を行っている。各都道府県別での回収数は以下のとおりである。北海道が103か所、新潟県が70か所、大阪府が64か所と多く、山梨県と香川県が8か所、和歌山県が9か所と少ない。

	該当数	%
北海道	103	6.8
青森県	18	1.2
岩手県	39	2.6
宮城県	12	0.8
秋田県	23	1.5
山形県	27	1.8
福島県	30	2.0
茨城県	17	1.1
栃木県	18	1.2
群馬県	29	1.9
埼玉県	27	1.8
千葉県	34	2.2
東京都	40	2.6
神奈川県	59	3.9
新潟県	70	4.6
富山県	35	2.3
石川県	32	2.1
福井県	29	1.9
山梨県	8	0.5
長野県	30	2.0
岐阜県	25	1.6
静岡県	36	2.4
愛知県	38	2.5

	該当数	%
三重県	19	1.2
滋賀県	24	1.6
京都府	33	2.2
大阪府	64	4.2
兵庫県	57	3.7
奈良県	15	1.0
和歌山県	9	0.6
鳥取県	23	1.5
島根県	26	1.7
岡山県	45	3.0
広島県	57	3.7
山口県	25	1.6
徳島県	14	0.9
香川県	8	0.5
愛媛県	45	3.0
高知県	11	0.7
福岡県	79	5.2
佐賀県	13	0.9
長崎県	39	2.6
熊本県	47	3.1
大分県	16	1.1
宮崎県	16	1.1
鹿児島県	36	2.4
沖縄県	21	1.4
回答数	1,521	100.0

## (1) 調査対象事業所の概要

### ①開設年度

開設年度別に見ると、2012年度開設が19.7%（286か所）と最も多く、次いで2007年度が17.9%（260か所）、2011年度が15.2%（220か所）となっている。

開設年度	2013		2012	
	事業所数	割合	事業所数	割合
2006年度	92	6.3%	177	14.8%
2007年度	260	17.9%	301	25.1%
2008年度	209	14.4%	219	18.3%
2009年度	127	8.8%	157	13.1%
2010年度	143	9.9%	183	15.3%
2011年度	220	15.2%	138	11.5%
2012年度	286	19.7%	25	2.1%
2013年度	113	7.8%		
総計	1,450	100.0%	1,200	100.0%

### ②法人種別

開設事業所の法人種別を見ると（N=1,507）、営利法人が42.3%（637か所）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31.9%（481か所）となっている。医療法人が12.1%（182か所）、NPOが8.2%（124か所）と続く。過去4年の調査結果での変化を見ると、営利法人の割合が斬増、社会福祉法人が斬減となっている。

法人種別	2013年度	2012年度	2011年度	2010年度
社会福祉法人	31.9%	33.5%	29.5%	34.5%
社会福祉法人(社協)	2.3%	1.6%	5.1%	2.5%
医療法人	12.1%	12.8%	13.1%	10.2%
営利法人	42.3%	41.3%	40.9%	41.7%
特定非営利活動法人	8.2%	7.4%	9.2%	7.7%
その他	3.3%	3.4%	2.1%	3.4%
総計	100%	100%	100.0%	100.0%

### ③事業種別

小規模多機能居宅介護が98.5%、サテライト型は1.5%、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	1,475	98.5
②サテライト型 小規模多機能型居宅介護	22	1.5
③複合型サービス	1	0.1
総計	1,498	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 89.2%、サテライトの展開を検討しているのが 5.3%、複合型サービスへの転換を検討しているのが 2.3%だった。昨年度と比べ、複合型サービスへの転換を検討している事業所が 1.4%（16 か所）から微増した。

事業展開予定	事業所数	割合
①サテライトの展開を検討している	73	5.3%
②複合型サービスに転換を検討している	32	2.3%
③現時点では検討していない	1,239	89.2%
④その他	52	3.7%
総計	1,389	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、「単独での開設よりも、運営上よいから」が半数以上の 11 事業所があげられた。そのほか半数の事業所（10 か所）が、「近い拠点が必要だから」「登録者・利用者の枠を増やしたいから」をあげた。

サテライト開設理由	事業所数	割合
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	10	47.6
②登録者・利用者の枠を増やしたかったから	10	47.6
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	11	52.4
④単独での開設より、採算が取れるから	2	9.5
⑤市町村行政からの要請	4	19.0
⑥その他	2	9.5
総計	N=21	

サテライト型の展開を検討していない事業所に、その理由を尋ねた（複数回答）。最も多かったのは「現在の事業所の定員が空いているから」が半数以上（55.4%）の事業所が理由としてあげた。そのほか「法人が消極的」11.0%、「自治体が消極的」6.9%などとなっている。

検討していない理由（複数回答）	事業所数	割合
現在の事業所の定員が空いているから	532	55.4%
サテライト型を知らない	20	2.1%
法人が消極的	106	11.0%
市町村行政が消極的	66	6.9%
その他	237	24.7%
総計	N=961	

複合型の展開を検討していない事業所に、その理由を尋ねた（複数回答）。最も多かったのは「近くの訪問看護事業所で十分」が 27.8%、「訪問看護を利用している人がいない」が 26.3%などとなっている。

検討していない理由（複数回答）	事業所数	割合
利用者に訪問看護を必要としている人がいない	239	26.3
近くの訪問看護事業所があれば十分である	257	27.8
複合型を知らない	16	1.8
市町村行政が消極的	50	5.5
その他	367	40.4
総計	N=929	

#### ④登録定員

登録定員を見ると、最も多いのは定員 25 人の事業所で 78.3% (1,183 か所)、次いで定員 24 人が 9.3% (140 か所) となっており、あわせて 85%以上を占める。定員 18 人が 5.0% (75 か所)、定員 20 人が 2.3% (35 か所) などとなっている。平均は 23.94 人である。昨年度の調査結果と比べて割合としては定員 25 人が微減、定員 18 人が微増となっている。

登録定員	事業所数	割合
6	2	0.1%
7	1	0.1%
8	2	0.1%
9	3	0.2%
10	7	0.5%
12	18	1.2%
13	2	0.1%
15	16	1.1%
16	2	0.1%
17	1	0.1%
18	75	5.0%
19	2	0.1%
20	35	2.3%
21	7	0.5%
22	10	0.7%
23	5	0.3%
24	140	9.3%
25	1,183	78.3%
総計	1,511	100.0%
平均	23.94	—

(参考:2012年度調査結果)		
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	—

#### ⑤通い定員

通いの定員別で見ると、15 人が 79.1% (1,187 か所) と最も多く、次いで 12 人が 12.7% (190 か所) と続く。そのほか 9 人が 4.3% (65 か所) などとなっている。平均は 14.13 人となっている。

(参考:2012年度調査結果)		
通い定員	事業所数	割合
3	1	0.1%
4	2	0.1%
5	2	0.1%
6	22	1.5%
8	2	0.1%
9	65	4.3%
10	5	0.3%
11	8	0.5%
12	190	12.7%
13	10	0.7%
14	7	0.5%
15	1,187	79.1%
総計	1,501	100.0%
平均	14.13	—

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	—



#### ⑥泊まり（宿泊）定員

宿泊定員を見ると、9人が44.1%（666か所）と最も多く、次いで5人が19.9%（300か所）、6人が10.9%（165か所）となっている。このほか7人も8.9%（135か所）ある。平均は7.09人である。昨年度の結果と比べると、定員9名が微増となっている。

（参考：2012年度調査結果）

宿泊定員	事業所数	割合	宿泊定員	事業所数	割合
1	5	0.3%	1	1	0.1%
2	13	0.9%	2	5	0.4%
3	33	2.2%	3	25	2.0%
4	100	6.6%	4	78	6.3%
5	300	19.9%	5	276	22.4%
6	165	10.9%	6	151	12.3%
7	135	8.9%	7	103	8.4%
8	93	6.2%	8	85	6.9%
9	666	44.1%	9	507	41.2%
総計	1,510	100.0%	総計	1,231	100.0%
平均	7.09	—	平均	7.01	—

#### 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18.1人、通いの平均が10.6人、泊まりの平均が4.3人、訪問の平均（1日延べ）が6.8人となっている。過去4年間での変化を見ると、訪問利用者数の伸びが著しい。

利用者数(10月末)	2013年	2012年	2011年	2010年
現在の利用登録者数(平均)	18.1	19.0	18.4	18.0
1日あたりの通い利用者数(平均)	10.6	11.1	10.7	10.6
1日あたりの宿泊利用者数(平均)	4.3	4.4	4.2	4.2
1日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	6.8	5.0	4.4	4.3

調査時点で、定員 100%を満たしているのは 11.2%、90～100%未満が 18.6%で、70～80%が 20.5%で最も多い。充足率 50%以下は 13.0%を占め、昨年度調査の 7.8%から大幅に増加している。

(参考:2012年度調査結果)

登録者数/定員	事業所数	割合	登録者数/定員	事業所数	割合
0～10%以下	7	0.5%	0～10%以下	1	0.1%
10～20%以下	12	0.8%	10～20%以下	4	0.3%
20～30%以下	23	1.5%	20～30%以下	9	0.7%
30～40%以下	65	4.3%	30～40%以下	29	2.4%
40～50%以下	88	5.9%	40～50%以下	52	4.3%
50～60%以下	144	9.6%	50～60%以下	106	8.8%
60～70%以下	154	10.3%	60～70%以下	131	10.9%
70～80%以下	307	20.5%	70～80%以下	290	24.0%
80～90%以下	246	16.4%	80～90%以下	209	17.3%
90～99%以下	278	18.6%	90～99%以下	214	17.7%
100%	168	11.2%	100%	158	13.1%
100%超	4	0.3%	100%超	3	0.2%
総計	1,496	100.0%	総計	1206	100.0%

開設年度別での状況を見ると、調査した 2013 年度開設の事業所の登録者数平均は 12.6 人となっており、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。泊まりや訪問の利用人数平均についても同様に低い。

定員に対する登録人数を割合で見ると、全体では 75.5%、2011 年度以前の開設ではおおむね 75%を超えるが、2012 年度開設では 73.5%、開設 1 年目となる 2013 年度開設では 54.2%と低い。

開設年	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
現在の利用登録者数(平均)	19.1	19.1	19.2	19.2	19.1	18.8	17.5	12.6
1日あたりの通い利用者数(平均)	11.1	11.0	11.1	11.3	11.4	11.1	10.1	7.5
1日あたりの宿泊利用者数(平均)	4.1	4.4	4.8	4.5	4.7	4.4	4.1	2.9
1日あたりの訪問延べ利用者数(平均)	7.1	8.1	5.6	6.1	7.4	7.2	7.8	3.6

(参考:2012年度調査結果)

開設年	登録者数/定員	開設年	登録者数/定員
2006	79.4%	2006	80.3%
2007	78.7%	2007	79.7%
2008	79.4%	2008	79.4%
2009	77.3%	2009	80.2%
2010	78.0%	2010	79.0%
2011	76.7%	2011	73.7%
2012	73.5%	2012	72.5%
2013	54.2%	合計	78.7%
合計	75.5%		

### ⑧宿泊費・食費

宿泊費の平均額は2,109円、朝食の平均額は328円、昼食の平均額は528円、夕食の平均額は510円となっている。昨年度調査結果に比べて大きな変化はない。

	事業所数 N=	2013年度	2012年度
		(円)	(円)
宿泊費	1,511	2,109	2,118
朝食	1,511	328	327
昼食	1,511	528	526
夕食	1,511	510	512

### ⑨請求加算

各加算の状況（加算あり）一覧は以下の通りである。

加算あり	2013	2012	2011	2010
初期加算	97.2%	96.6%		
事業開始時支援加算	11.8%	5.5%	22.8%	31.4%
認知症加算	86.4%	87.8%	86.7%	83.7%
看護職員配置加算	50.0%	52.0%	50.8%	52.8%
サービス提供体制強化加算	57.1%	60.3%	57.9%	57.1%
処遇改善加算	86.2%	82.4%		
市町村独自報酬	3.5%	4.4%		
減算	1.5%	0.2%		

#### 1) 初期加算

初期加算「あり」は昨年度から微増で97.2%である。

#### 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、「している」が11.8%となっている。

#### 3) 認知症加算

認知症加算の請求状況は、「している」が86.4%となっている。

#### 4) 看護職員配置加算

看護職員配置加算の請求状況は、「している」が50.0%となっている。

#### 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、「している」が57.1%となっている。

#### 6) 処遇改善加算

処遇改善加算の請求状況は、「している」が86.2%となっている。

#### 7) 市町村独自報酬

市町村独自報酬の状況は、「あり」が3.5%となっている。

#### 8) 減算

同一建物内からの利用（登録8割以上）による減算は、「あり」が1.5%となっている。

## 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38.8%、同一市町村で実施している事業所は50.2%となっている。その併設事業の内容を見ると、同一敷地以内では「認知症高齢者グループホーム」が34.2%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32.7%、同一市町村内の他の地域で「小規模多機能居宅介護」を実施している割合が30.5%、「介護老人福祉施設」が19.9%となっている。

同一敷地内、同一市町村内とも「あり」の事業所数が昨年度調査を上回っている。

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）	45	3.6%	377	30.5%
2.複合型サービス	1	0.1%	19	1.5%
3.定期巡回・随時対応型訪問介護看護	14	1.1%	71	5.7%
4.認知症対応型共同生活介護	422	34.2%	404	32.7%
5.夜間対応型訪問介護	8	0.6%	38	3.1%
6.地域密着型介護老人福祉施設	104	8.4%	73	5.9%
7.地域密着型特定施設	14	1.1%	19	1.5%
8.特定施設入居者生活介護	28	2.3%	98	7.9%
9.介護老人福祉施設（特養）	38	3.1%	246	19.9%
10.介護老人保健施設（老健）	12	1.0%	116	9.4%

同一敷地内でありの施設数	590	38.8%
同一市町村でありの施設数	764	50.2%
いずれもなしの施設数	384	25.2%
対象施設数	1521	100.0%

（参考：2012年度調査）

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16.2%、同一市町村で実施している事業所は19.8%となっている。その事業の内容を見ると、同一敷地以内では「サ高住」が9.9%、「有料老人ホーム」が6.0%などとなっている。前年度に比べ、「サ高住」はほぼ倍増、「有料老人ホーム」は1.1%増となっている。

一方、同一市町村内では「サ高住」が9.7%「有料老人ホーム」が8.3%などとなっている。

住まい系事業	同一敷地内		同一市町村	
1.軽費・養護老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	18	1.5%	79	6.4%
2.有料老人ホーム（住宅型・健康型）特定を除く	74	6.0%	102	8.3%
3.サービス付き高齢者向け住宅（サ高住・高専賃など）	122	9.9%	120	9.7%
4.共生型ホーム（対象者を限定しない）	9	0.7%	5	0.4%
5.ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	8	0.6%	39	3.2%
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	15	1.2%	16	1.3%
8.他が所有するアパート・マンション等の借上げ住宅	3	0.2%	7	0.6%

同一敷地内でありの施設数	246	16.2%
同一市町村でありの施設数	301	19.8%
いずれもなしの施設数	880	57.9%
対象施設数	1521	100.0%

（参考：2012年度調査）

同一敷地内でありの施設数	180	14.6%
同一市町村でありの施設数	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10.3%、同一市町村で実施している事業所は22.6%となっている。その事業の内容を見ると、同一敷地以内では「地域交流拠点」の整備が3.8%、「配食」が3.5%、などとなっている。

一方、同一市町村内では「一般病院・診療所」が10.6%、「配食」が10.3%、「障がい者支援サービス」が9.0%などとなっている。

その他事業	同一敷地内		同一市町村	
一般病院もしくは診療所	40	3.2%	131	10.6%
障がい者支援サービス	36	2.9%	111	9.0%
保育・学童保育（放課後保育）	17	1.4%	84	6.8%
配食	43	3.5%	127	10.3%
地域交流拠点	47	3.8%	59	4.8%

同一敷地内でありの施設数	156	10.3%
同一市町村でありの施設数	344	22.6%
いずれもなしの施設数	923	60.7%
対象施設数	1521	100.0%

（参考：2012年度調査）

同一敷地内でありの施設数	148	12.0%
同一市町村でありの施設数	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) ケアプランの方式・様式の使用

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72.2%（1161か所）と最も多く、「ライフワークサポート」が20.8%となっている。前年度調査に比べて、「ライフワークサポート」の利用が2.0%増加、「いずれも利用」が1.2%から3.5%に増加した。

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	334	20.8%
居宅介護サービス計画書	1,161	72.2%
その他	58	3.6%
いずれも	56	3.5%
総計	1,609	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見ると、「計画作成担当者」の受講が52.9%（前年度44.6%）、「管理者」が41.1%（前年度39.8%）などとなっている。「受講したことなし」は39.2%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	540	41.1%
計画作成担当者	696	52.9%
介護職員	188	14.3%
看護職員	67	5.1%
その他の職員	19	1.4%
受講したことなし	515	39.2%
回答施設数総計	1,315	

### 3) ライフサポートワークを使用しない理由

ライフサポートワークを使用しない理由を見ると（複数回答）、最も多かったのは「介護ソフトが入っていない」で48.8%、次いで「現状でうまくいっている」が46.6%となっている。「全く聞いたことがない、知らない」も9.3%ある。

ライフサポートワークを利用しない理由	事業所数 (複数回答)	割合
①介護ソフトが入っていない	511	48.8%
②法人の方針	137	13.1%
③ライフサポートワークの研修がない	144	13.7%
④全く聞いたことがない。知らない	97	9.3%
⑤現状でうまくいっている。	488	46.6%
⑥その他	167	15.9%
回答施設数総計	1,048	

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 9.44 人、その内訳は、住民代表が約 3 割で 2.98 人、家族が 1.97 人、利用者が 1.14 人、地域包括支援センター職員が 0.90 人などとなっている。経年的な大きな変化は見られない。

運営推進会議メンバー	2013年	2013年	2011年
総数(人)	9.44	9.24	9.62
利用者	1.14	1.11	1.03
家族	1.97	1.91	1.94
住民代表	2.98	2.96	3.07
市町村職員	0.70	0.71	0.73
地域包括支援センター職員	0.90	0.87	0.87
有識者	0.57	0.56	0.63
社会福祉協議会職員	0.17	0.16	0.14
医師	0.09	0.09	0.09
その他	0.92	0.89	1.12

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、「定期的に開催」されている割合は 95.0%である。「ほとんど開催できていない」割合も 5.0%と、過去 4 年間の調査では最多である。平均の開催回数は 5.59 回 (年) である。

運営推進会議の開催	2013年	2012年	2011年	2010年
定期的に開催	95.0%	99.0%	97.0%	96.2%
ほとんど開催できてない	5.0%	1.0%	3.0%	3.8%
開催頻度(平均)	5.59回	5.70回		3.18回

「定期的に開催できていない」と回答した事業所に、その理由を尋ねた結果、最も多かったのは「忙しくて余裕がない」が 31 か所 (41.3%) となっていた。

開催できない理由	複数回答
①開設して間もないから	28
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	5
③近隣地域及び関係機関等の協力が得られないから	3
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	31
⑤運営推進会議を実施する意味がわからないから	0
⑥その他	21

N=75

⑭運営推進会議の開催状況

運営推進会議の開催状況を見ると（複数回答）、前年度と比べて同様の傾向だが、「勉強会の開催」が15.3%（前年度6.5%）と大きく上昇した。

議題(複数回答)	2013年	2012年	2011年
①利用者のケース	65.6%	68.0%	53.8%
②サービス・制度内容の説明、利用状況等の報告	96.9%	97.2%	
③利用者や利用者家族からの要望や提案・話題	80.8%	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	83.1%	84.4%	82.7%
⑤メンバー同士の情報交換	70.0%	69.8%	
⑥地域・事業所での行事検討	66.2%	65.5%	
⑦登録者のケース以外の地域課題	27.4%	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	25.8%	29.8%	
⑨事業所のサービス評価に関すること	58.1%	62.6%	
⑩事業所と地域の情報交換の場になっている	69.4%	69.5%	
⑪運営推進会議メンバーの勉強会を開催している	15.3%	6.5%	
⑫その他	5.2%		
回答施設総数	1,505	1,200	950

⑮1年間での利用契約の終了者数

過去1年間（2012/10/1～2013/9/30）において利用契約が終了した人数は平均7.3人、そのうち入院による終了者数は2.8人となっている。

	平均値 (人)	中央値 (人)
N=1453		
契約終了者数	7.3	7.0
うち、入院による終了者数	2.8	2.0



⑩職員数の状況

職員総数平均は 14.14 人、常勤が 8.69 人、非常勤が 5.46 人、常勤換算で 10.61 人となっている。過去 3 年間大きな変動はない。各職種別、専従・兼務別の職員数は以下表に示す。

職員数	2013年	2012年	2011年	2010年
職員総数	14.14名	14.50名	14.17名	13.65名
常勤	8.69	8.85	8.75	
非常勤	5.46	5.66	5.39	
常勤換算人数	10.61	11.41	10.79	

職員総数		14.14名 (1,493施設)			
常勤・非常勤		常勤 8.69名		・ 非常勤 5.46名	
常勤換算人数		10.61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	0.19	0.18		
	兼務	0.81	0.42		
計画作成担当者	専従	0.20	0.17	0.07	0.04
	兼務	0.76	0.40	0.06	0.03
看護職員	専従	0.54	0.49	0.44	0.19
	兼務	0.23	0.14	0.22	0.08
介護職員	専従	6.01	5.18	3.45	1.94
	兼務	1.10	0.66	0.61	0.27
その他	専従	0.10	0.06	0.38	0.15
	兼務	0.08	0.05	0.09	0.03

⑰看取りの状況と対応

1) 看取りの状況

1148 事業所のうち、看取り（安定期から死亡まで事業所が関わったケース）の経験がない事業所が 812 か所、70.7%を占めている。経験ありの事業所 336 (29.3%)での平均は 1.63 件、うち死亡場所が事業所は約 6 割の 0.93 件、自宅が 0.70 件となっている。

そのほか、「終末期・臨死期に居宅サービスに移行したケース」が 70 事業所であり、平均 1.46 件、「臨死期に病院に入院したケース」が 185 事業所 1.54 件、「終末期以降で病院に入院したケース」が 253 事業所 1.63 件となっている。

看取りの状況	平均値 (件)
安定期から死亡まで事業所が関わったケース N=336	1.63
うち死亡場所は事業所	0.93
うち死亡場所は自宅	0.70
安定期から事業所が関わり、終末期及び臨死期に居宅サービスへ移行したケース N=70	1.46
安定期から事業所が関わり、臨死期に病院に入院したケース N=185	1.54
安定期から事業所が関わり、終末期以降は病院に入院したケース N=253	1.63

## 2) 看取りの対応

### i 職員の看取りに対する知識

「ほとんどの職員に知識がない」が60.4%を占める。「全ての職員に知識がある」のは3.5%、「ほとんどの職員に知識がある」が33.2%となっている。

	事業所数	割合
全ての職員に知識がある	51	3.5%
ほとんどの職員に知識がある	482	33.2%
ほとんど職員に知識がない	876	60.4%
全く知識がない	41	2.8%
総数	1,450	100.0%

### ii 職員の看取りに関する共通認識

「共通認識がある」が40.6%、「共通認識がない」が59.4%で、認識が共有できていない事業所が半数以上を占める。

	事業所数	割合
共通認識がある	588	40.6%
共通認識がない	859	59.4%
総数	1,447	100.0%

### iii 看取りのために訪問してくれる医師の有無

「複数いる」が23.1%、「一人いる」が39.5%となっているが、「いない」も37.4%となっていて、訪問してくれる医師の有無が、看取り実施の対応や実際に影響を及ぼしているであろうことが窺われる。

	事業所数	割合
複数人いる	333	23.1%
1人いる	570	39.5%
いない	540	37.4%
総数	1,443	100.0%

### iv 看取りのために訪問してくれる訪問看護事業所の有無

「複数ある」が17.6%、「1事業所ある」が31.7%となっているが、「ない」が半数以上の50.6%を占める。訪問してくれる医師以上に、連携できる訪問看護事業所がない状況が明らかになった。

	事業所数	割合
複数ある	252	17.6%
1事業所のみある	454	31.7%
ない	724	50.6%
総数	1,430	100.0%

### v 事業所内の看護師の看取り対応の可否

事業所内の看護師が看取り対応ができる事業所は55.0%、対応できない事業所は45.0%となっている。

	事業所数	割合
対応できる	792	55.0%
対応できない	647	45.0%
総数	1,439	100.0%

⑱職員の資質向上への取り組み状況

1) 研修の実施状況

内部および外部の研修いずれも実施している事業所が 88.5% (1,331 か所) と多数だが、内部研修のみ実施の事業所も 7.2% (108 か所) ある。研修を実施していない事業所もわずか (0.6%、9 か所) だけがある。

	事業所数	割合
①内部研修も、外部研修も実施している。	1,331	88.5%
②内部研修のみ実施している	108	7.2%
③外部研修のみ実施している	56	3.7%
④研修は実施していない	9	0.6%
総数	1,504	100.0%

2) 内部研修の実施状況

内部研修を実施している事業所 (1,419 か所) における研修の基本実施頻度について尋ねた。最も多かったのは「月 1 回」で 54.5%、次いで「2 ヶ月に 1 回」が 16.7%、「3 ヶ月に 1 回」が 11.6%と続く。年間での平均実施回数は 9.6 回となった。

	事業所数	割合
①月 2 回以上	104	7.3%
②月 1 回	774	54.5%
③2 ヶ月に 1 回	237	16.7%
④3 ヶ月に 1 回	165	11.6%
⑤半年に 1 回	114	8.0%
⑥年 1 回	25	1.8%
総数	1,419	100.0%

内部研修 1 回あたりの平均実施時間については、最も多かったのは「1.5 時間以内」の 49.8%、次いで「1 時間以内」が 29.1%となっている。

	事業所数	割合
①1 時間以内	413	29.1%
②1.5 時間以内	706	49.8%
③2 時間以内	229	16.2%
④3 時間未満	45	3.2%
⑤3 時間以上	24	1.7%
総数	1,417	100.0%

内部研修の受講対象者 (複数回答) は、常勤職員が 98.0%、非常勤職員が 73.0%、パートタイムが 67.6%となっている。

	事業所数	割合
①常勤職員	1,385	98.0%
②非常勤職員 (年契約)	1,032	73.0%
③パートタイム	955	67.6%
総数	1,413	-

### 3) 内部研修テーマ

内部研修テーマとして挙げられたもの（複数回答：5つまで）のうち、上位のものを表に示す。最も多かった内部研修テーマは「認知症」をテーマにしたものだった。そのほか「感染症」「接遇・マナー」「身体拘束」「緊急時対応・救命救急」と続く。

件数	テーマ(キーワード)
431	認知症
301	感染症
165	接遇・マナー
137	身体拘束
137	緊急時対応・救命救急
88	食中毒
85	防火・防災・訓練
77	事故
77	介護技術
70	高齢者介護の基礎
63	虐待
63	リスクマネジメント
61	倫理、法令遵守
56	口腔ケア
56	記録
49	小規模多機能とは
45	看とり
40	プライバシーの保護
39	移乗・移動
38	権利擁護
35	コーチング、コミュニケーション
34	個人情報保護
33	AED
31	新人/新規採用者研修
31	熱中症
30	事例検討
29	排泄
29	おむつ
27	成年後見人制度
26	ターミナルケア
23	入浴
23	食事形態・介助
20	薬・服薬

9	職業倫理
9	外部評価
9	介護予防
9	介護の基本
9	安全運転
9	たん吸引・胃ろう
9	ストレスマネジメント
8	火災
8	医学知識
8	リハビリ
7	福祉用具
7	転倒、転落
7	自立支援
7	バリデーション
7	アセスメント
6	法人理念
6	糖尿病
6	急変時対応 医療器具の正しい使用法
6	危険予知
6	応急手当
6	ひもときシート
6	トランスファー
5	夜間緊急対応

件数	テーマ(キーワード)
30	事例検討
29	排泄
29	おむつ
27	成年後見人制度
26	ターミナルケア
23	入浴
23	食事形態・介助
20	薬・服薬
20	腰痛
20	医療
18	褥瘡
17	メンタルケア勉強会
16	災害時の対応
16	摂食・嚥下
15	レクリエーション
15	ヒヤリハット
15	ケアプラン
15	インフルエンザ
13	脱水
12	人権
12	消防
11	リーダー研修
10	心肺蘇生/AED

5	誤嚥
5	苦情/クレーム
5	コンプライアンス
5	クレーム
5	アクティビティ
4	体位交換
4	人材開発
4	終末期ケア
4	紙オムツ
4	在宅酸素
4	骨粗しょう症
4	言葉使い
4	栄養
4	リーダーシップ
4	ライフサポートワーク
4	ポジショニング
4	バイタルサイン
4	たん吸引
4	スキルアップ研修
4	キャリア開発研修

4) 外部研修等の実施および参加の状況

i 人数

外部研修への参加は年間平均 8.6 人、そのうち介護職員は平均 6.5 人となっている。

外部研修参加人数	人数	事業所数N=
実人員(平均)	8.6	1275
うち介護職員(平均)	6.5	1268

ii 受講対象者（複数回答）

受講対象者は、「常勤職員」が 97.7%、「代表者・幹部職員」が 63.6%、「非常勤職員」が 50.4%、「パートタイム職員」は 39.2%である。

	事業所数	割合
①代表者・幹部職員	860	63.6
②常勤職員	1,321	97.7
③非常勤職員（年契約）	681	50.4
④パートタイム職員	530	39.2
総数	1,352	

iii 外部研修別受講者延べ人数

外部研修別に受講者の延べ人数をみたものが次の表である。

種類	延べ人数（上段：平均値、下段：人数）				
	管理者	計画作成 担当者	介護職員	看護職員	その他の 職員
①法定研修（認知症実践者研修、認知症 リーダー研修等）	0.29	0.33	0.63	0.06	0.02
	396	457	879	86	27
②市町村及び都道府県等行政が主催する 研修	0.72	0.64	1.62	0.27	0.07
	1,003	884	2,253	376	98
③連絡会・ネットワーク組織（市町村・ 都道府県・全国）が主催する研修	0.96	0.78	1.86	0.26	0.05
	1,336	1,087	2,579	359	69
④公益法人及び民間の研修機関・ センターが主催する研修	0.27	0.23	1.23	0.13	0.03
	373	321	1,712	176	40
⑤グループ会社・関連会社が主催する 研修	0.30	0.25	1.67	0.18	0.04
	423	348	2,317	244	52
⑥外部の小規模多機能型居宅介護事業所 が主催する研修	0.21	0.15	0.36	0.05	0.02
	298	204	495	63	25
⑦民間会社が主催する研修	0.16	0.10	0.58	0.08	0.03
	224	138	810	117	37
⑧その他	0.10	0.08	0.28	0.06	0.01
	143	108	384	88	11

iv 他の小規模多機能型居宅介護への見学・実習への参加（複数回答）

他の小規模多機能の事業所への見学や実習の実施参加状況は表の通りである。

「見学」は 55.7%の事業所で実施していた。「見学・実習」とも未実施の事業所は 38.7%となっている。未実施事業所の未実施の理由としては、「職員不足」が半数を占める。

	事業所数	割合
① 見学	741	55.7
② 実習	242	18.2
③ 実施していない	515	38.7
総数	1,331	

理由	事業所数
職員不足	42
時間的余裕がない	16
開所して間もないため	6
機会がない	3
特になし	2
費用の問題	2
OJTで十分	1
テーマがわからない	1
外部との調整がうまくできていない	1
希望する外部研修と勤務日の調整がつかなかったため	1
効果がない	1
参加者少ない	1
施設長の方針	1
実習案内がない	1
組織が安定していない	1
総計	82

v 法定研修修了者の人数

法定研修の修了者は「認知症実践者研修」が最も多く事業所平均 4.05 人である。

次いで「計画作成担当者研修」が平均 2.06 人などとなっている。

種類	修了者数（上段：平均値、下段：延べ人数）					
	総数	管理者	計画作成担当者	介護職員	看護職員	左記のうち、貴事業所の所属で取得した数
① 認知症実践者研修	4.05	0.95	0.80	1.04	0.12	1.14
	6,057	1,424	1,197	1,556	179	1,701
② 認知症リーダー研修	1.71	0.60	0.33	0.30	0.05	0.42
	1,043	369	204	184	28	258
③ 指導者研修	1.05	0.48	0.15	0.14	0.03	0.25
	331	152	48	44	10	77
④ 小規模多機能型サービス等 計画作成担当者研修	2.06	0.45	0.92	0.11	0.04	0.54
	2,873	629	1,287	148	55	754

※上記データは複数回答による人数

#### vi 新規職員の教育・研修計画

新規採用職員の教育と研修についてみると、研修期間は「1ヶ月～3ヶ月未満」が最も多く32.9%を占める。次いで「3ヶ月～半年未満」が12.9%、「1か月未満」も16.4%と続く。

	事業所数	割合
① 1年を超える	77	5.8%
② 1年	193	14.4%
③ 半年以上～1年未満	173	12.9%
④ 3ヶ月～半年未満	234	17.5%
⑤ 1ヶ月～3ヶ月未満	440	32.9%
⑥ 1ヶ月未満	219	16.4%
総数	1,336	100.0%

また、新規職員の研修が計画通り研修が実施できたかどうかでは、「実施できた」とする割合は7割弱で、目標通り実施できなかった事業所の割合も3割ある。

	事業所数	割合
① 実施できた	849	68.4%
② 実施できなかった	392	31.6%
総数	1,241	100.0%

新規職員の教育・研修計画作成の留意点（自由記述）については、別途資料として添付する。多く見られたキーワードとしては、「OJT」「コミュニケーション」「理念・ビジョン」「接遇・マナー」「法令遵守」「個人情報・守秘義務」「認知症」「就業規則」「スキル・技術・知識」などがあげられる。

⑩各種連絡会の認知度および加入の状況

1) 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会の認知度

「知っている」割合が89.9%となっている。

	事業所数	割合
①知っている	1,346	89.9%
②知らない	151	10.1%
総数	1,497	100.0%

2) 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会への加入

「加入している」割合は25.9%となっており、約1/4の加入率である。

	事業所数	割合
①加入している	373	25.9%
②加入していない	1,065	74.1%
総数	1,438	100.0%

3) 都道府県単位の連絡会の有無

「ある」と回答した割合は46.5%だが、「わからない」も41.8%となっている。

	事業所数	割合
①ある	672	46.5%
②ない	168	11.6%
③わからない	604	41.8%
総数	1,444	100.0%

4) 都道府県単位の連絡会への加入

「加入している」割合は36.4%である。

	事業所数	割合
①加入している	507	36.4%
②加入していない	887	63.6%
総数	1,394	100.0%

5) 市町村単位の連絡会の有無

「ある」と回答した割合は51.8%で、「わからない」は19.6%と都道府県単位の連絡会の認知度より高い。

	事業所数	割合
①ある	762	51.8%
②ない	420	28.6%
③わからない	288	19.6%
総数	1,470	100.0%

6) 市町村単位の連絡会への加入

「加入している」割合は53.1%である。

	事業所数	割合
①加入している	700	53.1%
②加入していない	618	46.9%
総数	1,318	100.0%



## 2. 個票による利用者属性の分析

個票調査で得られた 25,985 人 (1,455 事業所) が分析の対象である。調査項目ごとに、有効回答を用いて分析している。

### ①男女

女性が 72.7% を占める。この傾向は過去 4 年間変化ない。

	人数	割合
女	18,885	72.7%
男	7,100	27.3%
総計	25,985	100.0%

男女比	2013	2012	2011	2010
女	72.7%	73.2%	73.1%	72.4%
男	27.3%	26.8%	26.9%	27.6%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0

### ②平均年齢

女性利用者の平均年齢は 84.82 歳、男性利用者の平均年齢は 82.15 歳となっている。過去 3 年間との変化をみると、男女とも、わずかであるが、平均年齢は上昇している。

	平均年齢
女 (N=18,647)	84.82
男 (N=7,006)	82.15
総計 (25,653)	84.09

平均年齢	2013	2012	2011	2010
女	84.82	84.78	84.4	84.2
男	82.15	82.13	81.9	81.7
総計	84.09	84.08	83.7	83.5

### ③要介護度

要介護度の状況をみると、最も多いのは「要介護 2」で 24.8%、ついで「要介護 1」で 22.9% となっている。2012 年度と比較すると「要支援 1」「要支援 2」の割合が微増、「要介護 3～5」が微減となっている。

介護度	2013	2012	2011	2010
要支援 1	4.2%	3.3%	3.7%	4.4%
要支援 2	5.5%	5.0%	5.1%	5.1%
要介護 1	22.9%	21.9%	21.3%	21.6%
要介護 2	24.8%	25.0%	24.9%	24.2%
要介護 3	20.4%	21.8%	20.9%	22.1%
要介護 4	13.8%	14.2%	15.1%	14.9%
要介護 5	8.4%	8.9%	8.9%	7.7%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

#### ④日常生活自立度

もっとも多いのは「A2」で26.5%、ついで「A1」で23.1%である。4年間で大きな変化はないは、「B」「C」の割合が微減傾向にある。

日常生活自立度	2013	2012	2011	2010
J1	6.6%	6.6%	6.2%	5.0%
J2	14.9%	14.0%	14.9%	15.4%
A1	23.1%	23.4%	23.2%	23.5%
A2	26.5%	26.6%	25.9%	25.7%
B1	10.7%	11.2%	11.1%	11.4%
B2	12.7%	12.8%	12.4%	12.9%
C1	2.7%	2.8%	3.1%	3.1%
C2	2.8%	2.8%	3.1%	2.9%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

#### ⑤認知症

もっとも多いのは「Ⅱb」で23.5%、ついで「Ⅲa」で21.8%である。これまで「Ⅲa」の割合が最も多い傾向が続いていたが、「Ⅱb」と入れ替わった。「自立」「Ⅰ」が微増、「Ⅳ」「M」が微減の傾向にある。

認知症日常生活自立度	2013	2012	2011	2010
自立	7.6%	7.0%	7.0%	5.6%
Ⅰ	14.2%	13.5%	14.0%	14.2%
Ⅱa	13.5%	14.1%	13.7%	14.4%
Ⅱb	23.5%	22.4%	22.3%	21.9%
Ⅲa	21.8%	23.0%	22.8%	22.0%
Ⅲb	7.7%	7.8%	8.0%	8.6%
Ⅳ	9.8%	10.2%	10.1%	10.9%
M	1.9%	2.0%	2.0%	2.4%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

⑥要介護度と日常生活自立度

もっとも多いのは「要介護 2-A2」の利用者で全体の 8.5%を占める。

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	75	181	335	204	147	16	10			968
要支援2	65	159	357	343	292	46	23	3	1	1,289
要介護1	177	347	1,387	1,684	1,435	288	89	13	4	5,424
要介護2	107	243	871	1,635	2,002	603	334	45	11	5,851
要介護3	48	102	434	1,121	1,545	781	658	75	25	4,789
要介護4	12	24	96	355	641	586	1,202	238	149	3,303
要介護5	1	8	30	118	186	212	677	273	476	1,981
h.審査中			3	7	7	1		1		19
総計	485	1,064	3,513	5,467	6,255	2,533	2,993	648	666	23,624

	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	総計
要支援1	0.3%	0.8%	1.4%	0.9%	0.6%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
要支援2	0.3%	0.7%	1.5%	1.5%	1.2%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	5.5%
要介護1	0.7%	1.5%	5.9%	7.1%	6.1%	1.2%	0.4%	0.1%	0.0%	23.0%
要介護2	0.5%	1.0%	3.7%	6.9%	8.5%	2.6%	1.4%	0.2%	0.0%	24.8%
要介護3	0.2%	0.4%	1.8%	4.7%	6.5%	3.3%	2.8%	0.3%	0.1%	20.3%
要介護4	0.1%	0.1%	0.4%	1.5%	2.7%	2.5%	5.1%	1.0%	0.6%	14.0%
要介護5	0.0%	0.0%	0.1%	0.5%	0.8%	0.9%	2.9%	1.2%	2.0%	8.4%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	2.1%	4.5%	14.9%	23.1%	26.5%	10.7%	12.7%	2.7%	2.8%	100.0%

⑦要介護度と認知症

もっとも多いのは「要介護 1-2b」の利用者で全体の 7.7%を占める。

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	総計
要支援1	301	410	126	107	29	4	6	1	984
要支援2	444	554	164	92	20	2	3		1,279
要介護1	374	919	1,154	1,856	823	175	132	44	5,477
要介護2	343	809	902	1,780	1,371	367	318	61	5,951
要介護3	177	399	543	1,062	1,535	548	551	82	4,897
要介護4	125	228	274	570	986	463	597	98	3,341
要介護5	48	83	81	170	464	279	754	158	2,037
h.審査中	3	2	3	5	3	2	1		19
総計	1,815	3,404	3,247	5,642	5,231	1,840	2,362	444	23,985

	自立	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	総計
要支援1	1.3%	1.7%	0.5%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.1%
要支援2	1.9%	2.3%	0.7%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
要介護1	1.6%	3.8%	4.8%	7.7%	3.4%	0.7%	0.6%	0.2%	22.8%
要介護2	1.4%	3.4%	3.8%	7.4%	5.7%	1.5%	1.3%	0.3%	24.8%
要介護3	0.7%	1.7%	2.3%	4.4%	6.4%	2.3%	2.3%	0.3%	20.4%
要介護4	0.5%	1.0%	1.1%	2.4%	4.1%	1.9%	2.5%	0.4%	13.9%
要介護5	0.2%	0.3%	0.3%	0.7%	1.9%	1.2%	3.1%	0.7%	8.5%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
総計	7.6%	14.2%	13.5%	23.5%	21.8%	7.7%	9.8%	1.9%	100.0%

⑧日常生活自立度と認知症

もっとも多いのは「A2-Ⅱb」の利用者で全体の6.9%を占める。

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
自立	156	63	67	104	55	20	11	5	481
J1	176	320	186	162	120	31	36	6	1,037
J2	361	689	609	962	519	123	137	36	3,436
A1	358	768	845	1,477	1,130	327	321	79	5,305
A2	358	759	812	1,587	1,519	512	512	96	6,155
B1	165	316	311	508	646	246	267	26	2,485
B2	128	272	253	507	768	372	547	71	2,918
C1	30	31	42	82	145	87	191	34	642
C2	21	39	26	58	120	51	270	71	656
総計	1,753	3,257	3,151	5,447	5,022	1,769	2,292	424	23,115

	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	総計
自立	0.7%	0.3%	0.3%	0.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%	2.1%
J1	0.8%	1.4%	0.8%	0.7%	0.5%	0.1%	0.2%	0.0%	4.5%
J2	1.6%	3.0%	2.6%	4.2%	2.2%	0.5%	0.6%	0.2%	14.9%
A1	1.5%	3.3%	3.7%	6.4%	4.9%	1.4%	1.4%	0.3%	23.0%
A2	1.5%	3.3%	3.5%	6.9%	6.6%	2.2%	2.2%	0.4%	26.6%
B1	0.7%	1.4%	1.3%	2.2%	2.8%	1.1%	1.2%	0.1%	10.8%
B2	0.6%	1.2%	1.1%	2.2%	3.3%	1.6%	2.4%	0.3%	12.6%
C1	0.1%	0.1%	0.2%	0.4%	0.6%	0.4%	0.8%	0.1%	2.8%
C2	0.1%	0.2%	0.1%	0.3%	0.5%	0.2%	1.2%	0.3%	2.8%
総計	7.6%	14.1%	13.6%	23.6%	21.7%	7.7%	9.9%	1.8%	100.0%

⑨利用開始年

利用者の利用開始年をみると、調査年（平成25年）が最も多く34.4%を占めている。1～2年目の利用者で63.8%を占めている。

利用開始年	2013		2012		2011	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H18	96	0.4%	170	0.8%	198	1.2%
H19	543	2.1%	836	3.7%	941	5.7%
H20	955	3.7%	1,517	6.8%	1,679	10.2%
H21	1,290	5.0%	2,256	10.1%	2,515	15.2%
H22	2,230	8.7%	3,800	17.0%	4,380	26.5%
H23	4,137	16.2%	6,483	28.9%	6,801	41.2%
H24	7,507	29.4%	7,346	32.8%		
H25	8,797	34.4%				
総計	25,555	100%	22,408	100.0%	16,514	100.0%

### ⑩利用者サービスの平均回数（日数）

調査月における「通い」「訪問」「宿泊」それぞれの利用平均をみると、「通い」は16.27回、「訪問」は8.87回、「宿泊」は6.81日となっている。昨年調査と比較して、訪問の回数が平均で約1回増加した。

	2013	2012	2011	2010
通い (N=25,557)	16.27	16.97	16.60	16.74
訪問 (N=25,557)	8.87	7.82	9.14	7.92
宿泊 (N=25,557)	6.81	6.70	6.85	6.81

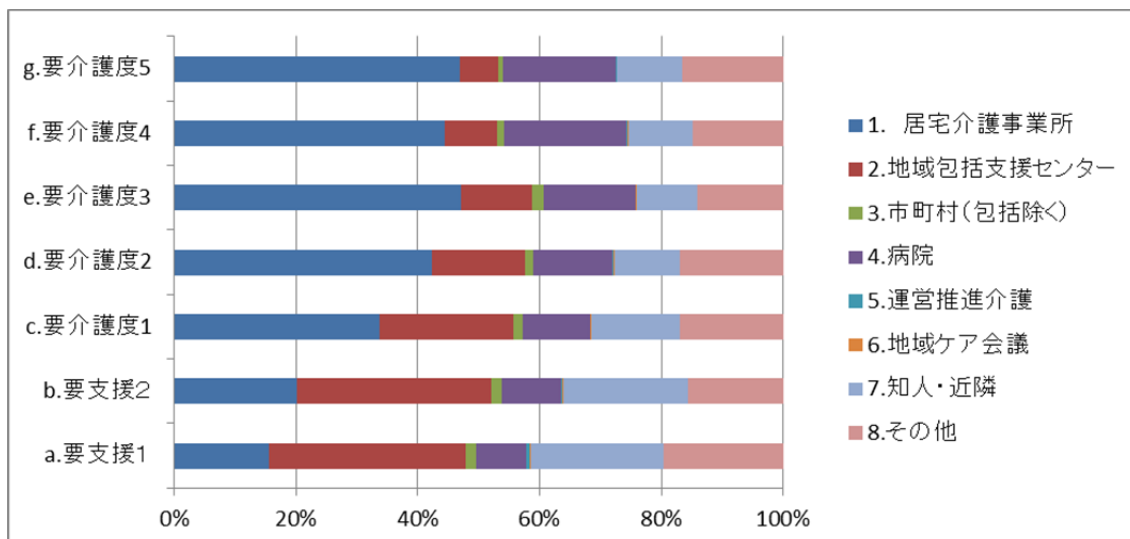
### ⑪利用経路

最も多いのは「居宅介護支援事業所」警手で39.5%を占める。しかし、この割合は過去3年のデータと比較すると減少傾向にある。増加しているのが「地域包括支援センター」で16.1%となっている。介護度が重くなるほど「居宅介護事業所」の割合が増加し、介護度が軽くなるほど「地域包括支援センター」の割合が高くなる。

利用経路	2013	2012	2011	2010
1.居宅介護支援事業所	39.5%	40.6%	43.1%	45.1%
2.地域包括支援センター	16.1%	14.9%	13.4%	12.2%
3.市町村(包括除く)	1.5%	1.9%	1.7%	1.8%
4.病院	14.0%	13.9%	13.9%	12.7%
5.運営推進会議	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
6.地域ケア会議	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%
7.知人・近隣	12.5%	12.4%	13.2%	13.2%
8.その他	16.1%	15.9%	14.3%	14.5%
総計	100.0%	100%	100%	100%

	a.要支援1	b.要支援2	c.要介護度1	d.要介護度2	e.要介護度3	f.要介護度4	g.要介護度5	h.審査中	総計
1. 居宅介護事業所	167	284	1,966	2,677	2,430	1,546	987	9	10,066
2.地域包括支援センター	347	455	1,271	957	599	300	134	15	4,078
3.市町村(包括除く)	19	23	89	93	100	39	16		379
4.病院	89	139	646	823	779	702	389	4	3,571
5.運営推進介護	6	3	10	9	6	6	4		44
6.地域ケア会議	2	2	7	11	7	6			35
7.知人・近隣	235	289	846	679	520	365	226	6	3,166
8.その他	211	222	986	1,068	722	520	348	9	4,086
総計	1,076	1,417	5,821	6,317	5,163	3,484	2,104	43	25,425

	a.要支援1	b.要支援2	c.要介護度1	d.要介護度2	e.要介護度3	f.要介護度4	g.要介護度5	h.審査中	総計
1. 居宅介護事業所	1.7%	2.8%	19.5%	26.6%	24.1%	15.4%	9.8%	0.1%	100.0%
2.地域包括支援センター	8.5%	11.2%	31.2%	23.5%	14.7%	7.4%	3.3%	0.4%	100.0%
3.市町村(包括除く)	5.0%	6.1%	23.5%	24.5%	26.4%	10.3%	4.2%	0.0%	100.0%
4.病院	2.5%	3.9%	18.1%	23.0%	21.8%	19.7%	10.9%	0.1%	100.0%
5.運営推進介護	13.6%	6.8%	22.7%	20.5%	13.6%	13.6%	9.1%	0.0%	100.0%
6.地域ケア会議	5.7%	5.7%	20.0%	31.4%	20.0%	17.1%	0.0%	0.0%	100.0%
7.知人・近隣	7.4%	9.1%	26.7%	21.4%	16.4%	11.5%	7.1%	0.2%	100.0%
8.その他	5.2%	5.4%	24.1%	26.1%	17.7%	12.7%	8.5%	0.2%	100.0%
総計	4.2%	5.6%	22.9%	24.8%	20.3%	13.7%	8.3%	0.2%	100.0%



### ⑫利用者の住まいの形態

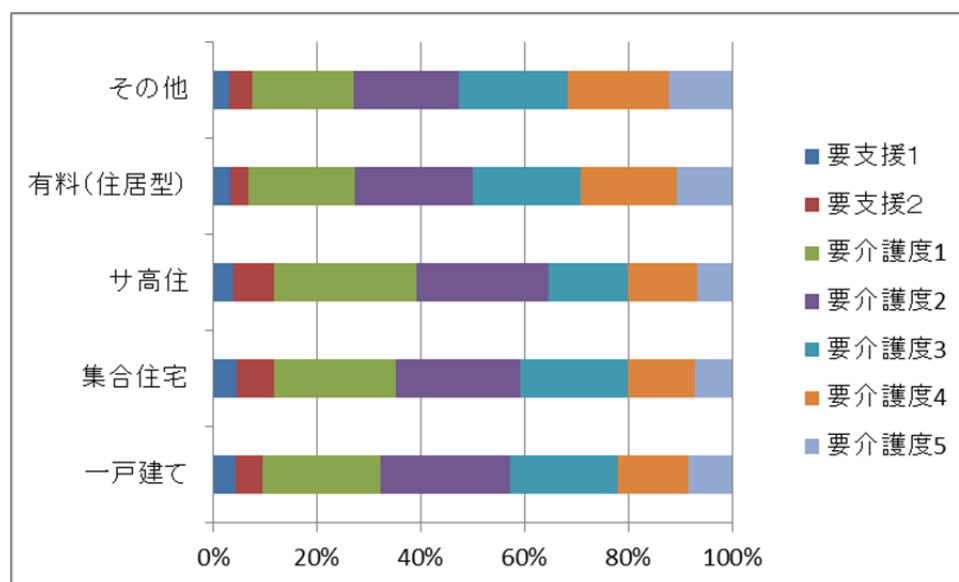
利用者の住まいの形態をみると、「戸建て」が78.1%と最も多いが微減傾向にある。代わって「高齢者住宅」(3.0%→5.4%)、「有料老人ホーム」(2.3%→2.7%)の増加傾向が明らかである。

住まいの形態	2013	2012	2011	2010
戸建て	78.1%	80.7%	81.6%	82.6%
集合住宅	11.7%	12.1%	11.3%	11.3%
高齢者住宅	5.4%	3.0%	3.0%	2.4%
有料老人ホーム	2.7%	2.3%	2.2%	1.8%
その他	2.0%	1.9%	2.0%	1.9%
総計	100%	100.0%	100.0%	100.0%

住まいの形態と利用者の要介護度をみると、要支援では比較的「集合住宅」の割合が高く、介護度4～5になると「有料老人ホーム」の割合が比較すると高くなる。「サービス付き高齢者向け住宅」では要支援～要介護度1程度の利用者の構成割合が高い。

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
要支援1	859	138	53	23	16	1,089
要支援2	1,071	212	108	25	24	1,440
要介護度1	4,563	714	383	146	104	5,910
要介護度2	5,080	725	357	160	108	6,430
要介護度3	4,156	633	213	148	111	5,261
要介護度4	2,761	384	186	132	105	3,568
要介護度5	1,711	221	93	75	64	2,164
審査中	37	3	1	2		43
総計	20,238	3,030	1,394	711	532	25,905

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
要支援1	78.9%	12.7%	4.9%	2.1%	1.5%	100.0%
要支援2	74.4%	14.7%	7.5%	1.7%	1.7%	100.0%
要介護度1	77.2%	12.1%	6.5%	2.5%	1.8%	100.0%
要介護度2	79.0%	11.3%	5.6%	2.5%	1.7%	100.0%
要介護度3	79.0%	12.0%	4.0%	2.8%	2.1%	100.0%
要介護度4	77.4%	10.8%	5.2%	3.7%	2.9%	100.0%
要介護度5	79.1%	10.2%	4.3%	3.5%	3.0%	100.0%
審査中	86.0%	7.0%	2.3%	4.7%	0.0%	100.0%
総計	78.1%	11.7%	5.4%	2.7%	2.1%	100.0%



### ⑬利用者の世帯構成

もっとも多いのは「子供世帯と同居」で35.1%だが、2010年調査から5%以上の減少である。「独居（近居家族無）」が19.2%を占め、増加傾向にある。

世帯	2013	2012	2011	2010
1.独居(近居家族無)	19.2%	17.7%	16.4%	15.4%
2.独居(近居家族有)	12.6%	10.8%	11.2%	10.9%
3.配偶者と2人暮らし	14.7%	14.5%	15.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	11.8%	11.9%	11.4%	11.1%
5.子ども世帯と同居	35.1%	38.2%	39.8%	41.6%
6.その他	6.6%	6.8%	6.3%	6.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100%

### ⑭利用者の住まいと事業所との距離

もっとも多いのは「5キロ前後」で42.9%、ついで「1キロ前後」で29.2%となっている。「同一敷地内」は併設の高齢者住宅等からの利用とみられるが、10.4%となっており、昨年調査から3%増加した。また、「10キロ前後」「それ以上」の遠方からの利用は、微減傾向にある。

距離	2013	2012	2011	2010
1. 同一敷地内	10.4%	7.4%	7.7%	8.2%
2. 1 <sup>キ</sup> 前後	29.2%	29.9%	30.6%	29.2%
3. 5 <sup>キ</sup> 前後	42.9%	44.2%	42.1%	41.9%
4. 10 <sup>キ</sup> 前後	13.2%	13.9%	14.5%	15.5%
5. それ以上	4.4%	4.5%	5.1%	5.2%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### ⑮利用タイプからの類型

各サービスの利用状況から利用タイプ別に類型化した。最も多いのは「通い+泊まり」のタイプで約3割を占める。「通い+訪問」が25.9%（昨年比+2%）、「訪問」が4.1%（昨年比+0.6%）と、訪問利用のタイプが微増傾向にある。

利用タイプ	2013	2012	2011	2010
通い	23.9%	25.5%	24.5%	25.5%
通い+泊まり	33.8%	34.3%	34.5%	35.7%
通い+訪問	25.9%	23.9%	23.8%	22.1%
通い+訪問+泊まり	10.3%	10.9%	11.2%	10.8%
泊まり	1.7%	1.7%	2.1%	2.3%
訪問	4.1%	3.5%	3.5%	3.3%
訪問+泊まり	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%
総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%



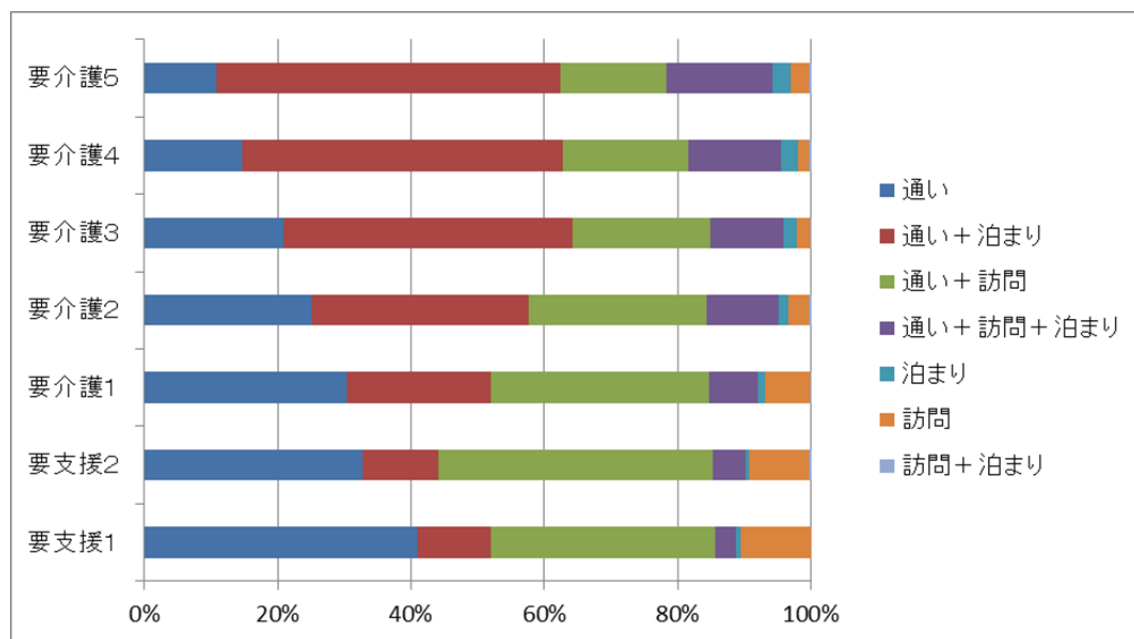
### ⑩利用タイプと要介護度

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

	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	433	116	354	32	9	111		1,055
要支援2	460	159	578	69	7	125	5	1,403
要介護1	1,760	1,250	1,900	426	64	392	8	5,800
要介護2	1,581	2,056	1,695	683	88	198	18	6,319
要介護3	1,086	2,237	1,068	568	106	100	12	5,177
要介護4	511	1,683	655	487	88	60	11	3,495
要介護5	232	1,102	341	340	61	56	8	2,140
h.審査中	12	11	7	6	1	3		40
総計	6,075	8,614	6,598	2,611	424	1,045	62	25,429

	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	1.7%	0.5%	1.4%	0.1%	0.0%	0.4%	0.0%	4.1%
要支援2	1.8%	0.6%	2.3%	0.3%	0.0%	0.5%	0.0%	5.5%
要介護1	6.9%	4.9%	7.5%	1.7%	0.3%	1.5%	0.0%	22.8%
要介護2	6.2%	8.1%	6.7%	2.7%	0.3%	0.8%	0.1%	24.8%
要介護3	4.3%	8.8%	4.2%	2.2%	0.4%	0.4%	0.0%	20.4%
要介護4	2.0%	6.6%	2.6%	1.9%	0.3%	0.2%	0.0%	13.7%
要介護5	0.9%	4.3%	1.3%	1.3%	0.2%	0.2%	0.0%	8.4%
h.審査中	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
総計	23.9%	33.9%	25.9%	10.3%	1.7%	4.1%	0.2%	100.0%

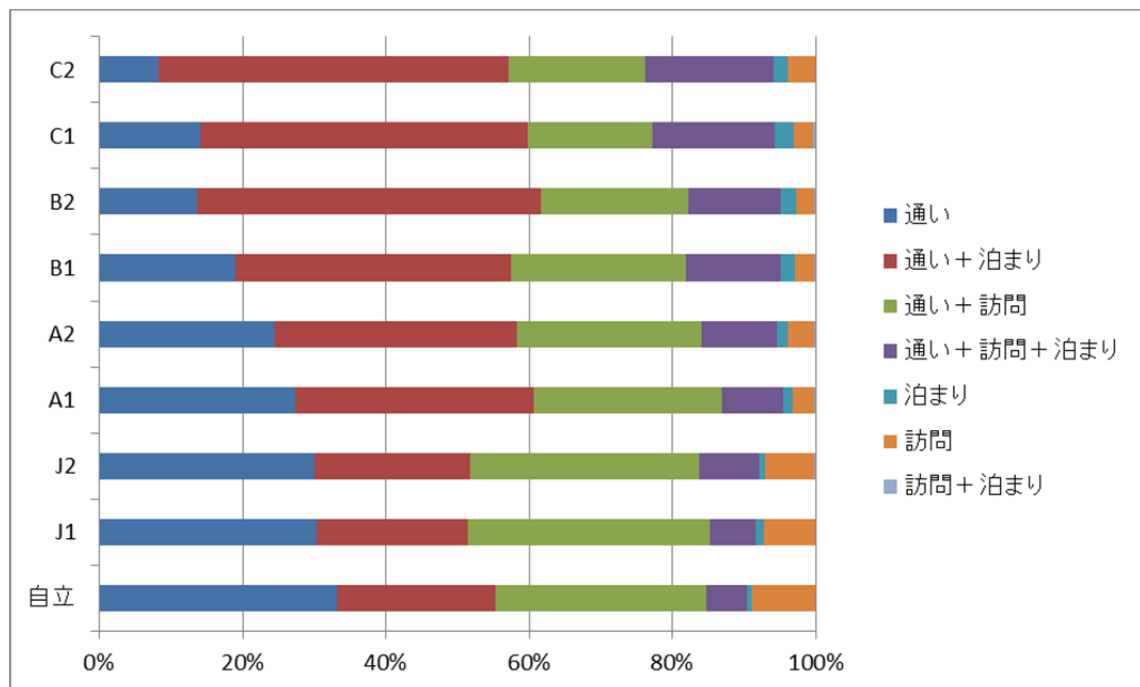


⑰利用タイプと日常生活自立度

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

	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	158	106	140	27	3	43		477
J1	310	216	344	66	11	75		1,022
J2	1,032	749	1,096	290	29	235	7	3,438
A1	1,458	1,767	1,402	452	74	159	13	5,325
A2	1,501	2,067	1,580	645	90	229	16	6,128
B1	469	953	603	330	47	68	6	2,476
B2	397	1,408	604	377	65	70	9	2,930
C1	89	289	111	108	16	17	3	633
C2	54	317	124	116	14	25		650
総計	5,468	7,872	6,004	2,411	349	921	54	23,079

	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	0.7%	0.5%	0.6%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	2.1%
J1	1.3%	0.9%	1.5%	0.3%	0.0%	0.3%	0.0%	4.4%
J2	4.5%	3.2%	4.7%	1.3%	0.1%	1.0%	0.0%	14.9%
A1	6.3%	7.7%	6.1%	2.0%	0.3%	0.7%	0.1%	23.1%
A2	6.5%	9.0%	6.8%	2.8%	0.4%	1.0%	0.1%	26.6%
B1	2.0%	4.1%	2.6%	1.4%	0.2%	0.3%	0.0%	10.7%
B2	1.7%	6.1%	2.6%	1.6%	0.3%	0.3%	0.0%	12.7%
C1	0.4%	1.3%	0.5%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	2.7%
C2	0.2%	1.4%	0.5%	0.5%	0.1%	0.1%	0.0%	2.8%
総計	23.7%	34.1%	26.0%	10.4%	1.5%	4.0%	0.2%	100.0%

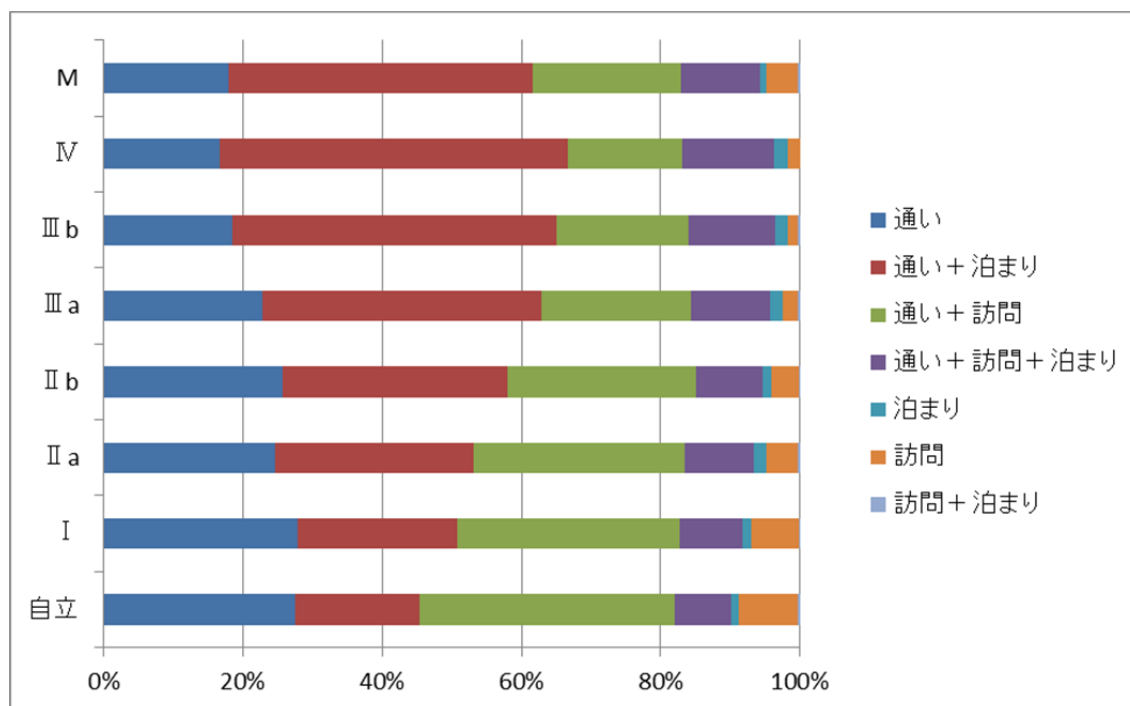


### ⑱利用タイプと認知症

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

	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	489	318	655	142	21	152	4	1,781
I	925	754	1,060	296	44	224	7	3,310
II a	780	906	963	314	57	142	9	3,171
II b	1,424	1,789	1,490	528	73	216	11	5,531
III a	1,166	2,042	1,100	577	94	116	12	5,107
III b	332	838	341	225	31	27	5	1,799
IV	386	1,160	381	304	44	42		2,317
M	79	191	93	50	4	20	1	438
総計	5,581	7,998	6,083	2,436	368	939	49	23,454

	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	2.1%	1.4%	2.8%	0.6%	0.1%	0.6%	0.0%	7.6%
I	3.9%	3.2%	4.5%	1.3%	0.2%	1.0%	0.0%	14.1%
II a	3.3%	3.9%	4.1%	1.3%	0.2%	0.6%	0.0%	13.5%
II b	6.1%	7.6%	6.4%	2.3%	0.3%	0.9%	0.0%	23.6%
III a	5.0%	8.7%	4.7%	2.5%	0.4%	0.5%	0.1%	21.8%
III b	1.4%	3.6%	1.5%	1.0%	0.1%	0.1%	0.0%	7.7%
IV	1.6%	4.9%	1.6%	1.3%	0.2%	0.2%	0.0%	9.9%
M	0.3%	0.8%	0.4%	0.2%	0.0%	0.1%	0.0%	1.9%
総計	23.8%	34.1%	25.9%	10.4%	1.6%	4.0%	0.2%	100.0%

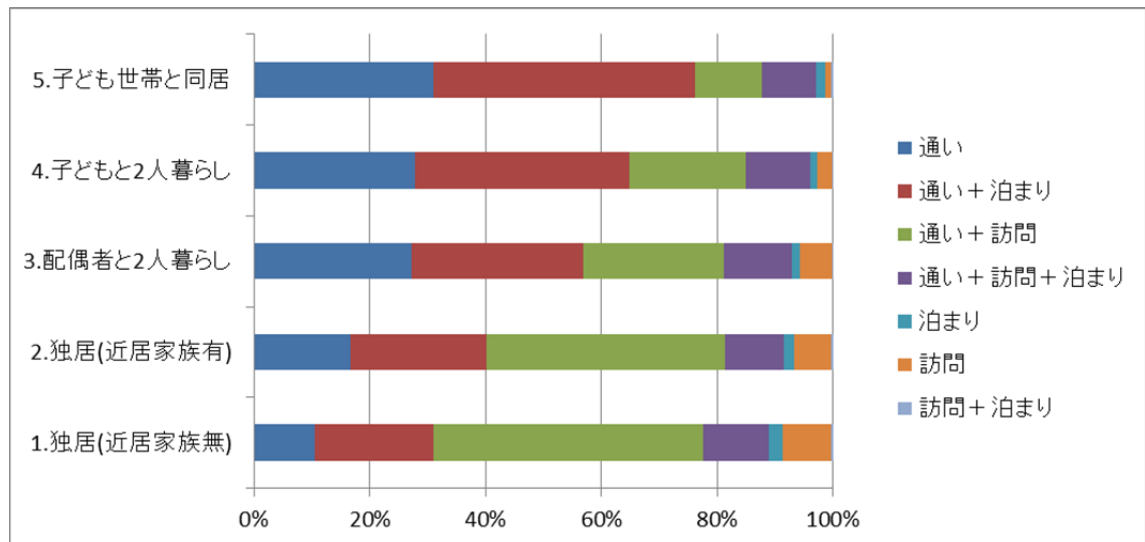


### ⑱利用タイプと世帯構成

「独居」では「通い+訪問」のが中心となり、「子ども世帯と同居」では、「通い+泊まり」が中心となる傾向が明らかである。「訪問」のみも「独居」で多いが、「通い+訪問+泊まり」タイプは世帯構成に関わらず一定程度いる。

	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)	511	991	2,246	542	114	403	19	4,826
2.独居(近居家族有)	533	745	1,304	325	56	204	9	3,176
3.配偶者と2人暮らし	1,011	1,104	905	440	53	207	3	3,723
4.子どもと2人暮らし	834	1,105	602	330	34	80	3	2,988
5.子ども世帯と同居	2,772	4,023	1,044	833	134	99	22	8,927
6.その他	395	594	471	135	29	47	6	1,677
総計	6,056	8,562	6,572	2,605	420	1,040	62	25,317

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
1.独居(近居家族無)	2.0%	3.9%	8.9%	2.1%	0.5%	1.6%	0.1%	19.1%
2.独居(近居家族有)	2.1%	2.9%	5.2%	1.3%	0.2%	0.8%	0.0%	12.5%
3.配偶者と2人暮らし	4.0%	4.4%	3.6%	1.7%	0.2%	0.8%	0.0%	14.7%
4.子どもと2人暮らし	3.3%	4.4%	2.4%	1.3%	0.1%	0.3%	0.0%	11.8%
5.子ども世帯と同居	10.9%	15.9%	4.1%	3.3%	0.5%	0.4%	0.1%	35.3%
6.その他	1.6%	2.3%	1.9%	0.5%	0.1%	0.2%	0.0%	6.6%
総計	23.9%	33.8%	26.0%	10.3%	1.7%	4.1%	0.2%	100.0%

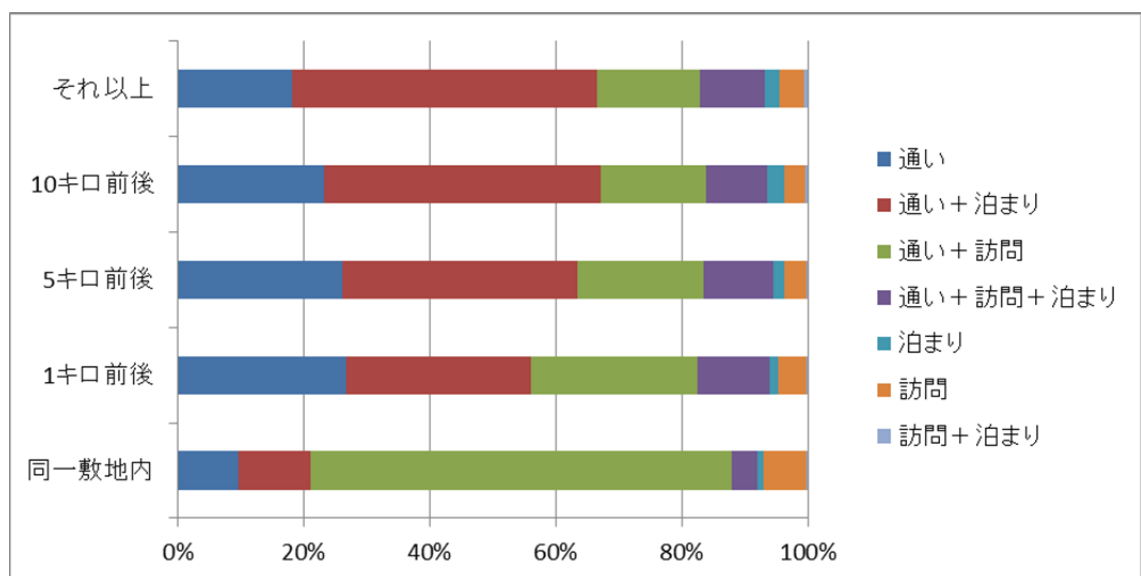


## ⑩利用タイプと住まいと事業所との距離

「同一敷地内」居住の利用者は、「通い+訪問」のタイプが66.7%と2/3を占める。「訪問」も6.8%と高めである。距離が長くなるほど「通い+泊まり」の割合が増加し、逆に「通い」のみや「通い+訪問」の割合が減少する。

	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	248	296	1,711	105	27	175	4	2,566
1キロ前後	1,979	2,160	1,942	850	98	326	16	7,371
5キロ前後	2,829	4,053	2,172	1,198	181	380	22	10,835
10キロ前後	773	1,457	554	328	87	110	14	3,323
それ以上	203	539	183	115	24	45	6	1,115
総計	6,032	8,505	6,562	2,596	417	1,036	62	25,210

	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	9.7%	11.5%	66.7%	4.1%	1.1%	6.8%	0.2%	100.0%
1キロ前後	26.8%	29.3%	26.3%	11.5%	1.3%	4.4%	0.2%	100.0%
5キロ前後	26.1%	37.4%	20.0%	11.1%	1.7%	3.5%	0.2%	100.0%
10キロ前後	23.3%	43.8%	16.7%	9.9%	2.6%	3.3%	0.4%	100.0%
それ以上	18.2%	48.3%	16.4%	10.3%	2.2%	4.0%	0.5%	100.0%
総計	23.9%	33.7%	26.0%	10.3%	1.7%	4.1%	0.2%	100.0%

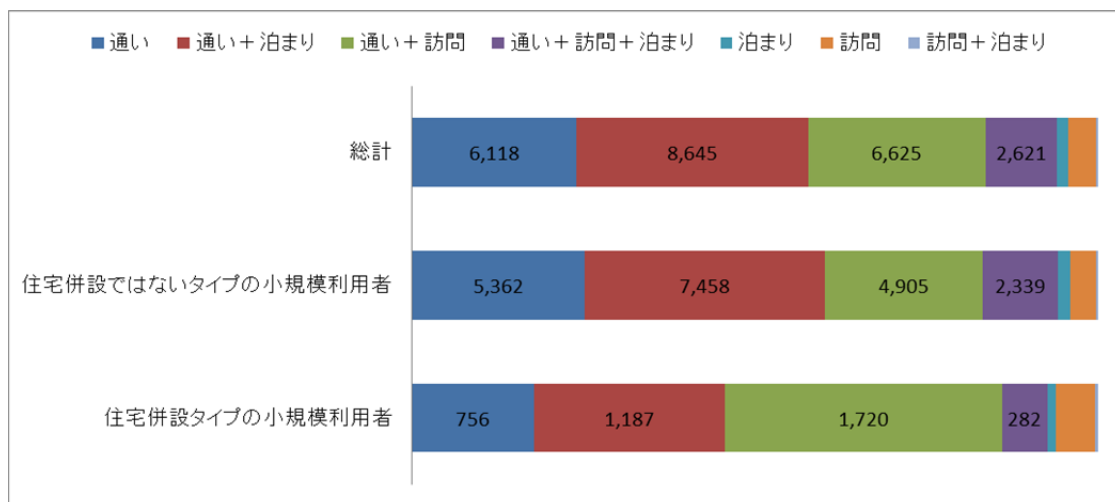


## ②住宅併設の有無と利用タイプ

住宅併設タイプの利用者は「通い+訪問」や「訪問」の割合が高い。

	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
住宅併設タイプの小規模利用者	756	1,187	1,720	282	49	242	20	4,256
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	5,362	7,458	4,905	2,339	376	813	42	21,295
総計	6,118	8,645	6,625	2,621	425	1,055	62	25,551

	通い	通い+泊まり	通い+訪問	通い+訪問+泊まり	泊まり	訪問	訪問+泊まり	総計
住宅併設タイプの小規模利用者*	17.8%	27.9%	40.4%	6.6%	1.2%	5.7%	0.5%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	25.2%	35.0%	23.0%	11.0%	1.8%	3.8%	0.2%	100.0%
総計	23.9%	33.8%	25.9%	10.3%	1.7%	4.1%	0.2%	100.0%

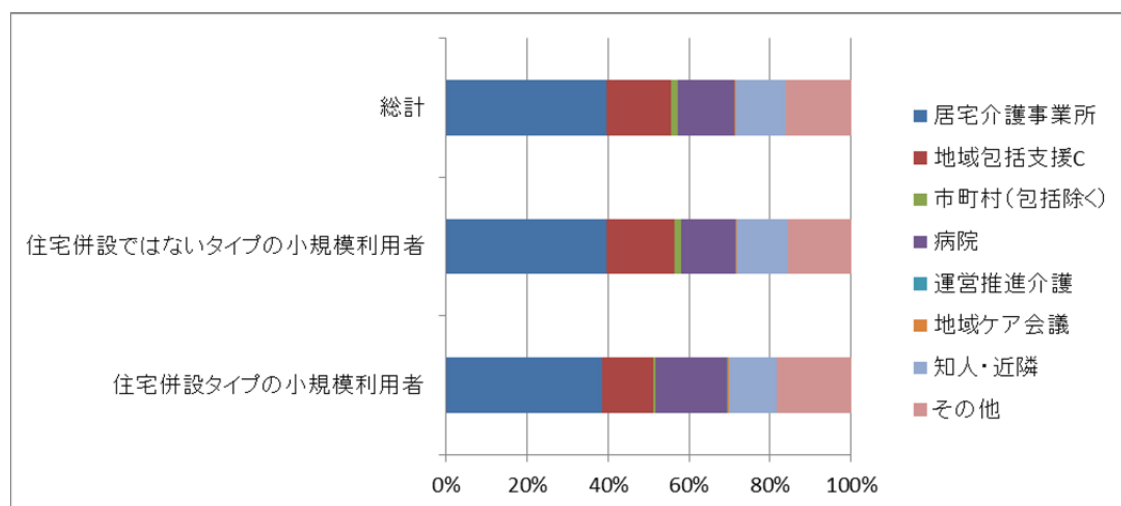


## ②住宅併設の有無と利用経路

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

	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
住宅併設タイプの小規模利用者	1,658	539	35	751	8	15	511	785	4,302
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	8,435	3,569	350	2,823	36	20	2,670	3,324	21,227
総計	10,093	4,108	385	3,574	44	35	3,181	4,109	25,529

	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
住宅併設タイプの小規模利用者	38.5%	12.5%	0.8%	17.5%	0.2%	0.3%	11.9%	18.2%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	39.7%	16.8%	1.6%	13.3%	0.2%	0.1%	12.6%	15.7%	100.0%
総計	39.5%	16.1%	1.5%	14.0%	0.2%	0.1%	12.5%	16.1%	100.0%

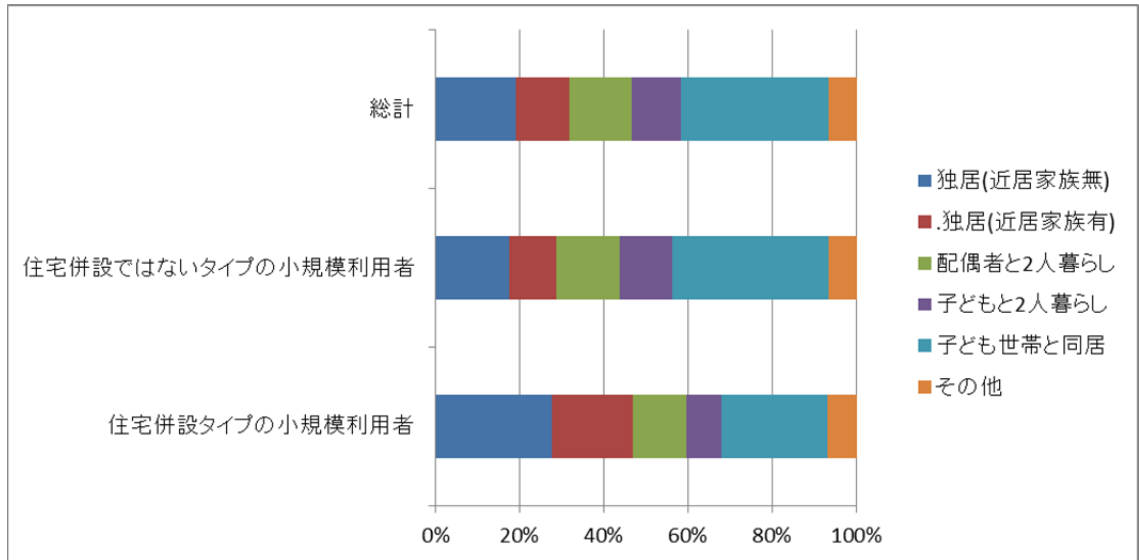


### ②住宅併設の有無と家族構成

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

	独居(近居家族無)	独居(近居家族有)	配偶者と2人暮らし	子どもと2人暮らし	子ども世帯と同居	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	1,207	846	548	371	1,102	299	4,373
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	3,768	2,425	3,270	2,680	8,018	1,426	21,587
総計	4,975	3,271	3,818	3,051	9,120	1,725	25,960

	独居(近居家族無)	独居(近居家族有)	配偶者と2人暮らし	子どもと2人暮らし	子ども世帯と同居	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	27.6%	19.3%	12.5%	8.5%	25.2%	6.8%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	17.5%	11.2%	15.1%	12.4%	37.1%	6.6%	100.0%
総計	19.2%	12.6%	14.7%	11.8%	35.1%	6.6%	100.0%

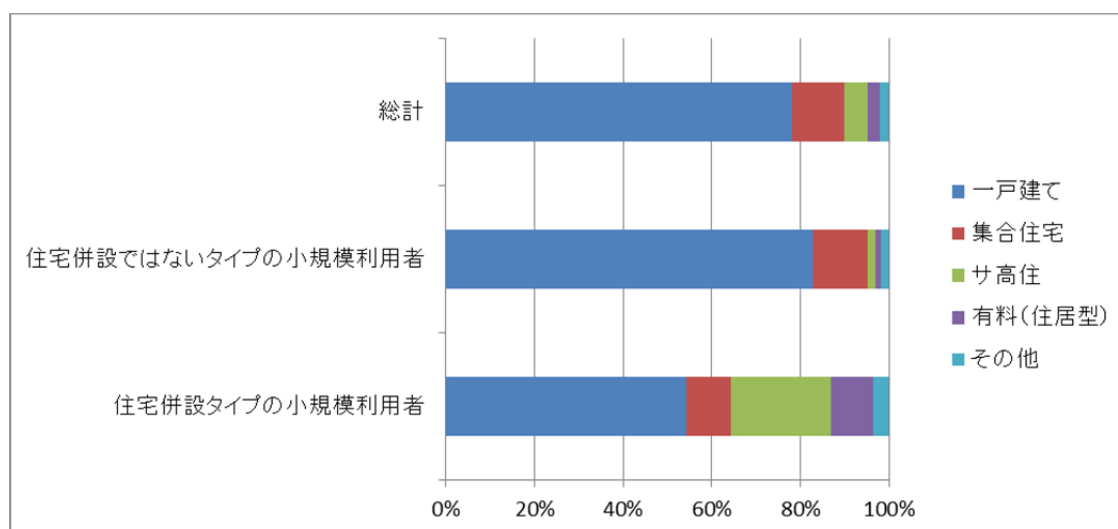


#### ④住宅併設の有無と住宅の形態

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

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	2,382	443	987	420	161	4,393
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	17,934	2,612	407	293	372	21,618
総計	20,316	3,055	1,394	713	533	26,011

	一戸建て	集合住宅	サ高住	有料（住居型）	その他	総計
住宅併設タイプの小規模利用者	54.2%	10.1%	22.5%	9.6%	3.7%	100.0%
住宅併設ではないタイプの小規模利用者	83.0%	12.1%	1.9%	1.4%	1.7%	100.0%
総計	78.1%	11.7%	5.4%	2.7%	2.0%	100.0%



#### ⑤ケアプランの方式・様式とライフサポートの研修受講職員

ライフサポート様式を使用しているところでは、ライフサポートの研修の受講なしが少なく、計画作成担当者を中心に、管理者等も受講している人が多い。居宅介護サービス計画書様式を使用している場合でも65.1%は職種によらずライフサポートワークの研修を受講している。

	管理者	計画作成担当	介護職員	看護職員	その他職員	受講なし	総計
ライフサポート	172	234	75	34	7	23	545
居宅介護サービス計画書	324	395	97	28	10	457	1311
いずれも	27	43	10	1	1	11	93
その他	13	17	5	2	1	23	61
総計	536	689	187	65	19	514	2010

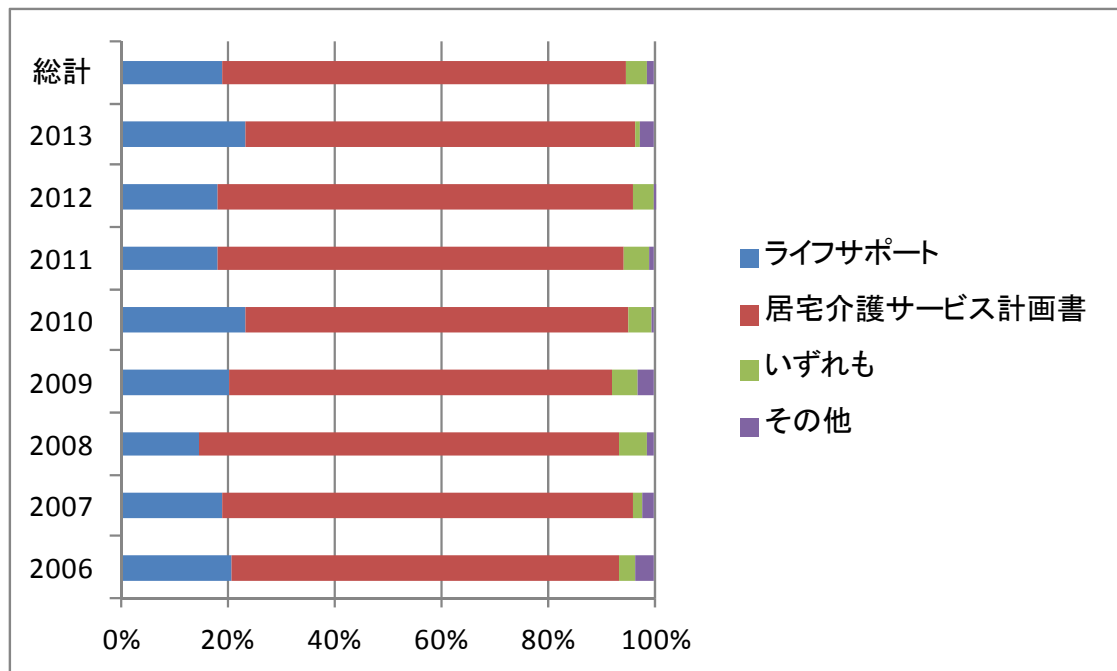
	管理者	計画作成担当	介護職員	看護職員	その他職員	受講なし	総計
ライフサポート	31.6%	42.9%	13.8%	6.2%	1.3%	4.2%	100.0%
居宅介護サービス計画書	24.7%	30.1%	7.4%	2.1%	0.8%	34.9%	100.0%
いずれも	29.0%	46.2%	10.8%	1.1%	1.1%	11.8%	100.0%
その他	21.3%	27.9%	8.2%	3.3%	1.6%	37.7%	100.0%
総計	26.7%	34.3%	9.3%	3.2%	0.9%	25.6%	100.0%



②⑥開設年とケアプランの方式・様式

ケアプランの方法・様式について、開設年の違いはほとんどない。

	ライフサポー	居宅介護サー	いずれも	いずれも	その他	総計
2006	18	63	3	7	3	94
2007	49	198	5	6	6	264
2008	30	162	11	6	3	212
2009	26	91	6	4	4	131
2010	33	100	6	4	1	144
2011	40	167	11	2	2	222
2012	52	220	11	7	1	291
2013	25	77	1	8	3	114
総計	273	1078	54	44	23	1472



㉗ケアプランの方式・様式と利用者の充足率

ライフサポート様式を使用している施設は居宅介護サービス計画書を使用している施設より充足率が高い。

方式・様式	50%未満	70%未満	90%以下未満	90%以上	総計
ライフサポート	32	47	111	91	281
居宅介護サービス計画書	134	233	402	326	1095
いずれも	9	10	14	22	55
その他	8	10	19	9	46
総計	183	300	546	448	1477

方式・様式	50%未満	70%未満	90%以下未満	90%以上	総計
ライフサポート	11.4%	16.7%	39.5%	32.4%	100.0%
居宅介護サービス計画書	12.2%	21.3%	36.7%	29.8%	100.0%
いずれも	16.4%	18.2%	25.5%	40.0%	100.0%
その他	17.4%	21.7%	41.3%	19.6%	100.0%
総計	12.4%	20.3%	37.0%	30.3%	100.0%

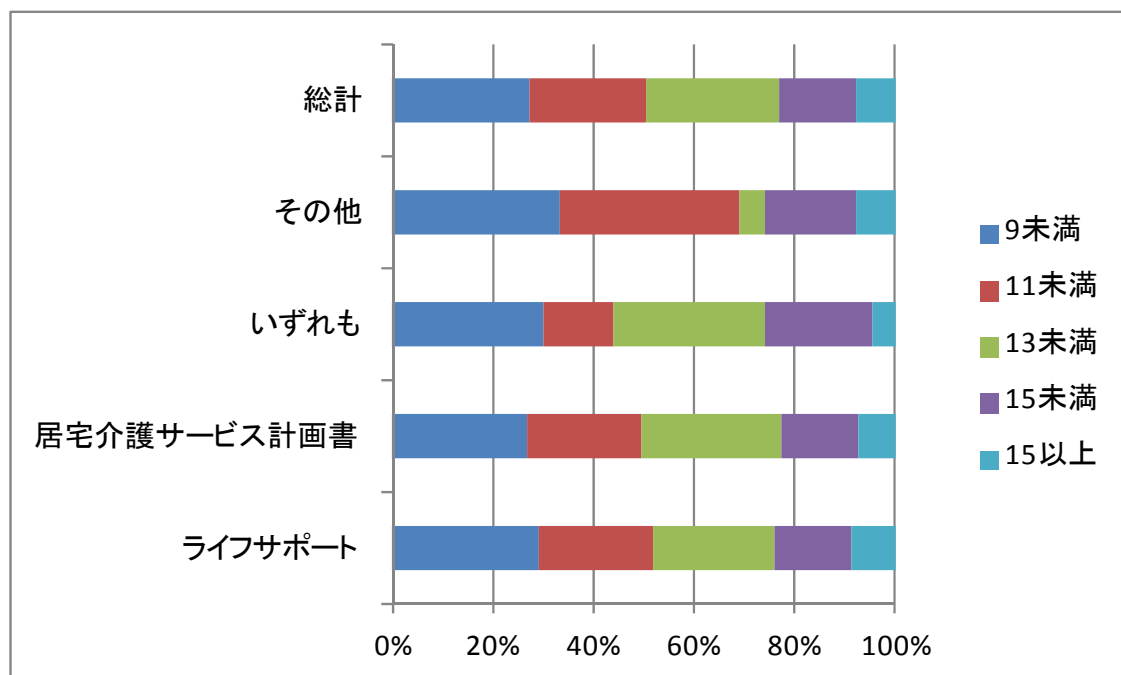
㉘ケアプランの方式・様式と職員の常勤換算

ケアプランの方式・様式と職員の常勤換算では違いはほとんどみられない。

	9未満	11未満	13未満	15未満	15以上	総計
ライフサポート	72	57	60	38	21	248
居宅介護サービス計画書	250	214	262	140	69	935
いずれも	13	6	13	9	2	43
その他	13	14	2	7	3	39
総計	348	291	337	194	95	1265

	9未満	11未満	13未満	15未満	15以上	総計
ライフサポート	29.0%	23.0%	24.2%	15.3%	8.5%	100.0%
居宅介護サービス計画書	26.7%	22.9%	28.0%	15.0%	7.4%	100.0%
いずれも	30.2%	14.0%	30.2%	20.9%	4.7%	100.0%
その他	33.3%	35.9%	5.1%	17.9%	7.7%	100.0%
総計	27.5%	23.0%	26.6%	15.3%	7.5%	100.0%



### 第3章

日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方、  
地域での役割・拠点機能の検証  
（日常生活圏域の拠点としての役割、機能、あり方）  
～地域拠点機能をライフサポートセンターと呼ぼう～



## 1. 日常生活圏域での暮らしを支援する小規模多機能型居宅介護のあり方

地域密着型サービスに位置付けられた小規模多機能型居宅介護では、25人の登録者のみを対象とする介護サービス事業のほかに、その特性として日常生活圏域ごとに整備し、設定された日常生活圏域において地域と関わりを持っているという特徴がある。幾つかの市町村においては、介護保険サービスとしての小規模多機能型居宅介護事業のほかに、介護予防拠点や地域交流拠点などさまざまな役割を担う地域の拠点機能を発揮することを期待され、登録者のみならず地域全体を支える取組みを持ち合わせた小規模多機能型居宅介護が存在する。

また「今後、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている」「小規模多機能型居宅介護事業所の役割として、登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和など運営を柔軟に行うことが可能な指定基準とすることを検討してはどうか」という意見も社会保障審議会介護保険部会より報告され、日常生活圏域を支える小規模多機能型居宅介護への期待が高まっている。

ここでは、日常生活圏域をひとつの面として捉え、支援する小規模多機能型居宅介護の取組みや役割について検証する。

## 2. その人を支えることを出発点に、地域をも支える取組み

小規模多機能型居宅介護は、利用者の「地域での暮らし」を支えるための支援を行ってきた。それはサービスを提供することが目的である支援と一線を画するものである。小規模多機能型居宅介護の支援は、利用者の自宅や地域での暮らしを支えるために、その人が望む暮らしの支援（自己実現への支援）として「～したいの実現」を目指した支援を行っている。これは、地域にある資源やこれまで本人が培ってきた人や物、場所との関係をつなぎ直したり、新たな結び目を作ることで、地域での生活支援を行おうとする視点である。

従来のサービスだけで支えようとする、サービスをどれだけ利用できるかという傾向が強くなり、通いの利用回数が増えたり、宿泊日数も多くなる。しかしながら、利用回数が増えることと自宅や地域での暮らしを実現することとは直接的な関連は薄い。本人は、利用回数の増加を望んでいるのではなく、自宅での生活を望んでいるだけで、かえってサービスを多く利用することで自宅での居場所を失ったり、友人・知人との関係が希薄になるなど、自宅や家族、地域から切り離してしまうことにもなりかねない。一方、家族もいわゆるデマンドとニーズから「毎日通わせてほしい」と要望する場合も、通うことを求めているわけではなく、自宅で日中見守りをするのができないことや、入浴や排せつをうまく介助することができないニーズを「通い」というデマンドで表現しているだけであって、通うことが目的ではない場合も多い。よって、通いや宿泊の回数のみが増えれば増えるほど、本人の望む暮らしを阻害する要因となることも理解しておかなければいけない。それは、支える側の多くも「サービス提供」と「支援」をはき違えてしまい、サービスを提供することのみが目的となってしまう、本人が持っている「力」を奪ったり、支援の本質を見失ってしまうからである。

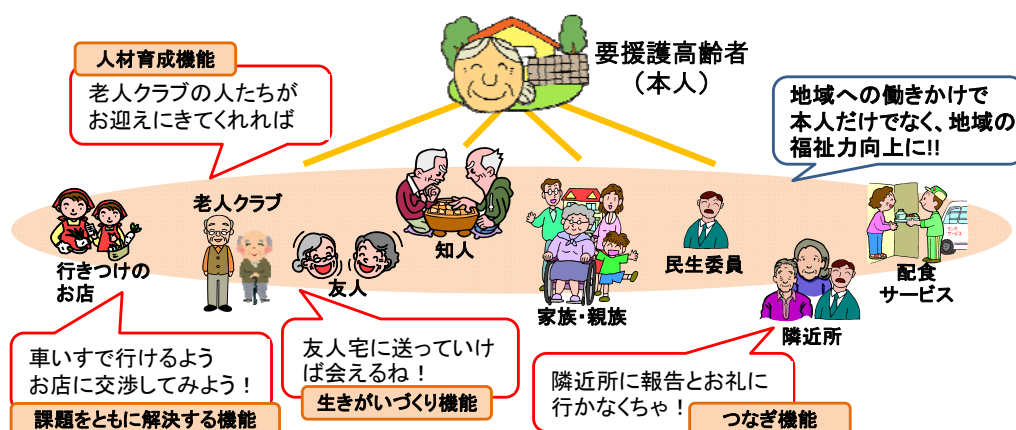
小規模多機能型居宅介護では本人が持っている（持っていた）「力」に注目し、その「力」を発揮するためにはどうすればよいのかということを経営者だけでなく本人や周囲を巻き込みながら支援する取り組みを行ってきた。

これまでの介護事業所は利用者への直接的な介護サービスを提供することだけが仕事と考え、周囲への配慮は「そこまでは必要はない」と線を引き、関わりに積極的ではなかった。しかし本人の「力」を発揮するには「できない部分」を補てんするだけの介護サービスだけではなく、その人のこれまでの暮らしぶりや社会とのつながり、人生観や価値観の生活全体を捉えて、全てに「かかわる」ことが継続した生活を支える上でとても大切な要素なのである。

本人の望む「これまでの暮らしを継続する」ためには、本人の思いや心配してくれる家族や周囲の人の思いをくみ取り、その思いを周囲に伝える「代弁機能」と、その思いを具体的な行動につなげるための「調整機能」が必要である。

一人ひとりを支える姿勢が結果として地域を面として支えることにつながるのであり、こうした介護のあり方を変えていく事業所が、利用者本人を取り巻く周囲との関係づくりを通じて地域の介護拠点へと発展する（図1）。

その活動に意図的に関わる自治体もあり、開設前より地域づくり・地域拠点の要素を盛り込んで計画する地域もある。



ライフサポートワークの実践による「地域での暮らしの支援」では、これまでの暮らしを「つむぐ」ことや「本人の役割・生きがい」を生かす支援

**地域包括ケア体制における小規模多機能型居宅介護の役割として・・・**  
 登録者25人の地域生活支援のための協力者づくりはもとより、地域にすでにある力や潜在的な力を生かす働きかけ(福祉のまちづくり機能)が、日常生活圏域ごとに設置されている「小規模多機能」に求められ、「地域の拠点＝ライフサポートセンター」としての役割を担うことが、小規模多機能型居宅介護で始まっている。

(図1)

### 3. 各地での先駆的取組み

#### 【自治体名】

山鹿市（熊本県）

#### 【市町村人口】（H25. 3）

55,963人（高齢化率 31.3%）

#### 【面積】

299.7 km<sup>2</sup>

#### 【日常生活圏域】

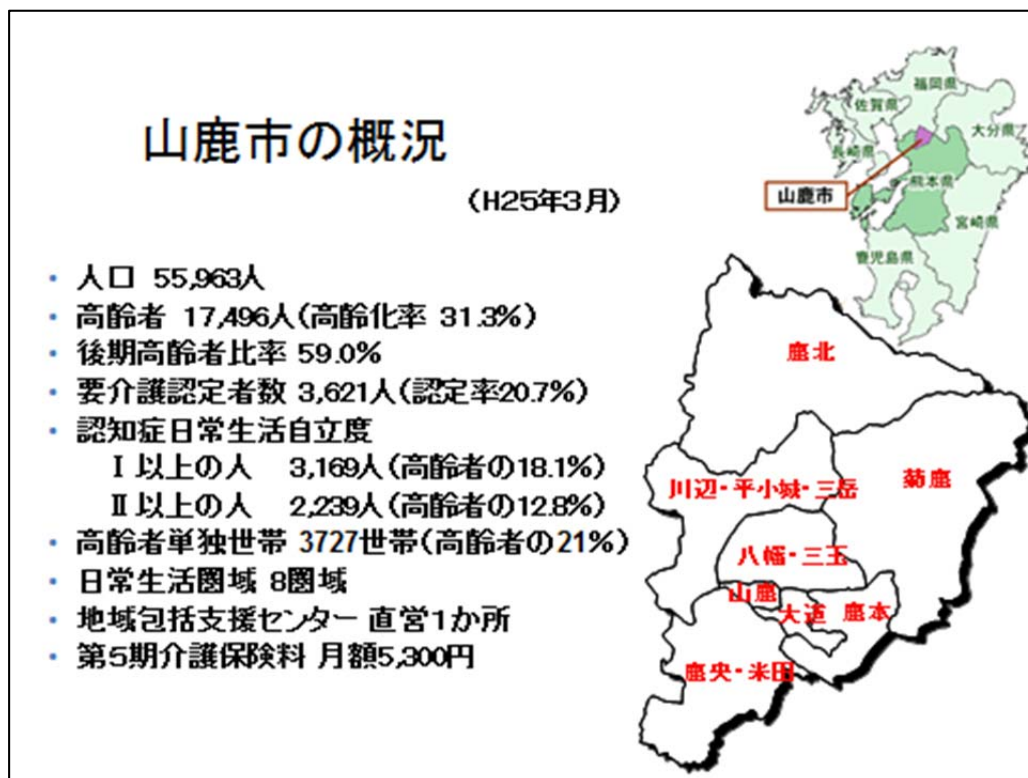
8 圏域

#### 【小規模多機能型居宅介護の配置数】

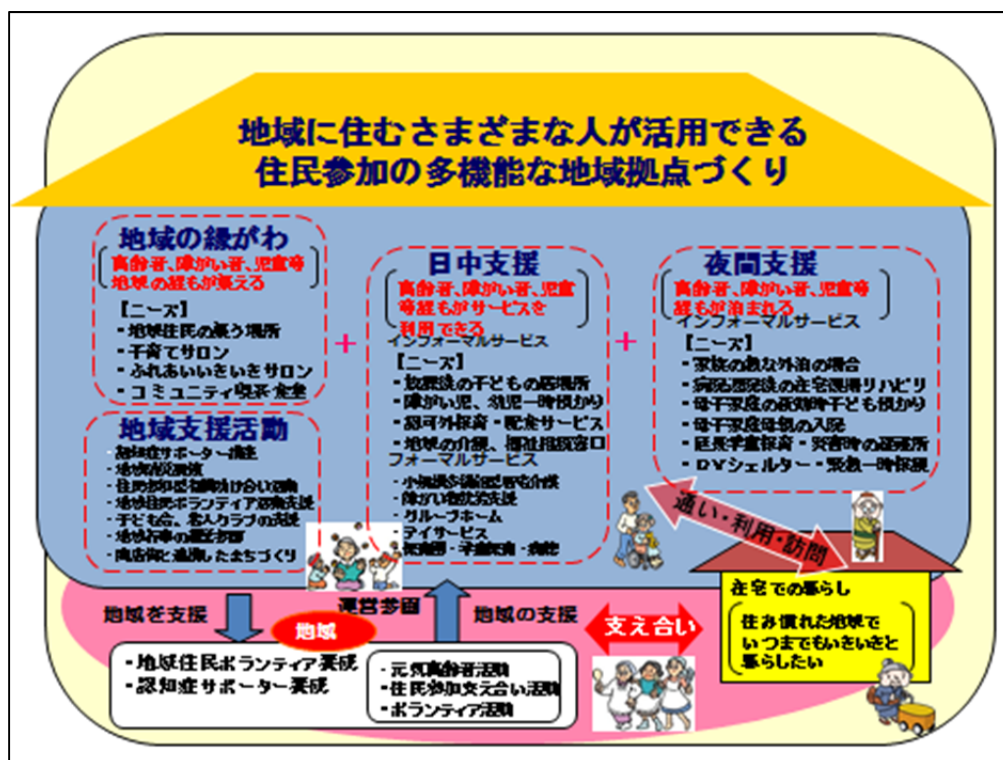
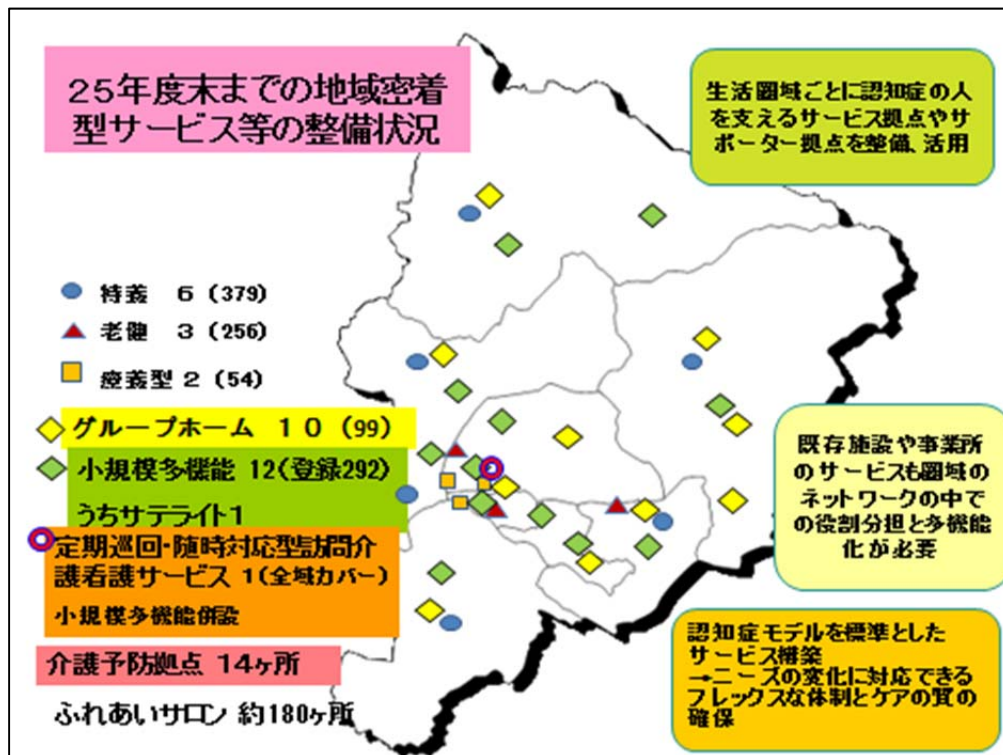
12 か所

#### 【地域の特徴】

熊本県の北部の内陸部、熊本市から北側へ約 30km、福岡市から南南東へ約 90km の場所に位置する。市の北部から北東部にかけて福岡県と接しており、市の東端部ではわずかに大分県と接している。中央部よりやや南寄りにある中心市街地から南部（旧菊鹿町）にかけては盆地となっている。市北部から北東部の県境付近は九州山地の一角を占めており、福岡県・大分県との県境付近には山々がそびえる農村地域である。



【地域での役割・拠点機能の具体的な取り組み】



住み慣れた地域でいつまでも生き生きと暮らし続けるために、地域に住むさまざまな人が活用できる住民参加の多機能な地域拠点づくりを行っている。

- ・ 地域の縁側

地域住民が集う場所  
子育てサロン



## コミュニティ喫茶食堂

- ・地域支援活動
  - 認知症サポーター講座
  - 地域防災訓練
  - 住民参加型有償助け合い活動
  - 地域住民ボランティア活動支援
  - 子ども会、老人クラブの支援
  - 地域行事の運営参画
  - 商店街と連携したまちづくり認知症啓発活動
- ・日中の支援
  - 放課後の子どもの居場所
  - 障がい児、幼児一時預かり
  - 認可外保育・配食サービス
  - 地域の介護、福祉相談窓口
- ・夜間の支援
  - 家族の急な外泊の場合
  - 病院退院後の在宅復帰リハビリ
  - 母子家庭の夜勤時子ども預かり
  - 母子家庭母親の入院
  - 延長学童保育・災害時の避難所
  - DVシェルター・緊急一時保護

**人材育成と啓発**

様々な入り口から、人材を養成。参加者の主体的な活動支援とそのため場のつくりを。

**認知症サポートリーダー**  
  
認知症の人や家族を地域で支えたい地域の啓発活動を担当

**脳いきいきサポーター**  
  
読み書き計算等の学習療法を中心とした認知症予防教室の運営

**シニア男性キッチンサポーター**  
  
徘徊模擬訓練のカレー作りや子防観点でのおやつづくりを通して介護の現場とかがわる

**介護予防サポーター**  


そのほか  
生活支援サポーター  
市民後見人 など

介護の専門職だけではなく、地域住民も含めた様々な入口から人材を育成。

住民が主体的な活動ができるよう支援している。

学び、参加し、体験する機会を提供。  
つながり、共に動く仲間作り

**地域と事業所の協働・人材育成のための  
認知症地域サポートリーダー養成講座**

◎目的  
・ 認知症の人やその家族への適切なサポートや、地域住民に対する啓発活動およびネットワーク活動の実践ができる人材を育成(キャラバンメイト養成研修を兼ねる)



◎対象者  
・ 介護・医療サービス事業所の職員  
・ 地域包括支援センター職員や社協職員  
・ 広報で募集した一般市民

◎内容  
・ 1年間・毎月1回の研修会とグループワーク  
・ 小規模多機能ホーム等での実習  
・ 地域資源マップ作成や徘徊模擬訓練への参加  
・ 出前講座の企画と参加

サポートリーダーは1年間の講座を受講し、それぞれの地域での活動を展開(1~4期生約350人)各圏域ごとの交流会の実施(2月に1回)

年齢や職種もさまざまな市民・事業所・スタッフを、8つの生活圏域ごとに分け、グループワークや出前講座企画、マップ作り等を実施。互いに知り、つながることが多い。

圏域交流会  
(各2ヶ月に1回)→地域課題の検討、活動計画・報告(包括スタッフが参加)

認知症の人やその家族を支えるための仲間作り。

- ・ 認知症の人やその家族への適切なサポート
- ・ 認知症ケアの啓発活動
- ・ 認知症の人を支えるネットワークづくり

**地域の拠点づくり**

地域拠点整備と活動支援  
(地域密着型サービス・介護予防拠点等)

地域密着型サービスは認知症の人を地域で支えるための有効なサービス拠点。日常交流や相談窓口、徘徊模擬訓練の拠点、サポートリーダーの実習施設としても活用。

介護予防拠点も重要な活動拠点。  
(地域密着事業所・障がいの事業所・学童施設等との併設)

多様な場の設定による資源の開拓

出会う催会のなかった人同士のつながりや新たな関係性が生まれる

地域介護・福祉空間整備交付金を活用、圏域を指定し公募により整備






地域の人たちの活動を支えるための「場」としての拠点。高齢者だけでなく、多世代が集い、様々な人の新たなつながりができる。

【自治体名】

大牟田市 (福岡県)

【市町村人口】

123,000人 (高齢化率 30.6%)

【面積】

81.55 k m<sup>2</sup>

【日常生活圏域】

24 圏域 (小学校区)

【小規模多機能型居宅介護の配置数】

24 か所

【地域の特徴】

大牟田市は福岡県の最南端、福岡市より約 65 k m 南、熊本市より約 45 k m 北西に位置し、南と東を熊本県に接している。

三井三池炭鉱の石炭資源を背景とした石炭化学工業で栄え、1959 年(昭和 34 年)には最大人口 208,887 人を誇ったが、エネルギー革命などにより石炭化学工業は衰退し人口も減少していった。全国の 10 万人以上の都市の中では人口減少率、高齢化率が高い。2010 年(平成 22 年)4 月 1 日に過疎地域に指定された。

**福岡県大牟田市の概況**  
 ~やさしさとエネルギーあふれるまち・おおむた~



●大牟田市の人口  
 約210,000人 ⇒ **約123,000人**  
 (1960年) (2012年)

●高齢者数 約38,000人  
**高齢化率30.6% (2012年10月)**  
 ※10万人以上の都市において  
 全国第2位(平成17年国勢調査)



かつては炭鉱のまち  
 (平成9年三池炭鉱閉山)  
 今、大牟田は  
 人にやさしいまちへ



大正時代の七浦坑



宮原坑 (重要文化財)

【地域での役割・拠点機能の具体的な取組み】

第3期介護保険事業計画において各小学校区に一つずつ小規模多機能型居宅介護を整備する計画を作成。国の示している日常生活圏域が中学校区を目安にしているのに対し、より小さな圏域を設定している。小規模多機能型居宅介護の整備にあたっては、介護予防拠点・地域交流施設の設置を必須としており、単なる介護サービスを提供す




認知症になっても安心して地域で暮らすことができる街づくりのために、地域における認知症の人とその家族の支援とまちづくりをコーディネートしていく人材を育成し、配置している。


コーディネーターは全ての困り事や課題を解決することが役割ではなく、今ある地域の資源と結びつけたり、新たな資源を作り出したりするなど、周囲とともに活動していくことが求められている。

### 介護予防拠点・地域交流施設の併設目的

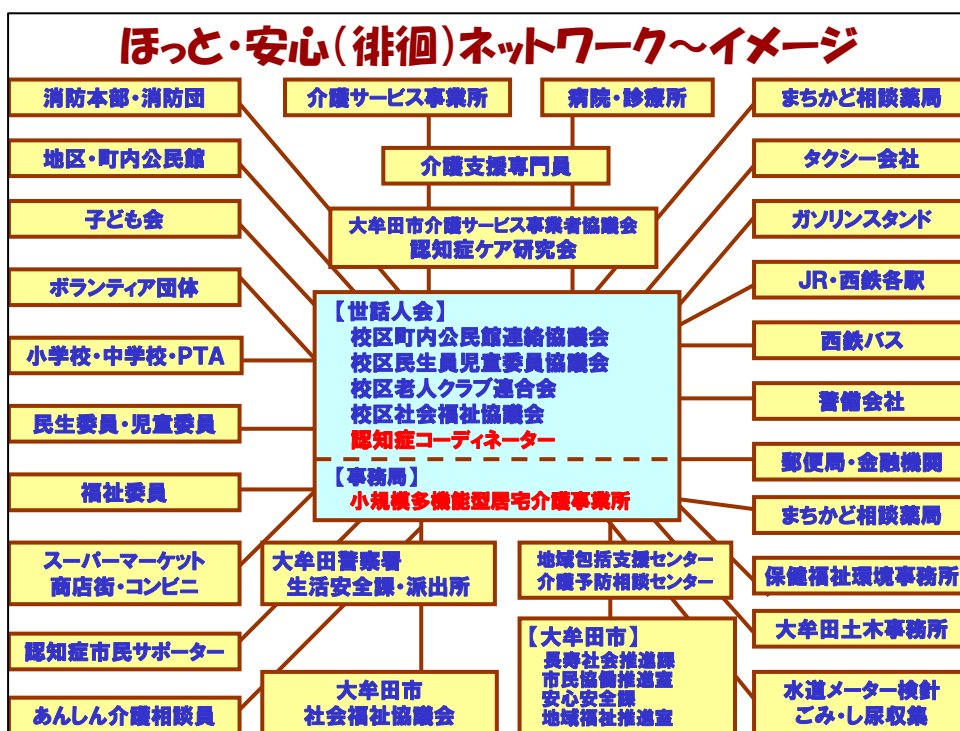
～地域を有効に動かす仕組みを考える～(地域福祉計画策定時の提案のひとつ)

- ①地域の様々なつながりを広げていく場所
- ②閉じこもりがちな高齢者に出かける機会と場所を提供し、介護予防(健康づくり)の役割を持つ
- ③高齢者だけではなく、子育て世代、幼児から青少年を含め、多世代の交流を図る場所
- ④地域活動や寄り合い、地域ボランティアの活動拠点
- ⑤運営推進会議や利用者家族による会の交流場所





- 地域に住む住民がその地域で暮らし続けるための多機能な支援拠点として整備する。
- 地域の社会資源として利用しやすくするため福祉施設の敷居を低くする。
- 介護が必要になったときでも馴染みのスタッフが継続して関わり続けることが可能となる。



【自治体名】

美瑛町（北海道上川郡）

【市町村人口】

10,991 人（高齢化率 33.16%）

【面積】

667.16 k m<sup>2</sup>

【日常生活圏域】

4 圏域

【小規模多機能型居宅介護の配置数】

4 か所

【地域の特徴】

美瑛町は北海道のほぼ中央部、大雪山系のふもとに位置する農業の町。人口は10,991 人ほどであるが、高齢化率は33%を超え、一人暮らしや老夫婦のみの高齢者世帯も増え続けている。要介護高齢者の数は721 人にのぼり、毎年20 人程度増加していく傾向にある。

また、町の広さが東京23 区に匹敵する面積677 k m<sup>2</sup>あり、移動手段は高齢者にとって大きな課題の一つである。

地域の主な産業は農業や林業、酪農といった住まいと仕事（職業）がともにある形態であることから、市街地だけでなく町内各所に住居や小さな集落が広がっており、要介護高齢者も町の周辺地域に多く暮らしている。



【地域での役割・拠点機能の具体的な取り組み】

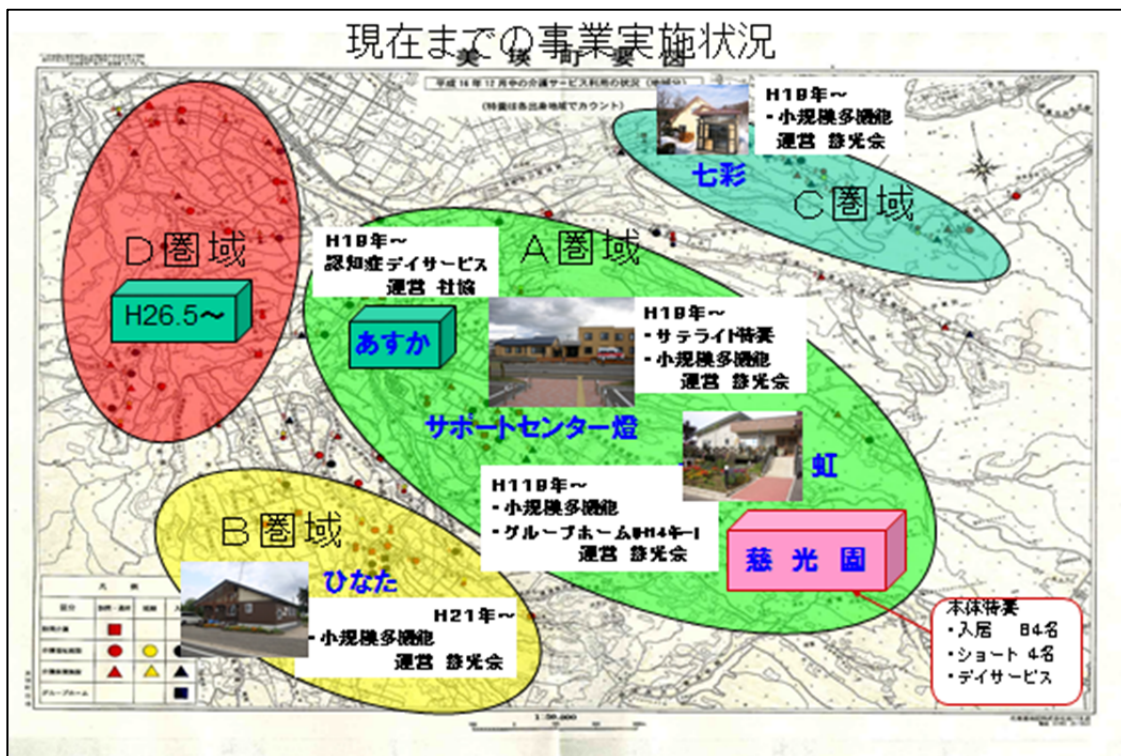
この町での生活での課題となるのは「町の広さ」である。特に周辺地域には住民もまばらに暮らしており、商店が無い地域も多く、買い物や通院など移動手段が課題となる。特に介護が必要となった時や高齢に伴い自ら車の運転ができなくなる等の変化が起きた場合、交通手段が限定され大きな課題の一つとなる。

併せて真冬においてはマイナス 20 度を超える厳しい寒さや、積雪が 2 メートルを超えるなど、豪雪寒冷地であるこの地域で暮らす高齢者の暮らしが厳しいということを想像することは容易にできる。かつては病院や施設で「越冬入院」「越冬入所」など厳しい冬の時期のみに入院、入所するということがあった。

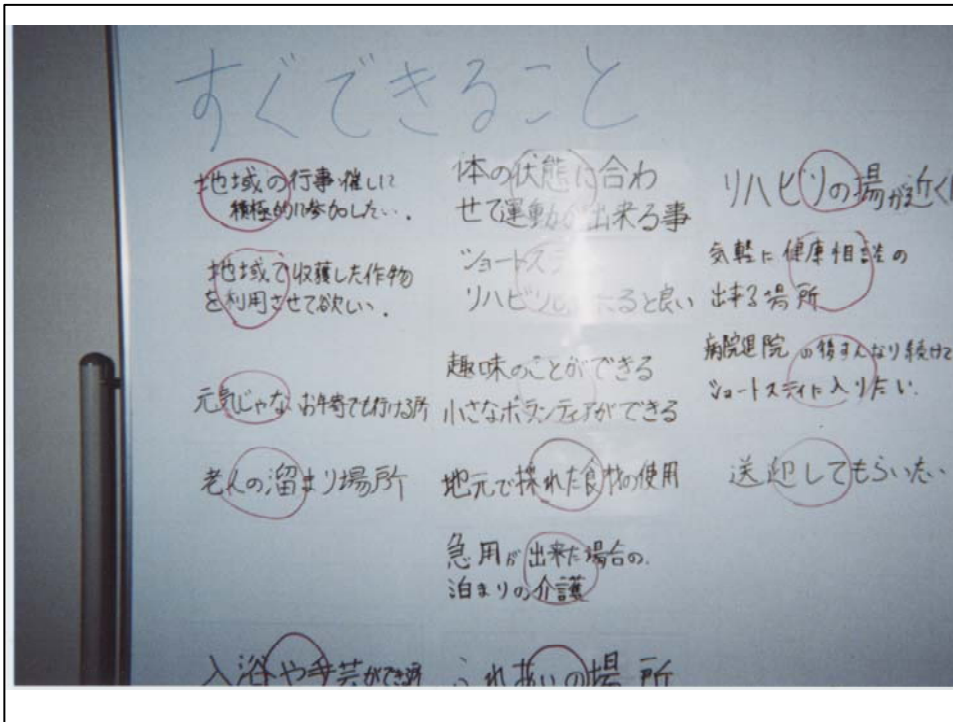
そこで、圧倒的な面積を占め、過疎化が進む周辺地域で暮らす要介護高齢者を支えるために

- ①市街地を拠点とした一極型の介護サービスの提供から生活圏域ごとのサービスへ転換
- ②高齢者が地域での在宅生活を継続できるための基盤整備
- ③地域住民と協働による支え合う地域づくり

の 3 つを柱に掲げ、地域住民と協働して小規模多機能型居宅介護を中心とした地域の拠点づくりを行った。



- 市街地を中心としたサービスではカバーすることが困難な地域に介護サービス拠点を設置
- 圏域の設定においては、中学校区、市街地からの距離、地域生活形態等を考慮して検討
- 地域の介護拠点においては、小規模多機能型居宅介護を整備し認知症高齢者等の在宅生活を支える
- 高齢者や地域住民の参画による地域コミュニティの推進



- 地域住民との話し合い（協働）。課題や今できることなどを確認。

### 住み慣れた地域で最後まで生活できるネットワーク

以前は、3～4世代、多くの家族に囲まれていました。子供も老人も、多くの家族の見守られて生活していました。最近では、少子高齢の社会になり、老人世帯や一人暮らしの老人が増加してきました。隣の近い市街地とは違い、農村部では隣の明かりも見えず、専業農家の多くなった農村では、本人の姿を何日もみないことが多くなってきました。まわりの人たちも多忙になりました。本人たちは、できる限りこの地で住みたいと願っているのが本心です。老人を手助けできる方法、できることがあるのではないのでしょうか。

○キーワード  
 ・普及してきた携帯電話 ・地域密着型の老人介護施設ができた  
 ・行政、介護施設、地域と遠方にいる家族との交流

○1つの提案  
 ・人と人との繋がりは対面の話し合いでした。それを携帯電話で日常的にできないでしょうか。

#### 美馬牛・二股・瑠辺築・新星生活支援ネットワーク

- 1. 会員**  
 希望する人の登録制  
 会員カードに、氏名・住所・電話番号・緊急時の連絡先・身体状況・かかりつけ病院・主治医・協力員の記入と、個人情報に関する同意書に署名捺印してもらい、ひなたに保管する。
- 2. 協力員**  
 行政区長、民生委員、ひなた運営推進会議メンバー、老人クラブ役員、福祉部長、隣近所の人…他協力者
- 3. 運営主体**  
 運営主体は、地域住民で『生活支援ネットワーク会議』を来的に目指し、当面の間は、ひなた運営推進会議の中で行っていく。事務局は当面はひなたに置く。
- 4. 具体的活動**  
 ● 日常の相談、安否確認…協力員が中心に行う。  
 ● 緊急時の対応

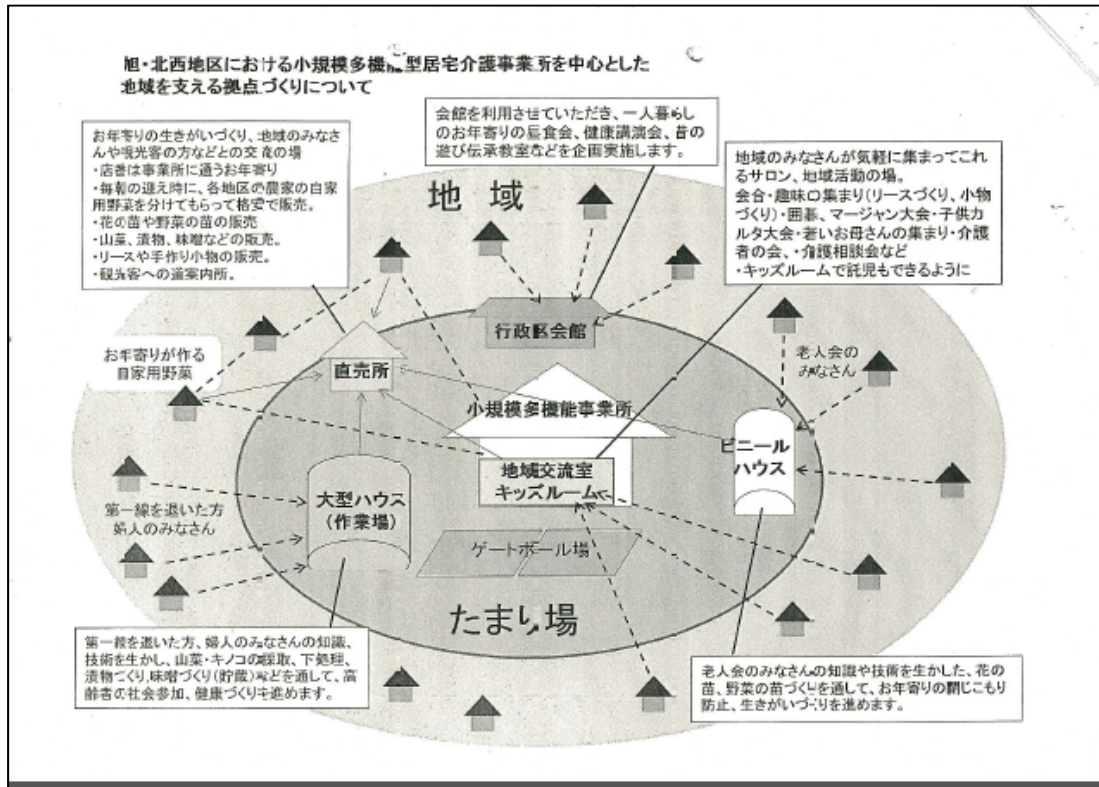
① 家族が、本人の安否を確認できない

② 体調が悪くなったとの連絡が入った



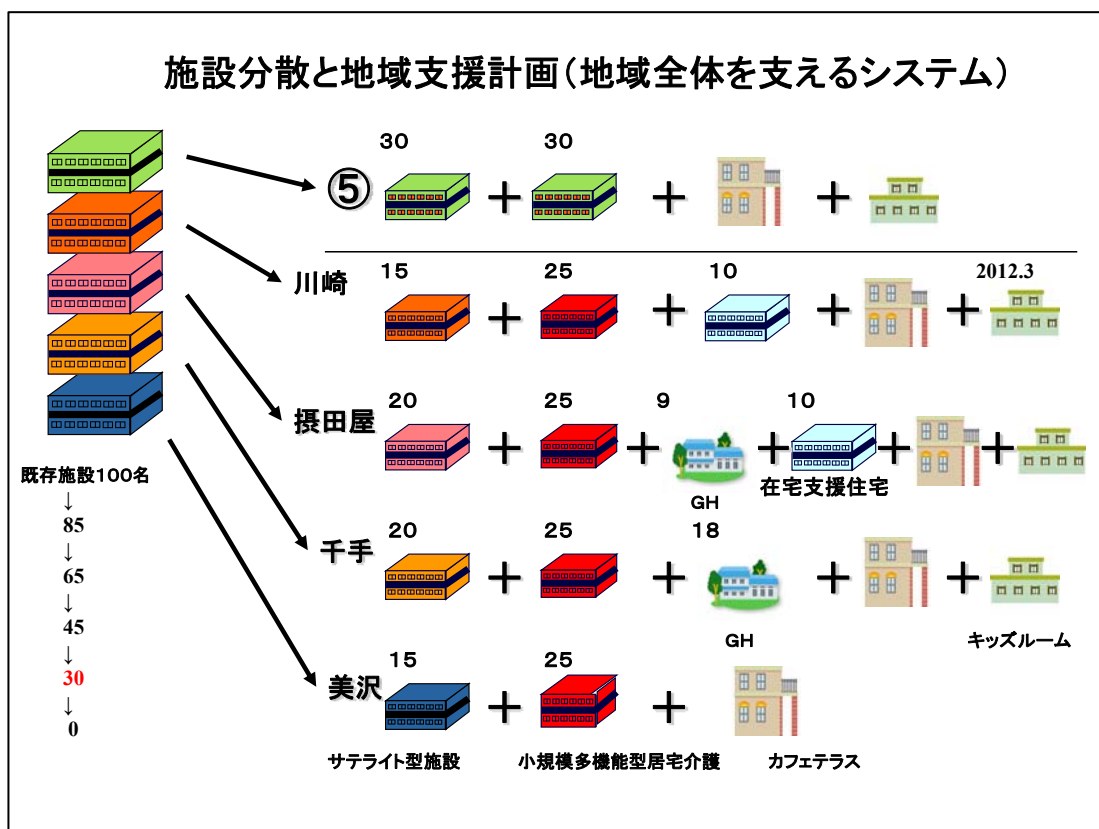
事業所開設2年前から住民を主体とする「開設準備会」を組織し、地域がどのような機能を必要としているのか話し合い、共に考える場を持った。

介護や福祉だけでなく幅広い意見が出されたが、介護や福祉に関係ないと切り捨てるのではなく、解決のためにどのようにすればいいのか話し合いは継続される。住民、事業所、行政のそれぞれが、介護サービスを利用するための拠点づくりが目的ではなく、この地域で暮らし続けるために「必要なことを話し合い、解決していくための議論の場」として準備会は運営され、事業所が開設した今は、運営推進会議として継続している。









施設は在宅介護で支えることが難しくなった人が、1か所に集まって生活する仕組みだった。介護は提供できるが、家族と離れたり、住んでいた町、近所の人から離れざるを得ない。そうすると介護は提供できるが、生活から離れてしまうという欠点がある。その人が「住み慣れた地域で暮らしを継続する」ためには施設のメリットとなる機能を地域に移すことで、地域で暮らし続けることができると考え、地域に拠点を移行した。

#### ー施設のメリットー

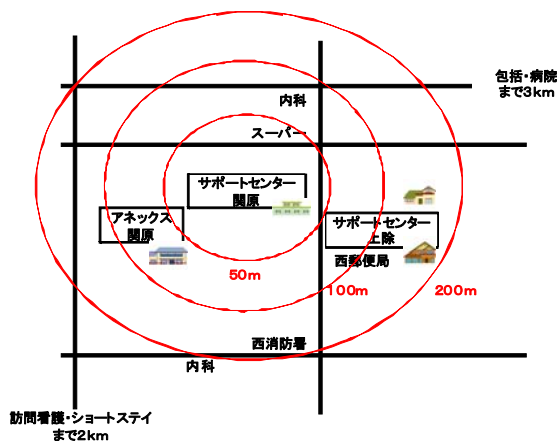
- ・ 24時間 365日途切れることないケアの提供
- ・ 何かあった時に、短時間で発見・対応してくれる
- ・ 費用は包括報酬

<地域への展開の例>

周辺に点在しているサービスを? 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  
バリアフリー住宅 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



サポートセンター上除

グループホーム上除(18名)  
バリアフリー住宅(9室)  
ケアプランセンター上除  
研修センター  
ボランティアサロン  
福祉ミニ図書館

サポートセンター 関原

デイサービスセンター 関原(365日 26名)  
24時間ケアサービスステーション 関原(24時間365日)  
配食サービスステーション 関原(3食365日)

それぞれの介護拠点に共通して整備されているもの。

- ・ 24 時間 365 日切れ目ない介護サービス
- ・ コミュニティスペース

周辺に点在しているサービスを繋ぎ合せてフルタイム・フルサービスを提供している。これは一つの拠点で全ての機能を持つということではなく、地域（エリア）において必要な機能を備えていることになる。

また、それぞれのコミュニティスペースでは、多世代間の交流、子育て支援、男性の集いの場など、それぞれの地域のニーズに合わせた形での活用がなされている。

【自治体名】

霧島市（鹿児島県）

【市町村人口】（H25. 4）

127, 537 人（高齢化率 23.1%）

【面積】

603. 67 k m<sup>2</sup>

【日常生活圏域】

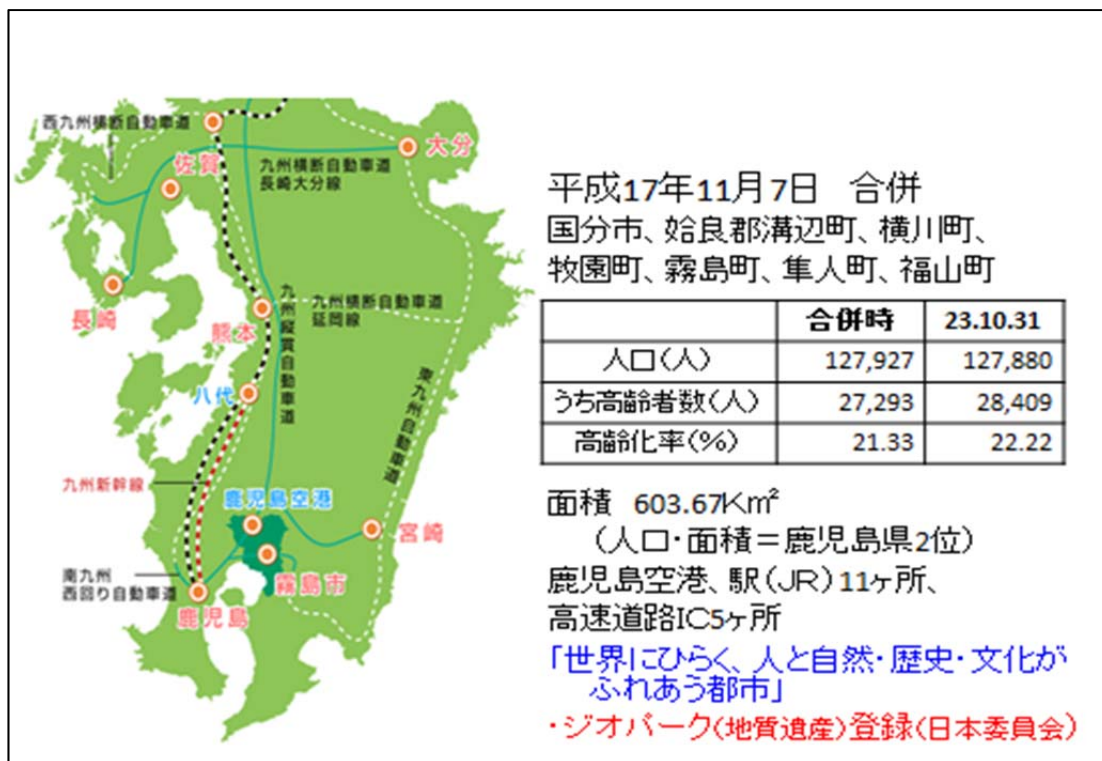
10 圏域

【小規模多機能型居宅介護の配置数】

16 か所

【地域の特徴】

鹿児島県のほぼ中心部に位置する。平成17年11月に1市6町が合併してできた。面積、人口は鹿児島県内で2位。鹿児島の玄関でもある鹿児島空港があり、JRの駅は11か所、九州縦貫自動車ICが5か所あり、県内で最も交通の便利の良い地域である。霧島山系から裾野、平野部を経て錦江湾まで流れる清く豊かな天降川、その流域に広がる豊かな田園、そして山麓から平野部まで温泉群等を有しており、1年を通して多くの観光客が訪れる場所である。



## 日常生活圏域



国分地区 3 圏域  
(中学校区ではない地域)  
単人地区 2 圏域  
(中学校区)  
その他=旧町ごとに1圏域  
**合計10圏域**

国分=中学校4校  
単人・福山=中学校2校  
その他=1町1中学校

## 人口と高齢化 (平成25年4月1日現在：住民基本台帳)

地区名	人口 (人)	高齢者 (人)	高齢化率 (%)	独居高齢 者(人)	独居高齢 者の割合 (%)	認知症高 齢者(人)	認知症高 齢者率
霧島市	127,537	29,441	23.1%	9,763	33.2%	3,145	10.7%
国分地区	58,096	10,580	18.2%	3,513	33.2%	1,012	9.6%
溝辺地区	8,475	2,025	23.9%	557	27.5%	282	13.9%
横川地区	4,663	1,669	35.8%	608	36.4%	267	16.0%
牧園地区	7,714	2,903	37.6%	1,048	36.1%	369	12.7%
霧島地区	5,117	1,814	35.5%	578	31.9%	182	10.0%
単人地区	37,660	8,606	22.9%	2,787	32.4%	854	9.9%
福山地区	5,812	1,844	31.7%	672	36.4%	179	9.7%

日常生活圏域の設定は10圏域。1市6町の合併ということもあり人口格差も大きい。また、高齢化率においても旧国分地区では18.2%であるが、一方で牧園地区、横川地区、霧島地区は35%を超えていて地域による格差が非常に大きいということが特徴的である。

### 【地域での役割・拠点機能の具体的な取り組み】

霧島市の特徴は、市内の地域密着型サービス事業者と行政との協働した取り組みである。平成18年に霧島市小規模多機能型居宅介護事業者・開設予定者意見交換会が毎月1回のペースで始まった。新しい制度が始まるということもあり、行政も事業者も何事も初めてで、行政に質問をするという形ではなく、一緒に学びあい、霧島市内に必要な小規模多機能型居宅介護事業所を作っていこうというスタンスで始められたものである。毎回、市役所職員、地域包括支援センター職員も参加し、翌年には、霧島市小規模多機能ホーム連絡会に発展、23年5月には市内の全ての地域密着型サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所16か所、グループホーム23か所、認知症

デイサービス9か所、地域密着型小規模特別養護老人ホーム2か所、地域包括支援センター)が加入し、霧島市地域密着型サービス事業者連合会が発足した。

## 啓発活動

**啓発先**

- ・小学校・中学校(朝の全体集会時)
- ・地域住民(年次総会時)
- ・地元企業(就業時間外)



**効果**

- ・子どもたちの関心が高く話に聞き入っていた。徘徊模擬訓練にもたくさんの子が参加してくれた。
- ・地元企業及び郵便局は、移動(配達)時に徘徊と思われる高齢者を発見した場合に声かけを行うとともに、徘徊時の捜索に協力するとの申し出があった。

### 《認知症見守りネットワークの整備》

認知症の人が安心して住み続けられるように地域の関係機関や地域住民が協議し、理解しあい、力を合わせて、認知症の人を支援する仕組みを作ることを目的に行われている。また、認知症見守りネットワークとして地域の関係機関や住民の方、市役所職員とともに協議会が立ち上げられた。協議会では、1年間通じて勉強会や情報交換会、地域課題検討会等が繰り返され、そのまとめとして徘徊模擬訓練が行われる。しかし、そのプロセスの中で、徘徊模擬訓練を行うのが目的ではなく、地域に出向き認知症に関する普及・啓発を行ったうえで、実践として模擬訓練を行い、認識を深めてもらうということ大切にしている。

## どけ行ったら 徘徊? ~徘徊模擬訓練~

日時 平成27年3月12日(土) 9:00~12:40  
場所 霧島市社会福祉センター

認知症になっても  
安心して暮らせる町を目指して

**<本日のスケジュール>**

- 9:00 開会式・オリエンテーション  
・訓練の説明などを行います。
- 9:30 声かけ訓練開始  
・捜索、声かけをお願いします。
- 10:30 声かけ訓練終了  
・本部で参加員を受け取ってください。
- 11:00 意見交換会  
・訓練についての意見交換会です。  
・温泉センター2階
- 11:30 昼食(無料)  
・温泉センター2階
- 12:00 寸劇「たけち〜ん〜」  
・温泉センター2階
- 12:40 閉会





## 徘徊模擬訓練



### 《霧島市ライフサポートワーカー・介護まちかど相談所》

市内の地域密着型サービス事業所に「霧島市ライフサポートワーカー（LSW）」を配置し、その事業所を身近な地域での『まちかど介護相談所』として位置づけている。24時間365日の地域での生活支援の機能を活用し、総合相談機能や地域の関係づくり、集まり場づくり、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援するための拠点となり、その地域に密着したセーフティネットを構築することを目指している。

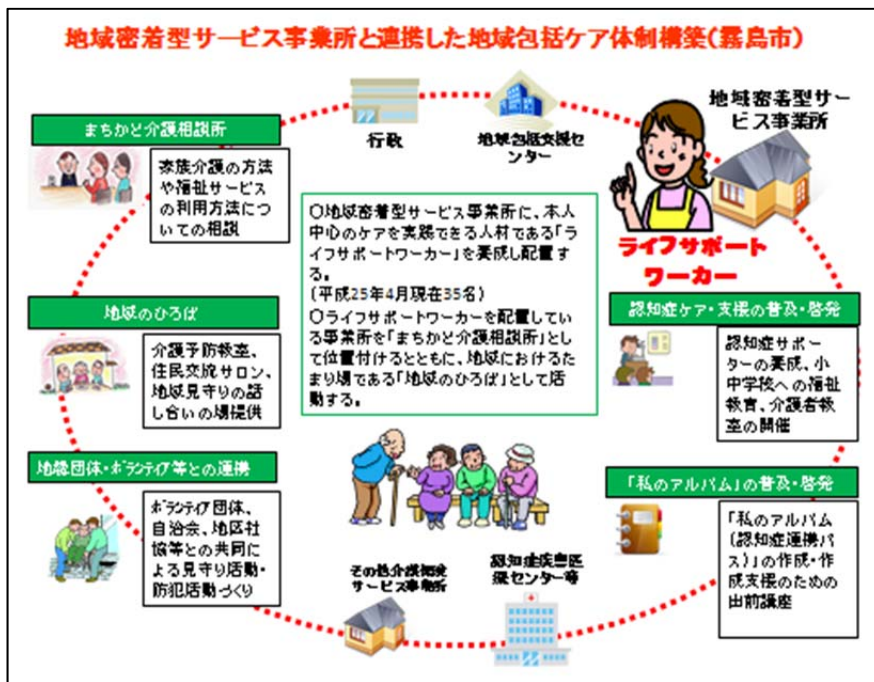
#### 霧島市地域包括ケアライフサポートワーカー養成(平成24年度新規)

市内の地域密着型サービス事業所に「霧島市地域包括ケアライフサポートワーカー」を配置し、その事業所を身近な地域での「まちかど介護相談所」、「地域のひろば」として位置付けることを目的とする。

#### 受講資格者

認知症介護実践者研修を修了し全8回(5か月)の研修全てを受講できる者





### 《地域のひろば》

介護予防拠点やライフサポートワーカーが在籍する事業所が、地域の方々とともに様々な交流やコミュニティを生み出す地域福祉の拠点をすることを目的としている。その活動としては、脳活性化リハビリテーション、体操、昔遊び(かるた・お手玉等)、手芸、映画鑑賞、認知症サポーター養成講座、菊まつり等を実施している。また、地域交流スペースがない事業所では、公民館や地域住民のお宅等で実施している。これまでのサービス対象者を待つ姿勢から、積極的に出向いていく姿勢をとっていくことで、これまで見えてこなかった地域の実情や状況、ニーズが見えてくる。また、運営しているのも、ライフサポートワーカーに限らず、事業所の一般職員も携わることで、事業所の利益のためでなく、純粋に地域貢献活動ができることを事業所全体で実感できる効果も大きい。行政はこの活動に対し、市単独で1事業所あたり875,000円を上限として補助を付け、支援している。



## 4. 先駆的な取組みから見えてきた9つの機能

先駆的に取り組んでいる地域からは、それぞれの地域の背景や環境が違うものの、地域の拠点としての役割を担う機能がいくつか見えてきた。先駆的実践例も加え「地域拠点・役割・機能」として9つのポイントを整理した。

### (1) 地域の相談機能

地域の相談を受ける、もしくはいつでも相談できる雰囲気があることは全ての拠点に共通しているものであった。

相談窓口には「〇〇相談所」や「介護何でも相談」など看板やノボリをだして「相談窓口がここにありますよ」と表明している相談窓口もあった。「どこに相談していいかわからない」といったニーズに合わせ、地域住民の身近な相談窓口として、保険者が意図的に配置したり、事業者の自主的な活動として行っているものであった。

拠点となる事業所においては「〇〇相談所」という看板はあるが、それだけではなく、外からの相談を受けやすいように周囲との関係づくりや、配慮を日頃から行っていた。

また、相談窓口は相談が来るのを待つだけではなく、地域に出向き、日頃の地域の人たちとの何気ない話しをする。会話や愚痴の中から地域の課題を発掘することができ、そのことを地域住民と一緒に考えることでさらに信頼関係が増し、相談窓口としての機能が深まるケースもある。

相談機能は、相談窓口の看板を掲げることが重要ではなく、地域の人たちが発している言葉から、何が課題となっているのか掘り起こす力・発見する力を持つことが先駆的な事例から発見できる。

### (2) 地域へ参加・活動するための「場」（居場所・機会）機能

地域の高齢者には、介護サービスとは関係ない、いつでも気軽にふらっと立ち寄れる「場」やみんなが集まる「居場所」がある。そこでは、世間話や困りごと、周囲の情報などが何気なく話されている。そして「〇〇さんが病気した」「△△さんが困っている」などの会話から、親しい誰かが声をかけたり、手助けしたり、なんとなくその人を気にかけて、支えるつながりがある。しかし、これらの活動は、自然に、自主的に集っている場合も多いことから、専門職がかかわることで、今ある地域の場やつながりを壊さない関わりを心がけなければいけない。

一方で、地域では孤立した高齢者や、介護や認知症になって出かけることができなくなった高齢者も多い。

地域での暮らしの継続ではどのような形であれ、自宅以外の場や地域での居場所へ赴き、つながることは、とても大切な要素である。

自治体や事業所によっては利用者も含めた地域の住民へ参加や活動をする「場」や、参加のきっかけの提供を意図的に行って、地域の拠点としての役割を果たしている。

《事例》気兼ねなくふらっと立ち寄れる「場」づくり（熊本県山鹿市）

熊本県山鹿市では「地域の縁側事業」において、高齢者を中心に地域のどなたでもいつでも立ち寄ることができる「場」を小規模多機能型居宅介護事業所に隣接して配置

している。ここは高齢者だけでなく、地域の人が行きたくなる「場」づくりの工夫を行うことで、閉じこもりがちな高齢者もその場に出てきたり、周囲がお誘いする中で、高齢者や住民同士が新たな関係を作り出す場となっている。

《事例》地域活動の拠点づくり（福岡県大牟田市）

福岡県大牟田市では高齢者をはじめとする地域住民が、住み慣れた地域で生きがいを持ち、安心して生活を営むことができるように、日常生活圏域を小学校区に設定し「ほっと安心ネットワーク」を形成している。地域の拠点となる地域交流スペースを住民が歩いていける場所に配置して様々な活動を行っている。

そして、地域住民の活動や交流スペースの活用を促すために、ただ箱モノを整備するだけではなく、活動の支援や活性化を促すための黒子として小規模多機能型居宅介護事業所や、認知症コーディネーターなど人的資源の配置や教育を行っており、ハード面とソフト面の両面から支援を行っている。

《事例》多世代を巻き込んだ「場」づくり（新潟県長岡市）

新潟県長岡市では高齢者だけを対象とするだけではなく、様々な人が出入りする取り組みを行っている。それは男性だけの料理教室や、事業所に併設した居酒屋、子育てサロンなどである。そしてその交流を通して、地域の高齢者と関わることができ、ご近所で起こっていることや、課題を地域の住民が知ることができるのである。そしてそのことは高齢者の生活を支える情報源となり、地域の課題を多世代の人たちとともに解決するきっかけとなっている。その結果、住みやすい地域へと変化する好循環を生み出すことを目指している。

### （3）地域課題を掘り起し、地域住民、自治体とともに解決する機能

運営推進会議や地域の人たちとの交流から地域課題を掘り起こし、発見する機能については、事業所が地域の課題に取り組むことを意識的に行うことが重要である。地域住民から出された（つぶやかれた）課題について放置することなく次に繋げていくことが周囲の信頼につながり、拠点機能として認められることにつながっていくのである。

「つなげる」ということは、事業所が全て解決するというのではなく、課題によっては関係機関や行政に伝えること、課題について必要な人を集めること、課題について話し合う場を提供することなど、様々な関わり方がある。そして地域の課題について「関係ない」という他人事ではなく、主体的に関わりを持つ姿勢がとても重要である。

《事例》認知症カフェ（福岡市城南区堤地区）

堤地区では、認知症の方を地域で支えていくためには、小規模多機能型居宅介護のみでその人の暮らしを支援するのではなく地域社会全体で取り組んでいく必要が不可欠であると考え「カフェ」の活動を行っている。


事業所は専門職として、これまで自分たちが培ってきた知識やノウハウ、経験値といったものを地域に還元していくという発想も必要である。

地域で繰り返し行ってきた“認知症サポーター養成講座”の延長で、一度受講したサポーターに対しステップアップ講座を展開し、年4回にわたってワークショップを開催。認知症に対しての理解を再確認し、地域にとって必要なことやできることについて検討を重ねていく中で、地域住民側から「認知症の人やその家族のために気軽に利用できるつどいの場が必要ではないか」との意見が挙がった。そこでは、認知症の人にとって「カリキュラムや内容に縛られず、一人ひとりの個性を活かせること」「好きなときに来て好きなときに帰ることができる自由きままな空間」「地域住民とのふれあいを自然な形で感じることが出来る場」としてカフェスタイルが提案された。

平成25年5月に公民館でオープン。当日は公民館を貸し切り、運営スタッフは20名前後のオレンジリングを手にした認知症サポーターで運営されている。10:00～16:00までの営業時間で100名程度の来店。地域住民、認知症の当事者、介護家族、小規模多機能型居宅介護の利用者・スタッフで和やかな雰囲気で開催することができた。月に一回のペースで開催し、毎回、80名～100名程度の来店者で賑わっている。今では、当事者、地域住民同士お互いの顔を覚え、一緒に歌を歌ったり、一緒に折り紙を楽しんだり、認知症の利用者も得意のハーモニカを人前で演奏されるなど、心豊かな時間を皆で共有することができている。

普段づきあいの顔の見える関係づくりは、認知症に対しての偏見をなくし、ハードルを下げるとともに認知症について一緒に考えあったり、支えあうことにつながっている。

事業所、地域、行政の三者が一体となった取組みは、一朝一夕で出来るものではない。堤地区にとっての“認知症つつみカフェ”は目的ではなく認知症の当事者やその家族を地域で関わりあい、支えあうための手段のひとつにすぎない。

<p>～堤校区 認知症になっても大丈夫なまちづくり事業～</p> <h1 style="text-align: center;">つつみカフェ オープン♪</h1> <p>【目的】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症になっても住み慣れた堤地区で暮らし続ける</li> <li>○認知症に対する偏見や差別をなくす</li> <li>○自分達の手で、地域の為にできることを無理なくやる(継続する)</li> <li>○当事者も家族も悩みを抱え込まないで相談できる相手・場をつくる</li> <li>○地域のことは地域で支える</li> <li>○地域の成熟度を上げる(豊かな堤地区を作る)</li> </ul>	<p>・公民館で開催 ・閉店時間:10:00～16:00 ・自由に気ままに来店 ・初日で100名近くの来店</p> 
---	--

#### (4) 人材育成機能

高齢期を迎え認知症や要介護状態になった時に、自分の希望どおりの生活が送れるのかと考えた時、現状では困難である。認知症になっても、どこで、どのように暮らしたいのか、自らの希望は実現可能なのかなど、主体的に考え、暮らしのイメージを作っていくことが大切である。

生活者本人である地域住民が自分たちのこれからのあり方を考え、行動することが必要である。ちょっとした見守り、何気ない声掛け、困ったときには介護サービス事業所への連絡など、具体的な行動ができる人材を育成する必要がある。地域拠点は、

認知症サポーター養成講座や介護者教室を開催し、あるいは生活支援のための学びの場をつくることで、具体的な行動に移すきっかけづくりとなる。地域住民は講座や介護予防教室にボランティアとして参加することによって顔なじみの人を見つけ、お付き合いが復活するなどのつながりや活動ができる場となる。ともに学び、参加し体験する機会の提供が人材育成につながる。

《事例》めおといわ「ゆい」(福岡市)

めおといわ「ゆい」では“認知症サポーター養成講座”を継続的に開催していった。その中で自治協議会、区役所、めおといわ「ゆい」の三者が協働で、認知症を支えるための地域づくりの実現に向けて取組みを行った。そのような取り組みの中で、地域住民からの言葉としてあらわれたのが「明日は我が身。他人事ではなく目を背けずに今できることを自分たちの手でやろう」という言葉であった。何ができるか地域から相談を受けた際、寸劇を通しての啓発活動を提案していったところ「それならできるかもしれない」と有志が集い「劇団つつみ」が旗揚げされた。

旗揚げから5年が過ぎ、劇団つつみは現在13名で活動を継続している。事業所の近辺のみならず、他の校区や市町村、市主催の介護講座に呼ばれるなど活動の場を拡げており、劇団員のやりがいや地域住民の啓発にもつながっている。

このような地域における住民主体の活動は、これまでは漠然とした「自分の未来予想図」を、よりイメージすることができ、住民自らが自分たちの住むまちのあり方を考えるようになった。

## (5) 地域の駆け込み寺機能

地域や自宅での暮らしでは、いつ、どんなときに、何が起こるかわからない。支援が必要な状況に突然なった時、いつでも対応してくれる場所が身近な地域にあることは大きな安心につながる。高齢、児童、障害といった分野ごとにではなく、まず受け止め、手を貸してくれるところが地域にあることは心強い。

冷静に時間を掛けて取組むことができないような状況の時に「取りあえず支援する」といった即時的・即応的な支援は小規模多機能型居宅介護の強みの一つである。

この地域で起こったことはまず、この地域で受けとめつなぐ必要がある。

《事例》小規模多機能型居宅介護リビングアエル(福岡県)

地域のなかで、24時間365日稼働している小規模多機能型居宅介護は地域の安心拠点として位置づけられる。ときには、駆け込み寺的な機能を備え緊急時の受け入れ態勢を整えている事業所も存在している。

リビングアエルでは、市内で困っている緊急性の高い事案に関して、市役所の了解のもと、積極的に受け入れを行っている。緊急措置として高齢者虐待、ドメスティックバイオレンス(DV)等の受け入れである。小規模多機能型居宅介護が一時的な駆け込み寺機能として認識されている。市役所、地域包括支援センターからの相談が多く寄せられ、特に休日や夜間、連休前になると措置的に機能が利用される。

しかし、緊急時対応している事業所にも課題は多く、虐待やDVの加害者が来たとき等の対応方法もこれといったマニュアルはない。危険性がある際の対応をどのようにしたらいいか迷っている段階で、スタッフにとっても大きな不安要素となっている。

スタッフの人材育成はもちろん、緊急時の受け入れ観点から考えると非常に情報が希薄の上、高度なリスク管理がつきまとう。善意で受け入れているとはいえ、事故発生時の責任の所在を明らかにすることや、リスクマネジメントを事業所単独で行うのではなく、市役所をはじめ関係機関・団体と合意を踏りながら支援展開していることも今後必要であるとする。

小規模多機能型居宅介護に緊急の対応を継続的に依頼するだけでなく、機能を整理したうえであくまでも一時的措置として、安易に緊急対応を依頼するのではなく、専門領域の機関の育成も必要である。

## **(6) 認知症の啓発**

小規模多機能型居宅介護は認知症の方を多く支えている。認知症ケアにおいては、出会いを可能な限り早めることがいま問われている。認知症ケアは家族や個人だけで解決できるものではなく、周囲の理解と協力が不可欠である。周囲が認知症について理解を深めることや、認知症の人や介護者への継続的な支援の取組みが必要であり、一人で支えるというよりは繋がりを持ってチームで取り組むことが大事である。

もちろん、認知症サポーター養成講座や介護教室等の介護や認知症の学習をする機会を提供することも重要であるが、つどいの場での交流を通してや運営推進会議における事例検討のなど、隣近所の身近な方を通して認知症とは何かを理解することも啓発効果としては大きい。

## **(7) 生活支援サービス提供拠点機能**

地域の中で生活していくためには、生活支援サービスが必要である。生活支援サービスとは、食事や買い物代行、移送、ごみ出し、家事援助などのサービスが考えられる。これまで、訪問介護や通所介護などの専門職がやっていたものをNPOやボランティア、地域住民が介護保険財源を使いながら担当することになる。

地域拠点では、その圏域の生活支援サービスを住民やボランティアと一緒にあって、支援を必要とする高齢者の生活をコーディネートすることが求められる。

受け皿がない場合には、まず小規模多機能型居宅介護がかかわり、並行してサービスの担い手を作っていくことも求められる。

## **(8) 生きがいつくり機能**

高齢になり、自分でできることが徐々に減っていくと「自分でできること」から「人にやってもらうこと」の方が多くなり、役割の喪失や、他者とのつながりが減少していく。それは、本人の生きる力をそぎ落とすことにつながる。

生きがいは「役割を得ること」だけではなく「自身の気持ちが動いて行動に移すこと」であり、その「気持ち」が生きる力に結びつくことで、生活の中で良い反応が連鎖していくのである。

「(2) 地域へ参加・活動するための「場」(居場所・機会)機能」「(3) 地域課題を掘り起し、地域住民、自治体とともに解決する機能」「(4) 人材育成機能」「(7) 生活支援サービス提供拠点機能」のように参加や活動の場をつくり、これまで培って

きた習慣や技術を活かすことは生きがいを生み出すことになる。

## (9) つなぎ機能

生活を継続するためには、介護サービスだけではなく、それまで本人が培ってきた環境（人・場所・物・機能）の糸を紡ぎ直すことが重要である。

「つなぐ」とはネットワークを作ることであり、基礎となる資源は地域の中のより身近なところに、多く存在している。しかし「地域の資源（人・場所・物・機能）」の中には隠れているものも多くあり、草の根的にひっそりと活躍しているものもある。

地域拠点は、地域にある資源を発掘したり、現状の資源をもっと多くの人々が利用できるように発展させたり、新たな資源を作りだし、それぞれが効果的に活動できるようにネットワークを作るなど資源が有効に活用されるための「つなぎ機能」が必要である。

《事例》（小規模多機能ホームはしたて（石川県））

「気にかけてくれる人」との関係を切らないように

10年程前に夫が亡くなりその後は一人暮らしをしていたが、大事なものを片づけた場所が分からず、郵便局員や電気屋に盗られたと思い不安になったり、内服薬もきちんと飲めない等の状況があり、近隣に住む姉妹から地域包括支援センターに相談があった。本人は専門職がかかわることの意味がわからなかったため、私たちは本人の状況把握から始めた。

一日数回の訪問を重ねることによって見えてきたことがあった。吉田さんには「気にかけてくれている人がいる」と言うことである。「気にかけてくれる人」はそれぞれの思いがあり、気にかけてくれることがちがう。

ある時スタッフが訪問していると、近所の人々が訪ねてきた。健康クラブのお誘いだ。「毎月誘いにくるけど、いつも断られる」と聞く。またある時は隣の山田さんと話す機会があった。聞くと吉田さんは町内会費の払い方が分からずよく訪ねてこられるそうだ。山田さんは吉田さんの自宅の電気が消える時間まで知っていた。

近くの金物店や薬局は昔からのお付き合いで、よく利用している。金物店には畑の肥料を買いに行っている。薬局の店主は吉田さんが裏の畑のドラム缶で可燃ゴミを燃やしていることも知っており火の心配をされている。

「訪問」の時間としては1日3回、1回15分～30分程度である。24時間の安心を考えたとき、私たちがかかわっていない時間は、近隣の「気にかけてくれる人」が安心を提供しているのである。

「はしたて」では、吉田さんのつながりのある人たちに名刺を渡し、専門職がかかわっていることを伝えたり、近所に顔を出し世間話をしたりすることで「気にかけてくれる人」と吉田さんとのつながりが切れないうつないだり、気にかけてくれている人へのねぎらいの言葉を伝え、感謝の気持ちを吉田さんに代わって伝えることで途切れないようにした。

専門職がかかわることで、近隣の人たちが「私たちが気にしなくても大丈夫」と思い、本人との関係が切れてしまうことは本人も望んではいない。

本人を取り巻く「気にかけてくれる人」は他に誰がかかわっているのか知らない場



合もあり、不安な気持ちになる。そのため「気にかけてくれる人」同士の関係をつなぐことも時には求められる。

## 5. まとめ・課題

日常生活圏域での本人の暮らしを支援するためには、地域での取り組みが重要であり、その核となる地域拠点（ライフサポートセンター）が必要である。

これまでの介護保険サービスでの支え方は制度や保険者、事業者、支える側からの視点で見られてきた。

要望があればその要望に対応するためにサービスの種類や量を増やしてきた。しかしサービスの種類や量を増やしても要望のもとにあるニーズに応えることはできない。

地域拠点（ライフサポートセンター）は、これまでの9個すべての機能を目指すものではなく、本人のニーズに応え、支援の中で機能がつくられていくものである。多機能性は準備するものではなく、本人や地域の人たちとともに悩み、考えるプロセスを通じて必要な機能がつくられていく。

また、上記の機能はそれぞれが密接に関わりを持っているものであり、結果的に重なり合うものも多く見られた。

ポイントとして24時間365日いつでも受け入れ、継続してかかわる体制であることが重要であり、そのことを地域住民が理解していること、わかってもらえる活動を日頃から行っていることは重要なポイントであった。また、要介護高齢者だけなど利用者を限定することなく、事業所も地域のひとつの資源として機能をどのように活用するのかということも大切な要素であった。



## 第4章

### 小規模多機能型居宅介護の質の向上に向けた取組み事例



質の確保を図るための有効な手段として研修が存在する。小規模多機能型居宅介護を開設するために義務付けられた法定研修では、認知症介護実践者研修を除き、開設者、管理者及び計画作成担当者のみが受講する研修となっている。一般の介護職員が受講する機会がないうえ、地域包括ケア体制を推進する以前につくられた研修カリキュラムに基づいているため、内容が地域密着型サービスの質の向上につながっていない。

また、平成 24 年 6 月に発出された「今後の認知症施策の方向性」でも謳われている他職種協働研修(ライフサポートモデル)という考え方も入っておらず、地域の中での暮らしそのものを支える(ライフサポートワーク)視点も少ない。

研修は「ただ実施すればいい」というものではなく、方向性や中身、研修の意図等といったものがとても大切な要素となる。事業所単独での内部研修はもとより、地域連絡会における研修、さらには、行政との協働による人材育成の取組みなど、研修そのものに一貫性を持たせ、人材育成を通して事業所の質を高める取組みが各地で報告されている。

ここでは、小規模多機能型居宅介護にかかわる研修がどのように実施されているかを明らかにするとともに、事業所単独の取組み、都道府県や市町村の地域連絡会における取組み、行政や地域連絡会の協働による人材育成の取組みの 3 つの角度から、今後の研修のあり方、方向性について検証したい。

## 1. 事業所独自の質の向上に向けた研修の取組み

### (1) 事業所での独自研修

○ほとんどの事業所で内部および外部の研修いずれも実施している。その数は 88.5% (1331 か所) にのぼる。一部、内部研修のみ実施の事業所も 7.2% (108 か所) あるが、研修を実施していない事業所もわずかながらある (0.6%、9 か所)。

	事業所数	割合
①内部研修も、外部研修も実施している。	1,331	88.5%
②内部研修のみ実施している	108	7.2%
③外部研修のみ実施している	56	3.7%
④研修は実施していない	9	0.6%
総数	1,504	100.0%

○内部研修を実施している事業所では、毎月 1 回開催している事業所が多く、その時間については、1 回あたり 1 時間半の事業所が多い。受講対象者は、常勤職員が 98.0%、非常勤職員が 73.0%、パートタイムでも 67.6%となっており、研修開催時には、常勤・非常勤の別なく研修を受講していることがうかがえる。

	事業所数	割合
①月 2 回以上	104	7.3%
②月 1 回	774	54.5%
③ 2 ヶ月に 1 回	237	16.7%
④ 3 ヶ月に 1 回	165	11.6%
⑤半年に 1 回	114	8.0%
⑥年 1 回	25	1.8%
総数	1,419	100.0%

	事業所数	割合
① 1 時間以内	413	29.1%
② 1.5 時間以内	706	49.8%
③ 2 時間以内	229	16.2%
④ 3 時間未満	45	3.2%
⑤ 3 時間以上	24	1.7%
総数	1,417	100.0%

	事業所数	割合
① 常勤職員	1,385	98.0%
② 非常勤職員（年契約）	1,032	73.0%
③ パートタイム	955	67.6%
総数	1,413	-

○内容としては「認知症」が最多で、順に「感染症」「接遇・マナー」「身体拘束」「緊急時対応・救急救命」の内容が後に続く。取り上げられるテーマは、まさに日々現場で必要としている内容を実施していることが多く、特に、認知症ケアについては、24 時間 365 日の暮らしを本人と家族・介護者、事業所と一緒に支えるチームで運営する小規模多機能型居宅介護らしい項目とも受け取れる。

## （2）事業所の研修取組み事例

### ① 小規模多機能型居宅介護ひつじ雲（川崎市）

ひつじ雲の研修では、職場内研修と職場外研修を組み合わせて実施している場合が多い。実態調査からの回答としても、法人の理念やビジョン、接遇・マナーについては法人代表者や事業所管理者を中心に実施しており、内部登用した講師で研修を実施している。一方で、ライフサポートワークやチームケア等の専門分野については、複数連携事業のようにその他事業所にも対象を広げ、交流する中からの学びを大切にする等、外部者を活用しながら実施している。

#### ○内部研修

- ・ 新人研修
- ・ 基礎介護研修（竹内孝仁先生） 2 名参加⇒3 か月にわたり事業所内実習を織り交ぜながらの研修
- ・ 排泄コントロールについて 2 名参加⇒3 か月間研修

#### ○外部研修の活用

- ・ 認知症実践者研修
- ・ ライフサポートワーク研修（全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会）
- ・ 複数連携事業を申請し、2 年未満の現場職員研修の実施  
(川崎市南部連絡会)
- ・ 複数の事業所間でのスタッフの交換研修

事業所における研修の課題としては、慢性的に職員不足であり、研修を開催するための現場職員を確保できないことや余裕がないことが挙げられた。

## ②小規模多機能ホームぶどうの家（岡山県）

ぶどうの家では、毎月定例的に全職員を対象に研修を実施している。実施するテーマを年間計画として定め、テーマに応じて他の事業所へ公開研修にしたり、外部講師を依頼して実施している。

### ○内部研修

- 1月：感染症について
- 2月：ぶどうの家について
- 3月：ライフサポートワーク研修
- 4月：理念について
- 5月：介護技術
- 6月：認知症について
- 7月：理念について
- 8月：記録について
- 9月：対人援助
- 10月：虐待・拘束
- 11月：介護保険制度
- 12月：小規模多機能型居宅介護とは

事業所における独自研修の課題としては、積極的に研修を実施している事業所ある一方で、全く実施していない事業所に加え、半年から1年に1回しか実施できていない事業所も合わせると148事業所あり、事業所間で質の向上に対する取組み意識に差が出ている。慢性的な職員不足も含め、質を問うよりも、日々のやりくりで苦戦しているという意見も自由記述の中には散見された。

また、事業所内の研修では、接遇や排せつ、入浴等の個別援助技術中心で、地域での生活を捉えた研修内容がない。これからの地域包括ケアを現場で進める小規模多機能型居宅介護としては「地域」「暮らしの支援」といったテーマを積極的に取り入れるべきである。

## 2. 地域連絡会による質の向上に向けた研修の取組み

小規模多機能型居宅介護では、都道府県レベルの連絡会と市町村レベルの連絡会が全国で混在している。地域密着型サービスに位置づく小規模多機能型居宅介護は、保険者が市町村となる場合も多く、市町村の連絡会（地域連絡会）が発達している。研修内容も、連絡会の規模が小さいことから、より身近な内容を取り上げやすく、研修に反映しやすいという特徴を持つ。

ここでは、市町村レベルの地域連絡会を中心にどのような取組みをしているのかを紹介する。

①加賀市小規模多機能型居宅介護事業者連絡会（石川県）

現在、加賀市内には 10 か所の小規模多機能型居宅介護があり、すべての事業所が連絡会に所属している。連絡会では、事業所育成のための研修を積極的に実施し、毎月の定例会に加え、下記のとおり研修会も実施しており、質の向上には積極的な連絡会である。

平成25年度 加賀市小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 定例会活動報告

	テーマ	目的
6月	ライフサポートワーク初任者研修 於：加賀市	講師：黒岩尚文氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 理事) 党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク世話人)
9月	ライフサポートワーク初任者研修 於：羽咋市	講師：黒岩尚文氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 理事) 党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク世話人)
10月	ライフサポートワーク実践研修 於：羽咋市	講師：党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク 世話人) 土居孝男氏(社会福祉法人シティ・ケアサービス 管理本部課長)
11月	ライフサポートワーク初任者研修 於：福井市	講師：黒岩尚文氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 理事) 党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク世話人)
11月	第1回 ライフサポートワーク事例研修	講師：川原秀夫氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表) 柴田範子氏(特定非営利法人 楽 理事長) 黒岩尚文氏(共生ホームよかあんべ 代表) 後藤裕基氏(鹿児島市小規模多機能ホーム連絡会 代表) 党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク 世話人) 山越孝浩氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 事務局長)
12月	第2回 ライフサポートワーク事例研修	講師：川原秀夫氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表) 柴田範子氏(特定非営利法人 楽 理事長) 黒岩尚文氏(共生ホームよかあんべ 代表) 後藤裕基氏(鹿児島市小規模多機能ホーム連絡会 代表) 党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク 世話人) 山越孝浩氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 事務局長)
1月	第3回 ライフサポートワーク事例研修	講師：川原秀夫氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表) 柴田範子氏(特定非営利法人 楽 理事長) 黒岩尚文氏(共生ホームよかあんべ 代表) 後藤裕基氏(鹿児島市小規模多機能ホーム連絡会 代表) 党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク 世話人) 山越孝浩氏(全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 事務局長)
1月	ライフサポートワーク実践研修 於：福井市	講師：党一浩氏(福岡市小規模多機能ケアネットワーク 世話人) 土居孝男氏(社会福祉法人シティ・ケアサービス 管理本部課長)



## ②神戸市小規模多機能型居宅介護事業所連絡会

神戸市内には 41 か所の小規模多機能型居宅介護があり、40 事業所が連絡会に所属している。連絡会による研修の取組みは多岐にわたり、接遇研修や新人研修等、事業所独自で実施している場合もあるが、連絡会で実施することで、職員同士の交流の機会となっている。

また、事業所共通のテーマとして運営推進会議、ターミナルケア、困難事例等、会員が事例や情報を持ち寄り実施している。近隣の事業所や連絡会との交流も積極的に取り入れ、現地視察や意見交換会等も実施するなど、実態に即した研修を柔軟に行っている。

平成 25 年度 神戸市小規模多機能型居宅介護事業所連絡会 定例会活動		
月	テーマ	目的
4 月	総会	
5 月	第 1 回連絡会 運営推進会議について	
6 月	接遇研修	講師：谷 洋子 氏 (ホスピタリティコーディネーター)
7 月	第 2 回連絡会 営業活動について	
8 月	小規模多機能での終末期ケア研修 ～在宅で迎える終末期ケアについて～	講師：市橋 正子氏 (在宅緩和ケアセンター訪問看護ほすびす 所長)
9 月	第 3 回連絡会 困難事例・苦情処理について	
10 月	介護職員研修 ～介護従事者新人セミナー～	講師：豊田 達範 (神戸市小規模多機能型 居宅介護事業所連絡会 顧問)
11 月	大阪市住吉区の小規模多機能施設に 視察・意見交換会	
12 月	第 4 回連絡会 視察報告と考察	
1 月	第 5 回連絡会 管理者への研修～職業倫理とは～	
3 月	ライフサポートプラン研修 ～地域での生活を支える～	講師：宮島渡氏 (全国小規模多機能型居 宅介護事業者連絡会 副代表)
3 月	第 6 回連絡会 ライフサポートプラン研修 ～実際に作成する～	

### ③福岡市小規模多機能ケアネットワーク

福岡市内の37か所の小規模多機能型居宅介護、すべての事業所が加盟している。その他、近隣の春日市、糸島市、篠栗町など、福岡市以外の周辺地域からの加盟もあり、計42事業所で運営している。毎月研修会を実施し、医療との連携や生活リハビリなど、他機関との連携を意識した内容を実施している。特筆すべきは、福岡市による集団指導をもとに、連絡会独自に振り返りの機会を作り、福岡市の協力のもと、質の向上に取り組んでいる点である。

平成25年度 福岡市小規模多機能ケアネットワーク 定例会活動		
月	テーマ	目的
4月	総会	○今年度の活動方針の報告
5月	健康ステージに応じた看護ケア／医療ニーズを支える医療連携実践報告とグループワーク	○専門職の役割を考える ○事業所内外の多職種連携の改善策を模索 ○抱え込み予防 ○連携方法の改善策のヒント
6月	小規模多機能型居宅介護の生活リハビリとは ～可能な限り自宅で暮らすことを目標に介護現場ができること～	○小規模多機能型居宅介護の特徴の再確認 ○生活リハビリの個別性を考える
7月	福岡市集団指導フォローアップ「実地指導を通して」 ～行政担当者と一緒に考える～	○法令順守と監査指導について一緒に考える ○行政との担当者と顔の見える関係づくり ○市との協働スタイルの構築
8月①	地域包括ケア 地域密着型サービスにおける運営の留意点	○小規模多機能型居宅介護に求められる地域とのつながり、地域からの評価の必要性を理解する
8月②	新人研修会 グループワーク／ロールプレイ	○コミュニケーションについて学ぶ ○バーンアウトの予防 ○モチベーションの向上 ○仲間づくり
9月	ライフサポートワーク実践報告(2事業所) 現場職員による発表／グループワーク	○地域生活支援、チームケアの実践を振り返る ○日々の実践を表現することで新たな気づきを生む
10月①	ライフサポートワーク実践報告会(2事業所) ～その人と地域の関係～「その人を支えるために地域と関わる」	○地域の概念を曖昧せず、つながることの必要性やヒントを身につける
10月②	九州ブロック連絡会交流会 IN 大牟田	
11月	区連絡会がもたらす可能性 ～意見・情報交換会～	○各区連絡会の取組みについての情報交換 ○区行政とつながることでの可能性を探る ○戦略のヒントにつなげる
12月	忘年会	○事業所間、行政との顔の見える関係づくり ○仲間づくり
1月	「日々の実践での戸惑いや悩んでいること」～フリートーク～	○お互いの思いや悩みを共有し、改善策に向けて
2月	ライフサポートワーク 2日間研修	○全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会より協力
3月	総会	○今年度の活動報告 ○決算報告 ○世話人会の選定 ○日々の実践の振り返り ○理念に基づいた実践を行う

#### ④鹿児島市小規模多機能ホーム連絡会

鹿児島市内の25か所の小規模多機能型居宅介護のうち、21事業所が連合会に所属している。鹿児島市のネットワークでは、小規模多機能型居宅介護のみならず、地域密着型サービスに属する150事業所が手を携えて連合会を組織している。連合会には、認知症対応型共同生活介護や認知症対応型通所介護もあり、それぞれ企画した研修を横断的に参加することができる。特筆すべきは「押しかけ勉強会」である。研修会を企画しても限られたスタッフしか参加できない。規模が小さい事業所では事業所内研修にも限界があるといった課題から、連絡会に所属している大規模法人から専門職（医療職等）を派遣してもらったり、認知症介護指導者や小規模多機能計画作成担当者研修の指導者を派遣して各事業所で研修する仕組みである。

また、それぞれの事業所に集まって意見交換（管理者だけでなくスタッフも参加）し、担当事業所は事例発表するようなよりフレキシブルな研修を実施している。

鹿児島市小規模多機能ホーム連絡会 年間事業計画	
月	事業内容
5月	総会
6月	小規模多機能（地域密着）経営セミナー
7月	地域密着型連合会・合同研修会（認知症について）
8月	認知症ライフサポートセミナー
9月	交流セミナー（ゆくり倶楽部）
10月	九州ブロック連絡会（大牟田市）
11月	交流セミナー（星の街）
12月	交流会（忘年会）
1月	交流セミナー（ひばり）
2月	事例検討会（大牟田連絡会合同）
3月	
通年 押しかけ勉強会（希望事業所）	
交流セミナー	監事事業所に集まって意見交換（管理者だけでなくスタッフも参加）（担当事業所は事例発表）

### 3. 行政と地域連絡会の協働による質の向上に向けた研修の取組み

小規模多機能型居宅介護では、地域密着型サービスに位置づくがゆえに、他のサービスよりも保険者（市町村）とのつながりが深い。市町村によっては、地域包括ケア体制推進のための資源として小規模多機能型居宅介護を捉え、戦略を持って推進している市町村もある。ここでは、市町村が地域連絡会との協働により実施している研修を紹介する。

#### ①大牟田市認知症コーディネーター養成研修

大牟田市では、高齢者の日常生活圏域を小学校区と捉え、市内 24 校区すべてにおいて小規模多機能型居宅介護事業所の整備を行い、地域交流拠点の併設を義務付けている。単に小規模多機能型居宅介護を整備すれば良いという方針ではなく、より住民の身近な地域にサービスが出向いていく指向を持っている。地域の駆け込み寺ともなるサービス拠点と地域交流スペース（間接サービス拠点）を設置することで、地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護）でまちづくりをするという方針が見て取れる。そして、地域住民の活動や交流スペースの活用を促す工夫として、地域介護・福祉空間整備交付金を活用し、ハードの整備を行っている。さらに、施設整備するだけでなく、活動の支援や活性化を促すための黒子として小規模多機能型居宅介護事業所をはじめとした地域密着型サービス事業所に「認知症コーディネーター」の配置を義務付けている。市の取組みとして、ハード面とソフト面両面から支援を行っている。

認知症コーディネーターは、ケア現場や地域で、認知症の人の尊厳を支え、本人や家族を中心に地域づくりを推進していく人材である。認知症コーディネーター養成研修は、2年間 406 時間にも及ぶ。このような研修の企画・運営をするのは市役所職員だけでは難しい。平成 12 年 4 月の介護保険制度創設と同時に設立された「大牟田市介護サービス事業者協議会」とともに、企画・運営することで、行政と事業者が協働で、地域に必要な人材を育成している。

養成のためのカリキュラムは以下のとおり。

平成25年度 大牟田市認知症コーディネーター養成研修カリキュラム

	テーマ	講師等
第1回	10期生実地研修報告 9期生最終実習報告	大牟田市長寿社会推進課 研修主幹
第2回	11期生開講式 オリエンテーション	大谷るみ子氏・池田武俊氏
第3回	ものわすれ予防・相談検診	認知症ケア研究会
第4回	パーソンセンタードケア・小規模多機能ケア	NPO法人コレクティブ 川原秀夫氏
第5回	認知症の疾患の理解	藤井直樹氏・田中清貴氏
第6回	ファシリテーションとは	コミュニティ・コミュニケーションセンター 椿原恵氏
第7回	認知症の疾患の理解	久留米大学病院 小路純央氏
第8回	認知症の日常診療～かかりつけ医としての寄り添う医療～	医療法人エスポール出雲クリニック 高橋幸男氏
第9回	スピリチュアル回想法・若年性認知症の支援・本人ネットワーク	認知症とみんなのサポートセンター 沖田裕子氏
第10回	本人理解とパーソンセンタードケアの実践・センター方式の活用	認知症とみんなのサポートセンター 沖田裕子氏
第11回	徘徊SOSネットワーク模擬訓練	認知症ケア研究会
第12回	中核症状へのアプローチ・本人の心理の理解・本人への日常生活支援	藤本クリニック 藤本直規氏・奥村典子氏
第13回	家族や介護者の心理の理解と家族支援	松本診療所 松本一生氏
第14回	もの忘れ予防・相談検診	認知症ケア研修会
第15回	認知症の人とのコミュニケーション・環境調整・状態像の読み解きと適切な支援	認知症コーディネーター
第16回	認知症医療と地域包括ケア・認知症を生きた人たちからみた地域包括ケア・12の評価	京都大学医学部附属病院 武地一氏
第17回	重度認知症の人のケア・看取り	NPO法人ホームホスピス宮崎かあさんの家 市原美穂氏・藤沢脳神経外科クリニック 藤沢和久氏
第18回	認知症の人の摂食・嚥下のケア	北海道医療大学 山田律子氏
第19回	日々の権利擁護・しくみとしての権利擁護①	あい権利擁護支援ネット 池田恵利子氏
第20回	日々の権利擁護・しくみとしての権利擁護②	あい権利擁護支援ネット 池田恵利子氏
第21回	認知症ライフサポート・ひとときシート・ライフサポートワーク	高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 宮島渡氏
第22回	認知症の人の在宅ケア・在宅移行支援	在宅ケア移行支援研究所「宇都宮宏子オフィス」 宇都宮宏子氏
第23回	11期生実地研修	小規模多機能・GH等
第24回	若年認知症支援フレンドシップキャンペーン	認知症ケア研究会
第25回	総括研修	グループホームふぁみりえ 大谷るみ子
随時	認知症予防教室「ほのぼの会」①	各地域交流施設
	認知症予防教室「ほのぼの会」②	各地域交流施設
	子どもたちと学ぶ絵本教室①	各小学校
	子どもたちと学ぶ絵本教室②	各小学校
	認知症在宅介護者定例会「つどい、語らう会」	
	若年性認知症本人交流会「ほやき・つぶやき・元気になる会」	
	もの忘れ予防・相談検診	公民館・交流施設等
認知症サポートチームカンファレンス①	大牟田市役所/大牟田病院	
認知症サポートチームカンファレンス②	大牟田市役所/大牟田病院	

## ②霧島市地域包括ケア・ライフサポートワーカー養成研修

平成24年度から、霧島市と霧島市地域密着型サービス事業者連合会との協働により、身近な地域の中で①よろず介護・生活相談支援、②地縁団体・ボランティア等との連携、③新たな関係づくり・たまり場づくり、④認知症ケア・支援の普及・啓発、⑤私のアルバムの普及・啓発を実践できる人材の育成を行ってきた。養成研修は、半年間で合計8回（50時間程度）の研修を実施し、「地域包括ケア・ライフサポートワーカー」を養成している。

霧島市は合併という広域化と職員削減という流れの中で、公募で選んだ事業者に行政のパートナーとしての役割を期待している。地域で暮らす住民の「安心感」を低下させないことや、地域密着型サービス事業者とともに、最後まで地域で暮らすための土台づくりを目指している。

一方、地域密着型サービス事業者は、これまで多くの研修会や活動を通して事業者と行政との「顔の見える関係」を大切にしてきた。

身近な地域において介護サービスの提供のみならず、地域の中の生活課題や不安を抱える個々人に向き合うことや、調整役としての役割を担いたい事業者の思惑と行政の意向が一致し、ライフサポートワーカーの養成につながったものである。

養成のためのカリキュラムは以下のとおり。



回	時間	講義テーマ ・ 講師ねらい
第 1 回	10:00～ 11:00	霧島市の現状及び『すこやか支えいプラン』について 霧島市保健福祉部長寿・障害福祉課  <ul style="list-style-type: none"> <li>霧島市の高齢者の状況や福祉施策を知る</li> <li>霧島市行政のまちづくりビジョンを理解し、自分達の役割や今後、実践していくべきことを考えることができる</li> </ul>
	11:00～ 12:00	霧島市地域包括ケア・ライフサポートワーカー養成研修の趣旨 霧島市地域包括ケア ライフサポートワーカー研修運営委員  <ul style="list-style-type: none"> <li>研修の目的を理解し、終了した時の自分の姿をイメージできる。</li> <li>受講生として責任を自覚し、仲間と共に最後まで実りある研修にするには自分はどうあるべきか考えることができる</li> </ul>
	13:00～ 16:30	認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくり 大牟田市保健福祉部（福岡県） 調整監 池田武俊 氏 加賀市医療提供体制検討室（石川県） 専門官 水井勇一 氏 山鹿市市民福祉部介護保険課（熊本県） 主幹 佐藤アキ 氏 厚生労働省老健局総務課 課長補佐 中野孝浩 氏  <ul style="list-style-type: none"> <li>住民・事業者・行政が一体となり地域づくりに取り組んでいる先進事例を学び、自分自身は身近な地域でまた霧島市において今後どのように実践を積み上げていくのか、具体的に考えることができる</li> </ul>
第 2 回	10:00～ 12:00	認知症の医学的理解と早期診断 鹿児島国際大学 福祉社会学部 教授 野田隆峰氏  <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の理解、老化の特徴と脳の機能、認知症の原因疾患の理解</li> <li>アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症の特徴か？生きる権利を保障するとはどういうことなのか？考えることができる</li> </ul>
	13:00～ 16:30	認知症の人とのコミュニケーション「バリデーシヨンの理解と演習」 久留米大学 文学部 教授 稲谷ふみえ 氏  <ul style="list-style-type: none"> <li>バリデーシヨンの基本的理解</li> <li>認知症の方の4つのステージについて理解する</li> <li>演習を通じて具体的手法を身につける</li> </ul>

回	時間	講義テーマ ・ 講師ねらい
第3回	10:00～ 12:00	認知症の人の尊厳ある暮らし サンライフたきの里（石川県） 施設長 岩尾 貢 氏  地域生活支援の実践事例から「尊厳ある暮らし」とは何か？生きる権利を保障するとはどういうことなのか？考えることができる
	13:00～ 16:30	パーソンセンタードケア～尊厳を支えるケア～ 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 代表 川原秀夫 氏  ・これまでの自分自身の実践を振り返る ・認知症の人に求められていることを考え、自分自身の認知症ケア理念を構築することができる
第4回	10:00～ 12:00	地域福祉の実践～社会福祉協議会のこれまでとこれから～ 鹿児島県社会福祉協議会 地域福祉部長 福田 正道 氏  ・地域福祉を支えてきた社会福祉協議会の歴史・役割について学ぶ ・地域密着型サービスと社会福祉協議会の連携によって実現できることを考えることができる
	13:00～ 16:30	住民流福祉の発見 住民流福祉総研 主宰 木原孝久 氏  ・地域を知るとは？ ・安心した暮らしを支える地域の関係 ・自分の事業所で作るマップの留意点につける
第5回	10:00～ 12:00	相談援助技術～初回面接の重要性～ 始良市地域包括支援センター（鹿児島県） 係長 前園智雄 氏  ・相談援助とは？ ・クライアントの心理を考える ・地域の中で気軽に相談に来てもらえる事業所とは？
	13:00～ 16:30	会議を通じてメンバーのエンパワメントを引き出す 鹿屋長寿園（鹿児島県） 副施設長 林田貴久 氏  ・それぞれのスタッフがもつエンパワメントを知る ・介護現場で会議を有効に活用する方法（聞く力・伝える力）を学ぶ
第6回	10:00～ 16:30	ひもとき、センター方式、ライフサポート アザレアンさなだ（長野県） 総合施設長 宮島 渡氏  本人を理解することとは何かを学び、アセスメントの本来の意味を学ぶ。認知症の人のこれまでの暮らしを知り、本人は今をどのように暮らしたいのかを理解する



回	時間	講義テーマ ・ 講師ねらい
第 7 回	10:00～ 12:00	地域密着型サービスに求められるコミュニティワーク、ソーシャルワーク 立教大学コミュニティ福祉学部 教授 森本佳樹 氏  利用者が暮らしてきた地域（コミュニティ）での暮らしを実現するための地域づくりとは何か。利用者にとって身近な事業者であるため、事業者にはできることは何かを学ぶ
	13:00～ 16:30	ライフサポートワーク 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会 事務局長 山越孝浩 氏  ライフの意味は「生命」「生活」「人生」と捉え、利用者の生活や人生を大切にするための支援のあり方や方法を学ぶ
第 8 回	10:00～ 12:00	医療と介護の連携～へき地診療所からの実践～ 公益社団法人 地域医療振興協会 常務理事 折茂賢一郎 氏  へき地診療所の実践を通して、住み慣れた地域での暮らしを継続して支えるとはどういうことかを考える
	13:00～ 16:30	研修のまとめ～研修を振り返りこれから取り組むこと～ 霧島市地域包括ケア ライフサポートワーカー研修運営委員

※各回とも 16:30～17:00 まで一日の振り返りがあります（最終回は修了証授与式）。

### ③山鹿市認知症地域サポートリーダー養成研修

山鹿市では、地域と事業所の協働・人材育成を目的とした「認知症地域サポートリーダー養成講座」を実施している。目的は、認知症の人やその家族への適切なサポート及び地域住民に対する啓発活動およびネットワーク活動の実践ができる人材を育成するためである（キャラバンメイト養成研修を兼ねる）。

研修の対象者は、広報で募集した一般市民を中心として、介護・医療サービス事業所、地域包括支援センター、社協等の介護や福祉の専門職も対象としている。

その内容としては、1年間・毎月1回の研修会とグループワーク、小規模多機能ホーム等での実習、地域資源マップ作成、徘徊模擬訓練への参加、出前講座の企画と参加等と多岐にわたっている。

一般市民を中心として養成された「認知症サポートリーダー」の活動は、身近なところで認知症の人や家族のサポート役をはじめとし、キャラバンメイトとしての認知症啓発活動、こどもサポーター養成講座への参加、マップ作成継続と協力者を増やす活動、サロン、地域の縁がわの実施、認知症の人と家族のつどいの開催、地域密着型サービス事業所の運営推進会議への参加、地域の見守り活動や徘徊者の探索協力、活動拠点づくり、民生委員や福祉協力員と連携した個別訪問など、多様な活動を草の根的に実践している。

養成のためのカリキュラムは以下のとおり。

学び、参加し、体験する機会を提供。  
つながり、共に動く仲間づくり

年齢や職種もさまざまな市民・事業所・スタッフを、8つの生活圏域ごとに分け、グループワークや出前講座企画、マップ作り等を実施。互いに知り、つながることが狙い。

### 地域と事業所の協働・人材育成のための 認知症地域サポートリーダー養成講座

**◎目的**



- 認知症の人やその家族への適切なサポートや、地域住民に対する啓発活動およびネットワーク活動の実践ができる人材を育成(キャラバンメイト養成研修を兼ねる)

**◎対象者**

- 介護・医療サービス事業所の職員
- 地域包括支援センター職員や社協職員
- 広報で募集した一般市民


**◎内容**

- 1年間・毎月1回の研修会とグループワーク
- 小規模多機能ホーム等での実習
- 地域資源マップ作成や徘徊模擬訓練への参加
- 出前講座の企画と参加

**圏域交流会**  
(各2ヶ月に1回)→地域課題の検討、活動計画・報告  
(包括スタッフが参加)

サポートリーダーは1年間の講座を受講し、それぞれの地域での活動を展開(1~6期生約500人)各圏域ごとの交流会の実施(2月に1回)



## 平成25年度 やまが認知症地域サポートリーダー養成講座カリキュラム

目的: 認知症の人についての理解や支援のあり方について学び、地域で実践ができる人材を育成する

開催日時		テーマ・内容(案)	講師	備考
第1回	6月15日(土)	開校式・オリエンテーション	山鹿市介護保険課	
		講義「認知症を生きる人と家族の支援」	NPO法人コレクティブ代表 川原 秀夫 氏	
第2回	7月20日(土)	講義「徘徊SOSネットワークの取組み」 徘徊者捜索声かけ模擬訓練について	大牟田市認知症ケア研究会代表 大谷 るみ子 氏	
第3回	8月 3日(土)夜	認知症市民フォーラム(会場 ひだまり) ※認知症の疾患理解・医療の部分を含む	京都大学 武地一先生	
第4回	9月21日(土)	講義「認知症の人への接し方」 小規模実習について	山鹿市内小規模多機能管理者 講師(原山、稲富、他)	
第5回	10月19日(土)	10:00~12:30 ※フォーラムの際の 時間帯は異なる	講義「認知症の人を理解し、支援すること」	黒岩 尚文 氏
第6回	11月16日(土)	講義「センター方式・ひもときシート・ライフ サポートワークについて」	アザレアンさなだ 宮島 渡 氏	↓
第7回	12月21日(土)	認知症地域サポートリーダー活動報告 今後の活動についての計画	認知症地域サポートリーダー (コーディネーター研修受講者)	
第8回	1月11日(土)	講義「地域での認知症の人の支援」 今後の活動についてのまとめ	共友会理事長(石川県) 岩尾 貢 氏	
第9回	2月15日(土)	認知症市民フォーラム(会場 八千代座) 「認知症になっても安心して暮らせるまちづくりinや まが」※受講生の修了式をフォーラム内で行う		山鹿のロードマップ の発表

## 平成25年度 コーディネーター研修カリキュラム

目的: 認知症地域サポートリーダー養成講座で学んだ内容を活かして、地域(地域にある介護予防活動拠点を中心に)で活動できる人材を育成す

対象者: 第1~5期認知症地域サポートリーダー研修修了者で現在実際に活動を行っている方

開催日時		テーマ・内容(案)	講師	備考	
第1回	6月15日(土)	開校式・オリエンテーション			
		講義①「地域の把握と課題抽出」	山越孝浩氏/川原秀夫氏	地域の課題	
第2回	7月20日(土)	講義②「認知症コーディネーターとは」	岩尾貢氏	コーディネーターの 役割	
第3回	8月24日(土)	講義③「地域のニーズを形にする」	山越孝浩氏	KJ法でまとめる	
第4回	9月14日(土)	13:30~16:30	講義④「住民主体の取り組み」	森本佳樹氏	住民主体の取り組み でのポイント
第5回	10月19日(土)	講義⑤「地域でのチームづくり」	黒岩尚文氏	チームづくり	
第6回	11月16日(土)	講義⑥「専門職との協働」	宮島渡氏	ライフサポートモデル	
第7回	12月21日(土)	10:00~12:30 演習 ※第6期認知症地域サポートリーダー受講者と 共に活動計画	(ファンリ:川原秀夫氏)	具体的な計画づくり	

## 4. まとめ

研修の基軸に求められるのは、利用者の暮らしを地域で支える“ライフサポートワーク”の観点である。中長期的なプログラムを立て、研修に一貫性を持たせることが重要であると考察する。

また、行政との協働スタイルによる人材育成の取組みは、今後、地域拠点の役割を担う小規模多機能型居宅介護において「ライフサポートワーカー」といったコーディネーターとしての人的配置を展開することで、地域拠点としての担い手を育てあげることにつながると考えられる。これからの地域包括ケアの推進は、市町村の責務であり、数的整備だけでなく、質の確保・向上も含まれるものと考えられる。したがって、地域密着型サービス事業者の育成は、保険者（市町村）の責任のもと行うことにすべきである。現在都道府県・政令市で行われているすべての法定研修（認知症介護サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）を保険者（市町村）に移行することを提案する。

保険者（市町村）は、事業所の質の向上のために、最低基準の法定研修だけを実施するのではなく、中身の充実を図りつつ、さらに研修の機会が少ない介護職員向けの研修や日常生活圏域の拠点の人材育成のため研修も行うべきである。地域づくりのための「ライフサポートワーカー研修」等、必要な研修を実施することを義務付けることが望ましいと考える。

例えば、以下のような研修である。

- ・ 初任者研修・中堅研修・リーダー研修
- ・ 現場職員研修・多職種連携（ライフサポートモデル）研修
- ・ 地域コーディネーター研修（ライフサポートワーカー研修） 等

これらの研修の内容で、基軸になるのは地域での暮らしの支援（ライフサポート）であり、すべての研修の内容に位置付けることが必要である。

## 第5章

### 小規模多機能型居宅介護のサービス評価



## 1. 小規模多機能型居宅介護のサービス評価

### (1) 小規模多機能型居宅介護のサービス評価の現状

厚生労働省の示す運営基準の中で「事業所は提供するサービスの質を自ら評価するとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表すること」が義務付けられている。サービス評価の目的は、質の確保・向上に資するものであるが、現在の年に1回の外部評価機関が訪問し実施する外部評価は、次の理由で構造的な欠陥となっている。

- ①一年に1回訪問して何がわかるのだろうか。地域の皆様からは「とんでもない事業所」「毎日鍵をかけていて閉じ込めている事業所」が、外部評価では「優れた事業所」として評価される。外部評価実施日の対応だけで評価する危険性がある。
- ②また、例えば外部評価で課題が見つかったとしても、事業所は外部評価機関にとって「お客様」である。厳しい評価を行えば、次年度からの評価の依頼はなくなる。どうしても、表面的な美辞麗句が並ぶことになる。実際に指定取り消しになったような事業所の外部評価でも、美辞麗句が並んでいる。
- ③更に、外部評価の料金は評価機関ごとになる。その結果、事業所は、どうしても「費用が安くて」「評価の甘い」機関に集まることになる。

そこで今回、現在の外部評価が、質の向上にはつながりにくいために見直した。

### (2) 検討にあたっての注意事項

今回の小規模多機能型居宅介護のサービス評価では、確実に事業所の質の向上のためのツールになることを目指した。事業所自らが改善に取り組む自己評価を確実に実行改善していくこと、それが毎年継続されステップアップが行われることを目的とした。そのため、地域密着型サービスに義務付けられている運営推進会議を活用し、「定期的に外部の者による評価」とした。この意味は、地域包括ケアの推進の中で小規模多機能型居宅介護は、圏域のサービス拠点として位置づくものであり、地域の皆様の評価が事業所にとって一番大事で厳しいものであるからである。

そもそも昨年実施した地域密着型サービスの質の向上の取組に関する調査研究事業（平成24年度老人保健健康増進等事業／全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会）で、従来のサービス評価項目を活用し、運営推進会議により地域からの評価を試行した際に課題として、以下のものが指摘されている。

#### 【課題や指摘事項】

##### ○評価項目

- ・地域の方々が見える項目と見えない項目がある。項目の検討が必要。

##### ○時間

- ・今回の2時間程度が限度。数回に分けるか項目を絞る必要もある。

##### ○自己評価のプロセスが適切か。開設者や管理者だけで実施していたら意味がない。

・今回も自己評価がベースである。地域の中での暮らしの支援が実際にできているかどうかを問うことが必要。項目の検討が必要。

○自己評価は、スタッフ全員が先ず評価表について理解し、それぞれで自らの取り組みと事業所の現状を評価する。そのうえで、事業所のほぼ全員が参加する評価会議を実施。

事業所の現状について合意形成(事業所のモニタリング・アセスメント)がなされた後、自らの改善課題を明らかにし、その改善のためのプランを作成する。

○運営推進会議のメンバー次第では、事業所の都合の良い御用評価になる可能性がある。小規模多機能型居宅介護事業所には運営推進会議の開催が義務付けられているが、メンバーの選定は事業所に任されている。よって事業所に都合の良い人々のみメンバーにしていると評価できない。生活圈域内の利害のない地域の方々の参加を図ることも必要。

少なくとも市町村職員や他法人の包括支援センターが参加すべき。

この取り組みは、常に事業所と関わりのある地域の皆様の目があり、決してその場限りの対応はできない。事業所にとっては、地域の評価が一番気になるものであり、その評価は事業所の質の向上にとって有効である。

○年に一日の断面ではなく、24時間365日の取り組みが評価される。

○職員全員で取り組まざるを得ないので職員の意識が高まる。表面的なことでは地域の方に指摘される。

○地域の皆様の理解がすすむ。「こんなことまで努力しているのか」など。

○地域の皆様と一緒に改善プランを作成するので、地域の中での取り組みができてやすくなる。

よって、検討の際に加味しておかなければいけない点として以下のものを掲げ、作業部会を中心に検討した。

- ①自己評価を管理者や計画作成担当者だけで実施するのではなく、全員が取り組めるような仕組みとすること
- ②自己評価は、事業所全体が共有できるよう、話し合いの場を重視すること
- ③地域からの評価を実施する際には、地域住民に理解しやすい項目の設定が必要
- ④地域からの評価時間は最大2時間。2時間で実施できる内容を検討する
- ⑤24時間365日の取組みが評価されること
- ⑥地域住民の理解促進につながる工夫をすること
- ⑦事業所と地域住民との懸け橋となるような仕組みを考慮すること
- ⑧市町村職員や地域包括支援センターが出席する仕組みを検討すること

上記事項を踏まえ、外部評価項目だけでなく、すべてのスタッフが取り組みやすい項目の検討をすべく、自己評価項目も連動して検討することとした。



### (3) 検討のプロセス

今回の地域からの評価実施にあたっての検討プロセスは以下のとおりである。

- ①自己評価項目及び進め方の検討（14回の更新作業）
- ②自己評価項目確定のための「プレ評価」の実施（11事業所で実施）
- ③地域からの評価項目及び進め方の検討（4回の更新作業）
- ④モデル評価の実施
  - ・事業所自己評価（40事業所で実施）
  - ・地域からの評価（22事業所で実施）
- ⑤実施したモデル評価に基づいた項目やプロセスの再検討
- ⑥「小規模多機能型居宅介護サービス評価 実施ガイド」の作成

## 2. 事業所自己評価及び地域からの評価

### (1) 自己評価項目の検討

自らが改善に取り組むことのできるものにするために、経験年数や職種に関係なく、理解しやすい項目を設定することを心掛け、当初に着手したのは自己評価であった。従来のサービス評価の項目ではその根拠（エビデンス）が明確でない項目があることで、できていることがぼやけ、実際がどうであれ「よく見える」自己評価結果を導き出すことが可能であったことから、評価の根拠となるものが何かを明確にしながら取り組めるような内容にも気を配った。

#### ◆第1回作成時の内容

項目	評価する内容	チェック	
尊 厳	最後まで自宅と地域社会の中で暮らし続けるための支援を行っていますか	<input type="checkbox"/>	
	介護だけを課題にせず、その人の暮らし全体を理解していますか	<input type="checkbox"/>	
	多様な価値観による自己決定を支援していますか	<input type="checkbox"/>	
項目	評価する内容	チェック	評価の判断資料（材料）
自 己 決 定	本人・家族の意向がわかっていますか	<input type="checkbox"/>	様式4 ライフサポートプラン②
	できるけど、やりたくないことがわかっていますか	<input type="checkbox"/>	様式4 ライフサポートプラン②
	本人が意思表示できるか関わりができていないか、選択の機会を提供していますか	<input type="checkbox"/>	様式1 記録用紙 様式4 ライフサポートプラン②
	言葉に隠された思いをわかっていますか	<input type="checkbox"/>	様式1 記録用紙
	友人や地域との関係、役割や生きがいを感じていますか	<input type="checkbox"/>	様式1 記録用紙 様式2 カンファレンス用紙 様式4 ライフサポートプラン②

検討初期の段階では、介護保険制度における高齢者ケアの3原則を中心にし、小規模多機能型居宅介護のケアの流れに基づいた項目を検討し、全15項目が挙げられた。この15項目にそれぞれ3～5個のチェック項目を設定した。

◆大項目（全15項目）

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| ①尊厳           | ⑨アセスメント         |
| ②自己決定         | ⑩ミーティング・カンファレンス |
| ③生活の維持        | ⑪評価・モニタリング      |
| ④自立支援         | ⑫地域①            |
| ⑤通い・プランの作成と実行 | ⑬地域②            |
| ⑥泊り・プランの作成と実行 | ⑭今後の課題・取り組み     |
| ⑦訪問・プランの作成と実行 | ⑮チームでの関わり       |
| ⑧出会い・当面の関わり   |                 |

4か月の検討を経て、護保険制度における高齢者ケアの3原則は大項目ではなく、ケアをする際に網羅でいっているかどうかの方が大切であり、評価項目自体は、ケアの流れを主体としたものとしたほうが良いことがわかった。11回目のバージョンアップでは「初期支援」から始まり「～したいの実現」までがケアの流れ、「連携・協働」から「人権・プライバシー」までは、介護保険（地域密着型サービス）事業者としての責務を盛り込むことで大項目の検討が行われた。

◆大項目（全11項目）

- |                |                |
|----------------|----------------|
| ①初期支援          | ⑦～したいの実現       |
| ②継続的な支援（関係づくり） | ⑧連携・協働         |
| ③地域での暮らしの支援    | ⑨運営            |
| ④柔軟な支援         | ⑩質を確保するための取り組み |
| ⑤多機能性ある支援      | ⑪人権・プライバシー     |
| ⑥日常生活の支援       |                |

	よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠	要求	ガイド (ポイント)
1 初期支援					場面について、思い出して書いてください。初期のかわりですので、本人や家族・介護者の「今」を的確に捉え、即時に対応することが求められます。よって、アセスメントまで行かなくてよい。そこまではしない。 ・声の大きな困りごとだけに耳を傾けていないか。 ・表現されたことの背景を考えているか。 ・「～あらねばならない」、「～しなければいけない」等、要望だけで判断していないか。 ・要望を受け止めることから始まる場合もある。 ・契約の有無にこだわらない。		「初期支援」では、事業者は、高齢者にとって本当にサービスが必要なのかどうかを判断する必要があります。また、高齢者自身からみて、この事業者に自分の支援を依頼するかどうかを判断してもらう重要な機会でもあるということをおぼえてはいけません。 そのためには、まず共感的理解が求められます。共感的理解とは、本人や家族が、どのような状況であっても、その思いを受け入れ、理解することによって関係を形成しようとすることです。 よって、事業者が、自分の価値観を押し付けて、「こうすべきだ」という常識や一般論で考えていると、双方向の関係が作れないまま共感を生みません。
昨年度の課題への取り組み	上記5つのチェック項目に基づいて、記入する。						
改善が必要な点とその改善の計画							
<b>チェック項目</b>							
① 【初期支援】本人の困りごとをわかっていますか					【様式1】記録	生活の継続性	◆この1年以内に利用登録となった方が対象。 ≧考えるためのヒント・ポイント ①本人や家族の言い分や希望をじっくり聞いていますか？ ②事業所や自分自身を知っていただくこと（自己紹介）をちゃんとしていますか？ ③話しやすい雰囲気づくりを心がけていますか？ ④利用することを前提に話を急がせていませんか？ ⑤本人の利用したいくない気持ちも理解していますか？
② 家族・介護者の困りごとが分かっていますか					【様式1】記録	生活の継続性	
③ 近所・知人等の地域の困りごとをわかっていますか					【様式1】記録	生活の継続性	

10月の自己評価項目確定のためのプレ評価まで14回の更新を続け、自己評価項目を完成させた。11回目以降は、大項目は変更することなく、大項目に基づいたチェック項目の検討が中心となった。

チェック項目は、上述したとおり、根拠を明確に示し、より分かりやすい内容のものを取り上げることとし、ひとつの大項目に対し5つのチェック項目を設定することとし、全体で55チェック項目に抑えることも念頭に置いた。

また、自己評価項目を検討する際に常に議論になったのは、自己評価を通じて、どのような小規模多機能型居宅介護を目指すのかという点である。従来の評価項目では、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）と同一の項目であったこともあるが、項目の裏側に一定の目指すべき事業者像が見えるように感じる部分があった。今回の項目の検討では、そのような目指すべき小規模多機能型居宅介護像を明確に示す項目とするのか否かの議論に常になった。

このたびの評価では、近隣の事業所と比較したり、一定の基準を示すような到達度を表すような項目ではなく、振り返るべきは過去の自らの実践であり、比較する対象は過去の自らの姿とするような評価とした。

## (2) 評価のプロセス

自己評価を実施する際のプロセスは、昨年度の指摘にもあるとおり、職員全員が取り組めるような仕組みが求められる。言い換えれば、管理者や計画作成担当者だけが取り組んだのでは完成しないような仕組みの導入である。

このたびの自己評価では、評価票を2つに分けた。ひとつ目は、スタッフ個別評価もうひとつはそれを取りまとめた事業所自己評価である。高齢者ケアの現場では、経験年数や資格の違う職員がチームでケアに取り組む。そうした場では、経験の違いにより取り組んでいる内容も異なることから、達成度は一律にはならない。そこで、質の確保・向上の最小単位である個人に焦点をあて、一人ひとりが自らの実践を振り返る仕組みとした。さらにもうひとつは、スタッフ個別評価を取りまとめる形で事業所自己評価とすることとした。よって、事業所自己評価は、スタッフ個別評価を積み上げ、取り組んだ人数を大項目ごとに集約するような様式とし、ミーティングを開催して、できている点、できていない点を各自から挙げ、事業所としてどのような点ができていて、どのような点が取組み不足なのかを話し合いによって「音合わせ」することを重要視した。これは、取組度合いをチームでどのように補い合い、今後のケアに活かしていくのかを、ミーティングによって醸造し、次なる発展へ結び付けていくことを狙ったものである。

このような仕組みであれば、一部の者によって自己評価を作成し完成させるようなことはできなくなり、また、一人ひとりの現状も明らかにすることができると考えたからである。

## (3) 自己評価項目確定のためのプレ評価の実施

作業部会メンバーに協力を仰ぎ、自己評価項目を確定するためのプレ評価を実施した。全部で11事業所に協力いただき、管理者1名、中堅職員1名、経験年数が2年

未滿の職員 1 名の 3 名に取り組んでいただいた。

ここでは、自らの振り返りを意識しながらも、項目は分かりやすいか、取り組みやすいかなど、自己評価項目を確定するための意見をいただくことを目的に実施した。

評価を実施した事業所従事者からは以下のような声が出された。

- この項目を通じて、何を問われているのかがわからない
- 解説（ガイド）がわかりにくい
- 時間がかかる
- 自らを振り返るものとしては学ぶものが多い
- 改めて自分を見つめ直す機会となった

実施した事業所の意見としては、おおむね好評価をいただいた。中でも、スタッフ個別評価では、自らを振り返る機会にすることができることや、これまで漠然と課題に関していたことが、評価を通して理解することができた等、積極的に活用することができる項目であることが証明され、一部の微修正を除き、モデル評価へと移行することとなった。

#### （４）地域からの評価項目について

ここまで、自己評価を中心に項目の設定を検討してきたが、当初の目的である「地域からの評価」にも 10 月より着手することとなった。ここでは、前年度に指摘されている地域住民でもわかりやすい内容や項目を意識しての検討となった。まずは、目で見えることを基本に、日々、事業所の身近で生活している地域住民だからこそ見える項目、単なる介護保険の一事業所ではなく、地域の拠点として求められる事業者のあり方、さらに地域とともに考えなければならない課題等、身近な視点でかつ、必要な項目の検討をした。4 回の議論を経て、完成した項目は以下のとおり。

- ①自己評価の確認
- ②事業所の雰囲気・環境
- ③事業所と地域のお付き合い
- ④運営推進会議を生かした取り組み
- ⑤地域との双方向の関係
- ⑥なじみの人や場との関係継続の支援
- ⑦災害対策

また、運営推進会議当日に、上記項目をどのように説明するかについても議論された。当初、上記項目に自己評価同様に項目の説明やポイントを付ける案も出されたが、各項目について説明する事業者が考え、どのような意見を運営推進会議のメンバーから引き出すのか、説明能力も問われることから、項目の説明も含め、事業者が考え、地域からの評価を進めることで、詳細な説明を加えないことで決定した。

#### （５）モデル評価の実施

平成 25 年 12 月より 2 月までの 3 か月間で、これまで検討を重ねた自己評価及び地域からの評価のモデル事業に取り組んだ。全国の事業所に協力いただき、北は北海道

から南は鹿児島まで、事業所自己評価 40 事業所、地域からの評価 22 事業所にモデル事業に依頼した。期間を長く設けたのは、事業所によっておおむね 2 か月に 1 回開催する運営推進会議がめぐってくる時期を考慮して 3 か月間の期間をおいて実施したものである。

各事業所に配布資料は以下のとおり。

- ①小規模多機能型居宅介護サービス評価
- ②総括表（A4 版 2 枚）
- ③スタッフ個別評価（11 枚）
- ④事業所自己評価（11 枚）
- ⑤地域からの評価（7 枚）

暫定版

小規模多機能型居宅介護  
サービス評価  
2013年12月

事業所番号	
法人名	
事業所名	
所在地	
開設日	
職員数	管理者 名
	評価作成担当 名
	看護職員 名
	介護職員(常勤) 名
	介護職員(非常勤) 名
	その他 ( ) 名

また、一部事業所については、地域からの評価を実施する際に、運営推進会議メンバーにも項目の説明をしたいとの意見をいただき、項目の解説書を途中配布した事業所もあった。

## 2. 継続的な支援

### ◆本項目についての説明◆

一人ひとりに合った支援をしていくには、ご本人の本当の思いや望みをくみとることが大切です。そのためには、継続的な関わりの中で、ひとりひとりに寄り添い、気持ちに向き合い、時間をかけて丁寧に支えることから始まります。思いや願いを受け止め、ご本人の「暮らし」の中に楽しみが見いだせる支援をさまざまな角度から提供していきます。

### ◆チェック項目のポイント◆

#### ◆登録者全員が対象。

#### ☞考えるためのヒント・ポイント

- ①日々の変化に気づいていますか？
- ②自分自身（事業者・わたし）の状況について振り返りができていますか？
- ③訴えの意味（ニーズとデマンドの違い）が分かっていますか？
- ④本人の覚悟、家族・介護者の覚悟、事業者の覚悟が共有されていますか？
- ⑤社会で暮らしているその人らしさを理解していますか？
- ⑥「本人にとっての安心」とは何かを考えていますか？
- ⑦本人へのかかわりが、記録によって積み上げられていますか？
- ⑧かかわりによって理解が深まることを知っていますか？

（自己評価項目の解説書の一部）

◆自己評価（スタッフ個別評価＋事業所自己評価）

○スタッフ個別評価

スタッフ個別評価については、内容、項目とも好意的な意見が多く聞かれた。どの事業所からもあった意見としては、ミーティングに全員が参加できる日を設定することが難しいとの意見が聞かれた。

内容としては、プレ評価実施と同様に、個々や事業所を振り返る学習効果が高いという意見が多く、全職員が実施する困難さを伴っても、非常に良い機会であったという意見が多くうかがえた。例えば、「人権・プライバシー」の項目では、利用者との日常的な関係の中であまり考えることのなかったが『「ちょっと待つて』という言葉も、利用者側から捉えてみれば「スピーチロック」になることがわかった」という意見や「そもそも成年後見制度という言葉は知っていても、どのようなことなのかかわからず、ミーティングで管理者や計画作成担当者からどのような制度なのかを聞き、勉強になった」という意見もあった。

項目の内容としては、一部、理解しにくい項目や項目の説明がわかりにくく、何を問われているのかわからない等の意見も出された。

スタッフ個別評価・様式		実施日	平成 年 月 日			
5. 多機能性ある支援		氏名				
<p>本項目についての説明</p> <p>多機能性ある支援とは、事業所の都合でサービスを組み合わせることはありません。本人の暮らしの支援を行うために、ニーズから本人を捉えることが重要であり、サービスの種類や回数、利用頻度だけで本人を捉え、支援することではありません。介護サービスは直接的にケアすることのみをイメージしますが、ここでは本人ができることや「～したい」環境を整える支援「環境づくり」も含まれます。今提供しているサービスだけでなく、その人のためにできることすべてが「多機能性のある支援」としての可能性をここでは「多機能」と考えます。</p>						
確認のためのチェック項目	よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠	要否
① デイサービスと「通い」の違いがわかり、利用者や家族に説明できますか		○			【根拠1】 説明・ミーティング 【根拠2】 プラン② 【根拠3】 プラン③	
② ホームヘルプと「訪問」の違いがわかり、利用者や家族に説明できますか		○			【根拠1】 説明・ミーティング 【根拠2】 プラン② 【根拠3】 プラン③	
③ ショートステイと「宿泊」の違いがわかり、利用者や家族に説明できますか		○			【根拠1】 説明・ミーティング 【根拠2】 プラン② 【根拠3】 プラン③	
④ 必要なときに必要な支援ができていますか		○			【根拠1】 説明・ミーティング 【根拠2】 プラン② 【根拠3】 プラン③	
⑤ 介護保険サービスだけで支えようとしていませんか			○		【根拠1】 説明・ミーティング 【根拠2】 プラン② 【根拠3】 プラン③	
<p>◆回答者個人(職員)が対象。</p> <p>△ 考えるためのヒント・ポイント</p> <p>通いや訪問、宿泊を提供することが目的になっていないか 本人の暮らしを支えるため、どれだけの機能(配食、通院、社会参加等)を発揮しているか 本人の必要に応えるため、新たな機能を生み出していますか 支援の創意工夫をしていますか(人、モノ、金、情報、法律等の活用)</p> <p>「通い」 通っていただくことで、何を支援しようとしているのですか？</p> <p>「訪問」 暮らしの継続のために本人ができることと支援すべきことを知り、支援できますか？</p> <p>「宿泊」 自宅での生活の継続のために、本人や家族・介護者が、夜間自宅でできていることやどのようにしているか知っていますか？</p>						
<p>改善が必要な点</p> <p>利用者の夜間の様子は、宿泊されたことのある方の様子はわかるが、宿泊されない利用者の自宅での様子については知る必要がある。</p>						
<p>改善の計画</p> <p>宿泊を利用されない方も含め、夜間時に自宅でどのような様子が共有していく。</p>						

(スタッフ個別評価のシート)

## ○事業所自己評価

事業所評価に関する意見では、ミーティングに関する意見が集中した。ひとつは時間であり、もう一つは意見集約についてである。

ミーティングに要した時間は、短いところで4時間、長いところでは複数日にわたって8時間以上を費やしたとの報告があった。その理由としては、スタッフ個別評価で各自が取り組んだ評価内容を取りまとめる際に、職員によって意見が分かれ、議論することに時間を費やしていたり、対立する意見をまとめ上げることに時間を費やしたことが多かったことがわかった。また、上記で指摘したとおり、お互いの意見の違いを明確化し、顕在化させたことは、個々の振り返りを全体で振り返る機会（ミーティング）となった。

一方で「連携・協働」の項目については、一般職員には日常業務の中で意識することが少なかったが、管理者が他の事業所や関係機関とどのように連携しているのかを初めて知ることができたという意見もあった。

当初、チームケアを醸成するために意図していたミーティングは、目論見どおり一つのテーマに関して全員が議論することで、これまで見えていなかった個々のかかわりや、見解の違い、対応の違いなどを共有する場とすることができた。

スタッフ個別評価及び事業所自己評価の課題としては、取り組んだ事業所より以下のような意見が出された。

- ・項目の説明がわかりにくい部分がある
- ・似たチェック項目もあるので集約できないか
- ・チェック項目の内容とポイントを見直す必要性
- ・一人ひとりのスタッフが改善計画を立てるのは難しい
- ・自らの振り返りになる一方で「改善の計画」に関して、抽象的な内容の改善計画を立てる事業所が多く、改善計画を立てたとしても、具体的な取組みにはつながらない
- ・ミーティングの時間を短縮できないか

## ◆地域からの評価

地域から評価では、ほとんどの事業所が定例の運営推進会議を地域からの評価に置き換える形で進められた。時間の設定も3時間半と長時間に渡った事業所もあるが、おおむね1時間半から2時間で進められたところが多かった。

1週間程度前に事前資料を配布し、事業所自己評価結果及び地域からの評価項目を見てきていただいていたという段取りで進められたが、ほとんどの参加メンバーは「見てもよくわからない」という意見が多かった。これは、配布した資料の多くが事業所自己評価であたため、ケアのことについては専門ではないのでわからないという意見である。しかしながら、すべての資料に目を通して参加者も多く、不得意ではあるものの関心の高さがうかがえた。

当日の進め方としては、運営推進会議冒頭の15分から30分は従来の運営推進会議の報告に費やし、残り1時間から1時間半程度が地域からの評価にあてられた。

参考までに福岡市の「めおといわ『ゆい』」で参加者に配布した次第書を掲載する。

～第37回運営推進会議・地域からの評価～

小規模多機能施設めおといわ「ゆい」

20140214

参加者氏名（敬称略）

【ご利用者】1名

【ご家族】1名

【地域】5名

【行政】区役所1名、市役所2名

【地域包括支援センター】2名

【社協】2名

【知見を有する者】2名（認知症介護指導者及び主任介護支援専門員）

【事業所】2名（管理者及びスタッフ）

17名

【プログラム】

13:30～13:40 自己紹介

13:40～13:50 地域からの評価の説明

13:50～14:10 事業所自己評価・11項目

14:10～14:30 事業所自己評価への感想、ご意見

14:30～15:20 地域評価・7項目

15:20～15:30 まとめ

## 運営推進会議における【地域評価】



（地域からの評価～当日の様子）



実際に取り組んでみての結果としては、開催前にはわからないという意見も多かったが、実際に始まってみると多くの意見が出された。「事業所自己評価に」については、参加メンバーに理解しにくい項目もあるが、積極的な意見も多く出された。

「C. 事業所と地域のお付き合い」の項目では、お付き合い以前に「事業所が地域からあまり知られていない」や「看板がないからわからない」など、手厳しい意見も出された。「G. 災害対策」では、運営推進会議のメンバーで地域の消防団員の方もいて、地域の防災計画と事業所の有事の対応についての話になるなど、地域住民が参加したからこそ、見えてきた課題も浮き彫りになった。

また「A. 事業所自己評価の確認」については、11項目すべてを説明しようとする最大で40分程度かかった事業所もあり、運営推進会議参加メンバーにとっては一番わかりにくい部分の説明に時間がかかり、そのあとの項目の時間が少なくなった事業所もあった。他の事業所では、説明の項目を3点程度に絞り、住民から意見をもらいたいポイントを絞って説明した事業所もあり、説明者の工夫も問われる結果となった。

事業者から実際に地域からの評価に取り組んでみて出された意見は下記のものである。

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
A. 自己評価の確認			○	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・項目が多すぎるとの意見が聞かれた</li> <li>・要点を絞った説明やすべての項目ではなく大事な項目だけの説明でよかった</li> <li>・地域の方も何をどう考えたらいいのか分からない</li> </ul>			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
B. 事業所の雰囲気・環境		○		
	<b>【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・雰囲気という表現はわかりやすく、それぞれの主観はあるが捉えやすい項目だと思う</li> </ul>			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
C. 事業所と地域のお付き合い		○		
	<b>【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ガイドをみれば「E…地域との双方向の関係」との視点の違いがわかるが地域の方にとっては差がないように思われた</li> </ul>			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
D. 運営推進会議を生かした取り組み		○		
	<b>【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議のメンバーなのでわかりやすいと思う</li> <li>・意見が出やすかった</li> </ul>			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
			○	
E. 地域との 双方向の関 係	<b>【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】</b> ・「事業所と地域のお付き合い」との視点の違いがわかるが地域のかた は同じように思われた ・説明が難しかった			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
				○
F. なじみの 人や場との 関係継続の 支援	<b>【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】</b> ・参加者の声として「わからない」とあがった ・家族はわかりやすいが、住民の方は日中仕事のため地域にいない時 もあり、把握しにくいかもしれない ・家族が意見を言いやすい項目			

項目名	よくわかった	なんとかわかった	あまりわからなかった	わからない
			○	
G. 災害対策	<b>【出席者の項目に対する意見や事業者の感想】</b> ・項目としてはわかりやすい ・開設当初から災害についての話し合いを運営推進会議の中で何度も 繰り返し行ってきたのでよかった ・運営推進会議のメンバーも参加しやすい項目			

総評
<p>管理者の未熟さがあり、自己評価についての説明が長くなりそれ以外の地域からの評価項目について「思い」が十分に聞けなかった。</p> <p>初回だったので事業所側の進行も悪く、地域住民も何をどう考えてよいのかわからない様子も見られたが、次回はもう少し地域からの意見が聞かれるのではないかと感じた。</p> <p>参加された住民の方からは「良い事だと思うが、運営推進会議とは別の日を設けてやったらどうか」「自己評価にしても地域評価にしてもこちらから自由に意見が言えるので良い事だと思う」「項目が多い」との意見を頂いた。</p>

地域からの評価の課題としては、実施した事業所より以下のような意見が共通して出された。

- ・項目の説明がわかりにくい部分がある
- ・似たチェック項目もあるので集約できないか
- ・事業所自己評価の説明に工夫が必要。参加メンバーにとっては、わかりにくい項

目であるにもかかわらず、説明に時間がかかり、間延びしてしまう。

- ・一つひとつの項目がもっとわかりやすいほうが良い（事業所自己評価のように、チェック項目があっても良いのではないか）
- ・当日は、よりコンパクトに進められるような工夫が必要
- ・説明者（管理者）の能力が問われる

### 3. まとめ

今回の「事業所自己評価」及び「地域からの評価」では、質の向上のためのツールということを強く意識し、一時点の現状を明らかにするだけでなく、さらに進化・発展していくため、自らが振り返り、チームで実践状況を話し合い、ステップアップしていくための戦略的ツールとして活用できるものを目指し作成した。

事業所自己評価は、一人ひとりのスタッフが自らの取組みを振り返り、ミーティングを通して各自のできている点、できていない点を共有し、事業所の実践を振り返るものとして有効であると考えます。

また、地域からの評価は「定期的に外部の者による評価」を保険者や地域包括支援センターをはじめ地域住民が参画する運営推進会議の方々にしていただいたことで、日常の事業所の様子を知るの方々による評価となり、地域からの評価をとおして、事業所とともに地域の介護のあり方や高齢者の生活を考え、作り上げていく視点も養われることもわかった。

今回のサービス評価は、単なる評価にとどまらず、以下のことを目指すことが必要である

- ⇒評価をスタッフ全員で行い、話し合うことでチーム作りになり、小規模多機能型居宅介護とは何かの確認になる
- ⇒地域の方々の事業所に対する理解が進む
- ⇒地域からの評価を行う運営推進会議に行政や地域包括支援センターが参加することで、理解が促進される

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は、評価を活かし、自ら確実に改善していくことが目的である。スタッフ個々に振り返りをし、事業所自己評価でのミーティングによって事業所自身を振り返り、地域から評価では相互に「かかわる」ことで自らのまちに必要な介護拠点のあり方を考え、支え合う仕組みづくりへのプロセスとして有効である。

よって、小規模多機能型居宅介護のサービス評価の取組みは、すなわち地域とともにステップアップする第1歩を表している。

地域包括ケアの推進の中で、行政や地域住民とともに、地域から必要とされる事業所づくりを目指し、小規模多機能型居宅介護として確実に質の向上につながるサービス評価になると確信する。

実際の事業所自己評価や地域からの評価を実施するための「小規模多機能型居宅介護サービス評価 実施ガイド」を作成し、本報告書の資料編へ添付した。



終章

まとめ



地域包括ケアシステムについては、高齢化の進展や地域資源に大きな地域差がある中、市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であり、「地域の力」が再び問われていると言える（介護保険部会報告）。

これからの地域包括ケアの推進は、市町村の責務であり、数的整備だけでなく、地域密着型サービスの質の確保・向上も含まれるものと考えることが必要である。

### (1) 研修について

○地域密着型サービス事業者の育成は、保険者（市町村）の責任のもと行うことにすべきではないか。

現在都道府県・政令市で行われているすべての法定研修（認知症介護サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）を保険者(市町村)に移行してはどうか。

単独では困難な保険者(市町村)だけに都道府県が支援すべきではないか。

○保険者（市町村）は、事業所の質の向上のために、最低基準の法定研修だけを実施するのではなく、研修の機会が少ない介護職員向けの研修や日常生活圏域の拠点の人材育成のため研修も行うべきではないか。

例えば地域づくりのための「ライフサポートワーカー研修」等、これからの地域包括ケアを推進するために必要な研修を実施することを義務付けてはどうか。

- ・初任者研修・中堅研修・リーダー研修
- ・現場職員研修・多職種連携（ライフサポートモデル）研修
- ・地域コーディネーター研修（ライフサポートワーカー研修） 等

○研修の内容で、基軸になるのは地域での暮らしの支援（ライフサポート）であり、すべての研修の内容に位置付けることが必要ではないか。

### (2) 地域での役割・拠点機能について

「今後は、地域包括ケアシステムを担う中核的なサービス拠点の一つとして、地域に対する役割の拡大が求められている。」（介護保険部会報告）と言われている役割・機能を果たすために下記が必要ではないか。

○日常生活圏域での本人の暮らしを支援するためには、地域での取り組みが重要であり、その核となる地域拠点（ライフサポートセンター）が必要である。小規模多機能型居宅介護の24時間365日の地域での生活支援の機能を活用し、総合相談機能や配食、会食、安否確認、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援するための拠点として、小規模多機能型居宅介護を活用し地域のセーフティネットを構築することが必要である。日常生活圏域に1か所以上のセーフティネットの受け皿になる拠点を整備する必要がある。

○「小規模多機能型居宅介護事業所の役割として、登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和など運営を柔軟に行うことが可能な指定基準とすることを検討してはどうか」（介護保険部会報告）という報告も出されている。

保険部会報告) という報告も出されている。

地域住民に対して支援を果たす拠点は、市町村の新たな地域支援事業を担い、財源の確保のうえに、柔軟な取り組みができるものでなければならない。

- 更に地域支援拠点の役割を果たす事業所の取り組みを一部の市町村のみでなく全国の市町村で取り組めるように、介護報酬で評価する仕組みができないだろうか。

### (3) 地域からの評価について

モデル事業から、これまでの外部評価より事業所の質を向上させることができるツールであることが明らかになった。事業所の質の向上とならない構造的な欠陥を持つこれまでの外部評価から速やかに「地域からの評価」に移行することが必要ではないか。

- 本年度のモデル事業で一部修正すべき点

自己評価で改善課題が具体的にになりにくい点があった。これの克服のために、現状に対して「何故・どうして」と考察欄入れることとした。

また、課題だけでなく、取り組んでいる点の確認が明らかにできるようにする。地域からの評価にもチェック欄を設けて、最低必要な点を確認する。これらの改善を行う。

- 地域からの評価を導入するための注意事項と方策

地域からの評価は、運営推進会議を核に行うものである。運営推進会議が機能していないと成り立たない。そのために、この地域からの評価のときには、少なくとも市町村およびその圏域を担当する地域包括支援センターが参加すべきである。

- 地域からの評価を全国で実施するために、来年度は新自己評価表を用いての自己評価を全国の事業所で実施し、更に全国の可能なところで「地域からの評価」を実施すべきではないか。

- 平成 27 年度以降は、これまでの外部評価から「地域からの評価」に切り替えるべきである。その準備ができない場合には 29 年度まで移行期間を持つようにすべきではないか。

### (4) 市町村の役割について

地域包括ケア体制の推進のために、保険者(市町村)が指定から質の向上まで一貫して、責任を持つようにしてはどうか。

<研修>

- 法定研修は、市町村の責務にすべき。

- 自治体と事業者が協働で企画・運営している研修を実施している市町村では、事業者指定や育成面でも充実している現状があることから、事務負担の軽減や、研修企画のノウハウ等、保険者(市町村)において取組みにくい事柄もあることから、当該市町村内の事業者と協働で実施することが必要ではないか。

<サービス評価>

- 地域からの評価が行われる運営推進会議には、地域包括支援センターとともに、自治体職員も必ず出席する必要があるのではないか。



○運営推進会議を、地域づくり拠点機能の一つと捉え、積極的に活用することが地域包括ケアの推進のために必要ではないか。

<自治体の役割>

○サービス過剰、自立阻害のサービスは淘汰しなければならない。

本来の「予防」「介護」の考え方を住民に定着させ、薄くなってきている「互助」「共助」の仕組みを安定的につくり、地域の見守りや孤立化防止等も図るべきではないか。

○自治体は、介護だけ予防だけではなく、地域づくりの視点を持つべきではないか。



## 資料編



## 小規模多機能型居宅介護サービス評価 実施ガイド

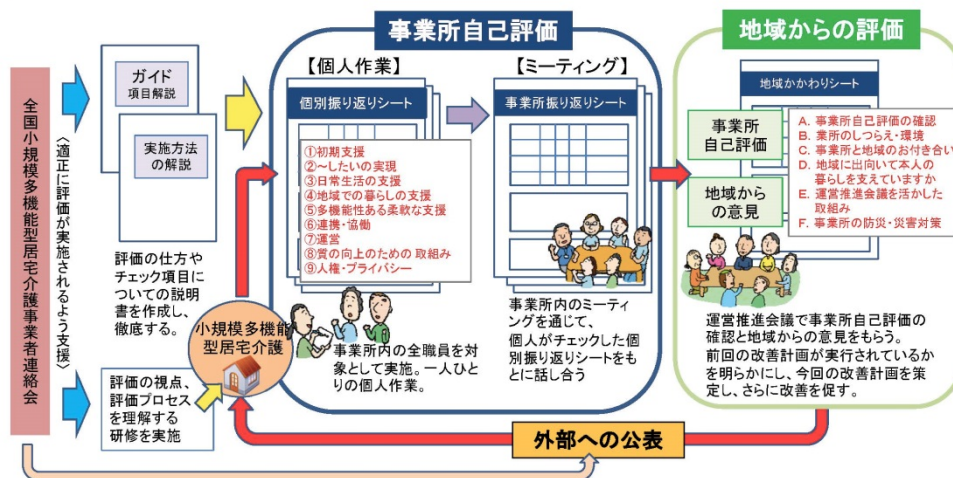


# 小規模多機能型居宅介護のサービス評価 実施ガイド

## 「事業所自己評価」と「地域からの評価」のポイントとプロセス

### 【この評価のポイント】

- ◆全職員が自らを振り返り、自己評価を行うこと(スタッフ個別評価)
  - ◆スタッフ個別評価をもとに、事業所全体で振り返り、話し合い、共有すること(事業所自己評価)
  - ◆運営推進会議で、事業所自己評価の結果を報告し、かつ、地域からの意見をいただき、運営に反映させること
  - ◆自己評価及び地域からの評価を毎年繰り返しながら、質の向上を図っていくこと
- ⇒評価をスタッフ全員で行い、話し合うことでチーム作りになり、小規模多機能型居宅介護とは何かの確認になる  
⇒地域の方々の事業所に対する理解が進む  
⇒地域からの評価を行う運営推進会議に行政や地域包括支援センターが参加することで、理解が促進される



全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

<http://www.shoukibo.net/>

## 小規模多機能型居宅介護のサービス評価 実施ガイド

### 1. 小規模多機能型居宅介護のサービス評価

厚生労働省の示す運営基準の中で「事業所は提供するサービスの質を自ら評価するとともに、定期的に外部の者による評価を受けて、それらの結果を公表すること」が義務付けられています。サービス評価の目的は、質の確保・向上に資するものです。

今回のサービス評価では、質の向上のためのツールということを強く意識し、一時点の現状を明らかにするだけでなく、さらに進化・発展していくため、自らが振り返り、チームで実践状況を話し合い、ステップアップしていくための戦略的ツールとして活用できるものを目指しました。

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は、事業所自己評価と地域からの評価の2つから構成されています。

事業所自己評価は、一人ひとりのスタッフが自らの取組みを振り返り、ミーティングを通して各自のできている点、できていない点を共有し、事業所の実践を振り返るものです。

地域からの評価は、「定期的に外部の者による評価」を保険者や地域包括支援センターをはじめ地域住民が参画する運営推進会議の方々にしていただくものです。

このサービス評価は、単なる評価にとどまらず、以下のことを目指しています。

- ⇒評価をスタッフ全員で行い、話し合うことでチーム力を高め、小規模多機能型居宅介護とは、何かの確認になる
- ⇒地域の方々の事業所に対する理解が進む
- ⇒地域からの評価を行う運営推進会議に、行政や地域包括支援センターが参加することで、理解が促進される

また、認知症になっても、介護が必要となっても、いつまでも「自分たちのまち」で暮らし続けることを実現するため、事業所と地域、行政がともに考え、支え合う「地域づくり」という側面もあります。



## **2. 小規模多機能型居宅介護のサービス評価の進め方**

### **(1) 事業所自己評価**

事業所自己評価は2つの作業から構成されています。ひとつは、スタッフ個別評価であり、もうひとつはスタッフ個別評価を取りまとめた、事業所自己評価であります。

この事業所自己評価では、すべての職員がスタッフ個別評価に取り組み、自らの実践を振り返ることから始めます。

#### **①スタッフ個別評価（個別振り返りシート）**

これまでの取り組みやかかわりを個人で振り返ることが目的です。ほかのスタッフがどのように振り返っているのかを気にするのではなく、自らに向き合い、振り返ることが大切です。よって、個別振り返りシートでは、話し合いながら進めるのではなく、一人で取り組みます。一人ひとりの結果は、資格、肩書き、経験の長さ等で違う場合があります。なぜ違うのか、どのように違うのかは、その後に実施するミーティングにおいて話し合いますので、違っていても心配することはありません。

##### **◆個別振り返りシートのポイント**

- ありのまま、自分が思ったことを記入しましょう
- 誰かと一緒に取り組むのではなく、自らの実践を振り返りましょう
- 誰かと比較するのではなく、自分に向き合うことが大切ですので、他のスタッフの結果を気にすることはありません
- 振り返りにあたっては、その根拠になるものを確認しながら進めてください
- 実施にあたっては「項目の説明」を参照し、項目の意味や目的を理解し、記入してください
- できないことのみ注目するのではなく、まずできている点を振り返ることから始めましょう
- できていない点を見つめ「なぜ？ どうしてできていないのか？ その理由」を自分で考えてみましょう
- 実施にあたって、常勤の職員は必ず取り組みましょう。臨時職員やパート職員も取り組むことが望ましいです

#### **②事業所自己評価（事業所振り返りシート）**

各自が取り組んだ「個別振り返りシート」を持ち寄り、事業所ミーティングにおいて、現在の実践状況をみんなで確認します。従来のように管理者や計画作成担当者が一人でするものではありません。事業所振り返りシートでは、全体で話し合い、それぞれの考えや実践、項目に関する捉え方の違いなどを話し合い「音合わせ」するプロセスを重要視しています。この一連の流れが、チームのコミュニケーションの場となることで、ともに育ちあう機能を果たすと考えています。

事業所全体の振り返りは、1～9の大項目ごとに行いますが、まず「0. 前回の改善計画に対する取り組み状況」について各自のチェック箇所を集計します。あらかじめ記入しておいた「前回の改善計画」を確認しながら、前回の改善計画に対する取り組み結果を話し合い

ます。

次に、確認のためのチェック項目を集計し、人数を書き入れます。そのうえで、できている点、できていない点を話し合い、なぜできているのか、どうしてできないのかの理由を全体で考えます。

改善計画は、改善すべき事柄を総括的に記入することよりも、次回実施するまでの1年間の間に、何に、どのように取り組むのかを示し、行動を起こすことがねらいです。より具体的に実施できる内容を記入してください。

#### ◆事業所振り返りシートのポイント

- できるだけ多くのスタッフが集まれる日にミーティングを開催しましょう。管理者や計画作成担当者が一人ではいけません
- 1日（1回）で終わらない場合は、複数回にわけて開催しても構いません
- ミーティングは、スタッフ個人を批判することや、できていないことを追求する場ではありません
- 経験や年齢、資格や職責等で課題に違いがあることは当然です。違いがあることを前提として、話し合いを通じて自らの事業所を振り返り、今後のあり方をチームで探るそのプロセスが大切です
- ミーティングは、一人ひとりの持つ良さを見つめ直し、より強みを発揮できるチーム作りの場です
- 単に、チェック数が多いという理由で評価するのではなく、なぜできていると考えたのか、またなぜほとんどできていないと感じているのか等、チェックした理由をみんなで考えましょう
- 全体で話し合うことで、事業所としての「なぜ？ どうしてできていないのか？ その理由」を明らかにすることができます
- これまでの話し合いによって出てきた内容を振り返り、具体的な改善計画を作成しましょう
- 改善計画の実施期間は、最大で次回開催するまでの1年間です。そのまま放置するのではなく、積極的にできることを今日から行動していきましょう

【記入例】

事業所自己評価・ミーティング様式	実施日	平成 年 月 日 ( : ~ : )
1. 初期支援 (はじめのかかわり)	メンバー	参加メンバーの氏名を記入。公表の際は人数のみ記載するようにすること。

実施日及び時間を記入

◆前回の改善計画に対する取組み状況

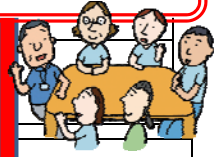
個人チェック集計欄	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
① 前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	前回の改善計画を転記
前回の改善計画に対する取組み結果	個別振り返りシートで各自が記入した箇所を集約し、人数を記入する。合計欄には総数を記入。
前回の改善計画からこれまでの間に、取り組まれた内容を記載 (改善されたこと)	

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄	よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
① 利用者の情報やニーズについて、利用開始前にミーティング等を通じて共有していますか?					
② ミーティングにおいて、かかわりの初期の目標を共有できていますか?					
③ 利用者がまだなれていない時期に、訪問や通いで、声掛けや気遣いができていますか?					
④ 初期の目標を念頭においたケアができていますか?					

ミーティングを通じた、チームによる「検討プロセス」が重要!!



できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること
	「個別振り返りシート」をもとに話し合い、具体的にできている点を200字で、その理由も加え、記入する。

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること
	「個別振り返りシート」をもとに話し合い、具体的にできていない点を200字で、その理由も加え、記入する。

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)
	「個別振り返りシート」をもとに話し合い、次回開催するまでの1年間に何を、どのように取り組むのかを示し、行動できるような改善計画を200字記入する。

## (2) 地域からの評価

地域からの評価は、保険者（市町村）や地域包括支援センターをはじめ地域住民が参画する運営推進会議の方々、外部からの評価をしていただくものです。

運営推進会議において、ミーティングによって作成した事業所自己評価を報告し、事業所自己評価の確認と地域からの評価について意見をもらいます。

運営推進会議のメンバーは、福祉や介護の専門家ではありません。事業所自己評価において検討した内容や改善の計画も、専門的な言葉で表現するのではなく、日頃行っていることを、誰にでもわかりやすく伝えることが求められます。

また、地域からの評価は、視点が違っている場合もあります。発言する立場や経験の違いによっては「鍵をかけて出さないほうがよい」という意見もあるかもしれません。そのような意見に対して、介護保険事業者としての倫理観を持って、応えていくことも、大切な取組みであります。

小規模多機能型居宅介護の質の向上とともに、地域の福祉力を向上していく両輪となる取組みです。

### ◆地域からの評価のポイント（地域かかわりシート②の作成にあたって）

- 地域からの評価を実施する際には「地域からの評価 地域かかわりシート①」と、記入した「事業所自己評価（9枚）」を、遅くとも1週間前には運営推進会議メンバーに配布します
- 全員が介護や福祉の専門家だけではないことから、専門的な言葉で表現するのではなく、出席者にわかりやすいように説明しましょう
- 事業所振り返りシートの説明は、ポイントを絞り、明確にしてから行います。事業所振り返りシートの9つの項目のうち、特に意見を聞きたい、または説明したい点を3項目程度ピックアップし、参加者が理解しやすいよう、要領よく説明します。9つの項目すべてを説明すると、時間が足りません
- 運営推進会議メンバーの記入したチェック箇所を集計し、意見いただきます
- 次に、できている点、できていない点をお聞きします
- B～Fの項目は、「地域からの評価 地域かかわりシート①」をもとに話を進めながら達成度のチェック数を集計し、記入していきます
- 次に、項目Aと同様に、できている点、できていない点をお聞きします
- 話し合いによって出てきた意見（できていること、できていないこと）を記録し、改善が必要な点も出席者から意見が出た場合は記入します
- 参加者から出される意見は、シンプルな表現の場合もあります。「その項目はもう、いいんじゃないか」など、先に進めたほうが良い意味なのか、できているからもういいなのか、受け止め方によって意味が違ってくる場合もあります。聞き流してしまうのではなく、その理由も聞いてみましょう
  
- 「地域から評価 地域かかわりシート②（結果まとめ様式）」については、出された意

見をもとに後日記入してください

- A事業所自己評価の改善計画については、地域からの評価で意見のあったことを反映します
- 地域からの評価のB～Fの改善計画については、運営推進会議開催後、後日ミーティングを開催してスタッフみんなで話し合いながら記入します
- すべての用紙の記入を終わったら、次回の運営推進会議でその結果を報告し、了承を得ます
- 改善計画の期間は、次回開催するまでの1年間になります
- 評価結果は、次回の運営推進会議で報告し、確定します

(参考例)

当日のスケジュール（通常の運営推進会議の内容も含める／1時間30分程度）

- ①開催・運営状況の報告（これまでの運営推進会議の報告・検討事項）（15分程度）
- ②A事業所自己評価のプロセス確認と内容についての説明及び参加者からの意見  
※事業所自己評価内容については、3項目程度の説明にとどめる（30分程度）
- ③B～Fの項目の評価（30分）
- ④その他（本日の感想、事業所からの連絡事項等）  
※今回の評価結果は、次回の運営推進会議で報告し、確定する

【記入例】

地域からの評価 地域かかわりシート①

3つのうち、1つに「レ」を記入いただく

A. 自己評価の確認

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤のスタッフが全員で自己評価に取り組んでいますか？ ※常勤とは週 32 時間勤務以上の職員（正職員嘱託臨時の別ではない）			
2	事業所振り返りシートを作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されていたか？ ※ただし、ミーティングの場面では常勤職員の 2/3 以上の参加が望ましい			
3	前回の改善計画に対して、具体的な取組みが行われていましたか？			
4	今回の改善の必要な点が明らかになり、その改善計画が具体的に立てられていますか？			

項目Aについては「事業所振り返りシート」をお読みいただき、適当と思われる箇所に「レ」を記入いただく。わかりにくい場合は、項目Aは空欄のまま持参し、運営推進会議当日に事業者から説明を聞いたうえで記入いただいても良い。

B. 事業所のしつらえ・環境（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？  【前回の改善計画】			
	事前に、前回の改善計画を記入してから配布する。			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

チェックする判断基準は主観で構わない旨、お伝えすること。

項目B～Fについては普段の事業所の様子から判断し記入いただく。地域からの評価を実施する運営推進会議当日は、「上記5つのチェック項目に関する意見」「テーマに関する自由意見」「今回の改善計画」の3点を、改善のためのアイデア等も含め、意見をいただく旨を事前にお伝えすること。

※運営推進会議メンバーへの事前配布物（おおむね1週間前までに）

- (1) 事業所自己評価（9枚）
- (2) 地域からの評価・地域かかわりシート①（3枚）

【記入例】

地域からの評価 地域かかわりシート②（結果まとめ様式）

3つのうち、1つに「レ」を記入します

A. 自己評価の確認

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤のスタッフが全員で自己評価に取り組んでいますか？			
2	事業所振り返りシートを作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されて実施しましたか？			
3	前回の改善計画に対して、スタッフ全員で具体的な取り組みが行われましたか？			
4	<p>【例】10人の職員がいるにもかかわらず個別振り返りシートの記入者が3人しかいない→「いいえ」</p> <p>【例】前回の改善計画が取り組まれたような発言が自己評価にない→「いいえ」</p> <p>【例】評価内容は低い、常勤スタッフ全員が取り組んでいる→「はい」</p>			

【上記4つのチェック項目に関する意見】

※結果ではなく、自己評価に取り組んだ経過（姿勢）に対する意見です

自己評価をした結果（内容）ではなく、自己評価のプロセス（手続きの過程）に対する意見を記入します。内容は別の項目で伺います。

【前回の改善計画に対して意見】

※前回の改善計画に対しての取り組み結果に対する意見

前回の改善計画と今回の取り組みを見比べて、事業所はどのように取り組んだのかを記入します。

- 【例】できていないと掲げた内容を積極的に取り組み、変化があった。
- 【例】前回指摘した事項が「できている点」に移行していた。

【今回の改善計画に対する意見】

※今回の改善計画が具体的かつ達成可能な計画になっているかについての意見

今回の改善計画が抽象的な内容になっていないか。次回までに取り組むことのできる内容になっているか等を確認してください。抽象的なことや大きすぎる目標等は具体的な取り組みには結び付きにくいものです。

【今回の「自己評価」をテーマにした自由意見】

自由に意見を発言していただきます。

【改善計画】※後日記入

上記を踏まえ、事業所が地域からの評価実施後に、事業所スタッフとともに議論し、記入します。改善計画の内容は次回の運営推進会議で報告されます。

B. 事業所のしつらえ・環境

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

3つのうち、1つに「レ」を記入します

【上記5つのチェック項目に関する意見】

上記項目5つの項目の内容について、お気づきの点を、当日、ご意見いただく。  
 【例】いつも玄関が閉まっていて、敷居が高いような気がする。  
 【例】事業所の中が、独特のにおいがするのが気になる

【前回の改善計画】

この欄は、事前に前回の改善計画を転記しておきます。

【「事業所のしつらえ・環境」をテーマにした自由意見】

当日、運営推進会議のメンバーから出た意見を記入します。意見を言っていたかどうか事業所の力量です。

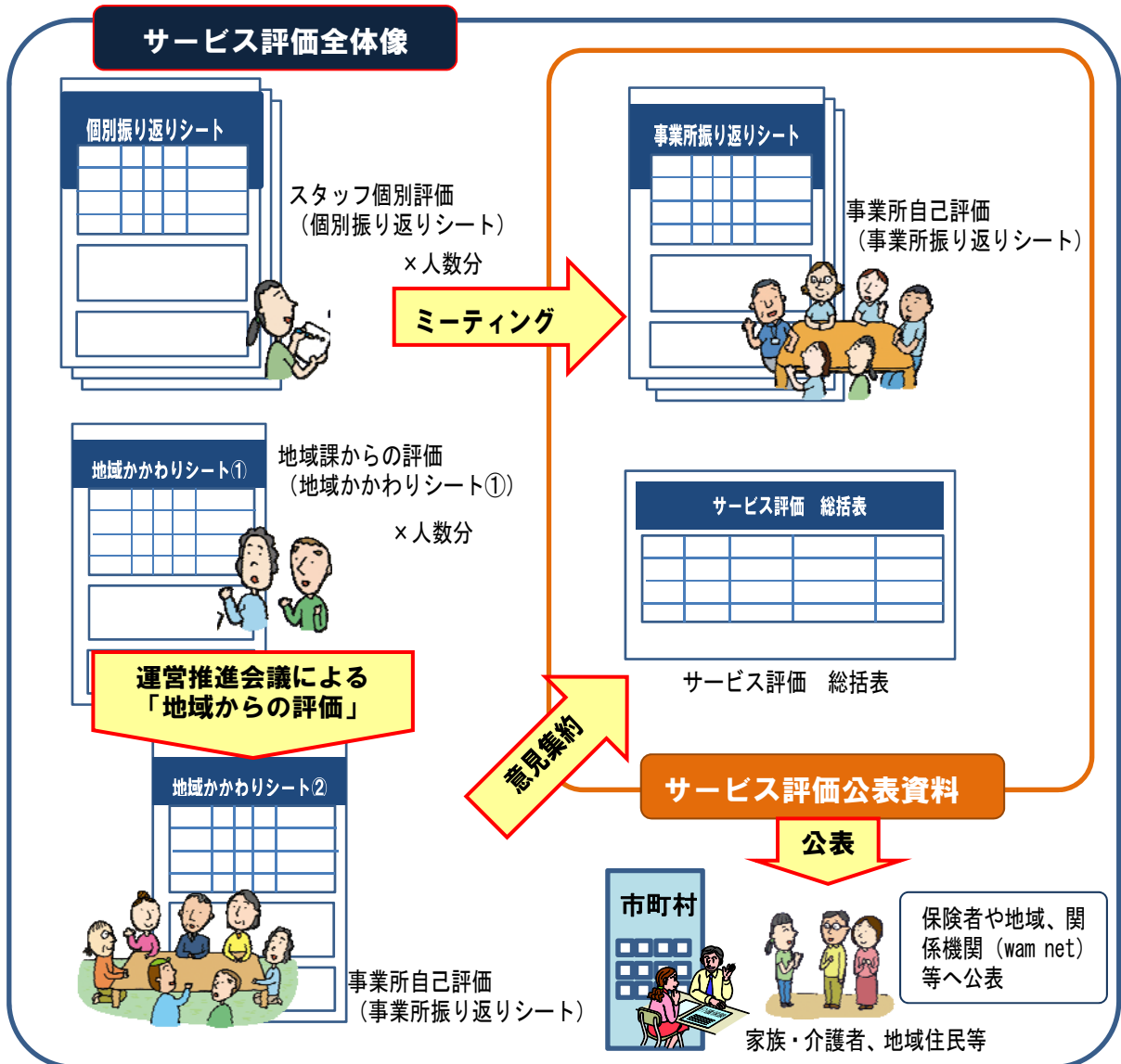
【今回の改善計画】※後日記入

当日、運営推進会議のメンバーから出た意見等をもとに、運営推進会議（地域からの評価）開催後、ミーティングを開催し、スタッフとともに検討し、記入します。記入した内容は、次回の運営推進会議で報告・了解を得ます。



### (3) 総括表の記入方法及び公表のための準備

- 地域からの評価で出た意見をもとに、地域からの評価 地域かかわりシート②（結果まとめ様式）を作成します。地域からの評価当日に記入しても構いません。
- 小規模多機能型居宅介護のサービス評価 総括表には、地域からの評価地域かかわりシート②（結果まとめ様式）の記載内容を要約し転記してください。
- サービス評価の結果として公表するものは、以下のものです。
  - (1) 小規模多機能型居宅介護のサービス評価総括表
  - (2) 事業所自己評価（事業所振り返りシート9枚）
- これまでのプロセスを通じて作成した資料としては、以下のものがあります。
  - (1) 事業所自己評価
    - ①スタッフ個別評価（個別振り返りシート）×スタッフ人数分
    - ②事業所自己評価（事業所振り返りシート）
  - (2) 地域からの評価
    - ①地域からの評価 地域かかわりシート① ×運営推進会議メンバー人数分
    - ②地域からの評価 地域かかわりシート②（結果まとめ様式）
    - ③小規模多機能型居宅介護のサービス評価総括表



### **3. 公表**

サービス評価（自己評価及び地域からの評価）が終了し、運営推進会議への報告を済ませたら、速やかに保険者（市町村）へ報告します。地域の方々や小規模多機能型居宅介護を利用したい方等へ広く周知するために、従来の福祉医療機構（WAM net）の活用をはじめ、事業所や法人のホームページ、事業所内での掲示等、積極的に公表しましょう。

なお、公表するシートは、地域からの評価(総括表)と事業所自己評価表(9枚)になります。

### **4. さいごに**

小規模多機能型居宅介護のサービス評価は、評価を受け、自ら確実に改善していくことが目的です。スタッフ個々に振り返りをし、事業所自己評価でのミーティングによって事業所自身の振り返りを図ること、地域から評価では地域かかわりシートという名前のおり相互に「かかわる」ことが目的です。

よって、小規模多機能型居宅介護のサービス評価の取組みは、すなわち地域とともにステップアップする第1歩を表しています。

事業所のなかで、また、地域のみなさんとともに、地域から必要とされる事業所作りを目指し、自らのまちで「認知症になっても、介護が必要となってもここで暮らしたい」を実現するための第一歩です。

## スタッフ個別評価 評価項目の説明



スタッフ個別評価・項目の説明

実施日 平成 年 月 日

1. 初期支援 (はじめのかかわり)

氏名

本項目についての説明

「初期支援 (はじめのかかわり)」は、本人からみて、私たち事業者に自分の支援を依頼するのかどうかを判断する重要な機会です。

そのためには、まず共感的理解が求められます。共感的理解とは、本人や家族・介護者が、どのような状況であっても、その思いを受け入れ、理解することによって関係を形成しようとすることです。

よって、私たち事業者が、自分の価値観やルールを押し付けて「こうすべきだ」という常識や一般論で考えるものではありません。双方向の関係を作るために、利用当初においてどのような関わりが必要なのかを考えなければなりません。

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	本人の情報やニーズについて、利用開始前にミーティング等を通じて共有していますか？					【様式1】 記録・ミーティング アセスメントシート等
②	サービス利用時に、本人や家族・介護者が、まず必要としている支援ができていますか？					【様式1】 記録・ミーティング アセスメントシート等
③	本人がまだ慣れていない時期に、訪問や通いでの声掛けや気遣いができていますか？					【様式1】 記録
④	本人を支えるために、家族・介護者の不安を受け止め、関係づくりのための配慮をしていますか？					【様式1】 記録・ミーティング

チェック項目のためのポイント

- 必ずミーティングをして、利用するための情報（本人や家族・介護者の状況、必ずすべきこと、配慮すべきこと等）をすべての職員が理解してかかわることが、初期支援（はじめのかかわり）では大切です。
- 初期とは、相談があつて契約するまでの間も含みますが、ここでは、実際に支援しはじめてからおおむね1か月程度が目安となります。
- サービス利用当初は、本人も不安を抱えています。本人が困っていることや不安なことを受け止め、「通い」や「訪問」等の場面で、本人への気遣いや配慮、スムーズに他の利用者との会話につながるような「つながぎ」等が求められます。
- 初期のかかわりは、信頼関係を築く足掛かりとなるもので、本人や家族・介護者、周囲の困りごとをまず受けとめ、支援することが大切です。

スタッフ個別評価・項目の説明	実施日	平成 年 月 日
----------------	-----	----------

2. 「～したい」の実現 (自己実現の尊重)	氏名	
---------------------------	----	--

本項目についての説明	「～したい」の支援プロセスは、すなわち、自己実現への支援です。本人の目標（ゴール）を知り、一歩ずつ当面の目標を実現していく過程が、生きる力となります。サービスを提供するという事は、本人の描く人生という物語を支援することです。あくまでもこの物語は本人のものであり、周囲が描くものではありません。ゴールの実現に向けた当面の目標は、手の届きそうにない高いものとなっていないか、その人を取り巻く状況も同時に好転させていくこと（家族・介護者、地域等の周囲へのアプローチ）ができていくかがポイントとなります。
------------	--

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	「本人の目標（ゴール）」がわかっていますか？					【様式3】 プラン①
②	本人の当面の目標「～したい」がわかっていますか？					【様式3】
③	本人の当面の目標「～したい」を目指した日々のかかわりができていますか？					【様式1】記録 【様式3】
④	実践した（かかわった）内容をミーティングで発言し、振り返り、次の対応に活かしていますか？					【様式1】記録 【様式3】

チェック項目のためのポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事業所や家族・介護者の意見ではなく「本人がどうしたいのか」をわかることが大切です。</li> <li>○本人の声にならない声を代弁します。本人の言葉だけでなく、認知症や障害により、自らの意思を表現できない方についても、表情やしぐさ等から本人の意思をひもとき、その背景にあるものへ目を向けることも専門職に求められていることです。</li> <li>○本人の満足度や本人の達成感も重要です。</li> <li>○また本人の思いだけでなく、在宅生活を支える家族・介護者の本音（潜在的ニーズ）も受けとめ、協働することも大切です。</li> <li>○私たちが支援していることと本人のしたいことが、ズレてはいけません。</li> <li>○当面の目標や具体化のプロセスが、具体的になっていないと実現困難です。</li> <li>○本人の「～したい」を実現するためのチームは、専門職だけのチームではなく、本人、家族・介護者、地域、事業所等による本人中心のチームです。</li> </ul>
----------------	--

スタッフ個別評価・項目の説明

実施日 平成 年 月 日

3. 日常生活の支援

氏名

本項目についての説明

日常生活の支援とは、これまでの暮らしの営みを継続することを目指しています。本人の能力を生かし、望む暮らしを支援することが自立支援となります。できるはずの本人の能力を奪わないこと、失いかけた能力を取り戻すことも必要です。日常生活の支援のためには、その人の普段の暮らしをまずは理解し、さらに、その人にとって必要なことを的確に捉えられるかがカギとなります。

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	本人の自宅での生活環境を理解するために「以前の暮らし方」が10個以上把握できていますか？					【様式4】 プラン②
②	本人の状況に合わせた食事や入浴、排せつ等の基礎的な介護ができていますか？					【様式4】 プラン②
③	ミーティングにおいて、本人の声にならない声をチームで言語化できていますか？					【様式1】 記録
④	本人の気持ちや体調の変化に気づいたとき、その都度共有していますか？					【様式1】 記録・ミーティング
⑤	共有された本人の気持ちや体調の変化に即時的に支援できていますか？					【様式1】 記録・ミーティング

チェック項目のためのポイント

- 生命、安全を守っていくうえで必ず支援しなければならないことが何なのかをわかって支援することが前提です。
- その際に、本人の気持ちや体調をはじめ、本人らしさを尊重した視点や本人の尊厳を保持する視点は欠かせないものです。
- 継続的に支援するため、本人が自分らしい暮らしをしていた時期の「以前の暮らし方」を把握することは、本人のこれまでの暮らしを継続するために大切なことです。
- 「変化」に気づくためには、日々のかかわりや記録が大切です。日々のかかわりや記録があつてこそ、その変化に気づき、支援することができます。

スタッフ個別評価・項目の説明

実施日 平成 年 月 日

4. 地域での暮らしの支援

氏名

本項目についての説明

地域での暮らしは事業所だけでは支えられません。これまでの本人の自宅や地域での暮らしぶりを知っているのは、ご家族やご近所、友人の方たちです。介護が必要となっても本人を知っている人たちの協力は欠かせません。事業所が地域へ積極的にかかわっていくことによって、これまで本人が培ってきた関係に触れることができ、「今までの暮らし」を知ることができます。  
 本人を身近で支えたり、心配してくれている方々の存在を把握し、生かし繋ぐことが本人を支えていくうえで大切な要素です。

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	本人のこれまでの生活スタイル・人間関係等を理解していますか？					【様式1】 【様式2】 資源マップ
②	本人と、家族・介護者や地域との関係が切れないように支援していますか？					【様式1】
③	事業所が直接接していない時間に、本人がどのように過ごしているか把握していますか？					【様式4】
④	本人の今の暮らしに必要な民生委員や地域の資源等を把握していますか？					【様式1】 資源マップ

チェック項目のためのポイント

- 本人の生活スタイルや人間関係（家族・介護者・近隣・友人等）を理解することは、本人の地域での役割や生きがい、人生観や価値観を理解するうえで大切なことです。
- これまでの人生で培ってきた、支えたり、支えられたりする関係を理解することから、本人の活動や参加を知ることができます。
- 関係性をわかろうとするプロセスが重要であり、常に関係性は変化することを理解しておくことが大切です。
- 本人を取り巻く近所・知人等とのかかわりを調整したり、民生委員や地域の資源（ボランティア・SOSネットワーク・制度（生活保護、成年後見制度等））を知り、不足部分を補うことも大切です。



スタッフ個別評価・項目の説明

実施日 平成 年 月 日

5. 多機能性ある柔軟な支援

氏名

本項目についての説明

「多機能」とは、通い、宿泊、訪問を組み合わせることはありません。介護度に合わせて支援することでもありません。本人のニーズを捉え、必要な支援のために事業所の自ら持てる機能と地域にある機能を合わせ、本人の暮らしの支援を行うことです。

「柔軟な」支援とは、事業者側の都合ではなく、本人や家族・介護者の、必要なときに、必要なことを、必要な量の支援を妥当適切に行うことです。そのためには、本人や周囲の変化に気づくことが重要です。変化は常日頃から関わっているからこそ気づくことができるものです。また変化は支援者側からだ「悪い変化」を捉えがちですが、「よい変化」にも着目することも重要です。

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	自分たち事業所だけで支えようとせず、地域の資源を使って支援していますか？					【様式1】 記録
②	ニーズに応じて「通い」「訪問」「宿泊」が妥当適切に提供されていますか？					【様式1】 記録
③	日々のかかわりや記録から本人の「変化」に気づき、ミーティング等で共有することができますか？					【様式1】 記録・ミーティング
④	その日・その時の本人の状態・ニーズに合わせて柔軟な支援ができていますか？					【様式1】 記録・ミーティング

チェック項目のためのポイント

- 事業所の都合で「通い」「訪問」「宿泊」の量や回数を制限することは基準違反です。
- 夜間訪問に行けないからといって「宿泊」させたり、本人が通いたくないのに訪問ができないから「通い」につなげるなど事業所の都合でのサービスを提供することはニーズに基づく支援ではありません。
- ここでの「地域の資源」とは、ボランティアによる見守りやゴミ出しなどの生活支援サービスや配食サービス・つどいの場（サロン）・馴染の友人知人・行きつけの店などです。
- 「変化」に気づくためには、日々のかかわりや記録が大切です。日々のかかわりや記録があつてこそ、その変化に気づくことができるのです。
- 身体の変化だけでなく、気持ちの変化にも気づくことは大切です。
- 「変化」を記録者だけが理解するのではなく、スタッフ全員と共有するためにミーティングを活用することは大切なことです。
- 緊急時に、即時的な支援を行うことも柔軟な支援です。
- 本人のストレングス（強み、可能性）をミーティング等で確認することは、本人の可能性を広げるものです。

スタッフ個別評価・項目の説明	実施日	平成 年 月 日
----------------	-----	----------

6. 連携・協働	氏名	
----------	----	--

本項目についての説明	<p>「連携・協働」には、本人を中心としたネットワークと、事業所のネットワークという2つの意味があります。</p> <p>ひとつは、本人が自宅や地域での暮らしを継続するために、その他のサービス機関（医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所）とつながることです。</p> <p>他方、これからの小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアの拠点として、登録者のみならず、地域住民に対する支援が求められます。日常生活圏域の中で、事業所が自治体や地域包括支援センターと連携することや、地域の各種団体と一緒に活動することも、本人のみならず地域の福祉・介護を高めていくためには重要なことです。</p>
------------	--

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	その他のサービス機関（医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所）との会議を行っていますか？					会議録
②	自治体や地域包括支援センターとの会議に参加していますか？					
③	地域の各種機関・団体（自治会、町内会、婦人会、消防団等）の活動やイベントに参加していますか？					
④	登録者以外の高齢者や子ども等の地域住民が事業所を訪れますか？					

チェック項目のためのポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人を支えるために、他の事業所や機関と連携することが必要です。</li> <li>○緊急時にもスムーズな対応ができるような他機関との関係を構築することも大切です。</li> <li>○利用者を自事業所だけで抱え込まずに、本人に必要な支援へつなぐことが必要です。</li> <li>○地域の行事に参加したり、地域の方が遊びに来てくれるような日ごろのお付き合いから連携は始まります。</li> <li>○事業所に遊びに来るだけでなく、事業所が地域に出かけることも本人の生活を支えるうえで大切な取り組みです。</li> <li>○自治体や地域包括支援センターから相談や紹介があるような信頼関係を築きましょう。</li> <li>○地域の会合に積極的に参加しましょう。</li> </ul>
----------------	---

スタッフ個別評価・項目の説明	実施日	平成 年 月 日
----------------	-----	----------

7. 運営	氏名	
-------	----	--

本項目についての説明	<p>「運営」は経営やスタッフの処遇という視点も重要ですが、ここでは小規模多機能型居宅介護事業所として目の前の利用者を支えるために必要な運営の視点について考えます。</p> <p>より良い事業所運営をしていくためには、職場内で話し合い、本人、家族・介護者の声を聞き、地域と語り合う機会を作ることです。建設的な取組みができたり、地域に開かれた運営をすることは、質の向上につながります。その際、結果も重要ですが、どのように周囲（職員や地域）と話し合うことができ、考えることができたのかという「プロセス」を重視しています。</p>
------------	--

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	事業所のあり方について、職員として意見を言うことができているか？					会議録
②	利用者、家族・介護者からの意見や苦情を運営に反映していますか？					会議録
③	地域の方からの意見や苦情を運営に反映していますか？					運営推進会議・議事録 会議録
④	地域に必要とされる拠点であるために、積極的に地域と協働した取組みを行っていますか？					会議録

チェック項目のためのポイント	<p>○職員自らが、より良い環境づくりに向けた話し合いや提案をすることも大切です。</p> <p>○利用者、家族・介護者、地域からの声は、事業所の質を上げるために欠かせないものです</p> <p>○運営推進会議の中で、地域の行事や地域の困りごとを話すことも大切です</p> <p>○運営推進会議の中で、登録者（利用者）以外の要援護高齢者の話題が出て、必要な取組みが一緒に行われることも、地域からの信頼の証し（あかし）です。</p> <p>○管理者や計画作成担当者のみならず、スタッフも登録者（利用者）以外の地域の困りごと気づいたり、一緒に考えることも大切です。</p>
----------------	--

スタッフ個別評価・項目の説明	実施日	平成 年 月 日
----------------	-----	----------

8. 質を向上するための取組み	氏名	
-----------------	----	--

本項目についての説明	<p>事業所の質を向上させるための取組みには、サービス評価をはじめ、様々なツールがあります。研修も質を向上させるためのツールのひとつです。研修には、職場内で実施する研修（O J T）と職場外での研修（OFF-J T）があります。</p> <p>個人の力量が上がることで、事業所全体の質の向上につながります。個人の質の向上としては、介護や福祉に関する資格を取得したり、スキルアップのための研修を受講することもあります。</p> <p>また、単独の事業所だけでは難しいところは、地域の連絡会に参加したり、事例検討会を行うなど、他の事業所の取組みを活かしていくことで質の向上に役立てていくことができます。</p> <p>質を確保するための取組みは、一部の人のみが行うのではなく、みんなで情報を共有し、事業所全体で行います。</p> <p>普段予測されるリスクに対して全職員が意識的に取組むこと（リスクマネジメント）も質の向上への取組みのひとつです。</p>
------------	---

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	研修（職場内・職場外）を実施・参加していますか					研修記録
②	資格取得やスキルアップのための研修に参加できていますか					研修記録
③	地域連絡会に参加していますか					会議録 出張簿
④	リスクマネジメントに取り組んでいますか					会議録 ヒヤリ・ハット報告

チェック項目のためのポイント	<p>○職場内研修は、全職員が参加できるようにしましょう。</p> <p>○職場外研修は、管理者等の特定の人だけでなく、介護現場職員も参加できるようにしましょう。</p> <p>○質の確保は、日々のケア実践からつくられます。研修も、職場外研修だけでなく、職場内研修も実施しましょう。</p> <p>○地域連絡会の活動・事業等に参加しましょう。</p> <p>○リスクマネジメントとは、予測されるリスクに対し、予防的な対応を全スタッフが意識的に行うことです</p> <p>○ヒヤリ・ハット（インシデント）を積極的に記録に残し、再発防止に取り組むことも大切なことです。</p> <p>※地域の連絡会とは、都道府県及び市区町村レベルの連絡会です</p>
----------------	---

スタッフ個別評価・項目の説明	実施日	平成 年 月 日
----------------	-----	----------

9. 人権・プライバシー	氏名	
--------------	----	--

本項目についての説明	<p>「人権・プライバシー」は誰もが持っている侵しがたい権利です。ケアの場面では、支援者側の都合が優先されがちです。ここでは「人権・プライバシー」の観点から自分たちの支援のあり方を振り返ることが大切です。</p>
------------	--

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	身体拘束をしていない					身体拘束マニュアル 身体拘束委員会議事録
②	虐待は行われていない					虐待防止マニュアル 虐待防止委員会議事録
③	プライバシーが守られている					ケースカンファレンス議事録
④	必要な方に成年後見制度を活用している					ケースカンファレンス議事録
⑤	適正な個人情報の管理ができています					ケースカンファレンス議事録

チェック項目のためのポイント	<p>○「拘束」とは、スピーチロック、ドラッグロック、フィジカルロックの3つを指します。</p> <p>○記録に残さずに拘束をしているのは倫理上の問題ではなく、法律違反です。</p> <p>○虐待とは、幼児化、非人格化、非人間化も含め虐待となる行為であり、意識的か無意識的かで区別されるものではありません。</p> <p>○トイレや入浴は、本人が恥ずかしいと感じるケアを行わないことが大切です。</p> <p>○認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な方々は、不動産や預貯金などの財産を管理したり、身のまわりの世話のために介護などのサービスや施設への入所に関する契約を結んだり、遺産分割の協議をしたりする必要があっても、自分でこれらのことをするのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であってもよく判断ができずに契約を結んでしまい、悪徳商法の被害にあうおそれもあります。このような判断能力の不十分な方々を保護し、支援するのが成年後見制度です（法務省 HP より）。</p> <p>○個人情報の保護に関する法律に言う「個人情報」とは、生存する個人に関する情報で、特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）を言います。また、映像や音声は個人情報を識別できる限りにおいて個人情報に該当します。（例）データベース化されていない書面・写真・音声等に記録されているもの</p>
----------------	--



スタッフ個別評価 評価票（記入用紙）





スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

1. 初期支援 (はじめのかかわり)

氏名

本項目についての説明

「初期支援 (はじめのかかわり)」は、本人からみて、私たち事業者に自分の支援を依頼するのかどうかを判断する重要な機会です。

そのためには、まず共感的理解が求められます。共感的理解とは、本人や家族・介護者が、どのような状況であっても、その思いを受け入れ、理解することによって関係を形成しようとすることです。よって、私たち事業者が、自分の価値観やルールを押し付けて「こうすべきだ」という常識や一般論で考えるものではありません。双方向の関係を作るために、利用当初においてどのような関わりが必要なのかを考えなければなりません。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	本人の情報やニーズについて、利用開始前にミーティング等を通じて共有していますか？					【様式1】 記録・ミーティング アセスメントシート等
②	サービス利用時に、本人や家族・介護者が、まず必要としている支援ができていますか？					【様式1】 記録・ミーティング アセスメントシート等
③	本人がまだ慣れていない時期に、訪問や通いで声掛けや気遣いができていますか？					【様式1】 記録
④	本人を支えるために、家族・介護者の不安を受け止め、関係づくりのための配慮をしていますか？					【様式1】 記録・ミーティング

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？ (その理由)

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

2. 「～したい」の実現  
(自己実現の尊重)

氏名

本項目についての説明

「～したい」の支援プロセスは、すなわち、自己実現への支援です。本人の目標（ゴール）を知り、一歩ずつ当面の目標を実現していく過程が、生きる力となります。サービスを提供するということは、本人の描く人生という物語を支援することです。あくまでもこの物語は本人のものであり、周囲が描くものではありません。ゴールの実現に向けた当面の目標は、手の届きそうにない高いものとなっていないか、その人を取り巻く状況も同時に好転させていくこと（家族・介護者、地域等の周囲へのアプローチ）ができていないかがポイントとなります。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	「本人の目標（ゴール）」がわかっていますか？					【様式3】 プラン①
②	本人の当面の目標「～したい」がわかっていますか？					【様式3】
③	本人の当面の目標「～したい」を目指した日々のかかわりができていますか？					【様式1】記録 【様式3】
④	実践した（かかわった）内容をミーティングで発言し、振り返り、次の対応に活かしていますか？					【様式1】記録 【様式3】

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

3. 日常生活の支援

氏名

本項目についての説明

日常生活の支援とは、これまでの暮らしの営みを継続することを目指しています。本人の能力を生かし、望む暮らしを支援することが自立支援となります。できるはずの本人の能力を奪わないこと、失いかけた能力を取り戻すことも必要です。日常生活の支援のためには、その人の普段の暮らしをまずは理解し、さらに、その人にとって必要なことを的確に捉えられるかがカギとなります。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	本人の自宅での生活環境を理解するために「以前の暮らし方」が10個以上把握できていますか？					【様式4】 プラン②
②	本人の状況に合わせた食事や入浴、排せつ等の基礎的な介護ができていますか？					【様式4】 プラン②
③	ミーティングにおいて、本人の声にならない声をチームで言語化できていますか？					【様式1】 記録
④	本人の気持ちや体調の変化に気づいたとき、その都度共有していますか？					【様式1】 記録・ミーティング
⑤	共有された本人の気持ちや体調の変化に即時的に支援できていますか？					【様式1】 記録・ミーティング

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

4. 地域での暮らしの支援

氏名

本項目についての説明

地域での暮らしは事業所だけでは支えられません。これまでの本人の自宅や地域での暮らしぶりを知っているのは、ご家族やご近所、友人の方たちです。介護が必要となっても本人を知っている人たちの協力は欠かせません。事業所が地域へ積極的にかかわっていくことによって、これまで本人が培ってきた関係に触れることができ、「今までの暮らし」を知ることができます。  
本人を身近で支えたり、心配してくれている方々の存在を把握し、生かし繋ぐことが本人を支えていくうえで大切な要素です。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目	よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
① 前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
① 本人のこれまでの生活スタイル・人間関係等を理解していますか？					【様式1】 【様式2】 資源マップ
② 本人と、家族・介護者や地域との関係が切れないように支援していますか？					【様式1】
③ 事業所が直接接していない時間に、本人がどのように過ごしているか把握していますか？					【様式4】
④ 本人の今の暮らしに必要な民生委員や地域の資源等を把握していますか？					【様式1】 資源マップ

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？ (その理由)

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

5. 多機能性ある柔軟な支援

氏名

本項目についての説明

「多機能」とは、通い、宿泊、訪問を組み合わせることはありません。介護度に合わせて支援することでもありません。本人のニーズを捉え、必要な支援のために事業所の自ら持てる機能と地域にある機能を合わせ、本人の暮らしの支援を行うことです。

「柔軟な」支援とは、事業者側の都合ではなく、本人や家族・介護者の、必要なときに、必要なことを、必要な量の支援を妥当適切に行うことです。そのためには、本人や周囲の変化に気づくことが重要です。変化は常日頃から関わっているからこそ気づくことができるものです。また変化は支援者側からだど「悪い変化」を捉えがちですが、「よい変化」にも着目することも重要です。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	自分たち事業所だけで支えようとせず、地域の資源を使って支援していますか？					【様式1】 記録
②	ニーズに応じて「通い」「訪問」「宿泊」が妥当適切に提供されていますか？					【様式1】 記録
③	日々のかかわりや記録から本人の「変化」に気づき、ミーティング等で共有することができますか？					【様式1】 記録・ミーティング
④	その日・その時の本人の状態・ニーズに合わせて柔軟な支援ができていますか？					【様式1】 記録・ミーティング

できている点

できていない点

なぜ？どうして？できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

6. 連携・協働

氏名

本項目についての説明

「連携・協働」には、本人を中心としたネットワークと、事業所のネットワークという2つの意味があります。

ひとつは、本人が自宅や地域での暮らしを継続するために、その他のサービス機関（医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所）とつながることです。

他方、これからの小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアの拠点として、登録者のみならず、地域住民に対する支援が求められます。日常生活圏域の中で、事業所が自治体や地域包括支援センターと連携することや、地域の各種団体と一緒に活動することも、本人のみならず地域の福祉・介護を高めていくためには重要なことです。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目		よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	その他のサービス機関（医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所）との会議を行っていますか？					会議録
②	自治体や地域包括支援センターとの会議に参加していますか？					
③	地域の各種機関・団体（自治会、町内会、婦人会、消防団等）の活動やイベントに参加していますか？					
④	登録者以外の高齢者や子ども等の地域住民が事業所を訪れますか？					

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

7. 運営

氏名

本項目についての説明

「運営」は経営やスタッフの処遇という視点も重要ですが、ここでは小規模多機能型居宅介護事業所として目の前の利用者を支えるために必要な運営の視点について考えます。

より良い事業所運営をしていくためには、職場内で話し合い、本人、家族・介護者の声を聞き、地域と語り合う機会を作ることです。建設的な取組みができたり、地域に開かれた運営をすることは、質の向上につながります。その際、結果も重要ですが、どのように周囲（職員や地域）と話し合うことができ、考えることができたのかという「プロセス」を重視しています。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目	よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
① 前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
① 事業所のあり方について、職員として意見を言うことができますか？					会議録
② 利用者、家族・介護者からの意見や苦情を運営に反映していますか？					会議録
③ 地域の方からの意見や苦情を運営に反映していますか？					運営推進会議・議事録 会議録
④ 地域に必要とされる拠点であるために、積極的に地域と協働した取組みを行っていますか？					会議録

できている点

できていない点

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）

スタッフ個別評価・様式	実施日	平成 年 月 日
-------------	-----	----------

8. 質を向上するための取組み	氏名	
-----------------	----	--

本項目についての説明	<p>事業所の質を向上させるための取組みには、サービス評価をはじめ、様々なツールがあります。研修も質を向上させるためのツールのひとつです。研修には、職場内で実施する研修（OJT）と職場外での研修（OFF-JT）があります。</p> <p>個人の力量が上がることで、事業所全体の質の向上につながります。個人の質の向上としては、介護や福祉に関する資格を取得したり、スキルアップのための研修を受講することもあります。また、単独の事業所だけでは難しいところは、地域の連絡会に参加したり、事例検討会を行うなど、他の事業所の取組みを活かしていくことで質の向上に役立てることができます。</p> <p>質を確保するための取組みは、一部の人のみが行うのではなく、みんなで情報を共有し、事業所全体で行います。普段予測されるリスクに対して全職員が意識的に取組むこと（リスクマネジメント）も質の向上への取組みのひとつです。</p>
------------	--

前年度の事業所の改善計画	
--------------	--

	確認のためのチェック項目	よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
①	前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
①	研修（職場内・職場外）を実施・参加していますか					研修記録
②	資格取得やスキルアップのための研修に参加できていますか					研修記録
③	地域連絡会に参加していますか					会議録 出張簿
④	リスクマネジメントに取り組んでいますか					会議録 ヒヤリ・ハット報告

できている点	
--------	--

できていない点	
---------	--

なぜ？ どうして？ できていないのか？（その理由）	
---------------------------	--



スタッフ個別評価・様式

実施日 平成 年 月 日

9. 人権・プライバシー

氏名

本項目についての説明  
「人権・プライバシー」は誰もが持っている侵しがたい権利です。ケアの場面では、支援者側の都合が優先されがちです。ここでは「人権・プライバシー」の観点から自分たちの支援のあり方を振り返ることが大切です。

前年度の事業所の改善計画

確認のためのチェック項目	よくできている	なんとかできている	あまりできていない	ほとんどできていない	根拠
① 前回の課題について取り組みましたか？					前回の改善計画
① 身体拘束をしていない					身体拘束マニュアル 身体拘束委員会議事録
② 虐待は行われていない					虐待防止マニュアル 虐待防止委員会議事録
③ プライバシーが守られている					ケースカンファレンス議事録
④ 必要な方に成年後見制度を活用している					ケースカンファレンス議事録
⑤ 適正な個人情報の管理ができている					ケースカンファレンス議事録

できている点

できていない点

なぜ？どうして？できていないのか？（その理由）



事業所自己評価 評価票（記入用紙）



事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

1. 初期支援 (はじめのかかわり)

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組めましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画

前回の改善計画に対する取組み結果

◆今回の自己評価の状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	利用者の情報やニーズについて、利用開始前にミーティング等を通じて共有していますか?					
②	ミーティングにおいて、かかわりの初期の目標を共有できていますか?					
③	利用者がまだなれていない時期に、訪問や通いで、声掛けや気遣いができていますか?					
④	初期の目標を念頭においたケアができていますか?					

できている点 200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点 200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画 (200字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

2. 「～したい」の実現 (自己実現の尊重)

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組めましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	「本人の目標 (ゴール)」がわかっていますか?					
②	本人の当面の目標「～したい」がわかっていますか?					
③	本人の当面の目標「～したい」を目指した日々のかかわりができていますか?					
④	実践した (かかわった) 内容をミーティングで発言し、振り返り、次の対応に活かしていますか?					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

3. 日常生活の支援

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	本人の自宅での生活環境を理解するために「以前の暮らし方」が10個以上把握できていますか?					
②	本人の状況に合わせた食事や入浴、排せつ等の基礎的な介護ができていますか?					
③	ミーティングにおいて、本人の声にならない声をチームで言語化できていますか?					
④	本人の気持ちや体調の変化に気づいたとき、その都度共有していますか?					
⑤	共有された本人の気持ちや体調の変化に即時的に支援できていますか?					

できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

4. 地域での暮らしの支援

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画

前回の改善計画に対する取組み結果

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	本人のこれまでの生活スタイル・人間関係等を理解していますか?					
②	本人と、家族・介護者や地域との関係が切れないように支援していますか?					
③	事業所が直接接していない時間に、本人がどのように過ごしているか把握していますか?					
④	本人の今の暮らしに必要な民生委員や地域の資源等を把握していますか?					

できている点 200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点 200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画 (200字以内)



事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

5. 多機能性ある柔軟な支援

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画

前回の改善計画に対する取組み結果

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	自分たち事業所だけで支えようとせず、地域の資源を使って支援していますか?					
②	ニーズに応じて「通い」「訪問」「宿泊」が妥当適切に提供されていますか?					
③	日々のかかわりや記録から本人の「変化」に気づき、ミーティング等で共有することができていますか?					
④	その日・その時の本人の状態・ニーズに合わせて柔軟な支援ができていますか?					

できている点 200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点 200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画 (200字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

6. 連携・協働

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	その他のサービス機関（医療機関、訪問看護、福祉用具等の他事業所）との会議を行っていますか？					
②	自治体や地域包括支援センターとの会議に参加していますか？					
③	地域の各種機関・団体（自治会、町内会、婦人会、消防団等）の活動やイベントに参加していますか？					
④	登録者以外の高齢者や子ども等の地域住民が事業所を訪れますか？					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

7. 運営

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	事業所のあり方について、職員として意見を言うことができますか?					
②	利用者、家族・介護者からの意見や苦情を運営に反映していますか?					
③	地域の方からの意見や苦情を運営に反映していますか?					
④	地域に必要とされる拠点であるために、積極的に地域と協働した取組みを行っていますか?					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

8. 質を向上するための取組み

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組みましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	研修（職場内・職場外）を実施・参加していますか					
②	資格取得やスキルアップのための研修に参加できていますか					
③	地域連絡会に参加していますか					
④	リスクマネジメントに取り組んでいますか					

できている点	200字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200字以内)

事業所自己評価・ミーティング様式

実施日 平成 年 月 日 ( : ~ : )

9. 人権・プライバシー

メンバー

◆前回の改善計画に対する取組み状況

個人チェック集計欄		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	前回の課題について取り組めましたか?	人	人	人	人	人

前回の改善計画	
前回の改善計画に対する取組み結果	

◆今回の自己評価の状況

確認のためのチェック項目		よく できている	なんとか できている	あまり できていない	ほとんど できていない	合計 (総人数)
①	身体拘束をしていない					
②	虐待は行われていない					
③	プライバシーが守られている					
④	必要な方に成年後見制度を活用している					
⑤	適正な個人情報の管理ができている					

できている点	200 字程度で、できていることと、その理由を記入すること

できていない点	200 字以内で、できていないことと、その理由を記入すること

次回までの具体的な改善計画	(200 字以内)



地域からの評価 説明&運営推進会議メンバー配布シート  
(地域かかわりシート①)





地域からの評価 地域かかわりシート①

- 地域からの評価は、A～Fまでの6項目となります
- 項目Aについては「事業所自己評価」をお読みいただき、適当と思われる箇所に☑を記入ください。わかりにくい場合は、運営推進会議当日に事業者から説明がありますので、空欄のまま持参し、当日記入いただいても結構です。
- B～Fの項目については、当日までに下記チェック項目の適当と思われる箇所に☑を記入し、運営推進会議当日に持参してください。
- 当日は、運営推進会議メンバーの記入したチェック箇所を集計しながら、ご意見をいただく予定です。
- 下記チェックに基づき、当日お聞きしたい内容は、各項目の「出来ていること」「出来ていないこと」「改善計画」の3点です。
- 地域かかわりシートへの皆様のご意見は、事業所の質の向上につながり、皆様の地域にとって必要な拠点となるために大変重要です。事業所を育て、認知症になっても、介護が必要となっても、安心して暮らし続けることができる町をともにつくるために、ご理解、ご協力をお願いします。

A. 自己評価の確認（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤のスタッフが全員で自己評価に取り組んでいますか？ ※常勤とは週32時間勤務以上の職員（正職員嘱託臨時の別ではない）			
2	事業所振り返りシートを作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されて実施しましたか？ ※ただし、ミーティングの場面では常勤職員の2/3以上の参加が望ましい			
3	前回の改善計画に対して、具体的な取組みが行われていましたか？			
4	今回の改善の必要な点が明らかになり、その改善計画が具体的に立てられていますか？			

B. 事業所のしつらえ・環境（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取り組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

C. 事業所と地域のかかわり（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	職員はあいさつできていますか？			
2	事業所は、地域の方に知られていますか？			
3	何か困りごとや相談ごとがあった場合に、事業所は相談しやすい場所になっていますか？			
4	事業所のスタッフは、地域の行事やイベントに参加していますか？			

D. 地域に出向いて本人の暮らしを支える取組み（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	利用者を事業所の中だけに閉じ込めていませんか？			
2	利用者本人が住んでいる地域の方を交えた会議が行われていますか？			
3	事業所の利用者は、地域の行事やイベントに参加していますか？			
4	利用者以外のご近所の心配な方に、事業所はかかわっていますか？			

E. 運営推進会議を活かした取組み（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	運営推進会議では、事業所の取組みが解かりやすく説明されていますか？			
2	運営推進会議では、地域の心配の方等の事例検討が行われていますか？			
3	運営推進会議では、地域での取組みを一緒に取組もうとしていますか？			
4	運営推進会議で出た意見を、改善につなげていますか？			

F. 事業所の防災・災害対策（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	事業所の防災計画（火災・風水害・地震等）を知っていますか？			
2	事業所は、地域の防災訓練に参加・参画していますか？			
3	事業所の防災訓練に参加したことがありますか？			
4	災害時、事業所は頼りになりそうですか？			

以上で終了です。ありがとうございました。

【記入例】

「地域からの評価」 地域かかわりシート①

3つのうち、1つに「レ」を記入いただく

A. 自己評価の確認（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤のスタッフが全員で自己評価に取り組んでいますか？ ※常勤とは週 32 時間勤務以上の職員（正職員嘱託臨時の別ではない）			
2	事業所振り返りシートを作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されていましたか？ ※ただし、ミーティングの場面では常勤職員の 2/3 以上の参加が望ましい			
3	前回の改善計画に対して、具体的な取組みが行われていましたか？			
4	今回の改善の必要な点が明らかになり、その改善計画が具体的に立てられていますか？			

項目Aについては「事業所振り返りシート」をお読みいただき、適当と思われる箇所に「レ」を記入してください。わかりにくい場合は、項目Aは空欄のまま持参し、運営推進会議当日に事業者から説明を聞いたうえで記入いただいても結構です。

B. 事業所のしつらえ・環境（該当部分に☑を入れてください）

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取り組んでいましたか？ ----- 【前回の改善計画】			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

チェックする判断基準は主観で構いません。

※運営推進会議メンバーへの事前配布物（おおむね 1 週間前までに）

- (1) 事業所自己評価（9 枚）
- (2) 地域からの評価・地域かかわりシート①（3 枚）

項目B～Fについては普段の事業所の様子から判断し記入してください。地域からの評価を実施する運営推進会議当日は、「上記5つのチェック項目に関する意見」「テーマに関する自由意見」「今回の改善計画」の3点を、改善のためのアイデア等も含め、ご意見いただければと思います。

地域からの評価 結果まとめ様式  
(地域かかわりシート②)



地域からの評価 地域かかわりシート②（結果まとめ様式）

A. 自己評価の確認

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤のスタッフが全員で自己評価に取り組んでいますか？			
2	事業所振り返りシートを作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されていきましたか？			
3	前回の改善計画に対して、スタッフ全員で具体的な取組みが行われていましたか？			
4	今回の改善の必要な点が明らかになり、その改善計画が具体的に立てられていますか？			

【上記4つのチェック項目に関する意見】

※結果ではなく、自己評価に取り組んだ経過（姿勢）に対する意見

【前回の改善計画に対して意見】

※前回の改善計画に対しての取組み結果に対する意見

【今回の改善計画に対する意見】

※今回の改善計画が具体的かつ達成可能な計画になっているかについての意見

【今回の「自己評価」をテーマにした自由意見】

【改善計画】※後日記入

B. 事業所のしつらえ・環境

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【前回の改善計画】

【「事業所のしつらえ・環境」をテーマにした自由意見】

【今回の改善計画】※後日記入



C. 事業所と地域のかかわり

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	職員はあいさつできていますか？			
2	事業所は、地域の方に知られていますか？			
3	何か困りごとや相談ごとがあった場合に、事業所は相談しやすい場所になっていますか？			
4	事業所のスタッフは、地域の行事やイベントに参加していますか？			

<p><b>【上記5つのチェック項目に関する意見】</b></p>          
<p><b>【事業所と地域のお付き合い】をテーマにした自由意見】</b></p>          
<p><b>【改善計画】 ※後日記入</b></p>          

D. 地域に出向いて本人の暮らしをささえる取組み

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	利用者を事業所の中だけに閉じ込めていませんか？			
2	利用者本人が住んでいる地域の方を交えた会議が行われていますか？			
3	事業所の利用者は、地域の行事やイベントに参加していますか？			
4	利用者以外のご近所の心配な方に、事業所はかかわっていますか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【「地域に出向いて本人の暮らしをささえているか」をテーマにした自由意見】

【改善計画】※後日記入

E. 運営推進会議を活かした取組み

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	運営推進会議では、事業所の取組みが解かりやすく説明されていますか？			
2	運営推進会議では、地域の心配の方等の事例検討が行われていますか？			
3	運営推進会議では、地域での取組みを一緒に取組もうとしていますか？			
4	運営推進会議で出た意見を、改善につなげていますか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【「運営推進会議を活かした取組み」をテーマにした自由意見】

【改善計画】※後日記入

F. 事業所の防災・災害対策

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	事業所の防災計画（火災・風水害・地震等）を知っていますか？			
2	事業所は、地域の防災訓練に参加・参画していますか？			
3	事業所の防災訓練に参加したことがありますか？			
4	災害時、事業所は頼りになりそうですか？			

【上記5つのチェック項目に関する意見】

【「事業所の防災・災害対策」をテーマにした自由意見】

【改善計画】※後日記入

【記入例】

3つのうち、1つに「レ」を記入します

A. 自己評価の確認

No.	項目	はい	いいえ	わからない
1	少なくとも常勤のスタッフが全員で自己評価に取り組んでいますか？			
2	事業所振り返りシートを作成する際、事業所の常勤スタッフ全員の意見が反映されていきましたか？			
3	前回の改善計画に対して、スタッフ全員で具体的な取り組みが行われていきましたか？			
4	今 で			

【例】10人の職員がいるにもかかわらず個別振り返りシートの記入者が3人しかいない→「いいえ」  
 【例】前回の改善計画が取り組まれたような発言が自己評価にない→「いいえ」  
 【例】評価内容は低い、常勤スタッフ全員が取り組んでいる→「はい」

【上記4つのチェック項目に関する意見】

※結果ではなく、自己評価に取り組んだ経過（姿勢）に対する意見です

自己評価をした結果（内容）ではなく、自己評価のプロセス（手続きの過程）に対する意見を記入します。内容は別の項目で伺います。

【前回の改善計画に対して意見】

※前回の改善計画に対しての取り組み結果に対する意見

前回の改善計画と今回の取り組みを見比べて、事業所はどのように取り組んだのかを記入します。  
 【例】できていないと掲げた内容を積極的に取り組み、変化があった。  
 【例】前回指摘した事項が「できている点」に移行していた。

【今回の改善計画に対する意見】

※今回の改善計画が具体的かつ達成可能な計画になっているかについての意見

今回の改善計画が抽象的な内容になっていないか。次回までに取り組むことのできる内容になっているか等を確認してください。抽象的なことや大きすぎる目標等は具体的な取り組みには結び付きにくいものです。

【今回の「自己評価」をテーマにした自由意見】

自由に意見を発言していただきます。

【改善計画】※後日記入

上記を踏まえ、事業所が地域からの評価実施後に、事業所スタッフとともに議論し、記入します。改善計画の内容は次回の運営推進会議で報告されます。

B. 事業所のしつらえ・環境

No.	項目	はい	いいえ	わからない
0	前回の改善計画について取組んでいましたか？			
1	家族や地域の方が、事業所に入りやすい工夫がなされていますか？			
2	事業所は、居心地がいい空間になっていますか？			
3	事業所内・外に、不快な音や臭い等はないですか？			
4	日中、事業所の門や玄関にカギはかかっていますか？			

3つのうち、1つに「レ」を記入します

【上記5つのチェック項目に関する意見】

上記項目5つの項目の内容について、お気づきの点を、当日、ご意見いただく。  
 【例】いつも玄関が閉まっていて、敷居が高いような気がする。  
 【例】事業所の中が、独特のにおいがするのが気になる

【前回の改善計画】

この欄は、事前に前回の改善計画を転記しておきます。

【「事業所のしつらえ・環境」をテーマにした自由意見】

当日、運営推進会議のメンバーから出た意見を記入します。意見を言っただけかどうか事業所の力量です。

【今回の改善計画】※後日記入

当日、運営推進会議のメンバーから出た意見等をもとに、運営推進会議（地域からの評価）開催後、ミーティングを開催し、スタッフとともに検討し、記入します。記入した内容は、次回の運営推進会議で報告・了解を得ます。

## 小規模多機能型居宅介護サービス評価 総括表





小規模多機能型居宅介護「サービス評価」 総括表

法人名	代表者		法人・事業所の特徴							
事業所名	管理者									
出席者	市町村職員	知見を有するもの	地域住民・地域団体	利用者	利用者家族	地域包括支援C	近隣事業所	事業所職員	その他	合計
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

項目	前回の改善計画	前回の改善計画に対する取り組み・結果	意見	今回の改善計画
A. 自己評価の確認				
B. 事業所のしつらえ・環境				
C. 事業所と地域のかかわり				
D. 地域に向いて本人の暮らしをささえる取り組み				
E. 運営推進会議を活かした取り組み				
F. 事業所の防災・災害対策				



小規模多機能型居宅介護全国調査 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および複合型サービス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10月25日(金)まで**に、同封の返信用封筒にてご返送いただきますようお願い申し上げます。

また、調査内容に関するご質問等につきましては、下記までお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会

FAX : 03-6430-7918 / E-mail : research@shoukibo.net

※ 専用 URL から調査票をダウンロードし、簡単に記入することができます。

<http://www.shoukibo.net/>

I. 基本情報についてお伺いします。

1. 貴事業所名及び所在地並びに記入者名等をご記入ください。

事業所名			
運営法人	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> その他 (	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人(社協) <input type="checkbox"/> 営利法人(有限会社・株式会社等)	<input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人  )
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) 貴事業所の種類について、**該当するものに☑**をつけてください。(ひとつだけ)

- ①小規模多機能型居宅介護  
②サテライト型 小規模多機能型居宅介護  
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)について、**該当するものに☑**をつけてください。

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

2-3) 上記の2-1)で、②「サテライト型」の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について、**該当するものすべてに☑**をつけてください。(複数回答)

- 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  
②登録者・利用者の枠を増やしたかったから  
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  
④単独での開設より、採算が取れるから  
⑤市町村行政からの要請  
⑥その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

2-4) 上記の 2-1) で、③「複合型サービス」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、**該当するものに☑**をつけてください。

- ①新規開所  
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について、**該当するものすべてに☑**をつけてください。(複数回答)

- 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  
②報酬が高いから  
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  
④看護職員が 2.5 人以上いたから  
⑤市町村行政からの要請  
⑥その他（具体的に： \_\_\_\_\_）

2-5) サテライト型の展開を検討していない事業所にのみお聞きします。

(1) 検討し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。

- 現在の事業所の定員が空いているから  
サテライト型を知らない  
法人が消極的  
市町村行政が消極的  
その他

2-6) 複合型の展開を検討していない事業所にのみお聞きします。

(1) 検討し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。

- 利用者に訪問看護を必要としている人がいない  
近くの訪問看護事業所があれば十分である  
複合型を知らない  
市町村行政が消極的  
その他

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、該当するものすべてに☑をつけてください。

(複数回答)

<input type="checkbox"/> 初期加算	<input type="checkbox"/> 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Ⅰ	<input type="checkbox"/> 看護職員配置加算Ⅱ	
<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"/> サービス提供が過小である場合の減算	
<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、該当するものに☑をつけてください。

同一法人が実施している事業		同一敷地内で実施	同一市区町村で実施
介護保険事業	小規模多機能型居宅介護(現在の調査回答事業所以外)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	有料老人ホーム(住宅型・健康型)特定を除く	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	サービス付き高齢者向け住宅(サ高住・高専賃など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	共生型ホーム(対象者を限定しない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ケアホーム・グループハウス・コレクティブハウス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	高齢者向け公営住宅(指定管理等含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	法人が所有する一般アパート・マンション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	アパート・マンション等の借り上げ住宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	一般病院もしくは診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	障がい者支援サービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	保育・学童保育(放課後保育)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	配食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域交流拠点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ⅱ. ケアマネジメント等の状況についてお尋ねします。

7. 「ケアマネジメント」の状況についてお聞きします。

7-1) ケアプランは、どの方式・様式を使用に関して、該当するものに☑をつけてください。

<input type="checkbox"/> ① ライフサポートワークを使用	<input type="checkbox"/> ② 居宅介護サービス計画書を使用
<input type="checkbox"/> ③ その他 ( )	

7-2) 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に該当するものすべてに☑をつけてください。

(複数回答)

<input type="checkbox"/> ① 管理者	<input type="checkbox"/> ② 計画作成担当者	<input type="checkbox"/> ③ 介護職員	<input type="checkbox"/> ④ 看護職員	<input type="checkbox"/> ⑤ その他の職員
<input type="checkbox"/> ⑥ 受講したことがない				

7-3) ライフサポートワークを使用していない理由に**該当するものすべてに☑**をつけてください。(複数回答)

- ①介護ソフトが入っていない
- ②法人の方針
- ③ライフサポートワークの研修がない
- ④全く聞いたことがない。知らない
- ⑤現状でうまくいっている。
- ⑥その他

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。

- ①定期的に開催している
- ②定期的に開催できていない

9-2) 上記の9-1)で、①「定期的に開催している」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24年10月1日～平成25年9月末までの実績でお答えください。)

- ①7回以上
- ②6回
- ③5回
- ④4回
- ⑤3回
- ⑥2回
- 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。  
「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分からないから
- 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。

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運営推進会議メンバーの勉強会を開催している
- ⑫その他 [ ]



IV. 利用状況等についてお伺いします。

10. 現在の実登録者の人数と利用者数をご記入ください。(平成25年9月末現在)

現在の実登録者数	名	1日あたりの宿泊利用者	約名
1日あたりの通い利用者	約名	1日あたりの訪問延べ利用者	約名

11. 24年10月1日から25年9月30日までの1年間において、利用契約が終了した人数(死亡者も含む)について、ご記入ください。

契約終了者数	名	うち、入院による終了者数	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。

12. 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25年9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	名	・	非常勤	名
常勤換算人数		名				
		常勤		非常勤		
		実人員	常勤換算	実人員	常勤換算	
管理者	専従	名	名			
	兼務	名	名			
計画作成担当者	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	
看護職員	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	
介護職員	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	
その他 [ ]	専従	名	名	名	名	
	兼務	名	名	名	名	

VI. 個別利用者の状況についてお伺いします。

13. 平成25年9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  
(9月1日～9月30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 <sup>km</sup> 前後 3. 5 <sup>km</sup> 前後 4. 10 <sup>km</sup> 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												



**Ⅷ. 貴事業所における職員の資質向上への取り組み等についてお伺いします。**

[職員の資質向上への取り組み状況]

16. 貴事業所では、職員の資質向上のため、研修に関して、該当するものに☑をつけてください。

- ①内部研修も、外部研修も実施している。  
 ②内部研修のみ実施している  
 ③外部研修のみ実施している  
 ④研修は実施していない ⇒ 19

17. 上記(16)で「内部研修」を実施していると回答した事業所の方にお聞きします。

①内部研修の基本的実施頻度に関して、該当するものに☑をつけてください。

- ①月2回以上  ②月1回  ③2ヶ月に1回  ④3ヶ月に1回  ④半年に1回  
 ⑤年1回

②平成24年10月1日～平成25年9月末の内部研修の実施回数を教えてください。

回

③内部研修の1回あたりの平均実施時間に関して、該当するものに☑をつけてください。

- ①1時間以内  ②1.5時間以内  ③2時間以内  ④3時間未満  ⑤3時間以上

④内部研修の受講対象者に関して、該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答可)

- ①常勤職員  ②非常勤職員(年契約)  ③パートタイム

⑤最近(1年以内)実施した内部研修の代表的なものを5つ教えてください。なお、実施回数が5回未満の事業所は、実施した研修だけの掲載で構いません。

テーマ・内容	講師名	受講者数

18. 上記(16)で「外部研修」を実施していると回答した事業所の方にお聞きします。

①平成24年10月1日～平成25年9月末の間に、外部研修に参加させた人数を教えてください。

実人員 人      うち介護職員※ 実人員 人

※管理者・計画作成担当者・看護師を除く

②外部研修の受講対象者に関して、該当するものすべてに☑をつけてください。(複数回答可)

- ①幹部職員  ②常勤職員  ③非常勤職員(年契約)  ④パートタイム

③平成24年10月1日～平成25年9月末の間に、参加させた外部研修の種類と延べ人数について教えてください。

	種類	延べ人数				
		管理者	計画作成 担当者	介護 職員	看護 職員	その他 の職員
<input type="checkbox"/>	①法定研修（認知症実践者研修、認知症リーダー研修等）					
<input type="checkbox"/>	②市町村及び都道府県等行政が主催する研修					
<input type="checkbox"/>	③連絡会・ネットワーク組織（市町村・都道府県・全国）が主催する研修					
<input type="checkbox"/>	④公益法人及び民間の研修機関・センターが主催する研修					
<input type="checkbox"/>	⑤グループ会社・関連会社が主催する研修					
<input type="checkbox"/>	⑥外部の小規模多機能型居宅介護事業所が主催する研修					
<input type="checkbox"/>	⑦民間会社が主催する研修					
<input type="checkbox"/>	⑧その他（ ）					

④他の小規模多機能型居宅介護への見学・実習等を実施していますか？

①見学  ②実習  ③実施していない

19. 上記(16)で「研修を実施していない」「内部研修」又は「外部研修」のいずれかしか実施していないと回答した事業所の方にお聞きします。

①研修を実施しない理由を教えてください。（自由回答）

20. 貴事業所内の法定研修修了者の実人数について教えてください。

	種類	修了者数					左記のうち、貴事業所の所属で取得した数
		総数	管理者	計画作成 担当者	介護 職員	看護 職員	
<input type="checkbox"/>	①認知症実践者研修						
<input type="checkbox"/>	②認知症リーダー研修						
<input type="checkbox"/>	③指導者研修						
<input type="checkbox"/>	④小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修						

[開設時の教育・研修計画]

2 1. 貴事業所の開設時の教育・研修について、以下の設問にお答えください。

①教育・研修計画の期間に関して、該当するものに☑をつけてください。

- ①1年を超える    ②1年    ③半年以上～1年未満    ④3ヶ月～半年未満  
 ⑤1ヶ月～3ヶ月未満    ⑥1ヶ月未満

②教育・研修計画を作る際に、留意した点は何ですか。（自由記述）

③計画どおり研修は実施に関して、該当するものに☑をつけてください。

- ①実施できた    ②実施できなかった

Ⅷ. 各種連絡会について

2 2. 各種連絡会等への加入状況についてお聞きします。

22-1) 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？

- ①知っている    ②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？

- ①加入している    加入していない

22-2) 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  
はありますか？

- ①ある（名称 \_\_\_\_\_）  
 ②ない  
 ③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？

- ①加入している    ②加入していない

22-3) 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？

<input type="checkbox"/> ある（名称 _____） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 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？

<input checked="" type="checkbox"/> ①加入している <input type="checkbox"/> ②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質の向上に関して、ユニークな取り組みをしている事業所や研修機関、研修内容等をご紹介ください。

-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----

19. 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。  
※制度・加算・減算等についてのご意見    ※今後の小規模多機能型居宅介護の展開予定等

-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----
-----

～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。**





平成 25 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  
運営推進会議等を活用した小規模多機能型居宅介護の質の向上に関する調査研究事業報告書

---

平成 26 年 3 月  
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会  
〒105-0013 東京都港区浜松町 1-19-9 井口ビル 3 階  
TEL03-6430-7916 FAX03-6430-7918  
<http://www.shoukibo.net/> E-mail [info@shoukibo.net](mailto:info@shoukibo.net)

